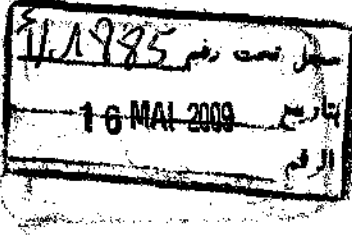


1369

## الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان  
كلية الآداب  
والعلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية  
قسم الثقافة الشعبية

## أخلاقيات المهنة بين النظر والممارسة

أطباء المستشفى الجامعي بتلمسان نموذجا

رسالة لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا

إشراف الأستاذ:

الدكتور محمد بشير

إعداد الطالبة:

براهيمي آمنة

### لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. محمد سعدي
مشرفا ومقررا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	د. محمد بشير
عضوا	جامعة وهران	أستاذ محاضر	د. مصطفى زاوي
عضوا	جامعة تلمسان	أستاذة محاضرة	د. مليكة بن منصور
عضوا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	د. محمد رمضان

السنة الجامعية: 2008/2007



## الإهداء

إلى واحة من أخص نبع الله علي والتي كانت وللذات كالسنة فزق  
للضيء جاني وجملة إخواني أمني الطوقا نجمة.

إلى الذي حارب الغربة وامنهم اللامغار لبني حجاج ابنة أبي  
العزير محمد

إلى أختي الأكبر نصر الدين الذي لم يخل علي بو ما برعه.

إلى أخواها العزيزين بو مدين ومصطفى

إلى أختي الغالية والطوقا حفيظة

إلى أمة عيني أبا الطيب مؤنس عبد الرحمان

إلى كل من يحب هذا الوطن ويعمل ما يوسع للإخراجه من دائرة

التخلل

إلى كل هؤلاء أقربي هذا العمل التواضع.

## الشكر والتقدير

بدراية اشكر الدكتور بشر محمد من فتح علم الاجتماع الذي كما مرنا  
على هذا البحث على ما قدمه من توجيهات وإرشادات للإتمام هذا  
البحث

اشكر الدكتور مزدار الذي كلما قصده من المنحى بانه من النضام العلمية  
والتعبيرات المنهجية

كما نتفخ بالشكر الجزيل للباحث الجزائي محمد مبروك عضو مجموعة  
البحث في انزولو لوجيا الصحة بجامعة العراق الذي وضع نقته في رشح لي  
بامتارة الكتب التي اوردت في من مكتبة المجموعة.

كما لا ينو نانا في شكر مدير النشاط الطبية والتربوية بالمستشفى الجامعي  
بنلساء الذي منحنى الموافقة للإجازة العسل المبراني وجميع الاطباء الذين  
قدموا لنا يد المساعدة للإتمام هذا البحث.

# مقدمة عامة

تمهيد

1. تحديد المشكلة
2. فرضية البحث
3. منهج الدراسة
4. مجتمع البحث

## تمهيد:

تعتبر الأخلاقيات المهنية عاملا مهما للسير الحسن لأي مهنة فهي تملّي على الأفراد ما يجب فعله وما يجب تجنّبه. إذ تزوّدهم بمجموعة من القواعد والمبادئ التي من شأنها أن تضمن الجودة والدقة في العمل وتحسين علاقاته

إنّ أخلاقيات المهنة هي الوسيلة المثالية لضبط سلوكيات الأفراد وتساهم أيضا في صنع وحدة في التفكير لمجموعة ما سواء كان هذا الفرد محاميا أو مدرّسا، صحافيا أو كاتبًا عاملا في المصنع أو طبيبا.

وتتعاظم أهمية أخلاقيات المهنة عندما نكون في إطار الحديث عن مهنة كمهنة الطب، حيث أنّ أي خطأ أو إهمال تكون خسائره بشرية إمّا الإضرار بصحة شخص ما أو بوفاته، ولهذا السبب تبذل المجتمعات مجهودات كبيرة لتجعل أخلاقيات الطب محترمة من طرف ممارسي هذه المهنة ولتجعل قواعدها مواكبة لخصائص ومتطلبات العصر وهذا دون إبطال مبادئها المعروفة منذ القدم، "يمكن القول أنّ النموذج الأول لأخلاقيات الطب تجسّد في أداء اليمين الذي ظهر منذ القدم في اليونان والمعروف بتسمية ييمين إيبوقراط « le serment d'hipocrate » الذي تمّ بموجبه تحديد الواجبات الأساسية لممارسة مهنة الطبّ وهو اليمين الذي يفرض أداءه على كلّ طبيب شاب يرغب في الإلتحاق بمهنة الطبّ وهي الممارسة التي لا يزال العمل بها جاريا إلى الآن عالميا<sup>1</sup>.

في سنوات الطور الجامعي يدرّس طلبة الطبّ مقياسا يعنى بأخلاقيات مهنة الطبّ وذلك ليكونوا على دراية بكيفية التصرف الصحيح أمام المواقف التي سيتعرّضون لها مستقبلا عند ممارسة مهنتهم وزيادة على هذا "قام المشرع الجزائري بوضع مدوّنة لأخلاقيات الطب ضمن المرسوم التنفيذي رقم 92-276 في 5 محرم

<sup>1</sup> - الأستاذ سعيد مقدم ، أخلاقيات الوظيفة العمومية، شركة دار الأمانة للطباعة والتوزيع والترجمة والنشر، الطبعة الأولى جوان 1997 ص 14.

عام 1413 الموافق لـ 6 يوليو 1992<sup>1</sup> وهي في شكلها هذه المدونة عبارة عن مجموعة من المواد تحدّد في الواجبات العامة للطبيب إتجاه المرضى وإتجاه الزملاء وأعضاء باقي فروع الصحة.

لقد وضعت هذه المدونة نتيجة ممارسات لا أخلاقية برزت في المستشفيات الجزائرية ، هذه المؤسسات التي كلف إنشاؤها وتجهيزها أموالا باهضة، ولهذا أصبح "يتوجب على كل طبيب عند تسجيل نفسه في القائمة أمام الفرع النظامي الجهوي المختص أن يؤكد أنه إطلع على قواعد هذه الأخلاقيات وأن يلتزم كتابيا باحترامها"<sup>2</sup>.

إنّ المطلّع على محتويات مدونة أخلاقيات الطب يجدها تبين بدقة القواعد السلوكية والأخلاقية لأعضاء مهنة الطب فيما بينهم وإتجاه المرضى لكنّ الواقع أثبت فشل هذه المدونة الأخلاقية في الحدّ من الانحرافات التي تقع داخل المراكز الاستشفائية وهذا المشكل هو موضوع بحثنا إذ أنّنا نهدف إلى إيجاد تفسير لمظاهر الابتعاد عن أخلاقيات الطب.

من الدراسات التي حاولت الاقتراب من واقع مهنة الطب وسلوكات الأطباء المنتهجة داخل أمكنة عملهم نجد الدراسات الميدانية التي قام بها الباحث الجزائري "محمد مبتول"<sup>3</sup> في عدد من المستشفيات الجزائرية حيث توصل إلى النتائج التالية:

1- التعطيلات التقنية أثناء تقديم العلاج لا تنجم عن نقص المواد والتجهيزات فحسب بل تنجم عن تصرفات العاملين الذين يستجيبون

<sup>1</sup> - الأستاذ سعيد مقدم ، المرجع نفسه.

<sup>2</sup> - المرسوم التنفيذي رقم 92 276 مورخ في 06/07/1992 المتضمن لمدونة أخلاقيات الطب، المريدة الرسمية عدد 52 المؤرخة في 08/07/1992، ص 1435.

<sup>3</sup> - أستاذ محاضر بقسم علم الاجتماع بجامعة وهران وعضو مجموعة البحث في الأنتروبولوجيا الصحة (GRAS) جامعة وهران.

لإستراتيجياتهم الفردية مما يتسبب في خلق جوٍّ من الغموض والتردد يعيق العمل الجماعي لمهنة الطب.

2- إكتشاف ما يسمّى بالغياب الاجتماعي للفاعلين « l'absence sociale » وهو أمر تتسبب فيه السلطات العمومية بحرصها على العمل وفق منطق إنتظار القرار الذي ناذرا ما يكون تفاوضيا فلا يترك للفاعلين الفرصة للمواجهة وتبادل الأفكار مما يجعل العلاقات بين العاملين بقطاع الصحة العام تتميز بالندرة والفتور ويجعل هؤلاء الفاعلين الاجتماعيين ( أطباء، إداريون، عمال، مرضى) غير مكترئين للقواعد المفروضة من طرف السلطة بل إن ذلك يشجعهم على انتهاج استراتيجيات فردية لتحقيق مصالحهم حيث تظهر المعاينة الميدانية رسوخ أشكال اجتماعية من الرّفص والإهمال ومحاولة تحوير القرارات المفروضة وهكذا يتم إعادة تشكيل الإطار السوسيوتنظيمي للمستشفى<sup>1</sup>.

وهناك أيضا دراسة للباحثة الفرنسية "فرانسواز بوشاي" Françoise Bouchayer " أجرتها في مجتمعات نامية حول العوامل المؤدية إلى وقوع الإنحرافات الوظيفية داخل المستشفى وقد رأت هذه الباحثة أن الأماكن الاجتماعية الطّبية توجد محدّدة داخل المجتمعات التي تنتمي إليها مع نظام من القواعد والقوانين والأخلاقيات المهنية لكن هذا لا يمنع أن يسود هذه المؤسسات العلاجية منطق آخر يتنافى أحيانا مع المبادئ التنظيمية والأخلاقيات المهنية المنصوص عليها، ففي التّولّ النامية هناك ما يسمّى بعلاقة القرابة الاجتماعية "la proximité sociale" ولديها عدّة أشكال منها العلاقة العائلية، القروية، الصداقة، الزّمانة... إلخ وهذا النوع من العلاقات يتسرب إلى العالم الاجتماعي لقطاع الصحة ويؤثر فيه، ففي حالة كون

1- Mohamed Mebtoul, la profession médicale peut-elle se construire dans un espace social banalisé et déprécié ? revue semestrielle santé publique et sciences sociales, les mondes des professionnels de la santé face aux patients, Editions Dar El Gharb. Oran N8 et 9, juin 2002.

المريض يفتقر إلى هذه القرابة مع المعالجين فإنه يصبح عرضة لشتى أنواع الإهمال والإزعاج وحتى العنف<sup>1</sup>

وهكذا فإنّ الباحثة توصلت إلى أنّ الخلل الوظيفي الموجود في العلاقة بين المعالج والمريض في دول العالم الثالث يمكن أن يفسر جزئيا بهذا النظام التضامني المبني على علاقة القرابة الإجتماعية والذي يتعارض مع الأدوار السوسيو مهنية الرسمية التي تنصّ على تقديم العلاج دون تمييز بين المرضى.

لقد أشار الباحث "محمد مبتول" بدوره إلى تأثير علاقات القرابة في تصرفات الفاعلين وسمّى هذه العلاقات برأس المال الاجتماعي للفرد le capital social de l'individu

إلاّ أنه لا يعتبرها عنصرا حاسما لتحديد سلوكيات الفاعلين داخل المستشفى إذ يقول " إنّ هذا الشكل الاجتماعي للوساطة ليس هو الجوهر لأي بنية أو إندماج للفاعلين ضمن منطق جماعي وإنما ينحصر في كونه وسيلة لدى الفرد لحلّ مشكل ما"<sup>2</sup> وتبقي سلوكيات الأفراد محكومة جوهريا باستراتيجياتهم التي يضعونها وليس هذه العلاقات لوحدها.

وهناك أيضا دراسة لـ Everett Hughes إفريث ايق أنجزها ما بين 1955-1958 وتما ورد في هذه الدراسة أنه منذ السنوات الجامعية الأولى تبدأ عملية التنشئة الاجتماعية المهنية socialisation professionnelle لدى الطبيب وهذه العملية تقتضي إكتسابه لثقافة جديدة ليس إنطلاقا من معارفه العلمية والتقنية فحسب ولكن من خلال تفاعله مع الواقع المهني إذ أنه يكتشف بعد دخوله العالم المهني أن الأمور ليست بالضبط ما كان يتصوره، يضطدم الطبيب بحقيقة أنّ الأفكار المثالية التي دخل بها ليست متناسبة مع متطلبات الواقع المهني وهنا بتحتّم عليه أن يكون

<sup>1</sup> - Françoise Bouchayer- la construction du rôle du soignant, proposition pour une approche socio anthropologique de la bienveillance et de l'indifférence Ibid. p58-59-60

<sup>2</sup> - Mohamed Mebtoum, Médecins et patients en Algérie, Éditions dar El Gharb 2005,p38.



صاحب حدس ليتمكن من إدراك الدور المنتظر منه بالضبط للتلاؤم مع من سبقوه في المهنة وحتى وإن شعر بالاغتراب عن الذات فإنه يعمل على التموّج أولاً ضمن ثنائية النموذج المثالي للمهنة والواقع المهني مقابل ضمان حياته المهنية وبعد ذلك يتوصل الطبيب إلى تكوين رؤية مهنية للعالم والذات ( vision de monde et de soi ) مدعمة بواسطة الاتصالات والتفاعلات المنتظمة مع الزملاء<sup>1</sup>.

نستخلص من دراسة إفريث ايق Everett Hughes أن وجود التباعد بين النموذج النظري المثالي للمهنة والواقع المهني إنما هو نتيجة للتحوّلات التي تطرأ في فكر الطبيب أثناء عملية التنشئة المهنية، هذه التنشئة تجعله يستوعب تعاريف وأفكار جديدة للأشياء. "هذه الأفكار قد تدمج وترسخ في ذهن الطبيب بطريقة خاطئة تجعله يتعد عن النموذج المثالي والمقدس نوعاً ما للمهنة"<sup>2</sup>.

أما الباحث الأمريكي "اليوت فريديسن" Eliote Freidson فلقد ركز على نظام الرقابة وإنطلق من فكرة أن الرقابة المفروضة على الأطباء تقوم بدور هام للتقليص من نسبة الأخطاء المهنية ومعاقبة أشكال الإهمال وقد توصل هذا العالم بعد إجرائه لبحثه إلى نتيجة مفادها أن الرقابة الوحيدة الفعالة داخل مكان العمل milieu du travail هي تلك التي يفرضها الأطباء على بعضهم البعض بطريقة غير رسمية من خلال تفاعلاتهم اليومية أي أن هناك رقابة ذاتية auto contrôle متفق عليها بين الزملاء، أما دور لجان المراقبة فهو دور ضئيل لأنها لا تصل بسهولة إلى المعلومات التي تريد حول أي طبيب، فتصعب مراقبة الأطباء والحكم على تصرفاتهم من الخارج وهذه الرقابة غير الرسمية تظهر جد فعالة للحفاظ على الثقة الجماعية كما أنها تفرض على الأطباء الإلتزام بالقيم التي يملئها وسطهم العملي وحتى وإن

<sup>1</sup> - Claud Dubar, la socialisation construction des identités sociales et professionnelle Armand Colin, paris 1996, p145-146-147-148

<sup>2</sup> - Dubar C, Tripiet P, Sociologie des profession, Ammand Collia, Paris 1998, p10-11

حدث وأصبح هناك إنقسامات داخل جماعة العمل فإن ذلك لا يمنع الوسط من الظهور بصورة مرضية<sup>1</sup>.

وبعد هذا العرض الموجز لأهمّ الدراسات التي وقعت بين أيدينا حول الموضوع والموحية بأهميته يمكننا أن نستلهم تفسيرات عدّة لتلك السلوكات الصّادرة عن الأطباء والتميزة بإبتعادها عما تمليه أخلاقيات الطب فهناك من يركز على تأثير العلاقات الاجتماعية السائدة بين أفراد المجتمع وهناك من يركز على التنشئة الاجتماعية التي يحصل عليها الطبيب في أمكنة تكوينه وعمله بينما نجد من يشير إلى أهمية الرقابة غير الرسمية التي تنشأ بين الأطباء في مكان العمل ونجد أيضا من يسלט الضوء على وجود إستراتيجيات فردية ينتهجها الأطباء لتحقيق أهدافهم. وفي خضم هذه الدراسات جاءت دراستنا كإستمرار للبحث في ميدان مهنة الطّب في الجزائر والعوامل الحقيقية وراء مظاهر الإنحراف عن مبادئ أخلاقيات الطب، لقد اعتمدنا على نتائج الدراسات السابقة وإستخدمنا المنهج الإستراتيجي في بحثنا لكونه المنهج المناسب في رأينا الذي يحلّل ويفسر سلوكات الأطباء.

ومن الأمور التي دفعتنا لإختيار هذا الموضوع للدراسة هو كون هذه الشريحة من المجتمع - وهي شريحة الأطباء- لم تحض بدراسات كتلك التي حضيت بها غيرها من الشرائح المهنية، عمال المصانع مثلا- رغم وجود تخصصات علمية تعني بالحقل الطبي كعلم الاجتماع الطّبي وأنتروبولوجيا الصّحة، إذ نجد العديد من الوقائع والمشاكل التي تشد إنتباهنا وتدفعنا للتساؤل حول مهنة الطب وظروف ممارستها في الجزائر من بين هذه الوقائع كثرة الأخطاء الطبية وإقبال العديد من

<sup>1</sup> - Dubar C, Tripier P, Ibid , p122-123-124-125

المرضى على العيادات الخاصة بدل المستشفيات العامة رغم أن هذه العيادات مكلفة ولا تضمن حق المتابعة الطبية.

أما الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها فهي كالآتي:

1- إكتشاف طرق التفكير والتصرف السائدة لدى الاطباء وذلك من

خلال معرفة المكانة التي تحتلها أخلاقيات المهنة في أذهانهم.

2- الوقوف على أهم العراقيل التي تواجه الطبيب أثناء تأدية مهامه.

3- رصد نوعية العلاقات السائدة بين الطبيب والمريض وبين الطبيب وزميله

الطبيب وإلى أي مدى تتجسد أخلاقيات المهنة في هذه العلاقات.

وتهدف الدراسة أيضا إلى الوصول إلى نتائج علمية ميدانية تساهم في إضافة

شيء جديد إلى مجال الدراسات القليلة التي تناولت مهنة الطب في الجزائر.

#### 1 - تحديد المشكلة:

لقد أخذت الدولة الجزائرية على عاتقها منذ الإستقلال مسؤولية توفير

العلاج لمواطنيها وكغيره من القطاعات الحيوية في البلاد تأثر قطاع الصحة

بخصوصيات النظام الاشتراكي الذي تبنته الجزائر غداة الاستقلال.

احتكرت السلطات العمومية ثلاث أدوار صعب التحكم فيها:

1- جعلت من نفسها المتحكم الوحيد في توزيع ميزانيات البنى العلاجية

العمومية

2- كانت المسير الوحيد للنظام الصحي فيما يخص وضع القوانين والقيم

التي تنظم التشغيل اليومي.

3- كانت الفاعل الوحيد المسؤول عن التحوّلات المقترحة على الوحدات

الصحية.

هذه القرارات التي كانت تتخذها الدولة بطريقة ناذرا ما تكون تفاوضية مع الفاعلين الرئيسيين داخل المستشفى (مدراء، إطارات، أطباء... إلخ) قوبلت بعدم الإكتراث أحيانا ومحاولة تحويرها أحيانا أخرى<sup>1</sup>

كان من بين ما أفرزه هذا النظام المركزي الذي إنتهجه الدولة بروز مظاهر الإنحراف عن أخلاقيات الطبّ داخل المستشفيات.

حتى وإن كانت الدولة قد أغدقت الأموال الباهضة في سبيل تجهيز المستشفيات وتطوير خدماتها فإن الواقع أثبت أن هذه المؤسسات لم تصل للمستوى المرغوب فيه إذن "المشكلة ليست مالية بقدر ما هي تنظيمية والتي تتمثل في غياب نظام إعلامي ومحاسبي منظمّ يسمح بتوزيع أمثل للموارد المتاحة على مختلف مراكز النشاط داخل المستشفى".<sup>2</sup>

إن المستشفى كغيره من المؤسسات البيروقراطية يقوم على تدرج السلطة وعلى تنوع الأدوار والتخصّصات وهو في الوقت ذاته تنظيم إجتماعي يضم العديد من الفاعلين منهم الأطباء، الممرضون، عمّال المخابر، الإداريون، المرضى، ولا شك أن لكل واحد من هؤلاء مساهمته الخاصّة فيما يقع من إهمال وعرقلة في تقديم الخدمات الطّبية وغيرها من نشاطات المستشفى. إلّا أننا في بحثنا نركّز على فئة الأطباء باعتبارها الفئة التي لديها تأثير مباشر على نوعية الخدمات الطّبية المقدّمة. في دراستنا نسعى لإيجاد تفسير لتلك السلوكيات المتناقضة مع أخلاقيات الطبّ ونسأول عن الكيفيّة التي من خلالها يصبح الطّبيب غير مكترث للمبادئ التي يتعهد في بداية حياته المهنية باحترامها.

لا يخفى على أحد أن قواعد أخلاقيات الطب كثيرة وكل قاعدة كفيلة بأن يفرد لها بحث لوحدها فهناك من القواعد ما هي متعلقة بالسّر المهني وهناك ما هي

<sup>1</sup> Mohanied Mebtoul, Médecins et patients en Algérie , opcit, p48-49

<sup>2</sup> عصام الدين رهبر ويوسف: نظام تسيير المستشفيات في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية جامعة الجزائر 1993-1994، ص02.

متعلقة بحسن الزمالة وأخرى تعني بالطبّ الممارس في القطاع الخاصّ وغيرها كثيرة. أمّا في دراستنا فإننا نصبّ اهتمامنا على ذلك المبدأ المتعلق بنمط تقديم العلاج في المستشفى العامّ، وفي هذا الجانب نجد أخلاقيات الطبّ تنصّ على أن يحرص الطّبيب على تقديم العلاج لمريضه بمنتهى التفاني والجدية وأن يكون العلاج مطابقاً لمعطيات العلم الحديثة وأن تكون علاقته بالمريض علاقة إحترام وتعاون.<sup>1</sup>

فالتساؤل القائم هو: بماذا يمكن تفسير تلك السلوكات التي ينتهجها الأطباء مبتعدين فيها عن أخلاقيات الطبّ التي يتعهدون كتابيا في بداية حياتهم المهنية على إحترامها؟

ما هي الظروف التي تغذي هذا الوضع وتساهم في استمراره؟  
بعبارة أوضح ما الذي يمنع الطّبيب من الجدية والإخلاص أثناء تقديم العلاج؟ ولماذا لم تجد هذه الممارسات المتناقضة مع أخلاقيات الطبّ ما يكبحها؟

## 2. فرضية البحث

للإجابة عن هذا التساؤل قمنا بطرح الفرضية التالية:

- رغم وجود الطّبيب في وسط عمل محفوف بالنصوص التنظيمية والقواعد الأخلاقية فإنّ هذا لا يمنعه من أن يختار لنفسه السلوكات المناسبة لتحقيق مشاريعه، وحتى وإن كان من بين هذه السلوكات ما هو متناقض مع أخلاقيات الطبّ فإنه من وجهة نظر استراتيجيته سلوك مناسب له. ويتولد عن تشابك الإستراتيجيات الفردية للأطباء نشوء اتفاق ضمني بينهم لجعل بعضهم بعضاً في مأمن من الإجراءات التأديبية. فالأطباء فاعلون عقلايون وليس من مصلحة أي فاعل التخلّص من هم وسيلة لتحقيق أهدافه داخل التنظيم.

<sup>1</sup> - المريدة الرسمية مرجع سابق ص 1421 ص 1422.

### 3- منهج الدراسة:

في بحثنا هذا نسعى إلى فهم وتفسير الكيفية التي من خلالها يقع الأطباء في حرق لأخلاقيات المهنة ونحاول الوقوف على الظروف التي تساهم في توفير الجو الملائم للأطباء لتحقيق أهدافهم حتى وإن كان ذلك على حساب أخلاقيات الطب. لقد رأينا في المنهج الاستراتيجي المنهج الذي يوفر لنا ذلك، خصوصا وأنا إنطلقنا من فكرة أن المستشفى تنظيم اجتماعي كغيره من التنظيمات مخصص لشغل مجموعة من الوظائف الاجتماعية والأطباء هم فاعلون عقلانيون داخل التنظيم يستندون في تصرفاتهم إلى استراتيجيات محددة لتحقيق مصالحهم وليس هذا فحسب بل إننا نحاول أن نستكشف كيفية تأثير استراتيجيات الأطباء على عناصر أخرى داخل التنظيم كعملية تكوين الأطباء والمراقبة المفروضة عليهم ونوعية العلاقات السائدة بين أصناف الأطباء.

### 4- أدوات جمع البيانات:

لقد استهلينا دراستنا الميدانية ببحث استطلاعي داخل المصالح الاستشفائية، مجال الدراسة، كان هذا البحث عبارة عن مقابلات أجريت مع أطباء من مختلف المراكز الرتبوية منهم من له لقب بروفيسور ومنهم الأطباء المختصون والأطباء العامون وأطباء لازلوا في طور التكوين وجميع هؤلاء الاصناف يساهمون في تقديم الخدمات الطبية كل في حدود تخصصه، كما شملت المقابلات الاستطلاعية عددا من أعوان شبه الطبي.

قمنا أيضا بإجراء مقابلة مع الطبيب البروفيسور الذي يدرس مقياس أخلاقيات الطب بالكلية و زرنا المجلس الجهوي لأخلاقيات الطب conseil de l'ordre des medecins بحي الأفق الجميل بتلمسان واجرينا مقابلة مع رئيس المكتب هناك.

هذه المقابلات الاستطلاعية إلى جانب قراءتنا حول الموضوع سمعت لنا بأن نتفطن إلى جوانب أخرى للمشكلة لم نكن نشعر بها في البدء وهنا فقط تمكنا من صياغة إشكالية البحث والفرضيات.

واعتمدنا أيضا على وسيلة الملاحظة بالمشاركة حيث مكنتنا تواجدها اليومي داخل المستشفى الجامعي من ملاحظة تحركات الأطباء وسلوكياتهم داخل مكان العمل ومعاينة طرق تعاملهم مع المرضى وفيما بينهم ومع أعضاء الطاقم شبه الطبي "إن وسيلة الملاحظة المباشرة تعتبر الوسيلة الوحيدة في البحوث الاجتماعية التي ترصد السلوكيات في الوقت الذي تنتج فيه بدون وساطة أي وثيقة أو شاهد...إنها تمكنتنا من اكتشاف مدى التوافق بين الأقوال والأفعال لدى المبحوثين"<sup>1</sup> كما أن هذه الوسيلة مكنتنا من الحصول على معطيات أخرى لها علاقة بفرضيات البحث وأهدافه مثل الملصقات الإدارية الموجهة للأطباء.

واستنادا إلى المعطيات المحصل عليها من خلال المقابلات الاستطلاعية ومعطيات الملاحظة بالمشاركة قمنا بصياغة أسئلة الاستمارة.

"الاستمارة هي مجموعة من الأسئلة تغطي مؤشرات كل المفاهيم التي تتضمنها الفرضيات، كل سؤال يوضع في الاستمارة يتناسب مع مؤشر ما وله غرض تحصيل المعلومات اللازمة بالإجابة عليه"<sup>2</sup>.

إذن الاستمارة تعتبر تقنية هامة في بحثنا لجمع المعلومات والتحقق من مدى صحة الفرضيات المطروحة في بداية البحث وهي وسيلة مكملة لدور الملاحظة بالمشاركة.

<sup>1</sup> - Raymond Qinyv, Luc van Campenhoudt, + manuel de recherche en sciences sociales, Dunod. Paris 1995, p200.

<sup>2</sup> -Ibid p166.

## 5- مجتمع البحث:

لقد تشكل مجتمع البحث من أطباء لم يتم إختبارهم على أساس إجراءات معيّنة خاضعة لشروط محدّدة بل إن إختبارهم جاء نتيجة المشاركة الطّوعية والمقصودة للأفراد الذين وافقوا على المساهمة في التحقيق والذين بلغ عددهم خمسين طبيباً وهم أطباء من مختلف المراكز الرتبية في المستشفى وبذلك يمكن إعتبار المشاركين في التحقيق بمثابة وحدات خضعت لدراسة الحالة بحيث شكلت موضوعاً للتحقيق حول الظروف التي تنتهك فيها أخلاقيات الطبّ. ولقد قمنا بجمع المعلومات المستتبطة من إجاباتهم، وصنّفناها إحصائياً لتحليلها وإستخراج الإرتباطات الموجودة بين المتغيرات.

لدراسة هذا الموضوع قمنا بتقسيم البحث إلى مقدمة عامة وثلاث فصول - المقدمة العامة تضمنت تمهيداً نعرف فيه بالموضوع والدراسات التي تناولته من قبل ثم عرضاً لأهداف البحث والإشكالية التي يطرحها والمنهج المتبع في صياغة إشكالية البحث وفرضياته ثم تطرقنا للوسائل المستخدمة لجني معطيات البحث، كما قمنا بالتعريف بعينة البحث.

- الفصل الأول تميز بطابعه النظري ، جاء فيه تحديد وشرح للمفاهيم الرئيسية في البحث

- الفصل الثاني والثالث خصص للعمل الميداني  
- الفصل الثاني تميز بطابعه الوصفي حيث تضمن معطيات عامة حول التنظيم الاستشفائي والظروف المهنية والاجتماعية للأطباء .

- الفصل الثالث تميز بطابعه التحليلي حيث حاولنا رصد مظاهر الانحراف عن أخلاقيات الطب وسعينا إلى إيجاد أسبابها وتفسير كيفية وقوعها.  
وأهينا البحث بخاتمة عامة تضمنت تذكير بإشكالية البحث والمنهج المتبع وأهم النتائج التي تمكنا من جنيها .



# الفصل الأول

## دراسة نظرية للأهم مفاهيم البحث

مقدمة

1. مفهوم أخلاقيات المهنة والمفاهيم المقاربة له
  2. آراء وتصورات حول مفهوم المهنة
  3. نظرة عن تطور النموذج المهني للطب
  4. مدونة أخلاقيات الطب في الجزائر
  5. مفهوم السلوك
  6. المستشفى كتنظيم اجتماعي
  7. التحليل الاستراتيجي لسلوكات الفاعلين داخل التنظيم
- خلاصة

## مقدمة:

في هذا الفصل الأول من البحث نسعى إلى تحديد وتعريف أهم المفاهيم المستخدمة، وهذا الجزء هام جدًا لأنه بتعريفنا وشرحنا للمفاهيم المستخدمة تمكن القارئ من أن يتابع معنا هذا البحث دون أن تعترضه مشكلة عدم فهم كلامنا أو فهمه فهما خاطئا.

فالكلام العلمي يتميز عن غيره من الكلام باستخدامه للمفاهيم والمصطلحات التي تم شرحها وتمييز مقصودها عن غيرها حتى لا يقع الخلط والإلتباس أثناء استخدامها.

وإن كنا نجد أثناء تصفحنا للقواميس والمعاجم أن بعض المفاهيم يختلف في تحديد تعاريفها من عالم لآخر فإن هذا لا يمنعنا من أن نختار التعاريف التي تناسبنا وفقا للتيار النظري الذي نوظفه في بحثنا، فهذا الاختلاف في تعريف المفهوم الواحد إنما يرجع لإختلاف مشارب العلماء ومدارسهم فكل مدرسة تنظر للواقع الاجتماعي من زاوية معينة.

"العلم يسعى لإكتشاف الحقيقة ولهذا السبب فهو يستعمل إشارات وألفاظ بفضلهما يتمكن من الاستقراء والاستنتاج.. من الواجب إذن توفر مفردات خاصة قادرة على أن تصف بأكبر دقة ممكنة العمل العلمي"<sup>1</sup>

ومن التعاريف التي وضعت للمفهوم نجد التعريف القائل:

"المفهوم هو تصور عقلي عام وتجريدي للظاهرة أو مجموعة من الظواهر ولعلاقتهم"<sup>2</sup> ونجد أيضا " المفاهيم هي عبارة عن تصورات عقلية لتشكيلة من الظواهر الممكن ملاحظتها.. إنها تلخيصات ذهنية لعدد من الظواهر الملاحظة"<sup>3</sup> ويمكن القول أيضا أن المفهوم هو اجتماع مجموعة من العناصر تحت تسمية واحدة.

<sup>1</sup> -Maurice Angers, Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Casbah université, Alger 1997, p20.

<sup>2</sup> - Ibid p108

<sup>3</sup> -Maurice Angers, Ibid p 108

يمكن أن نشير للمفاهيم على أنها المفاتيح التي نستعملها لفتح أبواب البحث. فالفرضيات التي تعتبر إجابات مؤقتة عن الأشكالية تتكوّن أساساً من مفاهيم، وللتأكد من صحّة الفرضية علينا أن نشتغل على المفاهيم التي تكوّنها وذلك برصد هذه المفاهيم على أرض الواقع ويشرح موريس أنجير Mourice Angers الأمر قائلاً: " إن الألفاظ الرئيسية الموجودة في الفرضية هي عبارة عن مفاهيم يجب تعريفها لتقدير مداها، والمفاهيم هي تجسيد فكري يضم مجموعة من الظواهر، فتحليل المفهوم décomposition de concept يسمح بتطوير هذه الظواهر بدقّة أكبر، إذ يبرز أوجه الواقع وهي أبعاد المفهوم dimensions du concept ومن خلال الأبعاد المستخرجة لكل مفهوم من مفاهيم الفرضية نكون قد حدّدنا مجموعة من العناصر الممكن ملاحظتها وهي المؤشرات (les indicateurs) الموافقة لكل بعد، وهذا العمل يتيح لنا فرصة التحقق من الفرضية"<sup>1</sup> وهذا بالضبط الهدف الذي نسعى له.

ومن المفاهيم التي إرتأينا ضرورة التعريف بها هي:

مفهوم أخلاقيات المهنة والمفاهيم التي لها علاقة بها ثم مفهوم المهنة ومفهوم السلوك ثم تطرقنا لتحديد معنى مفهوم السلوك من وجهة نظر التيار الاستراتيجي الذي نوظفه في بحثنا هذا.

## 1. مفهوم أخلاقيات المهنة والمفاهيم المقاربة له

### 1.1 الأخلاق والقيم الأخلاقية والضمير

#### \* الأخلاق

تطلق هذه الكلمة على مجموع السلوكات والافعال التي يمارسها الفرد خلال اتصالاته وتفاعلاته مع بني جنسه ومع جميع المخلوقات المحيطة به وهو في هذه العملية يحمل في ذهنه معايير وقوالب يزن بها أفعاله ، و الأخلاق من هذا المنطلق هي السلوك الذي اصطلح عليه المجتمع وأقره ويتكون من مجموعة القواعد

<sup>1</sup> -Maurice Angers,OP Cit p108

التي تبين للأفراد كيف يجب أن يتصرفوا في الحالات والمواقف التي تعرض لهم دون أن يخالفوا في ذلك ضمائرهم أو العرف السائد في مجتمعهم. ويعدّ تصرف الفرد غير أخلاقي إذا خدش قاعدة أخلاقية مقرّرة<sup>1</sup>

يرى "دور كايم وتلميذه ليفي بريل" أن الوقائع الأخلاقية ينبغي أن تلاحظ وتوصّف كما تلاحظ الظاهر الطبيعية وهي تفرض نفسها على الباحث كوقائع موضوعية في الأعراف والعادات والنظم والعقائد القائمة في كل مجتمع من المجتمعات البشرية<sup>2</sup>.

