# المرض داخل المؤسسة الإستشفائية بين هوية المجتمع المحلي والهوية المهنية (دراسة ميدانية لعينة من المرضين بمصلحة الاستعجالات بالمستشفى الجامعي لمدينة سيدي بلعباس )

**لبوخ علي،**
**جامعة سيدي بلعباس.**

**ملخص:**
جاءت دراستنا هذه كمحاولة بحثية للكشف عن طبيعة الهوية التي يتفاعل من خلالها المرض داخل المؤسسة الإستشفائية في علاقته بالمريض، ولأجل ذلك اعتمدنا على إحدى أهم المقاربات الفهمية في الحقل السوسيولوجي والمتمثلة في التحليل الإستراتيجي **لميشال كروزي**، وقد توصلنا من خلالها إلى أن تفاعل المرض داخل المؤسسة الإستشفائية في علاقته بالمريض تحضره ازدواجية في الهوية والتي يجمع فيها بين هوية مجتمعه المحلي وهويته المهنية، وهي ازدواجية تفعلها لديه مجموعة من الرهانات البعض منها له علاقة بمجتمعه المحلي والبعض منها له علاقة بالمؤسسة الإستشفائية.

**Résumé:**
Notre étude est venu révéler la nature de l'identité de l'infermière à travers laquelle il réagit au sein d'un établissement hospitalier dans son rapport avec le patient , pour cela nous nous somme appuyés sur une des approches compréhensive dans le champ sociologique qui consiste dans l'analyse stratégique de **Michel Crozier,** par laquelle nous sommes parvenus à affirmer que l' attitude de l'infermière dans une établissement hospitalier dans sa relation avec le patient prend une double identité et laquelle il réunit son l'identité de la société locale et de l'identité professionnelle, et c'est une caractère double qui résulte d'une nombre d'enjeux dont certains sont en rapport avec sa société locale et d'autre avec l' établissement hospitalier.

## 1- الإشكالية:

يعتبر الدارسون في حقل العلوم الاجتماعية أن الإنسان كائن متعدد الأبعاد الهوياتية ولا يمكن تجزيئه، وقد ساهم تقسيم العمل الذي عرفته المجتمعات الحديثة في ظهور أبعاد هوياتية جديدة لديه ولعل أهمها المهنية، وإذا ما أخذنا المرض الذي هومحور موضوع دراستنا فإننا نجد أن هذا الأمر ينطبق عليه حيث أصبحت له هوية مهنية خاصة به تضاف إلى أبعاده الهوياتية المختلفة، والتي أصبح واجبا عليه أن يتفاعل من خلالها داخل المؤسسة الإستشفائية حتى تتمكن هذه المؤسسة من تحقيق أهدافها.ويبدوأن اكتساب المرض لهذا النوع من الهوية يكون انطلاقا من التكوين القبلي الذي يخضع له قبل التحاقه بمهنته.

وإذا ما أخذنا المرض في مستشفياتنا كمثال على ذلك فإننا نجده هوالآخر يخضع لهذا النوع من التكوين القبلي الذي جعلت منه وزارة الصحة شرطا إلزاميا لممارسة مهنة التمريض خاصة بعد توفير العدد الكافي من المؤسسات التكوينية، والتي لم تكن في السابق تلبي جميع الاحتياجات الوطنية ما دفع بالوزارة إلى توظيف ممرضين دون إخضاعهم للتكوين، وهوما انعكس بدوره على مستوى الخدمات المقدمة للمرضى من طرف هذه الفئة التي تعد الأكثر احتكاكا بالمرضى إذا ما تم مقارنتها بفئة الأطباء، وفي محاولة منها لتدارك هذا الأمر قامت بالعديد من الإصلاحات في هذا الجانب، وفي محاولة منا كدارسين في حقل علم الاجتماع لمواكبة ما يعرفه هذا القطاع من تحولات أردنا من خلال هذا البحث أن نقف عند نقطة نراها في غاية الأهمية بحكم تخصصنا وهي تتمثل في معرفة ما واكب هذه التحولات من حدوث تغيرات على مستوى البنية الذهنية لدى الممرض في تفاعله مع المريض خاصة وإذا علمنا أن الممرض قبل التحاقه بالمؤسسة الإستشفائية كان قد تعرض لتنشئة أولية بمجتمعه المحلي اكتسب من خلالها هوية تعكس انتمائه لهذا المجتمع ليبقى السؤال المحوري الذي نطرحه:

**هل تفاعل المرض داخل المؤسسة الإستشفائية في علاقته بالمريض تحضره الهوية المجتمعية المحلية أم الهوية المهنية المؤسساتية ؟**

2- **الفرضية:** تعتبر الفرضية بمثابة إجابة مؤقتة للإشكالية المطروحة، وعليه فإن إجابتنا المؤقتة التي اقترحناها لسؤال إشكاليتنا هي كالآتي:

**تفاعل المرض داخل المؤسسة الإستشفائية في علاقته بالمريض هوتفاعل تحضره ازدواجية في الهوية، والتي يجمع فيها المرض بين هوية مجتمعه المحلي والهوية المهنية المؤسساتية، وهي بمثابة إستراتيجية منه تفعلها لديه مجموعة من الرهانات.**

3- **المفاهيم الإجرائية**: يعتبر التحديد الإجرائي للمفاهيم خطوة أساسية في البحث لا يستطيع الباحث أن يستغني عنها، لأنه من خلالها يتم بناء أسئلة تقنيات جمع المعطيات التي تمكنه من التحقق من فرضية، وبالنسبة لمفاهيم بحثنا فإنها كالآتي:

**3- 1 التفاعل الاجتماعي:**

يعد التفاعل الاجتماعي أحد أهم الظواهر الاجتماعية داخل المجتمعات الإنسانية، ويعرفه **أنتوني غدنز**"بأنه هوالعملية التي نقوم بها بالفعل ورد الفعل تجاه من حولنا " (أنتوني، غ، **292:2005**).

أما تعريفنا الإجرائي له فهوكالآتي" **يعتبر العملية، التي يبدر من خلالها الفعل ورد الفعل بين المرض والمريض، وتظهر بالأخص على مستوى تقديم الخدمات ولغة الكلام ".**

**3- 2 المؤسسة العمومية الإستشفائية:**

تتدرج المؤسسة الإستشفائية ضمن أحد أنواع المؤسسات الخدماتية، وقد عرفتها الهيأة الأمريكية للمستشفيات بأنها " مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للتنويم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين" (سنوسي، ع، **2009: 292**).

وفيما يتعلق بتعريفنا الإجرائي لها فهوكما يلي" **هي مؤسسة ذات طابع إداري خدماتي، تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وطاقم**

**طبي يضم أطباء وممرضين وموظفين إداريين، وتتمثل مهامها الأساسية في التكفل بالحاجات الصحية للسكان، وهي تمثل الفضاء الذي يحدث فيه التفاعل بين المرض والمريض" .**

**3- 3 الهوية المهنية:**

تعد الهوية المهنية " بعد من أبعاد هوية الشخص النفسية والاجتماعية، ولكنها في نفس الوقت محددة لأنماط من تفاعلات هذا الشخص في المجالات الاجتماعية التي يتواجد فيها وينشط داخلها كراشد مسؤول عن مهمة معينة، ويلعب دورا متشابك الجوانب داخل تلك المهمة ومادام في علاقة تواصل مستمرة مع الآخر فهوفي حالة تنشئة اجتماعية متواصلة بحيث يقوم بتعديل سلوكه وتطوير معارفه وأفعاله"(تمحري، ع، **1988**: **88**)، ويتأسس البناء الفعلي " للهوية المهنية انطلاقا من مرحلة التكوين النظري وتستمر مع مراحل التطبيقات وديناميكية التفاعل عبر فضاء المؤسسة مع مختلف الفاعلين، باعتبار المؤسسة مجال للتنشئة الاجتماعية " (رياب، ر، **2014**: **844**).

أما تعريفنا الإجرائي للهوية المهنية للممرض هوكالآتي " **هي مجموع الخصائص الثقافية التي تعكس انتماءه لجماعة الممرضين، والتي تتص تشريعات المؤسسة الإستشفائية أن يتفاعل بموجبها، وهي تكتسب لديه من خلال التكوين والتفاعل المستمر مع باقي زملائه في نفس المهنة".**

**3- 4 هوية المجتمع المحلي:**

يعرف المختصون في حقل علم الاجتماع المجتمع المحلي"بأنه تجمع من الناس يتميزون بطابعهم الخاص في حياتهم العامة أوأشكال التفاعل التي تميزهم عن غيرهم من التجمعات الإنسانية الأخرى" (بن جنات، ز، **2005**: **45**).

