

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة الجزائر (2)

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع التنظيم و العمل

تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية مصطفى باشا الجامعي

تحت إشراف

الأستاذ الدكتور معتوق جمال

من إعداد الطالبة:

شايب سعاد

السنة الدراسية: 2017-2018

تشكرات

في البداية أشكر الله عزّ وجلّ على كل النعم التي أنعمها عليّ و على توفيقه

لي لإنجازي هذا العمل، و أحمده على وافر عطاءه و فضله.

كما أشكر كل الأساتذة الأفاضل الذين علموني أصول البحث

العلمي و أسسه و من بينهم الأستاذ المشرف الدكتور جمال معتوق،

و الأستاذ مصلي رضوان

كما أشكر زوجي مراد و أختي لامية على المساعدة،

و كل الأطباء الذين سهّلوا لي عملية التواصل معهم،

و كل من ساعدني لإتمام هذا العمل من قريب أو من بعيد.

الاهداءات

أهدي ثمرة تعبي هذا

الى أمي ثم أمي ثم أمي، الى أبي العزيز

الى أخواني العزيزان شكير و عبد الغاني

و أخواتي الحبيبات حميدة، آسيا و نادية،

نرجس و زوجها لطفي، لامية و زوجها رشيد

الى سندي في الحياة زوجي مراد و والديه،

إلى أولادي فلذة كبدي عبد الرحمن و دينا

حفظهما الله و أنبتهما نباتا طيبا

والى كل من أعزهم

فهرس المواضيع

الباب الأول

المقدمة أ.

الفصل الأول : الأسس النظرية للدراسة

1- أسباب اختيار الموضوع 3.

2- الإشكالية 4.

3- الفرضيات 6.

4- أهمية الموضوع 6.

5- أهداف الدراسة 8.

5-1- أهداف علمية 8.

5-2- أهداف عملية 9.

6- تحديد المفاهيم 9.

7- الدراسات السابقة 15.

8- صعوبات الدراسة 24.

9- التقنيات المستعملة 24.

10- الدراسة الاستطلاعية 25.

11- المقاربة النظرية 26.

11-1- نظرية التحليل الإستراتيجي 27.

11-2- نظرية الدور 28.

الفصل الثاني: الخدمة الصحية بالجزائر

تمهيد 31.

1- المرض، الصحة و العلاج 31.

1-1- تصنيف الأمراض 33.

34.....	2-1- أسباب المرض
37.....	3-1- لمحة تاريخية عن الصحة العامة
39.....	(2)- معوقات الخدمة الصحية
41.....	1-2- دور الطبقة الاجتماعية في الصحة و المرض
43.....	2-2- الطبقة الاجتماعية و الخدمة الصحية
44.....	(3)- الصحة في الجزائر
45.....	(4)- تطور نظام الصحة بالجزائر
45.....	4-1- مرحلة ما قبل الاستعمار
47.....	4-2- مرحلة الاستعمار
50.....	4-3- مرحلة الاستقلال 1962 الى يومنا هذا
51.....	(5)- احصائيات عن الصحة بالجزائر ما بعد الاستقلال
54.....	5-1- اصلاح المنظومة الصحية
57.....	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: مدخل للسوسيولوجية الطب

59.....	تمهيد
59.....	(1)-أصول الطب وجذوره الأولى
64.....	(2)- الانثروبولوجيا الطبية كتخصص
65.....	2-1- تعريف شامل و عام للأنثروبولوجيا الطبية
67.....	(3)- علم الاجتماع الطبي كتخصص
96.....	3-1- تعريف علم الاجتماع الطبي و تحديد مجالاته
70.....	3-2- مواضيع علم الاجتماع الطبي
71.....	3-3- الأسس و القواعد التي يركز عليها علم الاجتماع الطبي
72.....	3-4- المصادر النظرية لظهور و نشأة و تطور علم الاجتماع الطبي في العالم...
72.....	1- عند الغرب
73.....	2- عند العرب و المسلمين

74	3- أهم رواد علم الإجتماع الطبي
77	4- المستشفى كمكان للعلاج و التدريب
79	4-1- أهداف المستشفى الحديث
81	4-2- الصراع داخل المستشفى
83	5- الأداء المهني للطبيب بالمستشفى
83	5-1- تقييم الأداء
86	خلاصة الفصل

الفصل الرابع : التكوين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية

88	1- المريض ودوره الاجتماعي
90	1-1- حقوق المريض
92	2- الطبيب ودوره والمهني
94	2-1- واجبات الطبيب
96	2-2- هدف الطبيب
97	3- التعليم و التدريب الطبيين
98	3-1- التعليم الطبي
99	3-2- التدريب الطبي
102	3-3- أخلاقيات مهنة الطب
105	4- الرضا عن العمل لدى الطبيب بالمستشفى
107	5- علاقات العمل في الفريق الطبي بالمستشفى
110	5-1- علاقة الطبيب بالجهاز التمريضي
111	5-2- علاقة الطبيب بالمريض
114	5-3- علاقة الطبيب بزميله الطبيب
115	خلاصة الفصل

الفصل الخامس : خصائص عينة البحث

تمهيد.....	117
1- خصائص عينة البحث.....	118
2- المنهجية المتبعة	132
3 - مجالات الدراسة	133
3-1- المجال الجغرافي.....	133
3-2- المجال البشري.....	134
3-3- المجال الزمني.....	134

الفصل السادس: مدى الرضا عن التكوين لدى الأطباء المقيمين

تمهيد.....	137
1- طبيعة التكوين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية.....	137
2- مستوى التكوين الطبي الجزائري بالمقارنة مع متطلبات التكوين العالمي.....	153
3- درجة الرضا و عدم الرضا عن التكوين الطبي لدى الأطباء المقيمين... ..	170
4- طبيعة التكوين الطبي بالمؤسسة الاستشفائية العمومية و علاقتها بمدى الرضا عنه عند الأطباء المقيمين.....	187
5- طبيعة التكوين الطبي بالمؤسسة الاستشفائية العمومية و علاقتها بالتسهيل في المسار المهني عند الأطباء المقيمين.....	203
6) الرسكلة في الميدان الطبي	218
إستنتاج الفرضية الأولى.....	232

الفصل السابع: علاقات العمل و التكوين في الفريق الطبي

تمهيد.....	238

- 239(1) - علاقة الطبيب بزميله الطبيب
- 271(2) -المشاكل التي يواجهها الطبيب مع زملاء العمل بسبب حالة مرضية زارت المؤسسة الاستشفائية للعلاج
- 303(3) -مساعدة الطبيب لزميله الطبيب عند كثرة المرضى
- 320(4) -الأسباب المؤدية الى حدوث المشاكل بين الأطباء و زملاء العمل
- 345(5) -طبيعة العلاقة بين الطبيب و السلك الطبي و مدى تأثيرها على نوعية التكوين الطبي
- 363(6) -العلاقات مع الأطباء الطلبة الجدد
- 387(7) -المشاكل التي يواجهها الطبيب مع زميله الممرض و الشبه الطبي
- 403 إستنتاج الفرضية الثانية

الفصل الثامن: ظروف عمل و تكوين الأطباء المقيمين

- 413 تمهيد
- 414(1) - العوامل المؤثرة في التكوين الطبي
- 447(2) - الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية يوميا و دورها في التكوين الطبي لدى الأطباء المقيمين
- 472(3) - كثرة المرضى في قاعات الانتظار و مدى تأثيرها على التكوين الطبي لدى الأطباء المقيمين
- 496(4) - المشاكل التي يتعرض لها الطبيب مع المريض و أهله
- 526 إستنتاج الفرضية الثالثة
- 533 الاستنتاج العام
- 541 الخاتمة
- 543 قائمة المراجع

المقدمة:

لما كانت الصحة من أهم انشغالات الإنسان منذ وجوده على وجه الأرض نجده كان و مازال دائم البحث و الإطلاع على الوسائل و المسببات التي تجعل منه يحافظ عليها فالإنسان البدائي بدأ بالتفكير في طريقة للحفاظ على نظافة المحيط، فاخترع صرف المياه الصحي و علاج الماء، لتفادي الأمراض المتنقلة عن طريق الماء، كما نجده قد زاول العلاج البدائي البسيط – والذي منه بني العلاج الحديث – وذلك عن طريق التداوي بالأعشاب و تجبير الكسور، و لتفادي تلك الأمراض التي كانت منتشرة آنذاك و أغلبها كانت معدية و مميتة، ونظرا للعدد الهائل من الموتى الذين كانوا يذهبون ضحايا لهذه الأمراض من دون وجود الدواء، نجدهم كانوا يتفادونها بالوقاية .

و مع مجيء الإسلام جلب معه ثقافة خاصة بالمرض حيث نجده كان يركز دائما على النظافة ،فنجده ينص في هذا المجال على أن النظافة من الإيمان و الوسخ من الشيطان وبالنظافة نحافظ على صحة الأبدان و المكان و نتفادى انتقال الأمراض ، وهي نوع من الوقاية ، و الوقاية خير من العلاج، كما نجده قد دعى بالابتعاد عن التداوي بالسحر و الشعوذة، اللذان كانا منتشران بكثرة في أغلب المجتمعات في تلك الحقبة الزمنية، وحرهما نظرا لما فيهما من أذى يعود على الإنسان ،وليس فيه الشفاء كما كان يدعي ،حيث كان يظن بأن "المريض تسكنه أرواح شريرة "(1) تجعل منه يضعف و يمرض، و يجب ابعادها و محاربتها بممارسة طقوس الشعوذة و السحر،إذا بعد مجيء الإسلام الذي حرم ودعا إلى الابتعاد عن مثل هذه الطقوس ، نجد بأن إنسان ما بعد هذه الحقبة الزمنية طور من نفسه و أصبح يبحث عن المسببات الحقيقية للمرض، فأصبح أكثر ثقافة فيما يخص المرض و مسبباته، وطريقة الوقاية منه وعلاجه .

وكون أن الإسلام كباقي الديانات الأخرى حثنا على أهمية العلم و التكنولوجيا، هذا العلم الذي أكد و بيّن بأن لكل سبب مسبب، ولا وجود لشيء من تلقاء نفسه، وبغض النظر إلى الديانة أو الجنس، و بفضل جهود متكاثفة من قبل العلماء العرب و الغرب استطاعوا

(1)- توفيق حافظ شادية، السريان و تاريخ الطب ،نهضة مصر ،1993، ص 42.

التوصل إلى الطب الحديث، و ذلك باعتماد طب كل حقبة زمنية على الآخر، فكان لكل حقبة زمنية دورها في التوصل إلى علاج مرض معين و إيجاد دواء له، ابتداء من الطب بالأعشاب الذي مازال سائد إلى يومنا هذا ،ولكنه أكثر تطورا و مروراً بالطب النبوي ووصول إلى الطب الحديث، فبدأ الطب يشهد تطورا بعد الآخر، فانتشر التطعيم ضد الأمراض المعدية التي كانت تفتك بأرواح الملايين من البشر سنويا ،ليتخلص الطب الحديث من هذه الأنواع من الأمراض ولكن لتظهر أنواع أخرى أكثر تعقيدا وصعوبة، أمراض معدية و أخرى مزمنة، أمراض معدية نتفادها بالوقاية كأمراض المتنقلة عن طريق الجنس والأمراض المزمنة كالسكري و ضغط الدم وغيرها نتفادها بإجراء الحمية و الدواء في نفس الوقت و أمراض خاصة بالذكر و أخرى خاصة بالأنثى إلخ.

و بفضل جهود العلماء و المخترعين تم اكتشاف وسائل و معدات متطورة و ضخمة تساعد للعلاج و اكتشاف المرض عند بداياته الأولى ليتم معالجته قبل تفاقمه، ووسائل تساعد المرضى و الأطباء في العلاج و في التكوين لتشهد بذلك طريقة العلاج و التكوين تطورا لم تشهده من قبل ،معقدا لتعقد الحالات المرضية التي تستدعي العلاج يوميا،و لقد زادت أهمية الصحة العالمية بدرجة كبيرة خلال العقدين الماضيين مع شغل هذا الموضوع مكانة رئيسية كمؤشر و أداة للتنمية الاجتماعية و الاقتصادية ،فوفقا لما ورد في مقال نشر في نوفمبر 2013 في مجلة the atlantic حول أكبر 20 ابتكارا ساهمت أكثر من غيرها في صياغة طبيعة الحياة الحديثة ،فان خمسة من هذه الابتكارات يرتبط مباشرة بالصحة و هي البنيسيلين، عدسات النظر ،اللقاحات ،نظم الصرف الصحي ،و عقاقير منع الحمل(1) .

و بذلك ظهرت المدارس و المعاهد و حتى الجامعات الخاصة بتدريس الطب المتخصص، و ظهرت المؤسسات الاستشفائية بتجهيزاتها الضخمة و الحديثة وأصبحت المكان الذي يتدرب فيه الطبيب من جهة ويعالج فيه المريض من جهة أخرى ،وبهذا التقدم الذي وصلت إليه المجتمعات الحديثة استطاع الإنسان التغلب على أمراض كثيرة فتكت

(1)-دريسي أسماء، تطور الانفاق الصحي في الجزائر و مدى فعاليته في اطار اصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)، المجلة الجزائرية للعولمة و السياسات الاقتصادية ،العدد 06،2015، ص ص 141،140.

الكثير من الأرواح، وحطّت من شأن العديد من المجتمعات، كالأُمراض الوبائية التي غالبا ما كان سبب انتشارها هو الفقر و الجوع و الجفاف، وبفضل التطورات التي شهدتها هذه المجتمعات من اختراعات و استثمارات مسّت جميع جوانب الحياة الاجتماعية منها و الثقافية و الاقتصادية و حتى الصحية، استطاع الإنسان الحديث العيش في رفاهية، وقلّ خوفه من العديد من الأمراض التي كانت شائعة و منتشرة، ولكن كل هذا التطور و الرقي إلا أنه مازال هناك نقائص فيما يخص المجال الصحي وخاصة في المجتمعات السائرة في طريق النمو، كالمجتمع الجزائري كون القطاع الصحي لدينا مازال يعاني من بعض المشاكل و النقائص و التي تعود بالدرجة الأولى على المريض، لأنه هو الفرد الضعيف الذي يتلقّى إلّا ما يقدم إليه من رعاية صحّية، و حتى الطبيب و زملائه من العاملين الصحيّين قد يمستهم هذا النقص و هذه المشاكل، كون الطبيب هو المتعامل الأول مع المريض، و عند تعامله هذا يحتاج إلى وسائل و معدات و أدوات حتى يستطيع تشخيص المرض وإيجاد العلاج المناسب له.

1- أسباب إختيار الموضوع :

إن من بين أهم الأسباب التي دفعني لإختيار الموضوع يتلخص في ما يلي:

- 1- يعد هذا العمل امتداد و مواصلة للعمل الذي بدأته خلال اعداد رسالة الماجستير.
- 2- هذه الدراسة تسعى للإجابة على بعض التساؤلات التي لم يكن ممكنا الاجابة عليها خلال اعدادي لرسالة الماجستير.
- 3- طبيعة الموضوع و الذي يكتسي أهمية بالغة في حياة الأفراد نظرا لأهمية الصحة و الطب في حياتنا اليومية، و ارتباطهما بالمستقبل الصحي للإنسان، و في نفس الوقت ارتباطهما بالحياة الاجتماعية و الصحية.
- 4- ندرة الدراسات التي تناولت الطبيب كموضوع للدراسة، حيث أننا نجد دراسات كبيرة حول الصحة و المرض أسبابه و علاجه وكل جوانبه، و لكنها أهملت الطبيب كونه العضو الفعال في الصحة و العلاج.

(2)- الإشكالية :

بفضل العلم و التكنولوجيا اللذان توصل إليهما الإنسان ،شهدت المجتمعات تطوّرات و تغيرات مسّت جميع الميادين الاقتصادية منها و الاجتماعية والثقافية و السياسية وحتى الصحية ،و بظهور العولمة أصبح العالم و كأنه قرية صغيرة أو مجتمع صغير ،ومع هذا التغير تغيرت مصالح الشعوب وازدادت حاجيات الأفراد و رغباتهم ،و لم تقف عند حد إشباع الرغبات الأساسية كالأكل و الشرب و النوم و التعليم ، بل تعدتها لتصل إلى أبعد الحدود ، كالرغبة في حرية التعبير و الترفيه و السياحة و الأسفار و غيرها.... و مع هذا التغيّر و التطوّر ازدادت المجتمعات تعقدا وازدادت الحياة الاجتماعية صعوبة لتظهر مشاكل اجتماعية جديدة لم تكن لها وجود في سنوات و قرون مضت .

و بذلك ظهرت أهمية الرعاية الصحية و النفسية للتخفيف نوعا ما من حدة هذه المشاكل، فالصحة هي من أهم الجوانب و المواضيع التي تظطلع بنسبة كبيرة من الاهتمام لدى الأشخاص مهما اختلفت أجناسهم و أديانهم و مهما اختلف سنهم و جنسهم، كونها في قلب مستمر و تغير دائم، لذلك و لأسباب أخرى سعى الإنسان و مازال يسعى للحفاظ عليها، وتحقيق الحد الأدنى من الرعاية الصحية لجميع الأفراد و المجتمعات مهما اختلفت مستوياتهم المهنية و طبقاتهم الاجتماعية و انتماءاتهم الجغرافية و السياسية .

يعتبر المرض ظاهرة من بين أهم الظواهر التي شغلت اهتمام الرأي العام العالمي كونه يحدّ من حرية الأشخاص و امالهم ،كما يحد من رغباتهم وطموحاتهم،وبفضل الطب و بفضل العلماء الأطباء و الباحثين تم في غالب الأحيان التغلب على أخطر مهدد لحياة الإنسان ألا و هو المرض، و بالرغم من أن "المرض يعتبر كخطيئة" (1) لدى بعض الشعوب إلا انه عبارة عن مرحلة ضعف جسمي نفسي أو عقلي يشهدها الأفراد في فترة زمنية محددة من حياتهم لدى شعوب أخرى ،وقد تطول هذه الفترة الزمنية فيصبح مرضا مزمنا أو يؤدي بصاحبه إلى الموت ،وقد يزول مع الوقت.

1)- Manfred Pflanz & Heinrich Keupp ,Le concept de maladie : une perspective sociologique ,**Revue internationale des sciences sociales**,Revue trimestrielle publiée par l'Unesco ,Paris ,VolXXIX(1977),N°3 ,p 426.

يعتبر موضوع الصحة و المرض من بين أهم المواضيع التي تأخذ القدر الأكبر من الاهتمام لدى كل المجتمعات و الدول ،و ذلك نظرا لما تحمله من أهمية في الحياة اليومية للأفراد، لذلك نجد الدول تجعل من بين الأولويات في سياستها هو الاهتمام بهذا القطاع الصحي، اذ تخصص أموال طائلة من أجل تحسينه و محاولة تطويره و النهوض به، و ذلك بمحاولة توفير كل الظروف و الشروط الملائمة من أجل راحة المريض و العاملين بتوفير الرعاية الصحية كالأطباء و الممرضين و العاملين بالصحة و المسؤولين عنها.

ولما كان الطبيب هو الشخص العارف لمتطلبات المريض و حاجيته إلى الشفاء، كان لزاما عليه متابعة الدراسة و التكوين و التدريب طوال حياته الدراسية المهنية، فهو الشخص الأكثر اهتماما بالصحة العامة دون غيره، و هو القاعدة الأساسية لتقديم الرعاية الطبية لجميع الأفراد سواء بالمستشفيات أو المستوصفات، و نظرا لأهميته هذه توجب على المسؤولين الاهتمام بالدرجة الأولى بالتكوين الطبي الذي يتلقاه، و محاولة تحسين أداءه المهني الطبي و بالتالي تحسين الخدمة الصحية و جعلها في متناول الجميع.

و باعتبار أن الجزائر بلد يطمح بالنهوض بالقطاع الصحي كباقي الدول، نجدها تحاول تقديم رعاية صحية و طبية جيّدة، فتهتم تارة بالعاملين في القطاع الصحي و تارة أخرى تبذل كل جهودها لارضاء المرضى، اذ قامت بعدة اصلاحات منذ الاستقلال الى يومنا هذا، شملت هذه الاصلاحات جميع الجوانب المادية و المعنوية لكلا الطرفين العاملين بالصحة و المرضى، و لكن في الواقع نرى أرقاما مخيفة عن واقع الصحة في الجزائر و التي تسير الى الأسوأ، بحيث يدفع المواطن ثمن تدني الخدمات و حقه في العلاج ،و كشفت اخر الاحصائيات حسب منظمة الصحة العالمية فيما يخص ترتيب الدول العربية فيما يتعلق بمعدل الانفاق الحكومي للشخص الواحد عام 2012، عن تذييل النظام الصحي المعتمد في الجزائر، رغم الميزانيات الضخمة المرصودة لتحسين ظروف الرعاية الصحية للمواطن الجزائري، حيث تنفق الجزائر 234.4 دولار / الفرد سنة 2012، ضعف ما تنفقه المغرب 63.7 دولار / الفرد سنة 2012 على قطاع الصحة مقابل رعاية صحية جيدة، و نفس الأمر ينطبق على تونس 175.7 دولار / الفرد سنة 2012، التي جاءت الأولى في تقديم رعاية

صحية جيدة لأبناءها، مقارنة بميزانيتها مع الجزائر (1)، و بذلك نتساءل هل طريقة تكوين الأطباء بالمؤسسات الاستشفائية العمومية تتماشى و متطلبات التكوين العالمي؟ هل أطباءنا راضين عن مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه ؟ و هل للحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية العمومية دور في ظهور النزاعات فيما بين أعضاء السلك الطبي؟ و هل لها تأثير على نوعية و جودة التكوين لدى الأطباء ؟ كيف هي علاقات الأطباء فيما بينهم و فيما بين السلك الطبي؟ و هل لها علاقة في تحديد نوعية التكوين الطبي؟.

(3)-الفرضيات :

- 1- طبيعة تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية أدت إلى ظهور نوع من عدم الرضا عن التكوين لديهم .
- 2- علاقات العمل بالمؤسسة الاستشفائية العمومية تحدد نوعية التكوين لدى الأطباء المقيمين
- 3- للحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية العمومية علاقة في تحديد طبيعة التكوين لدى الأطباء المقيمين .

