

**الفعل العنفي الموجه نحو الفاعلين الطبيين الإستشفائيين**  
**مقاربة ابيدميو - سوسيولوجية لوحدات الاستعجالات بالمؤسسات**  
**الإستشفائية العمومية الجزائرية**  
دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي - عنابة

الأستاذ: الطيب بولنوار

قسم علم الاجتماع

جامعة باجي مختار - عنابة

## ملخص:

ظاهرة تعنيف الأطباء من طرف المرضى ومرافقيهم ظاهرة ليست بالجديدة، لكن بروزها في الآونة الأخيرة شد لها الأنظار وأوغل في البحث عن خلفياتها وتداعياتها، إذ أن سقف مطالب المرضى عموما لا يتعدى الاستقالة من المساعدة الطبية المتخصصة لا غير، وقد تنوق العلاقة عند هذا الحد لكن أن تسنم المعاونة وتُحيز إجراءات النكفل لها تحت ذريعة المعوقات، هذا ما يدفع إلى بروز بعض من السلوكات غير السوية في التفاعل بين مختلف فاعلي العملية الاستشفائية. هذه النصرفات قد تتفاعل أكش (سلبا أو إيجابا) بحسب ما توفر من إرادة وإمكانات، فردات الفعل ما يبررها، لكن يبقى المنصر الأكبر فيها هو صحة المرضى والمجتمع بصفة أشمل.

الكلمات المفتاحية: عنف، علاقة، أطباء، مرضى.

## المقدمة:

تسود حاليا معظم المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، حالة من التردّي الوظيفي وتدني في مستويات الروح المعنوية، نتيجة تراكم المشاكل وصعوبة حلها من طرف الإدارة، مما أسفر عن بروز نوع من الفتور والإحباط الوجداني في ممارسة الوظائف. وقد ساعدت كثير من العوامل في إظهار هذه الوضعيات المتردية التي تقوض شروط الممارسة مثل: النقص الملاحظ في توفير الأدوية بالتنوع والكمية المطلوبة، وكذا عدم مسايرة التطورات العلمية والتكنولوجية للمهن الطبية داخل المؤسسة، وتدني مستويات أداء الأعوان... كل هذه الشروط الموكلة والمنوطة بوظائف الإدارة تتحملها هي وتسعى ملزمة في تأمينها وتقديمها بغية ديمومة المرفق واستمرار الوظيفة (بشكل أدق)، لكن يبقى الإشكال قائما في كيفية ترشيدها وعقلانية استغلالها من طرف القائمين على العملية العلاجية أو الاستشفائية.

## الإشكالية:

في طيات الدينامية الاستشفائية والوظائفية يتباين أداء الإدارة وإستراتيجيتها في القدرة على تدوير ميكانزمات المؤسسة، بحكم موقعها السلمي وتجذورها في تكريس فعل السلطة. فأداء السلك الطبي لأدواره مرهون بحجم ونوعية تدخل الفاعلين الآخرين (خارج الوظيفة الطبية)، وخضوعه بالتالي لعدة اعتبارات وإلى كثير من التناقضات مثل: عدم تماثل الأدوار الموضوعية داخل المصالح، وتشتت جهود المتدخلين في العملية العلاجية، وعدم سعي المسؤولين في تذليل الفرقات، واختزال الاختلافات التي تتشكل عادة نتيجة هذه التفاعلات والاحتكاكات. فلا يمكن إذا للأدوار الطبية أن تتبلور ما لم يُفعل الدور المحوري للإدارة في ممارسة السلطة

وتسييرها المتزن لموارد المؤسسة المختلفة. كما يعمل التوافق الاستراتيجي بين السلطتين داخل المؤسسة على صقل الأدوار وانسيابها بما يضمن تراتبية في العلاقات بما تمليه المصالح المشتركة للمتدخلين، في إطارها القانوني أو العقدي بما يقلص من مظاهر الاحتقان والصراع. فتمكين الوظيفة الاستشفائية داخل المجتمع يبرز موقع المؤسسة بوضوح في إرساء رمزياتها وينشط مضمونها بما يكفل لها الديمومة وعدم الاندثار على غرار ما تقدمه مؤسسات المجتمع الأخرى.

وتعد وتيرة النشاطات الإستشفائية كمحصلة لأداء كل من الأطباء والإدارة لأدوارهم وتلازمهما الوجداني، فلا يمكن لطرف الاستغناء أو تحييد الطرف الآخر، ولا يحق له بالتالي ذلك ولو أراد، لأن المسؤولية وتبعاتها قد تتجاوز عند الإخلال بها وتضطره للانصياع أو التعرض للعقاب والعزل الاجتماعي، فالعلاقة إذا هي علاقة حصرية تتصف بالتبعية المتبادلة.