أما تعريفنا الإجرائي لهوية المجتمع المحلي فهوكما يلي" **مجموع الخصائص الثقافية التي اكتسبها المرض من مجتمعه المحلي الذي يعيش فيه والتي يُعرف من خلالها عن نفسه خلال تفاعله مع أفراد آخرين".**

**3- 5 ازدواجية الهوية:**

يبدوأن ما نقصده في بحثنا بالازدواجية في الهوية هوالازدواجية الاجتماعية وليست تلك الازدواجية التي وردت في أدبيات ودراسات علم النفس والتي تصنفها كحالة مرضية، ويرى **علي الوردي** بأنها " تنشأ عن وقوع الإنسان تحت تأثير نظامين متناقضين من القيم أوالمفاهيم، فهويتأثر بأحد النظامين تارة وبالآخر تارة أخرى" (الوردي، ع:**284**).

أما تعريفنا الإجرائي لهذا المفهوم" **هوتفاعل المرض داخل المؤسسة الإستشفائية في علاقته بالمريض وفق نوعين من الهوية الأولى مهنية والثانية مجتمعية محلية وهي بمثابة إستراتيجية منه تفعلها لديه مجموع من الرهانات** "

**3- 6 الرهانات:** وهي وفق مقاربة ميشال كروزي "**مجموع القضايا التي من أجلها يقوم المرض ببناء إستراتجيته الهوياتية اتجاه المرضى وهي تتميز بالتغير والتحول، ذلك لأنه دوما يكون إما في حالة ربح أوفي حالة خسارة**"

**4- المقاربة النظرية:**

يفرض البحث السوسيولوجي ضرورة التموضع في خلفية نظرية تشكل القاعدة الموجهة للبحث وتقوم بعملية التأطير النظري للمفاهيم الأساسية التي يشتغل عليها الباحث، وكون أن موضوع بحثنا يدور حول الفاعل ضمن علاقته بالمؤسسة والمحيط فقد تم الاعتماد على أحد المقاربات المهمة التي تطرقت لهذا النوع من المواضيع وهي:

- **التحليل الإستراتيجي لميشال كروزي:**

يعد مفهوم **الإستراتيجية الهوياتية** من بين المفاهيم الهامة التي طرحها ميشال كروزي والذي تبدوالهوية من خلاله "وسيلة لبلوغ غاية أي إنها ليست مطلقة بل نسبية ويشير مفهوم الإستراتيجيات إلى أن الفرد بما هوفاعل اجتماعي له نوع من هامش المناورة، إذ أنه يستعمل موارده الهوياتية بصفة إستراتيجية وفقا لتقديره الوضعية"(كوش، د، **2007**: **165**)، على أن الالتجاء إلى مفهوم الإستراتيجية بحسب ميشال كروزي يجب أن لا ينتهي إلى الاعتقاد بأن الفاعلين الاجتماعيين مطلقوالحرية في تحديد هويتهم وفق لمصالحهم المادية والرمزية التي تمليها اللحظة، بل يتوجب على الإستراتيجيات

بالضرورة أخذ الرهانات التي تطرحها الوضعية الاجتماعية وعلاقة القوى بين المجموعات ومناورات الآخرين بعين الاعتبار، وفي هذا الصدد يقول" فإذا كانت الهوية في ليونتها مطوعة للاستخدام الأداتي فليس بمستطاع المجموعات والأفراد أن يصنعوا ما بدا لهم في ما يخص الهوية إذ هي دائما محصلة التماهي الذي نرى أن الآخرين يفرضونه علينا والتماهي الذي نؤكده بأنفسنا"(كوش، د، **2007**: **166**).

وقد ساعدتنا هذه المقاربة في فهم حضور الازدواجية في الهوية لدى الممرض حيث بينت لنا أن حضورها لدى الممرض راجع بالأساس إلى ما يطرحه فضاء المؤسسة الإستشفائية من رهانات على الممرض، والتي بدورها جعلته يبني إستراتيجية هوياتية قائمة على الجمع بين هوية مجتمعه المحلي وهويته المهنية.

**5- الإجراءات المنهجية للدراسة:** سبق نزولنا إلى ميدان الدراسة وقيامنا بجمع المعطيات اتخاذ مجموعة من الإجراءات المنهجية التي ساعدتنا على القيام بذلك وقد كانت كالآتي:

**5- 1 المنهج البحثي:** يبقى المحدد الرئيسي في اختيار المناهج البحثية بحسب علماء المنهجية هومدى تلاؤمها مع المقاربة النظرية المعتمدة في البحث، وعلى هذا الأساس فإنه ونظرا لطبيعة مقاربتنا ذات المنحى الفهمي الكيفي، فإن المنهج الذي رأينا أنه يخدم بحثنا هو**المنهج الوصفي التحليلي** وهومنهج علمي يقوم أساسا على "مجموعة من الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أوالموضوع اعتمادا على جمع المعطيات والمعلومات وتصنيفها وتحليلها تحليلا كيفيا ودقيقا لاستخلاص دلالاتها والوصول إلى نتائج أوتعميمات عن الظاهرة"(عياد، أ، **2009**: **62**)، وكون أنه لا توجد تقنية وصفية واحدة وإنما تقنيات عديدة فقد اخترنا أسلوب دراسة الحالة الذي " يتجه إلى وحدة واحدة أونموذج واحد"(عياد، أ، **2009**: **65**)، والتي هي في موضوع بحثنا الممرض.

**5- 2 المعاينة والعينة:** يتطلب القيام بعملية المعانية وانتقاء العينة أن يكون مجتمع البحث معرف وعليه رأينا أن نعرف أولا مجتمع بحثنا:

**5- 2- 1 مجتمع البحث:** يعتبر" مجتمع البحث في لغة العلوم الإنسانية كل مجموعة منتهية أوغير منتهية من العناصر المحددة مسبقا والتي ترتكز عليها الملاحظات " (أنجرس، م، **2010**: **298**)، ويرى موريس أنجرس" أنه لكي يكون مجتمع البحث مقبولا وقابلا للإنجاز فإنه لابد من تعريف مجتمع البحث الذي نريد فحصه وأن نحدد المقاييس المستعملة في التصنيف "(أنجرس، م، **2010**: **299**)، وعلى هذا الأساس فإن مجتمع بحثنا واستنادا لمستويات التفاعل بين الممرض والمريض "هوكل ممرض له احتكاك مباشر مع المريض ويظهر ذلك بالأخص على مستوى الكلام مع المريض وكذا تقديم الخدمات"، وبهدف تحديد الممرضين الذين ينطبق عليهم هذا التعريف استلزم الأمر القيام بدراسة استطلاعية بمصلحة الاستعجالات وتمت الاستعانة برئيس فرقة المناوبة الصباحية حتى يوضح لنا المهام التي يقوم بها كل صنف من الممرضين، وقد اتضح لنا أن مجتمعا بحثنا داخل المصلحة الاستعجالات هم سلك الممرضين للصحة العمومية كون أن البقية لا يوجد بينهم وبين المرضى أي احتكاك مباشر، ، وقد قدر عدد أفراد مجتمع بحثنا بـ**24** ممرض وهي "موزعة بدورها على أربع فرق تعمل بنظام المناوبة حيث هناك فرقة المناوبة الصباحية وتعمل طوال أيام الأسبوع وهناك ثلاث فرق للمناوبة المسائية، ويتولى الإشراف على كل فرقة ممرض منسق وتضم كل فرقة مناوبة ستة أفراد من سلك ممرضين للصحة العمومية وهم مقسمين بدورهم إلى فوجين يعملان بنظام المناوبة الشهرية بين قاعة الإنعاش وقاعة الاستعجالات الطبية ويضم كل فوج ثلاثة أفراد".

**الجدول رقم01: توزيع الموظفين الشبه طبيين بمصلحة الاستعجالات**

| الفئة | العدد |
|---|---|
| سلك الممرضين للصحة العمومية | **24** |
| سلك المخبريين | **12** |

| | |
|---|---|
| سلك مشغلي أجهزة الأشعة | **08** |
| سلك أعوان التخدير والإنعاش | **14** |
| رئيس فرقة المناوبة | **04** |
| المجموع | **52** |

**المصدر: المنسق للنشاطات شبه الطبية بالمصلحة**

**5- 2- 2 نوع المعاينة والعينة:** يتميز اختيار الحالات التي يتسم استجوابها في الدراسة الكيفية بعدم خضوعها لمقياس التمثيلية وبالتالي فإنه واستنادا لطبيعة المقاربة النظرية والمنهج البحثي الذي قمنا باختياره وكذا أهداف بحثنا فإن المعانية التي اعتمدنا عليها هي المعاينة غير احتمالية والتي لا تتطلب بالضرورة أن تكون العينة المأخوذة من المجتمع الأصلي ممثلة له ليبقى" المقياس الذي يحدد قيمة العينة هومدى تلاؤمها مع أهداف البحث انطلاقا من مبدأ تنوع الأشخاص المستجوبين وذلك بالتأكد من عدم نسيان أي وضعية"(luc,a,1995: 72)، وعلى هذا الأساس رأينا أن تكون عينتنا قصدية (أي أن الباحث هوالذي يختار بطريقة مقصودة من مجتمع البحث الحالات التي يراها تخدم بحثه، ويمكن من خلالها أن يعمم نتائجه على بقية مجتمع بحثه) باعتبار أنها سمحت لنا أن نلم قدر الإمكان بالوضعيات المختلفة للمبحوثين، وقد ضمت عينتنا **12** مبحوث كانوا كلهم من الأفواج التي تعمل بقاعة الاستعجالات الطبية، كون أنه لم يسمح لنا أن نجري مقابلات مع الأفواج التي تعمل بقاعة الإنعاش وتم إرجاع ذلك إلى طبيعة الحالات التي يقومون بمتابعتها.

