٨٥٤١ مايكوسكت ٤٠٥
١٤٠٦ نهبوت تود
<table>
<thead>
<tr>
<th>صفحة</th>
<th>المحتوى</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>06</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>07</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**الражعة**

**المنتهى**

<table>
<thead>
<tr>
<th>صفحة</th>
<th>المحتوى</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>29</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**التاريخ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>صفحة</th>
<th>المحتوى</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>29</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**اللاحقة**

<table>
<thead>
<tr>
<th>صفحة</th>
<th>المحتوى</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>29</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>
الثامن

الفصل

بالجزائر والصحة تطورات تمهيد

1 - بالجزائر والصحة على تاريخية

الاستعمار قبل مرحلة

2 

الاستعمار مرحلة

3 

الاستقلال مرحلة

التاريخ عبر المشفى تطور

الأولى الملامح

الحدث المشفى

الرضاعة والمتعنى الروح على واثرها التحفيز

الثالث

الخلاص

الرابع

العمومية الاستشائية بالمؤسسة الجماعية الطبية الفرع

1 - الاجتماعي ودوره

2 - بالمستشفى الطبي الفرع عمل نظام

3-

4 - بالمرض الطبي علاقة

5 - بالمرضية الطبية الاجتماعية علاقة

6 - العمل الفرعي داخل التواصل

الثاني

الباب:

البحث الميداني الجانب

الخامس

الفصل:

البحث عينة خصخص

تتهيأ - 1

106.........................................................

الثالث

الخلاص

الرابع

الفصل:

الاستشائية المؤسسة في الجماعية الطبية الفرع

الاجتماعي

الثاني

الباب:

البحث الميداني

الخامس

الفصل:

البحث عينة

تتهيأ - 2
شكرات

شكر因为你之后，天上的主和我与你一起，愿他帮助我们，从一切的困难中解脱我们的命运。

我要在全部的结束时，或是远离我的老师距离，当我在学校的院子里，他能够看见我的影子，当我在医院的护士，我亲爱的小朋友

校长、院长、全体教师，和我所有的学生，我祝你一切的顺利，愿你一切的平安。
الإثارة

أعزى و أطيب أخ و أخت،

لم أكن على قدرها لكونها أعز

إلى ربي بعد قلبي من جزء

وجعلهما و حنانهما صدر

العطاء و القوة التفهم،

و الصبر رمز إلى سر

ودربي نوراً كان من حيتي

لنجاحي و المثابرة حب

لي في زرعه أبي و الحبيبة

أمي، وأخي إلى الحزينément:

الصغير و الأمية نرجس

rias، حميدة، المدملة

ناديني جدت يرحب

الألالية و خديجة

فاطمة من إلى عرفت

أن حياة تبدل إلى شمعة

كأن زوجي احترامي

واقع و ظلمتي مرا يعالته

و صديقتي إلى ود الطريق:

حيوة و زهرة و هيصة، سنام

علي اسمه كن أن أنظر

عزة كلي إلى و يسعني لا

الفامة العامة، جميع ذكره

المقدمة:

يعيش الإنسان مع أمثاله من الأفراد ومن حوله الكائنات الحية الأخرى، الحيوانية منهما والنباتية، يتعامل معها مؤثرًا فيها أو متأثراً بها، وفي أثناء تفاعله هذا يحدث عملية التكيف فاحياناً تجذب هذه الكائنات إلى سيطرته وأحيانًا أخرى تقلل من يده زمام الأمور.

ولا تخفّ حاجّة الإنسان عند التعامل والتكييف مع البيئة المحيطة به فحسب، بل تتعدى ذلك إلى حاجّته للتعامل مع مخلوقات يبادر لها نفس الأوصاف. وفي نطاق أوسع مما كان عليه سابقًا، حاجّته هذه تتمثل في عملية التكاثر لظهور بذلك الأسر النوعية التقليدي والنووي، والقرى والمدن والمدن والحكومات وحتى المنظمات الدولية. ويعتبر أن الإنسان يشدّك مع من حوله من الكائنات الحية في حاجاته البيولوجية الضرورية ليقنه كالأكل والشرب والملابس والتكييف... إلا أن حاجّته هذه تزيد بكثير منها عن الحيوان، ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن تساوي معه، ونظف حاجّة أخرى قد تكون مشتركة مع غيره من الكائنات. ولكن ليس بنفس الدرجة، وهي حاجّة إلى السلامة الصحية.

إن في واقع الأمر المجتمع الإنساني - وله أيضًا يتفق مع غيره من الكائنات الحية الأخرى في حاجته هذه. إلا أنه يختلف اختلافًا بينا عنها بكثير في طريقة إشباعها، بحيث نجد دائم الحيرة والتكييف في سبيل توفير هذه حاجياتنا وإخضاع الطبيعة لسيطرته من أجل التكيف معها. فكانت الوسيلة الوحيدة والفعالة هي استعمالنا للعلم والتقنية، اللذين كنا لهما الأثر البالغ الأهمية وحجر الأساس الذي يبني بهما تطوره وعصرته.

لقد استعمل الإنسان العلم والتكنولوجيا لمحاربة الجهل. الذي كان سبب انحطاط المجتمعات البشرية وتهورها. والفقير الذي كان سببا في انتشار الأمراض وارتفاع الوفيات، المرض الذي فتك بحياة الكثيرين من البشر، ويفضل الاختلافات التي توصل إليها حقق الكثير من النجاحات وتغلب على الكثير من المصائب والمشاكل التي هددت حياة ومازالت لحد الآن ترددها، ومع أن هذه المختارات وأكثرها إثارة للدهشة قد سست مجالات كثيرة، وعديدة إلا أن مجالات الحياة الاجتماعية كالأصل. التي تعد من أهم العناصر الأساسية في المجتمع بمؤسساته الطبية كالمستشفيات والمراكز الصحية والمؤسسات الاجتماعية التي يجب الحفاظ عليها، ونظرا لما تمثله من انعكاس إيجابي على الفرد والمجتمعي والثقافي الذي يعيش فيه نجدها في كثير من الأحيان مهمة وخاصة في البلدان المتخلفة التي تعاني من سوء التغذية والفكر والجهل.

فالأحوال الصحية لأي مجتمع هي حصيلة عوامل ومقياس عديدة منها البيئية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية ومنها التشريعية والخدمية، جميع هذه العوامل مجتمعة تؤدي إلى تقرير وضعية المستوى الصحي في المجتمع، وتقاس هذه المستويات الصحية بعدد من المقياس المقارنة وفي مقدمتها معدلات المواليد والوفيات ونحوه العمر المرتقب.
وبحسب المنظمة العالمية للصحة: "الصحة هي حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية لا مجرد انعدام المرض" (1)، من خلال هذا التعريف وفي ظل الظروف الراهنة التي يعيشها العالم من توترات وأزمات سياسية، اقتصادية وأخلاقية انعكست على المجال الصحي للإنسان الأمر الذي أدى إلى ظهور أمراض أصبحت تسمى بأمراض العصر كمرض فقدان المناعة "الأيدز" ومرض الالتهاب الرئوي الحاد "السارس"، حاولنا التعرف على الإمكانات التي توفرها المؤسسات الإنشافية الجزائرية العومية لإزا هذه التطورات السريعة للأمراض، كون هذا النوع من المؤسسات الإنشافية من المفروض أن يتوفر على الإمكانات الصحية ومساعدة لأداء الأطباء مهمتهم على أحسن وجه، ومن دون تعب وإرهاق يعود على صحتهم، وبذلك كان هدف دراستنا كالتالي:

1. محاولة التعرف على كيفية عمل الأطباء في ظل المشاكل التي تعرقها المؤسسات الإنشافية العومية ومدى توفر عوامل وظروف العمل للأجر والمنح والعلاوات، والوسائل والمعدات الطبية بكل مستلزماتها، وعدد الهالال للمرضى.

2. محاولة التعرف على نوع العلاقة بين الأطباء المكونين وأساتذتهم ومدى انضباطهم في تقديم الدروس والتكوين الجيد، وما هي نظرة هؤلاء الأطباء لوعية التكوين الذي يثقون به وما مدى رضاهم عن هذا التكوين.

3. محاولة إزالة بعض العوامل حسب هذه الفئة من المجتمع من خلال دراستنا هذه ودراسة ذلك من المنظور السوسيولوجي.

4. محاولة فحص رؤى جديدة من خلال تناولنا لموضوع كيفية عمل الأطباء كونهم فئة مهمة في المجتمع ومحاولة التعرف على نوع المشاكل التي يتعرض لها الأطباء أثناء أداء العمل، ومدى تأثير هذه المشاكل على أدائهم المهني.

(1) - على فواد، مشاكل المجتمع الريفي في العالم العربي، دار البيئة العربية، بيروت، لبنان، ص 67.
(2) - أحمد زيكي بديوي، معجم المصطلحات العلوم الاجتماعية، الجزء الثاني، نشرات، مكتبة لبنان، 1993، ص 192.
ومن خلال دراستنا هذه وذالك من المنظور السوسيولوجي، نظرا لما يحتويه هذا الموضوع من أهمية إذا نظرنا إلى الخصوصية التي يكتسبها القطاع الصحي في حياتنا الاجتماعية بصفة عامة ونستطيع ملاحظة هذه الخصوصية في النقاط التالية:

النقطة الأولى: تتعلق بظروف العمل باعتبارها أهم عنصر من عناصر العمل التي يجب توفيرها وخاصة في المؤسسة الإستشفائية كونها - تهتم بصحة الإنسان - وما يكتسبه من أهمية وانعكاس هذه الظروف على الأطباء وآدائهم للمهنة.

النقطة الثانية: تتعلق بقضية الحوافز، وأهميتها كونها من أهم العناصر التي تدفع بالعامل مما كانت درجته المهنية إلى أداء مهنته على أحسن وجه (الأجر المغرى، العلاوات، المنح...).

النقطة الثالثة: تتعلق بإضباط الموظرين في أداء عملهم ومدى فعالية التكوين الذي يديرونها، ونوعية العلاقة بين الأطباء المكونين وأساتذتهم.
الباب الأول
التجديد المنصبي والنظرية للبحث
الفصل الأول: المنصوبة والتقنيات المتبعة
أسباب اختيار الموضوع:

1- إن السبب الأول والرئيسي لاهتمامي بهذا الموضوع يرجع إلى الملاحظة المباشرة التي قمت بها أثناء دخولي المستشفى للعلاج لمدة دامت 15 يوماً، وهي على ما أظن مدة جد كافية لملاحظة كل كبيرة وصغيرة في المستشفى، لاحظت كيف يُعمل الأطباء وجميع السلوك الطبي، لاحظت النقص الذي شعه الوجوه والمعدات الطبية الضرورية للعلاج، تبدأ بسيارة الإسعاف غير المتوفرة، وتنتهي بنقص الأدوية التي تدفع بأجل المريض إلى شراءها من الصيدلي.

2- يرجع السبب الثاني اختياري لهذا الموضوع بالخصوصية التي تواجهها الأطباء في حاجة.

3- والسبي الثالث يرجع إلى الرغبة في القيام بدراسة استطلاعية حول عمل الأطباء في ميدان الطب مع ابراز أهمية الدراسة في هذا الميدان بالنظر إلى الدور الإيجابي الذي يلعبه الأطباء في المجتمع كونهم الأشخاص المهتمين بالمشاكل الصحية للأفراد.

4- السبب الرابع يرجع لحاجة المجتمع ومن ضمنه الفرد المريض إلى تكوين رؤية واضحة عن ظروف عمل الأطباء في ظل المشاكل التي تعرَّضها المؤسسات الإستشفائية العمومية، وتقديم نوع من العذر لهؤلاء الأطباء ومحاولة التعاون معهم للوصول إلى الهدف المنشود وهو القضاء على المرض.

5- أما السبب الخامس فهو يعود إلى التوجه الذي تم من خلال القرارات حول الأوضاع في البلدان الأجنبية حول وضعية الأطباء، وكيف يجب أن تكون، فقمنا بمقارنة تجربة الأطباء في الجزائر، فوجدناها حقًا تستحق الدراسة والبحث.

6- والسبي السادس والأخير يرجع إلى ندرة المراجعات العربية خاصة التي تتطرق إلى مشاكل الطبيب كفرد في المجتمع أو اول، ثم كعامل في تنظيم مؤسسات وهو المستشفى ثانياً.
الأشكالية:

على أبواب الألفية الثالثة عرف العالم الثالث عدة تطورات وتحولات شملت مختلف المبادئ الاجتماعية والسياسية وحتى الصحية أثرت على نمط الحياة الاجتماعية وأساليبها التي يعيشها الإنسان، جاءت هذه التطورات نتيجة رغبة الفرد أو المجتمعات البشرية في تحديد حياتها وتعتبرها ونتيجة بعض العوامل والظروف التي حدثت من حريته ودفعت به إلى ضرورة سعي إلى تغيير ظروف حيائه والتي أصبحت أمراً ضرورياً لإشباعها وذلك من أجل المحافظة على البقاء والتطور بصفة عامة.

مس هذا التطور أيضاً جانب من الجوانب المهمة في حياة الإنسان وهو الصحة، فإذا صلحت هذه الأخيرة، صلحت المجتمع وتطور واستمر في الوجود، وإذا فسدت فسد المجتمع وهذا بقاؤه واستمراره، واعتبر أن الصحة مسؤولية جماعية كان لزاماً على هذا الإنسان منذ وفاته على سطح الأرض أن يبحث عن السلامات الصحية وكيفية تحقيقها، فالإنسان البديهي كان أقرب للحيوان منه إلى الإنسان حيث كان كثيراً ما يعتمدي على غزيرته لكي يبقى سليما صحياً فاختى من السحر وسيلة لمعرفة سبب المرض وعلاج الاضطرابات الصحية، إذ اعتقد أن الأروح الشريرة هي التي تسبب الأمراض للإنسان الأمر الذي أدى به إلى استخدام الطب البديهي والطقوس الدينية لطرد هذه الأرواح من جسم المريض (1).

وبعد مجيء الإسلام تخلي الإنسان تدريجاً عن هذه الأفكار، وبدأ في السعي لإيجاد حلول لهذه الأمراض التي تهدد بقاءه، ولقد كانت إسهامات العرب والمسلمين كبيرة وفعلة في مجال الصحة والطب، حيث كانوا أول من اشترى المستشفى في شكله البديهي الذي كان عبارة عن خيمة مخصصة لتصدي الجروح وقت الحروب التي كان يتخذها الرسول " صلى الله عليه وسلم" ضد الكفار، كما أنهم كانوا من الأوائل الباحثين لأسباب المرض والعلاج الناجع له، فالطبيبان "الرازي" و"ابن سينا" اللذان كانا من أحسن العرب والمسلمين والعرافين لأوان كثير من الأمراض والعلاج الناجح لها متبعين في ذلك المناهج العلمي التجريبية لتشخيص الأمراض، كما هو الحال في أياماً هذة، مع فارق واحد يرجع إلى طبيعة التطور العلمي والنفسي وإدخال الوسائل التكنولوجية الحديثة (2).

كما نجدهم قد ساهموا في كيفية التمييز بين الأمراض المعدية وغيرها وإيجاد الأدوية المناسبة لها، كونها كانت جد منتشرة لكثرتة الحروب.

وبذلك لقد كانت إسهامات العرب في مجال الطب كثيرة، الأمر الذي ساهم وساعد في تحسين ظروف الحياة الاجتماعية بصورة عامة، هذه الإسهامات اتخذت شكلاً بديانياً كان أساس...

---

(1) علي عبد الواحد، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار النشر المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر 1998 ص 145.
(2) علي عبد الواحد، مقدمة في تاريخ الطب، ط آ، دار العلوم العربية، بيروت، لبنان 1988 ص 21.
التطور الذي عرفته المجتمعات الحديثة، فهو لم يأت دفعة واحدة أو فجأة، وإنما
انحدر من ميراث علمي طويل جداً، فالطب الحديث وما يحتويه من تطورات فنية وتقنية بني
على أساس الطب البدياني، ليتطور المستشفى من خدمة بسيطة في شكلها البديائي البسيط،
تنتقل بتناقل الإنسان، إلى مستشفى ضخم وكبير ذي تشكيلة معقدة، وتطور تقني وفني
كبيرين، ومهارات عالية، ضف إلى ذلك تفرع إلى تخصصات مختلفة وكثيرة لا تكاد
تحصى، وذلك ما ساهم في تحسين ظروف الحياة الاجتماعية بصورة عامية.

وذلك وبعد أن كان الإنسان يؤمن أن المرض قد وcket ومحبب، ومن الحكمة أن
يعمل المريض ويصير على أمله، أن تزعج هذه الفكرة وابتكر وسائل وظروف تزداد كل يوم
فعالية للفاكهة على أمل الشفاء والراحة، شملت هذه الظروف تكوين حديث يتماشى وأمراض
العصر في مجال الصحة والطب هذا من جهة، ومن جهة أخرى توفير وسائل العلاج المادية
والمعنوية منهما التي تساع الطبيب على أداء عمله على أحسن وجه، كالدورة والمعدات
الأجهزة الطبية الحديثة والمتطورة، وغالباً ما نجد هذه الظروف والإمكانات الطبية هي
متوفرة في المؤسسات الإستشفائية العامة، والتي تمثل مكان التمرين والتدريب للأطباء على
المهنة لاكتساب الخبرة من الحالات العديدة التي تسببت يوميا هذه المؤسسات.

ولما كان الطبيب دون غيره أكثر انيشالا في محاولة وضع حد لمخاطر المرض،
فكان من مساهمته في تحقيق ذلك كبيرة، باعتباره العقل المفكر والمدير، والوسيلة الفعالة
لمعرفة المرض، ومحاولة إيجاد حلول له، لذلك نجد يعتبر القاعدة الأساسية لتقديم الخدمات
 الصحية في المجتمع، ويتوفر مستوى تلك الخدمات على التأهيل العلمي للطبيب ومعارفه
وإمكانات تدريبيه، وتوسيع نطاق خبرته، والواقع أن هذه المهارة الطبية والتاهيل العلمي
وتدرب الطبيب لا جودة منه في رفع مستوى أداء للخدمة الصحية إلا بمراعاة الوضع
الاجتماعي والمهني للطبيب ومستوى دخله الشهري، ليتفرغ لتحسين أداءه الطبي.

وفي هذا الإطار وباعتبار الطب فنا اجتماعيا أكثر منه علم ما قاطعنا، وفي ظل
الاستراتيجية التسيرية والتنظيمية المتينة من قبل مؤسسات الاستشفائية العامة والظروف
والعوامل التي توفرها لأطبائها تبرز عدة إشكالات تجعلها تستهلك هل هذه الظروف تستجيب
لمتطلبات الطبيب الجزئي العامل بهذه المؤسسات، وما هو تأثيرها على أداء المهني ي
وهو موقفه من هذه الظروف.

وفي ظل المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي العام بصورة عامية، تساءل هل
تسعى هذه المؤسسات الإستشفائية إلى الرفع من قدراتها وإمكاناتها ي هل تقوم بتحفيز
عمالها خاصة الأطباء منهم عن العمل وذلك بتقديم الحوافز والمنح.
نظرا للخصوصية التي يكتسبها العالم الثالث بصفة عامة والجزائر بوجه الخصوص، نساء هل يمكن للطبيب الجزائري أن يتلقى تكوينا جيدا وناجحا في ظل ظروف العمل والتكوين التي توفرها له المستشفيات الجزائرية، وهل الأساتذة والمؤطرین منضبيطين في تأدية عملهم المتمثل في تدريب الطلبة، وما مدى نجاح التكوین الطبي الجزائري من وجهة نظر المكونین الطبیین أي الأطباء في مرحلة التخصص.
الفرضيات

1) الظروف الصعبة للعمل في المؤسسة الإستشفائية العمومية أدّى إلى ضعف الأداء المهني للطبيب.

2) نقص الجوانب التحفيزية في المؤسسة الإستشفائية العمومية أدّى إلى بروز نوع من عدم الرضا عن العمل لدى الأطباء.

3) عدم انضباط الموظرين في التكوين يؤدي إلى بروز نوع من عدم الرضا عن التكوين لدى الأطباء المكونين.
4- تحديد المفاهيم والمصطلحات:

إن القيام ببحث علمي وخاصة السوسيولوجي، يتبع على الباحث، إجراء تحديد للمفاهيم التي يستعملها في بحثه، وتشمل على تلك المفاهيم والمصطلحات المهمة وغير الواضحة، بما في الباحث للفهم بحثه يساعد في التقرب إلى أهداف البحث، ويجده إلى الموضوعية معاً، لأنه يعطي الاستدلال العام المستخلص من واقع البحث أو من الأدبيات النظرية.

والمفهوم هي الصورة الذهنية الإدراكية المشكولة بواسطة الملاحظة المباشرة لأكثر من مؤشر واحد من واقع ميدان البحث، يعبر آخر يعني المفهوم رموزاً مجددًا تعكس مضمون فكرة أو سلوك أو موقف أفراد مجتمع البحث بواسطة لغتهم.(1)

1- الطبيب:

الطبيب هو العارف بتركيب البدن ومزاج الأطباء، والأمراض الحادثة فيها وأسبابها وأمراضها وعلاماتها(2). يجري الفحوصات الطبية ويشخص الأمراض، ويصف الدواء ويعطي أشكال أخرى من المعالجة لمختلف أنواع الأمراض والاعتداءات في جسم الإنسان، ويستعمل الطرق الفنية الطبية والوقائية لمنع انتشار الأمراض، وضمان الصحة العامة، يفحص المريض أو بحثه للفحص بأشعة إكس أولا الأمراض إذا تطلب الأمر، يدرس نتائج الفحوص والاختبارات ويشاور مع الاختصاصيين أو مع الأطباء الآخرين كل ما كان ذلك ضرورياً، ويشخص طبيعة الاعتدال، يصف العلاج، يرشد المرضى إلى النظام الواجب لإتباعه من حيث الغذاء ونوعيته ومواعيد تناول الأدوية وغير ذلك، للمحافظة على الصحة أو استعادتها، ويعمل بسجلات تتضمن أعراضهم ومعالجته المعطاة أو الموصوفة لهم.(3)

2- المستشفى:

عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى من منظور وظيفي بأنه جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطني، وتلتزم وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للمستقبل، علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية على الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام بالبحوث الاجتماعية الحيوية.

---

(1) مع خليل عمر، مناهج البحث في علم الاجتماع، ط 1 دار الشروق، عمّان، الأردن، 1996، ص 56.
(2) سعيد دعم، مصطلحات العلوم الاجتماعية والسياسية في الفكر العربي والإسلامي، ط 1، مكتبة لبنان ناشرون، بيروت، لبنان، 2000، ص 671.
(3) ابن مصالح النفيبي، عبد الله، معجم مصطلحات المهن والوظائف، وزارة التخطيط الرياض، السعودية، 1999، ص 181.
وهذا وقد رأت منظمة الصحة العالمية أن هذا التعريف أعلاه قد لا ينطبق على واقع كثير من المستشفيات البلدان النامية، لذلك فقد عرفته بأنه مؤسسة تكلف للمربي الداخلي ما هو يتنقل فيه الرعاية الطبية والمربي، كما ذكرت أنه من الممكن التوسع في هذا التعريف ليشمل المستشفيات التي تقوم بتأدية وظائف أخرى كان يصبح المستشفى:

مركزاً متخصصاً في تشخيص الحالات التي يعاني منها المرضى والقيام بعلاجهم وتأهيلهم سواء كان ذلك في العيادات الخارجية أو في أقسام المستشفى الداخلية.

مكاناً لتوفير خدمات الدعاية الصحية الأولية.

مركزاً لتعليم وتدريب العاملين الصحيين.

مركزاً للقيام بالبحوث الطبية والوبائية والاجتماعية والتنظيمية.

(3) - ظروف العمل:

لقد كان من شأن التقدم العلمي في ميدان الصناعة والصحة الصناعية أن جعل من الميسور إصدار قوانين تحدد مستويات ظروف العمل، والتي تعين الحد الأدنى من الوقائية والأمن الواجب توفرهما.

وحسب معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية يقصد بظروف العمل مجمع الأحوال الطبيعية والمادية التي يمكن أن تحيط بالعامل في مكان العمل، ويصعب حصرها بصورة نهائية، إذا أنها تختلف من صناعة على أخرى، ومن منطقة إلى أخرى، والتسمية الشائع لظروف العمل هو الذي يميز بين ظروف العمل التي تؤثر على صحة العامل وبين ظروف العمل التي تؤثر على سلامته، ويتففر عن الأولي كل ما يسمى صحة العامل من ظروف طبيعية (تهوية، إضاءة، حرارة، رطوبة) مما يعرضه للأمراض المهنية كالتسما، ويتففر عن الثانية كل ما يؤدي إلى إصابة العامل أثناء العمل أو بسببه، وقد كان من شأن التقدم العلمي في ميدان الهندسة الصناعية والصحة الصناعية وعلم النفس الصناعي أن جعل من الميسور إصدار قوانين تحدد مستويات ظروف العمل تعيق الحد الأدنى من الوقائية والأمن الواجب توفرها للعاملين.

التعريف الإجباري:

نقصد بظروف العمل كل ما يحيط بالعامل من وسائل وأحوال مادية وفيزيائية في مكان العمل، وقد تكون هذه الأحوال معينة أو مساعدية لأداء العمل، بالإضافة إلى التهوية والنظافة...إلخ. وقد يساعد توفر الحد الأدنى من هذه الأحوال على الرفع من الإنتاجية.

---

(1) حسان محمد ذياب خرستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة للبحوث، 1990 ص ص، 49.
(2) أحمد زكي بديوي، مرجع سابق، صص 236.
3- التدريب:

التدريب هو نشاط ينتقل بموجب فريق صغير من الأشخاص يعرفون بالأساتذة، إلى فريق من الموظفين، مجموعة من المعلومات التي يمكن اعتبارها مفيدة لتعلمهم في الوظيفة، وبالوقت الحالي نفسه مساعدة الأساتذة لجميع فئات الموظفين على تطوير قدراتهم وإمكانياتهم، فهو يعتبر باختصار عبارة عن نقل للمعارف وتطوير للقدرات (1).

كما أنه وسيلة للحصول على الاستجابة اللازمة لأداء العمل على الوجه الصحيح، مما يساعد على تنمية الكفاءة الإنتاجية والتوافق مع المهنة، وينبغي المعرفة بطبيعة السلوك المهني وشروط المهنة وظروفها، وزيادة الخبرة والكتابة و المهنة، وتعتمد برامج التدريب المهني على عملية ترشيد لأصول وقواعد المهنة مع تعويض العناصر السلبية في استخدام الآلات والأدوات، بالإضافة إلى تحقيق فعالية أكثر نشاطا في معدلات التدريب والمران والخبرة، الأمر الذي يزداد مع نمو الإنتاج الكلي للمؤسسة (2). سواء كانت هذه المؤسسة الاقتصادية "إنتاجية" أو "سياسية" أو حتى علاجية، واعتبار الطبيب عامل كباقي العمل يسير عليه هذا النوع من التدريب، ولكن فارق واحد يتمثل في كون الطبيب تدريبه يدوم أطول، وذلك طوال فترة الدراسة والconciliation، ويتكون طوال أيام الأسبوع وفي مكان واحد ومتصدرين واستمتع، فهو عامل وفي نفس الوقت ثالث، وعبارة أخرى هو عامل متمرد، يستفيد يوميا من الحالات المرضية التي تعرض يوميا في المستشفى.

5- الحوافز:

يمكن تعريف حوافز العمل بأنها مجموعة العوامل أو الظروف التي تتوفر في جو العمل، والتي تعمل على إشارة تلك القوى الحركية في الإنسان، والتي تؤثر على سلوكه وصرفاته، ويمكن تصنيف الحوافز إلى نوعين: حوافز مادية وحوافز غير مادية، فالحوافز المادية هي تلك الحوافز التي تشيع حاجات الإنسان أو العامل المادية مثل الحاجة إلى الطعام واللبس والصعود وغيرها...، ومن هذه الحوافز المادية: الأجر وضمان استقرار العمل وظروف وإمكاناته، وساعات العمل، أما الحوافز غير المادية فهي الحوافز التي تشيع حاجات الإنسان الاجتماعية والذاتية، مثل الحاجة إلى الأصدقاء والانتماء إلى الجماعة والصحة إلى التقدير والاحترام والثناء على جهوده و غير ذلك، والترقي والتفوق والعلاقات الاجتماعية (3).

1. حسن الحليبي، تدريب: عدنان سكدر، تدريب الموظف، مشاريع عمليات، ط2، بيروت، باريس، 1982، ص26.
2. محمد إسماعيل قبالي، المنهاج في علم الاجتماع المعاصر: مسائل التنظيم والإدارة والعلوم السلوكيه، دار المعارف، الاستخدامية، مصر، ص190.
3. طلعت إبراهيم لطفي، علم الاجتماع التنظيم، دار غريب، القاهرة، مصر، 1993، ص 75.
ولاشك أن هذا النوع من الحوافز إنما يشيع في الإنسان الكثير من حاجاته، حتى يتوصل إلى حالة من الرضا بعد أن يكون قد توصل فعلاً إلى حالة الإشباع، وبالتالي يصبح الحاكم هو المشبع الذي يكون له منيهاته، حيث يتحقق هذا المشبع في منهه داخلي أو خارجيًّا(1). وبذلك تزداد الروح المعنوية بالطبع عند وضع نظام سخي للحافز، تشعر العامل بالأمن والأمان من المستقبل، حين يستفيد من مذخراته الناتجة عن أجره وأرباحه وحافزه التشجيعية ومكافاته السجية.

6)- الرضا عن العمل:

إن مفهوم الرضا عن العمل مفهوم واسع وغامض، فقد يستخدم هذا المفهوم للإشارة إلى مدى اقتناه الأفراد بظروف عملهم، مثل الاقتنا أو بالأجر والعلاقات مع الروس، والظروف الفيزيائية للعمل، وقد يستخدم هذا المفهوم ليشير إلى مجموعة المشاعر الوجدانية الإيجابية التي يشعر بها الفرد تجاه عمله، وهذه المشاعر تعبر عن مدى الإشباع الذي يحققه العمل بالنسبة للفرد، فإذا شعر أنه يحقق له إشباعاً كافياً لحاجاته تصبح مشاعره إيجابية نحو هذا العمل، أي يصبح راضياً عن العمل الذي يؤديه (2).

ويبعد الرضا عن العمل أو ما نسميه الرضا المهني من خلال ولاء العامل للمؤسسة التي يعمل بها، وثقته وتحمسه وتوحده بها، والسعي إلى تحقيق أهدافها، نظرًا لما تتيح له من فرصة للتعبير عن ذاته وقوادره والمشاركة الفعلية فيما يتعلق بعمله وإحساسه بأهميته، ولقد نال الرضا عن العمل بأسبابه وطبيعة نتائجه اهتمام علماء النفس والاجتماع والعملين على حد سواء، فالعاملين الراضين عن عملهم هم أكثر إنتاجية وأقل تغيباً وتركاً للعمل من العاملين غير الراضين عن عملهم، لذا فإن الرضا المهني يعتبر أمراً هاماً للمؤسسة والأفراد والمجتمع ككل لأن عدم وجود رضا سوف يخلق مشاكل خطيرة للمؤسسة والعملين فيها (3).

7)- الأداء المهني:

إن معنى الأداء المهني هو قيام العامل بعمله في إطار المهنية المسندة إليه على أحسن وجه، أي بمطالباتها المادية والمعنوية، وفي هذا الإطار نجد الدكتور "أحمد زكي بدوي" يقول عن العمل بأنه: مجهود إداري عقلي أو بدني يتضمن التأثير على الأشياء المادية وغير المادية لتحقيق هدف اقتصادي مفيد، كما أنه وظيفة اجتماعية تتحقق فيها شخصية الفرد.

---

(1) محمد إسماعيل قباني ، مرجع سابق، ص 357.
(2) عبد النور عبد الحليم، علم الاجتماع الاجتماعي: المستمر ومشكلاته الاجتماعي، الكتيب الجامعي الحديث، السكندرية، مصر، 1984، ص 211-210.
(3) جودة عزيز عبد الحليم، سعود حسني العزام، التوجه المهني ونظرياته، ط1، متكنية دار الثقافة، عمان، الأردن، 1999 ص 172.
والفعل أنواع مختلفة فمنها العمل اليدوي والعمل العقلي، إذن إن العمل ضروري لاستمرار المجتمع وتحقيق توازنه، فبدون انجاز مستوى معين من الإنتاج لا يستطيع المجتمع أن يستمر في الوجود بصورة متوازنة، ولكي يؤدي هذا العمل أداه المهني على أحسن وجه يجب توفير شروط لذلك، والتي تتمثل في الأجر وساعات العمل وعقود العمل والحوافز والمكافأت وغيرها (1). وعادة ما ينص القانون على الحد الأدنى لهذه الشروط.

8)- الانضباط:

الانضباط لغة المراد به حدوث الضبط والتزام القواعد أو النظام العام (2). أما في لغة الإدارة العامة أن يكون الموظف العام متزماً بأداء واجباته، شديد الحرص على تنفيذ الأوامر والتعليمات بدقة واضحة، يحاول أن يعطي الوقت اللازم للعمل على ما هو مفروض فيه من عمل مستمر، واستمرار على نهج سليم لأطول وقت ممكن، بحيث يبدو العمل الحكومي في شكل منضبظ، ويعكس على الآخرين شعور بأن الأمور والخدمات العامة تتم على وجه مرضي (3). ومن هذا الانضباط تكون القدرة والممارسة والهدية إلى طريق النجاح المشبع بروح العدل والمساواة في المعاملات على جميع المستويات ورقة من الله وخوف منه عن طريق الحياة.

هذا معنى الانضباط بصورة عامة، أما الانضباط فيما يخص الأساتذة والموظفين فمعناه واحد، ولكي نفهم معناه جيداً من المستحسن التطرق إلى تعريف المعلم والأستاذ، إن المعلم هو العالم الذي يقدر على نقل الصورة المطلوبة من الناحيتين، النظرية والتطبيقية في مجال العمل لمروعه في ضوء معارفه وموجاته وتدربيته المصرية، والذي لا يخل في هذا الشأن على مروؤسه، بل يسعى إلى تنمية قدراتهم بأسلوب سهلة ومحور تدفعهم للإقبال على العمل وتزيد من إنتاجهم (4).

هذا هو المعلم أو الأستاذ، وإذا طابق عمله ما ورد ذكره في التعريف أعلاه، يستطيع تسميته أستاذ منضبظ.
9- مفهوم الاتصال:

يشير مفهوم الاتصال إلى العملية أو الطريقة التي تنتقل بها الأفكار والمعلومات بين الناس داخل نسق اجتماعي معين يختلف من حيث الحجم ومن حيث محتوى العلاقات المتضمنة فيه، بمعنى هذا النسق الاجتماعي قد يكون مجرد علامة ثنائية نمطية بين شخصين أو جماعة صغيرة أو مجتمع محلي أو مجتمع قومي أو حتى المجتمع الإنساني ككل (1).

يرتبط الاتصال بنسق الإشارات والإيماءات والأشكال اللغوية ارتباطاً وقائماً، يكون نامياً، فالإشارات والإيماءات والأشكال اللغوية هي المجال الأساسي الذي نستقي منه عملية الاتصال رسالتها وتفهم في ضوء المعاني المختلفة لهذه الرسائل، ونقصد بالإشارة أو الإيماء كل حركة جسمية أكبت معنا خاصاً وتنتمي شكلاً من أشكال الاتصال (2).

5- المنهجية المستعملة:

إن أي بحث إذا كان بصدد إنجاز أو القيام بأي بحث، يقوم قبل كل شيء بتحديد أهداف البحث أو الدراسة، والبحث عن الحقيقة الموجودة وراء الظاهرة المدرسة، محاولاً تحقيق فرضياته، وفي أثناء ذلك تتبع منهجاً خاصاً طوال مدة إنجاز البحث، فكل بحث منهج، والمنهج المختار يكون حسب طبيعة البحث، فالمشاكل متوسعة وما على الباحث إلى الاختيار.

وباعتبار بحثنا هذا يتبع على الحقائق القابلة للبرهان، وتحليل البيانات وتبويلها، بأنه تلك "المناهج الكمية" التي R.Boudon اعتمدنا على المنهج الكمي والذي يعرفه فقد اعتمدنا على المنهج الكمي والذي يعرفه R.Boudon. تسمح بجمع معلومات متشابهة من عناصر لأخر من مجموعة العناصر، أن هذه التشابه بين المعلومات هي التي تسمح فيما بعد بالقياس بالإحصائيات، ووهذه أهم بالتحليل الكمي للمعطيات، فالشرط الأساسي لتطبيق المناهج الكمية، هو إن أن تتوجه الملاحظة نحو مجموعة من العناصر القابلة للمقارنة غالباً ما تكون هذه العناصر أفراط، ولكن يمكن أن تكون أيضاً جماعات، مؤسسات، مجتمعات، أنواعاً أخرى من الوحدات "(3)."
6- التعرف بمجتمع البحث:

إن اختيارنا لهذا الموضوع والذي خصصنا به فئة الأطباء دون غيرهم من العاملين
بالمؤسسة العمومية يرجع إلى الأهمية البالغة لهذه الفئة من المجتمع في الحياة الاجتماعية
والصحية للإنسان، ففي هذا الإطار نجد مساحة مصطلحات العلوم الاجتماعية والسياسية
في الفكر العربي والإسلامي لـ "سمح دعيم" يعرف الطبيب على أنه العارف بتركيب البدين
ومزاج الأعضاء والأمراض الحادثة فيها، وأسبابها وأعراضها وعلاقتها والأدوية النافعة
فيفها والاعتقاس عمما يوجد منها، والوجه في استخراجها وطريق مداواتها ليساوي بين
الأمراض والأدوية في كميتها ويخالف بينهما(1).

إذن إن أهمية الطبيب بالغة في المجتمع، ووظيفته فريدة من نزوعها، وجب عليه
حسن استعمالها وممارساتها، لأنه بمجرد سوء أو خطأ بسيط، يمكن أن يحدث خلل كبير قد
يؤدي ربما إلى تدهور صحة المريض أو حتى موتها، لذلك ولهذا السبب نجد بأن الأداء
المهني للطبيب يتميز بقدر غير قليل من النفوذ، فالمهندس مثلا يتعامل مع مواد ليست
بشرية، والمحامي يتعامل مع نصوص وقوانين قانونية، والصناع يتعامل مع مواد خام صلبية
أو سائلة، ولكن الطبيب يتعامل مع كائنات بشرية(2).

إن من يتعلم مهنة الطب ويدرسه ويدرسه كمهنة لابد له من العمل في
المستشفيات، وذلك حتى يتدربي تمرس على مهنة الطب، ويستطيع اكتساب الخبرة من
الحالات التي يقابلها تحت إدارة وإشراف أساتذة علماء.

وما أن الطبيب يكتسب معظم خبرته ومعرفته في المستشفى، كان لزاما علينا
اتخاذ أحد المستشفيات موعدا لإجراء بحثنا، ولقد وقع اختيارنا على مستشفى مصطفى باشا
الجامعي، ذلك لأنه يعتبر من أكبر المستشفيات المتواجدة بالجزائر العاصمة من جهة،
وكثرية التخصصات الطبية والأطباء الاحترافية فيه من جهة أخرى.

في وسط الجزائر العاصمة. يقع مستشفى مصطفى باشا، والذي كان يسمى كذلك
في فترة الاستعمار الفرنسي، يعتبر هذا المستشفى من م 등을 الاستعمار الفرنسي. فتح
أبوه في الفاتح من شهر أوقت من عام 1854 م، تبلغ مساحته ب 15 هكتار. يحتوي على
41 مصلحة طبية متنوعة، وينحتوي حتى سنة 2002 على 1763 سرير.

Mustapha

"Centre Hôpital Bacha"

Hôpital-Universtaire Mustapha"

مستشفى مصطفى باشا الجامعي مستشفى كبير جدا، يحتوي على عدة
تخصصات لا تحتوي عليها المستشفيات الأخرى، وتعتبر من بين أهم المستشفيات في
الجزائر عدا عن علاجها، يضم عدد كبيرا من الأطباء والشبه الطبيين والممرضين والمستخدمين
غير الطبيين والإداريين، يظهر عددهم وعدد التخصصات الموجودة فيه، في الجدول الآتي

(1) - ص. 681
(2) - ص. 133
الجدول يبين نوع التخصصات الموجودة بمستشفى باشا الجامعي

<table>
<thead>
<tr>
<th>الجموع</th>
<th>المقيم</th>
<th>المصلحة العامة</th>
<th>المصلحة الجامعي</th>
<th>المصلحة الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>طبيب مقيم</td>
<td>طبيب في اختصاصي</td>
<td>طبيب في مسائي</td>
<td>طبيب مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مجموع</td>
<td>عام</td>
<td>خاص</td>
<td>عام</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>11</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>31</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>61</td>
<td>46</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>34</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>11</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>19</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>35</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>17</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>14</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>62</td>
<td>41</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>30</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>29</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>15</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>25</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

الخصائص المذكورة:
- PNEUMO
- CARDIOLOGIE
- CMI
- GASTROLOGIE
- DIABETOLOGIE
- DERMATOLOGIE
- MED-INTERNE
- UROLOGIE
- CCA
- GYNOCOLOGIE
- OPHTALMOLOGIE
- CCI
- CCB
- SAMU
<p>| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 26| 10| - | - | - | - | - | - | 8 | 7 | - | 1 | ORL |
| 34| 18| - | - | - | - | - | - | 4 | 8 | 2 | 2 | NEUROLOGIE |
| 18| 8 | - | - | - | - | - | - | 2 | 4 | 2 | 2 | CH.MAX.FACIAL |
| 4 | - | - | - | 4 | - | - | - | - | - | - | - | DAPM |
| 11| 5 | - | - | - | - | - | - | 4 | 1 | 1 | 1 | MED.LEGALE |
| 18| 7 | - | - | - | - | - | - | 3 | 7 | - | 1 | D.POL |
| 9 | - | - | - | 5 | - | - | - | 3 | 1 | - | - | NEPHRO |
| 10| - | - | - | - | - | - | - | 1 | 9 | - | - | C.CARD |
| 17| 8 | - | - | - | - | - | - | 3 | 4 | 1 | 1 | NEURO |
| 10| - | - | - | - | - | - | - | 8 | 2 | - | - | PSYCHIATERIE |
| 56| 37| - | - | - | - | - | - | 6 | 11| - | 2 | CH.THORACIQUE |
| 54| 37| - | - | - | - | - | - | 9 | 6 | 1 | 1 | BICHAT |
| 6 | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 3 | - | 1 | REEDUCATION |
| 35| 20| - | - | - | - | - | - | 7 | 7 | - | 1 | RADIOLOGIE |
| 14| 8 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | 3 | - | 1 | MICROBI |
| 26| 12| - | - | - | - | - | - | 1 | 2 | 7 | 2 | 2 | CTS |
| 16| 8 | - | - | - | - | - | 3 | 1 | 2 | - | 2 | PARASIT |
| 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | TOXICO |
| 20| 10| - | - | - | - | - | - | 1 | 7 | 1 | 1 | AN.PATH |
| 13| - | - | - | 1 | - | - | - | 6 | 5 | - | 1 | NEO.NAT |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>22</th>
<th>10</th>
<th>-</th>
<th>3</th>
<th>-</th>
<th>-</th>
<th>1</th>
<th>-</th>
<th>6</th>
<th>-</th>
<th>2</th>
<th>BIOCHIMI</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>4</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>3</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>PHARMACIE</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>ONDECRINOLOGIE</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>SPMC</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>21</td>
<td>10</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>9</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>7</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>PBD</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>23</td>
<td>11</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>3</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>7</td>
<td>-</td>
<td>2</td>
<td>ODF</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>20</td>
<td>6</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>12</td>
<td>-</td>
<td>2</td>
<td>PRO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>17</td>
<td>9</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>PA.DO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>42</td>
<td>14</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>20</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>URG</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16</td>
<td>7</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>UPI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>8</td>
<td>-</td>
<td>8</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>MEP.SOC</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>23</td>
<td>13</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>4</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>ME.TR</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>8</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>P/DE</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>ACCU</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>INST</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1193</td>
<td>609</td>
<td>11</td>
<td>9</td>
<td>34</td>
<td>31</td>
<td>14</td>
<td>145</td>
<td>265</td>
<td>18</td>
<td>57</td>
<td>TOTAL</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Médecin Interne
Généraliste
Médecin Résident
Maître Assistant
Dosent
Professeur

بعد حصول الطبيب الداخلي أو ما نسميه باللغة الفرنسية Interne الذي لم يتحصل بعد على شهادة "طبيب عام" )، يقوم التحضير لمدة سنة لإجراء مسابقة للالتحاق أو الدراسة بأحد الأقسام، وهي مرحلة دراسية تتكون من 03 إلى 05 سنوات، ما نسميه باللغة الفرنسية مرحلة "Résidanat"، يكون التتحاق الطلبة بهذه المرحلة بعد حصولهم على المسابقة التي يجريونها، وذلك بحسب عددي الأسئلة التي يجيبون عليها، فمثلًا للالتحاق بتخصص طب نساء بستلزم الإجابة على عدد كبير من الأسئلة لأن هذا النوع من التخصصات يستقبل اهتمام عددًا كبيرًا من الطلبة.

7- العينة، نوعها، حجمها و بعض مواصفاتها:

إذا أراد الباحث الاجتماعي أن يجمع بياناته حول ظاهرة اجتماعية معينة، فإنه يلجأ إلى استخدام أحد الأساليب: أولهما أساليب الحصر الشامل، وهو الأسلوب الذي يقوم على المسح الشامل لكل أفراد المجتمع، أما عيب هذا الأسلوب أنه يحتاج إلى جهد ومال وفترة و وقت طويل، وثانيهما أساليب العينة، وهو الأسلوب أكثر شيوعا وعمليا في مجال العلوم الاجتماعية، ويعتبر هذا الأسلوب إلى اختيار عينة من المجتمع المنذور ويتطلب استخدام الطرق العلمية التي تمكننا من اختيار عينة مماثلة للمجتمع المصغر، وإذا صح اختيار العينة فيمكن تعميم نتائجها، ومن مميزات هذا الأسلوب على الحصر الشامل:

1- توفير جزء كبير من الوقت و الجهد و التكلفة.
2- الردود المتحصل عليها من خلال العينة تكون أفضل من الردود المتحصل عليها من خلال الحصر الشامل.
3- التقليل من الأخطاء التي تحصل في حالة الحصر الشامل.

إن المعاينة هي "عملية العمليات التي تسمح باختيار مجموعة فرعية من مجتمع البحث بهدف تكوين عينة "(2)

(1) عبد الله عامر الحربي: "أسلوب البحث الاجتماعي وتقنياته"، ط 2، منشورات جامعة قازز، بنغازي، 1994، ص 150.
إن اختيار نمط العينة و نوعها يتم وفقاً لشروط منهجية تفرضها مشكلة البحث و فرصياتها، و نضراً لكون مجتمع بحثنا يتكون من عدد كبير من الأطباء، بلغ عددهم 595 طبيبًا من بينهم 57 طبيبًا مساعد (Professeur)، 39 منهم رؤساء مصلحة، و 265 أستاذ. مساعد، 145 طبيب مساعد و 79 طبيب عام و 609 طبيب مقيم.

و نظرًا للمواقف من مجتمع البحث توجب علينا اختيار عينة العشونية النسبية الطبقية، وهي العينة الوحيدة التي تتناسب مع مجتمع البحث، لأنه و نضراً لأسباب أجهلها رفض مدير المستشفى طلبنا المتبت في محاولة توزيع الاستمارات في جميع المصالح الطبية، والتي بلغ عددها 41 مصلحة طبية، و سمح لي باختيار سوى 10 مصالح أقل، الأمر الذي جعلني أختار 9 مصالح طبية التي تحتوي على أكبر عدد ممكن من الأطباء. هذه المصالح هي: طب العيون، الأمراض السكري، أمراض الأنف الأنز و الحنجرة، أمراض القلب، أمراض الجلد، جراحة الأطفال، طب الأطفال، جراحة الصدر والأوعية.

كان عدد الأطباء الإجمالي في هذه المصالح 319 طبيب، و لقد اتخذت 150 منهم نسبة 50% ليكون عدد العينة المختارة 159 طبيب، و لقد قمت بتوزيع عليهم الاستمارات توزيعًا عشوائيًا، تضمن الأطباء المقيمين (Les Médecins résidents) و الأطباء المساعدون (Les médecins assistants)assistant.

الجدول بين نوع المصالح الطبية ميدان البحث:

<table>
<thead>
<tr>
<th>العينة</th>
<th>العدد الإجمالي للأطباء</th>
<th>المصلحة الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>طب الأطفال</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>58</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>54</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>52</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>44</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>29</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>24</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>25</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>19</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>14</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>150</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>319</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>70</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>45</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>204</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

المصطلحات الطبية:
طب الأطفال، جراحة الأطفال، طب العيون، طب الجلد، جراحة القلب، أمراض الأنف الأنز و الحنجرة، مصلحة أمراض السكري، جراحة الوجه و الفك.
8- التقنيات المستعملة:

لسبب نقص الدراسات المهتمة بالمشاكل المهنية للطبيب في المؤسسات الإستفهامية العامة والخاصة على حد سواء اضطررتنا إلى إجراء بحث استدلالي تمت في مجموعة من المقابلات مع مجموعة من المسئولين في المستشفى والأطباء ونها بذلك بعض الطلبة الجامعيين والشبه الطبيين، وذلك قد⇌إمام بعض المعلومات التي ساعدتنا في أخذ فكرة عامة حول هذا الجانب من جوانب الحياة، وبالتالي ساعدنا في تحديد وصياغة الفرضيات.

ونظراً لطبيعة الموضوع وفرضياته ونوع المنهج المتبع فقد قمنا باستعمال تقنية الاستبيان، فالاستبيان أو الاستمارة كمعرفتها "أحمد أكثوف" أنها هي ليست قائمة عادية من الأسئلة، ولاهي تساؤل أو استجواب، مكتوب، والذي يباكى أي شخص تكوينه، وفي إطار موضوع عادي، شرط أن الأسئلة المطروحة يجب أن تكون واضحة بكفاية، وهي بعد المقابلة الأداة الأكثر استعمالاً في كل أنواع التحقيق والبحوث في علم الاجتماع.(1)

ويعتبر أن تضم الاستمارة، وأن توضع الأسئلة، بحيث لا تكون الإجابة موحاة أو منضمنة، أو يجب أن يحتوي السؤال للمسؤول برأي معين أو فكره محددة بالذات، وأن يعبر كل سؤال عن فكرة واحدة دون خلط أو اضطراب، وأن تبدأ الأسئلة بترتب معين من البسيط إلى المركب، أو من سؤال عام يتميز بالشمول، إلى سؤال خاص يتميز بالتركيز على نقطة محددة ودقيقة، بحيث يبتاع الأسئلة في سياق منطقي، وطلاق على هذه الطريقة "طريقة القمع" وهي طريقة تتميز بأنها ترتيب الأسئلة في سياق منطقي، بحيث تبين ترابط الأسئلة ترابطاً منهجياً يمكنه حصر المطلوب، حين يندرج مما هو عام إلى ما هو خاص (1).

иضاقة إلى تقنية الاستبيان فقد قمنا باستعمال تقنية الملاحظة المباشرة، والتي كان لها دور كبير وفعال في اختيار وتحديد الموضوع، ويمكن اعتبارها أي الملاحظة أنها "نظرية في وضعية معينة دون أن تكون هذه الأخيرة مطلقة، كما أنها نظرية حول طبيعة عامة تهتم بما هو ملاحظ وليس ما يجب ملاحظته، فالهدف هو جمع المعطيات كما هي "(3).

وكان للملاحظة الدور الهام الأول والأساسي الذي ساعدنا على اختيار الموضوع في البداية، ثم تعددت بصفة نهائية، وذلك بعد تعديل ملاحظاتنا بإجابات المقابلات الأولية التي أجريناها مع المسؤولين والأطباء والشبه الطبيين، وانتهينا في الأخير باختيار فئة الأطباء نظراً لارتباط عملها الوثيق بالظروف والعوامل المذكورة سابقاً.


(2)- محمد إسماعيل قبالي، مناهج البحث في علم الاجتماع: مواقف واتجاهات معاصرة ، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1982، ص 162 .

9- صعوبات البحث:

إن أي بحث وهو بصد ذلك إجراء بحثه تعترضه مجموعة من المشاكل و
الصعوبات، وكبلاحة اجتماعية واجهت مجموعة من الصعوبات تلخص فيما يلي:

- إن أول وأعتقد صعوبة واجهتها تمثلت في عدم قبول مدير المستشفى طبيباً و
  الذي يتمثل في أخذ العينة من كل أفراد المستشفى، وأكثري بنحن القبول
  على تسع تخصصات فقط.

- أما ثاني صعوبة فتمثلت في امتناع الأطباء ملي الاستمارات وذلك نضراً
  لضيق الوقت.

- وثالث صعوبة هي عدم جدية الأطباء في إرجاع الاستمارات وتضييعها
  أحياناً، والدليل على ذلك المدة التي استغرقها لمثل هذه الاستمارات والتي
  دأمت مدة عامين.

- أما الصعوبة الرابعة والأخيرة فتمثلت في نقص المراجع العربية والأجنبية
  التي تتناول الحديث عن الأطباء من الناحية الاجتماعية و حتى في مجال العمل.

10- الدراسة الاستطلاعية:

أصبحت التنظيمات خلال السنوات الأخيرة تمثل ميدان معترف به للدراسة
السوسيولوجية، وخاصة بعد أن تخل التنظيم كافة مجالات الحياة، ومنذ دراسات "مايو" و
زملائه الباحثين في مصنعة "هاتورن" بدأ العلماء في تطبيق نتائج دراساتهم داخل
تنظيمات العمل المختلفة مثل: الجامعة، البنوك، الفندق، السجون... حتى المستشفيات.

فموضوع الصحة والمرض يعتبر من أهم المواضيع الشائدة في العصر الحديث،
فكلما تطور الطب والتكنولوجيا تزايدت المشكلات الأخلاقية وتعقيدت، وقد نجح الطب في
شفاء أمراض مينوس من شفائها، ولكن كلما طور الإنسان سلاحه ضد المرض إلا وطور
هذا المرض سلاحه، لتعود و تظهر تلك الأمراض المستعصية، وهذا ما جعل مثل هذه
المواضيع أحد أكبر الاهتمامات و خاصة في المجتمعات العربية المالكة للتكنولوجيا الحديثة.

أما بالنسبة للبلدان العربية مثل الجزائر فنجدها مازالت تحاول الوصول إلى ركب
التطور والقضاء على المشاكل الصحية، والتي تزايدت مؤخراً، فنجدها وجهت اهتماماتها
إلى محاولة توفير الأدوية اللازمة والأجهزة المتطرفة رغم الإمكانات القليلة، ولكنها
أحملت جانبيهما في ميدان الصحة والعمر الفقري لها، ولا وهو الطبيب باعتباره الشخص
المؤهل والمختص لعلاج المرضى.
و لجمع المعلومات حول موضوع بحثنا كان لزاما علينا المرور عبر الدراسة الاستطلاعية، وفي هذا الإطار نجد " R. Boudon" يرى بأنه " في الحالة التي لا تسمح فيها القراء بصياغة فرضيات واضحة ... يلجأ الباحث كما نسمي عموما إلى البحث الاستطلاعي، وهو استكشاف الميدان، ومحاولة التخليص من الأفكار المسبقة ... بطريقة تسمح بإبراز العوامل والمتغيرات المفيدة للبحث".(1)

لذلك قمنا بإجراء بعض المقابلات مع بعض المسئوليين والأطباء والشبه الطبيين، و ذلك أخذ بعض المعلومات التي كنا نجهلها، كطبيعة الدراسة، فاستعملنا دليل المقابلة بدائي يحتوي على بعض الأسئلة البسيطة وفمنا بتوزيعها على 12 طبيبا، و بعد تفريغ البيانات توصلنا إلى مايلي:

فيما يخص الآلات والråدات الطبية:

* هناك نقصاً كبيراً في الأدوية عدداً ونوعاً.
* نقص في المعدات الطبية وخصائص التقليلة منها.
* نقص التبرعات بالدم لصالح مرضى فقر الدم.
* نقص سيارات الإسعاف، و إن وجدت فهي قديمة لا تصلح لنقل المرضى.

فيما يخص ظروف العمل:

* عدم رضا الأطباء عن الأجر الذي يتقاضوه.
* قلة وانعدام المكافآت.
* عدم وجود المكاتب الكافية داخل قاعات العلاج لجلسات الأطباء.
* لا وجود لمشاريع توزيع السكنات الاجتماعية على الأطباء.
* الضغط الكبير من طرف المرضى.

فيما يخص العلاقات بين الأطباء فيما بينهم:

* تنقسم إلى قسمين:

- علاقات جيدة وتعاون فيما بين البعض.
- علاقات سلبة وغيرها، تنافس حسد وعنداد بين البعض الآخر.

فيما يخص العلاقات بين الدورات التدريبية للأطباء والأداء المهني:

- إهمال الأساتذة المساعدين والأطباء المساعدين لدورهم وتمثيلهم في تعليم وتدريب الأطباء الأقل منهم درجة.
- هروب بعض الأطباء للمناوبات الليلية الإجبارية.

فيما يخص طموحات الأطباء:

- فتح مكاتب خاصة.
- التوجه إلى الخارج البلاد للتعلم أكثر و اكتساب التجربة و العمل و الإقامة.
- التوجه إلى التخصصات التي تجلب المال، مثل تخصص الأشعة و الطب الداخلي للنساء.

فيما يخص السياسة المتبعة داخل المستشفى:

- سلوك تدبير الأدوية، كغسل اليدين بالدواء المضمد للجروح.
- عدم حل المشاكل المطروحة على نقابة الأطباء.
الفصل الثاني:
تطورات الطب عبر الأزمنة
تمهيد

إن مهنة الطب مهنة قديمة قدم الإنسان، حيث منذ ظهوره على وجه الأرض و هو يعاني من ويلات المرض، ولهذا الإنسان تاريخ مع المرض و طريقة علاجه، و سوف نتطرق في هذا الفصل إلى التعرف على تاريخ الطب و الصحة عند بعض الحضارات القديمة، فأغلب هذه الحضارات كانت تحمل مفهوما خاطئا عن المرض و حتى طرق العلاج، حيث كانت ترى بأنه كلما زادت أسباب المرض غموضا و خفاء و خطورة، كلما لزم الأمر بالمريض إلى التداوي بالسحر و الشعوذة، و لكن لاinsky أحد دور كل حضارة من الحضارات السابقة في تطوير طرق العلاج و التداوي، فكل مهنة بداية و تاريخ، و بداية مهنة الطب كانت غامضة، و لكن بفضل جهود القدامى استطاعت الخروج من القيود التي كانت تسيرها.

و بتطور المجتمعات بدأ الطب يتطور و يتحرر من قيود السحر و الشعوذة ليأخذ طابعه العلمي، و يفسر المرض و أسباب حدوثه بالتفسيرات العلمية المقنعة، لينتقل من طابع السحر و التماثل و الخرافات إلى الطب العصري الحديث الذي يعتمد على أحدث الآلات و المعدات الطبية الضخمة.
cly كان الإنسان في العصور القديمة وحتى الوسطى عرضة لأمراض مميتة واستطاع التغلب عليها مع مرور الزمن، وذلك بواسطة استخدامه لذكائه، والأمراض الوبائية التي كانت كثيرة الانتشار والتي أصبحت دائما لبعض الأمراض والحوارات للبحث عن أسباب ظهرها، وإيجاد حلول ناجحة لها، ومن بين هذه الحوارات نجد الحضارة الإغريقية، اليونانية، الرومانية الفرعونية والبابلية وغيرها...

ففي الحضارة الإغريقية نجد أن مفهوم الصحة لديهم يتجه أساسا نحو الصحة الشخصية، بمعنى تقيية صحة الفرد عن طريق الاهتمام بنظامه وتغذيته وغيرها من الأمور، ولقد كان لهم الله خاص بالصحة يدعي "Hygia" شكلية، والتي تعني الصحة (1).

وفي العصر الروماني تطور مفهوم الصحة العامة واتجاه نحو البيئة لذلك كانت لدى الرومان طرق مختلفة لتصريف الفضلات (2). وقد تمتعت روما والمدن الكبيرة بدرجة لا تأس بها من وسائل الأمن الصحي والطب الاجتماعي، فقد عرفت هذه المدن التنفيرة المركزية في البيت وكان هذا منع عام قبل المبادئ. ودائما تنتشر فيها أفضل وسائل نقل المياه التلقية إلى بيوت السكان والأمنية العامة واستحداث فيها كذلك محلات لاحتواها نساء الدعارة خوفا من الأمراض المعدية (3).

ولم يجيل العرب أهمية حفظ الصحة خاصة منهم المسلمون. مطبقيين في ذلك ما أمرهم به الله تعالى، وذلك من خلال القرآن الكريم الذي نص على الحفاظ على الصحة بالتخلي على شرب الخمر وأكل الخنزير وممارسته الزنا... الخ، والتي بين فيما بعد العلم على صحة ماجاه به القرآن الكريم.

وفي الوقت الحالي أصبح مفهوم الصحة أكثر شمولية مما كان عليه سابقا، فهي مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان، كما أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة التي يعيش بها ذلك الجسم، وقد لا تتفق معظم المراجع على تعريف الصحة العامة، لكنها تعني ذلك الفرع من العلوم الذي يدرس كيفية تطوير وترقية الحياة الصحية للإنسان سواء من ناحية دراسة الأمراض ومسئياتها وطرق ارتفاعها وكيفية الوقاية منها أو ما يتعلق بنشر الوعي الصحي وتطوير صحة البيئة ومحافظة الأخطار الصحية ومعالجتها الأمراض الذي يستوجب تحقيق السلامة والكشفة الجسمية والعقلية الاجتماعية الكاملة (4).

(1) حكمت فريحة، وأخرون، الصحة العامة، ط 2، دار المستقبلي، عمّان، الأردن، 1990، ص 7.
(2) نفس المرجع، ص 7.
(3) راحب خضر، كايمي، الغواص في تاريخ الطب عند العرب، ط 1، دار المناهل، بيروت، لبنان، 1993.
(4) إحسان علي، مفاهيم الصحة، وعلمها، وخلوها، دار الشروق، عمّان، الأردن، 1991، ص 7.
ولقد ذهب العالم "New Man" إلى تعريفها على أنها عبارة عن حالة التوازن النسيجي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعثر لها.

فالصحة حالة نسبية، وكل إنسان تكون صحته في درجة معينة تقع بين طرفي مدرج قياس الصحة، فالطرف الأول هو الصحة الامتصالية والطرف الثاني هو انعدام الصحة أو الموت، وبين الطرفين درجات متتالية من الصحة.

إذن إن في حالة الصحة تكون جميعأعضاء الجسم يعملون بتسامع تام، وجميع وظائف الجسم تسير سليماً طبيعياً مما يجعل المرء يشع بذلك، النشاط جسمياً وعقلياً ونفسياً ولا يوجد شكوك من أي خلل، أما في حالة المرض فإن هناك احتراقاً أو اختلالاً في أحد عوامل الصحة الجسمية أو النفسية أو الامتصاصية يؤدي إلى اضطراب تظهر له بعض الأعراض والممرض عملية متطرفة منذ بدء السبب، وحتى ظهور المضاعفات، فقد يكون هذا التطور حاداً وسريعاً وقد يكون بطيئاً ومزمناً، ويمكن أن يكون عامة يصيب أكثر من عضو واحد أو يكون موضعياً محلياً فقتصر الإصابة على عضو واحد أو جزء من العضو.

