



جامعة وهران السانیا

كلية العلوم الاجتماعية

قسم عام النفس و علوم التربية و الأطفونيا

تمثل صورة الذات و صورة الآخر

في العلاقة العلاجية

(دراسة ميدانية مع عينة من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران)

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه

تحت إشراف

د. بوقصاره منصور

من اعداد الطالبة:

قويدري بشاوي مليكة

السنة الجامعية: 2014/2013

جامعة وهران السانیا

كلية العلوم الاجتماعية

قسم عام النفس و علوم التربية و الأطفونیا

تمثل صورة الذات و صورة الآخر في العلاقة العلاجية

[دراسة ميدانية مع عينة من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران]

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه

تحت إشراف

د. بوقصارة منصور

من اعداد الطالبة:

قويدري بشاوي مليكة

لجنة المناقشة

جامعة وهران	رئيسا	مبتول محمد
جامعة وهران	مشرفا و مقررا	بوقصارة منصور
جامعة وهران	مناقشا	بن عبد الله محمد
المدرسة الوطنية للتعليم التقني	مناقشة	رحماني سعاد
جامعة تلمسان	مناقشا	بشلاغم يحي
جامعة مستغانم	مناقشا	ميموني مصطفى

السنة الجامعية: 2014/2013

الإهداء

الى روح والدي.

الى محمد، نزيـم و نور

الى إخوتي و أخواتي

كلمة شكر

يشرفني أن أتقدم بجزيل الشكر إلى الدكتور بوقصاره منصور الذي تقبل الإشراف على هذه الرسالة بصدر رحب، كما أشكره على كل مجهوداته الجبارة و توجيهاته القيمة و العلمية و التي سرت على هداها طيلة إعداد هذا العمل.

عبارات شكري تتوجه الى كل مريض من عينة الدراسة لم يبخل علي في تقديم أفكاره و التعبير عن شعوره بالرغم من معاناته.

كما يشرفني أن أسجل عبارات الشكر و التقدير، إلى كل فرد من أفراد لجنة المناقشة.

كما أشكر الأستاذ زبوشي محمد على مراجعته لهذا العمل.

ملخص الدراسة:

يرى العديد من العلماء أن هناك فرق بين دلالة المرض عند المريض و دلالاته عند الطبيب. هدفنا من هذه الدراسة ليس هو تحديد مفهوم المرض من الجانب العلمي، بل تحديد الأثر النفسي الذي يحدثه المرض عند المريض وتحديد مدى تأثيره في تكوين صورة الذات لدى المريض و تكوين صورة طبيبه المعالج.

تهدف الباحثة إذن إلى تحديد مدى تأثير المرض باختلاف انواعه وباختلاف طبيعته على المريض في تكوينه لصورة ذاته.

كما تهدف الباحثة الى تحديد الصورة التي يشكلها المريض عن طبيب المستشفى أثناء فترة معالجه. و عليه طرحت الباحثة التساؤلات التالية:

1 - ما هي العوامل التي تدخل في تركيب صورة الذات لدى المريض؟

2 - بماذا يصنع المريض صورة طبيب المستشفى أثناء الفترة العلاجية.

لتحديد و فهم الصورة التي يكونها المريض عن ذاته و عن معالجه وضعت الباحثة 16 فرضية. الفرضيات الثماني الأولى خاصة بدراسة صورة الذات لدى المريض و الفرضيات الثماني الباقية خاصة بدراسة صورة الطبيب لدى المريض.

اعتمدت الباحثة في الدراسة على تقنيات مختلفة منها الملاحظة، المقابلة الحرة و المقابلة شبه المقننة، و على مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض.

مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض هو من تصميم

الباحثة، و شمل أربع أبعاد هي:

- أ. بعد المريض و معاشته للمرض.
- ب. بعد دور المريض في محيطه الاجتماعي.
- و يشكل البعدين السابقين (أ ، ب) صورة الذات الكلية لدى المريض.
- ج. بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب (حسب مريض المستشفى الجامعي لمدينة وهران).
- د. بعد العلاقات الانسانية (أي العلاقة طبيب/ مريض حسب المريض).
- ويشكل البعدين (ج ، د) صورة الآخر الكلية لدى المريض.

شملت الدراسة عينة من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران يبلغ عددها 495 مريضا منهم 299 ذكر و 196 أنثى، يبلغ متوسط العمر لديهم 28،36 بانحراف معياري يقدر ب14،59 سنة.

تمت المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة بمجموعة من الأساليب الإحصائية هي كما

يلي:

التكرارات

2. النسبة المئوية.
3. المتوسط الحسابي
4. الانحراف المعياري
5. معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات الاستمارة.
6. معامل ارتباط بيرسون.

7. اختبار "ت"

8. معامل التباين GLM

قامت الباحثة بتفريغ البيانات ومعالجتها إحصائياً بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية نسخة الإصدار 20.

توصلت الباحثة الى النتائج التالية:

1 - فيما يخص تمثّل صورة الذات لدى المريض جاءت النتائج كما يلي:

أ- وجود فروق دالة إحصائية في صورة الذات بين الذكور و الإناث، بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير، بين المرضى اصحاب المستوى الاقتصادي الضعيف و المقبول،

ب- عدم وجود فروق دالة إحصائية في صورة الذات لدى المريض بين المرضى المصابين بمرض معد و المصابين بمرض غير معد، بين المرضى اصحاب المستوى التعليمي الابتدائي المتوسط و الثانوي، بين المرضى المتزوجين و العزاب، بين المرضى القاطنين في مدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران، بين المرضى المقيمين بالمستشفى للمعالجة و المرضى الذين يعالجون داخل المستشفى و يقيمون خارجه.

2 - فيما يخص تمثّل صورة الآخر لدى المريض توصلت الباحثة الى النتائج التالية:
عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المرضى الذكور و الإناث، و بين المرضى المصابين بمرض خطير و غير الخطير، و بين المرضى المصابين بمرض معد و غير معد و بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي المتوسط و الثانوي، و كذلك بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و المقبول، و بين المرضى القاطنين في مدينة وهران

وآارج مءىنة وهران؁ و بىن المرضى المقىمن بالمستشفى الجامعى للعلاج و المرضى
الذىن يعالجون بالمستشفى و يقىمون آارجه. الفرق فى صورة الآخر لءى المرىض

نجه بىن المرضى المتزوجون و المرضى العزاب.

تمت مناقشة النتائج وربطها بما آاء فى تصريحات المرضى أثناء المقابلة.

قائمة المحتويات

الإهداء	أ
كلمة شكر	ب
ملخص الدراسة	ج
قائمة المحتويات	ز
قائمة الجداول	م
المقدمة	1

الفصل الأول: تحديد الموضوع

دواعي إختيار الموضوع	4
أهداف الدراسة	4
الاشكالية	5
فرضيات البحث:	6
التعاريف الاجرائية:	8

الفصل الثاني: مفهوم التمثل

تمهيد	11
تعريف التمثل	11
المفهوم الفلسفي للتمثل:	13
المفهوم الاجتماعي للتمثل:	14
سيرورة التمثل الاجتماعي	17

19	وظائف التمثل الاجتماعي:
23	بنية التمثل الاجتماعي:

الفصل الثالث: مفهوم صورة الذات

28	تعريف مفهوم الصورة:
30	مفهوم صورة الذات:
33	أولاً: النزعة الفردانية:
33	نموذج جامس بيجنتال James. f. T. Bugental
34	نموذج دونالد سوبر Donald Super
36	نموذج روني لكويي René L'Ecuyer
39	ثانياً: النزعة الاجتماعية:
40	نموذج شاد قردن Chad Gordon
43	نموذج روبير زليلير Robert Ziller
44	نموذج هكتور رديقاز توم Hector Rodriguez Tome

الفصل الرابع: مفهوم المرض

47	تمهيد
48	المفهوم الأنثروبولوجي للمرض:
50	المفهوم الفلسفي للمرض:
52	المفهوم الاجتماعي للمرض:
54	المفهوم البيولوجي للمرض

56	التحليل النفسي للمرض:
58	أ - الأعراض الفيزيولوجية للمرض (disease)
59	ب - البعد السوسيو-ثقافي للمريض. (sickness)
59	ج - الحالة النفسية للمريض (illness)

الفصل الخامس: الدراسة الاستطلاعية

63	تمهيد:
63	تقنيات المقاربة:
63	الملاحظة:
63	مكان القيام بالملاحظة
63	زمن إجراء الملاحظة
64	الهدف من الملاحظة
65	المقابلة
65	مكان إجراء المقابلات
66	زمن إجراء المقابلة
66	دليل المقابلة
67	عينة المقابلة و خصائصها
67	استنتاجات المقابلة
70	بناء مقياس صورة الذات و صورة لآخر لدى المريض
72	بعد المرض و معاشته
73	بعد دور المريض في محيطه

74.....	بعد الجانب الاقتصادي للمريض.
74.....	بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب (حسب المريض).
76.....	بعد العلاقات الانسانية.
77.....	بعد المستشفى و ظروف المعالجة.
79.....	دراسة الصياغة اللغوية لبنود مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض.
80.....	مكان تطبيق المقياس على عينة دراسة الصياغة اللغوية.
81.....	زمن تطبيق المقياس على عينة دراسة الصياغة اللغوية.
81.....	مواصفات عينة دراسة الصياغة اللغوية لبنود المقياس.
82.....	نتائج دراسة الصياغة اللغوية على العينة.
82.....	الدراسة السيكمترية لمقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض.
83	الثبات:
83.....	زمن دراسة الثبات.
83.....	طرق دراسة الثبات.
83.....	عينة دراسة الثبات.
85.....	نتيجة دراسة الثبات.
88	الصدق:
88.....	زمن دراسة الصدق.
88.....	طريقة دراسة الصدق.
90.....	عينة دراسة الصدق.
91.....	نتيجة دراسة الصدق.

الفصل السادس: الدراسة الأساسية

94	تمهيد
94	تقنيات المقاربة:
94	المقابلة الشبه مقننة
94	مكان إجراء المقابلة
95	زمن إجراء المقابلة
95	طريقة إجراء المقابلة
96	دليل المقابلة
97	عينة المقابلة و خصائصها
98	طريقة تحليل محتوى المقابلة
98	مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض
98	وصف المقياس
99	مكان تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض
100	زمن تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض
100	طريقة تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض
101	عينة تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض
104	طريقة التصحيح
105	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

الفصل السابع: عرض و تحليل النتائج

107	تمهيد
-----	-------

108	عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى:
115	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية:
123	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة:
127	عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة:
132	عرض و تحليل نتائج الفرضية الخامسة:
137	عرض و تحليل نتائج الفرضية السادسة:
143	عرض و تحليل نتائج الفرضية السابعة:
147	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثامنة:
155	عرض نتائج الفرضية التاسعة:
156	عرض نتائج الفرضية العاشرة:
158	عرض نتائج الفرضية الحادية عشرة:
160	عرض نتائج الفرضية الثانية عشرة:
163	عرض نتائج الفرضية الثالثة عشرة:
165	عرض نتائج الفرضية الرابعة عشرة:
167	عرض نتائج الفرضية الخامسة عشرة:
169	عرض نتائج الفرضية السادسة عشرة:
171	تحليل نتائج فرضيات صورة الآخر
185	الخاتمة
189	المراجع
200	الملاحق

قائمة الجداول

- الجدول رقم (1) يبين توزيع عينة دراسة الصياغة اللغوية من حيث الجنس.79
- الجدول رقم (2) يبين توزيع عينة دراسة الصياغة اللغوية من حيث المستوى التعليمي.80
- الجدول رقم (3) يبين توزيع أفراد عينة الثبات من حيث الجنس.81
- الجدول رقم (4) يبين التوزيع التكراري لسن أفراد عينة دراسة الثبات.82
- الجدول رقم (5) يبين المستوى التعليمي لعينة دراسة الثبات.82
- الجدول رقم (6) يبين معامل الثبات لأبعاد مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض بطريقة ألفا كرونباخ.83
- الجدول رقم (7) يبين نتائج قيم الثبات لكل بعد قبل التصحيح، وبعد تطبيق معادلة التصحيح لسبيرمان براون85
- الجدول رقم (8) يبين عينة دراسة الصدق من حيث متغير الجنس.86
- الجدول رقم (9) يبين المستوى التعليمي لعينة دراسة الصدق.86
- الجدول رقم (10) يبين قيم معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس صورة الذات وصورة الآخر لدى المريض ونتائج مقياس روزنبارخ لدراسة تقدير الذات.89
- الجدول رقم (11) يبين توزيع عينة المرضى الذكور و الإناث الذين أجريت معهم المقابلة حسب المستوى التعليمي.94
- الجدول رقم (12) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية من حيث الجنس.98
- الجدول رقم (13) يبين عمر عينة الدراسة الأساسية.99
- الجدول رقم (14) يبين توزيع العينة من حيث المستوى التعليمي.100

- الجدول رقم (15) يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية. 100
- الجدول رقم 16 يبين توزيع العينة حسب الوضع الاقتصادي للمريض 101
- الجدول رقم (17) يبين عدد المرضى المقيمين وغير المقيمين بالمستشفى للعلاج. 102
- الجدول رقم (18) يبين حساب الفروق الجنسية في صورة الذات الكلية لدى المريض..... 107
- الجدول رقم (19) يبين حساب الفروق الجنسية في بعد المرض ومعايشته: 107
- الجدول رقم (20) يبين حساب الفروق الجنسية في بعد دور المريض في محيطه. 108
- الجدول رقم (21) يبين الفرق في صورة الذات الكلية بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير: 115
- الجدول رقم (22) يبين الفرق في بعد المرض ومعايشته بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير. 115
- الجدول رقم (23) يبين الفرق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير. 116
- الجدول رقم 24 يبين القيم التي زادت أو نقصت أهميتها عند المريض بعد ظهور المرض 117
- الجدول رقم (25) يبين حساب الفرق في صورة الذات الكلية بين المرضى المصابين بمرض معدٍ والمرضى المصابين بمرض غير معدٍ. 122
- الجدول رقم (26) يبين حساب الفرق في بعد المرض ومعايشته بين المرضى المصابين بمرض معدٍ والمرضى المصابين بمرض غير معدٍ. 123
- الجدول رقم (27) يبين حساب الفرق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المصابين بمرض معدٍ والمرضى المصابين بمرض غير معدٍ. 124

- الجدول رقم (28) يبين نتائج الفروق في صورة الذات الكلية بين المرضى أصحاب
المستويات التعليمية المتباينة. 127
- الجدول رقم (29) يبين نتائج الفروق في بعد المرض ومعايشته بين المرضى ذوي
المستويات التعليمية المتباينة. 128
- الجدول رقم (30) يبين نتائج الفروق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى ذوي
المستويات التعليمية الالابتدائي المستوى المتوسط و المستوى الثانوي. 129
- الجدول رقم(31) يبين نتائج الفروق في صورة الذات الكلية بين المرضى المتزوجين و
العزاب. 131
- الجدول رقم(32) يبين نتائج الفروق في بعد المرض ومعايشته بين المرضى المتزوجين
و العزاب. 132
- الجدول رقم (33) يبين نتيجة الفرق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى
المتزوجين و العزاب. 132
- الجدول رقم (34) يبين الفرق في صورة الذات الكلية بين المرضى أصحاب للمستوى
الاقتصادي.الضعيف و المقبول 137
- الجدول رقم (35) يبين الفرق في بعد المرض ومعايشته.بين المرضى أصحاب المستوى
الاقتصادي الضعيف و المقبول 137
- الجدول رقم (36) يبين الفرق في بعد دور المريض في محيطه. بين المرضى أصحاب
المستوى الاقتصادي،الضعيف و المقبول 138
- جدول رقم(37) يبين نتائج الفروق في صورة الذات الكلية بين المرضى القاطنين بمدينة
وهران، والمرضى القاطنين خارج مدينة وهران. 142

- الجدول رقم (38) يبين نتيجة الفروق في بعد المرض ومعايشته: بين المرضى القاطنين بمدينة وهران والمرضى القاطنين خارج مدينة وهران 143
- الجدول رقم (39) يبين نتيجة الفرق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى القاطنين بمدينة وهران والمرضى القاطنين خارج مدينة وهران 144
- الجدول رقم (40) يبين نتيجة الفروق في صورة الذات الكلية بين المرضى المقيمين في المستشفى للعلاج والمرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه: 147
- الجدول رقم (41) يبين نتيجة الفروق في بعد المرض ومعايشته ا بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج والمرضى الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى و يقيمون خارجه. 148
- الجدول رقم (42) يبين نتيجة الفروق في بعد دور المريض في محيطه. بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج، والمرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه 148
- الجدول رقم (43) يبين نتيجة الفروق الجنسية في صورة الآخر. 154
- الجدول رقم (44) يبين نتيجة الفروق الجنسية في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب 155
- الجدول رقم (45) يبين نتيجة الفروق الجنسية في بعد العلاقة الإنسانية 155
- الجدول رقم (46) يبين نتيجة الفروق في صورة الآخر بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير. 156
- الجدول رقم (47) يبين الفروق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير 156
- الجدول رقم (48) يبين نتيجة الفروق في بعد العلاقة الإنسانية بين المرضى المصابين بمرض خطير أو المرضى المصابين بمرض غير خطير. 157

- الجدول رقم (49) بين نتيجة الفروق في صورة الآخر الكلية بين المرضى المصابين
بمرض معد والمرضى المصابين بمرض غير معد.....158
- الجدول رقم (50) يبين نتيجة الفروق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى
المصابين بمرض معد والمرضى المصابين بمرض غير معد.....158
- الجدول رقم (51) يبين نتيجة الفروق في بعد العلاقة الإنسانية بين المرضى المصابين
بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد.....160
- الجدول رقم (52) يبين نتائج الفروق في صورة الآخر الكلية بين المرضى أصحاب
المستوي التعليمي الابتدائي و المتوسط و الثانوي.....161
- الجدول رقم (53) يبين نتائج الفروق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى
أصحاب المستوي التعليمي الابتدائي المتوسط و الثانوي.....162
- الجدول رقم (54) يبين نتائج الفروق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى
أصحاب المستوي التعليمية الابتدائي المتوسط و الثانوي.....162
- الجدول رقم (55) يبين نتيجة الفروق في صورة الآخر الكلية بين المرضى العزاب
والمرضى المتزوجين.....162
- الجدول رقم (56) يبين نتيجة الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى
العزاب والمرضى المتزوجين.....163
- الجدول رقم (57) يبين نتيجة الفرق في بعد العلاقة الإنسانية بين المرضى العزاب و
المرضى المتزوجين.....163
- الجدول رقم (58) يبين نتيجة الفروق في صورة الآخر الكلية بين المرضى ذوي
المستوى الاقتصادي المقبول، والمرضى أصحاب المستوى الاقتصادي الضعيف.....164

- الجدول رقم (59) يبين نتيجة الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول و المرضى أصحاب المستوى الاقتصادي الضعيف: 165
- الجدول رقم (60) يبين نتيجة الفرق في بعد دور العلاقة الإنسانية بين المرضى أصحاب المستوى الاقتصادي المقبول والمرضى أصحاب المستوى الاقتصادي الضعيف: 166
- الجدول رقم (61) يبين نتيجة الفرق في صورة الآخر الكلية بين المرضى القاطنين في مدينة وهران والمرضى القاطنين خارج مدينة وهران: 166
- الجدول رقم (62) يبين الفرق في بعد الكفاءة المهنية بين المرضى المقيمين في مدينة وهران و المرضى المقيمين خارج مدينة وهران 167
- الجدول رقم (63) يبين الفرق في بعد العلاقة الانسانية بين المرضى المقيمين في مدينة وهران والمقيمين خارج مدينة وهران: 174
- الجدول رقم (64) يبين نتيجة الفرق في صورة الآخر الكلية بين المرضى المقيمين في المستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه 168
- الجدول رقم (65) يبين نتيجة الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى المقيمين في المستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه . 169
- الجدول رقم (66) يبين نتائج الفرق في بعد العلاقة الإنسانية بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه. 170

مقدمة

إن الحالة المرضية غير محصورة في الناحية العضوية للشخص فقط ، ولا يقتصر تعريفها دائماً على أساس إتلاف الصحة نتيجة إصابة الجسد او عدم قدرة الجسد على مواجهة الاعتداء الفيروسي.

و لا تعبر الحالة المرضية عن الضعف الجسدي، او عن الأعراض التي تدفع بنا الى الذهاب للمعالجة و مراجعة الطبيب؛الحالة المرضية هي كل قصور وظيفي و ألم وخصوصا الحدث الذي يضايق الحياة الشخصية و الاجتماعية و يغير في عاداتنا خاصة في نشاطنا و مسؤوليتنا و مكانتنا في وسط مجتمعنا.

إن المرض الذي يعاني منه المريض لا يخصه وحده، وإنما يصبح حالة مزعجة مؤثرة يعاني منها كل أفراد العائلة و الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه المريض، وهذا طبعا يزيد في حدة التوتر و المعاناة التي يقاسي منها المريض.

إن هذه المعاناة كلها، إضافة الى حالات الوجد و الضر التي يكابدهما المريض، و إضافة إلى ترقبات المريض و التجربة العلاجية التي يعيشها، تجعله يكون صورة عن ذاته، كما تجعله يكون صورة عن طبيبه المعالج.

العمل الذي نقترحه هنا هو معرفة و متابعة الطريقة التي يصنع من خلالها الفرد المريض الذي يعالج بالمستشفى الجامعي لمدينة وهران صورته لذاته و صورة لطبيبه المعالج داخل المستشفى الجامعي لمدينة وهران؛ فلولوصول إلى هذه الصور كان لابد من محاولة فهم المعاناة التي يعانيها المريض و التأثير النفسي الذي يتركه المرض عند المريض نتيجة الألم والإرهاق من التجربة العلاجية.

إن الصورة التي يكونها الفرد المريض عن ذاته و الصورة التي يكونها عن معالجه تكونان عادة مصبوغتين بالمعنى الذي يعطيه المريض لمرضه نتيجة لتجربته الخاصة، و

نتيجة للمعايير الاجتماعية و القيم و النماذج الثقافية التي يربى عليها، و نتيجة تفسيره لمعاملة طبيب المستشفى له و الاهتمام الذي يتلقاه داخل المستشفى.

إن أهمية هذه الدراسة تتمثل خاصة في كون الموضوع يكون إشكالا راهنا، إضافة إلى أن الموضوع لم يطرق من طرف الباحثين الجزائريين كثيرا (في حدود معلومات الباحثة).

يشمل العمل الذي تعالجه الباحثة سبعة فصول:

الفصل الاول، يتضمن تحديد الموضوع و هذا من خلال طرح الإشكالية و وضع الفرضيات، وشرح دواعي اختيار الموضوع و تحديد الأهداف و تقديم التعاريف الاجرائية.

الفصل الثاني، و تطرقت الباحثة فيه الى شرح مفهوم التمثل من الجانب الأنثروبولوجي و الجانب الفلسفي و الاجتماعي، كما تطرقت الى سيرورة بنائه و وظائفه. الفصل الثالث، و شرحت فيه الباحثة الإطار المرجعي لتكوين صورة الذات.

الفصل الرابع، شرحت الباحثة فيها المفهوم الانثروبولوجي و الاجتماعي و البيولوجي للمرض.

الفصل الخامس، تناولت فيها الباحثة الدراسة الاستطلاعية، و شرحت الهدف من هذه الدراسة، كما أوضحت مكان الدراسة و المدة المستغرقة في هذه الدراسة و وصف عينة الدراسة، إلى جانب ذلك شرحت الباحثة طرق المقاربة المعتمدة في الدراسة الاستطلاعية و التي شملت الملاحظة و المقابلة الحرة، كما تضمن هذا الفصل شرح طريقة إعداد المقياس المعتمد في الدراسة الأساسية (مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض).

الفصل السادس، تضمن الدراسة الأساسية، شرحت فيه الباحثة الأدوات المستخدمة في الدراسة، عدد العينة مواصفاتها و مكان الدراسة.

الفصل السابع، تم فيه إدراج عرض و تفسير النتائج؛ حيث قامت الباحثة بعرض نتائج كل الفرضيات، و قامت بشرح نتيجة كل فرضية و ربطها بما جمع من معطيات خلال المقابلة.

الفصل الأول

تحديد الموضوع

دواعي اختيار الموضوع:

إن الدوافع التي تكمن وراء هذا العمل هي أولاً وقبل كل شيء ناتجة عن دوافع علمية، و في نفس الوقت ناتجة عن كونها موضوع الساعة.

أصبح من البديهي و من المعترف به حالياً أن المعالجة الطبية لا تقتصر على الوصفة الطبية فقط، و إنما تعود كذلك إلى ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي للمريض، لكن مع الأسف الشديد الحالة المزرية لمستشفياتنا و حالة القطاع الصحي في بلادنا بصفة عامة في تفهقر؛ فالجميع سواء كانوا مرضى أو أطباء أو مواطنين بصحة جيدة يتفقون حول تقرير سلبي لهذا القطاع.

إن الدافع الرئيسي من هذا العمل، لا يكمن في تحديد الأسباب الاقتصادية أو السياسية لهذا التدهور، و إنما تحديد الآثار النفسية التي يشعر بها المريض نتيجة تأثير هذا التدهور على الامكانيات الموجودة بالمستشفى.

و الدافع الثاني هو متابعة العمل الذي أنجز في تحضير رسالة الماجستير تحت عنوان " تمثل الطبيب لدى المريض" و هي دراسة ميدانية في المستشفى الجامعي لمدينة وهران.

أهداف الدراسة:

الهدف من هذه الدراسة ليس هو تحديد المرض انطلاقاً من البعد الطبي، بل هو محاولة معرفة المعنى الذي يعطيه المريض لمرضه اعتباراً من تجربته الخاصة، و محاولة تحليل الأثر النفسي الذي يحدثه المرض عند الكثير من الأشخاص، و فهم الحالة السيكولوجية للمريض أثناء السيرورة العلاجية، من أجل ضبط:

أولاً: نوع الصورة التي يكونها مريض المستشفى عن ذاته بصفته إنساناً (مريضاً)،
والصورة التي يكونها عن معالجه نتيجة ما يقدمه له هذا الأخير من معاينة و معالجة، و
خاصة نوع المعاملة داخل المستشفى.

ثانياً: العوامل التي تدخل في بناء صورة المريض و صورة الطبيب لدى المريض لتحديد
و فهم سلوكات المريض تجاه نفسه و تجاه طبيب المستشفى.

الإشكالية:

إن الدرجة القصوى التي يصلها المرض و يعاني منها المريض ليست معروفة دائماً من
الناحية العلمية الدقيقة؛ فالعلة ليست محصورة فقط في الناحية العضوية للشخص؛
فالاضطراب العضوي ليس وحده الذي يؤثر في الأشخاص بل إلى جانب ذلك هناك الأثر
النفسي الذي يحدثه المرض عند الكثير من الأشخاص و المتمثل في القلق، و حالات
التوتر، و الشعور بالذنب و العجز الاجتماعي، و كذلك تلك العلاقة الممزوجة و
المضطربة التي تحدث بين المريض و جسده، إضافة إلى ذلك هناك الدور الذي يلعبه
المريض في محيطه و الذي ينقله من حالة النشاط إلى حالة اللانشاط؛ كل هذه المتاعب و
التوترات تجعل المريض يكون صورة لذاته ربما تختلف أو تتغير عن الصورة التي كانت
عنده من قبل. كما أن نوع مرضه، ترقباته، و شقاءه قد يجعله يذهب إلى المستشفى للبحث
عن المعالج و العلاج، وبالتالي تجربته مع المستشفى قد تكون سعيدة فتعطيه الشعور
بالرضا، وقد تكون تعيسة فتسبب له الشعور بالنقص و التعاسة و ربما حتى الشعور
بالاحتقار، الأمر الذي يدفع به إلى تكوين أو إعادة تكوين الصورة عن الطبيب المعالج في
المستشفى.

غايته من هذا البحث هي معرفة نوع الصورة التي يكونها المريض عن ذاته ، و نوع الصورة التي يكونها عن معالجه بالمستشفى، و عليه نطرح التساؤلات التالية:

ما هي الصورة التي يكونها المريض عن نفسه؟ و ما هي العوامل التي تدخل في تركيب هذه الصورة؟ و كيف يعايش المريض مرضه؟ و كيف ينظر الى دوره في محيطه عند انتقاله من حالة النشاط الى حالة اللانشاط؟

ما هي الصورة التي يكونها المريض عن طبيب المستشفى؟ و ما هي العوامل التي تتدخل في تكوين هذه صورة؟.

فرضيات البحث

تمهيد

إن صورة الذات التي يكونها المريض عن نفسه والصورة التي يكونها عن طبيبه تختلف من مريض لآخر حسب مجموعة من المتغيرات المرتبطة بهو عليه طرحت الباحثة 16 فرضية، الفرضيات الثماني الاولى (من 1 إلى 8) خاصة بصورة الذات لدى المريض و الفرضيات الثماني التالية (من 9 إلى 16) خاصة بصورة الطبيب لدى المريض.

الفرضيات الخاصة بصورة الذات لدى المريض:

- 1- الفرضية الأولى: هناك فروق جنسية دالة إحصائياً في صورة الذات
- 2- الفرضية الثانية: هناك فرق دال إحصائياً في صورة الذات بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.
- 3- الفرضية الثالثة: هناك فرق دال إحصائياً في صورة الذات بين المرضى المصابين بمرض معدٍ و المرضى المصابين بمرض غير معدٍ.

4- الفرضية الرابعة: هناك فرق دال إحصائياً في صورة الذات بين المرضى ذوي المستوى الابتدائي، و المستوى المتوسط، و المستوى الثانوي.

5 -الفرضية الخامسة: هناك فرق دال إحصائياً في صورة الذات بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب.

6-الفرضية السادسة: هناك فرق دال إحصائياً في صورة الذات بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف.

7-الفرضية السابعة: هناك فرق دال إحصائياً في صورة الذات بين المرضى الساكنين بمدينة وهران و المرضى الساكنين خارج مدينة وهران.

8-الفرضية الثامنة: هناك فرق دال إحصائياً بين المرضى المقيمين داخل المستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه.

الفرضيات الخاصة بصورة الآخر لدى المريض:

9-الفرضية التاسعة: هناك فروق جنسية دالة إحصائياً في صورة الآخر

10-الفرضية العاشرة: هناك فرق دال إحصائياً في صورة الآخر بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

11-الفرضية الحادية عشر: هناك فرق دال إحصائياً في صورة الآخر بين المرضى المصابين بمرض معدٍ و المرضى المصابين بمرض غير معدٍ.

12-الفرضية الثانية عشر: هناك فرق دال إحصائياً في صورة الآخر بين المرضى ذوي المستوى الابتدائي و ذوي المستوى المتوسط و المستوى الثانوي.

13-الفرضية الثالثة عشر: هناك فرق دال إحصائياً في صورة الآخر بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب.

- 14- الفرضية الرابع عشر: هناك فرق دالإحصائيا في صورة الآخر بينالمرضى ذويالمستوى الاقتصادي المقبول و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف.
- 15-الفرضية الخامس عشر: هناك فرق دالإحصائيا في صورةالآخر بين المرضى الساكنين بمدينة وهران و المرضىالساكنين خارج مدينة وهران.
- 16-الفرضية السادس عشر: هناك فرق دالإحصائيا في صورة الآخر بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه.

التعاريف الاجرائية:

التمثل: التمثل هو بناء عقلي منظم و تسلسلي يشكل المعرفة التي تربط بين الذات و الموضوع: فهو إعادة بناء الصورة للشيء حسب الفكرة التي نكونها عن الشيء، و حسب اهمية الشيء بالنسبة لنا.

صورة الذات: هي الطريقة التي ينظر بها الفرد الى ذاته و هي الصورة التي يشكلها المريض عن ذاته، و هذه الصورة تكون عادة مصبوغة بثقافة الفرد، و الأحاسيس الخاصة بالفرد، و بالنظرة التي يعكسها له الآخر، كما يقيسها بعد المرض و معاشته و بعد دور المريض في محيطه . من مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض و الذي هو من إعداد الطالبة.

صورة الآخر: هي مفهوم الصورة التي يحملها الفرد للآخر؛ أي أن الفرد من خلال تفاعله مع الغير سوف يكون صورة عنه؛ في عملنا هذا صورة الآخر نقصد بها الصورة التي يحملها المريض لطبيبه المعالج، و التي تكون تقريبا مفروضة من خلال سلوك هذا الأخير، كما يقيسها بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب (حسب المريض) و بعد العلاقة الانسانية. من مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض.

العلاقة العلاجية: يقصد بها تلك العلاقة التي تنشأ بين المريض و معالجه أثناء فترة العلاج، و التي ينتظر منها المريض آمالا كبيرة متمثلة في العلاج أو التخفيف من المرض على الأقل.

الفصل الثاني

مفهوم التمثل

تمهيد:

اهتمت تخصصات عديدة مثل تاريخ العلوم و تاريخ الأديان، الفلسفة و علوم اللغة، و علوم الاتصال، بمفهوم التمثل، لكن استثمارات مفهوم التمثل و تطوراته المختلفة اعتنى بها بشكل أخص علم النفس الاجتماعي، و أصبح مفهوم "التمثل" اليوم مفهوما أساسيا في كل اهتمامات العلوم الإنسانية و الاجتماعية، و له مركز استراتيجي و جوهري في دراسات و أبحاث عديدة. إن مفهوم التمثل يبقى صعب الاستعمال بدقة في علم النفس إذا أدركناه مثل جان مارك، مونتاي. و لوي مايو، Jean.Marc. Monteil, et Louis. Maillot,

بأنه "المجموع المركب للمعلومات والآراء و الاعتقادات و الاتجاهات بالنسبة خاص أو وضعية، Marc. Monteil, et Louis. Maillot. للموضوع).

معينة" (10:1988)

نستنتج من ذلك أن صعوبة استعمال مفهوم التمثل تكمن في كونه المحرك و المثير الأساسي في توجيه السلوك البشري.

تعريف التمثل

قبل تقديم مختلف الأعمال حول مفهوم التمثل في علم النفس يظهر لنا مهماً تعداداً بعض التعاريف العامة والفلسفية.

نجد في قاموس اللغة الفرنسية التعريف التالي: التمثل هو "فعل وضع أمام الأعين أو أمام فكر شخص" (Petit Robert, 1, 1979:1679).

(Petit التمثل هو " عمل أو فعل إرجاع الموضوع مدركا (سواء كان مفهوما أو موضوعا غائبا) بواسطة صورة، وجه، أو دليل" (Robert, 1, 1979: 1679)

يعرف التمثل في قاموس لاروس، Le Petit Larousse كما يلي:

1- " فعل التمثل، هو إحضار من جديد.

2- هو عبارة عن تمثيل مسرحية.

3- هو صورة بيانية مرسومة.

4- هو صورة ذهنية لموضوع ما.

5- هيئة ممثلة لدولة. " (Le petit Larousse, 1980)

بينما نقرأ في قاموس علم النفس لنوربير سيلاميا يلي:

" التمثل الذي يرجع الى الكلمة اللاتينية ' *Representare* ' 'أي إحضار الشيء' لا

يقصد به إحضار صورة لحقيقة الشيء، بل هو بناء يقوم به نشاطنا

(N.Sillamy, 1980 :1029).العقلي."

نجد في لسان العرب لابن منظور التعريف التالي: "التمثل من مثل، يمثل، مثولا، و مثل التماثيل أي صورها، ومثل الشيء بالشيء أي شبهه به و تصوره حتى كأنه ينظر إليه و امتثله أي تصوّره." (ابن منظور، 2000: 436)

نستنتج من هذه التعاريف أن التمثل هو فعل فكري، أو نشاط عقلي نقوم به لإرجاع الشيء مدركا من خلال تمثّل صورة لهذا الشيء الغائب؛ التمثل هو عملية بناء عقلي هو عملية تركيب يقوم بها الفكر من أجل تصور الشيء ذهنيا.

في الواقع، نجد تنوعا واختلافا في الدراسات التي اهتمت بمفهوم التمثل؛ فالتمثل ليس محلا C.دوما بنفس الطريقة من طرف كل الباحثين؛ كما أشار إلى ذلك لودفلامون. إذ يقول:

Flament

"يستعمل مصطلح التمثل في العديد من قطاعات العلوم الإنسانية(و حتى فيما وراء ذلك) بمعان مختلفة، و غالبا ما تكون مبهمة." (C.Flament, 1989:447)

يعتبر مفهوم التمثل من المفاهيم المعقدة في تعريفها و في تحديد مدلولها و بنيتها، و هذا ربما يرجع إلى تنوع التخصصات و اختلاف المقاربات المهمة به.

المفهوم الفلسفي للتمثل:

يرجع الفضل في استعمال مفهوم التمثل لأول مرة في منظور المعرفة إلى شوبنهاور A.Schopenhauer الفيلسوف

يقول "بيير مانوني" P.Mannoni. إن التمثلات بالنسبة الى الفيلسوف

شوبنهاور هي تسقط وتكشف في السيرورات العقلية كمنتج العمل السري للإرادة"

(P.Mannoni, 1989 :35).

بعبارة أخرى و حسب بيير مانوني: الفيلسوف شوبنهاور لم يتخطَّ النظرة الفلسفية المحضنة في تعريف مفهوم التمثل.

من جهتهما—تهنس" و "لمبرور" التمثل G Thines. Et A. Lempreur عرفًا مفهوم بمنظور فلسفي آخر؛ بالنسبة لهما التمثل "يتضمن دلالة مزدوجة لكل ما ينوب عن الشيء، و ما يأخذ مكانه في الفهم، و ما يُستوعَب منضمونه و معناه، سواء كان نسخة، مدلولاً أو رمزا. التمثليتميز عن الانطباع باعتباره نتيجة عمل يقوم فيه الفكر بجمع وتنظيم ما هو مقدّم له" (G.Thines, et, A.Lempreur, 1975 :837)

إلى جانب هذا المفهوم الفلسفي، يقدم هذان الفيلسوفان مفهوما نفسيا للتمثل، و فيه يركزان على محتوى التمثل من جهة، و على مسار بناء التمثل من جهة أخرى.

"التمثل الاجتماعي هو عملية البناء الاجتماعي للواقع الذي يؤثر في نفس الوقت (Thines) على المحفزات و الاستجابات لهذه المحفزات؛ فهو إذن سيرورة معرفية تتظاهر كحقيقة محسوسة" (837: et Lempreur, 1975)

نستنتج أن عملية التمثل هي إعادة بناء الصورة للشيء المتمثل، حسب نظرتنا الخاصة لهذا الشيء، و حسب قيمة و أهمية هذا شيء بالنسبة إلينا.

المفهوم الاجتماعي للتمثل:

للتعرف على التمثل الاجتماعي لابد من الرجوع الى المكتشف الحقيقي لهذا المفهوم؛ يعتبر إميل دورخايم E. Durkheim هو أول من تناول مفهوم التمثل الاجتماعي، وهو الذي أكد على الدور الاجتماعي للفكر؛ إذ يقول " ينتمي الإنسان إلى مجتمع، وهذه الحياة الاجتماعية كلها مكوّنة من تمثلات. إن حالات الوعي الجماعي هي من طبيعة أخرى مقارنة مع حالات الوعي الفردي. إذن، ليس المهم هو معرفة طريقة فردانية المفكر تمثله لمؤسسة ما، بل معرفة إدراك (Bagros et B.DeToffol, 1993 :180) في الجماعة"

بالنسبة إلى دورخايم، التمثل الاجتماعي هو مفهوم مشترك بين أفراد الجماعة. يوجد فيه سيرورة انتساب و مشاركة. التمثل الاجتماعي متجانس و دائم، يقرب أعضاء الجماعة و يحافظ على الروابط فيما بينهم. التمثل مشترك و مدرك بطريقة جماعية الأمر الذي يمنحه حق الدوام و قوة الاعتبار.