**5- 2- 3 خصائص عينة الدراسة:**

**الجدول رقم (02): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مجموع من العناصر التعريفية**

| المتغيرات | | التكرار | النسبة | المتغيرات | | التكرار | النسبة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الجنس | ذكر | 06 | %50 | نمط العائلة | نووية | 11 | %91.67 |
| | أنثى | 06 | %50 | | ممتدة | 01 | %8.33 |
| | المجموع | 12 | %100 | | المجموع | 12 | %100 |
| السن | 20- 30 | 08 | %66.67 | مجال السكن | ريف | %08 | %66.67 |
| | 31- 50 | 04 | %33.33 | | مدينة | %04 | %33.33 |
| | المجموع | 12 | %100 | | المجموع | 12 | %100 |
| المستوى التعليمي | ثانوي | 05 | %41.67 | مدة الالتحاق بالمهنة | 2- 16 | 08 | %66.67 |
| | جامعي | 07 | %58.33 | | 17- 32 | 04 | %33.33 |
| | المجموع | 12 | %100 | | المجموع | 12 | %100 |

**المصدر:** الدراسة الميدانية التي أجريت بمصلحة الاستعجالات

**5- 3 تقنيات جمع وتحليل المعطيات:**

**5- 3- 1 تقنيات جمع المعطيات** يتوقف اختيار تقنيات جمع المعطيات بالدرجة الأولى على طبيعة أهداف البحث وكذا نوع المعاينة والعينة المختارة ومن هذا المنطلق اخترنا التقنيات التالية:

**5- 3- 1-1 المقابلة:** يتجه استخدام هذه التقنية بالأساس"نحوالتعرف على التمثلات والآراء والتصورات وكل ماله علاقة بوجدان وعقل المبحوث مما لا يمكن رصده بوسائل مباشرة"(حمداش، ع، **2006**: **36**)، ومن هنا يتلخص

الدافع من استخدامنا لهذه التقنية كون أن ما نهدف إليه من خلال دراستنا هوتحديد طبيعة الهوية التي يتفاعل من خلالها المرض مع المريض والرهانات المفعلة لها وهي عناصر موجودة أساسا على شكل تمثلات يحملها المرض على مستوى بنيته الذهنية، وتعتبر المرجع بالنسبة إليه فيما يقوم به من ممارسات، وقد اخترنا المقابلة الموجهة باعتبارها أكثر موائمة لتحقيق أهدافنا لأنها" تقوم على تكرار أسئلة محددة داخل أطر محددة"(الجوهرى، م، **2008**: **38**). وقد تطلب منا جمع المعطيات عبر هذه التقنية الحصول أولا على الموافقة الإدارية من طرف مدير المستشفى الجامعي ورئيس مصلحة الاستعجالات، وقد قاما بمنحنا ترخيصا مدته شهر لإجراء مقابلاتنا والذي امتدت فترته من **2015/05/10** إلى غاية **2015/06/09**، وخلال هذه الفترة حرصنا على توفير الجوالموائم للمبحوثين لإجراء المقابلات معهم وكان ذلك من خلال ترك الحرية لهم في تحديد الوقت المناسب لهم لإجرائها.

ولإتمام جمع المعطيات اللازمة لبحثنا قمنا بالاستعانة بتقنية **الملاحظة المباشرة بدون مشاركة** داخل المصلحة كتقنية مكملة لتقنية **المقابلة** وهذه التقنية سمحت لنا بالإطلاع عن قرب على الممارسات والأفعال التي كان يبديها الممرضون أثناء تفاعلهم مع المرضى أثناء تقدمهم لطلب العلاج بالمصلحة وحتى طبيعة الكلام الصادر عنهم، وهي تعتبر معلومات مهمة مكنتنا من تدعيم المعطيات المحصل عليها من المقابلات، كما سمحت لنا هذه التقنية بمراقبة كل التصرفات التي يبديها المبحوث أثناء إجابته على أسئلة المقابلة.

**5- 3- 2 تقنيات تحليل المعطيات:** تحتاج المعطيات الكيفية المستقاة من المقابلات أوالملاحظات أوكلاهما معا إلى قيام الباحث بانتهاج طريقة محددة منهجيا لتجميعها وتحليلها حتى يتسنى له استخلاص النتائج منها، وقد اخترنا لهذا الغرض طريقة تحليل الموضوعاتي "وهي طريقة تقوم على تجميع المعطيات الكيفية عن طريق مواضيع لها علاقة مباشرة إما بالفرضيات وإما بالأهداف المحددة، وتعتبر هذه المواضيع بمثابة الخيوط

الهادية التي يتم إلحاق بها المعطيات الكيفية المتحصل عليها" (أنجرس، م، **2010**: **404**)، وقد شرعنا في هذه العملية مباشرة بعد الانتهاء من إجراء المقابلات مع المبحوثين واستمرت إلى غاية **2015/09/30**.

**6- البعد الهوياتي لدى الممرض:** سنحاول في هذا الشق أن نتطرق لبعدين أساسين من الهوية لدى الممرض واللذين لهما علاقة مباشرة بموضوع بحثنا وهما البعد الهوياتي المحلي والبعد الهوياتي المهني:

**أولا: البعد الهوياتي المحلي لدى الممرض:**

يأتي تشكل الهوية المحلية لدى الممرض باعتباره أحد أفراد مجتمعه المحلي من منطلق أن كل مجتمع محلي يسعى لإكساب أفراده الصفات والعادات والتقاليد والقواعد والمعايير الخاصة به والتي تجعل كل فرد منهم إنسانا على الصورة التي يريدها، وفي هذا الصدد يرى هشام شرابي "أن هدف كل مجتمع تجاه كل طفل أن يصهره نفسيا وذهنيا ليطابق القالب الحضاري لمجتمعه" (شرابي، ه، **1984**: **95**).

ولتحقيق هذا الهدف فإن المجتمع المحلي يعتمد في ذلك على أحد أهم مؤسسات التنشئة الاجتماعية خاصة في المجتمعات التقليدية، والمتمثلة في العائلة وهوأمر يؤكده هشام شرابي بقوله "إن عملية الصهر أول ما تتم ضمن العائلة، حيث يختبر الفرد أهم مرحلة من مراحل حياته مرحلة تكيفه مع عالم الواقع عالم والده ووالدته وأخواته وأقرانه" (شرابي، ه، **1984**: **95**).

ولا تكمن أهمية هذه المؤسسة فقط في تلقين الخصائص الثقافية الخاصة بالمجتمع المحلي، بل أنها تقوم أيضا بعملية إعادة الإنتاج لها وهوما يوضحه بيير بورديوبقوله "أن العائلات أجسام تحيا بنوع من إعادة الإنتاج " (بورديو، ب، **1998**: **47**)، وإعادة الإنتاج هذه تساهم في استمرارية الوجود الاجتماعي لهوية المجتمع المحلي وصيانتها من الزوال، وهوأمر ينوه به أيضا عدي الهواري الذي اعتبر" أن العائلة وجدت كمؤسسة اجتماعية لتصون القيم الأخلاقية والدينية""(عدي، ه، **1983**: **122**).

**ثانيا: البعد الهوياتي المهني لدى الممرض:**

يمر تشكل الهوية المهنية لدى المرض بمرحلتين أساسيتين وهما على الترتيب الآتي:

- **المرحلة الأولى**: وهي مرحلة ما قبل الالتحاق بالمؤسسة الإستشفائية ويتم فيها إخضاع المرض للتكوين بغرض الحصول على شهادة تؤهله لمزاولة مهامه كممرض، ويعرف **هايسون كريس** التكوين بأنه "عملية إدراكية يراد بها إحداث آثار عقلية أوذهنية معينة في مجموعة من الأفراد تجعلهم أكثر كفاية ومقدرة في أداء عملهم"(بن شارف، ح، **2012**: **59**).