إن التعريف الشائع للصحة هو تعريف المنظمة العالمية للصحة: "هو حالة التكامل الجمالي والعقلاني الاجتماعي للفرد، وليس مجرد الخلو من المرض"(2) ولقد تطور مفهوم الصحة وممارساتها مع تطور الحضارات والشعوب في تلك أن كان مفهومها يحصر على نظافة البلدان، اتساع وأصبح يشمل نظافة البيئة، البناء، الهواء، ممارسة الرياضة، الغذاء الصحي، وكل ما هو ضروري للفرد، فصحة الفرد مرتبطة بمفهوم الفضاء الخارجي له، هذه الخصائص تأخذ بين الاعتبار تفاعلات الفرد مع بيته الخارجية(3)، فكل ما يحيط بالفرد مسببًا للمرض.

وإذا ابتدأنا بالماء نجد أحد أهم المواد للعيش، أن لم نقل هو الأساس لقوله سيحان، وتعتبر: "وجعلنا من الماء كل شيء حي". فهو يدخل في تركيب جميع خلايا الجسم وأنسجته وampilkan الوسط الذي تجري فيه العمليات الحيوية، كالغذاء والاتصالات(4)، وباختصار مادة ضرورية تستعمل في معظم الأنشطة والحالات من شرب وفطري وتنظيف وحتى الصناعة نجد أكثر المواد الداخلة للأمراض(5) والجراثيم خاصة في فصل الصيف، ومن بين هذه الأمراض نجد الأمراض البكتيرية (الجرثومية) مثل... (6)

---
(1) عيسي غانم، تقدير عماد إبراهيم الخطيب، الصحة العامة ، ط. ادار. التربة ور. العلمي، عمان، الأردن، 1997، ص.11.
(4) - قواعد حكمة وأخلاق، مرجع سابق، ص.170.
لذلك كان من بين اهتمامات المنظمة العالمية للصحة ومجموع المنظمات العالمية في سنوات الثمانينيات الماء، حيث تبين الإحصائيات بأن 1.5 مليار شخص لا يتوفر لهم الماء المشروب وان 30,000 شخص يموتون يوميا لاستهلاكهم للمياه غير الصالحة للشرب.

إضافة إلى الماء نجد الهواء هو الآخر أحد أهم المواد الضرورية للعيش كما أنه أحد أهم مسببات المرض إذا كان غير نقي، كالهواء الطلق يدخل الصانع، و السيارات و غيرها، فمثلاً كلمة "مال ريا " «mal-eria» وهي عبارة عن مرض ينتقل عن طريق الهواء - تعني الهواء غير النقي، فالبيئة ولعدة فترات تمثل جزء من الشروط الخاصة بالمرض.

يعتبر الماء والهواء من أهم أساسيات العيش، وبالخصوص إذا كان كل واحد منهما يميز بالنقاء النافع، وإلا أصبح ذلك يؤثر سلباً على الصحة العامة للإنسان، ولكن الماء النقي والهواء وحدهما لا يكفيان لتحقيق الصحة المثالية للفرد، إذا ما تجاها كل من الرياضة والغذية الصحية.

فمزاولة النشاط البدني (الرياضة) سواء كان بغرض إشعال أوقات الفراغ أو كان بغرض التدريب للوصول إلى المستويات العالمية يعتبر طريقاً سليماً نحو تحقيق الصحة العامة، حيث أنه خلال مزاولة ذلك النشاط يحقق الفرد النمو المتكامل من النواحي البدنية، النفسية، والاجتماعية إضافة إلى تحسين عمل وكفاءة أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز التنفسي والعصبي، كما وأن ممارسة النشاط البدني والرياضي يساعد أيضاً على اكتساب خبرات وأنماط سلوكية حميدة، و التسكم بالعادات الصحية ونمو العلاقات الاجتماعية الطبية، وحتى دينا الحنيف حيثنا على ممارسة الرياضة لقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "علموا أولادكم الرمي والسباحة وركوب الخيل "حديث شريف، وحتى الغذاء بطريقة تناوله كانت له اهتمامات كبيرة في السنوات الأخيرة من قبل بعض الدول المتقدمة لما له من أثر بالغ على صحة الإنسان، ولقد تطع بعض العلماء والمهتمين في مجالات الصحة والغذية على الأثر الإيجابي الذي تحدثه التغذية في حياة الأفراد وفي نمو المجتمعات.

---
(1) - POMEY (M. P.), Op.cit, P60.
(2) - POMEY (M. P.), Op.cit, P60.
(3) - Ibid., P54.
(4) - إبراهيم رحمة، تأثير الجوائز الصحية على النشاط البدني الرياضي، ط 1، دار الفكر، عمّان، الأردن، 1998، ص 9.
ولقد أشار عالم "Hopkins" إلى أن التغذية اثر إيجابي في حياة الإنسان ، و أكد على أهميتها في تحقيق الكفاية الصحية له ، وكان ذلك في عام 1931 و لذا نصح بهممة اهتمام الإنسان بالغذاء من أجل تمعيه بالصحة نظرا لأنها تحتوي على جميع العناصر الأساسية التي تحقق له ذلك (1).

وباعتبار أن صحة الفرد مرتبطة بمفهوم الفضاء الخارجي له ، فإن هذا الفضاء لا يشمل على نظافة الدماء والهواء وممارسة الرياضة والتغذية الصحية فحسب بل تعدا ليضل إلى المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه ابتداء من العائلة ووصولا إلى المجتمع الخارجي كالمدرسة والجامعة والشارع وغيرها ...

ولقد جمع الأطباء وعلماء النفس على أن الحياة الاجتماعية للفرد أحد مسببات المرض خاصة إذا كان هذا الفرد يعيش في بيئة إجتماعية ملينة بالمشاكل. ففي سنة 1979 قام عالم الاجتماع "A.Antono vski" ودراسة بين فيها أن بعض الأفراد يكرون ومعنى يشيكون أفضل من الآخرين. و因为他ن هذه الفترة الأولى أفرادها لديهم حاسة التمسك أو الارتباط عالية وقوية بما يسمى " sens de coherence " أو "أثراء الأفراد من الطفولة" ، والتي هي حريت عائلية ومواجات (2).

و لقد ذكرت مجلة "Rose" بأن صحة الإنسان تتأثر بالعديد من العوامل المتداخلة والتي من أهلها الهواء النقي و عدم التلوث البيئي والاستراحات النفسي والعصبي، وممارسة النشاط البدني و الرياضة والتغذية التي تعد من أهم تلك العوامل (3).

لذلك وأمام كل هذه المشاكل ومسببات المرض، نجد العديد من المنظمات الصحية.

حاولت إيجاد الحلول المناسبة لل☕ بحياة الإنسان وبالتالي بالرقي بصحته.

وفي هذا الإطار نجد مدير المنظمة العالمية للصحة "H. Mahler" أكد على أن الصحة ستكون للجميع ابتداء من سنة 2000 وحتى "كارل ماركس" خمن على أن صراع الطبقات وتحسين مستوى المعيشة تؤدي إلى اختفاء الأمراض. (4) إن يفضل المجهدان المتواصلة من طرف العالماء المنظمات العالمية استطاع تحقيق حماية ولو نسبية لنفسه من أمراض كثيرة وذلك إما عن طريق الوقاية أو المعالجة، وتبقي دائما الوقاية خير من العلاج.

(1) - محمد الحماحي محمد، التغذية والصحة في حياة الإنسان ، 1، مركز الكتاب، القاهرة، مصر، ص 53، 54.
2- الطبق القديم:

ظهور قديم قدم الإنسان، الدين والطب، فمنذ ظهور الإنسان على وجه الأرض وهو يعاني من ويلات الألد والأمر، ولذل أنه سعى ومنازل بسعي لإيجاد مسكن لهذا الأمر، وذلك عن طريق الطب، لينشأ الطب في ملامحه الأولى متختنا طابع السحر والشروع، وهو طابع بسيط بساطة الشعوب البادية.

وإذا تولوجنا في تاريخ كل حضارة، ونفحوصا طريقة التداوي والمعالجة عندهم نجد أنها دون الحضارة الإسلامية يغلب عليها طابع السحر والشعوذة، والطب هم، غالبًا ما يكون كاهنًا أو قسيسًا يؤمن بإسلاة الألهة، ويتوسط لمراضى مع الألهة لتنميح الشفاء، على عكس الشريعة الإسلامية التي حشهر على وجود الله واحد يشفى المريض ولكن بالتداوي إما عن طريق الرقى، أو الحجاجة أو الأعشاب الطبية والجبه كالحبة السوداء، والعسل...

وغيرها لقوله صلى الله عليه وسلم "تداوا عباد الله" (1).

وإذ نلاحظ أنه كلام تولوجنا في القديم (الحضارات القديمة) كلما غلب عليها طابع الشروع وعدم اختصاص، بل نرى كثير من المعلمين القديم لهم الطابع الموسوعي أي أنهما قاموا بدراسة كل ألوان المعرفة في عصرهم، ولم يأت التخصصات الفروق المعرفة واستقلالها عن بعضها إلا في عصور متاخرة نسبية، بعد أن أصبح لا غنى عن ذلك مع توسع ألوان المعرفة، حيث يتعذر استيعابها كلها فن واحد، وعندما الوقت فإن العلماء والمعارف الإنسانية أصبحت تتطلب رقية وتقدم في تطبيقاتها وممارساتها بما تحت التخصص الذي يؤدي إلى الإنقاذ والإبداع (2).

إذن فبعد أن كان الطبيب صيدلياً والصيدلي طبيباً، إنفصل كل واحد منهما عن الآخر وصار الطبيب والصيدلي وطبب الأسنان والمرض والجراح وغيرها من آلاف التخصصات، ويعود الفضل إلى العرب المسلمين في فصل الصيدلة عن الطب، وأي طبر في الى بعض التخصصات الطبية، حيث نرى بأن أكول صيدلة عرفت في التاريخ هي صيدلية أقيمت في بغداد في عصر الدولة الإسلامية العباسية في أوج ازدهارها كما أن أصول ممارسة المهنة طبق لأول مرة في تلك العصور الزاهرة، حيث كانت تجرى الامتحانات من يريد الممارسة وما من مرخص له بممارسة المهنة (3).

وإن الطابق تاريخ كما للشعوب تاريخها، فلا نستطيع فهم الطب الحديث دون التطرق إلى تاريخه ومضاهيه ولقد اتفق العديد من العلماء الدارسين لتاريخ الطب على أن البداية الحقيقية والفعالة للطب تظهر بوضوح في الطابق المصري القديم، أي الطب الفرعوني (4).

---

(1) حديث شريف.
(2) خام محمد نزال، محمد عفان عبد الله، الشعوري، حسن إبراهيم، تاريخعلاج والدواء في العصور القديمة: العصر الإسلامي، عصر النهضة في أوروبا، دار المريض، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1990، ص9.
(3) نسخ المراجع، ص 11.
(4) توفيق حافظ شاذية، المريضون وتاريخ الطب، نهضة مصر، 1993، ص 10.
الطب في مصر الفرعونية:

إن الحضارة المصرية القديمة لم تكن وليدة وقتها وإنما جاءت ثمرة لجهود طويلة قدراً بعض المؤرخين بشعة وخمسين قرناً، فهي تمتد من أول العصر الحجري إلى عصر اختراع الكتابة والنحو والحساب والهندسة والفلكل، وكلها علوم كانت قد وصلت في عهد "مينا" مؤسس الأسرة الأول وموحد القطرين إلى درجة كبيرة من الرقي.

وقد كانت الثقافة والعلم والمعرفة في عقيدة المصريين القدماء أسمى ما يمكن أن يصل إليه المرء في حياته، كما كانت السبيل إلى الخلوص بعد مماته، وتم في هذين عالمين أن يجعل شعب مصر القديمة أصحاب العلم والمعرفة في المكان الأول من دنياهم وأخترتهم، وكان من أواض العلوم والمعارف التي عرفها المصريون القدماء الطب، فالطب في نظرهم "قصة البشرية" (1). ولقد أدى علم التاريخ بزمن طويل، وبذلك كان القدماء المصريون أول من مارس الطب على أسس سليمة، فالمصري القديم على عكس الإغريقي، كان بعيداً عن التفكيك فيما وراء الطبيعة و بعيداً عن النظريات الافتراضية، بل اعتمد في تشديد حضارته على تكتيس الملاحظات الواقعية والاستغلال منها، فاضيف بذلك خبرة علمية إلى فطنته الغزيرة (2)، وقد ظهر ذلك جلياً في البرديات (ورق يكتب عليه) و الحفريات وعلاج الكسور بالجبائر كما هو موجود في أحياء المدافن و أبوابها (3).

و بذلك لم يكن هذا الطب البديءي مبنياً على الخرافات والسحر والشعوذة، فكثيراً ما كان ينجح بما يثبت فيه من الملاحظات الحكيمة لعلم النفس وما يضيفه على المرضي من قة وإيمانه بالشفاء، فبدأ الأطباء يدركون أن العقل والوهم لهما صلة وثيقة وشذوذ شعور المريض، وأن النقص والإيمان لهما أثر هام في الشفاء، ومن هذا أصبح لصالح الساحر المطبب القديم والدعوات نفع أكيد في ملي نفس المرضي بالأمل في الشفاء (4).

ومن هنا نجد بأن الطب نشأ أول ما نشأ على السحر والمعتقدات الشعبية ثم أرتفع إلى مستوى أعلى، ولكله نظ ظل يحتفظ بمعتقدات شعبية بديائية، غير أن المصريين القدماء قد أضافوا إلى علم الطب ممارسة بعض الأمور كالتسامح ووضع الكمامة على الورم، ولاتسما استخدام وصفات نباتية على افتراض أن الروح الشريرة التي تسبب

(1) - رحاب خضر عكاري، مرجع سابق، ص 23.
(2) - توفيق حافظ شاذلي، مرجع سابق، ص 56.
(3) - عامر النجار، في تاريخ الطب في الدولة الإسلامية، ط 3، دار المعارف، القاهرة، مصر، 1994، ص 18.
(4) - توفيق حافظ شاذلي، مرجع سابق، ص 51.
المرض، قد لا تطبق رافعة النباتة وأطعمها فتهجر جسم المريض ويشفي. كما كانوا يحاولون إخراج هذه الروح الشريرة بتحريفها بما يلبسوه من أقنعة مفرومة، وما يغطون به أجسادهم من جلود حيوان، وبصياغهم وهديانهم وتصقفهم بالأيدي والخشنة بالصفائح (1).

وكان الكهنة أول من مارس مهنة الطب، وبعدها نشأت فئة الأطباء من غير رجال الذين ثم انقسمت هذه الفئة إلى درجتين إحداهما وسيلة السحر والشعور، والثانية تعتمد في علاجها العقاير والجراحة وظهر فيها الأخصائيون (2).

ولقد كانت مهنة الطبيب في فحصه للمريض مشابهة حتى تصل إلى المطابقة لما هي عليه الآن، حيث كان الطبيب المتخصص يبدأ علاجه عادة باستجواب المريض استجواباً دقيقاً وهو ما يسمى "بالحوار"، ثم يأتي بعد ذلك عملية الفحص التي يقوم فيها الطبيب بفحص المريض فحصاً دقيقاً شاملاً يبدأ بالوجه، فيلاحظ الفحص لونه وآفاتاته وقفته وقبعته وهي تسمى أيضاً بعملية "المناظرة"، وفي المرحلة الثالثة يأتي عملية "الجس" فقد اهتم أطباء القدماء المصريين في فحوصهم بجس النبض وتقييم حرارة الجسم وفحص البطن وفحص البراز والبول، وفي المرحلة الرابعة وهي الأخيرة التي تسمى "عملية القرع" ومقسومها القرع على بعض مناطق من الجسم كالصدر والبطين والرأس ويعتمدون في هذه الحالة على صدور مختلف الرنين.

ولقد توصل القدماء المصريون إلى تشخيص الكثير من الأمراض، حتى بلغما وصفوه حوالي 250 مرضًا(3) وتبريراً ألموا على كل التخصصات الحديثة، كالجراحة والتخدير، أمراض النساء النبض والشرابين، التشريح وغيرها... كما نجدها اكتسبوا شهرة عالمية في التخطيط والتي هيأت لهم معرفة أحكام الجسم الداخلية مما كان له الأثر العظيم في تقدمهم في علم الطب (4).

ويعتبر التخطيط من أبرز الفنون التي اشتهر بها القدماء المصريون وتعتبر الحضارة المصرية صاحبة الفضل الأول فيه، ثم أخذته عنها بعض الدول الأخرى، وكانت النظرية التي اعتمدو عليها هي تجفيف الجسم حتى لا يتمكن بكتريا التفعن من أن تعيش على أنسجته، ثم قد سام الجسم بممواد عازلة حتى لا يتمكن الرطوبة من أن تندف إلى أنسجته مرة أخرى فيتعفن من جديد (5).

---
(1) توفيق حافظ شادية، مرجع سابق، ص 42.
(2) عامر الشكر، مرجع سابق، ص 18.
(3) توفيق حافظ شادية، مرجع سابق، ص 39.
(4) راجب خضر عكاري، مرجع سابق، ص 23.
(5) توفيق حافظ شادية، مرجع سابق، ص 56.
وقد مارس المصريون الختان منذ بداية التاريخ، واحذ اليهود هذه السنة عنهم وطبقوها على أولادهم، حيث كانت هذه العملية تجري بين 6 و12 سنة (1).

كما نجدهم استعملوا بعض العقاقير والنباتات المستعملة في الطب الحديث ولقد شملت العقاقير التي استعملوها مواد معدنية ونباتية وحيوية فاستخدموا من الأولى الحارة الكريمة وذهب لتكون لتركيب الطلاسم (2). وعلاج الإنسان ومن النباتات، استخدموا 250 نوع لعلاج بعض الآلام البطن وغيرها، ومن بين هذه النباتات، الكمون، التعناز، الزعتر، قشور الزمان. 

إذن لقد بلغ الطب المصري أوجه حوالي سنة 2000 ق.م، فبرزت شهرة الأطباء المصريين القديم وملأت أسماع العالم وبدأ الطب عليهم يزداد يوما بعد يوم، وكان محظوا الطب (يبلدون) يقصدون مصدر من كل مكان، ويلجؤون إلى أطباءها يلتمون عنهما الشفاء، فلقد كان أطباءها ذو شأن عظيم ودرجة علمية كبيرة.

ولقد كان الأطباء المصريون يتدرجون في إطار وظائف ترتبط تشاذمية في الإدارات الحكومية وذلك من درجة طبيب إلى كبير الأطباء إلى مفتش عام، وكان منهم من يلحم مجزم القصر أو يختص بالملك وزوجته، أو الحكام المحليين والنبلاء (3) وكانوا يتكونون من ثلاث فئات هي الأطباء الكهنة والأطباء العلمانيون والأطباء المساعدين (4).

فالفكهة كانوا أول من مارس مهنة الطب في مصدر الفرعونية، وفي بادئة الأمر كان الطب حكرا عليهم، فكانوا وسطاء بين المريض وله الشافي، يعرفون طريق التوصل إلى هذا الإله والسبيل إلى اجتذاب رضاه، وبرموز الزمن بدؤوا في استعمال العقاقير، فكان أول استعمال لهم صحرايا منها على الأساطير أو على مبدأ تقديم القربران للألهة الطبية لاستمالتها ويرفع الفضل إلى الكهنة في إدخال الكثير من الوظائف الصحية بحجة الدين، مثل حظر كل حمل الخنزير والبزغ، والصيام 40 يوما لكل عام. أما الأطباء العلمانيون فهم امهر الناس، نجدهم ينقسمون إلى قسمين:

(1) - يوشع زكريا، عظماء من تاريخ الطب، دار المعارف، القاهرة، مصر، 1986، ص 66.
(2) - نفس المراجع، ص 80.
(3) - نفس المراجع، ص 61.
(4) - رحاب خضر عكاوي، مرجع سابق، ص 12.
1- من حيث العمل: تنقسم هذه الفئة بدورها إلى 3 أقسام:

1.1 أطباء القصر: وهم الأطباء المختصون في معالجة الملك وزوجته أو الحكام المحليين والبلاء.

2.1 أطباء الدول: وهم الأطباء الملحقون بمصالح الحكومة، يتقاضون منها مراتبهم.

3.1 أطباء ملحقون بالمعابد: وهم أطباء يتقاضون أجورهم من ميزانية تلك المعابد، ولعل أروع ما في هذه المهمة عندهم أنها كانت إنسانية إلى درجة كبيرة، كونها لم تكن في صالح الميسوريين وحدهم، بل كانت لمصالح العامة من الشعب.

2- من حيث التخصص:

إن الطب عند المصريين القدماء ينقسم إلى فروع طبية كثيرة منها طب العيون وطب الباطني، الطب البشري، طب المراة، الجراحة، طب الأسنان وغيره. وهي فروع الطب الحديث والأطباء المساعدون وهم الفئة المساعدة للأطباء في عملهم مثل الممرضين والأخصائيين في الأربطة وتدليك، وكان يطلق عليهم لقب "أوت" وكان البعض منهم للأحياء، والبعض الآخر للأموات (التحنيط). لقد تمت المقدرة الطبية في حضارة مصر الفرعونية بفضل ابتكار الكتابة، واكتشف ورق البردي عامل مكمل لابتكار الكتابة من أجل نشأة العلم، إذن هذا ماسا عد على تطوير ممارسة مهنة الطب، وذلك في الوصفات الطبية، حيث كان مسجلا فيها تشخيص المرض والعلاج اللازم.
ب) الطب في حضارة الرافدين:

تعتبر بلاد الرافدين أقدم موطن وحضارة شاخصة شان الحضارة الفرعونية المصرية.
وهناك حتى من يرى أنها حضارة سبقت الحضارة الفرعونية بزعم تسمية بلاد ما بين النهرين في العهد القديم تحت اسم "أرض سنغار" والمقصود بها منطقة "سومر وأكاد" حيث قامت فيما بعد إمبراطورية بابل (1) ونقصت ببابل البلاد التي يعتنقها نهر الفرات والدجلة، أي بلاد ما بين النهرين وهي العراق الحالية.

وقد وردت من بابل تراثاً يشمل مثالاً روافد خلق العالم والفيضان وتقسيم الأسبوع إلى 7 أيام و راحة اليوم السابع منها، والتوقيف القرمي ووضع رقم 60 أساسا لحساب الساعات والدقائق وتقسيم درجات الدائرة كما هي الآن. وعلم الفلك الذي يمثل بوضوح طبيعة تفكيرهم الطبي. واسس الإيمان به، أي الفلك هو العقيدة بأن الألله تكشف عن نواياه عن طريق الأحداث الطبيعية، وعلى رأسها حركات الأجسام السماوية، وبما أن المرصد مبعث من الآلهة، فإنه يتحتم على من يبقي معرفة أصله وفصله، معرفة الطواف عن طريقها و من هنا اهتمام الدولة بإنشاء المراصد في جميع أنحاء البلاد لتزويد البلات والشعب بالتركيز النزاعية عن حركات الأفلاك (2).

كانت بابل بلاد السحر والجن المختارة، فكان البابلي يقرر نفسه محاطاً بأروااح تسكن المنازل والأفكار والشوارع، تهب مع الرياح، وتترقص به وراء الشجر وحجر لتهجها في ظلام الليل، ولن كأدرك أنه في مأمون إذا عمل بالوصايا وتحصين بالطلاسم و التمائم (3)، وكانت النتيجة المنطقة لهذا التفكير أن الصلوات والتعابد والانتفاع والقرآن و الطقوس السحرية كونت أسس التخلص من المرض، و من أمثلة هذا الاتجاه تلاوة التخليمة الآلية لإذاعة الروح الشريرة بالجوع والعطش: "لا طعام لك حتى تغادر هذا المريض ابن الإله، لا شراب تشربه و لن يتاح لك مئة يا مائدة، و لن تشرب ماء البحر ولا الماء العذب ولا الماء القذر لماء الفرات"، وتلت هذه التعزيزات مميزات السحر، وهي أول ما تأتي المريض لإرهاب الشيطان، ثم سرد أنواع الماء واحدا بعد الآخر لعندما تشرك ثغرة تنسيق للسحر الوصقل إلى المشاء (4).

وفي ميدان الصحة العامة والمتى توجه عنايتهم إلى فئة الأصحاب يجوز القول إجمالاً بأن البابليين لم يصلوا إلى درجة الترف التي وصل إليها المصريون، ولم يتفنوا مثلهم في الاستمتاع بطميات الحياة، و هذا نتيجة للجو القاسي الذي عاشا فيه من وجهته الطبيعية والروحانية هذا و إن كان لهم الفضل في ابتداع يوم الراحة الدوري كل سبعة أيام.

(1) صبحي أحمد محمود، قميزي زيدان محمود، مرجع سابق، ص 21.
(2) يوشع أبو سهيل، مرجع سابق، ص 49.
(3) نفس المرجع، ص 50.
(4) نفس المرجع، ص 55.
الذي نقله عنهم اليهود، والطريف في هذا أن اليهود التزموا الراحة في سابع يوم لا لسبب إلا لأنهم عدو منحوس على عكس اليهود الذين قدوس، و لم يهتموا بنظام الجسم ثالثاً، وهم اهتم بها المصرى، كان الاستحصال نادراً ولم يمتلك الحمامات إلا الأثرياء، ومن جهة أخرى، فإن القنوات كانت محرومة عليهم وتبول فيها بعد خلاطة (1).

كما كان الطب في أرض الراذفين يرجع إلى الآلهة فان أيضاً يرجع إلى أرواح شريرة تظهر في صورة الشياطين، فقد كانت هذه الحباومة المهيئة الذين يحبها اليهوديون، والأموات تظلها دائماً، خصوصاً في كهول الشياطين، وكانت هذه الشياطين مخلوقات عجيبة يمكن أن تتشكل في أبى صورة، و كانت تفضل عامة الأماكن المهجورة والخراب و المداخن، وكانت الخطبنة أقرب الطرق التي يستطيع بها الشيطان دخول جسم الإنسان، وللتي تظهر بصور عديدة في إهمال الطقوس الدينية و السرقة و القتل، ولم يكن هناك ثمة تمييز بين الدرب القطبي والدرب المتعلق بالطرق الدينية، فكان ينظر إليها كأنها على أنها من نوع واحد والذ بسبب الدور الغالب التي كانت الأفكار الدينية تقوم به في نظام الحياة اليومية (2).

وكان المرء في اعتقاد هذه الشعوب إذا أذنب ينذل الإله الذي يظله بحمايته فيصير الطريق المفتوحة أمام الشياطين، فنتشز القرص لدخول جسم الإنسان، وكان المرض أشع صورة لوجود الشيطان في جسم الإنسان، و ربما كان شيطان الحمى أهول الشياطين عند أهل الراذفين، فكانوا برأسي أسد و أسنان حمار و أطراف نمر أزرق، وكان صوته كصوت النمر الأزرق، يمسك بيده أفقي هائلاً، وكان كلب أسود و خنزير يدعى تدبيه، هكذا كان المرض في تصور هذه الشعوب صاحب إثم (3).

أما عن العلاج فكان من الطبيعي أن يصل الطب في أرض الراذفين إلى أن علاج المرض هو طرد الشيطان، والشيطن، في سبيل هذا العلاج كان تتبع إجراءات مفصلة ومعقدة، فكان يجب على المريض أولاً تعيين الشيطان الذي يسبب له المرض، فسماء الشياطين كانت معروفة، و كان أولها أو أثماً "ASHAKU " و هو شيطان الرأس الذي كان يسبب الصداع، وكان الكاهن المتخصص في هذا الأمر يسمى "ASHIPU " وذلك بالرقي وال الأعمال السحرية التي تتطلبها الحالة.

إلى جانب الأطباء الكهنة الذين خطرت الا للعلاج بالسفر، و الشدوة وجدت طائفة من الكهنة الذين عرفوا الطب الباطني، وأطلق عليهم اسم "أيمنو " كما برع في طائفة من الكهنة الذين مارسو الجراحة، فعرفوا باسم "أسو " وكانوا يعالجون الجراحة و الكسور ولدغات الأفاعي و الواو، ثم تطور الطب في عهد الملك " حمو رأبي " حيث أصبح الأطباء تحت رابطة الدولة، فكانوا يجزون ويعلقون (4).

(1) - بول فلمنجى، مرجع سابق، ص 57.
(2) - توفيق حافظ شامية، مرجع سابق، ص 97.
(3) - نفس المرجع، ص 97.
(4) - توفيق حافظ شامية، مرجع سابق، ص 101.
وقد عرف أطباء بابل التشريج معرفة جيدة واهتموا بدراسة كبد الإنسان لضمنهم أن رئيس جميع الأعضاء، وأنه مركز العاطفة كما أن القلب عنيه كان مركز العقل، كما تطرق الأطباء الأشوريون (سكان في منطقة بابل) إلى أمراض عدة فهموها وحاولوا إيجاد العلاج الناجح لها وفي ميادين مختلفة كأمراض الرأس والعين والأذن والأنف والأنساني. وذلك حسب أعراض هذه الأمراض، وهو الطريق الذي عرفه الطب الإغريقي أيضاً.

وعلوا سبب المرض أن هناك أجساماً غير منظورة (غير مرئية) تدخل الجسم مع الهواء عن طريق التنفس أو الطعام والشراب أو مع الأوساخ عن طريق الجلد، وهو ما يعرفه اليوم بالعدوى الجرثومية. أما ما ذكره الأروح الشريرة التي تسبب المرض وتمسكه بالجسم، فلا شك أنهما قصدوا ما يعرف اليوم بالمرض النفسي والعقلي. ولذلك وصف التعاون والرقيق لطرد الروح الشريرة المسببة للمرض، ولقد كان في وادي الرافدين ثلاث مذاهب للمعالجة، المعالجة بالنصح، أي الطب الوقائي والمعالجة بتشكيل المرض.

ووصف العقار النباتي أو المعدني أو الحيواني، ثم العلاج بالسحر والرقي(1).

وقد عرف أطباء بلاد الرافدين خصائص الأعشاب والنباتات وكذلك المعادن ومختلف المواد الأخرى، وقد استعملوا الأعشاب التي كانت موجودة عندهم بكثرة ووضعها كدواء على هيئة حبوب أو مراهم أو مساحيق(2) ولقد كان الطبيب هو المشرف على تركيب المداوي أو أحياناً كثيرة كان يصنعه بنفسه، ولقد تعددت لديهم أشكال الأدوية وطرق استعمالها، ولعل معرفتهم بالكيمياء هي التي مكتسبهم من استخلاص الأدوية من بعض المعادن والأملاح وإدخالها في تركيب جديد، ولقد جاءت الوصفات على شكل حقن شرائح وذلك عندما يشعرون بالعيب عن طريق الفم والنشوق لأمراض الأنف والغدد والمراف والقرطط للعين. أما أدوية الجلد فقد كانت على شكل غسول ودهون ومراهم ومصاحيق، كما أنهم استعملوا الأدوية الحيوانية بما فيها الأبقاها وحومها وحتى فضلاتها واستخدموا أيضاً الطيور على مختلف أنواعها كالبومة والتعلم والصقر والغراب والدجاج(3) وكانت أكثر الأدوية شيوعاً هو عقار مكون من خليط من العناصر التي تعافى النفس اختيرت لهذا السبب عن قصد، ولعلهم كانوا يفترضون أن معده المريض أقوى من معدة الشيطان الذي يقتحمه، وكانت العناصر المألوفة لديهم في اللحم النيل و açıklام العظام ومسحوق العظام أو الشحم و الأقفار الممزوجة ببول الحيوان أو الإنسان أو برازه(4).

إذن كان يعتقد أن الأمراض الشديدة تأتي نتيجة غضب الآلهة أو نتيجة السحر وتأثيره، وقد كان هناك نوعان من السحر:
الأول: هو السحر المؤذي الضار الذي يمارس من قبل المشوعين، و الذي حرمته القوانين.

الثاني: هو السحر النافع، و يمارس من قبل رجال الدين أو ما يمكن أن نطلق عليهم "المعزمن"، و كانت ممارسته مقدسة، و هدفه الحمالة، على أن معرفة المرضا و تشخيصه كانت تتم من قبل الطبيب، و كان للمتعلم دور كدور الطبيب النفساني في شفاء المرضي.(1)

كما عرف الآشوريون التشريح، ولكن لم يعرفوا تشريح جسم الإنسان كهدف لثنيت أجزاءه وما فيه من أعضاء، فالمعلومات هذه كشفت لهم عن طريق تطبيق القرابين والأطهية ومقارنة تلك الأعضاء بما يقابلها عند الإنسان. والتي عرفوها من مشاهداتهم للجراح البيغية في الممارسات العربية، فعرفوها من ذلك شكل قلب الإنسان ومعدته وكبده وغيرها. كما عرفوا أهمية وعمل كل عضو من الأعضاء.(2)

رغم أن الطب البيبلي كان مرتبطا بالسحر والشعوذة. إلا أنه كان لديه قاعدة مثينة و جديدة في فهم المرض وإيجاد الدواء المناسب له وذلك عن طريق مزج بعض العقاقير والأعشاب للتداوي من المرض وتحقيق الشفاء. وعلل أحسن مرحلة عرف فيها الطب الآشوري درجة عالية من القيمة والفعالية هي حقبة "الحموري" الذي شرع في مقابلة الأطباء الذين يخطئون في عملهم، هذا القرار سمح بإعطاء نوع من الجدية في مزاولة المهنة، وإعطاء الطبيب درجة عالية من الاحترام والوقار، عند ها أبدأ الطب بنفسا فشيئا عن السحر والشعوذة.

إذن لقد تطور الوضع مع مجيء الملك "حمو رابي" الذي قام بتوحيد سكان الجزيرة العربية سنة 1728-1676 م، فلم تعتمد شهرة حمو رابي على فتوحه و توحيدته و رعايته للاقتصادات بلده بقدر ما اعتمدت على تشريعاته الإدارية والقانونية، وهي تشريعات بدأ في إصدارها منذ العام الثاني لحكمه.

ولقد تكونت شريعة الحموري من 275 مادة. وقد رتبت ترتيبا يكاد يكون هو الترتيب العلمي الحديث، و تخص شريعة ملائماً على أن الجراح إذا ما استعمل شريطاً البروني اخطأ في استعماله تقطع يده، وإذا تعاطي أجرة أكثر مما يحقق بعاقب بالحبس، و بما أي شريعة الحموري و مواد تضمن مهنة الطبيب و تحديد الأجر الواجب تقاضيه عن الحر و المستقيم والعيد، و كما ذكروا سابقا أنهما قد أعفوا التشريحة معرفة جيدة، و اهتموا برؤية كبد الأسنان لظنهم أنها مركز العقل، فقد كان الطب والجراحة من اختصاص الإله (بو) التي لا تختفي، فمن يخطى هو الوسطي البشري أي الطبيب وهذا ما يدعو الجراحين إلى الامتناع عن كل عملية غير مؤكدة النجاح لأن العقاب ينتظرهم.(3)

---

(1) - عمرو النجار ، مرجع سابق ، ص 15.
(2) - رحاب خضر عكاري ، مرجع سابق ، ص 42.
(3) - توفيق حافظ شادية ، مرجع سابق ، ص 102.
ج- الطب في الحضارة الإغريقية:

من المعروف أن الحضارة الإغريقية هي من بين الحضارات العظمى والقوية،
شأنها شأن الحضارة الرومانية والمصرية واليونانية، وذلك من كل النواحي العلمية
كالفلسفة والرياضيات والطب، ولهذه الإغريق من طب المصريين القدماء واستوعبوه و
هضموه جيدا، وادعوا من الكلدان والسوريين وازدادوا على طب هذه الحضارات الشيء
ال كثير، ذلك لأن العقلية اليونانية تميزت بأنها عقلية تركيبية نشطة(1).

وتراجع صناعة الطب عند الإغريق إلى زمن الحكيم " أسقليبوس " الذي كان أحد
الملوك الأربعة الذين صبحوا " هرمس " واخروا عنه الحكمة والتنجيم والطب، وهو الذي
أمر بأنه لا يجب تعاطي المهنة إلا لمن كان على سيرته رائدها الأول " أبقراط " في الطهارة
والعرفة وصدق النية(2). وبذلك أصبحوا يقدسونه ويعتبرونه أحد أهم الوسائل لشفاء
المرضى. وبذلك جعلت الحضارة الإغريقية " أسقليبوس " معجدا.

ولقد اتخذ " أسقليبوس " رمزا لصناعة الطب، عصا من الخلطى متعولة تكلف
عليها حبة، إما العصا من الخلطى، فإن الخلطى كثير المنافع، وأما تخرج العصا فللدلالة
على كثرة الأمراض وكثرة طرائف المداواة، وأما الحية فللدلالة على الحكمة واليقظة اللتين
يجب على الطبيب أن يتحلى بهما، وهمان صفتان موجودتان في الحياة، ثم الحية طويلة
العمر، وسمها يدخل في علاج عدد من الأمراض. وعلم " أسقليبوس " أبناءه الخمسة صناعة
الطب وأيهم بن يكتموها عن الناس ولم يعد إلا هو ولا خلقاء صناعة الطب إلا في أوراق بسيرة. رمزا لا يفهمه إلا الذي يقرأه على الذين دونوه(3).

لقد كان الطب الإغريقي مزيجا من الحقيقة والخراقة. وخاصة في عهد " أقليبوس "
حيث سيطر في هذا العهد كهنة " أقليبوس " على الطب ووسائل العلاج(4)، فاختلط الطب
بالشوعذة والسير، وفي القرن الخامس قبل الميلاد ظهر " أبقراط " الذي يعد من أهمر
الطباء اليونان، وقيل أن أبوه كان من آل " أسقليبوس " ومن جده " أبقراط "(5).

لم يكن " أبقراط " كاهنا ولا ساحرا، كان طبيبا يعمل على الملاحظة والتجربة،
ابعد السحر والشوعذة عن ممارسته للمهنة، كان يهتم للغاية بمراقبة أحوال مريضه حتى
يعرف علامات المرض، كالتعبير المرئي على الوجه عند دنوه الأجل، وهو ما
يعرف اليوم " بالوجه الأبقراط " وكان على عكس من سبقوه يرى أن المرض

(1) - عامر النجار، مرجع سابق، ص 28.
(2) - رحاب خضر عكاري، مرجع سابق، ص 26.
(3) - عامر النجار، مرجع سابق، ص 32.
(4) - بول فيليبي، مرجع سابق، ص 168.
(5) - عامر النجار، مرجع سابق، ص 34.
عوارض طبيعي ورد فعل من جانب الجسم(1)، وبذلك وبعد أن كان المرض معتبراً مسا من
الشيطان أصبح موضوع بحث إكلينيكي.

فقد اعتبر "أبقراط " أن كل مريض يشكل حالة قائمة بذاتها، وبذلك دون أعراض
كل حالة وأسامى مرضها، وكان يرجع في فحصه إلى المعلومات المختبرة الماضية(2).

ولقد اهتم "أبقراط" بمعظم الاختصاصات، حتى الجراحة لم يهمها، فنجد أنه أسس
مدرسة استمرت حتى بعد وفاته وظلت محافظة على مكتبتها وظهرت مدارس أخرى
"المدرسة الإسكندرية"، "المدرسة النزاعية"، وظهر أطباء آخرون كثيرون ساهموا في تطوير
الطب الأغريقي. وظف إلى ذلك الحوادث التي حدثت في القرن الرابع قبل الميلاد، والتي
قلبت تاريخ العالم، وذلك عندما دخل الإسكندر المقدوني مصر وأسيا، فانتقلت معه
الحضارات الشرقية وتأثرت بها حتى وصلت إلى الهند(3).

و يعتمد من الأدب الأغريقي أن أطباء هذا العهد عرفوا المخ والدماغ ووصفوا
نسيجاً أطلقوا عليه فئة "نفر " وقد تخرج اليوم بالعصب غير أنهم ضموا تحت هذه
النسبة معرفة أملايا وآليات مختلفة لأنهم شاؤن قدامي المصريين بمفهوم "ميت"، وبدوا أنهم
لمواطن معاكسة في الانفعالات النفسية من خفقان واضطراب في التنفس والتأقي في
ناحية المعدة، وصفو مركز الحياة في الحجاب الحاجز في رأي البعض، أو في القلب أو
الكبد في رأي البعض الآخر، وقد ظلت فئة من العلماء والفلسفة تعتقد - قرونا بحدود
أداء من الأدباء والمحارب هو القلب، ومع ذلك فإن معلوماتهم التشريحي - مع ضالتهم - تبدوا
في هذه القصص على جانب لا ينفع به من الصحة لا سيما تلك التي تخص العظام
والعضلات والفاصل وظهر طبهم بمظهر تجريبي علمي لا تشبه الشعوذة ولا تتدخل في
شعورة الآلة أي أن الأطباء كانوا من المحترفين غير اللاهوتيين وكان هؤلاء يتمتعون بمكانة
رفيعة في المجتمع، ولم تسب الطب شروعة الجنس والعوفرية والإلهاء إلا عندما اختلط
الأغريقي بالأسيويين، وتأثروا بأديانهم(4).

وتقدم الكتبات المخطوطة على القرابين والمعلومات المعاصرة أن الكهنة في بداية
عهد هذه العادات كانوا يتدخلون في العلاج ولم بطريقة خفية فقد كانوا يتعلمون إلى الكيف
ليلями متيقنين في شكل الإله وحالات الدُّم وآيماويات العقاب المختلفة التي
ستخدمتهم في شتى أنواع العلاج ... إلا أنهم أخذوا بعد ذلك يقتصر على وسائل الإيحاء
في أثناء النوم، وتفسير الأحلام يسري إلى الأمل مرض يرمي ih به، وعندما من
أجل بذل العطاء للعميد فقد صار تقليدا في ذلك الوقت أي يقدّم المريض الذي منع الشفاء
بعض من النقود في المنبع المقدس، وأن يقدم قربانا له من الذهب أو القصة على شكل العضو
الذي نفّذ في جسمه، وهذه القرابين الرمزية وجدت آلاف منها في المعابد الأغريقي القديمة
وهكذا.

---
(1) - عالم النجاح ، مرجع سابق، ص 34.
(2) - رباح ضعر عكاري، مرجع سابق، ص 30.
(3) - بول فيلنر، مرجع سابق، ص 196.
(4) - نفس المرجع، ص 165.
الأمر الذي أمكن الاستدلال منه على أنواع الأمراض التي كانت متغيرة في ذلك الوقت، و
هذا التقاليد ما تزال بقائمه قائمة حتى الآن، فإننا نجد جدران الكنائس مغطاة بالنماذج الفضية
المقدمة إلى القديس الشافعي، كما أن عادة رمي النقود قد خُلد أو بُعثت في نافورة بروما.
و مع أن هذه العملية المعقدة كانت تعتمد - ضمن ما تعتمد عليه - على قسط ضئيل
من العلاج الطبي الصحيح، فإن جوهر علاج المعابد كان إحداث الشعل أو النوم الثاني الذين
يكفلان شفاء المريض، وذلك أمر يدل على أن الكهنة قد فظنو إلى حقيقة هامة هي قابلية
 النفس للإحراز في أثناء النوم، سر الحقيقة التي يشغلها علماء النفس في بعض وسائلهم
العلاجية اليوم (1).
ففي مجال التشريح، وبعد أن كان التشريع محرما، جاء "بطليموس سوتيير" ورفع
الحضر عن تشريح الجثث، وتوصل "هيرو فيلس" أحد أطباء التشريح في هذه الفترة
التعريف على أعراض النخاع، وعن مبنتها فيه وتم التمييز بين الأعصاب والأوعية والأوردة
و التشريبي.

ويمكننا من فهم عدة تخصصات طبية كالعيون والأذن والأعصاب وتجبير الكسور
وأمراض النساء والقلب والكبد والصدر. ونرى الطبيب "إيرازتراس" كأول من بين
أن القصبة الهوائية يجري فيها الهواء لا الغذاء، لذا اسمها "الشريان الخشبي". إذن لقد
حقق الإريغي نقدا كبيرا في الطب ففضل العلماء والأطباء المذكورين سابقًا ولا سيما
الطبيب "أنكريات". الذي أكد على ضرورة النظافة الجسمية من لباس وجسد وبيئة،
ونجده يذكر ذلك في كتابه "الوصية".

كما نجده نجحوا في رؤية كل ما أمكن ملاحظته قبل اختراع المجهر، و بذلك
نستطيع القول بأن طب حضارة الإريغي كان طب عملي خالي من السحر و الشعوذة و
التامن كما كان الحال في طب حضارة الفراعنة.
و هذا لا ينفي عدم تبعية الطب الإريغي و امتزاجه مع السحر و الشعوذة في عهد
"بستليوس". ولكنه بدأ يأخذ طابعا عمليا جديدا بعد ظهور "أنكريات" وبعض العلماء
والأطباء والتابعين له من بعده وأطباء منافضين له من مدارس أخرى.

(1) - نادل فلولنج ، مرجع سابق ، ص 182.
(2) - نفس المرجع ، ص 196 ، 199.
د) تطور الطب في فجر الإسلام:

لقد أدرك الإنسان منذ وجوده على سطح الأرض نعمة الصحة والعافية وحجيم المرض وآلامه، فنجد سعى منذ البداية إلى المحافظة على صحته وذلك بتجنب كل ما يهددها بالزوال والتمسك بكل ما يحافظ عليها ويدهمها. فلاجتماعية المرض وكان يظن أن الأرواح الشريرة هي السبب في حدوثه. فبدأ كفاحه لإيجاد حلاً لطرده، واسترجاع الصحة والعافية.

وكان لعرب الجاهلية أوهام لعلاج المرض والوقاية منه وعادات يمارسونها ويؤمنون بأنها ناجحة وضرورية لدوام الصحة. واسترجاعها إذا غابت. ومن بين هذه الأوهام والطقوس أنهم كانوا يعتقدون أن دم الرئيس أو الملك يشفى من عضة الكلب والمخلوق، ولذا كانوا يأخذون من قطرات ذلك الدم ويزجونها بالماء ويسقونها للمصابين بالرباط. وقبل دخول الإسلام إلى ديارهم غرب الجاهلية الخاندان، والأرجح أنهم تعلموا هذه العملية من اليهود، ومارسوها على الصبيان من الذكور والإناث، وكان يختص بإجراءاتها الحلقون والحجا مون(1).

ولقد ظلت ممارسة الطب في مملكة الجاهلية على هذا الحال حتى بزوغ فجر الإسلام وظهور الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم ﷺ، والذي أحدثت بهتامه بالطب والصحة وطرق الحفاظ عليها انقلاب كبير، كونه جاء كداعية للتخلص عن كل الممارسات الخرافية التي كانت منتشرة. وأعطى وسائل وطرق أكثر جدية وواقعية للتخلص من السحر والشعوذة، والتداوي بالحجامة والرقي واستعمال بعض الأعشاب الطبية الطبيعة.

وكان من بين أول اهتمامات الإسلام النهي بالتخلي عن السحر والشعوذة فأمر الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم ﷺ الناس بالعلاج، ويظهر ذلك جلياً من خلال قوله "... تداوا عباد الله فان الله لم ينزل داء إلا انزل له دواء إذا دواء واحد... الهرم" (2). وبذلك نجد الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم ﷺ حث على التداوي، و بذلك بربط الأسباب بالأسباب وتاكيد عليه أن لكل داء دواء. وعلاوة على ذلك قد نهى الإسلام عن التمائم والتكهن والعراة والنجيم.

ولفد رفع العرب الطب وسموا به إلى أعلى المستويات وخصوصا في الجراحة التي كانت ممنوعة في أوروبا في العصور الوسطى ففي علم الجراحة كان الأطباء المسلمون يجرون عمليات معقدة في العيون وغيرها بأدوات دقيقة لا يزال بعضها يستعمل حتى الآن مع تعديل طفيف بها.

---

(1) رحاب خضر عكاري، مرجان سابق، ص ص 69.73.
(2) عبد الرحمن عبد الرحمن التقبي، الإعداد التربوي والمهني للطبيب عند المسلمين، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1984، ص 39.
وقد استعمل الكي في الإسلام لمعالجة البواسير والقضاء على التعب والآلام. وقد عملوا أنسانًا صناعيًا من عظام الحيوانات ومن أشهرك لجراحين العرب
الجريان الأندونيسي الشهير أبو القاسم خلف بن عباس الزهراوي (1). ولقد نصح الإسلام بالنظام، لأن النظامية معدة الأمراض والطفيليات لأن الأواسخ مساعدة كبيرة على نقل
وانتشار المرض، وفي الوذوب حكمة بالغة، إذ يجب على كل مسلم أن ينظف الأمراض
الظاهرة من جسمه خمس مرات في اليوم، ففي هذه الآثار يقول عز من قال في وجب
الوضع "يا أيها الذين آمنوا إذا قمت إلى الصلاة فاغسلوا وجهكم وأيديكم إلى المرافق،
وامسحوا بروسكم وأرجلكم إلى الكعبي، وإن كنتم جنبًا فأطهروا" (سورة العادنة ص6).

كما فرض الله سبحانه وتعالى الصيام على الناس لأعراض دينية، منها تعلم
النفس الصبر وتحمل الجوع والعطش ليشعر الصائم بالألم الفيقر والناصري يتصدق
عليه، وأخرى صحيحة كون الصوم يعالج مشكل زيادة الوزن والنلاج من كثرة الغذاء وقلة
الحركة، إضافة إلى علاج المعدة واضطرابات الأمعاء لقوله "صلى الله عليه وسلم" المعدة
بيت الداء والحمية رأس كل دواء" وفوائد أخرى كثيرة في علاج التهاب الكلى وأمراض
القلب، التهاب المفاصل ...

إضافة إلى ذلك تحريمه أكل بعض اللحوم مثل لحم الخنزير لما فيه من مضرة
كون هذا النوع من الحيوانات كثيرة ما يصاب بالطفيليات وينقل أمراضًا شتي وكثيرة مثل "
الستينيا" "البلاتينيي" وهو الحيوان الوحيد الذي يصاب بمرض "التركينيا" ( نوع من
الديدان الطويل) والإنسان الذي يصاب به يحدث عنه تسمم عمومي وإسهال وقد يؤدي إلى
وقاته. وتحريمه الزيت واللواح لما فيه من أمراض جسمانية ونفسانية، فهي سبب نفل أو
العدوى بالكثير من الأمراض كمرض "السيدة" و"الزهري" و"السيان" و"الفرحة" و
أمراض الجلد كالجرح (2).

وبدأ العرب يعملون بنصائح الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم فخنوا عن السحر
والشعور والعناء تعالى مستعينين في ذلك الأعراض الطبية والرقي والتجارة، ففي الحجامة شفاء
لبعض الأمراض كالقلب والكبد وأمراض الدم، وتكون يوم واحد في الأسبوع هو الاثنين,
ذلك أن الجسم يمكن أن يجدز المفقود منه بعد أسبوع من قصده الدم وينظر ذلك جلبا في قول
الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم: "الحجامة تزيد الحافظ حفظًا، والعاقل عقلا، فأخذوا على
اسم الله تعالى ولا تحجموا الخمس والجمعة والسبت والأحد واحتجموا الاثنين وما كان من
جذام ولا يذكر إلا ونزل يوم الأربعاء"(3).

(1) عبد الله عبد الرزاق مسعود السعيد، نشأة الطبي، دار الفكر، عمان، الأردن، 1985، ص 71.
(2) رحاب خضر عقائي، مراع سهق، ص 105،97.
(3) نفس المرجع، ص 119.
وينصح استعمالها على الريق، فقد يصاب بعض الناس بالغثيان والقيء عند رؤية الدم المفصود وأما التداوي بالرقي، فهو كثيرا ما يستعمل لعلاج بعض حالات المس والسحر، والرقي عبارة عن قراءة بعض الآيات القرآنية على المريض المسحور أو الذي أصابه مس، وذلك أن السحر و المس من عمل الشيطان والجن، والدواء الوحيد هو القرآن الكريم.

اعتبر المؤرخ المعاصر "سان جرجيو داريلاندوا" أن الرسول صلى الله عليه وسلم من أقبل الأطباء، ويقول عنه أنه كان في أثناء غزواته يعني بالجرحى ويستجيب الآسيات (الممرضات)، وقد ذكر الأصحاب الأجلاء أن الرسول صلى الله عليه وسلم كان يديم التطبيق، ويأمر بالحمية وينهى عمدا يؤدي، ويفصف الأدوية ويفتح في حفظ الصحة، وقد تعلمت منه زوجة عاشت حتى قال فيها هشام ابن عروة "ما رآيت أحدا أعلم بالطب من عاشته".

وقد ثبت حقا أن الرسول صلى الله عليه وسلم كان يديم التطبيق حقا في حال صحته ومرضه وأنه أمر بالمناداة في عدة أحاديث صحية. وكان في واقع الأمر يداوي بالطب الجسماني والطب النفسيـة هي أن واحد، وقصة لدغة العقرب صحية الأدبية ثابتة الإسناد في سنده أبي شيبة حيث جاء فيه: بينما الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم يصلي، دغت له عقرب في أصبعه فانتصرف وقال، لن عن الله العقرب، ما تدع نبي ولا غيره، ثم دعا بها في ملح وماء، فجعل مضاع_queries the text here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word here_ the word Here...
والنبي ﷺ صلى الله عليه وسلم ﷺ بقدر ما كان أيضا حريصا على هداية الناس إلى طريق الخير والسعاده، كان أيضا حريصا على سلامتهم من المرض والحزن، فالرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم حرص علينا في ديانات آلا نمرض وألا نحزن، فدعانا وأمرنا بكل أمر فيه خيرنا وسعادتنا ونهانا عن كل ما يضرنا أو يسبب لنا الألم وللهذا كانت رسالته شريعة المعروفة لصالح الدنيا مشتملة على صلاح الأبدان كاشتماله على صلاح القلوب ومشادة لحفظ الصحة ودفع أفاقها، وقد كان الطب النبوي الذي حرص على سلامة الأبدان وظهارة القلوب هو أكمل الطب وأصحه وأرفعه. وكنّا نعرف أن العقل السليم في الجسم السليم، وسلامة الجسم تتحقق بالغذاء الجيد من الطعام والشراب والوقاية من الأمراض، لذلك كانت الوقاية هي طريق صلاح الأبدان وحفظها.

وذكر في الخبر أن "المقوس" ملك مصر أهده للنبي ﷺ صلى الله عليه وسلم طبيباً ومكث هذا الطبيب مدة طويلة في المدينة المنورة دونما عمل، فلم يذهب إليه من يشكو مرضًا، واحتار الطبيب في ظاهرة عدم وجود مرضى فتوجه إلى النبي ﷺ صلى الله عليه وسلم يسأله قال: "يا رسول الله لقد بقيت بينكم مدة طويلة ولم تتردد على أي مرضي؟ فأجابه الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم: "نحن قوم لا نأكل حتى نجوع وإذا أكلنا ننشع". ويقول علماء العرب أن مراقب الغذاء ثلاث إحداها مرتبة الحاجة والثانية مرتبة الكفاية والثالثة مرتبة الفضلة، وفي هذا الصدد يقول الإمام الذهبي: أن أحد الغذاء في وقت الحاجة بسبب لدوام الصحة، وأما أخذ من غير حاجة إليه فهو أثمار الأمراض. لذلك يقول الرسول الكريم عليه صلوات الله وسلامه "من اكتفي بدون الشبع حسن اغذية بذنه وصلح حاله ونفسه"(1).

نستخلص من كل هذا أن الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم ﷺ دعا الناس إلى التداوي واللجوء إلى خبرة الأطباء يستحقون بوصاياه وعلاجاتهم الطبية، ثم أن الرسول الكريم ركز على قواعد الإغذاء والشرب لقوله: "المعدة بيت الدماء والعصيبة رأس كل دواء" هذا القول الشريف الذي بقي محتلا مكانة الرفيعة في الممارسات الطبية طيلة العصور الإسلامية، ولم يترك النبي ﷺ صلى الله عليه وسلم ﷺ كما بين في أحاديثه مجالا للمتزمنين بلدين الحنين السمح أن يفضلوا علوم الشرعية على العلوم الطبية حيث داعت كلمته الشرفية "العلم علمان، علم الأبدان وعلم الأديان" ولا شك أن الرسول الكريم ﷺ صلى الله عليه وسلم ﷺ سجل للتاريخ هذه الكلمة الفاصلة في معرض كلامه عن أصناف المعرف، فقد علم الأبدان وجعله في مقدمة العلوم جميعا لأنه العلم الذي يحفظ الصحة والجسم، و الجسم السليم فيه العقل السليم، وقد أضحى طب العرب وخصوصا الطب النبوي في فجر الإسلام أساس المعارف في الطب العربي على مدى القرن الذي تلي إلى أن اطمع العرب على تراث اليونان الطبي في زمن الخليفة المنصور (2).

---
(1) رحب خضر عكاري، مرجع سابق، ص 111.
(2) نفس المرجع، ص 122.
إذن في عهد الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم ﷺ انفصل الطب عن السحر
والشعوذة، فبعد أن كان الكاهن والمشهوذ والطبيب في نفس الدرجة انفصل الطبيب عن الكاهن والمشهوذ. فقلت عدد المشهوذين الذين يدعون الطب، فاشتهر الأطباء وأخذوا مكانة لانقفة ومرموقة في المجتمع، ومن بين هؤلاء الأطباء العرب المسلمون نجد "أبو بكر محمد ابن زكريا الرازي" الذي كان من أكبر وأشهر الأطباء الذين اعتمدوا على الطب الإنكليزي والخبرة المنظمة وتدوين الملاحظات وتجارب الطباء ألف أكثر من 220 مكلف(1).

الطبيب "أبو سينا" الذي كان أول من وضع تشخيصا دقيقاً عن التهاب الأصبع والتهاب الرئة وخرج الكبد وفرق بين التهاب الرئوي البulloراوي وبين التهاب السحايا الحاد والثانوي "كما كان أول من اكتشف أن سرطان موضوعا يعطي عوارض السرطان العام في الجسم، وأكد أيضاً إمكانية عدوى داء السل وخطر الأشعة الشمسية على المصابين به.

"أبو النش" مكتشف المناعة التي يتركها داء الجذري الأسود لدى إصابته الأولى(2).

ولم يقف العرب عند هذا الحد، بل كانوا كذلك أول من وضعوا أسس الصيدلة وانشئوا مدارسها واستنبثوا أنواعاً من العقاقير، فأول صيدلية خاصة أنشأت في بغداد عام 666م، ولقد ذكر "TSCHIRCH" السامراء أن الصيدلة هي من إنشاء عربي خاص، ولقد كان من المشكوك فيه جداً أن تزود الصيدلة إلى مستواها الحالي لوحظ تأثر دراسة الطب والصيدلية بالتعليم العربي في الطب والصيدلة(3).

الطبر النبوئي:

اعتبر المؤرخ المعاصي "سان جرجيو داريلانو" أن الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم ﷺ من أبن الأطباء، ويكول عنه أنه كان في أثناء غزواته يعتني بالجراح، وويسطحب الآسيات (الممرضات)، وقد ذكر الأصحاب الأجلاء أن الرسول ﷺ صلى الله عليه وسلم ﷺ كان يديم الطبيب، ويعمل بالحنكة ويهب يهويّة، ويصلي الأدوية، ويحدث في حفظ الصحة، ولقد تعلمت منه زوجة عاشقة حتى قال فيها هشام بن عروة: "ما رأيت أحداً أعلم بالطب من عاشقة"، وقد ثبت حقاً أن الرسول الكريم عليه السلام كان يدوم الطبيب حقاً في حال صحته ومرضه، وأنه أمر بالسماوات في عدة أحاديث صحيحة، وكان في واقع الأمر يداوي بالطب الجسدي والطبر النفساني في أين واحد.

---

(1) 68. عبد الله عبد الزواغ طسوع السعيد، مرجع سابق، ص.
(2) 76. نفس المراجع، ص.
(3) 80. نفس المراجع، ص.
كما يذهب المؤرخ "سان جورجيو" "إلى القول في النبي ﷺ صلى الله عليه وسلم" و
في كل حال إن الأمر الذي لا شك فيه هو أن الرسول كان واعي الإطلاع في الطب و أن
المعالجة والصحة كانا من الموضوعات الرئيسية التي عالجها النبي الأمين حتى يصبح أن
يقال فيه أنه لم يكن أول طبيب في الإسلام فحسب، بل كان أيضا أول من وضع كتابا مماثلا
في الطب يسمى "الطب النبوي".\(^1\)

ففي النواطفا المعيدة للأمراض يقول الله عز من قاتل في وجوه الوضوء "يأكلأه
الأول اجتمعا إلى الصلاة فاغسلوا و جهوك و أيديكم إلى المرافق، و أمسحوا بروؤكم
و أرجلكم إلى الكعبة و أن كنتم جنبا فاطهروا".\(^2\) فالنواطفا تعبر عن المرء الكثير من
الأمراض، وفي الوضوء حكمة بالغة، إذ يطلب على كل مسلم أن ينظف الأعضاء الظاهرة
من جسمه خمسة مرات في اليوم، وفي هذا التكرار نواطفة مستمرة للجسم.

كما فرض الله سبحانه و تعالى الصيام على الناس لأغراض دينية، منها تعلم النفس
الصبر و تحمل الجوع و العطش ليشعر الصائم بالألم الفضير، و بالتالي يصدق عليه، و أخرى
صحبة، فبالصوم نعالج مشكل زيادة الوزن الناتج من كثرة الغذاء و قناة الحركة، إضافة إلى
علاج المعده و اضطرابات الأمعاء، لقوله ﷺ صلى الله عليه وسلم "المعدة بيت الداء و الحمية
رأس كل دواء", و فوائد أخرى كثيرة في علاج التهاب الكلى و أمراض القلب، و التهاب
المفاصل...

و حرم أكل لحم الخنزير لما فيه من مضرة، كون الخنزير كثيرا ما يصاب
بالتيفيات و نيل أمراضًا شتى مثل "ستينيا و البلايتيديوم", و هو الحيوان الوحيد الذي
يصاب بالتركيم (نوع من الديدان الخطير) و الإنسان الذي يصاب به يحدث عنده تسمم
عمومي و إسهال و قد يؤدي إلى وفاته.

