صورة الذات لدى المريض تبعا لخطورة المرض: دراسة ميدانية بمستشفى مدينة وهران بالجزائر

مليكة قويدري بشاوي

karimalik@yahoo.fr
جامعة وهران 2 محمد بن أحمد، الجزائر

ملخص

استكشفت هذه الدراسة الصورة التي يكونها المريض عن نفسه تبعا لخطورة المرض، وتغير نظرته إلى دوره في محيطه عند انتقاله من حالة النشاط إلى حالة اللانشاط بالإضافة إلى تعايشه مع المرض تبعا لخطورة المرض. وقد اعتمدت الباحثة على أدوات مختلفة منها الملاحظة، المقابلة الحرة وشبه المقننة، وعلى مقياس صورة الذات لدى المريض من تصميم الباحثة، ويشمل بعدين أساسيين، وهما بعد المريض ومعايشته للمرض؛ إلى جانب بعد دور المريض في محيطه الاجتماعي. وشملت الدراسة عينة من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران بلغ عددها 438 مريضا منهم 265 ذكرا و173 أنثى، وتراوحت أعمارهم بين 17 و80 سنة. وأظهرت النتائج أن هناك فروقا دالة إحصائيا في صورة الذات والتعايش مع المرض ودور المريض في محيطه بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير. وتبين أيضا أن دور المريض في محيطه يتغير تبعا لخطورة المرض. فالمرض الخطير يغير نظرة المريض لمحيطه ولعلاقاته الاجتماعية. وتبين أن صورة الذات الكلية للمريض تتأثر بمجموعة من العوامل كالمستوى الاقتصادي والثقافي للمريض وبعده عن الأسرة والمستشفى.

الكلمات المفتاحية: الصورة الذاتية للمريض؛ خطورة المرض؛ دراسة ميدانية.

Self-image of the patient according to the severity of the disease: Field study at Oran Hospital in Algeria

Malika Kouidri Bachaoui

karimalik@yahoo.fr
University of Oran 2 Mohamed Ben Ahmed, Algeria

Abstract

This study explored the patient self-image according to the severity of the disease, and the change in his perception of his role in his environment when he moves from a state of activity to a state of inactivity; in addition to his coexistence with the disease according to the severity of the disease. The researcher relied on various tools, including observation, free and semi-structured interview, and on the patient self-image scale designed by the researcher, which includes two main dimensions, namely, the patient's dimension and his experience of the disease. Additionally, to the role of the patient in his social environment. The sample of 438 patients at the University Hospital of Oran, 265 of them were males and 173 females, whose ages ranged between 17 and 80 years. The results showed that there are statistically significant differences in self-image, coexistence with disease, and the role of the patient in his environment between seriously ill patients and patients with non-serious disease. It was also found that the patient's role in his environment changes according to the severity of the disease. A serious illness changes the patient's view of his environment and his social relations. It turns out also that the patient's overall self-image is affected by a set of factors, such as the economic and cultural level of the patient and the distance from the family and the hospital.

Keywords: patient self-image; severity of illness; field study.

مقدمة

إن الدرجة القصوى التي يصلها المرض، ويعاني منها المريض ليست معروفة دائما 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 والمتمثل في القلق، وحالات التوتر، والشعور بالذنب والعجز الاجتماعي، وكذلك تلك العلاقة المهزوزة والمضطربة التي تحدث بين المريض وجسده. إضافة إلى ذلك هناك الدور الذي يلعبه المريض في محيطه والذي ينقله من حالة النشاط إلى حالة اللانشاط. كل هذه المتاعب والتوترات تجعل المريض يكون صورة لذاته ربما تختلف أو تتغير عن الصورة التي كانت عنده من قبل. كما أن نوع مرضه، ترقباتِه، وشقاءه قد يجعله يذهب إلى المستشفى للبحث عن المعالج والعلاج، وبالتالي فتجربته مع المستشفى قد تكون سعيدة فتعطيه الشعور بالرضا، وقد تكون تعيسة فتسبب له الشعور بالنقص والتعاسة وربما حتى الشعور بالاحتقار. إن صورة الذات التي يكونها المريض عن نفسه تختلف من مريض لآخر حسب مجموعة من المتغيرات المرتبطة به وعليه افترضت الباحثة أن هناك فرقا دالا إحصائيا في صورة الذات بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير.

