

حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

فصلية علمية محكمة - تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

ANNALS OF THE ARTS AND SOCIAL SCIENCES

A Refereed Academic Quarterly, Published by the Academic Publication Council - University of Kuwait

حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

الحويلة الخامسة والثلاثون
الرسالة ٤٢٣

١٤٣٦ هـ / ٢٠١٥ م (مارس)

جامعة
الكويت

مجلس
النشر العلمي

University
of Kuwait

Academic
Publication Council



ثقافة التمريض وممارسة القوة

بحث في الأنثروبولوجيا الطبية بمستشفى قصر العيني

التعليمي الجديد

(جمهور مصر العربية)

د. سيد محمد علي فارس

قسم الاجتماع - كلية الآداب - جامعة بني سويف

جمهورية مصر العربية

Nursing Culture and the Practice of Power

A Research in Medical Anthropology at New Kasr Al- Aini

Teaching Hospital

(Arab Republic of Egypt)

Dr. Sayed M. Faris

Sociology Department - Faculty of Arts

Beni Sueif University

Egypt

ISSN: 1560 - 5248

ISSN: 1560 - 5248

الرسالة ٤٢٣ - الحويلة ٣٥



Monograph 423 - Volume 35

١٤٣٦ هـ / ٢٠١٥ م (مارس)

1436 A.H/2015 (March)

RATES

-  Kuwait: K.D 0.500  Bahrain: BD 1  Qatar: RQ 10
 Emirates: DH 10  Saudi Arabia: RS 10  Oman: RO 1
 Cost per issue in Arab Countries: Equivalent to one US dollar
 Cost per issue in other Countries: Equivalent to three US dollars

Subscription for 12 Monographs

Subscription Period	Subscription Type	Kuwait	Arab Countries	Foreign Countries
1 Year	Individuals	4 K.D	6 K.D	22 \$
	Institutions	22 K.D	22 K.D	90 \$
2 Years	Individuals	7 K.D	10 K.D	37 \$
	Institutions	37 K.D	37 K.D	150 \$
3 Years	Individuals	10 K.D	14 K.D	52 \$
	Institutions	52 K.D	52 K.D	210 \$
4 Years	Individuals	13 K.D	18 K.D	67 \$
	Institutions	67 K.D	67 K.D	270 \$

All correspondence and enquiries must be addressed to:

Editor

ANNALS OF THE ARTS AND SOCIAL SCIENCES

P.O Box 17370 El-Khaldiah - KUWAIT 72454

Tel: 24810319 - Fax: 24810319

ISSN 1560-5248 Key title: Hawliyyat Kulliyat al-Adab

E-mail: aass@ku.edu.kw

<http://Pubcouncil.kuniv.edu.kw/AASS/>

Full texts are available at:
EBSCO Publishing Products
Dar Al Mandumah: www.mandumah.com

The Publications of The Academic Publication Council

Journal of the Social Sciences 1975, Authorship Translation for the Humanities 1981, The	1973, Kuwait Journal of and Publication Committee Educational Journal 1983,
Science and Engineering 1974, 1976, Journal of Law 1977, Journal of Sharia and Islamic	Studies 1983, Arab Journal of
Journal of the Gulf and Administrative Sciences 1991.	
Arabian Peninsula Studies Sciences 1980, Arab Journal	

ثمن العدد

-  الكويت: ٥٠٠ فلس  البحرين: دينار واحد  قطر: ١٠ ريالات
 الإمارات: ١٠ دراهم  السعودية: ١٠ ريالات  عمان: ريال واحد
 ثمن النسخة في دول الوطن العربي ما يعادل دولاراً واحداً
 ثمن النسخة في الدول الأجنبية ما يعادل ثلاثة دولارات

الاشتراك السنوي لعدد (١٢) رسالة

سنوات الاشتراك	نوع الاشتراك	الكويت	الدول العربية	الدول الأجنبية
سنة واحدة	أفراد	٤ دنانير	٦ دنانير	٢٢ دولاراً
	مؤسسات	٢٢ ديناراً	٢٢ ديناراً	٩٠ دولاراً
سنتين	أفراد	٧ دنانير	١٠ دنانير	٣٧ دولاراً
	مؤسسات	٣٧ ديناراً	٣٧ ديناراً	١٥٠ دولاراً
٣ سنوات	أفراد	١٠ دنانير	١٤ ديناراً	٥٢ دولاراً
	مؤسسات	٥٣ ديناراً	٥٢ ديناراً	٢١٠ دولارات
٤ سنوات	أفراد	١٣ ديناراً	١٨ ديناراً	٦٧ دولاراً
	مؤسسات	٦٧ ديناراً	٦٧ ديناراً	٢٧٠ دولاراً

جميع المراسلات الخاصة بشروط النشر أو أية استفسارات أخرى

توجه إلى رئيس تحرير حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

ص. ب: ١٧٣٧٠ الخالدية - الكويت: 72454 - ت: ٢٤٨١٠٣١٩ - فاكس ٢٤٨١٠٣١٩

ISSN 1560-5248 Key title: Hawliyyat Kulliyat al-Adab

E-mail: aass@ku.edu.kw

<http://pubcouncil.kuniv.edu.kw/AASS/>

تتوفر نصوص البحوث كاملة لدى:

EBSCO Publishing Products

دار المنظومة: www.mandumah.com

إصدارات مجلس النشر العلمي

مجلة العلوم الاجتماعية ١٩٧٣، مجلة الكويت للعلوم والهندسة ١٩٧٤، دراسات الخليج والجزيرة العربية ١٩٧٥، لجنة التأليف والتعريب والنشر ١٩٧٦، مجلة الحقوق ١٩٧٧، حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية ١٩٨٠، المجلة العربية للعلوم	الإنسانية ١٩٨١، مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية ١٩٨٣، المجلة التربوية ١٩٨٣، المجلة العربية للعلوم الإدارية ١٩٩١.
---	---

حولييات الآداب والعلوم الاجتماعية ANNALS OF THE ARTS AND SOCIAL SCIENCES

تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

فصلية علمية محكمة تتضمن مجموعة من الرسائل
وتعنى بنشر الموضوعات التي تدخل في مجالات
اهتمام الأقسام العلمية لكليتي الآداب والعلوم
الاجتماعية:

الآداب:

اللغة العربية وآدابها، اللغة الإنجليزية وآدابها،
التاريخ، الفلسفة، الإعلام.

العلوم الاجتماعية:

الاجتماع والخدمة الاجتماعية، الجغرافيا، علم
النفس، العلوم السياسية.

الحولية الخامسة والثلاثون
الرسالة الثالثة والعشرون بعد المائة الرابعة
١٤٣٦هـ / ٢٠١٥م

هيئة

أ. د. جمال بدر القناعي

رئيس هيئة التحرير

أ. د. أحمد الهواري

قسم اللغة العربية وآدابها

أ. د. شفيق الغبرا

قسم العلوم السياسية

د. حسين أحمد بو عباس

قسم اللغة العربية وآدابها

أ. د. عويد المشعان

قسم علم النفس

د. مناور بيان الراجحي

قسم الإعلام

د. علي زيد الزعبي

قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

د. عبدالله محمد الهاجري

قسم التاريخ

مها إبراهيم المسعد

مديرة التحرير

الهيئة

أ. د. حياة ناصر الحجي
قسم التاريخ - جامعة الكويت

أ. د. إبراهيم السعافين
قسم اللغة العربية - الجامعة الأردنية

أ. د. إسماعيل صبري مقلد
قسم العلوم السياسية - جامعة أسيوط

أ. د. عبدالقادر الفاسي الفهري
قسم اللغة العربية - جامعة محمد الخامس

أ. د. إمام عبدالفتاح إمام
قسم الفلسفة - جامعة عين شمس

أ. د. ماري تريز عبدالمسيح
قسم اللغة الإنجليزية - جامعة الكويت

أ. د. حمدي حسن أبو العينين
عميد كلية الإعلام - جامعة مصر الدولية

أ. د. محمد غانم الرميحي
قسم الاجتماع - جامعة الكويت

أ. د. محمود السيد أبو النيل
قسم علم النفس - جامعة عين شمس

أ. د. محمد محمود إبراهيم الديب
قسم الجغرافيا - جامعة عين شمس

قواعد النشر في

حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

- ١ - حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية، مجلة فصلية علمية محكمة، تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت، تنشر البحوث من الجامعات والمؤسسات العلمية العربية والأجنبية في الموضوعات الأدبية والاجتماعية والإنسانية.
- ٢ - تنشر الحوليات البحوث والدراسات الأصلية، باللغتين العربية والإنجليزية، على ألا تتجاوز صفحات متن أي بحث ٢٠٠ صفحة، ولا تقل عن ٥٠ صفحة (في المتن دون الهوامش والمراجع).
- ٣ - قواعد تسليم البحوث:
 - أ - يقدم البحث مطبوعاً من ثلاث نسخ، على ورق (A4)، وعلى مسافة واحدة، وبنط (١٤)، مع القرص المرن الخاص به.
 - ب - يرفق الباحث ملخصاً للبحث مطبوعاً باللغتين العربية والإنجليزية؛ في حدود ١٥٠ كلمة للغة العربية، و ٢٠٠ كلمة للغة الإنجليزية.
 - ج - يرفق الباحث مع البحث سيرة علمية مختصرة، مطبوعة باللغتين العربية والإنجليزية، تشمل أهم مؤلفاته وأبحاثه.
 - د - يقدم الباحث إقراراً كتابياً بأن البحث المقدم لم يسبق نشره في أي مجلة علمية أو غيرها.
 - هـ - تقدم الخرائط، والأشكال، والرسوم بأصولها الصالحة للطباعة، أما الصور الفوتوغرافية فتطبع على ورق لماع، مع ضرورة تقديم الشريحة الأصلية للصور الملونة.
 - و - في حال رغبة الباحث نشر الصور، أو الخرائط، أو الأشكال البيانية ملونة، يلتزم دفع تكاليفها.
- ٤ - يراعي الباحث عند كتابة هوامش البحث ومصادره ومراجعته ما يلي:
 - أولاً - الهوامش:
 - أ - توضع الهوامش في نهاية كل فصل، أو في نهاية البحث في حالة عدم وجود فصول.
 - ب - ترتب أرقام التوثيق بطريقة متسلسلة حتى نهاية كل فصل، أو حتى نهاية البحث في حالة عدم وجود فصول.
 - ج - تثبت الهوامش عند ذكرها لأول مرة كاملة على النحو التالي:
اسم المؤلف، عنوان الكتاب (بالبنط الأسود)، رقم الطبعة / رقم الجزء، مكان النشر، اسم الناشر، سنة النشر / رقم الصفحة.

مثال:

- أحمد محمد عبد الخالق، معجم الألفاظ الشخصية، الطبعة الأولى - دولة الكويت، مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت، ٢٠٠٠م/ ص ١٥.
* المرجع السابق، ص ٢٦.
- وفي حالة وجود فاصل هامش مختلف يذكر على النحو التالي:
* أحمد عبد الخالق، معجم الألفاظ الشخصية - ص ٣٥.

ثانياً - المصادر والمراجع:

يرتب ثبت المصادر والمراجع ترتيباً ألفبائياً، بحسب الأسماء المشهورة للمؤلفين.

ويتبع في إثباتها ما يلي:

اسم المؤلف، عنوان الكتاب (بالبنط الأسود)، اسم المحقق أو الشارح أو المترجم، رقم الطبعة، اسم الناشر، مكان النشر، السنة.

مثال:

الجاحظ، أبو عثمان عمرو بن بحر، كتاب «الحيوان»، تحقيق: عبد السلام محمد هارون، ط ٢، مطبعة مصطفى البابي الحلبي وأولاده - مصر، ١٩٦٥م.

٥ - شروط قبول البحوث في الحوليات:

- أ - لا تقبل الحوليات البحوث التي سبق نشرها في أي مجلة علمية أو غيرها.
ب - أصول البحوث المقدمة للنشر لا ترد ولا تسترجع، سواء أنشئت أم لم تنشر.
ج - لا يجوز نشر البحوث في جهات أخرى بعد موافقة الحوليات على نشرها، وإذا ثبت ذلك، فستتخذ إدارة الحوليات الإجراءات القانونية المتبعة بهذا الشأن.
د - يمكن للباحث نشر بحثه في جهات أخرى، بعد الحصول على إذن كتابي مسبق من رئيس التحرير، وبعد انقضاء ثلاث سنوات - على الأقل - على نشره في الحوليات.

هـ - تمنح المجلة للباحث خمسين نسخة من بحثه المنشور إهداء.

٦ - ترسل البحوث وجميع المراسلات الخاصة بالحوليات إلى:

رئيس تحرير حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

ص.ب: ١٧٣٧٠ الخالدية

رمز بريدي: 72454

الكويت

ISSN 1560 Key title: Hawliyyat Kulliyyat al-Adab

<http://pubcouncil.kuniv.edu.kw/AASS>

E-mail: aass@ku.edu.kw

الرسالة ٤٢٣

ثقافة التمريض وممارسة القوة بحث في الأنثروبولوجيا الطبية بمستشفى قصر العيني التعليمي الجديد (جمهور مصر العربية)

د. سيد محمد علي فارس
قسم الاجتماع - كلية الآداب - جامعة بني سويف
جمهورية مصر العربية

حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية - الحولية الخامسة والثلاثون - ١٤٣٦هـ / ٢٠١٥م

المؤلف:

د. سيد محمد علي فارس

- دكتوراه الآداب في الأنثروبولوجيا عن أطروحتي «الاتصال الثقافي والشخصية: بحث في الأنثروبولوجيا النفسية

لمجتمع الواحات». جامعة بني سويف، مصر، ٢٠٠٦.

- مدرس الأنثروبولوجيا، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بني سويف.

الإنتاج العلمي:

أولا - الكتب:

- النظرية الأنثروبولوجية، مكتبة عماد وعمرو، بني سويف، ط١، ٢٠٠٨.

- الاتجاهات المعاصرة في الأنثروبولوجيا الاجتماعية، دار الأصول، ط١، ٢٠٠٩.

- تاريخ الفكر الأنثروبولوجي، دار الأصول، بني سويف، ط١، ٢٠٠٩.

- الأنثروبولوجيا في عالم متغير، دار الأصول، بني سويف، ط١، ٢٠١٣.

- ما بعد الحداثة: رؤى معاصرة في الأنثروبولوجيا والعلوم الاجتماعية، مصر العربية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، (تحت الطبع).

- المشاركة في ترجمة مؤلف مارفن هاريس المعنون بـ «الأنثروبولوجيا الثقافية»، دار الثقافة العربية، بني سويف، ط١، ٢٠٠٠.

- ترجمة مؤلف الآن بارنارد المعنون بـ «التاريخ والنظرية في الأنثروبولوجيا» (تحت الطبع).

- ترجمة مؤلف روبرت لايتون المعنون بـ «النظرية في الأنثروبولوجيا» (تحت الطبع).

ثانيا - الأبحاث:

- «الوضع الراهن لبحوث ودراسات أنثروبولوجيا البحر المتوسط»، المؤتمر الدولي الأول

لبرنامج الدراسات الدولية المتوسطية، كلية الآداب - جامعة بني سويف - أبريل - ٢٠٠٩.

- الإشكالية المنهجية في أنثروبولوجيا ما بعد الحداثة، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (٣٨)، العدد (٢)، ٢٠١٠.

- نظرية المعنى الثقافية في الأنثروبولوجيا المعاصرة: ثمرة الاتجاهات النقدية. جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية، المجلد الثالث، العدد (٢)، ٢٠١١.

- المفهوم الأنثروبولوجي للثقافة بين الحداثة وما بعد الحداثة، حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية - جامعة الكويت، الرسالة ٣٦٣ - الحولية ٣٣، ٢٠١٢.

المحتوى

١١	ملخص
١٣	مقدمة
١٧	الأهمية النظرية والتطبيقية للبحث
١٩	تساؤلات البحث وأهدافه
٢١	الفصل الأول: الإطار النظري
٥٢	الفصل الثاني: المفاهيم الرئيسية
٥٢	- التمريض
٥٦	- ثقافة التمريض
٦٣	- ثقافة التنظيم
٧١	- القوة
٨٥	- الرضا الوظيفي
٨٨	- المقاومة
٩١	الفصل الثالث: تحليل نقدي للدراسات السابقة
٩٦	الفصل الرابع: مجتمع البحث والإجراءات المنهجية
٩٦	أولاً - مجتمع البحث
١٠٠	ثانياً - الإجراءات المنهجية
١٠٠	(١) الإستراتيجية المنهجية
١٠١	(٢) أدوات جمع البيانات
١٠١	(أ) دليل العمل الميداني
١٠٢	(ب) الجماعة النقاشية
١٠٣	(ج) الملاحظة بالمشاركة
١٠٤	(د) المقابلات شبه الموجهة
١٠٦	(هـ) الأثنوجرافيا السردية

١٠٨	(٣) تحليل البيانات
١٠٩	(٤) مدة الدراسة الحقلية
١١٠	الفصل الخامس: نتائج البحث
١١٠	المبحث الأول: سمات ثقافة التمريض
١٤٢	المبحث الثاني: ثقافة التمريض وممارسة القوة
١٤٤	المرمضة والطبيب
١٧٨	المرمضة والمريض
١٨٥	جماعة التمريض
١٨٨	المبحث الثالث: المعرفة والقوة
١٩٩	المبحث الرابع: ثقافة التمريض والنوع
٢٠١	المبحث الخامس: ثقافة التنظيم، ثقافة التمريض، والرضا الوظيفي
٢١٩	مناقشة النتائج
٢٢٥	ملاحق البحث
٢٣٩	الهوامش
٢٨٥	المراجع

مُلَخَّص

تعد العوامل الثقافية قضايا محورية في مشكلات الصحة التي يجابهها العالم اليوم. وتتضمن الرعاية الصحية العديد من مظاهر الثقافة. وتؤثر الثقافة في إدراكات وتصورات المرضى ومقدمي الخدمة الصحية. ويعتبر التمريض ظاهرة ثقافية، وجماعة ثقافية تعيد إنتاج المعاني المرتبطة بثقافتها. وتتعلق المعاني الثقافية الرئيسية بالقوة، ذلك أن الثقافة قوة في جوهرها، وتوجد مستغرقة كلية في علاقات القوة التي تشكلها. وترتبط القوة لزوماً بالممارسة اليومية للتمريض، تتخلل تفاعلات الممرضات ومناشطهن الروتينية، وتشكل أفعالهن واتجاهاتهن وخطاباتهم وممارساتهن اليومية. لذلك يركز هذا البحث على: (١) الكشف عن سمات ثقافة التمريض (الطرق النمطية للتفكير والشعور والسلوك). (٢) وصف السياق الاجتماعي والتنظيمي لثقافة التمريض، وتحليل أدوار الممرضات وسلوكياتهن وممارساتهن على ضوء مصطلحات السياق السسيويثقافي والتنظيمي. (٣) الكشف عن العلاقة بين ثقافة التمريض وممارسة القوة. (٤) التعرف على تأثير ثقافة التمريض في ممارسات الممرضة الإكلينيكية والتمريضية. (٥) بحث العلاقة بين المعرفة وممارسة القوة في السياق الإكلينيكي. (٦) الكشف عن خطابات القوة التي يتم بداخلها اتصال الممرضة والطبيب، وغيرهما من العاملين بالمستشفى، وتكشف عن علاقات القوة بين الممرضات والأطباء والمرضى. (٧) بحث العلاقة بين الثقافة، والنوع، وممارسة القوة. (٨) بحث العلاقة بين ثقافة التنظيم وثقافة التمريض، والرضا الوظيفي. وقد توسل هذا البحث بمنهجية أنثروبولوجية كيفية ارتكزت في جمع البيانات على أدوات الجماعة النقاشية، والملاحظة بالمشاركة، والمقابلات شبه الموجهة، والأثنوجرافيا السردية. وانطلق من إطار نظري موجه قوامه النظرية ما بعد البنائية، والنظرية التركيبية الاجتماعية ما بعد الحداثية. وقد خلص هذا البحث إلى عدة نتائج من أهمها: (١) تمثل

الممرضات ثقافة فرعية تتألف من مجموعة من الطرق النمطية للتفكير والشعور والسلوك. (٢) تكشف جماعة التمريض عن سلوكيات الجماعة المضطهدة. (٣) التمريض جماعة ثقافية تعيد إنتاج المعاني المرتبطة بثقافتها. وتتعلق المعاني الثقافية الرئيسية بالقوة. (٤) المستشفى مجال للقوة يحوي مجالات أخرى متعددة يمثل التمريض أحدها. (٥) توجه ثقافة التمريض ممارسات الممرضات للقوة، وذلك في علاقتهن بالأطباء والمرضى والممرضات الأخريات. (٦) الممرضات يستحوذ عليهن شعور - شكلته ثقافة التمريض - بالسيطرة المهنية من جانب الأطباء في السياق الإكلينيكي. (٧) تخضع الممرضة لتأثيرات القوة وتمارسها في آن معاً، وتبدى مقاومة تتخذ أشكالاً ظاهرة وأخرى خفية أو غير صريحة. (٨) ثقافة التمريض مجال للصراع، والتناقض، وإعادة إنتاج تفاوتات القوة. يتضح ذلك في التفاعلات وممارسات القوة داخل جماعة التمريض. (٩) تتواشج المعرفة والقوة، وتصطدم قوة المعرفة الطبية السلطوية بقوة المعرفة التمريضية الفعالة. (١٠) يتوسط النوع العلاقات والتفاعلات بين الأطباء والممرضات. (١١) تعيد ثقافة تنظيم المستشفى موضوع البحث إنتاج معاني التبعية والخضوع الماثلة في ثقافة التمريض. (١٢) تحدد ثقافة التمريض وثقافة التنظيم مستوى الرضا الوظيفي.

المصطلحات الأساسية: ما بعد البنائية، النظرية التركيبية الاجتماعية ما بعد الحداثية، ثقافة التمريض، ممارسة القوة، المعرفة، النوع، ثقافة التنظيم، الرضا الوظيفي.

مقدمة

تختص الأنثروبولوجيا الطبية^(١) ببحث الأبعاد الثقافية والاجتماعية للصحة والمرض والطب^(٢). وتتناول بالدرس الصحة الإنسانية في سياقات بيئية وثقافية متنوعة^(٣). وتهتم بدراسة مسببات ونتائج المرض، وأنساق الرعاية الصحية، والتكيف البيوثقافي^(٤). ويركز الأنثروبولوجيون الطبيون على حزمة العوامل الثقافية والبيولوجية التي تؤثر في الصحة والمرض وأنساق الرعاية الصحية، ويتناولون مجموعة متنوعة من القضايا المتصلة بالصحة والرعاية الصحية من أهمها العوائق الثقافية المعرقة للرعاية الصحية العلاجية والوقائية، والاتصال بين المعالج والمريض داخل المستشفى^(٥). وقد اعتبرت الأنثروبولوجيا الطبية ميداناً أكاديمياً فرعياً منذ مطلع ستينيات القرن العشرين، تسلط اهتمامه في البداية على تأويل المرض والخبرة به. ويؤشر على أن الثقافة التي تحتضن المريض تؤثر في خبرة المرض^(٦).

وتقارب الأنثروبولوجيا الطبية المعاصرة الصلات القائمة بين الطب والثقافة والسلوك الصحي، وتدمج المنظورات الثقافية في السياقات الإكلينيكية، وبرامج الصحة العامة. ويتحدد هدفها المحوري في التأثير في الرعاية الطبية والسياقات الإكلينيكية^(٧). وبرغم أن معظم الأنثروبولوجيين الطبيين لا يشاركون في العلاج، فإن بعض أدوار الأنثروبولوجيا في الممارسة الإكلينيكية قد يشمل الأنثروبولوجي كعضو بفريق معالج. ويسهم الأنثروبولوجيون في الأنشطة العلاجية عن طريق تفسير السلوكيات، والتوسط بين الأطباء والمرضى، وتعليم الأطباء كيفية فهم سلوكيات المرضى في السياق الثقافي، وفي حياتهم الاجتماعية والشخصية. وتعد الاستجابة أو الحساسية حيال حاجات الآخرين، والتوسط بين الجماعات والمنظورات المختلفة السمات الرئيسة لدور الأنثروبولوجي في السياقات الإكلينيكية. لذلك يتسلط اهتمام الأنثروبولوجيا الإكلينيكية clinical

anthropology على: (١) الضغوط البيروقراطية والبنائية التي تمارس على الرعاية، (٢) توقعات مقدمي الخدمة فيما يتعلق بسلوك المريض، (٣) المشكلات النفسية والاجتماعية والأعباء التي تخلقها وصمة المرض وتأثيرات العلاج، (٤) مشكلات الاتصال والعلاقات في المواقع الإكلينيكية^(٨). وتستلهم البحوث المعاصرة في الأنثروبولوجيا الطبية الاتجاهات ما بعد البنائية التي تتسلط على العلاقة بين الثقافة والقوة والمعرفة، وتؤكد على دراسة الخطاب والمعاني.

تعد العوامل الثقافية قضايا محورية في مشكلات الصحة التي يواجهها العالم اليوم. والحقيقة أن المشكلات الصحية ليست ببساطة مشكلات طبية لها حلول إكلينيكية، لكنها مشكلات مجتمعية ذات أبعاد ثقافية مركبة. وثمة إدراك معاصر لأهمية الثقافة للطب والرعاية الصحية. فقد بات من المستحيل التغاضي عن تأثيرات الثقافة على ممارسات الرعاية الصحية^(٩). إذ تتضمن الرعاية الصحية دائماً العديد من مظاهر الثقافة، وتعمل المؤسسات الصحية كإنساق ثقافية تتأثر بالقيم والمعتقدات والاتجاهات الأخرى^(١٠). وتعد العوامل الثقافية مهمة في التشخيص والعلاج والرعاية، وتشكل المعتقدات والسلوكيات والقيم المرتبطة بالصحة^(١١). وتؤثر الثقافة في إدراكات وتصورات المرضى ومقدمي الخدمة الصحية للظروف الصحية والعلاجات الملائمة. ويتطلب تحسين الرعاية الصحية اهتماماً بالمؤثرات الثقافية على الاهتمامات والظروف والمعتقدات والممارسات الصحية. لذا صارت المنظورات الثقافية أطراً لتحسين الرعاية الصحية عالمياً^(١٢). وأُعتبرت الثقافة جزءاً أساسياً وضرورياً من ممارسات الطب، والتدريب والإعداد الإكلينيكي^(١٣). لذلك تركّز أحد الاهتمامات الرئيسة للأنثروبولوجيا الطبية على مؤسسات ومقدمي الرعاية الصحية، وبرامج الرعاية الصحية المتاحة لتحقيق الاحتياجات الصحية^(١٤).

لقد ظلت أبنية ثقافة التمريض لفترة طويلة منطقة مجهولة، وتحظى بالنذر اليسير من النقاش سواء في الممارسة أو بين باحثي التمريض. وجاءت معظم الدراسات المنشورة سسيولوجية تركز بؤرة اهتمامها على أنساق أو نظم التمريض. لكن اليوم يجتذب المنظور الثقافي اهتمام العاملين في مجال بحوث التمريض. على سبيل المثال اهتم البعض بثقافة التمريض، وثقافة تنظيم التمريض، والثقافات الفرعية، والتمريض في بيئة معينة، والرعاية الثقافية، والتمريض عبر الثقافي transcultural nursing^(١٥).

وبصفة أساسية اهتم البحث الأنثروبولوجي للتمريض بمعتقدات وانطباعات متلقي الخدمة والمرضى في جماعات عرقية مختلفة، والتمريض في مجتمع متعدد الثقافات، والتمريض كتقافة فرعية^(١٦). وتتجه البحوث والدراسات المعاصرة إلى التركيز على مهنة التمريض، ومعنويات الممرضات، وتأثير رضائهن عن العمل على جودة الرعاية الصحية المقدمة، ورضا المريض عن هذه الرعاية^(١٧). ويتناول الباحثون المعاصرون العوامل الثقافية في ممارسة الممرضات، وأدوار وهوية التمريض باعتبارها عناصر في ثقافة التمريض. ويؤكدون على أهمية التعرف على الكيفية التي من خلالها ترى الممرضات القوة، والمكانة، والاستقلال في سياقات اجتماعية وتنظيمية مختلفة. وقد أوضح ديجيلنج Degeling أن تحليل ثقافة التمريض يشمل الخلفية الاجتماعية والتاريخية، والقوة التي يمارسها الطب على التمريض، وعلاقات القوة بين الأطباء والممرضات. وقد تحرى ويكس Wicks الارتباطات بين النوع والقوة ومكانة التمريض كمهنة^(١٨).

وتعتبر ثقافة التمريض جزءاً من بيئة التمريض^(١٩). ويندمج البعد الثقافي في عملية التمريض بأسلوب روتيني. وتعد الثقافة مكوناً من مكونات الحياة الإنسانية ككل، بما في ذلك الصحة والمرض، وموجهاً مكتسباً ينتقل رمزياً، ويؤثر في ظروف الحياة اليومية واتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة والمرض^(٢٠). ويعتبر التمريض

ظاهرة ثقافية، أو نسقاً يسلك فيه الأفراد في علاقتهم ببعضهم البعض. وللنسق الثقافي للتمريض أو لثقافة التمريض خصائص فذة متميزة: لغة مشتركة، وقواعد وشعائر مشتركة، وزى متماثل^(٢١).

تركز الأنثروبولوجيا منذ تسعينيات القرن المنصرم على مسألة القوة^(٢٢). ويندفع الأنثروبولوجيون في السنوات الأخيرة إلى دراسة وفحص دور القوة في كل المناشط الإنسانية تقريباً، والعديد من هذه المناشط ليست سياسية^(٢٣). ويُقضي مفهوم القوة مفهوم الثقافة المقدس، ويزحزحه عن مركز اهتمام الأنثروبولوجيا^(٢٤). ويعد فوكو من القلائل الذين أثروا في تصور الأنثروبولوجيين للقوة. والقوة وفقاً لنظريته تتخلل كل مستويات العلاقات الاجتماعية. وتعد في رأيه مثمرة منتجة ومتناثرة عبر النسق الاجتماعي، ومرتبطة بالمعرفة ارتباطاً وثيقاً. وهي منتجة وليست كابتة قامعة كما أنها تخلق معرفة جديدة^(٢٥). والقوة لا تُمتلك - حسبما تؤكد التصورات التقليدية - ولكن تُمارس، وتنتشر عبر المجتمع، ولا تتركز هنا أو هناك^(٢٦)، ويتم تركيبها وتفاوضها وممارستها باستمرار عن طريق التفاعلات والعلاقات بين الأفراد والجماعات التي تتفاعل مع بعضها البعض في السياقات الطبية على سبيل المثال لا الحصر^(٢٧).

وبتأثير الاتجاهات ما بعد البنائية وما بعد الحداثية برزت اهتمامات بالعلاقة بين الثقافة والقوة والصحة، ومعنى الخبرة الطبية^(٢٨). وترتبط القوة الظاهرة والخفية لزوماً بالممارسة اليومية للتمريض. وعند مقارنة ثقافة التمريض، يصعب إهمال وتجاهل علاقات القوة التي تتجلى في تنظيم المستشفى بين الممرضات والإدارة، والممرضات والأطباء، والممرضات والمرضى. فالقوة حاضرة في كل ظروف التمريض^(٢٩). ويمتلك الأطباء، والممرضات، وممارسو الرعاية الطبية الآخرون، والمرضى القوة ويستعملونها في علاقاتهم ببعضهم البعض. ولفهم طبيعة العلاقات

بين الممارس والممارس، وبين الممارس والمريض، يجب فهم طبيعة القوة. وبدون هذا الفهم، تبقى الاختلافات في القوة بين الممارسين أو المعالجين، أو بين الأطباء والممرضات بلا نقاش، ويبقى المريض، وبعض الممارسين مفتقراً إلى القوة^(٣٠).

إن افتقار مهنة التمريض إلى القوة، وشعور أفرادها بالضعف والاضطهاد، يحول دون تحقيقها إمكانياتها الكلية. ويؤثر سلباً على جودة الرعاية الطبية. ومنذ ذلك الحين تدفقت الكتابات التي ركزت على افتقار التمريض للقوة، ونتائج سلوكيات التمريض كجماعة مضطهدة^(٣١). واضح أن لهذا البحث أهمية نظرية وتطبيقية يُلقى عليها مزيداً من الضوء فيما يأتي.

الأهمية النظرية والتطبيقية للبحث:

تسهم مناطق معينة في الأنثروبولوجيا الطبية بنصيب وافر في تدعيم الأساس النظري للأنثروبولوجيا وتطوير النظرية، بينما يكون هدف مناطق أخرى تطبيقي يؤكد على استعمال المعرفة الأنثروبولوجية في السياقات الإكلينيكية، وعلى فعالية الأنثروبولوجيا الطبية وتأثيرها في تحسين جودة الرعاية الصحية، والمشاركة في بحث وحل المشكلات الصحية الملحة التي تتأثر بالتنظيم الاجتماعي الإنساني والثقافة^(٣٢). لذلك تتحدد الأهمية النظرية لهذا البحث في اختبار بعض مقولات النظرية ما بعد البنائية Poststructuralism في الأنثروبولوجيا خاصة عند ميشيل فوكو وبيير بورديو.

وتتمثل الأهمية التطبيقية أو العملية لهذا البحث في رصد سمات ثقافة التمريض، والكيفية التي بمقتضاها توجه هذه السمات السلوكيات والأدوار والممارسات التي تضطلع بها الممرضة داخل المستشفى، وتأثير ذلك على جودة الرعاية الصحية المقدمة. لقد تأكد للرأي أن المنظورات الثقافية للأنثروبولوجيا باتت ضرورية لتحسين جودة الرعاية الصحية، وتحقيق فعالية برامج صحة المجتمع.

ويعتبر مفهوم الثقافة مهماً لفهم الصحة والطب لأن السلوكيات الصحية الشخصية والممارسات المهنية للطب تتأثر بالثقافة بعمق. وتعد المعرفة الثقافية مهمة في تحديد السياسات والبرامج الصحية الملائمة بناءً على تصورات المجتمع المحلي للصحة والمرض، وضرورة لفهم وتغيير سلوك مقدمي الخدمة والمؤسسات لتؤدي خدمات ملائمة^(٣٣). لقد بات الأنثروبولوجيون مطالبين بتقديم الدليل على أن أفكارهم نتائج ملموسة، وإجراء بحوث تثبت فائدتها للطب، مثل البحوث التي تتناول ثقافة مقدمي الرعاية الطبية، والتفاعل بين المعالج والمريض^(٣٤).

ويسعى هذا البحث إلى الكشف عن العلاقة بين ثقافة التمريض والقوة، والتي تتجسد في العلاقات بين الممرضات والأطباء، أخصائيات التمريض والممرضات، الممرضات والمرضى، على سبيل المثال، وتؤثر على أدوار وممارسات التمريض. والحقيقة أن هناك ندرة في البحوث المنشورة التي تتناول الجوانب السسيوثقافية لعلاقات القوة بين جماعة التمريض والممارسين الطبيين، أو بين الممرضات والمرضى. وهناك إهمال من جانب علماء الاجتماع والأنثروبولوجيين لدور الممرضات في المحيط الطبي.

وتعتبر الممرضات أكبر جماعة مهنية تعمل في مجال الرعاية الصحية. وتمثل هذه الجماعة أكثر من قوة عمل في نظام الرعاية الصحية؛ إذ تشكل جزءاً مهماً من استمرارية نظام الرعاية الصحية. والتمريض ظاهرة اجتماعية، يستمد قوته من إدراك المجتمع له باعتباره خدمة أساسية. ذلك أن كثيراً من برامج الرعاية الصحية لا يمكن أن تنفذ بدون الممرضات^(٣٥). ويعاني التمريض في مصر، سواء في المستشفيات العامة، أو الخاصة، أو التعليمية والجامعية من مشكلات هائلة من أكثرها إلحاحاً النقص الشديد في أعداد التمريض الذي يصل إلى نحو (٣٠) ألف ممرض وممرضة وفقاً لإحصاءات وزارة الصحة والسكان. ولهذا النقص والعزوف

عن الالتحاق بالتمريض أبعاد ثقافية واجتماعية. وتتعرض الممرضات لانتقاص حقوقهن المادية والأدبية، ولسوء المعاملة سواء من المديرين، أو أهالي المرضى. وتشعر غالبية الممرضات بالافتقار إلى القوة، وبضعف مشاركتهن في اتخاذ القرار - على مستوى الوحدة، والمستوى المهني، ومستوى سياسة الرعاية الصحية^(٣٦). وتتحول مشاعر الضعف والافتقار إلى القوة في كثير من الأحيان إلى حركات احتجاج عنيفة وإضرابات تهدد حياة المرضى^(٣٧). يحتم ذلك بالضرورة دراسة ثقافة التمريض (الطرق النمطية للتفكير والشعور والسلوك)، وارتباطها بممارسة القوة، وتأثير ثقافة التمريض والافتقار إلى القوة على ناتج وجودة الرعاية الصحية.

تساؤلات البحث وأهدافه:

تتمحور مشكلة البحث حول ثلاثة تساؤلات محورية: ما أبرز سمات ثقافة التمريض؟ وإلى أي مدى تؤثر هذه السمات في ممارسات وأدوار الرعاية الطبية التي تضطلع بها الممرضة داخل المستشفى؟ وهل ترتبط ثقافة التمريض بممارسة القوة؟ وعليه تحددت أهداف هذا البحث فيما يأتي:

- (١) الكشف عن سمات ثقافة التمريض (الطرق النمطية للتفكير والشعور والسلوك) بالاعتماد على النظرة الداخلية emics وجهة نظر الممرضة.
- (٢) وصف السياق الاجتماعي والتنظيمي لثقافة التمريض، وتحليل أدوار الممرضات وسلوكياتهن وممارساتهن على ضوء مصطلحات السياق السسيوثقافي والتنظيمي.
- (٣) الكشف عن العلاقة بين ثقافة التمريض، وممارسة القوة.
- (٤) التعرف على تأثير ثقافة التمريض في ممارسات الممرضة الإكلينيكية والتمريضية.

- (٥) بحث العلاقة بين المعرفة، وممارسة القوة في السياق الإكلينيكي.
- (٦) الكشف عن خطابات القوة التي يتم بداخلها اتصال الممرضة والطبيب وغيرهما من العاملين بالمستشفى، وتكشف عن علاقات القوة بين الممرضات والأطباء والمرضى.
- (٧) بحث العلاقة بين الثقافة والنوع وممارسة القوة.
- (٨) بحث العلاقة بين ثقافة التنظيم وثقافة التمريض، والرضا الوظيفي.

* * *

الفصل الأول

الإطار النظري

النظرية هي الموجه للممارسة، فلا يمكن إجراء دراسة أنثوجرافية دون الإفادة من نظرية أو نموذج معين. ويساعد الاتجاه النظري الذي يتبناه الباحث في تحديد المشكلة وكيفية معالجتها^(٣٨). وتشكل النظريات الكيفية التي من خلالها يفسر الباحثون ما يلاحظون، ويحللون البيانات الكيفية^(٣٩). ويبين للرأي أنه خلال السنوات القليلة الماضية شهد التنظير الأنثروبولوجي للقوة تحولاً من التركيز على الهيراركية والأبنية والنظم الاجتماعية الكبرى التي يعمل في إطارها أفراد مجتمع معين، إلى التركيز على التفاعلات الشخصية باعتبارها وحدة أساسية للتحليل^(٤٠). وتحولت دفة الاهتمام بعيداً عن التمييز الفبري بين القوة power (باعتبارها القدرة على فرض الإذعان والامتثال في مواجهة المقاومة)، والسلطة authority (حق توقع الإذعان والامتثال). ويدين هذا التحول إلى ما بعد البنائية Poststructuralism وما بعد الحداثة Postmodernism^(٤١). لذلك اتخذ هذا البحث من النظرية ما بعد البنائية، والنظرية التركيبية الاجتماعية ما بعد الحداثة social constructionism، إطاراً نظرياً موجهاً لاختيار الموضوع وصياغة مشكلة البحث، وإعداد دليل العمل الميداني والمقابلات شبه الموجهة، وعمليات جمع البيانات الأنثوجرافية وتحليلها وتفسيرها. وفي ذات الوقت وُضعت قضايا هذا الإطار ومقولاته موضع الاختبار الأمبيرقي.

يُطبق مصطلح ما بعد البنائية على الجيل التالي من المفكرين الفرنسيين الذين أعقبوا ليفي ستروس واهتموا بالنصوص والخطابات. ومن هؤلاء المفكرين ميشيل فوكو وبيير بورديو صاحباً التأثير الكبير على الأنثروبولوجيا. وقد تشكلت ما بعد البنائية كرد فعل ناقد للبنائية، وسعت إلى إزاحة الأبنية، والمكانة العلمية للبنائية، عن المركز، وانتقدت الميتافيزيقا التي تركز عليها البنائية^(٤٢). ترفض ما

بعد البنائية البحث الدؤوب عن حقائق (الأبنية الحقيقية). وتؤكد على أن معاني الأشياء في العالم متغيرة وغير ثابتة وخاضعة للتأويل^(٤٣). وتتسلط اهتمامات ما بعد البنائية على العلاقات بين البشر والعالم، وعملية إنتاج وإعادة إنتاج المعاني^(٤٤). وتسعى إلى الابتعاد عن الأفكار الشكلية للوظيفية البنائية، وتحول إلى فهم أشمل وأكثر تعقيداً وتركيباً للعلاقات بين الثقافة والفعل الاجتماعي، وإلى الاهتمام بقضية القوة. وفي الأنثروبولوجيا أفسحت ما بعد البنائية المجال لتفسير الفعل وفرض القوة^(٤٥).

لقد أحدث ظهور ما بعد البنائية ثورة في بحوث التمريض وعلم الاجتماع الطبي والأنثروبولوجيا الطبية. وتطبق هذه النظرية في بحوث الرعاية الصحية منذ عقد ما يقارب ثلاثة عقود. وقد وفرت لباحثي التمريض إطاراً لفهم العلاقات بين الأفراد والعالم الاجتماعي، وتصور التغير في التمريض^(٤٦). وألهمت بحوث ودراسات فوكو وبورديو الباحثين في ميادين الأنثروبولوجيا الطبية، والسياسات الصحية، والتكنولوجيات الاجتماعية. وقد أثرت مفهومات مثل «القوة»، و«الخطاب»، و«المجال»، و«الهابيتوس»، و«رأس المال الثقافي» و«رأس المال الرمزي» فهمنا لممارسات الرعاية الصحية في سياقات ثقافية متنوعة وعميقة. وفي الوقت الذي كانت فيه الأنثروبولوجيا الطبية تناضل لتجد طريقاً بين الاتجاهات التي تؤكد إما على علم دلالة المرض semantics أو الاقتصاد السياسي للمرض والصحة، حاول فوكو وبورديو جسر الفجوة بين هذين القطبين. وتتمثل إحدى نقاط قوة المفهومات والنظريات التي طورها في توضيح الكيفية التي من خلالها تؤثر أبنية المجتمعات في الحيات الفردية وتشكلها، والكيفية التي من خلالها لا ينظر إلى القوة باعتبارها شيئاً في حد ذاته، ولكن دوماً باعتبارها ظاهرة علاقية تعمل على مستويات التفاعل الاجتماعي كافة^(٤٧).

وربما يرجع أحد الأسباب الرئيسة لافتتان الأنثروبولوجيين وباحثي الرعاية الصحية بفوكو وبورديو إلى الطرق المبتكرة التي تناولوا بها العلاقات بين الفرد والمجتمع، وبين الفعل والقوة. لقد كانت المعاني الثقافية للمرض والعلاج أو الشفاء بؤرة اهتمام معظم بحوث الأنثروبولوجيا الطبية على نحو تقليدي، لكن خلال العقدين الأخيرين حظيت خبرات الأفراد المرضى باهتمام متزايد. وصار باحثو ومنظرو الفعل يؤكدون على مكانة الأفراد كذوات لا كموضوعات^(٤٨). وتحقق ما بعد البنائية القدرة على دراسة وفحص بنية المعنى، وعلاقات القوة، وأهمية اللغة باعتبارها تؤثر في قرارات الرعاية الصحية المعاصرة^(٤٩). وقد جذبت أعمال فوكو اهتمام الأنثروبولوجيين إلى المظاهر العلاقية للقوة، مع التركيز على سياقات الأفعال والتأويلات، وذلك بعيداً عن السيطرة البنائية على الموارد والتي تتحقق لأفراد ذوي سلطة مؤسسية استاتيكية تماماً. أطلقت هذه الرؤية اثنوجرافيات تتحرى الطرق المحددة التي من خلالها تنبني القوة، وتجاوب تحدياً داخل سياقات اجتماعية مختلفة^(٥٠). وفيما يلي مقارنة لبعض رؤى فوكو وبورديو باعتبارها تجسد مقولات النظرية ما بعد البنائية التي تتحدى فكرة المعنى الثابت، والذات الموحدة، ونظريات القوة السائدة.

تحليل فوكو للقوة:

يعد تحليل الفيلسوف الفرنسي ميشيل فوكو للقوة الأكثر تأثيراً وأهمية خلال الثلاثين عاماً الأخيرة. وقد ساهم فوكو في تحليل العلاقة بين الثقافة والصحة. وتسَلَّطت دراساته، المتأثرة كثيراً بنيتشه، على صور العقلانية في المجتمع الحديث، والعلاقة بين المعرفة والحقيقة والقوة، والطريقة التي من خلالها تستثمر المعرفة والحقيقة والقوة الجسد في المجتمع الحديث لإنتاج أشكال معينة من الأفراد والممارسات الاجتماعية. وتشمل هذه الممارسات ممارسات الطب والطب النفسي وهويات الأطباء والممرضات والمرضى، وهلم جرا^(٥١).

وتتحدد معالم مقاربة فوكو وتصوره للقوة في النقاط الآتية:

(١) اهتم فوكو، في أعماله، بتحليل التأثيرات المتنوعة التي تمارسها المؤسسات على جماعات الأفراد، ودور الأفراد في تأكيد أو مقاومة هذه التأثيرات. وجاء تحليل القوة في قلب هذا الاهتمام^(٥٢). فقد ركز على الكيفية التي من خلالها ترتبط المؤسسات بعمليات القوة في المجتمع. وقرر أن الذات تتضافر مع الأبنية الاجتماعية. وتترأى القوة عبر معرفة الضبط أو السيطرة (المراقبة، القواعد)^(٥٣). والفرد في رأي فوكو تشكل المعايير المؤسسية والعلاقات. كما أن الأشكال السسيوثقافية والعلاقات تُخضع الأجساد الإنسانية. وتعد الأيديولوجيا والخطاب والبناء الاجتماعي نواتج أو مظاهر لصور القوة ودورانها وتداولها. باختصار يمكن القول أن الفرد الفوكوي نتاج للقوة أو أحد مظاهرها. وبعيداً عن كون القوة «قدرة معينة ممنوحة (للأفراد)»، فإن من النتائج أو المظاهر الرئيسية للقوة أن أجساداً وإيماءات وخطابات ورغبات معينة تتحول إلى أن تصبح مماثلة للأفراد أو محددة كأفراد. والفرد الذي شكلته القوة هو في نفس الوقت أداتها^(٥٤). وبرغم تأكيده على أن المواقع المؤسسية مهمة لإعادة إنتاج علاقات القوة، ارتأى فوكو أن القوة ليست نظاماً أو بناءً، كما أنها ليست قوة معينة ممنوحة لنا، إنها مسمى نعزوه إلى موقف إستراتيجي مركب في مجتمع معين^(٥٥).

(٢) وصف فوكو شكل القوة المركزة على الجسد بأنها قوة انضباطية disciplinary، وميّزها عن القوة في سياق السيادة أو السلطة العليا sovereignty. وقد تبلورت القوة الانضباطية وظهرت منذ القرن السابع عشر^(٥٦). وترتكز النظرية المعاصرة في المواجهة الطبية على رؤى فوكو التي تحاجج بأن الفحص الإكلينيكي، الذي تعود بداياته إلى نهاية القرن الثامن عشر^(٥٧)، هو أحد أدوات القوة الانضباطية التي يكون فيها «الجسد هدف القوة ونتيجتها أو مظهرها». ويوضع الأفراد أثناء الفحوص الطبية، وغيرها من

الفحوص، داخل مجال للرؤية، معرضين لميكانيزم التشييء أو التحول إلى أشياء، ومن ثم يخضعون لممارسة القوة^(٥٨). ويقرر فوكو أن كل مجتمع وتنظيم اجتماعي مشبع بالقوة في أي فترة تاريخية، ويدعى فهم وإدراك «الواقع» بصورة فذة متميزة. فالطريقة التي نفكر ونتكلم بها عن أجسادنا تخضع لسيطرة المفاهيم والنظريات والرموز التي أوجدها «واقع» مهنة الطب^(٥٩).

(٣) اقترح فوكو طريقة مبتكرة للنظر إلى القوة تختلف عن العديد من النظريات التي قاربت القوة، وتناولت الدولة، وشرعية القوة، وفكرة الأيديولوجيا، والقضايا المتصلة بامتلاك القوة ومصدرها^(٦٠). فعلى النقيض من الرؤى الثنائية للقوة التي صيغت بمصطلحات علاقات القوة النوعية gendered التي تركز على سلطة الأب والخاضعين لها، أو السيطرة والمقاومة، نظر فوكو إلى القوة باعتباره تُنتج ويُعاد إنتاجها عن طريق التفاعل الاجتماعي الثابت والمتواصل، من اتجاهات عديدة مختلفة أيضاً^(٦١). وقد تركّز تحليله على القوة عند نقاط متعددة لوجودها بدلا من تحليلها في الصورة الكونية للدولة^(٦٢). وأُعيد تصور القوة في مناقشات فوكو. لقد تحدد المنظور التقليدي في أن شخصاً أو شيئاً يمتلك القوة. ويطرح فوكو منظوراً مختلفاً للقوة يؤكد فيه: أولاً أن القوة تُمارس ولا تُمتلك. وثانياً أن القوة ليست ببساطة أو حتماً قوة قامعة قاهرة، ولكن قد تكون منتجة ومثمرة^(٦٣). وفيما يلي مقارنة لأبرز معالم ومشتملات هذا المنظور.

(٤) يقرر فوكو أن العالم في ذاته مركب معقد، ومتشعب مختلف، ومتعدد الأشكال. والقوة كلية الوجود mnipresent لأنها تنشأ من أي مكان. ومن الصعب تشخيص القوة، لأنها متضمنة في كل تفاعل إنساني^(٦٤). ويقول فوكو: «**القوة في كل مكان، ليس لأنها تتضمن كل شيء، ولكن لأنها تأتي من كل مكان**»^(٦٥). وتتخلل القوة مجال الاجتماعي وهي متناسجة في بنية الحياة اليومية^(٦٦). إذن القوة منتشرة في كل مناطق الحياة الاجتماعية، وتغير من موقعها وفعاليتها عبر

الزمن. وتماثل القوة الاجتماعية تدفق الدم في الجسد البشري، فالدم يغمر القلب، لكنه يتدفق بعد ذلك في الخلايا عن طريق أوعية كبيرة وصغيرة مترابطة. وتتراكم القوة في المجتمع في قلب الحكومة والتجارة، ولكن تتسرب بعد ذلك إلى الأفراد والجماعات والمؤسسات والأقسام الإدارية^(٦٧). وتتميز القوة بأنها متخللة ومتعددة. وفي رأي فوكو ليس هناك لاعبون خالصون. ولا وجود لثنائية الضعيف/القوي. ولكن بالأحرى يقع كل فرد في شرك ميكروفيزياء (جزيئات) القوة. ويقع الجميع بلا استثناء في شرك أبنية القوة^(٦٨). نخلص مما سبق إلى أن القوة تنتشر عبر المجتمع، ولا تحصل عليها صفة سياسية أو اقتصادية وديكتاتوريون وجنرالات، ولكن تستمتع بها كثرة متنوعة من الجماعات والأفراد^(٦٩). إنها تدور: «لا تتموضع ولا تتمركز هنا أو هناك، أو في أي شخص، ولا تملك أبداً كسلعة أو كجزء من ثروة... وتُمارس عن طريق تنظيم يشبه الشبكة، لا يدور الأفراد فقط بين خيوطه ولكن يكونون أيضاً في موضع الخضوع للقوة وممارستها، إنهم ليسوا فقط هدفها الخامل والممتثل، فهم دوماً عناصر تمفصلها (أو ممارستها وفعاليتها) articulation»^(٧٠).

(٥) تختلف تصورات فوكو للقوة عن التصورات الأخرى في تأكيده على أن القوة ليست ثابتة، لذلك فهي تُمارس بأشكال مختلفة اعتماداً على السياق. وعن طبيعة القوة يقول فوكو: «القوة لا تمارس ببساطة كالقانون واجب أو كحظر وتحريم على من لا يمتلكونها: إنها تستغلهم وتستثمرهم وتنتقل من خلالهم وعبرهم؛ وتمارس ضغطاً عليهم، وهم في نفس الوقت يناضلون ضدها، ويقاومون سيطرتها واستحواذها عليهم». ويتحدد مفهوم فوكو للقوة في أنها تتخذ شكلاً شعرياً capillary، وتصل إلى جوهر الأفراد، تلمس أجسادهم وتُغلغل ذاتها في أفعالهم، واتجاهاتهم، وخطاباتهم، وعمليات تعلمهم، وحياتهم

اليومية^(٧١). ويميز فوكو بين الأشكال المنظمة والمشروعة المركزية للقوة، والقوة الشعرية الموجودة على الأطراف. وهو تمييز يقترب من تمييز بلاو Blau وسكوت Scott الكلاسيكي بين التنظيم الرسمي والعلاقات غير الرسمية^(٧٢). إن فوكو يسعى لطرح فيزياء جزيئات أو جسيمات microphysics لمقاربة القوة الحديثة، تحليل يركز ليس على تركيز القوة في يدي شخص مسيطر أو في يد الدولة، ولكن يركز، بدلا من ذلك، على الكيفية التي من خلالها تتدفق القوة عبر الأنابيب الشعرية للجسد الاجتماعي^(٧٣).

(٦) يقترح فوكو أن يتم تحليل تأثيرات القوة في سياق خمسة تدابير منهجية: الأول: ينبغي ألا يتم تحليل القوة في سياق الأبنية القانونية أو الشرعية. ولكن يجب أن تتركز على الأشكال المحلية لاتخاذ القرار والأساليب المتضمنة. وثمة حاجة لتحديد المكان الذي تتجاوز فيه ممارسة القوة الحقوق المشروعة لفرد أو جماعة. الثاني: يحتاج تحليل القوة إلى تحديد عمليات الخضوع والتبعية المستمرة. الثالث: الأفراد هم أدوات القوة، يخضعون لتأثيراتها ويمارسونها في آن معاً. وبهذه الطريقة تدور القوة عبر مدى من النظم الاجتماعية. الرابع: تحديد الأساليب التي من خلالها تنمو المعرفة في ميادين معينة، وكيف ترتبط هذه المعرفة بالقوة. وأخيراً: لا بد أن يتم تحليل القوة من أسفل إلى أعلى وليس العكس^(٧٤).

إن تأكيد فوكو على وجوب دراسة القوة وتحليلها من أسفل إلى أعلى، لا من أعلى إلى أسفل يميز منظوره عن المنظور الماركسي للقوة، فقد ارتأى أن دراسة جوهر القوة لا بد أن تركز على تحليل من أسفل إلى أعلى، لا على تحليل من أعلى إلى أسفل^(٧٥). ويقتضي تحليل القوة تحري الطريقة التي من خلالها تتخلل وتخترق المناطق الطرفية في الحياة، وأخذ طبيعتها المتغيرة في الاعتبار^(٧٦). ويمكن نموذج القوة عند فوكو - من أسفل إلى أعلى - أي تركيزه على الطريقة التي من خلالها تتخلل علاقات القوة كل العلاقات في مجتمع

معين وتخترقها، من تحديد الممارسات الاجتماعية باعتبار أن لها منطقتها الداخلي، وتتبع الطريقة الخفية أو الماكرة التي تُستعمل هذه الممارسات، ويتم تدعيمها في إستراتيجيات القوة الأكبر. كما يحقق القدرة على رصد وتفسير الطرق العادية واليومية التي من خلالها تُمارس القوة وتُناقش أو تُقاوم، ويتيح تحليلاً يركز على الأفراد بوصفهم فاعلين إيجابيين لا سذجاً سلبيين، وذلك على النقيض من الماركسيين من أمثال لويس التوسير Althusser الذي اهتم بالطريقة التي من خلالها تقهر الدولة الأفراد، وتشكل الأيديولوجيا البشر كأفراد. ويرتكز نموذج على فكرة أن الأفراد مجموعة من السذج يخضعون للضغوط الأيديولوجية^(٧٧).

(٧) يطرح فوكو، في واحد من بحوثه المتأخرة، تعريفاً عاماً لنوع القوة الذي استحوذ على اهتمامه. فيقرر أن القوة هي «أسلوب الفعل الذي لا يؤثر مباشرة وعلى الفور على الآخرين، ولكنه، بدلاً من ذلك، يؤثر على أفعالهم: تأثير فعل على فعل، على الأفعال الموجودة أو القائمة أو على تلك الأفعال التي قد تظهر في الحاضر أو المستقبل...إنه يحث، يغري، يجعل شيئاً ما سهلاً أو أكثر صعوبة، وفي الحالات المتطرفة، يكبح ويقيّد و يمنع ويحرم على نحو جازم»^(٧٨). تعتبر القوة، وفقاً لهذه الرؤية، شيئاً يُمارس، ولا يُمتلك، وهي بالأحرى قدرة على التأثير في نسق معين. لكنها ليست شيئاً يُمارس على فاعلين أو نوات أخرى تعد في جوهرها نتاجاً للقوة^(٧٩). القوة إذن ليست استعداداً أو قدرة، كما أنها ليست مورداً أو سلعة تُمتلك^(٨٠). والحقيقة أن الممارسة الفعلية للقوة والشكل اللامتجانس المعين الذي تتخذه ينفي اقتصارها على فكرة الامتلاك والاستحواذ^(٨١).

واضح أن فوكو ينبذ جانباً الرؤية التقليدية للقوة باعتبارها قدرة الفاعلين الأقوياء على تحقيق وفرض إرادتهم على الضعفاء والمفتقرين إلى القوة، وإجبارهم على

فعل أشياء لا يرغبون في فعلها. كما يرفض النظرة إلى القوة غالباً باعتبارها تملك شيئاً يمتلكه من هم في موضع قوة، ويحاول الضعفاء التحرر من سيطرتهم. ويقرر في الجزء الأول من كتابه *The History of Sexuality* (١٩٧٨) أن «القوة شيء يؤدي أو يُنجز، شيء يشبه إستراتيجية أكثر من كونه تملكاً. وينبغي النظر إلى القوة كفعل لا كاسم، شيء يفعل شيئاً، لا شيئاً يمتلك أو يُمتلك». ويصوغ فوكو الفكرة في كتابه المعنون «المعرفة والقوة» على النحو الآتي: «يتعين تحليل القوة باعتبارها شيئاً يدور أو ينتشر، أو يعمل فقط في شكل سلسلة.... إن القوة تُستعمل وتُمارس بواسطة تنظيم يشبه الشبكة... والأفراد هم أدوات القوة، وليسوا نقاطاً أو مجالات تطبيقها». وهنا نلاحظ عدة نقاط مهمة: الأولى: يتصور فوكو القوة سلسلة أو شبكة، أي نسق من العلاقات المنتشرة عبر المجتمع، وليست ببساطة حزمة من العلاقات بين المظلوم والظالم. والثانية: أن الأفراد ليسوا ببساطة مستقبلين للقوة، لكنهم «المكان» الذي تتشكل فيه القوة وتُمارس، وتواجه مقاومة. وهكذا لا يدفعنا تنظير فوكو للقوة إلى إعادة صياغة مفهوم القوة فحسب، ولكن إلى إعادة تصور الدور الذي يؤديه الأفراد في علاقات القوة - سواء أكانوا خاضعين ببساطة للظلم أو يؤدون دوراً إيجابياً في شكل علاقاتهم بالآخرين والمؤسسات^(٨٢). لقد حاول فوكو فهم كيف أن ممارسة القوة مشتتة وموزعة، ومتعددة الأوجه، ومرنة. والقوة في رأيه، ليست «شيئاً» تتم السيطرة عليه بواسطة أيديولوجيا مهيمنة، لكنها بالأحرى عملية، تكبح وتحرر في آن معاً. فالقوة في سياق اجتماعي معين يمكن أن تكون ظالمة، لكن علاقات القوة تقدم إمكانيات للمقاومة^(٨٣).

(٨) يميل فوكو إذن إلى اعتبار القوة إستراتيجية، لا شيئاً مملوكاً، شيئاً يفعلهُ ويؤديهِ الشخص في سياق معين. ثمة حاجة إلى رؤية القوة باعتبارها شيئاً يؤدي باستمرار، وليست شيئاً يتحقق أو ينجز. ويقرر فوكو أنه لا بد من دراسة

القوة كعلاقة، ويحتاج بأن القوة هي مجموعة من العلاقات تنتشر عبر المجتمع ولا تتركز داخل مؤسسات معينة مثل الدولة أو الحكومة. وفي مقابلة معنونة Critical theory / intellectual theory يقول فوكو: «إنني لا أشير إلى القوة power بحرف استهلاكي كبير P، يُحكّم ويفرض منطقها على المجموع الكلي للجسد الاجتماعي. الحقيقة أن هناك علاقات قوة تتميز بأنها متعددة وتتخذ أشكالاً مختلفة، وقد تكون فاعلة في علاقات الأسرة أو داخل مؤسسة أو إدارة». ونظراً لأن فوكو يصور القوة هنا كقوة رئيسة في كل العلاقات داخل المجتمع، فإنه يبدو متأثراً بأعمال لويس التوسير Althusser الذي يركز تحليله للقوة على ما يطلق عليه «أجهزة الدولة الأيديولوجية» (ويقصد الأسرة، الكنيسة، النظام التربوي)، وليس على «أجهزة الدولة القمعية» (ويقصد النظام القانوني، الجيش، الشرطة)^(٨٤). ويحتاج فوكو، في مقابلة معنونة «القوة والجنس» power and sex، بأن علاقات القوة المتعددة والمركبة تلك لا تسهل بالضرورة ملاحظتها في الممارسة والواقع: «علاقات القوة ربما من أكثر الأشياء اختفاءً في الجسد الاجتماعي... (وتتحدد مهمتنا) في بحث أكثر الأشياء اختفاءً في علاقات القوة؛ وتثبيتها في الأبنية الاقتصادية التحتية؛ واقتفاء أثرها ليس فقط في الأشكال الحكومية، ولكن أيضاً في الأشكال الحكومية الداخلية أو شبه الحكومية؛ والكشف عنها في تجلياتها المادية». وهكذا فبدلاً من تعيين موضع القوة ببساطة في مؤسسة أو نظام رسمي مركزي، مثل الجيش أو الشرطة، كما فعل الماركسيون الكلاسيكيون، اهتم فوكو بالأشكال المحلية local للقوة، والطريقة التي من خلالها يتم تفاوض هذه الأشكال بواسطة أفراد آخرين أو مؤسسات (أقسام إدارية) أخرى. ويقرر أن القوة ليست نظاماً، أو بناءً، أو قدرة معينة ممنوحة لنا، إنها مسمى ينسبه الشخص إلى موقف إستراتيجي مركب في مجتمع معين^(٨٥).

يبين للرأي إذن أن فوكو ينبذ فكرة أن القوة تصدر عن مصادر مركزية، أو أنها مركزة في أيدي مجموعة معينة من الأفراد^(٨٦). ويرى أنها ليست على وجه القصر قانونية أو شرعية، أو صنع قرار، أو أسلوب. ويتصور ما بعد البنائين القوة تفاعلاً بين أنساق المعنى وأنساق الفعل. وقد رأينا أن القوة لا يمتلكها شخص أو أشخاص، لكنهم يخضعون لها ويمارسونها في نفس الوقت^(٨٧). معنى ذلك أن الإنسان هو في آن معا ذات وموضوع في علاقته بالقوة^(٨٨).

(٩) لا غرو أن فوكو يرفض التعاريف الليبرالية للقوة باعتبارها قدرة على إرغام الأفراد على فعل أشياء عن طريق العنف أو التهديد بالعنف. وهو لا يرى القوة كامنة في الأفراد، أو الطبقات، أو داخل أولئك الذين يمتلكون وسائل الإنتاج. إن القوة ليست مسألة تتعلق بالهدف أو القصد الواعي أو باتخاذ القرار. ويسعى فوكو إلى معرفة «الكيفية التي من خلالها تعمل الأشياء على مستوى الإخضاع المستمر، على مستوى العمليات المستمرة والمتواصلة التي تخضع أجسادنا، وتتحكم في إيماءاتنا، وتملي سلوكياتنا، وهلم جرا». هذه القوة المتخللة والمنتشرة متأصلة في الخطاب ذاته، لأن الخطاب يحدد ما هو صائب وحقيقي^(٨٩).

لقد كان فوكو أقل اهتماماً بالتركيز على الظلم وأكثر اهتماماً بمقاومة القوة. وتعد رؤيته للقوة مضادة بصورة مباشرة لنموذج القوة الماركسي التقليدي أو نموذج القوة النسوي المبكر الذي يعتبر القوة ببساطة شكلاً من الظلم أو القمع، ما يصطلح عليه فوكو «بالفرض القمعي» repressive hypothesis^(٩٠). ولا تعمل القوة عن طريق الإكراه والإلزام الوحشي والقوة فقط، ولكن عن طريق إنتاج أساليب جديدة للانضباط disciplines، ومجالات وأشكال اجتماعية جديدة، وأدوات جديدة للضبط^(٩١). وقد رأينا أن أعمال فوكو قد انتقدت فكرة أن القوة شيء تمتلكه جماعة أو مؤسسة، وأن القوة تكثر فقط بالظلم والقهر. لذلك حاول أن يطرح تصوراً يتجاوز رؤية القوة بوصفها قمعاً للضعيف المفترق للقوة، ويتجه

إلى فحص الطريقة التي بمقتضاها تعمل القوة داخل العلاقات اليومية بين الأفراد والمؤسسات^(٩٢). والقوة في رأي فوكو ليست صفة مميزة لطبقة حاكمة مثلاً، إنها منطقة إستراتيجية، موقع لعلاقة غير متكافئة بين القوي والضعيف: «حيث توجد القوة وتغيب المقاومة».

(١٠) القوة، على ذلك، ليست قوة سلبية، شيئاً يتجاهل ويكبح ويقمع وينكر، إن القوة منتجة مثمرة^(٩٣). وبدلاً من مناقشة القوة باعتبارها مجرد قوة أو ممارسة قمعية كابثة (وهو بعد موجود بالطبع)، كما تقرر النظرية الاجتماعية النقدية، يحاجج فوكو بأن فكرة القمع والكبت غير كافية وغير ملائمة لرصد الجانب المنتج والمثمر للقوة لأن القمع ضيق وسلبى. ويذهب إلى أن القوة ليست قاهرة كابثة، لكنها حتى في أكثر حدودها قهراً وظلماً منتجة مثمرة، تفرز أشكالاً جديدة للسلوك ولا تراقب أو تكبح ببساطة أشكالاً معينة للسلوك والحوادث، ولا تقلص الحرية ببساطة وتقيد الأفراد وتقهروهم^(٩٤)، و«تسبب المنفعة والسرور، وتشكل المعرفة، وتنتج الخطاب». وتعمل القوة لتخلق طرقاً جديدة للرؤية والكلام، ولتنتج ما يعتبر «حقيقة» في مجتمع معين، «نظام الحقيقة» بالنسبة لهذا المجتمع^(٩٥). وما يسترعي الانتباه أن القوة عندما تُناقش في سياق المواجهة الطبية، يبدو المنظوران الفوكوي والوظيفي متشابهين إلى حد ما. ففي فهم علاقات القوة باعتبارها منتجة لا قاهرة إكراهية، تجتر نظرية فوكو تأكيد الوظيفية الكلاسيكية على أن السيطرة الطبية ضرورية للممارسين أو الأطباء لتحقيق السيطرة في المواجهة الطبية، وتحقيق توقعات الطرفين بدلاً من أن تكون مصدراً للظلم^(٩٦).

واضح أن أتباع فوكو يميلون إلى التفكير في القوة على ضوء وجودها الإيجابي وجانبها المثمر المنتج للقوى والعلاقات والهويات، لا على ضوء جانبها القامع الكابت^(٩٧). ويؤكد فوكو على وجوب التركيز على جوانب القوة ومظاهرها

البناءة. ويتصور القوة قدرة على «بناء أو تكوين المجال الممكن لأفعال الآخرين». ويطلق إيرك وولف Wolf على هذا النوع من القوة مصطلح «القوة البنائية»^(٩٨). لقد تغيرت ميكانزمات القوة بصورة جذرية. فقد باتت تدعم الحياة بدلا من تدميرها^(٩٩). وتشمل القوة في رأي فوكو كل شيء من الأشكال الظاهرة والصريحة للإكراه والتلاعب أو المناورة manipulation إلى الممارسة الخفية للسلطة والتأثير. ويعد هذا الفهم للقوة جديداً يختلف عن الفهم التقليدي الذي اعتبرها قوة سلبية قمعية فقط. وترتبط القوة بالتحريم والحظر والعقاب وفرض القوانين، لكن فوكو تحرى فكرة القوة البناءة، مؤكداً أن هناك طرقاتاً لممارسة القوة تولد القليل من الصراع والإحباط، علاقات قوة يصعب بدرجة أكبر مقاومتها. وهكذا يبتعد التنظير للقوة تدريجياً عن وجهة النظر القانونية - الخطابية التقليدية jurico-discursive التي تميل إلى القول بأن القوة: «تتخذ شكل التحريم والحظر الصريح الواضح (ومن ثم الخطابى discursive) والإكراه والتهديدات والعقاب (الشكل القانوني). ويتمثل تأثيرها في تقييد أنشطة الخاضعين عن طريق منعهم من فعل ما يريدون فعله»^(١٠٠). واضح أن القوة في رأي فوكو ليست صنعة التحريم والسلبية. إنها عنصر إيجابي، ينتج خطاباتنا وأبنيتنا، ويشكل ذواتنا وفهمنا للذات^(١٠١).

من الضروري إذن التغلب على الافتتان بفكرة القوة القمعية والمطلقة إذا ما أردنا فهماً أكثر شمولاً لكيفية ممارسة القوة في المجتمع. وبحث الكيفية التي من خلالها تنتج القوة الذاتيات. فقد لاحظ فوكو أن بناء وتشكيل الذات (الذاتية) يرتبط بالأشكال المؤسسة للمعرفة والممارسات المتأسسة. والذات ليست جوهرًا، بل يخلقها تأثير الأشكال المتعددة للقوة. وتعتبر القوة في رأي فوكو: «وفرة أو تعددية علاقات القوة المتأصلة في المجال الذي تعمل فيه والتي تشكل تنظيمها الخاص.. والقوة ليست نظاماً أو بناءً كما أنها ليست قوة معينة تمنح لنا، إنها اسم ينسب المرء إلى موقف إستراتيجي مركب في مجتمع

معين»^(١٠٢). وهكذا فالقوة لا تعمل فقط على أساس القانون، ولكن أيضا عن طريق أساليب مرتبطة بالنظام أو العقاب والتطبيع. normalization. كذلك لا تستند القوة على العنف:» فما يحدد ويعرف علاقة قوة معينة هو أنها أسلوب للفعل لا يؤثر مباشرة وفورا على الآخرين. ولكنه يؤثر على أفعالهم»، ولكن تستند على الضبط أو السيطرة والممارسات البناءة بطرق تتجاوز الدولة ومؤسساتها. علاوة على ذلك ليست علاقات القوة أحادية الجانب أو متحيزة، ولا تمتلكها جماعة معينة. فالحقيقة أن القوة مراوغة ومرنة وتدور بين الأجساد وعبرها^(١٠٣). باختصار يمكن القول أن فوكو لم يتصور القوة كاحقة متمركزة، لكنه اعتبرها مشتتة ومتناثرة عبر جميع مستويات التكوين الاجتماعي social formation، ومنتجة للعلاقات والهويات الاجتماعية (أي أنها توليدية)^(١٠٤).

المعرفة والقوة :

قارب فوكو العلاقة المركبة بين المعرفة والقوة. وأكد أنهما لا تنفصلان، ونقطة اتحادهما تكمن في العنف الواقع على الجسد. وقد تحرى فوكو الكيفية التي من خلالها يتم تركيب المعرفة الطبية لتشكيل بوضوح منظورا سلطويا (أو نظرة فاحصة محدقة). ولا توجد المعرفة والقوة بمصطلحات نظرية مجردة أو بمصطلحات السيادة القانونية للدولة، ولكن في شبكات القوة التي تقهر الجسد^(١٠٥). ويقول فوكو في مقاله المعنون «حديث السجن» Prison talk: «أنه من غير الممكن أن تُمارس القوة بدون معرفة، ومن المستحيل ألا تولد المعرفة قوة»^(١٠٦). بتعبير آخر تتضمن القوة والمعرفة كل منهما الأخرى مباشرة، وأيضا وجدت القوة وجدت المعرفة، والقوة تولد وتنتج المعرفة. وبصورة مشابهة تتضاعف القوة عن طريق المعرفة^(١٠٧). ولا وجود لعلاقة قوة بدون التشكيل الإبداعي لمجال المعرفة، كذلك لا وجود لمعرفة لا تفترض مقدما علاقات قوة وتشكلها في نفس الوقت^(١٠٨). ويؤدي إنتاج المعرفة إلى تعديل متواصل في علاقات

القوة^(١٠٩). ويصف فوكو المعرفة، في كتابه «المعرفة / القوة»، بأنها اقتران علاقات القوة والبحث عن المعلومات. ويشير إلى أن المعرفة ليست مستقلة في ذاتها، ولكنها ترتبط بأنساق الضبط الاجتماعي، ومن ثم فهي أداة للظلم والقهر^(١١٠). ويتم إنتاج المعرفة، في رأي فوكو، عن طريق مجموعة من الإجراءات المنظمة، الممكن تحديدها، والتي تحدد ما يقال، ومن يقوله. ويمتلك الأشخاص شاغلو المراكز القوية القدرة على ممارسة وفرض تصورهم للحقيقة، وتكون الخطابات تصوراً معيناً لشيء كما لو كان حقيقياً^(١١١).

والشيء المرجح أن فوكو لم يعتبر المعرفة قوة، لكنه يؤشر إلى أنها تسهم بطرق مختلفة، وفي سياقات مختلفة، في ممارسة القوة. وتنتج القوة المعرفة التي قد تصبح قوة بعد ذلك، لكن تبقى المعرفة مع ذلك إنتاجاً للقوة التي يكون لها بعد ذلك تأثيرات في المواقف التي تندمج فيها^(١١٢). ويؤكد فوكو مقولة بكون التي مؤداها أن المعرفة والقوة مثل السبب والنتيجة. والمعرفة في حد ذاتها لا تحقق أي تأثيرات حتمية أو يمكن التنبؤ بها. لكن القوة في حد ذاتها يمكن أن تنتج المعرفة^(١١٣). وتؤكد ما بعد البنائية على أن القوة لا تماثل المعرفة، ولا تتطابق معها. فالقوة والمعرفة تعتمدان تبادلياً على بعضهما البعض، إذ تولد القوة المعرفة، وتفرز المعرفة القوة^(١١٤).

تنبع أهمية مفهوم الخطاب^(١١٥) عند فوكو من تأكيده على ارتباط الخطاب بعلاقات القوة. ويتضمن تحليل القوة الاهتمام بالتفاعل بين الخطابات والممارسات الاجتماعية في إنتاج العقلانية والحقيقة في مجتمع معين. ويؤشر فوكو على أن الخطابات متجذرة في القوة دوماً، وأن القوة تعمل عن طريق الخطابات، وتوجد مطمورة وكامنة داخلها، وذلك لقدرة هذه الخطابات على إنتاج الذوات والموضوعات بطرق معينة. على سبيل المثال، قد يوصف العاملون بالتمريض من الذكور

بالافتقار إلى القوة من خلال خطاب تفوق المهنة الطبية في حالة معينة، ومع ذلك يوضعون في موقف القوة عن طريق خطاب النوع في حالة أخرى. يساعد ذلك في تفسير الطرق التي من خلالها يتغير موقع قوة الفرد اعتماداً على البيئة التفاعلية. فالذات، وفقاً لنظرية فوكو، ليست متماسكة، ولكنها توضع في موقع معين في خطابات متعددة متغيرة. ويقرر أن الذات لا تمثل شخصية ثابتة متماسكة، حسبما تفترض النظرية الوضعية، ولكنها موقفية positioned، وتتموضع في «الخطاب». معنى ذلك أن القوة ليست ثابتة، وليست امتلاكاً، لكنها تتشكل عن طريق خطابات متعددة ومتغيرة باستمرار^(١١٦). إن القوة تمارسها وتفرضها كثرة من الجماعات والتنظيمات في المجتمع. ويتم إضفاء الشرعية على خضوع المفتقرين إلى القوة في هذه الظروف عن طريق اللغة، وما يرتبط بها من رموز القوة (الخطاب). وتخلق مجموعات اجتماعية متنوعة (على سبيل المثال، الأحزاب السياسية، الميادين الأكاديمية، والمهن) خطابها الخاص وإجراءات تنظيمية. وينتشر الضبط على الحياة اليومية (السلوكيات والاتجاهات) عن طريق الإدارات الرسمية كالبوليس، وكذلك عن طريق أفراد مثل المدرسين والأخصائيين الاجتماعيين والمحامين والعلماء والممرضات والزائرات الصحيات والقبالات. وهكذا تنتشر القوة عبر المجتمع، وتتغلغل في نسيج الحياة الاجتماعية^(١١٧).

انصب التحليل الجينيولوجي عند فوكو على الكيفية التي من خلالها يحكم الأفراد ذواتهم والآخرين عن طريق إنتاج المعرفة. وقد ارتأى أن المعرفة تولد القوة عن طريق تشكيل الأفراد كذوات، ثم السيطرة على الأفراد باستخدام المعرفة. ويرتكز «المنهج الجينيولوجي» genealogical method على تتبع الظواهر والأفكار انطلاقاً من الحاضر لا من الماضي أو من أصل معين، مع السعي لبحث الظاهرة في علاقتها بتأثير القوة على الذات. اهتم التحليل «الجينيولوجي» عند فوكو، إذن، بالعلاقة بين المعرفة والقوة، والكيفية التي من خلالها تعمل هذه

العلاقة داخل ما يطلق عليه التكوينات الخطابية discursive formations، الأطر التصورية التي تسمح ببعض أساليب التفكير، وتنكر أخرى. وبينما يركز البنائيون على الكيفية التي من خلالها يحدد نسق اللغة، والأنساق المشابهة، طبيعة التعبير اللغوي والثقافي، يهتم أنصار ما بعد البنائية من أمثال فوكو بالكيفية التي من خلالها تُستعمل اللغة، وكيف يتم فصل استعمال اللغة دوماً مع الممارسات الاجتماعية والثقافية الأخرى (تنسحب فكرة فوكو تلك على الأنساق الشبيهة باللغة). والخطاب لا ينفصل عن القوة، فهو يمثل في رأي فوكو الوسائل التي من خلالها تستخدم المؤسسات القوة عن طريق عملية تعريف واستبعاد الوضوح intelligibility والشرعية. وما يقصده فوكو هنا الطريقة التي من خلالها تحدد خطابات أو تكوينات خطابية معينة ما يمكن قوله عن موضوع معين. ويتألف التكوين الخطابي من مجموعة من القواعد غير المكتوبة، والافتراضات المشتركة التي تنظم ما يمكن كتابته والتفكير فيه وفعله في مجال معين^(١١٨).

إنّ يشير مفهوم الخطاب في نظرية فوكو إلى الإنتاج المنظم للمعرفة عن طريق اللغة التي تمنح المعنى لكل من الأشياء المادية، والممارسات الاجتماعية. وينظم الخطاب ليس فقط ما يمكن أن يقال في ظل ظروف اجتماعية وثقافية محددة، ولكن أيضاً من يمكنه أن يتكلم، ومتى، وأين؟^(١١٩). بتعبير آخر، يمثل الخطاب نسق المعرفة أو نسق معرفي يحدد حدود التفكير والفعل أو السلوك. ويتألف من مجموعة من القواعد اللاشعورية بدرجة كبيرة. وهو في ذلك يشبه النحو التحويلي الذي تكون فيه مجموعة صغيرة نسبياً من القواعد قادرة على خلق وتوليد عدد لا متناه من الجمل ذات المعنى. ولكن على خلاف القواعد التي تحكم اللغة، تحدد القواعد الخطابية ما يمكن معرفته، وربما ما يمكن إدراكه وفهمه، وما نفعله وما نعتقد ونفكر فيه، ومن يمكنه أن يتكلم ويسيطر^(١٢٠). ومن هذه القواعد: الاستبعاد (ما لا يمكن إدراجه)، فقد اهتم فوكو بعمليات الاستثناء أو الاستبعاد

التي تؤدي إلى إنتاج خطابات معينة دون غيرها^(١٣١). فالقوة تبدأ من شيء ما يشبه الاستثناء أو الاستبعاد أو الإنكار^(١٣٢). ومن هذه القواعد أيضاً، التصنيف (الطرق التي من خلالها نصنف الأشياء وصفاتها أو خصائصها فئوياً)، والنظام (الطرق التي من خلالها نربط الأشياء معاً)^(١٣٣).

والخطاب هو طريقة متماسكة ومترابطة منطقياً لوصف وتصنيف العوالم الاجتماعية والطبيعية. وتتجمع الخطابات وتحتشد حول شيء، أو شخص، أو جماعة اجتماعية، أو حدث معين موضع اهتمام، ويوفر وسائل لفهم هذا الشيء أو الشخص وهلم جرا^(١٣٤). والخطابات هي أنماط لغوية متشكلة اجتماعياً وثقافياً^(١٣٥). وتتميز جميع الخطابات بأنها نصية، أو يتم التعبير عنها في نصوص، بينصية، تعتمد على نصوص أخرى وخطاباتها لتحقيق المعنى. وهي سياقية، مضمورة في السياقات التاريخية والسياسية والثقافية. وتهتم معظم تيارات تحليل الخطاب بالطريقة التي من خلالها يُنظم الخطاب على ضوء المبادئ المجردة، الرؤية التي مؤداها أن الخطابات وسائل فعالة للاتصال تستخدم بصورة عمدية مقصودة أو بشكل إستراتيجي لتحقيق أهداف مرغوبة. وهناك علاقة تكامل وتداخل بين الخطابات^(١٣٦). وتتحقق الاستمرارية للخطابات عن طريق البناء الاجتماعي والممارسات الاجتماعية^(١٣٧).

برغم تعقد فكرة القوة عند فوكو، يراها كثيرون فكرة فيبرية في جوهرها. إذ تركز على تصور ماكس فيبر الذي مؤداه أن القوة تمنح (أ) القدرة على إجبار (ب) على فعل أشياء معينة. ومع ذلك تطرح النظرية ما بعد البنائية عند فوكو تفسيراً جديداً لعلاقات القوة في المجتمع يتسم بالمرونة. وقد وجد الباحثون في مجال التمريض والأنثروبولوجيا الطبية أن النظرية ما بعد البنائية مفيدة في دراسة خطاب المرضى والممارسين الصحيين، والتطور التاريخي لمهن الطب، والمعرفة الطبية، والمعرفة الخاصة بالرعاية الصحية^(١٣٨). ومع ذلك تفتقر تصورات فوكو

المتنوعة للقوة للاتساق في مواضع كثيرة. إذ يقول أن «القوة في معناها الحقيقي أو الجوهري le pouvoir، غير موجودة... وتعني القوة... مجموعة العلاقات النسقية، الهيراركية، والأكثر أو الأقل تنظيماً»، برغم حقيقة أنها «لا تتركز هنا أو هناك، ولا تتركز في أي شخص، ولا تُمتلك كسلعة، غير قابلة للتحويل أو النقل أبداً». إن فوكو يرفض الرؤية القانونية / الليبرالية / الاقتصادية للقوة التي تعتبرها «قوة ملموسة يمتلكها شخص معين». و يميل أحياناً إلى تشييء القوة باعتبارها تقع خارج سيطرة الفرد أو حتى الجماعة. «إن الانطباع بأن القوة تضعف وتتذبذب أو تترجح هو انطباع خاطئ، فالقوة قد تتراجع، تعيد تنظيم قواها، وتغرس أو تستثمر ذاتها في كل مكان». وربما لهذه الأسباب أثر العديد من الأنثروبولوجيين عند تطبيق مفهومات فوكو تحاشي أوصافه للقوة بدبلوماسية، وركزوا بدلاً من ذلك على فكرة أن القوة مكتسبة vested أو حتى تُخلق في خطابات الحقيقة أو المعرفة، وليس في السيطرة الفيدرالية على القوة (الممكنة) (١٢٩).

بورديو: الهابيتوس، المجال، رأس المال، والقوة:

يشترك بورديو، ثاني أبرز منظري ما بعد البنائية، مع فوكو في الاهتمام بالكيفية التي من خلالها تتمظهر القوة، وتنتشر في الجوانب غير السياسية للثقافة، مثل الفنون الجميلة (بورديو) والجنسانية أو الحياة الجنسية sexuality (فوكو). وبالإضافة إلى ذلك يرفضان المادية، ويؤثران التأويلات الرمزية، وينبذان المذهب الوضعي في العلوم الاجتماعية نبذاً قاطعاً، وذلك على أساس استحالة وجود الموضوعية المتحررة من القيم. وقد سعيًا إلى التغلب على ثنائية الذاتي والموضوعي، ونبذاً «النظرية الكبرى» (١٣٠).

ويتمثل الإسهام الأبرز الذي قدمه بيير بورديو للعلوم الاجتماعية في نظرية الممارسة. ويرتبط ما يستلهمه الأنثروبولوجيون من بورديو بثلاثة مفاهيم رئيسة

مترابطة، وهي: الهابيتوس، والمجال، ورأس المال^(١٣١). فعلى شاكلة فوكو، اهتم بورديو بفهم العلاقات المركبة بين الذات أو الفاعل من ناحية والمجتمع من ناحية أخرى، ودراسة الكيفية التي من خلالها يكتسب الأفراد «الإحساس باللعبة» feel for the game - عمليات التنشئة الاجتماعية؛ كيف يحصل الأفراد على الاعتراف والتقدير، وكيف يناورون في مجالات القوة المختلفة^(١٣٢).

ويعتبر بورديو «القوة» قضية حاسمة تجابهها العلوم الاجتماعية، وتُختزل هذه القضية في تساؤل مؤداه: كيف تديم الأنساق الاجتماعية الهيراركية، وتعيد إنتاج ذاتها عبر الزمن؟^(١٣٣). وينادي بورديو، مستلهما بيرتراند راسل، بأن القوة تماثل الطاقة في أنها تحدث وتوجد في أشكال متعددة يصعب اقتفاء أحدها بمعزل عن الأشكال الأخرى. وترافق الاتجاه إلى تحديد أشكال القوة باعتبارها رأس مال اتجاه إلى رؤية القوة باعتبارها منتشرة في كل مكان. لكنه مع ذلك يميز أعماله عن أعمال فوكو في هذه النقطة، فهو يرى القوة أكثر تركّزاً في سياقات ومواقع مؤسسية معينة، وذلك على خلاف فوكو^(١٣٤).