وتكون الوجهة التي يقصدها المريض عادة في طلبه للمساعدة المتخصصة عموماً هي وجهة الطبيب، هذا الأخير لا يمكنه كما أسلفنا ممارسة مهامه إلا بتوفر حد أدنى من شروط العمل الذي توفره إياها (كما سبق) الدوائر الإدارية المتخصصة، والتي لا يكون لها من مغزى إلا باستمرار الأداء الطبي وما تكفله لها حقيقة الواقع المرضي إبيدولوجيا وبسيكو- سوسيولوجيا.

إذ أن العلاقة بينهما هي علاقة متبادلة، ولا جدوى من استمرار طرف دون مساعدة الأطراف الأخرى له، ضمن محددات هيكلية وتنظيمية خاصة. فتوفير الإدارة للأدوية وسعيها في جلب المعدات والتجهيزات المتخصصة، وتسخيرها لمستلزمات الممارسة كفيلة بإضفاء قيمة فارقة على طبيعة ودور

المرافق الإستشفائية علاجيا وإنسانيا. فجدوى الخدمة الطبية هي نتاج فعل مؤسس يسعى لتقديم الأفضل للمرضى، الذين هم في واقع الأمر أفراد مثلنا، اضطروا لمراجعة الأطباء لتصحيح الاعتلال الذي أصاب أجسادهم أو مداركهم الذاتية أو الجماعية.

ويعد الحضور العلمي والفيزيقي للأطباء في المواقف العلاجية أو الاستشفائية دليل آخر من الدلالات، وعاملا من العوامل الأساسية في مأزرة المرضى وممارسة مهنة الطب، ودافعا قويا لكل المتدخلين في تكريس أدوارهم بما في ذلك المرضى ومرافقيهم.

لكن ما نلاحظه الآن في الحياة اليومية، هو بروز النزعة الفردانية والبراغماتية في مختلف نماذج السلوك والمعاملات الاجتماعية، بسبب انحلال الوازع القيمي للمجتمع وندرة الموارد وسوء تسيير ما توافر منها، حيث أفرزت هذه الوضعيات تداعيات خطيرة، عجلت في آلية تغيير وتحوير الاستحقاقات بما لا يتماشى وقيم المجتمع التقليدية.

وما كان تردي منظومة العلاقات داخل المجتمع من محض الصدفة أو متأتي من فراغ، بل أنه نتاج فعل تكديسي، قد يكون عن قصد أو بغيره ضمن مجموعة من الممارسات وأنماط السلوك المنحرف، حيث تبلورت هذه المظاهر أكثر من خلال عمليات التسريع في وتيرة التغير الاجتماعي كما سبق بما لا يخدم الجوهر الوجداني للمجتمع، فالتحولات الحاصلة كانت قوية وجدُّ ارتجائية، بدرجة أنها زعزعت قيم المجتمع ومعتقداته، فأضحت العنجهية والتبذل وجهان لممارسات الفعل المجتمعي؛ وأسقط بالتالي ذلك على واقع العلاقة بين الأطباء والمرضى، حيث أصبحت هي الأخرى ترزح تحت وطأة الرداءة والوهن المؤسسي والمجتمعي. هذا التصوير العام للواقع،

الذي تستشري فيه اللانمطية في السلوك وعجز الجهاز التوعوي والردعي للمجتمع من الإفاء بما يجب عليه القيام به، أنتج واقعا متشنجا وحالة من حالات التذمر الجمعي واللامبالاة بالنتائج على عموم حياة أفراد المجتمع. والذي أصبح يخرب بمجرد أزمة بسيطة بسبب وهن الضمير الجمعي وآليات المجتمع الضبطية (غير مفعلة في الحقيقة بالقدر الكافي)، مقارنة بما كنا عليه قبل عشرينيتين، حيث لم يصب الوهن الاجتماعي دفعة بعينها بل تغلغل فيها جميعا، وانتشر كما تنتشر الخلايا السرطانية في أنسجة الجسم، مسببة فقدان التوازن الاجتماعي وخلال في وظائفه الحيوية والوجودية على السواء.