مفاهيم الدراسة

- مفهوم صورة الذات

جرى اقتراح مفهوم صورة الذات من طرف العديد علماء النفس المعاصرين. على سبيل المثال، يعرف سيلامي Sillamy صورة الذات، ب "التصور المعرفي للشخص من طرف الفرد نفسه، ومن خلال علاقاته مع الكائنات والأشياء المهمة بالنسبة إليه" (Sillamy, 1980, p. 1127). وتعتبر الذات في علم النفس مرادفا للوعي أو الشخص. ويقارن شارل رنوفييه C. Renouvier بين الذات واللاذات في تعريفه للشخصية فيقول: "يتعلق الأمر بالكائن الواعي كذاتية، بدل الأنا الذي يعني مجموعة المميزات الفردية" (Sillamy, 1980, p. 1125). ويورد لكويي L'Ecuyer بأن وليام جيمس W. James يعرف الذات في كتابه "مبادئ علم النفس

"كمجموع كلي لكل ما يسميه الفرد "ملكه الخاص، ليس فقط جسمَه وإمكانياتِه الفيزيقية، لكن حتى ملابسه، بيته، شريك حياته وأطفاله، أسلافه وأصدقاءه، سمعته وعمله، أراضيه أحصنته يخته وحسابه البنكي (L'Ecuyer, 1987, p. 17). بالنسبة ل وليام جيمس، فالذات تتضمن كل ما هو أنا وكل ما هو لي فهو أنا واسع، يشمل كل ما هو شخصي. ونستنتج مما سبق بأن مفهوم الذات يعيدنا إلى كل ما يدركه الفرد في نفسه، وإلى كل ما يعتقد بأنه ملكه الخاص مثل سماته الشخصية المتميزة، قيمه، وطموحاته.

يعتبر فرويد Freud بأن الفرد يتكون من "ذات نفسية، غير معروفة ولا شعورية، والتي تراكب الأنا السطحي المنبعث من النظام كجوهر؛ ولا يوجد انفصال واضح بين الأنا والذات خاصة في الجزء الأدنى لهذا النظام، حيث يمكن الخلط بين كليهما (Freud, 1980, p. 1126)، ويستنبط من ذلك أن الذات عند فرويد هي ذلك الجانب اللاشعوري، أو اللاوعي. واتجه يونغ اتجاها آخرَ في تعريفه للذات، حيث فرق بين الذات والأنا بقوله: "لا بد من التمييز بين الأنا والذات، الأنا ما هو إلا موضوع الوعي أي الشعور، بينما الذات تشمل الكلية النفسية بما فيها اللاشعور" (Young, 1950, p. 479). وبذلك، فالذات بالنسبة ليونغ هي أشمل من الأنا. ونفهم من تعريفه بأن الذات تحتوي على الأنا الواعي والأنا اللاواعي.

ويرى لكويي أن المفاهيم التالية: الشعور بالذات، إدراك الذات، صورة الذات، تصور الذات، مفهوم الذات، غالبا ما تستعمل بطريقة مترادفة. فهذه المفاهيم هي التي تؤدي إلى مفهوم الذات؛ فهو يرى أن مفهوم الذات هو مفهوم متعدد الأبعاد ويتضمن الجانب اللاشعوري (الذات الغير الظاهرة)، والجانب الشعوري (الذات الظاهرة).

ومنح جيمس بوجنتال James .F.T. Bugental امتيازا خاصا للتجربة الشخصية للفرد، ويورد لكويي عن بيجنتال أن مفهوم الذات هو "نظام إدراكي متعلم، والذي يوظف كموضوع داخل الحقل الادراكي" (L'Ecuyer, 1978, p. 69). ما يهيمن في تعريف جيمس بوجنتال هو "الطابع التصوري" الذي يعرفه من خلال تحليل العلاقات الموجودة بين ما يدرك بأنه يمتلكه أو يشكل جزءا منه والذي يسميه "ذاتا ظاهرة"،

وبين ما لا يشكل جزءا منه ويسميه "ذاتا غير ظاهرة". ويرتكز بوجنتال في استكشافه لمفهوم الذات على تحليل علاقة الأفراد اللفظية بإدراكاتهم. ولا يتحدث دونالد سوبر Donald Super (L'Ecuyer, 1978, p.73) عن مفهوم الذات، وإنما عن "نظام لمفاهيم الذات". بالنسبة لدونالد سوبر، فالفرد من خلال تجاربه يكتسب عدة مفاهيم للذات، وهو نفسه يرتبها في إطار أو جهاز منظم.

الذات عند شاد قوردن Chad Gordon (L'Ecuyer, 1978, p.52) هي جهاز متكون من عدة عناصر منظمة بطريقة تسلسلية، تتشكل هذه العناصر المختلفة عند الفرد من خلال التنشئة الاجتماعية وابتداء من سن صغير. فالذات حسب قوردن، تتشكل عند الفرد من خلال التنشئة الاجتماعية، وهذا ما يؤكده علم نفس نمو الطفل عندما يبين بأن علاقة الطفل بالمحيط الاجتماعي تتأسس من خلال سلسلة التقمصات، وبفضل هذه التقمصات يُكون الفرد أناه، ويتعلم أدواره و يدمج أنظمة القيم.

ويرى الكثير من الباحثين بأنه لا يمكن الفصل بين الأنا والآخر في بناء الذات. وهدفنا من هذا العمل ليس تثمين الأنا أو الآخر في بناء الذات، وإنما هو تكوين فكرة عن الحالة التي يوجد فيها المصاب بمرض خطير، وما هي الاعتقادات والأفكار، والمواقف التي تصبغ صورته لذاته.