وقد أولت الجزائر لتكوين المرضين عناية كبيرة و"يظهر ذلك من خلال عدد مدارس التكوين الشبه طبي التي قامت بتشييدها، والتي بلغ عددها **36** مدرسة مع 12 ملحقة للتكوين، موزعة على 34 ولاية، وبمقتضى المرسوم التنفيذي المؤرخ في 24 فيفري سنة2011 الذي جاء بناء على التقرير المشترك لوزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزير التعليم العالي والبحث العلمي، تم تحويل **23** مدرسة للتكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي""(حاج عيسى، أ، **2012**: **170**)، وذلك في محاولة منها لتحسين مستوى الخدمات المقدمة من طرف هذه الفئة، وهذه المؤسسات تقع تحت وصاية وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وهي تقدم تكوينا نظريا وتطبيقا "وتعد السنة الأولى من التكوين الذي يمر به الطلبة المقبولين بمثابة الجذع المشترك يدرس خلالها الطالب مواد مختلفة ويجري تربصات تطبيقية مختلفة، ليتخصص بعد ذلك في أحد فروع التي يوفرها التكوين" (الموقع الرسمي لمدونة الشبه طبي بالجزائر)، وتتوج مرحلة التكوين بالحصول على شهادة دولة في التمريض، أما ما تعلق بشروط الالتحاق بها فقد حدد المرسوم التنفيذي رقم 11 - 121 مؤرّخ في 15ربيع الثاني عام 1432 الموافق لـ 20 مارس2011 والمتضمن القانون الأساسي للممرض "ضرورة حيازة المترشح على الأقل مستوى السنة ثالثة ثانوي في شعبة العلوم التجريبية.

ويعد التكوين السبق بمثابة تنشئة قبلية للممرض الهدف من ورائها هوإكسابه لهوية مهنية يتفاعل من خلالها داخل المؤسسة الإستشفائية تتطابق والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها.

- **المرحلة الثانية**: وهي المرحلة التي يلتحق فيها بالمؤسسة الإستشفائية وهي تمثل الفضاء المكاني الذي يجب أن تظهر فيه هويته المهنية التي اكتسبها خلال التكوين، وتعمل المؤسسة الإستشفائية على ضمان حضورها، عبر مجموعة من القواعد القانونية المنظمة لسيرها، وكذا عبر الصلاحيات التي تخولها لبعض المسؤولين داخل المؤسسة لمراقبة حضورها لديه ويأتي على رأسهم الأطباء ومدراء المستشفيات، كما أنه في هذه المرحلة يتعرض لما يعرف بعملية التنشئة الاجتماعية المتواصلة التي تكون من خلال تفاعله مع نفس زملائه في المهنة، وكذا مع باقي مختلف الفاعلين من أطباء وإداريين ومرضى وهوما يجعله عرضة لتعديل سلوكه وتطوير معارفه وأفعاله.

**7- تمظهرات حضور الازدواجية في الهوية لدى الممرض:**

يبدوأن للهوية تمظهرات عديدة تبرز على مستوى الممارسات التي يقوم بها الفاعل الاجتماعي في تفاعله مع باقي الفاعلين الاجتماعيين، وكذا على مستوى التمثلات التي يحملها حول المواضيع الحياتية المختلفة، واستنادا إلى ذلك أردنا من خلال دراستنا الميدانية أن نتحقق من طبيعة الهوية التي تحضر لدى المبحوثين في تفاعلهم مع المرضى، معتمدين في ذلك على ثلاث مستويات:

**7- 1على مستوى تقديم الخدمات الإستشفائية:**

تمثل الخدمات الإستشفائية "مجموعة من النشاطات المحددة التي يقوم بها الفريق الطبي داخل المؤسسة الإستشفائية، والتي تهدف بدورها للمحافظة على صحة المريض أوتحسينها أولمنعها من التدهور"(الدمرداش، ط، **2006**: **25**)، ويعد الممرض أحد أهم أعضاء الفريق الطبي المكلف بتقديم مجموعة من الخدمات الإستشفائية للمريض، ومن بين الأخلاق المهنية التي يجب أن يتحلى بها الممرض أثناء تقديمه للخدمات الاستشفائية هو" مبدأ

المساواة أي أن يتساوى لديه جميع المرضى في الاستفادة من هذه الخدمات وبنفس المستوى وبعيدا عن أي اعتبار مهما كان منشأه يحول دون حصول ذلك"(جمعية الطب العالمية: **06**).

وبالعودة إلى دراستنا الميدانية التي أردنا من خلالها أن نعرف إن كانت الهوية المهنية هي الحاضرة فعليا لدى المرض في تقديمه لهذه الخدمات للمريض وذلك استنادا للمبدأ السابق أم أن هناك حضور لهوية مجتمعه المحلي التي بدورها تميزها مبادئ أخرى في تقديم الخدمات أم كلاهما معا، فقد تبين لنا من خلال إجابات المبحوثين والملاحظات الميدانية أن الهوية المهنية لم تكن حاضرة بشكل كلي في تفاعلهم مع جميع المرضى وإنما كانت محكومة بثنائية الحضور والغياب لتحل محلها هوية مجتمعه المحلي والتي أشر عليها تفاعله مع المريض وفق مبدأين يعدان من خصائص هويتنا المحلية وهما:

- **مبدأ العصبية:** يرى محمد عابد الجابري أن كلمة العصبية ليست من الكلمات التي ابتكرها ابن خلدون وإنما كانت شائعة الاستعمال في اللغة العربية، وقد ورد معناها في لسان العرب " بأنها هي دعوة الرجل إلى نصرة عصبته والتألب معهم على من يناوئهم ظالمين كانوا أومظلومين""(الجابري، م، **1994**: **167**)، وتعرف العصبية بأنها " رابطة اجتماعية سيكولوجية شعورية ولاشعورية معا تربط أفراد جماعة ما قائمة على القرابة ربطا مستمرا يبرز ويشتد عندما يكون خطر يهدد أولئك الأفراد " (الجابري، م، **1994**: **168**)، ويعود منشأ هذه الرابطة بحسب ابن خلدون " نتيجة الألفة وطول المعاشرة لجماعة ما وما ينتج عن ذلك من تشبعه بعاداتها وتقاليدها وبالروح الجمعية السائدة فيها ومن ارتباط مصلحته بمصلحتها ووجوده بوجودها " (الجابري، م، **1994**: **172**).

وقد شكلت هذه الرابطة صمام أمان للمجتمعات القبلية لضمان استمراريتها وديمومتها وحفظ كيانها من التفكك تجاه المخاطر التي كانت تحدق بها من طرف مجتمعات قبلية أخرى، ولعل المجتمع الجزائري ومنه المجتمع المحلي بسيدي بلعباس الذي ينتمي إليه المبحوثين واحد من بين

هذه المجتمعات الذي ميزه وجود هذا النوع من الروابط الاجتماعية الطبيعية باعتبار أن القبيلة المنتجة لهذا النوع من الروابط كان لها حضور قوي بالمنطقة، وهوما أكدته العديد من الدراسات التي أجريت حولها ولعل من أشهر هذه القبائل التي استوطنت بالمنطقة هي قبائل بنوعامر.

وبالرغم من التفكك الذي تعرضت له هذه البنية التقليدية على مستواها الهيكلي والذي اصطلح عليه بيير بورديو**بالاجتثاث** الذي بدأ فيه المستعمر الفرنسي غداة احتلاله للجزائر، وواصلت فيه الدولة الجزائرية بعد الاستقلال من خلال مشاريعها التنموية، إلا أن هذه الرابطة بقيت تحافظ على إستمراريتها، ولعل ما يوضح ذلك جليا الأمثال الشعبية التي بقيت متداولة بكثرة في الوسط المحلي والمعبرة عن ذلك نذكر منها **"خوك خوك لايغرك صاحبك"**، وقد أخذت بدورها تتمظهر في أشكال أخرى فانتقلت من العصبية القبلية المبنية على القرابة الاجتماعية الوهمية إلى العصبية العائلية المبنية على القرابة الدموية الحقيقية، بالإضافة إلى بروز أشكال جديدة جاءت كنتيجة للعلاقات الشخصانية " التي فرضتها وأوجدتها رابطة الاشتراك في نفس الانتماء المكاني سواء الجغرافي أوالمهني "(قدوسي، م، **2013**: **118**).