يعتبر دورخايم التمثل الاجتماعي محصولاً جماعياً إذ يقول: "إذا كان التمثل الاجتماعي مشتركاً بين الجميع، فلأنه مؤلف جماعياً أنه لا يحمل بصمة أي ذكاء خاص، فهذا يعني أنه منجز من طرف ذكاء فريد، فيه يلتقي كل الأشخاص الآخرون ومنه يتغنون. و إذا كان (D.Jodelet) الذكاء الفريد يتميز باستقرار أكثر من الإحساسات و الصور، فلأن استقراراً من التمثلات الفردية" التمثلات الاجتماعية تعتبر أكثر (65: 1989)

التمثل الاجتماعي هو عبارة عن بناء اجتماعي حاصل من التواصل بين الأفراد و من التبادل و التفاعل الاجتماعي. التمثل الاجتماعي هو منتج شارك في صنعه افراد ينتمون إلى مجتمع واحد، و هو عبارة عن معارف يتقاسمها مجموعة من الاشخاص لهم نفس المعالم المرجعية.

في مقارنته بين التمثلات الفردية و التمثلات الجماعية، يؤكد دورخايم على نوعية الفكر الجماعي مقارنة بالفكر الفردي " ما المدهش، يقول دورخايم، في أن تكون التمثلات الاجتماعية الناتجة عن الأفعال و ردود الأفعال المتبادلة بين المعارف المبدئية المكونة للمجتمع، نابعة مباشرة من هذه المعارف ثم تتفوق عليها". (D.Jodelet,1989 :65) نستنتج مما سبق أن التمثلات الفردية بالنسبة إلى دورخايم هي تمثلات فردية خاصة، مسيرة من طرف الفكر و الدماغ الفردي، بينما التمثلات الاجتماعية هي منتج جماعي يشارك في إنتاجه و بنائه الجماعة، و هي مجموعة من التراكمات المقياسية و المعرفية القيمة المنتجة من طرف المجتمع.

بعد فترة من الركود و الجمود النسبي احتل مفهوم دورخايم للتمثل الاجتماعي مركز الأبحاث المهمة؛ هذه الأبحاث كانت في البداية بمبادرة من الباحث سارجوسكوفسي Serge Moscovici الذي وضع في كتابه العلمي ' التحليل النفسي و جمهوره ' 'La psychanalyse et son public' كيف يمكن للتمثل الاجتماعي أن يعدل في الفكرة و يحولها من معناها العلمي الى معنى عام، كما يحولها من المعنى العام الى معنى علمي.

يقول موسكوفيتسي "إن التمثلات الاجتماعية عند دورخايم تشكل قسما كبيرا من الظواهر العقلية و الاجتماعية التي تشمل ما نسميه عموما علما، إيديولوجية، أساطير؛ فهي تميز الجهة الذاتية عن الجهة الاجتماعية، و في نفس الوقت الجانب الإدراكي عن العقلي بالنسبة للعمل الجماعي". (S.Moscovici, 1972) الجانب

حسب موسكوفيسي، دورخايم تمسك بمجموعة من الأفكار القوية في تفسير التمثلات الاجتماعية؛ يذكر منها:

1 - " لا يمكن للإنسان أن يفكر دون المفاهيم ليكون إنساناً؛ لأن الإنسان في هذه الحالة يصبح غريزيا و غير اجتماعي؛ يقتصر إدراكه على الأحاسيس الفردية وبالتالي يصبح غير مفهوم كالحوان".

2 - " التفكير "بالمفاهيم"، لا يقصد به عزل و جمع مجموعة من الصفات المشتركة بين بعض الأشياء؛ بل هو استيعاب المتغير تحت الدائم، أي اصهر الخاص ضمن العام". (الفرد 1972, S. Moscovici). نستدل من ذلك على أن التمثل الاجتماعي يزوب تحت الجماعة، و الجماعة هي التي تعطي معنى للواقع الذي يواجه الفرد، و الواقع ينتج من خلال تجاوب و تفاعلات الجماعة.

من جانبه هنرى بيرون Henri.Piéron عرف التمثل الاجتماعي "كمفهوم دورخايمي الجماعي". مرتبط بالوعي (8: 1998, P. Mannoni)

إذاً التمثل الفردي عند دورخايم هو تمثل مرتبط بالذاكرة و بإعادة استرجاع الذكريات. التمثلات الفردية ترتكز على معرفة كل فرد، عكس التمثلات الاجتماعية التي يضاف إليها حقيقة قطعية تمثل الحقيقة الاجتماعية. التمثلات الاجتماعية هي العناصر الأساسية لمعلوماتنا المشتركة، إليها نرجع لاستدلالنا في محيطنا، و بفضلها نتمكن من الاتصال و تبادل الأفكار. التمثلات الاجتماعية تساهم في الوعي الاجتماعي، و هي عامة ودائمة شارك في بنائها الجماعة.

إن التمثلات عند ويبير سلوكيات الأفراد؛ Weber تشكل إطار المرجعياتو هي التي توجهه ، حيث يورد موسكوفسي عنه مايلي: " يظهر جليا أن الوضعيات الجماعية التي تكون جزءا من التفكير اليومي أو التفكير القانوني (أو تفكير آخر متخصص) هي تمثلات لأشياء معينة تتردد في ذهن الإنسان الفعلي (ليس فقط القضاة و الموظفين، لكن 'الجمهور' أيضا)،

(Moscovici, 1989) و من خلالها يوجهون نشاطهم وبنياتهم، و هي تعتبر سببا معتبرا ومسيطرًا على طبيعة سريان نشاطات الناس الحقيقيين". (64)
يعتقد ويبر أن مجموع المكتسبات و المعارف المشتركة و الثقافة المعيشة هي التي تحدد سلوك الأفراد. إن المعرفة المشتركة هي التي لها القدرة على توجيه نشاطات الأشخاص.
سيرورة التمثل الاجتماعي

ينقل مانوني عن موسكوفيسي بأن بناء التمثل يمر بـسـيرورتين أساسيتين هما:
التوضيح و الترسـيخ (P.Mannoni, 1998:43).

أ- التوضيح « l'objectivation » يتضمن التوضيح ثلاث مراحل:

1- مرحلة البناء الانتقائي: في هذه المرحلة نقوم بعملية ترشيح و انتقاء المعلومات و العناصر التي تهـمنا و نتخلى عن الباقي.

2- مرحلة التخطيط البنيوي: تتميز هذه المرحلة بتكوين مخطط شكلي من خلال المعلومات المنتقاة، و هي المرحلة التي نرجع فيها الأشياء المجردة الى أشياء ملموسة بإعطائها شكلا ملموسا.

3- مرحلة التطبيع: بعدما يصبح المخطط الشكلي ملموسا و ينتشر داخل المجموعة، فإنه يصبح طبيعيا و يصبح حقيقة موجّهة لإدراكاتنا و أحكامنا.

ب- الترسـيخ « L'ancrage »:

يتضمن الترسـيخ التجذر و التأصل الاجتماعي للتمثل مع القيم المعرفية الموجودة في الجماعة المرجعية.

إذن في مرحلة التوضيح نقوم بفرز المعلومات التي تهمننا في بناء تمثّل الشيء، و نرجع الأشياء المجردة مادية بإعطائها صورةً أو شكلاً، و لكي يتم الترسّخ ينبغي أن تمتلك المجموعة قدرة معرفية مشتركة، وأن يكون للمفاهيم داخل الجماعة نفس المعنى.

إضافة إلى ما سبق، يقول سارج موسكوفيسي أن المجرى الرئيسي في سيرورة التمثّل الاجتماعي هو "نظام التصنيف". إن الفاعل، سواء كان شخصاً واحداً أو جماعة، سوف يخص نفسه بالشيء، وفضل نظامه المعرفي و نظام قيمه سيحاول تمثّل هذا الشيء باختيار و ترتيب العناصر المكونة لهذا الشيء.

عكس السلوكيين الذين لا يسلّمون بالمكتسبات الإدراكية للعوامل العقلية وخصوصياتها، تكلم سارج موسكوفيسي عن التمثّل الاجتماعي و عن الاستمرارية في التمثّل، فكتب في ذلك: "لا يوجد فاصل بين العالم الخارجي و العالم الداخلي للفرد (أو الشخص و الموضوع ليسا متميزين عن بعضهما البعض أساساً" (Moscovici, الجماعة)، (9: 1969).

نستنتج من ذلك أن الموضوع موجود حسب الفرد أو الجماعة، و عندما يُكوّن الفرد فكرة بالنسبة لموضوع ما فإن هذه الفكرة تكون مشبعة بنظام تقويمه و قيمه و بمجموعة من المعارف و المكتسبات حول هذا الموضوع. نفهم من ذلك أن تمثّل الموضوع سوف يختلف من فرد إلى آخر لأن الموضوع نفسه ليس له نفس المعنى و نفس التأثير بالنسبة إلى كل الأفراد.

تتفق دونيز جودلي 'Denise Jodelet' مع موسكوفيسي في معنى التمثّل

الاجتماعي؛ فهي تعرفه بأنه: " شكل من أشكال المعرفة العمليّة تربط شخصاً بموضوع؛ فالتمثّل الاجتماعي هو دائماً تمثّل لشيء (موضوع) من طرف شخص (D. Jodelet , 1989 :43) (فاعل)".

بالنسبة لجودلي.د، هناك علاقة 'شخص - موضوع'، وهذه العلاقة هي التي تحدد معنى ودلالة الموضوع. التمثل ينبثق من اللقاء الذي يحدث بين هذا الشخص و هذا الموضوع في تلك الفترة الزمنية بالذات. " يعتبر هذا الارتباط بالموضوع جزءا جوهريا من الرباط (D. Jodelet، الاجتماعي و ينبغي تفسير ذلك الارتباط في هذا الإطار" تقول جودلي. 1989 :43).

التمثل الاجتماعي هو إعادة بناء صورة الموضوع تبعاً للشخص والحقيقة الملازمة لهذا الموضوع، الحقيقة الملازمة للموضوع تختلف باختلاف الأفراد والجماعات؛ بعبارة أخرى الفرد بواسطة نظامه المعرفي ونظام قيمه و دوافعه يُصنّف و يُفرز و يُرتب مكونات الموضوع ليستخرج تمثله للموضوع لكن دون التعارض مع الواقع الاجتماعي.

يقول بول بورديو P. Bourdieu: ذهب بعض الباحثين في المنهجية إلى

حد القول " إن ما نعتبره نحن حقيقة ما هو إلا خيال مكون من مفردات نتلقاها من الاجتماعي للتعبير عن هذه الحقيقة" (P. Bourdieu, 1994:135 العالم).

وظائف التمثل الاجتماعي:

سواء كان حقيقيا أم خياليا، التمثل الاجتماعي يؤدي في كل الحالات وظائف اجتماعية مؤكدة.

يورد مونتاي J.C.Monteil و لويس. مايو Louis Maillot عن جودلي. د،

أن التمثل الاجتماعي كما يتناوله علم النفس في دراسته يتمحور حول ثلاث وظائف هي: (J.C.Monteil et L.Maillot, 1988:10) قاعدية .

1 " وظيفة معرفية لإدماج ما هو جديد.

2 . وظيفة تفسيرية للواقع.

3. وظيفة توجيه السلوكات و العلاقات الاجتماعية.".

يقول بيير مانوني أنالوظيفة المعرفيةللمثلاث الاجتماعية عنددونيزجودلي، و كما هو

الحال عند سارج موسكوفيتشيتعتبر مركبة من مظهرينمهمينهما:

أ - **المظهر المكوّن** constituent يرجع الى آليات التبادل والاتصال التي

تديراستيعاب المعارف و التفاعلات الاجتماعية، (سيرورة)، و هذا ما يشيرإلى الذهنية الفردية أو الجماعية.

ب _ **المظهر المكوّن** Constitué يتركب من الاعتقادات و المعايير و القيم

و الآراء و الأحكام المسبقة، أي كل ما هو (مضمون). (P. Mannoni, 1998 :50)

يورد موسكوفشيعنجدليأن هذه الوظائف الثلاثة التي يتمحور حولها التمثل الاجتماعي، لها

علاقة وطيدة بخصائص التمثلات. و تضعجودليهذه الخصائص في النقاط الستة التالية:

1- "هو دائما تمثل لموضوع معين.

2- له خاصية انطباعية و خاصية تبادل الحس و الفكرة، الإدراك و الصورة.

3- له خاصية رمزية و له معنى.

4- له خاصية بنائية.

5- له خاصية الاستقلالية و الابداع.

6- له طابع اجتماعي. (S. Moscovici, 1992:365)

كما هو الحال عند موسكوفيشي، لا يوجد حقيقة مطلقة عند جودلي، فكل حقيقة هي

ممثلة، و كل تمثل يتضمن تمثل الشخص لتلك الحقيقة.

تقول جودلي "أن تتمثل أو تعيد تمثّل موضوع، هو نشاط فكري يتناسب مع نوع العلاقة التي تربط الشخص بالموضوع. هذا الموضوع يمكن أن يكون إنسان، شيئاً، حادثاً مادياً، نفسياً أو اجتماعياً، ظاهرة طبيعية، فكرة، أو نظرية. يمكن أن يكون كذلك حقيقياً أو خيالياً، أو خرافياً، لكنه دائماً مناسباً للموضوع، فلا يوجد تمثّل دون موضوع. أما بالنسبة لنشاط التفكير الذي بفضلته تتأسس العلاقة بين الشخص و الموضوع فله مميزات خاصة مقارنة بنشاطات عقلية أخرى." (Jodelet, 1993:22).

التمثّل بالنسبة لجودلي هو عملية بناء عقلي، هو عملية تركيبية للموضوع يقوم بها الفرد حسب طابعه الحسي و حسب إدراكاته و أفكاره عن ذلك الموضوع.

فينفس سياق موسكوفيتشي و جودلي أكد جون كلود أبريك "الموضوع لا J.C.Abric على أن يوجد في حد ذاته، الموضوع يكون حسب الفرد أو الجماعة و بالنسبة إليهم؛ فالعلاقة 'شخص-موضوع' هي التي تحدد الموضوع ذاته، فالتمثّل هو دائماً تمثّل لشيء بالنسبة لفرد ما" (J.C.Abric, 1994:12) ما

بالنسبة لجون كلود أبريك، التمثّلات الاجتماعية تحمل الدلالات، والبناء الذهني هو الذي يعطي المعنى.

يوردمانوني عن أبريك، أن "الأفراد لا يتناولون وضعية ما بطريقة حيادية و متطابقة. إن الظروف هي التي تسير تمثّل الوضعية، و المعنى. و إن هذا التمثّل للوضعية هو الذي (P.Mannoni) يحدد مستوى إشراك الفرد و طموحه، ويدفع به إلى تجنيد إمكانياته المعرفية بطريقة مختلفة نوعاً ما." (1993:61).

بالنسبة لأبريك، التمثّل الاجتماعي هو: "منتج و سيرورة لنشاط عقلي يبني من خلاله الفرد الواقع الذي يواجهه ويعطيه دلالة خاصة، و الأمر كذلك بالنسبة (J.C.Abric, 1994:13) للجماعة" ..

يختلف التمثل الاجتماعي حسب أبريك من جماعة لأخرى. هذا التباين ناتج عن اختلاف القيم و المبادئ التي تربط الجماعة. التمثل الاجتماعي هو عبارة عن سيرورة تسمح ببناء الواقع كما تتصوره الجماعة، و وسيلة لتوجيه سلوكات الجماعة و بناء الاستجابات. توصل جون كلود أبريك من خلال أبحاثه إلى تحديد أربع وظائف اجتماعية أساسية من شأن التمثلات الاجتماعية تحقيقها:

1- "وظيفة المعرفة": تسهل التمثلات و تسمح بفهم وشرح الواقع و الاتصال الاجتماعي.

2- "وظيفة الهوية" تسمح التمثلات بتعريف هوية الجماعة و تحافظ على نوعيتها.

3- "وظيفة التوجيه" توجه التمثلات و تصف السلوكات و الممارسات.

4- "وظيفة التبرير" تسمح التمثلات بتبرير التصرفات و

(15: 1997, J.C.Abric) السلوكات..

تؤكد دنيز جدولي خصيصا على الطابع العملي للوظيفة الاجتماعية المرتبطة بالتمثل الاجتماعي. فهيتوضح ذلك بالتكلم عن التمثل الاجتماعي ك "نوع من المعرفة المنجزة و المتبادلة من قبل الجماعة، لها اتجاه عملي و متلاقببناء الواقع المشترك بين مجموعة اجتماعية" يورد مانوني عن جدولي. (P.Mannoni, 1993:74)

إذن بالنسبة إلى جدولي، التمثل الاجتماعي هو معرفة عامية تسمح للأشخاص المنتمين إلى نفس الجماعة أن يكون لديهم مُدَّخَر من المفاهيم المشتركة يكون لها نفس المعنى عند كل أفراد الجماعة.

بنية التمثل الاجتماعي:

اهتم الكثير من العلماء بدراسة تركيبية و بنية التمثل الاجتماعي، و توصل العديد من هؤلاء

العلماء إلى أن التمثل الاجتماعي يدور حول مركز يدعى بالنواة المركزية.

تعتبر نظرية 'النواة المركزية'، مصطلحاذا أهمية كبيرة في البحوث التي تهتم بمفهوم

التمثل و تركيبته. تعد النواة المركزية العامل الأساسي الذي يدور حوله معنى و مفهوم

التمثل الاجتماعي.

اعتنى كل من جون كلود أبريك و كلود فلامون بمفهوم النواة المركزية و اعتبرها العنصر

الجوهري في تحديد مدلول التمثل الاجتماعي.

أضاف جون كلود أبريك إلى مفهوم النواة المركزية ما أسماه بالمركزية النوعية

و البنائية؛ فالتمثل إذن هو معرف و محدد من خلال العنصر أو مجموعة العناصر التي

تكون النواة المركزية، و النواة المركزية هي التي تعين مفهوم التمثل ، و هي تعتبر

العنصر المركزي في التمثل؛ فالنواة المركزية هي التي تقوم بتخصيص معنى التمثل

و تنظيمه. "يرتب كل تمثل حول نواة مركزية، و النواة المركزية هي العنصر الأساسي

أبريك (21: J.C.Abric, 1994). للتمثل. " كتب جون كلود

يعرف التمثل إذن من خلال العنصر أو مجموعة العناصر التي تشكل النواة المركزية، و

النواة هي التي تعطي للتمثل مدلولاً، و هي العنصر الأكثر أهمية في التمثل.

كتب كلود أبريك إلى جانب ذلك، أن النواة المركزية تؤمن وظيفتين هما:

1- " وظيفة مولدة": .Fonction génératrice.

بفضل النواة المركزية يتحدد معنى التمثل، و من خلال النواة المركزية تأخذ العناصر

المكونة للتمثل اهميتها و مدلولها.

2- " وظيفة منظمة": Fonction organisatrice

إن النواة المركزية هي التي تحدد طبيعة العلاقات التي تربط بين عناصر و " العناصر المركزية هي الأساس الفكري للتمثل " . (J.C.Abric, 1994:21)التمثل بالإضافة لهاتين الوظيفتين، يقولون كلود أبريك أن للنواة المركزية خاصية الاستقرار، و تعتبر النواة المركزية العنصر الأكثر انغلاقا و استقرارا في التمثل، و هي أيضا العنصر الأكثر مثابرة و مقاومة للتغيرات؛ إن تعديل أو تغيير النواة المركزية يحول نهائيا تعريف التمثل و يعطيه مدلولاً مختلفاً تماماً.

إن النواة المركزية التي تتكون من عناصر أو عدة عناصر، و التي تدور من حولها المخططات المحيطة، تكون النواة المنظمة للتمثل، و هي التي يكون لها الدور الأساسي في التعرف على موضوع التمثل.

إن النواة المركزية للتمثل التي أطلق عليها وليام دواز. W.Doise اسم 'المنظم الرئيسي' أو "المولد الرئيسي". و التي أطلق عليها شمبار دو H. Chombart De Lauwe اسم لوو'النواة الساكنة'؛ هي بالنسبة لجون كلود أبريك " محددة من جهة بطبيعة الموضوع الممثل، و من جهة أخرى بالعلاقة التي يربطها الفرد (أو الجماعة) بهذا الموضوع، و أخيراً بأنظمة القيم و المعايير الاجتماعية التي تكوّن المحيط الإيديولوجي للظرف و (J.C.Abric, 1994 :23)للجماعة"

نستنتج من ذلك أن التمثل ينبثق من خلال لقاء شخص محدد مع موضوع محدد و في ظرف محدد.

لا يبتعد كلود فلامونكثيرا في تحليلاته عن فرضية جون كلود أبريك ؛ فدراسة لتنوع التمثلات برهن فلامون أن المخططات المحيطة تحوم حول العناصر المركزية، و أن

التحول في التمثل يكون ابتداء من تعديل المخططات المحيطية مع الاحتفاظ بالنواة المركزية.

يتفق كل من جون كلود أبريك و كلود فلامونعلى أن التمثلات الاجتماعية تتركب هيكليا من نواة مركزية و من مخططات محيطية: " ما يظهر مؤكد هو أن النواة (النواة المركزية للتمثل، منظمه الأساسي)، هي البنية التي تنظم عناصر التمثل و تعطيها معنى" (C.Flament,1994:23).

إن، التمثل الاجتماعي الذي هو عبارة عن مجموعة من المعلومات، و المعارف المتعلقة بموضوع له نفس المعنى بالنسبة لكل افراد المجموعة او الجمهور هو في الواقع المحرك الذي يشتغل لحظة التبادلات الاجتماعية؛ فنحن نرجع إلى التمثلات لتحديد مواقفنا، و تحديد اتجاهاتنا وسط محيطنا، و للتحاور و التفاهم مع أفراد مجتمعا؛ التمثل هو إنتاج محدد اجتماعيا، و التمثلات هي التي تسيرونا و تساعدنا في تفسير العالم و إعطاء مدلول لكل ما يحيط بنا.

انطلاقا من هذا التعريف العام للتمثل، تتكون لدينا مجموعة من الأسئلة تدور حول العوامل التي تدخل في تمثّل الصورة التي يكونها المريض عن نفسه و عن طبيبه؟.

هدفنا إذن من هذه الدراسة هو تحديد المرجعيات ، و تحديد الميكانيزمات الشعورية و اللاشعورية التي تدخل في تمثّل صورة الذات عند المريض، و أخذ هذا التمثل كعنصر تفسيري لفهم نشاط أو فعل تفكير المريض، و كذلك فهم سلوك المريض تجاه المستشفى بصفة عامة و سلوكه تجاه الشخص المعالج بصفة خاصة.

يتعلق الأمر إذن بالفهم الجيد للطريقة التي من خلالها ينجز أو يعد الفرد المريض بناء صورة لنفسه و لطبيبه المعالج.

انطلاقاً من نظرية جون كلود أبريك ، وخصوصاً مفهومه للنواة المركزية للتمثل،
سنحاول تحديد هذه النواة المركزية إن كانت موجودة عند حالات المرضى بالمستشفى
الجامعي لمدينة وهران في تمثّل صورة الذات و صورة الآخر.

الفصل الثالث:

مفهوم صورة الذات

مفهوم صورة الذات:

قبل المرور إلى مفهوم صورة الذات، من المهم تعريف و عرض التطور التاريخي لمفهوم الصورة.

تعريف مفهوم الصورة:

عرفت الصورة تغيرات منذ أرسطو وأفلاطون اللذين درسها أساسا من خلال الاستبطان، و مع وصول علم النفس العلمي عرف مفهوم الصورة المرحلة الأكثر تطورا.

نشأ مفهوم الصورة في حد ذاته من كلمة 'IMAGO' ، و 'Imago' هي كلمة

لاتينية تعبر عن الصورة.

أدخل مفهوم 'IMAGO' في علم النفس من طرف كارل جوستاف يونغ! 'Carl'

'الاشعورية Gustav Jung. ومصطلح IMAGO بالنسبة لهذا الباحث يشير الى "التصورات للشخصيات العائلية (الأب، الأم، الأخ، الأخت) اللذين يحملان شحنة عاطفية قوية. بإدماجها مع التجارب الأولية، مع الإحباطات، ومع الرضا الطفولي. فإن الصور

'Les IMAGOS لا تعكس الحقيقة أي الواقع لكن تعكس الذاتية الفردية"

(Norbert. Sillamy, 1980 :596)

بينما في العشرينات، الصورة بحصر المعنى لم تظهر إلا نادرا في الدراسات، ففي الخمسينات الصورة البصرية أُخِدت بعين الاعتبار من طرف السلوكيين؛ فعرفها البعض على أساس أنها "إحساسات إشرافية" و بالنسبة إلى لبعض الآخر هي "رؤية عملية" و إلى البعض الآخر هي " استجابات حسية إشرافية".

يعتبر نوربير سيلامي فترة الخمسينات هي فترة الانقطاع عن نظرية الترابطيين؛ " إن فهو يورد عن Taine النظرية الترابطية كانت تعتبر الصورة أثرا رسوبيا للإحساس" (N.Sillamy, 1980: 594). تالين

في هذه الفترة ركز الباحثون خاصة على الصورة كنشاط رمزي.

بعض المؤلفين مثل واطسون، جون بروأديس، و كلارك ليونارد هول، Watson,

John Broadus et Clark Leonard Hul. عبروا بدورهم عن الصورة واعتبروها

" أثارا فكرية ناتجة عن إدراكات حسية" (N.Sillamy, 1980: 594).

جون بول سارط P.Sartre. ليدرك الصورة كـ " فعل".

الصورة بالنسبة لبياجي J.Piaget هي بالأصح " إعادة بناء نشيط يكون التقليد

فيه هو نقطة الانطلاق" (N.Sillamy, 1980 : 594).

(N. سلامي. ن، يقول " توجد علاقة ضيقة بين الصورة و التقليد المستبطن" عند بياجي،

بالنسبة إليه الصورة هي وسيلة للمعرفة. (Sillamy, 1980:594).

بعد هذه الدراسات، و في السنوات المتعاقبة حاول " آلانبايفيو" Allan Paivio

من خلال دراستها لظواهر العقلية وضع الصورة في مركز علم النفس العلمي.

بالنسبة لآلانبايفيو وميشال دنيس "النشاطات السيكولوجية للفرد هي مسيرة من طرف عمل

"نظامين للترميز" أو " طرق التصورات الرمزية" ، هما:

1 - ' نظام التصورات المزيئة بالصور'، يكون فيه النمو مرتبطا بالتجربة الإدراكية

للمحيط المحسوس. كما يمكن للفرد ان يعالج الحالة بالرجوع الى المواضيع و الأحداث

المحسوسة.

2 - نظام التصورات اللفظية' مرتبط بتجربة الفرد اللغوية، بالافتراض أن هذا الفرد يكون أقل اتباعية للطابع المحسوس او المجرّد للوضعية. (Michel.Denis,1994 :43)

إنّ النظام الأول يكون لمعالجة المعلومة التي تحتاج إلى صياغة صورة بصرية، أما النظام الثاني فيهتم بمعالجة اللغة.

بالرغم من الشهرة الكبيرة التي عرفها موضوع الصورة في السبعينات، تبقى هذه الفترة، فترة صراع بين من ينتمون لنظام الترميز الثنائي المقترح من طرف الأنبايفيو، و من يعتقدون أن الصورة ليست لها مثل هذه الأهمية في تفسير الظواهر النفسية والمعرفية كما هو الشأن في المقاربة الافتراضية.

مفهوم صورة الذات:

تعددت و تشعبت التعاريف و الاهتمامات بمفهوم صورة الذات؛ فالمقاربات لهذا المفهوم اختلفت، و في حالات كثيرة نجد لها اتجاهات متباينة و متناقضة.

نشأ مفهوم صورة الذات من طرف العديد من النفسانيين المعاصرين. يعرف سيلامي صورة الذات, ب"التصور المعرفي للشخص من طرف الفرد نفسه، و من خلال مع الكائنات و الأشياء المهمة بالنسبة إليه". (N.Sillamy, 1980:1127)علاقاته

تُعرف الذات في معجم علم النفس " كضمير شخصي منعكس في الضمير الذي يعين الشخص في وحدته". (N.Sillamy, 1980 : 1125)الثالث

عموما الذات في علم النفس تعتبر مرادفا للوعي أو الشخص. في نفس الاتجاهالذات يواز نشارل رنوفبي "C. Renouvier و اللاذات في تعريفه للشخصية فيقول:

" يتعلق الأمر بالكائن الواعي كذاتية، بدل الأنا الذي يعني مجموعة المميزات الفردية" (N.Sillamy, 1980:1125).

إن وليام جامس في w.James له رأي معاكس؛ يورد لكويي بأنجامس يعرف الذات كتابه 'مبادئ علم النفس' كمجموع كلي لكل ما يسميه الفرد "ملكه الخاص، ليس فقط جسمه (R. وإمكانياته الفيزيائية، لكن حتى ملابسه، بيته، قرينه و أطفاله، أسلافه و أصدقائه، (17: 1978 سمعتهو عمله، أراضيه أحسنته يخته و حسابته البنكي", L'Ecuyer).

بالنسبة لوليام جيمس، الذات تتضمن كل ما هو أنا و كل ما هو لي فهو أنا واسع، يشمل كل ما هو شخصي.

ينقل لكويي عن جيمس بأن العناصر المكونة لمصطلح أو مفهوم الذات أو ما يسميها ب " مكونات الذات" هي أربعة:

- 1- الذات المادية: ترجع إلى جسم الفرد و كل ما يعتبره ملكا له .
- 2 - الذات الاجتماعية: و ترجع إلى الاهتمام الذي يشعر به الفرد في محيطه، و إلى نوع سمعته داخل وسطه الاجتماعي.
- 3 - الذات الروحية: وتشمل كل الخصائص، الاستعدادات، الإمكانيات الجسمية والعقلية، الاهتمامات، الاتجاهات، الطموح، كل الميزات التي يسلم الفرد بأنها مكونة للذات الروحية.
- 4- الصورة الخاصة "Purego": و ترجع إلى معنى الهوية والاستمرارية بين 'مختلف الذوات' (L'écuyer, 1978 : 44).

نستنتج بأن مفهوم الذات يعيدنا إلى كل ما يدركه الفرد في نفسه، و إلى كل ما يعتقد بأنه ملكه الخاص مثل سماته الشخصية المتميزة، قيمه، و طموحاته.

تمثل الذات عندسيقمون فرويد الجزء اللاشعوري للأنا، فهو يعتقد أن الأنا هو "جوهر انطلاق النظام الإدراكي للعالم الخارجي، و هو في أول الأمر ما قبل الشعور. و يحتفظ

بإطلاق تسمية الذات على كل العناصر النفسية الأخرى أين يمتد الأنا بسلوك لا شعوري"
(Sigmund Freud, 1980:1126).

في نفس المرجع السابق (ص 1126) يوضح فرويد يتكون من " S. Freud بأن الفرد ذات نفسية، غير معروفة و لا شعورية، والتي تراكب الأنا السطحي المنبعث من النظام كجوهر؛ لا يوجد انفصال واضح بين الأنا والذات خاصة في الجزء الأدنى لهذا النظام، حيث يمكن الخلط بين كليهما."

نستنتج من ذلك أن الذات عند فرويد هي ذلك الجانب اللاشعوري، اللاوعي.

اتجه يونغ "لا بد Young اتجاها آخر في تعريفه للذات، حيث فرق بين الذات و الأنا بقوله من التمييز بين الأنا والذات، الأنا ما هو إلا موضوع الوعي أي الشعور، الذات تشمل الكلية النفسية بما فيها اللاشعور" (Young,1950:479)بينما.

الذات بالنسبة ليونغ هي أشمل من الأنا. نفهم من تعريفه بأن الذات تحتوى على الأنا الواعي و الأنا اللاواعي.

إن المفاهيم التالية: الشعور بالذات، إدراك الذات، صورة الذات، تصور الذات، مفهوم

الذات، غالبا ما تستعمل بطريقة مترادفة. بالنسبة لروني لكويي R.L'Ecuyer.

هذه المفاهيم هي المراحل التي تؤدي الى مفهوم الذات؛ فهو يرى أن مفهوم الذات هو مفهوم متعدد الأبعاد و يتضمن الجانب اللاشعوري (الذات الغير الظاهرة)، و الجانب الشعوري (الذات الظاهرة).

يدرك روني لكويي في استكشافه لمفهوم الذات نزعتين عند الباحثين، نزعة فردانية ونزعة
جماعية.

أولا: النزعة الفردانية:

بدون الرفض الكامل لدور الآخر في بناء مفهوم الذات، الباحثون الذين يميلون إلى هذه النزعة، يركزون خاصة على إمكانية الفرد في التدخل و الفصل بين الإدراكات المنعكسة من الخارج، و بين إدراكاته الشخصية في تكوين مفهوم الذات. في هذه المقاربة، يؤخذ إدراك الفرد كحقيقة قاعدية لبلوغ شخصية الذات؛ أي أن الإدراك الداخلي يسيطر على ما هو منعكس من الخارج.

الباحثون الذي تقاسموا هذه النزعة كثيرون نذكر من بينهم.

نموذج جاس بيجنتال James. f. T. Bugental

منح جاس بيجنتال امتيازاً خاصاً للتجربة الشخصية للفرد، يورد لكوي عن بيجنتال أن مفهوم (R). الذات هو " نظام إدراكي متعلم، والذي يوظف كموضوع داخل الحقل الإدراكي " (L'Ecuyer, 1978:69)

ما يسيطر في تعريف جاس بيجنتال هو "الطابع التصوري" الذي يعرفه من خلال تحليل العلاقات الموجودة بين ما يدرك بأنه يمتلكه أو يشكل جزء منه والذي يسميه "ذات ظاهرة"، و بين ما لا يشكل جزء منه و يسميه "ذات غير ظاهرة".

يرتكز بيجنتال فياستكشاف مفهوم الذات على تحليل علاقة الأفراد اللفظية بإدراكاتهم. و يقسم بيجنتال المضامين التصورية إلى ست فئات و هي:

1- 'الذات القبطية': و هي العناصر التي يدركها كجزء منه.

2- 'الذات على الذات': عندما يتضمن وصف عنصر، تخصص جانب آخر من الذات.

3- 'الذات على الذات': و هو الجانب الذي لا يشكل جزءاً من الذات و يؤثر على الجوانب التي تعتبر جزءاً من الذات.

4- 'الذات على اللادات': ويمثل الطريقة التي تؤثر بعض الجوانب للذات على مضمون العناصر التي لا تعتبر جزءا من الذات.

5- 'الادات على اللادات': وتعني التأثير المتبادل بين عنصرين معروفين بعدم انتمائهما للذات.

6- 'الادات القبطية': تحتوي على العناصر الإدراكية البسيطة المعروفة انتمائها للذات (R.L'Ecuyer, 1978: 69) بعدم.

يوضح بيجنتال بطرحه لهذه المضامين، العناصر الأساسية لمفهوم الذات.

نموذج دونالد سوبر Donald Super.

لا يتكلم دونالد سوبر عن مفهوم الذات، وإنما عن "نظام لمفاهيم الذات". بالنسبة لدونالد سوبر الفرد من خلال تجاربه يكتسب عدة مفاهيم للذات، وهو نفسه يرتبها في إطار أو جهاز منظم.

يعبر دونالد سوبر عن اهتمامه بمفهوم الذات، من خلال إثباته السمات الشخصية، 'و من التي يسميها' بالأبعاد الداخلية' لخصوصيات بُعد Dimensions internes خلال إثباته من ذلك، و التي يعتبرها مركزية، و يسميها 'ما وراء الأبعاد'

'Méta-dimensions'.

يقول روني لكويي أن دونالد سوبر قسم ما وراء الأبعاد إلى سلسلتينهما:

أ - سلسلة 'ما وراء-الأبعاد لمفهوم الذات' ، عددها سبعة وتتكون مما يلي:

1- تقدير الذات: وهو درجة تقبل الذات كما هو مقر من طرف العامة.

2- الوضوح:يرجع إلى فهم الفرد لطبيعة الخصائص أو الصفات التي يستعملها لوصف نفسه، هذا الوضوح يرتفع مع السن و يعبر بدون شك عن الذكاء.

3- التجريد: يتمثل في قدرة الفرد على وصف نفسه بمفاهيم مجردة، هذه القدرة تنمو مع السن.

4- التدقيق:يعني به درجة النضج و اليسر المستعمل عند الفردي وصفه لنفسه.

5-اليقين: يقصد به درجة الثقة التي يمنح بها الفرد بعض السمات لنفسه.

6-الاستقرار:يعني به استقرار مفاهيم الذات.

7- الواقعية: تُقيم من خلال درجة الاتفاق بين الوصف الذاتي والمعايير الخارجية."

ب- سلسلة ' ما وراء- الأبعاد لنظام مفهوم الذات' و عددها ستة: (6)

1- البنية:تسند الى درجة التفاضل لمختلف السمات بين بعضها البعض داخل الملمح الوصفي العام.

2- المساحة: المساحة لامتداد الأنظمة المتعلقة بمفاهيم الذات تظهر من خلال "العدد، التنوع وتعقد الخصائص المدركة من طرف الفرد في نفسه."

3- المرونة: تعبر عن السهولة التي من خلالها يتمكن الفرد من استيعاب عناصر جديدة في النظام العام لإدراكاته لذاته.

4-الانسجام: يرجع الى درجة التماسك الداخلي بين مختلف عناصر نظام مفاهيم الذات.

5- الطبع و المزاج نظره 'Idiosyncrasie'بمعنى تتناسب درجة تقييم الفرد لنفسه مع وجهة لنفسه، و ليس وفق نظرة الآخرين.

6- **السيادة:** ترجع الى مقدار أهمية الدور الأساسي الذي تلعبه مفاهيم الذات في تحديد سلوك الفرد. (R. L'Ecuyer, 1978 : 73)

نموذج روني لكويي . René L'Ecuyer

ترجع الأبحاث حول مفهوم الذات عند روني لكويي الى سنة 1967، حيث توصل بعد تحليل مفصل لعدة نماذج لمفهوم الذات لباحثين سابقين ابتداء من سنة 1890 الى التعريف التالي: مفهوم الذات هو " نظام متعدد الأبعاد يتركب من بعض البنيات الأساسية المحددة للمناطق الكبيرة العامة لمفهوم الذات، كل واحدة من هذه البنيات تغطي أجزاء أكثر تحديدا للذات - البنيات التحتية - تقسم بدورها إلى مجموعة عناصر أكثر خصوصية - الفئات - تميز مختلف وجهات مفهوم الذات و تستمد من خلال التجربة المحسوسة مباشرة، بعد ذلك تصبح مدركة نهائيا بطريقة رمزية أو بمفاهيم مكونة من طرف الفرد" (L'Ecuyer, 1978:79).

