



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 08 ماي 1945 قالمة

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

مذكرة

سوسيولوجيا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية قالمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة

إعداد

1. مومني أسماء

2. بودريالة نجلاء

﴿ أعضاء لجنة المناقشة ﴾

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الصفة
لخضر غول	أستاذ محاضر-أ-	رئيسا
سمير قريد	أستاذ محاضر-أ-	مؤطرا
زينة بن حسان	أستاذة محاضرة-أ-	عضوا

السنة الجامعية 2020-2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



وما أوتيتهم من علم إلا قليلا

سورة الإسراء الآية 85

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أنارنا بعلمه وشرح صدورنا لطلب العلم ومنحنا القدرة على إنجاز هذا العمل المتواضع.

بعد الشكر لله، نتقدم بخالص الشكر والعرفان إلى الأستاذ الفاضل "قريد سمير" الذي قبل طلب الإشراف علينا، والذي أفادنا فكلن لنا خير موجه وناصح، وصبر معنا طيلة إنجاز هذه المذكرة، ندعو الله تعالى أن يوفقه في حياته العملية والعلمية، وأن يقدره الله على تبليغ الأمانة.

كما نتقدم بجزيل الشكر لجميع عمال مكتبة كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية الذين لطالما لم يبخلوا علينا بالمراجع و الكتب المساعدة لنا طيلة المسار الدراسي الجامعي .

كما نتوجه بكل عبارات الشكر لكل طبيب و مريض من عينة الدراسة الذين ساهموا بفعالية في جميع المعطيات الميدانية اللازمة المتعلقة بموضوع هذه الدراسة.

شكرا إلى كل من أعاننا بكلمة، بحرف، إلى كل من قدم لنا يد العون.

إهداء

الحمد لله الذي باسمه نبتدئ الأعمال وبفضله تتم الصالحات، أهدي ثمرة جهدي هذا إلى
أن وفقت فيه عند الله إلى من قال فيهما الرحمن "وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيراً"
صدق الله العظيم

إلى الروح التي لو كان السجود لغير الله لسجدت لها نبض قلبي عطف حناني، سر
نجاحي، إلى من ساعدتني كي أشعل كل شمعة نجاح والتي طالما سهرت على راحتني
ورافقتني مشواري بالدعاء والإيمان

...أمي الحبيبة أطال الله عمرها.

إلى رمز العطاء والتفاني، من كان ينتظر هذا اليوم ليراني ناجحة في هذه الحياة

....أبي الغالي أدامك الله لي

إلى أعز أخواتي حفظهم الله

إلى جدتي الغالية أدامك الله تاجاً فوق رأسي.

إلى الروح التي سكنت روحي، إلى رمز الوفاء والحنان والعطاء، والرجولة، رفيق دربي

وحياتي زوجي العزيز

إلى كافة صديقاتي العزيزات وعلى وجه الخصوص زميلتي التي رافقتني خلال إنجاز هذا

العمل المتواضع "مومني أسماء"

أهديها لي كل من لم يأت ذكره في هذه الورقة فهذا ليس نسيان مني فإن لم تسعهم هذه

الورقة فإن قلبي يسع الجميع.

نجلاء

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على أشرف المرسلين وخاتم الأنبياء أجمعين محمد

صل الله عليه وسلم، أما بعد

إلى من أحمل اسمه بكل افتخار، إلى من زرع في نفسي كل معاني الصدق، إلى من ذاق

مرارة الحياة وكدها، إلى من شجعتني على المثابرة والاجتهاد والدي العزيز رابع

إلى بسمة الحياة ووجودها، إلى نبع الحنان، إلى سر الوجود والحياة، أطال الله عمرها

ومنحها الصحة والعافية إلى أمي الغالية سامية

إلى بهجة العائلة أختي هادية، وإلى عطر العائلة روديئة، وإلى رمز الأخوة والشهامة

والرجولة أخي أسامة

إلى من شملني بالعطف وأمدني بالعون وحفزني للتقدم، غمر حياتي بالسعادة رفيق دربي

زوجي سمير

كما لا انسى من تقاسمت معها هذا العمل المتواضع زميلتي الغالية نجلة بودربالة

إلى كل أفراد عائلتي وعائلة زوجي الكريم وأصدقائي، وكل من لم تسعهم مذكرتي لكنهم

سيبقون دوما في ذاكرتي

أسماء

المُلخَص

المخلص:

تعتبر العلاقة الاتصالية بين الطبيب و المريض إحدى الظواهر الاجتماعية التي تحتل مكانة مهمة في ميدان علم الاجتماع و لا سيما علم الاجتماع الصحة على وجه الخصوص الأمر الذي دفع بنا إلى التوجه ومحاولة تشخيص معرفة أهم العوامل والمزايا المتحكمة في نجاح وفشل هذه العلاقة القائمة بين الطبيب المريض ومحاولة التعرف على مدى وعي الأطباء بأهمية هذه العلاقة القائمة بينهم وبين مرضاهم، وكذا مختلف المعوقات التي تحول دون نجاعة وجودة هذه العلاقة .

والجدير بالذكر، في ذات السياق ، فعالية العلاج المقدم للمريض مرهونة بمجموعة من الخصائص والمهارات و الميكانيزمات الاتصالية والتفاعلية بين الطبيب و المريض حيث أن من شأنها أن كل تجعل كل منها يؤدي دوره اتجاه الآخر على أكمل وجه ممكن بنا يضمن ذلك حقوق كطرف اتجاه الآخر وكذا واجبتهما ببعضهما البعض، حيث أصبح متعارف عليه بأن علاج المريض لا يقتصر على علاج الكيميائي و الأقراص الطبية فحسب، بل يمتد ليشمل المهارات السلوكية وآليات التعامل والتفاعل المتبادل، حيث تتجسد هذه الأخيرة في كل من قيم الاحترام وحسن الإصغاء و الاستماع والمساواة والاهتمام بشكوى المريض، ومنه تفهم كلا منهما للآخر ووجهة نظره، الأمر الذي من شأنه العمل على توزيع عامل الثقة في نفسية المريض بالدرجة الأولى، حيث تعد الركيزة وحجر الزاوية لقيام هذه العلاقة الاتصالية العلاجية.

ومن خلال ما تم التوصل إليه من النتائج المتعلقة بموضوع دراستنا في جانبها الميداني تم التأكيد على أن هناك تعامل إنساني إيجابي من طرف معظم الأطباء نحو المرضى، بالإضافة إلى مدى احتكام والتزام المهارات الاتصالية والتفاعلية تجاه المرضى متوقف بالدرجة الأولى على مدى وعي الطبيب بأهمية ومكانة العلاقة الاتصالية القائمة بينه وبين المريض وصلتها المباشرة في التأثير على نجاح العلاج.

الكلمات المفتاحية:

السوسيولوجيا، العلاقة، الاتصال، العلاقة الاتصالية، الطبيب، المريض، الاتجاه، التمثلات، المرض، العلاج.

Résumé:

La relation communicative entre le médecin et le patient est l'un des phénomènes sociaux qui occupe une place importante dans le champ de la sociologie, notamment de la sociologie de la santé en particulier, ce qui nous a poussé à aller chercher à diagnostiquer les facteurs et avantages les plus importants contrôlant la succès et échec de cette relation entre le patient médecin et la tentative Identifier dans quelle mesure les médecins sont conscients de l'importance de cette relation entre eux et leurs patients, ainsi que les différents obstacles qui empêchent l'efficacité et la qualité de cette relation.

Il convient de mentionner, dans le même contexte, que l'efficacité du traitement prodigué au patient dépend d'un ensemble de caractéristiques, de compétences et de mécanismes de communication et d'interaction entre le médecin et le patient, car chacun ferait accomplir à chacun son Nous garantissons ce droit en tant que partie envers l'autre, ainsi que son devoir Il est devenu notoire que le traitement du patient ne se limite pas à la chimiothérapie et aux pilules médicales, mais s'étend aux compétences comportementales et des mécanismes de traitement et d'interaction mutuelle, où cette dernière s'incarne dans chacune des valeurs de respect, de bonne écoute, d'écoute, d'égalité et d'attention à la plainte du patient, y compris la compréhension de chacun de l'autre et de son point de vue, qui travaillerait à distribuer le facteur de confiance dans le psychisme du patient en premier lieu, car il est le fondement et la pierre angulaire de l'établissement de cette relation thérapeutique communicative.

Et à travers les résultats qui ont été atteints liés au sujet de notre étude dans son aspect de terrain, il a été souligné qu'il existe un traitement humain positif de la part de la plupart des médecins envers les patients, en plus de l'étendue du jugement et de l'engagement de la communication. et les compétences interactives envers les patients dépendent principalement de l'étendue et de la conscience du médecin de l'importance et du statut de la relation de communication qui existe entre lui et le patient et de son lien direct pour influencer la réussite du traitement.

les mots clés:

Sociologie, relation, communication, relation communicative, médecin, patient, direction, représentations, maladie, traitement

Summary:

The communicative relationship between the doctor and the patient is one of the social phenomena that occupies an important place in the field of sociology, especially sociology of health in particular, which prompted us to go and try to diagnose the most important factors and advantages controlling the success and failure of this relationship between the patient doctor and the attempt To identify the extent to which doctors are aware of the importance of this relationship between them and their patients, as well as the various obstacles that prevent the efficacy and quality of this relationship.

It is worth mentioning, in the same context, that the effectiveness of the treatment provided to the patient depends on a set of characteristics, skills, and communication and interactive mechanisms between the doctor and the patient, as each would make each of them perform its role towards the other as fully as possible. We guarantee this rights as a party towards the other, as well as their duty It has become common knowledge that the patient's treatment is not limited to chemotherapy and medical pills only, but extends to include behavioral skills and mechanisms of dealing and mutual interaction, where the latter is embodied in each of the values of respect, good listening, listening, equality and attention to the patient's complaint, including understanding Each of them to the other and his point of view, which would work to distribute the factor of confidence in the psyche of the patient in the first place, as it is the foundation and cornerstone for the establishment of this therapeutic communicative relationship.

And through the results that have been reached related to the subject of our study in its field aspect, it was emphasized that there is a positive humane treatment on the part of most doctors towards patients, in addition to the extent of judgment and commitment of communication and interactive skills towards patients depends primarily on the extent and awareness of the doctor of the importance and status of the communicative relationship The existing between him and the patient and its direct link in influencing the success of treatment.

keywords:

Sociology, relationship, communication, communicative relationship, doctor, patient, direction, representations, disease, treatment

فهرس المحتويات

الفهرس

الصفحة	العنوان
-	الملخص
أ - د	المقدمة
الفصل الأول: الإشكالية، تحديد المفاهيم، المقاربة المنهجية	
03	توطئة
12-04	أولاً: الإشكالية
12	ثانياً: تحديد المفاهيم
24-12	أ. المفاهيم الأساسية
33-24	ب. المفاهيم المساعدة
33	ثالثاً: المقاربة المنهجية، أدواتها الإجرائية وطرائق المعالجة الميدانية
34-33	1. المقاربة المنهجية
36-34	2. الأدوات الإجرائية
36	3. طرائق المعالجة الميدانية، التحليل، التفسير والفهم
36	4. مجالات الدراسة
36	أ. المجال المكاني
36	ب. المجال البشري
37	ج. المجال الزمني
45	خلاصة الفصل
50-46	المصادر والمراجع
الفصل الثاني: المقاربات النظرية للعلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض	
53	توطئة
54	أولاً: مقاربات العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض
56-54	1. المقاربة الوظيفية
60-56	2. مقارنة الفعل الاجتماعي

63-60	3. مقارنة الصراع
65-63	4. مقارنة الفعل التواصلي
67-65	5. مقارنة الفردانية المنهجية
68-67	6. مقارنة التفاعلية الرمزية
69	ثانيا: مقاربات الصحة والمرض
70-69	1. مقارنة ما بعد البنيوية
71-70	2. المقاربة البنائية الاجتماعية
71	3. مقارنة بناء التصورات الاجتماعية
73-72	خلاصة الفصل
75-74	المصادر والمراجع.
الفصل الثالث: سوسولوجية الصحة والمرض في المجتمع الجزائري	
78	توطئة
80-79	أولا: مرحلة ما قبل الاستعمار
83-81	ثانيا: مرحلة الاستعمار الفرنسي
85-83	ثالثا: التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال
85	خلاصة
89-87	المصادر والمراجع
الفصل الرابع: اتجاهات المرضى نحو العلاقة الاتصالية بالأطباء	
92	توطئة
107-93	أولا: مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض
124-107	ثانيا: العوامل المؤثرة في العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض
125	خلاصة
128-126	المصادر والمراجع
الفصل الخامس: تمثلات الأطباء نحو العلاقة الاتصالية بمرضاهم	
131	توطئة

143-132	أولاً: مدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية في تحقيق فاعلية العلاج
154-143	ثانياً: مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض
167-154	ثالثاً: المعوقات الأساسية التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض
168	خلاصة
171-169	المصادر والمراجع
176-173	النتائج العامة
179-178	الخلاصة العامة
192-181	المصادر والمراجع
193	الملاحق
196-195	أ. استمارة
199-197	ب. دليل المقابلة

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	جدول يمثل سن المبحوثين.	38
02	جدول يمثل جنس المبحوثين.	41
03	جدول يمثل المستوى التعليمي.	42
04	جدول يمثل الحالة الاجتماعية.	44
05	جدول يمثل اعتقاد المرضى أن معاملة الطبيب لمرضاه يطغى عليها الجانب الإنساني.	93
06	جدول يمثل رؤية المرضى أن معاملة الطبيب لمرضاه ترتبط بالمكانة الاجتماعية.	95
07	جدول يمثل رؤية المرضى أن معاملة الطبيب لمرضاه يطغى عليها الجانب المادي.	96
08	جدول يمثل رؤية المرضى أن الطبيب يقرر كل شيء فيما يخص علاجهم دون مشاركتهم.	98
09	جدول يمثل شعور المرضى بالارتياح النفسي عند الطبيب الذي يستمع إليهم.	100
10	جدول يمثل تعامل الطبيب مع مرضاه بعدم الاحترام.	103
11	جدول يمثل تخصيص الطبيب للمريض الوقت الكافي للمعاينة.	104
12	جدول يمثل حرص المرضى على تطبيق إرشادات الطبيب العلاجية.	106
13	جدول يمثل اعتقاد المرضى أن الاستقبال له أثر ايجابي في تحسين العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض.	109
14	جدول يمثل رفض المرضى وضع الثقة في الفحص الذي يقوم به الطبيب.	111
15	جدول يمثل اعتقاد المرضى أن المسؤولية الأخلاقية للطبيب لها أثر في جودة العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض.	113
16	جدول يمثل نفي اقتناع المرضى بالمعلومات التي يقدمها لهم الطبيب عن مرضهم.	116
17	جدول يمثل التزام الطبيب بالمواعيد الطبية التي يقدمها للمريض.	117
18	جدول يمثل اعتقاد المرضى أن العدد المتزايد لهم على الطبيب يؤثر على منح المريض حقه في التشخيص والتواصل الفعال.	119
19	جدول يمثل رؤية المرضى أن تكلفة العلاج تحدد نظرتهم للطبيب	121
20	جدول يمثل تأثير جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض على علاقته الاتصالية بالطبيب	123

133	جدول يمثل أهمية العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض لدى الأطباء.	21
134	جدول يمثل شروط استقرار العلاج بين الطبيب والمريض.	22
137	جدول يمثل تقييم الطبيب للعلاقة الاتصالية بينه وبين مرضاه.	23
138	جدول يمثل القيم الأساسية المكونة لعلاقة اتصالية فعالة مع المريض.	24
142	جدول يمثل مدى مساهمة العلاقة الإنسانية في جودة الخدمة الطبية للمرضى.	25
144	جدول يمثل معنى المريض من وجهة نظر الطبيب.	26
145	جدول يمثل كيفية حصول الطبيب على ثقة مرضاه.	27
146	جدول يمثل مدى مساهمة عامل الأقدمية في تحقيق علاقة اتصالية مع المريض.	28
148	جدول يمثل نماذج العلاقة الاتصالية الفاعلة بين الطبيب والمريض.	29
151	جدول يمثل رؤية الطبيب لمستقبل العلاقة الاتصالية بالمرضى في ظل المنافسة والتوجه نحو الطب الشعبي.	30
154	جدول يمثل تقدير الطبيب لأبرز المعوقات الاتصالية التي تواجهه كطبيب مع مرضاه.	31
156	جدول يمثل كيفية تأثير التكوين العلمي للطبيب على علاقته الاتصالية مع المريض.	32
158	جدول يمثل مدى تأثير غياب ثقافة الحوار المتبادل بين الطبيب والمريض.	33
159	جدول يمثل كيفية تأثير الجانب المادي على نوعية العلاقة مع المريض.	34
162	جدول يمثل مدى تأثير المشكلات الشخصية للطبيب على علاقته الاتصالية بمرضاه.	35
163	جدول يمثل أبرز الحلول المقترحة لتجاوز المعوقات الاتصالية التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض.	36

المقدمة

تتباين الأنظمة الصحية من مجتمع لآخر، نظرا لاختلاف نظم الرعاية والعلاج من موارد مادية، معرفية، علمية، تقنية، وأخرى بشرية، كما أن هذه الأخيرة تحكمها مجموعة من العلاقات والروابط، والتفاعلات بين جميع الأطراف من خلال طاقم طبي بما يحتويه من ممرضين، أطباء، مسيرين، إداريين، وغيرهم.

وفي ذات السياق، يلعب الطبيب دورا أساسيا في نجاح العملية الاتصالية، كونه يمتلك المعرفة العلمية والعملية والخبرة المهنية اللازمة، وكذا حصوله على شهادة طبية عليا معترف بها تؤهله بالقدر الكافي لتوجيه المريض ونصحه، بوصفه العنصر الأضعف والمستغيث بهذا الطبيب بحثا عن العلاج بغية التخلص من الآلام والأوجاع التي يعاني منها، فيمكن القول أنه الطرف الخاضع والمنقاد للطبيب والمستسلم لأوامره وتوجيهاته، فكلا منهما (أي الطبيب والمريض) يلعب دورا معينا اتجاه الآخر حسب موقعه ومكانته وكذا درجة توقعاته المنتظرة من الآخر.

والجدير بالذكر في هذا السياق، أن نجاح الفحص والتشخيص العلاجي يرتبط أساسا بمدى توافق توقعات المريض مع نوعية وملائمة الدواء والكفاءة العلمية والمهنية للطبيب، إلا أن الواقع قد لا يثبت هذا المدلول بصفة مطلقة، كون المريض عبارة عن تركيبة مزدوجة متداخلة العناصر، فيخضع للجانب العضوي البيولوجي النفسي، العقلي، الاجتماعي، الاقتصادي، الثقافي، إذ لا يمكن فصل أحد هذه العناصر والأجزاء عن بعضها البعض.

يمكن التأكيد في سياق آخر، أن نجاح العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض مرتبط بجملة من المهارات الاتصالية والفنية، مثل حسن التعامل والإصغاء للمريض كون أن هذا الأخير قد تتوقف مدى استجابته وامتثاله لنصائح وإرشادات الطبيب العلاجية، على نوعية ومدى ايجابية وجودة المعاملة والسلوكيات التي يتلقاها من الطبيب، إذ يمكن لها التأثير على الفعالية العلاجية ومدى استمرارها أو انقطاعها، كونها تعد معيارا أساسيا في

ذلك، خاصة مع ما يشهده الوقت الراهن من بروز عدة اعتبارات من شأنها أن تعمل على تغيير نظرة المرضى للأطباء خاصة ذوي القطاع والعيادات الخاصة منهم.

لكن الملاحظ في الواقع، ومن خلال الشواهد الإحصائية المستقاة بواسطة المقابلات الحرة التي أجرتها مجموعة البحث مع الأطباء، بينت أن ضعف الوعي الصحي والثقافي لدى المريض، والعدد المتزايد للمرضى، وكذا تغليب الجانب المادي على الجانب الإنساني، تعتبر من بين المعوقات التي أثرت سلبا على العلاقة الاتصالية بين الأطباء والمرضى.

وانطلاقا من المعطيات المعرفية السابقة تكمن أهمية موضوع البحث في معرفة العوامل المتحكمة في العلاقة الاتصالية بين الأطباء والمرضى، وكذا مزايا هذه العلاقة ومدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية بالمرضى.

ومن أجل الإحاطة بجوانب الدراسة بحسب ما يخدم أغراض موضوع البحث استوجب منا ذلك مراعاة التسلسل المنطقي والترابط مع أهداف المقاربة المنهجية المعتمدة، وعليه جاءت الدراسة في خمسة (5) فصول تمثلت في الآتي:

الفصل الأول: تضمن إشكالية الموضوع المدروس والجهاز المفاهيمي الذي شمل المفاهيم الأساسية للموضوع مثل: السوسيوولوجيا، العلاقة، الاتصال، العلاقة الاتصالية، الطبيب، المريض، تليها المفاهيم المساعدة، إضافة إلى التركيز على الاهتمام بالمقاربة المنهجية وأدواتها الإجرائية من استمارة مقابلة مع الأطباء، وكذلك من استخدام استمارة قياس الاتجاهات للمرضى.

الفصل الثاني: خصص للتظير للعلاقة الاتصالية وسوسيوولوجيا الصحة والمرض، حيث تعرضت مجموعة البحث إلى نظريات، كل من البنائية الوظيفية لتالكوت بارسونز، الفعل التواصلية ليوورغن هابرماس، النظرية التفاعلية الرمزية لجورج هربت ميد، ونظرية الصراع لفريدسون، وكذا نظرية الفعل الاجتماعي لماكس فيبر، بالإضافة للنظرية الفردانية المنهجية

لريمون بودون، كما تطرقنا لمحاولة التنظير لبعض من مقاربات الصحة والمرض منها البنائية الاجتماعية والتصورات الاجتماعية، و أيضا ما بعد البنوية لميشيل فوكو.

الفصل الثالث: تطرقنا من خلاله إلى عرض سوسيولوجية الصحة والنظام الصحي في الجزائر عبر مراحل وحقب زمنية مختلفة بدءا بحقبة ما قبل الاستعمار الفرنسي مروراً بالفترة الاستعمارية، وصولاً إلى مرحلة الاستقلال وما تبعه من تطورات وتغيرات على مستوى النظام الصحي الجزائري.

الفصل الرابع: يهدف هذا الفصل إلى تسليط الضوء على اتجاهات المرضى نحو العلاقة الاتصالية بالطبيب، من خلال التركيز على مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض والعوامل المتحكمة والمؤثرة في العلاقة الاتصالية بين الطرفين.

الفصل الخامس: في هذا الفصل حاولنا الكشف عن مدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية في تحقيق فعالية العلاج، ومزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض والمعوقات الأساسية التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض.

وفي الأخير كانت لنا وقفة مع النتائج والخلاصة العامة لهذه الدراسة التي تناولت جزءاً فقط من جوانب هذا الموضوع الغزير والمتشعب، أتبعنا بقائمة المصادر والمراجع. وعليه نأمل أن يكون هذا العمل المتواضع قد وفق إلى حد ما في الإحاطة بسوسيولوجية العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض وما يتصل بها من مزايا وعوامل، ومعوقات قد تؤثر سلباً على جودة هذه العلاقة.

الفصل الأول

الفصل الأول: الإشكالية والجهاز المفهومي والمقاربة المنهجية

توطئة

أولاً: الإشكالية

ثانياً: تحديد المفاهيم

أ. المفاهيم الأساسية

ب. المفاهيم المساعدة

ثالثاً: المقاربة المنهجية، وأدواتها الإجرائية، وطرائق المعالجة الميدانية

1. المقاربة المنهجية

2. الأدوات الإجرائية

3. طرائق المعالجة الميدانية، التحليل والتفسير والفهم

خلاصة

المصادر والمراجع

توطئة:

إن قيام أي دراسة علمية، يفرض على الباحث التطرق لتوظيف مجموعة من المفاهيم التي تعتبر مفاتيح أساسية لفهم طبيعة ومنحى توجه الموضوع وسيورته، تحقيقا للاتساق والترابط المنهجي، والتكامل المنطقي، حيث تستند إليها وتتعلق بها كل الخطوات المنهجية الموائية المساهمة في تأسيس وتشكيل بحث علمي أكاديمي.

ومن خلال هذا الفصل سيتم عرض المعالجة النظرية والإجرائية للمفاهيم الأساسية، وكذا محاولة إبراز بعض المفاهيم المساعدة والعمل على توضيحها، والتي على إثرها تم وضع إشكالية البحث، حيث تضمنت سوسيوولوجية العلاقة بين الطبيب والمريض، مما استوجب ذلك الاعتماد على مجموعة من الأدوات الإجرائية لجمع المعطيات الميدانية، كما استعنا بالمقاربة المنهجية الوصفية لتوصيف الظاهرة محل الدراسة، إضافة إلى الاعتماد على أدوات الاستمارة والمقابلة، ثم التفسير والتحليل والبحث في العلاقات الاتصالية بين المؤشرات بغرض الكشف عن الأنساق الخفية للظاهرة المدروسة.

الإشكالية:

تعتبر كل من الصحة والمرض وجهان لظاهرة اجتماعية طبية واحدة، فقد أثارت فكرة المرض عبر العصور المختلفة اهتمام العديد من المفكرين، نجد أن البدائيين اعتقدوا أن حياتهم تحكمها الأرواح الخيرة، وأخرى معايدة ولذلك كان طبيعياً أن يرجعوا المرض إلى تسلط روح شريرة على الشخص المصاب، وعلى ذلك كان الكاهن العالم بوسائل الأرواح يستدعى ويطلب إليه أن يطرد العفريت والشياطين المسؤولة بأسرع ما يمكن، وكلما أسرع الطبيب الكاهن بالحضور إلى مكان المريض وبدأ عمله في طرد الروح الخبيثة، كان هذا أفضل حتى لا يقع ضرر بالغ للمريض، ولقد تغير تفسير المرض في أوائل العصر الإغريقي، ولكنه ظل يعتبر بأنه نتيجة أسباب فوق طبيعته، فكان عقاب تنزله الآلهة على الأفراد الذين أسرفوا في الطغيان، ولم يدرك الأطباء بطلان هذه النظرية إلا بظهور "أبو قراط" في العصر الذهبي للإغريق، فتعلموا أن ينظروا للأمراض على أنها ظواهر طبيعية تراقب وتدرس، لذلك كان طبيعياً أن يقتصر رجال الطب المعاصرون إلى النظر إلى الإنسان على أنه آلة مكسورة ما بها من عطل، ومع تقدم علم الأمراض الحديث ظهر تفسير أدق لطبيعة المرض، حيث أصبح ينظر إليه باعتباره نتيجة عدة عوامل مجتمعية حيث بدأ النظر إلى الإنسان باعتباره كلا متكاملًا (نادية محمد السيد عمر، 2003: 264).

"ويري باونز" أنه في الكثير من المجتمعات والثقافات الإنسانية ترتبط فكرة المرض ببعض المفاهيم والخصوصيات الثقافية كالدين، والقيم والمعايير والعادات الثقافية السائدة في المجتمعات أما "فوستر" فقد أكد أن الثقافة المحلية السائدة هي التي تقوم بصياغة وتحديد وتقييم الأفراد لحالتهم الصحية والمرضية، فتختلف هذه الأحكام والتصورات باختلاف الخلفية الثقافية والاجتماعية والعرقية للأفراد، وتدل الكثير من المرجعيات على أنه كلما كانت الثقافة بدائية ومتخلفة، كلما كانت أساليب تشخيص المرض وتحديد أسبابه وطرق التعامل معه مختلفة، الأمر الذي ينتج عنه تدني في المستوى الصحي لأفراد المجتمع (سميرة بن صافي، 2018: 938).

كما بدأ الاهتمام بقضايا الصحة بعد ظهور الأمراض العضوية منها الاجتماعية والتي فرضت على الإنسان الاتجاه إلى الصحة سواء وقائيا علاجيا لأنه أصبح بحاجة إلى الصحة للابتعاد عن شبح المرض والموت، كون أن الحاجة أم الاختراع وشعور الإنسان بالصحة، يجب أن يكون في جميع ما يتعلق به من قضايا مباشرة أو قضايا خفية غير منظورة، وباكتمال جميع نواحي الجسمية، النفسية، العقلية، الفكرية، والاجتماعية الثقافية، فقد مر هذا المفهوم بعدة مراحل وعدة حضارات وربط في كل فترة بمعنى معين ففي الحضارة الإغريقية نجد أن مفهوم الصحة لديهم يتجه أساس نحو الصحة الشخصية، بمعنى تقوية صحة الفرد عن طريق الاهتمام بنظافته وتغذيته وغيرها من الأمور، فقد كان لها آلة خاصة بالصحة تدعى "هيجية" ومنه استقت كلمة (Hygiene) والتي تعني الصحة (سميرة بن صافي، 2018: 932).

أما في العهد الروماني كان مفهوم الصحة يمثل مفهوم البيئة النظيفة، ولهذا سميت الصحة في هذا العصر "صحة البيئة" والتي تشتمل نظافة المسكن ومكان العمل ونظافة الأغذية، وتنقية المياه، ولا تزال بعض هذه العمليات موجودة إلى الآن في المدن الإيطالية كما لم يجهل العرب أهمية حفظ الصحة خاصة المسلمون منهم مطبقين ما أمرهم به الله تعالى، وذلك من خلال القرآن الكريم الذي نص على الحفاظ على الصحة بالتخلي عن شرب الخمر، أكل لحم الخنزير، أما في الوقت الراهن أصبح مفهوم الصحة أكثر شمولية مما كان عليه سابقا ليجد له عدة تعريفات طبية علمية وثقافية واجتماعية (سميرة بن صافي، 2018: 932-933).

فتغير الاعتقاد بأن المرض ظاهرة لها أساس ديني أو سحري، وحلت محله نظريات السببية الفيزيائية وأصبح علاج الأمراض في المجتمعات المتقدمة، يتم على أساس اعتقاد تام بأن المرض ظاهرة لا يمكن فهمها إلا عن طريق دراسته للخواص الفيزيائية والكيميائية للأعضاء والأنسجة، وإن علاج الحالات المرضية لا يتم بالتدخل الفيزيقي عن طريق إجراءات تتخذ لتدخل في العمليات الميكانيكية والكيميائية التي تتم داخل الجسم، فللمسوم

أمصال وللألم مسكنات وللتهابات والأمراض المعدية مضادات حيوية والأورام تستأصل أو تكوى (تحرق)، وأخذت المجتمعات في محاربة أدياء الطب أو المعالجين التقليديين كونهم يجهلون الحقائق العلمية الطبية، إذ أن وطرقهم في العلاج لا تقوم على أساس علمي فيزيقي، فأصبح المرض يعني حالة شاذة في الجسم، لها أعراض معينة تدل على وجود اضطراب في عضو من الأعضاء أو نسيج من الأنسجة إذ أن هذا الاضطراب لا بد وله سبب فيزيقي (فوزية رمضان أيوب، 1985: 39).

وأظهرت الدراسات والبحوث أمراضا أخرى لم تكن معروفة من قبل، إلا بعد أن اكتشفت أسبابها ومقومات علاجها فتعددت الأمراض وتتنوعت حلولها بدرجة أبعدت الأطباء على التفكير في المرض بصفة عامة كظاهرة، وركزت اهتمامها على أمراض متنوعة وظهرت تخصصات بحثية وطبية يهتم فيها الطبيب بنوع واحد من الأمراض (فوزية رمضان أيوب، 1985: 40).

ورغم أن الأمراض تفسر في معظمها بأسباب مادية سواء كانت بيولوجية أو كيميائية أو غيرها، فإن هناك عوامل اجتماعية ونفسية لها دورها المساعد في تدعيم الصحة ومقاومة المرض أو في انتشار الأمراض وتوطنها كعوامل مثل الفقر والتخلف وتعاطي المخدرات، فتلعب دورا دائما لانتشار الأمراض فتأكد العديد من الأدبيات على وجود علاقة بين مستوى المعيشة وبين تدني الحالة الصحية وانخفاض معدلات توقع الحياة وزيادة احتمالات الإصابة بفقر الدم وغيرها (عبد السلام بشير الدويبي، 2006: 60-61).

فالعلاقة بين العوامل الاجتماعية ومستوى الصحة التي تنسم بها أي جماعة من الجماعات وطيدة ومتداخلة، مما يدعو إلى الإقرار بأن علم الاجتماع الطبي يعتبر فرعا هاما من فروع من علم الاجتماع العام، فإذا كان علم الاجتماع يهتم بالعمليات والتنظيمات الاجتماعية، وبسلوك الفرد والجماعة، فإن علم الاجتماع الطبي يهتم بالحقائق الخاصة بالصحة والمرض وبالوظائف الاجتماعية للتنظيمات والمنظمات الصحية وبالعلاقة أنساق توزيع العناية الصحية وبغيرها من الأنساق الاجتماعية الأخرى، كما أنه يعتني أيضا بدراسته

السلوك الاجتماعي للطبيب والمريض لمعرفة العلاقة بينهما وأثرها على تطوير العناية الطبية (نادية محمد السيد عمر، 2003: 15).

العلاقة الإنسانية بين الطبيب و المريض تعد من أهم موضوعات علم الاجتماع الصحة، فهي كالعلاقة الإنسانية بين الممرضة و المريض أو بين الأستاذ و الطالب أو بين الضابط والجندي أو بين القاضي والمتهم أو بين المهندس والعامل أو بين الأب والابن تنطوي على فعل ورد فعل بين اثنين وعلى مجموعة رموز سلوكية وكلامية يفهمها الاثنان، فضلا عن وجود أدوار اجتماعية متباينة يشغلها الطرفان، هذه الأدوار التي توضح ماهية المراكز التي يشغلها الشخصان المتفاعلان كالطبيب والمريض (إحسان محمد الحسن، 2008: 285).

إن العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض يمكن أن تكون قوية وفاعلة إذا كانت انطباعات وتصورات وقيم كل طرف من أطرافها إيجابية تجاه الطرف الآخر، أي يحترمه ويقدره ويقوم ممارساته وتفاعلاته اليومية والتفصيلية. أما إذا كانت انطباعات وتصورات وقيم كل طرف من أطرافها سلبية أو هامشية فإن العلاقة في هذه الحالة لا يمكن أن تكون قوية وفاعلة بل تكون ضعيفة ومفككة ومبعثرة ولا يمكن أن تلم أطراف العلاقة وتوحد كلمتهم نحو الأهداف والغايات التي يصبون إليها (إحسان محمد الحسن، 2008: 286-288).

لقد حاول كثير من علماء الاجتماع توصيف مكونات هذه العلاقة باعتبارها نسقا اجتماعيا، في حين قام غيرهم بدراسة النتائج المرتبة على هذه العلاقة بالإضافة إلى أن البعض درس النشاطات التي تحتويها هذه العلاقة، والبعض الآخر درس النشاطات التي تشمل كلا من الكلام الشفهي والمكتوب ووسائل الاتصال الأخرى بين الطبيب والمريض وتشمل من ناحية أخرى دراسة الدور الاجتماعي لكل منها على اعتبار أنه نمط من أنماط السلوك المتوقع الذي يركز على المعايير الثقافية والتي تشمل المكانة والقوة والخبرات الماضية، فكل منهما يدخل في هذه العلاقة وهو يتوقع نوع الاتصال الفعلي الذي سوف يحدث بينهما (نادية محمد السيد عمر، 2003: 62-63).

فقد أصبح موضوع العلاقة بين الطبيب والمريض مهما في نجاح العملية العلاجية حيث أشارت العديد من البحوث إلى مدى تأثير هذه العلاقة على استجابة المريض نفسيا وفيزيولوجيا للعلاج والتخفيف من الضغط والخوف اللذان يشعر بهما (أحمد زين الدين أبو عامر ومنى قحموص، 2017: 243).

والعلاقة بين الطبيب والمريض تزداد أهمية مع مرور الوقت بالرغم من أنها لم تعد سوى جزء من عملية معقدة ساهمت في تغيير أساس تلك العلاقة التي لا تقتصر على مجرد التشخيص والعلاج فقط، وإنما تمتد لتشمل احترام الطبيب وتعاطفه مع المريض، إذ أصبحت ذات مغزى هام في السنوات الأخيرة، هذا فضلا عن الاعتراف المتزايد بأن العلاقة الايجابية بينهما هي في حد ذاتها علاج ذو فاعلية كبيرة، حيث تجسد عدد من الدراسات أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض، حيث بينت إحدى الدراسات كيف أن للاستماع الدقيق والتشجيع السابق للعلاج، وإعطاء التعليمات للمريض قبل مباشرة العلاج يمكن أن يحسن من تأثير العلاج بشكل مؤثر جدا (فاطمة الزهراء براحيل، 2009: 194-195).

كذلك تشير أحد الأبحاث إلى أن الطبيب المهتم الذي يوجي بالثقة لمريضه ويكون ودودا ومطمئنا له، والذي يقوم بفحص دقيق دون قلق أو توتر نحو المريض أو العلاج، يكون ذات تأثير ايجابي على مرضاه كما يجب التأكيد باستمرار على المهارات الإنسانية للطبيب أكثر من التدخل التكنولوجي والطبي، في نفس الاتجاه فإن إهمال الجانب النفسي في العلاقة العلاجية قد يؤدي إلى فشل العلاج وإلحاق الضرر بالمريض في بعض الحالات بسبب الاهتمام بالأمراض الجسمية فقط وتجاهل أنها جزء من صورة أكبر (أحمد زين الدين بوعامر ومنى قحموص، 2017: 252).

لقد تعددت المقاربات السوسيولوجية التي اهتمت بتفسير العلاقات بين الأطباء والمرضى، وقد تبني كل منظور من هذه المنظورات مدخلا مختلفا وكانت البنائية الوظيفية إحدى هذه المنظورات، ويمثلها بارسونز" ويؤكد فيها على الفهم المشترك بين الطبيب والمريض وعلى تبادله الأدوار بينهما حيث أن كلا منهما يشارك في الموقف الاجتماعي

ويحاول توقع سلوك الآخر من خلال ذلك الموقف وكل فرد في هذه العلاقة يؤدي دوره ويكون الآخر متوقعا لهذا الدور (نادية محمد السيد عمر، 2003: 85).

في هذا السياق، اهتم بارسونز الاهتمام بالعلاقات بين الأطباء والمرضى عن طريق دراسة الدور الاجتماعي لكل منهما، فكل فرد يؤدي دوره ويكون الآخر متوقعا لهذا الدور ونتائج هذا السلوك، فلا يمكن للفرد تحديد دوره وهو بعيد عن دور الآخر الذي يشاركه في هذه العملية فنجد مثلا لذلك أن دور الطبيب إنما يتمثل بدور المريض وتصورات وتوقعاته لهذا الدور كما أن المريض لديه من الأفكار الذاتية ما يساعد الطبيب على تحديد نوعية الحالة التي أمامه (نادية محمد السيد عمر، 2003: 85).

ويعتبر التحليل الوظيفي الذي أجراه بارسونز لدراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى من أبرز تلك التحليلات، فقد بدأ بارسونز عملية التحليل حينما اعتبر المرض سلوكا منحرفا، وفي بداية تحليل لدور المريض.

فشان الدور الذي يقوم به كل من الطبيب والمريض شان أي دور آخر في المجتمع كدور الأب والزوج والمدرس إذ لا بد أن يرتبط ببعض التوقعات التي تشمل مجموعة الحقوق والالتزامات التي يفرضها، ومثال ذلك أن الدور الذي يلعبه الشخص المريض وفي وقت غير مرغوب فيه، وهذا ما يجعل بارسونز يركز على مجموعة الواجبات التي عن طريقها يستطيع الشخص المريض الرجوع إلى حالته الطبيعية بطريقة سريعة وممكنة، فالشخص المريض لا بد من أن يملك بعض الامتيازات وبخاصة أنه محتاج إلى العناية من الطبيب الذي يعالجه من أجل الوصول به إلى حالة متحسنة فهو يبحث باستمرار عن نصيحة طبية متخصصة ولذلك يتعاون مع الطبيب من أجل تحسين حالته (نادية محمد السيد عمر، 2003: 85).

فتبادل الأدوار التي تحدث بين الطبيب والمريض شيء طبيعي حيث أن كلا منهما يشارك في الموقف الاجتماعي ويحاول أن يتوقع سلوك الآخر من خلال ذلك الموقف والنتيجة المحتملة له، فالشخص المريض لديه من التوقعات ما يحدد المعايير والقيم المناسبة لكونه مريضا، كما أن الطبيب يكون معتمدا على تصورات المريض في الدور الاجتماعي

الذي يجب أن يسلكه، فدور الطبيب هنا كما يراه بارسوتر هو إرجاع الشخص المريض إلى حالته الطبيعية والوظيفية، أما دور المريض فمن المتوقع منه أن يكون على معرفته بالطرق التي يبحث بها عن المساعدة المتخصصة لكي يصل إلى الشفاء (نادية محمد السيد، 2003: 86).

أما 'فريديسون' فهو أحد ممثلي حركة النقد في التفسير البنائي الوظيفي للعلاقات بين الأطباء والمرضى حيث أنه يرى أن تفسير بارسونز لهذه العلاقات، تفسير يوضح ثبات واستقرار العلاقات ولم يدرس الصراعات والتوترات التي يمكن أن تحدث بها، وهذا ما دفع فريديسون إلى محاولة دراسة التوتر المحتمل الذي يمكن أن يظهر في هذه العلاقات، والذي غالبا ما يكون نتيجة المصالح المختلفة لكل من الطبيب والمريض واختلاف التوقعات والوسائل التي يستخدمها كل منهما من أجل تحقيق هدفه (نادية محمد السيد عمر، 2003: 84-83).

وعلى الرغم من جملة التوترات والصراعات التي قد نجدها قائمة بين الطبيب والمريض حسب فريديسون، إلا أن للعلاقة الاتصالية بين كل من الطبيب والمريض أهمية بالغة، حيث تشكل معيارا حاسما وركيزة أساسية في مدى فاعلية نجاح العلاقة العلاجية . وتشير الدراسات السوسيولوجية إلى الأدوار التبادلية بين الطبيب والمريض، فعلى المريض أن يثق في الطبيب ويتبع كل تعليماته، وعلى الطبيب في المقابل تسخير كل معرفته التخصصية ومهارته المتاحة لعلاج المريض، وقد سعت واجبات الطبيب إلى التقليل من المشكلات المحتملة والمورثة في الدور الطبي، والتأكيد على الأخلاقيات المهنية والمستويات السلوكية السوية، ولعل مضمون ذلك يشير إلى قسم أبو قراط Hippocratic oath الطبي، وعندما تتدعم هذه العلاقات المتبادلة بين الطبيب والمريض يستطيع الطبيب الوفاء بمسؤوليته لصالح المريض، عن طريق مساعدة المريض عن التغلب على المرض والأخذ بيده لطريق الشفاء بقدر المستطاع (علي المكاوي [وآخرون]، 1998: 167).

ومن جهة أخرى يدلنا تصفح التراث العربي على وجود العديد من الدراسات حول الأطباء من حيث التأهيل والممارسة الطبية وميثاق العمل الطبي أو ما يسمى بأخلاقيات مهنة الطب، ولغة التفاهم بين الطبيب والمريض وقواعد العلاج الناجح والتي تنطلق من مراعاة الخلفيات الاجتماعية والثقافية والنفسية للمريض، وخاصة في حالات الأمراض المزمنة والخطيرة، في ذلك الوقت كالأورام والتسمم والطاعون وغيرها، كذلك وقد حوى التراث العربي المزيد من النصائح والإرشادات المهنية لكبار أطباء تلك العصور، يوجهونها لتلاميذهم من دارسي الطب وممارسيه، وهي بعكس طول خبرة الأطباء العرب وعمق معارفهم، وسنلقي بعض الضوء على هذه الإسهامات التي قدمها العرب المسلمون في هذا المجال الهام. (علي المكاوي [وآخرون]، 1998: 166-167).

أما في المجتمع الجزائري فقد حث المشرع الجزائري من خلال جملة من المواثيق والالتزامات القانونية على الحرص على جودة العلاقة الاتصالية القائمة بين الطبيب والمريض، فمن خلال مدونة أخلاقيات الطب الذي أسس العلاقة ما بين الطرفين بضمان العلاج والاستمرارية فيه وكذا عدم التمييز في تقديمه للمرض والوقاية من المرض وكذا ضمان الحق في الإعلام والشفافية في العلاج.

بالإضافة إلى معالجة المسؤولية الطبية الناجمة عن حدوث إهمال أو اللامبالاة منبثقة من انعدام إتباع الأصول والمعارف الطبية المتعارف عليها (قندلي رمضان، 2012: 233). والجدير بالذكر في ذات السياق فإن المشرع الجزائري لا يتغاضى على كل الجوانب المساهمة، بشكل مباشر في تكوين وتفعيل علاقة اتصالية ايجابية ذات جودة معتبرة بين الطبيب والمريض، فحث على مصارحة الطبيب للمريض وتبصيره بالنفقات التي تتطلب كل الأعمال الطبية من بدايتها في غاية نهايتها، وكذا ضرورة تبصيره بمختلف المعلومات المتعلقة بالعوامل والأسباب المؤدية لتدهور الحالة الصحية، وكذا إعلامه بجميع المخاطر المترتبة على العلاج مما يؤدي بدوره إلى تحقيق رضا المريض عن العلاج المقدم إليه، كما

نص أيضا على منح الحرية للطبيب في اختيار العلاج الذي يراه مناسباً (الروي إكرام، 2014: 58-67).

وعليه وبما أننا نبحت عن سوسيولوجية العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض ومدى دورها في تحقيق فاعلية العلاج المقدم للمريض، فاستدعى منا بالضرورة الخوض في معرفة طبيعة ومدى كيفية تأثير هذه العلاقة على كل من الطبيب والمريض، فارتأينا في مرحلة أولى إلى محاولة معرفة قياس اتجاهات المرضى نحو الطبيب، وفي مرحلة ثانية حاولنا معرفة آراء واتجاهات عينة من أطباء ولاية قالمة نحو سوسيولوجيا هذه العلاقة بينهم وبين مرضاهم، أما في المرحلة الثالثة فعملنا على تقصي آليات ومعوقات العلاقة الاتصالية الفعالة بينهما.

ومن هذا المنطلق توجب علينا أن نضع تساؤلاً مركزياً يساعدنا في الوصول إلى الحقائق العلمية والأنساق الخفية التي تفسر لنا بوضوح جملة الترابطات المكونة للظاهرة محل الدراسة، ومنه يمكننا صياغة السؤال :

كيف يمكن التشخيص السوسيولوجي للعلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض؟

ويتفرع هذا التساؤل المركزي إلى التساؤلين التاليين:

1. ماهي اتجاهات المرضى نحو العلاقة الاتصالية بينهم وبين الطبيب ؟

2. ماهي تمثيلات الأطباء نحو العلاقة الاتصالية بمرضاهم؟

أولاً: المفاهيم الأساسية:

1. السوسيولوجيا : Sociologie

تتفق مختلف المدارس السوسيولوجية، على القول بأن "أوغست كونت" هو المؤسس للسوسولوجيا، فقط استنبط كلمة السوسيولوجيا اسماً لعلم يعنى بدراسة الوقائع المجتمعية، كما هو الحال بالنسبة للوقائع الفيزيائية أو البيولوجية، فبادئ الأمر استعمل تعبير "الفيزياء المجتمعية" اسماً للعلم الجديد إبان القرن التاسع عشر، نظراً لتأثره بالنموذج البيولوجي السائد آنذاك، فقد جعل الفكرة المركزية لموضوع علمه الجديد تتمحور حول (اللمح) التي تحدد

الجسم المجتمعي، إذ تتمثل في الأسرة تربط بين عدة أفراد في وحدة عضوية متماسكة)، فحسبه يجب الانطلاق من الكل وصولاً إلى الأجزاء (عبد الله إبراهيم، 2006: 28-30).

❖ وتبعاً لذلك قسم كونت السوسيولوجيا إلى قسمين رئيسيين:

- **ستاتيكا (Statique)** إذ تمثل محاولة الوصول إلى قوانين الوجود المشترك فاعتمدت على إدراك شروط الوجود، التي تعتمد بدورها على فهم العلاقات الضرورية القائمة بين أجزاء الكل الاجتماعي (عبد الهادي الجوهري، 1999: 12)

كما عرفها كونت بأنها دراسة البناء الاجتماعي والعلاقات المتبادلة بين أجزائه المختلفة في لحظة معينة (محمد عاطف غيث، [د. تن]: 13).

وبمعنى آخر فإن الستاتيكا تعنى بالبحث عن قوانين الفعل ورد الفعل لدى الأجزاء المختلفة المكونة للنسق الاجتماعي، أي تلك العلاقات الوظيفية المتبادلة بين النظم الاجتماعية، حيث كانت فكرة "كونت" عن الاستاتيكا موجهة نحو توضيح الارتباط المتبادل بين الحقائق والوقائع الاجتماعية ذات الوظيفة للنسق الاجتماعي مثل تقسيم العمل والأسرة والدين والحكومة (علي عبد الرزاق جليبي [وآخرون]، 2002: 15).

- **ديناميكا : Dinamica**

إذ تتمحور حول الدراسة الامبريقية للروابط والعلاقات المتبادلة والمتداخلة حال تغييرها في الأنماط أو الأشكال المختلفة للمجتمع إذا وصف كونت هذا الجانب من علم الاجتماع بالمنهج التاريخي ، الذي يربط أحوال المجتمع بالتطور عن طريق القوانين الدينامية للتطور الاجتماعي المرتبط بتماسك المجتمع ووحده (علي عبد الرزاق جليبي [وآخرون]، 2002: 158-159).

وعليه فالديناميكا الاجتماعية عند كونت تعتمد على تحليل البيانات التاريخية مع الاهتمام بتحديد قوانين التغيير التاريخي (عبد الهادي الجوهري، 1999: 12).

وفي ذات السياق فتعتبر مصطلح يتضمن الحركة والتغيير، يشيع استخدامه بطرق معتمدة، فيشير غالباً إلى العلاقات المتغيرة التي توجد في نسق اجتماعي أو سيكولوجي

معين، ويتضمن معناه الضيق أيضا افتراض عدم الاستقرار والثبات، وكذا الحاجة الملحة إلى إعادة التوافق في النسق الاجتماعي أمر في شخصية الإنسان، لأجل الوصول إلى حالة التوازن (عاطف غيث، 2014: 210).