تعيد الأفعال الفردية إنتاج البناء الاجتماعي - وفقاً لنظرية بورديو - لأن الأفراد يُنشئوا على السلوك وفقاً لمجموعة من الميول المكتسبة أو الهابيتوس^(١٣٥). والهابيتوس هو نتاج للظروف المرتبطة بأوضاع وجودية معينة، والأبنية التكوينية التي تشكل نمطاً معيناً للبيئة. ويشير هذا المفهوم إلى مجموعة الميول أو النزعات التوليدية والدائمة التي تُكتسب عن طريق التنشئة الاجتماعية. فأن يكون الشخص عضواً في جماعة اجتماعية معينة يعني أنه يعرف كيف يسلك ويتكلم بطريقة ملائمة وذات معنى على نحو تقليدي ومألوف، أو أن يسلك بما يتفق مع هابيتوس ثقافي معين^(١٣٦). معنى ذلك أن الهابيتوس هو نتاج الخبرة الثقافية المستدمجة، ونتاج استدماج أبنية العالم الاجتماعي. ويشير المفهوم إلى الاستدماج والتمثل

اللاواعي للمعايير والقواعد الموضوعية في المجتمع التي تقرر كيف نسلك في موقف معين^(١٣٧). ويعد الهابيتوس أبنية اجتماعية مستدمجة ومتضمنة embodied تعكس التقسيمات الموضوعية في البناء الطبقي، مثل جماعات العمر، الأنواع، والطبقات الاجتماعية^(١٣٨). ويتشكل الهابيتوس عن طريق خبرات الشخص، والتعلم من المدركات الحسية الواضحة والتدريبات البنائية (كالألعاب). ومع ذلك يؤكد بورديو بقوة على التدريب عن طريق التآلف البسيط مع الأنماط المنتظمة للارتباطات الحادثة في الحياة اليومية. ويتشكل الهابيتوس بالممارسة اليومية للأفراد، ويشكلها. وهكذا يتشكل الهابيتوس عن طريق موضوعات أو أشياء وممارسات تقع في البيئات العامة للثقافة، أي أنه ينبني من التفاعل بين العالمين الداخلي والخارجي^(١٣٩).

ويتألف الهابيتوس من مجموعة من المخططات التوليدية التي يستخدمها أفراد مجتمع أو جماعة معينة. وهذه المخططات هي نواتج للماضي، وتحقق تكامل الخبرات الماضية، وهي مستدمجة من خلالها يدرك الأفراد العالم الاجتماعي ويفهمونه ويقيمونه، وعن طريقها ينتج الأفراد ممارساتهم، ويدركونها ويقيمونها، ديالكتيكياً^(١٤٠). كذلك يعد الهابيتوس «مبدأ توليد إستراتيجية»، يمكن الفاعلين من التوافق مع مواقف معينة يصعب التنبؤ بها، ودائمة التغير^(١٤١). وهو ميكانيزم بنائي يولد إستراتيجيات للفاعلين في العالم الاجتماعي، وعن طريقه يرتبط الفاعلون بالعالم الاجتماعي^(١٤٢). والهابيتوس هو أيضاً المبدأ المنظم للفعل، والأساس لأساليب السلوك المنظم، بيد أنه لا يعد محدداً لممارسات معينة بصورة حتمية^(١٤٣). ويمكن القول أن الهابيتوس «تقليد يفتقر إلى قصد أو هدف» intentionless convention، و«بناء تشكيلي» لكل من الأفعال الفردية المنظمة أو الارتجالية، ويوفر إمكانية تحقيق مهام متنوعة، ويشكل أساساً موضوعياً للمجتمع، ويحقق تشكل عالم ثقافي متماسك ومتربط منطقياً،

ومتأسس^(١٤٤). وللهابيتوس قدرة لا نهائية على توليد منتجات - أفكار، تعبيرات، أفعال - حدودها تشكلها ظروف إنتاجها المتموضعة تاريخياً واجتماعياً^(١٤٥).

وهكذا يمثل الهابيتوس «الأبنية العقلية أو المعرفية التي يتعامل الأفراد من خلالها مع العالم الاجتماعي». ويكتسب نتيجة شغل مركز position لفترة طويلة في العالم الاجتماعي. ولا يمتلك الجميع نفس الهابيتوس. ومع ذلك يميل من يشغلون نفس المركز في العالم الاجتماعي إلى امتلاك هابيتوس متشابه. وبهذا المعنى يعتبر الهابيتوس ظاهرة جمعية، لكن وجود كثرة من الهابيتوس يعني أن العالم الاجتماعي وأبنيته لا تفرض ذاتها على كل الفاعلين على نحو متماثل. ويتشكل الهابيتوس عبر مسار التاريخ الجمعي، يقول بورديو: «الهابيتوس، نتاج التاريخ، ينتج الممارسات الفردية والجمعية بما يتوافق مع المخططات التي يولدها التاريخ». وهكذا يعد الهابيتوس مُنتجاً للعالم الاجتماعي، ونتاجاً له. فمن ناحية يعد بناءً تشكلياً structuring structure، يُشكل العالم الاجتماعي، ويعد من ناحية أخرى بناءً متشكلاً structured structure، يشكله العالم الاجتماعي^(١٤٦).

واضح أن فكرة الهابيتوس تتصل بإعادة الإنتاج، وتصف الانتظامات في الممارسة بالرجوع إلى الانطمار الاجتماعي social embedding للفاعل، حقيقة أن الفاعلين يتشكلون اجتماعياً بتوجهات ثابتة وأساليب للسلوك. وقد طرح بورديو هذه الفكرة لتفسير الطريقة التي من خلالها يمتلك الأفراد في كل مكان إدراكاً لكيفية السلوك، ومن ثم يسلّمون بأن أفكارهم وممارساتهم صحيحة، وبأنها الطريقة المثلى للوجود في العالم^(١٤٧). ولا يتجسد ثبات الهابيتوس، ويتم التعبير عنه في القواعد التي يرفضها بورديو، ولكن في العادات والميول إلى السلوك بطرق معينة، وفي مخططات الإدراك الموجهة أو المنظمة للمنظورات الفردية بموازاة مسارات محددة اجتماعياً. وعن طريق الهابيتوس ينطبع المجتمع على الفرد، ليس فقط في العادات العقلية، ولكن أيضاً في العادات المادية^(١٤٨).

باختصار يمكن الدفع بأن الهابيتوس هو بناء من ميول التفكير والفعل التي يكتسبها الفاعل بوصفه عضواً في جماعة اجتماعية أو طبقة معينة. ويشبه الهابيتوس الجهاز العقلي والسلوكي الذي يعتبره الفاعل أمراً مسلماً به، ويسهم في بناء خبرته بالأشياء والموضوعات. وهو شيء مكتسب اجتماعياً ومشترك، لا يناقشه الفاعل، وربما لا يكون على وعي به^(١٤٩).

ويتجلى الهابيتوس داخل مجالات الصراع التنافسي أو ممارسة للقوة^(١٥٠). لذلك تشكل مفهوم «المجال» field الذي يعد أساسياً في نظرية بورديو، ويصف السياق الاجتماعي الذي يعمل فيه الهابيتوس^(١٥١). ويقرر بورديو أن الأفراد والنظم المستندة على الهابيتوس الخاص بها توضع وتضع نفسها في مجال معين. وهناك العديد من الطرق المختلفة التي يمكن من خلالها تعريف المجالات في مجتمع معين أو إخضاعها للتحليل، على سبيل المثال مجال القوة، مجال الدين، المجال الفكري، مجال أساليب الحياة^(١٥٢).

يتألف العالم الاجتماعي من مجالات متعددة أكثر أو أقل استقلالية، لكنها منضوية تحت لواء مجال شامل للقوة. فمثلاً يمكن اعتبار المستشفى مجالاً ثقافياً أو مجالاً للقوة^(١٥٣). ويشير مفهوم المجال في نظرية بورديو^(١٥٤) إلى شبكة العلاقات الموضوعية القائمة بين المراكز التي يشغلها الفاعلون داخل أنساق بنيائية وتنظيمية معينة. وتوجد هذه العلاقات بمعزل عن الوعي والإرادة الفردية. وقد يكون شاغلو هذه المراكز فاعلين أو مؤسسات يقهرها بناء المجال^(١٥٥). وتتسم هذه المراكز بأنها محددة موضوعياً، في وجودها والقيود التي تفرضها على شاغليها الفاعلين أو المؤسسات^(١٥٦). ويتحدد كل مركز من خلال علاقته الموضوعية بمراكز أخرى. ويتعرض المجال دوماً لعملية تغير تاريخي^(١٥٧). ويقرر بورديو أن هناك هيراركيات أو تدرجات متعددة للمجالات، كما أن هناك تدرجات داخل كل مجال. وتوجد المراكز المعينة التي يحتلها الفاعلون المرتبطون على أساس الأنساق

البنائية أو التنظيمية المتشابهة مطمورة في مجالات القوة^(١٥٨). ويعتبر «المجال» بمثابة السياق الذي تحدث فيه الممارسات وتتشكل، ويرتبط كل مجال بنمط أو أكثر من أنماط رأس المال^(١٥٩). لذلك يمكن الدفع بأن المجال شكل من أشكال التنظيم الاجتماعي، ويتميز بجانبين: الأول مجموعة كلية مترابطة من الأدوار الاجتماعية ومراكز الفاعلين، والأبنية التي توجد فيها هذه الأدوار والمراكز. والثاني العملية التاريخية التي فيها يشغل الفاعلون (فرد أو جماعة) هذه المراكز^(١٦٠).

ويعتبر المجال ساحة للصراع والتنافس. فقد رأينا أن المجال شبكة من العلاقات بين مراكز يحتلها فاعلون. وتوجد المراكز المختلفة منبئية ومثبتة في صور للقوة أو رأس المال المشترك بصورة غير متكافئة. ويميز الصراع والمنافسة العلاقات بين الفاعلين، إذ يسعون إلى مراكمة أشكال رأس المال المختلفة، والحفاظ عليها، وتحويلها. والمجالات هي فضاءات تناضل فيها الجماعات من أجل السيطرة على الموارد. والمراكز هي مراكز هيمنة أو مساواة وتكافؤ وفقاً لأشكال ومقادير رأس المال التي يمتلكها الفاعلون^(١٦١). ويناضل الفاعلون الاجتماعيون، ويتنافسون، لتوطيد مراكزهم فيما يعرف بالمجالات، وذلك بمساعدة أشكال مختلفة من الموارد الرمزية والمادية (رأس المال)^(١٦٢). وبناء المجال هو الذي يدعم ويوجه الإستراتيجيات التي من خلالها ووفقاً لها يحمي شاغلو المراكز مراكزهم أو يحسنونها^(١٦٤).

ترتبط فكرة «رأس المال» بفكرتي «الهأبيتوس» و«المجال» ارتباطاً وثيقاً. فقد ارتأى بورديو أن رأس المال والهأبيتوس والمجال يعملون معاً لتوليد الممارسة والفعل الاجتماعي^(١٦٥). ويشبه المجال، الذي تربطه بالهأبيتوس علاقة دياكتيكية، سوق عمل تنافسي توظف فيه أنواع مختلفة من رأس المال (اقتصادي، ثقافي، اجتماعي، رمزي) وتنتشر. ويعتبر المجال مجالاً للقوة. وتوجد المراكز في مجال

معين معتمدة على أنواع ونقاط قوة رأس المال الممتلك^(١٦٦). لقد كانت إحدى الطرق التي أبعد بورديو بها نفسه عن الماركسية مده فكرة رأس المال إلى جميع أشكال القوة، سواء أكانت مادية، ثقافية، اجتماعية، أو رمزية. إذ يستعمل الأفراد والجماعات تنوعاً من الموارد الثقافية، والاجتماعية، والرمزية، بقصد الحفاظ على مراكزهم في النظام الاجتماعي وتعزيزها. ويتصور بيير بورديو هذه الموارد رأس مال عندما تعمل «كعلاقة اجتماعية للقوة»، أي عندما تتحول إلى موضوعات للصراع باعتبارها موارد ذات قيمة^(١٦٧).

ويؤكد بورديو أنه يتعين فهم رأس المال باعتباره نوعاً من القوة أو بوصفه «طاقة الفيزياء الاجتماعية»، ويصوغ تحديداً صارماً لفكرة رأس المال التي تفهم بمصطلحات اقتصادية خالصة أو مجردة^(١٦٨). ويحدد أربعة أشكال رئيسية لرأس المال: **رأس المال الاقتصادي** (المال والملكية، وتراكم أشكال مختلفة من الثروة المادية)، و**رأس المال الثقافي** (المعرفة والمهارات والمؤهلات التعليمية)، و**رأس المال الاجتماعي** (العلاقات والروابط أو عضوية الجماعة). ويقرر أن أشكال رأس المال تلك تعتبر **رأس مال رمزياً** (هيبة وشرف واحترام أو على حد تعبير بورديو «شهرة أو سمعة الكفاءة والأهلية، وصورة جدارة الاحترام»). ويتوزع الفاعلون داخل المجال أولاً: بحسب مقدار رأس المال الذي يمتلكونه. وثانياً: يتوزعون وفقاً لتكوين أو بنية رأس المال الذي يمتلكونه - بتعبير آخر، وفقاً للوزن النسبي للأنواع المختلفة لرأس المال في المجموع الكلي لأصولها أو مصادرها^(١٦٩). ولأغراض هذا البحث نركز فيما يلي، دون إفاضة، على رأس المال الاجتماعي، والثقافي، والرمزي.

قام بيير بورديو بأول تحليل منظم معاصر لرأس المال الاجتماعي، وذلك في إطار محاولته بناء أنثروبولوجيا ثقافية لدراسة إعادة الإنتاج الاجتماعي. وقد عرف المفهوم بأنه «المجموع الكلي للموارد الفعلية والممكنة التي ترتبط بامتلاك

شبكة ثابتة مستمرة من علاقات الاعتراف والتقدير المتبادل الأكثر أو الأقل تمأسساً». وبأنه «رأس مال للعلاقات الاجتماعية» يدعم رأس مال عن إمكانية نيل الشرف والاحترام، ويحقق للفرد مركزاً مهماً^(١٧٠). باختصار يشير مفهوم رأس المال الاجتماعي إلى مجموع الموارد الموجودة والممكنة التي يرسخها فرد أو جماعة معينة استناداً إلى شبكتها من العلاقات الرسمية وغير الرسمية. ويتألف من العلاقات الاجتماعية موضع تقدير واحترام الأفراد^(١٧١).

وتعد فكرة «رأس المال الثقافي» جزءاً محورياً من نظرية إعادة الإنتاج الاجتماعي عند بورديو، وأحد مكونات إطاره النظري. وبموازاة رأس المال الاقتصادي والاجتماعي والرمزي، يعمل رأس المال الثقافي كمصدر للقوة، أو كطريقة تحافظ من خلالها الجماعات على السيطرة، وتكتسب المكانة^(١٧٢). بتعبير آخر يعد رأس المال الثقافي أحد صور القوة باعتبارها رأس مال^(١٧٣). ويتضمن رأس المال الثقافي أنواعاً مختلفة من المعرفة المنطقية^(١٧٤). ويشير إلى رأس مال المعلومات، ويتضمن المؤهلات الفكرية والفنية qualifications^(١٧٥). ويقرر بورديو أن الأفراد يمتلكون رأس مال ثقافي إذا ما اكتسبوا الكفاءة أو الاختصاص competence في ثقافة المجتمع مرتفعة المكانة. ويشير زويجنهافت Zweigenhaft إلى رأس المال الثقافي بأنه الأشكال المتنوعة للمعرفة والمهارات. ويمثل مخزون القيم الثقافية الكامن في شيء نافع أو مصدر للقوة. وهذا الشيء النافع أو مصدر القوة قد يوجد في شكل مادي ملموس أو لا مادي غير ملموس. ويتجسد مخزون رأس المال الثقافي المادي في المباني والمواقع التي لها دلالة ثقافية، وكذا الأشياء والمنتجات الإبداعية كاللوحات. وتوفر هذه الأشياء المادية النافعة تدفقاً للخدمات. ومن ناحية أخرى يشمل رأس المال الثقافي مجموعة من الأفكار، والممارسات، والمعتقدات، والتقاليد، والقيم، التي تعيّن هوية جماعة معينة وتوحدتها وترابطها^(١٧٦).

ويشمل مفهوم رأس المال الثقافي تنوعاً هائلاً من الموارد التي تتضمن أشياء مثل البراعة اللفظية، والوعي الثقافي العام، والتفضيلات الجمالية، ومعلومات عن نظام المدرسة، والصلاحيات التربوية أو التعليمية. وتتحدد فكرة بورديو في أن الثقافة (بمعناها الأوسع) قد تصبح مورداً للقوة^(١٧٧). ويمثل رأس المال الثقافي مجموعة لاشعورية من النزعات التي تشكلها التنشئة الاجتماعية. بتعبير آخر يتشكل رأس المال الثقافي في إطار الأسرة والتعليم المدرسي ومن خلالهما. ويتراصف رأس المال الثقافي مع رأس المال الاجتماعي الذي يتجسد في علاقات القرابة، ودوائر الأصدقاء، وهلم جرا^(١٧٨).

ويميز بورديو بين ثلاثة أشكال يتخذها رأس المال الثقافي: رأس المال الثقافي الموضوعي المادي objectified، ويوجد عندما يتحول رأس المال الثقافي إلى سلع ثقافية كالصور والكتب والأدوات والآلات، ويشير إلى أشياء وموجودات تتطلب قدرات وإمكانيات ثقافية تتعلق بالامتنان والمديح والاستحسان. وهناك رأس المال الثقافي الضمني embodied ويتمثل في الميل إلى مديح واستحسان وفهم السلع الثقافية، وتشير هذه الحالة الضمنية إلى الميل المستديم لعقل الفرد وجسده. وأخيراً رأس المال الثقافي المتمأسس، ويوجد عندما يتخذ رأس المال الثقافي الضمني شكل شهادة أكاديمية على سبيل المثال، ويشير إلى الصلاحيات التربوية أو نظام الصلاحيات Credentiality. وتعد الحالة الضمنية في رأي بورديو الأكثر أهمية^(١٧٩).

أما رأس المال الرمزي فيعتبر «رأس مال مرفوض ويتم تجاهله» denied capital، وهو شكل من أشكال القوة، لا يتم إدراكه وفهمه كقوة، ولكن كمطالب مشروعة للتقدير، والاعتراف، والاحترام، والنفوذ، أو خدمات الآخرين. ويمثل رأس المال الرمزي لبورديو أسلوباً للحديث عن مشروعية القوة عن طريق أشكال رمزية. إنه شكل من «التراكم المشروع، من خلاله تؤمن الجماعات المسيطرة رأس

مال سمعة وثقة لا يدين بشيء لمنطق الاستغلال». ورأس المال الرمزي هو «معتقد جمعي»، «رأس مال للثقة»، ينبثق عن الاحترام والتقدير الاجتماعي، والثروة المادية كذلك. وعلى شاكلة رأس المال المادي، يمكن لرأس المال الرمزي أن يتراكم^(١٨٠). إذن رأس المال الرمزي قوة، وبناء على ذلك يصف بورديو القوة الرمزية بأنها «تلك القوة الخفية التي يمكن أن تمارس فقط في وجود مشاركة من جانب من لا يريدون معرفة أنهم خاضعون لها أو حتى أنهم يمارسونها بأنفسهم»^(١٨١).

التركيبة الاجتماعية ما بعد الحداثية:

منذ ثمانينيات القرن الماضي، ينال منظور التركيبة الاجتماعية ما بعد الحداثي postmodern social constructionism، المتأثر بالنظرية ما بعد البنائية، مكانة بارزة في علم اجتماع الصحة والمرض، والأنثروبولوجيا الطبية. ويرفد المنظور التركيبي من التأويلات التي طُرحت لأعمال فوكو، خاصة دراسته مولد المستشفى The birth of the clinic (١٩٧٣). وانطلاقاً من تقييم للممارسات التي كانت تتم في المستشفى في فرنسا خلال القرن التاسع عشر، فحص فوكو نقدياً العلاقة بين المعرفة العلمية والتدريب الطبي والممارسة الإكلينيكية، مركزاً تحليله على الطريقة التي من خلالها تطورت الخطابات الطبية وتغيرت عبر الزمن. وفي إطار هذا التحليل، لاحظ فوكو أنه، فيما قبل هذه الفترة، لم يكن الجسد دوماً حقيقة أو يقيناً قائماً ومحددًا، وأنه الجسد كان نتاجاً مخلوقاً لعملية التشييء التي يقوم بها الطب، ووجد من خلال شكل جديد من المراقبة اصطلاح عليه فوكو «بالملاحظة الإكلينيكية» clinical gaze. وبناءً على ذلك، لا يمكن اختزال المرض إلى واقع فيزيقي، ولكن يتعين النظر إليه كنتيجة للملاحظة الإكلينيكية التي يقوم بها الأطباء لجعل الجسد وميكانيزماته متاحة وعرضة للفحص الطبي. ويقرر أرني Arney وبيرجن Bergen

أن الفكر الطبي منتصف القرن التاسع عشر كان بمثابة إعلان لإعادة صياغة العمل الطبي والقوة الطبية التي بدورها اخترعت المريض الذي كان شخصاً أيضاً، ومن ثمّ اتسع مجال الطبيب^(١٨٢).

ويؤكد منظور التركيبية الاجتماعية على أن المعرفة العلمية والخطابات البيولوجية عن الجسد والصحة والمرض تنتجها المصالح الذاتية والمحددة تاريخياً، وتكون عرضة للتغير وإعادة التأويل. معنى ذلك أن كل المعرفة نتاج للتفاعل والتأويل الإنساني. وأن المعرفة ليست عامة أو ثابتة، وغير محايدة، ولكنها تتغير دوماً في استجابة للعلاقات الاجتماعية. وفي علاقتها بالمعرفة الطبية، تؤكد هذه الفرضية على أنه لا يمكن الدفع بأن المعرفة الطبية عن الجسد وأمراضه، كالمرض البدني أو المرض العقلي، تقف بمعزل عن المجتمع المادي، باعتبارها معرفة علمية موضوعية وحيادية. وقد أُنذرت تعليقات الستينيات على دور مهنة الطب النفسي في تشخيص وعلاج من يوصمون بأنهم مرضى عقليون، بالفكر التركيبي الاجتماعي في علم الاجتماع الطبي. وبعد عقد من الزمان افترض تحليل فريديسون (١٩٨٨) Freidson للقوة والسلطة في مهنة الطب أن الطريقة التي مورس بها الطب ساهمت في تدعيم وإدامة المصالح والاهتمامات الاجتماعية والسياسية للأطباء. ذلك أن المكانة المسيطرة للطبيب أتاحت له «استقلالية استثنائية في التحكم في تعريف المشكلات التي يعالجها». لذلك يصبح المرض حالة اجتماعية تشكلها قوة الأطباء وقدرتهم على خلق مسميات ومعاني للخبرات العادية^(١٨٣).

إن يشكك منظور التركيبية الاجتماعية ما بعد الحداثي في ادعاءات وجود حقائق جوهرية. ويؤكد أصحابه أن ما يعتبر حقيقة هو نتاج لعلاقات القوة، ومن ثمّ فالحقيقة غير محايدة على الإطلاق، إذ تحقق دوماً مصالح شخص أو جماعة معينة. ويقرر منظور التركيبية الاجتماعية، بناءً على ذلك، أن جميع المعارف هي

حتما نواتج لعلاقات القوة، وعرضة للتغير أكثر من كونها ثابتة. ولا يعتبر هذا المنظور المعرفة واقعاَ عاماً أو كونياً ومستقلاً، ولكن يعتبرها شريكاً في بناء وتركيب الواقع. وينظر إلى الفاعلين أو البشر باعتبارهم يتشكلون في الخطابات والممارسات الاجتماعية التي لها تاريخ مركب، ومن خلالها. ويقرر معظم أصحاب التركيبيية الاجتماعية أن خبرات مثل المرض والألم توجد كوقائع وموجودات بيولوجية، لكنها تكتسب معنى، ومن ثم تُفهم وتتم الخبرة بها عن طريق العمليات الثقافية والاجتماعية^(١٨٤). وتؤثر التركيبيية الاجتماعية على الطرق التي من خلالها تشكل المعاني فهمنا للعالم وخبرتنا به^(١٨٥).

وبات المنظرون، بتأثير تيار ما بعد الحداثة، يؤكدون على أن القوة ليست قوة سلبية تفرضها أطراف مهيمنة في المجتمع. ويرتكز التنظير الأنثروبولوجي المعاصر للقوة على فكرتين رئيسيتين وهما: أن القوة أداة تكوينية لكل الأبنية والعلاقات الاجتماعية. والأخرى، أن الفعل الفردي يؤدي دوراً مهماً في إعادة إنتاج علاقات القوة واستعمالها. وقد حوّلت هاتان الفكرتان اهتمامنا من التركيز على العلاقات بين الجماعات والنظم الاجتماعية إلى التركيز على العلاقات بين الأفراد^(١٨٦). ومن ناحية أخرى يعتبر أنصار ما بعد الحداثة القوة غير منظمة ولا شكل لها، وحزبية، ومنتشرة عبر المجتمع. ومن هذا المنظور يمكن لجماعات عديدة مختلفة (جماعات الأطباء والتمريض مثلاً) أن تمتلك القوة. لكن لا تحتفظ جماعة معينة بالقوة باستمرار، ولا تتركز القوة في جزء واحد من أجزاء المجتمع على نحو غير محدود^(١٨٧).

اهتم الباحثون الذين تبنا موقف التركيبيية الاجتماعية، المتأثر بفوكو، ببحث التفاعلات بين الأطباء والممرضات من ناحية، والمرضى من ناحية أخرى. وفي هذه التفاعلات تستعمل اللغة والممارسات للتحكم في الموقف وإسكات الخطابات

المقاومة. ويصف هؤلاء الباحثون مدى مواقف الذات المتغيرة التي يتخذها المرضى ومتخصصو الصحة في أوقات مختلفة أثناء المواجهة الطبية، وقد بحثوا الطرق التي من خلالها تتضمن مواقف الذات تلك انتقاء خطابات متنوعة لتحقيق أهداف معينة. من هذا المنظور تكون علاقات القوة دينامية، ويتم تفاوضها، ويعاد تفاوضها بصورة مستمرة بين المشاركين في التفاعلات الطبية^(١٨٨).

وتقرر المنظورات التركيبية أن الظروف الثقافية مسؤولة عن المشكلات الصحية، وتشكل الكيفية التي من خلالها يتصور الأفراد المرض ومضامينه، ويخبرون مظاهر اعتلال الصحة بعد ذلك. ويؤكد أصحاب هذه المنظورات على المؤثرات الثقافية، وتشمل العلاقات الاجتماعية، باعتبارها أساسية كمسبب للاضطرابات البيولوجية. على سبيل المثال، قد تفرز السياسة المرض عن طريق القرارات التي تسمح بخلق ظروف بيئية، كالتلوث أو مواقع النفايات السامة. كذلك يزداد خطر السرطان عن طريق السياسات الحكومية التي تسمح باستخدام المبيدات المسببة للسرطان في الزراعة.

وتؤكد المنظورات التركيبية أن المفاهيم الاجتماعية أساسية أكثر من الظروف البيولوجية، فالمؤثرات الفيزيائية تنتجها وتتوسطها الأنشطة الاجتماعية والاستجابات الثقافية، وتتم الخبرة بها عن طريق هذه الأنشطة. والأمراض تنتجها العلاقات الاجتماعية، وفي سياق ثقافي يخلق المخاطر والقيم التي تشكل الخبرات وتخلق المعاني على الأمراض. ولا يعني ذلك استبعاد البيولوجيا كعامل مسبب أو مساعد ولكن يعني إدراك أن السياق الاجتماعي جزء من أسباب المشكلات الصحية، وأن المعتقد والموارد الثقافية لا تخلق الخبرة وناتج الظروف فحسب، لكنها قد تخلق الظروف من خلال المعتقدات^(١٨٩).

الفصل الثاني

المفاهيم الرئيسية:

يعد تحويل المفاهيم المجردة إلى مفاهيم إجرائية يمكن تلمسها وقياسها أمبيريقياً، خطوة بالغة الأهمية من خطوات البحث. إذ يتعين على الباحث تقديم نوعين من التعريفات لكل مفهوم من المفاهيم التي يستخدمها في بحثه: التعريف المجرد، والتعريف الإجرائي. ويطلق على تعريف المفهوم باستخدام مفاهيم أخرى مصطلح التعريف المجرد. وهذا التعريف هو همزة الوصل بين البحث والنظرية. أما التعريف الإجرائي فهو الذي يحدد المفهوم باستخدام ما يُتبع في ملاحظته، أو قياسه، أو تسجيله، ويطلق على المؤشرات العيانية أو الملموسة التي نلاحظها. بتعبير آخر يعني التعريف الإجرائي للمفاهيم ترجمة ما هو مجرد إلى شيء يمكن ملاحظته وتلمسه. ويحدد التعريف الإجرائي نوع البيانات الأثنوجرافية التي يتعين جمعها، ومصادر هذه البيانات، وكيفية جمعها. وفيما يلي تحديد وتعريف إجرائي لمفاهيم البحث الرئيسية.

التمريض:

كلمة ممرضة Nurse مشتقة من الكلمة اللاتينية nutriX وتعني «أن يُطعم». وتصف معظم تعريفات التمريض الممرضة كشخص يُطعم، ويرعى، ويحمي، ومؤهل للعناية بالمرضى والمصابين وكبار السن^(١٩٠). ويشير مصطلح ممرضة إلى كل الأشخاص الذين يحصلون على تدريب مهني متخصص على الرعاية الصحية، ويشاركون في رعاية المرضى^(١٩١).

ويُنسب إلى فلورنس نايتنجيل Florence Nightingale (١٨٢٠ - ١٩١٠)^(١٩٢) الفضل في صياغة أول تعريف حديث للتمريض: «وضع الأفراد في أفضل ظرف ممكن بالنسبة للطبيعة لاستعادة الصحة والحفاظ عليها»^(١٩٣).

وقد قدمت فيرجينيا هندرسون Henderson تعريفاً للتمريض تبنته الجمعية الدولية للممرضات International Council of Nurses التي نشرت تعريفاً متكاملًا للتمريض عام ١٩٨٧، اتبعته بنسخة مختصرة وواضحة من هذا التعريف عام ٢٠٠٢: «يشمل التمريض الرعاية المستقلة والتعاونية للأفراد من جميع الأعمار، والأسر، والجماعات، والمجتمعات المحلية، المرضى أو المعافين في جميع السياقات. ويتضمن التمريض تحسين الصحة والحفاظ عليها، والوقاية من المرض، ورعاية المرضى والمعوقين أو ذوي الاحتياجات الخاصة، والمحتضرين. ويعد الدفاع عن وجود بيئة آمنة، والبحث، والمشاركة في تشكيل السياسة الصحية وإدارة المرضى والنظم الصحية، والتعليم، أدواراً رئيسية للتمريض»^(١٩٤). وقد وسّع هذا التعريف من وصف التمريض ليشمل الحفاظ على الصحة، وليس فقط رعاية المرضى^(١٩٥).

وفي الطبعة الثانية من Nursing: a social policy statement (٢٠٠٣) تعرف الجمعية الأمريكية للممرضات American Nurses Association (ANA) التمريض بأنه: «حماية، وتدعيم، وتحسين الصحة والقدرات، والوقاية من المرض والإصابة، وتخفيف المعاناة عن طريق تشخيص وعلاج الاستجابة الإنسانية، والدفاع advocacy في رعاية الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية والجماعات السكانية»^(١٩٦). ويؤشر ذلك على أن التمريض هو تشخيص وعلاج الاستجابات الإنسانية للصحة والمرض^(١٩٧)، أو تشخيص وعلاج الاستجابات الإنسانية للمشكلات الصحية الحالية أو المحتملة. ومن أمثلة هذه الاستجابات، حدود الرعاية الذاتية self-care limitations، والألم، والانفعالات المرتبطة بالمرض والعلاج، والتغيرات المرتبطة بعمليات الحياة (الميلاد، النمو والارتقاء، والموت). وهكذا فبينما يشخص الأطباء المرض ويعالجونه، تهتم الممرضات بالحاجات الحالية والمحملة التي تنشأ كاستجابة

للمرض والحالات الصحية^(١٩٨). وتعرّف الكلية الملكية للتمريض في إنجلترا UK Royal College of Nursing التمريض بأنه: «استعمال الحكم أو الرأي الإكلينيكي في توفير الرعاية لتمكين الأفراد من تحسين الصحة والمحافظة عليها والتعافي، والتوافق مع المشكلات الصحية، وتحقيق أفضل نوعية ممكنة للحياة، أيا كان مرضهم أو إعاقاتهم، حتى الموت»^(١٩٩).

ويقرر ماكفارلين Mcfarlane أن التمريض عملية «علاج، ومساعدة، وخدمة، ورعاية». ويتسم كمهنة بالإيثار، والثقة، والتفاني، والإخلاص، والولاء^(٢٠٠). ويعرف التمريض بصفة أساسية بأنه العناية بالآخرين ورعايتهم. وتشمل هذه الرعاية أي عدد من الأنشطة، من تنفيذ إجراءات فنية معقدة إلى شيء يبدو بسيطاً مثل الإمساك بيد مريض. ويتركز التمريض على الشخص متلقي الرعاية. والتمريض مزيج من العلم والفن. ويتمثل علم التمريض في الأساس المعرفي للرعاية المقدمة، بينما يتمثل فن التمريض في التطبيق الماهر لهذه المعرفة في مساعدة الآخرين على تحسين الصحة ونوعية الحياة^(٢٠١).

واضح أن بؤرة التركيز الرئيسة في جميع تعاريف التمريض هي المريض (الشخص متلقي الرعاية)، وتشمل الأبعاد الفيزيائية، والعاطفية، والاجتماعية، والروحية لذلك الشخص. ولا يعد التمريض الآن مسألة تتعلق برعاية المرضى، إذ اتسعت مفاهيمه وتعريفاته لتشمل الوقاية من المرض، وتدعيم صحة الأفراد والجماعات والمجتمعات المحلية والحفاظ عليها^(٢٠٢).

وبناء على ما تقدم، يمكن تحديد أربعة أهداف رئيسة لممارسة التمريض: تدعيم الصحة، والوقاية من المرض، والتعافي، وتيسير عملية التوافق مع الإعاقة أو الموت. ولتحقيق هذه الأهداف تستخدم الممرضة المعرفة والمهارات والتفكير النقدي لتقديم الرعاية عن طريق كثرة متنوعة من أدوار التمريض التقليدية

والجديدة^(٢٠٣). وتؤكد جمعية الممرضات الأمريكيات على ست سمات أساسية تميز التمريض: (١) توفير علاقة رعاية تيسر الصحة والعلاج. (٢) الانتباه إلى الخبرات والاستجابات الإنسانية للصحة والمرض والموت في إطار البيئات الطبيعية والاجتماعية، أو في سياق الأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات المحلية. (٣) تحقيق التكامل بين البيانات الموضوعية والمعرفة المكتسبة من إدراك الخبرة الذاتية للعميل أو الجماعة. (٤) تطبيق المعرفة العلمية في عمليات التشخيص والعلاج عن طرق استخدام الحكم والتفكير النقدي. (٥) تطوير المعرفة التمريضية المتخصصة عن طريق البحث الأكاديمي. (٦) التأثير على السياسة الاجتماعية والعامّة لدعم العدالة الاجتماعية^(٢٠٤).

قديماً كان دور الممرضة متجذراً في القيم الأخلاقية دوماً، واعتبر التمريض مهنة في الغالب الأعم. لكن في العالم الحديث لم يعد التمريض مهنة دينية. وتعرف الممرضة الآن بأنها «شخص، امرأة غالباً، تنال تدريباً يمكنها من العناية بالمرضى والعاجزين، ومساعدة الأطباء، إلخ»، وبأنها «شخص يساعد المرضى تحت الإشراف المباشر للأطباء». ويتضمن دور الممرضة التعامل والتكيف مع تنوع من المواقف والأحداث، منها رعاية المصابين بأمراض مزمنة أو من يحتاجون إلى رعاية لفترات طويلة، ومن هم في مرحلة الاحتضار، والرعاية الأساسية كالاستحمام وتوفير الراحة ومساعدة المرضى وأقاربهم». لذلك فمن غير المفاجئ أن يرادف مصطلح التمريض رعاية المرضى والمعوقين أو ذوي الاحتياجات الخاصة^(٢٠٥). وتعرف فيرجينيا هندرسون عام ١٩٦٦ وظيفة الممرضة بأنها: «مساعدة الفرد، مريضاً كان أو معافى، على أداء المناشط التي تسهم في الحفاظ على الصحة وتحقيق الشفاء (أو الموت بلا معاناة peaceful death)، تلك المناشط التي من شأن الفرد أداؤها بدون مساعدة من أحد إذا كانت لديه القوة والإرادة أو المعرفة. وقيام الممرضة بذلك بهذه الطريقة يساعد الفرد في اكتساب الاستقلالية والاعتماد على النفس بأسرع ما يمكن»^(٢٠٦).

وتؤكد وثيقة المريض The Patient's Charter على ضرورة أن تحترم الممرضات حقوق المرضى في التأثير على الرعاية التي يتلقونها. وتنادي ممارسة التمريض المعاصرة بضرورة أن تعمل الممرضات بالمشاركة مع المرضى. لذلك تشجع الممرضات على مشاركة قوتهم، وتيسير التمكين للمرضى من خلال منحهم المعلومات والدعم^(٢٠٧). ويتضمن الأساس المعرفي لممارسة التمريض التشخيص، والتدخلات، وتقييم المخرجات من خطة للرعاية. وتقدم الممرضة علاقة رعاية تيسر الصحة والعلاج^(٢٠٨).

وبناء على ما سبق، يتحدد التعريف الإجرائي للتمريض في هذا البحث بأنه الحصول على تدريب مهني متخصص بقصد رعاية المرضى والأصحاء من جميع الأعمار، وتحسين الصحة، والوقاية من الأمراض، ورعاية ذوي الاحتياجات والمحتضرين، والتوافق مع المشكلات الصحية.

ثقافة التمريض:

ارتبطت دراسة الجماعات الثقافية منذ فترة طويلة بالأنثروبولوجيين الذين صاغوا صور الجماعات الثقافية المنعزلة التي التقت بالثقافة الغربية للمرة الأولى. وكان منهج البحث المتبع هو الأثنوجرافيا التي تركز على ثلاثة مبادئ مهمة تعلّمها الأنثروبولوجيون أثناء ملاحظة الشعوب غير الغربية: (١) تخلق كل جماعة إنسانية واقعها الخاص وثقافة مشتركة. (٢) يعتبر كل فرد من أفراد الجماعة ثقافته أمراً مسلماً به. (٣) هناك أكثر من منظور ثقافي لأي موقف اجتماعي^(٢٠٩). والمؤكد أن المستشفى والحياة اليومية داخل ثقافات المستشفيات لم تجتذب سوى القليل من اهتمام الأثنوجرافيين، وذلك على عكس علماء الاجتماع الذين ركزوا على الجوانب البنائية والتنظيمية للمستشفى بوصفها أنساقاً مؤسسية. بيد أنه بعد انحسار الحركة الاستعمارية، وتحول الأنثروبولوجيين من دراسة ما هو غريب في الآخر إلى إلقاء الضوء على ما هو غريب في الذات، صار المستشفى وثقافته موضع

اهتمام الأنثروبولوجيين الذين ارتأى غالبيتهم أنه مادامت المعتقدات والممارسات الطبية تشكل فئة أساسية في كل الثقافات، فإن الرصد المتكامل لأية ثقافة يتطلب توجيه الاهتمام للمؤسسات الصحية^(٢١٠).

ومنذ ثمانينيات القرن المنصرم، تؤكد الثورة في الرعاية الصحية، تعزيزها منظمات الحفاظ على الصحة في الولايات المتحدة، على تقييم جودة الرعاية الصحية المقدمة. وتعتبر أدوار مقدمي الرعاية ظواهر ثقافية أساسية تؤثر في جودة الرعاية التي يستفيد منها المريض. وقد تأكد أن للمعرفة بالأنساق الثقافية وثقافة مقدمي الرعاية أهمية قصوى في دراسة مشكلات متلقي الرعاية الصحية. فالثقافة توجه خبرة وإدارة الظروف الصحية. ويدعم فهمنا للكيفية التي بمقتضاها تؤثر الثقافة على الصحة فهم المشكلات الصحية والرعاية المطلوبة. وتوفر النماذج الثقافية أطراً لدراسة المؤثرات التي تخضع لها الصحة عن طريق التفاعلات التي تتوسطها الثقافة بين البيولوجيا الإنسانية والبيئة. كما توفر الثقافة إطاراً تصورياً رئيساً لفهم السلوك الإنساني ككل، بما في ذلك السلوك الصحي. والثقافة هي ميتا - نظرية أو نظرية شارحة metatheory لتفسير السلوك الإنساني، خاصة الاختلافات بين الجماعات، وتشير إلى أن السلوك الإنساني ككل يتشكل بالثقافة. وهكذا يعد تصور الثقافة باعتبارها المحدد الرئيس للسلوك ضرورياً لفهم الكيفية التي تؤثر بمقتضاها الثقافة في الصحة والرعاية الصحية^(٢١١). وقد تأكد أن تحليل الصحة والمرض سوف يكون منقوصاً إذا ما تجاهل الثقافة التي تعد السياق، ومحدداً مهماً لسلوك ومعتقدات ومعايير الأفراد المتأثرين بالمرض، والأفراد والتنظيمات التي تضطلع بتقديم المساعدة والرعاية الصحية^(٢١٢).

وتؤكد بحوث الأنثروبولوجيا الطبية المعاصرة على حاجة العاملين في مجال الرعاية الصحية إلى معرفة بالثقافة، ومهارات العلاقات عبر الثقافية، وذلك من

منطلق أن الخدمات الصحية تكون أكثر فعالية عندما تستجيب للحاجات الثقافية. ويكون مقدمو الرعاية الصحية والمرضى أكثر فعالية في إدارة صحتهم ومرضهم من خلال الوعي الثقافي والقدرة على إدارة العوامل المتعددة التي تؤثر في الصحة والرعاية الصحية. وما يحتاجه المتخصصون في الرعاية الصحية هو طرق منظمة لدراسة المؤثرات الثقافية على الصحة، وتطوير الكفاءة الثقافية cultural competence^(٢١٣). وتعتبر الحساسية الثقافية ضرورية لتحقيق فعالية الارتباط بالآخرين عبر عوائق الاختلافات الثقافية^(٢١٤). وتؤثر الثقافة في مقدمي الرعاية الصحية كما تؤثر في المرضى. ويحتاج مقدمو الرعاية الصحية إلى فهم أن الثقافة لا تتعلق باختلافات في الزي، وآداب السلوك، والغذاء، ولكنها تتعلق بصورة أعمق بما يهم الأفراد. أي أنها تتعلق بتغيير الخبرات الأخلاقية للمرضى والعائلات والممارسين، وكيف أن تلك الخبرات الأخلاقية تؤثر بقوة في العلاقة بين الطبيب والممرضة والمريض^(٢١٥).

مفهوم الثقافة هو السمة المميزة للتفكير والبحث الأنثروبولوجي. وتمثل الثقافة نسقاً مركباً ومتكاملاً للتفكير والسلوك يشترك فيه أفراد جماعة معينة - نسقاً يتيح لنا نمطه الكلي فهم المعاني التي يلصقها الأفراد بوقائع وملاحظات معينة^(٢١٦). والثقافة هي نتاج وعملية تنشأ في نشاط الأفراد ذي المعنى. وما أن يصبح الفعل ذا معنى، يطور أفراد ثقافة معينة توقعات عن مناشط الأفراد. وتتضمن أنماط التوقعات تلك المعايير والأدوار والأجندات أو جداول الأعمال والدوافع والأساليب. ويعكس نمو وتطور النشاط الثقافي نمو وتطور التوقعات والمعاني^(٢١٧). ووفقاً لذلك تمثل الثقافة مجموعة من المعاني المشتركة داخل جماعة معينة^(٢١٨).

وحرى بالذكر أن جورج بارنت Barnett وميهوا لي Meihua Lee قد جمعا التعاريف التي صاغها دوركايم وجيرتس وكلاكهون وجودنف للثقافة في تعريف واحد:

«الثقافة هي خاصية مميزة لجماعة معينة... وتمثل نسق المعنى الجمعي المشترك للجماعة، من خلاله يمكن فهم قيمها واتجاهاتها ومعتقداتها وعاداتها وأفكارها الجمعية... والثقافة هي خاصية أساسية مميزة للتفاعل الاجتماعي للشخص، ومحدد للكيفية التي من خلالها يتصل أفراد الجماعة... ويمكن اعتبار الثقافة إجماعاً على معاني الرموز، اللفظية وغير اللفظية، التي يمتلكها أفراد مجتمع محلي أو جماعة معينة»^(٢١٩). ويقرر جيرتز أن القوى الثقافية تقهر الفاعلين أو الذوات، تخرقهم، وتدفعهم إلى السلوك كما لو كانوا بلا اختيار^(٢٢٠).

واليوم تشهد ميادين الإنسانيات والعلوم الاجتماعية المتنوعة ثورة ونقله في تعريف الثقافة. والمعروف أن العديد من العلوم الاجتماعية، على سبيل المثال، قد بحثت فيما مضى عن أسباب وتأثيرات الثقافة، وتعاملت مع الثقافة كمتغير. أما الآن، ومن منظور الفكر الماركسي الجديد، يهتم الباحثون بصورة متزايدة بعلاقات القوة الماثلة في الإنتاج الرمزي للثقافة. وهكذا فالثقافة، في هذا التعريف قد تم تسييسها بوصفها «موقعاً للنزاع أو الصراع». وفي هذا الصدد يعرف تيم أوسوليفان Tim O'Sullivan الثقافة بأنها: «الإنتاج وإعادة الإنتاج الاجتماعي المنظم، مؤسسياً أو بصورة غير رسمية، للشعور، والمعنى، والوعي. واليوم تعتبر الثقافة جزءاً مُحدداً للنشاط الاجتماعي وليست فقط جزءاً محدداً من هذا النشاط، ولذلك تعتبر الثقافة منطقة مهمة لإعادة إنتاج تفاوتات القوة». وتعد الثقافة عملية إعادة إنتاج تعاوني للمعنى. وتتعلق المعاني الرئيسة بالقوة. ويهتم منظرو ما بعد الحداثة، بدلا من تحديد جوهر جماعة معينة والكشف عنه، باستجلاء التناقضات والتوترات والصدوع أو الحدود الفاصلة بين الجماعات الثقافية، ويؤكدون على تفكيك فكرة الثقافة المجردة، وعلى أن المصطلح موجود داخل خطابات مختلفة معبأة ومشبعة بالقوة^(٢٢١).

وهكذا يعتبر البعض الثقافة قوة في جوهرها، إذ لا تتعلق بمنح المعنى ببساطة، لكنها تمثل مشاريع أو خططاً للسيطرة والهيمنة، فالمعرفة لا تستعمل فقط للاتصال، ولكن للسيطرة أيضاً. وفي تعريف الثقافة على هذا النحو توجد الثقافة كوسائل تتوسل بها جماعة معينة لفرض السيطرة والهيمنة على جماعات أخرى. ويقرر البعض أن الثقافة أيديولوجية بعمق. ذلك أن علاقات القوة مغروسة عبر نواتج وممارسات جماعة معينة وبين الجماعات. وهنا تظهر القوة كخاصية مركزية مميزة لتعريف الثقافة المعاصر^(٢٢٢). ويدحض ربط الثقافة بالقوة والسياسة والصراع توجهاً عاماً في الدراسات الأنثروبولوجية التي يُنظر فيها إلى الثقافة باعتبارها تتضمن بصفة أساسية الإجماع والتناغم، وتمثل مجموعة من القيم المشتركة. لكن اليوم لا تُقارب الثقافة بوصفها تمثل الإجماعي والاتفاقي والجمعي والتماسك والمترايب والمتكامل، ولكن يمكن أيضاً تأويلها على ضوء التناقض والصراع الخفي والأويولوجيات المسيطرة والطبقة والتحيز النوعي، وهكذا^(٢٢٣). ويوضح ماتس الفيسون Alvesson طبيعة الارتباط بين الثقافة والقوة بقوله: «هناك قيود «تلقائية» أو عضوية ترتبط بالانتماء الثقافي - قيود وضغوط ترتبط باللغة، والتقليد، والافتراضات، والأفكار المسلم بها والخاصة بجماعة معينة أو مجتمع معين. فبمجرد أن نولد في سياق ثقافي معين أو ندخل سياقاً ثقافياً معيناً - مجتمعاً أو مكان عمل - نتمثل توجهات مشتركة معينة ودرجة معينة من الخضوع، دون وجود فاعل له أهمية خاصة. لكن بصورة متكررة يصنع الفاعلون الأقوياء فارقاً بالنسبة للكيفية التي ينمو بها المعنى، والكيفية التي ترتبط بها الجماعة بالعالم الاجتماعي. وهكذا تعد علاقات القوة مهمة لتشكيل الثقافة، خاصة على مستوى محلي، على سبيل المثال، التنظيم أو جماعة عمل معينة. إذن تعتبر رؤية معينة للواقع نتيجة للتفاوضات بين فاعلين مشاركين في علاقات قوة متفاوتة أو

غير متناسقة. ويمتلك الفاعلون في هذه العلاقات القدرة على الوصول إلى الموارد المختلفة - المادية والرمزية - وإمكانيات مختلفة عندما يتعلق الأمر بتقرير الكيفية التي يتم من خلالها تحديد الواقع. ويعد ذلك مظهراً مهماً من مظاهر القوة على الأقل في المجتمع الحديث»^(٢٢٤).

ويهتم التمريض ضمن ميادين أخرى بالبحث الثقافي. وقد طور لينينجر Leininger ميداناً دراسياً يعرف بالتمريض عبر الثقافي^(٢٢٥) ويقرر أن التمريض مهنة موجهة ثقافياً، تعد فيها المعرفة والمهارات عبر الثقافية مهمة وأساسية للممارسة^(٢٢٦). ويعتبر التمريض قبيلة تتميز بثقافة وعادات وأعراف، أو ثقافة فرعية^(٢٢٧).

وتعد ثقافة التمريض جزءاً من بيئة التمريض. وتمثل مجموعة القيم، والمعتقدات، والتوقعات التي تشترك فيها جماعة التمريض. ويشير المصطلح إلى تصورات الممرضة للمهنة ورؤيتها لدورها وعلاقتها بغيرها من العاملين بالرعاية الطبية بالمستشفى. وتشمل ثقافة التمريض الخبرات، والمفاهيم الأخلاقية، وأفكار الصواب والخطأ، وعادات الشخص الذي ينمو كعضو في جماعة معينة. وتشكل ثقافة التمريض سلوكيات أفرادها، وتمارس ضغطاً عليهم للامتثال لشفرات أو رموز مشتركة. كما تؤثر في الممارسات والأدوار التي تضطلع بها الممرضة. وتدفعها إلى التماس التمكين وممارسة القوة على مستويات مختلفة. وتعتبر ثقافة الأجنحة أو الأقسام المختلفة في تنظيمات الرعاية الصحية ثقافة تمريض أيضاً. كما تعتبر ثقافة التمريض الاحترافية وغير الاحترافية أجزاء من الثقافة الصحية التي تعد ثقافة فرعية^(٢٢٨).

والحقيقة أن ثقافة التمريض تكون مقبولة ببساطة غالباً ولا تناقش. يتضح ذلك في أبرز مكوناتها وهي العادات التي يخلقها أفراد الثقافة. والعادة هي شيء يؤدي غالباً وبانتظام داخل ثقافة معينة، ولكن يمكن أن تكون أيضاً فعلاً أخلاقياً يعد سيئاً

يؤديه شخص معين بصورة متكررة، ويجد أنه من الصعب الكف عنه. والعادات الماثلة في هذه الثقافة تنتج عن متطلبات الطهارة والأمان، والإنتاجية. ولعادات الممرضات وسلوكياتهن تأثير في خبرات التعافي الخاصة بالمريض. وتتضمن ثقافة التمريض جوانب روحية وأخرى مادية. وتتمثل الجوانب الروحية في الجوانب المتصلة بالجانب الإنساني من الثقافة، وتشكلها الغايات والتنشئة والأخلاق والقيم والتقاليد والتعليم وروح الثقافة، وتستند على العناصر الثقافية. أما الثقافة المادية فتتمثل في الأدوات والأجهزة المتقدمة عالية التقنية في غرفة العمليات مثلاً، وهي تساعد الممرضات وتيسر عملهن^(٢٢٩). وما زالت الثقافة التقليدية للممرضات ترتكز على الأدوار بدرجة كبيرة، يصفها أحد الباحثين بأنها تشبه «القبائل»، مثل الأطباء والممرضات. وتسعى الإدارة الجديدة إلى تغيير هذه الثقافة إلى ثقافة تتمركز حول المهمة، هدف معين، لا حول الدور^(٢٣٠).

ويستند هذا البحث إلى تعريف إجرائي لثقافة التمريض يؤشر على أنها مجموعة من الطرق النمطية للتفكير والشعور والسلوك المميزة لجماعة التمريض، وتوجه عمليات اتخاذ القرار والفعل، وتؤثر في أدائها لأدوارها، وممارسة القوة داخل سياق المستشفى. وتشمل ثقافة التمريض الخبرات، والمفاهيم الأخلاقية، وأفكار الصواب والخطأ، وعادات الشخص الذي ينمو كعضو من أعضاء الجماعة. بل ويمكن اعتبار ثقافة التمريض بمثابة عضوية جماعة التمريض التي تشترك في رؤية مشتركة للعالم، ونسق اتصالي مشترك، وإطار للمعنى يعد نسقاً مرجعياً يفرز تصورات مشتركة. وتتألف ثقافة التمريض من الصيغ الثقافية أو الأبنية المعرفية الجمعية التي تتشكل اجتماعياً، وتستند في بقائها إلى التفاوض والإجماع والاتفاق. وتحقق الاستمرارية للثقافة ويعاد إنتاجها عن طريق الغرس الثقافي والتفاعل اليومي. وتعمل الثقافة للمحافظة على التماسك الداخلي للجماعة، وتعد حائط صد ودفاع ضد التهديد الخارجي الذي تمثله الجماعات الأخرى.

ثقافة التنظيم:

ثمة منظور للثقافة يعتبرها حاضرة في الممارسة اليومية، تتأثر بالعوامل الاجتماعية والتنظيمية، وتشكل السلوك الجمعي والفردى^(٢٣١). لذلك ينال مفهوم الثقافة، تأثيرها على سلوك الأفراد أو الجماعات، اهتماماً متعاضداً في الدوائر الأكاديمية المعاصرة. وقد تركزت بحوث ثقافة التنظيم في بداياتها في الأنثروبولوجيا، وذلك خلال فترة الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين. ولكن في السبعينيات راجت هذه البحوث في ميادين أخرى^(٢٣٢). ونال المفهوم اهتماماً جاداً في علوم التنظيم في الثمانينيات كاستجابة لأعمال بيترز Peters ووترمان Waterman اللذين ربطا الثقافة بالأداء والمخرجات التنظيمية^(٢٣٣). وتعد ثقافة التنظيم إحدى القضايا المحورية في البحث الأكاديمي، ونظرية التنظيم، وممارسة الإدارة. وسبب ذلك أن البعد الثقافي مركزي في كل جوانب الحياة التنظيمية^(٢٣٤). وخلال الخمسة والعشرين عاماً الماضية، لاقى مفهوم ثقافة التنظيم قبولاً عريضاً، وأُعتبرت ثقافة التنظيم عاملاً جوهرياً ومهماً لنجاح التنظيم الحديث ونموه وفعاليته. وقد دُرس هذا المفهوم من منظورات مختلفة تتراوح بين ميادين كالأنثروبولوجيا وعلم الاجتماع، إلى ميادين دراسة السلوك التنظيمي، وعلم الإدارة، والاتصال التنظيمي^(٢٣٥). واليوم تتعاون الأنثروبولوجيا ودراسات التنظيم وتتناول حول فكرة الثقافة. وفي البحث عن طرق جديدة لإدارة التنظيمات المعاصرة، صار مفهوم الثقافة المرتبط بمفهوم القوة بارزاً^(٢٣٦).

ظهر مصطلح ثقافة التنظيم في مجال بحوث التمريض لأول مرة عام ١٩٨٦^(٢٣٧). وفي السنوات الأخيرة برز اهتمام في بحوث التمريض بثقافة التنظيم بوصفها حزمة المعتقدات والقيم والاتجاهات والتقاليد واللغة والقواعد والسلوكيات المشتركة، وبالكيفية التي من خلالها يمكن تغيير هذه الثقافة لتحقيق المزيد من الفعالية وأهداف إدارية أخرى^(٢٣٨). وظهرت كثرة من الكتابات عن تأثير ثقافة التنظيم على

خبرات العمل الخاصة بالموظفين. وقد دفعت أهمية ثقافة التنظيم العديد من الخبراء إلى استنتاج أنها شرط لنجاح ونمو التنظيمات الحديثة، وأن العامل الأساسي لنجاح التنظيم ونموه يتحدد في الأداء الوظيفي لثقافة التنظيم^(٢٣٩). ويؤكد هوفستيد Hofstede أن ما تفعله الجماعة، وما تقوله يعكس ثقافة التنظيم^(٢٤٠). ولثقافة التنظيم تأثير كبير على الرضا الوظيفي، والنجاح التنظيمي. وثقافة التنظيم في رأي البعض هي نسق من القواعد غير الرسمية التي تحدد كيف يسلك الأفراد معظم الوقت^(٢٤١). وتفسر ثقافة التنظيم كيف يؤدي أعضاء التنظيم الأشياء لينجحوا. كذلك كيف تسهم سلوكياتهم في فشل الجماعة^(٢٤٢).

ويعد مفهوم ثقافة التنظيم ظاهرة معقدة مركبة، تولدت أدبيات كثيرة تقاربه وتتعاطى معه. لذلك يصعب الوقوف على تعريف واحد جامع مانع^(٢٤٣). فثمة تعاريف متعددة يركز العديد منها على الخصائص الثابتة للثقافة مثل القيم والافتراضات والمعتقدات^(٢٤٤). ومن هذه التعاريف: (١) تعريف كويلنج Coeling وويلكوكس Wilcox (١٩٩٠): ثقافة التنظيم هي مجموعة من الحلول التي تبتكرها جماعة معينة لحل مشكلات معينة فرضتها المواقف التي تواجهها الجماعة بعامه. (٢) تعريف جراو Grau وويلن Wellin (١٩٩٢): ثقافة التنظيم هي مجموعة ثابتة من الافتراضات المسلم بها، والمعتقدات المشتركة، والمعاني، والقيم التي تشكل خلفية للفعل داخل التنظيمات. (٣) تعريف كويلنج Coeling وسيمز Simms (١٩٩٣): ثقافة التنظيم هي نمط السلوكيات التي طورتها الجماعات لحل المشكلات المرتبطة بالعمل. (٤) تعريف فلييجر Fleeger (١٩٩٣): ثقافة التنظيم هي مزيج الرموز، واللغة، والافتراضات، والسلوكيات التي تتبدى في سياق معين. (٥) تعريف جودبريدج Goodbridge وهاك Hack (١٩٩٦): ثقافة التنظيم هي نمط الافتراضات الأساسية المشتركة الذي اكتسبته الجماعة. (٦) تعريف جرزيب وسوكي

Grzyb-Wysocki وانريكو Enriquez (١٩٩٦): مزيج القيم والمعتقدات والمعاني والتوقعات التي يمتلكها أعضاء تنظيم معين بصورة مشتركة. (٧) تعريف سياجو Seago (١٩٩٦): نمط القيم والافتراضات المشتركة التي تتبدى في سلوكيات الجماعة، وقد تطورت عبر الزمن لحل مشكلات معينة. (٨) تعريف ويب Webb (١٩٩٦): مجموعة الاستجابات التي يبتكرها أفراد جماعة العمل حيال المواقف التي يواجهونها أثناء العمل^(٢٤٥). (٩) تعريف جونز Jones (١٩٩٧): الافتراضات والمعتقدات الضمنية الخفية التي يشترك فيها أفراد تنظيم معين، وتعمل بصورة لا شعورية. (١٠) تعريف بوند Bond وفيدلر Fiedler (١٩٩٨): ثقافة التنظيم هي مجموعة متميزة من الاتجاهات والمعايير والسلوكيات المشتركة. (١١) تعريف هوكس Hawks (١٩٩٩): هي الافتراضات والقيم والمعتقدات والتوقعات والمبادئ والسلوكيات التي يشترك فيها أعضاء تنظيم معين. (١٢) تعريف إينجرسول Ingersoll (٢٠٠٠): أساليب التفكير والاعتقاد التي يشترك فيها الأفراد. (١٣) تعريف مانلي Manley (٢٠٠٠): إن التنظيمات ثقافات؛ وثقافة التنظيم هي القيم والمعتقدات المشتركة. (١٤) تعريف سياجو Seago (٢٠٠٠): الفلسفات والأيدولوجيات والقيم والافتراضات والمعتقدات والتوقعات والاتجاهات والمعايير التي تحقق ترابط المجتمع أو الجماعة وتماسكها. (١٥) تعريف مانوجلوفيتش Manojlovich وكيثيفيان Ketefian (٢٠٠٢): القيم والمعتقدات الضمنية في تنظيم معين كما يدركها العاملون داخل هذا التنظيم. (١٦) تعريف تزينج Tzeng (٢٠٠٢): مجموعة المعتقدات والقيم والمعايير المشتركة عن الطرق التي ينبغي أن تُنجز بها الأشياء داخل تنظيم معين. (١٧) تعريف جاسكيت Jaskyte (٢٠٠٢): مجموعة القيم المشتركة التي تساعد أعضاء التنظيم على فهم الأداء الوظيفي التنظيمي، ومن ثم توجه تفكيرهم وسلوكهم. وثقافة التنظيم هي نمط

الافتراضات الأساسية الذي اخترعته واكتشفته وطورته جماعة معينة في تعلم كيفية التوافق مع مشكلاتها الخاصة بالتكيف الخارجي والتكامل الداخلي^(٢٤٦).

(١٨) تعريف ميلز Mills (٢٠٠٢): تتميز ثقافة التنظيم بأنها تتألف من مجموعة معينة من القواعد، تُسن وتُفرض وتُقاوم^(٢٤٧). (١٩) تعريف ووتن Wooten وكراين Crane (٢٠٠٣): يشير مصطلح ثقافة التنظيم إلى نسق قيمي مشترك نشأ عبر الزمن، ويوجه الأفراد في حل المشكلات والتكيف مع البيئة الخارجية وإدارة العلاقات... وتعتبر ثقافة التنظيم بمثابة خريطة معرفية للأفراد تمكنهم من فهم ما يعد ذا قيمة داخل التنظيم، وكيف يواجهون سلوكياتهم وفقاً لذلك^(٢٤٨). (٢٠) تعريف سيلفرثورن Silverthorne (٢٠٠٥): تتألف ثقافة التنظيم من الافتراضات والقيم والخبرات والمعتقدات ومعايير السلوك المشتركة داخل تنظيم معين، وتتجلى في إدراكات وأفكار ومشاعر وسلوك أعضائه، وكذا مظاهر الطبيعة المادية واللامادية^(٢٤٩). (٢١) تعريف كاين أوربازو Kane-Urrabazo (٢٠٠٦): تعبر ثقافة التنظيم عن الافتراضات والقيم والمعتقدات المشتركة، وهي بمثابة الغراء الاجتماعي الذي يحقق تماسك التنظيم^(٢٥٠). (٢٢) تعريف كاسيدا Casida (٢٠٠٨): تشير ثقافة التنظيم إلى مجموعة الافتراضات والمعتقدات والقيم العميقة الخفية التي يشترك فيها أعضاء التنظيم وتعمل بصورة نمطية بطريقة لا شعورية. وتعد هذه المظاهر أو الجوانب استجابات مكتسبة لمشكلات الجماعة الخاصة بالبقاء في بيئتها الخارجية، ومشكلات التكامل الداخلي. فإذا ما اشتركت جماعة من البشر في عدد من الخبرات المهمة في عملية حل مشكلات خارجية، يمكن للمرء أن يفترض أن الجماعة قد طورت رؤية مشتركة للعالم والمكان الذي تعمل فيه^(٢٥١). (٢٣) تعريف جونسون Johnson (٢٠٠٩): يشير مصطلح ثقافة التنظيم إلى القيم والافتراضات والتوقعات والمعتقدات الجمعية

الخاصة بأفراد تنظيم أو جماعة معينة^(٢٥٢). (٢٤) تعريف بيترسون Peterson وويلسون Wilson: تتألف ثقافة التنظيم من القيم والمعتقدات التي تحدد ما يفعله التنظيم، ولماذا، وكيف؟^(٢٥٣).

واضح أنه برغم تنوع تعاريف ثقافة التنظيم، نجدها تشترك في التأكيد على أنها مجموعة من القيم والمعتقدات والتوقعات التي يشترك فيها أفراد تنظيم معين، وتمارس ضغطاً عليهم، وتوجه سلوكياتهم وأفكارهم^(٢٥٤). وتعد الثقافة مكوناً جوهرياً في أي بيئة نسق داخلية، في جزء يتكامل مع كل نسق اجتماعي، كما تتجلى في بيئات النسق الداخلية والخارجية^(٢٥٥). وتعتبر الثقافة ظواهر تنظيمية مركبة أو انتظامات سلوكية ملاحظة تشكلت كنتيجة لتفاعل الأفراد. وتشمل هذه الانتظامات السلوكية اللغة التي يستعملونها، والعادات والتقاليد التي تتطور، والشعائر التي تؤدي في مدى متنوع من المواقف. وتلعب الثقافة دوراً مهماً في تشكيل حياة التنظيم^(٢٥٦). وتوجد ثقافة التنظيم متضافرة مع كل أنشطة التنظيم، وتمثل شخصية هذا التنظيم وتتطور عبر سنوات^(٢٥٧).

وتمثل ثقافة التنظيم الإدراك المشترك لكل أعضاء التنظيم. ويؤكد المصطلح على الجوانب العلاقية أو العملية في التنظيم. وتشمل هذه الجوانب علاقات القوة والسلطة، والولاء، والالتزام، والدافعية، والضبط، والتنسيق، والتكامل، والاتصال، والمشاركة، وغير ذلك. ولا يعني ذلك أنه لا وجود لثقافات فرعية داخل أي ثقافة تنظيم. ولكن في الحقيقة تتضمن معظم التنظيمات الكبيرة ثقافة مهيمنة، ومجموعات كثيرة من الثقافات الفرعية^(٢٥٨). وهنا حاول بعض الباحثين وصف ثقافة تنظيم معين، أو إحدى وحداته الفرعية. كذلك يمكن وصف ثقافة مهنة معينة بعامة أو مهنة في بلد معين (ثقافة التمريض الأمريكي على سبيل المثال لا الحصر)^(٢٥٩).

وتعطي ثقافة التنظيم معنى لما له قيمة، وكيف تؤدي الأشياء داخل التنظيم. ويمكن اعتبار ثقافة التنظيم مادة معيارية تحقق تماسك التنظيم، وتحافظ على الجماعة وتقويها عن طريق الحفاظ على التوازن. وهنا يعتبر البعض الثقافة بمثابة أداة تحقق تماسك ووحدة التنظيم، أو بتعبير آخر تمثل اللاصق الدوركامي الذي بدونه لا يمكن أن توجد الجماعة الاجتماعية^(٢٦٠). وتعد ثقافة التنظيم في رأي البعض ميكانزماً للتكيف لحل المشكلات وتأويل حوادث التنظيم اليومية^(٢٦١). كذلك تعد ثقافة التنظيم ميكانزماً للضبط يوجه سلوك واتجاهات أعضاء التنظيم ويشكلها^(٢٦٢). وتعتبر ثقافة التنظيم قائمة بالسّمات أو القيم المشتركة التي تحقق لجماعة معينة حالة مستقرة من الانتظام والإجماع والاتفاق، وتشير إلى عملية صناعة المعنى عن طريق الرموز. لذلك تتناول أنثروبولوجيا التنظيمات المعاصرة الطرق المركبة التي من خلالها يصنع الأفراد المعاني ويفاوضونها في سياقات تنظيمية^(٢٦٣). وذلك على اعتبار أن ثقافة التنظيم منبثقة وطائرة باستمرار emergent، ويتم تفاوضها باستمرار، وفاعلة، وفقاً للقصد الإستراتيجي للأطراف التي تشترك فيها أو تتصارع عليها^(٢٦٤). ويركز الأنثروبولوجيون في تحليل عمليات تفاوض المعنى، وتفاوض ثقافة التنظيم على قضايا القوة^(٢٦٥).

ومن اللافت للانتباه أن هناك عدداً محدوداً من أطر دراسة ثقافة التنظيم، من أبرزها الإطار الذي وضعه شين Schein (١٩٩٢)، والذي يصف ثلاثة مستويات أو أنماط لمظاهر الثقافة: المظاهر المادية للثقافة (التي يمكن ملاحظتها مباشرة)، والقيم المعتنقة (ما نخبرنا من بداخل التنظيم أنها إستراتيجيات وأهداف وسياسات التنظيم)، والافتراضات الخفية التحتية (الأفكار غير المعلنة التي تكون في قلب نجاح التنظيم)^(٢٦٦). وتمثل المظاهر المادية للثقافة المظاهر الملموسة المرئية. أما القيم فتُمثل المعايير المترابطة بوضوح، والمبادئ والأيديولوجيات الاجتماعية التي يُعتقد أن لها قيمة وأهمية جوهرية داخل التنظيم. وتقدم

الافتراضات، التي تعد المستوى الأعمق أو العناصر النواة في الثقافة، توقعات تؤثر في التصورات والأفكار والمشاعر حيال التنظيم. والافتراضات هي المعتقدات المسلم بها عن الواقع والطبيعة الإنسانية التي يشترك فيها أعضاء تنظيم معين. وفي رأي شين Schein تعد المظاهر المادية للثقافة مظاهر للقيم، بينما تعد القيم مظاهر للافتراضات. وتشكل المستويات الثلاثة بعضها البعض باستمرار في عملية متكررة^(٢٦٧).

ومن الأطر الأخرى المعروفة لدراسة ثقافة التنظيم الإطار الذي طرحه هاندي Handy، ويشير فيه إلى أربعة أنماط لكل منها خصائصه: ثقافة القوة، وثقافة الدور، وثقافة المهمة، وثقافة الشخص. ويعد هذا التحديد إطاراً لدراسة وفهم ثقافة التنظيم:

ثقافة القوة power culture: ويرمز إليها بشبكة متحدة المركز يبسط فيها أفراد رئيسيون القوة من المركز، ويعتمدون على الثقة لا على قواعد لسيطرتهم على التنظيم. إذن تعتمد ثقافة القوة على مصدر واحد للقوة، وتدفع قوة أو سلطة القائد الآخرين إلى الفعل^(٢٦٨).

ثقافة الدور role culture: توجد بصورة نمطية في التنظيمات البيروقراطية، وتؤكد العقلانية والترشيد والتخصص والإجراءات والإذعان للقواعد والقوانين^(٢٦٩). وتنتمي معظم تنظيمات المستشفيات إلى هذه الفئة، وتكمن قوة تنظيمات الدور في ركانزها أو دعائمها، ووظائفها، وتخصصاتها. كل وحدة تعد دعامة أو ركيزة تدعم التنظيم وتسانده، وتسيطر السياسات والإجراءات على التنظيم، ويعمل الموظفون استناداً إلى توصيفات المهنة^(٢٧٠).

ثقافة المهمة: وتكون موجهة بالوظيفة job-oriented أو بالمشروع project-oriented، وتمثلها تنظيمات مصفوفة تنتشر وتسود فيها المرونة

والسيطرة غير المركزية^(٢٧١). ويكون التركيز في ثقافة المهمة على عمل أو وظيفة معينة. وبرغم أن تنظيمات الرعاية الصحية تعمل بدرجة كبيرة داخل سياق ثقافة الدور، تتطور ثقافات المهمة مترافقة معها. وتهدف هذه الثقافة إلى الجمع بين الشخص المناسب والموارد المناسبة حتى تتحقق المهمة^(٢٧٢).

ثقافة الشخص person culture: وفيها يكون الفرد بؤرة التنظيم. ويقرر هاندي أنه برغم أن هذا النمط موجود داخل الأسرة والكوميونات والجماعات الصغيرة، فإن أهميتها تكون محدودة في تنظيمات العمل التقليدية^(٢٧٣). وتوجد ثقافة الشخص فقط لمساعدة الأفراد الذين ينتمون إليها. على سبيل المثال في نظام التعليم الطبي يهدف الطالب بالأساس إلى اكتساب المهارات اللازمة لبقائه في مكان عمل معين^(٢٧٤).

ويحدد مارتن Martin ثلاثة اتجاهات لدراسة الثقافة في التنظيمات: التكامل (ويلقى الضوء على الخبرات والمنظورات المشتركة عبر التنظيم)، التمييز أو الاختلاف (ويصف الوحدة داخل الوحدات الفرعية أو جماعات الموظفين الفرعية، ولكن مما له أهمية أيضا وجود اختلافات عبر هذه الجماعات قد تحقق أهدافاً وظيفية)، والتشظي fragmentation (اتجاه يشبه اتجاه الاختلاف السابق، ولكن يؤكد على أن الثقافات المختلفة تدخل في صراع أساسي مع بعضها البعض). ويسيطر اتجاه التكامل على معظم الأدبيات التي تتناول الثقافة في تنظيمات الرعاية الصحية^(٢٧٥).

ومن أبرز منظورات دراسة ثقافة التنظيم: (١) المنظور الحديث modern: ويؤكد على أن ثقافة التنظيم متغير يؤثر في تدعيم احتمالية تحقيق مستويات مرغوبة للأداء من آخرين داخل التنظيم. وأن الثقافة خصيصة مميزة للتنظيمات. (٢) المنظور التأويلي - الرمزي: symbolic-interpretive: ويشير إلى أن

ثقافة التنظيم هي سياق لصناعة المعنى وتأويله. والثقافة هي موجودات متشكلة اجتماعياً؛ والتنظيمات هي ثقافات، لذلك فالثقافات هي سياقات. كما أن المعنى الثقافي نجده ونفهمه من داخل النسق الثقافي. ويعتمد هذا المنظور على الأساليب الأنثوجرافية في الوصول إلى المعنى. (٣) **المنظور ما بعد الحداثي**: ويشير إلى أن ثقافة التنظيم لا يمكن ببساطة وصفها بالتناغم، وبأنها مشتركة، أو تزخر بالصراع. ولكن يشترك أعضاء التنظيم في بعض القيم، ويختلفون على البعض، ويكونون غير واعين بأخرى. ويتعايش الإجماع أو الاتفاق والتنافر والتناقض والارتباك. وأن الغموض مظهر حتمي للحياة التنظيمية. وينصب تركيز أصحاب هذا المنظور على الطرق التي من خلالها تكون ثقافات التنظيم دينامية وغامضة وغير متسقة. ويعتمدون على الأساليب الكيفية لتوفير كثرة من التأويلات للظاهرة قيد البحث^(٢٧٦).

وفي ضوء ما سبق، يمكن تحديد مفهوم ثقافة التنظيم إجرائياً في هذا البحث بأنه يشير إلى مجموعة القيم، والمعايير، وقواعد السلوك، والتوقعات المشتركة، التي تتحكم في الطرق التي من خلالها يتفاعل الأفراد والجماعات داخل التنظيم مع بعضها البعض، وتعمل لتحقيق أهداف التنظيم. كما تمثل ثقافة التنظيم مجموعة التصورات والمعاني التي تشترك فيها جماعة من الأفراد، وتكون ضمنية كامنة بدرجة كبيرة لدى الأفراد، وتميز جماعة معينة. ويعتبر تنظيم المستشفى في هذا البحث ثقافة. ويضم تنظيم المستشفى ثقافة مهيمنة وكثيرة من الثقافات الفرعية. وتدخل هذه الثقافات المختلفة في صراع أساسي، وتفاوض للمعنى والقوة.

القوة:

يبحث الأنثروبولوجيون عن أهداف إستراتيجية جديدة لحياتهم العلمية، ترافق ذلك مع النقلة والتحول في الاهتمام من البناء إلى الممارسة، ومن النمط إلى العملية. لذلك صارت القوة والسياسة هدفاً إستراتيجياً للأنثروبولوجيا^(٢٧٧). خاصة

بعد أن صارت القوة تمثل معيار الوضع ما بعد الحداثي وعالم ما بعد الحداثة الذي تضاءلت فيه قيمة القواعد القديمة للسلطة^(٢٧٨). وصارت القوة أخف في شكلها، تتحول من السيادي المسيطر إلى الانضباطي، ثم إلى إشكال المراقبة^(٢٧٩). ويرى البعض أن الاهتمام بفكرة القوة - التي أُهملت، ولم تنل القدر الكافي من الاهتمام - من شأنه أن يدفع بميدان الأنثروبولوجيا سريع التغير إلى الأمام^(٢٨٠). ولا ريب في أن مفهوم القوة قد نال تعريفاً وتحديداً مستفيضاً في الأدبيات الأنثروبولوجية، خاصة الأنثروبولوجيا النقدية أو الأثنوجرافيا النقدية^(٢٨١). ويقرر مايكل مان Mickael Mann أن «تاريخ ونظرية علاقات القوة ترادف في الحقيقة تاريخ ونظرية المجتمع البشري»^(٢٨٢). ويقرر راسل Russell أن البحث عن القوة يمثل دافعاً أساسياً لدى البشر، وجانباً مهماً من التفاعل الإنساني^(٢٨٣).

يعرف الأنثروبولوجيون مصطلح القوة بطرق شديدة التباين، تتراوح بين السيطرة الفيزيائية والتمكين الرمزي symbolic empowerment^(٢٨٤). وثمة اتفاق على صعوبة تعريف المصطلح أو وضع تعريف جامع مانع له، فهو خلافي يختلف معناه وتصور الناس له من شخص إلى آخر اعتماداً على قيمهم والموقف والخبرة^(٢٨٥). وتبقى فكرة القوة مراوغة يصعب تحديدها. فستعمل داخل وخارج الدوائر الأكاديمية لتنطبق على العديد من المواقف والظروف المختلفة^(٢٨٦). ويرجع جانب من صعوبة تعريف مصطلح القوة إلى الخلط بينه وبين مصطلحات أخرى من أبرزها السلطة والهيمنة^(٢٨٧)، وإلى الطبيعة المجردة للقوة التي أفضت إلى تعريفات متعددة ومتضاربة. بالإضافة إلى خضوع العديد من أنواع القوة للفحص والدراسة (السلطة، التأثير، التحكم أو الضبط)، وكذا الاتجاهات المتعددة للقوة (رأسية، أفقية، وحدة فرعية)^(٢٨٨). كذلك تعد القوة ظاهرة مركبة، تتضمن كثرة من العوامل المتداخلة توجد على مجموعة مستويات مختلفة. إضافة إلى ذلك يمكن أن يتغير

موضع القوة كنتيجة للتغير الشخصي والاجتماعي^(٢٨٩). وأخيراً تكتسب القوة معنى محدداً تماماً فقط عندما يُطبق التحليل على موقف معين، ويعتمد تحليل من هذا النوع على أهداف المحلل. على سبيل المثال يختلف تعريف القوة في موقف معين يتضمن الاضطلاع بعمل أو مشروع معين عن تعريف القوة الذي يُطبق في موقف يتضمن قدرة جماعة تمرّض معينة على تحقيق أهدافها^(٢٩٠).

ومن الناحية اللغوية يعود بنا قاموس Etymological Dictionary إلى جذر كلمة قوة فيشير إلى كلمة potere اللاتينية التي تعني القدرة على الاختيار أو امتلاك هذه القدرة^(٢٩١). لكن مفهوم القوة تتقاطع فيه أدبيات العلم الاجتماعي المختلفة التي اتسمت بالاختلاف حول تعريف أساسي للقوة. ويعرف بعض المنظرين القوة بأنها دفع شخص آخر إلى فعل ما تريده أن يفعل (فرض القوة power over)، بينما يعرفها البعض بصورة أشمل بأنها القدرة على الفعل (القدرة على power to). ويعد تعريف توماس هوبز Hobbes للقوة بأنها «الوسائل الراهنة.. لتحقيق نفع أو مصلحة مستقبلية واضحة» مثالا كلاسيكياً على هذا التصور للقوة، وينسحب ذلك على تعريف حنا أريندت Arendt للقوة بأنها «القدرة الإنسانية ليس فقط على الفعل، ولكن على الفعل جمعياً في تناغم»^(٢٩٢). وتتنوع استعمالات مفهوم القوة في الأنثروبولوجيا. والمصطلح صاغه ماكس فيبر، وأعيدت صياغته في الأنثروبولوجيا عبر مصادر غير مباشرة. وقد طرح ماكس فيبر مصطلح القوة Macht في بداية القرن العشرين بقوة. ويقرر في كتابه الاقتصاد والمجتمع (١٩٢٢) أن القوة هي «احتمال أن يحقق شخص أو جماعة من الأشخاص إرادتها أو رغبتها في فعل جمعي ضد مقاومة آخرين يشاركون في هذا الفعل»^(٢٩٣). وفي مواضع أخرى يجتر فيبر هذا التعريف عبر صيغ أخرى برغم ثبات جوهره، فيقرر أن القوة هي «احتمالية أن يكون فاعل معين داخل علاقة اجتماعية في موقع يمكنه من تنفيذ إرادته

برغم المقاومة، وذلك بصرف النظر عن الأساس الذي تركز عليه هذه الاحتمالية»^(٢٩٤). وهي «القدرة على التحكم في الآخرين، والأحداث، والموارد لإحداث ما يريده شخص معين برغم العوائق أو المقاومة أو المعارضة»^(٢٩٥).

ومن التعاريف المتنوعة للقوة ما يلي: تعريف ريتشارد تاووني Richard Tawney (١٩٣١) الذي أشار فيه إلى أن «القوة هي قدرة فرد أو جماعة من الأفراد على تغيير سلوك أفراد آخرين أو جماعات أخرى بأسلوب يرغبه، وأن يحول دون تغيير سلوكه الخاص بأسلوب لا يرغبه». ويعرف آدامز R. N. Adams (١٩٧٧) القوة من وجهة النظر الأنثروبولوجية بأنها «قدرة شخص أو وحدة اجتماعية على التأثير في سلوك أخرى أو اتخاذها للقرار، وذلك عن طريق السيطرة على الأشكال الفعالة والنشطة في بيئة الأخير أو الأخيرة»^(٢٩٦). ويقرر شالنيك Shalnik أنه «بينما تشير السلطة authority إلى الحق في الفعل وسن القوانين، تُفهم القوة بأنها القدرة على فرض الإذعان والطاعة»^(٢٩٧). تعريف دودنج Dowding: «القوة هي القدرة البسيطة والصريحة نسبياً لإحداث نتيجة مقصودة (القدرة على «power to»)، وهي مهارة بارعة لجعل شيء ما يحدث بصورة غير مباشرة (القوة المفروضة على power over) .. وعليه توجد القوة عندما يسلك فرد أو جماعة اجتماعية بطريقة تُحدث تغييراً في فرد آخر أو جماعة من الأفراد»^(٢٩٨). تعريف إيتزيوني Etzioni: «القوة هي القدرة على التأثير في سلوك شخص آخر»^(٢٩٩). تعريف جيدنز Giddens: «القوة هي قدرة الأفراد أو الجماعات على وضع مصالحهم وشؤونهم موضع تقدير واعتبار، حتى عندما يقاومهم آخرون»^(٣٠٠). تعريف جوثالز Goethals وآخرون: «القوة هي امتلاك السيطرة والسلطة والتأثير على الآخرين؛ وتفترض مقدماً وجود علاقات اجتماعية منظمة ثقافياً، وهي علاقات هيراركية عادة... وترادف القوة فكرة التأثير، لأن من يمتلكون القوة

يمكنهم أن يؤثروا في الآخرين لفعل ما يريدون»^(٣٠١). تعريف بالفيانيين Palviainen وآخرون: «القوة مسالة تتعلق بالسلطة، وفرض السيطرة على آخرين. ويمكن أن تُستعمل بصورة مقصودة أو غير مقصودة، وقد تكون ظاهرة أو كامنة.. والقوة تتشكل أو تتخلق من المعرفة الخفية أو الخاصة التي يكون لها تأثيرات إيجابية أو سلبية على شخص آخر»^(٣٠٢). تعريف شايلا Schira: «القوة هي القدرة على التأثير في الآخرين... وتنبثق القوة من جعل الآخرين يعرفون الإسهامات وأن لما نفعله أهمية»^(٣٠٣). ويقرر منظر التمريض إيموجين كينج Imogene King: «أن القوة هي القدرة على تحقيق الأهداف، وتعرف قوة الجماعة بأنها قدرة جماعة معينة على تحقيق أهدافها»^(٣٠٤). تعريف ستانيش Stanish وهالي Haley: «القوة هي قدرة شخص أو جماعة معينة على إجبار أو إقناع أفراد أو جماعات أخرى بالسلوك بطرق معينة.. أو هي ببساطة القدرة على التأثير أو التحكم في الآخرين بقصد تحقيق كسب اقتصادي واجتماعي يناله القائد... وتنشأ القوة من عدة مصادر - أيديولوجية، مادية، اجتماعية، وهلم جرا.. لكنها تُقاس وفقا للسيطرة الاقتصادية والمكانة الاجتماعية»^(٣٠٥). تعريف ريجولوسي Rigolosi: «القوة ببساطة هي ممارسة السيطرة أو التأثير على شخص آخر أو على جماعة أخرى»^(٣٠٦). تعريف روزمان Rosman وآخرون: «القوة هي القدرة على قيادة الآخرين إلى فعل أشياء معينة، والحصول على امتثالهم وإذعانهم... وعندما تتأسس القوة تتحول إلى سلطة»^(٣٠٧).

واضح من التعاريف السابقة أن القوة ليست ظاهرة اجتماعية مجردة وأوتوماتيكية، ولكنها تتجلى في أنشطة واقعية ملموسة^(٣٠٨). وتوصف بطرق متعددة تتضمن السيطرة المقصودة والتأثير وتحقيق تأثير مقصود^(٣٠٩). ويُنظر إلى القوة باعتبارها إما علاقة (فرض القوة) أو قدرة (القدرة على)^(٣١٠). ويُستخدم

مصطلح القوة في الأنثروبولوجيا وعلم الاجتماع المعاصرين بطريقتين مختلفتين لكنهما مترابطتين. إذ تشير القوة، في الاستعمال الواسع، إلى القدرة البنائية التي يمتلكها فاعل معين على إحداث أي تغيير في فاعل آخر. هذا المعنى للقوة يلفت الانتباه لإمكانية أن تُمارس القوة أو لا تُمارس في التفاعل الاجتماعي. ويشير المعنى الثاني إلى حدث مادي أو ملموس concrete يحقق فيه فرد معين الفائدة على حساب آخر. ويشير المنظرون المحدثون إلى حوادث من أمثال استعمال أو ممارسة القوة. ومما له أهمية أن المعنيين يلمحان إلى أن القوة ظاهرة علاقية. ولذلك تتخذ نظريات القوة من العلاقة بين فاعلين أو أكثر، وليس سمات الفاعلين أنفسهم، بؤرة اهتمام لها.

وبرغم أن المفهومات قد تندمج أو تستعمل بالتبادل، نجد أن القوة تختلف عن مفهومات علاقية أخرى مثل التأثير influence (الذي يكون مقبولا طوعياً)، والقهر أو القوة القهرية force (التي لا يكون للهدف فيها خيار سوى الامتثال والطاعة، وتعني استخدام القوة رغم المقاومة)، والسلطة authority (التي تشمل طلب مركز اجتماعي شرعي، وتعد الحق المعترف به اجتماعياً في اتخاذ القرارات أو ممارسة القوة. وتتميز السلطة عن القوة بأنها تمثل تفويض المجتمع لحق ضبط أفعال الآخرين أو قراراتهم في مواقف اجتماعية محددة. ولهذا فالسلطة ظاهرة جمعية تعهد بها الجماعة إلى فرد)^(٣١١). كذلك تختلف القوة عن الإكراه (الإجبار)، ذلك لأن الإكراه هو ظروف مقيدة توجد دوماً أثناء التفاعل الاجتماعي، ولا تعني بالضرورة وجود علاقة قوة، وإن كانت عمليات الإكراه يمكن أن تستخدم لخلق علاقة القوة هذه. إذن يخلق الأفراد الذين يمارسون القوة سلاسل تفاعلية. ويعني ذلك أن كل الأطراف المعنية تتاح لها فرصة أن تنخرط في علاقة قوة بعضها البعض^(٣١٢). فالقوة، من تعريفها، تمتزج بالعلاقات الاجتماعية لذلك توجد في الفعل فقط^(٣١٣).