### \* القيم الأخلاقية:

القيم الأخلاقية هي الأحكام التي يصدرها الإنسان على الأشياء مهتدياً بالمبادئ والمعايير التي وضعها المجتمع المحدّدة للمرغوب فيه وهي تعكس معايير السلوك ليس بالمعنى الفلسفي الميتافيزيقي، وإنما بالمعنى الوضعي الاجتماعي الذي تعبر عنه الفضيلة الاجتماعية التي تتلخص في أن يقوم الفرد بواجبه ويحترم ممارسات مجتمعه وعاداته<sup>3</sup>.

القيم الأخلاقية ذات مغزى وجوهر يحمله العقل كمادّة أولية يصنع بها أفعاله الناتجة بطبيعة الحال عن ضمير ناضج وواع بالعواقب التي تتبع تلك التصرفات وتتميّز القيم الأخلاقية بالشمولية والإتساع بقدر إتساع المجتمع بكلّ مجالاته الثقافية، السياسية والاجتماعية وهي تستهدف بوجه عامّ دراسة الفاعلية البشرية وتتناول مسألة التنظيم تنظيمًا علميًا وتسعى إلى تبيان مغزى التجربة الإنسانية فتغذو أخلاق المرء تعبيراً عن ذاته من خلال جريان الأحداث فتتبع رسالة الأخلاق في فهم الأشكال المختلفة التي تحقق هذا التعبير<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان طبعة أول بيروت سنة 1978

<sup>2</sup> - عبد الرحمن بدوي، الأخلاق النظرية، وكالة المطبوعات الكويت، 1975

<sup>3</sup> - فوزية دياب، القيم والعادات الاجتماعية، دار الكتاب العربي للطباعة والنشر القاهرة، 1966، ص 52-53.

<sup>4</sup> - عادل العوا، القيمة الأخلاقية، الشركة العربية للطباعة والنشر دمشق، ص 13

ونجد أيضا من يعرف القيم الأخلاقية بأنها الأحكام المكتسبة من الظروف الاجتماعية يتشربها الفرد ويحكم بها وتحدد مجالات تفكيره وسلوكه وتؤثر فيه وتختلف تبعا للمجتمعات وقد تكون إيجابية أو سلبية وفي علم الاجتماع تعتبر القيم الأخلاقية حقائق أساسية هامة في البناء الاجتماعي إذ تعالج من وجهة النظر السوسيولوجية على أنها عناصر بنائية تشتق أساسا من التفاعل الاجتماعي<sup>1</sup>.

يمكن القول أن القيم الأخلاقية هي تلك الأفكار المتفق على كونها حديرة بالالتزام بها وتجسيدها في سلوكيات الناس وعلاقتهم فيما بينهم، من أجل أن يحي أفراد المجتمع حياة يسودها الإنسجام والوثام.

## \* الضمير:

يتكون الضمير بالتربية والتدريب والتثقيف ويمكن أن يفسد وفيه عناصر عقلية تمكنه من التأمل والحكم وليست هذه الأوصاف من شأن الغريزة<sup>2</sup>.

إذن الضمير تجتمع فيه عناصر مكتسبة عن طريق التعلم وعناصر كامنة في العقل البشري، تمكنه من التفكير والتمييز بين الحسن والقبيح وذلك بتكامل هذه العناصر فيما بينها.

يعرف معجم لالاند الضمير على النحو التالي: الضمير (الأخلاقي) هو خاصية إصدار أحكام معيارية تلقائية ومباشرة على القيمة الأخلاقية لبعض الأفعال الفردية المعينة، وحين يتعلق هذا الضمير بالأفعال المقبلة فإنه يتخذ شكل صوت يأمر أو ينهى، وإذا تعلق بالأفعال الماضية فإنه يترجم عن نفسه بمشاعر السرور (الرضا) أو الألم (التأنيب)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - محمد عاطف غيث قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية مصر، 1989، ص 504.

<sup>2</sup> - د عبد الرحمن بدوي، مرجع سابق، ص 56.

<sup>3</sup> - د عبد الرحمن بدوي، المرجع نفسه، ص 56.

## 2.1 أخلاقيات المهنة:

الأخلاقيات المهنية هي المبادئ والمعايير التي تعتبر أساسا لسلوك أفراد المهنة المستحب والتي يتعين على زملاء المهنة إلتزامها وهي مدونة ضمن لائحة أخلاقية للعاملين، ويفترض أن تكون المسؤولية الأخلاقية للمهنة مستوعبة للمسؤولية القانونية للمهنة وتتجاوز ذلك حيث أن العامل لا يلتزم فقط بالمسؤولية القانونية للمهنة بل بالمسؤولية الأخلاقية لها، رغم أن المسؤولية الأخلاقية للمهنة تمثل إلتزاما أخلاقيا يخرج عن دائرة القانون ولا يترتب عليها في كثير من الأحيان عقوبات قانونية بل خروقات أديية وإجتماعية تتجاوز في بعض الأحيان الأطر القانونية الضيقة<sup>1</sup>.

نلاحظ أن في هذا التعريف تركيز على أن أخلاقيات أن المهنة هي تلك الأخلاق المتفق على كونها إيجابية ومستحبة وفيه أيضا إشارة إلى أن المسؤولية الأخلاقية للمهنة أشمل وأوسع من المسؤولية القانونية فهي لا تحث على احترام قوانين النظام الداخلي للمؤسسة والقوانين التشريعية فحسب بل تزيد على ذلك بالحث على إلتزام حتى الأخلاق التي لا يحاسب القانون على تركها.

فيما يخص أخلاقيات الطب فإنّ المشرع الجزائري يعرفها كما يلي:

"أخلاقيات الطب هي مجموعة المبادئ والقواعد والأعراف التي يتعين على كلّ طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي أن يراعيها وأن يستلهمها في ممارسة مهنته"<sup>2</sup>.

تحدد هذه هذه الأخلاقيات في سكل موادّ " تفرض هذه الأخلاقيات على كل طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي أو طالب في الطب أو في

<sup>1</sup> - د. ظاهر محسن منصور الغالي، د صالح مهدي محسن العامري، المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال، دار وائل للنشر، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 169.

<sup>2</sup> - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، مرجع سابق، ص 1419.

جراحة الأسنان أو في الصيدلية مرخص له بممارسة المهنة وفق الشروط المنصوص عليها في التشريع والتنظيم المعمول بهما<sup>1</sup>

### 3.1 الجذور التاريخية لمفهوم أخلاقيات المهنة:

إن مبادئ أخلاقيات المهنة المحسّدة حاليا في عدد من المواد والمجمّعة في مدوّنة خاصّة بها لم تكن كذلك في السابق ففكرة أخلاقيات المهنة اللّصيقة بممارسة الوظائف العمومية ظلّت غائبة لوقت طويل في الحياة المهنية. ففي فرنسا مثلا يرجع تاريخ إنتشارها إلى عام 1870 وهي الفترة التي تمّ فيها تأكيد القيم والمبادئ الجمهورية<sup>2</sup>.

إذ كان العون العمومي في الفترة التي سبقتها ولا سيما في القرن السادس عشر يتمتع في بعض الدّول الأوروبية كفرنسا مثلا بقدر كبير من الحصانات التي تجعله في مأمن عن المساءلة عن التصرفات المضرة التي يرتكبها حتى، أنّ الملك لم يكن في وسعه تسليط العقاب وبالتالي فإن القوّة العمومية كانت تستفيد من نظام الإعفاء من المسؤولية<sup>3</sup>.

لهذا كان لزاما على أخلاقيات المهنة أن تتصدّى لمثل هذه السلوكات عن طريق فرض قواعد تنصّ على الإنضباط في العمل والمساواة في الحقوق والواجبات.

وقد كان لإلغاء ممارسة الإنتقاء الأساسي للمساعدين الأوّلين للحكام في إدارة الشؤون العمومية القائم على أسس ذاتية كالمحسوية والتوصية واستبداله بمعايير موضوعية كالكفاءة والمهارة الأثر الواضح في تجسيد مبدأ الإنتقاء على أساس المسابقة والمساواة في الألتحاق بالوظائف العمومية وبالتالي إضفاء الطابع الأخلاقي الموضوعي على عمليات التوظيف.

<sup>1</sup> - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المرجع نفسه، ص 1419.

<sup>2</sup> - سعيد مقدم، مرجع سابق، ص 6.

<sup>3</sup> - المرجع نفسه، ص 7.

ويعود الفضل في إنتشار القيم الجمهورية في فرنسا مع مطلع عام 1870 وبداية تطبيقها على الإدارة إلى كل من المشرع والقاضي اللذين حرصا على تداول النطق في أعمالهما بقواعد أخلاقيات المهنة إتجاه الأعدان العموميين.

أما في بريطانيا فقد كتب الإنجليزي بينهام 1732-1758 Binthaim المطول الوحيد المعروف بـ la déontologie ou science de la morale ومن هذه القواعد نجد كلاماً من:

- واجب القيام بالخدمة " l'obligation du service " وهو الإلتزام القائم على " واجب الطاعة " l'obligation d'obéissance .

- الإلتزام بالتزاهة والترفع " désintéressement " والتحفظ " discrétion " والمسؤولية وقد أعتبرت هذه القواعد وغيرها بمثابة النواة الأساسية لإعداد أخلاقيات المهنة فأصبح الموظفون مطالبين تحت تأثير الأفكار والقيم الجمهورية وتصويت الشعوب بالإلتزام أكثر بالولاء والإخلاص في حياتهم المهنية والعامّة. وقد سجل التقدم الحاصل في مجال المسؤولية فقد صدرت عدّة قرارات بدءاً

من سنة 1870 إعترفت بمسؤولية القوة العمومية la responsabilité de la puissance publique .

وفي عام 1873 قامت محكمة المنازعات الفرنسية بتاريخ 30 جويلية من هذا العام بالتمييز بين الخطأ الشخصي والخطأ المهني.

فالأول هو من إختصاص المحاكم القضائية والثاني هو من إختصاص القاضي الإداري.

كما قامت حكومة الدفاع الوطني في فرنسا بوضع حدّ للحصانة القضائية للموظفين إذ أصبح أي تقصير من طرف الموظفين يلقي الجزاء التأديبي الذي يليق به. ومن الجدير بالذكر أن القضاء قام بدور معتبر في بلورة بعض الواجبات من ذلك ما ذهب إليه محكمة "السبن" الفرنسية التي أصدرت في عام 1896 حكماً



يكرّس في صالح المواطنين واجب "كتمان السر المهني" " L'obligation de secret professionnel " كما أن مقتضيات الحرين العالميتين أفرزن بعض الواجبات الجديدة التي فرضت على الموظفين تحت تأثير الإنتقادات الموجهة ضدّ الحكومات والبرلمانات دون إقصاء الإدارة منها وهي الواجبات والإلتزامات الجديدة التي نعتز على بعضها اليوم في مختلف نصوصنا التشريعية والتنظيمية نذكر منها القانون 1936/06/20 وقانون 1936/10/29 اللذين ترتب عنهما منع الموظفين من:

الجمع بين أكثر من تقاعد واحد.

الجمع بين أكثر من مرتب واحد

الجمع بين الوظائف المنافية للسير الحسن للإدارة.<sup>1</sup>

من خلال ما ذكرناه نستنتج أن أخلاقيات المهنة هي نتيجة من نتائج تقدم المجتمعات سياسيا وإقتصاديا وثقافيا وتعقدها وتشابك الأدوار فيها، كما أنها تتأثر بالأحداث والمستجدات الطارئة وهذا ما يجعلها عرضة للتعديل والتجديد كلما دعى الأمر إلى ذلك مع الإبقاء على مبادئها الرئيسية.

#### 4.1 مصادر أخلاقيات المهنة:

تستمد أخلاقيات المهنة قواعدها من مصادر مختلفة منها الأحكام الدستورية والتشريعية والتنظيمية وأنماط القانون الدولي ومنها الإلتزامات المترتبة على كل من:

- الاتفاقات الدولية المتعلقة بحماية الإنسان والحريات الأساسية التي

تحرم المعاملة غير الإنسانية أو الدينية

- المواثيق الدولية المتداولة كتصريح حقوق الإنسان والمواطن الذي

يجعل كل عون مسؤول أمام أمة إدارته ومطالب بإحترام كافة المبادئ القائمة على الحرية والمساواة إلى جانب الإلتزامات التي تنص عليها مختلف القوانين الأساسية

<sup>1</sup> - سعيد مقدم، مرجع سابق، ص 6-7-8-9

الخاصة والإلتزامات المستمدة من الأنظمة الداخليّة الخاصّة بكل إدارة أو مؤسسة  
عمومية<sup>1</sup>.

-القوانين واللوائح والتشريعات: القوانين تمثل رغبات المجتمع كما  
أنها تعدّ رادعا للسلوكيات غير المقبولة والمنحرفة، أمّا اللوائح الحكومية فإنها مجموعة  
المعايير المحدّدة من قبل السلطات للممارسات المقبولة وغير المقبولة، فهذه القوانين  
تعبّر عن مساهمة الحكومة بترسيخ المسؤولية الأخلاقية اتّجاه المجتمع<sup>2</sup>.

وإن كانت هذه العناصر التي ذكرناها تعتبر المصادر الرئيسية  
لأخلاقيات المهنة فإنه من الواجب علينا ألا ننسى الإشارة إلى أنّ الدين والتاريخ  
والتقاليد والأعراف والثقافة القومية والوطنية والتكوين القبلي والعائلي وظهور  
الجماعات المرجعية والقادة والأحزاب السياسيّة ووسائل الإعلام وتطورها والخبرة  
العلمية والعملية للمجتمع تعتبر كلها مصادر تساهم في تشكيل أخلاقيات الأعمال  
في أيّ مجتمع من المجتمعات<sup>3</sup>.

### 5.1 غائية أخلاقيات المهنة:

تهتمّ أخلاقيات المهنة كعلم للواجبات المعنوية الخاصّة بمهنة محدّدة  
وجزائها التأديبية بتبيان القواعد السلوكية والأخلاقية لأعضاء مهنة ما سواء فيما  
بين الممارسين أنفسهم أو اتّجاه الغير.

فتدوين أخلاقيات المهنة يهدف إلى تحقيق عدّة مساعي نذكر منها:  
- ضبط العادات والاتفاقات ومجموع القيم والأعراف والتقاليد المتفق عليها  
في محيط ما.

<sup>1</sup> - سعيد مقدم، اترجع نفسه، ص9.

<sup>2</sup> - د طاهر محسن منصور الغالي، د صالح مهدي محسن العامري، مرجع سابق، ص170.

<sup>3</sup> - المرجع نفسه، ص173.

- تنظيم أشكال النقد الذاتي لا سيما المتعلق منه بتحسين المردودية وتحسين الكفاءات الفنية وتحفيز المهارات المهنية، وخلق جسور الثقة في الأهداف المتبعة والانضمام إلى المبادئ التي يفرضها تنظيم الوظيفة العمومية أو المهنة.

- فهم الواجبات المهنية والتذكير بنظام الجزاءات الإيجابية والسلبية كوسيلة من الوسائل الناجعة لتفادي بعض السلوكات المحظورة والسلبية.<sup>1</sup>

- التكفل بالعنصر البشري من حيث توفير شروط العمل الضرورية حيث نجد على سبيل المثال المادة الرابعة عشر من مبدوءة أخلاقيات المهنة الطبية تنصّ على وجوب توفير تجهيزات ملائمة ووسائل تقنية كافية حتى يقوم الطبيب بواجبه.<sup>2</sup>

كما تنصّ هذه المادة على أنه لا ينبغي للطبيب بأي حال من الأحوال أن يمارس مهنته في ظروف من شأنها أن تضرّ بنوعية العلاج أو الأعمال الطبية.<sup>3</sup>

ضمان مخطّط عقلائي لتسيير الموارد البشرية يأخذ بعين الاعتبار مساهم المهني من ترقية في الدرجات والرتب والوظائف ويضمن لهم تكويننا وتحسينا لمستواهم ولعارفهم المهنية.

ضمان التوازن بين الأحكام الاخلاقية (بتحديد مفاهيمها) وضرورة المحافظة على الحريات وحقوق الموظفين بضبطها .

ضرورة تغليب المصلحة العامة على المصلحة الخاصة للموظف بشكل يتفق والأنظمة التشريعية والتنظيمية السارية المفعول.

سدّ العجز أو الغموض الذي يكتنف الأحكام القانونية والتنظيمية السارية المفعول.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - سعيد مقدم ، مرجع سابق ص12، ص12.

<sup>2</sup> - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، مرجع سابق، ص 1420.

<sup>3</sup> - المرجع نفسه، ص 1420

<sup>4</sup> - سعيد مقدم، مرجع سابق، ص 16.

لاشك أنه ما من أحد ينكر هذه الغايات التي وجدت من أجلها أخلاقيات المهنة لكن يبقى هنالك أمر عالق وهو شديد الأهمية يتمثل في كيفية إيجاد آليات أو إجراءات لجعل هذه الأخلاقيات واقعا ملموسا وإلا فلا مكان لتحقيق غاياتها المذكورة.

## 2. آراء وتصورات حول مفهوم المهنة:

أستخدمت كلمة مهنة قديما للتعبير عن معاني مختلفة تطورت عبر الزمن تبعا للتغير الذي شهدته كافة الظواهر الاجتماعية في المجتمعات البشرية المختلفة حيث كان أقدم استخدام لها يشير إلى أعمال من حصلوا على تدريب أكاديمي أو درجة علمية كالمدرسين ورجال الاجتماع والمهندسين وإمتدّ مع توسيع حركة الصناعة إلى أعمال من يحتاجون إلى خبرة وتدريب علميين<sup>1</sup> ولقد شدّد ماكس فيبر على أهمية المهن في المجتمع الغربي الحديث ويرى في عملية الإمتحان العبور من نظام اجتماعي تقليدي إلى نظام إجتماعي يرتبط فيه وضع كل واحد بالمهام التي يقوم بها حيث تخصّص لهم تعويضات وفقا لمعايير "عقلانية" للكفاءة والتخصّص فالمهنة ليست أبدا موروثة لكنها مرادة ويتمّ تحملها كمهمة<sup>2</sup>، أي أنّ المهنة أصبحت في المجتمعات المتطورة هي التي تحدّد مركز صاحبها في نظر المجتمع ولم تعد أصوله الاجتماعية أو الطبقية هي التي تحدّد مركزه بل إن ما يحصل عليه الشخص من تقدير يكون وفقا لما يقدمه هو من أعمال وإنجازات.

وتعبّر كلمة مهنة في إستخدامها العامّ عن الأعمال التي تتطلب معرفة متخصصة ومهارة مكتسبة... كما تعني الأعمال التي يقوم أصحابها بخدمات تتصل بإنتاج السلع وتوزيعها<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - إبراهيم مذكور، معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية للكتاب الاسكندرية 1975، ص 577.

<sup>2</sup> - رعون بودون وفرانسوا بوريكو، المعجم النقدي لعلم الاجتماع ترجمة سليم حداد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع طبعة أولى لبنان، ص 546.

<sup>3</sup> - إبراهيم مذكور، مرجع سابق، ص 578.

وهناك من يعرف المهنة بأنها عمل يشغله الفرد بعد أن يتلقى دراسة نظرية كافية وتدريباً عملياً طويلاً في مراكز أو مدارس أو جامعات فالمهنة تتطلب مجموعة من المهارات والمعارف النظرية والقواعد والإجراءات التي تتحدّد طبيعة العمل في إطارها فالطب مهنة لها قواعد وأصول تنظّم ممارستها وكذلك المحاماة والمحاسبة والهندسة وغيرها<sup>1</sup>.

أما بارسونز Talcott Parsons والذي هو أحد رواد التيار الوظيفي فركز إهتمامه على مهنة الطب ومن خلال دراسته المعمّقة لمهنة الطب سعى إلى تحديد مفهوم المهنة، فقد حلّل بدقة العلاقة بين الطّيب والمريض وبذل جهده فيما بعد لتعميمها على سائر المهن. في نظر "بارسونز" الدور المهني الطّبي هو كاي دور مهني آخر يمارس ضمن تفاعل بين دور الطّيب ودور المريض الذي هو خاضع للطّيب ومن دراسته لمهنة الطب تنبه "بارسونز" إلى العناصر المحدّدة لمفهوم المهنة، وقد تميزت المقاربة الوظيفية في تحديدها لمفهوم المهنة على إزدواجية التأكيد فمن جهة تؤكد على أن المهن تشكل وحدات مجتمعية حول القيم نفسها والإلتزام الخلقى نفسه للخدمة ومن جهة أخرى تؤكد على كون المكانة المهنية مرخّصة بفضل معرفة علمية تطبيقية.

الفكرة الأولى ركز عليها في أحد مقالاته "good" تلميذ بارسونز في 1957 حيث أكد على أن القبول والتكوين وإنتشار قانون اخلاقيات المهنة بين المهنيين هي عناصر تعتبر بمثابة مكونات مرتبطة بتطورات إكتساب نظام أساسي مهني يسمح بتنظيم المنافسة الداخليّة بين المتمرّسين وإلى دفع ثمن الإستقلالية النسبية الموافق عليها من طرف السلطات الشرعية.

أمّا الفكرة الثانية للوظيفية فقد تحدث عنها "Wilenshy" حيث أشار إلى أن إمتلاك معرفة نظرية بفضل دراسات طويلة تعتبر كضمان للكفاءة الحقيقية

<sup>1</sup> د طاهر محسن منصور الغالي، د. صالح محسن العامري. مرجع سابق ص 168.

والتخصص في قطاع لنشاط معين مبني على حافظ محسوس وكوسيلة فعالة لتجنب التدفق المتزايد للمتمرسين في المهنة.

هكذا فإن لجنة الأخلاقيات والمعرفة العلمية هما العنصران المميزان لمهنة معينة من وجهة نظر التيار الوظيفي<sup>1</sup>.

نستنتج من كل ما ذكرناه أنّ مفهوم المهنة من وجهة نظر التيار الوظيفي يتركز على توفر الخصائص التالية:

الكفاءة العلمية والتقنية من أجل الحصول على رخصة شرعية لممارسة المهنة،  
تقبل وتطبيق قانون أخلاقي منظم لممارسة المهنة:

### 3. لمحة عن تطور النموذج المهني للطب:

في القدم لم تكن المجتمعات تمنح للأطباء ثقة كافية في قدرتهم على الحفاظ على صحة الأفراد والشعوب، بل كانت الصحة تعتبر عطاءاً من الطبيعة أو من طرف الإله كل حسب معتقداته الدينية.

أثناء الثورة الصناعية حدث أن العديد من الحقول المعرفية عرفت قفزة نوعية، كالفيزياء والكيمياء، الاتصالات، الهندسة... إلخ

وحده الطبّ بقي دون تطور بارز في علاجاته وتدخلاته الجراحية حيث إلى غاية سنوات 1870-1890 كان الطبّ يعتبر الحقل المعرفي الفقير للثورة الصناعية وكان ينظر للأطباء على أنهم أشباه علماء لأنهم غير قادرين على إظهار أي فعالية أمام الأوبئة التي كانت تفتك بأرواح الناس في ذلك العصر.

بينما كانت الاكتشافات تتراكم والعلوم الأخرى تتقدم بخطوات عملاقة بقي الطبّ عاجزاً أمام الأمراض المنتشرة. ومن البديهي أن يكون للناس والأطباء أنفسهم نظرة إزدراء إتجاه مهنتهم، كان ينظر للأطباء على أنهم مجرد

<sup>1</sup> - Claud Dubar, la socialisation construction des identités sociales et professionnelle, opcit, p138-141

دجالين ورغم أن الجراحة كانت قد عرفت تطورا ملحوظا إلا أن نسبة الوفيات كانت مرتفعة بعد إجراء العملية، على سبيل المثال وصلت نسبة الوفيات بعد عملية البتر التي كان يخضع لها الجنود في فترة الحروب إلى 92% كان هذا حال الطب منذ أقل من مئة وخمسين سنة.

و ابتداء من سنة 1870 بدأت ظروف مهنة الطب تتغير حيث تمكن لويس باستور "Louis pasteur" في أقل من خمسة عشرة عاما من أن يحدث ثورة علمية في الطب فأعطى للطب رسالته النبيلة وأعطى للأطباء مكانتهم كرجال علم معاصرين، وذلك بفضل إكتشافه لحقيقة منطقية تفسر إنتشار الأوبئة بين الناس، حيث إكتشف أن هناك كائنات مجهرية هي المسؤولة عن ظهور المرض سميت فيما بعد بالجراثيم، وعلاجها يتمثل في اللقاح "le vaccin" وكان ذلك في حالة داء الكلب حيث إكتشف "باستور اللقاح الذي قضى على داء الكلب.

إكتشاف باستور لوجود كائنات لا ترى بالعين المجردة وإثباته لدورها في إنتشار الأمراض بإستخدام المنطق والتجريب جعل الأطباء يخرجون من دائرة اليأس والحيرة التي كانوا يعيشونها من قبل، فإكتشاف هذه الحقيقة نبههم إلى التعامل مع الأمراض بطرق جديدة أكثر منطقية وعلمية من ذي قبل.<sup>1</sup>

إن يوم 20 أوت 1885 الذي تمكن فيه باستور من إنقاذ أول شخص من الموت بداء الكلب. هو يوم يؤخذ للتأريخ لدخول الطبّ عالم العلوم الحديثة لأنه اليوم الذي خرج فيه الطب من دائرته المفرغة، إذ أصبح سبب المرض معروفا والعلاج متوفرا. هذا التاريخ هو بداية عهد قدرة الأطباء على المرض، بعد هذا التاريخ أنجزت الأبحاث الطّبية حجما مدهشا، التطور التكنولوجي والدخول في

<sup>1</sup> - Bruno Dujardin, le médecin des systèmes de santé publique, un extra, terrestre malgré lui, Revue semestrielle, p 29-33.

طرق علاجية جديدة كل هذا أعطى قدرة أكيدة وجديدة للجهاز الطبي وضمن للأطباء شهرتهم وبروزهم وتحسين وضعهم المادي من طرف المرضى والمجتمع<sup>1</sup>. لم يعد المستشفى مكانا للموت فقط أصبح مركزا للتقنية والبحوث ومكانا للشفاء.

عبقرية باستور لم تكن نابعة من كونه عالما لا نظير له فحسب ولكن من كونه يتمتع بجاذبية رهيبية إذ أنه كان خطيبا شعبيا كانت لديه إتصالات مع أشهر الصحف، كان كاتباً من النوع الرفيع حيث أن ريشته لم تجد صداها لدى الصحافيين فقط بل لدى رجال السياسة أيضا بالخصوص تلك الرسالة الشهيرة التي وجهها لنابليون الثالث Napoleon III مطالبا فيها بالتمويل المالي لأبحاثه<sup>2</sup>.

خصائص باستور مكنته من فتح أبواب كثيرة ومكنته من أن يعطي للجهاز الطبي قوته المبنية على المنهج العلمي والاختراع التكنولوجي والبنية الإستشفائية كمكان للعلاج والشفاء وأسس ثقافة طبية جديدة وغودجا طيبا تأثر به عالم الطب في دول الشمال والجنوب على حدّ السواء<sup>3</sup>.

كانت هذه لحظة عن تطور النموذج المهني للطب كما جاء بها "برينو ديجاردان" Bruno Dujardin وهو طبيب الصحة العامة بمدرسة الصحة العامة بالجامعة الحرة بيركسال. Ecole de santé publique, université libre de bruxelles.

#### 4. مدونة أخلاقيات الطب في الجزائر ومضامينها:

##### 1.4 تعريف مدونة أخلاقيات الطب:

المدونة الأخلاقية لأي مهنة هي عبارة عن وثيقة تصدرها المنظمة وتتضمن مجموعة من القيم والمبادئ ذات العلاقة بما هو مرغوب فيه وما هو غير

<sup>1</sup> - Bruno Dujardin, opcit, p 29-33.

<sup>2</sup> - Ibid, p31

<sup>3</sup> - Ibid, p33.



مرغوب فيه من سلوكيات للشركة والعاملين فيها<sup>1</sup>.  
أما مدونة أخلاقيات الطب فتعرف بأنها الوثيقة التي تبين مجموع المبادئ والقواعد والأعراف التي يتعين على كل طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي أن يراعيها وأن يستلهمها في ممارسة مهنته<sup>2</sup> ويبدو انه قبل إصدار هذه المدونة كان أعضاء مهنة الطب يخضعون للنصوص التشريعية والتنظيمية فقط ولقد جاءت هذه المدونة لتوضّح بطريقة أكثر دقة للأطباء ما لهم وما عليهم ولم تصدر هذه المدونة إلا في بداية التسعينيات.

" تفرض أحكام هذه المدونة على كل طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي أو طالب في الطب أو في جراحة الأسنان أو في الصيدلية مرخص له بممارسة المهنة وفق الشروط المنصوص عليها في التشريع والتنظيم المعمول بهما وتخضع مخالفات القواعد والأحكام الواردة في هذه المدونة لإختصاص الجهات التأديبية التابعة لمجالس أخلاقيات الطب..."<sup>3</sup>

## 2.4 مضامين مدونة أخلاقيات الطب بالجزائر:

تتألف مدونة أخلاقيات الطب من 99 مادة تتحدّد فيها الحقوق والواجبات بالتفصيل وهذه المواد إلى جانب قواعد النّظام الراعي للمستشفى من شأنها ضمان السير الحسن للعمل.

إنّ المتصفح لمدونة أخلاقيات الطب يجد موادّها تتميّز بالتنوّع والتداخل وهذا يرجع لتنوع مصادرها فهي تمزج بين مواد ذات طابع قانوني وأخرى ذات طابع أخلاقي إلى جانب مواد تعنى بتحديد كيفية ممارسة الطب. لقد

<sup>1</sup> - د طاهر محسن منصور الغالي، د صالح مهدي محسن العامري، مرجع سابق ص 169 نقلا عن نجم نجم عبود، أخلاقيات الإدارة في عالم متغير، المنظمة العربية للتنمية الغذائية 2000، ص 75

<sup>2</sup> - التجربة الرسمية، مرجع سابق، ص 1419

<sup>3</sup> - المرجع نفسه، ص 1419.

تأملنا مضامين هذه المواد وحاولنا أن نستخلص منها الأخلاقيات المتعلقة بنمط تقديم العلاج تقيدا بموضوع بحثنا ولقد حصرنا هذه الأخلاقيات في النقاط التالية:

1- الكفاءة المهنية:

هي أول أمر أخلاقي يجب توفره في الطبيب، لأن الطبيب الذي لا تتوفر لديه الكفاءة لا يمكنه أن يقدم عملا جيدا.

2- واجب تحسين القدرات المهنية:

وإن كان هذا المبدأ شديد الارتباط بسابقه إلا أننا فضلنا ذكره على حدى لإبرازه لأنه كبير الأهمية إذ يعتبر حق وواجب فالطبيب عليه أن يعتني بمعلوماته الطبية ويحسنها وذلك عن طريق مطالعة المنشورات العلمية وحضور المنتديات التكوينية

3- مبدأ احترام شخص المريض:

يجب أن تترجم كل تصرفات الطبيب مشاعر الاحترام إتجاه مريضه ونقصد هنا احترام حرته وإرادته والحفاظ على كرامته ومشاعره.

4- المساواة في تقديم الخدمات الطبية:

يجب أن تقدم الخدمات الطبية دون تمييز من حيث الجنس أو السن والعرق والدين والجنسية والوضع الاجتماعي والعقيدة السياسية أو أي سبب آخر في السلم والحرب.

5- المسؤولية الشخصية للطبيب:

الطبيب مسؤول على ممارسة يقوم بها سواء كان معالجا أو إستشاريا أو إذا اشترك مع مجموعة من الزملاء على فحص مريض أو معالجته، فهنا كل طبيب يتحمل مسؤوليته الشخصية أما المساعدون الذين يختارهم الطبيب فإنهم يعملون تحت مراقبته وتحت مسؤوليته.

6- اليقظة والتفاني في العمل:

إن الإهمال خطأ لا يغتفر في أي مهنة كانت فواجب على الطبيب أن يكون متنبها لحالة مرضاه وما يمكن أن يطرأ عليها.

7- واجب الحفاظ على نوعية حسن الزمالة:

يجب أن تتسم علاقات الزمالة بالمودة والتعاون والإحترام بين الأطباء فيما بينهم وإتجاه المساعدين وأعضاء المهنة الصحية وذلك لأن مصلحة المريض تقتضي التعاون بدل الصّراع والمنافسة. كما يجب أن يتعد الطبيب عن أي سلوك من شأنه أن يؤثر سلباً على صمعة ومستقبل زميله له.

8- واجب الاستشارة:

يجب على الطبيب أن يقترح استشارة طبية مشتركة مع زميل آخر بمجرد ما تقتضي الحاجة ذلك وعليه أن يسشير الزميل الذي يراه مؤهلاً لهذه المهمة أكثر من غيره.<sup>1</sup>

### 3.4 تعريف المجلس الوطني لأخلاقيات الطب:

المجلس الوطني لأخلاقيات الطب هو المجلس الذي لديه صلاحية معالجة كل المسائل ذات الإهتمام المشترك للأطباء وجراحي الأسنان والصيدلة<sup>2</sup> إن من مهام مجلس أخلاقيات الطب أنه يمارس السلطة التأديبية من خلال الفروع النظامية التي تشكله.

يوجد مقر المجلس الوطني لأخلاقيات الطب في مدينة الجزائر ولديه إثنتي عشر مجلس جهويا موزعين على التراب الوطني من بينهم المجلس الجهوي بتلمسان والذي يشمل بنشاطاته كل من ولايات سيدي بلعباس عين تموشنت، سعيدة. وكما سبق أن ذكرنا فإن مخالفة قواعد أخلاقيات الطب تخضع لإختصاص

<sup>1</sup> - الجريدة الرسمية، مرجع سابق، الصفحات 1419-1420-1421-1422.

<sup>2</sup> - مرجع سابق، ص 1424

الجهات التأديبية التابعة لمجالس أخلاقيات الطب كما أن الفروع النظامية للمجلس الجهوي لديها سلطة توفيقية للفصل في النزاعات التي قد تحدث بين المرض والأطباء إذ يمكن إحالة أي طبيب أمام الفرع النظامي الجهوي المختص عند ارتكابه أخطاء خلال ممارسته مهامه، وكذلك تفصل في النزاعات التي تقع بين الأطباء والإدارة والنزاعات التي تقع بين الأطباء فيما بينهم. يمكن المجلس الجهوي أن يتخذ العقوبات التأديبية التالية:

✓ الإنذار

✓ التوبيخ

يمكنه أن يقترح على السلطات الإدارية المختصة منع ممارسة المهنة أو غلق المؤسسة إذا كان لدى الطبيب المتهم عيادة خاصة.

للإشارة لا يباح لأي طبيب الشروع في ممارسة الطب عبر التراب الوطني إلا بعد تسجيل نفسه في قائمة الفرع النظامي الجهوي وتسديد اشتراكه ثم يتعهد كتابيا باحترام قواعد أخلاقيات المهنة<sup>1</sup>.