و تحريم الزنا و اللواط لما فيه من أمراض جسمانية و نفسية، و هي سبب نقل أو
العثوى بالكثير من الأمراض كالسيدة، و الزهري و السيلان، التقرحة و أمراض الجلد
كالجرم... إضافة إلى أنها تؤدي إلى تعطيل سنة الزواج الذي هو أصل استمرارية الحياة،
و الذي يوقف عليه التناسل و التكاثر، ضعف إلى تحريمه لأجل المبتدأ و شرب الخمور لما
فيهما من ضرر على الجهاز الهضمي و العصبي و الدموي أيضا.\(^3\)

روي عن جابر عن ﷺ صلى الله عليه وسلم أنه قال "كل داء دواء، فإذا أصاب الداء
الدواء بريء باذن الله" و هذا يدل على أن النبي مثحب المسلمين على تعلم الطب و يشير عليهم
بالاجتهاد في إعداد العلاج لكل داء، ولقد قال الإمام الشافعي لعلماء بعد الحلال
والحرام أنيل من الطب...".\(^4\)

---

1. رياح خضر عكاري، مرجع سابق، ص 97.
2. سورة الفاتحة، الآية 6.
3. رياح خضر عكاري، مرجع سابق، ص 105.
4. نفس المرجع، ص 107.
3- الطب الحديث وتطور ظروف العمل:

موضوع علم الطب، تشخيص مرض المريض بعد ملاحظة أعراض المرض عليه ومحاولة اكتشاف الدواء الذي يشفى من ذلك المرض، يوجي هذا التعريف للطب أنه فل أصفحة، لكن الواقع أن الطب علم وتطبيق معا، هو علم نظري كسائر العلوم الطبيعية له موضوع ومذهبه، ونظرياته عن المرض والصحة والعلاج، هو علم نظري يحاول فهم العالم لكي يغيره، العالم في هذا السياق هو الناس سواء منهم المرضى أو الأصحاء ومحاولة تغييرهم من حالة المرض إلى حالة الصحة أو قافيهم من المرض وابسط دليل على أن الطب علم نظري هو ارتباط أكثر من العلوم النظرية، مثل الفيزياء في استغلاله بأشعة الليزر والنشاط الإشعاعي في معدات التكنولوجية، وملع علوم الكيمياء الحيوية وعلم وظائف الأعضاء ( الفيزيولوجية ) والتشريح وعلم الأمراض العصبية، لكن أكثر العلوم ارتباط بالطب هو علم الأحياء ( البيولوجيا ) ومن الواضح أن مصير الإنسان يعتمد على حد كبير على تقدم علم الأحياء فهله أهمية في الزراعة إذ يساعدنا على توفير الغذاء للبشرية، وتجنب المجاعات، وله أهميته للإنسان في مكافحة أخطار التلوث ب المختلفة أنواعه، وفي المحافظة على اتزان الكائن الحي والمحافظة على الموروثات.

وقد كان للتشريح فضل في نشأة الطب - وخصوصة الجراحة - واستقلاله عن السحر كذلك كان للتخطيط دور في قيم النظرية المصرية المتعلقة بتفسير كل من المرض والصحة ومن ثم تحديد مسار العلاج.

ولقد كان تشريح الجسم البشري مسمحا به ولكن في أضيق الحواد فقد كانت السلطات في ألمانيا مثلا تتأه بتشريح جثة واحدة سنويا، أما في إسبانيا فقد كان تشريح جثة واحدة كل ثلاث سنوات ولقد أجريت أول عملية تشريح في باريس عام 1478 أو عام 1494 (3)

وإنستطاع القول أنه من عهد " جالينوس " و " أبقراط " إلى فترة تطور النهضة الأوروبية لم يحدث أي تطور يذكر في تاريخ الطب، اللهم إلا تطور وتقدم في توبيب الملاحظات، وتجارب الملاحظات ومعرفة عناصر جديدة وطائفة من الملاحظات السريرية الهامة، على أن كل هذا لم يعده حدو طب التقليدي ولم يعده لأسس التي يشيد عليها " جالينوس " البناء الذي تحدى العقول والقرون (4).

---

1) صبيحي أحمد محمود، فهمي زيدان محمود، مرجع سابق، ص 21
2) نفس المرجع، ص 72
3) بول فونوبي، مرجع سابق، ص 86
4) نفس المرجع، ص 259
ولكن بمجرد حلول القرن 17 حدثت تطورات رئيسية في مجال الرعاية الطبية، ساهمت في تحسين أداء العمل. تتمثل هذه التطورات في الاكتشافات العلمية للوسائد والمعدات الطبية من جهة، والتعرف على مسببات أكثر من الأمراض وكيفية علاجها

"Van Leeuwen Hoek" ونويعية الأدوار المقلة ل киноة، ومن بين هذه التطورات اكتشاف المجهر وقياس الراجمات بتعليم مهنة التمريض للقيادات الراغبة في تعلم هذه المهنة الإنسانية واستخدام المستشفيات في تدريب الأطباء بقدر استخدامها في علاج المرضى.

وفي مطلع القرن 19 على منتصف القرن 20 تقدم عظيماً في مجال العلوم الطبية، وكان لهذا الارتفاع الإثر في تأسيس المستشفيات الحديثة، وطب القرن 20 وندرج فيما يلي أهم الأحداث التي أدت إلى تحسين جودة الرعاية الطبية.

فأول الأمور التي يجب التطرق إليها هي مسألة التقييم في داخل المستشفى، لعله لم تشاهد جراحًا يقوم بإجراء عملية جراحية ولكن من المؤكد أنك شاهدت مستشفى من الداخل، ففي جميع أن صيحة النظافة مرافقة كلما مستشفى، فبيناء نفسه مظهره حسن ورفاهته نقدة لكل بحوزة على نظافة المرضى، والرافش يستلم يومياً وملاس السمنور مرهوقة أم ملوثة، أما الجراحون في غرف العمليات، في وحتى النظافة، ولا يسمح لأي شيء غير معقم أن يلامس منطقة العمليات، فالطبيبي والمرضى يغشلون أيديهم جيداً في غرفة خارجية ثم يلبسون قفازات مدعومة من المطاط وفوتاً وأغطية للرأس وكمامات تغطي الأنف والفم قبل دخولهم غرف العمليات وملخص الكلام أنه لا يسمح للجرياث أن تلامس الجروح في المستشفيات الحديثة.

ومع اكتشاف التخدير بعد ذلك بعده سنوات أزالت شبح الألم في العمليات الجراحية فقد نكل للجراحة المبكرة بجعل المريض لا يشعر بالألم في أثناء العملية الجراحية، وُضعت إلى ذلك اكتشاف أشعة من طرف ف. ويلهم فون ونجن. الذي ساهم بقدر كبير في فهم عدة أمراض ومكان موقعها، وبالتالي يسهل التشخيص.

أما فيما يخص الجراحة الدقيقة فقد شهد هذا التخصص تطوراً مذهلاً وكبيراً، فمنذ جيل مضى كان تشخيص مرض ورم المخ يعني الموت الأبد، ولكن جراحة المخ اليوم أصبحت عالمًا دقيقًا، ففي استطاعة جراح المخ اليوم أن يحدد الضبيط مقدماً مكان وسبب العلة التي سيقوم بعلاجها وهكذا تعيش الآن 9 حالات من كل 10 عمليات جراحية في المخ وقد لا يكون هناك فرع آخر من فروع الطب بيدين بالعمران الكبير لشخص واحد كما تدين جراحة المخ ل" هارفي كاتب شنج" لجميله العظيم، فقد كان الرجل الذي حول جراحة المح من فن فج إلى فن دقيق، وكان العالم الذي رسم الخرائط لفقار الأدمي.

---

1. حسن محمد ذياب خشتي، مرجع سابق، ص 43.
2. نفس المراجع، ص 43.
3. محمد رفعت، الاكتشافات العلمية، دار الفكر العربي، بيروت، لبنان، 1992، ص 51.
4. نفس المراجع، ص 82.
ولقد وصل التطور في الصحة إلى خدمات الحفاظ على الصحة، وهي الخدمات التي تقدم لأفراد المجتمع غير المصابين بأمراض بهدف الحفاظ على صحتهم وتمكينهم من مواجهة الأمراض التي قد يتعرضون لها في المستقبل، وتمثل هذه الخدمات: خدمات التطعيم والتحصين ضد بعض الأمراض المعدية بجانب العناية بالطفل السليم وتقدم عادة إلى الأطفال قبل وبعد سن الدراسة. 

إذن لقد أتاحت الاكتشافات في أساليب التشخيص الفرصة أمام الأطباء والجراحين لمضاعفة تجاربهم في معالجة الأمراض بالطرق التي تقلل من الوفيات وتزيد من تأثير العلاج لشفاء المريض، كما أصبح بإمكان الأطباء فضلاً عن هذه الاكتشافات معرفة واكتشاف المرض في مرحلة الأولى، وبالتالي القضاة عليه يكون ممكن وسهل.

(1) حسن محمد نذر خرسائي، مرجع سابق، صص 80، 81
الخلاصة:

لقد كان هدفنا من خلال التطرق إلى هذا الفصل من الجانب النظري للبحث هو إلقاء الضوء على موضوع تاريخ الطب ومرحل تطوره، وذل تلك بتسليط الضوء على بعض الحضارات القديمة والمعرفة، وذلك نظرا للدور الذي لعبته في المساهمة في تطور الطب بصفة خاصة وعلم بصفة عامة.

إن كل حضارة من الحضارات التي تطرقتنا إليها اتفقت على أن المريض عبارة عن روح شريرة تسكن إلى داخل جسد المريض، وأن السبيل الوحيد لإخراجها هو تخويفها واستعمال السحر لإرهابها، وبعض المواد النجسية لتجليل الروح الشريرة تغادر جسمه، ولكنها أي الحضارات اختفت في طرق العلاج للفرد الواحد، ولكن هدفها كان واحد، وهو راحة المريض وشفائه.

و مع تطور الحضارات والمجتمعات تغير مفهوم المريض وحتى أسبابه، فبعد أن كان مفهومه روح شريرة تدخل جسد المريض، أصبح خلل عضوي أو نفسي يحدث للفرد، و بعد أن كان سببه ضعف الأللهة على الأفراد المرضى، أصبح يعرف بأن السبب غير ذلك، و أن لكل مرض مسببات، قد تكون ناتجة عن وجود بكتيريا في كل مكان من حولنا قد تجعلنا نمرض.
الفصل الثالث:
تطورات الصحة والطب بالجزائر
تمهيد:

لقد تطرقنا في الفصل السابق على تاريخ الطب في القديم لدى بعض الحضارات، وسوف نحاول التعرف في هذا الفصل على تاريخ الصحة والطب بالجزائر، منذ مرحلة التواجد الروماني إلى يومنا هذا، هذا من جهة، ومحاولة التعرف على الأشياء التي تُحفز الأطباء على العمل وحب المهنة سواء كانت المادية أو المعنوية، وخاصة فيما يتعلق بالبني التحتية وظروف العمل.

إن المستشفى هو المكان الذي يقدم للمرضى الرعاية الصحية والتكفل الكامل والتام، وهو المكان الذي يوفر على أكير عدد ممكن من الآلات والمعدات والأجهزة الطبية اللازمة للعلاج، وهو المكان أيضاً الذي يحتوي على عدد كبير من الأطباء مختلف التخصصات والدرجات المهنية وذكاء الشبوب الطبيين والإداريين وغيرها من العمال، ولا يوجد مكان آخر يوفر كل هذه الظروف للمريض، ظروف العلاج والمأوى وحتى الغذاء في إثناء مدة العلاج، ولقد ارتؤينا التكلم في هذا الفصل على المستشفى، وذلك نظراً لأهمية التي يكتسبها، كونه المكان الذي يلتقي فيه المريض بطببه وهو المكان الذي يأخذ للأطباء وسائل العمل، التكوين والتدريب، كون مهنة الطب هي علم وتطبيق في نفس الوقت، وهو علم نظري كجميع العلوم الأخرى، له منهجه وموضوعه وقواعده، وتطبيقه كونه يطبق المعلومات الطبية النظرية على المرضى، ومحاولة تغيير حالاتهم الصحية من السيئة إلى الجيدة أو حتى الحسنة، وبالتالي الشفاء.
1- لمحة تاريخية عن الصحة والطب في الجزائر:

(1) - مرحلة ما قبل الاستعمار:

لم تترك الحضارة الرومانية منطقة تشع أطماعها وتروى ضمنها، من العالم إلا واستعمرتها، وباعتبار الجزائر كانت ومن الأزول محل أطماع العديد منهم، فقد استولت عليها وجعلت من أتباعها، فدخلت الإمبراطورية الرومانية الجزائر وتركت أثارها والتي بلغت 19 مستعمرة أو مدينة رومانية، منها 13 في الجانب و3 في الداخل البلاد (1) ومن المعروف بأن كل حرب وفيها دمار، كل استعمار وفيه هيمنة وسيطرة وظلم، وباعتبار الجزائر مستعمرة رومنية في ذلك الوقت فقد عانت الجوع والعطش والقرر والمرض لأن كل حرب وفيها ضحايا، وما تخلفه الحرب من دمار يتسبب في انتشار الأمراض.

ولقد كان هناك نوعان من الطب، طب عسكري وطب مدني، وكانت ممارسة الطب عامة، فالأطباء العموميون في مدن الإمبراطورية كانت تشار، حيث كانوا يستفيدون هم وعائلاتهم بالإعطاء من الضريبية، وفي المقابل نجدهم مجهزين بعلاج أو فحص مجاني للفقراء، ويؤمنون التعليم للأطفال و/random بهم بطريقة حرة، كما كانوا مكلفين بالتعليم الذي كان رسمي، هذا التعليم كان يجري باللغة اللاتينية، ويشمل على دروس وتعليم تطبيقي فطالب الطب أو الممتهن، يراقع أستاذه في أثناء فحصه للمرضى أو بما يسمى الزيارة التي يقوم بها الطبيب على المرضى، ونجد عوضه في أثناء غيابه ويستطيع حتى أن ينادى من طرف رئيسي في حالة الأوروبية (2) في هذه الحقبة التاريخية كان الأطباء يستقبلون مرضاء في مكناتهم الخاصة أو قد يلبسون إلى الزهاب إليهم في سرايهم، حيث بعض المرضى هم جد فقراء ولا وجود للمستشفيات، ولكن يوجد مختلف المؤسسات المخصصة جزئيا أو كليا للمرضى، وفي ذلك الوقت كان يعرف العامل الجماعي ما بين الأطباء، حيث كان المرضى يقومون بزيارة عدة أطباء في وقت واحد (3) إن التعليم التطبيقي يشمل على التمرين على إتمام الضمادات، أو إجراء العضد، تحضير المراه، استخدام الحقنة الشرجية... إلخ و كان التكوين الطبي يدوم خمس سنوات و نوعية العلاج في ذلك الوقت بلغت مستوى محدد، فالجراحين رغم قلة معرفتهم بالجراحة، إلا أنهم كانوا يستعملون فن الجراحة في العمليات الجراحية، و في التضمين بكل أنواعه.

(2) - Ibid, p29.
(3) - Ibid, p30.
(4) - Ibid, p29.
(5) - Ibid, p30.
إن أطباء ذلك العصر يستعملون لمارسه مهنتهم أدوات برونزية عثر على العديد
منها في منطقة "CAESAREA" المعروفة الآن ب "شرشال" بالإضافة إلى ذلك كانوا
يستعينون بأدوات حديثة كالمرشط والمعالجة بالنار أي "ا" الكي و بعض الأدوات البسيطة و
المركبة.

طب هذا العصر كان متأثراً بالمدرسة الهيلينية أو الإغريقية(1)، و بعد ظهور
الإسلام و انتشار الرسالة النبوية في أقطار الكرة الأرضية ظهر الطب النبوي، و هو الطب
الذي يقوم على بعض الأحاديث و الأقوال التي تصدر عن النبي محمد صلى الله عليه وسلم
و باعتبار الجزائر بلد مسلم اعتنق الإسلام منذ الظهور الأول له، كان الجزائريون في هذه
الحقبة الزمنية و حتى يومنا هذا يستعملون الطب النبوي، كطب أساسي يعتمده على
الأعشاب الطبية و النعامة المذكورة في القرآن و في الأحاديث النبوية الشريفة " كالحجة
السوداء" و "الإسكندجيل" و "الرمان" و "النين" و "الزيتون" و غيرها...

و لقد أُجري حوالي 300 حديث في هذا المجال، و الذي يعني مكانة هامة للنظافة و
الوقاية، (2) فالنظافة من الإيمان و الوسخ مصدر كل الأمراض ومنبع للجراثيم، و الوقاية
خبر من العلاج، فلكي نتعلم بالصحة الجيدة يجب اجتناب ما نهى عنه الرسول "صلى الله
عليه وسلم" و أتى به القرآن، كاجتناب الزنا لأنها مصدر كل الأمراض التناسلية و المميتة،
عدم أكل لحم الخنزير و المميتة و الدم و اجتناب شرب الخمر و تناول المخدرات، فكلها
هذا للإنسان.

لقد كانت ممارسة الطب في الجزائر في حقبة ما قبل 1830 أي ما قبل الاستعمار
الروسي و الثورة و كانت في متناول الجميع، حتى منهم الأجانب، حيث زارها و مارس فيها
ROBER الطب العديد من الأطباء الأجانب (المسيحيين منهم و اليهود و العرب) منهم
MONIER "جراح من مدينة "Heirome"
Province " (1679-1765) "CREST" Charles "(1717-1725) "FRANCOIS "(1717-1753) "CREST Charis "(1717-1725)
جراح من "CREST" Charles "(1717-1725) "FRANCOIS "(1717-1753) "CREST" Charles "(1717-1725) "FRANCOIS "(1717-1753)
"TOULON" مدينة (3) خاصة منهم الأوروبيون الذين ساهموا في إنشاء
مستشفيات أوربية هنا بالجزائر في القرن الخامس عشر حتى القرن السادس عشر، حيث تم
إنشاء أول مستشفى أوربي بالجزائر في سنة 1509 في مدينة وهران من طرف
"Xéménèse"

و بعد الاحتلال الثاني على مدينة وهران في 6 أوت 1614 تم إنشاء مستشفى ثاني
"D.Antonio Compoiy Morata " تحت اسم "Saint Bernardin"
في سنة 1756 في مكان مسجد المدينة، وكان بإمكان هذا المستشفى في سنة 1771 أن
يحتوي على 485 مريض أو مجري بسبب الزلزال الذي امس البلاد.

لقد بقيت ممارسة الطب حتى مجيء الأتراك. فقد دخل الأتراك الجزائر بقي الطب
يمارس من طرف الأطباء بحرية مطلقة. باستثناء بعض الضرائب المفروضة عليهم من
طرف "الدباش" أو "الباي" في المدن ومن طرف "القائد" في بعض الدوائر أو المديريات.
وقد كان الطب في هذه المرحلة الزمنية مرادف للطب الطبيعي، حيث كان يركز على
استعمال النباتات الطبية المنزوعة ملحيًا.

لاحظ في هذه المرحلة (التركية) أن بعض الدوائر والبابات يستدلون الأطباء
الأجنبيين، وهي علامة غياب الأطباء الأتراك، أو البرهنة على عدم كفاءتهم حيث نجد الباشا
"بابا علي" سنة 1754 كان طبيبه الخاص جراح فرنسي أسير Captif. "الصالح" بادي
قسطنطية في سنة 1771 اشترى طبيبا إيطاليًا اسمه محبوب، والمحبوب هي عمله ذلك
الوقت.

إذ أن أطباء هذه المرحلة كانوا جد محترمين وكانوا يسمونهم "حكيم" أو "عاطف" أو
"رشيد"، يمارسون مهنتهم في المدينة أو الريف يوم السوق في المدينة.

ب) مرحلة الاستعمار:

كلنا نعلم أن الاحتلال الفرنسي لجزائر كان في سنة 1830، كما انه كننا يعلم السبب
في ذلك كما يدعون هو "حادثة المروحية" ولكن ليس كننا يعلم مقولة أو الوعد الذي أطلقه
القائد الجنرال "BOURMONT" في هذه السنة "إني أمامكم وبطريقة رسمية تعهد،
وأعدكم فيه بطريقة نهائية وبدون قوة أن سماحتكم كنفتكسي سيحررون وأن قلائكم
ستكون دائما ممارسة بحرية كما في السابق..." هو تعهد ألفاد أمام الملك من الناس لكنه لم
يحرره، حيث لم يمضى سنتين فقط من الاحتلال الجزائري فقط 62 مسجد صدر عليه و
10 منهم دمر، وفي سنة 1865 من بين 132 مسجد في الجزائر من قبل الاستقلال لم يبقى منهم
إلا 12 مسجدًا بالثقافة المسلمة.

عند الاحتلال فرنسا للجزائر ولاول وهلة بدأت تستخدم مع الشعب الجزائري
سياسة التفتيق، وباعتبار هذا الشعب يعتمد بالدرجة الأولى على الفلاحية انتشرت
منه الأراضي وفيهند عليها وجعله خاصا يعمل في أرضه لفائدة المستعمرين فانتشر
مع مرور الوقت في أواسط مع هذا الشعب الجهل، الفقر، الضياع و المرض

(1) - KHIATI (M): Op cit, p 92.
(2) - Ibid, pp 97, 108.
(3) - Ibid, p 125.
ورتفعت نسبة الوفيات، حيث لا وجود للأطباء ولا الممرضين، وأن وجدوا فهم قلة لا يغتنم احتياجات كل الشعب، حيث من سنة 1830 وحتى سنة 1837 لا يوجد إلا 5 مستشفيات في الجزائر بأكملها مستشفى الداي بالعاصمة، مستشفى في وهران، واحد في الدويرة وأخر في مستغانم، وخامس في مدينة قابلة.

ونظراً للسياسة المتغيرة من طرف الاحتلال الفرنسي على الجزائر ونظراً لقلة المتخصصين في الطب العرب والدمار ظهر العديد من الأمراض مس الجزائريين دون الأوروبين. منها "التيفودية"، "السل"، "التيفوس" و"الطاعون" "الكوليرا" وغيرها. ففي سنة 1861 و 1863 انتشر التيفود بصورة مذهلة ليس في منتصف 1967-1968 أكثر من 500,000 فرد جزائري، هذا المرض ينتشر دولياً وفي مراحل محددة وهو في علاقة مباشرة مع الكوارث التي تصيب الشعب، أما مرض "السل" فقد انتشر بطريقة جد مذهلة في سنة 1953 أنه أكبر محلة أو كارثة اجتماعية في الجزائر 2، لذا نستطيع القول أو نعترف بأن الأمراض قتلت ما خلفته الحرب الاستعمارية، و نستخلص أن مدى الالعيش بالنسبة للجزائريين يكون ما بين 44 إلى 49 سنة، أما بالنسبة للأوروبيين بين 60 إلى 67 سنة (3).

أما التهاب المعدة والأمعاء، الحمى، الملا ريا، الكوليرا، يتمثلون من أهم الأسباب المرضية والمومي عند المستعمرين، ففي مدينة عانة سنة 1833 من 6704 مريض قاتل في المستشفى 1526 توفي، وفي 1837 جيش الاحتلال عد 42,067 عسكري سجل منهم المستشفى 53,170 دخل المستشفى و 5,081 منهم توفي، وفي سنة 1831 الحالة المدينة لبورفابك سجلت 450 ساكن، 17 مواليد، 4 زواج (4) و 166 حالة موتى ولكن في أواخر الاحتلال الفرنسي كان التعليم في الجزائر يسيطر بطريقة صحية نسبياً، فالطعيم الإيدائي كان عملياً عاماً، وقد بلغ في الجزائر 60 مدرسة إبتدائية في العاصمة و 86 في قسنطينة بعدد 1,350 تميز في وقت الباي "حاج أحمد" وفي تفاسن حوالي 50 مدرسة، أما التعليم الثانوي فكان مؤكد في المدن الكبرى، حيث كان هناك 7 مؤسسات ثانوية في قسنطينة و 3 في تلمسان، أما التعليم العالي فكان مؤكد ولكن في الزوايا والمساجد الكبرى، والمواد المدرسة كانت عديدة كعلم اللاهوت (الدين)، التفسير، الحديث، الحساب، علم الفلك، التاريخ، علم الأحياء والطب، هذه العلوم كانت منسدة أكثر منه على روح التركيب أو خاصة التأليف، وبعدها بدأت الأمور تحسن شيئاً فشيئاً، في سنة 1905 ثم وفاجعة جزائرية 12 منهم تحصلوا على شهادة ضابط صحة، الذي منه 6 دكتورات و 2 منهم صيادلة، والباقي استبعد باستثناء 3 طلبة أكملوا دراستهم في 1905.

2) - AMIR (M) : Contribution à l'étude de l'histoire de la santé en Algerie, Auteur d'une expérience vécue en ALN Wilaya v, Office des publications universitaires, Ben Aknound, Algérie, pp47, 48.
3) - Ibid, p 80.
4) - Ibid, p 283.
إن فرنسا ليست مهيئة بإطارات ولا بخلفية كافية لتضمن نسق صحي صحيح، ففي سنة 1843، عين طبيب مدني لتغطية الساحل، بعدها بينتين 18 طبيب مدني كلف في المدن الرئيسية بالجزائر، كان يساعدهم 14 طبيباً متفرغاً، هؤلاء الأطباء لا يغتنم حاجة الشعب الأوروبي وحده، وأنشأ أول مستشفى في مرحلة الاحتلال في حديقة الداي، بما نسمي اليوم مستشفى باب الوادي وهو أول مستشفى مدني.

وفي سنة 1939، وبعد أكثر من قرن من الاحتلال للجزائر تعد 200 شهادة جامعية، 41 طبيب، 3 مهندسين، وفي نهاية اندلاع الثورة التحريرية بلغ عددهم 1000 متدرب أو حامل للشهادة الجامعية، منهم 354 محامي، 165 طبيب ودرج أساتذة وصيدليات، 185 أساتذة ثانوي وحوالى 30 مهندس وتقدمي سامي والباقي إطارات إدارية وضباط عسكريين، وفي سنة 1956 تم فتح مدرسة أخرى متخصصة في تكوين الممرضين وذلك لتغطية احتياجات جيش التحرير الوطني وضمان العلاج، المستوى الدراسي الضروري للتسجيل في هذه المدرسة الشهادة الإبتدائية على الأقل، التكوين يشمل صورتين نظرية وتطبيقية تكوين النظري لثلاثة أشهر متابوب بتكوين تطبيقي في داخل المستشفيات لمدة 6 أشهر. وفي سنة 1959 بلغ عدد المتدربين في جميع الشعب 814 طبيب من بينهم 100 طبيب متخصص في الطب. ولكن رغم ذلك سجلت الجزائر مقابل طبيب واحد 100 ساكن في فرنسا أما في سنة 1961 عدد المتدربين الجزائريين المسلمين 1317 بنسبة 18.1 من بينهم 150 طبيب في الطب والصيدلة.

ج- مرحلة الاستقلال:

لقد كانت اهتمامات العالم في نهاية القرن العشرين وبداية القرن الواحد والعشرين الصحة، حيث أولى لها القسط الكبير من الدراسات، كونها أهم معوقات التطور والإزدهار، فإذا أنعم الإنسان بالصحة والعافية، أنه تطور نفسه واحتياجاته، ولكن إذا كنت بالمرض، فإنه يصبح إنسان موقع مستنكير عن منتج من أجل ذلك حاول كل بلدان العالم إنشاء منطقة تهتم بشؤون الصحة، والفعل تم إنشاء هذه المنطقة وهي كما اليوم بمنطقة الصحة العالمية، وهي تضم 57 دولة هدفها الأول توفير الصحة لكل إنسان بغض النظر عن أصله وفصيلة أو لونه وانتمااته وأعطت تعريفاً للصحة وهو تعريف عالمي سبق ذكره، كما قامت بتجديد حقوق وواجبات الطبيب ومرضيه، وقد تبنت في سنة 1948 قسم (عينين) جونيف وهو قسم "أبقراء". وأخرجت منه التزامات الأطباء وهي كالآتي:

2. Ibid, p3
4. Ibid, p 78.
Michelle al-Jasim

1- ممارسة مهنتهم بضمير وكرامة
2- احترام الحياة والإنسان.
3- اعتبار صحة المرضى
4- احترام المبدأ المقدس للسر المهني.
5- إعطاء علاجه للكل، بدون تمييز.

ولكن علينا أن نحذر لكي لا تقع في الخطأ، فصحة البلاد لا تقدر بعدد طوابير المتوقعة للفحص، ولا بأهمية الصيدلية المركزية أو الصحة العامة، وبمجموعة المنتوج الصيدلاني، ولا حتى بتأهيل الطبيب أو الممرضة، ولكن بالنسب المتفاوتة التي تسجلها في موت الأطفال، وعدد المعيينات جسديا، وعدد أيام البطالة، العطل المرضية ومدة أو طول العمر وغيرها... (1)

ففي نهاية الستينات وبداية السبعينات، وباعتبار الجزائر دولة حديثة الاستقلال نجدها قد عانت الكثير في هذه المرحلة، حيث كانت تعاني من قلة ونقص في كل الجوانب السياسية، الاقتصادية، الصحية، الثقافية... إلخ، والإطارات التي تم تكوينها في مرحلة الاستعمار ليست كافية لبناء دولة يمعنى الكلمة، لذلك كان لزاما علينا استيراد بد عاملة أجنبية. خاصة منها المعلميين والأطباء.


إذن فقد شهدت الجزائر انتعاشا كثيرا مس جميع المجالات من اجتماعية، اقتصادية، ثقافية، سياسيا وحتى صحية، إذا نجدها تحتوي في الوقت الحالي في مخطط الصحة على 13 مركز اشتراكي جامعي، بقدرة استقبال قدر 13,087 سرير.

(1) - AMIR (M) : op cit, p 288.
(2) - Ibid, p 243.
لقد سجلت الجزائر حتى 31/12/2001، 497 عيادة أو قطاع صحي و 1252 مركز صحي و 3964 قاعة علاج، هذه البنية التي تمثل القطاع الصحي العام نجدها مدعمة بـ 504 مركز صحي اجتماعي وبأكثر من 5000 عيادة صحية خاصة و3000 عيادة أسان و4000 صيدلية. هذه البنية وضعت تحت تصرف كل الفئات المجتمع الفقيرة منها والغنية، يخدمهم في ذلك مجموعة كبيرة من العاملين كالأطباء والممرضين والشبه الطبيين والاداريون وجميع الإطارات الإدارية والتقنية.


إذن لقد ازداد عدد المستشفيات والمراكز الصحية العامة والخاصة، وازداد عدد الأسرة فيها بعد مذكول بعد الاستقلال فتطورت التخصصات الطبية ووجهت هذه المستشفيات بالآلات والمعدات المتطورة والحديثة، لمحاربة الأمراض العصرية والخطيرة وهذا ما يسمح بالتدريب الجيد للطلبة الأطباء أو ما نسمىهم أطباء المستقبل.

---

(1) - Revue; *Mobilités internationales et VIH/Sida en algerie*, Etude en algerie étude qualitative approche exploratoire de type ethnosociologique, Rapport final, Décembre 2003, p 43
(2) - Ibid, p 43.
(3) - Ibid, pp 43,44.
(4) - ONS (office nationale des statistiques), Avril 2006.
2 - تطور المستشفى عبر التاريخ:
أ - الملامح الأولى للمستشفى:

لقد دلت الحضارات المبكرة على أن هناك أمراضًا قديمة قدم التاريخ، فالحضارة
الأصولية، الفرعونية، الهندية، والعربية، تعتبر هذه الأمراض من عمل الشياطين،
فبديدت المريض وجعلته في الهمش كونه يتسبب في إغضاب الآلهة فعاقبته، وباقي هذا
العقلان سانداً حتى القرن الرابع قبل الميلاد عند ظهور الطبيب "سقراط" اليوناني، الذي
وضع أساسيات الطب عندما فتح على المنطق واعتبر أن الأمراض هي نتيجة خلل أصاب
الأعضاء، وليس من عمل الشياطين، وقد قام بعلاج مرضاه في غرفة مغلقة، وكان يراقب
العمليات الحيوية، والأعراض المرضية، التي تظهر عليهم، ولهذا يشبه إلى حد ما العيادات
الحالية وحتى إلى عهد أبقراط لم يكن هناك ذكر للمريض، بل كان الطبيب يقوم بعمله
بمساعدة ذوي المريض من النساء والخدم، والقبائل من النساء فكانت مهنة متوازنة عن
العائلة أما طبيب النساء فكان له ذكر حتى القرن 17 م.

إذن لم تكن المستشفيات معروفة في العصور القديمة، حيث عند استعراضنا للتاريخ
الطب في هذه الحقبة الزمنية خاصة الحضارات العربية منها، فالحضارة الفرعونية
الإغريقية، والبابليّة، لاحظنا بأنه لم يكن هناك مكان مخصص في هذه الحضارات لمعالجة
المريض، فغالباً ما كان يعالج في المنازل ومن قبل كهنه ومشعمين.

فقد كانت المستشفيات في العصور الوسطى وفي ظهورها الأولى تسمى "بيمارستان" 
"هذه الأخيرة مركبة بأصل فارسي تعني "دار المرض" حيث "بيمار" تعني "مريض" و
"ستان" تعني "دار" (2)، وبذلك كلمة "بيمارستان" يدل على المكان الذي يلتقي فيه المرض
والعلاج من طرف أشخاص مؤهلين (3).

أما مدلولها كمصطلح ومضمونها فقد استخدمت للدلالة على دور الطبيب وتعليمه
في الدولة الإسلامية منذ العصور الأولى بتأسيس أول بناء "مارتاني" ذي نظام طبي وداري
مستقلين (88 هـ/707 م) حتى القرن التاسع عشر، حتى تحول مدلول هذه الكلمة تدريجيًا
لبقصر على دوراً لحجز على المصابين و유ولفعل (4)

---
(1) عمان، الأردن، 1988، ص 6.
(2) خواص محمد نزار، مرجع سابق ص 75.
(4) سليم الحسيني، من البرميات إلى المستشفى، دراسة تحضيلية مقارنة للسلاطين الأندلسي، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، سوريا، 1998، ص 9.
ولد في البحث في تاريخ المستشفيات نجد بأن قسماً من المؤرخين يعتبرون الطبيب اليوناني "أبقراط" أول من أنشأ المستشفى في شكله البديءي، وهو أول من وضع قواعد وأصول منه منهجية وطريقة، وذلك لأنه قام بالقرب من داره في موضع من يسمى كان له وضع سمة مفردة للمرضى، وجعل فيه يقومون بمحاولاتهم، والقسم الآخر يرى بأن الرسول صلى الله عليه وسلم هو أول من بني مستشفى حربي في شكله البديءي على شكل يتم فيها مباداة الجرحى، 1) فلخيبة التي نصبت "لرفيدة الأسمية" في غزوة الخندق بجوار خيمة الرسول صلى الله عليه وسلم 2) يمكن اعتبارها بمثابة مستشفى بديء صغير.

وبعد ظهور الدين المسيحية تغيرت الأوضاع نوعاً ما، حيث بعد أن كان يرى أن المرض ظاهرة غير طبيعية يعود سببها إلى وجود قوى غير مرضية كالأرواح الشريرة، ذلك إن المسيحية ترى بأن المرض مشيئة الإلهية، لهذا عندما يقوم أي شخص بخدمة المريض فهو بالحقيقة يحدد الله، وهذا يساعد في النهاية على التخلص من الخطابات وانقاذ الروح من، ولهذا فقد تميزت المستشفيات في مطلع الدينية المسيحية بالتركيز على الناحية الإنسانية أكثر منها على الناحية الاحادية.

ويعود أصل أنشاء المستشفيات في أوروبا خاصة في فرنسا إلى "المأوى" Hospice الذي كان يقيم به رجل الدين للحاج والمسافرين والذي تحول بعد الثورة الصناعية سنة 1770 م إلى مؤسسات عامة أو خاصة معدة لاستقبال وإطعام الأيتام والفقهاء والعجزة ذوي العاهات والأمراض، والأمراض المستعصية، والمعنى القديم في اللغة الفرنسية والمجتمع الفرنسي يدل على مؤسسة Hospital (1675-1101) لكلمة "حبيرية للضيافة، ومن مراداتها" المأوى "المأوى" "المأوى" "المأوى" "المأوى" "المأوى" "المأوى" حيث يعني هذا الأخير مستشفى المجانين.

ولقد أنشأ في فرنسا أول مستشفى عام 1656 م، وكانت مهنته الحجز على الفقراء، والمسلون وفي السنوات العشر الأولى للثورة الفرنسية 1879، دمجت المستشفيات و المجانين وعهدت إدارتها إلى المجلس العام لإدارة المجانين في باريس، ولم تكن مهمة البیمارستان قاصرة على مداواة المرضى، بل كانت في الوقت نفسه معاهم علما ودارات لتعليم الطب، وتخريج الأطباء من معظم الاختصاصات المعروفة اليوم، ولم يظهر جلياً بأن من أهداف البیمارستان التجربة والبحث العلمي، ولكن هذا الهدف كان موجوداً ويمارس بشكل علمي.

أما في العالم الإسلامي فتألى مستشفى أنشئ في عهد "هارون الرشيد" في بغداد(809/786) 4). والبعض الآخر يذهب إلى القول أن أول بیمارستان أنشئ في

---
(1) عامر النجار، مرجع سابق ص 37.
(2) خوام محمد نزار، مرجع سابق ص 75.
(3) سليم الحسيني، مرجع سابق ص 11.
(4) نفس المرجع، ص 11.
(5) خوام محمد نزار، مرجع سابق ص 16.
الدولة الإسلامية كان أيام "الوليد ابن عبد الملك" على الرغم مما يذكر من أن أول
بيمارستنات أُنشئ في الديار الإسلامية هو في عهد "الوليد ابن عبد الملك" وذلك في دمشق
عاصمة الأمويين، فإن البيمارستنات الشهيرة والتي ذاع صيتها وبيقت أثارها فترة طويلة
من الزمن أتت في فترة إزدهار الحضارة الإسلامية العربية في بغداد ودمشق والقاهرة ...

(1) FAUCAULT (M) : Naissance de la clinique, Quarduge, PUF, pris, 4ème édition, 1994, p 68.

(2) -منح محمد نزار ، مرجع سابق ص ،76.

(3) -منح محمد نزار ، مرجع سابق ص ،76.

ولقد اتبع في البحوث اسم نظام المرور على المرض لتفقد أحوالهم ومتابعة حالاتهم
حيث يمر رئيس الأطباء ويصحبه الأطباء فيقوم بإعطاء الأوامر بكل ما يحتاجه المريض من
دواء وغذاء وعناية طبية، أما النظام المتبع في بعض المرضى فهو أن يأخذ الطبيب مكانة
على دكة مرفوعة في قاعة التشخيص ويتحلق حوله مساعدته وطلبه ، حيث يقوم بفحص
المريض تشخيصاً إلى باع مشروعا بالأعراض الواضحة على جسم المريض وعلى كلامه
وكان الأطباء يتناولون العمل في البحوث اسمات، بما يمثل لنا هو معروف الآن بالدوريات
(الманوات) وكانوا يبينون عند المريض ليلًا يراعون شنه.

وكان العمل فيها منظماً إلى حد كبير ويشبه في كثير من نواحيه أروقة المستشفيات
الحديثة، وكانت تقسم إلى قسمين متناظرين أحدهما للمرض والآخر للمرضى، وكل قسم
يتكون على عدد من القاعات، حسب نوع المرض، كما أن هناك قسم خاص لصرف
الأدوية بالدقة والضمان، ويقوم بالعمل في هذه الأقسام الأطباء المتخصصون في فروع
الطب المختلفة كالباطنيين والجراحون والمجرمون والكحاليون (طب العيون) وغيرهما.
ويرأس كل مجموعة من هؤلاء المتخصصين رئيس يكون الحكيم في مجموعته وهو الذي
يأخذ له بالعمل ويوزع عليهم الأعباء، ويستخدم كل قسم عدد من الخدم والعاملين في
النظام، وهم يقومون بالتمريض الذين يشرفون على خدمة المرضى وإطعامهم وتقديم
العلاج لهم.

وأثناء الظهور الأول للمستشفى نجده كان لا يقتصر على دوره في المعالجة و
التطبيب فقط بل كانت مستشفيات جامعية، فين كانت بثابة نظام مكثف للتدريب والتدريس
في العلوم الطبية المختلفة وذاك عن طريق التحاق الطلبة بالأطباء. بصورة خاصة رئيس
الأطباء حيث يمارسون في فحص المرضى وتشخيص داهم ودائم في الزيارات المرورية،
كما كانت تعقد اجتماعات علمية موسعة لدراسة الحالات المرضية بصورة خاصة تلك
المعقدة منها).1 ولأجل هذا اعتبر المستشفى لدى الكثير من العلماء والباحثين مكان لعلاج
و في نفس الوقت مدرسة (3). لتعليم وتدريب العاملين فيها من أطباء ومرضى وشهب
طبيبين.
إذن فقد كانت المستشفيات في بدايتها الأولى بسيطة، لا تحتوي على تخصصات ولا على وسائل طبية متطورة ومتنوعة، ومع مرور الزمن بدأت تتطور شيئاً فشيئاً حتى وصلت إلى ما هي عليه الآن من تخصصات مختلفة عديدة ومتنوعة إلى أجهزة طبية ضخمة ومتطورة، ففي عصر النهضة الأوروبية تم اكتشاف المجهر من "فان ليفين" الذي ساعد وساهم في تطوير الطب وذلك بمعرفة نوع الجراثيم التي هاجمت جسد المريض وبالتالي إعداد الدواء المناسب لها.

ضعف إلى ذلك تطور علم الكيمياء في مطلع القرن 20 الذي ارتفع بالطب إلى أقصى مراتبه بعد أن كان طب شعبي يعتمد على الأعشاب الطبية، كدواء طبيعي انتقل إلى طب عصري حديث خاصة بعد اكتشاف دواء البنسيلين من طرف العالم ALEXANDER "Van Leeuwen Hoek" والذي أصبح فيما بعد من أكثر المضادات الحيوية المستخدمة لحد الآن، وخاصة في إجراء العمليات الجراحية بالمستشفيات.

و لما لاحظك فيه أن المستشفى الحديث بالمفهوم المعاصر لم يصل إلى هذا المستوى من الرقي والتقدم والازدهار النتيجة للتعديلات والابتكارات والتطورات التاريخية التي طرأت على وضع حالة المستشفيات على مر العصور ومنذ الظهور الأول لها، فإثبتت هذه المستشفيات ومؤسسة حجر الأسس لمستشفى الحديث إضافاً إلى الاكتشافات العلمية في مجال الطب التي ظهرت بظهور الثورة الصناعية والتي بدأها ساهمت في تجهيز المستشفيات بالمتطلبات الطبية المتطورة والأجهزة الحديثة والتي أدت إلى تطوير الطب وتكوين الأطباء يكوين ينشأ وآمراض العصر، وتكوين يحقق أكثر رفاهية وراحة وشفاء للمريض.

ب) المستشفى الحديث:

مع تطور البشرية تطورت وسائل العلاج وطرقها، وأصبح المستشفى يلعب دوراً كبيراً في منع انتشار الأمراض في المجتمع خاصة منها الوبائية وذلك بما تقدمه وحدات رعاية الأمومة والطفلة والتلبيغ عن الحالات والتحصين ضد الأمراض المعدية والفحص الدوري لاختيار الأمراض المزمنة وصيانة مستشفيات الأمراض العقلية، فالخدمات التي تقدمها المستشفيات من الناحية الوقائية تكون واضحة أكثر من الأشياء التي تكون طبيعتها الأساسية من الأعمال الوقائية البتحية، مثل صحة البيئة، وتقوم المستشفيات أيضاً بجانب معينة من الوقاية مثل الاكتشاف المبكر للأمراض التي تعتبر من صميم الأعمال الوقائية.(1)

(1) زكي خليل الساعدي، "تسويق الخدمات الصحية، ط1، دار الحامة، عمان، الأردن، 1998، ص 186.
فالمستشفى هو المكان الذي يقدم للمريض مهما كانت عنه الرعاية الصحية الشاملة بما فيها التشخيص والأمراض والتأهيل والخدمة التمريضية، إضافة إلى الخدمة والإقامة والإطعام خلال فترة المرضى. (1)

وإذا تفحصنا جيداً في أوضاع المستشفيات الحضارات الوسطى والقديمة نلاحظ أنها تتلقى سمات المستشفيات الحديثة في الكثير من المناهج والوظائف، بالإضافة إلى مهنة علاج المرضى وإيوائهم ومشاركتهم في تدريب وتعليم العاملين في المجالات الطبية، فالأطباء والممرضين والممرضات الطبيين والشبه الطبيين. (2)

وفي البداية كان ينظر للمستشفى على أنه المكان المختص بتقديم نوعية واحدة فقط من الخدمات ألا وهي الخدمات العلاجية، ثم اتسع نطاق هذا المفهوم لكي يشمل إلى جانب الخدمات العلاجية كل من الخدمات الوقائية والتعليمية والتدريبية، وذلك يكون قد تم إغفال العديد من الخدمات الهامة التي تقدم حالياً من خلال المستشفى مثل الخدمات البحثية، وما يترتب عليها من نتائج يمكن الاستفادة منها في تطوير كفاءة نظام العمل، ورفع مستوى الخدمات الصحية التي يلتقطها المرضى فيما بعد. هذا إلى جانب الخدمات الاجتماعية كتوزيد المعوقين بالأجهزة التشريحيَّة والخدمات التشريحيَّة كخدمة حفلات المرضى وتنظيم رحلات العاملين في المستشفى والخدمات الهندسية والأنشطة والمختبر المهني والتدريب الثقافي. (3)

ولقد قامت منظمة الصحة العالمية على تعريف المستشفى أنه "ن الذات المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحى الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الشاملة بشفائها العلاج والوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضاً مركز تدريب العاملين في الخدمة الصحية"(4)، وبناء على ذلك يمكن تعريف المستشفى على أنه "نظام كلي ينظم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتماثلة في نظام الخدمات الطبية المعمولة، ومجال الخدمات الفعلية ونظام الخدمات الإدارية، وتفاصل تلك النظم معاً بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب، وتدعم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحاثية للدارسين والعاملين في المجال الطبي." (5)

---

2. الجزء المكمل من "الرعاية الصحية في المجتمع". (2000)، ص. 80.
وباعتبار المستشفى كمؤسسة علاجية ذات طابع إداري تعبر كمنشأة بيروقراطية تظم مجموعة كبيرة من مراكز ال القرار ذات القدرة على ترجمة من عدة جماعات الفاعلين كجماعة الإداريين المسئولين، الأطباء المستخدمين الشبه طبيين، المستخدمين غير طبيين، كل من هذه الجماعات الفاعلين مهماً بأقل أو أكثر المعلومات وقدره لهذه الوظائف، كما أنه أي من المستشفى منذ ظهوره، وهو يقدم خدمات متنوعة ومتوافقة في المجتمع والتي تطورت مع تطور أفراد وحياتهم وحتى عدد الأمراض ونوعها نجده يوفر للطبيب والعاملين به التدريب على طريقة العلاج. فالطبيب يصادف يومياً الكثير من الحالات التي تزور المستشفى طالب العلاج، فهي في هذه الحالة يقومون بعلاج المريض وفي نفس الوقت التعليم والتدريب على كيفية العلاج.

إن معظم المستشفيات تقوم بشكل وآخر بجذب التعليم والتدريب للفئات المساعدة، بالإضافة إلى مدارس التمريض الملحقة بالمستشفيات العامة، وتوزع نفسه على المكان الطبيعي للتعليم لمدارس التمريض وكذلك تدريب خريجي المعاهد الصحية والأطباء الجدد، ويقوم المستشفى بثلاث أنواع من البحوث: البحوث العلمية الأكاديمية، البحوث التطبيقية، البحوث الميدانية، وبناء على ما تقدم فإن المستشفى من أكثر الوحدات الخدماتية التضامناً حقيقياً بالمجتمع، فالفرد العادي قلما يزور مركز شرطة أو وحدات أحداث اجتماعية ولكنه يزور حتماً إحدى المستشفيات في فترة ما من عمره، ويطلع على ما يحدث فيها، ويحس بنوعية تنظيمها ومدى تحقيقها للأهداف، هذا إلى جانب أن أعداد من المواطنين تصل بالمستشفيات اتصالاً مباشرهاً وتأثير فيهم أداء المستشفى تأثيراً عميلاً وذوقاً، فبجانب ما تستقبل المستشفيات من المرضى سنوياً، تجد بأن الكثير من المواطنين ينصحون بالمستشفيات كزور لهؤلاء المرضى أو مراقبين لهم.

و على الرغم من اعتبار المستشفى هو المنتج الهام لتقنية الخدمات للمواطنين، فلا بد من تحديد التخطيط الهيكلي داخل المستشفى بنجاح، كأن يكون مكتباً للطبيب بالقرب من صالات (غرف) المريض... لذلك يجب تحديد مكان تقديم كل خدمة من الخدمات بحيث يكون مناسبًا المريض والأطباء وآلات التمريض، فاستراتيجية المكان المصمم جيداً والمبنية على معلومات تشريعي يمكنها أن تحسن إلى حد كبير من قدرة المستشفى على تقديم الخدمات المطلوبة، فحركة الدعاية العاطفية ورعاية المرضى، ومراقب خدمات الإسعاف وخدمات الطوارئ، وبرامج التدريب بالمدارس وبرامج التنفيذ ومكاتب الأطباء القريبة من المستشفى وبرامج التطور كلها أمثلة لمجالات تتخذ منها قرارات تقديم الخدمات الصحية في المكان الصحيح.

3- زكي خليل المساع، مرجع سابق، ص 187.
4- نفس المرجع، ص 185.
إن أسس اختيار مواقع المستشفيات الحديثة من الناحية العلمية والنظرية يخضع إلى عدة عوامل صحية وفنية واجتماعية واقتصادية وتقنية والتي تذكر منها كالتالي:

1- يجب أن يكون المستشفى في متناول الأفراد في منطقة الخدمة لسهولة الوصول إليه، وأن يكون قريبا من مصادر التمويل للتكاليف التشغيلية، بجانب عده عن أماكن الثلوت والضوضاء.

2- يستحسن أن يكون مرتفعا بعض الشيء عن سطح الأرض لتأمين تصريف طبيعي لمياه السويل والأمطار.

3- أن يسمح للمساحة التي يقوم عليها بالتوسع المستقبلي فضلاً عن التشجير الذي يعطي صورة جمالية تتيح جواً نفياً للمرضى والعاملين فيه على حد سواء.

4- أن يكون المستشفى ملائماً للاستفادة من أشعة الشمس للإنارة، فضلاً عن شروط الإنارة الصناعية وتكيف المبنى.

5- توجيه غرف المرضى وحالات الخدمة والمعالجة نحو أكثر الجهات مناسبة.

ولكن ليست العبرة بعد مستشفيات ومواقعها وتنظيمها فقط بل ينبغي أن يكون هذه المراكز مرغود بالإمكانيات المادية التي تمكنها من تقديم خدمة عالية الكفاءة، إذ ينبغي أن تكون مزودة بالوسائل المختلفة للعلاج والتي تناسب مختلف فنان المستفيدين والموارد والأجهزة ووسائل الرعاية الصحية إلى جانب القوى البشرية اللازمة.

ولقد دعت منظمة الصحة العالمية إلى الاعتماد المكثف على الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات في ظل استراتيجيات الصحة للمجتمع والخدمة الصحية المتكاملة، ووحدات الرعاية الأولية وعدم تجزئة الرعاية الصحية إلى علاجية ووقائية كمدخل وحيد للخروج من الأزمة في ظل الأوضاع الصحية الراهنة في العلم الثالث.

ولقد لاحظ الخبراء بأن المستشفيات والمراكز الصحية أو العيادات الخاصة غالبا ما تقام في الدول النامية في الأحياء الحديثة والراقية من المدينة، عن الأحياء المنخفضة وأطراف المدن المكتظة بالسكان، ويمثل هذا صعوبة بالغة في الوصول إلى المناطق الصحية بالنسبة للأغلبية العظمى من السكان وينبغي تكييف الطلب على هذه المنشآت على ازدحام هائل إلى أنها تصبح على حد قول الخبراء - مكان يتم فيه تبادل الأمراض المعدية بين الأطفال.

---
(1) حسن محمد خير، فيدراز، مرجع سابق ص ص 73 - 77.
(2) زياد شير، خير، مرجع سابق، ص 240.
(3) سليم الحسن، مرجع سابق، ص 28.
(4) نفس المرجع، ص 30.
و من الأهداف الأساسية خدمة المريض ومداواته، وتكون هذه الخدمة من خلال

ثلاث وحدات أساسية وهي:(1)

1- وحدات العيادات الخارجية: حيث يتم التشخيص والعلاج خارج المستشفى،

ويعد المريض انتهى المريض الخارجي.

2- وحدة الأقسام والشعب الداخلية: حيث يتم تشخيص المرضى وعلاجهم ضمن

المستشفى ويدعى المريض انتهى المريض الداخلي.

3- وحدة الإسعاف: هذه تُستقبل الحالات الإسعافية على مدار اليوم لتقديم الخدمة

الضرورية سواء كأنة أو مستمرة، ويدعى المريض انتهى المريض الإسعافي.

إذن لقد أصبحت المستشفيات في عصرنا الحالي مركزا لتنمية قدرات العاملين بها

من أطباء وشبه طبيب ومرضى وذلك بما تتوفر عليه من وسائل تقنية وطبية هامة وضخمة

تساهم في إمكانية تدريبيهم وتعليمهم هذا من جهة، ومن جهة أخرى أصبحت من أهم المراكز

التي يلجأ إليها المريض خاصة في حالة ما إذا كان المرض وبائي أو من الأمراض المزمنة

الخطيرة المستعصية. وذلك أصبحت هذه الهاياك الصحية سواء الخاصة أو العمومية تحتل

مكانة هامة في المجتمع، حيث الأطباء العموميون لهم دور الاهتمام بالأمراض غير

القاسية، وبعد إجراء الفحوصات يتم تحويل المرضى الأطباء الأخصائيين، هذه الفترة

الأخيرة يعود لها القرار في إدخال المرضى إلى المستشفى.(2)

إذن تعتبر المستشفى من المنشئات الهامة في المجتمع الحديث، حيث يولي تقديم

مزج متنوع من الخدمات العلاجية والوقائية والتعليمية والترفيهية وبحثية، ويساهم بذلك

في رفع المستوى الصحي للبلاد، ومن ثم توفير الظروف المناسبة لتحقيق الأهداف الإنتاجية

والاقتصادية بمستوى كفاءة مرتفع، وذلك أصبح الأفاغ على الخدمات الصحية بمثابة إنتاج

استثماري في الإنتاج، حيث من الأهداف الاقتصادية للعلاج تحويل المريض غير المنتج

إلى مواطن سليم منتج يضيف بجهده إلى الإنتاج القومي، وتغيير المفهوم العلمي للمستشفى

من حين لآخر نظرًا لما يستجد له من وظائف. ومن خلال كل هذا نستطيع تلخيص أهداف

المستشفى كالتالي:

1- تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب حتى تحسن حالته.

2- تدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية المتعلقة بالعاملين في التخصصات المختلفة

داخل المستشفى وذلك للاكتساب مهارات جيدة.

3- تساعد أيضا المستشفى في تدعيم البحوث الإدارية والتي تتسم بالعديد والتنوع

تبدأ للأقسام والتخصصات غير الطبية في المستشفى مثل البحوث المالية والبحث الخاصة

بالعاملين. وذلك الخاصة بالشراء والتخزين والصيانة والمفاصل وشؤون المبنى.(3)

---

(1) عيسى غانم، مرجع سابق، ص 30.


(3) - علماء السيد، مرجع سابق، ص 17.
4- علاج الأمراض المعروفة بأنواعها كافية ومجاناً.
5- تقديم الأدوية والأشربة للمرضى وتأمين إقاماتهم وإطعامهم وتمريضهم

بالإضافة لما نقل بعض البحوث عن الأخلاقيات، إلا أن هذه الأمور يجب أن تكون جزءًا من الحياة اليومية للمستشفى.

واستنادًا إلى الخبرة الطبية، فإن التخصصات الأخرى في المستشفى كتلك التي تتغذى برعاية المرضى وتغذى الحفاظ على الصحة والسلامة، فإن هذه البحوث الطبية وparable الإدارية التي تتم في المستشفيات في تحقيق العديد من المزايا أهمها خلق مناخ مناسب للعمل داخل المستشفى وشعور العاملين باهتمام الإداري بكل جديد ومفيد فيما يتعلق بالخدمات المقدمة للمستشفى للمجتمع المحلي.

مما تقدم نقول أن المستشفى الحديث كالطب الحديث يتميز بدرجة عالية من التخصص الدقيق، فالمستشفى قاسرة على الطب الباطني وطب العيون وطب الجراحة، بل أصبحنا اليوم نجد تخصصات وأكثر تخصصاً فانقسم الطب إلى فروع وشخصيات.

3- التحفيز وأثره على الروح المعنوية والرضي:

عند شروط أي فرد في اعتقاد أو ممارسة مهنة معينة، أول ما يبارى في ذته من أسئلة عن مبلغ الأجر ومحفظات المهنة، فهو بصد بيع نتاج إنتاجه سواء الذاتية أو البدنية، ويتستر في المقابل أجرًا مغريًا يجعله يشعر ولو بقدر قليل من الرضا.

ويحدد الأجر طبقًا لدرجة مهارات الإنسان الاقتصادية، أو عمق خبراته، وكلما ازدادت مهاراته وتعقدت التخصصات وumu حقائق الخبرات، الأمر الذي معه الأعمال تزداد درجة الندرة في التخصص أو "الخبرة" وكلما ازدادت ندرة الخبرة كلما ازدادت الأجور، نظرًا لشدة الحاجة على هذا التخصص أو ذلك تختلف الأجور مع اختلاف نوع العمل والوظيفة ومع تغيير درجة المهارة وتباطؤ الأدوار التي يقوم بها المحترف والصناع في التنظيم الصناعي كله.

وتفع الأجر على أساس وحدة زمنية تقاس بعد ساعات العمل أو على أساس اليوم كله، وقد تصرف الأجور أسبوعياً، وقد تكون نصف شهرية أو شهرية (وهو المعمول به لدى أغلب المؤسسات الحكومية والخاصة في الجزائر) أو حتى سنوية، ويتحدث مقدار الأجر حين يشترى صاحب العمل وقت العامل وجهده نظير خبرة أو عمل معين، وقد يزيد الأجر بزيادة وقت العمل المطلوب أو عمق الخبرة.

(1) سليم الحسيني، مراجع سابق، ص 28
(2) محمد إسحاق قادر، علم الاجتماعية الأداري ومواقف التدريب في المؤسسات البيروقراطية، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1981، ص 272.
ويعتبر نظام الأجر من أعقد النظم الاقتصادية، كما تخضع نظام الأجر لقوانين ولوائح تضعها الدولة أو الحكومة، وهي جهاز الدولة البيروقراطي، كما قد تعرض سائر مؤسسات الصناعة والتجارة سواء في القطاع العام أو الخاص نظما من الأجر تتفاوت مع طبيعة وظروف المؤسسة البيروقراطية ونوعية إنتاجها ومعدلات أرباحها، كما تتداخل في نظام الأجر والتعاون والمنح والمكافآت.

بؤر الأجر المرتفع إلى انتعاش حياة العامل، بينما يمثل مستوى الأجر البسيط مصدرًا مستمرا للشعور بالمهنية والإحباط، ولذلك تقرر كل نظام الأجر في كافة المجتمعات والدول عوائد دورية للعمال والموظفين، حيث تشيع مسألة الأجر جوانب سيكولوجية، فتحقق الأجر المرتفعة أو المنح المفاجئة والمشبعة شعورًا بالسعادة أو الرضا، وبخصوص حين ينموا الأجر ويزداد على مر الأيام، فيزداد طموح الإنسان الاقتصادي مستواه، لكي يتواصل إلى أهداف اقتصادية كانت بعيدة المنال، فشعر بالراحة بعد نجاحه في سعيه وبلغ هدفه البعيد 3.

ويعني الرضا عن العمل ظاهرة شعورية تعتبر عن اتجاهات الفرد نحو عمله، وتتنظّم في بنية التكوينية جملة عوامل مادية واجتماعية ومهنية، بتوافرها يتحقق الرضا وابتكادها يتحقق عدم الرضا.

كما تتوقف تأثيرات هذه العوامل على مدى إدراك الفرد لها، وحدود الإشباع النفسي لحاجاته منه، ومن ثم فإن بعض العوامل قد تكون هي ذات مسبيّة للرضا عند البعض وسبيّة لعدم الرضا عند البعض الآخر، إذاً لكل إنسان رؤيته الخاصة لنفسه وظروف حياته ولوسعه الوظيفي وتوقعاته من مهنته ورؤسائه وبناءه والتعاملين معه، ومجتمعه الذي يعيش فيه.

إذن إن الشعور بالرضا هو الغاية التي يجب أن يتوصل إليها العامل، وأن الزيادة في الأجور هي من عوامل تحقيق الرضا، حين ترفع زيادة الأجر من الروح المعنوية للعامل (0) وتفقد بالروح المعنوية تلك الطاقة الكاملة " فيما وراء العمل " وحسن نزاعته والقيم به فنزاعد (روح المعنوية) بالطبع عند وضع نظام سخري للحوافز فيشعر العامل بالأمان والأمان من المستقبل، وذلك حين يضيف من مداخرته الناتجة عن أجره وأرباحه وحوافزه التشجيعية ومكافأته السخية، وكلها جوانب تشع في العمل الحوافز المادية، تلك التي قد تدفعهم إلى تحقيق وإشباع حاجات أخرى معنوية بزيادة التأمين على الحياة والاستثمار والإدخال، مع الاستفادة بالعائد المجزى والمشبع.

---
1. محمد إسماعيل قاري، مرجع سابق، ص ص 275، 278.
2. محمد عمري، عبد الله جمعة الكببسي، درة مبارك العمري، محمود مصطفى قمرب، المكانة الاجتماعية للعمل، ط 1، دار الثقافة، الدوما، طبرة، 2001، ص ص 278، 275.
3. محمد إسماعيل قاري، مرجع سابق، ص ص 295.
ولقد ثبت في قياس الروح المعنوية للعمال أن سمات الشخصية الخاصة بالذكاء وسعة الأفق ودرجة الميل المهني والفنى ومستوى الثقافة والخبرة والتدريب، كلها عناصر جوهرية، قد تدخل في التركيب الدينامي لشخصية العامل.

ومع انخفاض الروح المعنوية بين العمال تنخفض درجة التماسك ويزداد التحلل والانحلال بين الجماعات الإنتاجية، مما يؤثر على شخصية العامل وإنتاجه حين ينظر إلى علاقات المودة والانسجام كمرتبة ثانية بعد الاهتمام أولا بالعمل والإنتاج.

ولقد ثبت أن الروح المعنوية إنما لا تستند إلى أسس مادية تتعلق بظروف العمل بقدر ما تستند إلى شعور العامل بالرضا النفسي الذي ينتج عن الاعتراف بشخصية العامل واحترامها في كل المواقف والمجالات، ولا شك أن فكرة العامل عن الإدارة هي المقياس الحقيقي لقياس الروح المعنوية عند العامل. (1)

(1) إسماعيل فاضر، مرجع سابق، ص 293، 294.
الخلاصة:

لقد كان هدفنا من خلال هذا الفصل هو التعرف على تاريخ الصحة و الطب بالجزائر منذ عهد التوأما الروماني إلى يومنا هذا، مع تقديم بعض الإحصائيات عن المرضى والأوبئة والأمراض المنتشرة آنذاك، بالإضافة إلى عدد الأطباء والطلبة في الطب و الشبه الطبيين، إذن حاولنا التطرق و التعرف على الحالة أو الوضعية الصحية بالجزائر منذ مرحلة ما قبل الاستعمار إلى يومنا هذا.