(4)-أهمية الموضوع

إن أهمية هذا الموضوع تمكن في قيمة الصحة و الطب في حياتنا اليومية، والمشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي هي من أهم المشاكل التي تعطي لها المجتمعات الجانب الأكبر من الاهتمام و ذلك بمحاولة الإلمام بها و إيجاد حلول لها .

و نظرا لما يحتويه موضوعنا من أهمية إذا ما نظرنا إلى الدور البالغ الأهمية للصحة و العلاج في حياة الانسان ،كون الانسان هدفه الأسمى و الأوحد و الأول هو الحفاظ على صحته و الإحساس باللياقة الجسدية ،هذا من جهة و أهمية المؤسسات الاستشفائية و القطاع الصحي العام و الخاص في حياتنا اليومية و الاجتماعية بصفة عامة من جهة أخرى، ونستطيع ملاحظة هذه الأهمية في عدة نقاط و التي سنلخصها كما يلي:

- 1- نوعية التكوين و مدى نجاعته في المؤسسات الاستشفائية العمومية كونها تختصر إلا على هذا النوع من المؤسسات ، فنوعية التكوين لها دور جد كبير و مهم لدى الأطباء ، و

(1)- دريسي أسماء ،مرجع سابق، ص 148.

بفضل هذا التكوين و مدى نجاعته يصبح الطبيب الطالب طبيب مؤهلا ممارسا للمهنة بدون مساعدة أو استشارة من طرف الزملاء في الحالات المستعصية و النادرة، فمهنة الطب يكون صاحبها أي الطبيب دائم الدراسة و الإطلاع، لأنه كلما تطّور الطب كلما زادت المشاكل الصحية تعقداً، و كلما توصل الطب إلى إيجاد دواء وحل لمرض ما إلا وظهر مرض جديد يستوجب البحث و الدراسة، لتبقى حياة الطبيب المهنية و كأنها كالجري في حلقة مفرغة ،فقد يصيب مرة و يخطأ مرة أخرى و لكن في الأخير يجد الحلول اللازمة ،وقد يكون الأطباء راضين عن طريقة التكوين الذي يتلقونه كما قد يكونون غير راضين ، لذلك ارتأينا أن ندرس مدى الرضى عن التكوين لدى الأطباء و كذلك مدى تأثير هذا التكوين على أداء هم المهني،و نوعية العلاقة التي تربط كلا المتغيرات .

2- تتعلق بطبيعة علاقات العمل بالمستشفى و مدى تأثيرها على التكوين، فعلاقات العمل مهمة في أي مؤسسة ولدى أي عامل ،لأن الفرد العامل يحتاج إلى علاقات عمل جيدة مع الزملاء لكي لا يكون لها تأثير سلبي على العمل و التكوين ،وكون الطبيب الطالب الذي هو في إطار التكوين يتلقى تكوينه بالمستشفى و هو في نفس الوقت يعمل، و كونه كباقي الأفراد العاملين يؤثر في البيئة التي يعمل بها (أي العاملين معه) و يتأثر بها.

و في هذه الدراسة نحاول معرفة نوعية العلاقة التي تربط الطبيب الطالب بزملاء العمل الأطباء والعاملين شبه الطبيين و كذا المسؤولين من جهة و المرضى من جهة أخرى و مدى تأثير هذه العلاقة على طبيعة التكوين الذي يتلقاه الطلبة الأطباء.

3- تتعلق بالحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية و مدى تأثيرها في طبيعة التكوين الطبي، و نقصد بالحالات المرضية المرضى الذين يقصدون المؤسسة للعلاج، وبفضل هذه الحالات المرضية يتعلم يوما بعد الآخر ويستفيد منها في خبرته المهنية، فيتعلم أنواع الأمراض و مسبباتها و نوعية الألم الذي يشعر به المرضى و غيرها، ونحن نحاول في هذه النقطة معرفة ما إذا كانت لهذه الحالات المرضية دور في طبيعة التكوين الذي يتلقاه كونها المادة الخام التي يتدرب عليها الطبيب و معرفة ما إذا كانت لهذه الحالات المرضية دور في ظهور النزاعات بين العاملين في السلك الطبي .

(5)-أهداف الدراسة:

5-1-أهداف علمية:

1- محاولة التعرف على ظروف التكوين و العمل المهينة لفئة الأطباء المقيمين ،و هي فئة الأطباء الحاصلين على درجة طبيب عام و في إطار التحضير لدرجة طبيب متخصص.

2- محاولة التعرف على درجة الرضا عن طبيعة التكوين الذي يتلقاها الطبيب ، فلكي يكون التدريب على المهنة و التكوين الطبي ناجحا لا يقتصر الأمر إلا على توفير المعدات و الأدوات و الأجهزة الطبية التي يحتاجها لذلك، و إنما يحتاج كذلك إلى الأستاذ المدرب و المعلم الذي يوجهه و يعلمه و يلقنه المهنة ،كون الحالات المرضية محل البحث و الدراسة و أداة التكوين متوفرة بكل أنواعها ودرجات خطورتها بالمؤسسات الاستشفائية .

3- محاولة التعرف على طبيعة العلاقات المهنية و نوعها بالمؤسسة الاستشفائية، و التي تربط بين الأطباء وباقي السلك الطبي من ممرضين و شبه الطبيين و المرضى، وكذا المسؤولين، و مدى تأثير هذه العلاقات على مستوى التكوين و طبيعته لديهم .

فنحن نحاول معرفة نوع العلاقات المهنية في داخل المؤسسة الاستشفائية و التي تربط أولا بين الأطباء و باقي السلك الطبي من جهة و بين الأطباء و المسؤولين من جهة أخرى، وكذا نحاول معرفة نوع العلاقة التي تجمع الأطباء بمرضاهم، و مدى تأثير هذه العلاقات على مستوى التكوين لديهم.

4-محاولة التعرف على نوع الحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية سواء الحالات الطارئة ليلا أو حتى الحالات العادية و المتوسطة التي تقصدها في النهار، و نتائج هذه الحالات المرضية على مستوى التكوين لدى الأطباء المقيمين و مستوى العمل في نفس الوقت، ومدى تأثير هذه الحالات على طبيعة و مستوى التكوين لدى هذه الفئة من الأطباء، هذا طبعا من جهة نظر الأطباء، و نحاول معرفة ما إذا كانت هذه الحالات المرضية التي تقصد المستشفى حسب درجة خطورتها مفيدة و بناءة للطبيب في إثراء آداه لعمله، وهل هي مفيدة له لاكتساب الخبرة الطبية و التكوين الجيد.

5- محاولة التعرف على مدى تأثير الحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية على فئة الأطباء المقيمين و مدى تسبب هذه الحالات في ظهور النزاعات في العمل مابين أفراد السلك الطبي (بين الأطباء فيما بينهم، بين الأطباء و الممرضين، بين الأطباء و المسؤولين بين الأطباء والشبه الطبيين وكذا بين الأطباء و المرضى أنفسهم) .

5-2-أهداف عملية:

1- تتمثل الأهداف العملية في محاولة التعرف على المشاكل التي يعاني منها الفاعلين في ظل الظروف المادية والمعنوية المحيطة به في المؤسسة الاستشفائية، وكذا محاولة تقديم بعض الاقتراحات والتوصيات والتي يتم التوصل إليها من خلال توزيع الاستثمارات وتحليل البيانات على المبحوثين ،ولعل هذه الأخيرة تساهم في اعطاء مفهوم شامل للحياة المهنية للأطباء، وتشمل هذه الحياة المهنية على نوعية العلاقات المحيطة بالطبيب، وبصفة أشمل كل ما يحيط به من ظروف.

2- التوصل عن قرب إلى معرفة المشاكل والصعوبات التي يتلقاها الفاعلين في أثناء التكوين الذي يتلقونه ،والعمل الذي يمارسونه في القطاع الصحي العام بصفة عامة.

3- قد تفيد هذه الدراسة المهتمين بالصحة والعاملين بها في تخفيف الضغوط التي يتعرض لها الفاعلين في ممارستهم المهنية والتدريبية ،وتجد اذان صاغية لحل تلك المشاكل وتذليل تلك الصعوبات ،وتساهم في التخطيط الحسن لتطوير المهنة ، وذلك بالتركيز على هذه المشاكل و الصعوبات.

6- تحديد المفاهيم:

1- **الأداء المهني:** هو انجاز لمهمة أو دور وهو في المجال الاداري تنفيذ مبرمج لخطة عمل تستلزم القيام بعدة وظائف متكاملة وتتحدد بموجبها شروط الأداء (الواجبات والمسؤوليات) ومستواه، و يقاس مستوى الأداء للعمل الاجتماعي بطريقة التحليل الأدائي(تعيين وقت العمل وكميته) وبموجب المستوى الأدائي... أما معدل الأداء فيحسب

بكمية العمل التي يحققها المؤدي (فرد، جماعة) في خلال وقت معين، فهو اذن معدل أو مستوى المردود والإنتاجية : كمية العمل/الوقت (1).

أما المعجم الإداري فيعرف الأداء بأنه الدرجة التي يصل إليها النشاط الانتماني أو الشريك الانتماني في العمل وفقا للمعايير/ مواصفات/ مبادئ توجيهية معينة أو في تحقيق النتائج وفقا للأهداف أو الخطط المعلنة (2).

التعريف الاجرائي للأداء المهني: إن أداء مهنة معينة يعني مزاولتها، و أداء المهنة يكون وفقا لشروطها و قوانينها، وقد يختلف هذا الأداء للمهنة حسب الأشخاص و الإمكانيات المتوفرة في العمل لكل شخص و حتى حسب الضمائر المهنية و الأحوال الاجتماعية لذلك نستطيع القول إن الأداء المهني للعمال قد يتأثر بالظروف الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية و حتى الدينية (الوازع الديني) و حسب الظروف المادية والوسائل المتوفرة في العمل.

2-التدريب: التدريب حسب معجم المصطلحات الاجتماعية هو اعداد الشخص للاستخدام أو الترقى لأي فرع من فروع النشاط ومساعدته في الافادة من قدراته حتى يحقق لنفسه وللمجتمع أكثر من مزايا ويختلف التدريب عن التعليم في أن التعليم يهدف إلى توسيع مدارك الدارسين وتزويدهم بالدراسات العامة والنظريات الأساسية، أما التدريب فيقوم على اعداد الأفراد وتأهيلهم لأداء أعمال معينة بإتقان وكفاءة أو ممارسة تخصصات تقتضيها طبيعة العمل المتطورة (3).

يعتبر التدريب من أهم الروافد الهادفة إلى الارتقاء بالأفراد والمنظمات لتحقيق الجودة والتميز في الأداء في عصر تكنولوجيا المعلومات، وبما أن الفرد هو محور التنمية والتغيير يجب أن تتضمن خطة التدريب مجموعة من النشاطات التدريبية المتطورة والمتجددة والتطوير لجميع العاملين (4)، ويعرف التدريب على أنه كل الأنشطة التي تساعد المتدربين عن طريق تحسين الأداء، وهو عبارة عن نشاط مخطط يهدف إلى إحداث تغيرات في الفرد والجماعة من ناحية المعلومات والخبرات والمهارات و معدلات الأداء

(1)-خليل أحمد خليل، معجم المصطلحات الاجتماعية، عربي فرنسي أنجليزي، ط1، دار الفكر اللبناني، بيروت، لبنان، 1995، ص 28.

(2)- الشوبكي سمير ، المعجم الإداري، ط1، دار أسامة، دار المشرق الثقافي، عمان، الأردن، 2006، ص 17.

(3)- بدوي أحمد زكي ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، لبنان، ص 429.

(4)- الشوبكي سمير ، مرجع سابق، ص ص 92، 93.

وطرق العمل والسلوك والاتجاهات بما يجعل هذا الفرد أو تلك الجماعة لائقين للقيام بأعمالهم بكفاءة ومقدرة على تولي المسؤوليات التي سوف تسند إليهم (1).

التعريف الاجرائي للتدريب : التدريب هو برنامج مخطط مسبقا بطرق علمية، يساعد على تحسين أداء العامل و تعليمه كيفية سيرورة العمل بطريقة أفضل و الرفع من قدراته، و يتوجب لنجاح عملية التدريب توفير كل الوسائل و المعدات و الظروف الملائمة التي يحتاجها المتدرب في أثناء ذلك.

3-التكوين: هو تلك الجهود الهادفة الى تزويد الموظف بالمعلومات و المعارف التي تكسبه مهارة أداء العمل أو تنميته و تطوير ما لديه من خبرات و مهارات و معارف، مما يزيد من كفاءته في أداء عمله الحالي أو أداء أعمال ذات مستوى أعلى في المستقبل (2). و التكوين هو عملية مقصودة و واعية تحدث تغييرات ارادية في سلوك المتكونين، كما تؤدي الى اكتساب مهارات مهنية بمعنى أنها لا تهتم بالجانب الأكاديمي بقدر اهتمامها باحداث تغييرات في أساليب التفكير و الممارسة(3).

التعريف الاجرائي للتكوين: هو الإلمام بالظروف و الشروط و القوانين التي تسير المهنة و محاولة التمرّن و التدريب عليها و ذلك بالتحكم في جميع هذه الشروط والظروف و القوانين التي تسيرها، و يكون التكوين عادة على المهن التي نجهلها ولا نملك عليها فكرة مسبقة، أو حتى يمكن أن نملك عليها فكرة بسيطة مسبقة .

4-العلاقات الاجتماعية: هي العلاقات التي تجري بين انسان وآخر ،بحيث يوجد بينهما تفاعل واستجابة وهذه العلاقات هي الأساس الأول لجميع العمليات الاجتماعية ويمكن اعتبار الاتصال والعزلة قطبي المسافة الاجتماعية ،ولو أن كل منهما يختلف في درجة شدته(4)، ويتضمن هذا المصطلح جميع العلاقات الكائنة بين الأفراد أو التفاعلات الاجتماعية سواء كانت تنطوي على التعاون أو الصراع (5).

(1)- عكاشة محمود فتحي ، علم النفس الصناعي، مطبعة الجمهورية، مصر، 1999، ص 166.

(2)- الطعاني حسن أحمد ، التدريب الإداري المعاصر، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص 15.

(3)-جوسعدة قاسم، تكوين المعلمين و اشكالته، مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية ، العدد 2، جوان 2011، ص 296.

(4)- بدوي أحمد زكي ، مرجع سابق، ص 394.

(5)-نفس المرجع، ص 400.

أما العلاقات المهنية أو علاقات العمل هي كغيرها من العلاقات الأخرى تنشأ بناء على علاقات انسانية اجتماعية اضافة الى اعتبارها علاقات مهنية. فعلاقات العمل هي العلاقات التي تنشأ و تنمو بسبب الانسجام، و هي تشمل تبعا لذلك العلاقات بين العمال و بعضهم البعض و بينهم و بين رؤسائهم أو مديريهم، و كذلك علاقاتهم بالمنشأة التي تستخدمهم، كما تشمل بمعناها الواسع العلاقات بين ادارات المنشآت و نقابات العمال و بين أصحاب العمل و الهيئات الحكومية(1).

التعريف الاجرائي لعلاقات العمل: هي جميع الصّلات التي تربط بين العمال فيما بينهم في العمل، وقد تكون مجموع السلوكات التي تصدر عن العمال في أثناء تعاملهم مع بعضهم البعض في أوقات العمل و في مكان العمل، وتكون في الغالب علاقات مهنية، وقد تختلف حسب الأشخاص و حسب الفئات العمرية و الجغرافية و ربما حتى المهنية.

5-نزاعات العمل: يقصد بالنزاع العمالي عادة النزاع الجماعي الذي يقوم بين واحد أو أكثر من أصحاب العمل من ناحية ،وجميع عمالهم أو فريق منهم من ناحية أخرى بسبب العمل أو شروطه (2). ولكن نحن نستعمل هذا المصطلح لتدريب النزاع الموجود بين عامل وآخر وهم الأطباء فيما بينهم، و بينهم و بين الفريق الشبه طبي ككل، ونقول نزاع عمالي أو صراع عمالي، فالصراع لغة يعني النزاع أو الخلاف أو الخصام و الشقاق، أما كلمة Conflit فتعني العراك ..أي أنّ الصراع اشتقاقات بمعنى التعارض بين مصالح و اراء(3).

يرى ابن خلدون أنّ المجتمع يقوم على التنازع بين بني البشر بسبب تراحمهم على حيازة حاجات الدنيا التي لا تتوفر بالمطلق ... و من ضرورة الاجتماع التنازع لازدحام الأعراض.. و يرى أيضا أنّ التنازع هو وجه من وجوه الصراع في المجتمع، لا يمكن حسمه إلا بمقتضى القوة، و ينتهي الصراع حكما بغلبة الأقوى الذي يملك القوة، و هو بالتالي يضع القانون و يفرض الالتزام بأحكامه، و هذا ما أطلق عليه قوانين الصراع(4).

(1)- بدوي أحمد زكي ، مرجع سابق، ص 5.

(2)- نفس المرجع، ص 237.

(3)- عياصرة معن محمود ، مروان محمد بني أحمد، ادارة الصراع و الأزمات و ضغوط العمل، دار حامد للنشر و التوزيع، ط 1، عمان، الأردن، 2008، ص 17.

(4)- نفس المرجع، ص 27.

و عرّف الصراع بأنه العنف أو التدمير أو ضبط غير حضاري للأموال أو عدم اللجوء الى سلوكات عقلانية، و لكن من الممكن أن يعني أيضا المغامرة و التجربة المثيرة، و التحديث و التوضيح، و الابداع و النمو و العقلانية الجدلية، فالصراع ذو حدين يمكن أن يكون سلبيا أو يكون ايجابيا(1).

التعريف الاجرائي للنزاع العمالي: ينشأ الصراع أو النزاع العمالي عادة نتيجة الاختلاف في المصالح بين العمال عند احتكاكهم اليومي ببعضهم البعض في المنظمة، و يكون في الغالب نتيجة للتباين الموجود في الامتيازات لكل منصب عمل، كالأجر المنح، الترقية و العلاوات و حتى التكوين...و للصراع أوجه فقد يكون صراع عمالي علني، و قد يكون خفي حسب القوانين الداخلية للمنظمة.

6-الرضا عن العمل: إن المبدأ الأساسي الذي يتخلل فلسفة العلاقات الانسانية هو أن هناك علاقة إيجابية بين الشعور بالرضا عن العمل وبين معدلات الأداء بل أن الهدف الأساسي الذي ترمي إليه فلسفة العلاقات الانسانية هو زيادة الانتاجية عن طريق زيادة رضا العامل عن عمله(2).

والرضا عن العمل هو شعور الفرد بالراحة النفسية بعد القيام بإشباع حاجاته وتحقيق أهدافه ويرى super 1953 أن رضا العامل عن عمله يتوقف على المدى الذي يجد فيه منفذا مناسبة لقدراته وميوله وسماته الشخصية ،ويتوقف أيضا على موقفه العلمي وعلى طريقة الحياة التي يستطيع بها أن يلعب الدور الذي يتمشى مع نموه وخبراته (3).

إن الرضا المهني هو درجة اشباع حاجات الفرد، ويتحقق هذا الاشباع من عوامل متعددة منها عوامل خارجية (كبيئة العمل) وعوامل داخلية (العمل نفسه) الذي يقوم به الفرد ،وتلك العوامل من شأنها أن تجعل الفرد راضيا عن عمله راغبا فيه مقبلا عليه دون تذمر ،ومحققا لطموحاته ورغباته وميوله المهنية ،ومتناسبا مع ما يريده أو يفوق توقعاته منه(4).

(1)- عياصرة معن محمود ، مرجع سابق، ص 18.

(2)- السلمي علي ، السلوك الانساني في الادارة، مكتبة غريب، القاهرة، مصر، ص 244.

(3)- المشعان عويد سلطان ، علم النفس الصناعي، ط 1، مكتبة الفلاح، الامارات العربية المتحدة، الكويت، 1994، ص 213.

(4)- نفس المرجع، ص 218.

ونجد الدكتور " محمد فتحي عكاشة " يعرف الرضا الوظيفي على أنه الشعور الناشئ عن مجموعة الاتجاهات التي يكونها الفرد عن طبيعة الوظيفة التي يشغلها والأجر الذي يحصل عليه ،وعن فرص الترقّي المتاحة مع مجموعة العمل التي ينتمي إليها ،وعن الخدمات التي تقدمها المنظمة له (1).

و يتفاوت الرضا الوظيفي لدى العاملين في مستويات : فالمستوى الأعلى من الرضا و هو الرضا التّام الذي يصعب تحقيقه، ثم المستوى الأوسط و هو الرضا الجزئي، أي القبول ببعض الأجزاء من العمل دون أجزاء أخرى، و هو يمكن تحقيقه، و أخيرا المستوى الأدنى و هو عدم رضا الموظّف عن معظم مكونات العمل أو الأجزاء الضرورية بالنسبة له، و في هذه الحالة تتعرض العلاقة الوظيفية بين الطرفين للخطر (2).

التعريف الاجرائي للرضا عن العمل: هو عبارة عن الإحساس بالراحة في أثناء أداء العمل و حب أدائه بقبول شروطه و ظروفه و قوانينه ،و أدائه على أحسن وجه دون رقابة أو عقوبة ،و الرضا عن العمل بصفة عامة هو الرضا عن الشروط و الظروف و القوانين التي يسير عليها ذلك العمل.

7-الحالات المرضية : هي المرضى، و المرضى هم هؤلاء الذين يحصلون على رعاية الأطباء و مساعدتهم، و يستخدم في الخدمة الاجتماعية ما يقابل هذا الاصطلاح و هو لفظ العميل(3).

و يمكن أن يعتبر المرض شكلا من أشكال الانحراف الاجتماعي الذي يتبنى فيه الفرد دورا محددا (4) .

التعريف الاجرائي للحالات المرضية : هي نوع الأمراض التي يحملها المرضى ويقصدون المستشفى بسببها و قد تختلف هذه الأمراض حسب الأشخاص وحسب الفئات العمرية و الجغرافية و ربما حتى المهنية.

-
- (1)- عكاشة محمود فتحي ، مرجع سابق، ص 113.
(2)- الصّحّاف حبيب، معجم ادارة الموارد البشرية و شؤون العاملين، عربي انجليزي، ط 1، مكتبة لبنان ناشرون، بيروت، لبنان، 1997، ص 88.
(3)- درويش يحي حسن ، معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، انجليزي عربي مع شروح بالعربية و مسرّد(كشاف)، الشركة المصرية العالمية للنشر لونجمان، مصر، مكتبة لبنان ناشرون، لبنان، ط 1، 1998 ، ص 73.
(4)- العمر معن خليل ، معجم علم الاجتماع المعاصر، دار الشروق، عمان، الأردن، ط 1، 2000، ص 374.