فمن هذه المنطلقات، ارتأينا التقصي عن كنه ظاهرة الفعل العنفي أو التعنيفي، وإفرازاتها على واقع الممارسة الطبية بصفة عامة، وانعكاساتها على طبيعة العلاقة بين الأطباء والمرضى بشكل خاص وذلك من خلال الربط التالي:

## II- سيكولوجية المرضى ودينامية التفاعل:

تناول كل من ببرنغ وكهانة "Bibring & Kahana" (1) بالدراسة مختلف صور ونماذج السلوك وحصرهما لأنماط سيكولوجية مرضية تعتاد المستشفيات للتداوي، فتوصلا إلى ضبط عدد من الأصناف، نذكر منها ما يلي:

- مرضى اتكاليون: يحتاج هؤلاء المرضى إلى الاهتمام الزائد عن اللزوم، حيث يُرجعوا حقيقة الإصابة بالمرض إلى عدم اهتمام الأهل والغير بهم.
- مرضى منضبون أو منظمون: تتميز هذه الشريحة من المرضى بجديتها وإسهاماتها الفعالة في تسيير العملية العلاجية، من خلال حرصها ودقتها الشديديتين في تسجيل وتدوين كل ما تلاحظه وإفادة الأطباء به.

- **مرضى عاطفيون:** يحاول هذا الصنف من المرضى استدراج عناية الأطباء بسلوك جذاب، وينصاعوا للعلاج حالما يجدون استجابة من الأطباء، بل أنهم يدخلون معهم في توافق وتبعية تامة.
- **مرضى مضحون:** يعد هذا النوع من المرضى مشكلا حقيقيا، يواجه الأطباء أثناء تأدية مهامهم، فهم كثيرون الشكوى واللوم والتبجح لأدنى مشكلة تعترضهم، ويرجعونها لسوء حظهم، فهم على غير استقرار وكثيرون التثقل من طبيب إلى آخر، بحثا عن المعاملة المثلى والعلاج الأليق.

كما توصل غوفمان "Erving Goffman" في دراسة أجراها في هذا المجال، حول ماهية علاقة التفاعل التي تنشأ بين الأطباء والمرضى في المواقف العلاجية، أين تبنى نوع جديد من العلاقات، وأطلق عليه: "علاقة التفاعل الاستراتيجي". ففي خضم الدينامية التفاعلية بين الأطباء والمرضى، يتصور كل طرف نفسه في مناورة حقيقية مع الطرف الآخر، فيسعى كل منهما للبحث عن أكبر قدر ممكن من المكاسب، شريطة أن يتصرف بأسلوب هادف وحذق يتوقع منه قرارات الطرف الآخر بما يخدم مصالحه وأهدافه. وقد يحدث ضمن حيثيات العملية التفاعلية هذه تناقض في المصالح وتختلف الرؤى وتحتدم المواقف إلى حد ارتكاب طرف لبعض الحماقات، أو يُقدم على تعنيف الطرف الآخر لفظا أو فعلا أو الاثنان معا.

### III - سوسولوجيا فعل العنفي داخل المستشفى

يُعرّف العنف أو فعل التعنيف اصطلاحا: بأنه المعاملة بشدة وقسوة<sup>(2)</sup>، وينتج غالبا عندما لا تلبى الحاجات، فتتشأ عنها ردات فعل عنيفة أو مظلمة: كالسب والشتم إلى غاية الضرب والتشويه... ويتبلور ضمن

المواقف الاستشفائية واقع من الممارسة ونمطا من أنماط السلوك، الذي يفرض على الإدارة التدخل، باتخاذها لجملة من القرارات والتدابير الكفيلة باحتواء المواقف واستتبابها، فلنتصور مثلا موت عائل أسرة الوحيد، فكيف يكون وقع مفارقتة للحياة على كيان أسرته ومن يعيهم؟، أو ينقضي أجل رب عمل يدير مشاريعه مع غيره من الشركاء بالمليارات داخل المستشفى؟، فما هو السبيل لاستيعاب هذه المواقف؟ وما هو موقف الفاعلين الاستشفائيين المباشرين تجاه تداعيات هذا الحدث الجلل؟ وكيف يمكنهم تقديم تفسيرات بالأخص إذا نُعتت المؤسسة بالتقصير أو التهاون، وما هو موقف المؤسسة إذا كانت الإدارة والسلك الطبي على غير وفاق؟.