## 5. السلوك:

### 1.5 تعريف السلوك

عرّف السلوك في قاموس المنهل على أنه تصرف أو سيرة ، فسلوك الفرد هو مجموعة من الاستجابات لما يحيط به من ظروف<sup>2</sup>.  
وتعني كلمة السلوك أيضا "مجموعة ردود الأفعال أو التصرفات لفرد معين يمكن ملاحظتها بموضوعية من طرف المنظمة الموجود داخلها وذلك عن طريق الحوافز الصادرة عن محيطها الداخلي أو الخارجي<sup>3</sup> .

<sup>1</sup> - الجريدة الرسمية، مرجع سابق، ص 1419-1430-1434.

<sup>2</sup> - صبور عبد التور وسهيل إدريس ، المنهل قاموس فرنسي - عربي، دار الآداب ودار العلم للملايين، بيروت، الطبعة الثانية 1972 ، ص 227

<sup>3</sup> - Le petit Larousse illustré dictionnaire encyclopédique 1995, p 25

ويفترض رواد النظرية السلوكية: وهي من نظريات علم النفس - أن السلوك يعتمد على التعزيز أي ربط بذل الطاقة (الجهد) بالمكافأة أو الجزاء حيث يفترض بان الأداء المتبوع بالمكافأة يتحسن أما إذا كانت المكافأة لا تعتمد على الأداء فإن هذا الأخير لا يتحسن<sup>1</sup>.

إن دراسة السلوك والمشكلات المرتبطة به تتطلب التشخيص السليم الذي يعتمد على الوصف الحذر والمنتبه ثم على التحليل المنطقي للعلاقات الموجودة بين متغير وآخر.

يقول مصطفى عشوي:

"ينبغي على الباحث الذي يدرس سلوك الأشخاص في المنظمات أن يهتم بالجوانب الموضوعية لهذا السلوك دون إهمال الجوانب الذاتية ذلك لأن الأفراد في المنظمات غالبا ما يكونون إتجاهات إنفعالية (مشحونة بالعواطف) وفي هذه الحالة فإنه على الباحث أن يهتم بنظرة الأشخاص وإتجاهاتهم نحو موضوع ما بدلا من الاكتفاء بدراسة الجوانب الموضوعية لقضية ما"<sup>2</sup>

## 2.5 السلوك الأخلاقي وثقافة المجتمع:

يتأثر سلوك الفرد بمؤثرات خارجية كثيرة يقع في مقدمتها ثقافة المجتمع وقيمه وعاداته، ففي بداية إحتكاك الفرد بالجماعة تظهر لديه القابلية أن يأخذ من قيم الجماعة وتشكل لديه روح الانتماء للجماعة ويصبح هو مدافعا عن قيمها وأعرافها وتقاليدها، فإذا كانت هذه الأعراف واضحة لدى الفرد ومنسجمة مع بنائه الأسري الأولى نراها تتجسد دائما في سلوكياته في العمل، وبشكل عام تتباين المجتمعات الإنسانية في نوع ثقافتها وإعطائها أولويات لقيم معينة دون أخرى ففي بعض المجتمعات الإنسانية نجد أن الثقافة السائدة هي ثقافة منفتحة تقبل الجديد

<sup>1</sup> - مصطفى عشوي، أسس علم النفس الصناعي التنظيمي، المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر 1992، ص 113.

<sup>2</sup> - مصطفى عشوي، المرجع السابق، ص 96.

وتتجسد فيها سمات التسامح والرغبة في التعاون وقبول الرأي الآخر وحب العمل والإخلاص فيه والمثابرة والدقة في احترام المواعيد وهنا يكون الفرد متمتعاً بسلوكيات إيجابية إتجاه الآخرين وغير متعصب لفكرة أو مذهب. لا يمكن الوصول إلى حالة مثالية ولكن يمكن الوصول إلى حالة مناسبة ومعقولة من الوسطية. إن الفرد الذي يعيش في بيئة ثقافية ملوثة سيتأثر بكل تأكيد بإفرازات هذه البيئة لذا فالوعي من جانب الفرد مهم جداً للإنتباه للتواقص والإشكالات في الوضع الاجتماعي والثقافي في المجتمع وأن يجد الأسلوب الملائم للتعامل معها. مثال ذلك كيفية التعايش والتعامل في مجتمع تكثر فيه الوساطات والمحسوبية ويتوجب على الفرد إتخاذ قرارات عمله في ظل هذه الحالة<sup>1</sup>.

يمكن أن نستخلص من هذا الكلام أن دخول الفرد إلى مكان عمله لا يعني تجرّده من القيم الثقافية التي نشأ عليها بل إن هذه القيم ستستمر معه وتؤثر على تصورات وسلوكياته التي يتخذها إزاء القواعد التنظيمية التي تحكم العمل وإزاء زملائه ورؤسائه ويصبح من شأنها أن تساهم في عرقلة إنضباطه أو تسهيله، فإذا كانت هذه القيم الثقافية متوافقة مع قوانين العمل ونظامه فإن ذلك سيثبته على أن يسلك سلوكاً إيجابياً ويكون أكثر التزاماً بالقواعد الأخلاقية للعمل، وإن كانت متناقضة معها فإن هذا سيصعب على الفرد عملية التأقلم مع الجو السائد داخل مكان العمل ويدفع به إلى النشور عما يفرضه النظام الرسمي للعمل.

### 3.5 السلوك الأخلاقي ومجتمع العمل:

يؤثر مجتمع العمل بكل مكوناته على الأفراد ويغير من أخلاقياتهم ويفرض عليهم سلوكيات جديدة. وبالأخصّ مجتمع العمل الأوّل أو أول وظيفة يمارسها الشخص. فحالات مثل إحترام الوقت والتعاون وحبّ العمل الجماعي والمشاركة في الرأي وتحمل المسؤولية وإستعمال السلطات وإصدار الأوامر أو تلقيها كلها

<sup>1</sup> د. ماهر محسن منصور الغالبي، د. صباغ مهدي محسن العامري، مرجع سابق، ص 140-141.

أمور مهمة تنعكس على قناعات الشخص وسلوكه اليومي، وقد نجد أن بعض المنظمات قد تحولت فعلا إلى مجتمع صالح ومناخ نظيف تنمو فيه السلوكيات الصحيحة وترفض الفاسدة منها، لكن البعض الآخر من المنظمات قد يكون عكس هذه الحالة تماما وبالتالي فإن الفرد الدّاخل إلى أيّ منها يواجه صعوبات بالغة في التكيف مع هذا المناخ وبالتالي فإن تكيفه يعني تغييرا في قيمه وسلوكياته ومبادئه، وتجدر الإشارة إلى أن الانتقال من مجتمع العمل الأول إلى مجتمع آخر أيا كان سبب الانتقال سيؤدي إلى نوع من المعاناة وعدم القدرة على التخلص من آثار المجتمع الأول<sup>1</sup>.

عندما يلتحق الفرد بعالم الشغل تكون لديه طرق تفكير وتصرف خاصة به إلا أن إستمراره في الشغل يولد لديه أفكار جديدة يكتسبها من خلال إحتكاكه مع الزملاء ومعايشته لظروف العمل الأمر الذي يؤثر في سلوكياته حتى وإن كان بداية إلتحاقه بالعمل يعاني من نوع من الإغتراب فإنه فيما بعد سيتمكن من أن يتخذ موقفا معينا سواء كان هذا الموقف في صالح المصلحة العامة أو مضرا بها فالأمر يتوقف على البيئة التي أصبح منتميا إليها.

"يتأثر السلوك الأخلاقي للفرد في إطار العمل بالعديد من الشرائح أولها زملاء العمل الأقرب وكذلك الرؤساء والمرؤوسين، ويتم ذلك عن طريق تبادل الاتصالات والآراء معهم وإستلام الإرشادات والنصائح والاستشارات سواء كانت بطرق رسمية أو غير رسمية فقد يكتسب الفرد استعدادا لسلوك غير أخلاقي بفعل تأثير مناقشات وإرشادات زملاء العمل ولعلّ الأهم من هذا هو الممارسات العملية اليومية التي قد تبدو عادية ولكنها بمرور الزمن تصبح سلوكا لا أخلاقيا خطيرا، فعلى سبيل المثال يرى الموظف الجديد زملاء العمل يسرقون التجهيزات

<sup>1</sup> - د. طاهر محسن منصور الغالي، د. صالح مهدي محسن العامري، مرجع سابق، ص 148.

البسيطة من المنظمة (أقلام، أوراق..). فإنه سيعتقد أن هذا عمل مقبول وسلوك طبيعي في حين يكون عملا لا أخلاقيا في منظمات أخرى"<sup>1</sup>

كما أن السلوك الأخلاقي أو غير الأخلاقي داخل المنظمة يتأثر بعوامل منها إتساع نطاق الإشراف في الإدارة وكذلك الرضوخ لسلطة الرئيس والضغط والاجهاد الذي يتعرض له الفرد في العمل ومن المعلوم أن لشخصية المدير تأثير مهم جدا في تشكيل السلوكيات الأخلاقية وغير الأخلاقية لدى العاملين، ومما يجدر الإشارة إليه أن وجود نظام واضح وصريح ومعلن ومعروف من قبل جميع العاملين تتحدّد فيه العقوبات والمكافآت وفق إعتبرات الأداء المرتبطة بالسلوك الأخلاقي سوف يعزز من الأداء والقرارات ذات الصيغة الأخلاقية<sup>2</sup>.

#### 6. المستشفى كتنظيم اجتماعي:

التنظيم بالمعنى العام وحدة اجتماعية، أو جماعة يرتبط أعضاؤها فيها بينهم من خلال شبكة علاقات تنظّمها مجموعة محددة من القيم الاجتماعية والمعايير.

يشير بعض الكتاب إلى أن التنظيم يعني بأكثر تحديد وحدة اجتماعية تقام بطريقة مقصودة لتحقيق أهداف محدّدة وتتخذ طابعا بنائيا يلائم تحقيق هذه الأهداف، وقد يستخدم البعض مصطلح البيروقراطية للإشارة إلى المعنى الذي يتضمنه مصطلح التنظيم<sup>3</sup>.

رأى "ماكس فيبر" عالم الاجتماع الألماني الذي كتب كثيرا عن البيروقراطية والتنظيم أن البيروقراطية هي الأداة الأكثر كفاية ومعقولة وقدرة في إدارة التنظيمات. وقد أصبحت نظرية فيبر مصدرا مهما ورئيسا للكثير من البحوث

<sup>1</sup> - د. طاهر محسن منصور الغالي، د. صالح مهدي محسن العامري، مرجع سابق، ص 157.

<sup>2</sup> - د. طاهر محسن منصور الغالي، د. صالح مهدي محسن العامري، مرجع سابق، ص 159.

<sup>3</sup> - د. الوحيشي أحمد بيري، أ. عبد السلام بشير التّويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطّبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، مصراتة، ليبيا 1989، ص 147.



والدراسات التي أجراها العلماء المعاصرون أمثال "روبرت ميرتون" و"جولدنز" و"تالكوت بارسونز" و"إميتاي إتريزي" يرى هذا الأخير انه ينبغي أن ننظر للتنظيم على أنه وحدة اجتماعية معقدة كبيرة يتفاعل داخلها جماعات اجتماعية متباينة وكثيرة ورغم أن هذه الجماعات تشترك في بعض المصالح والاهتمامات إلا أن لها أيضا مصالح واهتمامات متعارضة وهي جماعات تتعاون في مجالات معينة وتتناقى في مجالات أخرى<sup>1</sup> واستنادا إلى تعريف "اتزيوني" للتنظيمات يعرف المستشفى على أنه تنظيم اجتماعي يضم عناصر وفئات متعددة من الناس ممن لديهم أهدافا وغايات متباينة ولكنهم في النهاية يرتبطون جميعا برابطة السعي لتحقيق هدف معين واحد ذي علاقة بالصحة والمرض.

ويمكن حصر خصائص المستشفى كتنظيم اجتماعي في النقاط التالية:

- خاصية توزيع الوظائف والسلطة التي تتواجد في جميع المنظمات الاجتماعية إذ يوجد في المستشفى توزيع للوظائف أطباء، ممرضات، فنيون في الأشعة والمعامل والإداريون والعمال العاديون. وكذلك توزيع للسلطة من رؤساء الأقسام ورؤساء أطباء وأخصائيين ومستشارون وأطباء عاديون وممرضات ورئيسات ممرضات.. الخ.

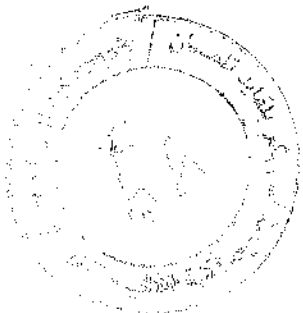
- خاصية صلة المستشفى الوثيقة بالبيئة التي يوجد بها إذ أن قيامه وإدارته واتساع خدماته وتناقصها وكفاءته في رعاية المرضى، وقصوره في ذلك، جميع هذه الأمور تعتبر صدى لإحتياجات البيئة لهذه المنظمة.

- وجود نظام رسمي مكتوب وقوانين معروفة مكتوبة ومتعارف عليها بالعرف والعادات والتقاليد لتنظيم الحقوق والواجبات بين الأعضاء.

- تقسيم العمل وهي صفة متأصلة في أي مستوى تنظيمي حتى يقوم

كل عضو فيه بمهام وواجبات محددة يتعين عليه أدائها.

<sup>1</sup> - د. الوحشي أحمد بيري، أ.عبد السلام بشر، أنثروبولوجيا، المرجع نفسه، ص 149-150.



- درجة من الاعتماد والتداخل: إذ أن كل أجزاء التنظيم تساعد وتعتمد على بعضها البعض بفضل عوامل التخصص وتقسيم العمل فالطبيب مثلا في التنظيم الصحي لا يستطيع أن يقوم بعملية جراحية ما لم تساعده أقسام أخرى مثل المختبرات والأشعة والتمريض والصيدلة وغيرها.

- التماسك والتجانس الداخلي وكذلك التوافق والانسجام بين

المستشفى والمجتمع الكبير.

ومن الوقائع التي لا يمكن للتنظيمات الاجتماعية الفرار منها نجد

الصراع بين المصالح والاعترا ب داخل التنظيم إذ أنهما أمران لا مفرّ منهما في كل التنظيمات مثل الصراع الذي يحدث في التنظيم الاقتصادي وحتى داخل النظام الصحي في المستشفى مثلا بين المرضى والأطباء الأطباء والمرضات أو بين الأطباء والإدارة أو حتى الصراع الذي يقابله الطبيب أثناء أداء دوره كطبيب عند اتخاذه لقرار معين يتعلق بأمور الحياة والموت فالمرضى في حالة وجوده بالمستشفى يشعر بنوع من الاعترا ب فهو يصبح في كثير من الأوقات مسلوب الإرادة والقرار ويفتقر إلى فرصة الابتكار في طريقة علاجه<sup>1</sup>.

بعد التعريف بالمستشفى، كتنظيم اجتماعي وذكر أهم خصائص هذا

التنظيم لنا أن نتصور أهميته دراسة هذا التنظيم والاقتراب من واقعه وواقع الفئات التي تعمل داخله وهذا الأمر لا يتسنى إذ لم نتحرر الالتزام بالمنهج العلمي لضمان الدراسة الموضوعية.

## 7. التحليل الاستراتيجي لسلوكات الفاعلين داخل التنظيم:

بعد أن تحدثنا عن المستشفى بوصفه تنظيمًا اجتماعيًا نمر إلى الحديث

عن النظرية الاستراتيجية وطريقة تحليلها لسلوكات الفاعلين داخل التنظيم.

1- د. الوحشي أحمد بيري، أعيد سلام بشر النبوي، مرجع سابق، ص 151-152.

في دراستها للتنظيم تضع النظرية الاستراتيجية تساؤلاتها حول طريقة سير العمل الداخلي والإختلالات الوظيفية التي تقع لهذا العمل إلى جانب العلاقات بين الأصناف وموافق مختلف الفاعلين إضافة إلى علاقات السلطة كالمقاطعة أو التعاون داخل المؤسسات وكل مسألة تمس العلاقات الوظيفية، إنها تنظر للتنظيم على أنه بناء إنساني مخصص لشغل مجموعة من الوظائف الاجتماعية، والأفراد الذين يشغلون الوظائف هم فاعلون عقلايون داخل التنظيم، ومهما إتسع نطاق القواعد الموضوعية والرسمية يبقى لكل فرد هامش من الحرية يسمح له بالاختيار بين العديد من التصرفات التصرف الأكثر مناسبة لخدمة مصالحه، تركز نظرية الاستراتيجيات على سلوك الأفراد إنطلاقاً من هامش الحرية المفترض في الظروف المؤسساتية المعطاة وتنظر إلى السلوكات على أنها استراتيجيات يجب تحليل عقلانيتها، فسلوك الفرد دائماً لديه معنى حتى وإن كان يبدو فكرياً غير منطقي وغير عقلائي<sup>1</sup> ويتضح هذا الأمر أكثر من خلال ما يقوله رائد هذه النظرية "ميشال كروزبي": "من المناسب لنا كي نتقدم في تحليل الاختلالات الوظيفية أن نتعد عن إيديولوجية العقلانية التي تنسب للفاعلين البحث عن أفضل اختيار بمعنى الاختيار العقلاني وكأن هذا الحلّ العقلاني موجود بل على العكس يجب إعادة التفكير في الوضعية الفعلية (الواقعية) كما هي مدركة ومعروفة من طرف الفاعين أي إعادة تحديد وتعريف الاختيارات كما هي مدركة من الفاعل لكي نفهم هذه الاختيارات التي لا تتجه نحو عقلانية مطلقة (absolue) ولكن تتجه نحو تحسين وضع الفاعل وارتياحه"<sup>2</sup>.

الفرد ليس مجرد آلة تنتظر من يشغلها لتنتقل في تنفيذ أوامره بل إنه عقل مدبر له تصورات حول ما يجري وله القدرة على التخطيط لنفسه ما يناسبها

<sup>1</sup> - Pierre Ansant, les sociologies contemporaines éditions du seuil, paris, septembre 1990, p 65-66-67.

<sup>2</sup> - Ibid, p 71.

ولقد شبه كروزي التفاعل الموجود بين الفرد الفاعل والتنظيم بلعبة يعمل كل فاعل ضمنها على الحصول على أكبر قدر من المكاسب مع تقليص إستخدامه هو، وهذا ما يتناسب مع السلوك العقلاني، إذن عقلانية الأفراد تتحدّد على حسب الرهانات والمشاريع التي لديهم ونسبة إلى قواعد اللعبة والمؤهلات التي لديهم أو كما يطلق عليها الأوراق الراجعة<sup>1</sup>.

هكذا يصبح التنظيم عبارة عن مجموع معقد من الاستراتيجيات الفردية المتشابكة والقائمة على الإعتماد المتبادل فيما بينها ومن خلالها يقوم الأفراد المزودون بالأوراق الراجعة بالسعي إلى زيادة مكاسبهم مع إحترام قواعد اللعبة غير المكتوبة التي يفرضها الوسط (مكان العمل) وإلى تقليص مكاسب الغير، هذه اللّعبات في مجموعها ليست متوازنة لدرجة كبيرة لكن لا يوجد أي لاعب يحرم كلياً من نيل حظّه وحتى وإن كان في أسفل السلم الرتبي<sup>2</sup>.

وحتى السلطة التي تعتبر ميزة أو صفة خاصّة بفئة معينة تصبح عبارة عن علاقة تبادل وتكّيف بين الفاعلين، إذ أنّها تجعل من الفاعلين مؤثرين في إتمام تحقيق هدف معيّن، هذا الأخير يتضمّن بذاته تحقيق الأهداف الفردية الشخصية إذن فنحن هنا أمام علاقة تميّز بالتفاوض لكن هذا لا يمنع من أن هناك علاقة قوّة (un rapport de force) حيث تتواجد بين الفاعلين فئة تحصل على صالحها أكثر من غيرها نظراً لما لها من إمكانيات في النشاط، هذه الإمكانيات تمثل جانبا مهما ورهانا لدى صاحبها لكن في النهاية لا وجود لمن يحرم كلياً من تحقيق مصلحته، ويرجع هذا الاختلاف في إمكانية النشاط إلى الاختلاف في الموارد الموجودة في متناول مختلف أصناف الفاعلين كالمكانة الكفاءة، السيطرة على الإتصال والمعلومات... الخ) وإلى هامش الحرية لدى كل واحد<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - Raymond Quivy. Luc van Campenhoudt , Ibid , p 265

<sup>2</sup> -Michel crozier, le phénomène bureaucratique, Edition du seuil 1963, p 10.

<sup>3</sup> Pierre Ansart, opcit, p73.

ولقد حاولنا إيجاد تفسير لما يقع من ممارسات داخل المستشفى باستخدام هذه النظرية وبالتالي التعامل مع سلوكيات الأطباء على أنها استراتيجيات يجب تحليل عقلانيتها لفهمها وتفسيرها.

### خلاصة:

كما سبق أن ذكرنا مرحلة تحديد المفاهيم هي مرحلة هامة في البحث إذ أن المفاهيم تبرز الإطار النظري المتبع في الدراسة وتعتبر نقطة عبور من الجانب النظري إلى الجانب التطبيقي في البحث.

إنطلاقاً من تحديد المفاهيم يشرع الباحث في استخراج أبعاد الظاهرة المدروسة ثم يرصد مؤشرات هذه الأبعاد على أرض الواقع ، وبعد جمعه للمعطيات الكافية حول هذه المؤشرات يصبح لديه القدرة على التأكد من مدى صدق الفرضيات .

من المفاهيم التي رأينا أنها مفاهيم رئيسية في بحثنا نذكر مفهوم أخلاقيات المهنة حيث قمنا بالتعريف بهذا المفهوم وتحدثنا عن جذوره التاريخية وعن الهدف الذي وضعت من أجله أخلاقيات المهنة وأشارنا أيضاً إلى مصادرها ثم انتقلنا إلى مفهوم المهنة وقمنا بعرض لبعض التصورات والآراء حول تعريف هذا المفهوم ثم عرفنا أخلاقيات الطب في الجزائر كما نص عليها المشرع الجزائري وبعدها عرفنا مفهوم السلوك بصفة عامة ثم مفهوم السلوك من وجهة نظر التيار الاستراتيجي .

لقد حاولنا أن نجعل من هذا الفصل فصلاً ممهداً للفصول التي تأتي من بعده.

فمن خلال تحديد المفاهيم الرئيسية للبحث وإبراز الإطار النظري الذي وظف في البحث يصبح لدينا استعداد لمعرفة ما توصلت إليه الدراسة الميدانية من نتائج.



# الفصل الثاني

## الظروف الاجتماعية والمهنية للأطباء

مقدمة

### I. الخصائص الشخصية والاجتماعية للمبحوثين

1. البيانات المتعلقة بالجنس والسن والحالة المدنية و عدد الأفراد المكفولين
2. بيانات متعلقة بالمركز الرتي و الأقدمين داخل المستشفى مكان البحث
3. بيانات متعلقة بوسيلة النقل المستخدمة ونوعية السكن

### II. الظروف المهنية للأطباء

1. تقييم الأطباء لنوعية الخدمات الطبيّة المقدمة داخل المستشفى
2. تصورات الأطباء للعراقيل التي تصعب عملية تقديم العلاج
3. تصورات الأطباء لأسباب لجوء المرضى للقطاع الخاص
3. تقييم الأطباء لعملية التكوين التي يحصل عليها طلبة الطب.
4. نوعية الرقابة التي يخضع لها الأطباء
5. علاقات العمل داخل المستشفى
6. اقتراحات الأطباء لما يجب توفره لتكون مهنة الطب في وضع أحسن

خلاصة

## مقدمة

في هذا الفصل سوف نتعرض للتعريف بالخصائص الشخصية والاجتماعية للأطباء الذين شاركوا في هذا البحث كما نقوم بإعطاء وصف للظروف المهنية والاجتماعية التي يعمل فيها الأطباء وذلك من خلال استقراءنا لأجوبة المبحوثين إلى جانب ما مكنتنا منه معايشتنا اليومية لمجتمع المستشفى أثناء الدراسة الميدانية.

تكمن أهمية هذا الجزء في كونه يمنحنا معطيات عامة حول المركز الاستشفائي الجامعي فهو يعرفنا بأصناف الأطباء العاملين به وخصائصهم الشخصية والاجتماعية ونوعية علاقات العمل السائدة بينهم والمشاكل التي يواجهونها . كما يبين لنا تقييمهم وتصوراتهم حول النشاطات الممارسة داخل المستشفى كعملية تقديم العلاج وعملية تكوين أطباء المستقبل ونوعية الرقابة التي يخضع لها الأطباء ، إلى جانب إظهار مدى وعيهم بالنقائص الموجودة في مهنة الطب الممارسة في القطاع العام.



I. الخصائص الشخصية والاجتماعية للمبحوثين

1. البيانات المتعلقة بالجنس والسن والحالة المدنية و عدد الأفراد المكفولين

1.1 توزيع أفراد العينة حسب الجنس

تعتبر المستشفى من المؤسسات التي تستقطب العنصر النسوي بقوة سواء في مهنة الطب أو مهنة التمريض وعند تجوالنا في المصالح الاستشفائية لاحظنا حضورا معتبرا للعنصر النسوي داخلها ، والجدول التالي يبين توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة
الاناث	23	46%
الذكور	27	54%
المجموع	50	100%

جدول رقم (1): يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس

نلاحظ أن 46% من المبحوثين هم طبيبات و 54% من المبحوثين هم أطباء ليس هناك فرق شاسع بين نسبة الذكور ونسبة الاناث إذا ما قارنا هذا الفرق بغيره في مؤسسات أخرى كالمؤسسات الصناعية مثلا.

2.1 توزيع أفراد العينة حسب السن

السن	التكرار	النسبة
30 - 25	34	68%
35 - 30	07	14%
40 - 35	07	14%
أكثر من 40	02	4%
المجموع	50	100%

جدول رقم (2): يبين توزيع أفراد العينة حسب السن

نلاحظ أن أكثر من نصف المبحوثين هم ما بين 25 - 30 سنة وما تبقى من المبحوثين لا يفوق سن الأربعين ونسبة قليلة 04 % يفوق سنهم الأربعين هذا يعني أن فئة الشباب مسيطرة داخل المستشفى وبالتالي اقدمية المبحوثين ليست بالكبيرة، يمكن أن نفسّر هذا بكون المستشفى مركزا إستشفائيا جامعا وأن هناك نسبة معتبرة من الأطباء لا زالوا في طور التكوين لنيل شهادات أعلى والصعود في السلم الرتبي للمهنة.

### 3.1 توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

المتغيرات	طبيب داخلي	طبيب مقيم	طبيب مختص	المجموع
أعزب	15	12	02	29
متزوج	02	06	13	21
المجموع	17	18	15	50
	88.23%	66.66%	13.33%	58%
	11.77%	33.33%	86.33%	42%
	100%	100%	100%	100%

جدول رقم (3): توزيع افراد العينة حسب الحالة المدنية

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن نسبة المتزوجين من صنف طبيب داخلي صغيرة حيث تمثل 11.76 % وفي فئة الأطباء المقيمين ترتفع قليلا 33.33 % أما فئة الأطباء المختصين فإن نسبة المتزوجين مرتفعة حيث تصل إلى 86.66 % إذن الملاحظة العامة هي أن نسبة المتزوجين ترتفع كلما إرتفعنا في السلم الرتبي للطبيب وهذا أمر طبيعي لأن الزواج وتكوين أسرة يتطلب وجود راتب شهري ثابت وهذا لا يتسنى للطبيب إلا بعد الفوز في الامتحان الذي يؤهله إلى منصب طبيب مختص. أما الطبيب المقيم فإن راتبه الشهري غير كاف لتكوين أسرة ولاداعي للحديث عن الطبيب الداخلي الذي لا راتب له بل إن مدخوله المادي ينحصر في المنحة الجامعية ومنحة التدريب ( Bourse de stage ) والتي تقدر بـ 2000 دج شهريا<sup>1</sup>.



## 4.1 توزيع أفراد العينة حسب عدد الأشخاص المكفولين

عدد الأفراد المكفولين	التكرار	النسبة
3 - 1	12	24%
6 - 4	06	12%
أكثر من 6	0	0%
لا أحد	32	64%
المجموع	50	100%

جدول رقم (4): توزيع أفراد العينة حسب عدد الأشخاص المكفولين

هناك نسبة 64% من الباحثين لا يكفلون أحدا وهذا ليس بالأمر الغريب إذا علمنا أن 34% من الباحثين هو أطباء داخليون ( أنظر الجدول السابق) ليس لهم راتب شهري يعوّل عليه إلى جانب كون معظم الباحثين من فئة العزّاب والمتزوجين حديثا. أما ما تبقى من النسب 24% فهم يكفلون من 1 - 3 أفراد و 12% يكفلون ما بين 4 - 6 أفراد وبالجمع بين النسبتين نجد نسبة 36% من الأطباء مسؤولون عن كفالة أشخاص. ولا شك أن معظم المسؤولين عن كفالة أشخاص هم من فئة المتزوجين التي بلغت 42% من الباحثين ( أنظر الجدول السابق).

2. بيانات متعلقة بالمركز الرتبى والأقدمية داخل المستشفى مكان البحث

1.2 توزيع أفراد العينة حسب المركز الرتبى

النسبة	التكرار	المركز الرتبى
% 34	17	طبيب داخلي (Interne)
% 36	18	طبيب مقيم (Résident)
% 20	10	طبيب مختص برتبة معاون (Assistant)
% 08	04	طبيب مختص برتبة رئيس معاون (Maître Assistant)
% 02	01	الأستاذ المختص (Professeur)
% 100	50	المجموع

جدول رقم (5): توزيع الأفراد حسب المركز الرتبى

لدينا نسبة 34% من الأطباء المبحوثين هم من صنف طبيب داخلي ويطلق هذا اللقب على الطالب الناجح في اجتياز السنة السادسة في الطب ، والذي يجب عليه التمرن أثناء سنته السابعة لنيل شهادة دكتور في الطب العام في اربع مصالح إستشفائية مدّة ثلاث أشهر بكل مصلحة. 36% من المبحوثين هم من صنف طبيب مقيم وهو طبيب مزدوج الدور، إذ انه طالب يحضر لنيل شهادة الاختصاص ويمارس بالموازاة مع ذلك مهنة تقديم الخدمات الطبية التي من تخصصه للمرضى بالمستشفى الجامعي.

أما ما تبقى من المبحوثين وهو ما نسبته 38% فإنهم أطباء مختصون يقومون بتقديم العلاج للمرضى ويساهمون في الوقت ذاته في تكوين الأطباء الطلاب. وهؤلاء الأطباء المختصون هم بدورهم ينقسمون إلى فئات كل حسب درجة شهادته كما هو مبين في الجدول.

## 2.2 توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية

الأقدمية	التكرار	النسبة
اقل من سنة	19	38 %
1 - 5	23	46 %
6 - 10	06	12 %
11 - 15	02	04 %
المجموع	50	100 %

جدول رقم (6): توزيع الأفراد حسب الأقدمية داخل المستشفى مكان الدراسة

هناك 38 % من الباحثين ليست لديهم أقدمية داخل المستشفى وهذه النسبة تمثل في معظمها الأطباء الداخليين الذين يقومون بالتمرّن لإجتياز هذه السنة و الحصول على شهادة طبيب عام ، لكن للأس أن نشير أنه حتى في السنوات الخامسة والسادسة يحضر طلبة الطب حصص الفحص بالمستشفى والعمليات الجراحية أيضا لكن للمشاهدة فقط . اما 46 % من الباحثين وهي أعلى نسبة فإنها تمثل الأطباء الذين تمتد أقدمتهم ما بين 1 - 5 سنوات وهذه النسبة هي النسبة التي تجتمع فيها فئة الأطباء المقيمون وبعض الأطباء برتبة معاون ( Assistant ) وهناك أيضا ما نسبته 12 % من الأطباء ذوي الأقدمية ما بين 6 - 10 سنوات و فقط 04 % ممن تفوق أقدمتهم 11 عاما.

يمكن أن نفسر قلة الأطباء اصحاب الأقدمية المعترة بمنافسة القطاع الخاص الذي أصبح يستقطب الأطباء ذوي الخبرة والأقدمية . "في يومنا هذا أصبح الأطباء المختصون أكثرية داخل القطاع الخاص حيث بلغت نسبتهم في هذا القطاع أكثر من 51 %"<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mohamed Mabtoul , médecins et patients en Algérie . OP.Cit p44

3. بيانات متعلقة بوسيلة النقل المستخدمة ونوعية السكن

1.3 توزيع أفراد العينة حسب وسيلة النقل المستخدمة

وسيلة النقل	التكرار	النسبة
سيارة خاصة	14	28 %
سيارة المؤسسة	0	0 %
طاكسي	02	04 %
الحافلة	30	60 %
مشيا	04	08 %
المجموع	50	100 %

جدول رقم (7): توزيع أفراد العينة حسب وسيلة النقل المستخدمة

نلاحظ أن نسبة 28 % من الاطباء لديهم سياراتهم الخاصة وهذه النسبة تمثل الأطباء الذين يحتلون المراكز العليا في السلم الرتبى أي ابتداء من رتبة طبيب اختصاصي معاون فما فوق. بينما الأغلبية الساحقة من الأطباء تستخدم الحافلة وهم الأطباء الداخليون والأطباء المقيمون و 08 % لا يستخدمون أية وسيلة للوصول إلى مكان العمل لكون مقر سكنهم ليس بالبعيد عن المستشفى.

2.3 توزيع أفراد العينة حسب نوعية السكن

المتغيرات	متزوج	أعزب	المجموع
سكن مع الأسرة	9	29	38
سكن مستقل	12	0	12
المجموع	21	29	50

جدول رقم (8): توزيع أفراد العينة حسب نوعية السكن

نلاحظ أن 57 % من المتزوجين لديهم سكن مستقل وهذا يدل على أن لديهم الامكانيات المادية لتوفير هذا المسكن بينما تبقى 42.58 % من المتزوجين لازلوا يعيشون مع الأسرة ونقصد هنا الأسرة الكبيرة ويمكن تفسير هذا الأمر بغلاء أسعار الشقق بالدرجة الأولى ثم يكون بعض الأشخاص يفضلون العيش مع العائلة حتى بعد زواجهم خصوصا إذا كان ذلك السكن واسع المساحة أما فئة العزاب والتي تمثل 58 % من عينة البحث فجميعهم يعيشون مع الأسرة وهو أمر طبيعي بالمجتمع الجزائري بحكم عاداته وثقافته.



## II. الظروف المهنية للأطباء

## 1. تقييم الأطباء لنوعية الخدمات الطبية المقدمة داخل المستشفى

إن الطبيب عنصر هام وفاعل رئيسي داخل المستشفى فهو الذي يحق له تشخيص المرض وتحديد العلاج والاشراف على إجراءاته ، إذن نوعية الخدمات الطبية تتوقف إلى حد كبير على درجة إنضباط الأطباء . لكننا لا ننفي تدخل المهن الطبية الأخرى في تقديم العلاج كمهنة التمريض ، مهنة عمال المخابر والأشعة وغيرهم فالمستشفى قائم على تكامل الأدوار كغيره من المنظمات .