(7)- الدراسات السابقة :

7-1-الدراسات العربية:

1- دراسة: الدكتور حسني عوض والدكتور رائد نمر " واقع تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي ومعوقاتها "من وجهة نظر العاملين في المؤسسات الطبية في محافظتي قلقيلية و طولكرم ، مجلة العلوم الاجتماعية ، فلسطين ، 2010 .

هدفت الدراسة إلى معرفة واقع تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي ومعوقاتها من وجهة نظر العاملين في المؤسسات الطبية في محافظتي قلقيلية و طولكرم وتحديد أثر كل من متغيرات الجنس ، المؤهل العلمي ، سنوات الخبرة ، المهنة ، تبعية المؤسسة على درجة هذه المعوقات ، وقد اختار الباحثان عينة عشوائية بلغ قوامها 200 من العاملين في المؤسسات الطبية في محافظتي طولكرم وقلقيلية.

تجسد مشكلة الدراسة في قلة الدراسات التي تناولت ميدان الخدمة الاجتماعية الطبية في فلسطين ومعوقات تطبيقها من وجهة نظر العاملين في هذا الميدان، كما أنه لا توجد قوانين وأنظمة وتشريعات خاصة تتعلق بإنشاء أقسام خاصة بالخدمة الاجتماعية في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية، على الرغم من التزايد المستمر في اعداد المرضى والجرحى والمصابين في المجتمع الفلسطيني الذين هم في أمس الحاجة لهذه الخدمات.

و في ضوء طبيعة الدراسة والبيانات المراد الحصول عليها استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي الذي يصف الظاهرة كما هي في الواقع ويعبر عنها تعبيراً كمياً و كيفياً بحيث يؤدي ذلك الى الوصول الى فهم علاقات هذه الظاهرة، اضافة الى الوصول الى استنتاجات وتعميمات تساعد في تطوير الواقع المدروس، وقد طبقت الدراسة في العام 2009، و قد تكوّن مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المؤسسات الطبية محافظتي قلقيلية و طولكرم والبالغ عددهم 477 حسب تقرير وزارة الصحة الفلسطينية لعام 2009، و لقد أجريت الدراسة على عينة قوامها 220 من العاملين في المؤسسات الطبية في محافظتي

طولكرم و قلقيلية ،وقد تم الاستعانة بوزارة الصحة الفلسطينية من أجل التوصل الى عينة الدراسة من خلال كشوف العاملين في المستشفيات والمراكز الصحية في مديرية محافظة طولكرم ،وقد تم اختيار العينة بالطريقة الحصصية ،وبعد اتمام عملية جمع البيانات حصلنا على 200 من العاملين . و توصلت الدراسة الى ما يلي:

- عدم سماح المسؤولين بضرورة وجود قسم للخدمة الاجتماعية الطبية .
- كثرة الاجراءات الادارية والروتينية التي تكبل الاخصائي الاجتماعي.
- نقص المعلومات التي توضح اهمية دور الاخصائي الاجتماعي الطبي بالنسبة للمرض و الذي يساهم في تكوين اتجاهات سالبة نحو الاخصائي الاجتماعي والخدمة الاجتماعية الطبية
- عدم توافر تشريعات واضحة تتعلق بإنشاء أقسام للخدمة الاجتماعية الطبية.
- غياب أقسام خاصة للخدمة الاجتماعية الطبية وعدم وجود ادارة خاصة بها في الوزارات والجهات المختصة

تقييم الدراسة:

إن هذه الدراسة تطرقت الى عمل الاخصائي الاجتماعي الطبي في فلسطين ومعوقات اداء الخدمة الاجتماعية الطبية من وجهة نظر العاملين بها ،ولا يخفي على الجميع بأن عمل الاخصائي الاجتماعي الطبي هو عمل مشترك مع الطبيب ،فبدونه لا يستطيع الاخصائي الاجتماعي الطبي علاج المرض ،وبدون اتخاذ رأي الطبيب لا يستطيع التدخل كون الطبيب هو الذي يصف الحالة المرضية للمريض حتى يستطيع الاخصائي وصف العلاج المناسب للمريض ،وبذلك عملها مشترك ،و بواسطة هذا الاتصال نستطيع التعرف على نوعية العلاقة المهنية التي تجمع بينهما وكذا التعرف على المشاكل التي تعيقها اذا ما وجدت لتكون موضوع للدراسة والبحث، هذا من جهة ، و من جهة أخرى استفدت من الدراسة كون الباحثان استعملتا العينة الحصصية مثل البحث الذي أقوم به.

2- دراسة: الدكتور عبد العزيز علي الخزالي، مكانات وأدوار الممرضين والمرضات في النسق الطبي، الأردن.

هذه الدراسة كانت في عدد من المستشفيات و المراكز الصحية بالأردن ،تناولت الدراسة موضوع المكانات والأدوار التمريضية وذلك من خلال تتبع تطور التمريض في النسق الطبي في المجتمع الأردني، وقد تم اختيار عينة عشوائية تمثل مختلف العاملين في المجتمع التمريضي ،بلغ حجمها 219 مبحثا وذلك لمعرفة رأيها بمجموعة من المؤشرات ذات العلاقة بالمكانات والأدوار التمريضية ،وهذه المؤشرات هي طبيعة الوظيفة ،الأجر المادي ومزايا المهنة ،الاستقرار والشعور بالأمن النفسي ،تقدير الآخرين والعلاقة مع الزملاء.

توصلت الدراسة إلى أن المكانات والأدوار تختلف باختلاف مجموعة من المؤشرات مثل الأجر ،الراتب ،الاستقرار ،الشعور بالأمن ،العلاقات مع الزملاء ،فرص الترقى والحراك الوظيفي ،العلاقات مع الرؤساء بالحوافز المادية وظروف العمل.

وقد تطور النسق الطبي لدرجة أن حدث هناك قدر كبير من التداخل الوظيفي بين عدد من العاملين الذين يشغلون مكانات اجتماعية متباينة داخل المستشفى وخارجها ،فإجراء عملية جراحية مثلا يحتاج إلى تضافر جهود فريق عمل يتدرج أعضاءه من الطبيب الجراح إلى مساعدي الممرضين ،بمعنى أن هناك فارقا كبيرا بين وضع الطبيب ووضع الممرض والمرضة ،سواء داخل المستشفى أو خارجها ،ومن الناحية الفنية وجد أنه كلما زاد تقسيم العمل في المستشفى فإن الطبيب يتنازل بالضرورة عن أجزاء من وظائفه التاريخية أو المهام التي كان يضطلع بها لنفسه في الماضي إلى أفراد من هيئة التمريض أو الفنيين ،ويصبح معتمدا في عمله على مهارات غيره من العاملين معه بنفس القدر الذي يعتمدون به على مهاراته ،فكما للطبيب دورا أساسيا في علاج المرضى بالمستشفيات ،فإن هذا العلاج لا يمكن أن يتم بدون تعاون من جانب الممرضين والمرضات والفنيين والفنيات في تشخيص الأمراض ،ويعتمد الأطباء على هيئة التمريض في ملاحظة المرض وتنفيذ تعليماتهم الخاصة بالعلاج والأطباء خاضعون بصفة مستمرة لملاحظات الممرضين وهم الشهود

الوحيدون على فشل أو خطأ الطبيب في التشخيص والعلاج وهم كذلك حكام قاسين على أخلاقيات الطبيب وأسلوبه في التعامل.

نتائج الدراسة:

أولاً: تقييم المرضى والممرضات لدرجة أدراجهم لبعض الأدوار التمريضية

1-العوامل المرتبطة بطبيعة وخصائص وظيفة التمريض وتشمل المعرفة العلمية الجديدة والمستمدة، القيام بالتخطيط للعمل، الرقابة الذاتية، الشعور بانجاز عمل مهم ونافع، استغلال القدرات العقلية والعلمية والتقدم واحتلال مواقع قيادية.

2-الأجر المادي: يعتقد الممرضون والممرضات أن أجرهم المادي دون المتوسط.

3-الاستقرار النفسي والشعور بالأمن : كان تقييمهم للعوامل المرتبطة بالاستقرار النفسي والشعور بالأمن متوسطا في كافة العوامل باستثناء العامل الخاص بعرض الترقية فهو دون المتوسط.

4-المكانة والتقدير: تراوحت درجة تقييم المرضى والممرضات للعوامل المرتبطة بالمكانة والتقدير فهو دون المتوسط بالعامل الخاص بتقدير المجتمع لهذه المهنة الأمر الذي يعني أن المرضى والممرضات يشعرون بأن المجتمع لا يقدر هذه المهنة، والمستوى متوسط بالنسبة للعامل الخاص بالمكانة الاجتماعية واحترام وتقدير المريض وجيد في شعور المرضى أنهم أعضاء فاعلون في المجتمع.

كذلك عبر أعضاء العينة الايجابية عالية عن علاقاتهم مع زملائهم داخل المؤسسة الصحية.

ثانياً: ترتيب الممرضون والممرضات للعوامل المؤثرة في المكانات والأدوار الاجتماعية حسب أهميتها على النحو التالي: الأجر والراتب، الاستقرار والشعور بالأمن المتعلق بالوظيفة، العلاقات مع الزملاء، المكانة الاجتماعية، طبيعة العمل، حوافز مادية، وأخيرا ظروف العمل (ترتيب العوامل من أكثرها أهمية على أقلها أهمية).

تقييم الدراسة:

إن الدراسة التي بين أيدينا والمتمثلة في مكانات وأدوار المرضى والممرضات في النسق الطبي كانت دراسة تمس فئة المرضى بعدد من المستشفيات والمراكز الصحية

بالمجتمع الأردني ،ولقد اتخذت هذه الدراسة بعين الاعتبار في البحث الذي أنا بصدد القيام به نظرا لكون هذه الفئة من المجتمع تعمل جنبا إلى جنب مع الأطباء وتعتبر اليد اليمنى لهم فهي المساعدة الأولى للطبيب في أثناء قيامه بدوره والمتمثل في علاج المرضى والتخفيف من ألامهم ،ضف إلى ذلك أنهما ينتميان إلى نفس النسق والمتمثل في المستشفى ،بدون أن ننسى بأنها المتعامل الأول مع الطبيب والوسيط بينه وبين المريض ،فالمشاكل التي تعاني منها الممرضة لربما تكون نفسها التي يعاني منها الطبيب أو أنهما يشتركان في بعض منها وخاصة تلك المتعلقة بنوعية الاتصال في داخل المستشفى والعلاقات مع الزملاء .

ساعدتني هذه الدراسة كوني تعرفت عن قرب نوعا ما عن الممرضة ،وكذا المشاكل المهنية التي تعاني منها خاصة تلك المادية منها كالأجر وظروف العمل والحوافز ضف إلى ذلك العلاقات مع رؤساء العمل (كالطبيب مثلا).

3- دراسة:الدكتور أديب برهوم، الدكتور بسام زاهر، وائل سليمان، أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي، سوريا، 2007 .

يتمثل الهدف من البحث في تقويم المبادئ العلمية التي تقوم عليها العملية التدريبية التي تتم في مستشفيات وزارة التعليم العالي، حيث يتم تدريب الكوادر الطبية و التمريضية و تأهيلها، و مدى انعكاس جودة العملية التدريبية على جودة الخدمات الطبية المقدمة فيها، كما يهدف البحث الى توضيح مفهوم ادارة الجودة الشاملة و مدى امكانية اعتمادها في عمل المستشفيات التعليمية.

هذه الدراسة ميدانية أجريت في مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية كنموذج للمستشفيات التعليمية، حيث تم توزيع الاستبيان على المدربين و على القائمين على العملية التدريبية من الأطباء و الاداريين، و شملت عينة البحث التي تم اختيارها عشوائيا طلاب الدراسات العليا و الكادر التمريضي و الاداريين و كذلك عدد من المدربين و الاداريين كمسؤولين عن العملية التدريبية، كان حجم العينة 155 مبحوث.

و كانت أهم النتائج المتوصل اليها كالتالي:

- 1-تبين أن معظم العاملين في الكادر التمريضي لا يخضعون لدورات تدريبية بعد الالتحاق بالعمل، أما بالنسبة لطلاب الدراسات العليا فيعد تدريبهم مستمرا بحسب طبيعة دراستهم.
- 2-عملية التقويم للمتدربين هي عملية غير كاملة حيث تقتصر على التقويم البعدي ، أي بعد انتهاء التدريب.

- 3-جودة التدريب تنعكس ايجابا على جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى، فقد أكد المدربون و المتدربون أن التدريب أدى الى تحسين جودة الخدمات التي يقدمونها بالمستشفى.
- تقييم الدراسة:**

لقد تطرقت الدراسة الى العملية التدريبية التي تتم بالمستشفى و هو تقريبا نفس الموضوع الذي أنا بصدد اجرائه، و لقد استفدت منها و خاصة في الجانب الخاص بالطلاب الأطباء و الطلاب الممرضين.

2-7- الدراسات الجزائرية:

- 1- دراسة: شايب سعاد، الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة و ظروف العمل،رسالة ماجستير،جامعة الجزائر 2008.

كان الهدف من الدراسة هو محاولة التعرف على كيفية عمل الأطباء في ظل المشاكل التي تعرفها المؤسسات الاستشفائية العمومية، ومدى توفر عوامل وظروف العمل كالأجر و المنح و العلاوات و الوسائل و المعدات الطبية بكل مستلزماتها و العدد الهائل للمرضى، ضف إلى ذلك محاولة التعرف على نوع العلاقة التي تربط الأطباء المكونين و أساتذتهم، ومدى إنضباط هذا الأخير في التكوين و ما هي نظرة هؤلاء الأطباء لنوعية التكوين الذي يتلقونه و ما مدى رضاهم عنه.

ولقد تم في هذه الفصول التطبيقية دراسة ظروف عمل الأطباء بالمؤسسة الاستشفائية العمومية من آلات و معدات و ادوات طبية وكذا الجوانب التحفيرية و الاتصال في داخل المستشفى.

لقد قامت الطالبة باستعمال المنهج الكمي و قامت بتوزيع 150 استمارة في 9 تسع مصالح طبية من بين 41 مصلحة طبية، ولقد كانت عملية توزيع الاستمارات بطريقة عشوائية تضمنت الأطباء المقيمين و الأطباء المساعدين و الأساتذة المساعدين فتحصلت على 111 طبيب مقيم، 195 طبيب مساعد و 20 أستاذ مساعد، وبعد تفريغ البيانات و تبويبها و تحليلها حصلت الطالبة على النتائج التالية:

1-وجود نقص ملحوظ في الآلات و المعدات الطبية اللازمة وكذا الأدوات الأمر الذي أدى إلى وجود صعوبة في مزاولة العمل الطبي من طرف الطبيب و باقي الطاقم الطبي. و بالتالي التماس نوع من عدم الرضا عن الأداء المهني لدى هؤلاء الأطباء .

2-عدد المرض المتواجدين بالمستشفى و الذي يشرف على علاجهم الطبيب له تأثير على الفاعلية في العمل الطبي ، فكثرة المرض في الطوابير الانتظار تجعل من الطبيب يسرع في علاجهم في اقصر مدة زمنية ممكنة، وبذلك ينظر هنا إلى الجانب الكمي و يهمل الجانب الكيفي وهذا ما يؤثر بالسلب على الطبيب و المريض معاً.

3-إن للجوانب التحضيرية تأثير كبير في الرضا عن العمل لدى الأطباء وذلك بأخلاق مستوياتهم المهنية وجود نوع من عدم الرضا لدى فئة الأطباء المقيمين بينما هناك وجود نوع من الرضا عند فئة الأطباء المساعدين والأساتذة المساعدين و ذلك نظرا لامتياز هاتين الفئتين بعدة امتيازات مع الفئة الأولى، وخاصة فيما يخص المنح و العلاوات و الأجر كون الأطباء المقيمين تعمل أحيانا أكثر من فئة الأطباء المساعدين و الأساتذة المساعدين و لكنها تتقاضى اجرا تراه زهيدا بالمقارنة مع هاتين الفئتين، و لكنها هذه الفئة هي من وجهة نظر ادارة المستشفى حتى ولو كانت تعمل أكثر فهي مازالت في إطار التدرج و التدريب و أن هذا العمل هو عبارة عن تدريب لا عداد أطباء مؤهلين ولإكتساب المعرفة و التمرن على المهنة.

4- للجوانب التحفيزية أثر كبير في جعل العامل مهما كانت درجته المهنية يبذل مجهود اضافي لتحقيق الفاعلية و الوصول إلى المستوى المطلوب.

5- من بين المشاكل التي يتعرض إليها الطلبة في مرحلة التكوين هي امتناع الأساتذة عن اعطاء جميع معلوماتهم الطبية إلى طلبتهم، وحسب المبحوثين أن السبب في ذلك، هو عدم تأهيل هؤلاء الأساتذة في نظر طلبهم كفاءة حتى يستطيعون الثمول بالمعلومات الطبية ضف إلى ذلك عامل الوقت، حيث عدم كفاية الوقت لاتمام الدروس و التدريب هي من بين اهم العوائق التي تقف في وجه الطلبة و الأساتذة في نفس الوقت.

تقييم الدراسة:

إن هذه الدراسة كانت عبارة عن إنطلاقة للموضوع الذي أنا بصدد دراسته فكانت بمثابة دراسة استطلاعية تعرفت فيها على الموضوع بحد ذاته، فتعرفت على الأطباء و طريقة عملهم، علاقاتهم فيما بينهم، اساتذتهم، وكذا ظروف عملهم المادية و المعنوية، ضف إلى ذلك تعرفت على ميدان الدراسة الذي هو المؤسسة الاستشفائية لذلك كانت هذه الدراسة عبارة عن تعريف شامل لموضوع الدراسة الحالية، فلقد ساعدني في الالمام بالموضوع و تحديد الفرضيات وبناء الاشكالية، و التي منها خرجت بأسئلة الاستمارة .

2- دراسة: بودوح غنية، استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية وأداء الموارد البشرية ، رسالة دكتوراه، جامعة بسكرة.

قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي لأن هذا البحث ينطلق من معرفة واقع استراتيجية التكوين المتواصل داخل المؤسسة الصحية وما هي أهدافها ومعيقاتها ،والعلاقة بين استراتيجية التكوين المتواصل وأداء الموارد البشرية.

و لقد استعملت العينة الطبقية: وقد تم اختيار عينة البحث على أساس ثلاث فئات مهنية: فئة الأطباء ،فئة الشبه الطبيين ،فئة الإداريين، و تحصلت على 178 مبحوث، و توصلت الى النتائج التالية:

- 1-التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية يعمل على تزويد الأفراد بالأفكار الجديدة من أجل تحسين مستواهم العلمي والمهني.
- 2-التكوين المتواصل يساعد الأفراد على التحكم في منصبهم الحالي ومعرفة التطورات في مجال عملهم في الغالب ونادرا ما يعمل على تهيئة الأفراد لأجل تقلد مناصب أعلى .
- 3-يساعد التكوين على تحمل مسؤوليات أعلى.
- 4-هناك مشاكل يواجهها الفرد في المؤسسة الصحية كنقص الوسائل الطبية وغياب الحوافز.
- 5-هناك ربط مباشر بين الكفاءة والتكوين ،الخبرة وبين تدرج العامل في عمله وزيادة ارتباطه واستقراره بالمؤسسة ،وبالتالي فالتكوين المتواصل يقدم للموارد البشرية وللمؤسسة مجموعة من البدائل الوظيفية التي تساهم في نجاحها.
- 6-قصور في مجال العلاقات الانسانية في المؤسسة الصحية سواء العلاقات مع المرضى أو الزملاء في العمل أو مع الرؤساء.
- 7-الافتقار إلى الكثير من عناصر البيئة التأسيسية اللازمة للقيام بعمليات تكوين قوية وفاعلة.
- 8-وجود فجوة كبيرة بين عمليات التكوين التي تتم وبين الاحتياجات التكوينية الحقيقية المطلوبة للعاملين بالمؤسسات الصحية.

تقييم الدراسة:

لقد تطرقت الباحثة في هذه الدراسة إلى موضوع التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية العمومية لمدينة بسكرة ،وهو نفس الموضوع الذي أنا بصدد دراسته باختلاف بسيط فقط فيما يخص ميدان البحث وأفراد العينة أو الفاعلين وهم فئة الأطباء ،فئة الشبه طبيين ،وفئة الاداريين ،بينما سوف أتخذ أنا في هذا البحث فئة واحدة فقط ،وهي فئة الأطباء، كما تناولت فيها المشاكل التي تعرقل التكوين المتواصل لهذه الفئات الثلاثة كالوسائل الطبية والحوافز والخبرة والكفاءة ،وكذا تطرقت إلى نوعية العلاقات الانسانية مع المرضى أو الزملاء في العمل أو مع الرؤساء ،وهو موضوع مشابه للموضوع الذي ابحت فيه.

8- صعوبات الدراسة:

- 1- أول صعوبة واجهتها هي تلك الخاصة بميدان البحث، أهمها الإمتناع عن تقديم الرخصة لإجراء البحث و التي دامت مدة عامين و نصف، و التماطل في إعطاء المعلومات .
- 2- ثاني صعوبة تمثلت في عدم تفهم أغلبية العينة المبحوثة و امتناعهم عن ملئ الاستمارة.
- 3- قلة المراجع الخاصة بالموضوع.

9- التقنيات المستعملة :

عند إجراء أي بحث علمي يستعمل الباحث لإجرائه تقنيات و أدوات تساعد لفهم و شرح الظاهرة المراد دراستها، و باعتبار البحث الذي أنا بصدد دراسته هو بحث ميداني فقد استعملت شبكة الملاحظة قبل أي إجراء آخر، فالملاحظة كما يعرفها الأستاذ الدكتور معتوق "هي فن من فنون جمع المعلومات و هي من أصعب الأدوات المنهجية و هذا راجع إلى طبيعتها من جهة و طبيعة الموضوع المراد تطبيقها عليه"⁽¹⁾ و عند إجرائي لهذه التقنية قمت بتقمص دور المريض و جلست بقاعات الإنتظار مطولا، كما استعملت إضافة إلى هذه التقنية تقنية المقابلة التي أجريتها مع بعض المسؤولين و بعض المرضى و الشبه الطبيين، و التقنية الأساسية في البحث هي تقنية الاستمارة، كما يعرفها الأستاذ معتوق "أنها تعد من أصعب التقنيات المنهجية من حيث الاعداد و الضبط لمحتوياتها"⁽²⁾ و هي أداة منهجية تسمح لنا بجمع البيانات حول الموضوع المراد دراسته كما أنها هي عبارة عن مجموعة من الأسئلة الموزعة حسب المحاور الخاصة بالعروض و الأهداف المسطرة من طرف الباحث⁽³⁾.