لقد عايشنا كثيرا من هذه الوضعيات بالمستشفيات (كوننا إطارات أولا في الصحة وطلبة في علم اجتماع الصحة والمرض)، حيث يولي الأطباء عادة اهتماما كبيرا ولا يعطوا الوقت الكاف فيها لاستقبال عائلات المرضى لتفسير وضعية المرضى الصحية كلما تسنح به الفرصة، فهم يتحججون دائما بضيق الوقت وثقل المهام وضرورة تفرغهم واستعدادهم الدؤوب لاستقبال حالات أخرى، لكن من يملأ هذا الفراغ يا ترى؟ والقاعات تعج كلها بالمرضى والمرافقين؟.

بما أن الوضع حازم ويتصف بالجدية، فإن طائفة هذا الفراغ الذي يتركه الأطباء يلقي بضلاله مباشرة على عاتق الأعوان بكل ثقله ومنغصاته، بينما يتوارى الأطباء في هذا الوقت العصيب عن الأنظار. فالوضع إذا شديد الحساسية ومفتوح على كل الاحتمالات وتداعياته قد تكون لها انعكاسات وخيمة بحسب درجة ومستوى فطانة الفرق وحنكتها في التعامل مع هذه الحالات، فعامل المصلحة البراغماتي أو الإنساني قد يكون هو الطاعي في كيفية تدخل الأطراف الفاعلة وبحثها عن حلول سريعة (ولو ظرفية) لمثل

هذه الوضعيات، فالعلاقة العاطفية التي تربط المرضى بذويهم قد يكون لها وقعها هي الأخرى، بما قد يتقل كاهل الفرق بتبعاتها واکراهاتها النفسية والفيزيقية. فبينما يطلب المرضى المساعدة، يكرس الأطباء الأسلوب النمطي (الأبوي) في التعامل مع المرضى حتى يتجاوبوا وينصاعوا للأوامر الطبية، دون أن يتركوا حيزا كبيرا لمناقشة الحثيات لأنهم (الأطباء) يرونها عائقا مثبتا لنشاطهم<sup>(3)</sup>.

هذا التوصيف للمواقف، تجعل ميكانيزمات العلاقة أشبه ما يكون بميكانيكا المحركات، فالتسلسل الإجرائي أو الممارساتي لأداء الأطباء ينحو منحى تقويض شبه كلي للاعتبارات الشخصية أو المكانة الاجتماعية للمرضى، خصوصا إذا ما كنا في وحدات الاستعجال أو الحالات الطارئة. فهذا النوع من التصرفات التي نلاحظها مرار وتكرار داخل المستشفيات تكون بواعث للملاسة وعاملا من عوامل المشاحنة، بالأخص إذا كان المريض ذا حضوة أو نفوذ.

هذه الوضعيات والمواقف التي تعایشها الفرق الطبية بحكم تكرار حدوثها يوميا وبشكل روتيني، تكون مفرخة حقيقية، وتبرز أكثر عندما تتفاعل عوامل أخرى مثلا: قلة المستشفيات أو بعدها أو اكتظاظ ما توفر منها، ناهيك عن نقص التأطير البشري وقصور الدعم التكنولوجي والمالي فيها<sup>(4)</sup>. وقد يوصم المشهد الاستشفائي أكثر واقع أنماط سلوك الفرق في تعاملها مع الحالات الخطيرة على حساب غيرها من الحالات المرضية الأقل حرجا، فترزح الدينامية الاستشفائية أو الاستعجالية هي بدورها تحت وطأة زحمة الحالات التي تنتظر دورها في العلاج، وقد يوجب كل من عاملي الوقت والمعاناة البيئة العامة للمرفق، لاعتقاد مرافقي المريض بخطورة وضعه، فإذا ما لم يقوموا بشيء ما يستدعي الاهتمام، فصحته قد تسوء أو



ربما يهلك، ففي ظل غياب شبه تام لعمليات الاتصال أو التواصل من طرف القائمين على ذلك المرفق مع المرضى ومرافقيهم، يحتقن الوضع العام ويصبح ملائماً لكل تصعيد أو احتكاك.

وتعد طريقة الاستقبال وسرعة التكفل بالمرضى، عامل يخفف من التوتر، ويُصبغ دينامية السلوك التفاعلي في مثل هذه المواقف أو الوحدات، وتُشعر المرضى ومرافقيهم بالأمان، وخلافاً لذلك تصبح تلك المواقف أكثر عدائية، أين ينسلخ فيها طالب الخدمة من قيمه وأعرافه الاجتماعية.