عند تصفح مدونة أخلاقيات الطب بالخصوص المواد المتعلقة بنمط تقديم العلاج نجدها تحت على أن يحرض الطبيب على تقديم العلاج لمريضه بمنتهى التفاني والجدية وأن يكون العلاج مطابقا لمعطيات العلم الحديثة وأن تكون علاقته بالمريض علاقة احترام وتعاون<sup>1</sup> .  
عندما سألنا الأطباء عن آرائهم في نوعية الخدمات الطبية المقدمة تحصلنا على الأجوبة التالية:

الإجابة	التكرار	النسبة
سيئة	10	20 %
متوسطة	35	70 %
جيدة	05	10 %
المجموع	50	100 %

جدول رقم (9) : بين تقييم الأطباء لنوعية الخدمات الطبية المقدمة داخل المستشفى نلاحظ أن 70 % من الأطباء يصفون الخدمات الطبية المقدمة داخل المستشفى بأنها متوسطة و 20 % يصفونها بأنها سيئة و 05 % يصفونها بأنها جيدة إذن الأطباء يعترفون بأن الخدمات الطبية ليست في المستوى الذي ينبغي لها أن تكون فيه . وهناك من وصفها بالسيئة .

<sup>1</sup> أنظر مدونة أخلاقيات الطب في ملحق المذكرة الجزء المعنون بـ : " واجبات إتمام المريض " النواد 45-46-47-48



2. تصورات الأطباء للعراقيل التي تصعب عملية تقديم العلاج

للإقتراب أكثر من واقع الخدمات الطبيّة طرحنا السؤال الموالي: في نظرك ما هي

العراقيل التي تصعب عملية تقديم العلاج؟ فتحصلنا على النتائج التالية:

الإجابة	التكرار	النسبة
نقص الامكانيات	26	52 %
عدم انضباط أعوان شبه الطبي	10	20 %
نقص في التكوين	12	24 %
سوء التنظيم	02	04 %
المجموع	50	100 %

جدول رقم (10): تصورات الأطباء للعراقيل التي تصعب عملية تقديم العلاج

هناك 52 % وهي أعلى نسبة من المبحوثين يرون أن هناك نقصاً في الامكانيات يعرقل أعمالهم ، وهذا الأمر لاحظناه أثناء تجوالنا في المصالح الاستشفائية. إذ وجدنا أن هناك نقص في الأدوية والأدوات المستعملة ولاحظنا تدمراً لدى بعض الأطباء بسبب نقص مواد التعقيم والغياب التام لبعض المضادات الحيوية بل أحياناً تنعدم حتى أبسط الأدوات المستعملة كالقفّازات .

صرحت لنا إحدى الطبيبات بقسم الجراحة أنها أحياناً لا تجد حتى القفّازات التي تلائم مقاس يدها فتضطر إلى إجراء العمليات باستخدام قفّازات أكبر من مقاس يدها وأضافت أن هذا الأمر يسبب لها توتراً أثناء إجراء العملية لأنها تخشى أن تفقد القفّازات في أي لحظة في داخل المريض (الاستمارة رقم 34 طبيبة مقيمة السن 26 - 30 سنة).

وهنا نتذكر المادة 14 من مدونة أخلاقيات الطب التي تنص: " يجب أن تتوفر لدى

الطبيب في المكان الذي يمارس فيه مهنته تجهيزات ملائمة و وسائل تقنية كافية لآداء هذه

المهمة ولا ينبغي للطبيب في أي حال من الأحوال أن يمارس مهنته في ظروف من شأنها أن تضر بنوعية العلاج أو الأعمال الطبية " <sup>1</sup>

ولاحظنا أيضا أثناء تواجدها في المستشفى أن أجهزة الكشف تعطلت عدة مرات مما يضطر المرضى إلى القيام بالفحوصات خارج المستشفى بالقطاع الخاص وبالتالي تعطيل عملية تقديم العلاج .

لكن لا يجب أن نتسرع بالتسليم بهذه الإجابة التي تقول أن هناك نقص في الإمكانيات والمعدات يعطل عملية تقديم العلاج، لا يمكن لهذه الإجابة أن تكون تامة الصحة بل قد يكون السبب الحقيقي هو غياب التسيير الجيد للإمكانيات وقلة العناية بالعتاد الطبي إذ صرح لنا نائب رئيس قسم بالمستشفى أن القسم الذي يعمل به قد تحصل منذ مدة على جهاز طبي باهض الثمن ومن أحدث ما يكون ، لكن رغم أهمية هذا الجهاز في تسهيل عملية تشخيص الأمراض وفي تدعيم عملية تكوين الطلبة فإنه لم يُستعمل أبدا لا لشيء إلا لأنه ليس هناك أي خبير يجيد تشغيل هذا الجهاز مما يجعله حبيس الغرفة وبدون استغلال <sup>2</sup>.

وهنا نتساءل إذا كانت المستشفى تستفيد من توفير أجهزة في هذا المستوى من التطور التقني فكيف لها أن لا تتوفر على مواد أخرى كالأدوية ومواد التعقيم... إلخ.

فالمشكل الحقيقي ليس نقص الإمكانيات بل نقص في التسيير . يقول عصام الدين زهير بو يوسف بعد إجراءه لدراسة ميدانية لنيل شهادة مجستير في العلوم الاقتصادية حول نظام تسيير المستشفيات في الجزائر: "المشكلة ليست مالية بقدر ما هي تنظيمية والتي تتمثل في غياب نظام إعلامي ومحاسبي منظم يسمح بتوزيع أمثل للموارد المتاحة على مختلف مراكز النشاط داخل المستشفى " <sup>3</sup>



<sup>1</sup> المرسوم التنفيذي رقم 92 - 276 للتضمن مدونة أخلاقيات الطب المبررة الرسمية ، مصدر سابق ص 1420

<sup>2</sup> إثر تصريحات مقابلة أجريت مع نائب رئيس قسم بالمستشفى مكان الدراسة

<sup>3</sup> عصام الدين زهير بو يوسف، مرجع سابق ص 2

أما 20 % من المبحوثين فقد أشاروا إلى عدم إنضباط أعوان شبه الطبي إذ رأوا فيهم مصدرا لعرقلة العلاج، لكن ألا يمكن إرجاع السبب في ذلك إلى شخصية الطبيب في حد ذاته لأنهم يعملون تحت إشرافه .

لقد شعرنا أن هناك علاقة فاترة بين الأطباء والمرضى فهم لا يتبادلون الحديث إلا نادرا عند تفقد الطبيب للمرضى أما في الأوقات الأخرى فقد كنا نرى أعضاء كل مهنة يتجمعون على حدى وكأنهم يتجنبون الاختلاط مع أعضاء المهنة الأخرى . لاحظنا أن المرضى يشعرون أن لا أحد يقدر مجهوداتهم وأهميتهم في العملية العلاجية .

هناك 24 % أشاروا إلى نقص في التكوين يصعب عليهم إتمام مهامهم أي أن الطبيب يجد نفسه أمام حالات تفوق قدراته بسبب نقص في التكوين الذي حصل عليه، وهذا الأمر نجده يحدث مع الأطباء الذين لا زالوا في طور التكوين .

أما أصغر نسبة فقد رأى أصحابها أن هناك سوء في التنظيم يعرقل عمل الأطباء .

### 3. تصورات الأطباء لأسباب لجوء المرضى للقطاع الخاص

الاجابة	التكرار	النسبة
الحصول على العلاج بأقرب وقت	21	42 %
جودة تقديم الخدمات الصحية	11	22 %
الاحترام والتقدير للمريض	15	30 %
نظرة مثالية للقطاع الخاص	03	06 %
المجموع	50	100 %

جدول رقم (11): يبين تصورات الأطباء لأسباب لجوء المرضى للقطاع الخاص

42 % من المبحوثين أجابوا أن سبب إقبال شريحة من المرضى على القطاع الخاص إنما هو من أجل الحصول على العلاج بأقرب وقت ممكن وهذا يعني أن المستشفى لا توفر هذا المطلب لمرضاها، وهذا الأمر من شأنه أن يزيد في معاناة المريض. ثم تأتي مرتبة الاحترام والتقدير بـ 30 % . هذا المطلب نجده مؤكدا في مدونة أخلاقيات الطب في الجزائر .

تم تأتي نسبة 22 % وهي نسبة الذين رأوا أن بعض المرضى يفضلون قصد القطاع الخاص لضمان جودة الخدمات الطبية اي أن المريض في القطاع الخاص يحضى بعناية أكبر مقارنة بتلك التي تمنح في المستشفى العام. أما اصغر نسبة في الجدول وهي 6 % فهي تمثل نسبة المبحوثين الذين أجابوا ان أولئك المرضى لديهم نظرة مثالية للقطاع الخاص، أي أن الخدمات المقدمة في القطاع الخاص ليست بأحسن من الخدمات المقدمة في المستشفى وإنما هو مجرد تصور مثالي إتخذه المرضى حول القطاع الخاص.

من خلال البيانات الموجودة في هذا الجدول يمكن أن نتوصل إلى النتائج التالية:

- أسباب لجوء المرضى للقطاع الخاص متعددة لكن أهم سبب هو الحصول على العلاج في أقرب وقت ( 42% صرحوا بذلك) فالمرضى ينتظر بفارغ الصبر خروجه من حالة المرض ليتخلص من القلق والمعاناة ويعود لمزاولة نشاطات حياته اليومية كما أن الانتظار والمكوث الطويل داخل المستشفى يشعر المريض بالملل ويؤدي إلى هبوط معنوياته.
- اعتراف الأطباء بأن الرعاية الطبية المقدمة داخل المستشفى ينقصها الاحترام والتقدير لشخص المريض بينما في القطاع الخاص فإن هذا المطلب متوفر لأن هذا القطاع لديه هدف تجاري وليس من المعقول المخاطرة بصحة المؤسسة التي تقدم العلاج.
- جودة تقديم الخدمات الطبية ليست بالدافع الرئيسي للجوء إلى القطاع الخاص .
- ليس من المعقول القول أن أطباء القطاع الخاص هم أكثر كفاءة من أطباء القطاع العام لأن معظم أولئك الذين يعملون بالقطاع الخاص هو أنفسهم الذين يعملون بالمستشفى العام، كما لا ننسى أن المستشفى العام يتفوق على العيادات الخاصة من ناحية العتاد الطبي. وهو يوفر لمرضاه المتابعة الطبية بعد الخروج على عكس العيادات الخاصة.

فالمعروف عن العيادات الخاصة أنها لا توفر للمرضى حق المتابعة الطبية<sup>1</sup>.

إن مجرد التجوال اليومي داخل المركز الاستشفائي الجامعي يكشف لنا عن العديد من الممارسات التي لا يحترم فيها شخص المريض فعلى سبيل المثال لا الحصر شاهدنا أن احد

الأطباء وهو رئيس قسم ورئيس هيئة التدريس أيضا فقد أعصابه وأخذ يتحدث بصوت مرتفع مستعملا لفظا سوقيا بديئا لمجرد أنه علم أن أحد المرضى لم ينصرف بعد رغم حصوله على الإذن بالانصراف وحدث هذا الأمر على مرأى من مجموعة من طلاب الطب الذين كانوا يحضرون حصة الفحص من أجل التعلم منه ، وعندما شاهد المريض - وهو شاب في مقتبل العمر - هذا الموقف من الطبيب إنكمش في سريره وطأطأ رأسه ثم أجابه بصوت خافت أنه لم ينصرف بعد لأن أقاربه لم يحضروا له الكرسي المتحرك وأنهم يسكنون في ولاية عين الصفراء ، فتراجع الطبيب عن موقفه وخفف من حدته صوته قائلا للمريض أن هذا ليس عذرا فولاية عين الصفرة ليست بالمنطقة البعيدة.

لقد لاحظنا أن هذا الطبيب الذي يفترض به أن يكون قدوة لأطباء المستقبل لا يحرص على الالتزام بحدود الأدب واللباقة احتراما للمرضى ومراعاة لوضعهم الصحي والنفسي فقد تكررت أمامنا حالات فقدت لأعصابه، كل مرة كان يفقد أعصابه لسبب معين لدرجة أن إحدى المريضات ذات مرة أجهشت بالبكاء لأنها فهمت من صراخه أنها في وضع خطير وفي مرة أخرى صرخت إحدى المريضات متألة وطلبت منه أن يتوقف عن الكلام بصوت مرتفع لأنها لم تعد تتحمل ذلك.

وفي قسم أمراض النساء والتوليد والضبط في غرفة تخطيط الصدى (Salle d'échographie) حيث كانت الطبيبة تقوم بفحص المريضات وحالة الجنين لاحظنا أن المريضات عند انتظار الدور لا يلتزم بالانتظار خارج غرفة الفحص بل يقتحمن الغرفة رفقة قريباتهن ويحضرن فحص المريضة التي تسبقهن . وهنا تساءلنا كيف يمكن للطبيبة أن ترض بالعمل في جو فوضوي كهذا وكيف لها أن تسمح بكشف عورة المريضة أمام كل هؤلاء النسوة.

إن هذه الأمثلة وغيرها كثير تدل على أن الأطباء ينظرون لعملية العلاج بمنظار ضيق فهم يظنون أنها تنحصر في الجانب التقني ولا يعطون أهمية للجانب المعنوي المتمثل في احترام

شخص المريض وتقديره واشعاره بالطمأنينة " إن الاهتمام الشديد بالمرض وإهمال الجوانب الاجتماعية والنفسية للمرضى يمكن أن تتمخض عنه نتائج سلبية خطيرة على علاج المرضى " <sup>1</sup> فالطبيب عليه أن يظهر اهتمامه بالمرضى ويقدر مخاوفهم وأن يبث الثقة فيهم فهذا كله يعطي دفعا جيدا للعملية العلاجية إذ يصبح المريض متعاوناً مع طبيبه فيعبر بصراحة عما يشعر به ويلتزم حرفياً بإرشادات الطبيب ونصائحه.

### 3. تقييم الأطباء لعملية التكوين التي يحصل عليها طلبة الطب.

عملية تكوين الأطباء هي من أهمّ النشاطات التي يقدمها المستشفى الجامعي ، أيّ ضعف أو خلل في هذه العملية سوف تكون لديه انعكاسات خطيرة على مستقبل الصحة في البلاد.

إنّ التكوين الطبي هو الوسيلة الوحيدة لاكتساب الكفاءة " الطبيب الذي لا تتوفر فيه الكفاءة المهنية هو حتماً طبيب لا تتوفر فيه النزاهة " <sup>2</sup>

إذن فعلمية التكوين تكتسي أهمية بالغة في تحديد نوعية الخدمات الطبية " الطبيب يكتسب معلوماته الطبية من خلال ما يتعلمه من حقائق علمية وما يتجمع لديه من خبرات علمية مهنية أثناء تدريبه أو ممارسته للعمل ومع ذلك تبقى دائماً نقاط غامضة أو مواقف يشعر الطبيب إزاءها بالتردد وبنقص الثقة في القدرة على اتخاذ قرار معين في تشخيص المرض أو في وضع خطة محددة للعلاج " <sup>3</sup>

يحدث هذا الأمر حتى مع الأطباء الذين حصلوا على مستوى جيد من التكوين فكيف هو حال الطبيب الذي لم يحضى بالتكوين الجيد ، من هنا قمنا بطرح السؤال التالي على المبحوثين :

هل كل الشروط اللازمة متوفرة لتكوين طلبة الطب ؟ فتحصلنا على النتائج المبينة في

الجدول الآتي :

<sup>1</sup> د. الوحشي أحمد بيري - أ. عبد السلام بشر الدويبي ، مقدمة في علم الاجتماع الطبي ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والاعلام ، مصراتة ، ليبيا 1989 ص 129

<sup>2</sup> R. Villey - Déontologie médicale , OP-Cit p33

<sup>3</sup> فوزية رمضان ابوب ، علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة ص 111

النسبة	التكرار	الاجابة
14 %	07	نعم
82 %	41	لا
04 %	02	بدون إجابة
100 %	50	المجموع

جدول رقم (12): بين تصورات الأطباء حول نوعية التكوين

عندما سألنا المبحوثين ما إذا كانت كل شروط متوفرة من أجل تكوين جيد للأطباء وجدنا 82 % من المبحوثين أجابوا بـ لا و 14 % أجابوا بـ نعم و 04 % لم يجيبوا. هذه البيانات تدل على عدم رضى الأطباء عن نوعية التكوين المقدم داخل المستشفى الجامعي وأن هناك نقائص كثيرة تعرقل مساره . لهذا السبب طرحنا سؤالاً آخر على أولئك المبحوثين بالنسبة الهدف منه معرفة تصوراتهم للنقائص الموجودة في عملية التكوين المقدمة داخل المستشفى الجامعي فتحصلنا على النتائج المبينة في الجدول الآتي :

النسبة	التكرار	الإجابة
06 %	03	عدم وجود تكامل بين الجانب النظري والجانب التطبيقي لعملية التكوين
08 %	04	سوء التنظيم في عملية التكوين
12 %	06	نقص الامكانيات المادية
14 %	07	نقص في عدد المؤطرين
06 %	03	عدم كفاءة المؤطرين
14 %	07	لا يوجد اهتمام فعلي بعملية التكوين
02 %	01	عدم حصول الطبيب الاستاذ على المكانة التي تليق به
04 %	02	عدم تخصيص وقت كافي للتكوين
06 %	03	كثرة الطلاب
02 %	01	تغيب الاساتذة المؤطرين
08 %	04	بدون اجابة
82 %	41	المجموع

الجدول رقم (13): بين تصورات الأطباء للنقائص الموجودة في عملية التكوين

هذه الجدول يبين تعددا في الإجابات إلا أن هذه الاجابات يمكن حصرها في

ثلاث اقسام :

1. قسم ينتقد عملية التكوين في حد ذاتها إما بوصفها غير منظمة أو بأنها لا تقوم على التكامل بين الجانب النظري والجانب التطبيقي أو بعدم كفاية الوقت المخصص لها ( يمثل حوالي 18% )

2. قسم يرى أن المشكل يكمن في فئة الأطباء المؤطرين وذلك بقلة هؤلاء الأطباء وعدم صلاحية بعضهم للتأطير ( يمثل حوالي 22% )

3. قسم يرى أن الخلل يكمن في الظروف التي تتم فيها عملية التكوين كنقص الامكانيات المادية وكثرة الطلاب ( يمثل حوالي 18% )

أما ما تبقى من المبحوثين فنجد 14% صرحوا أن عملية التكوين لا تحض بالاهتمام اللازم .

" Ce que nous avons c'est l'autoformation كل واحد يكون روحه بروحه ، هنا مكانش قاع إللي يحوس فيك، تتعلم ولا ما تتعلمش " ( طبيب داخلي 25-30 سنة إستمارة رقم 17)

" هذا التربص راني حاسة ما عندي ما راني نزيد نتعلم ، Je suis complètement Déprimée " (طبيبة داخلية 25-30 سنة إستمارة رقم 10)

أثناء تواجدنا داخل المستشفى شد انتباهنا العديد من الظواهر فيما يتعلق بعملية التكوين:

- لاحظت أن طلبة الطب لا يحضون بفرص متساوية في التكوين ، فهناك من الطلبة من يحضر العمليات الجراحية ويستفيد من الملاحظة المباشرة لكيفية اجراءها وقد يشارك فيها أيضا كمساعد ( Aide Opérateur ) ويستفيد من هذا الأمر عدة مرات ، بينما هناك من لا يحض بنفس هذه الفرصة بل بأقل منها ، ليس هذا فحسب بل حتى في حصص الفحص التي كنت أحضرها معهم كان هناك من الطلبة من يقدم عدة مداخلات شفوية كأن يعرف بحالة



المريض الذي أمامه ، يصف المرض وأعراضه ويقترح العلاج الواجب اتخاذه ، والطبيب الأستاذ ينصت لكلامه ويصحح له عند الخطأ ، لكن هذه المداخلات الشفهية التي تعتبر جزءا من عملية التكوين لا يقدمها كل الطلبة بل بعضا منهم فقط .

- لاحظت اكتظاظا في عدد طلبة الطب أثناء حصص الفحص التي يديرها الطبيب الأستاذ والتي تعتبر فرصة ثمينة من أجل التكوين وطرح الأسئلة على الاستاذ ، إلا أن كثرة الطلاب تعيق العملية لدرجة أن عددا من الطلبة خصوصا الذين يقفون في مؤخرة الوفد لا يتسن لهم سماع صوت الأستاذ أو حتى رؤية العضو الذي يشير إليه من جسم المريض أثناء الشرح.

- عدم وجود معايير موضوعية واضحة لتقويم الطلبة :

عندما لاحظنا أن هؤلاء الطلبة لا يحضون بالفرص نفسها أثناء التكوين الميداني سألناهم عن نظام التقويم المتبع ، فأجابوا أن ذلك يتوقف على الطبيب المسؤول عن التكوين الميداني ( Médecin responsable du terrain de stage ) إذا أمضى لك بالقبول فأنت مقبول وبإمكانك الانتقال إلى مصلحة أخرى لإتمام تكوينك .

- لاحظنا أن عددا من حصص الفحص يديرها الأطباء المقيمون بدلا من الطبيب الأستاذ، وكما نعلم الطبيب المقيم هو بدوره مازال في مرحلة التكوين ولا يمكن أن يفيد الطلاب بالقدر الذي يفيدهم الطبيب المختص أو الأستاذ المختص ( Maître Assistant ) .

#### 4. نوعية الرقابة التي يخضع لها الأطباء

مهنة الطب ترتبط إلى حد كبير بثقة الناس بقدرات الطبيب في معالجة أمراضهم وتقليص معاناتهم واكتساب هذه الثقة لا يتحقق باكتفاء الطبيب بمصوله على شهادة جامعية أو شهادة حسن السمعة ، بل إن هناك عاملا آخر هو العامل الذي يعول عليه لضمان استمرارية الالتزام بأخلاقيات المهنة هذا العامل هو نظام الرقابة المهنية المفروضة على الأطباء .

" يرى إليوث فريديسن أن الرقابة هي التي بإمكانها تقليص نسبة الأخطاء المهنية ومعاقبة أشكال الإهمال لتصبح النتائج أكثر تقدما وبالتالي اكتساب ثقة العامة"<sup>1</sup>

<sup>1</sup> C. Dubar - Tripiet , Sociologie des professions OP Cit p 123

لمعرفة نوعية الرقابة المفروضة على الأطباء داخل المستشفى مكان الدراسة طرحنا

السؤال التالي : من بين هذه العناصر ما هو العنصر الأكثر قوة لفرض الانضباط على الأطباء؟

النسبة	التكرار	الإجابة
00%	00	رقابة رئيس المصلحة
64%	32	الضمير المهني
36%	18	كلاهما
100%	50	المجموع

جدول رقم (14) : يبين تصورات الأطباء للعناصر التي تجعل الطبيب أكثر انضباطا

64% من الأطباء المبحوثين أجابوا أن ما يحثهم على الانضباط أكثر في أعمالهم هو الضمير المهني .

36% أجابوا أن كلا من الضمير المهني ورقابة رئيس المصلحة يحثان على الانضباط. لا أحد من المبحوثين إختار الإجابة بأن رقابة الرئيس لوحدها تعتبر عاملا للانضباط الطبيب وهذا معناه أن معظم الأطباء يعتبرون مسألة الانضباط في العمل هي مسألة تتعلق بهم وليس لرئيس المصلحة دورا معتبرا في هذا الأمر.

إن ما صادفناه من وقائع أثناء معاشتنا لمجتمع المستشفى أظهر لنا عدم وجود نظام رقابة فعال يفرض على منهم داخل المستشفى الانضباط والتفاني في العمل.

نذكر من هذه الوقائع على سبيل المثال ما حدث في قسم أمراض النساء والتوليد ، في هذا القسم صادفنا أن إحدى المريضات فقدت جنينها وهي في الشهر السابع تقريبا من الحمل. في البداية بدى لنا الأمر عاديا إلا أننا إكتشفنا فيما بعد أن هذه المريضة وجنينها كنا ضحية الإهمال فقد شاهدنا مجموعة من الأطباء الداخليين يتأسفون لما حدث لها ويعترفون أنه كان من

الممكن تجنّب حدوث هذا الأمر المؤسف لو لم يكن هناك إهمال ، وعندما تدخلنا وسألناهم :  
لماذا يعتبرون الأمر إهمالا ؟<sup>1</sup>

أجاب أحدهم بأن المريضة كانت تعاني من ارتفاع في ضغط الدم ولم تحصل على الرعاية التي تستحق من أجل سلامة جنينها فهي لم تكن تحض حتى بقياس ضغطها الذي يفترض أن يقاس كل أربع ساعات.

" المفروض ان السيدات الحوامل اللواتي يعانين من ارتفاع ضغط الدم أو ارتفاع نسبة السكر بالدم واللواتي يعانين من آلام في القلب يتم حجزهن بالمستشفى منذ شهر الحمل السابع أو الثامن وتستمر تحت رعاية الطبيب حتى تتم عملية الولادة حيث يكون هناك متابعة دائمة لحالتهم من قياس للضغط إلى عمل التحاليل اللازمة وإعطائهم العلاج المحدد"<sup>2</sup>  
وهناك حادثة أخرى قد وقعت أمام أعيننا وكان ذلك ليلا يقسم الاستعدادات وبالضبط في قاعة الانعاش حيث شاهدت أن أحد المرضى بعد أن أخرج من غرفة العمليات أدخل إلى هذه القاعة وبعد لحظات من إدخاله أخذ يصدر أصوات وحركات مريبة تدل على أنه يعاني من مشكل معين فأخذت الممرضة تنظر إليه وهي حائرة لا تدري ماذا تفعل فتدخل أحد أقرباء المرضى والذي كان قد حصل على إذن بالبقاء رغم أن الأمر ممنوعا قانونيا وطلب من الممرضة أن تنادي الطبيب ليفعل شيئا ، فامتنعت عن ذلك وبررت موقفها بأن الطبيب قد خلد للنوم وأنها تخشى أن ينهرها أو يسمعها كلاما بذيئا إن هي أيقضته لرؤية الحالة.

هذه الأحداث التي ذكرناها ماهي إلا جزء مما عايشناه داخل المستشفى ورأينا فيه مؤشرا لرصد نوعية الرقابة المفروضة على الأطباء وعلى غيرهم من أعضاء المهن الطبية داخل المستشفى.

لقد لاحظنا أنه ليس هناك من يتحمل مسؤولية أي خطأ يقع فالخطأ موجود والاهمال ظاهر لكن معرفة المسؤول المستحق للمعاقبة لا يمكن الوصول إليه.

<sup>1</sup> يقول مريس أنجر Maurice Angers : " من الممكن للباحث أن يستعين بطرح الأسئلة لتدعيم عملية الملاحظة بالمشاركة " ، أنظر كتابه Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines p 179

<sup>2</sup> نادية فؤاد حميدو ، البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية ، من كتاب مدخل إلى الأنثروبولوجيا ، تأليف نخبة من أعضاء هيئة التدريس ، تحرير محمد عباس إبراهيم ، دار المعرفة الجامعية ،

العمل مستمر بكل ما فيه من نقائص سواء التي يمكن تجنبها أو التي لا يمكن تجنبها لأن عملية الرقابة ليست فعّالة . لهذا السبب وجدنا أن الأطباء المبحوثين لم يعطوا أهمية لرقابة رئيس المصلحة إذ لم نجد أحد منهم أشار إلى أن رقابة رئيس المصلحة لوحدها قادرة على فرض الانضباط.

وفي هذا الصدد " ذهب بعض علماء الاجتماع الطبي والمهتمين بدراسة المستشفى إلى انه يمكن النظر إلى المستشفى على أنه تنظيم بلا قائد أو زعيم"<sup>1</sup> الطبيب يشعر أنه رئيس نفسه ولهذا وجدنا أن معظم المبحوثين لم يعترفوا بأهمية رقابة رئيس المصلحة في فرض الانضباط بل ركزوا على أهمية الضمير المهني .

" التعليم الذي يتلقاه الأطباء والتدريب الذي يحصلون عليه بالإضافة إلى أخلاق المهنة ذاتها كل هذا يجعل الأطباء يقفون جميعا على قدم المساواة".<sup>2</sup>

لقد رأينا أن هناك استقلالية تامة لدى الطبيب في أدائه للعمل ولا يشعر بأي شكل من أشكال الرقابة ماعدا فئة الأطباء الداخليين الذين يعملون تحت إشراف الطبيب الأستاذ.

### 5. علاقات العمل داخل المستشفى

تعرف علاقات العمل بأنها العلاقات التي تنشأ وتتمو بسبب الاستخدام وهي تشمل تبعاً لذلك العلاقات بين العمال بعضهم البعض وبينهم وبين رؤسائهم و مديريهم وكذلك علاقاتهم بالمنشآت التي تستخدمهم ، كما تشمل بمعناها الواسع العلاقات بين إدارات المنشآت ونقابات العمل وبين أصحاب العمل والهيئات الحكومية.<sup>3</sup>

في بحثنا هذا نحصر اهتمامنا في العلاقات التي تنشأ داخل أمكنة العمل وفيما يخص مهنة الطب نجد أخلاقيات الطب تحت على أن تكون العلاقة التي تربط بين الأطباء علاقة تضامن إنساني وأن يتبادلوا المساعدة المعنوية فيما بينهم وأن يحدثوا فيما بينهم مشاعر الصدق والمودة والثقة.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> فادية فواد حميدو ، البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية ، مرجع سابق ص 241

<sup>2</sup> المرجع نفسه ص 242

<sup>3</sup> بوحسون العربي - الخلفيات الثقافية لعلاقات العمل وأثرها على سير المؤسسات الصناعية - رسالة ماجستير في الأنثروبولوجيا جامعة تلمسان 1999 ص 31

<sup>4</sup> الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 52 المؤرخة في 07 محرم عام 1413 ، مرجع سابق ص 1422

للتعرف على نوعية علاقات العمل السائدة داخل المصالح الاستشفائية قمنا في البداية بطرح السؤال التالي على الأطباء المبحوثين:

هل انت راض على علاقتك برئيسك في العمل ؟

فتحصلنا على النتائج المبينة في الجدول الموالي:

الاجابة	التكرار	النسبة
راض على علاقتي برئيسي	32	64%
غير راض على علاقتي برئيسي	18	36%
المجموع	50	100%

جدول رقم (15): يبين تقييم الأطباء لعلاقتهم برؤسائهم

64% من المبحوثين اجابوا بأنهم راضون عن علاقتهم مع رؤسائهم و36% غير راضين عن تلك العلاقة وعندما سألنا الذين ليسوا راضين عن علاقتهم مع رؤسائهم عن سبب موقفهم هذا اجابوا كالتالي:

الاجابة	التكرار	النسبة
عدم أهلية الرئيس لمنصبه	05	10%
عدم وجود اتصال متبادل معه	03	06%
غياب الاحترام المتبادل	02	04%
بدون إجابة	08	16%
المجموع	18	36%

جدول رقم (16): يبين أسباب عدم رضى بعض الأطباء عن علاقتهم برؤسائهم

10% أجابوا أن سبب عدم رضاهم عن علاقتهم برؤسائهم يرجع لعدم أهلية الرئيس لمنصبه، و 6% أجابوا بانعدام الاتصال المتبادل بين الطبيب رئيس القسم وبقية الأطباء. 4% برزوا عدم رضاهم عن علاقتهم برؤسائهم بغياب الاحترام المتبادل بينما أعلى نسبة وهي 16% لم يعطوا أية إجابة . ويمكن أن نفسر هذا السكوت عن ذكر الأسباب بما يلي:

الاحتمال الأول هو أن هناك تخوف من أن إجاباتهم سيكون لها عواقب سيئة عليهم وهذا التخوف من الإجابة شعرنا به لدى بعض الأطباء أثناء قيامنا بالبحث الميداني وقد يرجع لقلة خبرتهم ومعرفتهم بطبيعة البحوث الاجتماعية. رغم أننا شرحنا لكل واحد منهم طبيعة هذه الدراسة والهدف منها.

الاحتمال الثاني وهو أن عدم رضاهم عن علاقتهم برئيسهم لا يرجع لأسباب موضوعية بل لأسباب ذاتية الإفصاح عنها ليس في صالحهم. ثم انتقلنا إلى رصد العلاقة بين الأطباء فيما بينهم محاولين معرفة طبيعة هذه العلاقة وعلى ماذا تبني فتحصلنا على النتائج المبينة

الاجابة	التكرار	النسبة
مبنية على التكامل في الأدوار	33	66%
صراع	04	08%
حل المشاكل	10	20%
كل واحد يلتزم بعمله دون التدخل في الغير	02	04%
علاقة ودية	01	02%
المجموع	50	100%

جدول رقم (17) : بين نظرة الأطباء لطبيعة العلاقة الموجودة بينهم

- نلاحظ في هذا الجدول أن 66% من الأطباء يصفون علاقتهم بزملائهم بأنها علاقة مبنية على التكامل في الأدوار وهذا أمر طبيعي لأن عملية تقديم العلاج تعتمد على تعاون أعضاء الطاقم الطبي لإتمامها.

- 20% صرّحوا بأن علاقتهم مبنية لحل المشاكل التي يواجهونها أي أن أهمية علاقة الطبيب بزميله الطبيب تكمن في حل المشاكل التي يواجهونها وهذه العلاقة المستخدمة لحل المشاكل قد تكون مؤشرا لوجود إستراتيجية يستخدمها الأطباء لحل المشاكل مهما كانت طبيعة تلك المشاكل.

- 04% أجابوا أن العلاقة تتميز بأن كل واحد يلتزم بعمله دون التدخل في الغير أي أنها ليست علاقة قوية بل علاقة فتور وتباعد بين أعضاء المهنة الواحدة على عكس ما تنص عليه أخلاقيات الطب.

- 02% وصفوها بأنها علاقة ودية أي أنها تقتصر على كونها علاقة ودية لا أكثر ولا أقل ولم يختاروا وصفها بأنها تصل إلى مستوى التكامل في الأدوار أو إلى مستوى حل المشاكل التي تعترضهم.

حقيقة أثناء إجرائنا للبحث الميداني شعرنا أن هناك علاقة ودية بين الأطباء حيث شاهدنا زيارات ودية بين الأطباء سواء كانوا يعملون في القسم نفسه أو في أقسام ومصالح مجاورة وقد كان عدد من الأطباء يعرضون علينا رغبتهم في توزيع استمارات البحث على زملاء لهم فكانوا يأخذون أكثر من نسخة واحدة والأمر الذي لاحظناه أيضا مظاهر الاحترام من طرف الأطباء لأساتذتهم وكل من يفوقهم في المركز أو الأقدمية ، كما أن الأطباء المتساوون في الرتبة والتخصص العلاقة بينهم تتسم بال تلقائية وعدم التكلّف لدرجة أنهم ينادون بعضهم البعض بأسمائهم دون استعمال الاسم العائلي أو لقب " دكتور" كما يسود هذه العلاقة نوع من المرح والمزاح طبعا خارج غرفة العمليات و فحص المرضى ، كما لاحظنا أنهم يتشاورون فيما بينهم ويتعاونون لتشخيص المرض.

لاحظنا أن الأطباء المقيمين يرتبطون فيما بينهم أكثر من ارتباطهم بالأطباء الذين يفوقهم في الرتبة ( طبيب معاون Maître assistant ) فما فوق . وحتى الأطباء الداخليون لا يتعاملون كثيرا مع الأطباء المختصين ذوي المراتب العالية بل كانوا معظم الأوقات يفضلون

اللجوء للأطباء المقيمين من أجل الاستفسار والتعلم منهم أو يكتفون لهذا الغرض أحيانا بالاستعانة بزملاء لهم من رتبهم نفسها.