وترجع استمرارية هذه الرابطة إلى بنية العائلة التي شكلت "البديل العملي للقبيلة"(الغذامي، ع، **2009**: **145**) باعتبارها حسب عدي الهواري " صارت البؤرة التي تتجمع فيها القيم التقليدية"(عدي، ه، **1983**: **126**)، وعلى رأس هذه القيم مبدأ العصبية وذلك من خلال قيامها بعملية إعادة الإنتاج لها، والذي وجدناه كرابطة ومبدأ في التعامل كانت حاضرا بالفعل لدى أفراد العينة في تفاعلهم مع المريض فمتى كان المريض الذي يتقدم إلى المصلحة من زمرة معارفهم وعصبتهم والذين صنفوهم بدورهم إلى ثلاث فئات"الأقارب، الجيران، الأصدقاء"، فإن هذا المبدأ يتحرك لديهم وهوما عبرت عليه إجاباتهم بوضوح نذكر منها ما قالته **المبحوثة رقم 03(49 سنة)"..يجونا هاذ لحالات ويليق تسقده..،** وأيضا المبحوثة **رقم 02 (23 سنة)"..ها نجرومعاهم ونروندولهم السارفيس اللي راهم مسحقينه..."**،

وكذا ما صرحت به المبحوثة **رقم08(24 سنة)** بقولها: **"..ندير البوسيبل نتاعي باه نسقدهم... "** وكلمة "**ندير لبسوبيل**" و"**يليق تسقده**" و"**نجرومعاهم** " هي إشارات تبين أن المرض يبذل جهدا وهويعبر من خلاله عن إلتزامته تجاه مبدأ العصبية الذي يقتضي أن يعبر كل فرد عن تضامنه وتعاونه مع إفراد عصبته متى احتاجت إليه، وأن يبين عن حسن نيته في إسداء الخدمة لهم حتى ولولم يستطع القيام بذلك، كون أنه في الغالب على حد تعبير بيير بورديو"ما يطلب منا فعله نظامنا الاجتماعي ليس أن نفعل ما يجب أن نفعله في جميع الأحوال لكن أن نعطي إشارات على الأقل تبين أننا أن نبذل جهدا في فعله"(بورديو، ب، **1998**: **217**)، وهوما كانت تعبر عنه العبارات المستعملة في إجاباتهم السابقة. كما أن مبدأ العصبية كان حاضرا أيضا من خلال تقديم كل المبحوثين لخدمات إستشفائية لمعارفهم حتى تلك التي لا تتوافق والتشريعات القانونية للمؤسسة التي يفترض أن يتقيدوا بها، ولعل أهمها تمكينهم من زيارتهم لمرضاهم خارج الأوقات المحددة لذلك، وكذا توفير بعض المستلزمات الطبية التي يحتاجونها والتي لا يسمح أن يستفيد منها إلا من يعالج داخل المؤسسة.

ومن بين السمات التي تميز أيضا مبدأ العصبية هو"أن الالتزامات داخلها محددة بدقة أما خارج تلك البنية فليس هناك التزامات أخلاقية واجتماعية محددة بوضوح" (شرابي، ه، **2002**: **68**)، وبالتالي فإنه متى كان الشخص خارج العصبة التي يريد التواصل معها فإنه سيجد صعوبة في ذلك "لأنه يدرج ضمن خانة الغريب الذي يجب الحذر منه" (الجابري، ع، **1994**: **167**)، ولكي يتواصل معهم فإنه يحتاج إلى من يتوسط له لتحقيق ذلك والذي يشترط أن يكون عضوا من عصبته وأيضا من العصبة التي يريد التواصل معها أوعلى الأقل تربطه علاقة جيدة معها، خاصة وأنه لا توجد عصبة واحد ينتمي إليها الفرد بل هناك عدة عصبيات، وقد وجدنا أن هذا المنطق في تفاعل العصبيات مع بعضها كان حاضرا لدى المرض إذ أن كل المبحوثين أجابوا بأنهم يقومون بعملية التوسط داخل المؤسسة الإستشفائية

لمعارفهم للعلاج وذلك في الوقت الذي يفترض أن يغيب هذا المنطق في التفاعل داخل مؤسسة كون أنه يتناقض ومبادئها.

**ـ مبدأ الوساطة:** يبدوأن الوساطة أوالواسطة تعد من بين أهم الخصائص التي ميزت نظامنا الاجتماعي التقليدي، ووقف هشام شرابي فإنه لبنيتنا العائلية دور كبير في ظهورها باعتبارها " كانت الإطار الذي تدرب المرء على تعامل بها من خلال توسط الأم والعم والقريب العائلة ومن خلال هذا الفعل يكتشف الفرد أنه وبالرغم من عجز شخص ما إلا أنه قادر على التحرك في نظام القوى القائم " (شرابي، ه، **2002**: **195**).

ويعود تاريخ بروزها في المجتمع العام إلى " مرحلة ما قبل الاستعمار حيث كانت موطنا من مواطن السلطة التي كانت تتمظهر عبر مجموعة من المؤسسات كالشرفاء، وكان لهذه المؤسسات السلطة لأنها كانت قادرة على القيام بدور الوساطة""(بورقية، ر، **1992**: **166**)، كما أنها وجدت أيضا بقوة في فترة الحكم العثماني على حد تعبير علي الوردي الذي رأى بأنها" كانت قوية الأثر في جهاز الدولة ولكنها مع ذلك لم تكن تعتبر من المشاكل الاجتماعية، لأن الناس حينذاك لم يكونوا تعلموا مبادئ العدالة والمساواة "(الوردي، ع: **360**)، ويقصد بالوساطة" لجوء إنسان ما إلى وسيط من أولي النفوذ في سبيل تمشية أموره"(الوردي، ع: **359**)، وهي تتكون من ثلاثة أطراف طالب المعروف ومسبغه والوسيط.

ولم تبقى الوساطة تحافظ على" نفس الأشكال وكذا نفس الأطراف والإطار الذي تتم فيه"، وذلك نتيجة للتحولات التي عرفتها المجتمع الجزائري والتفكك الذي تعرضت البنية القبلية التي كانت تحتويها، وبرزت في المقابل نماذج جديدة عوضت النماذج التقليدية إلا أن المبدأ بقي مستمرا وهويعكس بدوره أحد سمات المحددة لهوية مجتمعنا المحلي والذي يعبر عنه المجتمع المحلي بعبارات مختلفة " **لانتارفونسيو، العرف** ".

وقد وجدنا هذا المبدأ حاضرا لدى الممرض في تفاعله مع المريض وذلك من خلال لعبه لدور الوسيط بين المريض والطبيب أوممرض ونورد في هذا الصدد الإجابتين اللتين تكررت لديهم وتدلان على ذلك بوضوح وهما ما

صرحت به لنا **المبحوثة رقم 03 السن(49 سنة)**: "..**ياودي بلا حسا ب اللي روندينالهم السارفيس...** "وكلمة "**بلا حساب**" لا تستعمل في الوسط المحلي إلا في الحالات التي يكرر فيها الأشخاص الفعل مرات عديدة، وكذلك إجابة أخرى **للمبحوثة رقم02 السن (23 سنة)**: "...**كاين بزاف اللي روندينالهم السارفيس...**"، و**بزافف** هي أخرى تعبر عن تكرار فعل مرات عديدة، كما تعدى لعبه لدور الوسيط حتى خارج المصلحة التي يشتغل فيها ليشمل باقي المصالح التابعة للمستشفى حيث أجاب كلهم بأنهم يقومون بذلك.

بالإضافة إلى إنه لم يكونوا يقتصروا فقط على لعب دور الوسيط بل أيضا مسبغ المعروف من خلال إسدائهم لخدمات للأشخاص الذين يتم إرسالهم من طرف معارفهم وهوما تؤكده إجابتهم مثلما يصرح به **المبحوث رقم 12 السن(28 سنة)**:"..**نسقده غلي كلي هوالسيد ألي زيفطه..**"، وكذا **المبحوث رقم 05 (27 سنة) "..نسقده مكان حتى مشكل..**"، وهي مؤشرات كفيلة بأن تؤكد مدى قوة حضور هذا المبدأ لدى المرض في تفاعله مع المرضى والذي يعد أساسا من خصائص هويتنا المحلية.

وعليه نخلص من خلال ما سبق إلى أن المرض من خلال تقديمه للخدمات الإستشفائية فإن هويته المهنية لم يكن لها حضور كلي كما أن هوية مجتمعه المحلي هي الأخرى لم يكن لها غياب كلي في تفاعله مع المريض، وإنما كانت تحضر لديه ازدواجية في الهوية والتي كان يجمع فيها بين الهويتين، ولم يكن يتم لديه ذلك بطريقة اعتباطية أوعشوائية، وإنما كانت تسبقها قيامه بعملية تقييمية للوضع والذي كان على أساسها يتخذ قراره وهوماتعبر هذه العبارات التي تكررت لدى المبحوثين "...**ساديبوعلى حساب الحالة كي تكون...**، .. **نشوف قبل لياساعدني الحال...**".