- مفهوم المرض

إن أهمية مفهوم المرض بكل ما يحمل من معانٍ نفسية واجتماعية، ومعاناة عقلية وفسيولوجية من جهة، وتعدد تناوله وتكراره في الحياة اليومية من جهة أخرى، أدى إلى ظهور العديد من النظريات والتيارات في تناوله ودراسته. فمفهوم المرض وآليات انتقال تصور هذا المفهوم من مجتمع إلى آخر، ومن حضارة إلى أخرى، عرف تأويلات وتفسيرات متعددة: كل فترة كانت تختار التصورات التي تؤول بها المرض، وكانت هذه التصورات تتشكل وتبنى على أساس الذهنيات والمعتقدات الشعبية. وكثيرا ما كانت تأويلات المرض ترتبط بالحرام والشيطان؛ فشخص مريض هو بالمقابل شخص متهم. إن المرض كان كذلك وجها من التعاسة المطهرة، وفي 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" (Sillamy1980, p. 697). وعلى العموم، فقد كان المرض يعزى في القديم إلى الغضب الإلهي قبل أن تتغير هذه الاعتقادات بالاكتشافات العلمية.

المفهوم البيولوجي للمرض

تشير أغلب القواميس في تعريفها للمرض إلى أنه فساد الصحة وتدهور 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 (جراثيم، صدمة، سم)، وعدم القدرة على إعادة التوازن البيولوجي المنقطع، أو حل مشكل نفسي" (Sillamy, 1980, p. 696).

نقرأ في "القاموس الطبي" التعريف التالي: "المرض هو الإتلاف الصحي، يشمل مجموعة من الخصائص المحددة، بالأخص السبب، الإشارات والأعراض، تطور طرق العلاج والتنبؤات الدقيقة". (DictionnaireThematique: Larousse Médical, 1976)

نستنتج من هذه التعاريف أن المرض هو العجز عن مقاومة الاضطراب في وظائف الجسم الناتج عن الاعتداء الخارجي وعن بعض التسممات والصدمات. وأننا نتعرف على المرض من خلال الأعراض والفحوصات والتحاليل الطبية.

التحليل النفسي للمرض

يعتبر المرض أمرا مربكا وخطيرا يستدعي اهتمام كل أفراد الأسرة وخاصة المقربين للشخص المريض. ويصبح الإنسان المريض، ولاسيما الذي يصل مرضه إلى درجة متقدمة من الخطر، مركز اهتمام كل أفراد العائلة، وطبعا درجة الاهتمام بالمريض تكون حسب تقدم المرض، حسب مكانة الفرد المصاب وحسب دوره في الوسط

الأسري. إن المرض لا يصيب الإنسان المريض فقط وإنما يحدث اختلالا في الأسرة ويفقد العائلة توازنها. "اسأل عن المريض ولا تنس الشخص الذي يعتني به" عبارة تتردد في مجتمعنا عند زيارة المريض.

يتم التعبير عن المرض في التحليل النفسي بمفهوم الهروب؛ فبالنسبة للتحليل النفسي المريض يهرب إلى المرض حتى ينسى الضغوطات الاجتماعية والمشاكل الشخصية. ويختلف تالكوت بارسونس Talcott Parsons (Herzlich, 1996, p. 20) عن المحللين النفسانيين ويقول: "المرض هو انحراف وعلى المجتمع مراقبته". بالنسبة لتالكوت بارسونس المرض لا يعتبر سبيل هروب، ولا هو وسيلة تملص وإنما هو مشكل يحتاج إلى علاج.

تجد كلودين هرزلش Herzlich تكاملا بين نظرة المحللين النفسانيين ونظرة تالكوت بارسونس. فبالنسبة لكلودين هرزلش "الهروب إلى المرض هو رغبة كل واحد"؛ ولهذا "يجب على المجتمع أن يمارس مراقبة على المرضى ومحيطهم". وقد حددت الدور الذي يجب أن يتمسك به كل واحد؛ فدور الطبيب هو ضبط الانحراف الذي يمثله المرض عند المريض، ودور المريض هو التنسيق بين المظاهر التناقصية والسلوكات الأكثر إيجابية (إن للمريض واجبات، يجب أن يرغب في العلاج وأن يتعاون مع الطبيب من أجل الشفاء (Herzlich, 1996, p. 21).

إن الهدف من هذه الدراسة ليس هو تحديد المرض انطلاقا من البعد الطبي، بل هو محاولة معرفة المعنى الذي يعطيه المريض لمرضه اعتبارا من تجربته الخاصة، ومحاولة تحليل الأثر النفسي الذي يحدثه المرض عند الكثير من الأشخاص، وفهم الحالة السيكولوجية للشخص المصاب بمرض خطير.

الدراسة الاستطلاعية

اعتمدت الباحثة في الدراسة الاستطلاعية على ما يلي:

1- الملاحظة القصدية، المباشرة، والفردية: تمت ملاحظة المرضى في مصلحة أمراض القلب، ومصلحة الأمراض الداخلية ومصلحة الحروق ومصلحة الأمراض السرطانية، ومصلحة الجراحة، الموجودة بداخل المستشفى الجامعي لمدينة وهران.