وهذا يعني أن الأطباء المختصين برتبة معاون فما فوق غير مهتمين بعقد علاقات مع من هم أدنى منهم في الرتبة ، الأمر الذي يجعل هؤلاء الأطباء لا يلجأون إليهم كثيرا.

### 6. اقتراحات الأطباء لما يجب توفره لتكون مهنة الطب في وضع أحسن

للاقتراب أكثر من واقع مهنة الطب والمشاكل التي تعترضها طلبنا من المبحوثين أن يبينوا لنا إقتراحاتهم لما يجب توفره لتكون مهنة الطب في وضع أحسن . فتحصلنا على الاقتراحات المبينة في الجدول الآتي:

الاجابة	التكرار	النسبة
تحسين الوضع الاقتصادي للطبيب ( رفع الأجور )	08	16%
تحسين ظروف العمل ( توفير النظافة ، العتاد الطبي ، الأدوية.... )	03	06%
الحرص على الالتزام بأخلاقيات الطب من طرف الأطباء	10	20%
رفع مستوى التكوين لدى الأطباء	09	18%
منح مناصب الرئاسة للأشخاص الذين يستحقونها	02	04%
تعديل نظام تسيير المستشفى	08	16%
حوصصة المستشفى	03	06%
بدون إجابة	07	14%
المجموع	50	100%

جدول رقم (18) : يبين تصورات الأطباء لأهم ما يجب فعله لتحسين وضعية مهنة

الطب



نلاحظ أن الإجابة التي حصلت على أعلى نسبة في الجدول أي 20% هي المتمثلة في الحرص على الالتزام بأخلاقيات الطب من طرف الأطباء.

12% أشاروا إلى ضرورة رفع مستوى التكوين لدى الأطباء

16% تحسين الوضع الاقتصادي للطبيب ( رفع الأجور)

16% تعديل نظام تسيير المستشفى

6% طالبوا بتحسين ظروف العمل داخل المستشفى

6% رأوا في خصوصية المستشفى أهم شيء يجب فعله لتحسين وضعية مهنة الطب

14% فضلوا البقاء بدون إجابة

هذه الاجابات إن عبرت على شيء فإنها تعبر عن النقائص الموجودة في مهنة الطب الممارسة داخل المستشفى.

يمكن أن نستنتج من هذا الجدول ما يلي :

- الانحراف عن أخلاقيات الطب داخل المستشفى هو حقيقة يشهد بها العديد من الأطباء.

- الحاجة إلى رفع مستوى التكوين لتزويد المستشفى بأطباء أكفاء.

- الوضع الاقتصادي الذي يمنح للطبيب ليس في المستوى المرغوب فيه ورفع الأجور

هو مطلب هام لتحسين وضع مهنة الطب " الأجور تعد أهم تلك العناصر الأساسية والتي تؤثر بصفة خاصة فيما يعرف بإشباع الوظيفة أو المهنة كما تؤثر أيضا في عملية الدافعية في العمل وتحقيق الأداء وغير ذلك من العمليات المعقدة داخل البناءات التنظيمية للمستشفيات<sup>1</sup>.

- نظام تسيير المستشفى بحاجة إلى تعديلات عدة لأنه يعتبر العنصر الحاسم والمؤثر

الأكبر على سلوكيات الأطباء وغيرهم من العاملين داخل المستشفى.

- ورود فكرة خصوصية المستشفى لدى بعض الأطباء دليل على ان هناك إهمال

لممتلكات المستشفى العام وعدم اكتراث بقوانينه الداخلية مما جعل هؤلاء الأطباء يرون في

<sup>1</sup> عبد الله محمد عبد الرحمان - دراسات في علم الاجتماع - دار المعرفة الجامعية ، الأزاريطة 2001 ص 225

الخصوصية الحل الأنسب لتحسين وضعية مهنة الطب كما أن الخصوصية تعني أن يصبح للمستشفى هدف تجاري وبالتالي الدخل المادي الكبير للعاملين به.

كانت هذه بعض النقاط التي استخلصناها من إقتراحات الأطباء لما يجب توفره لتكون مهنة الطب في وضع احسن فهم الذين يمارسون هذه المهنة وهم الأدرى بما ينقصها وما يعرفها. كما حاولنا من خلال هذه الأجوبة الحصول على وصف لواقع ممارسة مهنة الطب كما يراه أصحاب هذه المهنة.

## خلاصة

الخلاصة التي يمكن الخروج بها من هذا الفصل هي أن الأطباء العاملين بالمستشفى معظمهم من فئة الشباب وقد لاحظنا قلة في عدد الأطباء ذوي الأقدمية المعتبرة. الأطباء كغيرهم من المواطنين يعانون من مشاكل عدة كغلاء الشقق حيث وجدنا 42% من الأطباء المتزوجين ليس لديهم سكن مستقل أما فيما يخص المعطيات العامة حول العمل داخل المستشفى الجامعي فقد توصلنا إلى أن نوعية الخدمات الطبية ليست في المستوى المرغوب فيه وأن هناك عدد من النقائص والعراقيل التي تؤدي إلى ذلك. كما اكتشفنا أن النشاط الهام الذي يتميز به المستشفى الجامعي عن غيره من المستشفيات المتمثل تكوين أطباء المستقبل هو أيضا ليس في المستوى المرغوب وتلفه مجموعة من النقائص.

أما نظام الرقابة المتبع داخل المستشفى فإن الأطباء لم يعترفوا بنجاعته بل رأوا أن الرقابة الحقيقية هي رقابة ضمائرهم.

وفيما يخص علاقات العمل فقد وصفها المبحوثون بكونها علاقات تسودها المودة والتكامل في الأدوار ، أما أهم الأمور التي تنقص مهنة الطب لتكون في وضع أحسن فقد تعددت بتعدد وجهات النظر لدى الأطباء فهناك من نادى بضرورة رفع الأجور وهناك من طالب بإدخال تعديلات على نظام تسيير المستشفى وفئة ركزت على ضرورة تحسين عملية التكوين وهناك من دعى إلى إلزام الأطباء بأخلاقيات مهنتهم .

# الفصل الثالث

الانحراف عن أخلاقيات الطب ومظاهره وأسبابه

مقدمة

- I. أطباء القطاع العام وإجراءات القطاع الخاص
  - II. مظاهر الانحراف عن أخلاقيات الطب
  - III. الإستراتيجية ومتطلباتها
- خلاصة

### مقدمة

لقد انطلقنا في بحثنا من فكرة أن سلوكيات الأطباء المتنافية مع أخلاقيات الطب تدخل في إطار استراتيجيات فردية ينتهجها الأطباء لتحقيق مشاريعهم ونحن في هذا الفصل نتساءل عن الدوافع وعن المنطق الذي يحكم تصرفات الأطباء ونحاول أن نبرز كيف يتم الابتعاد عن مبادئ اخلاقيات الطب من طرف الأطباء من أجل خدمة مصالحهم. كيف يحدث هذا الابتعاد عن أخلاقيات الطب وكيف يتحو أصحاب هذا السلوك من المعاقبة ويستمرون في الحفاظ على مناصبهم وفي انتهاج استراتيجياتهم؟

## الفصل الثالث: اللاغرانج عن اختلافات الطب ومظاهره وأسبابه

### I. أطباء القطاع العام وإجراءات القطاع الخاص

#### 1 تقييم الأطباء للوضع الاقتصادي الذي يعيشونه

سألنا المبحوثين عن رأيهم بالوضع الاقتصادي للطبيب الجزائري فتحصلنا

على الأجوبة التالية :

الاجابة	التكرار	النسبة
دون المستوى	18	36%
لا بأس به	07	14%
متدهور	20	40%
بدون إجابة	05	10%
المجموع	50	100%

جدول رقم (19): تقييم الأطباء للوضع الاقتصادي الذي يعيشونه

نلاحظ أن 36% من الأطباء وصفوا الوضع الاقتصادي الذي يعيشونه أنه دون المستوى و 40% وصفوه بالمتدهور و 14% قالوا أنه لا بأس به و 10% لم يعلقوا عن الأمر، إذن معظم الأطباء يرون أن الوضع الاقتصادي الذي توفره لهم مهنتهم ليس في مستوى طموحاتهم خصوصا عند مقارنتهم بنظرائهم في الدول المتطورة وزملائهم بالقطاع الخاص .

رغم أن شريحة الأطباء تتمتع بمكانة اجتماعية مرموقة داخل المجتمع إلا أن هذا لا ينفي حرمانها من الوضع الاقتصادي الجيد . " لم تعد المهنة التي تتطلب مستوى تعليميا مرتفعا هي المهنة التي تدر دخلا مرتفعا بل على النقيض من ذلك أصبحت المهنة التي تدر دخلا مرتفعا لا تتطلب تعليما أكاديميا . وهذا ما أشار إليه البعض ، حيث إذا كانت العلاقة بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي علاقة

## الفصل الثالث : اللافرات عن التملقات الطب مظالم وأسبابه

إيجابية محققة في العديد من الدول المتقدمة فإن الأمر يختلف في الدول النامية وبالخصوص تلك التي تمر بتجربة الانفتاح الاقتصادي<sup>1</sup>.

إن عدم تمتع الأطباء بوضع اقتصادي في المستوى المطلوب يعني عجزهم عن تلبية احتياجاتهم كأفراد داخل المجتمع " الطيب يدخل في حالة صراع ، فهو كفرد يشغل أكثر من مركز أو مكانة اجتماعية فهو طيب وقد يكون أبا وزوجا في وقت واحد ولكل دور أو مركز واجبات والتزامات يجب القيام بها ، وبما ان قدرة الانسان الجسمية والفكرية محدودة فإن هذا يؤدي إلى حدوث تصادم وتضارب بين أدواره"<sup>2</sup>.

ولاشك أن عدم تمتع الطيب بالوضع الاقتصادي الذي يليق به سوف يزيد في حدة الصراع لديه بين الأدوار التي يشغلها ويصعب عليه عملية التوفيق بينها مما يولد لديه شعورا بالاحباط يؤثر سلبا على أدائه.

### 2. نظرة الأطباء للمستقبل

طرحنا على الأطباء السؤال التالي : كيف هي نظرتك للمستقبل ؟ فتحصلنا على النتائج المبينة في الجدول الموالي :

النسبة	التكرار	الاجابة
34%	17	نظرتي للمستقبل متشائمة
28%	14	متفائل من أجل الاستمرار في الحياة
16%	08	مستقبل مجهول
12%	06	مرهون بما سيأتي من اصلاحات في القطاع
04%	02	المستقبل مع القطاع الخاص

<sup>1</sup> د. عبد اللطيف محمد خليفة ، دراسات في علم النفس الاجتماعي ، المجلد الأول ، دراسة حول تقدير كل من المكانة الاجتماعية والاقتصادية للمين لدى عينه من أفراد المجتمع المصري ، دار قيام لطباعة والنشر والتوزيع 1998 ص 267

<sup>2</sup> د. الوحيشي أحمد ، بيري ، أ. عبد السلام بقصر الدوي ، مقدمة في علم الاجتماع الطبي مرجع سابق ص 117

## الفصل الثالث: الافراد عن اختلافات الطب ومظاهره واسبابه

دون إجابة	03	%06
المجموع	50	%100

الجدول رقم (20): يبين نظرة الأطباء للمستقبل

هناك 34% من الباحثين صرحوا بتشاؤمهم من المستقبل ، 28% أجابوا بأنهم متفائلون من أجل الاستمرار في الحياة، 16% أجابوا بأنهم يرون المستقبل مجهولا و 12% يرون أن المستقبل مرهون بما سيأتي من تعديلات وهناك من صرح أنه يرى مستقبله مع القطاع الخاص وهي نسبة 4% .

من خلال أجوبتهم هذه أظهر الأطباء استيائهم من الظروف التي يعيشونها داخل أماكن عملهم وخارجها فحتى الذين أجابوا بأنهم متفائلون أكدوا أن ذلك لا يرجع لكون الواقع يبعث على التفاؤل بل لأنهم مجبرون على التفاؤل للاستمرار في الحياة ، وهناك من يتطلع إلى إحداث إصلاحات تحسّن من الوضع الحالي كما أن بعضهم لم يترددوا في التصريح برغبتهم في العمل ضمن القطاع الخاص كحل لما يعانونه من مشاكل .

أحوبة الباحثين وإن اختلفت في طريقة صياغتها تشترك في فكرة واحدة تتمثل في أن الواقع الذي يعيشونه لا يبعث على التفاؤل والارتياح وهذا يعني أن المهنة التي اختاروها لم توفر لهم ما كانوا يرغبون ويحلمون به.

" الطبيب عندما يختار مهنة الطب إنما يختارها للدوافع الثلاثة التالية: حب مساعدة الغير، الفضول العلمي، البحث عن النجاح الاجتماعي. بالنسبة لأولئك الذين يحبون مساعدة الغير تعتبر مهنة الطب فرصة مثالية لذلك فهي تتيح لهم إمكانية تقليص معاناة الناس سواء كانوا أقارب أو غرباء و إنقاذ حياتهم ومقاومة الإعاقة ، وهذه الصورة المغمورة بمظاهر الإيثار لدى الطبيب مترسّخة في المخيال الشعبي منذ زمن بعيد وتعتبر دافعا لجذب البعض إلى الطب . وهناك من يجذبهم إلى



## الفصل الثالث : الأفران عن الأخلاقيات الطب مظاهر وأسبابه

الطب الفضول العلمي ذلك الشعور النابع من جهم للمعرفة واستكشاف آليات تطوّر المرض والمساهمة في إيجاد السبل الناجعة للقضاء على الأمراض ، وهذا الأمر يوّلد لديهم شعورا بالقدرة والسيطرة أما الدافع الثالث فهم البحث عن النجاح الاجتماعي إذ أن الطبيب له صورة مرموقة في الاعلام وفي نتائج صير الآراء، المكانة الاجتماعية للطبيب ولقب الدكتور هي في حد ذاتها هدفا وليس هذا فحسب بل هناك من يرى في ممارسة الطب فرصة لتحصيل وضع اقتصادي جيد<sup>1</sup>.

إذا كانت هذه الدوافع المذكورة لا يجد الطبيب لها صدا في حياته المهنية فإن هذا حتما أمر يؤدي به إلى عدم الرضى عن عمله وهذا ما لاحظناه أثناء هذا البحث من خلال تعبير الأطباء عن الاحباط الذي يعيشونه حيث لا يوجد اي دافع من الدوافع الثلاثة تمكنوا من إيجاده.

لا يفوتنا أن نشير أن وضعية الأطباء تختلف من فئة إلى اخرى ومن تخصص إلى آخر فتشاؤم الطبيب الداخلي مثلا يرجع لشعوره بالقلق من مصيره الجهول فهو إن لم ينجح في اجتياز الامتحان الذي يمكنه من اكمال دراسته التخصصية داخل المركز الاستشفائي الجامعي فستكون البطالة من نصيبه ، خصوصا وأن فتح عيادة خاصة يتطلب امكانيات مادية معتبرة.

" إن صورة الطبيب العام البطال آخذة في الانتشار اليوم أكثر فأكثر في المجتمع ، محبطة كل رؤية مستقبلية لحديثي الممارسة في الطب الذين لا يملكون رأس مال اجتماعي واقتصادي معتبر إذ ليست لديهم الامكانيات المادية الكافية لفتح عيادة خاصة ولم يدججوا في البنى الصحية العامة والذين أصبحوا مجبرين في الغالب على التوجه إلى قطاعات مهنية أخرى غريبة عن الطب للعمل بها ، أو أن يقبلوا

<sup>1</sup> Georges Tchobroutsky et Olivier Wong , le métier de médecin, Presse universitaire de France , 2eme Edition corrigée Paris 1996 p66

## الفصل الثالث : الأفران عن اختلافات الطب مظاهره وأسبابه

مناصب غير ثابتة مقابل أجر زهيد تدفعه السلطات المحلية والذي يمثل 40% من الأجر الوطني الأدنى المضمون SMIG ( 6000 دج في الشهر)<sup>1</sup> هناك مشاكل عديدة تعرفها مهنة الطب من بينها عدم كفاية الأجر لدى الأطباء وأزمات المستشفى على المستويين التنظيمي والتمويلي و بروز شريحة الأطباء البطالين في المجتمع . لا يخفى على أحد أن استمرار هذه المشاكل دون إيجاد حل لها كفيل بأن يجعل الأطباء سواء الذين لازالوا في طور التكوين أو الذين لديهم مناصب دائمة يسأمون من العمل داخل المستشفى وينظرون إلى المستقبل نظرة تشاؤم ويأس.

### 3. رغبة الأطباء في العمل ضمن القطاع الخاص

حاولنا معرفة نسبة الأطباء العاملين في القطاع الخاص فطرحنا عليهم السؤال التالي: هل تمارس عملا إضافيا ضمن القطاع الصحي الخاص ؟ فتحصلنا على النتائج المبينة في الجدول :

الاجابة	التكرار	النسبة
نعم	01	02%
لا	49	98%
المجموع	50	100%

الجدول رقم (21) : يبين نسبة الأطباء العاملين في القطاع الخاص

صرح كل الأطباء تقريبا بعدم مزاوتهم لأي نشاط إضافي ضمن القطاع الخاص. لكن هذه النسبة تدعوا إلى الشك لأننا اكتشفنا خلال هذه الدراسة

<sup>1</sup> Mohamed Mebtoul , Médecins et patients en Algérie OP Cit p 90

## الفصل الثالث : الأفران عن العمل في الطب مظاهره وأسبابه

الميدانية أن بعض المرضى على معرفة سابقة بالأطباء من خلال زيارتهم في العيادات الخاصة وهذا يعني أن هناك من الأطباء المبحوثين من أنكر حقيقة عمله في القطاع الخاص وقد يرجع سبب هذا الإنكار إلى أنهم يمارسون هذا العمل دون رخصة قانونية<sup>1</sup>.

ثم سألنا الأطباء عن رغبتهم في العمل ضمن القطاع الخاص عند وجود الفرصة المواتية والرخصة القانونية فتحصلنا على النتائج التالية:

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	39	78%
لا	08	16%
بدون إجابة	02	04%
المجموع	49	98%

الجدول رقم (22): يبين نسبة الأطباء الراغبين في العمل بالقطاع الخاص

78% من الأطباء صرحوا برغبتهم في العمل ضمن القطاع الخاص وقد سألناهم بعد هذا عن سبب رغبتهم تلك فأجاب 54% منهم بأن لديهم الرغبة في العمل بالقطاع الخاص لرفع دخلهم المادي وبالتالي تحسين وضعهم الاقتصادي والاجتماعي. أما ما نسبته 10% فرأوا في العمل بالقطاع الخاص فرصة لاكتساب المزيد من الخبرة ، و 10% صرحوا أن هذا القطاع الظروف ملائمة فيه أكثر للعمل و 02% لم يصرحوا بأي سبب .

<sup>1</sup> حسب القرار التنفيذي رقم 236/99 المؤرخ في 19 أكتوبر 1999 : كل طبيب مختص في القطاع الصحي العام لديه أكثر من 5 سنوات خبرة يسمح له بالحصول على رخصة قانونية من طرف رئيسه في العمل لمزاولة عمل إضافي مدة نصف يوم في الأسبوع في القطاع الخاص .

## الفصل الثالث : الانحراف عن أخلاقيات الطب ومظاهره وأسبابه

أما 16% الذين رفضوا فكرة العمل في القطاع الخاص برّروا رفضهم بكون القطاع الخاص ليس مجهّزا بالعتاد الطبي مثل المستشفى العام وأنهم يفضلون تكريس جهودهم لنيل أعلى الشهادات والارتقاء في السلم الرتبي داخل المستشفى .  
تدل نتائج الجدولين السابقين على خطورة الوضع في القطاع العام ، فالجذاب الأطباء نحو القطاع الخاص من أجل تحسين أوضاعهم الاقتصادية يجعل المستشفى العام يفقد شيئا فشيئا الكفاءات التي تكوّنت فيه ومن الممكن أن يصبح عملهم داخل المركز الاستشفائي الجامعي مجرد مرحلة في حياتهم من أجل التدرّب ونيل الشهادة ثم ينتقلون بخبراتهم تلك إلى القطاع الخاص وبالتالي حرمان المواطن صاحب الدخل الضعيف من الخدمات الطبية الجيدة .

### II . مظاهر الانحراف عن أخلاقيات الطب

#### 1. الطبيب أمام حالة تفوق قدراته

من المشاكل التي تواجه الأطباء أثناء تأدية عملهم هو شعورهم بالعجز إزاء حالات تفوق قدراتهم ولمعرفة كيفية مواجهة هذا المشكل طرحنا السؤال التالي: ما هو السلوك الذي تسلكه أمام حالات تفوق قدراتك؟  
فتحصلنا على النتائج المبينة في الجدول الآتي:

النسبة	التكرار	الإجابة
58%	29	أطلب تدخل من هو أعلى مني
12%	06	أبذل كل الامكانيات المتاحة لدي
04%	02	أشعر بالإحباط
18%	09	أطلب تدخل زميل لي من الرتبة نفسها
08%	04	بدون إجابة
100%	50	المجموع

الجدول رقم (23): يبين كيفية تصرف الطبيب أمام حالة تفوق قدراته

## الفصل الثالث : الاغراض عن اخلاقيات الطب مظاهره وانمايه

أعلى نسبة وهي 58% صرحوا بأنه إذا كانت الحالة تفوق قدراتهم فإنهم يستعينون بتدخل طبيب أعلى منهم في الرتبة وهذا التصرف يتوافق مع ما تطالب به أخلاقيات الطب : " الطبيب عليه مسؤولية إدراك حدود كفاءته وتحديد الوقت الذي يجب عليه أن يطلب نصيحة أو توجيه مريضه إلى مختص أو مستشار أو المصلحة الاستشفائية المناسبة، الطبيب الذي يعطي لنفسه الحق لفعل كل شيء سوف يكون قليل التيقض لقيامه بأعمال لا يعرفها جيداً<sup>1</sup> .

18% أجابوا أن السلوك الذي يسلكونه هو طلب تدخل زميل من نفس الرتبة ، قد يحدث هذا إن لم يكن في المصلحة من هو أعلى رتبة منه أو لأنه يفضل التعامل مع من هم من رتبته نفسها وقد يرجع هذا الأمر إلى أن علاقته مع من هم أعلى منه تتميز بالتباعد .

12% صرحوا أنهم يتعاملون مع الحالة باستخدام كل الامكانيات المتاحة لديهم لكن لم يبينوا بالضبط ماذا يفعلون هل يلجؤون لغيرهم أم يقصدون إمكانياتهم الشخصية فقط .

4% أجابوا أنهم يشعرون بالاحباط ، قد يعود هذا الشعور لصعوبة إيجاد المساعدة عند طلبها .

8% امتنعوا عن الإجابة وللإقتراب من حقيقة الوضع قمنا بطرح السؤال

التالي : عندما تطلب المساعدة هل تحصل عليها بسهولة؟ فكانت النتائج التالية :

النسبة	التكرار	الاجابة
46%	23	نعم
52%	26	لا
02%	01	بدون إجابة
100%	50	المجموع

الجدول رقم (24) : بين نسبة حصول الأطباء على المساعدة بسهولة عند الحاجة

<sup>1</sup> R. villey, Déontologie Médicale . MASSON éditeurs Paris, Octobre 1982, p33

## الفصل الثالث : الأفران عن اختلافات الطب ومظاهره وأسبابه

46% أجابوا أنهم يحصلون على المساعدة عند طلبها ، 52% أجابوا أنهم لا يجدون المساعدة بسهولة عند طلبها ، 02% لم يعطوا أي إجابة . أكثر من نصف المبحوثين يصرحون بأنه لا يجدون المساعدة بسهولة عند طلبها ، هذه الظاهرة تعبر عن خطورة الوضع داخل المصالح الاستشفائية ، إذ أن عدم حصول الطبيب على المساعدة بسهولة يجعله مجبرا على الانتظار فتزداد حالة المريض سوءا . وهنا نجد نوعا من التناقض مع ما سبق من تصريحات فعندما سألنا الأطباء عن نوعية العلاقة السائدة بينهم وجدنا 66% منهم وصفوها بأنها مبنية على التكامل في الأدوار و20% وصفوها أنها قائمة على حل المشاكل التي يواجهونها ( جدول رقم (17)) والآن نجد 52% من أولئك الأطباء يصرحون بأنهم لا يجدون المساعدة بسهولة عند طلبها . فكيف يمكن أن نجد في الوقت ذاته علاقة مبنية على التكامل في الأدوار وعلى حل المشاكل وهناك من لا يجد المساعدة عند الحاجة إليها ، لا بد أن هذه العلاقة الموجودة لا ترتقي إلى مستوى التكامل في الأدوار ولو كانت كذلك لما وجدت مثل هذه المشاكل . يرى الباحث محمد مبتول أن مهنة الطب في الجزائر مازالت بعيدة على قيامها ضمن فضاء يسوده الاعتماد المتبادل L'interdépendance الذي يقود الأطباء إلى تبني أشكال من التنشئة الاجتماعية دائمة التجديد من أجل تجنب تفكك علاقات العمل . فلكي تتم النشاطات اليومية بشكل منتظم عليها أن تركز على سلسلة من الاعتمادات المتبادلة أما مع انعدام الاعتماد المتبادل فإن العلاقات

## الفصل الثالث : الاغراض عن ائتملافان الطب مظافه واسبابه

تتحول إلى منطق المقاطعة وانعدام الثقة والتباعد الاجتماعي بين الفاعلين في القطاع الصحي<sup>1</sup>.

ما يمكن قوله هو أن العلاقة بين الأطباء تتصف بالتباعد والفتور أكثر من اتصافها بالتقارب والتعاون اللذان تحتاجهما عملية تقديم العلاج للمرضى ، الأطباء لا يجدون المساعدة بسهولة عندما يكونون أمام حالة تفوق قدراتهم لأن علاقتهم بمن هم أعلى مركزا وأكثر خبرة ليست بالعلاقة القوية ولقد لاحظنا أثناء معايشتنا لمجتمع المستشفى أن الأطباء الذين مازالوا في طور التكوين عندما يواجههم أي مشكل لا يلتجؤون إلى الطبيب المختص في معظم الأحيان بل يلجأون إلى من هم من الرتبة نفسها .

ثم سألنا الأطباء الذين صرحوا بأنهم لا يجدون المساعدة بسهولة عن الأسباب المؤدية إلى ذلك في نظرهم فكانت أجوبتهم كالتالي:

النسبة	التكرار	الاجابة
35%	09	خلل في النظام
30%	08	انعدام روح المسؤولية لدى بعض الأطباء
19%	05	قلة عدد الأطباء
04%	01	أجهل السبب
12%	03	بدون إجابة
100%	26	المجموع

جدول رقم (25) : تصورات الأطباء للأسباب المؤدية إلى عدم

حصولهم على المساعدة عند طلبها

<sup>1</sup> Mohamed Mebtoul des Médecins et des patients en Algérie OP Cit p196

## الفصل الثالث : اللافتات عن أخلاقيات الطب ومظاهره وأسبابه

نلاحظ أن 35 % من المبحوثين الذين صرحوا بعدم حصولهم على المساعدة بسهولة يرجعون هذا الأمر إلى وجود خلل في النظام أي أن العمل داخل المصلحة الاستشفائية يفتقر إلى النظام.

30% أجابوا ان عدم حصولهم على المساعدة بسهولة عند الحاجة إليها يرجع إلى انعدام روح المسؤولية لدى بعض الأطباء ، 19% أجابوا أن هناك نقص في عدد الأطباء ، أما ما تبقى من المبحوثين فقد صرحوا بأنهم يجهلون الأسباب .

عندما يرجع الأطباء مشكلة عدم إيجاد المساعدة بسهولة إلى وجود خلل في النظام أو إلى انعدام روح المسؤولية لدى بعض الأطباء فإن هذه التصريحات تقودنا إلى عوامل أكثر وجاهة من العوامل المذكورة ، فالتصريح بوجود خلل في النظام قد يدل على أن رئيس القسم ليست له الكفاءة لفرض النظام اللائق داخل مصلحته ، وتصريح القائل بانعدام روح المسؤولية لدى بعض الأطباء أيضا يدل على أن رئيس القسم ليست له القدرة الكافية لفرض الانضباط على مرؤوسيه وإلا كيف لأحد منهم الجرأة لرفض التدخل لإنقاذ حياة المريض من الخطر .

حتى وإن كان 64 % من المبحوثين قد أخبرون بأنهم راضون عن علاقتهم برئيسهم ( أنظر الجدول رقم 15 ) فإن هذا لا يدل على كفاءته في تسيير المصلحة بل قد يدل على تسامحه وتغاضيه عما يقع من أخطاء.

لا يمكن لأحد أن ينكر أن لدى رئيس القسم سلطة رسمية تحصل عليها بحكم مركزه المهني وشهادته العليا الحائز عليها لكن هذا لا يعني كونه الشخص الوحيد المالك للسلطة ، فحتى هو في وقت من الأوقات بالإمكان أن يصبح خاضعا لسلطة من هم أقل مركزا منه داخل المؤسسة .



## الفصل الثالث : اللامفران عن الاختلافات الطب مظاهره وأسبابه

يقول مشال كروزيه : " كل عضو داخل التنظيم حتى من هو في أسفل السلم الرتبي يتمتع بطريقة ما ويقدر معين من السلطة يفرضها على الأشخاص الذين يرتبط بنجاحهم بقرارته ومساهمته"<sup>1</sup>.

إن من مصلحة رئيس القسم أن يستمر العمل داخل قسمه دون احتجاجات عن سوء الظروف المهنية أو أي مشاكل أخرى من شأنها أن تهدد بقاءه بمنصبه. لهذا فهو بحاجة إلى سكوت وتعاون رؤوسيه من أطباء وممرضين وبالتالي يصبح لدى الأطباء بدورهم فرصة فرض بعض السلوكات على رئيسهم بالمقابل مثل تغاضيه عن بعض تقاؤهم وتغيباتهم ، وعلى هذا النحو يمكننا تفسير سبب وجود أطباء يتحرروا على الامتناع عن تقديم المساعدة عندما تطلب منهم من طرف من هم بحاجة إلى تدخلهم .

فالطبيب في هذه الحالة يصبح بإمكانه أن يمتنع عن تقديم تدخله لينعم بقسط من الراحة وهو يعلم بأنه في مأمن من المساءلة والمعاقبة . وهذه الظاهرة هي من الأمور التي تجعل نمط تقديم العلاج داخل المستشفى العام يتميز بالمماطلة والتباطؤ في تزويد المرضى بما يحتاجونه من خدمات طبية .

وهذا الواقع اعترف به المحوثون عندما سألناهم عن سبب لجوء العديد من المرضى إلى القطاع الخاص ، حيث كانت الاجابة الأكثر تداولاً بينهم تتمثل في أن الحصول على العلاج بأقرب وقت هو السبب الرئيسي للجوء المرضى إلى هذا القطاع ، حوالي 42 % أجابوا بذلك ( أنظر الجدول رقم 11 ) .

وهنا يحضرنا تصريح إحدى المبحوثات : " لقد أسندت لنا مهام تفوق قدراتنا ومستوانا ، تحملناها ونحن غير مكونين بما فيه الكفاية لإنجازها ، أحيانا عندما كنت أطلب مساعدة الطبيب المختص كان يكفي بتوجيهي عبر الهاتف

<sup>1</sup> Michel Crozier, le phénomène bureaucratique, OP.Cit p202

## الفصل الثالث : الاغراض عن اختلافات الطب ومظاهره واسبابه

دون أن يحضر إلى غرفة العمليات " ( استمارة رقم 17 طبية مقيمة السن  
31-35 )

### 2. تحمل الأطباء لمهام غيرهم

بعد أن تحدثنا عن ظاهرة عدم إيجاد الأطباء للمساعدة بسهولة عند طلبها ،  
نتطرق في هذا الجزء من البحث إلى ظاهرة أخرى أو مشكل آخر يتمثل في وجود  
فئة من الأطباء تلقي بمهامها على غيرها ولرصد هذه الظاهرة قمنا بطرح السؤال  
الآتي: هل حدث وأن قمت بتحمل مهام طبيب غيرك ؟

الاجابة	طبيب داخلي		طبيب مقيم		طبيب مختص		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نعم	11	64.7%	14	77.77%	14	93.33%	39	78%
لا	06	35.3%	04	22.22%	01	6.66%	11	22%
المجموع	17	100%	18	100%	15	100%	50	100%

جدول رقم (26) : بين نسبة الأطباء المتحملين لمهام غيرهم من الزملاء

78% من الباحثين اجابوا بأنهم يتحملون إنجاز أعمال غيرهم من الأطباء  
أي أن الظاهرة موجودة عند مختلف الأصناف .

93% من الأطباء المختصين صرحوا أنهم يلقي على عاتقهم إنجاز مهام  
أطباء آخرين .

في صنف طبيب داخلي وجدنا 64% من الأطباء صرحوا أنهم ينجزون  
أعمال غيرهم .

في صنف طبيب مقيم وجدنا 77.77% من الأطباء هم ايضا يلقي على  
عاتقهم أعمال أطباء غيرهم . وللمزيد من الدقة قمنا بطرح السؤال الآتي: هل تقوم

## الفصل الثالث : الاغراض عن اختلافات الطب مظاهره واسبابه

بتحمل مهام غيرك في الغالب ، أو أحيانا أو نادرا ؟ فتحصلنا على النسب المبينة في الجدول الموالي :

الاجابة	طبيب داخلي		طبيب مقيم		طبيب مختص		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
غالبا	00	%00	01	%5.55	06	%40	07	%14
أحيانا	08	%47	11	%61.11	06	%40	25	%50
نادرا	03	17.64 %	02	%11.11	02	%13.33	07	%14
المجموع	11	%64.7	14	%77.77	14	%93.33	39	%78

جدول رقم (27): بين مدى تحمل الأطباء لمهام غيرهم

- نلاحظ من خلال هذا الجدول أن 14 % من الأطباء من مختلف الأصناف يتحملون إنجاز مهام غيرهم في غالب الأوقات و50% صرحوا بأنهم يقومون بهذا الأمر أحيانا و14% أجابوا بأنهم نادرا ما يتحملون مهام غيرهم.

وليس هذا فحسب فإن الجدول يتيح لنا ملاحظات أخرى :

فئة الأطباء المختصين أكثر تحملا لمهام غيرها حيث نجد 40% من المختصين صرحوا أنهم يقومون بأعمال غيرهم في أغلب الأوقات و40% يقومون بهذا أمر في بعض الأحيان .

فئة الأطباء الداخليين نجد 47% من هم يتحملون أعمال غيرهم أحيانا ، و17.64% أجابو بكلمة نادرا .

61% من صنف طبيب مقيم أجابوا بكلمة أحيانا لتعبير عن مدى تحملهم

لمهام غيرهم ، 11% اختاروا كلمة نادرا.

هذه الاجابات مكنثنا من استخلاص النتائج التالية:

## الفصل الثالث : الاغراض عن اختلافات الطب مظاهره واسبابه

1. الأطباء من مختلف الأصناف يقومون بتحمل مهام أطباء آخرين إلا أن مدى ذلك التحمل يختلف من فئة إلى أخرى حيث نجد أنه يقل عند الأطباء الداخليين والمقيمين ويكثر بين الأطباء المختصين:

2. وجود مجموعة من الأطباء تلقي بمهامها على عاتق غيرها بطريقة مستمرة هو دليل على أن هذه الفئة لا تقوم بهذا الأمر نتيجة أسباب مبررة رسمياً ( الاجتماعات ، المنتقيات ، العطل المرضية... ) بل هناك أسباب أخرى غير رسمية .