كما حاولنا التعرف و لو بصفة موجزة على البدايات الأولى للمستشفيات و تطوراته عبر الأزمنة.
الفصل الرابع:
عمل الشركاء البقري الجماعي بالمؤسسة الاستثنائية
تمهيد:

إن في هذا الفصل الثلاث و الأخير من الجانب النظري خصصنا للطبيب، حيث سوف نتطرق إلى الاتصال في داخل المؤسسة الإستشفائية سواء الخاصة أو العمومية، ويشمل هذا الاتصال على علاقة الأطباء فيما بينهم، و علاقة الطبيب بالممرضة كونها أول مساعد للطبيب وذراعه الأيمن لعلاج المريض و كذا علاقته بالأخصائي الاجتماعي، حيث يكونون فريقا طبيا متكاملا يسه على راحة الطبيب و توفير العلاج اللازم و الأفضل له، ضف إلى ذلك سوف نحاول التعرف على نوعية الخدمات المقدمة من طرف الفريق الطبي بالمستشفى من تطبيق و تمريض و خدمة اجتماعية طبية.
- المريض ودوره الاجتماعي:

يعتبر المريض من الموضوعات الشائكة التي تجلب اهتمام الأمم والمجتمعات، كونه أحد أعم الغيابات التي تعيق الفرد عن أداء عمله جزئياً أو كلياً، ولعدة زمنية تراوح حسب طبيعة المرض، فقد يكون مريضاً مزمناً يلازم المريض طوال حياته ويفرض عليه نمطاً خاصاً من الحياة كوضع الحمية مثلها وتناول الدواء وعدد مرات في اليوم طوال الحياة ... وغيرها، كما قد يكون مؤقتاً بدوام لبضعة ساعات أو بضعة أيام.

يمكن تعريف المريض على أنه حالة التغيير النسبية في التركيب أو الوجهية أو كلاهما بعضو معين، وذلك نتيجة لمجموعة اضطرابات الفيزيولوجية التي تصيب ذلك العضو، وفي الوقت الطبيعي تدخل أجزاء الجسم بشكل متزامن وفعال ليشعر المرء بذلك السيل من النشاط الجسم والعقلي، والنفسي دون ملاحظة أي خلل وما يحدث في حالة المرض هو انحراف أو اختلال في أي من عوامل الصحة الجسمية أو العقلية، أو النفسية، الأمر الذي ينتهي بالأعراض والذي يظهر له بعض الأعراض، أي أن الإصابة بالمرض ماهي إلا عملية متطرفة منذ حدوث السبب حتى ظهور المضاعفات 1.

كما يمكن تعريف المريض على أنه مجموعة اكتئابات ناجمة عن اضطرابات في الجسم أو أحد أجزاءه جواباً لتتبنيه قد يحدث مرضًا وفي حالة الصحة فإن جميع أعضاء الجسم تعمل بتجانس، وأن جميع الوظائف الجسمية تسيراً طبيعياً مما يجعل المرء يشعر بذلك النشاط جسمياً، وعقلياً، ونفسياً دون شكوك من أي خلل، أما في حالة المرض فإن هناك انحرافًا أو اختلالًا في أحد عوامل الصحة الجسدية والعقلية، والنفسية يؤدي إلى اضطراب تظهر له بعض الأعراض 2.

ولقد ذهب دور كايم إلى أن المريض يلازم الإنسان نبض متقاوته وأنه كقاعدة لا يوجد إنسان خال من الأمراض، وأن الصحة عندنا معناها أن يكون الإنسان في حالة أقل قدر ممكن من الأمراض لديه، أما الإنسان الخالي من الأمراض فهو غير موجود، ويشير إلى علامات مرضية تبدو على الإنسان ولكنها في الواقع علامة على الصحة، وإذا اختفت وظهر على الإنسان أنه سليم فإنه في الواقع مريض 3.

---
(1) إحسان علي مغاصب، مرجع سابق، ص ص 72، 1.
(2) عيمية علي، مرجع سابق، ص 13.
(3) أسيل إبراهيم مخزوف، الرعاية الصحية ورعاية المرضى، المكتب الجامع الحديث، الإسكندرية، مصر 2000، ص 22.
إذا كان المريض خطيراً أو مزمناً يستوجب دخوله المستشفى، فقد تظهر بعض المشاكل والمخاوف الخاصة بصعوبة التكيف والتي تختلف درجة حدتها من مريض لآخر. كون هناك بعض المرضى يتصرفون بطريقة عادية حيث يقبلون وجودهم في هذا العالم الجديد عليهم، فيضخمون لأوامر الطبيب وطرق العلاج فيتماثلون للشفاء بسرعة، والبعض الآخر لا يقبل حتى مجرد التفكير في البدء عن العزلة، ووجودهم في محيط مليء بالمرضى، فقد يتصرفون بطريقة عدوانية، وقد يرفضون العلاج ولا ينفذون أوامر الطبيب، فتصرفاتهم هذه تؤدي إلى تعطيل الشفاء.

فالمريض عند دخوله المستشفى يفكر في الجو المجهول الذي يعيش فيه، في القطاع أن معاملة الأشخاص العامة في المستشفى للمريض من اهتمام أو إهمال قد يخفف أو يزيد من تأثير المريض عليه كما أن أطمئنان المريض إلى وجود الإمكانيات والفرص اللازمة لعلاجه داخل المستشفى تنعكس على مشاعره وترفع من روحه المعنية. (1)

كما أنه بالقطع عند بعد المريض عن الأهل لا يشعر بالأمان والأطمئنان الذي يشعر بهما في وسط العائلة، وهذا الشعور هو شعور عادي قد يمس جميع المرضى الموجودين في المستشفى دون استثناء، لأن الفرد يشعر كان المريض يشعر بضعف جسدي وآخر نفسي، فالتهاب الذي يمس جسمه نتيجة تداخل بعض الأسباب يؤدي إلى ضعف نفسه كالتهاب الشديد من إجراء عملية جراحية نسبة نجاهها ضعيفة. تنتج عنه بعض التصرفات العدوانية اتجاه من يعملون في المستشفى، وحتى اتجاه عائلته، والمريض الذي لا يلتقي زيارات من طرف العائلة بسبب بعد العائلة عن المستشفى، أو الفقر أو لأي سبب من الأسباب قد يؤدي إلى تخوف كبير من طرف المريض في تخلي عائلته عنه.

وبسبب المشاكل الكثيرة والصعوبات التي يلتقها المريض عند دخوله المستشفى تطرق الكثير من الأطباء والممرضات والإداريين في المستشفيات والمدرسون في المعاهد التمريض الوسائل التي تحقق للمريض حاجاته الحالية والمستقبلية وقد طرحت الدراسة الاتصال بالمرضى والوقوف على أرائهم، وخرجوا من ذلك بما سموه حقوق المريض، ونشرت الرابطة الأمريكية التمريض في الولايات المتحدة الأمريكية هذا المبادئ وهو يتكون من عدة بنود هامة. (2)

(1) - إقبال إبراهيم مخلوف، عمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1991، ص 46.

(2) - إليزابيث أوج، ترجمة: نور السعداوي، خدمات التمريض في الحاضر والمستقبل، نشر بالاشتراك مع مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر، القاهرة، نيويورك، 1967، ص 12.
2- نظام عمل الفريق الطبي بالمستشفى:

لقد كانت المستشفيات في أول عهدها بسيطة بساحة أهلها ونوع المريض السائد فيها وأصبحت اليوم موشرا دالا على الصحة في المجتمع، ومكانا للبحث والدراسة، تدرس فيها أسباب المرض لوقفها، وفهمها من أجل الأصماء والمريض على حد السواء، ولذلك فإن من أبرز واجبات المستشفى يتمثل في تشخيص المبكر للمرض وتعميق معرفتنا بعوامل اضطراب الصحة، وبالتالي العلاج السريع المريض قبل استفحال أثاره.

وللسيطرة على المريض وتحقيق الراحة والشفاء والإقامة الحسنة للمريض في المستشفى، يتعاون كل الفريق الطبي بالمستشفى ابتداء من الأعضاء غير الطبيين كالإداريين وذلك بتجهيز الملف الطبي للإقامة بالمستشفى إلى عمال النظافة الذين يحاولون السيطرة على مسببات المرض وانتقال الجراثيم بالمستشفى، وذلك عن طريق التنظيف مرورا بالأطباء الذين يعتبرون أهم مرحلة من المراحل التي يمر بها المريض عند دخوله المستشفى، حيث يفضل هؤلاء الأطباء يعرف نوع المرض الذي يعاني منه المريض، وذلك بمساعدة المرضى والشيوط الطبيين، والأخصائيين الاجتماعيين، حيث هؤلاء يقومون بمساعدة الطبيب في جمع المعلومات الاجتماعية الكافية عن بعض المرضى ليسهل عليه تشخيص المرض وتقدير العلاج المناسب لحالته الصحية والتعبير المريض بلغة بسيطة عن الاصطلاحات الطبية عن مرضه وما يجب عليه لتعجيل الشفاء.

فعلاج المريض بالمستشفى لا يتم على يدي الطبيب بمفرده، وإنما يقوم به فريق متكامل يرأس الطبيب، حيث يقوم بإصدار الأوامر وعرضها على الفريق الطبي للتطبيق وسيلة الطبيب هي التي تسمح له باتخاذ القرارات وفرضها على المرضى ومحبيتهم لأنها في الأخير تعود لصالحه، والخدمات في المستشفى كثيرة ومتنوعة، من تطبيب وتمريض وخدمة اجتماعية طبية، وسنقوم بعرضها بالتفصيل كما يلي:

1) - (1) - نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي: المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإزالة، مصر، 1998، ص 233.
2) - نفس المراجع، ص 239.
3) - رشيد زرواتي، مدخل لخدمة الاجتماعية، مطبعة هومة، الجزائر، 2000، ص 73.
4) - ISRAEL (L) & MARDAGA (P), Le médecin face aux malades, 5ème édition, Bruxelles, Belgique, p 185.

---
(1) - (2) - (3) - (4)
أ) التطبيق

يعتبر دور الطبيب من الأدوار الهامة نظراً لأنه يحتوي على جانبين أساسيين:

1- هو الجانب الطبي المتخصص المعروف للطبيب، وهو الجانب الاجتماعي ويعتبر دور الطبيب على قيم ومعايير وأخلاقيات عالمية، عليه القيام بواجبه ودأبه لدوره ويتكون بمثابة قوانين يحترمه وينفذه، ويربط دور الطبيب ارتباطاً تماماً بدور المريض، فالمريض يقبل التعاون مع الطبيب، والطبيب يحاول تطبيق معلوماته الخاصة ومهاراته من أجل مفعمة المريض ومن أجل تشخيص المرض والعلاج(1) ويكون دورهم في المستقبل متطوراً أكثر، فالطبيب هو من أهم الاملين الذين يشغفهم الحكومة لاحتواء المشاكل الصحية للشعب لمحاربة الأمراض والموت الممكن تجاهه(2).

ويعتبر طبيب القلب بالنسبة لنظام تقديم الخدمات الصحية، وهو منسول عن مرضيه لحظة فحصه حتى يطمئن على اكتمال صحته، وهو العنصر الأساسي في التنظيم وفي القيام بالتشخيص، ومواصلة جهوده في العلاج، وعندما يشرع المريض في الاستفادة من نظام الرعاية الصحية، فإنه يخضع لسلطته الطبيب، ويتناسى عن إرادته، ثم إن الطبيب يصفه هذه يقوم باختيار وشراء خدمات أخرى تكملية يناسبه عن موهبه المريض ويتعرض الطبيب من حيث تخصصاتهم وخدمات التي يقدمها(3) وهما يتبعون كما يلي.

- أطباء الوقاية: هم الأطباء الذين يمارسون مهنتهم في مختلف بني النشاطات الجدد.
- أطباء النظام: هم الأطباء الذين يمارسون مهنتهم في مختلف بني النظام.
- أطباء الامراض: هم الأطباء الذين يمارسون مهنتهم في مختلف بني النظام.
- أطباء الامراض: هم الأطباء الذين يمارسون مهنتهم في مختلف بني النظام.

(1) - نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 96.
(2) - DEBRE (R), L’honneur de vivre, Herman, Paris, 1996, p 476.
(3) - زكي خليل المساع، مرجع سابق، ص 209.
(4) - MOURNEX (R), préface: TUBIANA (M), Initiation à la médecine, expansion scientifique française, Paris, pp 140, 141.
الأطباء العسكريين: يحققون مكان خاص في المجتمع، هم مكونين كباقي الأطباء المدنيين، تحتلوا على منصب العمل من طرف الجيش بمساهمة، يكرسون سنوات عديدة من حياتهم للجيش.

لقد كان "أبقراط" شديد الوعي بملاءفة القواعد في الطب، ويرى بأن الطبيب الحاذق يعرف من خلال تجاربه نتائج أحواض الجسم المختلفة، من مقدوره أن ينتمي بسير المرض في مراحله الأولى فينادف فورا في معالجته بأمانة واخلاص، لذلك نلزم أن أبقراط أراد أن يحتفل بالطب كرامته وللأطباء شموخهم وإنسانيتهم ووضع له قيمة العظيم الذي لا يزال يتردد في الأوساط الطبية العالمية أو يحظه الأطباء على ظهر قلب ويعملون بخلاف خلقه، على تطبيقه في كافة مجتمعاتهم(1). ويتغير هذا القسم من مجتمع لآخر ومن بلد لآخر، ولكن مضمونه واحد والقسم الطبي في الإسلام هو كما هو موضح في الملاحح.

يعتبر هذا القسم وثيقة أساسية في علم الواجبات الطبية، ومن خلال هذا القسم نلاحظ بأن الطبيب له التزامات ووعود وإيجابيات تجعل منه الرجل السوي ومسؤولية كبيرة يتلقاه في أداء عمله. هذه المسؤولية الطبية التي تجلب بالطبير من جراء مساعدة صداقته، ولا بد لكي تحقق هذه المسؤولية من تحقيق شرطين أحمدما وجود الأذى والضرر والثاني وجود صلة بين الضرر الحاصل والخطأ الطبي الواقع(2).

فكلما من الدراسات أكدت على أن الأداء المهني للطبيب يتميز بقدر قليل من التفرد، فال профессиональн هو الذي يعمل مع مواد ليست بشريه المحامي يتعامل مع مواد قانونية، والصناع يتعامل مع مواد خام، صلة أو سائدة، ولكن الطبيب يتعامل مع كائنات بشرية(3).

لذلك كان لزاماً عليه أن يتعامل مع هذه الكائنات بحذر شديد، وأن يتسم بإخلاص عاليه في أثناء أداء عمله، فأخلاقيات الطبيبة هي من وضع علماء الطب، وهم سمات رئيسيتان أولهما أن تكون الأخلاقيات علاجية ولا تتألف من قوة ثابتة مطلقة، وآية يجري عليها التغيير والتعديل حسب كل حالة جزئية، والمقصود كما يجب على الأطباء أن يتصوروا بقيم خليقة تناسب مهنتهم، ومن أمثلة هذه القيم: تقديم علوم الطب التجريب على المرضى، الرعاية الصحية، السماوات كل الناس في الحقوق والواجبات، التعلم لاكتشاف ما هو جديد... هي كلها قيم يجب أن يلتزم بها الطبيب، لكن أعلى قيمة يترجم بها هي احترام الذات الإنسانية كقيمة مطلقة، وأن

---
(1) - مصطفى غالب، أبقراط، دار مكتبة الهلال، بيروت، لبنان، 1986ص 7.
(2) - هاشم باهيمي الخطيبي، السيد عبد القادر العابدين، عماد باهيمي الخطيبي، الطبيب المسلم وأخلاقات المهنة، مطبعة اليمن، عمان، الأردن، 1991، ص5.
(3) - علي المكاوي، مرجع سابق، ص 133.
إن الطبيب لا يصبح طبيبا إلا إذا جمع بين التعليم الطبي النظري والملاحظة السريرية والملاحظة العلمية، وفي ذلك يقول "القارابي" "فإن الطبيب وإنما يصير معالجا كاملا بقوتين: إحداهما القوة على الكليات والقوانين التي استفادها من كتب الطب والآخرين القوة التي تحصل له بطول المزاولة لأعمال الطب في المرضى وحركتها وطريقتها بطول التجربة والمشادة لأبدان الأشخاص، وهذه القوة يمكن للطبيب أن يقدر الأدوية والعلاج، فقراءة الكتب الطبية لا تكفي في أحكام صناعة الطب، كما يقول "الرازي" "بل يحتاج مع ذلك إلى مزاولة المرضى". (1)

و ينبغي لطالب هذه الصناعة أن يكون ملازما للمستشفيات والمعادن، ونagged الملاحظة لأمورهم وأحوالهم ودائرة أطلاعه ينبغي أن تكون في حدود التخصص الن врач، بل ينبغي أن تشمل بجار ذلك أطلاعا عاميا على التجربة في التخصص وإدراك العلاقات الأخرى، فالذكاء والاطلاع والاستمرار في التعلم والبحث صفات عقلية ينبغي أن يتحلى بها الطبيب الناجح. (2)

و على الطبيب أن يفسح كل معرفته التخصصية ومهارته المتاحة لعلاج المريض، وهذا يضعه في موضع القوة والتأثير، ولابد أن يتسم دوره بالحياد الوجداني، إذ لا بد أن يعالج المشكلة الموضوعية في ضوء مصطلحات يمكن تبريرها والبرحنة عليها علميا، وقد ينبغي أخذ ملاحظة وساعدة الامريض في الموقف الحرج، وذالك الواقع يضع الطبيب موضع السيادة والسيطرة بمقتضى معرفته الطبية المتخصصة ومهارته علامة على أنه يحتل المكانة العليا طبقا للمهنة الطبية. (3)

كما ينبغي على الطبيب أن يكون منصرفا إلى متابعة نموه العلمي والمهني باستمرار، وذالك بالموافقة على قراءة الكتب والانفتاح على التجارب الأخرى، ونفاد الاعتماد على التجربة والخطأ في التشخيص والعلاج، والنفرع الكامل للمهنة وعدم الاستغلال بسواها، لذلك نجد "الرازي" يرى بأن الإنسان يجب أن يتقدم من حسن سير وسوابق الطبيب الذي يعهد إليه بصحته وصحة أقاربه التي هي أعظم شيء في

1- أحمد محمود صبحي، محمود فهمي زيدان، تقديم: محمود مرسي عبد الله، في فلسفة الطب، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
2- محمود مرسي عبد الله، ملاحظات، مرجع سابق، ص 138.
3- نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 96.
الدنيا، و ذلك بأن يتجنب الطبيب الذي يقطع وقته بين الملاحه والمثلتات و يشتغل كثيراً بالفنون الأجنبية عن مهنته و يذوب الحمر و ينتمى في الشروط، وبخلاف ما ذكر يجب أيضاً على المرء أن يثق بأن آدم الطب إماماً وافياً و شاهد كثيراً من المستشفيات وأعشر كثيراً من الأطباء الماهرين و عالج عدداً وافراً من المرضى. 

و بذلك يكون هدف الطبيب في تخفيف ألام المريض أسرى من الرغبة في الأجر و الجزاء الدنيا و أفرص من إنشاع النفس بدل شعراء في المهنة، فالطبيب يخفف من ألام المريض و ينتمي من أثر المرض و الهلاك، وهو مع ذلك لا يغلي سوى العمل الإنساني و الخير المطلق (1) فالمثل السائد و المأثور " الشفاء أحياناً، التخفيف غالباً، المواساة دائماً " (2)

لم يكن ينطيق بالقسم الطبي المهني بل أضاف إليه واجبات الطبيب التي ينبغي التقيد فيها بدقة وانتظام، و هي أن يحتفظ دائماً بحسن مظهره الخارجي، وأن ينظف جسمه، و يتألق في ملسيه، كما يجب عليه أن يكون هادئاً وصلباً على الدواء، و أن يكون سلوكه يبتعد عن اللقمة و الأطمئنان في نفس المريض، و يجب عليه كما يقول " أن يكون شديد الغضبة بعلاقة ذاته و نفسه و لا يقول أبداً ما كان نافعاً و ضرورياً، وإذا دخلت حجرة المريض فتدثر طريقة جلوكس، و كن متحظفاً في كلامك، مقتنياً بندامك و ثوابك، صريحاً حاسماً صادقاً في أقوالك ومؤذزاً في حديثك هادفاً... و لا تنسى ما يجب أن تكون عليه أخلاقيك و أنت إلى جانب المريض، و أضيب أخصاصك... وإذا لاحظت لك الفرصة لأن تؤدي خدمة لذوي عزك في الحال، فقدم له معونتك كاملة، ذلك أنه حيث يوجد حب الناس يوجد حب الفن. (3)

والطبيب على رأي " أبقراط " هو الذي اجتمعت فيه 7 خصال:

1- أن يكون تم الخلق، صحيح الأعضاء، حسن الذكاء، جيد الرؤية، عاقل ذكورة، خبير الطبع.
2- أن يكون حسن القدر، طبيب الرائحة، نظيف البين، والتوبة.
3- أن يكون كثراً أشواص المريض ولا ييجذ بشيء من أمراضهم.
4- أن تكون رغبته في إبراء المريض أكثر من رغبته فيما يلبمسه من الأجرة.
5- أن يكون حريصاً على التعليم، والمالجة في منافع الناس.

---

(1) - أ. عبد الرحمن عبد الرحمن السفيق، مرجع سابق، ص 189.
(2) - هشام إبراهيم الخطيب، عبد عبد القادر العكركيه، عماد إبراهيم الخطيب، مرجع سابق، ص 16.
(3) - ISRAEL (L) & MARDAGA (P), opcit, p 172.
(4) - مصطفى غالب، مرجع سابق، ص 52.
6) أن يكون سليم القلب، عفيف النظر، صاصين اللهجة، لا يخطر بباله شيء من أمور النساء، والأموال التي شاهدها في منزل الأعلاء، فضلاً عن أن يتعرض إلى شيء منها.

7) أن يكون مأموناً ثقة على الأرواح والأموال ولا يصف دواء قنال ولا يعلم ولا

ب) التمريض:

لقد دلت الدراسات على أن المرض قديم قدم الإنسان والتاريخ، كما دلت الحضارات القديمة على طرق العلاج هذه الأمراض، فالحضارة الفرعونية المصرية، وحضارة الرومانية، وغيرها، كانت لكل منها طرق ووسائل لعلاج هذه الأمراض، كما كانت هذه الحضارات لا تعترف طبيباً ولا ممرضاً ولا أخصائي اجتماعياً ولا نفسها، لأن طرق العلاج كانت على يد كاهن أو ساحر، باستخدام السحر والشعوذة، وشيئاً فشيئاً، وتطورت الحضارات وتداولها بدأ الإنسان يعرف التداوي على يد أطباء متخصصين والعالحين بالاعتقاد، عندما بدأ الطب يأخذ طابعه القانوني المعروف حالياً.

ومع نشوء الحضارات كانت تعتبر الأم التي كانت بحنانها وعاطفتها تسر على أبنائها في الصحة والمرض، هي أول ممرضة، "حتى عهد" أيقراج " لم يكن هناك ذكر للتمريض بل كان الطبيب يقوم بعمله بمساعدة ذوي المريض. مع النساء أو الخدم، أما القابلات من النساء فكانت مهنة متوارثة عن العائلة، وأما طبيب النساء لم يكن له ذكر حتى القرن السابع عشر.

وفي عام 1639م ظهرت ثلاث أخوات في شارع "أو غسطين" في فرنسا أطلق عليهن مجموعة الأخوات الأورغسطينيات، وكانت هذه المجموعة تقدم خدماتهن أثناء السر Slam والمجاورة، ولم يقتصر عملهن على فرنسا فقط، بل انتقل إلى الهند أثناء الحرب الهندية، حيث انتشرت الأورغسطينيات "الجري" وفيما بعد "النيفو" وكانت خدمات هذه الجماعة تشمل على النظافة والغسيل وذب الروح المعنوية للمرضى، وكان القيام بذلك يتم دون أموار الطبيب، بل بعمر الراشدية والقاسية.

"وبعد انتشار الدعوة الإسلامية وما جاء به سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم من تعاليم بمساعدة المرضى، كان العرب يطلقون اسم اللواتيات والأوسي على النساء اللاتي يعملن في تضمين الجراح، وجبر العظام، ووقاية من النزيف وغير ذلك من أعمال الإسعاف، وقد سبب هذا اسم لأنهن يعالجن ويواسين.

(1) عبد الرحمن عبد الرحمن التقبي، مرجع سابق، ص 188.
(2) عادت الراشدية، عبد بعد الدين الكافثية، عبد المجيد الشاعر، مرجع سابق، ص 16.
(3) نفس المرجع، ص 7.
ترتبط مهنة التمريض بمهنة الطب ارتباطاً كبيراً، وفيما مضى كان الطبيب يعتمد على الممرضة اعتماداً ضئيلاً، لكنه يلعب دوراً هاماً في رعاية المريض، ومع مرور الوقت بدأ الطب و التمريض يرتبط كلهما بالأخر وخاصة منذ حوالي القرن التاسع عشر وبعد نمو الظروف الطبية الحديثة التي تعود على المعرفة العلمية والبحث العلمي أزدادت الحاجة إلى الممرضات اللاتي يتم بهدفهم على المهارات وتمت مهنة التمريض في ضوء التقدم الذي أحرزه علم الطب، واستخدم في بداية الأمر فتيات تحت التمرین، يعنى فترة طويلة من أجل اكتساب الخبرة والمهارات.

إن التمريض هو الخدمات التي تقدم إلى المريض، إلى جانب الخدمات الطبية، لتساعد على شفائه من مرضه ومنذ حوالي ربع قرن كان يعني التمريض يعني وجود مرضة إلى جانب المريض تقوم على خدمته ورعايته باستمرار حتى يتم شفاء، ثم تبين إن هذا المعني يتضمن بعض الخطا، وأي قيام مرضة واحدة بشتى الخدمات للمريض، وهو على فارق المرض، قد يكون سبباً في تأخير الشفاء يدلاً من التعجيل به، فمثلًا كانت المرضة بإطعام المريض، وتنظيفه وغسله، وتقلبه في فراشه، وتخفيف من الألم، أما الآن فقد أصبح المريض أكثر شمولًا وأوسع نظاماً، فهو يشمل إعادة تدريب العضلات والصابرة حتى تستعيد قدرتها على الحركة، ثم وضع نظام للرعاية المستمرة للمريض حتى بعد أن يغادر المستشفى ويذهب إلى منزله، وأصبحت الخدمة التمريضية غير مقصودة على مرضة واحدة، تقوم بكل شيء للمريض، بل تجد لذلك فرقة من ممرضات ومساعدات لهن، لكل منهن واجبات تؤديها، فمنهن من تقوم بمساعدة المريض في القيام ببعض التدريبات المنظمة، ومنهن من تقوم بالواجبات وتقوم بإطعام المريض إذا كانت حالتة تستدعي ذلك، ثم أصبح هناك فروع في التمريض.

وفي أواخر القرن الماضي ظهر نظام جديد في التمريض، وهو نظام المرضة الزائرة، وذلك في بعض المستشفيات الأمريكية لمعاونة المرضى في منازلهم بعد خروجهم من المستشفى، هو من العوامل التي كشفت عن الحاجة إلى الجهود الاجتماعية الطبية في حقل الطب والمريض، وقد اضطرت المرضة الزائرة في خلال الكثير من زياراتها للمرضى إلى القيام بخدمات اجتماعية خارج نطاق المهمة الأساسية التي هي مكلفة بها.

إن مهنة التمريض من أكثر المهن التي تتطلب تكيف المرضة مع ظروف العمل الصعبة، ومع إنسان ضعيف غير سوي، ومزاماً و أطباء و اداريين وغيرهم... و لا بد من صفات تتورط في المرضة حتى يتم لها التكيف مع المحيط الخارجي، منها العطف و الرحمه للمريض و الروح المرحة و الإبتسامة، الأمانة و...
الأخلاق، المرونة و كتم أسرار المهنة مثلها مثل الطبيب، و الصبر و الحذر و دقة الملاحظة، و التصرف بحكمة و الخفة في أداء المهنة، لأن المريض شخص قد فارق منزله، و هو بمثال ضيف بحاجة للمساعدة، فالعلاقة مع هذا العضو يجب أن تكون بمنتهى المودة و المحبة، حتى يشعر بأنه ليس بغيره، و أنه يلتقي العناية الكافية حتى يطمئن ذووه، فيجب أن يقدم له علاجه، و غذائه و راهته بعلاقة أخوية و ابتسامة عريضة و تعليمه و إرشاده، لما هو في مصلحته، لأن ما تقوم به الممرضة و الطبيب هو هدف نبيل أوصت به جميع الديانات السماوية.(1)

لكل عمل رجاله و لكل مهنة أفرادها، و من يعمل لمهنة يجب أن يكون راغبا فيها حتى يكون العطاء أكثر، و المريضة كفرد من هذا المجتمع مثلها مثل أي فرد عامل، قد تواجه أثناء عملها و اتصالها اليومي بالمريض بعض الصعوبات، كعدم قبول المريض أخذ الدواء أو الطعام، أو كثرة الخوف و الوسوسة وغيرها من المشاكل اليومية، من هذه الحالة قد تكون ردة فعله عنيفة معها، كأن يسبها أو يضربها، فكثير من الدراسات و في بلدان مختلفة بنحو نسب مرتفعة من الاعتداءات حسب HOLDEN (1985) أن نسبة 60% 72,60 % من الممرضات الأستراليات تم الاعتداء عليها شفويًا و حتى ضربها و 63% جسديًا(2)

رغم أن الدور الكبير في النسق الطبيعي الرسمي بالمستشفى يرجع إلى الطبيب، إلا أن الدور الهام و المتزايد يرجع إلى الممرضات و مشرفات الممرض، فالممرضات هن الأكثر دراحة و سهولة و تصرفات، و لكن هؤلاء الممرضات يعتبرن في المجتمع كأفراد ذات أهمية ثانوية، يُمكن سوى بتقديم أورام الطبيب و تقديم العلاج للمريض و حتى الممرضات تُنسهان بذا الدور.(3)

---
(1) - عمد الطبيب، عبد عبد القادر العكيلة، عبد المجيد الشاعر، مرجع سابق، ص 20
(2) - ESTRYN-BEHAR (N), préface : CATLLARD (G. F), Risques professionnels des médecins, Masson, Paris, 2002, p 61
(3) - MYEUNG BIN (B), Le protecteur de la santé public, Edition on longs étrangères, Pyongyang, Corée, P 61.


(ج). الخدمة الاجتماعية الطبية:

كان مصدر الرعاية الطبية في القرن الماضي هو الطبيب وحده، ولكن لم يلبث الطبيب أن أحس أن خطة العلاج تحتاج إلى جهد من لون آخر غير وجود الطبيب، إذ أنه نجح هذه الخطة بجرب السلطة على البيئة أحيانًا. على أعمال المريض أحيانًا أخرى، كما يتحمل في بعض الحالات معرفة مصدر المرض، وعرفة حالة المريض المعيشية التي يدخل فيها من عناصر التغير ما يتماشى مع احتياجات المريض الفردية. وفي أوائل القرن العشرين وجد الطبيب الشخص المهني هو الأخصائي الاجتماعي الذي دخل في ذلك الميدان عام 1905، و كانت المستشفى التي فتحت أبوابها للأخلاقي الاجتماعي في ذلك العام هي مستشفى "masasvio ستئس" العمومية ببوسطن، و تبعها بعد ذلك بقليل مستشفى "بلغيو" بنويورك (1).

و يعود أول ظهور للخدمة الاجتماعية الطبية في الجليلة عام 1880 عندما كانت الزائرات الصناعيات يفن بالرعاية اللاحقة للمريض المصابين بأمراض عقلية بعد خروجهم من المصحات، كما أسست جمعيات تشمل نشاطها على تنظيم حياة هؤلاء المرضى، وهي جمعيات تعني تتبع حالة المرضى الفقراء بعد خروجهم من المستشفى، وتساعد على العودة ليتنافسهم، ثم ظهرت فكرة "سيدة الإحسان" عام 1890 بمبادرة من السيد "تشارلز لوك" للقيام بالبحث الاجتماعي لتقرير أحقية مقدم الطب في الحصول على العناية الطبية والالتحاق بالبيئة الخارجية، وأن هذه الفجوة تتأثر تأثيرا سيتا على حالة المريض، و بدأت سيئة الإحسان عام 1933، و اقترح أن تكون مستعدة دائما لسماع المريض ومساعدته على التكيف مع مجتمع المستشفى، ثم تطور دورها ليدخل فيه إقامة صلة بين المستشفى ومؤسسة الرعاية الاجتماعية (2).

تهتم الخدمة الاجتماعية الطبية بصورة خاصة بتقديم المساعدة في مشكلات التكيف الاجتماعي والمشكلات الإنسانية التي تؤثر في تطور المريض وسير العلاج، و تهدف إلى مساعدة المريض على الاستفادة الكاملة من العلاج ومصادره وأسرته على التكيف في بيئة الاجتماعية الخارجية، و تعرف الخدمة الاجتماعية الطبية بالعمليات المهنية والجهود العلمية التي يقوم بها الاخصائي الاجتماعي لدراسة استجابات المريض نحو مشاكله المرضية، و تقوم الخدمة الاجتماعية الطبية بوظيفتها في المستشفيات و العيادات وغيرها من المؤسسات الطبية لتوفر الفرصة الملائمة التي تسهم للمريض بالاستفادة من الخدمات الطبية بصورة فعالة (3).
إن الأخصائي الاجتماعي الطبي لا يتصدى لكل مشكلات المريض ولكن يتعامل مع تلك المشكلات التي ترتبط مباشرة بسبب طبيعة المريض وعلاجه أو ما تحلقه "المكونات الاجتماعية للمرضى". وأن الأخصائي الاجتماعي أيضا يجب أن تكون بؤرة اهتمامه ليست المريض في حد ذاته، ولكن شخصية المريض ومحاربه واتجاهاته ومشاعره، وأن الخلاصة الأولى في الخدمة الخاصة بتقدم المساعدة هي أهمية المريض والمرضى، وما يعني بالنسبة له، وقدرته على التعامل مع الموت الذي يلزمه فيه، وما تثيره على مشاعره وعلاقته الاجتماعية مع الآخرين،(1) وأن الحقيقة أن دور الأخصائي الاجتماعي في تفصيلاته يختلف باختلاف طبيعة المرض، وغالبا ما يكون هاما في الأمراض المزمنة الطويلة والناتجة عن عوامل ووجبانية ينقل تدخله في الأمراض البيضية الطارئة التي تنتهي بدون تأثيرات على شخصية المريض أو وجدانه، ودور الأخصائي الاجتماعي يمكن أن يكون هدفه القريب تخفيف الضغوط الداخلية والتوترات الخارجية المتعلقة بالمرض، والهدف النهائي والبعيد هو تمكين المريض من توظيف قدرته من أجل استخدام الرعاية الطبية المقدمة في الحماية من المرض ومحافظة على صحته، والعودة إلى ممارسة أدواره الاجتماعية، وهذا يؤكد أن كل تفاصيل دور الأخصائي ليست هامشية وتدوم لعمل واحد هو التركيز على المريض نفسه.(2)

عندما يقوم الطبيب بعلاج المريض من الناحية الطبية، تبرز صعوبات اجتماعية تدخل ضمن نطاق عمل الأخصائي الاجتماعي، فهنالك مرضى مشاكلهم وظروفهم الاجتماعية والنفسية لها أثار خانقة في حالتهم المرضية، ومرضى بأمراض معدية يعانون في ظروف اجتماعية وبيئية سامة، ويتناولون إلى رعاية اجتماعية وأخرى قد تكون مستحضرة وظروفهم المرضية تتطلب رعاية اجتماعية خاصة لضمان نجاح العلاج الطبي، ففي مثل هذه الحالات تكون الحاجة إلى خدمات الأخصائي الطبي، ومن مهامه ما يلي:

1. مهمه توضيحية حي في شرح النواحي الاجتماعية الطبية الموجبة التأثير في حالة المرضى للقائمين على العلاج وافراد أسرته ومرضى نفسه.
2. جعل المريض يحتفظ بروحه وحيويته ويعزفه المساهمات الاجتماعية النفسية في الحالات المرضية التي تأثر بها ذلك.
3. تزويد أعضاء الفريق الطبي بكل البيانات التي تصل بحالة المريض، وتقديم في تشخيص حالته وتقديم البرامج العلاجية والوقائية له.
4. القيام بالأبحاث الاجتماعية الطبية.(3)

---
(1) - إبراهيم، ي(letter خلف، مرجع سابق، ص ص 190,189.
(2) - نفس المراجع، ص ص 190.
(3) - خليل المهاجر، مرجع سابق، ص 103.
كما يعمل كمشد يساعد الفرد والجماعة والمجتمع على تحديد أهدافهم وابتكار الوسائل لتحقيقها، إذا أنه بما لديه من معرفة ومهارات يستطيع أن يوجه المجتمع بحوزة بالذكاء وسرعة القيادة وحكمة نحو الوصول إلى الهدف المنشود.

كما ودوره كمشد يحتفظ عليه أن يستخدم معارفه ومهاراته وخبراته وحكمته لإدارة الطريق الصحيح أمام أفضل السبل التي يسلكها المجتمع، لينهض وينفتح بها المجتمع، ويعني ذلك أن الأخصائي الاجتماعي لا يفرض نفسه على الفرد والجماعة والمجتمع بحكم سلطته المستمدة من تمنحه بالمعرفة والمهارات بأن يوجه اتجاهات معينة عن طريق وسائل تتأثر في ذلك، أو يفرض أهداف أو وسائل من نسج تفكير تلك الأهداف، وإنما يتدارس ماب يراعي خدم الفرد والجماعة والمجتمع من غيرهم من المختصين.

يقدم الأخصائي الاجتماعي للمجتمع الحقائق والمعلومات والنصوص مباشرة في بعض المسائل التي لا يستطيع الفرد أو الجماعات أو الأسر أو المجتمع حلها.

كما في استطاعة الأخصائي الاجتماعي الطبي أن يعرف مدى ملائمته بيئة المريض وظروفه لمعالجة حاجاته الطبية والاجتماعية والنفسية، ويساعد في إحداث التغييرات اللازمة فيها أو التكيف لها، ومن وظيفته أيضاً مساعدة الفرد في تنفيذ التعليمات الطبية أو تعمدها بما يتناسب مع إمكانيات الفرد، وتبقى مهمته الرئيسية هي تقديم صورة واضحة عن المريض تشمل كافة النواحي التي تهم الفرد الطبي معرفتها اجتماعياً وصحياً وأسرياً واقتصادياً...

كما يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يعمل على تهيئة المريض لحياته المستقبلية قبل خروجه من المستشفى في حالة عجزه أو إصابته بعاهة تمتعه عن ممارسة عمله الأصلي، أو حالة النقص في قدراته الجسمية، وذلك بأنه يتبعه مع بعض مؤسسات التأهيل المهني على العناية به ورعايته حتى يقوم بدوره كمواطن له إنتاجه في المجتمع.

كما يقوم كذلك الأخصائي الاجتماعي بتحضير برامج ثقافية وترفيهية ورياضية واجتماعية في المستشفى كي يوبس المريض ويريح عن كاهلهم شعورهم في بيئة تذكرهم بالمرض.

بالرغم من احتمال وجود اختلاف ملحوظ بين الأخصائيين الاجتماعيين من حيث خبراتهم واتجاهاتهم الشخصية إزاء الأفراد الذين يتعاملون معهم إلا أنه من المتوقع أن تكون علاقة الأخصائي الاجتماعي بالمريض علاقة موضوعية بحكم

(1) - رشيد زروات، مرجع سابق، ص ص337.
(2) - إيلان إبراهيم مصطفى، مرجع سابق، ص 80.
(3) - خليل المعاشة، مرجع سابق، ص ص208,207.
 alguien مهنياً أو تدريبياً، فدراسته وتدريبه يجعلانه مدركًا لحقيقة شعوره، ويساعدانه في فهم السلوك الإنساني بالنسبة للمريض أو الأفراد الآخرين، أو ما يصدر عنه من سلوك، تعلم كيف يقبل الفروق بين الأفراد في مشاعرهم وينصرفهم، ويتوقف نجاح دور الأخصائي الاجتماعي على مدى تقبل الطبيب ذاته لأهمية العوامل الاجتماعية والنفسية في العلاج، ورغم اتفاق العلماء على أن هناك علاقة أكيدة بين المرض الجسدي والظروف الاجتماعية والنفسية للمريض سواء في الإصابة أو الاستجابة للعلاج، لهذه الاعتبارات يتحكم على الأخصائي الاجتماعي الطبي حسن تقديره للمعلومات الهامة التي عليه عرضها في العلاجات الفردية، وأن يتخيل منها ما يراه أكثر ارتباطاً بحالة المريض وظروفه الصحية بما يفيد منه أعضاء الفريق فائدة عملية، فعليه تقييم وتحليل البيانات التي حصل عليها سلفا قبل الاجتماع.

(د) الاتصال داخل فريق العمل:

ولد الإنسان كما زعم "أرسطو" مدني أو سياسي، فالإنسان كائن متصل بطبيعته، وله علاقات بالآخرين، ولذلك أطلق عليه تارة اسم الإنسان الاقتصادي، والإنسان الصانع تارة أخرى.

فالإنسان كائن متصل بأسرته أو زمرته، مرتبطة بأجداده وعشائره، وله و هو متعلق تماماً بأمه وأبيه، ثم يعيش مع زوجته وبنيه، فنتسع دائرة علاقاته، وتتعدد شبكة اتصاله وتمتد آلاف منا شتط.
عملية الاتصال أو الاحتكاك الشخصي خلال مراحل العمر تلك التي تتزايد مع درجات النمو الاقترابي، (1) بمعنى أن هناك ديمومة في عملية الاتصال الإنساني تتزامن وتتكاثر وتتنوع كما انسحبت دوائر العلاقات الاجتماعية.

وتتضمن عملية الاتصال نقل المعلومات أو تبادل الأفكار والأفكار والمحقق والمشاعر والإحساسات والاتجاهات والمبلو عن طريق الكلام أو الكتابة أو الحركة أو عن طريق بعض الآلات الأجهزة كالاتصال الهاتفي أو اللاسلكي، ومن معانيه النقل والمواصلات والإبلاغ أو الأخبار عن موضوع ما أو حدث ما (3).

ووفقاً لتعريف "بترو فسكي" و "باروفنسكي" الاتصال يشير إلى الجانب اللطفي من التفاعل الاجتماعي ويؤكد أن للاتصال أو التواصل معان كثيرة، منها أنه عملية معقدة تؤدي إلى إقامة العلاقات بين ذئب الإنسان والإنسان، يلزم أنه قدر من الاتصال للقيام بالأنشطة المشتركة وتتضمن تبادل المعلومات ووضع خطة للتفاعل وبالإدراك ولفهم نحو الشخص والأشخاص الآخرين، ولذلك يمكن تميز ثلاثة جوانب لعملية الاتصال هي:

1- الجانب التوصيلي أي نقل الحقائق والمعلومات والمعرفة والنظريات
2- الجانب التفاعلي أي التأثير والتآثر
3- الجانب الإدراكي أي فهم الموقف والإحساس به أو الشعور به.

فبالجانب التوصلي معناه كيف يتم عملية تبادل المعلومات بين الأفراد أو ما يهي العلاقة التي تقوم بين الشركاء وما هي مواقفهم وأهدافهم ومقاصدهم، ويؤدي ذلك إلى تدفق المعلومات وإلى تعزيز المعرفة ودقتها وإلى العرف على البيانات والأفكار التي يتبادلها الناس، ومن أنماط التوصيل هذا عملية الكلام أو الحديث إلى جانب المعلومات والإشارات البصرية والحديثة والإيماءات والمحاكاة والتعبير والوقائع القصيرة أثناء الكلام والنظريات.

وكان زمن الاتصال، وفي عملية الاتصالبنى كل طرف فيما أن يؤثر في الطرف الآخر في سلوكه بحيث ينقل المدة تصوره إلى ذهن الشخص الآخر، ولا يقتصر هذا الفهم على لغة واحدة.

والجانب التفاعلي من الاتصال يشمل عمل خطة مشتركة للتفاعل كالتعاون أو المناقسة والانفصال والاختلاف، ومن ذلك التنبؤ بسلوك الطرف الآخر.

(1) قياري محمد إسماعيل، علم الاجتماع الجماهيري و بناء الاتصال: دراسة في الإعلام و اتجاهات الرأي العام، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1984، ص ص 16,15.
(2) نفس المراجع، ص 17.
(3) عبد الرحمن محمد العيسوي، تفاعل الجماعات البشرية، الدار الجامعية، السكندرية، مصر، 2006، ص 97.
أما الجانب الإداري فيشمل تكوين صورة للشخص الآخر، ومعرفة سماته البينية من خلال الممثلة والتمثال، وهنا يتم الفهم المتبادل والشعور بالتبادلة، وتدرس عملية الاتصال جوانبها الثلاثة كوحدة واحدة وذلك من أجل الارتقاء بالنشاط المشترك بين الناس، وتنمية علاقاته المتبادلة، ويبرز دائما تنقية وسائل الاتصال، وتطوير الثورات الاجتماعية ويفيد ذلك في المجالات المهنية المختلفة، من أمثال الأطباء والمهندسين والمديرين، ويمكن تدريج الناس على الاتصال الجيد من خلال برامج خاصية، والوظيفة الرئيسية لعملية الاتصال الاجتماعي هي تحقيق الوحدة الاجتماعية أو التماسك الاجتماعي.

وفي أثناء عملية الاتصال هذه، يتفاعل الأفراد فيثر في بعضهم البعض ويتأثر.

ويتطلب هذا التواصل تظاهر التعاون، المناقشة والصراع.

فللاتعاون أهمية كبيرة بالنسبة للأفراد والجماعات والمجتمعات، فألفرد طبيعته يرغب في الانضمام إلى جماعة تحقيق حاجاته الاجتماعية وتكسبه رضا اجتماعية مترف بها وتزيد من شعوره بالأمان والثقة بالنفس، ولذلك فإنه يستطيع عن طريق تعاونه مع الغير أن يحقق هذه الحاجات ويكسب محبة الناس وتقدرهم.

ولا بد للجماعة الإنسانية من أن تعتمد اعتمادا أساسيا على التعاون لكي تحافظ على وجودها وتحقق أهدافها، فضلا عن أن التعاون يقوم بدور هام في عملية البقاء وحماية النوع لنفسه، وليس فقط بالنسبة للإنسان، بل بالنسبة للبشرات والطيور والحيوانات.

أما المناقشة فهي عملية اجتماعية بين طرفين يعمل كل منهما لتحقيق هدف يسعى إليه الطرف الآخر، فإذا حدث تنافس بين طلبة في قاعات الدراسة أو بين أعضاء الفرق الرياضية، أو بين المستغلين في مجالات العلم والدبلوماسيا والسياسة والاقتصاد، فإن كلا منهم يسعى بطريقة خاصة لتحقيق أهدافهما التي يسعى إليها الآخر، ويختلف التنافس عن التعاون من حيث أن الأطراف المنتافسة تعمل مستقلة بعضها عن بعض، والعمل التعاوني فإنه يحتاج إلى جهد جماعي لتحقيق الهدف المشترك.

أما الصراع فهو شرط من نوع عام من التنافس وهو عبارة عن العملية التي عن طريقها تحاول الجماعة أن تقلل من مركز جماعة أخرى، وهو عبارة عن جمعية اجتماعية تنشأ بين طرفين يوجد بينهما تعارض في المصالح والأهداف، ويسعى كل منهما لتحقيق مصالحه وأهدافه مستخدما كافة الأسلوب سواء كانت مشروعة أو غير مشروعة.

---

1 - عبد الرحمن محمد العيسوي، مرجع سابق، ص 97.
2 - سليم محمود جمعة، تكنولوجيا طرقية العمل مع الجماعات، دار المعرفة الجامعية، الأردن، 1996، ص 139.
3 - نفس المرجع سابق، ص 142.
3- الفريق الطبي الجماعي في المؤسسة الإستشفائية :

من المعلوم أن الطبيب بحكم تخصصه هو السلطة العلمية التي يمكنها تشخيص المرض وإصدار التعليمات اللازمة بما يتناسب مع حالة المريض، ولكن بجانب هذه المسؤولية فهو مسؤول عن إنسانته لنجاحاته الخاصة ومبادئه وخبراته وفرديته التي تشكل شخصيته كناسب وفقاً لأساليب وطريقة تشخيصه. ولذا يختلف الأطباء في أساليب معاملاتهم للمريض، الأمر الذي يتطلب معاوضته للمرضى وأسرهم، بل وتعاملهم مع فريق المستشفى ذاته، فقد يؤمن الطبيب بأن المريض بصرفاته هو مسؤول عن مراعاته أو انتظام حالته، وقد يساعده على ذلك المريض سلوكه وطريقة تعامله مع الطبيبة وطريقة شعوره، وينتهي في النهاية بقياسه أو تلقيحه، كما قد يختلف الأطباء في تعاملهم مع أعضاء الفريق أنفسهم، بل قد يختلف إيمانهم بقيمة هذا التعاون مع الآخرين، وليكن الفريق الطبي تحقق مهمته بنجاح، يجدر بالطبيب إدراك أهمية الدور الذي يقوم به الآخرون وخاصة دور الأخصائي الاجتماعي، وكيف يمكن الاستفادة تماماً من المعلومات التي يقدمها الفريق، وربط بينهما وبين الحالة المرضية للمرضى.

إن أهمية العمل الفردي أنه يضم فريقاً متنوعاً من حيث التخصصات وناتالي يعمل كل عضو من الفريق من خلال إطار مرجعي للمعلومات المختلف عن الآخر، لكن بلقاء أعضاء الفريق في صورة لقاء مشترك لمناقشة حالة المريض أو حالة مريض معين، ورسم أفضل الخطط للتعامل معهم حيث يحيط الطبيب أعضاء الفريق علمًا بحقيقة المرض وخطا العلاج، ويدلي الأخصائي الاجتماعي بصورة عن حياة المريض وظروف البيئة الاجتماعية وتأثيرها، وما بها من عوامل معروفة للعلاج، كما يساهم هيئة التمريض في المشاركة بالرأي في تنفيذ خطة العلاج وأحياناً ملاحظة سلوك المرضى.

لقد ناقش كثير من السوسيولوجيين مسألة العلاقات بين الفريق الطبي في المؤسسات الإستشفائية وخاصة منها العلاقة بين الطبيب والمريض، وسوف نتعرض إلى العلاقة بين جميع أعضاء الفريق الطبي من أطباء وممرضين وأخصائيين اجتماعيين، ونقول أن علاقة ود أفضل ندرسة هي علاقة الطبيب بالمريض، كون المرض هو موضوع العلاقة الموجودة بين أعضاء الفريق الطبي من جهة، ويدعم عملهم من جهة أخرى، فبدونه لا وجود لأحد من هؤلاء الأعضاء، فهو المادة الخام التي يجمع حولها، وهو موضوع الدراسة والبحث.

(1) أحمد فايز النمس، الخدمة الاجتماعية الطبية، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 2000، ص.78.
(2) إقبال إبراهيم خلف، مرجع سابق، ص.169.
أ) علاقة الطبيب بالمرض:

لقد ناقش كثير من العلماء و السوسيولوجيين مسألة العلاقات بين الأطباء و المرضى من منظورات مختلفة، وقد كانت البنائية الوظيفية إحدى هذه المنظورات و يمثلها "بارسونز" ويؤكد فيها على الفهم المشترك بين الأطباء و المرضى، و يعتبر التحليل الوظيفي الذي أجري "بارسونز" لدراسة العلاقات بين الأطباء و المرضى من أبرز تلك التحليلات، فقد بدأ "بارسونز" عملية التحليل عندما اعتبار المرض سلوكاً متحركاً، و كان في تفسيره للعلاقات بين الأطباء و المرضى يركز على مجموعة من الأنماط السلوكية، و النظر إلى الطبيب على أنه رجل متخصص و المريض على أنه شخص متحرك، اعتبار أن المريض نوعاً من أنواع السلوك الانحرافي، و على أساس هاته الفكرتين بني "بارسونز" إطاره التصوري. (1)

قد يقف المريض حجر عثر في طريق الإنسان، فهو بصره على تأدية عمله خاصة إذا ألمه الفراغ، و باعتبار المرض مشكلة تفاقث في درجة خطورته من خطير قاتل إلى بسيط عابر، يصبح المريض في حاجة إلى من يأخذ بيده و يحل مشكلته باحث عن الشفاء الذي يأمل أن يجده عند الطبيب، و هو بذلك " ينظر من طبيبو أكثر مما يستطيع تقديمه إنسان "(2) يعتبر المرض تجربة مرة يعيشها الفرد و لو مرة في حياته منذ الطفولة، فهو متغير لا يخلو ولا يخف، بمس الغني منا و الفقير، الصغير منا و الكبير، المرأة منا و الرجل، و باعتبار الطبيب العارف بتكرامته البديع و ما يخفى من أسرار يجهلها الإنسان العادي، تجمع لدى المريض نوع من مشاعر الخوف و الرهبة من هذا الطبيب، و يمكن لهذه المشاعر أن تؤثر على العلاقة بينهما كطرفين كلاهما في أمس الحاجة إلى الآخر، و يجد المريض صعوبة في طريقة اختيار طبيبه، فالعلاقة بين الطبيب و مريضه تعتبر كمقاوضة التي أقيمت ليس فقط بين التجربة المعاشية و المعرفة العلاجية للطبيب، و لكن كذلك بين معرفة المريض لمرضه و التجربة المعاشية للطبيب. (3)

و عندما يتخلى المريض عن خوفه و يختار الطبيب الذي وجده مهلاً ما يشعر الطبيب في جمل مريضه الذي منح له تلقته يتعرف بسرعة مكانة حقيقية مرضه ويفقه باسئلة (4) يرغب فيها بالإجابة الصادقة عليها حتى يتمكن من وصف المرض ثم التعرف عليه، و بالتالي إيجاد الدواء الشافي له.

(1) نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص ص 83، 84
(2) ISRAEL (L) & MARDAGA (P), opcit, p 220.
(3) FASSIN (D), JAFFRE (Y), Sociétés- développement et santé, ellipse, paris, 1990, p 212.
(4) ISRAEL (L) & MARDAGA (P), opcit, p 214.
إن طلب المعالجة أو الإشفاء بالنسبة لعدد من المرضى ليس شيء عادي، ولا يدل فقط على تخفيض الألم، اضطراب أو توقع أو فتيل، ولكن يدل في وضع تحرير مسيرة التي تراها توكل الاستشاطر نفسه، فإن هذه الحالة ينطوي على المرجع أن يسهم له عناصر الحياة كما كان يفعله وذيله عندما كان صغيرا،(1) فمن أجل المرجع كان الطبيب وليس الطبيب، فشفاء غاية وطريق وسيلة ورمضان محروم وطريق خادم، وللمريض هذه الأهمية والمكانة بوصفه مريضا ماقرب في حمى مرضه لا من أجل جاء أو سلطان، أو قرب أو منفعة،(2) و لكن فقط من أجل البحث على الشفاء.

إن المريض في علاقته مع الطبيب المعالج، يودع له أسراره معتمدا عليه وثقا به، ويعتمد على ذلك الطبيب أن يلظا إلى جميع الطرق الفنية التي تؤدي إلى تشخيص المرض وحسن المعالجة أمالا بالشفاء، وعلى الطبيب كتم أسراره سهرا، لأنه واجب مهني وعلى السر الطبي هو كتمان ما اطلع عليه الطبيب من أحوال مرضه، وتشمل هذه المعلومات الخاصة التي يحصل عليها الطبيب بصورة مباشرة أو غير مباشرة خلال عمله، و هذه من صلبة مهنة الطبيب ونظامنا ان يحافظ على سرية المعلومات الخاصة لمرضى و أن الأمر الزمان مهني وأدبي وقضائي للحفاظ على السرية، و لقد وجد تقاليق مع الطبيب وازنه كلا انتفاح الناس على مرضاه وأسرارهم، نتمت بيه و بين مريضه هذه العلاقات من عفوية ودقة وقدرة في البدء، تحوّلت إلى روابط عاطفية متناسية مشابهة نفس إنساني يرتاح إلى الفريقان، فإذا أسر المرض إلى طبيبه بأيامه و متابعة الدوّلية و النفسانية يطمئن موقفا أن كل ما يعلم الطبيب عنه يظل مكتوما، و يدرك الطبيب تلقائياً مسؤولية المحافظة معتبرا إياها من واجباته المهنية الرئيسية.(3)

إن السرية كما يفهم من فلسفة الهالمة على صيانة المعلومات التي يرتبط بها المريض حفاظا على كرامته كمان، و ليس بسر بسلامته، و قيم و آمن المجتمع في نفس الوقت، فكل فرد لديه بعض الجوانب الخفية التي يحرس كل حرس على حراسه و يشعر بالحرج أو اللقين أو الذنب إذا ما أرغمه الظروف على كشف جانب منها، كما يشعر بالكره و اليأس الإنجاز في الأشخاص الذين يحاولون كشف سرها دون إقناع منه بأهمية هذا الكشف، ولذلك نجد مقاومة لكشف الأسرار تقوى كلما كان في كشف هذا السر تهديد لموقف الفرد، فالحرب على المراح عملية دفاعية هدفها صيانة الذات من الت تعرض للتجريج، و يمكن تقديم الأسرار التي يرتبط بها الإنسان إلى:

1) أسرار لا يعرفها و هي المعلومات الموجودة في العقل الباطن
2) أسرار يعرفها ولا يستطيع أن يبوج بها، لأن بها خطورة عليه أو تجريج لمحتاتها. و قد تكون في منطقة الشعور أو شبه الشعور و تحتاج إلى من يطمئن إليه و يثق به ثقة عميقة، و قد يبوج له بجزء منها و ليس بجميع محتوياتها(4)

---

(1) ISRAEL (L) & MARDAGA (P), opcit, p 220
(2) مدار إبراهيم الخشوب، عبد الله السكاكيني، عماد إبراهيم الخشوب، مرجع سابق، ص 152
(3) نفس المراجع، ص 7
(4) جمال الدين عبد الخالق، المنديل في طريقة العمل مع الحالات الفردية أسس ومبادئ، دار الكتب العلمي، الإسكندرية، مصر، 1998، ص 200
إن العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة علاجية، فلثيقة المتبادلة بين الطبيب والمريض أهمية ضاغطة، لأنها تعكس المريض من التكلم بحرية ووضوح دون خوف أو تردد، وأن يكون تام الاطمئنان بأن كلما خاضع للسيرة التامة، وإذا إذا مصلحة المريض الخاصة مهددة بالخطر في حالة كتمان سر المريض، كأن يحاول المريض الانتهاز أو إحداث أضرار لنفسه وحده ويصير من الناحية سيئة لحالة مرضية، وهنا يكون التدخل من السر الطبي ذي فائدة لصاحبه السر، ومن مصلحة المريض، وعلى الطبيب أن يترسخ بحكمه، وعلى أن يتصل بأهل المريض المقربين إليه أو إخبار السلطات الرسمية إن لزم الأمر.(1)

والاطباء حين يشكون مرض المريض توجههم في العلاج إحدى النظريات الثلاث: النظرية الأولى وهي أن تعالج المريض حسب عمله وممارساته وخبرته متجاهلا ما قد يحسه المريض من الألم، لا يهم الطبيب ذلك الجانب الذاتي في المريض، وإنما يهمه فقط الانتباه إلى وصف الدواء الذي يراه شافيا للمريض أو أداء العملية الجراحية الضرورية للشفاء، النظرية الثانية تقول إنه لا يجب لحاق المريض بالألم على المريض فقط، وإنما يجب عليه أيضا في تشخيصه وعلاقته للمريض أن يضع في اعتباره كل ما يحيط بالمريض من ظروف، خصوصا في حالة الأمراض العقلية والعصبية، أما النظرية الثالثة فإنها لا تتجاهل إحساسات المريض بالألم كما ترى النظرية الأولى، وإنما تتم بها وتوصي بتخفيفها، ولكنها لا تتهيأ كثيرا في تشخيص المرض إلّا في حالة انتساب البيئة الخارجية التي تحيط بالمرض، وإنما تهتم اهتماما أساسياً بطبعة الجسد الحي الذي يعمل ككل، أو أن كل الوظائف الحيوية تعمل معاً.(2)

(ب)- علاقة الطبيب بالمريضة:

عند دخول المريض المستشفى أول اتصال له يكون مع المرضة، فهي الوحيدة التي يراها دائماً في كل الأوقات، هي من تسهر على راحته عند نومه، وأنها من تلبى طلباته عند نومه، فباستتبابها هذا تستطيع معرفة كل ما يحسه المريض من مشاعر الخوف ولقلق، كما يستطيع معرفة حاضر المريض ومضائه وأسباب مرضه.

Le protecteur de la "BAK MYEUNG BIN" في كتابه " santé publique " المرضيات كما يصفه هن الأكثر دراءة بطباع المريض، ذوقه، تصرفاته... و لكن هؤلاء المرضيات يعتبرن في المجتمع ذات أهمية ثانوية، يقسم سوى بتفتيذ أواخر الطبيب وتقديم العلاج للمريض، وحتى المرضيات أنفسهن سلمن بهذا الدور.(3)

(2)  Ahmad Muhamed Sabhi, مرجع سابق ص 132.
(3) MYEUNG B. B, B, opcit, p 61.
إن الممرضة هي التي تقوم بتقديم تعليمات الطبيب بالنسبة للعازب الطبي ويمكنها ملاحظة استجابات المريض بالنسبة لها. قد يقبل عدم مغادرة الفروش وقت تناول الغداء، ولكنه يرفض قضاء حاجته فيه، وعلى ذلك فالممرضة يمكنها أن تزيد من فهم أعضاء الطريق للمريض وأسرته ويمكنها عن طريق أسلوبها في التعامل معه سدده في التكيف لما يواجهه من قيد على أساس معرفتها حاجته فيه. والنفسية والاجتماعية والطبية وهي في ذلك تعتزم على ما يدها به أعضاء الفريق كل من ناحية تخصصه.

خلال زيارة أهل المريض له في المستشفى يكون للممرضة فرصة فريدة في التعرف عليهم، حيث تستطيع أن تلاحظ كيفية تعاملهم مع بعضهم البعض من جهة، ومع المريض مع جهة أخرى، تأخذ بذلك صورة ولو سطحية عن واقع حياته وليست تعليم فهم شخصيته وما يناسبها من معلومات على الفريق الطبي، وفي علاقة عمل مع الطبيب بالدرجة الأولى والأخلاقية والاجتماعية، فالممرضة مستحيلة على تنفيذ أورام الطبيب بإعطاء العلاج وكيفيتها ومقداره وتنفذ خطة الطبيب في المعالجة، كما تكون بجانب الطبيب أثناء زيارة المريض وعليها أن تألق للطبيب استجابة المريض للعلاج ومدى تحسنه، ويجب أن تكون بجانب الطبيب أثناء العمل الجراحى وإسعاف المريض، وفي غرفة العناية الحيثية. و بذلك علاقة الممرضة بالطبيب في المستشفى هي علاقة الاحترام المتبادلة والزملاء لمصلحة المريض.

لا يمكن للطبيب وممرضته أن يتجاهلا اللياقة والسياسة والجراح الأخرى من السلوك فقد يكون عليه أن يبدأ من المهارة في معاينة أقارب المريض قد ما يبذله في استقبال مشاعر العدوان والعداء للعالم الخارجي الذي يظهرها المريض، ودون أن يرصدها بسبب ذلك أنزعاج أو اكتئاب، يرتبط بهذا الموضوع علاقة الممرضة بالطبيب، إذ يجب على الممرضة أن تحاول فهم التقليرات التي يكتبنها الطبيب عن حالة المريض، فهي تمكينها من أن أصبح أكثر قدرة على فهم الصعوبات التي تصدر عن المريض نحوها، ولابد من أن تساعدها الممرضة في أخذ قرار يتردد في أخذ، أو قبول علاج قد يضمه من قبل ويستدعي هذا أن تنفذ الممرضة إلى الأسباب التي تدفع المريض لأخذ هذا الموقف وتقوم بشرح النواحي الاجتماعية الطبية لحالة المريض لقائمن معهه وأسرته للمريض نفسه.