وفي رأي كونت أي علم الاجتماع السوسيولوجيا يمثل ذروة الإنجاز العلمي، ويحتل قمة العلوم جميعا، لأنه يتوصل إلى صياغة قوانين العالم الاجتماعي التي تعادل ما نعرفه عن قوانين العالم الطبيعي (جوردون مارشال، 2000: 961).

أما عن العوامل التي أدت إلى ظهور السوسيولوجيا، فترتبط أساسا بالثورة الفرنسية 1789 حدث سياسي، اقتصادي واجتماعي كان له دور في إحداث تغيير على مستوى المجالات الاجتماعية المتباينة جراء ما شجعت عليه لظهور تفكير جديد يخلص الأفراد من القيود الفكرية وغيرها، الأمر الذي استدعى ظهور علم الاجتماع كمطلب ضروري لدراسة المشكلات والآفات والفوضى الاجتماعية، السياسية، الاقتصادية في المجتمع الصناعي الحديث (جميلة شلغوم، 2013: 31-33).

إن مفهوم السوسيولوجيا فيعتبر من المفاهيم التي أخذت حيزا واسعا من اهتمامات المفكرين وعلماء الاجتماع، "فابن خلدون" يعتبر أول من تطرق إلى ماهية السوسيولوجيا خلال القرن 14، تخت مسمى "علم العمران البشري" في مؤلفه التاريخي الضخم الذي أطلق عليه "كتاب العبر، وديوان المبتدأ والخبر، في أيام العرب والعجم والبربر، ومن عاصرهم من ذوي السلطان الأكبر"، حيث يعرف علم الاجتماع بأنه: "ما يعرض لطبيعة ذلك العمران من الأحوال، مثل التوحش والتأنس والعصبية وأصناف التقلبات للبشر بعضهم على بعض، وما ينشأ عن ذلك من الملك والدول ومراتبها، وما يتخيله البشر بأعمالهم ومساعدتهم من الكسب والمعاش والعلوم والصنائع، وأثر ما يحدث في ذلك العمران بطبيعته من الأحوال، وما لذلك من العلل والأسباب (أنتوني غدنز، 2005: 55).

وبتعبير آخر تعنى السوسيولوجيا عند ابن خلدون بدراسة المجتمع البشري بأشكاله المختلفة، وتقصي الطبيعة والخصائص التي تتسم بها كل من هذه الأشكال، والتمعن في

القوانين التي تحكم تتطور الاجتماع الإنساني، الذي اعتبره ضروري لأن قدرة الواحد من البشر قاصرة عن تحصيل حاجته من الغذاء، أو الدفاع عن نفسه ضد الحيوانات المفترسة أو بني البشر الآخرين، وهو معنى العمران الذي تحدث عنه (أننوني غدنز، 2005: 55-57).

ومن منظور حدثي نجد عالم الاجتماع الفرنسي "بيار بورديو" الذي تحدث على ضرورة الاقتراب من "اللاوعي الاجتماعي" للمجتمع، كما هو الحال بالنسبة إلى المحلل النفسي عند اقترابه من لا وعي المريض، إذ يتكون اللاوعي الاجتماعي من المصالح غير المحددة التي يتبعها الفاعلون عند مشاركتهم في النظام الاجتماعي. كما يرى أن علم الاجتماع أداة نزاع قادرة على تقديم قياس للتحرر من قيود كل هيمنة (جون سكوت، 2009: 118-119).

إذا حسب منظور "بورديو" فإن موضوع السوسيولوجيا هو دراسة حقول التنافس والصراع والهيمنة على مستوى جميع الأصعدة جراء العنف الرمزي الممارس على الآخرين، فهي سوسيولوجيا علمية انتقادية، تسعى إلى تعرية واقع القوة والنفوذ والهيمنة، وانتقاد المجتمع الليبرالي الذي يتميز بالظلم واللامساواة، فهي من منظوره أداة فعالة لكشف المضمرة، واستنطاق المسكوت عنه، وفضح لعبة التنافس والهيمنة (جميل حمدواي، 2015: 2).

أما عالم الاجتماع "ماكس فيبر" فحسبه فإن فهم الفعل الاجتماعي من سلوك الفرد داخل المجتمع وتأويله هو الهدف المنوط بالسوسيولوجيا، وبالتالي يتخذ هذا الفعل أثناء التواصل معنى ذاتيا لدى الآخر، بمعنى أن هذا الفعل الإنساني يحمل دلالة ومقصد وهدفا ذاتيا، فقد تجاوز المقاربة الوضعية "لأوغست كونت" نحو المقاربة الهيرومونيطيقية التأويلية، أو ما يعرف بسوسيولوجيا الفهم (جميل حمدواي، 2015: 9).

وفي السياق ذاته يعرف "ماكس فيبر" السوسيولوجيا في كتابه (الاقتصاد والمجتمع) بأنها العلم الذي يعنى بفهم النشاط الاجتماعي وتأويله وتفسير حدوثه ونتيجته سببا (جميل

حمدأوي، 2015: 9-12)، أي محاولة فهم سلوكيات الأفراد وأفعالهم، وتحليل الغايات والمقاصد التي أدت بهم إلى القيام بفعل اجتماعي معين .

وبناءً على المعلومات الموضحة سابقاً يمكن أن نعرف السوسيولوجيا بأنها العلم الذي يهتم بدراسة المجتمع الإنساني وما يتخلله من ظواهر وبنى وأنساق وتنظيمات مؤسسية اجتماعية مختلفة الاتجاهات والقطاعات، إضافة إلى العمليات الاجتماعية المتباينة بين أفراد المجتمع من تفاعل، تواصل، تضامن، صراع، تأثير وتأثر متبادل، بمنهج وتقصي علمي منظم لكشف العوامل الكامنة وراء حدوث الوقائع والأحداث الاجتماعية، كما يمكن اعتباره علم البحث في الأعماق والوصول إلى المسكوت عنه.

2. العلاقة:

تعني رابطة وهي بكسر العين كعلاقة القوس والسوط ونحوهما وتستعمل في المحسوسات، والعلاقة بفتح العين كعلاقة الخصومة والمحبة، وهي بصفة عامة تربط بين موضوعين أو أكثر، أي أنها خاصية تنتمي لموضوع باعتباره مرتبط بموضوع آخر، حيث نقول هذا الشيء له علاقة مع هذا الشيء (البصير فطيمة، 2008: 24).

وفي قاموس علم الاجتماع يدل مصطلح العلاقة يدل على حدوث تغير في مقدار متغير معين مصحوباً بتغيير مساوي مقدار آخر.

وكان تغيير المتغير الثاني لا يحدث في غياب التغيير في الأول، وعندما يقال أن هذين المتغيرين تربطهما علاقة إرتباطية، ويطلق على ذلك في بعض الأحيان منهج التلازم في التغيير أو التغيير المصاحب (جوردن مارشال، 2000: 950).

أما من حيث الدلالة الاصطلاحية فإن العلاقة رابطة بين شيئين أو ظاهرتين بحيث يستلزم تغير أحدهما تغير الأخرى، وقد تكون علاقة اتفاق أو شبه أو تبعية (البصير فطيمة، 2008: 25).

ومن هنا يمكننا أن نطلق مفهوم العلاقة على شيئين أو فردين أو ظاهرتين أو مجتمعين تجمعهما صلة معينة ونقطة التقاء واشتراك متبادل ينجم عنه تفاعل واستجابة الطرف الأول للثاني.

وفي معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية يستخدم مصطلح العلاقة للإشارة إلى أحد مبادئ التفكير لأن العمل الذهني في جملته محاولة ربط الطرفين بالآخر (أحمد زكي بدوي، [د.ت.ن: 352]).

وفي هذا السياق تتنوع وتختلف هي أنواع العلاقات من طابع علائقي إنساني، اجتماعي، اقتصادي، سياسي، تعليمي، وطني، وقد تتخذ أنواع العلاقات منحى إيجابي قوامه التعاون، التضامن، التواصل الفعال أو اتجاهات سلبية يبعث على النزاع الصراع، التنافر التباعد. وبناء على المعطيات المعرفية السابقة يمكن أن نتبنى تعريفا إجرائيا لمفهوم العلاقة كالآتي: هي كل رابطة وصلة والآثار المتبادلة التي تنشأ استجابة لنشاط أو سلوك مقابل الاستجابة هي من أهم عوامل تكوين العلاقة وتعد شرطا أساسيا بحدوثها لأنه من الاستجابة يمكن أن نحدد نوع العلاقة (لبصير فطيمة، 2008: 24).

3. الاتصال:

يرجع أصل كلمة الاتصال Communication إلى اللغة اللاتينية Comminis التي تترادف بالانجليزية كلمة Common بمعنى عام أو شائع أو مألوف.

كما نجد أن كلمة الاتصال حسب الاستعمالات اللغوية تستخدم في صيغ متعددة، في صيغة المفرد Communication للإشارة إلى عملية الاتصال التي يتم من خلالها نقل المعلومات والأفكار والآراء والمعان والمصطلحات، أما في صيغة الجمع تستخدم الاتصال للإشارة إلى الرسائل ذاتها أي الإشارة إلى نظام ومؤسسات الاتصال، إذا أضيفت كلمة Mass فإنها تشير إلى وسائل الاتصال الجماهيري أو ما يطلق عليها وسائل الاتصال الإعلامي Mass communication (عبد الله محمد عبد الرحمن، 2002: 50).

كما نجد أن كلمة اتصال يقصد بمعاني اللغة الانجليزية أنها الشخص الذي يتحدث كثيرا أو الشخص الصريح الذي يتكلم بصراحة ولا يكتُم شيء، كما أن كلمة Communique فتعني البلاغ الرسمي أو إبلاغ شخص ما أو إخباره بأفكار أو معلومات معينة (عبد الله محمد عبد الرحمن: 2002: 51-25).

أما من حيث الدلالة الاصطلاحية تتباين تعريفات الاتصال باختلاف الإطار المرجعي المستخدم والتأكيد على جوانب معينة من العملية الكلية، إلا أن كل التعريفات اشتملت على خمس عناصر هي:

1. المرسل

2. المستقبل

3. الدائرة

4. الرسالة

5. الأثر

فالالاتصال هو عملية يتم عن طريقها إرسال رسالة معينة في إطار دائرة إلى فكرة التفاعل، حيث يتحول المرسل إلى مستقبل وعكس ذلك صحيح دائما، كما أن هناك تعريفات حديثة للاتصال لا تقتصر على الكائنات الإنسانية وحدها، بل ترى إمكانية حدوثه بين الأنساق الفيزيقية (عاطف غيت، 2014: 108).

ويمكن التمييز بين ثلاثة مداخل في تعريف دراسة الاتصال في العلوم الاجتماعية، المدخل الأول الذي تبناه علماء الاجتماع والنفس، حيثما درسوا الاتصال من خلال التحليل المقارن لسلوك الكائنات الإنسانية، إذ كان محور اهتمام هذه الدراسات هو مستويات تعقد السلوك المتضمن في عملية الاتصال المضمون الاتصالات أو الرسائل، أما المدخل الثاني فقد اقتصر دراسة الاتصال على اللغة وتحليل الرسائل والنتائج الوظيفية له، والاتجاه الثالث ظهر حديثا داخل نطاق العلوم الاجتماعية يعتمد على دراسة الاتصال من منظور شامل يستوعب المعنى، الوظيفة، الهدف، النتائج السلوكية (عاطف غيت، 2014: 109).

يرى "ماكويل " أن للاتصال تلك العملية التي يتم عن طريقها التفاعل الاجتماعي، كما أن أي عملية اجتماعية ماهي إلا اتصال، إذ يتمثل أساليبه في الإيحاء، الإشارات، الرموز، العادات، المظاهر الثقافية للمجتمع (عبد الله محمد عبد الرحمن، 2002: 55).

كما لا بد من توفر مجموعة من العوامل التي يتوقف عليها نجاح عملية الاتصال من كليهما، توفر مهارات معينة لدى كل من المرسل والمستقبل، وكذا جودة أداة النقل للرسالة، تنوع وسائل الاتصال، إضافة لضرورة تبادل الأدوار بينهما فلا يظل المرسل مرسلا والمستقبل مستقبلا دائما دائما، إلى جانب حتمية توفر اتجاهات إيجابية في موقف الاتصال (خضرة عمر المفلح، 2015: 22-40).

أما إجرائيا يتعذر الإمام بتعريف مطلق للاتصال نظرا لتشعب وتباين المفاهيم التي منحها العلماء والمفكرين له منذ القدم، إلا أنه بإنجاز يمكن القول أنه عملية يتم من خلالها نقل الأفكار، المعارف، والاتجاهات والمعلومات، العادات و التقاليد... إلخ من طرف مرسل إلى طرف آخر مستقبل عن طريق قناة اتصالية معينة التي تختلف أشكالها وأنماطها، لإيصال رسالة معينة. فهو أساس الحياة الاجتماعية بين الأفراد التي لا يخلو من التفاعل، التبادل الدائم، وما يحدثه من تأثير وتأثر مستمر.

ومنه فالعملية الاتصالية القائمة بين الطبيب الخاص والمريض تحتكم لمجموعة من الرموز والإشارات والدلالات لتحقيق وتجسيد علاقة تفاعلية وتكاملية مشتركة بين كلا الطرفين خدمة للغرض العلاجي الذي يصيب دائما في مصلحة المريض وإبرازه في أحسن صورة ممكنة، من خلال توفر جميع عناصر الاتصال من مرسل، مستقبل، بصيغة متكافئة ومتبادلة وأيضا دائرة الاتصال والرسالة المعنية بالإيصال وما تتركه هذه الأخيرة من أثر.

4. العلاقة الاتصالية:

هي عملية انتقال المعلومات أو الأفكار أو الاتجاهات أو المواقف من جماعة إلى جماعة أخرى، بحيث تشكل تفاعل اجتماعي وتقاوم بين الأفراد (عاطف غيث، 2013: 108).

حيث أنها تشكل رابطة معينة بين طرفين لإيصال محتوى رسالة لموضوع أو قضية ما، تحقيقاً لأهداف علاجية كانت أو تعليمية تنظيمية، إرشادية وغيرها عن طريق رموز وإشارات أو عبارات لفظية أو كتابية أو غيرها.

وفي السياق ذاته تتضمن العلاقة الاتصالية أيضاً كل تبادل للأفكار والآراء عن طريق الكلام أو الإشارة أو الكتابة (عثمان عبد المعطي، 1999: 169).

فتعتبر العلاقة الاتصالية كل سلوك يقوم به فردا بحيث يضع في اعتباره موقف وردة فعل الطرف الآخر إذ قد تشوب هذه العلاقة من النزاع والصراع والعداوة كما قد يحدث من التفاهم والتوافق، وفي الجدير بالذكر من خلال ما سبق أن العلاقة الاتصالية هي كل علاقة تتم بين فردين أو فرد مقابل جماعة أو بين مجموعتين، إذ لا بد من وجود طرف مقابل أي بين مرسل ومستقبل عن طريق ألفاظ، رموز، إشارات معينة، إذ تتضمن تبادلاً في تفاعلاً بين كليهما لإيصال مبتغى الرسالة للفرد المتلقي، فنجدها تتجسد في علاقة اتصالية بين الطبيب والمريض، الأستاذ وطلبتة، المدير والموظفين، أو بين الزملاء في محيط العمل أو خارجه، كما أن العلاقة الاتصالية تمتاز بأنها آنية الوقت رهن معين، أي كونها ليست بشكل دائم مستمر، قد تنقطع بمجرد انقضاء المصالح والغايات (عثمان عبد المعطي، 1999: 171).

5. الطبيب:

هو الشخص المؤهل والمتخصص لعلاج المرضى ويستعمل الاصطلاح الانجليزي في حالات معينة كأن يقال: طبيب العائلة Family doctor أو طبيب المدرسة School doctor وفي الأنثروبولوجيا يقال: الطبيب الساحر Witech doctor وهو على أنواع طبيب الثعبان Snake doctor الشخص الذي اكتسب مناعته ضد سم الثعبان بابتلاع كميات متزايدة منه بحيث يفترض إمكانه إكساب هذه المناعة للآخرين. كما يقال: الطبيب المتكلم للشخص الذي يتلو أسطورة الخلق كوسيلة لعلاج المريض (أحمد زكي بدوي، 2009: 115).

كما يعرف الإمام الشيرازي الشافعي الطبيب بقوله: هو العارف بتركيب البدن ومزاج الأعضاء، والأمراض الحادثة فيها، وأسبابها وأعراضها، وعملائها، والأدوية النافعة فيها، والاعتیاد عما لم يوجد منها، والوجه في استخراجها، وطريق مداولتها، ليساوي بين الأمراض والأدوية في كمياتها، ويخالف بينها وبين كمياتها (محمد علي الباز [وآخرون]، 2012: 151).

وفي ذات السياق فإن الطبيب هو كل شخص حاصل على شهادة مزاوله المهنة الطبية سواء من نفس البلد أو من بلد آخر (بدر محمد الزغيب، 2011: 8). كما يمكن القول بأن الطبيب هو الشخص الحائز على درجة أو شهادة طبية من سلطة معترف بها، تؤهله للممارسة الطب بجميع فروعه على جسم المريض بعد الحصول على التشخيص القانوني بقصد الكشف عن المريض وعلاجه لتحقيق الشفاء أو تخفيف الألم أو الحد منه (م.م هديل تومان محمد مهدي البهاج، 2017: 161).

حسب الباحثة فوزية رمضان أيوب يشير مفهوم الطبيب الشخص المؤهل علمياً، الذي يلجأ إليه المريض من أجل مساعدته في علاج حالته المرضية مستعينا في ذلك بالوسائل الطبية، حيث كان إعداد الطبيب من المسائل الهامة التي تحرص على الاهتمام بها الهيئات العلمية والطبية والسياسية في كل مجتمع متقدم (فاطمة مساني، [د.ت.ن]: 169).

كما أن للطبيب مجموعة من الواجبات الملقاة على عاتقه منها:

- ✓ الإسهام في تطوير المهنة علمياً ومعرفياً من خلال الأبحاث والدراسات وكتابة المقالات والتعليم المستمر، أي العمل على الارتقاء بها في كل نشاطاته.
- ✓ الابتعاد عن كل ما يخل بأمانته ونزاهته في تعامله مع المريض، ولا يفقد ثقة المريض به باستخدام أساليب الغش أو الكسب المادي بطرق غير نظامية وكل من شأنه الإساءة لمهنة الطب.

✓ كما يجب عليه أن يكون عضوا حيويا في المجتمع يؤثر فيه ويهتم به، وكذا بتفسير أفراد المجتمع بأهمية الالتزام بالسلوكيات الصحية والمشاركة الفعالة في كافة برامج الرعاية الصحية.

✓ وكذا لابد أن يكون على مستوى متقدم من المعرفة العلمية والعملية في مجال اختصاصه، وأن يحمي نفسه من الأخطار المحتملة أثناء ممارسته المهنة (محمد السامعي، 2017: 34-35).

✓ وفيما أوصى به أبي بكر الرازي عن أخلاق وواجبات الطبيب، الرفق وحفظ السر في الطب، نهي الطبيب عن المنكر، معالجة الفقراء، نهي الطبيب عن العجب لأن لا يكون كلامه كلام الجبارين، معرفة الحالة السوية قبل المرضية، النهي عن التجربة في المريض، التحذير من أنكفاء الطب، ضرورة تواضع الطبيب، وأضاف أيضا أنه لا كهانة في الطب، وكذلك أوصى بملازمة الطبيب للمريض بعد الدواء أيضا (عبد اللطيف محمد العبد، 1977: 27-89).

وعليه يمكن القول بأن الطبيب هو ذلك الشخص المؤهل علميا وعمليا، الحامل على شهادة عليا في ميدان الطب وفق التخصص الذي درسه لسنوات عدة إذ يحتل مكانة مرموقة داخل المجتمع، نظرا لنبل وأهمية مهنته الساعية لتقديم سبل العلاج للمرضى والعمل على الحد من الآلام أو التخفيف منها قدر المستطاع.

6. المريض:

يجمع الكثير من الباحثين أن المريض هو الشخص الذي عانى من مرض، وأن هذا الأخير هو تغير في صحته البدنية، الجسمية، أو العقلية، أو كليهما معا (نادية محمد السيد عمر، 2003: 56).

ويمكننا أن نصف المرضى الذين يسعون إلى الطبيب وطلب المساعدة إلى نماذج

معينة:

أ. المتمارض: هو الشخص الذي يأتي إلى الطبيب ويشكو إليه من أعراض مختلفة التي تبين إلى الطبيب أنها لا تنطبق على أي مرض يعرفه، ففي الغالب لا تكون مرضاً وإنما شكاوي غير مترابطة حسب مفهوم الطب وعلم الأمراض فالتمارض هنا يجسد دوره في تمثيل المريض نتيجة ممارسته المستمرة للتمارض، أو بتقليده لمريض حقيقي أو باطلاعه على المراجع الطبية التي يتعرف من خلالها على أعراض الأمراض المختلفة.

ب. المريض الوهمي: هو الشخص الذي يشعر بالمرض ولكنه غير مريض في الحقيقة، حيث أن هذا المريض يمكن أن يعاني من مرض عضوي بسيط يتطلب العلاج وقد لا يعاني من أي مرض عضوي، ولكن شكواه نفسية وهمية.

ت. المريض الحقيقي: هو الشخص الذي يشعر بتغيير لما تعود عليه في جسمه بظهور ألم أو ارتفاع في درجة الحرارة، قلة أو زيادة في النوم، إمساك أو إسهال، فقدان الشهية للأكل أو كثرة العطش... إلخ، إذ أن في هذا النوع يشعر المريض بمرضه، ويتضايق منه، ويسعى إلى الطبيب طالبا المساعدة على التخلص من مرضه (نادية محمد السيد عمر، 2003: 57-59).

يعتبر المريض أنه في حالة ضعف مزدوج، كونه في جهل بما يتعلق بتقنيات وأساليب مهنة الطب، وكذلك ما يعانيه من أمراض وآلام وأوجاع وعليه يلجأ إلى الطبيب لاكتشاف علته الجسدية والنفسية أة العقلية وعلاجها (لروي إكرام، 2011: 12). وفي نفس السياق ذاته فإن للمريض الحق في أن يختار بحرية الطبيب الذي يعالجه، لما يتمتع به من كفاءات مهنية وسمعية جيدة، وكذلك الثقة التي تجمعها به (منار صبرينة، 2019: 78).

ذلك نظراً لأن مجموعة المهارات المهنية والإنسانية التي تلعب دوراً بارزاً وفعالاً في نجاح العلاج وانتشال المريض إليه، يتوجب أن يتمتع بها الطبيب، من جهة أخرى لما طرأ

على الجانب الطبي من تقدم هائل أفرز العديد من التخصصات الطبية الدقيقة في مجتمع مكونات وأعضاء الجسم ككل كلا على حدة منفصلا عن الآخر.

وحسب **تالكوت بارسونز** فإن الإنسان المريض يعد منحرفا لأنه لم يستطع أن يحول دون وقوع المرض، كما أن المرضى غير قادرين على العناية بأنفسهم بشكل كلي، حيث يكون من الضروري أن يسعوا إلى الاستشارة الطبية، والتعاون مع الأطباء لأجل إتمام عملية العلاج (نادية محمد السيد عمر، 2003: 69).

أما في ميدان الخدمة الاجتماعية فيستبدل مفهوم الطبيب المريض بالعميل، وهو الفرد أو الجماعة أو الأسرة أو المجتمع المحلي الذي يطلب أو تقدم له الخدمة من المؤسسة ممثلة بالأخصائي الاجتماعي الذي يبادر أحيانا إلى عرضها عليه، ويطلق على العميل أحيانا لفظ حالة Case، حيث يمثل الجانب غير الشخصي في المشكلة الفردية من حيث ارتباطها به تأثيرا فرديا (عبد العزيز عبد الله الدخيل، 2012: 45).

وبناء على المعطيات السابقة، يمكن القول بأن المريض هو كل فرد يعاني من آلام وأوجاع، اضطرابات معينة على المستوى العضوي، النفسي، العقلي، أو حتى الاجتماعي، الأمر الذي يجعله يلجأ للطبيب، ولا سيما الطبيب الخاص طلبا للعلاج وإيجاد حلا فعالا لما يشكو منه من أعراض، لمواصل الحياة اليومية بشكل سليم، إذ يعتبر المريض الحلقة الأضعف نظرا لكونه مجبرا على الامتثال لتوجيهات وإرشادات ونصائح الطبيب لتحقيق مبتغاه العلاجي، كما انه يتمتع بحق الاستفادة من كل خدمات الرعاية الطبية والصحية، المقدمة لأجله للنهوض بالمستوى الصحي له بمختلف أنماطه لما هو أفضل.

ثانيا: المفاهيم المكملة (المساعدة):

1-الاتجاه:

ترجع كلمة الاتجاه تاريخية إلى أصلين: الأول اشتق من الأصل اللاتيني APTUS والذي يشير إلى معنى اللياقة، وقد ظهر هذا الاستخدام لأول مرة عند "هربرت سبنسر" عندما تحدث على الاستعداد للفعل كأمر ضروري للوصول إلى الحكم الصحيح، وظل، هذا

الاستخدام شائعاً واتخذ مضامين متعددة مثل الاستعداد العلمي، والتقليدي، والنظري، والتطبيقي، أما الثاني فإنه يرتبط باستخدام كلمة POSTUVE والتي تعني وضع الجسم عند التصوير، وتطور استخدام هذا المصطلح فأصبح يشير إلى الوضع المناسب للجسم للقيام بأعمال معينة (عاطف غيت، 2013: 36).

فالالاتجاه توجيهه نحو موضوعات معينة أو مواقف ذات صيغة انفعالية واضحة، وذات دوام نسبي، وقد يشير إلى الاستعداد أو الميل المكتسب الذي يظهر في سلوك الفرد أو الجماعة عندما تكون بصدد تقييم شيء أو موضوع بطريقة متسقة ومتميزة، أو قد ينظر إليه على أنه تعتبر محدد عن قيمه أو معتقد ولهذا اشتمل على نوع من التقييم الايجابي أو السلبي (عاطف غيت، 2013: 36).

يعرف "ألبرت" الاتجاه على أنه إحدى حالات التهيؤ والتأهيل العقلي العصبي التي تنظمها الخبرة، ولها فعل توجيهه على استجابات الفرد للأشياء والمواقف المختلفة (حسن صديق، 2012: 301).

ويذهب كلا من "كاتر ويلند" إلى أن الاتجاه نزعة الفرد أو استعداد المسبق إلى تقييم موضوع، أو رمز يرمز لهذا الموضوع بطريقة معينة، فاتجاه الشخص حسه هو حصيلة مزاجه ونوع المفاهيم التي يفرضها عليه مجتمعة والصورة التي يدرك بها شتى المواقف في ضوء خبراته وتفكيره (حسين صديق، 2012: 302-303).

كما أن الاتجاه يتكون من عناصر رئيسية:

- المكون العاطف الانفعالي يعود إلى المشاعر.
- المكون المعرفي مرتبط بالمعلومات والحقائق والمعارف، والقيم والآراء.
- المكون السلوكي متعلق باستجابة الفرد لاتجاه معين بالإيجاب أو السلب

(حسين صديق، 2012: 305).

• الاتجاه هو ميل مؤيد أو مناهض إزاء موضوع أو موضوعات معينة كالأشخاص والفئات الاجتماعية والأشياء المادية (بوساحة عبلة، 2007: 56).

• الاتجاه هو حالة من الاستعداد العقلي والعصبي، نشأت خلال التجارب والخبرات السابقة التي مرت بالإنسان وهو يؤثر تأثيرا ديناميا على استجابات الفرد إزاء جميع الموضوعات والمواقف التي لها علاقة له (بوساحة عبلة، 2007: 57).

وعليه، لا يمكن الاتفاق على إيجاد تعريف مطلق شامل لمفهوم الاتجاه إلا أنه يمكننا القول أنه يعبر عن استعدادات وميول وآراء وتوجهات الأفراد إزاء موضوع، قضية، ظاهرة معينة داخل حيزها أو المجتمع ككل، حيث أن هذا الاتجاه قد يتخذ منحى ايجابي أو سلبي بالقبول أو المعارضة، التأييد أو الرفض، كما يستمد الفرد نوع الاتجاه الذي ينتابه من خلال الخبرات السابقة، التنشئة الاجتماعية التي تلقاها داخل الأسرة المدرسية، أو عن طريق العلاقات ومختلف عمليات التفاعل، التبادل الاجتماعي، وتجد أيضا أن الاتجاه يمتاز بالطابع النسبي المتغير عند الفرد، لا يثبت بصفة دائمة على هيئة محددة نظرا للتغيرات والتطورات المستمرة.

2- المرض:

في معجم لسان العرب لابن منظور يقول أن المريض معروف والمرض السقم هو نقيض الصحة، وإذا نظرنا إلى مادة (سقم) فنجده يقول السقم السقم، المرض، والصحة والصاح خلاف السقم وذهاب المرض.

أما في قاموس المحيط للفيروزي فيقول (المرض) اضطراب الطبيعة بعد صفائها واعتدالها.

كتب التفسير كانت أكبر اهتمام في معاجم اللغة بتعريف المرض والمريض، فيقول الأصفهاني أن المرض هو الخروج عن الاعتدال الخاص بالإنسان وهو نوعان الأول

الجسمي، والثاني عبارة عن الرذائل كالجهل، والجبن، والبخل، والنفاق وغيرها من الرذائل الخلقية (الوحيشي أحمد بييري وعبد السلام الدويبي، 1949: 55).

وفي المجتمعات القديمة البسيطة ينظر للمرض على أنه قوة أو جوهر مستقل (مثل الروح الشريرة)، تهاجم الناس وتستقر في أجسامهم مسببة لهم الآلام والمعاناة وربما الموت (الوحيشي أحمد بييري وعبد السلام الدويبي، 1949: 60).

والمرض في عرف الطبيب لا يطابق تماما المرض في عرف المرضى، وهو ما يؤدي إلى حالة عبر عنها جانرنيح بقوله أن اختلاف نوعية ومستوى المعرفة بين الطبيب والمريض يؤدي إلى توسيع الهوة بين ما يسعى إليه المرض وما يؤديه الأطباء أو يباعد ما بين احتياجات المرضى، وما يقدمه الأطباء عن طريق العلاج الطبي، إذ يفرق بين المرضى Disease، كتعبير علمي طبي عن حالة المرضى وبين lumesse، كتعبير اجتماعي عن حالة المرضى، ومن الممكن أن تعبر عنه بلفظ "العلة" فالمرضى يعانون من "العلل" والأباء يعالجون الأمراض (فوزية رمضان أيوب، 1985: 42).

وهناك من الباحثين من فرق بين المرض والاعتلال والسقم، فالمريض يحدد بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة، أما الاعتدال فهو حالة من الاختلال الوظيفي والتي تتأثر بها الجانب الاجتماعي، وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين، أما السقم فهو حالة عضوية او نفسية للاختلال الوظيفي تؤثر على شخصية الفرد بهذا يكون المرض عبارة عن أقدار من قدرة الفرد الطبيعية على الوفاء بالتزامه اتجاه أسرته ومجتمعه وزيادة متاعبه النفسية كالتوتر والقلق والخوف (نادية محمد السيد عمر، 2003: 263).

كما ينظر علماء الاجتماع الطبي إلى المرض على أنه حالة اجتماعية منحرفة ظهرت نتيجة اضطراب في السلوك العادي من خلال المرض الذي هو حالة بيولوجية غير سوية (الوحيشي أحمد بييري وعبد السلام الدويبي، 1949: 64).

وهو ما ذهب إليه بارسوتر الذي يؤكد أنه يعتبر المرض نمط من أنماط السلوك المنحرف إذا كان المريض مد قوى إلى إدعاء المرض، الغاية في نفسه لتحقيق صيغة خاصة سواء تم ذلك شعوريا أو بطريقة لا شعورية (فوزية رمضان أيوب، 1985: 31).

وعليه يمكن أن نطلق على المرض أيضا اضطراب الصحة البدنية أو العقلية، وتلعب العوامل الاجتماعية دورا هاما في إحداث كثير من الأمراض، وقد يكون تأثير هذه العوامل مباشر أو غير مباشر في زيادة أو نقص احتمالات المرض، كما تشكل العوامل الاجتماعية عوامل حاسمة في توزيع كثير من الأمراض، كما تتغير ظاهرة المرض تبعا للمناطق الجغرافية، وتتطوي تحت معدلات تغير هذه الظاهرة أحوال اقتصادية وثقافية، تؤثر على تأثيرا شديدا على البيئة التي تسبب مرض الفرد ومدى تعرضه للمرض واستعداده له (أحمد زكي بدوي، 2009: 111).

وينقسم المرض إلى عدة أنواع منها:

✓ **المرض الجسمي النفسي:** الذي أسهم التفكير الديناميكي النفسي في شيوع هذا المصطلح منذ ثلاثينيات القرن العشرين، كان تشير في البداية إلى اتجاه عام في دراسة المرض يقوم على الاهتمام بالتفاعل بين العقل والجسم، ويعني عادة بعض الأعراض الجسمية كالقرحة التي يعتقد أنها ترجع إلى أسباب نفسية (جوردون مارشال، 2000: 1335-1336).

✓ **المرض العقلي:** إذ تتسم الأمراض العقلية باضطراب في الأداء الوظيفي العقلي مشابهة للاضطراب في الأداء الوظيفي للجسد إذ ترتبط الاضطرابات في الأفكار والمشاعر مثل الأوهام، الهلوسات، أو الاكتئاب بسلوك عادة ما يعتبر غريبا مخلا أو مضطر خدمات خاصة واهتمامات خاصة، والمرض العقلي كثيرا ما يعتبر وصمة أكثر من الأشكال المرضية (جوردون مارشال، 2000: 1336-1337).

✓ **المرض الاجتماعي:** الذي يعرفه "دفيد ميكانيك" في كتابه علم الاجتماع الطبي بأنه حالة باتولوجية تنتاب الفرد وتجعله غير قادر على أداء واجباته الاجتماعية فضلا

عن دورها في بحثه عن الانسحاب عليه من المجتمع لأنه لا يمتلك المؤهلات التي تعنيه على القيام بأدواره الاجتماعية (إحسان محمد الحسن، 2010: 123-124).

ومما سبق، يمكننا القول أن المرض هو كل ما من شأنه أن يحدث خلا، اضطراب، أو قصورا في أداء الفرد لمهامه المعتادة سواء كانت ذلك على مستوى الأعضاء الجسمية، أو الجانب العقلي النفسي أو الأدوار والوظائف الاجتماعية، إذ ان كلا من هذه الأنواع سابقة الذكر تشكل أصناف من أنماط الأمراض التي قد تصيب الإنسان، وينبغي أن تحتكم لسبيل تشخيص وعلاج مناسب لها، كي يتمكن الفرد المصاب من العودة لمزاولة الأنشطة الحياتية اليومية بشكل سليم.

3-العلاج:

يقصد بالعلاج عمليات وأنشطة منتظمة مصممة لشفاء أو لعلاج أو لوقف مرض أو إعاقة أو مشكلة، والعلاج أحد فروع علم الطب، ويهتم بالعلاج أو تطبيق المداواة لشفاء المرض البدني أو النفسي أو الاجتماعي، أو تخفيفه أو الوقاية منه (عبد العزيز عبد الله الدخيل، 2012: 193).

في موسوعة علم الاجتماع، تتنوع أصناف العلاج يمكن ذكر أهمها كآلاتي:

➤ العلاج الأمري الذي يستهدف تحويل الانتباه من مشكلات الفرد إلى الأسرة، كشف متكامل العناصر.

➤ العلاج الجماعي: الذي غالبا ما يستخدم كأحد أساليب العلاج النفسي لمجموعة أفراد.

➤ العلاج السلوكي: إذ يعد شكل من أشكال العلاج النفسي.

➤ العلاج النفسي: باعتماد أساليب علاجية معتمدة على التحليل النفسي (جوردن مارشال. 2000: 944-945).

➤ العلاج التوجيهي: الإرشادي: يهدف إلى مساعدة العميل على تبني سلوكيات فعالة وبناءة

- العلاج البيئي: مفهوم مستعمل في الخدمة الاجتماعية، يهدف إلى تأكيد أهمية تأثير عوامل أو قوى خارجية في المشكلة التي يعاني منها الفرد، فيسعى هذا النوع من العلاج إلى التخفيف من حدة هذا التأثير بتطبيق تكتيكات معينة.
- العلاج الاجتماعي: يشير إلى تقديم خدمات ملموسة وتسهيل الدعم البيئي للعملاء، وكذا مساعدتهم للتعامل مع المشكلات والصراعات الاجتماعية التي يواجهونها.
- علاج حالات الطلاق: يهدف إلى مساعدة الزوجين على التفكير بديل للطلاق والمناقشة المنطقية لكيفية حل الخلافات بطريقة صحية (عبد العزيز عبد الله الدخيل، 2012: 73-180).

وفي ذات السياق يعد العلاج مرحلة من مراحل العمل الطبي، فيعد توصل الطبيب إلى التشخيص السليم لعدة المريض تبدأ مرحلة العلاج الذي قد يكون طبيعياً أو عن طريق الأدوية أو بالتدخل الجراحي (نروي إكرام، 2014: 59).

كما يمكن تعريف العلاج على أنه جملة من التدابير الفنية المادية وغير المادية التي يباشر الطبيب تحديدها، ثم إخضاع جسم المريض للتفاعل معها بقصد مقاومة الداء وتخفيف عن ذات المريض (موسى رزيق، 2016: 5-6).

بناءً على المعطيات المعرفة السابقة، يمكن تعريف العلاج إجرائياً على أنه أهم عنصر والهدف الرئيسي في ميدان الطب، فهو يسعى لإيجاد حلاً للقضاء على آلام وأوجاع المرضى لإيصالهم للمجتمع بنوع من الراحة، الاتزان، والاستقرار للوضع الصحي، فنجد أنه يقدم دوماً للمريض من طرف الطبيب، كون هذا الأخير يمتلك القدر الكافي من المعارف والحقائق العلمية، لتقديم العلاج المناسب في مجال تخصصه بما يلاءم طبيعة المرض. كما لا يقتصر فقط على الطبيب بل يمتد ليشمل الأخصائي الاجتماعي أيضاً على مستوى تقديم خدمات ومساعدات معينة للعملاء في الميدان الاجتماعي، نظراً لتعدد المشكلات والظواهر الاجتماعية التي لا تتطلب علاجاً عضوياً بحثاً، مما أدى إلى ظهور أنماط متباينة من العلاج داخل المجتمعات.

4- الثقافة الصحية:

تعرف الثقافة الصحية على أنها " عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير سوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسة العادات الصحية الصحيحة" (أحمد محمد بدح، 2009: 14).

فمفهوم التثقيف الصحي يدور بشكل أساسي حول تقديم النصح والتواصل الصحي مع أفراد المجتمع، بهدف استشارة الدوافع لديهم أو إمدادهم بالمعرفة والمهارات اللازمة لتبني السلوكيات الصحية السوية، لرفع مستوى الصحة أو الوقاية من المرض، أو التقليل من مضاعفاته، فالثقافة الصحية هي سبيل توجيه المجتمع لحماية نفسه من الأوبئة والأمراض المعدية ومشاكل البيئة المحيطة به (أحمد محمد بدح، 2009: 14-15).

فالصحة والسلوك بينهما ارتباط وثيق وتأثير متبادل، وأي تغيير في أحدهما ينعكس على الآخر، إذ في العديد من الأمراض فإن السلوك يعتبر هو نفسه المرض، ويبرز ذلك في العديد من الحالات فنقول فلان مصاب بالهلوسة، فهذا مرض وهو أيضا سلوك (فالمرض يتكلم مع نفسه ولا يعتني بها ولا بعائلته ويصبح دون هدف). (محمد بشير شريم، 2012: 19-29).

وعرفت الثقافة الصحية أيضا بأنها قدر من المعارف والاتجاهات ذات صلة بالقضايا والمشكلات الصحية، بهدف مساعدة الفرد على ممارسة السلوكيات واتخاذ القرارات المناسبة وتصحيح المعتقدات الخطأ المنتشرة في مجتمعه المحلي حيال المشكلات والقضايا الصحية (صالح عبد الرحمن عبد، 2020: 123).

وتعرف الثقافة الصحية أيضا بأنها عملية تحفيز الأفراد وإقناعهم لتعلم ممارسة صحية صحيحة أو عملية ترجمة الحقائق والمفاهيم الصحية المعروفة إلى سلوكية صحية سليمة تؤدي إلى رفع المستوى الصحي لديهم بإتباع الأساليب التربوية المتنوعة (صالح عبد الرحمن عبد، 2020: 123).

كما عرفت الثقافة الصحية بأنها محصلة جميع المعلومات والمواقف والمهارات والتجارب والبرامج الصحية، التي تعلمها أو اكتسبها الفرد من محيطه الشخصي أو محيطه الخارجي كالمؤسسات والمنظمات الصحية والاجتماعية أو وسائل الاتصال المباشرة أو غير المباشرة، فإن الهدف من هذه المعلومات والبيانات هو الوقاية من الأمراض والأخطار المزمنة (صالح عبد الرحمن عبد، 2020: 123).

ويمكن تعريف الثقافة الصحية على أنها جملة من الحقائق والمعارف الي يكتسبها الفرد للحفاظ على قوام صحي سليم، وكذا الاستبدال العادات والأنماط السلوكية الخاطئة بأخرى صائبة صحيحة تساهم في تحقيق وعي ونصح صحي مناسب لضمان السلامة الجسدية، العقلية، النفسية للإنسان.

التمثلات:

يتباين مفهوم التمثلات نظرا لارتباطه بمفاهيم عديد أخرى، مثل الأيديولوجيا والمعتقدات والتصورات فبالنسبة إلى عالم الاجتماع إميل دوركايم فهي عبارة عن تصورات اجتماعية تتأسس في شكل قيم ومعايير للسلوك والقول وتتغير بتغير الحياة، فهي عبارة عن صورة للبنية الاجتماعية والثقافية للمجتمع.

أما سارج ميسكوفيتشي فقد عرفها على أنها نظام من القيم والأفكار والممارسات التي لا يتوقف دورها على ضمان استقرار عيش الأفراد والمجموعات فحسب، وإنما تشكل عامل أساسي في توجيه و تحديد التصورات التي يحملها الأفراد في وضعية معينة، وتسمح لهم هذه التمثلات بالانتقال من الوصف المباشر للمواضيع المدركة إلى مرحلة التفسير لدلالاتها الاجتماعية السياسية الثقافية والقيمية والمعرفية (مصباح الشيباني، 2018: 60-61).

فالتمثلات هي نوع من المعارف العامة أو الفكرية المشتركة بين الأفراد أو المجموعات التي تحدد توجهاتهم، علاقاتهم، تفاعلهم مع الواقع الاجتماعي والمادي، تساهم في تحقيق الوحدة الشعورية والنفسية وضبط طرق التواصل بينهم (مصباح الشيباني، 2018: 62).

التمثلات الاجتماعية تبرز في أشكال متنوعة، معقدة نسبيا. وهي صور تكيف

مجموعة من المعاني أو أنساق مرجعية تسمح بترجمة ما يحدث، وإعطاء معنى لغير المتوقع، أو هي فئات تمكن من تصنيف الظروف والظواهر الأفراد الجين نتعامل معهم، وهي أيضا النظريات التي تسمح بالحكم عليهم، اي هي أسلوب ترجمة وتفكير واقعا اليوم و معرفة شكل معرفة اجتماعية (بوخريسة بوبكر، 2006: 154).

فالتمثل الاجتماعي يخص بالدرجة الأولى الطريقة التي ندرك بها الموضوعات الاجتماعية ومعطيات محيطنا، والمعلومات التي تدور والأفراد المحيطين، فهو المعرفة "الإعتباطية" التي تهتم العلوم الاجتماعية والتي اعتدنا على تسمينها "بمعرفة الحس العام" أو "التفكير الطبيعي" على خلاف التفكير العلمي، وأنماط التفكير التي نتلقاها وننقلها بواسطة التقاليد والتربية واتصال (بوخريسة بوبكر، 2006: 155).

بالإضافة إلى أن التمثل هو فعل فكري، أو نشاط عقلي نقوم به لإرجاع الشيء مدركا من خلال تمثّل صورة لهذا الشيء الغائب، التمثل هو عملية بناء عقلي هو عملية تركيب يقوم بها الفكر من أجل تصور الشيء ذهنيا (قويدري بشاوي، 2014: 12).

ثالثا: المقاربة المنهجية وأدواتها الإجرائية وطرق المعالجة الميدانية:

المقاربة المنهجية:

يتعلق موضوع دراستنا بالبحث حول سوسيولوجيا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض للوصول إلى أدق المعلومات النظرية والميدانية التي تخدم أغراض الموضوع المدروس، فقمنا بتوظيف المقاربة المنهجية الوصفية حيث تسمح بدراسة الظواهر والأحداث، كما هي من حيث خصائصها وأشكالها، والعوامل المؤثرة في ذلك فهو يدرس حاضر الظواهر والأحداث عن طريق توصيفها، من جميع الجوانب، حيث يقوم برصد ومتابعة الظاهرة أو الحدث بدقة، وبطريقة كمية ونوعية من أجل التعرف على الظروف والعوامل التي أدت بحدوث ذلك للوصول إلى النتائج التي تساعد في فهم الحاضر والتنبؤ بالمستقبل (كمال دشلي، 2016: 61).

ولذلك تعين من الناحية الاستراتيجية البحثية الوصفية إنجاز العمليات التالية:

- توصيف أهم العوامل المؤثرة في نجاح وفعالية العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض.
- توصيف التغيرات التي تطرأ على نوعية العلاقة بين الطبيب والمريض.
- توصيف أهم المعوقات التي تواجه العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض.

ثانياً: الأدوات الإجرائية

تحتاج المقاربة المنهجية الوصفية إلى مجموعة من الأدوات الإجرائية المتعلقة بالبحث الميداني، ما يساعد على الوصف الكمي للظاهرة عن طريق المعطيات والبيانات الرقمية المتحصل عليها من تفريغ استمارة المقابلات.

كما تم الاستعانة أيضاً بالمقابلات الحرة إضافة إلى قياس اتجاهات المرضى، وذلك من أجل رصد مواقفهم واتجاهاتهم نحو العلاقة بين الطبيب والمريض ودوره في تنمية العلاقات الاجتماعية، وسنوضح هذه الخطوات والإجراءات كالتالي:

أ. أداة الإحصاء: من أجل أن تكون المقاربة المنهجية الوصفية ذات طابع علمي ومستوى دقيق، فهي تحتاج إلى توظيف أداة الإحصاء التي تتمظهر من خلال تفريغ البيانات الميدانية وفق نسق تنظيم المتغيرات والمؤشرات والأبعاد وتحويلها إلى بيانات رقمية في شكل جداول إحصائية بسيطة مركبة، كما أن التوظيف الإحصائي يظهر لنا جلياً بتحويل الأرقام إلى جملة من الدلالات الإحصائية، ما يسمح بتفسيرها وفهمها والوصول إلى الكشف عن الأنساق الخفية.

ب. المقابلة: لقد حاولنا من خلال هذه المقابلة الكشف عن مدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية في تحقيق فاعلية العلاج، وكذا من خلال معرفة مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، وكذا المعوقات الأساسية التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض، وعليه قمنا بوضع (16) سؤال موزعة على 3 محاور الآتية:

✚ **المحور الأول:** يتعلق بمدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض ويشمل 5 أسئلة.

✚ **المحور الثاني:** يتعلق بمزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض.

✚ **المحور الثالث:** يتعلق بالمعوقات الأساسية التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض، ويشمل 6 أسئلة.

وقد أجرينا المقابلة مع عينة تكونت من (20) طبيب، حيث أجرينا مقابلة مع كل من:
✓ الطبيب العام.

✓ الطبيب الخاص: يتعلق بطبيب العيون، الأسنان، النساء.

✓ طبيب الأمراض الجلدية.

✓ طبيب الأنف والأذن والحنجرة.

✓ طبيب القلب.

✓ طبيب الأطفال، وكذا طبيب أمراض العظام والمفاصل.

قياس الاتجاهات: فطبيعة الموضوع في جانب منه هو معرفة اتجاهات المرضى نحو العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، وقد فرض علينا من الناحية المنهجية استخدام تقنية قياس الاتجاهات، وكون أن هذا الأسلوب يتطلب إجراءات دقيقة لجمع البيانات، ويقوم على وضع بنود ايجابية وأخرى سلبية، وأخرى محايدة التي تقابلها 5 درجات تحدد رأي المبحوثين، بحيث يطلب إلى الشخص تقديم إجابة على السؤال بإحدى الصيغ الآتية:

❖ عبارة أوافق بشدة (2+).

❖ عبارة أعارض بشدة (2-).

❖ عبارة أوافق (1+).

❖ عبارة أعارض (1-).

❖ عبارة محايد (لا أدري) (0).

وقد احتوت استمارة قياس الاتجاهات للمرضى نحو العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض على المحاور التالية:

- **المحور الأول:** خاص بالبيانات الأولية المتعلقة بالمرضى، اشتملت على أربع أسئلة محددة حول (السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).
- **المحور الثاني:** خاص بمزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض وقد احتوت على 8 عبارات سالبة وموجبة.
- **المحور الثالث:** خاص بالعوامل المؤثرة في العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، وقد احتوت على 8 عبارة سالبة وموجبة.

ثالثا: طرائق المعالجة الميدانية: التحليل والتفسير والفهم

إن دراسة الواقع دراسة ملموسة يتطلب جليا عملية التحليل، والتي تركز على تفكيك هذا الواقع، وذلك ابتداء من وصف الظاهرة المدروسة، التعرف على مدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، وكذا التعرف على اتجاهات المرضى نحو العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، علاوة على هذا يأتي دور تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض.

وعليه يتطلب ذلك فهم المعوقات التي تعترض العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، وكذا الأخذ بعين الاعتبار بالمواقف والآراء المعبر عنها من قبل المرضى المتعلقة بالحلول اللازمة لتجاوز هذه المعوقات.

مجالات الدراسة:

- أ. **المجال المكاني:** طبيعة الدراسة وخصوصيتها فرضت على الباحث مجال مكاني، وهذا ما أدى بنا إلى اختيار مدينة قالمة لإجراء دراستنا.
- ب. **المجال البشري:** لقد وعنا الاستثمارات على 200 مريض، وزعت بطريقة عشوائية بسيطة على المرضى.

ت. المجال الزمني:

الزيارة الأولى التي تمت على مستوى المراكز الصحية العمومية.