والهدف من الملاحظة هو الاستماع إلى شكاوى وتعليقات المرضى، والتعرف على المعاناة التي يعيشها المريض، ومعرفة مدى تأثير هذه المعاناة في تشكل نوع الصورة التي يكونها المريض عن نفسه.

2- المقابلة الحرة: 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 لابد من الاعتماد على هذه التقنية.

عينة المقابلة وخصائصها: أجريت المقابلة مع عينة عرضية تتكون من 40 مريضا، من بينهم 20 من الإناث و20 من الذكور تتراوح أعمارهم ما بين 19 إلى 52 سنة، وبلغ متوسط العمر 32 سنة؛ وشملت العينة مرضى مقيمين بالمستشفى الجامعي للعلاج، ومرضى غير مقيمين بالمستشفى خلال فترة المعالجة، ومرضى قاطنين بمدينة وهران ومرضى قاطنين خارج مدينة وهران.

استنتاجات المقابلة: إن المقابلات الحرة التي أجريت ساعدت الباحثة على جمع تعابير المرضى عن قلقهم، آلامهم وتطلعاتهم.

مقياس صورة الذات لدى المريض: المقياس هو من تصميم الباحثة. (للاطلاع على خطوات بناء المقياس انظر "مقياس صورة الذات وصورة الآخر في العلاقة العلاجية: البناء والخصائص السيكومترية" الذي نشر في المجلة العربية لعلم النفس المجلد 3، العدد 1، 2018، صص. 110-118). وقد اقتصرت هذه الدراسة على تطبيق الجزء الأول من المقياس وهو الخاص بصورة الذات).

وصف المقياس: مقياس صورة الذات لدى المريض هو من تصميم الباحثة. ويشتمل المقياس على بعدين وهما:

أ- بعد المرض ومعايشته، ويتكون من 19بندا:

1. يؤثر المرض على جسدي سلبا.
2. أفكر في الموت باستمرار بسبب المرض.
3. يضعف المرض طاقتي.
4. أشعر بانهيار نفسي بسبب المرض.
5. يقلقني المرض دائما.
6. أخجل من الكشف عن جسدي أمام الطبيب بسبب المرض.
7. يؤثر المرض على نفسي.
8. أصبحت أكثر عصبية من الأول بسبب المرض.
9. تضايقني شفقة الآخرين بسبب المرض.
10. لا أحب نظرات الآخرين إلي، لأنني أشعر بأنهم يخافون مني.
11. أبكي كثيرا بسبب المرض.
12. المرض قلل من هيبتي وسط عائلتي.
13. أخاف من النظر في المرآة لأنها تعكس حقيقة حالتي المرضية.
14 . المرض غيّر من عاداتي اليومية إلى الأسوأ.
15. أرغمت على المجيء إلى المستشفى بسبب المرض.
16. تناول الأدوية باستمرار يزعجني.
17. أشعر بأنني لن أشفى أبدا بسبب كثرة المعاينات الطبية.
18. أخفي دائما العلامات الظاهرة على جسدي بسبب المرض.
19. لا أستطيع القيام بالأنشطة العادية التي كنت أقوم بها سابقا.

ب-بعد دور المريض في محيطه، ويتكون من 12بندا:

1. يمنعني المرض من متابعة عملي.
2. أصبحت أكثر انعزالا بسبب المرض.
3. أشعر بأنني أهملت أسرتي بسبب المرض.
4. ينقص المرض من قيمتي في محيطي.
5. جعلني المرض أتكل على الآخرين فيما أقوم به.
6. أشعر بأنني عالة على أفراد عائلتي.
7. قلص المرض من علاقاتي.
8. لا أحب معاشرة الآخرين بسبب المرض.
9 . المرض غيّر 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.

الدراسة السيكومترية لمقياس صورة الذات لدى المريض

أولا: الثبات

لتتأكد الباحثة من ثبات مقياس صورة الذات لدى المريض اعتمدت على طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية في دراسة ثباته.

- عينة دراسة الثبات: ارتكزت الباحثة في دراسة الثبات على عينة عرضية من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران، وتتكون العينة من 48 فردا من الذكور والإناث وبمستويات تعليمية مختلفة، يتراوح عمرهم من 20 سنة وما فوق.

نتائج دراسة الثبات

أ- نتيجة الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

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

جدول 1. معامل الثبات لأبعاد مقياس صورة الذات لدى المريض بطريقة ألفا كرونباخ

الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ
بعد المرض ومعايشته	0,69
بعد دور المريض في محيطه	0,68

توضح بيانات الجدول 1 السابق أن مدى معاملات الثبات لأبعاد مقياس صورة الذات لدى المريض بطريقة ألفا كرونباخ تعتبر مرتفعة: (بعد المرض ومعايشته (0,69)، بعد دور المريض في محيطه (0,68).

ب- نتيجة الثبات بطريقة التجزئة النصفية

تم تقسيم كل بعد من أبعاد المقياس إلى نصفين، استخرج معامل الارتباط بين جزئي كل بعد بطريقة بيرسون من القيم الخام مباشرة، وبعد ذلك تم تعديل المعامل المحصل عليه من معامل ثبات جزئي إلى معامل ثبات كلي باستعمال معادلة سبيرمان براون.