- 1- و لقد احتوت الاستمارة على ثلاث محاور رئيسية، البيانات الشخصية و البيانات الخاصة بالتكوين و بيانات خاصة بنوعية العلاقات، و قد بلغت عدد الاسئلة فيها ب 41 سؤال .

(1)- معتوق جمال، منهجية العلوم الاجتماعية و البحث الاجتماعي، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2013، ص 150.

(2)- نفس المرجع، ص 182.

(3)- نفس المرجع، ص 179.

(10)- الدراسة الإستطلاعية:

رغم معرفتي المسبقة لميدان البحث و الموضوع كذلك، كونه إتمام لموضوع رسالة الماجستير، قمت بإجراء بعض المقابلات مع المسؤولين و المرضى، وكذا العلاقات التي تجمع فيما بينهم و بين السلك الطبي، و التي قدرت بـ 14 مقابلة، 5 ذكور و 9 إناث، من بينهم رئيس مصلحة، و ذلك قصد جمع المزيد من المعلومات لإثراء البحث فتوصلت إلى مجموعة من النقاط و التي تتمثل في :

- سبب اختيار مهنة التمريض بالنسبة للمرضى و الشبه الطبيين كان في الغالب سببه حب المهنة.
- أما فيما يخص مدى الرضا عن العمل تقريبا 90 % منهم راضيين عن العمل الذي يؤدونه.
- فيما يخص نوعية العلاقة التي تربط المرضى بالأطباء هي جيدة في الغالب و أخوية حسبهم.
- فيما يخص الوسائل و المعدات المتوفرة من طرف المؤسسة فهي غير كافية و لا تغطي الطلب.
- فيما يخص مدى تعرضهم للإعتداءات من طرف المرضى نجد الأغلبية تعرضوا إلى الاعتداءات الشفهية و الجسدية، مثلهم مثل الأطباء كونهم يتعاملون مع نفس الزبون، و هو المريض.
- نقص الأمن بالمصالح الطبية .
- سوء تسيير المسؤولين يزيد من تدهور الأوضاع خاصة فيما يخص النقل و الاطعام.

(11)-المقاربة النظرية للدراسة:

إن النظرية تستقي من النتائج التي جمعت ووضعت في بناء واحد، كما ان العلاقات المنطقية بين النتائج تشكل النظرية، وعلى هذا النحو تصبح النظرية هي ترتيب للوقائع و النتائج بطريقة هادفة، وذات مغزى، ويكون هذا الترتيب وذاك البناء بمثابة الجوهر الحقيقي للبحث العلمي طالما أنه بدون ترتيب للوقائع وبدون وضعها في اطار منهجي منظم لن تكون هناك تعميمات أو تنبؤات، والفائدة العظمى للنظرية تتمثل في أنها تلخص نتائج البحوث وتربط بينها، وتضع تفسيرات للسلوك الاجتماعي، ومن ثم فهي تمكن الباحث من أن يخطوا خطوة الى الأمام في مجال الدراسات الجديدة والملائمة التي تسهم بدورها في تقدم النظرية ونموها بصفة مباشرة (1).

وبما أن دراستي هذه هي مزيج بين علم الاجتماع والطب، وبالخصوص علم الاجتماع التنظيم والعمل، وعلم الاجتماع الطبي، فهي تستخدم مناهج وأدوات البحث الخاصة بعلم الاجتماع وتعالج موضوع من المواضيع الخاصة بالطب، وكون "علم الاجتماع الطبي يهتم بدراسة القوة في المؤسسة الطبية والنفوذ بين القوى العاملة الطبية، وكيفية تنفيذ الأوامر في سياق التنظيم الرسمي للمستشفى" (2).

و إنّ دراستي هذه سأتناول فيها أهم نسق من الأنساق الاجتماعية في حياتنا اليومية وهي المؤسسة الاستشفائية العمومية وما تحتويه من موارد مادية وبشرية، و محاولة معرفة نوع العلاقات المهنية بها، التي تجمع بين الفاعلين (الأطباء المقيمين) فيما بينهم بالدرجة الأولى، ثم فيما بينهم و بين باقي السلك الشبه الطبي، و على أي أساس تُبنى ؟ .

ولقد تبينيت نظريتين اثنتين وهما: نظرية التحليل الاستراتيجي ونظرية الأدوار، وسوف أتطرق إلى تعريف وتحديد كل نظرية من هاتين النظريتين على حدى.

(1)- جابر سامية محمد، علم الاجتماع المعاصر، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1989، ص ص 27، 28.

(2)- المكاوي علي، تقديم محمد الجوهري، علم الاجتماع الطبي، مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1996، ص 57.

11-1- نظرية التحليل الاستراتيجي:

في علم الاجتماع تشير هذه العبارة إلى الطريقة التي أسّسها Michel Crozier و E.Freidberg (1977) (L'Acteur et le système)، وتهدف هذه العملية إلى تحليل كيفية عمل الأنظمة من خلال سلوك الفاعلين، وذلك بالاستعانة بالمسلمات التالية: إنهم يتمتعون بهامش من الحرية وبتطويرهم الاستراتيجيات يندرج سلوكهم في علاقات سلطة ويشكلون نظام عمل ويمكن لهذه الطريقة أن تكون مؤشرا يقود سلوك التغير التنظيمي، وقد تستخدم عبارة التحليل الاستراتيجي في معنى آخر مغاير تماما كأن تستخدم في الإشارة إلى دراسة استراتيجيات المؤسسة (1).

إذن حسب التعريف أعلاه نلاحظ أن " ميشال كروزي" يدرس الفاعل الذي يراه عنصر انساني للنسق، يقوم بتمثيل الدور ودوره في التحليل الاستراتيجي فيه إبداع وكل فاعل مهما فعل داخل التنظيم - ومهما كان هذا التنظيم صارما - يبقى له هامش من الحرية يجعل دوره مبدعا. ضفّ إلى ذلك قضية النسق والفاعل كما بينها في كتابه الذكور أعلاه تتميز بعلاقة سلطة والسلطة أ على ب عندما أ يجعل ب يفعل ما يريده وبذلك يستطيع أن يتوقع سلوكه، والعلاقة بين الفاعلين هي علاقة سلطة (2).

فالمستشفى باعتبارها نسق مهمّ في حياتنا اليومية يحتوي على مجموعة كبيرة من الفاعلين يتقصدون أدوارا مختلفة في داخله، وباعتبار أن الطبيب هو عبارة عن فاعل من بين كل هؤلاء الفاعلين يقوم بدوره داخل هذا النسق المتمثل في العلاج والبحث الدائم والمستمر على الحلول لمختلف الأمراض والأوبئة، يعمل لصالح المريض والعامة من الناس.

في داخل هذا النسق يخضع الفاعلين لسلطة بعضهم البعض من قاعدة الهرم إلى قمته، فالأطباء الذين هم في إطار التكوين يخضعون لسلطة الأطباء المؤطرين المكلفين بتكوينهم والمرضى يخضعون لسلطة الأطباء المكونين (في إطار التكوين) والمؤطرين في نفس الوقت و الأطباء باختلاف درجاتهم المهنية و العلمية يخضعون لسلطة الإدارة

(1)- دورتيه جان فرانسوا، ترجمة جورج كتورة، معجم العلوم الانسانية، ط 1، دار كلمة و مجد، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع، أبو ظبي، الامارات المتحدة العربية، 2009، ص 208.

(2)- محاضرات الأستاذ بوزيدة، السنة الأولى ماجستير، 2002.

والمسؤولين وفي أثناء هذه السلطة وفي أثناء القيام بالدور في داخل النسق تحدث عملية التفاعل ما بين كل الفاعلين ، هذا التفاعل ينتج عنه (يترجم بـ) العلاقات المهنية في داخل النسق ما بين الفاعلين باختلاف مستوياتهم المهنية والعلمية وما يهمن في عملنا هذا العلاقات ما بين الأطباء والممرضين ، الأطباء والأساتذة المؤطرين ، الأطباء والمسؤولين بالإضافة إلى علاقات الطبيب مع الحالات المرضية التي تقصده للعلاج يوميا. ما اذا كانت هذه العلاقات هي علاقات سلطوية أو تحكمها ظروف أخرى نحاول معرفتها.

2- نظرية الدور: مجموعة من المفاهيم قائمة على الدراسة الثقافية الاجتماعية والأنثروبولوجية والتي تتعلق بالطريقة التي يتأثر بها الناس في سلوكياتهم باختلاف وتنوع أوضاعهم الاجتماعية التي يحتلونها والتوقعات المختلفة المصاحبة لتلك الأوضاع (1).

ولقد استعارت العلوم الانسانية ولا سيما علم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع على التعبير للإشارة إلى ظاهرة يعتبرها العديد من الكتاب أساسية في كل مجتمع في سياق ما ، إذ يميل كل عضو من هذا المجتمع إلى إظهار جملة من التصرفات التي تميز شخصية ما كما في المسرح ، وقد يكون الدور نفسيا أو اجتماعيا (2).

يتضمن كل تنظيم مجموعة من الأدوار متميزة تربيا (مثلا المدير ، الناظر العام، أمين الصندوق ، مندوبو التلاميذ ، التلاميذ في مدرسة معينة إلخ) هذه الأدوار يمكن تعريفها بصفاتها أنظمة إلزامات معيارية يفترض بالفاعلين الذين يقومون بها الخضوع لها، وحقوق مرتبطة بهذه الالزامات ، وهكذا يحدد الدور منطقة موجبات وإلزامات مرتبطة خاصة بمنطقة استقلال ذاتي مشروط ، فالمدير لأنه عليه أن يحافظ على حسن سير مؤسسته يمكنه في حدود معينة وبشروط محددة بدقة تقريبا اللجوء إلى عقوبات معينة فيما لو ابتعد فاعل آخر معين - تلميذ على سبيل المثال - عن القواعد التي تحدد دوره كتلميذ.

ان الالزامات المعيارية المقترنة بكل دور من الأدوار التي تكون في أبسط الحالات معروفة تقريبا من مجموع الفاعلين المنتمين الى تنظيم معين ،تخلق توقعات للدور تؤدي الى

(1) - السكري شفيق ، قاموس الخدمة الاجتماعية ، الخدمات الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة ، مصر ، 2000 ، ص 453.

(2) - دورتيه جان فرانسوا ، مرجع سابق ، ص 392.

تقليص الشك في النشاط المتبادل :عندما يدخل الفاعل أ في نشاط متبادل مع الفاعل بفان كليهما ينتظران أن يتحرك الآخر في الاطار المعياري الذي يحدد دوره (1).

و يعتبر الدور مهما جدا لسبب توجيهه للأفراد عن كيفية تصرفهم و انجاز أنشطتهم فهو يمثل ،و طابعا اجتماعيا ،و هكذا فانه يتّبع أنماط منتظمة ،و يستخدم علماء الاجتماع الأدوار على أنها وحدات تساهم في بناء المؤسسات الاجتماعية (2)

فالدور الاجتماعي للطبيب يتضمن منظومة من أنماط السلوك التي يمارسها الأطباء في العادة بصرف النظر عما يحملونه من اراء و توجهات شخصية ،و حيث ان جميع الأطباء يشاركون في هذا الدور ،فان من الممكن أن نتحدث بصورة عامة عن السلوك المعبر عن الدور المهني للأطباء بغض النظر عن الأطباء الأفراد الذين يحتلون هذه المواقع الاجتماعية(3).

اذا هنا الأطباء باعتبارهم فاعلين في النسق الذي ينتمون اليه و هي المستشفى تحركهم أدوار مصحوبة بحقوق و التزامات ،و يتوجب على كل فاعل تمثيل دوره و كأنه في المسرح ،هذه الأدوار التي يقوم بها كل فاعل مهما اختلفت درجته المهنية و الاجتماعية في التنظيم تساهم في بناء النسق الذي ينتمون اليه و هي المستشفى بصفة خاصة ،و النسق الكلي الذي هو المجتمع بصفة عامة ، فكل فاعل في هذا النسق يحركه دوره ، و قد يكون لنفس الفاعل أدوار عدّة في نفس الوقت ،فهذا الفاعل الذي هو الطبيب ،نجده يؤدي دوره في المستشفى المتمثل في معالجة المرضى في أوقات العمل - و التي قد تستمر الى أوقات متأخرة من اليوم بحكم المهنة - و بعد الدوام نجده يمثل أدوارا أخرى : يمثل دور الزوج و رب الأسرة ،يمثل دور الابن لوالديه و دور الأب لأبنائه ،و قد يكون كذلك أستاذا في الجامعة ،و بذلك يمكن أن تتعدد الأدوار بالنسبة للفاعل الواحد ،و يفترض بهؤلاء الفاعلين الذين يقومون بهذه الأدوار الخضوع لها ،و بذلك تتحدد حقوق و واجبات لكل فاعل في أثناء قيامه بدوره.

(1)- ر. بودون و ف. بوريكو، ترجمة سليم حداد، المعجم النقدي لعلم الاجتماع، ط 1، دار المطبوعات الجامعية، 1986، ص ص 288، 289.

(2)- العمر معن خليل ،معجم علم الاجتماع المعاصر ، ط 1 ،دار الشروق ، عمان، الأردن، 2000، ص ص 362، 363.

(3)- جيندز أنتوني، ترجمة فايز الصياغ ،علم الاجتماع مع مخلات عربية ، ،مرجع سابق ،ص ص 362،363.

الفصل الثاني

الخدمة الصحية في الجزائر

تمهيد

(1)-المرض، الصحة والعلاج

1-1- تصنيف الأمراض

1-2-أسباب المرض

1-3-لمحة تاريخية عن الصحة العامة

(2)- معوقات الخدمة الصحية

1-2- دور الطبقة الاجتماعية في الصحة والمرض

2-2-الطبقة الاجتماعية و الخدمة الصحية

(3)- الصحة في الجزائر

(4)-تطور نظام الصحة بالجزائر

4-1-مرحلة ما قبل الاستعمار

4-2-مرحلة الاستعمار

4-3-مرحلة الاستقلال 1962 الى يومنا هذا

(5)- احصائيات عن الصحة بالجزائر ما بعد الإستقلال

5-1- اصلاح المنظومة الصحية

خلاصة الفصل.

تمهيد:

إن المرض، الصحة والعلاج من المواضيع الشائكة التي تجلب اهتمام الرأي العام العالمي كونها من أخطر الأمور التي تؤدي بالإنسان إما إلى التطور والرفي وإما تؤدي به إلى الهلاك والضياع في دهاليز الظلام، والصحة في السنوات الأخيرة لقيت تطورا كبيرا وذلك بفضل الجهود المبذولة من طرف المنظمات العالمية المتخصصة في هذا الأمر، والتي تسعى إلى توفير الحد الأدنى من الصحة والعلاج من المرض للأفراد باختلافاتهم العرقية والطبقية والدينية، ولقد خصّصت منظمة الصحة العالمية ميزانية كبيرة تصرف سنويا لإجراء البحوث الصحية، وذلك لإيجاد الحلول اللازمة للقضاء على الأمراض والمشاكل الصحية ومحاولة تعميمها على دول العالم.

(1)-المرض، الصحة والعلاج:

إن كل مجتمع له أفكار أقل أو أكثر وضوح حول معنى المرض بالمقارنة مع باقي الظواهر (1)، ففي العصور الماضية كانت الأمراض الكبيرة تتمثل في الأوبئة والأمراض السارية المعدية مثل السل والكوليرا والملاريا وشلل الأطفال التي اتخذت فيما مضى طابعا وبائيا يهدد المجتمع بأسره، أما في البلدان الصناعية فقد تناقصت هذه الأمراض الحادة المعدية، بل إن بعضها قد استؤصل واندثر كليا، وانتشرت عوض ذلك أنواع جديدة من الأمراض المزمنة وغير المعدية مثل أمراض السرطان والقلب والسكري واضطرابات الدورة الدموية، وهذه الظاهرة ما يطلق عليها اصطلاح الانتقال الطبي، وفيما كانت أسباب الوفاة الأولى في مرحلة المجتمعات ما قبل الحديثة تتمثل في وفيات الرضع والأطفال، فإن الوفاة في المجتمعات الحديثة تحدث مع أو بسبب التقدم في السن (2)، و من أوضح مؤشرات التقدم في الرعاية الصحية الزيادة الحادة التي تحققت في أعمار المواطنين، فعلى مدار العقود الستة الماضية، زاد متوسط العمر المتوقع عالميا بأكثر من 23 عاما، و من المتوقع طبقا لتوقعات " شعبة السكان في الأمم المتحدة " أن يزداد قرابة

(1)- Manfred PFLAWZ et Heinrich Kenpp, Opcit ,p 420.

(2)- جينز أنتوني ، مرجع سابق، ص ص 238، 239.

07 أعوام أخرى بحلول عام 2050 (1)، وعلى الصعيد العالمي تقدر منظمة الصحة العالمية [O. M. S] أن الخمول البدني تسبب ما يقدر ب 1،9 مليون حالة وفاة في عام 2001، وهو مسؤول عن 10 إلى 16% من حالات سرطان الثدي والقولون والمستقيم، وداء السكري وحوالي 22% من أمراض نقص تروية القلب (2) من هنا تزايد الاهتمام بالأمراض المزمنة التي تتفاقم مع التقدم في السن، وتركز جانب من هذا الاهتمام خيارات أسلوب الحياة المتاحة للأفراد وعدم تعاطي التدخين ومزاولة التمارين، وانتقاء الغذاء المناسب (3)

ولقد أدى تغير أنماط الحياة إلى تغيير في سلوك الأفراد من حيث النظام الغذائي والنشاط البدني، والتي لديها تأثير كبير على صحتهم، ثم تخفيض فرص ممارسة النشاط البدني وذلك أساسا بسبب زيادة استخدام وسائل النقل والأجهزة الكهربائية، والحد من عمل المهام اليدوية التي تتطلب جهدا بدنيا، وظهور نوع جديد من الترفيه الجلوسي بالإضافة إلى ذلك تغيرت العادات الغذائية في إطار زيادة استهلاك الأطعمة الغنية بالدهون ، ولكن ثبت الآن أنّ نقص التغذية والنشاط البدني غير الكافي هي المحددات الرئيسية للأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، السكري والسمنة وارتفاع ضغط الدم وأنواع معينة من السرطان، هذه الأمراض المزمنة أصبحت شيئا فشيئا السبب الهام للعجز والوفاة المبكرة معا في البلدان المتقدمة والسائرة في طريق النمو (4)، ومن الأسباب الرئيسية للوفاة في العالم العربي هي سرطان الرئة والتهاب الشعب الهوائية المزمن المرتبطة بالتدخين والحوادث نصفها يعود إلى الطريق والنصف الآخر لا يزال مرتبط بالإفراط في استهلاك الكحول (5)

نسب أبقراط انتاج الأمراض إلى البرودة أو الحرارة إلى الجفاف، إلى الرطوبة، وهو ما يعني بعبارات أخرى أنه نسب ظهور الأمراض إلى المؤثرات الخارجية، وهذا صحيح باعتراف الجميع، في الواقع أن الإنسان لم يخلق ليكون مريض، المرض في

(1)-دريسي أسماء، مرجع سابق، ص 141.

(2)- GUILBERT Philippe , Armand GAUTIER, préface Philippe LAMOUREUX, **Barometre santé 2005, premier résultats**, ed INPES, 2005, P 59

(3)- جيندز أنتوني، علم الاجتماع، مرجع سابق، ص ص 238، 239.

(4)- GUILBERT Philippe , Armand GAUTIER, Opcit , p 59.

(5)- LEVY Emile, **A la recherche d'indicateur de santé**, *Revu internationale des sciences sociales*, Opcit, P 490.

الأصل لم يكن موجود في الجسم، وظهر للوجود لاحقا، وبإمكانه أن يصبح وراثيا، ولكن ظهر نتيجة بعض المؤثرات الخارجية، وبعض التغيرات التي طرأت على البيئة(1) إن ظهور المرض ليس فقط واحد من بين العناصر المؤسسة لميكانيزمات الدفاع، وتتّص أيضا على العلاقة بين المرض والقالب الاجتماعي لأنساق القيم، وبذلك تدمج في النسق الاجتماعي نفسه(2)، وطريقة تلقي المرض أو ظهوره هو حدث اجتماعي للحياة اليومية، وهي ليست اديولوجية مغلقة مخصصة للأخصائيين الذين يريدون المحافظة على نسق معين من القيم أو ممارسة السلطة على جاهل(3)

1-1 تصنيف الأمراض: يصنف الطب الحديث الأمراض في ضوء عالم

التصنيف إلى فئات شاملة، وبالتالي أصبح من الممكن التعرف على المرض في جميع أنحاء العالم بغض النظر عن السياق الثقافي كما صار التصنيف مرجعا في تشخيص المرض عبر الثقافات المختلفة، وعلى العكس من ذلك نجد أن تصنيف الأمراض في ضوء النظم الطبية الشعبية قليل التأثير والفاعلية نظرا لاختلاف أسماء الأمراض وأعراضها باختلاف الثقافات، كما يمكن أن تكون أعراض المرض في ثقافة معينة مؤشرات للصحة في ثقافة أخرى وعند آخرين تقل أهميتها أو تفقد معناها الطبي تماما(4)

فمفاهيم المرض مهما كانت ذات طابع شعبي أو مهني لديها سبل أو وسائل تتمثل في علم التصنيف الذي يصنف الأمراض إلى عدة فئات. ففي الثقافات غير الغربية يوجد العديد من التصنيفات ولديهم سبل لشبكة خشنة تسمح بتحديد موقع كل مرض حسب ما إذا كان باردا أو ساخنا، طبيعي أو غير طبيعي... إلخ(5)

ولقد صنفت الأمراض حسب درجة انتقال المرض من شخص لآخر ومدى خطورة هذه الأمراض في حالة الاختلاط بالمصابين، أو في حالة عدم عزلهم والحجر عليهم، وهي نوعين:

(1)- BERNARD Claude, *Principes de la médecine expérimentales*, (1813-1879) , P 156.