○ اليوم: 2021/04/10.

○ الجهة: شملت نسبة معتبرة من فئة المبحوثين من المرضى.

الزيارة الثانية: التي تمت على مستوى العيادات الخاصة.

○ اليوم: 2021/04/15.

○ الجهة: حيث شملت كل من الأطباء الخواص والمرضى المتواجدين عندهم.

الزيارة الثالثة: التي تمت على مستوى القطاع العام والخاص.

○ اليوم: 2021/04/20.

○ الجهة: أجريت على بعض من الأطباء الخواص والعموميين على حد سواء من

خلال المقابلات المفتوحة.

الزيارة الرابعة: التي تمت في إطار تطبيقنا لاستمارات قياس الاتجاهات.

○ اليوم: 2021/04/26.

○ الجهة: أجريت في خضم استكمال توزيع الاستمارات قياس اتجاهات المرضى،

وما تبقى من عدد ضئيل من استمارة المقابلة مع الأطباء.

فقد وزعنا الاستمارات على 200 مريض تم اختيارهم بطريقة قصدية، واسترجعنا 200

استمارة، وللعينة المختارة خصائص، نذكر منها:

1- السن:

الجدول رقم 01: يمثل سن المبحوثين

النسب %	التكرارات	السن
38%	76	من 20 إلى 29 سنة
27,5%	55	من 30 إلى 39 سنة
15,5%	31	من 40 إلى 49 سنة
19%	38	من 50 فما فوق
100%	200	المجموع

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات (السؤال رقم 01)

يتضح من خلال بيانات الجدول أعلاه أن الفئة العمرية المتراوحة ما بين 20 إلى 29 سنة بنسبة تقدر بـ (76-38%) تحتل المرتبة الأولى في أكبر شريحة عمرية متجسدة في عدد المبحوثين، وهو ما يدل على أن المجتمع الجزائري مجتمع فتي شبابي بامتياز، وبما أن عينة الدراسة اختصت بالمرضى دون غيرهم فنجد أنهم أصبحوا عرضة للكثير من الأطراف العمرية التي تتطلب التشخيص والمعالجة الطبية نظرا لانتشار العادات الصحية والاستهلاكية المعبرة بالجانب العضوي كتفشي مطاعم الأكل السريع، وكذا ما هو متعارف عليه من توجه الشباب الجزائري خاصة قلة الذكور لظاهرة التدخين الذي يعد موت بطيء لهم، يولد العديد من الأمراض المتباينة الظاهرة المنتشرة هذا من جهة،

ومن جهة أخرى، إن تزايد حوادث المرور في السنوات الأخيرة، خلق آثار أو عاهات مستديمة الأمر لصاحبها، فيضطر المتابعة الطبية المستمرة، ولا تشتكي من الحوادث أيضا الحوادث المنزلية عند القيام بأشغال البيت خاصة، بالنسبة لفئة النسوة وكذا ما يشهده العصر الحالي من توفر رهيب للأجهزة والآلات الكهربائية داخل المنازل، وهو ما من شأنه أن يسبب جروحا وإصابات جراء التسرع في استخدام هذه الأجهزة الحديثة، من منطلق التوفير في عامل الوقت واستغلاله لأداء أعمال أخرى ومن زاوية أخرى من خلال غياب العلم والوعي

الكافي حول كيفية آليات استعمالها، والجدير بالذكر أيضا أننا نجد أن فئة الذكور لديهم الألعاب الرياضية أكثر من الإناث مثل كرة السلة، الطائرة، وكرة القدم، بالأخص ما من شأنه أن يعرضهم باحتياجات تستلزم العلاج السريع عند الطبيب، ومن جانب آخر أن ما شهده المجتمع الجزائري في الآونة الأخيرة من ظاهرة زواج الفتيات إنهم لمسارهم الدراسي، أي حتى قبل التخرج الجامعي وكذا من لم يتحصلن على شهادة البكالوريا، فهناك قلة كبيرة منهم ترى الزواج هو السبيل الوحيد لتغطية الفشل الدراسي والنجاح في الحياة الزوجية بدل هذا الأخير، الأمر الذي يتطلب الفحص الطبي من حين لآخر ذلك مع التفشي الهائل فإن للجهاز الطبي المتخصص كلا حسب مجاله، بالتطرق لزوايا أخرى، للعوامل الاقتصادية والاجتماعية المتدنية الأثر البالغ في إحداث أمراض سوء التغذية ووهن الجسم، فقد تكون سببا أساسيا في لجوء هذه الفئة الشابة للطبيب.

وفي ذات السياق لدينا الفئة العمرية من 30-39 سنة بنسبة (27,5-55%) من إجمالي عدد المبحوثين التي تحتل المرتبة الثانية، وهو ما يعكس أن أكثر فئة التقينا بها وطبقت عليها الدراسة الميدانية هي شريحة شبابية، وأن أكثر الفئات كن من النسوة، والمتعارف عليه أنهن الأكثر تداولاً على الأطباء سواء العام كامن أو الخاص، من خلال متابعة حملهن من فترة قصيرة إلى أخرى على مدار تسعة أشهر كذلك أن النسوة من الأكثر اهتمامات بأسنانهم وجانبيهم الجمالي من منطلق ما صادفناه من عدد كبير لهن عند أطباء الأسنان ومختصي الأمراض الجلدية واختصاصي الجراحة التجميلية، ولا يمكن أن نستغني فئة الذكور أيضا ذلك من خلال تدخينهم المتواصل ما يتسبب في التلف السريع لأسنانهم، أيضا ما يشهده الكثير من فئات المجتمع رجالا ونساء خاصة ابتداء من سن 30-39 سنة فما فوق، من معاناة وآلام على مستوى القلون خاصة العصبي منه جراء المشروبات الغازية الذي يفضلها كلا الجنسين، والتناول المتكرر للعجائن والمأكولات الزيتية بالأخص للنساء وجبة العشاء وغيرها عوامل متباينة للإصابة تجعل من هذه الشريحة تلجأ للطبيب

المتخصص فيه من حين لآخر، بالإضافة إلى أن العمل بصفة رسمية عند الدولة قد يتعرض صاحبها لبعض من الحوادث المختلفة، كلا حسب مكان وطبيعة العمل المكلف به. فهذه الفئة تكون عادة في طور العمل سواء الحر أو القطاع الوظيفي المقنن، مما يضطر المصاب للكشف الطبي لمباشرة الحياة المهنية من جديد.

في حين أن الفئة العمرية المتراوحة ما بين 40 إلى 49 سنة قدرت بنسبة (31-15,5%) ما يؤكد أن هذه الشريحة على دراية بأهمية الفحص الدوري على المستوى الصحي والكشف المبكر عن ما ينتابهن من أعراض، خاصة النسوة منهن لذلك انتشرت في الوقت الراهن بالموازاة مع أجهزة الإعلام والاتصال ووسائل التواصل الاجتماعي رسائل توعوية إرشادية من الأطباء، بضرورة توخي الحذر من التغاضي على الصحة العامة، بالأخص بلوغ سن الأربعين وهو ما لاحظناه من نصائح توجيهية عنه للكشف المبكر حول السرطان، مثل سرطان الثدي الذي يفتك بالعديد من النسوة، إضافة إلى أن تقشي مرض السكري عند هذه الفئة قد أنقل كاهل كلا من الرجل والمرأة، الأمر الذي يستوجب عليهم المتابعة المتواصلة عند الأطباء لاستقرار الوضع الصحي، المرفق أيضا بالانتشار الهائل لمرض الضغط الدموي لدى أفراد المجتمع خاصة هذه الشريحة العمرية.

أما الفئة العمرية ذات 50 فما فوق فنجدها قد قدرت نسبتها بـ (38-19%) وبالتالي فهي من من يكثر إقبالها عادة على الطبيب نظرا لكونها تبدأ في مرحلة ضعف جهازها المناعي، فتتسم بانها عرضة وحاملة للكثير من الأمراض كالسمنة عند البعض وأمراض القلب وهشاشة العظام، وآلام المفاصل عند البعض الآخر حيث قد وجدنا نسبة من هؤلاء برفقة أبنائهم داخل العيادات والمستشفيات، كما ان معظمها ينتمي لفئة النسوة كونهن الأكثر تعرضا للأمراض من منطلق أن أغلبهن متزوجات، وهو ما يدل على أن كثرة الضغوط والمشكلات التربوية والاجتماعية، والأسرية منها وكذا الاقتصادية المتعلقة بأبنائهن وأزواجهن تأخذ الكثير من تفكيرهن، وهو ما ما ينعكس سلبا على حالتهم الصحية، ولا يمكننا الإنكار أيضا أن فئة الرجال أيضا قد تؤثر هذه الضغوط الاجتماعية والمعيشية أو حتى المشكلات

الأسرية الداخلية على وضعهم الصحي بشكل سلبي، الأمر الذي يشكل حتمية من شأنه أن لجوءهم للعلاج الطبي.

2-الجنس:

الجدول الثاني: يمثل جنس المبحوثين

النسب %	التكرارات	الجنس
79,5%	159	أنثى
20,5%	41	ذكر
100%	200	المجموع

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات (السؤال رقم 02)

الملاحظ أن النسبة الغالبة هي فئة البنات، حيث قدرت نسبهم (159-79,5%) أنثى، أما فئة الذكور فتمثلت نسبهم (41-20,5%) ويقدر عددهم واحد وأربعون، والواضح الإيثار هي الفئة الغالبة من المرضى، وهذا راجع لارتفاع نسبة المواليد الإيثار على الذكور مما جعلهم عرضة للمرض أكثر، باعتبار أن النساء يزرن الطبيب أكثر خاصة المرأة الحامل فهي تزروه بشكل مستمر، مقارنة بالذكور قهم يتوجهون للطب الشعبي أكثر من الطب الحديث.

3-المستوى التعليمي:

الجدول رقم 03: يمثل المستوى التعليمي

النسب %	التكرارات	المستوى التعليمي
5%	10	أمي
5,5%	11	ابتدائي
20%	40	متوسط
25.5%	51	ثانوي
44%	88	جامعي
100%	200	المجموع

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات (السؤال رقم 03)

يتبين من خلال معطيات الجدول أعلاه أن هناك تقريبا ملحوظا بين فئة الأميين بنسبة (10-15%) وفئة المستوي التعليمي الابتدائي ذات نسبة قدرت ب (11-5,5%)، وهو ما يدل على أن هاتين الشريحتين تنتمي على الأغلب إلى الفئة العمرية ذات الخمسين سنة فما فوق، نظرا لكون بعضهم ينحدرون من البيئة الريفية المنغلقة التي ترفض تعليم الفتاة بصفة أخص، كما أن منهم أيضا من عايش أواخر الحقبة الاستعمارية الفرنسية للجزائر وشهد مخلفاتها، من تحطيم وتخريب المدارس وأماكن التعليم وما صاحبه من تفشي لظاهرة الفقر وانعدام وسائل تحصيل العلم، وكذا ما يقدم عليه الآباء من توجه لتزويج الفتيات في سن الطفولة والمراهقة، وما صاحب ذلك من الإقدام على توجيه الذكور للحياة العملية في سن جد مكبرة، خاصة في الحقول الزراعية والفلاحية.

أما فئة المبحوثين من المرضى ذات المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (40-20%)، فتبدو هي الأخرى متقاربة مع ذوي المستوى التعليمي الثانوي المقدر بنسبة (51-25,5%)، بالتالي فهي تشمل كلا من الذكور والإناث الذين انقطعوا أو عزفوا عن الدراسة لعوامل متباينة كلا حسب ظروفه المعيشية، الأسرية والاجتماعية، وعلى الأرجح فإن أغلبهم

من شريحة الذكور، حيث أن معظمهم ينمو لديهم منذ الصغر الميل الشديد العمل على كسب الأموال فنجدهم لا يستمرون في مواصلة المسار الدراسي إنهاءه، كونه يتطلب القدر الهائل في القيم التربوية كالصبر، التركيز الجيد، فسرعان ما يفضلون الحياة المهنية على الدراسية فمنهم من يتجه للأعمال الحرة، والبعض الآخر للخدمة العسكرية، أو الانخراط في مجال الشرطة، وذلك كونهم من يقع على عاتقهم مسؤولية مصاريف البيت، لمن توفي أحد أبويه خاصة الأب والتوفير لمصاريف الزواج مستبعد أن منهم من يرى أن مواصلة التعليم حتى الطور الجامعي يعتبر مضيعة للوقت، نظرا لما يشهده الواقع المجتمعي من اتساع لدائرة وشبح البطالة، ومن جانب آخر قد تكون قلة وتدني مستوى القدرات الفكرية والتعليمية والتزايد المتكرر لإعادة السنة الدراسية سواء للذكر أو الأنثى العامل الأساسي في الانقطاع عن الدراسة.

وفيما يتعلق بشريحة المبحوثين ذات المستوى التعليمي الجامعي، فاستحوذت على نسبة (88-44%)، فهو ما يمكن تفسيره بأن الجامعات الجزائرية أصبحت تستقطب أكبر عدد ممكن من الطلبة، بالنظر إلى التنوع والتوفر المتباين للتخصصات الدراسية على مستوى التعليم الأكاديمي، وكذا بالتوازي مع التسهيل في امتحانات شهادة البكالوريا وما رافق ذلك من تحقيق لمعدل النجاح القانوني الذي قد أدرج إمكانية الالتحاق بالطور الجامعي بمعدل أدنى ألا وهو تسعة فما فوق، الأمر الذي أسهم في تدني مستوى التعليم في الجزائر، بافتقاره لغياب شبه تام لمعايير جودة التعليم، وفي ذات الصدد فإن فئة الإناث أصبحت تنافس الرجل في جل المجالات الحياتية، بل تفوقت عليه أيضا في الميدان الدراسي، فهذه الفئة طموحة لبلوغ مكانة مرموقة، تحقيقا للاستقلالية الاقتصادية من منطلق ما نصت عليه القوانين الدولية من مواثيق حقوق الإنسان وما حثت عليه من حفظ لحرية المرأة.

4- الحالة الاجتماعية:

الجدول الرابع: يمثل الحالة الاجتماعية للمرضى

النسب %	التكرارات	الحالة الاجتماعية
33,5%	67	أعزب
58%	116	متزوج
4,5%	9	مطلق
4%	8	أرمل
100%	200	المجموع

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات (السؤال رقم 04)

من خلال المعطيات المستقاة من الجدول أعلاه يظهر أن أغلبية المرضى المقدره نسبتهم بـ (116-58%) يمثلون المرضى المتزوجون، وهذا راجع إلى شعور المريض المتزوج بالاكنتاب وعدم التمتع بحياة زوجية صحية، فالشعور بالاكنتاب والقلق والملل هو الأخير يجلب أمراض عضوية كثير يمثل ارتفاع الضغط السكري، والقلب والسرطان، أما في المرتبة الثانية تمثلها المرضى العزاب بنسبة (67-33,5%)، وهذا ما يدل على أن هذه الفئة من المرضى يتمتعون بصحة جيدة نوعا ما مقارنة مع المتزوجون، وهذا راجع للاستقرار النفسي والبعد عن مشكلات الحياة اليومية، والضغطات مما يجعلهم أقل عرضة للمرض، أما المرضى المطلون والأرامل فكانت نسبتهم متقاربة بنسبة (9-4,5%) و(8-4%) على التوالي، وهذا راجع للوضعية الاجتماعية التي يعيشونها، نتيجة لتعرضهما لظروف اجتماعية قاسية كال فقر والهشاشة الاجتماعية، ناهيك عن نظرة المجتمع الدونية لهم.

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل كمدخل لدراسة الإشكالية، وتساؤلاتها، والتي تتمحور حول سوسولوجيا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض.

وبعد عرضنا لمختلف الإجراءات وأدوات إجراء الدراسة الميدانية، والخطوات الهامة التي قمنا بها الإطار المفهومي والمقاربة المنهجية، فقد برزت لدينا صورة أوضح وأشمل تحمل صفة الموضوعية المغايرة للأفكار والاعتقادات المسبقة حول الظاهرة، وذلك من خلال جملة البيانات والمعلومات التي تم الحصول عليها من الجانب الميداني لدى فئة الأطباء والمرضى، حيث تم ذلك عن طريق الاستعانة بمجموعة من الوسائل والبيانات التي تم توظيفها والاستعانة بها في الدراسة الميدانية، كما سنتناول في الفصل الموالي التطرق لبعض المقاربات المهمة التي تعتمد عليها الدراسة إلى حد كبير لأجل الوصول لتصور معرفي عن موضوع الدراسة الحالية.

المصادر المراجع:

1. إحسان محمد الحسن (2010). علم الاجتماع الطبي: دراسة تحليلية في طب المجتمع. ط2. عمان-الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
2. أحمد زكي بدوي(2009). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، انجليزي-فرنسي-عربي: قسم المعاجم والقواميس. مكتبة لبنان.
3. أحمد زكي بدوي[د.ذ.س.]. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية: انجليزي/فرنسي/عربي: مكتبة لبنان.
4. أحمد زين الدين بوعامر ومنى قحموص (2017). "العلاقة العلاجية طبيب- مريض والإعلان عن التشخيص في سرطان الثدي عند المرأة". مجلة العلوم الانسانية (الجزائر)، العدد 8. ديسمبر.
5. أحمد محمد بدح[وأخرون] (2009). الثقافة الصحية. ط1. عمان-الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
6. أنتوني غندز (2005). علم الاجتماع (مع مدخلات عربية). ترجمة فايز الصياغ. ط4. بيروت: المنظمة العربية للترجمة.
7. بدر محمد الزغيب (2011). "المسؤولية المدينة للطبيب عن الأخطاء الطبية في مجال التلقيح الاصطناعي"(رسالة ماجستير مقدمة استكملا للحصول على درجة الماجستير في القانون الخاص.قسم القانون الخاص، كلية الحقوق، جامعة الشرق الأوسط).
8. بوخريسة بوبكر (2006). "المفاهيم والعمليات الأساسية في علم النفس الاجتماعي" عنابة: منشورات باجي مختار.
9. بوساحة عبلة (2007). اتجاهات الأساتذة الجامعيين نحو تطبيق النموذج الثقافي التنظيمي للنظرية، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، قسم علم النفس وعلوم التربية والعلوم الإنسانية، عنابة.

10. جراح هدى [وأخرون] (2011). "واقع الخدمات الاجتماعية داخل المستشفى وتأثيره على المريض". (مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس في علم الاجتماع خدمة اجتماعية، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة 8 ماي 1945، قالمة).
11. جميل حمداوي (2015). المفاهيم السوسيولوجية عند بير بورديو.
12. جميل حمداوي (2015). جهود ماكس فيبر في مجال السوسيولوجيا. الألوكة.
13. جميلة شلغوم (2013). "دوافع السوسيولوجيا في الجزائر في ظل الحداثة وما بعد الحداثة". (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص علم الاجتماع تنظيم وديناميكيات اجتماعية والمجتمع، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة-الجزائر).
14. جوزدرون مارشل (2000). موسوعة علم الاجتماع. المجلد الثاني. ترجمة محمد الجوهري [وأخرون]، القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.
15. جون سكوت (2009). خمسون عالما اجتماعيا أساسيا المنظرون المعاصرون. ترجمة محمود محمد علمي. بيروت: الشبكة العربية للأبحاث والنشر.
16. حسين صديق (2012). "الاتجاهات من منظور علم الاجتماع" مجلة جامعة دمشق، المجلد 23، العدد 3+4.
17. خضرة عمر المفلح (2015). الاتصال: المهارات والنظريات وأسس عامة. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
18. سميرة بن صافي (2008). ثنائية الصحة والمرض من منظور أنتروبولوجي، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية (ورقلة- الجزائر): العدد 35.
19. صالح عبد الرحمن (2020). مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، المجلد 28، العدد 11. الثقافة الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية، دراسة اجتماعية ميدانية لدى طلبة كلية الآداب جامعة بغداد، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب.

20. صبري محمد حمدان ورولا إبراهيم حبيب (2014). "مدى رضا المرضى الراضين عن الخدمات الصحية". مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية (فلسطين). المجلد الثاني والعشرون، العدد الثاني، يونيو.
21. عاطف غيت (2014). قاموس علم الاجتماع الحديث: فرنسي/عربي. شرح لكل المصطلحات الاجتماعية. ترجمة إبراهيم جابر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
22. عبد السلام بشير الدويجي (2006). علم الاجتماع الطبي، عمان-الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
23. عبد العزيز عبد الله الدخيل (2012). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية والعلوم الاجتماعية. ط2. عمان "دار المناهج للنشر والتوزيع.
24. عبد اللطيف محمد العبد (1977). أخلاق الطبيب "دراسة لأبي بكر زكريا الرازي إلى بعض تلاميذه". ط1. القاهرة: مكتبة دار التراث.
25. عبد الله إبراهيم (2006). علم الاجتماع (السوسيولوجيا) ط2. بيروت: المركز الثقافي العربي.
26. عبد الله محمد عبد الرحمن (2002). سوسيولوجيا الاتصال والإعلام: النشأة التطورية والاتجاهات الحديثة والدراسات الميدانية. دار المعرفة الجامعية.
27. عبد الهادي الجوهري (1999). معجم علم الاجتماع. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
28. عثمان عبد المعطي (1999). علاقة التقنيات المسرحية بتغيرات المجتمع المصري (1960-1975)، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
29. علي عبد الرزاق جلبي [وآخرون] (2002). نظرية علم الاجتماع الرواد. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
30. فاطمة الزهراء براحيل (2009). "دور الطبيب والممرض في العلاج الطبي". مجلة التواصل (عنابة). العدد 24. جوان.

31. فاطمة مساني (د.ت.ن). أنماط التفاعل الاجتماعي بين الأطباء والمرضى من منظور سوسيولوجي. جامعة البويرة.
32. فوزية رمضان أيوب (د.ت.ن)، دراسات في علم الاجتماع الطبي. القاهرة: زهراء الشرق.
33. قنذلي رمضان (2012). "الحق في الصحة في القانون الجزائري: دراسة تحليلية مقارنة". دفاتر السياسة والقانون، (الجزائر) العدد 6. جانفي.
34. قويدري بشاوي مليكة (2014). "تمثل صورة الذات وصورة الآخر في العلاقة العلاجية"، دراسة ميدانية مع عينة من مرضى المستشفى الجامعي لمدينة وهران، (أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علم النفس وعلوم التربية الأرتقونيا، جامعة وهران).
35. كمال دشلي (2016). منهجية البحث العلمي، مصر: مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية.
36. لبصير فطيمة (2008). "دوافع العلاقات في البرلمان الجزائري. مجلس الأمة نموذجاً" (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الاتصال والعلاقات العامة، قسم علوم الإعلام والاتصال، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة منتوري. قسنطينة).
37. لروي إكرام (2014). إدارة المريض في العقد الطبي في التشريع الجزائري، (مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون الخاص الأساسي، جامعة العقيد دراية، أدرار).
38. م.م هديل تومان محمد مهدي البهاج (2017). "صورة الطبيب لدى المجتمع العراقي" (دراسة ميدانية في مدينة الكويت). الفلسفة واللسانيات والعلوم الاجتماعية. العدد الخامس والعشرين.
39. محمد الجوهري (2002). قراءات معاصرة في نظرية علم الاجتماع، ترجمة مصطفى خلف عبد الجواد، القاهرة: مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية.

40. محمد السامعي (2017) أخلاقيات المهن الصحية "أخلاقيات-واجبات-علاقات-مبادئ". كلية الجزيرة للعلوم الصحية.
41. محمد بشير شريم (2012). الثقافة الصحية، عمان-الأردن: مكتبة الأسرة الأردنية.
42. محمد حسن حافظ [وأخرون] (2019). أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية. دراسات تطبيقية على عينة من المستشفيات الخاصة في ولاية الخرطوم.
43. محمد علي الباز [وأخرون] (2012). مهنة الطب القضايا الأخلاقية والفقهية في المهن الصحية)، جدة: مكتبة كنوز المعرفة.
44. مصباح الشيباني (2018). مآزق ثورة الشعب يريد ومآلاتها: "مقاربة سوسيولوجية في عقل ما قبل الثورة". تونس: زينب للنشر والتوزيع.

الفصل الثاني

الفصل الثاني: المقاربات النظرية للعلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

توطئة

أولاً: مقاربات العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

(1) المقاربة الوظيفية

(2) مقاربة الفعل الاجتماعي

(3) مقاربة الصراع

(4) مقاربة الفعل التواصلي

(5) مقاربة الفردانية المنهجية

(6) المقابلة التفاعلية الرمزية

ثانياً: مقاربات الصحة والمرض

(1) مقاربة ما بعد البنيوية

(2) مقاربة البنائية الاجتماعية

(3) مقاربة بناء التصورات الاجتماعية

خلاصة

المصادر والمراجع

توطئة:

إن المقاربات الاختزالية والأحادية، لا يمكن أن تقود نهاية إلا إلى معرفة اختزالية فالمقدمات تحسم النتائج، وعليه فإن الركون إلى تعدد مسلكي في القراءة والتحليل والتفسير تتيح للباحث إمكانيات شتى لقراءة الواقع الاجتماعي من زوايا مختلفة، وتسمح له بالإجابة عن تساؤلاته وفق منطق شمولي لا يميل إلى السكونية على حساب الحركية، بل يوظفهما معاً، من أجل تتبع مسارات الوقائع الاجتماعية في تاريخها وحاضرها (عبد الرحيم العطري، 2017: 282).

لأن المقاربة السسيولوجية تنطلق من موقف نظري ما فإنها تلتزم بنموذجه الإرشادي في جميع مراحل البحث، من تحديد الموضوع المجتمعي المستند للدراسة وحدوده، لأنه على ضوء ذلك النموذج يحدد العمل والخطاب العلمي اللاحق، وترسم صورته في ضبط ما هو مجتمعي، في عمليات التحليل والتفسير لما يشتمل عليه النموذج (الطاهر إبراهيمي، 2014: 19).

وفي ذات السياق، إن أهمية الشرط الإبستمولوجي فإنه لا ينفي قدرة الموضوع (العلاقة بين الطبيب والمريض) على أن يكون مادة انشغال لأكثر من منوال تفسيري ويتفاعل مع أكثر من براديجم. الأمر الذي يفتح المجال للتفاوض مع العديد من مناهج التحليل باعتبار أن تناول الموضوع من عديد الزوايا والمنطلقات يعبر عن الرغبة في تجاوز الانحصار في رؤية واحدة بقدر ما يعزز إمكانيات التسلح بالموضوعية، لأن علم الاجتماع المعاصر بقدر ما اجتهد كثيراً في تجاوز الطموحات الإيديولوجية التي طبعتها خلال القرن التاسع عشر (خاصة فيما يتعلق بخلافات الماركسية مع الوضعية) فإنه لا زال يحمل الكثير من تبعاتها، باعتبار أن لأغلب التيارات المعاصر تعتبر امتداداً لتلك التيارات الكلاسيكية المتنازعة، وحيث يمثل الجمع بين عدة نماذج تفسيرية محاولة لمزيد التحصن بالموضوعية فإن معالجة الموضوع قيد الدراسة من عدة مقاربات تكون أيسر إذا ما قسمناه إلى محاور

ومواضيع فرعية يمكن أن يكون كل واحد منها هدفا لنموذج تفسيري (المولدي قسومي، 41: 2012).

أولا: مقاربات العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض:

1. المقاربة الوظيفية

ناقش كثير من السوسيولوجيين مسألة العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظورات مختلفة، وقد كانت البنائية الوظيفية إحدى هذه المنظورات ويمثلها "تالكوت بارسونز" فوجد فيه أن أفضل طريقة لدراسة العلاقة بين الطبيب والمريض هي دراسة الأدوار الاجتماعية لكل منهما، ودراسة اتجاهات ونشاطات كل من الطبيب والمريض وأثر ذلك على عملية التفاعل (نادية محمد السيد عمر، 2003: 84).

ويعتبر التحليل الوظيفي الذي أجراه بارسونز لدراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى من أبرز تلك التحليلات، فقد بدأ بارسونز عملية التحليل حينما اعتبر المرض سلوكا منحرفا وفي بداية تحليلية لدور المريض أشار إلى أن الصحة التي يتمتع بها أعضاء أي جماعة تعتبر مطلبا وظيفيا لأي نسق اجتماعي، وعلى هذا فإن المرض يعتبر عائقا أمام قيام المجتمع بوظائفه ولذلك فإن بارسونز يؤكد على ضرورة تعريف المرض وتحديدته وتشخيصه وطرق علاجه (نادية محمد السيد عمر، 2003: 85).

فالدور الذي يقوم به كل من الطبيب والمريض شأن أي دور آخر في المجتمع كدور الأب والزوج والمدرس، إذ لا بد أن يرتبط ببعض التوقعات التي تشمل مجموعة الحقوق والالتزامات التي يفرضها مثال ذلك أن الدور الذي يلعبه الشخص المريض غير مرغوب فيه (نادية محمد السيد عمر، 2003: 86).

فتبادل الأدوار التي تحدث بين الطبيب والمريض شيء طبيعي حيث أن كلا منهما يشارك في الموقف الاجتماعي، ويحاول أن يتوقع سلوك الآخر من خلال ذلك الموقف والنتيجة المحتملة له، فالشخص المريض لديه من التوقعات ما يحدد المعايير والقيم المناسبة

لكونه مريضاً، كما أن الطبيب يكون معتمداً على تصورات المريض في الدور الاجتماعي الذي يجب أن يسلكه (نادية محمد السيد عمر، 2003: 86).

فدور الطبيب هنا كما يراه بارسونز هو إرجاع الشخص المريض إلى حالته الطبيعية والوظيفية، أما دور المريض فمن المتوقع منع أن يكون على معرفة بالطرق التي يبحث بها عن المساعدة المتخصصة لكي يصل إلى الشفاء، ومن هنا نجد أن علاقة الأطباء بالمرض لا تمثل نمطاً تلقائياً للسلوك إنما هي موقف من الضرورة فيه أن يعمل كل من الطبيب والمريض في نمط ثابت من أنماط السلوك المتوقع وشكل يمكن التنبؤ به قبل أن يحدث (نادية محمد السيد عمر، 2003: 86).

فعملية اتصال الطبيب بالمريض التي تتم أثناء عملية الاستشارة إنما تلعب دوراً أساسياً في إحساس المريض بأنه يتحسن صحياً، فالإتصال السليم بينهما يلعب دوراً فعالاً في التأثير العلاجي، أما النقطة الهامة في هذه العلاقة فترجع إلى تأثير على تدفق المعلومات التي يوصلها المريض للطبيب، والتي تلعب دوراً حيوياً في القرار الذي يصدره الطبيب بشأن تشخيص المرض وعلاجه لأنه غالباً ما يفشل المريض في التعبير عما بداخله نتيجة القلق والخوف، الذي يلزمه عند مقابلة الطبيب، فنجاح توصيل المعلومة من المريض إلى الطبيب والعكس، إنما يكون لها أثر هام في إثراء العلاقة بينهما وإيجابيتها وقدرتها على نجاح التأثير العلاجي وسرعة شفاء المريض (نادية محمد السيد عمر، 2003: 70).

لقد تصور بارسونز المرض في الفصل العاشر من كتاب النظام الاجتماعي، كشكل من السلوك المنحرف مع الطبيب الذي يعمل كالبوابة مجتمعية لإعادة المرضى للوظيفة المجتمعية الطبيعية، ولاحظ أن كلا من المريض والطبيب أديا توقعات الدور الفعالة للتغلب على المرض، وقد برز النشوء الفعلي لعلم الاجتماع الطبي في وقت مبكر عندما أجرى بارسونز الدراسة الطبية لعلماء الاجتماع. وبارسونز هو أول من جادل بأن الصحة فعالة للأفراد والمجتمع: بحيث إن هناك انعكاساً قليلاً يظهر على الفور أن مشكلة الصحة متضمنة في الشروط الوظيفية للفرد في المجتمع بحيث يؤدي ذلك، من وجهة نظر سير

النظام الاجتماعي، مع وجود مستوى عام منخفض من الصحة، إلى مستوى عال من نقشي المرض، وهو خلل وظيفي (ستيفان تيمرمانز، 2018: 265).

2. مقارنة الفعل الاجتماعي:

كان ماكس فيبر من المفكرين المنظرين الأوائل المهمين، حيث قد ولد في ألمانيا عام 1864، وتلقى تعليمه الأكاديمي في التاريخ القانوني والاقتصادي ثم أظهر اهتمامه تدريجيا بعلم الاجتماع، وأصبح أستاذا في عدة جامعات ألمانية، فقد علم فيبر تلاميذه أنه يتعين عليهم استخدام الفهم أو الاستبصار في عملهم الفكري، وأوضح أنه لكي يتسنى فهم السلوك فهما كاملا ينبغي أن تتعلم المعاني الذاتية التي تلازم أفعال الناس، أي كيف يرى الأفراد سلوكهم ويفسروه (محمد الجوهري، 2002: 227).

فقد وفر "ماكس فيبر" بأصالة مسيرته الفكرية منهاجا خاصا بالعلوم الاجتماعية، أعلنه في أول جملة من كتابه "الاقتصاد والمجتمع" إذ نسمي علم الاجتماع العلم الذي يأخذ على عاتقه تفهم النشاط الاجتماعي بالتأويل ثم بتفسير مساره ومفاعيله تفسيراً سببياً، فالتفهم والتفسير والتأويل هي المراحل الثلاث في مسار هذا العلم فهو يسعى في حقيقة الأمر إلى تفهم الفعل الاجتماعي للأفراد، وذلك يفترض إعطاء مكانة مهمة للمعنى الذي يسعى إليه الأفراد (لوران فلوري، 2008: 29).

ولم يكن فيبر هو مبتكر فكرة التفهم، لكنه هو الذي أضاف إليها بعدا جوهريا، إلا أن التفهم لدى فيبر يتوافق مع آداب النزاهة الفكرية ومع خصوصية العلوم الاجتماعية والإنسانية، وهو يتحصل من الشعور القائم على الاعتقاد بأن الظواهر الاجتماعية تتأثر من النشاط الذي ينطوي على معنى موجه من قبل الفاعلين في عمل أو علاقة معينة، وفي ذات السياق فإن فهم الدلالات الاجتماعية التي يصنعها ويتبادلها الفاعلون لا يمكن أن تتم دون تفهم الفعل ذاته، من خلال الولوج والمشاركة في عالم الفاعلين وتحديد المعنى الذي يقصده الفاعل ذاتيا (لوران فلوري، 2008: 30).

فيعتبر ماكس فيبر من أوائل المفكرين السوسيولوجيين الألمان الذين دعوا إلى تبني منظور الفعل الاجتماعي، وذلك يتجاوز التفسير العلمي نحو التأويل الذاتي والإنساني، بالتركيز على الفعل الاجتماعي بدل من البنية الاجتماعية، حيث برز ما يسمى بعلم الاجتماع التأويلي الذي أتى به "فيبر" من منطلق نظريته للفعل الاجتماعي، إذ يتم التكرار لكل القوى الخارجية التي يمكنها أن تمارس تأثيراً على الأفراد، وكذا الابتعاد عنه أي نظرة ترى المجتمع كيانه قائماً بذاته مستقلاً عن الأفراد، ذلك باعتبارهم هم من يشكلون الحقيقة الاجتماعية (حسام الدين محمود فياض، 2018: 5-7).

فعلم الاجتماع التأويلي لدى فيبر يعتمد على منهجية فهم الفعل الاجتماعي وتأويله، وهذا الأخير الذي يعكس سلوك الفرد داخل المجتمع سواء كان ذلك السلوك ظاهراً أو مضمرًا، صادراً عن إرادة حرة أو كان ناتجاً لأمر خارجي، بتفسير هذا الفعل المرصود سببياً يربطه بالآثار والنتائج، وعليه يتخذ هذا الفعل أثناء التواصل والتفاعل معنى ذاتياً لدى الآخر أو الآخرين (حسام الدين محمود فياض، 2018: 5-6).

وفي ذات السياق، نجد أن علم الاجتماع التأويلي للفعل الاجتماعي يشتمل على ثلاثة مكونات أساسية متمثلة في :

1. التركيز على تفاعلات الوجه للفاعلين الاجتماعيين، والتواصل الذاتي أكثر من

التركيز على الوحدات الاجتماعية الكبرى المجردة كالتطبقات.

2. التركيز على المعاني أكثر من الوظائف، ولذلك يحاول تفسير وتأويل تلك

المعاني التي يلصقها الأفراد بأفعالهم.

3. إضافة إلى التركيز على الخبرة المعاشة، أكثر من المفاهيم المجربة كالمجتمع

والمؤسسات (حسام الدين محمود فياض، 2018: 4-5).

فنجده يعرف السوسيولوجيا بأنها: العلم الذي يعنى بفهم الفعل أو النشاط الاجتماعي

وتأويله، وتفسير حدوثه ونتيجته سبباً، وكذا يمكن القول أنها العلم الذي يحاول أن يدرس

الفهم التأويلي للفعل الاجتماعي من أجل الوصول إلى تفسير علمي لمجراه وآثاره (حسام الدين محمود فياض، 2018: 14-15).

وفي ذات السياق، لا بد لنا من التفريق بين الفعل الاجتماعي والفعل الإنساني، فهذا الأخير هو فقط ذلك السلوك أو النشاط الذي يمكن أن تتسبب إليه قصد أو معنى ذاتي لتبرير ما قام به الفاعل من نشاط، أما الفعل الاجتماعي فيعتبر أحد أنواع الفعل الإنشائي، حيث له خصوصية تميزه عن غيره من الأفعال، فهو الأساس الذي تقوم عليه السوسولوجيا البشرية ويأخذ صفة الفعل الاجتماعي، إذ تعلق معناه المقصود من قبل فاعله أو فاعليه بسلوك الآخرين، فهو الذي يوجه سلوك الغير، ويرتبط بمعنى مشترك معه (حسام الدين محمود فياض، 2018: 15).

ويصنف فيبر الفعل الاجتماعي إلى أنماط على الشكل التالي:

1. الفعل التقليدي: فينتهي هذا الفعل إلى العادات والقيم والأعراف والتقاليد،

كالأكل، المصافحة

2. الفعل الوجداني أو العاطفي: فهو ذلك الفعل الذي توجهه العواطف، فهو فعل

لا عقلاني، ويتجلى مثلاً في عقاب الأم لابنها بطريقة عاطفية وانفعالية.

3. الفعل العقلاني بالنظر إلى القيمة: فيعتبر فعل يتجه صوب القيم، له درجة

عالية من الوعي، ويرتبط بهدف معين ضمن نظام القيم، مثال ذلك فعل

التضحية لقائد السفينة الذي يغرق مع سفينته حين استحالة إنقاذها.

4. وأيضاً هناك الفعل العقلاني بالنظر إلى الهدف: حيث يرتبط هذا الفعل

بالتخطيط والترشيد العقلاني والتدبير الجيد، والمقارنة بين الوسائل المتاحة قبل

العمل للوصول إلى الأهداف المرجوة، ونجد ذلك مثلاً في القائد الذي يختار

أفضل الخطط لتحقيق النصر في الحرب (حسام الدين محمود فياض،

2018: 30-31).

وعليه فإن فعل الفرد حسب فيبر إما تقليدي، أو عاطفي، أم عقلاني وترتبط هذه الأنماط من السلوك ارتباطا وظيفيا بأنماط العلاقات الاجتماعية، حيث أن السلوك العقلي بنوعيه هو الفعل الاجتماعي الذي يسود المجتمع عامة، أما السلوك العاطفي فهو خاص بالجماعة في حين أن السلوك التقليدي متعلق بالإنسانية جمعاء (حسام الدين محمود فياض، 201: 32).

ومنه فنظرية الفعل الاجتماعي "لماكس فيبر" تولي قدرا كبيرا من الأهمية لدور الفعل والتفاعل بين أعضاء المجتمع في تكوين البنى على غرار المنظورات الوظيفية، والصراعية، التي تؤكد أهمية هذه البنى الاجتماعية كالتطبقات والأحزاب السياسية، وأصحاب المكانة في توجيه المجتمع والتأثير في السلوك، إلا أن فيبر قد انتهج سبيلا مغايرا لا ينفي الخيار السابق عنه، ولكنه يعتقد في الوقت نفسه أن الأفعال الاجتماعية التي تصدر عن الأفراد ويقومون بها هي التي تحقق تلك البنى (أنتوني غدنز، 2005: 763).

والجدير بالذكر في ذات السياق فإن العلاقة الاتصالية والاجتماعية أيضا في المقام الأول القائمة بين الطبيب والمريض، تخضع وتحتكم لبعض أنماط الفعل التي تحدث عنها فيبر ذلك من منطلق أن توجه المريض للطبيب بحثا عن العلاج لآلامه وإيجاد حلا فعالا لها، فيعتبر فعل عقلاني رشيد، من منطلق اختباره للطبيب المختص، فيما يشكو ويعاني من المرض، وكذا لا بد له من الذهاب للطبيب ومباشرة العلاج المناسب، لاسترجاع استقرار وضعه الصحي، من جهة أيضا نجد الطبيب من يقع على عاتقه التقيد بذلك الفعل العقلاني من خلال جملة التوجيهات والإرشادات التي يقدمها للمريض، وكذا حرصه عليه في مواصلة العلاج لمدة محددة يملئها بشكل صارم ومباشر على المريض بما يحقق مصلحته، وامتناله السريع للشفاء، ومن زاوية مغايرة فإن النظرة الإنسانية التي لا بد للطبيب من توفرها لديه فيما يخص الجانب المهني، اتجاه المرضى تندمج ضمن الفعل الوجداني العاطفي ومراعاته للمريض وظروفه الاقتصادية خاصة، وأهمها كونه كائن ذو تركيبة سوسولوجية نفسية، اجتماعية مزدوجة العناصر، إذ يعد السلوك الإنساني للطبيب اتجاه مريضه أهم سمة

في وميكانيزمات ومهارات التواصل الفعال بينهما، إذ نجد أن الطبيب يعتبر هو الطرف الأول المبادر به كونه يشكل الحلقة الأقوى مقارنة بالمريض، الذي يخضع للطبيب ونصائحه، فالفعل العاطفي من شأنه أن يساهم بنسبة كبرى في تحقيق فعالية العلاج بالإضافة إلى كونه فعل من شأنه جذب المرضى لطبيب معين دون غيره في ذات الاختصاص الطبي، إذ يحقق شهرة واسعة في مناطق جغرافية كبرى، من خلال ذلك السلوك العاطفي الإنساني.

وفي السياق ذاته، فإن المريض الذي لا تتوافق توجيهات وإرشادات الطبيب لرغبته أو حتى نوعية وطعم الأدوية التي تواءم مرضه، فيستلزم عليه الغوص في فهم المعاني والمقاصد، والغايات الآتية من الطبيب والتمعن فيها كونها تصب في مرمى خدمة مصلحته أولاً وأخيراً، إضافة لذلك فيتعين على الطبيب فهم سلوكيات وأفعال المريض التي قد تنبعث منه جراء معاناته من آلامه وأوجاعه، يمكن إرجاعها لظروفه الاجتماعية أو الأسرية.

3. مقارنة الصراع عند فريديسون:

تعد المقاربات الصراعية من أهم المقاربات المعروفة في علم الاجتماع، نظراً لكون الصراع يخيم على علاقات البشر ويخيم على علاقات الجماعات والمجتمعات، ونظرية الصراع تكون شائعة بين علماء الاجتماع لأنه لا توجد نظرية صراعية واحدة بل توجد عدة نظريات صراعية، على جانب كبير من الأهمية والفاعلية، وأن جميع علماء الاجتماع الصراعيين يتفقون على جملة مبادئ وأفكار صراعية مشتركة، هي أن الحياة الاجتماعية التي نعيشها هي حياة يتفاعل خلالها الأفراد والجماعات والمجتمعات، وأثناء التفاعل يحدث الصراع بين الأطراف المتفاعلة (إحسان محمد الحسن، 2010: 127).

ومن بين هؤلاء العلماء الذين تحدثوا عن العلاقة بين الطبيب والمريض هو "فريديسون" الذي يرى أن العلاقة بينهما ليست علاقة تكامل وتعاون متبادلين كما تصور بارسونز وإنما هي علاقة توتر، وذلك التوتر الذي ينشأ نتيجة المصالح المختلفة بين الطبيب كل منهما من أجل تحقيق هدفه (نادية محمد السيد عمر، 2003: 113).

فالتوتر كما يرى "فريدسون" يظهر نتيجة لاختلاف الرأي حول التشخيص والعلاج، فعلى الرغم من موافقة المرض على أن الأطباء أكثر من يتمتع بالخبرة الفنية والتخصص الإكلينيكي، إلا أنهم يحاولون تقييم تشخيص وعلاج المرض من وجهة نظرهم، وهذا بالطبع راجع إلى اختلاف نوع المعرفة الطبية وإلى الخبرة الشخصية المتنوعة لكل منهما (نادية محمد السيد عمر، 2003: 114).

كما ينشأ التوتر بينهما نتيجة لاختلاف تقييم كلا منهما لمدى خطورة الحالة وهذا يرجع إلى اختلاف كل منهما في مجال الطب واختلاف الخبرة الشخصية بالمرض، فالمعروف أن مشكلة التشخيص ليست مشكلة خاصة بالطبيب فقط ولكنها متصلة أيضا بالمريض، ففي الاستشارة غالبا ما يسودها غموض نتيجة لشك المريض لاعتقاده أنه مدرك لحالته، فحينما يخبره الطبيب بأن حالته ليست خطيرة يشك في كلامه لأن أصدقائه مثلا قد أخبروه بأن صديق لهم قد توفي في الحال، بعد إحساسه بنفس الأعراض التي يعاني منها ولأنه يضع في اعتباره أن الطبيب إذا كان يخطئ مرة كل مائة ألف أو يتجنب الوصفة الطبية التي أخذها من طبيبه، نتيجة لاختلاف الرأي بينهما، فقد يتخذ الصراع شكلا آخر يطلق عليه الصراع الخفي ويظهر هذا ويشعر بها المريض (نادية محمد السيد عمر، 2003: 117).

استطاع فريدسون أن يحدد الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الصراع في هذه العلاقة

من بينها:

- أ. تناقض التوقعات.
- ب. اختلاف الرأي وتباين وجهات النظر حول تقييم المرض نتيجة الاختلافات الثقافية بينهما.
- ت. أسباب تتعلق بإنجاز الطبيب لدوره.
- ث. أسباب تتعلق بإنجاز المريض لدوره.

وبالرغم من تأكيد فريديسون وزملائه على تحديد أسباب التوتر في تفسيرهم للعلاقات بين الأطباء والمرضى، إلا أنه استند إلى نفس الأفكار التي استند إليها بارسونز وعالج هذا الموضوع في الإطار الذي عالج به بارسونز، وذلك بالتركيز على الدور الاجتماعي للطبيب والمريض أو من خلال الضغوط التي يتعرضان لها كلاهما ومدى تأثيرها على إنجازهما لدورهما وبالتالي إلى حدوث الصراع بينهما (نادية محمد السيد عمر، 2003: 124-125).

كما أن تأكيد فريديسون على أن أسباب التوتر والمتعلقة بإنجاز الطبيب لدوره اعتمد فيها على تلك القيم النمطية التي توجه الطبيب حين يؤدي دوره، فنجده يركز أولاً على الصراع الذي يمكن أن يحدث حينما يحاول الطبيب عمل موازنة بين مسؤولياته كطبيب وبين احتياجاته الطموحة، كذلك الصراع الذي يمكن أن يظهر في دور الطبيب حينما يجد الطبيب نفسه في صراع بين دوره كطبيب وبين بقية أدواره الأخرى، كما يظهر التوتر في دور الطبيب حينما يجد صعوبة في اكتشاف كيفية تأثير المرض على المريض وعلى الجوانب السيكولوجية والاجتماعية في حياته حيث أنه يهتم فقط بوصف العلاج للمريض، ويركز فريديسون على الصراعات التي يمكن أن تظهر في هذه العلاقة نتيجة لاختلاف مصالح كل من الأطباء والمرضى واختلاف التوقعات والوسائل التي يستخدمها كل منهما من أجل تحقيق هدف المنشود (نادية محمد السيد عمر، 2003: 125-126).

وفي الأخير يمكن القول وفقاً لهذا الاتجاه، أن العلاقة بين المريض والطبيب علاقة مبنية على هيمنة احد الطرفين على الآخر أي هيمنة الطبيب على المريض حيث يتكلف الطبيب برعاية ومعالجة المريض، بدون مراعاة لكرامته أو لإراداته، فيعتبر الطبيب نفسه في هذه الحالة أمام شخص حر ومتساوي معه، يستطيع إعلامه والحصول على رضاه فللمريض فقط الحق في اختيار الطبيب الذي يثق فيه (لروي إكرام، 2014: 38).

من أهم أصول نظرية الصراع في علم الاجتماع الطبي، هي القدرة على تفسير السياسات المرتبطة بالإصلاح الصحي. فنظرية الصراع تسمح لنا بفهم المناورات التي تقوم بها كيانات متعددة - مثل مهنة الطب، شركات التأمين، شركات الأدوية، مجتمع رجال

الأعمال، والجمهور - الذين يكافحون من أجل كسب و حماية أو توسيع مصالحهم ضد البرامج و الأنظمة الحكومية القائمة، وثمة مداخل أخرى للصراع أكثر ارتباطا بالماركسية الكلاسيكية حيث تركز على الصراع الطبقي لتفسير المخرجات السياسة الصحية (نافارو 1994) و حرمان الطبقات الدنيا و العاملة من مزايا النظم الطبية الرأسمالية التي تركز على الربح (ميكلاي 1984 ووايتزكين 1983). ومع أن الاهتمام الأساسي لنظرية الصراع في علم الاجتماع الطبي يركز على دور المصالح المتناقضة في سياسة توزيع الرعاية الصحية، فإن ثمة اهتمامات أخرى بقضايا متنوعة مثل مصادر المرض و العجز في بيئة العمل، صحة الطبقة العاملة، التباين في أنماط الحياة الصحية، و الأيديولوجيات الرأسمالية الداعمة للتفاعل بين الطبيب و المريض. و على كل حال، فهناك قيود جذرية على استعمال نظرية الصراع في علم الاجتماع الطبي، ففي حين أن بعض الظروف الصحية تتأثر بحالات الصراع، فإن مواقف أخرى لا تتأثر بها، كما أن بعض الناس قد يحافظون على صحتهم أو يصبحون مرضى، ولا علاقة لذلك بالصراع أو السياسة أو صراع جماعات المصالح، أو الصراع الطبقي وما شابهة.