**7- 2 على مستوى لغة الكلام مع المريض:**

يبدوأن لغة الكلام تبقى كغيرها من الظواهر الاجتماعية تتسم بالنسبية التاريخية فكما أنها تؤثر فهي بدورها تتأثر بالسياق السوسيوثقافي الذي يحيط بها، ويظهر هذا الأمر جليا من خلال الثورات العلمية والتكنولوجية التي عرفتها المجتمعات الأوروبية خلال القرن **19**، والتي كان من بين

إفرازاتها ظهور منظومات لغوية جديدة خاصة بكل جماعة من الجماعات المهنية التي نشأت هي الأخرى نتيجة زيادة التخصص الوظيفي وتقسيم العمل، وزيادة على ذلك صارت هذه المنظومات التي تتفاعل من خلالها هذه الجماعات أحد أهم الخصائص التي تتحدد عبرها هويتها المهنية، وتعتبر جماعة الممرضين واحدة من بين هذه النماذج التي ينطبق عليها ذلك، حيث تشكلت لديها منظومة لغوية خاصة بها تتفاعل من خلالها داخل المؤسسة الإستشفائية، وهي تضم مجموعة من المصطلحات التقنية والطبية ويستهدف من استخدامها تشخيص وعلاج الحالات المرضية التي تأتي للمؤسسة الإستشفائية، ويعتبر التكوين القبلي للممرض وكذا تفاعله داخل المؤسسة الإستشفائية إحدى أهم الوسائط التي يتلقى من خلالها هذه المنظومة اللغوية.

ومن خلال دراستنا الميدانية، واستنادا إلى متغير لغة الكلام باعتبارها محدد أساسي للهوية كما سبق وأن أشرنا لذلك، فقد بينت لنا إجابات المبحوثين وكذا الملاحظات المباشرة أن الممرض يستعمل في تفاعله مع المريض لغتين إحداهما عكست حضور هويته المهنية وأخرى المحلية، وقد أشر لنا على اللغة المهنية طبيعة العبارات والمصطلحات التي كانت لها علاقة مباشرة بمهنته، كما أنه ومن منطلق أن "التمكن من أي لغة وإتقانها لا قيمة له من دون معرفة فن استخدامها في الوقت المناسب""(بورديو، ب، **2011**: **197**)، فقد وجدنا أن المبحوثين متمكنون من فن استخدامهم لهذه اللغة كما عبرت عليه إجاباتهم والتي نذكر منها تلك التي أدلى بها **المبحوث رقم 05 السن (27 سنة): "...كل مريض تهدر معاه على حساب الحالة نتاعه..."** بمعنى أن الممرض يعرف جيدا الحالة المرضية وما يقابلها من مصطلحات لغوية التي يجب أن يستعملها في تشخيص وعلاج المريض، أما لغة الكلام الأخرى التي عكست حضور هوية مجتمعه المحلي فقد وجدنا أنه يوظفها في الوضعتين الآتيتين:

**الوضعية الأولى:** وهي التي يكون فيها المريض الذي يتفاعل معه من زمرة معارفه حيث تبين لنا أنه يوظف نفس لغة الكلام التي يوظفها أفراد

مجتمعه المحلي في تفاعلهم مع معارفهم ولعل أهم العبارات الدالة على ذلك والتي تكررت لديهم "**كيراهم العايلة، كراهم الوالدين، سلم على الدار**" وهذه العبارات لها علاقة أساسا بالبعد العائلي الذي يصنف ضمن الجانب الشخصي في المجتمع المحلي الذي لا يجب أن يتطرق إليه مع جميع الأشخاص الذين يتفاعلون معهم، والمرض كان بدوره لا يستعملها في تفاعله مع جميع المرضى كما تؤكده هذه الإجابة التي تكررت لديهم "**غير اللي نعرفهم نهدر معاهم على أمورهم الشخصية**"، وهذه المعارف هي مصنفة حسبهم إلى ثلاثة أنواع وقد جاء ترتيبها وفقهم "**فاميليا، جوارين، صحاب**" وهوترتيب ليس اعتباطي وإنما له علاقة بدرجة القرابة التي تربطهم بالمرضى.

**الوضعية الثانية:** وهي التي يكون فيها المريض الذي يتفاعل معه من زمرة غير معارفه وهنا أيضا وجدنا أنه يستعمل نفس لغة الكلام التي يستعملها أفراد مجتمعه المحلي في تفاعلهم مع أشخاص الذين لا يعرفونهم، حيث أنه كل المبحوثين أجابوا بأنهم يسألون المرضى عن انتماءاتهم وبنفس العبارات التي يستخدمها مجتمعه المحلي "**وين تسكن**" وهذه العبارة لها صلة وثيقة بالمجتمع المحلي وقد جاءت لتعوض العبارة الأصلية المعبرة عنها بكلمة "**لمن تولي** " أي "**إلى قوم تنتمي**" والتي عرفت انحسارا خاصة في المجتمع المحلي وذلك بفعل عملية التوطين التي قامت بها الدولة للجماعات القبلية، والتي كانت تهدف من خلالها حسب **محمد السويدي** "إلى توجيه ولاء إلى الدولة وإلى الوطن، وتنمية وجدان جديد لديهم يربطهم بمساحة جغرافية محددة من الوطن، يشعرون بالحنين إليها عند مغادرتها ""(السويدي، م، **1984**: **162**)، باعتبار أن الوطن وفق **إبراهيم الأبياري**" لم يكن محدودا لدى هذه الجماعات تحت أرجلهم بقدر ما كانت القبيلة محدودة في حسابهم، ومن أجل ذلك تعلقوا بالمحدود وصرفوا شيئا عن غير المحدود""(حسام الدين، ك، **1989**: **156**)، وهوالشيء الذي جعل ارتباطهم بالعصبية القبلية أقوى من ارتباطهم بالأرض" وترك " هوية الشخص لا تتحدد لديهم بمن أنت بل ابن من أنت أوإلى أي قوم تنتمي" "(الجابري، ع، **1994**: **169**).

ومما يؤكد بأن عبارة "**وين تسكن**" جاءت لتعوض "**لمن تولي**" هوقيامها بنفس الوظيفة التي كانت تقوم بها والمتمثلة في تحديد درجة القرابة، وقد تأكد لنا ذلك بما عبر عنه المبحوثين بعبارات مختلفة ونذكر من ذلك ما ذكره **المبحوث رقم 11 السن(27 سنة)بقوله:** ".. **باش نعرف بالاك السيد يكون عرف**..."، كما أن هناك عبارة أخرى أشرت على توظيف المرض للغة كلام مجتمعه المحلي في تفاعله مع المريض وهي عبارة " **فلان كي يجيك**"، وهي تستخدم أيضا لدى أفراد المجتمع المحلي حينما يكون الشخص الذي يتفاعلون معه ليس من زمرة معارفهم ويحمل نفس اللقب العائلي لأحد معارفهم وهي أيضا تقوم بنفس وظيفة الكلمة السابقة.

**7- 3 على مستوى الإنتظارات والأهداف من خدمة المريض:**

يبدوأنه بالكاد تخلوأي علاقة تفاعلية من أداء طرفي تفاعلها لمجموعة من الأدوار، وفي هذا الصدد يؤكد **ميشال كروزي** "بأن كل نظام للتفاعل المتبادل يحوي نظام للأدوار""(قدوسي، م، **2013**: **133**)، وتتعدد الأدوار الاجتماعية التي يؤديها الفاعل الاجتماعي داخل النسق العام لمجتمعه، وهي بدورها تتبدل بتبدل المواقع التي يشغلها داخل الفضاءات الاجتماعية المختلفة، ويتضمن كل دور" مجموعة من أنماط السلوك المحددة التي يتم من خلال عملية التنشئة تعليم كل فرد السبل الكفيلة بأدائها وتنفيذها"(أنتوني، غ، **250:2005**)، كما يرتبط بأداء كل دور أمرين أساسيين يندرجان ضمن مخرجات العملية التفاعلية وهما الإنتظارات أي ما ينتظره الفاعل الاجتماعي من أداءه لكل دور، وكذلك الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها من خلاله على "اعتبار أن الفاعلين الاجتماعيين لا يفعلون أفعالا مجانية" (بورديو، ب، **1998**: **174**)، أي دون مقابل وليس بالضرورة أن يكون هذا المقابل شيء له بعد مادي بل قد يكون أيضا معنوي.

لتبقى هذه الإنتظارات والأهداف تختلف هي الأخرى باختلاف الأدوار، كما يمكن لها أيضا أن تختلف من جماعة لأخرى تقوم بأداء نفس الدور، ومرد ذلك بالأساس إلى منظومة القيم والمعايير والقواعد التي تستند إليها

كل جماعة في صياغة إنتظاراتها وأهدافها، والتي قد يكون مصدرها إما ديني، أواقتصادي، أوسياسي، أوقانوني تعاقدي، أوحتى أسطوري خرافي، وهي تشكل جزأ لا يتجزأ من" التمثلات العامة لكل جماعة والتي تعبر عنها بصور واستعارات وتشبيهات مختلفة "(منديب، ع، **08:2006**)، وتكون مستمدة أساسا من بنيتها الثقافية والاجتماعية، وعليه فإنها تعد من أهم المستويات التي يمكن من خلالها أن تتجلى وتتمظهر من خلالها هويتها.