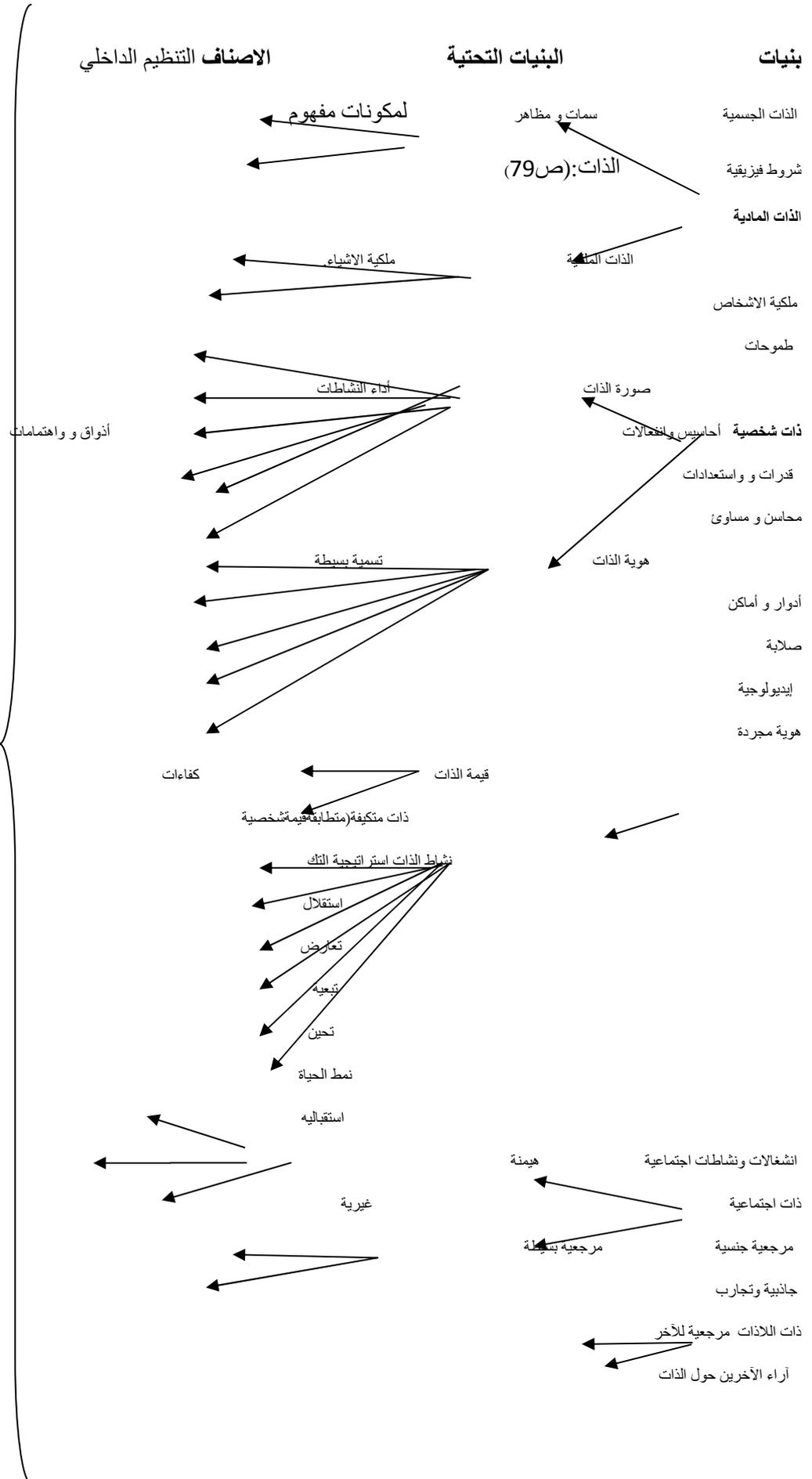
استند لكويي في دراسة لمفهوم الذات على قاعدين أساسيتين هما:

- 1 - **نمو و تطور الذات:** يشرح لكويي التعديلات التي تتم أثناء تطور مفهوم الذات من الطفولة إلى الشيخوخة؛ بالنسبة له مختلف مراحل تطور مفهوم الذات هي كما يلي:
 - أ - من 0 الى 2 سنة: مرحلة انبثاق الذات.
 - ب - من 2 الى 5 سنوات: مرحلة تأكيد الذات.
 - ج - من 10 الى 12-10 سنة: مرحلة توسع (او تمدد) الذات.
 - د - من 12-10 سنة الى 15-18 سنة: مرحلة تفاضل الذات.
 - هـ - من 20 الى 60 سنة: مرحلة نضج الذات.

و - من 60 الى 100 سنة: مرحلة الذات الشائخ (او العجوز).

(René. L'Ecuyer, 1978: 80)

2- التنظيم الداخلي لمختلف العناصر و يوضحه بالتخطيط التالي:



نستنتج من هذا المخطط، أن لكويبي يقدم في نموذج أبعادا عديدة لمفهوم الذات ، و يعطينا
المضامين التالية

1- 'بنية الذات المادية' و يتضمن كل مرجعيات الجسم و مختلف الملكيات التي
يتقمصها بطريقة أو بأخرى.

2- 'بنية الذات الشخصية' ترجع أكثر إلى المميزات الداخلية أو النفسية المشكلة من
طرف الفرد، البعض منها يمكن أن تكون عامة أو وصفية (بنية تحتية لصورة
الذات)، و الأخرى أكثر عمقا (بنية تحتية لهوية الذات).

3- 'بنية الذات المتكيفة' تتناسب مع ردود أفعال الفرد اتجاه إدراكاته لنفسه. هذه
الردود يمكن أن تكون في صنفين: جانب التقويم الايجابي أو السلبي (بنية تحتية
لقيمة الذات) و جانب الفعل المؤكد لنوع الفعل أو رد الفعل اتجاه إدراكاته (بنية
تحتية لنشاطات الذات).

4 - 'بنية الذات الاجتماعية': و ترجع الى كل نشاطات الفرد الاجتماعية و
تجاربه الخاصة.

5 -'بنية ذات الذات': و ترجع الى كونه مرجعية للآخر و تأثره بأراء الغير.

ثانيا. النزعة الاجتماعية:

تتمثل النزعة الاجتماعية في الدور الرئيسي والإسهام الواسع للمجتمع و للآخر، في
سيرورة إنجاز مفهوم الذات؛ إن تناول إدراك الذات يكون حسب إدراك الآخر للذات، و
يكون مصبوغ بنظرة الآخر للذات.

إن مستوى أهمية دور النزعة الاجتماعية في انجاز مفهوم الذاتو مضمونها يختلف حسب الباحثين الذين يشكلون جزءا من هذه النزعة و حسب النظرية التي ينطلقون منها؛و فنموذجالمقاربة الاجتماعية يعتبر متطورا جدا عند شاد قردن Chad Gordon عند روبر زليلر Robert Ziller. و عندهكتور. رودريغاز. توم Hector Rodriguez Tome.

نموذج شاد قردن Chad Gordon:

الذات عند قردن .ش هي جهاز متكون من عدة عناصر منظمة بطريقة تسلسلية، تتشكلهذه العناصر المختلفة عند الفرد من خلال التنشئة الاجتماعية وابتداء من سن الفرد الصغير.

يورد لكويي عنقردن أنمكونات مفهوم الذات هي عبارة عن ثمانية عناصر، كل عنصر يشمل مجموعة من التصانيف، نذكرها فيما يلي:

مكونات الذات

أ- الميزات المسندة: وتشمل التصانيف التالية:

1 - الجنس

2 - السن

3 - الاسم

4 - الإرث الاجتماعي أو الوطني

5 - التصنيف في ديانة معينة

ب- أدوار و انتماءات: و تشمل التصانيف التالية:

6 - الأدوار الأبوية

7 - الأدوار المشغولة

8 - أدوار الطلبة

9 - الانتماءات السياسية

10 - الوضع الاجتماعي

11 - المرجعيات الى المواطنة

12 - الانتماء الى مجموعة في تفاعل

ج-التقمصات المجردة: و تشمل التصانيف التالية:

13 - المرجعيات الوجودية أو الفردانية

14 - الانتماء الى فئة مجردة

15 -الإسنادات الى إيديولوجية

د-المصالح و النشاطات: و تشمل التصانيف التالية:

16 - الأحكام، الأذواق، الأشياء المحببة

17 - الانشغالات الفكرية

18 - النشاطات الفنية

19 - نشاطات أخرى

هـ-المرجعيات المادية: و تشمل التصانيف التالية:

20 - الإسناد إلى الملكيات و الموارد المالية

21 - الذات الجسدية و صورة الجسم

و-الإحساسات الأربعة الخاصة بالذات: و تشمل التصانيف التالية

22 - إحساس الإرادة الخاص بالتكيف بصفة عامة، و بتقدير الذات

23 - تحديد الذات مربوطة بتحيين الذات (المجهودات المبذولة للوصول الى أهدافه)

24 - الإحساس بالانسجام (التآلف و الدوام)

25 - القيمة المعنوية (إدراك الذات بالنسبة للمعايير)

ز - الميزات الشخصية: و تشمل التصانيف التالية:

26 - الأسلوب المتبادل بين الأشخاص أو طريقة خاصة للتصرف

27 - الأسلوب النفساني أو الشخصية

ح-التعبير الخارجية: و تشمل التصانيف التالية:

28 - الأحكام المنسوبة للآخرين (الشعبية و المثمنة)

29 - المرجعيات حسب الحالة

30 - الإجابات بدون ترميز. " (R. L'Ecuyer,1978:52).

الذات حسب قردن ، تتشكل عند الفرد من خلال التنشئة الاجتماعية، و هذا ما يؤكد علم النفس النمو للطفل عندما يبين بأن علاقة الطفل بالمحيط الاجتماعي تتأسس من خلال سلسلة التقمصات، وبفضل هذه التقمصات يُكون الفرد أناه، يتعلم أدواره و يدمج أنظمة القيم.

نموذج روبير زليلير. Robert Ziller:

لتوضيح وتفسير التغيير الشخصي قدم زليلير نظرية أطلق عليها اسم "النظرية اللولبية" "Théorie spiralee"؛ فسّر زليلير في هذه النظرية دور الأنظمة الأربعة التي تتدخل في حدوث التغيير الشخصي.

فزليلير. ريتكلم عن الذات " كنظام فرعي " (Sous-système). زليلير يؤيد البعد الاجتماعي في إنجاز أو صياغة مفهوم الذات، بالنسبة لمفهوم الذات يكون تقريبا مفروضا من العالم الخارجي، و يكون متأثرا بالصورة التي يحملها الآخر له. هذا المنظور للذات عند زليلير سمح له بتطوير نظرية ' توجيه الذات - الآخر ' ' L'orientation Soi- Autrui ' .

يقول لكويي أنزليلير، من خلال تحليله لمفهوم الذات طبق عشر مكونات والتي يسميها 'مقاربة متعددة الأوجه'، هذه المكونات هي:

1- ' تقدير الذات '

2- ' الاهتمام الاجتماعي '

3- ' التهميش '

4- ' التمركز حول الذات '

5- ' التعقد '

6- ' التقمص '

7- ' التقمص للأغلبية '

8- ' القدرة' أو 'التمكن'

9- ' الانفتاح'

10- ' الإدخال أو التضمين'(L'Ecuyer, 1978 :62).

يظهر زليلير جد متأثراً في تكوينه للذات بالبعد الاجتماعي، و بنماذج ما بين العلاقات مع المحيط. بالنسبة لزيلير مفهوم الذات ممزوج بلون الصورة التي يحملها له الآخر أو الغير، أي أن الفرد من خلاتفاعله مع الغير سوف يدرك الجوانب السلبية و الإيجابية للصورة التي يحملها له الآخر.

نموذج هكتور رودريغز توم. Hector Rodriguez Tome:

متأثراً من جهة بالتأثير الاجتماعي الذي جعل من مفهوم الذات منتجاً اجتماعياً، و من جهة أخرى بالمقاربة الفردانية، خلص هكتور رودريغز توم إلى وضعية وسطية وتكميلية بين الاثنين.

بالنسبة لرودرiguez توم مفهوم الذات لا ينفصل عن تصور الآخر؛ فلا يوجد إدراك للذات بدون مرجعية للآخر؛ إن طريقة تصور الفرد لذاته تكون متأثرة جداً بنظرة الآخر.

يرى رودريغز توم أن الترابط " الأنا-الآخر" في تكوين تصور الذات يتطور منذ حداثة السن عن طريق الاتصال الذي يستقر بين الشخص و الأشخاص الآخرين في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، و من خلال الدور الذي يلعبه الشخص في هذا المجتمع.

يقول لكويي أنرودرiguez توم، استناداً إلى دراسة حول أهمية إدراك الآخر في تطور تصور الذات عند المراهق، قسّم التصور العام للذات إلى نموذجين كبيرين لتصور الذات:

1- 'الصورة الخاصة' بمعنى الشعور بالذات، لتصور الذات من طرف الذات، أي الطريقة التي يدرك بها الفرد نفسه بالرجوع إلى سماته الشخصية، إلى طبيعته و عاداته و اهتماماته و اتجاهاته و كفاءاته و مميزاته الجسمية.

2- ' الصورة الاجتماعية' تعبر الصورة الاجتماعية عن الكائن حسب نظرة الغير أيصورة الإنسان حسب الآخر، و تتكون هذه الصورة انطلاقا من "المؤشرات حول الذاتو التي يدرك الفرد بأنها منعكسة من الآخر، أو يرجعها إلى الآخر"
(René. L'Ecuyer, 1978 : 58).

بالإضافة إلى هذين النموذجين قام رودريغز توم بتحليل البنية اللسانية التي يستعملها الفرد لوصف ذاته.

نستنتج من خلال عمل رودريغز توم أهمية دور المجتمع في بناء الذات؛ فهو لا ينفى الفرد لكنه يرى بأنه لا يمكن الفصل أو الإبعاد بين الأنا و الآخر في بناء الذات؛ ففي الصورة الخاصة للذات يرجعنا إلى وصف الذات من طرف الذات، و في الصورة الاجتماعية يرجعنا إلى الصورة التي يعكسها الآخر للذات.

فمن خلال هذا المنظور لصورة الذات عند رودريغز توم، سوف نتناول تصور المريض لذاته من خلال تأثير أناه و نتناول تصور المريض للآخر من خلال العلاقة الانسانية التي تربطه بالآخر.

الفصل الرابع:

مفهوم المرض

تمهيد

يتداول مفهوم المرض في الثقافة الجزائرية بصورة مستمرة، و في حياتنا اليومية بصفة متعددة؛ إن مفهوم المرض يعتبر من المصطلحات الأكثر استعمالا و ترديدا في حياة البشرية؛ فقد نذكر المريض في صلواتنا متمنين له الشفاء و العافية و اكتمال الصحة الجسدية و العقلية، وكثيرا ما نجد مفهوم المرض في مقولاتنا الشعبية و في تقديراتنا لأهمية الصحة، كالقول مثلا:

" على قدر الصحة قدر العمر".

"الصحة تاج على رؤوس البشر لا يقدره إلا فاقده".

"تعتبر الصحة كنزا لا يقدر بمال".

تظهر لنا أهمية هذه المقولات وهذه التصورات خاصة عند إصابتنا بمرض ما أو عند معايشتنا لإنسان مصاب بمرض خطير.

يعتبر المرض أمرا مربكا و خطيرا يستدعي اهتمام كل أفراد الأسرة و خاصة المقربين للشخص المريض. يصبح الإنسان المريض، و لاسيما الذي يصل إلى درجة متقدمة من المرض، مركز اهتمام كل أفراد العائلة، و طبعا درجة الاهتمام بالمريض تكون حسب تقدم المرض، حسب مكانة الفرد المصاب و حسب دوره في الوسط الأسري. إن المرض لا يصيب الإنسان المريض فقط وإنما يحدث اختلالا في الأسرة و يفقد العائلة توازنها. " اسأل عن المريض و لا تتس الشخص المعنتي به" عبارة تتردد في مجتمعنا عند زيارة المريض.

إن أهمية مفهوم المرض بكل ما يحمل من معانٍ نفسيةٍ و اجتماعية، ومعاناة عقلية و فسيولوجية من جهة، و تعدد تناوله وتكراره في الحياة اليومية من جهة أخرى، أدى الى ظهور العديد من النظريات و التيارات في تناوله ودراسته.

المفهوم الأنثروبولوجي للمرض:

إن مفهوم المرض وآليات انتقال تصور هذا المفهوم من مجتمع إلى آخر، و من حضارة إلى أخرى، عرف تأويلات وتفسيرات متعددة: كل فترة كانت تختار التصورات التي تؤول بها المرض، و على أساس الذهنيات والمعتقدات الشعبية كانت هذه التصورات تتشكل وتبنى.

كثيرا ما كانت تأويلات المرض ترتبط بالحرام والشيطان؛ فشخص مريض هو بالمقابل شخص متهم. إن المرض كان كذلك وجها من التعاسة المطهرة، في هذا الصدد يقول نوربير سيلامي Norbert Sillamy: "في الحضارات البدائية، المريض هو عبء يجب التخلص منه، وفي بعض الديانات يعتبر المرض عقابا إلهيا، وعند البعض الآخر هو التغلب على امتحان ما، ووسيلة للتطهر بالألم" (N. Sillamy, 1980:697).

أرجع المرض بصفة عامة في القديم إلى الغضب الإلهي قبل أن تتغير هذه الاعتقادات بالاكشافات العلمية.

إن المجتمعات البدائية كثيرا ما كانت ترجع المرض إلى أسباب سحرية أو روحية؛ و بالتالي كانت تحاول استرجاع الصحة بالقيام بممارسات و طقوس و عبادات شعبية لا علاقة لها بالمفهوم العلمي.

لتوضيح تمثلات المرض اهتم علماء الأنثروبولوجيا كثيرا بإبراز دور الثقافة في صياغة وبلورة التمثلات الاجتماعية لموضوع المرض، كما اهتموا بدراسة المعتقدات

والممارسات الطبية البدائية؛تورد هغزلش.C.Herzlich عن سيقيريستH.E.Sigerist أن " طب المجتمعات البدائية والذي مازال موجودا لحد الآن، يمكن أن يوضح لنا نشوء فكرة الدراسات والممارسات الطبية الحديثة"(C. Herzlich,1996:16).

تفسر الدراسات الأنثروبولوجية تمثلات المرضى تصرفات المريض و محيطه بالرجوع إلى الطقوس و الثقافات،و بالرجوع الى الممارسات و المعتقدات الشعبية؛ تقول كلودينهغزلش" هكذا نفرق كما هو مألوف بين المفهوم الداخلي والمفهوم الخارجي للمرض؛ففي المفاهيم الخارجية يحدث المرض بالإقحام الواقعي أو الخيالي لشيء في جسد المريض،و في المفاهيم الداخلية المرض يحدث نتيجة سرقة سحرية لروح الفرد." (Claudine. Herzlich,1996:16).

بنفس المعنى و في نفس الاتجاه تورد هغزلشعن الأنثروبولوجي والنفساني الاجتماعي 'ستوايتزل' J.Stoetzel، أن "تاريخيا يمكن أن نصنف النظريات الطبية الغربية إلى مفهوم داخلي و مفهوم خارجي في تعريفها المرض." (C.Herzlich, 1996:17).

نستنتج بأن كل ما هو مفهوم خارجي يدل على الأمراض التي يمكن أن تنتقل بالعدوى أو الوباء، وكل ما هو داخلي يكون نتيجة الوراثة أو نتيجة لظروف الفرد الصحية و قابليته لذلك.

يؤكد علماء الانثروبولوجيا كثيرا على العلاقة الكائنة بين الثقافة و نمط الحياة و مختلف أنواع الاستجابات للمرض و طرق المعالجة؛ فهم يهتمون بالمكون الشعبي و بالتأثيرات التي تمارسها الثقافة على المرض، و هذا بتركيزهم على دراسة العادات والتقاليد و المعتقدات الشعبية في تفسير و معالجة المرض.

إن الأعراض المرضية لها تفسيرات مختلفة باختلاف المجتمعات؛فالإسهال مثلا لا يعتبر دائما مرضا، بل هو يعد" كدلالة طبيعية أو كإشارة إيجابية للنمو في المجتمع

المصري و الصيني، ويعبر الإسهال بصورة خاصة في المجتمع التايلندي على أن انتقال
الطفل من مرحلة الجلوس إلى مرحلة الوقوف قد تمت بطريقة سليمة."
(D.Desjieux, 1993:20).Simo,Giovani,Joelle.Isabelle.Favre,

إنبنية المرض و مفهومه في المجتمعات البدائيةتشكلان نتيجة الإطار الثقافي الذي يكبر
فيه الفرد، و لهما علاقة مباشرة بالمعلومات المنتشرة في الوسط العائلي.

المفهوم الفلسفي للمرض:

تبعاً للمبادئ الفلسفية، القوانين الخاصة بمظاهر الحياة تعتبر هي نفسها، سواء كان
الإنسان بصحة جيدة أو كان مريضاً، سواء كانت الحالة مرضية أو كانت الحالة عادية.

يورد كونجلهامCanguilhem عن الفيلسوف 'أوكست كونطA.Compte أن " الحالة
المرضية لا تختلف جذرياً عن الحالة الصحية؛ لذا لا يجب التسليم تحت أي مظهر بأن
الامتداد البسيط في التغير، سواء كان نحو الأعلى أو نحو الأدنى، الخاص بأي ظاهرة
جسدية يمكن له إحداث ظواهر جديدة متناظرة فعلياً. " (G. Canguilhem, 1991: 21).

يرى الفيلسوف أوكست كونط أن الفرق بين العادي و المريض هي قضية نسبة، أي
فرق كمي فقط؛ فالمرض هو عبارة عن خلل أو عطب كمي، وهذا العطب إما أن يزيد
أو يقل بنسبة كمية عن الحالة العادية؛ بالنسبة للفيلسوف كونط الحالة المرضية ليست
بظاهرة جديدة و إنما لها دائماً نظير في الحالة العادية.

يعرف جورج كونجلهامالمرض باستعمال مفهوم المعيار، يقول في هذا الصدد "المرض
هو أيضاً معيار من معايير الحياة، لكنه معيار ذو مرتبة دنيا، لا يختلف عن المعايير
المماثلة، و لا يمكن أن يتغير إلى معيار آخر".(G.Canguilhem,1991:23)

يفسر روني لريش R.Leriche المرض باستعمال مفهوم الإعاقة في الحياة العادية؛ يورد كنجهايم عن لريش بأن الصحة " هي الحياة في هدوء أعضاء الجسد، عكس ذلك: المرض هو كل ما يعيق الإنسان في نشاطه العادي في حياته وفي انشغالاته وخاصة كل ما يجعله يتألم." (G.Canguilhem,1991:52).

بالنسبة لروني لريش الإنسان الذي يكون بصحة جيدة يستطيع أن يؤقلم جسده مع التغيرات الموجودة بين محيط ومحيط آخر، لا يوجد عائق يمنعه من ذلك. أما بالنسبة للإنسان المريض فالأمر يختلف؛ إذ يصبح يشعر بالضعف في تكيف جسده مع المتغيرات، و تنخفض قدرته على القيام بنشاط جسدي عادٍ و يقل نشاطه الفكري، والأهم من ذلك كله هو تغير دوره في محيطه الاجتماعي؛ إن الإنسان المريض جسدياً و فكرياً يكون ضعيفاً، متحطماً، وحتى غير صائب.

إن المرض يجعلنا نتحسس أعضاءنا و"نتعاطف" مع أجسادنا التي كنا نجهلها نوعاً ما في حالة وجودنا بصحة جيدة؛ أي أن المرض يشغل بالنا بل يستحوذ على فكرنا كله، لا يعتبر المرض ذلك الإنهاك و الألم الجسدي فقط، بل هو كذلك المعاناة والحالة النفسية السيئة و المضطربة التي يوجد فيها الشخص المريض، هو الاضطراب الذي يحدث في الحياة الشخصية، والتغيرات في العادات و المعاملات، و هو خاصة الاختلال الذي يحدث في الحياة الاجتماعية.

يرغم المرض المريض في حالات كثيرة على قطع علاقاته مع محيطه الاجتماعي، و الابتعاد عن وسطه المهني؛ هذا ما يؤكد مان دو بيران Maine de Biran بالقول: "إذا كانت الصحة تدفعنا إلى الخارج البيت، فإن المرض يرجعنا إلى البيت." (Maine. De Biran, 1980:696).

المفهوم الاجتماعي للمرض:

إن التفسيرات التي أعطيت لكلمة المرض تتغير بتغير المجتمعات والثقافات؛ ففي الوسط الجزائري نجد بأن المعاني المستعملة للدلالة على المرض هي عديدة ومتنوعة، وكل معنى يختلف عن الثاني في مضمونه؛ فمن الكلمات المستعملة نجد مثلا: الضر، المرض، الوجع، الهم، وفي حالات كثيرة قد نصف المرض بمعنى أعمق بكثير كوصفه مثلا بالمصيبة أو 'الدعوة'، و الاختلاف لا يكمن فقط في تكوين الكلمة وإنما حتى في معناها العميق.

بالمقابل المفردات المستعملة للإشارة للطبيب تعتبر قليلة جدا؛ فلا يوجد في مفرداتنا إلا كلمة طبيب و في حالات نادرة نستعمل كلمة 'حكيم'. و لو أن كلمة حكيم تعبر في الأصل عن مفهوم الرزانة.

إن للمرض مفهوما اجتماعيا، و إن للثقافة دورا أساسيا في تكوين مفهوم المرض. يورد فيليب باجرص PH.Bagros عن مارك أوج Marc Auge أن "يُكوّن في كل مجتمع مُشكلا يتطلب تفسيراً؛ يجب أن يكون للمرض معنى حتى يطمح الأشخاص إلى التحكم فيه، الشيء المطلوب أولا هو توضيح مفهوم المرض كحدث؛ إن المرض مثل المصيبة والموت يجب أن نحدده و نفسره." (PH.Bagros, 1993:192)

في نفس السياق تؤكد كلودين هيرزليش Claudine Herzlich بأن للمرض مكونات اجتماعية إذ تقول: " المرض المعاش هو مكابدة بدون وسيط، وهو مفهوم تعلمناه: الطفل لا يفهم معنى المرض ولا يعرف كيف يكون مدلوله في حياته؛ يجب أن يتعلم الطفل إدراج خبرته في إطار تفسيرات و قوانين اجتماعية، يظهر أن للعبة 'الطبيب والمريض' دور في ذلك." (Claudine.Herzlich,1996:13)

تبين كلودينهغزلشان هناك سيرورة مشتركة 'socialisation' خاصة في تعلم المرض. "قالراشد هو نفسه يتعلم من المجتمع أن يكون مريضاً؛ يبدأ هذا التعلم بمعرفة الاسم الذي يعطيه الطبيب للمرض، يأتي بعد ذلك التعرف على طرق المعالجة، ثم التعرف على المؤسسات" (Claudine.Herzlich,1993:193).

يتكون مفهوم الصحة ومفهوم المرض عند الفرد من خلال تجربته الخاصة، ومن خلال المعارف الموجودة في محيطه ومجتمعه؛ هذه المعارف تتبلور وتتبعثق من القيم والمبادئ التي ترعرع عليها الفرد و المتداولة في محيطه. توضح 'كلودينهغزلش' ذلك بما يلي " أن تكون مريضاً أو بصحة جيدة، هي الظاهر، أولاً وليس غيره، تجربة فردية لا يمكن تقاسمها. مع ذلك نعرف بأن اللاتواصلية هي قبلاً علاقة بالآخرين؛ إننا مرضى أو بصحة جيدة بالنسبة للذات، لكن أيضاً بالنسبة للمجتمع وتبعاً للمجتمع" (C.Herzlich, 1993 : 13).

دائماً و في نفس الاتجاه، نجد في قاموس الإثنولوجيا والأنثروبولوجيا dictionnaire de ethnologie et de l'anthropologie 'لما يلي" إن المرض هو أولاً التعبير و الوعي الشخصي بالإتلاف النفسي-جسدي المعاش كحالة غير مرضية ومعجزة (incapacitante). إن عتبة الإدراك ودقة تفاضلية (différentielle) الأعراض متأثرة جداً ليس فقط بالمحيط الثقافي وإنما أيضاً بسيرة الشخص و تاريخ جماعته. من البداية الشعور بالمرض أي المعاش الذاتي للمرض، والذي يسمى بالاتفاق في الأنثروبولوجيا الطبية "بالداء" له بعد اجتماعي مسبقاً." (Pierre. Bonté et Michel. Izard,1991:437).

إننا نستنتج من ذلك أن المرض حالة يعيشها ويحس بها الفرد المريض، لكن معنى ومفهوم المرض لا نحدده إلا استناداً للمجتمع؛ إن مفهوم الصحة و المرض هماملولان يحملان دلالات لفظية تتحدد من طرف المجتمع الذي يقيم فيه الفرد و في ضوء معايير

الثقافية، حيث يوجد سيرورة مشتركة للمرض منذ الصغر. يورد
باجروضوطفبول Toffol عن مارك أوجان في المرض " يتقاطع البعد الفردي و البعد
الاجتماعي". (Ph.Bagros, et Bertrand De Toffol,1993:193)

غالبا ما يفسر الأشخاص المرض حسب تاريخهم الخاص، حسب ثقافتهم وحسب
مستواهم الاجتماعي، لكن هذه التمثلات لمفهوم المرض وهذه المعايير التي ينتمي إليها
الفردي تفسير المرض لا تنفي بالطبع الأبعاد البيولوجية للمرض.

المفهوم البيولوجي للمرض

على العموم مهما اختلف العلماء و مهما اختلفت أفكارهم ونظرياتهم فهم يتفقون جميعا
على أن المرض هو حالة تدهور الصحة؛ فالمرض هو سبب الألم و الانحراف الصحي، و
هو سبب الاختلال في البنية و في وظيفة أعضاء الجسم و أجهزته، يعد المرض دافعا إلى
التغير إلى الأسوأ مقارنة بالحالة العادية والحالة الصحة الجيدة.

غالبا ما نتعرف على المرض من خلال مجموعة من الأعراض أو العلامات الظاهرة، و
نقدر نسبة خطورة المرض بالاعتماد على عدة دلائل، منها : الأسباب الميكانيزماتو
الأعراض و الأعضاء.

تشير أغلب القواميس في تعريفها للمرض إلى أنه فساد الصحة و تدهور الجسد، نذكر
على سبيل المثال بعضا من هذه التعاريف فيما يلي:

نجد في 'قاموس علم النفس' التعريف التالي: " المرض هو إتلاف للصحة، ناتج عن عدم
قدرة الجسم على مقاومة الاعتداء الخارجي (جرثومي، صدمة، سم). و عدم القدرة على
إعادة التوازن البيولوجي المنقطع، أو حل مشكل نفسي". (N.Sillamy,1980:696).

نقرأ في 'القاموس الطبي' التعريف التالي " المرض هو الإلتلاف الصحي، يشمل مجموعة من الخصائص المحددة، بالأخص السبب، الإشارات والأعراض، تطور طرق العلاج و التنبؤات الدقيقة." (Dictionnaire Larousse Thématique Médical, 1976).

في 'الموسوعة le Quillet' نجد التعريف التالي: " يسمى بالمرض كل اختلال في جزء أو مجموعة من أجزاء الجسم والذي يظهر من خلال اضطراب عمل عضو أو مجموعة من الأعضاء على حدة، أو حتى جهاز أو مجموعة من الأجهزة كاملة." (Dictionnaire Encyclopédique Quillet, 1977:4010)

نستنتج من مجموع هذه التعاريف أن المرض هو العجز عن مقاومة الاضطراب في وظائف الجسم الناتج عن الاعتداء الخارجي و عن بعض التسممات و الصدمات. و أننا نتعرف على المرض من خلال الأعراض و الفحوصات و التحاليل الطبية.

إن حدة الألم الذي يحدثه المرض قد يؤدي إلى الهذيان، ويمكن أن نقول إننا قد نتعرف على المرض الذي يعاني منه الفرد من خلال الألم الذي يسببه. يورد كنجلهام عن رني لريشان الألم " يعتبر ظاهرة فضيحة خاصة وليست قاعدة عامة؛ هي حالة مرض. " G. (Canguilhem, 1991:55).

المرض بالمنظور العلمي هو اختلال التوازن النفسي و الجسدي، نتيجة الاضطرابات التي تحدثها العوامل الداخلية و الخارجية و التي تهدد الجسم و تضعف الوظائف العضوية. يقول فيشير N.Fischer في تعريفه للمرض ما يلي: " يمكن أن نقول بأن المرض هو زعزعة مسار الحياة، و الذي سوف يحدث حالة دفاعية خاصة بين عوامل مرضية تهدف الى تهديم كل ما هو حي من جهة و قوى دفاعية تهدف الى عملية تعديل و تكيف موجهة نحو العلاج من جهة أخرى." (N.Fischer, 2002:261).

يعتبر فيشر أن الحالة الصحية هي حالة استقرار نسبية، و هي معرضة إلى عوامل جراثومية داخلية و خارجية قد تؤدي إلى تهديد الاستقرار إذا تطورت قد تدخل الفرد في حالة مرضية.

التحليل النفسي للمرض:

يحدث المرض أحيانا عدة استفهامات تتجاوز جسم الإنسان والوصفة الطبية الخاصة به، و يثير المرض أحيانا عدة تساؤلات تبقى بدون تفسير وبدون أجوبة مقنعة بالنسبة للشخص المريض؛ تصرح كلودينهغزلش في هذا الصدد و تقول "لم يعد المرض يقتصر على حدث خاص بالجسد فصل فيه بالتعبير العضوي فقط." (C.Herzlich, 1992:14)

يعبر عن المرض في التحليل النفسي بمفهوم الهروب؛ بالنسبة للتحليل النفسي المريض يهرب إلى المرض حتى ينسي الضغوطات الاجتماعية والمشاكل الشخصية.

يناقض طالكوتبارسونس Talcott Parsons، المحللين النفسانيين ويقول: "المرض هو انحراف و على المجتمع مراقبته." "تورد هغزلش عن طالكوتبارسونس. (C. Herzlich, 1996: 20)

بالنسبة لطاقوت المرض لا يعتبر سبيل هروب، و لا هو وسيلة تملص وإنما هو مشكل يحتاج إلى علاج.

تجد كلودينهغزلش تكاملية بين نظرة المحللين النفسانيين ونظرة طالكوتبارسونس. بالنسبة لكلودينهغزلش "الهروب الى المرض هي رغبة كل واحد" ولهذا "يجب على المجتمع أن يمارس مراقبة على المرضى و محيطهم؛ فهيتحدد الدور الذي يجب أن يتمسك به كل واحد؛ فدور الطبيب هو ضبط الانحراف الذي يمثله المرض عند المريض، و دور المريض هو التنسيق بين المظاهر التناقضية والسلوكات الأكثر إيجابية (إن للمريض واجبات، يجب

أن يرغب في العلاج وأن يتعاون مع الطبيب من أجل الشفاء".
(C.Herzlich,1996:21).

توضح لنا هذه الأبحاث أن المريض ليس ذلك الإنسان الناقص مقارنة بالشخص الذي يكون في صحة جيدة، المريض له كذلك دور اجتماعي، و من واجبه ضبط سلوكاته و تكيفها حسب احتياجاته الاجتماعية،و يتحتم على المريض أن يتأقلم مع الوضع الجديد و يجب عليه أن يذهب للعلاج.

حسبكلودينهغزلش يمكن أن نميز بين ثلاث اتجاهات في تفسير مفهوم المرض:

"الاتجاه الاول: يهتم بطبيعة الظواهر و الأهداف الوقائية والعلاجية."

"الاتجاه الثاني: يهتم بموضوع النسبية الثقافية لدراسة المفاهيم والسلوكات في حالة الصحة و المرض"

"الاتجاه الثالث: يؤكد على أهمية التصرفات الاجتماعية الخاصة بالصحة والمرض".
(C.Herzlich, 1996 : 15).

هذاما نقرأه عند 'سليمان بومدين' في تعريفه للمرض: إذ يقول؛ " المرض هو اكتشاف اضطراب في تركيب وظائف أجهزة و اعضاء الجسم"

و هو "ظهور أعراض و علامات مرضية تتطابق مع النماذج الإكلينيكية"

و هو "الشعور بالمرض و طلب المعالجة"

و هو "الخروج عن المألوف اجتماعيا والعجز عن أداء الواجبات الاجتماعية الاعتيادية". (سليمان بومدين، 2004: 68).

نستنتج بأن لمفهوم المرض دلالات عامة و دلالات خاصة، و بأنه مفهوم يرتبط بالحالة الفسيولوجية و الحالة النفسية و الاجتماعية للإنسان.

يفرق رني لريش بين دلالة المرض عند المريض ودلالة المرض عند الطبيب، بالنسبة له كل ما هو ألم و قصور وظيفي و عجز اجتماعي، يكون المرض عند المريض، بينما كل ما هو إتلاف صحي، اضطراب عضوي، يكون مفهوم المرض بالنسبة للطبيب. يُعرّف الطبيب المرض بالمفهوم العلمي كمجموعة من الإشارات والأعراض التي تكون وتفرق بين مختلف الأمراض، عكس ذلك، المرض بالنسبة للمريض يتكون من ثلاث مظاهر وهي ما يعادل بصفة عامة ما يعرفه الأنجلوسكسونية Anglo-saxons ب: *Disease , Sickness , et Illness* (Jean Benoit,281). و سوف نفسر هذه المظاهر بما يلي:

أ - الأعراض الفيزيولوجية للمرض (disease):

يعرف المرض في الجانب الفسيولوجي على أساس أنه مجموعة من الأعراض تكون ظاهرة في أغلب الأحيان، هذه الأعراض غالبا ما تزعج المريض وتحدث له ضيقا و ألما و حتى عذابا. إن المرض هو كذلك ما يعيشه المريض وما يدركه و يستنتجه من خلال النظرات و التأويلات التي تثيرها أعراض المرض في محيطه ، إن الانزعاج و القلق يكونان أكثر حدة عندما تكون الأعراض ظاهرة و مشوهة للجمال و جالبة لأبصار الآخرين.

إن المرض بالنسبة للإنسان المصاب لا يقتصر فقط على الحقيقة العضوية، بل هو أيضا حالة تتضمن كل المعاناة التي يعيشها و يتألم لها الشخص المريض نتيجة تصرفات و نظرات الآخرين، هذه التصرفات و معانيها تتأثر بالوسط السوسيو ثقافي للعالم الذي يعيش فيه المريض.

ب - البعد السوسيو-ثقافي للمريض (sickness) :

إن إدراك المرض يكون دائما حسب الثقافة، وحسب الوسط الاجتماعي الذي يتزرع فيه المريض؛ فقد نجد عدة تصانيف للمرض، منها الأمراض التي تجلب الشفقة (كأمراض القلب، السُّداد، السرطان) و عكس ذلك يوجد أمراض أخرى تصنف كأعراض 'مخجلة' و 'مدانة' منها الأمراض التي تنتقل عن طريق العلاقات الجنسية، و الأمراض التي لها علاقة بالفقر كمرض السل مثلا، تولد هذه الأمراض في حالات كثيرة الشعور بالذنب عند المريض.

من الصعب تحمل التأثير النفسي للمرض، والتأثير يكون أكثر صعوبة و حدة عندما يعيشه المريض كلجنة تسبب له استهانة الآخرين، أو كعقاب يسبب له العار و الشعور بالإثم، و يكون هذا الشعور أكثر حدة عندما يعيشه المريض بإحساس العزلة و التوقع.

ج - الحالة النفسية للمريض (illness):

نقصد بالحالة النفسية للمريض كل التغيرات التي تحدث في نفسية الشخص بعد الإصابة بالمرض: هذه التغيرات تؤثر على الدور الاجتماعي و العائلي للمريض، كما تؤثر على كل نشاطاته الاجتماعية؛ بعبارة أخرى فإنها تؤثر على كل حياته ، على كل أحاسيسه و معيشته.

إن هذه الثلاثية الحقيقية، الذاتية والبيو- فيزيائية والثقافية، وتكاملية هذه المظاهر المترابطة و المتداخلة هي التي تُكوّن حدة المرض، و هذه الحدة تختلف طبعا من فرد إلى آخر.