4. نظرية الفعل التواصلي: (يورغن هابرماس):

يعتبر "هابرماس" فيلسوف ألماني من مواليد عام 1929، وهو من فلاسفة الجيل الثاني لمدرسة فرانكفورت، وكذا من أهم فلاسفة الألمان المعاصرين تحصل على شهادة الدكتوراه في الفلسفة عن أطروحته "النزاع بين المطلق والتاريخ في فكر شلينغ" المنشورة عام 1954، إلا أن اهتمامه الاجتماعي فاق تخصصه الأكاديمي، فعرف أيضا بكونه عالم اجتماع، واهتم بدراسة الظواهر الاجتماعية والفعل الاجتماعي، ودراسة المجتمعات ولا سيما المجتمع الرأسمالي (نور الدين علوش، [د.ت.ن]: 59-60).

وله العديد من الكتب المهمة: نظرية الفعل التواصلي في جزئين 1981، العقل والشرعية والديموقراطية التشاورية بين الوقائع والمعايير، العلم والتقنية كإيديولوجيا، القول الفلسفي للحدث، الفلسفة الألمانية، مسألة ليبرالية (نور الدين علوش، [د.ت.ن]: 60-61).

كما يمتاز "هابرماس" برغبته الملحة في الربط بين النظرية والممارسة من منطلق غياب العقل والحوار والنقاش بين جميع الأطراف المختلفة، فعبر "هابرماس" عن هذا الربط من خلال دعوته إلى تجديد مهمات الفلسفة وخروجها من فلسفة الذات إلى فلسفة التواصل (أسماء حسين ملكاوي، 2017: 29).

وضع نظرية كاملة في الفعل التواصلية، ونشرها في كتابه نظرية الفعل التواصلية بجزأيه، حيث أكد فيه أهمية التواصل في الحياة الاجتماعية والسياسية، وفي الحفاظ على النوع الإنساني، وقد عرف الفعل التواصلية بأنه التفاعل بين شخصين على الأقل قادرين على الكلام والفعل، ويؤسسان علاقات بين شخصية، حيث يهدف الفاعلون إلى الوصول إلى فهم مشترك وجمعي من خلال النقاش العقلاني، كما يكون اللغة هنا مكانة بارزة في نموذج الفعل التواصلية (أسماء حسين ملكاوي، 2017: 30-31).

وبما أن النقاش أو التواصل هو الأسلوب العقلاني الذي يدعو إليه "هابرماس" وجعله يحتكم لما يسمى بأخلاقيات التواصل للوصول إلى اتفاق وحل النزاعات والارتفاع بالأخلاق إلى مستوى العالمية من خلال النقاش العقلاني، فأنت أخلاقيات التواصل على مستويين، مستوى عام يعني بتوفير قواعد النقاش السليم أو المثالي في قضية عامة، ضمن مجال عام فتؤدي إلى اتفاق المشاركين في النقاش في شأن القضية موضوع الاهتمام ويمثل هذا المستوى صلب نظرية الفعل التواصلية، وكذا مستوى خاص يعني بتوافر مبررات وحجج عقلية ناتجة عن نقاش عقلاني (أسماء حسين ملكاوي، 2017: 35).

كما نجد أن "هابرماس" قد صاغ المبادئ والآليات التي تستغل وفقها نظرية الفعل التواصلية، حيث جعلها تتجلى في مجموعة عناصر، أنه لا ضغط ولا إكراه على الآخر المتلقي، ولا يجوز تقييم مختلف آراء الآخر، إضافة إلى الاكتفاء بعرض الآراء والأفكار عرضاً منطقياً وبطريقة حجاجية، كما أن عدم التعرض لمصادقية الآخر، واعتبار الحوار هو المحدد لصحة ومصادقية القضايا تعد من ضمن المبادئ التي وضعها "هابرماس"، إلى

جانب ضرورة مراعاة قواعد المعقولية والصدق والدقة، وكذا المحاججة النائية عن كل قهر وسلطة زائفة (علي عبود المحمداوي، [وآخرون]، 2013: 236).

كما أن من الخصائص العامة للعملية التواصلية الخاضعة للمبادئ سابقة الذكر، وجود تلك العلاقة التفاعلية بين فردين أو أكثر من خلال سياق العالم المعاش، فمن حق كل شخص ملك خاصية اللغة أن يشارك ضمن النشاط التواصلية، إلى جانب توفر اللغة الحاملة والرافدة لتطلعات الذات، إضافة إلى أن هدف التواصل هو الوصول إلى اتفاق وليس مجرد إقامة تواصل فقط، مرفقا ذلك بتوفير الظروف المكانية والزمانية التي تضمن الإجماع، فنجد أن ظروف الفعل وقواعده تؤثر في الفاعل وتتحكم في درجات نجاحه وفشله في تحقيق الهدف التواصلية (علي عبود المحمداوي [وآخرون]، 2013: 237).

وعليه فإن ما أطلق عليه "يورغن هابرماس" بالعقل النقدي (التتويري) غايته التحرر والعدالة وإلغاء الاغتراب الذي يجعل من الأفراد مغتربون عن إمكانياتهم وماهيتهم التي تتجلى في مظاهر عديدة كتسلط النظم البيروقراطية وأساليب القمع الإداري، وكذا تقنين أنماط السلوك (علي عبود المحمداوي [وآخرون]، 2013: 41-42).

وعليه فالفعل التواصلية عند هابرماس لا يلغي الآخر ويستهنه بل يتفاعل معه ويتطلع على ما يحمله من أفكار وآراء ووجهات نظر، فيحقق التواصل المتبادل معه من منطلق ركيزة الحوار، التخاطب والنقاش الايجابي المتحكم لأخلاقيات التواصل. الأمر الذي من شأنه أن ينطبق على تلك العلاقة الاتصالية القائمة بين كل من الطبيب والمريض، حيث أن أهم العوامل المساهمة في تقديم علاج فعال والعمل على نجاعته، تتمحور في مهارات وميكانيزمات التواصل من حوار متبادل، إصغاء كلا منهما للآخر واستفساراته، مما يساعد بشكل مباشر في تحقيق مصلحة كلا من المريض وطبيبه.

5. الفردانية المنهجية:

تعتبر الفردانية المنهجية تيار جديد في علم الاجتماع من تأسيس السوسيولوجي الفرنسي "ريمون بودون" حيث أعاد الاعتبار لمكانة الفرد في بناء حريته واختياراته العقلانية

والنشطة، وكذا تشكيل تصوراته ومنع التسلط والإكراه والجبرية الطبقية، كما حددها كارل ماركس فانطلق بودون من خلال انتقاده للتصورات السوسولوجية الكليانية لاسيما لماركس و"إيميل دوركايم"، التي لم تنظر للفرد إلا بوصفه نقطة عبور للأفكار الجماعية حيث تحدد طموحاته ورغباته عبر محيطه الاجتماعي (الفرفار العياشي، 2020: 169-170).

فنجذ ريمون بودون يولي الأهمية القصوى للفرد وكل ما يقوم به من سلوكيات على أنها المؤثرة في الظواهر الاجتماعية وكذا التغيير الاجتماعي ككل، فيقول في هذا الإطار: "شرح ظاهرة اجتماعية يعني الأخذ بعين الاعتبار دائما على أنها نتيجة للأعمال الفردية، فحسب تصورات المنهجية الفردانية فإن الفرد مسؤول عما يقع داخل المجتمع وليس مجرد كائن قابل للتشكل وفق التحليلات الكليانية في علم الاجتماع التي تمنح الأسبقية للمجتمع على الفرد والنظام والبنية على الذات، مما تجعل الفرد أسير لما تمليه عليه أحد هذه الوحدات المشكلة للمجتمع (الفرفار العياشي، 2020: 171-172).

فلقد حرص بودون في كتابه "عدم تكافؤ الحظوظ" على إقامة الدليل على أن كل سلوك فردي يجر سلسلة من الظواهر ذات تبعات أوسع، فيقف ضد الحتمية التي يفترض دعائها أن الأفراد يخضعون لإكراهات خارجية تحدد السلوك الفردي بشكل مسبق، كما يرفض بودون التحليل التعميمي من أجل فتح المجال أمام الخصوصيات والاستثناءات الخاصة بكل حالة (الفرفار العياشي، 2020: 173).

وحسب ريمون بودون فإن الفردانية المنهجية، تستوجب أن ينظر للفرد في ظل نسق من التفاعلات، على أنه بمثابة ذرات، دراستها وفهمها تتطلب قاعدة منهجية على تحليل سلوكياتها وتصرفاتها بالقطع مع المسلمات الكلاسيكية المغالية في تفسير أنساق التفاعل والتغيير الاجتماعي التي تعمل على تذويب الفرد فيها، فنتأسس الفردانية المنهجية على فكرة البحث عن معاني الأفعال ودلالاتها داخل الأنساق الاجتماعية، من خلال البحث عن ما وراء الفعل الاجتماعي من قيم ودلالات (الفرفار العياشي، 2020: 176-180).

كما تتسم الفردانية المنهجية بمجموعة من الخصائص المتباينة، منها التميز الإستقلالية في اتخاذ القرار، سواء كانت العائلة أو المجتمع أو غيره، فتنطوي هذه الخاصية على الحرية في اختيار المواقف والقناعات الشخصية، وكذا التمرد على السلطات التقليدية الرسمية وغير الرسمية، نتيجة الشعور بالظلم الذي ينطوي على الانصياع للنظم والقوانين التي تحكم الإنسان وتحول دون الإفصاح عن رغباته وأفكاره، بالإضافة إلى المطالبة بالحرية الفردية الناجمة عن الرغبة في الحصول على الاستقلالية في الآراء والقرارات بدون ضغط خارجي متعلق بالمجتمع أو الدولة أو داخلي مرتبط بالأسرة أو الطائفة أو الجماعة، ودون التقيد بكل ما من شأنه أن يحد من إمكاناته وطاقاته الفعلية (إيناس رزاق مطيع، 2017: 104-108).

وبناء على المعطيات المسبقة الموضحة في نظرية الفردانية المنهجية فإن العلاقة الاتصالية القائمة بين الطبيب والمريض يتم تشكيلها وبناءها من خلال التحليل والفهم الجيد للأفعال الصادرة عن كلا منهما، وعلى أساس طبيعة سلوكياتهما اتجاه بعضهما البعض، تعكس مدى فاعلية ونجاعة العلاج المقدم.

6. المقاربة التفاعلية الرمزية:

إن النظرية التفاعلية الرمزية يمكن أن تفهم نموذج الإنسان عبر الدور الذي يحتله والسلوك الذي يقوم به نحو الفرد الآخر الذي كون علاقة مع الطرف المقابل خلال مدة زمنية محددة، لذا تفترض التفاعلية الرمزية وجود شخصين متفاعلين عبر الأدوار الوظيفية التي يحتويها، فكل منهما يحاول أن يتعرف على سمات الفرد الآخر وخواصه عبر العلاقات التفاعلية التي تنشأ بينهما، وبعد فترة من الزمن على نشوء مثل هذه العلاقة التفاعلية بين الشخصين الشاغلين لدورين اجتماعيين متساويين أو مختلفين يقوم كل فرد بتقويم الفرد الآخر، إلا أن التقويم يعتمد على اللغة والاتصال الذي يحدث بينهما، فاللغة تعبر عن الألفاظ الرمزية التي يستعملها هذان الشخصان، والتفاعل لا يمكن أن يتم دون الأدوار التي يحتلها هذان الشخصان (إحسان محمد الحسن، 2010: 86).

تهتم نظرية التفاعل الرمزي بالقضايا المتصلة باللغة والمعنى ويزعم ميد أن اللغة تتيح لنا الفرصة لنصل لمرحلة الوعي الذاتي وتدرك ذاتنا ونحس بفرديتنا، كما أنها تمكننا من أن نرى أنفسنا من الخارج مثلما يرانا الآخرون، والعنصر الرئيسي في هذه العملية هو الرمز أي الإشارة التي تمثل معنى أو شيئاً آخر، والكلمات التي نستعملها للإشارة إلى أمور محددة هي في واقع الأمر رموز تمثل المعاني التي نقصدها، ويرى ميد أن البشر يعتمدون على رموز ومواضيع مشتركة في تفاعل بعضهم مع بعض، ولأن البشر يعيشون في عالم زاخر بالرموز، فإن جميع عمليات التفاعل بين الأفراد تشتمل على تبادل الرموز والإشارات (أنتوني غدنز. 2005: 76).

فبعد التفاعل الذي يحدث بين الطبيب والمريض والذي يستغرق وقتاً من الزمن قد يتراوح بين شهر إلى شهرين، يبدأ الطبيب بتقييم المريض، والتقييم قد يكون ايجابياً أو سلبياً اعتماداً على طبيعة العلاقة التفاعلية القائمة بين الطبيب والمريض، كما أنه سرعان ما ينشر هذا التقييم إلى بناء المجتمع فيؤثر على تقييمهم للمريض، وعندما يصل التقييم للمريض نفرض أنه ايجابي، فهو يؤثر في تقييم المريض نفسه لأن تقييم الفرد لنفسه يتأثر بتقييم الآخرين له، أي النظر لذاته في المرأة وهي المجتمع (إحسان محمد الحسن. 2010: 88).

ويحدث التفاعل الرمزي بين الطبيب والمريض حسب ميد في مدة زمنية أي مدة المعاينة ويأخذ كل من الطبيب والمريض صورة رمزية في ذهن كل منهما عن الآخر، فهو يأخذ صورة انطباعية سطحية قد كونها كلا الطرفين عن بعضهما البعض، فهذه الصورة تلتصق في ذهنهما وتعتبر رمزا قد كونه الطبيب في ذهنه على المريض وهذه الأخيرة قد تكون سلبية أو ايجابية حسب نوعية التفاعل، ويجب أن تكون الصورة رمزية ايجابية بين الطبيب والمريض لكي يستمر التفاعل ولاستمراره يعني نجاح عملية التواصل وبالتالي تكون العلاقة بينهما ناجحة، الأمر الذي ينعكس بصورة مباشرة على مدى فاعلية ونجاعة العلاج.

ثانيا: مقارنة الصحة والمرض

1. ما بعد البنيوية ميشيل فوكو:

يعد المنظر الفرنسي ميشيل فوكو الممثل الرائد لاتجاه ما بعد البنيوية، الذي ركز على العلاقة بين المعرفة والقوة. فقدم فوكو التاريخ الاجتماعي بالطريقة التي تنتج بها المعرفة التي تستعمل في المهن والمؤسسات ومن ضمنها الطبي لتشكيل السلوك الاجتماعي. لقد بين أن ثمة ترابطا وثيقا بين المعرفة والقوة وأن امتداد إحداها يعني تلقائيا اتساعا للأخرى، والحقيقة أن فوكو كان يستعمل مصطلح (المعرفة/القوة) للدلالة على تلك الوحدة، لارتباطها بين القوة والمعرفة ليس فقط أمرا قمعيا، إنما هو أيضا ممكن حيث يمثل الأساس الحاسم الذي تتوزع بناءً عليه الأوضاع في المجتمع (زيد إبراهيم العساف، 2018:96).

يمثل الإسهام الرئيسي لفوكو في علم الاجتماع الطبي في تحليله للوظائف الاجتماعية لمهنة الطب، ويشمل ذلك استعمال المعرفة الطبية كأدوات للضبط والانتظام الاجتماعي، ولذلك كما تجلى في دراسته عن الجنون والعيادة، والجنسانية. وجد (فوكو 1973) اتجاهين متميزين ظهر في تاريخ الممارسة الطبية: طب الأنواع وطب الفضاءات الاجتماعية، يعرف الاتجاه الأول الجسد الإنساني كهدف للدراسة وموضوع للتدخل والضبط الطبي، على حين جعل الثاني صحة الجمهور موضوعا للانتظام الطبي والمدني (زيد إبراهيم العساف، 2018:97).

والجدير بالذكر في ذات السياق، يبدو أن معادلة فوكو (المعرفة/السلطة) المطبقة في السلوك الاجتماعي تبقى أمرا مهما لعدد من الموضوعات في علم الاجتماع الطبي، ومع أن البنيوية وما بعد البنيوية تعدان الآن (تراثا) ميتا في الفكر الاجتماعي، فإن بعض الموضوعات المرتبطة بها لا تزال مع ذلك مؤثرة، ويظهر ذلك في البنائية الاجتماعية وبوجه خاص في نظرية ما بعد الحداثة وأعمال بورديو (زيد إبراهيم العساف، 2018:198).

إن مقارنة (فوكو) لدراسة الجسد أثرت كذلك في تطوير تخصص جديد وهو سوسولوجيا الجسد، ويمثل كتاب تيرنر الجسد والمجتمع الذي نشر أول مرة عام 1984

العمل الأساسي في هذا المجال. فالتطورات النظرية المتعلقة بالفهم السوسيوولوجي لضبط الجسد واستعماله والخبرة الفينومينولوجية له التي تتضمن العواطف كانت أكثر وضوحا في بريطانيا، حيث أصبح ذلك الموضوع مجالا أساسيا في علم الاجتماع الطبي. وكانت إحدى المناطق البحثية في هذا المجال هي العلاقة الجدلية بين الجسد العضوي والذاتي، أو بمعنى آخر الخبرة المعاشة أو الفينومينولوجية لوجود الجسد وامتلاكه (زيد إبراهيم العساف، 2018: 196).

2. البنائية الاجتماعية:

تنهض النظرية البنائية الاجتماعية على افتراض أن الأشياء هي ما يجري تعريفها كأشياء، والمرض مثال على ذلك، فعلى سبيل المثال تؤكد (جاديث لوبر 1997) وآخرون (رادلي 1993) أن المرض يجرى تشكيله اجتماعيا من حيث أن التعبير عن الأعراض يتشكل وفقا للقيم الأخلاقية والثقافية، ويمارس من خلال التفاعل مع الآخرين، ويتأثر بمعتقدات محددة حول ما يشكل الصحة والمرض، والحصلة كترجم (الوبر) هي تحول الأعراض الفيزيولوجية إلى تشخيص ينتج سلوك مرض ملائم اجتماعيا ومكانة اجتماعية مغايرة (زيد إبراهيم العساف، 2018: 198).

وفي سياق آخر، أوضح (تريس شلنج 1993) أن للطبقة الاجتماعية تأثيرا عميقا في كيفية تطوير الأفراد في أجسادهم وتطبيق قيم رمزية على أشكال جسدية معينة، ويرى أيضا أن الأجساد تمثل أشكالا لرأس المال العضوي تتحدد قيمتها بقدر الجماعات المهيمنة على تعريف أجسادهم وأنماط حياتهم باعتبارها نماذج تستحق المكافئة، وتمثل بصورة حقيقية أو موازية تجسيدا للطبقة نيتليتون 2006 جناح فوكو البنائية الاجتماعية في علم الاجتماع الطبي بالإلحاح على سماته الرئيسية الثلاثة: الأول أنه ينكر وجود الحقيقة وإمكان الوصول إلى تفسير صحيح وحيد للمرض والجسد. الثاني أنه يعارض التاريخ التقليدي للطب الذي يفترض تقدما ثابتا ومستمر نحو معرفة صادقة متنامية للمرض. تفضل البنائية الاجتماعية عوضا عن ذلك مقاربة أكثر انتقائية بالتركيز على أدلة محددة ومتقطعة. والثالث، نظرا إلى

أن كل أنماط المعرفة سواء ارتكزت على العلم أو الخبرة_متساوية في الصدق، فإن إعادة التفكير في العلاقة بين الخبراء الطبيين والأشخاص العاديين تعد أمراً ضرورياً. إن الفكرة التي مؤداها أن كل المعارف المتشكلة اجتماعياً تلغي أي ادعاء بأن المعرفة الطبية متفوقة دائماً على المعرفة العادية (زيد إبراهيم العساف، 2018:199).

3-بناء التصورات الاجتماعية:

يذهب أصحاب هذا المدخل إلا ان أسماء المرض ما هي إلا تصورات يشيدها المجتمع مستخدماً المفهومات التي تعطى لفئات معينة من الحقائق، والقول بفكرة التصورات الاجتماعية لاتعني أن الأمراض مسألة تخيلية ولكنه يعني أن الطب شكل من أشكال الممارسة الاجتماعية، يقوم بملاحظة وتصنيف وفهم المعاناة الإنسانية، ولقد لعب (فوكو) دوراً رئيسياً في تطوير مدخل التصورات الاجتماعية في ميدان المعرفة الطبية فقد أوضح من خلال تحليله للأفكار الطبية في فرنسا أن هناك تصورات متباينة للأمراض، حيث يمكن النظر إليها على أنها محصلة لأساليب معينة في النظر إلى جسم الإنسان (حسن محمد الحسن، 2005:61،62).

وفي ذات السياق، فإن نظام العيادات العلاجية طور أيضاً علم الأمراض مما أدى إلى حصر الاضطرابات الفيزيائية التي تصيب الفرد في نطاق محدد من الجسم يختلف من مرض إلى آخر، ولم يعد المرض ينظر إليه على أنه متاعب جسمانية عامة تطراً على الجسم. وقد استطاعت العيادة العلاجية أن توفر نوعاً من الملاحظة اللصيقة والنظرة الإكلينيكية الفاحصة للمريض في حيز مكان معين يضم عدداً كبيراً من المرضى. كما تمكنت هذه العيادة من أن توفر الخصوصية للفقراء، وذلك عن طريق استقبالهم فيها بعيداً عن منازلهم وحياتهم العائلية الخاصة. وساعد حجز المريض لفترة زمنية معينة داخل العيادة العلاجية على تتبع حالته بدقة وإجراء الفحوص اللازمة عليه (حسن محمد الحسن، 2005:62).

خلاصة:

من منطلق مناقشتنا للمقاربات النظرية للعلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، يمكن أن نقدر بأن الملامح النظرية المنسجمة مع موضوع هذا البحث الذي يطوق إلى التعرف على علاقة الطبيب بالمريض في ولاية قامة، ترتسم بالتحديد وبشكل أفضل معرفيا ومنهجيا ضمن المقاربة البنائية الوظيفية التي ساعدتنا على محاولة معرفة الأدوار الاجتماعية المتعلقة بكل من الطبيب والمريض توقعات كل طرف اتجاه الآخر، أما مقاربة الصراع فمكنتنا من كشف جملة الصراعات والتوترات التي قد تنشأ وتتكون ضمن العلاقة الاتصالية بينهما وما لها من تأثير على تحقيق فاعلية العلاج، إضافة إلى مقاربة التفاعلية الرمزية التي ساهمت بشكل كبير في إبراز أهمية الوسائل الاتصالية والتفاعلية من الرموز والإشارات، المستخدمة في تشكيل وقيام العلاقة الاتصالية العلاجية بينهما، وفيما يتعلق بمقاربة الفعل التواصلي، فقد تضمنت التأكيد على مكانة وضرورة الالتزام بخاصية الحوار والنقاش المتبادل في العلاقة العلاجية والحث على الأخذ بوجهة نظر الطرف المقابل دون تهميشه أو إقصائه، بغرض خلق جو تفاعلي تواصلي يسوده التكامل والتفاهم والانسجام وبالنظر إلى مقاربة الفعل الاجتماعي فلقد ركزت على فهم الغايات والمقاصد والأهداف الكامنة والخفية من وراء سلوكيات وتصرفات كلا من الطبيب والمريض اتجاه بعضهما البعض، أما المقاربة الفردانية المنهجية قد بينت أهمية ومكانة الفرد وأفعاله داخل المجتمع ومدى تأثيره على هذا الأخير، وهو ما ينطبق على ضرورة الاحترام والتقدير من طرف الطبيب تجاه المريض

لقد ظل اهتمام الأطباء بالصحة والمرض اهتماما فرديا وكذلك الأمر بالنسبة لعلماء النفس وتبنى ذلك لا شعوريا علماء الاجتماع الطبي الكلاسيكي. أما في العقود الأخيرة من القرن الماضي، فقد ازداد الاهتمام بدور علم الاجتماع على وجه الخصوص في مختلف مجالات الحياة وربما يرجع هذا إلى تعقد الحياة وصعوبتها وظهور ظواهر جديدة استدعت تدخل علم الاجتماع من أجل فهم أفضل لهذه الأمراض الاجتماعية المصاحبة للتطور

الاقتصادي والاجتماعي، وهذا بغية إيجاد الحلول المناسبة التي تساهم في راحة الإنسان ورفاهيته هذا الأخير أصبح في قلب اهتمامات كل المداخل المعرفية ومن بينها علم الاجتماع الذي أسهم فعليا في توضيح الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض (عبد العالي دبله، 2011: 69).

فهناك تأثير آخر للجماعات على الأفراد، ويظهر ذلك جليا في أنظمة الاتجاهات والدوافع والآراء والمعتقدات مثلما هو الحال في التمثلات المقبولة أو المتحركة والمتعلقة بالكون أو الإنسان، الآخرين أو الذات، الحياة أو الموت، الصحة والمرض ذاتهما. هذه التمثلات تشهد على الخصوص الصفة الجماعية للصحة بل وتحدد حتى تطورها أو إصابتها، بهذا المعنى فإن ملاحظة التغيرات السوسيوثقافية للتصورات المرتبطة بالصحة تلعب دورا متميزا ضمن أساليب علم اجتماع الصحي في معناه الضيق، الذي يقوم بتحليلها وربطها بالدراسات التي لها علاقة بالمرض وعلاجه، ومما سبق ذكره فإننا عندما ننظر إلى الصحة كتوازن يجب تحديده واستمراره بين العضوية البيولوجية والوسط الحياتي الاجتماعي (عبد العالي دبله، 2021: 75-76).

المراجع:

1. لروي إكرام (2014). "إرادة المريض في العقد الطبي في التشريع الجزائري" (الرسالة لنيل شهادة الماجستير في قانون الخاص الأساسي، جامعة العقيد دراية، أدرار).
2. إحسان محمد الحسن (2010). النظريات الاجتماعية المتقدمة، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
3. الطاهر إبراهيم (2014). في سبيل مقاربة سوسولوجية للبيئة في الجزائر، الجزائر: دار علي بن زيد للطباعة والنشر.
4. أنتوني غدنز (2005). علم الاجتماع مدخلات عربية، ترجمة فايز الصياغ، ط4، بيروت: المنظمة العربية للترجمة.
5. ستيفان تيمرمانز، ستيفن هاس (2018). نحو علم اجتماع المرض، ترجمة مازن مرسل محمد، العراق: إضافات، العدد 41-42، شتاء.
6. المولودي قسومي (2015). مجتمع الثورة، تونس: الشركة التونسية للنشر وتنمية فنون الرسم.
7. الناصر عبد اللاوي (2012). الهوية والتواصلية في تفكير هابرماس، لبنان: دار الفرابي.
8. علي عبود المحمداوي [وآخرون] (2013). يورغن هابرماس: العقلانية التواصلية في ظلال رهان الأتقي في النقد العلمي والديني والسياسي، بيروت: ابن النديم للنشر والتوزيع.
9. الفرفار العياشي (2020). الفردانية النهجية وتقويض أسس التصورات الشمولية: سوسولوجيا ريمون بودون نموذجا، مجلة العلوم الإنسانية، المركز الجامعي علي كافي (الجزائر). المجلد 04. العدد 03.

10. إيناس رزاق مطيع (2017). الفردانية ومسقبل الجماعات التقليدية: دراسة أنثروبولوجية ميدانية في مدينة الديوانية (رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، قسم علم الاجتماع، جامعة القاديسية).
11. عبد العالي دبلة (2011). مدخل إلى التحليل السوسيولوجي، بسكرة: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
12. عبد العالي دبلة (2021). سوسيولوجيا كوفيد19 ، عندما يفقد العالم توازنه، تلمسان: النشر الجامعي الجديد للنشر والتوزيع.
13. زيد إبراهيم العساف (2018). اللغة العربية هويتنا القومية، مجلة نصف سنوية محكمة، دمشق: المركز العربي للتعريب والترجمة والنشر والتوزيع: العدد 41.
14. حسن محمد الحسن (2005). علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
15. نادية محمد السيد عمر (2003). علم الاجتماع الطبي المفهوم والمجالات، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
16. حسام الدين محمود فياد (2018). نظرية الفعل الإجتماعي عند ماكس فيبر، دراسة في علم الاجتماع التأويلي، مكتبة نحو علم الاجتماع.
17. لوران فلوري (2008). ماكس فيبر. ترجمة، محمود علي مقاعد، بيروت: دار الكتاب الجديدة المتحدة.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: سوسيولوجية الصحة والمرض في المجتمع الجزائري

توطئة

أولاً: مرحلة ما قبل الاستعمار

ثانياً: مرحلة الاستعمار الفرنسي

ثالثاً: التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال

خلاصة

المصادر والمراجع

توطئة:

لاشك أن المعني بالدراسة في علم الاجتماع يضطلع بمسؤولية إعداد المنجم وتهيئة للمؤرخ، و هكذا فإن عالم الاجتماع هو فعلا مؤرخ الخطة الراهنة والفورية بعدها ويدونها علميا على النحو الذي يسمح لمؤرخ الزمن الماضي بأقل أخطاء وبأوفر حظوظ الحقيقة وبأكثر من يمكن من التحصين ضد الخطأ وضد إمكانية تزوير التاريخ، أما المؤرخ فهو عالم الاجتماع الارتجالي القادر على العودة إلى الماضي بالمسافة الزمنية المتعددة والمتباعدة ليستنتق منه واجهة الوقائع وعمق الظواهر التي بلورت حقيقة المجتمع في حينه وفي الأبعاد المتعددة، وهو الذي يستنخ اللحظة الاجتماعية المتحركة بأصلها ومرجعيتها ويفسر كيفية تشكل راهنتها انطلاقا من عمقها التاريخي وامتدادها في الماضي (المولدي قسومي، 2019: 103-104).

وعلى هذا الأساس يتحدد الموقع الذي يحتله التاريخ في علم الاجتماع من خلال الموقع الذي يحتله الماضي في الحاضر، و كما يقول "جان بياجيه" تكسب العلاقة بين الماضي والحاضر دفعا خاصا وأهمية استثنائي في علم الاجتماع، فالعلاقة بين الماضي والحاضر في علم الاجتماع علاقة إشكالية تمثل هاجسا نظريا وهما فكريا، و من منطلق أن علماء الاجتماع يؤكدون على حقيقة مفادها أن كل مرحلة التي من تطور المجتمع تعود إلى المرحلة التي سبقتها، في خط تطوري متتابع المراحل ومستمر، فإنهم يلاحظون أن التاريخ الحاضر في أوجه كثيرة منه يقطع مع التاريخ الماضي (عبد الغني عماد، 2007: 111).

استنادا إلى هذه الحقيقة تكتسب المقاربة السسيوتاريخية أهميتها من خلال تركيزها على منشأ الظاهرة وصيرورتها وتطورها وتنفض غبار الطمس والغموض عنها لتبدوا جلية واضحة، بحيث أن مقارنة هذا النشوء الأقدم مع حاضر وواقع الظاهرة وبيان الصلة الحقيقية التي تقف وراء تبدل وتغير أغراض الظاهرة (عبد الغني عماد، 2007: 113-114).

وعليه نحاول في هذا الفصل بقدر الإمكان تتبع مراحل تطور الصحة من خلال مقارنة سسيوتاريخية نستعرض فيها أبرز المحطات التي نشأت فيها الصحة والمرض باعتبارهما ظاهرة اجتماعية.

أولا :مرحلة ما قبل الاستعمار:

تعتبر الإمبراطورية الرومانية من أقدم المستعمرين الذين تركوا آثارهم في الجزائر، حيث تشير الدراسات التاريخية أنهم هيمنوا وسيطروا على 19 مستعمر، كما أن سياسة الحرب والدمار والسيطرة والظلم تركت آثار واضحة على بنية المجتمع وتشكيلاته الاجتماعية التي عانت من الجوع والفقر والمرض الذي يعتبر أكثر الرواسب التي انتشرت في المجتمع الجزائري آن ذاك.

كان التكوين الطبي يدوم خمس سنوات ونوعية العلاج في ذلك الوقت بلغت مستوى محدد، فالجراحين رغم قلة معرفتهم بالجراحة، إلا أنهم كانوا يستعملون فن الجراحة في العمليات الجراحية، وفي التضميد بكل أنواعه.

لقد كانت ممارسة الطب في الجزائر في حقبة ما قبل الاستعمار الفرنسي حرة، أي كانت في متناول الجميع، وعلى الرغم من الآثار السلبية التي تركتها الحضارة الرومانية إلا أن الطب شهد تطورا ونموا بتوفر مختلف المؤسسات المخصصة للمرضى لاسيما الفقراء منهم، حيث كانوا يستفيدون هم وعائلاتهم من الإعفاء من الضريبة والعلاج المجاني وطب الأطفال فضلا عن تعلم الطب اللغة اللاتينية عن طريق تقديم دروس لطالب الطب أو الممتن الذي يرافق أستاذ للمريض (سعاد شايب، 2007: 64).

والجدير بالذكر في هذا السياق أن هذه المرحلة شهدت العديد من الممارسات العلاجية، مثل التمرد على إجراء الضمادة إجراء العضد، تحضير المراهم، استخدام الحقنة الشرجية وغيرها، فضلا عن استخدام أدوات برونزية تم العثور عليها في منطقة "CAESAREA" المعروفة الآن بـ "شرشال" بالإضافة إلى ذلك كانوا يستعينون بأدوات

حديدية كالمشرط والمعالجة بالنار أي "الكي" وبعض الأدوية المركبة (سعاد شايب، 2007: 64).

يمكن التأكيد هنا إن ممارسة الطب في الجزائر في حقبة ما قبل الاستعمار الفرنسي كانت في متناول الجميع أي بشكل حر، حيث سمح للأجانب بممارسة الطب في الجزائر في حقبة ما قبل 1830 أي ما قبل الاستعمار الفرنسي حرة، وكانت في متناول الجميع حتى منهم الأجانب، حيث زارها ومارس فيها الطب العديد من الأطباء الأجانب (المسيحيين منهم واليهود والعرب منهم) (1717-1725) "heirone" ROBER جراح كذلك و "Charles" (1753-1757) "CREST" جراح مدينة "toulon" وغيرهم كثيرون، خاصة منهم الأوروبيين الذين ساهموا في إنشاء مستشفيات أوروبية هنا بالجزائر في القرن الخامس عشر حتى القرن السادس عشر، حيث تم إنشاء أول مستشفى أوروبي بالجزائر سنة 1509 في مدينة وهران من طرف "Xéménés" (سعاد شايب، 2007: 64).

يستعينون بأدوات حديدية المشروط والمعالجة بالنار أي "الكي" وبعض الأدوية البسيطة وعند دخول الأتراك الجزائر بقي الطب يمارس من طرف الأطباء بحرية مطلقة، باستثناء بعض الضرائب المفروضة عليهم من طرف "الباشا" أو "الباي" في المدن ومن طرف "القائد" في بعض الدوائر أو المديریات، ولقد كان الطب في هذه المرحلة الزمنية مرادف للطب الطبيعي الطب الشعبي، حيث كان يرتكز على استعمال النباتات الطبية المنزوعة محليا.

وفي هذا السياق، كان الدايات والبايات يستدعون الأطباء الأجانب، نتيجة غياب الأطباء، الأتراك، أو البرهنة على عدم كفاءتهم، حيث نجد الباشا "بابا علي" سنة 1754 كان طبيبه الخاص جراح فرنسي أسير Captif، و"صالح" باي قسنطينة في سنة 1771 اشترى طبيبا إيطاليا اسمه محبوب، والمحبوب هي عمله ذلك الوقت، كان يطلق عليه "حكيم" أو "عاقل" أو "رشيد" (سعاد شايب، 2007: 65-63).

ثانيا: مرحلة الاستعمار الفرنسي:

تميزت بداية الفترة الاستعمارية بنظام صحي عسكري مسؤول عن توزيع العلاج مقابل الحالة الصحية للجزائريين والتي عرفت تدهورا كبيرا راجع لسياسية التفكيك الاقتصادي والاجتماعي التي عرفها المجتمع الجزائري، وكمثال على ذلك ما نص عليه قرار 07 ديسمبر 1830 والقاضي " بوضع أملاك الحبوس بين أيدي الإدارة الفرنسية للممتلكات ومن هنا الاستيلاء على المصدر الذي كان يؤمن ميزانية في الجزائر" ومن جهة أخرى فإن التغطية الطبية كانت ضعيفة تتكون في معظمها من الأطباء العسكريين فهذا النظام الصحي العسكري يتناسب مع أهداف المشروع الاستعماري الفرنسي، ويستجيب للحاجيات الصحية للقوات العسكرية الفرنسية (فريدة مشري، 2016: 140).

يمكن التأكيد هنا ان للغزو الفرنسي العسكري والجماعات المتكررة أثر سلبي على النسق الطبي، حيث نصف مليون شخص حسب الإحصائيات الفرنسية الرسمية الاستعمارية، قد تم مصادرة الأراضي الخصبة المتعلقة بهم وهجرة الريفيين بفعل التشريعات العقارية وتحول الاقتصادي الجزائري من النمط الاقتصادي الاستهلاكي المعيشي إلى اقتصاد موجه للتصدير يخدم المستوطنين والشركات الاحتكارية بعد استيلائهم على معظم الأراضي الخصبة (مجاهدي يمينة ، 2018: 20).

وعلى الرغم من السياسة الاستعمارية التي اتبعتها فرنسا ضد أفراد المجتمع الجزائري إلا أن الرعاية الصحية والتكفل بالسكان كان حاضرا حيث يبني المستعمر العديد من المستشفيات عوض المساجد والزوايا، وعند تفشي الأوبئة (التيفوس، الطاعون، السل) لذلك قامت السلطات الفرنسية بجلب عدد كبير من الأطباء في قطاع الصحة وفرضت على كل الجزائريين المتابعة الصحية بمقتدى قانون 3 جويلية 1849، كما أنشأت عيادات مختصة في مقدمتها معهد باستور 1994 بهدف متابعة الظروف الصحية للأهالي ومواجهة الأمراض الفتاكة والمعدية (بن شيخ حكيم، 2014: 200).

لقد فرض النسق الاستعماري على الجزائريين الاعتماد على الأنماط البدائية بالتداوي ودفع المرضى، وكان الحجام يلعب دورا إلى جانب الدور الخطير الذي كانت تقوم به القبالة، وهي امرأة حانكة تلعب دور طبيب النساء، وتستدعي لنساء الدوار في مخاضهن، إضافة إلى وجود المدلك وهو رجل يدعي الحكمة والبركة يقوم بمعالجة الكسور (قبائلي هوارى، 2014: 71).

باندلاع الثورة التحريرية، عملت جبهة التحرير الوطني على إيجاد نظام صحي لمواجهة النتائج السلبية للحرب، على اعتبار أن مشكلة الصحة وتقديم العلاج وتقديم الإسعافات الأولية للمجاهدين أحد اهتمامات الثورة الجزائرية سواء القرى والمداشر، وتبعاً لذلك تم الحصول على الأدوية والأدوات التضميد، الحصول على وسائل الجراحة والتكفل بالمرضى والجرحى، وكذا تقديم العلاج للمرضى في الحالات الخطيرة وتنظيم المرضى (عسال نور الدين، 2014: 173).

يمكن التأكيد في هذا السياق أن الثورة كتنظيم وهيكل إلزام قادتها بقوانين جنيف 1949 لا سيم منها البند المتعلق بوجود احترام الأسرى وإسعافهم، كما أصدرت قيادة الجيش الوطني تعليمات صارمة خلال الاشتباكات والمعارك، احترام إشارات الأطباء والمرضى، وتسهيل مهمة مصالح الصليب الأحمر التابعة للعدو خلال عملية نقل الجرحى (عبد المجيد بوجلة، 2014: 188).

وبالمجمل، يمكن القول أن الظاهرة الاستعمارية ألحقت الضرر المعنوي التمييزي التفريقي للجسد الجزائري وتجريحه وفق ما يخدم الوجود الاستعماري وهيمنته، حيث استغل مجال الصحة والطب من أجل إفناء شعب متوحش وتعويضه بالآخر متحضر كما يدعي علماء وجنيرالات فرنسا العنصريين، وبالتالي أصبح مجال الصحة سياسة مبنية لإقصاء الفرد الجزائري وإبادته وتجويعه، ولذلك من الخطأ اعتبار الطب الفرنسي عامل إيجابي على صحة الفرد الجزائري لأن كل الأوبئة والمجاعات والأمراض التي أصاب المجتمع الجزائري خلال تلك الفترة التي تعتبر فعل حاصل لسلوكيات المستدم وسياسته الإفنائية،

حيث سخر الطب كآلية من آليات مسح شخصيات جزائرية وتتصيرها وفرنسياتها، ضمن إطار يضع الفرد الجزائري مواطن من الدرجة الرابعة والأخيرة (بوشمة الهادي، 2014: 240-246).

ثالثا: التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال:

اتسمت المؤشرات الصحية في ذلك الوقت بارتفاع معدلات الوفيات والإصابات بسبب الأمراض المعدية والمتقلة وانتشار الأمراض المتوطنة على نطاق لم يسبق له مثيل مما دفعت الدولة بالانشغال بقضية الوفاة، ونظرا لمحدودية الموارد وضعت وزارة الصحة إثنين من الأهداف الرئيسية لمعالجة هذا الوضع لمكافحة الأمراض المعدية وتحسين الحصول على الرعاية، بتنفيذ برنامج الصحة لحماية أفراد المجتمع والوقاية من الأمراض المنتشرة (حوالف رحيمة، 2014: 223).

لا شك أن الوضعية الصحية الصعبة في الجزائر متأزمة تمتد جذورها إلى الممارسة الاستعمارية التي تميزت ب المساواة في تعزيز فرص الصحة بين الفرنسيين والجزائريين إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية 1963، والاستفادة من مراكز الأمومة والطفولة مجانية بالإضافة إلى تنفيذ أول برنامج وطني لمكافحة الملاريا وحمى المستنقعات 1963 ويكون التطعيم إجباريا ومجانيا لخمسة أفراد (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال، الجدري) عام 1969، وكذلك الحملة الوطنية للتطعيم BCG وشلل الأطفال - 1969 1970 وكذا إنشاء لجنة النظافة مجلس الأمراض المهنية (نور الدين بو الشرش، 2006: 115).

يمكن التأكيد في هذا السياق أن المؤشرات الصحية تدل على معدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز 180 حالة وفاة فكانت هذه الظروف السبب الرئيسي في الوفاة والإعاقة ولمواجهة هذه الوضعية في ظل الموارد المحدودة، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

تخفيض عدم المساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي العام والخاص لتسهيل الحصول على العلاج، ومكافحة الأمراض وخاصة المعدية منها والتقليل من الوفاة عن طريق التطعيم (أمال بوراجة ويسعد فايذة فوضيل، 2018: 94).

شكلت فترة السبعينيات نقطة تحول بارزة في مجال ترقية الصحة في الجزائر، حيث شرع فريق في إعادة برنامج صحي وتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني 1973-1977، فقد تم تحديد مشكلات الصحة ذات الأولوية كما يلي :

- المشكلات الصحية كمكافحة الأمراض المتنتقلة، مثل الملاريا، السل، الرمد، الأمراض المعدية.

- مكافحة الأمراض الغير متنتقلة كأمراض القلب، الأمراض العقلية.

- المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل.

- المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها، في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور (وفاء سلطاني، 2016: 140).

يمكن التأكيد في هذا السياق أن فترة السبعينيات ارتبطت بصدور وتطبيق مرسوم الطب المجاني المؤرخ في 28/12/1973 وتم الإعلان عن ذلك في جانفي 1974 كخطوة أولى في طريق إعطاء فاعلية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، وكذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد وتعميم صيغة الطب مجانية النظام الصحي الوطني (سليمة بلخيري [وآخرون]، 2018: 303).

خلال الفترة الممتدة بين (1986-2003)، شهدت الجزائر انخفاض حاد في أسعار البترول مما أثر سلبا على الإمكانيات التمويلية للدولة خاصة في مجال الرعاية الصحية، بداية من سنوات السبعينيات أعمال الإرهاب والتخريب مست جميع أرجاء الوطن، وبالتالي أصبحت قضية العلاج المجاني مصدرا للارتفاع في النفقات الصحية الوطنية وبدأت الدولة تفكر تدريجيا في الانسحاب من عملية التمويل الصحي وتحميل الأفراد جزءا من عملية التمويل عن طريق إدخال أولا المساهمة الرمزية للخدمة الصحية على مستوى المستشفيات

والمؤسسات الصحية العمومية التي استحدثت من خلال مرسوم در في 1986 ، إضافة إلى فتح مجال أمام القطاع الخاص للاستثمار الصحي بداية من سنة 1990 (بومعراف إلياس، صاولي مراد، 2020: 512-513).

والجدير بالذكر وفي سياق آخر أن نفقات التجهيزات الخاصة بالمنظومة الصحية الجزائرية عرفت ارتفاعا ملحوظا ، حيث تم إنجاز 156 مستشفى و 232 هياكل للصحة الجوارية، أما بالنسبة لمخطط التنمية الخماسي 2010-2015 ، فقد أسفرت عن إنشاء 120 مستشفى و 171 هياكل للصحة الجوارية و 10 مراكز استشفائية جامعية، و 17 مدرسة للتكوين شبه طبي وأكثر من مؤسسة من 70 متخصصة لفائدة المعاقين وتصنف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن هذا البرنامج حسب الأولويات، التي تهدف إلى التقليل من الفوارق الصحية بين الولايات من خلال ضمان العلاج المخصص عن طريق إنجاز معاهد ومستشفيات أو مؤسسات استشفائية متخصصة وهياكل للصحة الجوارية (سعداوي سامية و خليل عبد القادر، 2021: 64-65).

خلاصة الفصل:

مما لا شك فيه ومن الناحية النظرية أن ما جاء في خطة الإصلاح هو قفزة نوعية على مستوى الصحة في الجزائر، غير أن الملفت للانتباه هو الواقع المعاش، الذي يوضح لنا وجود اختلالات وتجاوزات في قطاع الصحة بصفة عامة، أي بمعنى من حيث واقع تسيير المرافق العمومية، أو من حيث الخدمات الصحية المقدمة، أو من حيث توفر الأدوية وتوزيعها، فالملاحظ أن المواطن الجزائري لا يزال يعاني من صعوبة الحصول على سرير في المستشفى العمومي أو على رعاية صحية بمستوى جيد، مع انتشار ظاهرة الأخطاء الطبية بشكل مخيف، بالإضافة إلى النقص الفادح في بعض المؤسسات الاستشفائية العمومية للأطباء الأخصائيين، خاصة في مناطق الجنوب أو المناطق النائية، مع الإشارة إلى فكرة في هذا المجال وهي أن هناك بعض الأمراض المعدية في صورة مرض السل لا تزال موجودة بجانب تنامي أمراض أخرى، مثل ارتفاع ضغط الدم الشرياني والأمراض القلبية

وداء السكري، والسرطان، وأمراض التنفس المزمنة(الربو)، والأمر الذي زاد الوضع كارثية هو ضعف الحصص من الأدوية الجنسية والأدوية الخاصة بالأمراض المزمنة (نادية سعيد عيشور [وآخرون] 2018 : 135-138).

قائمة المراجع:

1. المولدي قسومي (2019). 'قواعد لغة علم الاجتماع في مدونة المؤرخ الهادي التيمومي"، تونس: دار نقوش عربية.
2. أمال بو راجة ويسعد فايزة فوضيل (2018). التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسين المؤشرات الصحية ، مجلة مقدمات (الجزائر)،المجلد 2 العدد. 3
3. بن شيخ حكيم (2014). المنظومة في الجزائر خلال الاحتلال الفرنسي،-1962 1830، مجلة المغاربة للدراسات التاريخية والاجتماعية) الجزائر المجلد6 ،العدد 2الخاص.
4. بو جلة عبد المجيد(2014). "التنظيم الصحي الثورة التحريرية: الولاية الخامسة نموذجاً"، مجلة المغاربة للدراسات التاريخية والاجتماعية، الجزائر المجلد 6 العدد.2.
5. بو معارف إلياس، وصاولي مراد (2020). "دراسة تحليلية لتمويل قطاع الرعاية الصحية في الجزائر خلال الفترة (2000-2017)"، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية الجزائر المجلد13 ، العدد3 .
6. بوشامة الهادي (2014) . "الراهن الصحي الجزائري في الزمن الاستعماري بين 1830-1962"، المجلة المقاربة للدراسات التاريخية والاجتماعية، الجزائر :المجلد 6العدد 2. .
7. حوافة رحيمة (2017). "واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات" ، مجلة المؤسسة الجزائر العدد6 .
8. سعداوي سامية و خليل عبد (2021). "أليات ترشيد الإنفاق العام في منظومة صحة الجزائر" : دراسة تحليلية تقييمية خلال الفترة (2008-2018) مجلة المالية والأسواق ، الجزائر العدد 08 .
9. سليمة بلخيري [وآخرون (2018). "منظومة الصحة الجزائرية وواقع الصحة العمومية"، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية الجزائر العدد1 .

10. سعاد شايب (2007). "الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وظروف العمل" (دراسة ميدانية للأطباء في مستشفى مصطفى باشا الجامعي، قسم علم الاجتماع، تخصص تنظيم وعمل، رسالة لنيل شهادة الماجستير، الجزائر العاصمة).
11. طهيرة عواج (2019). "تحليل علاقات العمل الأطباء من منظور المدخل الاستراتيجي"، (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع تنظيم وعمل، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة باتنة).
12. عسال نور الدين (2014) "الأوضاع الصحية خلال الثورة الجزائرية-1954-1962"، مجلة المغاربة للدراسات التاريخية والاجتماعية الجزائر المجلد6، العدد2 الخاص.
13. عبد الغني عماد (2007). "منهجية البحث في علم الاجتماع: الإشكاليات، التقنيات، المقاربات، بيروت": دار الطليعة للطباعة والنشر.
14. فريدة مشر (2016) . الأسرة والصحة دراسة سوسيوأنثروبولوجية لمرضى السرطان ، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
15. قبايلي هوارى (2014) . "تقييم عامل للوضع الصحي أثناء الفترة الاستعمارية" ،مجلة المغاربة للدراسات التاريخية والاجتماعية الجزائر المجلد6 ، العدد2، الخاص.
16. مجاهدي يمينة (2018) . تاريخ الطب في الجزائر في ظل الاستعمار الفرنسي 1830-1962 ، أطروحة دكتوراة غير منشورة في التاريخ الحديث والمعاصر ، قسم التاريخ وعلم الآثار ، جامعة وهران1، أحمد بن بلة ،الجزائر .
17. نور الدين بوالشرش (2006) . الحوافر وأداء العاملين في المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية، دراسة ميدانية في مستشفى الحكيم ضربان عنابة (مذكرة مكتملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص تنمية الموارد البشرية، قسم علم الاجتماع جامعة محمد خيضر، بسكرة- الجزائر).