جدول 2. نتائج قيم الثبات لكل بعد قبل التصحيح، وبعد تطبيق معادلة التصحيح لسبيرمان براون

الأبعاد	النتائج قبل التصحيح	النتائج بعد التصحيح
بعد المرض ومعايشته	0,49	0,66
بعد دور المريض في محيطه	0,65	0,79

ثانيا: الصدق

اعتمدت الباحثة في دراسة الصدق طريقة الصدق التجريبي، أي الارتباط بين المقياس ومقاييس أخرى صادقة. وقد تم تبني مقياس روزنبرج لتقدير الذات كمحك خارجي لدراسة الصدق.

- عينة دراسة الصدق

ارتكزت الباحثة في دراسة الصدق على عينة عرضية من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران، وتكونت العينة من 52 فردا من الذكور والإناث وبمستويات تعليمية مختلفة، تتراوح أعمار عينة دراسة الصدق ما بين 17 سنة إلى 70سنة، بمتوسط حسابي يقدر ب 37,58 سنة وانحراف معياري يقدر ب: 14,47.

- نتيجة دراسة الصدق

تم تطبيق مقياس روزنبرج لتقدير الذات، في نفس الوقت الذي تم فيه تطبيق مقياس صورة الذات لدى المريض على عينة دراسة الصدق. قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين نتائج مقياس تقدير الذات لروزنبرج، ونتائج مقياس صورة الذات لدى المريض، فتوصلت إلى النتائج التالية

جدول 3. قيم معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس صورة الذات لدى المريض

الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
بعد المرض ومعايشته	0,415	دال عند 0,01
بعد دور المريض في محيطه	0,401	دال عند 0,01

يتضح من الجدول السابق رقم (3) وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 بين مقياس تقدير الذات ل روزنبرج والأبعاد المكونة لمقياس صورة الذات لدى المريض.

الدراسة الأساسية

ارتكزت الباحثة في الدراسة الأساسية على مقاربة مؤسسة على تقنيتين هما: المقابلة الشبه مقننة، ومقياس صورة الذات لدى المريض من إعداد الباحثة.

1- المقابلة الشبه مقننة

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، وأفكاره. إن الهدف الرئيسي من هذا العمل هو جمع خواطر وإدراكات وتطلعات المريض من أجل فهم صورته لذاته. وقد تم إجراء مقابلة الدراسة الأساسية بالمستشفى الجامعي لمدينة وهران مع مرضى من مصلحة: الأمراض الداخلية، أمراض القلب، أمراض الكلى، الأمراض السرطانية، العمليات الجراحية. واستغرقت مدة تطبيق تقنية المقابلة شهرا كاملا، ودامت المقابلات في المتوسط 50 دقيقة لكل مقابلة.

دليل المقابلة

تناولت الأسئلة الموجهة إلى أفراد عينة المقابلة بشكل أساسي النقاط المحورية التالية:
- تعايش المريض مع مرضه.
- ترقبات وآمال المريض.
- معرفة التغيرات في الدور الاجتماعي العائلي للمريض.

وقد سجلت المقابلات في أشرطة سمعية تم تفريغها وتحليلها فيما بعد.

عينة المقابلة وخصائصها

قامت الباحثة بإجراء المقابلة مع عينة عرضية تتكون من 40 مريض:20 من الذكور و20 من الإناث. 15 من أفراد العينة مقيمة بالمستشفى للعلاج و 25 منهم غير مقيم بالمستشفى للعلاج. ويتراوح سن العينة ما بين 18 و 57 سنة، وبلغ متوسط العمر 30 سنة بانحراف معياري يقدر ب 11.23 سنة. الأشخاص المستجوبون في المقابلة كانوا من الجنسين وبمستويات تعليمية مختلفة.

طريقة تحليل محتوى المقابلات

تبنت الباحثة في تحليل المحتوى طريقة التحليل الآلي للمحتوى التي وضعها بيشو M. Pecheux (1969). ويعتبر بلانشي Blanchet وآخرون أن "طريقة التحليل الآلي للمحتوى تبحث عن العلاقة بين التكوين الاستدلالي، والتكوين الإيديولوجي وظروف إنتاج الحوار؛ وهذا يعني أنها تحدد الموقع الإيديولوجي الذي يضع المتحدث نفسه فيه" (Blanchet et al., 1985, p. 240).

ثانيا: مقياس صورة الذات لدى المريض

يتكون مقياس صورة الذات لدى المريض من بعدين وهما:
أ. بعد المريض ومعايشته للمرض.
ب. بعد دور المريض في محيطه الاجتماعي.
ويشكل البعدان السابقان (أ، ب) صورة الذات الكلية لدى المريض.
تشمل الصفحة الأولى من مقياس صورة الذات لدى المريض مجموعة من البيانات الخاصة بالمواصفات الشخصية للعينة: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، مكان السكن، نوع المرض، طبيعة المرض، الوضعية الاقتصادية للمريض، ومكان العلاج. ويتكون المقياس من 31 بندا، وتقابل كل بند إجابتان (نعم، لا).