تعني مهنة الطب والتمريض بالنسبة للطبيب والممرضة أمور هامة ثلاثة:

1- أن يكون لديهم قدر من المعرفة النظرية المشتقة، والتي تعد أساس كل ما يؤدي من أعمال طبية وتمريضية وموجه لكل ما يتخذه من قرارات.

2- أن يكون لهم قدر كبير من المهارات تستند إلى المعرفة النظرية، وتمكينها من تأدية خدمة جيدة للمريض.

المعطى
1 - أحمد فازن النمامس، مرجل سابع، ص 67.
2 - أحمد الخليل، عبد عبد المجيد الشاعر، مرجل سابع، ص 21.
3 - إقبال إبراهيم مخلوف، مرجل سابع، ص 270.
3- أنهما ينتميان إلى جماعة مهنية تلقى قيمة ومكانة لدى الناس، ومن ثم فيجب على الطبيب والممرضة أن يحافظا على مستواهما ونظامهما (1).

وإلى جانب ذلك يجب على الطبيب والممرضة أن يلموا بالتغير الاجتماعي والظواهر والواقع الاجتماعي التي تحدث خارج المستشفى وترتبط ارتباطًا وثيقًا بالمرض، بل وقد تكون سبباً له، إذ يفضل أن يسير كل من العلاج الطبي والعلاج الاجتماعي النفسي جنبًا إلى جنب، ومعالجة المريض دون النظر إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي عاشها وعيشه، إنما هو إغفال لعوامل أساسية تؤثر في سير المرض وفي الاستفاءة من العلاج وتحقيق الشفاء. كذلك فإن إلقاء المريض والممرضة بهذه العوامل يساعده التخطيط للنشاطية الترفيهية للمريض (2).

إن العلاقة الموجودة بين الطبيب والممرضة هي الزمالة والهدف الذي يشتركون فيه كلاهما هو الوصول إلى راحة المريض والتخفيف من آلامه، وهو هدف نبيل تسعى إليه كل الأمه والمجتمعات، وأساس هذه العلاقة هي المحاولة والمشيفها فيما بينهما عن أحوال المريض ومتطلباته ونوع مرضه، ما يرجع وما يتعجب به، مواصفات الدواء...إلخ.

وتعد المحاولة والمشيفه بين الطبيب والممرضة وبين المريض أمرًا جوهريًا في عملية العلاج، ومن ثم فعلى الفريق المعالج أن يتعلم ويدرب على الإصغاء، وأن يعرف مدى يصبح ومايتكمل، وعلى المريض والأخصاء الاجتماعي الطبي أن يلمس بموضوعات من خلال المناقشات مع المريض تتعلق بأسرته وعمله، وهوايته وكيف يقضي أوقات فراغه (3).

(g) علاقة الطبيب بالأخصائي الاجتماعي:

من المعروف أن تشخيص المرض وعلاجه وال الوقاية منه يتطلب مهارات وإمكانيات واسعة ولا تشمل الخدمة الاجتماعية إلا أنجزاً ضنيلاً في هذا الكسل وغالباً ما ينظر إليها على أنها ثانوية بالنسبة للهدف الأصلي لتنظيم الطبي، وقد يرجع السبب في صغر الحيز الذي تشمل الخدمة الاجتماعية الطبية في المجال الطبي على عدة أمور منها أن الخلفية المهنية للطبيب تختلف مع الخلفية المهنية للأخلاق الاجتماعية ومعظم الدراسات الطبية تعكس المنهج العلمي الصارم ويوفر الاعتماد على المبادئ العلمية الموضوعية، ولا تلقى اهتماماً كبيراً بالنواحي الاجتماعية والنفسية للمريض (4).

ولا تتفق الخدمة الاجتماعية الطبية عند حد العلاقة مع المريض بل تتعدى ذلك إلى العلاقة بأعضاء الفريق العلاجي وخاصة الطبيب والممرضة وخاصة أن الأطباء والممرضات ينتميان إلى جماعة مهنية تلقى قيمة ومكانة لدى الناس.

(1) خليل عبد القدرش، أحمد زهرا، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض، دراسة في علم الاجتماع الطبي. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1983، ص ص 113-114.
(2) إبراهيم مختار، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، مرجع سابق، ص ص 225.
(3) نفس المراجع، ص ص 268.
(4) نفس المراجع، ص ص 141.
ضلاع عبر السنين الطويلة يمثلون الطرف الوحيد الذي يتجه إلى المريض لحل مشكلاته بهدف إعطاء خدمة الاجتماعية كمهنة حديثة تعتبر حجر الزاوية في نجاحها واعتراف الأطباء بأهمية الخدمة الاجتماعية وقدرتها على معاونة المرضى وإسهام العون لهم.

يجب أن يكون الأخصائي الاجتماعي الطبي مع باوي الفريق قادر على التعاون باختصارات متكاملة للمرضى في تنفيذ الخطة التي رسمتها في إطار العلاقات المشتركة. من أجل وضع خطة متكاملة للمريض، فإن الأخ يشترك الطبيب في التفكير والتخطيط المهني لصالح المريض، فالطبيب حقيقة في حاجة للأخصائي الاجتماعي لإعطاء صورة عن أحوال المريض الاجتماعي ومستواه الاجتماعي والثقافي وظروفه الاجتماعية، وفي نفس الوقت فإن الأخصائي أقدّر الناس على جعل المريض يقبل بارتيخ خطة العلاج الطبي بالإضافة إلى تتبع تنفيذ هذه الخطة حتى يشفي المريض، ومن جانب آخر فالأخاصي في حاجة ماسة للطبيب حيث يستعين به في كل ما يصعب عليه فهمه من ألوان المعرفة الطبية التي توزع الموقف المرضي بشيء من الدقة.

لا بد للأخصائي الاجتماعي أن يكون ملمًا بالعلوم الصحية الطبية لأنها تمتدنا بالوظائف العامة للأجهزة الجسمية والأمراض المختلفة التي تؤثر على صحة الفرد وطرق الوقاية والعلاج. مما يساعد الأخصائي الاجتماعي على تفهم المشاكل الصحية والقيام بدوره في مساعدة الأفراد على مواجهة الصعوبات الناجمة عن الأمراض المشتركة، فيرشه إلى أساليب الأساليب العلاجية حتى يتمكنوا من تأديتها ووظائفهم ويوثيمهم للأعمال التي تتضمن وقاداتهم الصحية والتعليمية، ولا شك أن الأخصائي الاجتماعي لا يستطيع القيام بهذه الأدوار ما لم يكن لديه القدر الكافي من المعرفة والدراسة للعلوم الطبية والتطبيقية.

فإن وضع الطبيب والمريضة مرضى يقاومون العلاج الطبي نتيجة الجهل بقيته أو عدم الامتثال الكامل لأوامر الطبيب بالالتزام الراحة أو إتباع نظام خاص في التغذية أو إجراء جراحة، وقد يلجأ المريض إلى الوصفات البديلية كالسحر والراز أو قراءة التماثل أو الاتجاه إلى الجدائن، فينحتاج الطبيب لها دور كبير في تعديل جهود العلاج، وفي مثل هذه الظروف يعالج الطبيب والمريضة ورجل الاجتماع الطبي أن يصوروا المريض بالننقش السبئي التي تأتي من أعمال هذه العادات والنتائج الطبية التي تأتي نتيجة العلاج العقلي، وتحتم ذلك الاختيار بأسرة المريض وشرح الموقف لها على حقيقة، وطلب العون منها لمساعدتها في مهمتها ومساعدة المريض على اتخاذ قرار في صالحهم.

إن بعض الأطباء الذين يقدفهم الأخصائيون الاجتماعيون قد درسوا النواحي الإنسانية ومستعدون أن يتعاونوا في التخطيط للنواحي الاجتماعية البعض الآخر وبطريقة

---

(1) إقبال إبراهيم محفوظ، "الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين"، مرجع سابق، ص 168.
(2) إقبال إبراهيم محفوظ، "العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية"، مرجع سابق، ص 145.
(3) جمال الدين عبد الخالق، "دراسة سابقة"، ص 99.
(4) إقبال إبراهيم محفوظ، "العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية"، مرجع سابق، ص 270.
الطبيبة ينظرنون باهتمام إلى العوامل الاجتماعية وأثرها في مرضهم، وهناك بالطبع آخرون يركزون أساسا على النواحي الفيزيولوجية ولا يخفون بالنواحي الاجتماعية. وفي هذه الحالة يتعين على الأخصائي الاجتماعي أن يبذل الكثير من الجهود لإقناع الأطباء بالتعاون مع الخدمات الاجتماعية لصالح المريض. (1) ويفضل النظر عن عقلية الطبيب و مدى تقيده للعوامل الاجتماعية. تبين أن هناك في الاعتبار أن الأطباء شكل التأثير من الأطباء والأشخاص الاجتماعي من حيث أن هناك تفاوت في شخصياتهم لذا من حيث تقييد الظروف الاجتماعية للمريض، وعلى كل فإنه نجد أن بعض العلاقات بين الأطباء والأخصائيين الاجتماعيون تكوَّن ملائمات والبعض الآخر لا يتفوق على تفاهم، والأخصائي الاجتماعي المنتظم من الموضوعات الاجتماعية ستكون له أهمية الطبيب، لا ينبغي للأشخاص الاجتماعي أن يشع بالتوافق أو المهنة بأن يذهب إلى الطبيب لاستشارة من الناحية الطبية. (2)

إذا كانت صلة الأخصائي الاجتماعي بالطبيب صلة تعاوية قوية يتعبر فيها الطبيب بأهمية مساعدته وعمل الأخصائي الاجتماعي، فإن هذا الأخير لا يجد صعوبة في الاستفادة من بعض الوجوه الفريدي الجلدي، وخاصة منهم المرضيات، وتعالى معهم بصورة فعالة، وترفع آهية الصلة بين الأخصائي الاجتماعي والمريضة بسبب صلاتها بالمرضي ويشبه احترامها المستمر، وكون الفرسان المتاحة لها صحة، ومساعده في زيادة معرفة أعضاء الفريق بالمريض و أيضا إسهاما في تنفيذ خطط العلاج، و يمكنها ملاحظة استجابات المريض بالنسبة لهذه الخطط (3) وشيء مختلف عن أن يكون كل عضو من أعضاء الفريق الجلدي في المستشفى متخصصين أو حتى عارفين في العلاج الطبي، فكل من الطبيب والأخصائي الاجتماعي و المرضى والأعضاء الآخرين الطببان أو حتى الأعضاء غير الطبيين يجب أن يكون لديهم القدرة الكاملة من المعلومات الطبية التي باستطاعته مساعدته المريض في متناسقه لشفاه، و في التعامل مع كمريض، لأن نفسية المريض و هو المستشفى نفسه ذات شكلية معقدة يصعب التعامل معها، فهذا كان على الأخصائي الاجتماعي أن يقدم خدمة اجتماعية ملائمة. فلا يُفْضَد أن يعرف تخصص اساسية التشخيص الطبي والتوصيات الطبية وإجراءات الرعاية البينية المتربطة على التقارير الطبية، إذ قد يحتاج المريض إلى استضافة بعض النقاط عن نتائج الحفاظ الطبي والتوصيات بالخدمات التي يحتاجها، ومن المهم جدا أن يعرف من بخير المريض وأسرته بحقيقة المرض، و هنا يجب أن يكون على علم و دراية بنوايا الطبيب جمال هذه النقطة، فالطبيب المعالج للحاله الرأي النهائي الحاسم في اتخاذ القرارات التي يราคา مناسبة للمرضي، فمن المعروف أن الطبيب تحكم تخصصه هو السلطة العلمية التي يمكنها التشخيص وإصدار التعليمات اللازمة بما يتسبب مع حالته. (4) والأخصائي الاجتماعي يشارك الطبيب في التفكير والتخطيط المهني لصالح...
المريض، فالطبيب في حاجة للأخصائي الاجتماعي لإعطاء صورة على أحوال المريض الاجتماعية ومستوى الاقتصادي والثقافي وظروف الأسرة، وفي نفس الوقت فإن الأخصائي الاجتماعي أقدر الناس على جعل المريض يتقبل بارتياب خطة العلاج الطبى بالإضافة إلى تتبع هذه الخطة حتى يشفى المريض.

إن التعمق الكامل في التخصص الواحد دون الدراية بالتخصصات الأخرى خطأ لا يجب أن يقع فيه أعضاء الفريق الطبي المستشفى، حيث يجب على كل عضو أن يعرف وله القدر القليل من المعلومات في التخصصات الطبية الأخرى، حتى يتم التعاون فيما بينهم، فإذا كان الطبيب يركز اهتمامه على معرفة نوع المريض وعلاجه، والممرضة تركز اهتمامها على النواحي النفسية الاجتماعية له، تظهر قطعية وفصل كبيرين بين التخصصات الثلاثة: الطبيب، المريض والخدمة الاجتماعية الطبية يجب تفاديها، ولهدف هذه التخصصات الطبية هي راحة المريض وشفائه، فلماذا لا يكون هناك اتصال واتحاد فيما بينهم، فبالتالي يستطيع الطبيب معرفة النواحي الاجتماعية النفسية للمريض من الأخصائي الاجتماعي، ويعرف ما يريج المريض وما يزعجه من المرضة كونها على اتصال دائم به، ويفضل الطبيب يتعرف كل من المرضة والأخصائي الاجتماعي على نوع المريض وطرق علاجه، فبفضل اتحادهم وتعاونهم سيصل الفريق حتما إلى إشفاء المريض أو على الأقل التخفيف من ألمه.

(1) إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، مرجع سابق، ص 173.
الباب الثاني
البيان الميداني للبحث
الفصل الخامس:
خصائص عينة البحث
تمهيد:

كما ذكرنا سابقا أن عينة البحث هي العينة العشوائية النسبية الطبقية، حيث يُلْجَأ
الباحث الاجتماعي إلى استخدام هذه الطريقة إذا أراد أن يختار عدد المفردات من كل شريحة
بشكل يتناسب مع حجمه، وفي هذه الحالة لا توزع مفردات العينة بالتساوي على فئات
المجتمع.

فلك ذلك اختيرنا فئة الأطباء الاختصاصيين والمتمثلا في الأطباء المقيمين والأطباء
المساعدين والأساتذة المساعدين، فكانت نسبة الأطباء المقيمين أكثر، وذلك نظرًا لكثره
عددهم في المستشفى، باعتبارهم أطباء في إطار التدريب والتكوين، أما فئة الأطباء
المساعدين والأساتذة المساعدين فكانت نسبتهم صغيرة بالمقارنة مع فئة الأطباء المقيمين،
هذه الفئة من الأطباء هي التي تشرف على تدريب الطلبة الأطباء، ولقد كان توزيعنا
للاستمارة بصفة عشوائية، وغالبا ما يكون توزيعها في الفترة الصباحية وذلك نظرًا لتواجد
الأطباء بكثرة في هذه الفترة، وباختلاف درجاتهم المهنية، فكانت غالبا ما أزور الغرف التي
يجروني فيها الفحوص الطبية، وعند وجود فراغ صغير من الوقت لديهم أقوم بتقديم
الاستمارات لهم، فأحيانا يقومون بعلمانها أمامي مباشرة، وأحيانا أخرى يطلبون مني العودة
في وقت آخر لاستلامها، وغالبا ما كانوا يضيعونها، فأضطر لعطائهم أخيراً.

إن معالجة المعطيات هي مرحلة مهمة كما يقول عبد الله عامر الهمالي، وذلك نظراً
لاحتمال وجود أخطاء التي قد تحدث أثناء عملية جمع البيانات أما لعدم توجيه أسئلة من قبل
الباحث للباحثين، وأما لإغفال تدوين بعض الإجابات من قبل الباحث

إذن لقد قمنا بتفريغ البيانات بعد حصولنا على مجموع 150 استمارة، وذلك عن طريق
الحاسوب، وذلك في منظومة (Version 11.0) S.P.S.S الخاصة بتحليل المعطيات في
العلوم الاجتماعية، فكانت تتفريغ وتزويز وتوبيز البيانات، وبفضلها تمكنا من الحصول على
إمكانية ربط المتغيرات، واختيار تلك التي تتلاءم مع فرضيات البحث.

وستعرض في هذا الباب إلى تحليل المعطيات والبيانات المتحصل عليها من خلال
البحث الميداني الذي قمنا به.

---

1- عبد الله عامر الهمالي، مرجع سابق، ص 166.
2- نفس المرجع، ص 205.
البحث:

بعدما قمنا بتقديم عينة البحث، و تبرير طريقة اختيارها في الجانب النظري من البحث، سنحاول الآن تعريفها، وذلك انطلاقا من 7 متغيرات أساسية وهي: السن، الجنس، المصلحة الطبية، المستوى المهني، الحالة المدنية، الأقدمية، وعدد ساعات العمل.

ومن خلال هذه المتغيرات حاولنا القراءة للتعرف على عينة بحثنا و حجمها و مواصفاتها و بعض خصائصها، و سوف نتوجه إلى كل متغير من هذه المتغيرات.

الجدول رقم 1 : يمثل مستويات سن المبحوثين

<table>
<thead>
<tr>
<th>الجنس</th>
<th>التكرار</th>
<th>سن المبحوثين</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أقل من 25 سنة</td>
<td>%2,7 4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25-30 سنة</td>
<td>%58 87</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>31-35 سنة</td>
<td>%20,7 31</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>36-40 سنة</td>
<td>%10 15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>41-45 سنة</td>
<td>%2 3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>46-50 سنة</td>
<td>%4 6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أكثر من 50 سنة</td>
<td>%2,7 4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>%100 150</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال الجدول أعلاه، الذي ببين سن المبحوثين، يتبين لنا أن أغلب أعضاء العينة المبحوثة والتي قدرت بنسبة 58% تحصروا ما بين 25 و 30 سنة، أي أغلب الأطباء شباب، هذه الفئة تمثل الأطباء المقيمين، و هم الأطباء في إطار التكوين، ثم تليها نسبة 20,7% التي تمثل فئة الأطباء التي تحصروا أعمارهم ما بين 31 و 35 سنة، وهي في الغالب فئة الأطباء المساعدين و الأساتذة المساعدين، كونهم الأطباء الذين أنهوا مراحل الدراسة وتحصلوا على مناصب عمل بالمستشفى، و تليها نسبة 10% من المبحوثين.
تتراوح أعمارهم ما بين 36 و 40 سنة، و تبدأ النسب في الانخفاض بالنسبة للمبحوثين الذين
تتراوح أعمارهم ما بين 46 و 50 سنة، و التي بلغت نسبتهم 4%، و الأطباء الذين بلغت
أعمارهم أكثر من 50 سنة نجد نسبتهم تقدر 2,70%، و كذا نجد المبحوثين البالغين من
العمر أقل من 25 سنة نجدهم يمثلون نسبة 2,70%، ففيما يخص فئة الأطباء الأكثر من 50
سنة فهم كلهم أطباء مساعدين يقومون بتدريب وتكوين الأطباء المقيمين، أما الأطباء الأقل
من 25 سنة فهم فئة الأطباء المقيمين.

الجدول رقم 2: يمثل جنس المبحوثين

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
<th>التكرار</th>
<th>ذكر</th>
<th>أنثى</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%51,3</td>
<td>77</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%48,7</td>
<td>73</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>150</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال الجدول أعلاه الذي يبين جنس المبحوثين، ينبغي لنا أن ن注意到 أن أكثر من نصف
العينة هم ذكور، وذلك بنسبة 51,30%، أما الإناث فقد بلغت نسبتهم 48,70% من العينة
المبحوثة.

الجدول رقم 3: يبين الحالة المدنية و علاقتها بالجنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>الجنس</th>
<th>الحالة المدنية</th>
<th>الذكور</th>
<th>الأنثى</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>أعزب</td>
<td>50</td>
<td>49</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>متزوج</td>
<td>27</td>
<td>21</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>المجموع</td>
<td>77</td>
<td>73</td>
<td>150</td>
</tr>
</tbody>
</table>
إن الجدول أعلاه يبين الحالة المدنية للمبحوثين حسب الجنس، حيث نلاحظ بأن
أغلب أطباء العين المبحوثة هم أطباء عزاب (غير متزوجين) و ذلك نظرا لأن أغلبهم كما
قلنا سابقا شباب يتراوح أعمارهم ما بين 25 و 35 سنة، ضف إلى ذلك كونهم مازالوا طلبة
في إطار التمدرس و التكوين، أمّا نسبة الأطباء المتزوجين فهي صغيرة بمقارنة مع نسبة
الأطباء غير المتزوجين، حيث بلغت 32%.

بالنسبة لفئة الأطباء غير المتزوجين (العزاب) نجد أكبر نسبة هم إناث، حيث
تجاوزت النصف، فقد بلغت 51% و 49% ذكور، أما بالنسبة للأطباء المتزوجين نسبة
الذكور تغلب على نسبة الإناث، حيث بلغت 56,30% ذكور مقابل 43,80% إناث
متزوجات.

الجدول رقم 4: يبين المصالح الطبية ميدان البحث

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
<th>التكرار</th>
<th>المصلحة الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%19,30</td>
<td>29</td>
<td>طب الأطفال</td>
</tr>
<tr>
<td>%16,70</td>
<td>25</td>
<td>جراحة الجلد</td>
</tr>
<tr>
<td>%14,70</td>
<td>22</td>
<td>جراحة القلب أ</td>
</tr>
<tr>
<td>%14,70</td>
<td>22</td>
<td>جراحة الأطفال</td>
</tr>
<tr>
<td>%9,30</td>
<td>14</td>
<td>طب العيون</td>
</tr>
<tr>
<td>%8</td>
<td>12</td>
<td>جراحة الأنف، الأذن و الحنجرة</td>
</tr>
<tr>
<td>%6</td>
<td>9</td>
<td>مصلحة أمراض السكري</td>
</tr>
<tr>
<td>%4,70</td>
<td>7</td>
<td>جراحة الوجه والفك</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>150</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

يتبين من خلال الجدول أعلاه والذي يبين نوع المصالح الطبية ميدان البحث بأن
أكبر نسبة تواجد الأطباء كانت في مصلحة "طب الأطفال" حيث بلغت 19,30%، ثم
تاليها "مصلحة جراحة الصدر والأوعية" التي بلغت نسبة الأطباء فيها 16,70%، ثم
تأتي بعدها "مصلحة طب العيون" و "مصلحة جراحة الأطفال" بنسبة متساوية بلغت
14.70% تأتي بعدهما "ملحمة طب الجلد" بنسبة 9.30%، وتبدأ النسبة بالانخفاض حيث بلغت 8% في "ملحمة جراحة القلب أ"، أما في "ملحمة الأنف والحنجرة" فقد بلغت النسبة في 6.70%، تأتي بعدهما مباشرة "ملحمة أمراض السكري" 6%.

أخيرا "ملحمة جراحة الوجه والفك" الذي بلغت فيها نسبة تواجد الأطباء المبحوثين 4.70%، وهي أقل نسبة.

**الجدول رقم 5: المصالح الطبية ميدان البحث وعلاقتها بالمستوى المهني للمبحوثين**

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>أستاذ مساعد</th>
<th>طبيب مساعد</th>
<th>طبيب مقيم</th>
<th>المستوى المهني</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>29%100</td>
<td>3%10.30</td>
<td>2%6.90</td>
<td>24%82.80</td>
<td>طب الأطفال</td>
</tr>
<tr>
<td>25%100</td>
<td>4%16</td>
<td>3%12</td>
<td>18%72</td>
<td>جراحة الصدر والأوعية</td>
</tr>
<tr>
<td>22%100</td>
<td>-</td>
<td>6%27.30</td>
<td>16%72.70</td>
<td>طب العيون</td>
</tr>
<tr>
<td>22%100</td>
<td>5%22.70</td>
<td>3%13.60</td>
<td>14%63.60</td>
<td>جراحة الأطفال</td>
</tr>
<tr>
<td>14%100</td>
<td>3%21.40</td>
<td>-</td>
<td>11%78.60</td>
<td>طب الجلد</td>
</tr>
<tr>
<td>12%100</td>
<td>2%16.70</td>
<td>1%8.30</td>
<td>9%75</td>
<td>جراحة القلب أ</td>
</tr>
<tr>
<td>10%100</td>
<td>-</td>
<td>3%30</td>
<td>7%70</td>
<td>الأنف، الأنف والحنجرة</td>
</tr>
<tr>
<td>9%100</td>
<td>1%11.10</td>
<td>-</td>
<td>8%88.90</td>
<td>مصلحة أمراض السكري</td>
</tr>
<tr>
<td>7%100</td>
<td>2%28.60</td>
<td>1%14.30</td>
<td>4%57.10</td>
<td>جراحة الوجه والفك</td>
</tr>
<tr>
<td>150%100</td>
<td>20%13.30</td>
<td>19%12.70</td>
<td>111%74</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ان الجدول أعلاه يبين توزيع الأطباء على المصالح الطبية، حيث يتضح من خلاله أن فئة الأطباء المقيمين هي أكبر فئة، حيث تتمثل 74% من أعضاء العينة المبحوثة، تليها فئة الأسئلة المساعدين بنسبة 13.30%، وآخرها فئة الأطباء المساعدين والتي بلغت نسبتهم 12.70%.
من هذا الجدول نلاحظ بأن عدد المصالح الطبية ميدان البحث بلغ 9 مصالح، و
توزيع الأطباء فيها مختلف، ومن المفروض أن كل مصلحة طبية ميدان البحث تحتوي على
أطباء مقيمين وأطباء مساعدون وكذا أساتذة مساعدين، إلا أنه في بعض المصالح كمصلحة
"أمراض السكري" و مصلحة " طب الجلد " لم يتم استجواب أطباء مساعدين، ولذلك
نضراً لامتلاع وسائل الأطباء على الاستمارات والبعض منهم كان يتناوبون في الإجابة عليها،
و كذا مصلحة " طب العيون " و مصلحة " الأنف الأدنى والحنجرة " التي لم يقبل فيها
الأساتذة المساعدين من الاستمارات.

فيمما يخص المصلحة الطبية الأولى و التي تمثل مصلحة " طب الأطفال " فنجد أن
فترة الأطباء المقيمين هم أكبر نسبة حيث بلغت نسبة تواجدهم بالمصلحة 82,80%، ثم تليها
فترة الأساتذة المساعدين بنسبة 10,30%، و أخيراً 6,90% أطباء مساعدين.

أما فيما يخص المصلحة الطبية الثانية و التي تمثل مصلحة " جراحة الصدر و
الأوعية " فقد بلغت نسبة تواجدهم بالمصلحة 72,70%، ثم تليها نسبة 16% أساتذة
مساعدين، ثم 12% أطباء مساعدين.

و فيما يخص مصلحة " طب العيون " فقد بلغت فيها نسبة تواجد الأطباء المقيمين
72,70%، ثم تليها نسبة الأطباء المساعدين التي بلغت 27,30%، أما الأساتذة المساعدين
في هذه المصلحة فإنهم قد امتنعوا عن ملاك الاستمارات، و تأتي بعدها مباشرة مصلحة
" جراحة الأطفال " حيث نجد منها 63,60% يمثلون أطباء مقيمين و 22,70% هم أساتذة
مساعدين، و أخيراً 13,60% أطباء مساعدين.

بالنسبة للمصلحة الطبية الخامسة والتي تمثل مصلحة " طب الجلد " فقد بلغت فيها
نسبة تواجد الأطباء المقيمين ب 60,78% و 21,40% أساتذة مساعدين، أما الأطباء
المساعدين فلم المكن من توزيع الاستمارات عليهم لنفس السبب المذكور سابقاً 0

أما مصلحة " جراحة القلب " أ " فقد بلغت فيها نسبة الأطباء المقيمين ب 75% و
16,70% أساتذة مساعدين، و أخيراً 8,30% أطباء مساعدين 0

ونجد نسبة 70% أطباء مقيمين في مصلحة " الأنف الأدنى، والحنجرة " و 30%
فيها أطباء مساعدين

وبالنسبة لمصلحة " أمراض السكري " فقد بلغت فيها نسبة الأطباء المقيمون بـ
88,90% و 11,10% أساتذة مساعدين.

وأخيراً مصلحة " جراحة الوجه والفك " وهي المصلحة التي تحتوي على أقل عدد
من الأطباء بالمقارنة مع المصالح الأخرى، حيث نجد 57,10% أطباء مقيمون تليها فئة
الأساتذة المساعدين بنسبة 28,60% و أخيراً نسبة 14,30% أطباء مساعدين.
الجدول رقم 6: يمثل أقدمية المبحوثين

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
<th>التكرار</th>
<th>الأقدمية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%12,67</td>
<td>19</td>
<td>أقل من عام 1980</td>
</tr>
<tr>
<td>%66</td>
<td>99</td>
<td>1981-1990</td>
</tr>
<tr>
<td>%5,33</td>
<td>8</td>
<td>1991-2000</td>
</tr>
<tr>
<td>%2,67</td>
<td>4</td>
<td>2001-2005</td>
</tr>
<tr>
<td>%0,67</td>
<td>1</td>
<td>2006-2010</td>
</tr>
<tr>
<td>%2</td>
<td>3</td>
<td>2011-2013</td>
</tr>
<tr>
<td>%0,66</td>
<td>1</td>
<td>أكثر من 25 سنة</td>
</tr>
<tr>
<td>%10</td>
<td>15</td>
<td>بدون إجابة</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>150</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

يمثل هذا الجدول مدة الأقدمية موزعة حسب المبحوثين فنلاحظ أن أغلب أعضاء العينة المبحوثة والتي قدرت ب 66% تتراوح مدة عملهم بالمستشفى من سنة إلى 5 سنوات، وتليها نسبة 12,67% بالنسبة للأطباء الذين لا تتجاوز مدة عملهم عام وتليها فئة الأطباء الذين تتراوح مدة عملهم من 6 إلى 10 سنوات بنسبة 5,33% وتتقلب النسبة إلى 0,67% من المبحوثين الذين تتراوح مدة أقامتهم بالمستشفى من 16 إلى 20 سنة، وكذا نجد نسبة 2% بالنسبة للأطباء الذين تجاوزت مدة أقامتهم عن 25 سنة، في حين نجد نسبة معترفة من الأطباء الذي لم يجيبوا على مدة أقامتهم بالمستشفى والتي بلغت 10% من حجم العينة.
الجدول رقم 7: يمثل العلاقة بين ساعات العمل والمستوى المهني

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>أكثر من 13 ساعات</th>
<th>11-13 ساعات</th>
<th>8-10 ساعات</th>
<th>5-7 ساعات</th>
<th>عدد الساعات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>111</td>
<td>6</td>
<td>0,90</td>
<td>3</td>
<td>45</td>
<td>56</td>
<td>طبيب مقيم</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>19%100</td>
<td>2%101%052</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>طبيب مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>20%100</td>
<td>2%101%052</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>أستاذ مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>150</td>
<td>10%6,67</td>
<td>1,33</td>
<td>2</td>
<td>3%3%44</td>
<td>69%46</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

لقد صممه هذا الجدول لتوضيح العلاقة بين ساعات العمل والمستوى المهني، حيث توصلنا إلى أن نسبة 46% من المبحوثين يعملون من 5 إلى 7 ساعات في اليوم، ونسبة 44% من الأطباء يعملون من 8 إلى 10 ساعات. وتوزع النسبة إلى 2% من المبحوثين الذين يعملون من 11 إلى 13 ساعة، ونسبة 1,33% يعملون أكثر من 13 ساعة، أما فئة المبحوثين الممتنعين عن الإجابة فقد بلغت 6,67%.

بالنسبة للفئة الأولى التي تعمل من 5 إلى 7 ساعات نجد 50,45% منهم هم فئة الأطباء المقيمين، ونسبة 47,37% أطباء مساعدون، ونسبة 20% أستاذة مساعدون. لذلك لأن فئة الأطباء المقيمين هي الأكبر عددًا حيث بلغت 111 طبيب مقيم، وهم الأطباء في إطار التكوين حيث تستطيع تسمية الأعداد التي تتكشف عليها المستشفى في إطار تكوينهم. لآليتهم في تسير العمل، ومعالجة المرضى، والقيام بالأعمال العلاجية من البداية إلى النهاية كونهم يمثلون معظم وقتهم في المستشفى. وللتعليم نظرية في الجامعة وما تلقته من معلومات من طرف الأساتذة المشرفين على التدريس، وتكونو عليهم في المستشفى، ذلك لأن مهنة الطب تعتمد على التدريبي ونظري، أما نسبة الأطباء المساعدون والأساتذة المساعدون فهي صغيرة جدا إذا قررت بعدد الأطباء المقيمين هذا من جهة، ومن جهة أخرى كون هذه الفئة من الأطباء "أي الأطباء المساعدون والأساتذة المساعدون" فهم الفئة التي تقوم بتعليم وتلقيهم المهنة للأطباء المقيمين.

أما بالنسبة للفئة الثانية التي تعمل من 8 إلى 10 ساعات نجد أن نسبة 65% منهم هم أستاذة مساعدون، ثم تليهما نسبة 40,54% أطباء مقيمين.
والنسبة للفئة الثالثة و التي تعمل من 11 و 13 ساعة في اليوم، نجد فئة الأطباء المقيمين فقط والتي بلغت نسبتهم 27%.

و أخيرا الفئة الأطباء الذين يعملون أكثر من 13 ساعة في اليوم، نجد 5% منهم هم أساتذة مساعدون و 0.90% هم أطباء مقيمين، و نلاحظ أن هذه الفئة من الأطباء قد أدخلت في حسابها ساعات العمل في اليوم ساعات العمل الليلي التي يقوم بها في الغالب الأطباء المقيمين، بما نسميه المناوبات.

من ذلك يتبيين بأن فئة الأطباء المقيمين هم الفئة التي تعمل أكثر كونهم طلبة في إطار التكوين حيث يقومون بإجراء الفحوصات على المرضى، أي التدريب صباحا واكتماله في الجامعة مساءا بما نسميها النظري، كما أنهم هم من يقوم بإجراء المناوبات ووصفا منتظما حسب عدد الطلبة من مرة إلى مرتين في الأسبوع الواحد، ضف إلى ذلك كثرة عددهم.

أما فئة الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين فيمثلون فئة قليلة فقط وهم عمال دائمون بالمستشفى يقسمون وقتهم بانتظام، ففي الفترة الصباحية يقومون بتدريب الطلبة وتكوين والإشراف عليهم فيمرون على جميع المرضى حالة بحالة، والتوجه في المساء إلى التدريس في الجامعات أو إلى العمل في مكاتبهم الخاصة، وبذلك تكون مدة عمل هذه الفئة بالمستشفى أقل بكثير من مدة عمل الأطباء المقيمين، فهم في الغالب يعملون إلا الفترات الصباحية فقط.
الفصل السادس:
ظروف عمل الأطباء بالمؤسسة الاستشفائية العمومية
تمهيد:

ابتداءً من هذا الفصل سوف نقوم بتحليل فرضيات البحث، و هذا من خلال الربط بين المتغيرات لتسير العلاقة بينهما، ومحاولة قراءتها قراءة سوسيولوجية.

و سوف نقوم بالتحديد في هذا الفصل باستعراض متغيرات الفرضية الأولى وربطها وتحليل المعطيات الخاصة بها و التي تتمثل في ظروف عمل الأطباء بالمستشفي والمدى توفر الوسائل الطبية المساعدة لمزاولة العمل وتأثيرها على الأداء المهني للمبحوثين، حيث يتم التعرف على هذا الأداء المهني من خلال إجابات المبحوثين.
1- الآلات الطبية و دورها في التسهيل من مزاولة العمل الطبي:

إن لمزاولة أي مهنة يجب توفر أساليب الشروط والظروف لأدائها على أحسن وجه، ومهنة الطب مهنة كباقى المهنيين وربما أهم أصعب و أدق من المهن الأخرى، كونها تهتم بجسد الإنسان و بنعمة آخر صحته، لذلك و لمزاولة الطبيب لمهنته الطبية بدون مشاكل يجب توفر أدنى هذه الشروط والظروف بما فيها الوسائل المعدات والأجهزة الطبية، ومن خلال تطرقنا لهذا العنصر الذي يخص ظروف عمل الطبيب بالمستشفي سوف نحاول معرفة مدى توفر هذه الظروف خاصة منها المعدات الطبية، و مدى تأثيرها على الآداء الجيد للعمل الطبي.

الجدول رقم 8: توفر أو نقص الوسائط الطبية وسبب نقصها

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
<th>التكرار</th>
<th>سبب نقص الآلات والмедицинات الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%35,72</td>
<td>95</td>
<td>وسائل غير كافية كمية</td>
</tr>
<tr>
<td>%34,21</td>
<td>91</td>
<td>آلات ومعدات دوما معطلة</td>
</tr>
<tr>
<td>%28,57</td>
<td>76</td>
<td>وسائل وألات بالية وقديمة</td>
</tr>
<tr>
<td>%1,13</td>
<td>3</td>
<td>أخرى</td>
</tr>
<tr>
<td>%0,37</td>
<td>1</td>
<td>بدون إجابة</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>266</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تضخم العدد نظرا لكون المبحوثين أجابوا على عدة اقتراحات.

إن أغلب المتابعة المبحوثة من الأطباء بكل مستوياتهم المهنية أجابوا بعدم توفر كل الوسائل الطبية الضرورية لمزاولة العمل، وأن في بعض الأحيان عدم توفر أهم الوسائط الطبية الضرورية لمزاولة العمل، وأن في بعض الأحيان عدم فهم الوسائط التي يعتمدون عليها في العلاج والتشخيص، ونذكر في سبيل المثال الأشعة التي تعتبر من أهم الوسائط التي يعتمدون عليها الأطباء لكشف الأمراض هذا حسب مقالة بعضهم.
فمن خلال الجدول أعلاه نلاحظ فيما يخص الفئة الأولى، والتي أجابت بعدم توفر الوسائل الطبية الضرورية لمزاولة العمل نجد نسبة 35.72% من العينة المبدوة أجابت أن نقص هذه الآلات والمعدات راجع إلى أنها وسائل غير كافية كمية، أي أن الوسائل الطبية والمعدات والآلات متوفرة، ولكنها غير كافية نظراً لكثرة المرضى بكامل المستشفى والجزائرية وخصوصاً مستشفى باشا الجامعي، كونه من أكبر وأهم المستشفيات بالجزائر بكاملها، حيث يقصده المرضى من كامل أنحاء الجزائر، ضف إلى ذلك كونه يحتوي على أطباء ذات سمعة جيدة في العلاج والدواء، و بذلك هذه الوسائل لا تكفي ولا تغطي احتياجات المرضى والأطباء في نفس الوقت.

و نجد نسبة 34.21% من الأطباء أجابوا أن هذه الآلات والمعدات الطبية دوماً معطلة، فضلاً للاستعمال الكبير و الدائم لها تتعطل، لأن كثرة الاستعمال تؤدي إلى تعب و هلاك الآلة، ليس فقط كثرة الاستعمال والعمل الذي يؤدي إلى هلاكها فلكنها كفية الاستعمال، إذ يجب تحصيص عامل واحد لإدارتها و تشغيلها لأن كثرة الأيدي التي تستعملها تؤدي إلى فسادها حتماً، فكل عامل له طريقة عمل خاصة به تختلف عن طرق عمل الأفراد الآخرين، و روح المسؤولية تتواجد بين العاملين، لذلك يجب أن يكون هذا العامل مكوناً و مدرماً في مجال تشغيل الآلات، في حالة ما إذا تعطلت الآلة عرف من عائلها، و ما هو سبب تعطيلها نجد الحل، فإذا كان هذا العامل يحتاج إلى تكوين في المجال، يجب تكوينه و إذا كان عملاً مهملاً ليس له روح المسؤولية يجب إخضاعه إلى حرصاه بصورة أو القيام بتعويضه بعمل آخر، و ذلك حتى نحافظ على الآلة و على سير العمل في نفس الوقت، و بذلك تظهر هنا أهمية المراقبة، فمراقبة العاملين لها دور كبير في السير الحسن للعمل من جهة، و في إطار إطالة عمر الآلة و مدة صلاحيتها من جهة أخرى.

و قد تكون هذه الآلات الطبية دائماً معطلة نظراً لعدم وجود الصيانة لأنه من المعروف أن الصيانة تكلف غالباً، و خاصة صيانة الآلات الطبية، كون هذا التخصص غير متوفر بكثرة بالجزائر، ضف إلى ذلك بعض الآلات صياناتها تكلف غالباً في بعض الأحيان صيانتها تكلف قيمة آلة جديدة، لذلك تبقى هذه الآلة معطلة جامعاً.

و الفئة الثالثة من المديرين، و التي قدرت نسبتها 28.57% أجابت بأن سبب نقص الآلات والمعدات الطبية يرجع إلى أنها وسائل وآلات بالية و قدامة، كون هذه الآلات عمرها برجع إلى تواجد الاستثمار الفرنسي بالجزائر، و من كثرة الاستعمال تعطلت و تهملت و أصبحت غير صالحة عمرها قد يرجع إلى تاريخ افتتاح المستشفى، أو بعد افتتاحه بعدة سنوات، و بذلك هي معطلة و موضوعة جامعاً.

و نجد نسبة 13% من المديرين قد ترى بأن سبب نقص الآلات و عدم توفرها أحياناً لا يرجع إلى أي سبب من هذه الأسباب المذكورة سابقاً بل إلى أسباب أخرى. و على حساب إجابة أحدهم أن الآلات الطبية التي يحتاجها كل من الطبيب و معاونيه متوفرة و غير معطلة، و في حالة جيدة، و لكن المسؤولوا
المستشفى يضعونها جانباً و يغلقون عليها الأبواب، فلا يتركون – لا المرضى ولا الأطباء و معاونيهم - يستفيدون منها.

نستخلص مما سبق أن سبب نقص الآلات والمواد الطبية الضرورية لمزاولة العمل الطبي في داخل المستشفى يرجع إلى عدم كفاية هذه الآلات كمياً في تلبية و تغطية حاجات المرضى، كون نسبة كبيرة من المرضى و بطبقتهم الغنية و الفقيرة يقصدون مستشفى مصطفى باشا الجامعي، و ذلك نظراً لموقعه الجغرافي المتمركز في العاصمة و بإمكاني جميع المرضى قصد، هذا من جهة و كونه مستشفى يحتوي على أغلب التخصصات، و كل تخصص يحتوي على أطباء و دكاترة اختصاصيين و مؤهلين من جهة أخرى، زد على ذلك سعر العلاج يقدر 100 دج و هو سعر رمي في متناول الجميع، وأطباء الأمراض عاجلها مجانى كأمراض السرطان و الأمراض المزمنة، هذه الأسباب جعلت من المرضى يقصدون المستشفى بأعداد هائلة، الأمر الذي أدى إلى عدم كفاية الآلات والمواد الطبية الضرورية لعلاجهم.

الجدول رقم 9: نقص الوسائل الطبية و تأثيرها على الأداء الجيد للعمل

من خلال الجدول أعلاه و الذي يمثل نقص الوسائل الطبية و تأثيرها على الأداء الجيد للعمل يتبين لنا بأن أغلب عينة المبحوثة أجابت بنقص الآلات الطبية الضرورية للعمل، كما تبين من خلال هذا الجدول بأن أغلب أعضاء العينة المبحوثة ترى بأن نقص الآلات والمعدات الطبية الضرورية يعرقل الطبيب على أداء عمله الطبي على أحسن وجه، وذلك بنسبة 3,30%، لم تقدم إجابة على السؤال.
بالنسبة للفئة الأولى من المبحوثين و التي أجبت بأن نقص الآلات والمعدات الطبية يؤثر على الطبيب و يعرقله عن أداء العمل الطبي على أحسن وجه، ونجد من بينهم نسبة 95.10% أجبت بأن نقص الآلات والمعدات الطبية الضرورية، وأن هذا النقص يعرقل الطبيب عن أداء عمله الطبي، فبالنسبة إلى هذه الفئة من الأطباء ترى بأن المعدات الطبية جد ضرورية لإنقاذ العمل و تؤثر عليه.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و التي أجبت بأن نقص أو توفر الآلات والمعدات الطبية لمقاومة العمل الطبي لا تؤثر على العمل الطبي و لا تعرقله، نجد نسبة 70% من أجريت بإنقاذ الشمس والآلات من أهمية وزاكرة، وكان في حالة نقصها فهي تؤثر على العمل الطبي، و تعرقل الأطباء على أداء عملهم الطبي على أحسن وجه، وقد تؤدي إلى تعطيل شفاء المريض وفي بعض الأحيان إلى موتهم، ونسبة 4.90% منهم ترى بأن الوسائل الطبية والآلات غير متوفرة و ناقصة، و لكن نقص هذه الآلات لا يؤثر على أداء الطبيب لعمله ولا يعرقله، فحسب هذه الفئة أن كفاءة الطبيب هي التي تغطي النقص في الآلات، لأن الطبيب الكفء يتقن عمله ولو بدون فقط (أي بدون توفر آلة)، و أن هناك إجراءات و حلول يبدأ إليها الطبيب حتى يتدفع الأسوأ.

أما الفئة الثالثة من العينة المدروسة و هي الفئة التي امتنعت عن الإجابة نجد نسبة 83.30% هي الفئة التي ترى بأن الوسائل الطبية والآلات الضرورية لمقاومة العمل متوفرة بالمستشفي و لا وجود للنقص في هذه المعدات الطبية.

إذن نستطيع أن نستخلص من هذا الجدول بأن الآلات والمعدات الطبية الضرورية ناقصة و غير متوفرة بصفة كافية لمقاومة العمل الطبي على أحسن وجه، و أن هذا النقص يؤثر كثيرا على الطبيب و يعرقله عن أداء عمله، فلهذا النقص العديد من المشاكل و التعقيدات على الحالة الصحية للمريض، فقد يكون بإمكان هذا المريض الشفاء بسهولة إذا ما توقفت المعدات الطبية الضرورية لعلاجه، في حين قد يسبب النقص أو تعطيله في خلق مشاكل صحية له، و تدهور حالته الصحية أكثر مما كانت عليه، و بذلك حسب المبحوثين أن نقص الوسائل الطبية يعرقل عن الأداء الجيد للعمل لدى الأطباء و معاونهم.
الجدول رقم١: نوع المشاكل الطبية التي يواجهها الطبيب نتيجة نقص الوسائط الطبية

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
<th>التكرار</th>
<th>نوع المشكلة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%35,22</td>
<td>81</td>
<td>تدهور صحة المريض</td>
</tr>
<tr>
<td>%28,69</td>
<td>66</td>
<td>تحويل المريض إلى مستشفى آخر</td>
</tr>
<tr>
<td>%13,48</td>
<td>31</td>
<td>تحويل المريض إلى عيادة خاصة</td>
</tr>
<tr>
<td>%13,04</td>
<td>30</td>
<td>موت المريض</td>
</tr>
<tr>
<td>%9,57</td>
<td>22</td>
<td>أخرى</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>*230</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تضخم العدد نظراً لكون المبحوثين أجابوا على عدة اقتراحات،

من خلال الجدول أعلاه، والذي يبين نوع المشاكل الطبية التي يواجهها الطبيب نتيجة نقص الوسائط الطبية، والذي يخص فئة الأطباء الذين أجابوا بنقص الوسائط الطبية الضرورية، يتبين من خلال هذا الجدول بأن نسبة 35.22% ترى بأن نقص المعدات الطبية ووسائل يسبب عدة مشاكل ترجع بالسلب في الغالب على المريض، فهو من يدفع فاتورة هذا النقض، حيث ترى هذه الفئة من المبحوثين أن هذا النقض ينجم عن عدة مشاكل أولها تدهور الحالة الصحية للمريض من السيء إلى الأسوأ، فحسب مقولته أحد المرضى "فإذا كان بإمكان مريض ما الشفاء في أسبوع فإن شفاءه يتأخر إلى مدة حالي شهر، فتتعقد حالته، ويسعف شفاءه، وقد لا يصعب فقط بل يسحلح أحيانا..."

عليها نسبة 28.69% من العينة المبحوثة أجابت بأن في حالة عدم توفر المعدات الطبية الضرورية لعلاج المرضى يقوم الطبيب في هذه الحالة إلى تحويل المريض لمستشفى آخر يحتوي على المعدات الطبية غير المتوفرة في المستشفى مصطفى باشًا الجامعي، ففي هذه الحالة يجب على الطبيب أن يكون على دراية بعده توفير أو عدم توفر المعدات الطبية التي يحتاجها مريضه، والتي لا تتواجد في هذا المستشفى.
أما الفئة الثالثة من المبحوثين التي قدرت 13.48% فقد أجابت بأن في حالة عدم توفر المعدات الطبية، والألات والأجهزة فإنهم يقومون بتحويل المريض إلى عيادة خاصة، حيث يتواجد أغلب إن لم يقل كل ما يحتاجه الطبيب من معدات، ويتطلب المريض لعلاجه والتفحص من ألمه، فمن المعروف أن العيادات الخاصة وخاصة تلك المتخصصة في علاج أمراض معينة تجد أنها لا تتوفر على أغلب الأجهزة والألات والمعدات الطبية، بالرغم من أن أغلب وأغلب وأغلب هذه الآلات متواجدة بالمستشفيات العمومية، فقد تكون هذه الآلات موجودة بالمستشفي العام ولكنها معظمة أو قديمة، وإذا كانت كذلك ليس بإمكان المريض الاستفادة من خدماتها، الأمر الذي يدفع بالأطباء إلى تحويل المرضى إلى العيادات الخاصة التي قد توفر العلاج المريض، أو قد تتواصل إلى التفحص عنه.

تليها مباشرة وفياً عن طريق غير كبير بنسبة 13.04% من الأطباء أجابوا بأن أصعب ما يمكن أن يواجهه الطبيب من مشاكل جراء نقص الوسائل والأجهزة الطبية هو عدم استطاعته مساعدته المريض وتفكيره في شفاء، حيث أن هذه الفئة من المبحوثين ترى بأن نقص هذه المعدات يؤدي إلى موت المريض الذي، في حين إذا ما توقفت هذه المعدات قد يتوفر الطبيب إلى تقديم هذا النوع من المشاكل، كثيراً ما نسمع أن بعض المرضى كانوا في حالة عادية أو متوسطة من المرض، ونضروا لعدم التكلف الجيد، حيث تعارضوا إلى الموت، و في مثل هذه الحالات الطبية هو من يدفع الثمن، حيث يتعرض إلى الشتم والسبب من طرف أهل المريض وأحيانا يرفعون دعوى في المحكمة.

كما نجد نسبة لا تأتي بها من المبحوثين التي قدرت 9.57% أجابت بأن نقص الآلات والمعدات والأجهزة الطبية يسبب مشاكل تعود بالسلب على المريض أولاً والطبيب ثانياً، ولكن لا يجب على نوع المشاكل التي تنتج عن ذلك.

و بذلك نستنتج بأن الطبيب يواجه مشاكل من جراء نقص الآلات والمعدات الطبية ومهمه تعديل وتوزيع، كثير و قليلت هذه المشاكل فإنها ترجع بالسلب دوماً على المريض، أخف هذه الأضرار تحويله من مستشفى إلى آخر، الأمر الذي يؤدي إلى تعقيد حالته إيجابياً خاصة إذا كانت حالته لا تحتفل تقليد بين المستشفيات. وأعتقد هذه المشاكل هو موت، فقد يواجه الطبيب عدة حالات موت في اليوم الواحد فهو شيء عادي، ولكن حسب قول أحد الأطباء "لَا يوجد شعور في الدنيا أطبين من الشعور بإيقاف حياة، حياة إنسان مريض...

و حسب المبحوثين أنه إذا ما توقفت للأطباء أدنى أنواع الوسائل الطبية لاستطاعوا التغلب على الكثير من الأمراض، وساعدوا الكثير من المرضى في التغلب على المرض والشفاء.
الجدول رقم 11: توفر الوسائل الطبية ومدى تأثيرها على فعالية الإنتاج

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>لا</th>
<th>تعم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>100%</td>
<td>6</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>144%</td>
<td>2</td>
<td>1,40%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>150%</td>
<td>2</td>
<td>1,30%</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

لتوفر الوسائط الطبية الضرورية

فيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين، وهي فئة الأطباء الذين أجابوا بأن الوسائل الطبية تأثير على فعالية العلاج تنجى بنسبة 97,20% أجاب يتوفر نقص في الوسائط الطبية. و أن هذا النقص يؤدي في فعالية العلاج، حيث لا يوجد نقص في الوسائط الكافية لعلاج المريض ومحاربة المرض. الأمر الذي يعرقله على أداء عملي بصفة جيدة، و هذا ما يجعل الطبيب لا يثق عمله، ولا يؤديه على أحسن ما يرام، و بذلك تنقص الفعالية ولا يشفى المريض، لأنه مهما كان الطبيب ذكي و كفء لا يستطيع معالجة المريض بصفة فعالة بدون توفر الوسائط الطبية الضرورية. فقد يتواصل إلى معرفة نوع المرض لكنه لا يستطيع معرفة تواجده أو سببه، أو حتى إلى أي درجة من الخطورة وصل، لأنه فقط بالوسائل الطبية المتقدمة يستطيع التعرف على كل هذا، كما يستطيع اكتشاف المرض وهو في مراحله الأولى و بذلك يسهل القضاء عليه.
و نجد نسبة 100% من الأطباء الذين برون بأن الوسائل والمعدات الطبية متوفرة بالمستشفى، إذا ما قورنت بالمستشفيات الأخرى، وأنه في حالة عدم توفر هذه الوسائل فإنها تؤثر على فعالية العلاج بالسลบ أو بالإيجاب، فإذا ما توفرت هذه الوسائل ستكون فعالية العلاج جيدة، وأما إذا كان المستشفى يعاني من النقص في هذه المعدات فإن ذلك سينعكس سلبا على فعالية العلاج.

أما بالنسبة للفئة الثانية من المبحوثين فهي ترى بأن الوسائل الطبية غير متوفرة بالمستشفى، ولكن هذا النقص لا يؤثر على فعالية العلاج، فالنسبة لهذه الفئة أنه لا وجود لعلاقة بين الوسائل الطبية و فعالية العلاج، فحسبهم أن كفاءة الطبيب هي كل شيء، لأنه باستطاعة الطبيب إذا كان كفء من أن يعالج مريضه دون توفر أدنى الشروط.

إذن نستطيع القول بأن الوسائل الطبية تتأثر كبير على فعالية العلاج، حيث نجدها تخفف الكثير عن الطبيب و المريض في نفس الوقت: تخفف عن الطبيب عناء البحث و تقيمه الحالة الصحية للمريض، و تساعده في العلاج و التشخيص، و تخفف عن المريض ألمه و يواجهه نحو الشفاء، فهناك أعراض لا تعالج طبيعا أو تقليلها لأنها أمراض عصرية، صعبة وصعبة العصر و متطرفة تطور العصر، مثل فيروس الأيدز الذي يقتل لعامة الخلايا و يأخذ شكلها، فهو مرض ذكي ذكاء العصر الذي نحن فيه، و نستطيع القول أنه لنقص الوسائل و المعدات و الأجهزة الطبية تتأثر سلبيا على فعالية العلاج لدى الأطباء بالمؤسسة الاستشفائية العمومية.

الجدول رقم12: ببين العلاقة بين توفر الوسائل الطبية الضرورية و الرضا عن العمل

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>تعم</th>
<th>لا</th>
<th>الرضا عن العمل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>توفر الوسائل الطبية الضرورية</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>6</td>
<td>-</td>
<td>3</td>
<td>%50</td>
</tr>
<tr>
<td>144%</td>
<td>3</td>
<td>2,1</td>
<td>57</td>
<td>84%</td>
</tr>
<tr>
<td>150%</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>60</td>
<td>%58</td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال هذا الجدول، الذي يبين العلاقة بين توفر الوسائل الطبية الضرورية و الرضا عن العمل، نجد بأن أكثر من نصف المجموعة المبحوثة أجابت على أنهم غير راضين عن العمل و ذلك بنسبة 58%، و نسبة 40% من المبحوثين راضين عن العمل، و أخيرا نسبة 2% لم تجب عن السؤال.
فيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين، هي تلك التي أجابت على أن الوسائط الطبية تتأثر على البداية عن العمل، ونجد نسبة 58.3% منهم أجروا على أن الوسائط الطبية الضرورية ناقص وغيّر متوفرة لمزاولة العمل، وأن هذا النقص يؤثر على مدى الرضا لديهم عن العمل، فهذه الفئة غير راضية عن العمل نتيجة نقص الوسائط الطبية الضرورية، فهم كأطباء لا يستطيعون معالجة المرضي بأيديهم دون توفير الوسائل، الآلات والأجهزة الطبية الكبيرة والمتطورة، وهو أمر طبيعي لكيف يشعر العامل بالرد ماس على الأقل توفر أدنى الشروط الضرورية لمزاولة عمله، واعتبار الطبيب عامل كأي عمالي آخر يجب أن توفر له كل الشروط المساعدة لأداء العمل على أحسن وجه، وخاصة أن عمله ليس أي عمل، وأنه يتعامل مع نبي الإنسان، المخلوق الأكثر حساسية في هذا الوجود. إن إذا بدأ في علاج المريض وهو غير راضي عن العمل الذي يؤديه، فكيف سيصل إلى جعل هذا المريض يشفى، ونجد نسبة 50% أجروا على أن الوسائط الطبية المتوفرة و لكنه رغم ذلك غير راضين عن العمل الذي يؤديه، فقد يرجع عدم الرضا لديهم إلى ظروف أخرى هي غير الوسائط الطبية، قد يكون ربما الأجر، السكن، الأدوية...، ولكنها ليست الوسائط الطبية. 

أما الفئة الثانية من المبحوثين، هي الفئة الراضية عن العمل، وهي نسبة معتبرة، نجد من بينهم نسبة 50% أجروا على أن الوسائط الطبية متوفرة، وأنهم راضيون عن العمل، ونسبة 39.60% يرون بأن الوسائط الطبية غير متوفرة ولكن رغم ذلك هم راضيون عن العمل الذي يؤديه.

و بذلك نلاحظ بأن الوسائط الطبية الضرورية تتأثر على مدى الرضا عن العمل، فإذا توفرت هذه الوسائط سهل العمل عن الأطباء، فستطيعون معرفة المرض وتشخيص العلاج اللازم له، فيشيط المريض ورضي الطبيب بالنتائج التي حظتها من خلال تأديته لعمله، وبالتالي يرضى عن العمل وعكس صحيح.

2- الأدوية و علاقتها بالتسهيل من مهمة الطبيب:

إن الأدوية هي الأخرى أهميتها في التسهيل من الآداء الجيد للمهنة الطبية، حيث تسهل على الطبيب أمور كثيرة وتساعد في التغلب على المرض، وإشفاء المريض، فالدواء بالنسبة للطبيب يعتبر من أهم الشروط الواجب توفرها بالمستشفى لعلاج المريض، ولنقط بالنسبة للطبيب ولن كذلك بالنسبة للطبيب، لأن هذا الأخير لا ينتظر من الطبيب إلا وصف الدواء الشافي لحالته المرضية.

ومن خلال تحليلقنا لجدول هذا العنصر سوف نحاول التعرف على مدى توفرها بالمستشفى، ومدى أهميتها في التسهيل من مهمته الطبية، وكذا الحلول التي يلجأ إليها الطبيب عند عدم توفرها.
الجدول رقم 13: طبيعة المشاكل الطبية التي يواجهها الطبيب نتيجة نقص الأدوية الضرورية

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>30,28%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>التكرار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>76</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>طبيعة المشاكل الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تبديل الأدوية بأدوية أخرى مساوية</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>29,88%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>التكرار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>75</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>طبيعة المشاكل الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تدهور الحالة الصحية للمرض</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>11,15%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>التكرار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>28</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>طبيعة المشاكل الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تحويل المريض إلى مستشفى آخر</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9,56%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>التكرار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>24</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>طبيعة المشاكل الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تحويل المريض إلى مستشفى آخر</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7,97%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>التكرار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>20</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>طبيعة المشاكل الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>شراء الأدوية من طرف عائلة المريض</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7,97%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>التكرار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>20</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>طبيعة المشاكل الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>موت المريض</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3,19%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>التكرار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>طبيعة المشاكل الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أخرى</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>النسبة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>التكرار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>251</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>طبيعة المشاكل الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ملاحظات:
- تضخم العدد نظرا لكون المبحوثين أجروا على عدة اقتراحات.
- من خلال الجدول أعلاه، الذي يبين طبيعة المشاكل الطبية التي يواجهها الطبيب نتيجة نقص الأدوية الضرورية لمزاولة الطبيب لعمله الطبي، حيث يتبين بأن الطبيب يواجه مشاكل عدة بسبب عدم توفر الأدوية بالمستشفى، فنجد من بينهم نسبة 30,28% من الفئة المبحة تقوم بتبديل الأدوية اللازمة لعلاج المرضى بأدوية أخرى مساوية في التركيز أو أقل درجة، في هذه الحالة بل يكون هناك إشكال كبير لا بالنسبة للمريض ولا حتى بالنسبة للطبيب، لأنه عند مواجهة الطبيب للمشاكل مع مريضه يستطيع إيجاد الحل بتبديل الأدوية، ولكن هذا في حالة ما إذا تقبل جسد المريض ذلك النوع من الدواء والعلاج، ولكن، أي الطبيب سوف يواجه مشاكل من نوع آخر إذا ما رفض جسد المريض تبديل الدواء.
تليها مباشرة نسبة 29.88% من المبحوثين ترى بأنه واجب مشكل عدة نتيجة هذا النقص، والذي انعكس سلباً على صحة المريض، فأخذ مشكل واجبه هذه الفترة من المبحوثين هو تدهور الحالة الصحية للمريض، وبخاصة إذا كان هذا الدواء بخصائص الحالات الاستعجالية التي لا تحتمل الانتظار.

تليها نسبة 11.15% من الأطباء عند مواجهة مشكل عدم توفر الأدوية اللازمة لعلاج مرضاه يقومون بتحويلهم إلى مستشفى عمومي آخر يتوفر على التكفل الجيد والأحسن للمرض، وإذا ما عرف الطبيب بأن الدواء الضروري لا يتوفر في أي مستشفى عمومي آخر يضطر إلى تحويل هذا المريض إلى مستشفى أو عيادة خاصة، حيث نجد 9.56% من العينات المدروسة تقوم بتحويل المرضى إلى عيادة خاصة عند عدم توفر الدواء اللازم لعلاجهم.

و نجد نسبة 7.97% من المبحوثين أجابوا بأنهم يضطرون في بعض الأحيان - و عند بعض الحالات عند استحالة تبديل الأدوية الضرورية بأدوية متساوية، أو استحالة تحويلهم إلى مستشفى آخر أو عيادة خاصة. يقومون بتقليف أهل المريض بشراء الدواء اللازم لمريضهم، وفي الغالب عند عدم توفر هذا الدواء بالجزائر، يبحث أهل المريض عن وسيلة لشراءه من الخارج.

و نجد نفس النسبة من المبحوثين أي نسبة 7.97% واجهوا مشكل موت المريض من جراء نقص الأدوية، فهناك بعض الأمراض تستدعي توفر نوع واحد من الأدوية للشفاء، فإن لم يتوفر ذلك النوع من الدواء سوف يلقي المريض مشاكل عدة قد تؤدي إلى الموت.