إن تفكيك المرض إلى هذه المكونات الثلاثة لا يعني أبدا أن المريض يعيش المرض بهذا الشكل، بل العكس فإن المريض يعيش مرضه بصفة متكاملة؛ يورد كنجلاهام عندوقلاس L.

Duglas ما يلي " إن الفسيولوجيا والمرض (للعقل مثل الجسد) لا يتضادان بين العقل و
الجسد مثل اثنين متناقضين، بل هما جزئيين متكاملين
لواحد". (G.Canguilhem,1991 :16)

في الواقع إن الشخص المريض هو إنسان من مستوى ثقافي و مستوى اجتماعي و
اقتصادي خاص، وأن لكل مريض طاقاتٍ وقدراتٍ عقلية و انفعالية و حساسية، و كل
مرض يحدث في المريض تغيراتٍ ليس فقط على المستوى الجسدي و المظهر الخارجي،
و إنما حتى في حياته اليومية في نمط المعيشة، و ظروف الحياة بصفة عامة.
إن الألم، الوجد و 'الإعاقة' التي يسببها المرض للمريض ترتبط بمتغيرات منها:
طبيعة المرض و نوعه، سن المريض، مستواه التعليمي و محيطه الاجتماعي
و الثقافي، تتجم عن هذه المتغيرات حدة القلق عند المريض و تتولد الترقبات عنده.
إن الهدف الرئيسي من عملنا ليس هو تحديد المرض انطلاقاً من البعد الطبي، لكن فقط
هو محاولة تحليل الأثر النفسي الذي يحدثه المرض عند الكثير من الأشخاص المصابين
بمرض أو بآخر، لهذا يجب:

1- أن نلاحظ:

كيف يعيش المريض حالته المرضية، و كيف يصبح دوره في محيطه بعد إصابته
بالمرض.

2- أن نفهم:

الدلالة المعطاة للمرض عند المريض، هل هي مفهومة مثل الألم أو مثل حدث عارض؟ و
هل هناك شعور بالمسؤولية أو على العكس هناك شعور بالذنب أمام هذا المشكل؟

3- أن نعرف:

كيف يؤثر المرض في الصورة التي يكونها المريض عن ذاته من جهة و عن طبيبه
المعالج من جهة أخرى، و ما هي التصرفات التي تنجم عند المريض نتيجة هذه
التصورات؟.

الفصل الخامس:

الدراسة الاستطلاعية

تمهيد:

تعرضت الباحثة في هذا الفصل إلى مجتمع الدراسة الاستطلاعية و التقنيات المتبعة في الدراسة الاستطلاعية، إلى جانب تقديم طريقة بناء مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض، و هو المقياس الذي طبق في الدراسة الأساسية.

تقنيات المقاربة:

اعتمدت الباحثة في الدراسة الاستطلاعية على تقنية: الملاحظة و المقابلة.

أولاً: الملاحظة:

تبنت الباحثة في هذا البحث العلمي الملاحظة المقصودة، المباشرة، والفردية كتقنية.

1 - مكان القيام بالملاحظة:

تمت ملاحظة المرضى في مصلحة أمراض القلب، مصلحة الأمراض الداخلية ومصلحة الحروق و مصلحة الاضطرابات الحركية و مصلحة الأمراض السرطانية، و مصلحة الجراحة، الموجودة بداخل المستشفى الجامعي لمدينة وهران.

2 - زمن إجراء الملاحظة:

قضت الباحثة ليلة كاملة في مصلحة الجراحة، و حوالي 48 ساعة في قاعات الانتظار، بمعدل اربع (4) ساعات في اليوم لمدة أسبوعين، من 2011/01/02 الى 2011/01/13، و هي تلاحظ سلوكيات المرضى و تستمع الى أقوالهم، و مناقشاتهم حول المرض بصفة عامة، و حول تخوفاتهم، و ترقباتهم بصفة خاصة.

3 - الهدف من الملاحظة:

اعتمدت الباحثة على تقنية الملاحظة بهدف الاستماع إلى شكاوي و تعليقات المرضى، و النصائح التي يقدمها بعضهم للبعض الآخر، و كذلك الاستماع الى وصف نوع اللقاء مع الطبيب، و نوع التقريظ و الانتقادات التي يوجهونها للأطباء قبل و بعد المعاينة.

لقد كان الاهتمام الأساسي للباحثة من هذه الملاحظة هو أن تنقلو تصف بشكل دقيق و موضوعي و واقعي، و بالقدر الممكن سلوكيات المرضى.

إن فترات الملاحظة المتكررة ساعدت الباحثة في التعرف على المعاناة التي يعيشها المريض، و معرفة مدى تأثير هذه المعاناة في تشكّل نوع الصورة التي يكونها المريض عن نفسه، و الصورة التي يكونها عن معالجه من جهة، و من جهة أخرى ساعدتها على كشف العناصر المهمة التي تدخل في بناء هذه الصور، مثل:

أ. الخوف من اللقاء الأول مع الطبيب، و الخوف من نوعية الاستقبال و نوعية العلاقة التي تحدث بينه و بين معالجه؛ و بعبارة أخرى تحديد نوع الاهتمام الذي سوف يحظى به المريض من طرف طبيبه.

ب. الخوف من اكتشاف مرض خطير، و خاصة المرض الذي يجعله طريح الفراج، المرض الذي يغير من نشاطه، اهتماماته و مكانته في وسطه العائلي ووسطه الاجتماعي.

ج. الخشية من الاستطبابو الإقامة بالمستشفى التي تجعله يعيش في قلق، خوفا من العزلة و من الظروف السيئة الموجودة بالمستشفى، و الخوف خاصة من نقص الإمكانيات بالمستشفى.

كما ساعدت الملاحظة الباحثة على تحديد دليل و نوع الأسئلة المعتمدة في المقابلة الحرة التي أجريت مع مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران في الدراسة الاستطلاعية.

ثانيا: المقابلة.

إن اختيار المقابلة الحرة كتقنية في الدراسة الاستطلاعية راجع إلى أهمية الحوار القائم بين الباحثة وأشخاص المقابلة؛ فحتى تتمكن الباحثة من جمع المعلومات الخاصة بعينة الدراسة، كان لا بد من الاعتماد على هذه التقنية.

يعتمد المستجوب في المقابلة الحرة على الكلمة في الاستجابة، ويعتمد المستجوب على هذه الكلمة في التحليل إلى جانب الاعتماد على كل ما هو غير لفظي من (إيماءات و حركات و نبرة الصوت و نظرات وإشارات).

1 - مكان إجراء المقابلة:

تم إجراء المقابلات مع المرضى داخل المستشفى الجامعي لمدينة وهران، في المصالح التالية:

- أ- مصلحة أمراض القلب.
- ب- مصلحة الأمراض الداخلية.
- ج- مصلحة الحروق.
- د- مصلحة الأمراض الصدرية
- هـ- مصلحة الدم.

و- مصلحة الاضطرابات الحركية.

2 - زمن إجراء المقابلات:

امتدت مدة إجراء مقابلات الدراسة الاستطلاعية من: 2011/1/15 إلى 2011/2/15،
بمعدل مقابلتين في اليوم، و دامت كل مقابلة 50 دقيقة تقريبا.

3- دليل المقابلة:

أعلنت الباحثة أن هذه المقابلات لها هدف علمي محض، وطمأنت المستجوبين فيما يخص
السرية التامة لكل ما يقولونه إلى جانب كتمان الهوية.

المقابلة التي أجريت مع المرضى كانت تبدأ دائما بالسؤال التالي:

تكلم عن مرضك منذ بداية ظهوره؟.

الهدف من ذلك السؤال هو دفع المريض و تحفيزه على:

أ - شرح مسار مرضه.

ب - شرح معاناته و ترقباته.

ج-شرح دوره في محيطه الاجتماعي.

السؤال الثاني كان يدور حول الطبيب المعالج، الهدف من ذلك هو تحفيز المريض على
التحدث عن:

أ- نوع اللقاء الأولي مع الطبيب

ب- علاقته مع الطبيب المعالج.

ج - شرح معاملة الطاقم المعالج له.

السؤال الثالث كان يدور حولالمحيط الاستشفائي، ويتجلى ذلك من خاللتحدث المريض

عن:

أ- الاستقبال.

ب- النظافة

ج - ظروف الاستطباب.

4- عينة المقابلة و خصائصها:

أجريت المقابلة مع عينة عرضية تتكون من 40 مريضاً، من بينهم 20 منالإناث و 20 منالذكور تتراوح أعمارهم ما بين 19 الى 52 سنة، و بلغ متوسط العمر 32 سنة؛شملت العينة مرضى مقيمين بالمستشفى الجامعيللعلاج، و مرضى غير مقيمين بالمستشفى خلال فترة المعالجة، مرضى قاطنين بمدينة وهران و مرضى قاطنين خارج مدينة وهران.)

5- استنتاجاتالمقابلة:

إن المقابلات الحرة التي أجريت ساعدت الباحثة على جمع خواطر المرضى و تطلعاتهم وقلقهم، كما ساعدتها بشكل خاص في تحديد أبعادالمقياس وبناء بنود كل بُعد في المقياس. قبل أن نمر إلى المقياس وبنائها نقوم بسرده بعض الآراء و الاعتقادات التي كان يرددها أغلبية المرضى و التي اعتبرتها الباحثة مهمة و محددةلبنود المقياس.صنفت الباحثة هذه الآراء و الاعتقادات الى ثلاث أنواع: عبارات خاصة بالمرض، عبارات خاصة بالطبيب، و عبارات خاصة بظروف المستشفى.

أ - العبارات الخاصة بالطبيب:

- 1- الطبيبلا يستمع للمريض.
- 2- الطبيب له سلطة.
- 3- الطبيب لطيف.
- 4- الطبيب يساعد.
- 5- الطبيب يتفهم المريض.
- 6- الطبيبلا يتفهمالمريض.
- 7- الطبيب له نقص في التشخيص.
- 8- الطبيب منتبه.
- 9- الطبيب مبتعد.
- 10- الطبيب له معرفة كبيرة.
- 11- الطبيب يتابع.
- 12- الطبيب تتقصه متابعة المريض.
- 13- الطبيب له خبرة كبيرة.
- 14- الطبيب يصغى الى مريضه .
- 15- الطبيب يطرح الأسئلة على مريضه.
- 16- الطبيب له استقبال سيء.
- 17- الطبيب بشوش.

ب - العبارات الخاصة بالمرض:

- 1- تخيفني خطورة مرضي.
- 2- يبعدني مرضي عن الناس.
- 3- اكره نفسي بسبب المرض.

- 4- مرضي معد.
- 5- أتعبني مرضي، كثيرا.
- 6- يقضي مرضي على حياتي.
- 7- يذلني مرضي.
- 8- يؤثر مرضي على عملي.
- 9- يحط مرضي من قدري.
- 10- يشوش مرضي أفراد عائلتي.
- 11- يقلقني مرضي كثيرا.
- 12- أشعر بالتشاؤم بسبب مرضي.
- 13- أشعر بالعجز و الضعف بسبب المرض.
- 14- أبعدي مرضي عن محيطي.

ج - العبارات الخاصة بظروف المستشفى:

- 1- المستشفى جيد.
- 2- المستشفى له تنظيم سيء.
- 3- المستشفى له نقص في التجهيز.
- 4- المستشفى يقدم مواعيد متباعدة.
- 5- المستشفى يتميز بالمحابة و الوساطة.
- 6- المستشفى تنقصه النظافة .
- 7- المستشفى يتطلب مصاريف كثيرة.

بالإضافة الى كل هذه العبارات يتكلم المريض المقيم بالمستشفى و يشتكي من:

1-البعد عن العائلة.

2- القلق.

3- الملل.

4- انعدام الراحة.

5- القذارة و الأوساخ.

انطلاقا من هذه العبارات المتداولة باستمرار حددت الباحثة الأبعاد التي يتكون منها مقياس صورة الذات و صورة الآخر الذي اعتمدت عليه في الدراسة الأساسية، و من خلالها تم دراسة الصورة التي يكونها المريض عن نفسه، و الصورة التي يكونها عن الآخر.

بناء مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض.

بعد كل ما لاحظته الباحثة من سلوكيات و عادات و طرق تفكير عند المريض، و بعد تحديد مظاهر و سلوك المريض تجاه الطبيب، و بعد تحليل المقابلة، و استخراج ما عبر عنه المريض من معاناة نتيجة مرضه و ظروف معالجته، شرعت الباحثة في تحديد الأبعاد المكونة لمقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض. و نذكر هذه الأبعاد فيما يلي:

1. بعد المرض و معاشته

2. بعد دور المريض في محيطه.

3. بعد الجانب الاقتصادي للمريض.

4. بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب (حسب المريض).

5. بعد العلاقات الإنسانية (بين الطبيب و المريض).

6. بعد المستشفى و ظروف المعالجة

بعد الانتهاء من تحديد الأبعاد قامت الباحثة بالخطوات التالية:

الخطوة الاولى

1 -قامت الباحثة بتحديد البيانات الشخصية الخاصة و اللازمة بعينة الدراسة منها: الجنس، السن،المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، نوع و طبيعة المرض، الحالة المدنية، مكان السكن، و مكان الإقامة أثناء فترة العلاج.

2 -شرعت الباحثة فيترجمة كل بعد من الأبعاد المكونة للمقياس و المذكورة سابقا إلى مجموعة بنود:تدور بنود المقياس بصفة عامة حول نظرة المريض للطبيب و علاقته بطبيبه، حول معاناة المريض الصحية ومعاشته لمرضه،و حول دور هفي محيطه، إضافة إلى تجربة المريض داخل المستشفى.وزعت بنود المقياس فيالأبعادكما يلي:

أ- بعد المرض و معاشته، ويتكون من 19بندا:

1. يؤثر المرض على جسدي سلبا.

2. أفكر في الموت باستمرار بسبب المرض.

3. ينقص المرض من طاقتي.

4. أشعر بانهييار نفسي بسبب المرض.

5. يقلقني المرض دائماً.
 6. أستحي من الكشف عن جسدي أمام الطبيب بسبب المرض.
 7. يؤثر المرض على نفسي.
 8. أصبحت أكثر عصبية من الأول بسبب المرض.
 9. تضايقتني شفقة الآخرين بسبب المرض.
 10. لا أحب نظرات الآخرين إليّ، لأنني أشعر بأنهم يخافون مني.
 11. أبكي كثيراً بسبب المرض.
 12. المرض قلل من هيبتي وسط عائلتي.
 13. أخاف من النظرة التي للمرآة لأنها تعكس حقيقة حالتي المرضية.
 14. المرض غير من عاداتي اليومية إلى الأسوأ.
 15. أرغمت على المجيء إلى المستشفى بسبب المرض.
 16. تناول الأدوية باستمرار يزعجني.
 17. أشعر بأنني لن أتعالج أبداً لكثرة المعاينات الطبية.
 18. أخفي دائماً العلامات الظاهرة على جسدي بسبب المرض.
 19. لا أستطيع القيام بالأنشطة العادية التي كنت أقوم بها سابقاً.
- ب- بعد دور المريض في محيطه، و يتكون من 12 بنداً:**

1. يمنعني المرض من متابعة عملي.

2. أصبحت أكثر انعزالاً بسبب المرض.
3. أشعر بأنني أهملت أسرتي بسبب المرض.
4. ينقص المرض من قيمتي في محيطي.
5. جعلني المرض أتكلم على الآخرين فيما أقوم به.
6. أشعر بأنني عالية على أفراد عائلتي.
7. قلص المرض من علاقتي.
8. لا أحب معايشة الآخرين بسبب المرض.
9. المرض غير من دوري داخل العائلة.
10. أبعد المرض معارفي عني.
11. وجودي وسط عائلتي يرفع معنوياتي.
12. يجعلني المرض أحتاج إلى أفراد عائلتي في قضاء حاجتي.

ج- بعد الجانب الاقتصادي للمريض، و يشمل هذا البعد 10 بنود.

1. يكلفني المرض كثيراً.
2. أفضل أن أتعالج بالمستشفى؛ لأنني لا ادفع المقابل.
3. يعتني أطباء المستشفى كثيراً بالمرضى الفقراء.

4. أفضل إجراء كل التحاليل في مخبر المستشفى؛ لأن المخابر الخاصة مكلفة جدا.

5. يؤمن المستشفى الأدوية للمرضى.

6. أفضل التداوي بالأعشاب لأنه أقل تكلفة.

7. لا أتابع العلاج كما ينبغي؛ لأن مستواي المادي لا يسمح لي بشراء الأدوية.

8. سبب مرضي هو الفقر.

9. يؤمن لي المستشفى كل الأدوية التي أحتاج إليها؛ لذلك جئت للمعالجة فيه.

10. لا تسمح إمكانياتي المادية لي أنأتعالج خارج المستشفى، و إلا، ما جئت إلى هنا.

د- بعد الكفاءة المهنية للطبيب (حسب المريض)، ويتكون من 22 بنداً:

1. يسألني الطبيب عن مرضي.

2. يطرح الطبيب أسئلة كثيرة خاصة بمرضي قبل المعاينة.

3. يستمع الطبيب جيداً إلى كل ما أقوله عن مرضي.

4. ثقفتي كبيرة في كل ما يقوله الطبيب؛ لأنه لا يستعجل بالتنبؤ فيما يخص مرضي.

5. يشرح الطبيب لي الوصفة الطبية.

6. لا يلمسني الطبيب أبدا في المعاينة بل يعتمد على الأدوات الطبية و النتائج التحليلية في تشخيص مرضي.
7. يتخذ الطبيب القرار فيما يخص تشخيص مرضي بسرعة و بدون تمعّن.
- 8 أفضل أن أتعالج من طرف طبيب من نفس جنسي.
9. أغير الطبيب عادة حتى لو كنت أعاني من نفس المرض لأن طبيب المستشفى لا يقنعني.
10. يحدد طبيب المستشفى مواعيد متباعدة للمتابعة حتى لو تطلب المرض العجلة.
11. أتبع وصفة الطبيب إلى النهاية.
12. أنصح معارفي بالمعالجة في المستشفى؛ لأن معلومات الطبيب تتجدد باستمرار.
13. أستشير طبيب المستشفى دائما عند إصابتي بمرض ما؛ لأن خبرته كبيرة بحكم الممارسة الدائمة.
14. أسأل دائما عن الطبيب المعالج قبل الدخول الى قاعة العلاج؛ لأن سمعة الطبيب المهنية تهمني.
15. أفضل الطبيب الكبير في العمر؛ لأن هذا دليل على خبرته في الميدان.
16. يخصص الطبيب للمريض الوقت الكافي في المعاينة.
17. يشرح لي الطبيب المرض بأسلوب بسيط و مفهوم.
18. يهتم الطبيب بكل ما أقوله له عن مرضي.

19. يستعمل الطبيب مفاهيم طبية غريبة بالنسبة للمريض.
 20. يملك طبيب المستشفى أدوات طبية حديثة للمعاينة.
 21. يجب الطبيب عن تساؤلاتي بجدية.
 22. جئت إلى المستشفى؛ لأن ثقتي كبيرة بالأطباء هنا.
- هـ- بعد العلاقات الإنسانية (بين الطبيب و المريض)، و يتكون من 20 بنداً:
- 1 . استقبلني الطبيب بطريقة طيبة و لبقة.
 - 2 . ينصحني الطبيب في حالات كثيرات.
 - 3 . يستمع الطبيب إلى كل ما أقوله له.
 - 4 . تختلف معاملة الطبيب من مريض لآخر باختلاف المكانة الاجتماعية لهذا الأخير.
 - 5 . يتجنب الطبيب التهاور معي عن مرضي بل يتحاور مع الشخص الذي يرافقني.
 - 6 . يهتم الطبيب بي كإنسان.
 - 7 . يشرح الطبيب لي الوصفة الطبية.
 - 8 . اهتمام الطبيب بمرضيساعدني على الشفاء.
 - 9 . يتعامل الطبيب مع المرضى جميعاً بنفس الطريقة.
 - 10 . تدفعني معاملة الطبيب الحسنة الى العمل بنصائحه بالحرف الواحد.
 - 11 . الطبيب لا يشرح لي نوع و سبب مرضي.

12. سمعة الطبيب الحسنة تريحني.
 13. الطبيب يحترمني.
 14. أشعر بأن الطبيب بعيد عني.
 15. الطبيب يقرر كل شيء فيما يخص علاجي دون مشاركتي.
 16. الطبيب يستشيرني فيما يخص الوصفة الطبية.
 17. يحاورني الطبيب بلغة لا أفهمها.
 18. أجب الطبيب بكل صراحة و اهتمام؛ لأن هذا يساعده في تكوين فكرة صحيحة عن مرضي.
 19. أشعر بالاحتقار عندما لا يجيب الطبيب عن أسئلتني.
 20. الطبيب يترك لي الوقت الكافي لشرح معاناتي بسبب المرض.
- و- بعد المستشفى و ظروف المعالجة، و يتكون هذا البعد من 19 بندا:
1. تدخل أخدمعارفي لاستطبابي بالمستشفى.
 2. يؤمّن المستشفى الأكل للمرضى.
 3. أذهب للمعالجة في المستشفى؛ لأنه المكان الوحيد لمعالجة مرضي.
 4. الدخول إلى المستشفى للاستطباب يتطلب معارف كثيرة.
 5. يتطلب الاستطباب بالمستشفى مصاريف كثيرة.
 6. يعاني المستشفى من نقص العتاد الطبي لمعالجتي.

7. يخيفني انعدام النظافة بالمستشفى؛ لأن ذلك قد يسبب الإصابة بأمراض أخرى.
8. أفضل أن اجري كل التحاليل الطبية خارج المستشفى لعدم ثقتي بجديّة العمل فيه.
9. يأتي المريض بفرشة اللازم لهفي المستشفى إذا أقامفيه للاستطباب.
10. يؤمّن المستشفى للمريض كل التحاليل الطبية تقريباً.
11. الاستقبال من إدارة المستشفى سيئ.
12. جيئت للمعاينة في المستشفى من تلقاء نفسي؛ لأن ظروف الاستطباب تحسنت.
13. أفضل الطبيب الخاص بدل المجيء إلى المستشفى للمعالجة.
14. بسبب سوء المعاملة بالمستشفى أشعر بعدم الاحترام.
15. يحضر المريض ما يحتاجه من الدم قبل إجراء العمليات الجراحية في المستشفى.
16. تجعلني المعاملة الحسنة بالمستشفى أشعر بالارتياح.
17. يؤمّن المستشفى للمريض في أغلب الأحيان كل ما يحتاج إليه إذا كان له معارف.
18. لا يوجد في المستشفى مكان لي للاستطباب.
19. أخشى دائماً ان تكون معاينة الطبيب لي أمام الآخرين.

بهذا الشكل، و بعد الانتهاء من تحديد البنود أصبح لدينا مقياس لقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض مكون من 102 بند (انظر الملحق رقم 1).

الخطوة الثانية:

1-دراسة الصياغة اللغوية لبنود مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض

لما انتهت الباحثة من تحضير بنود مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض، قامت بدراسة الصياغة اللغوية لكل بند من أجل:

أ - التأكد من محتوى البند، و التأكد من توصيل المعنى الدقيق والمراد من البند لعينة الدراسة الأساسية من ناحية الصيغة اللغوية و المدلول، خاصة أن عينة الدراسة الأساسية تتكون من أفراد متفاوتين من المستوى التعليمي اللغوي.

ب - إعادة صياغة السؤال إذا كان غير مفهوم من الناحية اللغوية.

ج - استبعاد العبارة غير المفهومة من ناحية توصيل المعنى.

لنتحقق الباحثة من أهداف الصياغة اللغوية، و لتتأكد من صلاحية كل بند لنقل

المعنى بأسلوب سهل و واضح إلى عينة الدراسة قامت بما يلي:

أ - قدمت المقياس للتحكم فيها إلى مجموعة من أساتذة و دكاترة علم النفس و علوم التربية، بقسم علم النفس و علوم التربية و الارطوفونيا، بكلية العلوم الاجتماعية، بجامعة وهران، و هم: سواغ مختار، عريبة محمد، غيات بوفلجة، كحلولة سعاد، مكي محمد و هاشمي أحمد.

و قد اتفق الأساتذة المحكّمون الستة (6) على أن موضوع المقياس شامل لكل الجوانب، و أن الأبعاد تشمل مجموعة كافية من البنود مدونة بطريقة ميسّرة و واضحة، كما اتفق المحكّمون على أن الصياغة اللغوية صحيحة و دقيقة لنقل معاني بنود المقياس.

ب - على أساس نتيجة المحكمين قامت الباحثة بتطبيق جميع بنود المقياس على عينة من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران، لتتأكد من وضوح أسلوب البنود، و لتطمئن على توصيل معنى البنود و استيعاب مدلولها لدى جميع فئات المرضى على اختلاف مستوياتهم التعليمية و اللغوية.

2- مكان تطبيق المقياس على عينة دراسة الصياغة اللغوية:

قابلت الباحثة كل فرد من أفراد العينة على حدة في القاعة الخاصة بالمرضى المقيم بالمستشفى للعلاج، و في قاعات الانتظار بمصلحة الأمراض الداخلية، و الأمراض الصدرية بالنسبة للمرضى غير المقيمين. بعد شرح الهدف من هذه الدراسة، قامت الباحثة بقراءة كل بند من بنود المقياس، و طلبت من المريض المقابل أن يعترض على كل لفظ أو كلمة لم يفهمها، حتى تتمكن من إعادة صياغة البند في حالة عدم الفهم، و اعتبرت الباحثة أن الاستجابة الأولى لكل بند هو التعبير الحقيقي.

3- زمن تطبيق المقياس على عينة دراسة الصياغة اللغوية:

دامت مدة تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض على عينة دراسة الصياغة اللغوية 10 أيام: من 6 الى 17 مارس 2011.

4- مواصفات عينة دراسة الصياغة اللغوية لبنود المقياس:

تتكون عينة دراسة الصياغة اللغوية من 20 فردا، و قد تم اختيارها بطريقة عرضية، و تتميز العينة بالموصفات التالية.

أ- من حيث الجنس:

الجدول رقم (1) يبين توزيع عينة دراسة الصياغة اللغوية من حيث الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة
الذكور	09	45%
الإناث	11	55%
المجموع	20	100%

يتضح من الجدول السابق رقم (1) أن عدد الإناث يبلغ 11 فردا بنسبة مئوية تقدر ب55%، و يبلغ عدد الذكور 9 افراد بنسبة مئوية تقدر ب 45%. و نلاحظ أن نسبة الإناث تفوق نسبة الذكور، و أن مجموع عدد عينة دراسة الصياغة اللغوية يبلغ 20 فردا.

ب- من حيث العمر:

يتراوح عمر العينة بين 21 سنة و 63 سنة، بمتوسط حسابي يقدر ب36,4 سنة وانحراف معياري يقدر ب: 7,77 سنة.

ج- من حيث المستوى التعليمي:

المستوى	بدون مسد توى	ابتدائي 81متوسط	ثانوي	المجموع
---------	-----------------	--------------------	-------	---------

20	2	6	7	5	التكرار
----	---	---	---	---	---------

الجدول رقم (2) يبين توزيع عينة دراسة الصياغة اللغوية من حيث المستوى التعليمي.

يوضح الجدول السابق رقم (2) أن المستوى التعليمي متباين بين أفراد العينة، و ممثل لكل المستويات التعليمية باستثناء المستوى الجامعي.

5 - نتائج دراسة الصياغة اللغوية على العينة:

لقد اتفق جميع أفراد العينة العشرون على وضوح بنود المقياس من ناحية الصياغة اللغوية، و من ناحية المعنى و المدلول.

الخطوة الثالثة:

الدراسة السيكومترية لمقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض: بعد الانتهاء من دراسة الصياغة اللغوية لبنود المقياس و التأكد من صلاحيتها، قامت الباحثة بدراسة ثبات و صدق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض.

أولاً: الثبات:

1- زمن دراسة الثبات:

تم دراسة ثبات مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض في الفترة الممتدة ما بين 10 و 20 ماي 2011.

2 - طرق دراسة الثبات.

لتتأكد الباحثة من ثبات مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض اعتمدت على طريقة ألفا كرونباخو طريقة التجزئة النصفية في دراسة ثباته.

3- عينة دراسة الثبات:

ارتكزت الباحثة في دراسة الثبات على عينة عرضية من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران، وتتكون العينة من 48 فردا من الذكور و الإناث و بمستويات تعليمية مختلفة، وكانت مواصفات عينة دراسة الثبات كما يلي:

أ- من حيث الجنس.

الجدول رقم (3) يبين توزيع أفراد عينة الثبات من حيث الجنس.

الجنس	التكرارات	النسبة
ذكور	26	54,2%
إناث	22	45,8%
المجموع	48	100%

يوضح الجدول السابق رقم (3) أن عينة الدراسة مكونة من 48 فردا، يمثلون 26 ذكرا ما يعادل نسبة 54,2%، و 22 أنثى أي ما يعادل 45,8%.

ب- من حيث السن.

الجدول رقم (4) يبين التوزيع التكراري لسن أفراد عينة دراسة الثبات.

العمر	التكرارات	النسبة المئوية
أقل من 20	08	16.7%

من 20 إلى 29	20	41.6%
من 30 إلى 39	06	12.5%
من 40 إلى 49	04	8.4%
من 50 إلى 59	06	12.5%
60 و ما فوق	04	8.3%
المجموع	48	100%

يوضح الجدول السابق رقم (4) أن الفئة العمرية 20 - 29 هي التي تمثل أكبر نسبة 41%، ثم تليها الفئة الأقل من عشرين سنة؛ أي بنسبة 16,7%، وبلغ متوسط العمر لدى هذه العينة 32,96 سنة بانحراف معياري يقدر بـ 15,93 سنة.

ج- منحيث المستوى التعليمي.

الجدول رقم (5) يبين المستوى التعليمي لعينة دراسة الثبات.

النسبة	التكرار	المستوى
4,17%	2	بدون مستوى
33,33%	16	الابتدائي
27,08%	13	المتوسط
25,00%	12	الثانوي

الجامعي	5	%10,42
المجموع	48	%100

يوضح الجدول السابق رقم (5) أن أكبر نسبة هي 33,33%، و هي تمثل الفئة ذات المستوى الابتدائي، و أن أضعف نسبة و هي 4,17% تعود الى أفراد بدون مستوى تعليمي.

4 - نتيجة دراسة الثبات:

أ- نتيجة الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

قامت الباحثة بدراسة معامل ثبات كل بعد من أبعاد مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ. و قد توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

الجدول رقم (6) يبين معامل الثبات لأبعاد مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض بطريقة ألفا كرونباخ.

الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ
بعد المرض و معاشته	0,69
بعد دور المريض في محيطه	0,68
بعد الجانب الاقتصادي للمريض	0,07

0,73	بعد الكفاءة المهنية للطبيب
0,60	بعد العلاقات الإنسانية
0,40	بعد المستشفى و ظروف العلاج

توضح بيانات الجدول السابق رقم (6) أن مدى معاملات الثبات لأبعاد مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض بطريقة ألفا كرونباخت تراوح من 0,07 إلى 0,73. وهنا يتبين ارتفاع معامل ثبات كل من بعد الكفاءة المهنية للطبيب (0,73)، بعد المرض و معاشته (0,69)، بعد دور المريض في محيطه (0,68)، و بعد العلاقات الإنسانية (0,60). بينما نجد معامل الثبات في بعد المستشفى و ظروف العلاج ضعيفا (0,40) و تقريبا منعدما في بعد الجانب الاقتصادي حيث بلغ (0,07). ولهذا تم الاحتفاظ بالأبعاد الأربعة التي حصلت على نسبة ثبات تفوق 0,60 (بعد الكفاءة المهنية، بعد المرض و معاشته، بعد دور المريض في محيطه و بعد العلاقات الإنسانية). بينما تم التخلي عن بعد المستشفى و ظروف العلاج و بعد الجانب الاقتصادي لعدم وصول درجة ألفا كرونباخت إلى المستوى المطلوب.

ب-نتيجة الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

إلى جانب طريقة ألفا كرونباخت استخدمت الباحثة طريقة التجزئة النصفية في دراسة معامل ثبات كل بعد من أبعاد المقياس، حيث تم تقسيم كل بعد من أبعاد المقياس إلى نصفين، يضم النصف الأول الأسئلة ذات الأرقام الفردية في

الترتيب، و يضم النصف الثاني الأسئلة ذات الأرقام الزوجية في الترتيب. استُخرج معامل الارتباط بين جزئي كل بعد بطريقة بيرسون من القيم الخام مباشرة، و بعد ذلك تم تعديل المعامل المحصل عليه من معامل ثبات جزئي إلى معامل ثبات كلي باستعمال معادلة سبيرمان براون. تمت كل الحسابات باستخدام برنامج SPSS 20. و كانت النتائج المحصل عليها كما يلي.

الجدول رقم (7) يبين نتائج قيم الثبات لكل بعد قبل التصحيح، و بعد تطبيق معادلة التصحيح لسبيرمان براون.

الأبعاد	النتائج قبل التصحيح	النتائج بعد التصحيح
بعد المرض و معاشته	0,49	0,66
بعد دور المريض في محيطه	0,65	0,79
بعد الكفاءة المهنية	0,77	0,87
بعد العلاقات الانسانية	0,46	0,63

تشير بيانات الجدول السابق رقم (7) إلى نتائج مرتفعة لمعامل الثبات بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان-براون.

ثانياً: الصدق.

1 - زمن دراسة الصدق

لقد تم دراسة الصدق في الفترة الممتدة من 01\06\2011 الى 15/06/2011.

2 - طريقة دراسة الصدق

اعتمدت الباحثة في دراسة الصدق طريقة الصدق التجريبي، أي الارتباط بين المقياس و مقاييس أخرى صادقة؛ حيث يرى العديد من العلماء أن طريقة دراسة الصدق عن طريق ارتباط أداة الدراسة بأداة أخرى صادقة هي من أفضل الطرق، لذلك اعتمدت الباحثة هذه الطريقة.

ولقد تم تبني مقياس روزنبارج لتقدير الذات كمحك خارجي لدراسة صدق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض.

أ- وصف مقياس روزنبارج لتقدير الذات.

صمم مقياس تقدير الذات روزنبارج سنة 1965، وهو مقياس يتكون من "10 بنود، و له بعد واحد صمم اصلا سنة 1962 لقياس تقدير الذات لدى طلبة الثانويات و المدارس العليا، و مند تطويره و هو يستعمل مع مجموعات أخرى من الراشدين من مختلف المرضى. و من أكبر نقاط القوة فيه هي تطبيقه و استخدامه في بحوث مختلفة مع عينات كبيرة" (مقدم عبد الحفيظ، 2003: 303).

و قد قام بترجمة مقياس روزنبارج لتقدير الذات إلى اللغة العربية علي بوطاق (مقدم عبد الحفيظ، 2003: 305).

لقد صمم مقياس تقدير الذات روزنبارج في الأصل على طريقة مقياس جوتمان ثنائي الوزن، لكن أغلب الدراسات تستخدمه بطريقة ليكرث بأربعة بدائل إجابة و هي: موافق بشدة، موافق، غير موافق، غير موافق بشدة. "يحتوي مقياس روزنبارج لتقدير الذات على 10 عبارات تقيس تقويم الذات العام، منها 05 عبارات موجبة، و 05 عبارات سالبة": (بوقصاره منصور، 2007: 93).

العبارات الموجبة لمقياس روزنبارج لتقدير الذات هي:

- 1- على العموم أنا راضٍ عن نفسي.
- 2- أحس بأن لدي عددا من الصفات الجيدة.
- 3- باستطاعتي إنجاز الأشياء بصورة جيدة كغالبية الأفراد.
- 4- أحسبأنني فرد له قيمة و هذا على الأقل مقارنة بالآخرين.
- 5- أتخذ موقفا إيجابيا نحو ذاتي.

العبارات السالبة لمقياس روزنبارج لتقدير الذات هي:

- 1- في بعض الأوقات أفكر بأنني عديم الجدوى.
- 2- أحس أنه لا يوجد لدي الكثير من الأمور التي أعتز بها.
- 3- أنا متأكد من إحساسي أحيانا بأنني عديم الفائدة.
- 4- أتمنى لو يكون لي احترام أكثر لذاتي.
- 5- على العموم أنا ميال للإحساس بأنني شخص فاشل.

ب- طريقة إعطاء الأوزان في مقياس روزنبارج لتقدير الذات:

تأخذ البدائل الأربعة للإجابات التالية موافق بشدة، موافق، غير موافق، غير موافق بشدة، في حالة العبارات الموجبة الدرجات 4، 3، 2، 1، وتأخذ في حالة العبارات السالبة الدرجات 1، 2، 3، 4. تعتبر الدرجة 10 هي أدنى مجموع يمكن الحصول عليه، ودرجة 40 هي أكبر مجموع يمكن الحصول عليه في هذا المقياس.

3 - عينة دراسة الصدق:

ارتكزت الباحثة في دراسة الصدق على عينة عرضية من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران، وتتكون العينة من 52 فردا من الذكور و الإناث وبمستويات تعليمية مختلفة، وكانت مواصفات عينة الصدق كما يلي:

أ- من حيث الجنس:

الجدول رقم (8) يبين عينة دراسة الصدق من حيث متغير الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	36	69,2%
انثى	16	30,8%
المجموع	52	100%

يوضح الجدول السابق رقم (8) أن عدد الذكور يبلغ 36 بنسبة مئوية تقدر ب69,2%، و يبلغ عدد الإناث 16 بنسبة مئوية تقدر ب30,8%.

ب- من حيث العمر:

تتراوح أعمار عينة دراسة الصدق ما بين 17 سنة إلى 70 سنة، بمتوسط حسابي يقدر بـ 37,58 سنة وانحراف معياري يقدر بـ: 14,47.

ج- من حيث المستوى التعليمي:

الجدول رقم (9) يبين المستوى التعليمي لعينة دراسة الصدق.

النسبة	التكرار	المستوى
07,70%	4	دون مستوى
34,60%	18	ابتدائي
25,00%	13	متوسط
23,10%	12	ثانوي
09,60%	5	جامعي
100%	52	المجموع

يوضح الجدول السابق رقم (9) أن أكبر نسبة هي 34,60% و هي تمثل فئة المستوى الابتدائي، و أقل نسبة تعود الى المستوى الجامعي (09,60%) و نسبة (07,70%) تعود للفئة بدون مستوى.

4 - نتيجة دراسة الصدق:

تم تطبيق مقياس روزنبارج لتقدير الذات ، في نفس الوقت الذي تم فيه تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض على عينة دراسة الصدق. قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين نتائج مقياس تقدير الذات لروزنبارج، ونتائج مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض، فتوصلتالى النتائج التالية:

الجدول رقم (10) يبين قيم معامل الارتباط بين كل بعد من ابعاد مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريضو نتائج مقياسروزنبارج لدراسة تقدير الذات.

الابعاد	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
بعد الكفاءة المهنية	0,557	دال عند 0,01
بعدالعلاقات الانسانية	0,462	دال عند 0,01
بعد المرض و معاشته	0,415	دال عند 0,01
بعد دور المريض في محيطه	0,401	دال عند 0,01

يتضح من الجدول السابق رقم (10) وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 بين مقياس تقدير الذات لروزنبارجو الأبعاد الأربعة لمقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض (بعد الكفاءة المهنية، بعدالعلاقات الانسانية، بعد المرض و معاشته، بعد دور المريض في محيطه).