(2)- PFLAWZ Manfred et Heinrich Kenpp, Opcit , p 415.

(3)-Ibid, p 416.

(4)- المكاوي علي ، الأنثروبولوجيا الطبية، دراسات نظرية و بحوث ميدانية، جامعة القاهرة و قطر، 1991 ، ص 21.

(5)- PFLAWZ Manfred et Heinrich Kenpp, Opcit , p 424.

1- **الأمراض المعدية:** وهي الأمراض التي تنتقل من شخص لآخر بواسطة العدوى إما باستخدام أدوات المريض أو الجراثيم، أو نقل الدم...إلخ.

2- **الأمراض غير المعدية:** وهي الأمراض التي لا تسببها الجراثيم وليس لها ناقل أو وسيط، وإنما يصاب بها الشخص نتيجة عوامل أخرى ناتجة عن طبيعة الجسم ومناعته، والظروف الصحية التي يعيش بها(1).

في المقابل نجد مفهوم أو نظرة بأن المرض يكون بالضرورة ظاهرة اجتماعية منتجة من طرف هوية جديدة وتخلق أدوار جديدة، ولكن لا أحد من هذه النظريات أو المفاهيم التي تتكلم عن المرض مهما كانت موضوعية أو ذاتية تجد تعريف للمرض أو الفئة التي منها يأتي المرض .

إن التمييز بين المرض والظواهر الأخرى كذلك هي وظيفة بعض المعاهد أو أنظمة العمل التي وجدت بغية حل هذه أو تلك المشاكل، ويمكن انشاء معاهد لتكون بمثابة آليات للدفاع وعلاج بعض المشاكل، ولكن التحليل السوسيولوجي اكتشف بأن بعض المعاهد أوجدت أصلاً لحل بعض المشاكل لكنها بدورها تجلب مشاكل جديدة، وهناك طريقة أخرى لتعريف المرض بما نسميه الاقتراب الإحصائي والذي يعتبر عادي وغير باتولوجي [أي غير مختص في علم الأمراض]، في الطب الغربي هذا الاقتراب الإحصائي للمرض لا يستعمل إلا في ميادين جد معرفة ومحددة(2)

2-1- أسباب المرض : أوضح جورج براون « George BROWN » كيف

تسهم النظرية الاجتماعية في فهم أسباب المرض وعوامله في صفوف الطبقة الاجتماعية والسن والنوع، وفي هذا الصدد تسيّر أدوار علماء الاجتماع وعلماء الأوبئة في خط متكامل في استجلاء هذه الأصول الاجتماعية للمرض(3)، ويختلف المرض ومسبباته باختلاف الزمان والمكان والأفراد، فهناك من يرى بأن هذه الأسباب ترجع إلى الظروف الطبيعية من ماء و هواء ورطوبة، وهناك من يضيف إليها العوامل النفسية الاجتماعية التي لا يجب الاستهانة بها.

(1)- قدرى الشيخ علي، سوسن جورج سمور، ماري زايد حداد، علم الاجتماع الطبي، ط 1، مكتبة المجتمع العربي، عمان، الأردن، 2014، ص 101

(2)- Manfred PFLAWZ et Heinrich Kenpp, Opcit , p 420.

(3)- المكاوي علي ، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص 21.

1- الأسباب الطبيعية:

إن البرد، الرطوبة والغذاء السيئ هي الظروف التي يمكن أن تسبب الأمراض المختلفة(1) ظف إلى ذلك الهواء الملوث والحرارة المرتفعة .

1/ البرد : البرودة المرتفعة قد تكون سبب في ظهور بعض الأمراض، كالزكام و الروماتيزم وبعض أمراض العظام.

2/ الرطوبة: هي الأخرى سبب رئيسي لظهور الأمراض بين الأفراد كمرض الربو.

3/ الهواء: إن الهواء من بين أكبر الظروف الناقلة للأمراض وبكيفية سريعة كمرض الزكام وكل أنواع الإفلونزات والمalaria التي كانت منتشرة وبسرعة وبكثرة في المجتمعات القديمة.

4/ الحرارة المرتفعة: قد تكون سببا لظهور بعض الأمراض كالضربات الشمسية التي تتعرض لها الأفراد عند تعرضهم لأشعة الشمس وبعض أنواع الأمراض الجلدية.

5/ الغذاء السيئ: كالغذاء الذي يفتقر إلى الفيتامينات والتي تؤدي إلى أمراض الخاصة بالجهاز المناعي وأمراض الدم كفقر الدم، أمراض المعدة والكولون.

وقد سعى الطب آنئذ لمعرفة أسباب المرض، وانتهى إلى أنها عوامل ووسائل متناهية في الصغر، وتتمثل في الميكروبات التي تؤثر على خلايا الجسم، ومع تقدم البحث العلمي ظهرت أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية، حيث توقف الأطباء أمام أمراض وحالات لا ترجع إلى الأسباب المعروفة للمرض، وإنما ترجع إلى عوامل سياسية وسيكولوجية واجتماعية وثقافية واقتصادية، ويظهر التأثير المرضي لهذه العوامل في النهاية في صورة اختلالات واضطرابات وظيفية وفسولوجية وسلوكية وسيكولوجية، من هناك أدرك الأطباء أهمية هذه العوامل الجديدة عليهم وبدؤوا يتحررون من أسر النموذج البيولوجي للمرض إلى النماذج الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وغيرها، وصاروا يتعاونون مع علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا(2)

(1)- BERNARD Claude, *Principes de la médecine expérimentales*, Opcit, P 182.

(2)- المكاوي علي ، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص 7 .

2- الأسباب الاجتماعية: إن للمرض بعدين أساسيين أحدهما شخصي والآخر

عام واجتماعي، فإصابة أحدنا بالمرض لا تلحق به مجرد الاحساس الفردي بالألم والخوف والنكد والحيرة والإرتباك، بل إنما تؤثر في الآخرين حوله، كما أن الناس الذين حولنا أو نتعامل معهم يواجهون حالتنا المرضية بالتعاطف أو بمد يد المساعدة أو تقديم الرعاية والمساندة، وهم يبذلون الجهد لفهم مشاعر المريض، ويحاولون استعاب هذه المشاعر وترتيب آثارها على حياتهم، كما أن ردود الفعل التي تصدر اتجاه المريض من الذين يتعاملون أو يتفاعلون معه تسهم في التأثير على تصور الفرد لنفسه والأهمية بالنسبة إلى الآخرين(1)

إن في الواقع لم يتم الكتابة على المسببات الاجتماعية للمرض التي ينظر إليها من قبل المريض لا على المستوى الذاتي و لا على مستوى المجتمع، وأغلبية الأعمال في علم الاجتماع تعتبر كفكرة مهيمنة مكتسبة من فكرة أسباب المرض العلمي في الطب الحديث، ومنها نفترض تصورات دنيوية غير دينية، هذه الفكرة من وجهة نظر الطب هي بالضبط مثالية ولكن هي بدون شك خاطئة في الممارسة اليومية لعلاقات طبيب مريض، والمرضى مثلهم مثل الأطباء يطورون المفاهيم حول مسببات المرض والتي تؤسس على عدة مستويات(2)، فالمرضى و الأطباء مقتنعين بالدور الذي يمكن أن تلعبه المؤشرات النفسانية (3) كالقلق و الضغط و التوتر .

و فيما يخص البحوث حول الرعاية الصحية الأولية تبين أنه من واحد إلى ثلثي الأشخاص الذين يستشيرون طبيب عام يقومون بذلك لأسباب نفسية اجتماعية أكثر منها طبية، وهذا ما يؤدي بطبيعة الحال إلى التساؤل ما إذا كان هذا هو دور الطبيب؟ وبالتأكيد في أيامنا هذه أغلب الأطباء العاملين تلقوا فقط تكوين مختصر فيما يخص الاضطرابات النفسية الاجتماعية، وهم بذلك غير مجهزين جيدا لعلاج المرضى الذين

(1)- جيدنز أنتوني ،علم الاجتماع، مرجع سابق، ص 240.

(2)- PFLAWZ Manfred et Heinrich Kenpp, *Le concept de la maladie ,une perspective sociologique*,Opcit, p 417.

(3)-Ibid, P 425.

يعانون من مثل هذه الأمراض(1) .

3- أسباب خاصة بالبيئة:

يمثل عمل CHADWIK كدراسة محضرة بعناية ومؤسسة على بحث أمبريقي تجريبي للاحتياجات الصحية لجماعة حضرية معينة، وأوضح في تقريره تقنيات استخدام محددة للصرف الصحي والنظافة وتخزين الماء غير الملوث لتحسين ظروف المعيشة وإزالة بعض التشوهات التي يجب أن تقلص عدد الحالات المرضية (2)، وفي نفس الوقت حوالي 1914 تقريبا نجد مقارنة أكثر واقعية وأكثر عملية تبناها AFRED GORTAHN المتخصص الكبير في النظافة الاجتماعية وعلم الاجتماع والاقتصاد(3).

3-1- لمحة تاريخية عن الصحة العامة:

إن الصحة هي بالتناوب :حالة فردية، حالة جماعية لأمة، حاجة، حق، مجموعة من الأمراض للمحاربة، هدف ينشد الوصول إليه، موضوع سياسي، لكل واحد من هذه الحقائق يطابق مفهوم خصوصي وحدود خاصة للمجال(4)، وحسب منظمة الصحة العالمية فإن الصحة هي حالة كمال الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية، ويضاف إلى ذلك أن الصحة ليست حالة فقط غياب المرض أو العاهة(5).

ومن الصعب جدا إن لم يكن مستحيلا وضع الحدود الفاصلة بين الصحة والمرض بين الحالة الصحية العادية وغير العادية، وعلاوة على ذلك كلمات الصحة والمرض هما جد تعسفيتان، فكل ما هو متوافق مع الحياة هي الصحة، وكل ما هو غير متوافق مع معدل الحياة وجعلها تتوَلَم هو المرض(6).

والصحة العامة هي نظام من البرامج والخدمات السياسية الخاصة بالرعاية الصحية، أهدافه منع ومحاربة الأمراض وزيادة مدى العمر وترقية المستوى الصحي وتتوصل الدولة في تحقيق ذلك من خلال الإجراءات الصحية العامة كالصرف الصحي،

(1)-DEREC. G,GILL et Andrew, C.Twaddle, « Sociologie de la médecine, sociologie médicale, que recouvre ce terme ? » Revue internationale des sciences sociales, Opcit, p 405.

(2)-Ibid, P402

(3)-Ibid, P402

(4)-R.A.Stallones, *Environnement ,ecologie et épidémiologie chronique*.OMS,vol 26, 1972, P P 347, 351,In Andras NOVEMBER, *Les médecins praticiens en souce, Revue internationales des science sociales*, Opcit, P 474.

(5)-يحي حسن درويش، مرجع سابق، ص 73.

(6)- BERNARD Claude, *Principes de la médecine expérimentales*,Opcit, P 182

ومكافحة الأمراض المعدية والتوعية الصحية وتدبير الخدمات الصحية والتمريض والكشف المبكر والصحة الوقائية وإنشاء المراكز الصحية المختلفة، وتدير هذه الخدمات السلطات الصحية الحكومية على مختلف المستويات وتشارك فيها الهيئات (1).

1- فقد كان مفهوم الصحة العامة عند الإغريق يتجه أساساً نحو الصحة الشخصية... بمعنى تقوية صحة الفرد عن طريق الاهتمام بنظافته وغذائه.

2- صحة البيئة: وفي العصر الروماني تطور مفهوم الصحة العامة واتجه نحو البيئة، فأصبحت الصحة تعني بالمجتمع كله... فكان عندهم طرق مختلفة لتصريف الفضلات ...

3- أما المسلمون الذين كانت لديهم أنماط مختلفة من الخدمات الصحية فإنهم أسسوا الدوائر الصحية وعينوا مفتشين صحيين لأمر الصحة في المدن...، وهم أول من بني المستشفيات الخاصة للأمراض وأكثروا من الحمامات العامة واستعملوا الحجر الصحي للوقاية من الأمراض المعدية كالطاعون.

4- الطب الوقائي : وفي عصرنا الحديث ظهر الطب الوقائي [وهو علم وفن الوقاية من الأمراض وتقوية الصحة سواء على مستوى الفرد أو المجتمع]

5 - الطب الاجتماعي : فلقد ارتبطت ممارسة الطب منذ العصور القديمة بالحالة الاجتماعية والاقتصادية للناس، فمفهوم الطب الاجتماعي ومفهوم الصحة الاجتماعية يؤكدان ارتباط الصحة والمرض بالحياة الاجتماعية لأن كل منهما يؤثر في الآخر ويتأثر به، لذا فإنه لا بد من إجل الارتفاع بمستوى الصحة من العمل على رفع المستوى الاجتماعي.

6- الصحة العامة وحديث تطور مفهوم الصحة العامة حتى أصبحت تشمل: صحة البيئة – صحة الأفراد- مكافحة الأمراض السارية ومنع انتشارها ورفع مستوى الوعي لدى الناس، فالتركيز على تقديم الخدمات الطبية إلى مختلف فئات الشعب والتقدم الملموس في تكنولوجيا الطب أدباً إلى عدة تطورات على مفهوم الصحة منها(2)

(1)- درويش يحي حسن ، مرجع سابق، ص 73.

(2)- زيادات عادل ، الصحة في الأردن، لجنة تاريخ الأردن، عمان، الأردن، 1993، ص 13.

(1)-إنخفاض نسبة الإصابة بالأمراض المعدية والقضاء على بعض الأمراض التي فتكت بالبشرية.

(2)-التحسن المستمر في انخفاض معدل وفيات الأطفال مما أدى إلى ارتفاع توقعات الحياة للدول المتقدمة وبعض الدول النامية.

(3)-ارتفاع نسبة أمراض الحضارة الحديثة كالسكري وضغط الدم ولا بد من ذكر تأثير التثقيف الصحي العام على مفهوم الصحة وذلك من خلال عمل المواطن عن وعي وبصيرة بما يحافظ على صحته وصحة أفراد عائلته ومجتمعه.

(2)- معوقات الخدمة الصحية:

إن الخدمات الصحية هي واحدة من الجهود الأكثر أهمية التي يضطلع بها الإنسان لتحسين نوعية حياته، ولكن نسبة كبيرة من سكان العالم لا توجد لديهم إمكانية للاستفادة من الرعاية التي يتلقاها الكثير من الأشخاص ولكن نجدها لا تخفف من ألمهم⁽¹⁾، و لقد تطورت الخدمات الصحية قديماً بخطى بطيئة جداً لعدم وجود الدراسات والنظريات والقوانين السابقة ولعدم وجود الأخصائيين والعلماء القادرين على رفق الصحة بنظريات أو بأساليب أو مقترحات لتقدمها وتطويرها ولعدم الاهتمام الشعبي والاجتماعي بهذه القضية لسيطرة أفكار في حينها كانت السائدة والراجحة والمعترف بها، حتى أصبحت ثقافة للمجتمع منغرسه به ومتأصلة، ويجب الحفاظ والاعتقاد بها، وهي إلزامية لسيطرة رجال الدين (الكنيسة) على هذه الثقافة من جهة وسيطرة المشعوذين والسحرة من جهة أخرى⁽²⁾.

تعتبر الخدمة الصحية أو الرعاية الطبية جزء أو فرع أو فعالية من فعاليات الرعاية الصحية وهي الخدمة المباشرة التي تقدم من النسق الطبي للشخص المصاب أو المريض، وهي من الأكثر أعمال والفعالية التي تقسمها المؤسسة والنسق الصحي للأفراد، وهي من أكثر الفعاليات تعاملًا بطريقة مباشرة مع أفراد المجتمع⁽³⁾.

(1)- P.L.(Editorial), La santé des nations, Revue internationale des science sociale, Opcit,p 393.

(2)- قدرى الشيخ علي، مرجع سابق، ص 38.

(3)- نفس المرجع، ص 116.

و من المسلم به عموما أن فعالية الرعاية الطبية الحديثة تعتمد على كفاءة الموظفين ودرجة تحسين التقنيات، هذه الفكرة لا تزال مثيرة للجدل للغاية، ولكن أدت خصوصا في البلدان المتقدمة إلى اتجاه متزايد نحو التخصص لدى الأطفال وغيرهم من العاملين الصحيين وتركيز الخدمات في المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى أين تكون التقنيات متعددة على معالجة المرضى (1)، والمعروف أن الوضع الطبقي يحدد المكانة الاجتماعية لصاحبه ودرجة تعليمه وثقافته ودخله ومستواه السكني وطريقة حياته... إلخ كذلك يحدد هذا الوضع مدى إفادة صاحبه من الخدمة الصحية في الوحدات الصحية بالريف والمستشفيات بالحضر (2).

إن الخدمة الصحية هي مجموعة الأنشطة التي تركز على علاج المرضى والوقاية من الإصابة به، واكتشاف الإضطرابات الجسمية والعقلية وتحسين الصحة النفسية والاجتماعية في الجسم لدى جميع الأفراد وتتضمن (3)

1- الموظفين الذين يقومون بالخدمات الصحية كالأطباء والممرضين وهيئات الخدمة في المستشفيات والأخصائيين الاجتماعيين.

2- الأجهزة والتسهيلات التي تعاون على أداء هذه الخدمة كالمراكز الطبية

إن الخدمة الصحية مثلها مثل أي خدمة تقدم للإنسان تعاني من عوائق وصعوبات تعرقل الوصول إلى صاحبها على أحسن وجه أهمها العوائق الاقتصادية كالدخل، ففي البلدان النامية العوامل الاقتصادية هي المتعلقة بالفقر، وهي أكثر خطورة، إذا كانت التسعيرة منخفضة، و تستطيع منع الأسرة الفقيرة من الحصول على الرعاية الطبية (4)، و في السنوات الأخيرة قام الخبراء الاقتصاديين بتعميق فهمهم لأهمية الصحة من الناحية الاقتصادية، و اعتبرها أحد أشكال رأس المال البشري الذي يمكن استخدامه بشكل أفضل،

(1)- BEN YOUSSEF Amor, *Surveillance et organisation de la santé nationale ,les services de santé dans les pays en développement*, Revue internationale des sciences sociales ,Opcit, p 432.

(2)- المكاوي علي ، علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص 436.

(3)- درويش يحي حسن ، مرجع سابق، ص 73.

(4)-R.A.Stallones, Opcit, p 432.

على غرار المعرفة و المهارات لدى الشعوب، و بما أنّ الصحة تمثل عاملا محددًا أساسيا لقيمة العمل، و هو الأصل الرئيسي الذي تمتلكه معظم الشعوب الفقيرة، فانها تتسم بأهمية خاصة لقدرة الأفراد و الأسر على النهوض بمستوياتهم المعيشية أو ابقائها فوق خط الفقر.(1)

وتكون هذه الرعاية الصحية الشاملة البيئة والمحافظة عليها وصحتها و المسببات البيئية و الأفراد من ثقافة وتطعيم وتحسين وحجر، وهذا وقائيا، والمحافظة على نظافة وسلامة المسكن والمأكل والغذاء والمياه إلى جانب الصحة المهنية وشمول الأمراض المعدية كحملات تطعيم وقائية ضد الإصابة بها أو انتشارها عن طريق العدوى(2).

وهذه الإجراءات تسمى بمفهوم النسق الطبي الرعاية الصحية الأولية يشمل نسق الرعاية الصحية الأفراد الذين يقدمون الخدمات المطلوبة من أطباء وممرضين وعاملين بالمستشفيات و الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في محل الصحة...إلخ، كما يشمل المرافق التي تقدم الخدمات من المستشفيات ومراكز طبية وبيت التمريض والعيادات الخارجية وملاجئ الفقراء والعجزة ومعامل الفحوص ومؤسسات البحث والتخطيط والمرافق التعليمية والبيئية التي تساعد على الوقاية من الأمراض، كما يشمل الأعداد الكثيرة التي لا تحصى من المنظمات والأفراد المنخرطين في مساعدة الناس على أن يكونوا أكثر صحة (3)

2-1- دور الطبقة الاجتماعية في الصحة والمرض:

من الدراسات والأبحاث التطبيقية، والتي درست وبحثت تأثير الطبقة الاجتماعية على قضيتي الصحة والمرض، برز الجانب الاقتصادي من أهم وأكثر التأثيرات الطبقيّة على قضايا الصحة والمرض ونوعية الأمراض التي تصيب كل طبقة، والتي تكون متميزة و محصورة الإصابة بها في طبقة معينة مع وجود أمراض مشتركة بين الطبقات جميعها

(1)-دريسي أسماء، مرجع سابق، ص 140.

(2)- قدرى الشيخ علي، مرجع سابق، ص 111.

(3)- السنكري أحمد شفيق ، قاموس الخدمة الاجتماعية، الخدمات الاجتماعية، دار المعارف الجامعية، مصر، 2000، ص 238.

دون استثناء، وخاصة في الأمراض التي لا تنتقل بالعدوى أو غير وبائية وغير معدية(1)

من جهة أخرى بسبب الفقر المتقنع وغياب الوقاية ضد الأمراض المعدية وضعف أمل الحياة، سكان الدول النامية هم بحاجة جد كبيرة للرعاية الطبية، هذا صحيح وخصوصا فيما يخص الرضع والأطفال الصغار، ولكن نستطيع القول على ما يبدو بأن المستوى العام لحاجات الناس في العادة تكون جد مرتفعة في هذه الدول منها في المجتمعات الغنية أين تكون الأقسام الطبية أكثر انتشارا.(2)

وقد أظهرت الدراسات أن جماعات محددة من المجتمع تتمتع بمستويات صحية أفضل من غيرها، مثلما أن المرض وتدني الأوضاع الصحية ينتشران بصورة أوسع لدى الشعوب والطبقات والشرائح الفقيرة في مجتمعات العالم بأسره وترتبط ظاهرة المساواة الصحية هذه ارتباطا وثيقا بأنماط الحياة الاقتصادية والاجتماعية (3).