إذن نستخلص من هذا الجدول بأنه في أثناء ممارسة الطبيب لعمله، والمتمثل في علاج المريض يواجه عبأة مشاكل من جراء نقص الأدوية و أحياناً انعدام بعضها، فمن المعروف بأن المستشفى العمومي هو المكان الأكثر توفر على الأدوية والوسائل الطبية الضرورية، و هو أحسن مكان الذي يوفر التكفل الجيد للمريض بدون مقابل، وقد يكون أحسن وقد يكون حتى أحسن من العبادات الخاصة، كون المستشفى العمومي ممول من طرف الحكومة أولاً، ويحتوي على الأطباء الكادر والمتخصصين المتكونين من الطب و بعدد كافي، فيما كما تشتهره الاجتماعية من أن يتلقى العلاج الجيد والتتكفل الحسن به، إذ أن الطبيب يحمل الأول الولي العقد الطبيب في علاجه للمريض أثناء مواجهته لمشكل نقص الأدوية هو تبديل الأدوية الضرورية بأدوية أخرى متساوية، تختلف عنها فقط في درجة التركيز و بعض العناصر التي تركيب منها هذا الحل الذي لجأ إليه الطبيب قد يؤدي إلى الإطالة في مدة العلاج، وفي حالة استحالة تبديل هذه الأدوية تتدهور صحة المريض، الأمر الذي يدفع بالطبيب إلى تحويل مريضه إلى مستشفى آخر يضمن له العلاج المناسب.
الجدول رقم 14: وفرة الأدوية الضرورية و مدى تأثيرها على الفاعلية في العمل

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>لا تعم</th>
<th>تعم مع الأدوية الضرورية</th>
<th>الفعالية في عمل الطبيب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>17%100</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>47.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>133%100</td>
<td>2</td>
<td>35</td>
<td>96</td>
<td>72.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>150%100</td>
<td>3</td>
<td>43</td>
<td>104</td>
<td>69.3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

في هذا الجدول الذي يبين وفرة الأدوية الضرورية لمزاولة العمل و علاقتها بالفعالية في العمل يبين بأن أغلب العينة المدروسة أجابوا بعدم توفر كل الأدوية الطبية الضرورية، أي يوجد نقص في الأدوية، و نضرا لهذا النقص الذي يعاني منه المستشفى نجد أكثر من نصف العينة المبحوثة و التي قدرت 69,30% ترى بأنها فعالة في عملها رغم النقص المسجل في الأدوية، و تلبها نسبة 28,70% من الأطباء أجابوا بعدم فعاليتهم في العمل نتيجة النقص في الأدوية.

فيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و التي أجابت بأنها فعالة في عملها يتبين بأنه نسبة 72,2% من الأطباء أجابوا بأنهم فعالين في عملهم رغم النقص الموجود في الأدوية، فهم فعالين في عملهم كونهم رغم النقص يحاولون إيجاد حلول لهذا النوع من المشاكل، فاما بتبديل الأدوية الضرورية بدوية أخرى مساوية لها، أو تكليف أهل المريض بشراء الدواء اللازم لعلاجه، فهم كأطباء يفهمون الوصول إلى علاج المريض، إذ نجدهم يحاولون الوصول إلى الغاية رغم المشاكل، فمجرد إيجاد الحل البديل لمشكلة الأدوية، و الوصول إلى شفاء المريض و لو لمدة أطول تظهر الفعالية في العمل لدى الطبيب، و نجد نسبة 47,10% منهم أجابوا بأن الأدوية متوفرة و تتوفر هذه الأدوية نجدهم فعالين في عملهم، لأنه إذا ما توفرت ظروف العمل تظهر الفعالية.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و التي أجابت بعدم فعالية الطبيب في العمل، نجد نسبة 47,10% منهم أجابوا بتوفر الأدوية الضرورية لعمل بالمستشفى، فرغم توفر الأدوية كونها شرط من شروط العمل الواجب توفره، إلا أنهم يرون أنفسهم غير فعالين في عملهم، فقد يرجع عدم الفعالية لديهم إلى سبب آخر غير الأدوية، و نجد نسبة 26,30% منهم أجابوا بعدم توفر الأدوية الضرورية لمزاولة عملهم، و يرون أنفسهم غير فعالين في عملهم، فإن بالنسبة لهذه الفئة نقص الأدوية أدى إلى نقص الفعالية في العمل لديهم.
نستخلص بأن نقص الأدوية أو توفيرها بالمستشفى ليس له تأثير في الفعالية لدى الطبيب، في هذا النقص قد يؤثر على بعض الأطباء و يؤدي بهم إلى عدم الفعالية في العمل، وقد لا يؤثر إطلاقا في الفعالية في العمل، وهذا ما حدث لدى العينة المبحوثة، فأغلب العينة المبحوثة فعالين في عملاهم رغم نقص الأدوية.

الجدول رقم 15: بين وجود علاقة بين توفر الأدوية الضرورية و علاقتها بالرضا عن العمل

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>لا</th>
<th>تعم</th>
<th>الرضا عن العمل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%100</td>
<td>17</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>توفر الأدوية الضرورية</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>133</td>
<td>79</td>
<td>51</td>
<td>لا</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>150</td>
<td>87</td>
<td>60</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

يتبين من خلال هذا الجدول، الذي يبين وجود علاقة بين توفر الأدوية الضرورية و علاقتها بالرضا عن العمل أن نسبة 58% من العينة المبحوثة غير راضية عن العمل، تليها نسبة 40% راضية عن العمل.

بالنسبة للفئة الأولى وهي فئة الأطباء من العامل نجد من بينهم نسبة 40,4% أجادوا بوجود نقص في الأدوية، فتوفر الأدوية يسهل عليهم العمل، والتأتي يحسون بنوع من الراحة عن العمل، والعكس صحيح، وإذا كان هناك نقص في الأدوية يصعب العمل على الطبيب ولا يصل إلى تحقيق الفعالية في العمل، وبالتالي يحس بنوع من عدم الراحة عن العمل، ونجد نسبة 47,10% منهم غير راضيين عن العمل رغم توفر الأدوية، لزائدة العمل، بالنسبة لهذه الفئة من المبحوثين مؤشرات الراحة عن العمل لديهم تختلف عن مؤشرات الراحة لدى النسبة الأولى من المبحوثين، أما فيما يخص الفئة الثانية، وهي فئة الأطباء الراضيين عن العمل نجد منهم نسبة 52,90% أجادوا بتوفر الأدوية الضرورية و هم راضيون عن العمل، و تليها نسبة 38,30% صرحوا بنقص الأدوية ولم يجد ذلك هم راضين عن العمل.

و بذلك نستطيع القول بأن توفر الأدوية أو نقصها يلعب دورًا في الرضا عن العمل لدى الأطباء كون الأدوية شرط ضروري من شروط العمل و تحقيق الفعالية.
3- توفر النظافة و اكتئاب المرضى و علاقتهما بطبيعة سير العمل:

إن أول ما يخطر بالبال عند سماع كلمة مستشفى هو توفر النظافة، كون النظافة من أهم العناصر والشروط الواجب توفرها سواء بالمستشفى أو بالأماكن الأخرى، فهي كما هو معروف من أول مسببات الصحة و المرض، فتوفر النظافة يعني التقدم خطوة إلى الأمام في اتجاه الصحة، و العكس صحيح.

و إن أول ما يخطر بالبال عند سماع كلمة مستشفى هو الإكتئاب الكبير من طرف المرضى، و ذلك راجع لعدة أسباب تختلف حسب المرض، و من خلال تطبيقنا لتحليل جداول هذا العنصر سوف ننطلق إلى مدى تأثير كل من عنصر النظافة و الإكتئاب من طرف المريض على طبيعة سير عمل الطبيب بالمستشفى.

الجدول رقم16: مدى اختلاف مستوى النظافة حسب المصالح الطبية

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>المجهود المستشفى</th>
<th>المجهود المستشفى وسخم جداً</th>
<th>المستشفى نواع &quot;متوسط&quot;</th>
<th>المستشفى نضيف &quot;متوسط&quot;</th>
<th>نظافة المصالح المصلحة الطبية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>29</td>
<td>6</td>
<td>13</td>
<td>9</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>طب الأطفال</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>25</td>
<td>7</td>
<td>11</td>
<td>7</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحة الصدر والأوعية</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>22</td>
<td>3</td>
<td>14</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>طب العيون</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>22</td>
<td>-</td>
<td>12</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحة الأطفال</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>14</td>
<td>-</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>طب الجلد</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>12</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحة القلب وأ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>10</td>
<td>-</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>الألم، الأذن و الحنجرة</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>مصلحة أمراض السكري</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحة الوجه و الفك</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>150</td>
<td>24</td>
<td>75</td>
<td>37</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
من خلال الجدول أعلاه، والذي بين مدى اختلاف مستويات النظافة حسب المصالح الطبية بالمستشفى، حيث نلاحظ بأن نصف العينة المحبوطة ترى بأن المستشفى وسخ، بنسبة 50%، في كل من: "مصلحة أمراض السكري" و"مصلحة أمراض الوجه والفك" و"مصلحة طب الجلد"، بينما تأتي بعدا بنسبة 55,60% في "مصلحة جراحة الأذن، وبنسبة 50% في "مصلحة جراحة القلب". وهو المصلحة التي من المفروض أن تكون أكثر نقاء، ثم تأتي بعدا بنسبة 44,80% في "مصلحة طب الأطفال"، وبنسبة 44%، وآخرا نسبة 20% في "مصلحة الأذن والحنجرة".

أما بالنسبة للفئة الثانية من المبحوثين و هي الفئة التي ترى بأن المستشفى نظيف ما نظيف نجد نسبة 60% من المبحوثين في "مصلحة الأذن والحنجرة"، ثم تأتي نسبة 42,90% في "مصلحة طب الجلد"، ثم تأتي بعدا "مصلحة جراحة البنية" بنسبة 31%، ثم "مصلحة جراحة الوجه والفك" بنسبة 28,60%، و نسبة 16,70% في "مصلحة" طب العيون" بنسبة 9,10%.

و فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و التي ترى بأن المستشفى وسخ، نجد نسبة 44,40% من المبحوثين في "مصلحة أمراض السكري"، ثم تأتي نسبة 28% في "مصلحة جراحة الصدر واواعية"، و نسبة 25% في "مصلحة جراحة القلب"، ثم تأتي "مصلحة طب الأطفال" بنسبة 20,70%، وآخرا "مصلحة طب العيون" بنسبة 13,60%.

و آخرا فيما يخص الفئة الرابعة من المبحوثين، و هي تلك التي ترى بأن المستشفى نظيف هي نسبة صغيرة بمقارنتها مع الفئات الثلاثة الأخرى، نجد نسبة 31,80% من المبحوثين في "مصلحة جراحة الأطفال"، ثم تأتي نسبة 20% في "مصلحة الأذن، والحنجرة"، ثم نسبة 13,60% في "مصلحة طب العيون"، و نسبة 8,30% في "مصلحة جراحة القلب". و آخرا تنخفض النسبة إلى 3,40% في "مصلحة طب الأطفال".

من خلال هذا الجدول، ومن خلال الملاحظات التي استطعت استخراجها من زياراتي المتكررة للميدان، نجد بأن فئة الأطباء التي أجابت بأن المستشفى وسخ، و المستشفى وسخ جدا هي فئة الأطباء التي تعمل في مصالح طبية مبانيها قديمة جدا تعود إلى تاريخ افتتاح المستشفى، وكان ذلك كما ذكرت سابقا في فترة الاستعمار الفرنسي، و هي بالطبع مباني جد قديمة، لا تخضع للترميم إلا نادرا، فمنذ الهزة الأرضية الأخيرة في سنة 2003. بعض مباني المستشفى لم ترميم، والبعض الآخر بقي حتى سنة 2006، و بدأت أعمال الترميم به، وذلك حتى كادت تلك المباني تهمد، إذن كما قلت قدم المباني هو الذي
جعل هذه المقالة تعاني من الإهمال ونقص في النظافة، أما فئة الأطباء التي أجابت بأن المستشفى "مضيق"، و" نوع ما يضيق" فإنها فئة الأطباء الذين يعملون في مصالح طبية حديثة البيئات، تم نباهتها إلا مؤخرًا، مثل " مصلحة جراحة الأطفال " و" مصلحة الأنف، الأذن و الحنجرة ", فعندما تكون المباني جديدة تظهر النظافة و يحافظ عليها الكل، عمال، مرضى و زائرين.

الجدول رقم17: سبب عدم نظافة المصالح الطبية حسب المبحوثين

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>الاعمال من طرف عمال النظافة</th>
<th>الاعمال من طرف المرضى</th>
<th>غياب الرقابة</th>
<th>قدر المباني</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>%204</td>
<td>%5.88</td>
<td>%27.45</td>
<td>%25</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>56</td>
<td>11</td>
<td>17</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>84</td>
<td>51</td>
<td>36</td>
<td>49</td>
<td>%100</td>
</tr>
<tr>
<td>288</td>
<td>69</td>
<td>51</td>
<td>71</td>
<td>%100</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>%28.57</td>
<td>%23.96</td>
<td>%17.71</td>
<td>%24.65</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تضخم العدد نظراً لكون المبحوثين أجواباً على عدة اقتراحات، و هي فئة تخصص المبحوثين الذين أجابوا بأن المستشفى وبخ و وسخ جداً.

إن الجدول أعلاه يبين سبب عدم نظافة المصالح الطبية حسب المبحوثين، حيث نلاحظ بأن نسبة 27.77 من المبحوثين يرون بأن سبب عدم النظافة بالمستشفى يرجع إلى غياب الرقابة، تليها نسبة 24.65% من أفراد العينة المبحوثة ترى بأن سبب عدم النظافة يرجع إلى الإهمال من طرف عمال النظافة، ثم تأتي بعدها نسبة 23.96% ترى الإهمال من طرف النظافة هو سبب عدم النظافة وبذل التحقيق في الانخفاض حتى تصل إلى 17.71% هذه النسبة من الأطباء ترى بأن الإهمال من طرف المرضى هو السبب، وأخيراً نسبة 5.91% يرجعون السبب إلى قدر المباني.

فيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين والتي أجابت بأن سبب نقص النظافة يرجع إلى غياب الرقابة، نجد نسبة 28.57% منهم يرون بأن المستشفى وسخ جداً، ولا يوجد لأي رمز من رموز النظافة، تليها نسبة 27.45% منهم يرون بأن المستشفى وسخ، ولو توفرت الرقابة من طرف المسئولين على كل من عمال النظافة أولاً ثم عمال المستشفى.
والمستخدمين والمرضى وأهل المرضى، لأنهم مصداقًا لنفس المشهد، فإن Làqi، ولتوفرت النظافة، لأنه حقا الرقابة لها دور كبير في الانضباط سواء من طرف عمال المستشفى أو الزائرين مرضى كانوا أو أهل المرضى، وإذا ما توفرت الرقابة وكانت العقوبات صارمة لعم الانضباط وأصبح عمال النظافة يعملون عملهم بإتقان، والمستخدمين الطبيين وغير الطبيين يحافظون على النظافة، وكذا المريض وأهله.

أما الفئة الثالثة من المبحوثين، وهي تلك التي ترى بأن سبب عدم النظافة وانتشار الأسواخ بالمستشفى يرجع إلى الإهمال من طرف عمال النظافة، نجد من بينهم 26.17% ترى بأن المستشفى وسخ جدا، فهو في مرحلة تجاوزت الخطر، وتبليها نسبة 24.02% ترى بأن المستشفى وسخ حسب المبحوثين أنه لو كان كل عامل من عمال النظافة يؤدي عمله بإتقان ويبضمير مهني لعمر النظافة ونقص التسبيب واللمسى والأسواخ وهم يخسق الفئة الثالثة من المبحوثين والتي ترى بأن الإهمال من طرف المرضى هو سبب عدم النظافة نجد نسبة 25% منهم يرون أن المستشفى وسخ ونسبة 21.43% ترى بأنه وسخ جدًا، والمستوى الثقافي للمريضي مختلف ومتنافس، وكذلك الحال بالنسبة لأهل المريض وعمال من المستشفى و المستخدميه، فكل واحد منهم له ثقافته الخاصة به والتي اكتسبها.

والفئة الرابعة التي ترى بأن سبب الأسواخ بالمستشفى يرجع إلى الإهمال من طرف عمال المستشفى، نجد نسبة 17.86% منهم يرون بأن المستشفى وسخ جدا وتلبيها نسبة 17.65% ترى بأن المستشفى وسخ.

أما أخيرا وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن عدم المباني هو الذي جعل المستشفى بالأسواخ المصالح الطبية في وضعية مزمنة من عدم النظافة وانتشار الأسواخ نجد من بينهم 5.95% منهم يرون بأن المستشفى وسخ جدا ونسبة 5.88% ترى بأنه وسخ.

نستطيع الاستنتاج من هذا الجدول أن الرقابة لها دور كبير وفعال في جعل عمال المستشفى سواء كانوا طبيين أو غير طبيين أو عمال النظافة وكذا الزائرين للمなんصفي من أهل المريض وحتى المرضى، يحافظون على نظافته، كون المستشفى والمصالح الطبية على وجه الخصوص من المفروض أن تكون المثل الأعلى للنظافة، فالمرضى ينتشار عن طريق الأسواخ والمستشفى يجب أن تكون في حالة جيدة من النظافة، وكل شبه معقم ونظيف والنظافة مسؤولية الجميع، فإذا تقدمنا خطوة إلى الأمام في سبيل النظافة لا يسعنا 100 خطوة عن المريض.
الجدول رقم 18: كثرة المرضى المعالجين و علاقتها بالفعالية في العمل

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>لا</th>
<th>تعم الفعالية في العمل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%100 143</td>
<td>3</td>
<td>99</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>%100 16</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>لا</td>
</tr>
<tr>
<td>%100 1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>لا بدون إجابة</td>
</tr>
<tr>
<td>%100 150</td>
<td>3</td>
<td>104</td>
<td>43</td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال هذا الجدول والذي يبين كثرة المرضى المعالجين و علاقتها بالفاعلية في العمل، يتبين لنا نسبة 69.30% من العينة المبحوثة ليست فعالة في عملها، أي أنها تفتقر إلى الفعالية في العمل، تليها نسبة 28.70% ترى بأنها فعالة في أداء عملها.

بالنسبة للفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين أجابوا بأنهم غير فعالين في عملهم نجد نسبة 69.20% يعالجون الكثير من المرضى وتليها نسبة 66.70% لا يعالجون الكثير من المرضى، فكثرة المرضى في طوابير الانتظار بالمستشفى تجعل من الطبيب يسرع في فحصهم، بذلك يكون عملهم كأطباء غير متقن بكفاءة حتى يسروا بأنهم فعالين في عملهم، فمن جهة نجد هؤلاء الأطباء يسرون في فحص جميع المرضى، فلا يعطون كل مريض الوقت الكافي لعلاجه وتأمين الفحص بالتفان، وفي هذه الحالة نجدهم لا يعطون لأنفسهم الوقت الكافي لفهم وضعية حالته الصحية، فهم يعتمدون على ناحية الكمية أكثر من الناحية الكيفية ومن جهة أخرى كثرة الإرهاق نتيجة كثرة المرضى يؤدي بهم إلى عدم إتقان العمل.

أما الفئة الثانية من الأطباء وهي فئة الأطباء الذين أجابوا بأنهم فعالين في عملهم نجد من بينهم 33.30% لا يعالجون الكثير من المرضى وهم فعالين في عملهم، وتليها نسبة 28.70% يعالجون الكثير من المرضى ولكن رغم ذلك نجدهم فعالين في عملهم.

وبذلك نستخلص بأن كثرة المرضى في طوابير الانتظار بالمستشفى تجعل من الطبيب يسرع في المراور على جميع المرضى مما لا إطاعة كل مريض الوقت اللازم والكافي لفحصه وفهم حالتها الصحية ودواعي مرضه وأسبابه، وبذلك نجده يؤثر سلباً من جهة
على المريض كونه يسرع في فحصه، فربما يخطأ أو لا يفهم مرضه، فيعطيه دواء ربما لا يضره ولكنه بالقلع لا ينفعه، فتصبح هنا الطبيب ينظر إلى الناحية الكمية، وليس إلى الناحية الكيفية، لتظهر هنا عدم الفعالية في العمل، ومن جهة أخرى نجد يثير على حالته الصحية سليباً وذلك بكثره الإرهاق والتعب، فكثرة المرضى الذين يفحصهم الطبيب يؤدي إلى الإرهاق والتعب وبالتالي نقص الفعالية في العمل لدى الأطباء، وذلك تستطيع القول بأن كثرة المرضى الذين يعالجهم الطبيب في اليوم الواحد يثير سلبا على الفعالية في العمل، لذلك نجد أغلب أعضاء العينة المدروسة ليسوا فعاليين في عملهم، كونهم يعالجون الكثير من المرضى.

الجدول رقم 19: عدم الفعالية في عمل الطبيب وسبب في ذلك

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>أخرى</th>
<th>ضعف المنح والحوافز</th>
<th>ضعف الأجر</th>
<th>نقص الأدوية</th>
<th>نقص المواد الطبية الضرورية</th>
<th>سبب عدم الفعالية</th>
<th>معالجة الامر</th>
<th>لا معالجة الامر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>267% 100</td>
<td>20% 7,49</td>
<td>37% 13,86</td>
<td>53% 19,85</td>
<td>63% 23,60</td>
<td>94% 35,20</td>
<td>معالجة الكثير من المرضى</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12% 100</td>
<td>-</td>
<td>2% 16,67</td>
<td>3% 25</td>
<td>3</td>
<td>4% 33,33</td>
<td>لا معالجة الامر</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1% 100</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>بدون إجابة</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>*280% 100</td>
<td>20% 7,14</td>
<td>39% 13,93</td>
<td>56% 20</td>
<td>66% 23,57</td>
<td>99% 35,36</td>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تضخم العدد نظراً لكون بعض المبحوثين أجواباً على عدة اقتراحات.

من خلال الجدول رقم 6 أعلاه، والذي يبين السبب في عدم فعالية الطبيب نلاحظ بأن 35,36% من العينة المدروسة ترى بأن سبب عدم الفعالية في العمل لدىهم يرجع إلى نقص الأدوات والمعدات الطبية الضرورية لمزاولة العمل، ثم تليها نسبة 23,57% من الأطباء ترى بأن سبب عدم الفعالية يرجع إلى نقص الأدوية الضرورية لعلاج المرضى، تليها في المرتبة الثالثة نسبة 20% منهم يرون أن السبب يرجع إلى ضعف الأجر، وتبدأ النسبة في الانخفاض حيث نجد 13,93% من العينة المدروسة ترى بأن سبب عدم الفعالية يرجع إلى ضعف المنح والحوافز، وأخيراً نسبة 7,14% سبب عدم فعاليتها مختلف.
ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين والتي أجابت بأن سبب عدم فعاليتها يرجع إلى نقص الآلات والمعدات الطبية الضرورية نجد من بينهم 35,20% يعالجون الكثير من المرضى، تليهما نسبة 33,33% لا يعالجون الكثير من المرضى، إذا كان هؤلاء الأطباء يعالجون الكثير من المرضى، ولكن ليس لديهم الآلات والمعدات الطبية الضرورية لأداء المهمة والعمل على أحسن وجه فكيف تظهر الفعالية في العمل، وكيف يقبل الطبيب إلى الغاية المدرجة. وهي علاج المريض والوصول به إلى الشفاء، فهم أطباء يعملون بأيديهم فقط فربما إذا توقفت هذه الآلات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة ليصل الأطباء إلى تحقيق الفعالية في العمل وذلك رغم كثرة المرضى.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي تلك الفئة التي أجابت بأن سبب عدم الفعالية لديهم ترجع إلى نقص الأدوية الضرورية لمزاولة العمل نجد من بينهم 25% لا يعالجون الكثير من المرضى، ونسبة 23,60% يعالجون الكثير من المرضى نقص الأدوية هو الآخر له تأثير على الفعالية في العمل، إذا تعتبر هذه الفئة (أي الدواء) من أهم أسباب عدم الفعالية لأنه إذا ما صادف طبيب حالة تحتاج إلى نوع معين من الدواء، وهذا النوع غير متوفر بالمستشفى، سوف يؤدي إلى اضطراب هذا الطبيب وإحداث خلل في طريقة العلاج وبالتالي خلل الفعالية، وما هي قيمة العلاج بدون توفر الدواء، وما هي قيمة إعطاء وصفة بدون وجود الدواء بكامله.

وفيما يخص الفئة الثالثة من العينة المدروسة، والتي ترى بأن سبب عدم الفعالية يرجع إلى ضعف الأجر، نجد من بينهم 25% لا يعالجون الكثير من المرضى ونسبة 19,85% يعالجون الكثير من المرضى، هذه الفئة من الأطباء سبب عدم فاعلية عندهم ليس له علاقة بعدد المرضى المعالجون في اليوم.

أما الفئة الأخيرة من الأطباء التي ترى بأن سبب عدم فاعليتها في العمل يرجع إلى ضعف المنح والحوافز، فإنهم من بينهم 16,67% لا يعالجون الكثير من المرضى، وتليهما نسبة 13,86% يعالجون الكثير من المرضى، إن إن هذه الفئة سبب الأول والأخير في عدم الفعالية يرجع إلى نقص التحفيز، للحوافز والمنح والعلاوات دور كبير في جعل العمل بصفة عامة. وخاصة إذا كان طبيباً فعالاً في عمله، لأن الطبيب عمله متعلق بجسد الإنسان وأن عدم فاعليته تؤثر سلبًا على صحة الإنسان، فهو يتعامل مع روح وليس مع جسد.

و بذلك نستطيع الاستنتاج بأن السبب الأول لعدم فعالية الأطباء في عملهم متعلق بوسائل العمل، فإن نسبة إليهم نقص المعدات الطبية والأجهزة الضرورية والأدوية، وفي المقابل وجود العديد من المرضى، فكلاً المرضى المعالجون بالمستشفى يقبله نقص في المعدات الطبية الضرورية لمواجهة العمل والأدوية، يؤدي حتى إلى عدم الفعالية في العمل ضر إلى ذلك ضعف الجانب التحفيزي للعمل من أجر ومنح وعلاوات ونهاك بسبب عدم الفعالية لدى الأطباء يرجع إلى عاملين أساسيين أولهما نقص الأجهزة الطبية والمعدات والأدوية وثانيهما نقص الجوانب المادية التي تحفز على العمل مثل الأجر والمنح والعلاوات.
استنتاج الفرضية الأولى:

من خلال تحليلنا لمجالي الفرضية الأولى و المتمثلة في أن ظروف العمل الصعبة في المؤسسة الإقتصادية العمومية تؤدي إلى ضعف الأداء المهني للطبيب استطاعت معرفة مدى ضعف الأداء المهني للطبيب من خلال الإجابات التي تلقينها من طرف المبحوثين، و ذلك بواسطة الأسئلة المباشرة التي تحوّرت حول الأداء المهني في الاستمارة، ولقد تلقيت إجابات صريحة في هذا المجال، فتوصلنا من خلال تحليلنا إلى ما يلي:

إن الآلات والمعدات والأجهزة الطبية غير متوفّرة بصفة كافية بالمستشفى، فهي لا تلبّي حاجات الأطباء ولا المرضى، لا تلبّي حاجات الأطباء كونهم يحتاجونها للتعلم والتدرّب على المهنة ومعرفة نوع المرض الذي فتك جسد المريض، ولا تلبّي حاجة المريض كونها تساهم في طريقة علاجه وتخفيض عليه، و أن هذا النقص يؤثر سلباً على الطبيب و يعرقله عند إجراء عمله على أحسن وجه و من جراء هذا النقص يواجه عدة مشاكل في أثناء قيامه بعلاج المريض أعقاً موت المريض وأوسعها تدهور حالته الصحية من جراء تنقله بين المستشفيات بأمراض من الأطباء.

إن سبب نقص الآلات والمعدات والأجهزة الطبية بالمستشفى العمومي يرجع إلى عدم كفاية هذه الآلات كمبي في تلبية وتغطية حاجات المرضى، حيث عدد المرضى يفوق بكثير مدى كفاءة هذه الآلات في تغطية حاجاتهم، والآلات المتوفّرة هي آلات قديمة وبالية تجاوزها الزمن.

للوسائل الطبية والآلات والمعدات تأثير كبير على فعالية العلاج، فإذا ما توفرت هذه المعدات وكانت جديدة في حالة جيدة، تكون هناك فعالية في العلاج لدى الأطباء، لأن الطبيب يستطيع التعامل على نوع المرض، ومكانه وسببه وطريقة علاجه يفضل هذه الآلات الطبية، فبسيل عليه الأمر ويصفي دواء يفيد المرضى كونه يعرف المرض، إذا لم توفر هذه الوسيلة يقوم الطبيب بعلاج المريض سطحياً، وخاصة إذا كان المرض باطني، فيخمم على نوع المرض لصيف الدواء وإذا ما كان تخميمه خاطئاً. سوف يؤثر ذلك سلبا على فعالية العلاج وعلى صحة المريض.

للوسائل الطبية تأثير كبير على مدى الرضا عن العمل، فإذا توفرت هذه الوسائل سهل العمل عند الأطباء فيستطيعون معرفة المرض وتشخيص العلاج اللازمة له، فيشفي المريض ويرضي الطبيب بالنتائج التي حظيتها من خلال تأديته لعمله، وبالتالي يظهر هنا الرضا عن العمل والعكس صحيح.
هناك نقص كبير في عدد وأنواع الأدوية بالمؤسسة العامة للاستشفاف، وأن هذا النقص الذي يواجه الطبيب في أثناء علاجه للمرض بحاجة إيجاد حلول له تبديل الأدوية الضرورية بدوية أخرى متساوية لها تختلف عنها فقط في درجة التركيز وبعض العناصر التكميلية، وفي حالة استحالة تبديل الأدوية نظراً لعدم تقبل جسد المريض ذلك الدواء نجد الطبيب يقوم بتحويل مريضه إلى مستشفى آخر يضمن له العلاج المناسب.

و أن نقص هذه الأدوية أو توفرها لا يؤثر على الفعالية في العمل لدى الأطباء، فالأطباء غالبًا في عملهم رغم نقص الأدوية، ولكنه أي هذا النقص يلعب دورًا كبيرًا في الرضا عن العمل.

إن النظافة بالمستشفى تختلف حسب المصالح، حيث هناك مصالح طبية نظيفة و أخرى غير نظيفة، وأن المصالح غير النظيفة سببية نقص الرقابة أحيانًا وإعدادها أحيانًا أخرى، وأن الرقابة على العمال دور كبير وفعال للحفاظ على نظافة المستشفى والمصالح الطبية على وجه الخصوص، وأن كثرة المرضى الذين يعالجه الطبيب في اليوم الواحد يؤثر سلباً على الفعالية في العمل، لذلك نجد أغلب أعضاء الهيئة المدوسة ليسوا فعالين في عملهم كونهم يعالجون الكثير من المرضى.

إن السبب الأول لعدم الفعالية في العمل لدى الأطباء في عملهم متعلق بظروف العمل من وسائل وآلات ومعدات طبية، وفي المقابل وجود العديد من المرضى، فكثرة المرضى يقابلها نقص الفاعلية، يضاف إلى ذلك الجانب التحفيزي للعامل، فالأجر يعتبر من أهم الوسائل التحفيزية للعامل.

و بذلك نستنتج بأن ظروف العمل لدى الأطباء بالمستشفى هي ظروف صعبة، إذ نلمس نقص كبير في الآلات و المعدات و الوسائل الطبية الضرورية، ضف إلى ذلك نقص الأدوية و عدم توفر النظافة، وكثرة المرضى، الأمر الذي أدى إلى عدم الرضا عن العمل، وأن هذا الأخير أدى به إلى نقص الفاعلية في العمل، و إلى ضعف في الأداء المهني، و هذا طبعًا حسب إجاباتهم.
الفصل السابع:
الجوائز التقديرية للأطباء بالمؤسسة الاستشفائية العمومية
تمهيد:

سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى تحليل الفرضية الثانية و ذلكل من خلال استخراج المؤشرات الأساسية والمتمثلة في الأجر، المنح والعلاوات ومنح المناوبات وربطها بمؤشرات أخرى تخص المستوى المهني، الرضا عن العمل، الرضا عن الأجر...

هذا الفصل يتم التطرق فيه إلى الجوانب التحفيزية للأطباء في المستشفى "نقص الجوانب التحفيزية في المؤسسة الإستشفائية العمومية أدى إلى بروز نوع من عدم الرضا عن العمل لدى الأطباء "، و هذا ما نتطرق إليه في هذا الفضل.
1- الأجر وعلاقته بالرضا عن العمل:
إن أول ما ينتظره العامل مقابل تأديته لعمله هو الأجر، وقد تختلف مستويات الأجر من عمل إلى آخر، وذلك حسب عدة عوامل معترف بها دولياً أولها المستوى الدراسي، الأكاديمية، المستوى المهني... و من خلال تطبيق هذا العنصر سوف نحاول التعرف مستويات الأجر الذي يتقاضاه الطبيب وكذا علاقته بالرضا عن العمل.

الجدول رقم 20: مستويات الأجر حسب المستوى المهني

<table>
<thead>
<tr>
<th>المصدر</th>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجازة</th>
<th>أكثر من 40,000 دج</th>
<th>أكثر من 35,000 إلى 40,000 دج</th>
<th>أكثر من 30,000 إلى 35,000 دج</th>
<th>أكثر من 25,000 إلى 30,000 دج</th>
<th>أكثر من 20,000 إلى 25,000 دج</th>
<th>أكثر من 15,000 إلى 20,000 دج</th>
<th>أكثر من 10,000 دج</th>
<th>أقل من 10,000 دج</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>طبيب مقيم</td>
<td>106</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>طبيب مساعد</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>أستاذ مساعد</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>111</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين توزيع الأجر حسب المستوى المهني للمحبوثين تبين بأن نسبة 72.7% من العينة المبحوثة يتراوح أجرهم ما بين 15000 دج إلى 20000 دج، ثم يليها نسبة 8% من المبحوثين يتراوح أجرهم ما بين 30000 دج و 35000 دج، وينفس النسبة 8% من المبحوثين يتراوح أجرهم ما بين 40000 دج و 45000 دج، ثم يأتي بعداً نسبة 6.7% من المبحوثين يتراوح أجرهم ما بين 25000 دج إلى 30000 دج، ويتبدأ النسبة في الانخفاض عند الأطباء الذين يتراوح أجرهم ما بين 25000 دج إلى 20000 دج بنسبة 2.7% وأخيراً النسبة 0.7% من الأطباء المبحوثين يتجاوز أجرهم مبلغ 40000 دج.
بالنسبة للفئة الأولى من المبحوثين التي يتراوح أجراهم من 15000 دج إلى 20000 دج نجد من بينهم 95.50% أطباء مقيمين، ثم نسبة 10% أساتذة مساعدين وأخيراً نسبة 5.30% أطباء مساعدين، هذه الفئة من المبحوثين يمثلها بأكبر نسبة الأطباء المقيمين وأجراهم في العادة وفي الغالب يقدّر ب 17000 دج، وهو الصافي للدفع، هذا الأخير هو مجموع كل المنح التي يتحصل عليها، بما فيها منح المناوقات.

والفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يتراوح أجراهم ما بين 30000 دج إلى 35000 دج نجد نسبتهم 31.60% أطباء مساعدين ونسبة 33% أساتذة مساعدين ونسبة 40% أطباء مقيمين.

والفئة الثالثة التي يتراوح أجراهم ما بين 35000 دج و 40000 دج، نجد منهم نسبة 50% أطباء مساعدين ثم نسبة 40% أطباء مقيمين.

أما الفئة الرابعة من الأطباء المبحوثين والتي يتراوح أجراهم ما بين 25000 دج و 30000 دج نجد نسبة 36.80% أطباء مساعدين ثم نسبة 10% أساتذة مساعدين، وأخيراً نسبة 0.90% أطباء مقيمين.

والفئة الخامسة من المبحوثين الذين يتراوح أجراهم ما بين 20000 دج إلى 25000 دج نجد من بينهم 10.50% أطباء مساعدين ثم نسبة 5% أساتذة مساعدين ثم نسبة 0.90% أطباء مقيمين.

والفترة الأخيرة من المبحوثين وهي أصغر فئة يقدر أجراها بأكثر من 40000 دج حيث نجد 90% أطباء مقيمين، وهذه الفئة لا تلتمس وجودا للأطباء الم俾دين والأساتذة المساعدة، هذه الفئة من المبحوثين تتمثل في الفئة الأطباء الم俾دين العسكريين، وهي فئة قليلة بالمستشفي أغلبهم امتنع عن مالي الاستمارة وهم أطباء غير تابعين لوزارة الصحة كباقي الطلبة والأطباء، ولكن تابعين إلى وزارة الدفاع الوطني، هذه الوزارة هي من تدفع لهم أجورهم هذا النوع من الأطباء يتقاضى هذا الحجم من الأجر نظرا لكونهم عسكريين وفي حالة الحرب يعملون في ميدان الحرب.

وذلك نستطيع القول بأنه عادة ما يكون أجر الأطباء الم俾دين، وهم الأطباء في طور التكوين يقدر ب 17000 دج، لا يزيد عنه، ولكن قد ينقص عند الغيابات في المناوقات أما فئة الأطباء الم俾دين فأجورهم يقدر في الغالب ما بين 20000 دج إلى 30000 دج، وأخيراً فئة الأساتذة الم俾دين يقدر أجراهم في الغالب ما بين 30000 دج إلى 40000 دج، وقد يتجاوزه أحيانا حسب حجم الاق名义.
الجدول رقم 21: علاقة المستوى المهني بمستوى الرضا عن الأجر

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>راضي</th>
<th>نوعا ما</th>
<th>غير راضي</th>
<th>غير راضي جدا</th>
<th>مستوى الرضا</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>111</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>16</td>
<td>39</td>
<td>57</td>
<td>طبيب مقيم</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%1,80</td>
<td>%9,06</td>
<td>%14,12</td>
<td>%34,95</td>
<td>%51,40</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>10</td>
<td>طبيب مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%8,79</td>
<td>%4,68</td>
<td>%15,79</td>
<td>%26,30</td>
<td>%52,60</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
<td>أساتذ مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%9,43</td>
<td>%4,68</td>
<td>%10,48</td>
<td>%25</td>
<td>%55</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>150</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>18</td>
<td>49</td>
<td>78</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%1,30</td>
<td>%2</td>
<td>%12</td>
<td>%32,70</td>
<td>%52</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

من خلال هذا الجدول والذي يبين علاقة المستوى المهني بمستوى الرضا عن الأجر، حيث نلاحظ بأن نسبة 52% من العينة المبحوثة غير راضين جدا عن الأجر الذي يتقاضونه، ثلثا هم نسبة 32,70% من المبحوثين غير راضين عن أجرهم، أما فئة الأطباء الراضين ينوع ما عن الأجر الذي يتقاضونه نجد نسبة بلغت 12% أما فئة الأطباء الراضين عن أجرهم فقد كانت جد صغيرة، حيث بلغت 2%.

وفيما يخص الفئة الأولى وهي فئة غير الراضين جدا عن الأجر الذي يتقاضونه نجد من بينهم نسبة 55% أساتذة مساعدة ثم تليها نسبة 52,60% أطباء مساعدين وأخيرا نسبة 51,40% أطباء مقيمين.

إن أعضاء العينة المبحوثة يرون أن الطبيب الجزائري المستشفى هو مهندس الحقوق، حيث أمضى معظم حياته في البحث والدراسة والتدريب على المهنة، ويتقاضى أجرًا لا يكفيه حتى لمصاريف الدراسة، من كتب ونقل وأكل واترنت، فدراسة الطب تستدعي البحث اليومي في الإنترنت حتى يكون الطبيب على دراية دائمة بالأدوية والمستحضرات الطبية الجديدة المتواجدة بالسوق، والأمراض والمحاضرات الطبية، فمهنة الطب دائمة البحث والدراسة، والأجر الذي يتقاضوه لا يكفي ولذلك يرى المبحوثين بأن مهنة الطب هي مهنة الأغنياء، ونجد بأن نسبة الأطباء غير راضين جدا عن أجرهم هم الأطباء المستشفي، الأساتذة المساعدين، وتنخفض عند الأطباء المقيمين كونهم يعملون بأن مدة عملهم بالمستشفى مؤقتة، وينتهي بمجرد انتهاء مدة الدراسة والتكوين، وهي مدة تتراوح ما بين 3 و5 سنوات فعدم رضاهم هذا مؤقت، بينما الأطباء المساعدين، فعملهم دائم بالمستشفى وعدم رضاهم هذا دائم.
أما الفئة الثانية من المبحوثين، وهي فئة غير الراضين عن أجرهم، فنجد من بينهم نسبة 35.10% أطباء مقيمين وتليها فئة الأطباء المساعدين بنسبة 26.30% ثم نسبة 25% أساتذة مساعدين، وفئة الراضيين نوعا ما عن الأجر نجد من بينهم 15.80% أطباء مساعدين، تليها نسبة 15% أساتذة مساعدين، ونسبة 10.80% أطباء مقيمين.

ونجد بنسبة الأطباء الراضين عن أجرهم هي نسبة جد صغيرة، أكبرها بلغت 5.30% عند الأطباء المساعدين وتليها نسبة 5% عند الأساتذة المساعدين، أما الأطباء المقيمين فيبلغت نسبتهم بـ 0.90% وهذا ما يدل على أن أغلبهم غير راضين عن العمل، وربما يكون هذا الطبيب الراضي عن عمله هو الطبيب المقيم الذي يتجاوز أجره 40.000 دج، وهو طبيب عسكري.

إذن إن الأطباء غير راضين عن الأجر الذي يتقاضونه، وذلك باختلاف درجاتهم المهنية من مقيمين حتى الأساتذة المساعدين وأن فئة الأطباء الراضين نوعا ما عن الأجر يمثلها في الغالب الأطباء المساعدين، أما فئة الأطباء غير الراضين من الأجر الذي يتقاضونه يمثلها الأطباء المقيمين وفئة غير الراضين جدا عن الأجر يمثلها بالأغلبية الأساتذة المساعدين.

الجدول رقم 22: معالجة الكثير من المرضى و علاقتها بالأجر

<table>
<thead>
<tr>
<th>المعالجة الكثير من المرضى</th>
<th>الأجر بدون إجابة</th>
<th>لا تعم</th>
<th>تعم</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>109</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%100</td>
<td>%0,90</td>
<td>%3,70</td>
<td>%95,40</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%100</td>
<td></td>
<td></td>
<td>%100</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%100</td>
<td></td>
<td></td>
<td>%100</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%100</td>
<td></td>
<td></td>
<td>%100</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%100</td>
<td></td>
<td></td>
<td>%91,70</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%100</td>
<td></td>
<td></td>
<td>%100</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%100</td>
<td></td>
<td></td>
<td>%50</td>
</tr>
<tr>
<td>150</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>143</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%0,70</td>
<td>%4</td>
<td></td>
<td>%95,30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

الجدول رقم 22: معالجة الكثير من المرضى و علاقتها بالأجر
من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين معالجة الكثير من المرضي والأجر الذي يتقاضاه الطبيب، حيث نلاحظ أن نسبة 95.3% من العينة المبحوثة تعالج الكثير من المرضى يوميا، بينما نسبة 4% فقط لا يعجالون الكثير من المرضى.

في النسبة للفئة الأولى من الأطباء نجد نسبة 100% من الأطباء الذين يعجالون الكثير من المرضى، وهم يتراوحون على 4 مستويات من الأجر، فالمستوى الأول يتراوح ما بين 3000 دج إلى 35000 دج، بينما المستوى الثاني يتراوح ما بين 2500 دج إلى 3000 دج، والمستوى الثالث يتراوح ما بين 2000 دج والمستوى الأخير أجر يفوق 40000 دج. هذه الفئة من المبحوثين رغم أن الأجر الذي تتلقاه يفوق 20000 دج، وهي غالبا فئة الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين، حيث نجدهم يعجالون الكثير من المرضى نظرا لكونهم من يقوم بوظيفة التعليم والتدريب والعلاج في نفس الوقت، فقد يعجل الأطباء المقيمين الكثير من المرضى، ولكن عاجله هذا يكون دائما تحت إشراف أساتذتهم "الأطباء المساعدين" و "الأساتذة المساعدين". فقد يواجه الطبيب المقيم في اليوم الواحد عدد حالات تستدعي تدخل الطبيب المساعد، أو الجرب الطبيب المقيم لا يعرف الكثير عن هذه الحالات، أو حتى قد يكون يجهلها تماما، لذلك نجد الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين يعجالون الكثير من المرضى، ولكن بالمقابل نجد أجرهم لا يصل إلى 40000 دج وهذا بالنسبة إليهم غير كاف، ونجد نسبة 95.40% من الأطباء الذين يمثلون الفئة الأولى من المبحوثين تعالج الكثير من المرضى، ولكن أجرها يتراوح ما بين 15000 دج إلى 20000 دج، وهي في الغالب فئة الأطباء المقيمين، فقد يكون هذا الأجر كافيا بالنسبة لهذه الفئة كون هذا الأجر يمثل أتعاب كطلبة في إطار التكوين والتدريب لأن الأطباء المقيمين يعجالون الكثير من المرضى لاكتساب الخبرة والمعرفة العلمية، لتقان المهنة ومحاولة معرفة القليل من كل شيء، ومحاولة معرفة الحد الأعلى من الحالات المرضية التي تقصد المستشفى، وفي الغالب هي حالات صعبة يعجز عن علاجها الطبيب في عيادته الخاصة، تليها نسبة 91.70% من الأطباء يعجالون الكثير من المرضى وأجرهم يتراوح من 35000 دج إلى 40000 دج.

أما الفئة الثانية من العينة المدروسة وهي فئة الأطباء الذين لا يعجالون الكثير من المرضى فهي فئة قليلة كما هو مبين في الجدول، حيث نلاحظ بأن نسبة 8.30% من هذه الفئة لا يعجالون الكثير من المرضى وأجرهم يتراوح من 35000 دج إلى 40000 دج ونُتَّلهم نسبة 3.70% منهم يرتفع أجرهم ما بين 15000 دج إلى 20000 دج.

وبالنسبة القول أن بالمستشفى يوجد قسمين من الأطباء: أطباء في إطار التدرج والتكوين، وهم الأطباء المقيمين، وهم مهتمون بالمستشفى علاج الحالات المرضية المتواجدة لمرضى: الأولى محاولة إيجاد الدواء اللامع للحالة المرضية وثانيا التعلم من هذه الحالة والتعرف عليها من كل جوانبها لكي يتم التحكم فيها أما القسم الثاني من الأطباء فهم الأطباء في فهم الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين الذين يشرفون على تدريب وتكوين القسم الأول من الأطباء، وهم الأطباء المقيمين حيث نجدهم يصطفونهم في كل الدورات.
الصباحية التي يقومون بها يومياً على المرضى، ففحص المريض ويعرضون حالته إلى الطبلا فيفصوله واحداً تلو الآخر ليتعرفون على أعراض كل حالة، ويحفظونها لأنه قد تكون الحالات مختلفة والمريض واحد ولو عدة أعراض تختلف من شخص لأخر، وبالتالي فرصة التعليم قد لا تتكام من مرتين لذلك على الطالبة استيعاب الحالة جيداً، إذن لا القسمين

أي "الأطباء المقدمين" "من جهة و "الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين" "من جهة أخرى يعالج الكثير من المرضى، ولكن أعراضهم تختلف، فالطبيب توفير الكثير من المرضى يهدف لتعليم طبلا للفترات الطبية للحالات المرضية واستعراضها عليهم، فهو غير كافي للطرفين من وجهة نظرهما رغم أن كلاهما يعمل بالفترة الصباحية فقط، فالطلبة لديهم صباحاً التطبيق والتدريب المستشفى ومساء السدوس النظرية بالجامعة، أما الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين ففي الفترة الصباحية يتعلمون يتعلمون ويتعلمون ويعملون ويعملون ويعملون أطر القسمين.

الفترة الصباحية من المستشفى وأطر القسمين من الجامعة.

الجدول رقم 23: يمثل هذا الجدول علاقة الأجر بالفعالية في العمل لدى المبحوثين

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>لا تعم</th>
<th>الفعالية في العمل</th>
<th>الأجر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>10%100</td>
<td>10%10</td>
<td>7%70</td>
<td>2%20</td>
<td>من 10.000 إلى 15.000 دج</td>
</tr>
<tr>
<td>99%100</td>
<td>2%2</td>
<td>72%72,7</td>
<td>25%25,3</td>
<td>من 15.000 إلى 20.000 دج</td>
</tr>
<tr>
<td>4%100</td>
<td>-</td>
<td>3%75</td>
<td>1%25</td>
<td>من 20.000 إلى 25.000 دج</td>
</tr>
<tr>
<td>10%100</td>
<td>-</td>
<td>7%70</td>
<td>3%30</td>
<td>من 25.000 إلى 30.000 دج</td>
</tr>
<tr>
<td>12%100</td>
<td>-</td>
<td>8%66,7</td>
<td>4%33,3</td>
<td>من 30.000 إلى 35.000 دج</td>
</tr>
<tr>
<td>12%100</td>
<td>-</td>
<td>8%66,7</td>
<td>4%33,3</td>
<td>من 35.000 إلى 40.000 دج</td>
</tr>
<tr>
<td>1%100</td>
<td>-</td>
<td>1%100</td>
<td>1%100</td>
<td>أكثر من 40.000 دج</td>
</tr>
<tr>
<td>2%100</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2%100</td>
<td>بدون إجابة</td>
</tr>
<tr>
<td>150%100</td>
<td>3%2</td>
<td>106%70,7</td>
<td>41%27,3</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>
إن الجدول أعلاه يبين العلاقة بين أجر الطبيب ومدى فاعليته في العمل الذي يؤديه حيث يتبين بأن نسبة 70% من العينة المدروسة غير فعالين في عملهم وتليها نسبة 27,30% فعالين في عملهم.

بالنسبة للفئة الأولى نجد نسبة 100% يرون بأنهم غير فعالين في عملهم وأجرهم يترواح 40000 دج، تليها نسبة 75% يتراوح أجرهم ما بين 20000 دج إلى 25000 دج، ثم نسبة 72,48% يتراوح أجرهم ما بين 15000 دج إلى 20000 دج، تأتي بعدها مباشرة نسبة 70% يتراوح أجرهم ما بين 30000 دج إلى 35000 دج، ونجد نفس النسبة من الأطباء يتراوح أجرهم من 35000 دج إلى 40000 دج.

أما بالنسبة للفئة الثانية من المبحوثين فنجد 33,30% من هذه الفئة يتراوح أجرهم ما بين 30000 دج إلى 35000 دج وأخرين بنفس النسبة يتراوح أجرهم من 35000 دج إلى 40000 دج تليها نسبة 25% يتراوح أجرهم ما بين 20000 دج إلى 25000 دج وأخيرا نسبة 24,77% يتراوح أجرهم ما بين 15000 دج إلى 20000 دج.

أما نسبة الأطباء الفعالين في عملهم نجدها تتحمصة في مستويات الأجر ما بين 30000 دج إلى 40000 دج وهذه النسبة متمثلة في الغالب الأساتذة المساعدين.

نستنتج أنه للأجر تأثير على الفعالية في العمل حيث كلما ارتفع الأجر كلما زادت الفعالية في العمل، والعكس صحيح أي كلما تناقص الأجر تنخفض الفعالية في العمل وتبين ذلك من خلال مستويات الأجر الذي يتقاضاه الأطباء حيث أعلى نسبة تقدم الفعالية نجدها تتمركز لدى الأطباء الذين يتقاضون أجرًا يتراوح ما بين 15000 دج إلى 25000 دج وهي في الغالب نسبة الأطباء المقيمين والأطباء المساعدين.

الجدول رقم 24: يمثل الجدول الفعالية في العمل وعلاقتها بمستوى الرضا عن الأجر

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>إجابة راضي</th>
<th>نوعاً ما راضي</th>
<th>غير راضي</th>
<th>غير غير راضي</th>
<th>مستوى الرضا عن الفاعلية في العمل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>106</td>
<td>1% 0,90</td>
<td>1% 0,90</td>
<td>15% 14,20</td>
<td>32% 30,20</td>
<td>57% 53,80</td>
<td>تعم</td>
</tr>
<tr>
<td>150</td>
<td>2% 1,33</td>
<td>3% 1,33</td>
<td>18% 12</td>
<td>49% 32,7</td>
<td>78% 52</td>
<td>لا</td>
</tr>
<tr>
<td>150</td>
<td>2% 1,33</td>
<td>3% 1,33</td>
<td>18% 12</td>
<td>49% 32,7</td>
<td>78% 52</td>
<td>بدون إجابة</td>
</tr>
<tr>
<td>106</td>
<td>1% 0,90</td>
<td>1% 0,90</td>
<td>15% 14,20</td>
<td>32% 30,20</td>
<td>57% 53,80</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>
من خلال هذا الجدول، يتبين بأن أغلب أعضاء العينة المبحوثة غير راضين جدا عن الأجر، بلغت نسبة 52%، ثم تلتها نسبة 32,67% غير راضين عن الأجر، تأتي بعدها نسبة 12%، نوعا ما راضين عن الأجر، وأخيرا نسبة 2% راضين عن الأجر.

بخصوص الفئة الأولى، وهي فئة غير الراضين جدا عن الأجر، نجد منهم نسبة 80% أجروا بأنهم غير فعالين في العمل، ثم تلتها نسبة 46,34% راضين عن مستوى الأجر الذي يتقاضونه.

أما القائمة الثانية من المبحوثين، هي فئة الأطباء غير الراضين عن الأجر، نجد من بينهم نسبة 39,02% فعالين في العمل، ثم تلتها نسبة 30,20% غير فعالين في عملهم.

والفئة الثالثة التي تخص فئة الأطباء الذين هم نوعا ما راضين عن الأجر، الذي يتقاضونه نجد من بينهم نسبة 14,20% غير فعالين في العمل الذي يؤديه، ونسبة 7,32% فعالين في عملهم.

وأخيرا، فئة الراضين عن مستوى الأجر الذي يتقاضونه نجد من بينهم نسبة 4,88% فعالين في عملهم ونسبة 90% غير فعالين في عملهم.

إذن من خلال هذا الجدول، يتبين بأن مستوى الرضا عن الأجور له علاقة مباشرة وتأثير قوي على مدى الفعالية في العمل، حيث نجد أن فئة الأطباء غير الراضين جدا عن الأجور الذي يتقاضونه غير فعالين في العمل، والعكس صحيح بالنسبة للمبحوثين الراضين عن مستوى أجرهم، حيث نجدهم فعالين في عملهم.
2- المنح والعوامل ووظيفتها في التحفيز على العمل:

إن أي مؤسسة اقتصادية كانت أو خدماتية أو حتى سياحية تستعمل سياسة التحفيز لإغراء عملائها وجعلهم ينفقون كل جهدهم لصالح المؤسسة التي يعملون بها، لذلك حاولنا التعرف على مستوى المنح المتحصل عليها من طرف الأطباء وذلك بمختلف مستوياتهم المهنية، ووظيفة هذه المنح والعوامل في التحفيز على العمل.

الجدول رقم 25: علاقة المنح والعوامل بالمتوسط المهني

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>لا تعم</th>
<th>تعم</th>
<th>مدى الاستفادة من المنح المهني</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%0.90</td>
<td>1</td>
<td>95</td>
<td>طبيب مقيم</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%5.26</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
<td>طبيب مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%5</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>أستاذ مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%20</td>
<td>3</td>
<td>108</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

إن هذا الجدول يبين علاقة المستوى المهني للمبحوثين بالاستفادة من المنح والعوامل، حيث يتبين لنا بأن نسبة 72% من العينة المدروسة لا تستفيد من المنح والعوامل الإضافية، نظراً لكلها بنسبة 26% يستفيدون منها، وأخيراً نسبة 20% من العينة المدروسة امتنعوا عن الإجابة على هذا السؤال.

فيما يخص الأطباء الذين يستفيدون من المنح والعوامل نجد من بينهم نسبة 85.59% أطباء مقيمين، تليها نسبة 36.84% أطباء مساعدين، وأخيراً نسبة 30% أساذه مساعدين، بالنسبة للأطباء المقيمين نجدهم لا يتحصلون على المنح ما عدا منحة المناوبات التي يجوزون بانتظام من مرة إلى 4 مرات في الشهر، ورغم أنهم أي الأطباء المقيمين لا يتقاضون منحا وعوامل عدا منحة المناوبات، نجدهم يتعرضون لنفس المخاطر التي يتعرض لها الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين، وأحيانا قد يتعرضون للمخاطر أكثر منهم كونهم أحيانا يجهلون نوع المرض فلا يتخذون الإجراءات اللازمة، كما حصل لبعضهم أمامي وكان بنص توزيع الاستثمارات، حيث دخل طبيبيان أحدثهم قتاة. في مصلحة جراحة الصدر والوعائية. في حالة ذرع وخوف وبقع الدم في كل مكان من بدنها، كونهما دخلا لغرفة العملية لحالة طارئة، وبمجرد فتح جسد المريض من طرف الجراحين تطير الدم إلى من كان حوله، فاستغب الأطباء للأمر، لأن التحاليل المتوفرة لديهم لا تبرر الحالة التي
كان فيها المريض، و عند خروج الأطباء للاستفسار من قبل أهل المريض تبين أنه مريض بمرض "الإيدز". و الحال المريض كأنها الطبيبان تبعر وضععهما، لأنه تنفعه ارتداءهما لضرورات خاصة بغرفة العمليات لكنهما لم يفعلا ذلك.

لذلك كان طلب فئة الأطباء المقيمين الحصول على بعض المناجر والعلاوات التي يتحصل عليها الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين، أو وضع منحة إضافية عدا منحة المناوارات تخصصهم كأطباء في إطار التكوين و بعض المنح الأخرى، و خاصة الحصول على منحة الخطر، "Prime de risque".

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوتون وهي فئة الأطباء الذين يعتمدون من المنجر نجد من بينهم نسبة 65% أساتذة مساعدين، تلبى نسبة 57,90% أطباء مساعدين، و أخيرا تنخفض النسبة لتصل إلى 13,51% أطباء مقيمين.

أما فيما يتعلق بأن فئة الأطباء الذين لا يتقاضون منحا و علاوات مثلما الأطباء المقيمين، بينما فئة الأطباء الذين يتقاضون منحا و علاوات مثلما الأطباء المساعدين و الأساتذة المساعدين، فإن الأطباء المقيمين يتقاضون إلا منحة المناوارات، و حجم هذه المنحة هو غير كافي لدى بعض الأطباء و بعض المنح المشجعة و هي رمزية.

الجدول رقم26: مدى كفاءة المنجر و العلاوات المقدمة

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>لا</th>
<th>تعم</th>
<th>مدى كفاءة حجم هذه المنجر</th>
<th>المستوى المهني</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%100</td>
<td>13</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>طبيب مقيم</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>%100</td>
<td>68</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
<td>40</td>
<td>طبيب مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>%100</td>
<td>69</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>63</td>
<td>بدون إجابة</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>%100</td>
<td>150</td>
<td>20</td>
<td>19</td>
<td>111</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

إن هذا الجدول الذي بعين مدى كفاءة المنجر و العلاوات و علاقتها بالمستوى المهني، يتبع لنا بأن فئة الأطباء المقيمين و التي قدرت نسبتهم 74% نجد نسبة 61,50% منهم يرون بأن مستوى المنجر كافيه كونهم أحيانًا يتخصصون على نفس المنجر التي يحصل عليها الأطباء المساعدين و الأساتذة المساعدين مثل منحة الدخل أو ما نسميه "Prime de
و أحيانًا أخرى يتحصلون على منح لا يتحصل عليها الأساتذة والأطباء المساعدان مثل "Prime de documentation" و "Prime de nuisances" و "Prime de formation" و "Prime de panier".

أما فئة الأطباء المساعدان وهي التي بلغت 12.70% نجد من بينهم نسبة 20.14% ترى بأن مستوى المنح المقدمة إليهم كأطباء دانمين بالمستشفى غير كافٍ، كونهم أمضوا معظم حياتهم في الدراسة والتدريب، وأعد حصولهم على منصب عمل بالمستشفى لا يتفوقون فيه من المنح والعلاوات نظرًا لما لهذه الأجهزة من أهمية في الرفع من الأجر من جهة وتحفيز العمل، ورفع من الروح المعنوية لديهم من جهة أخرى، ورغم أن هذه الفئة من المبحوثين فإنهم يستطيعون منح أكثر منها Prime de "Prime de risque" لذوى الأطباء المقيمين، كمنحة الخطر و "Prime d'intéressement" و "حصول على منحة القائمة السنوية" و "rendement" Prime de "Prime de contagion" و Prime de "Prime d'encadrement" و Prime d'"Indemnité femme au foyer" و "Indemnité femme au foyer" و "Indemnité femme au foyer" و "Indemnité femme au foyer" و "Indemnité femme au foyer" و "Indemnité femme au foyer" و "Indemnité femme au foyer" و "Indemnité femme au foyer" و "Indemnité femme au foyer".

و أخيراً فئة الأساتذة المساعدان التي بلغت 13.30% من العينة للمبحوثة، نجد من بينهم نسبة 23.10% يرون بأن مستوى المنح كافٍ كونهم من جهة يحصلون على منح كثيرة بسبب ممارستهم مع الأطباء المقيمين والأطباء المساعدان، مثل منحة المسؤولية المستشفى بما نسميه "Prime de commandement et de responsabilité"، إضافة إلى هذه المنح والعلاوات لديهم امتصازات كثيرة مثل إمكانية الحصول على المساكن الاجتماعية، وحضورهم إلى الأيام المضمنة في الخارج و من جهة أخرى كونهم يحصلون على منح و علاوات إضافية خاصة بالتعليم العالي، هذا بالنسبة للأطباء الذين يدرسون الطب بالجامعة، فحضورهم على المنح والعلاوات من جانبين من "المستشفى" و "الجامعة" يجعلهم يرضون عن حجم هذه المنح ويربونها كافية.

ثم تلبيها نسبة 20.60% يرون بأن هذه المنح والعلاوات غير كافية إذا ما قارناها بالخطر الذي يعانونه دائما خطر العدوى والأمراض النفسية والضغوطات التي يتعرضون إليها من طرف إدارة المستشفى وأهل المريض.
و بذلك نستنتج بأن فئة الأطباء المقيمين يرون بأن مستوى المنح التي يتقاضونها غير كافٍ إذا قررت مستويات المنح التي يتقاضاها الأطباء والأساتذة المساعدين، أما فئة الأطباء والأساتذة المساعدين في الغالب يرون بأن مستوى المنح التي يتقاضونها كافٍ، وبذلك هذه المنح بالنسبة للأطباء المقيمين غير كافية وناقصة وهم غير راضين عنها، بينما بالنسبة للأطباء والأساتذة المساعدين فهم في الغالب راضين عن مستوى هذه المنح والعلاقات ويرغون بها كافية.

الجدول رقم 27: مدى الرضا عن العمل و علاقته بالاستفادة من المنح

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>الرضا عن العمل</th>
<th>الاستفادة من المنح</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بدون إجابة</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>150</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>لا</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>108</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>تعم</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>39</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>الرضا عن العمل</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بدون إجابة</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>3</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>لا</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>3</td>
<td>3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

إن هذا الجدول يبين مدى الرضا عن العمل و علاقته بالاستفادة من المنح، حيث يتبنى بأن نسبة 58% من العينة المدرجة غير راضين عن العمل، ثم تليها نسبة 40% راضين عن العمل.