18.نادية سعيد عيشور [وآخرون] (2018)، "سوسيولوجية الصحة في المجتمع

الجزائري"، الجزائر: دار الروائع للنشر والتوزيع.

19.وفاء سلطان (2016). "تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات

تحسينها": دراسة ميدانية بولاية باتنة أطروحة دكتوراه غير منشورة في علوم التسيير،

شعبة تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارة وعلوم التسيير، جامعة

باتنة.

الفصل الرابع

الفصل الرابع: اتجاهات المرضى نحو العلاقة الاتصالية بالأطباء

توطئة

أولاً: مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

ثانياً: العوامل المؤثرة في العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

خلاصة

المصادر والمراجع

توطئة:

لاشك أن علاقة الطبيب والمريض ذات أهمية في علم الاجتماع الطبي وذلك بهدف تقديم رعاية صحية تتميز بالجودة في تشخيص المرض وعلاجه. فالأبعاد الاجتماعية تؤثر على الخدمات الصحية، فلا يخفى علينا دور المتغيرات الاجتماعية في اللجوء إلى الخدمة العلاجية أو الوقائية، وتحديد الخلفيات الاجتماعية في تنميط المرض والسلوك المرتبط به (عبد الرحمن بن أحمد الوروري، 2020: 75).

إن سوسيولوجية العلاقة بين الطبيب والمريض تتأثر دون شك بالخصائص الشخصية للطبيب والمريض، وهذه المسألة تشمل معايير من قبيل الثقة والأخلاق ومهارات التواصل والإخلاص، ولكن نسق التوقعات المتبادلة بين الطبيب والمريض يتجه إلى تضخيم الواجب على الطبيب مقابل تضخيم الحق على المريض وهذا نابع من طبيعة الموقف العلائق الذي يكرس وجود الطبيب صاحب قوة وموجهة لنسق التفاعل وذلك يعني أنه على الطبيب أن يتحمل المسؤولية الكبرى والعبء الأثقل، وتبعاً لذلك يؤكد علماء الاجتماع أن هناك تراجع في الثقة في علاقة الطبيب والمريض نظراً لطغيان النزعة الاستهلاكية المادية حتى على هذه العلاقة حيث أصبحت تشبه المواجهة في السوق الموقعة (محمد عبد الكريم الحوراني، 2013: 252).

و بالنظر للتعدد حقوق المريض على الطبيب سنحاول في هذا الفصل فهم اتجاهات المرضى نحو العلاقة الاتصالية التي تربطهم بالأطباء، من خلال معرفة اتجاهاتهم وتمثلاتهم وقيمهم حول هذه العلاقة التي ستسمح لنا بكشف الأنساق الخفية للظاهرة المدروسة ومن هنا تمت لنا الحكم لهذه العلاقة وإنعكاستها ونسق العلاج.

أولاً-مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض:

لاشك أن أي مجتمع طبي يرغب في تحسين العلاقة بين الطبيب والمريض ينبغي عليه الاطلاع على ما وصل العالم في هذا المضمار وتطوير تلك التقنيات واستنباط مهارات تلاءم سمات مجتمعه وخصوصيته التي تختلف أكثر من مجتمع آخر، ليتمكن إرساء تقنيات اتصالية تستجيب لتطلعاته سنحاول معرفة اتجاهات المرضى حول مزايا العلاقة الاتصالية التي تربطهم بأطبائهم من خلال تحليل الجداول الآتية تحصيلاً سوسولوجياً يركز على غايات وأهداف الفاعلين في أي مؤسسة.

الجدول رقم 05: أعتقد أن معاملة الطبيب لمرضاه يطفى عليها الجانب الإنساني

المعارض	المحايد	الموجب
12--=(1-)12 وعليه نجد أن: 12-	0=(0)39	142+=(2+)71 + 78+=(1+)78 وعليه نجد أن: 220+=78+142+
النتيجة : 208+=12-220+		

المصدر: بيانات إستمارة قياس الاتجاهات للسؤال (05)

يتضح من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاهاً موجباً من طرف المبحوثين (208+) نحو العبارة رقم 05 من استمارة قياس الاتجاهات - أعتقد أن معاملة الطبيب لمرضاه يطفى عليها الجانب الإنساني- "ما يؤكد استحسان المرضى لتصرفات أطبائهم، لا سيما أن علاقة الطبيب بالمريض تتدرج ضمن سياق العلاقات الاجتماعية التي تحتكم لمعطى إنساني بالدرجة الأولى، ومعايير أخلاقية مفادها إيجاد آليات للتعاون والتضامن المشترك، وكذا يفهم الآخر ومشكلاته الحياتية المختلفة، فكون المريض يعد بحاجة ماسة للطبيب للتخلص مما ينتابه من آلامه وأوجاعه المتباينة، فيلزم ذلك مراعاة الطبيب لإنسانية

المرضى من منطلق أنه كائن مزيج من العناصر والمكونات البيولوجية، النفسية، العقلية، الاجتماعية.

فحسب "سكوت" فإن التعامل الإنساني في المجال الطبي يحفز المرضى ويرفع من روحهم المعنوية، ويسهم في العلاج بأكثر فاعلية ممكنة (محمد بن عايد المشاوية الدوسري، 2014: 26).

ومن شأن المعاملة الإنسانية من الطبيب لمرضه أن تساهم بشكل فعال في تنامي الشعور بالثقة والارتياح النفسي لدى المريض، الأمر الذي يساعد في التماثل للشفاء، إضافة إلى تكوين صورة ايجابية عن الطبيب داخل المحيط المجتمعي الذي ينتمي إليه ويعمل به، ولا يخفى أن كليات الطب قد أدرجت كل من علم الاجتماع وعلم النفس، ضمت المقررات والبرامج الدراسية لطلبة الطب بالموازاة وتكوينهم العلمي.

ف نجد في دراسة " بين سكيبر وليونارد" أن تفاعل المريض مع هيئة المستشفى عن طريق تزويده بالمعلومات والتأييد العاطفي يمكن أن يخفف إلى حد كبير من عبأ التجربة التي يمر بها، وبدوره ستكون له أثارا عميقة غير مباشرة على استجابته الاجتماعية والنفسية، بل والجسمانية (الفسيوولوجية) أيضا، كما تعجل بشفائه إلى حد كبير، كما أشار "زولا" إلى أن رفض الاعتراف بالعنصر غير الطبي في المعاينة قد يؤدي إلى فشل العلاج، كما أن الضرر قد يلحق بالمريض بسبب معالجة الأعراض الجسمانية فقط دون الاعتراف بكونها جزء من صورة أكبر (محمد علي محمد [وآخرون]، 2015: 282).

وهناك الكثير من الآراء النظرية التي تؤكد على أهمية فن الطب في رضا المريض عن العناية التي تقدم له طبيا، ولقد وجدوا أن سلوك الطبيب اتجاه مريضه له أكبر أثر على رضا المريض، حيث أن عدم رضا هذا الأخير يعود غالبا إلى عوائق الاتصال بينه وبين طبيبه، المتجسدة في فشل الطبيب في أن يضع في اعتباره الاهتمام بتوقعات المريض، أو فشله في تفسير تشخيص المرض وأسبابه بصورة موضحة للمريض، من خلال استخدامه العديد من المصطلحات الطبية المعقدة التي يتعذر على المريض فهمها، فإن عجز الطبيب

في استخدام اسم فن الطب، فسندج المريض يتحول تلقائيا من البحث عن متخصص طبي إلى البحث عن معالج آخر غير طبي لأجل الحصول منه على العناية التشخيصية المناسبة له (يوسف أبو الرب [وآخرون]، 2003: 55).

والجدير بالذكر في سياق آخر، أن العلاقة الاتصالية بين الطبيب ومرضاه قد تتخذ وضعاً مغايراً وتتحول من التركيز على الجانب الإنساني إلى التركيز على المكانة الاجتماعية التي يحتلها المريض في النسق المجتمعي، وهو ما دفعنا لمعرفة مدى مصداقية وصحة هذه العبارة كما هو مبين في الجدول الموالي.

الجدول 6: أرى أن معاملة الطبيب لمرضاه ترتبط بالمكانة الاجتماعية

المعارض	المحايد	الموجب
69--=(1-)69 +	0=(0)35	42+=(2+)21 +
36--=(2-)18 وعليه نجد أن:		57+=(1+)57 وعليه نجد أن:
105--=18-69-		99+=57+42+
النتيجة : 6--=105-99+		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات السؤال (06)

يظهر من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاهاً سلبياً من طرف أغلب المرضى (-6) نحو العبارة رقم 6 من استمارة قياس الاتجاهات - أرى أن معاملة الطبيب لمرضاه ترتبط بالمكانة الاجتماعية - مؤكداً بذلك أن معظم الأطباء يولون أهمية بالغة للجانب الإنساني، إضافة إلى أن معظم المرضى من الطبقة الوسطى، حيث تؤكد الملاحظات الميدانية أن المعاملة الطبية التي يتلقاها معظم المرضى من خلال الترحاب بهم والاستماع لمشكلاتهم، وفيهم من كون صداقة مع الطبيب، وهذا من شأنه أن يعجل بالشفاء ويرفع من معنويات المرضى، ويسهم في تنمية روحهم المعنوية.

وفي هذا السياق، تؤكد نظريات مهنة الطب التي تعنى بالمساواة بين المرضى وحقوقهم، أنه لا يجوز من للطبيب عند مباشرة مرضاه الأخذ في الاعتبار عامل السن أو المرض أو العجز، أو العقيدة أو الأصل أو الجنس أو الانتماء السياسي أو الميل الجنسي أو الحالة الاجتماعية، إذ يجب ألا تتعارض كل هذه الاعتبارات وشعور الطبيب بواجبه نحو مريضه (محمد الصالح بن عمار، 2005: 17).

وبالتالي فإن دور الطبيب هو القيام بإنجاز الدور على أساس من الكفاءة الفنية العالية، والملاحظة وأنه محكوم تقييم الانجاز والعمومية والتخصص الوظيفي، والحياد الوجداني وبالتالي فهو دور ذو توجه جمعي، وليس ذا توجه فردي، ويؤكد بارسونز على أن الطبيب لكي يطلع بمسؤولياته العلاجية، فلا بد أن يتواءم مع الموقف الاجتماعي للمريض (علي محمد المكاوي وفهد عبد الرحمن الناصر، 1991: 54).

الجدول رقم 07: أرى أن معاملة الطبيب لمرضاه يطغى عليها الجانب المادي.

المعارض	المحايد	الموجب
64-=(1-)64	0=(0)45	66+=(2+)33
+		+
36-=(2-)18		40+=(1+)40
وعليه نجد أن:		وعليه نجد أن:
100-=-36-64-		106+=-40+66+
النتيجة : 6+ = 100 - 106 +		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات للسؤال رقم 07.

يتضح من خلال المعطيات البارزة في الجدول أعلاه أن هناك اتجاها موجبا (6+) من طرف المبحوثين، نحو عبارة رقم 7 من استمارة قياس الاتجاهات - أرى أن معاملة الطبيب لمرضاه يطغى عليها الجانب المادي - ، حيث أقرت الأغلبية الساحقة من المرضى على طغيان السلوك المادي للأطباء أثناء التعامل معهم،

و يمكن تفسير ذلك أن الانفتاح عن السوق وإلغاء مجانية العلاج تدريجيا واعتماد صيغة جديدة في إدارة المستشفيات الصحية الجزائرية مثل خلال منح التراخيص للعيادات الخاصة تماشيا مع التغيرات الاجتماعية الاقتصادية الذي يشهدها المجتمع الجزائري حاليا، كان له الأثر السلبي في طغيان الجانب المادي لدى الكثير من الأطباء الذين تخلوا عن العمل في المؤسسات الصحية العمومية، وفتحوا عياداتهم الخاصة بحثا عن الثراء وتحسين المكانة الاجتماعية (بوالشرش نور الدين، 2006: 181).

وفي سياق آخر فإن نظرة الطبيب على أساس مادي للمريض قد ينتج عنها توترات وصراعات بين الأطباء والمرضى نتيجة تناقض التوقعات اتجاه بعضهما البعض، فالطبيب غالبا ما يتوقع أن يكون المريض مطيعا لنصائحه وإرشاداته الطبية، إلا أنه قد يصاب بنوع من الإحباط حين يجده غير ملتزم بتعليماته، فقد يكون ذلك بداية التوتر بينهما نتيجة محاولة استخدام كلا منهما لأسلوب خاص به للتأثير على الآخر، وكذا اختلاف الرأي بينهما حول التشخيص والعلاج نتيجة لاختلاف نوع المعرفة الطبية، وإلى الخبرة الشخصية لكل منهما. إضافة إلى التباين في اهتمامات كليهما حيث أن المريض لا يهتم إلا بحالته المرضية ومحاولة علاجها، في الوقت الذي يعنى فيه الطبيب بعلاج أكبر عدد ممكن من المرضى رغبة في الاستعادة المادية، أيضا قد ينشأ التوتر بينهما لتباين تقييم كلا منهما لمدى خطورة الحالة المرضية، كما أن الاختلافات الثقافية الموجودة بينهما في الوقت ذاته تشكل أحد أسباب التوتر الحاصل (نادية محمد السيد عمر، 2003: 113-117).

كما تلعب الصراعات المرتبطة بالتزام الطبيب بمساعدة مريض بعينه بين واجباته كموظف في الدولة أو هيئة من الهيئات دورا كذلك في نشأة الصراع، فعلى عاتق الأطباء تقع واجبات معينة معتمدة من أعمال وتصرفات محددة من ناحية المهنة، وتتضاعف صعوبة حسم الصراع بين المريض والحياة العلمية المهنية لصالح الطبيب بسبب الحقيقة القائلة بأن مقدار المكافأة المادية في الطب بصفة عامة لا يعمل على تشجيع الأطباء حديثي التخرج الذين تدفعهم الرغبة في النجاح السريع إلى التهاون بالعناية الطبية الشاملة

ذات النوعية الجيدة (محمد علي محمد، 2015: 267).

ففي دراسة "لكارتايت وأوبريان" بعد ان سجل الاستثمارات المرضية على شرائط فقد وجد بشكل عام أن الأطباء يكونون علاقات أقل تعاطفا وتقاهما مع مرضاهم من الطبقة العاملة، حيث أن مريض الطبقة العاملة قد يكون أكثر ثقة في آرائه الخاصة بالنسبة لأهمية مشاكله، فيصر على مناقشتها مع الطبيب، وسواء كان الأطباء يتعاملون مع مرضى من الطبقة المتوسطة، أو من الطبقة العاملة فإنهم يفضلون المواقف التي يستطيعون السيطرة عليها، وعموما فإن الأطباء كذلك يكونون أكثر رضا عندما تكون الاستشارات قصيرة (يوسف أبو الرب [وآخرون]. 2003: 273).

الجدول رقم 08: أرى أن الطبيب يقرر كل شيء فيما يخص علاجي دون مشاركتي

المعارض	المحايد	الموجب
68--=(1_)68	0=(0)18	50+=(2+)25
+		+
118--=(2-)59		30+=(1+)30
وعليه نجد أن:		وعليه نجد أن:
186--=68-118-		80+=30+50+
النتيجة : 106--=186-80+		

المصدر: استمارة قياس الاتجاهات السؤال (8)

يظهر لنا من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاها سلبيا من طرف أغلب المرضى (-106) نحو العبارة رقم 08 من استمارة قياس الاتجاهات - أرى أن الطبيب يقرر كل شيء فيما يخص علاجي دون مشاركتي- ، فموافقة المريض من أهم دعائم الأخلاقيات الطبية فحق المريض في أخذ القرار المتعلق بما يناسب وسائل علاجه أكدته كل المواثيق القانونية والأخلاقية في خصوص حقوق المريض، حيث تؤكد على أن للمريض الحق في أخذ القرار الخاص به بكامل الحرية، وعلى الطبيب إعلامه بنتائج هذا القرار، فكل راشد

عاقِل له الحق في الموافقة أو رفض ما يعرض عليه من وسائل تشخيص وعلاج المرض كما أن له الحق في أخذ القرار، ومعرفة أساليب الفحص أو العلاج وآثارها، وكذلك نتائج رفضه أن قرر الرفض (محمد الصالح بن عمار، 2005: 18).

ويمكن التأكيد في هذا السياق، أنه يمكن للطبيب أخذ القرار إلا إذا كان المريض ليس له الأهلية لأخذ القرار الخاص به مثل الطفل، والمرضى المصابين بأمراض عقلية أو عصبية والمرضى في حالة إغماء أو الغير واعين، والطبيب له سلطة شبه أبوية على المرضى، فقد يجوز له أن يكون الممثل الشرفي للمريض في ميدان معالجته ومن الجائز الطبيب أن يطلب رأي أسرة المريض في نوع العلاج، ولكن يبقى القرار الأخير بيده (محمد صالح بن عمار، 2005: 19).

والأطباء ينبغي عليهم احترام الاختيارات التي يقدمها المرضى المؤهلين، وهذا بطبيعة الحال، لا يعني أبدا أن المرضى يمكنهم أن يطلبوا أي علاج يرغبون فيه، فقضايا مثل تكاليف العلاج أو ما إذا كان العلاج ينتهك الأعراف الاجتماعية الأخرى ستظل تؤخذ بعين الاعتبار ولكن لم يكن هناك مثل هذه القضايا المعنية، فإن قرار المريض ينبغي أن يحترم حتى لو كان ذلك الاختيار يعني أن المريض يتلقى العلاج الذي يعتقد الطبيب بأنه ليس في مصلحة المريض الفضلى (خالد السباعي، [د.ت.ن]: 341).

في ذات السياق ووفق لما ذهب إليه المبحوثين من المرضى بالإقرار بمشاركة الطبيب لآرائهم بما يخص علاجهم، والأمر الذي يؤكد "يورغن هابرماس" من خلال نظريته في الفعل الاتصالي أو ما يطلق عليه العقل الاتصالي الذي يؤكد ضرورة وحتمية توفر آليات الحوار والنقاش البناء والتخاطب المشترك، الذي لا يلغي الطرف الآخر لا يهمله ولا يقصيه من العملية الاتصالية حول الموضوع والهدف المنشود وهو ما ينطبق على الطبيب حسب ما أقر به المرضى من خلال آرائهم، فالطبيب يتخاطب معهم حواريا ويصغي لآرائهم واستفساراتهم المتعلقة بحالتهم الصحية.

الجدول رقم 09: أشعر بالارتياح النفسي عند الطبيب الذي يستمع لي

المعارض	المحايد	الموجب
0--=(1-)0 +	0=(0)0	400+=(2+)+200 وعليه نجد أن:
0--=(2-)0 وعليه نجد أن:		400+
0=(0-)+0-		
النتيجة : 400+=0-400+		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات للسؤال رقم (09)

نلاحظ من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاها موجبا (+400) من بيانات استمارة قياس الاتجاهات نحو العبارة رقم 9 من استمارة قياس الاتجاهات- أشعر بالارتياح النفسي عند الطبيب الذي يستمع لي- مما يدل على أن الراحة النفسية للمريض اتجاه طبيبه تعتبر من أهم دعائم وميكانيزمات العلاج الفعال، بل وتعد أكثر من نصف العلاج الذي يتحصل عليه المريض، حيث أن التشخيص السليم يعتمد على عدة ركائز أهمها آلية الإنصات والإصغاء لشكوى المريض المعبرة بما يعانیه من آلام، ومعاناة عضوية التي قد تمتد آفاقها لظروفه الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية، المؤثرة بشكل سلبي مباشر على وضعه الصحي الفيزيولوجي والنفسي، ولا يتمكن الطبيب من الوصول لفحص وتشخيص متكامل للحالة العضوية للمريض إلا من خلال ما يتلقاه من معلومات ومعطيات اجتماعية كانت أو اقتصادية، قد تركت أثرها السلبي حول وضعه الجسمي، تتجلى فيه جوانب خفية لا ترى بالعين المجردة، لكنها تؤثر مباشرة على الحالة الصحية السيئة للمريض، حيث يقوم هذا الأخير بسردها على الطبيب، الذي يتولى على عاتقه الالتزام بأحد مهامه وأخذ غايته الطبية الواجبة ألا وهي الإصغاء للمريض.

بالموازاة وتدني الأجور، وكذا لما ينشغل به فكر الطبيب من مشكلات مختلفة مهنية مع الزملاء، الممرضين، مدراء العمل، وأخرى متعلقة بالجانب الشخصي، فعملية استماع الطبيب للمريض تحتل أهمية لا يستهان بها في فهم الرسالة جنبا إلى جنب مع التعبير اللفظي الصادر من المريض خلال فهم تعبيرات الوجه، نظرات العينين، الصوت، حركات الجسد، ثم ترجمة هذه الرسالة فلا بد من الإصغاء إلى الانطباعات بالإضافة للألفاظ، الذي يرغب في أن يكون طبيبا ناجحا متمكنا و متميزا في أدائه لعمله، فلا بد عليه أولا أن يطور مهارته في الاستماع الفعال، والتي من شأنها أن تمكنه من تكوين علاقة ايجابية مع مرضاه، وحتى زملاء عمله وفي مختلف النواحي المرتبطة بمحيطه الداخلي أو الخارجي، كما من شأن الإصغاء أيضا أن يحقق الفهم المتبادل بين الطبيب والمريض فيمثل حجر الأساس في عملية تبادل المعلومات أثناء عملية الاتصال، ونجد أن استماع الكادر الصحي وانتباهه جيدا لما يختاره المريض من كلمات ولأمور التي يركز عليها أو يكررها أثناء حديثه، وتلك التي يعملها بالإضافة إلى الاختلاف في حدة ودرجة الصوت والسرعة أو البطء في الحديث، يساعد الطبيب في الحصول على معلومات معينة عن كيفية تفكير هذا المريض وعن مدى استجابته للأسئلة التي توجه إليه (أيمن زكي سعيد كردية، 2011: 21-30).

فمن شأن إصغاء واستماع الطبيب للمريض أن يزرع بوادر ارتياح المريض اتجاهه، من خلال تأمينه على وضعه الصحي، مما يبث في نفسية المريض أن استقرار حالته الصحية سيتم عن طريقها هذا الطبيب.

والجدير بالذكر أيضا أن في انجلترا يعد السبب الثالث والأكثر شيوعا فيما يخص شكاوي المرضى، متعلق بخصوص الاتصالات المكتوبة والشفهية، بينما تحتل أساليب تصرف الطاقم الصحي السبب الثاني في شكاوي المرضى، فإن فهم هؤلاء الجيد لطبيبتهم، يجعلهم أكثر معرفة بمشكلاتهم الصحية وأكثر فهما والتزاما بخطة العلاج، فهناك العديد من المنظمات الأكاديمية والمهنية وضعت مفاتيح لمهارات الاتصال التي يحتاجها الأطباء، فعلى

سبيل المثال فقد وضعت Accréditation Council for graduat médical education المفاتيح التالية:

- الاستماع بفاعلية.
- الحصول على المعلومات باستخدام مهارة توجيه الأسئلة بفاعلية.
- إعطاء المعلومات باستخدام مهارة الحديث الفعال.
- جعل القرارات الرسمية تعتمد على معلومات المريض وتفضيلاته.
- تثقيف وتقديم المشورة للمرضى (أيمن زكي سعيد كردية، 2011: 49).

ففي دراسة (Jackson: 2001) التي شملت 500 مريض بين الطبيب والمريض مثل الاستماع جيدا لمشاكل المريض وإعطائه الوقت المناسب في الفحص كانت من أكثر النقاط التي تحقق رضا المرضى (أيمن زكي سعيد كردية، 2011: 52).

كما تبين في عدة دراسات أن المرضى سيكونون أكثر التزاما بالعلاج إذا وجدوا فرصة لشرح مشكلتهم، وتوضيح ما يعانونه ومنحهم الفرصة لطرح الأسئلة (أيمن زكي سعيد كردية، 2011: 53).

فمن أحد مقومات ذلك هو ميكانيزم الإصغاء والاستماع الجيد للمريض المساعد بشكل مباشر وإيجاد التحسن من الحالة الصحية السلبية للمريض نحو الأفضل.

فيمثل الاستماع أو "الإصغاء" للمريض أثناء مقابلة طويلة، جزءا كبيرا وهاما جدا من العلاج، ويقترح "بالنيت" هذه فلا يراه مناسبا مؤداه أنه إذا افترضنا أن السيدة "ع" حضرت إلى العيادة حوالي ثلاث مرات في الشهر مما يحتاج لمدة تتراوح بين خمس دقائق إلى عشر في زيارة فإن منح الطبيب المريض الوقت الكافي للمريضة في أول زيارة لها، فإنه يوفر ما بين ساعة إلى ساعتين من العمل في أربعة أشهر، ومن جانب آخر يحقق البعد عن الانفعال الذي كان يتعرض له الطبيب وارتياحه الواضح عندها تغيرت السيدة "ع" من مريضة شاكية ومكتئبة إلى أحد المعارف الودودين المرحبين، نتيجة حسن استماعه وإصغائه لها، فضلا عن أن الجلسة الطويلة جعلت فهمه لمشاكل مريضته أفضل، وعموما فإن دراسة

"بالنيت" لها معنى هام، يتمثل في أنه ينبغي على الطبيب أن يمنح اهتماما كافيا للخلفية العاطفية لمرضاه إلى حد بعيد حتى يتمكن من النجاح في علاجهم (فاطمة الزهراء براحيل، 200: 196).

وفي ذات الصدد نجد "إليزابيت بارنس" تقول (إن الطبيب الذي لا يسمع لمريضه، ولا يهتم بمشاعره يدفع بهذا الأخير إلى الشعور بخيبة أمل اتجاه الطبيب، وهو ما يؤثر سلبا على عملية العلاج (فاطمة الزهراء براحيل، 2009: 196).

كما تتضح أهمية استماع وإصغاء الطبيب للمريض في تحقيق فاعلية العلاج من خلال الدراسة التي أجراها "إيجبرت" التي يبين فيها كيف أن الاستماع الدقيق والتشجيع السابق للعلاج، وإعطاء التعليمات للمريض مباشرة قبل العلاج، يمكن أن يحسن من تأثير العلاج بشكل مؤثر جدا (فاطمة الزهراء براحيل، 2009: 195).

الجدول 10: يتعامل الطبيب مع مرضاه بعدم الاحترام

المعارض	المحايد	الموجب
89--=(1-)89 +	23=(0)23	0+ =(2+)0 +
138--=(2-)69 وعليه نجد أن:		19+=(1+)19 وعليه نجد أن:
227--=138-89-		19+=19+0+
النتيجة : +19-227=208-		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات السؤال رقم (10).

يظهر من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاها سلبيا من طرف أغلب المرضى (208-) نحو العبارة رقم 10 من استمارة قياس الاتجاهات- يتعامل الطبيب مع مرضاه بعدم الاحترام- فالمريض لا يأتي لزيارة الطبيب في العيادة إلا وهو تلقى معالجة طبية مفيدة، تحسن من حالته الصحية وتخفف من معاناته المرضية وكي يمارس أنشطة

حياته اليومية، وهو في أفضل حال ممكن، ولا يستقبل الطبيب مرضاه في العيادة إلا لكي يقدم لهم أفضل ما يمكن من خدمة طبية وفق تطبيقه أفضل ما تعلمه وما مارسه ودرسه من المعارف الطبية (حسن محمد صندوقي، 2017: 98).

كما يجب على الطبيب أيضا أن يحترم رغبات المريض وأحكامه الذاتية، حينما يأتي المريض بمشكلة ما إلى الطبيب فعلى هذا الأخير عرض وجهة نظره عليه ثم يترك له الاختيار حتى يصبح القرار قرار المريض، ثم عليه بعد ذلك الموافقة على هذا القرار إن كانت وجهة نظر المريض سليمة (نادية محمد السيد عمر، 2003: 121).

الجدول رقم 11: يخصص الطبيب للمريض الوقت الكافي للمعاينة

المعارض	المحايد	الموجب
22- = (-1)22 +	0 = (0)56	154+ = (2+)77 +
0- = (2-)0 وعليه نجد أن:		45+ = (1+)45 وعليه نجد أن:
22- = 0-22-		199+ = 45+154+
النتيجة : 177+ = 22-199+		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات السؤال رقم (11)

يتضح من خلال المعطيات المبينة في الجدول أعلاه من استمارة قياس اتجاهات المبحوثين من المرضى أن هناك اتجاها موجبا (+177) حول تخصص الطبيب الوقت الكافي للمعاينة مما يدل على أن الأطباء يمثلون للالتزام بمبادئ الأخلاقيات المهنية الطبية التي تحث على ضرورة الاستماع والإصغاء الكافي للمريض، ومنه منحه من الوقت القدر اللازم لإجراء التشخيص والفحص السليم لحالته الصحية، حيث نجد أن فئة الأطباء الخواص يعتبرون أكثر الفئات الطبية في منح المريض حقه الكافي من المعاينة نظرا لما يقابل أداء عملهم من أسعار وتكاليف علاجية مرتفعة لا تكون في متناول ذوي الدخل المنخفض،

إضافة إلى كون وجود تنوع وتباين في التخصصات الطبية فكلا منها على اهتمام معين ومفصل حول عضو معين من أعضاء الجسم، مما يجعل من الضروري التركيز والتمعن اللازم أثناء تشخيص وعلاج هذا العضو دون غيره. كاختصاصي أمراض العيون وأطباء الأسنان، وكذا مختصي الأنف والحنجرة، أمراض القلب والجهاز التنفسي، نظرا لما يتطلبه عملهم من القيام بفحص دقيق عبر الأجهزة والأشعة المختلفة، وفي ذات السياق فلقد لاحظنا أثناء إجراء الجانب التطبيقي من هذا العمل المتواضع من خلال اتجاهات المبحوثين من المرضى، أن طبيبات أمراض النساء والتوليد هن الأكثر إجراءً للفحص والتشخيص الطبي المطول للنسوة، خاصة الحوامل منهن وحديثي الولادة، كما أن التزام الطبيب بهذه السمعة من شأنه العمل على منح المريض الشعور بالارتياح النفسي نحو طبيبه، وأن يبث فيه أيضا الثقة نحوه أثناء المسار العلاجي، الأمر الذي يجعل المرضى على حرص واستعداد دائم لتنفيذ الإرشادات والوصفات الطبية المقدمة إليهم، والجدير بالذكر أيضا أن كلما خصص الطبيب لمريضه الوقت الكافي أثناء معانيته كلما تمكن من الإصغاء الجيد للمريض ومعرفة العوامل الخفية الغير علمية والغير متعلقة بالجانب الطبي الملموس، ولكنها مؤثرة بشكل مباشر في الوصول للحالة المرضية السلبية للمريض.

فللمدة الزمنية للفحص أثرها البالغ على قرارات المريض، فيرفض هذا الأخير أن يصنف في مجرد كونه حالة من الحالات المتشابهة التي يصادفها الطبيب، بل يحاول أن يكون محط اهتمام بالغ من طرف الطبيب مهما اختلفت درجة إصابته، وهو بذلك يأخذ بعين الاعتبار جميع العوامل من بينها عامل الوقت الذي يستغرقه الطبيب في النقاش معه والبحث عن تشخيص مناسب للأعراض، فتشكل جانبا مهما في بناء الثقة بين الطرفين واستمرار العملية العلاجية، فكلما كان الحوار مطولا من طرف الطبيب زادت حالة الرضا عن أدائه لدى المريض، فيعد مؤشرا على الاهتمام البالغ ودليل مقنع لدى المريض بأنه بين أيدي آمنة (بن مغنية قادة، 2017: 139-140).

فغالبا تعتبر الكفاءة والقدرة على الوصول لأسباب الداء ثانوية بالنسبة للمريض، كون تمديد زمن الفحص له أثارا نفسية تساهم في إزالة حالة اللايقين لدى المريض، وفي سياق آخر قد يحمل عامل الزمن آثار عكسية، فكلما طالت مدة الفحص زادت حالة الشك واللايقين لدى المريض حول وضعه الصحي، فعلاقة الطبيب بالمريض مبنية أيضا على مدى قدرته على التحكم في حالة اللايقين، والعمل على تحسين العلاقات العلاجية، فكلما تمكن الطبيب من إزالة الغموض زادت درجة خضوع المريض لسلطته، فالمريض دائم البحث عن الثقة في الطبيب، وهو ما يجسد لما يحمله الزمن المحدد للفحص من أهمية بالغة وعاملا أساسيا في استمرار العلاقة العلاجية أو قطعها (بن مغنية قادة، 2017: 140).

ومن جانب آخر نجد من المرضى من لديهم تذر اتجاه عدم حصولهم على المدة الزمنية الكافية أثناء فحصهم وتشخيص حالتهم الصحية من طرف الطبيب، إذ يمكن إرجاع هذا السبب إلى قلة الكوادر الطبية، أو للعدد المتزايد للمرضى من مختلف الشرائح والفئات العمرية للمرضى بالموازاة وقلة الطاقم المؤهل والتمكن من أدائه المهني بالقدر الكافي والمناسب.

الجدول رقم 12: أحرص على تطبيق إرشادات الطبيب العلاجي

المعارض	المحايد	الموجب
7--=(1-)7 +	0=(0)18	236+=(8+)118 +
0--=(2-)0 وعليه نجد أن:		57+=(1+)57 وعليه نجد أن:
7--=0-7-		293+ = 57+236+
النتيجة : 286+ = 7-293+		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات السؤال رقم 12

يظهر من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاها موجبا من طرف أغلب المبحوثين(+286) نحو العبارة رقم 12 من استمارة قياس الاتجاهات- أحرص على تطبيق إرشادات الطبيب العلاجية- فالعلاقة الايجابية بينهما هي في حد ذاتها علاج ذو فاعلية كبيرة، ويؤكد "إيجبرت" في دراسته التي أجراها تبين أن الاستماع الدقيق والتشجيع السابق للمريض يساعد على العلاج بشكل مؤثرا جدا (فاطمة الزهراء براحيل، 2009: 195).

وفي ذات السياق، إن إصرار المرضى وتأكيدهم على إتباعهم لإرشادات الطبيب العلاجية ينجم عن إصرارهم الشديد ورغبتهم الملحة في الوصول إلى علاج فعال في فترة جد محدودة، ومن جانب آخر يمكن إرجاعها من خلال الارتفاع المتزايد في أسعار العلاج الطبي خاصة في القطاع الخاص، ومن جانب آخر فبالنظر لما تشهده المجتمعات البشرية من تنوع وتباين وظهور متزايد للأمراض والأوبئة التي تفتك بجميع الفئات الاجتماعية والعمرية كوباء كورونا المستجد والتهاب الكبد، الأمر الذي يلزم الأفراد بعدم التهاون والحرص الشديد على إتباع إرشادات الطبيب العلاجية والعمل بها وعليه سنحاول من خلال هذا المحور المتعلق بالجانب الميداني التطرق للتعرف على المجموعة هذه العوامل ومدى مساهمتها في فاعلية العلاج.

ثانيا: العوامل المؤثرة في العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

لاشك أن نجاح العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض تحتكم إلى مجموعة من المعايير والقيم التي تؤثر هذه العلاقة فمثلا الطبيب يعتمد في أداء دوره على جمهوره (مرضاه)، كما أن نجاح التشخيص والعلاج من ناحية الطبيب يعتمد على دقة الوصف والتقبل من طرف المريض، ويقدم "إفرينج قوفمان" نموذجا للعلاقة الاجتماعية بين الأطباء والمرضى، يقوم على الاعتدال المتبادل، أي الموقف الذي يكون على الأفراد فيه شيء يكسيبونه أو يخسرونه من خلال التفاعل مع بعضهم البعض (شوق أسعد محمود، 2012: 187، 194).

و ينظر علم الاجتماع الطبي إلى النظام الصحي بوصفه منظومة من العلاقات الاتصالية بين الطبيب و المريض تحتكم إلى مبادئ وقيم تؤثر في هذه العلاقة، فينتظر من الطبيب أن يستجيب لمرضاه بناءً على أخلاقيات مهنة الطب والمستوى العلمي وما يلقي عليه من مسؤوليات في حين نتوقع من المريض الاتصال مع أطبائهم، ويقدمون المعلومات الكافية لهم حتى يتمكنوا من التشخيص الدقيق للمريض .

من الناحية السوسولوجية يمكن الإشارة إلى مجموعة من العوامل المؤثرة في طبيعة العلاقة الاتصالية كالاتي :

- تغير نوعية الأمراض السائدة في المجتمع مما يستدعي معرفتها وكيفية التعامل معها.
- لم يعد العلاج نمطيا كما كان بالنسبة للأمراض في الماضي، وأصبح الاتجاه الحديث في الطب وهو ما يطلق عليه "الرعاية الشاملة للمريض" والمقصود به الاهتمام بالمريض كوحدة متكاملة جسميا اجتماعيا ونفسيا، أو الاهتمام بالمريض مع مراعاة كافة الظروف المحيطة بحياته طالما أن هذه الظروف تؤثر في حالته الصحية وتتسبب فيما قد يصيبه من أمراض.
- إن دور الطبيب مكمل لدور المريض، وعلى ذلك فما قد يحدث من تغير في دور المريض يؤدي إلى تغير في دور الطبيب، فزيادة الثقافة الصحية والطبية لدى الناس والمرضى أدى إلى تغير نظرة المرضى إلى الأمراض وإلى الأطباء.
- إن الطبيب عادة لا يعالج أو لا يشرف على علاج مريض واحد، وإنما على عدد من المرضى، وهنا يظهر صراع بين حاجة المريض الواحد الذي هو بحاجة إلى الطبيب قبل الآخرين وحاجة المرضى جميعا، أو أيهما أسبق مصلحة الفرد أو مصلحة الجماعة.

- في حالة تعدد المرضى قد لا تكون الوسائل المتاحة لرعايتهم كافية لإشباع حاجاتهم جميعا بطريقة فعالة وهنا يتعين على الطبيب أن يفاضل فيما بين المرضى على الرغم من أن دوره يحتم عليه أن يكون موضوعيا ومحايدا لا يتحيز إلى واحد منهم .
- حاجة الطبيب إلى موازنة مصالح المريض في أي فترة في الوقت مع مصلحة نفس المريض في المستقبل .
- اهتمام الطبيب بمصالح المريض في مقابل اهتمامه بأسرة المريض أو أقاربه (أيمن مزاهرة [وآخرون]، 2012:109، 111) .

وتبعاً لذلك سنحاول تحليل الجداول الآتية تحليلاً سوسيوولوجياً بناءً على المعطيات

الآتية:

الجدول 13: أعتقد أن للاستقبال أثر ايجابي في تحسين العلاقة الاتصالية بين الطبيب

والمريض

المعارض	المحايد	الموجب
$0--=(2-)0$	$0=(0)0$	$280+=(2+)140$
$0--=(1-)0$		+
وعليه نجد أن:		$60+=(1+)60$
$0--=0-0-$		وعليه نجد أن:
		$340+=60+280+$
النتيجة : $340+=0-340+$		

المصدر: بيانات استمارة قياس اتجاهات السؤال رقم (13)

نلاحظ من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاهها موجبا ($340+$) من استمارة قياس الاتجاهات للمبحوثين نحو العبارة رقم 13 من استمارة قياس الاتجاهات- أعتقد أن للاستقبال أثر ايجابي في تحسين العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض-، حيث يعتبر من أهم ركائز ومقومات فعالية العلاج الذي يبحث عنه المريض لدى الطبيب، ومن

أساسيات نجاح العلاقة العلاجية القائمة بين الطرفين، كما تعكس مدى جودة ونوعية الخدمة الصحية المقدمة إليه، حيث أن هذه الأخيرة لا تتجسد في العلاج الملموس فقط من أدوية وعقاقير طبية، بل تتدفق من عدة عوامل ومعايير تتحكم بها، متشابكة ومتداخلة مع بعضها البعض، تنطلق في كيفية وآليات استقبال المرضى، بداية من أعوان الأمن إلى الممرض وصولاً إلى مكتب الطبيب داخل قاعة العلاج، لما لها من أثر بالغ على الحالة النفسية العاطفية للمريض، التي تعد حجر الأساس في تلقيه العلاج وتطبيقه له، خاصة عند استقباله من طرف الطبيب، كما يعتبر نوع الاستقبال الموجه للمريض المحدد الرئيسي في مواصلة المسار العلاجي لديه، فمن شأن الاستقبال الإيجابي المحترم أن يساهم في جودة ونجاعة العلاقة الاتصالية القائمة بين المريض ومعالجه.

وفي ذات الصدد فإن زرع عامل الثقة لدى المريض اتجاه طبيبه، مرهونا بالطريقة التي يتم استقبال المريض بها، حيث تحدد مستقبل العلاقة العلاجية، فشعور المريض بالإهمال مبدؤه مرحلة الاستقبال، ذلك من خلال توجه المرضى إلى العيادات والمستشفيات العمومية التي ينعدم فيها التوجيه، ونقل المعلومة، ويعرض فيها المريض للمعاملات السلبية خاصة في الطب العام، فإن المريض يشعر بالتهميش بشكل مغاير خلال الاستقبال، فيبدو ذلك جلياً في قطاعات الانتظار أين يضطر المرضى للخضوع للقواعد المفروضة عليهم كمواعيد العمل داخل قاعة الفحص وخلال الموعد المحدد، وعدم امتدادها خارج ذلك، الأمر الذي يولد شعور لدى المريض بعدم الاقتناع، وبالتالي فإن بناء الثقة في الطبيب تتأثر بالمعطيات الأولية التي تسبق الفحص والتشخيص (بن مغنية قادة، 201: 119).

وحسب ما ذهب إليه "غوفمان" فإنه يتولد لدى المريض باعتباره شخصاً مهماً إحساس بأنه غير مسؤول عن ما سيحدث له في المرحلة المقبلة، وحتى في حالة استدراكه الوضع، سيبقى الشعور بالتهميش نظراً لحدة الآثار التي يتركها على الهوية، ومنه تتشكل الأحكام لدى المريض على تقييم الطبيب منذ الوهلة الأولى للاستقبال، ومنه بناء صورة خاصة عن الأطباء، فتعد أحد العوامل التي تقود إلى فشل بناء الثقة كونها تجعل وجهة نظر

المريض تتناقض ووجهة نظر الطبيب، فللاستقبال دور هام في بناء الثقة التي منشأها منذ ولوج المريض إلى مكتب الاستقبال، ثم قاعة الانتظار، وبعدها قاعة العلاج، فخلال هذه المحطات يدخل المريض في علاقة تفاعلية، تبرهن نجاح أو فشل العلاقة العلاجية (بن مغنية قادة، 2017: 119-120).

وتبعاً لذلك، كلما تحصل المريض على استقبال جيد ذات جودة وإيجابية كلما ارتفعت توقعاته ورضاه عن الخدمة الصحية المقدمة إليه في وطنه، وبالأخص في البيئة التي ينتمي إليها، كما أن حسن الاستقبال ينجم عن امتثال الطاقم الطبي من الممرض إلى الطبيب وحتى الأعوان الأمنية للمعايير والمعاملات الإنسانية الضرورية المساهمة في تحقيق علاج فعال.

الجدول 14: لا أثق في الفحص الذي يقوم به الطبيب

المعارض	المحايد	الموجب
100--=(1-)100 +	0=(0)1	0+ =(2+)0 +
68--=(2-)34 وعليه نجد أن:		35+=(1+)35 وعليه نجد أن:
168- =100-68-		35+=0+35+
النتيجة : 133--=168-35+		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات السؤال رقم (14)

يظهر من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاهها سلبيا من طرف أغلب المبحوثين(-133) نحو العبارة رقم 14 من استمارة قياس الاتجاهات - لا أثق في الفحص الذي يقوم به الطبيب- وهو ما يؤكد أن المبحوثين فدوا هذه العبارة، فعلى العكس من ذلك تساهم الثقة بين الطبيب والمريض في تحسين حالة المريض، إذ يتمثل دورها في توطيد علاقة الطبيب بالمريض، وتختلف نظرة الأطباء إلى المرض بين العام والمختص وفق

المعايير المتصلة بالمرض في حد ذاته، فالكفاءة المهنية للطبيب العام أصبحت محل تقييم اجتماعي وبالرغم من أن الطبيب العام لا يزال يشكل حيزاً مهماً في الفضاء الطبي، إلا أن طبيعة عمله تغيرت بشكل ملفت للانتباه وحتى مكانته الاجتماعية عرفت هي الأخرى تغيراً (بن مغنية قادة، 2017: 55).

ومن جهة أخرى، فالثقة في خطابات الأطباء العاملين تختلف تماماً عن الثقة في العلاقة العلاجية لدى الأطباء المختصين، وذلك بحكم طبيعة الممارسات المهنية بين الطبيب العام والخاص، ومدى تأثير هذا التباين على مكانة الثقة في العلاقة العلاجية (بن مغنية قادة، 2017: 56).

فقد تبين في عدة دراسات أن اتجاه الخطابات نحو المرضى وقدرتهم على تزويدهم واهتماماتهم بالمعلومات المناسبة، ومراعاة حالتهم النفسية وكسب تعاطفهم وتطوير ثقتهم بالأطباء، يعتبر من المحددات الأساسية لخلق توافق جيد لدى المرضى مع العلاج المقدم (أيمن زكي سعيد كردية، 2011: 53).

ومن جهة أخرى فالثقة تبدأ من التشخيص الذي يعد المعيار الأول الذي يركز عليه تقييم الطبيب لكفاءته، ما يجعله يلجأ إلى أساليب مختلفة من أجل كسب ثقة المرضى باختلاف الاعتماد على الأجهزة الطبية وإحاطة نشاطه بمختلف الرموز الجاذبة للانتباه وفضول واهتمام المرضى كالدين والمكانة الاجتماعية (بن مغنية قادة، 2017: 56).

وبالتالي فإن من أهم العوامل المساهمة في نجاح العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض هي مدى حفظ الطبيب لأسرار الحالة المرضية والصحية للمريض فإن مفاهيم السر والثقة مرتبطان بكل ما يسبق العلاقات بين الطبيب والمريض، حيث لا يثق هذا الأخير في الطبيب في إطار النشاط المهني من أن يبوح له بعناصر وجوده بحلقات اجتماعية أخرى، فالثقة تبنى على أساس اليقين من أن هناك إمكانية أن يكون السر محفوظ لدى الطرف الآخر، التي توضع فيه الثقة ألا وهو الطبيب وبالتالي فإن حفظ المعلومات سواء حول الأعراض أو حول سلوكيات المريض التي قد لا تقبل اجتماعياً، وقد تكون

انحراف من مهمة تمنح للطبيب وتجعله بذلك محل للثقة (بن مغنية قادة، 2017: 183-
184)

علاوة على ذلك، قد يساهم تراجع اللائقين في رفع الحواجز من طريق الثقة ويزيد من مستواها في المسار العلاجي، فكلما ساد اللائقين لدى المريض بأنه في وضعية من الوضوح ولو كانت محاطة بالمخاطر، فإنه بإمكانه بناء الثقة في الطبيب، وذلك من منطلق أن كلا من مفهوم الثقة واللائقين مرتبطين ببعضهما البعض (بن مغنية قادة، 2017: 176).

الجدول رقم 15: أعتقد أن المسؤولية الأخلاقية للطبيب لها أثر في جودة العلاقة

الاتصالية بين الطبيب والمريض.

المعارض	المحايد	الموجب
$4--=(2-)-2$	$0=(0)8$	$258+=(2+)129$
$2--=(1-)-2$		$99+=(1+)99$
وعليه نجد أن:		وعليه نجد أن:
$6--=2-4-$		$217+==99+258+$
النتيجة : $211+=6-217+$		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات للسؤال رقم (15)

يتضح من خلال المعطيات المدونة في الجدول أعلاه أن هناك اتجاها موجبا (+211)، من استمارة قياس الاتجاهات للعبارة رقم 15 - أعتقد أن المسؤولية الأخلاقية للطبيب لها أثر في جودة العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض - وبالتالي تتوقف نجاعة أو فشل العلاقة العلاجية والاجتماعية بينهما على مدى امتثال الطبيب للمسؤولية الأخلاقية الملقاة على عاتقه والتي نصت عليها المواثيق والقوانين المتعلقة بأخلاقيات المهنة، خاصة بأخلاقيات المهنة الطبية كونها تركز على الجانب والمعطى الإنساني، حيث أن الطبيب هنا تفرض عليه طبيعة مهنته، الأخذ بعين الاعتبار ازدواجية وتداخل التركيبة الإنسانية للمريض

من جوانب عضوية، فسيولوجية، عقلية، نفسية، اجتماعية كونها المعيار الأساسي الذي ترهن بواسطته تحقيق الهدف المنشود للتخلص من الآلام العضوية والنفسية من عدمها.

وفق هذا الفهم، يمكننا القول بأن المسؤولية الأخلاقية ناشئة عن إلزامية القانون الأخلاقي، تهدف للقيام بما هو صحيح وعادل، بحيث يتجنب من خلاله الطبيب الضرر للآخرين خاصة المرضى، وكذا عدم انتهاك المبادئ المتفق عليها محليا وعالميا، المحددة للفعل الصائب من الخاطئ عند توجيهها، حيث تستند هذه المسؤولية الأخلاقية إلى القيم والمعايير الاجتماعية والأخلاقية على حد سواء واحترام حقوق الإنسان والعادات والتقاليد المجتمعية (ناصر جراد وعزام أبو الحمام، 2012: 31-33).