لقد أُثبتت الخواص العلاقية لممارسة القوة في العلم الاجتماعي. فقد تحدث الأنثروبولوجي إدموند ليتش Leach عن القوة باعتبارها تبادلية أو صفقية transactional، فهي شيء ينتمي إلى نقطة الالتقاء العتبي liminal أو منطقة الاتصال بين البشر. أما بندكت أندرسون Benedict Anderson فيصف القوة على ضوء تلك التفاعلات التي يطيع فيها شخص رغبات شخص آخر. والحقيقة أن القوة بوصفها علاقة هي فكرة أساسية في التعاريف التقليدية للقوة منذ ماكس فيبر في تعريفه المشار إليه في موضع سابق^(٣١٤). وتتخلل القوة كل مستويات العلاقات الاجتماعية. وهي ليست ببساطة غراء يوحّد الاجتماعي ويحقق تماسكه، أو قوة إكراه تُخضع جماعة من الأفراد لجماعة أخرى. فالقوة تُفهم على ضوء العمليات التي تولّد، وتمكن أي شكل من أشكال الفعل الاجتماعي، علاقة أو نظام. وعلى ذلك فالقوة برغم أنها كابحة ومقيدة فإنها تحقق التمكين أيضاً^(٣١٥).

وعلاقات القوة هي علاقات قصدية غير ذاتية. فلا وجود للقوة بدون مجموعات من الأهداف والمقاصد. ولكن لا يعني ذلك أنها تنتج عن اختيار أو قرار ذات فردية. ويمكن أن تتخذ القوة ثلاثة أشكال: «قوة من الداخل»، «قوة مفروضة على»، «قوة مع». ويتفق ما سبق ويتطابق مع «تقدير الذات»، «السيطرة»، و«القوة المشتركة»^(٣١٦). يحدد إيتزيوني Etzioni نمطين للقوة داخل التنظيم الذي تعتبر القوة بالنسبة له بمثابة الأكسجين: «قوة المركز» و«القوة الشخصية». وتستمد «قوة المركز» من موقع أو مركز الشخص داخل التنظيم (القوة الرسمية). أما «القوة الشخصية» فتستمد من المرؤوسين، وتتدفق من أسفل إلى أعلى (القوة غير الرسمية)^(٣١٧).

وتتعدد المنظورات التي تقارب مفهوم القوة من أبرزها المنظور الوظيفي البنائي، والمنظور ما بعد البنائي، والمنظور الأنثروبولوجي الذي يمثله أيرك وولف. وفيما يلي عرض للرؤى التي تطرحها هذه المنظورات، القصد منها إلقاء أضواء

كاشفة على مفهوم القوة السديمي الغامض بما يسهم في محاولتنا تعريف هذا المفهوم إجرائياً.

ليست القوة في رأي الوظيفيين خاصية مميزة للنظم أو الجماعات أو الأفراد، لكنها مورد اجتماعي معمم يتدفق عبر النظام السياسي يُمنح عن طريق الإجماع العام لمن اكتسبوه عن طريق الإسهام الذي قدموه للمجتمع. وهكذا تركز القوة على سلطة شرعية وليست قهرية، وهي مشتركة ومقبولة من جانب أفراد مجتمع معين نظراً للمكافآت التي تحققها، وتشمل تحقيق أهداف جمعية^(٣١٨). والقوة، في رأي البنائيين، تتركز في أيدي الأفراد الذين يشغلون المناطق العليا في نسق اجتماعي معين يكون دائماً بطريقة أو بأخرى طبقياً أو هيراركيّاً. ذلك أن جماعات اجتماعية معينة (الرجال، والأثرياء، والبيض، على سبيل المثال) تمتلك قدراً كبيراً من القوة مقارنة بغيرها (النساء، الفقراء، والسود)^(٣١٩). وتعتبر التفاوتات في القوة والتدرج الاجتماعي ضرورية لخدمة مصالح المجتمع ككل، إذ تتيح للأكثرية أداء الأدوار التي تحتاج إلى مهارة عالية، والاستفادة من طرفي علاقة قوة معينة. ومن ثم لا يعتبر الاتجاه الوظيفي العلاقة بين الطبيب والمريض نتاجاً للصراع أو النضالات من أجل القوة. ولكن على العكس يعتبر هذا الاتجاه مهنة الطب نظاماً مفيداً رحيماً يؤدي خدمة الحاجة إليها ملحة، ويكافئ أصحاب هذه المهنة بالهبة أو المنزلة المرتفعة والمكانة والقوة نظراً للرعاية التي يقدمونها، والإيثار الذي يميزهم، والمعرفة المتخصصة التي حصلوا عليها بعد سنوات من التدريب الشاق^(٣٢٠).

ويحتاج أصحاب المنظور الوظيفي بأن العلاقات الاجتماعية في مؤسسات الرعاية الطبية نواتج لمجتمع الإجماع الذي يتحقق فيه النظام الاجتماعي والامتثال من خلال أفراد يؤدون أدواراً ووظائف معينة. ويعتبر الموقف الوظيفي الكلاسيكي المرض حالة محتملة للانحراف الاجتماعي، أي فشلاً في التوافق مع التوقعات

والمعايير المجتمعية بطريقة معينة. ويعتبر المرض وفقاً لهذا المنظور حالة غير طبيعية للجسد الإنساني تسبب خللاً فيزيقياً واجتماعياً، ومن ثم لابد من تقويمها بأسرع ما يمكن^(٣٣١).

ويمثل بارسونز المنظور الوظيفي للقوة. ويقرر أن القوة صفة مميزة للنسق أو للنظام السياسي، تماثل المال في الاقتصاد^(٣٣٢). وقد لاحظ جينز أن القوة عند بارسونز مشتقة مباشرة من السلطة؛ والسلطة هي الشرعية المتأسسة التي تشكل أساس القوة. وقد أهمل بارسونز «القوة المفروضة» power over، واهتم «بالقوة كقدرة على» power to. وهو بذلك يقلل من أهمية الهيراركية والانقسام الذي يؤدي إلى ظهور مصالح مختلفة، وبذلك يغالي في التأكيد على مدى السلطة في النسق الاجتماعي. ويقول جينز أن القوة شيء لا مفر منه، لأن جميع السياقات الاجتماعية تتضمن علاقات قوة يستخدم فيها الفاعلون الممارسون للقوة الأبنية. وهكذا تعد القوة عنصراً يتكامل مع كل الحياة الاجتماعية مثل المعنى والمعايير^(٣٣٣).

نالت فكرة القوة اهتماماً متجدياً في المنظور ما بعد البنائي نهاية القرن العشرين، ويرجع ذلك في جانب منه إلى الفيلسوف الفرنسي ميشيل فوكو. فبينما يرى البعض القوة سيطرة يفرضها بناء جمعي معين (ثقافة) على إرادة الفرد، اتبع فوكو الكتاب الفرنسيين الرواد (مثل دوركايم) في معادلة ومساواة هذه القوة بوهم الحرية الفردية. وعلى شاكلة دوركايم، يصف فوكو مفهوم الحرية الفردية، خاصة في أوروبا والغرب، بأنها في الحقيقة نتاج ثقافي cultural artifact ينتجها، ويتحكم فيها العالم الاجتماعي بدرجة كبيرة. لذلك لا وجود لذات حقيقية، تسلك بشكل مستقل عن العالم الاجتماعي^(٣٣٤).

والقوة هي مصطلح متكرر في تنوع من السياقات، على حد تعبير فوكو: القوة بوصفها إجباراً أو قوة قهرية force، والقوة بوصفها مجالاً sphere، والقوة

بوصفها طبقات متحركة *moving strata*، والقوة بوصفها أداة أو وسيلة، والقوة بوصفها كثرة من القوى التي تعمل في مجموعها كعلاقات قوة تؤثر في الأفراد باعتبارها ميكانيزمات للسيطرة والضبط. والقوة ليست قوة يسيطر عليها فاعلون في مشروع فوكو. إذ لا يمثل الفاعلون أهمية بالنسبة له نظراً لأن القوة ليست شيئاً يمتلكه شخص معين. وفي الواقع، تمثل القوة لديه فاعلاً شبيهاً بالإنسان *anthropomorphized* يوجد في أشكال وصور متعددة، ويأتي من اتجاهات مختلفة باعتباره موجهاً، أو أداة، أو تكنولوجيا، أو أسلوباً، أو خطاباً ينتج تأثيرات مثل المعرفة والواقع وأنساق الحقيقة. وكالقوة الحيوية، تؤثر القوة في مسائل الحياة والموت. وكالفيزياء المجهرية للقوة، تُغلغل القوة ذاتها في أفعال الأفراد، واتجاهاتهم، وخطاباتهم، ومعرفتهم، وتعلمهم، وممارساتهم في الحياة اليومية^(٣٢٥). إذن القوة لا تنتج الذوات فقط، إنها تقبع عند قاعدة أو أساس كل ممارساتنا الاجتماعية: السياسة، الطب، الدين، الطب النفسي، العمل. وتتموضع هذه الممارسات في سياقات حيث القوة في كل مكان، ولا مفر منها. ويزعم فوكو أن الذوات والممارسات الاجتماعية نواتج أو مظاهر لقوة من نوع ما^(٣٢٦).

ولا تشكل دراسة فوكو للقوة هجوماً على ممارسة مؤسسات أو جماعات أو نخب للقوة، لكنها بالأحرى دراسة لأساليب أو أشكال القوة كما تُفرض في العلاقات بين الفاعلين الأفراد، وتندمج في كل فرد. ويقول فوكو: هذا الشكل من أشكال القوة الذي يطبق ذاته على الحياة اليومية المباشرة أو الحاضرة يصنف الفرد، يميزه ويدمغه بفرديته الخاصة، يلصقه بهويته، يفرض قانوناً عليه للحقيقة يتعين عليه أن يقره ويدركه، ويقره ويدركه الآخرون فيه. إنه شكل من أشكال القوة يحول الأفراد إلى فاعلين أو خاضعين. بتعبير آخر، يمكن القول أن القوة تُخضع، وتخلق خاضعين. وهكذا فإن موضوع التحليل هو علاقات القوة، وليست القوة ذاتها - وعلاقات القوة كما توجد متجذرة في الشبكات الاجتماعية^(٣٢٧). إذن القوة

«علاقية» في ذاتها، ويتمثل ذلك في أنه بينما يمارس فاعل معين القوة على أفراد آخرين، علينا أن نكون على وعي بأن كل الأفراد الآخرين يمتلكون «قوة» في علاقتهم الاجتماعية يمكن التعبير عنها عن طريق «المقاومة»^(٣٢٨).

والقوة في رأي فوكو هي القدرة على بناء أو تنظيم مجال الفعل الممكن للآخرين^(٣٢٩). وهي ليست بالضرورة قاهرة كابحة، سلبية أو عدائية، لكنها قد تكون إبداعية، تحقق التمكين، وإيجابية^(٣٣٠). وفي الأنثروبولوجيا المعاصرة، يعد تكوين أو قوام الواقع الاجتماعي ذاته شكلاً من أشكال القوة. وفي الأعمال المبكرة ذات الصبغة السياسية التي ركزت على الخطاب، أُعتبرت القوة شيئاً يمتلكه بعض الأفراد بدرجة أكبر من آخرين^(٣٣١).

الثقافة والقوة: المنظور الأنثروبولوجي:

لاحظ أيرك وولف Wolf أن الأنثروبولوجيين قد اتجهوا إلى رؤية الثقافة بمعزل عن القوة، بينما اتجه علماء اجتماعيون آخرون إلى رؤية الأيديولوجيا بمعزل عن الثقافة. والأيديولوجيا هنا هي تعبير عن القوة ما دامت تعني «الأفكار التي طورتها نخب أو طبقات حاكمة دفاعاً عن سيطرتها». وقد طمح وولف إلى تبديد الطريق المسدود بين هذه المنظورات^(٣٣٢). لذلك اهتم بالكيفية التي من خلالها تترابط الثقافة والقوة داخلياً. وحاول، على شاكلة ليتش وفوكو، الإجابة على التساؤلات الآتية: هل الثقافة مشتقة من علاقات القوة في المجتمع؟ هل علاقات القوة وتعددية مساراتها على كل المستويات المجتمعية تمثل تعبيرات عن الثقافة أو تجسيدات لها؟ كيف تطمر الثقافة علاقات القوة؟ هل يعكس كل الثقافة علاقات القوة؟ هل الثقافة بناء خارجي ظاهر يجعل علاقات القوة طبيعية وروتينية؟

يتأمل وولف، مثل ليتش وفوكو، هذه التساؤلات، ويحاول نقل المنطق الثقافي إلى حقل علاقات القوة، وذلك ليس من خلال التأكيد على أن الثقافة مشتقة كلية

وتامماً من القوة، ولكن من خلال محاولة تعيين الارتباطات الديالكتيكية والضغط أو الإكراهات التي تربط المسارات المتنوعة لعلاقات القوة داخل المجتمع بالعوامل الثقافية التي تطمر المجال الاجتماعي. ويطور وولف، في كتابه *Envisioning power* (١٩٩٩)، منظوره لدور علاقات القوة بوصفها نقطة تقاطع الأيديولوجيات والعملية الاجتماعية. ويدفع بفكرة أن الأشكال الثقافية ترتبط، دوماً وبصورة جوهرية، بمجال القوة العامة. وتوجد علاقات القوة داخل كل الجماعات وبينها عبر الزمان والمكان^(٣٣٣). واضح أن تحليل وولف يضيف فهماً فذاً ومختلفاً لمشكلة القوة، والتفاعل بين علاقات القوة والشكل الثقافي.

وينبذ وولف، مثل معظم معاصريه، مفهوم القوة بوصفها ممتلكات أو قوة قهرية، شيئاً يمكن امتلاكه أو فقدانه. كما كان يقظاً لإمكانية أن تُستبدل القوة بالثقافة باعتبارها كلية شاملة تفسر كل شيء على نحو مزعوم. ويقرر ضرورة التفكير في القوة من منظور علاقي، واعتبارها مظهراً لكل العلاقات الإنسانية. وتعمل القوة بطرق مختلفة في المحيطات بين الشخصية، والسياقات المؤسسية، والمجتمعات الكلية. ويميز وولف بين أربعة أشكال للقوة: (١) القوة الفردية: متأصلة أو فطرية في الفرد، وهي موهبة يمتلكها أشخاص بعينهم في لعبة القوة (رؤية نيتشة). (٢) القوة هي قدرة شخص على فرض إرادته على آخر (رؤية فيبر). (٣) القوة التنظيمية: التي تتحكم في السياقات التي يُظهر فيها الأفراد كفاءاتهم ويتفاعلون مع آخرين (القوة التكتيكية - المقصود بها تحقيق غرض معين). (٤) القوة البنائية: ويعني بها القوة الظاهرة في العلاقات التي لا تعمل داخل السياقات والياديين فحسب، ولكنها تنظم وتنسق السياقات ذاتها، ويحدد ذلك اتجاه وتوزيع تدفقات الطاقة. والقوة البنائية هي القدرة على التحكم في السلوك من خلال السيطرة على وسيلة أو حرية الوصول إلى الموارد الطبيعية والاجتماعية.

ويعلم وولف نيته التركيز على القوة البنائية. ويضعه ذلك في داخل التقليد الفكري لماركس وفوكو^(٣٣٤).

ويؤكد وولف في تحليله، باستمرار، على أنه لا وجود لمصدر واحد أو كيان جوهري من خلاله ومنه تنشأ علاقات القوة. وبهذا المعنى توجد الثقافة مضمورة كلية في علاقات القوة، لا شيء حيادياً في أساليب الضبط، ومن ثم تتميز كل العلاقات الاجتماعية البنائية بتفاوت يحدده من يتحكم في ماذا، ومن يتحكم في من؟ واضح أن ثمة تماثلات بين منظور وولف، ومنظور ليتش وفوكو خاصة تصور وولف وفوكو للأساس المؤسسي لعلاقات القوة^(٣٣٥).

يصعب تحاشي مفهوم القوة في دراسات الصحة والمرض، ينسحب ذلك على الأشكال الأكثر وضوحاً للقوة المؤسسية أو التسلطية كما تتبدى في مؤسسات الرعاية الصحية، وكذا الأشكال الأكثر مراوغة للضبط الذاتي self-discipline حسبما أوضح فوكو^(٣٣٦). والحقيقة أن القوة والتمريض مفهومان قلما يُعتقد أنهما مرتبطان. ويقفز المال والمكانة والهيبة عند التفكير في القوة^(٣٣٧). وتعد القوة قضية مهمة في ممارسة التمريض، ويوفر المفهوم مدخلا لدراسة ومقاربة ثقافة التمريض^(٣٣٨). ويلصق بكلمة قوة، في سياق التمريض، معاني ومضامين سلبية عادة. وتاريخياً، تصورت الأدبيات العامة وأدبيات التمريض القوة بصورة سلبية باعتبارها شيئاً يؤثر في شخص معين، أو تحكماً في شخص أو شيء معين وسيطرة عليه^(٣٣٩). وترتبط القوة بالتنظيم الهراركي والقيادة التسلطية والاستبدادية، إذ يقيد شخص معين حرية الفعل لدى شخص آخر. وتفسر النظرية الاجتماعية النقدية على وجه الخصوص القوة على ضوء الإكراه والسيطرة. والقوة شخصية بصورة مفرطة extrapersonal، بما يعني أن الزيادة في القوة لا بد من أن يعوضها شخص آخر يتخلى عن جزء من قوته، وتعرف عملية التخلي عن

القوة تلك بالشرعية. ووفقاً لهذه الرؤية تتضمن القوة المرتبطة بالمكانة والفعل والخبرة والمعرفة، الشرعية. والقوة قد ترتبط بالمعرفة، والإكراه والقهر، أو قد تكون مشروطة. ويقول كانتر Kanter أنه بدلاً من الإكراه والسيطرة، قد تعني القوة الفعالية وتوجيه الهدف^(٣٤٠).

وقوة الجماعة هي مورد تمتلكه كل جماعات التمريض. وهذا المورد موجود عموماً في كل جماعة. وقوة الجماعة مورد يمكن أن تستخدمه كل جماعات التمريض لتحسين بيئة الممارسة، ونوعية الرعاية المقدمة^(٣٤١). وقد اعتبرت آشلي Ashley إدراك قوة التمريض واستعمالها بمثابة قوة مهمة لدفع التمريض قدماً وتطويره^(٣٤٢).

تندمج القوة وممارسة القوة داخل مصطلح التمكين empowerment الذي يستعمل بكثافة في بحوث التمريض، إذ قلما يُشار إلى مصطلح القوة. والكلمة ليست بجديدة في اللغة الإنجليزية. إذ يشير قاموس أوكسفورد إلى وجود كلمات empowering و impowering منذ القرن السابع عشر في الخطابات الإدارية. وتعريف الفعل empower هو «يستثمر القوة أو السلطة بصورة قانونية رسمية، يفوض السلطة، أو يمنح ترخيصاً». ويعرف التمكين بأنه «فعل التمكين، أو الحصول على تمكين». ويعرف القاموس التمكين بأنه «منح القوة والسلطة لـ»^(٣٤٣). والحقيقة أن هناك تعريفات واستعمالات لا تحصى لمصطلح التمكين. ويُستعمل المصطلح لوصف جوهر الوجود والتطور الإنساني، وكذا جوانب الفعالية والجودة التنظيمية. ويقر هوكس Hawks أن التمكين هو العملية بين الشخصية interpersonal التي يتم فيها التزويد بالمعلومات الملائمة والدعم والموارد والبيئة، وذلك بقصد بناء وتطوير ومضاعفة قدرة وفعالية الأفراد لتعزيد وتحقيق أهداف التنظيم^(٣٤٤).

وفي ضوء ما سبق، يمكن تحديد مفهوم القوة إجرائياً في هذا البحث بأنه يشير إلى قدرة شخص أو جماعة على التأثير في سلوك أخرى أو اتخاذها للقرار، وعلى وضع مصالحها وشؤونها موضع تقدير واعتبار برغم المقاومة، وتحقيق أهدافها. وتستعمل القوة بصورة مقصودة أو غير مقصودة، وقد تكون ظاهرة أو كامنة. وتمتزج القوة بالعلاقات الاجتماعية، وتمثل تجسيدات للثقافة المشتقة من علاقات القوة والتي توجد مطمورة كلية في علاقات القوة.

الرضا الوظيفي:

تؤثر ثقافة التمريض - المطمورة والمُستغرقة كلية في علاقات القوة - في الرضا الوظيفي job satisfaction الذي يعد قضية مهمة في التمريض باعتباره يمثل مدى التوجه الوجداني أو العاطفي الإيجابي لدى الممرضات تجاه المهنة، ويرتبط بتوقعات دوران العمل للممرضة^(٣٤٥). وقد نشأ الاهتمام بالرضا الوظيفي من رحم النظريات المبكرة عن دافعية العمل لدى الفرد، والتي استعملها المهندسون الصناعيون في مطلع القرن العشرين. ووفقاً لأعمال فريدريك وينسلو تايلور Frederick Winslow Taylor (١٨٥٦ - ١٩١٥) عن الإدارة العلمية، استند تركيز الهندسة الصناعية خلال القرن العشرين على نظرية مؤداها أن العمال سوف يتهربون من العمل أو يتجنبونه إذا كان ذلك ممكناً، لذلك لابد من إجبارهم على بذل أقصى جهودهم عن طريق الإشراف والمراقبة اللصيقة، والحوافز المادية. وقد رُفضت نظرية الدافعية المبكرة من جانب حركة العلاقات الإنسانية، خاصة أعمال التون مايو George Elton Mayo (١٨٨٠ - ١٩٤٩)، التي استندت على تجارب هاوثورن. ويقرر مايو أن العوامل العاطفية أكثر أهمية في تحديد الإنتاجية، وليست العوامل المنطقية. وأن ترتيبات العمل لابد أن تُنظم لتركز على الحاجات الذاتية للإشباع، وكذا متطلبات الإنتاج الكفاء. وقد جاء جانب كبير من النظرية

والبحث المعاصر عن الرضا الوظيفي كرد فعل لنظرية سيكولوجية اجتماعية بارزة طرحها عالما النفس التنظيمي جريج اولدهام Greg R. Oldham وريتشارد هاكمان J. Richard Hackman في كتابهما Work Redesign (١٩٨٠). ففي منحى جديد من نظرية العلاقات الإنسانية الكلاسيكية يقرران أن الدافعية والأداء في العمل يتحددان بدرجة كبيرة بالكيفية التي من خلالها تصمم المهام، لا بالاستعدادات أو التوجهات الشخصية حيال العمل. ويعد الرضا الوظيفي عنصراً أساسياً ومهماً للأداء، ويتأثر بالقدرة الدافعية للعمل^(٣٤٦).

ويشير مصطلح الرضا الوظيفي إلى سعادة الفرد الذاتية في العمل^(٣٤٧). ويعرف بأنه مدى الشعور الإيجابي تجاه المهنة أو مكوناتها، ويتحدد بخصائص الفرد أو المهنة، وبالكيفية التي من خلالها يُنظم العمل داخل بيئة العمل المشتركة^(٣٤٨). ويؤكد كثيرون على أن الرضا الوظيفي هو التوجه الوجداني والعاطفي الذي يمتلكه الموظف حيال عمله. وما يجعل عملاً مرضياً أو غير مرضٍ لا يعتمد على طبيعة المهنة فقط، ولكن كذلك على توقعات الأفراد لما ينبغي أن توفره المهنة^(٣٤٩). وتشير الأدبيات إلى أن هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر على الرضا الوظيفي من أهمها الأجر، وظروف العمل، والنمو المهني، والدعم والمساندة، والتعليم المتواصل، وجدول المواعيد، ومرونة الساعات، والعلاقات المهنية المتبادلة^(٣٥٠). ويؤثر ضغط العمل المرتفع والمعنويات المنخفضة على الإشباع الوظيفي. كذلك يرتبط مستوى الاستقلالية وقيم العمل الجوهرية مثل طابع التحدي من الناحية الانفعالية والقسوة من الناحية البدنية المميز لعمل التمريض بالإشباع الوظيفي^(٣٥١).

ومن جوانب عمل التمريض والعوامل الأخرى التي تؤثر على الرضا الوظيفي:

- **الاستقلالية:** وتشير إلى مقدار القوة التي يمارسها الموظف على عمله، وبيئة العمل. وكلما ارتفعت درجة الاستقلالية ارتفعت درجة الرضا الوظيفي.

- **العدالة التنظيمية، وعدالة التوزيع:** يؤكد جرينبرج J.Greenberg أن العدالة التنظيمية تفسر العديد من متغيرات ناتج السلوك التنظيمي. وهناك بعدان للعدالة التنظيمية: عدالة التوزيع، والعدالة الإجرائية. تمثل عدالة التوزيع درجة ارتباط المكافآت والجزاءات بمدخلات الأداء، بينما تمثل العدالة الإجرائية مدى تطبيق الحقوق على كل أفراد التنظيم بعامة.
- **محتوى العمل:** ويرتبط بحجم العمل، والضغط الذي تمارسه الأدوار الإضافية، وصراع الدور. ويشير ضغط العمل إلى مدى صعوبة أداء واجبات العمل. ويُصنف ضغط العمل عادة إلى أربعة أبعاد: (١) غموض الدور، ويشير إلى التزامات الدور غير الواضحة. (٢) صراع الدور، ويشير إلى التزامات الوظيفة المتنافرة والمتعارضة، أو إلى درجة تنافر وتعارض متطلبات العمل من شخصين أو أكثر. (٣) الحمل الزائد للعمل، ويمثل زيادة متطلبات الدور. (٤) نقص الموارد أو عدم كفايتها. أي نقص وسائل أداء العمل. ويرتبط ضغط العمل سلبياً بالرضا الوظيفي.
- **فرص الترقى:** أي إمكانية الحراك المهني الصاعد داخل التنظيم^(٣٥٢).
- **الاهتمامات المهنية:** الفرص المتاحة لتطوير هيئة التمريض أو العاملين، والأجر، ومستويات الرعاية.
- **علاقات العمل المهني:** وترتبط بجوانب تتعلق بفريق العمل، والقدرة على التعبير عن الرأي، والرضا عن الإدارة، والدعم الشخصي، وأساليب الإدارة التي يتبعها القادة.
- **ردود الأفعال العاطفية حيال التمريض:** وترتبط بحب التمريض والاستمتاع به، والمعنويات، والضغط^(٣٥٣).
- **الطابع الروتيني:** كون العمل متكرراً. ويؤثر الروتين على الرضا الوظيفي، والالتزام التنظيمي^(٣٥٤).

- **قضايا المورد:** وترتبط بالموارد/الأجهزة، وتوفر العاملين، وإدارة الوقت.

- **الضغوط الخارجية:** وترتبط بالضغط التكنولوجي كتعلم الكمبيوتر، والأمان الذي تحققه المهنة^(٣٥٥).

وفي ضوء ما سبق يشير مفهوم الرضا الوظيفي إجرائياً في هذا البحث إلى مدى التوجه الوجداني أو العاطفي الإيجابي لدى الممرضات تجاه المهنة ومكوناتها، والذي يؤثر في أدوار الرعاية التي تضطلع بها الممرضة، ومخرجات الخدمات الطبية.

المقاومة:

اهتم بعض من أهم الأثنوجرافيات الجديدة في الثمانينيات بمقاومة أبنية اللامساواة والتفاوت والظلم، سواء أكانت هذه الأبنية مرتكزة على الاختلافات في الطبقة أو النوع أو العرقية. وصار موضوع المقاومة جاذباً للأنثروبولوجيين الذين اهتموا بالتوفيق بين تأثير الماركسية في أنثروبولوجيا السبعينيات من ناحية، واتجاهات الأنثروبولوجيا الرمزية الحساسة ثقافياً من ناحية أخرى. وفي حين تأثرت أنثروبولوجيا السبعينيات الماركسية إما بالماركسية البنائية الفرنسية أو بنظرية الأنساق العالمية، استلهمت إثنوجرافيات المقاومة في الثمانينيات اتجاهات نظرية مختلفة يمثلها أصحاب الماركسية الثقافية البريطانيون من أمثال رايموند ويليامز وتومسون E.P.thompson والماركسي الإيطالي انطونيو جرامشي، والمنظرين الاجتماعيين الفرنسيين خاصة فوكو وبوردو، والمؤرخين الهنود المنتمين لجماعة دراسات التبعية subaltern studies

لقد كان الجمع بين الاتجاهات التأويلية، المشتقة من الأنثروبولوجيا الرمزية، والاهتمامات التاريخية والمادية مندفعاً وواعداً. وفتحت دراسات الماركسيين الثقافيين مناطق جديدة للبحث خلصت إلى أن اللامساواة ليست مسألة تتعلق بالعلاقات الاقتصادية، ولا توجد في مكان العمل فقط، إنها محفورة في كل العلاقات

الاجتماعية، وتتخذ صوراً محددة ثقافياً. كذلك توجد مقاومة، غالباً في شكل مراوغ أو مقنّع، في مناطق حياتية غير متوقعة. وقد شملت التحليلات الأثنوجرافية المهمة مناطق مختلفة منها عاملات المصانع، والعاملون في حقول الأرز، وأعضاء الكنائس المحلية في جنوب أفريقيا، ونساء البدو، وعمال المناجم في بوليفيا. وهكذا نجح الأثنوجرافيون في ربط الاهتمامات الأثنوبولوجية الكلاسيكية بقضايا القوة والمقاومة، ومن ثم ربطها بالأبنية الكبرى لعدم المساواة والتفاوت^(٣٥٦).

إن المقاومة من شأنها أن تقوض علاقات القوة التي تتسم بالتفاوت. وتؤكد الوظيفية الجديدة neofunctionalism على إمكانية اختزال جميع الظواهر الاجتماعية والثقافية إلى الدور الذي تلعبه في الحفاظ على علاقات القوة أو تقويضها. وتؤكد النظرية ما بعد البنائية عند فوكو على أن القوة تترافق مع المقاومة التي تتضمن معنى الاختلاف الفردي^(٣٥٧). ويقرر في الجزء الأول من كتابه The History of Sexuality أنه «أينما وجدت القوة كانت هناك مقاومة». ولهذا الرأي أهميته لأسباب عدة، منها أنه يتيح درس العلاقة بين من يدخلون في صراعات من أجل القوة، وهي علاقة يستحيل اختزالها ببساطة إلى علاقة السيد - العبد، أو الظالم - الضحية. وطالما أن هناك علاقة تُمارس فيها القوة فإن هناك مقاومة تصدر عن شخص ما. ويذهب فوكو إلى أبعد من ذلك ليقرر أنه إذا غابت المقاومة فلا وجود لعلاقة قوة. وهكذا فإن المقاومة في رأيه مرتبطة بممارسة القوة. ولكن إذا افترضنا أن المقاومة مرتبطة بالقوة حتماً، فإن ذلك قد يضعف قوة الأفراد الذين يقاومون النظم الظالمة، ويكون ذلك بتكلفة فيزيقية كبيرة غالباً. ويرى فوكو أن مقاومة الظلم عملية مستمرة بدرجة تفوق توقعاتنا، وبذلك نجح في التحول بعيداً عن رؤية الأفراد باعتبارهم متلقين سلبيين^(٣٥٨).

تطرح النظرية ما بعد البنائية تفسيراً يمكن أن يدمج أفكار المقاومة والتناقض. والذات قد توضع بصورة سلبية في خطابات معينة، ولكنها في نفس الوقت نشطة

وفعالة في التموضع في خطابات أخرى. ويقرر فوكو أنه أينما كان هناك خطاب فإن هناك إمكانية للمقاومة. على سبيل المثال إذا وضعت ذات في موقع المفتقر إلى القوة في خطاب معين، فإن هذه الذات يمكن أن تضع نفسها في موقع القوى عن طريق خطاب بديل. إضافة إلى ذلك تتميز الخطابات بأنها غير ثابتة ومتغيرة عبر الزمن تماماً كالنظم أو المؤسسات الاجتماعية التي تنتجها^(٣٥٩).

ثمة منظور آخر للقوة والمقاومة في المواجهة الطبية تبناه منظرو ما بعد الحداثة خاصة ديليز Deleuze وجواتاري Guattari. ويروج هذا المنظور لفكرة «جسد بلا أعضاء» body-without-organs التي تشير إلى أنه برغم أن الجسد قد يكون محدداً ومقيداً بخطابات وممارسات مؤسسات مسيطرة، فإن هناك دوماً إمكانية للمقاومة. والجسد بلا أعضاء انعكاسي ودينامي، يعرف ذاته ويعيد تعريفها بصورة مستمرة، وهو قادر على استخدام خطابات بديلة. إن هذا المنظور يؤكد على الفعل والقدرة على المقاومة. وبرغم تأكيد فوكو على سلبية الجسد الخاضع للرعاية الطبية وخضوعه لسيطرة الخطابات والممارسات الطبية، فقد تحول في كتاباته المتأخرة إلى التأكيد على المقاومة^(٣٦٠).

وفي ضوء ما سبق يرى الباحث أنه يمكن تحديد مفهوم المقاومة إجرائياً في هذا البحث بأنه فعل يصدر كاستجابة لممارسة القوة في سياق معين، ويؤثر في علاقات القوة في نفس الوقت. وتؤثر ثقافة التمريض في فعل المقاومة الذي يتشكل داخل خطاب معين.



الفصل الثالث

تحليل نقدي للدراسات السابقة

تعاني البحوث والدراسات الأجنبية والعربية التي تقارب ثقافة التمريض من ندرة شديدة. وتتفاقم هذه الندرة عندما يتعلق الأمر بمقاربة العلاقة بين ثقافة التمريض وممارسة القوة. ومع ذلك ثمة بحوث ودراسات لامست أحد أبعاد موضوع البحث يعرض لها الباحث فيما يلي: انطلقت دراسة بورتير (١٩٩٣)^(٣٦١) من منظور الواقعية النقدية Critical Realism^(٣٦٢)، وركزت على الطرق التي من خلالها تتفاعل العنصرية والتخصصية. وتسَلَّطت تحديداً على العلاقات بين الممرضات البيض، والأطباء السود والآسيويين في أحد المستشفيات الأيرلندية. وقد استغرقت هذه الدراسة ثلاثة شهور من الملاحظة بالمشاركة بعد أن عُيِّن الباحث عضواً بهيئة التمريض. وطرحت الدراسة تفسيراً مؤداه: أن الأطباء استخدموا امتيازاتهم المهنية بطرق مختلفة (مثل استعراض المعرفة الإكلينيكية، والإصرار على الإذعان المهني الرسمي) للتغلب على تأثيرات الافتقار إلى القوة الناتج عن النظرة العنصرية، والتي كان يتم التعبير عنها في «الكواليس الخلفية» عبر تعليقات بعض الممرضات على أفعال وممارسات الأطباء السود أو الآسيويين^(٣٦٣). تلمح هذه الدراسة إلى ممارسة الممرضات لشكل من القوة الخفية على الأطباء استناداً على نظرة عنصرية. بيد أن هذه الدراسة لم تتطرق إلى تأثيرات التصورات الثقافية للتمريض على هذه الممارسة.

تناولت دراسة اليستير هيويسن (١٩٩٥)^(٣٦٤) التفاعلات بين الممرضات والمرضى، تلك التفاعلات التي تتوسطها اللغة، وكذا التفاعلات الفردية التي تُمارس فيها القوة بواسطة اللغة. وقد اتخذت هذه الدراسة من المنظور التفاعلي موجهاً، وارتكزت منهجيتها على الملاحظة بالمشاركة. واستغرق جمع البيانات (٣٧) ساعة تقريباً. وأُجريت الدراسة بمستشفى صغير لرعاية المسنين. وكان المرضى

جميعهم من الإناث. وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عما أكدته العديد من البحوث السابقة من أن غالبية التفاعلات بين الممرضة والمريض كانت سطحية وروتينية ومرتبطة بالمهمة. وأن الممرضات يُمارسن الكثير من السيطرة على التفاعلات، ويستعملن الأدوات اللغوية لتحقيق ذلك. وأن بعد القوة المتأصل في العلاقة يشكل عائقاً أمام الاتصال المفتوح والهادف بين الممرضات والمرضى. وكشفت النتائج كذلك عن نمط من التفاعلات يتضمن الممارسة الصريحة للقوة عن طريق اللغة. حيث يُؤمر المريض بفعل أشياء معينة ويُمنع من فعل أشياء أخرى «ماذا فعلت؟» «ما الأمر؟»، وهكذا. وعلى النقيض من القوة الصريحة، يتضمن الإقناع جعل المرضى يفعلون أشياء معينة دون اللجوء إلى الأوامر المباشرة. الواضح أن هذه الدراسة قد ركزت على علاقات القوة بين الممرضة والمريض دون الإشارة إلى تأثير ثقافة التمريض في تشكيل هذه العلاقات والتفاعل بين الممرضة والمريض، والذي يقع في قلب علاقة الرعاية.

أما دراسة ساراس هيندرسون (٢٠٠٣)^(٣٦٥) فتحدد هدفها المحوري في تحري ووصف تصورات الممرضات والمرضى للمشاركة في الرعاية داخل المستشفى. وقد تم اختيار المبحوثين من أربعة مستشفيات بغرب أستراليا. وأُجريت مقابلات متعمقة مع عينة غرضية تألفت من (٣٣) ممرضة و (٣٢) مريضاً. وكان السؤال المفتوح الأساسي الذي طُرح على الممرضات والمرضى: ما رأيك في الممرضات والمرضى الذين يعملون كشركاء في المستشفى؟ وأُجريت ملاحظة بالمشاركة استغرقت إجمالاً (١٤٢) ساعة في أربعة المستشفيات. وتم تحليل بيانات المقابلة باستخدام المنهج المقارن. وقد كشفت نتائج الدراسة عن أن الممرضات ارتأين أن إشراك المرضى في الرعاية يتطلب منح المرضى معلومات وإشراكهم في قوى أو سلطات صنع القرار. وأنه باستثناء عدد قليل من المبحوثات، بدت غالبية الممرضات غير راغبات في مشاركة قوى صنع القرار التي يمتلكنها. وقد خلق ذلك

موقف عدم توازن وعدم تكافؤ للقوة ناتج عن اعتقاد الممرضات أنهن «تعرفن أفضل»، وأن المرضى يفتقرون إلى المعرفة الطبية، ومن ثم تصر الممرضات على الحفاظ على قوتهن وسيطرتهن. وأخيراً كشفت الدراسة عن أنه إذا كان على الممرضات والمرضى العمل كشركاء فإن من المهم أن تبذل الممرضات كل الجهود لتبديد عدم توازن القوة عن طريق مشاركة الممرضات للمعلومات ومنحها للمرضى، وفتح قنوات الاتصال معهم. ويُلاحظ في هذه الدراسة تركيزها على علاقات القوة بين الممرضات والمرضى، وتجاهل النسق الثقافي للمريض الذي يشكل تصورات الممرضات للمشاركة في الرعاية داخل المستشفى.

وتهدف دراسة بالفيانين وآخرين (٢٠٠٣)^(٣٦٦) إلى وصف آراء الممرضات عن ممارسة القوة في مواقف الرعاية الأساسية في كل من الرعاية الحرجة وطويلة المدى. وقد اعتمدت منهجية هذه الدراسة على الاستبانة التي صيغت في أربع فئات رئيسية: القوة في المناشط اليومية الإجبارية أو الإلزامية، القوة في المناشط التي تقتضيها المناشط الإلزامية، القوة في المناشط الطوعية، والقوة في المناشط التي تضع في اعتبارها خصائص أو سمات المريض. وقد تألفت العينة موضوع الدراسة من (٢٢٨) ممرضة يعملن في خمسة أقسام طبية وجراحية بأحد المستشفيات الفنلندية، و (٢٣٣) ممرضة تعملن في خمس وحدات لرعاية الشيخوخة بأحد مراكز صحة المجتمع المحلي. وقد ارتكز تحليل البيانات على الأساليب الإحصائية بالأساس. وكشفت نتائج الدراسة عن أن القوة يمكن أن تُمارس بصورة مقصودة أو غير مقصودة، ظاهرة أو خفية. وأنه في رأي الممرضات تُمارس القوة السلبية فقط في مواقف معينة، ولصالح المريض خوفاً من أن يصيبه مكروه. لقد ركزت الدراسة على مكون واحد من مكونات ثقافة التمريض وهو الأنشطة. وجاءت الدراسة كمية إحصائية تعذر عليها التغلغل إلى ما وراء الظواهر، والكشف عن السمات الفذة لثقافة التمريض، وتأثيرها في ممارسة القوة. كذلك ركزت الدراسة على مظهر واحد

من مظاهر ممارسة الممرضة للقوة، وهو ممارسة القوة على المريض، وتجاهلت المظاهر الأخرى لممارسة الممرضة للقوة داخل السياق الإكلينيكي.

ركزت دراسة ياماجوشي الكيفية (٢٠٠٤)^(٣٦٧) على العوامل السسيوثقافية والتنظيمية والأنساق الاجتماعية التي تؤثر في ثقافة العمل الخاصة بالممرضة، والمناشط اليومية التي تؤديها داخل إحدى غرف العمليات. وقد وضعت الباحثة تصميماً ميكروأنثوجرافياً microethnographic يركز على مقابلات الجماعة النقاشية. وقامت بجمع البيانات فيما بين عامي ٢٠٠٠ - ٢٠٠١ من (٢٥) ممرضة تعملن بصورة دائمة بإحدى المستشفيات المحلية بإيطاليا. وتدرج المبحوثات في الفئة العمرية من (٢٠ - ٥٤)، وتراوح سنوات خبرتهن ما بين ٦ شهور إلى ١٦ سنة. وقد كشفت الدراسة عن تمتع الأطباء بقوة ومكانة مقارنة بالممرضات، ورغم قيامهن بنفس المناشط التي يضطلع بها الأطباء تقريباً. ففي أثناء المقابلات أبدت الممرضات مشاعر الخوف والغضب والافتقار إلى القوة فيما يتعلق بالأطباء. لذلك يبدي أفراد جماعة التمريض تضامناً وإخلاصاً فيما بينهم. كذلك كشفت الدراسة عن أن سعي الممرضة إلى الحصول على تعليم جامعي قد فرض اعترافاً بها وتقديراً لها من الأطباء والإدارة والجمهور بعد أن باتت تسهم في تحسين مخرجات الرعاية الصحية المقدمة، وتدعيم قيمة مهنة التمريض. وبرغم تركيز هذه الدراسة على السياق الاجتماعي والتنظيمي الذي يشكل ثقافة التمريض، فإنها لم تتطرق بعمق لممارسات القوة من جانب جماعة التمريض، تلك الممارسات التي يسعى هذا البحث إلى تبين تأثيرها بثقافة التمريض، كذلك ركزت هذه الدراسة على علاقات القوة بين الممرضات والأطباء فقط.

أما دراسة تتون وسييرز ولانجستاف (٢٠٠٨)^(٣٦٨) فتهدف إلى تحري واستيضاح الخبرات اليومية للمرضى والممرضات داخل إحدى وحدات علاج

المصابين البالغين بالمملكة المتحدة. وقد أُجريت الدراسة خلال الفترة من نوفمبر ٢٠٠٤ ويناير ٢٠٠٦، واعتمدت منهجيتها على الملاحظة، والمقابلات الكيفية مع (٤٠) مريضاً و (١٩) ممرضة، كما أُجريت أربع مقابلات نقاشية. وكشفت الدراسة عن أن العملية الدينامية للرعاية المتمركزة حول المريض يتم التعبير عنها عن طريق أفكار (تيمات) التقارب أو المشاركة closeness، والرعاية العلاجية، والعمل كفريق. وينقل التقارب أو المشاركة الطبيعية الفجائية والصادمة للإصابة، وضرورة أن تُنحي الممرضات المشاعر جانباً للحفاظ على عزمهن الإيجابي ورباطة جأشهن. أما الرعاية العلاجية فتؤكد الارتباط الاجتماعي بين الممرضات والمرضى. أما العمل كفريق فيؤكد أهمية الحفاظ على... أو تنمية المعرفة والعمل لصالح المرضى، وذلك بقصد تقديم أفضل رعاية ممكنة. وبرغم أهمية هذه الدراسة فإنها لم تكتث بالكشف عن سمات ثقافة التمريض من منظور الممرضات، وتأثير هذه السمات في الخبرات والممارسات اليومية للممرضات داخل وحدة علاج المصابين. واضح أن معظم الدراسات لم تكتث برصد سمات ثقافة التمريض، أو اقتصر بعضها على مقارنة مكون واحد من مكوناتها. وتجاهلت هذه الدراسات تأثير ثقافة التمريض والنسق الثقافي للتمريض، الذي يشكل تصورات الممرضة وممارساتها التمريضية، في ممارسة القوة. كما ركزت على بعد واحد من أبعاد ممارسة القوة، وهو المتمثل في العلاقة بين الممرضات والأطباء أو بين الممرضات والمرضى، ولم تقارب أبعاد أخرى مثل ممارسة القوة داخل جماعة التمريض. وأخيراً، لم تتطرق هذه الدراسات للعلاقة بين المعرفة وممارسة القوة، وتأثير النوع في ممارسة القوة، وتأثير ثقافة التنظيم وثقافة التمريض - المستغرقة في علاقات القوة - في الرضا الوظيفي للممرضة.



الفصل الرابع

مجتمع البحث والإجراءات المنهجية

أولا - مجتمع البحث:

تركز البحث في أقسام مستشفى قصر العيني التعليمي الجديد ووحداته. والمعروف أن مستشفى قصر العيني^(٣٦٩) القديم قد ظل يخدم كلية الطب لسنوات طويلة منذ عام ١٨٣٧ إلى أن تقرر هدمه وتجديده في بداية الثمانينيات من القرن المنصرم. وبدأ العمل في مشروع المبنى الجديد عام ١٩٨٤، بمقتضى عقد وقعته جامعة القاهرة مع مجموعة فرنسية (كونسرتيوم) مكونة من شركة سوجيا مقولاً للأعمال الهندسية، وشركة إيبوتي دي فرانس لتوريد المعدات الطبية، وشركة ست فولكيه المهندس الاستشاري. وبدأ العمل الفعلي في المشروع عام ١٩٨٦، واستغرق تسع سنوات. وفي شهر نوفمبر من العام ١٩٩٥ أصدرت جامعة القاهرة شهادة استلام مستشفى قصر العيني التعليمي الجديد من المجموعة الفرنسية، وبدأت مرحلة التشغيل الأولى في نفس العام. وفي الثامن من أبريل عام ١٩٩٦ قام الرئيس السابق محمد حسني مبارك والرئيس الفرنسي جاك شيراك بافتتاح المستشفى. وبلغت تكلفة المشروع ٨٠٠ مليون فرنك فرنسي بالإضافة إلى حوالي ١٥٠ مليون جنيه مصري^(٣٧٠).

وقد أشرفت إدارة جامعة القاهرة على المشروع في جميع مراحله من خلال تعيين مفوض للجامعة في التعاقد، وتشكيل ثلاث لجان للإشراف والمتابعة وهي اللجنة الهندسية، واللجنة المالية والإدارية، واللجنة الطبية، وضمت في عضويتها مجموعة من خيرة أساتذة جامعة القاهرة في مختلف التخصصات. وتأكيداً لاهتمام جامعة القاهرة بهذا المشروع العملاق، وحرصاً منها على أن يظل مستشفى قصر العيني التعليمي الجديد متميزاً ومنطلقاً دون أي معوقات، فقد وافق مجلس الجامعة في ديسمبر ١٩٩٤ على أن يستقل هذا المشروع، ويصبح وحدة ذات طابع خاص تمكنه من التحرر من القيود الروتينية، وتقديم خدمة علاجية وتعليمية على درجة عالية من الكفاءة.

ويضم المستشفى عدة وحدات، وهي: وحدة مناظير الجهاز الهضمي، والأطفال حديثي الولادة، والطوارئ، والفحص الشامل، والعلاج الطبيعي والتأهيل، والقسطرة القلبية، وجراحات اليوم الواحد، والأوعية الدموية، والأشعة والرنين المغناطيسي، ورعايات الحالات الحرجة، والمعامل، والغسيل الكلوي، وبنك الدم، ووحدات العمليات الجراحية. كذلك يضم المستشفى الأقسام الطبية التالية: قسم أمراض العيون، وقسم جراحة المسالك البولية، وقسم أمراض الدم الإكلينيكية، وقسم جراحة الأنف والأذن والحنجرة، وقسم جراحة المخ والأعصاب، وقسم الأشعة التشخيصية.

وقد بلغ عدد المترددين على وحدة الطوارئ بالمستشفى منذ بدء العمل بالمستشفى عام ١٩٩٦ وحتى عام ٢٠٠٥ (٢٠١٤٠١)، والمترددين على العيادات الخارجية (١١٢٥٠٩١). وخلال نفس الفترة أُجريت (١٠٨٦٩١) عملية، وبلغ عدد مرضى القسم الداخلي (١٧٩٧٧٧) (انظر ملحق رقم ١، جدول ١). كذلك أفاد (٤٥٩٩٦٣) مريض من الخدمات التي تقدمها وحدة الأشعة، و (٣٤١٦٣) مريض من وحدة مناظير الجهاز الهضمي. وبلغ عدد جلسات وحدة الغسيل الكلوي (٧٩٤٢٧). وعدد فحوصات المعامل: كيمياء (٤٥٦٢٢٠٠)، والمناعة (١٢٠٢٧٢)، وأمراض الدم (٧٧٨٣٥٢). وبلغ عدد فحوصات معامل الباثولوجي (٣٤١٣٧)، والبكتريولوجي (٢٢٨٩٧٦). وبلغ إجمالي فحوصات المعامل (٥٧٢٣٩٣٧) فحصاً. وكانت فحوصات الكيمياء أعلى معدل للفحوصات حيث بلغت نسبة ٨٠ ٪ من إجمالي الفحوصات. أما عن أنشطة الأقسام خلال الفترة من يوليو ٢٠٠٨ إلى يونيو ٢٠٠٩، فقد أفاد (١٦٨٠٠٠) مريض من العيادات الخارجية. و (٢٨٠٠٠) مريض من القسم الداخلي، و (١٤٠٠٠) مريض من العمليات، و (٢٨٠٠٠) مريض من الخدمات التي تقدمها وحدة الطوارئ (انظر ملحق رقم ١، جدول ٢).

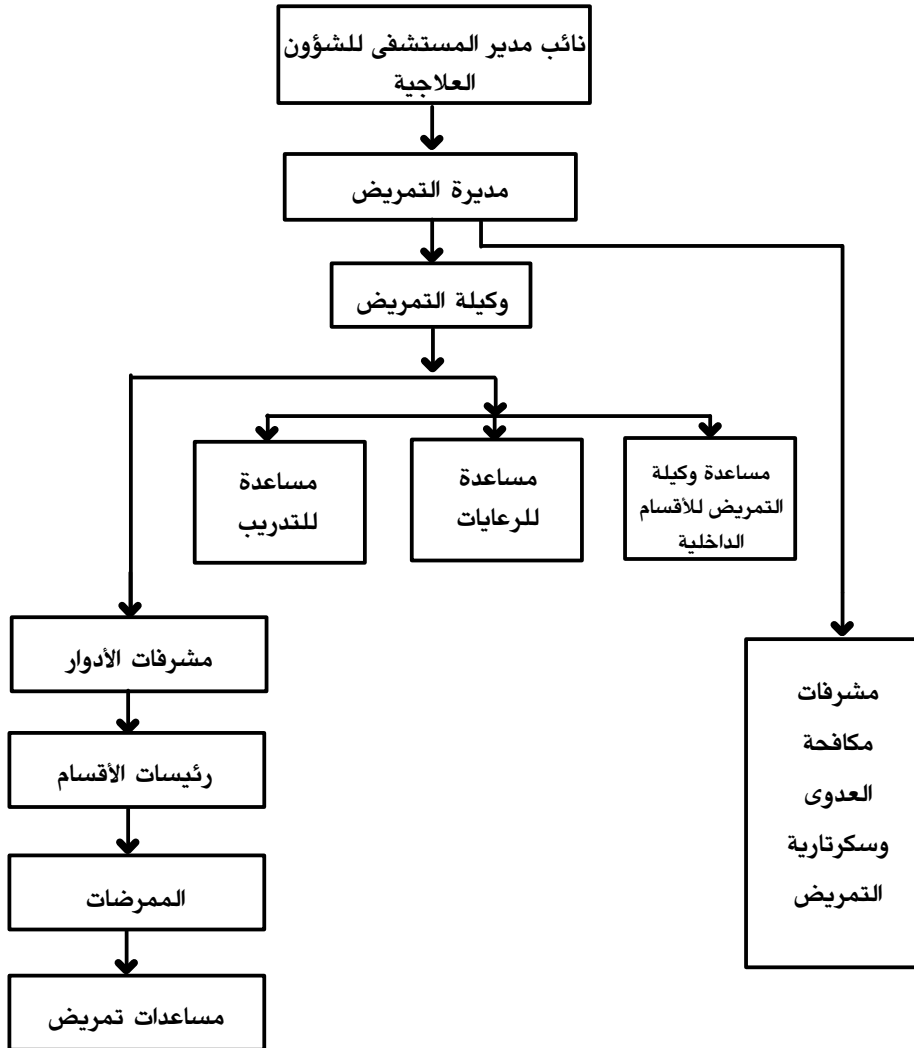
ويضم المستشفى حوالي (٩٧٨) سرير موزعة على الذونات حسب الدرجات على النحو التالي: أجنحة (١٤)، أولى ممتازة (٦٠)، أولى عادية (٢٣)، ثانية ممتازة

(٤٣٤)، ثانية مشتركة (٤١١). بالإضافة إلى (٣٦) سرير رعاية مركزة (انظر ملحق رقم ١، جدول ٣)^(٣٧).

أما عن التنظيم الإداري للمستشفى فيشرف على إدارته مجلس إداري مكون من (٣٢) عضواً من أساتذة الجامعة وكلية طب القصر العيني. ويجتمع المجلس كل ثلاثة شهور لإقرار السياسات العلاجية والتعليمية والمالية للمستشفى، والبت في كل ما يستجد من أمور في كل المجالات الخدمية المقدمة. ويقوم مدير المستشفى بتنفيذ السياسات التي أقرها المجلس، ويعاونه مجموعة من المساعدين، وهم: مساعد مدير المستشفى للشؤون العلاجية، ومساعد مدير المستشفى للعيادات الخارجية وخدماتها والرعايات، ومساعد مدير المستشفى للشؤون الإدارية والمالية والعمليات، ومساعد مدير المستشفى للشؤون العلمية والتعليمية والجودة والطوارئ. ويتولى مدير المستشفى الإدارة والتنسيق بين الأساتذة الأطباء رؤساء الأقسام ومعاونيهم من النواب والتمريض المسؤولين عن تقديم الخدمات العلاجية بالأقسام الطبية المختلفة بالمستشفى، وبين مختلف الإدارات. ويعاون فريق الإدارة العليا فريق من مديري الأدوار والعيادات، وغيرهم من الخدمات المعاونة الأساسية. ويضم المستشفى ثلاث إدارات، وهي: إدارة التسويق الطبي، وإدارة العلاقات العامة، وإدارة التمريض.

وتتبع إدارة التمريض بالمستشفى نائب مدير المستشفى لقسم الشؤون العلاجية. وتتألف هيراركية الهيكل الإداري والتنظيمي لإدارة التمريض من مديرة التمريض التي تتولى الإشراف على جميع المهام والأعمال التمريضية بالمستشفى، كما تقوم بالإشراف اليومي على وحدات المستشفى، وملاحظة الممرضات أثناء تنفيذ العمل. وتعمل على حل المشكلات وتوزيع الممرضات وسد العجز إن وجد. ويعاون مديرة التمريض فريق يتألف من وكالة التمريض، وتعاون مديرة التمريض في المهام المنوطة بها وقد تنوب عنها. ولوكالة التمريض مساعدة للأقسام وأخرى للرعايات تشرفان على تنفيذ الأعمال التمريضية على مستوى الأقسام والرعايات،

ومساعدة ثالثة للتدريب تشرف على قسم التدريب بالمستشفى الذي يهدف إلى الارتقاء المستمر بمستوى أداء التمريض علمياً وفنياً وسلوكياً، ويقوم بعمل المتابعة والتقييم المستمر لأداء التمريض، وإعداد وتنفيذ ومتابعة وتقييم وتطوير برامج تدريب متنوعة لجميع فئات التمريض^(٣٧٢).



شكل (١): الهيكل الإداري والتنظيمي لإدارة التمريض

وتعاون وكالة التمريض مشرفات الأدوار ورئيسات الأقسام، وذلك في الإشراف على الأعمال التمريضية التي يقوم بها فريق التمريض المؤلف من (١٢٣) أخصائية تمريض من الحاصلات على بكالوريوس كلية التمريض، و (٨٧٦) ممرضة من حملة دبلوم ثانوي تمريض، و (٢٨٠) مساعدة مستشفى من حملة شهادة الثانوية العامة أو ما يعادلها^(٣٧٣). وتخضع مشرفات مكافحة العدوى^(٣٧٤) وسكرتارية التمريض للإشراف المباشر لمديرة التمريض (انظر شكل رقم ١). وللتمريض دليل إجراءات عمل متكامل يشتمل على تعليمات العمل الخاصة لجميع الأنشطة التمريضية المختلفة سواء للوحدات العامة مثل (أقسام الجراحة والباطنة أو التخصصية مثل الرعاية والمبتسرين والطوارئ والغسيل الكلوي)، وكذلك يوجد لكل فرد في إدارة التمريض توصيف وظيفي خاص بالكادر العلمي والعملية.

ثانيا - الإجراءات المنهجية:

(١) الإستراتيجية المنهجية:

أُجريت الدراسة الإثنوجرافية انطلاقاً من فرضية مؤداها أن كل جماعة اجتماعية تطور ثقافة تشكل رؤية أفرادها للعالم وممارساتهم وأبنية الخبرة. لذلك انبنت الإستراتيجية المنهجية لهذا البحث على هدف الرصد المكثف لثقافة التمريض، وممارسات القوة من منظورات جماعة التمريض. وبدأت المنهجية الأنثروبولوجية الكيفية التي تركز على الملاحظة بالمشاركة، والمعاشية لبعض الوقت، ودليل العمل الميداني ملائمة لتحقيق هذا الهدف. خاصة أن ثورة قد حدثت في البحث الكيفي بتأثير أنثروبولوجيا ما بعد الحداثة بحيث صار يركز على التأويل، وجعل المبحوثين يتحدثون نيابة عن أنفسهم بغية التمثيل الصادق والواقعي للثقافة قيد البحث، وإفساح المجال في التقرير النهائي لأصوات المبحوثين للظهور دون المغالاة في تجريدها. والمؤكد أن البحث الكيفي يتيح للباحثين

التغلغل في الخبرة الداخلية للمبحوثين، وذلك لتحديد الكيفية التي من خلالها تتشكل المعاني عن طريق الثقافة وداخلها^(٣٧٥). كذلك تنامي إدراك لدور البحث الكيفي في اختبار وتطوير النظريات التي تتعامل مع دور المعاني والتأويلات كالنظرية ما بعد البنائية التي يتخذ منها هذا البحث إطاراً نظرياً تصورياً^(٣٧٦).

وقد توخى هذا البحث مبدأ التعددية المنهجية (التثليث) triangulation، أي استعمال أساليب منهجية مختلفة، أو استعمال أسلوبين منهجين أو أكثر في دراسة واحدة لجمع البيانات الأثنوجرافية^(٣٧٧)، وذلك بهدف إثبات وتأكيد البيانات، وتحقيق اكتمالها.

(٢) أدوات جمع البيانات:

(أ) دليل العمل الميداني:

دليل العمل الميداني أحد الأدوات الرئيسية التي تتوسل بها البحوث الكيفية. ويتضمن جميع الاحتمالات التي يمكن أن يواجهها الباحث أثناء إجراء البحث. وهذا الدليل يعده الباحث ليكون بمثابة مرشد له يعينه على تحديد المواقف التي يمكن أن يواجهها أثناء التنفيذ الفعلي للبحث، ويحدد كيفية تصرفه في كل منها. ودليل العمل الميداني أداة تنظيمية تتيح الجمع الميداني المنظم والتحليل والتفسير المنظم للبيانات^(٣٧٨).

وقد اعتمد الباحث في صياغة دليل العمل الميداني على قراءة لصيقة للتراث النظري والميداني المتعلق بموضوع البحث، وبعض مقاييس ومسوح الثقافة التنظيمية، من أبرزها «مسح الثقافة التنظيمية» Organizational culture survey عند دينيسون Denison D. R الذي يقارب العلاقة بين ثقافة التنظيم والفعالية التنظيمية، ويدعى أن سمات ثقافية معينة تدعم الأداء^(٣٧٩). وقد

اشتمل دليل العمل الميداني على (٩٧) بندا، مقسمة على سبعة محاور. يتناول المحور الأول البيانات الأولية. ويتناول المحور الثاني سمات ثقافة التمريض. ويتناول المحور الثالث العلاقة بين ثقافة التمريض والقوة، كما تتجلى وتتبدى في العلاقات بين الممرضة والطبيب، وبين الممرضة والمريض، وداخل جماعة التمريض. ويتناول المحور الرابع العلاقة بين المعرفة والقوة. ويتناول المحور الخامس العلاقة بين ثقافة التمريض والنوع وممارسة القوة. ويتناول المحور السادس سمات ثقافة تنظيم المستشفى موضوع البحث. ويتناول المحور السابع تأثير ثقافة التمريض وثقافة التنظيم في مستوى الرضا الوظيفي (ملحق رقم ٢).

(ب) الجماعة النقاشية:

تعتبر الجماعة النقاشية focus group أداة لجمع البيانات أو أسلوباً للبحث من خلاله يتم جمع البيانات عن طريق تفاعل الجماعة حول قضية أو موضوع يحدده الباحث^(٣٨٠). وتعرف الجماعات النقاشية بأنها مقابلات للنقاش العميق والمفتوح يتحرى فيها من ٤ - ١٢ مبحوثاً مشاركاً مجموعة معينة من القضايا المتعلقة بموضوع محدد. وتعرف كذلك بأنها الحصول على إجابات لتساؤلات تُطرح بشكل جماعي على عدد من المبحوثين^(٣٨١). ويعد هذا الأسلوب مفيداً لفحص ليس فقط ما يعتقده الأفراد فقط، ولكن أيضاً الكيفية التي يفكرون بها، ولماذا يفكرون بهذه الطريقة. ويمكن للجماعة النقاشية أن تصل إلى أعماق تعجز عن الوصول إليها أساليب أخرى، كاشفة أبعاداً للفهم لا تستطيعها أساليب جمع البيانات التقليدية^(٣٨٢). كما تتيح رصد الصراع، وعمليات اتخاذ القرار، وتعدد التفاعل الإنساني.

وفي هذا البحث أجريت ثلاث جماعات نقاشية. الأولى ضمت (٦) ممرضات من الحاصلات على دبلوم التمريض. وضمت الثانية (٦) أخصائيات تمريض من الحاصلات على بكالوريوس تمريض. وضمت الثالثة (٣) ممرضات و (٣)

أخصائيات تمريض. وقد روعي في الجماعات أن تكون متجانسة بدرجة كبيرة. وقد أجريت الجماعة النقاشية الأولى في غرفة الأطباء داخل وحدة الرعاية المركزة. وأجريت الجماعة النقاشية الثانية داخل غرفة رئيسة تمريض الطوارئ. وأجريت الجماعة النقاشية الثالثة داخل غرفة رئيسة الدور السابع. واستغرقت مدة كل جماعة نقاشية من ساعة إلى ساعة ونصف.

وقد دار نقاش مفتوح حول عدد من القضايا الرئيسية التي تضمنها دليل العمل الميداني: نظرة المجتمع إلى مهنة التمريض، رؤية الممرضة لمهنة التمريض، ودورها، وذاتها، توقعات جماعة التمريض، العلاقة بين الطب والتمريض أو بين الممرضة والطبيب، العلاقة بين التمريض والإدارة (إدارة التمريض وإدارة المستشفى)، شعور جماعة التمريض بالاضطهاد والضعف والافتقار إلى القوة، المعرفة والقوة، الصراعات داخل جماعة التمريض، العلاقة بين الممرضة والمريض، النوع والتمريض، أهداف التنظيم وأهداف جماعة التمريض، مكانة الممرضة داخل تنظيم المستشفى، والرضا الوظيفي للممرضة. وقد اقتصر دور الباحث على إثارة قضايا للنقاش، دون مقاطعة تدفق آراء ومناقشات المبحوثات، وتسجيل هذه النقاشات بكل دقة. وقد ترك الباحث للمبحوثات حرية توجيه المناقشات في اتجاهات أخرى غير التي وجه إليها الباحث. وقد توسل الباحث ببعض بنود دليل العمل الميداني وقضاياها موجهاً لإجراء مقابلات الجماعة النقاشية (ملحق رقم ٢).

(ج) الملاحظة بالمشاركة:

الملاحظة بالمشاركة أداة رئيسة من أدوات البحث الكيفي تحقق الكشف عن المعاني التي يستعملها الأفراد لإدراك وفهم حياتهم اليومية. ويعتبرها البعض مرادفاً للدراسة الحقلية. وهي أسلوب لجمع البيانات عن طريق عمليات تمزج بين الملاحظة وطرح الأسئلة والإنصات^(٣٨٣). وتتضمن الملاحظة بالمشاركة الاستغراق

في الثقافة قيد البحث، والمشاركة في حياة أبنائها مع الاحتفاظ بمسافة مهنية تسمح بالملاحظة وتسجيل البيانات. وتحقق الملاحظة بالمشاركة تمثيل واستدماج معتقدات ومخاوف وآمال وتوقعات الأفراد قيد البحث^(٣٨٤). ويمكن الملاحظة الباحث من ملاحظة من، وماذا، ومتى، وأين، ولماذا^(٣٨٥).

وقد تراوحت المدة التي استغرقتها الملاحظة بالمشاركة ما بين ٢ إلى ٤ ساعات على مدى أيام الدراسة الحقلية ومرحلة جمع البيانات. وقد أجريت الملاحظات في أوقات ومناوبات وأماكن مختلفة. وشملت التفاعلات داخل جماعة التمريض، وبين الممرضات والأطباء والمرضى والإداريين وأقرباء المرضى. وكانت ملاحظة الجولة اليومية (المرور اليومي)، ودور كل من الطبيب والممرضة فيها، والتفاعلات اليومية بين الطبيب والممرضة والمريض مهمة في التعرف على علاقات وممارسة القوة.

وقد تحدد دور الباحث أثناء إجراء الملاحظة بالمشاركة في رصد العلاقات والتفاعلات، وذلك من خلال الحضور في السياقات أو الأماكن المشار إليها، وملاحظة المناشط والتفاعلات المختلفة، والمشاركة في بعضها، وتجاذب أطراف الحديث مع الأطباء وأخصائيات التمريض والممرضات والمرضى وذويهم وبعض الإداريين، وتسجيل هذه التفاعلات حرفياً بدقة. كما حرص الباحث على الوجود بكافيتريا المستشفى لملاحظة التفاعلات داخل جماعة التمريض أثناء فترة الراحة وتناول الوجبات.

(٤) المقابلات شبه الموجهة:

المقابلات هي أهم أدوات جمع البيانات في الأنثروبولوجيا. وتفسر المقابلات أو تشرح ما يراه الأنثروبوجرافي ويخبره في سياق أوسع^(٣٨٦). وتغطي المقابلات نطاقاً واسعاً من التفاعلات غير الموجهة، والمواقف شبه الموجهة، إلى التفاعلات الرسمية مع المبحوثين^(٣٨٧). وتحقق الوصول إلى البيانات أو التأويلات الفذة التي

يدلى بها المبحوث. وتوافر بيانات مهمة عن الأشياء التي يخفق الباحث في ملاحظتها بنفسه^(٣٨٨).

ويعتمد هذا البحث على أداة المقابلات شبه الموجهة Semistructured التي تتميز بأنها مفتوحة النهاية، لكنها تتبع نصاً مكتوباً أو دليلاً أو قائمة بالنقاط أو القضايا^(٣٨٩). وتتيح المقابلات مفتوحة النهاية التفاعل المرن بين الباحث والمبحوث ورؤية العالم من وجهة نظره.

وقد أجريت مقابلات شبه موجهة مع عينة غرضية تتألف من (٦٠) حالة: (٥) قائدات تمريض، و (٢٠) أخصائية تمريض (من الحاصلات على بكالوريوس تمريض)، و (٣٥) ممرضة (من الحاصلات على دبلوم تمريض). وقد روعي في اختيار الحالات أن لا تقل سنوات الخبرة للممرضة عن عام. إذ تراوحت سنوات الخبرة للحالات من سنة إلى ٢٥ سنة. وتقع الحالات في الفئة العمرية من ٢٢ إلى ٥٦ سنة. وقد أجريت المقابلات في مكان وزمان ملائمين للمبحوثات (غرف الأطباء غالباً). واستغرقت كل مقابلة من ٤٥ - ٦٠ دقيقة. وقد أعيدت مقابلة بعض الممرضات والمرضى لتوضيح بعض القضايا التي أثّرت في المقابلة الأولى.

وقد حرص الباحث عند بداية المقابلات على اتخاذ بعض الخطوات المهمة منها توضيح الهدف من البحث للمبحوثات، وضرورة التعرف على تصوراتهن وآرائهن وملاحظتهن حول مجموعة من القضايا. وتوضيح أهمية هذه الآراء والتصورات لموضوع البحث. والتأكيد على أهمية مشاركتهن في البحث والاهتمام بما يُقْلَن لأبعد مدى، وأن الباحث يريد أن يتعلم منهن. وقد وفر ذلك تمثيلاً يركز على النظرة الداخلية emics لثقافة التمريض، وتغلغلا إلى المعاني الثقافية.

وقد شجعت المبحوثات على مقاطعة الباحث، وتُركت لهن حرية توجيه المقابلة لبعض الوقت، وتقديم معلومات أو بيانات ارتأينها مهمة. كما حرص الباحث على

أخذ الإذن بتسجيل ملاحظات. وقد دار النقاش أثناء المقابلات شبه الموجهة في ضوء قضايا وبنود دليل العمل الميداني. وروعي أن تكون الأسئلة مفتوحة النهاية، مع تجنب الأسئلة «لماذا»، والانتقال من العام إلى الخاص. ودونت المقابلات حرفياً، وأُتيحت الفرصة كاملة للمبحوثات لتمثيل ذواتهن بصدق، ولأصواتهن بالظهور دون تجريدها أو اختزالها بصورة مفرطة، وهو ما سوف يتضح في النص النهائي أو الناتج النهائي للبحث.

(هـ) الأنثوجرافيا السردية:

ويتوسل الباحث بإستراتيجية منهجية ما بعد حداثية وهي الأنثوجرافيا السردية. وترتبط الأنثوجرافيا السردية بأسلوب لوصف البيانات الأنثوجرافية، ويمكن تعريفها ببساطة بأنها «رواية قصة»، وتستند إلى فرضية مؤداها أن البشر يفكرون بواسطة الصور Images والقصص، ومن ثم ينبغي الاستفادة من السرد. وتشير أنثوجرافيا السرد إلى أهمية وضرة ما أطلق عليه كليفورد جيرتز Geertz «الوصف المكثف»، أو ما يطلق عليه هنري Jules Henry «الأنثروبولوجيا ذات الحبكة الروائية»، فيقرر أن حياتنا وحياة الآخرين تتميز بوجود حبكة روائية، أي أنها قصة ذات معنى. ويذكر جريجوري ريك Reck «أن البشر يفعلون أكثر من مجرد الإجابة على أسئلة في أداة استبانة، أنهم يعيشون من خلال الالتزام بقيم ومعايير معينه، ويضفون عاطفة خاصة على خبرتهم»^(٣٩٠). والسرد هو مصطلح يستخدم لوصف تنوع من الطرق التي من خلالها يؤدي البشر «رواية الأحداث». ويعرف ريتشاردسون Richardson السرد بأنه يكشف عن أهداف ومقاصد الفاعلين البشر. والأساليب السردية هي مجموعة من التفاعلات الرمزية، «الكلمات و/ أو الأفعال التي يكون لها نتيجة ومعنى لأولئك الذين يعيشونها أو يخلقونها أو يؤولونها». وتدمج البيانات السردية الأحداث بالواقع^(٣٩١).

واقع الحال أن الحكايات تساعد الممرضات على مشاركة ثقافة التمريض الخاصة بهن. وتكشف عن طبيعة عمل التمريض، وتحدياته، وتفرد، ومكانته المتميزة. كما تساعد الحكايات على تحقيق شعور بالاستمرارية والمعنى في حياة الممرضات، وتعبّر عن الفهم الذاتي لخبرات التمريض، وتكشف عن العمل عن طريق الكلمات. وهذه الحكايات ليست خيالية، لكنها مادة حياة التمريض. وقد انبنت على المعرفة اليومية بالكيفية التي من خلالها تقع الحوادث عادة؛ إذ تنبثق معرفة التمريض من ذاكرة الحوادث المختلفة والخبرة بها. وحكايات الممرضات عن الأطباء والممرضات والمرضى وأفراد الأسرة لا تحلق بعيداً عن تفاصيل الحياة اليومية الخاصة بالمرض والمعاناة. وتحقق هذه الحكايات اتصال الخبرة المعيشة. ويتم التعبير عن معنى الخبرة في اللغة التي تتيح للممرضات البدء في فهم حكاياتهن في العمل. وتوفر حكايات الممرضات نماذج للتعامل مع التحديات في العمل عن طريق مشاركة الأوصاف الواضحة والمفعمة بالحيوية لخبرات الآخرين. وعندما تكون حكايات جماعة ممرضات معينة مشتركة فإنها قد تساهم في بناء تماسك الجماعة، وتعلم الممرضات كيف يؤدين دورهن بإتقان، وينشئن على معايير المهنة^(٣٩٢).

وقد ركز الباحث أثناء المقابلات شبه الموجهة - التي تعد أداة الحصول على بيانات سردية - على التعرف على خبرة الممرضة الفردية بحوادث معينة. فقد كان يطلب منها رواية بعض الشواهد والأمثلة والحكايات عن حوادث وصراعات ومشاحنات وتناقضات يزر بها السياق الإكلينيكي. على سبيل المثال حادثة صفح أحد الأطباء لممرضة، ورد فعل الممرضات وإدارة التمريض وإدارة المستشفى حيال ذلك. وقد حرص الباحث على تدوين هذه الحكايات، وما تنضوي عليه من ثراء وصفي، حرفياً بعناية ودقة. وقد وفر ذلك للباحث استجلاء كثرة من المعاني الثقافية الماثلة في ثقافة التمريض، والتعرف على علاقات الصراع والتضامن داخل المستشفى موضوع البحث.

(٣) تحليل البيانات:

تحليل البيانات عملية مستمرة تتضمن التفكير والتأمل المتواصل والمستمر للبيانات، وطرح تساؤلات تحليلية، وكتابة مذكرات memos خلال البحث. وتتم عملية تحليل البيانات في البحوث الكيفية متزامنة مع جمع البيانات وصياغة التأويلات وكتابة التقارير^(٣٩٣). فالتحليل يبدأ منذ اللحظة الأولى لاختيار المشكلة للبحث، وينتهي مع الكلمة الأخيرة في التقرير. ويتميز التحليل الأثنوجرافي بأنه تكراري iterative، يبنى على أفكار أُثيرت على مدار البحث^(٣٩٤).

وبصرف النظر عن المنظور النظري الذي يتبناه الباحث، تركز جميع أشكال التحليل الكيفي على ثلاثة إجراءات أساسية: اختزال البيانات، وعرضها، والاستنتاج. وهذه الخطوات ليست منفصلة عن الأبعاد الأخرى للبحث. إذ إن ثمة اتفاقاً على أن جمع البيانات وتحليلها والكتابة عمليات مترابطة لا تحدث في خطوات منفصلة ومتوالية. يعني ذلك أن المراحل المختلفة للبحث والكتابة تحدث غالباً بصورة متزامنة. فالتحليل الكيفي هو عملية دينامية وإبداعية^(٣٩٥).

وقد تجمع للباحث كم هائل من البيانات الكيفية توخى في تحليلها خطوات التحليل الكيفي للبيانات:

(١) **اختزال البيانات:** فقد ركز الباحث على بعض أقسام أو أجزاء البيانات. ذلك أن المجال المحتمل للبيانات يُختزل بطريقة يمكن توقعها، وذلك عندما يختار الباحث إطاره النظري التصوري، وتساؤلات بحثه، وحالاته، وأدواته.

(٢) **عرض البيانات:** تضمن عرض البيانات استخدام تمثيلات نصية للبيانات بغرض انتقاء أقسام أو أجزاء توضح المفاهيم موضع اهتمام الباحث. وقد شمل ذلك ما يأتي:

- قراءة نصوص البيانات بدقة وحذر وإعادة قراءتها.

- تدوين ملاحظات في الهوامش (يشار إليها أحيانا بمذكرات بحثية).

- إلقاء الضوء على أفكار مهمة باعتبارها تمثيلات لمفاهيم معينة.

(٣) **الاستفنتاج:** تضمنت هذه الخطوة استخلاص المعاني من البيانات المعروضة.

ويعتمد التحليل الكيفي على المذكرات memos التي تعد بمثابة مستودعات الأفكار المتولدة عن التفاعل مع البيانات. وهي نمط متخصص من التسجيلات المكتوبة. وتبدأ المذكرات بسيطة (تتعامل مع مفهوم واحد بصفة رئيسية)، ووصفية. ولكن مع التقدم في البحث تصير المذكرات موجزة مركزة ومجردة وتكاملية (تتحرى مفاهيم أو أكثر). وتبدأ كتابة المذكرات من بداية التحليل وتستمر خلاله. وتعد الملاحظات الميدانية شكلاً من المذكرات. كما أن تسجيل وتتبع الرؤى التحليلية أثناء جمع البيانات يعد جزءاً من الدراسة الميدانية وبداية التحليل الكيفي^(٣٩٦).

وقد تضمنت مذكرات هذا البحث: مذكرات تتعلق بالفحص العام للبيانات، ومذكرات تتعلق بعقد المقارنات وطرح التساؤلات، ومذكرات عن المفاهيم، ومذكرات عن تقنين واختبار الإطار النظري. وقد حرص الباحث على تحديد عنوان للمذكرة وتاريخ. على سبيل المثال، مذكرة (١) - ١٥ أكتوبر ٢٠١٠ - الافتقار إلى القوة.

(٤) **مدة الدراسة الحقلية:**

استغرقت مدة الدراسة الحقلية حوالي ثلاثة شهور، من ٢٦/٩/٢٠١٠ إلى ١/٥/٢٠١١، سبقها تفاوض مع إدارة المستشفى وإدارة التمريض حول الوقت المتاح لإجراء المقابلات شبه الموجهة نظراً لانشغال جماعة التمريض المكثف، والنقص الواضح في التمريض. وقد لعبت إدارة الجودة بالمستشفى دوراً بالغ الأهمية في تذليل هذه العقبة وغيرها.

الفصل الخامس

نتائج البحث

يمكن تصنيف نتائج البحث في ضوء أهدافه إلى سبعة مباحث رئيسية: يتناول المبحث الأول سمات ثقافة التمريض. ويعرج المبحث الثاني على العلاقة بين ثقافة التمريض وممارسة القوة داخل السياق الإكلينيكي. ويقارب المبحث الثالث الأوصار والوشائج القائمة بين المعرفة والقوة. ويتناول المبحث الرابع العلاقة القائمة بين ثقافة التمريض والنوع. ويقارب الفصل الخامس العلاقة بين ثقافة التنظيم، وثقافة التمريض من ناحية، والرضا الوظيفي من ناحية أخرى.

المبحث الأول: سمات ثقافة التمريض:

يتضمن النسق الثقافي للتمريض عدة مكونات: (١) جماعة تتألف من مجموعة من الأفراد. (٢) بيئة يؤدي فيها أعضاء الجماعة أنشطتهم المتميزة. (٣) ثقافة مادية تتألف من أدوات ومظاهر مادية يستعملها الأعضاء. (٤) تقليد ثقافي يمثل القرارات المتراكمة تاريخياً للعضوية وممثليها. (٥) الأنشطة والسلوكيات الإنسانية التي تنشأ من التفاعلات المركبة بين الأعضاء، والبيئة، والثقافة المادية، والتقليد الثقافي. (٦) ترتيبات لتنشئة الأعضاء الجدد. (٧) نسق للاتصال. (٨) نسق للسلطة وتوزيع القوة^(٣٩٧). وتمثل الممرضات ثقافة فرعية تتألف من معتقدات، وقيم، وأنماط سلوكية مشتركة^(٣٩٨). وتكشف ثقافة التمريض قيد البحث عن مجموعة من الطرق النمطية للتفكير والشعور والسلوك، والقيم والمعتقدات والممارسات والعادات، وتصورات للمهنة والعاملين الآخرين في الرعاية الصحية.

وتتشكل تصورات الممرضة للمهنة وسلوكياتها بالثقافة السائدة. فالتمريض من منظور أخصائيات التمريض مهنة سامية، لكن نظرة الثقافة السائدة لها سلبية مجحفة تعتبرها مهنة سيئة السمعة: «مهنة التمريض راقية... لكن نظرة

المجتمع لها سيئة... ناس كثير مستهترون بالمهنة... شايفين أن التمريض مش كويسين خلقياً وسلوكياً... ولا يقدرّون الخدمة التي تؤديها الممرضة للمريض». وترجع أخصائيات التمريض هذه النظرة إلى صورة نمطية للممرضة شكلتها الثقافة، تبدو فيها مستهترة دائمة السهر خارج المنزل أو العودة إليه في أوقات متأخرة. وتخلط هذه الصورة في رأيهن بين أخصائية التمريض والممرضة من ناحية، وبينها وبين «الحكيمة» أو «الداية» من ناحية أخرى: «ما زالت النظرة القديمة موجودة «الناس فاكرة إن الممرضة دبلوم تمريض فقط... وميعرفوش إن فيه بكالوريوس تمريض مستواهم وخبراتهم أكبر... أخصائية التمريض مظلومة في النص... وبرغم إن الناس غالبيتهم متعلمين ميعرفوش الفرق بين الممرضة والحكيمة... بكالوريوس التمريض في نظرهم بتدي حقن وبتديها غلط كمان... وتأخذ تيبس (بقشيش) علشان تقدم الخدمة... الفكرة الخطأ أو الصورة السيئة هي صورة الممرضة العادية التي تُعتبر أقل... وتعرض لمعاكسات وتوضع شماعة لكل الأخطاء... لو الدكتور اتأخر تتحمل هي المسؤولية».

وترجع هذه النظرة كذلك إلى طبيعة المهنة ومتطلباتها التي تفرض العمل لأوقات متأخرة ليلاً، والمبيت في أماكن العمل أحياناً، والاحتكاك المستمر بالأطباء والمرضى من الرجال وتمضية ساعات طويلة معهم، إضافة إلى صغر سن الممرضة: «كانوا ينظروا المهنة زمان بدون احترام خصوصاً لأننا ممكن نسهر طول الليل ونرجع متأخرين... البنات تبات في المستشفى أضعها في موقف خطر... والناس في مجتمعنا بتفهم غلط... وسبب النظرة السيئة للممرضة تكون ١٦ أو ١٧ سنة مسئولة عن مريض وعلاج في السن ده... وتأخذ مرتب وفلوس... الفلوس بتديها مسؤولية أكبر من سنّها... وارد أن تسيء التصرف». علاوة على ذلك يرسخ الإعلام صورة سلبية للممرضة ومهنة التمريض، ويتجاهل دورها

الإنساني. فقد ساعدت الدراما المصرية على ترسيخ صورة للممرضة تعتبرها سيئة السمعة، ومستغلة لظروف عملها، كما رسّخت في الأذهان فكرة أن مهنة التمريض بلا مستقبل، وليست لها مكانة في المجتمع، مما أفضى إلى عزوف الأسر عن إلحاق بناتهم بهذه المهنة. وتصور السينما مهنة التمريض ستاراً يحمي سيئات السمعة: «المجتمع والإعلام ضدنا... مش بيظهر الجوانب الإيجابية لمهنة التمريض... ويؤثر في نظرة الناس وي طرح صورة سلبية للممرضة ومش بيقدر دورها». وتربط أخصائيات التمريض النظرة السلبية للتمريض بسلوكيات وممارسات بعض قليل من الممرضات والإفراط في تعميم ذلك على شاغلي المهنة ككل: «قد تظهر بعض الممرضات صورة سيئة... ضحك وهزار... معروف عن التمريض الجُرأة... تزعق مع أهل المريض... أو تكون طريقتها سيئة... لكن فيه تعميم كل التمريض وحش (سيء) لو واحدة مش كويسه».

وقد كشفت نتائج البحث عن أن أخصائيات التمريض عبرن عن شعور بقيمة مهنة التمريض وأهمية دوره في بداية سنوات العمل بالمهنة ربما لطغيان النظرة المثالية إلى المهنة على تفكيرهن، ويتضاءل هذا الشعور مع تقدم سنوات الخبرة. كذلك يتضح هذا الشعور لدى الممرضات العاملات بالرعاية المركزة والطوارئ مقارنة بالممرضات العاملات في الذونات.

ويتعمّق الشعور بدونية النظرة إلى الممرضة في ثقافة التمريض الخاصة بالممرضات (دبلوم تمريض). وتشكل هذه النظرة تصور الممرضة للمهنة وممارساتها: «شايفين التمريض مش كويس... زمان كانوا يمنعوا البنات من الالتحاق بالمهنة... التفكير السائد إن لو واحدة دخلت (ألحقت) بنتها تمريض تبقى عملت حاجة مش كويسه... التمريض عيب في نظر الناس... أشعر بالإحراج والكسوف أن أقول إنني ممرضة... معظم الناس حاسة إن

الممرضة هي أقل فئة في المستشفى وأي خطأ هو من التمريض.. وأحياناً يحسّسوا الممرضة إنها خادمة... الناس فاكراً الممرضة بتشتغل وتعمل أي حاجة في مقابل الفلوس... وشايفين إن أسلوب التمريض وحش (سيء)، ويتعامل مع المريض معاملة وحشه (سيئة)... ومعدوش ضمير». وقد كشفت نتائج البحث أن تأثير النظرة الدونية للتمريض محدود في بداية الالتحاق بالمهنة، بينما تزداد وطأة هذه النظرة وتأثيرها مع تقدم سنوات الخبرة. ويتفاقم الشعور بدونية نظرة الثقافة إلى التمريض في الذونات والأقسام مثل الباطنة والعظام، ويضعف في الرعاية والطوارئ ربما لأهمية الدور الذي تؤديه الممرضة في الرعاية والطوارئ، وإدراك المرضى لأهميته: «نظرة المجتمع إلى التمريض سيئة جداً... كأنه خطيئة». وتؤكد غالبية الممرضات على أن النظرة الدونية إلى التمريض لم تتغير إلا بدرجة محدودة وما زالت سائدة: «نظرة المجتمع لا تعبر عن دور الممرضة الحقيقي... دلوقتي أفضل من زمان... لكن الأمور اتحسننت شويه... بدأ فيه احترام... لكن الفكرة القديمة ما زالت موجودة».