وبالاستناد إلى المعطى الذي سبق وأن أشرنا إليه والذي يعتبر أحد أهم المستويات الذي يمكن أن تتمظهر عبره هوية الأفراد، أردنا تحديد طبيعة الهوية التي تعكس حضورها تمثلات المرض حول إنتظاراته وأهدافه من أداءه لدوره المهني داخل المؤسسة الإستشفائية المرتبط أساسا بعلاقته التفاعلية مع المريض، والمتمثل في أعمال التشخيص والعلاج للمرضى وسنحاول التفصيل فيها كالآتي:

**من حيث الإنتظارات:** تؤكد الباحثة أمال بورقية "أن كل علاقة تفاعلية بشكل شعوري أولا شعوري مبنية على انتظارات وآمال متبادلة"(بورقية، أ، **2013**)، وقد وجدنا بالفعل أن هناك إنتظارات لدى المرض من خدمته للمريض، لكن يبقى الشيء الذي يميزها هوأنها كانت كلها مستمدة من المنظومة القيمية لمجتمعه المحلي، وهي تصنف من أهم الإنتظارات المتكررة لدى أفراد مجتمعه المحلي عند أداءهم لأي دور، ولها بعد رمزي وهوما وضحته لنا إجابات المبحوثين، حيث صرح **المبحوث رقم 11 السن(27 سنة):** "..**مانستنا منهم والوكلشي في سبيل الله...** "، وكذا **المبحوث رقم 04 السن(48 سنة)"... مانستنا منهم والوغير الرضى نتاع ربي سبحانه.."** وهنا الكلمتين في "**سبيل الله**" و"**الرضى نتاع ربي سبحانه**" لها علاقة مباشرة بالمصدر الأساسي الذي تستمد منه المعايير والقيم في المجتمع المحلي وهوالدين الإسلامي، كما أن هناك انتظار آخر تكررت لديهم وهومستقى من نفس المصدر السابق وهوما توضحه إجابة **المبحوثة رقم03 السن(49 سنة) بقولها:** "..**مانستنا منه والوغير يعاوني بدعوة الخير..**" وهنا

دعوة الخير لها أيضا علاقة مباشرة بالدين الإسلامي وهي تتمثل في طلب الدعم الإلهي، وقد كانت إجاباتهم كفيلة بأن تعكس بقوة حضور هوية مجتمعهم المحلي، وذلك بالرغم من أن طبيعة الدور هومهني وله إنتظاراته الخاصة به والتي حددها القانون التعاقدي الخاص بالمرض.

**من حيث الأهداف:** يرى ميشال كروزي " أنه لا يتقبل الأفراد أن يعاملوا كوسائل في خدمة الأهداف التي يحددها المنظمون في التنظيم، فلكل أهدافه وأغراضه الخاصة التي يسعى إلى تحقيقها "(خربيش، ع، **578:2011**)، ومن هذا المنطلق سعينا أن نعرف نوع هذه الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها المرض من أداءه لدوره المهني داخل المؤسسة الإستشفائية وعلاقتها بموضوع الهوية، وقد جاءت إجاباتهم تدور حول هدفين رئيسين للممرض أحدهما جاء يعكس حضور هويته المهنية والثاني يعكس حضور هوية مجتمعه المحلي، وعبرت عنه جليا إجابات المبحوثين والتي نذكر منها ماقاله **المبحوث رقم 12 السن(30 سنة): "...لوبجي نتاعي هوالأجر المادي والأجر الأخروي"**، وهنا الأجر المادي له علاقة بالمؤسسة التي يشتغل فيها باعتبار أن لها قانون ينص على أن الأجر المادي هوالحق الذي يتقاضاه المرض مقابل أداءه لعمله، بينما الأجر الأخروي فله علاقة بمجتمعه المحلي باعتبار أن الدين كما سبق وأن لمحنا لذلك هوالمنبع الأساسي للمنظومة القيمية التي تستمد منها الأهداف.

**8- الرهانات المفعلة لحضور الازدواجية في الهوية لدى المرض:**

يبدوأن حضور الازدواجية في الهوية لدى المرض أثناء تفاعله مع المريض لم يكن يتم بشكل اعتباطي، وإنما كان بمثابة إستراتيجية منه جاءت كنتيجة لمجموعة من الرهانات التي طرحها عليه فضاء المؤسسة الإستشفائية، وقد وجدنا أن هناك نوعين من الرهانات أحدهما له علاقة بالمجتمع المحلي والآخر بالمؤسسة الإستشفائية وتفصيلهما كالآتي:

**8- 1 الرهانات المفعلة لحضور الهوية المحلية:** من بين الرهانات التي وجدنا أنها كانت تفعل حضور هوية المجتمع المحلي لدى المرض ما يلي:

**8- 1- 1 الأخلاق العصبية:** يبدوأن لكل جماعة في فترة معينة من تاريخها منظومة قيمية وأخلاقية تسودها، وباسم هذه المنظومة تقضي محاكمتها لأفرادها، كما أنه على أساسها يقوم أفرادها بتقدير الأمور المحيطة بهم، وبالعودة للمجتمع المحلي الذي جاء منه المرض نجد أن الروابط العصبية السائدة بين أفراده تؤطرها هي الأخرى منظومة أخلاقية متمثلة في منظومة الأخلاق العصبية، والتي من خلالها تتحدد الالتزامات والواجبات تجاه بعضهم البعض.

ومن بين ما تؤكد عليه الأخلاق العصبية "هوأن كل ما يحصل عليه الفرد من مال أوجاه أوسلطة بشكل من الأشكال تعتبره الجماعة من الناحية المبدئية على الأقل ملكها، لها حق التصرف فيه أوالاستفادة منه "(الجابري، ع، **166:1994**)، كما أنه لا يحق لأي فرد من أفراد العصبة أن يعارض هذا المبدأ الأخلاقي لأنه سيجد نفسه معرضا للنبذ والازدراء من مجموعته، خاصة تلك "التي يجمعها معه نسب خاص أوقريب"(الجابري، ع، **171:1994**)، واستنادا لهذا المبدأ الأخلاقي فإن وظيفة المرض في نظر مجتمعه المحلي وبالأخص أفراد عصبته تعد بمثابة مكسب، لهم حق الاستفادة من الامتيازات التي توفرها، وهوبدوره ملزم بأن يقدم لهم كل ما يحتاجونه من وظيفته.

وقد وجدنا في دراستنا الميدانية أن هذا المبدأ الأخلاقي يطرح جملة من الرهانات المفعلة لحضور هوية المحلي لدى المرض في تفاعله مع المريض، ولعل أهمها هوالإلزام الذي يعد الخصيصة الأولى للحياة الأخلاقية ومعناه أن المرض هوملزم من طرف جماعته وليس مخير في التقيد بالمبدأ، وهوأمر كان ظاهرا في إجابات المبحوثين التي سبق وأن أشرنا إليها عند تطرقنا لمبدأ العصبية، وكذلك طبيعة التبعات التي تنشأ عن عدم تقيدهم بالمبدأ والتي كانت تدفع بهم إلى تفعيل حضور هوية مجتمعهم المحلي في تفاعلهم مع بعض المرضى وذلك بهدف تفاديها ولعل أهمها هوتفادي لوم الجماعة وقد تكرر ذكره بعبارات مختلفة نورد منها ما ذكرته **المبحوثة رقم03 السن(49 سنة)"..باش نقلع حشمتي.." وكذلك المبحوثة رقم 10 السن(22**

**سنة)"..نخاف لايلوموني من بعد..."**، بالإضافة إلى ما أورده **المبحوث رقم 11 السن(27 سنة)"..باش تإفيتي اللومات..."**

**8- 1- 2 تحقيق النجاح الدنيوي والخلاص الأخروي:** يسعى الإنسان حسب عبد الغني منديب إلى " التحكم في محيطه الطبيعي بكل الوسائل المادية والرمزية التي توفرها له ثقافته ويبيحها له مجتمعه"(منديب، ع، **08:2006**).

ويعود ذلك أساسا إلى ما يتسم به هذا المحيط من مسببات الخوف الكثيرة والمتنوعة كالأمراض، والفقر، والحروب، والجريمة، والموت، والمجهول، وأيضا رغبته في تحقيق الحياة السعيدة والمطئمنة، ويعتبر الدين في هذا الصدد أحد أهم المصادر الذي تستمد منه المجتمعات الإنسانية الوسائل الرمزية الكفيلة بالتغلب على مسببات الخوف لديها، والدين الإسلامي هوواحد بين أهم الديانات التي يمد أتباعه بهذه وسائل التي تساعدهم على التغلب على خوفهم وتحقيق النجاح الدنيوي ليس فقط في بعده المادي بل يتعدى إلى أشياء أخرى كالصحة والذرية الصالحة غيرها من الأمور التي يرغب في تحقيقها، بالإضافة إلى تحقيق الخلاص الآخروي أي بعد الموت.