فبالنسبة للفئة غير الراضية عن عملهم نجد من بينهم 63,90% لا يستفيدون من المنح والعلاوات، ثم تليها نسبة 43,60% يستفيدون من المنح والعلاوات، وأخيرا نسبة 33,30% بدون إجابة.

أما بالنسبة للفئة الراضين عن عملهم نجد من بينهم 56,40% لا يستفيدون من المنح والعلاوات، تليها نسبة 34,30% لا يستفيدون من هذه المنح، وأخيرا نسبة 33,30% بدون إجابة.

إذن يتبنى من الجدول أعلاه بأن للاستفادة من المنح والعلاوات تأثير على مدى الرضا عن العمل، فالاستفادة من هذه المنح والعلاوات عند بعض الأطباء أدلى بهم إلى الرضا عن العمل، والعكس صحيح، كون عدم الاستفادة من هذه المنح عند فئة أخرى من الأطباء المحبوسين أدلى بهم إلى عدم الرضا عن العمل، وذلك تستطيع القول بأن للمنح والعلاجات علاقة مباشرة بالرضا عن العمل لدى فئة الأطباء المحبوسين مما كاّنت درجتهم.
المهنية، كون المنح و العلاوات تزيد من حجم الأجر، الأمر الذي يؤدي بهم لإشباع كل حاجياتهم، وإذا أشعوا حاجياتهم سوف يؤدي بهم إلى الرضا عن العمل.

الجدول رقم 28: علاقة الرضا عن العمل بالمستوى المهني

<table>
<thead>
<tr>
<th>المستوى المهني</th>
<th>المجموع</th>
<th>أستاذ مساعد</th>
<th>طبيب مقيم</th>
<th>طبيب مقيم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>الرضا عن العمل</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تعم</td>
<td>60%</td>
<td>9%</td>
<td>7%</td>
<td>44%</td>
</tr>
<tr>
<td>لا</td>
<td>36%</td>
<td>11%</td>
<td>11%</td>
<td>65%</td>
</tr>
<tr>
<td>بدون إجابة</td>
<td>3%</td>
<td>-</td>
<td>1%</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>150%</td>
<td>20%</td>
<td>19%</td>
<td>111%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

أن هذا الجدول بين علاقة الرضا عن العمل بالمستوى المهني، حيث يتبين بأن فئة الأطباء المقيمين، والتي قد ترتفع نسبة 74% من أفراد العينة المبحوثة نجد من بينهم نسبة 74,70% غير راضين عن العمل الذي يدونه، كون هذه الفئة من المبحوثين حقيقة مازالت في إطار التكوين، ولكنها تمارس المهنة كالأطباء المساعدين، الأساتذة المساعدين وتقوم بإجراء الفحوصات والعمليات الجراحية وسياق المرضي والحروض على إيجاد العلاج المناسب لهم بمحاولة وسائلية وبائية مشروعة المشروعة، ولكنهم أي الأطباء المقيمين يتفاجؤون أرجاً زيداً إذا ما قانونا بأجر الفئات المهنية الأخرى من أساتذة المساعدين وأطباء مساعدين، فضلاً إلى ذلك خوضهم سلطة أساتذتهم الذين يقومون بالإشراف عليهم ونقاس وسائل العمل من آلات ومعادن وآجيز طبية، ثم تليها نسبة 73,30% راضين عن العمل الذي يدونه أما فئة الأطباء المساعدين والتي بلغت نسبةهم ب 12,70% من أفراد العينة المبحوثة نجد من بينهم نسبة 33,30% بدون إجابة، ثم تليها نسبة 12,60% غير راضين عن العمل، تليها نسبة 11,70% راضين عن العمل الذي يدونه.

وأخيراً فئة الأساتذة المساعدين، والتي بلغت نسبةهم 13,30% نجد نسبة 15% منهم راضين عن العمل، ثم تليها نسبة 12,60% غير راضين عن عملهم.

و بذلك نستطيع بأن فئة الأطباء المقيمين و الأطباء المساعدين غير راضين عن عملهم بينما فئة الأساتذة المساعدين فإنهم راضين عن عملهم، و ذلك نضراً لتمت هذه الأخيرة بعدة امتيازات بالمقارنة مع الفئة الأولى من المبحوثين، أي أن أغلب أفراد العينة المبحوثة غير راضين عن العمل.
3- نظم المناويب:

إن كل المستشفيات العمومية كانت أو حتى الخاصة و في كل أنحاء العالم تستعمل نظم المناويب، و الاختلاف يكون فقط في طريقة إجراءها و كذا في طريقة دفع المنح الخاصة بها، لذلك ارتائنا محاولة التعرف على طبيعة سير هذا النظام بالمستشفى.

الجدول رقم 29: الخضوع لنظام المناويب و علاقته بالمستوى المهني

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>لا</th>
<th>تعم</th>
<th>المستوى المهني</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>طبيب مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>3</td>
<td>%97,30</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>1</td>
<td>%100</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>2</td>
<td>%100</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>3</td>
<td>%98</td>
<td>150</td>
</tr>
</tbody>
</table>

وإن الجدول أعلاه، الذي يبين العلاقة بين الخضوع لنظام المناويب، حيث يتبين بأن أغلب العينة المبحوثة، إن لم نقل تقريبا كل العينة المبحوثة تخضع لنظام المناويب بنسبة 98%، بينما باقي العينة المبحوثة التي قدرت 2% فلا يخضعون لنظام المناويب.

بالنسبة لللفئة الأولى من الأطباء، وهي فئة الأطباء الذين يخضعون لنظام المناويب نجد بأن نسبة 100% منهم أطباء مساعدين، و بنفس النسبة أي نسبة 100% أطباء مساعدين، تليها نسبة 97,30% أطباء مقيمين، و باعتبار أن المناويب شرط أساسي ليس له علاقة لا بالجنس ولا بالسن ولا بالمستوى المهني، فإن أغلب إن لم نقل كل الأطباء يخضعون لهذا النظام بدون استثناء وذلك لتفادي حدوث أي خطر على المرضى، كون بعض المرضى تستدعي حالاتهم الحضور الدائم وفي كل الأوقات (24 ساعة على 24 ساعة) للأطباء فمه أي نظام المناويب يستفيد الطرفان أولهما المريض كونه يستفيد من العلاج والتكفل الكلي من طرف الطبيب في أوقات ما بعد الدوام، و ثانيا يستطيع الطبيب أحياناً أن يتبعه للحالات التي يتعذر عليها في كل مناوبة يقوم بها وبالتالي يأخذ التجربة منها، وكون المناويب تزيد من التدريب والتمرين الجيد للأطباء، كونهم يتحملون مسؤولية فحص المريض والتتكفل به كلياً وذلك بمفردهم، أي بدون إشراف و بدون استشارة الأمر الذي يزيد من خبرتهم إذا ما أحسنا استغلال هذه المسؤولية.
أما الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين لا يخضعون لنظام المناوبات فنجد قليل من العدد، يمثل هذه الفئة الأطباء المقيمين بنسبة 2.70%، هذه الفئة من المبحوثين لا تخضع لنظام المناوبات كونها تعمل في مصالح طبية لا تستدعي إجراء هذا النظام مثل مصلحة الأمراض الجلدية، لأن هذا النوع من الأمراض لا تستدعي الملاحظة الدائمة منها لطرف الأطباء لمرضاه كالامراض الخطيرة التي قد تؤدي بالموت بين اللحظات الأخرى.

إذا لم يكن هناك تدخل من طرف الطبيب فيتم التحكم فيها أي في الأمراض الجلدية بإتباع نظام من العلاج والدواء.

إذن نستنتج بأن نظام المناوبات يسري على كل الأطباء باختلاف مستوياتهم المهنية من أطباء مقيمين وأساتذة وأطباء مساعدين، إلا في بعض الحالات الخاصة بنوع المصلحة الطبية والتي لا تستدعي إجراء هذا النظام عليها.

الجدول رقم 30: يمثل الجدول العلاقة بين الخضوع لنظام المناوبات و علاقتها

<table>
<thead>
<tr>
<th>الخضوع لنظام المناوبات</th>
<th>الاستفادة من المنح للمتاح</th>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>نعم</th>
<th>لا</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>لا</td>
<td>123</td>
<td>147</td>
<td>2.136</td>
<td>14.97%</td>
<td>83.67%</td>
</tr>
<tr>
<td>نعم</td>
<td>3</td>
<td>150</td>
<td>2.133</td>
<td>14.67%</td>
<td>84%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

إن هذا الجدول يبين الخضوع لنظام المناوبات ومدى الاستفادة من المنح المقدمة لها حيث يتبين بأن معظم العينة المبحوثة يستفيدون من منح المناوبات، وذلك بنسبة 84% ثم تليها نسبة 14.67% لا يستفيدون من منح المناوبات، وأخيرا نسبة 1.33% بدون إجابة.

بالنسبة للفئة الأولى من المبحوثين والتي تستفيد من منح المناوبات نجد نسبة 100% لا تخضع لنظام المناوبات ولكنها تتقاضى منحة المناوبات، هذه الفئة من المبحوثين هي لا تقوم بنظام المناوبات، ولا تتقاضى منحة المناوبات، ولكنها أجابت بالإيجاب لأنه في حالة ما إذا قامت بالمنابع فإنها تلتزم بالمقابل منحا تغطيها عن العمل الليالي الذي تقوم به ثم تليها نسبة 83.67% يخضعون لنظام المناوبات، ويستفيدون من المقابل بمنح هذه المناوبات.

أما الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين لا يستفيدون من منح المناوبات نجد نسبة 14.97% يخضعون لنظام المناوبات، ولكنهم لا يستفيدون من منح المناوبات.
إذا نستطيع الاستنتاج بأن أغلب العينة المبحوثة تخضع لنظام المناوبيات وتقاضى
في المقابل منحا خاصة بهذه المناوبيات تعوض عن الأتعاب الليلة التي يتعرض إليها
الاطباء.

الجدول رقم 31: الاستفادة من منح المناوبيات و علاقتها بالمستوى المهني

للبحوثين

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>استاذ مساعد</th>
<th>طبيب مساعد</th>
<th>طبيب مقيم</th>
<th>المستوي المهني</th>
<th>مدى كلية منح المناوبيات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%16,7</td>
<td>%19,4</td>
<td>%63,9</td>
<td>23</td>
<td>لا</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%13,3</td>
<td>%13,3</td>
<td>%73,3</td>
<td>66</td>
<td>نعم</td>
</tr>
<tr>
<td>%24</td>
<td>%8,3</td>
<td>%12,7</td>
<td>%91,7</td>
<td>22</td>
<td>بدون إجابة</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%13,3</td>
<td>%20</td>
<td>%74</td>
<td>111</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

إن هذا الجدول بيّن العلاقة الموجودة بين مدى كفاية منح المناوبيات بالمستوى
المهني للمبحوثين، حيث يتبين بأن فئة الأطباء المقيمين برن بأن المنحة المقدمة مقابل القيام
بالمناويات كافية، وذلك بنسبة 73,3% هذه الفئة أُجابت بأن منغ المناوبيات 800 دج لكل
مناوية يقومون بها وهي كافية خاصة إذا ما تعدت المناوبيات في الشهر الواحد أكثر من مرة
أو مرتين وذلك حسب عدد الأطباء في المصلحة الواحدة تلبية نسبة 63,90% منهم يرون
أنها غير كافية لأن القيام بالمناويات أمر منعاب خاصة إذا ما أضيع الطبيب يومه بين
المستشفى - في التدريب على المهنة - والجامعة - في الدراسة النظرية - لمهنة الطب، ثم
بعدها مباشرة يقوم بالمناويات فهو يعمل 24 ساعة على 24 ساعة أحيانا، وهذا يؤدي إلى
التعب والإرهاق لدى الأطباء.

أما فئة الأساتذة المساعدين، فنجد من بينهم نسبة 16,70% يرون بأن حجم منح
المناويات غير كافية، وأنها غير محفزة إطالة، فبلغ 800 دج لا يعوض المبيت خارج
البيت بعيدًا على العائلة، كما أنه لا يعوض الأتعاب التي تقوم بها ليلا، خاصة عند وجود
الحالات الطارئة، تلبية نسبة 13,30% ترى بأن حجم منح المناوبيات كافي وأنه يعوض
أتعاب المناوبة، لأنه في غالب الأحيان يعوض الطبيب ليته التي أجري في المناوبة نائما،
ولا يتعرض دائما إلى وجود حالات طارئة تستدعى مبيته خفيا.

وأما من فئة الأطباء المساعدين، نجد من بينهم نسبة 19,40% ترى بأن حجم
منح المناوبيات غير كافي، وأنه لا يعوض إطلاق أتعابهم ليلا، وبياتتهم يقضين طوال الليل، ثم
بدعه في الصباح يعولون الفترة الصباحية، وهذا طبعاً يعوض بالسلب من ناحية على صحة
الطبيب كونه يتعرض إلى التعب والقلق من جراء قلة النوم، ومن جهة أخرى على
المريض كونه إذا ما تعب الطبيب من جراء قلة النوم والقلق الذي يتعرض له، مما يؤيده به
إلى الخطا الطبي، يضطر نفسه ويضر المريض بالدرجة الأولى، وأخف الأضرار التي
تعرض إليها عدم فهم حالته المرضية وتعطيل مدة شفائها، ثم تليها نسبة 13,30% منهم يرون بأن حجم هذه المنح الليلية أي المناوتبات كافي، وهم مقيمين وراضين بحجمها.

إذن نستطيع الاستنتاج بأن مدى الرضا على حجم المناوتبات تفاوت بين المستويات المهنية لدى الأطباء، بحيث تنسس وجود نوع من التمثيل وعدم الرضا عن مستوى منح المناوتبات لدى فئة الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين لأنهم يرون بأن المنح الذي يقدم إليهم من جراء قيامهم بالمناوتبات لا يكفي ولا يعوض الأتعاب الليلية التي يتعرضون إليها، بينما فئة الأطباء المقيمين تنتمس لديهم نوع من الرضا عن مستوى أو حجم منح المناوتبات، أو يرون بأن مبلغ منحة المناوتبات كافي ويعوض أتعابهم الليلية.

الجدول رقم 32: يمثل الاستفاءدة من منح المناوتبات ومدى كفايتها

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>لا</th>
<th>تعم</th>
<th>مدى كفاءة منح المناوتبات</th>
<th>الاستفاءدة من منح المناوتبات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>126%100</td>
<td>1%0,80</td>
<td>27,80%</td>
<td>90%71,40%</td>
<td>لا</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22%100</td>
<td>21%95,50%</td>
<td>1%4,50%</td>
<td>-</td>
<td>تعم</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2%100</td>
<td>2%100</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>بدون إجابة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>150%100</td>
<td>24%16%</td>
<td>24%24%</td>
<td>90%60%</td>
<td>المجموع</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

لا تلاحظ من خلال هذا الجدول بأن أغلب أفراد العينة المبحوثة التي قدرت نسبة 60% ترى بأن المنح التي يتقاضاها الطبيب من جراء قيامه بالمناوتبات الليلية كافية، وتليها نسبة 24% ترى بأنها غير كافية، وأخيرا نسبة 16% بدون إجابة.

بالنسبة للفئة الأولى نجد من بينهم نسبة 71,40% يستفيدون من منح المناوتبات يرون بأنها كافية، أما فيما يخص الفئة الثانية فنجد من بينهم نسبة 27,80% يستفيدون من منح المناوتبات، ولكنهم يرون بأن حجم هذه المنح غير كافي، تليها نسبة 4,50% منهم لا يستفيدون من منح المناوتبات ويرون بأنها غير كافية، هذه النسبة أجابت بأنها لا تستفيدين من منح المناوتبات ولكن ترى بأنها غير كافية بالنسبة للذين يستفيدين منها.

والفئة الثالثة والأخيرة من المبحوثين نجد من بينهم نسبة 95,50% لا يستفيدون من منح المناوتبات ولكنهم امتنعوا عن الإجابة كون هذه المنح كافية أو غير كافية، كونهم لم يستفيدوا من قبل على هذه المنح، ولا يعرفون ما إذا كانت كافية أو غير كافية، تليها نسبة 0,8% يستفيدون من منح المناوتبات، لكنهم لم يجيبوا على ما إذا كانت كافية أم لا.

إذن نستطيع الاستنتاج بأن أغلب الأطباء يستفيدون من منح المناوتبات و يرون بأن هذه المنح كافية.
استنتاج الفرضية الثانية:

من خلال تحليلنا لمعطيات الفرضية الثانية توصلنا إلى أن نقص الجوانب التحفيزية للأطباء بالمؤسسة الإستشفائية العمومية أدى إلى بروز نوع من عدم الراحة عن العمل، و نوع من التذمر عدم الفاعلية في العمل.

كما توصلنا إلى أن فئة الأطباء المتقاضيين أجرهم يتراوح ما بين 15,000 د.ج و 20,000 د.ج، وبالتحديد في فئة الأطباء المساعدون فأجرهم في الغالب يتراوح ما بين 20,000 د.ج و 30,000 د.ج، و فئة الأساتذة المساعدون يتراوح أجرهم من 30,000 د.ج إلى أكثر من 40,000 د.ج، و ذلك حسب الاقتباس في المهنة، لذلك نجد فئة الأطباء المتقاضيين غير راضين عن الأجر الذي يتلقونه، حيث بكونهم أطباء حبا في إطار التكوين و لكنهم يعانون الكثير من المرضى مثل الأساتذة المساعدون والأطباء المساعدون، وأحيانا أكثر، و باعتبارهم كذلك كونهم يتعرضون لتعب كباقي الأطباء في السلالم الوظيفية أرادوا الحصول على أجر أكثر تخفيف، أما فئة الأطباء المساعدون نجدهم راضين نوعا ما عن الأجر الذي يتلقونه، و أخيرا فئة الأساتذة المساعدون فهي غير راضين جدا عن الأجر.

و توصلنا كذلك إلى أن للأجر تأثير على الفاعلية في العمل، حيث كلما ارتفع الأجر كلما زادت الفاعلية في العمل، و العكس صحيح أي كلما انخفض الأجر كلما نقصت الفاعلية في العمل، فالعلاقة بينهما هي علاقة طردية و يتبع ذلك من خلال النقوش الملاحظة في مستويات الأجر الذي يتلقاه مختلف الفئات من الأطباء، إذ أن أعلى نسبة لعدم الفاعلية في العمل نجدها تركز لدى الأطباء الذين يتلقون أجرًا يتراوح ما بين 15,000 د.ج إلى 25,000 د.ج، وهي في الغالب نسبة الأطباء المتقاضيين والأطباء المساعدون، أما نسبة الأطباء الفعالين في عملهم نجدها تنحصر في مستويات الأجر الذي يتراوح ما بين 30,000 د.ج إلى 40,000 د.ج، و هذه النسبة يمثلهما في الغالب فئة الأساتذة المساعدون.

كما اتضح بأن مستوى الرضا عن الأجر له علاقة مباشرة و تأثير قوي على مدى الفاعلية في العمل، ففئة الأطباء غير الراضين جدا عن الأجر الذي يتلقونه غير فعالين في العمل الذي يقومون به، و العكس صحيح بالنسبة للمبحوثين الراضين عن مستوى أجرهم، فهم فعالين في عملهم.

و اتضح كذلك بأن فئة الأطباء المتقاضيين والأطباء المساعدون غير راضين عن عملهم، بينما فئة الأساتذة المساعدون فإنهم راضين عن العمل الذي يقومون به، و ذلك نظرًا لتفعيل هذه الأخيرة بعدة ميزات من المقارنة مع الفئة الأولى من المبحوثين، أي أن أغلب الأطباء غير راضين عن العمل.
ولا تكمن كذلك بأن فئة الأطباء الذين يتقاضون منحا وعلاوات يمثلها الأطباء المساعدين، فالأطباء المقيمين يتقاضون إلا منحة المناويع والبعض المنح الرمزية التي يرون بأنها غير كافية.

و وبين كذلك بأن نضام المناويع يسري على كل الأطباء باختلاف مستوياتهم المهنية من أطباء مقيمين وأطباء مساعدين وأساتذة مساعدين، إلا في بعض الحالات الخاصة، وأن هؤلاء الأطباء يدعون هنا المنظام ينفعهم يتلقون عليه في المقابل منحا تسمى بمنح المناويع.

إن مدى الرضا عن حجم منح المناويع متفاوت بين المستويات المهنية لدى الأطباء، بحيث تلمس وجود نوع من التدمر وعدم الرضا على مستوى منح المناويع لدى فئة الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين، لأنهم يرون أن المبلغ الذي يقدم إليهم من جراء قيامهم بالمناويع لا يكفي ولا يعرض الأتعاب الليلية التي يتعرضون فيها. بينما فئة الأطباء المقيمين تلمس لديهم نوع من الرضا عن مستوى أو حجم منح المناويع، ويرون بأن مبلغ هذه المنحة كافٍ، ويعوض أتعاب الليلية.

إن فئة الأطباء المقيمين يرون بأن مستوى المنحة التي يتلقونها غير كافٍ إذا ما قورنت بمستوى المنح التي يتلقاها الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين، خاصة وأنهم يتعرضون تقريبا لمسة الأتعاب التي يتعرض لها المؤطر بين، أما فئة الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين في الغالب يرون بأن مستوى المنحة كافٍ، وبذلك هذه المنحة ووالعاطفات المقدمة إليهم بالنسبة للأطباء المقيمين غير كافية، ونافقة. وهم غير راضين عنها، بينما بالنسبة للأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين فهم في الغالب راضين عن مستوى هذه المنحة والعاطفات ويرونها بأنها كافية.

إن للمنح والعلاقات علاقة مباشرة بالرضا عن العمل لدى فئة الأطباء المبمحوثين. فيما كانت درجتهم المهنية، كون المنح والعاطفات تزيد من حجم الأجر، واعدة الاستفادة من هذه المنح عند بعض الأطباء أدى بهم إلى الرضا عن العمل والمحس صحيحة كون عدم الاستفادة منها أدى عند فئة أخرى من الأطباء إلى عدم الرضا عن العمل.

إن أغلب المبمحوثين يعالجون الكثير من المرضى، وهم قسمين: أطباء في إطار التدرج والتكوين ولهم الأطباء المقيمين، مهمتهم بالمستشفى تتمثل في علاج المرضى، وهم في التعلم والتدريب على المهنة، هذا القسم يعمل تحت إشراف الفن الثاني من المبمحوثين. وهم الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين، مهمتهم تتدرج في إطار التدريب الطبي ووتغطيهم من جهة، وعلاج المرضى من جهة أخرى، كلا القسمين من الأطباء يعالج الكثير من المرضى ويتقاضى في المقابل أجوره حسب منظومة الأجور بالمستشفى.
الفصل الثامن:
الانضمام داخل المؤسسة الاستشفائية العصوية
تمهيد:

في هذا الفصل سنحاول عرض الفرضية الثالثة وذلك من خلال التطرق إلى تحليل معطياتها، وربط بين متغيراتها.

كما سنحاول التطرق إلى العلاقة السلطوية التي تجمع بين الأساتذة في الطب والطلاب من جهة، ونوعية العلاقة التي تجمع الأطباء فيما بينهم. وما ينتج عليه من مشاكل، وسنحاول دراسة مدى تحقيق فرضيتنا: عدم انضباط الموظرين في التكوين أدى إلى بروز نوع من عدم الامتناع على التكوين لدى الأطباء المكونين.


المشكلات التي يتعرض لها الأطباء أثناء فترة التكوين:

إن أي طالب بصدد تحضير شهادة معينة قد يواجه مشاكل وصعوبات تعرقله على التعلم والتدرّب الحسن، وخصوصاً إذا كانت هذه الشهادة تعتمد في الدراسة على الجانب التطبيقي، واعتبار طالب الطب بصدد تحضير شهادة طبيب مؤهل تعتمد دراسته على الجانب التطبيقي والنظرى في نفس الوقت، حاولنا التعرف على العراقيل التي أعادت طالب الطب على التكوين الجيد و الفعال.

الجدول رقم33: غياب المؤطر وعلاقته بوجود المشكلات التي يتعرض لها الأطباء في طور التكوين

<table>
<thead>
<tr>
<th>الجدول رقم33: غياب المؤطر وعلاقته بوجود المشكلات التي يتعرض لها الأطباء في طور التكوين</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

إن هذا الجدول يبين متغير الغياب وعلاقته بوجود المشكلات التي يتعرض لها الأطباء في طور التكوين، حيث يبين بأن أكثر من نصف أفراد العينة المبحوثة، ونسبة تقدر بـ60,70% يواجهون مشاكل في الدراسة والتكوين بسبب غياب المؤطر، ثم يليها نسبة 22% لا يواجهون مشاكل بسبب غياب المؤطر، ونسبة معتبرة من أفراد العينة المبحوثة امتدت عن الإجابة قدرت 17,30%.

بالنسبة للفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يواجهون مشاكل بسبب غياب المؤطر، نجد من بينهم نسبة 68% يرون بأن المؤطرين يتغيبون، ونسبة 15% يرون بأن المؤطرين لا يغيبون إلا نادراً، عند الضرورة فقط، ولكن في الحالات النادرة التي يتغيب فيها يواجهون مشاكل في التعلم والتدرّب على المهنة، فإلى عادي إذا ما تغيب الأستاذ لأنه إنسان، والإنسان قد يتعرض لمشاكل تعريضه عن ممارسة حياته المهنية كعادته، ولكن هذه التغييبات لا بد من تعويضها أو استخلاصه بمؤطر آخر.
أما الفئة الثانية من المبحثين والتي تخصص الأطباء الذين لا يواجهون مشاكل بسبب غياب المؤطرفين نجد نسبة 23,40% يرون بأن المؤطرفين يتعونون و أن في حالة التغيب فإن هذه الغيابات لا تسبب لهم مشاكل في التعلم ولا الدراسة، ثلثيهم نسبة 10,50% يرون بأن المؤطرفين لا يتعونون، و أن في حالة التغيب فإن هذه الغيابات لا تسبب المشاكل للطالة في الدراسة ولا يواجهون صعوبات في التعلم والتدريب على المهنة.

والفئة الثالثة والأخيرة وهي فئة الأطباء الذين امتعوا عن الإجابة نجد بينهم 73,70% يرون بأن المؤطرفين لا يتعونون، وبالنسبة 8,60% يرون بأنهم يتغيبون.

إذن نستنتج بأنه غالبا ما يتغيب المؤطرفين أو المشرفين على تعليم الطلبة الأطباء في إطار اللاحية والتدريب، إن هذه الغيابات تؤدي إلى خلق مشاكل تعود بالسلب على الطلبة الأطباء. حيث رجعنا الحالات التغيب هذه قد يضيف الغلاف مريرة للتعلم والتدريب، خاصة إذا كانت هذه الغيابات لا تعوض وذلك نظرا لنقص الوقت أو ضيق الوقت بالنسبة للطبيب.

te باريس "للمؤطر" 2001 أن الطلبة في المراحل الأولى، ثلثاهم 10,50% يرون بأغلب الأوقات لا يتعونون، والباقي 73,70% يرغعون في حالة التغيب. أثناء التدريس، إذن تمتد الى سبعة أشخاص بينهم 20,50% يرغعون في حالة التغيب و 79,50% يرغعون في حالة التغيب.

إذا كانت هذه الغيابات لا تعوض وذلك نظرا لنقص الوقت أو ضيق الوقت بالنسبة للطبيب.

الجدول رقم 34: أسباب امتناع المؤطر بن تقديم جميع المعلومات الطبية حسب المبحثين

<table>
<thead>
<tr>
<th>يمكن تقديم المعلومات من طرف المؤطرين</th>
<th>لا يمكن تقديم المعلومات من طرف المؤطرين</th>
<th>بدون إجابة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تقليل الوسائل اليدوية</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>%28,07</td>
<td>%7,02</td>
<td>%9,53</td>
</tr>
<tr>
<td>%30,16</td>
<td>%9,53</td>
<td>%4,76</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تقليل العدد نظرا لكونه بخص فئة أطباء الذين أجروا عن سبب عدم تقديم جميع المعلومات الطبية.

إن هذا الجدول بين أسباب امتناع المؤطرفين بدون تقديم جميع المعلومات الطبية المتوفرة لديهم، وذلك حسب رأي المبحثين، حيث يتبين بأن أغلب أعضاء الهيئة المبحثية والتي قدرت بنسبة 30,16% يرون بأن سبب عدم تقديم المعلومات الطبية المتوفرة لدى المؤطرفين إلى طلبتهم يرجع إلى عدم تأهيلهم كأسانثة مؤطر، ثم يليها نسبة 28,57%
إجاباتها اختلفت وهي تختلف عن الأسابق المذكورة في الجدول أعلاه، ثم تأتي بعدها نسبة 20,63% ترى بأن السبب يمثل في نقص الوقت، تأتي بعدها نسبة 19.53% يرون بأن البعض يرجع إلى الإهمال من طرف الأساتذة، وبسبب ما قبل الأخير يمثل في نقص الوسائل البيداغوجية بنسبة 6.35%، وأخيرا نسبة 4.76% يرون أن السبب الذي يدفع بالأساتذة المؤطرين إلى عدم تقديم جميع المعلومات الطبية يرجع إلى كون هذه الأساتذة يدعون بالطلبة إلى البحث أكثر والدراسة، وبالتالي الاعتماد على النفس أحسن من الاعتماد الكلي على الأساتذة. ويبقى كل أستاذ وطريقة تعليمه التي يمارسها على الطلبة.

فيما يخصص الفئة الأولى من المبحوثين وهي التي ترى أن السبب عدم تقديم جميع المعلومات الطبية يرجع إلى عدم تأهيل الأساتذة المؤطرين، نجد من بينهم نسبة 40% يرون بأن المؤطرين يقدمون جميع المعلومات الطبية المتوفرة لديهم إلى طلبتهم، ثم تلتها نسبة 28.07% يرون بأن المؤطرين لا يقدمون جميع المعلومات الطبية، فالنسبة إلى هذه الفئة من المبحوثين عدم تأهيل الأساتذة، يقصد به عدم التمكن من المهنة وعدم اكتساب المهارة الطبية الكافية، وذلك من خلال عدم كفاية المعلومات الطبية التي يملكونها وكذلك نجد هؤلاء المشرفين يقدمون ما يملكون من معلومات طبية، ولكن هذه المعلومات ليست كافية، وربما إذا كان هؤلاء الأساتذة المشرفين مؤهلون ويملكون معلومات طبية كافية لأفادوا بها الطلبة في إطار التكوين.

وفيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن سبب امتناع الأساتذة عن تقديم جميع المعلومات الطبية الضرورية المتوفرة لديهم، إلى عدة أسباب ليست متذكره في الجدول، كالأسباب الاجتماعية والاقتصادية للمشرفين، ونجد من بينهم نسبة 40% يرون بأن المؤطرين يقدمون جميع المعلومات الطبية المتوفرة لديهم، ثم تلتها نسبة 28,07% يرون بأن المؤطرين لا يقدمون جميع المعلومات الطبية إلى الطلبة الدارسين.

وبالنسبة للفئة الثالثة من المبحوثين وهي الفئة التي ترى بأن السبب يرجع إلى نقص الوقت، نجد من بينهم نسبة 21,05% يرون بأن المؤطرين لا يقدمون جميع المعلومات الطبية المتوفرة إلى الطلبة، ونسبة 20% يرون بأنهم يقدمون جميع المعلومات الطبية، فنصقت الوقت حقا لا يسمح للأطباء بتقديم جميع المعلومات الطبية المتوفرة لديهم. فلا يستطيعون إكمال الدروس في الوقت المناسب ودراسة من كل نواحيها، وما اشتملت عليها من تعقيدات فللأساتذة برنامج خاص يجب إتباعها وإكمالها في الوقت المحدد قبل انتهاء السنة الدراسية، الأمر الذي يدفع بهم في غالب الأحيان إلى السرعة، والسرعة تؤدي إلى نسيان بعض الجوانب التي يجب التطرق إليها، وإهمال البعض الآخر، و بذلك قد ينتهي الوقت ولا يتم إتمام الدروس من كل جوانبه، إذن نستطيع القول بأنه سبب ضغطة.

وفيما يخص الفئة الرابعة من أفراد عينة البحث وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن السبب يرجع إلى الإهمال من طرف الأساتذة، نجد من بينهم نسبة 10,53% يرون بأن المؤطرين لا يقدمون جميع المعلومات الطبية لديهم ولا يهمهم إذا ما فهم الطلبة أم لم يفهموا، كما لا يهمهم إن استوعبوا جميع الجوانب والموضوعات أم لا. لأن هذا النوع من الأساتذة ضميرهم المهني غائب (هذا حسب المبحوثين).
والخريطة الأخيرة من المبحوثين التي ترى بأن سبب عدم تقديم الأساتذة كل معلوماتهم الطبية المتوفرة لديهم إلى طلبتهم يؤثر على كونهم يدفعون طلبتهم إلى البحث والدراسة، نجد من بينهم نسبة 5,26% يرون بأنهم أي الأساتذة لا يقدمون جميع المعلومات الطبية وذلك حتى لا يعود الطالب على أستاذه في كل شيء، والاعتماد عليه في تقديم جميع المعلومات الطبية، لأنه إذا كان كذلك يعود الطالب على استلقاء المعلومات بدون البحث والبحث.

وبذلك يكتم ولا يدرس، إذن فحسب هذه الفئة من المبحوثين السبب يؤثر على كون الأساتذة يحاولون الدفع بالطبة إلى البحث والدراسة والإعتماد على النفس، لأنه كما قالت سابقا مهنة الطب مهنة دائمة الدراسة والبحث والاستطلاع، لأن كل حالة مرضية في المرض الواحد تختلف على الأخرى، ولها عدة أوجه، والإمراض كثيرة ومتنوعة.

إذن نستطيع الاستنتاج مما سبق بأن السبب الرئيسي الذي يدفع الأساتذة إلى عدم إعطاء وتقديم جميع معلوماتهم الطبية المتوفرة لديهم والتي تجمعها في مشوارهم الدراسي والمهني الطويلين إلى طلبتهم الجدد، وهو عدم تأهيل هؤلاء الأساتذة في نظر طلبتهم كفاية حتى يستطعون الشؤون بالمعلومات الطبية في هذا المجال أي المجال الطبي، هذا من جهة، ومن جهة أخرى عامل الوقت الذي يلعب دور أساسي ومهم، حيث عدم كفاية الوقت يعتبر من أهم المشاكل التي يواجهها الإنسان في العصر الحالي فالأستاذة لا يكفيهم الوقت لتقديم جميع المعلومات الطبية إلى طلبتهم. وصدق من قال "الوقت كالنُسْفِ اِن لم نقطعه قطعًا".

الجدول رقم 35: نوع المشاكل التي واجهها الطالب أثناء فترة التكوين

<table>
<thead>
<tr>
<th>نسبة النسبة</th>
<th>التكرار</th>
<th>نوع المشاكل التي يواجهها الطالب أثناء فترة التكوين</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>38,10%</td>
<td>96</td>
<td>غياب المؤطرين</td>
</tr>
<tr>
<td>37,70%</td>
<td>95</td>
<td>نقص الوسائط والمعدات الضرورية للتكوين</td>
</tr>
<tr>
<td>19,44%</td>
<td>49</td>
<td>نقص النظافة</td>
</tr>
<tr>
<td>4,76%</td>
<td>12</td>
<td>أخرى</td>
</tr>
<tr>
<td>100</td>
<td>252</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تضمن العدد نظرا لكون المبحوثين أجروا على عدة اقتراحات

بين هذا الجدول نوع المشاكل التي يواجهها الطالب أثناء فترة التكوين، حيث يبين أن الأغلب أعضاء الهيئة المبحثية واجهوا مشاكل أثناء فترة التكوين، وان نوع المشاكل التي تعرضوا إليها سبب الغيابات المتكررة للأستاذة والأطباء المؤطرين وذلك بنسبة 38,10%، حيث بالنسبة إليهم أن غياب المؤطر يعد من أكبر المشاكل التي تواجههم كطلقية.
kon في حالة غياب أستاذ مشرف طبيًا مساعدًا أو أستاذًا مساعدًا، فإن يقوم بتعليمهم المهنة، و من سيستوليون أثناء مواجهتهم لحالة طارئة ودقيقة بجهولونها، فقد يواجهون مشاكل من نوع آخر تخص صحة المريض أو عائلته، هذا من جهة، وكونهم إذا ما تعرضوا إلى حالة خطيرة لم يتعرضوا إليها من قبل أو لم يتعارا عليها من قبل، فلا يستطيعون الاستفادة من هذه الحالة، كونهم لا يجدون الأستاذ المشرف شرحها وأسبابها وأي علاج أتبع لها وكيفية اكتشافها، ومن هنا يضمنون فرص التعرف على الحالة، وبالتالي التعلم منها فقد يلجنون إرسال هذا المريض إلى مصلحة طبية أخرى، أو إلى مستشفى آخر، ثم تليهما نسبة 37.70% يرون بأن نوع المشاكل التي يتعرضون إليها هو نقص الوسائط والمعدات الضرورية للتكوين، وحتى الوسائط البيداغوجية الضرورية للتسهيل من عملية الفهم، والتعرف على بعض الأمراض الباطنية التي لا يمكن ملاحظتها بالعين المجردة، ثم تليهما نسبة 19.44% يرون بأن نوع مشاكل التي يتعرضون إليها هو نقص النظافة المستشفى. حقًا لأن النظافة سبب رئيسي للتسهيل في عملية التكوين، وأخيرا نسبة 4.76% واجهوا مشاكل في أثناء فترة التكوين، ولكن نوع المشاكل عندهم مختلف.

إذن نستطيع الاستنتاج أن نوع المشاكل التي يتعرض إليها أطباء في إطار التكوين في الغالب هي في غياب المؤتمرين في أثناء فترة التكوين، ثم نقص الوسائط والمعدات الضرورية للتكوين، وذاته المشكلات، هما من الخطر وأعد المشاكل التي يتعارفع إليها الأطباء، فالطالب أول شيء يحتاجه للتربوي والتعلم هو الأستاذ والوسائط الطبية الضرورية، وإذا لم تتورم هذه الأخيرة فكيف سيكون مصير تعلمه؟ وكيف سيكون مصير أطباءنا وصحتنا؟

الجدول رقم 36: علاقة أسباب المشاكل التي يتعرض لها الأطباء فيما بينهم أثناء فترة التكوين مع وجود مشاكل مع الزملاء الأطباء

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>أخرى</th>
<th>عدم مساعدة الأطباء القديمي للمريض</th>
<th>تقديم غير المعادل للمريض</th>
<th>المنافسة بين الأطباء</th>
<th>مواجهة مشاكل مع الزملاء الأطباء</th>
<th>سبب هذه المشاكل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>53 %100</td>
<td>-</td>
<td>2 %37,78</td>
<td>50 %94,34</td>
<td>1 %1,88</td>
<td></td>
<td>تعم</td>
</tr>
<tr>
<td>79 %100</td>
<td>10 %12,6</td>
<td>31 %39,24</td>
<td>2 %2,53</td>
<td>36 %45,57</td>
<td></td>
<td>لا</td>
</tr>
<tr>
<td>*132 %100</td>
<td>10 %7,58</td>
<td>33 %25</td>
<td>52 %39,39</td>
<td>37 %28,03</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تقلص المعدل نظراً لكون هذا الجدول يخصص فين أطباء الذين تعرضوا للمشاكل.
إن هذا الجدول يبين علاقة أسباب المشاكل التي يتعرض لها الأطباء فيما بينهم أثناء فترة التكوين مع وجود مشاكل مع الزملاء الأطباء، حيث يتبنى بأن اغلب العينة المنهوبة والتي قدرت 39,39% ترى بس مشاكل التي يتعرض لها الأطباء أثناء فترة تعلمه مع بعضهم البعض هو التقييم غير المتعادل للمرضى فيما بينهم، نجد من هذه النسبة نسبة 47,34% تعرضوا حقاً للمشاكل في أثناء فترة تعلمهم مع زملائهم الأطباء، و بس مشاكل هذه المشاكل التي يتعرضوا إليها هو التقييم غير المتعادل للمرضى فيما بينهم، ثم تأتي نسبة 37,25% لم يتعرضوا إلى مشاكل مع زملائهم الأطباء ولكنهم يرون بأن ما يكون من مشاكل التي تنشأ بينهم كأطباء هو التقييم غير المتعادل للمريض، فعند دخول المريض للمستشفى يقومون بتغيير الطبب المشرف على حالتهم الصحية، وهو الذي يتابع ملفه الطبي ومن دخوله إلى غاية خروجه من المستشفى وعادة ما لا تكون هناك مشاكل فيما بخص هذه الحالة. أما بالنسبة للمستشفى الذي يصدرون المستشفى فسندلهم كبير جداً، الأمر الذي يؤدي إلى وجود نوع من التقييم غير المتعادل فيما بين الأطباء حول هؤلاء المرضى.

أما الفئة الثانية من الأطباء وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن سبب المشاكل التي يتعرض لها الأطباء أثناء فترة تعلمه مع بعضهم البعض كزملاء هو حدة المنافسة الموجودة بينهم، حيث نجد من بينهم 45,57% لم يتعرضوا شخصياً لهذا النوع من المشاكل ولكنهم يرون بأنهم عادة ما يكون السبب في هذا المشاكل هو انتشار عامل المنافسة فيما بينهم، فعلياً تكون المنافسة بيئة تعود لصالح الأطباء بالتعاون، وذلك بالتعلم والتدريب على المهنة، وأحياناً أخرى تكون هدامة تعرف الطبب على التعاون والتدريب فيصبح كل طبيب ينافس زميله الطبيب منافسة ليست شريفة، كاحتكاره للمعلومات الطبية المتوافرة لديه، أو يسبب في خلق مشاكل بين المرضي وطبيبه... الخ.

إذن إذا ما اتخذت المنافسة هذا الطابع لا تعود إصلاح المريض ولا لصالح الطبيب ولا لصالح الطب بصورة عامة. ثم تأتي نسبة 1,88% تعرضوا حقاً لمشاكل مع زملائهم الأطباء، ويرى أن سبب هذه المشاكل هو المنافسة غير الشريفة والدائمة بين الأطباء.

والفئة الثالثة من الأطباء وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن سبب المشاكل التي يتعرض لها الأطباء أثناء فترة تعلمهم هو عدم مساعدة الأطباء القدامي للأطباء الجدد، نجد من بينهم نسبة 39,24% لم يتعرضوا شخصياً لهذا النوع من المشاكل ولكنهم يرون سبب المشاكل هو عدم مساعدة الأطباء القدامي للأطباء الجدد، فكلما ما يتعرض الطبيب الجديد لهذا النوع من المشاكل فلا يجد من يقدم له الدعم إذا ما واجه حالة مرضية جعجعها، فقد يطلب مساعدة من زميله الطبيب الطالب، وقد يقابله بالرفض أو التظاهر بعدم المعروف خاصة إذا لم يوجد هذا الطبيب الجديد أستعداده للمشرف والاستشارة. ثم تأتي نسبة 3,78% تعرضوا حقاً لهذا النوع من المشاكل. أما الفئة الأخيرة من المبحوثين هي الفئة التي اختفت أسباب المشاكل التي تعرضوا إليها، نجد من بينهم 12,66% لا يعرضوا إلى مشاكل، ولكنهم يشعرون بأن نوع المشاكل التي يتعرض لها الأطباء عادة عند تعلمهم مع بعضهم البعض يختلف عن المشاكل المذكورة سابقاً.
إذن نستنتج أن سبب مشاكل الطبيب يعاني منها في أثناء فترة تعلمه مع زميله الطبيب عادة ما تكون التقييم غير المتعادل للمرضى فيما بينهم.

2- مدى تأثير هذه المشاكل في الربة عن التكوين لدى الأطباء:

قد يتأثر طلب الطبيب بالمشاكل والعراقيل التي يتعرضون إليها في أثناء مدة الدراسة والتدريب، لذلك حاولنا التعرف على نوع هذه المشاكل و مدى تأثرهم بهذه المشاكل كأطباء، وكذا تأثير هذه المشاكل في الربة عن التكوين لديهم.

الجدول رقم37: تقديم جميع المعلومات الطبية من طرف المؤطر و علاقتها بالربة عن التكوين

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>لا</th>
<th>تعم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%100</td>
<td>50</td>
<td>-</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>92</td>
<td>-</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>8</td>
<td>%12,5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>150</td>
<td>%0,7</td>
<td>111</td>
</tr>
</tbody>
</table>

يجب هذا الجدول تقديم جميع المعلومات الطبية المتوفرة لدى المؤطر و علاقتها بالربة عن التكوين، حيث يبين بأن اغلب الفئة المبوحها والتي قدته بـ 74% غير راضية عن تكوين الأطباء المستشفى بينما نسبة الراضين عن التكوين فقد بلغت 25,30%.

فما يخص نسبة الأطباء غير راضية عن التكوين نجد 87% يرون بأن المؤطر أو المشرف عن التكوين سواء كان آساغ مساعد أو طبيب مساعد فإنهم لا يقدمون جميع المعلومات الطبية المتوفرة لديهم، وانه في الغالب ما يحتفظ بجزء لنفسه يجعله يتميز عن الأطباء الآخرين، وإذا كان كل المؤطرن يتصورون بهذا التصرف فكيف يتم لنا الحصول على طبيب كفك مؤهل لممارسة مهنة الطب على أحسن وجه؟ وكيف للطبيب من أن يتطور؟ وإذا ما احتفظ هذا الجيل من المؤطرن بجزء من المعلومات لأنفسهم وأعطوا الجزء الأكبر إلى الطلبة، فهؤلاء الطلبة يكون تعليمهم ناقص، واعتبار أن تعليمهم ناقص سيكون تعليم طلباتهم أيضا ناقص، إذ يحتفظون هم كذلك بجزء منهم و يقدمون الجزء الأكبر لطلبتهم. فما هو مصير الأجيال القادمة إذا ما تصرف كل جيل من الأطباء بهذه الطريقة؟
لذلك نجد بأن الأطباء المقيمين والأطباء بصفة عامة غير راضيين عن طريقة التكوين التي تتم بالمستشفى.

ثم نجد بعدها نسبة 52% من هذه الفئة الأولى يرون بأن المؤطرين لا يقدمون جميع المعلومات الطبية المتاحة لديهم، لكنهم غير راضيين عن التكوين، ويرجعون سبب عدم رضاهم هذا لأسباب أخرى قد يخص الجوانب المادية والبيداغوجية للتكوين على المهنة.

أما فئة الأطباء الراضيين عن طريقة التكوين بالمستشفى نجد من بينهم نسبة 48% الراضيين عن التكوين ويرون بأن المؤطر يقدم جميع المعلومات الطبية المتاحة لديه إلى الطلبة، وتليفها نسبة 13% بأن المؤطر لا يقدم جميع المعلومات الطبية المتاحة لديه إلى طلبه، ولكن رغم ذلك نجد أن الأطباء يرون أن هذه التكوين، فبالنسبة إلى هذه النسبة من الأطباء ترى بأن هناك عوامل أخرى تدخل في جعل هذا المؤطر يقدم جميع المعلومات الطبية المتوفرة لديه إلى الطلبة، كضيف الوقت مثالا أو نقص الوسائل البيداغوجية التي تسهل من سرعة الفهم... هذا من جهة ومن جهة أخرى استدامة تقديم جميع المعلومات الطبية المتوفرة نظرا لتدخل عامل النسابة في الأمر، وعرفة جميع طلبة أن مهمة الطب مهنة دائمة البحث والدراسة، فالاعتماد على معلومات الأساتذة وحده لا كافي، بل يجب تدعيمها بالبحث في مختلف المراجع كالإنترنت وثلا لمعرفة آخر ما اكتشف العلم والإطلاع عليه ووكذا قراءة الكتب والمجلات.

وبذلك نستنتج أن اغلب العينة المدروسة غير راضية على طريقة التكوين بالمستشفى، وإن سبب عدم الرضا يرجع في الغالب إلى عدم تقديم المؤطر جميع المعلومات الطبية المتاحة لديه، وهذا ما يجعل الطلبة يفوضون لجمع المعلومات الطبية، وذلك لمحاولة التعرف على أغلب الحالات المرضية المتواجدة ومحاولة كذلك إتباع المؤطرين سواء كانوا أساتذة مساعدين أو أطباء مساعدين أو حتى بروفيسور في كل مرحلة أو علاج يتبعه مع المريض.

الجدول رقم 38: مواجهة المشاكل أثناء فترة التكوين وعلاقته بالرضا عن التكوين

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>لا</th>
<th>تعم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%100</td>
<td>38% 2,63</td>
<td>14% 36,84</td>
<td>23% 60,53</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>111% 0,90</td>
<td>4% 3,60</td>
<td>106% 95,50</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>1% 1-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>150% 1,34</td>
<td>18% 12</td>
<td>130% 86,66</td>
</tr>
</tbody>
</table>

الرضا عن التكوين

- تعم
- لا
- بدون إجابة

المجموع
صمم هذا الجدول لمعرفة مدى مواجهة المشاكل أثناء فترة التكوين بالمستشفى وعلاقتها بالرضا عن التكوين لدى الأطباء ب مختلف مصاعبهم المهنية، حيث نلاحظ بأن نسبة 68,66% من أفراد العينة المبحوثة واجهوا مشاكل أثناء فترة التكوين هذه المشاكل تختلف من طبيب لآخر. ثم تلتها نسبة 12% لم يواجهوا مشاكل أثناء فترة التكوين.

فبالنسبة للفئة الأولى التي واجهت مشاكل أثناء فترة التكوين نجد منهم نسبة 95,50% غير راضيين على طريقة التكوين المستشفى، فهم كما يسمونها التكوين الذاتي حيث يقوم الطبابة بتكوين بعضهم البعض، والتلكية الدولي يقومون بتعميم وتدريب الطبابة الجدد، وعن المشاكل التي واجهها الطبابة في أثناء فترة التكوين متعلقة بطريقة الإشارات، وتتوفر الوسائل والمعدات الطبية، لتلتها نسبة 60,53% من المبحوثين راضيين على طريقة التكوين رغم أنهم واجهوا مشاكل في أثناء فترة التكوين، فقد يكون نوع هذه المشاكل لا يخص طريقة التكوين.

أما الفئة الثانية وهي فئة الأطباء الذين لم يواجهوا مشاكل أثناء فترة التكوين، فإننا نجد نسبة 36,84% راضيين على التكوين بالمستشفى وطريقة تأديته، تلتها نسبة 0,60% غير راضيين على طريقة التكوين بالمستشفى.

وبذلك نلاحظ بأن مواجهة المشاكل أثناء فترة التكوين (المشاكل التي تخص التكوين في حد ذاته) لها تأثير قوي وعلاقة مباشرة بالرضا أو عدم عن طريقة تكوين الأطباء بالمستشفى، حيث نلاحظ بأن الطبابة الذين واجهوا مشاكل أثناء فترة التكوين غير راضيين عن طريقة التكوين بصورة عامة، أما الأطباء الذين لم يواجهوا مشاكل أثناء فترة التكوين نجدهم راضيين عن طريقة التكوين بالمستشفى.

الجدول رقم 39: أسباب الرضا أو عدم الرضا عن التكوين في المستشفى حسب المستوى المهني

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>المجموع</th>
<th>أخر</th>
<th>نقل الوسائط البيداوغرافية</th>
<th>عدم كفاءة إشراف الأعمال</th>
<th>غياب إشراف الأعمال</th>
<th>التكلفة السنية بالأطباء</th>
<th>التكلفة الطبية</th>
<th>نسبة عدم الرضا عن التكوين في المستوى المهني</th>
<th>طبيب مقيم</th>
<th>طبيب مساعد</th>
<th>مستشار مساعد</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>72</td>
<td>%100</td>
<td>9</td>
<td>%12,50</td>
<td>%20,83</td>
<td>%34,72</td>
<td>%12,50</td>
<td>%15,28</td>
<td>%34,17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>%100</td>
<td>2</td>
<td>%15,38</td>
<td>%23,08</td>
<td>%23,08</td>
<td>%23,08</td>
<td>%15,38</td>
<td>-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>%100</td>
<td>1</td>
<td>%20</td>
<td>%30</td>
<td>%30</td>
<td>%10</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>95</td>
<td>%100</td>
<td>13</td>
<td>%13,68</td>
<td>%22,11</td>
<td>%32,63</td>
<td>%13,68</td>
<td>%13,68</td>
<td>%4,22</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
إن هذا الجدول يبين العلاقة بين سبب عدم الرضا عند الأطباء المبحوثين والمستوى المهني، حيث نلاحظ بأن، أغلب أعضاء الهيئة المبحوثة ترى بأن عدم الرضا لديهم عن التكوين هو عدم كفاية الإشراف، وذلك بنسبة 22.11%، ثم تليها نسبة 22.63% ترى بأن السبب يرجع إلى نقص الوسائط البدائعية الضرورية لملاءمة المنهج والتدريب على أحسن وجه. ثم تليها نسبة 13.68% يرون بأن السبب يعود إلى غياب الإشراف، وبنفس النسبة أي 13.68% يرون بأن السبب يعود إلى التكفل السمي بالأطباء، وينفس النسبة كذلك أي 13.68% يرون بأن الأسباب عديدة ومختلفة، وهي أسباب تختلف عن الأسباب المذكورة في الجدول أعلاه، وأخيرا نسبة 4.22% ترى بأن السبب يعود إلى كثرة الطلبة المتقدمين بالطلب.

بالنسبة للفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن سبب عدم رضاهم عن التكوين يرجع إلى عدم كفاية الإشراف، ونجد من بينهم نسبة 34.72% أطباء مقيمين، ثم تليها نسبة 30% أستاذة مساعدين، ثم نسبة 23.08% أطباء مساعدين، وفألطباء المقيمين كونهم أطباء مارزوا في إطار التكوين والدراسة نجدهم غير راضيين عن التكوين بسبعدم كفاية الإشراف، فالأستاذة المشرفين على تكوينهم من أطباء مساعدين وأساتذة مساعدين لا يركزون معظم وقتهم في التدريب طلبتهم، وأن هؤلاء الطلبة يسعون إلى البحث عن التدريب والإشراف في كل وقت وفي كل مناسبة، وأحيانا يحصل به الأمر إلى البحث عن الأساتذة في مكاتبهم. وإذا صادف فأن دخل أستاذ مشرف لرؤية حالة مرضية صعبة، نجد الأطباء الطلبة تجمعوا من حوله متهيئين وفي حالة استعداد تم استيعاب كل ما يقوله الأساتذة المشرف في تشرحة لهذه الحالة المرضية، والتي تعتبر لدى هؤلاء الطلبة حالة جديدة عليهم، ونجد فئة الأطباء المساعدين وكذا الأساتذة المساعدين قد واجهوا نفس المشكل في حياتهم الدراسية، مشكل عدم كفاءة الأشرا في مراحلهم الدراسية المتدفدة.

و الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء غير الراضين عن التكوين بسبب نقص الوسائل البدائعية الضرورية للتدريب والتعلم على المهنة ومزاولتها، نجد من بينهم نسبة 30% أستاذة مساعدين، ثم تليها فئة الأطباء المساعدين وذلك بنسبة 23.08% ثم تليها فئة الأطباء المقيمين بنسبة 20.83% فالوسائل البدائعية الضرورية جدا للتكوين والتدريب، وإذا ما نقصت هذه الوسائل يحدث خلل في طريقة التعليم، وبالتالي خلل في التكوين في حد ذاته والنتائج المتوقعة منه. هذه الفئة من المبحوثين أي فئة الأطباء الذين يرون بأن سبب عدم رضاهم عن التكوين يرجع إلى نقص الوسائل البدائعية الضرورية مثلها بأكبر نسبة الأساتذة المساعدين ثم الأطباء المساعدين، كونهم فئة الأطباء المشرفين على التدريب الأطباء المقيمين، وكون هذه الوسائل الضرورية جدا لمزاولة مهنتهم، فهم غير راضيين على التكوين، وكون نقص هذه الوسائل الضرورية يعيقهم عن مزاولة عملية الأشرا، فإذا ما توقفت هذه الوسائل لا استطاع هؤلاء المشرفين التوصل إلى نتائج إيجابية في التكوين، ولتحقيق الرضا عن التكوين لديهم، وربما حتى الرضا عن العمل.
وفقاً لما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين، وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن سبب عدم رضاهم عن التكوين يرجع إلى الغياب الكلي للإشراف، نجد من بينهم نسبة 23.08% أطباء مساعدين ونسبة 12.50% أطباء مقيمين، تليهما نسبة 10% أساتذة مساعدين، هذه الفئة من المبحوثين يرون بأن الإشراف غائب تماماً، وأن الأطباء الطلبة يشرفون على تعليم بعضهم البعض كما يسمونها «Auto Formation»، يسهرون على تعليم الطلبة الجدد، وإن كل طالب باستطاعته تعليم زميله الطالب في ظل هذه الظروف أي ظرف غياب الإشراف.

وبالنسبة للفئة الرابعة، التي ترى بأن سبب عدم رضاهم عن التكوين لديهم يرجع إلى التكلفة السيئه بالأطباء نجد أن بينهم نسبة 15,38% أطباء مساعدين ونسبة 15,28% أطباء مساعدين، وينصرف المبحوثين بالتكرار السيئ بالأطباء عدم توفير لهم كأطباء عملهم من جهة وكأطباء طلبة من جهة أخرى، ووجود اختلاف طلب العمل والتكوين الماديه منها والمعنوية، من وسائل ومحفزات.

وهناك فئة من الأطباء المبحوثين كانت تجاهلها حول سبب عدم رضاهم عن التكوين لديهم، وعليها في هذه الفئة نجد نسبة 20% أساتذة مساعدين، ونسبة 15,38% أطباء مساعدين، ونسبة 12,50% أطباء مقيمين.

أما فيما يخص الفئة السادسة، وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن سبب عدم رضاهم عن التكوين يرجع إلى كثرة الطلبة المتقدمين في الطب، نجد أن بينهم 10% أساتذة مساعدين، ثم تليهما نسبة 4,17% أطباء مقيمين.

إذن هذه الفئة من المبحوثين تقسمها الأطباء المساعدين والأطباء المقيمين فقط، هذه الفئة من المبحوثين يمثلها بالدرجة الأولى الأساتذة المساعدين كونهم هم من يشرفون على تعليم الطلبة وتزوينهم، فإن نسبة الأطباء المساعدين في هذه الفئة تتجاوز، إذا كنا نقول أن زائد عدد الطلبة يجب أن يكون من عدد المشرفين والأساتذة المؤطرن من جهة، وتوزيع أحسن الظروف للتدريب من آلات ومعدات ولوازم مادية وأخرى معنوية، وذلك حتى يتم التدريب الجيد على التكوين، ويبقى كل من الأستاذ والطلبة في نفس الوقت، وإذا ما تزايد عدد الطلبة وقلة الوسائل في المقابل وتهوهرت ظروف العمل والتدريب بالنسبة للطلبة والأساتذة، كما هو الحال بهذا المستشفى- حسب المبحوثين- سوف تتدثر وضعية التكوين.

وتسوء أمور، وبالتالي لا يرضى بالطالب ولا الأستاذ عن هذا التكوين.

أما فيما يخص الأطباء المقيمين، فإن نسبة الأطباء كثرة الطلبة يعيب عن التكوين الجيد لهم كطلبة من جهة، وتتهم الأستاذ من جهة أخرى، لأن عدد الطلبة له تأثير على الفهم والتوكين الجيد لهم.
إذن نستنتج بأن سبب عدم الرضا عن التكوين لدى الأطباء المبحوثين، يعود إلى عامل عدم كفاية الإشراف، وكذلك نقص الوسائل البيداغوجية الضرورية لمقاومة مهنة التدريب والتكوين من جهة، ومزاولة المهنة بصورة عامة من جهة أخرى، حيث تعترف الطلبة على الاستيعاب الجيد للدروس، والأساتذة عن الإلقاء الجيد لهذه الدروس، وتؤدي بهم إلى الإرهاق والتعب.

الجدول رقم 40: نوعية العلاقة طبيب / أستاذ وعلاقتها بالرضا عن التكوين

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>الرضا عن التكوين</th>
<th>لا</th>
<th>تعم</th>
<th>الرضا عن التكوين</th>
<th>طبيب أستاذ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>33%100</td>
<td>لا</td>
<td>21</td>
<td>%63,64</td>
<td>لا</td>
<td>12%36,36</td>
</tr>
<tr>
<td>36%100</td>
<td>لا</td>
<td>22</td>
<td>%61,11</td>
<td>لا</td>
<td>14%38,89</td>
</tr>
<tr>
<td>74%100</td>
<td>لا</td>
<td>62</td>
<td>%83,78</td>
<td>لا</td>
<td>12%16,22</td>
</tr>
<tr>
<td>4%100</td>
<td>لا</td>
<td>4</td>
<td>%100</td>
<td>لا</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>6%100</td>
<td>لا</td>
<td>6</td>
<td>%100</td>
<td>لا</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>5%100</td>
<td>لا</td>
<td>1</td>
<td>%20</td>
<td>لا</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>158%100</td>
<td>لا</td>
<td>119</td>
<td>%75,32</td>
<td>لا</td>
<td>38%24,05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تضمن العدد نظرًا لكون المبحوثين أجابوا على عدة اقتراحات.

صمم هذا الجدول ليبين نوعية العلاقة طبيب / أستاذ وعلاقتها بالرضا عن التكوين، حيث ببين بأنه أغلب العينة المدروسة غير راضية عن طريقة التكوين، إذ بلغت نسبتهم 75,32% مقابل 24,05% راضيين عن التكوين.

أما بالنسبة للفئة غير الراضية عن التكوين، نجد نسبة 100% يرون بأن علاقة طبيب / أستاذ علاقة جد سببية مبنية على الأنا واتهام في المدربة والمواد الدراسية، وينفس النسبة من الأطباء نجدهم يرون أن علاقتهم مع مؤطرهم هي علاقة سببية مبنية على الصراع والمنافسة، فالأساتذة يحتفظ ببعض المعلومات الطبية التي يرى بأنها من الأحسن أن تبقى حكرا عليه، الأمر الذي يؤدي بالطريقة إلى البحث والقراءة سواء بالإنترنت أو الكتب وغيرها... لينافس أستاذ المؤطر ويكون ندا لند، وبالتالي يظهر بينهما نوع من الصراع الخفي الذي لا يريد الإفصاح عليه كل الطرفين، تليها نسبة 83,78% ترى بأن العلاقة
طالب أستاذ علاقة عادية ومتوسطة وهي كأي علاقة تجمع بين طرفين أولهما أستاذ وثانيهما طالب، ثم تليها نسبة 63.64% ترى بأن علاقة طبيب أستاذ بالمستشفى علاقة جيدة مبنية على التعاون بين الطرفين، وأخبرها نسبة 61.11% يرى بأن نوع علاقة طبيب أستاذ هي علاقة حسنة وبناء.

أما الفئة الثانية وهي فئة الراضين عن التكوين نجد نسبة 38.89% ترى بأن علاقة طالب أستاذ وثانيهما نسبة 63,64% ترى بأن علاقة طبيب أستاذ بالمستشفى علاقة جيدة مبنية على التعاون وأخبرها نسبة 16.22% ترى بأنها علاقة عادية ومتوسطة.

إذن نستطيع القول بأنه للعلاقة التي تربط بين الطالب وأستاذ تأثير على مدى الرضا عن التكوين، حيث نلاحظ بأن فئة الأطباء غير الراضين عن التكوين علاقتهم مع أستباثهم هي علاقة سيئة تندرج بين السبب المثنية على الصراع والمنافسة، والعلاقة الجيدة المبنية على الاحتياط بالThôngات الطبية، أما فئة الراضين عن التكوين فإن علاقتهم مع أستباثهم هي علاقة حسنة تندرج بين علاقة عادية ومتوسطة إلى علاقة جيدة مبنية على التعاون. وهذا ما يفسر أن العلاقة التي تجمع بين الطالب في الطب وأستاذ تأثير قوي وعلاقة مباشرة بالرضا عن التكوين.