وكذا تصف الممرضات أنفسهن ويصفهن الآخرون، على نحو تقليدي، بأنهن جماعة مهنية ضعيفة مضطهدة تفتقر إلى الهيبة الاجتماعية، يحصل أفرادها على أجور زهيدة، ويخبرون استقلالية مهنية محدودة نظراً للدور المسيطر اجتماعياً المنوط بالأطباء في تقديم الرعاية الصحية للمرضى. وقد أفرزت الصورة النمطية السلبية للتمريض التي استدمجتها الممرضة تناقضاً وصراعاً بين شعور بسمو المهنة وطابعها الإنساني من ناحية، وشعور بالاستياء والنفور من المهنة: «أأسف إني ممرضة... جوزي بيقول متقوليش لحد إنك ممرضة... لأنهم لو عرفوا هيفتكروا إن أخلاقك مش كويسه... إحساس إنك مش محترمة صعب». وهكذا يفضي الشعور بالاستياء والنفور من المهنة في أحيان كثيرة إلى حرص الممرضة

على إخفاء مهنتها: «مخترتش (لم تتح لي فرصة الاختيار) التمريض مكنش عندي فكرة عنه... التنسيق هو السبب... أنا كنت رافضة المهنة لكن حبيتها بعد كده لأنها مهنة إنسانية... الناس محتاجة جدا لشغلي... بحس بالضيق أحيانا... فيه زميلات يخافوا يقولوا إنهم ممرضات... وممكن البنات متتجوزش لمجرد أنها ممرضة.. أرفض التحاق بنتي بمهنة التمريض». وبرغم أن النظرة إلى الممرضة قد تتغير بعد الاقتراب منها وإدراك دورها المحوري في السياق الإكلينيكي، يبقى تصورهما للمهنة وشعورهما السلبي (الذي يمثل أحد سمات ثقافة التمريض) مؤثراً في ممارساتها خاصة ممارسة القوة كما سوف يتضح في المبحث الثاني: «فكرة الناس عن التمريض والممرضة تتغير بعد ما يتعاملوا معها ويدركوا دورها وخبرتها... وعلاقة الاحترام مع الناس... ومشاركتها في مؤتمرات... إلى حد ما النظرة اتغيرت... في الأول كانت النظرة إلى التمريض سيئة جداً... بقي فيه احترام عن الأول... وبعد انتشار الأمراض واحتكاك التمريض أكثر بالناس بدأوا يلمسوا أهمية المهنة وضرورة وجودنا». والحقيقة أن ثقافة التمريض والصورة النمطية للممرضة قد أدت إلى العزوف عن الالتحاق بمهنة التمريض الأمر الذي تؤكد الإحصاءات الرسمية التي تشير إلى وجود عجز في الممرضات يصل إلى (٣٠) ألف ممرضة^(٣٩٩).

التمريض جماعة مهنية يربط أعضائها شعور بهوية، ويشتركون في قيم، وتعريفات للدور، ولغة، ومعرفة، وممارسات مشتركة^(٤٠٠). ويعتمد وجود التمريض كجماعة ثقافية على ضمان انتقال المعرفة التي يكتسبها أفراد هذه الجماعة، أي الاستمرارية الثقافية. ويتحقق هذا الانتقال عن طريق عملية غرس ثقافي (شعورية أو لاشعورية) لثقافة التمريض وتنشئة مهنية. ويشير مصطلح التنشئة المهنية professional socialization إلى العمليات الاجتماعية التي من خلالها

يكتسب الأفراد ثقافة المهنة، ويتعلمون كيف يصبحون أعضاء مهنة معينة. وتتضمن هذه العمليات وسائل رسمية وغير رسمية لتعلم المعرفة المنظمة المتخصصة والمهارات الفنية، وكذا المعرفة الضمنية ومهارات «الحرفة»، والمعايير والقيم وأساليب السلوك المهني^(٤٠١).

وقد كشف البحث أن هناك وسائل رسمية، وأخرى غير رسمية لاكتساب ونقل ثقافة التمريض. وتتمثل الوسائل الرسمية في مقررات مدارس وكليات التمريض، والوسائل غير الرسمية في الممارسة، وملاحظة الأمور اليومية الروتينية، إذ يطور التمريض معرفته الخاصة المتأسسة في ممارسة التمريض، على سبيل المثال الطرق الخاصة لترتيب الأسرة، وتضميد الجروح، والاغتسال، وهلم جرا: «اكتسبت خبراتي من الدراسة وسنة الامتياز والعمل». لكن ثمة اتفاق على أن الوسائل غير الرسمية، خاصة المعرفة التي تنقلها الممرضات الأقدم، والمعرفة الخبراتية التي تتشكل من الممارسة والملاحظة أكثر تأثيراً في انتقال ثقافة التمريض: «تُكتسب الخبرات من المكان... ومن العمل مع التمريض الآخرين... تعلمني supervisor التمريض القديم وبعض الأطباء مهارات وخبرات معينة... الممارسة العملية أكسبني الجانب الإداري، وكيفية التعامل مع الـ staff... تتعامل الممرضة مع كل الفئات فنيين وصيانة ومعامل وبنك دم وتغذية وفندقة وأقسام إدارية في المستشفى إضافة إلى أهالي المرضى بفئاتهم المتنوعة». ومع ذلك تؤكد الممرضات الأقدم أن التعليم كان العامل الحاسم في نقل ثقافة التمريض: «في المدرسة... كان التعليم أفضل». وتمثل الخبرة والممارسة العملية الأداة الرئيسة لاكتساب ثقافة التمريض بما تتضمنه من معرفة متخصصة، وأسلوب للتفكير، وقيم، ومعايير، وأسلوب للسلوك. وتساعد رواية القصة أو الحكاية الممرضات على نقل ثقافة التمريض من جيل لآخر عن طريق انتقال أو نقل المعرفة والخبرة. وتنقل الحكايات المعتقدات، والقيم، والمعايير، والطقوس، والمهارات^(٤٠٢).

واضح أن أوضاع مهنة التمريض، وعمليات التنشئة المهنية، والغرس الثقافي لثقافة التمريض قد أفرزت هابيتوس من نوع خاص يمكن الاصطلاح عليه **بهابيتوس التمريض** Nursing Habitus الذي يمثل الأبنية المعرفية التي تتعامل الممرضات من خلالها مع العالم، ويعد نتاجاً لاستدماج الخبرة الثقافية، وأبنية العالم الاجتماعي، والمعايير والقواعد الموضوعية التي تقرر كيف تسلك الممرضة في موقف معين. ويتشكل هابيتوس التمريض عن طريق خبرات الممرضة والممارسة اليومية للممرضات ويشكلها. وتساهم عضوية جماعة التمريض وشغل مركز داخل المستشفى لفترة طويلة في تشكيل هابيتوس التمريض الذي يحدد الفعل والممارسة وأساليب التفكير والشعور والسلوك الملائمة، ويساعد في التوافق مع المواقف المختلفة والمتغيرة. باختصار يمثل هابيتوس التمريض بناءً يتم فيه استدماج وتمثل الاحتمالات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية الموضوعية في الاستعدادات الذاتية للممرضات كفاعلات^(٤٠٣).

التفضيلات عنصر أساسي في ثقافة التمريض. والمعروف أن تفضيلات الأفراد تتشكل عن طريق الاندماج بالآخرين. فالعلاقات الاجتماعية تمدنا بمفهوماتنا حول المرغوب والمفضل وغير المفضل. وتتشكل التفضيلات من تفضيل طريقة للحياة مع الآخرين، أو على حد تعبير ماري دوجلاس «اللحظة الحقيقية للاختيار هي... اختيار الرفاق ونمط حياتهم». ومن هذا الاختيار لكيفية العيش مع الآخرين تشتق التفضيلات العديدة التي تشكل الحياة اليومية. وتتشكل التفضيلات بما أُصطلح عليه تومبسون Thompson بالانحيازات الثقافية، أي المعاني المشتركة، القناعات السائدة، المحددات الأخلاقية، وتلك التنوعية الثرية من أساليب الثواب والعقاب، والتوقعات المشتركة في إطار نمط الحياة^(٤٠٤).

وتتشكل تفضيلات جماعة التمريض بثقافة التمريض، يتضح ذلك في تفضيل العمل في أقسام معينة دون غيرها. والواقع أن ثمة اتفاقاً بين أخصائيات التمريض

على تفضيل العمل في وحدتي الرعاية المركزة والطوارئ. ويرجع ذلك من منظور جماعة التمريض إلى أن العمل في الرعاية المركزة يشعر أخصائية التمريض بأهمية ووضوح الدور الذي تؤديه: «**بلاقي نفسي في الـ ICU** باحس إني باعمل ما يفيد... بحس هنا إن دوري مهم عن أي مكان آخر... بشتغل مع critical cases وممكن أقدم الكثير... شغل الأدوار مجرد تدي قرصين أو دواء وخلاص مفيش مهارة... هنا تحس أنك بتعمل وفاهم... مجال شغلي بيكون واضح هنا في الرعاية المركزة». ويضيف العمل في العناية المركزة إلى مهارات أخصائية التمريض وخبراتها التي تمثل أهمية كبرى بالنسبة لها في إطار سعيها الدائم إلى التمكين وتوكيد الذات وإشعار الآخرين بأهمية دورها في السياق الإكلينيكي: «**رعاية قلب...** **شغلها كثير ونتعلم فيها كثير**». ويكمن وراء تفضيل العمل في الرعاية المركزة شعور باحتياج المريض إلى الرعاية التمريضية أكثر من أي مكان آخر. ويدعم هذا الشعور حاجة الممرضة إلى تقدير دورها وشعورها بأهميته: «**المرضى في الرعاية أكثر ناس محتاجة...** باحس إن خبراتي لازمة ليهم... مريض الرعاية محتاج تمريض ورعاية تمريضية أكثر... ومحتاج الممرضة في كل حاجة».

وتصنف أخصائيات التمريض وحدات المستشفى وأقسامه إلى مفعمة بالحركة، وأخرى هادئة. وتفضل غالبيةهن الرعاية المركزة والطوارئ لأنها تنتمي إلى الصنف الأول، بعكس الذونات التي يغلب على العمل بها الهدوء والرتابة: «**برغم أن الرعاية متعبة...** والمجهود أقل في الذونات مبحبش الأدوار الشغل فيها هادي... الرعاية والطوارئ فيها حركة... الذونات cold». وتتيح الرعاية درجة كبيرة من الانغلاق وتجنب الاحتكاك بالآخرين خاصة أهالي المرضى وذويهم، وهو الاحتكاك والتفاعل الذي تحرص الممرضة على تحاشيه هروباً من تدنى النظرة إلى الممرضة وسوء معاملتها: «**الرعايات مكان مغلق عليك...** غير الذونات... وبأعمل كل حاجة براحتي دون تدخل من الناس... أفضل الرعاية لعدم الاحتكاك بأهل

المرضى اللي بيحملونا فوق طاقتنا في قسم العظام ممكن أهل المريض يصروا على أن نحمله دون مساعدة منهم وإذا اتأخر الدكتور يشتمونا» .

وتمائل مبررات تفضيل الممرضات العمل في الرعاية المركزة أو الأماكن المغلقة تلك التي تسوقها أخصائيات التمريض: «في الرعاية حاسة إن عملي كبير وواضح، والممرضة تشعر بأهميتها... دور الرعاية أكبر وأهم... فيها تفهم وتعرف إزاي تتصرف... وتسهم في تحسين حالة المريض... الرعاية وحدات مغلقة على نفسها مستقلة عن باقي أقسام المستشفى والاحتكاك بالناس بها أقل». ويضاف إلى هذه المبررات تبرير عقائدي يدفع الممرضة إلى تحمل مشقة العمل: «برغم إنه جالي (أُصبت بـ) غضروف في ضهرى من شيل المرضى وتحريكهم... الشغل في الـ ICU فيه ثواب... لو حاولوا ينقلوني أرفض». كذلك يرجع تفضيل الممرضات العمل في الرعاية إلى عامل مادي حيث تحصل الممرضات على حوافز «الأماكن المغلقة»، والتي تبلغ (٦٠٪) من الراتب الأساسي للعاملين في وحدات غرف «العمليات» و«العناية المركزة» و«المبتسرين»، وذلك في مقابل (٤٠٪) مقابل بدل الجهود غير العادية للأماكن المفتوحة: «في الرعاية بياخدوا بدل رعاية علشان عليهم عبء كبير مقارنة بالأقسام العادية». وتأتى الطوارئ والعمليات وأقسام النساء في المرتبة الثانية من ناحية تفضيلها مكاناً لعمل الممرضة: «باحب شغل الطوارئ... أتعامل مع المريض... العمليات لها مكانة أكبر... متعة». ذلك أن العمل في العمليات يُشعر الممرضة بأهمية وخطورة الدور الذي تؤديه. ويرجع تفضيل قسم النساء إلى طبيعة العمل داخل القسم الذي تعتبره الممرضات مبهجاً: «قسم النساء لأنه مرح... وأفضل وأسهل وفيه بهجة لأن فيه حدث سعيد ومحتاج الممرضة في كل حاجة.. فيه أقسام محبطة». ويرجع هذا التفضيل كذلك لأسباب عقائدية، إذ يُجنب الممرضة الاحتكاك بالرجال في الممارسة التمريضية: «أفضل النساء والولادة لأن المعاملة مع السيدات فقط».

واضح أن ثقافة التمريض تشكل تفضيلات الممرضة، ويتجلى ذلك في تفضيل الرعاية المركزة والطوارئ رغبة في التخلص من النظرة الدونية التي تعاني منها، والشعور بالأهمية والتمكين والقوة، أي القدرة على التأثير في السياق الإكلينيكي. وهكذا تعيد ثقافة التمريض إنتاج المعاني المرتبطة بتفضيلات معينة، وهي معان تربط بالقوة أو الرغبة في التأثير. ويؤكد ذلك فرضية أن الثقافة قوة في جوهرها، وأنها تجسيد لعلاقات القوة كما سوف يتضح في المبحث الثاني.

درج الباحثون على مقارنة ثقافة التمريض من منظور الشعائر والممارسات والأنشطة اليومية والأفعال المتكررة بالاعتماد على النظرة الداخلية ووجهة نظر جماعة التمريض. وتعرف الشعائر بأنها نمط شكلي مقنن ومحدد من أنماط السلوك الثقافي، بدون فائدة مباشرة أو فورية تتحقق للفرد^(٤٥). وتشمل الشعيرة، في رأي معظم المنظرين، صور الفعل المختلفة عن الحياة اليومية أو على الأقل أغراضها مختلفة. ويشير مصطلح شعيرة إلى أداء تسلسلات أكثر أو أقل تماثلاً من الأفعال والتعبيرات الشكلية التي لم تتحول كلية لدى مؤديها إلى رموز. والمصطلح يشمل أكثر من السلوك الديني، وتتخذ الشعيرة غالباً شكلاً رمزياً في رأي كثيرين^(٤٦). ففي إعادة صياغة لمفهوم الثقافة عند جيرتز يعرف ديفيد كيرتزر Kertzer الشعيرة بأنها «فعل مستغرق في نسيج الرمزية». ويعني ذلك أن للشعيرة دوراً اتصالياً. وهكذا فبرغم فكرة أن الشعيرة تنكر وتبطل العلاقة اليومية بين الفعل وهدفه أو غايته، فإنه يفترض أن هذا الإنكار له ما يبرره. وهنا يفترض أن ثمة هدفاً، ووظيفة، ومعنى يتوارى خلف الفعل الشعائري^(٤٧). والشعائر جزء تكاملي من كل مجتمع إنساني، وتشكل جزءاً من أي نسق ثقافي، وتعتبر ظاهرة ثقافية توفر شعوراً بالأمان، وبهذه الطريقة تفيد الجماعة أو المجتمع المحلي. كذلك تنقل الشعائر المعرفة والممارسات التقليدية. ومن المهم فهم غاية ومعنى الرموز والشعائر. وتعتبر الأفعال المتكررة في نفس الوقت نموذجية ومميزة لمهنة التمريض^(٤٨).

ويتبع نمط يوم الممرضة روتيناً يدور حول المرضى وتعافيهم، أو على حد تعبيرOLF «عمل الأفضل وتجنب الإيذاء» في إطار دور الممرضة^(٤٠٩). ويشمل هذا الروتين أربعة نماذج رئيسة للنشاط التمريضي تتبدى فيها ممارسات وأفعال متكررة وسلوكيات ثقافية نمطية (شعائر): الأنشطة اليومية الإلزامية، الأنشطة التي توجبها الأنشطة الإلزامية، الأنشطة الطوعية، والأنشطة التي تضع في الاعتبار خصائص المرضى^(٤١٠). ويغلب على أنشطة قائدات التمريض وأخصائيات التمريض اليومية الصبغة أو الطابع الإداري الإشرافي الإلزامي. إذ يحرصن على التأكد من أداء هذه الأنشطة، ويتبعن في أدائها ممارسات اعتيادية غالباً. على سبيل المثال يحرص رئيسة تمريض الرعاية على تقسيم وتوزيع العمل على الممرضات، وملاحظة المرضى، والتيقن من أداء أخصائيات التمريض والممرضات للأنشطة والمهام المنوطة بهن، ومدى التزامهن بقواعد العمل مثل وضع «كارنية» تحديد الهوية. إضافة إلى ذلك تحرص رئيسة تمريض الرعاية على حل المشكلات التي تكون الممرضة أحد طرفيها، وتذليل جميع العوائق التي تحول دون انتظام العمل داخل الوحدة: «ألاحظ المرضى.. وأقابل المشرفات الليلي... وأحل مشكلات الممرضات مع الأطباء... وأوزع التمريض... وأمر على المرضى... وأراجع كل حاجة مين مش لابس الكارنية مثلاً... وأمر على الصيانة... لو فيه محاضرات ابعت ممرضات لحضورها الممرضة محتاجة تعرف الجديد ومحتاجة تدريب دائماً».

وتؤدي أخصائيات التمريض مجموعة من الأنشطة النمطية يغلب عليها الطابع الإداري والإلزامي. فمثلاً تتولى أخصائية التمريض في رعاية الجراحة والقلب المفتوح تسلم الحالات، وتوزيع التمريض على الحالات، وتحديد الأدوار، وتلاوة تعليمات معينة، ووضع خطة لرعاية المريض، وملاحظة المرضى ومدى تحسن الحالات. وتحرص أخصائية تمريض الرعاية على ملاحظة العلامات الحيوية Vital

signs التي تشمل الضغط، والحرارة، والنبض، والتنفس، وأحياناً درجة الوعي. كما تشرف على علاج المرضى وتغذيتهم، وتتابع الأمور الإدارية الخاصة بالمرضى والتحليلات والعمليات المطلوب إجرائها، وتساعد التمريض، وتقيم المستهلكات والمستلزمات من الأدوية، وتحاول حل المشكلات التي تنشأ من التفاعل اليومي بين التمريض من ناحية، والمرضى والأطباء من ناحية أخرى: «دوري تنظيم العمل... واستلام المرضى... عددهم ومين دخل وخرج... لو فيه مرضى جدد... عدد التمريض... اشرف على العلاج والأكل والـ vital... ممكن أشوف دم حول القسطرة أبلغ به الدكتور... أشوف الحاجات الإدارية لو مريض له عمليات أو معامل... أعمل تشفيط للمريض (تشفيط الإفرازات الرئوية من الرئة والفم والأنف)... أعمل evaluation للموقف ككل».

وتتلخص الأنشطة الاعتيادية التي تقوم بها أخصائية تمريض الطوارئ في المرور على الحالات وتسلمها، وفحص المتأخرات، وحل المشكلات اليومية، والتيقن من نظافة المكان وانتظام العمل فيه. ومن الأنشطة التي تقوم بها أخصائية التمريض في الأقسام أو الذونات، التوقيع في دفتر حضور التمريض، وتقييم مظهر الممرضة وزياها صباحاً، وتسلم الحالات، وتوزيع التمريض، ومراجعة ملفات المرضى، وتقييم النقص والزيادة في الأدوية، ومشاركة التمريض في تحضير العلاج أو الأدوية: «يسجل حضور التمريض... نوقع حضرنا الساعة كام، والمشرفة تشوف لبس الممرضة وبطاقة التعريف والحداء... وتشوف إذا كان في الـ uniform أي defect. بعد ذلك استلم الحالات من الـ shift اللي قبلي السهر، أنا وأربع ممرضات في المكان.. تختلف حسب الأسرة... وكل ممرضة تستلم المريض بالتفاصيل - سنه واسمه والاستشاري - وملاحظات... ثم أوزع العمل على التمريض... ويكون فيه عدالة في التوزيع... ثم تتسلم مسئولية العلاج... لو فيه زيادات أو نقص تعرف».

وبالإضافة إلى الأنشطة الإلزامية تقوم أخصائية التمريض بعدد من الأنشطة التي توجبها الأنشطة الإلزامية، منها إجبار المريض على الانصياع لتعليمات ومتطلبات الرعاية التمريضية، وذلك في حالة رفضه تغيير ملابسه أو الاغتسال أو تعاطي الأدوية، على سبيل المثال: «لو المريض agitation أو متهيج ممكن أنقذ الرعاية له حتى لو رفض... فيه مرضى بيرفضوا العلاج أكون حادة معهم». وتقوم أخصائية التمريض بمجموعة من الأنشطة الطوعية من أهمها تقديم النصح والإرشاد: «ممكن يكون الدكتور مستعجل... أوضح للمريض حاجات معينة وانصحه يعمل كذا». كذلك تقوم أخصائية التمريض بأنشطة تضع في اعتبارها خصائص المرضى، من أهمها الاهتمام بأمور شخصية خاصة بالمريض.

إذا كانت الصبغة أو الطابع الإداري يغلب على الأنشطة والسلوكيات الثقافية النمطية التي تصدر عن أخصائيات التمريض، فإن طابع الممارسة العملية الخبراتية للرعاية التمريضية يغلب على أنشطة الممرضات. وتؤدي الممرضات مجموعة من الأنشطة اليومية الإلزامية، والأفعال المتكررة. ففي الرعاية المركزة تتلخص أهم الأنشطة التي تقوم بها الممرضة في رعاية المرضى، وتقديم العلاج والطعام، وتنفيذ البرنامج العلاجي: «أجيب الوجبات... وأدي علاج... واركب محاليل... واشفط للعيان... ونقيس السكر... أدي مسكن غير الـ care اللي بتعمل للعيان كالاستحمام اللي بأعمله أنا ومساعدة التمريض... نمسح جسمه بشاشة وننشف المريض... لو فيه قرح نتعامل معها ونبلغ بيها... فيه حالات ممكن تقعد شهر أو شهرين... كان فيه حد قعد ١٠ سنوات... لو فيه حالات فيها جلطات منحرش المريض لان في كده خطورة... نسييه (نتركه) لغاية ميامر الدكتور بتحريكه... ممكن ما نعملوش care لمدة يومين أو ثلاثة... أغير البامبرز واحميه... واعمله ضهره بالكحول... ممكن أوزان المرضى تكون كبيرة نقلبه كمجموعه ونقعه على الكرسي». وفي الطوارئ تتلخص أنشطة الممرضة في

تنفيذ البرنامج العلاجي، والتأكد من اكتمال متطلبات الرعاية كالأدوية مثلاً. وفي الأقسام أو الذونات تقوم الممرضة بالمرور على المرضى، وتقديم الأدوية والطعام، وتنفيذ البرنامج العلاجي، وحل المشكلات التي قد تنشأ في السياق الإكلينيكي. وتتولى بعض الممرضات في الأقسام مسؤولية المخزن والأدوية: «أنا مسئوليتي المخزن والعلاج... اعمل check على التلاجة وأراجع أدوية الشرب... فيه مستلزمات للعيان... اعمل check على كل حاجة... واستلم عربية العلاج... كل عيان فيه درج باسمه... وأدي العلاج مع التمريض... مع كل مريض لازم أكون واقفة... وأي مشكلة في العلاج مفيش تهاون». ويعتمد أداء بعض الأنشطة الإلزامية (كالإغتسال وارتداء الملابس، وتناول الطعام، وتعاطي الأدوية) على دافعية المريض الذاتية سواء اعتمدوا على أنفسهم في أداء هذه الأنشطة، أو اعتمدوا على الممرضات في أدائها.

وتؤدي الممرضة بعض الأنشطة التي تفرضها وتوجبها الأنشطة الإلزامية، منها إجبار المريض أحياناً على الامتثال لتعليمات معينة مثل الاستلقاء أو إرغامه على الجلوس والانتظار: «ممكن نفرض على المريض حاجات معينة.. نربطه ونتعامل معاه بشوية قوة... ممكن يشد الماسك أو يعمل حاجة تؤذيه». كذلك تقوم الممرضة بأنشطة طوعية غير أساسية للمرضى، لكنها تؤثر على مزاجهم، وتتضمن الملامسة، وتصفيف الشعر وتمشيته، وتقديم النصح والإرشاد، وهلم جرا. وهناك أيضاً أنشطة تضع في الاعتبار خصائص المريض، وتتضمن مساعدة المرض على فهم وتذكر الأشياء، والاهتمام بأمور شخصية وعائلية. وتتبع الممرضة في أداء كل أنشطتها على ممارسات اعتيادية، إذ تتحكم في الوجبات التي يتناولها المرضى، والأدوية، واستخدام الوقت، والاستحمام، وحتى مشاهدة «التلفزيون».

وتوفر التقارير مثالا جيداً على الأفعال الروتينية المتكررة. ومن أهم هذه التقارير الملاحظات التمريضية nursing notes، وتقرير المناوبة shift report. فكتابة الملاحظات التمريضية وتبادل تقارير المناوبة جزء لا يتجزأ من الروتين اليومي للممرضة^(٤١). والملاحظات التمريضية هي الملاحظات التي تدونها الممرضة أثناء المناوبة، ولا تقتصر على ملاحظة العلامات الحيوية أو تقديم الأدوية، ولكن تشمل كل ما يتعلق بالمريض أثناء المناوبة منذ لحظة تسلم المريض، على سبيل المثال المريض نائم أم مستيقظ، درجة الوعي، التشخيص، قدرة المريض على الحركة، قسطرة الوريد I.V.C وموضعها وتاريخ تركيبها وكفاءة عملها، المحلول المتصل بقسطرة الوريد I.V.C، الغذاء وهل يوجد أنبوب التغذية عن طريق الأنف، هل يوجد أنبوب تصريف سوائل، ومقدار السوائل الخارجة من هذا الأنبوب، هل يوجد أنبوب قسطرة بولية ومقدار الخارج عند تسلم المريض، هل يوجد أي غيار، وهل هو نظيف وجاف أم يوجد به أي تغير كالالتهاب أو الصديد وما إلى ذلك، التقرحات السريرية وحجمها ومكانها. وملاحظات عن العلامات الحيوية (الحرارة، النبض، التنفس، الضغط). كما تشمل الملاحظات التمريضية الفحوصات المخبرية والإشعاعية: «كل ما يحدث وتعمل كل ساعة... ويسجل به مدى تطور الحالة».

إذا كانت الملاحظات التمريضية تشمل الملاحظات التي تدونها الممرضة أثناء المناوبة، فإن تقرير المناوبة يتضمن ملخصاً لما تم عمله وأحوال المناوبة، ويوفر معلومات أساسية عن المريض للممرضات في المناوبة التالية، والأعمال التمريضية المطلوب تنفيذها. ويتضمن تقرير المناوبة اسم المريض وسنه، ورقم الملف، وساعة دخول المريض، واسم الطبيب، والتشخيص، وحالة الوعي، والعلامات الحيوية أو «السريرية» (الحرارة، النبض، التنفس، الضغط)، والأجهزة، والمحاليل، والأدوية، والتغذية، والفحوصات المخبرية والأشعة، والمشكلات التي حدثت أثناء

المناوبة: «shift report» تعمله الممرضة ويسلم للـ shift التالي... ويُسجل فيه كل ما يحدث مع الحالة و الـ response... أتأكد إن الـ ventilator أو جهاز التنفس الصناعي على حالته مركب له tube والـ rate... محاليل... والأحداث غير الطبيعية لو جروح أو قرح الفراش ودرجتها... مطلوب له دم أو إشاعات... وكمية البول وتحليل السكر... التمدد الشرياني... جلطات... حتى لو فيه مشكلة يتم تسجيلها.. كل ما يتصل بالحالة حتى نرفزة المريض أو عصبية لازم أبلغ بها الدكتور». وفي الطوارئ يعرف تقرير المناوبة «بدفتر الأحوال»، ويدون فيه كل ما يتعلق بالحالات ساعة بساعة.

يحقق تقرير المناوبة الأمان للمريض، وجودة الممارسات، واستمرارية الرعاية عن طريق الاتصال بين فريق التمريض، وبناء العلاقة والاتصال بين فريق التمريض، وزيادة الرضا لدى المرضى وفريق الرعاية الطبية والتمريضية^(٤١٢). وتحقق تقارير المناوبة الحفاظ على النظام الاجتماعي داخل الجماعة من خلال التماسك والتكامل. وتعتبر كتابة تقارير عن الزمن والممارسات التمريضية بمثابة قواعد ثقافية غير مكتوبة.

تعيد الأنشطة، والممارسات الروتينية الاعتيادية إنتاج المعاني الثقافية في ثقافة التمريض. فالممرضة تكتسب مهاراتها عن طريق ملاحظة الأمور الروتينية والشعائر. وتحقق الأنشطة الاعتيادية، والممارسات الروتينية، والشعائر، الحفاظ على النظام داخل بناء اجتماعي واسع، وذلك بهدف أن يعرف المرضى وفريق العمل بالمستشفى ما يُتوقع منهم. ويعد العمل الروتيني ضرورياً للحفاظ على النظام داخل الوحدة. ويميل الأفراد إلى خلق الأمور الروتينية والشعائر بقصد تقنين رعاية تمريضية آمنة. ومن ناحية ثانية يمكن أن تكون الشعائر مفيدة نافعة. والشعائر، باعتبارها نظاماً دفاعية، تحمي الممرضات من القلق (الحصر) الذي تسببه المعاناة الإنسانية^(٤١٣).

يعد ارتداء زي العمل شعيرة رمزية لا شعورية تمثل طريقة لخلق وتشكيل واقع الممرضة. والبيّن أن الأدبيات التي تتناول إشكالية الزي تركز على موضوعات المهنية أو التخصصية والمكانة، والقوة، والتحكم في العدوى، والهوية والتواضع، والاحتشام، والصحة المهنية والأمان المهني. ويعد المظهر والصورة مفهوميّن مهمين في الاتصال غير اللفظي خاصة في التمريض. ومن المهم فهم الصورة المرتبطة بزي الممرضة، والكيفية التي بمقتضاها تؤثر هذه الصورة في تصورات الممرضة للمهنة والمهنية، من ثم في القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية التي تتخذها. لقد ارتبطت صورة الممرضة في المجتمع المعاصر برؤية نمطية لجيش من الغيريين (نساء غالباً) يرتدي أفرادهم زياً مميزاً. ويبدو زي الممرضات مركزياً في أية صورة عامة لطبيعة التمريض، والممرضات. وقد صارت أهمية ارتداء الزي سمة مشتركة في جميع الخطابات المهنية وخطابات المجتمع التي تدعم الصورة السائدة للممرضة^(٤١٤).

ويرتبط اختلاف الزي بهيراركية القوة داخل إدارة التمريض أو حتى داخل تنظيم المستشفى. إذ يرمز إلى موقع متخصصي الرعاية الصحية المختلفين في هذه الهيراركية. فالبنسبة لأخصائيات التمريض ترتدي الممرضة On Charge (وتتولى قاعة بالنسبة للرعاية) الذي الأبيض، وترتدي الممرضة Head Nurse (وتتولى الإشراف على الوحدة أو القسم) الذي الأبيض و«الكولا» الزرقاء. أما الممرضة Supervisor (وتتولى الدور ككل) فترتدي الأزرق. وترتدي الممرضة (دبلوم تمريض) الروز والذكور الأبيض. أما مساعدة التمريض فترتدي اللبني. وترتدي الطالبة الزيتي و«الكولا» كاروه أزرق.

يؤشر التحليل الأنثروبولوجي للزي على أنه يرمز إلى، أو يمثل، شيئاً آخر^(٤١٥). وتعتمد خبرتنا المعيشة بالزي، كيف نشعر حياله، على الكيفية التي يقيم بها

الآخرون مظهرنا، وبدورها تتأثر هذه الخبرة بالموقف، وبنية السياق الأوسع^(٤١٦). ويقرر البعض أن الزي من رواسب الماضي البالية، بينما يراه البعض أساسياً لاحترام المهنة ورضا المريض^(٤١٧). وأن ثمة ارتباطاً إيجابياً بين ارتداء زي التمريض والمهنية أو الاحترافية professionalism. فالزي هو تعبير واع وغير لفظي عن امتلاك الممرضة المهارات والمعرفة لرعاية الآخرين، ويحدد المسؤولية المهنية: «الزي يحدد المسؤولية... لو ممرضة عملت حاجة غلط... يقول المشتكي فلانه كانت لابسه كذا».

ويرتبط زي التمريض بالهوية، بل إنه كان وما زال مصدراً للصراع بين هوية الجماعة التي يمثل الزي رمزاً لها، والهوية الفردية. ويحدد الزي هوية الممرضة في السياق الإكلينيكي أو في سياق المستشفى، ويميزها: «الزي تقليد يحدد ويميز الشخص في المكان... لما بنبلس الزي يعرفنا الجميع». وتتيح فكرة الزي التقليدي للمرضى والزملاء معرفة هوية الشخص. ووضوح هوية مقدم الخدمة يُشعر المرضى بالأمن والارتياح عند رؤيتهم لهذا الزي، ويكسبهم الثقة في أنه كفء ومحترف. ويرتبط الزي بالقوة سواء في ارتدائه أو رؤيته. وقد نشأت أزياء التمريض بقصد غرس إحساس بالقوة داخل المهنة. وفي تنظيم يكون الزي فيه مفروضاً كالمستشفى، يمثل الزي قوة ويحدد المكانة. فالممرضات تمارس القوة والسيطرة على أنفسهن وبيئتهن وزميلاتهن ومرضاهن. وتحفظ الممرضات بدرجة من السيطرة على البيئة عندما يعلم الجميع من تكن^(٤١٨).

وتعتبر أخصائيات التمريض الزي سمة تحدد موقع الفرد في التدرج أو الهيراركية التنظيمية: «الزي يحيط كل واحد في مكانه من التدرج». ويحدد الزي مكانة أخصائية التمريض وتميزها عن الممرضات الأخريات. ويرمز ضمناً إلى امتلاكها قوة أو تأثيراً ومعرفة متفردة: «الزي واختلافه ضروري جداً لمعرفة الرئيسات من التمريض... اختلاف الزي يخلو الناس تفهم الفرق بين البكالوريوس

والدبلوم». ويعد الزي أداة للهروب من المعاني التي تُلصق بالمرضة العادية والصورة النمطية التي شكلتها الثقافة: «الزي مهم... ماخدتش بكالوريوس علشان الناس تفتكرني ممرضة عادية... لازم تفهم من الزي إني بكالوريوس». وهكذا تفضل أخصائيات التمريض - خاصة في الرعاية المركزة والطوارئ - ارتداء الزي لأنه يربطهن بأفكار القوة والسيطرة، والعضوية في جماعة قوية، ومكانة متميزة في الهيراركية: «اختلاف الزي لا يخلق حساسية وكل الـ staff يعلم سبب الاختلاف». وبرغم تأكيدهن الظاهر على أهمية اختلاف زي التمريض، تُبدي الممرضات شعوراً ضمنياً بالاستياء من تمييز أخصائية التمريض الذي يمثلته الزي ويكرسه. وتزداد وطأة هذا الشعور بالاستياء لدى الممرضات في الأقسام أو الذونات، ويضعف في الرعاية والطوارئ: «الزي لا يفرق.. وأحياناً تكون البكالوريوس متعالية وفاكرة نفسها دكتورة... لازم ياخدوا رأينا في اللون... كل ما هو مفروض عليك يضايقك». وتؤكد الممرضات غالباً أنهن متميزات بمعرفتهن وكفاءتهن وخبرتهن لا بزيهن: «غير موافقة على اختلاف الزي لان التصنيف بالشغل لا بالزي... من غير الزي هانفضل برده ممرضات». ومن سلبيات الزي تقويض الفردية، ووضع حواجز بين الممرضات والمرضى. ومع ذلك يبقى ارتداء الزي جزءاً من كون شخص ممرضة في سياقات الرعاية الحرجة والممرضات غير مستعدات للتخلي عنه.

ويرتبط الزي بالرمزية، إذ يرمز الزي التقليدي بالنسبة للممرضة إلى تاريخ المهنة^(٤١٩). ويعتبر شعيرة مرور rite of passage ترتبط بتغيرات في المكانة، وتميز الانتقال من مرحلة حياتية، والولوج إلى أخرى تتمثل في بداية الاشتغال بالمهنة. ويرمز اللون الأبيض الغالب على زي التمريض إلى الطهارة والنقاء والنظافة والتعقيم. فهو جزء من سياسة كبرى تدعم الأمان، وتحتم ارتداء رداء للقدم لمنع العدوى. واضح أن زي التمريض يرمز إلى أشياء عدة، ويوجد مشعباً بمعاني ودلالات ترتبط بالمهنة، وثقافة التمريض، والقوة.

ترتكز ثقافة التمريض على فكرة الرعاية Caring. ومن نافل القول أن مصطلح رعاية caring مشتق من الفعل الإنجليزي القديم carian، الذي يعني «إقلاق وإزعاج الذات» to trouble oneself. ومازال هذا التأويل مستعملاً على نطاق واسع في التعاريف المعجمية مثل «الاهتمام بـ»، و «توفير الحاجات الفيزيائية والراحة»^(٤٢٠). ويتركز «المشروع المشترك» في النسق الثقافي للتمريض في «رعاية المرضى» في المجتمع. وداخل هذا النسق ولدت الممرضات معرفة جديدة تركز على «مهارات الرعاية»، وشكلن الحد الثقافي الأساسي عن طريق تطوير «ثقافات فرعية» لكل منها سمات متميزة^(٤٢١).

ويتم اتصال الممرضات داخل ما يعرف بخطاب الرعاية. ويتم اتصال الأطباء في إطار الخطاب الطبي^(٤٢٢). وتكشف نتائج البحث عن أن جماعة التمريض شكلت خطاب الرعاية الخاص بها، أي طريقة متماسكة ومترابطة منطقياً لوصف وتصنيف وتأويل العوالم والموجودات، وتكوين خطابي يتألف من مجموعة من القواعد غير المكتوبة والافتراضات المشتركة التي تحاول تنظيم ما يمكن التفكير فيه وفعله في مجال معين. وتتجسد مكونات خطاب الرعاية وتنعكس في سمات الرعاية وعاداتها كما تراها الممرضات.

إن التمريض مهنة أنثوية يرتبط معظم سمات الرعاية المميزة لها بالنموذج المثالي للأنثوية في المجتمع ارتباطاً وثيقاً. وتسود فكرة الممرضة بوصفها امرأة الخطاب العام. وتقرر نورا هيلي Nora Healy، قائدة تمريض إيرلندية، أن «التمريض هو أنبل مهنة للمرأة بعد الأمومة». ويعتبر التمريض مهنة رائعة لفتاة. وتعد الصفات الأنثوية مهمة في أداء دور التمريض^(٤٢٣). ومن سمات الرعاية التي ترتبط بالأنوثة والأمومة الاهتمام براحة وسعادة الآخرين، والدعم العاطفي والانفعالي، والحساسية بين الشخصية، والأسلوب الشخصي الرقيق: «متطلبات المريض قد لا تكون تمريضية فقط أريحه نفسياً... لأن المريض سيكون

tension وعصبي والمعاملة الجيدة تريحه نفسياً حتى إن كانت حالته الصحية ميئوس منها... قد يكون المريض وحيداً بالمستشفى والممرضة هي الحاضرة معه ٢٤ ساعة وإذا عاملت المريض بطريقة سيئة تسوء حالته النفسية... المريض محتاج عطف». واضح أن الممرضات تعطي الأولوية للجوانب الإنسانية والمعرفية في الرعاية: «الشعور بالمريض ومشكلاته». ويشير هوشستشايدل Hochschild في هذا الصدد إلى الكيفية التي من خلالها تستخدم المشاعر في بيئة العمل كشكل من أشكال العمل. واستعمل مصطلح العمل «العمل العاطفي» emotional labour لتمييز «عمل المشاعر» feelings work الذي يؤدي كجزء من دور مقابل أجر، مقارنة بالعمل الذي يؤدي في الحياة اليومية^(٤٢٤).

وقد كشفت نتائج البحث أن بعض سمات الرعاية أو العادات تدعم القيم الأخلاقية، منها التفكير المستمر في رعاية المريض، وتكوين صداقات مؤقتة مع المرضى وذويهم تكون مفعمة بالدعابة والدفء والود وإظهار الترحيب دوماً: «معظم مرضى الرعاية تتكون معاهم صداقات... وفيه صداقة مؤقتة لاكتساب الطمأنينة فقط حتى يتم اخذ بيانات كاملة... فيه مرضى تتكلم عن حياتها الشخصية وتاريخها المرضى... وفيه مرضى تتصل بك وتيجي تسلم عليك وتمشي... ويفضل الأقارب والأهل يسألوا علينا». وتؤكد الممرضات على مسؤوليتهن عن عدم شعور المرضى بالوحدة، وحرصهن على الإنصات إلى المريض والمشاركة في مشاكلهم الشخصية، وتحقيق الراحة. كذلك تحرص الممرضات على إظهار الاحترام المتبادل لبعضهن البعض، وللأطباء والمرضى.

ومن سمات الرعاية وخطابها التي تحتل أولوية من منظور جماعة التمريض قيد البحث الصبر، إذ يتعين على الممرضة التحلي بالصبر في التعامل مع المرضى وذويهم: «حتى لو كانت الممرضة loaded لا تفارقها الابتسامة... التمريض

يحتاج إلى الصبر لأن الممرضة تتعامل مع نوعيات مختلفة في المجتمع... الصبر مع أهل المريض... الأقارب مستفزين، الأقارب تعبانين لازم تكون الممرضة قوية التحمل». والأمانة إذ يتعين على الممرضة الحفاظ على أسرار مرضاها، وعدم إفشاء المعلومات الخاصة بهم لأي شخص مهما كان إلا بناء على طلب المريض نفسه أو إذا اقتضى القانون ذلك، أما المعلومات الخاصة بحالة المريض الصحية فتبلغ إذا لزم الأمر للمسؤولين عن علاجه: «لازم الممرضة متفشييش (لا تفشي) سر للمريض». والشفقة والتعاطف والتواضع، فالممرضة تقدم الرعاية التمريضية واطعة في اعتبارها آدمية الأشخاص لا تفرق بينهم على أي أسس اجتماعية أو اقتصادية أو دينية أو عرقية أو حالتهم الصحية: «التواضع لا تحتقر أي شخص ولا بد وأن تكون متواضعة في العناية المركزة بالذات قد يكون هناك تبول وتبرز لا إرادي». والبشاشة والحس الفكاهي: «المريض محتاج إلى البشاشة». واتزان الشخصية والذكاء وقوة الملاحظة: «الذكاء في التعامل وتكون لماحة وسرعة البديهة وتوقعاتها أفضل». والدفء الشخصي والهدوء والتسامح واللباقة وحسن المعاملة والرقعة ومستوى رفيع من السلوك الشخصي: «الأسلوب والصوت المنخفض وأن تضع نفسها في مكان المريض... الذوق في الحديث مع المرضى والزوار... والسلوك الجيد». وحسن التصرف وسرعة أداء المهام: «تسيطر على الأمور... وتكون سريعة في العمل وتلبي احتياجات المرضى بسرعة». والالتزام والإخلاص والمسؤولية فالممرضة تتحمل المسؤولية كاملة عن أفعالها وما تؤديه من أعمال سواء للمرضى أو ذويهم أو المؤسسة التي تعمل بها: «عندها ضمير... ومخلصة في عملها». والإيثار والرغبة في خدمة الآخرين، والاحترام والكبرياء والحياء والقناعة: «زمان كانت الممرضة تدخل المهنة محتاجة دلوقتي بيدخلها ناس كثير مستريحين». المظهر العام والنظافة

الشخصية، والميل إلى التعاون مع فريق العمل والزملاء، والرغبة في التعلم ومعرفة الجديد ومضاعفة الخبرات، والقدرة على التواصل: «توصيل المعلومات للمريض وأهله». والكفاءة والتوافق مع سياق العمل، وحب العمل؛ إذ يفترض أن تبدي الممرضات متعة حقيقية وحباً لعملهن وللتعامل مع فئات عمرية وأمراض مختلفة. ونظراً لطبيعته وخصائصه، يشمل عمل التمريض القدرة على التعامل مع مواقف المعاناة المرتبطة بخسائر، ومرض، وإحباط، وموت، والتي يمكن أن تشكل مصدراً لمعاناة العاملين الذين يؤدون هذا العمل^(٤٢٥). وتحتل بعض سمات الرعاية أهمية ثانوية، على سبيل المثال اللياقة البدنية وسلامة البدن وخلوه من العيوب الفيزيائية. وهكذا تمتلك الممرضة الجيدة مدى من السمات الإنسانية الطبيعية والشخصية، وميلاً معيناً نحو الآخرين ونحو عملها.

ويرتبط العديد من سمات الرعاية بالقيم في التمريض: المسؤولية، والأمانة، والارتباط الإنساني العميق، والكرامة، والإيثارية، والرعاية. يضاف إليها استقلالية المريض، وفريق العمل، والتكامل، والمساندة، وتمكين الأفراد، والثقة المتبادلة، والمعرفة الموثوقة، والتضحية بالذات، والعمل الشاق، والخصوصية، والإبداع، والشجاعة. وتحدد هذه القيم معتقدات الممرضة وأفعالها، والأولويات التي تعيش بها وتشكل وجودها في العالم. وتؤثر القيم على الرضا الوظيفي والدافعة والالتزام. وتؤثر القيم بطريقة شعورية أو لا شعورية على الطريقة التي تسلك بها الممرضة في حياتها الشخصية والمهنية^(٤٢٦).

برغم أن الممرضات يمثلن أكبر جماعة مهنية تعمل في مجال الصحة، يحصلن على تعليم عالٍ وتحصل بعضهن على درجتي الماجستير والدكتوراه، ويحققن تدريجياً المزيد من المراكز الإدارية والأدوار السياسية التي قادت إلى تأثير سياسي في عدة بلدان، تكشف الأدبيات عن أن الممرضات تظهرن سلوكيات الجماعة

المضطهدة^(٤٢٧). والتمريض كجماعة مهنية قد عانى تاريخياً من اضطهاد المستشفيات والأطباء والمديرين^(٤٢٨). وتتشكى الممرضات من إنزالهن إلى مرتبة الخادمت في المشروع الطبي، وتطالبن باحترامهن كمعالجات يمتلكن مهارات ومعرفة ومسؤوليات خاصة^(٤٢٩).

وتكشف نتائج البحث عن أن جماعة التمريض تميل إلى الشعور بالاضطهاد^(٤٣٠) والضعف أو الافتقار إلى القوة. وتغذي الثقافة السائدة والبيئات التي تمارس فيها الممرضات عملهن هذا الشعور بما يفضي إلى مزيد من إضعاف قوة هذه الجماعة المضطهدة. وتكشف المقابلات شبه الموجهة ومقابلات الجماعة النقاشية أن أخصائيات التمريض، خاصة في الذونات، يسيطر عليهن شعور بالاضطهاد ناتج عن صورة سلبية ارتسمتها الثقافة لمهنة التمريض، وقد اتضحت معالمها في بداية هذا المبحث، إضافة إلى ازدياد مهنة المريض وعدم تقديرها: «المرضة مضطهدة وضعيفة ومظلومة... علشان الفكرة المتاخدة عنها... بيني وبين نفسي أنا قوية لكن كمهنة مظلومة ... نظرة الناس تضايق ومفيش تقدير وفهم لمهنة التمريض ودور الممرضة ومعلوماتها... التمريض ٩٠ ٪ من العلاج والمرضة هي اللي بتكمل نجاح العملية، وهي جزء أساسي من النجاح العلاجي التمريض مظلوم دايمًا مهنة محتاجة تفرغ كامل وذلك صعب مفيش وقت للأسرة أو الأبناء .. الممرضة ممكن تكون ماديا كويسة لكنها مضطهدة تبذل مجهود ولا تُشكر عليه... وهي محتاجة تقدير معنوي مفيش تقدير حتى من الجيران والأقارب».

وتؤكد أخصائيات التمريض على تعرضهن لصنوف من الاضطهاد داخل تنظيم المستشفى تتجسد في انحياز إدارة المستشفى وإدارة التمريض ضد الممرضات والمشاركة في قهرهن: «لا يوجد support للممرضة داخل المستشفى... الإدارة دايمًا مع الأطباء... ٠٠ ٪ الطبيب والريسة على حق مهما كانت الأسباب... لو

فيه خطأ ييجى على التمريض وليس الطبيب... الممرضة شماعة كل الأخطاء في المستشفى تتعرض لسوء معاملة المديرين.. وبيتخصص منا كثير جدا... لو كتبت ممرضة مذكرة لا تجد موقف إيجابي... الإدارة أمام المريض تشعره أن التمريض مقصر في حقه... حتى الأكبر داخل جماعة التمريض لا يقدر هذا الدور... إدارة التمريض مش حلوة وسوء معاملة رئيسة التمريض... وبالتالي لا تشعر الممرضة بوجودها وقيمتها ويتولد عندها شعور بالاضطهاد واللامبالاة.. ويدعم شعور أخصائيات التمريض بالاضطهاد المعاملة السيئة التي تلاقونها أثناء التفاعلات داخل تنظيم المستشفى سواء من جانب الأطباء أو المرضى أو ذويهم خاصة في الطوارئ وذونات كالعظام: «تتعرض الممرضة لسوء معاملة من الأطباء والمرضى وأهلهم.. لو الدكتور تأخر أهل المريض يضربوا الممرضة ويكسروا المكان... الممرضة بتتحمل نتائج قصور الخدمة العلاجية».

وتزداد وطأة الشعور بالاضطهاد، ومن ثم سلوكيات الجماعة المضطهدة التي يحركها هذا الشعور لدى الممرضات خاصة في الذونات. هذا الشعور أفرزته النظرة السلبية للممرضة، وعدم تقدير دورها، وانحياز الإدارة ضدها، وسوء معاملتها داخل تنظيم المستشفى: «الدبلوم هي المغلوبة على أمرها عكس البكالوريوس... الممرضة بتشيل زفت الناس... دايمًا يعاملوا الممرضة كأنها شغالة عندهم... تسهر وتبذل مجهود كبير نتوقع أن يقدر المجتمع ذلك... إدارة التمريض عاملنا دايمًا مشاكل مش عايشة مشاكلنا مديرة التمريض مديرة في حقه تانية إحنا دايمًا مسئولين حتى لو لمبة اتحرقت أو كرسي اتكسر محملانه فوق طاقتنا المفروض فيه صيانة طبية... الإدارة تنحاز للطبيب... علشان عيان تأخر في الحمام الدكتور شتمني... وفي مشكلة زي كذا توهمني مديرة التمريض إنها في صفى وتحاول تهديني... الإدارة تزود الإحساس بالظلم لو تأخرت ترجعى البيت ممكن لو long day ما اخدش فلوس... الممرضات دايمًا

مجبّرين على كل حاجة الـ shift والمكان اللي بنشتغل فيه لا توضع رغباتي ومشاكلي في الاعتبار... والناس لا تحترم الممرضة ودايما يزعقلوها... فيه تمريض بيغلط لكن فيه شعور بالظلم والتعب النفسي». كذلك قد تنحاز الإدارة لبعض الممرضات خاصة فيما يتعلق بالإجازات: «فيه غيرّة وحسد فيه ناس بتاخذ إجازات كثيرة ولا تعاقب عندما تتأخر». ويفاقم من شعور الممرضة بالاضطهاد عبء العمل الناتج عن نقص التمريض: «التمريض عليه load كبير أولاً عدد التمريض قليل ٣ حالات على أجهزة تنفس صناعي مش هتقدر تكفي في حاجة لازم تقصير منها وفيه ممرضة على ٢٥ عيان في الذونات». ويضاف إلى ذلك أن المرتبات والحوافز لا تتناسب والمجهود الذي تبذله الممرضة أو حتى يتفاوت: «الأجر في الرعاية زيادة عن الزونات ودا بيعمل حساسية داخل التمريض... ليه منتعاملش زي الرعاية الحافز أكبر... الطوارئ يتعامل زي الزونات ليه».

وقد وفرت الملاحظة بالمشاركة والمقابلات شبه الموجهة شواهد عدة على أن شعور الممرضات بالاضطهاد يفرز ما يعرف بسلوك الجماعة المضطهدة الذي ينعكس في السلوكيات الراهنة داخل جماعات التمريض. وأن الممرضات كجماعة مضطهدة تستخدم العنف الأفقي (من طراز واحد) horizontal violence في تفاعلاتهن مع بعضهن البعض. وتعرف دفي Duffy العنف الأفقي بأنه «العداء غير الفيزيقي الظاهر الصريح أو الكامن المستتر»^(٤٣١). وتتجلى سلوكيات الجماعة المضطهدة والعنف الأفقي بصورة أكبر لدى الممرضات (دبلوم تمريض)، مقارنة بأخصائيات التمريض، خاصة في الأقسام والذونات. كما تتجلى لدى قدامى الممرضات مقارنة بالحديثات. ومن أمثلة سلوكيات الجماعة المضطهدة خشية أعضاء جماعة التمريض من تحدي المضطهد خوفاً من الانتقام. ولهذا السبب يواجهن المشاعر السلبية كالغضب صوب الجماعة التي ينتمون إليها، والتي لا تتضمن نفس الإجراءات العقابية: «التمريض ضعيف ميقدرش يتحدى من

يظلمه... فيه قهر نطالب بحقوقنا بلا استجابة... لازم الممرضات يحسنوا أسلوبهم بينهم وبين بعض... التمريض لازم ينضف ويتغيروا من جواهرهم».

ويتجسد العنف الأفقي، وسلوكيات الجماعة المضطهدة، في مشاعر الكراهية المتبادلة بين أخصائيات التمريض والممرضات. إذ تبدي بعض أخصائيات التمريض كراهية وتنمراً على الممرضات. وتُرجع أخصائيات التمريض هذا الصراع أو أسباب هذه المشاعر إلى شعور الممرضات بالغيرة والدونية وقصور المعرفة: «فيه صراع دايمًا التمريض العادي أو الدبلوم بيزعل لما الدكتور يتكلم مع المشرفات البكالوريوس بلغة إنجليزية وبتحس إنها أقل... حتى قدامى الدبلومات معلوماتهم محدودة لذلك حتى البكالوريوس الجديد ليها مكانة عن الدبلوم القديمة... بكالوريوس تمريض حديثة التخرج ممكن تفهم أحسن من ممرضة ٤٠ سنة». وتشير أخصائيات التمريض إلى أن ثمة شعوراً لدى الممرضات بأن المشرفات أو أخصائيات التمريض تتعمد فرض سيطرتهم ورأيهم عليهن أو حتى قهرهن: «دبلومات التمريض أو التمريض الأقل شايفين إن المشرفة خاصة الأصغر بتحاول تفرض رأيها عليهم لمجرد فرض الرأي... أنا بكمل التمريض لكنهم فاهمين أن أنا عايزة أسيطر عليهم برغم إن تنفيذ الأوامر يخضع للمشرفة... دايمًا شايفين إن المشرفة واخده حقها... الحساسية بينهم موجودة كل واحد له شغله... لكن مفيش حد بيحب حد أكبر منه... لازم الممرضة الدبلوم تسأل البكالوريوس... تحصل المشاكل والصراع لما واحدة دبلوم تمريض أقولها طلعي العلاج تقول مش من اختصاصي وأحاسبها... لكن ممكن الصراع يحصل في البداية وبعد وقت وبالعشرة يختفي الصراع فيه مواقف تجمعهم... وتحسن العلاقات يعتمد على الأشخاص أنفسهم».

وعلى الجانب الآخر توجه الممرضات مشاعر الغضب والكراهية إلى أخصائيات التمريض لشعورهن بأن ثمة تمييزاً في التعامل معهن من ناحية الأجور ومعاملة الإدارة: «فيه دائماً مشاكل بين البكالوريوس والدبلوم علشان المرتب والمعاملة من الإدارة... التمريض مش واخذ حقه المشرفات فقط واخدين حقهم». ويحتدم الصراع بين الممرضة وأخصائية التمريض لشعورها بأن الثانية تسيء معاملتها أو تعاملها بتعال^(٤٣٢): «المشرفات ممكن يحسسونا بتأمر وتعالى... فيه اللي بتترسم وتترأس علينا... حاطين في دماغهم إنهم بكالوريوس لو ما اخدتش حقوق في الجدول اشتكيها لمشرفة الدور وفيه مديرة التمريض». وأحياناً تكون حادثة سن أخصائية التمريض أحد أسباب مشاعر غضب الممرضات القدامى حيالها: «الممرضات القدامى ليهم احترامهم مش واحدة جديدة بكالوريوس تبقى مشرفة علينا لأن الأقدم هي اللي بتمسك الإشراف مش لازم بكالوريوس وده بيحصل منه مشاكل لأن واحدة جديدة بكالوريوس عايزه تكون هي المشرفة مش الدبلوم». واضح أن الصراع والعنف، وربما العدوان، يغلب على التفاعلات بين أخصائيات التمريض والممرضات. ويؤكد ذلك فرضية غلبة سلوكيات الجماعة المضطهدة والعنف الأفقي داخل جماعة التمريض.

ومن مظاهر العنف الأفقي وسلوكيات الجماعة المضطهدة التي تتجلى في بيئة العمل وتفاعلات الحياة اليومية اعتقاد أخصائيات تمريض أو ممرضات تنتمي إلى تخصص معين أنهن أفضل من ممرضات تنتمي إلى تخصص آخر، واعتقاد ممرضات تعمل في مناوبة معينة أنهن أفضل من ممرضات تعمل في مناوبة أخرى: «في الرعاية شغلي ليه قيمة عكس الأدوار اللي فيها بدي علاج وخلص». وتتكلم بعض الممرضات الخبيرات المتمرسات بوجوب تقديرهن بدرجة تفوق تقدير الممرضات حديثات التخرج، وقد قاد ذلك إلى مقولة أن «مهنة التمريض تاكل صغارها»^(٤٣٣). فبالنسبة لأخصائيات التمريض تؤكد الممرضات

الخبيرات في مواقف كثيرة على ما تحظى به من مكانة لدى الإدارة، وهي مكانة مستمدة من خبرتها وتمرسها على العمل التمريضي: «الممرضات البكالوريوس القدامى ليها كلمة عند الإدارة... الخبرة تجعل الممرضة تفرض سلطتها». ومن منظور أخصائيات التمريض الحديثات تحاول الخبرات إثبات أنهن الأكفاء، كما يحاولن فرض السيطرة عليهن وتحميلهن مزيداً من الأعباء: «الممرضة القديمة بتحاول تثبت إنها أخطر... الممرضة القديمة ترى الأصغر مش محتاجة لها وإن الممرضة الأصغر لازم تسمع كلام الأقدم... لازم الصغيرة تسأل الكبيرة... الممرضة الأقدم تشعر إنه لازم يكون لها امتيازات أكبر... والممرضة الأصغر لازم تشيل السهر فيه جدول roaster لازم الأصغر في رأيهم تاخذ الـ shifts الأكثر». وقد ترددت أثناء الملاحظة بالمشاركة عبارات تعكس سلوكيات الجماعة المضطهدة التي تمارسها الممرضات الخبيرات منها: «لسه متخرجة وبنت امبارح... جبالنا من شهر وبتتشرط علينا في الإجازات». أما بالنسبة للممرضات فتتجلى سلوكيات الجماعة المضطهدة في تأكيد الممرضات الخبيرات على أن الخبرة تمنح قوة في السياق الإكلينيكي، وتعطى الحق في التوجيه وإصدار الأوامر: «الإنسان أقوى بالخبرة وليه الحق يدي أوامر... الصغير لا يحترم الكبير.. برغم إن أنا أكبر بيزعلوا لو أنا on charge أو إشراف... لو فيه رعاية help (أي ندب بعض الممرضات للعمل مؤقتاً في أقسام بها نقص تمريض خارج القسم الذي تعمل به) الأحدث ترفض وتزعل».

ومن مظاهر العنف الأفقي التي كشف عنها البحث، النقد، والتدمير الانتقامي أو التخريب، والتعارك، والتخاصم والشجار، وجعل شخص ما كبش فداء، وتشويه السمعة: «تبقى الواحدة قاعدة مع الواحدة واكله وشاربه معاها وتضربك في ضهرك». كذلك تعمل قائدات التمريض مع الجماعات المسيطرة، وليس لصالح جماعتهن المضطهدة، وينقلبن ضد الأضعف في جماعة التمريض، على سبيل

المثال تقول رئيسة تمريض الرعاية المركزة: «أن التمريض غير مضطهد على العكس واخذ حقوقه تماما». يؤكد ذلك ما توصلت إليه عدة دراسات من أن الممرضات كلما تحركن إلى أعلى في سلم التدرج المهني، انخفض دعمهن ومساندتهن لمرؤوساتهن^(٤٣٤). وبالإضافة إلى ما سبق، لا يقدر أفراد جماعة التمريض المضطهدة معايير وقيم الجماعة التي ينتمون إليها. ولكن بدلا من ذلك يقدرون معايير وقيم من يضطهدونهم. فبدلا من التوحد مع قيم التمريض الرئيسية، أي الرعاية والاهتمام ورؤية المريض ككل، تتوحد كثرة من الممرضات خاصة أخصائيات التمريض مع المعرفة المتخصصة (أي الخاصة بمجال الطب) للمضطهد أو الظالم، القيم المرتبطة بمهنة الطب (كما سوف يتضح في المبحث الثاني). وتكشف نتائج البحث أن شعور جماعة التمريض بالضعف والاضطهاد وممارستهن للعنف الأفقي ناجم في عجزهن عن إحداث تغييرات في التنظيم الذي ينتمون إليه أو المهنة التي يمتهنونها. ويحول هذا الشعور بيئة العمل إلى بيئة لا تحتمل: «إدارة المستشفى تؤكد على تنفيذ الأوامر... ومتشغليش مخك... فيه أوامر لازم تتنفذ بلا نقاش».

واضح أن جماعة التمريض منقسمة وغير متماسكة، ويدعم الشعور بالاضطهاد وسلوكيات الجماعة المضطهدة هذا الانقسام وعدم التماسك: «العلاقات بين الممرضات مش قوية كل واحدة بتفكر في نفسها فقط... لو اتحدوا على رأي ممكن يأتروا... لكن اللي بيحصل إن كل واحدة بتخلص الشفت بتاعها وتمشى... مفيش أي اجتماعات أو حوار بين الفريق كله». وتستمر سلوكيات الجماعة المضطهدة ليس لأن الممرضات اخترن بصورة عمدية هذه السلوكيات، ولكن لأن طبيعة التفاعلات بين فريق العمل داخل مكان وبيئة العمل لم تتغير بصورة واضحة عبر الزمن. ومن ثم لم تتغير سلوكيات الممرضة، كاستجابة لهذه التفاعلات. والمؤكد أن سلوكيات الجماعة المضطهدة تُضعف وحدة التمريض

كمهنة، وتؤثر حتماً في بيئة الممارسة، وصناعة الرعاية الصحية، وجودتها: «لو لقت الممرضة اهتمام كشخص له أهميته هتدي أكثر».

اللغة جزء لا يتجزأ من النسق الثقافي للمريض. ويشير المصطلح عموماً إلى نسق التواصل اللفظي، وكثيراً ما يطلق على أنماط أخرى من نسق التواصل تتسم بسمات رمزية. وقد قارب الأنثروبولوجيون اللغة من منظور واسع فتناولوا جميع أساليب وقنوات الاتصال التي يستعملها البشر لتنظيم وتوصيل المعنى، وتتضمن الملامح أو الأشكال شبه اللغوية paralinguistic مثل الإيماءات وتعبيرات الوجه ونبرة الصوت، وهلم جرا^(٤٣٥). وتكشف النتائج أنه يغلب على لغة أخصائيات التمريض المشتركة استعمال الأسماء اللاتينية للأمراض والرطانة أو المصطلحات الطبية: «لو المريض agitation (غير واعي ومتهيج) لازم أزعله علشان أنفذ الرعاية... لو فيه حالات arrest توقف القلب لازم أتدخل فوراً ولا انتظر الدكتور». وتندمج الكلمات الإنجليزية والعربية في جمل أو تعبيرات: «تتیب العیان، أي تركيب أنبوبة حنجرية Endo Tracheal Tube (ETT)». وتحقق اللغة لأخصائيات التمريض القدرة على الاتصال مع الفريق المعالج بما يحقق جودة الرعاية المقدمة، كما يحقق استعمال بعض الاختصارات الطبية الاتصال مع فريق التمريض لتنفيذ رعاية مريحة للمريض، وفي نفس الوقت صحيحة من الناحية الطبية: «نستعمل اختصارات طبية مش عايزة المريض يفهمها، مثلاً مريض حاسس بألم وعايز مسكن وأنا مفروض مديلوش حاجة أقولها اديه ٢ سم (S) بمعنى إعطاه محلول ملح يشعر إنه أخذ مسكن». وتستخدم أخصائيات التمريض بعض الأشكال شبه اللغوية مثل الإيماءات وتعبيرات الوجه: «بعد فترة من العمل بيبقى فيه فهم من نظرة عين».

أما الممرضات فيقل استعمالهن لأسماء الأمراض اللاتينية أو المصطلحات الطبية المتخصصة. لكن يستعملن بعض الكلمات الإنجليزية أثناء ممارسات

الرعاية التمريضية اليومية: «لو الـ hemo اقل أو الكالسيوم وقع نبلغ الدكتور... أتأكد إن الـ Ventilator على حالته... فيه مريض gasb أو مريض بـ fight يعني انه بيتحرك كتير ويعض على الأنبوبة الحنجرية». لكن يكثر استعمالهن للغة الرمزية، على سبيل المثال عبارة «لو الدكتور مدايقنا (يضايقنا) نثبته... أقرفه... في كل حاجة استدعيه» في إشارة إلى أسلوب انتقامي يتمثل في تحميل الطبيب مزيداً من الأعباء، وعبارة: «أدي للمريض أدوية لغاية ما يتنفخ»، في إشارة إلى إصرار الفريق المعالج على تقديم أدوية للمريض بدون مبرر.

وتكشف نتائج البحث أن لاستعمال أخصائيات التمريض للغة في السياق الإكلينيكي دلالة ترتبط بالمكانة والقوة: «اللغة بتميز البكالوريوس عن الدبلوم». فاللغة والقوة ترتبطان وتتحدان في شكل من السيطرة القمعية، والقوة لا تعكس ببساطة أو تدعم البنى غير اللغوية للسيطرة domination، لكنها تشكل الخضوع، وذلك ما تؤكد عليه نظريات الأيديولوجيا والخطاب، ويوضحه المبحث الثاني^(٤٣٦).

كانت تلك أبرز سمات ثقافة التمريض التي تشكلت بالثقافة السائدة، وممارسات الحياة اليومية، وسياق التفاعلات داخل جماعة التمريض وخارجها. ولكن كيف تؤثر هذه السمات في ممارسات القوة في السياق الإكلينيكي؟

المبحث الثاني: ثقافة التمريض وممارسة القوة :

وضحت من مقارنة سمات ثقافة التمريض حقيقة أن التمريض جماعة ثقافية تعيد إنتاج المعاني^(٤٣٧) المرتبطة بثقافتها. وتتعلق المعاني الثقافية الرئيسة بالقوة، ذلك أن الثقافة قوة في جوهرها، وتوجد مستغرقة في علاقات القوة التي تشكلها. فالقوة أداة تشكيل لجميع البنى والعلاقات الاجتماعية. وتمثل الثقافة مجالا للصراع والنزاع، وإعادة إنتاج تفاوتات القوة. كما أنها مورد للقوة، ووسائل تستخدمها جماعة معينة في فرض السيطرة على جماعات أخرى. وتعد القوة نتاجاً للتفاعل الاجتماعي، وتتخلل علاقاتها ممارسات جماعة معينة كجماعة التمريض.

وتتبدى في تنظيمات الرعاية الصحية ممارسة الفاعلين داخلها للقوة، حيث يوجد أساس للقوة غير المتكافئة بين المديرين، والأطباء، والممرضات كنتيجة لأهداف الإدارة، وتعايش خطوط متعددة للسلطة. ويحوي تنظيم المستشفى نوعين من أنساق القوة: القوة الرسمية وغير الرسمية. تتعلق القوة الرسمية بالسلطة المتأصلة في المركز الوظيفي، وهي نتاج لأداء أنشطة الوظيفة. وتلعب الشبكة الاجتماعية غير الرسمية دوراً مهماً في ممارسة القوة. ومن الضروري أن تتشكل القوة من الروابط الاجتماعية. وتنتج القوة غير الرسمية من الارتباطات بالزملاء والمرؤوسين داخل التنظيم. ويزخر المستشفى بمجموعة من النظم الانضباطية، بالمفهوم الفوكوي. وتتميز القوة الانضباطية بالتحكم الشديد في الجسد والإكراه والقهر، ويؤدي كل ذلك إلى علاقة بين الانقياد والفائدة - docility utility. ويعني الانقياد - الفائدة أن شخصاً معيناً يسيطر على آخرين لكي يعملوا بأسلوب مرغوب، متوسلين بالأساليب والفعالية التي يحددها هذا الشخص. وتؤدي النظم الانضباطية وصرامة الأبنية الهريراركية المقيدة بالقواعد إلى عجز الممرضات عن السيطرة على محتوى ممارستهن كما سوف يتضح^(٤٣٨).

ويمكن اعتبار المستشفى - بمصطلحات بيير بورديو - مجالا طبياً ثقافياً أو مجالاً للقوة field of power يحوى مجالات أخرى متعددة أكثر أو أقل استقلالية منضوية تحت لواء هذا المجال الشامل. وتتحدد أهم مجالات القوة داخل المستشفى موضوع البحث في مجال الإدارة العليا، ويشمل مدير المستشفى ومساعد مدير المستشفى للشؤون العلاجية، ومساعد مدير المستشفى للعيادات الخارجية وخدماتها والرعايات، ومساعد مدير المستشفى للشؤون الإدارية والمالية والعمليات، ومساعد مدير المستشفى للشؤون العلمية والتعليمية والجودة والطوارئ. وهناك أيضاً مجال الفريق المعاون للإدارة العليا، ويشمل مديري الأدوار والعيادات، وغيرهم من الخدمات المعاونة الأساسية. ويضاف إلى ذلك مجال الأطباء ومجال التمريض. وثمة هيراركيات أو تدرجات متعددة للمجالات، كما أن هناك تدرجات داخل كل مجال. فمثلاً يحوي مجال التمريض تدرجاً لعدة مجالات، وهي مجال مديرة التمريض، ومجال وكيلة التمريض، ويشمل مساعدة وكيلة التمريض للأقسام ومساعدة وكيلة التمريض للرعايات ومساعدة وكيلة التمريض للتدريب، ومجال مشرفات الأدوار، ومجال رئيسات الأقسام، ومجال مشرفات مكافحة العدوى، ومجال أخصائيات التمريض، ومجال الممرضات، ومجال مساعدات التمريض، ومجال سكرتارية التمريض.

ويتضمن المستشفى كمجال للقوة - وكذا مجالاته الفرعية - شبكة علاقات موضوعية بين مراكز يشغلها فاعلون داخل أنساق بنائية وتنظيمية صارمة. ويتحدد كل مركز من خلال علاقته الموضوعية بمراكز أخرى. وتوجد هذه المراكز متضمنة في مجالات القوة. ويعتبر مجال المستشفى بمثابة السياق الذي تحدث فيه الممارسات، وهو ساحة للصراع والتنافس. ويدعم بناء المجال ويوجه الإستراتيجيات التي من خلالها ووفقاً لها يحمي الفاعلون أو شاغلو المراكز مراكزهم أو يحسنونها، ويتنافسون لتوطيد مراكزهم داخل المجال، وذلك بمساعدة أشكال مختلفة من الموارد الرمزية والمادية.

إن مقارنة هذا البحث للقوة هي مقارنة لممارسة القوة، أو للقوة كمفهوم علاقي، إن يعتمد وجودها على وجود نقاط مقاومة متعددة. ويؤكد هذا البحث أن القوة تمثل فعلاً يُمارس ليس على آخرين، ولكن على أفعال الآخرين سواء أكانوا حقيقيين أم ممكنين، وتشمل القوة كل شيء من الأشكال الظاهرة والصريحة للإكراه والتلاعب والمناورة إلى الممارسة الخفية للسلطة والتأثير في السلوك أو اتخاذ القرار وتحقيق الأهداف^(٤٣٩). ويتسلط التناول في هذا المبحث على الممارسات المتنوعة للقوة التي تتبدى في العلاقات بين الممرضة والطبيب، والعلاقات بين الممرضة والمريض، والعلاقات داخل جماعة التمريض. وقد أثر الباحث إرجاء مناقشة ممارسات القوة الماثلة في العلاقات بين الممرضة والإدارة إلى المبحث الخامس الذي يقارب ثقافة التنظيم وثقافة التمريض، والرضا الوظيفي.

الممرضة والطبيب:

تُقدم رعاية المريض في سياق تعددي تتداخل وتتقاطع فيه الحدود الطبية والتمريضية والمهنية الأخرى في تقديم الرعاية. بعض هذه الحدود قانوني لا يمكن انتهاكه، بينما الحدود الأخرى أكثر مرونة، وذلك اعتماداً على الظروف^(٤٤٠). وتكشف نتائج هذا البحث عن أن ثمة تناقضات وتوترات وصدوع بين الجماعات الثقافية العاملة داخل مجال المستشفى. لذلك تسلطت المقاربة في هذا المبحث على تفاوت القوة و«فجوة الكفاءة أو الاختصاص» competence gap بين الأطباء والممرضات والمريض، والسيطرة الطبية، وعلاقة كل ذلك بثقافة التمريض^(٤٤١).

وتعد علاقات القوة بين الممرضة والطبيب عاملاً حاسماً في نجاح العلاج الطبي. وتتأثر هذه العلاقة برؤية المريض لكل من الطرفين^(٤٤٢). ويمثل الأطباء والممرضات فريق عمل، ومع ذلك تتسم علاقة الأطباء والممرضات بالقلق والتوتر، وتتأثر بمجموعة من العوامل كاختلافات النوع، والفجوات في التعليم، وسنوات

الخبرة، والمكانة السيسيواجتماعية، والتدريب، والثقافات التنظيمية^(٤٤٣). وقد ساهمت الطريقة التي مورس بها الطب Biomedicine^(٤٤٤) في تدعيم المصالح والاهتمامات الاجتماعية والسياسية للأطباء وإدامتها. ومهنة الطب (مثل مهن أخرى كالقانون) منحتها الدولة قوة تطغى على جماعات أخرى فاعلة في عملية تقديم الرعاية الصحية كالممرضات^(٤٤٥). إن وضعت الهيراركية الطبية الأطباء فوق الممرضات ومتخصصي الرعاية الصحية الآخرين، واحتكر الأطباء اتخاذ القرارات داخل المستشفى. وقاد ذلك إلى تنميط للممرضات باعتبارهن معاونات ومساعدات، وللأطباء كمشخصين وقادة للعمل^(٤٤٦).

وعلى خلاف الأطباء، يتعين على الممرضات توقع وملائمة التغير أو الاختلاف الحتمي في استجابات المرضى لعدوى أو النقاهاة بعد إجراء عملية جراحية. لذلك يعد التمريض ظاهرة ثقافية ذلك أن معظم تعبيرات الرعاية والعون والمواساة هي استجابات مكتسبة، تنشأ في السياق الثقافي، وهي عرضة للتغير أو الاختلاف عبر جماعات عرقية وقومية^(٤٤٧). ومع ذلك تطور التمريض ونسقه الثقافي جنباً إلى جنب الطب وأعضائه، أي الأطباء الذين يُعتد بقوتهم كجماعة ثقافية نظراً لما يمتلكونه من معرفة متخصصة اعتبرها إيتزيوني Etzioni مسؤولة عن المكانة شبه المتخصصة semi-professional التي تشغلها الممرضات في المجتمع^(٤٤٨). ويشكل بناء القوة الخفي، بصورة تقليدية، عادة تتيح للمهنة الطبية وضع الأسلوب أو الاتجاه العام داخل ثقافة التمريض. ويحدد البعض المعايير والقيم، ويسيطر حكمهم على الناس والثقافة. مثلاً يُفترض أن الأطباء هم من يحددون من هن الممرضات الجيدات^(٤٤٩).

وتؤكد المنظورات المتنوعة على ضرورة ممارسة الأطباء للقوة في السياق الإكلينيكي لتحقيق كفاءة أداء الدور. فالطب من المنظور الوظيفي هو وسائل لتقويم الانحراف، وطريقة لإعادة المرضى إلى الحالة السوية الطبيعية، ومن ثم الحفاظ

على النظام الاجتماعي في مجتمع الإجماع. أما أصحاب النظرية ما بعد البنائية وما بعد الحداثية فيرون أن المرض هو نتاج لظروف تاريخية وسياسية معينة، وتستجيب الممارسات الطبية أيضاً لتلك الظروف. ويؤكد البعض ممن يتبنون هذه الاتجاهات على الحاجة إلى عدم توازن القوة لتحقيق توقعات وحاجات كل من الأطباء والمرضى. ومن ثم يميلون باتجاه المنظور الوظيفي. ووفقاً للمنظورات الوظيفية والفوكوية، تمكن ممارسة القوة الطبيب من أداء الدور الكفء الذي يتوقعه منه المرضى والمحدد قانونياً ومهنياً. وهكذا فالأطباء لا يسلكون بالضرورة في محاولة مقصودة لقهر المرضى، وإخضاع الفريق المعاون، إنهم يؤدون فقط ما يتوقعه الآخرون منهم، ولا يمكن ببساطة أن يقرروا تحطيم إطار اللعبة المهنية دون نتائج خطيرة. بل ويخضع الأطباء أنفسهم لمجال القوة الذي يشكل معايير متمأسسة للسلوك في الممارسة الطبية، في حين يتوقع المرضى أن يكون هذا السلوك ضرورياً وعقلانياً رشيداً^(٤٥٠).

وتُفسر علاقات القوة بين الأطباء والممرضات في ضوء نظرية السيطرة المهنية professional dominance التي تتناول الأطباء وسيطرتهم على الرعاية الصحية. وقد طورها فريدسون Freidson في كتابه «السيطرة المهنية» Professional Dominance و«مهنة الطب» Profession of Medicine (١٩٧٠). ويقرر فريدسون أن الأطباء يسيطرون على الفئات الأخرى من العاملين في الرعاية الصحية. وقد اعتبر المهن الأخرى مهناً شبه طبية أو ثانوية مساعدة للطبيب - أي أنها مهن منظمة حول عمل العلاج أو الشفاء الذي يسيطر عليه الأطباء بصفة أساسية^(٤٥١). وتنتمي مهنة التمريض إلى هذه المهن شبه الطبية، إذ تعتبر الممرضة موظفة تنفيذية تنفذ تعليمات الطبيب فيما يتعلق مثلاً بقياس الحرارة ومعدلات النبض والضغط، والإشراف على غذاء المريض من حيث النوعية والمقدار، والإشراف على نظافة المريض، وأخذ عينات التحاليل إذا لزم الأمر، وإعداد

المريض وتهيئته لتوقيع الكشف الطبي عليه^(٤٥٢). ويقف أصحاب هذه المهن خاصة الممرضات في علاقة غامضة نوعاً بالطب. فمن ناحية، يفرضون تهديداً لأنه ثمة إمكانية لأن يصبحوا استشاريي علاج ينافسون ممارسات الأطباء، حتى وإن كان ذلك بصورة غير رسمية وغير صريحة. ولكن من ناحية أخرى، تعد الخدمات التي تقدمها هذه المهن مفيدة للأطباء. وبرغم أن هذه المهن تشكل تهديداً للاحتكار المهني، فليس من صالح مهنة الطب اختفاء هذه المهن. لذلك تسعى المهنة الطبية إلى السيطرة على أنشطة المهن الأخرى لحماية مركزها ومكانتها^(٤٥٣).

ويحدد فريديسون أربعة مظاهر للسيطرة المهنية للأطباء: الأول، يتولى الأطباء الكشف عن المعرفة التقنية التي يكتسبها ويستعملها مساعداو المهنة الطبية، ويوسعونها، ويصدقون عليها، ويقرونها. الثاني: الأنشطة التي يؤديها مساعداو المهنة الطبية تساعد أعمال التشخيص والعلاج البورية، ولا تستبدلها. الثالث: يعتبر مساعداو المهنة الطبية تابعين عادة للأطباء في تقسيم العمل الصحي. وأخيراً تبدو الهيبة والاحترام الذي يوليه الجمهور العام لأصحاب المهن المساعداو للمهنة الطبية أقل من ذلك الذي يولونه للأطباء. ويقول فريديسون أنه: «في التنظيم الطبي، تسيطر المهنة الطبية. يعني ذلك أن كل الأعمال التي تؤديها المهن الأخرى، والمرتبطة بخدمة المريض، خاضعة لأمر الطبيب. ويُعتقد بأن المهنة الطبية وحدها كفاء ومؤهلة لتشخيص المرض، وعلاجه أو توجيه علاج المرض، وتقييم الخدمة. وبدون هذا التفويض أو الترخيص الطبي authorization لا يؤدي العمال شبه المتخصصين سوى القليل للمريض». ويقرر فريديسون أن للسيطرة المهنية أبعاداً مترابطة، وهي لا تمثل ببساطة خضوعاً لشاغل وظيفة يشغل مركزاً مرموقاً في هيراركية تنظيمية، ولكنها خضوع لسلطة تتركز على معرفة رفيعة يمتلكها متخصص مهني^(٤٥٤).

ومثلما يخضع طلاب الطب وممارسوه لعملية تنشئة بطرق معينة وفقا للمعايير والحاجات المتمأسسة للعيادة والمستشفى، يخضع طلاب التمريض وممارسوه لحاجات وضغوط وقيود تشكل تفاعلهم مع المرضى والزملاء. وبرغم خضوع الممرضات لقيود وضغوط الوقت والحاجة إلى الحفاظ على الاستقلال المهني، تتعرض الممرضات لضغط وقوعهن في أدنى الهيراركية الطبية مقارنة بالأطباء، إذ يعاملن من جانب الأطباء والمرضى كخدمات أو أرقى من ذلك قليلا. وتؤدي الممرضات الأعمال القذرة في المستشفى، ويتعين عليهن التعامل مع الصراعات المهنية على المسؤولية عن المريض، وتفاوض الصراعات على القوة مع الأطباء، وتأكيد الأطباء والمرضى على النوع sexism والذكورية. وبرغم أن الممرضات توكل إليهن مسؤولية رعاية المرضى، فإنهن يخضعن للقواعد البيروقراطية، وفرض السلطة الطبية التي تعمل غالبا ضد إمكانية تحقيقهن الاستقلالية المهنية^(٤٥٥).

وتكشف نتائج البحث أن الممرضات يستحوذ عليهن شعور بالسيطرة المهنية من جانب الأطباء في السياق الإكلينيكي ناتج - في رأيهن - عن إمعان الأطباء في إخضاعهن، وفرض السيطرة عليهن. وتبدأ الممرضة عملها بفكرة راسخة في ذهنها، وهي أنها فقط أداة ينفذ من خلالها الطبيب تعليماته، وأنها لا تشغل مركزاً مستقلا في علاج المريض. وتنشغل الممرضة بمحاولة التخلص من فكرة أنها تابعة للطبيب^(٤٥٦). ويتفاوت الشعور بالسيطرة المهنية، وممارسة الأطباء للقوة، وفرض السيطرة بتفاوتات التدرجات أو الهيراركيات داخل إدارة التمريض (قائدات التمريض، وأخصائيات التمريض، والممرضات)، ومكان العمل وسنوات الخبرة. والممرضات، على حد تعبير روبرتس Roberts، جماعة مضطهدة لأنهن يمثلن قيمهن من التمريض - أو ثقافته - وكيفن سلوكهن وفقاً لذلك^(٤٥٧). وتشكل ثقافة التمريض التي عرضنا لسماتها استياء من السيطرة المهنية للأطباء، تلك السيطرة التي يدعمها اضطهاد الممرضات داخل مجال المستشفى والانتقاص من حقوقهن

وانحياز إدارة المستشفى للأطباء إضافة إلى أساليب القيادة البطياريكية والتسلطية التي تحول دون استقلالية الممرضات داخل المستشفى: «الممرضة مظلومة ومضطهدة وضعيفة خصوصاً الدبلومات مغلوبة على أمرها... مفيش support لينا... التمريض مش واخذ حقه... الإدارة دايمًا تحسس المريض إن الممرضة مقصرة حتى لو كان الدكتور هو المقصر... مفيش حد مهتم باحتياجات وطلبات الممرضة... الأطباء لا يحترمون مهنة التمريض... يعتبرونها آلة فقط». بيد أن ثقافة التمريض بقدر ما تفرز مشاعر الاستياء من الاضطهاد والسيطرة المهنية، تفرز كذلك تأكيدات بدرجات متفاوتة القوة على استقلالية التمريض كمهنة، وعدم تبعيته للطب.

وفي هذا الصدد تعد قائدات التمريض أقل الفئات التمريضية شعوراً بالسيطرة المهنية والتبعية للأطباء. إذ يؤكدن على استقلالية التمريض وأهميته في السياق الإكلينيكي، وأن العلاقة بين التمريض والطب هي علاقة تكامل لا تبعية: «مهنة التمريض غير تابعة للطب... إنها مهنة سامية وأكثر احتكاكاً بالمريض..... هي حاسة بكل حاجة... دور الممرضة محدد بعيداً عن الطبيب... لا تنفذ تعليمات الدكتور فقط... هناك أشياء لا يراها الطبيب... ألاحظ وأبلغه بكل شيء... نكمل بعض لا فارق بيني وبين الطبيب في درجة الأهمية». ويتراقق تأكيد قائدات التمريض على استقلالية التمريض، والتكامل بينه وبين الطب، مع إخفاء للصراع والتوتر المائل بين الممرضات والأطباء، والذي يكشف عنه هذا البحث: «فيه تعاون غالباً الصراع حالات أو أشياء فردية... الطبيب قد يصدر أوامر بشكل لا تتقبله الممرضة... وقد يأمر بأشياء غير مقبولة يقولها مثلاً هاتيلي الـ file الأوضة ودا مينفعش».

كذلك تؤكد غالبية أخصائيات التمريض بقوة على استقلالية التمريض كمهنة، وعدم تبعيته للطب، وأنه مكمل للطب: «بنكمل بعض... التمريض غير تابع

للطب فيه أدوار لكل منهما..... لكن مش كل حاجة يعملها التمريض... ممكن بعض الحاجات ناخذ بيها قرار زي التشفيط لكن إعطاء علاج أو تحاليل لازم أمر الدكتور». وتؤكد أخصائيات التمريض على أن هذه الاستقلالية لا تتمتع بها الممرضات اللاتي تتعرض لصنوف من الاضطهاد والسيطرة المهنية التي يمارسها الأطباء: «أخصائية التمريض مستقلة تماما لكن التمريض الأصغر (دبلومات تمريض) يعاني من سيطرة الأطباء... لما يكون فيه شكوى يجيبوا الممرضة ويسيبوا الدكتور المفروض فيه مساواة». وتشعر أخصائيات التمريض أنهن مساويات للطبيب إذ تدرس مقررات درسها الأطباء، إضافة إلى ما يميزها من علاقة خاصة بالمرضى: «المساواة بين الأطباء والممرضات ضرورة لازم الاهتمام بالمرضة وتقديرها... قد ترى الممرضة أشياء لا يراها الطبيب الدكتور بيدي أوامر على الورق فقط... والممرضة لها أن تقيم أشياء في المريض».