الفصل السادس:

الدراسة الأساسية

تمهيد:

تعرض الباحثة في هذا الفصل إلى توضيح تقنيات المقارنة المعتمدة في الدراسة الأساسية، وشرح طريقة إجرائها و كيفية استخدامها، الى جانب ذلك قدمت الباحثة مواصفات العينة و خصائصها و طريقة اختيارها. كما تطرقت الباحثة في الأخير إلى الأسلوب الإحصائي المستخدم في معالجة بيانات و معطيات هذه الدراسة.

تقنيات المقارنة:

ارتكزت الباحثة في الدراسة الأساسية على مقارنة مؤسسة على تقنيتين هما: المقابلة الشبه مقننة، ومقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض من اعداد الطالبة.

أولاً: المقابلة الشبه مقننة.

إن المقابلة شبه المقننة المعتمدة في هذه الدراسة ساعدت الباحثة على التحكم الجيد في الحوار، وفي نفس الوقت سمحت للشخص المتحاور معه بأن يشعر بنوع من الحرية في التعبير عن أحاسيسه، مشاعره، و أفكاره. إن الهدف الرئيسي من هذا العمل هو جمع خواطر و إدراكات و تطلعات المريض من أجل فهم صورته لذاته و صورة طبيبه المعالج.

1-مكان إجراء المقابلة.

تم إجراء مقابلة الدراسة الأساسية بالمستشفى الجامعي لمدينة و هران مع مرضى من مصلحة:

أ- الأمراض الداخلية.

ب- الحروق .

ج- أمراض القلب .

د- أمراض الكلى .

ه- الأمراض الصدرية .

و- العمليات الجراحية .

2- زمن إجراء المقابلة .

استغرقت مدة تطبيق تقنية المقابلة شهرا كاملا من 1/9/2011 الى 30/9/2011، و دامت المقابلات في المتوسط 50 دقيقة لكل مقابلة، سجلت المقابلات في أشرطة سمعية، تم تفرغها وتحليلها فيما بعد .

3- طريقة إجراء المقابلة:

أ - قامت الباحثة قبل إجراء المقابلة بشرح الهدف من هذا البحث العلمي لكل فرد من أفراد العينة و ركزت على كسب ثقة المستجوبين، كما أعلنت أن هذه المقابلات لها هدف علمي محض، و طمأنت المستجوبين فيما يخص السرية التامة لكل ما يقولونه إلى جانب كتمان الهوية .

طلبت الباحثة من المستجوبين الإجابة بكل صراحة؛ لأن التزامهم لا يكون سوى في الجانب العلمي، هذا ما جعل المرضى يتجاوبون مع الباحثة و لهم الشكر في ذلك .

ب - لتتمكن الباحثة من جمع المعلومات الأساسية قامت بتنظيم المقابلة كما يلي:

- كانت دائما تبدأ المناقشة من العام إلى الخاص .

-كانت تركز على أسئلة "الدفع" (relance) في الأجزاء المهمة و المعبرة، وكانت تستعملها عندما يخرج المستجوب أو يحاول أن يخرج عن الموضوع.

-كانت الباحثة تعتمد كثيرا على تقنية حسن الصياغة اللفظية و التعبير، من أجل توصيل المعنى الدقيق للمستجوب.

4 - دليل المقابلة:

دارت الأسئلة الموجهة إلى أفراد عينة المقابلة بشكل أساسي حول النقاط المحورية التالية:

أ - الشخص المريض ومعايشته للمرض: أرادت الباحثة من خلال هذا السؤال الوصول إلى معرفة:

1- كيف يعايش المريض مرضه.

2- ما هي ترقبات و آمال المريض.

3- معرفة الدور الاجتماعي و العائلي للمريض كمريض.

ب - العلاقة الإنسانية التي تربط الطبيب مع مريضه: حاولت الباحثة من خلال هذا الجانب التعرف على:

1- أثر اللقاء الأولي للمريض مع الطبيب.

2- العلاقة طبيب/مريض من وجهة نظر المريض.

3- صورة الطبيب المثالي عند المريض.

سجلت المقابلات في أشرطة سمعية تم تفرغها و تحليلها فيما بعد.

5 - عينة المقابلة و خصائصها:

قامت الباحثة بإجراء المقابلة مع عينة عرضية تتكون من 40 مريضا، و تتميز العينة بالخصائص التالية.

أ - من حيث الجنس:

شملت العينة 40 مريضا: 20 من الذكور و 20 من الإناث. 15 من أفراد العينة مقيمون بالمستشفى للمعالجة (Hospitalisés) و 25 منهم غير مقيمين بالمستشفى للمعالجة.

ب - من حيث السن:

يتراوح سن العينة ما بين 18 إلى 57 سنة، و بلغ متوسط العمر: 30 سنة بانحراف معياري يقدر ب: 11.23 سنة.

ج - من حيث المستوى التعليمي:

الجدول رقم (11) يبين توزيع عينة المرضى الذكور و الإناث الذين أجريت معهم المقابلة حسب المستوى التعليمي.

المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	بدون	المستوى الجنس
20	1	3	5	6	5	ذكور
20	0	3	6	4	7	إناث
40	1	6	11	10	12	المجموع

يتضح من الجدول السابق رقم (11) أن الأشخاص المستجوبين في المقابلة كانوا من الجنسين و بمستويات تعليمية مختلفة. إن المساواة في العدد بالنسبة للمستوى التعليمي لم يكن معيارا أساسيا في اختيار العينة بل تم عن طريق الصدفة.

6 - طريقة تحليل محتوى المقابلات:

تبنت الباحثة في تحليل المحتوى طريقة التحليل الآلي للمحتوى التي أسسها العالم بيشو M.Pecheux سنة 1969. يقول كل من آلان.بلانشي، و آل. Alain Blanchet et AI أن " طريقة التحليل الآلي للمحتوى تبحث عن العلاقة بين التكوين الاستدلالي، و التكوين الإيديولوجي وظروف إنتاج الحوار؛ هذا يعني أنها تحدد الموقع الإيديولوجي الذي يضع المتحدث نفسه فيه." (A.Blanchet, AI, 1985 : 240).

اتبعت الباحثة الخطوات التالية في تحليل المحتوى:

أ. تدوين المقابلة مع شطب كل المفردات الغير دالة بالنسبة للدراسة.

ب. حصر الكلمات المفتاحية.

ج. تحليل محتوى المقابلات.

ثانيا: مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض.

إلى جانب المقابلة شبيهة المقننة اعتمدت الباحثة في الدراسة الأساسية على

مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض.

1 - وصف المقياس: مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض هو

من تصميم الباحثة. و شملا لمقياس أربع أبعاد هي:

أ. بعد المريض و معاشته للمرض.

ب. بعد دور المريض في محيطه الاجتماعي.

و يشكل البعدين السابقين (أ ، ب) صورة الذات الكلية لدى المريض.

ج. بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب (حسب مريضاً بالمستشفى الجامعي

لمدينة وهران).

د. بعد العلاقات الانسانية (أي العلاقة طبيب/ مريض حسب المريض).

ويشكل البعدين (ج ، د) صورة الآخر الكلية لدى المريض.

تشمل الصفحة الأولى من مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض مجموعة من البيانات الخاصة بالموصفات الشخصية للعينة؛ الجنس، السن،

المستوى التعليمي، الحالة المدنية، مكان اسكن، نوع المرض، طبيعة

المرض، الوضعية الاقتصادية للمريض، ومكان المعالجة. و يتكون المقياس

من 74 بنداً يقابل كل بند إجابتان (نعم، لا)، (أنظر الملحق رقم 2).

2- مكان تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض:

تم تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض في الدراسة

الأساسية، على عينة من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران، في

المصالح التالية.

أ. مصلحة أمراض القلب.

ب. مصلحة الأمراض الداخلية.

ج. مصلحة الحروق الجلدية.

د. مصلحة الأمراض الصدرية

ه. مصلحة العمليات الجراحية

و. مصلحة أمراض الكلى.

ر. مصلحة الاضطرابات الحركية.

3 - زمن تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض:

استمرت مدة التطبيق شهرا كاملا من 2011/12/01 الى 2011/12/31.
استمر التطبيق حتي في أيام العطل.*

4- طريقة تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض:

قامت الباحثة إلى جانب أربعة محققين، منهم ثلاثة أخصائيين نفسانيين يمارسون عملهم في المستشفى الجامعي لمدينة وهران و طالب في الدكتوراه، بتطبيق 500 نسخة من مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض على عينة من مرضى مستشفى مدينة وهران في المصالح المذكورة سابقا.

*

وزعت النسخ على المرضى الذين يسمح لهم مستواهم التعليمي بملء النسخة، بينما كانت تقرأ الأسئلة على الأفراد الذين لا يسمح لهم مستواهم التعليمي بذلك.

تطبيق المقياس بدأ بعدما قامت الباحثة بشرح الهدف من الدراسة و شرح طريقة التطبيق إلى كل المحققين.

*طبق المقياس على المرضى الذي كانت حالتهم الصحية تسمح بذلك.

*عمل المحققين كان مدفوع الأجر من الميزانية الخاصة للطلبة.

5- عينة تطبيق مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض في

الدراسة الاساسية:

شملت العينة التي طبق عليها مقياس صورة الذات و صورة الآخر لدى المريض في الدراسة الأساسية مرضى من المستشفى الجامعي لمدينة وهران منهم الذكور و الإناث، و منهم المرضى المقيمون في المستشفى للمعالجة و المرضى غير المقيمين بالمستشفى للمعالجة. و كانت خصائص العينة كما يلي:

أ: من حيث الجنس.

الجدول رقم (12) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية من حيث الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	299	60,4%
أنثى	196	39,6%
المجموع	495	100%

يوضح الجدول السابق رقم (12) أن عدد الذكور بلغ 299 أي ما يمثل نسبة مئوية تقدر ب 60,4%، وبلغ عدد الإناث 196 بنسبة مئوية تقدر ب 39,6%. يلاحظ أن العدد الكلي للعينة يبلغ 495، كما يلاحظ أن نسبة الذكور تفوق نسبة الإناث.

ب - من حيث العمر:

الجدول رقم (13) يبين عمر عينة الدراسة الأساسية.

العدد	العمر الاصغر	العمر الاكبر	متوسط العمر	الانحراف المعياري

14,59	36,8	80	17	495
-------	------	----	----	-----

يوضح الجدول السابق رقم (13)، أن متوسط عمر عينة الدراسة الأساسية يبلغ 36,28 سنة بانحراف معياري يقدر بـ 14,59 سنة. بلغ أصغر عمر في العينة 17 سنة، وبلغ أكبر عمر 80 سنة.

ج: من حيث المستوى التعليمي:

الجدول رقم (14) يبين توزيع العينة من حيث المستوى التعليمي.

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
8,3%	41	أمي
26,9%	133	ابتدائي
30,9%	153	متوسط
24,8%	123	ثانوي
8,1%	40	جامعي
1,0%	05	عالي
100%	495	المجموع

يوضح الجدول السابق رقم (14) أن نسبة 8,3% من أفراد العينة أميون، ونسبة 26,9% لهم مستوى ابتدائي، 30,9% من أفراد المجموعة مستواهم متوسط، 24,8% لهم مستوى ثانوي، 8,1% مستواهم جامعي و 1,0% مستواهم عالٍ، يتضح من ذلك أن كل مستوى ممثل.

د : من حيث الحالة المدنية:

الجدول رقم (15) يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية.

الحالة المدنية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	206	41,6%
متزوج	237	47,9%
مطلق	39	7,9%
أرمل	13	2,6%
المجموع	495	100%

يوضح الجدول السابق رقم (15) أن 206 من مجموع العينة أي ما يعادل نسبة 41,6% غير متزوجين، و 237 ما يعادل نسبة 47,9% متزوجون، بينما نجد 39 أي ما يمثل 7,9% مطلقين، و 13 ما يعادل نسبة 2,6% أرامل.

ه: من حيثالوضع الاقتصادي للمريض؛ حسب رؤية المريض.

الجدول رقم 16 يبين توزيع العينة حسب الوضع الاقتصادي للمريض.

الوضعية الاقتصادية	التكرار	النسبة
جيد	30	6,1%
مقبول	316	63,8%
ضعيف	136	27,5%
ضعيف جدا	13	02,6%
المجموع	495	100%

يوضح الجدول رقم (16) أن 30 مريضاً من العينة كاملة أي ما يمثل نسبة 6,1% يقولون إن وضعيتهم الاقتصادية جيدة، 63,8% وضعيتهم مقبولة، 27,5% وضعيتهم ضعيفة، و 2,6% وضعيتهم ضعيفة جداً.

ر: من حيث الإقامة بالمستشفى للعلاج.

الجدول رقم (17) يبين عدد المرضى المقيمين و غير المقيمين بالمستشفى للعلاج.

المرضى	التكرار	النسبة
المقيمون بالمستشفى	211	42,6%
غير مقيمين	284	57,4%
المجموع	495	100%

يوضح الجدول السابق رقم (17) أن عدد المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج يقدر ب 211 ما يعادل نسبة 42,6% و عدد المرضى غير المقيمين بالمستشفى للعلاج هو 284 أي ما يعادل نسبة 57,4%.

6- طريقة التصحيح:

تم جمع نسخ المقياس الموزعة بعد الانتهاء من التطبيق، و تمت الدراسة على 495 نسخة وهذا بعد إلغاء الباحثة 5 نسخ كانت المعلومات فيها ناقصة (نسيان ملء صفحة كاملة في نسختين، عدم ملء الصفحة الخاصة

بالمعلومات الخاصة للمبحوث في نسختين، وجود إجابة نعم و لا على مجموعة من الاسئلة في نسخة واحدة).

أعطت الباحثة درجتين لكل إجابة تتوافق مع صورة الذات الموجبة، ودرجة واحدة لكل اتجاه سالب.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدمت الباحثة في معالجة البيانات للدراسة الأساليب الإحصائية التالية:

1. التكرارات

2. النسب المئوية.

3. المتوسط الحسابي

4. الانحراف المعياري

5. معامل ألفا كرونباخ

6. معامل ارتباط بيرسون.

7. اختبار "ت"

8. تحليل التباين GLM

قامت الباحثة بمعالجة البيانات إحصائياً بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار 20.

الفصل السابع:

عرض و تفسير النتائج.

تمهيد:

تتناولت الباحثة في هذا الفصل عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة و المعالجة الإحصائية، وتفسير نتائج المقياس و ربطها بنتائج المقابلة و ما توصلت إليه من ملاحظات و تصريحات المرضى.

لتوضيح الصورة التي يكونها المريض عن ذاته قامت الباحثة بتحليل كل فرضية تخص صورة الذات لدى المريض وفقا للأبعاد (بعد المرض و معاشته و بعد دور المريض في محيطه) المكونة لهذه الصورة.

الفرضيات التي ندرس من خلالها صورة الذات لدى المريض هي: الفرضية الاولى، الثانية، الثالثة، الرابعة، الخامسة، السادسة، السابعة و الثامنة.

ولتوضيح الصورة التي يكونها المريض عن الآخر، قامت الباحثة بتحليل كل فرضية تخص صورة الآخر وفقا للأبعاد (بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب و بعد العلاقات الانسانية) المكونة لهذه الصورة.

الفرضيات التي ندرس من خلالها صورة الآخر لدى المريض هي: الفرضية التاسعة، العاشرة، الحادية عشر، الثانية عشر، الثالث عشر، الرابع عشر، الخامس عشر و السادس عشر.

قامت الباحثة في هذا الفصل بعرض و تحليل نتائج الفرضيات الخاصة بصورة الذات أولا، ثم قامت بعرض و تحليل نتائج الفرضيات الخاصة بصورة الآخر.

عرض و تحليل نتائج الفرضية الاولى:

تنص الفرضية الأولى على وجود فروق جنسية دالة إحصائية في صورة الذات لدى المريض.

أولاً: صورة الذات الكلية لدى المريض.

جدول رقم (18) يبين حساب الفروق الجنسية في صورة الذات الكلية لدى المريض*:

الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
ذكور	263	44.74	4,55	2,62	0,01
إناث	174	43.59	4,36		

يتضح من الجدول السابق رقم (18) وجود فروق جنسية دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,01 في صورة الذات الكلية.

ثانياً: بعد المرض ومعايشته.

الجدول رقم (19) يبين حساب الفروق الجنسية في بعد المرض و معايشته.

* عدد العينة لم يصل الى حده الأعلى (495) و هذا راجع لتجنب بعض المرضى الاجابة عن بعض الاسئلة.

الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	الدلالة الاحصائية
الذكور	266	24,16	2,80	4,26	0,01
الاناث	174	23,2	2,67		

يتضح من الجدول السابق رقم (19) وجود فروق جنسية دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 في بعد المرض و معاشته.

ثالثا: بعد دور المريض في محيطه.

الجدول رقم (20) يبين حساب الفروق الجنسية في بعد دور المريض في محيطه.

الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
الذكور	262	61,61	4,62	2,79	0,05
الاناث	171	60,36	4,17		

يتضح من الجدول السابق رقم (20) وجود فروق جنسية دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 في بعد دور المريض في محيطه.

تحليل نتائج الفرضية الاولى:

تنص الفرضية الأولى على وجود فروق جنسية دالة احصائيا في الصورة التي يكونها المريض عن نفسه. و قد بينت المعالجة الإحصائية وجود فرق دال احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين الذكور و الإناث في صورة

الذات الكلية عند المريض، كما كشفت المعالجة الإحصائية عن وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 في بعد المرض و معاشته و وجود فرق عند مستوى الدلالة 0.05 في بعد دور المريض في محيطه. وفعلا هذه النتائج تؤكدها المقابلة التي أجريت مع المرضى الذكور و الإناث.

إن صورة الذات التي يكونها المريض عن نفسه بصفته مريضا تتحدد انطلاقا من تجربته الخاصة المرتبطة بالمرض و من خلال إدراكه للمظاهر الفردية و السوسيو-ثقافية.

إن المرض بما يصاحبه من توتر و حالات قلق، ليس معاشا بنفس الطريقة عند الجنسين من المرضى؛ فالمرض غالبا ما يعيشه المريض كمصدر خوف، كثيرا ما يتحدث المريض عن الخوف من الأثر الذي يتركه المرض في جسم المريض و الذي يمكن أن يسبب له إعاقة جسدية واضطرابات سيكولوجية و هذا ما تشتكي منها الإناث خصوصا:

" لقد قالوا لي إن مرض السكري يؤدي إلى فقدان البصر، أنا خائفة جدا" تقول مريضة في العقد الرابع من عمرها.

"أصابني هذا المرض منذ شهرين، إنني مرهقة وخائفة لا أستطيع الوقوف، رجلي ملتهبة ولا أستطيع المشي؛ أنا خائفة جدا" تقول مريضة أخرى و هي تشهق.

"المرض شوهني و شوه منظري، أصبحت مثل الخيال، إنني خائفة من المستقبل. تتوقف قليلا و تضيف: زوجي لا يزورني أبدا منذ العديد من الأيام." تقول مريضة في مقتبل العمر.

فعلا تشتكي المريضات كثيرا من الاتكال على الآخرين حتى في أبسط حركاتهن. "واش نعمل يا بنيتي، عندما أجد أحدا لمرافقتي أحضر الى المستشفى، و عندما يتعذر ذلك أتغيب" تقول مريضة من ولاية تلمسان.

تتلطف مريضة أخرى تعاني من ألم شديد في الظهر " طلبت من أبي العديد من المرات مصاحبتي إلى هنا، لكن أشغاله منعتة. أنا كما تعلمون، لا يمكنني التنقل وحيدة".

تقول مريضة أخرى في العقد الخامس " لم استطع أن أذهب لأخذ موعد مع الطبيب، لقد انتظرت من ولدي أن يفعل ذلك، لكنه لم يجد الوقت بسبب ارتباطه بعمله، لم استطع أن يأتي باكرا".

مريضة أخرى تقول " أسكن بعيدا و أبنائي لا يعرفون المنطقة. انتظرت ابن عمي حتى ينتهي من أشغاله ليصاحبني الى هنا".

إن هذا الاتكال على الغير نجده بكثرة عند المريضات، و هذا ما يشعرهنّ بالعجز، و يشعرهنّ بالنقص خاصة.

يؤكد ستويتزال.ج، أن من بين الأسباب التي يقاومها الفرد المتوقع مريضا هي: " تقبل الضعف، الطريقة السهلة، التخلي عن المسؤولية واستغلال الآخرين " (Jean. Stœtzel).

إن الشيء الذي تشتكي منها المريضات بكثرة و لا نجده بنفس الحدة عند المرضى من الذكور هو الخجل من الكشف عن الجسد؛ إن جسد المريض الذي يصبح تقريبا ملك الطبيب، و الذي يصبح للطبيب الحقفي أن يلمسه و يجسه من كل الجوانب، فإن كشفه يؤثر في المريضة و لهذا نراها تغلق عينيها و

تغطيهما بوضع دراعيهما عليهما أثناء الفحص، و كأنها تريد أن تنفصل عن هذا الجسد أثناء الفحص.

" أغلق عيني عندما يفحصني الطبيب، لأنني أستحي". تصرح مريضة مصابة بكسور على مستوى الساق.

مريضة أخرى " أخشى زيارة الطبيب، أوّجل دائما الزيارة إلى يوم آخر". تقول مريضة مصابة بقرحة في المعد.

"أنا في الواقع أعاني من هذا المرض منذ سنوات لكنني لم أصرح به للطبيب، قلت له إنني أصبت بهذا المرض هذه السنة" تصمت قليلا ثم تضيف " أخشى زيارة الطبيب، كنت أوّجل دائما هذه الزيارة إلى الغد، بمجرد التفكير في كشف جسدي للمعاينة يقلقني، خاصة إذا كان المعالج طبيبا و ليست طبيبة" تقول مريضة تعاني من البواسير.

إن معايشة المرض يختلف من مريض إلى آخر، و المرض يمكن أن يصاحبه شعور بالذنب والتخلي عن المسؤولية، هذا الشعور و إن كان موجودا عند الجنسين، فإن نوعه و معايشته يختلفان من جنس إلى آخر؛ فالرجل المريض يشعر بعدم القيام بدوره كمسؤول عن عائلته من الناحية المادية. يصرح مريض بالقلب " إن المرض يتعبني و الشيء الذي يزيد في تعبي هو خروج زوجتي للعمل في بيوت الغير"

في حالة مرض المرأة- خاصة اذا كانت ربة بيت- فإنها تشعر بفقدانها لدورها كربة بيت و تخاف من فقدانها لدورها كزوجة " ما الفائدة من وجودي، لم يبق لي دور أقوم به، لا دور الأم و لا دور الزوجة، بل حتى دور الجدة أعفيت منه بسبب المرض".

إن المرض بالنسبة للإنسان المصاب لا يقتصر فقط على الوضعية الجسدية، بل هو حالة نفسية تتضمن تصريحات و نظرات أفراد محيط المريض، هذه النظرات و التصريحات تختلف باختلاف المحيط السوسيو-ثقافي الذي يعيش فيه المريض، وباختلاف مكانة المريض في داخل محيطه الاجتماعي؛ فغالبا ما يشتكي الرجل المريض من الاعتداء على سلطته الشرعية كرب للأسرة، كما يشتكي من عدم القدرة على القيام بدوره الاجتماعي المعتاد و المتمثل في النفود، الرجولة، و الحماية. يقول مريض متزوج و أب لأربعة أطفال: "المرض يجعل منك إنسانا ذليلا و منحطاً، تصبح مثل الطفل يعتنى بك لكن لا يؤخذ برأيك".

يقول مريض مقيم بالمستشفى منذ ثلاثة شهور "الرجل المريض يفقد وقاره و هيبته المعتادة وسط عائلته، فإنه يفقد حقا خشيته المألوفة؛ أنا مثلا موجود هنا منذ مدة لا أدري ما يجري في البيت".

تبين المقابلة أن الرجل المريض يخشى فقدان نفوده المهني و تزعزع مستواه الاقتصادي، يقول مريض يعاني من مرض خطير على مستوى العين اليمنى: " قد أفقد مناصبي في العمل أو أحيل على التقاعد بسبب المرض". المريض يخشى كثيرا فقدان منصبه و حرمانه من دوره كرب العائلة ملتزم بمسؤوليته من الناحية المادية، و هذا ما يجعله يشعر بالذنب و الدونية. يصرح مريض بالقلب و يقول " الرجل الذي يفقد الصحة يفقد كل شيء في هذه الحياة، حتى عمله، (يفكر قليلا و يضيف) الرجل الذي لا يعمل يكون ناقصا على كل المستويات حتى في بيته".

يسبب المرض أيضا تداعيات اجتماعية متعددة، من شأنها أن تفرض على المريض تغيير علاقاته و عاداته الاجتماعية و خاصة دوره وسط العائلة.

المرض بالنسبة للنظام الاجتماعي هو خلل مفروض على المريض، و أول شيء يحدد به دور المريض هو إعفائه من بعض المسؤوليات الاعتيادية؛ إن هذا الإعفاء و لو كان جزئيا سوف يؤثر على الرجل المريض. "كل حاجة ترهقني، المرض، قلة الشيء، و حتي شعوري بقله أهميتي؛ أنا أصبحت لا أفيد في شيء بل العكس أزيد تعب الآخرين" يقول مريض بالقلب و هو يتنهد.

مريض بالسكري و ارتفاع الضغط يشتكى " لما كنت بصحتي كنت أنا المقرر والأمر الناهي، كنت أقوم بكل الأعمال، و كنت أتحمّل كل المسؤوليات المادية، و كل شيء كان ينفد بعد أخذ رأيي، اليوم كما تلاحظين ليس لي حق القرار حتى في اختيار نوع الطعام الذي أريد أن آكله".

إن الدور الذي يلعبه المريض بصفته مريضا، ليس مقبولا بسهولة من طرفه، أن تنزع من المريض المسؤولية المادية، و الاجتماعية حقيقة تجعل منه إنسانا معوقا، و هذا يعطيه شعورا بالقلّة و العجز، فإن المكوث في البيت بسبب المرض يقلل من قيمة الرجل، و من هيئته و قيمة ذاته. "لما يمرض الإنسان يصبح في مرتبة غير مرتبته، يبقى ينفذ الأوامر فقط، كل الناس تشفق عليه" يقول مريض يعاني من مرض السرطان.

ان شكوى الإعفاء من المسؤولية نجدها عند المريضة كذلك، لكن الشكوى تكون من نوع آخر و هي أعمق بكثير؛ فزيادة عن مكابدة المرض تشعر المريضة بذنب تعكير الحياة اليومية على العائلة، كما تشعر بإهمال

دورها كربة بيت مسؤولة عن الاطفال و الزوج و تدبير الحياة اليومية. إن مرض ربة البيت يصبح مشوشا للحياة العائلية أكثر من مرض رب البيت،

تقول مريضة بالكلية، متزوجة و أم لخمسة أطفال. " همي كبير و كبير جدا؛ بإضافة إلى تحمل وجع تصفية الدم دائما، فإنني خائفة على أولادي، الأم هي ركيزة الدار، أولادي خليتهم مشتتين. (تصمت، تتنهد، تبتسم و تضيف) ربي يشوف في حالتهم و في حالتي". المريضة كانت تتكلم دائما عن مصائب الحياه و القدر، و كأنها تريد تبرئة نفسها من إصابتها بالمرض، كأنها تريد أن تقول بأنها ليست المسؤولة عن مرضها و إنما هو قدرها.

إنالمرض باختلاف أعراضه يجعل المريضة تعيش حالة جديدة و مزعجة، و تضعها في اغلب الأحيان في عزلة عن محيطها نتيجة لعدم قدرتها على متابعة مسؤولياتها العائلية و دورها المعتاد، و هذا قد يؤدي الى تزعزع ثقتها بنفسها و تغير نظرة صورتها لذاتها.

عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على وجود فرق دلالاتيا فيصورة الذات بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

أولا: صورة الذات الكلية.

الجدول رقم(21)يبينالفرق في صورة الذات الكلية بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير:

مستوى الدلالة	"ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	نوع المرض
0,01	-3,715	3,90	43,58	253	خطير
		5,05	45,18	180	غير خطير

يتضح من الجدول السابق رقم (21) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير في صورة الذات.

ثانياً: بعد المرض و معاشته.

الجدول رقم (22) يبين الفرق في بعد المرض و معاشته بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

مستوى الدلالة	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	نوع المرض
0,01	-3,88	2,43	23,25	254	خطير
		3,13	24,29	181	غير خطير

يتضح من الجدول السابق رقم (22) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 في بعد المرض و معاشته بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

ثالثاً: بعد دور المريض في محيطه.

الجدول رقم (23) يبين الفرق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

نوع المرض	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
خطير	256	20,30	2.33	-2,11	0,05
غير خطير	182	20,82	2.74		

يتضح من الجدول السابق رقم (23) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير.

تحليل نتائج الفرضية الثانية.

تكشف نتائج الفرضية الثانية عن وجود فرق دال إحصائياً في صورة الذات الكلية عند مستوى الدلالة 0,01 بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير، كما تكشف النتائج عن وجود فروق في الأبعاد المكونة لصورة الذات بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير عند مستوى الدلالة 0,01 في بعد المرض و معاشته و عند مستوى الدلالة 0,05 في بعد دور المريض في محيطه.

يعتبر المرض بصفة عامة اضطرابا لمسار الحياة العادية، و المرض الخطير هو انهيار لمسار الحياة بالنسبة للشخص المصاب و بالنسبة لعائلته. إن المرض الخطير يغير نظرة المريض و يجعله يعيد النظر في محيطه و في علاقاته الاجتماعية؛ المرض الخطير يجعل المريض يعيش في عالم يختلف عن العالم الذي كان يعيش فيه سابقا، هذا لا يعني أن العالم يتغير و إنما نمط معيشة المريض هو الذي يتغير، و تتغير علاقاته مع الآخرين، بل تتغير حتى قيمه و مفهومه للحياة، و هذا ما تبينه دراسة قام بها كوستاف نيكولا. فيشار Gustave–Nicolas Fischer و سيريل تركينو.

Cyril Tarquino في إحدى مستشفيات مدينة 'ماتز' بفرنسا على عينة تتكون من 35 امرأة و 27 رجلا كلهم يعانون من مرض السرطان؛ في هذه الدراسة حضر نيكولا فيشر و تركينو مقياسا يتكون من 91 عبارة تدور حول تحديد القيم التي تغيرت أهميتها عند المرضى منذ ظهور المرض. السلم التقييمي لهذا المقياس يتراوح ما بين 0 و 9 درجات. و طلبا من المرضى تقييم العبارات الخاصة بهذا المقياس مرتين. يحدد كل مريض في التطبيق الأول أهمية كل عبارة قبل إصابته بالمرض، و في التطبيق الثاني يحدد أهمية كل عبارة بعد الإصابة بالمرض. توصل نيكولا فيشر و تركينو إلى أن القيم التي تزيد او تنقص أهميتها عند المصاب هي:

الجدول رقم 24 يبين القيم التي زادت أو نقصت أهميتها عند المريض بعد ظهور المرض:

مستوى الدلالة	الزيادة و النقصانقبل المرض وابتداء من ظهور المرض	القيم
.05	+	الحنان
.05	-	التماسك العائلي
.01	+	التمركز حول الذات
.05	-	أن يكون ذو صلاحية
.01	-	أن يكون تنافسي
.001	+	أن يكون واقعي
.01	+	الثقة بالآخرين
.01	+	التمتع بالحياة
.01	+	الألفة
.05	-	تحقيق المشاريع
.001	-	النجاح المهني
.05	+	الصبر
.01	+	الاهتمام بالذات
.001	-	الرضى الجنسي
.01	-	الجنس

(Gustave-Nicolas Fischer, 2002 :310)

تبين نتائج هذه الدراسة أن تطور المرض يبرز القيم الضرورية للحياة، و كأن فلسفة الحياة تتغير و بالتالي يصبح المريض في حاجة أكثر إلى الحنان، التمتع بالحياة، الثقة بالغير، و الاهتمام بالذات. كما نستنتج بأن في الحالات الصعبة و الشاقة دائرة الاهتمامات تلتف حول الذات. طبعاً هذا الاهتمام بالذات لا يكون بالمفهوم النرجسي، و إنما يكون من أجل الحفاظ على الحياة.

تبين الدراسة من جهة أخرى انخفاض قيمة بعض اقيم التي لها أهمية في المجتمع مثل (النجاح المهني، التنافس: تحقيق المشاريع).

إن الأمراض الغير خطيرة الذي تصيب الانسان لفترة قصيرة هي في معظم الأحيان عابرة و غير عنيفة. بينما الامراض الخطيرة كما تؤكد المقابلة هي عادة حوادث عنيفة و مباغتة، لا يوجد لها أثر في تجاربنا السابقة، و لا في حياتنا العادية. إن الأمراض الخطيرة هي عبارة عن تجربة أليمة بالنسبة للمصاب. يقول مريض مصاب بسرطان الدم " لم أعرف الطبيب و لا الدواء طيلة حياتي، كنت دائما بصحة جيدة، لا ادري من اين جاءتني هذه المصيبة".

مريضة أخرى مصابة بسرطان الثدي، تقول: " لم أشعر بأي ألم، و لا وجع، فجأة ظهرت عقدة مثل حبة الحمص في الثدي".

في حالات الأمراض الخطيرة نجد الخوف من المجهول و خاصة عند الكبار في السن. تقول مريضة في العقد السادس: " أنا كبيرة في العمر، و المرض زادني". تتوقف ثم تضيف بصوت خافق " من سيتحملني فيما بعد عندما أصبح عجوزاً؟! " المريضة كانت تعاني من ربو حاد.

مريض آخر في العقد السابع يعاني من مرض القلب: " واش نقول يا بنتي إنني خائف من "اللي جاي". ربي يجعل العمر قد الصحة، المرض مع الكبر صعب.

مريض آخر يعاني من ارتفاع ضغط الدم و السكري: " ربما يقومون ببتري رجلي، لا أعرف، لحد الآن لم يخبرني أحد.

في حالة الأمراض غير الخطيرة يشتكي المريض من نسبة الوجع و التعب فقط، بينما في حالة الأمراض الخطيرة غالبا ما تدور الأحاديث حول بثر الأعضاء و الموت.

المرض الخطير هو عبارة عن تجربة خاصة بالنسبة لكل مريض أصيب به، و هو تجربة يعيشها الفرد المصاب مليئة بالتعاسة، بالمعاناة الجسدية، و الأوجاع النفسية.

في الواقع خطورة المرض بالنسبة للمريض هي أوجاع يعيشها من خلال ألم الأعراض الباطنة، والأعراض الظاهرة. إن أعراض المرض البارزة للآخرين قد تقلق المريض و تضعه في وضعية نفسية محرجة. إن ملاحظات الآخرين، و كل ما يفسر من خلال نظراتهم تجعل المريض يعيش اضطرابات نفسية و معاناة حادة. تعبر مريضة مصابة بسرطان في الأنف " لا أحب نظرات الآخرين، لا أحب أن أخرج الى الشارع لأن الناس تنظر إلي دائما بتعجب، الناس في الشارع تتلفت دائما وتوجه لي نظرات استفهام و شفقة"

هذه المعاناة تكون أكبر عندما تشوه الأعراض المظهر الجمالي للفرد. تصرخ مريضة مصابة بسرطان على مستوى الوجه و العنق و تقول: " كأنني وحش مار في الطريق؛ كل الناس ينظرون إلي، لم أكن أتمنى ذلك، لكن هذا قدرتي، الله أصابني" تبكي و تواصل "الحمد لله".

يؤكد ذلك بوكريسة مروان، في دراسته لمرضى السرطانو يقول " في غالب الأحيان المريض الذي يفقد الأمل في ايجاد علاج عجيب ينقده من مرضه، وإضافة الى الألم العضوي الذي يعاني منه تتزايد عنده صعوبة الحفاظ على عزة النفس، إن فقدان عاداته و فقدان نقط استدلال حياته المهنية،

إن الاضطراب الذي يقع في حياته الخاصة وانعدام الآمال و التطلع إلى المستقبل و تشوه صورته لذاته بموجب المظهر الخارجي عند المصاب بسرطان الوجه او عند المصاب بسرطان الثدي وإضافة الى شعوره البائس بسبب تراجع دوره في عائلته وانتكاس مكانته الاجتماعية، كل هذا يساهم في بؤسه وفي انهيار قد يؤدي به الى تدهم ذاته" : (M. Boukrissa, 2012 : 122).

إن المعاناة و الاضطرابات التي يعاني منها المصاب بصدمة المرض الخطير تبدأ من نظرات المعالجين أنفسهم: المرضى المصابون بمرض خطير يشكون من عبارات الترهيب التي ينطق بها الاطباء. مثل:

"خليتي مرضك يطول"

"يوجد ناس مراض في العائلة بهذا المرض"

"ضغط الدم مرض صعب خودي بالك منه"

"هذه العبارات يرددها الأطباء دائماً، عن قصد او بدون قصد لا أدري، تقول مريضة مصابة بضغط الدم و السكري و هي تقلد طبيبها في كلامه، تفكر قليلا و تنطق "هذه العبارات تزيد من جزع المريض و قلقه".

إن المريض الذي يعاني من مرض خطير نجده يفسر مرضه دائماً بالقدر الإلهي:

"انا بين يدَي الله هو يفعل ما يريد"

"المرض لا يقتل، الأجل هو الذي يقتل"

" المرض هو سبب فقط، الله هو الذي يعطي الحياة و هو الذي يأخذها في الوقت الذي يريد".

هذه العبارات نجدها بكثرة عند المصابين بالأمراض الخطيرة سواء كانوا ذكورا أو إناثا.

على كل حال، المرض الخطير يغير في حياة الفرد المريض، يغير شخصيته، يغير في نمط معيشته، ويغير في علاقاته مع محيطه؛ الفرد المريض يتغير دوره في محيطه و يجد نفسه مرغما على التكيف مع ضغوطات اجتماعية جديدة.

يقول علي رشام بالتكلم عن مرضى الكلي " بمجرد إخبارهم بمرضهم، ينصدمون، ويتصورون المدى المرتقب لحياتهم يقل و يتوقعون أن يعيشوا ما تبقى من حياتهم معاقين". (A. Recham, 2012 : 49)

إن المصاب بمرض خطير، عكس المصاب بمرض غير خطير، تتغير نظرتة لذاته و تقل ثقته بنفسه؛ بسبب جهله لمصيره و تخوفه من مستقبله، كل هذا قد يؤدي الى إضراب حياته و انهيار ذاته.

عرضو تحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على وجود فرق دال إحصائيا في صورة الذات بين المرضى المصابين بمرض معدٍ و المرضى المصابين بمرض غير المعدٍ.

أولا: صورة الذات الكلية.

الجدول رقم (25) يبين حساب الفرق في صورة الذات الكلية بين المرضى المصابين بمرض معدٍ و المرضى المصابين بمرض غير معدٍ.

طبيلة المرض	ءءم العينة	المتوسط الحسابي	الانءراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
معد	44	43,79	4,88	0,697	غير دال
غير معد	390	44,29	4,43		

يتضح من الجدول السابق رقم (25) عدم وجود فرق في صورة الذات الكلية بين المرضى المصابين بمرض معدٍ والمرضى المصابين بمرض غير معدٍ،

ثانياً: بعد المرض و معاشته.

الجدول رقم (26) يبين حساب الفرق في بعد المرض و معاشته بين المرضى المصابين بمرض معدٍ و المرضى المصابين بمرض غير معدٍ.

طبيلة المرض	ءءم العينة	المتوسط الحسابي	الانءراف المعياري	" ت "	الدلالة الاحصائية
معد	44	23,65	2,91	-0,067	غير دال
غير معد	390	23,68	2,78		

يتضح من الجدول السابق رقم (26) عدم وجود فرق دال إحصائي في بعد المرض و معاشته بين المرضى المصابين بمرض معدٍ والمرضى المصابين بمرض غير معدٍ.