#### IV- بناء ووظيفية المرافق الإستشفائية

المرفق الإستشفائي عموماً هو بناء ليس كغيره من البنايات يختص بوظيفة طبية أو جراحية بعينها، ويضم مجموعة من الوظائف والمهام التي لا يمكن إنجازها ما لم يتوفر الحد الأدنى من الشروط، فشكل وبناء المصالح وتفصيلاتها الداخلية مثلاً، تختلف من مستشفى إلى آخر بما فيها وحدات الاستعجالات التي تنقسم بدورها إلى ثلاثة أنواع رئيسية وهي:

1- استعجالات طبية

2- استعجالات جراحية

3- استعجالات طبية - جراحية.

عادة ما تقع وحدات الاستعجالات عند مداخل المستشفيات، فهي البوابات الأمامية ومرآة المصالح الإستشفائية، ويكمن نوع النشاط في جوهر تفصيلاتها الهندسية واللوجستكية، وتبقى بعض القواسم قائمة على غرار قاعات الانتظار والمعاینات والتمريض، ولكل وحدة استعجالات نمطها وخصوصياتها، ويمكن دمجها جميعاً فيما يسمى بالقطب، الذي يسهل خدمة المرمى العام للمؤسسة سوى فيما يخص التكلفة الاقتصادية أو تجميع عمليات

التكفل المتخصصة في مكان واحد. وتحتوي وحدات الاستعجالات الطبية- الجراحية عموماً، على كل المكونات الهيكلية والوظيفية لوحدات الاستعجالات الطبية والجراحية بمعنى الاستقبال والتوجيه، قاعات الانتظار (هاتف ثابت، دورات المياه، تلفزيون ملون من الحجم الكبير نسبياً مثبت على قنوات ترفيهية، موزّع للمشروبات والمأكولات الخفيفة، جرائد...)، قاعات التمريض، قاعات العمليات الجراحية، قاعات الإنعاش، مخبر للتحاليل، الأشعة، الصيدلية، مكتب الدخول، الأمن والوقاية... ولكل هذه المهام والوظائف ما يقابلها من عتاد وتأطير وتمويل والتموين... ويُعين بالمناسبة على رأس كل وحدة طبية أو جراحية طبيب أو جراح (حسب الاختصاص)، ويساعده في الإشراف عليها شبه طبي متمرس، الكل يباشر مهامه تحت مسؤولية طبيب رئيس مصلحة، الذي يخضع هو بدوره إلى سلطة مدير المؤسسة إدارياً ولرئيس المجلس الطبي أو العلمي تقنياً.

أما فيما يخص طرق وعمل هذه الوحدات، فيتم عموماً حسب نظامين اثنين متعارف عليهما دولياً:

1- نظام عادي.

2- نظام بالتناوب.

يغطي النظام العادي كل أيام الأسبوع ما عدا أيام العطل بكل أنواعها، وذلك من الساعة الثامنة (8<sup>س</sup>) صباحاً إلى غاية منتصف النهار (12<sup>س</sup>) ومن الساعة الواحدة بعد الزوال (13<sup>س</sup>) إلى غاية الساعة الرابعة والنصف مساءً (16:30<sup>س</sup>)، أما ما يخص النظام بالتناوب فيخضع لعملية تنظيمية خاصة وحصرية تشمل كل أيام الأسبوع ليلاً ونهاراً بما في ذلك أيام العطل والأعياد، مهما كانت الظروف، فهو الأجدى ويتمشى تماماً مع الطبيعة والوظيفة العامة الدينامية للمرفق.

وتتألف التركيبة البشرية عموماً داخل نقاط الاستجالات على ما يلي:

- طبيب أو جراح رئيس وحدة.
- مراقب طبي رئيس وحدة.
- أطباء مختصون أو أطباء مقيمون أو أطباء عامون أو طلبة في الطب...
- ممرضات بكل رتبهن ودرجاتهن.
- أعوان استقبال وتوجيه.
- أعوان تنظيف.
- أعوان أمن ووقاية.

وتدعمهم في ذلك مصالح أخرى تغطي مجمل نشاطات المؤسسة، وتعمل هي بدورها بالنظامين (المؤسسة شبه مفتوحة ليلاً / نهاراً وعلى مدار السنة).

- مصالح المدير ومن له تفويض بالتسيير الإداري .
  - مراقبون طبيون منسقو النشاطات شبه الطبية.
  - أعوان أمن ووقاية.
  - الإطعام، المحول الهاتفي، الصيانة، المغسلة، النقل، مكتب الدخول، الصيدلة، المخبر، الأشعة... .
- وتخضع نشاطات المؤسسة<sup>(5)</sup> برمتها للتخطيط والضبط، وكل من يخل بالسير الحسن للمرفق يتعرض للعقوبات لأن التهاون في تطبيقها قد يضر مباشرة بسلامة المرضى ويضع المؤسسة أمام مسؤولياتها المدنية والقضائية<sup>(6)</sup>.