ومما تبين لنا من خلال دراستنا الميدانية هوأن هاجس تحقيق النجاح الدنيوي وكذا الخلاص الأخروي لدى المرض كانا يدخلان ضمن الرهانات المفعلة لحضور هوية مجتمعه المحلي في تفاعله مع المريض وتجلى لنا ذلك في العبارات المستعملة والتي تكررت كثيرا ولعل أهمها عبارة "**غير دعوة الخير**" وهي عبارة لها ارتباط وثيق بالمجتمع المحلي، ومصدرها الأساسي الدين الإسلامي الذي يدين به أفراد المجتمع المحلي والذي يقر بأن النجاح الدنيوي والتغلب على المشاكل الدنيوية لا يتحقق بدون طلب الدعم الإلهي سواء مباشرة من الفرد أوعبر أشخاص يطلب منهم القيام بذلك وفي هذا الصدد كانوا يولون لدعوات المرضى الذين يعالجونهم أهمية كبيرة، وهوما لاحظناه أيضا خلال تواجدنا بمصلحة الاستعجالات، كما أن الخلاص الأخروي هوالآخر كان يمثل أحد أهم الرهانات المفعلة لحضور

هوية المجتمع المحلي لدى المرض في تفاعله مع المريض وهوما عبرت عنه أيضا العبارات التالية" **كلشي في سبيل الله، الرضا نتاع ربي سبحانه، الأجر الأخروي** "

**8- 2 الرهانات المفعلة لحضور الهوية المهنية**: لعل أهم رهان وجدناه في دراستنا الميدانية يفعل حضور الهوية المهنية لدى المرض هو:

**8- 2- 1 السلطة الطبية والإدارية داخل المؤسسة الإستشفائية:** تختلف المؤسسة الإستشفائية عن غيرها من المؤسسات، وذلك بوجود خطين من السلطة أحدهما إداري والآخر طبي وقد وجدت هذه السلطة لمراقبة أداء الموارد البشرية وضبط أفعالها وفق ما تقتضيه أهداف المؤسسة، والمرض بدوره هوخاضع لهذين الخطين من السلطة إذ وجدناه داخل مصلحة الاستعجالات خاضع للسلطة الطبية ممثلة في المرض المنسق وكذا رئيس مصلحة الاستعجالات، وأيضا للسلطة الإدارية ممثلة في منسق النشاطات الشبه طبية وكذا نائب المدير المكلف بالنشاطات الشبه طبية ومدير المستشفى، وهذه السلطة التي وجدناه خاضع لها تملك العديد من الصلاحيات التي تسمح لها بفرض عقوبات على المرض في حال مخالفة القواعد التنظيمية للمؤسسة الإستشفائية، وهوأمر وجدناه يمثل أحد أهم الرهانات التي كانت تفعل حضور الهوية المهنية لديه إذ أنه متى كان رئيس المصلحة حاضرا أونائب المدير النشاطات الشبه طبية أوحتى المدير فإن المرض يتفاعل مع المرضى وفق ما تقتضيه هويته المهنية حتى ولوكان هذا المريض أحد أقاربه وهوأمر أكدته لنا الملاحظات التي قمنا بها وكذا إجاباتهم التي تكررت فيها العبارات التالية "**... ليكان حاضر الشاف سارفين ولا المدير ماعندي ماندير لهم..**"

**<u>النتائج العامة</u>:** من أهم النتائج التي خلصت إليها دراستنا الميدانية مايلي:

- تفاعل المرض داخل المؤسسة الإستشفائية في علاقته بالمريض تحضره ازدواجية في الهوية وهي تتمظهر في ثلاث مستويات:

. على مستوى تقديمه للخدمات الإستشفائية

. على مستوى لغة الكلام المستعملة في التحدث معه

- على مستوى الأهداف من الخدمات المقدمة له أما الإنتظارات فكانت تعكس فقط حضور هوية مجتمعه المحلي فقط.

- الازدواجية في الهوية هي بمثابة إستراتيجية من الممرض لها علاقة بمجموعة من الرهانات تعمل على تفعيل حضورها لديه وهي على نوعين:

- رهانات لها علاقة بحضور هوية المجتمع المحلي وقد تمثلت في الأخلاق العصبية وسعيه لتحقيق النجاح الدنيوي والخلاص الأخروي.

- رهانات لها علاقة بالهوية المهنية وقد تمثلت في السلطة الطبية والإدارية.

## المراجع:


1- أنتوني غدنز، ترجمة فايز الصياغ (**2005**)، علم الإجتماع، ط**04**.لبنان:المنظمة العربية للترجمة.

2- بن شارف حسين(**2012**). دور التكوين المهني المتواصل في إنتاج الهويات المهنية، رسالة الماجستير غير منشورة، جامعة وهران، الجزائر.

3- بن جنات زهير (**2014**)، استراتيجيات الفاعل التنموي بين متطلبات المحلّي وإكراهات المعولم.مجلة إنسانيات، crasc، العدد**28**.

4- بورديوبيير، ترجمة أنور مغيث (**1998**)، أسباب علمية "إعادة نظر بالفلسفة"، ط**01**.لبنان: دار الأزمنة الحديثة.

5- بورديوبيير، ترجمة هناء صبحي (**2011**)، مسائل في علم الاجتماع، ط**01**.أبوظبي: هيئة أبوظبي للسياحة والثقافة.

6- بورقية أمال(**2013**) المريض والطبيب" أية علاقة ؟"، مقال منشور على الموقع: alwafid.press.ma

7- بورقية رحمة (**1992**)، الدولة والسلطة والمجتمع، ط**01**. بيروت: دار الطليعة.

8- تمحري عبد الرحيم (**1988**)، الهوية المهنية للمدرس.مجلة فكر ونقد، العدد12 .

9- الجابري محمد عابد (**1994**)، العصبية والدولة، ط**06**.بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.

10- الجوهرى محمد وعبد الله الخريجى (**2008**)، طرق البحث الاجتماعي، ط**05**.مصر:دار المعرفة الجامعية.

11- حاج عيسى أحمد (2012). أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.

12- حسام الدين كريم زكي (1989)، اللغة والثقافة.القاهرة: مكتبة بيديا الرقمية.

13- حمداش عمار (2006)، تقنيات البحث السوسيولوجي، ط01.المغرب: دفاتر طالب علم الاجتماع.

14- خربيش عبد القادر (2011)، التحليل الإستراتيجي عند ميشال كروزي، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27 العدد الأول+الثاني.

15- دمرداش طلعت (2006)، اقتصاديات الخدمات الصحية، ط02.مصر: مكتبة القدس.

16- رياب رابح، حمد بجاج (2014)، التواصل الاجتماعي وتشكل الهوية المهنية للممرضة "دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية 5- محمد بوضياف بورقلة"، ورقة عمل مقدمة إلى الملتقى الدولي الثاني حول المجالات الاجتماعية التقليدية والحديثة وإنتاج الهوية الفردية والجماعية في المجتمع الجزائري، جامعة ورقلة، 27.26نوفمبر.

17- سنوسي علي (2009)، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، جامعة الشلف، العدد السابع.

18- السويدي محمد (1984)، مقدمة لدراسة المجتمع الجزائري.الجزائر:ديوان المطبوعات الجامعية.

19- شرابي هشام (1984)، مقدمات لدراسة المجتمع العربي، ط03.لبنان: الدار المتحدة للنشر.

20- شرابي هشام، ترجمة محمود شريح (2002)، النظام الأبوي وإشكالية تخلف المجتمع العربي، ط04.وهران: دار الغرب للنشر والتوزيع.

21- عياد أحمد (2009)، مدخل لمنهجية البحث الإجتماعي، ط02.الجزائر:ديوان المطبوعات الجامعية.

22- الغذامي عبد الله (2009)، القبيلة والقبائلية أوهويات مابعد الحداثة، ط02.لبنان: المركز الثقافي العربي.

23- قدوسي محمد وآخرون (ديسمبر2013)، التمثيل السياسي المحلي وعلاقته بالتنمية "مشروع البحث الوطني PNR". المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والاجتماعية، جامعة سيدي بلعباس، العدد08.

24- كوش دنيس، ترجمة منير السعيداني (2007)، مفهوم الثقافة في العلوم الاجتماعية، ط01.لبنان: المنظمة العربية للترجمة.

**25**- منديب عبد الغني (**2006**)، الدين والمجتمع.المغرب: إفريقيا الشرق.

**26**- الهواري عدي، ترجمة جوزيف عبد الله (**1983**) الاستعمار الفرنسي في الجزائر"سياسة التفكيك الاقتصادي والاجتماعي **1830**- **1960**، ط**01**، لبنان، دار الحداثة.

**27**- الوردي علي (**1965**)، دراسة في طبيعة المجتمع العراقي، بغداد.

**28**- الموقع الرسمي لمدونة الشبه طبي بالجزائر: paramedicalealger.blogspot.com، أطلع عليه بتاريخ **20**/**01**/**205**.

**12**-AlBarello Luc et all, (1995), Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales, Paris, Armand Colin.