وترفض أخصائيات التمريض فكرة كونهن مجرد أداة لتنفيذ تعليمات الطبيب، وأنهن لا يشغلن موقعاً مستقلاً في علاج المريض. ويؤكدن على دور الممرضة في توجيه ممارسات الطبيب، وعلى أن التفاعل بينهما قائم على المشاركة لا التبعية، وينسحب ذلك بدرجة كبيرة على التفاعل بين «النائب» وأخصائيات التمريض: «لي وجهة نظري... المشاركة مع الطبيب ضرورية... لا أوافق فقط أتكلم معه... لازم تكون الممرضة فاهمة... هي مش آلة أو ماكينة... لازم تعرف الحالة إيه وتطوراتها... وممكن الممرضة تنبه الطبيب لخطأ معين... فيه حالات تنقذها الممرضة وتنقذ حياتها قبل الطبيب... لو الطبيب مكتبش حاجة أو نسي حاجة أفكره... الموقف sharing بيني وبين الطبيب بالتفاهم وإعطاء الأسباب... هي مشاركة ليه وبتبلغه بكل حاجة عن المريض... لا أشعر إن فيه فرق بين الممرضة والطبيب... مش مع كل الدكاترة تقدر تتصرف في حالة وجوده أو عدم وجوده... فيه دكاترة شايفين إن لها رأي ويُعتمد عليها.. بالمشاركة بالنسبة للنائب... الأطباء الأقدم

عندهم الفكرة القديمة». وتدفع ثقافة التمريض، وما تشكله من شعور بالاضطهاد، إلى مغالاة بعض أخصائيات التمريض في التأكيد على الاستقلالية المهنية من خلال التلميح بتبعية الطب للتمريض: «أرى وأعلم أشياء عن المريض أبلغها للطبيب... أنا فاهمة المريض أكثر من الطبيب... أحياناً أعلم الطبيب خصوصاً عندما يكون مبتدئاً... الدكتور يتصرف دائماً تبعاً لملاحظات الممرضة».

ويتفاوت شعور أخصائيات التمريض بالسيطرة المهنية، وقوة تأكيدهن على استقلالية التمريض كمهنة، باختلاف مكان العمل وسنوات الخبرة. إذ يبلغ هذا الشعور وذلك التأكيد ذروتها في الرعايات نظراً لأهمية الدور الذي تؤديه أخصائيات التمريض في الرعاية (رعاية القلب المفتوح مثلاً): «سيطرة الأطباء واضحة في الأدوار لكن في الرعايات الموضوع مختلف... الأطباء حاسين هنا بأهمية الممرضة، وإنه في احتياج لها لكنه مش ببين». ويضعف الشعور بالاستقلالية المهنية في الأدوار أو الذونات (الباطنة والعظام مثلاً): «طول الوقت الممرضة تنفذ الأوامر لكن لازم تفهم ليه... الأطباء بيقرضوا سيطرتهم بدون سبب... كل واحد له شغله والقرار الأخير ليه... تحصل المشاكل نتيجة (القول بوجود) خطأ من التمريض... فيه تحليل متعملش مثلاً الدكتور دائماً يبعد عن نفسه الخطأ». أما فيما يتعلق بسنوات الخبرة تكشف نتائج البحث أن أخصائيات التمريض حديثات التعيين أو التخرج يمتلكن شعوراً أقوى بالاستقلالية المهنية وربما بتبعية الطب للتمريض، وذلك مقارنة بالمشرفات أو أخصائيات التمريض القدامى اللاتي يضعف لديهن هذا الشعور ربما لتأثرهن بالنظرة التقليدية للتمريض كتابع للطب: «فيه أحياناً ممرضة مهملة يقولها اعملي كذا ممكن ترد الممرضة ملكش حق تكلمني كذا... لي مشرفة تحاسبني... الخلاف في الغالب يكون ناتج عن سوء الفهم... الدكتور شايف إن الممرضة تتدخل في أموره أو تتعدى عليه و إنها بتخطاه... هي إسعاف سريع».

ويخفت الشعور بالاستقلالية المهنية لدى الممرضات (دبلومات التمريض)، ويتفقم شعورهن بالتعبية والاضطهاد، ومن ثم يشتد سعيهن لممارسة القوة (كما سوف يتضح)، وذلك بدرجة أكبر أخصائيات التمريض اللاتي يعتبرن التمريض مكملًا للطب. وتؤكد الممرضات على أن الطبيب يعتبر الممرضة مجرد خادمة تنفذ تعليماته، ويحق له أن يهينها ويمتهن كرامتها بطريقة تنفر غالبية الممرضات من المهنة: «الدكتور متعالٍ على الممرضة بطبيعته... الممرضة في نظره خادمة... فيه دكتور شتم التمريض وقال مفيش بيئة محترمة تدخل بنتها تمريض». ويمعن الطبيب في إثقال كاهل الممرضة بالمزيد من الأعباء والمهام: «الدكتور عايز الممرضة جنب الحالة لا تتحرك... ويطلب حاجة ورا حاجة ميعملش order مرة واحدة.... اعمل كذا حاجة في نفس الوقت... الطلبات الكثير توتر». وبرغم ضعف الشعور بالاستقلالية المهنية لدى الممرضات، وتفاقم شعورهن بالسيطرة المهنية للأطباء، تؤكد الممرضات على أهمية الدور الذي يؤديه في السياق الإكلينيكي (خاصة في الرعاية)، إذ يعتبرن الممارسات والأدوار التمريضية ركيزة أساسية يعتمد عليها نجاح الممارسات الطبية والعلاجية. بل وتؤكد الممرضات على أن المعرفة المستفيضة بالمريض، وكل ما يتعلق بعلاجه ورعايته، تعد موجهاً لممارسات الطبيب ودوره: «إحنا الأساس في عملية العلاج... الدكتور بيعمل العملية ويسيب العيان ممكن تفشل من غير تمريض أو قد يموت العيان بسبب التشفيط... ممكن تكون العملية كويسة لكن التمريض يبوظ كل حاجة... من غير الممرضة يتوقف العمل... ينظر الأطباء إلى التقرير الذي نكتبه فقط ويتصرفون على أساسه... ممكن نتصرف من نفسنا.. لو لم تتحسن الحالة نلجأ إلى الأطباء... إحنا عارفين كل حاجة عن المريض... وكل شيء يطرأ على المريض.. يتعامل الطبيب مع المريض بسهولة... كل شيء واضح أمامه.. انقله الصورة ككل... ملناش في

المصطلحات لكن عندنا خبرة مكان... في الـ ICU علينا حمل كبير أكثر من الأطباء... الممرضة تعرف كل الـ data... نشقّط للعيان لو الأكسجين أقل... نقوم بسحب العينات... قد تكون العينة غير طبيعية ابلغه مثلا لو الـ hemo أقل أو الكالسيوم وقع نبلغه... لو نفسه تعب... ملاحظة مستمرة للمريض.. نطعمه... نقلبه كل ساعتين مثلا.. نفحص المريض ونبلغ الأطباء بالتطورات..

وقد شكّلت ثقافة التمريض، بما تتضمنه من طرق نمطية للشعور بالتعبية المهنية للطب، صورة نمطية للتمريض باعتباره أداة لتنفيذ تعليمات الطبيب، ولا يعدو أن يكون كذلك. وتستدمج الممرضات هذه الصورة في الغالب الأعم، وذلك على خلاف أخصائيات التمريض: «معظم الأوقات وفي أغلب الأحيان تشعر الممرضة أنها أداة تنفذ اللي يقوله الدكتور، وليس لها أي حق في اتخاذ أي قرار». وتؤشر الممرضات على أن الأطباء يتعاملون مع الممرضات باعتبارهن أدوات أو آلات تنفيذ ولا أهمية لهنّ، ويمعنون تكريس هذه الفكرة بعنف: «الطبيب يغضب ويعاند لو نصحته بحاجة معينة». وتكرس الممرضات جهودهن، ربما بدرجة أكبر من أخصائيات التمريض، للتخلص من هذه الصورة وتلك الفكرة: «لست آلة أنفذ تعليمات الدكتور... أقول رأيي... لو شايفه حاجة أعملها». وتؤكد غالبية الممرضات على إجحاف هذه الصورة خاصة وأن التمريض في رأيهن هو العنصر الأساسي في نجاح العملية العلاجية أو في توجيه ممارسات الأطباء، خاصة وأن الممرضة ملازمة للمرضى بصورة أكبر من الأطباء، وعلى دراية بتفصيلات ما يقدم لهم من رعاية: «أنا اللي ماسكة العيان وعلى أساس كلامي يدي الدكتور الـ order وأنفذ بناء على كلامي أنا... أحيانا أعمل الـ order وأعطيه للدكتور.. ممكن ينزل ضغطه أقوله... أنا بامشّي (أوجه) الطبيب والمريض..... ممكن أناقشه في حاجة معينة... الأطباء دايمًا قاعدين في الأوضة وبيفكروا في الماجستير والدكتوراة ولا يتعاملوا مع العيان.... أنا باقوله في كل الحاجات».

وقد كشفت نتائج البحث عن أن شعور الممرضات بالتبعية المهنية والسيطرة المهنية للأطباء يتباين وفقاً لمكان عمل الممرضة، وسنوات الخبرة. ففي الرعاية والطوارئ يقل الشعور بالتبعية، ويزداد التأكيد على التكامل. لكنه تكامل الطبيب في احتياج إليه - في رأي الممرضة - نظراً لبراعة الممرضة ودورها المؤثر، وكذلك كثرة الأعباء الملقة على كاهل الأطباء خاصة النوب: «رعاية الـ open heart تعطى الثقة في النفس... وهنا الأمور مختلفة... الدكتور مطلوب منه حاجات كثيرة ويحاول أن تكون علاقته بالممرضة كويسة علشان أشيل عنه الشغل... ممكن يدخل ينام في الأوضة ويقول اعملي كذا.. من غير الممرضة يتوقف العمل... معلوماتي أفضل من الدكتور... والناس وهم عارفين كذا». أما في الأدوار والأقسام (كالباطنة والعظام) فيتضح بقوة شعور الممرضات بالتبعية للأطباء: «فيه تخصصات هناك حدود لا أتجاوزها». أما فيما يتعلق بسنوات الخبرة، لاحظ الباحث أن شعور الممرضات بالاستقلالية المهنية أقوى مقارنة بحديثات العهد بالمهنة، ربما لأن سنوات الخبرة تمنحها خبرة ومعرفة ومن ثم قوة، وهي المعرفة التي تعتقد أخصائيات التمريض الحديثات في امتلاكها، ومن ثم يشعرن بالاستقلالية: «الممرضة فاهمة العلاج والمطلوب... وتلفت نظر الدكتور بخبرتها... ولها دور جامد عارفة كل حاجة وعارفة التحاليل عارفة الـ order بتاع الدكتور». وهكذا تتزايد مطالبات الممرضات بالمساواة بين التمريض والطب والاستقلالية المهنية، وذلك نظراً لتفاقم شعورهن بالتبعية والاضطهاد.

ولكن ما هي مظاهر السيطرة المهنية للأطباء من منظور الممرضات موضوع البحث؟ يتوافر للأطباء - في رأي أخصائيات التمريض والممرضات - مجموعة من الامتيازات تحقق لهم السيطرة المهنية، منها سياسة إدارة المستشفى التي تبدي تمييزاً للأطباء وانحيازاً دائماً لهم خاصة عندما يتصل الأمر بخلاف بين طبيب وممرضة: «الإدارة تميز الدكتور... سياسة المستشفى كذا لازم تنفذ... ولو

حصلت مشكلة تنحاز للدكتور وتحاول حل الموضوع ودي... حدث أن تعدى طبيب على ممرضة باليد والإدارة تغطي على الموضوع وتصلح البنت ولا تساعدنا أن نأخذ حقها أو أن نرفع شكواها إلى النقابة». ويضفن إلى ذلك الفروق الكبيرة في الرواتب بين الأطباء والممرضات: «الممرضات تحصل على امتيازات أقل من ناحية المرتبات... والشكر من المريض عند تحسن الحالة». كذلك هناك امتيازات معنوية تتوافر للطبيب من أهمها الهيبة، واحترام المتعاملين معه كالمرضى وذويهم: «الدكتور ليه احترام حتى لو كان أقل خبرة مننا... دايما الناس قدام الدكتور لا ترفع صوته وتتكلم باحترام أما الممرضة فالموضوع مختلف... في الزيارة ممكن يتعدى أهل المريض، والمريض على الممرضة.. فيه ناس فاكرو إن التمريض ناس على الهامش... الناس شايفه إن الدكتور هو اللي بيعمل كل حاجة ويوجه الممرضة لكن الحقيقة إن الدكتور من غير الممرضة لا شيء».

ومن مظاهر السيطرة المهنية للأطباء وممارستهم القوة، تعامل الأطباء مع الممرضات باعتبارهن خاضعات لا فاعلات مؤثرات موثوقات في المحيط الطبي أو السياق الإكلينيكي، يساعدن الأطباء، وينفذن الأوامر، ويلببن حاجات المرضى. وتؤدي الوظائف الجسدية الحميمة التي تؤديها الممرضات للمرضى إلى اعتبارهن كائنات جنسية، فهن يلامسن أجساد غرباء^(٤٥٨). ومع ذلك ترفض أخصائيات التمريض التعميم فيما يتعلق بممارسة الأطباء للقوة والسيطرة من هذه الناحية، ففي رأيهن أن بعض الأطباء يمعن في السيطرة على الممرضة، لكن البعض الآخر يشركها في اتخاذ قرارات تتعلق بعلاج المرضى إذا استشعروا منها مهارة وإخلاصاً في أداء دورها: «لو هي متعلمة ومحترمة بياخد رأيها... ولو الممرضة خايبة مش هيكون ليها أي تأثير ولو شاطرة بتأثر على الدكاترة والمرضى وحالتهم... لما تكوني فاهمة يتناقش معاك... وممكن ياخذ رأيك في أي حاجة تخص المريض». أما الممرضات فيملن إلى التعميم فيما يتعلق بممارسات

إخضاع الممرضات، فالطبيب لا يكثر إلا بتنفيذ تعليماته حرفياً ولا يعبأ برأي الممرضة، وينهرها إذا أحس منها رغبة في التدخل والمشاركة: «الدكتور رزل... يعتبر الممرضة خاضعة... لازم تسمع الكلام فقط... لو حس إنها بتتدخل يمكن يعاملها وحش... الحاجات التي بيقولها الدكاترة الممرضات عارفها كويس». وفي هذا الصدد تقارن بعض الممرضات الخبيرات بين علاقة الممرضة والطبيب في الماضي والحاضر. إذ تقرر أن العلاقة قديماً كانت علاقة توجيه وتعليم لا سيطرة، بينما يمعن الأطباء خاصة النواب أو المبتدئين في فرض السيطرة على الممرضة: «زمان كانوا يعلمونا تعالى بصي اعلمي كذا دلوقتي لا... الدكاترة الصغيرين عايشين الدور».

ولا تقتصر ممارسة الأطباء للقوة، ونزوعهم إلى السيطرة، على أخصائيات التمريض والممرضات، ولكن تمتد إلى الفئات الأخرى العاملة في المحيط الطبي بما في ذلك المريض. وتشير الممرضات إلى أن الطبيب ينزع إلى السيطرة على كل من حوله، ولا يسمح لهم بمخالفته الرأي، ويغضب إذا تجرأوا على مناقشته. وتستشعر الممرضات وطأة ممارسة القوة والسيطرة بدرجة أكبر من الفئات الأخرى؛ نظراً لأنهن أكثر الفئات احتكاكاً بالطبيب، بل ويعتبرن بمثابة حلقة الوصل بين الطبيب وهذه الفئات: «يحاول الدكتور السيطرة بالزعيق والنرفزة... هو مالوش علاقة إلا بالممرضات أما الممرضات فمسئولات عن كل شيء، وأي تعامل مع الفئات الأخرى يكون عن طريق الممرضات».

وتؤشر غالبية أخصائيات التمريض والممرضات على أن الأطباء يسعون إلى ممارسة القوة وفرض السيطرة المهنية ليس لصالح المريض، ولكن لمجرد فرض السيطرة في ذاتها. ويتضمن ذلك انتقاصاً من أهمية دور الممرضة، واختزاله في الجانب التنفيذي. ويبرر الطبيب هذه السيطرة بقوله أنه المسؤول عن ممارسات

الرعاية التي يتلقاها المريض: «يحاول فرض سيطرته ورأيه على التمريض المعاون منظره وعلشان هو دكتور... يقول أنا المسئول في المكان هنا، وذلك غير صحيح». وممارسة السيطرة لذاتها تتضح بوضوح في علاقة الأطباء المبتدئين أو النواب والمرضات.

تؤدي الممرضات دور المساعد الطبي، تقول إحدهن: «يقرر الأطباء أدوار الممرضات، ويريدون التحكم في كل شيء، وبصرف النظر عن ما أقوم به من جهود يكون للأطباء الكلمة الأخيرة». وثمة اتفاق بين أخصائيات التمريض والممرضات موضوع البحث على أن الطبيب يشكك في قدرة الممرضات على اتخاذ قرار مناسب أو إتيان فعل ملائم. لكن أخصائيات التمريض يملن إلى الاعتقاد بأن ثقة الطبيب في الممرضة من هذه الناحية يتوقف على الممرضة ذاتها، وطبيعة المهام الممنوعة بها: «أحيانا ومش كل الدكاترة فيه دكاترة لا يثقون إلا في رأيهم فقط، ويقولوا أن الممرضات غير كفاء لأي قرار... ممكن يثق فيها أو لا يثق حسب شخصية الممرضة... فيه أشياء يثق الدكتور أنها قادرة على فعلها مكانه خصوصا في الرعاية مثل رعاية المريض على جهاز التنفس الصناعي». أما الممرضات فيملن إلى الإطلاقة في التعميم. إذ يقررن أن كل الأطباء يشكون دوما في قدرة الممرضة على اتخاذ قرار مناسب في موقف علاجي معين، ولا ينصتون لرأيها. ويتعدى الأمر التشكيك، إذ قد يتحول إلى عنف لفظي: «كل الدكاترة يشعروا بأن الممرضة لا تقدر على اتخاذ قرار مناسب في علاج مريض ولازم كل حاجة تسأله قبل ما تعملها، ويقولوا محدش يعمل أي حاجة إلا لما يبلغني... وإذا اقترحنا عليه وقلنا له إيه رأيك نعمل كذا يزعم ويقول دي مش هتفهمني شغلي». ويتعلق التباين في موقف الأطباء من أخصائيات التمريض والممرضة بدرجة من التقدير والتثمين للمعرفة التي تمتلكها أخصائية التمريض.

إذن ثمة درجة من التثمين والتقدير للمعرفة التي تمتلكها أخصائية التمريض من جانب غالبية الأطباء، ولكن لا ينسحب ذلك على الممرضات. وتشير أخصائيات التمريض إلى أن الأطباء يضعون في اعتبارهم ما يمتلكونه من معرفة ومهارات بعد مشاركتهن خبرة الحياة اليومية. ويؤكد على تقارب الإعداد الأكاديمي للأطباء وأخصائيات التمريض، إذ يدرسن بعض المقررات المشتركة^(٤٥٩): «يضع الدكتور في اعتباره معرفتنا بعد التعامل، وبعد رؤية طريقة تعاملنا مع المريض... قد لا يعلمون ما ندرسه، ولكن بعد العمل والخبرة يقدرُوننا ويغيرون المعاملة معنا... عارف تماماً أنا بدرس زيه تماماً مقررات مشتركة... فاهمه طبيعة شغلي... أنا فاهمة كويس». لذلك فمساحة النقاش المتاحة بين الأطباء وأخصائيات التمريض أوسع مقارنة بالممرضات: «لو الدكتور كويس نتناقش ونتعلم ويكون فيه ثقة بيني وبينه». وتشير غالبية أخصائيات التمريض إلى أن الأطباء المبتدئين (النواب) لا يقدرُون معرفتهن ومهارتهن على عكس الاستشاريين أو قدامى الأطباء: «المبتدئ شايف إن الدنيا بقاعته برغم أنه يتعلم من الممرضة لأن خبرتها أكبر». ومن جانبهن تشير غالبية الممرضات إلى تجاهل الأطباء معرفتهن ومهارتهن نظراً لتأثرهم بالصورة النمطية للممرضة: «التربية هي السبب... الممرضة لها صورة معينة في ذهن الدكتور... ممكن يضحك ويهرج لكن يتقلب فجأة ويقول إنني نسيتي نفسك». ولا تشكل معرفة الممرضة فارقاً لأنها في نظر الطبيب لا تعدو أن تكون أداة لتنفيذ تعليماته. وعلى عكس الحال بالنسبة لأخصائيات التمريض يقدر ويثمن الاستشاريون أو قدامى الأطباء معرفة الممرضة: «وذلك واضح عند الدكاترة الأقدم اللي عارفين التمريض... يثقوا فيهم ويعاملوهم كويس... وفيه دكاترة يرفضون التعامل مع تمريض معين أو مع ممرضة معينة... ممكن يريج الدكتور أو النائب وينام ويقول لي خلي بالك».

ومن مظاهر السيطرة المهنية للطبيب حرصه على الإبقاء على المكانة الهامشية للممرضة من وجهة نظره وعدم التغيير فيها. والشاهد على ذلك، على حد قول أخصائيات التمريض والممرضات، أن الطبيب خاصة في الرعاية يفيد كثيراً من توصيات الممرضة لكنه لا يكشف أو يعبر عن ذلك حتى لا يغير من مكانتها الهامشية: «دائماً الدكتور في الرعاية بيطلع على بيانات الممرضة قبل اتخاذ أي قرار... لا يبين ذلك.. يرى ماذا تفعل... وقد يطبق رأيها بينه وبين نفسه وقد يسألها... يستفيد من خبرات الممرضة، ولكن لا يقول... الممرضة على دراية أكبر... أحياناً الدكتور يصمم على علاج معين عند». وينسحب ذلك بدرجة كبيرة على الأطباء المبتدئين أو النواب مقارنة بالاستشاريين ربما لافتقاره خبرة ومتطلبات العمل في المكان: «الدكتور الأحداث يسألني عن كل شيء يقول طيب اعمل إيه واكتب كذا». وينظر الطبيب إلى الممرضة باعتبارها شخصاً يسعى إلى الانتقاص من سلطته ومكانته، ويتضح ذلك لدى المبتدئين بدرجة أكبر من الاستشاريين أو قدامى الأطباء: «القدامى نظرتهم أحسن... مكانته محفوظة والممرضة بتشكر في حقه وتجيب له شغل ويروح زيارة للبيوت».

وقد كشفت المقابلات شبه الموجهة والملاحظات عن تعبيرات الخوف والغضب والافتقار إلى القوة في العلاقة بالأطباء. وتتضح تعبيرات الغضب في أحيان كثيرة عندما تحاول الممرضة مساعدة الطبيب، وتقديم النصح له أو لفت انتباهه إلى أمر ما. وقد يكون هذا الغضب كامناً كأن ينصت لرأيها ولا يلقي له بالا، أو قد يكون ظاهراً متمثلاً في عنف لفظي أو حتى بذاء لفظية: «ممكن يسمع رأي الممرضة ولا ينفذ... لكن الأمر يختلف من دكتور لآخر فيه اللي شايف نفسه دكتور وبيدي أوامر وإنه فاهم في كل حاجة... الدكتور زعل لما حاولت أساعده، وقال أعملي اللي بأمرك بيه فقط... مش مطلوب منك تفكري». لذلك يسود الخوف والحذر مواقف التفاعل بين الممرضة والطبيب: «أصلاً مش أي دكتور أقوله فيه واحد

بيتقبل والتاني لا . وتكشف ملاحظات الباحث عن محدودية التفاعل الكلامي بين الممرضة والطبيب، وطغيان انفعالات العبوس والتجهم بين الطرفين .

واضح أن صورة الممرضة الجيدة من منظور الطبيب هي التي تنفذ أوامره بدقة وفعالية ومهارة وإخلاص، وكذا المريض يعتبر الممرضة الجيدة هي التي تنفذ تعليمات الطبيب بطريقة صحيحة. وتؤكد أخصائيات التمريض والممرضات أنهن يبذلن جهداً إضافياً لنيل احترام الأطباء وثقتهم، إذ تحرصن على الإلمام بكل ما يتعلق بالمريض، وأداء العمل بدقة متناهية، والاطلاع: «أحاول أعرف كل شيء عن المريض والإلمام بدوري وبالحالات... اعمل شغلي من غير أخطاء علشان اكسب احترام الدكاترة أقرأ وأطلع.... دايماً أظهر شغلي وأبين معلوماتي... أحاول أعرف الأدوية والآثار الجانبية... وأحاول دايماً أعرف وأسأل علشان الكل يحترمني ويثقوا في عملي». وبرغم جميع الجهود التي تبذلها الممرضة لنيل احترام الأطباء لا تتغير الصورة النمطية للممرضة في ذهن الطبيب: «مهما كانت الممرضة موهوبة، لا تصبح ممرضة ثقة إلا بعد أن تطيع بلا نقاش...وتكون الكلمة الأخيرة للدكاترة» .

وتشمل السيطرة المهنية أحد شكلي الملاحظة الهيراركية - حددهما فوكو - وهي الملاحظة الحذرة الصامتة التي تتعلق بكون الممرضة خاضعة لنظرة الأطباء المحدقة باستمرار. وتتعرض الممرضة لشكل آخر من أشكال الملاحظة الهيراركية، وهو الشكل السافر الصريح indiscreet الذي يتجلى في تسجيل تقارير تكتب عن الممرضة. ويوصف هذا الشكل بأنه سافر صريح لأن الأفراد يكونون عادة على وعي بأن الملاحظة أو التسجيل قد حدث^(٤٦٠).

واضح أن ثقافة التمريض بوصفها نسق المعنى الجمعي المشترك، وطرقاً نمطية للتفكير والشعور والسلوك، قد شكلت اتجاهات الممرضات حيال السيطرة

المهنية للأطباء، وشكلت كذلك مشاعر التبعية والخضوع للأطباء التي تتضح بصفة خاصة لدى الممرضات. وتشكل ثقافة التمريض هابيتوس يمثل أبنية معرفية وتصورية توجه السلوك، ويتجلى داخل مجالات الصراع أو ممارسة للقوة. بما يعني أن ثقافة التمريض باعتبارها ثقافة جماعة مضطهدة تحدد وتوجه ممارسات الممرضات للقوة، وسعيهن إلى التمكين.

ويثور سؤال: ما أشكال ومظاهر ممارسة الممرضات للقوة داخل المستشفى كـ مجال للقوة؟

أعاد بعض الباحثين تصور الرعاية الصحية باعتبارها وسائل لممارسة القوة. فبرغم أن أنشطة التمريض مثل التوثيق المنتظم والمستمر لحالة المريض، والتأكد من امتثال المريض للعلاج، تؤكد نظرية فوكو أن الرعاية ترتبط بالسيطرة على المرضى والبيئة، وتخلق معرفة تمكّن الممرضات، وتدعم قوتهن^(٤٦١). وتؤكد الاتجاهات الفوكوية أن القوة في سياق المواجهة الطبية ليست كياناً موحداً بل إنها علاقة إستراتيجية تتسم بالانتشار، وبأنها خفية. والقوة ليست بالضرورة قوة إخضاع واستعباد تهدف إلى السيطرة، ولكنها بالأحرى قريبة من فكرة شكل من أشكال التنظيم الاجتماعي يتم من خلاله الحفاظ على النظام الاجتماعي، والامتثال بواسطة وسائل طوعية. وهكذا فالقوة ليست قمعية وكابته فقط، ولكنها أيضاً مثمرة ومنتجة، تنتج المعرفة والذاتية. ويُفرض النظام ليس فقط عن طريق العقاب، ولكن عن طريق الإرضاء أو الإشباع، وذلك في وجود مكافآت ومميزات للسلوك السوي. على سبيل المثال، يقر كل من الطبيب والمريض بأهمية الاختبار الطبي لمصلحة المريض، وفي هذه الحالة يغيب القهر لأن المرضى يتركون أجسادهم لفحص الطبيب أو الممرضة لأنهم نُشِنُوا على توقع ذلك^(٤٦٢). والمجتمع في رأي أصحاب المنظور البنائي ليس منظماً بصورة صارمة فقط، على عكس ما يذهب فوكو وأنصار ما بعد الحداثة، ولكن تلعب القوة دوراً محورياً في الكيفية التي

من خلالها يُنظم المجتمع. وتعتمد قوة تأثير الأفراد في المجتمع وحياتهم الشخصية على موقعهم في الهيراركية الاجتماعية. وتعتبر العلاقة بين الأطباء والمرضات مثالا على ذلك^(٤٦٣).

وتدعم نتائج البحث صدق فرضيات النظرية ما بعد البنائية. إذ تتموضع الممرضات داخل المستشفى كمجال للقوة. وتكون أشكال رأس المال الثقافي والاجتماعي والرمزي حاضرة ومؤثرة. ويميز الصراع والمنافسة العلاقات بين الأطباء والممرضات، إذ يسعى كل فريق إلى مراكمة أشكال رأس المال المختلفة والحفاظ عليها. والمستشفى كمجال هي فضاء تناضل فيها الجماعات من أجل السيطرة على الموارد. والمراكز التي تؤلف مجال المستشفى هي مراكز هيمنة أو مساواة وتكافؤ وفقاً لأشكال ومقادير رأس المال التي يمتلكها الفاعلون. والقوة داخل مجال المستشفى لا تتمركز في أي شخص، ولا يحتكرها أحد، وتستمتع بها كثرة متنوعة من الجماعات والأفراد. وهي تُمارس ولا تُمتلك، إستراتيجية أو شيء يفعلها ويؤديه الشخص في سياق معين.

وعالمياً، تلعب بعض الجماعات اليوم دوراً في تقويض قوة المهنة الطبية. وتقرر كيليهير Kelleher على سبيل المثال أن صفوة التمريض تتوافر على عملية تنمية وتطوير مهني فرض إعادة تعريف للعلاقة بين الطب والتمريض. ومن المؤكد أن الممرضات مؤهلات لأداء أدوار إدارية مقارنة بالأطباء، ومؤهلات كذلك لتحدي المنطقة الإكلينيكية التقليدية التي يشغلها الأطباء^(٤٦٤).

وتكشف نتاج البحث أن الممرضات تتمرد على دور التبعية والخضوع الذي يحدده لهن التنظيم والاتجاهات المنمطة ثقافياً. فقد صارت الممرضات خاصة أخصائيات التمريض أكثر تخصصاً وثقة بمعرفتهن، لذلك يقفن على قدم المساواة مع الأطباء في بعض المناطق. بتعبير آخر يُفضي تراكم رأس المال الثقافي، أي المعرفة والمهارات

والمؤهلات التعليمية، إلى سعى الممرضة إلى التمكين والتخلص من التبعية والسيطرة المهنية للأطباء وممارسة القوة. وتتوق الممرضة إلى التحول من التبعية إلى الاستقلالية، والاعتماد المتبادل بين الطرفين: «التمريض غير تابع للطب... بنكمل بعض». وقد تكون ممارسات الممرضات للقوة ظاهرة عيانية أو خفية بما يعني أن القوة تمارس بأشكال مختلفة اعتماداً على السياق. فالقوة من منظور النظرية ما بعد البنائية تشمل كل شيء من الأشكال الظاهرة والصريحة للإكراه والتلاعب والمناورة إلى الممارسة الخفية للسلطة والتأثير.

تقول إحدى الممرضات: «إننا أعين وأذان وأيدي الأطباء (أثناء غيابهم)، ننصت ونلاحظ بدقة، نسجل بدقة التفصيلات المتنوعة الخاصة بعلاج المرضى والتقدم في العلاج... إننا المحور أو الأساس الذي من خلاله يصوغ الطبيب تعليماته أو أوامره الأخيرة». وتقف الممرضات في مكان متميز تعتني بالأشخاص الذين يواجهون الموت والمعاناة، أو يتخذن قرارات مهمة. ونظراً لأن الممرضات يشاهدن ويشاركن بفعالية في معظم حوادث الحياة، كالميلاد والمرض والشفاء، فإنهن تتعاملن مع قضايا مهمة. إن الممرضة تلاحظ، وتفسر، وتمنح الراحة، وتحافظ على الثقة، وتقضي وقتاً في صمت^(٤٦٥).

وتنشأ قوة الممرضة من مصدرين: الأول، المعرفة اللصيقة بالمرضى وذويهم على مدار الأربع وعشرين ساعة. فعندما ينشأ صراع بين الممرضات والأطباء حول الاتصال وصنع القرار تلون الممرضات بعبارة «إنك لا توجد هنا بقدر ما نوجد»: «الممرضة أقرب إلى المريض لأنها تتحدث معه دائماً وموجودة بجواره دائماً... لكن الدكتور يكشف ويمر عليه ويمشى... معرفتي بالمريض أكبر... حتى لو المريض في غيبوبة تامة بحس إنه بيعرف صوتي». إذن تفهم الممرضة جيداً رؤية المريض والعائلة وحاجاتهم، ويدعم ذلك قوتها داخل المستشفى الذي

يحتاج إلى التمريض وثقافته الفذة للرعاية. بمعنى آخر يدعم اهتمام الممرضة بالاعتبارات الإنسانية قوتها، وذلك على عكس الطبيب. ذلك أن التدريب الطبي يفرز مجموعة من المعتقدات، ونسقاً للمعرفة يشكل الطرق التي من خلالها يشخص الأطباء المرض ويستجيبون للمرضى. ويرتكز التدريب الطبي المتمركز حول المنهج العلمي الوضعي على التراكم السريع للحقائق مع تكريس حيز ضئيل لاعتبارات الاتصال الإنساني أو تاريخ وإبستمولوجيا الطب. ولكن عندما ينتقل الطبيب إلى مكان العمل تختلف الأمور. فإذا عمل في مستشفى يكون عليه التوافق مع علاقات فريق العمل، وصراعات القوة داخل هيراركية الأطباء والممرضات^(٤٦٦).

أما المصدر الثاني لقوة الممرضة فيتمثل فيما تمتلكه من خطابات سيطرة وضبط. وقد كشفت مقارنة علاقات القوة في المستشفى موضوع البحث بين الممرضات والمتخصصين الآخرين في الرعاية الصحية أن قوة الممرضات في سياقات المستشفى تنبثق من قدرتهن على الاحتفاظ بالأشياء في حالة نظام، والسيطرة على الموقف في وحدة الرعاية المركزة مثلاً: «أؤكد إن كله حاجة مضبوطة...أراجع كل حاجة... أرى وأسجل كل حاجة بالثانية... أقيم الموقف ككل». وتشارك الممرضات في أنشطة المراقبة من خلال ملاحظة جميع جوانب خبرة المريض داخل المستشفى. وهكذا تتكامل قوة الضبط والسيطرة مع قوة المعرفة. وتعتبر علاقات القوة في التمريض متصارعة، فهي علاقات سيطرة وتحكم، وفي نفس الوقت علاقات خضوع لسيطرة ما. وترتبط الخطابات، الضبط أو السيطرة، والقوة بالعمليات الصغرى في تفاعلات الحياة اليومية بين الممرضات والمرضى والأسر والأطباء ومتخصصي الرعاية الصحية الآخرين. «وتستخدم أو تشارك العمليات الصغرى micro-level في ممارسة القوة... حيث نظام الرعاية الصحية... وجسد المريض خاضع، وحيث يتم تقديم الرعاية»^(٤٦٧). وفي عملية

إنتاج خطابات السيطرة أو الضبط، لا تتحدى الممرضات عموماً الأداء الوظيفي للمستشفى، ولكن يحافظن على الوضع القائم.

وتكشف نتائج البحث أن أصحاب المهن شبه المتخصصة paraprofessional كالممرضات يَكُنَّ أحياناً أكثر معرفة ودراية ببعض جوانب العمل من الطبيب: «أنا فاهمة المريض واحتياجاته وحالته أكثر من الدكتور... نعرف عن المريض كل حاجة تقريباً... وبنشوف حاجات لا يراها الدكتور... بنوجه الدكتور في أوقات كثيرة... ممكن دكتور يسألني عن حاجات كثير ويقول لي اعمل إيه فيها». ويمكن لهذا الموقف أن يقود إلى توترات لأنه يخلق حالة من الشذوذ anomaly داخل نسق السيطرة. وقد رصد بعض باحثي القوة المهنية فجوة بين الأبنية التنظيمية الرسمية، والممارسات غير الرسمية، والتي تعني أن المهن التابعة تمتلك القدرة على ممارسة التأثير في بعض مناطق معينة من رعاية المريض^(٤٦٨). ويدعم تأثير الممرضة في هذه المناطق التراكم المعاصر لرأس المال الثقافي الذي تمتلكه الممرضة أو أخصائية التمريض على وجه التحديد. بتعبير آخر تدعم معرفة الممرضة ومهاراتها ومؤهلات التعليمية والفكرية، إضافة إلى مجموعة الأفكار والممارسات والمعتقدات والتقاليد والقيم التي تعيّن هوية جماعة التمريض - ثقافة التمريض - تأثير الممرضة وتعد مصدراً للقوة تحافظ من خلالها جماعة التمريض على السيطرة وتكتسب المكانة.

وبرغم خضوع الممرضات للمعرفة الطبية بطرق متعددة، فإنهن ينجحن في توجيه المرضى إلى الامتثال للعلاج، ويخلقن لأنفسهن موقعاً أو مركزاً رئيساً في علاقتهن بكل من المرضى والأطباء. وتتحدد الفرضية الرئيسية هنا في أن الممرضات يتمتعن بالقوة، لكن هذه القوة لا تنشأ من طريقة معينة للرعاية. ولكن يوضح هارتفيلد Heartfield أن الملاحظات التي تدونها الممرضات سلبية، وتفتقر إلى

معرفة متميزة. لا يوجد أساس ظاهر للمعرفة التي تدعم ما تفعله الممرضات، ويميزهن عن الأطباء والعاملين الآخرين بالرعاية الصحية. وفي المستشفيات يتم تركيب وتصور التمريض بأسلوب يديم ويبقي على الوضع القائم^(٤٦٩).

وتسعى الممرضات إلى مساواة مهنتهن بمهنة الأطباء. لذا يشاركن في لعبة للقوة أو لعبة اتصالية تلعبها الممرضات مع الأطباء بقصد مضاعفة تأثيرهن في القرارات الإكلينيكية، وسياسات المستشفى. ويشارك الأطباء في هذه اللعبة بقصد المساعدة في حل المآزق المفروضة على الممارسات الاعتيادية اليومية والعلاجات عندما يتشككون في أن الممرضات يعرفن الإجراء أو الفعل الملائم الذي يجب إتيانه. لكن لوحظ أن القاعدة الأساسية لهذه اللعبة هي تجنب الفريقين التحدي والخلاف الصريح بينهما بأي ثمن. وتتعلم الممرضة في هذه اللعبة إظهار المبادرة والإخلاص والرعاية والنصيحة، في الوقت الذي تبدو فيه مذعنة لسلطة الطبيب. وتمارس الممرضات في هذه المواقف صوراً خفية للقوة. والشواهد على ذلك لا تحصى، فمثلاً تقدم الممرضات النصيحة للأطباء بتردد وعلى استحياء. على سبيل المثال قد تشير الممرضات بصوت خفيض، وبصورة غير سافرة، إلى القرارات والتصرفات الطبية التي يتفقن أو لا يتفقن معها: «أكلم الدكتور بهدوء وأحياناً من تحت لتحت... عيان ماشى على antibiotic ٢٠ يوم ودا غلط... الدكتور معاه حالات كثيرة ألفت نظره الـ dose ثلاث أيام فقط.. هو يمشيه عليه ١٥ يوم ودا غلط... ويمكن الدكتور يزعق للعيان أكلمه بالراحة... فيه حاجات برفضها لكن بنفذ اللي عايزه». حتى عندما تشعر الممرضة أن تعليمات الطبيب قد تضر بحالة المريض تعبر عن رفضها بما لا ينتقص من سلطة الطبيب أو سيطرته المهنية أو بما لا يدفع بها إلى صدام أو خلاف مباشر: «بتحصل كتير أكلمه بطريقة معينة أقول رأيي بطريقة أخرى... لو عيان غسيل كلوى... لو ضغطه عالي مينفعش ياخذ محاليل... أقوله بطريقة ذوق وبعيداً عن المرضى.. من خلال

الواقع الموجود الآن لا يمكن أن نبدي أي اعتراض لأنني مليش إنني أتكلم وممكن يقولوا انك مش دكتورة... انصحك... لكن كله بيكبر دماغه». وتلجا الممرضة أحياناً للمراوغة فتسلك بما تظنه حفاظاً على صحة المريض وحماية له، وتجنباً للصدام المفتوح: «إذا شفت إن تعليمات الدكتور ليست في صالح المريض... قد لا أنفذها وأوهمه إنني عملتها... لكن لو كانت تعليمات مكتوبة أنفذها... لكن لو خطأ على كل الأحوال أقوله عملتها فقط أوهمه بالتنفيذ... لا أسعى إلى الصدام والمشاكل».

ومع ذلك تبدو أخصائيات التمريض أكثر صراحة وجراً في التعبير عن الرفض أو القبول لقرارات وتصرفات معينة، أو تعليمات معينة قد تضر بصحة المريض: «بصراحة لازم أقول دايمًا... أعبر عن رفضي لوضع خاطئ... لو رأيت ما يؤذي المريض أكلّم أستاذ الحالة أو المساعد». ومع ذلك تحافظ الممرضة على صورة الطبيب في ذهن المريض أو على رأس المال الرمزي (الهيبة والاحترام) الذي يمتلكه: «بعيد عن المريض ممكن أقوله رأيي وانبه الدكتور». ويأخذ إبداء الرأي أو الرفض صيغة الاقتراح ولفت الانتباه أو التذكير: «أقوله المفروض نعمل كذا... ورأيي كذا... نقاش الفت انتباهه لو العلاج غير مجدي.. اعبر عن رفضي بأسلوب جيد للتذكير فقط». وتحرص أخصائيات التمريض على تنفيذ تعليمات الطبيب حتى لو رفضنها أو اختلفن معها: «أبدي رأيي لكن في الآخر ولو ما استجبش لازم أنفذ تعليماته».

كذلك من الشواهد على تجنب الممرضة التحدي السافر لسيطرة الطبيب، وممارستها الخفية للقوة، أن الممرضة قد تنصح بأسلوب أو اتجاه بديل في علاج المريض لكن مع الإيعاز بأنهن لا يفعلن ذلك بعيداً عن رغبة الأطباء. وتشير أخصائيات التمريض في الرعايات إلى أن خبرة الممرضة ومعرفتها تعطيهما الحق في اقتراح أسلوب أو اتجاه بديل في العلاج، ولكن بطريقة غير مباشرة لا تلمح إلى

حتمية استجابة الطبيب له: «قد اقترح على الدكاترة أشياء معينة... فيه ناس فيه ثقة فيهم معروف إنه هيتصرف صح... قد تتناقش مع الدكتور... توصيفي الوظيفي المفروض لا أكتب علاج... تتكلم وتقول ولكن في كل الأحوال بشكل غير مباشر». وتتمسك أخصائية التمريض بهذا الحق في مواقف معينة، منها أن يكون الطبيب مبتدئاً يتقبل اقتراحاً من هذا النوع: «بتحصل البعض يتقبل خاصة المبتدئ بيكون مش فاهم الـ policy بتاعة المكان... أما القديم فمتمكن من شغله لا يعطيك فرصة للتدخل... المبتدئ يتقبل اقتراح علاج بديل». كذلك عندما تستشعر أخصائية التمريض أن ثمة خطأ ما في أسلوب العلاج المقترح: «لو الدكتور كتب علاج دون مراجعة التاريخ المرضي للمريض لازم أتدخل لأوضح له الحالة». وأخيراً تتدخل الممرضة في أسلوب العلاج عندما يتصل بأمور ذات صبغة تمريضية: «الممرضة تعطى المريض تعليمات معينة... تشرح له وتدربه خاصة في حالة الأمراض المزمنة». ومع ذلك تتخلى أخصائيات التمريض في الأقسام أو الذونات عن هذا الحق بدرجة كبيرة: «ممكن تنصح بذلك حسب طبيعة العلاقة بين الممرضة والدكتور... الدكتور يتحمل نتيجة خطأه... لا يمكن اقتراح أي شيء بديل لازم الدكتور يكتبه لا أتدخل في العلاج إلا بإذن الدكتور».

وتكشف نتائج البحث أن فرصة ومساحة النقاش حول أسلوب أو اتجاه للعلاج تكون محدودة بالنسبة للممرضات مقارنة بأخصائيات التمريض: «ممكن أنصح بطريقة علاج لكن البعض يتضايق ويشوف إنني لازم ما أتكلمش... وممكن يعكس الـ order كنوع من العند في... فرصة النقاش تتاح للـ head nurse فقط وليس لدبلوم التمريض». ومع ذلك قد تقترح الممرضة أمراً على الطبيب إذا شعرت منه تقبلاً لذلك: «ممكن أقول لدكتور وجهة نظري لو حاسة إنه متقبل.... بس لو الدكتور غلس ماليش دعوة هو حر». أو عندما تشعر بأذى

قد يُلم بالمرضى نتيجة أسلوب العلاج الذي يتوخاه الطبيب، مع مراعاة ألا يفضي ذلك إلى صدام مع الطبيب أو انتقاص من سلطته: «لو فيه علاج يعمل حساسية أقوله خلى بالك دا حصل منه حساسية... تعدد أساليب العلاج قد يرهق المرضى... ممكن انصحهم وفي النهاية الرأي رأيته».

وتمارس الممرضة صوراً ظاهرة سافرة للقوة، إلى جانب الممارسات الخفية والمراوغة. يتضح ذلك في ميل بعض الممرضات (دبلوم التمريض) إلى اتخاذ بعض القرارات دون الرجوع إلى الطبيب: «أنا عارفة باعمل إيه... أتصرف لكن لا أؤذي المريض... العيان بول في الساعة ٥٠ سم... أقول للدكتور... ممكن يقول كبرى دماغك وأتصرف أنا اديله merinus بخاخة تقلل البول». من ناحية أخرى تبدي أخصائيات التمريض ميلاً أقل إلى الانفراد باتخاذ قرارات دون الرجوع إلى الطبيب: «لازم ارجع للدكتور لكن أتناقش وأفهم.. فيه سياسة مستشفى ملتزمة بها... العلاج مسئولية الدكتور والممرضة تنفذه». ومع ذلك تميل أخصائيات التمريض إلى الانفراد بقرارات معينة تتصل بأمور تمريضية أو تحتاج إلى التدخل الفوري السريع، أو في حالة انشغال الطبيب: «لو فيه حاجة خاصة بالتمريض أتدخل... آخذ قرار بالنسبة للنursing... سكر عالي أديله انسولين... لكن في الأشياء الكبيرة لا... قرار علاجي لا.. إلا لو حالة معينة... الدكتور مش فاضي... بعض الأحيان خصوصاً في حالات توقف القلب arrest، والقيء في الحالات الطارئة اللي محتاجه تدخل فوري والتي لا تتحمل انتظار المريض ولا تؤذيه.... وفيه حاجات تمريضية ممكن أعملها من غير ما انتظر الدكتور مثل ارتفاع الحرارة أو التشفيط». يبين من ذلك أن ثقافة التمريض، بوصفها ثقافة جماعة مضطهدة، تدفع إلى ممارسة القوة التي تتجسد في الانفراد باتخاذ بعض القرارات. ويكون الميل إلى القوة والتأثير لدى الممرضات الحاصلات على دبلومات التمريض أقوى من مثيله عند أخصائيات التمريض نتيجة قوة شعورهن بالاضطهاد.

نخلص مما سبق إلى وجود أربعة أنماط مثالية للتفاعل بين الممرضات والأطباء في عمليات اتخاذ القرار: الخضوع التام وغير القابل للنقاش: «في الغالب تكون قراراته التي تتعلق بالمريض صائبة لأنه يرجع دائماً للاستشاري حتى بعد اتخاذ القرار». واتخاذ القرار بطريقة غير صريحة (خفية) وغير رسمية، إذ تشير الممرضة إلى أن الطبيب قد يتخذ قراراً خاطئاً أو غير مبرر أو يرتكب أخطاءً تهدد حياة المريض: «عيانة توقفت الدورة الدموية عندها... وهي مريضة كبد... لازمته إيه اركب لها أنبوبة حنجرية... شكلها واضح... مش هاتكمل...»
 له أكلف أهل المريض وليه اصرف علاج بالشيء الفلاني... هو يقول لازم نكون قدام أهل المريضة عملنا كل اللي علينا... فيه دكاترة موتوا حالات بعلاج أو تشخيص خطأ». أما النمط الثالث فهو اتخاذ القرار بطريقة صريحة (ظاهرة) وغير رسمية: «اللي شايفاه صح باعمله»، وأخيراً، اتخاذ القرار بطريقة صريحة ورسمية من جانب الممرضات، خاصة فيما يتعلق بالرعاية التمريضية.
 وبرغم التزام غالبية الممرضات قواعد اللعبة الاتصالية بين الممرضات والأطباء، يقوم بعضهن بمقاومة قوة الأطباء، وينخرطن في تحدٍ سافر لسيطرة الطبيب المهنية يتجسد في تحدي تعليمات الأطباء. ويرجع ذلك إلى أعباء العمل التي تثقل كاهل الممرضة، وثقافة التمريض كجماعة مضطهدة: «قد تتحدى الممرضة أوامر الطبيب لأنها under stress... الممرضة في الرعاية ممكن تشتغل مع حالتين في وقت واحد، ومع اتنين دكاترة، كل واحد ليه أوامر وعندما تخطئ تعاقب». ومن مظاهر تحدي أخصائية التمريض للطبيب إقبال كاهله بأعباء إضافية: «مثلاً تديله report كل شويه عن كل شيء... وتعمل load عليه... وتضغط عليه... تبلغه أول بأول كل شويه». أو أن تصر على إجراءات روتينية لتنفيذ المهمة ترهقه بها: «إذا قالي اعلمي كذا أقوله لازم تكتبلي request». ولكن تحرص أخصائية التمريض على أن لا يتسبب هذا التحدي في الإضرار

بالمريض: «أي حاجة خاصة بالمريض تتنفيذ... حاجات ثانية لا». ومن مظاهر تحدي الممرضة لسيطرة الأطباء المهنية إهمال وتجاهل تعليماته في أحيان كثيرة أو الرفض السافر لتنفيذ تعليماته والمراوغة والتحايل تحدياً لسيطرته وقوته: «حاجاته تتأخر... ولا تهتم بشغله... ممكن يطلب حاجة أرفض أعملها... يتصل بالتليفون يقولي اعملي كذا ما اعملش... لا أنفذ التعليمات ادخل زميلتي وهي تنفذ اللي عايزه». واضح أن الممرضة تخضع لتأثيرات القوة وتمارسها في آن معاً. إذ لا تستقبل القوة بسلبية، ولكن تمارسها وتقاومها أيضاً. وتتشكل ممارسات الممرضة للقوة ومقاومتها بثقافة التمريض.

وتتضح ممارسة الممرضات للقوة في إطار اللعبة الاتصالية بين الممرضة والطبيب في حالة النوب أو الأطباء المبتدئين. فوفقاً لهذه اللعبة تقدم الممرضة تلميحات ماكراة إلى أنها توجه الطبيب المبتدئ، وتقهره أحياناً، في الوقت الذي تحافظ فيه على تصور أن الرعاية توجهها تعليمات الطبيب. ويتعلم الأطباء حديثو التخرج أداء هذه اللعبة أثناء تقدمهم في مجالهم. وتحقق هذه اللعبة بعض الفوائد كاحترام المتبادل. ويؤدي الفشل في اللعب إلى صراعات. وتكشف نتائج البحث أن ثمة مساحة وفرصة أكبر للنقاش والتفاوض وممارسة القوة في مواقف التفاعل التي تجمع بين ممرضة أو أخصائية تمريض وطبيب مبتدئ (نائب). ويرجع ذلك إلى تواجد وحضور النوب فترات طويلة، واحتكاكهم المكثف بجماعة التمريض: «النائب موجود معنا ٢٤ ساعة في الرعاية وعنده وقت سهل إن نسأل ونتناقش ما عدا لو جعان أو نايم متكلميش معاه، أما الاستشاري بيكون مستعجل ووقته لا يسمح». كذلك تشير أخصائيات التمريض إلى أن النوب يسعون إلى فرض سيطرتهم بدرجة أكبر من الاستشاريين. ومنطقي أن تواجه مساعي فرض السيطرة والقوة بمقاومة من نوع ما، ورد فعل معاكس تسعى من خلاله الممرضة إلى التأثير والتمكين أو فرض القوة. بما يؤكد فرضية التلازم

والترافق بين القوة والمقاومة: «الأساتذة أقل من الدكاترة المبتدئين في محاولة فرض السيطرة... المبتدئ يحاول فرض سيطرته أكثر لكن الأستاذ واثق من نفسه لكن المبتدئ لسه». وعدم مراعاة الطبيب لثقافة التمريض كجماعة مضطهدة يوقعه في مجال القوة الخاص بالتمريض.

تلمح أخصائيات التمريض والممرضات إذن إلى دور توجيهي يلعبه في علاقتهن بالأطباء المبتدئين. فيقررن أن الطبيب المبتدئ يفتقر إلى معرفة ببعض الأمور منها الإجراءات الإدارية، وتقع على كاهله أعباء كثيرة. ويدفعه ذلك إلى إتاحة مساحة لنقاش الممرضة بقصد التعلم. وتستغل الممرضة هذه المساحة، وهذا القصور في رأس المال الثقافي في فرض القوة: «المبتدئ يتقبل أكثر وعنده استعداد وبيسأل ويتناقش... ويتكلم علشان عايز يتعلم أكثر معندوش دراية بأمور كثيرة خاصة الأمور الادارية... الطبيب الجديد يكون الشغل معاه أكثر فلازم دايما يسألنا عن الحالة... افهمه وأقوله اعمل كذا... بيسألنا عن الحالة وياه اللي حصل ونتائج التحاليل والأشعة... اعلمه ازاى يتصرف في الأشياء الإدارية أو طلب استشاري أو عمل أشعة أو طلب الأهل... ولو قال حاجة غلط ساعتها ممكن أوجهه». وتلمح الممرضة إلى ممارسة نوع من القهر على الطبيب المبتدئ من قبيل مضاعفة الأعباء الملقاة على عاتقه: «لو الدكتور بيترسم أقرفه... لو فيه خناقات يبقى شغلي وشغلك.. ممكن نثبت الدكتور... أقرفه واستدعيه في كل حاجة». ويبين مما سبق صدق فرضية القوة هي أسلوب الفعل الذي لا يؤثر مباشرة وعلى الفور على الآخرين، ولكنه، بدلا من ذلك، يؤثر على أفعالهم. وهي قدرة على تكوين المجال الممكن لأفعال الآخرين. واضح أن الممرضة تمارس صورا للقوة خفية ومراوغة وأخرى ظاهرة برغم تبعيتها الظاهرة للطبيب. كما تستخدم الممرضة أساليب مأكرة أو مراوغة للتأثير أو

لتوجيه الأطباء إلى قرار معين، وذلك ليس بقصد تقويض سلطتهم، ولكن لتجنب صراع مهني، فلا بد وأن يبدو هذا القرار من صنع الطبيب. وتُكتسب هذه التبعية الظاهرة للطبيب خلال مرحلة التأهيل الطبي والتمريضي. كما أن ممارسة القوة على هذا النحو تحركها ثقافة التمريض التي يغلب على سماتها الشعور بالاضطهاد، وتدفع إلى البحث عن التمكين، وتغيير وضعية الخضوع. يبرهن ذلك على صدق الفرضية ما بعد البنائية التي مؤداها أن القوة مرنة ومتعددة الأوجه تمارس بأشكال مختلفة اعتماداً على السياق. وممارسة الممرضات لأشكال القوة الخفية تعد مثمرة لا قامعة قاهرة سلبية، يبين ذلك من تدخل الممرضات أحياناً لصالح المريض، وحماية له كأن تلفت انتباه الطبيب إلى تضارب أساليب العلاج أو إغفاله للتاريخ المرضي للمريض كما رأينا. كذلك تدفع ممارسة الأطباء للقوة إلى بذل مزيد من الجهد لتغيير الصورة الذهنية للتمريض التماساً للتمكين. واضح كذلك أن الممرضات يتشكلن بالقوة ويخضعن لتأثيرها ويمارسنها.

وعلاوة على ذلك يتضح مما سبق أن القوة مكان تتنافس فيه الممرضات والأطباء والمرضى على رأس المال الرمزي المدرك والمعروف داخل هذا المجال المعين، أي الهيبة وجدارة الاحترام والتقدير والاعتراف، ورأس المال الثقافي، أي رأس مال المعلومات والمعرفة والمهارات. ويشكل رأس المال والمجال أفعال وممارسات الممرضات. ويعمل رأس المال الثقافي كمصدر للقوة، أو كطريقة تحافظ من خلالها الجماعات على السيطرة وتكتسب المكانة. وداخل مجال المستشفى تطغى قوة رأس المال الرمزي والثقافي للطبيب على قوة رأس المال الرمزي والثقافي للممرضة. وتشعر الممرضة برغبة الطبيب الدائمة في التقويض والانتقاص من قوة رأس مالها الرمزي والثقافي، فتواجه ذلك بمقاومة وممارسة لصور من القوة.

طرح سفينسون Svensson مفهوم «حيز التفاوض»، ويقرر أنه في السنوات الأخيرة خلقت التغيرات في سياق الرعاية الصحية «حيزاً» للممرضات للتأثير مباشرة في القرارات المتصلة برعاية المريض، ويضاعف تأثيرهن في المهنة الطبية. ويمكن اعتبار التقسيم اليومي للعمل بين الأطباء والممرضات داخل المستشفى «نظاماً يتم تفاوضه» negotiated order تكون فيه خطوط التحديد أو التمييز عرضة لتغيرات متواصلة ومستمرة. وفي نفس السياق يقبل لاركن Larkin رؤية فريديسون عن هيراركية المهن الصحية، لكنه يؤكد بدرجة أكبر على القوة التي يتم تفاوضها. ويقرر أن فريديسون يصف السيطرة، وليس التوجيه control. والآخر لا يتصل عادة بالقهر والإكراه، ولكن بالقدرة على إدارة العلاقات بالمهن الأخرى بطرق تحافظ على المكانة المرتفعة التي تشغلها المهنة الطبية. ويسلم لاركن بأن المهن المساعدة للمهن الطبية لم تنجح في تحقيق السيطرة على جماعات أخرى، لكنها شقت مواضع مهنية آمنة قادرة على الدفاع عنها. وبرغم أن المهن المساعدة للمهنة الطبية لا تناقش مكانها في الهيراركية القائمة، فإن لديها مجالاً لتفاوض حدود الدور مع المهنة الطبية حتى تطور مركزها النسبي^(٤٧٠).

وتكشف نتائج بحث الجولة اليومية (المرور اليومي) أن علاقات القوة دينامية، ويتم تفاوضها ويعاد تفاوضها بصورة مستمرة بين المشاركين في التفاعلات الطبية. ويتحدد هدف الجولة اليومية في متابعة أحوال المرضى ودرجة وعيهم والاطمئنان عليهم، والتعرف على التاريخ المرضي للمريض، ومدى تحسن الحالة، وإعلام المرضى بالأدوية وما يطرأ عليها من تعديلات إن وجدت، والتشخيص. ومتابعة التحاليل والأشعة والرعاية والخدمة، والإجابة على تساؤلات المرضى والتعرف على مشكلاتهم: «الـ round من أنشطتي اليومية... ضروري التواجد أثناء الـ round لمتابعة تطور الحالات وما يتم تعديله أتابع دائماً... الهدف منها

معرفة مدى تحسن حالة المريض... لكل مريض استشاري ييجى يعدي عليه ويضمن من النائب المقيم على حالته ويسأل المريض عامل إيه لو المريض واعى أو لا يسأل الممرضة... يتعرف على ما إذا كان فيه تعديل بالعلاج، والتاريخ المرضى للمريض لو عنده فيروس سى ولم يبلغنا ولم نعرف إلا أثناء الجولة مع الطبيب... يشوف حالتهم ويأخذ قرارات ويزود العلاج أو المحاليل... يعرف مشكلات المرضى وعلاجاته وتحاليله». وتبدو الممرضة ظاهرياً سلبية، وتابعة أثناء الجولة، تحرص على عدم التدخل، وعدم مقاطعة الطبيب الاستشاري والبقاء صامتة في الخلفية. ولا تعلق على ما يقوله الطبيب أو تجيب على أسئلة إلا إذا طلب منها الطبيب ذلك. وتحرص كذلك على السير خلف الطبيب لا تسبقه إلا إذا كانت ستفتح له الباب: «لو سأل عن شيء كالعلاج أو التحاليل أما غير ذلك أقف لا أعلق ولا أقاطع الدكتور... أكون موجودة للرد فقط على الأسئلة إذا طلب مني الدكتور ذلك... أمشى قدامه لفتح الباب أو وراءه».

وبرغم سلبية الممرضة وتبعيتها الظاهرة أثناء الجولة، تُمارس الممرضة صوراً للقوة الظاهرة والخفية. فالممرضة وإن كانت قابضة في الخلفية أثناء الجولة فإن ذلك لا يعد كافياً لاستنتاج أن الطبيب وحده يتخذ القرارات الخاصة بالمريض. فالممرضة لا تتفق مع الطبيب على ضرورة قيامها بأشياء عدة، كما تلفت انتباهه إلى أمور يغفل عنها حتى وإن كان ذلك بعيداً عن مرأى ومسمع المرضى: «قد يكون الدكتور النباطشى ناسي حاجة... لو فيه حاجة ناسيها الطبيب المرافق أقوله... وقد أوجه انتباهه لأشياء بعيداً عن المرضى... أنت شايف لو عملت كذا يبقى أفضل... بره أقوله الأشعة تتعمل يوم كذا». وهي قد تفتح تقرير المريض على الصفحات التي تريد لفت انتباه الطبيب إليها، وقد تشير بإصبعها إلى جمل معينة في التقرير. كذلك قد تنتزع الممرضة جزءاً من سلطة الخطاب والكلام أمام المريض: «أندخل أحياناً... الدكتور ممكن يقول للمريض لازم تتقلب كل

ساعتين... فيقول أنا تعبان.. ممكن أشرح للمريض أهمية الحاجة دي». .
 وخلال الجولة قد تعترض الممرضة طريق الطبيب بحيث لا يمكنه مغادرة غرفة
 المريض قبل أن ترضيها المعلومة التي قدمها للمريض، ويمكن أن تقول للمريض:
 «عنك حاجة تانية تسألها للدكتور.. مش كذا؟... ممكن ينسى أحد المرضى
 أنبهه وأقوله فلان كان عايز حاجة... أنا أفيد الطبيب أثناء المرور» .

وهناك صور للممارسات الخفية للقوة أثناء أو بعد الجولة اليومية. والشاهد
 على ذلك عندما تشعر الممرضة أن المعلومة التي يقدمها الطبيب للمريض أثناء
 الجولة غير كافية وغير مرضية للمريض، تعتمد إلى توضيح المعلومات التي
 يقدمها الطبيب، وترجمة بعض المصطلحات اللاتينية التي يتلفظ بها أثناء الجولة،
 والإنصات إلى رأي المريض فيما ذكر. بتعبير آخر تلعب الممرضة دور المترجم
 وقناة الاتصال بين الطبيب والمريض: «يرد الاستشاري على المريض بس
 باختصار... الدكتور ممكن يكون مستعجل بعد المرور أوضح للمريض إن
 الدكتور كان يقصد كذا... لو أنا متأكدة من معلوماتي ممكن أشرحه اللي
 هو عايزه ولكن لو مش متأكدة أقوله هسألك وأقولك... بعد أن ينتهي
 الطبيب أرجع للمريض أقوله إيه رأيك في اللي قاله الدكتور لو عملت كذا
 يبقى كويس.... وأناقصه في المعلومة... أقرب حاجة للمريض هو
 التمريض». . وعندما يكون الطبيب حديثا يكون التفاوض بينه وبين الممرضة
 متوقعا، فقد يتفق مع الممرضة. وإذا لم تتوصل الممرضة إلى اتفاق فإنها تتوجه
 إلى مديرة التمريض بحثاً عن الدعم والقوة: «نعم أتدخل واساهم بالرأي مع
 بعض الأطباء الجدد أكثر». . وهكذا يعد الاتصال اللفظي للأطباء والاتصال غير
 اللفظي للممرضات أجزاء هامة من خطابات القوة التي تتحكم في المجال
 الاجتماعي الذي تتم فيه الجولة^(٤٧).

نخلص مما سبق إلى أن علاقات القوة تفاوضية، ومتعددة الأوجه، وتُمارس بأشكال مختلفة. ولا يمثل التفاوض بين الممرضات والأطباء مسألة تتعلق بالأخذ والعطاء أو التفاوض الدبلوماسي. ولكن تتعلق العمليات المتواصلة للتفاوض من خلال وسائل خطابات القوة بالوصول إلى رأس المال الرمزي المدرك والمتعارف عليه داخل المجال^(٤٧٢). وتتراوح علاقات القوة بين الممارسة الخفية والمقنّعة للقوة إلى التحدي السافر لسلطة وسيطرة الأطباء. وتؤكد نتائج الدراسة الأثنوجرافية صحة وصدق فرضيات النظرية ما بعد البنائية التي تؤثر على أن القوة تُمارس عن طريق تنظيم يشبه الشبكة، لا يدور الأفراد فقط بين خيوطه، ولكن يكونون أيضاً في موضع الخضوع للقوة وممارستها. والأفراد هم نتاج للقوة أو أحد مظاهرها، يتشكلون بها وهم أدواتها في نفس الوقت، وليسوا مجالات تطبيقها، يخضعون لتأثيراتها ويمارسونها في آن معاً. ويؤدي الفعل الفردي دوراً مهماً في إعادة إنتاج واستعمال علاقات القوة.

وتكشف نتائج البحث عن الممرضات اللاتي لا يعتبرن مستقبلات سلبيات للقوة، لكنهن يمارسن القوة، ويبدين مقاومة تتخذ أشكالاً ظاهرة وأخرى خفية أو كامنة كما رأينا. وتتشكل مقاومة الممرضات للسيطرة المهنية للأطباء بثقافة التمريض التي تدفع إلى التخلص من الشعور بالاضطهاد، والبحث عن حرية الإرادة وتوكيد الذات والتمكين، وربما السيطرة. ففي رأي فوكو تظهر علاقات القوة بين ذوات حرة قادرة على المقاومة، وممارسة قوى مضادة باعتبارها، في غياب هذه الحرية، علاقات سيطرة بدلا من كونها علاقات قوة. وهكذا فالحديث عن القوة يعني بالضرورة الحديث عن صور المقاومة، وذلك نظراً لأن القوة تحتاج إلى المقاومة باعتبارها أحد ظروفها العملية الأساسية^(٤٧٣). وتتفق هذه النتيجة التي خلص إليها البحث مع نتائج كثرة من بحوث ثقافة العمل التي خلصت إلى أن النساء يوظفن عدداً متنوعاً من الإستراتيجيات لمقاومة ثقافة التنظيم التي يسيطر عليها الذكور.

وتمثل ثقافة العمل الخاصة بالنساء الأيديولوجيا، والشعائر، والممارسات التي من خلالها تصوغ النساء عالماً مستقلاً نسبياً في عملهن. ويطورن معايير غير رسمية فيما بينهن، وسيطرة على معنى وطابع عملهن^(٤٧٤).

الممرضة والمريض:

توجد خبرات مثل المرض والألم كوقائع أو موجودات بيولوجية، لكنها تكتسب معنى، ومن ثم تُفهم وتتم الخبرة بها، عن طريق العمليات الثقافية والاجتماعية^(٤٧٥). ويختلف الأفراد في استجاباتهم للمرض، والميلاد، والوفاة، والعجز، والانتقالات أو التحولات الارتقائية developmental، والعلاج، ودخول المستشفى. ويمكن اقتفاء جانب كبير من هذا الاختلاف أو التباين في اختلافات السياقات الاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها الناس^(٤٧٦). ويجلب المريض إلى المستشفى سمات الثقافة التي تحتضنه فتتفاعل مع سمات ثقافة التمريض. وعندما يلتقي مريض وممرضة يشكلان ويخلقان أبنية ثقافية متعددة الأبعاد. وتشكل التفاعلات بين التمريض والمريض ساحة للتفاعل الذي ينضوي على هيمنة وممارسة للقوة. ويقع هذا التفاعل في قلب علاقة الرعاية^(٤٧٧).

وتعد العلاقة بين الممرضة والمريض ذات أهمية كبيرة للرعاية الطبية. وتعتبر الممرضة نفسها أقرب إلى المريض من الطبيب تلازمه طوال الوقت، وترعاه رعاية مباشرة، تبادل الحديث، وتبسط له التشخيص وأسلوب العلاج، تكون موضع ثقة المريض وذويه، تعامله بلطف وطيبة، تمنحه الأمل، وتخفف عنه آلامه البدنية والنفسية، وتكتم أسرارهم: «أنا موجودة بجواره ٢٤ ساعة وحاسه بيه أكثر من الدكتور وأعرف أكثر». وعند العناية بالأفراد والأسر يتعين على الممرضة أن تتعرف على الكثير عن مرضاهم، المرض، العمر، النوع، أساليب الحياة، القيم، التعليم، المهنة، المكانة الاجتماعية، المسؤوليات الأسرية، والمعاني التي يخلعها

المرضى على مرضهم. معنى ذلك أن الممرضة تمتلك معرفة تامة ومتعمقة بالمرضى. وتؤمن أخصائيات التمريض والممرضات بأن معرفتهن وخبرتهن تشكل فارقاً في علاج المريض فهي واعية بمشكلات المريض، وحريصة على تنفيذ البرنامج العلاجي بكل دقة، وبما يتفق مع وثيقة حقوق المريض (ملحق رقم ٣): «خبرة الممرضة هامة في العلاج وأساسية... عندي خبرة كبيرة ومعلومات أقدر أقدم خدمة رعاية أفضل للمريض... يأخذ علاجه في مواعيده خاصة في حالات القلب والسكر».

وهكذا تعتبر الممرضة نفسها الأقرب إلى المريض، ومع ذلك ينال الطبيب احترام المريض وذويه بدرجة أكبر من الممرضة: «بشكل عام الطبيب أهم في رأي المريض وأهله... لكن أحياناً الممرضة الشاطرة يحبها المريض، ويعاملها بكل احترام، ويشعر بقيمتها، ويسأل عنها لو غابت أو في إجازة». يدفع ذلك الصراع إلى السيطرة المهنية أو رأس المال الرمزي الممرضة أحياناً إلى ممارسة القوة على المريض من خلال التلاعب بمعلومات عن علاج أو أسلوب علاجي معين، وذلك بقصد انتزاع مزيد من الاحترام أو رأس المال الرمزي الذي يناله الطبيب، فتقول مثلاً: «على فكرة العلاج اللي كاتبه الدكتور يعني أي كلام» أو «أنا حاسه إن العلاج دا مش كويس والرأي ليك».

وتؤكد نتائج البحث صدق الفرضية ما بعد البنائية التي مؤداها أن الفرد يخضع للقوة، ويمارسها في آن معاً. وهنا تخضع الممرضة والمريض على السواء للقوة. إذ تتاح لهما إمكانيات محدودة للغاية لاختيار أي شيء. كما يتعين على المرضى الانصياع للقواعد المؤسسية، وعلى الممرضات تقديم خدمات بالغة التحديد والتقنين لا يتاح فيها سوى مجال محدود للتجديد والفردية. كذلك تتقيد الممرضات بطرق متعددة بعلاقات القوة التنظيمية التي يشعرون فيها بالضعف والافتقار إلى القوة، مثل مرضاهم^(٤٧٨).

ومع ذلك تمارس الممرضة قوة هائلة في علاقتها بالمرضى وكبار السن والأطفال والمعوقين الذين يفتقرون إلى القوة كلية. ويقسم البعض هذه القوة إلى قوة فيزيقية، وعقلية، واقتصادية^(٤٧٩). وتكشف الدراسات التي تتناول التفاعلات بين الممرضات والمرضى أنها تدعم الأبنية الهريراركية في المجتمع الأوسع، وذلك من خلال: (١) التأكيد على ضرورة امتثال المريض لحكم المتخصص. (٢) توجيه انتباه المريض إلى الأسباب المباشرة للمرض (كالتدخين والتغذية)، وبعيداً عن العوامل البنائية (كضغوط العمل على سبيل المثال)^(٤٨٠). وتُقسم القوة في هذا البحث إلى قوة فيزيقية ظاهرة، وأخرى خفية كامنة. وتعد هذه القوة ضرورية للحفاظ على استمرارية التمريض كجماعة ثقافية صارمة.

وتكشف نتائج البحث أن علاقات القوة بين الممرضات والمرضى والأسر تميل إلى تأكيد الامتثال والإذعان للعلاج الطبي. ويتيح خطاب الامتثال والإذعان للممرضات تحقيق السيطرة عن طريق الطاعة والإذعان. وتمارس الممرضة قوة ظاهرة تتمثل في القوة اللفظية (العنف اللفظي - التعنيف على سبيل المثال)، والقوة الفيزيقية (تقييده، وشل حركته على سبيل المثال). وترى الممرضة أن من واجبها أحياناً ممارسة القوة على المريض، وإجباره على تنفيذ التعليمات. وتبرر الممرضة ممارسة القوة على هذا النحو، بأن هدفها هو منع المريض من إلحاق الأذى بنفسه خاصة أن المريض يكون في أحيان كثيرة متهيجاً، وغير واع، ورافضاً لمرضه: «المريض ممكن يكون مزعج وعدواني aggressive... أحاول إقناعه، ولكن أكون حادة معه أحياناً لأنه ممكن يؤذي نفسه... ممكن يجرح نفسه بأسطورة أو يشد حاجات تجرحه أو يشد الأنبوبة من بقه أو يشد الماسك أو يصصر على عقد يديه أو يعمل حاجة تأذيه... لو يتكلم يزعق ويشتم... ممكن يطلب حاجات كثيرة... وفيه مريض يبقى متهيج... نربطه أو نتعامل معاه بقوة... أنشطة المريض لازم تكون limited لازم قيود عليه». كذلك تبرر الممرضة ممارسة القوة

بأن المريض يرفض أحيانا تنفيذ الرعاية وخطة العلاج، وأن عدم امتثال المرضى لتعليمات الممرضة يحرمهم من الحصول على رعاية جيدة: «فيه مرضى يرفضون العلاج لقضائهم وقتاً أطول في المكان... وأحيانا يرفضون تغيير الكانيولات (أسطرة الوريد) أو عمل عناية تمريضية مثل اخذ حمام ماء أو تغيير ملا بسه عند اتساخها... لو المريض غير واعي ومتهيج agitation فقط لازم ازعق معاه وأنفذ الرعاية حتى لو رفض المريض.. أما لو واعي افهمه ولو رفض ابليج الدكتور المسئول».

وتكشف نتائج البحث أن إدارة التمريض وإدارة المستشفى تتشكى من إفراط بعض الممرضات في ممارسة القوة بلا داعٍ. وينسحب ذلك بدرجة كبيرة على الممرضات (دبلومات التمريض) ربما لتفانٍ شعورهن بالاضطهاد، هذا الشعور الذي يشكل جزءاً من ثقافة التمريض: «ممكن تكون الممرضة حادة و aggressive بلا داعٍ... البعض ممكن يتعامل مع المريض بعنف مبالغ فيه، والإدارة احتارت معاهم». وتشمل ممارسة الممرضة للقوة المروعة وخداع المريض أحيانا: «لا أعامله بحدة في الغالب... أتحايل على أسلوبه... مثلاً لو هو مُصر على اخذ مسكن أوهمه إني باديله مسكن وأديله أنبول فيه فاضي... لازم نعذر المريض ونحط نفسنا مكانه.. قد لا يتحمل الألم».

وتكشف نتائج البحث أن الممرضات يمارسن الكثير من السيطرة على تفاعلاتهن مع المرضى، ويستخدمن الأدوات اللغوية لتحقيق ذلك. ويتضمن هذا النمط من التفاعلات الممارسة الصريحة للقوة عن طريق اللغة. إذ يؤمر المريض بفعل أشياء معينة، ويمنع من فعل أخرى «ماذا فعلت» «ما الأمر»، وهكذا. وعلى النقيض من القوة الصريحة، يتضمن الإقناع جعل المرضى يفعلون أشياء معينة دون اللجوء إلى الأوامر المباشرة: «افهم المريض واشرح له في البداية... أحيانا عندما تناقشه قد يستجيب». وتتحقق هنا فرضية ما بعد بنائية مؤداها أنه يتم

إضفاء الشرعية على خضوع المفتقرين إلى القوة عن طريق اللغة، وما يرتبط بها من رموز القوة (الخطاب). وقد تبين في موضع سابق أن الخطاب يمثل نسق المعرفة أو نسق معرفي يحدد حدود التفكير والفعل أو السلوك. إذ تحدد القواعد الخطابية ما يمكن معرفته، وربما ما يمكن إدراكه وفهمه، وما نفعله وما نعتقد ونفكر فيه، ومن يمكنه أن يتكلم ويسيطر. ومن هذه القواعد: الاستبعاد والتصنيف والنظام. وهنا تصنف الممرضات المرضى إلى مزعج وغير ملتزم، ومطيع: «المريض المزعج هو اللي طالباته كثير، ويطلب حاجات ملهاش لازمة... ولا يتقبل العلاج... وغير ملتزم بنظام الدور والعلاج... عايز اخرج... أحاول تهدئته». وينضوي خطاب وصف وتصنيف المريض بأنه مزعج على قوة. وهكذا يرتبط الخطاب بعلاقات القوة، ويوجد متجذراً في القوة. وأن القوة تُمارس عن طريق الخطاب.

واضح أن الممرضة تُمارس قوة انضباطية - على حد تعبير فوكو - عن طريق عملية تطبيع الحكم *normalizing judgement*، بمعنى الحكم على شيء أو شخص ومقارنته بمعايير معينة. ويعتبر تطبيع الحكم متعدد الاتجاهات، فالأحكام لا تصدر من أعلى إلى أسفل (كما تشير نظرية التنظيم على سبيل المثال)، ولكن الملاحظ والملاحظ يصبحون ضحايا تطبيع الأحكام. وما يعنيه ذلك في الممارسة أنه في حين تصدر الممرضات أحكاماً على المرضى، تكن في نفس الوقت تحت الملاحظة الفاحصة للمديرين، وممرضات أخريات، ومرضى، وأنفسهن أيضاً^(٤٨١).

إن الثقافة تحدد الحقوق والالتزامات. وللمرضى حقوق معينة تطبق بصرف النظر عن السياق الذي يتم فيه تقديم الرعاية. ومن هذه الحقوق: المعاملة بكرامة واحترام، اتخاذ قرارات تتعلق برعايتهم، والمشاركة بإيجابية في عملية العلاج^(٤٨٢). وتأخذ الرعاية التي يقدمها التمريض في الاعتبار الرغبات والتوقعات الشخصية

للمرضى، وتفرض أن يشارك كل المرضى في اتخاذ القرارات التي تتعلق برعايتهم صحياً. وفي هذا الموقف يمكن النظر إلى ممارسة الممرضات للقوة على ضوء مصطلحات إيجابية. وتظهر المشكلات عندما يُنظر إلى المرضى باعتبارهم متلقين سلبيين للرعاية، وغير قادرين على المشاركة في عملية اتخاذ القرار. وفي هذه المواقف تمارس الممرضات القوة من خلال اتخاذ قرارات نيابة عن المرضى، وفي حالات متطرفة عن طريق ممارسة القوة الفيزيائية^(٤٨٣).

وتكشف النتائج أن الممرضات يعتقدن بضرورة إشراك المرضى في الرعاية، ويتطلب ذلك منح المرضى معلومات، وإشراكهم في قوى أو سلطات صنع قرارات تتعلق بعلاجهم ورعايتهم، مثل الموافقة على إجراء العمليات الجراحية، وبعض الفحوص الطبية: «المريض لازم يكون فاهم حالته ودايما يشارك في علاجه وفي اتخاذ القرار... ممكن لو عنده مرض يتعارض مع العلاج يبلغ الدكتور به... أحاول بقدر الإمكان أعرف مشكلاته». ومع ذلك ثمة تناقض بين اعتقاد الممرضات وسلوكهن من هذه الناحية. فقد كشف البحث أنه باستثناء عدد قليل من المبحوثات، بدت غالبية الممرضات غير راغبات في مشاركة قوى صنع القرار التي يمتلكنها. خلق ذلك موقف عدم توازن أو عدم تكافؤ القوة ناتج عن سلوك الممرضات بطريقة تشي بأنهن «تعرفن أفضل»، وأن المرضى يفتقرون إلى المعرفة الطبية، ومن ثم تصر الممرضات على الحفاظ على قوتهن وسيطرتهم. وتكشف النتائج عن أنه إذا كان على الممرضات والمرضى العمل كشركاء فإن من المهم أن يبذلن جميع الجهود لمساواة عدم توازن القوة. الطريقة الوحيدة لفعل ذلك هي مشاركة الممرضات للمعلومات ومنحها للمرضى وفتح قنوات الاتصال معهم. وتمارس الممرضة ما يعرف بالقوة الانضباطية في علاقتها بالمرضى، وذلك عن طريق عمليات من أهمها الملاحظة الهيراركية والفحص. وتتعلق الملاحظة

الهيكلية يكون المريض خاضعاً للملاحظة والملاحظة ولنظرة محدقة مستمرة. هذه الملاحظة (النظرة) تتخذ في رأي فوكو شكلين رئيسيين: سافر واضح، وحذر صامت. الشكل السافر يمكن رؤيته في التسجيل والتوثيق الصريح عن طريق وسائل كالسجلات الطبية وسجلات المواليد والوفيات. ويوصف هذا الشكل بأنه سافر صريح لأن الأفراد يكونون عادة على وعي بأن الملاحظة أو التسجيل قد حدث. ويعتبر قيام الممرضة بكتابة ملاحظات أو توثيق لحالة المريض مظهراً من مظاهر علاقات القوة. كما أن ملكية أو خاصية الخطاب - الحق في الكلام والقدرة على فهم والوصول إلى مجموعة من العبارات - statements تكون قاصرة على جماعات معينة في المجتمع، كالممرضات اللاتي يظهرن أهمية نشاطهن المهني عن طريق إنتاج معلومات منظمة عن جسد المريض: «الملاحظات التي يسجلها عن حالة المريض مهمة جداً للعلاج.. بسجل العلامات الحيوية... العلاج... تغذية المريض... الأحوال... ولو مر عليه استشاري يكتب بالأحوال.. لو عمل سحب عينة شريانية... لو على جهاز التنفس الصناعي... الغيار على المريض... التشفيط... كمية السوائل الداخلة والخارجة... بعض التحاليل تدون مثل السكر... رسم القلب.. كمية البول... لو فيه أنابيب متوصلة لازم تتسجل الكمية الخارجة والغازات بالدم تدون... أي علامات تظهر على المريض تدون بالساعة والوقت... أي نوع من الرعاية يكتب بالأحوال».

كذلك تتخذ الملاحظة الهيكلية شكلاً حذراً صامتاً يخضع له أفراد لا يعون النظرة المحدقة بدرجة كبيرة. وفي وحدات الرعاية المركزة يخضع المرضى للملاحظة الإكلينيكية، والمراقبة المستمرة. وتملي «ملاحظة التمريض» nursing gaze أساليب معينة للملاحظة والتسجيل وإجراءات للبحث والتقصي. وهكذا تشارك الممرضة في بناء أداة متطورة لمراقبة وملاحظة المريض بصورة مستمرة، ومن ثم تكون قادرة على إنتاج خطاب نيابة عن المريض. واضح

أن الملاحظة والفحص الإكلينيكي يمثل أحد أدوات القوة الانضباطية التي يخضع فيها المرضى لممارسة القوة^(٤٨٤).

برغم أن بعد القوة المتأصل في العلاقة يشكل عائقاً أمام الاتصال المفتوح والهادف بين الممرضات والمرض، فإنها في السياق الإكلينيكي، وعندما تُمارس على المرض، لا تكون قوة قامعة قاهرة وسلبية على الدوام، كما أنها لا تُقلص الحرية وتقيّد الأفراد بلا مبرر، ولكن لتنفيذ البرنامج العلاجي، ومن ثم تكون منتجة مثمرة.

جماعة التمريض:

الثقافة مجال للصراع والنزاع والتنافر والتناقض، ومنطقة مهمة لإعادة إنتاج تفاوتات القوة. ينسحب ذلك على ثقافة التمريض. ويعد التفاعل التعاوني بين الممرضات جزءاً من الثقافة المهنية^(٤٨٥). ويتبدى في هذا التفاعل ممارسة للقوة داخل جماعة التمريض، خاصة بين قائدات التمريض والممرضات، وبين أخصائيات التمريض والممرضات، وبين قدامى الممرضات وحديثات التعيين.

ويمكن تعريف القيادة في التمريض بأنها العملية التي من خلالها ييسر شخص معين، ممرضة، أفعال الآخرين في تحديد وتحقيق الأهداف. واستناداً إلى هذا التعريف يمكن أن تكون الممرضات، في أدوار مختلفة، قائدات. ويمكن لإحدى عضوات هيئة التمريض تيسير أفعال الآخرين عندما تعمل الممرضة مع جماعة معينة لتعيين وتحقيق أهداف الجماعة. والقائدة باعتبارها الصلة بين جماعة التمريض والنظم التي تتفاعل معها جماعة التمريض، ينبغي أن تكون على دراية بنقاط القوة والمناطق التي تحتاج إلى تطوير^(٤٨٦). بما يعني أن قائدات التمريض يدعمن قوة الممرضات. هذا من الناحية المثالية، لكن نتائج الدراسة الأثنوجرافية تكشف عن ممارسة قائدات التمريض القوة القاهرة على الممرضات: «إدارة التمريض تسيء معاملتنا ومحملنا فوق طاقتنا». وتفسر ممارسة قائدات

التمريض للقوة على هذا النحو بأن الممرضة قد تكون مديرة، مقدمة رعاية ماهرة، وخبيرة علاقات إنسانية، ومفاوضة، وهلم جرا. وكل دور تتحدد له مهام مختلفة تتطلب توجهات مختلفة قد تسبب الصراع.

وتكشف النتائج أنه إلى جانب ممارسة إدارة التمريض للقوة على الممرضات هناك مصدر آخر لممارسة القوة والصراع يتبدى في العلاقات داخل جماعة التمريض بين أخصائيات التمريض والممرضات. وفي هذا الصدد تلمح أخصائيات التمريض إلى ضرورة التزام الممرضات بتنفيذ تعليماتهن، وذلك بالنظر إلى اعتبارات التدرج الوظيفي، وقصور المعرفة لديهن مقارنة بالأخصائيات: «كل واحد حسب درجته ودوره... لازم الممرضة الدبلوم الصغيرة تسأل اللي أكبر منها وتلجأ إليها... بكالوريوس تمريض حديثة لديها تأثير عن الدبلوم القديمة علشان الدبلوم معلوماتهم أقل». وينتج الصراع في رأي أخصائيات التمريض عن شعور الممرضات بقصور معرفي إذا جاز التعبير، وتصور ثقافي خاطئ يشي بأن أخصائية التمريض لا تكثرث إلا بفرض السيطرة على الممرضة وقهرها: «الممرضة حاسة إنها أقل... حتى لو قديمة تحاول تعمل إنها أخطر من الأخصائية... ودايما حاسه إن تعليماتي ليها فرض سيطرة... واني دايما واخده حقها... محدش بيحب حد أكبر منه». وتؤشر أخصائيات التمريض على أن هذا التصور يدفع الممرضة في أحيان كثيرة إلى مقاومة التعليمات وما تظنه قوة تُمارس عليها. يتضح ذلك على وجه الخصوص عند توزيع وتقسيم العمل: «ممكن أقولها عملي حاجة طلعي العلاج مثلا تقولي مش اختصاصي... بتعمل مشاكل علشان توزيع العمل والأدوار الـ roaster شهرياً». ومن جانبها تؤثر الممرضة على أن ثمة تمييزاً تحظى به أخصائية التمريض التي تمنح في ممارسة القوة على الممرضة والاستعلاء عليها: «فيه تمييز من ناحية المرتب والمعاملة من الإدارة... المشرفات بيحسوسوكي بتأمر وتعالى... فيه

اللي بتترسم... حاطه في دماغها إنها بكالوريوس... لو ما اخدتش حقوقي في الجدول اشتكيها لمشرفة الدور وفيه مديرة التمريض». وتؤشر بعض الممرضات على أن أخصائيات التمريض لا يكثرن سوى باستعراض معرفتهن ومهاراتهن، في حين تكثرث الممرضة بالمريض وتحسن حالته فقط: «الدبلوم يفرض سيطرته علشان مصلحة المريض... بكالوريوس علشان يبين شطارته». واضح أن الصراع بين أخصائيات التمريض والممرضات ناتج عن التمييز، والمكافآت غير المتكافئة، والتصورات الثقافية الخاطئة والمتناقضة داخل جماعة التمريض. إذن الثقافة قوة في جوهرها، توجد مطمورة كلية في علاقات القوة التي تمثل تعبيرات عن الثقافة أو تجسيدات لها.