سعى علماء الاجتماع وعلماء الأوبئة الذين يدرسون نسب التوزيع والتكرار للأوبئة والأمراض بين السكان، إلى تفسير الصلة بين الصحة من جهة، وعدد من المتغيرات من جهة أخرى مثل الطبقة الاجتماعية والجنس والعرق والعمر والطبقة الجغرافية، ورغم اتفاق الدارسين جميعا على أن ثمة ترابطا بين الصحة واللامساواة الاجتماعية فإنهم يختلفون حول طبيعة هذا الترابط أو الوسيلة التي ينبغي انتهاجها لمعالجة هذا التفاوت الصحي، يتمثل احدى النقاط التي يثار حولها الجدل في أهمية المتغيرات الفردية مثل أسلوب الحياة والسلوك والتغذية والأنماط الثقافية مقابل عوامل أخرى بيئية أو بنيوية مثل توزيع الدخل والفقر(4).

(1)- قدري الشيخ علي، مرجع سابق، ص 176.

(2)-R.A.Stallones, Opcit, p 431.

(3)- جينز أنتوني، علم الاجتماع، مرجع سابق، ص 240.

(4)- نفس المرجع، ص 240.

2-2- الطبقة الاجتماعية والخدمة الصحية:

من المعروف أن الوضع الطبقي يحدد المكانة الاجتماعية لصاحبه، ودرجة تعليمه وثقافته ودخله ومستواه السكني وطريقة حياته... إلخ. كذلك يحدد هذا الوضع مدى إفادة صاحبه من الخدمة الصحية في الوحدات الصحية بالريف والمستشفيات بالحضر⁽¹⁾، ونحن نعلم أنه منذ سنوات عديدة وجدت علاقة بين الحالة الاجتماعية والاقتصادية ونسبة استخدام خدمات الأطباء والخدمات الصحية الأخرى في البلدان الصناعية⁽²⁾.

إن تزايد القلق بشأن ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية والعلاج يحث على حد سواء تخصصات أكاديمية أخرى للاهتمام بالميادين العامة للرعاية في جميع أنحاء العالم الغربي، فيتم خلق وتنظيم دروس ودورات في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية وذلك لتحسين إدارة هذه الخدمات ومحاولة خفض التكاليف، في نفس الوقت تزايد عدد الخبراء الاقتصاديين المهتمين بالمشاكل الصحية في السنوات الأخيرة، فلقد بذلت جهود للاقتصاد في موارد نادرة، وكذلك تشجيع بحوث تهدف لإثراء معارفنا حول متغيرات الصحة والمرض⁽³⁾، وكما شرح « Stalones » إن فعالية الرعاية الطبية على صحة المجتمع هو الحد الأدنى إذا لم نقل صفر [لأن] الرعاية الطبية من وجهة نظر الصحة العامة تصل دائما بعد فوات الأوان⁽⁴⁾ ، و أن حجم الطلب يتغير حسب المجموعة الفرعية للسكان المعتمدة، ويبدو أن الفقر يحد من استخدام الخدمات الصحية على الأقل بطريقة ما⁽⁵⁾.

و قد تكون هناك علاقة ما بين مدى تلقي الخدمات الصحية بالدخل الفردي للمرضى، و قد يكون هناك طب خاص بالأغنياء و آخر خاص بالفقراء، فالمرضى الأغنياء غالبا ما يفضلون تلقي الخدمة الصحية الخاصة، بينما الفقراء يسعون دائما الى

(1) - المكاوي علي ، علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص436.

(2)-R.A.Stallones, Opcit, p 433.

(3)-DEREC. G,GILL et Andrew, C.Twaddle, Opcit, 405.

(4)- BEN YOUSSEF Amor, Opcit, p 430.

(5)-R.A.Stallones, Opcit, p 433.

محاولة تلقي هذه الخدمة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، صحيح أنّ هذا النوع من المؤسسات يحتوي على أعقد و أكبر التجهيزات و المعدات الطبية و لكنها قديمة و مهترئة و عليها ضغط كبير من طرف المرضى، ضفّ الى ذلك تنوع الخبرة و التجربة الطبية و بمختلف التخصصات، و لكن تتأخر بها الخدمة الصحية في الوقت الذي يكون فيها المريض بحاجة اليها، فيظطر أحيانا الى اللجوء الى الخدمة الصحية الخاصة رغم حاجته لسرعة تلقي هذه الخدمة.

(4)-الصحة في الجزائر:

انّ الجزائر مثلها مثل باقي دول العالم الثالث تعيش تحولات اقتصادية واجتماعية نتج عنها ارتفاع متزايد في مستوى الطلب على الخدمات الصحية، مما أدى إلى ارتفاع متزايد لنفقاتها الصحية الناتجة عن تزايد الأمراض المزمنة وتدهور مستوى المعيشة الناتج عن ضعف القدرة الشرائية خاصة بعد غلق المؤسسات وتسريح العمال بسبب تطبيق سياسات وتوجيهات صندوق النقد الدولي(1).

يعرف قطاع الصحة اهتماما كبيرا من طرف السلطات العمومية سببه الارتفاع السريع للنفقات الصحية، حيث أصبح من الضروري الأخذ بعين الاعتبار الجوانب الاقتصادية للصحة، هذه الجوانب التي تؤثر على السياسات الصحية في المدى القصير والطويل، وعليه فإن تطبيق التحليل الاقتصادي على القرارات الصحية يصبح حتمية(2).

يهدف الانفاق على الرعاية الصحية في الجزائر الى تحقيق هدف أساسي و هو الوقاية من المرض أولا، و الشفاء من المرض اذا أصاب الفرد، هذا الهدف يضمن المحافظة على رأس المال البشري و من ثم زيادة انتاجية الفرد و بالتالي زيادة الناتج المحلي الاجمالي، لذا فإن الاهتمام بالانفاق على الرعاية الصحية ليس مرجعه الدافع الانساني فقط و انما الدافع الاقتصادي أيضا(3).

(1)- جمعي محمد، استقلالية التسيير عنصر أساسي لفعالية النظام الصحي الجزائري، الجزائر، 2002، ص 1.

(2)- نفس المرجع، ص 9.

(3)-دريسي أسماء، مرجع سابق، ص 138.

يحظى قطاع الصحة باهتمام كبير من طرف الدولة حيث تخصص له سنويا وبتزايد مبالغ معتبرة، ما مكّن القطاع من تحقيق تطوّر ملحوظ على مستوى المستشفيات من خلال عدة انجازات متمثلة في فتح مناصب شغل جديدة و تشييد عدّة مستشفيات متخصصة و غيرها من الانجازات الاّ أنّها تبقى غير كافية فعلى الرغم من الأغلفة المالية الكبيرة المرصودة لهذا القطاع الاّ أنه يعاني من سوء تسيير هذه الأغلفة، و نقص الاطارات المؤهلة و المسؤولية(1).

4- تطور نظام الصحة بالجزائر: شهدت الجزائر في مرحلة ما قبل الاستعمار بقليل الى يومنا هذا عدة تحولات و تغيرات مسّت جميع الميادين الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية و الصحية و سوف نستعرض أهمها في النقاط التالية.

4-1- مرحلة ما قبل الاستعمار الفرنسي:

لقد كانت الجزائر قبل سنة 1500 م مكونة من جزر متفرقة يحكمها الرعاة وهي عرضة للاعتداءات الأوروبية، وبعد نزوح العرب المسلمين من الأندلس ظهر الإخوان بربروس واتخذوا من الجزائر قاعدة لهم لصد الاعتداءات المحتملة، وبعد استشهاد عروج سنة 1518 تسلم أخوه خير الدين الحكم وقام بالدخول تحت طاعة السلطان العثماني، ونظم خير الدين الجزائر تنظيما جيدا استمر حتى سقوط العاصمة بيد الفرنسيين سنة 1830، إلا أن بعض الإخفاقات قد واجهت حكام الجزائر بعد وفاته تمثلت في عدم الاهتمام بالجوانب الاجتماعية التي منها الأوضاع الثقافية و الصحيّة ، الأمر الذي أدى الى تفاقم أزمات الشعب الجزائري من خلال تكاثر الأمراض و تدهور الاقتصاد والتعليم وسيطرة اليهود على التجارة الداخلية و الخارجية و تسلط الحكام و اهتمامهم بتدعيم سلطتهم فقط دون النظر إلى حاجات الشعب الجزائري، و بذلك طوقوا أنفسهم بطوق العظمة الذي سبب لهم نفورا في النهاية، و لم تتم مساعدتهم، حين هجوم فرنسا على الجزائر و سقوطها سنة 1830 (2).

(1)- دريسي أسماء، مرجع سابق ، ص 152.

(2)- المشهداني مؤيد محمود محمد ، م.م سلوان رشيد رمضان، أوضاع الجزائر خلال الحكم العثماني 1830، 1518م، مجلة الدراسات التاريخية و الحضارية(مجلة علمية محكمة)، المجلد 5، العدد 16، نيسان 2013م، 1434هـ، ص 411.

1-الأوضاع الصحية: كان عدم الإهتمام بالشؤون الطبية من قبل العثمانيين سبب في

عدم بناء المستشفيات لذلك بقي الجزائريون يعتمدون على الزوايا التي كانت تأوي العجزة و المرضى و تدأويهم حسب ما كتبه ابن سينا في العلاج بالأعشاب المعروفة بين الناس، و لم تكن هناك مهنة للأطباء، أنما الذين يقومون بالعلاج هم غالبا يداونون مرضاهم مستخدمين الجن و الأرواح و ليس بالعلم، و أما أعمال الجراحة فيقوم بها الحلاقون الذين يستعملون الكي، و كان في مدينة الجزائر مستشفى إسباني خاص بالنصارى و لم يكن للسلطة العثمانية أي تدخل بمهنة الطب ما عدا تعيين (جراح باشي) من قوات الإنكشارية الذي يصحب الجيش في الحملات العسكرية للعناية بالجرحى(1) .

و جراء الإهمال المتعمد لمهنة الطب أصاب وباء الطاعون مدينة الجزائر مرات عديدة و في سنوات مختلفة، و لقي عدد كبير من السكان حتفهم في المدن و الأرياف، و هلكت الماشية و الرعاية بعد أن لاقوا المصير نفسه، و كان المرض ينتقل من السفن التي ترسو في موانئ المدن التي تجلب معها المرض أو ملامسة الحيوانات، و تطور المرض ليتحول إلى حمى عفنة تظهر بعد ذلك الدبيلات (الدمل)، و توفي عدد كبير من السكان بعد شرائهم الأمتعة و الملابس القديمة التي ينتشر فيها المرض، أما السلطة الحاكمة، فقد كانت تستفيد من خبرة الأطباء الأجانب الذين يؤخذون أسرى، و استمرار ذلك الإهمال حتى سقوط الجزائر بيد فرنسا سنة 1830(2).

لم يكن للطب وجود في الجزائر ما قبل الاستعمار الفرنسي، اذ كان العلاج و الشفاء في أيدي المرابطين و السّحرة و الأدوية ذات الطابع الشعبي كالتداوي بالأعشاب، و كانت الولادة تتم على أيدي العجائز الاتي يمتّهن مهنة القبالة، و تلقين العجائز هذه الصنعة الى بناتهن أو كنّاتهن، و كان الطبيب لا يعرف عند عامة الناس بل مخصص في الغالب للدّيات و الأغنياء فقط، بحيث يذكر بأن " الداى الأخير كان له طبيب أول يتردد عليه كثير"(3)

(1)- المشهداني مؤيد محمود محمد ، مرجع سابق، ص 433.

(2)- نفس المرجع، ص 434.

(3)-أ.ف.شوبنيرغ، الطب الشعبي الجزائري في بداية الاحتلال، ترجمة أبو العيد دودو، وزارة الثقافة، مديرية الفنون و الآداب، الجزائر، ص 47.

2-التعليم: إنّ الزاوية قبل كل شيء مدفن عائلة مرابطين، أي عائلة تملك الأصول الدينية الوراثية، و قد انعكس الأصل الروحي لهذه المؤسسة على جميع نشاطاتها فيما بعد، فقد كان الناس يأتون إليها لأداء الصلاة، ثم بعد ذلك من أجل التعلم و العلاج(1)، و كان هناك تعليم في الجزائر ما قبل الاستعمار، و هي العلوم الضرورية الثلاثة: القرآن و النحو و الأجرومية و اللغة العربية التي كان يلحق بها الفقه و علوم الدين، و يضيف أومال أنّ هذه الدراسات كانت تكمل بقراءة حساب ابن الحساد و ابن خلدون و أخيرا بملخصات الطب لابن سينا، و لكن ندرة هذه الكتب كانت في كل مكان تقريباً[....] و حتى من قبل كانت هذه الكتب نادرة، و يشير المفتش "لوبيشو" مع أنّه الوحيد الذي تجرأ على هذه الشهادة أنّ الكثير من الكتب تشتت بعملية الاحتلال المتعددة للمساجد، كما تمّ اتلاف جزء كبير من المخطوطات التي كانت تستعمل قاعدة للتدريس(2).

4-2- مرحلة الاستعمار الفرنسي 1830-1962: لقد ساد في هذه المرحلة الفقر و الحرمان و انتشار الأمراض، إذ تختلف حسب الفصول السنوية ، ففي الربيع ينتشر الأمراض ذات طبيعة إتهابية و لكنها ليست على درجة كبيرة من الحدة، مثل التهابات الرئة و النزيف و الاسهال و غيرها(3) .

1-الأوضاع الصحية و الطبية: تكثر في الحروب الأوبئة و الأمراض نتيجة كثرة الموت و التقتيل و الفوضى التي تسببها، و في فترة الاجتياح الفرنسي عاشت الجزائر ككل بلد يعيش فترة الحرب و عانت من مختلف الأوبئة و الأمراض المميتة كالطاعون و الكوليرا و الملاريا و غيرها من الأمراض، و ذلك ما سوف نتعرض اليه في هذه النقطة.

فالأوبئة كانت خطراً يهدد كافة سكان الجزائر بمن فيهم الأوربيين، غير أنّ الوسائل التي العلم لعلاجها كانت محدودة جداً، فأسباب المرض تتجاوز كثيراً مشكلة العدوى وحدها، و التي يمكن لتهيئة مصلحة صحية أكبر أن تقضي عليها(4) .

(1)-إيفون توران، المواجهات الثقافية للجزائر المستعمرة، المدارس و الممارسات الطبية و الدين، 1830، 1880، ترجمة محمد عبد الكريم أوزغلة، دار القصة للنشر، الجزائر، ص 132.

(2)-نفس المرجع ، ص 134.

(3)- ف.شوينيرغ، مرجع سابق، ص 43.

(4)- إيفون توران، مرجع سابق، ص ص 148، 149.

يتميز الصيف بحمى معدية صفراء، و لكن هذا الفصل يعتبر على العموم صحيا جدا، و هذه الحمى غير خطيرة في العادة، و قلما تتخذ في العادة طبيعة عصبية، و أمراض أشهر الخريف من النوع الإلتهابي الى حد ما، و لا تسجل اصابات الحمى المتقطعة في الجزائر نفسها الا من حين الى اخر، و هي قصيرة المدى و تتم معالجتها بسهولة، أما في نواحي الجزائر فتكثر الحمى العفنة، كما تكثر الحمى المتقطعة في المناطق التي توجد بها المستنقعات، و تنتشر في الشتاء مراض الرشح و داء المفاصل، و تزداد حدة عندما تهب الرياح الشمالية الشرقية و الرياح الشمالية بشكل خاص، و لابد أن نلاحظ أن الرياح الجنوبية أكثرها حمية (يعني حامية أو ساخنة) في هذا المناخ، و حتى عندما تهب سموما فوق افريقيا الحارة، يظطر الانسان الى ملازمة بيته بسبب الحرارة.

كما تكثر في الجزائر الأمراض العصبية و هي القاتلة في العادة و من المؤكد أن لذلك أسبابا مناخية خاصة لم تعرف حتى الآن و تتمثل بشكل خاص في تشنج العضلات و الكزاز الفكي و هما أخطر الأمراض في الجزائر، و ينتهيان عادة بالموت، و ينشأن في الغالب عن الصدمات النفسية (1).

إنّ الأمراض الحمى، الجدري، الكوليرا أو التيفوس، الزهري، أمراض العيون و الجرب هي حسب الأهمية الأمراض الأكثر انتشارا و الأكثر تسببا في الهلاك، و مع ذلك فمن المؤكد أن يكون داء الملاريا منتشرا هو الآخر بين سكان العرب مثلما هو عليه بين الأوربيين، من هنا جاء نجاح الكينا و المجال الذي فتحه للعمل الطبي (2).

أما الطاعون فلا يوجد الطاعون في الأصل بالجزائر، و إنما يحمل اليها من القسطنطينية و الاسكندرية و أزمير، أو من غيرها من مدن الشرق، و عندئذ يجتاح بسرعة جنونية، و كثيرا ما يرى المرء الناس يموتون في الشوارع، و يمتد في بعض الأحيان فترة طويلة، و يبدوا و كأنه قد اختفى نهائيا في أشهر معينة، ثم يعود من جديد بشكل أشد و أعنف

(1) - أ.ف. شوبنيرغ، مرجع سابق، ص ص 44، 46.

(2) - ايفون توران، مرجع سابق، ص 318.

كما تنتشر الأمراض الزهرية في الجزائر بكثرة، أمراض العيون، الكسر المغص، الرمد، الحروق و الدمامل، الإسهال، أوجاع الرأس و الرشح(1).

إنّ الأمراض المعدية و التي كانت منتشرة آنذاك دواءها الأول هو التلقيح، و لكن حسب "ايفون توران" أنّ أطباء تلك الفترة الزمنية واجهوا مشاكل و صعوبات كبيرة لادخال ثقافة التلقيح، اذ حسبه أنّ كل محاولات التلقيح الأولى تمت في العاصمة ابتداء من سنة 1832، و قد مارسها الدكتور "شِفرو" ابتداء من سنة 1834 في القليعة تحت مراقبة الدكتور "جيسكار"(2)، وكان تنظيم المصلحة الصحية في الجزائر يعاني من الصعوبات المالية نفسها و من الافتقار للاطارات نفسه الذي أعاق التطور المدرسي، لكن و على العكس من هذا الأخير، فمن الممكن التفكير بأنّ ثراء أكبر من حيث الرجال و الأموال كان يمكن أن يعطي نتائج مثيرة للاعجاب في المجال الطبي حتى و لو لم تختفي الممارسات التقليدية منه(3)، و كما يبيّنه هذا التفكير فقد أولت الحكومة العامة عدة مرات انشغالها لايجاد حل لنقص الاطارات الطبية و عيا منها بأهمية الرهان ، و قد حرّر "رونودون" في خضم الاصلاحات الدراسية سنة 1852 ديباجة قانون يتعلق بانشاء مدرسة طبية في الجزائر، و مثلما ستقوم دار للمعلمين بتخريج المعلمين في المستقبل، فإنّه بإمكان مدرسة طبية اعداد اطارات مسلمين باستخدام المتخرجين من المدارس العربية الفرنسية يظطلعون بمهمة علاج السكّان العرب(4)، ذلك لأنّ الجزائريين كانوا يرفضون الأطباء و الطب الفرنسي متمسكين بطبهم التقليدي الشعبي و البسيط، و الذي يراه المستعمر خروج عن التفسير العلمي للمرض و محاولة علاجه بالخرافات و السحر، اذا أنّ الطب المطبق في هذه الفترة الزمنية سواء بالنسبة للجزائريين أو حتى الأوربيين كان طب فرنسي يعتمد على القواعد العلمية، و الذي بدأ تدريجيا يقضي على التداوي الذي كان معروف لدى الجزائريين.

(1)- أ.ف. شوبنيرغ، مرجع سابق، ص ص 46،63.

(2)- ايفون توران، مرجع سابق، ص 322.

(3)- نفس المرجع ، ص 336.

(4)- نفس المرجع ، ص 337.

و في 1837 شرع الجنود في التمرکز في منازل جاهزة ببوفاريك، و هكذا استمرت تجربة المصحات المتنقلة الخاصة بالأهالي التجربة التي على الرغم من كونها سابقة لأوانها، فهي تحمل دلالات عميقة تتجلى من خلال النوايا التي تنطوي عليها(1).

2- التعليم: بداية كان البؤس في كل مكان، و قد أصاب التعليم أيضا،...اذ اختفت مدارس الطور الثاني بصفة نهائية تقريبا من الجزائر، و كان غلى الشباب الراغب في اكتساب بعض المعارف الواسعة نوعا ما أن ينتقلوا لطلبها في تونس و طرابلس و تطوان و حتى في مصر(2)، ففي سنة 1840 كان هناك من بين عدد من السكان يقدر ب 12000 نسمة، كان هناك 24 مدرسة تستقبل أكثر من 600 تلميذ، و في فيفري 1846 لم يكن هناك أكثر من 14 مدرسة تعلم حوالي 400 طفل، لقد كان المساكين في السابق يحضون بالتقدير و يعيشون عيشة كريمة، أما اليوم و ما عدا البعض منهم فقط كانوا جميعا يعيشون في بؤس، و في تلك الأثناء تمت مصادرة أملاك الحبوس، و في باقي الأرجاء كان هناك حوالي خمسين كوخا في حالة دمار متفاوت، أما في باقي المقاطعة فكان هناك 299 مدرسة عام 1851 يؤمها 5583 تلميذ دون أي ذكر للحالة السابقة للمنطقة نفسها(3).

إذا في فترة الاستعمار كانت الأوضاع الصحية و التعليمية و الاجتماعية للجزائريين منحلة، و شهدت تغيرات كبيرة و جذرية و ذلك راجع للفقر و الحرمان الذي أصبح يعيشهما أغلبية الأفراد ما عدا القليل منهم بسبب الحرب، و في هذه الفترة من الاستعمار لم يكن هناك قاعدة علمية للطب، حيث كان مبني على الأعشاب الطبية البسيطة و السحر.

4-3- مرحلة الاستقلال 1962 الى يومنا هذا:

إن النظام الصحي و بعد أن خصصت له موارد كبيرة خلال فترة السبعينيات لم يعد اليوم يملك نفس التسهيلات، بحيث تراجع دور الدولة لما تعانيه من مشاكل مالية و مديونية و غيرها، في حين أصبح صندوق الضمان الاجتماعي عاجزا عن القيام بدوره في عملية التمويل نظرا للخلل الذي يعيشه و الناتج عن انخفاض مستوى التشغيل، بالإضافة الى

(1)- ايفون توران، مرجع سابق، ص 94.

(2)- نفس المرجع ، ص137.

(3)- نفس المرجع ، ص 138.