3. ظاهرة تحمل الأطباء لمهام غيرهم تعني أن هناك إرهاق لكاملهم وبالتالي التأثير سلباً على نوعية الخدمات الطبية المقدمة للمرضى وعلى نظام سير المستشفى .

4. انتشار ظاهرة تحمل مهام الغير بين الأطباء دليل على أنهم يفضلون ابقاء زملائهم في منى عن المساءلة والمعاقبة بدل افشاء الأمر للجهات المعنية ، كما يدل على أنهم يدينون لبعضهم البعض بهذا السلوك .

والاقتراب أكثر من حقيقة هذه السلوكيات طرحنا السؤال التالي على الباحثين: " في نظرك لماذا يقوم الطبيب بتحمل مهام طبيب آخر؟" فكانت النتائج كما يلي:

النسبة	التكرار	الاجابة
14%	07	غياب مبرر
10%	05	بحكم الزمالة والصدائة
6%	03	خلل في نظام الرقابة
22%	11	عدم الانضباط لدى بعض الأطباء
2%	01	لقلة كفاءة بعض الأطباء
12%	06	نقص في عدد الأطباء

## الفصل الثالث : الأفران عن اختلاف الطب مظاهر وأسبابه

من أجل مصلحة المريض	11	22%
بدون إجابة	06	12%
المجموع	50	100%

جدول رقم (28) : بين أسباب ظاهرة إلقاء الأطباء لمهامهم على غيرهم

أول ما نلاحظه في الجدول هو وجود إجابات مختلفة تختلف باختلاف وجهات النظر نحو هذه الظاهرة المتمثلة في تحمل الأطباء لمهام زملائهم . نجد 14% فقط من الباحثين يرون أن هذه الظاهرة تحدث نتيجة غياب مبرر لطبيب أما البقية فقد وجدنا 22% يرجعون السبب فيما يحدث إلى عدم انضباط بعض الأطباء في أعمالهم مما يجبر زملائهم على تحمل القيام بمهامهم بدلا عنهم ، 12% أجابوا بأن هناك نقص في عدد الأطباء ، 10% أجابوا بأن هذا الأمر يحدث بحكم الزمالة والصدقة ، 6% أرجعوا السبب إلى وجود خلل في نظام الرقابة ، 2% يرون أن ذلك يرجع لقلة الكفاءة عند بعض الأطباء ، 12% اجابوا أنهم يقومون بانجاز مهام غيرهم حفاظا على مصلحة المريض ويبدو أن هذه الفئة لم تفهم السؤال كما قصدناه ، 22% فضلوا البقاء دون إجابة .

نستنتج من قراءتنا لهذا الجدول أن الغيابات المبررة رسميا كالتغيب بسبب مرض أو بسبب اجتماع أو ملتقى ليست هي السبب الرئيسي وراء إلقاء الأطباء لمهامهم على غيرهم حيث بلغت نسبة هذه الاجابة 14% فقط ، في حين وجدنا من يفسر انجاز الطبيب لعمل طبيب آخر بأنه أمر ناتج بحكم الصدقة والزمالة وهذا يعني وجود اتفاق بينهما يقضي بأن يمد كل واحد يد العون للآخر لتحقيق أهدافه.

## الفصل الثالث: اللافتات عن اختلافات الطب ومظاهره وأسبابه

هناك أيضا من يرى أن عدم الانضباط لدى بعض الأطباء هو السبب الذي يدفع بغيرهم إلى تحمل أعمالهم ، هذا الأمر يشير إلى أن نظام الرقابة غير فعال داخل المصالح الاستشفائية وإلى كيف لأي طبيب أن يتجرأ على ترك مهامه لغيره وتعريض حياة المريض للخطر ، وهذا ما أشار إليه مباشرة بعض المبحوثين حيث رأوا أن ظاهرة إلقاء الأطباء لمهامهم على عاتق أطباء آخرين إنما يرجع لوجود خلل في نظام الرقابة .

ولقد تصادفنا أثناء إجرائنا للبحث الميداني بأن قام رئيس أحد الأقسام بجمع الأطباء الداخليين وتحذيرهم من التغيبات المتكررة كما قام بإعلامهم بإصدار قرار فرض العقوبة على كل طبيب يتغيب دون عذر ويفرض أيضا على الطبيب المتغيب ملء إستمارة لتبرير غيابه وتوضع الإستمارة داخل ملفه. لقد اتخذ رئيس القسم هذا القرار بعد أن لاحظ تكرار التغيبات لدى هذه الفئة من الأطباء .

كما شد انتباهنا وجود ملصقات على الجدران موجهة إلى رؤساء الأقسام جاء فيها تحذير من التغيبات المتكررة للأطباء في أغلبية المصالح من الساعة 12 إلى غاية الساعة 16 والمؤدية إلى الإهمال الكلي للتغطية الطبية ، وجاء في هذه الملصقة أيضا ضرورة مراقبة حضور الأطباء والاعتناء بالمرضى وإعطاء آخر المستجدات، وأنه هناك لجنة تفتيش ستجرى وفي حالة عدم الامتثال للأوامر فسوف تتخذ الاجراءات اللازمة.

عندما قرأنا تاريخ إصدار هذه الملصقة وجدنا أنها وضعت منذ سنة تقريبا. وجود هذه الملصقة يؤكد أن هناك فعلا تغيبات غير مبررة للأطباء لكن يبدو أن هذا التحذير المعلن عنه في الملصقة لم يأت بثماره وأجوبة المبحوثين المبينة في الجدولين السابقين تؤكد ذلك .

## الفصل الثالث : اللاغران عن الأخلاقيات الطب مظاهر وأسبابه

فلو كان القرار المذكور في الملصقة قد تم تطبيقه لما وجدنا استمرارا لظاهرة تقاعس الأطباء عن أداء مهامهم ، وكأن إدارة المستشفى لم تشأ أن تتخذ إجراء جديا لكبح هذه السلوكات المنتهجة من طرف الأطباء . في هذا الصدد نجد مقولة لمحمد مبتول : " في تعاملهم مع الأطباء يمكن للمدراء المستشفى إنطال القاعدة بتغاضيهم عن التغييات المتكررة لبعض الأطباء ، وهم أولئك الذين يعملون في العيادات الخاصة خارج الفترة المسموح بها قانونيا. المدراء منقادون لتجنب القاعدة وذلك بالتجالف مع الأطباء غالبا المسؤولين عن المصالح الاستشفائية فيمنعون أي شكل من أشكال العقوبة إزاءهم ، إذن فهم يفضلون عقد اتفاق ضمني لا يحدث أي اضطراب في الوضع القائم، سكوت مدير المستشفى عن بعض الأطباء حتى وإن كان يثير غموضا تنظيميا في المصالح الاستشفائية يمكن أن يفسر في معظمه كمنطق للفعل ( Une logique d'action ) لديه معنى استراتيجي . إنه يسمح له في الواقع بتحقيق السلام الاجتماعي مؤقتا والذي يقوي مركزه داخل المستشفى " <sup>1</sup>.

### 3. موقف الأطباء من زميل لا يحترم أخلاقيات الطب

حاولنا معرفة المكانة التي تحتلها أخلاقيات الطب في ذهن الأطباء فسألناهم عن موقفهم من زميل لا يحترم أخلاقيات الطب عند تقديمه للعلاج . كان السؤال كما يلي : إذا لاحظت أن أحد زملائك لا يحترم أخلاقيات الطب كيف تتصرف؟ فكانت الإجابات المبينة في الجدول:

النسبة	التكرار	الإجابة
34%	17	لا أصدر أية زدة فعل

<sup>1</sup> Mohamed Mebtoul , Déconstruction des normes professionnelles et discours de « victimisation » des acteurs de la santé ( Algérie ) , Normes et valeurs dans le champ de la santé , sous la direction de François Xavier Schweyer, Simone Pommel , Génévière CRESSON. Française Bouchayer , Edition de l'école nationale de la santé publique ( Paris 2004 ) p141

أقوم بنصحه وارشاده	13	26%
أحاول ان أفعل ما بوسعي لصالح المريض بدلا عن زميلي	06	12%
أعلم عنه الجهات المخولة بمعاقبته إذا لم يتعض بالكلام	03	06%
إذا كان ممن يقبل النصيحة أنصححه وإذا كان العكس لا أتدخل	01	02%
بدون إجابة	10	20%
المجموع	50	100%

الجدول رقم ( 29): يبين مواقف الباحثين إزاء زميل لا يتقيد بأخلاقيات الطب

34% صرحوا أنهم لا يصدرن أية ردة فعل إيجاب من يرونه غير ممثل لأخلاقيات الطب ، 26% يفضلون تقديم النصح والإرشاد لهذا الطبيب ، 12% أجابوا أنهم يحاولون فعل ما بوسعهم لصالح المريض بدلا عن زميلهم ، هذه الإجابة توحى بوجود ضمير حي عند صاحبها لكن تحقيقها ليس بالأمر المتاح دائما . 06% فقط أجابوا بأنهم يقومون بإعلام الجهات المخولة بمعاقبته إذا لم يتعض بالكلام أي حتى هذه النسبة لا تلجأ إلى الجهات المعنية إلا بعض شعورها أن الكلام لا يؤتي بشماره ، 20% فضلوا عدم الإجابة عن السؤال ، 02% أجابوا ان الأمر يتوقف على شخص هذا الزميل فإذا كان ممن يقبل النصيحة ينصححه وإذا كان العكس فلا مجال للتدخل.

المهم لدينا هو أنه باستثناء نسبة 06% من الباحثين الذين أشاروا إلى إعلام الجهات المعنية نجد معظم الباحثين لم يختاروا هذا السلوك، وهذا الموقف يمكن تفسيره كما يلي:



## الفصل الثالث : اللافتات عن أخلاقيات الطب مظاهره وأسبابه

شعور الطبيب بأنه حتى ولو قام باعلام عن وجود خرق لأخلاقيات الطب فإنه لن يغير في الأمر شيئا، وهنا نتذكر تلك الملمصقة التي جاء فيها تحذير من التغييات المتكررة بدون تبرير رسمي ، فرغم مضي عدة أشهر على إصاقتها فإن التغييات بقيت مستمرة وهذا دليل على أن السلوكات المنافية لأخلاقيات الطب لا تلقى الاجراءات التأديبية لكبحها من طرف إدارة المستشفى .

وجود اتفاق خفي بين الأطباء لجعل بعضهم بعض في مأمن من الاجراءات التأديبية . وهذه الفكرة وجدناها تتفق مع ما صرح به لنا رئيس مكتب المجلس الجهوي لأخلاقيات الطب بتلمسان<sup>1</sup> . حيث أكد لنا أن المجلس يستقبل شكاوي المرضى والأطباء على حد السواء حيث من حق أي مريض أحسن أنه لم يحض بالعناية اللازمة أو تعرض لما يقلل من احترامه أن يقوم بتقديم شكوى ضد الطبيب المسؤول عن ضرره كما يحق لكل طبيب أن يضع شكوى ضد زميل لا يحترم مبادئ أخلاقيات الطب في علاقاته ، وأضاف أن المكتب لا يستقبل غير عدد ضئيل من الشكاوي حيث بلغ عددها منذ سنة 2000 إلى غاية 2005 خمسا وثلاثين شكاية وأرجع رئيس المكتب قلة هذه الشكايات إلى سببين أولهما هو أن معظم الناس ليسوا على علم بوجود هذا المجلس ومهامه وثانيهما هو أن حتى الأطباء الذين يعلمون بوجود هذا المجلس لا يلجأون إليه لتقديم الشكاوي لأنهم في نظر هذا الرئيس لا يجون إثارة المشاكل مع زملاءهم.

يرى الباحث إيوت فريدسن أن " الرقابة الوحيدة الفعالة داخل المستشفى هي تلك التي يفرضها الأطباء على بعضهم البعض بطريقة غير رسمية من خلال تفاعلاتهم اليومية ، أي أن هناك رقابة ذاتية Autocontrôle متفق عليها بين

<sup>1</sup> تم إجراء مقابلة مع رئيس المكتب الجهوي لأخلاقيات الطب بتلمسان ( Conseil de l'ordre ) حصلنا من خلالها على المعلومات المذكورة.

## الفصل الثالث : الاغراض عن اختلافات الطب ومظاهره واسبابه

الزملاء وأما دور لجان المراقبة فهو دور ضئيل لأنها لا تصل بسهولة إلى المعلومات التي تريد حول أي طبيب فتصعب مراقبة الاطباء والحكم على تصرفاتهم من الخارج ، وهذه الرقابة غير الرسمية تظهر جد فعالة للحفاظ على الثقة الجماعية ، كما أنها تفرض على الأطباء الالتزام بالقيم التي يملئها وسطهم العملي ، حتى وإن حدث وأصبح هناك إنقسامات داخل جماعة العمل فإن ذلك لا يمنع الوسط من القيام بوظائفه والظهور بصورة مرضية.<sup>1</sup>

### III. الإستراتيجية ومتطلباتها

كل طبيب داخل التنظيم الاستشفائي يتمتع بهامش من الحرية وهذا الهامش من الحرية يجعل الطبيب قادرا على اختيار الإستراتيجية الأنسب في نظره لخدمة مشروعه المتمثل في تحسين وضعه وارتياحه ، هكذا فهو عقلائي في كونه ملتزم بأخلاقيات الطب عندما يكون هذا الالتزام في مصلحته وهو عقلائي أيضا عندما لا يلتزم بأخلاقيات الطب حرفيا إذا كان الالتزام بها يحول دون تحقيقه لأهدافه التي سطرها .

تحليل البيانات التي جمعت خلال الدراسة الميدانية إلى جانب معطيات المعاشية اليومية لمجتمع المستشفى أظهرت لنا ان هناك استراتيجيات منتهجة من طرف الأطباء وهذه الاستراتيجيات تختلف من شخص إلى آخر . الأفراد يختلفون في أهدافهم وفي طريقة تحقيقهم للأهداف إذ أنه لكل واحد موقعه داخل التنظيم ولكل واحد منهم موارده المتاحة .

" الطبيب الداخلي أو الطبيب التلميذ لا يتمتع بحرية ممارسة العمل الطبي لأنه ليس طبيبا مسجلا في نقابة الأطباء فلا يسعه ممارسة العمل الطبي إلا تحت إشراف ومسؤولية الطبيب المسؤول الذي يعطيه التعليمات الطبية اللازمة وعليه

<sup>1</sup> Claude Dubar et Pierre Tripier , Sociologie des professions OP.Cit p124

## الفصل الثالث: اللاغرانج عن اختلافات الطب ومظاهره وأسبابه

أن يتقيد بتطبيق هذه التعليمات على حالة المريض<sup>1</sup>. من هنا لنا أن نتصور أهمية العلاقة بينه وبين الطبيب الأستاذ وكافة الأطباء الأعلى منه رتبة. إن الطبيب الداخلي يطمح إلى الفوز في نهاية السنة الجامعية بشهادة طبيب عام ولهذا الغرض عليه أن يحرص على انتهاز مجموعة من السلوكات التي تكمنه من نيل غايته، عليه أن تكون علاقته بالأطباء الأعلى منه في السلم علاقة حسنة لأنه يتسلم على أيديهم كما أن مسألة فوزه تتوقف على رضاهم وعلى إمضاء رئيس هيئة التدريس، فحتى وإن بدر منهم تقصير اتجاهه أثناء عملية التكوين التطبيقي أو أثناء طلب المساعدة فهو مضطر إلى عدم التدمر أو الاحتجاج عليهم لأن ذلك قد يوغر صدورهم عليه ويهدد مساره التعليمي والمهني.

أما فئة الأطباء المقيمين فيقع على عاتقها أعمالا أوسع وأعقد من الأعمال التي ينجزها الأطباء الداخليون إلا أن هذا لا ينفي كون هذه الفئة بدورها في مرحلة التعليم لنيل شهادة طبيب مختص ولهذا فالطبيب المقيم هو بدوره يحرص على أن تكون علاقته بمن هم أعلى منه علاقة جيدة، "يحاول الطبيب المقيم أن يستفيد من علم وخبرة الأستاذ من الناحية الإكلينيكية ويحضر معه العمليات الكبرى حتى يتسنى له القيام بمثلما بمفرده وحتى ينال رضا الأستاذ وهو يسعى في هذه الفترة إلى تكوين علاقة قوية بأستاذه حتى ينال درجة علمية ويتم تعيينه ضمن أعضاء هيئة التدريس"<sup>2</sup>.

إذن الطبيب المقيم يسعى لنيل شهادة طبيب مختص لأن هذه الشهادة تعتبر ضمانا لنيل منصب عمل دائم وبالتالي الاطمئنان على مستقبله خصوصا وأن شهادة طبيب عام أصبحت حظوظها قليلة في سوق العمل.

<sup>1</sup> أ. محمد يوسف ياسين، مسؤولية المشتقيات والأطباء والمرضى قانونا، فقها، اجتهادا، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت - لبنان 2003 ص 14

<sup>2</sup> نادية فواد حميد، البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية، من كتاب: مدخل إلى الأنتروبولوجيا، تأليف نخبة من أعضاء التدريس، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة 2003 ص 228

## الفصل الثالث : اللاغرانج عن اختلافات الطب ومظاهره وأسبابه

أما فئة الأطباء المختصين سواء برتبة مساعد أو رتبة رئيس مساعد فهي الفئة التي تسند لها مهمة تقديم العلاج والمساهمة في تكوين أطباء المستقبل ، وهذه الفئة يتميز أصحابها بأهم يحتلون مناصب دائمة داخل المستشفى مع احتمال الترقية إلى مناصب اعلى .

أصحاب هذه الفئة يرون أن مهنتهم لاتوفر لهم الدخل الكافي وقد صرح معظمهم برغبتهم في العمل ضمن القطاع الخاص لأنه في نظرهم كفيلا بتحسين دخلهم المادي.

إذن كما نرى لكل صنف من الأطباء أهدافه الخاصة به . لكي تتحقق هذه الأهداف لابد من تواجد استراتيجيات فردية حيث يأخذ كل طبيب بعين الاعتبار موقعه وأوراقه الراجعة والطريقة الأنسب في تفاعله مع بقية الأفراد داخل التنظيم . " التنظيم ليس مكونا من مجرد مجموعة من الحقوق والواجبات التي تتميز بها الآلة الجميلة للبيروقراطية ، إنه مركب معقد ( Ensemble complexe ) من الخيل والألعاب المتشابكة ذات الاعتماد المتبادل والتي من خلالها يسعى الأفراد ذوو الأوراق الراجعة إلى زيادة مكاسبهم لكن مع احترام قواعد اللعبة غير المكتوبة التي يفرضها عليهم الوسط " <sup>1</sup>.

لكل فرد داخل التنظيم عقل مدير ولكل واحد وعيه وتصورات له لما يجري حوله ولهذا يشعر الفاعلون داخل التنظيم أنهم بحاجة إلى نوع من التعاون مع بعضهم ليصلوا إلى غايتهم رغم اختلافهم في المواقع والأهداف والمؤهلات ، فظاهرة تحمل الأطباء لمهام بعضهم البعض هي دليل على أن هناك اتفاق ضمني فيما بينهم للتغطية على بعضهم البعض والحفاظ على المظهر الطبيعي للتشغيل اليومي للمستشفى. حتى وإن شعر الطبيب أن هناك إقبال لكاهله واستغلال

<sup>1</sup> Michel Crozier, le phénomène bureaucratique, OP.Cit p10

## الفصل الثالث : اللافتات عن أخلاقيات الطب ومظاهره وأسبابه

لطاقاته فإن هذا لا يدفعه إلى إتخاذ أي إجراء من شأنه الإضرار بزميله لأنه يعلم مسبقا بأن هذا السلوك سوف يجرمه عاجلا أو آجلا من نيل مطالبه هو بالذات .

في هذا الصدد نجد " ميشال كروزيه " يشير إلى أن الأشخاص في أي جماعة من جماعات المؤسسة مقتنعون بأن أي هجوم من طرفهم ضد جماعة أخرى قادر على الإضرار بالتنظيم ككل ، وبالتالي تعريض مصالحهم هم بدورهم للخطر بطريقة غير مباشرة . لهذا قد يكون التضامن مع الغير أنسب لتحقيق المصالح الخاصة . فلكل جماعة داخل المؤسسة امتيازاتها وأعضاء كل جماعة واعون بأهمية الاعتماد المتبادل لهذه الامتيازات لكن لا أحد يصرح بذلك علنا<sup>1</sup> .

ونذكر هنا أيضا تصريح رئيس مكتب أخلاقيات الطب الذي فسر لنا سبب عدم ابلاغ الأطباء عن التجاوزات التي تقع داخل المستشفى إنما يرجع لكون الأطباء يفضلون عدم إيصال زملائهم إلى المعاقبة لأنهم لا يريدون اكتساب عدوئهم .

وقد لاحظنا هذا الأمر أيضا من خلال أجوبة الباحثين حيث لم نجد غير نسبة ضئيلة و 06% ممن يفضلون الإبلاغ عن الطبيب الذي لا يحترم أخلاقيات الطب بينما صرح بقية الباحثين بمواقف أخرى فبعضهم يفضل تجاهل الأمر وبعضهم يفضل فعل ما بوسعهم من أجل المريض وأخرون إمتنعوا عن الاجابة . قواعد اللعبة تقتضي استمرار التنظيم الاستشفائي في الظهور بمظهره الطبيعي، مرضى ممدون في غرف المستشفى وأطباء يسهرون على تقديم الخدمات العلاجية لهم. حتى وإن كانت هناك ملاحظة ورداءة في تقديم العلاج

<sup>1</sup> Ibid p208

## الفصل الثالث : الاغتراب عن أخلاقيات الطب ومظاهره والاسباب

وسوء في معاملة المرضى ، المهم هو الاستمرار في التشغيل اليومي للمستشفى دون أن يظهر على الواجهة أي متهم يتحمل مسؤولية التقصير والاهمال . يقول إيليو فريديسن Eliote Freidson: " دور لجان المراقبة هو دور ضئيل لأنها لا تصل إلى المعلومات التي تريد حول أي طبيب فتصعب مراقبة الأطباء والحكم على تصرفاتهم من الخارج"<sup>1</sup>.

حتى عملية التكوين التي هي نشاط رئيسي للمستشفى الجامعي تتأثر باستراتيجيات الأطباء . فالأطباء المختصون الذين تسند لهم هذه المهمة نجدهم يلقون بها على عاتق الأطباء المقيمين والذين هم أقل خبرة منهم وقد لاحظنا هذا الأمر عندما كنا نحضر حصص الفحص التكوينية مع الأطباء الداخليين وربما لهذا السبب لانجد معايير موضوعية واضحة لتقويم الطلبة فمعظم الطلبة يحصلون على إمضاء بالقبول من طرف الطبيب المسؤول عن التكوين الميداني . حتى الرقابة داخل المستشفى رأينا أنها ليست بضارمة . الرقابة المفروضة من طرف رؤساء الأقسام يسودها نوع من التغاضي عن تقصير الأطباء اتجاه واجباتهم المهنية . إذن رغم كونه يحتل منصب الرئاسة داخل قسمه إلا أنه لا يملك السلطة على مرؤوسيه بل السلطة تبدو هنا علاقة تبادل وتفاوض لأن كلا الطرفين مدرك لكونه في حاجة إلى الآخر لتحقيق أهدافه يقول ميشال كروزيه: " أثبتت لنا التجربة أن علاقة السلطة (Relation de pouvoir) ليست محددة فقط وإنما نجدها متبادلة أيضا ، إذا تمكن (أ) للوصول إلى وضع حيث (ب) يقوم بفعل شيء لا يمكنه إتمامه دون تدخل (أ) فمن المحتمل أن (ب) من جهته لديه القدرة للوصول إلى وضع حيث يقوم (أ) بفعل شيء معين لا يمكنه إتمامه أبدا دون تدخل (ب)"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Claude Dubar et Pierre Tripier , Sociologie des professions OP.Cit p125

<sup>2</sup> Michel Crozier, La société bloquée , OP.Cit p33

## الفصل الثالث : الافراد عن اختلافات الطب ومظاهره وأسبابه

أي إذا كان هناك أحد الأشخاص يسعى إلى تحقيق هدف معين وهناك شخص ثاني يتدخل في اتمام ذلك الهدف فهذا يعني أن الشخص الثاني لديه سلطة على الشخص الأول لأن تحقيق الهدف يتوقف على مساهمته . ويمكن لهذه العلاقة أن تصبح معكوسة في ظروف أخرى ولهذا السبب يرى " مشال كروزيه " أن السلطة هي علاقة متبادلة وليست خاصة بفئة معينة دون غيرها ، إذن الفكرة الجوهرية التي يمكن الخروج بها هو أن الشخص المالك للسلطة هو الشخص الذي تمكن من جعل الغير في حاجة إليه لإتمام مشاريعهم .

ويضيف قائلا أيضا " الأشخاص لا يمكنهم الوصول إلى أهدافهم الجماعية إلا بفضل ممارسة علاقات السلطة لكن لا يمكنهم في المقابل ممارسة السلطة على بعضهم البعض إلا من خلال متابعة أهدافهم الجماعية التي تشترط بطريقة مباشرة مفاوضاتهم"<sup>1</sup> .

وفقا لهذه القاعدة يتحرك الطبيب داخل التنظيم الاستشفائي فهو يساهم في تحقيق أهداف غيره لتصبح لديه سلطة عليهم ويصبح قادرا على جعلهم وسيلة لتحقيق مشروعه مع تقليص استخدامه .

من هنا نجد الأطباء يفرضون سلطتهم على رئيس القسم لجعله يتغاضى عن تجاوزاتهم التي تقع داخل مصلحته ، كتماطلهم في تقديم المساعدة لمن هم أقل خبرة منهم ، تغييبهم وإقائهم لمهامهم على غيره من الأطباء . فرئيس القسم يعلم أنه في حاجة إليهم لإتمام مشاريعه هو بالذات فهو يرغب في الحفاظ على منصبه واستمرار مصلحته في الظهور بمظهر مرضي دون احتجاجات عن سوء ظروف العمل أو عن تغييبه وتقصيره في تنظيم العمل .

<sup>1</sup> Michel Crozier, le phénomène bureaucratique , OP.Cit p36

## الفصل الثالث: اللاغرانج عن أخلاقيات الطب ومظاهره وأسبابه

### خلاصة

هذا الفصل جاء لغرض إظهار الكيفية التي من خلالها ينحرف أطباء المستشفى العام عن أخلاقيات الطب.

كما سبق أن ذكرنا الأطباء داخل التنظيم الاستشفائي يسعون لتحقيق أهدافهم بإتباع إستراتيجيات فردية وهذه الاستراتيجيات قد تتطلب القيام بسلوكات متنافية مع أخلاقيات الطب. كلما كانت هذه القواعد الأخلاقية تحول دون تحقيقهم لأهدافهم كلما زاد ابتعادهم عنها.

قمنا بسؤال الأطباء عن وضعهم الاقتصادي وعن تطلعاتهم للمستقبل ومدى رغبتهم في العمل ضمن القطاع الخاص لأننا رأينا في هذه العناصر مؤشرات نرصد من خلالها معنوياتهم وأهدافهم ولأن هذه العناصر لها تأثير كبير على سلوكياتهم داخل أمكنة العمل. فإذا كانت مهنة الطب لا توفر لأصحابها المكانة الاقتصادية التي كانوا يطمحون إليها فإن هذا حتما سيحبط معنوياتهم ويدفعهم إلى البحث عن سبل أخرى لتحقيق ما كانوا يطمحون إليه حتى وإن كان على حساب مبادئ مهنتهم النبيلة.

ثم تعرضنا لرصد ظواهر رأينا أنها تدل على وجود استراتيجيات ينتهجها الأطباء فكانت هناك ظاهرة التماطل أو رفض تقديم المساعدة لزميل أمام حالة تفوق قدراته.

وكانت هناك ظاهرة إلقاء الأطباء لمهامهم على عاتق غيرهم دون عذر رسمي ثم ظاهرة الاتفاق الموجود بين الأطباء لجعل بعضهم بعضا في مأمن من المسؤولية والاجراءات التأديبية.

ثم ختمنا هذا الفصل بشرح للواقع الذي عايشناه واكتشفناه من خلال أجوبة الباحثين وأطلقنا على هذا الجزء عنوان الإستراتيجية ومتطلباتها.



# الخاتمة العامة

## الخاتمة

العلوم الإنسانية كغيرها من العلوم هدفها الأول والأخير خدمة البشرية، الأنتروبولوجيا إحدى هذه العلوم تعمل على رصد تحركات المجتمعات من الداخل والوقوف على حيثيات المشاكل التي تواجهها متخذة في ذلك سبلا ووسائل دائمة التحديد والتطور لمواكبة الأحداث والتغيرات . لم يعد حقلها المعرفي يقتصر على دراسة المجتمعات البدائية فحسب بل أصبحت الأنتروبولوجيا تتناول ظواهرها تمس مجتمعات الدول النامية وحتى الدول المتطورة كظاهرة الفقر والإجرام وعوامل التخلف الاقتصادي والاجتماعي وغيرها من الظواهر التي تستقطب اهتمام الدول والشعوب .

وقع اختيارنا في هذه الدراسة على موضوع رأينا فيه أهمية كبيرة ، موضوع نحاول من خلاله الاقتراب من واقع أحد القطاعات الحيوية بالجزائر وهو القطاع الصحي العام ، وقد حصرنا اهتمامنا في هذه الدراسة على إحدى الشرائح العاملة بهذا القطاع وهي شريحة أطباء المستشفى العام باعتبارها من الفئات الرئيسية المؤثرة في مستوى الخدمات الصحية .

ركزنا في بحثنا على سلوكات الأطباء والمنطق الذي يحكمها وأخلاقيات الطب والضغوطات التي تهددها ، أردنا معرفة ما يواجهه أطباء القطاع العام من عراقيل وصعوبات داخل وخارج أمكنة عملهم وما ينتهجونه من سلوكات لتحقيق أهدافهم والتأقلم مع ما يحيط بهم من ضغوطات اقتصادية واجتماعية ، فالطبيب كغيره من أفراد المجتمع يتأثر بالظروف السائدة في البلاد ، يظهر هذا التأثير بطبيعة الحال في معنوياته وسلوكاته داخل فضائه المهني .

ومن هذا المنطلق فكرنا في مصير أخلاقيات الطب و إلى أي مدى يتمسك بها أطباء المستشفى العام، خصوصا بعد أن أصبحت شريحة من المرضى تفضل

اللجوء إلى القطاع الخاص رغم تكلفته الباهظة وبعد ما أصبح يقع من انحرافات داخل المراكز الإستشفائية.

وقبل سرد نتائج هذا البحث لا بأس من التذكير ولو بإيجاز بإشكالية البحث والفرضيات والمنهج المتبع في صياغتها والوسائل المستخدمة في تحصيل بيانات ومعطيات الدراسة.

التساؤل الذي طرحناه في بداية هذا البحث هو :

- بماذا يمكن تفسير تلك السلوكات التي ينتهجها الأطباء مبتعدين فيها عن أخلاقيات الطب التي يتعهدون كتابيا في بداية حياتهم المهنية على احترامها ، ما هي الظروف التي تغذي هذا الوضع وتساهم في استمراره؟ بعبارة أخرى ما الذي يمنع الطبيب من الجدية والإخلاص أثناء تقديم العلاج؟ ولماذا لم تجد هذه الممارسات ما يكبحها ؟

وللإجابة عن هذا التساؤل اقترحنا الفرضية التالية:

- رغم وجود الطبيب في وسط عمل محفوف بالنصوص التنظيمية والقواعد الأخلاقية فإن هذا لا يمنعه من أن يختار لنفسه السلوكات المناسبة لتحقيق مشاريعه . حتى وإن كان من بين هذه السلوكات ما هو متناقض مع أخلاقيات الطب فإنه من وجهة نظر إستراتيجيته سلوك مناسب له . ويتولد عن تشابك الاستراتيجيات الفردية للأطباء نشوء اتفاق ضمني بينهم لجعل بعضهم بعضا في منأى عن الإجراءات التأديبية .

أما فيما يخص المنهج المتبع فقد رأينا في التيار الاستراتيجي المنهج المناسب لخدمة موضوع بحثنا لأننا انطلقنا من فكرة أن المستشفى تنظيم اجتماعي كغيره من المنظمات مخصص لشغل مجموعة من الوظائف الاجتماعية ، وسلوكات الأفراد ينظر إليها على أنها إستراتيجيات يجب تحليل عقلانيتها لفهمها . فسلوك الفرد دائما له معنى حتى وإن كان يبدو فكريا غير منطقي وغير عقلائي .

اعتمدنا في تحصيل معطيات وبيانات هذه الدراسة على وسيلة الملاحظة بالمشاركة وذلك بفضل تواجدها اليومي داخل المستشفى الجامعي ، واستخدمنا إلى جانبها تقنية الاستمارة التي تعتبر تقنية هامة لجمع المعلومات ، وحاولنا تحقيق نوع من التكامل بين الوسيلتين المستخدمتين.

أما النتائج التي جنيها من هذه الدراسة فتتمثل في المعطيات التي تصف لنا الظروف المهنية والاجتماعية للأطباء والمعطيات التي تصف لنا جانبا من واقع أخلاقيات الطب والكيفية التي من خلالها يقع الأطباء في خرق هذه الأخلاقيات . توصلنا إلى أن الأطباء لديهم مشاكل تجعلهم لا يتمتعون بالوضع الاقتصادي الذي كانوا يطمحون إليه، إنهم يعانون من مشاكل عدة داخل وخارج أمكنة عملهم كمشكلة عدم كفاية الأجور ومشكلة عدم توفر الظروف المهنية الملائمة لإنجاز مهامهم داخل المركز الاستشفائي الجامعي ، هذه الأمور تترك فيهم شعورا بالإحباط وفي الوقت ذاته تحفزهم على إيجاد سبل للتأقلم مع الوضع القائم ولتحسين وضعيتهم .

أما عن أهم مظاهر عدم الالتزام بأخلاقيات الطب التي تمكنا من رصدها وسعينا إلى تفسيرها فتتمثل فيما يلي :

- وجود فئة من الأطباء تلقي بمهامها على عاتق غيرها دون عذر رسمي ووجود من يتحمل هذه المهام بدلا عنها دون الإبلاغ عن ذلك.
- الرفض أو التماطل في تقديم المساعدة لزميل أمام حالة تفوق قدراته.
- إهمال الجانب المعنوي في العملية العلاجية والمتمثل في احترام شخص المريض وإشعاره بالطمأنينة .
- وجود نظام رقابة يتميز بالتغاضي عن الأخطاء والتغيبات .

ما يمكن قوله هو أن مظاهر عدم الالتزام بأخلاقيات الطب التي تمكننا من رصدها في هذا البحث هي حصيلة لتشابك الاستراتيجيات الفردية المنتهجة من طرف الأطباء من أجل تحقيق مشاريعهم . فلكي تتحقق المشاريع لابد من تواجد إستراتيجيات فردية | حيث يأخذ كل طبيب بعين الاعتبار موقعه وأوراقه الراجعة والطريقة الأنسب في تفاعله مع بقية الأفراد داخل التنظيم.