وتتضح ممارسات القوة داخل جماعة التمريض في العلاقة بين قدامى الممرضات، وحديثات التعيين. إذ تسعى الممرضات القدامى للخبرات إلى ممارسة القوة على حديثات التعيين مدعومات بالإدارة: «الممرضات القدامى أقوى وليها كلمة عند الإدارة... الأقدم تُراعى في توزيع الأعمال». وتؤشر قدامى الممرضات على وجوب أن تظل الحديثات في احتياج إليهن وأن ينفذن تعليماتهن: «الممرضة الأقدم شايعة إن الأصغر لازم تفضل محتاجة ليها وتسمع كلامها... بتبقى بنت امبارح وتقول مش هاعمل كذا وأحاسبها». وتؤكد قدامى الممرضات على أن الخبرة تمنح قوة وامتيازات، وتوفر رعاية ناجعة للمريض: «الخبرة تجعل الممرضة تفرض سيطرتها... الإنسان أقوى بالخبرة... ممكن يدي أوامر... ولازم يكون لها امتيازات أكبر... نعم الممرضة الشاطرة ذات خبرة جيدة، رعايتها للمريض أفضل وتساعد في تحسن الحالة بسرعة أما اللي خبرتها أقل متعرفش بعض الأمور إزاي تتصرف ولازم ترجع لينا... القديم هو اللي بيعرف يمسك الإشراف مش واحدة بكالوريوس جديدة».

واضح أن الصراع الماثل داخل جماعة التمريض ناتج عن التنافس على المكافآت المادية والمرضى والمراكز أو المكانة. ويمثل هذا الصراع صراعاً على رأس المال الرمزي بوصفه رأس مال للاعتراف والتقدير والاحترام، وباعتباره قوة: «دائماً فيه مين يكون أقرب إلى الإدارة... مين يكون أقرب إلى المرضى علشان يشعروا بقيمتهم». حيث يعتبر التمريض مجالاً فرعياً للقوة داخل مجال المستشفى، أي شبكة من العلاقات الموضوعية القائمة بين المراكز التي تشغلها الممرضات داخل أنساق بنائية وتنظيمية معينة. ويتحدد كل مركز من خلال علاقته الموضوعية بمراكز أخرى. وتتوزع الممرضات داخل المجال، بحسب مقدار رأس المال الذي تمتلكه.

نخلص من كل ما سبق إلى أن ثقافة التمريض تشكل ممارسات القوة داخل السياق الإكلينيكي. وأن الثقافة توجد مطمورة كلية في علاقات القوة. ذلك أن الثقافات الفرعية داخل المستشفى ومنها ثقافة التمريض توجد مستغرقة كلية في القوة التي تتخلل كل تفاعل إنساني، وبنية الحياة اليومية، والمناشط الروتينية. وتوجد القوة مشتتة وموزعة، ومتعددة الأوجه، ومرنة. وهي متغيرة، لذلك تُمارس بأشكال مختلفة اعتماداً على السياق حسبما تؤكد النظرية ما بعد البنائية.

المبحث الثالث: المعرفة والقوة:

تتألف ثقافة مجتمع أو جماعة معينة في رأي جودنف Goodenough من «كل ما يجب على الفرد معرفته أو الإيمان به حتى يسلك بأسلوب مقبول لدى أفراد هذا المجتمع». والثقافة هي نسق تصوري - أي نسق من المعرفة والمفاهيم^(٤٨٧). والمعرفة هي جزء لا يتجزأ من ثقافة التمريض أُستمدج وصار ذا قوة انفعالية وتوجيهية. وتعمل المعارف وتصبح فاعلة عن طريق جماعات مهنية متخصصة من الممرضات ومقدمي المساعدة والمعالجين، ونستدمجها نحن باعتبارها وقائع أو

حقائق ذاتية^(٤٨٨). وفي هذا الصدد عمد فوكو إلى تعديل فرضية بيكون Bacon التي مؤداها أن المعرفة قوة، وحاجج بأن جماعات متميزة في المجتمع (الطب والقانون مثلاً) قد اختلقت معرفتها الخاصة بقصد إضفاء الشرعية على قوتها ومضاعفتها. وما تلمح إليه هذه الجماعات بقوة أن معرفتها هي «الحقيقة». ونشر هذه الحقيقة عبر مؤسسات المجتمع يدعم هيبة هذه الجماعات^(٤٨٩). إذن ما يعتبر حقيقة هو نتاج لعلاقات القوة، ومن ثم فالحقيقة غير محايدة على الإطلاق، ولكنها تحقق دوماً مصالح شخص أو جماعة معينة. كما أن جميع المعارف هي حتماً نواتج لعلاقات القوة وعرضة للتغير أكثر من كونها ثابتة.

والتمريض كنظام ينتج المعرفة وينشرها كوسائل لتدعيم أساليب الحياة الصحية أو التعامل والتوافق مع المرض. على سبيل المثال، في برامج الوقاية والعلاج تبدي الممرضات رأيهن في عادات الطعام والشراب، التمارين والعادات الصحية، ويتوقعن الامتثال لنصائحهن. وهكذا يمكن أن تمثل الرعاية الصحية خبرة الخضوع لسيطرة المعرفة العلمية، وفرصة للحياة بصحة جيدة. ويقرر فوكو ضرورة فحص تأثيرات إنتاج المتخصص للمعرفة، ونشره الخطابات، وقيامه بممارسات^(٤٩٠). وتعد المعرفة التي يمتلكها المتخصصون قوة، ومسؤولية الجماعة (جماعة التمريض مثلاً) أن تتأكد من أن القوة التي اكتسبتها عن طريق العمل لا تُقوّض ولا تتبدد في أيدي جماعات متخصصة أخرى^(٤٩١).

واضح أن المعرفة تفرز قوة من نوع ما. ومن غير الممكن أن تُمارس القوة بدون معرفة، ومن المستحيل ألا تولّد المعرفة قوة. وهنا يشير فوكو إلى أن المعرفة تتولد عن طريق القوة، وهي العنصر الجوهرى في الممارسات الصغرى micro أي الممارسات التي تتم داخل المستشفى على مستوى جناح المستشفى أو العنبر، وكذلك على مستوى الفرد، أي أن هذه الممارسات مركزية في تطور المعرفة^(٤٩٢).

وقد تبين في موضع سابق أن المستشفى مجال ثقافي أو مجال للقوة. ويعتبر المجال جماعة من البشر (الممرضات والأطباء). وعن طريق التضامن الرمزي والاجتماعي يستخدم أفراد هذه الجماعة القيم والرموز وأشكال السلوك كعلامات على الزمالة والاشتراك في المصلحة fellowship، ويرسخون أهدافاً مشتركة لما يستأهل ويستحق النضال من أجله. وداخل المجال، تسعى الممرضات والأطباء باستمرار إلى السيطرة على المعرفة والخواص أو الصفات (رأس المال الرمزي) التي تتيح الوصول إلى مجالاتهم الخاصة والمعينة. وفي الاتصال بين الممرضات والأطباء والمرضى، تتفاعل خطابات مختلفة للقوة. ويمكن اعتبار خطابات القوة تلك وسائل للوصول إلى رأس المال الرمزي. ويقرر البعض، بما يتفق مع الرؤية الفوكوية، أن القوة في سياق المواجهة الطبية ليست كياناً موحداً متكاملًا، وليست شيئاً قمعيًا كابتاً فقط، ولكنها شيئاً بناءً، يحقق التمكين، وينتج الذاتية والمعرفة^(٤٩٣).

إن المعرفة العلمية والخطابات البيولوجية عن الجسد والصحة والمرض تنتجها المصالح الذاتية والمحددة تاريخياً، وتكون عرضة للتغير وإعادة التأويل. ويعتبر فوكو الوجود البيولوجي حدثاً سياسياً. ذلك أن الأفراد والجماعات تحكمهم وتسيطر عليهم مجموعة من أساليب أو تقنيات القوة التي تضبط الجسد، وتنظمه، وتحقق تكامله في الحياة الاجتماعية. وتحدث السيطرة على الفرد والجسد الاجتماعي وتوجيهه في أماكن ومستويات عديدة في المجتمع، وتعتبر الضوابط أو النظم في مجال الصحة موضعاً متميزاً لإدارة المجتمع^(٤٩٤).

وتمثل المعرفة الطبية منظوراً سلطوياً. ويمكن تعريف القوة التي يمارسها الطبيب بأنها قوة الخبير expert power^(٤٩٥) الذي يمتلك مكانة اجتماعية قوية نظراً لمعرفته ومهاراته المتخصصة^(٤٩٦). ويعد «الخبراء» في رأي فوكو أشخاصاً رئيسيين يقومون بالتدخل في العلاقات المجتمعية، وإدارة الترتيبات الاجتماعية،

ويسعون إلى امتلاك قوة قاهرة على التصنيف، مع نتائج بالنسبة لإعادة إنتاج المعرفة الطبية. وفي نفس الوقت، أدرك فوكو أن القوة ذاتها تفتقر إلى أي شكل مادي ملموس، وتحدث كموضع للصراع^(٤٩٧). وتكمن قوة الطب في رأيه في نظرة الفحص الإكلينيكي، بمعنى أن الجسد هو موضوع للبحث، والفرد هو الحالة. وعن طريق إدراك أولوية الجسد يرى فوكو القوة الحديثة باعتبارها شكلاً من أشكال الإكراه يتشكل من خلال الممارسات الاجتماعية. والقوة هي وسائل للتحكم والسيطرة التي تتحقق عن طريق سلسلة من الإجراءات الانضباطية المتأصلة في المؤسسات الحديثة^(٤٩٨). وتتيح المكانة المسيطرة للطبيب «استقلالية استثنائية في التحكم في تعريف المشكلات التي يعالجها». لذلك يصبح المرض حالة اجتماعية تشكلها قوة الأطباء وقدرتهم على خلق مسميات ومعاني للخبرات العادية.

وتكشف نتائج البحث أن قوة المعرفة الطبية السلطوية تصطدم بقوة المعرفة التمريضية. واليوم تنال الممرضة تعليمًا متميزًا يُكسبها قدرًا هائلًا من المعرفة يحقق لها القوة. وتشير أخصائيات التمريض والممرضات إلى أنهن حصلن على معرفة متخصصة بعد سنوات من التعليم والتدريب والتأهيل، وتمنهن هذه المعرفة قوة وقدرة على اتخاذ القرار. وإن هذه المعرفة تشكل أساساً لعلاج المريض، ونجاح العملية العلاجية: «بالممارسة والتعليم بكون فاهمة أكثر... عندي خبرة ومعلومات كثيرة بتخليني أقدر أتكلم وأخذ قرار أكون واثقة فيه وأقدم خدمة أفضل للمريض... لذلك خبرة الممرضة هامة في العلاج وأساسية».

تستمد أخصائيات التمريض قوتها من إلمامها التام بكافة جوانب العملية العلاجية سواء كانت خبرة فنية أو تمريضية أو إدارية. بالإضافة إلى المعرفة الفنية بالآلات والأجهزة المستخدمة في الطب: «أخصائيات التمريض ملمة بكل شيء عن العملية العلاجية خاصة في الرعاية... الممرضة متخصصة في كل شيء في أقسام مختلفة... كما أنها ملمة بالإداريات... الدكتور عملي فقط». بل

ويتعدى الأمر في رأي الممرضات هذه الجوانب، إذ يؤشرن على إلمامهن بالجوانب الطبية، وربما يتفوقن في ذلك على الطبيب: «الممرضة على وعى أكبر... ممكن أقول للدكتور المريض ده مش غيبوبة كاملة فيه حركة ومايصدقش إلا لما بيشوف بنفسه المريض بيضغط على أصابع الممرضة.. العلاج والأعراض بالخبرة نقدر نعرفها».

ويحقق الحضور الدائم (قوة الحضور) للممرضة في السياق الإكلينيكي هذا الإلمام التام بجوانب العملية العلاجية (المعرفة). إذ تؤشر الممرضات وأخصائيات التمريض على أنهن موجودات فترات أطول من الأطباء، وإنهن أدري بالمكان والمرضى من الطبيب، ويمنحهن ذلك قوة: «الممرضة موجودة وقت أطول.. الطبيب ليه أيام معينة... يقعد ساعة أو ساعتين... يمر فقط ويمشى... الدكتور شغله يكتب العلاج والممرضة بعد كذا هي كل حاجة: doze وحقنة وتغذية... التمريض عارف كل حاجة إحنا على دراية بالمكان أكثر من أي حد... اعرف مشاكل المرضى والمكان.. تشعر الممرضة إنها الأقوى في المكان لأنها موجودة بشكل أكبر».

وتكشف الممرضات الخبرات أو المتمرسات عن نوع خاص من المعرفة تتوسط الحد الفاصل بين الطب والتمريض. وتعرف هذه المعرفة «بالمعرفة الفعالة» effective knowledge، وذلك لأنها نشأت في السياق الإكلينيكي، وكانت مؤثرة في تحفيز مخرجات مقصودة تتعلق بالمريض. والمعرفة الفعالة تتشكل من الحلول التي تُطرح لمشكلات في مواقف الحياة اليومية. وتستمد الممرضة قوتها كذلك من معرفتها اللصيقة بالمريض وما يشعر به، ومشكلاته وأسريته، وحرصها على اكتساب هذه المعرفة، بما يعني أن معرفتها بالمرضى أعمق مقارنة بالطبيب أو أي شخص آخر^(٤٩٩): «الممرضة contact أكثر بالمريض... تتعامل مع المريض تعرف كل

شيء عنه ساعة بساعة... الضغط كبير على الدكاترة يشوفوا من بره الازاز (الزجاج) فقط.. يكتبوا تقارير فقط... الأطباء يتغيروا واحنا مستمرين.. الممرضة هي الأدرى بالمريض وعارفة عنه كل حاجة... أحياناً ولو مش عارفة بسأل حتى أُلِم بكل الحاجات الخاصة بالمريض».

إذن تتراكم لدى الممرضة معرفة فذة تمنحها قوة خبراتية أو معلوماتية *informational power*، ويعد تراكم هذه المعرفة قوة تُستعمل وتُمارس^(٥٠). لكن تصطدم هذه المعرفة، ومن ثم ما تفرزه من قوة، مع المعرفة الطبية ومجال قوة الأطباء. وهنا تشير الممرضات إلى أن بعض الأطباء لا يكثرثون بهذه المعرفة، بل ويعمدون إلى تهميشها والانتقاص من قيمتها: «فيه صراعات كثيرة بين الدكاترة والتمريض... قد يكون التمريض شاطر وفاهم... ويدي رأيه... وقد يتقبل الدكتور رأيها أو لا... البعض لا تفرق معه... الدكتور ممكن يشوف الممرضة الفاهمة إنها بتنتقص من مكانته.. والممرضة عليها المسؤولية في ذلك فهي بعملها وبطريقتها قد تغير وجهة النظر فيها... لازم الممرضة تطور نفسها... ولازم يكون فيه طريقة خاصة للتعامل مع المرضى وأهلهم والدكاترة». وكذلك لا تغير معرفة الممرضة من وضعها ومن النظرة إليها داخل تنظيم المستشفى: «المستشفى لا تفرق في المعاملة بين ممرضة وأخرى مهما كانت خبرتها وشطارتها... الإدارة بعيدة جداً عن التمريض علاقتنا المباشرة بمديرة التمريض أو برئيسة التمريض». واضح أن المعرفة والقوة لا تنفصلان، وأن إنتاج المعرفة التمريضية وإعادة إنتاجها يؤدي إلى تعديل مستمر في علاقات القوة. وتؤكد نتائج البحث صدق الفرضية ما بعد البنائية التي مؤداها أن المعرفة ليست مستقلة في ذاتها، لكنها ترتبط بأنساق الضبط الاجتماعي، ومن ثم فهي أداة للظلم والقهر. وتسهم في ممارسة القوة بطرق مختلفة وفي سياقات مختلفة.

وفي المستشفى باعتباره مجالا للقوة تعمل العلاقة بين المعرفة والقوة داخل ما يُطلق عليه التكوينات الخطابية، الأطر التصورية التي تسمح ببعض أساليب التفكير، وتنكر أخرى. ويتألف التكوين الخطابى، كما تبين في موضع سابق، من مجموعة من القواعد غير المكتوبة، والافتراضات المشتركة التي تحاول تنظيم ما يمكن كتابته والتفكير فيه وفعله في مجال معين. بمعنى أن الثقافة تشكل جوهر التكوين الخطابى أو الخطاب. وتخلق جماعة الأطباء، وجماعة التمريض خطابها الخاص. وتحقق الاستمرارية لهذا الخطاب عن طريق الممارسات الاجتماعية وممارسة القوة. بما يعني أن القوة تنتج الخطاب الخاص بجماعة معينة. والخطابات متجذرة في القوة. ويتم إضفاء الشرعية على خضوع المفتقرين إلى القوة في هذه الظروف عن طريق اللغة وما يرتبط بها من رموز القوة (الخطاب).

ويتصارع خطاب تفوق المهنة الطبية مع خطاب خضوع التمريض أو خطاب التمريض، وذلك داخل خطاب أوسع وهو خطاب الصحة Health discourse، ويقصد به كلية المعايير الثقافية والتوقعات والتكنولوجيات التي من خلالها يفهم المجتمع المرض ويستجيب له^(٥٠١). ويتم اتصال الممرضات والأطباء داخل خطابات مختلفة للقوة. وتظهر هذه الخطابات صراعات المصلحة بين المرضى والممرضات والأطباء. ويتم التعبير عن صراعات المصلحة في النضال من أجل القوة وفرض السيطرة على الجسد المريض. وقد يكون هذا النضال أو الصراع ظاهراً أو كامناً، ويتضمن التفاوض والمناورة في كل خطوة من خطوات المواجهة، كما تبين في مواضع سابقة^(٥٠٢).

ويعد الخطاب الطبى انعكاساً لما يعتبره المجتمع مهماً في فترة زمنية معينة. ويؤكد الجدل البنائى أن المجتمع لا يقدم الخلفية للخطابات القوية المتنوعة فقط، لكنه يحدد مضمون هذه الخطابات وتحقيق أهدافها. وللهويات المتشكلة اجتماعياً،

والمرتكزة على الطبقة الاقتصادية والتعليم والنوع والعرقية، تأثيرات عميقة على الأفراد، الأطباء والمرضى. وتلمح جماعة الأطباء إلى أن خطابها هو «خطاب» الحقيقة (معرفته، لغته، إيماءاته، عملياته الإدارية، جهازه الفني أو التقني). ويخلق هذا الخطاب دائرة متجددة من القوة الصادقة أو الموثوقة. ويستعمل الأطباء اللغة (على سبيل المثال الأسماء اللاتينية للأمراض، والرطانة أو المصطلحات الطبية، والألفاظ المستحدثة، والكلمات المركبة، والتعبيرات المجازية، لوصف المرض بطرق لا يفهمها غيرهم عادة)، والصورة (على سبيل المثال استخدامهم لحجرات انتظار، ومعاطف بيضاء، وموظفي استقبال، والجلوس خلف مكتب ضخم، وتبني أسلوب أو عادات رسمية)، والتكنولوجيات (سماعات، واختبارات، وفحوص، وأجهزة قياس كالأشعة والاختبارات المعملية) في دعم ممارستهم للقوة على المرضى والممرضات. كما أن تفويض الممرضات والتوصية لأنماط أخرى من الممارسين يقوي سلطتهم^(٥٠٣).

وبعكس ما قد يقودنا إليه الحدس أو البداهة، يتطلب الأمر خلق خطاب قوي والإبقاء على موضوع subject للخطاب. فمثلا الخطاب الطبي بحاجة إلى تشييء المرض بقصد جعل مهنة الطب واقعا قويا. علاوة على ذلك، تمتلك فروع المعرفة التي تعتمد على الذيل الأبستمولوجي لسترة الطب اهتماماً ثابتاً بجعل المرض يبدو حقيقياً. لذلك فإن المهن التابعة أو المعاونة تعتمد وتتكا على قوة الخطاب الطبي، وقوة مهنة الطب لانتزاع القوة^(٥٠٤). وتعتبر هذه المهن مهنا طبية تابعة أو معاونة لأن قوة أصحابها مستمدة من مهنة الطب ومتصلة بها. على سبيل المثال، وبرغم ما كشف عنه البحث من محاولات تبذلها أخصائيات التمريض لفك الارتباط بين التمريض والطب، وتبني منظور مختلط للصحة والكلية holism، وبذلك ينحرفن عن منظور الطب الذي يركز بدرجة كبيرة على

المرض والبحث الميكرو: «التمريض مستقل عن الطب ومش خاضع وديما بيقاوم سيطرة الدكاترة»، برغم ذلك تبقى ممارسة التمريض ككل مندرجة داخل الخطاب الطبي الذي يستغرقها. وتعتمد قوة التمريض على الطب لكنها أدنى من قوته. فبدون الطب، تصير ممارسة التمريض مجرد مسكن، وتصبح عديمة الفائدة، وتفتقر إلى البراعة أو تختفي. لهذا السبب فإن أية إستراتيجية مهنية يوظفها التمريض بقصد تأسيس سلطة قريبة من سلطة الطب أو حتى تعلوها تعوق تحقيق الأهداف المنشودة.

وتخلص نتائج البحث إلى تبني الممرضات خطابات عما ينبغي أن تكن عليه، وتقرن أنفسهن بهذه الخطابات. وتوجه الممرضات بخطاب يصفهن على سبيل المثال بالرعاية والاهتمام والتضحية بالذات، ويستخدمن صورة «مثالية» كنقطة مرجعية لممارستهن، وينهمن في تفحص للذات، ويقارن أداءهن بالنموذج المثالي بصورة مستمرة. وبرغم أن مثل هذه المقارنات قد يكون لها مردود إيجابي في تدعيم ممارسة التمريض عن طريق تنمية التكامل الذاتي للممرضات، فإن القدرة على ملاحظة الذات تمثل تشريعاً أو قانوناً للقوة، وعلى الممرضات الانتباه لهذا الشكل الخفي أو الصامت من القوة النظامية. واضح أن الممرضات يوظفن مجموعة من «تقنيات الذات» technologies of the self، تمثل في رأي فوكو طريقة من خلالها يحول الأفراد ذواتهم عن طريق عدد من «العمليات» التي تجرى على أجسادهم وأرواحهم وأفكارهم وسلوكهم. ويمكن القول ببساطة أن تقنيات الذات شكل من ملاحظة الذات وضبط ذواتنا. وهكذا فعندما يتعلق الأمر بالممرضات، تتعلم الممرضات ملاحظة ومراقبة وتنظيم سلوكهن وفقاً لمجموعة من القواعد المعيارية^(٥٠٥).

وتؤكد نتائج البحث صدق الفرضية ما بعد البنائية التي مؤداها أن الذات ليست ثابتة متماسكة، حسبما تفترض النظرية الوضعية، ولكنها موقفية positioned

وتتموضع في «الخطاب»، وتوضع في موقع معين في خطابات متعددة متغيرة. والشاهد على ذلك قد توصف الممرضة بالافتقار إلى القوة من خلال خطاب تفوق المهنة الطبية في حالة معينة، بينما قد توضع في موقف (أو ضع نفسها في موقف) القوة عن طريق خطاب السيطرة التمريضية على المريض. ويمكن تعيين موقع للممرضة باعتبارها تؤدي دور الرعاية الطبيعي الذي يقوم على التوضيحية بالذات والإيثار عن طرق الخطابات التقليدية التي تؤكد على اختلاف النوع، كما يمكن تحديد موقع لها باعتبارها امرأة تشغل مهنة في بعض أنماط الخطاب المهني^(٥٠٦). يساعد ذلك في تفسير الطرق التي من خلالها يتغير موقع قوة الفرد اعتماداً على البيئة التفاعلية. معنى ذلك أن القوة ليست ثابتة أو ليست امتلاكاً واستيلاءً، ولكنها تتشكل عن طريق خطابات متعددة ومتغيرة باستمرار.

إن العلاقة بين المعرفة والقوة متغيرة. بتعبير آخر إن القوة المستمدة من المعرفة متغيرة ومرنة وسياقية أو تُمارس بأشكال مختلفة اعتماداً على السياق. فبرغم خضوع أخصائيات التمريض لسيطرة الأطباء المهنية وقوة المعرفة الطبية السلطوية، فإنهن يمارسن قوة المعرفة التمريضية على الممرضات. إذ تُلمحن إلى أن الممرضات يعانين من قصور معرفي، لذلك تعد ممارسة القوة ضرورة في هذه الحالة لتحقيق الأهداف المنشودة علاجياً: «الممرضة معلوماتها أقل، ولغتها ضعيفة متقدّرش تفهم المصطلحات التي يقولها الدكتور... لازم أوجهها لمصلحة المريض». ومن ناحية أخرى تمارس الممرضات الخبرات قوة المعرفة التمريضية الفعالة على حديثات العهد بالمهنة. وهنا تؤشر أخصائيات التمريض الخبرات على أن الخبرة تحقق المعرفة والقوة وثقة الآخرين: «الإنسان أقوى بالخبرة... الخبرة تعطي قوة أكبر وشعور بالمسؤولية.. فيه حاجات نتعلمها من الخبرة في المكان... أشعر أن الجميع واثق في وبيأخذ برأى.. المشرفة الأقدم ليها كلمة عند الإدارة وتأثير وسلطة... وممكن لا يهتم برأى الأحدث اللي بتكون خبرته

قليلة ومش عارف كل حاجة». وتؤشر الممرضات أن الخبرة تحقق مكانة وقوة تقاوم بها الممرضة أحيانا ما تفرضه هيراكية إدارة التمريض: «أنا أفضل من بكالوريوس تمريض أحدث.... فيه خبرة في المكان برغم البكالوريوس».

وتمارس أخصائيات التمريض والممرضات قوة المعرفة على المهن المساعدة (مساعداً التمريض مثلاً). إذ يؤكدن على ضرورة خضوع الممرضات المساعدات للتوجيه الدائم نظراً لافتقارهن إلى التدريب والمعرفة والمهارات: «ناس زى الزفت كلهم غير مؤهلين لأي شيء وغير مدربين... البعض يتعالى الممرضة المساعدة ويقرفوها». ويمارسن قوة المعرفة أو السلطة المعرفية، كذلك على المرضى من منطلق امتلاكهن المعرفة التي تحقق الشفاء للمريض، وتعيده إلى الحالة السوية: «المريض لازم يسمع كلام الممرضة لأنه عارف إنني أدري بحالته وإن دا في مصلحته... أفهم المريض وأشرح له لأنه مش عارف حاجه... إذا مفهمش طبيعة حالته ومصلحته أكون حادة معاه». كذلك قد تُمارس الممرضة القوة على المريض من خلال التلاعب بمعلومات عن علاج معين، كأن تنفر المريض من علاج أو أسلوب علاجي معين أو توجه المريض بكيفية معينة إلى مقاومة أسلوب علاجي. واضح أن المعرفة والقوة لا تنفصلان، ونقطة اتحادهما تكمن في العنف الواقع على الجسد.

نخلص مما سبق إلى أن القوة تتخلل، وتستغرق، وتشكل أفعال الممرضات واتجاهاتهن وخطابتهن وممارساتهن اليومية. وداخل المستشفى كـمجال للقوة يحدد رأس المال الثقافي، أي ما تمتلكه من معرفة ومهارات ومؤهلـات، موقع الممرضة داخل المجال ومقدار القوة المتاح لممارسته. وتوظف الممرضة رأس مال المعرفة أو رأس المال الثقافي (الذي يعد قوة في ذاته) في مقاومة القوة المفروضة عليها وممارسة القوة في آن معاً.

المبحث الرابع: ثقافة التمريض والنوع:

يقرر دافيز Davies أن تنظيمات الرعاية الصحية تشكلها وتصبغها الشفريات الثقافية cultural codes للذكورة والأنوثة الكامنة بعمق في تصميم هذه التنظيمات وأدائها الوظيفي^(٥٠٧). وقد تحرت ويكس Wicks الارتباطات بين النوع والقوة ومكانة التمريض كمهنة. وفي وقت مبكر لاحظ ريسكا Riska أنه من المستحيل فهم العلاقة بين الأطباء والممرضات فهماً متكاملًا بدون توجيه الانتباه إلى العلاقة بين الرجال والنساء في المجتمع^(٥٠٨)، والاهتمام بتفاوت القوة بين هيئة التمريض والأطباء في السياق الإكلينيكي، والذي يرجع في جانب منه إلى الاختلافات في النوع. ذلك أن غالبية فريق التمريض من الإناث، بينما معظم الممارسين الطبيين من الذكور. وترجع هيمنة الإناث على مهنة التمريض إلى مكانتها المتدنية، والأجور الزهيدة التي تحصلن عليها^(٥٠٩).

وتكشف نتائج البحث أن ثقافة التمريض موضوع البحث تنضوي على تصور لخضوع وتبعية الممرضة للطبيب الذكر في السياقي الإكلينيكي مؤداه أن هذا الخضوع وتلك التبعية هي امتداد للتحيز النوعي في المجتمع. بما يعني أن المكانة المتدنية للممرضات في المجتمع قد ترتبط بدور الذكر/الأنثى في السياق الاجتماعي الأوسع، وأن مهنة التمريض تعيد إنتاج تبعية المرأة وخضوعها للرجل: «الدكتور جواه نظرة المجتمع للمرأة ودا يعمل مشكل أحيانا مع الممرضة... الرجل الشرقي هو هو حتى في مكان العمل». ويدعم الارتباط القوي بين التمريض وقيم تمثيلها بصورة روتينية باعتبارها «أنثوية»، مثل الإيثار والعناية والرقّة والعاطفة والدعم العاطفي والوجداني، التمريض بوصفه مجال المرأة الذي تحتل فيه مكانة أدنى، وتفتقر إلى القوة في المحيط الطبي^(٥١٠).

ويتوسط النوع العلاقات بين الأطباء والممرضات، ويتدخل في جانب كبير مما يحدث في المستشفى وكيف يحدث، ويشكله ويفسره. وتحمل محاولات التأثير أو استعمال القوة في الجماعات قواعد قوية تتعلق بدور النوع. فالمعروف أن سلوكيات

النساء والرجال في الجماعات تتسق مع قواعد دور النوع التي مؤداها أن الرجال لابد أن يمتلكوا القوة والمعرفة. ويُنظر إلى منتهكي أدوار النوع باعتبارهم غير مقبولين اجتماعياً بدرجة كبيرة. على سبيل المثال تعد معارضة الممرضة السافرة والعنيفة للطبيب انتهاكاً لقواعد أدوار النوع^(٥١١).

وتسعى الممرضات باستمرار إلى تقويض أساس النوع الذي تركز عليه علاقتهن بالأطباء، ونظرة التحيز النوعي الدونية التي تصبغ هذه العلاقة: «الدكتور دائماً حاسس إن الممرضة مش من مستواه... وكل ما يقل المؤهل تبان النظرة دي... فكرة أنا الراجل موجودة هنا وفيه غير». وتشكل التصورات الثقافية المرتبطة بالنوع ممارسات الممرضة للقوة في علاقتها بالأطباء الذكور. وتهدف هذه الممارسات بدرجة معينة إلى تقويض السلطة الذكورية للطبيب. يتضح ذلك في تعمد بعض الممرضات اتخاذ بعض القرارات دون الرجوع إلى الطبيب: «ممكن أقول للدكتور أو اسكت إذا كان هايعمل قلق»، وإهمال وتجاهل تعليماته، والرفض السافر لتنفيذ تعليماته، والمراوغة والتحايل تحدياً لسيطرته. ويتضح سعي الممرضة إلى تقويض السلطة الذكورية للطبيب في تحديه الذي يتخذ عدة مظاهر منها إثقال كاهله بأعباء إضافية: «استدعيه في كل حاجة واعمل load عليه».

وتعين ذخيرة المعرفة الفعالة، التي يشكلها الحضور الدائم في السياق الإكلينيكي، الممرضة في سعيها إلى التمكين وتقويض السلطة الذكورية للطبيب: «التمريض حاضر كل الأحداث على عكس الدكتور... الممرضة أكثر خبرة ومعلومات وبتكون عارفة وواعية بمشاكل المريض وبالتالي تؤثر على رعايته». يتضح ذلك في الدور التوجيهي الذي تحرص الممرضة على أدائه في علاقتها بالأطباء المبتدئين: «الدكتور المبتدئ معندوش معرفة... بأعرفه الصبح والغلط». واضح أن التصورات الثقافية الخاصة بالنوع ماثلة في التفاعلات اليومية بين الأطباء والممرضات، وتوجه ممارسات القوة.

المبحث الخامس: ثقافة التنظيم، ثقافة التمريض، والرضا الوظيفي:

يعتبر دور الممرضة من الأدوار الوظيفية المهمة بالمستشفى - بعد دور الطبيب - لما له من تأثير على نجاح عملية الرعاية الطبية. وتوضح أهمية هذا الدور من احتوائه على عناصر فنية بالإضافة إلى عناصر نفس - اجتماعية. وتتمثل مسؤولية الممرضة في مواصلة رعاية المريض والعناية به، كما أنها تعتبر وسيلة لتحقيق قرارات الطبيب الخاصة بالعناية بالمريض، ومسؤولة عن راحة وأمن المريض. بالإضافة إلى أنها تحاول أن تفهم المشكلات التي يسببها المرض للمريض تلك التي لا تتوقف عند خلل الوظائف الفيزيائية، بل ما يحول دون تمتعه بالتكيف الاجتماعي^(٥١٢).

وقد لاحظ العديد من باحثي الرعاية الصحية، والمديرين، أهمية الرضا الوظيفي وتأثيره على مجموعة من المتغيرات التنظيمية. وتؤكد نتائج البحوث على أن المستويات المرتفعة للرضا الوظيفي بين متخصصي الرعاية الصحية قد يحسن ويطور العلاقة بين مقدمي الرعاية الطبية والمرضى بما يسهم في مخرجات الخدمات الطبية^(٥١٣). ويتأثر الرضا الوظيفي - من وجهة نظر الممرضات - بثقافة التنظيم، وثقافة التمريض، وممارسة القوة داخل المستشفى، وبحزمة من العوامل من أبرزها الاستقلالية، والعدالة التنظيمية، ومحتوى العمل، وفرص الترقى، والاهتمامات المهنية، وعلاقات العمل، وردود الأفعال العاطفية حيال التمريض، والطابع الروتيني، والموارد، والضغط الخارجية. وتتطرق المقاربة في هذا المبحث إلى أهم جوانب العمل التمريضي، والعوامل الأخرى، التي تؤثر في الرضا الوظيفي للممرضة، ونبدأ بثقافة تنظيم المستشفى الرئيسة التي تحتضن كثرة من الثقافات الفرعية منها ثقافة التمريض.

يؤشر فوكو على أن الفرد تشكله تأثيرات التنظيم والمعايير المؤسسية والعلاقات. وتُخضع الأشكال السسيوثقافية والعلاقات الأجساد الإنسانية. وللأفراد

دور في تأكيد أو مقاومة هذه التأثيرات. ويتوافر في المستشفى مقومات التنظيم من حيث اعتماده على التخصص، والتقسيم الدقيق للعمل، والقوة وبناء السلطة الذي يؤكد على وجود بعض المراكز التي تتولى مراقبة أعمال التنظيم، وتوجيهه نحو إنجاز أهدافه، مع استمرار الحركة والتنقل داخل بناء هذا التنظيم عن طريق تغيير مراكز الأعضاء مع وجود نوع من الترتيب للوظائف والمهام به. ومن المتعارف عليه أن المستشفى كتنظيم بيروقراطي له أهدافه المتعددة: إدارية وتعليمية وتدريبية بالإضافة إلى أهداف خاصة بالرعاية الطبية^(٥١٤).

وتعد سياسة المستشفى المبدأ الخفي الكامن وراء أفعال الممرضات والأطباء، يلتزم بها كل المتخصصين في الرعاية الصحية وبعض المرضى. ويتصور بعض علماء الاجتماع المستشفى عملية مستمرة لتنظيم وتفاوض المعنى، بما يعني أن المستشفى نظام يتم تفاوضه negotiated order. وأن سياسة المستشفى، إعادة المرضى إلى العالم الخارجي بحالة جيدة، تعد بمثابة لاصق رمزي يحقق تماسك التنظيم. ويلتزم جميع العاملين بالرعاية الصحية بهذا الهدف، ذلك أن لخطاباتهم اهتماماً مشتركاً وهو أجساد المرضى، لكن ثمة خلاف وتناقضات كامنة ومقنعة حول كيفية تحقيق هذا الهدف. ويؤكد ستروس وآخرون على أهمية اعتبار التفاوضات في المستشفى عملية عطاء وأخذ، تفاوض دبلوماسي، ومساومة، مركزين على خلفيات التفاوض، وعلاقة القواعد والقوانين بالتفاوض^(٥١٥).

تتموضع الثقافة في سطح مناشط الحياة اليومية وتشكلها. وتبرز عبارة «الطريقة التي ننجز بها الأشياء هنا» بصورة متكررة عند الإشارة إلى ثقافة التنظيم. وبصورة نمطية تبدأ الثقافة بما يعتبره التنظيم هدفاً وألوياته، وأنماط الأنشطة ذات القيمة أو الأقل قيمة وأهمية. وتُناقش ثقافة التنظيم بصورة نمطية بلغة مصطلحات مجموعة الأفكار والخبرات المغروسة بعمق، والتي تعمل كإطار

للأفعال والخبرات في أماكن العمل. وتعكس الثقافة - جزئياً على الأقل - تراكم أو كلية قرارات القيادة في التنظيمات عبر الزمن. وقد ترتبط مثل هذه القرارات في تنظيمات الرعاية الصحية بالتركيز على حاجات المريض، والرقابة على الجودة، والتدريب، ومشاركة الموظفين في اتخاذ القرار. وتؤثر هذه القرارات بصورة مباشرة وغير مباشرة على المخرج، بما في ذلك الرضا الوظيفي، وتصورات بيئة العمل، وكذلك المخرجات التنظيمية (مثل جودة العمل والأداء المالي والسمعة). وأداء تنظيمات الرعاية الصحية على كل هذه المستويات يمكن أن يؤثر في الثقافة عبر الزمن^(٥١٦). وثقافة تنظيم الرعاية الصحية يمكن أن تؤثر بقوة على قدرته على إدارة الموارد البشرية وخدمة المرضى. وتتألف ثقافات التنظيم البناءة constructive التي تدعم رضا العاملين والمرضى من بيئات عمل توفر تفاعلات إيجابية بين زملاء العمل، ويؤدون المهام بأسلوب يساعدهم على تحقيق أقصى درجة من الرضا أو الإشباع الشخصي وتحقيق أهداف التنظيم. بتعبير آخر تشجع تنظيمات الرعاية الصحية التي تمثل الثقافات البناءة، الأفراد على تكوين علاقات شخصية متبادلة إيجابية، لكنها إلى جانب ذلك تمنح قيمة لتحقيق الذات والإنجاز^(٥١٧).

إن تنظيم المستشفى وإدارته يحتفظ بالقوة لتأكيد وتنظيم المحتوى الكلي ليوم الممرضة، ومن ثم يوم المريض^(٥١٨). وتكشف نتائج البحث عن افتقار إدارة التمريض للقوة داخل تنظيم المستشفى، ويرجع ذلك من وجهة نظر الممرضة إلى انحياز قائدات أو مديرة التمريض لإدارة المستشفى والأطباء والمرضى على حساب الممرضات: «مفيش قوة لإدارة التمريض... رئيسة التمريض يهملها إن المديرين يكونوا راضين عنها ولا يهملها رضا التمريض إلا الكبار (رئيسات الأقسام والرعايات)... إدارة التمريض دايمًا مع المريض والأطباء... والممرضة دايمًا على خطأ مفيش حد معانا». يفضي ذلك إلى افتقار جماعة التمريض إلى

القوة والقدرة على التأثير في إدارة وتنظيم المستشفى، وإحداث تغييرات في التنظيم أو أخرى تتعلق بالمهنة. كذلك لا تسعى جماعة التمريض إلى مضاعفة تأثيرها في القرارات الإكلينيكية وسياسات المستشفى: «نؤثر بالإدارة ولا نؤثر فيها... لا أحاول أن أغير في التنظيم أو وضع التمريض جواه أنا بشتغل وبس... لعدم تحمل المسؤولية». ويعزز هذا الضعف ثقافة التمريض الخاصة بالتمريض كجماعة مضطهدة، تلك الثقافة التي تدفع إلى عدم التماسك والتشطي والتنافر لا الوحدة (راجع المبحث الأول): «فيه تقارب محدود بين الممرضات ممكن نقف مع بعض إذا حدث خلاف مع طبيب مثلا نقف مع الممرضة... لكن الإدارة تحاول دائما تسوية الخلافات مع الطبيب الذي يتعامل مع الممرضة كما لو كانت خادمة... لو اجمعنا واتفقنا ممكن نؤثر على الإدارة... لو اتحدوا على رأي ممكن... لكن كل واحد ييجي يخلص الشغل بتاعه ويمشى... مفيش اجتماعات ولا أي حوار بين الفريق كله علشان يكون فيه قوة».

وتؤكد جماعة التمريض على أن غياب أساس للقوة خاص بالتمريض يعد بمثابة قوة مقيدة تحول دون تحقيق مهنة التمريض قدراتها وجهودها الكاملة. لذلك يؤشرن على ضرورة تمتع الممرضة بالاستقلالية، والمشاركة الحقيقية في اتخاذ القرار: «الممرضة لازم تشارك بجد في القرار... لأنها اكر واحد عايشه في الوضع... معظم الإداريين عارفين أهمية فريق التمريض... لكن مبيأخدوش رأينا في أي قرارات تخص المستشفى أو حتى الإدارة أو حتى إحنا». وتتبع الإدارة إستراتيجيتين في التعامل مع هذه الرغبة، وشعور الممرضات بالضعف والافتقار إلى القوة: الأولى التجاهل التام وعدم الاكتراث، والثانية الجزاءات القاهرة: «الإدارة دائما لا تهتم برأي التمريض ومشاكله وإحنا لا نتجه إلى الإدارة في أي مشكلة... أهم حاجة بالنسبة لها الشغل يمشى وإحنا نعمل شغلنا وبس أما إحنا عايزين إيه

مش مهم... تزود الإدارة الشعور بالضعف... لو تأخرت ترجعي البيت... موتت
قدرتنا على التعبير عن الرأي... خلونا خايفين ناخذ أي جزا»

يعرف منظور قوة الجماعة بأنه الإدراك والتقييم فيما يتعلق بتحقيق الأهداف. وتتضمن الإستراتيجيات المرتبطة بمنظور قوة الجماعة إدراكاً لدور القوة في علاقتها بـ: (١) اتساق الهدف goal consistency. (٢) القوانين والقواعد. (٣) العلاقات. يشير اتساق الهدف إلى حقيقة أن أهداف تنظيم معين تتسق مع أهداف جماعة تريض معينة. وبالإضافة إلى ذلك لابد أن تتسق أهداف الجماعة مع الأهداف المهنية للممرضات. ويمكن أن يرتبط اتساق الهدف على هذا النحو مع التحديد المشترك للهدف. وعندما يتحقق اتساق الهدف تزداد قوة الجماعة لأن جميع مستويات التنظيم تعمل في تناغم. أيضاً تلعب القوانين والقواعد التنظيمية والخاصة بالجماعة دوراً في مستوى قوة الجماعة. فعندما تيسر هذه القواعد تحقيق أهداف الجماعة تتضاعف قوة الجماعة، ويمكن إنجاز أنشطة الجماعة بسهولة أكبر، نظراً لأن القوانين والقواعد لا تتطلب إدخال تعديلات على الأنشطة لتتلاءم داخل النسق التنظيمي. كذلك تلعب العلاقات التنظيمية وعلاقات الجماعة دوراً في تحديد قوة الجماعة. فعندما تنشأ العلاقات التنظيمية وعلاقات الجماعة، ويتم تدعيمها بقصد تحقيق أهداف الجماعة، فإن هذه العلاقات تزيد من مستوى قوة الجماعة. والعلاقات تمكن الجماعة من تحقيق الاتصال والوصول إلى المعلومات والموارد التي لا يمكن أن تصل إليها الجماعة بدون هذه العلاقات. وتدعم العلاقات داخل الجماعة ذاتها مستوى التفاعل والتعاون، من خلال تيسير تماسك أفراد الجماعة، بما يدعم قدرة الجماعة على تحقيق أهدافها^(٥١٩).

وتكشف نتائج البحث أن أحد مسببات الصراع بين الإدارة وجماعة التمريض يتمثل في عدم الاتساق بين أهداف تنظيم المستشفى وأهداف جماعة التمريض. فمثلاً تهدف الممرضات إلى تخفيف الأعباء الهائلة الملقاة على كاهلهن، تلك الأعباء التي يراها

التنظيم ضرورية لتحقيق جودة الرعاية الصحية، وأسلوباً لسد العجز الواضح في التمريض: «هدف جماعة التمريض ألا نكون loaded ومنخدش شيفتات زيادة... وبنحاول تحقيق الهدف دا لكن المشكلة في القهر». كذلك تهدف جماعة التمريض إلى تقليل الجزاءات أو على الأقل ترشيدها، وهو هدف يتعارض مع آلية تراها الإدارة ملائمة لتحقيق جودة الرعاية، وتنظيم يوم عمل الممرضة: «دايما مشاكلنا مع الإدارة علشان الجزاءات... لما ينزل لينا جزا بنعترض ونعرف ليه بس برده بيتنفذ». وينتج الصراع بين الإدارة وجماعة التمريض من دعم وتكريس الإدارة لخضوع الممرضات لآخرين داخل مجال المستشفى، وانحيازها لآخرين ضد الممرضات: «لو ظهرت مشكلة تكون الإدارة منحازة دايما للدكتور... التمريض دايما غلطان حتى لو فيه مشكلة عملها الدكتور مع المريض تتحملها الممرضة... ولو فيه خطأ واشتكى أهل المريض تتحمل الممرضة المسؤولية... الإدارة أيضا منحازة ضد الممرضة... دايما الإدارة يهملها المريض وطلباته وليس طلبات التمريض.. أي تغيير سيكون علشان المريض... وتحصل مشكلة لو اشتكى المريض... الإدارة تنصف المريض على الممرضة».

نخلص مما سبق إلى أن ثقافة التمريض كجماعة مضطهدة تحدد مستوى الرضا الوظيفي. ذلك أن تصورات الثقافة التقليدية للممرضات تؤثر في الصراع بين الإدارة وجماعة التمريض، فهي ثقافة مازالت تركز بدرجة كبيرة على الأدوار، توصف بأنها تماثل «القبائل» tribes، مثل الأطباء والممرضات. وتنتمي هذه الثقافة إلى ثقافة تنظيم توسم بأنها ثقافة دور role culture تؤكد على العقلانية والترشيد والتخصص والإجراءات والإذعان للقواعد والقوانين. وتكمن قوة تنظيمات الدور في ركانتها أو دعائمها، ووظائفها، وتخصصاتها. كل وحدة (الطوارئ مثلاً) تعد دعامة أو ركيزة تدعم التنظيم. وتسيطر السياسات والإجراءات على التنظيم. وتسعى الإدارة الجديدة إلى تغيير هذه الثقافة إلى ثقافة تتمركز حول المهمة، هدف

معين، وليس حول الدور. وتسود في تنظيمات المهمة المرونة والسيطرة غير المركزية. ويكون التركيز في ثقافة المهمة على عمل أو وظيفة معينة. وبرغم أن تنظيمات الرعاية الصحية تعمل بدرجة كبيرة داخل سياق ثقافة الدور، تتطور ثقافات المهمة مترافقة معها. وتهدف هذه الثقافة إلى الجمع بين الشخص المناسب والموارد المناسبة حتى تتحقق المهمة^(٥٢٠).

ولكن هل تسهم قائدات التمريض في تحقيق أهداف جماعة التمريض وتمكينها، وتسوية الصراع الناتج عن تصورات ثقافة التمريض، ومن ثم تحقيق الرضا الوظيفي؟

اليوم تقدم بيئة الرعاية الصحية العديد من التحديات لجماعات التمريض التي تسعى إلى تحقيق أهدافها. إن جميع الموارد لابد من تحديدها والاستفادة منها بفاعلية. والقوة، التي تعرف بأنها القدرة على تحقيق الأهداف، تعد مورداً مهماً يمكن أن يساعد جماعات التمريض في تحقيق أهدافها. ويمكن لقائد جماعة تمريض معينة أن يصنع فارقاً واضحاً في قدرة الجماعة على امتلاك القوة. ويؤثر قائد جماعة معينة في قدرة الجماعة على استخدام الموارد المتاحة^(٥٢١). بتعبير آخر إن سلوك أو تأثير القائد على فرد أو جماعة يمكن أن يكون ناجحاً أو غير ناجح. ويعتبر سلوك القائد ناجحاً إذا وصل إلى الهدف الذي ابتغاه. وتتعلق القيادة دوماً بالتأثير (أي بالقوة). حتى العلاقات بين الشخصية قد تتضمن عناصر القيادة. وهكذا ففي نظام الرعاية الصحية يعد كل من يؤثر في آخرين قائداً. وقد حدد منظرو الإدارة مكونين رئيسيين لسلوك القائد: الأول يتعامل مع إنجاز المهمة أو العمل، والآخر يتعلق بالسلوك بين الشخصي - الأول يتعلق بالمهمة والآخر بالأفراد المسؤولين عن تنفيذ المهمة. وهنا يشير البعض إلى «سلوك المهمة»، و«سلوك العلاقات» في القيادة الموقفية. ويرتبط بسلوك المهمة استعمال القائد للسلطة، والاهتمام بالإنتاج وجودة الخدمة أو الرعاية. بينما يرتبط بسلوك العلاقات إتاحة مساحة من الحرية للمرؤوسين والاهتمام بالبشر أو العلاقات الإنسانية^(٥٢٢).

ويتم التنظير لقائدة جماعة التمريض كفرد لتقييم مستوى قوة الجماعة. ذلك أن هذا الفرد يمتلك بالأحرى رؤية واسعة للجماعة ومواردها. وقد حددت نظرية قوة الجماعة داخل التنظيمات متغيرين تؤثر من خلالهما الممرضة القائدة في قوة جماعة التمريض، وهما كفاءة قوة قائدة التمريض *power competency*، ومنظور القوة. وتعرف كفاءة قوة قائدة التمريض بأنها المعرفة والمهارات التي تمتلكها قائدة التمريض في علاقتها بتحقيق أهداف الجماعة. والمتغير قد تم تعريفه أساساً في علاقته بقائدة تمريض معينة (قائدة تمريض تنفيذية). ويطبق هذا المتغير، داخل تنظيم معين للرعاية الصحية، على أي قائدة تمريض في سياق جماعة التمريض. وهناك نوعان من السلوكيات يرتبطان بهذا المتغير: التعاون والمشاركة في اتخاذ القرارات. ييسر تعاون جماعة التمريض مع الجماعات الأخرى، داخل التنظيم، تحقيق الجماعة لأهدافها، والحصول على معلومات ودعم إضافي يمكن الاستفادة منه في تيسير تحقيق الهدف. ومن خلال هذا التعاون، تصبح الجماعات الأخرى على دراية بالخبرة والمعرفة التي يقدمها التمريض. وهذا الوعي المتزايد لدى الجماعات الأخرى من شأنه أن يضاعف قوة جماعة التمريض ومكانتها. وتسهل زيادة مشاركة جماعة التمريض في اتخاذ القرار التنظيمي تحقيق الجماعة لأهدافها وأهداف التنظيم ككل، وتدعيم قوة الجماعة من خلال توضيح أن جماعة التمريض على وعي بالاتجاهات المعاصرة والمستقبلية في الرعاية الصحية التي يمكن أن تؤثر في التنظيم. ومرة أخرى تصبح خبرة ومعرفة التمريض واضحة جلية داخل التنظيم، وتتضح قدرة جماعة التمريض على المساهمة في نجاح التنظيم عن طريق وضع الأهداف الواقعية والممكن تحقيقها. يعرف منظور القوة بأنه التقييم فيما يتعلق بتحقيق الأهداف. وبما أن كل جماعة تمتلك القوة، فإن من الحاسم بالنسبة لقائد الجماعة أن يمتلك منظوراً إيجابياً للقوة. وفي الجماعات التي لا يقدر فيها القائد القوة أو يدركها بأسلوب سلبي، تبدي الجماعة قدرة أقل على تحقيق الأهداف نظراً لميل قائدة التمريض إلى استعمال القوة كمورد^(٥٣٣).

وتكشف نتائج البحث عن أنه برغم افتقار إدارة التمريض للقوة داخل مجال المستشفى، فإن شاغلات الوظائف العليا في التمريض يشعرون بدرجة كبيرة نسبياً من الاستقلالية والرضا الوظيفي^(٥٢٤). وتُمارس إدارة التمريض وقائدهات القوة على الممرضات، بل وتسهم، في أحيان كثيرة، في إضعاف تأثير جماعة التمريض، ومضاعفة شعورها بالاضطهاد، ومن ثم تعيد إنتاج تصورات ومعاني ثقافة التمريض. وتنحاز قائدة التمريض في رأي الممرضة إلى الأقوى داخل التنظيم، أي لإدارة المستشفى والطبيب، أو المريض: «تعمل (قائدة التمريض) لصالح الدكتور المفروض فيه مساواة بين الممرضة والدكتور اللي لازم لا يهين الممرضة... و تعمل لصالح المريض أولاً وأخيراً... الهدف المريض». ومع ذلك تنفي قائدات التمريض انحيازهن ضد الممرضات: «أشوف طبيعة المشكلة... تحكى لي مشكلة مع الدكتور إذا أخطأ أستاذة يحاسبه». ويؤكدن تدخلهن لحل مشكلات الممرضات خاصة مشكلة المواعيد، ونقص التمريض، والصراع المستديم بين الممرضات والأطباء: «المشكلة الأساسية هي مشكلة المواعيد وتتحل بالتراضي... ونقص عدد التمريض... وعدم التزام الممرضات.. أتصرف بالود... ممكن تكون مش عايزه تستلم الحالة أحاول إقناعها.... تلجأ الممرضة إلى المشرفة إذا كانت هناك مشكلة وتحكى لها.. وقد يتصاعد الموقف إلى مديرة التمريض التي تسأل الممرضة والدكتور اللي بينهم الخلاف... أحاول حل مشكلاتها لأن دا بيؤثر على شغلها... فيه مشكلات تغيير الجدول». لكن هذا التدخل لا تستشعره الممرضة التي ترى قائدات التمريض بعيدة عن مشكلاتهن، ولا تسهم في تحقيق أهدافهن كجماعة، خاصة تخفيف الأعباء المهنية التي تثقل كاهل الممرضة.

ولا تسهم قائدات التمريض بالقدر الكافي في تحسين بيئة العمل، وممارسات الممرضة. وذلك برغم أنهن يمثلن الصلة بين الممرضات والنظم التي يتفاعلن معها، وإنهن على دراية بنقاط القوة والمناطق التي تحتاج إلى تطوير: «علاقتنا المباشرة

بمديرية التمريض أو برئاسة التمريض... وهم عارفين مشاكلنا ومطالبنا». وتطالب قائدات التمريض بضرورة مشاركتهن الإدارة في اتخاذ القرار، وذلك لتدعيم قوة جماعة التمريض: «لازم يكون للرئيسات وضع ويكون فيه ثقة فيهم... رئيسة أو مسئولة التمريض لازم يكون لها رأي مع الإدارة».

وتكشف النتائج أن قائدات التمريض تركز على تنفيذ المهام المطلوبة دون الاهتمام بمشكلات القائمات بالعمل (العلاقات الإنسانية)، أو تحسن بيئة الممارسة التمريضية: «تركيزي الأساسي على أداء العمل ومساعدة الآخرين». وهكذا تقف قائدة التمريض عائلاً أمام تحقيق جماعة التمريض لأهدافها، بل وتعيد إنتاج خضوع الممرضة وافتقارها إلى القوة، ويفاقم ذلك من شعور الممرضة بعدم الرضا الوظيفي. إن من الضروري أن يكون لقائدة التمريض دور في التقليل من مشاعر الضعف والافتقار إلى القوة التي تشملها ثقافة التمريض. وأن تسهم في تحقيق أهداف جماعة التمريض.

قد تكون ثقافة تنظيم الرعاية الصحية مغلقة وإخفائية ولائمة، أو ثقافة تنظيمية مفتوحة وتعليمية^(٥٢٥). وتصف الممرضات موضوع البحث ثقافتهن التنظيمية بأنها مغلقة وإخفائية ولائمة. إذ تلقي الإدارة باللائمة على الممرضة دوماً، وتوقع عليها جزاءات قاسية: «المعاملة سيئة للغاية... لو كتبت الممرضة مذكرة لا تجد موقفاً إيجابياً ويجوز يلوموها هي... الإدارة تغلطنا دايماً لا يمكن ينحازوا للممرضة... وبالتالي لا تشعر بوجودها وقيمتها ويتولد عندها شعور لا بمبالاة... عندما يحدث خلاف مع دكتور على أي شيء مثل التأخر في العلاج أو إذا رفع صوته وهكذا... تكون الإدارة مع الدكتور إلا إذا اخدت الممرضة حقها بأيدها أو لجأنا إلى الاستشاري يأخذ حق التمريض ويهزق (يعتف) الدكتور... الجزا على طول للممرضات». وهكذا تغيب العدالة التنظيمية ببعدها الإجرائي أو العدالة الإجرائية التي تمثل مدى تطبيق الحقوق أو القواعد على كل أفراد التنظيم

بعمامة. لذلك يعد وجود ثقافة تنظيمية مفتوحة تعليمية وغير ملائمة عاملاً رئيساً في تحقيق الرضا الوظيفي، ومن ثم تحسين جودة الرعاية الصحية.

تحدد رؤية الممرضات لبيئة العمل مستوى الرضا الوظيفي، فهل ترى الممرضات موضوع البحث بيئة العمل بطريقة إيجابية أو سلبية؟

يتم تصور بيئة عمل الممرضات وقياسها بطرق مختلفة. ويشير مصطلح بيئة العمل إلى مجموعة المفاهيم المترابطة التي توصف باعتبارها عوامل تنظيمية تؤثر في الممارسة التمريضية. وبيئة العمل الجيدة هي البيئة التي تدعم الاستقلالية المهنية للمريض، وتحقق سيطرة أكبر على بيئة الممارسة، وتكون العلاقات بين الممرضة والطبيب جيدة، كل ذلك يؤدي إلى نتائج أفضل للممرضات والمرضى. وتشكل بيئة العمل خبرة الممرضات، التي تتشكل كذلك بالمكافآت الموضوعية أو المادية. ويشمل الإطار التصوري لدراسة بيئة العمل وتقييمها: التقدم المهني، دعم ومساندة الإدارة العليا، دعم ومساندة الرؤساء المباشرين، فريق العمل وكفاية الموارد، احترام التمريض، ومعايير التمريض المهني. ومن النتائج المتوقعة: ضغط العمل، رضا المريض، الرضا الوظيفي^(٥٢٦).

وتكشف نتائج البحث أن الممرضات موضوع البحث ينظرن إلى بيئة العمل بطريقة سلبية، ويعتبرنها بيئة سيئة غير جيدة. ومن البراهين التي تسوقها الممرضات على سوء بيئة عملهن، عدم احترام التمريض وازدراؤه من جانب الإدارة والطبيب والمريض وذويه، خاصة أن الممرضة تواجه الصدمات الناتجة عن أي تقصير أو أخطاء في الخدمة العلاجية، حتى لو لم تكن أخطاءهن، والسبب في ذلك هو الوضع المهني للممرضات حيث إنهن أكثر فئة من فئات العاملين داخل الهيئات الصحية وجوداً بين المرضى وذويهم لمدة طويلة أكثر من الأطباء: «إدارة التمريض مش حلوة... سوء معاملة رئيسة التمريض... الدكتور والمرضى

شايفين الممرضة خدامة.... في الكسور مريض الشركة عايزنى أشيله... ولا يسمح لأقاربه بحمله... مفيش احترام للممرضة أتوقع أن يكون فيه احترام من الناس ويبطلوا يزعقولنا... الممرضة في نظر المريض وأهله مجرد خادمة جشعة مرتشية لا تراعى ضميرها... استيعاب الناس هو المشكلة... المفروض المريض يدخل الطوارئ والناس تقعد بره بيزعلوا ويصروا على الدخول... مشاكل أهل المريض كثيرة... لما تحصل مشاكل مع المرضى وأي اهانات بشعر إن المهنة غير محترمة لذلك اشعر بعدم الرضا... لو محدش يقدرني بكون تعبانة نفسياً بس لازم أراعى المريض». ويخلق عدم احترام التمريض على هذا النحو ردود أفعال عاطفية سلبية حيال التمريض تتمثل في كراهية المهنة، وانخفاض معنويات الممرضة: «أتوقع أن يعترف المجتمع بالتمريض كمهنة كويسة... تحدث مشكلات زوجية كثيرة بسبب عمل الزوجة بالتمريض... حتى جوزها يبصلها بصره مش كويسه... لا أحب الـ career علشان اخدت بكالوريوس إعلام... لازم يبطلوا الدعاية السيئة وإلا سوف تنقرض المهنة... لا أتوقع أي جديد للمهنة هتفضل زى ما هي... ويمكن تختفي لأن مفيش حد بيحب يشتغل فيها». ولا تحقق بيئة العمل الاستقلالية، ونقص مقدار القوة التي تمارسها الممرضة على عملها وبيئة العمل. ويؤدي انخفاض درجة الاستقلالية إلى انخفاض درجة الرضا الوظيفي: «في المستشفى يعتبروا الممرضة أداة تنفيذ التعليمات فقط». كذلك تبرهن الممرضة على سوء بيئة العمل بسوء العلاقات بين الممرضة والطبيب، نقص دعم الإدارة العليا والرؤساء المباشرين. وتعتبر الممرضة بيئة العمل غير ملائمة وتشعرها بالملل نظرا للطابع الروتيني الذي يصبغ العمل التمريضي، ويؤثر على الالتزام التنظيمي والرضا الوظيفي. واضح أن ثقافة التمريض تشكل الطريقة التي ترى بها الممرضات بيئة العمل، ومن ثم تحدد درجة الرضا الوظيفي.

ومن العوامل الأخرى التي تؤثر في الرضا الوظيفي للممرضة محتوى العمل الذي يرتبط بحجم العمل، ويرتبط سلبياً بالرضا الوظيفي. وتعاني الممرضة من ضخامة حجم العمل التمريضي المنوط بها، والذي ينتج عن نقص أعداد الممرضات^(٥٢٧) باعتبارها مورداً مهماً من الموارد المرتبطة بالرضا الوظيفي. ويحول حجم العمل في رأي الممرضات دون تقديم رعاية تمريضية متكاملة وجيدة: «عدم رضا الممرضة ناتج عن أن الممرضة تكون loaded دائماً... في الرعاية قد تتولى رعاية مريضين... ذلك غير ممكن... عدد الـ staff غير كافي... لازم تكون كل ممرضة مسئولة عن حالة واحدة معينة... الـ zone لكل ست أو سبع حالات ممرضة... لأن في قسم الأطفال عدد الأسرة أقل وبالتالي عدد الحالات لكل ممرضة أقل مقارنة بالأقسام الأخرى التي يزيد فيها عدد الحالات لكل ممرضة عن ذلك بكثير... الممرضة loaded قد تعمل مع ١٢ مريض وبالتالي تكون النظرة لها أنها مقصرة... لازم يكون عدد الحالات التي تكون الممرضة مسئولة عنها أقل ولو أخطأت أحاسبها... ويمكن تطبيق كل ما هو مطلوب منها full nursing care». وتعمل زيادة ساعات العمل جنباً إلى جنب مع ضخامة حجم العمل على انخفاض مستوى الرضا الوظيفي للممرضة، خاصة أن يوم عمل الممرضة على هذا النحو يخلق كثرة من المشكلات الأسرية وصراع أدوار. أو على حد تعبير أندرسون Anderson «تعمل المرأة يوماً مزدوجاً double day أو مناوبة أخرى another shift في المنزل»^(٥٢٨): «عدد ساعات العمل ١٢ ساعة... وقد تصل إلى ١٤ ساعة من الاستلام... المفروض اشتغل ٣٦ ساعة في الأسبوع تزيد عن ذلك أخذ شيفتات زيادة... مشاكلها الاجتماعية أو الأسرية والـ shifts الليلي بتلخبط لها حياتها... تترك أولادها... الممرضة تعيش حياة غير مستقرة نتيجة عملها بالتمريض... وتظهر المشكلات الزوجية نتيجة لذلك».

ويتأثر الرضا الوظيفي بمدى توافر الموارد والمستلزمات والأجهزة. حيث يؤدي نقص الموارد والأجهزة في السياق الإكلينيكي مثل أجهزة التنفس الصناعي و«برطمانات التشفيط»^(٥٢٩) والملايات إلى حالة من الارتباك، وضغطاً يحول دون تركيز الممرضة في أداء مهامها التمريضية بصورة جيدة، ويخلق ذلك حالة من عدم الرضا الوظيفي. ويعزز عدم الرضا الوظيفي تقاعس الإدارة عن توفير هذه المستلزمات والأجهزة، وتحمل الممرضة تبعات هذا النقص، والمتمثلة في اتهام المرضى لها بالتقصير: «أحيانا الـ supplies يكون فيها نقص أو غير موجودة... وفيه نقص في الأجهزة مثلا عدد التنفس الصناعي... وبرطمانات التشفيط... أبلغ مشرفة الوحدة فيه نقص ملايات وعجز في كل حاجة.. ودي حاجة تضايق وتخلي الممرضة تلف وتدور... قلة الـ supplies بتكون ضغط على الممرضة... الأجهزة ممكن بعضها يكون عطلان والصيانة بتيجي بعد عذاب... والإدارة تدعى الاهتمام بتوفير الأجهزة ولكن لا تفعل ولا يتعاون الإداريون في توفير ما أطلبه... ونحتاج إلى الأدوات والأجهزة الأحدث... الحصول على supplies ناقصة محتاج روتين وكتابة ورقة للإدارة ورئيس الجامعة، وهكذا... أحيانا المريض بيشتكى من عدم كفاءة التغذية أو الفندقية أو المخدات والملايات حتى النظافة تكون مسئولية الممرضة». وبذلك يسهم نقص الموارد والأجهزة والطريقة التي تتعامل بها الممرضة مع هذا النقص في إعادة إنتاج معاني ثقافة التمريض كجماعة مضطهدة، ومن ثمّ يدفعها إلى ممارسة القوة.

ويتأثر الرضا الوظيفي بالاهتمامات المهنية للممرضة، والتي تتحدد في مدى الفرص المتاحة لتطوير جماعة التمريض، والأجور، ومستويات الرعاية. وهنا تشير الممرضات إلى الاختلاف الواضح بين الدراسة الأكاديمية التي حصلت عليها وواقع الممارسة الفعلي. ويدفعها هذا الاختلاف إلى ممارسة قاصرة مقيدة، ومن ثمّ تقدم رعاية تمريضية غير جيدة: «لا توجد إمكانيات لتطبيق ما درسته بالكلية...»

أحاول التعامل مع ما هو متاح... وبالتالي لا تؤدي دورك ويعتبرونك أنت المقصر». وتؤكد الممرضات أن فرص التطوير المهني التي يتيحها المستشفى لجماعة التمريض غير كافية، لذا يطالبن بتوفير تدريب مستمر عالي الكفاءة لرفع مستواهن المهني: «الإدارة لا تمنحنا فرصة ولا يوجد تدريب... مركز التدريب الموجود بالمستشفى غير كافٍ.. لازم يكون فيه محاضرات تعليمية مستمرة ومشاركة في مؤتمرات to be updated... الممرضة محتاجة تدريب وتعليم مستمر حتى البكالوريوس محتاجة تدريب... كل شهر مثلاً علشان تجدد معلوماتها... تختلف دور الممرضة عن زمان لازم يكون عندها وعي». وتكشف النتائج عن رغبة الممرضة في مزيد من التدريب والتعليم المستمر تشكلها تصورات ثقافة التمريض التي تدفع إلى التخلص من الصورة النمطية للممرضة، والسعي إلى مزيد من القوة المستمدة من المعرفة.

وتعد قضية الأجور^(٥٣٠) من أبرز الاهتمامات المهنية التي تحدد مستوى الرضا الوظيفي للممرضة. وتشير الممرضات إلى تدني الأجور والحاجة إلى تعديلها نظراً لأنها لا تتناسب مع ما يبذلنه من جهود في سبيل تقديم رعاية تمريضية جيدة. وتعاني الممرضة من ارتفاع الخصومات والاستقطاعات والجزاءات وهو ما تعتبره اضطهاداً من جانب الإدارة: «أنا باشتغل محتاجة أجر أفضل... المرتب غير مجزى... أتوقع وقف الاستقطاعات وغياب الخصم عالي جداً مقارنة بالقصر القديم... لا أشعر بالرضا اشتغل كثير وفلوس أقل... ممكن اشتغل كثير واخذ جزا لانى نسيت أعلم في الدفتر». وتعاني كثرة من الممرضات خاصة في الأقسام والطوارئ من تفاوت الحوافز والمكافآت برغم الجهود المضنية التي تبذلنها: «الحوافز والمكافآت غير متساوية... لماذا لا يتعامل الطوارئ مثل الـ ICU برغم أن المجهود واحد (متماثل).... الحافز في الـ ICU يزيد على ٥٠ ٪ والـ overtime أكبر... في أي مكان الطوارئ تتعامل زي الـ ICU هنا يتعاملوا زي

الزونات». وهكذا تغيب العدالة التنظيمية ببعدها الأول الذي حدده جرينبرج J.Greenberg، والمتمثل في عدالة التوزيع، أي درجة ارتباط المكافآت والجزاءات بمدخلات الأداء. ويصاحب تدني الأجور عوامل أخرى تثقل كاهل الممرضة، وتعزز حالة عدم الرضا الوظيفي لديها، منها عدم توفير المستشفى حضانة أو أوتوبيسات لنقلهن من المستشفى وإليه. ومن الاهتمامات المهنية التي تؤثر في مستوى الرضا الوظيفي للممرضة عدم وضع إدارة المستشفى وإدارة التمريض رغباتها وخياراتها في الاعتبار: «إدارة المستشفى مبتاخذش رأينا في أي حاجة ولا تضع رغباتك في الاعتبار...نظام الـ shifts... مثلا إدارة التمريض عايزه تنقلني في الأدوار... لازم اشتغل في المكان اللي بحبه... كمان ملناش تحكم في الإجازات». وهكذا يدعم تدني الأجور، وغياب العدالة التنظيمية، وتجاهل رغبات وخيارات الممرضات، مشاعر الاضطهاد التي تنضوي عليها ثقافة التمريض، ومن ثم تدفع إلى ممارسة أشكال من القوة قاربها المبحث الثاني.

وتحدد علاقات العمل المهني مستوى الرضا الوظيفي. وترتبط علاقات العمل بجوانب فريق العمل، والقدرة على التعبير عن الرأي، والرضا عن الإدارة، والدعم الشخصي. وقد تبين في مواضع كثيرة سابقة أن الممرضة تعاني توتراً في علاقتها ببقية أعضاء الفريق المعالج خاصة الأطباء: «أتمنى العمل معاً كفريق.. ويكون هناك تعاون بين جميع أعضاء الفريق الطبي». كما تعاني توتراً في علاقتها بالإدارة التي تمثل في نظرها أداة للقهرة والاضطهاد الذي يتبدى في الانحياز الصارخ للأطباء، وعدم تقدير الظروف الطارئة التي قد تتعرض لها الممرضة، وتقاعس الإدارة عن تقديم الاهتمام والدعم النفسي للممرضة: «فيه حالة خوف من الإدارة... أسلوبها ضد الممرضة... متحيزة للدكتور حتى لو غلطان... ومفيش اهتمام بالممرضة». وتشعر الممرضات بأن الإدارة تعتمد دوماً إلى كبت أصواتهن، ولا تتيح لهن فرصة أو مساحة للتعبير عن رأيهن. وهكذا تخلق علاقات العمل المهني التي

تشكل جزءاً من ثقافة تنظيم المستشفى - على اعتبار أن العلاقات الاجتماعية جانب من الثقافة - حالة من عدم الرضا الوظيفي، وتعيد إنتاج ثقافة التمريض.

والحقيقة أن إهمال الإدارة للممرضة، وعدم اكتراثها بما قد يهدد حياتها من مخاطر من أقوى العوامل التي تؤثر في الرضا الوظيفي للممرضة. إذ تعاني الممرضة مخاطر العدوى بأمراض خطيرة كالإيدز أو فيروس «سي» نتيجة لتقاعس الإدارة عن توفير متطلبات الوقاية من العدوى أثناء تقديم الخدمة التمريضية مثل «الماسك» أو «الجوانتي». كذلك تتعرض الممرضة لمخاطر عدة عند تعرضها للأشعة من جهاز (image) x rays نظراً لعدم ارتدائها gown (بالطو أو مريلة) أو نظارة واقية أو mask. على سبيل المثال، تتعرض الممرضة عند إجراء قسطرة قلب لأخطار، منها تكسير النخاع الشوكي، والسرطان. كذلك قد تصاب الممرضات بأمراض ناتجة عن ضغط العمل مثل آلام الظهر والكتف والغضروف. وتتجاهل إدارة المستشفى إجراء التحاليل والفحوص الطبية الدورية التي قررتها وزارة الصحة للممرضات: «مفیش كشف دوري علينا علشان العدوى»... الممرضة تعمل الكشف وتحاليل العدوى على حسابها». ويعد هذا التجاهل متعمداً من وجهة نظر الممرضات لأسباب منها، أن ظهور حالات إصابة معدية يحتم استبعاد الممرضة من أماكن الحركة ونقلها إلى العيادات، ويؤدي ذلك إلى نقص التمريض الكفء في أماكن الحركة خاصة الرعاية المركزة. أما إذا كانت الممرضة خالية من الأمراض المعدية كفيروس «بي»، فإن الإدارة تكون ملزمة بتوفير التطعيمات باهظة التكلفة. وما يضيف إلى الأعباء المادية الملقة على كاهل الممرضة أنها تتحمل تكلفة إجراء تحاليل وفحوصات العدوى^(٥٣١). واضح أن مهنة التمريض لا توفر أماناً للممرضة، ويمثل ذلك ضغطاً يؤثر في الرضا الوظيفي. والحقيقة أن إهمال نقابة مهنة التمريض^(٥٣٢) لمشكلات الممرضات وحقوقهن قد فاقم هذا الشعور بعدم الأمان: «النقابة لا تعطيهما حقها ولا تعلم عنها شيئاً...

مجرد بادفع الاشتراك فقط.. النقابة بعيدة عنا وعن مشاكلنا... فيه تقصير من النقابة... حقوقنا مبنأخدهاش بالنقابة».

واضح أن عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية (الاتجاهات الثقافية العامة حيال التمريض كمهنة)، وثقافة التمريض، وثقافة تنظيم المستشفى (المعايير والمعتقدات والقيم المرتبطة بالتنظيم)، والترتيب التنظيمي (البيئة لداخلية)، والبناء الاجتماعي للمستشفى (علاقات العمل المهني)، تتضافر لتحديد الرضا الوظيفي للممرضة الذي يبدو عند أدنى مستوياته في المستشفى موضوع البحث. إن القوة مورد متاح لكل جماعات التمريض. وعدم الاعتراف بقوة الجماعة يؤدي إلى تضييع مورد، وتخفيض مستوى الرضا الوظيفي، وفقدان الممرضة الثقة والانتماء للتنظيم: «لو لقت الممرضة اهتمام كشخص له أهميته هتدي أكثر». وفي بيئة الرعاية الصحية لا يمكن تضييع الموارد إذا أرادت الجماعة الحفاظ على حيويتها، وأن يستمر إدراكها كفريق متكامل في توصيل رعاية صحية جيدة وكفؤه^(٥٣٣).

* * *

مناقشة النتائج

انطلق هذا البحث من ثلاثة تساؤلات محورية: ما هي أبرز سمات ثقافة التمريض؟ وإلى أي مدى تؤثر هذه السمات في ممارسات وأدوار الرعاية الطبية التي تضطلع بها الممرضة داخل المستشفى؟ وهل ترتبط ثقافة التمريض بممارسة القوة؟ وقد توخى الباحث في سبيل الإجابة على هذه التساؤلات، وتحقيق أهداف البحث، إطاراً نظرياً قوامه النظرية ما بعد البنائية والنظرية التركيبية الاجتماعية ما بعد الحداثية، ومنهجية أنثروبولوجية كيفية. وقد خلص البحث إلى عدة نتائج يتلخص أهمها فيما يلي:

١ - تمثل الممرضات ثقافة فرعية تتألف من مجموعة من الطرق النمطية للتفكير والشعور والسلوك.

٢ - أفرزت أوضاع مهنة التمريض، وعمليات التنشئة المهنية والغرس الثقافي لثقافة التمريض، هابيتوس التمريض Nursing Habitus الذي يعد نتاجاً لاستدماج الخبرة الثقافية، ويمثل الأبنية المعرفية التي تتعامل الممرضات من خلالها مع العالم.

٣ - تكشف جماعة التمريض عن سلوكيات الجماعة المضطهدة، وشعور بالاضطهاد والافتقار إلى القوة. وتشكل ثقافة التمريض هذه السلوكيات، وذلك الشعور.

٤ - جماعة التمريض جماعة منقسمة وغير متماسكة. ويدعم الشعور بالاضطهاد وسلوكيات الجماعة المضطهدة هذا الانقسام وعدم التماسك، وتُضعف وحدة التمريض كمهنة. ويؤثر كل ذلك في بيئة الممارسة، وصناعة الرعاية الصحية وجودتها.

٥ - التمريض جماعة ثقافية تعيد إنتاج المعاني المرتبطة بثقافتها. وتتعلق المعاني الثقافية الرئيسية بالقوة، ذلك أن الثقافة قوة في جوهرها، وتوجد مُستغرقة كلية

في علاقات القوة التي تشكلها. وتتخلل القوة التفاعلات الإنسانية، وبنية الحياة اليومية، والمناشط الروتينية.

٦- المستشفى مجال طبي ثقافي أو مجال للقوة field of power يحوي مجالات أخرى متعددة أكثر أو أقل استقلالية منضوية تحت لوائه. ويمثل التمريض أحد هذه المجالات.

٧- الممرضات يستحوذ عليهن شعور - شكلته ثقافة التمريض - بالسيطرة المهنية من جانب الأطباء في السياق الإكلينيكي ناتج عن إمعان الأطباء في إخضاعهن، وفرض السيطرة عليهن.

٨- توجه ثقافة التمريض ممارسات الممرضات للقوة، وسعيهن إلى التمكين.

٩- تخضع الممرضة لتأثيرات القوة وتمارسها في آن معاً، وتبدي مقاومة تتخذ أشكالاً ظاهرة وأخرى خفية كامنة.

١٠- تتنافس الممرضات والأطباء والمرضى داخل المستشفى كمجال للقوة على رأس المال الرمزي، ورأس المال الثقافي. ويشكل رأس المال والمجال أفعال الممرضات وممارساتهن.

١١- علاقات القوة تفاوضية، ومتعددة الأوجه. وتُمارس القوة بأشكال مختلفة اعتماداً على السياق.

١٢ - تُمارس الممرضة القوة في علاقتها بالمرضى. وتميل علاقات القوة بين الممرضات والمرضى إلى تأكيد الامتثال والإذعان للعلاج الطبي. ويعد إفراط بعض الممرضات في ممارسة القوة على المريض ناتجاً عن شعورهن بالاضطهاد، ذلك الشعور الذي يشكل جزءاً من ثقافة التمريض.

١٣- ثقافة التمريض مجال للصراع والتناقض، ومنطقة مهمة لإعادة إنتاج تفاوتات القوة. يتضح ذلك في التفاعلات وممارسات القوة داخل جماعة التمريض.

١٤- تتواشج المعرفة والقوة. وتصطدم قوة المعرفة الطبية السلطوية بقوة المعرفة التمريضية.

١٥- تكشف الممرضات الخبرات عن نوع خاص من المعرفة تتوسط الحد الفاصل بين الطب والتمريض. وتعرف هذه المعرفة «بالمعرفة الفعالة» effective knowledge، وتتشكل في السياق الإكلينيكي من الحلول التي تُطرح لمشكلات الحياة اليومية.

١٦- يمكن للجماعات المضطهدة أن تفرض تصورها للحقيقة بطرق مختلفة، ومن ثم فالمعرفة التي تمتلكها هذه الجماعات لها تأثيرات حتمية فيما يتعلق بممارسة القوة. وينضوي ذلك على تكذيب لفرضية فوكو التي مؤداها أن الأشخاص شاغلي المراكز القوية يمتلكون القدرة على ممارسة وفرض تصورهم للحقيقة. وأن المعرفة في حد ذاتها لا تحقق أي تأثيرات حتمية أو يمكن التنبؤ بها.

١٧- في المستشفى باعتباره مجالاً للقوة تعمل العلاقة بين المعرفة والقوة داخل ما يُطلق عليه التكوينات الخطابية. وتشكل الثقافة جوهر التكوين الخطابي أو الخطاب. وتخلق جماعة التمريض خطابها الخاص الذي تفرزه القوة.

١٨- يتوسط النوع العلاقات بين الأطباء والممرضات. وتحمل محاولات التأثير أو استعمال القوة في الجماعات قواعد قوية تتعلق بدور النوع.

١٩- تفتقر إدارة التمريض للقوة داخل تنظيم المستشفى، لكنها تُمارس القوة على الممرضات. ولا تسعى جماعة التمريض إلى مضاعفة تأثيرها في القرارات الإكلينيكية وسياسات المستشفى، أو إحداث تغيير في التنظيم. ويعزز هذا الضعف ثقافة التمريض الخاصة بالتمريض كجماعة مضطهدة، تلك الثقافة التي تدفع إلى عدم التماسك والتشظي والتنافر لا الوحدة.

٢٠- تعيد ثقافة تنظيم المستشفى موضوع البحث إنتاج معاني التبعية والخضوع الماثلة في ثقافة التمريض. وتشخص الممرضات موضوع البحث ثقافة التنظيم بأنها مغلقة وإخفائية ولائمة.

٢١- تحدد ثقافة التمريض - المطمورة والمُستغرقة كلية في علاقات القوة - وثقافة التنظيم مستوى الرضا الوظيفي. ويتأثر الرضا الوظيفي للممرضات موضوع البحث بعدة عوامل من أهمها: بيئة العمل التي يعتبرنها سيئة، والاستقلالية، والعدالة التنظيمية، ومحتوى العمل، وفرص الترقى، والاهتمامات المهنية، وعلاقات العمل المهني، وردود الأفعال العاطفية حيال التمريض، والطابع الروتيني، والموارد، والضغوط الخارجية، وفرص التطوير المهني والتدريب عالي الكفاءة، والأجور، والأمان الذي توفره المهنة.

لا ريب في أن سمات ثقافة التمريض بوصفها ثقافة جماعة مضطهدة ومفتقرة إلى القوة تحول دون استغلال طاقات الممرضات وقدراتهن بصورة متكاملة. وهناك العديد من الأسباب التي تدعو إلى الحد من سلوكيات الجماعة المضطهدة منها: (١) إذا أمسكت الممرضات عن سلوكيات الجماعة المضطهدة فسوف تزداد وحدة المهنة. وعندها يمكن للممرضات أن يغيرن بيئة الممارسة وصناعة الرعاية الصحية بصورة جماعية. (٢) إذا توقفت الممرضات عن الصراع الداخلي، فإن قوة الممرضة والمهنة وتأثيرها ككل سوف يزداد^(٥٣٤). (٣) تحسن مستوى الرعاية الصحية يتوقف بدرجة كبيرة على تغيير ثقافة التمريض التقليدية من ثقافة تتمركز حول الأدوار إلى ثقافة تتمركز حول المهمة والهدف. ويخفف ذلك بدرجة كبيرة من حدة التناقضات والصراعات داخل السياق الإكلينيكي التي تؤثر بالسلب على جودة الرعاية الطبية المقدمة.

ومن الضروري تحويل القوة التمريضية إلى قوة مثمرة إيجابية لا سلبية. وذلك عن طريق تمكين الممرضة، ومضاعفة قوتها، والعمل على أن تتمتع بالاستقلالية والمشاركة الحقيقية في اتخاذ القرار. واتخاذ التدابير اللازمة لرفع مستوى الرضا الوظيفي للحد من سلوكيات الجماعة المضطهدة وتأثيراتها الخطيرة. ويعد وجود ثقافة تنظيمية مفتوحة تعليمية وغير ملائمة ضرورة ملحة وعاملاً رئيساً في تحقيق الرضا الوظيفي، ومن ثم تحسين جودة الرعاية الصحية.

لقد باتت الحاجة للمنظورات الثقافية ملحة لفهم وتغيير سلوك مقدمي الخدمة ومؤسسات الرعاية الصحية، وتقويم احتياجات المجتمع واتجاهات مقدمي الخدمة^(٥٣٥). ونجاحنا في تشكيل تصور لمفهوم الثقافة باعتبارها أساساً مهماً للمريض، يحوّل الممرضات إلى ممارسة إكلينيكية موجهة ثقافياً، لا تكون فقط متسامحة بشأن الاختلافات والتميزات في المعتقدات الصحية والسلوك الصحي، ولكن تستفيد من هذه الاختلافات لتحسين الرعاية التمريضية. ويوفر ذلك للممرضات قدرة على تحدي وتغيير العديد من الافتراضات التي ارتكزت عليها الرعاية التمريضية، وأن يكتسبن رؤى جديدة لمفاهيم كالأسرة، والضغط، والصحة، والمرض، والحرمان. وأن يدركن تأثير ثقافة التنظيم على تقديمهن للرعاية الصحية، ويمتلكن حساسية ثقافية، ويحافظن على الكرامة الإنسانية^(٥٣٦).

إن التركيز على الجودة وخبرات المريض ومقدمي الرعاية الصحية قد خلق للأنثروبولوجيين أدواراً يمكن أن يضطلعوا بها في تحسين الرعاية الصحية من خلال اتباع الإجراءات التالية: (١) تحديد التصورات المؤسسة ثقافياً لما يُعتبر جودة الرعاية. (٢) إحداث تغير تنظيمي في مؤسسات الصحة لتدعيم قدرتها على تقديم رعاية حساسة من الناحية الثقافية. (٣) تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على الديناميات الثقافية للعلاقات بين الشخصية^(٥٣٧). لكل ما سبق يتعين تطوير برامج

لتأهيل الممرضات تركز على تصورات الأنثروبولوجيا، ومفهومها المحوري للثقافة، وتكون ملائمة ثقافياً، وتساهم في تحقيق رعاية صحية فعالة. إن التمريض هو جزء من مرحلة عالمية وضرورة ملحة، لذا يتعين فهم وجوده الثقافي لتمكينه من البقاء والاستمرارية، وتطوير أدائه وفعاليته، والحد من الممارسات السلبية للقوة.