#### ٧- توصيف عام للبيئة داخل المرافق

تتصف البيئة العامة داخل وحدات الاستجالات بالحركة والتنقل فالكل له وجهته، بما في ذلك المرضى: فمنهم من هو على كرسي أو كرسي

متحرك، أو على حمالة إسعاف، وآخر لا يطيق الجلوس من شدة الألم أو لطول الانتظار، وهناك من لا يأبه بمن حوله فيضحك صارخا من دون أن يعطي لأي كان اعتبارا، حيث يحاول الأعوان التعامل مع هذه الحالات ببطنة تارة وبفظاظة أحيانا أخرى. فكم من مرة تحصل ويصل دور مريض للمعاينة وتدخل حالة مستعجلة، يهب لها الجميع، قد تضطره للانتظار أكثر، فلا يتمالك أحدهم نفسه فيصب جم غضبه على كل من يعترضه أو حتى من يلامسه من المرضى الآخرين، ذلك أمام أنظار ومسامح الأعوان والمرضات، فكثيرا ما يتقوه المرضى أو مرافقيهم بكلام نابي يجرح كرامة العاملين، فيدخل الجميع في سباب وعراك، يضطر الأطباء للخروج من مكاتبهم ليستتب الهدوء والسكينة، فلا يسلموا هم كذلك من تداعياتها البذيئة والنايبة.

وقد يكون مكان العراك أو التعنيف مكتب الطبيب نفسه، فكم من مريض أو من يرافقه، من يحاول إملاء بعض الإملاءات على الطبيب. فيراها الطبيب تطاولا عليه وتدخلها في مهامه وعلى مكانته، فينهر من يتقوه بها، فتثور الثائرة، ويتهجم عليه. فيُحكَم مرة أخرى على المرضى بالانتظار، وتكبر المعاناة أكثر ويسخط المرافقين على أداء المرفق وتتعرّك الأمور، ويصير الوضع أكثر حدة فيقرر الأطباء عندها توقيف النشاط إلى غاية استتباب الهدوء، ولا يعودون إلى أماكن عملهم إلا بعد أن يسود الهدوء وتزول الضوضاء. هذه الظاهرة ما كنا لنسمع بها داخل المستشفيات، وعادة ما كانت تُنسب للملاهي الصاخبة أو لميادين المنافسة غير الشريفة، لكن أن تسود الحياة الاستشفائية، فهذا ما سنحاول الغوص فيه أكثر بحكم ممارستنا المهنية وحبنا منا لمعرفة حقائق أخرى عن هذه الظاهرة. فما الذي يدفع

## المرضى ومرافقيهم لارتكاب مثل هذه السلوكات تجاه الأطباء ومعاونيهم داخل المستشفيات يا ترى؟

وبهدف معرفة واقع وحقيقة هذه الظاهرة، طرحنا ثلاث تساؤلات فرعية عن أسبابها مع الالتزام بتقديم أنفسنا لكل من المرضى ومرافقيهم والأطباء محل الفعل العنفي وكذا مدراء المناوبات في المؤسسات المعنية، وقد شملت الدراسة بالمناسبة 720 مريض ومرافق و 184 طبيب و38 إطار إداري.

أثبتت الملاحظة بالمشاركة والتقصي الميداني بصفة عرضية (عن حقيقة الظاهرة) على مستوى كامل وحدات الاستعجالات بالمركز الاستشفائي الجامعي، الذي يضم في هياكله خمس وحدات للاستعجالات في كل من مستشفى: ابن رشد (جراحية وطبية- جراحية)، ابن سينا (طبية وطبية- جراحية)، د. ضربان (طبية وطبية جراحية)، عيادة القديسة تيراز (طبية) وعيادة طب وجراحة العيون، علما أن موقع هذه المؤسسات الجغرافي هو مدينة عنابة مركز. وقد استغرقت هذه الدراسة مدة سنة كاملة، أي من بداية 2011/03/01 إلى غاية 2012/02/29، حيث أدركنا أن للظاهرة خلفيات وأسباب كثيرة، فمنها ما هو مرتبط بطبيعة المرض أو بنمط الممارسة أو بشكل السلطة السائدة داخل كل مستشفى على حدى، حيث تواجه الفرق والطواقم الطبية في كثير من الأحيان انتقادات لاذعة، بحكم عدم جدية المتدخلين في إيجاد حلول سريعة وناجعة لما آلت إليه الوضعية العامة التراكمية، التي أضعفت كل الاجتهادات وقوضت من روح المبادرة، فاستكان الجميع للأمر الواقع، وأصبحت كلمة "تحتي راسي" هي السائدة. واستقال الأطباء بالتالي من ممارسة حقهم الشرعي في معالجة ومتابعة المرضى