من أهم ما أفرزته هذه الاستراتيجيات وجود اتفاق ضمني ( خفي ) بين الأطباء من مختلف الأصناف لجعل بعضهم بعضا في مأمن من الإجراءات التأديبية والعقوبات ، هذا الاتفاق هو الذي يتيح للطبيب انتهاج سلوكيات متنافية مع أخلاقيات الطب دون التعرض للمعاقبة .

الأطباء الذين يمارسون أعمالا إضافية في القطاع الخاص خارج الساعات المسموح بها رسميا هم بحاجة للتخلص من مهامهم داخل المستشفى بإلقائها على عاتق غيرهم.

أولئك الذين يتحملون إنجاز مهام غيرهم هم أيضا لديهم مشاريعهم وتحملهم لهذه الأعمال يمكنهم بالمقابل من الحصول على الخدمات التي تناسب مشاريعهم . وجود أطباء لا يستجيبون لنداء زميل يطلب المساعدة أو يتماطلون في تقديم المساعدة هم أطباء مقتنعون من أن موقعهم ومؤهلاتهم وأهميتهم في تحقيق مشاريع غيرهم هي عوامل قادرة على حمايتهم من المعاقبة.

الأطباء الطلبة الذين لا يحصلون على التوجيهات الكافية أثناء عملية التكوين الميداني والأطباء الذين لا يستجاب لندائهم بسرعة أمام حالات تفوق قدراتهم ليس من مصلحتهم التذمر أو الاحتجاج لأن ذلك قد يهدد مستقبلهم التعليمي والمهني فهم مضطرون على الحفاظ على علاقة ودية مع من أعلى منهم مركزا.

كانت هذه أهم النتائج التي تمكنا من الوصول إليها من خلال هذه الدراسة الميدانية والتي حاولنا من خلالها كشف جانب من واقع الطب الممارس داخل المستشفى العام، خصوصا تلك الظواهر التي أصبحت تشوه مساره. ما يمكن قوله في نهاية هذا البحث أن الواقع الاجتماعي حقل واسع وكثيف وما نقطفه من حقائق لا نقطفه إلا لأنه وقع تحت أيدينا في حين تبقى العديد من أسراره تنتظر منا تطوير وسائلنا وخيراتنا للوصول إليها وفك رموزها. فلكي يرصد ويشخص ظواهر ومشكلات المجتمعات على الباحث أن يكون واسع الأفق وشديد اليقظة لمواكبة مستجدات الواقع الاجتماعي وعليه أن يجدد خبراته وأساليبه ووسائله ويوسع دائرة معارفه باستمرار.

# المراجع

---

## المعجم

### باللغة العربية

1. بدوي زكي أحمد ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان طبعة أولى بيروت سنة 1978
2. بودون ريمون وبوريكو فرانسوا ، المعجم النقدي لعلم الاجتماع ترجمة سليم حدّاد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع طبعة أولى لبنان
3. عبد التّور صبّور وإدريس سهيل ، المنهل قاموس فرنسي - عربي، دار الأداب ودار العلم للملايين، بيروت، الطّبعة الثانية 1972 ، ص 227
4. غيث عاطف محمد ، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية مصر، 1989
5. مذكور إبراهيم ، معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية للكتاب الاسكندرية 1975

### باللغة الفرنسية

6. Le petit Larousse illustré dictionnaire encyclopédique 1995.

## المراجع

### - باللغة العربية

1. ايوب رمضان فوزية ، علم الاجتماع الطّبي ، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة
2. بدوي عبد الرّحمان ، الأخلاق النظرية، وكالة المطبوعات الكويت، 1975
3. بيرى أحمد الوحيشي ، أ.عبد السلام بشير الدّويبي، مقدمة في علم الإّجتماع الطّبي، الدّار الجماهيرية للنشر والتّوزيع والإعلان مصراتاه، ليبيا 1989،
4. حميدو فؤاد فادية ، البناء الاجتماعي للمؤسسات الطّبية ، من كتاب مدخل إلى الأنتروبولوجيا، تأليف نخبة من أعضاء هيئة التدريس ، تحرير محمد عباس ابراهيم ، دار المعرفة الجامعية ، الأزاريطة 2003



5. خليفة عبد اللطيف محمد ، دراسات في علم النفس الاجتماعي ، المجلد الأول ، دراسة حول تقدير كل من المكانة الاجتماعية والاقتصادية للمهن لدى عينة من أفراد المجتمع المصري، دار قباء لطباعة والنشر والتوزيع 1998
6. دياب فوزية ، القيم والعادات الاجتماعية، دار الكتاب العربي للطباعة والنشر القاهرة، 1966
7. عبد الرحمان محمد عبد الله - دراسات في علم الاجتماع - دار المعرفة الجامعية ، الأزارطة 2001
8. العوا عادل ، القيمة الأخلاقية، الشركة العربية للصحافة والطباعة والنشر دمشق
9. الغالي طاهر محسن منصور ، د صالح مهدي محسن العامري، المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال، دار وائل للنشر، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2005
10. مقدم سعيد ، أخلاقيات الوظيفة العمومية، شركة دار الأمة للطباعة والتوزيع والترجمة والنشر، الطبعة الأولى جوان 1997
11. ياسين يوسف محمد ، مسؤولية المستشفيات والأطباء والمرضين قانونا ، فقها ، اجتهادا، منشورات الحلبي الحقوقية ، بيروت - لبنان 2003

### باللغة الفرنسية

12. Angers Maurice, Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Casbah université, Alger 1997,
13. Ansart Pierre, les sociologies contemporaines éditions du seuil, Paris, septembre 1990
14. Crozier Michel, La société bloquée, Editions du Seuil , Paris
15. Crozier Michel, le phénomène bureaucratique, Editions du seuil 1963
16. Dubar Claud, la socialisation construction des identités sociales et professionnelle Masson, Paris 1996
17. Dubar. C - Tripier , Sociologie des professions, Armand Colin, Paris 1998
18. Mebtoul Mohamed , Déconstruction des normes professionnelles et discours de « victimisation » des acteurs de la santé ( Algérie) , Normes et valeurs dans le champ de la santé , sous la direction de François Xavier Schweyer, Simone Pommel , Génévère CRESSON. Françoise Bouchayer , Editions de l'école nationale de la santé publique, Paris 2004
19. Mebtoul Mohamed . médecins et patients en Algérie, Edition Dar EL Gharb, 2005

20. Qinvy. Raymond, Luc van Campenhoudt, manuel de recherche en sciences sociales, Dunod. Paris 1995
21. Tchobroutsky Georges et Wong Olivier , le métier de médecin, Presse universitaire de France , 2ème Edition corrigée Paris 1996
22. Villey .R – Déontologie médicale , MASSON éditeurs Paris, Octobre 1982

## الدوريات والمجلات

-Revue semestrielle santé publique et sciences sociales, les mondes des professionnels de la santé face aux patients, Editions Dar El Gharb. Oran N8 et 9, juin 2002:

## الجرائد الرسمية

- الجريدة الرسمية عدد 52 المؤرخة في 1992/07/08.

## الجرائد اليومية

- الخير الأسبوعي العدد 307 من 13-21 جانفي 2005

## الرسائل الجامعية

- بحسون العربي، الخلفيات الثقافية لعلاقات العمل وأثرها على سير المؤسسات الصناعية،

رسالة ماجستير في الأنتروبولوجيا 1999/1998

- بويوسف زهير عصام الدين: نظام تسيير المستشفيات في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم

الاقتصادية جامعة الجزائر 1993-1994

# الملاحق

1. الإطار الزمني والمكاني للبحث
2. صعوبات البحث
3. استمارة البحث
4. القسم الطبي
5. مدونة أخلاقيات الطب
6. التنظيم الإداري للمستشفى الجامعي

## الإطار الزمني والمكاني للبحث

تعتبر الفترة الممتدة من يوم 2005/10/05 إلى يوم 2006/02/05 هي الفترة التي استغرقتها بحثنا هذا أما مكان الدراسة فهو المركز الاستشفائي الجامعي بالضبط مصلحة التوليد وأمراض النساء ، مصلحة جراحة العظام ومصلحة الاستعمالات حيث كنا في كل مصلحة نحاول رصد مظاهر عدم احترام أخلاقيات الطب والأسباب المؤدية إليها .  
للتعريف بالمركز الاستشفائي الجامعي نقول : هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري خدماتي ، تتميز بشخصية معنوية مستقلة ماليا ، تحدد قواعد إنشائها وتنظيمها و وصيغتها بالأمر التنفيذي رقم 467 - 97 المؤرخ في 2 شعبان 1418 ، الموافق لـ 02 ديسمبر 1997 . فهو مؤسسة مكلفة بتحقيق عدة مهام في الميادين التالية :

- الميدان الصحي

- ميدان التكوين

- ميدان البحث في العلوم الطبية

كذلك يتمتع بتنظيم إداري خاص ، وتتم إدارته بواسطة مجلس إداري يرأسه مدير عام ويتوفر كذلك على مجلس استشاري أو كما يسما المجلس العلمي<sup>1</sup> .

المركز الاستشفائي الجامعي من المؤسسات القديمة داخل القطاع الصحي لولاية تلمسان حيث تم تأسيسه حوالي سنة 1954 ، يتموقع في الناحية الغربية للمدينة تقدر مساحته الإجمالية بـ 13 هكتار تتوفر على 33 مصلحة طبية وكذا مصلحة إدارية كما تتوفر على مطعم ومكتبة جامعية ، ويضم عددا كبيرا من المستخدمين ، يسهر المركز على توفير ثلاث أنواع من الخدمات :

- الخدمات الخاصة بالمرض

- خدمات خاصة في التكوين الطبي وشبه الطبي خاصة بالطلبة

- خدمات في التكوين المتواصل خاصة بالمستخدمين التابعين بالمركز.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية رقم 81 القرار التنفيذي رقم 467 - 97 ص 22-23

## صعوبات البحث

كغيره من البحوث والدراسات كان لهذا البحث مجموعة من الصعوبات التي واجهته نذكر منها :

- عدم تمكننا من الحصول على الإحصائيات والوثائق المتعلقة بموضوع الدراسة :  
تعتبر الإحصائيات والوثائق مصدرا هاما لاستنباط المعلومات ، أردنا في بداية هذا البحث أن نطلق من استقراء الإحصائيات التي تصف لنا نسبة الأخطاء الطبية ونسبة الشكاوي الموجهة ضد الأطباء فقصدنا لهذا الغرض كل من إدارة المستشفى و مصلحة الإحصائيات بدار العدالة فقبل طلبنا بالرفض ولم نجد أمامنا غير تصريح رئيس مكتب أخلاقيات الطب الذي اكتفى بإعطائنا الإحصائيات شفويا ورفض أن يسلمنا أي وثيقة رسمية تثبت كلامه .
- صعوبة الحصول على المراجع حيث اضطررنا للانتقال إلى جامعة وهران من أجل استعارة الكتب .
- صعوبة استرجاع الاستمارات الموزعة حيث لم نسترجع سوى 50 استمارة من بين 80 استمارة موزعة وهذا الأمر يمكن إرجاعه إلى قلة خبرة الناس ووعيهم بقيمة وأهمية البحث في العلوم الإنسانية رغم أن البحث قد أجري مع فئة مثقفة.

جامعة أبي بكر بلقايد  
كلية الآداب  
و العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية

إلى السيد نائب العميد كلية الآداب و العلوم الإنسانية و الاجتماعية

الموضوع : الحصول على رخصة لإجراء بحث ميداني بالمستشفى الجامعي بلمسان

إذا الممضى أسفله الدكتور بشير محمد المشرف على الطالبة بزا هيمي أمينة من قسم الثقافة

الشعبية شعبية الأندروبولوجيا أشهد بأنها تحضر بحثا حول أخلاقيات المهنة بين النص و

الممارسة أطباء المستشفى الجامعي نموذجا و هي بحاجة إلى دراسة تطبيقية بالمؤسسة

المعنية

المشرف

M<sup>lle</sup>: BRAHIMI AMINA  
Etudiante En Anthropologie  
Université ABOUBEKRE BELKAID – TLEMCEN-  
Adresse: Chetouane Tlemcen

Tlemcen le : 05/10/2005

A monsieur: le chef service de gynécologie et d'obstétrique  
C.H. TLEMCEN

**Objet: Demande de permission pour faire une recherche  
pratique**

Monsieur ;

J'ai l'honneur de solliciter votre haute bienveillance de bien vouloir accepter ma demande pour faire une recherche pratique ( des entretiens avec les médecins de votre service ) .

Je porte à votre connaissance que je prépare un mémoire de magistère en anthropologie sur la profession médicale en Algérie.

Je joins à ma demande une copie de la correspondance de mon encadreur visée par le vice recteur.

Dans l'attente d'une suite favorable de votre part , veuillez agréer monsieur' le chef mes sincères salutations

INTERSEE:

*Handwritten signature*  
**Docteur M. OUALI**  
Maître Assistant  
Gyneco-Obstétrique  
CHU - TLEMCEN

Melle Bbrahimi Amina  
Etudiante en anthropologie  
Université ABOU BAKR BELKAID  
Tlemcen

Tlemcen le : 27/11 /2005

**A Monsieur**  
**Le Chef Service de Traumatologie**  
**C.H.U Tlemcen**

Objet : demande de permission pour faire une recherche pratique

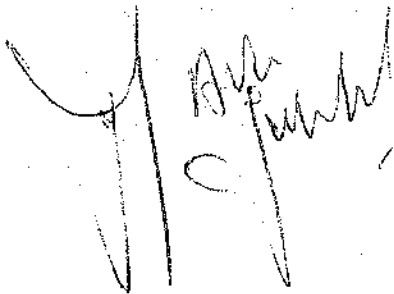
Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter votre haute bienveillance de bien vouloir accepter ma demande, pour faire une recherche pratique (des entretiens avec les médecin de votre service.)

Je porte à votre connaissance que je prépare un mémoire de magistère en anthropologie sur la profession médicale en algerie.

Je joins à ma demande une copie de la correspondance de mon encadreur visée par le vice-recteur

Dans l'attente d'une suite favorable de votre part, veiller agréer monsieur le chef mes sincères salutations.



INTERESSE



**Bonjour,**

Je suis étudiante en anthropologie (Science de l'homme) je prépare une thèse de magistère intitulée : « Le médecin algérien et ses représentations aux problèmes quotidiens », j'ai besoin de votre collaboration pour accomplir et réussir mon travail. Si vous voulez bien répondre aux questions qui suivent, cela ne prend que quelques minutes de votre temps, c'est anonyme.

Merci à l'avance

M<sup>lle</sup> BRAHIMI Amina

**1. Age :**

25  26-30  31-35  36-40  41-45  46-50  50+

**2. Sexe**

Homme  Femme

**3. Lieu de naissance.....**

**4. Etat civil :**

Marié  Célibataire  Divorcé

**5. Statut**

Interne  Résident  Médecin spécialiste  Médecin généraliste

assistant  Maître assistant  Docent  Professeur

Spécialité.....

**6. Ancienneté dans l'hôpital.....**

**7. Nombre de personne à charge.....**

**8. Nature de logement**

Appartement  Villa  Une simple maison

Maison individuelle  Avec la famille

Propriété  Louée

Ancien  Nouvelle

**9. Par quel moyen vous vous rendez à votre travail ?**

Voiture personnel

Voiture de service

Taxi

Bus

A pied

Autres

10. Votre salaire est-il suffisant pour satisfaire tous vos besoins ? Oui  Non

11. Aviez vous les capacités financières pour passer des bonne vacances ?

Oui  Non

12. Exercez vous une activité complémentaire dans le secteur privé ? Oui  Non

13. Si non, est ce que vous avez l'intention d'exercer une activité dans le secteur privé quand vous aurez l'autorisation légitime ? Oui  Non

Pourquoi ?  
.....  
.....  
.....

14. Quelle est votre appréciation sur la qualité des soins dans ce service ?

Mauvaise  Moyenne  Parfaite

15. Comment vous vous débrouillez devant un cas qui dépasse vos capacités ?

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

16. Si vous demandez d'aide est ce que vous la trouvez rapidement et aisément ?

Oui  Non

Si non pourquoi à ton Avis :

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

17. Quels sont les obstacles qui rendent votre travail difficile ?

Le manque des moyens

L'indisciplin des agents paramédicaux

L'insuffisance de formation

Autre chose, précisez.....

18. Est-ce que vous avez eu l'occasion d'assumer les tâches d'un autre médecin ?

Oui  Non

**19. Si oui vous assumez les tâches d'un autre médecin**

Souvent

Quelque fois

Rarement

**20. A votre avis pourquoi un médecin assume le travail d'un autre médecin ?**

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

**21. A votre avis pourquoi plusieurs malades préfèrent aller au secteur privé ?**

Pour avoir leur traitement le plus vite que possible

Parce que la prestation des soins est plus sophistiquée

Parce qu'il trouvent le respect et la considération

Autres choses.....

**22. Est-ce que tous les conditions sont disponibles pour réaliser une bonne formation pratique aux futurs médecins ?** Oui Non

**23. Si non précisez pourquoi ?**

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

**24. Quelle est la chose qui vous oblige d'être discipliné dans votre travail ?**

Votre conscience professionnelle

Le contrôle de votre supérieur

Les deux

Autres choses.....

**25. Est-ce qu'il existe un médecin parmi les confrères que vous considérez comme l'exemple digne dans cette profession ?** Oui Non

**26. Si vous découvrez une absence de conscience professionnelle chez certain médecins comment allez vous réagir ?**

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

**27. Etes vous satisfait de vos relations avec vos supérieurs ?**

Oui

Non

Pourquoi ?.....  
.....  
.....

**28. Qu'est ce que vous suggèrez pour que la profession médical soit dans un état meilleur ?**

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

**29. Les relations avec vos collègues sont elles de nature à :**

Complémentarité des rôles

Conflit

Résoudre des problèmes

Autres (précisez)

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

**30. Comment voyez vous le statut économique du médecin algérien ?**

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

**31. Comment voyer vous votre avenir ?**

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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# قِسْمُ الطَّبِيبِ

اقْتِسَمَ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

- \* أن أراقب الله في مهنتي ...
- \* وأن أصون حياة الإنسان في كافة أذوارها. في كل الظروف والأحوال بماذ لا وسعي في استنقاذها من الهلاك والمريض والألم والقلق.
- \* وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكرم سرهم
- \* وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، ماذ لا رعائتي الطيبة للقريب والبعيد، للصالح والخاطيء، والصديق والعدو
- \* وأن أشابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان.. لا لأذاه.
- \* وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطيبة متعاونين على الخير والنقوى
- \* وأن تكون سيأتي مضداق إيمانني في سريري وعلاييتي، نقيية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

وَاللَّهُ عَلَىٰ أَعْيُنِنَا وَالشَّاهِدُونَ

اسنان أو صيدلي أن يراعيها، وأن يستلهمها في ممارسة مهنته.

المادة 2 : تفرض أحكام هذه المدونة لأخلاقيات الطب على كل طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي أو طالب في الطب أو في جراحة الأسنان أو في الصيدلة مرخص له بممارسة المهنة وفق الشروط المنصوص عليها في التشريع والتنظيم المعمول بهما.

المادة 3 : تخضع مخالفات القواعد والأحكام، الواردة في هذه المدونة، لاختصاص الجهات التأديبية، التابعة لمجالس أخلاقية الطب، دون المساس بالأحكام المنصوص عايتها في المادة 221 من هذا المرسوم.

المادة 4 : يمكن الطبيب أو جراح الأسنان أو الصيدلي الذي يباشر العمل لأول مرة، أن يعلم الجمهور، بعد إخطار الفرع النظامي الجهوي المختص وإبلاغه نص الاعلان الصحفي، بفتح عيادة طبية أو لجراحة الأسنان، أو مؤسسة للعلاج والتشخيص، أو صيدلية أو مخبر للتحاليل أو مؤسسة صيدلانية، ويجب أن يتم هذا الاعلان الاشهاري حسب التنظيم المعمول به.

المادة 5 : يجب على الطبيب أو جراح الاسنان أو الصيدلي أن يؤكد عند تسجيله في القائمة أمام الفرع النظامي الجهوي المختص، أنه اطلع على قواعد هذه الاخلاقيات وأن يلتزم كتابيا باحترامها.

### الفصل الثاني

#### قواعد اخلاقيات الأطباء وجراحي الاسنان

##### الفقرة الاولى

##### الواجبات العامة

المادة 6 : يكون الطبيب وجراح الاسنان في خدمة الفرد والصحة العمومية.

يمارسان مهامهما ضمن احترام حياة الفرد وشخصه البشري.

المادة 7 : تتمثل رسالة الطبيب وجراح الاسنان في الدفاع عن صحة الانسان البدنية والعقلية، وفي التخفيف من المعاناة، ضمن احترام حياة الفرد وكرامته الانسانية دون تمييز من حيث الجنس والسن والعرق والدين والجنسية والوضع الاجتماعي والعقيدة السياسية أو أي سبب آخر في السلم أو الحرب.

"- المتهنون الذين يتلقون اجرا يقل عن نصف الاجر الوطني الأدنى المضمون".

المادة 3 : ينشر هذا المرسوم في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

حرد بالجزائر في 5 محرم عام 1413 الموافق 6 يوليو سنة 1992.

سيد احمد غزالي

مرسوم تنفيذي رقم 92 - 276 مؤرخ في 5 محرم عام 1413 الموافق 6 يوليو سنة 1992، يتضمن مدونة اخلاقيات الطب.

إن رئيس الحكومة،

- بناء على تقرير وزير الصحة والشؤون الاجتماعية، وبمقتضى القانون رقم 85 - 05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985، المعدل والنتم، والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها،

- وبمقتضى المرسوم رقم 85 - 59 المؤرخ في أول رجب عام 1405 الموافق 23 مارس سنة 1985 والمتضمن القانون الاساسي النموذجي لعمال المؤسسات والادارات العمومية،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 91 - 106 المؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 أبريل سنة 1991 والمتضمن القانون الاساسي الخاص بالممارسين الطبيين العامين والمتخصصين في الصحة العمومية،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 91 - 471 المؤرخ في 20 جمادى الأولى عام 1412 الموافق 7 ديسمبر سنة 1991 والمتضمن القانون الاساسي الخاص بالطباء المتخصصين الاستشفائيين الجامعيين،

يرسم ما يلي :

#### الباب الاول

#### قواعد اخلاقيات الطب

#### الفصل الاول

#### احكام تمهيدية

المادة الاولى : اخلاقيات الطب، هي مجموع المبادئ والقواعد والاعراف، التي يتعين على كل طبيب أو جراح

المادة 16 : يخول الطبيب وجراح الأسنان القيام بكل أعمال التشخيص والوقاية والعلاج، ولا يجوز للطبيب أو جراح الأسنان أن يقدم علاجاً أو يواصله أو يقدم وصفات في ميادين تتجاوز اختصاصاته أو امكانياته الا في الحالات الاستثنائية.

المادة 17 : يجب أن يتمتع الطبيب أو جراح الأسنان عن تعريض المريض لخطر لا مبرر له خلال فحوصه الطبية أو علاجه.

المادة 18 : لا يجوز النظر في استعمال علاج جديد للمريض، الا بعد إجراء دراسات بيولوجية ملائمة، تحت رقابة صارمة أو عند التأكد من أن هذا العلاج يعود بفائدة مباشرة على المريض.

المادة 19 : يتعين على الطبيب أو جراح الأسنان حتى خارج ممارسته مهنية أن يتجنب كل عمل من شأنه أن يفقد المهنة اعتبارها.

المادة 20 : يجب أن لا تمارس مهنة الطب و جراحة الأسنان ممارسة تجارية، وعليه يمنع كل طبيب أو جراح أسنان من القيام بجميع أساليب الأشهار المباشرة أو غير المباشرة.

المادة 21 : تمنع ممارسة الطب المتنقل.

المادة 22 : يمنع كل طبيب أو جراح الأسنان يؤدي مهمة انتخابية أو وظيفية إدارية أن يستعملها لرفع عدد زبنته.

المادة 23 : يجب الايماس الطبيب أو جراح الأسنان نشاطا آخر يفتان والكرامة المهنية والتنظيم الساري المقبول.

المادة 24 : يمنع ما يأتي :

- كل عمل من شأنه أن يوقر لمريض ما امتيازاً مادياً غير مبرر،

- أي حسم مالياً كان أو عينياً يقدم للمريض،

- أي عمولة تقدم لأي شخص كان،

- قبول أي نوع من أنواع العمولة أو الامتياز المادي مقابل أي عمل طبي.

المادة 25 : يمنع إجراء أي شكل من الأشكال اقتسام الاعتاب بين الاطباء وجراحي الأسنان، ماعدا الحالة المنصوص عليها في اطار الطب وجراحة الأسنان الممارسين جماعياً.

المادة 26 : يحظر على كل طبيب أو جراح أسنان اللجوء الى أي تواطؤ بين الاطباء وجراحي الأسنان والصيداللة وأعاون الطب.

المادة 8 : يتعين على الطبيب وجراح الأسنان تقديم المساعدة لعمل السلطات المختصة من أجل حماية الصحة العمومية، وهما ملزمان على الخصوص بتقديم المعونة طبياً لتنظيم الاغاثة، ولاسيما في حالة الكوارث.

المادة 9 : يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يسعف مريضاً يواجه خطراً وشيكاً، أو أن يتأكد من تقديم العلاج الضروري له.

المادة 10 : لا يجوز للطبيب وجراح الأسنان أن يتخليا عن استقلالهما المهني تحت أي شكل من الأشكال.

المادة 11 : يكون الطبيب وجراح الأسنان حريين في تقديم الوصفة التي يريانها أكثر ملاءمة للحالة، ويجب أن تقتصر وصفاتهما وأعمالهما على ما هو ضروري في نطاق ما ينسجم مع نجاعة العلاج وبدون اهمال واجب المساعدة المعنوية.

المادة 12 : لا يمكن الطبيب أو جراح أسنان، المدعو لفحص شخص سلب الحرية أن يساعد أو يقض الطرف عن ضرر يلحق بسلامة جسم هذا الشخص أو عقله أو كرامته بصفة مباشرة أو غير مباشرة ولو كان ذلك لمجرد حضوره، وإذا لاحظ أن هذا الشخص قد تعرض للتعذيب أو لسوء المعاملة، يتعين عليه اخبار السلطة القضائية بذلك، ولا يجوز للطبيب أو جراح الأسنان أن يساعد أو يشارك أو يقبل أعمال تعذيب أو أي شكل آخر من أشكال المعاملة القاسية وغير الانسانية أو المهينة مهما تكن الحجج، وهذا في كل الحالات والظروف بما في ذلك النزاع المدني أو المسلح، ويجب أن لا يستعمل الطبيب أو جراح الأسنان معرفته أو مهارته أو قدرته لتسهيل استعمال التعذيب أو أي طريقة قاسية لا إنسانية أو مهينة مهما يكن الغرض من وراء ذلك.

المادة 13 : الطبيب أو جراح الأسنان مسؤول عن كل عمل مهني يقوم به، ولا يجوز لأي طبيب أو جراح أسنان أن يمارس مهنته الا تحت هويته الحقيقية، ويجب أن تحمل كل وثيقة يسلمها اسمه وتوقيعه.

المادة 14 : يجب أن تتوفر للطبيب أو جراح الأسنان في المكان الذي يمارس فيه مهنته، تجهيزات ملائمة ووسائل تقنية كافية لاداء هذه المهمة، ولا ينبغي للطبيب أو جراح الأسنان، بأي حال من الأحوال، أن يمارس مهنته في ظروف من شأنها أن تضر بنوعية العلاج أو الاعمال الطبية.

المادة 15 : من حق الطبيب أو جراح الأسنان ومن واجبه أن يعتني بمعلوماته الطبية ويحسنها.



المادة 37 : يشمل السر المهني كل ما يراه الطبيب او جراح الاسنان ويسمعه ويفهمه او كل ما يؤتمن عليه خلال ادائه لمهنته.

المادة 38 : يحرض الطبيب او جراح الاسنان على جعل الاعوان الطبيين يحترمون متطلبات السر المهني.

المادة 39 : يجب ان يحرض الطبيب او جراح الاسنان على حماية البطاقات السريرية ووثائق المرضى الموجودة بحوزته من اي فضول.

المادة 40 : يجب ان يحرض الطبيب او جراح الاسنان، عندما يستعمل هذه الملفات الطبية لاعداد نشرات علمية، على عدم كشف هوية المريض.

المادة 41 : لا يلغى السر المهني بوفاة المريض الا لاحقاق حقوق.

### الفقرة الثالثة

#### واجبات اتجاه المريض

المادة 42 : للمريض حرية اختيار طبيبه او جراح اسنانه او مغادرته. وينبغي للطبيب او جراح الاسنان ان يحترم حق المريض هذا، وان يفرض احترامه، وتمثل حرية الاختيار هذه مبدأ اساسيا تقوم عليه العلاقة بين الطبيب والمريض والعلاقة بين جراح الاسنان والمريض. ويمكن الطبيب او جراح الاسنان مع مراعاة احكام المادة 9 اعلاه، ان يرفض لاسباب شخصية تقديم العلاج.

المادة 43 : يجب على الطبيب او جراح الاسنان ان يجتهد لافادة مريضه بمعلومات واضحة وصادقة بشأن اسباب كل عمل طبي.

المادة 44 : يخضع كل عمل طبي، يكون فيه خطر جدي على المريض، لموافقة المريض موافقة حرة ومتبصرة او موافقة الاشخاص المخولين منه او من القانون، وعلى الطبيب او جراح الاسنان ان يقدم العلاج الضروري اذا كان المريض في خطر او غير قادر على الادلاء بموافقته.

المادة 45 : يلتزم الطبيب او جراح الاسنان بمجرد موافقته على اي طلب معالجة بضمان تقديم علاج مرضاه يتسم بالاخلاص والتفاني والمطابقة لمعطيات العلم الحديثة، والاستعانة، عند الضرورة، بالزملاء المختصين والمؤهلين.

المادة 27 : يمنع على الطبيب او جراح الاسنان، اجراء فحوص طبية في الخلات التجارية، وفي اي محل تبايع فيه مواد واجهزة او ادوية.

المادة 28 : يمنع على الاطباء توزيع ادوية او اجهزة صحية لأغراض مريحة الا تحت ترخيص يمنح حسب الشروط المنصوص عليها في القانون ويمنع عليهم، في كل الاحوال، تسليم ادوية معرفة بأضرارها،

المادة 29 : يمنع كل طبيب او جراح اسنان من ممارسة مهنة اخرى تمكنه من جني ارباح عن وصفاته او نصائحه الطبية.

المادة 30 : يجب الا يفشي الطبيب او جراح الاسنان في الاساط الطبية طريقة جديدة للتشخيص أو للعلاج غير مؤكدة دون ان يرفق عروضه بالتحفظات اللازمة ويجب الا يذيع ذلك في الاساط غير الطبية.

المادة 31 : لا يجوز للطبيب او جراح الاسنان ان يقترح على مرضاه او المقربين اليهم علاجاً او طريقة وهمية او غير مؤكدة بما فيه الكفاية كعلاج شاف او لا خطرفيه، وتمنع عليه كل ممارسات الشعوذة.

المادة 32 : يمنع كل تسهيل لأي شخص يسمح لنفسه بممارسة الطب او جراحة الاسنان ممارسة غير شرعية.

المادة 33 : لا يجوز للطبيب ان يجري عملية لقطع الحمل الا حسب الشروط المنصوص عليها في القانون.

المادة 34 : لا يجوز اجراء اي عملية بتر او استئصال لعضو من دون سبب طبي بالغ الخطورة، ومالم تكن ثمة حالة استعجالية او استحالة، الا بعد ابلاغ المعني او وصيه الشرعي وموافقته.

المادة 35 : لا يمكن ممارسة عمليات اخذ الأعضاء الا حسب الحالات والشروط المنصوص عليها في القانون.

### الفقرة الثانية

#### السر المهني

المادة 36 : يشترط في كل طبيب او جراح اسنان ان يحتفظ بالسر المهني المفروض لصالح المريض والمجموعة الا اذا نص القانون على خلاف ذلك.

تقتضي الحاجة ذلك. وعليه ان يقبل اجراء استشارة يطلبها المريض او محيطه. ويقترح الطبيب او جراح الاسنان في الحالتين، الزميل المستشار الذي يراه مؤهلا لهذه المهمة اكثر من غيره، لكن يتعين عليه ان يراعي رغبات المريض وان يقبل اي زميل مرخص له بالممارسة ومسجل في قائمة الاطباء، ويتكفل بتنظيم كفيات الاستشارة الطبية.

وإذا لم يجد الطبيب او جراح الاسنان ما يدعوه الى الموافقة على الاختيار الذي اعرب عنه المريض او محيطه، فانه يمكنه ان يسحب دون ان يتعين عليه تبرير انسحابه لأحد.

**المادة 70 :** يجب ابلاغ المريض عندما تختلف آراء الطبيب المعالج او جراح الاسنان المعالج وأراء الزملاء المستشارين اختلافا كبيرا خلال الاستشارة.

وتكون للطبيب المعالج او جراح الاسنان حرية الكف عن تقديم العلاج في حالة ترجيح المريض او أسرته رأي الزميل المستشار.

**المادة 71 :** يجب على الطبيب او جراح الاسنان الذي دعي للاستشارة ان لا يعود من تلقاء نفسه لعيادة المريض الذي تم فحصه بصفة مشتركة، في غياب الطبيب المعالج او جراح الاسنان المعالج او من دون موافقته، وهذا خلال فترة المرض الذي اقتضى الاستشارة.

**المادة 72 :** ينبغي للطبيب او جراح الاسنان المستشار ان لا يواصل العلاج، الذي تتطلبه حالة المريض الصحية، عندما يكون هذا العلاج من اختصاص الطبيب المعالج او جراح الاسنان المعالج الا اذا اراد المريض ذلك.

**المادة 73 :** عندما يتعاون عدد من الزملاء على فحص مريض بعينه او معالجته، فان كلا منهم يتحمل مسؤولياته الشخصية.

اما المساعدون الذين يختارهم الطبيب او جراح الاسنان، فانهم يعملون تحت مراقبتهم وتحت مسؤوليتهم.

**المادة 74 :** لا يخلف الطبيب او جراح اسنان في الطب العام الا زملاء في الطب العام او طلبة في الطب او في جراحة الاسنان.

ولا يعوض الطبيب او جراح اسنان المختص الا زملاء من الاختصاص نفسه او طبيب او جراح اسنان مقيم من السنة النهائية في الاختصاص عينه.

ويجب على الزملاء، الذين يلجأون الى الاستخلاف، ان يخبروا الفروع النظامية التي ينتمون اليها مباشرة مع الاشارة الى اسم المستخلف وصفته وتاريخ الاستخلاف ومدته.

**المادة 65 :** يمنع اخص الامتصاص بممارسة تخفيض السعر او اقتضائه جزافا بهدف التنافس. غير ان الطبيب او جراح الاسنان حر في تقديم العلاج مجانا.

**المادة 66 :** من العادة ان يقدم الطبيب او جراح الاسنان العلاج مجانا لدى ممارسته نشاطه المهني لزميل او لاشخاص تحت كفالته او لطلبة الطب او جراحة الاسنان، ولستخدميه ومساعديه المباشرين.