مكان تطبيق مقياس صورة الذات لدى المريض

تم تطبيق مقياس صورة الذات لدى المريض في الدراسة الأساسية، على عينة من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران، في المصالح التالية: مصلحة أمراض القلب، ومصلحة الأمراض الداخلية، ومصلحة الأمراض الصدرية، ومصلحة أمراض الكلى، ومصلحة الأمراض السرطانية.

طريقة تطبيق مقياس صورة الذات لدى المريض

قامت الباحثة إلى جانب أربعة محققين، بتطبيق 450 نسخة من مقياس صورة الذات لدى المريض على عينة من مرضى مستشفى مدينة وهران في المصالح المذكورة سابقا. واستمرت مدة التطبيق شهرا كاملا. وقد 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 وطريقة التطبيق لكل المحققين.

عينة تطبيق مقياس صورة الذات لدى المريض

اشتملت العينة التي طبق عليها مقياس صورة الذات لدى المريض في الدراسة الأساسية المواصفات التالية:

جدول 4. توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	265	%60,5
أنثى	173	%39,5
المجموع	438	%100

يتبين من الجدول السابق أن نسبة الذكور (60,5%) تفوق نسبة الإناث (39,5%)

جدول 5. توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب السن

العدد	العمر الأصغر	العمر الأكبر	متوسط العمر	الانحراف المعياري
438	17	80	36,8	14,59

يتبين من الجدول السابق، أن متوسط عمر العينة يبلغ 36,8سنة بانحراف معياري يقدر ب 59، 14 سنة.

جدول 6. توزيع العينة من حيث المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	عالي	المجموع
التكرار	31	118	136	119	29	05	438
النسبة	%7,1	%26,9	%31,1	%27,2	%6,6	%1,1	%100

يتضح من الجدول السابق، أن كل المستويات ممثلة: (الأمي بنسبة 7,1%، الابتدائي بنسبة 26,9%، المتوسط بنسبة 31,1%، الثانوي بنسبة 27,2%، الجامعي بنسبة 6,6%، والعالي بنسبة 1,1%.

جدول 7. توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

الحالة المدنية	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	المجموع
التكرار	182	210	35	11	438
النسبة المئوية	%41,6	%47,9	%8,0	%2 ,5	%100

يوضح الجدول السابق رقم (7) أن ما يعادل نسبة41,6% من العينة غير متزوجين، ونسبة 47,9% متزوجين، بينما نجد 8,0% مطلقين، ونسبة 5% ,2 أرامل.

جدول 8. عدد المرضى المقيمين وغير المقيمين بالمستشفى للعلاج

المرضى	التكرار	النسبة
المقيمين بالمستشفى	187	%42,7
غير المقيمين	251	%57,3
المجموع	438	%100

يوضح الجدول 8. أن عدد المرضى المقيمين بالمستشفى للعلاج يعادل نسبة 42,7% وعدد المرضى غير المقيمين بالمستشفى للعلاج يعادل نسبة57,3%.

طريقة التصحيح: تم جمع نسخ المقياس الموزعة بعد الانتهاء من التطبيق، وتمت الدراسة على 438 نسخة وهذا بعد أن ألغت الباحثة 12 نسخة كانت المعلومات فيها ناقصة.

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

عرض وتفسير النتائج

لتوضيح الصورة التي يكونها المريض عن ذاته قامت الباحثة بتحليل الفرضية التي تنص على وجود فرق دال إحصائيا في صورة الذات بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير وفقا للأبعاد المكونة لهذه الصورة (بعد المرض ومعايشته وبعد دور المريض في محيطه).

أولا: صورة الذات الكلية

جدول 9. الفرق في صورة الذات الكلية بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير

نوع المرض	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
خطير	256	43,58	3,90	-3,739	0,01
غير خطير	182	45,18	5,05		

يتضح من الجدول 10 وجود فرق دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير في صورة الذات.

ثانيا: بعد المرض ومعايشته

جدول 10. الفرق في بعد المرض ومعايشته بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير

نوع المرض	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
خطير	256	23,25	2,43	-3,750	0,01
غير خطير	182	24,29	3,13		

يتضح من الجدول السابق رقم (11) وجود فرق دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 في بعد المرض ومعايشته بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير.

ثالثا: بعد دور المريض في محيطه

جدول 11. الفرق في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير

نوع المرض	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
خطير	256	20,30	2.33	-2,081	0,05
غير خطير	182	20,82	2.74		

يتضح من الجدول 12. وجود فرق دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 في بعد دور المريض في محيطه بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير.

مناقشة نتائج الفرضية

تكشف نتائج الفرضية عن وجود فرق دال إحصائيا في صورة الذات الكلية عند مستوى الدلالة 0,01 بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير، كما تكشف النتائج عن وجود فروق في الأبعاد المكونة لصورة الذات بين المرضى المصابين بمرض خطير والمرضى المصابين بمرض غير خطير عند مستوى الدلالة 0,01 في بعد المرض ومعايشته وعند مستوى الدلالة 0,05 في بعد دور المريض في محيطه. ويعتبر المرض بصفة عامة اضطرابا لمسار الحياة العادية، والمرض الخطير هو انهيار لمسار الحياة بالنسبة للشخص المصاب وبالنسبة لعائلته.