وفي ذات السياق فإن المسؤولية الأخلاقية الملقاة على عاتق الطبيب تحمل العديد من الصفات والخصائص المتباينة التي تعد في جانب آخر حقوق للمرضى، منها ما نص عليه "إعلان جنيف السنة 1948 يطلب من الطبيب عند ممارسة عمله أن يعمل على الالتزام الذي يقول "سوف أضع صحة مريضتي فوق كل اعتبار، كما ينص قانون الأخلاقيات الطبية أن الطبيب مطالب بمعاملة مرضاه بكل إخلاص، ويلتزم بمداهم بكل معلوماته العلمية المتعلقة بهم، كما يطلب من الطبيب أن لا يجوز عند مباشرة مرضاه اعتبارات السن أو المرض أو العجز أو العقيدة أو الأصل العرقي، أو الجنس أو الانتماء السياسي أو الميل الجنسي أو الحالة الاجتماعية، فيجب ألا تتعارض هذه الاعتبارات وشعور الطبيب بواجبه نحو مريضه، إلا أنه قد وجدت أحيانا أسبابا شرعية لرفض الطبيب معالجة مريض، مثل ازدحام جدول الأعمال أو الشعور بعدم الأهلية أو عدم الاختصاص، مما يجعل الطبيب يمارس عمله دون إلزامه بتبرير موقفه بالإضافة إلى امتناع المريض عن دفع أجرة الطبيب أو لاختلاف مزاج الطرفين، أو رفض المريض إتباع نصائح الطبيب، فإن أقدم الطبيب على اتخاذ وممارسة المعطيات والعوامل الأخيرة فعليه مراجعة قوانين المهنة والمراجع المطابقة لتلك الحالات، وكذا الاستعداد لتبرير موقفه إزاء نفسه وإزاء مريضه، وكذا إزاء طرف ثالث عند الاقتضاء، وإن كان الموقف شرعيا، فعلى الطبيب مساعدة المريض في البحث عن

طبيب يرى فيه الأهلية، كما عليه أن يضع حدا للعلاج المتبع لفسح المجال للطبيب الآخر في اتخاذ الوسيلة التي يراها ناجعة (جون ويليامز، 2005: 16-17).

والجدير بالذكر أيضا، تتضمن مسؤولية الطبيب الأخلاقية أن يتكتم على أسرار مرضاه، للحفاظ على ما يتحصل عليه من معلومات متعلقة بمرضه، فالسرية عرفت منذ عهد أبو قراط وهو حجر الزاوية للأخلاقيات الطبية، حيث يذكر قسم "أبو قراط" كل ما أراه وأسمعه حولي وأنا أباشر لمهنتي لن أتحدث به، وسأعتبره سرا، وهذا القسم مثل غيره لا يجيز أي استثناء، كما يوصي القانون الدولي للأخلاقيات الطبية للجمعية أنه يجب على الطبيب الحفاظ على سرية ما يعمله مع المريض حتى بعد وفاته (جون ويليامز، 2005: 21-28).

كما يتعين على الأطباء في إطار مسؤوليتهم الأخلاقية اتجاه مرضاهم، حسن الاستماع، والإصغاء لشكوى المريض وفهم معاناته، وكذا تجنب الاستهزاء أو السخرية منه مهما تدنى مستواه العلمي أو الاجتماعي، استخدام مهارات فنية إنسانية، ملائمة، في طمأننة المريض خاصة فيما يتعلق بجانبه الشخصي، وكذا ضرورة التزام الدقة والتركيز الجيد في الفحص الطبي والتشخيص، والعمل على وصف العلاج والكتابة بوضوح مع تحديد مقاديره وطريقة استعماله، والبحث على التقيد بالأسلوب الذي حدده العلاج والتنبيه لأثار الجانبية المهمة المترتبة والمتوقعة، من ذلك العلاج، والمستوحاة من التكوين العلمي الطبي الذي تحصل عليه الطبيب أثناء مساره التعليمي المطول، كما أنه لا يمكن للطبيب إرغام المريض على علاج معين دون موافقته، وأن يقدم البدائل التي يقبلها المريض، كما عليه أن يفسر للمريض الآثار المرضية المترتبة عن ذلك في حالة عدم تناوله للعلاج المحدد، كما لا يمكن للطبيب ضمن مسؤوليته الأخلاقية إجبار المريض على التوقيع على بيانات في الملف الطبي دون رضاه، وفي ذات الموضوع يتعين على الطبيب أثناء ممارسته اليومية لمهنة الطب أن يمتلك المهارة الخاصة بتوزيع وقته بعدالة ومساواة بين جميع المرضى (محمد السامعي، 2017: 29-32).

وعليه فمن شأن المسؤولية الأخلاقية للطبيب اتجاه المريض أن تساهم بشكل مباشر في تحقيق جودة ونجاح العلاقة الاتصالية بينهما، ومنه التأثير الايجابي في فعالية العلاج المقدم.

الجدول 16: لا أقتنع بالمعلومات التي يقدمها الطبيب عن مرضي

المعارض	المحايد	الموجب
94-=(1-)94 +	0=(0)30	24+=(2+)12 +
68-=(2-)34 وعليه نجد أن:		30+=(1+)30 وعليه نجد أن:
162-=-94-68-		54+=24+30+
النتيجة : 108-=- 162-54+		

المصدر: استمارة قياس الاتجاهات السؤال رقم(16)

يظهر من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاهات سلبية من طرف أغلب المبحوثين (-108) نحو العبارة رقم 16 من استمارة قياس الاتجاهات - ألا أقتنع بالمعلومات التي يقدمها الطبيب عن مرضي وهو ما يعكس في تقديرنا درجة الوعي الصحي لدى المرضى مؤكدين بذلك اقتناعهم بالمعلومات التي يقدمها الطبيب عن مرضهم، هذا يدل على ثقتهم بكفاءة الطبيب وقدرته على العلاج، فالطبيب يلعب دورا مهما في اقتناع المريض بفعالية وجدوى العلاج، وإتباع جميع النصائح الإرشادات والمعلومات التي يقدمها لهم الطبيب.

وفي هذا الصدد، يتعين على الطبيب إعلام المريض بوضعه الصحي حتى يتمكن من اتخاذ قرار قبول التدخل الطبي أو رفضه، فإنه يجب أن تتصف المعلومات التي يدلى لها الطبيب للمريض بالبساطة والوضوح والقابلية للاستيعاب مما يستلزم تقديم تفاصيل

وشروح عن المرض التي يعاني منه المريض والعلاج الذي يراه ضروريا، مع مراعاة قدراته ومستواه الثقافي (سماح جبار، 2017: 159).

ومن جهة أخرى، فالطبيب الذي يستمع لشكوى المريض ويتفهم معاناته أثناء الفحص، لا يجوز له أن يتعالى على المريض أو ينظر إليه نظرة دونية أو يستهزئ به أو يسخر منه، مهما كان مستواه العلمي والاجتماعي، وأيا كان انتمائه الديني أو العرقي، وعليه أن يحترم وجهة نظر المريض، ولا سيما في الأمور التي تتعلق به شخصيا، وأن لا يحول ذلك دون تزويد المريض بالتوجيه المناسب (حسام الدين عفانة، 2017: 64-65).

الجدول 17: يلتزم الطبيب بالمواعيد الطبية التي يقدمها للمريض.

المعارض	المحايد	الموجب
0+=(2+)0	0=(0)26	118+=(2+)59
49-=(1-)49		66+=(1+)66
وعليه نجد أن:		وعليه نجد أن:
49- = 0- 49-		184+ = 66+ 118+
النتيجة : 135+ = 49- 184+		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات للسؤال رقم (17)

من خلال استقراء بيانات الجدول أعلاه، نلاحظ أن هناك اتجاها موجبا (+135) من استمارة قياس الاتجاهات نحو العبارة رقم 17 من استمارة قياس الاتجاهات - يلتزم الطبيب بالمواعيد الطبية التي يقدمها للمريض- فيمكن تفسير هذا الاتجاه الموجب من طرف المبحوثين من خلال امتثال الأطباء للمسؤولية المهنية والأخلاقية المنوطة بهم اتجاه مرضاهم، فيعمل الأطباء على احترام المواعيد المقدمة للمرضى خاصة لدى الأطباء الخواص، كونهم أكثر صرامة وجدية ومساواة أثناء أداء مهامهم العلاجية، نظرا لتحقيق كلا منهم في العناية بعضو معين من أعضاء الجسد دون غيره من الأعضاء، مما يجعل المريض على ثقة عالية بطبيبه، ومدى حرصه على تقديم فحص وتشخيص ذو جودة عالية

مبدؤه مدى الالتزام بالمواعيد الطبية مرورا إلى كيفية الاستقبال حتى الوصول لمكتب الطبيب، فمن شأن معيار الالتزام بالمواعيد أن يساهم في خلق وتكوين صورة المريض عن الطبيب، كما يعد هذا العامل من بين أحد المقومات الرئيسية المشاركة والمتدخلة في نجاح العلاقة الاتصالية القائمة بين الطبيب ومريضه، والمتحكمة في سيرورة العلاج ومدى تطبيق المريض له، ومن ثمة الحكم على مدى نجاحه أو فشله.

والواقع، إن الالتزام بالمواعيد الطبية المقدمة للمريض تتدرج ضمن مبدأ الالتزام العام بسلامة المريض التي تعتبر واجب قانوني، أخلاقي ومهني، حيث أن كل تأخير وتأجيل في المواعيد الطبية المقدمة للمرضى من شأنه العمل على الإضرار بصحة المريض خاصة المتضرر منهم، كما يساهم في إثارة تدمر واستفزاز المرضى فتتكون لديهم أفكار بتهاون الطبيب، وغياب عنصر الجدية لديه في مهامه الطبية، وبأنه كذلك لا ينظر إليه من جانب إنساني، بل يرى أنه قد مارس نوعا من التسلط عليه، وكذا مخالفته أيضا لأخلاقيات المهنة، وحتى امتثاله للمحابة أو تفضيل أقاربه وأصدقائه في بعض الأحيان، مما يساهم في تأجيل مواعده الطبي، الأمر الذي يجعل المريض على استهجان وسخط دائم بعدم رضا عن الخدمات الصحية المقدمة إليه في وطنه، فيطمح دوما للعلاج في بلدان مغايرة كونه يراها تحمل من المعايير ذات الجودة العالية المثيرة للاستحسان ورضا المرضى مقارنة بخدمات وطنه الصحية المتدنية، فالالتزام الطبيب بسلامة المريض تقتضي عدة مراحل مبدؤها مرحلة التشخيص المبكر بتحديد الأمراض وترتيبها ومقارنتها بغيرها، ومراحل تطور المرض ودرجة الخطورة، وكذا درجة مقاومة المريض له (هوام خليدة ولخذاري عبد الحق، 2021: 213).

ومنه فإن التزام الطبيب بالمواعيد الطبية المقدمة للمريض، يشكل عاملا حاسما في مدى الإسراع باستقرار وتحسين الحالة الصحية للمريض أو المساهمة بشكل غير مباشر في تدهورها من منطلق التعجيل أو التأخير في المرحلة الأولية من العلاج، وفي سياق آخر فحسب اتجاهات المرضى هناك من صرح بأنه قد يكون للمريض مساهمة بشكل معين في عدم التزام الطبيب بالمواعيد الطبية من خلال أن كل وضع وحالة مرضية تختلف عن

الأخرى، فعند دخول المريض لقاعة الفحص والعلاج لدى الطبيب قد يستعرض وقتاً مطولاً معه من منطلق استفسارات وتساؤلات بعض المرضى المتزايدة، مما ينشأ حواراً ونقاشاً وإصغاءً من الطرفين اتجاه بعضهما البعض، من شأنها أن تأخذ من حق المريض في قاعة الانتظار، فلا يقدم على الفحص المتعلق به، في الوقت المتفق عليه، فيمكن أن يتوقف التزام الطبيب بالمواعيد الطبية المقدمة من طرف المريض حسب مدة زمنية في الفحص والتشخيص وتقديم العلاج مقارنة بغيره من المرضى، ومن جانب آخر فمن منطلق أن للطبيب حياة شخصية تتعدى نطاق العمل، فيمكن أن تطرأ عليه ضروريات غير قابلة للتأجيل في حالة طارئة داخل أسرته أو حالة وفاة مفاجئة داخل محيطه العائلي.

الجدول رقم 18: أعتقد أن العدد المتزايد للمرضى على الطبيب يؤثر سلباً على حق

المريض في التشخيص والتواصل الفعال

المعارض	المحايد	الموجب
30-=(1-) 30 +	0=(0) 27	138+=(2+) 69 +
8-=(2-) 4 وعليه نجد أن:		74+=(1+) 74 وعليه نجد أن:
38-==8-30-		212+==74+138+
النتيجة : +212-38=174		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات السؤال رقم (18)

يظهر من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاهها موجبا من طرف أغلب المبحوثين (+174) نحو العبارة رقم 18 من استمارة قياس الاتجاهات- أعتقد أن العدد المتزايد للمرضى على الطبيب يؤثر سلباً على حق المريض في التشخيص والتواصل الفعال- فمن المتعارف عليه أن تكون عيادات الأطباء الخواص على وجه الخصوص مكتظة بالمرضى وغالبا لا يكون أمام الطبيب خيارا سوى الإسراع نسبيا في الكشف عن

المرضى، وهذا ما ينعكس سلبا على صحة المريض لأنها تعتبر انتهاكا لحقوقه المعروفة، وقد تقل فرصة العلاج بسبب الوقت الغير كافي للمعاينة، فهذه المسألة تعود لصالح الأطباء في فحص أكبر عدد ممكن من المرضى تحقيقا للربح والعائد المادي المعتبر دون الأخذ بعين الاعتبار لأخلاقيات المهنة الطبية.

ومن جهة أخرى فإن السبب المتزايد للمرضى راجع للزيادة السكانية الهائلة نتيجة النمو الديمغرافي المرتفع، وكذا نجد سكان المناطق الريفية يلجئون للأطباء الخواص في المدن الكبرى، كما يمكن أيضا إرجاعها إلى التفشي الهائل للأمراض والأوبئة داخل المجتمعات الإنسانية وهذا من شأنه أن يثير استهجان وتذمر المرضى.

وفي سياق آخر، فإن العدد المتزايد للمرضى على الطبيب الذي من شأنه أن يحول دون منح المريض حقه في التشخيص والتواصل الفعال، فقد يعمل على غياب أهم عنصر في علاقة الطبيب والمريض ألا وهو عامل الثقة، فنجد المريض قد يغادر عيادة الطبيب دون الرعاية الصحية اللازمة، بالإضافة إلى أن المريض الذي لم يتحصل على حقه في التشخيص والتواصل الفعال قد ينتابه شعور باستيلاء الطبيب على حقه في المشاركة في القرارات المتعلقة بوضعه الصحي، نتيجة كذلك لغياب ثقافة الحوار والنقاش وكذا الإصغاء التام لشكوى المريض ومعاناته، الأمر الذي من شأنه أن يبعث في نفسية المريض شعور بعدم الارتياح النفسي، فيلجأ المريض حينئذ إلى تفادي وتجنب تطبيق الإرشادات والنصائح الطبية وهو ما يؤدي إلى الفشل التام للعلاج المقدم لهذا المريض، نتيجة فشل العلاقة الاتصالية بين الطرفين، الأمر الذي يدل على غياب جودة الخدمات الصحية وهذا ما سنتطرق إليه في الجدول الموالي.

الجدول 19: أرى أن تكلفة العلاج تحدد نظرة المريض للطبيب

المعارض	المحايد	الموجب
56--=(1-)56 +	0=(0)23	0+=(2+)0 +
24--=(2-)12 وعليه نجد أن:		109+=(1+)109 وعليه نجد أن:
80--=24-56-		109+=0+109+
النتيجة : 29+=80-109+		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات للسؤال رقم (19)

يتضح من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاها موجبا (+29) من استمارة قياس الاتجاهات نحو العبارة رقم 19 من استمارة قياس الاتجاهات - أرى أن تكلفة العلاج تحدد نظرة المريض للطبيب- مما يؤكد في تقديرنا من جانب معين أنه مع وجود التباين المتعدد في التخصصات الطبية، يتفرغ طلبة الطب في اختصاص طبي معين، وفتح عيادات خاصة بهم باستخدام عتاد وأجهزة طبية حديثة باهظة الثمن، ما يرافق ذلك من ارتفاع متزايد في أسعار الفحص والتشخيص العلاجي، الأمر الذي من شأنه العمل على تحديد وتوجيه نظرة المريض اتجاه الطبيب.

والواقع أن هذه الإجراءات قد تنعكس سلبا على صيرورة وفعالية العلاج، وكذا الإخلال به، نتيجة أحكام المريض المسبقة، التي قد لا تأخذ بعين الاعتبار حجم وتكاليف الوسائل الطبية المستخدمة في الفحص والتشخيص المتعلق بحالته الصحية، وكذا عدم مراعاة المريض للضغوط النفسية والتوترات التي قد تعرض لها الطبيب أثناء مساره الدراسي الطويل، الموازية مع عامل استئجار الطبيب للعيادة الطبية التي يباشر عمله بها، وهو ما يترتب عليه منح راتب شهري لأكثر من ممرض من العاملين معه، من خلال تبادل المناوبة بين الفترة الصباحية والمسائية.

والجدير بالذكر في سياق آخر، أن تسعيرة العلاج يمكن أن تحدد نظرة المريض للطبيب من منطلق المقارنة بين الطبيب العام والخاص، فهناك أطباء عاملين في الأوساط الريفية والحضرية، تربطهم علاقات متينة مع مرضاهم تصل إلى حد التنقل إلى بيوتهم لتقديم العلاج مع القليل من الفعالية، إلا أن هؤلاء الأطباء لم يحققوا النجاح في حياتهم المهنية كونهم غير مختصين في مجال طبي محدد، وهو ما ينعكس سلبا على نفسية الطبيب الذي قد يشعر بعدم الرضا عن حالته، فيبدو جليا هنا الفرق بين الطبيب العام والخاص في مجال تحديد سعر الخدمات، فهناك من الأطباء الخواص من يفرضون أسعار مرتفعة، ويحضون بالمقابل بإقبال كبير من طرف المرضى، فالمحدد الجديد هنا هو سعر الخدمات في ربح الثقة اتجاه الطبيب (بن مغنية قادة، 2017: 96).

فمعيار الثقة في الكفاءة المهنية للطبيب مرتبطة أيضا بالجوانب المالية للعلاج، فكما كانت تكلفة العلاج مهمة، زاد يقين المريض بأنه يدفع كثيرا، وهو بالتالي سيتلقى علاجا ذو نوعية جيدة، فيمكن اعتبار الخدمات التي يقدمها الطبيب كمنتوج استهلاكي، حيث كلما ارتفع سعره كانت نوعيته مضمونه، فيساهم المحيطين بالمريض في التسويق لصورة هذه الخدمات ما يؤدي بالمريض إلى التمسك بها، فبالرغم من أن المسارات المهنية واحدة لدى الأطباء إلا أن صورتهم في الوسط الاجتماعي الذي يعملون به تختلف، حيث تساهم الخبرة المهنية في تشكيلها، ويبرزها سعر الفحص الذي يفرضه الطبيب، فكما ارتفع السعر زاد تيقن المرضى بأن الطبيب ذو خبرة مهنية وكفاءة عالية في ممارسة نشاطه، وخلاف ذلك تماما بالنسبة للأطباء العاملين في القطاع العام، فارتباطهم بمجانبة الفحص يجعلهم في نظر المرضى أقل كفاءة وخبرة (بن مغنية قادة، 2017: 97-98).

الجدول 20: تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض على علاقته الاتصالية

بالطبيب

المعارض	المحايد	الموجب
0--=(1-)0 +	17=(0)17	236+=(2+)118 +
0--=(2-)0 وعليه نجد أن:		+65=(1+)65 وعليه نجد أن:
0--=0-0-		301+=65+236+
النتيجة : 301+=0-301+		

المصدر: بيانات استمارة قياس الاتجاهات للسؤال رقم (20)

يظهر من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك اتجاها موجبا من طرف أغلب المبحوثين (+301) نحو العبارة رقم 20 من استمارة قياس الاتجاهات - تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض على علاقته الاتصالية بالطبيب- وتتمظهر جودة الخدمات الصحية في قدرة العاملين في المؤسسة الصحية على الاستجابة السريعة للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليهم، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمرضى من خدمات المؤسسة الصحية، والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها (دريدي أحلام، 2014: 26).

ومن جهة أخرى فإن تقديم خدمة صحية ذات جودة متميزة من شأنه تحقيق رضا المريض وزيادة ولاؤه للمؤسسة الصحية، وبالتالي قد يسهم في تطوير أداء العمل، وهذا ما يؤدي في النهاية إلى كسب رضا المريض (دريدي أحلام، 2014: 30).

و في سياق آخر، تتأثر جودة الرعاية الصحية بعدة عوامل من أهمها :

- الكفاءة المهنية لمزودي الخدمات الطبية ويشمل ذلك الكفاءة العلمية والعملية والمهارات التي يتمتع بها المهنيين الصحيين.
- مدى توفر خدمات الرعاية الطبية بالكم والكيف المطلوب وبمستوياتها المختلفة ومصادرها المتعددة بما في ذلك الخدمات الوقائية والعلاجية.
- مدى توفر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الضرورية للرعاية الطبية.
- مدى التركيز على الجانب السلوكي للرعاية الطبية وأهمية التعامل مع المريض كشخص whole prson وليس كنظام بيولوجي فقط وهو ما يعرف بشخصنة الرعاية personalisation of care فالنظام الإجتماعي والنفسي والإقتصادي والثقافي للفرد لا يؤثر فقط على صحته بل يؤثر ذلك على سلوكياته ومواقفه فيما يتعلق بالصحة والمرض. وعلى سلوك طلب الخدمة والسعي للحصول عليها والانتفاع بها أو سلوك عدم طلب الخدمة أو التأخير في طلبها كما يؤثر على العلاقة التفاعلية بين مقدم الخدمة ومستهلكها ومدى تعاونه وتفهمه لعملية العلاج.

خلاصة

ظهر جليا أهمية العلاقة الاتصالية بين كل من الطبيب والمريض في تحقيق جودة وفاعلية العملية العلاجية، وهو ما تأكد من خلال الاتجاهات الايجابية من طرف المبحوثين حيث أكدوا أهمية المعاملة الإنسانية في استدامة العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، رغم تأكيد بعض المرضى أن معاملة الطبيب لمرضاه قد يطغى عليها الجانب المادي، كما تؤكد أهمية مشاركة الطبيب مرضاه من خلال تعريفهم بوضعهم الصحي، وهو ما قد يشعرهم بالارتياح النفسي، كما تبين أهمية معاملة الطبيب لمرضاه بالمساواة وعدم التفريق بينهم إضافة إلى ما يتحصلون عليه من احترام وتقدير، ما يحثهم على تطبيق تعليمات الطبيب والأخذ بنصائحه، كما أن نجاح العملية الاتصالية بين الطبيب والمريض تتأثر بالمسؤولية الأخلاقية للطبيب ومدى التزامه بمواعيده الطبية، وجودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض، وهو ما ينمي رأس مال اجتماعي حقيقي بين الطبيب ومرضاه.

المراجع:

1. أيمن زكي سعيد كردية (2011). "مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور وأثرها على فاعلية الخدمة الصحية. من وجهة نظر جمهور المراجعين" (دراسة تطبيقية على مراكز الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية. مقاطعات قطاع غزة،)دراسة مكملة لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال). قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية. غزة).
2. أيمن مزاهرة [وآخرون] (2012). "علم اجتماع الصحة"، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
3. بن مغنية قادة (2017). "الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي دراسة حالات".(أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد.
4. جون ويليامز (2005). "كتاب الأخلاقيات الطبية". ترجمة محمد الصالح بن عمار. تونس: جمعية الطب العالمية.
5. حسام الدين عفانة (2017). "حقوق المريض على الطبيب". شبكة يسألونك الإسلامية.
6. حسين محمد صندوقجي (2017). "الأطباء واحترام المرضى". أغسطس. العدد 14136.
7. خالد السباعي(د.ت.ن). "أخلاقيات العلاقة بين المريض والطبيب". كلية الآداب، العدد العاشر.
8. دريدي أحلام (2014). "دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية".(رسالة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة ماجستير في علوم التسيير، تخصص). قسم علوم التسيير جامعة محمد خيضر، بسكرة).
9. سماح جبار(2017). "التزام الطبيب بإعلام المريض". كلية الحقوق والعلوم السياسية. جامعة باجي مختار(عنابة). العدد 51.

10. شوق أسعد محمود (2012). "علم الاجتماع الطبي"، القاهرة: دار البداية للنشر والتوزيع.
11. عبد الرحمن بن أحمد الوروني (2020). "العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض وأثرها في تفعيل العلاج وسبل تطويرها"، (دراسة ميدانية على عينة من المرضى بالمستشفى الوطني، مجلة القراءة والمعرفة) مصر: مجلد 20، الجزء 2 العدد 225.
12. علي محمد المكاوي (1991). "فهد عبد الرحمن الناصر". (دراسة في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي). القاهرة.
13. محمد السامعي (2017). "أخلاقيات المهن الصحية": أخلاق وواجبات، وعلاقات، مبادئ. كلية الجزيرة للعلوم الصحية.
14. محمد الصالح بن عمار (2005). "الأخلاقيات الطبية". جمعية الطب العالمية.
15. محمد بن عايد المشاوية الدوسري (2014). "العلاقات الإنسانية في الفكر الإداري الإسلامي المعاصر". الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
16. محمد عبد الكريم الحوراني (2013). "ميول العنف ضد الأطباء في مستشفيات القطاع العام الأردنية محاولة للفهم في ضوء توقعات دور الطبيب مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية"، الأردن: المجلد 10، العدد 2.
17. محمد علي محمد [آخرون] (2015). "دراسات في علم الاجتماع الطبي". ط4. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
18. نادية محمد السيد عمر (2003). "علم الاجتماع الطبي". المفهوم والمجالات. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
19. ناصر جراد وعزام أبو الحمام (2012). "المسؤولية الأخلاقية والاجتماعية للمنظمات". الأردن: إثراء للنشر والتوزيع.
20. نور الدين بواشلوش (د.ت.ن). "المدرسة الألمانية النقدية نماذج مختارة من الجيل الأول إلى الجيل الثالث". دار الفكري.

21. هوام خليفة ولخزاري عبد الحق (2021). "التزام الطبيب بسلامة المريض". مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية. المجلد 08، العدد 01.
22. يوسف أبو الرب [وآخرون] (2003). "علم الاجتماع الطبي". ط2. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

الفصل الخامس

الفصل الخامس: تمثلات الأطباء نحو العلاقة الاتصالية بمرضاهم

توطئة

أولاً: مدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية في تحقيق فاعلية العلاج

ثانياً: مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

ثالثاً: المعوقات الأساسية التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض

خلاصة

المصادر والمراجع

توطئة:

تعد الخدمات الصحية إحدى القطاعات المهمة المرتبطة بالتنمية، والتي تسعى إليها جميع الدول التي تم تطويرها بكل ما يلزمها، وتحقيق غاياتها عن طريق توفيرها لجميع أفراد المجتمع، وتشمل المؤسسات الصحية كافة الخدمات المقدمة للوقاية من أخطار الأمراض وما يستلزم ذلك من متطلبات طبية وفنية وإدارية تساهم في الوقاية من الأمراض، وهي مسؤولية تقع على عاتق المؤسسات الصحية المختلفة المتمثلة في المراكز الصحية والعيادات الخاصة، والمستشفيات (وسام عبود درجال، [د.ت.ن: 499]).

والجدير بالذكر في هذا السياق أن من العوامل المتحكمة في جودة ومدى فاعلية الخدمة الطبية المقدمة للمريض، تتجسد في تلك العلاقة الاتصالية القائمة بين كلا من الطبيب والمريض، ونجاح هذه الأخيرة يساهم بشكل مباشر في استقرار الحالة الصحية للمريض، حيث يتوقف على مدى وعي الطبيب بأهمية العلاقة الاتصالية التي تربطه بمرضاها، وقدرته في تنمية هذه العلاقة من خلال حسن المعاملة، والاستماع لمرضاها، وتقديرهم، واحترامهم، وكسب ثقتهم، والمساواة بينهم، وهذا ما نسعى إلى تشخيصه ميدانيا بناء على المقابلات الميدانية التي أجرتها مجموعة البحث مع الأطباء، حيث حاولنا من خلالها التعرف على مدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية التي تربطهم بمرضاهم، وكذا مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، إضافة إلى المعوقات الأساسية التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض.

أولاً: مدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية في تحقيق فاعلية العلاج

يمثل الأطباء القاعدة الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية للمجتمع، فإذا كانت المهمة الرئيسية للطبيب هي تشخيص وعلاج المرض فالواقع أن هاتين العمليتين تتضمنان عدة جوانب، تعد أعمق وأشمل كثيرا مما تحتويه النظرية العلمية للمرض، كما أن جزءا كبيرا مما يقدم للمرضى من خدمات طبية هو في حقيقته محاولات لمعاونتهم على التوافق بطريقة أفضل مع ظروفهم الاجتماعية أكثر منه علاجا للأمراض العضوية (أيمن مزاهر [وآخرون]، 2012: 111-112).

وبما أن ركيزة العلاج الطبي متعلقة بطرفي هذه العملية ألا وهما كل من المريض والطبيب المعالج، إذا أن هذا الأخير يحتل مكانة القائد والموجه، وحتى المسيطر أحيانا في التسيير والتوجيه للمريض الذي يعد الحلقة الأضعف داخل هذا النسق الصحي والطرف المنقاد واللاجئ، للطبيب للتعافي من الآلام والأوجاع الصحية والنفسية منها، ومنه العودة لاستقرار وضعه الصحي، فيسعى للبحث عن كل السبل والوسائل للعلاج الملائم والحصول على رعاية صحية جيدة، فإن وصوله إلى هدفه المنشود يرتبط بمجموعة هذه العوامل الأساسية الواقعة على عاتقه وأخرى متعلقة بالطبيب، متجسدة في مدى وعي الأطباء بأهمية ومكانة العلاقة الاتصالية الفعالة في تحقيق العلاج.

وفقا لهذا الفهم سنحاول التعرف على مدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض من خلال استنتاج بيانات الجدول الآتي:

الجدول رقم 1: يوضح أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض

النسب المئوية	التكرارات	الإجابة
50%	10	فهم مشكلة المريض
35%	7	تحقيق الثقة بين الطبيب والمريض
15%	3	الاحترام المتبادل
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات السؤال رقم (1) من استمارة المقابلة الموجهة للأطباء

بناءً على بيانات الجدول الواردة في الجدول أعلاه يظهر أن أغلبية الأطباء أي بنسبة (10-50%) أكدوا أن فهم مشكلة المريض لها أهمية كبيرة في نجاح العملية الاتصالية بين الطبيب والمريض، فالعلاقة التي تربط الطبيب بالمريض تعتبر نقطة أساسية لبدأ العلاج، ومن منطلق أن الطبيب لا يشخص الأعراض أو يعالج المرض فقط، بل يجب أن يعلم ويشجع عند الحاجة، ومن المهم عند الطبيب أن يكون قادراً على فهم جميع مشكلات المرضى وكذا فهم ثقافتهم، واهتماماتهم ومعتقداتهم وأخلاقياتهم، فالأطباء الفاعلون لديهم علاقة وفهم وتعاطف وإضفاء، وعدم السرعة في إصدار الأحكام والكياسة، وبالمقابل فإن المريض بالنسبة للطبيب مثل الطفل المعتمد، والتلميذ الشغوف أو ضيف يحتاج إلى نصيحة ومساعدة وعطف وأمل (محمد عبد الكريم الحوراني، 2012: 252).

أما نسبة (7-35%) من المبحوثين أكدوا أن تحقيق الثقة بين الطبيب والمريض لها أهمية واضحة في هذه العملية من خلال ثقة المريض بطبيبه وكفاءته، وكذا ثقة الطبيب بمرضىه وإتباع تعاليمه، لأن هذه الثقة تزيد من فرض نجاح العلاج، ويكون العلاج أكثر فعالية إذا ما تواصل الطبيب بأسلوب أفضل مع المريض، فالمرضى الذين يفهمون أطباءهم يكونون أقرب إلى الالتزام بنصائحهم.

وفي هذا السياق، يؤكد فريديسون أن اختيار أول طبيب يجب أن نقبله مسبقاً، إلى حد ما من حيث قيمته وسلطته، ونتقاسم معه إلى مستوى معين نظرته حول المرضى، يتخذ

الطبيب سلطته كسلاح وفي مناخ من الثقة يفرض الطبيب كل جديد أو غير منتظر على المريض أي أنه لا بد أن تتوفر الثقة من جانب المريض والسلطة من جانب الطبيب (بن مغنية قادة، 2017: 29).

وهو ما تجلى واضحاً بنسبة (3-15%) من المبحوثين الذين أكدوا أهمية احترام الطبيب، إلا أن ذلك لا يمنع الأطباء من احترام قواعد القرار في نطاق معالجتهم وعلاقتهم بمرضاهم، فالشفقة من أهم القيم الأساسية في الطب وهي ضرورية في العلاقات الأخلاقية المهنية، حيث تعتمد على احترام كرامة البشر وقيمه مع كونها لا تقف عند هذا الحد إذ تستجيب حساسية المرض أو العجز، والمريض الذي يشعر برأفة الطبيب نحوه يرتاح له ويتقن أن الطبيب سوف يبذل نحوه قصارى جهده، وهذا الشعور يساعد على شفائه، فهذه الثقة ضرورية في علاقة الطبيب بالمريض، يعد إلتزام الطبيب بعدم التخلي عن المريض وتعهده بتمكينه من الرعاية الطبية (محمد الصالح بن عمار، 2005: 17).

الجدول 02: شروط استقرار العلاج بين الطبيب والمريض

النسب %	التكرارات	الإجابة
20%	4	الراحة النفسية
50%	10	التشخيص الصحيح للمرض
30%	6	تنمية رأس المال البشري
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات المقابلة مع الأطباء السؤال رقم (02)

يتضح من خلال بيانات الجدول أعلاه أن نصف عدد المبحوثين من مجموع 20 مبحوث قد اتفقت إجاباتهم بنسبة (10-50%) أن من بين شروط استقرار العلاج بين الطبيب والمريض التشخيص الصحيح للمرض، حيث يعتبر ركيزة نجاح العملية والعلاقة العلاجية القائمة بين الطرفين، ذلك أن أي أخطاء أو انحرافات عند القيام بذلك، قد تتخذ منحى سلبي يرمي إلى فشل العلاج المقدم، حيث أكدوا أن التشخيص الصحيح يتضمن عدة

متغيرات وعوامل متحركة في صحة التشخيص الطبي، بداية من مهارات وفن التعامل المناسب من طرف الأطباء، وصولاً إلى العلاج الدوائي المادي الملموس، حيث أن العلاقة الاتصالية والتفاعلية القائمة والمتكونة بين المريض والطاقم الطبي بقيادة الطبيب، تعد المحدد الرئيسي في نجاح العلاج وتحقيقاً للهدف المنشود لإعادة الاستقرار والتعافي للحالة الصحية للمريض.

فالطبيب يعمل على التمتع كسلطة مهيمنة في العلاقة العلاجية، فيحرص على تفكيك كفاءته الطبية، إلى معارف نظرية وأخرى نفسية تعمل على ربط علاقات جيدة مع المرضى، ومن أولويات أي طبيب هو العمل من أجل أن لا يفقد ثقة المرضى فيه، وقد أظهرت شهادات الأطباء المبحوثين تغيراً في مضمون ومحتوى طبيعة النشاط المهني للطبيب، نتيجة للتأقلم مع الواقع الجديد، فاستقطب المرضى كهدف ترويج ثقتهم تتطلب الذهاب خلف الأثر المنظمة بالرعاية التي تتعدى العمل الروتيني المتمثل في الفحص والتشخيص، ووصف الدواء إلى التدقيق في سلوكيات المرضى محاولة إيجاد الحلول المناسبة لكسب ثقة المريض وضمان عودته (بن مغنية قادة، 2017: 54-56).

وفي ذات السياق، فإن مرحلة التشخيص الصحيح للمريض تستلزم وتتطلب متغيرات أخرى كمحاولة إقناع المريض بالمعلومات المختلفة عن وضعه الصحي بعبارات واضحة ومبسطة تتوافق ومستويات المرضى العمرية، وكذا العلمية منها وبلغة متداولة غير مرتبطة بالألفاظ المتعلقة بالتكوين العلمي المعرفي للمعقد للأطباء، والجدير بالذكر أن من شروط استقرار العلاج - حسب ما ذهبت إليه إجابات عينة البحث من الأطباء - تتمثل في تنمية رأس المال البشري بنسبة (6-30%) فيتعلق ذلك بتجسيد وتفعيل قيم الاحترام المتبادل بين الطبيب والمريض حيث يعتبر من أدبيات وركائز العلاقة العلاجية، مرفوقاً بمبدأ ضرورة المواظبة على المواعيد الطبية والالتزام بها من قبل الطرفين على حد سواء تفادياً لأي اختلال قد يؤثر على التشخيص والعلاج، حيث أن بعض الحالات المرضية قد تتدهور وضعيتها الصحية نتيجة للاضطراب والتأجيل في المواعيد الطبية المقدمة، خاصة لذوي الأمراض

المزمنة كضغط الدم، أمراض القلب، السكري، الأمراض العصبية، والمرتبطة أيضا بالجهاز التنفسي، ومن شأن الالتزام بالمواعيد الطبية أن تحمل بين ثناياها ضرورة تطبيق وتنفيذ المريض لتعليمات وإرشادات الطبية العلاجية حتى يتم على أكمل وجه للتوصل للنتيجة المراد تحقيقها، وفي ذات الصدد فقد قدرت الراحة النفسية المعبرة عن أحد شروط استقرار العلاج حسب إجابات واتجاهات الأطباء بنسبة (4-20%)، مما يدل على مكانتها وأهميتها في فعالية ونجاح المسار العلاجي، فنجدها تنبثق وتتجسد عند توفر حسن استماع وإصغاء الطبيب لشكوى وآلام المريض التي يود التعبير والإفصاح عنها، وكذا من خلال فسح مجال لإقامة حوار ونقاش لتبادل الآراء والأفكار وتقبل وجهتي نظر كلاهما، وهو ما يؤكد "هابرماس" من منطلق صياغته للمبادئ والآليات التي تتأسس وفقها نظريته في الفعل التواصلي، حيث لا إكراه ولا ضغط على الآخر المتلقي، وكذا الاكتفاء بعرض الآراء والأفكار دون محاولة تطبيقها إلزاما وبسيطرة مفروضة إلا في حالة كون الطبيب على علم ودراية بما تتطلبه حالة المريض الصحية، فيمتلك في هذه الحالة الحق في فرض تعليماته الطبية على المريض التي تصب في مرمى منفعة ومصالحته بشكل أولي ومباشر، إضافة إلى تجنب التعرف لمصادقية الآخر، فالحوار هو المحدد لصحة ومصادقية القضايا بصفة ديمقراطية، الأمر الذي من شأنه التحرر من كل أشكال الضغط والقهر الخارجي (نبيل محمد صغير، 1997: 677-678).

كما إن طمأنة الطبيب للمريض عن وضعه الصحي عبر مراحل علاجية إن تطلب الأمر ذلك، وإشعاره بأن حالته الصحية لا تستدعي القلق والفرع، هذه العوامل تساهم في تحقيق الراحة النفسية التي تعتبر نصف علاج المريض، بالتوازي مع ضرورة منح كل مريض حقه في التشخيص والتواصل الفعال، وكذا القضاء على كل أشكال اللامساواة والتفريق بين المرضى.

الجدول رقم 3: تقييم العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

النسب المئوية	التكرارات	الإجابة
30%	6	استقرار الحالة الصحية
50%	10	المسؤولية الأخلاقية
20%	4	رضا المريض
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات السؤال رقم (3) من استمارة المقابلة للأطباء

بناءً على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن أغلب الأطباء أي نسبة (6-30%) في تقييمهم للعلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض يؤكدون أنها تتمثل أساساً في استقرار الحالة الصحية، فالطبيب الذي يعمل ويركز على مهنته فقط وهي تخفيف آلام المريض بكل ما يستطيعه وما يتاح له من وسائل علاجية نفسية ومادية، ويحرص على العناية بالمريض يجد تجاوباً من طرف المريض، وذلك من خلال الاستماع لنصائحه وتوجيهاته.

وهو ما تجلّى واضحاً بنسبة معتبرة قدرت بـ (10-50%) من إجابات المبحوثين الذين أكدوا أن الطبيب الناجح لا يترك مهامه لغيره أو يؤجلها، بل يلتزم بقراراته ومسؤولياته ويجعل عمله أولى الأولويات، ويبذل قصارى جهده في تقديم الخدمة الطبية للمريض أياً كان مستواها، كما يتوجب أيضاً على المريض الالتزام بقبول عمل الطبيب وعلاجه ودفع أجره إن كان عمله بأجر.

وفي ذات السياق، يشترط لانتقاء مسؤولية الطبيب عن خطئه أن يكون ماهراً في عمله، وللمهارة أوصاف وشروط مشددة لا تتوفر إلا في من أتى من علم الطب، الشيء الكثير وتحقق له من التدريب والخبرة القدر الوفير كما يشترط أيضاً ألا يتعدى الطبيب إلى عضو صحيح فيتلفه، وأن يكون علاجه للمريض بإذنه أو إذن وليه أو وصيه، وأن يكون هذا

الإذن صريحا ودون قسر أو إكراه وأن يكون الخطأ الذي حدث من الطبيب غير فاحش عند من يرى ذلك.

أما نسبة (4-20%) من الأطباء أقرروا أن تقييم العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض تتأثر بمدى رضا المريض من تقديم الخدمات الطبية التي تقوم بالأساس على احترام المريض والعمل على إرضائه وتلبية حاجاته ورغباته.

فرضى المريض يعتبر مؤشر مهما ومفيدا أخذ بالتزايد في تقييم الاتصالات والمعلومات المتداولة بين الطبيب والمريض، وهو ما يمنح الثقة والطمأنينة للمريض (نهى عباس محمد البشير، 2019: 28).

الجدول رقم 4: يبين القيم الأساسية المكونة لعلاقة اتصالية فعالة مع المريض

النسب المئوية	التكرارات	الإجابة
20%	4	تبادل وجهات النظر
40%	8	الاحترام والثقة
40%	8	الاهتمام والإصغاء
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة الموجهة للأطباء السؤال رقم (4)

ظهر جليا من خلال البيانات الموضحة في الجدول أعلاه أن من بين القيم الأساسية المكونة لعلاقة اتصالية فعالة مع المريض، هو قيم الاحترام والثقة بنسبة (8-40%)، حيث أنهما تعتبران الركيزة الأساسية وحجر الزاوية في قيام علاقة اتصالية فعالة وناجحة، ما بين الطبيب والمريض، ذلك أن كل العلاقات القائمة بين الأفراد مبدؤها خاصية الاحترام المتبادل، خاصة العلاقة العلاجية منها طبيب، مريض، فالاحترام يعد من الحاجات الضرورية في تركيبة النفس البشرية التي لا يمكن الاستغناء، والتغاضي عنها، ففي نظرية ماسلو عند وضعه لسلم الحاجات الإنسانية كان لعامل الاحترام نصيبا منها، حيث يرغب

الأفراد بتحقيق الشعور بقيمتهم في المجتمع ككل وداخل المحيط البيئي الذي ينتمون إليه، وفي مجالات الحياة المختلفة (محمد بشير شريم، 2012: 49).

يندرج التزام الطبيب باحترام إرادة المريض في إطار العقد الطبي الذي يحكم وينظم علاقة الطبيب بالمريض، غير أن هناك حالات يظل الطبيب فيها ملتزماً باحترام إرادة المريض بالرغم من عدم وجود عقد يربط بينه وبين المريض كحالة العلاج في المستشفيات العمومية، فالأسس الأخلاقية والإنسانية لمهنة الطب تملي ضرورة الالتزام بمبدأ احترام إرادة المريض، ومن خلال التطورات التي شهدتها المجتمعات المعاصرة في مختلف المجالات العلمية والفكرية والاجتماعية، أدت إلى حتمية احترام إرادة المريض قبل كل تدخل طبي، وبعد انتهاء عهد السلطة ووصاية الطبيب ازداد الاهتمام بحقوق الفرد، والعلاقة التي تربط بين الطبيب والمريض، كون معظم الحقوق مبنية على الكرامة الإنسانية ومن شأن احترام إرادة المريض تعزيز الثقة التي هي أساس العلاقة التي تجمع بين الطبيب ومريضه، ونجد أن المشرع الجزائري أكد على احترام إرادة المريض من خلال مدونة أخلاقيات الطب، بداية بإعطاء المريض الحق في اختيار طبيبه (كروي إكرام، 2014: 34-50).

وفي ذات السياق فعامل الثقة بين الطبيب والمريض لا يقل أهمية عن عامل الاحترام، فهي فعل له خصوصياته وميزاته المتعلقة بطبيعة مهنة الطب في حد ذاتها، فالثقة بالنسبة للطبيب تتحكم فيها عدة ضوابط وشروط، فتختلف مناهج وأساليب التواصل مع المرضى من طبيب إلى آخر، وتختلف معها طرق كسب الثقة، واستمرار العلاج وبلوغه لأهدافه، وذلك من خلال توفير شروط الاستمرار المادية والرمزية، فالثقة تبدأ من التشخيص الذي تعد المعيار الأول الذي يركز عليه تقييم الطبيب لكفاءته، ما يجعله يلجأ إلى أساليب متنوعة من أجل كسب ثقة المرضى، والثقة في العلاقة العلاجية حسب خطاب الطبيب لا تقتضي أن يكون المريض ذو مستوى تعليمي معين، بل تكفي استجابته للحفاظ العلاجي للوصول إلى نتيجة تجعل من الممكن بناء ثقة في الطبيب المعالج، وعليه فالثقة يمكن أن تكون قاعدة لروابط اجتماعية مستمرة تتجاوز مرحلة الفحص والتشخيص، إلى المراقبة

والمتابعة، وتتوسع هذه الرابطة لشمّل فاعلين آخرين هم أفراد أسرة المريض، خاصة في حالة المصابين بالأمراض المزمنة، فالثقة في الطبيب لا تبنى من طرف المريض لوحده، لكن عامل الزمن يجعل من الممكن تدخل محيطه الأسري في قراراته ما يجعل الطبيب يعمل على كسبها من خلال تمديد العلاج إلى فترات أطول كما نجد أن بناء الثقة السليمة بين الطرفين تخضع إلى نوعية المريض والمرض الذي يعاني منه (بن مغنية قادة، 2017: 54-81).

وما يمكن التأكيد عليه هنا، أن اهتمام وإصغاء الطبيب للمريض من بين القيم الأساسية المكونة لعلاقة اتصالية فعالة بين الطرفين حسب إجابات المبحوثين من الأطباء بنسبة (8-40%)، مما يدل على أن الاستماع أو الإصغاء أثناء إجراء فحص وتشخيص خاصة المطول منه فيمثل جزءاً كبيراً وهاماً جداً من العلاج، على وجه الخصوص فتبرز أهميته أثناء العلاج النفسي، هذا فضلاً على أنه مطلب لا غنا عنه في العلاج العقلاني، ويقترح "بالينت" هنا التأكيد باستمرار على المهارات الإنسانية التي يمتلكها الطبيب أكثر من التدخل التكنولوجي والطبي، فالإصغاء للمريض يعمل كذلك لصالح الطبيب فيكشف قدرة في داخله على الاستماع إلى أشياء في مرضيه قد لا يعيها المريض عن نفسه، لكن الطبيب بوعيه وإدراكه يستطيع التوصل إلى ما وراء الحديث فأتثناء هذه العملية يكتشف أن الأسئلة المباشرة التقليدية لا يمكنها أن تضع نوع المعلومات التي يريدها ويبحث عنها، وبناء العلاقات بين الطبيب والمريض عن طريق الفحص الجسماني فقط، قد تبعد به كثيراً عن ما يريد ملاحظته والتعرف عليه، حيث أن التشخيص السليم لا يتم بنجاحة في تحقيق فاعلية العلاج إلا بالتعاون بين الطرفين (محمد علي محمد [وآخرون]، 2015: 284).

أما عن تبادل وجهات النظر فقدرت نسبتها بـ (4-20%) من إجابات المبحوثين بكونها إحدى القيم الأساسية المكونة لعلاقة اتصالية جيدة بين المريض وطبيبه، فهي تتم عن مدى وعي الطبيب وامتلاكه لمهارات اتصالية جيدة ركيزتها المعاملة الإنسانية الايجابية، حيث لا يتسلط بموقعه القيادي الذي يملئ من خلاله على المريض ما يجب فعله من عدمه

فيها يتعلق بوضعه الصحي، فلا يحتكر موقعه كطبيب موجه، مرشد المريض بطمس شخصية المريض ولا يهملش أرائه واتجاهاته، وإلغاء تفاعله ومشاركته في العملية التشخيصية العلاجية التي قد تتواصل لسنوات عدة خاصة لذوي الأمراض المزمنة، بل يعمل على فتح المجال اتجاه مريضه بإمكانية تبادل وجهات النظر، ومنه منح الفرصة المناسبة والضرورية له للتعبير عن كل شكواه المرضية باختلاف درجاتها، ومنه إفصاحه عن الأسباب والعوامل الخفية الاجتماعية كانت أو الاقتصادية، النفسية المتسببة في حدوث حالته الصحية السيئة، إذ لا يمكن للطبيب إدراكه بالفحص الطبي الملموس، فمن شأن تبادل وجهات النظر العمل على منح المريض الشعور بالاطمئنان والارتياح النفسي، وكذا اقتناعه وثقته بالفحص والمعلومات ومنه العلاج ككل الذي يتلقاه في متابعة وتحسين وضعه الصحي، فتبادل وجهات النظر تعتبر من المقومات الأساسية لتفعيل العلاقة الاتصالية والعلاجية الناجحة بين الطبيب والمريض، فهي باعثة على تحقيق التفاهم والتوافق المتبادل الرامية لتجسيد فعل تواصل يندرج الأهداف المشتركة المندرجة ضمن عقلانية التواصل حسب "هابرماس"، حيث ترفع وتزال فيها جميع العقبات والقيود التي تشوه التواصل، فيصبح بالإمكان الإفصاح عن الأفكار بحرية وكذا حق الدفاع أمام ما يطرح من انتقادات، فتبادل الآراء بين الطبيب والمريض من شأنه إقامة علاقة إنسانية علاجية متحررة من سلطة أحدهما على الآخر ومفتوحة تستلزم رفع القيود أمام هذه العلاقة، فقاعدتها الأساسية هي الحوار الذي يعتبر فعل معياري وسلوك سليم يمكنه التأثير بجميع الأطراف (محمد كمال زاده [د.ت.ن]: 93-97).

ومن شأن تبادل وجهات النظر أن يساهم في خلق ديمقراطية حوارية تحقق انسجام وتناغم في ادوار كلا من الطبيب والمريض، ومنه السير بالعملية العلاجية نحو الأفضل كونها لا تهملش المريض بل تجعله مشاركا ومتعاوننا فيها.