3- العلاقات السلطوية بالمؤسسة الإستشافية العمومية:

إن طريق العمل في أي مؤسسة تنظمها علاقات سلطوية وكذا علاقات زمالة بين العمال، و باعتبار الأطباء عمال من جهة و مترشدين من جهة أخرى، ارتابنا التعرف على نوع العلاقات التي تجمع الأطباء فيما بينهم كزملاء، و علاقة هؤلاء الأطباء بأساتذتهم.

الجدول رقم 41: يبين مدى وجود المساعدة بين الأطباء و علاقتها بالمستوى المهني للمبحوثين

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>أستاذ مساعد</th>
<th>طبيب مساعد</th>
<th>طبيب مقيم</th>
<th>المستوى المهني</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>وجود مساعدة بين الأطباء</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>لا</td>
</tr>
<tr>
<td>138</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
<td>104</td>
<td>نعم</td>
</tr>
<tr>
<td>150</td>
<td>20</td>
<td>19</td>
<td>111</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
</tbody>
</table>
إن هذا الجدول بين مدى وجود المساعدة بين الأطباء وعلاقتها بالمستوى المهني للباحثين، حيث يتبين وكمما ذكرت سابقاً بأن الفئة الأطباء المقيمين تمثل أكبر نسبة من العينة المبحوثة، تلبى نسبة الأساتذة المساعدين، وثالثاً وأخيراً نسبة الأطباء المساعدين.

فبالنسبة للأطباء المقيمين نجد من بينهم نسبة 75.40% أجابوا بوجود مساعدة بين الأطباء فيما بينهم، ثم تنخفض النسبة إلى 58.30% يرون بأنه لا يوجد مساعدة بين الأطباء.

أما فئة الأساتذة المساعدين، فإن من بينهم نسبة 25% يرون بعدم وجود مساعدة بين الأطباء فيما بينهم، ونسبة 12.30% أجابوا بوجود مساعدة بين الأطباء فيما بينهم.

ونلاحظ أن نسبة 12.30% أجابوا بوجود مساعدة بين الأطباء فيما بينهم، ثم نسبة 7.90% يرون بعدم وجود مساعدة بين الأطباء.

و بذلك نستنتج بأن نسبة وجود المساعدة بين الأطباء المقيمين ترتفع، وتنخفض لدى الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين، وذلك نظراً لكون الأطباء المقيمين يتعاونون ويتضامنون لإتمام تكوينهم وتعليمهم وتدريبهم بدون صراع ومشاجرة، وكونهم يعلمون بأن زماليتهم لا تدوم إلا لبضع سنوات فقط. أي سنوات إتمام الدراسة، ثم بعداً يذهب كل طبيب إلى حال سبيله، و من جهة أخرى كون فئة الأطباء المقيمين هم أطباء طلبة في إطار التكوين، وعليهم مساعدة بعضهم البعض للتعلم والاستفادة من أخطاء وخبرات بعضهم البعض، لأن دروس الدراسة أو المؤطر، وحدة لا تكفي للحصول على شهادة طبيب مؤهل، والوقت الذي يمضيه الأطباء المقيمين مع بعضهم أكبر من الوقت الذي يمضونه مع المؤطر، الأمر الذي يجعلهم يتعاونون ويساعدون بعضهم البعض، ونجدنا تنخفض لدى الأطباء المساعدين و الأساتذة المساعدين كون هذه الفئة من الأطباء أنهت مرحلة التكوين، وهي في مرحلة العمل والتأخير والإشراف. فقد يتمتع طبيب مساعد أو أساتذة مساعد عن مساعدة زميله نظراً لوجود نوع من الصراع بينهما فيما يخص درجة التأهيل ومساحة المعرفة، لأنها حتماً تتفاوت من طبيب لآخر، وقد يبيع طبيب طلب مساعد من زميله، طبيب خوفاً من حكم الطرف الآخر على بقلة المعرفة والتكوين هذا من جهة، أو عدم قبول الطرف الآخر تقديم المساعدة للطرف الأول حتى لا يجعله يستفيد من معلوماته وهذا ما نسميه بتحكيم المعلومات من جهة أخرى.

إذن نستطيع الاستنتاج بصورة عامة وجود نوع من المساعدة والتضامن بين الأطباء المقيمين، وجود نوع من الصراع غير الظاهر بين الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين.
الجدول رقم 42: طبيعة العلاقة بين الأطباء و علاقتها بالمستوى المهني

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>بدون إجابة</th>
<th>أخرى</th>
<th>علاقة عامة</th>
<th>علاقة مبنية على العلاج والتكافؤ</th>
<th>علاقة مبنية بين الأطباء</th>
<th>طبيعة العلاقة بين المستوى المهني</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>136</td>
<td>-</td>
<td>5</td>
<td>24</td>
<td>17</td>
<td>90</td>
<td>طبيب مقيم</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%3,67</td>
<td>%17,65</td>
<td>%12,50</td>
<td>%66,18</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>13</td>
<td>طبيب مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%4,17</td>
<td>%20,83</td>
<td>%16,67</td>
<td>%54,16</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>16</td>
<td>أستاذ مساعد</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>%12</td>
<td>%24</td>
<td>%64</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>*185</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>32</td>
<td>27</td>
<td>119</td>
<td>المجموع</td>
</tr>
<tr>
<td>%100</td>
<td>%0,54</td>
<td>%3,24</td>
<td>%17,30</td>
<td>%14,60</td>
<td>%64,32</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- تضم المجموعات أجدبوا على عدة اقتراحات.

من خلال هذا الجدول والذي يبين طبيعة العلاقة بين الأطباء و علاقتها بالمستوى المهني، يتضح لنا بأن أغلب أفراد العينة المبحوثة علاجهم مع بعضهم البعض هي علاقة مبنية على روح التعاون والتماسك، بنسبة 64.32%، ثم تلتها نسبة 17.30% علاقاتهم مبنية على الغيرة، ثم نسبة 3.24% لم تكن إجاباتهم صريحة.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين نجد من بينهم 66.18% أطباء مقيمين، ثم تلتها نسبة 64% أستاذة مساعد، لتنخفض النسبة لدى الأطباء المساعدين بـ 54.16%.

أما الفئة الثانية من الأطباء المبحوثين وهم الذين تجمعهم علاقة مبنية على الغيرة، نجد من بينهم نسبة 20.83% أطباء مساعدين، ثم تلتها نسبة 17.65% أطباء مقيمين، وأخيرا نسبة 12% أستاذة مساعد.

وفيما يخص الفئة الثالثة والتي تجمعهم علاقة مبنية على الصراع والمنافسة نجد نسبة 24% أستاذة مساعدين، ثم تلتها نسبة 16.67% أطباء مساعدين، لتنخفض النسبة لدى الأطباء المقيمين بـ 12.50%.

أما الفئة الأخيرة من المبحوثين التي لم تكن إجاباتهم صريحة، فإننا نجدها تنحصر بين الأطباء المقيمين والأطباء المساعدين.
و نستطيع أن نلاحظ و نستنتج أن للمستوى المهني لدى الأطباء له تأثير على نوع العلاقة التي تجمعهم، بحيث نجد بأن فئة الأطباء المقيمين تجمعهم علاقة بنية على التعاون والتضامن، كونهم فئة مازالت في إطار التكوين والممارسة بمعظم مواقفهم في الدراسة والتدريب على المهنة، ومعظم حياتهم يتمحور على المرض ونوع العلاج المناسب، فإذا احتاج أي طالب إلى مشورة أو مساعدة فغالبا ما يلجأ إلى زميله الطبيب المتدرب من منحة في السنة الدراسية أو في نفس السنة الدراسية، وقد يكون أحيانا أقل منه مستوى دراسي، وتتفق على هذه الفئة العلاقات البنية على الصراع والمنافسة والخبرة، بينما الأطباء المساعدين والأستاذة المساعدين يجد بأن روح التعاون والتضامن تنخفض لديهم بالمثابة مع الأطباء المقيمين، وترتفع نسبة الصراع والمنافسة والخبرة كونهم فئة أنهت مراحلها الدراسية، عملية ينحصر في مساحة المرضي والإشراف على الطلبة وتأديبهم وغالبا ما تدخل المناقصة والصراع وحتى الخبرة فيما بينهم، لأن طرق التعليم والتدريب قد تختلف من طريقة لأخرى، وهذا ما قد يؤدي إلى ظهور نوع من الصراع بينهم، وبالتالي تنخفض نوعا ما لديهم روح التعاون والتضامن. وفي المقابل نجد روح الصراع والمنافسة والخبرة ترتفع نوعا ما بالنسبة لبؤرة وجودها لدى الأطباء المقيمين. وبالتالي للمستوي المهني تؤثر على نوع العلاقة التي تجمع بين الأطباء بالمستشفي.

الجدول رقم 43: بين نوع العلاقة الموجودة بين الطبيب الطالب و أستاذه حسب المستوى المهني للمبحوثين

<table>
<thead>
<tr>
<th>المجموع</th>
<th>طبيب مقيم</th>
<th>طبيب مساعد</th>
<th>أستاذ مساعد</th>
<th>المجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>بدون إجابة</td>
<td>إجابة</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 116     | %2,59      | %3,45       |                | %29%
| 100     |            | %1,72       |                | %19,83
| 20      | %5         | %5          |                | %7
| 100     |            | %40         |                | %10
| 21      | -          | %4,76       |                | %2,57
| 100     |            | %52,38      |                | %9,53
| *157    | %2,57      | %3,81       |                | %2,57
|         |            | %47,12      |                | %2,57
|         |            | %22,93      |                | *157%
|         |            | %21         |                | *157%

* ارتفاع العدد نظرًا لتعدد الإجابات
إن هذا الجدول يبين نوع العلاقة بين طبيب(طالب)/أستاذ وعلاقتها بالمستوى المهني، حيث يتبع بأن أغلب العينة البالغة ترى علاقة (طالب)/أستاذ هي علاقة عادية ومتوسطة، بنسبة 47,12%، ثم تليها نسبة 22,93% ترى بأنها علاقة حسنة وبناءة، ثم تليها مباشرة نسبة 21% ترى بأنها علاقة جيدة مبنية على روح التعاون والتماسك، ثم تخفض النسبة لتصل إلى 3,81% ترى بأنها علاقة جد سيئة مبنية على الاختلاف بالمعلومات الطبية، وأخيرا نسبة 2,57% يرون بأنها علاقة سيئة مبنية على الصراع والمنافسة.

اذن بالنسبة للفئة الأولى من المبحوثين، والتي ترى العلاقة طالب/أستاذ هي علاقة عادية ومتوسطة أحيانا وجد أحيانا أخرى سيئة بسدها الاختلاف بين الطرفين، نجد من بينهم نسبة 52,38% أستاذة مساعدين، ثم تليها نسبة 47,41% أطباء مساعدين، وأخيرا نسبة 40% أطباء مساعدين.

بينما الفئة الثانية والتي ترى العلاقة طالب/أستاذ هي علاقة عالية حسنة وبناءة بسدها نوعا من التعاون والاحترام والمساعدة، نجد من بينهم نسبة 35% أطباء مساعدين، ثم تليها نسبة 28,57% أستاذة مساعدين، وأخيرا نسبة 19,38% أطباء مساعدين.

أما الفئة الثالثة و هي الفئة التي ترى بأن العلاقة هي علاقة مبنية على التعاون والاحترام، نجد من بينهم نسبة 25% أطباء مساعدين، ثم تليها نسبة 20% أطباء مساعدين، و أخيرا نسبة 9,53% أستاذة مساعدين.

والفئة الرابعة التي ترى بأن العلاقة جد سيئة مبنية على الاختلاف بالمعلومات الطبية نجد من بينهم نسبة 5% أطباء مساعدين، ثم تليها نسبة 4,76% أستاذة مساعدين، ثم تليها نسبة 3,45% أطباء مساعدين.

والفئة الأخيرة التي ترى بأنها علاقة سيئة مبنية على الصراع والمنافسة نجد من بينهم نسبة 5% أطباء مساعدين، ثم تليها نسبة 4,76% أستاذة مساعدين، و أخيرا نسبة 1,72% أطباء مساعدين.

إذن يتبين من خلال ما سبق بأن علاقة طالب / أستاذ هي في الغالب علاقة جيدة تتأرجح من علاقة عادية و متوسطة إلى علاقة حسنة و بناءة إلى علاقة جيدة مبنية على التعاون والتماسك أي علاقة إيجابية، وذلك نظرا إلى وجود نوع من الاحترام لدى كل من الطرفين، فالطالب يجب عليه احترام أستاذه، و الأستاذ كذلك يجب عليه أن يبادل الطالب بنفس الاحترام، هذا من جهة و من جهة أخرى دراية كل طرف بوجود حدود تتنظيم علاقتهما لا يجب تجاوزها، وإذا تجاوز أي طرف هذه الحدود ينقص الاحترام و تظهر المشاكل بينهما، الأمر الذي يؤدي إلى عرقلة مسار تكوين الأطباء بالمستشفى، و من جهة ثالثة مركز الأستاذ المشرف بالمستشفى لما له من سلطة يمارس سلطته هذه على طلابه، و دراية طلبه أن يجب الخضوع لهذه السلطة، و إلا سيواجه مشاكل كثيرة لأولها سيطرتهم على مسار الامتحانات و مجموع النقط، الأمر الذي يؤدي بالطلبة إلى الخضوع لسلطة أستادتهم خضوعا تاما.
الجدول رقم 4: يبين نوع العلاقة الموجودة بين الأطباء و علاقتها بوجود المساعدة فيما بينهم

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع العلاقة بين الأطباء</th>
<th>المجموع</th>
<th>لا</th>
<th>تعم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>علاقة جيدة مبنية على التعاون والتشابه</td>
<td>112%</td>
<td>94,12%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>علاقة مبنية على الصراع والمنافسة</td>
<td>37%</td>
<td>84,10%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>علاقة مبنية على الغيرة</td>
<td>30%</td>
<td>90,91%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أخرى</td>
<td>5%</td>
<td>83,33%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بدون إجابة</td>
<td>1%</td>
<td>100%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>المجموع</td>
<td>203%</td>
<td>8,87%</td>
<td>91,13%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- تضمن العدد نظراً لكون المبحوثين أجابوا على عدة اقتراحات.

من خلال هذا الجدول، يبين نوع العلاقة بين الزملاء الأطباء ومدى وجود المساعدة بينهم سواء في علاج المرضى أو في التدريب والتعليم، حيث يبين بأن نسبة 91,13% من أفراد العينة المبحوثة يرون بأنه يوجد علاقة بين الأطباء فيما بينهم. ثانياً، تأتي نسبة 8,87% يرون بأنه لا وجود للمساعدة بين الأطباء فيما بينهم.

فبالنسبة لللفة الأولى، ينج نجد نسبة 94,12% يرون بأن علاقة الأطباء فيما بينهم هي علاقة جيدة مبنية على روح التعاون والتشابه، الأمر الذي يؤدي إلى وجود المساعدة بينهم في محاولة إيجاد العلاج المناسب وفعال للمريض من جهة، وفي الاستفادة من معارف و معلومات بعضهم البعض، تأتي نسبة 90,91% يرون بأنه لا وجود لروح التعاون والتشابه فيما بينهم كأطباء، ولكن العلاقة الوحيدة التي تجمع بينهم هي علاقة مبنية على الغيرة والسعد، وهذا النوع من العلاقات نجده خاصة عند بعض الأطباء القدماء، حيث غالبًا ما يرفض الأطباء القديمي مساعدة الأطباء الجدد، وأحياناً عندما يكون هؤلاء الأطباء الجدد يملكون معلومات أحسن من الأطباء القدماء، أي أنهم أكثر تأهيل من الأطباء القدماء، وبدأ كل طرف محاولة تبين مؤهلاته إلى الطرف الآخر، يدفع الغيرة ومحاولة تبني الآخرين فيظهر الخلاف والصراع، وهذه العلاقة هي علاقة غير بناءة و تكون ضد مصلحة الطرفين من جهة، و ضد مصلحة الطرف الثالث وهو المريض.
ثم تليها بعد ذلك نسبة 84,10% يرون بأن العلاقة بين الأطباء هي علاقة مبنية على الصراع والمنافسة، فأحيانا تكون المنافسة بناءة وأحيانا أخرى تكون هدامة، فإذا كانت هذه المنافسة شريرة وبناء فإنها تكون لصالح المريض والطبيب معًا، وفي الغالب ما تكون كذلك.

و نجد أخرى نسبة 83,33% يرون بأن علاقة الأطباء مع بعضهم البعض هي علاقة غير مبنية لا على التعاون والتصاميم، ولا على الصراع والمنافسة ولا على الغيرة، ولكنها مبنية على كل هذه الأنواع من العلاقات مجتمعة، فأحيانا يكون التضامن و التعاون و أحيانا أخرى يكون الصراع والمنافسة والغيرة، وبالتالي هي علاقة تتأرجح بين الحسن و السوء، وبالتالي إجابتهم لم تكن صريحة.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بعدم وجود المساعدة بين الأطباء نجد من بينهم نسبة 16,67% ترى بأن علاقاتهم مع زملائهم الأطباء تتأرجح بين الحسن و السوء، تليها نسبة 15,90% يرون بأن نوع العلاقة التي تجمع بينهم كأطباء هي علاقة مبنية على الصراع والمنافسة الأمر الذي يؤدي بهم إلى عدم مساعدة بعضهم البعض، تليهما نسبة 9,09% يرون بأن العلاقة هي علاقة مبنية على الغيرة و الحسد، الأمر الذي يمنع وجود المساعدة و التعاون بينهم في علاج المرضى، و أخيرا نسبة 5,88% يرون بأنه رغم عدم وجود المساعدة فيما بينهم إلا أن العلاقة هي علاقة جيدة مبنية على التعاون و التضامن، و أن كل طبيب يشغله بعلاج مرضاه، وقد يتعاونون و يتضامنون مع بعضهم البعض في المشورة فقط، فقد يشير طبيب عند وقوفه في حالة مرضية لم يفهمها طبيبا

آخر قد يفهم هذه الحالة، و بالتالي تأخذ العلاقة بينهم صورة التعاون و التضامن.

إذن نستطيع القول بأنه يوجد مساعدة بين الأطباء فيما بينهم وذلك ناتج عن روح التعاون والتضامن الموجودين في طريقة التعامل مع بعضهم البعض، فنوع العلاقة التي تجمع بين الأطباء يؤدي إلى وجود أو انعدام المساعدة في علاج المرضى.
الاستنتاج الفرضية الثالثة:

من خلال التحليل الذي قمنا به في إطار تحليل الفرضية الثالثة توصلنا إلى أن عدم انضباط المؤطر ين و ذلك من خلال الغيابات التي يقومون بها والتي تؤدي إلى بروز نوع من عدم الرضا عن التكوين لدى الأطباء في إطار التكوين. كما بين بأن هذه الغيابات المتكررة للموظرين تسبب في تضيف فرص كثيرة للتعليم والتدريب على المهنة، خاصة إذا كانت هذه الغيابات لا تعود، وكذلك نظرًا لنقص الوقت أو ضيق الوقت بالنسبة للطبيب الطالب من جهة والأستاذ المشرف من جهة أخرى.

كما اتضح بأنه من أبرز و أعقد المشاكل التي تعرض إليها الطبيب الطالب في إطار التكوين هو غياب المؤطر، ثم يأتي بعدها مشكلة نفس الوسائل والمعدات الضرورية للتكوين. فالطالب أول وقت شيء يحتاجه للتعلم والتدريب هو الأستاذ ثم الوسائل الطبية الضرورية. وإذا لم تتوفر هذه الأخيرة فما هو مصيرهم كأطباء؟

إن مواجهة المشاكل أثناء فترة التكوين هي المشاكل المتعلق بتكوين في حد ذاته لها تأثير قوي و علاقة مباشرة بالرضا أو عدمه عن طريقة تكوين الأطباء بالمستشفي، حيث نلاحظ بأن الطلبة الذين يواجهون مشاكل أثناء فترة التكوين غير راضين إطاقاً على طريقة التكوين بصفة عامة، أما الأطباء الذين لم يواجهوا مشاكل أثناء فترة التكوين فنجدهم راضين على طريقة التكوين.

وجود نوع من عدم الرضا بهذا يرجع إلى عدم تقديم المؤطر لجميع المعلومات الطبية المتوفرة لديه، وهذا ما يجعل الأطباء الطلبة يبحثون عن التكوين الفعلي، وذلك بإتباع المؤطر في كل حركة يقومون بها مع المريض، وذلك سبباً منهم لمحاولة الحصول على المعلومات الطبية من الموظرين بطريقة أو بأخرى محاولين التعرف على أغلب الحالات المرضية المتواجدة بالمستشفى.

سبب عدم الرضا عن طريقة التكوين لدى الأطباء المبتدئين يعود إلى عامل عدم كفاءة الإشراف وكذا نقص الوسائل البيئية الضرورية لمزاولة مهنة التدريب والتكوين من جهة، ومزاولة المهنة بصفة عامة من جهة أخرى، حيث تعرقل الطلبة على الاستيعاب الجيد للدروس و الأستاذ عن الإلقاء الجيد لهذه الدروس و تؤدي بكلا الطرفين منهما إلى التعب والإرهاق.

وتتوب أيضًا بأن الأساتذة المؤطرين لا يقدمون جميع المعلومات الطبية إلى طلبتهم، وأن السبب في ذلك يرجع إلى عدم تأهيل الأساتذة (هذا حسب المبتدئين) في نظر طلبتهم كفاءة حتى يستطيعون الشمول بالمعلومات الطبية في هذا المجال، أي المجال الطبي هذا من جهة، ومن جهة أخرى عامل الوقت الذي يلعب دور أساسي ومهم، حيث عدم كفاية الوقت تعتبر من أهم المشاكل التي يواجهها الإنسان في العصر الحالي، فالأساتذة لا يكفيهم الوقت لتقديم جميع المعلومات الطبية إلى طلبتهم.
للسّتوى المهني لدى الأطباء تأثير على نوع العلاقة التي تجمعهم، حيث نجد فئة الأطباء المقيمين تجمعهم علاقة مبنية على روح التعاون والتضافم، كونهم فئة مازالت في إطار التكوين والتمرس، بينما فئة الأساتذة المساعدين والأطباء المساعدين فذ بان روح التعاون والتضافم تتفوق بالمقارنة مع الأطباء المقيمين وفي المقابل ترفع لديهم نسبة الصراع والمنافسة والغيرة.

إن العلاقة التي تجمع بين الطالب وأستاذه في الغالب هي علاقة جيدة تتأرجح من علاقة عادية ومتروطة وعلاقة حسنة وبناءة إلى علاقة جيدة مبنية على التعاون والتضامن، وذلك نظراً لكون هذه العلاقة التي تجمعهما يسيرها عامل الاحترام المتبادل في جهة ومن جهة أخرى العلاقة السلطوية التي تجعل من الأستاذ إفراز طلبه إلى سلطته. هذه السلطة يسيرها الاحترام المتبادل.

إن العلاقة التي تربط بين الطالب وأستاذه تأثير على مدى الرضا عن التكوين حيث نلاحظ بأن فئة الأطباء غير الراضين عن التكوين علاقاتهم مع أستاذهم علاقة سيئة تتأرجح بين السّيدة المبنية على الصراع والمنافسة، والعلاقة الجد سببة المبنية على الاحتفاظ بالمعلومات الطبية، أما فئة الراضين عن التكوين فإن علاقاتهم مع أستاذهم علاقة حسنة تتأرجح من بين علاقة عادية ومتروطة إلى علاقة جيدة مبنية على التعاون، وهذا ما يفسر بأن العلاقة التي تجمع بين الطالب في الطب وأستاذه تأثير قوي وعلاقة مباشرة بمدى الرضا عن التكوين.

إن نسبة وجود المساعدة بين الأطباء المقيمين تتفوق، بينما تتفوق لدى الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين، وذلك نظراً لكون الأطباء المقيمين يتعاونون ويتضامنون لإتمام تكوينهم وتعليمهم بدون صراع أو مشاكل، لأن الصراع فيما بين الطلبة يعرقلهم عن التعلم ضف إلى ذلك هدفهم المستشفي هو التعلم بدون صراع، وهذا الهدف يملؤ كل وقتهم وتكثيرهم. وعندما تتخفض لدى الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين، كون هذه الفئة من الأطباء انها مرحلة الدراسة، وهم في العمل التأثير والإشراف، فهناك نوع من المساعدة، التعاون والتضامن بين الأطباء المقيمين، نوع من الصراع الباطن بين "المشرفين الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين".
الاستنتاج العام:

لقد حاولنا من خلال هذه الدراسة المتواضعة التطرق إلى ظروف عمل الأطباء في القطاع الصحي العام، و مدى ملاءمتهم لوظيفتهم المستشفي، كما حاولنا التعرف على نوع العلاقة التي تجمع الأطباء فيما بينهم، وكذا علاقاتهم مع أساتذتهم، و بصفة عامة التعرف على العراقيل المادية والمعنوية للأطباء في أثناء تأديتهم لعملهم.

و لقد انطلقنا في عملنا هذا بطرح ثلاث تساؤلات منظمة في إطار إشكالية البحث و التي تدور حول العوامل التالية:

- مدى توفر معدات العمل الطبية بالمستشفى، و مدى تأثيرها على الفاعلية في عمل الأطباء أولاً، و مدى تأثير الجوانب التحفيزية على الأطباء في أداء عملهم الطبي و كذا على الفاعلية لديهم، و أخيراً مدى انسجام الموظفين - أي المشرفين على تعليم الأطباء في إطار التكوين. في عملهم و المتمثل في تدريب الطلبة و تكوينهم.

ثم بعد ذلك حاولنا الإجابة على هذه التساؤلات بصياغة فرضيات البحث و التي تمتثل في:

1- الظروف الصعبة للعمل في المؤسسة الإستشفائية العمومية أدت إلى ضعف الأداء المهني للطبيب.

2- نقص الجوانب التحفيزية في المؤسسة الإستشفائية العمومية أدى إلى بروز نوع من عدم الارضا عن العمل لدى الأطباء.

3- عدم انسجام الموظفين في التكوين أدى إلى بروز نوع من عدم الرضا عن التكوين لدى الأطباء المكونين (الأطباء الطالب) .

و من خلال القراءة السوسيولوجية لمختلف النقاط التي احتواها بحثنا توصلنا إلى جملة من النتائج حيث نبين لنا مايلي:

- إن مستشفى مضيفي باشا الجامعي باعتباره من أهم وأكبر مستشفى بالجزائر بكاملها يقصده المرضى من كل أنحاء الوطن و باختلاف مستوياتهم الاجتماعية و الثقافية، نجده يعاني من نقص ملحوظ في الآلات و المعدات الطبية اللازمة لعلاج المريض من جهة، و التي يستعملها الأطباء للتكوين و التدريب على المهنة من جهة أخرى، و إن توفرت فان أغلبها معطل أو مهمل من جراء كثرة الاستعمال، و أن هذا النقص يؤثر كثيرا على الطبيب و يعرفه عن أداء عمله الطبي على أحسن وجه، حيث يواجه كل من الطبيب و المريض مشاكل كثيرة و تعقيدات أخرى تحولى المريض إلى مستشفى آخر، هذا بالنسبة للمريض، أما بالنسبة للمشاكل التي تعود على الطبيب تعرضه للضغوطات من طرف أهل المريض، و السب و الشتم في حالة موت المريض أو تدهور حالتة الصحية، أو حتى تحويله إلى مستشفى آخر.
- إن سبب نقص الآلات والآلات الطبية غير التدخينة لمزامنة العمل الطبي في داخل المستشفى يرجع إلى عدم كفاية هذه الآلات كما في تابثية وتغطية حاجات المريض، لأنه وكما قالت سابقا المستشفى يقصده المريض من كل أنحاء الوطن، الأمر الذي يؤدي إلى تواعد المريض بكثرة وفي المقابل قلة الآلات والمعدات الطبية اللازمة لعلاجهم.

- إن مدى توفر أو نقص الوسائل الطبية للمستشفى تأثر على مدى الرضا عن العمل لدى الأطباء، فإذا ما تتوفر هذه الوسائل سهل العمل الأطباء، يستطيعون معالجة المريض وتشخيص حالته للمريض، ومن هنا نقص المشاكل التي يمكن أن يعترض بها كلا الطرفين: تجنب المريض من جهة الأمراض الصحية التي يمكن أن يعترض بها، وطبابه يتجنب المشاكل التي يمكن أن يعترض بها من طرف أهل المريض، و بالتالي يصرف الطبيب ويرضى الطبيب بالنتائج التي حققها من خلال تأديته لعمله الطبي، و في النهاية يعترض على العمل، والعكس صحيح إذا ما نقص المستشفى نقصا في الآلات والمعدات الطبية اللازمة، إذ نقصها يؤدي إلى صعوبة تأدية العمل الطبي، وظهور مشاكل عدة تتعلق بالأطباء والمريض على حد سواء، الأمر الذي يؤدي إلى ظهور نوع من الضغوطات التي تجعل من الطبيب غير راضي عن أداءه المهني، و من النتائج التي حققها مع مراعاته.

- إن عدد المرضى المتواجدين بالمستشفى الذي يشرف على علاجهم الطبيب له تأثير على الفاعلية في العمل الطبي، فكثرة المرضى في طوابير الانتظار تجعل من الطبيب يسرع في علاجهم في أقصر مدة زمنية ممكنة، و بذلك ينظر هنا إلى الجانب الكمي ويهم الجانب الكيفي، و هذا ما يعترض بالسلب على المريض أولا ثم الطبيب ثانيا، يؤثر بالسلب على المريض كونه أول متضرر، إذ من الممكن أن تتعدد حالاته الصحية، و ذلك بسبب الإهمال الذي قد يعترض إليه من جراء سرعة الطبيب في العلاج من جهة، و من جهة أخرى يؤثر بالسلب على الطبيب، فالسرعة في عملية العلاج تؤدي بالطبيب إلى التعرض إلى التعب والإرهاق، الأمر الذي يؤدي حتى إلى نقص الفاعلية لدى الأطباء في العمل الطبي.

- إن المستشفى لا يعاني فقط من نقص الآلات والمعدات الطبية، وإنما حتى الأدوية هي الأخرى غير متوفرة بكمية كافية في النوع وأحيانا حتى العدد، وأن عند مواجهة الأطباء لمشكل نقص الأدوية أول حل يتخذته هو تبديل الأدوية اللازمة توفرها بأدوية أخرى مساوية لها، تختلف فقط في درجة التركيز، وأحيانا في التركيب كذلك.

- إن نقص الأدوية أو توفرها له دورا في الرضا عن العمل لدى الأطباء، ولكن ليس له تأثير في الفاعلية لديهم، فهذا النقص قد يؤثر على بعض الأطباء ويجبرهم على عدم الفاعلية في العمل، وقد لا يؤثر عليها إطلاقا، و هذا ما حدث لدى العينة المبحوثة، فأغلب هذه العينات فعالين في عملهم رغم نقص الأدوية، لأنهم وجدوا الحل المناسب وتمكنوا في تبديل الأدوية بدوية مماثلة. و عند استحالة ذلك يقومون بتحويل المريض إلى مستشفى آخر يضمن له العلاج المناسب بتوفر الأدوية الضرورية أو يطلبون من أهل المريض شراء الدواء اللازم و غير المستوفى بالمستشفى للمريض.
- إذن إن الجانب المادي من وسائل و معدات و آجزة طبية بلازم توفرها بالمستشفى -أداء العمل الفني على أحسن وجه -تأثر كبير على الأداء المهني للطبيب، حيث إذا ما توفرت هذه الوسائل سهل الأمر على الطبيب، يؤدي عمله على أحسن وجه و يصل إلى تحقيق الفاعلية في العلاج، الأمر الذي يؤدي إلى الرضا عن العمل، وبالتالي الراضي عن مكانته المهنية بالمستشفى، و العكس صحيح، إذا ما نقصت أو فاقت رؤى ذلك بالسهل على عمل الأطباء و أداءهم المهني، فتتقصى الفاعلية في العمل و يسجل المستشفى عدم الراضي لدى هذه الفئة من العمل.

ليس فقط الجانب المادي للعمل من آلات و معدات و آجزة طبية يؤثر على الطبيب سببا أو إيجابا، وإنما كذلك مدى النظافة المتوفّرة بالمستشفى، حيث المستشفى مصنوع باشا الجامعي سجّلنا إجابات معتبرة عن قيمة النظافة و أحياناً ثق顺便، و أن هذه الإجابات التي يبعث عليها الطبيب الذين يعملون في مصالح طبية مبانيها قديمة جداً، قد تم نشرها و نشرتها هو الذي جعل هذه المصالح تعاني الإهمال و نقص في النظافة، أما فئة الأطباء الذين أجابت بأن المستشفى نظيف و نوع ما نظيف فإنها فئة الأطباء الذين يعملون في مصالح طبية حديثة البناء، مثل مساحة "جراحة الأطفال" و مصلحة "جراحة الأطفال"، الـ ٧، و الحجرة، و أن للرقابة دور كبير في الحفاظ على نظافة المصالح الطبية بالمستشفى، سواء كانوا أطباء أو مستخدمين طبيين أو غير طبيين و حتى أهل المريض و المربي رضي.

- إن أغلب الأطباء إن لم يكفّن كلهم يخضعون للاختلاف المناوون بدون استثناء، و هو أي نظم المناوون يسري على كل الأطباء باختلاف مستوياتهم المهنية من أطباء مقيمين، مساعدين و حتى الأساتذة المساعدين، و أن أي حالة تغيّب عمدي أو غير عمدي تؤدي إلى العقاب من طرف إدارة المستشفى، و قد يكون هذا العقاب شفهي أو كتالي حسب مصير الغلاب، و قد يصل أحياناً إلى الطرد، و في غالب الأحيان يكون �هراً من الأجر، لذلك نلتزم وجود نوع من التعاون و التفاهم لدى الأطباء فيما بينهم، ففيما يواجه أي طبيب منهم مشكل صحي و اجتماعي في يوم إجرائه للمناوبة فجده يتفاهم مع زميل له لإجراء التبادل فيما بينهم.

- إن للجوانب التحفيزية تأثير كبير في الرضا عن العمل لدى الأطباء و ذلك باختلاف مستوياتهم المهنية، إذ نلاحظ و جود نوع من عدم الرضا لدى فئة الأطباء المقيمين بينما نلتزم وجود نوع من الراضي عند فئة الأطباء المساعدين، و ذلك نظرًا لامتياز هائين الفئتين بعدة امتيازات بالمقارنة مع الفئة الأولى، و خاصة فيما يخص المحتوى و العلاوات والأجر، تكون فئة الأطباء المقيمين تعمل أحياناً أكثر من فئة الأطباء المساعدين و الأساتذة المساعدين، لكنها تتفاهم براً تراها زهداً بالمقارنة مع هائين الفئتين (فئة الأطباء المساعدين و الأساتذة المساعدين) و لكن هذه الفئة من وجهة نظر إدارة المستشفى حتى لو كانت تعمل أكثر فهي مازالت في إطار التدريس، و أن هذا العمل هو عبارة عن تدريب لإعداد أطباء مؤهلين، و لاكتساب المعرفة و التمرين على المهنة، كون مهنة الطب مهنة تعتمد على التمرين و التدريب أكثر منه على النظرية، و أنه كلما عمل الطالب الطبيب بالمستشفى كما تعرف على الحالات المرضية التي تزور المستشفى، فتزيد فرص التعلم و التدرب عليه.
- كما توصلنا كذلك إلى التعرف على أن فئة الأطباء الذين لا يتقاضون منحا و علاوات يمثلها الأطباء المقيمين، بينما فئة الأطباء الذين يتقاضون منحا و علاوات يمثلها الأطباء المساعدين، وأن لهذه المنح و العلاوات تأثير على مدى الرضاء عن العمل و له علاقة مباشرة به، فالاستفادة من المنح و العلاوات عند بعض الأطباء أدى بهم إلى الراضي عن العمل و العكس صحيح، كون عدم الاستفادة من هذه المنح و العلاوات عند فئة أخرى من الأطباء المبحوثين أدى بهم إلى عدم الرضا عن العمل.

- كما سجنا وجود نوع من عدم الرضا لدى الأطباء عن الأجر الذي يتقاضونه بالمستشفي، وأن لهذا الأجر تأثير على الفاعلية في العمل لديهم، و يتبنى ذلك من خلال مستويات الأجر الذي يتقاضونه، حيث أعلى نسبة نجاحه تتميز لدى الأطباء الذين يتقاضون أجرًا يتراوح ما بين 15.000 دج إلى 25.000 د.ج، وهي في الغالب نسبة الأطباء المقيمين و الأطباء المساعدين حديثي العمل بالمستشفى، ففئة الأطباء غير فعالين في عملهم، بينما الفعالين في عملهم نجدها تتحصل في مستويات الأجر ما بين 30.000 دج إلى 40.000 د.ج، وهذه الفئة يتمثلها في الفئة فئة الأساتذة المساندين.

من هذا نستخلص بأن للجوانب التنفيذية أثر كبير في عمل العامل مما كانت درجته المهنية ببذل مجهود إضافي لتحقيق الفاعلية و الوصول إلى المستوى المطلوب.

- إن الطالب الطبيب تعرض لمشكلة عديدة في أثناء مدة تدريبه على المهنة، وأن نوع هذه المشكلات تعود في الغالب إلى غياب الموظرين المشرفين على تدريبهم، ثم نقص الوسائل و المعدات الطبية الضرورية لتعلم على المهنة، هذا المشكلات مما من أخطر و أعد المشكلات التي يتعرض إليها الأطباء، فالطالب أول شيء يحتاجه للتدريب و التعلم هو الأساتذة أولا، ثم الوسائل البدنية، و إذا لم توفر هذه الشروط كيف سيكون مصير هؤلاء الطالبة؟، كيف سيكون مستوى الدراسى و المهني؟، كيف سيكون مصير الطب بصفة عامة؟.

- إن مواجهة المشاكل أثناء فترة التكوين لها علاقة قوية و مباشرة بالرضا عن طريقة تكوين الأطباء بالمستشفى، حيث نلاحظ بأن الطالبة الذين واجهوا مشاكل أثناء فترة التكوين غير راضين عليه إطلاقا، أما الأطباء الذين لم يواجهوا مشاكل أثناء فترة التكوين نجدهم راضين عن طريقة التكوين.

- ومن بين المشاكل التي يتعرض إليها الطالبة في أثناء مرحلة التكوين هي امتلاع الأساتذة عن إعطاء جميع معلوماتهم الطبية إلى طلبتهم، و حسب المبحوثين أن السبب في ذلك هو عدم تأهيل هؤلاء الأساتذة في نظر طلبتهم، كما أن بعضهم يقلفون الشمول بالمعلومات الطبية في هذا المجال، و من جهة أخرى عامل الوقت الذي يلعب دور أساسي و مهم، حيث قدر كفالة الوقت يعتبر من أهم المشاكل التي يواجهه الإنسان في العصر الحالي، فالأساتذة لا يكفيهم الوقت لتقديم معظم معلوماتهم الطبية إلى طلبتهم.
إن غالبا ما يتغير المؤثر أو الأساتذة المشرفين على تعليم الطلبة الأطباء في إطار التكوين والتدريب، وأن هذه الغيابات تؤدي إلى خلق مشاكل تعود إلى الطلب على الطالب الأطباء، حيث عند حالات الغياب هذه قد تضيع على الطالب فرص كثيرة للتعلم والتدريب، خاصة إذا كانت هذه الغيابات لا تعوض، وكذلك نظرًا لضيق الوقت بالنسبة للطبيب الطالب والأساتذة المشرفين على هذا الوضع، لذلك كان سبب عدم الرضا عن التكوين حسب المبحوثين هو عاملاً في كفاءة الإشراف، وكذلك نقص الوسيلة البيداوية الضرورية لمحاولة مهمة التدريب والتكوين من جهة، ومزاولة المهمة "مهنة الطب" بصفة عامة من جهة أخرى، حيث تتعمل الطلبة على الاستيعاب الجيد للدروس والأساتذة على الإلقاء الجيد لهذه الدروس، وتأدي مهمات الإرشاد والتعليم.

- لذا، وحماية أنفسهم و بعضهم البعض اتخاذ الطلبة الأطباء طابعاً خاصاً بهم في طريقة التعامل مع بعضهم البعض، حيث تبنوا طريقة خاصة بهم كطلبة، طريقية تساعدهم على التدريب الجيد والائق بحيث نجد بأن فئة الأطباء المقيمين تجمعهم علاقة مبنية على روح التعاون والتضمن، وتفتقد لديهم هذه الفئة العلاقات المبنية على الصراع والمنافسة والغير، بينما فئة الأساتذة المساعدون والأطباء المساعدين فنجد بأن روح التضمن والتعاون تتفقد لديهم بالمقارنة مع الأطباء المقيمين، وترتفع نسبة الصراع والمنافسة والغير، كما نجد أن نسبة وجود المساعدة بين الأطباء المقيمين تتفقد، وتنخفض لدى الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين، وذلك تستطيع القول بأن للمستوى المهني للأطباء تأثير على نوع العلاقة التي تجمعهم.

- إن العلاقة التي تربط الطالب الطبيب بأساتذته تأخذ شكلًا آخر، فهي في الغالب علاقة جيدة تتراوح بين علاقة عادية ومتروطة إلى علاقة حسنة وبناءة إلى علاقة جيدة مبنية على التعاون والتضمن، و ذلك نظرًا إلى وجود نوع من الاحترام لدى كل من الطرفين، فطالب يجب عليه احترام أساتذته، وأساتذه كذلك يجب عليه أن يبدال الطالب بنفس الاحترام، ومن جهة ثانية درآية كل طرف يوجد حدود تنظيم علاقتهما لا يجبر تجاوزها، ومن خلال هذه العلاقة التي تربط الطالب الطبيب بأساتذته يمكن أن يتحقق الرضا عن التكوين أو عدمه، سواء بالنسبة للطالب أو الأساتذة، فإن هذه العلاقة تتأثر على مدى الرضا عن التكوين، حيث تلاحظ بأن فئة الأطباء غير الراضين عن التكوين علاقتهم مع أساتذتهم هي علاقة سينية تتراوح بين السينية المبنية على التعاون والمنافسة، وعلاقة الجد سينية المبنية على الاحتفاظ بالمعلومات الطبية، أما فئة الراضين عن التكوين فإن علاقاتهم مع أساتذتهم هي علاقة حسنة تتراوح بين علاقة عادية ومتروطة إلى علاقة جيدة مبنية على التعاون، و هذا ما يفسر بأن نوع العلاقة التي تجمع الطالب في الطب بأساتذته تأثير قوي في علاقة مباشرة بمدى الرضا عن التكوين.
الخاتمة:

من خلال هذه الدراسة التي قمنا بها والتي تناولت في إطار الأعمال التي تهتم بالوضعية المهنية لعمال القطاع الصحي العام بصورة عامة والأطباء بصورة خاصة، حاولنا التعرف على ظروف عمل هؤلاء الأطباء في ظل الوسائل التي توفرها الدولة وتجعلها تحت تصرفهم، ومدى كفاءة هذه الوسائل وثباتها لحاجات الأطباء والشبه الطبيين والممرضين من جهة، والمريض من جهة أخرى.

كما حاولنا تسليط الضوء على العراقيل التي تقف في طريق الطبيب وتعيقه عن تأدية عمله على أحسن وجه، ليحقق الفاعلية في العلاج، و يصل إلى إشباع المريض، و لقد اعتمدنا في ذلك على تحديد مدى أهمية الوسائل الطبية والآلات والمواد في التسهيل من عمل الطبيب ومهمته للوصول إلى الغاية، ومتمثلة في تحقيق السلامة الصحية والقضاء على المرض.

كما حاولنا التعرف على أهمية الجانب المادي من أجر ومنح وعوارض في تحقيق الطبيب لبذل كل مجهوده لخدمة المريض والصحة بصورة عامة، وأخيرا التعرف على مدى جدية الأساتذة المشرفين في تعليم الطبية الأطباء، وهذا حسب رأي المبحوثين.

و لكن رغم المشاكل التي واجهها ومواجهته الطبيب بكل مستوياته المهنية بالمستشفى، إلا أنه استطاع التغلب على هذه المشاكل والعراقيل ليتعايش معها و يجد لها حلول تكون دائما لصالح المريض، إذ نجد أنه قد تكيف مع تلك العراقيل ووجد حلولا ربما تكون مؤقتة ولكنها تتماشي مع متطلبات الصحة، ففرض الطبيب وجوده بالمستشفى كطبيب مؤهل رغم أنه عالى الكثير من المشاكل حتى أصبح كذلك، و خاصة تلك المشاكل التي تخص طريقة التكوين والتدريب على المهنة، تغلب عليها بذكائه، جدته وكنه، حيث نجده يجتهد في الحصول على المعرفة، و يكون دائم الاطلاع على الكتب والانترنت وملاحظات العلمية والدروس في الجامعة، وكلما دعت الضرورة لعلاج مريض حتى يتغلب من حالتته، إلا وسعى وراء حدوث ذلك، لذلك و من كل هذا نستطيع التساؤل:

* ما هو مصير الطبي بالجزائر في ظل الظروف و المشاكل التي يعرفها القطاع الصحي العام بصورة عامة والطبيب في هذا القطاع بصورة خاصة؟

* ما هو مصير التكوين الطبي بالمستشفيات الجزائرية في ظل هذه الظروف و المشاكل؟
قائمة المراجع
- أحمد زكي بدوي، معجم المصطلحات العلوم الاجتماعية، إنجليزي، فرنسي، عربي، مكتبة لبنان، 1993.
- ابن مصلح النفيسي عبد الله، معجم مسميات المهندس والوظائف، وزارة التخطيط الرياضي، السعودية، 1999.
- سميح دغيم، مصطلحات العلوم الاجتماعية والسياسية في الفكر العربي والإسلامي، ط1، مكتبة لبنان ناشرون، بيروت، لبنان، 2000.
- محمد التوحلجي، راجب الأسمار، مراجعة: إميل يعقوب، المعجم المفصل في علوم اللغة "الألسنات"، الجزء الثاني، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان، 1993.

- إبراهيم رحمة، تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن، 1998.
- أحمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 2000.
- إحسان علي مهاسنة، البيئة والصحة العامة، دار الشروق، عمان، الأردن، 1991.
- إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات التطبيقية، دار المعرفة الجامعية، 1991.
- إبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2000.
- أحمد محمد المصري، مفاهيم الإدارة العامة بالدول العربية، مطبعة روبيال، الاسكندرية، مصر، 1993.
- بول فيليوني، قطوف من تاريخ الطب، دار المعارف، القاهرة، مصر، 1986.
- توفيق حافظ شادية، السريان وتاريخ الطب، نهضة مصر، 1993.
- جودت عزت عبد الهادي، سعيد حسني العزة، التوجه المهني ونظرياته، ط1، مكتبة دار الثقافة، عمان، الأردن، 1999.
- جلال الدين عبد الخالق، المدخل في طريقة العمل مع الحالات الفردية أسس ومبادئ، دار المكتبة العلمي، الاسكندرية، مصر، 1998.
- حسن محمد نذير خرستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة للبحوث، 1990.
- حسن الحلبي، تقديم: عدنان اسكندر، تدريب الموظف، منشورات عوائد، ط2، بيروت، باريس، 1982.
- حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض: دراسة في علم الاجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 1983.
- حكمة فريحت وآخرون، الصحة العامة، ط2، دار المستقبل، عمان، الأردن، 1990.
- خالد عبد الحميد فراج، بداية الانضباط الإداري، منشأة المعارف، السكندرية، مصر.
- خوام محمد نزار، محمد عفت عبد الله، الشوري حسن إبراهيم، تاريخ العلاج والدواء في العصور القديمة: العصر الإسلامي، عصر النهضة في أوروبا، دار المريخ، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1990.
- رشيد زرواطي، مدخل للخدمة الاجتماعية، مطبعة همة، الجزائر، 2000.
- رحاب خضر كعاوي، الموجز في تاريخ الطب عند العرب، ط1، دار المناهل، بيروت، لبنان، 1995.
- زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات الصحية، دار الحامة، عمان، الأردن، ط1، 1998.
- سليم الحنسية، من البرمستان إلى المستشفى، دراسة تحليلية مقارنة للنظام الإداري، منشورة وزارة الثقافة، دمشق، سوريا، 1998.
- سليم محمود جمعة، ديناميكية طريقة العمل مع الجماعات، دار المعرفة الجامعية، الأزازرة، مصر، 1996.
- صبحي أحمد محمود، فهمي زيدان محمود، تقديم: مرسى عبد الله محمود، في فلسفة الطب، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1993.

- طلعت إبراهيم لطفي، علم الاجتماع التنظيم، دار غريب، القاهرة، مصر، 1993.

- علي المكاوي، تقديم: محمد الجوهر، علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1996.

- عبد الرحمن عبد الرحمان النقيب، الإعداد التربوي والمهني للطبيب عند المسلمين، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1984.

- علي عباس الدندراوي، مدخل في الخدمة الاجتماعية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الشاطبي، الإسكندرية، مصر، 1996.

- عبد الله عبد الرزاق سعود السعيد، نشأة الطب، دار الفكر، عمان، الأردن، 1985.

- عبد الرحمن محمد العيسوي، تفاعل الجماعات البشرية، الدار الجامعية، السكندرية، مصر، 2006.

- عماد الخطيب، عبد المجد الشاعر، مبادئ في التمريض، ط 1، مديرية المكتبات والوثائق الوطنية، عمان، الأردن، 1988.

- عيسى غانم، تقديم عماد إبراهيم الخطيب، الصحة العامة، ط 1، دار النور وري العلمية، عمان، الأردن، 1997.

- علي فؤاد، مشكلات المجتمع الريفي في العالم العربي، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

- على عبد الرزاق جليبي، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار النشر المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998.

- علي ماهر عبد القادر محمد، مقدمة في تاريخ الطب، ط 1، دار العلوم العربية، بيروت، لبنان، 1988.


- عليوة السيد، إدارة الأزمات في المستشفيات، ط 1، دار الأشراط، القاهرة، مصر، 2000.

- عامر النجار، في تاريخ الطب في الدولة الإبراهيمية، ط 3، دار المعرفة، القاهرة، مصر، 1994.
- محمد إسماعيل قباري، المدخل إلى علم الاجتماع المعاصر: مشكلات التنظيم والإدارة والعلوم السلوكية، دار المعارف، الإسكندرية، مصر.
- محمد إسماعيل قباري، علم الاجتماع الإداري ومشكلات التنظيم في المؤسسات البيروقراطية، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1981.

مصطفى غالب، أيقاظ، دار مكتبة الهلال، بيروت، لبنان، 1986.

- محمود قمبيزي، عبد الله جمعة الكباسي، بدرية مبارك العمري، محمود مصطفى قمبر، المكانة الاجتماعية للمعلم، ط 1، دار الثقافة، الدوحة، قطر، 2001.
- محمود عودة، السيد محمد خيري، أساليب الاتصال والتغيير الاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

- محمد الحامحي، التغذية والصحة للحياة والرياضة، ط 1، مركز الكتاب، القاهرة، مصر.

- محمد إسماعيل قباري، علم الاجتماع الجماهيري وبناء الاتصال، دراسة في الإعلام واتجاهات الراوي العام، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1984.

- نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي: المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعة، الأزرابطة، مصر، 1998.

- هشام إبراهيم الخطيب، العبد عبد القادر العكالة، عماد إبراهيم الخطيب، الطبيب المسلم ومأختقات المهنة، مطبع اليمن، عمان، الأردن، 1991.

- الدكتور عدنان البراء، سلوكيات البحث الاجتماعي وتقنياته، ط 2، منشورات جامعة قار، يونس، بنغازي، 1994.

- محمد إسماعيل قباري، مناهج البحث في علم الاجتماع: مواقف واتجاهات معاصرة، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1982.

- معن خليل عمر، مناهج البحث في علم الاجتماع، ط 1 دار الشروق، عمان، الأردن، 1996.
A) - les ouvrages:

- AMIR (M) : *Contribution à l'étude de l'histoire de la santé en algérie*, Auteur d'une expérience vécue en ALN Wilaya v, Office des publications universitaires, Ben aknoun, Algérie,


- DEBRE (R), L'honneur de vivre, Herman, Paris, 1996.


- Faucault (M) : *Naissance de la clinique*, Quarduge, PUF, pris, 4ème édition, 1994.


- ISRAEL (L) & MARDAGA (P), *Le médecin face aux malades*, 5ème édition, Bruxelles, Belgique.


- MOURNEX (R), préface: TUBIANA (M), Initiation à la médecine, expansion scientifique française, Paris.

- MYEUNG BIN (B), *Le protecteur de la santé public*, Editions on longs étrangères, Pyongyang, Corée.

B)- Les ouvrages de méthodologie:


D)- Revues et documents:


- ONS (office nationale des statistiques), Avril 2006.
القسم الطبي:

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم:

- أن أراقب الله في مهنتي.
- أن أصوم حياة الإنسان في كافّة أدوارها، في كل الظروف والأحوال باذاً وسعي في استنفاذها من الموت والمرض والألم والقلق.
- وأن أحفظ للناس كرامتهم وأسرور أوراهم، وأكتم سرهم.
- وأن أكون على الدواء من وسائل وسائل رحمة الله باذاً رعايتى الطبية للقترب والبعيد والصالح والخاطئ والصديق والعدو.
- وأن أكون على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
- وأن أؤفر من علمي، وأعلم من يصغرني وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبية في نطاق من البر والتقوى.
- وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي نقياً مما يشني أمام الله ورسوله والمؤمنين.

وأقسم بالله علّى ما أقول شهيداً.
QUESTIONNAIRE MEDECIN

Dans le cadre de ma soutenance de thèse de magistère « le médecin en milieu de travail » spécialité sociologie organisation et travail .J’ai l’honneur de vous transmettre le présent questionnaire dans un but scientifique à nous retourner dûment rempli.

MERCI

1) RENSEIGEMENTS PARTICULIERS :

1) Age :……………
2) Sexe : Féminin
Masculin
3) Service : …………
4) Niveau Professionnel : Maître Assistant
Assistant
Résident
5) L’état Civil : Marié
Célibataire
Divorcé
Veuf
6) Combien avez-vous d’années d’ancienneté dans ce service ?……………..

2)- MATERIEL MEDICAL

7) Combien d’heures par jour travaillez-vous ?……………..
8) Est-ce que vous disposez de tout le matériel médical nécessaire à votre activité à l’hôpital ?
   Oui  Non
9) La maintenance de ce matériel est-elle assurée ?
   Oui  Non
10) Si la réponse est positive : Cette maintenance est-elle : -Suffisante
    -Insuffisante
    -Très insuffisante
11) S’il y a un manque de matériel médical, quelle est la (ou les) raison(s) ?
   - Matériel insuffisant en quantité
   - Matériel existant vétuste et dépassé sur le plan technologique
   - Matériel souvent en panne
   - Autre précisez..............................

12) Est ce que ce manque constitue un obstacle pour le bon accomplissement de votre travail ?
   - Oui
   - Non

13) Est ce que vous avez déjà rencontré des problèmes suite à ce manque ?
   - Oui
   - Non

14) Si la réponse est positive quel genre de problèmes ?
   - Détérioration de l’état de santé du malade
   - Transfert du malade vers un autre hôpital
   - Transfert du malade vers une clinique privée
   - La mort du malade
   - Autre précisez..............................................

15) A votre avis, est ce que le manque de matériel a une incidence sur l’efficacité des soins ?
   - Oui
   - Non

16) Pensez-vous être vous même très efficace dans votre travail ?
   - Oui
   - Non

17) Si la réponse est négative quelle en est la raison ?
   - Manque de matériel médical
   - Manque de médicaments
   - Faiblesses du salaire
   - Faiblesses des primes
   - Autre précisez..............................................

18) Est ce que vous disposez de tous les médicaments nécessaires à votre activité à l’hôpital ?
   - Oui
   - Non

19) Si la réponse est négative est ce que tous les médicaments qui manquent au niveau de l’hôpital sont disponibles sur le marché algérien ?
   - Oui
   - Non

20) Si ces médicaments ne sont pas disponibles au niveau de l’hôpital, à quoi est dû ce manque ?
   - Nombre élevé des malades
   - Ne figurent pas dans la nomenclature établie par le ministère de la santé
   - Mauvaise gestion de médicament
   - Reuvre au niveau de la pharmacie
   - Coût cher de certain médicament
   - Autre précisez..............................................
21) Est-ce que vous avez déjà rencontré des problèmes à cause du manque de médicaments ?

- Oui
- Non

22) Si la réponse est positive, quelle est la nature de ces problèmes ?

- La détérioration de l'état du malade
- Transfert du malade vers un autre hôpital
- Transfert du malade vers le secteur privé
- Prescription d'autre médicaments équivalents
- La mort du malade
- Achat de médicament par les parents de malade
- Autre

Précisez………………………………………………

23) Y a-t-il une gestion des stocks des médicaments ?

- Oui
- Non

24) Si la réponse est positive, cette gestion est-elle :

- Très efficace
- Peu efficace
- Efficace
- Pas du tout efficace
- Moyenne

25) L'hygiène étant une condition de la santé, est-ce que vous trouvez que votre hôpital est :

- Très propre
- Sale
- Propre
- Très sale
- Moyennement propre

26) S'il est sale ou très sale, quelle en est la cause ?

- Négligence du personnel charge du nettoyage
- Négligence du personnel hospitalier
- Négligence des malades
- L'absence de contrôle
- Ancienneté des structures
- Autre

Précisez………………………………………………

3) RENSEIGNEMENT CONCERNANT LES MALADES :

27) Est-ce que vous examinez beaucoup de malades quotidiennement ?

- Oui
- Non

28) S'il y a beaucoup de malades, quelle en est la (ou les) cause(s) ?

- Les soins sont à la portée du plus grand nombre (gratuité de certains soins et prix symbolique de certains autres).
- Compétence des médecins
- Le seul service de la région
- Autre

Précisez………………………………………………
29) Quelle est le montant de votre salaire ?
   - 10000 DA
   - De 10000 à 15000 DA
   - De 15000 à 20000 DA
   - De 20000 à 25000 DA
   - Plus de 25000 DA

30) Est ce que vous bénéficiez de primes ?
   - Oui
   - Non

31) Si la réponse est positive, quel genre de primes ?

32) Est ce que vous pensez que le niveau de ces primes est suffisant pour vous motiver au travail ?
   - Oui
   - Non

33) quel est votre niveau de satisfaction ou d’insatisfaction à l’égard de votre salaire ?
   - Très insatisfait
   - Insatisfait
   - Moyennement satisfait
   - Satisfait
   - Très satisfait

34) Est ce que la participation dans les journées d’études se fait selon le désir du médecin ?
   - Oui
   - Non

35) Qui sont les médecins qui participent à ces journées d’étude ?

36) quand il y a une erreur médical commise par un médecin, est il sanctionné par l’administration ? (Ou bien par le conseil médical, chef de service, la justice)
   - Oui
   - Non

37) Si la réponse est positive, quelle est la nature de cette sanction ?
   - Arrêt de travail temporaire
   - Avertissement verbal
   - Avertissement écrit
   - Exclusion
   - Autre

38) Etant médecin, êtes vous astreint au système de garde ?
   - Oui
   - Non

39) Le médecin qui refuse les gardes, est-il sanctionné ?
   - Oui
   - Non

40) Si la réponse est positive, quelle est la nature de cette sanction ?
   - Soustraction du salaire
   - Arrêt de travail temporaire
   - Avertissement verbal
   - Avertissement écrit
   - Exclusion
   - Autre

41) Est ce qu’il y a des indemnités pour ces gardes ?
   - Oui
   - Non
42) Si la réponse est positive, est-ce que vous pensez que ces indemnités sont insuffisantes ?
   - Oui  
   - Non

43) Est-ce que vous êtes satisfait de votre travail d'une manière générale ?
   - Oui  
   - Non
Pourquoi ?

44) RENSEIGNEMENT CONCERNANT LA FORMATION

44) Avez-vous déjà rencontré des problèmes pendant la durée de votre formation en spécialité ?
   - Oui  
   - Non

45) Si la réponse est positive, quelle est la nature de ces problèmes ?
   - Rareté du matériel indispensable pour la formation
   - L'absence d'encadreurs
   - Le manque d'hygiène
   - Autre précisez...

46) Arrivait (ou arrive-t-il) à votre encadreur de s'absenter ?
   - Oui  
   - Non

47) Si la réponse est positive, combien de fois ?

48) Y a-t-il des récupérations pour les séances non assurées ?
   - Oui  
   - Non

49) Si la réponse est positive, qui le remplace ?

50) Ces absences, vous posent-elles des problèmes ?
   - Oui  
   - Non

51) Quand un enseignant s'absence (soit dans les séances théoriques / planchéiage) :
   - Il est remplacé par un autre enseignant
   - Le cours est annulé
   - Vous étudiez seul
   - Vous étudiez avec un ou plusieurs collègues
   - Le cours et reporté
   - Autre précisez...

52) Pensez-vous que votre enseignant vous donne toutes les informations indispensables (soit dans les cours pratiques / planchéiage) ou théoriques ?
   - Oui  
   - Non

53) Si la réponse est négative, pourquoi ?

54) Combien de cours pratique (planchéiage) avez-vous par semaine ?

55) Est-ce que l'enseignant prépare les cours pratiques (planchéiage) ?
   - Oui  
   - Non
56) Si vous ne comprenez pas un cours (pratique (planchéiage)/théorique), que faites-vous ?
   - Vous demandez une autre explication à l’enseignant
   - Vous demandez l’explication d’un (e) ami (e)
   - Vous essayez de comprendre seul
   - Documentation
   - Autre précisez……………………………………………………………………

57) Etes-vous satisfait par la formation des médecins au niveau des hôpitaux ?
   - Oui
   - Non

58) Si la réponse est négative, pourquoi ?…………………………………………………………

59) Quand il y a beaucoup de malades, y a-t-il une entraide entre les médecins ?
   - Oui
   - Non

60) Si la réponse est négative, quelle en est la cause ?…………………………………………

61) Quelle est la nature de la relation entre les médecins ?
   - Relation de solidarité et de coopération
   - Relation de concurrence et de conflit
   - Relation de jalousie
   - Autre précisez…………………………………………………………………………

62) Avez-vous déjà rencontré des problèmes avec vos collègues médecins ?
   - Oui
   - Non

63) Si la réponse est positive, quelle en est la cause ?
   - La concurrence entre les médecins
   - Répartition inégale du nombre des malades par médecin
   - Absence d’aide des médecins anciens à leur collègues nouveaux
   - Autre précisez……………………………………………………………………

64) Quelle est la qualité des relations entre les médecins en formation et leurs enseignants?
   - Très bonne relation fondée sur la coopération
   - Bonne relation fréctueuse
   - Relation de niveau moyen
   - Mauvaise relation fondée sur le conflit et la concurrence
   - Très mauvaise relation de rétention les renseignements

5) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES COLEGUES

65) Est-ce que vous avez déjà rencontré des problèmes avec les enseignants ?
   - Oui
   - Non

66) Si la réponse est positive, quelle en est la cause ?…………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………