عدم وضوح العلاقة التي تربط بالمؤسسات الصحية من ناحية نسبية(1).

كما أن الزيادة السريعة و المستمرة لجميع النفقات الصحية بالنسبة للنتائج القومي الخام و التي انتقلت من 3 % سنة 1981 الى 5 % سنة 1992 ثم الى 7 % سنة 1994 رافقتها زيادة بطيئة للنتائج القومي الخام الشئ الذي أصبح يفرض طرح مجموعة من الاستفهامات و التساؤلات (2)

(5)- إحصائيات عن الصحة بالجزائر ما بعد الاستقلال:

لقد كان نظام التمويل في فترة 1962-1973 يتميز بضعف الوسائل، حيث كان من المستعجل انذاك اعادة تنشيط الهياكل و المنشآت الصحية الموروثة عن الاستعمار، من أجل ضمان حدّ أدنى من الخدمات الصحية للمواطن، كما كانت نفقات الصحة على الصعيد الوطني ظئيلة نسبيا إذ كانت لا تفوق 1.5 % من الناتج القومي الخام.

و ابتداء من سنة 1974 تم وضع آلية التمويل المسمات الميزانية الاجمالية التي عوّضت النظام السابق المبني على أساس السعر اليومي، هذا التعديل سمح بإزاحة الحواجز المالية من أمام المرضى، و بالتالي تسهيل تلبية احتياجاتهم الصحية، بحيث أصبحت تمنح للمؤسسات الصحية ميزانية اجمالية في شكل جزافي للمستشفيات تحدد سنويا عن طريق قانون المالية و تحتوي على مصدرين للتمويل هما: مساهمة الدولة و مشاركة صندوق الضمان الإجتماعي، بهدف تغطيته و بطريقة غير مباشرة النفقات الصحية للمؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق(3).

إن النظام الصحي الجزائري مسير من طرف وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات MSPRH، و التي تقوم بدورها بإدارة مؤسسات العلاج الإستشفائي و القطاع الصحي العمومي (4)

(1)- جمعي محمد، مرجع سابق، ص 1.

(2)- نفس المرجع ، ص 1.

(3)- نفس المرجع ، ص ص 27، 29.

(4)- الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، Andi.

و لقد تحسّن حقل الصحة بالجزائر مع بروز و اتساع القطاع الخاص في العلاج بهدف الرّبح ، و خاصة في تركيبة "العيادات الخاصة" و التي وضعت كذلك حدّ لهيمنة القطاع العام لمدة 3 عقود (1)، فمنذ الاستقلال و الجزائر تسعى لإصلاح المنظومة الصحيّة محاولة بكل جهودها مستعملة في ذلك أنجع الوسائل و الطرق بهدف تحقيق الحد الأدنى من الخدمات الصحيّة وبطريقة تعادل المراسيم التنفيذية المذكورة في الجرائد الرسمية، فكلنا يعرف أن ما خلفه المستعمر من دمار في البنى التحتية من قلة الوسائل و المستشفيات و المعدات الطبية و انتشار الأمية و قلة كبيرة في عدد الأطباء و الممرضين و المستخدمين الطبيين نجد أن الأمراض المميتة في الجزائر بعد الاستقلال كانت في الغالب الأمراض المعدية ، كالسلّ و الأمراض التنفسية وصلت كذلك حتى السنوات الأخيرة ، على الرغم من القضاء على بعض الأمراض التي كانت منتشرة ما بعد الاستقلال مباشرة إلا أن بعضها لا يزال إلى يومنا منتشرا ولكن ليس بنفس الدرجة حيث نجد بأن مرض السلّ الرئوي الحاد بلغ في سنة 2012 بـ 31,89 حالة لـ 100.000 ساكن ، أما مرض السلّ الرئوي فقدر بـ 27,52 و أصبح 25,05 حالة لـ 100.000 ساكن ، و السلّ بصفة عامة انتقل من 59.90 إلى 57,11 حالة لـ 100.000 ساكن . أما فيما يخص مرض حمى المستنقعات فكان في سنة 2011 - 191 حالة لـ 100.000 ساكن و نقص وأصبح في سنة 2012 بـ 887 حالة لـ 100.000 ساكن، و 7 حالات فقط لمرض التيتانوس في 2012 كلهم رجال ما بين 30 سنة و 59 سنة و مرض الحصبي ما زال ثابتا بـ 5,04 حالة لـ 100.000 ساكن(2)

و رغم التحسّن الذي شهده القطاع إلا أننا نجده مازال يتخبط في بعض المشاكل و الصعوبات التي تعرقل أداء الموظفين الطبيين، فالتحسن الذي يشهده القطاع فيما يخص التسهيلات المتاحة للموظفين ينعكس في الغالب على أداءهم و بالتالي على الصحة العامة لجميع السكان، إذ نجد أن متوسط العمر المتوقع للحياة في الجزائر في فترة 1970-1975 بـ 54,5 سنة ليرتفع في الفترة الممتدة من 1995 إلى 2000 بـ 68,9 سنة ، أما معدل وفيات

(1)- ZENHATI Ahcene, les clinique privée en Algerie ,L'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire, les cahiers du cread. N 105/106-2013, P 187.

(2)- احصائيات وزارة الصحة، 2012.

الأطفال فقد قدر في سنة 1960 بـ 255 حالة لينخفض في سنة 2000 إلى 39 حالة، أما معدل وفيات الرضع فقد قدر في سنة 1960 بـ 152 حالة لينخفض في سنة 2000 إلى 33 حالة (1).

فمن خلال قراءتنا لإحصائيات المتوفرة عن القطاع الصحي الجزائري نلاحظ بأنه لم تشهد الجزائر تطورا وتحسنا فقط فيما يخص المرضى فقط وإنما كذلك مس هذا التحسن حتى في عدد البنى التحتية من مستشفيات و مستوطنات و عدد الأسرة بالمستشفيات وكذا تحسن في عدد الأطباء و الممرضين و المستخدمين الطبيين و الذي يظهر من خلال الجدول التالي: (2)

العدد	ترتيب البنى الصحية العامة 2010
14	مركز استشفائي جامعي (CHU) : مجموع كبير من التخصصات وذات مستوى عالي، بحوث وتكوين
68	مؤسسات استشفائية متخصصة (E. H. S) : تكفل لمرض معين لنسق عضوي خاص، أو لمجموع السن معين
5+192	مؤسسات عمومية استشفائية (E P H)، بنى استشفائية ومجموع كبير للعلاجات المتخصصة المكلفة بالتكفل بالإحتياجات الصحية للشعب
63.951	عدد الأسرة
1821	مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP) العيادات : متخصصة مختلفة، جراحة صغيرة
5077	قاعات العلاج : الوقاية والطب العام

أما فيما يخص عدد الأطباء فقد تطور وارتفع ارتفاعا مذهلا منذ الاستقلال وإلى يومنا هذا، فقد شهد تطورا ملحوظا تدريجيا من سنة 1962، حيث كان في سنة 1962 يقدر بـ 342 طبيب فقط، و كان طبيب واحد لـ 7835 ساكن في سنة 1962، ثم طبيب واحد لكل

(1)- علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، العدد 22، أكتوبر 2003، ص 14. (قراءة للجدول رقم 14).

(2)- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, In ZENHATI Ahcene, Opcit, p 187.

1063 ساكن في سنة 1990، و في سنة 2010 انتقل العدد الى طبيب واحد ل 640 طبيب (1) .

5-1-اصلاح المنظومة الصحية:

لقد قامت الجزائر بعدة محاولات لاصلاح المنظومة الصحية للنهوض بالقطاع و تحسين الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، و لكن كانت في الغالب محاولات فاشلة،ذلك لأن كما قالت "دريسي أسماء" اصلاح الرعاية الصحية مسألة شائكة، فالحصول على الرعاية الصحية التي يمكن تحمّل تكلفتها لها أهمية بالغة، و لكن تغطية تكلفتها يمكن أن يسبب ضغطا كبيرا على ميزانيات الحكومة، و تشكل تحديا ماليا أساسيا أمام صنّاع السياسة في الاقتصاديات المتقدمة و النامية على السواء،و تبين التجارب أنّ مزيجا من الاصلاحات يمكن أن يساعد على احتواء نمو الانفاق في الاقتصاديات المتقدمة في حين يحافظ في الوقت نفسه على الانصاف و الكفاءة(2) .

فالوضعية التي آل اليها النظام الصحيّ في الجزائر تكشف عن مجموعة من التناقضات و الاختلالات التي تعرقل الوصول الى تحقيق الغاية الأساسية للنظام الصحيّ و المتمثلة في حماية صحة المواطن و ترقيتها، فهياكل و مؤسسات المنظومة الصحية في الجزائر تعرف نوعا من اللاتوازن و الاستقرار، من جهة عدم تلاؤم القوانين الأساسية للمؤسسات الاستشفائية، هياكل تنظيمية غير ملائمة و غير موحدة، و من جهة أخرى مستخدمون مثبطون و غير مبالون بسبب قوانين أساسية غير ملائمة، و ظروف عمل و نظام كفاءات متدهور، تكاليف و نفقات صحية في تزايد مستمر، و مجتمع يطالب بجودة نوعية الخدمات الصحية، كل هذه المشاكل و المعطيات التي تتخبط فيها المنظومة الصحية، أدّت بالسلطات العمومية الى ضرورة العمل من أجل تغيير هذا الوضع، و ذلك من خلال قيامها باصلاحات شاملة تمس النظام الصحيّ الجزائري بكل ما يحتويه من هياكل و مؤسسات من أجل حماية صحة المواطن و وقايته من الأمراض(3).

(1)- ONS, *Rétrospective statistique 1962-2011*, santé , p 111.

(2)- دريسي أسماء، مرجع سابق، ص 144، 145.

(3)-سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الاصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية،الجزائر، العدد 01، سبتمبر 2014،ص 2.

تعرف الجزائر تحوّل وبائي كبير، حيث انتقلنا من هيمنة الأمراض المتنقلة التي ميّزت الوضع العام للصحة في الجزائر، الى ظهور و سيطرة الأمراض المزمنة، و مرّد ذلك الى المحيط الاجتماعي و تحوّل نمط المعيشة للسكان، الأمر الذي حثّم على الحكومة و في مقدمتها وزارة الصحة على ضرورة العمل للتكيّف مع هذا الوضع الجديد، و الارتفاع في نسبة الأمراض المزمنة لاتنبؤ بالخير، كونها تؤثر مباشرة على النمو الطبيعي لعدد السكان في الجزائر، و من جهة أخرى تزيد من أتعاب الدولة في نسبة النفقات العامة الموجهة الى قطاع الصحة، مع أنّ ارتفاع النفقات العمومية في الجزائر تمليها ظروف اقتصادية و اجتماعية، لما للدولة في ذلك من مسؤولية حماية السكان و التكفل بجزء كبير من المصاريف الخاصة بالحماية و الوقاية من الأمراض، و هو حق دستوري لكل الشعب الجزائري بدون تمييز، لذلك الاصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية و الاجتماعية التي تعطي أكثر فعالية لعناصر النظام الصحيّ، لتتحسن مردودية الخدمات المقدمة اعتمادا على الجانب التسييري الرشيد أكثر من الاعتماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة لا يمكن التحكم فيها، أو لا تعمل بكامل قدراتها(1).

انّ عملية اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر هي سياسة عمومية وطنية، اتخذتها السلطات العمومية في سبيل تحسين و تطوير قطاع الصحة و تقريب هياكله و مؤسساته الصحية من المواطن الجزائري بهدف التكفل بالصحة العامة للسكان و هذا حسب ما جاء في المادة 51 من الدستور و التي تقول " الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية و مكافحتها "(2).

انّ أهم خلل في المنظومة الصحية الجزائرية هو سوء التسيير، هذا العنصر ناتج عن نقائص في النظام الاعلامي الصحي، و كذا التكوين الصحي، بالنسبة للنقطة الأولى فالنظام الاعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي و نوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان يرجع هذا الخلل الى سوء تناول الملفات و التقارير الطبية، و عدم مرونة السجلات الادارية و انعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز و ترتيب الدولة

(1)- سعيدان رشيد، بوهنة علي، مرجع سابق، ص ص 608.

(2)- دريسي أسماء، مرجع سابق، ص 147.

للأمراض، أما النقطة الثانية فإنّ النظام التكويني في المجال الصحي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي، و بالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي، و كذا اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة (1)، ضف الى ذلك انعدام ثقافة التكوين في المستشفيات و ذلك ما يظهر جليا من خلال رفض الموظفين الحصص و البرامج الخاصة بالتكوين لأنها لا تعطي أية مردودية و غير محفزة و لا توجد لها أي نتائج ملموسة كالحصول على علاوات أو شهادات خاصة، و ضعف مردودية الأساتذة المؤطرين فهم ينفرون منها لأنها لا تعود عليهم بالربح و لا تفيدهم من ناحية بحثهم العلمي أو العملي، و كذا ارتفاع نسب التغيب في الحصص التكوينية و ذلك دليل على عدم الاهتمام من طرف الموظفين لهذه الحصص و البرامج (2).

و لقد أثارت وضعية الهياكل الصحية العمومية اهتمام المسؤولين الجزائريين ممّا دفعهم الى دراسة و تشخيص هذه الأخيرة قصد اصلاح شامل للمنظومة الصحية و الذي يركز على طرق تمويل قطاع الصحة العمومية، و يدخل اصلاح المستشفيات في اطار الاصلاحات التي شهدتها مختلف القطاعات، و تتضح نية الاصلاح من خلال تعزيز الهيئة المسؤولة على الصحة بتسمية جديدة سنة 2003 " وزارة الصحة و السكّان و اصلاح المستشفيات " و في هذا الاطار تمّ عقد عدة جلسات باصدار نصوص قانونية في اتجاه اصلاح المنظومة الصحية، و لقد لجأت الحكومة الى تبني سياسة اصلاحية جديدة تتمثل في النمط التعاقدى مع مؤسسات الضمان الاجتماعي و وزارة الصحة، حيث يحدد هذا النظام الصيغة الجديدة لتمويل الصحة العمومية بهدف رفع الضغط على هذه الأخيرة من ناحية التكاليف (3)، لقد كان الهدف من ادخال المستشفيات في تسمية وزارة الصحة هو اصلاحها لما تعانيه من مشاكل و سوء تدني الخدمة الصحية بها، و سوء التسيير و التنظيم و عدم الاستغلال الحسن للموارد المادية و البشرية، و لكن رغم كل الجهود المبذولة مازالت تعاني من تدني الخدمة الصحية المقدمة للمرضى.

(1)- دريسي أسماء، مرجع سابق، ص ص 146، 147.

(2)- سعيدان رشيد، بوهنة علي، مرجع سابق، ص ص 5، 13.

(3)- نفس المرجع، ص ص 8، 9.

خلاصة الفصل:

مرّت الأوضاع الصحيّة بالجزائر عبر مراحل متعددة و متطوّرة، و لقد شهدت في كل مرحلة تغييرات كثيرة سواء في الجانب المرضي أو العلاجي، و ذلك راجع الى التطوّر الذي مسّ الحياة الاقتصادية و الاجتماعية للأفراد، فانتقلت الصحة من تفشّي الأمراض المعدية و الأوبئة الى انتشار الأمراض المزمنة و العصبية، ضفّ الى ذلك ظهور القطاع الصحيّ الخاص الذي أصبح يسير جنبا الى جنب مع القطاع العمومي و يدخل معه في المنافسة فتزايد بذلك الأوضاع الصحيّة تغيّرا و تطورا.

الفصل الثالث

تمهيد

- 1- أصول الطب و جذوره الأولى
- 2- الأنثروبولوجيا الطبيّة ك تخصص.
- 3- علم الاجتماع الطّبي ك تخصص
- 3-1- تعريف علم الاجتماع الطّبي و تحديد مجالاته.
- 3-2- مواضيع علم الاجتماع الطّبي.
- 3-3- الأسس و القواعد التي يركز عليها علم الاجتماع الطّبي
- 3-4- المصادر النظرية لظهور و نشأة و تطوّر علم الاجتماع الطّبي.

- 1- عند الغرب.
- 2- عند العرب و المسلمين.
- 3- أهمّ روّاد علم الاجتماع الطّبي
- 4- المستشفى كمكان للعلاج و التدريب
- 4-1- أهداف المستشفى الحديث
- 4-2- الصراع داخل المستشفى
- 5- الأداء المهني للطبيب بالمستشفى
- 5-1- تقييم الأداء

خلاصة الفصل

تمهيد:

لقد خلق الله عزَّ جَلَّ الإنسان ضعيفا، عرضة لمخاطر عديدة ظاهرة منها و باطنة و أخرى لا ترى بالعين المجردة ، خلق لهذا الإنسان عقلا يفكر به ليجد حلولا للمشاكل التي يواجهها و يرَدَّ عليه تلك المخاطر ، من بين هذه الحلول كان الطب ،فبفضل هذا الطب ارتفع معدل الحياة بالنسبة للإنسان المعاصر أكثر بكثير منه عند الإنسان التقليدي ، فبدأ هذا الطب تقليدي بسيط لبساطة إنسان ذلك الوقت ، و تطوّر بتطوّره و عصرنته.

(1)- أصول الطب جذوره الأولي :

يعتبر الطب من أهم الانشغالات التي تصدرت اهتمامات البشرية منذ أوّل وجود للإنسان على وجه الأرض ، به تستمر الحياة ، و به تتحسن أحوال الناس و صحتهم فإذا تحسّنت صحتهم و أحوالهم تحسّنت نظرتهم إلى الحياة و ازدادا استقرارا و أمانا ، فإذا أصيب مثلا فرد من الأفراد بمرض خطير ألزمه الفراش مدة طويلة من الزمن نجده مصفّر الوجه ، أسود الملامح ، كثير القلق في حالة عصبية متدهورة ، فينظر إلى الحياة نظرة تشاؤمية فيها نوع من اليأس بعدم شفائه ،بينما إذا ما عالج نفسه و تحسّنت حالته الصّحية نجده تغير من حالة اليأس إلى حالة الأمل في الحياة .

من أجل ذلك ربما يجدر بنا القول أن ملامح الطب الأولي كانت مع أوّل وجود للإنسان على سطح الأرض، لكن ليس الطب الذي نعرفه الآن لأنّه طب حديث يعتمد على التكنولوجيا الفائقة التطوير، و كان طب بدائي يعتمد على المواد الأولية الطبيعية موسمية كانت أو غير موسمية ،كالأعشاب الطبية الطبيعية والحطب وأوراق الأشجار ولحافها لاستعمالها في الكسور وما شابه ذلك.

إنّ فالطب كما يقول "Baglivi" "ولد من الحاجة" هذا يعني أنه من أول وجود لمريض جلبنا له المساعدة وبحثنا له عن العلاج... وجد الطب في مهده علم تطبيقي ممزوج بالدين ومشاعر الشفقة التي يكنها الإنسان لأخيه الإنسان..... ولقد كان الطب هو المعرفة

العامّة للأمراض (1). موضوعه تفادي وعلاج المرض، تخفيف المعاناة ومنع المرضى من الموت (2).

إن الطب لا يختلف عن العلوم الأخرى، يمر من التجريب قبل الوصول إلى مرحلته التجريبية النهائية(3)، لديه تجارب فعلية رغم أن هذه الأخيرة هي عفوية وليست ناجمة عن الطبيب (4)، وهو علم جد قديم (5)، مشكله هو حفظ الصحة وعلاج الأمراض(6).

لقد ولد الطب مع الآلام التي كانت تعاني منها البشرية (7)، فهو مثل كل العلوم قد تأسست على مجموعة من الملاحظات والتجارب المتعلقة بصحة الإنسان، لذلك يجب عليه أن يكون أقدم العلوم، في هذا المعنى أن الإنسان كان له مصلحة في الحفاظ على صحته وشفاء الآلام التي أصابته، اذن وجدت العلوم قبل العلماء، فالطب كما قال Sydenham قد وجد قبل الأطباء(8)، كان في البداية ممزوج بالدين، وكان في الأول غريزي بحث، وشعور في تطبيقه، خيالي في الهدف الذي يتابعه، و باطني في نظرياته، وفي الواقع نجد تعاقبها هذه النقاط الثلاثة في تطور الطب (9).

إن صحة الانسان هي كل ما يملك، هي كل شيء بالنسبة إليه، بها يعيش وبها يستمر بها يفكر وبها يبذل، من أجلها يفرح ومن أجلها يحزن، لذلك نجده يسعى ويحاول بكل ما يملك من قوة وأفكار ووسائل ليطور من نفسه وحاجاته ليحارب المرض، حيث جاءت على البشرية فترة من الزمن أين استولى المرض على المجتمعات، وقضى عليها، فكم من دراسات وكتابات تاريخية وأنثروبولوجية تناولت هذا الموضوع، موضوع تلاشي مجتمعات بأسرها بسبب الأمراض الفتاكة المعدية، والتي كانت منتشرة بكثرة ذلك لأنها وجدت الظروف الملائمة لانتشارها وتطورها، ومن أهم هذه الظروف تلك الخاصة بالثقافة حيث

(1)- Bernard Claude, *Introduction a l'étude de la médecine expérimentale*, 1865, p 132 ,133.

(2)- Lévy Emile, *A la recherche d'indicateur de santé*, *Revue internationale des sciences sociales*, Opcit, p 474,

(3)- Bernard Claude, *Introduction a l'étude de la médecine expérimentale*, Opcit,p196.

(4)-Ibid ,p 18.

(5)-Ibid ,p 44

(6)-Ibid ,p 198

(7)- Bernard Claude, *Principes de la médecine expérimentale*, Opcit ,p 63.

(8)-Ibid ,p p 154 ,155.

(9)-Ibid ,p 63

في تلك الحقبات الزمنية كان الأفراد يجهلون الصحة الوقائية، وكانوا يفتقرون لثقافة الصحة، صنف إلى ذلك الفقر وتدهور البنى التحتية.

ولقد كان لكل نوع من المجتمعات أشكال متميزة من المرض على مدى التاريخ، فقد استبدلت أمراض مثل مرض الطاعون الخطير في العصور المظلمة، والبلاء في عصر النهضة الأوروبية بأمراض أخرى مثل الاقلونزا والسرطان في العصر الحديث، غير أن كل مجتمع هو الذي يحدد طريقته الخاصة في الاستجابة للمرض في زمانه ومكانه (1).