* * *

ملاحق البحث

ملحق رقم (١): الجداول

النشاط	أعداد المرضى المستفيدين
الطوارئ	٢٠١٤٠١ تقريبا
العيادات	١١٢٥٠٩١ تقريبا
القسم الداخلي	١٧٩٧٧٧ تقريبا
العمليات	١٠٨٦٩١ تقريبا

جدول (١): أنشطة الأقسام من يوليو ١٩٩٦ - ٢٠٠٥

النشاط	أعداد المرضى المستفيدين
الطوارئ	٢٨٠٠٠ تقريبا
العيادات	١٦٨٠٠٠ تقريبا
القسم الداخلي	٢٨٠٠٠ تقريبا
العمليات	١٤٠٠٠ تقريبا

جدول (٢): أنشطة الأقسام من يوليو ٢٠٠٨ - يونيو ٢٠٠٩

إجمالي	عدد الأسرة	الدرجة	الذون
١٦	٩ أسرة ٨ أسرة		١٠ رعاية جراحة، رعاية جراحة قلب
٤٦	٢٦ سرير ٢٠ سرير	أولى ممتازة ثانية ممتازة ثانية مشتركة	٢، ٢ ب رعاية قلب
٢٠ ٢٦	١٢ سرير ٨ أسرة ١٤ سرير ١٢ سرير	ثانية ممتازة ثانية مشتركة	٢ ج، ٢ د رعاية باطنة رعاية قلب + قسطرة قلب
٤٠	١٦ سرير ٢٤ سرير	ثانية ممتازة ثانية مشتركة	٣ أ أمراض كلى، جراحة عيون + جراحة أوعية
		الفحص الشامل	٣ ب
		عيادات	٣ ج، ٣ د
١٥٠	٢ سرير ٦٤ سرير ٨٤ سرير	جناح ثانية ممتازة ثانية مشتركة	٤ أ، ٤ ب، ٤ ج، ٤ د جراحة- مسالك، جراحة قلب وصدر + جراحة عامة، جراحة قلب وصدر + رعاية متوسطة، جراحة قلب وصدر
١٦٠	٦٤ سرير ٩٦ سرير	ثانية ممتازة ثانية مشتركة	٥ أ، ٥ ب، ٥ ج، ٥ د جراحة عظام، باطنة عامة، جراحة عامة - أنف وأذن، باطنة - أمراض كبد

١٦٢	٦ أسرة ٦٠ سرير ٩٦ سرير	أولى ممتازة ثانية ممتازة ثانية مشتركة	٦ أ، ب، ج، ٦ د أمراض دم وأورام، باطنة عامة، جراحة عامة، ورعاية كبد
١٥٥	٢٢ أسرة ٥٤ سرير ٧٩ سرير	أولى ممتازة ثانية ممتازة ثانية مشتركة	٧ أ، ب، ج، ٧ د أمراض صدرية ورعاية صدر، باطنة - عصبية، جراحة عامة وجراحة مخ وأعصاب، حديثي الولادة - مبتسرون.
١٠٤	١ سرير ١٦ ١٥ ٧٢	جناح أولى ممتازة أولى عادية ثانية ممتازة	٨ أ، ب، ج، ٨ د باطنة عامة
٩٩	١١ ١٦ ٨ ٦٤	جناح أولى ممتازة أولى عادية ثانية ممتازة	٩ أ، ب، ج، ٩ د نساء وولادة، جراحة عظام، جراحة مخ وأعصاب، جراحة عامة - مسالك
٩٧٨			إجمالي عدد الأسرة بالمستشفى

جدول (٣): توزيع الأسرة على الذونات حسب الدرجات

ملحق رقم (٢): دليل العمل الميداني

أولا - البيانات الأولية:

- (١) الموطن الأصلي - محل الإقامة:
- (٢) المؤهل الدراسي:
- (٣) سنوات الخبرة الإكلينيكية:
- (٤) الوظيفة الحالية (الدور والاختصاص):
- (٥) القسم:

ثانيا - سمات ثقافة التمريض:

- (٦) نظرة المجتمع إلى مهنة التمريض، ومدى تعبيرها عن الدور المؤثر الذي تؤديه الممرضة.
- (٧) رؤية الأقارب والجيران للمهنة.
- (٨) رؤية الممرضة للمهنة، ودورها، وذاتها، وأسباب التحاقها بالمهنة.
- (٩) الأقسام أو الوحدات التي تفضلين العمل بها، ولماذا؟
- (١٠) الأدوار التي تؤديها الممرضة في الأقسام المختلفة التي تعمل بها.
- (١١) الممارسات والأنشطة اليومية التي تقوم بها الممرضة، والأفعال المتكررة.
- (١٢) التنشئة المهنية للممرضة: هل اكتسبت خبراتك ومهاراتك عن طريق التعليم المدرسي، أو العمل مع ممرضة أكثر خبرة وملاحظة الممارسات والأمور اليومية الروتينية، أو من مصادر أخرى؟
- (١٣) قيم التمريض وسمات أدوار الرعاية.

- (١٤) السمات التي يجب أن تمتلكها الممرضة - في رأيك.
- (١٥) اللغة المشتركة السائدة داخل جماعة التمريض، مفرداتها ومصطلحاتها.
- (١٦) الزي وتصنيفه واختلافه، ورأيك في هذا الاختلاف؟

ثالثاً - ثقافة التمريض والقوة:

- (١٧) هل تعتبرين جماعة التمريض جماعة مضطهدة تفتقر إلى القوة؟
- (١٨) هل تعتبرين مهنة التمريض مهنة تابعة لمهنة الطب، أم أنها تتمتع باستقلالية؟
- (١٩) أهداف جماعة التمريض، وهل تمتلك القدرة على تحقيق هذه الأهداف؟
- (٢٠) جماعة التمريض وتأثيرها على القرارات الإكلينيكية وسياسات المستشفى.
- (٢١) هل ترين ضرورة أن تتمتع الممرضة بالاستقلالية وأن تشارك في اتخاذ القرار؟
- (٢٢) إذا رأيت قراراً أو وضعاً ترفضينه في بيئة العمل هل تعبرين عن رفضك صراحة أم بشكل خفي؟
- (٢٣) إذا رأيت أن تعليمات الطبيب ليست في صالح المريض هل تكونين إيجابية، وتبدين رفضك؟
- (٢٤) هل يمكن أن تنصح الممرضة بأسلوب بديل في علاج المريض؟
- (٢٥) هل يمكن أن تتخذ الممرضة قراراً دون الرجوع إلى الطبيب؟
- (٢٦) هل تفضل الممرضات الأدوار الإدارية التماساً لمزيد من القوة والتأثير وهروباً من سيطرة الأطباء؟

المرضة والطبيب:

- (٢٧) التفاعل بين الممرضة والطبيب: تعاون أم صراع؟
- (٢٨) السيطرة المهنية: الطبيب وفرض السيطرة في الموقف العلاجي.
- (٢٩) هل تشعر الممرضة بأنها أداة لتنفيذ تعليمات الطبيب، وأنها لا تشغل موقعاً مستقلاً في علاج المريض؟
- (٣٠) هل يتعامل الأطباء مع الممرضات باعتبارهن خاضعات غير مؤثرات في السياق الإكلينيكي، وينفذن تعليمات الأطباء فقط ؟
- (٣١) هل الممرضة الجيدة هي من تنفذ تعليمات الطبيب بدقة ومهارة وإخلاص؟
- (٣٢) هل يشكك الأطباء في قدرة الممرضة على اتخاذ قرار مناسب أو إتيان فعل ملائم؟
- (٣٣) هل ينظر الطبيب إلى الممرضة باعتبارها شخصاً يسعى إلى الانتقال من سلطته، وهل تتضح هذه النظرة لدى الأطباء المبتدئين (النواب) أم القدامى (الاستشاريين)؟
- (٣٤) هل يمكن أن يفيد الطبيب من توصيات الممرضة بطريقة غير مباشرة بحيث لا يغير ذلك في مكانتها وقيمتها الهامشية في رأيه؟
- (٣٥) وهل يغضب عندما تحاولين مساعدته؟
- (٣٦) فرض الطبيب سيطرته لصالح المريض أم لمجرد فرض الرأي على فريق التمريض المعاون؟
- (٣٧) هل مساحة النقاش والتفاوض أكبر في حالة الأطباء المبتدئين (النواب) أم القدامى (الاستشاريين)؟
- (٣٨) هل يمكن أن توجه الممرضة الطبيب المبتدئ؟

(٣٩) هل يكون الطبيب محقاً في قراراته دوماً، وإن لم يكن هل تعبرين له عن رأيك؟

(٤٠) وصف الجولة اليومية (المرور اليومي):

- هدفها.

- دور كل من الطبيب والممرضة فيها.

- مكان الممرضة أثناء الجولة: تسير إلى جوار الطبيب أم خلفه.

- هل تتدخل الممرضة في الجولة والنقاش الدائر بين الطبيب والمريض، وهل تقاطع الطبيب أم تبقى صامتة في الخلفية؟

- ماذا تفعل الممرضة إذا شعرت أن المعلومة التي يقدمها الطبيب للمريض أثناء الجولة غير كافية وغير مرضية للمريض.

(٤١) هل تبذلين جهداً إضافياً لنيل احترام الأطباء وثقتهم؟

(٤٢) الامتيازات التي يحصل عليها الطبيب مقارنة بتلك التي تحصل عليها الممرضة؟

(٤٣) التفاعل والعلاقة بين الممرضة والطبيب في عمليات اتخاذ القرار.

(٤٤) هل تتحدى الممرضات تعليمات الأطباء أحياناً، ونتائج ذلك؟

(٤٥) هل سعي الأطباء إلى فرض سيطرتهم قاصر على الممرضات أم يشمل فئات أخرى من العاملين بالرعاية الطبية؟

الممرضة والمريض:

(٤٦) الأقرب إلى المريض: الممرضة أم الطبيب؟

(٤٧) تقدير المرضى ونزويهم لدور الممرضة وأهميتها.

- (٤٨) هل يبدي المريض احتراماً أكبر للأطباء أم للممرضات؟
- (٤٩) السيطرة الطبية: هل ترين أن من واجبك أحياناً فرض رأيك على المريض، وإجباره على تنفيذ التعليمات؟
- (٥٠) تحكم الممرضة في أنشطة المريض اليومية: الوجبات (مكوناتها ومكان تناولها)، والأدوية، والاستحمام، ومشاهدة التلفزيون، والنوم، وإيقاظ المريض لتناول الدواء والوجبات، والتواليت، وهلم جرا؟
- (٥١) هل تشكك الممرضة في قدرة المريض على معرفة ما هو أفضل له؟
- (٥٢) هل يمثل المريض دوماً لنصائح وتعليمات الممرضة؟
- (٥٣) هل توضع رغبات المرضى وشكواهم في الاعتبار، وهل تتاح لهم الفرصة للمشاركة في اتخاذ قرارات تتعلق بعلاجهم؟
- (٥٤) تدوين الممرضة لملاحظات خاصة بالمريض وتوثيق حالته (مضمون الملاحظات)، وهل يعتد الطبيب بهذه الملاحظات؟
- (٥٥) إصدار أحكام على المرضى (من هو المريض المزعج في رأيك).
- (٥٦) هل شعور الممرضة أنها مرغوبة من المرضى يمنحها القوة؟
- جماعة التمريض:**
- (٥٧) الصراعات داخل جماعة التمريض:
- أخصائيات التمريض والممرضات من ناحية، وقائدات التمريض من ناحية أخرى.
 - أخصائيات التمريض، والممرضات.
 - قدامى الممرضات، وحديثات التعيين.

- (٥٨) هل العلاقات داخل جماعة التمريض تساعد على تحقيق أهدافها (تماسك وتعاون أم صراع)؟
- (٥٩) هل تحدد سنوات الخبرة مكانة الممرضة ومساحة اتخاذ القرار المتاحة؟
- (٦٠) إذا حدثت مشكلة معينة مثل خلاف مع طبيب، إلى من تلجئين؟
- (٦١) نظرة الممرضة إلى المهن المساعدة الأخرى؟

رابعاً - المعرفة والقوة:

- (٦٢) المؤهل الدراسي وعلاقته بقوة الممرضة ومكانتها داخل تنظيم المستشفى.
- (٦٣) هل تشعرين أن المعرفة التي حصلت عليها بعد سنوات من التعليم والتدريب والتأهيل تمنحك القوة والقدرة على اتخاذ قرارات ترينها صائبة؟
- (٦٤) وهل يضع الطبيب في اعتباره هذه المعرفة؟
- (٦٥) هل يستمد الأطباء القوة من المعرفة التي حصلوا عليها أم من التوصيف الوظيفي؟
- (٦٦) هل تمنحك الخبرة المكتسبة (وعدد سنوات الخبرة) قوة، وتشكل فارقاً في رعاية المريض وعلاجه؟
- (٦٧) الوجود والحضور الدائم في الموقف الإكلينيكي، وقوة الممرضة.
- (٦٨) هل تمنحك المعرفة الوثيقة بالمرضى وأسرهـم ومشكلاتهم، وبجميع جوانب العملية العلاجية قوة.
- (٦٩) هل تغير موهبة ومهارة ومعرفة الممرضة من وضعها، ومن النظرة إليها داخل تنظيم المستشفى؟
- (٧٠) اللغة وممارسة الأطباء والممرضات للقوة.

خامسا - ثقافة التمريض والنوع وممارسة القوة

(٧١) هل تعكس النظرة إلى الممرضة تصورات الثقافة السائدة للذكر والأنثى، والتحيز النوعي؟

(٧٢) النوع ومكانة التمريض كمهنة.

(٧٣) هل يركز الصراع بين الأطباء والممرضات على النوع؟

سادسا - ثقافة التنظيم:

(٧٤) ثقافة التنظيم مفتوحة وتعليمية أم مغلقة وإخفائية وملائمة؟

(٧٥) مكانة الممرضة داخل التنظيم.

(٧٦) مدى الاتساق بين أهداف التنظيم وأهداف جماعة التمريض؟

(٧٧) هل تفتقر إدارات وأقسام التمريض إلى القوة؟

(٧٨) هل تشعرين أن لجماعة التمريض القدرة على التأثير على الإدارة أو تنظيم المستشفى؟

(٧٩) هل تشعرين بالعجز عن إحداث تغيير في التنظيم أو المهنة؟

(٨٠) هل تحاول جماعة التمريض مضاعفة تأثيرها على القرارات الإكلينيكية، وسياسات المستشفى؟

(٨١) قدرة جماعة التمريض على العمل معا لتحقيق أهداف مشتركة.

(٨٢) في حالة حدوث صراع بين الممرضة والطبيب، ما موقف الإدارة عادة؟

(٨٣) وهل تتجنب الإدارة هذا الصراع؟

(٨٤) كيف تتعامل الإدارة مع شعور الممرضات بالضعف والافتقار إلى القوة؟

(٨٥) هل تسعى الإدارة إلى مضاعفة قوة الممرضات وتأثيرهن؟ أم تركز لأدوار التبعية والخضوع التي تؤديها الممرضات؟

(٨٦) أسباب الصراع بين الإدارة والممرضات:

- التخصص وانعزال الممرضات وأداؤهنّ مهام معينة.
- تعدد أدوار الممرضة.
- الخضوع لسيطرة آخرين.
- المكافآت غير المتساوية.

(٨٧) جماعة التمريض والقدرة على التكيف مع التغير والتجديد واكتساب المعرفة وتنمية القدرات.

قائدات التمريض:

(٨٨) أدوار القيادة.

(٨٩) هل تتدخل قائدات التمريض لحل مشكلات الممرضات، وتيسير أفعالهن، وتحقيق أهدافهن؟

(٩٠) هل تسهم قائدة التمريض في تحسين بيئة العمل والممارسة؟

(٩١) قائدة التمريض هي الصلة بين الممرضات والنظم التي يتفاعلن معها، فهل تكون على دراية بنقاط القوة والمناطق التي تحتاج إلى تطوير؟

(٩٢) ما ينبغي على قائدة التمريض أن تفعله لتدعيم قوة جماعة التمريض: مثال التعاون مع الجماعات الأخرى، والمشاركة في اتخاذ القرارات.

(٩٣) تعمل قائدات التمريض لصالح الممرضات أم لصالح الأقوى؟

(٩٤) هل يكون تركيزك على تنفيذ المهمة أم تولين اهتماماً للأفراد المسؤولين عن أداء المهام (العلاقات الإنسانية)؟

سابعا - الرضا الوظيفي:

- (٩٥) الشعور بالرضا الوظيفي، ومشكلات بيئة العمل التي تحول دونه.
- (٩٦) الجوانب والعوامل التي تؤثر في الرضا الوظيفي للممرضة.
- (٩٧) التوقعات المشتركة بالنسبة للمهنة والعاملين الآخرين في الرعاية الصحية؟

* * *

ملحق رقم (٣): وثيقة حقوق المريض

جامعة القاهرة

كلية الطب

مستشفى قصر العيني التعليمي الجديد

ضيفنا العزيز:

مرحباً بك في أكبر وأحدث صرح علاجي تعليمي بالشرق الأوسط، يقوم على رعايتك فيه نخبة من أعضاء هيئة التدريس بكلية الطب جامعة القاهرة، وهيئة التمريض والإداريين الذين يسهرون على راحتك.

وبداية فإننا نشكرك على ثقتكم وحسن اختيارك لهذا المستشفى لتقديم الخدمة الطبية لك ولأسرتك ونعاهدك أن نبذل أقصى ما في وسعنا لنكون عند حسن ظنك.

وإننا تعاهدنا على صيانة وتقديس حقوقك التالية:

- ١- نوفر لك الخدمة الصحية على مدى أربعة وعشرين ساعة يومياً في أي من العيادات الخارجية أو الطوارئ أو الأقسام الداخلية.
- ٢- نوفر لك الخدمات الشخصية والعلاجية المتاحة التي تحتاجها في أسرع وقت ممكن.
- ٣- أن يقوم أطباؤنا بمناظرتك طبياً عند دخولك المستشفى.
- ٤- أن تطلع على التشخيص المبدئي، وخطة تشخيص، وعلاج المرض.
- ٥- أن تتابع المستشفى معك أو أسرتك تطور حالتك المرضية ومدى استجابتك للعلاج.
- ٦- أن يشرح الطبيب المعالج لك بدائل العلاج الخاص بحالتك في حالة وجودها، ونحترم رأيك بشأن هذه البدائل.

- ٧- أن نحصل على موافقتك المكتوبة قبل إجراء العمليات الجراحية والعلاجات التداخلية والتخدير، وذلك بعد الشرح الوافي لكافة جوانب أي إجراء علاجي ستتعرض له.
- ٨- أن نحترم خصوصية كافة البيانات والمعلومات التي نحصل منك عليها والوسائل التشخيصية المختلفة، ولا نبليغ بها إلا من توافق أنت مقدماً على إخطاره.
- ٩- أن نوفر لك ولأسرتك الإرشادات الصحية لمتابعة حالتك بعد استكمال علاجك.
- ١٠- أن نوفر لك إجراءات المتابعة الطبية بعد الخروج من المستشفى.
- ١١- أن تلقى المعاملة الحسنة والإنسانية من جميع العاملين بالمستشفى، وأن يوفر لك الجميع قدر استطاعتهم كافة طلباتك العلاجية ومتطلبات راحتك.
- ١٢- أن يقوم موظفونا بتسهيل إجراءات الدخول والخروج ليتم في أسرع وقت ممكن بدون عناء.
- ١٣- أن نخطر بك بصورة دورية بتطور حسابك بالمستشفى.
- ١٤- أن يتم توفير فاتورة علاج معتمدة.
- ١٥- عند الشكوى سنتعامل معها بكل جدية، ونخطر بك بما تم فيها.

مع تمنياتنا بالشفاء العاجل ودوام الصحة

* * *

الهوامش

(١) تعد الأنثروبولوجيا الطبية المعاصرة أكثر فروع الأنثروبولوجيا نجاحاً، تجتذب أعداداً متزايدة من الطلاب والباحثين، ومزیداً من منح وتمويل البحوث، واهتمام المتخصصين. وفي السنوات الأخيرة قفزت الأنثروبولوجيا التطبيقية بعامة والأنثروبولوجيا الطبية على وجه الخصوص إلى مركز الأنثروبولوجيا، وذلك لعدة أسباب منها اختفاء الأهداف الميدانية التقليدية: المجتمعات الصغيرة محدودة النطاق. وبمجرد انحسار مجال الدراسة البؤري في الأنثروبولوجيا برزت قضايا جديدة أقرب إلى المحلية. والمؤكد أن تحركات السكان عالمياً قد أفرزت عدة ملايين من المهاجرين واللاجئين، وخلقت خليطاً من الثقافات والجماعات الاجتماعية. فالسكان (وكذا اللغات والأفكار) التي كانت يوماً «هناك» أصبحت «هنا» الآن. وخلقت التعددية الثقافية داخل المجتمعات مشكلات أبرزت قدرة الأنثروبولوجيا على حلها منها صراع الأنساق أو النظم العلاجية. كما أُنشئت فرص جديدة للأنثروبولوجيين الشبان للعمل كمؤولين أو وسطاء ثقافيين بين متخصصي الرعاية الصحية والمرضى، وبين النظم الصحية القومية والمجتمعات المحلية. ومن الأسباب الكامنة وراء الاهتمام المعاصر بالأنثروبولوجيا الطبية، تفاقم المشكلات الصحية التي تواجه المجتمع العالمي اليوم. إذ تتجاوز أعداد مرضى الإيدز (٤٠) مليون شخص، وتصيب الملايين عدداً يتراوح ما بين (٣٥٠) - (٥٠٠) مليون شخص سنوياً، وغيرها من المشكلات الصحية والبيئية ذات الأبعاد الاجتماعية الثقافية التي حتمت مشاركة الأنثروبولوجيين في حلها، وفي وضع السياسة الصحية والتعليم الطبي، والتوسط بين مخططي الرعاية الصحية والبيروقراطيات من ناحية، والمجتمع المحلي من ناحية أخرى. ويُتوقع أن تتعاظم أهمية الأنثروبولوجيا الطبية في المستقبل نتيجة للقضايا والمشكلات التي تخلقها المناطق الجديدة في البحث الطبي، مثل مشروع الجينوم البشري Human Genome، والتطورات المتسارعة التي تشهدها التكنولوجيا الحيوية ونقل الأعضاء، والتي يمثل كل منها ثورات كبرى في الطب. وتخلق هذه التطورات إمكانية الإضفاء التدريجي للصبغة الجينية geneticization على الطب والطب النفسي، وربما العلوم الاجتماعية والسلوكية، وتفرض تعاريف محددة بيولوجياً للسلوك والهوية. وقد خلقت التطورات الطبية إمكانية إنتاج أنواع جديدة من الكائنات يطلق عليها كوفمان Kaufman ومورجان Morgan «أشكالاً جديدة على هوامش الحياة، ليست بميتة ولكن ليست حية تماماً». وتشمل هذه الأشكال الخلايا الجذعية stem cells، والحمض النووي DNA، وعينات الدم، وأعضاء الجسد، والأجنة

المجمدة، والبويضات، والسائل المنوي - والمصابين بجنون عنيف، ومن هم في حالة غيبوبة دائمة. وتنتج هذه التطورات العلمية أنواعاً جديدة من الجسد البشري، والكائنات الحية (البشر) المهجنة من الآلة والأعضاء الحية cyborgs أو الأجساد الإلكترونية الحيوية bionic (التي تدعم وظائفها الطبيعية أدوات إلكترونية أو أجزاء ميكانيكية وتمثل اندماجات بين البشر والآلات، وتندرج من ضوابط النبض إلى الأعضاء الصناعية أو أجهزة الإبقاء على الحياة) إلى «الأجساد التلصيقية» collage bodies التي تنتج عن نقل الأعضاء. وللتكنولوجيات الإنجابية الجديدة كالبدائل surrogacy، والإخصاب بواسطة البويضات تأثير على أفكار الهوية والقرابة والأبوة. وعلى الطرف الآخر للحياة أدى تطور ميادين كعلم مشكلات الشيخوخة الحيوي biogerontology (الذي يستعمل الأعضاء الحية أو الأجهزة البيولوجية الأخرى في صناعة أدوية أو منتجات أخرى) إلى اكتشاف أشكال متنوعة «لإطالة الحياة» عن طريق الخلايا الجذعية والنانوتكنولوجيا أو التكنولوجيا متناهية الصغر Nanotechnology، بينما تركز أخرى على «تدعيم الحياة»، مثل التدخلات الجراحية والطبية (مثل نقل الأعضاء) التي تجرى للمسنين. لا ريب في أن هذه التطورات العلمية الطبية سوف تجتذب انتباه الأنثروبولوجيين الطبيين في المستقبل، بل إن المشكلات التي سوف تفرزها هذه التطورات سوف تحتم مشاركة الأنثروبولوجيا الطبية في حلها (Helman, 2006:3-4).

- (2) Barnard Alan and Spencer Jonathan (ed), **The Routledge encyclopedia of social and cultural anthropology**, London, Routledge, 2010, p. (456).
- (3) McElroy Ann and Townsend Patricia K., **Medical anthropology in ecological perspective**, Westview Press, 2009, p. (2).
- (4) Waldstein Anna and Adams Cameron, **The interface between medical anthropology and medical ethnobiology**, **Journal of the Royal Anthropological Institute**, Vol. 12, March, 2006, p. (95).
- McElroy A., **Medical anthropology**, in, Levinson D. & Ember M., **Encyclopedia of Cultural Anthropology**, New York Henry Holt, 1996.
- (5) Payne-Jackson Arvilla Chapin, **Medical anthropology**, quoted in, Birx H. James(ed). **21st century anthropology: a reference handbook**, California, Sage, 2010, p. (331).

- (6) Lupton Deborah, **Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies**, London, Sage, 2003, p. (15).
- Shand Alex, **Rejoinder: in defence of medical anthropology**, Anthropology & Medicine, Vol. 12, No. 2, August, 2005, p. (105).
- (7) Hemmings Colin P., **Rethinking medical anthropology: how anthropology is failing medicine**, Anthropology & Medicine, Vol. 12, No. 2, August, 2005, p. (91).
- (8) Winkelman Michael, **Culture and health, applying medical anthropology**, San Francisco, Jossey - Bass, 2009, pp. (108 - 109).
- (9) Kleinman Arthur and Benson Peter, **Culture, moral experience and medicine**, The Mount Sinai Journal of Medicine, vol. 73, No. 6, October, 2006, pp. (834).
- (10) Winkelman Michael, **Culture and health, applying medical anthropology**, pp. (xix, 2).
- (11) Kleinman Arthur and Benson Peter, **Culture, moral experience and medicine**, p. (834).
- (12) Winkelman Michael, **Culture and health, applying medical anthropology**, pp.(xvii, 2).
- (13) Kleinman Arthur and Benson Peter, **Culture, moral experience and medicine**, p. (834).
- (14) Colson Anthony C. and Selby Karen E., **Medical anthropology**, Annual Review of Anthropology, 1974, p. (224).
- (15) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, Journal of Advanced Nursing, vol. 25 (1), 1997, pp. (186 - 187).
- (16) Ibid, p. (187).
- (17) Yang Ke-Ping and Huang Chen-Kuan, **The Effects of staff nurses' morale on patient satisfaction**, Journal of Nursing Research, Vol. 13, No. 2, 2005, p. (141).

- (18) Yamaguchi Satomi, **Nursing culture of an operating theater in Italy**, Nursing and Health Sciences, vol. 6, 2004, p. (262).
- (19) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, p. (187).
- (20) DeSantis Lydia, **Making anthropology clinically relevant to nursing care**, Journal of Advanced Nursing, vol. 20, 1994, p. (709).
- (21) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, p. (187).
- (22) Hare Martha L., **The promise of medical anthropology at the end of the twentieth century**, Reviews in Anthropology, vol. 30, 2001, p. (296).
- (23) Kurtz Donald V., **Political anthropology: power and paradigms**, Cambridge, Wesview Press, 2001, pp. (21,29).
- (٢٤) وجه الأنثروبولوجي البارز إيريك وولف Eric R. Wolf، في دراسته الشهيرة **Envisioning Power: ideologies of dominance and crisis** (١٩٩٩)، انتباهه إلى مفهوم يغرق سريعاً (الثقافة) وآخر ينهض ويرتقي سريعاً (القوة). ففي السنوات الأخيرة تعرض مفهوم الثقافة لانتقادات عنيفة، في الوقت الذي نال فيه مفهوم القوة، خاصة بمعناه الذي روج له فوكو، مكانة بارزة. وهنا يقرر روي داندريد Roy D'Andrade أنه «من بين الأشياء المهمة التي تحدث في الأنثروبولوجيا أن مفهوم الثقافة المقدس يتفوق عليه ويزيحه مفهوم مقدس جديد وهو القوة». وبرغم أن وولف يدعم مفهوم القوة باعتباره أساسياً في الأنثروبولوجيا، عانى من الإهمال والتجاهل طويلاً، فإن ذلك لم يكن بقصد دق مسمار آخر في نعش مفهوم الثقافة. ولكن على العكس كان هدفه إنقاذ مفهوم الثقافة عن طريق دمج مفهوم القوة من الناحية التحليلية (Barrett, 2001: 468).
- (25) Peters Michael, **Derrida and the tasks for the new humanities: postmodern nursing and the culture wars**, Nursing Philosophy, vol. 3, 2002, p. (53).
- (26) Adams Bert N. and Syndie R. A., **Sociological theory**, California, Pine Forge Press, 2001, p. (578).

- (27) Jaye Chrystal, Egan Tony and Parker Sarah, '**Do as I say, not as I do**': **medical education and Foucault's normalizing technologies of self**, *Anthropology & Medicine*, Vol. 13, No. 2, August 2006, p. (142).
- (28) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (16).
- (29) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, p. (188).
- (30) Morrall Peter, **Sociology and health**, London, Routledge, 2009, p. (92).
- (31) Sieloff Christina Leibold, **Measuring nursing power within organizations**, *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 35(2), 2003, p. (183).
- (32) Shand Alex, **Rejoinder: in defence of medical anthropology**, p. (105).
- Singer Merrill, **Critical medical anthropology**, In, *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, Carol Ember and Melvin Ember (eds). New York: Kluwer. Vol. 1, 2004, p. (23).
- (33) Winkelman Michael, **Culture and health, applying medical anthropology**, pp. (2 - 3, 113).
- (34) Hemmings **Colin P.**, **Rethinking medical anthropology**, p. (97).
- (35) Schira Mary, **Reflections on "about power in nursing"**, *Nephrology Nursing Journal*, Vol. 31, No. (5), 2004, p. (583).
- (36) Ibid, p. (583).

(٣٧) ومن هذه الاضرابات، على سبيل المثال لا الحصر، إعلان طاقم التمريض بمستشفى شبين الكوم التعليمي بالمنوفية إضراباً مفتوحاً بسبب تعسف إدارة المستشفى الذي تمثل في خصم الجزاءات، وعدم الحصول على بدلات النوباتجية والسهر، والمكافأة السنوية، والحوافز (**جريدة المصري اليوم**، ١٣ أبريل ٢٠٠٦). كما أعلنت هيئة التمريض بمستشفيات جامعة الزقازيق إضراباً عن العمل، يوم الاثنين ١٥ فبراير ٢٠١٠، احتجاجاً على تعسف إدارة الجامعة فيما يتعلق بصرف مستحقاتهم المالية، وأكد المضربون أنهم يعملون ١٨٠ ساعة إضافية في الشهر بدون أجر إضافي في نظير هذا العمل . واتهم المضربون إدارة الجامعة بالانحياز للأطباء على حسابهم حيث أقرت لهم كادراً خاصاً يحصل عليه الطبيب و يقدر بـ ٣٠٠٪ . كما أن إدارة الجامعة تخص الأطباء فقط بصرف بدل العدوى بأثر رجعي من ٢٠٠٨ . وبدأت الممرضات في مستشفى شبين الكوم التعليمي إضراباً عن العمل، يوم

الخميس ٦ / ٦ / ٢٠١٠، وذلك للمطالبة بما يلي: (١) المعاملة الكريمة من إدارة المستشفى ورئيسة التمريض ومشرفات التمريض. (٢) صرف حوافز الـ ٧٥٪ أسوة ببقية العاملين بالمستشفيات العامة. (٣) زيادة بدل النوبتجيات وبدل السهر، حيث تتقاضى الممرضات مقابل نوبتجية عمل ١٢ ساعة ٤ جنيهات فقط، وبدل سهر لمدة ١٢ ساعة ٧ جنيهات فقط. (٤) صرف بدل العدوى بنسبة ٤٠٪. (٥) صرف بدل الجهود غير العادية ٤٠٪ للأماكن المفتوحة، و٦٠٪ في الأماكن المغلقة مثل (العمليات- الحضانة- الرعاية- الطوارئ - الكلى) أسوة بباقي الوحدات، والمستشفيات الأخرى. (٦) حقنهم في تطبيق القرار الوزاري الصادر حديثاً بصرف حافز الـ ١٢٥٪ والذي يطبق على جميع العاملين بالتمريض. (٧) المساواة بينهن وبين الأطباء وبقية العاملين بالمستشفى في تقديم العلاج لهم من خلال المستشفى. (٨) التوقف عن جعل التمريض شناعة كل الأخطاء. (٩) حماية هيئة التمريض من تعدي الجماهير عليهم بسبب سوء حالة الأمن بالمستشفى (**جريدة الأهالي، الخميس ٢٤ يونيو، ٢٠١٠**). وفي يوم ١٦ / ٦ / ٢٠١٠ اضرب ١٠٧ ممرض وممرضة عن العمل بمستشفى حميات بنها بمحافظة القليوبية لتعنت ورفض مدير المستشفى صرف حوافز التمريض منذ أكثر من سبع سنوات. يضاف إلى ذلك إصابة معظم المضربات بفيروس (سي)، ورفض إدارة المستشفى صرف بدل مكافحة العدوى ومعالجتهم بالمستشفى وإلزامهن بالنشاطية والسهر بالمستشفى برغم مرضهن مقابل ٨٠ قرش لليوم. كما أن سكن التمريض ودورات المياه لا تصلح للاستخدام الآدمي، ولا تناسب الممرضة التي تسكن بها ليلة كاملة (**جريدة الأسبوع، ١٦ يونيو، ٢٠١٠**). وفي يوم الخميس ٨ / ٧ / ٢٠١٠ شارك أعضاء هيئة التمريض بمستشفى الهلال لجراحات العظام برمسيس في إضراب العاملين بالمستشفى احتجاجاً على سوء معاملة الإدارة (**جريدة الدستور، الجمعة، ٩ يوليو، ٢٠١٠**). ويوم الاثنين الموافق ١٢ / ٧ / ٢٠١٠ نظم العشرات من ممرضي وممرضات مستشفى الجامعة ببناها إضراباً عن العمل اعتراضاً على عدم صرف الحوافز الخاصة بهم التي أقرها وزير الصحة وتبلغ ١٢,٥٪. وقد أدى الإضراب إلى تردي حالة بعض المرضى (**جريدة اليوم السابع، الاثنين، ١٢ يوليو، ٢٠١٠**). وفي شهر أغسطس قام أكثر من ٢٠٠ ممرض وممرضة من هيئات التمريض بالشرقية بعمل إضراب عن العمل بسبب عدم صرف الحوافز ٥٠٪، ٧٥٪ التي قررها وزير الصحة (**جريدة الأسبوع، ١٩ أغسطس، ٢٠١٠**).

(38) Fetterman David M., *Ethnography: step by step*, London, Sage, 1998, p. (5).

(39) Ezzy Douglas, *Qualitative analysis: practice and innovation*, London, Routledge, 2002, pp. (3 - 4).

- (40) Sweely Tracy L. **Personal interactions: the implications of spatial arrangements for power relations at Cerén, El Salvador**, World Archaeology, vol. 29 (3), 1998, p. (393).
- (41) Cheater Angela, **Power in the postmodern era**, in, Cheater Angela (ed.), The anthropology of power: empowerment and disempowerment in changing structures, London, Routledge, 1999, p. (2).
- (42) Peters Michael, **Derrida and the tasks for the new humanities**, p. (52).
- (43) Dumont Jr. and Clayton W., **The promise of poststructuralist sociology: marginalized peoples and the problem of knowledge**, State University of New York Press, 2008, p. (11).
- (44) Turner Bryan S., **The Cambridge dictionary of sociology**, Cambridge University Press, 2006, p. (461).
- (45) Barnard Alan, **History and theory in anthropology**, Cambridge, Cambridge University Press, 2000, p. (139).
- (46) Becky Francis, **Poststructuralism and nursing: uncomfortable bedfellows?**, Nursing Inquiry, vol. (7), 2000, pp. (21 - 22).
- (47) Samuelsen Helle and Steffen Vibeke, **the Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology: exploring new sites**, Anthropology and Medicine, vol. 11, No.1, April, 2004, p. (3).
- (48) Ibid, p. (4).
- (49) Arslanian - Engoren Cynthia, **Feminist poststructuralism: a methodological paradigm for examining clinical decision - making**, Journal of Advanced Nursing, 37 (6), 2002, pp. (512 - 513).
- (50) Kingsolver Ann E., **Power**, in, Barnard Alan and Spencer Jonathan, Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology, London, Routledge, 2002, p. (674).
- (51) Gilbert Tony, **Nursing: empowerment and the problem of power**, Journal of Advanced Nursing, vol. 21, 1995, p. (867).
- (52) Mills Sara, **Michel Foucault**, London, Routledge, 2003, p. (33).

(53) Parrillo Vincent N., **Encyclopedia of social problems**, Los Angeles, Sage, 2008, p. (659).

(54) Rapport Nigel, **I am dynamite: an alternative anthropology of power**, London, Routledge, 2003, p. (62).

(55) Kingsolver Ann E., **Power**, p. (674).

(56) Gilbert Tony, **Nursing: empowerment and the problem of power**, p. (867).

(٥٧) يكمن مفتاح تحليل فوكو في التحول والانتقال الديموجرافي في نهاية القرن الثامن عشر والقرن التاسع عشر. في هذه الفترة ارتفعت معدلات المواليد والوفيات، ترافق ذلك مع التطورات الاقتصادية التي أدت إلى نمو المدن الكبرى وأزمة الضبط الحضري. ويقول فوكو في هذا الصدد أنه «عندما تنامت المدن الجديدة ونضجت الرأسمالية، تطورت أشكال جديدة للمعرفة عن البشر». هذه المعرفة الجديدة عن البشر كاشياء تُحصى وتُراقب وتُلاحظ، وتُفحص، على حد تعبير فوكو. هذه الممارسات الجديدة لعلم الصحة، والبيولوجيا (فرع من علم الجريمة) Penology، والطب، وعلم الصحة الصناعي Industrial Hygiene، التي تطورت جميعها خلال هذه الفترة، كان موضوعها العلاقات المتبادلة بين الأفراد وأسلوب حياتهم. وقد تطورت فروع للمعرفة تحددت أهدافها في التنبؤ بسلوك الأفراد والتحكم فيه، وتقديم معلومات للدولة للسيطرة عليهم ومراقبتهم. فقد مثّل علم النفس والطب النفسي والطب والعلوم الاجتماعية فروعاً من المعرفة، بمعنى أنها تصف الكيفية التي من خلالها يسلك الأفراد، وأساليب حياتهم، وتكوين معايير السلوك المفروضة. ولهذا السبب يكتب فوكو دوماً عن المعرفة والقوة. فالمعرفة ليست حيادية ومنزهة عن الهوى، وترتبط بأشكال الضبط الاجتماعي. ومن الأمور المهمة أنه يفترض أن القوة لا ترتبط فقط بالعلاقات الاقتصادية، ولكن أيضاً بالمعرفة الموثوقة للجامعة. ويقود ذلك إلى رؤية فوكو المحورية المتمثلة في أن نمو العلوم الاجتماعية والطبية الحديثة هو نمو للمعرفة، والقوة المتطورة للضبط الاجتماعي. علاوة على ذلك يحدد فوكو الطريقة التي من خلالها تعمل المعارف عن طريق جماعات مهنية متخصصة من مقدمي المساعدة والمعالجين، ونستدمجها نحن باعتبارها وقائع أو حقائق ذاتية. وقد رسخت الميادين الجديدة المحركات العلمية التي من خلالها نميز ونصنف فئات البشر - سليم العقل، مجنون، معوق، منحرف، مجرم، مريض (White, 2002: 120). وقد بدأت النظم الانضباطية العقابية في الازدهار منذ القرن السابع عشر، في المدارس والمستشفيات والتنظيمات العسكرية، على سبيل المثال. وتقوم النظم الانضباطية العقابية بضبط السلوك. وتتميز القوة

الانضباطية بالتحكم الشديد في الجسد والإكراه والقهر، ويؤدي كل ذلك إلى علاقة بين الانقياد والفائدة docility-utility. ويعني الانقياد - الفائدة أن شخصاً معيناً يسيطر على آخرين لكي يعملوا بأسلوب مرغوب، متوسلين بالأساليب والفعالية التي يحددها هذا الشخص. ويتحدد تأثير الانضباط discipline في أن الأفراد يتحولون بمعنى معين إلى روبوت، تنفذ أجسادهم المطيعة فعلاً مفيداً. بتعبير آخر، تصير هذه الأجساد منضبطة. وتُمارس القوة الانضباطية عن طريق ثلاث عمليات: الملاحظة الهيكلية، وتطبيع الحكم normalizing judgement، والفحص. ومن الضروري مقارنة هذه العمليات لنرى كيف تعمل في ممارسة التمريض (Bradbury - Jones, et al., 2008: 261 - 262).

- (58) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (120).
- (59) Morrall Peter, **Sociology and nursing**, London, Routledge, 2001, p. (68).
- (60) Holmes Dave and Gastaldo Denise, **Nursing as means of governmentality**, Journal of Advanced Nursing, vol. 38 (6), 2002, p. (558).
- (61) Kingsolver Ann E., **Power**, p. (674).
- (62) Dean Mitchell, **Critical and effective histories: Foucault's methods and historical sociology**, London, Routledge, 1994, p. (155).
- (63) Storey John, **Cultural theory and popular culture**, New York, Prentice Hall, 2001, pp. (77 - 78).
- (64) Kuokkanen Liisa and Leino - Kilpi, **Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches**, Journal of Advanced Nursing, 31 (1), 2000, p. (237).
- (65) Ritzer George, **The Blackwell encyclopedia of sociology**, Blackwell Publishing, 2007, p. (3598).
- Michael Gallagher, **Foucault, power and participation**, International Journal of Children's Rights, vol. 16, 2008, p. (399).
- (66) Seidman Steven, **Contested knowledge**, London, Blackwell Publishing, 2004, p. (190).
- (67) Morrall Peter, **Sociology and health**, p. (95).
- (68) Peacock James L., **The anthropological lens: harsh light, soft focus**, Cambridge University Press, 2004, p. (56).

- (69) Morrall Peter, **Sociology and health**, p. (96).
- (70) Adams Bert N. & Syndie R. A., **Sociological theory**, California, Pine Forge Press, 2001, p. (578).
- Becky Francis, **Poststructuralism and nursing**, p. (22).
- (71) Bradbury - Jones Caroline, Sambrook Sally and Irvine Fiona, **Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach**, Journal of Advanced Nursing, vol. 62, issue 2, April, 2008, p. (261).
- (72) Cheater Angela, **Power in the postmodern era**, p. (2).
- (73) Ritzer George, **The Blackwell encyclopedia of sociology**, p. (3598).
- (74) Gilbert Tony, **Nursing: empowerment and the problem of power**, p. (869).
- (75) Kuokkanen Liisa and Leino-Kilpi, **Power and empowerment in nursing**, p. (237).
- (76) Bradbury - Jones Caroline, Sambrook Sally and Irvine Fiona, **Power and empowerment in nursing**, p. (261).
- (77) Mills Sara, **Michel Foucault**, p. (34).
- (78) Michael Gallagher, **Foucault, power and participation**, p. (397).
- (79) Ricken Norbert, **The Power of power- questions to Michel Foucault**, Educational Philosophy and Theory, vol. 38, No. 4, 2006, pp. (546-551).
- (80) Michael Gallagher, **Foucault, power and participation**, p. (397).
- (81) Dean Mitchell, **Critical and effective histories: Foucault's methods and historical sociology**, p. (155).
- (82) Baudrillard Jean, **Forget Foucault**, Los Angeles, Semiotext(e), 2007, p. (52).
- (83) Hier Sean P., **Contemporary sociological thought: themes and theories**, Toronto, Canadian Scholars' Press Inc., 2005, p. (326).
- (٨٤) لا ينكر فوكو الأهمية الاجتماعية للقوة القمعية للدولة أو الطبقات الاجتماعية الحاكمة. لكنه يؤكد على أن الإنتاج المرتكز على الانضباط disciplinary-based للنظام الاجتماعي في السجون والمستشفيات والمصانع والجيش والمدارس يعتبر مركزياً في المجتمعات الغربية المعاصرة (المجتمعات الانضباطية disciplinary-based تقابل المجتمعات الحديثة المبكرة التي تركزت حول تمرکز السلطة في حاكم مسيطر). (Seidman, 2004:189).
- (85) Baudrillard Jean, **Forget Foucault**, p. (52).

- (86) Gardner Catherine V., **Historical dictionary of feminist philosophy**, Oxford, The Scarecrow Press, Inc., 2006, P. (94).
- Michael Gallagher, **Foucault, power and participation**, p. (399).
- (87) Ritzer George, **The Blackwell encyclopedia of sociology**, pp. (3583 - 3584).
- (88) Kuokkanen Liisa and Leino-Kilpi, **Power and empowerment in nursing**, p. (237).
- (89) Lewellen Ted C., **Political anthropology: an introduction**, London, Praeger, 2003, p. (191).
- (90) Mills Sara, **Michel Foucault**, p. (34, 36).
- (91) Peacock James L., **The anthropological lens**, p. (55).
- (92) Mills Sara, **Michel Foucault**, p. (33).
- (93) Storey John, **Cultural theory and popular culture**, pp. (77 - 78).
- (94) Mills Sara, **Michel Foucault**, pp. (33, 36).
- (95) Bradbury - Jones Caroline, Sambrook Sally and Irvine Fiona, **Power and empowerment in nursing**, p. (261).
- Gilbert Tony, **Nursing: empowerment and the problem of power**, p. (867).
- (96) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (120).
- (97) Dean Mitchell, **Critical and effective histories: Foucault's methods and historical sociology**, pp. (155 - 156).
- (98) Wolf Eric R., **Pathways of power: building an anthropology of the modern world**, Berkeley, University of California Press, 2001, p. (384).
- (99) Baudrillard Jean, **Forget Foucault**, p. (14).
- (100) Holmes Dave and Gastaldo Denise, **Nursing as means of governmentality**, pp. (558 - 559).
- (101) Phelan Shane, **Foucault and feminism**, American Journal of Political Science, vol. 34, may, 1990, p. (424).
- (102) Holmes Dave and Gastaldo Denise, **Nursing as means of governmentality**, p. (559).
- (103) Phelan Shane, **Foucault and feminism**, p. (425).

- Holmes Dave and Gastaldo Denise, **Nursing as means of governmentality**, p. (559).
- (104) Barker Chris, **Culture studies: theory and practice**, Los Angeles, Sage, 2008, p. (20).
- (105) Morrall Peter, **Sociology and nursing**, p. (68).
- Birx H. James, **Encyclopedia of anthropology**, London, Sage Publications, 2006, p. (998).
- (106) Mills Sara, **Michel Foucault**, p. (69).
- (107) Kuokkanen Liisa and Leino - Kilpi, **Power and empowerment in nursing**, p. (237).
- (108) Clegg Stewart R., et al., **Power and organizations**, London, Sage Publications, 2006, p. (240).
- (109) Bradbury-Jones Caroline, et al., **Power and empowerment in nursing**, p. (261).
- (110) Gardner Catherine V., **Historical dictionary of feminist philosophy**, p. (94).
- (111) Bradbury - Jones Caroline, et al., **Power and empowerment in nursing**, pp. (236, 264).
- (112) Kurtz Donald V., **Political anthropology: power and paradigms**, p. (29).
- (113) Adams Bert N. & Syndie R. A., **Sociological theory**, p. (574).
- Kurtz Donald V., **Political anthropology: power and paradigms**, p. (30).
- (114) Arslanian - Engoren Cynthia, **Feminist poststructuralism**, p. (513).
- (١١٥) شهدت ميادين الإنسانيات والعلوم الاجتماعية خلال العقدين الماضيين اهتماماً متزايداً باللغة والخطاب، مع انشغال متزايد بفهم دور اللغة في تشكيل النظام الاجتماعي والحفاظ عليه. وقد حدث تزواج بين الخطاب ما بعد البنائي والاهتمام السيميوطيقي البنائي بشكل وبناء اللغة، الطرق التي فيها يتأسس المعنى. وتشكل فهم اللغة بأنها لا توجد في فراغ اجتماعي، ولكنها مطمورة في السياقات الاجتماعية والسياسية، وتستخدم لأغراض معينة. ويوصف الخطاب، وفق هذا الاستعمال، بأنه نمط الكلمات وأشكال الكلام والمفاهيم والقيم والرموز (Lupton, 2003: 19).
- (116) Storey John, **Cultural theory and popular culture**, pp. (77-78).
- Becky Francis, **Poststructuralism and nursing**, pp. (21 - 22).

- (117) Morrall Peter, **Sociology and nursing**, p. (68).
- (118) George Ritzer, **Encyclopedia of social theory**, London, Sage Publications, Inc., 2005, p. (308).
- Storey John, **Cultural theory and popular culture**, p. (78).
- (119) Barker Chris, **Culture studies**, p. (20).
- (120) Lewellen Ted C., **Political anthropology**, pp. (190 - 191).
- (121) Mills Sara, **Michel Foucault**, pp. (54, 69).
- (122) Baudrillard Jean, **Forget Foucault**, p. (45).
- (123) Lewellen Ted C., **Political anthropology**, pp. (190 - 191).
- (124) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (19).
- (125) Becky Francis, **Poststructuralism and nursing**, p. (21).
- (126) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, pp. (19 - 20).
- (127) Becky Francis, **Poststructuralism and nursing**, p. (21).
- (128) Ibid, p. (21).
- (129) Cheater Angela, **Power in the postmodern era**, pp. (3 - 4).
- (130) Lewellen Ted C., **Political anthropology**, pp. (184).
- (131) Ihlen Oyvind, **Building on Bourdieu: a sociological grasp of public relations**, Public Relations Review, 5 (5), 2007, p. (1).
- (132) Samuelsen Helle and Steffen Vibeke, **the Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology**, p. (5).
- (133) Lewellen Ted C., **Political anthropology**, p. (185).
- (134) Swartz David, **Culture and power: the sociology of Pierre Bourdieu**, Chicago, The University of Chicago Press, 1997, pp. (78 - 79).
- (135) Rapport Nigel, **I am dynamite: an alternative anthropology of power**, p. (63).
- (136) Moore Jerry D., **Visions of culture: an introduction to anthropological theories and theorists**, Lanham, AltaMira Press, 2009, p. (334).
- Ben-Amos Dan, Dani Schrire, Raphael Patai, Pierre Bourdieu, and the rest of us, Journal of Folklore Research, Vol. 47, Nos.1 - 2, 2010, p. (45).

- (137) Lewellen Ted C., **Political anthropology**, p. (187).
- (138) Ritzer George, **Modern sociological theory**, New York, McGraw-Hill, 1996, pp. (404-405).
- (139) Strauss Claudia & Quinn Naomi, **A cognitive theory of cultural meaning**, Cambridge, Cambridge University Press, 1997, p. (45).
- (140) Ritzer George, **Modern sociological theory**, p. (405).
- (141) Bourdieu Pierre, **Outline of a theory of practice**, translated by Richard Nice, Cambridge, Cambridge University Press, 1977, pp. (72 - 78).
- (142) Ihlen Oyvind, **Building on Bourdieu**, p. (2).
- (143) Samuelsen Helle and Steffen Vibeke, **the Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology**, p. (5).
- (144) Calhoun Craig, **Habitus, field and capital: the question of historical specificity**, Quoted in, Calhoun Craig, LiPuma Edward and Postone Moishe (eds.). **Bourdieu: critical perspectives**, Cambridge, Polity Press, 1993, p. (75).
- Rapport Nigel, **I am dynamite: an alternative anthropology of power**, p. (63).
- (145) Moore Jerry D., **Visions of culture**, p. (334).
- (146) Ritzer George, **Modern sociological theory**, pp. (404 - 405).
- (147) Strauss Claudia and Quinn Naomi, **A cognitive theory of cultural meaning**, p. (45).
- (148) Hanks William F., **Pierre Bourdieu and the practices of language**, Annual Review of Anthropology, vol. 34, 2005, p. (67).
- (149) Cuff E. C., Sharrock W. W., and Francis D. W., **Perspectives in sociology**, London, Routledge, 1998, p. (325).
- (150) Lewellen Ted C., **Political anthropology: an introduction**, p. (187).
- (151) Swartz David, **Culture and power**, p. (117).

- (152) Samuelsen Helle and Steffen Vibeke, **the Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology**, p. (5).
- (153) Ihlen Oyvind, **Building on Bourdieu**, p. (2).
- (١٥٤) تجمع مناقشة فكرة «المجالات» بين تركيز ماركس على علاقات الصراع، وتركيز ماكس فيبر على الهيراركيات الرسمية.
- (155) Ritzer George, **Modern sociological theory**, p. (406).
- Ritzer George, **The Blackwell encyclopedia of sociology**, p. (2046).
- (156) Swartz David, **Culture and power**, p. (117).
- (157) Danto Arthur C., **Bourdieu on art: field and individual**, Quoted in, Shusterman Richard (ed.), **Bourdieu: a critical reader**, Oxford, Blackwell Publishers, 1999, p. (216).
- (158) Ritzer George, **The Blackwell encyclopedia of sociology**, p. (2046).
- (159) Dumais Susan A., **Cultural capital, gender and school success: the role of habitus**, *Sociology of Education*, Vol. 75, No. 1, 2002, p. (46).
- (160) Hanks William F., **Pierre Bourdieu and the practices of language**, p. (68).
- (161) Ibid, p. (69).
- (162) Ihlen Oyvind, **Building on Bourdieu**, p. (1).
- (164) Ritzer George, **Modern sociological theory**, p. (406).
- (165) Dumais Susan A., **Cultural capital, gender and school success: the role of habitus**, p. (46).
- (166) Samuelsen Helle and Steffen Vibeke, **the Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology**, p. (5).
- (167) Swartz David, **Culture and power**, pp. (73 - 74).
- (168) Samuelsen Helle and Steffen Vibeke, **the Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology**, p. (5).
- (169) Ihlen Oyvind, **Building on Bourdieu**, pp. (2, 4).
- (170) Portes Alejandro, **Social capital: its origins and applications in modern sociology**, *Annual Review of Sociology*, vol. 24, 1998, pp. (3, 5).

- (171) Ritzer George, **Modern sociological theory**, p. (406).
- (172) Dumais Susan A., **Cultural capital, gender and school success: the role of habitus**, p. (46).
- (173) Swartz David, **Culture and power**, p. (75).
- (174) Ritzer George, **Modern sociological theory**, p. (406).
- (175) Samuelsen Helle and Steffen Vibeke, **the Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology**, p. (5).
- (176) Throsby David, **Cultural capital**, Journal of Cultural Economics, vol. 23, 1999, pp. (4, 6 - 7).
- (177) Swartz David, **Culture and power**, p. (75).
- (178) Lewellen Ted C., **Political anthropology: an introduction**, p. (187).
- (179) Throsby David, **Cultural capital**, pp. (6 - 7).
- (180) Swartz David, **Culture and power**, pp. (43, 92).
- (181) Kingsolver Ann E., **Power**, p. (675).
- (182) Gabe Jonathan, Bury Mike and Elston Mary Ann, **Key concepts in medical sociology**, London, Sage Publications, 2004, pp. (131 - 132).
- (183) Ibid, pp. (130 - 131).
- (184) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, pp. (11 - 12, 14).
- (185) Guarnaccia Peter J., **Introduction: the contributions of medical anthropology to anthropology and beyond**, Medical Anthropology Quarterly, vol. 15 (4), 2001, p. (423).
- (186) Sweely Tracy L. **Personal interactions: the implications of spatial arrangements for power relations at Cerén, El Salvador**, p. (395).
- (187) Morrall Peter, **Sociology and nursing**, p. (68).
- (188) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (121).
- (189) Winkelman Michael, **Culture and health, applying medical anthropology**, p. (57).
- (190) Tylor Carol, Lillis Carol, Le More Priscilla, and Lynn Pamela, **Foundations of nursing: the art and science of nursing care**, Philadelphia,

- Lippincott, 6th. Edition, 2008 p. (12).
- (191) Palviainen Piia, Hietala Minna, Routasalo Pirkko, Suominen Tarja, Hupli Maija, Do nurse **exercise power in basic care situations?**, Nursing Ethics, 10 (3), 2003, p. (270).
- (١٩٢) كانت فلورنس نايتنجيل، المولودة في بلدة فلورنسا بإيطاليا عام ١٨٢٠، أول من وضع قواعد التمريض الحديث وأسس تعليم التمريض. وكانت تؤمن بأهمية وضرة وضع برامج لتعليم التمريض وبرامج لتدريس آداب المهنة، وأن تكون هذه البرامج في أيدي نساء مدربات يمتلكن صفات حميدة وأخلاق عالية. كما أنها أول من وضعت مستويات للخدمات التمريضية والخدمات الإدارية في المستشفيات. وقد اعتبرت نايتنجيل التمريض فناً، وأن الممرضات لا يتعاملن مع رخام أو حجارة، ولكن مع آدميين أحياء لهم احتياجات وشخصيات وطبائع مستقلة. وكان من ضمن عباراتها عن التمريض «**أن التمريض يَمْرُض أجساماً حية وأرواحاً**»
- http://www.tabebak.com/Egyptian_Nurse/HISTORY1.htm.
- (193) Timby Barbara K., **Fundamental nursing, skills and concepts**, Ninth edition, London, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, p. (6).
- (194) Tylor Carol, Lillis Carol, Le More Priscilla, and Lynn Pamela, **Foundations of nursing**, p. (12).
- (195) Timby Barbara K., **Fundamental nursing, skills and concepts**, p. (6).
- (196) Ibid, p. (6).
- (197) Dreher Melanie, Shapiro Dolores and Asselin Micheline, **Healthy places, healthy people: a handbook for culturally competent community nursing practice**, Indianapolis, Sigma Theta Tau International: Honor Society of Nursing, 2008, p. (4).
- (198) Dougherty Molly C. & Tripp-Reimer Toni, **The interface of nursing and anthropology**, Annual Review of Anthropology, vol. 14, p. (220).
- (199) Horton Khim, Tschudin Verena and Forget Armored, **The value of nursing: a literature review**, Nursing Ethics, vol. 14 (6), 2007, p. (721).
- (200) Becky Francis, **Poststructuralism and nursing: uncomfortable bedfellows?**, p. (24).

- (201) Tylor Carol, Lillis Carol, Le More Priscilla, and Lynn Pamela, **Foundations of nursing**, p. (7).
- (202) Ibid, p. (12).
- (203) Ibid, p. (12).
- (204) Timby Barbara K., **Fundamental nursing, skills and concepts**, Timby, p. (6).
- Tylor Carol, Lillis Carol, Le More Priscilla, and Lynn Pamela, **Foundations of nursing**, p. (12).
- (205) Horton Khim, Tschudin Verena and Forget Armored, **The value of nursing: a literature review**, p. (721).
- (206) Timby Barbara K., **Fundamental nursing, skills and concepts**, p. (6).
- (207) Henderson Saras, **Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care**, Journal of Clinical Nursing, vol. 12, 2003, p. (501).
- (208) Tylor Carol, Lillis Carol, Le More Priscilla, and Lynn Pamela, **Foundations of nursing**, p. (12).
- (209) Holland Catherine Karen, **An Ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual**, Journal of Advanced Nursing, vol. 18, 1993, p.(1461).
- (210) Long Debbi, Hunter Cynthia L. and Geest Sjaak van der, **When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography**, Anthropology & Medicine, Vol. 15, No. 2, August, 2008, p. (71).
- Shand Alex, **Rejoinder: in defence of medical anthropology**, p. (105).
- (211) Winkelman Michael, Culture and health, applying medical anthropology, pp. (xvii-xviii, 10, 16, 124).
- (212) Ritzer George, **The Blackwell encyclopedia of sociology**, p. (2058).
- (٢١٣) تشمل الكفاءة الثقافية كل من القدرات الفردية والتنظيمية، والسلوكيات، والاتجاهات، والسياسات التي توجه الاختلافات الثقافية بفعالية عن طريق استخدام المعرفة الثقافية والمهارات بين - الثقافية، وتمكن الأفراد من العمل بفعالية مع الجماعات الثقافية المختلفة التي يخدمونها، وذلك بناء على فهم القيم الثقافية والمعتقدات والسلوكيات. وتضمن الكفاءة الثقافية القدرة على

- توجيه مجموعة من العوامل الثقافية التي تشمل المعرفة الثقافية والوعي الشخصي. وتتطلب الكفاءة الثقافية فهماً شاملاً للثقافة. وتتقضي الرعاية الحساسة من الناحية الثقافية الاهتمام بالعديد من المؤثرات الثقافية على الصحة. (Winkelman, 2009: 9, 86, 89, 122).
- (214) Winkelman Michael, **Culture and health, applying medical anthropology**, pp. (2-3).
- (215) Kleinman Arthur and Benson Peter, **Culture, moral experience and medicine**, p. (834).
- (216) Kiefer Christie W., **Doing health anthropology: research methods for community assessment and change**, New York, Springer Publishing Company, 2007, p. (3).
- Batieau Allen W., **Negations and ambiguities in the cultures of organization**, American Anthropologist, 102 (4), 2001, p. (726).
- (217) Bantz, C. R., **Understanding organizations: interpreting organizational communication cultures**, Columbia, University of South Carolina, 1993, p. (25).
- (218) Tutton Elizabeth Seers Kate and Langstaff Debbie. **Professional nursing culture on a trauma unit experiences of patients and staff**, Journal of Advanced Nursing, 61 (2), 2008, p. (146).
- (219) Baldwin John R., Faulkner Sandra L., Hecht Michael L., and Lindsley Sheryl L., **Redefining culture: perspectives across the disciplines**, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2006, p. (13).
- (220) Rapport Nigel, **I am dynamite: an alternative anthropology of power**, p. (71).
- (221) Baldwin John R., Faulkner Sandra L., Hecht Michael L. and Lindsley Sheryl L., **Redefining culture: perspectives across the disciplines**, pp. (18 - 20, 23, 61).
- (222) Ibid, pp. (48, 50).
- (223) Alvesson Mats, **Understanding organizational culture**, London, Sage Publications, 2002, pp. (120 - 121).
- (224) Ibid, p. (120).

(٢٢٥) أفضى إدراك الصلة بين ميداني الأنثروبولوجيا والتمريض إلى تطورات مهمة في التمريض، خاصة في تعليم التمريض أو التأهيل للتمريض، وذلك خلال السبع عقود الماضية. ومن أهم هذه التطورات ظهور التمريض عبر الثقافي الذي يعد بمثابة مركب يجمع بين الأنثروبولوجيا والتمريض، وولفت الانتباه إلى العوامل السسيوثقافية المؤثرة في الصحة والمرض والتمريض والرعاية الصحية. ومفهوم التمريض عبر الثقافي هو الإطار المنظم لمناقشة أهمية الأنثروبولوجيا للتمريض الإكلينيكي. ويحقق التمريض عبر الثقافي تكامل وإدماج مفهوم الثقافة في كل جوانب التمريض والرعاية الصحية. وبلغة الرعاية التمريضية، يتمثل التمريض عبر الثقافي في قدرة الممرضات على تعليق تقاليدهم الثقافية (القيم، المعتقدات، والممارسات) بقصد إدراك الموقف حسبما يدركه الآخرون. ويتطلب ذلك الاستفادة من الجوانب المناسبة لتوجه ثقافي صحي قيد الاعتبار، بقصد تطوير تدخلات مقبولة ثقافياً وملائمة للرعاية الصحية عندما يكون ذلك ممكناً (DeSantis, 1994: 707- 708).

- (226) Duffy Mary E., **A critique of cultural education in nursing**, Journal of Advanced Nursing, 36 (4), 2001, p. (488).
- (227) Koerner JoEllen Goertz, **Healing presence: the essence of nursing**, New York, Springer Publishing Company, p. (3).
- Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, p. (187).
- (228) Ibid, p. (187).
- (229) Lindwall Lillemor and Von Post Irène, **Habits in perioperative nursing culture**, Nursing Ethics, vol. 15 (5), 2008, pp. (670 - 671).
- (230) Norman Ian J. and Cowley Sarah, **The changing nature of nursing in a managerial Age**, London, Blackwell Publishing Ltd., 1999, p. (69).
- (231) Yamaguchi Satomi, **Nursing culture of an operating theater in Italy**, p. (262).
- (232) Carney Marie, **Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery?**, Journal of Nursing Management, vol. 14, 2006, pp. (24 - 25).
- (233) Scott-Findlay Shannon and Estabrooks Carole A., **Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review**, Journal of Advanced Nursing, vol. 56 (5), 2006, p. (499).

- (234) Alvesson Mats, **Understanding organizational culture**, p. (3).
- (235) Buble Marin and Pavic Ivana, **Interdependence between organizational culture and leadership styles: the Croatian case**, The Business Review, Cambridge, vol. 7 (1), 2007, p. (143).
- (236) Wright Susan, **"Culture" in anthropology and organizational studies**, quoted in, Wright Susan (ed.), Anthropology of organizations, London, Routledge, 1994, pp. (1, 17).
- (237) Scott - Findlay Shannon and Estabrooks Carole A., **Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review**, p. (499).
- (238) Norman Ian J. and Cowley Sarah, **The changing nature of nursing in a managerial Age**, p. (68).
- (239) Silverthorne Colin P., **Organizational psychology in cross-cultural perspective**, New York, New York University Press, 2005, p. (41).
- (240) Chaboyer Wendy, Najman Jake, and Dunn Sandra, **Cohesion among nurses: a comparison of bedside vs. charge nurses' perceptions in Australian hospitals**, Journal of Advanced Nursing, 35 (4), 2001, p. (227).
- (241) Kane - Urrabazo Christine, **Management's role in shaping organizational culture**, Journal of Nursing Management, vol.14, 2006, pp. (188 - 189).
- (242) Wooten Lynn Perry and Crane Patricia, **Nurses as implementers of organizational culture**, Nursing Economics, vol. 21, No. 6, November - December, 2003, p. (275).
- (243) Silverthorne Colin P., **Organizational psychology in cross-cultural perspective**, p. (41).
- (244) Scott-Findlay Shannon and Estabrooks Carole A., **Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review**, p. (499).
- (245) Ibid, pp. (502 - 504).
- (246) Jaskyte Kristina, **Organizational culture and innovation in nonprofit human service organizations**, A PHD dissertation, School of Social Work, University of Alabama, 2002, pp. (11, 13).

- (247) Mills Albert J., **Studying the Gendering of Organizational Culture Over Time: Concerns, Issues and Strategies**, Gender, Work and Organization. Vol. 9 No. 3 June 2002, pp. (287-288).
- (248) Wooten Lynn Perry and Crane Patricia, **Nurses as implementers of organizational culture**, p. (275).
- (249) Silverthorne Colin P., **Organizational psychology in cross-cultural perspective**, p. (41).
- (250) Kane - Urrabazo Christine, **Management's role in shaping organizational culture**, p. (188).
- (251) Casida Jesus, **Linking nursing unit's culture to organizational effectiveness: a measurement tool**, Nursing Economics, Vol. 26, No. 2, March-April, 2008, p. (106).
- (252) Johnson Barbara H., **Empowerment of nurse educators through organizational culture**, Nursing Education Perspectives, Jan/Feb, 2009, p. (9).
- (253) Yamaguchi Satomi, **Nursing culture of an operating theater in Italy**, p. (262).
- (254) Lahiry Sugato, **Building commitment through organizational culture**, Training Development, April, 1994, p. (50).
- (255) Yamaguchi Satomi, **Nursing culture of an operating theater in Italy**, p. (262).
- (256) Carney Marie, **Understanding organizational culture**, pp. (24 - 25).
- (257) Silverthorne Colin P., **Organizational psychology in cross-cultural perspective**, p. (41).
- (258) Ibid, p. (41).
- (259) Clarke Sean P., **Organizational climate and culture factors**, Annual Review of Nursing Research, Vol. 24, 2006, p. (257).
- (260) Grint Keith, **The sociology of work**, Cambridge, Polity Press, 2005, pp. (127 - 129).
- (261) Jaskyte Kristina, **Organizational culture and innovation in nonprofit human service organizations**, p. (13).

(262) Scott-Findlay Shannon and Estabrooks Carole A., **Mapping the organizational culture research in nursing**, p. (499).

(٢٦٣) ويعتبر البعض ثقافة التنظيم مجموعة مشتركة من المعاني. ويشير مصطلح معنى إلى الكيفية التي من خلالها يتم تأويل شيء أو كلام (تعبير). وللمعنى محال إليه ذاتي بمعنى أنه يحتكم إلى توقع معين، طريقة للارتباط بالأشياء. فالمعنى يجعل شيئاً أو موضوعاً object مهماً وذا معنى. وفي سياق ثقافي نهتم بالمعاني المشتركة اجتماعياً، لا بالمعاني الخاصة الشخصية. وتوجه المعاني الثقافية التفكير والشعور والسلوك (Alvesson, 2002: 3-5).

(264) Batieau Allen W., **Negations and ambiguities in the cultures of organization**, p. (726).

(265) Wright Susan, **"Culture" in anthropology and organizational studies**, pp. (1, 20).

(266) Clarke Sean P., **Organizational climate and culture factors**, p. (258).

(267) Scott-Findlay Shannon and Estabrooks Carole A., **Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review**, p. (499).

(268) Grint Keith, **The sociology of work**, p. (127).

(269) Ibid, p. (128).

(270) Kane - Urrabazo Christine, **Management's role in shaping organizational culture**, p. (189).

(271) Grint Keith, **The sociology of work**, p. (129).

(272) Kane - Urrabazo Christine, **Management's role in shaping organizational culture**, p. (189).

(273) Grint Keith, **The sociology of work**, pp. (127 - 129).

(274) Kane - Urrabazo Christine, **Management's role in shaping organizational culture**, p. (189).

(275) Clarke Sean P., **Organizational climate and culture factors**, p. (258).

(276) Scott-Findlay Shannon and Estabrooks Carole A., **Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review**, p. (505).

(277) Hansen Helle Ploug, **Patients' bodies and discourses of power**, Quoted in, Shore Cris & Wright Susan (eds.). **Anthropology of policy: critical perspectives on governance and power**, New York, Routledge, 1997, p. (68).

(278) Ulin R. C., **Understanding cultures, perspectives in anthropology and social theory**, Blackwell Publishers, 2001, p. (66).

- Cheater Angela, **Power in the postmodern era**, p. (1).

(279) Scambler Graham and Higgs Paul, **Modernity, medicine and health: medical sociology towards 2000**, London, Routledge, 1998, pp. (22 - 23).

(280) Darlington Susan M., **Rethinking power and culture in anthropology**, American Anthropologist, Sep., vol. 99 (3), 1997, p. (637).

(٢٨١) تنقّب الأثنوجرافيا النقدية تحت السطح بقصد فحص واستجلاء علاقات القوة والمؤثرات التي تؤثر في الظاهرة قيد البحث، متوسلة في ذلك بأساليب منهجية للتعرف على الثقافة والوعي أو الخبرات المعيشة للآخرين، والكشف عن الافتقار السياسي والاجتماعي والمادي إلى القوة، وذلك بقصد إثارة التغيير. (Allen, etal, 2008: 228)

(282) Stanish Charles and Haley Kevin J., **Power, fairness, and architecture: modeling early chiefdom development in the central Andes**, Archaeological Papers of the American Anthropological Association, Vol. 14, 2005, p. (55).

(283) Hanna Fred J., Talley William B., and Guindon Mary H., **The power of perception: toward a model of cultural oppression and liberation**, Journal Counseling & Development, vol. 78, 2000, p. (430).

(284) Kingsolver Ann E., **Power**, p. (672).

(285) Hewison Alistair, **Nurses' power in interactions with patients**, Journal of Advanced Nursing, vol. 21, 1995, p. (75).

- Turner Bryan S., **The Cambridge dictionary of sociology**, p. (464).

(286) Kurtz Donald V., **Political anthropology: power and paradigms**, p. (21).

(٢٨٧) طور انطونيو جرامشي - الناشط السياسي الإيطالي الذي حارب الفاشية تحت قيادة موسوليني - مفهوم الهيمنة hegemony كتقنين لملاحظة ماركس وأنجلز التي مؤداها أن أفكار الطبقة الحاكمة في كل زمان هي الأفكار المسيطرة في المجتمع. وبينما تمارس الطبقة الحاكمة السيطرة المباشرة عن طريق الأدوات القاهرة لجهاز الدولة (على سبيل المثال، الحكومة، المحاكم، الجيش، الشرطة، والسجون)، تُمارس الهيمنة عن طريق مؤسسات المجتمع المدني مثل النظام التربوي،

والمؤسسات الدينية، ووسائل الإعلام. وعلى ذلك فالهيمنة تشير إلى العملية التي من خلالها تمارس طبقة معينة السيطرة على الحياة المعرفية والفكرية للمجتمع عن طريق الوسائل البنائية في مقابل الوسائل القهرية. وتتحقق الهيمنة عن طريق الانتشار والتدعيم المستمر الذي تقوم به المؤسسات الرئيسية في المجتمع لقيم واتجاهات ومعتقدات ومعايير اجتماعية وقواعد قانونية معينة (Singer, 2004: 28 - 29)

- (288) Sieloff Christina Leibold, **Measuring nursing power within organizations**, p. (183).
- (289) Morrall Peter, **Sociology and nursing**, p. (64).
- (290) Sieloff Christina Leibold, **Leadership behaviours that foster nursing group power**, Journal of Nursing Management, vol. 12, 2004, p. (247).
- (291) Kuokkanen Liisa and Leino - Kilpi, **Power and empowerment in nursing**, p. (236).
- (292) Ritzer George, **The Blackwell encyclopedia of sociology**, p. (3597).
- (293) Turner Bryan S., **The Cambridge dictionary of sociology**, p. (464).
- (294) Levinson and Ember (eds.), **Encyclopedia of cultural anthropology**, New York, Henary - Holt, 1996, pp. (1003 - 1004).
- (295) Johnson Allan G., **The Blackwell dictionary of sociology**, Blackwell, 2000, p. (234).
- (296) Rapport Nigel, **I am dynamite: an alternative anthropology of power**, p. (80).
- (297) Shalnik Peter, **Authority versus power: a view from social anthropology**, Quoted in, Cheater Angela (ed.), **the Anthropology of Power: Empowerment and Disempowerment in Changing Structures**, London, Routledge, 1999, p. (163).
- (298) Morrall Peter, **Sociology and nursing**, p. (66).
- (299) Rigolosi Elaine La Monica, **Management and leadership in nursing and health care: an experiential approach**, New York, Springer, 2005, p. (188).
- (300) Morrall Peter, **Sociology and nursing**, p. (66).
- (301) Goethals George R., Sorenson Georgia J. and Burns James MacGregor (eds.), **Encyclopedia of leadership**, London, Routledge, 2004, pp. (1237 - 1248).

- (302) Palviainen Piia, et al., **Do nurse exercise power in basic care situations?**, p. (269).
- (303) Schira Mary, **Reflections on "about power in nursing"**, p. (583).
- (304) Sieloff Christina Leibold, **Leadership behaviours that foster nursing group power**, p. (248).
- (305) Stanish Charles and Haley Kevin J., **Power, fairness, and architecture: modeling early chiefdom development in the central Andes**, pp. (55 - 56).
- (306) Rigolosi Elaine La Monica, **Management and leadership in nursing and health care: an experiential approach**, p. (188).
- (307) Rosman Abraham, Rubel Paula G., and Weisgrau Maxine, **The tapestry of culture: an introduction to cultural anthropology**, Lanham, AltaMira Press, 2009, p (200).
- (308) Hall John R., Neitz Mary Jo and Battani Marshall, **Sociology on culture**, London, Routledge, 2003, p. (168).
- (309) Henderson Saras, **Power imbalance between nurses and patients**, p. (502).
- (310) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, p. (188).
- (311) Ritzer George, **The Blackwell encyclopedia of sociology**, p. (3603).
- (312) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, p. (188).
- (313) Palviainen Piia, Hietala Minna, Routasalo Pirkko, Suominen Tarja, Hupli Maija, **Do nurse exercise power in basic care situations?**, p. (269).
- (314) Rapport Nigel, **I am dynamite: an alternative anthropology of power**, p. (79).
- (315) Barker Chris, **Culture studies: theory and practice**, p. (10).
- (316) Bradbury - Jones Caroline, Sambrook Sally and Irvine Fiona, **Power and empowerment in nursing**, p. (259).
- (317) Clegg Stewart R. and Haugaard Mark, **Power and organizations**, p. (3).
- Rigolosi Elaine La Monica, **Management and leadership in nursing and health care**, pp. (188 - 189).

- (318) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (113).
- (319) Morrall Peter, **Sociology and nursing**, p. (67).
- (320) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (113).
- (321) Ibid, p. (7).
- (322) Clegg Stewart R. and Haugaard Mark, **Power and organizations**, p. (191).
- (323) Ibid, pp. (197, 200).
- (324) Peacock James L., **The anthropological lens: harsh light, soft focus**, p. (55).
- (325) Kurtz Donald V., **Political anthropology: power and paradigms**, p. (29).
- (326) Digeser Peter, **The fourth face of power**, The Journal of Politics, vol. 54, No. 4, November, 1992, pp. (980 - 981).
- (327) Samuelsen Helle and Steffen Vibeke, **the Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology**, p. (7 - 8).
- (328) Ritzer George, **The Blackwell encyclopedia of sociology**, p. (3597).
- (329) Kurtz Donald V., **Political anthropology: power and paradigms**, p. (27).
- (330) Clegg Stewart R. and Haugaard Mark, **Power and organizations**, p. (2).
- (331) Philips Susan U., **Power**, Journal of Linguistic Anthropology, vol. 9 (1 - 2), p. (194).
- (332) Barrett Stanley R., et al., **The idea of power and the power of ideas**, American Anthropologist, vol. 103 (2), 2001, p. (468).
- (333) Wolf Eric R., **Pathways of power: building an anthropology of the modern world**, pp. (x, xii).
- (334) Barrett Stanley R., et al., **The idea of power and the power of ideas**, pp. (468 - 469).
- Moore Jerry D., Visions of culture: an introduction to anthropological theories and theorists, p. (357).
- (335) Wolf Eric R., **Pathways of power: building an anthropology of the modern world**, p. (x).
- (336) Samuelsen Helle and Steffen Vibeke, **the Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology**, p. (7).

- (337) Alm Thomas G., **Power in nursing**, Journal of Advanced Nursing, vol. 16, 1991, p. (503).
- (338) Suominen T., et al., **Nursing culture - some viewpoints**, p. (186).
- (339) Sieloff Christina Leibold, **Leadership behaviours that foster nursing group power**, p. (247).
- (340) Kuokkanen Liisa and Leino - Kilpi, **Power and empowerment in nursing**, p. (236).
- (341) Sieloff Christina Leibold, **Leadership behaviours that foster nursing group power**, p. (248).
- (342) Schira Mary, **Reflections on "about power in nursing"**, p. (583).
- (343) Kuokkanen Liisa and Leino - Kilpi, **Power and empowerment in nursing**, p. (237).
- Henderson Saras, **Power imbalance between nurses and patients**, p. (502).
- (344) Hassan Fatma Hamdy, **Work empowerment as perceived by nurses and physicians working at national heart institute**, Faculty of Nursing, Ain Shams University, p. (3).
- (345) Tovey Elizabeth J. and Adams Ann E., **The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s**, Journal of Advanced Nursing, vol. 30 (1), 1999, p. (152).
- (346) Parrillo Vincent N., **Encyclopedia of social problems**, p. (510).
- (347) Ibid, p. (510).
- (348) Adams Ann and Bond Senga, **Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics**, Journal of Advanced Nursing, 32 (3), 2000, p. (538).
- (349) Lu Hong, While Alison E. and Barriball K. Louise, **A model of job satisfaction of nurses: a reflection of nurses' working lives in Mainland China**, Journal of Advanced Nursing, vol. 58 (5), 2007, p. (469).
- (350) Chang Wen-Yin, Ma Jui-Chu, Chiu Hsiao-Ting, Lin Kuan-Chia and Lee

- Pi-Hsia, **Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals**, Journal of Advanced Nursing, 65 (9), 2009, p. (1947).
- (351) Hegney Desley, Plank Ashley and Parker Victoria, **Extrinsic and intrinsic work values: their impact on job satisfaction in nursing**, Journal of Nursing Management, vol. 14, 2006, pp. (278 - 279).
- (352) Chu C. I., Hsu H. M., Price J.L. and Lee J. Y., **Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan**, International Nursing Review, vol. 50, 2003, p. (178).
- (353) Tovey Elizabeth J. and Adams Ann E., **The changing nature of nurses' job satisfaction**, p. (154).
- (354) Chu C. I., Hsu H. M., Price J.L. and Lee J. Y., **Job satisfaction of hospital nurses**, p. (178).
- (355) Tovey Elizabeth J. and Adams Ann E., **The changing nature of nurses' job satisfaction**, p. (154).
- (356) Spencer Jonathan, **Resistance**, in, Barnard Alan and Spencer Jonathan, Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology, London, Routledge, 2002, p. (736).
- (357) Ibid, p. (736).
- Digeser Peter, **The fourth face of power**, p. (985).
- (358) Mills Sara, **Michel Foucault**, p. (40).
- (359) Becky Francis, **Poststructuralism and nursing**, p. (21).
- (360) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, pp. (121 - 22).
- (361) Porter Sam, **Critical realist ethnography: the case of racism and professionalism in a medical setting**, Sociology, vol. 27, No. 4, November, 1993.
- (٣٦٢) تحاول الواقعية النقدية Critical Realism عند باسكار Bhaskar التوفيق بين الاتجاهات الواقعية التقليدية والاتجاهات التأويلية الانعكاسية ما بعد الحداثية بقصد الإفادة من التطورات المعاصرة التي فرضتها أنثروبولوجيا ما بعد الحداثة. ويتطلع الباحثون الذين يعملون من منظور

الواقعية النقدية إلى تقديم تفسيرات، وليس مجرد أوصاف أو تأويلات، وهي تفسيرات تكون قابلة للتطبيق خارج حدود وقيود موضوعات ومواقع بحثهم المحددة؛ وذلك دون التضحية بالرؤى التأويلية. كما أنهم يعترفون بالمضامين الانعكاسية لممارساتهم البحثية. والتفسيرات التي يطرحها أصحاب الواقعية النقدية تقبل الجدل والنقاش والنقد. وتقدم الواقعية النقدية أفهاماً وأرساداً أصدق وأعمق للمجتمعات والثقافات الإنسانية (Davies, 1999: 18, 23).

(363) Davies C. A., **Reflexive ethnography, a guide to researching selves and others**, London, Routledge, 1999, p. (23).

(364) Hewison Alistair, **Nurses' power in interactions with patients**.

(365) Henderson Saras, **Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care**.

(366) Palviainen Piia, Hietala Minna, Routasalo Pirkko, Suominen Tarja, Hupli Maija, **Do nurse exercise power in basic care situations?**.

(367) Yamaguchi Satomi, **Nursing culture of an operating theater in Italy**.

(368) Tutton Elizabeth, Seers Kate and Langstaff Debbie, **Professional nursing culture on a trauma unit: experiences of patients and staff**.

(٣٦٩) أنشئت أول مدرسة قومية للطب في مصر عام ١٨٢٧، وألحقت بالمستشفى العسكري في «أبو زعبل»، وكان الفضل في ذلك إلى أنطوان برتلي كلوت (كلوت بك) الطبيب الفرنسي المشهور، الذي كان يشغل في ذلك الوقت منصب كبير أطباء وجراحي الجيش المصري. وفي عام ١٨٣٧ نُقلت مدرسة الطب من «أبو زعبل» إلى «قصر العيني». وقد سُمي بهذا الاسم نسبة إلى صاحبه أحمد بن العيني الذي كان قد شيده في عام ١٤٦٦. وفي عام ١٨٣٨ افتتحت أول مدرسة للمولودات بمستشفى قصر العيني. وفي العام ١٨٤٨ استقال كلوت بك، وعاد إلى فرنسا. وعاد كلوت بك إلى مصر عام ١٨٥٥، وأعيد تعيينه مديراً لمدرسة الطب ومستشفى قصر العيني. وأخيراً عاد كلوت بك إلى فرنسا لأسباب صحية عام ١٨٥٨ منهياً بذلك فترة ٣٣ عاماً قضاها في خدمة الطب والتعليم الطبي في مصر. وضُمت مدرسة الطب ومستشفى قصر العيني إلى الجامعة المصرية عام ١٩٢٥، وعُين الدكتور ولسن مديراً لها. وفي عام ١٩٢٩ عُين الدكتور على باشا إبراهيم عميداً للكلية والمستشفى، واستمر رئيساً لها حتى عام ١٩٤٠. وعام ١٩٨٠ هُدم مبنى قصر العيني القديم ليحل محله مبنى حديث يتواءم مع مستحدثات العصر.

(370)

(٣٧١) إدارة الإحصاء الطبي بالمستشفى، ومن واقع ملاحظات الباحث.

(٣٧٢) ومن البرامج التي ينظمها قسم التدريب، وتستهدف هيئة التمريض من داخل المستشفى وخارجها: (١) برنامج التلقين والتعريف Orientation & Induction Program لجميع أفراد هيئة التمريض الجدد، ويهدف إلى إلمام المتدربة الجديدة بالهيكل التنظيمي العام للمستشفى والخاص بإدارة التمريض، وأقسام المستشفى المختلفة، ودور ومسؤوليات كل فئة من فئات التمريض، والقوانين واللوائح المنظمة للعمل بالمستشفى والخاصة بإدارة التمريض، وبعض سياسات وإجراءات الخدمات التمريضية المهمة، وآداب وسلوكيات المهنة. (٢) برامج التعليم المستمر Continuing Education Program، وتتيح الفرص لأخصائيات التمريض لاستكمال دراسات عليا ومتخصصة في مختلف أنشطة التمريض. وتوفر فرص الحصول على دورات تدريبية داخل وخارج مصر. (٣) برامج التدريب المستمر لاكتساب المعلومات والمهارات لجميع أفراد هيئة التمريض Inservice Skill & Training programs، وتهدف إلى القياس واكتساب القدرات وتطويرها بما يفي بمتطلبات العمل. ومن هذه البرامج: (أ) برنامج تدريبي على غيار الجروح بأنواعها - ٦ ساعات. (ب) برنامج تدريبي على الإنعاش القلبي الرئوي - ٦ ساعات. (ج) برنامج على كيفية التخلص من النفايات - ٤ ساعات. (د) برنامج تدريبي على إعداد وإعطاء العلاج بطريقة آمنة. (هـ) دورات متقدمة في مجالات حيوية مثل الطوارئ - الرعاية المركزة والعمليات - بعثات للخارج. (و) برنامج تدريبي للتدريب على المهارات اليدوية للرعاية الطبية مثل الغيار على الجروح - العلامات الحيوية - القسطرة البولية - مكافحة العدوى - الغيبوبة. (٤) برنامج تنمية المهارات الإدارية والقيادية. Management development program.

(٣٧٣) إدارة التمريض بالمستشفى، ٢٠١١.

(٣٧٤) يضم المستشفى لجنة لمكافحة العدوى يرأسها أستاذ قسم الميكروبيولوجي والمناعة. وتضم اللجنة عدة أساتذة في نفس التخصص، وأخصائيات التمريض حاصلات على دورات تدريبية في مجال مكافحة العدوى من دول أجنبية.

(375) Corbin Juliet and Strauss Anselm, **Basics of qualitative research**, Los Angeles, Sage, 2008, p. (12).

(376) Ezzy Douglas, **Qualitative analysis: practice and innovation**, pp. (3 - 4).