إن المرض الخطير يغير نظرة المريض ويجعله يعيد النظر في محيطه وفي علاقاته الاجتماعية؛ المرض الخطير يجعل المريض يعيش في عالم يختلف عن العالم الذي كان يعيش فيه سابقا، هذا لا يعني أن العالم يتغير وإنما نمط معيشة المريض هو الذي يتغير، وتتغير علاقاته مع الآخرين، بل تتغير حتى قيمه ومفهومه للحياة، وهذا ما تبينه دراسة قام بها كوستاف نيكولا فيشر Gustave-Nicolas Fischer و سيريل تركينو Cyril Tarquino في أحد مستشفيات مدينة "متزMetz " 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. وتراوح السلم التقييمي لهذا المقياس ما بين 0 و 9 درجات. وطلبا من المرضى تقييم العبارات الخاصة بهذا المقياس مرتين. ويحدد كل مريض في التطبيق الأول أهمية كل عبارة قبل إصابته بالمرض، وفي التطبيق الثاني يحدد أهمية كل عبارة بعد الإصابة بالمرض. وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن تطور المرض يبرز القيم الضرورية للحياة، وكأن فلسفة الحياة تتغير، وبالتالي يصبح المريض في حاجة أكثر إلى الحنان، التمتع بالحياة، الثقة بالغير، والاهتمام بالذات. كما بينت أن في

الحالات الصعبة والشاقة دائرة الاهتمامات تلتف حول الذات. طبعا هذا الاهتمام بالذات لا يكون بالمفهوم النرجسي، وإنما يكون من أجل الحفاظ على الحياة. وبينت الدراسة من جهة أخرى انخفاض قيمة بعض القيم التي لها أهمية في المجتمع مثل (النجاح المهني، التنافس: تحقيق المشاريع).

إن الأمراض الغير خطيرة الذي تصيب الإنسان لفترة قصيرة هي في معظم الأحيان عابرة وغير عنيفة. بينما الأمراض الخطيرة كما تؤكده المقابلة هي عادة حوادث عنيفة ومباغتة، لا يوجد لها أثر في تجاربنا السابقة، ولا في حياتنا العادية. إن الأمراض الخطيرة هي عبارة عن تجربة أليمة بالنسبة للمصاب. يقول مريض مصاب بسرطان الدم "لم أعرف الطبيب ولا الدواء طيلة حياتي، كنت دائما بصحة جيدة، لا أدرى من أين جاءتني هذه المصيبة". وقالت مريضة أخرى مصابة بسرطان الثدي: "لم أشعر بأي ألم، ولا وجع، فجأة ظهرت عقدة مثل حبة الحمص في الثدي".

في حالات الأمراض الخطيرة نجد الخوف من المجهول وخاصة عند الكبار في السن. تقول مريضة في العقد السادس: "أنا كبيرة في العمر، والمرض زادني". تتوقف ثم تضيف بصوت خافق " من سيتحملني فيما بعد عندما أصبح عجوزا ؟!" المريضة كانت تعاني من ربو حاد. وقال 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". وقال مريض آخر يعاني من ارتفاع ضغط الدم والسكري: "ربما يقومون ببتر رجلي، لا أعرف، لحد الآن لم يخبرني أحد".

وفي حالة الأمراض غير الخطيرة يشتكي المريض من نسبة الوجع والتعب فقط، بينما في حالة الأمراض الخطيرة غالبا ما تدور الأحاديث حول بتر الأعضاء والموت. فالمرض الخطير هو عبارة عن تجربة خاصة بالنسبة لكل مريض أصيب به، وهو تجربة يعيشها الفرد المصاب مليئة بالتعاسة، والمعاناة الجسدية، والأوجاع النفسية. وفي الواقع، فخطورة المرض بالنسبة للمريض هي أوجاع يعيشها من خلال ألم الأعراض الباطنة، والأعراض الظاهرة. إن أعراض المرض البارزة للآخرين قد تقلق المريض وتضعه في وضعية نفسية محرجة. إن ملاحظات الآخرين، وكل ما يفسر من خلال نظراتهم تجعل المريض يعيش اضطرابات نفسية ومعاناة حادة. تعبر مريضة مصابة بسرطان في الأنف " لا أحب نظرات الآخرين، لا أحب أن أخرج الى الشارع لأن الناس تنظر إلى دائما بتعجب، الناس في الشارع تتلفت دائما وتوجه لي نظرات استفهام وشفقة".