بالشكل الصحيح والمضمون، الذي يكفل لهم هم أولاً السلامة والكرامة، فمن جراء تبعات مسؤولية اتخاذ القرارات الصارمة، يضطر الأطباء في الدخول في سجل مع غيرهم، فعرضهم ذلك لكثير من الإكراهات، حيث وصل بهم المطاف إلى غاية الاستهتار والتعدي عليهم بالضرب المبرح نتيجة فشل الإدارة وعدم قيامها الوصايا بما يجب عليها أن تقوم به، خصوصاً فيما تعلق بعمليات التحسيس والضبط وردع التصرفات والتلاعبات المشينة حيال المهنة، التي لم تنصف إلى حد بعيد، وعليه تبادرت لنا جملة من المعوقات التي أفرزتها هذه البيئة الصراعية على غرار ما سيأتي.

## VI- نتائج الدراسة:

من خلال الزيارات وجلسات الاستماع وملاحظتنا للوقائع حية وعلى المباشر، تمكنا من رصد وضبط أسباب بروز وتفاقم هذه الظاهرة من خلال ثلاث جهات نظر مختلفة، حيث نسردها كما جاءت على لسان ممن اتصلنا بهم أو تحدثنا إليهم طيلة المدة المشار إليها أو كلما سنحت به الفرصة لزيارة تلك الوحدات.

1- **المرضى ومرافقيهم:** يُرجع كثير منهم استفحال هذه الظاهرة للعوامل

المرفقية والمعاملتية التالية:

- الاستقبال الجاف غير اللبق،
- عدم الاهتمام بالجانب النفسي والاجتماعي والاقتصادي للمرضى،
- طول مدة الانتظار،
- عدم إغارة الاعتبار للمرضى إلا لمن كانت له معارف أو حضوة،
- عدم الإحساس بمعاناة المرضى ومرافقيهم على الرغم من إلحاح هؤلاء على ضرورة التكفل بمصابهم،

- عدم التقيد بمبدأ أسبقية التكفل بمن وصل أولاً والاضعان للمرضى أو لمرافقيهم المشاغبين أو المسبوقين...
  - تجميع كل الحالات المرضية في قاعة انتظار واحدة. (بما فيهم المرضى الذين هم تحت تأثير الكحول أو المهلوسات...)، أين يُحشر الجميع في مكان واحد، دون إعتبار أو مراعاة للعامل النفسي أو القيمي للمرضى الآخرين،
  - اقتصار المؤسسات على توفير عدد قليل من الأطباء المختصين، مما يفرض على كثير من المرضى التنقل لمسافات بعيدة ومضنية لمراجعة مختص على حسابهم الخاص،
  - عدم توفر الأجهزة المناسبة والإطارات الطبية الكفئة، مما يُرغم المرضى على اللجوء للمخابر والعيادات الخاصة للكشف عن مختلف الأمراض ومعالجتها،
  - شيوع الأخطاء الطبية في التشخيص والعلاج،
  - عدم الاهتمام بنظافة وسلامة الأماكن والآلات والأغذية المقدمة للمرضى.
- 2- **الأطباء:** بما أنهم هم من يقدم المساعدة المتخصصة وعلى علاقة مباشرة بالمرضى، فقد انصبت آرائهم كلها في الخانة التالية:
- عدم مسايرة المنظومة الصحية للتطورات العلمية والتكنولوجية، وللتغيرات السوسيو- ديمغرافية والاقتصادية للمجتمع،
  - قصور الإدارة في تامين وظائف التخطيط وتقييم النتائج<sup>(7)</sup>،
  - عدم إرساء السلطات العمومية لميكانيزمات فعالة تظفي دينامية تحفيزية وأخرى وظيفية داخل المستشفيات: كتشجيعها لآلية التكوين وتحسيس المرضى ومرافقيهم بأهمية الثقافة الصحية والحسّ المدني،
  - تدعيم الفرق الطبية بعوامل الإسناد والدعم وتشجيع المبادرات<sup>(8)</sup>،