- (٣٧٧) يحدد دينزن Denzin نمطين للتعددية المنهجية: «عبر المنهج» و «داخل المنهج». عبر المنهج، حيث تستعمل الأساليب الكيفية والكمية لجمع البيانات في دراسة واحدة. أما داخل المنهج فيستخدم أكثر من أسلوب لجمع البيانات من نفس التصميم لقياس نفس المتغيرات. وقد يستخدم التثليث أو التعددية المنهجية بصورة متعاقبة أو بصورة متزامنة. يشير ذلك إلى الترتيب الزمني المستخدم عند تطبيق الأساليب المختلفة. (Casey & Murphy, 2009: 41)
- (٣٧٨) مصطفى فاروق، وعباس محمد، **المناهج الأنثروبولوجية وتطبيقاتها الميدانية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠١٠، ص (٢٩٣).**
- (379) Goelzer Paulo G., **Effects of national culture on organizational culture**, a dissertation submitted to Benedictine University, 2003.
- (380) Morgan David L., **Focus groups**, *Annual Review of Sociology*, vol. 22, 1996, p. (130).
- (381) Marvasti Amir B., **Qualitative research in sociology**, London, Sage Publications, 2004, p. (22).
- (382) Lindwall Lillemor and Von Post Irène, **Habits in perioperative nursing culture**, p. (672).
- (383) Borbasi Sally, Jackson Debra, Wilkes Lesley, **Fieldwork in nursing research: positionality, practicalities and Predicaments**, *Journal of Advanced Nursing*, 51 (5), 2005, p. (494).
- (384) Fetterman David M., **Ethnography: step by step**, pp. (34 - 35).
- (385) Stake Robert E., **Qualitative research: studying how things work**, New York, The Guilford Press, 2010, p. (95).
- (386) Fetterman David M., **Ethnography: step by step**, p. (37).
- (387) Russell Bernard H., **Research methods in anthropology: qualitative and quantitative Approaches**, Oxford, AltaMira Press, 2006, p. (212).
- (388) Stake Robert E., **Qualitative research: studying how things work**, p. (95).
- (389) Russell Bernard H., **Research methods in anthropology: qualitative and quantitative Approaches**, p. (212).
- (390) Reck G. G., **Narrative anthropology**, *Anthropology and Humanism Quarterly*, Vol. 8, No.(1), 1983, p. (8).

- (391) Overcash Janine A., **Narrative research: a viable methodology for clinical nursing**, Nursing Forum, vol. 39, No. 1, January - March, 2004, pp. (15 - 16).
- (392) Wolf Zane Robinson, **Nurses' stories: discovering essential nursing**, MEDSURG Nursing, Vol. 17, No. 5, October, 2008, pp. (324 - 325).
- (393) Creswell John W., **Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches**, London, Sage, 2009, p. (184).
- (394) Fetterman David M., **Ethnography: step by step**, p. (92).
- (395) Marvasti Amir B., **Qualitative research in sociology**, pp. (88 - 89).
- (396) Corbin Juliet and Strauss Anselm, **Basics of qualitative research**, pp. (108, 118, 123).
- (397) Holland Catherine Karen, **An Ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual**, p. (1462).
- (398) Dougherty Molly C. and Tripp-Reimer Toni, **The interface of nursing and anthropology**, p. (229).
- (٣٩٩) تشير إحصاءات وزارة الصحة عام ٢٠٠٩ عن وجود ما يزيد على (١٢٠) ألف ممرضة في مصر مقيد منهن (١٠٧,٧) قائمين بالعمل و (١٣) ألفاً في إجازات لأسباب مختلفة، مما يجعل العجز في الممرضات يصل إلى (٣٠) ألف ممرضة بالمستشفيات الحكومية. وتستعين اليوم المستشفيات الخاصة بـ (٦٠٠٠) ممرضة أجنبية. والمعروف أن ٩٠٪ من الممرضات المصريات من خريجات مدارس الثلاث سنوات، أي دبلوم التمريض.
- (400) Chaboyer Wendy, Najman Jake, and Dunn Sandra, **Cohesion among nurses**, p. (227).
- (401) Holland Catherine Karen, **An Ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual**, p. (1462).
- Gabe Jonathan, Bury Mike and Elston Mary Ann, **Key concepts in medical sociology**, p. (168).
- (402) Wolf Zane Robinson, **Nurses' stories: discovering essential nursing**, p. (325).
- (403) Lane Jeremy F., **Bourdieu's politics: problems and possibilities**, London, Routledge, 2006, p. (46).

- (٤٠٤) تومبسون ميشيل، وآخرون، **نظرية الثقافة**، ترجمة علي سيد الصاوي، عالم المعرفة، العدد (٢٢٣)، ١٩٩٧، ص (١٠٣ - ١٠٤، ١٠٧).
- (405) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, pp. (187 - 188).
- (406) Rappaport Roy A., **Ritual and religion in the making of humanity**, Cambridge University Press, 1999, pp. (24, 26).
- (407) Barnard Alan and Spencer Jonathan (ed), **The Routledge encyclopedia of social and cultural anthropology**, p. (738).
- (408) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, pp. (187 - 188).
- (409) Holland Catherine Karen, **An Ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual**, p. (1468).
- (٤١٠) أفاد الباحث في تصنيف الأنشطة التمريضية على هذا النحو من دراسة:
Liukkonen A. (1992). The models for nursing activity in the basic care of demented patients living in institutions, *VÓrd i Norden*, 1992; 12 (2): 4-8.
- (411) Athwal Pam, Fields Willa, Wagnell Esther, **Standardization of change - of - shift report**, J. Nurs Care Qual., Vol. 24, No. 2, 2009, p. (143).
- (412) Ibid, p. (143).
- Anderson Cherri D. and Mangino Ruthie R., **Nurse shift report, who says you can't talk in front of the patient?**, Nurs Admin Q., Vol. 30, No. 2, 2006, p. (112).
- (413) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, p. (188).
- (414) Pearson A., Baker H, Walsh K., Fitzgerald M., **Contemporary nurses uniforms: history and traditions**, Journal of Nursing Management, vol., 9, 2001, p. (369).
- (415) Hansen Karen Tranberg, **The World in dress: anthropological perspectives on clothing, fashion, and culture**, Annual Review of Anthropology, vol. 33, 2004, p. (369).
- (416) Ibid, p. (373).

- (417) Spragley Fay and Francis Karen, **Nursing uniforms: professional symbol or outdated relic**, Nursing Management, vol. 55, October, 2006, p. (55).
- (418) Ibid, p. (56).
- Pearson A., Baker H., Walsh K., and Fetzgerald M., **Contemporary nurses uniforms - history and traditions**, pp. (149, 151).
- (419) Ibid, p. (149).
- (420) Norman Ian J. and Cowley Sarah, **The changing nature of nursing in a managerial Age**, p. (22).
- (421) Holland Catherine Karen, **An Ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual**, p. (1462).
- (422) Hansen Helle Ploug, **Patients' bodies and discourses of power**, p. (77).
- (423) Norman Ian J. and Cowley Sarah, **The changing nature of nursing in a managerial Age**, p. (25).
- Fealy Gerard M., **'The good nurse': visions and values in images of the nurse**, Journal of Advanced Nursing, vol. 46 (6), 2004, p. (651).
- (424) Norman Ian J. and Cowley Sarah, **The changing nature of nursing in a managerial Age**, p. (31).
- (425) Lunardi Valéria Lerch, Filho Wilson Danilo Lunardi, Silveira Rosemary Silva da, Silva Mara Regina Santos da, Svaldi Jacqueline Sallete Dei, and Bulhosa Michele Salum, **Nursing ethics and its relation with power and work organization**, Rev Latino-am Enfermagem, maio-junho, vol.15(3), 2007, p. (494).
- (426) Horton Khim, Tschudin Verena and Forget Armored, **The value of nursing: a literature review**, pp. (722 - 723).
- (427) Holmes Dave and Gastaldo Denise, **Nursing as means of governmentality**, pp. (557 - 558).
- (428) Sioff Christina Leibold, **Leadership behaviours that foster nursing group power**, p. (246).

(429) Bradby Hannah, **Medical sociology: an introduction**, Los Angeles, Sage, 2009, p. (5).

(٤٣٠) يعرف الاضطهاد oppression في القواميس والمعاجم بأنه الممارسة الظالمة والقاسية للقوة على آخر أو آخرين. ومن منظور سيكواجتماعي، يمكن النظر إلى المصطلح على وجه التحديد في سياق سوء الاستعمال أو سوء المعاملة الذي يقود إلى أذى أو محنة نفسية أو ألم انفعالي (أو عاطفي) ومعاناة (Hannah et al, 2000: 431).

(431) Chaboyer Wendy, Najman Jake, and Dunn Sandra, **Cohesion among nurses**, p. (227).

(٤٣٢) من مشاهدات الباحث مشادة كلامية عنيفة ترفض فيه ممرضة تنفيذ أوامر أخصائية التمريض. ويغلب على النقاش عبارة «متأمرنيش دى مش مسئوليتي».

(433) Chaboyer Wendy, Najman Jake, and Dunn Sandra, **Cohesion among nurses**, p. (227).

(434) Ibid, p. (227).

(435) Barnard Alan and Spencer Jonathan (ed), **The Routledge encyclopedia of social and cultural anthropology**, p. (490).

(436) Ibid, pp. (495 - 496).

(٤٣٧) يشير مفهوم المعنى الثقافي، في رأي كلوديا ستروس وناعومي كوين، إلى التأويل الذي يثيره موضوع أو حدث في شخص معين، وخلال فترة زمنية معينة. ويتضمن تأويل الشخص لموضوع أو حدث معين تعريفاً وتحديداً لهذا الموضوع وتوقعات تتعلق به وشعور حياله ودافعية للاستجابة له. ويمثل المعنى الثقافي التأويل النمطي لنمط معين من الموضوعات أو الحوادث التي تثيرها وتستحضرها خبرات الحياة المشابهة داخل الأفراد. المعاني الثقافية، بمنأى عن النظرة إليها ككيانات، تُخلق وتتولد وتستمر في التفاعل بين العوامل الشخصية الداخلية، والعوامل التي تقع خارج الشخص (Strauss & Quinn, 1997: 6; Harris, 1999: 63).

(438) Lunardi Valéria Lerch, Filho Wilson Danilo Lunardi, Silveira Rosemary Silva da, Silva Mara Regina Santos da, Svaldi Jacqueline Sallete Dei, and Bulhosa Michele Salum, **Nursing ethics and its relation with power and work organization**, p. (494).

- Hassan Fatma Hamdy, **Work empowerment as perceived by nurses and physicians working at national heart institute**, pp. (2, 7, 9).
- (439) Lunardi Valéria Lerch, Filho Wilson Danilo Lunardi, Silveira Rosemary Silva da, Silva Mara Regina Santos da, Svaldi Jacqueline Sallete Dei, and Bulhosa Michele Salum, **Nursing ethics and its relation with power and work organization**, p. (494).
- (440) Allen Davina, Hughes David, Jordan Sue, Prowse Morag, and Snelgrove Sherrill, **Nursing and the division of labour in healthcare**, New York, **Palgrave Macmillan**, 2002, p. (83).
- (441) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (113).
- (442) Fagin Leonard and Garelick Antony, **The doctor-nurse relationship**, Advances in Psychiatric Treatment, vol. 10, 2004, pp. (277 - 278).
- (443) Chang Wen-Yin, Ma Jui-Chu, Chiu Hsiao-Ting, Lin Kuan-Chia and Lee Pi-Hsia, **Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals**, p. (1947).
- (٤٤٤) يشير مصطلح الطب Biomedicine إلى النظرية والممارسة الطبية السائدة في المجتمعات الأوروأمريكية. ويوصف بأنه غربي أو كوني أو علمي أو حديث. ويشير مقطع bio إلى التأكيد البيولوجي للنسق الطبي المتخصص أو المهني، خاصة التركيز على أمراض وعلاجات معينة لتلك الأمراض. ويعتبر أن للأمراض مسببات طبيعية (كالميكروبات على سبيل المثال)، ويكون ثمة تأكيد محدود نسبيا على الشخص داخل النسق الاجتماعي والثقافي الأوسع (Hahn and Kleinman, 1983:305; Ember and Ember, 2004: xxv).
- (445) Morrall Peter, **Sociology and health**, p. (96).
- Bradby Hannah, **Medical sociology: an introduction**, p. (5).
- (446) Chang Wen-Yin, Ma Jui-Chu, Chiu Hsiao-Ting, Lin Kuan-Chia and Lee Pi-Hsia, **Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals**, p. (1947).
- (447) Dreher Melanie, Shapiro Dolores and Asselin Micheline, **Healthy places, healthy people: a handbook for culturally competent community nursing practice**, pp. (4 - 5).

- (448) Holland Catherine Karen, **An Ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual**, p. (1462).
- (449) Lindwall Lillemor and Von Post Irène, **Habits in perioperative nursing culture**, p. (676).
- (450) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, pp. (127 - 128, 140 - 141).
- (451) Allen et al., **Nursing and the division of labour in healthcare**, p. (3).
- (٤٥٢) فؤاد فادية، **البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية: دراسة أنثروبولوجية**، دار المعرفة الجامعية، ٢٠١٠، ص (٢١٤).
- (453) Allen Davina, Hughes David, Jordan Sue, Prowse Morag, and Snelgrove Sherrill, **Nursing and the division of labour in healthcare**, p. (3).
- (454) Ibid, pp. (3 - 4).
- (455) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (131).
- (456) Fagin Leonard and Garelick Antony, **The doctor-nurse relationship**, p. (277).
- (457) Kuokkanen Liisa and Leino - Kilpi, **Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches**, p. (238).
- (458) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (133).
- (٤٥٩) من هذه المقررات: التشريح، والباثوفسيولوجي pathophysiology (ويختص بدراسة فسيولوجية الكائنات الحية المريضة أو أعضاء جسمها، وكذا التغيرات الوظيفية المرتبطة بمرض أو أعراض مرضية معينة)، الميكروبيولوجيا microbiology، والطفيليات، والجراحة، والباطنة وتشتمل على أمراض صدرية وأمراض القلب والعظام والرمم والمسالك، والنساء والتوليد، وطب الأطفال، والطب النفسي، وطب المسنين.
- (460) Bradbury - Jones Caroline, Sambrook Sally and Irvine Fiona, **Power and empowerment in nursing**, p. (262).
- (461) Gastaldo Denise and Holmes Dave, **Foucault and nursing: a history of the present**, Nursing Inquiry, vol. 6 (4), 1999, p. (236).
- (462) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (120).
- (463) Morrall Peter, **Sociology and health**, pp. (96 - 97).

- (464) Mulcahy Linda, **Disputing doctors: The socio-legal dynamics of complaints about medical care**, Philadelphia, Open University Press, 2003, pp. (19 - 20).
- (465) Wolf Zane Robinson, **Nurses' stories: discovering essential nursing**, p. (325).
- (466) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, pp. (127 - 128).
- (467) Gastaldo Denise and Holmes Dave, **Foucault and nursing: a history of the present**, p. (236).
- (468) Allen Davina, Hughes David, Jordan Sue, Prowse Morag, and Snelgrove Sherrill, **Nursing and the division of labour in healthcare**, pp. (4 - 5).
- (469) Gastaldo Denise and Holmes Dave, **Foucault and nursing: a history of the present**, p. (236).
- (470) Allen Davina, Hughes David, Jordan Sue, Prowse Morag, and Snelgrove Sherrill, **Nursing and the division of labour in healthcare**, pp. (4 - 5, 84 - 85).
- (471) Hansen Helle Ploug, Patients' **bodies and discourses of power**, p. (73).
- (472) Ibid, p. (69).
- (473) Lunardi Valéria Lerch, Filho Wilson Danilo Lunardi, Silveira Rosemary Silva da, Silva Mara Regina Santos da, Svaldi Jacqueline Sallete Dei, and Bulhosa Michele Salum, **Nursing ethics and its relation with power and work organization**, p. (494).
- (474) Anderson Margaret L., **Thinking about women: sociological perspectives on sex and gender**, Boston, Allyn and Bacon, 1997, pp. (135 - 136).
- (٤٧٥) تعتبر المصطلحات disease, illness, sickness مرادفات في اللغة الإنجليزية، لكن مع ذلك ثمة تمايزات مهمة بينها في الأنثروبولوجيا الطبية. فالمرض disease من منظور الطب هو مشكلة بيولوجية تتضمن الشذوذ عن الحالة الطبيعية في بناء الجسد، أو الكيمياء، أو الوظائف (Winkelman, 2009: 36). بتعبير آخر، يشير المصطلح إلى صور الشذوذ في بناء وظيفة الأعضاء وأنساق الجسد كما يعرفها الطب، أي الحالات المرضية سواء أكانت مدركة ثقافياً أم لا؛ ميدان النموذج الطبي (Pool & Geissler, 2005: 163; Young, 1982: 264). أما مصطلح المرض Illness فيشير إلى خبرة شخصية متشكلة ثقافياً لكون الشخص معتلاً أو مريضاً، ويستلزم خبرة معاناة (Sobo, 2004). ويشير كذلك إلى خبرة المريض باعتلال من نوع ما،

والشعور بخلل في الحالة السوية قد يكون ناتجاً عن مرض أو تسببه المعتقدات الثقافية (مثل الشعور بالبدانة المفرطة أو بمطاردة السحرة)، ويعرف بأنه خبرة الأعراض، والمعاني التي تُنسب إليها، وأشكال السلوك المرتبطة بها، والتي تشمل طلب المساعدة والتغيرات في أداء الدور. (Wainwright, 2008: 78; Winkelman, 2009: 36) ويمكن أن يشير مصطلح المرض illness إلى تنوع من الظروف ثقافياً. ففي بعض الثقافات يكون قاصراً على الخبرات الجسدية، وفي ثقافات أخرى يشمل الخلل الوظيفي العقلي أيضاً، وفي ثقافات أخرى يتضمن المعاناة التي يسببها سوء الحظ. بمعنى أن بعض الأنساق الطبية يتعامل مع النضالات الإنسانية المرتبطة بالحب، والعمل، والموارد المالية، وهلم جرا. وهكذا فإن الاضطرابات الاجتماعية والجسدية والانفعالية والمعرفية لا تنفصم غالباً، ولكنها متواشجة متضافرة أو حتى مندمجة معاً (Sobo, 2004). أما مصطلح مرض illness فيشير إلى إدراكات شخص وخبراته بحالات معينة ذات قيمة محدودة منها، على سبيل المثال لا الحصر، المرض. وفقاً لذلك يشير المصطلح إلى الكيفية التي من خلالها ينتقل المرض إلى الوعي الفردي (Young, 1982: 264).

واضح أن المرض disease يُعرّف بمصطلحات موضوعية وقابلة للقياس. أما المرض illness فهو ظاهرة شخصية تتعلق بإدراك الفرد المتغير للذات (Dougherty and Tripp- Reimer, 1985: 226). ويستخدم بعض الأنثروبولوجيين الطبيين مصطلح «sickness» كمصطلح شامل في الإشارة إلى كل من sickness و disease. ويشير هذا المصطلح إلى نتائج الاستجابات الاجتماعية لشخص معين، على سبيل المثال الخبرة الشخصية لشخص احتجب لإصابته بالإيدز أو لكونه بديناً (Winkelman, 2009: 36)

- (476) Dreher Melanie, Shapiro Dolores and Asselin Micheline, **Healthy places, healthy people: a handbook for culturally competent community nursing practice**, pp. (4 - 5).
- (477) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, p. (189).
- Hewison Alistair, **Nurses' power in interactions with patients**, p. (75).
- (478) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, pp. (188 - 189).
- (479) Ibid, p. (188).
- (480) Singer Merrill, **Critical medical anthropology**, p. (29).

- (481) Bradbury - Jones Caroline, Sambrook Sally and Irvine Fiona, **Power and empowerment in nursing**, pp. (262 - 263).
- (482) White Lois, **Foundations of nursing**, Thomson, 2005, p. (76).
- (483) Palviainen Piia, Hietala Minna, Routasalo Pirkko, Suominen Tarja, Hupli Maija, **Do nurse exercise power in basic care situations?**, p. (269).
- (484) Gastaldo Denise and Holmes Dave, **Foucault and nursing: a history of the present**, p. (236).
- (485) Chaboyer Wendy, Najman Jake, and Dunn Sandra, **Cohesion among nurses**, p. (227).
- (486) Sieloff Christina Leibold, **Leadership behaviours that foster nursing group power**, p. (249).
- (487) Duranti A., **Linguistic anthropology**, Cambridge, Cambridge University Press, 1997, p. (27).
- (488) Allen Davina, Hughes David, Jordan Sue, Prowse Morag, and Snelgrove Sherrill, **Nursing and the division of labour in healthcare**, p. (85).
- (489) Hansen Helle Ploug, **Patients' bodies and discourses of power**, p. (76).
- (490) Gastaldo Denise and Holmes Dave, **Foucault and nursing: a history of the present**, pp. (234 - 235).
- (491) Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, p. (189).
- (492) Henderson Amanda, **Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault**, Journal of Advanced Nursing, vol. 20, 1994, p. (935).
- (493) Hansen Helle Ploug, **Patients' bodies and discourses of power**, p. (68).
- (494) Gastaldo Denise and Holmes Dave, **Foucault and nursing: a history of the present**, p. (234).

(٤٩٥) صاغ فرينش French ورايفن Raven وكولينز Collins تنميماً يمكن من خلاله التعرف على نقطة التقاء القوة الشخصية والقوة الاجتماعية. إذ قسموا القوة الشخصية إلى عدد من الفئات مستخدمين في ذلك محكات أُستمدت من المكانات التي ينسبها المجتمع:

(١) **قوة الخبير expert power**: يشغل الخبراء مكانة اجتماعية قوية نظراً لمعرفتهم ومهاراتهم المتخصصة. وهنا يمثل الأطباء، ورجال القانون، وأساتذة الجامعات، والمعماريين، وعلماء الكمبيوتر جماعات تمتلك قوة الخبرة.

(٢) **قوة الإلزام والإكراه coercive power**: السيطرة الفيزيائية المباشرة، التي تقرها الدولة أو الجماعات القوية في المجتمع لتمرار على آخرين؛ وهنا يكبح رجال البوليس، وضباط السجون، الآباء، والأطباء النفسيين، والممرضات النفسيات، بصورة قانونية أو غير قانونية، المجرمين، والأبناء، والمرضى، ويكون الكبح فيزيقي.

(٣) **قوة المكافأة reward power**: تمنح مكافآت وجدانية أو عاطفية ومادية للأفراد أو الجماعات بقصد إعادة تعديل أو ضبط أداؤهم، على سبيل المثال المكافآت التي تمنحها الممرضات لمرضى الإعاقة العقلية لتشجيعهم على تعلم مهارات جديدة.

(٤) **القوة الشرعية legitimate power**: التفويض الرسمي الذي تمنحه الدولة أو المؤسسات الاجتماعية الأخرى بقصد التأثير والإلزام، والشرعية تتحقق عبر القانون والتدريب، على سبيل المثال، البوليس، والممرضات، والأطباء.

(٥) **القوة المرجعية أو الإحالية referent power**: المهارات التي يمتلكها شخص معين ويشتهر بها، وتحترم إنجازاته الاجتماعية. وتعد سمات هذا الشخص نموذجاً يُحتذى.

(٦) **القوة المعلوماتية informational power**: يعد تراكم المعرفة قوة تُستعمل (Morrall, 2009: 93 - 95).

(496) Morrall Peter, **Sociology and health**, p. (94).

(497) Ritzer George, **The Blackwell encyclopedia of sociology**, p. (3598).

(498) Henderson Amanda, **Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault**, p. (936).

(499) Allen Davina, Hughes David, Jordan Sue, Prowse Morag, and Snelgrove Sherrill, **Nursing and the division of labour in healthcare**, p. (85).

- Dreher Melanie, Shapiro Dolores and Asselin Micheline Dreher, **Healthy places, healthy people: a handbook for culturally competent community nursing practice**, p. (5).

(500) Morrall Peter, **Sociology and health**, p. (95).

- (501) Wainwright David, **A Sociology of Health**, London, Sage, 2008, p. (105).
- (502) Hansen Helle Ploug, **Patients' bodies and discourses of power**, p. (76).
- (503) Morrall Peter, **Sociology and nursing**, p. (69).
- (504) Ibid, p. (96).
- (505) Bradbury - Jones Caroline, Sambrook Sally and Irvine Fiona, **Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach**, p. (264).
- (506) Becky Francis, **Poststructuralism and nursing: uncomfortable bedfellows?**, p. (21).
- (507) Allen Davina, Hughes David, Jordan Sue, Prowse Morag, and Snelgrove Sherrill, **Nursing and the division of labour in healthcare**, p. (8).
- (508) Yamaguchi Satomi, **Nursing culture of an operating theater in Italy**, p. (263).
- (509) Lupton Deborah, **Medicine as culture**, p. (131).
- (510) Ibid, p. (133).
- (511) Grawford Mary and Unger Rhoda, **Women and gender**, McGraw-Hill, 2004, pp. (93, 85).
- (٥١٢) فؤاد فادية، **البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية: دراسة أنثروبولوجية**، ص (١٥٨).
- (513) Chu C. I., Hsu H. M., Price J.L. and Lee J. Y., **Job satisfaction of hospital nurses**, p. (176).
- (٥١٤) فؤاد فادية، **البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية: دراسة أنثروبولوجية**، ص (٦٦).
- (515) Hansen Helle Ploug, **Patients' bodies and discourses of power**, pp. (69, 76).
- (516) Clarke Sean P., **Organizational climate and culture factors**, p. (258).
- (517) Wooten Lynn Perry & Crane Patricia, **Nurses as implementers of organizational culture**, p. (275).
- (518) Holland Catherine Karen, **An Ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual**, p. (1468).
- (519) Sioff Christina Leibold, **Leadership behaviours that foster nursing group power**, pp. (249 - 250).
- (520) Norman Ian J. and Cowley Sarah, **The changing nature of nursing in a managerial Age**, p. (69).

- (521) Sieloff Christina Leibold, **Leadership behaviours that foster nursing group power**, p. (246).
- (522) Rigolosi Elaine La Monica, **Management and leadership in nursing and health care: an experiential approach**, pp. (83 - 85, 103 - 104).
- (523) Sieloff Christina Leibold, **Leadership behaviours that foster nursing group power**, p. (246).
- (524) Jervis Lori L., **Working in and around the 'chain of command': power relations among nursing staff in an urban nursing home**, Nursing Inquiry, vol. 9 (1), 2002, p. (14).
- (525) Attree Moira, **Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality**, Journal of Nursing Management, vol. 15, 2007, pp. (392 - 393, 398).
- (526) Tervo-Heikkinen Tarja, Partanen Pirjo, Aalto Pirjo, and Vehvilainen-Julkunen Katri, **Nurses' work environment and nursing outcomes: a survey study among Finnish university hospital registered nurses**, International Journal of Nursing Practice, vol. 14, 2008, pp. (357, 359).

(٥٢٧) طبقاً لإحصاءات وزارة الصحة لعام ٢٠١٠ هناك ممرضة لكل ١٠٠٠٠ نسمة.

(<http://www.mohp.gov.eg/sec/Statistics/Resources.asp?x=1>)

- (528) Anderson Margaret L., **Thinking about women: sociological perspectives on sex and gender**, pp. (135 - 136).

(٥٢٩) أجهزة التشفيط الطبي medical suction devices: تستخدم لتشفيط الإفرازات secretions الرئوية من الرئة والغم والأنف. ويؤدي ضعف أو توقف هذه الأجهزة إلى تهديد حياة مرضى الحالات الحرجة بالاختناق مثلاً.

(٥٣٠) يعاني العاملون بالتمريض عموماً من تدني الأجور والحوافز. إذ يحصلون على أجر يبدأ من ١٨٠ جنيهاً شهرياً. ويحق لهم بدلات عدة امتنعت بعض المستشفيات عن صرفها، منها بدل نوبتية يختلف قدره باختلاف جهة العمل، ومركز الممرض أو الممرضة، فيتقاضى ممرضو وزارة الصحة، على سبيل المثال، جنيهاً ونصف عن نوبتية الصباح (من الثامنة صباحاً إلى الثامنة مساءً)، وتصل إلى جنيهين، لو كانت مسائية (من الثامنة مساءً إلى الثامنة صباحاً). بالإضافة إلى بدل العدوى يبلغ خمسة عشر جنيهاً شهرياً، ذلك في حين يصل بدل العدوى للأطباء ٤٠٪ من الراتب، برغم تعرض الأطباء والممرضات للخطر ذاته.

(٥٣١) لا يحق للممرضة أو الممرض في كثير من المستشفيات إلا كشفان شهريا بالمستشفى. أما العاملون في القطاع الخاص، فأغلبهم لا يتمتع بتأمين صحي أصلا. وتتشكى الممرضات من عدم مساواتهن بالأطباء والعاملين بالمستشفى فيما يتعلق بتقديم المستشفى العلاج لهن، بحجة عدم وجود بند لصرف العلاج لهن.

(٥٣٢) لا يحق للممرضة أو الممرض في كثير من المستشفيات إلا كشفان شهريا بالمستشفى. أما العاملون في القطاع الخاص، فأغلبهم لا يتمتع بتأمين صحي أصلا. وتتشكى الممرضات من عدم مساواتهن بالأطباء والعاملين بالمستشفى فيما يتعلق بتقديم المستشفى العلاج لهن، بحجة عدم وجود بند لصرف العلاج لهن.

(533) Sieloff Christina Leibold, **Leadership behaviours that foster nursing group power**, pp. (249 - 250).

(534) Ibid, p. (247).

(535) Conway Jane, Little Penny, and McMillan Margaret, **Congruence or conflict? challenges in implementing problem-based learning** across nursing cultures, International Journal of Nursing Practice, vol. 8, 2002, p. (235).

(536) DeSantis Lydia, **Making anthropology clinically relevant to nursing care**, pp. (709 - 710).

(537) Winkelman Michael, **Culture and health, applying medical anthropology**, pp. (116 - 117).

المراجع

أولا - المراجع العربية:

- تومبسون ميشيل، وآخرون، **نظرية الثقافة**، ترجمة علي سيد الصاوي، عالم المعرفة، العدد (٢٢٣)، ١٩٩٧.
- فؤاد فادية، **البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية: دراسة أنثروبولوجية**، دار المعرفة الجامعية، ٢٠١٠.
- مصطفى فاروق، وعباس محمد، **المناهج الأنثروبولوجية وتطبيقاتها الميدانية**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠١٠.

ثانيا - المراجع الأجنبية:

- Adams Ann and Bond Senga, **Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics**, Journal of Advanced Nursing, 32 (3), 2000: 536 - 543.
- Adams Bert N. and Syndie R. A., **Sociological theory**, California, Pine Forge Press, 2001.
- Allen Davina, Hughes David, Jordan Sue, Prowse Morag, and Snelgrove Sherrill, **Nursing and the division of labour in healthcare**, New York, Palgrave Macmillan, 2002.
- Allen Sonia, Chapman Ysanne, Francis Karen and O'connor Margaret, **Examining the methods used for a critical ethnographic enquiry**, Contemporary Nurse, vol. 29, 2008: 227 - 237.
- Alm Thomas G., **Power in nursing**, Journal of Advanced Nursing, vol. 16, 1991: 503.

- Alvesson Mats, **Understanding organizational culture**, London, Sage Publications, 2002.
- Anderson Cherri D. and Mangino Ruthie R., **Nurse shift report, who says you can't talk in front of the patient?**, Nurs. Admin. Q., Vol. 30, No. 2, 2006: 112 - 122.
- Anderson Margaret L., **Thinking about women: sociological perspectives on sex and gender**, Boston, Allyn and Bacon, 1997.
- Arslanian-Engoren Cynthia, **Feminist poststructuralism: a methodological paradigm for examining clinical decision - making**, Journal of Advanced Nursing, 37 (6), 2002: 512 - 517.
- Athwal Pam, Fields Willa, and Wagnell Esther, **Standardization of change - of - shift report**, J. Nurs. Care Qual., Vol. 24, No. 2, 2009: 143 - 147.
- Attree Moira, **Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality**, Journal of Nursing Management, vol. 15, 2007: 392 - 402.
- Baldwin John R., Faulkner Sandra L., Hecht Michael L. and Lindsley Sheryl L., **Redefining culture: perspectives across the disciplines**, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2006.
- Bantz, C. R., **Understanding organizations: interpreting organizational communication cultures**. Columbia, University of South Carolina, 1993.
- Barker Chris, **Culture studies: theory and practice**, Los Angeles, Sage, 2008.

- Barnard Alan, **History and theory in anthropology**, Cambridge, Cambridge University Press, .
- Barnard Alan and Spencer Jonathan (ed), **The Routledge encyclopedia of social and cultural anthropology**, London, Routledge, 2010.
- Barrett Stanley R., et al., **The idea of power and the power of ideas**, American Anthropologist, vol. 103 (2), 2001: 468 - 480.
- Batieau Allen W., **Negations and ambiguities in the cultures of organization**, American Anthropologist, 102 (4), 2001: 726 - 740.
- Baudrillard Jean, **Forget Foucault**, Los Angeles, Semiotext(e), 2007.
- Becky Francis, **Poststructuralism and nursing: uncomfortable bedfellows?**, Nursing Inquiry, vol. (7), 2000: 20 - 28.
- Ben-Amos Dan, **Dani Schrire, Raphael Patai, Pierre Bourdieu, and the rest of us**, Journal of Folklore Research, Vol. 47, Nos.1-2, 2010: 45 - 50.
- Birx H. James, **Encyclopedia of anthropology**, London, Sage Publications, 2006.
- **21st century anthropology: a reference handbook**, California, Sage, 2010.
- Borbasi Sally, Jackson Debra, and Wilkes Lesley, **Fieldwork in nursing research: positionality, practicalities and Predicaments**, Journal of Advanced Nursing, 51 (5), 2005: 493 - 501.

- ## هوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

- Casida Jesus, **Linking nursing unit's culture to organizational effectiveness: a measurement tool**, Nursing Economics, Vol. 26, No. 2, March-April, 2008.
- Chaboyer Wendy, Najman Jake, and Dunn Sandra, **Cohesion among nurses: a comparison of bedside vs. charge nurses' perceptions in Australian hospitals**, Journal of Advanced Nursing, 35 (4), 2001: 526 - 532.
- Chang Wen-Yin, Ma Jui-Chu, Chiu Hsiao-Ting, Lin Kuan-Chia and Lee Pi-Hsia, **Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals**, Journal of Advanced Nursing, 65 (9), 2009: 1946 - 1955.
- Cheater Angela, **Power in the postmodern era**, in, Cheater Angela (ed.), The anthropology of power: empowerment and disempowerment in changing structures, London, Routledge, 1999.
- Chu C. I., Hsu H.M., Price J.L. and Lee J.Y., **Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan**, International Nursing Review, vol. 50, 2003: 176 - 182.
- Clarke Sean P., **Organizational climate and culture factors**, Annual Review of Nursing Research, Vol. 24, 2006.
- Clegg Stewart R. and Haugaard Mark, **Power and organizations**, London, Sage Publications, 2006.
- Colson Anthony C. and Selby Karen E., **Medical anthropology**, Annual Review of Anthropology, 1974.

- Conway Jane, Little Penny, and McMillan Margaret, **Con-
gruence or conflict? challenges in implementing problem-
based learning across nursing cultures**, International
Journal of Nursing Practice, vol. 8, 2002: 235-239.
- Corbin Juliet and Strauss Anselm, **Basics of qualitative
research**, Los Angeles, Sage, 2008.
- Creswell John W., **Research design: qualitative, quantitative and
mixed methods approaches**, London, Sage, 2009.
- Cuff E. C., Sharrock W. W., and Francis D. W., **Perspectives in
sociology**, London, Routledge, 1998.
- Danto Arthur C., **Bourdieu on art: field and individual**, Quoted
in, Shusterman Richard (ed.), **Bourdieu: a critical
reader**, Oxford, Blackwell Publishers, 1999.
- Darlington Susan M., **Rethinking power and culture in
anthropology**, American Anthropologist, Sep., vol. 99
(3), 1997: 637 - 638.
- Davies C. A., **Reflexive ethnography, a guide to researching
selves and others**, London, Routledge, 1999.
- Dean Mitchell, **Critical and effective histories: Foucault's methods
and historical sociology**, London, Routledge 1994.
- DeSantis Lydia, **Making anthropology clinically relevant to
nursing care**, Journal of Advanced Nursing, vol. 20,
1994: 707 - 715.
- Digester Peter, **The fourth face of power**, The Journal of Politics,
vol. 54, No. 4, November, 1992.

- Dougherty Molly C. and Tripp-Reimer Toni, **The interface of nursing and anthropology**, Annual Review of Anthropology, vol. 14, 1985: 219 - 41.
- Dreher Melanie, Shapiro Dolores and Asselin Micheline, **Healthy places, healthy people: a handbook for culturally competent community nursing practice**, Indianapolis, Sigma Theta Tau International: Honor Society of Nursing, 2008.
- Duffy Mary E., **A critique of cultural education in nursing**, Journal of Advanced Nursing, 36 (4), 2001: 487 - 495.
- Dumais Susan A., **Cultural capital, gender and school success: the role of habitus**, Sociology of Education, Vol. 75, No. 1, 2002.
- Dumont Jr. and Clayton W., **The promise of poststructuralist sociology: marginalized peoples and the problem of knowledge**, State University of New York Press, 2008.
- Duranti A., **Linguistic anthropology**, Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
- Ember Carol R. and Ember Melvin, **Encyclopedia of medical anthropology**, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.
- Ezzy Douglas, **Qualitative analysis: practice and innovation**, London, Routledge, 2002.
- Fagin Leonard and Garelick Antony, **The doctor-nurse relationship**, Advances in Psychiatric Treatment, vol. 10, 2004: 277-286.

- Fealy Gerard M., **'The good nurse': visions and values in images of the nurse**, Journal of Advanced Nursing, vol. 46 (6), 2004: 649 - 656.
- Fetterman David M., **Ethnography: step by step**, London, Sage, 1998.
- Gabe Jonathan, Bury Mike and Elston Mary Ann, **Key concepts in medical sociology**, London, Sage Publications, 2004.
- Gardner Catherine V., **Historical dictionary of feminist philosophy**, Oxford, The Scarecrow Press, Inc, 2006.
- Gastaldo Denise and Holmes Dave, **Foucault and nursing: a history of the present**, Nursing Inquiry, vol. 6 (4), 1999: 231 - 240.
- Gilbert Tony, **Nursing: empowerment and the problem of power**, Journal of Advanced Nursing, vol. 21, 1995: 865 - 871.
- Goelzer Paulo G., **Effects of national culture on organizational culture**, a dissertation submitted to Benedictine University, 2003.
- Goethals George R., Sorenson Georgia J. and Burns James MacGregor (eds.), **Encyclopedia of leadership**, London, Routledge, 2004.
- Grawford Mary and Unger Rhoda, **Women and gender**, McGraw-Hill, 2004.
- Grint Keith, **The sociology of work**, Cambridge, Polity Press, 2005.
- Guarnaccia Peter J., **Introduction: the contributions of medical**

- anthropology to anthropology and beyond**, Medical Anthropology Quarterly, vol. 15 (4), 2001: 423 - 427.
- Hahn Robert A. and Kleinman Arthur, **Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions**, Annual Review of Anthropology, vol. 12, 1983: 305 - 33.
- Hall John R., Neitz Mary Jo and Battani Marshall, **Sociology on culture**, London, Routledge, 2003.
- Hanks William F., **Pierre Bourdieu and the practices of language**, Annual Review of Anthropology, vol. 34, 2005: 67- 83.
- Hanna Fred J., Talley William B., and Guindon Mary H., **The power of perception: toward a model of cultural oppression and liberation**, Journal Counseling & Development, vol. 78, 2000: 430 - 441.
- Hansen Helle Ploug, **Patients' bodies and discourses of power**, Quoted in, Shore Cris & Wright Susan (eds.). Anthropology of policy: critical perspectives on governance and power, New York, Routledge, 1997.
- Hansen Karen Tranberg, **The World in dress: anthropological perspectives on clothing, fashion, and culture**, Annual Review of Anthropology, vol. 33, 2004: 369 - 92.
- Hare Martha L., **The promise of medical anthropology at the end of the twentieth century**, Reviews in Anthropology, vol. 30, 2001: 291 - 307.
- Harris, M., **Theories of culture in postmodern times**, New York, Atamira Press, 1999.

- Hassan Fatma Hamdy, **Work empowerment as perceived by nurses and physicians working at national heart institute**, Faculty of Nursing, Ain Shams University.
- Hegney Desley, Plank Ashley and Parker Victoria, **Extrinsic and intrinsic work values: their impact on job satisfaction in nursing**, Journal of Nursing Management, vol. 14, 2006: 271-281.
- Helman Cecil, **Why medical anthropology matters**, Anthropology Today, Vol. 22, No 1, February, 2006.
- Hemmings Colin P., **Rethinking medical anthropology: how anthropology is failing medicine**, Anthropology & Medicine, Vol. 12, No. 2, August, 2005: 91-103.
- Henderson Amanda, **Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault**, Journal of Advanced Nursing, vol. 20, 1994: 935 - 939.
- Henderson Saras, **Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care**, Journal of Clinical Nursing, vol. 12, 2003: 501 - 508.
- Hewison Alistair, **Nurses' power in interactions with patients**, Journal of Advanced Nursing, vol. 21, 1995: 75 - 82.
- Hier Sean P., **Contemporary sociological thought: themes and theories**, Toronto, Canadian Scholars' Press Inc, 2005.
- Holmes Dave and Gastaldo Denise, **Nursing as means of governmentality**, Journal of Advanced Nursing, vol. 38 (6), 2002: 557 - 565.

- Holland Catherine Karen, **An Ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual**, Journal of Advanced Nursing, vol. 18, 1993: 1461-1470.
- Horton Khim, Tschudin Verena and Forget Armored, **The value of nursing: a literature review**, Nursing Ethics, vol. 14 (6), 2007.
- Ihlen Oyvind, **Building on Bourdieu: a sociological grasp of public relations**, Public Relations Review, 5 (5), 2007.
- Jaskyte Kristina, **Organizational culture and innovation in nonprofit human service organizations**, A PHD dissertation, School of Social Work, University of Alabama, 2002.
- Jaye Chrystal, Egan Tony and Parker Sarah, **'Do as I say, not as I do': medical education and Foucault's normalizing technologies of self**, Anthropology & Medicine, Vol. 13, No. 2, August, 2006.
- Jervis Lori L., **Working in and around the 'chain of command': power relations among nursing staff in an urban nursing home**, Nursing Inquiry, vol. 9 (1), 2002: 12 - 23.
- Johnson Allan G., **The Blackwell dictionary of sociology**, Blackwell, 2000.
- Johnson Barbara H., **Empowerment of nurse educators through organizational culture**, Nursing Education Perspectives, Jan/Feb, 2009.
- Kane - Urrabazo Christine, **Management's role in shaping**

- organizational culture**, Journal of Nursing Management, vol.14, 2006, 188 - 194.
- Kiefer Christie W., **Doing health anthropology: research methods for community assessment and change**, New York, Springer Publishing Company, 2007.
- Kingsolver Ann E., **Power**, in, Barnard Alan and Spencer Jonathan, Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology, London, Routledge, 2002.
- Kleinman Arthur and Benson Peter, **Culture, moral experience and medicine**, The Mount Sinai Journal of Medicine, vol. 73, No. 6, October, 2006.
- Koerner JoEllen Goertz, **Healing presence: the essence of nursing**, New York, Springer Publishing Company.
- Kuokkanen Liisa and Leino - Kilpi, **Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches**, Journal of Advanced Nursing, 31 (1), 2000: 235 - 241.
- Kurtz Donald V., **Political anthropology: power and paradigms**, Cambridge, Wesview Press, 2001.
- Lahiry Sugato, **Building commitment through organizational culture**, Training Development, April, 1994.
- Lane Jeremy F., **Bourdieu's politics: problems and possibilities**, London, Routledge, 2006.
- Levinson and Ember (eds.), **Encyclopedia of cultural anthropology**, New York, Henary - Holt, 1996.
- Lewellen Ted C., **Political anthropology: an introduction**, London, Praeger, 2003.

- Lindwall Lillemor and Von Post Irne, **Habits in perioperative nursing culture**, Nursing Ethics, vol. 15 (5), 2008.
- Liukkonen A., **The models for nursing activity in the basic care of demented patients living in institutions**, VÓrdi Norden, vol. 12 (2), 1992: 4 - 8.
- Long Debbi, Hunter Cynthia L. and Geest Sjaak van der, **When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography**, Anthropology & Medicine, Vol. 15, No. 2, August, 2008: 71 - 78.
- Lu Hong, While Alison E. and Barriball K. Louise, **A model of job satisfaction of nurses: a reflection of nurses' working lives in Mainland China**, Journal of Advanced Nursing, vol. 58 (5), 2007: 468 - 479.
- Lunardi Valéria Lerch, Filho Wilson Danilo Lunardi, Silveira Rosemary Silva da, Silva Mara Regina Santos da, Svaldi Jacqueline Sallete Dei, and Bulhosa Michele Salum, **Nursing ethics and its relation with power and work organization**, Rev Latino-am Enfermagem, maio-junho, vol.15(3), 2007: 493 - 7.
- Lupton Deborah, **Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies**, London, Sage, 2003.
- Marvasti Amir B., **Qualitative research in sociology**, London, Sage Publications, 2004.
- McElroy A., **Medical anthropology**, in, Levinson D. & Ember M., Encyclopedia of Cultural Anthropology, New York Henry Holt, 1996.

- McElroy Ann and Townsend Patricia K., **Medical anthropology in ecological perspective**, Westview Press, 2009.
- Michael Gallagher, **Foucault, power and participation**, International Journal of Children's Rights, vol. 16, 2008: 395 - 406.
- Mills Albert J., **Studying the Gendering of Organizational Culture Over Time: Concerns, Issues and Strategies**, Gender, Work and Organization. Vol. 9 No. 3 June 2002.
- Mills Sara, **Michel Foucault**, London, Routledge, 2003.
- Moore Jerry D., **Visions of culture: an introduction to anthropological theories and theorists**, Lanham, Alta-Mira Press, 2009.
- Morgan David L., **Focus groups**, Annual Review of Sociology, vol. 22, 1996: 129 - 52.
- Morrall Peter, **Sociology and nursing**, London, Routledge, 2001.
- **Sociology and health**, London, Routledge, 2009.
- Mulcahy Linda, **Disputing doctors: The socio-legal dynamics of complaints about medical care**, Philadelphia, Open University Press, 2003.
- Norman Ian J. and Cowley Sarah, **The changing nature of nursing in a managerial Age**, London, Blackwell Publishing Ltd, 1999.
- Overcash Janine A., **Narrative research: a viable methodology for clinical nursing**, Nursing Forum, vol. 39, No. 1, January - March, 2004.
- Palviainen Piia, Hietala Minna, Routasalo Pirkko, Suominen

- Tarja, Hupli Maija, **Do nurse exercise power in basic care situations?**, Nursing Ethics, 10 (3), 2003.
- Parrillo Vincent N., **Encyclopedia of social problems**, Los Angeles, Sage, 2008.
- Payne-Jackson Arvilla Chapin, **Medical anthropology**, quoted in, Birx H. James (ed). 21st century anthropology: a reference handbook, California, Sage, 2010.
- Peacock James L., **The anthropological lens: harsh light, soft focus**, Cambridge University Press, 2004.
- Pearson A., Baker H., Walsh K., and Fetzgerald M., **Contemporary nurses uniforms - history and traditions**, Journal of Nursing Management, vol. 9, 2001: 147-152.
- Peters Michael, **Derrida and the tasks for the new humanities: postmodern nursing and the culture wars**, Nursing Philosophy, vol. 3, 2002: 47 - 57.
- Phelan Shane, **Foucault and feminism**, American Journal of Political Science, vol. 34, may, 1990: 421-40.
- Philips Susan U., **Power**, Journal of Linguistic Anthropology, vol. 9 (1-2), 2000: 194 - 19.
- Pool Robert and Geissler Wenzel, **Medical anthropology**, Berkshire, Open University Press, 2005.
- Porter Sam, **Critical realist ethnography: the case of racism and professionalism in a medical setting**, Sociology, vol. 27, No. 4, November, 1993: 591- 609.
- **A participant observation study of power relations**

- between nurses and doctors in a general hospital**, Journal of Advanced Nursing, vol. 16, 2006: 728 - 735.
- Portes Alejandro, **Social capital: its origins and applications in modern sociology**, Annual Review of Sociology, vol. 24, 1998: 1 - 24.
- Rappaport Roy A., **Ritual and religion in the making of humanity**, Cambridge University Press, 1999.
- Rapport Nigel, **I am dynamite: an alternative anthropology of power**, London, Routledge, 2003.
- Reck G. G., **Narrative anthropology**, Anthropology and Humanism Quarterly, Vol. 8, No.(1), 1983: 8 - 12.
- Ricken Norbert, **The Power of power- questions to Michel Foucault**, Educational Philosophy and Theory, vol. 38, No. 4, 2006.
- Rigolosi Elaine La Monica, **Management and leadership in nursing and health care: an experiential approach**, New York, Springer, 2005.
- Ritzer George, **Modern sociological theory**, New York, McGraw - Hill, 1996.
- **Encyclopedia of social theory**, London, Sage Publications, Inc., 2005.
- **The Blackwell encyclopedia of sociology**, Blackwell Publishing, 2007.
- Rosman Abraham, Rubel Paula G., and Weisgrau Maxine, **The tapestry of culture: an introduction to cultural anthro-**

- pology**, Lanham, AltaMira Press, 2009.
- Russell Bernard H., **Research methods in anthropology: qualitative and quantitative Approaches**, Oxford, AltaMira Press, 2006.
- Samuelsen Helle and Steffen Vibeke, **the Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology: exploring new sites**, Anthropology and Medicine, vol. 11, No.1, April, 2004: 3 - 10.
- Scambler Graham and Higgs Paul, **Modernity, medicine and health: medical sociology towards 2000**, London, Routledge, 1998.
- Schira Mary, **Reflections on ((about power in nursing))**, Nephrology Nursing Journal, Vol. 31, No. (5), 2004: 583 - 584.
- Scott-Findlay Shannon and Estabrooks Carole A., **Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review**, Journal of Advanced Nursing, vol. 56 (5), 2006: 498 - 513.
- Seidman Steven, **Contested knowledge**, London, Blackwell Publishing, 2004.
- Shalnik Peter, **Authority versus power: a view from social anthropology**, Quoted in, Cheater Angela (ed.), the Anthropology of Power: Empowerment and Disempowerment in Changing Structures, London, Routledge, 1999.
- Shand Alex, **Rejoinder: in defence of medical anthropology**, Anthropology & Medicine, Vol. 12, No. 2, August, 2005: 105 - 113.

- Sieloff Christina Leibold, **Measuring nursing power within organizations**, Journal of Nursing Scholarship, vol. 35(2), 2003: 183 - 7.
- **Leadership behaviours that foster nursing group power**, Journal of Nursing Management, vol. 12, 2004: 246 - 251.
- Silverthorne Colin P., **Organizational psychology in cross-cultural perspective**, New York, New York University Press, 2005.
- Singer Merrill, **Critical medical anthropology**. In, Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures, Carol Ember and Melvin Ember (eds). New York: Kluwer. Vol. 1, 2004: 23 - 30.
- Sobo Elisa J., **Theoretical and applied issues in cross-cultural health research: key concepts and controversies**, Quoted in, Ember Carol R. and Ember Melvin, Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.
- Spencer Jonathan, **Resistance**, in, Barnard Alan and Spencer Jonathan, Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology, London, Routledge, 2002.
- Spragley Fay and Francis Karen, **Nursing uniforms: professional symbol or outdated relic**, Nursing Management, vol. 55, October, 2006.
- Stake Robert E., **Qualitative research: studying how things work**, New York, The Guilford Press, 2010.

- Stanish Charles and Haley Kevin J., **Power, fairness, and architecture: modeling early chiefdom development in the central Andes**, Archaeological Papers of the American Anthropological Association, Vol. 14, 2005: 53 -70.
- Storey John, **Cultural theory and popular culture**, New York, Prentice Hall, 2001.
- Strauss Claudia and Quinn Naomi, **A cognitive theory of cultural meaning**, Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
- Suominen T., Kovasin M. and Ketola O., **Nursing culture - some viewpoints**, Journal of Advanced Nursing, vol. 25 (1), 1997: 186 -191.
- Swartz David, **Culture and power: the sociology of Pierre Bourdieu**, Chicago, The University of Chicago Press, 1997.
- Sweely Tracy L., **Personal interactions: the implications of spatial arrangements for power relations at Cerén, El Salvador**, World Archaeology, vol. 29 (3), 1998: 393 - 406.
- Tervo-Heikkinen Tarja, Partanen Pirjo, Aalto Pirjo, and Vehvilainen-Julkunen Katri, **Nurses' work environment and nursing outcomes: a survey study among Finnish university hospital registered nurses**, International Journal of Nursing Practice, vol. 14, 2008: 357 - 365.
- Throsby David, **Cultural capital**, Journal of Cultural Economics, vol. 23, 1999: 3 - 12.

- Timby Barbara K., **Fundamental nursing, skills and concepts**, Ninth edition, London, Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- Tovey Elizabeth J. and Adams Ann E., **The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s**, Journal of Advanced Nursing, vol. 30 (1), 1999: 150 - 158.
- Turner Bryan S., **The Cambridge dictionary of sociology**, Cambridge University Press, 2006.
- Tutton Elizabeth, Seers Kate and Langstaff Debbie, **Professional nursing culture on a trauma unit: experiences of patients and staff**, Journal of Advanced Nursing, 61 (2), 2008: 145-153.
- Tylor Carol, Lillis Carol, Le More Priscilla, and Lynn Pamela, **Foundations of nursing: the art and science of nursing care**, Philadelphia, Lippincott, 6th. Edition, 2008.
- Ulin R. C., **Understanding cultures, perspectives in anthropology and social theory**, Blackwell Publishers, 2001.
- Wainwright David, **A Sociology of Health**, London, Sage, 2008.
- Waldstein Anna and Adams Cameron, **The interface between medical anthropology and medical ethnobiology**, Journal of the Royal Anthropological Institute, Vol. 12, March, 2006, pp. 95 - 118.
- White Kevin, **An introduction to the sociology of health and illness**, London, Sage Publications, 2002.

- White Lois, **Foundations of nursing**, Thomson, 2005.
- Winkelman Michael, **Culture and health, applying medical anthropology**, San Francisco, Jossey - Bass, 2009.
- Wolf Eric R., **Pathways of power: building an anthropology of the modern world**, Berkeley, University of California Press, 2001.
- Wolf Zane Robinson, **Nurses' stories: discovering essential nursing**, MEDSURG Nursing, Vol. 17, No. 5, October, 2008.
- Wooten Lynn Perry and Crane Patricia, **Nurses as implementers of organizational culture**, Nursing Economics, vol. 21, No.6, November - December, 2003.
- Wright Susan, **((Culture)) in anthropology and organizational studies**, quoted in, Wright Susan (ed.), Anthropology of organizations, London, Routledge, 1994.
- Yamaguchi Satomi, **Nursing culture of an operating theater in Italy**, Nursing and Health Sciences, vol. 6, 2004: 269-261.
- Yang Ke-Ping and Huang Chen-Kuan, **The Effects of staff nurses' morale on patient satisfaction**, Journal of Nursing Research, Vol. 13, No. 2, 2005.
- Young Allan, **The Anthropologies of illness and sickness**, Annual Review of Anthropology, vol. 11, 1982: 257 - 85..

مصادر أخرى

- تاريخ التمريض:

http://www.tabebak.com/Dgyptian_Nurse/HISTORY.I.htm

- المؤشرات الصحية الرئيسية للخدمات الصحية في ١ / ١ / ٢٠١٠. الإدارة المركزية للمركز القومي لمعلومات الصحة:

<http://www.mohp.gov.eg/sec/Statistics/Resources.asp?x=1>

- مستشفى قصر العيني التعليمي الجديد:

- جريدة المصري اليوم (١٣، أبريل، ٢٠٠٦).

- جريدة الأهالي (الخميس، ٢٤، يونيه، ٢٠١٠).

- جريدة الأسبوع (١٦، يونيه، ٢٠١٠؛ ١٩، أغسطس، ٢٠١٠).

- جريدة الدستور (الجمعة، ٩، يوليو، ٢٠١٠).

- جريدة اليوم السابع (الاثنين، ١٢، يوليو، ٢٠١٠).

* * *

and postmodern social constructionism as a theoretical framework. The findings revealed that: 1- Nurses represent a subculture consists of a set of patterned ways of thinking, feeling, and acting. 2- Nursing group manifests the behaviors of an oppressed group. 3 - Nurses represent a cultural group reproduces cultural meanings involved in nursing culture, and the core cultural meanings are related to power. 4- Hospital is a field of power embraces another fields, nursing is one of them. 5- Nursing culture influences nurses' practice of power in their relationships to doctors, patients, and other nurses. 6 - Nurses are obsessed by a feeling of doctors professional dominance in the clinical context, and this feeling is shaped by nursing culture. 7 - Nurses are simultaneously subjected to power and practice, and manifests overt and subtle forms of resistance. 8- Nursing culture is a field of conflict, contradiction, and power inequalities. This is obvious in the interactions and practices of power within nursing group. 9 - Power and knowledge are closely connected, and the power of authoritarian medical knowledge collides with the power of effective nursing knowledge. 10 - Gender mediates the relations and interactions between doctors and nurses. 11- Hospital's organizational culture reproduces meanings of subordination and compliance embodied in nursing culture. 12- Nursing culture and organizational culture determine the level of job satisfaction.

Key words: poststructuralism, postmodern social constructionism, nursing culture, practice of power, knowledge, gender, organizational culture, job satisfaction.

Nursing Culture and the Practice of Power
A Research in Medical Anthropology at New Kasr Al-Aini
Teaching Hospital - "Egypt"

Abstract

Cultural factors are considered the pivotal issues in health problems. Health care involves many aspects of culture. Moreover culture affects perceptions and conceptions of patients and health service providers. Nursing is in effect a cultural phenomenon, as well as a cultural group that reproduces meanings related to nursing culture. Core cultural meanings are related to power. That is because culture is essentially power and immersed totally in power relations. Power is inevitably associated with the daily practice of nursing, penetrates nurses' interactions and routine activities, and likewise shapes their actions, attitudes, discourses, and everyday practices. therefore the present qualitative study focuses on investigating: (1) the main traits characterizes nursing culture (patterned ways of thinking, feeling, and acting). (2) social and organizational context of nursing culture as well as analyzing nurses' roles, behaviours and practices in terms of socio-cultural and organizational context. (3) the relation between nursing culture and the practice of power. (4) nursing culture's influence on clinical and nursing practices performed by nurses. (5) discourses of power within hospital. (6) the relation between culture, gender, and the practice of power. (7) the relation between organizational culture, nursing culture and job satisfaction. The present study used an anthropological qualitative methodology relied upon multiple tools for data collection: focus group discussions, participant observations, Semistructured interviews, and narrative ethnography. It was moreover oriented by poststructuralism

Author

Dr. sayed Mohammed Ali Fares.

- Ph. D in Anthropology; Beni Sueif University, 2006.
- Instructor (Lecturer) of Anthropology - Sociology Department - Faculty of Arts - Beni Sueef University.

Publications:

A. Books:

- 1- **Anthropological Theory**, Emad and Amer, Beni Sueif, 2008.
- 2- **Current Trends in Tocial Anthropology**, Dar Elosool, Beni Sueif 2009.
- 3- **The History of Anthropological Thought**, Dar Elosool, Feni Sueif, 2009.
- 4- **Anthropology in a Changing World**, Dar Elosool, Beni Sueif 3013.
- 5- **Postmodernism: Contemporary Visions in Anthropology and Social Scieeces**, Misr E larabia, Cairo, (under print).
- 6- Participaion in Translationg Marvin's Book "Cultural Anthropology", Dar Elthakafa El Alan Barnard's Book, "History and Theory in Anthropology", (under print).
- 7- Translation of, Alan Barnard's Book, "Theory in Anthropology", (under print).
- 8- Translation of, Robert Layton,s Book, "Thory in Antropology", (under print).

B.Articles:

- 1- "Mediterranean Anthropology Today", International Congress for Mediterranean Sutdies - Department of International Mediterranean Studies. Beni Suief University - April, 2009.
- 2- "Methodology in Postmodern Anthropology: Descriptive and Andalytical Preview", **Journal of the Social Sciences**, vol. 38 - no. 2, 2010.
- 3- "Theory of Cultural Meaning in Contemporary Anthropology: The Product of Critical Trends", **Umm Al-Qura University Journal of Social Sciences**, vol. 3 - no.2, 2011.
- 4- "The Anthropolical Concept of Culture: Modern and Postmodern", **Annals of Arts and Social Sciences**, Monograph 363 - vol. 33, 2012.

Monograph 423

Nursing Culture and the Practice of Power

A Research in Medical Anthropology at New Kasr Al- Aini

Teaching Hospital

(Arab Republic of Egypt)

Dr. Sayed M. Faris

Sociology Department - Faculty of Arts

Beni Sueif University

Egypt

عزيزي القارئ:

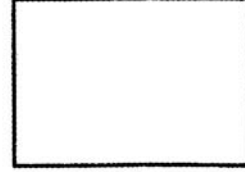
يسر أسرة تحرير حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية أن ترحب بكم وتتقدم لكم بأطيب التحيات، شاكرين لكم سلفاً تعاونكم من أجل تطوير الحوليات؛ وذلك من خلال إجابتكم عن هذه الأسئلة:

- ١ - العمر: سنة
- ٢ - الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
- ٣ - بلد الإقامة: ☐ الكويت ☐ خارج الكويت (انكر)
- ٤ - التعليم:
- ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ ماجستير ☐ دكتوراه
- ٥ - طبيعة المهنة:
- ☐ أكاديمي ☐ إداري ☐ مهني ☐ أخرى (وانكرها) ...
- ٦ - مواضيعك المفضلة:
- ☐ أدبية ولغوية ☐ سياسية ☐ اجتماعية ونفسية
- ☐ تاريخية ☐ ثقافية ☐ أخرى (وانكرها) ...
- ٧ - كيف تحصل على الحوليات؟
- ☐ شراء ☐ اشتراكاً ☐ استعارة ☐ لا
- ٨ - هل تصلك الحوليات في الوقت المناسب؟ ☐ نعم ☐ لا
- ٩ - رأيك في حجم الحوليات؟
- ☐ كبير ☐ متوسط ☐ صغير
- ١٠ - كيف ترى موضوعات الحوليات؟
- ☐ متنوعة ☐ غير متنوعة
- ١١ - ما الطابع العام للحوليات من وجهة نظرك؟
- ☐ لغوي ☐ اجتماعي ☐ تاريخي ☐ جغرافي ☐ متنوع
- ١٢ - هل تقرأ الحوليات بانتظام؟ ☐ نعم ☐ لا
- ١٣ - هل تقرأ الحوليات فقط إذا كان موضوعها له علاقة بتخصصك؟ ☐ نعم ☐ لا
- ١٤ - هل تقرأ الحوليات فقط إذا كنت ستستعين بمادتها كمرجع لبحث؟ ☐ نعم ☐ لا
- ١٥ - هل تحتفظ بالحوليات بعد قراءتها؟ ☐ نعم ☐ لا
- ١٦ - اقتراحاتك لتطوير الحوليات وتطوير خدماتها للقارئ:

.....

.....

.....



حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية
مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

ص.ب: 17370 الخالدية
الكويت 72454
دولة الكويت

البريد الجوي
BY AIR MAIL
PAR AVION

المجلة العربية للعلوم الإدارية



Arab Journal of Administrative Sciences

رئيس التحرير: أ. د. آدم غازي العتيبي

- صدر العدد الأول في نوفمبر ١٩٩٣ .
- First issue, November 1993.
- علمية محكمة تعنى بنشر البحوث الأصلية في مجال العلوم الإدارية.
- Refereed journal publishing original research in Administrative Sciences.
- تصدر عن مجلس النشر العلمي في جامعة الكويت ثلاثة إصدارات سنوياً (يناير - مايو - سبتمبر).
- Published by Academic Publication Council, Kuwait University, 3 issues a year (January, May, September).
- تسهم في تطوير الفكر الإداري واختبار الممارسات الإدارية وإثرائها.
- Contributes to developing and enriching administrative thinking and practices.
- مسجلة في قواعد البيانات العالمية.
- Listed in several international databases.
- تخضع للتقييم الأكاديمي الخارجي.
- Reviewed periodically by international referees for high academic standards.

الاشتراكات

الكويت: 3 دنانير للأفراد - 15 ديناراً للمؤسسات - الدول العربية: 4 دنانير للأفراد - 15 ديناراً للمؤسسات
الدول الأجنبية: 15 دولاراً للأفراد - 60 دولاراً للمؤسسات

توجه المراسلات إلى رئيس التحرير على العنوان الآتي:

المجلة العربية للعلوم الإدارية - جامعة الكويت ص.ب: 28558 الصفاة 13146 - دولة الكويت
هاتف: (965)24827317 أو 4734 / 4416 (965)24984415 - فاكس: (965)24817028
E-mail: ajas@ku.edu.kw - Web Site: <http://www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/ajas>

المجلة التربوية



مجلة فصلية، تخصصية، محكمة
تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت
رئيس التحرير: أ. د. عبدالله محمد الشيخ

نشر:

- البحوث التربوية المحكمة
- مراجعات الكتب التربوية الحديثة
- محاضرات الحوار التربوي
- التقارير عن المؤتمرات التربوية
- وملخصات الرسائل الجامعية

تقبل البحوث باللغتين العربية والإنجليزية.
تنشر لأساندة التربية والمختصين بها من مختلف الأقطار العربية والدول الأجنبية.

الاشتراكات:

في الكويت: ثلاثة دنائير للأفراد، وخمسة عشر ديناراً للمؤسسات.
في الدول العربية: أربعة دنائير للأفراد، وخمسة عشر ديناراً للمؤسسات.
في الدول الأجنبية: خمسة عشر دولاراً للأفراد، وستون دولاراً للمؤسسات.

توجه جميع المراسلات إلى:

رئيس تحرير المجلة التربوية - مجلس النشر العلمي ص.ب. ١٣٤١١ كيفان - الرمز البريدي 71955
الكويت هاتف: ٢٤٨٤٦٨٤٣ (داخلي ٤٤٠٣ - ٤٤٠٩) - مباشر: ٢٤٨٤٧٩٦١ - فاكس: ٢٤٨٣٧٧٩٤

E-mail: joe@ku.edu.kw

إصدار شهري

«تصدر مؤقتاً كل ثلاثة أشهر»

نعنى بشؤون الأنظمة والمحاماة



أهداف المجلة :

- * طرح ومعالجة شتى قضايا العصر ذات الطابع الشرعي والقانوني مع التركيز على إبراز الفقه الإسلامي وتبيان تميزه وشموليته في معالجة تلك القضايا .
- * أن تكون ساحة إعلامية لنوعي الإختصاص الشرعي والقانوني يقدمون من خلالها البحوث والدراسات ، فضلاً عن التحقيقات الصحفية المتميزة ذات العلاقة .
- * نشر الوعي بأهمية المحاماة ، وحاجة الناس إليها والتأكيد على أن المحاماة علم ، وفن ، ورسالة .

دعوة للمشاركة :

- * يسر « المحامي » دعوتكم للمساهمة عبر صفحاتها في كل الشؤون الشرعية والقانونية من بحوث ودراسات ومقالات أو تحقيقات .
- * تقدم المجلة مكافأة عن المقالات والمواضيع التي تقبلها للنشر .

رئيس التحرير :

المحامي / طارق المزني

سكرتير التحرير :

حسين العسكر

مسؤول اشتراكات :

خالد يس

الهيئة الاستشارية :

فضيلة الشيخ / عبد الله البسام

فضيلة الشيخ / مصطفى الزرقا

فضيلة الشيخ / سعد البريك

سعادة الدكتور / سعود الدريب

سعادة الأستاذ / عبدالله السبهان

سعادة الدكتور / عبدالفتاح خضر

سعادة المستشار / أحمد منير فهمي

الاشتراكات: المملكة العربية السعودية : ١٠٠ ريال في السنة (للأفراد والمؤسسات)

السلول الأخرى : ٢٧ دولار أمريكي (للأفراد والمؤسسات)

تدفع الاشتراكات باسم المجلة ، بشيك مسحوب على أحد المصارف السعودية أو بتحويل مصرفي باسم رئيس التحرير : حساب رقم ٥٦٤٩/١ - شركة الراجحي المصرفية للاستثمار - الرياض - فرع الروضة .

توجه جميع المراسلات إلى رئيس التحرير : ص . ب ٦٨٧٤ الرياض (١١٤٥٢)

هاتف : ٤٦٥٢٧٢٥ (٩٦٦١) / فاكس : ٤٦١٣١٥٢ (٩٦٦١)

مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية



مجلة علمية فصلية محكمة تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت
صدر العدد الأول منها في يناير عام 1975م

رئيس التحرير

أ.د. بدر عمر العمر

ترحب المجلة بنشر البحوث والدراسات العلمية المتعلقة بشؤون
منطقة الخليج والجزيرة العربية في مختلف علوم البحث والدراسة .

ومن أبوابها

- البحوث العربية.
- البحوث الإنجليزية.
- ملخصات الرسائل الجامعية:
- ماجستير - دكتوراه.
- عرض الكتب ومراجعتها .
- التقارير : مؤتمرات - ندوات
- البيبلوجرافيا العربية.

الاشتراكات

ترسل قيمة الاشتراك مقدماً بشيك لأمر - جامعة الكويت
مسحوب على أحد المصارف الكويتية

داخل دولة الكويت : للأفراد : 3 دنائير - للمؤسسات : 15 ديناراً
الدول العربية : للأفراد : 4 دنائير - للمؤسسات : 15 ديناراً
الدول الغير عربية : للأفراد : 4 دنائير - للمؤسسات : 15 ديناراً

توجه جميع المراسلات باسم رئيس تحرير مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية

Tel.: (+965) 24833215 - 24984066 - 24984067
www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/jgaps

Fax: (+965) 24833705

P.O. Box 17073 Al-Khaldiah, 72451 Kuwait
E - mail : jgaps@ku.edu.kw

www.ku.edu.kw

مَجَلَّةُ الشَّرِيعَةِ وَالْإِسْلَامِ

فَصْلِيَّةٌ عِلْمِيَّةٌ تَصْدُرُ عَنْ مَجْلِسِ النُّشْرِ الْعِلْمِيِّ بِجَامِعَةِ الْكُوَيْتِ
تُعْنَى بِالْبَحْثِ وَالدراسَاتِ الْإِسْلَامِيَّةِ

رئيس التحرير الأستاذ الدكتور: **محمد العزيز بن خليفة الصالح**

صدر العدد الأول في رجب ١٤٠٤ هـ - أبريل ١٩٨٤ م

- * تهدف إلى معالجة المشكلات المعاصرة والقضايا المستجدة من وجهة نظر الشريعة الإسلامية.
- * تشمل موضوعاتها معظم علوم الشريعة الإسلامية: من تفسير، وحديث، وفقه، واقتصاد وتربية إسلامية، إلى غير ذلك من تقارير عن المؤتمرات، ومراجعة كتب شرعية معاصرة، وفتاوى شرعية، وتعليقات على قضايا علمية.
- * تنوع الباحثون فيها، فكانوا من أعضاء هيئة التدريس في مختلف الجامعات والكليات الإسلامية على رقعة العالمين: العربي والإسلامي.
- * تخضع البحوث المقدمة للمجلة إلى عملية فحص وتحكيم حسب الضوابط التي التزمت بها المجلة، ويقوم بها كبار العلماء والمختصين في الشريعة الإسلامية، بهدف الارتقاء بالبحث العلمي الإسلامي الذي يخدم الأمة، ويعمل على رفعة شأنها، نسال المولى عز وجل مزيداً من التقدم والازدهار.

جميع المراسلات توجه باسم رئيس التحرير

صرب ١٧٤٢٣ - الرمز البريدي: 72455 الخالدية - الكويت هاتف: ٢٤٨١٢٥٠٤ - ٢٤٩٨٤٧٢٣ - ٢٤٩٨٨٠٩٥
فاكس: ٢٤٨١٠٤٣٤

العنوان الإلكتروني: E-mail - jsis@ku.edu.kw

issn: 1029 - 8908

عنوان المجلة على شبكة الإنترنت: <http://pubcouncil.kuniv.edu.kw/JSIS>

اعتماد المجلة في قاعدة بيانات اليونسكو Social and Human Sciences Documentation Center

في شبكة الإنترنت تحت الموقع www.unesco.org/general/eng/infoserv/db/dare.html



مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية

تأسس عام ١٩٩٤م - جامعة الكويت



مديرة المركز

أ. د. سعاد عبدالوهاب عبدالرحمن

يصدر عن المركز

- ❖ سلسلة الإصدارات الخاصة.
- ❖ سلسلة إصدارات الاستكتاب.
- ❖ سلسلة ملخصات الرسائل الجامعية (الماجستير والدكتوراه).
- ❖ سلسلة إصدارات لنشر بحوث الندوات والمؤتمرات.
- ❖ سلسلة الدراسات الاستراتيجية والمستقبلية.
- ❖ سلسلة التقارير الدورية.
- ❖ سجل الأحداث الجارية لمنطقة الخليج والجزيرة العربية وجوارها الجغرافي.
- ❖ مجلدات وثائق مختارة لمنطقة الخليج والجزيرة العربية وجوارها الجغرافي.

سلسلة الإصدارات

سلسلة علمية محكمة

تُعنى موضوعاتها بمنطقة الخليج والجزيرة العربية، وتهدف إلى إبراز خصوصيتها، ورصد قضايا التنمية بأبعادها الحضارية الشاملة في ضوء المتغيرات الجارية.

قواعد النشر

- أولاً :** أن يكون البحث أو (الدراسة) معنية بشؤون منطقة الخليج والجزيرة العربية في المجالات الآتية: السياسة، الاقتصاد، الجغرافيا، التاريخ، علم النفس، الاجتماع، الأنثروبولوجيا التربوية، اللغة العربية وآدابها، الثقافة، البيئة، القانون، الإعلام ، التراث (الآثار والحضارة والفنون) .
- ثانياً :** أن تمثل الدراسة إضافة جديدة إلى حقل التخصص.
- ثالثاً :** لم يسبق تقديمها أو جزء منها للنشر إلى جهة أخرى.
- رابعاً :** ألا يقل عدد صفحات البحث أو (الدراسة) عن ١٠٠ صفحة.
- خامساً :** يقدم المركز مكافأة مالية رمزية عن كل دراسة.

نوع الاشتراك	الكويت	الدول العربية	الدول الأجنبية
الأفراد	٤ د.ك	٤ د.ك	١٤ دولاراً
المؤسسات	٢٥ د.ك	٢٥ د.ك	٦٨ دولاراً

توجه جميع المراسلات باسم مدير المركز

ص.ب : ٦٤٩٨٦ (ب) الشويخ ، ٧٠٤٦٠ الكويت

هاتف : ٢٤٨١٦٧٩٩ - ٢٤٨١٦٨٠٧ - ٢٤٨١٦٨٢٤ (المفتاح الدولي ٠٠٩٦٥) فاكس : ٢٤٨١٤٢٩٥ - ٢٤٨١٠٤٧٤

البريد الإلكتروني للمركز cgaps@ku.edu.kw

العنوان الإلكتروني لصفحة المركز www.cgaps.kuniv.edu

المراسلات



لجنة التأليف والتعريب والنشر



جامعة الكويت مجلس النشر العلمي

■ تشكلت لجنة التأليف والتعريب
والنشر - التابعة لمجلس النشر
العلمي بجامعة الكويت
في عام 1976 م .

* أهداف اللجنة :

- 1- توسيع دائرة النشر العلمي بمختلف التخصصات العلمية لأعضاء هيئة التدريس في جامعة الكويت .
- 2- إثراء المكتبة الكويتية بالكتب والمؤلفات العلمية والتخصصية والثقافية وكتب التراث الإسلامي باللغات العربية والأجنبية .
- 3- دعم وتنشيط عملية التعريب التي تعد من الأهداف الرئيسية التي انعقد عليها الإجماع العربي .

* مهام اللجنة :

طبع ونشر المؤلفات العلمية والدراسية والأكاديمية والكتب الجامعية (Text Book) و المترجمة لأعضاء هيئة التدريس التي يرغب أصحابها في نشرها علي نفقة الجامعة. ويراعى التوازن في نشر هذه المؤلفات بحيث تغطي مختلف الاختصاصات في الكليات الجامعية .

توجه جميع المراسلات باسم رئيس اللجنة على العنوان التالي :

لجنة التأليف والتعريب والنشر / جامعة الكويت

ص ب : 28301 الصفاة 13144 - دولة الكويت

تلفون : 4843185 / فاكس : 4843185

البريد الإلكتروني : atape @ kuc01.kuniv.edu.kw

مجلة فصلية أكاديمية

محكمة تعنى بنشر البحوث

والدراسات القانونية والشرعية

تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

مجلة الحقوق



رئيس التحرير

الأستاذ الدكتور/ أحمد عبد الرحمن الملحم



صدر العدد الأول في
يناير ١٩٧٧

الاشتراكات

في الكويت	في الدول العربية	في الدول الأجنبية	
٣ دنانير	٤ دنانير	١٥ دولاراً	الأفراد
١٥ ديناراً	١٥ ديناراً	٦٠ دولاراً	المؤسسات



توجه جميع المراسلات إلى رئيس التحرير على العنوان الآتي:

مجلة الحقوق - جامعة الكويت ص.ب: ٦٤٩٨٥ الشويخ - ب 70460 الكويت

تلفون: ٢٤٨٣٥٧٨٩ - ٢٤٨٤٧٨١٤ فاكس: ٢٤٨٣١١٤٣

E.mail: jol@ku.edu.kw

عنوان المجلة في شبكة الإنترنت <http://www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/jol>

ISSN 1029 - 6069



التعاون Attaawun

رئيس التحرير
الدكتور مرزوق بشير مرزوق

صدر العدد الأول

في ربيع الآخر ١٤٠٦ هـ — يناير ١٩٨٦ م

— تقبل الدراسات والبحوث والمقالات ذات الصلة المباشرة بقضايا دول
مجلس التعاون في جميع المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية
والإعلامية سواء كانت مكتوبة باللغة العربية أو الإنجليزية .

— تشمل على بحث أو دراسة رئيسية إضافة إلى الأبواب الثابتة الأخرى تحت
عنوان : بحوث — آراء ووجهات نظر / تقارير / وثائق / عرض كتب /
يوغيات مجلس التعاون / بليوغرافيا مجلس التعاون / إحصاءات مجلس التعاون

يحررها نخبة من الباحثين والمختصين
يمنح المشاركون مكافأة مالية وفق نظام المكافآت الخاصة بالمجلة

توجه جميع المراسلات إلى : رئيس التحرير — مجلة التعاون

ص . ب : ٧١٥٣ — الرياض : ١١٤٦٢

هاتف : ٤٨٨٠٤١٢ (٩٦٦١)

فاكس : ٤٨٢٩١٠٩ (٩٦٦١)

Email : attaawun@gcc-sg.org



مجلة الكويت للعلوم والهندسة

KUWAIT JOURNAL OF SCIENCE AND ENGINEERING

EDITOR - IN - CHIEF: *Prof. Fawzia Al-Ruwaih*

KUWAIT JOURNAL OF SCIENCE AND ENGINEERING

An International Journal of the University of Kuwait

ISSN 1024 8684

A refereed Journal publishes original research in various fields of Basic and Applied Sciences and also all fields of Engineering and Computer Sciences. The Journal is published biannually (June and December) by the Academic Publication Council (APC) at Kuwait University - one volume in two parts.

The Journal is cited in Chemical Abstracts, Compumath Citation Index, Current Contents, Energy Data Base, Helminthological Abstracts, Mathematics Abstracts, Mathematical Reviews, Microbiological Abstract, Petroleum Abstracts, Science Citation Index, Zentralblatt fur Mathematik, and Zoological Record. The Journal current page and titles are featured on our website.

Refer to the **Instructions to Authors** for submission of manuscripts.

مجلة الكويت للعلوم والهندسة

المجلة العالمية لجامعة الكويت

ISSN 1024 8684

مجلة الكويت للعلوم والهندسة دورية علمية عالمية تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت تهتم بنشر البحوث الأصلية المحكمة في مختلف العلوم الطبيعية والحياتية والتطبيقية وجميع فروع علوم الهندسة وعلوم الكمبيوتر. تصدر مرتين في السنة (يونيو وديسمبر) في جزأين اثنتين أحدهما يختص بالهندسة والآخر بالعلوم.

الاستفسارات بخصوص النشر بالمجلة تطلب من مدير التحرير بالعنوان المذكور على الصفحة المقابلة. يرجى مراجعة إرشادات النشر للمؤلفين في الصفحات الأخيرة من العدد. وكذلك على صفحة الإنترنت.

www.kjse.kuniv.edu.kw

Annual Subscription (two parts, including Postage)

Inside Kuwait		Arab Countries		Other Countries	
for individuals	for establishments	for individuals	for establishments	for individuals	for establishments
3 KD	15 KD	4 KD	15 KD	15 US\$	60 US\$

Index to Kuwait Journal of Science & Engineering from Volume 1 to 35 is available from the Kuwait Journal of Science & Engineering, Academic Publication Council, Kuwait University.

Enquiries about the journal should be sent to the Managing Editor.

All Correspondence and Manuscripts directed to: Editor-in-Chief: Prof. Fawzia Al-Ruwaih
P.O.Box 17225, Khaldiya 72453, KUWAIT,

Tel: (+ 965) 2481 6261, 2498 4414, 2498 4625, 2498 4456. Fax: (+ 965) 2484 6725

E-mail: kjse@ku.edu.kw - Website: www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/kjse

مجلة الطفولة العربية
Journal of Arab Children (JAC)
مجلة فصلية محكمة تصدرها



الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية

إن مجلة الطفولة العربية مجلة علمية محكمة في أبحاثها الميدانية تقدم للقارئ المهتم بمجال الطفولة غزيراً معرفياً لكل ما يخص الطفولة من دراسات وبحوث ومقالات وقرارات عامة يستفيد منها المختصون والمهتمون . وتقبل للنشر باللغتين العربية والإنجليزية المواد الآتية :

- الأبحاث الميدانية والتجريبية.
- الأبحاث والدراسات العلمية النظرية.
- عرض أو مراجعة الكتب الجديدة.
- التقارير العلمية عن المؤتمرات المعنية بدراسات الطفولة.
- المقالات العامة المتخصصة.

تدار المجلة من خلال مجلس أمناء ، وهيئة استشارية ، وهيئة تحرير.

رئيس هيئة التحرير الدكتور حسن علي إبراهيم

مدير التحرير الدكتور بدر عمر العمر

الاشتراكات

البيان	داخل الكويت	دول مجلس التعاون	الدول الأخرى
ثمن العدد للفرد	1 دك	1 دك	2 دولار أمريكي
الاشتراك السنوي للفرد	3 دك	4 دك	15 دولار أمريكي
الاشتراك السنوي للمؤسسات	15 دك	15 دك	60 دولار أمريكي

العنوان

أبرق خيطان- شارع فيصل بن عبد العزيز- فيلا رقم 9279
ص ب : 23928 الصفاة 13100 الكويت
تليفون : 4748479-4748387-4748250-فاكس : 4749381
E-mail : haa49@qualitynet.net

المجلة العربية للمعلوم الإنسانية

فصلية علمية محكمة تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

ajh بحوث باللغة العربية
ajh بحوث باللغة الإنجليزية
ajh مناقشات وندرات
ajh عروض الكتب الجديدة



رئيسة التحرير

أ.د. نسيمه راشد الغيث

مجلس
النشر
العلمي



ص.ب، 26585 الصفاة 13126 الكويت- هاتف، 24817689(965)- 24815453(965) فاكس، 24812514 (965)

P.O. Box 26585 Safat, 13126 Kuwait - Tel.: (965) 24817689 - (965) 24815453 - Fax: (965) 24812514

Email: ajh@ku.edu.kw - [http:// www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/ajh](http://www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/ajh)

مجلة العلوم الاجتماعية

فصلية - أكاديمية - محكمة

تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

تعدى بنشر الأبحاث والدراسات في تخصصات السياسة والاقتصاد والاجتماع والخدمة الاجتماعية وعلم النفس والأنثروبولوجيا الاجتماعية والجغرافيا وعلوم المكتبات والمعلومات



رئيس التحرير: هادي مختار اشكناني

توجه جميع المراسلات إلى:

رئيس تحرير مجلة العلوم الاجتماعية

جامعة الكويت

ص.ب. 27780 الصفاة، 13055 - الكويت

تليفون: 00965-4810436

فاكس 4836026

E-mail: JSS@kuc01.kuniv.edu.kw

تفتح أبوابها أمام

- أوسع مشاركة للباحثين العرب في مجال العلوم الاجتماعية لنشر البحوث الأصلية والاسهام في معالجة قضايا مجتمعاتهم
- التفاعل الحي مع القارئ المثقف والمهتم بالقضايا المطروحة.

- المقابلات والمناقشات الجادة ومراجعات الكتب والتقارير.

- تؤكد المجلة التزامها بالوفاء والانتظام بوصولها في مواعيدها المحددة إلى جميع قرائها ومشتريها.

الاشتراكات

الدول الأجنبية		الكويت والدول العربية	
15 دولاراً	أفراد	3 دنانير سنوياً ويضاف إليها دينار واحد في الدول العربية	أفراد
60 دولاراً في السنة 110 دولارات لسنتين	مؤسسات	15 ديناراً في السنة 25 ديناراً لمدة سنتين	مؤسسات

تدفع اشتراكات الأفراد مقدماً نقداً أو بشيك باسم المجلة مسجوباً على أحد المصارف الكويتية ويرسل على عنوان المجلة، أو بتحويل مصرفي لحساب مجلة العلوم الاجتماعية رقم 07101685 لدى بنك الخليج في الكويت (فرع العدلية).

Visit our web site: <http://pubcouncil.kuniv.edu.kw/jss>

Advisory Board

Prof. Ibrahim Al-Sa'afin

Department of Arabic Language and
Literature - University of Jordan

Prof. Hayat N. Al-Hajji

Department of History
University of Kuwait

**Prof. Abdul Qader Al-Fasi
Al - Fehri**

Department of Arabic Language and
Literature - University of Mohamed V

Prof. Ismail S. Muqlad

Department of Political Science
University of Assiout

**Prof. Marie - Therese
Abdul Messieh**

Department of English Language and
Literature - University of Kuwait

**Prof. Imam Abdul Fattah
Imam**

Department of Philosophy
University of Ain - Shams

**Prof. Mohammed Ghanem
Al-Rumeihi**

Department of Sociology
University of Kuwait

**Prof. Hamdi Hasan Abul-
Enein**

Dean, Faculty of Mass Communication
Misr International University

**Prof. Mohammed M. I.
Al-Dib**

Department of Ceography
University of Ain - Shams

**Prof. Mahmoud Al-Sayed
Abul-Nil**

Department of Psychology
University of Ain - Shams

Editorial Board

Prof. Jamal B. Al-Qinai
Editor - in - Chief

Prof. Sahfeeq Al-Ghabra
Department of Political Sciences

Prof. Ahmed Al-Hawarry
Department of Arabic Language and
Literature

Prof. Oayed Al-Meshaan
Department of Psychology

Dr. Hussain A. Bo-Abbass
Department of Arabic Language and
Literature

Dr. Ali A. Al-Zuabi
Department of Sociology and Social
Work

Dr. Menawer B. Al-Raghy
Department of Mass Communication

Dr. Abdullah M. Al-Hajery
Department of History

Maha Ibrahim Al-Mas'ad
Acting Editor

ANNALS OF THE ARTS AND SOCIAL SCIENCES

ISSUED by THE Academic Publication Council - UNIVERSITY of KUWAIT

A REFEREED ACADEMIC QUARTERLY THAT
PUBLISHES MONOGRAPHS ON TOPICS RELE-
VANT TO THE SCHOLARLY CONCERNS OF THE
VARIOUS DEPARTMENTS IN THE FACULTIES OF
ARTS AND SOCIAL SCIENCES:

FACULTY OF ARTS & HUMANITIES:

- Department of Arabic Language and Literature.
- Department of English Language and Literature.
- Department of History.
- Department of Philosophy.
- Department of Mass Communication

FACULTY OF SOCIAL SCIENCES.

- Department of Sociology and Social Work
- Department of Geography
- Department of Psychology
- Department of Political Science

Volume 35, 2015