الجدول رقم 05: يبين مدى مساهمة العلاقة الإنسانية في جودة الخدمة الطبية للمريض

النسب %	التكرارات	الإجابة
55%	11	تساهم بشكل كبير
30%	6	الخدمة الصحية
15%	3	الاهتمام
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات السؤال رقم (5) من استمارة مقابلة الأطباء

بناءً على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن أغلبية الأطباء بنسبة (55%-11) أكدوا أن العلاقة الإنسانية تساهم بشكل كبير في تحقيق جودة الخدمات الطبية، فهي تستخدم لفهم واقع العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض.

واستناداً إلى نظرية التبادل الاجتماعي التي لها أهمية في تحليل عناصر العلاقة التي تربط بين الأطباء والمرضى، تحاول تفسير وتحليل السلوك والعلاقات الاجتماعية بين الأفراد والجماعات والمؤسسات وفهم أسباب قوتها أو ضعفها، واستمراريتها أو عدم استمراريتها وفوائدها ومضارها، وتعتقد بأن لكل سلوك أو علاقة اجتماعية تكاليفها ومردوداتها للأشخاص، الذين يدخلون فيها أو يكونونها، فتكاليف السلوك الاجتماعي إنما هي الواجبات والمسؤوليات التي يتحمل وزرها الفاعل الاجتماعي، بينما مردود السلوك هو المكافأة أو الامتياز الذي يتمتع به الفاعل الاجتماعي، بينما مردود السلوك هو المكافأة أو الامتياز الذي يتمتع به الفاعل الاجتماعي بعد أدائه للواجبات الملقاة على عاتقه (إحسان محمد الحسن، 2008: 211).

أما بنسبة (30%-6) أكدوا أن الخدمات هي واحدة من أهم وأبرز الخدمات المنتجة والمقدمة لأنها مرتبطة بصحة وسلامة جميع أفراد المجتمع بغض النظر عن مستوياتهم الاجتماعية الثقافية التعليمية، أو المادية وتهدف لتحقيق منفعة عامة لمختلف الأطراف المستفيدة منها الأفراد، ويتحدد مستوى جودة الخدمات الصحية بدرجة أولى من قبل المريض

حيث أن درجة التوافق بين جودة الخدمة، ومستوى إدراك المريض لتلك الجودة الخدمة هي المحدد مستوى جودة الخدمة الصحية (بديسي فهيمة، 2011: 140).

وفي نفس السياق، تعمل جودة الخدمة الصحية على تحقق مستوى عالي وجيد في الخدمة الطبية والصحية المقدمة للمريض منذ الوهلة الأولى وتسعى لتحقيق متطلبات المريض (دريدي أحلام، 2014: 24).

أما بنسبة (15%-3) من إجابات المبحوثين أكدوا أن الاهتمام يساهم في جودة الخدمة الطبية، فلا يمكن أن يكون هناك علاقة إنسانية تربط بين الأطباء والمرضى دون اهتمام من كلا الطرفين، فالاهتمام يعمل على تنمية العلاقات الايجابية بين الأطباء والمرضى، فمعظم الأطباء يعملون على تقديم الأفضل لمرضاهم من تشخيص وفحص ووصف العلاج المناسب لهم، محاولين في ذلك إرشادهم وتوعيتهم نحو ما هو صحي ومثل هذه الممارسات تساهم في تحقيق جودة الخدمات الطبية.

ثانياً: مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

قد يلتقي الأطباء والمرضى وهم يعتقدون أفكاراً ومفاهيم مختلفة تماماً عن المرض، حيث تتشكل وجهات نظر الطبيب من خلال تدريبه المهني وخبراته العلاجية في حقل الطب، أما وجهات نظر المريض فهي تتأثر بحاجته الملحة إلى مواجهة مشكلة معينة وتصحيحها أو علاجها، فضلاً عن اصطباغها بطابع الفهم الاجتماعي والثقافي، وأثناء هذه العلاقة بين الطبيب والمريض قد يحدث الالتقاء أو ربما الافتراق أحياناً بين ثقافتين مختلفتين تماماً وهما الثقافة العامة والثقافة المهنية للطب، ومع الاعتراف بقابلية سلوك المريض للاختلاف والتباين، فيلاحظ أن الأطباء هم الآخرون يختلفون من حيث استجاباتهم اختلافاً بيناً (أشوق أسعد محمود، 2012: 148 - 149).

ومما لا شك فيه أن من بين معايير وآليات نجاح النظام الصحي القائم في أي مجتمع من المجتمعات تحسين آليات وأساليب التواصل القائم بين كل أهم عنصرين في

العلاقة العلاجية، الطبيب المعالج والمريض المتلقي للعلاج، وبما تتضمنه هذه العلاقة من تفاهم واحترام متبادل.

ومن هنا فإن العلاقة الاتصالية الفعالة بين الطبيب والمريض تحتكم لجملة من المزايا التي يمكن التطرق إليها في الجداول الموالية كآتي:

الجدول رقم 6: جدول يوضح معنى المريض

النسب المئوية	التكرارات	الإجابة
100%	20	الشخص الذي يعاني من المرض
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات السؤال رقم 6 من استمارة المقابلة الأطباء

بناءً على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن جميع الأطباء بنسبة (20- 100%) أجمعوا على أن المريض هو الشخص الذي يعاني من علة في جسمه أو بعض أعضائه أو فيشعر بأنه أصبح غير طبيعي، فتنتابه أعراض الألم، ويجد نفسه مجبراً للذهاب إلى الطبيب للعلاج.

وفي السياق ذاته، يؤكد "تالكوت بارسونز" أن المريض هو من يحتاج إلى مساندة ورعاية طبية، إذ لا يستطيع أن يشفى من مرضه بناءً على رغبته وقراره الشخصي، فيجب عليه حينئذ البحث عن الرغبة الحقيقية في الشفاء من المرض بأسرع ما يمكن بعلاج طبي بالتعاون مع الطبيب المعالج (يوسف أبو الرب [وآخرون]، 2003: 121).

وإذا افترضنا أن المريض هو الشخص الذي تظهر عليه أعراض مرض معين أو أية أعراض مرضية، فإن العديد من الملاحظات العلمية ونتائج البحوث الاجتماعية الطبية تشير إلى عدم صحة هذا الفرض، لأسباب منها ما يتعلق بالأعراض ذاتها، ومنها ما يتعلق بالشخص، ومنها ما يتعلق بالأعراض المرضية، ومن الواضح أن بعض الأعراض يظهر بشكل حاد كآلام شديد في البطن أو ارتفاع درجة الحرارة، ولكن هناك أعراض أخرى أقل وضوحاً، أو قد لا يتقطن إلى وجود أعراض مرضية، فقد أشارت إحدى الدراسات التي

أجريت في الولايات المتحدة إلى أن 90% ممن أجري الكشف الطبي عليهم باعتبارهم أصحاب لا يشكون من أي مرض، فأثبت الكشف الطبي أن لدى كل منهم عرض مرض واحد على الأقل تحتاج إلى علاج، وفي دراسة على ارتفاع ضغط الدم، أثبت الفحص الطبي أن نسبة كبيرة من أفراد عينة البحث مصابون فعلا بارتفاع بضغط الدم، ومع ذلك لا يشعرون بأعراضه، ولا يتقنون إلى احتمال إصابتهم بالمرض (فوزية رمضان أيوب، 1985: 57-58).

الجدول رقم 7: جدول يوضح كيفية الحصول على ثقة المرضى

النسب المئوية	التكرارات	الإجابة
55%	11	نوعية العلاج
25%	5	حسن الاستقبال
20%	4	حفظ الأسرار
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات السؤال رقم 7 من استمارة المقابلة الأطباء

بناءً على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن أغلب الأطباء (11-55%) أكدوا أن الحصول على ثقة المريض يتم من خلال نوعية العلاج المقدم، وتبادل المعلومات التي تعد خطوة مهمة في بناء الثقة مع الطبيب، لكن حالة الغموض التي تسود التشخيص قد تعرقل قيام هذه الشراكة خاصة من جانب الطبيب الذي يحاول تفادي كلمة "لا أعرف" أو لم يتمكن من التشخيص فهو يبادر إلى تحديد المعلومات الخاصة بالتشخيص حتى ولو كان غير متيقن، لتفادي المساس بصورته، وهو بذلك يرهن العملية العلاجية إما بالتوقف أو الانقطاع لفترة محددة (بن مغنية قادة، 2017: 135).

وفي ذات السياق يعتبر الاهتمام الذي يوليه الطبيب بالمريض والعناية التي يمنحها له محفز لاستمرار العملية العلاجية ومؤشرا إيجابيا على إمكانية بلوغ نتائج مهمة وتلعب

الرعاية النفسية دورا هاما، فمن شأنها شعور المريض بالاهتمام من طرف الطبيب فيمكن من بناء الثقة في الطبيب نظرا لعدم التوازن بين الطرفين.

أما بنسبة (5-25%) من المبحوثين أكدوا أن الاستقبال له دور في الحصول على ثقة المريض، فالاستقبال يعد الخطوة الأولى التي تحدد مصير الخطوات المقبلة لأن طرفي العملية التفاعلية سيتبدلان المعلومات المناسبة وفقا لطبيعة الاستقبال ويصبح ممكنا بناء الثقة من طرف المريض إذ وجد الاستقبال المناسب الذي يسهل عليه الخضوع إلى سلطة الطبيب ويجعله يلعب الدور المناسب في العملية العلاجية (بن مغنية قادة، 2017: 128).

أما بنسبة (4-20%) من المبحوثين أقرروا أن كتم الطبيب أسرار المريض يعد عامل من عوامل الثقة، فإن المحافظة على السر الطبي هو أمر أساسي حيث يطلع الطبيب على كثير من أسرار المريض التي يهمس إليه بها كجزء من البحث على التشخيص والعلاج السليم. فلا يجوز للطبيب أن يفشيها، ولا يجوز أن يزود أحد من أقارب المريض أو أبنائه أو زوجته بمعلومة طبية دون علم أو طلب منه. فإن ذلك قد لا يبدو صحيحا أبدا، بل يجب على الطبيب إن لزم الأمر أن يطلب إلى المريض اختيار الشخص الذي يرغب بكشف حالته المرضية أمامه، وقد يفضل المريض أن يحيط بها نفسه.

الجدول 08: يبين مدى مساهمة عامل الأقدمية في تحقيق علاقة اتصالية مع

المريض.

النسب	التكرار	الإجابة
15%	3	تكوين علاقة اتصالية إنسانية
50%	10	تساهم في فهم المريض وشخصيته
35%	7	ترجع لشخصية الطبيب وكفاءته المهنية
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة الموجهة للأطباء للسؤال رقم (8)

يتضح من خلال بيانات الجدول من استمارة المقابلة أعلاه، أن نصف عينة الباحثين من الأطباء أقرروا بأن عامل الأقدمية يساهم في فهم المريض وتشخيصه بأن العلاقة الاتصالية القائمة بينهما بنسبة (10-50%)، مما يدل على مدى الخبرة المهنية التي حققها الطبيب خلال مساره أثناء أداء عمله حيث يصبح الطبيب متمكنا من سرعة الوصول والتعرف على احتياجات المريض وطبيعة شكاواه المرضية فيعمل حينئذ على الإلمام بمعرفة جميع العوامل العضوية المسببة للمرض، وحتى الخارجية النفسية الاجتماعية، الاقتصادية منها المساهمة في حدوثه، ومنه من نجده يمتلك مهارات التعامل مع الفئات العمرية المختلفة وكذا يجيد أساليب التواصل والإقناع بالالتزام بالوصفة الطبية والعلاج المقدم للمرضى ذوي الأمراض الخطيرة، أو لمن ينبذون التقيد والأخذ بتطبيق العلاج، وهو الأمر الذي من شأنه أن يجعل المرضى يفضلون دائما التوجه للأطباء ذوي الأقدمية والخبرة العلمية والعملية، كونه الأقرب لتكوين علاقة اتصالية فعالة إيجابية معهم.

والجدير بالذكر في سياق آخر، فإن نسبة (7-35%) من الأطباء من أكدوا، بأن عامل الأقدمية لا يساهم في خلق علاقة اتصالية ناجحة مع المريض، بل يؤول ذلك لشخصية الطبيب وكفاءته المهنية، من منطلق أن هناك من الأطباء حديثي ممارستهم لمهنتهم الطبية، إذ لا يمتلكون إلا السنوات القليلة من الخبرة في أدائهم لمهامهم، إلا أنهم ذات علاقة اتصالية إيجابية وذات جودة نوعية مع مرضاهم، نظرا لكفاءتهم الطبية العالية وامتلاكهم لمهارات التعامل الإنساني الجيد إزاء المرضى مرتبطة بأساليب ذاتية نابعة من شخصية الطبيب ومن ممارستهم الحياتية التواصلية مع الأفراد المحيطين بهم وداخل الوسط المجتمعي الذي ينتمون إليه، وكذا من خلال البيئة الثقافية وطبيعة التنشئة الاجتماعية التي ترعرعوا فيها وباتت مرسخة فيه.

كما يمكن الإشارة إلى أن نسبة (3-15%) من فئة الأطباء أكدوا بلن عامل الأقدمية للطبيب يساهم في تكوين علاقة اتصالية إنسانية مع المريض، تحتكم لمهارات وميكانيزمات تفاعلية جيدة نحو المرضى، حيث يوجه الطبيب رؤيته للمريض ككل متكامل ومتداخل

التركيبية البيولوجية، العقلية، النفسية، الاجتماعية، فإراعي الانفعالات الجانبية الصادرة عن المريض فيحاول التطرق لمعرفة أسبابها ويعمل على الامتثال لأخلاقيات المهنة، ولإسيما أخلاقيات مهنة الطب، كونها مهنة إنسانية بالدرجة الأولى، فيمنح المريض الاهتمام الكافي بحالته المرضية والنفسية، وكذا حقه المفروض من الاحترام وحسن الإصغاء والاستماع لمعاناته وشكواه المرضية، فيعمل على طمأنة المريض حول وضعه الصحي، فيجيد إيصال الرسالة العلاجية والعمل على إقناعه بالفحص والتشخيص الطبي الذي يقوم به، كما يسعى لتوفير آليات حسن استقبال المريض، والمحافظة على السر المهني المرتبط بوضعه الصحي الأمر الذي من شأنه أن يبيث الثقة في نفسية المريض اتجاه الطبيب، وشعوره بالارتياح النفسي.

الجدول 09: يبين نماذج العلاقة الاتصالية الفعالة بين الطبيب والمريض

النسب %	التكرارات	الإجابة
30%	6	علاقة سلبية إيجابية
40%	8	علاقة تعاونية إرشادية
30%	6	علاقة مشاركة متبادلة
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة الموجهة للأطباء لسؤال رقم (09)

يتضح من خلال بيانات الجدول أعلاه أن إجابات الأطباء حول نماذج العلاقة الاتصالية الفعالة بين الطبيب والمريض، تتميز بكونها علاقة تعاونية إرشادية بنسبة (8-40%) وهو نموذج شبيه إلى حد ما بعلاقة الآباء بأبنائهم في المراهقة، فالمريض في هذا النمط من التفاعل يوافق تماما على كل نصائح الطبيب، كونه في حالة وعي تجعله يبحث عن أي مساعدة لأجل الشفاء والرجوع للاستقرار الصحي، فيتعاون مع الطبيب لبلوغ هذا الهدف، فدور الطبيب هنا يتمثل في إرشاد المريض بما يجب أن يفعله، أما دور المريض فينحصر في التعاون مع الطبيب وطاقته، نتيجة لطبيعة مرضه ووعيه وحاجته

للعلاج، وبالرغم من أن كلا من الطبيب والمريض يشاركان في ذلك التفاعل، إلا أن الطبيب مازال يحتل بناء القوة الأعلى في هذا النموذج، كونه يمتلك المعلومات الطبية والخبرة التي تبنى عليها أحكامه، والتي على أساسها يوصف العلاج للمريض، أما المريض فدوره أثناء هذا التفاعل ثانوي لأنه يتقبل أوامر الطبيب اعتقاداً منه أنها ستوصله إلى حالة أفضل (نادية محمد السيد عمر، 2003: 107-109).

كما تأكد - حسب إجابات المبحوثين - أن العلاقة الايجابية والسلبية تعد من نماذج العلاقة الاتصالية بين كلا من الطبيب والمريض بنسبة (6-30%)، ففي هذه الحالة التي حددها وقام بتحليلها الطبيبان "سنراس وهولندر" يكون الطبيب ايجابيا والمريض سلبيا، ويظهر ذلك في حالات الطوارئ كالأصابات الشديدة وحالات النزيف الشديد والغيبوبة، فالمريض يكاد يكون عاجزا تماما بينما يجري الطبيب عملياته وعلاجه، الذي لا يتم فيه أي اعتبار لإسهام المريض فيه، فتعتبر الجراحة أو العلاج بالصدمات الكهربائية أمثلة عن ذلك، كما يمكن أن ينطبق هذا النموذج على المرضى من كبار السن أو الأطفال الرضع، وتعد بمثابة علاقة للآباء بالأطفال الرضع، إلا أن هذا النموذج نادرا ما ينطبق تطبيقا كاملا من خلال الإيجابية من جانب الطبيب والسلبية من جانب المريض، فقد بين "إيجبرت" كيف يمكن للمريض أن يكون عاملا ايجابيا في إجراء جراحة كبيرة بالمعدة، حيث تلقى المرضى تحذيرات وتوجيهات تساعدهم على تخفيف آلامهم قبل الجراحة، بآلا يكونوا سلبيين، فهؤلاء كان شفائهم أسرع واحتاجوا إلى أدوية مخدرة أقل من مجموعة مقارنة بالمرضى الآخرين، بعبارة أخرى فإن مريض الجراحة هنا إذا ما عولج على أنه سلبى فإن العلاج يكون أقل فاعلية (محمد علي محمد [وآخرون]، 2015: 269).

وفي سياق آخر، أكد معظم المبحوثين أن العلاقة الاتصالية التي تجمعهم بمرضاهم تقوم على المشاركة المتبادلة بنسبة (6-30%)، فهو نمط سائد بكثرة في علاقة الأطباء بالأشخاص ذوي الأمراض المزمنة، حيث يقوم المريض بإتباع برنامج علاجي متعلق بإشراف الطبيب، الذي يضع البرنامج في أول الأمر يترك أمر تنفيذه للمريض مع مراعاة

استشارة الطبيب من وقت لآخر لتقادي أية مضاعفات أو لاقتراح تعديل معين في العلاج، كما في حالة مرضى السكري أو أمراض القلب المزمنة، يتولى مساعدة نفسه ولمباشرة العلاج في هذه الحالة يحتاج المريض إلى الطبيب كما يحتاج هذا الأخير إلى المريض، فمريض السكري مثلا يحتاج إلى خبرة وتكوين الطبيب يحتاج إلى المريض، كذلك من خلال الاهتمام بملاحظة معدلات النظام العلاجي (فوزية رمضان أيوب، 1985: 116).

إلا أن آراء كلا من "سوزاس وهولندر" قد تعرضت للنقد من قبل بعض الباحثين وعلى رأسهم "فريديسون" الذي يرى أن التقدم الذي حدث عن طريق التطور العلمي ودخول مجالات عدة على الطب قد انعكس على علاقات الأطباء بالمرضى، فبعد أن كانت هذه العلاقة علاقة عمل في الماضي، أصبح ينظر إليها الآن على أنها أكثر قوة ومتانة وصلابة، فحسب "فريديسون" إن أنماط التفاعل التي تحدث عنها كلا من "سوزاس وهولندر" لا تمثل كل أنماط التفاعل بين الأطباء والمرضى، حيث أن هناك بعض الاحتمالات الأخرى التي يمكن أن تحدث في هذا التفاعل (نادية محمد السيد عمر، 2003: 111).

والتي لم يعتبرها "سوزاس وهولندر" أنها على درجة من الأهمية، ففي عكس المفاهيم السابقة كالإرشاد والتعاون، حيث يمكن أن يرشد المريض ويتعاون الطبيب، والايجابية والسلبية حيث يكون المريض إيجابيا والطبيب سلبيا ، فأكد كل من "سوزاس وهولندر" أن العلاقات المحتملة تركز على النموذج العقلاني أو المنحاز بشكل معياري للتفاعل بين الطبيب والمريض، أي ما يجب أن يكون وليس ما هو قائم بالفعل (محمد علي محمد وآخرون)، (2015: 27).

ففي دراسات "كارترين وأوبرين" فقد أوضحت أن العلاقات بين الطبيب والمريض تتأثر بالطبقة التي ينتمي إليها المريض، فقد ذكر أن الطبيب يكون أقل تعاطفا وتفاهما في علاقته مع المريض المنتمي إلى الطبقة العاملة، عنه مع المريض الذي ينتمي إلى الطبقة المتوسطة، فهو يقضي وقتا أقل في التحدث والتفاهم مع مريض الطبقة العاملة، ومما لا شك فيه أن الأطباء والمرضى ينتمون غالبا إلى بيئات ثقافية مختلفة مما يؤثر على العلاقات

فيما بينهم وعلى مواقف إجراء الكشف والاستشارات الطبية (فوزية رمضان أيوب، 1985: 117).

الجدول رقم 10: يبين كيفية رؤية الطبيب لمستقبل العلاقة الاتصالية بالمرضى في ظل المنافسة والتوجه نحو الطب الشعبي.

النسب	التكرار	الإجابة
45%	9	نحو الأسوء
20%	4	الطب الشعبي غير منافس
35%	7	عدم تأثير المنافسة
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة الموجهة للأطباء السؤال رقم (10)

نلاحظ من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك فئة من الأطباء من عينة الدراسة، أقروا بأن رؤيتهم لمستقبل العلاقة الاتصالية بالمرضى تتجه نحو الأسوء بنسبة قدرت بـ (9-45%) مما يدل من الناحية السوسولوجية على عدم تشبع الأطباء وامتلاكهم الكافي للمهارات الفنية الاتصالية والتفاعلية بالمرضى، فتعتبر عوامل وركائز أساسية في نجاح وجودة العلاقة العلاجية التواصلية بينهما، حيث يقع القسط الوفير منها على كاهل الطبيب، من تعامل إنساني ومنح المريض حقه من الإصغاء الضروري المتأنى لشكواه، ومعاناته المرضية حتى محاولة معرفة الأسباب الاجتماعية، الثقافية، الاقتصادية، الأسرية، المؤثرة بشكل معين في إحداث المرض، وكذا مشاركته في القرارات المرتبطة بوضعه الصحي، وما يرافق ذلك من إلزامية أن يخصص له الوقت الكافي لإجراء الفحص والتشخيص الملائم، بالإضافة للاستقبال اللائق بالمريض، دون التغاضي عن وجوب إقناعه بالمعلومات المقدمة عن مرضه باستخدام الألفاظ والعبارات البسيطة المتناسقة ومستوى المريض العلمي، والثقافي وكذا مرحلته العمرية، والابتعاد عن المصطلحات الطبية والأجنبية المعقدة (نادية محمد السيد عمر، 2003: 113-124).

والجدير بالذكر في ذات السياق، يمكن تأويل هذه الرؤية السلبية للأطباء نحو مستقبل العلاقة الاتصالية بالمرضى من منطلق ما ينم من صراعات وتوترات بين الطبيب والمريض، حسب ما ذهب إليه "فريديسون" حيث يرى أن العلاقات بين الأطباء والمرضى ليست علاقات تكامل وتعاون متبادلين، وإنما هي علاقات توتر تنشأ نتيجة المصالح المختلفة بينهما واختلاف التوقعات والوسائل، التي يستخدمها كل منهما من أجل تحقيق هدفه وكذا تباين اهتماماتهما بالموازاة والاختلافات الثقافية الاجتماعية، العلمية القائمة بينهما، بالإضافة إلى ما يتعلق بإنجاز كل من الطبيب والمريض لدورهما (نادية محمد السيد عمر، 2003: 113-124).

كما يمكن الإشارة أيضا إلى أن نقص الوعي والثقافة الصحية الضرورية للمريض وإصراره على السلوكيات الصحية الخاطئة وعدم استشارته للطبيب في حالة المرض، وتجنبه تناول العقاقير والوصفات الطبية المقدمة من قبل الطبيب، ومنه قلة أو انعدام تفطنه وعنايته بوضعه الصحي، بدءا من المرحلة الوقائية حتى العلاجية منها، من شأنه أن يتجه بعلاقته الاتصالية بطبيبه نحو الأسوأ حسب ما ذهبت إليه إجابة بعض الأطباء من استمارة المقابلة (إحسان محمد الحسن، 2008: 215).

وفي سياق آخر، نجد من الأطباء من أقرروا بأن المنافسة في الوسط الطبي لا تؤثر على العلاقة الاتصالية بالمرضى بنسبة (7-35%)، فيؤول ذلك بالدرجة الأولى إلى شخصية الطبيب ومدى امتلاكه لتعامل إنساني، ومهارات اتصالية وتفاعلية إيجابية إزاء المريض، من شأنها أن تشكل حجر الزاوية في كسب ثقة المريض ورضاه عن الخدمات الصحية المعنوية المقدمة إليه، ولما يبث في المريض من شعور بالراحة النفسية وطمأنته عن وضعه الصحي، وما يرافق ذلك من التمكن الجيد للطبيب من أداء مهامه العلاجية ومهاراته في تخصصه الطبي والتكوين العلمي الذي عمل على تلقيه لعدة سنوات متواصلة، إضافة لامتناله لقيامه بأداء عمله تجاه مرضاه بكل مصداقية، وأمانة علمية وعملية، لا تخل

بنزاهة مهنته الإنسانية، فمن شأن هذه العوامل أن تساهم بصورة فعالة في كسب الطبيب لثقة أكبر عدد ممكن من المرضى.

والجدير بالذكر في سياق آخر، هناك من الأطباء من أكدوا بأن الطب الشعبي غير منافس من حيث تأثيره على مستقبل العلاقة الاتصالية بالمرضى بنسبة (4-20%)، وبالتالي فلا يمكن أن يضاهاه مكانة الطب العلمي الرسمي المعترف به عالمياً، مهما تنوعت وبرزت فعالياته، ذلك نظراً لعشوائية الطب الشعبي، وكذا لكونه لا يحتوي على آليات معرفة العوامل والأسباب العضوية الداخلية المتسببة في حدوث المرض، من آلات وتجهيزات وعتاد طبي لإجراء التحاليل والأشعة اللازمة، بالإضافة لكونه يتمركز وينتشر بكثرة في المناطق الريفية على غرار المناطق الحضرية، وكذا من منطلق الثقة الكبرى التي يضعها المرضى في الطب الرسمي بالموازاة وبروز العديد من التخصصات الطبية المتنوعة التي يركز كلا منها حول عضو معين من أعضاء الجسم، الأمر الذي من شأنه العمل على توجيه المريض بالدرجة الأولى للطب الرسمي دون الطب الشعبي.

لكن تبين من خلال دراسات ميدانية أجريت بمنطقة تلمسان (الجزائر) أن هناك من المرضى لديهم اعتقادات بأهمية العلاجات الشعبية وفائدتها في علاج أمراضهم، إذ أن هذه المعتقدات منتشرة بين الفئات المتعلمة والغير المتعلمة على حد سواء، نظراً لعجز الطب الأكاديمي أحياناً في علاج الأمراض الخطيرة والمزمنة، وثقل علاجات هذا النوع من الأمراض، فالعالم الآن يتجه بقوة إلى العلاج الطبيعي، نظراً للأثار السلبية التي تنجم عن العلاج بالدواء الكيميائي، فتتادي الدول الكبرى المتقدمة في العالم وفي مقدمتها الصين، بضرورة التكامل بين الطب الحديث والطب الشعبي المؤسس على الطرق العلمية (نجاه ناصر، 2018: 6-7).

ثالثاً: المعوقات الأساسية التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض

إن التفكير في دراسة النسق الصحي يهدف إلى التعرف على المعوقات التي تحول دون توفر قدر مقبول من الرضا بين المرضى الذين يستفيدون من الخدمات هذا النسق فمحاولة الكشف عن المعوقات التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية بين الأطباء والمرضى في النسق يعتبر ذو بعد إستراتيجي، لأنه يكشف عن الاختلالات البنيوية التي تحكم هذا النمط من العلاقات التي تقوم على تناقض التوقعات بينهما واختلاف الرؤى حول التشخيص والعلاج، وكذا معوقات إنجاز الطبيب لدوره وأخرى متعلقة بدور المريض (علي عبد الرزاق جلبي وحسن محمد الحسن، 2005: 191).

وفق هذا الفهم، يمكن الاستفادة من مقارنة المعوقات الوظيفية لدى "روبرت ميلتون" في فهم الاختلالات الوظيفية التي تحد من قدرة النسق الاجتماعي الصحي على أداء وظائفه بشكل مرن، مما يحدث توتر للنظام الصحي، الذي قد يؤدي إلى نزاعات غير منتظمة وانهايات في الاتصالات بين الأطباء والمرضى، وطرق غير مرنة في التفكير حول المشكلات التي يطرحها النظام الصحي (جمال محمد أبو شنب، 2010: 329).

ومنه سنحاول في هذا المحور التعرف على أبرز المعوقات الأساسية التي تحول دون

تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض كما هو مبين في الجداول الآتية

الجدول رقم 11: جدول يوضح أبرز المعوقات الاتصالية التي تواجه الطبيب مع المريض

النسب المئوية	التكرارات	الإجابة
60%	12	غياب الوعي الصحي
25%	5	تعدد الأنماط الثقافية
15%	3	مجانة العلاج
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات السؤال رقم 11 من استمارة المقابلة للأطباء

بناء على بيانات الجدول أعلاه، يظهر أن أغلبية المبحوثين (12-60%) أكدوا أن غياب الوعي لدى المرضى من أبرز المعوقات الاتصالية بين الطبيب والمريض، فالوعي الصحي من ضروريات الحياة التي يجب أن يتعامل معها الفرد والجماعة بكل مسؤولية، يؤدي إلى حماية الناس من الإصابة بالأمراض المختلفة بل يؤدي إلى تمتعهم بالصحة الجيدة عقليا وجسميا، ولا يخفي ما لهذا من أثر ايجابي في توفير ما قد ينفق من المال العام على علاج الأمراض ومكافحة الأوبئة (شعباني مالك، 2006: 222).

ومن ذلك تبرز بجلاء واضح ضرورة فك غموض الوعي لتركز على الجانب المعرفي عليه، ولا يقتصر على وعي الفرد لذاته، وإنما يلحقه الوعي بالآخرين ووعي الفرد أو المجموعة للمحيط الاجتماعي، كذلك البيئة والثقافية والسياسية، والتكنولوجية بل تشمل جوانب الحياة كافة (مازن مرسل محمد، 2012: 21).

أما نسبة (5-25%) من المبحوثين أكدوا أن تعدد الأنماط الثقافية تعيق العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، وما لذلك من تأثير متبادل بين الحالة الصحية والمنظومة القيمة داخل المجتمع الواحد، خاصة في مجتمعاتنا النامية، فالنمط الثقافي داخل كل بيئة له دور في صناعة رؤى وتمثلات حول الجانب الصحي، ولا شك أن أي برنامج صحي يسعى لتطوير الأنماط الثقافية وفق ما يتناسب وطبيعة البناء الاجتماعي (مختار رحاب، 2014: 177).

وفي ذات السياق، يستلزم على أي تخطيط الرعاية الصحية النظر إلى طبيعة حياة أية جماعة أو مجتمع من جانب بساطتها أو تعقيدها وقياس حياتها الاقتصادية، بين القوة والتدهور، ومعرفة درجة الوعي الصحي المنتشر بين الأهالي (مختار رحاب، 2014: 177).

أما نسبة (3-15%) من المبحوثين أقرروا أن مجانية العلاج من المسببات التي تعرقل العلاقة بين الطبيب والمريض، وذلك راجع لتزايد عدد المرضى خاصة في المستشفيات العمومية، فهذا التزايد يرجع بالسلب على العلاقة الاتصالية بين الطبيب

والمريض، نتيجة الفوضى العارمة في قاعات الانتظار، مقارنة مع العيادات الخاصة التي قد تقل هذه الظاهرة وذلك لتكلفة العلاج.

الجدول 12: يبين كيفية تأثير التكوين العلمي للطبيب على علاقته الاتصالية بالمريض

النسب المئوية	التكرارات	الإجابة
40%	8	تؤثر سلبا
60%	12	لا تؤثر
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة الموجهة للأطباء السؤال رقم (12)

يتضح من خلال بيانات الجدول أعلاه من استمارة المقابلة الخاصة بفئة الأطباء أنهم قد أقرروا بأن التكوين العلمي للطبيب لا يؤثر على علاقته الاتصالية بالمريض بنسبة تقدر بـ (12-60%)، مما يدل على مدى وعي الطبيب ومراعاته لفروقات المستوى التعليمي بين مرضاه، وكذا التفاوتات العمرية فيما بينهم، واختلاف درجات الوعي الصحي لديهم، مما يحثه على استخدام أسلوب لغوي يتسم بالبساطة والوضوح، بعيدا عن معظم المصطلحات والمفاهيم العلمية الطبية المعقدة والأجنبية منها، فيسعى هنا الطبيب لمعاملة المريض بدافع إنساني قبل الدافع العلاجي المادي المحض، الأمر الذي من شأنه أن يجعل المريض في حالة من الشعور بالارتياح النفسي أثناء المعالجة، فيصغي جيدا لإرشادات وتعليمات الطبيب، ومنه حرصه على تنفيذها وتطبيقها خطوة بخطوة، دون تهاون أو لا مبالاة منه، مما تساهم في جودة الخدمة الطبية المقدمة للمرضى بما تتضمنها من تحقيق لفاعلية ونجاح العلاج.

والجدير بالذكر في السياق ذاته، أن كليات الطب قد أدرجت ضمن مقرراتها الدراسية السنوية لطلبة الطب، حتمية تدريس كلا من علم الاجتماع وحتى علم النفس العام كون مهنة الطب تعتبر إنسانية توجهها وهدفها الرئيسي هو التعامل مع الكائن البشري المتعدد والمزدوج

التركيبية البيولوجية منها والنفسية، الاجتماعية، الاقتصادية، وحتى الثقافية فجملة هذه العوامل الأخيرة قد تكون السبب الأولي في إصابة وتدهور الحالة العضوية البيولوجية للإنسان، فأصبح معظم الأطباء على دراية بأن التشخيص والعلاج السليم، إنما يخضع لمدى جودة وإيجابية العلاقة الاتصالية والتفاعلية القائمة بينهم وبين مرضاهم، بل وتعد نصف العلاج المقدم.

ومن زاوية أخرى فإن نسبة (8-40%) من فئة عينة الأطباء قد صرحوا بأن التكوين العلمي للطبيب والمريض يؤثر على العلاقة الاتصالية بينهما كون أن بعض الأطباء من يفضلون التخاطب مع مرضاهم بمفردات وألفاظ أجنبية منبثقة من تكوينهم العلمي، ومساوهم الدراسي الطبي المعقد الذي لا يتوافر والمستوى التعليمي والمعرفي والثقافي الصحي منه لدى المرضى، حيث أن هذه السمة عند بعض الأطباء نجدها لا إرادية لديهم، إذ لا يجيدون أحيانا المرادفات العربية للمفاهيم والمصطلحات الأجنبية، إضافة إلى كون بعض الأطباء يميل عليهم تخصصهم الطبي الالتزام بالهدوء التام والحوار والنقاش القليل جدا، فيسعى لتطبيقه مع المريض أثناء المسار المهني، فمن شأن بعض العلوم الطبية التي تكاد تتسم بالجفاف نجدها تخلو من كل معايير التكيف والمرونة في التعامل، فتشكل صورة حول المريض بأنه كائن عضوي يشكو من الألم الجسدي فقط، دون الأخذ بعين الاعتبار العوامل الأخرى المتدخلة في التركيبية الإنسانية، ففي هذه الحالة يمنح الطبيب حق المريض في التشخيص والتواصل الفعال المحكم لآليات وميكانيزمات التعامل الإنساني في المقام الأول، فتغيب وتنعدم مزايا ومعايير العلاقة الاتصالية الجيدة اتجاه المريض، فينتاب المريض الشعور بالضجر والتوتر ورغبته الملحة في عدم التعامل مع هذا الطبيب الذي لم يراعي حالته النفسية، فتتكون لديه صورة سلبية اتجاه هذا الطبيب أو حتى يسعى لتعميمها على جل الأطباء.

الجدول رقم 13: يوضح تأثير غياب ثقافة الحوار المتبادل بين الطبيب والمريض

النسب المئوية	التكرارات	الإجابة
90%	18	غياب القناعة العلاجية
10%	2	لا توجد إجابة
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات السؤال رقم (13) من استمارة المقابلة للأطباء

بناء على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن أغلبية الأطباء أكدوا أن غياب ثقافة الحوار بين الطبيب والمريض مرده بالأساس غياب القناعة العلاجية مما يؤثر سلبا لدى المرضى على بلوغ الشفاء والتحرر من معاناته والتكيف مع المجتمع (إحسان محمد الحسن، 2010:61) .

وفي سياق آخر، فإن غياب ثقافة الحوار بين الطبيب والمريض تقل من فرص نجاح العلاج، فيكون أقل فعالية إذ ما تواصل الطبيب بأسلوب أفضل مع المريض، فانعدام الحوار يولد عدم الثقة وذلك من خلال المتابعة العلاجية إذ ليس على المريض إصلاح الثقة اتجاه الطبيب، فبعد الصمت أو الغياب تظهر مؤشرات الشعور بعدم الفهم ويسود اللاتيقين بعد فشل العلاج أو اختلاف في وجهات النظر حول العلاج (بن مغنية قادة، 2017: 139).

والجدير بالذكر في هذا السياق، أنه كلما كان الحوار طويلا من طرف الطبيب زادت حالة الرضا عن أداء الطبيب لدى المريض، فهو مؤشر على الاهتمام البالغ ودليل مقنع لدى المريض، بأنه بين أيدي أمينة، فمن الناحية النفسية الاجتماعية يمثل عامل الوقت في الحوار بين الطبيب والمريض عاملا مهما في اكتساب الثقة، وأيضا عامل الزمن ذو آثار عكسية تماما، فكلما طال زمن الفحص زادت حالة اللاتيقين ودخل المريض في حالة من الشك حول وضعه الصحي، فالعلاقة بين الطبيب والمريض مبنية على مدى قدرته على

التحكم في حالة اللايقين، والعمل على تحسين العلاقة العلاجية وكلما تمكن الطبيب من إزالة الغموض زادت درجة خضوع المريض لسلطته (بن مغنية قادة، 2017: 140).

أما بنسبة (2-10%) من الأطباء لا توجد لديهم إجابة حول مسألة غياب ثقافة الحوار وتأثيرها في العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، ربما نتيجة لتخوف المبحوث من الإجابة لأنها تمس من سمعة الطبيب أو ربما لعدم فهم السؤال بشكل جيد.

طور هابرماس نظريته المعروفة بنظرية الفعل التواصلي، واعتبر أن معوقات التفاهم المشترك بين الأفراد وتواصلهم تقوم على أساس لغوي، فسوء فهم المعاني يؤدي إلى غياب التواصل. وربط هابرماس عملية التواصل القائمة على (فهم المعنى) بعملية حوارية أخلاقية عقلانية قائمة على قوة الحجاج، وليس على قوة عصابية أو إيديولوجية، ويضع هابرماس شروطاً ما أسماه "موقف التخاطب المثالي"، أهمها العقلانية، والصدق وتساوي أدوار المشاركين في الحوار، وامتلاكهم فرصاً مماثلة، والحرية في طرح الأفكار. وهو بهذا فقد وضع نموذجاً إجرائياً للنقاش والحوار الأخلاقي، يمكن تطبيقه على دولة أو مؤسساتها، وأكثر ما تصلح على المؤسسات الصحية والمجتمع الأكاديمي الذي تظمه الجامعات (أسماء حسين الملكاوي، 2017: 237).

الجدول رقم 14: يبين كيفية تأثير الجانب المادي على نوعية العلاقة مع المريض.

النسب	التكرار	الإجابة
60%	12	لا يوجد تأثير
40%	8	يؤثر
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة الموجهة للأطباء للسؤال رقم (14)

بناء على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن من الأطباء، من صرحوا بأنه لا يوجد تأثير للجانب المادي على نوعية العلاقة مع المريض بنسبة (12-60%)، مما يدل على أن

الطبيب الذي يتعامل بشكل إنساني اتجاه المريض، يمتثل لأخلاقيات ومبادئ مهنة الطب، كما يحتكم لمهارات وآليات التواصل الفعال والبناء الذي يحمل في طياته عدة عوامل واعتبارات، تساهم بشكل مباشر في العمل على نجاح العملية العلاجية ومنه النهوض بالعلاقة الاتصالية القائمة بين الطبيب والمريض نحو الأفضل، الأمر الذي من شأنه أن ينعكس بالإيجاب أيضا فيعمل على تحقيق جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، حيث أنه لا يمكن الحكم على مدى فعاليتها ونجاحتها من منطلق الوسائل والتجهيزات، الطبية المادية الملموسة بالدرجة الأولى فحسب، دون غيرها من المعايير التي تعكس الركيزة وحجر الزاوية في ثنايا هذه العلاقة الاتصالية، فتجدها تتجسد في العديد من العوامل المهمة والرئيسية، من احترام الطبيب لمرضاه، وحسن إصغائه لشكواه المرضية، بالموازاة وعدم التفريق بينهم لأي اعتبارات اجتماعية، اقتصادية، عرقية أو ثقافية كانت، وما يرافق ذلك من منح كل مريض حقه في المدة الزمنية اللازمة في الفحص والتشخيص السليم داخل قاعة العلاج، دون التغاضي عن مدى تأثير حسن استقبال المريض والاهتمام والتفهم الكافي لانشغالاته وشكواه.

ويمكن الإشارة في ذات السياق، بأن الحكم على نجاح أو فشل العلاقة الاتصالية والعلاجية القائمة بين الطبيب والمريض مرهونة بمدى الامتثال والانقياد للبعد والمعطى الإنساني الذي يساهم بصفة رئيسية في تشكيل قوة وتماسك وتعاون الطرفين اتجاه بعضهما البعض، ما يؤدي بدوره إلى تكوين انطباعات تجعل كل من الطبيب والمريض على دراية كل منهما بمصالح وغايات الطرف الآخر مما يساهم في خلق توافق من الطرفين (إحسان محمد الحسن، 2008: 285-286).

وبالنظر لعوامل أخرى غير مادية مؤثرة في علاقة الطبيب بالمريض، نجدها تتجسد في كل من طبيعة المرض، ومدى خطورة الحالة المرضية التي تزيد من مدى استسلام المريض للطبيب وإطاعته لأوامره، بالموازاة وتنامي اهتمام الطبيب بالمريض والتكثيف من الرعاية الطبية له، وكذا ما تتأثر به هذه العلاقة من اختلاف رؤية كلاهما وتصوراتهما

المتباينة للمرض بمدى تفاوت الخبرة، والثقافة المهنية والعامّة المتعلقة بكليهما، إضافة إلى مدى تأثير تباين تصوراتهما وتوقعاتهما إزاء بعضهما البعض، وما يرافق ذلك من مدى اهتمام الأطباء بالجوانب النفسية الاجتماعية والاقتصادية، التي ترتبط بصورة جلية بكيفية ومسببات المرض (فوزية رمضان أيوب، 1985: 208-212).

والجدير بالذكر في سياق آخر، إن نسبة (8-40%) من فئة الأطباء من أكدوا بأن الجانب المادي يؤثر على نوعية العلاقة بالمريض من خلال بروز وتنوع العديد من التخصصات الطبية في كل المجالات المتعلقة بالحالة الفيزيولوجية للإنسان، وتعمق الطبيب في مجال تكوينه العلمي بأدق تفاصيله نجده يمثل أحد العوامل المهمة في كسب ثقة المريض، ومنه ما ينبعث ويتجسد لديه من اطمئنان على حالته الصحية، وكذا لما أصبح متعارف عليه في الوقت الراهن بأن إقرار المريض بجودة وفاعلية الطبيب، وما يقدمه له من علاج، يؤول إلى امتلاك الطبيب للكثير من المعدات والأجهزة الطبية الحديثة التي تتوافق مع تخصصه، وبذلك أصبح الإقبال أشد على الأطباء ذوي المعدات الطبية المتطورة كونها تعمل على تسهيل العمل مع المريض، وفي سياق آخر، وفق بحث أجري من طرف مجموعة من المشتغلون بالخدمة الصحية العالمية، كشف أن من أهم التغيرات التي طرأت على دور الطبيب هو الاتجاه لزيادة أجور الأطباء، حيث كانت من بين أهم الامتيازات التي يتمتع بها الطبيب، حيث ساهمت في تكوين إحساسه بالرضا عن عمله، وتوسيع مجال نشاطاته في الممارسة العامة، وفي قدرته على تحسين علاقته مع مريضه (نادية محمد السيد عمر، 2003: 143-149).

كما يمكن الإشارة في ذات السياق، أن من شأن الجانب المادي أن يعمل على تحفيز وحث المرضى على تطبيق إرشادات وتعليمات الطبيب العلاجية والالتزام بكل توجيهاته، بالنظر لما أقبلوا على دفعه من مقابل مادي مرتفع إزاء الفحص والتشخيص الطبي.

وفي سياق آخر، من شأن العلاقة الاتصالية القائمة بين الطبيب والمريض أن تتخذ منحى سلبي من خلال الاحتكام للجانب المادي، بمعنى أن الطبيب قد يقلل من حق

المريض في الإصغاء والاهتمام اللازم به ومنه قلة أو انعدام جودة الفحص والتشخيص الملائم، من الناحية الاتصالية، المعنوية، فنجد الطبيب يعمل على التقليل قدر الإمكان من الفترة المرتبطة بتشخيص المرض الذي تختلف أعراضه ومدى خطورته من مريض لآخر فيسعى لإجراء الكشف الطبي على أكبر عدد ممكن من المرضى في وقت جد وجيز، فلا يكثر في كثير من الأحيان لمهارات وفن التعامل الإنساني الذي يمثل اللبنة الأولى في نجاح العلاقة الاتصالية والعلاج المقدم للمريض.

الجدول رقم 15: جدول يوضح تأثير المشكلات الشخصية للطبيب وعلاقتها مع المرضى

النسب المئوية	التكرار	الإجابة
30%	6	قصر مدة المعاينة
30%	6	يؤثر على التركيز
40%	8	لا تؤثر
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات السؤال رقم 15 من استنارة المقابلة للأطباء

بناءً على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن نسبة (8-40%) من المبحوثين أكدوا أن المشكلات الشخصية للطبيب لا تؤثر في العلاقة الاتصالية بالمريض، فالطبيب هو الشخص الذي نتصل به لمساعدتنا في أهم احتياجاتنا لمعالجة أوجاعنا وآلامنا كي نسترجع استقرار وضعنا الصحي.

أما نسبة (6-30%) من الأطباء صرحوا أن قلة المدة الزمنية المخصصة للمعاينة أو عدم التركيز يؤثر في العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، فالطبيب الذي لديه ارتباطات أو أمور أخرى خارج العيادة أو المستشفى قد يؤثر سلباً في جودة الفحص الطبي فالطبيب على كل حال هو إنسان مثل أي فرد داخل المجتمع، فهذه المشكلات الخارجية عن

النطاق تعيق صيرورة عمل الطبيب، فتؤثر على تركيزه ودقته وتفصيله، فينبغي على أي طبيب أن تتوفر فيه الدقة اللازمة لأن أي غموض أو إجمال قد يؤدي بحياة إنسان. وفي سياق آخر، فالمدة التي يقتضيها داخل قاعة الفحص تمثل في بعض الحالات معيارا للاهتمام، ودليل على كفاءة الطبيب، لكنها في حالات أخرى تتواجد بين حالة من اللائقين حول طبيعة الأعراض وبساطة الإصابة المرضية، فكلما طالت مدة الفحص فإن المريض لا يشعر فقط بأنه محل اهتمام، ولكن أيضا بأن وضعه يحتمل الخطر، وكلما قصرت مدة الفحص شعر المريض بقله اهتمام الطبيب بحالته لكنه يمكن أن يكون مؤشرا على بساطة الإصابة المرضية، ففي هذه الحالة يتدخل فاعلين آخرين في تشكيل سمعة الطبيب، ومكانته ونوعية العلاج الذي يقدمه، بحكم المدة الزمنية التي يقضيها في الفحص والتشخيص (بن مغنية قادة، 2017: 141).

الجدول 16: أبرز الحلول المقترحة لتجاوز المعوقات

النسبة %	التكرارات	الإجابة
20%	4	إلغاء مجانية العلاج في القطاع العام
25%	5	المساواة بين المرضى
20%	4	تحسين الثقافة الشعبية الصحية
25%	5	توفير مرافق صحية وأطقم طبية كافية
10%	2	النهوض بالمستوى المعيشي للفرد
100%	20	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة الموجهة للأطباء للسؤال رقم (16)

يبدو من خلال بيانات الجدول الموضحة أعلاه من استمارة المقابلة الموجهة للأطباء أن أبرز الحلول المقترحة من طرفهم لتجاوز المعوقات التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض، تتمثل في ضرورة المساواة بين المرضى بنسبة (5-25%) وكذا ضرورة سعي الحكومة لتوفير مرافق صحية وأطقم طبية كافية بنفس النسبة

السابقة (5-25%)، الأمر الذي يدل على أن مراكز ومرافق تقديم الخدمة الطبية، بما تحتويه من طاقم وكوادر طبية، تعتبر ضئيلة مقارنة بالبلدان المتقدمة، والتي بلغت شوطا كبيرا في هذا المجال، فالنمو الديمغرافي المتزايد في مجتمعنا نجده يطغى ويفوق بكثير نسبة الأطباء والعاملين في القطاع الصحي، فلا تقوى هذه الأخيرة بما يضمها ويحتويها من مستشفيات ومرافق صحية عامة وخاصة، على تلبية جميع الاحتياجات والمتطلبات الصحية للمرضى التي تختلف وتتباين فئاتهم العمرية الاجتماعية الاقتصادية، فمن شأن هذا النقص الفادح في عدد المرافق والطاقم الطبي أن يعمل بشكل أو بآخر على التمييز بين المرضى ومنح الأولوية للأقارب والأصدقاء والزملاء وللمحطين بالأسرة الطبية في بيئتهم الاجتماعية على بقية أفراد المجتمع من الفئات الهشة ذوي الدخل الشهري البسيط، فتتجسد القيم السلبية من البيروقراطية والوساطة والمحاباة مما يثير استهجان وتذمر أفراد الطبقة الوسطى والطبقة الدنيا على وجه الخصوص، فيتسلل إليهم شعور بأن حقوقهم الطبيعية في المعالجة الطبية قد سلبت منهم، فحينها تتكون لديهم اتجاهات جد سلبية اتجاه الأطباء والمرافق الصحية خاصة العمومية منهما، فتتعدم عندهم مصداقية الطبيب، ومنه تغيب أهم عوامل ومميزات العلاقة بين المريض وطيبه، ألا وهي عنصر الثقة فينجم حينئذ شيء من الشك واللايقين، ومنه غياب الاقتناع بالفحص الذي يقوم به الطبيب وكذا بالمعلومات التي يتلقاها منه.