- إعادة النظر في آليات التنسيق بين الإدارة والسلوك الطبي، بما يخدم مصالح الجميع ويحفظ كرامة المرضى،
- إضفاء الطابع الإنساني على المعاملات كتقافة مؤسسية، وتمكين دور الأطباء في تأهيل جوانبها المادية والمعنوية.
- 3- الإدارة الإستشفائية: تتحمل هي بدورها عبءًا كبيرًا في تسيير المواقف الاستشفائية، عبر إشرافها على مجمل التدابير والإجراءات التي تُنشط الدينامية الاستشفائية، حيث تعمل الإدارة على توفير وترشيد استعمال موارد المؤسسة<sup>(9)</sup> بما يدفع بعملية العلاج (من المفروض) نحو الأفضل، وتعترض الإدارة في هذا الصدد جملة من المعوقات التي تُصعّب من تطبيقاتها على مجموع الخطوات التي تراها كفيلة بتحسين أداء المرافق:
- خضوع المؤسسة لازدواجية السلطة،
- محدودية موارد المؤسسة واعتمادها بشكل شبه كامل على الموازنات السنوية التي ترصدها الدولة مركزيا،
- ضيق هامش تحرك المؤسسة فيما يخص التخطيط والتخطيط الاستراتيجي، كاستحداث تخصصات جديدة أو استقدام كفاءات أو مهارات عالية،
- تعرض نشاطات المؤسسة الدائم للمساءلة الاجتماعية والقانونية،
- عدم التنسيق أو تكاتف الدوائر المجتمعية في تثمين الوظيفة الصحية داخل المجتمع.

## خاتمة:

تساهم كثير من العوامل في إبراز ظاهرة الفعل العنفي ضد الأطباء من طرف المرضى ومرافقيهم، فمن ضمن تلك العوامل ما هو موضوعي، يتعلق أو يرتبط بوتيرة ودينامية نشاط المؤسسات الإستشفائية، ومنها ما هو



وهي يتحجج بمسألة تراكم المشاكل وصعوبة حلها من طرف الدوائر المتخصصة في إدارة المستشفيات (محلّية أو مركزية)، فانعكست هذه الوضعيات على طبيعة الأداء العام للمرافق وأسقطاته على طبيعة ومستويات الخدمة الطبية المقدمة للمرضى. حيث أفرزت هذه السلوكات أو الممارسات مظاهر صارخة، ألفت بظلالها على نمطية العلاقة التي تنشأ بين الأطباء والمرضى في ظلّ المواقف العلاجية أو الاستشفائية المتصفة عادة بعدم المرونة والانغلاق.

### قائمة المراجع:

- 1- نادية محمد السيد عمر، "علم الاجتماع الطبي- المفهومات والمجالات"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998م، ص-ص: 177-178.
- 2- المنجد الأبجدي: دار الشرق، ط9، بيروت، لبنان، 1993م، ص: 626.
- 3- محمد الجوهري: "الصحة والبيئة- دراسات اجتماعية وأنثروبولوجية" القاهرة، مصر، 2007 م، ص-ص: 10-11.
- 4-Brahim Brahmia: " La formation des praticiens en économie de la santé; facteurs de rationalisation des dépenses", In, (le gestionnaire), ENSP, El Marsa, Algérie, 01 et 02 juillet 1979, P: 58.
- 5- إحسان محمد الحسن: "علم الاجتماع الطبي - دراسة تحليلية في طب المجتمع"، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2008م، ص-ص: 75-96.
- 6- محمد حسين منصور: "المسؤولية الطبية"، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، دون ذكر سنة النشر.

7- نور الدين حاروش: " إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"، دون ذكر دار النشر، الجزائر، 2008م، ص ص: 268-298.

8- للمزيد أنظر:

[www.anmtph.fr/documents/14violencesBesancon.pdf](http://www.anmtph.fr/documents/14violencesBesancon.pdf).le: 5/9/2012.

[www.anmtph.chez.tiscali.fr/violence.htm](http://www.anmtph.chez.tiscali.fr/violence.htm).le: 6/9/2012.

[www.atousanté.com/souffrance-medicin](http://www.atousanté.com/souffrance-medicin).le: 8/9/2012 .

9- للمزيد أنظر:

- Jean Marie Clément: "les pouvoirs à l'hôpital", Paris, Bréger-Levrant, 1990.