ثالثاً: بعد دور المريض في محيطه.

الجدول رقم (27) يبين حساب الفرق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد.

طبقة المرض	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
معد	44	20,13	2,70	-1,05	غير دال.
غير معد	395	20,55	2,50		

يتضح من الجدول السابق رقم (27) عدم وجود فرق دال إحصائياً في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المصابين بمرض معد، و المرضى المصابين بمرض غير معد.

تحليل نتائج الفرضية الثالثة:

بينت نتائج الفرضية الثالثة عدم وجود فرق دال إحصائياً في صورة الذات الكلية بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد، كما بينت المعالجة الإحصائية عدم وجود فروق في بعد المرض و معاشته و في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد. إن هذه النتيجة تتفق مع ما استنتج من تصريحات المرضى أثناء المقابلة؛ المرضى سواء يعانون من مرض معد أو مرض غير معد كل منهم يتكلم عن مرضه بمفهوم الإعاقة، بمفهوم الألم القاتل، بمفهوم الاضطراب الذي يكدر الحياة؛ تقول مريضة تعاني من مرض معد " الألم يشق جسدي و كأنه خنجر مغروس في فؤادي."

"أنظروا إليّ؛ إنني مثل الشبح، إنني ضعيف جدا لا أستطيع حتى الاعتناء بجسدي"؛ يقول مريض مصاب بكسور على مستوى الفخذ".

كلاهما يتكلم عن تلك التشوهات و التغيرات التي يتركها المرض على جسده. " أتجنب النظر في المرأة، منظري يؤثر في نفسي كثيرا" ؛ تصرح مريضة تعرضت الى حادث سيارة.

" المرض غيرني، غيرني في معاملاتتي، في طريقة حياتي، الألم يقتلني، يبدأ من نقطة معينة (تشير الى بطنها) ثم ينتشر في كل جسدي، المرض 'طيحني و طيحلي كتافي' "؛ يشتكي مريض يعاني من مرض معد.

في الواقع المريض لا يصرح عادة بأنه مصاب بمرض معد؛ لأن المرض المعدي يعيشه المريض كنوع من الإقصاء، يشعر المصاب بمرض معد كأنه شخص غير مرغوب فيه. يقول مريض يعاني من مرض السرطان "أجد صعوبة كبيرة في خلق علاقات صداقة؛ إن الناس يعتقدون أن مرضي معد، إن الناس يشتمون مني، و يتجنبون مصافحتي في كثير من الاحيان".

" الحمد لله أن مرضي غير معد و إلا كيف كان يكون مصيري؟" تقول مريضة و هي ملثفته الى الحائط. في الواقع كانت تدري بأنها مصابة بمرض معد.

مرضى السكري هم فقط الذين يشكون من خوف نقل المرض إلى أبنائهم، هذا لأنهم يدركون تماما أن المرض يمكن ان ينقل لكنه لا يعدي.

تقول مريضة حامل تعاني من مرض السكري " أنا مريضة أم لخمسة أطفال" تتوقف قليلا، تزفر، ثم تضيف " أعتد على ابنتي في ترتيب البيت، رغم صغر سنها. المسكينة! بدل متابعتها لدروسها هي التي تتحمل مسؤولية البيت، لم

أكن أرغبني الإنجاب لكن مرضي يمنعني من تناول الأدوية المانعة للحمل، أنا خائفة أن يصاب جنيني مثلي". المريضة كانت تتكلم و كأنها مذنبه مرتين، مذنبه لأنها تحمل ابنتها مسؤولة البيت، و مذنبه لأنها خائفة أن تنقل الى جنينها المرض.

مريضة أخرى تعاني من نفس المرض، و تعاني من رعب نقل مرضها الى جنينها " إنياًتبع الوصفة الطبية بالحرف الواحد، بصراحة أنا خائفة على جنيني، لا أحب أن أكون مسؤولة عن أي إعاقة تحدث له".

يعاني المصاب بمرض معدٍ من أمرين: من جهة يعاني من ألم المرض نفسه، و من جهة أخرى يعاني من الشعور بالإبعاد، و العزلة، وفي حالات كثيرة، المصاب بمرض معد يعيش مرضه كعقاب و هذا ما يجعله يخشى تأويلات محيطه و بالتالي يجعله ينكر بأنه مصاب بمرض معد.

يقول سونتغ S. Sontag " لا يعتبر السيدا' مرضاً مبهماً، و كأنه يصيب

بالصدفة. في الواقع أن يصاب المرء بهذا الداء، فذلك يعني منذ القدم و إلى يومنا هذا، الإدلاء بانتمائه الى 'مجموعة' محددة أي إلى مجموعة من المنبوذين" (S. Sontag, 1993:149).

إن المصاب بمرض معد تتكون عنده صورة منحطة لذاته بسبب تأويلات و تخوفات المحيط العائلي و الاجتماعي منه.

عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على وجود فرق دالإحصائيا في صورة الذاتيين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي و المستوى التعليمي المتوسط و المستوى التعليمي الثانوي.

لدراسة هذه الفرضية تم إبعاد المستويين الذين يشمل فئة صغيرة، وهي الفئات التالية:

فئة المستوى العالي عدد أفرادها 2.

فئة المستوى الجامعي عدد أفرادها 37.

فئة بدون مستوى عدد أفرادها 38.

و تم الإبقاء على الفئات ذات المستويات التالية:

الابتدائي عدد أفرادها 130.

المتوسط عدد أفرادها 156

الثانوي عدد أفرادها 120.

أولاً: نتائج صورة الذات الكلية

الجدول رقم (28) يبين نتيجة الفرق في صورة الذات الكلية بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، و الثانوي.

المستوى	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
ابتدائي متوسط ثانوي	8,729	02	4,365	0,235	غير دال

يتضح من الجدول السابق رقم (28) عدم وجود فرق دال إحصائيافي صورة الذات الكلية بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، و الثانوي.

ثانيا: بعد المرض و معاشته.

الجدول رقم (29) يبيننتيجة الفرق في صورة الذات في بعد المرض و معاشته بين المرضى ذويالمستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، و الثانوي.

المستوى	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
ابتدائي متوسط ثانوي	0,823	02	0,412	0,055	غير دال

يتضح من الجدول السابق رقم (29) عدم وجود فرق دال إحصائيافي بعد المرض و معاشته، بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، و الثانوي.

ثالثا: بعد دور المريض في محيطه.

الجدول رقم (30) يبين نتيجة الفرق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى ذويالمستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، و الثانوي.

المستوى	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
ابتدائي متوسط ثانوي	9,638	02	4,819	0,804	غير دال

يتضح من الجدول السابق رقم (30) عدم وجود فرق دال إحصائيافي بعد دور المريض في محيطه بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، و الثانوي.

تحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تبين نتائج الفرضية الرابعة عدم وجود فروق دالة إحصائية في صورة الذات الكلية ، كما لا يوجد فروق في بعد المرض و معاشته و في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى أصحاب المستوى الابتدائي و المتوسط و الثانوي.

إن هذه النتيجة المحصل عليها تدعمها تصريحات المرضى خلال المقابلة. إن الإنسان مهما يكن مستواه التعليمي لما يصاب بمرض فإنه يتوقع حول ذاته، و يستولى القلق على أفكاره. تقول مريضة تعاني من شلل جزئي بمستوى تعليمي متوسط: " يمنعني المرض من التحرك، إنني أبكي دائما، أنا خائفة من المستقبل". هذا الخوف نجده عند كل المرضى مهما كان مستواهم التعليمي. توضح مريضة ذات مستوى ابتدائي تعاني من السكري: " لقد قالوا لي إن مرض السكري يؤدي إلى فقدان البصر، أنا خائفة جدا".

مريض آخر بمستوى تعليمي متوسط يعاني من مرض القلب يقول " إنني أتحرك بصعوبة؛ يظهر أن قلبي ضعيف، الطبيب لم يشرح لي مرضي، إن صمت الطبيب يجعلني أتخيل أشياء كثيرة، إنني قلق و خائف جدا".

إن المريض بمختلف مستواه التعليمي يكون حريصا و منتبها إلى كل ما يقوم به الطبيب من تعابير مظهرية، فإذا لاحظ المريض وجود تفاوت بين هذه المظاهر التعبيرية و خطاب الطبيب يمكن أن يحدث عنده هذا التصرف تشوشا و اضطرابا.

إن المريض في الواقع بحكم جهله لمرضه، أو بحكم إصابته بمرض خطير، فإنه يشعر بالقلّة مهما كان مستواه التعليمي. " الطبيب لا يتكلم معي فيما يخص مرضي، الطبيب طلب مني أن أخبره عندما يحضر ابني" يتوقف قليلا ثم يضيف " بالنسبة إليه أنا لا افهم، هو ينسى أنني أنا المريض". يقول مريض بمستوى ثانوي.

مريض آخر بمستوى ثانوي " الطبيب يشرح مرضي إلى الشخص الذي يرافقني، و لا يتكلم معي أنا المريض!، أظن أنني أعاني من مرض خطير، الله يستر".

يؤكد بوكريسة مروان ما اشتكى منه المرضى و يقول" في الجزائر، و في أغلب الأحيان، إخبار المريض بمرضه يكون بعد إعلام الشخص المرافق و المحيط العائلي. إن حجز الخبر بين أفراد العائلة رغبة في الحفاظ على المريض يعتبر فعل غير منتج، لا يزيد إلا في تحرُّز المريض من عائلته و طبيبه" (M.Boukrissa, 2012 :38).

إن ما يتبين من خلال تعليقات المرضى أن المستوى التعليمي لا ينقص من حدة المرض و لا من معاناة المريض، كما لا يساعد في رفع معنويات المريض و لا في تغيير ذاته الى الافضل.

عرض و تحليل نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على وجود فرق دال احصائيا في صورة الذات بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب.

للتأكد من هذه الفرضية تم حذف المستويات التي تشمل فئة صغيرة من المرضى و هي:

فئة الأراامل عددها 39.

فئة المطلّقين عددها 13.

بينما تمت الدراسة على فئة المتزوجينو العزاب.

اولا: صورة الذات الكلية.

الجدول رقم (31) يبين نتيجة الفرق في صورة الذات الكلية بين المرضى المتزوجين و العزاب.

مستوى الدلالة	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الحالة المدنية
غير دال	-1,533	4,54	43,98	170	متزوج
		4,67	44,70	216	أعزب

يتضح من الجدول السابق رقم (31) عدم وجود فرق دال إحصائياً في صورة الذات الكلية بين المرضى المتزوجين و العزاب.

ثانياً: بعد المرض و معاشته.

الجدول رقم(32)يبين نتيجة الفرق في بعد المرض و معاشته بين المرضى المتزوجين و العزاب.

مستوى الدلالة	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسطا لحسابي	حجم العينة	الحالة المدنية
0,05	-2,445	2,82	23,40	171	متزوج
		2,80	24,10	218	اعزب

يتضح من الجدول السابق رقم (32)وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 في بعد المرض و معاشته،بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب.

ثالثاً: بعد دور المريض في محيطه:

الجدول رقم (33)يبين نتيجة الفرق في بعد دور المرض في محيطه بين المرضى العزاب و المتزوجين.

مستوى الدلالة	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الحالة المدنية
غير دال	-0,057	2,59	20,54	172	متزوج
		2,64	20,56	219	اعزب

يتضح من الجدول السابق رقم (33) عدم وجود فرق دال إحصائياً في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب.

تحليل نتائج الفرضية الخامسة:

أظهرت نتيجة الفرضية الخامسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في صورة الذات الكلية بين المرضى المتزوجين و العزاب، كما لم تظهر الفروق في بعد دور المريض في محيطه.

الفرق في الفرضية الخامسة نجده فقط في بعد المرض و معاشته (الجدول 32) عند مستوى الدلالة 0,05

فعلا و كما تؤكد المقابلة فإن المرضى بصفة عامة سواء كانوا متزوجين او غير متزوجين كلهم يبحث عن العلاج اللازم و الناجع.

في الواقع لا يوجد اختلاف جذري في تصرفات و توقعات المرضى المتزوجين أو غير المتزوجين؛ فكلهم يسألون عن نوع مرضه و أعراضه، كلهم متخوفون من المرض، كلهم يطمح إلى إيجاد آذان صاغية عند الطبيب.

المرض كيفما كان يجعل الإنسان يغرق في ظروف متغيرة عن ظروف الحالة العادية، و الحالة المرضية ترغم الفرد مهما كان على تغيير طريقة حياته، و هذا بسبب إقحام عادات جديدة، و غالبا فجائية، و بطريقة

عنيفة، في مسار الحياة السابقة و الهادئة. الإنسان مهما كانت حالته المدنية، و مهما كان مستواه الاجتماعي و الاقتصادي، فإنه لا يهيئ حاله لمواجهة ظروف الحالة المرضية. إن المرض يجبر المريض على الدخول في إطار مزعج يفرض عليه التغيير في نمط حياته، في علاقاته الاجتماعية و في تصرفاته اليومية.

كما بينته نتائج الدراسة، يؤكد المستجوبون على أن معايشة المرض معناها الدخول في مرحلة جديدة من الحياة، أي أن المريض يمر من مرحلة الإصابة بالمرض الى مرحلة بداية العلاج، المرحلة التي يعتبرها المريض هي الدخول فعلا في قوقعة المرض. إن بداية العلاج معناه تغيير في العلاقات الاجتماعية، و الحياة الأسرية و في مفهوم الذاتية، بالإضافة الى الخصائص البيولوجية التي يعاني منها المريض نتيجة مرضه، هناك البعد الاجتماعي و النفسي الذي يعاني منه المريض. إن معايشة المرض و التأقلم مع التزاماته يكون أكثر تأزيمًا و تعسرا بالنسبة للمريض المتزوج و رب العائلة.

المريض ربُّ العائلة يعاني من عدم القدرة على إخفاء وجعه على أطفاله، و جعلهم يعيشون في قلق دائم خوفا من فقدانه. يقول مريض بالكلية: "ابنتي عمرها عشر سنوات، تذكرني دائما بتاريخ موعد تصفية الدم، إنها تعيش في قلق دائم، و هذا ينعكس على نتائج دراستها."

" لا أستطيع أن أتقل كما كنت في السابق، لا أستطيع أن أفعل أي شيء، أعتمد دائما على أولادي، بالرغم من صغر سنهم" يبكي و يضيف " أصبحت حملا ثقيلًا عليهم، و بدل الاهتمام بدروسهم فهم مشغولون بي دائما، أطلب من الله أن يشفيني أو يأخذني عنده". يقول مريض بالقلب و الربو.

يشتكى المريض المتزوج و ربّ العائلة كذلك من المسؤولية المادية و المعنوية التي يُحمّلها لأفراد عائلته.

"اضطر ابني الأول إلى أن يتوقف عن الدراسة من أجل أن يشتغل، كان لابد من ذلك فأنا غير قادر على العمل و هو أكبر إخوانه سنا" يقول مريض بالكلية.

يقول مريض آخر: " الموت حق على كل واحد، لكن المصيبة تكون أفجع لما تترك أطفالا بدون راع".

تشتكى مريضة أخرى من الاتكال على ابنتها في تسيير شؤون البيت و الاهتمام بباقي أفراد العائلة: "ابنتي الوحيدة، مسكينة، هي التي تدير شؤون البيت، و هي التي تهتم بأخيها و والدها، كانت تتمنى أن تواصل دراستها في الجامعة لكن مرضى غير كل شيء".

في كثير من الأحيان يكون الإحساس بالمرض فيه إذلال و نوع من الاحتقار.

يصرح رب عائلة مصاب بالربو الحاد يشتغل بمعمل الإسمنت. "مرضى يتطلب الراحة، المفروض أتوقف عن هذا العمل، لكن واش ندير؟ من يقوم بي و بأولادي؟ كرهت هذا الوضع و كرهت نفسي معه".

بالنسبة للمريض العازب فإن شكوته تتجه نحو تخوفه من المستقبل، إن المريض العازب يعبر عن تخوفه من عدم القدرة على بناء أسرة و إنجاب أطفال. "من سيرضى أن يصاهرني و من هي البنت التي ترضى أن تتزوج مني" يقول مريض غير متزوج مصاب بالسرطان.

مريض آخر " إنني أغير من أقراني فهم مستورين وسط عائلتهم و مع ابنائهم"

المريض العازب كثيرا ما نجده يشتكي من التعب النفسي، و انهزام الشخصية و تدهور صورة لذاته. يقول شاب غير متزوج يعاني من ربو حاد منذ الصغر " كرهت حالي، ما عندي صحة و لا مال، مرات أتمنى الموت ".
إن كل هذه الاحاسيس المؤلمة و هذه المعاناة التي يعيشها المريض بسبب المرض تؤثر على صورة ذاته، و قد تغيرها من صورة محبذة الى صورة منبوذة.

عرض و تحليل نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على وجود فرق دال إحصائيا في صورة الذات بين المرضى ذوي المستوي الاقتصادي الضعيف و المرضى ذوي المستوي الاقتصادي المقبول.

للتأكد من هذه الفرضية تم حذف المستويات التي تشمل فئة صغيرة (المستوى الجيد عددهم 26، و المستوى الضعيف جدا عددهم 12).
المستويات التي أخذت بعين الاعتبار في الدراسة هي: فئة المستوى المقبول وفئة المستوى الضعيف.

أولا: صورة الذات الكلية.

الجدول رقم (34) يبين الفرق في صورة الذات الكلية بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول.

المستوى الاقتصادي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
ضعيف	115	43,55	4,12	-2,436	0,05
مقبول	283	44,68	4,45		

يتضمن الجدول السابق رقم (34) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في صورة الذات الكلية بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول.

ثانياً: بعد المرض و معاشته.

الجدول رقم (35) يبين الفرق في بعد المرض و معاشته بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول.

المستوى الاقتصادي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
ضعيف	172	32,32	2,72	3,93	0.01
مقبول	267	33,37	3,13		

يتضح من الجدول السابق رقم (35) وجود فرق دال إحصائية عند مستوى الدلالة 0,01 في بعد المرض و معاشته بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول.

ثالثاً: بعد دور المريض في محيطه.

الجدول رقم (36) يبين الفرق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول.

المستوى الاقتصادي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
ضعيف	116	20,01	2,44	-3,00	0,01
مقبول	286	20,82	2,45		

يتضح من الجدول السابق رقم (36) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول.

تحليل نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 في صورة الذات الكلية بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول. كما يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 في بعد المرض و معاشته و عند مستوى الدلالة 0,01 في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول.

إن سيرة المريض محددة انطلاقاً من انتمائه السوسيو-ثقافي و انتمائها الاجتماعي و الاقتصادي. يتحدث المرضى أصحاب المستوى الاقتصادي المقبول عموماً عن التمييز الاجتماعي بالمستشفى؛ حيث يرون أن أصحاب المال و المعارف هم المحظوظون و المفضلون على الآخرين، تقول مريضة ذات مستوى اقتصادي مقبول: "يقولون لي أنه لا توجد أماكن فارغة لاستطبابي، هذا غير صحيح، إنهم يحتفظون بهذه الأماكن لأصحاب الجاه و العز".

تشتكي مريضة أخرى من نفس المستوى الاقتصادي " كل من دخل بعدي أجريت له العملية، و أنا إلى حد الآن لا أدري لماذا لم تُجرَ لي العملية". تبتسم و تضيف "ليس لي معارف". المريضة مصابة بسرطان الثدي.

يقول مريض آخر كان يعالج في بلد أجنبي من قبل: " هنا يجب أن يكون لك المال و ناس أصحاب الجاه، هناك (يذكر البلد) كل المرضى متساوون، أن تكون صاب جاه أو غير ذلك نفس الشيء؛ المعاملة هي نفسها".

يتحدث المرضى أصحاب المستوى الاقتصادي المقبول كذلك عن اضطراب المواعيد و نقص الإمكانيات و وسائل العلاج، هذه الأسباب هي التي تجعل المريض يشتكي بشدة من أطباء المستشفى، و من الاحباطات و خيبات الأمل. بينما يتحدث المرضى أصحاب المستوى الاقتصادي الضعيف كثيراً عن مستواهم الاقتصادي المنخفض، و ضعف مداخيلهم و عدم قدرتهم على شراء الادوية، و متابعة العلاج، كما هو موصوف. على العموم يعتبر المرضى الفقراء المستجوبون و المعالجون من طرف أطباء المستشفى، أن وجودهم في المستشفى راجع الى ضعف إمكانياتهم المادية التي لا تسمح لهم بالذهاب الى الطبيب الخاص.

تقول مريضة ذات مستوى اقتصادي ضعيف: " في الحقيقة أفضل المجيء إلى هنا منذ أن فقدت والدي، أثناء حياته كان أبي يقتصد من ماله لأخذي إلى الطبيب، ويشترى لي الدواء الذي أحتاجه، اليوم لم تعد لي الإمكانيات للذهاب عند الطبيب الخاص".

يظن المرضى الفقراء أن هناك عدم مساواة في نوعية الخدمات المقدمة للمرضى. يشتكي مريض فقير يعاني من مرض السرطان و يقول: " رغم وجودي مريضاً في هذه المصلحة، فلا أستطيع الحصول منها على الدواء الذي وصفه لي طبيب هذه المصلحة، و علماً بأنني بدون دخل، و المسؤول يعرف ذلك، و في الوقت نفسه هناك بعض المرضى يستطيعون الحصول على ذلك بسهولة".

يشتكي مريض آخر قائلاً: " لم اتحصل على شيء أبداً هنا، أوليائي هم الذين يشترون لي الأدوية و يدفعون حق الصور بالأشعة و التحاليل، أنا لا أفهم لماذا يفرقون بين المرضى هنا، و لا يعتنون بالفقراء".

تضيف مريضة أخرى ذات مستوى اقتصادي ضعيف: " لم اقم بالتحاليل هنا رغم أنني مريضة مقيمة بالمستشفى و في هذه المصلحة بالذات، قيل لي أن الآلة لم تعد تشتغل".

على العموم يصرح المرضى الفقراء بأن المستوى الاقتصادي له تأثير مباشر في طريقة معاملة المريض، فكلما كان المستوى الاقتصادي للمريض مرتفعاً، كلما كان يعامل معاملة حسنة.

المريض الفقير يتكلم دائماً عن المعاناة المعيشية بسبب المرض و نقص الإمكانيات. " يطلب مني الطبيب أن آكل بانتظام بيضة على الساعة العاشرة

و في منتصف النهار أتغدى مع العائلة، عندما تتاح الفرصة أكل بيضة على الساعة العاشرة، و لكن في غالب الأحيان لا أقوم بذلك لانعدام الإمكانيات"، توقفت لحظة ثم تابعت: "كثيرا ما أصاب بدوار في رأسي، لم أتابع أي علاج منذ زمن طويل، لأنني لا أملك بطاقة الضمان الاجتماعي". تقول مريضة بالسكري ذات مستوى اقتصادي ضعيف.

تصرح مريضة مقيمة بالمستشفى: " آتي إلى هنا لأنني لا أستطيع شراء 'الأنسولين'، لي ثمانية أطفال و زوجي لا يشتغل (تبكي). عندما أفتقد 'الأنسولين' أتحول الى شخص آخر مفقود الوعي، أمي هي التي تساعدني على شراء 'الأنسولين' ".

يشرح مريض آخر: " وجودي هنا راجع إلى نقص الإمكانيات، أبي متوفى، و أمي تشتغل بالبيوت، وأنا معاق، ماذا يمكنني أن أفعل، إنني مريض مسكين. لو توفرت لي الإمكانيات لذهبت الى الخارج".

على العموم -يصرح المرضى أصحاب المستوى الاقتصادي المقبول- بأن الازدحام في المستشفى سيئة، و أن وجودهم فيه راجع إلى أن نوع الخدمات المطلوبة لا تتوفر إلا في المستشفى، او لأن أولياءهم هم الذين جاؤوا بهم إلى المستشفى أو أن الأطباء هم الذين بعثوا بهم إليه.

بينما يرى المريض الفقير أن الظروف الاقتصادية الضعيفة للعائلة هي التي تجعل المريض يتوجه الى المستشفى للمعالجة. يعبر أحد المرضى عن الصعوبات التي تعترض مجيئهم إلى المستشفى، بجملة واحدة: " لو توفرت لي الإمكانيات لما جئت الى هنا".

إن صورة الذات التي يكونها المريض عن نفسه تتأثر كثيرا بالصورة التي يعكسها له الآخر، و غالبا ما يشتكي المريض الفقير من عدم التقدير و من الشعور بالصورة السلبية التي يعكسها له المعالج من خلال معاملته، و من خلال عدم الإنصات له، و طبعا هذا يؤثر سلبا على صورته لذاته.

عرض و تحليل نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على وجود فرق دال إحصائيا في تكوين صورة الذات بين المرضى الساكنين بمدينة وهران و المرضى الساكنين خارج مدينة وهران.

اولا: صورة الذات الكلية.

الجدول رقم (37) يبين نتائج الفرق في صورة الذات الكلية بين المرضى القاطنين بمدينة وهران، و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران.

السكن	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
مدينة وهران	317	44,24	4,32	-0,311	غير دال
خارج وهران	120	44,40	4,98		

يتضح من الجدول السابق رقم (37) عدم وجود فرق دال إحصائيا في صورة الذات الكلية بين المرضى المقيمين داخل أو خارج مدينة وهران.

ثانياً: بعد المرض و معايشة.

الجدول رقم (38) يبيننتيجة الفرق في بعدالمرض و معايشته بين المرضى القاطنين بمدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران.

مكان السكن	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	الدلالة الاحصائية
وهران	319	23,61	2,74	-1,19	غير دال.
خارج وهران	121	23,97	2,96		

يتضح من الجدول السابق رقم (38) عدم وجود فرق دال إحصائياً في بعد المرض و معايشته بين المرضى القاطنين بمدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران.

ثالثاً: بعد دور المريض في محيطه.

الجدول رقم (39) يبيننتيجة الفرق في بعددور المريض في محيطه بين المرضى القاطنين بمدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران

مكان السكن	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
وهران	320	20,62	2,45	-1,059	غير دال
خارج وهران	122	20,33	2,73		

يتضح من الجدول السابق رقم (39) عدم وجود فرق دال إحصائياً في بعد دور المريض في محيطه، بين المرضى القاطنين بمدينة وهران و القاطنين خارج مدينة وهران.

تحليل نتائج الفرضية السابعة:

أظهرت نتائج الفرضية السابعة عدم وجود فروق دالة إحصائية في صورة الذات الكلية بين المرضى القاطنين بمدينة وهران والمرضى القاطنين خارج مدينة وهران. كما أظهرت عدم وجود فروق في بعد المرض و معاشته، و في بعد دور المريض في محيطه. هذه النتيجة تتفق مع تصريحات المرضى. يشتكي المرضى سواء كانوا يسكنون بمدينة وهران أو خارج مدينة وهران من طول الانتظار، و المواعيد غير المحترمة من طرف إدارة المستشفى بسبب كثرة المرضى، أو غياب الأطباء. تقول مريضة من عين تموشنت تعاني من ضيق التنفس "جئت الى المستشفى مرات عديدة، لكن لم أتمكن من الدخول و الإقامة بالمستشفى إلا بعدما تدهورت حالتني".

يقول مريض من مدينة وهران " هذه تعد المرة الثالثة يغيب فيها الطبيب"

مريضة من وهران " قائمة المرضى طويلة، أفقد الأمل في معاينتي اليوم، قد تتعب الطبيبة و تؤجل البعض الى الاسبوع القادم أو تكلف طبيب من الأطباء الصغار للقيام بالمعاينة."

كما يشتكي كل المرضى المقيمون بالمستشفى للمعالجة، في تصريحاتهم من معاشة المرض و صعوبة الحصول على سرير للإقامة بالمستشفى، في كثير من الأحيان الفوز بهذا السرير و الذي تعبوا كثيرا للفوز به، ينسيهم الظروف السيئة للمستشفى، ففرحتهم بوجود أماكن للاستطباب بالمستشفى

تنسيهم المتاعب "لما وجدت مكانا فرحت كثيرا." تقول مريضة من مدينة
وهران

نفس الكلام تكرر مريضة قادمة من تلمسان.

في كثير من الأحيان الشعور بالالتكال على الآخرين من أجل الوصول إلى
المستشفى يجعل المريض يشعر بالإهانة و بالدونية، و هذا الشعور نجده عند
كل المرضى الساكنين خارج مدينة وهران أ، بمدينة وهران. يقول مريض
بالكلى من خارج مدينة وهران: " مين كنت بصحتي كنت أقوم بكل شيء
لحالي. لكن اليوم أنتظر دائما أحد لمرافقتي. الصحة ما يحس بها إلا
فاقدها".

" في كثير من الاحيان أتغيب عن موعد المعاينة؛ لأنني أستحي من مرافقي
فهو يترك عمله لمرافقتي " تقول مريضة من وهران.

في الواقع المرضى لا يشكون من الفرق في المعاملة بين المرضى القاطنين
خارج أو داخل مدينة وهران، و إنما نستخلص من خلال تصريحات المرضى
التذممن بعد المسافات عند القاطنين خارج مدينة وهران.

يقول مريض بالكلى: " تصوري حالتي، أنافي حاجة الى تصفية الدم كل
أسبوعين تقريبا، و أنا أسكن في قرية خارج مدينة مغنية، لولا إصرار
أبنائي ما تابعت العلاج."

إن المرضى المستجوبين و الذي يأتون من بعيد يشكون كثيرا من معاناة
السفر مسافاتٍ طويلة. تقول مريضة من مدينة سعيدة: "المفروض يأخذون
بعين الاعتبار المشاق التي يعاني منها المرضى القاطنين بعيدا، أنا مثلا،

مجيئي إلى المستشفى يكلفني كثيرا، ماديا و نفسيا، بسبب هذه المتاعب لا أتابع علاجي بانتظام."

" بسبب البعد و قلة الشيء لا أزور الطبيب في الموعد، أنا أسكن في الضواحي، للوصول إلى هنا يلزمني ألف دينار، و أنا لا املك المبلغ دائما" تصرح مريضة بضغط الدم.

مريضة أخرى تعاني من نفس المرض: " أنا أسكن بضواحي مدينة تيارت، للمجيء إلى هنا أقطع مسافات، الدليل على ذلك لا أحد يزورني من اقاربي لأن المسافة بعيدة. المسافة البعيدة ترغمني على البقاء في المستشفى."

ان هذه الانقباضات و خيبات الأمل تجعل المريض يشعر بالقلق و القلة، و هذا طبعا يؤثر على نفسه و يساهم في بناء صورة مهزوزة و غير مثمنة لذاته.

عرض و تحليل نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على وجود فرق دال إحصائيا في صورة الذات بين المرضى المقيمين داخل المستشفى للمعالجة والمرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه.

أولا: صورة الذات الكلية.

الجدول رقم (40) يبين نتيجة الفروق في صورة الذات الكلية بين المرضى المقيمين في المستشفى للعلاج و المرضى الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى و يقيمون خارجه:

مكان الاستطباب	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت"	الدلالة الاحصائية
داخل المستشفى	163	44,71	5,24	1,529	غير دال
خارج المستشفى	274	44,03	4,00		

يتضح من الجدول السابق رقم (40) عدم وجود فرق دال إحصائياً بين المرضى المقيمين في المستشفى للعلاج و المرضى الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى و يقيمون خارجه.

ثانيا بعد المرض و معاشته:

الجدول رقم (41) يبين نتيجة الفرق في بعد المرض و معاشته بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى و يقيمون خارجه.

نوع الاستطباب	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
مريض مقيم بالمستشفى	165	24,12	3,22	2,35	0,05
غير مقيم بالمستشفى	275	23,47	2,49		

يتضح من الجدول السابق رقم (41) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 في بعد المرض و معاشته بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى و يقيمون خارجه.

ثالثاً: بعد دور المريض في محيطه.

الجدول رقم (42) يبين نتيجة الفرق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى و يقيمون خارجه.

مستوى الدلالة	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	نوع الاستطباب
غير دال	-0,005	2,80	20,54	166	مقيم بالمستشفى
		2,36	20,54	276	غير مقيم بالمستشفى

يتضح من الجدول السابق رقم (42) عدم وجود فرق دال إحصائياً في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى و يقيمون خارجه.

تحليل نتائج الفرضية الثامنة:

أظهرت نتائج الفرضية الثامنة عدم وجود فروق دالة إحصائياً في صورة الذات الكلية بين المرضى المقيمين في المستشفى للعلاج و المرضى الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى و يقيمون خارجه ، كما لم تظهر الفروق في البعد الخاص بدور المريض في محيطه، بينما ظهر الفرق عند مستوى

الدلالة 0,05 في بعد المرض و معاشته بين المرضى المقيمين أو غير المقيمين بالمستشفى للعلاج.

قبل أن يقصدوا المستشفى، يأتي المرضى عموماً و هم يحملون أفكاراً و تصورات مسبقة عن المستشفى، ظروف المستشفى، و طبيب المستشفى.

على العموم، فإن المستشفى يصعب فهمه من طرف المريض، و من طرف أهل المريض، نظراً لكثرة المشاكل التي يتلقاها المريض المتوجه إلى المستشفى بصورة عامة سواء كان مقيماً أو غير مقيم. و نظراً لنقص الامكانيات و النظافة، و يمكن القول بأن المستشفى الجامعي لمدينة وهران لم يعد قادراً على أداء مهامه كما هو منتظر منه، أي غير قادر على تحمل العدد الهائل من المرضى، كما انه غير قادر على تحمل المصاريف الخاصة بالعلاج و الإقامة للمرضى.

تقول مريضة غير مقيمة بالمستشفى: " أنا أفقد الثقة في مستشفى مدينة وهران بما فيه من دواء، نظافة، أطباء، ممرضين، الكل في الكل متساوي".

تروي مريضة مقيمة بالمستشفى للمعالجة: " بصراحة كنت أفضل أن أبقى في بيتي. هنا كل شيء ناقص: الأدوية، المتابعة، وسائل العلاج، و حتى النظافة.

مريضة أخرى مقيمة بالمستشفى تقول: " كرهنا من هذه الوضعية، حتى الماء لغسل الأيدي مفقود".

المريض سواء كان مقيم بالمستشفى للعلاج أو غير مقيم يفتقد لدوره في وسط محيطه؛ فهو يشتهي من نقص نفوده و من عدم استشارته في أمور كان الأمر الناهي فيها.

إنالفرق بين المرضى المقيمين بالمستشفى و المرضى غير المقيمين نجده في بعد المرض و معاشته؛هذا فعلا ما تؤكد تصريحات هذه الفئة من المرضى؛ إذ نجد في تصريحاتهمالخوف من المجهول، الخشية من العلاج غير الصائب، الهلع من العمليات الجراحية،و التخوف من تلك الآلات و الأدوات الطبية.

"بمجرد سماع هذه الكلمات غير المفهومة مثل 'سكانير', 'إر م', يقشعر بدني"؛ تقول مريضة مقيمة بالمستشفى تعاني من قرحة حادة في المعدة.

"أخاف من المستشفى و لا أتحمل رائحته" تقول مريضة أخرى.

يشتكى المرضى المقيمون بالمستشفى كذلك من حدة الشعور بإزالة الذاتية؛ فهم يعانونمن هذا الحال الجديد الذي يغير أسماءهم الحقيقية باسم المرض الذي يعانون منه. تشتكى مريضة مقيمة بالمستشفى: "يتكلمون عنا و كأننا مساجين؛ المسجونيسمونهبالرقم الذي يحملة، و نحن بالمرض الذي نعاني منه".

مريضة أخرى مقيمة بالمستشفى: " تشير الممرضة إلينا بالمرض الذي نعالج منه"

مريض مقيم بالمستشفى: " هنا يسمونني بالزائدة"

يقول محمد مبتول " يتمنى المريض ان يعامل كشخص له كرامة، وهو يطلب ان يؤخذ بعين الاعتبار و أن يوضح له مرضه. يرفض المريض أن يكون معنون ك 'مريض-موضوع' في خدمة مهني

الصحة."(M.).(98 : 2013, Mebtoul)

نستنتج مما قيل أن المريض لا يعاني فقط من المرض كمرضو إنما يعاني كذلك منتأثير المرض على مختلف أوجه شخصيته، أي إضافة إلى معاناته الجسدية هناك المعاناة المعنوية.

إضافة إلى هذا الشعور بإزالة الذاتية، هناك الإحساس بعبء الابتعاد عن المحيط الاجتماعي؛ فغالبا ما يشتكى المرضى المقيمون بالمستشفى من نقص الدفء العائلي، كما يتذمرون من الملل ومن الاستخفاف؛ المرضى المقيمون يعانون من تغيير نمط المعيشة المعتادين عليه.

يقول مريض من مدينة عين تموشنت: " أريد أن أخرج من هنا، كرهت من هذه الوضعية" المريض كان يعاني كثيرا من بعده عن أسرته و من الوحدةانية. " لقد أصابني الضجر، في بعض الأحيان اقرأ و أتحدث مع المريضة التي تنقاسم معي الغرفة، لكنني كارهة، أريد أن أخرج من هنا".

"مرت سبعة أيام و كأنها سبعة شهور" تقول مريضة أجريت لها عملية جراحية.

يعاني المريض المقيم بالمستشفى من فقدان نفوذه المهني، ومن شعوره بأنه حملٌ على أفراد عائلته. المرضى- و خصوصا المقيمين لمدة طويلة بالمستشفى- فهم مشغولو البال عن مناصبهم و خائفون من فقدانها. مريض يشتغل في القطاع الخاص يقول: " أنا خائف من فقدان منصبي، المرض طالو ربُّ العمل بدأ يقلق".

مريض آخر بالقلب يقول " ربما أتوقف عن العمل بسبب المرض، حالتي الصحية لم تعد تسمح بتحمل كل ضغوطات و مشاكل العمل"

إن المرضى المقيمين بالمستشفى نجدهم قلقين عن عائلاتهم و مستقبل
أبنائهم، هذا لا يعني أن بقية المرضى لا يعانون من هذا القلق، لكن في
ثقافتنا المريض الذي يقيم بالمستشفى هو الذي يعاني من المرض الخطير، و
هو القريب من الموت كما هو سائد في عرف البشر.

" ان الموت لا يخيفني، لكنني أخشاه لأن أبنائي ما زالوا صغاراً " يقول
مريض مقيم بالمستشفى.

يعتبر ظهور المرض عند الإنسان عامل من عوامل الاضطراب و
انعدام الاستقرار، و امتداد مدة المرض يسبب تداعيات اجتماعية
متعددة، من شأنها أن تفرض على المريض تغيير عاداته اليومية و قطع
علاقاته الاجتماعية، هذا كله يجعل المريض منغلقا نفسيا و يجعله يعاني من
الاكتئاب، و يصبح مختلفا عما كان عليه قبل الإصابة.

يصرح مريض بضيق في التنفس: " مرضي خطير، تعبت من هذه الحالة، أنا
منهار عصبيا، إنني في عطلة مرضية، حياتي فارغة و لا يزورني أحد".
يقول مريض بالقلب " معنوياتي منهارة، أعيش فراغا كبيرا، كرهت حالي و
كره الناس مني ".

و طبعا هذا كله يكابد منه المريض و يؤثر في بناء او إعادة بناء صورته
لذاته.