هذه المعاناة تكون أكبر عندما تشوه الأعراض المظهر الجمالي للفرد. تصرخ مريضة مصابة بسرطان على مستوى الوجه والعنق وتقول: " كأنني وحش مار في الطريق؛ كل الناس ينظرون إلي، لم أكن أتمنى ذلك، لكن هذا قدري، الله أصابني" تبكي وتواصل "الحمد لله". ويؤكد ذلك بوكريسة مروان، في دراسته لمرضى السرطان ويقول: "في غالب الأحيان المريض الذي يفقد الأمل في إيجاد علاج عجيب ينقذه من مرضه، وإضافة إلى الألم العضوي الذي يعاني منه تتزايد عنده صعوبة الحفاظ على عزة النفس، إن فقدان عاداته وفقدان نقط استدلال حياته المهنية، إن الاضطراب الذي يقع في حياته الخاصة وانعدام الآمال و التطلع إلى المستقبل وتشوه صورته لذاته بموجب المظهر الخارجي عند المصاب بسرطان الوجه أو عند المصاب بسرطان الثدي وإضافة إلى شعوره البائس بسبب تراجع دوره في عائلته وانتكاس مكانته الاجتماعية، كل هذا يساهم في بؤسه وفي انهيار قد يؤدي به إلى تهدم ذاته"(Boukrissa, 2012, p. 122). والمعاناة والاضطرابات التي يعاني منها المصاب بصدمة المرض الخطير تبدأ من نظرات المعالجين أنفسهم: المرضى المصابون بمرض خطير يشتكون من عبارات الترهيب التي ينطق بها الأطباء. مثل:

- "خليتي مرضك يطول"؛
"يوجد ناس مراض في العائلة بهذا المرض"؛
"ضغط الدم مرض صعب خودي بالك منه".

هذه العبارات يرددها الأطباء دائما، عن قصد أو بدون قصد لا أدري، تقول مريضة مصابة بضغط الدم والسكري وهي تقلد طبيبها في كلامه، تفكر قليلا وتؤكد أن "هذه العبارات تزيد من جزع المريض وقلقه".

وإلى جانب ذلك، فالمريض الذي يعاني من مرض خطير نجده يفسر مرضه دائما بالقدر الإلهي، ومن بين العبارات التي يرددها المرضى:

- "أنا بين يَدي الله، وهو يفعل ما يريد"؛
- "المرض لا يقتل، الأجل هو الذي يقتل"؛
- "المرض هو سبب فقط، الله هو الذي يعطي الحياة وهو الذي يأخذها في الوقت الذي يريد".

وهذه العبارات نجدها بكثرة عند المصابين بالأمراض الخطيرة سواء كانوا ذكورا أو إناثا. يقول علي رشام بالتكلم عن مرضى الكلي" بمجرد إخبارهم بمرضهم، يصدمون، ويتصورون أن المدى المرتقب لحياتهم يقل ويتوقعون أن يعيشوا ما تبقى من حياتهم معاقين" (Recham, 2012, p. 49).

خلاصة

على كل حال، المرض الخطير يغير في حياة الفرد المريض، يغير شخصيته، يغير في نمط معيشته، ويغير في علاقاته مع محيطه. فالفرد المريض يتغير دوره في محيطه ويجد نفسه مرغما على التكيف مع ضغوطات اجتماعية جديدة. إن المصاب بمرض خطير، عكس المصاب بمرض غير خطير، تتغير نظرته لذاته وتقل ثقته بنفسه؛ بسبب جهله لمصيره وتخوفه من مستقبله، كل هذا قد يؤدي إلى اضطراب حياته وانهيار ذاته. من خلال تحليل المقابلات نستنتج من تصريحات المرضى وجود عدة صور للذات عند المريض؛ فهي صور متنوعة ومتناقضة في نفس الوقت، قد تتطور من صورة محبذة إلى صورة منبوذة مرورا بصورة متأرجحة بين الاثنين؛ فقد نجد الصورة المحبذة عند المريض الذي لا يعاني من خطورة المرض والذي لا يعاني من ضعف المستوى الاقتصادي والثقافي والمريض الذي لا يعاني من بعد المسافة بين السكن والمستشفى؛ بينما نجد صورة منبوذة عند المريض الذي يكابد حدة المرض وظهور الأعراض المرضية، والذي يعاني من الابتعاد عن الوسط العائلي.

المراجع

- سليمان، بومدين (2004). التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر" حالة مدينة سكيكدة"، رسالة دكتوراه دولة غير منشورة، جامعة منثوري بقسنطينة.
- Blanchet, Aet al. (1985). L'entretien dans les sciences sociales. Paris: Bordas.
- Bagros, Ph., De Toffol, B. (1993). Introduction aux sciences humaines en médecine. Paris: édition marketing.
- Boukrissa, Merouane (2012). Cancers et concertations. Nouvelles approches et stratégies de prise en charge du cancer, Alger: Eds M.P.S.
- Herzlich, C. (1992). Santé et maladie Analyse d'une représentation sociale. France: Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.
- Herzlich, C. (1994) Sociologie de la maladie et de la médecine. 2eme edition. Paris: Nathan.
- 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.
- Larousse Thematique(1976). Dictionnaire médical. Paris:Ed. France loisirs.
- Rechman, Ali. (2012). De la dialyse à la greffe. Coll. Sciences et société. France: Harmattan.
- Sillamy, N. (1980). Dictionnaire de psychologie. Paris: Bordas.