كما أن التناقص الملحوظ حسب إجابات المبحوثين قد يؤدي -في تقديرنا- أيضا لسلب حق المريض في إصغاء واستماع الطبيب لشكواه المرضية، فتغيب ثقافة الحوار والنقاش المتبادل، ومنه سعي الطبيب لمحاولة إجراء الفحوص والتشخيص الطبي لأكبر عدد من المرضى، في فترة زمنية موجزة، مما يجعل من العلاقة الاتصالية بينهما تتخذ منحى مادي، تتعدم فيها القيم والمعايير الإنسانية بالدرجة الأولى.

وفي السياق ذاته، فإن النقص الكبير في المرافق الصحية والأطقم الطبية، من شأنه أيضا إثارة تذمر الأطباء لكثرة ساعات العمل بالموازاة والأجور المنخفضة خاصة لدى القطاع العام، أما عن حثهم على ضرورة المساواة بين المرضى، فتعتبر من ركائز ومقومات

قيام علاقة اتصالية فعالية إيجابية بين الطبيب والمريض، فلا يحق للطبيب التمييز والتفرقة بين مرضاه على أساس الجنس، العرق، المستوى الاجتماعي، الاقتصادي، الانتماء السياسي.

أما عن من الحلول المقترحة لتجاوز المعوقات التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض، فقد أكد بعض المبحوثين أنها تتجسد في إلغاء مجانية العلاج في القطاع العمومي بنسبة (4-20%)، لما يترتب عن ذلك من سلوكيات تصدر من المرضى تثير استهجان الأطباء من غياب قيم الاحترام للطبيب، عند بعض المرضى في القطاع العمومي، وما يتخلل ذلك من تبعات متمثلة في خلق فوضى أمام مكتب الطبيب العام نظرا لقلّة وغياب الرقابة والمتابعة من الممرضين ومسئولي الأمن في التنظيم والحفاظ على هدوء قاعة الانتظار، ونظرا لانخفاض، وتدني تكلفة العلاج فقد تبادر في ذهن بعض المرضى ذوي السلوكيات والتصرفات الغير لائقة بأن لديهم سطو وهيمنة على الطبيب من منطلق كونه موظف لدى الدولة مهامه الأساسية معالجة المرضى والحرص على سلامتهم الصحية.

والواقع، أن مجانية العلاج قد تدفع ببعض المرضى إلى استغلال الوصفة الطبية المجانية بدافع التسول في الطرقات لإثارة شفقة ورحمة المارين حول ادعاء مرض مزيف لا وجود له في الواقع.

وفي سياق آخر، نجد من بين الحلول التي صرح بها الأطباء، حثهم على تحسين الثقافة الشعبية الصحية بما يوافق نسبة (4-20%) وبالتالي فهي قد تؤثر سلبا على العلاقة الاتصالية القائمة بين الطبيب والمريض، فيعمل المريض على محاولة إقناع الطبيب بجودة العلاج الطبي الشعبي على غرار العلاج الطبي المحتكم لمعرفة تقنيات علمية تكنولوجية، فلا يكثر حينها المريض لما يتلقاه من الدواء المتحصل عليه من طرف الطبيب، إذ لا يمثل لتوجيهات وإرشادات الطبيب العلاجية، ويتقيد بالعلاج الخارجي الذي قد لا يتوافق مع طبيعة مرضه الذي تفرض علاج طبي رسمي الأمر الذي من شأنه العمل على خلق

صراعات وغياب التفاهم في العلاقة العلاجية فيسودها التوتر والاضطراب، مما ينعكس سلباً على عدم أو تباطؤ التحسن في الحالة الصحية للمريض، كما أن الانتشار المتزايد والمتباين للثقافة الشعبية الصحية داخل المجتمع الواحد من فرد لآخر، يساهم في تكوين نظرة المريض للعلاج الطبي العلمي ليتخذ منحى سلبي، يعمل على التقليل من شأنه خاصة مع الارتفاع المتزايد في تسعيرة وتكلفة العلاج، فقد يتجه المريض لاستخدام عقاقير عامة متداولة ومتعارف عليها عند الجميع، أو حتى التداوي بأدوية مريض آخر يعاني من نفس آلامه لكنها لا تتوافق تماماً مع وضعه الصحي أو من خلال الأخذ بآراء المحيطين حوله من العامة الذين لم يمتلكوا تكويناً وتخصصاً طبياً دقيقاً لما يعاني منه المريض.

فالثقافة الصحية السوية وفرت للإنسان المعرفة العلمية التي تؤكد بأن الصحة ليست قضية مجردة قائمة بذاتها، بل هي محصلة ونتيجة لعوامل أخرى كثيرة متداخلة ومتشابكة كمستوى دخل الفرد، مستوى التعليم، الوضع الغذائي، الوضع الاجتماعي، الوضع النفسي توفر الخدمات الأساسية (مياه، مجاري، كهرباء، طرق)، نوع التشريعات وغيرها، وتبعاً لذلك إن معرفة هذه الحقائق العلمية تخلق الأنماط السلوكية التي يجب أن يتبناها ويمارسها الإنسان نفسه، وتحدد الدور الإيجابي الذي يجب عليه القيام به اتجاه نفسه ومجتمعه (محمد بشير شريم، 2012: 17).

فسلوك المريض له تأثير كبير على درجة ومدة المرض، وتبرز أهمية ذلك في العديد من الحالات، فقيام المريض بمراجعة الطبيب لمجرد ملاحظة وجود تغيرات على مستوى العين مثلاً دون الانتظار لمراحل وتغيرات متباينة حولها، سيؤدي حتماً إلى الاكتشاف المبكر لما أصاب العين، مما يعني العلاج المبكر والشفاء الأسرع، وكذا الإنقاذ المؤكد من فقدان البصر، فالسلوك الصحي السليم في كل الحالات المرضية هو أولاً وقاية من الأمراض وكذلك عامل تخفيف من حدة وشدة مضاعفات المرض (محمد بشير شريم، 2012: 21).

فالعامل على التحسين من تطوير الثقافة الشعبية الصحية يعتبر الأداة الرئيسية في رفع مستوى الصحة العامة لدى المجتمع عن طريق اكتساب الفرد لمعلومات تتناسب

ومستوى تفكيره، فيصبح قادرا على التفهم وإدراكه للظروف الصحية المفيدة له، بترجمة الحقائق الصحية إلى أنماط سلوكية سليمة، بهدف تغيير العادات السلوكية غير السوية بأخرى صائبة، مما يساهم في تنمية الوعي والمعرفة الصحية للأفراد، وجعل الرقي بالمستوى الصحي مطلباً أساسياً، من خلال حرص الجميع على بذل الجهود لتنمية الجانب الثقافي التنظيمي لديهم والاستفادة من خبرات الآخرين، خاصة المثقفين منهم في المجال الصحي (أحمد محمد بدر [وآخرون]، [د.ت.ن]: [14-17]).

وفي سياق آخر، يمثل النهوض بالمستوى المعيشي للفرد يقدر بنسبة (2-10%) من الحلول المقترحة من طرف الأطباء، فمن الناحية الصحية فإن تأثير البيئة الاقتصادية على الأوضاع الصحية واسع وعميق، فالفقر يعد المسؤول الأول عن نقص الخدمات الأساسية كالمياه النظيفة الكافية، والتصريف الصحي، التغذية الملائمة، السكن الصحي المناسب حيث تتواجد المساحات الضيقة، والتهوية المنعدمة أو القليلة بما يرافق ذلك من كثرة الرطوبة، مما تعمل على خلق أوضاع مناسبة لانتشار الحشرات والبعوض والجردان، وكثرة الأمراض المعدية المسؤولة عن معظم الوفيات في العالم النامي (محمد بشير شريم، 2012: 21).

فالمستوى المعيشي المتدني للفرد قد يؤثر بصورة مباشرة على الحالة الصحية حيث يساهم في حدوث عدة أمراض أهمها أمراض سوء التغذية كمرض فقر الدم، هشاشة العظام، نقص الفيتامينات الضرورية للجسم، وذلك من شأنه أن يحدث اضطرابات وتوتر شديد لدى المريض، فتتكون لديه صورة عن الطبيب بأنه ذلك المتسلط الذي لا يراعي الأوضاع المزرية والدخل المتدني للمريض خاصة مع الارتفاع الشديد في تسعيرة العلاج بالقطاع الخاص.

خلاصة

ظهر جليا من خلال هذا الفصل أن العلاقة بين الطبيب والمريض تحكمها الجوانب الإنسانية، حيث تحتكم هذه العلاقة على الثقة والأمانة والسرية، فالسلوك المقدم من طرف الطبيب يعتبر أمر مهم للمريض فيكون بذلك محافظا على مبدأ الصدق في التشخيص، وفي الوقت الراهن هناك توجه عالمي في منظمات الصحة نحو تحقيق الاتصال الجيد لأن من شأنه أن يؤثر إيجابا على صحة المريض النفسية والجسمية.

لكن كشفت بيانات الدراسة الميدانية، ومن خلال آراء عينة البحث أن العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض تحكمها قيم إنسانية تساهم في تحقيق المساواة بين المرضى، والثقة كرأس مال اجتماعي تقوم على الحوار والنقاش الملائم، ومن جهة أخرى المعوقات التي تواجه الطبيب وتعيق طريقه في العملية الاتصالية، تتمثل أساسا في عدم وعي المرضى، وهذا راجع لهشاشة الأرضية الثقافية التي يستند إليها.

وتبعا لذلك، اقترح معظم الأطباء مجموعة من الحلول للنهوض بمستوى وجودة العلاقة الاتصالية التفاعلية القائمة بين الطبيب والمريض، فنجدها تشمل كل من ضرورة توفير العدد الكافي من الطاقم الطبي الموجه للعناية بالمرضى، وكذا حتمية رفع الوعي الثقافي الصحي للمريض، والتوجه نحو القضاء على مجانية العلاج، بالإضافة إلى التأكيد على ضرورة تحقيق المساواة بين المرضى، والسعي لتكثيف الإهتمام بشكوى ومعالجات المرضى الصحية.

قائمة المراجع:

1. مازن مرسل محمد (2012). مشكلة الوعي الصحي ووعي المشكلة: قراءة سوسيو إبيستيمولوجية في خاب الوعي المتأزم، لبنان: دار الفرابي.
2. محمد جميل يكتب (2021). دعم حدود الثقة بين الطبيب والمريض، من حقلك تعرف المصري اليوم، العدد 6185.
3. بن مغنية قادة (2017). الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي (أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، كلية العلوم الإجتماعية، قسم علم الاجتماع، الجزائر).
4. نادية محمد السيد عمر (2003). علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمجالات، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
5. شوق أسعد محمد (2012). علم الاجتماع الطبي، عمان: دار البداية ناشرون وموزعون.
6. علي عبد الرازق جلبي وحسن محمد حسن (2005). علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
7. نبيل محمد صغير (1997). مساهمة يورغان هابرماس في تطوير التداولية قراءة نقدية في نظرية الفعل التواصلي، مدلة الكلية الإسلامية، جامعة النحيف الأشرف، المجلد 2، العدد 41.
8. محمد بشير شريم (2012). الثقافة الصحية، عمان: مكتبة الأسرة الأردنية.
9. أحمد محمد بدح [وآخرون] (د.ت.ن) الثقافة الصحية، دار المسيرة.
10. فوزية رمضان أيوب (1985). علم الاجتماع الطبي، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
11. مختار رحاب (2014). "الصحة والمرض وعلاقتهما بالنسق الثقافي للمجتمع": مقارنة من المنظور الأنثروبولوجية الطبية، مجلة العلوم الاجتماعية الإنسانية، الجزائر: العدد 15.
12. محمد علي محمد [وآخرون] (2015). دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط4، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

13. لروي إكرام (2014). "إرادة المريض في العقد الطبي في التشريع الجزائري" (مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون الخاص الأساسي، جامعة العقيد دراية. أدرار).
14. محمد كمال زادة (د.ت.ن). أخلاقيات الحوار في تعزيز الوفاق الإجتماعي: مقارنة يورغن هابرماس نموذجاً، مجلة دراسات فلسفية، العدد 441.
15. إحسان محمد الحسن (2008). علم الإجتماع الطبي: دراسة تحليلية في طب المجتمع، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
16. نجات ناصر (2018). ثقافة العلاج الشعبي: دراسة ميدانية بمنطقة تلمسان، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد 33، مارس.
17. جمال محمد أبو شنب (2010). النظرية في علم الإجتماع: في نهاية القرن العشرين. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
18. أسماء حسين المكاوي (2017). فكرة الجامعة عند هابرماس: نظرية الفعل التواصلي وإصلاح الجامعات، إضافات، العدد 36.
19. شعبان مالك (2006). دور الإذاعة في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، (رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علم الإجتماع كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، الجزائر).
20. يوسف أبو الرب [وآخرون]، (2003). علم الإجتماع الطبي، ط2، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
21. إحسان محمد الحسن (2010). النظريات الإجتماعية المتقدمة. ط2، بغداد: دار وائل للنشر والتوزيع.
22. دبسي فهيمة (2011). جودة الخدمات الصحية الأبعاد والمؤشرات، مجلة الإقتصاد والمجتمع، قسنطينة: العدد 7.
23. وسام عبود درجال (د.ت.ن). كفاءة الخدمات الصحية في قضاء المجر الكبير، مجلة البحوث الجغرافية.

24. محمد عبد الكريم الحوراني (2012). ميول العنف ضد الأطباء في مستشفيات القطاع العام.

25. نهى عباس محمد البشير (2019). قياس معدل رضا المرضى المنومين عن جودة الخدمات الصحية ومهارات الإتصال (بحث لنيل شهادة الماجستير في إدارة الجودة الشاملة، كلية الدراسات العليا، جامعة العلوم والتكنولوجيا، بيروت).

نتائج الدراسة

نتائج الدراسة:

بعد المسار التفكيكي الذي استلزم عمليات التحليل والنظر والتفسير والفهم خلصنا إلى مجموعة من الاستنتاجات:

أن الدراسة كانت تتطلب تفكيك الظاهرة، فقد جاءت الإجابة على الأسئلة المطروحة من خلال إعادة تركيب الظاهرة وفق كل المعطيات والمؤشرات والأنساق الخفية التي يحملها البعد السوسولوجي لها، وعليه فإن الباحث بحاجة إلى تأويل وقراءة النتائج من خلال إبراز العلاقة الترابطية بين مختلف مؤشرات الظاهرة المدروسة.

لقد تطلبت مرحلة الإجابة على التساؤل الرئيسي والذي جاء كآتي:

_ كيف يمكن تشخيص سوسولوجيا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض؟

وتفكيك هذا التساؤل من خلال طرح تساولين فرعيين في محاولة للكشف عن أبعاد الظاهرة ومؤشراتها، وعلى ضوء ذلك كانت النتائج العامة للدراسة كآتي:

بعد عملية البحث، التحليل، التفسير. وإعادة التركيب، يمكن القول بأن البنائية الوظيفية لعبت دورا هاما في دراسة العلاقة بين الطبيب والمريض من خلال التطرق للأدوار الاجتماعية لكل منهما وكذا من منطلق تباين مفاهيم كل من المرض والطبيب والمريض عند كلاهما، وما يرافق ذلك من حقوق يتمتعان بها وواجبات ملقاة على عاتقهما، بالموازاة وتباين التوقعات التي يشكلها كلا منهما تجاه الآخر. فالاتصال السليم بينهما يلعب دورا فعالا في التأثير العلاجي، فحسب تالكوت بارسونز فإن العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض هي علاقة تكاملية يسودها التناسق والانسجام المتبادل.

كذلك مكنتنا مقارنة الفعل التواصلي من الكشف عن آليات ومعايير إيجاد محيط ملائم لتكوين علاقة اتصالية تواصلية إيجابية مع الآخر، الذي يتجسد من خلال دراستها بين كل من الطبيب والمريض، فبرز ذلك من منطلق نظريته في الفعل التواصلي الرامية إلى الوصول لفهم مشترك وجمعي من خلال النقاش العقلاني الذي يدعو ويحتكم إليه هابرماس من التزام بأخلاقيات التواصل والاجتماع على اتفاق ملائم والارتفاع بالأخلاق بالمستوى

العالمي، فركيزة نجاح العلاقة الاتصالية والعلاجية بين الطبيب والمريض حسب منظور "هايرماس" تتجلى في الامتثال لقيمة الحوار البناء أو الأخذ بوجهة نظر الآخر ومنه القضاء على كل أشكال الهيمنة والتسلط الفكري وتهميش الطرف المقابل. كما نشير إلى دور مقارنة الصراع عند فريديسون الذي يرى أن العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة توتر وعدم انسجام متكامل نتيجة المصالح المختلفة بينهما، وما يسود ذلك من اختلاف الرأي حول التشخيص والعلاج، ومدى تباين المعرفة الطبية والخبرة الشخصية لكل من الطبيب والمريض، بإضافة لتباين وجهة نظرهما إزاء مدى خطورة الحالة المرضية، أما النظرية التفاعلية، فقد ساهمت في بلورة بروز آليات وميكانيزمات تشكيل العلاقة التفاعلية والتواصلية الناشئة بين الطبيب و المريض المحترمة لرموز وإشارات لغوية وألفاظ رمزية بما يتبعها من محاولة إيصال المعاني و الغايات المراد تحقيقها بما يعمل على خلق صورة انطباعية راسخة عن بعضها البعض.

1) سوسيولوجية الصحة و المرض في الجزائر:

تبين لنا من خلال تتبع مراحل تطور الصحة والمرض في الجزائر قبل المرحلة الاستعمارية أن الطب قد شهد تطورا ونموا تتوفر مختلف المؤسسات المخصصة للمرضى لاسيما الفقراء منهم. وكذا بروز العديد من الممارسات العلاجية التي كانت في متناول الجميع بشكل حر. الأمر الذي يسمح للأجانب لممارسة الطب في الجزائر في حقبة 1830، أما في الفترة الاستعمارية فكان للغزو الفرنسي العسكري الأثر السلبي على النسق الطبي، كما فرض هذا النسق الاستعماري على الجزائريين على الاعتماد على الأنماط البدائية بالتداوي ودفع المرض، وعليه ألحقت الظاهرة الاستعمارية الضرر المعنوي التمزيمي للجسد الجزائري و تجريحه وفق ما يخدم الوجود الاستعماري و هيمنته، وفيما يتعلق بفترة ما بعد الاستقلال فإن المنظومة الصحية الجزائرية قد شهدت نقطة تحول بارزة في مجال ترقية الصحة في الجزائر من خلال إعداد برامج صحية وتطبيقية للقضاء على المشكلات الصحية ومكافحة الأمراض المعدية المتنقلة.

2) مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض:

لا شك أن مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض لها أهمية بالغة في تحقيق جودة التواصل بين الطرفين ومنه الوصول إلى فعالية ونجاعة العلاج، فنجدها حسب ما ذهبت إليه اتجاهات المبحوثين أن هناك إجماع وإقرار من طرفهم حول تلقيهم معاملة إنسانية من طرف الأطباء تتمثل في كل من معيار الاحترام والمشاركة بأخذ القرار ومنحهم الوقت الكافي للمعاينة ومن حرصهم على تطبيقهم لإرشادات الطبيب العلاجية.

✓ العوامل المؤثرة في العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض:

يتضح من خلال هذا المحور أن معظم اتجاهات المبحوثين اتخذت منحى إيجابي مرتبط بكل ما يحمله من حسن الاستقبال وثقتهم في الأطباء القائمين على إجراء الفحوص الطبية لهم وما للمسؤولية الأخلاقية للطبيب والتزامه بالمواعيد الطبية المقدمة للمريض بالإضافة إلى ما تحمله جودة الخدمات الصحية من تأثير مباشر في تفعيل وتحسين العلاقة الاتصالية للقائمة بين الطرفين.

. مدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية في تحقيق فاعلية العلاج:

تأكد جليا أن أغلب الأطباء من المبحوثين قد توفر لديهم وعي ثقافي وعلمي بأهمية العلاقة الاتصالية بينهم وبين مرضاهم ومدى دوره في تحقيق فاعلية ونجاح العلاج ومنه تنمية العلاقة الإيجابية مع المرضى، إذ يؤول ذلك لما يتمتع به من مهارات فنية وتواصلية في التعامل مع مرضاهم منبثة مما تلقونه من تكوين علمي طبي في مجال تخصصهم بالموازاة ما تم تحصيله من خبرة شخصية ومهنية إزاء التواصل والتفاعل السليم مع مرضاهم.

مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض.

يبدو جليا أن الأطباء على دراية بآليات وميكانيزمات حصولهم على ثقة مرضاهم وبالنماذج المختلفة للعلاقة الاتصالية الفعالة بينهم وبين مرضاهم، بالإضافة إلى مدى مساهمة عامل الأقدمية بشكل نسبي متباين من طبيب لآخر في تحقيق علاقة اتصالية جيدة اتجاه المريض. وكذا إقرارهم بعدم تأثير المنافسة في الوسط الطبي على العلاقة الاتصالية

بالمرضى بالموازاة وإدلائهم يكون الطب الشعبي غير منافس بأي شكل من الأشكال للطب الرسمي.

. المعوقات الأساسية التي تحول دون تحقيق فاعلية العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض:

لقد خلصنا بناءً على تجميع جملة من المؤشرات الميدانية أن العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض، تواجهها العديد من المعوقات التي تحول دون تحقيق فاعلية العلاج المقدم.

حيث تتجسد في كل من ضعف الوعي والثقافة الصحية للمرضى، قلة الطاقم الطبي والكوادر الصحية المخصصة لتقديم الرعاية الصحية للمريض، إلغاء مجانية العلاج، وتعدد الأنماط الثقافية لكل من الأطباء والمرضى على حد سواء مما يخلق تصادم في العلاقة القائمة بينهما، وكذا غياب المساواة بين المرضى.

الخلاصة العامة

خلاصة عامة:

تؤشر الملاحظات الميدانية والبيانات المستقاة من ميدان الدراسة، أن العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض تواجهها جملة من المعوقات تحول دون تحقيق فاعلية العلاج، نتيجة الغياب النسبي لثقافة الحوار والإصغاء المتبادل بينهما، وكذا قلة الوعي الصحي للمرضى، بالإضافة لضائلة الطاقم الطبي المخصص، لتقديم الخدمة الصحية للمريض، وما يرافق ذلك من تعامل مادي إزاء المرضى من طرف بعض الأطباء، بالموازاة والتأثير السلبي للعدد المتزايد للمرضى على الطبيب بما يحول دون منح كل مريض حقه في التواصل والتشخيص الفعال.

إن فهم هذه القيمة يساعد على الوصول لحقيقة العلاقة الاتصالية بين الأطباء والمرضى ومدى أهميتها في تحقيق فعالية ونجاعة العلاج، إذ لا بد أن يتوجه النظر للمريض من منطلق التكامل والتداخل الفيزيولوجي، العقلي، النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي المكون للمريض حيث لا يمكن تشخيص المرض دون الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات السابقة المساهمة في تشكيل المرض، وتدهور الحالة الصحية.

وعليه تتأكد فكرة أن نجاح العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض تتطلب مرونة أكثر في التعامل تجاه هذا الأخير، من خلال مجموعة ميكانيزمات ومهارات اتصالية تفاعلية تمثل الركيزة الأساسية لتقديم خدمة صحية للمرضى ذات جودة عالية تعمل على النهوض بالمستوى الصحي نحو الأفضل، كالإصغاء الكافي لشكوى المريض ومنحه حقه من المدة الضرورية للمعاينة، وما يرافق ذلك من حسن استقبال ومحاولة مخاطبة المرضى بأسلوب ومفردات بسيطة بعيدة عن كل تعقيد وصعوبة، قد تصادف المريض من منطلق المصطلحات الطبية الأجنبية التي تفوق المستوى العلمي والثقافة الصحية للمريض، الأمر الذي من شأنه العمل على زرع الثقة في المريض اتجاه الطبيب ومنه إقناعه بما يقدم له من معلومات أثناء الفحص والتشخيص حول وضعه الصحي.

خلاصة عامة

إن عملية إعادة البناء الذي حاولنا إنجازه للظاهرة موضوع الدراسة خلق واقعا
سوسيوولوجيا مشحون بقلق تساؤلي يمكن تلخيصه في التساؤلات التالية:

1. ماهي أبرز الخصائص المكونة لعلاقة اتصالية فعالة ناجحة بين الطبيب والمريض؟
2. فيما تكمن آثار المهارات الاتصالية بين الطبيب والمريض على فاعلية العلاج؟
3. كيف يمكن القضاء على المعوقات التي تحول دون نجاح العلاقة الاتصالية القائمة
بين الطبيب والمريض؟

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- 1) إحسان محمد الحسن (2008). علم الإجتماع الطبي: دراسة تحليلية في طب المجتمع، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- 2) إحسان محمد الحسن (2010). علم الاجتماع الطبي: دراسة تحليلية في طب المجتمع. ط2. عمان-الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- 3) أحمد زكي بدوي (2009). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، انجليزي-فرنسي - عربي: قسم المعاجم والقواميس. مكتبة لبنان.
- 4) أحمد زين الدين بوعامر ومنى قحموص (2017). "العلاقة العلاجية طبيب- مريض والإعلان عن التشخيص في سرطان الثدي عند المرأة". مجلة العلوم الانسانية (الجزائر)، العدد 8. ديسمبر.
- 5) أحمد محمد بدح [وأخرون] (2009). الثقافة الصحية. عمان-الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 6) أسماء حسين المكاوي (2017). فكرة الجامعة عند هابرماس: نظرية الفعل التواصلي وإصلاح الجامعات، إضافات، العدد 36.
- 7) أمال بو راجة ويسعد فايزة فوضيل (2018). التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسين المؤشرات الصحية، مجلة مقدمات (الجزائر)، المجلد 2 العدد 3.
- 8) أنتوني غدنز (2005). علم الاجتماع مدخلات عربية، ترجمة فايز الصياغ، ط4، بيروت: المنظمة العربية للترجمة.
- 9) أيمن زكي سعيد كردية (2011). "مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور وأثرها على فاعلية الخدمة الصحية. من وجهة نظر جمهور المراجعين" (دراسة تطبيقية على مراكز الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية. مقاطعات قطاع غزة، (دراسة مكتملة لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال). قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية. غزة).

- 10) أيمن مزاهرة [وآخرون] (2012). "علم اجتماع الصحة"، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- 11) إيناس رزاق مطيع(2017).الفردانية ومقبل الجماعات التقليدية: دراسة أنروبولوجية ميدانية في مدينة الديوانية(رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، قسم علم الاجتماع، جامعة القاديسية).
- 12) بدر محمد الزغيب (2011). "المسؤولية المدينة للطبيب عن الأخطاء الطبية في مجال التلقيح الاصطناعي"(رسالة ماجستير مقدمة استكمالا للحصول على درجة الماجستير في القانون الخاص. قسم القانون الخاص، كلية الحقوق، جامعة الشرق الأوسط).
- 13) بن شيخ حكيم (2014) . المنظومة في الجزائر خلال الاحتلال الفرنسي 1830-1962، مجلة المغاربة للدراسات التاريخية والاجتماعية) الجزائر المجلد 6،العدد2 الخاص.
- 14) بن مغنية قادة (2017). "الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي دراسة حالات".(أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد.
- 15) بو جلة عبد المجيد(2014) . "التنظيم الصحي الثورة التحريرية: الولاية الخامسة نموذجا" ، مجلة المغاربة للدراسات التاريخية والاجتماعية، الجزائر المجلد 6 العدد.2.
- 16) بوخريسة بوبكر (2006). "المفاهيم والعمليات الأساسية في علم النفس الاجتماعي" عنابة: منشورات باجي مختار.
- 17) بو معارف إلياس، وصالوي مراد (2020) . "دراسة تحليلية لتمويل قطاع الرعاية الصحية في الجزائر خلال الفترة (2017-2000)" ، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية الجزائر المجلد13 ، العدد3 .

- 18) بوساحة عبلة (2007). اتجاهات الأساتذة الجامعيين نحو تطبيق النموذج الثقافي التنظيمي للنظرية، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، قسم علم النفس وعلوم التربية والعلوم الإنسانية، عنابة.
- 19) بوشامة الهادي (2014). "الراهن الصحي الجزائري في الزمن الاستعماري بين 1830-1962"، المجلة المقاربة للدراسات التاريخية والاجتماعية، الجزائر: المجلد 6 العدد 2.
- 20) جراح هدى [وأخرون] (2011). "واقع الخدمات الاجتماعية داخل المستشفى وتأثيره على المريض". (مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس في علم الاجتماع (خدمة اجتماعية)، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة 8 ماي 1945، قالمة.
- 21) جمال محمد أبو شنب (2010). النظرية في علم الاجتماع: في نهاية القرن العشرين. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- 22) جميل حمداوي (2015). المفاهيم السوسيولوجية عند بير بورديو.
- 23) جميل حمداوي (2015). جهود ماكس فيبر في مجال السوسيولوجيا. الألوكة.
- 24) جميلة شلغوم (2013). "دوافع السوسيولوجيا في الجزائر في ظل الحداثة وما بعد الحداثة". (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص علم الاجتماع تنظيم وديناميكيات اجتماعية والمجتمع، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة-الجزائر).
- 25) جوزدرون مارشل (2000). موسوعة علم الاجتماع. المجلد الثاني. ترجمة محمد الجوهري [وأخرون]، القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.
- 26) جون سكوت (2009). خمسون عالما اجتماعيا أساسيا المنظرون المعاصرون. ترجمة محمود محمد علمي. بيروت: الشبكة العربية للأبحاث والنشر.

- 27) جون ويليامز (2005). "كتاب الأخلاقيات الطبية". ترجمة محمد الصالح بن عمار. تونس: جمعية الطب العالمية.
- 28) حسام الدين عفانة (2017). "حقوق المريض على الطبيب". شبكة يسألونك الإسلامية.
- 29) حسام الدين محمود فياد (2018). نظرية الفعل الاجتماعي عند ماكس فيبر، دراسة في علم الاجتماع التأويلي، مكتبة نحو علم الاجتماع.
- 30) حسن محمد الحسن (2005). علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 31) حسين صديق (2012). "الاتجاهات من منظور علم الاجتماع" مجلة جامعة دمشق، المجلد 23، العدد 3+4.
- 32) حسين محمد صندقجي (2017). "الأطباء واحترام المرضى". أغسطس. العدد 14136.
- 33) حوالة رحيمة (2017). "واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات"، مجلة المؤسسة الجزائرية العدد 6.
- 34) خالد السباعي (د.ت.ن). "أخلاقيات العلاقة بين المريض والطبيب". كلية الآداب، العدد العاشر.
- 35) خضرة عمر المفلح (2015). الاتصال: المهارات والنظريات وأسس عامة. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- 36) دريدي أحلام (2014). "دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية". (رسالة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة ماجستير في علوم التسيير، تخصص). قسم علوم التسيير جامعة محمد خيضر، بسكرة).
- 37) زيد إبراهيم العساف (2018). اللغة العربية هويتنا القومية، مجلة نصف سنوية محكمة، دمشق: المركز العربي للتعريب والترجمة والنشر والتوزيع: العدد 41.

- 38) ستيفان تيمرمانز، ستيفن هاس (2018). **نحو علم اجتماع المرض**، ترجمة مازن مرسل محمد، العراق: إضافات، العدد 41-42، شتاء.
- 39) سعاد شايب (2007). **"الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وظروف العمل"** (دراسة ميدانية للأطباء في مستشفى مصطفى باشا الجامعي، قسم علم الاجتماع، تخصص تنظيم وعمل، رسالة لنيل شهادة الماجستير، الجزائر العاصمة).
- 40) سعادوي سامية و خليل عبد القادر (2021). **"أليات ترشيد الإنفاق العام في منظومة صحة الجزائر"** : دراسة تحليلية تقييمية خلال الفترة (2018-2008) مجلة المالية والأسواق ، الجزائر العدد 08 ، العدد 1.
- 41) سليمة بلخيري [وآخرون] (2018). **"منظومة الصحة الجزائرية وواقع الصحة العمومية"**، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية الجزائر العدد 1.
- 42) سماح جبار (2017). **"التزام الطبيب بإعلام المريض"**. كلية الحقوق والعلوم السياسية. جامعة باجي مختار (عنابة). العدد 51.
- 43) سميرة بن صافي (2008). **ثنائية الصحة والمرض من منظور أنتروبولوجي**، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية (ورقلة- الجزائر): العدد 35.
- 44) شعبان مالك (2006). **دور الإذاعة في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي**،(رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، قسم علم الاجتماع كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، الجزائر).
- 45) شوق أسعد محمود (2012). **"علم الاجتماع الطبي"**، القاهرة: دار البداية للنشر والتوزيع.
- 46) صالح رحمن عبد (2020). **مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية**، المجلد 28، العدد 11. الثقافة الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية، دراسة اجتماعية ميدانية لدى طلبة كلية الآداب جامعة بغداد، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب.

- 47) صبري محمد حمدان ورولا إبراهيم حبيب (2014). "مدى رضا المرضى الراضين عن الخدمات الصحية". مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية (فلسطين). المجلد الثاني والعشرون، العدد الثاني، يونيو.
- 48) الطاهر إبراهيم (2014). في سبيل مقارنة سوسيولوجية للبيئة في الجزائر، الجزائر: دار علي بن زيد للطباعة والنشر.
- 49) طهيرة عواج (2019). "تحليل علاقات العمل الأطباء من منظور المدخل الاستراتيجي"، (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع تنظيم وعمل، قسم علم الاجتماع والديمقراطية، جامعة باتنة).
- 50) عاطف غيت (2014). قاموس علم الاجتماع الحديث: فرنسي/عربي. شرح لكل المصطلحات الاجتماعية. ترجمة إبراهيم جابر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 51) عبد الرحمن بن أحمد الوروني (2020). "العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض وأثرها في تفعيل العلاج وسبل تطويرها"، (دراسة ميدانية على عينة من المرضى بالمستشفى الوطني، مجلة القراءة والمعرفة) مصر: مجلد 20، الجزء 2 العدد 225.
- 52) عبد السلام بشير الدويبي (2006). علم الاجتماع الطبي، عمان-الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 53) عبد العالي دبله (2011). مدخل إلى التحليل السوسيولوجي، بسكرة: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- 54) عبد العالي دبله (2021). سوسيولوجيا كوفيد 19، عندما يفقد العالم توازنه، تلمسان: النشر الجامعي الجديد للنشر والتوزيع.
- 55) عبد العزيز عبد الله الدخيل (2012). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية والعلوم الاجتماعية. ط2. عمان "دار المناهج للنشر والتوزيع.

- 56) عبد الغني عماد (2007). "منهجية البحث في علم الاجتماع: الإشكاليات، التقنيات، المقاربات، بيروت": دار الطليعة للطباعة والنشر.
- 57) عبد اللطيف محمد العبد (1977). أخلاق الطبيب "دراسة لأبي بكر زكريا الرازي إلى بعض تلاميذه". ط1. القاهرة: مكتبة دار التراث.
- 58) عبد الله إبراهيم (2006). علم الاجتماع (السوسيولوجيا) ط2. بيروت: المركز الثقافي العربي.
- 59) عبد الله محمد عبد الرحمن (2002). سوسيولوجيا الاتصال والإعلام: النشأة التطورية والاتجاهات الحديثة والدراسات الميدانية. دار المعرفة الجامعية.
- 60) عبد الهادي الجوهري (1999). معجم علم الاجتماع. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- 61) عثمان عبد المعطي (1999). علاقة التقنيات المسرحية بتغيرات المجتمع المصري (1960-1975)، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 62) عسال نور الدين (2014). "الأوضاع الصحية خلال الثورة الجزائرية-1954-1962"، مجلة المغاربة للدراسات التاريخية والاجتماعية الجزائر المجلد 6 ، العدد 2 الخاص.
- 63) علي عبد الرازق جليبي وحسن محمد حسن (2005). علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 64) علي عبود المحمداوي [وآخرون] (2013). يورغن هابرماس: العقلانية التواصلية في ظل الرهان الأتقي في النقد العلمي والديني والسياسي، بيروت: إبن النديم للنشر والتوزيع.
- 65) علي محمد المكاوي (1991). "فهد عبد الرحمن الناصر". (دراسة في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي). القاهرة.

- 66) فاطمة الزهراء براحيل (2009). "دور الطبيب والممرض في العلاج الطبي".
مجلة التواصل (عناية). العدد 24. جوان.
- 67) فاطمة مساني (د.ت.ن). أنماط التفاعل الاجتماعي بين الأطباء والمرضى من
منظور سوسيولوجي. جامعة البويرة.
- 68) الفرفار العياشي (2020). الفردانية النهجية وتقويض أسس التصورات
الشمولية: سوسيولوجيا ريمون بودون نموذجاً، مجلة العلوم الإنسانية، المركز
الجامعي علي كافي (الجزائر). المجلد 04. العدد 03.
- 69) فريدة مشري (2016). الأسرة والصحة دراسة سوسيوأنثروبولوجية لمرضى
السرطان، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- 70) فوزية رمضان أيوب (1985). علم الاجتماع الطبي، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 71) قبائلي هوارى (2014). "تقييم عامل للوضع الصحي أثناء الفترة الاستعمارية"
،مجلة المغاربة للدراسات التاريخية والاجتماعية الجزائر المجلد 6، العدد 2، الخاص.
- 72) قندلي رمضان (2012). "الحق في الصحة في القانون الجزائري: دراسة تحليلية
مقارنة". دفاثر السياسة والقانون، (الجزائر) العدد 6. جانفي.
- 73) قويدري مليكة (2014). "تمثل صورة الذات وصورة الآخر في العلاقة العلاجية"،
(دراسة ميدانية مع عينة من مرضى المستشفى الجامعية بمدينة وهران، أطروحة لنيل
شهادة الدكتوراه، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة وهران).
- 74) كمال دشلي (2016). منهجية البحث العلمي، مصر: مديرية الكتب والمطبوعات
الجامعية.
- 75) لبصير فطيمة (2008). "دوافع العلاقات في البرلمان الجزائري. مجلس الأمة
نموذجاً" (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الاتصال والعلاقات العامة، قسم
علوم الإعلام والاتصال، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة منتوري.
قسنطينة).

- 76) لروي إكرام (2014). "إرادة المريض في العقد الطبي في التشريع الجزائري" (مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون الخاص الأساسي، جامعة العقيد دراية. أدرار).
- 77) لوران فلوري (2008). **ماكس فيبر**. ترجمة، محمود علي مقاعد، بيروت: دار الكتاب الجديدة المتحدة.
- 78) م.م هديل تومان محمد مهدي البهاج (2017). "صورة الطبيب لدى المجتمع العراقي" (دراسة ميدانية في مدينة الكويت). الفلسفة واللسانيات والعلوم الاجتماعية. العدد الخامس والعشرين.
- 79) مازن مرسل محمد (2012). **مشكلة الوعي الصحي ووعي المشكلة**: قراءة سوسيو إبيستيمولوجية في خاب الوعي المتأزم، لبنان: دار الفرابي.
- 80) مجاهدي يمينة (2018). **تاريخ الطب في الجزائر في ظل الاستعمار الفرنسي 1830-1962**، أطروحة دكتوراه غير منشورة في التاريخ الحديث والمعاصر، قسم التاريخ وعلم الآثار، جامعة وهران 1، أحمد بن بلة، الجزائر.
- 81) محمد الجوهري (2002). **قراءات معاصرة في نظرية علم الاجتماع**، ترجمة مصطفى خلف عبد الجواد، القاهرة: مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية.
- 82) محمد السامعي (2017) **أخلاقيات المهن الصحية "أخلاقيات-واجبات-علاقات-مبادئ"**. كلية الجزيرة للعلوم الصحية.
- 83) محمد الصالح بن عمار (2005). **"الأخلاقيات الطبية"**. جمعية الطب العالمية.
- 84) محمد بشير شريم (2012). **الثقافة الصحية**، عمان-الأردن: مكتبة الأسرة الأردنية.
- 85) محمد بن عايد المشاوية الدوسري (2014). **"العلاقات الإنسانية في الفكر الإداري الإسلامي المعاصر"**. الأردن: دار الجامد للنشر والتوزيع.
- 86) محمد جميل يكتب (2021). **دعم حدود الثقة بين الطبيب والمريض**، من حقلك تعرف المصري اليوم، العدد 6185.

- 87) محمد حسن حافظ [وآخرون] (2019). أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية. دراسات تطبيقية على عينة من المستشفيات الخاصة في ولاية الخرطوم.
- 88) محمد عبد الكريم الحوراني (2013). "ميلول العنف ضد الأطباء في مستشفيات القطاع العام الأردنية محاولة للفهم في ضوء توقعات دور الطبيب مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية"، الأردن: المجلد 10، العدد 2.
- 89) محمد علي الباز [وآخرون] (2012). مهنة الطب القضايا الأخلاقية والفقهية في المهن الصحية). جدة: مكتبة كنوز المعرفة.
- 90) محمد علي محمد [وآخرون] (2015). دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط4، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 91) محمد كمال زادة (د.ت.ن). أخلاقيات الحوار في تعزيز الوفاق الاجتماعي: مقارنة يورغن هابرماس نموذجاً، مجلة دراسات فلسفية، العدد 441.
- 92) مختار رحاب (2014). "الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع": مقارنة من المنظور الأنثروبولوجية الطبية، مجلة العلوم الاجتماعية الإنسانية، الجزائر: العدد 15.
- 93) مصباح الشيباني (2018). مآزق ثورة الشعب يريد ومآلاتها: مقارنة سوسيولوجية في عقل ما قبل الثورة". تونس: زينب للنشر والتوزيع.
- 94) منار صبرينة (2019). "حالات قيام مسؤولية الطبيب المدينة عن أخطائه المهنية. دراسة مقارنة"، مجلة الباحث في العلوم القانونية والسياسية، كلية الحقوق، جامعة محمد الشريف مساعدي، سوق أهراس، العدد الأول، جوان.
- 95) موسى رزيق (2016). الالتزام بتبصير المريض: دراسة تحليلية، المجلة الدولية للقانون.

- 96) المولدي قسومي (2019). "قواعد لغة علم الاجتماع في مدونة المؤرخ الهادي التيمومي"، تونس: دار نقوش عربية.
- 97) المولدي قسومي (2015). **مجتمع الثورة**، تونس: الشركة التونسية للنشر وتنمية فنون الرسم.
- 98) نادية سعيد عيشور [وآخرون] (2018)، "سوسيولوجية الصحة في المجتمع الجزائري"، الجزائر: دار الروائع للنشر والتوزيع.
- 99) نادية محمد السيد عمر (2003). "علم الاجتماع الطبي". المفهوم والمجالات. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 100) نادية محمد السيد عمر (2003). **علم الاجتماع الطبي**، المفهوم والمجالات، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 101) ناصر جراد وعزام أبو الحمام (2012). "المسؤولية الأخلاقية والاجتماعية للمنظمات". الأردن: إثراء للنشر والتوزيع.
- 102) الناصر عبد اللاوي (2012). **الهوية والتواصلية في تفكير هابرماس**، لبنان: دار الفرابي.
- 103) نبيل محمد صغير (1997). **مساهمة يورغان هابرماس في تطوير التداولية قراءة نقدية في نظرية الفعل التواصلية**، مدلة الكلية الإسلامية، جامعة النحيف الأشرف، المجلد 2، العدد 41.
- 104) نجات ناصر (2018). **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية**، العدد 33، ثقافة العلاج الشعبي، دراسة ميدانية بمنطقة تلمسان.
- 105) نجات ناصر (2018). **ثقافة العلاج الشعبي: دراسة ميدانية بمنطقة تلمسان**، **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية**، العدد 33، مارس.
- 106) نور الدين بواشلوش (د.ت.ن). "المدرسة الألمانية النقدية نماذج مختارة من الجيل الأول إلى الجيل الثالث". دار الفكري.

- 107) نور الدين بوالشرش (2006) . الحوافر وأداء العاملين في المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية، دراسة ميدانية في مستشفى الحكيم ضربان عنابة
- 108) هوام خليفة ولخزاري عبد الحق (2021). "التزام الطبيب بسلامة المريض". مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية. المجلد 08، العدد 01.
- 109) الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي (1949). مقدمة في علم الاجتماع الطبي. بنغازي: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان.
- 110) وفاء سلطاني (2016) . "تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها" : دراسة ميدانية بولاية باتنة أطروحة دكتوراه غير منشورة في علوم التسيير، شعبة تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارة وعلوم التسيير، جامعة باتنة.
- 111) يوسف أبو الرب [وآخرون] (2003). "علم الاجتماع الطبي". ط2. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 08 ماي 1945 قالمة

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

الموضوع:

سوسيولوجيا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية قالمة

استمارة قياس اتجاهات المرضى بولاية قالمة

إشراف الدكتور:

قريد سمير

إعداد

1. مومني أسماء

2. بودريالة نجلاء

السنة الجامعية 2020-2021

استمارة قياس اتجاهات المرضى نحو العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

الآن سأقرأ عليك عددا من الأسئلة واجبا منك أن تقدر موقفك منها، فإذا كنت توافق كثيرا تعطي

رقم (2+)، وإذا كنت تخالف جدا تعطي رقم (2-)، وموافق بصفة عادية تعطي رقم (1+)، مخالف بصورة عادية تعطي رقم (1-)، أما إذا كنت وسطا غير قادر أن تقرر فتعطي رقم (0).

أولا: البيانات الشخصية

1. السن:

2. الجنس: ذكر أنثى

3. المستوى التعليمي: أ. أمي ب. ابتدائي ج. متوسط د. ثانوي هـ. جامعي

4. الحالة الاجتماعية: أ. أعزب ب. متزوج ج. مطلق د. أرمل

ثانيا	مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض	أوافق بشدة (2+)	أوافق (1+)	محايد (0)	أعارض (1-)	أعارض وبشدة (2-)
5	أعتقد أن معاملة الطبيب لمرضاه يطغى عليها الجانب الإنساني.					
6	أرى أن معاملة الطبيب لمرضاه ترتبط بالمكانة الاجتماعية.					
7	أرى أن معاملة الطبيب لمرضاه يطغى عليها الجانب المادي.					
8	أرى أن الطبيب يقرر كل شيء فيما يخص علاجي دون مشاركتي.					
9	أشعر بالارتياح النفسي عند الطبيب الذي يستمع لي					
10	يتعامل الطبيب مع مرضاه بعدم الاحترام					
11	تخصيص الطبيب للمريض الوقت الكافي للمعاينة					
12	أحرص على تطبيق إرشادات الطبيب العلاجية					

أعراض وبشدة (2-)	أعراض (1-)	محايد (0)	أوافق (1+)	أوافق بشدة (2+)	العوامل المؤثرة في العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض	ثالثا
					أعتقد أن للاستقبال أثر إيجابي في تحسين العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض	13
					لا أتق في الفحص الذي يقوم به الطبيب	14
					أعتقد أن المسؤولية الأخلاقية للطبيب لها أثر في جودة العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض	15
					لا أقتنع بالمعلومات التي يقدمها الطبيب عن مرضي	16
					يلتزم الطبيب بالمواعيد الطبية التي يقدمها للمريض	17
					أعتقد أن العدد المتزايد للمرضى على الطبيب يؤثر سلبا على حق المريض في التشخيص والتواصل الفعال	18
					أرى أن تكلفة العلاج تحدد نظرة المريض للطبيب	19
					تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض على علاقته الاتصالية بالطبيب	20

دليل مقابلة

هذه المقابلة ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط

حول موضوع: سوسيولوجيا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

أولاً: مدى وعي الأطباء بأهمية العلاقة الاتصالية في تحقيق فاعلية العلاج

1. هل لك أن توضح لنا أهمية العلاقة الاتصالية بينك وبين المريض؟

.....
.....
.....

2. ماهي شروط استقرار العلاج بينك وبين المريض؟

.....
.....
.....

3. كيف يتم تقييم العلاقة الاتصالية بينك وبين مرضاك؟

.....
.....
.....

4. ماهي القيم الأساسية المكونة لعلاقة اتصالية فعالة مع المريض؟

.....
.....
.....

5. إلى أي مدى تساهم العلاقة الإنسانية في جودة الخدمة الطبية لمرضاك؟

.....
.....
.....

ثانيا: مزايا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض

6. من هو المريض في نظركم؟

.....
.....
.....

7. كيف تحصل على ثقة مرضاك؟

.....
.....
.....

8. إلى أي مدى يسهم عامل الاقدمية في تحقيق علاقة اتصالية مع المريض؟

.....
.....
.....

9. حسب رأيك، ماهي نماذج العلاقة الاتصالية الفعالة بين الطبيب والمريض؟

.....
.....
.....

10. كيف ترى مستقبل العلاقة الاتصالية بالمرضى في ظل المنافسة والتوجه نحو الطب الشعبي؟

.....
.....
.....

ثالثا: المعوقات الأساسية التي تحول دون تحقيق علاقة اتصالية فعالة بين الطبيب والمريض

11. هل لك أن تقدر لنا أبرز المعوقات الاتصالية التي تواجهك كطبيب مع مرضاك؟

.....
.....
.....

12. كيف يمكن للتكوين العلمي أن يؤثر على علاقتك الاتصالية مع المريض؟

.....
.....
.....

13. إلى أي مدى يؤثر غياب ثقافة الحوار المتبادل بين الطبيب والمريض؟

.....
.....
.....

14. كيف يؤثر الجانب المادي على نوعية العلاقة مع المريض؟

.....
.....
.....

15. إلى أي مدى تؤثر المشكلات الشخصية للطبيب على علاقته الاتصالية بمرضاه؟

.....
.....
.....

16. ماهي أبرز الحلول المقترحة لتجاوز هذه المعوقات؟

.....
.....
.....