عرض نتائج فرضيات صورة الآخر لدى المريض:

نظرا لكون عدم تحقق كل الفرضيات التي تخص صورة الآخر تقريبا؛ أي عدم تحقق الفرضية التاسعة التي تنص على وجود فروق جنسية دالة إحصائيا في صورة الآخر، و الفرضية العاشرة التي تنص على وجود فروق دالة إحصائيا في صورة الآخر بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير، و الفرضية الحادية عشر التي تنص على وجود فروق دالة إحصائيا في صورة الآخر بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد ، و الفرضية الثانية عشر التي تنص على وجود فروق دالة إحصائيا في صورة الآخر بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي و المستوى المتوسط و الثانوي. ، كما لم تتحقق كل من الفرضية الرابعة عشر التي تنص على وجود فروق دالة احصائيا في صورة الآخر بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و المستوى الاقتصادي المقبول ، و الفرضية الخامسة عشر التي تنص على وجود فروق دالة إحصائيا في صورة الآخر بين المرضى القاطنين بمدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران، و الفرضية السادسة عشر التي تنص على وجود فروق دالة احصائيا في صورة الآخر بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه. و بما أن الفرضية الوحيدة التي تحققت هي الفرضية الثالثة عشر التي تنص على وجود فرق دال إحصائيا بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب؛ قامت الباحثة أولا بعرض نتائج الفرضيات الخاصة بصورة الآخر كلها وفقا لترتيبها، ثم بعد ذلك قامت بتحليل النتائج و ربطها بما جاء من تصريحات المرضى في المقابلة.

عرض نتائج الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على وجود فروق جنسية دالة احصائيا في صورة الآخر.

اولا: صورة الآخر الكلية.

الجدول رقم (43) يبين نتيجة الفروق الجنسية في صورة الآخر الكلية.

الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
الذكور	268	20,52	2,58	-0,21	غير دال
الاناث	174	20,57	2,46		

يتضح من الجدول السابق رقم (43) عدم وجود فروق جنسية دالة إحصائيا في صورة الآخر الكلية.

ثانيا: بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب:

الجدول رقم (44) يبين نتيجة الفروق الجنسية في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب.

الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	الدلالة الاحصائية
الذكور	285	23,83	2,78	-0,98	غير دال
الإناث	115	23,53	2,60		

يتضح من الجدول السابق رقم (44) عدم وجود فروق جنسية دالة إحصائياً في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب.

ثالثاً : بعد دور العلاقة الانسانية.

الجدول رقم (45) يبين نتيجة الفروق الجنسية في بعد العلاقة الانسانية.

الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	الدلالة الاحصائية
الذكور	265	28,20	2,42	0,24	غير دال
الإناث	172	28,15	2,24		

يتضح من الجدول السابق رقم (45) عدم وجود فروق جنسية دالة احصائياً في بعد العلاقة الانسانية.

عرض نتائج الفرضية العاشرة:

تنص الفرضية العاشرة على وجود فرق دال إحصائياً في صورة الآخر بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

اولاً: صورة الآخر الكلية:

الجدول رقم (46) يبين نتيجة الفرق في صورة الآخر الكلية بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

مستوى الدلالة	"ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	نوع المرض
غير دال	0,11	4,48	61,14	249	غير خطير
		4,53	61,08	181	خطير

يتضح من الجدول السابق رقم (46) عدم وجود فروق دالة إحصائية في صورة الآخر بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

ثانيا: بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب.

الجدول رقم (47) يبين الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

الدلالة الاحصائية	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	نوع المرض
غير دال.	0,07	3,13	32,92	252	غير خطير
		2,91	32,90	182	خطير

يتضح من الجدول السابق رقم (47) عدم وجود فروق دالة إحصائية في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

ثالثاً: بعد دور العلاقة الانسانية.

الجدول رقم (48) يبين نتيجة الفرق في بعد العلاقة الانسانية بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير.

نوع المرض	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	الدلالة الاحصائية
غير خطير	252	28,18	2,37	0,11	غير دال
خطير	182	28,15	2,32		

يتضح من الجدول السابق رقم (48) عدم وجود فرق في بعد العلاقة الانسانية بين المرضى المصابين بمرض خطير و المرضى المصابين بمرض غير خطير.

عرض نتائج الفرضية الحادية عشرة:

تنص الفرضية الحادية عشرة على وجود فرق دال إحصائياً في صورة الآخر بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد.

اولاً: صورة الآخر الكلية.

الجدول رقم (49) يبين نتيجة الفرق في صورة الآخر الكلية بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد.

طبيرة المرض	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
معد	43	60,11	4,48	-1,526	غير دال
غير معد	387	61,21	4,47		

يتضح من الجدول السابق رقم (49) عدم وجود فرق دال إحصائياً في صورة الآخر الكلية بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد.

ثانياً: بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب.

الجدول رقم (50) يبين نتيجة الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد.

طبيرة المرض	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت"	الدلالة الاحصائية
معد	44	32,29	3,02	1,40	غير دال
غير معد	391	32,96	3,00		

يتضح من الجدول السابق رقم (50) عدم وجود فرق دال إحصائياً في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد.

ثالثاً: بعد العلاقة الانسانية

الجدول رقم (51) يبين نتيجة الفرق في بعد العلاقة الانسانية بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد.

طبيعة المرض	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	الدلالة الاحصائية
معد	43	27,76	2,40	-1,20	غير دال
غير معد	391	28,22	2,34		

يتضح من الجدول السابق رقم (51) عدم وجود فرق دال إحصائي في بعد العلاقة الانسانية، بين المرضى المصابين بمرض معد و المرضى المصابين بمرض غير معد.

عرض نتائج الفرضية الثانية عشرة:

تنص الفرضية الثانية عشرة على وجود فرق دال إحصائي في صورة الأخر بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، و المستوى المتوسط، و المستوى الثانوي. و لدراسة هذه الفرضية تم إبعاد المستوي الذي كان يشمل فئة صغيرة، و هي الفئات التالية:

المستوى العالي عدد العينة: 1.

المستوى الجامعي عدد العينة: 29.

بدون مستوى عدد العينة: 33.

و تمت الدراسة على فئة المستوى الابتدائي عدد أفرادها (124)، و الفئة ذات المستوى المتوسط عدد أفرادها (141). و الفئة ذات المستوى الثانوي و عدد أفرادها (98).

أولاً: نتائج صورة الآخر الكلية:

الجدول رقم (52) يبين نتائج الفرق في صورة الآخر الكلية بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، و المستوى المتوسط و المستوى الثانوي.

المستوى	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
ابتدائي	41,734	02	0,867	1,030	غير دال
متوسط					
ثانوي					

يتضح من الجدول السابق رقم (52) عدم وجود فرق دال إحصائياً في صورة الآخر الكلية بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، و الثانوي.

ثانياً: بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب:

الجدول رقم (53) يبين نتائج الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيبين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، و الثانوي.

المستوى	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
ابتدائي متوسط ثانوي	9,638	02	4,819	0,804	غير دال

يتضح من الجدول السابق رقم (53) عدم وجود فرق دال إحصائياً في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، و الثانوي.

ثالثاً: بعد العلاقة الانسانية.

الجدول رقم (54) يبين نتائج الفروق في بعد العلاقة الانسانية لدى الطبيب بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، المستوى المتوسط و الثانوي.

المستوى	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
ابتدائي متوسط ثانوي	5,274	02	2,637	0,479	غير دال

يتضح من الجدول السابق رقم (54) عدم وجود فرق دال إحصائياً في بعد العلاقة الانسانية بين المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، و الثانوي.

عرض نتائج الفرضية الثالثة عشرة:

تتص الفرضية الثالثة عشرة على وجود فرق دال إحصائياً في صورة الآخر بين

المرضى المتزوجين و المرضى العزاب.

للتأكد من هذه الفرضية تم حذف المستويات التي تشمل عينة صغيرة و هي

الأرامل (عددهم 13) و المطلَّون (عددهم 39)، بينما تمت الدراسة على

عينة العزاب و المتزوجين.

اولاً: صورة الآخر الكلية.

الجدول رقم (55) يبين نتيجة الفرق في صورة الآخر الكلية بين المرضى

المتزوجين و المرضى العزاب.

مستوى الدلالة	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الحالة المدنية
0,01	-3,52	4,23	60,15	169	متزوج
		4,54	61,76	214	أعزب

يتضح من الجدول السابق رقم (55) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى

الدلالة 0.01 في صورة الآخر الكلية بين المرضى المتزوجين و العزاب.

ثانياً: بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب:

الجدول رقم (56) يبين نتيجة الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين

المرضى المتزوجين و المرضى العزاب.

الدلالة الاحصائية	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الحالة المدنية
0,01	-3,530	3,03	32,28	171	متزوج
		2,96	33,36	218	أعزب

يتضح من الجدول السابق رقم (56) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 ، في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب.

ثالثاً : بعد دور العلاقة الإنسانية

الجدول رقم (57) يبين نتيجة الفرق في بعد العلاقة الإنسانية بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب.

الدلالة الاحصائية	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الحالة المدنية
0,05	-2,032	2,12	27,87	171	متزوج
		2,43	28,35	216	أعزب

يتضح من الجدول السابق رقم (57) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 في بعد العلاقة الإنسانية بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب.

عرض نتائج الفرضية الرابعة عشرة:

تنص الفرضية الرابعة عشرة على وجود فرق دال إحصائياً في صورة الأخر بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول و المستوى الاقتصادي الضعيف، للتأكد من هذه الفرضية حذفت المستويات التي تشمل عينة صغيرة و هي: الضعيف جدا (عدد 30) و المستوى الجيد (عدد 22)، أما المستويات التي أخذت بعين الاعتبار فهي: المستوى المقبول و المستوى الضعيف.

أولاً: صورة الأخر الكلية.

الجدول رقم (58) يبين نتيجة الفرق في صورة الأخر الكلية بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول، و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف.

المستوى الاقتصادي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
ضعيف	114	61,12	4,54	-0,009	غير دال
مقبول	279	61,11	4,39		

يتضح من الجدول السابق رقم (58) عدم وجود فرق دال إحصائياً في صورة الأخر الكلية بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول و المستوى الاقتصادي الضعيف.

ثانياً: بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب.

الجدول رقم (59) يبين نتيجة الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف.

الدلالة الاحصائية	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	المستوى الاقتصادي
غير دال	0,148	2,91	32,85	114	ضعيف
		3,00	32,90	284	مقبول

يتضح من الجدول السابق رقم (59) عدم وجود فرق دال احصائياً في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف.

ثالثاً : بعد دور العلاقة الانسانية

الجدول رقم (60) يبين نتيجة الفرق في بعد العلاقة الإنسانية بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف:

الدلالة الاحصائية	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	المستوى الاقتصادي
غير دال	0,227	2,61	28,15	116	ضعيف
		2,17	28,19	281	مقبول

يتضح من الجدول السابق رقم (60) عدم وجود فرق دال إحصائيافي بعد العلاقة الإنسانية بين المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المقبول و المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف.

عرض نتائج الفرضية الخامسة عشرة:

تنص الفرضية الخامسة عشرة على وجود فرق دال إحصائيا في صورة الآخر بين المرضى القاطنين بمدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران.

اولا: صورة الآخر الكلية.

الجدول رقم (61) يبين نتيجة الفرق في صورة الآخر الكلية بين المرضى القاطنين في مدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران:

مكان السكن	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
مدينة وهران	312	60,98	4,45	-1,09	غير دال احصائيا
خارج وهران	121	61,50	4,57		

يتضح من الجدول السابق رقم (61) عدم وجود فرق دال احصائيا في صورة الآخر الكلية بين المرضى القاطنين في مدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران.

ثانياً: بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب.

الجدول رقم (62) يبين الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب، بين المرضى القاطنين في مدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران.

مكان السكن	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	الدلالة الاحصائية
مدينة وهران	317	32,89	3,05	-0,32	غير دال
خارج وهران	122	33,00	2,98		

يتضح من الجدول السابق رقم (62) عدم وجود فرق دال إحصائي في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب، بين المرضى القاطنين في مدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران.

ثالثاً: بعد دور العلاقة الانسانية

الجدول رقم (63) يبين الفرق في بعد العلاقة الانسانية بين المرضى القاطنين في مدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران:

مكان السكن	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	الدلالة الاحصائية
مدينة وهران	316	28,06	2,35	-1,71	غير دالة
خارج وهران	121	28,49	2,33		

يتضح منالجدول السابق رقم (63) عدم وجود فرق دال إحصائيا في بعد العلاقة الإنسانية بين المرضى القاطنين في مدينة وهران و المرضى القاطنين خارج مدينة وهران .

عرض نتائج الفرضية السادسة عشرة:

تنص الفرضية السادسة عشرة على وجود فرق دال إحصائيا في صورة الأخر الكلية بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه .

اولا: صورة الأخر الكلية:

الجدول رقم (64) يبين نتيجة الفرق في صورة الأخر الكلية بين المرضى المقيمين في المستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه .

نوع الاستطباب	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت"	الدلالة الاحصائية
مقيم بالمستشفى	161	61,36	4,37	0,832	غير دال
غير مقيم بالمستشفى	272	60,98	4,55		

يتضح من الجدول السابق رقم (64) عدم وجود فرق دال إحصائيا في صورة الأخر الكلية بين المرضى المقيمين داخل المستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و مقيمين خارجه .

ثانيا: بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب.

الجدول رقم (65) يبين نتيجة الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى المقيمين داخل المستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه:

الدلالة الاحصائية	" ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	نوع الاستطباب
غير دال	1,34	3,01	33,17	165	مقيم بالمستشفى
		3,03	32,77	274	غير مقيم بالمستشفى

يتضح من الجدول السابق رقم (65) عدم وجود فرق دال إحصائيا فيبعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه.

ثالثا : بعد دور العلاقة الانسانية

الجدول رقم (66) يبين نتائج الفرق في بعد العلاقة الانسانية بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه.

نوع الاستطباب	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	الدلالة الاحصائية
مقيم بالمستشفى	163	28,15	2,30	-0,177	غير دال
غير مقيم بالمستشفى	274	28,20	2,38		

يتضمن الجدول السابق رقم (66) عدم وجود فرق دال إحصائياً في بعد العلاقة الانسانية بين المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج و المرضى الذين يعالجون بالمستشفى و يقيمون خارجه.

تحليل نتائج فرضيات صورة الآخر.

يتضح من نتائج الفرضية التاسعة و العاشرة و الحادية عشر و الثانية عشر و الرابعة عشر و الخامسة عشر و السادسة عشر عدم وجود فرق في صورة الآخر الكلية و في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب و في بعد العلاقة الانسانية بين المرضى؛ مهما كان جنسهم، نوع مرضهم و طبيعته، سواء كان مستواهم الاقتصادي ضعيفاً أو مقبولاً، سواء كانوا من مستوى تعليمي ابتدائي متوسط أو ثانوي، سواء كانوا من مدينة وهران أو من خارجها، و سواء كانوا يعالجون داخل المستشفى الجامعي بمدينة وهران أو خارجه؛ الفرق نجده فقط في الفرضية الثالثة عشرة التي تنص على وجود فروق دالة إحصائياً في صورة الآخر بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب ؛ حيث كان الفرق في صورة الآخر الكلية عند مستوى الدلالة 0,01، و كان

الفرق في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيبعند مستوى الدلالة 0,01، و في بعد دور العلاقة الانسانية كانالفرق عند مستوى الدلالة 0,05. بينما استنتجت الباحثة من خلال تحليل المقابلات أن كل المرضى و بدون استثناء أي حتي العزاب و المتزوجين يتطرقون إلى جانب العلاقات الانسانية و الكفاءة المهنية لدى الطبيبو بنفس الطريقة. و قد تم تفسيرهما بما يلي.

1- دور العلاقة الانسانية:

إن العلاقة طبيب/ مريض و التي أشار إليها كل المرضى، سواء بعبارة سلبية أو إيجابية، تتبدى كعنصر جوهري في بناء الصورة التي يكونها المريض عن طبيب المستشفى، و هي التي تصبغ هذه الصورة و تجعلها إما مثمنة او غير مثمنة.

يعتبر اللقاء بين المريض و الطبيب مرحلة صعبة، و هي مرحلة مهمة في حياة المريض. استخلصت الباحثة من تحليل المقابلات أن السبب الرئيسي لعدم ارتياح المريض يعود إلى سوء الاتصال و التواصل بينه و بين الطبيب.

يصرح مريض بالكلى أثناء المقابلة بما يلي:

"عندما أزور الطبيب يتفحصني بالسماعة ثم يلقي نظرة على صور الأشعة و التحاليل الطبية، يكتب الأدوية اللازمة و يحدد لي الموعد القادم فقط. لا يسألني عن حالتي عن معاناتي و لا يبالي بما أشعر به".

مريض آخر يعاني من مرض خطير: " أنا مضطر للمجيء إلى هنا و إلا ما جئت، مرضي يرغمني على ذلك. لمجرد التفكير في مواعي مع هذا الطبيب يقشعر جسدي."

تشرح مريضة من مدينة وهران حالتها و هي غاضبة " يتكلم معي الطبيب و كأنني أقلقه في عمله، هو ينسى أنني أنا و من هم مثلي سبب و جوده في هذا المنصب".

لتحقيق التواصل يجب أن تتوفر ثلاثة عناصر أساسية هي: رسالة، مرسل، و متلقي. تبين المقابلات التي أجريت مع المرضى أن نوع التواصل بين الطبيب و المريض في المستشفى سيئ جداً، ليس المتخاطبان في وضعية تواصل عادية بل هي علاقة مهيمن (الطبيب) و مهيمن عليه (المريض)، يوجد المريض في وضعية حيرة و انشغال؛ لأن الموضوع يتعلق بصحته، بل بحياته، بينما يوجد الطبيب أمام جسد مريض، في غالب الأحيان لا يرى الطبيب في المريض إلا الأعراض التي تدله على تشخيص المرض، في هذه الحالة ينعدم الموقف الذي يبعث على الاطمئنان و الثقة، حيث يشعر المريض بأنه غائب و جسده حاضر، فيختلط هذا الشعور بالإحساس بالكره و الاحتقار. تصرح مريضة بمرض خطير: " المريض يبقى 'متعلق' بشفاه الطبيب؛ يتمنى أن يعامله الطبيب كإنسان و ليس كجسم حامل لمجموعة من الأعراض".

تقول مريضة متزوجة " عندما أدخل عند الطبيب أشعر بقلق، الطبيب يقلب جسدي و يطرح بعض الأسئلة الروتينية و كأنني (تتوقف ثم تضيف باشمئزاز) بصراحة يصعب التعبير عما أشعر به في تلك اللحظة".

مريض آخر يعاني من مرض غير خطير " الطبيب لا يكرس أكثر من خمس أو عشر دقائق لمعاينة المريض؛ هذا يعتبر غير كافي بالنسبة للمريض، الطبيب لا يترك لنا الوقت الكافي لطرح الأسئلة حتى نتمكن من فهم مرضنا و الاطمئنان على صحتنا".

مريضة اخرى تعاني من مرض معد: "الطبيب ينزعج منى كثيرا لأنني أطرح عليه اسئلة كثيرة، في بعض الحالات يتجنب الإجابة عن أسئلتي".

تبين المقابلات أن العلاقة التي تكون بين الطبيب و المريض هي علاقة غير متكافئة، هي علاقة بين مانح يملك العلم و السلطة، و سائل لا 'يملك' إلا مرضه.

تشتكي مريضة لها مستوى تعليمي متوسط تعاني من ربو حاد: " قلت للطبيب بأنني كدت أن أفقد الحياة بسبب شدة ضيق النفس فلم يهتم ! أخذ السماعه، فحصني بصمت، ثم خرج دون التحدث معي، إنه لا يهتم بمعاناتي" نستنتج من خلال هذه التصريحات تذمر المريض من تصرف الطبيب، و تحسّره من ذلك المرض الذي قيد قدراته الجسدية و السيكولوجية، و جعل منه إنسانا سلبيًا خاضعا للطبيب و لأوامره.

يشتكي المريض كذلك من الشعور بالدونية، و من الإحساس بأنه إنسان غير مرغوب فيه. في الواقع هذا الشعور يمكن ان يحدثه معاملة الطبيب السيئة، كما يمكن أن يكون تعبيرًا عن الصورة المنبوذة الذي يكونها المريض عن نفسه نتيجة المرض.

توضح المقابلات أن المريض يشتكي كذلك من وجود علاقة سلطة بين الطبيب و المريض؛ فالطبيب يمتلك شرعيا المعرفة، لذا فإنه يمتلك السلطة و الحق في فرض رأيه و تقرير ما يجب القيام به.

يعبر مريض مقيم بالمستشفى عن هذه الوضعية بما يلي: " قلت للطبيب مرات بأن هذا الدواء لا يلائمني و بأنه يقينني لكنه يفرضه علي في كل مرة و لا يهتم بما أقول، لا يريد أن يعطيني البديل، أنا لا أفهم السبب."

من خلال تصريحات المرضى، نستنتج أن المريض بصفة عامة يرفض في داخله تلك العلاقة التي تضعه تحت تلك السلطة المطلقة للطبيب؛ فالطبيب المثالي بالنسبة للمريض هو ذلك الطبيب الذي يمتلك المعرفة و ليس السلطة لفرض رأيه دون الأخذ برأي المريض ذاته، في ظل هذه العلاقة الجامدة التي يشتكي منها المريض نستدل أن المريض يعبر عن رأيه باستسلام ظاهري، متبوع بنوع من العصيان و نقص للتحمس لتعليمات الطبيب. تشرح مريضة مقيمة بالمستشفى للعلاج هذا الوضع بقولها " طلب مني الطبيب أن أتصل بالمرضة إذا ما شعرت بألم ما، لكنني لم أفعل ذلك لأنني كنت متيقنة بأنه سوف يعطيني نفس الدواء، و أنا هذا الدواء لا أحبه، لا أرى له نتيجة."

مريضة غير مقيمة بالمستشفى تقول: " أنا أدرك تماما بأنني أزعج الطبيب بتصرفي هذا (تقصد عدم اتباع الوصفة الطبية)، لكن أعرف كذلك أن من الواجب عليه أن يشرح لي الوصفة الطبية و فائدة الدواء المكتوب، من واجبه أن يطمئنني، و أن يوضح لي الفائدة من هذا الدواء." يتوق المرضى إلى أن يتخلى الأطباء عن السلطة التي منحها إياهم الشهادة العلمية و الإمكانيات و المعارف التقنية، ليكونوا أكثر إنسانية مع مرضاهم، إنهم يتطلعون إلى طبيب ينزل من برجه العاجي الذي رفعته إليه المعارف العلمية لكي يعاملهم عن قرب و بإنسانية، "من واجب الطبيب أن يتحدث إلى المريض، عليه أن يشرح له مرضه بكلمات بسيطة، عليه أن يتقبل منه كل الأسئلة و من واجبه الإصغاء بالفعل للمريض" تشير مريضة في مقتبل العمر تعاني من مرض خطير.

تؤكد سلين ليفيف Céline Lefève على أهمية العلاقة طبيب/مريضو تكتب " يتطلب كذلك وخاصة في العلاقة طبيب/مريض وضع بين قوسين موضوعية العلم و الاهتمام بذاتية المريض. انه هام جدا ان نعرف ' أنتبادل الملف' و أن نحاول التقرب من تجربة المريض، من شعوره، احساسه، رغباته، تفكيره و مطالبه. يجب أن لا نتعرف عليه فقط ، بل يجب أن نفهمه..C). (Lefève, 2010 :28).

يقول مريض معبراً عن أهمية العلاقة بين الطبيب و المريض:
"معاملة الطبيب الحسنة للمريض هي بمثابة نصف العلاج، عندما يسألك الطبيب عن حالك و يستمع الى معاناتك، فإنك تشعر بالتحسن والارتياح".
تقول مريضة مصابة بمرض خطير: " بمجرد ما يسألك الطبيب عن حالك، و يقضي معك فترة من الزمن، حتى و لو كانت قصيرة، فإنك تشعرين بتحسن. هذا صحيح بالنسبة لكل المرضى".

نستنتج من هذه التصاريح أن المريض يرتاح و يهدأ، و يسترجع ثقته في الطبيب و في نفسه، عندما يتسم موقف الطبيب بالعناية و محاولة فهم المريض.

يشتكى المرضى كذلك من نقص الإنسانية عند الطبيب، من نقص العطف و الحنان. يقول مريض عازب يحقد " كاد الطبيب أن يقطع رجلي دون التأكد من الإصابة، و بدون أن يشرح لي مرضي، قال فقط رجلك تعفنت، لولا ستر الله لفقدت رجلي، أنا أريد أن أعرف: لو كان ابنه مكاني هل كان يفعل ما فعله بي؟ لا أظن ذلك، الحمد لله اتجهت إلى طبيب آخر فنجوت، و الآن رجلي سليمة، جدت اليوم للمراقبة فقط".

إن المرضى يرغبون في معرفة مرضهم، إنهم يرغبون في المشاركة في علاج أنفسهم، كون الطبيب يشرح لهم ويلقي عليهم المسؤولية يزيدهم ثقة بالنفس، هذا صحيح بالنسبة لكل المرضى مهما كان مرضهم.

إن المرضى يتوقعون دائماً الى معاملتهم كبشر مسؤولين وليس فقط كأجساد حاملة لأعراض مرضية، إنهم تواقون إلى علاقة بين إنسانين، و ليس بين حاكم و محكوم، يقول مريض من مدينة وهران: " الطبيب لا يحب من يخالفه، أنا لا أبحث عن مخالفته الرأي، و لكنني أريد أن أفهم كل شيء يخص مرضي".

في غياب هذه العلاقة الطبيعية الإنسانية المريحة، يزداد قلق المرضى و يعمُ خوفهم؛ فالمرضى ينصرفون عن الطبيب و يتوجهوا إلى بعضهم البعض عسى أن يجدوا ملجأً و تفسيراً لهواجسهم، يصبح المريض في هذه الحالة غير راضٍ عن طبيبه، وغير راضٍ عن تلك العلاقة الجافة التي تربطه بطيبه، هذا الجفاء في العلاقة بين الطبيب و المريض المصحوب بعدم الرضا يولد صورة غير مثمنة للطبيب عند المريض.

تشتكي مريضة من المعاملة المنفرة التي يعامل بها الطبيب مريضه حيث تقول: " إنني أقول لكم الحقيقة: أكره هذه المعاملة من طرف الطبيب، إنني مهتمة بمعرفة كل شيء عن مرضي، أريد من الطبيب أن يشرح لي كل شيء، و لكن ما العمل؟ ليس لديه وقت كافي لذلك، معاملته هذه تجعلني أنفر منه".

ما يشتكي منه المرضى تؤكد سلفي فإنزانج Sylvie Fainzang في

الجزء الثاني من مرجعها 'العلاقة أطباء/مرضى: معلومة و أكذوبة' إذ تقول:

" إن حب المرضى في الحصول على المعلومات هو راجع في نفس الوقت إلى رغبتهم في متابعة العلاج الطبي، و من أجل توقع و تدبير علاج الآثار السلبية للمرض، و في نفس الوقت لهم يقين بأن الاطلاع الأفضل يمكن أن يقي حالتهم الصحية من التدهور و كذلك من أجل الرغبة في تنظيم مدة حياته الباقية. إلا أن المرضى يشعرون في بعض الأحيان أنطلبهم للمعلومات يعامل باحتقار من طرف الأطباء؛ المرضى لا يتحملون الغموض في خطاب الطبيب كالقول للمريض مثلاً: " لا تقلق " وفي نفس الوقت منه فحوصات أخرى من أجل تأييد تشخيص الطبيب." (S.Fainzang) يطلب

المريض يبحث في العلاقة الإنسانية التي يتمنى أن تربطه مع طبيبه، عن صورة مثالية لنفسه، و عن صورة مطمئنة لطبيبه: " إن عدم اهتمام الطبيب بي يجعلني أكره ذاتي، و لا أثق بما يقوله لي، حتى و لو اتبعت الوصفة الطبية بالحرف الواحد " يقول مريض فقير الحال.

توضح المقابلة التي أجريت مع المرضى أن اللقاء بين الطبيب و المريض هو في الواقع لقاء بين نوعين مختلفين من التمثلات: تمثلات عامية من جهة يملكها المريض، و تمثلات علمية و طبية من جهة أخرى يملكها الطبيب. " الطبيب يقول بأن الكلى مريضة، ثم شرح الباقي بلغة الطب و الأطباء. لكن لم يشرح لي سبب ذلك و لا كيف وقع ذلك مع أنني إنسان واعي و أفهم "؛ يقول مريض مقيم بالمستشفى.

مريضة تقول " سألت الطبيب عن مرضي فأجاب الربو و توقف، لا أدري كيف وقع ذلك و لا كيف أصبت؛ كنت أتمنى ان يشرح لي أكثر".

"إنه لمن المهم أن يتبنى الطبيب لغة مفهومة من طرف المريض، و هذا يكون باختياره لمفردات متداولة حسب المستوى الثقافي للمريض، و ببدل جهد لتجنب المصطلحات التقنية أو 'اللغة' الخاصة بالميدان الطبي."

<http://utep-besanson.fr/UTEP-fichup/658.PDF>

ان مطالب المريض بصفة عامة تتمثل في: طلب الشفاء و التخفيف من المعاناة و المتابعة الطبية، و ما استنتجناه من خلال المقابلات أن كل المرضى يبحثون عن الطبيب صاحب المعاملة الطيبة. يشير مبتول محمد في دراسة حول استقبال المرضى في الهيئات العلاجية و يقول " تعتبر طريقة استقبال المرضى نقيصة مستهان بها و خفية عن مسؤولين الصحة. و هي مدركة بطريقة مهيمنة كبعد مهمش او ترسُبي، خارج عن نطاق العلاج، بينما هو يعتبر العنصر الأساسي لكل استراتيجية علاجية" (M.Mebtoul, 2013 : 97).

2- الكفاءة المهنية لدى الطبيب

الى جانب العلاقة الإنسانية استنتجت الباحثة من نتائج المقياس انه لا يوجد فروق دالة في بعد الكفاءة المهنية لدى الطبيب بين المرضى بمختلف انتماءاتهم و تصنيفاتهم؛ الفرق الوحيد موجود في بعد الكفاءة المهنية بين المرضى المتزوجين و العزاب.

المريض مهما كان مرضه بحكم جهله لمرضه، و جهله لأهمية صور الأشعة و التحاليل المطلوبة منه، و عدم قدرته على تفسير المواعيد المتباعدة و مدة الانتظار الطويلة، و خاصة المفاهيم الطبية المستعملة من طرف

المعالج، ورغم طموحه في إيجاد الطبيب المتمس بحسن المعاملة استنتجت الباحثة من خلال تحليل المقابلات أنه قليلا ما يثير المرضى مسألة الكفاءة المهنية عند الطبيب، إلا في حالات نادرة. المرضى المستجوبون يعبرون كلهم و بدون استثناء حتى المتزوجين و العزاب عن كفاءة الطبيب المهنية من خلال تطرقهم الى سن الطبيب، سمعته و جنسه.

أ- سن الطبيب:

إن المرضى مهما كان نوع و خطورة مرضهم، و مهما كان جنسهم و مهما كان مستواهم الثقافي و الاقتصادي، بعباراتهم المختلفة من خلال مقابلتهم يعطونك الانطباع أن السن المتقدم، و الذي هو مرادف للخبرة و الكفاءة المهنية، يعتبر شيئا مهما جدا في مهنة الطبيب. على العموم يعتقد المرضى بأن الأطباء الشباب تنقصهم الخبرة و الكفاءة، و هم في غالب الأحيان متهاونون.

يقول مريض بعصبية أثناء مقابله " أنا حالف بالله أن أغادر المستشفى إن لمسني طفل من هؤلاء الأطفال، (يقصد بالأطفال الأطباء الداخليين) إنهم مستخفون بالمرضى، و غير مسؤولون، و لا يحترمون مهنة الطب. لا أحب أن يعالجني طبيب من الأطباء الصغار في السن، بالنسبة لي هم ما زالوا ناقصين في التكوين، مازالوا 'دراري'".

تقول مريضة تعاني من مرض خطير: " الأطباء القدامى و الكبار في السن هم أكثر وعيا بمهامهم و أكثر اهتمام بمرضاهم، أطباء اليوم من الشباب غالبا ما يكونون غير واعين، غير مهتمين، و غير مستقرين. الطبيب الشاب تنقصه الرزانة، و الرغبة في العمل".

يصرح مريض مقيم بالمستشفى: " لقد رأيت الأطباء المسنين ملتفين باهتمام حول مريض واحد، بينما الأطباء الشباب مثل الداخليين هم دوماً في عجلة من أمرهم، إنهم لا يخصصون لنا الوقت الكافي في المعاينة".

تقول مريضة من مدينة تلمسان: " الأطباء الكبار في العمر هم أكثر وعياً ويهتمون بالمريض أكثر من الشباب الذين ينقصهم الوعي و المسؤولية. الأطباء الشباب دائماً في عجلة، و يتفوهون بنوع العلاج دون تفكير و تمعن".

نستنتج من خلال هذه التصريحات أن سن الطبيب يدل على تجربة الطبيب و حكمته، كما نستنتج أن لسن الطبيب دوراً مهماً في تحديد صورة الطبيب لدى المريض.

ب- شهرة الطبيب:

الى جانب السن تعتبر الشهرة من الصفات المحبذة و التي يتمنى المريض أن يجدها في طبيبه، علماً بأن المريض غير قادر على التقييم المهني للطبيب، فإنه يتمسك بقوة، بالصورة التي يرسمها له الآخرون عن الطبيب. في استيعابها لصورة الطبيب يعتمد المريض كثيراً على الشهرة التي تكون لدى الطبيب عند المريض؛ إن أهمية شهرة الطبيب تتجاوز المستوى الحقيقي للكفاءة التي يمكن أن يكتسبها الطبيب.

تقول مريضة تعالج في المستشفى لأول مرة: " الطبيب الذي سوف يفحصني له سمعة جيدة عند المرضى و هذا يريحني، أتمنى أن يكون كما يصفونه؛ المريضة كانت مطمئنة لأن طبيبها المعالج له شهرة كبيرة.

تقول مريضة متزوجة تعاني من مرض الربو: " أنا مسجلة في قائمة الطبية (تذكر اسمها)، الطبية لا أعرفها، حسب المرضى الحاضرين هنا هي طبيبة مشهورة، و لها خبرة كبيرة، كل ما أتمناه أنها لا تردني" بالرغم من أن الطبية لم تفحصها بعد، كانت المريضة تتكلم بارتياح و بأمل كبير، و يمكن قراءة رضاها التام في تفاصيل وجهها، فقط لأن الطبية ذات شهرة كبيرة.

نستخلص من تصريحات المرضى أن شهرة الطبيب لها أهمية بالغة في إدراك المريض لصورة الطبيب. فبالرغم من أن الشهرة لا تعبر عن المستوى الحقيقي للكفاءة التي يكتسبها الطبيب، و علما بأن المريض غير قادر على التقييم المهني للطبيب، إلا أنه يتشبث بها و هي تلعب دورا كبيرا في تحديد نوع صورة الطبيب لديه.

ج- جنس الطبيب:

إن لجنس الطبيب دورا لا يقل أهمية عن دور الخبرة و دور الشهرة في تكوين صورة طبيب المستشفى لدى المريض. في هذا الصدد تعتبر المرأة ناقصة في أعين المرضى، خاصة الذكور منهم، نظرا لمكانتها في المجتمع و لدونيتها الفيزيائية، إلا أن هذه الاعتبارات ليست عامة و مطلقة، و لكنها مؤولة حسب المرضى و ظروفهم السوسيو-ثقافية. فعلى سبيل المثال، غالبا ما تفضل النسوة أن تفحصهن امرأة، لا لأنها أكثر كفاءة من الرجل، و لكن النساء يشعرن بوضع مريح معها.

تقول مريضة عازبة: " أمام الطبيب أشعر بالخجل عن البوح بمرضي المتمثل في البواسير الذي يؤلمني جداً، لو كان الطبيب امرأة لكان الأمر أسهل بكثير".

"تمنيت لو كان معالجي امرأة، إنني أستحي كثيراً عندما أكتشف عن جسدي، وجهي يحمر و جوارحي ترتعش من الخجل"؛ تقول مريضة أخرى مصابة بسرطان الثدي.

تبوح امرأة تعالج بالمستشفى و غير مقيمة فيه: "في الحقيقة أنا لم أتكلم عن حقيقة مرضي مع الطبيب، فكيف له من معالجاتي كما يجب؟، لم استطع البوح له بما أعاني، تمنيت لو كان طبيبي امرأة، على كل حال سوف أذهب عند الطبيبة الفلانية (تذكر الاسم) بمجرد الخروج من هنا".

بنفس الحسرة يعبر الرجال عن أسفهم، وعن تفضيلهم للفحص من طرف طبيب رجل، تشعر هذه الفئة من المرضى بالخجل و الحياء لما يكون الطبيب امرأة، و يمكن أن يذهب الأمر إلى حد الشعور بالمساس برجولتهم عندما يتعلق الأمر بأمراض جنسية على سبيل المثال.

يعطي مريض من مدينة غليزانمقيم بالمستشفى للمعالجة مثلاً حياً عن هذه الوضعية: " لا أستطيع النظر في وجه الطبيبة عندما تقوم بعملها" فكأنه تقل قيمته لكونه مفحوصاً من طرف امرأة في سن ابنته، كان دائماً يتجنب طرح الأسئلة على طبيبته، و كان يستعمل تسمية 'هذيك' كي لا يضطر أن يذكر اسمها أو السيدة الطبيبة.

يصرح مريض آخر: "أنا لما دخلت الى قاعة المعاينة جمدت في مكاني لأن الطبيب كان امرأة، أنا لا أقول بأن الطبيبة ناقصة من ناحية المستوى و

الكفاءة، لكن أستحي أمامها و لا يمكن لي أن أبوح بكل شيء، و بالتالي أخرج من عندها غير راضي". عند هذا النوع من المرضى صورة الطبيب لن تكون محددة بل تكون متدرجة بين الرضى و النفور.

نستنتج من هذه التصريحات أن سن الطبيب، جنس الطبيب و شهرته تعين بالنسبة للمريض: الخبرة، الحكمة، و الكفاءة؛ و بالتالي فإن سن الطبيب و جنسه و خبرته لها دور كبير في بناء نوع صورة الطبيب عند المريض، و لها دور كبير في تئمين هذه الصورة أو نبذها.

الخاتمة:

لقد انطلق عملنا هذا من فكرة تحديد الحالة التي يوجد فيها المريض أثناء مرضه، و ماهية الصورة التي يكونها عن ذاته و عن طبيبه خلال الفترة العلاجية.

نتيجة لبحث في المفاهيم و الجانِب النظري، و نتيجة لدراسة ميدانية لمعرفة واقع معاناة المرضى، نقول: إن الصورة التي يكونها المريض عن نفسه كإنسان مريض، و الصورة التي يكونها عن معالجه، هما خاضعتان من جهة الى معاناة المريض و من جهة أخرى الى مجموعة من الاعتقادات، الأفكار و المواقف.

في الواقع مقاساة المرض، الاعتقادات، الأفكار و المواقف التي تكون لدى المريض هي التي تصبغ صورة الذات و صورة الطبيب لدى المريض، و تجعلها إما محبذة أو منبوذة أو حتى متذبذبة بين الاثنين.

إن تجربة الحالة المرضية تختلف من مريض إلى آخر؛ إن الوجد و المعاناة و الإعاقة التي يسببها المرض تكون تابعة لمجموعة من المتغيرات منها نوع و خطورة المرض، المستوى الثقافي و الاقتصادي للمريض، و كذلك نوع الاستطباب، و الحالة المدنية، و مكان السكن بالنسبة للمريض.