### الفقرة الخامسة

علاقة الاطباء فيما بينهم وجراحي الاسنان فيما بينهم وعلاقة هؤلاء باعضاء باقي فروع الصحة

**المادة 67 :** يجب على الطبيب او جراح الاسنان المدعول فحص مريض يعالجه زميل آخر، ان يحترم القواعد التالية :

- يقدم العلاج اذا كان المريض يريد تغيير الطبيب او جراح الاسنان،

- يقترح فحصا مشتركا اذا اراد المريض طلب مجرد رأي دون تغيير الطبيب او جراح الاسنان المعالج، واذا رفض الاقتراح يقدم له رأيه والعلاج الضروري عند الاقتضاء، وبالاتفاق مع المريض، يخبر الطبيب المعالج او جراح الاسنان المعالج.

- اذا طلب المريض زميلا آخر بسبب غيابه طبيبه المعالج او جراح اسنانه المعالج، فعلى هذا الزميل ان يكفل العلاج طيلة الغياب، ويكف عنه فور عودة الطبيب المعالج او جراح الاسنان المعالج، وان يقدم لهذا الاخير بالاتفاق مع المريض كل المعلومات الضرورية.

وفي حالة رفض المريض، يجب ان يحيطه علما بالآثار السلبية التي قد تترتب على مثل هذا الرفض.

**المادة 68 :** يمكن الطبيب او جراح الاسنان ان يستقبل في عيادته كل المرضى، سواء، اكان لهم طبيب معالج او لا.

وإذا اتصل به مريض في عيادته بدون علم طبيبه المعالج، يجب عليه بعد موافقة المريض، ان يحاول الاتصال بزميله المعالج قصد تبادل المعلومات واطلاع كل واحد منهما على ملاحظات الآخر وعلى النتائج المتوصل اليها.

**المادة 69 :** يجب على الطبيب او جراح الاسنان ان يقترح استشارة طبية مشتركة مع زميل آخر بمجرد ما

وينبغي ان تحمل كل وثيقة او وصفة او شهادة اسم الطبيب الذي صدرت عنه وتوقيعه.

المادة 81 : يجوز الاشتراك في الاعتاب اذا كان اطباء او جراحو الاسنان، العاملون في العيادة الجماعية، يمارسون كلهم الطب العام او جراحة الاسنان العامة، او كانوا اختصاصيين في الاختصاص نفسه.

المادة 82 : يجب على الطبيب او جراح الاسنان، الذي يكون قد خلف زميلا، سواء خلال الدراسة او بعدها، مدة تتجاوز ثلاثة اشهر، ان يمسك طوال عام واحد عن فتح عيادة في موقع يتيح له ان ينافس منافسة مباشرة الطبيب او جراح الاسنان الذي خلفه من قبل، الا اذا كان بين الاطراف المعنية اتفاق يبلغ للفرع النظامي الجهوي المختص.

واذا لم يحصل هذا الاتفاق، عرضت المسألة على الفرع النظامي الجهوي المختص.

المادة 83 : يخضع استقلال جراح اسنان تتوفر فيه الشروط القانونية لممارسة المهنة، عيادة في طب الاسنان، لحيازته حق الانتفاع بمحل مهني، وعناد تائثي، ومعدات تقنية لاستقبال المرضى وعلاجهم بموجب المؤهلات القانونية ويجب ان يتوفر له محل مميز، وتجهيز ملائم في حالة ما اذا رام انجاز اطقم الاسنان.

يجب على جراح الاسنان، الذي يستغل عيادة في طب الاسنان، ان يحفظ تحت رعايته كامل الملف الذي يحتوي على معلومات شخصية تتعلق بكل مريض وان يفعل ذلك باعتباره ملكا له.

يمكن الفرع النظامي، المسؤول عن جراحي الاسنان، ان يتحقق في أية لحظة من مدى توفر الشروط المطلوبة.

المادة 84 : لا تسترد المبالغ المسبقة، المدفوعة في سبيل العلاج او وضع طواقم الاسنان، عندما يكون المريض هو المسؤول عن انقطاع العلاج.

#### ب - ممارسة الطب مقابل اجر

المادة 85 : لا يعفى الطبيب او جراح الاسنان الذي يمارس مهنته لدى ادارة او مجموعة او اي هيئة اخرى عمومية او خاصة، بمقتضى عقد او قانون اساسي من واجباته المهنية، ولا سيما التزاماته المتعلقة بالسهر المهني واستقلال قراراته.

فيتعين عليه دوما ان يعمل، في المقام الاول، لفائدة صحة الاشخاص الذين يفحصهم ولصالح امنهم داخل المؤسسات او المجموعات التي يكون مسؤولا عليها.

المادة 75 : يتعين على الطبيب المستخلف ان يكف فور انتهاء فترة الاستخلاف بتقديم العلاج خلالها، عن كل نشاط مرتبط بالاستخلاف.

المادة 76 : يجب على اطباء وجراحي الاسنان، ضمنا لمصلحة المرضى ان يقيموا فيما بينهم علاقات ود واحترام تجاه المساعدين الطبيين واعضاء المهن الصحية الاخرى.

ويجب عليهم احترام استقلالهم المهني.

#### الفقرة السادسة

قواعد خاصة ببعض طرق الممارسة

#### أ - الممارسة المتعلقة بالزبن الخواص

المادة 77 : لايسوغ للطبيب او جراح الاسنان ان يثبت على الورق المختص للوصفات والبطاقات الشخصية او الدليل المهني الا البيانات الآتية :

1 - الاسم واللقب والعنوان ورقم الهاتف وساعات الاستشارة الطبية.

2 - اسماء الزملاء المشتركين اذا كان الطبيب او جراح الاسنان يمارس مهنته بصفة مشتركة.

3 - الشهادات والوظائف والمؤهلات المعترف بها.

المادة 78 : لايرخص للطبيب او جراح الاسنان بان يثبت على لوحات باب عيادته الا البيانات الآتية :

- الاسم واللقب وايام وساعات الاستشارة الطبية، والطابق والشهادات المحصل عليها والمؤهلات والوظائف المعترف بها وفقا للمادة السالفة.

ولا توضع هذه اللوحات التي لا تتجاوز خمسة وعشرين سنتمترا على ثلاثين 30/25 الا في مدخل العيادة على صندوق البريد وفي مدخل المبنى.

المادة 79 : يجب على الطبيب او جراح الاسنان ان لا يفتح عيادة في مبنى يمارس فيه زميل في الاختصاص نفسه الا بترخيص من الفرع النظامي الجهوي المختص.

المادة 80 : يجب ان تبقى ممارسة الطب او جراحة الاسنان شخصية في العيادات المشتركة بين جماعة من الممارسين.

ويتعين احترام حق المريض في حرية اختيار الطبيب او جراح الاسنان.

المادة 93 : لا يجوز لأحد ان يكون طبيبا مراقبا وطبيبا معالجا او جراح اسنان مراقبا وجراح اسنان معالجا لنفس المريض.

المادة 94 : لا يجوز للطبيب المراقب او جراح الاسنان المراقب ان يستلم اتعابا من المريض المراقب.

د- ممارسة الطب وجراحة الاسنان بمقتضى الخبرة

المادة 95 : تعد الخبرة الطبية عملا يقدم من خلاله الطبيب او جراح الاسنان، الذي يعينه قاض او سلطة او هيئة اخرى مساعده التقنيه لتقدير حالة شخص ما الجسدية او العقلية، ثم القيام عموما بتقييم التبعات التي تترتب عليها آثار جنائية او مدنية.

المادة 96 : يجب على الطبيب الخبير او جراح الاسنان الخبير، قبل الشروع في اي عملية خبرة، ان يخطر الشخص المعني بمهمته.

المادة 97 : لا يمكن احدا ان يكون في ذات الوقت طبيبا خبيرا وطبيبا معالجا او جراح اسنان خبيرا وجراح اسنان معالجا لنفس المريض ولايجوز للطبيب او جراح الاسنان ان يقبل مهمة تعرض للخطر مصالح احد زينه او احد اصدقائه او اقاربه او مجموعة تطلب خدماته، وكذلك الحال عندما تكون مصالحه هو نفسه معرضة للخطر.

المادة 98 : يتعين على الطبيب الخبير او المراقب وعلى جراح الاسنان الخبير او المراقب ان يرفض الرد على اسئلة يراها غريبة عن تقنيات الطب الحقيقية.

المادة 99 : يجب على الطبيب الخبير، وعلى جراح الاسنان الخبير، عند صياغة تقريره، الا يكشف الا العناصر التي من شأنها ان تقدم الاجابة على الاسئلة المطروحة في قرار تعيينه وفيما عدا هذه الحدود، يجب على الطبيب الخبير او جراح الاسنان الخبير ان يكتف كل ما يكون قد اطلع عليه خلال مهمته.

#### الفقرة السابعة

#### احكام مختلفة

المادة 100 : يتعين على الاطباء او جراحي الاسنان اذا ما وجهت اليهم اسئلة متعلقة بالطاعة والانضباط، ان يكشفوا في حدود ما يتفق وواجب احترام السر المهني ما يعرفونه من وقائع يمكن ان تساعد التحقيق.

المادة 86 : لا يجوز للطبيب او جراح الاسنان ان يقبل اجرا مبنيا على اعتبار مقاييس منتوجية، او مردود زمني تكون عواقبه الحد من استقلاله المهني او التخلي عنه.

المادة 87 : يجب ان تكون الممارسة المعتادة للطب او جراحة الاسنان، مهما كان شكلها، في مؤسسة او مجموعة او عيادة او اي مؤسسة اخرى، خاضعة في كل الحالات لعقد كتابي.

ويمكن عرض اي مشروع عقد على الفرع النظامي الجهوي المختص ليبدلي بملاحظاته فيه.

المادة 88 : لاطبق تدابير المادة السالفة على الاطباء وجراحي الاسنان، العاملين ضمن هياكل تخضع لسلطة الوزارة المكلفة بالصحة.

المادة 89 : لايجوز للاطباء او جراحي الاسنان العاملين في مؤسسة او مجموعة او عيادة او اي مؤسسة اخرى، استغلال وظيفتهم لرفع عدد زينهم.

ج- ممارسة الطب او جراحة الاسنان بمقتضى الرقابة

المادة 90 : يجب على الطبيب او جراح الاسنان المكلف بمهمة ان يشعر الشخص الخاضع لمراقبته بانه يفحصه بصفة طبيب مراقب او جراح اسنان مراقب.

ويجب ان يكون شديد الاحتراز في حديثه، وان يمتنع عن افشاء اي سر او الادلاء باي تفسير.

ويتعين ان يتحرى الموضوعية الكاملة في استنتاجاته.

المادة 91 : يكون الطبيب او جراح الاسنان، المكلف بالمراقبة، ملزما بالسرتجاه ادارته او المؤسسة التي تشغله. ولا يجوز كشف المعلومات الطبية الواردة في الملفات التي اعدتها هذا الطبيب او جراح الاسنان امام اشخاص غريباء عن المصلحة الطبية ولا الى ادارة اخرى.

المادة 92 : يجب على الطبيب المراقب او جراح الاسنان المراقب، الا يقدم بحال من الاحوال، تقديرا للعلاج المقدم. وعليه ان يمتنع امتناعا كليا عن اعطاء اي علاج آخر.

وفي حالة حدوث اختلاف خلال الفحص مع الطبيب المعالج او جراح الاسنان المعالج بشأن التشخيص، ان يخيره بذلك على انفراد، ويمكنه ان يخطر رئيس الفرع النظامي الجهوي المختص اذا ما واجهته صعوبات في ذلك.

### أبسط العمليات الجراحية يملأون سنتيم

## المرضى تحت رحمة العيادات الخاصة بتلمسان

إذا كان الخوف من المرض والمخى إلى علاجه أمرا طبيعيا، فإن العلاج في الوقت الراهن الذي تزامن مع تدهور القدرة الشرائية لشريحة عريضة من المجتمع أصبح أمرا لا يطاق، والسبب ليس غلام الدواء الذي يعوض للمؤمنين فحسب، بل يرجع كذلك إلى غلام تسعيرات الكشوفات الطبية دون سند قانوني.

ألف دينار، وللإشارة فإن هذه التسعيرات حسب أحد الاختصاصيين لا تتوفر على الشروط المعسول بها كتوفير غرفة لحفظ الجثث وأغلبها منقوصة الرسائل الحديثة، لهذا أصبحت العمليات فيها تقوم على السرعة والتخلص من المريض وليس من دأبه، لهذا يجد بعض المرضى أنفسهم مضطرين إلى مغادرة العيادة بعد العملية الجراحية مباشرة، وعن هذه العمليات صرح أحد المختصين بالمستشفى تسببت في بعض المشاكل الصحية للمرضى لعدم إخضاعهم للمراقبة الطبية بعد العملية، وأن المستشفى استقبل بعض الحالات المعقدة التي كثيرا ما ترفضهم لعدم تحمل مسؤولية فعل قام به زملاؤنا في العيادات، وفي غياب قوانين صارمة تضبط أمور العيادات الجراحية فإن الاستثمار في هذا المجال أصبح مغريا نظرا للأرباح المحققة على حساب المرضى لا مجال فيها للإنسانية أو العاطفة، باعتبار أن نسبة كبيرة من الترددتين على هذه العيادات ممن لا يسعفهم الحظ لإجراء عملياتهم في المستشفى لسبب أو لآخر غالبا ما يرجع حسب أحد المرضى إلى الخجاجة.

تلمسان، أحمد قريش

● قفز كشف الطب العام إلى 400 دينار في حين أن التسعيرة المرجعية لصندوق الضمان الاجتماعي حددت بـ 80 ديناراً التي يعرض منها بينما الكشف عند الاختصاصيين فأسعاره تفاوتت من واحد إلى آخر حسب شهرة الطبيب ومهارته من جهة والوسائل الطبية التي يملكها من جهة ثانية، لهذا يبقى السعر يتراوح من 500 إلى 800 دينار إذا كان الكشف مصحوبا بالأشعة، بينما السعر القانوني حدد بـ 100 دينار.

أما تحاليل الدم في بعض العيادات الخاصة فقد تفوق 2000 دينار إذا كانت التحاليل عامة، بينما التصريح على الأوراق المرضية لا تحمى السعر الحقيقي والتعويضات حسب جهات المعنية تصل إلى خمسين التكاليف، والبلاء الأكبر في هذا كونه هي التسعيرات الخيالية للعمليات الجراحية التي حدهتها العيادات الخاصة التي يفوق عددها السبعة بولاية تلمسان، والتي هي في تزايد مستمر في ظل التحولات التي عرفها المجال الصحي في البلاد، فاستئصال الحوصلة الصغرى يكلف أكثر من أربعين ألف دينار، والولادة بواسطة العملية القيصرية ثلاثين ألف دينار، وأبسط العمليات لا تقل عن عشرة

د. أحمد، بة بتسية وأم بالتحفة

# Tension à l'hôpital Mohamed Bouhaf

Benihadi Djelloul B.

Les relations de travail entre le nouveau directeur du secteur sanitaire Mohamed Bouhaf de Relizane et le syndicat national des médecins généralistes ne cessent de se dégrader créant une tension manifeste à tel point qu'un préavis de grève a été signifié au DSP de la wilaya. En effet, dans une lettre adressée au nouveau directeur, les protestataires dénoncent des mutations abusives et anarchiques des médecins généralistes privés de surcroît des séances de garde sans consultation, aucune du conseil médical. Pire encore les généralistes se disent être privés de réception, par le directeur invoquant tous les prétextes possibles, refusant également d'enregistrer leur courrier et doléances,

fermant ainsi toutes les voies de dialogue. Dès lors un arrêt de travail d'une heure est prévu le mardi 18 juillet prochain. Pour sa part, M. Mâamar, le directeur qui prévoit déjà une réunion avec la section syndicale du SNMG dès aujourd'hui, affirme que l'opération d'assainissement des services qui bat son plein dérange des intérêts établis depuis des années. Selon lui, seul l'intérêt des malades primerait, il se félicite de l'ouverture d'une troisième séance d'hémodialyse, de consultations spécialisées dans les différentes polycliniques de son secteur et de l'arrivée d'un de traumatologue et d'un chirurgien infantile.

En somme la nouvelle direction se donne une année d'action pour rétablir un état comateux de la santé à Relizane.

الرضاء  
درضا و  
2006

## أخصائيو الكلى يشهدون أطباء عامين

• يتسكى مواطنو بلدية مفتاح بولاية  
البيضاء من عدم أداء الأطباء  
الأخصائيين لتأريباتهم الليلية  
بالعقبة في العلي، وأوضح أحد  
المستكبين لـ "المغرب" أن مستظلم  
الأخصائيين بمستشفى مفتاح يطالبون  
من زملائهم الأطباء العاميين أداء  
التأريبات بدلا عنهم مقابل منافع مالية،  
يوجد المواطن القاصد لطب الاطفال أو  
الجراحة العامة أو الطب الداخلي أطباء  
عامين، رغم أن هذه الصالحات تتطلب  
إشراف أخصائيين عليها.

## تسجيل حالات وفاة وتحويل المصابين لوجهات أخرى

# وزارة الصحة تشدد إجراءات نقل المرضى بين المستشفيات

أصدرت وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، تعاميم وجهتها إلى كل المرافق الاستشفائية والمصالح الطبية، تقضي بتشديد إجراءات نقل المرضى والإصابات ذات الطابع الاستعجالي من منطقة إلى أخرى، وذلك بسبب حالات الوفاة العارضة التي تم تسجيلها أثناء النقل العشوائي للمصابين، فضلا عن التحويل المفضوح لبعض المرضى باتجاه القطاع الخاص.

"بأنه تم إحصاء عدة نقائص في ممارسة مهنة الصيدالة الخواص"، التي يتعين معالجتها ضمن الصلاحيات الجديدة للوزارة الوصية بتكثيف عمليات التفيش عبر كامل الولايات، لتكون مرة واحدة في الشهر.

وشدد الوزير خلال أشغال ملتقى لإطارات قطاعه بالناحية الشرقية، على التنفيذ الصارم لما تضمنه المنشور رقم 012 الصادر مؤخرا، المتعلق بممارسة مهنة الصيدلي الخاص، حيث ركز على الجانب القانوني للصيدلي، من حيث حضوره العلني وتقديمه، لدى عملية المراقبة، للوثائق القوتية اللازمة، والزامه بتقييد أسماء وألقاب المعلومات المتعلقة بالمقتنين للأدوية ذات "الوثرات العقلية والمخدرات"، إلى جانب الزامه "بإحكام غلق الخزانات المخصصة لترتيب المتوجات المخدرة"، فضلا عن شروط أخرى حددها مرسوم الوزارة الوصية بخصوص سير عمليات التفيش والمراقبة، وأبرزها مراقبة "سجل الوصفات" الخاص بالثيرات العقلية، سيما المخدرات.

وفي سياق حديثه عن مراكز معالجة الإدمان، ألح وزير الصحة على "ضرورة الفصل بين الأشخاص المدمنين الذين يخضعون للعلاج، والأشخاص المصابين بأمراض عقلية"، وهذا برغم قلة المراكز المخصصة لعلاج الفتنين، حيث أوصى المسؤولين من الحضور قائلا "إذا اقتضى الأمر استشفاء ذوي الأمراض العقلية بالمستشفيات لفصلهم عن المدمنين، فليسكن ذلك، بشرط أن يفصلوا من جهتهم عن المرضى الآخرين".

المطلوب. وفي هذا السياق، برزت ذات المصادر الخطوة التي أقدمت عليها السلطات المركزية في مجال نقل المصابين مسنن ذوي الحالات الاستعجالية برغبة الوزارة الوصية في تصحيح بعض الأنساب اللانسانية التي تم تسجيلها في بعض الأماكن، حيث عرفت بعض المراكز أحداثا مأساوية انتهت بمفارقة بعض المرضى لحياتهم جراء اللامبالاة واعتماد قرارات نقل عشوائية دون اعتماد التدابير الاحتياطية، فضلا عن استفحال اعتصام أوامر نقل المصابين بحجة عدم توفر ظروف الرعاية والهدف من ذلك التمسك من مسؤولية التكفل الصحي وإلقاء مسؤولية ذلك على مراكز ومرافق أخرى باتت تعاني مشاكل رهينة نتيجة الضغط المفروض عليها لاسيما على مستوى المستشفيات المتواجدة في الولايات الكبرى.

وعلى صعيد آخر، أوضحت مصادر طبية مطلعة بأن الوزارة تسعى أيضا من خلال خرجتها إلى قطع الطريق أمام بعض الجهات التي تعمل على تحويل المرضى باتجاه المراكز العائلية الخاصة، الأمر الذي انتهى في أكثر من جهة بوفاة المرضى مثلما حدث مؤخرا في الفضيحة التي شهدتها قبل أسابيع المستشفى الجامعي لوهان، واستدعت فتح تحقيق وزاري في الموضوع.

### ضرورة مراقبة الصيدالة والدعوة إلى فصل فتنين من المرضى

وجه وزير الصحة أول أمس من قائلة، تعليمات صارمة للممارسين الفتنين التابعين للقطاع، بشأن مراقبة أنشطة الصيدليات الخاصة، مؤكدا

### المرضى والاصحاب

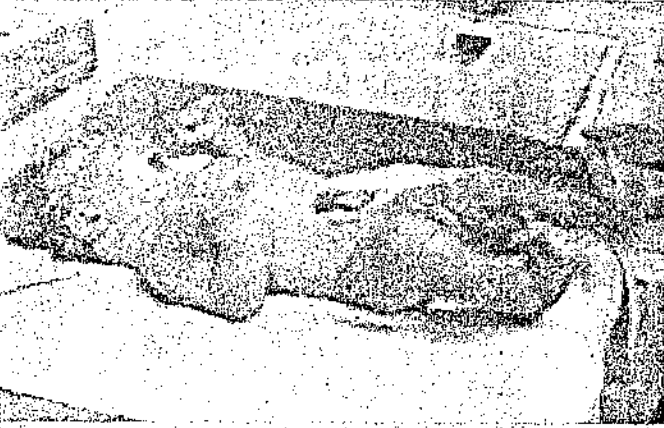
فرضت وزارة الصحة شروطا عديدة على مسؤولي المستشفيات والبنات الصحية، من أجل اتخاذ قرار نقل أي حالة استعجالية باتجاه مستشفى أو مرفق طبي آخر في إطار التكفل الجدي بالحالات المستعصية، حيث أصدرت التعليمات الجديدة على كل الجهات المعنية بالوطن، مطلعة مسؤوليها على التدابير الجديدة التي تمنع نقل وتحويل أي مريض بموجب قرارات أو أوامر شفاهية غير مبررة، مثلما كان الحال في السنوات الماضية.

وحسب مصادر مطلعة، فإن مسؤولي الوزارة ضمنوا في التعليمات الجديدة كسل الإجراءات والتدابير الواجب تبنيها قبل اتخاذ قرار تحويل أو نقل أي مريض، وذلك من أجل تحديد المسؤوليات، في ضوء تسجيل حالات وفاة غامضة طالت مرضى أثناء نقلهم ما بين الولايات، أو تعقد أو ضاعهم الصحية بفعل تأخر الإسعافات الطبية، حيث تحتم التسليمة ملء استمارات مفصلة تتضمن الوضعية الحقيقية للمريض قبل الأمر بنقله، فضلا عن الزامية الإخطار المسبق لمسؤولي المرافق المراد توجيهه المرضي نحوها، وذلك لتجنب الضغط المبالغ وتوفر ظروف الاستقبال المطلوبة.

كما تشترط الإجراءات الجديدة ضرورة توقيع مسؤول المرفق بالموازاة مع الطبيب المشرف على الحالة قبل نقلها، بالإضافة إلى التوضيح للدق للعلاجات والإسعافات التي تم القيام بها، وكذا توضيح الأسباب التي تستدعي النقل مثل أعدام الأخصائين اللازمين، أو فقدان العتاد الطبي

الفضائح تتوالى بعبادة الأهومة في سعيدة

## وفاة رضيع حديث الولادة وتسجيل أخربهوية خاطئة



للتحقيق مهون بخصوص قضية وفاة المولود، وأشار ذات المصدر أن الطبيب الشرعي أكد في تقريره أن غياب رباط حبل الجنين كان سببا في إحداث نزيف دموي داخلي أدى إلى وفاته. واستنادا إلى معلومات وصلتنا من جهات رسمية، فإن القابلة التي أشرفت على عملية توليد الأم تكون قد قطعت رباط حبل سرة الجنين عن آخره دون أن تترك جزء منه، وهنا نشير إلى أن الجهات القضائية لازالت تواصل تحقيقها في هذه القضية لتحديد المسؤوليات ومعرفة ملابسات وفاة المولود.

من جهة أخرى، أنهت الشرطة القضائية لأمن ولاية سعيدة تحقيقها بخصوص قضية لها علاقة بتسجيل مولود توفي في عبادة الولادة والأمومة بهوية طفل آخر حديث العهد توفي مع أمه وتزامنت ولادته مع ولادة المولود الجامل لهويته، وهو الأمر الذي طرح إشكالا للأب "ف.ل" عندما أراد أن يدفن مولوده، حيث لم

عقب الشكوى التي أودعها أب توفي مولوده الجديد بتاريخ 21 جويلية الفارط على مستوى عبادة الولادة والأمومة في سعيدة، يتهم فيها الطاقم الطبي الذي أشرف على عملية توليد زوجته "ب.م" البالغة من العمر 28 سنة بالتهاون، فتحت مصالح الشرطة القضائية تحقيقا في القضية لسماع جميع الأطراف المعنية.

### فتح زعاف

وقد أحيل ملف القضية على تباية الجمهورية التي وجهته بدورها على قاضي التحقيق الغرفة الأولى، حيث علمت "الشروق اليومي" من مصدر موثوق أن هذا الأخير استدعى 3 قبايلات ليمتثلن أمامه أول أمس

### البييض

### استنثار بمصلحة الاستجالات لبل

كشف مصدر طبي مأذون في البييض لـ "الشروق اليومي" عن الارتفاع المحسوس المسجل في حالات الإحلاء الصبحي المرتبطة بالإفراط في تناول المشروبات الكحولية في الأعراس نهاية كل أسبوع، وقال ذات المصدر، أنه بلغ عدد الحالات التي حولت إلى مصلحة الاستجالات بالمستشفى المركزي خلال الأسبوع الفارط 23 حالة منها من أحضر من طرف مصالح الحماية المدنية ومنها من أحضر بسيارات خاصة، وتشمل الحالات المذكورة عدد من القصر الذين يلجأون في كثير من الأحيان إلى خلط الكحول بالفراء، كما يتعلق بالأمر بأشخاص طاعنون في السن إلى جانب فتيات تورطوا بارتكاب الرذيلة. معاناة رجال الأمن تضاعفت مع انتشار مظاهر دخيلة على البيئة البيضاء، إذ كثيرا ما تنتهي حالات الإفراط في السكير إلى اعتداءات ومشادات وتشكل خطر على المارة خصوصا في بعض الأحيان المتواجدة في أطراف المدينة كحي أولاد يحيى الذي يتطلب الوصول إليه قطع مسافة طويلة عبر ممر تجول مع مرور الزمن إلى مخمرة مفتوحة على الطبيعة ومناخ حصب لقطاع الطرق. كما اشككت العديد من العائلات وبأصوات عالية لـ "الشروق اليومي" من التهاون والإهمال المطبق في احترام ساعات بيث الموسيقى عبر مكبرات الصوت وهو الأمر الذي يتواصل في كثير من الأحيان حتى مطلع الفجر.

م. نور الدين

حاسي لبيض في النعامة

لجنة تحقيق وزارية إلى سبب واتخذت إجراءات رديعية ضد المتسببين في وفاة الرضيع، كما تم عائلة بوزيدي المقيمة في حي داود موسى على حفها في كشف حقا، اختفاء مولودها شهر فيفري 05 بعدما أجريت على الأم عملية قيصر داخل غرفة العمليات بمركز الولاد

يتوصل لحد الساعة إلى استخراج رخصة الدفن بسبب الخطأ الذي وقع في عملية تسجيل ابنه بهوية مولود آخر على مستوى عبادة الأمومة التي عرفت السنة الماضية فضيحة أخرى. مرتبطة بوفاة رضيع حديث الولادة وضع حيا في ثلاجة حفظ الجثث لمدة 12 ساعة، تنقلت على إثرها



## فهرس الجداول

- 46 ..... جدول رقم (1): يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس
- 46 ..... جدول رقم (2): يبين توزيع أفراد العينة حسب السن
- 47 ..... جدول رقم (3) توزيع افراد العينة حسب الحالة المدنية
- 48 ..... جدول رقم (4) توزيع أفراد العينة حسب عدد الأشخاص المكفولين
- 94 ..... جدول رقم (5) توزيع الأفراد حسب المركز الرتبي
- 50 ..... جدول رقم (6) توزيع الأفراد حسب الأقدمية داخل المستشفى مكان الدراسة
- 15 ..... جدول رقم (7) توزيع أفراد العينة حسب وسيلة النقل المستخدمة
- 51 ..... جدول رقم (8) توزيع أفراد العينة حسب نوعية السكن
- 53 ..... جدول رقم (9) : يبين تقييم الأطباء لنوعية الخدمات الطبية المقدمة داخل المستشفى
- 54 ..... جدول رقم (10) : تصورات الأطباء للعراقيل التي تصعب عملية تقديم العلاج
- 56 ..... جدول رقم (11) يبين تصورات الأطباء لأسباب لجوء المرضى للقطاع الخاص
- 60 ..... جدول رقم (12) يبين تصورات الأطباء حول نوعية التكوين
- 60 ..... الجدول رقم (13) يبين تصورات الأطباء للنقائص الموجودة في عملية التكوين
- 63 ..... جدول رقم (14) يبين تصورات الأطباء للعناصر التي تجعل الطبيب أكثر إنضباطاً
- 66 ..... جدول رقم (15) يبين تقييم الأطباء لعلاقتهم برؤسائهم
- 66 ..... جدول رقم (16) يبين أسباب عدم رضى بعض الأطباء عن علاقتهم برؤسائهم
- 67 ..... جدول رقم (17) - يبين نظرة الأطباء لطبيعة العلاقة الموجودة بينهم
- 69 ..... جدول رقم (18) - يبين تصورات الأطباء لأهم ما يجب فعله لتحسين وضعية مهنة الطب
- 75 ..... جدول رقم (19): تقييم الأطباء للوضع الاقتصادي الذي يعيشونه
- 76 ..... الجدول رقم (20): يبين نظرة الأطباء للمستقبل
- 79 ..... الجدول رقم (21) :/ يبين نسبة الأطباء العاملين في القطاع الخاص
- 80 ..... الجدول رقم (22): يبين نسبة الأطباء الراغبين في العمل بالقطاع الخاص

- الجدول رقم (23): يبين كيفية تصرف الطبيب أمام حالة تفوق قدراته ..... 81
- الجدول رقم (24): يبين نسبة حصول الأطباء على المساعدة بسهولة عند الحاجة..... 82
- جدول رقم (25) : تصورات الأطباء للأسباب المؤدية إلى عدم حصولهم على المساعدة عند طلبها ..... 84
- جدول رقم (26): يبين نسبة الأطباء المتحملين لمهام غيرهم من الزملاء..... 87
- جدول رقم (27) يبين مدى تحمل الأطباء لمهام غيرهم..... 88
- جدول رقم (28) : يبين أسباب ظاهرة إلقاء الأطباء لمهامهم على غيرهم..... 89
- الجدول رقم (29) يبين مواقف المبحوثين إزاء زميل لا يتقيد بأخلاقيات الطب..... 92

# فهرس

## مقدمة عامة

- 2 تمهيد  
8 1. تحديد المشكلة  
10 2. فرضية البحث  
11 3- منهج الدراسة  
11 4- أدوات جمع البيانات  
13 5- مجتمع البحث

## الفصل الأول: دراسة نظرية للأفم مفاهيم البحث

### مقدمة

- 15  
16 1. مفهوم أخلاقيات المهنة والمفاهيم المقاربة  
16 1.1 الأخلاق والقيم الأخلاقية والضمير  
19 2.1 أخلاقيات المهنة  
20 3.1 الجذور التاريخية لمفهوم أخلاقيات المهنة  
22 4.1 مصادر أخلاقيات المهنة  
23 5.1 غائية أخلاقيات المهنة  
25 2. آراء وتصورات حول مفهوم المهنة  
3. باستور ينقذ الطب من الهوان: لمحة عن تطور النموذج المهني للطب  
27  
29 4. مدونة أخلاقيات الطب في الجزائر  
29 1.4 تعريف مدونة أخلاقيات الطب  
30 2.4 مضامين مدونة أخلاقيات الطب بالجزائر  
32 3.4 تعريف المجلس الوطني لأخلاقيات الطب  
33 5. مفهوم السلوك  
33 1.5 تعريف السلوك  
34 2.5 السلوك الأخلاقي وثقافة المجتمع

- 35 3.5 السلوك الأخلاقي ومجتمع العمل  
37 6. المستشفى كتنظيم اجتماعي  
39 7. التحليل الاستراتيجي لسلوكيات الفاعلين داخل التنظيم  
43 خلاصة

## الفصل الثاني: الظروف الاجتماعية والمهنية للأطباء

- 45 مقدمة  
46 I. الخصائص الشخصية والاجتماعية للمبحوثين  
46 1. البيانات المتعلقة بالجنس والسن والحالة المدنية و عدد الأفراد المكفولين  
49 2. بيانات متعلقة بالمركز الرتبى و الأقدمية داخل المستشفى مكان البحث  
51 3. بيانات متعلقة بوسيلة النقل المستخدمة ونوعية السكن  
53 II. الظروف المهنية للأطباء  
53 1. تقييم الأطباء لنوعية الخدمات الطبية المقدمة داخل المستشفى  
54 2. تصورات الأطباء للعراقيل التي تصعب عملية تقديم العلاج  
56 3. تصورات الأطباء لأسباب لجوء المرضى للقطاع الخاص  
59 3. تقييم الأطباء لعملية التكوين التي يحصل عليها طلبة الطب  
62 4. نوعية الرقابة التي يخضع لها الأطباء  
65 5. علاقات العمل داخل المستشفى  
69 6. اقتراحات الأطباء لما يجب توفره لتكون مهنة الطب في وضع أحسن  
72 خلاصة

## الفصل الثالث: الانحراف عن أخلاقيات الطب مظاهره وأسبابه

- 74 مقدمة  
75 I. أطباء القطاع العام وإجراءات القطاع الخاص  
75 1. تقييم الأطباء للوضع الاقتصادي الذي يعيشونه  
76 2. نظرة الأطباء للمستقبل  
79 3. رغبة الأطباء في العمل ضمن القطاع الخاص  
81 II. مظاهر الانحراف عن أخلاقيات الطب

81	1. الطبيب أمام حالة تفوق قدراته
87	2. تحمل الأطباء لمهام غيرهم
92	3. موقف الأطباء من زميل لا يحترم أخلاقيات الطب
95	<b>III. الإستراتيجية ومتطلباتها</b>
101	<b>خلاصة</b>
103	<b>الخاتمة العامة</b>
108	<b>المراجع</b>
112	<b>الملاحق</b>
113	1. الإطار الزمني والمكاني للبحث
114	2. صعوبات البحث
115	3. استمارة البحث
120	4. القسم الطبي
121	5. مدونة أخلاقيات الطب
	<b>فهرس الجداول</b>