إن حدة هذه المعاناة، و آمال و انتظار المريض يوآد عند المريض صورة لذاته، قد تختلف تماما عن الصورة التي كانت عنده من قبل. إن هذه الصورة، قد تصبح سلبية، تؤدي الى الإحساس بالوهن، الاستسلام لليأس و

الانهيار. و قد يكون العكس فتتكون صورة إيجابية تدفع بالمريض الى مواجهة مرضه و متابعة علاجه.

من خلال تحليل المقابلات نستنتج من تصريحات المرضى وجودَ عدة صور للذات عند المريض؛ فهي صور متنوعة و متناقضة في نفس الوقت، قد تتطور من صورة محبذة الى صورة منبوذة مرورا بصورة متأرجحة بين الاثنين؛ فقد نجد الصورة المحبذة عند المريض الذي لا يعاني من خطورة المرضو الذي لا يعاني من ضعف المستوى الاقتصادي و الثقافي و المريض الذي لا يعاني من بعد المسافة بين السكن و المستشفى؛ بينما نجد صورة منبوذة عند المريض الذي يكابد حدة المرض و ظهور الاعراض المرضية، و الذي يعاني من الابتعاد عن الوسط العائلي.

كما تختلف صورة الذات من مريض إلى آخر تبعا للصورة التي يكونها الطبيبعنه و يعكسها له من خلال معاملته، متابعته،و من خلال علاقته معه. إن الصورة التي يكونها الفرد عن ذاته هي عادة صورة متأثرة بالدور الذي يقوم به داخل محيطه و مجتمعه. بينتنتائج المقياس و تحليلا للمقابلات بأن الدور الذي يقوم به المريض في محيطه هو دور يحط من رتبته، يجعل صاحبه يشعر بالنقص و يفقد هيئته في أسرية و في مهنته؛ إن هذا الشعور بالضعف نجده بكثرة عند المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج، فهم عادة يشكون من عدم قدرتهم على تنظيم حياتهم، و عدم القدرة على القيام بمسؤولياتهم و إهمالهم لأسرهم، كما يشكون من العزلة و الفراغ و الابتعاد عن الدفء العائلي؛ هذه الأحاسيس كلها تجعل للمريض المقيم بالمستشفى صورة مقلقة و مقصرة لذاته.

إن لقاء المريض بنظام العلاج في المستشفى هو في الواقع عبارة عن مقابلة صورتين مختلفتين للطبيب لدى المريض؛ إن المريض يتوجه إلى المستشفى مصحوباً بصورة مسبقة كونها عن الطبيب المعالج، في لقائه مع طبيبه قد تظهر صورة أخرى و في غالب الأحيان تكون معاكسة للصورة الأولى.

نستخلص من المقابلات صور مختلفة للطبيب عند المريض؛ فتارة تكون هذه الصور حقيقية، و تارة تكون مثالية؛ الصورة الحقيقية قد تكون مثمناً لما يحظى المريض بالمتابعة و العلاقة الجيدة، و قد تكون غير مثمناً لما يتلقى المريض متابعة سيئة و علاقة غير مرغوبة من طرف الطبيب. أما الصورة المثالية للطبيب عند المريض فهي تتسم بالصفات المحبذة مثل تفهم الطبيب للمريض، التعاطف معه، حسن معاملته، إضافة إلى تميزها بالكفاءة المهنية؛ إن الطبيب المثالي عند المريض هو الذي يكون المعالج و الأخصائي النفساني في نفس الوقت.

إن آمال المريض هي عديدة و متنوعة، فقد يأمل في إيجاد حسن الاستقبال، النظافة، و الأدوية اللازمة، لكن الشيء الذي يطمح إليه أكثر هو العناية و المتابعة و حسن العلاقة مع الطبيب، إن حسن العلاقة بين الطبيب و المريض تعتبر ضرورة لنجاح العلاج بالنسبة للمريض.

إن التصرف غير اللبق من طرف الطبيب تجاه المريض قد يصد المريض من جهة، و قد يعتبر المريض ذلك التصرف بمثابة إشارة من الطبيب لمريضه يفسر له من خلالها بأنه مصاب بمرض خطير.

إنصات الطبيب لمريضه، و الأخذ بعين الاعتبار كل ما يقوله المريض،
و إشراكه في تحديد نوع الأدوية اللازمة للعلاج، يفسرها المريض بالعلاقة
الحسنة مع الطبيب

في الختام نستنتج أن صورة الذات التي يكونها المريض عن ذاته
تتشكل من خلال مجموعة من العناصر الخاصة به مثل: جنسه، مستواه
الاقتصادي و الاجتماعي، مستواه التعليمي و نوع مرضه و طبيعته و نوع
استطبابه، كما تتأثر بنوع معاشته لهذا المرض و بالدور الذي يقوم به في
وسطه العائلي. أما الصورة التي يكونها المريض عن طبيبه فإنها تتأثر
بجنس طبيبه، بخبرته و بسنه، فهي تتأثر خاصة بنوع معاملة الطبيب
للمريض، أي بنوع العلاقة التي تربط المريض مع طبيبه.

إن نوع العلاقة التي تربط المريض بطبيبه تبدو و كأنها العنصر
الأساسي و المهم في صبغ صورة الطبيب لدى المريض بل حتى في تحديد
نوع صورة المريض عن ذاته؛ المريض غالباً ما يعبر عن حاجة ملحة
للاقتراب أكثر من طبيبه؛ لأنه في حاجة إلى أن يطمئن على أحواله الصحية؛
إن الوقت الذي يحدده الطبيب في المعاينة و في الاستماع إلى المريض، و
بالنسبة لكل المرضى سواء كانوا مسنين أو صغاراً، سواء كانوا أصحاب
مرض معدٍ أو غير معدٍ، أصحاب مستوى ثقافي و اقتصادي مرتفع أو
منخفض، متزوجين أو عزاب يبدو أنه العنصر الأساسي في تكوين صورة
الطبيب، بل إنه النواة المركزية التي تحدد نوع صورة الطبيب لدى
المريض.

المراجع

المراجع:

- 1 - ابن منظور. (1992) *لسان العرب* (المجلد السادس)، بيروت: دار صادر.
- 2 - بوقصاره، منصور. (2007). *اختبار تقدير الذات لروزنبارج: الخصائص السيكومترية للنسخة العربية*. مجلة التنمية البشرية، (1)، 93-108.
- 3- حمصي، أنطون، عنبر، أحمد. (1981). *اختبارات الذكاء و الشخصية*، (الجزء الأول و الثاني) دمشق: مطبعة خالد بن وليد.
- 4- سليمان، بومدين. (2004). *التصورات الاجتماعية للصحة و المرض في الجزائر" حالة مدينة سكيكدة"* ، رسالة دكتوراه دولة غير منشورة، جامعة منثوري بقسنطينة.
- 5-سورنيا، جان. (2002) *عالم المعرفة، تاريخ الطب من فن مداواة إلى علم التشخيص*، الكويت: المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب.
- 6- سيد، خير الله. (1973). *مفهوم الذات و أسسه النظرية و التطبيقية*، بيروت: دار النهضة العربية للنشر.
- 7- صالح محمد علي، أبو جادو. (1998). *سيكولوجية النشأة الاجتماعية، عمان: دار النشر و التوزيع و الطباعة.*
- 8- عباس محمود عوض، (1990). *القياس النفسي بين النظرية و التطبيق*، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 9 - عاطف خليل، نجلاء. (2006). *علم الإجماع الطبي، ثقافة الصحة و المرض*، القاهرة: مطبعة محمد عبد الكريم حسان.
- 10- عيسوي، عبد الرحمان محمد. (2003). *الاختبارات و المقاييس النفسية و العقلية*، الاسكندرية: منشأة المعارف جلال حزي و شركاه.
- 11- عواد، محمود. (2008). *معجم الطب النفسي*، عمان الأردن: دار أسامة للنشر و التوزيع.
- 12- مقدم، عبد الحفيظ. (2003). *الاحصاء و القياس النفسي و التربوي مع نماذج من المقاييس و الاختبارات*، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية..

- 13 - ABRIC J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Coll. P.U.F.
- 14 - ABRIC J.C., FAUCHEUX C., MOSCOVICI S. et al. (1967)*Rôle de l'image du partenaire sur la coopération en situation de jeu*, Psychologie Française.
- 15 - ABRIC J.C. (1983).*L'artisan et l'artisanat : analyse de contenu et de la structure d'une représentation sociale*. Bulletin de psychologie tome XXXVII N° 366,879-961.
- 16 - ADAM,Philippe., HERZLICH,Claudine. (1995) *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Ouvrage publié sous la direction de FRANCOIS de Singly, NATHAN.
- 17 - AÏACH, Pierre., CEBE,Dominique. (1991).*Expression des symptômes et conduites de maladie*. Paris :éditions INSERM.
- 18 - ALBOU, P. (1973) *Les questionnaires psychologiques*. Paris : P.U.F, Collection SUP.
- 19 - ANDRIEU, B. (1993). *le corps disperse*. Paris : éditions Harmattan.
- 20 - BAGROS, Ph., DE TOFFOL, B. (1993).*introduction aux sciences humaines en médecine*. Paris : édition marketing.
- 21 - BARBIER,A. (1985). *Représentation des origines et origine de la représentation* ,in, Revue française de psychanalyse, 49 (1-3), 821-880.
- 22 - BEIGBEDER,Yves. (1997). *L'organisation mondiale de la santé, que sais-je*. Paris : CollP.U.F.
- 23 - BENS Aid, Norbert. (1995). Un médecin dans son temps. Paris : éditions du seuil.
- 24 - BENSASSON, Mario. (1991). *De la bouche du malade à l'oreille du médecin*. France : Ed. Jacques Bertoin.

- 25 - BLALOCK, H. (1973)*Introduction à la recherche sociale*. Belgique : Gembloux.
- 26 - BLANCHET, A., GHIGLION, R., MASSONNAT, J. et TROGNON, A.(1987). "*Les techniques d'enquête en sciences sociales*". Paris : Bordas.
- 27 - BLANCHET, A., et AL. (1985). *L'entretien dans les Sciences sociales*. Paris :bordas.
- 28 - BONTE, P. et IZARD, M. (1991). *Dictionnaire de l'Ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : P.U.F.
- 29 - BOUCAND, Marie-Hélène. (2009) *Dire la maladie et le handicap De l'épreuve à la réflexion éthique*. Paris :collection espace éthique
- 30 - BOUDON, Raymond. (1992). *L'art de se persuader " des idées douteuses fragiles ou fausses , "*. Paris : Fayard
- 31 - BOUDON R. et LAZARSELD P. (1965). *Méthodes de la sociologie. Le vocabulaire des sciences sociales*, Paris :ed.Mouton.
- 32 - BOUGHENNI, L., TRIBI, S., HAFFANI, F. (1989). Le corps en Islam. In *Annales médico-psychologiques*, Vol. 147, N°, 306-310.
- 33 - BOUKRISSA .Merouane, (2012)*Cancers et concertations. Nouvelles approches et stratégies de prise en charge du cancer*, Alger :ed M.P.S.
- 34 - BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou.,et DANTZER, Robert. (1994) *Introduction à la psychologie de la santé*. Coll. Psychologie d'aujourd'hui. Paris : P.U.F.
- 35 - BUHAN, Christine. et KANGE, ESSIBEN Etienne. (1986). *la mystique du corps*. Paris : éd L'Harmattan.
- 36 - CANGUILHEM,Georges. (1991).*le normal et le pathologique*. Paris :coll, quadrige, p.u.f.

- 37 - CHOMBART DE LAUWE, M.J. (1974), *Image de soi et images culturelles de l'enfant*. Psychologie française , 16, (3-4), 185-198.
- 38 - CHOMBART DE LAUWE. Marie – José. (Juillet- Août 1984) " *La présentation des catégories sociales dominées rôle social, intériorisation* ",in, bulletin de psychologie tome XXXVII N° 366, 877-885.
- 39 - CHOMBART DE LAUWE, Ph. (1971), *La présentation de la culture comme médiation des comportements*, Psychologie française,16 (3-4), 115-123.
- 40 - GRIGNON-De OLIVEIRA,Claire., GAILLE, Marie. (coordonné par). (2010). *Qu'est-ce q'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*. Ed : Seliaslan.
- 41 - CLAVERIE, B., LE BARS D, ZAVIOLOFF N., DANTZER, R. (1992)*douleurs sociétés, personne et expressions*.Paris : Éd, Esher.
- 42 - CREPU, Michel., et HOUDY, Aline. (septembre 1989)*l'hôpital à vif*, série mutation :n° 109.
- 43 - CROS,Michèle (Textes rassemblés et présentés par). (1996) « *les maux de l'autre* », La maladie comme objet anthropologique .Paris harmattan.
- 44 - DAGOGNET, François. (1998) *savoir et pouvoir en médecine*. coll les empêcheurs de penser en rond.
- 45 - DELIEGE, Denise., LEROY, Xavier. (1978). *humanisons les hôpitaux*. Paris :coll copyright.
- 46 - DENIS, MICHEL. (1989) *Image et cognition*. Paris : P.U.F.
- 47 - DESCAMPS, Marc-Alain. (1986).*l'invention du corps*. Paris :p.u.f,
- 48 - DESCAMPS, Marc-Alain. (1989). *le langage du corps et la communication corporelle* Paris :p.u.f.

- 49 - DESINGLY, François. (2000). *Le soi le couple et la famille*. Paris : coll. Essais et recherches.
- 50 - DESPRAIRIES, F.G. (1988). " *Le sujet dans la représentation sociale* ", in, Connexions N° 51.paris.
- 51 - DOISE, W., CLEMENCE, A. et LORENZI-CIOLDI, F. (1992). " *Représentations sociales et analyses de données* ". France : Presses universitaires de Grenoble
- 52 - DOISE, W. et PALMORANI, A. (sous la direction). (1986). *l'étude des représentations sociales*. Paris :Delachaux et Niestlé.
- 53 - DUCROS, Denis/ (1984). ' *La santé et le travail*'. Paris : éditions la Découverte et journal le monde.
- 54 - EHRLICH, Stéphane. (1985). " *La nation de représentation : Diversité et convergences* . in, Psychologie française N° 30.
- 55 - FASSIN, Didier., JAFFRE,yannick. (Coordination). (1990). " *Sociétés, développement et santé* "U.R..E.F. Paris :ed- Ellipses.
- 56 - FASSIN,didier. (1992).*pouvoir et maladie en Afrique*. coll, les champs de la santé. France : p u f.
- 57 - FESTINGER, L., KATZ, D. (1959).*Les méthodes de recherche dans les sciences du comportement*. Paris : P.U.F.
- 58 - FISHER, GUSTAVE-NICOLAS . (sous la direction). (2002). *Traité de psychologie de la santé* . Paris : éditions Dunod.
- 59 - FLIK,uwe. (1992).*la perception quotidienne de la santé et de la maladie*. Paris : édition l'harmattan.
- 60 - FOUGHALI, Marie-José. (1984). *L'image du père chez l'enfant algérois*. Coll. Moujtamaa. Alger : éditions O.P.U.

- 61 - GAROU, Charles., et des chercheurs des 5 continents. (2010). *Le handicap au risque des cultures variations anthropologiques*, Edition érès.
- 62 - GERGEN, K.J. et GERGEN, M.M. (1984), *Psychologie sociale*, Montréal, éditions Etudes vivantes.
- 63 - GHIGLIONE, R. MATALON, B. (1978). Les enquêtes sociologiques. Collection U. Paris : Armand Colin.
- 64 - GUILLERAULT, Gérard. (1995). *le corps psychique*. Paris : éditions l'harmattan.
- 65 - HERZLICH, Claudine. (1970). " *Médecine, maladie et société* ". Paris :Ed. Mouton
- 66 - HERZLICH, claudine. (1992). *Santé et maladie Analyse d'une représentation sociale*. France :Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.
- 67 - HERZLICH, claudine. (1994) *Sociologie de la maladie et de la médecine*. 2ditions. Paris : Nathan.
- 68 - HERZLICH, C. (1986). Représentations sociales de la santé et la maladie et leur dynamique dans le champ social. In *L'étude des représentations sociales*. Sous la direction de Doise, W. et Palmonari, Paris :Delachaux et Niestlé.
- 69 - HCERNI, Bernard. (1991). *L'autonomie en médecine* (nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes. Paris : édition payot.
- 70 - IMBERT, jean. (1947). *LES HOPITAUX EN DROIT CANONIQUE*. Paris : librairie philosophique j. vrin.
- 71 - IMBERT, jean. (1966). *les hôpitaux en France*, que sais-JE. Paris : col. P.U.F.

- 72 - Jaffré ,Y., DE SARDAN, J.-P. Olivier. (1999). *La construction sociale des maladies*. Paris P.U.F.
- 73 - JEDDI,Essedik. (Sous la direction de). (1985). *psychose, famille et culture*, recherches en psychiatrie sociale. 2^o symposium international ibn-sina-collomb. Paris : éd L'Harmattan.
- 74 - JODELET, Denise. (sous la direction). (1989). *Les représentations sociales*. Paris :P.U.F.
- 75 - KHIATI,Mostefa. (2000). *histoire de la médecine en Algérie*. Alger : éditions ANEP.
- 76 - KHIATI, Mostefa. (1984). " *Quelle santé pour les algériens* ". Alger :Collection : Université.
- 77 - LAGOUES,Gérard. (1985). " *La représentation et sa valence* ".in, *Revue française de psychanalyse*, 49, 1-3.
- 78 – La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. [http// :utep-besanson .Fr/utep-fichup/658](http://utep-besanson.fr/utep-fichup/658).
- 79 - LAROUSSE THERMATIQUE.(1976) - *Dictionnaire médical*. Paris : éd. France loisirs.
- 80 - LAWLER, Jocalyn. (2002). ' *LA FACE CACHEE DES SOINS, Soins au corps, intimité et pratique soignante*'. Edition : Seli Arslan.
- 81 - LE BRETON,David. (1998). , *anthropologie du corps et modernité*,. Paris :P.U.F.
- 82 - LE BRETON, David. (1999). *l'adieu au corps*. Paris : édition Métailié.
- 83 - LECLERC, Annette., FASSIN, Didier. GRANDJEAN, Hélène. KAMINSKI, Monique. ,LANG Thierry. (sous la direction de). (2000) *Les inégalités sociales de santé*, coll. : recherches. Paris : éd la découverte/inserm.

- 84 - L'ECUYER, René. (1978) *le concept de soi*. coll, psychologie d'aujourd'hui. Paris : P.U.F.
- 85 - LEONARD, Jacques. (1992). *médecine, malades et société dans la France du XIX siècle*. sciences en situation. Paris
- 86 - LE PETIT LAROUSSE. (1980). Paris.
- 87 - LE QUILLET – Encyclopédie. (1977). Paris : Librairie Aristidequillet.
- 88 - MANNONI, pierre. (1998).*les représentations sociales, que sais-je*. Paris :P.U.F.
- 89 - MARIE-FRANCOISE., POIZAT-COSTA. (1993).*Le corps en souffrance*. Paris : éd l'harmattan.
- 90 - MARTIN, P., PAPIER, C. MERYER, J. (1993). *Le handicap en questions*, (les familles face à la découverte du handicap et à l'accompagnement du jeune enfant à domicile. Paris : P.U.F.
- 91 - MEBTOUL, Mohamed. (1990). " *La santé au quotidien* "Le dispensaire du quartier d'el hamri, . Oran : G R A S.
- 92 - MEBTOUL, Mohamed. (2013). " *la citoyenneté en question (Algerie)*, coll : Santé et société. Edition : Dar El Adib.
- 93 - MEBTOUL, M., MERZOUK, M., HADJIDJ, E. (1993-1994) " *Professionnels de la santé -Usagers - Espace* ".G. R.A.S. - Université d'Oran.
- 94 - MOSCOVICI, Serge. (sous la direction). (1972) " *Introduction à la psychologie sociale* " T1 et 2, Sciences humaines et sociales. Paris : Librairie larousse.
- 95 - MOSCOVICI, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris. P.U.F.

- 96 - MUCCHIELLI, Roger. (1979)*Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*. Paris :Ed. E.S.F.
- 97 - MUCCHIELLI, R. (1982).*l'analyse de contenu* (des documents et des documentations). Paris : éditions E.S.f.
- 98 - MUCCHIELLI, R. (1977). *l'entretien de face à face dans la relation d'aide*. Paris : éditions E.S.F.
- 99 - NAHOUM, Charles. (1975).*l'entretien psychologique*, coll, U/P/F, France .
- 100 - NORMAN, Cousins. " *La biologie de l'espoir* ", le rôle du moral dans la guérison Coll. P.U.F.
- 101 - PENEFF, Jean. (1992) " *L'hôpital en urgence* ". Paris :Ed. Metailié,
- 102 - POREE, Jérôme. (2000).*le mal, homme coupable, homme souffrant*, Coll. U. Philosophie. Paris :ed Arnaud colin.
- 103 - RAJAUD, Yves. (1974). " *Précis de psychologie sociale* ". Paris :Entreprise moderne d'édition (2ème éd.).
- 104 - RUSZNIEWSKI, Martine. (1995). *face à la maladie grave*, coll DUNOD, paris.
- 105 - SALEM, Gérard. et JEANNEE, Emile. (1989).*Urbanisation et santé dans le tiers monde*.coll. colloque et séminaires.Paris :éd L'orston
- 106 - SALOMON, Christine. (2000)*savoirs et pouvoirs thérapeutiques, kanaks*. Paris :P.U.F.
- 107 - SILLAMY, N. (1980). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Bordas.
- 108 - SINGERY, BENSÂÏD. J. (Juillet-AOUT 1984) " *La représentation d'objets sociaux multidimensionnels: l'exemple des organismes de la protection sociale* ". In, Bulletin de psychologie tome XXXVII N° 366, 833 - 842.

109 - SONTAG,S. (1993). " *La maladie comme métaphore*. éditeur C. Bourgeois.

110 - Sylvie ;Fainzang, *La Relation médecins/malades : information et mensonge* », *L'Homme*, 84 | octobre-décembre 2007, [En ligne], mis en ligne le 21 novembre 2007. <http://lhomme.revues.org/13042>. Consulté le 22 août 2013.

111 - Stoetzel, J. *La Maladie, le malade et le medecin*. 1960, volume, 15. Consultée le 2 /1/2014
<http://www.peasee.fr/web/revue/home/prescript/article:pop>

112 - THINES, G., LEMPEREUR, A. (1975), *Dictionnaire général des sciences humaines*, Paris, éditions universitaires.

الملاحق

الملحق الأول

البيانات الشخصية:

المصلحة					
مريض مقيم بالمستشفى	مريض مقيم بالمستشفى				
تاريخ الميلاد:					
الجنس	ذكر	أنثى			
المستوى التعليمي: أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	عالي
الحالة المدنية: عازب (ة)	متزوج (ة)	مطلق (ة)	أرمل (ة)		
الوظيفة: (اذكرها) متقاعد(ة)	بطل (ة)				
مكان السكن: مدينة وهران	خارج وهران				
نوع المرض :					
حسب رأيك مرضك: خطير غير خطير					
حسب رأيك مرضك: معد غير معد					
الوضع الاقتصادية: جيدة	مقبولة	ضعيفة			

لا	نعم	
		1- يسألني الطبيب عن مرضي.
		2- يطرح الطبيب أسئلة كثيرة خاصة بمرضي قبل المعاينة.
		3- يستمع الطبيب جيدا إلى كل ما أقوله عن مرضي.
		4- يستقبلني الطبيب بطريقة طيبة ولبقة
		5- ينصحي الطبيب في حالات كثيرات.
		6- يستمع الطبيب إلى كل ما أقوله له.
		7- المرض يمنعني من متابعة عملي.
		8- تدخل احد معارفي لاستطبابي بالمستشفى
		9- يؤمن المستشفى الأكل للمريض.
		10- اذهب للمعالجة في المستشفى لأنه المكان الوحيد لمعالجة مرضي.
		11- يكلفني المرض كثيرا.
		12- يؤثر المرض على جسدي سلبا.
		13- افكر في الموت باستمرار بسبب المرض.
		14- تقتي كبيرة في كل ما يقوله الطبيب؛ لأنه لا يستعجل بالتنبؤ فيما يخص مرضي.
		15- يشرح الطبيب لي الوصفة الطبية.
		16- تختلف معاملة الطبيب من مريض إلى آخر باختلاف المكانة الاجتماعية لهذا الاخير.
		17- يتجنب الطبيب التحاور معي عن مرضي بل يتحاور مع الشخص الذي يرافقني.
		18- يهتم الطبيب بي كإنسان.
		19- الدخول الى المستشفى للاستطباب يتطلب معارف كثيرين.
		20- يتطلب الاستطباب بالمستشفى مصاريف كثيرة.
		21 - أصبحت أكثر انعزالا بسبب المرض.
		22- اشعر بأنني أهملت أسرتي بسبب المرض.
		23- ينقص المرض من طاقتي.
		24- اشعر بانهيار نفسي بسبب المرض.

		25- يقلقني المرض دائما.
		26- لا يلمسني الطبيب أبدا في المعاينة بل يعتمد على الأدوات الطبية و النتائج التحليلية فقط.، في تشخيص مرضي.
		27- يتخذ الطبيب القرار فيما يخص تشخيص مرضي بسرعة و بدون تمعن.
		28- تريحني سمعة الطبيب الحسنة.
		29- يعاني المستشفى من نقص العتاد الطبي لمعالجتي.
		30- تخيفني انعدام النظافة بالمستشفى؛ لأن ذلك قد يسبب الاصابة بأمراض اخرى.
		31-افضل ان اجري كل التحاليل الطبية خارج المستشفى لعدم ثقتي بجدية العمل فيه.
		32-افضل ان أتعالج بالمستشفى؛لأنني لا ادفع بالمقابل.
		33- يعتي اطباء المستشفى كثيرا بالمرضى الفقراء.
		34- ينقص المرض من قيمتي في محيطي.
		35- جعلني المرض أتكلم على الآخرين فيما أقوم به.
		36- يشرح الطبيب لي الوصفة الطبية.
		37- اهتمام الطبيب بمرضي يساعدني على الشفاء.
		38- يتعامل الطبيب مع المرضى جميعا بنفس الطريقة.
		39- استحي من الكشف عن جسدي أمام الطبيب بسبب نوع المرض.
		40- يؤثر المرض على نفسي.
		41- اشعر بأنني عالة على أفراد عائلتي.
		42- قلص المرض من علاقاتي.
		43-افضل إجراءكل التحاليل في مخبر المستشفى؛ لأن المخابر الخاصة مكلفة جدا.
		44- يأتي المريض بفراشة اللازمة له في المستشفى إذا أقام فيه للاستطباب.
		45- يؤمن المستشفى الادوية للمريض.
		46- يؤمن المستشفى للمريض كل التحاليل الطبية تقريبا.
		47- أغبر الطبيب عادة حتى لو كنت أعاني من نفس المرض لأن

		طبيب المستشفى لا يقنعني.
		48- يحدد طبيب المستشفى مواعيد متباعدة للمتابعة حتى لو تطلب المرض الاستعجال.
		49- أتبع وصفة الطبيب إلى النهاية.
		50- تدفني معاملة الطبيب الحسنة إلى العمل بصاحبه بالحرف الواحد.
		51- يشرح الطبيب لينوع و سبب مرضي.
		52- - لا تسمح إمكانياتي المادية لي أن أتعالج خارج المستشفى، و إلا ما جئت الى هنا.
		53- اصبحت اكثر عصبية من الأول بسبب المرض.
		54- تضايقتني شفقة الآخر بسبب المرض.
		55- لا أحب معاشره الآخرين بسبب المرض.
		56- المرض غير من دوري داخل العائلة.
		57- افضل التداوي بالأعشاب لأنه اقل تكلفة.
		58- الاستقبال من إدارة المستشفى سيئ.
		59- جئت للمعاينة في المستشفى من تلقاء نفسي؛ لأن ظروف الاستطباب تحسنت.
		60- افضل الطبيب الخاص بدل المجيء الى المستشفى للمعالجة.
		61- الطبيب يحترمني.
		62- أنصح معارفي بالمعالجة بالمستشفى؛ لأن معلومات الطبيب تتجدد باستمرار.
		63- أشعر بأن الطبيب بعيد عني.
		64- استشير طبيب المستشفى دائما عند إصابتي بمرض ما؛ لأن خبرته كبيرة بحكم الممارسة الدائمة.
		65- اسأل دائما عن الطبيب المعالج قبل الدخول إلى قاعة العلاج؛ لأن سمعة الطبيب المهنية تهمني.
		66- أفضل الطبيب الكبير في العمر؛ لأن هذا دليل على خبرته في الميدان.
		67- لا أحب نظرات الآخرين لي لأنني أشعر بأنهم يخافون مني.
		68- لا أتابع العلاج كما ينبغي؛ لأن مستواي المادي لا يسمح لي

		بشراء الادوية.
		69- الطبيب يقرر كل شيء فيما يخص علاجي دون مشاركتي.
		70- الطبيب يستشيرني فيما يخص الوصفة الطبية.
		71- يحاورني الطبيب بلغة أفهمها.
		72- ابعد المرض معارفي عني.
		73- وجودي وسط عائلتي يرفع معنوياتي.
		74- أجبب الطبيب بكل صراحة و اهتمام؛ لأن هذا يساعدني تكوين فكرة صحيحة عن مرضي.
		75- يخصص الطبيب للمريض الوقت الكافي في المعاينة.
		76- يشرح لي الطبيب المرض بأسلوب بسيط و مفهوم.
		77- بسبب سوء المعاملة بالمستشفى أشعر بعدم الاحترام.
		78- يحضر المريض ما يحتاجه من الدم قبل إجراء العمليات الجراحية فيالمستشفى.
		79- أبكي كثيرا بسبب المرض.
		80- أشعر بالاحتقار عندما لا يجيب الطبيب عن أسئلتني.
		81- يتزك لي الطبيب الوقت الكافي لشرح معاناتي بسبب المرض.
		82- سبب مرضي هو الفقر.
		83- يهتم الطبيب بكل ما أقول له عن مرضي.
		84- يستعمل الطبيب مفاهيم طبية غريبة بالنسبة للمريض.
		85- المرض قلل من هيبتي وسط عائلتي.
		86- تجعلني المعاملة الحسنة بالمستشفى أشعر بالارتياح.
		87- يؤمن المستشفى للمريض في أغلب الأحيان كل ما يحتاج اليه إذا كان له معارف.
		88- أخاف من انظر في المرأة لأنها تعكس حقيقة حالتي المرضية.
		89- يؤمن لي المستشفى كل الأدوية التي احتاج اليها؛ لذلك جئت للمعالجة فيه.
		90- المرض غير من عاداتي اليومية إلى الأسوأ.

		91- يجعلني المرض أحتاج إلى أفراد عائلتي في قضاء حاجتي.
		92- ارغمت على المجيء إلى المستشفى بسبب المرض.
		93- يملك طبيب المستشفى أدوات طبية حديثة للمعاينة.
		94- أفضل أن أتعالج من طرف طبيب من نفس جنسي.
		95- يجب الطبيب عن تساؤلاتي بجدية.
		96- .جئت إلى المستشفى؛ لأن ثقتي كبيرة بالأطباء هنا.
		97- تناول الأدوية باستمرار يزعجني.
		98- أشعر بأنني لن أتعالج أبدا لكثرة المعاينات الطبية.
		99- أخفي دائما العلامات الظاهرة على جسدي بسبب المرض.
		100- لا أستطيع أن أقوم بالأنشطة العادية التي كنت أقوم بها سابقا.
		101- أخشى دائما أن تكون معاينة الطبيب لي أمام الآخرين.
		102- لا يوجد في المستشفى مكان لي للاستطباب.

الملحق الثاني

البيانات الشخصية:

المصلحة	
مريض مقيم بالمستشفى	مريض مقيم بالمستشفى
تاريخ الميلاد:	
السن	
الجنس	ذكر أنثى
المستوى التعليمي:	أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي عالي
الحالة المدنية:	عازب (ة) متزوج (ة) مطلق (ة) أرمل (ة)
الوظيفة:	(اذكرها) متقاعد (ة) بطل (ة)
مكان السكن:	خارج وهران مدينة وهران
نوع المرض :	
حسب رأيك: يعتبر مرضك:	خطير غير خطير
حسب رأيك: مرضك:	معد غير معد
الوضع الاقتصادية:	جيدة مقبولة ضعيفة

لا	نعم	
		1.- يسألني الطبيب عن مرضي
		2- يطرح علي الطبيب أسئلة كثيرة خاصة بمرضي قبل المعاينة
		3- يستمع الطبيب جيدا إلى كل ما أقوله عن مرضي
		3- يستقبلني الطبيب بطريقة طيبة
		4- ينصحنى الطبيب في حالات كثيرات.
		5- يستمع الطبيب جيدا إلى كل ما أقوله عن مرضي.
		6- يمنعني المرض من متابعة عملي.
		7- يؤثر المرض على جسدي سلبا.
		8- أفكر في الموت باستمرار بسبب المرض.
		9- ثقتي كبيرة في كل ما يقوله الطبيب؛ لأنه لا يستعجل بالتنبؤ فيما يخص مرضي.
		10- يشرح الطبيب لي الوصفة الطبية.
		11- تختلف معاملة الطبيب من مريض إلى آخر باختلاف المكانة الاجتماعية لهذا الأخير.
		12- يتجنب الطبيب التهاور معي عن مرضي بل يتحاور مع الشخص الذي يرافقتي.
		13- يهتم الطبيب بي كإنسان.
		14- أصبحت أكثر انعزالا بسبب المرض.
		15- اشعر بأنني أهملت أسرتي بسبب المرض.
		16- ينقص المرض من طاقتي.
		17- اشعر بانهيار نفسي بسبب المرض.
		18- يقلقتني المرض دائما.
		19- لا يلمسني الطبيب أبدا في المعاينة بل يعتمد على الأدوات الطبية و النتائج التحليلية في تشخيص مرضي.
		20- يتخذ الطبيب القرار فيما يخص تشخيص مرضي بسرعة و بدون

		تمعن
		21- تريحني سمعة الطبيب الحسنة .
		22- ينقص المرض من قيمتي في محيطي.
		23- جعلني المرض أتكلم على الآخرين فيما أقوم به.
		24- يشرح الطبيب لي الوصفة الطبية.
		25- اهتمام الطبيب بمرضي يساعدني على الشفاء.
		26- يتعامل الطبيب مع المرضى جميعاً بنفس الطريقة.
		27- استحي من الكشف عن جسدي أمام الطبيب بسبب نوع المرض
		28- يؤثر المرض على نفسي
		29- أشعر بأنني عالية على أفراد عائلتي.
		30- قلص المرض من علاقاتي.
		31- أغير الطبيب عادة حتى لو كنت أعاني من نفس المرض لأن طبيب المستشفى لا يقنعني.
		32- . يحدد طبيب المستشفى مواعيد متباعدة للمتابعة حتى لو تطلب المرض الاستعجال.
		33- اتبع وصفة الطبيب إلى النهاية.
		34- تدفعني معاملة الطبيب الحسنة إلى العمل بنصائحه بالحرف الواحد.
		35- الطبيب يشرح لي نوع وسبب مرضي.
		36- سمعة الطبيب الحسنة تريحني.
		37- أصبحت أكثر عصبية من الأول بسبب المرض.
		38- تضايقتني شفقة الآخرين بسبب المرض.
		39- لا أحب معايشة الآخرين بسبب المرض.
		40- المرض غير من دوري داخل العائلة .
		41- الطبيب يحترمني.
		42- انصح معارفي بالمعالجة في المستشفى؛ لأن معلومات الطبيب تتجدد باستمرار.
		43- أشعر بأن الطبيب بعيد عني.

		44- استشير طبيب المستشفى دائما عند إصابتي بمرض ما؛ لأن خبرته كبيرة بحكم الممارسة الدائمة
		45- اسأل دائما عن الطبيب المعالج قبل الدخول إلى قاعة العلاج؛ لأن سمعة الطبيب المهنية تهمني
		46- أفضل الطبيب الكبير في العمر؛ لأن هذا دليل على خبرته في الميدان
		47- لا أحب نظرات الآخرين إليّ لأنني أشعر بأنهم يخافون مني.
		48- الطبيب يقرر كل شيء فيما يخص علاجي دون مشاركتي.
		49- الطبيب يستشيرني فيما يخص الوصفة الطبية.
		50- يحاورني الطبيب بلغة أفهمها.
		51- ابعد المرض معارفي عني.
		52- وجودي وسط عائلتي يرفع معنوياتي.
		53- أجبب الطبيب بكل صراحة و اهتمام ؛ لأن هذا يساعده في تكوين فكرة صحيحة عن مرضي.
		54- يخصص الطبيب للمريض الوقت الكافي في المعاينة.
		55- يشرح لي الطبيب المرض بأسلوب بسيط و مفهوم.
		56- أبكي كثيرا بسبب المرض.
		57- اشعر بالاحتقار عندما لا يجيب الطبيب عن أسئلتني.
		58- الطبيب يترك لي الوقت الكافي لشرح معاناتي بسبب المرض.
		59- يهتم الطبيب بكل ما أقول له عن مرضي.
		60- يستعمل الطبيب مفاهيم طبية غريبة بالنسبة للمريض.
		61- المرض قلل من هيبتي وسط عائلتي.
		62- أخاف أن انظر إلى المرأة لأنها تعكس حقيقة حالتي المرضية.
		63- المرض غيّر من عاداتي اليومية إلى الأسوأ.
		64- يجعلني المرض احتاج إلى أفراد عائلتي في قضاء حاجتي.
		65- يملك طبيب المستشفى أدوات طبية حديثة للمعاينة.
		66- أفضل أن أعالج من طرف طبيب من نفس جنسي.

		67- يجب الطبيب عن تساؤلاتي بجدية.
		68- جنّت إلى المستشفى؛ لأن تقني كبيرة بالأطباء هنا.
		69- تناول الأدوية باستمرار يزعجني.
		70- أشعر بأنني لن أشفي أبدا لكثرة المعاينات الطبية.
		71- أخفي دائما العلامات الظاهرة على جسدي بسبب المرض.
		72- لا استطيع القيام بالأنشطة العادية التي كنت أقوم بها سابقا.
		73- لا أحب أن تكون معاينة الطبيب لي أمام الآخرين.

ملخص

يرى العديد من العلماء أن هناك فرق بين دلالة المرض عند المريض و دلالاته عند الطبيب. هدفنا من هذه الدراسة ليس هو تحديد مفهوم المرض من الجانب العلمي، بل تحديد الأثر النفسي الذي يحدثه المرض عند المريض وتحديد مدى تأثيره في تكوين صورة الذات لدى المريض و تكوين صورة طبيبه تهدف الباحثة إذن إلى تحديد مدى تأثير المرض باختلاف انواعه و باختلاف طبيعته على المعالج. المريض في تكوينه لصورة ذاته. كما تهدف الباحثة إلى تحديد الصورة التي يشكلها المريض عن طبيب المستشفى أثناء فترة معالجه. و عليه طرحت الباحثة التساؤلات التالية:

1 – ما هي العوامل التي تدخل في تركيب صورة الذات لدى المريض؟

2 – بماذا يصنع المريض صورة طبيب المستشفى أثناء الفترة العلاجية.

الكلمات المفتاحية:

التمثل؛ المرض؛ المريض؛ المعالج؛ الذات، الآخر؛ الأثر النفسي؛ العلاج؛ معايشة المرض؛ الطبيب؛ المستشفى الجامعي.

نوقشت يوم 02 جوان 2014