فبعدما أصبح المرض وسلوك المريض يأخذان القسط الكبير من الاهتمام من طرف الحكومات والرأي العام والدراسات والبحوث توصل العلماء بمساعدة التكنولوجيا لاكتشاف أحد أكبر الوسائل لمحاربة الأمراض المعدية كالطاعون والتيفويد وغيرها من الأمراض التي كانت منتشرة قديما وهو التطعيم، وبذلك كانت تلك الجهود حقا كبيرة من طرف علماء وباحثين عابرة أوصلونا لما نحن عليه الآن من تطور وتقدم تكنولوجي وعلمي كبيرين، لتصبح الصحة حقا من الحقوق الواجب توفرها، والتي تسعى غالبية الشعوب لتحقيق ولو الحد الأدنى منها.

و إذا بحثنا في تاريخ الطب نرى الأنظمة، المذاهب والنظريات، ولكن يجب علينا في منتصف هذا التطور البحث عن المبدأ الذي يجب أن يستند عليه الطب العلمي وهو الحتمية، فالحتمية هي مبدأ مطلق لجميع العلوم و التي بدونها ليس هناك علم (2)، و العلوم الطبية لا تتقدم بطريقة خطية بتراكم عادي للمعرفة، فهي مبنية حسب عملية تجربة / خطأ وبتصدعات نموذجية (3).

الطب كما نعرفه اليوم هو من نتائج التطورات التي شهدتها المجتمع الغربي خلال القرون الثلاثة الماضية، ولقد كانت العائلة في المجتمعات القديمة هي المؤسسة التي تعالج الأمراض والإصابات في أغلب الأحيان، كما أن عدد من مشاهير الأطباء والمؤسسات قد برزوا في بعض المجتمعات القديمة، غير أن المعالجة ظلت في أغلبها وقفا على فئات من

(1)- نجلاء عاطف خليل، مرجع سابق، ص 213.

(2)- Bernard Claude, *Principes de la médecine expérimentale*, p 267.

(3)- Saillant Francine & Michel O'Neill (dir), *Accoucher autrement*, p 299.

الممارسين الذين يستخدمون مزيجا من العلاجات المدنية والسحرية ومازال جانب من هذه الأنساق التقليدية في العلاج شائعا في مناطق كثيرة خارج المجتمع الغربي⁽¹⁾، فعند الصينيين المصريين واليونانيين نجد الطب في الأول كان في أيدي الكهنة، بالإضافة إلى الممارسات الدينية التي ترتبط دائما بإدارة الوسائل العلاجية، نسجل أيضا بالخصوص بعض المعابد أو القبور التي كان المرضى يقومون بزيارتها وإهداءها القرابين لإشفائهم⁽²⁾، حيث تلعب المعتقدات الدينية دورا كبيرا في الارتباط بين المعايير الاجتماعية في المجتمع وبين تنسيب المرض إلى القوى المكلفة بالحفاظ على هذه المعايير في غياب الآليات الرسمية للضبط الاجتماعي (الشرطة والجيش والمحاكم والقضاة) حيث تنسب الأمراض في هذه المجتمعات لأعمال السحر والشعوذة التي تعد آلية للمحافظة على النظام الاجتماعي بين الناس⁽³⁾.

إن جسم الانسان كما نعرف هو جسم ضعيف يحتاج إلى العناية الدائمة والمستمرة، فأبسط الأشياء الموجودة في الطبيعة يمكن أن تصيبه بالضرر، لذلك كان لزاما عليه الاعتناء بصحته وذلك بتفادي كل ما يضر به من الأسباب المؤدية إلى المرض، كما كان لزاما عليه تطوير حياته، "حيث ابتداء من الثلاثينات ونحن نشهد تطورا سريعا في المعرفة والأدوات العلاجية، فالأشعة X على الرغم من أنها تستخدم منذ بداية القرن لأشعة قياس الحوض، تمثل ابتداء من سنة 1926 الوسيلة التكنولوجية الأولى لتأكيد الحمل، و أداة قادرة على تقديم معلومات على وضع الجنين وبعض العيوب الخلقية، وتسهيل اتخاذ القرار عند الاستقراء المبكر للحمل، وأحسن معرفة لهرمونات الحمل، وتسمح بتطوير اختبارات الحمل المبكر⁽⁴⁾.

إن الطب لا ينعزل عن البيئة الاجتماعية والثقافية وإنما يرتبط بهما ويستمد منهما دوافعه واهتماماته، كما أن خاصية الطب وديناميكيته تعتمدان على المكان الذي يحدث فيه كل نمط ثقافي، كما تعتمدان أيضا على النمط الثقافي ذاته⁽⁵⁾.

(1)- جينز أنتوني، علم الاجتماع، مرجع سابق، ص 233.

(2)- Claude Bernard, *Principes de la médecine expérimentale*, p 64.

(3)- نجلاء عاطف خليل، مرجع سابق، ص 214.

(4)- Saillant Francine & Michel O'Neill (dir), *Opcit*, p 210.

(5)- المكاوي علي، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص 24، 25.

تظم مهنة الطب نوعيات بشرية متنوعة (يقصد الكاتب هنا الأطباء) من الذين يهبون أنفسهم للمرضى ، و من الذين يتورعون عن بيع المريض للحصول على أتعابهم الجشعة، و الخلاصة أن الطب شأنه شأن كل المهّن يحوي الأفراد الصالحين والأفراد الطالحين أيضا(1)، ، و وجب عليه (أي على الطب) تقديم وجهين على التوالي وهما على علاقة بهدفه معرفة المرض وعلاجه، إذن وجب عليه معرفة التشخيص، يعني الجانب الوصفي الذي يجب معرفته (تشخيص المرض) والجانب العلاجي الذي يمثل الوقاية أو علاج المرض(2) .

إنّ لكل حقبة زمنية مشاكلها وظروفها، فكان الإنسان في صراع مع المرض بالوسائل المتوفرة التي بدأت بسيطة مستخلصة من الطبيعة مباشرة، واستمرت في التطور والتقدم حتى توصل إلى الوسائل و المعدات الحديثة، و التي كانت نتاج جهود كبيرة وطويلة ومستمرة من طرف الباحثين و العلماء الساهرين على راحتنا، و بذلك نستطيع القول أن الطب الحالي هو الطب الحديث المتطور بمعنى الكلمة لأنه بفضل هذا الطب كم من أم كانت محرومة من الإنجاب وأنجبت في النهاية، وكم من مريض كان ميئوس منه، فشفي وعاد إلى حياته العادية، سواء بالتدخل الجراحي والعمليات القيصرية أو بالأدوية .

إذن فالطب الحقيقي هو الذي يسعى لإيقاف الألم(3) و حسب "براون" " Brown " أن الطب هو الفن الذي يهدف إلى الحفاظ على الصّحة و الشفاء من الأمراض(4).

(1)- المكايي علي ، -علم الاجتماع الطبي ، مرجع سابق، ص 182.

(2)- Bernard Claude, **Principes de la médecine expérimentale** , Opcit , p 155.

(3)-Ibid ,p45.

(4)-Ibid, p 157.

(2)-الأنثروبولوجيا الطبية تخصص:

إنَّ الأنثروبولوجيا علم من علوم علم الاجتماع، و فرع يختص و يبحث حصريا في دراسة الشعوب و معرفة أحوال و ماهية و طريقة عيش و تفكير الشعوب القديمة البدائية التي لم يكن لها أي تقدم علمي أو تاريخي، و غير موثقة لأحوالها لأنها مجتمعات مغلقة و بدائية التفكير، و العلوم و التقدم التكنولوجي و المعرفي، فمجال البحث فيها يصعب لأنها لم تؤثّق أحوالها و نظمها الاجتماعية (1)

و لقد ظهرت الأنثروبولوجيا قبل ظهور علم الاجتماع (2)، و من العوامل التي عجّلت بتقدم علم الأنثروبولوجيا مذهب التطور و التقدم التكنولوجي و الدراسات التي أجريت عن عمر الأرض و ما قبل التاريخ(3)

فالأنثروبولوجيا هو علم دراسة الانسان طبيعيا ،اجتماعيا ،وحضاريا والمصطلح منحوت من كلمتين يونانيتين هما: Anthropos (انسان) و lagos (علم) وتعنيان معا (علم الانسان)، وتتكون الانثروبولوجيا المعاصرة من وجهة النظر البريطانية من الانثروبولوجيا الطبيعية والانثروبولوجيا الاجتماعية التي تظم الانثروبولوجيا الحضارية كفرع من فروعها، والانثروبولوجيا الطبيعية والأثنولوجيا، هذا إضافة إلى أنها تظم علوما أخرى مثل علم اللغات والأثنوغرافيا (4) .

و يرجع تاريخ الانثروبولوجيا الطبية كمجال فرعي من الدراسات الانثروبولوجية إلى خمسينيات القرن الماضي(5)، ولقد شهدت ازدهارا ملحوظا بعد الحرب العالمية الثانية ،وخاصة حينما أسهمت في دراسة المشكلات الطبية، وتمثل دراسة " Caudill " (1953) عن الانثروبولوجيا التطبيقية في مجال الطب نقطة البداية في هذا الازدهار، إلا أن هناك محاولات سبقت دراسة "Caudill" تناولت وصف المفاهيم الايتيولوجية و المعتقدات

(1)-قديري الشيخ علي ، سوسن جورج سمور، ماري زايد حداد،مرجع سابق،ص ص 24،25.

(2)- جعفر عبد الوهاب ، البنيوية في الأنثروبولوجيا و موقف سارتر منها، دار المعارف، مصر، 1980،ص 10.

(3)-نفس المرجع ، ص10

(4)- شاكر مصطفى سليم ،قاموس الأنثروبولوجيا ،انجليزي ،عربي ،ط 1 ،جامعة الكويت ، 1981، ص 56.

(5)- نجلاء عاطف خليل ، مرجع سابق ، ص ص 142 ، 143.

المرتبطة بالصحة والمرض والممارسات الطبية في المجتمعات البسيطة (1)، كما يعود تاريخ العلاقة التبادلية بين الطب والانثروبولوجية إلى نهاية القرن التاسع عشر من خلال الارهاصات الأولى للعالم الانثروبولوجي "Virchow" المعروف باهتماماته في مجال الطب الاجتماعي، مع أن رؤيته النظرية المميزة لم تبلغ مكانتها داخل النظرية الانثروبولوجية الطبية إلا في بداية السبعينيات في القرن الماضي (2).

إن الانثروبولوجية الطبية علم يبحث في العلاقة بين الثقافة باعتبارها الموضوع الأساسي في الانثروبولوجيا والصحة و المرض باعتبارهما موضوعي اهتمام الطب، لذلك فهي تعني "الدراسة الكلية المقارنة للثقافة ومدى تأثيرها على المرض والرعاية الصحية"، وهناك ارهاصات اثنوجرافية منذ العشرينات مهدت لظهور الانثروبولوجيا الطبية إلا أنها ازدهرت منذ الخمسينيات حينما أسهمت في دراسة المشكلات الطبية (3)، وقد تزايد الاهتمام بهذا العلم نظرا لتزايد الوعي بدور الثقافة في القضايا الصحية، مثل تطور المرض وتوزيعه الجغرافي والوسائل والأساليب التي تعتمد عليها المجتمعات في مواجهته، والطرق المثلى لتحسين الطب الحديث وتطويره في المجتمعات التقليدية (4).

كما تهتم الانثروبولوجيا الطبية بجانب كبير من الظواهر البيولوجية وخاصة فيما يتعلق بالصحة والمرض، وهي تركز على العلاقة البيئية بين الصحة والبيئة الثقافية- البيولوجية، كما تركز أيضا على تعريفات الثقافة الاجتماعية لكل من المرض والعلاج، ولذلك فهي كدراسة بحثية تقع في منطقة التداخل والتشابك بين العلوم الطبيعية والعلوم الاجتماعية وتستمد رؤيتها من كليهما (5).

2-1- تعريف شامل وعام للانثروبولوجيا الطبية:

ينظر " بيرتو بيلتو " إلى الانثروبولوجيا الطبية على أنها أحد فروع العلوم التطبيقية، و هي تعني بوصف الكيفية التي تشرح بها مختلف الشعوب غير الغربية

(1)- المكاوي علي ، الأنثروبولوجيا الطبية ، مرجع سابق ،ص 12.

(2)- نجلاء عاطف خليل ، مرجع سابق ،ص ص 142، 143.

(3)- المكاوي علي ، الأنثروبولوجيا الطبية ، مرجع سابق ،ص ص 7، 8.

(4)- نفس المرجع، ص 12.

(5)- نجلاء عاطف خليل ، مرجع سابق ،ص 124.

المرض وكيفية فهمه وأسلوب العلاج الذي تلجأ إليه (1)، ويستخدم علماء الأنثروبولوجيا الطبية المناهج الاثنوجرافية التي تتطلب قضاء فترة طويلة من الوقت للمعيشة مع جماعات صغيرة نسبيا من الشعوب لملاحظتهم وتسجيل حياتهم لكي يفهمونهم ويفسرونهم (2)، ويظهر من البحوث الميدانية أن جميع علماء الأنثروبولوجيا يستخدمون من الناحية العلمية مزيجا من المقابلات (المنظمة وغير المنظمة) والملاحظة المباشرة، و يتم طرح تساؤلات محددة، و تختلف الأهداف التي تهدف إليها الملاحظة بناء على الاهتمامات النظرية، غير أن

عمليات جمع البيانات متماثلة إلى حد بعيد بغض النظر عن الاتجاه النظري (3)

وفي ضوء ذلك تعددت مجالات الاهتمام المشترك بين الأطباء والأنثروبولوجيين ومنها كيفية المحافظة على الصحة والوقاية من المرض والتأثير السلوكي على هذه العملية والعوامل الثقافية المسببة للأمراض والوبائيات، وبالتالي تسود النظرة للصحة والمرض في ارتباطهما بنوعية الحياة والحفاظ عليها، كذلك اهتمت الأنثروبولوجيا الطبية بالبرامج الصحية والتعليم الطبي والبحث الطبي والممارسات الطبية الشعبية، وطب المجتمع والتخطيط السكاني والمريض والتغذية والوبائيات (4).

تزداد أهمية الثقافة في مجال الصحة والرعاية الصحية نظرا لأنها تتحكم إلى حد كبير في نمط انتشار المرض وطريقة الناس في تفسيره ومعالجته وكيفية الاستجابة لانتشار الطب الحديث والتفاعل معه، فالثقافة تقي الانسان المرض وتصيبه به أيضا فتسميد الأرض بالنفايات البشرية لضمان خصوبتها ووفرة غلتها يجعل من الأمراض الوبائية والطفيليات المرتبطة بالبراز مصدر تهديد للصحة، تتزايد خطورته بمرور الوقت، وهنا تعرض الثقافة أبنائها للمرض وتقربهم منه، وهي في أحيان أخرى تبعدهم عن المرض وتقيهم منه في ضوء الدور المزدوج الذي تلعبه، ويظهر تأثير الثقافة من ناحية أخرى، فهي المصدر الذي يستقي منه الانسان تعريفه للمرض واستجابته له (5).

(1)- بشاي أليس اسكندر، الصحة و البيئة دراسات اجتماعية و أنثروبولوجية، ط 1، مركز البحوث و الدراسات الاجتماعية، جامعة القاهرة، مصر، 2001، ص 126.

(2)- نفس المرجع، ص 125 .

(3)- نفس المرجع، ص 126

(4)- المكاوي علي، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص 8.

(5)- نفس المرجع، ص ص 12، 13.

و هكذا فإذا كان علم الاجتماع الطبي يبرز اتجاهات وقيم المجتمع نحو العلاج الشعبي والعلاج الرسمي وكيفية استثمار هذه الاتجاهات والقيم في تدعيم الصحة العامة في المجتمع، فإن الانثروبولوجيا الطبية تساعد على استكمال ظاهرة الصحة و المرض بالتركيز على العناصر الثقافية كالعادات والمعتقدات والطقوس الشعبية والمعالجين الشعبيين ودورهم في قضايا الصحة والمرض (1).

في الأخير نقول أنه رغم تعدد الدراسات وكثرتها عن الانثروبولوجيا بصفة عامة والانثروبولوجيا الطبية بصفة خاصة، إلا أن دراسة Caudill كانت مغايرة، حيث ألقت الضوء على أهمية الانثروبولوجيا في المجال الطبي، وكانت نقطة تحوّل حيث انخرط الانثروبولوجيون وعلماء اجتماعيون عديدون في الاهتمام بالبرامج الصحية والبحث الطبي، وغيرها من المجالات الطبية، وعلى هذا فقد شهدت الفترة من عام 1962 إلى سنة 1972 تطورا ملحوظا في الانثروبولوجيا الطبية، حسبما يحدد Polgar Scotch و Fabriga...، ويرى Weaver أنها فرع من الانثروبولوجيا التطبيقية، على حين يذهب Alland إلى أن الانثروبولوجيا الطبية يمكن أن تسهم في البحث الأساسي حول التطور الانساني (2).

(3)- علم الاجتماع الطبي كتخصص: تقسم العلوم بشكل عام الى موضوعيين رئيسيين: (3)

الأول: العلوم الاجتماعية (الانسانيات) وهي التي تعني بدراسة الانسان من جهة تفكيره وعلاقاته ونشاطه الاجتماعي وعواطفه ورغباته وأحاسيسه المختلفة، وقد اهتم علم النفس بدراسة السلوك الفردي للإنسان، ومن الأمثلة على هذه العلوم : اللغات، الديانات، الفنون، التربية، الاقتصاد، التشريع (العلوم الشرعية)، السياسية، الجمال، وهذه بعض الظواهر التي يدرسها علم الاجتماع : اللغة، التشريع، الأخلاق، الدين، المعتقدات، ثقافة الاقتصاد التربية ، السياسة ، الجمال الطب ، ومن هنا تفرع علم الاجتماع إلى عدة فروع منها علم الاجتماع التربوي ، علم الاجتماع السياسي ، علم الاجتماع الاقتصادي وعلم الاجتماع الطبي.

(1)- نجلاء عاطف خليل ، مرجع سابق، ص 124 ، 125.

(2)- المكاوي علي ، الانثروبولوجيا الطبية ، مرجع سابق، ص 14.

(3)- قدرى الشيخ علي ، سوسن جورج سمور ، ماري زايد حداد، مرجع سابق، ص 21.

الثاني: العلوم الطبيعية، وهي تعني بدراسة الظواهر الطبيعية الخارجية (بيئة الفرد) والتي تؤثر في نسق الحياة وحياة الفرد.

ولقد ظهر علم الاجتماع الطبي في أواخر العقد الخامس من القرن العشرين كأحد فروع علم الاجتماع وتطور فيما بعد بسرعة نتيجة التطورات الطبية التي اهتمت بأهمية علم الاجتماع في تعليم طلبة الكليات الطبية (1)، وإن كانت قد ظهرت قبل ذلك ومنذ حوالي 1850 محاولات من جانب بعض الأطباء للاهتمام ببعض النواحي الاجتماعية في ممارسة مهنة الطب وفي تدريس العلوم الطبية، ثم ظهرت بعد ذلك الاهتمامات بالصحة العامة والطب الوقائي، وما كان يعرف بالطب الاجتماعي (2)، ولقد تقدم علم الاجتماع الطبي في فترة الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي، ونشطت الأبحاث في أمريكا وأوروبا للحاجة الملحة جدا للمجتمع وربط القضايا الاجتماعية، وأصبحت الدراسات والبحوث تدرس حالة المجتمع بكامله، ومن ثم تدرس الحالة السلوكية والاجتماعية للفرد من خلال دراسة المجتمع، لأن المجتمع يعكس سلوك الأفراد المكوّن للمجتمع، أي تحوّل النظرة الفردية للإنسان إلى النظرة الجماعية للمجتمع (من الجزء إلى الكل)، وتم التركيز على دراسة الأوبئة والأمراض المستعصية والأمراض الاجتماعية بشكل خاص في القرن العشرين كدراسة منظمة وعلمية، علما بأن هذه الدراسات قد بدأت في نهاية القرن التاسع عشر واستمرت في القرن العشرين ومازالت (3) إلي يومنا هذا.

و يقوم علم الاجتماع الطبي على محاولة تطبيق النظريات والمناهج السوسيولوجية على ميدان الطب كنظام اجتماعي، كما يتضمن هذا الفرع دراسة تصوّرات الناس عن الصحة و المرض، بمعنى اخر يتناول علم الاجتماع الطبي الميدان الصحي بوصفه مجموع

(1) - العمر معن خليل، مرجع سابق، ص ص 43، 44.

(2) - المكاوي علي، علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص 7.

(3) - قدرى الشيخ علي، سوسن جورج سمور، ماري زايد حداد، مرجع سابق، ص 21.

المؤسسات النظامية التي تستهدف اشباع احتياجات الناس إلى المحافظة على الصحة ومقاومة المرض(1).

ويقترح "شترافوس" أن نميز بين علم الاجتماع ودراسة الطب واستخدام علم الاجتماع في ميدان الطب، فالأول يستخدم بدراسة الطب كنظام وكذلك دراسة الفروع العديدة للنظام الطبي القائم بمناهج وأساليب علم الاجتماع، والمتخصص في دراسة مثل هذه الموضوعات هو عالم الاجتماع المتخصص وحده، أما استخدام علم الاجتماع في ميدان الطب فيهتم بدراسة الظروف والشروط الاجتماعية للصحة والمرض، وخاصة الشروط المتعلقة بأمراض معينة، وهو بذلك يمثل ميدانا للاهتمامات المشتركة لعلماء الاجتماع والأطباء على السواء وفي نفس الوقت (2).

3-1- تعريف علم الاجتماع الطبي وتحديد مجالاته: علم الاجتماع الطبي هو ميدان من ميادين علم الاجتماع يهتم بدراسة الجوانب الاجتماعية للمرض فيتناول دراسة الاتجاهات نحو المرض وتوزيعه وعلاقة المرض بالتنظيم الاجتماعي للمجتمع، كما أنه يشمل في الوقت نفسه على دراسة البناء التنظيمي للمستشفى والأدوار الاجتماعية المختلفة (كالمريض والطبيب والمرضة.....) التي يقوم بها المرضى أو الذين يتعاملون معهم سواء بطريق مباشر أو غير مباشر(3).

كما يمثل علم الاجتماع الطبي مجالا مشتركا بين الطب وعلم الاجتماع أي أنه العلم الذي يهتم بدراسة الانسان من حيث علاقته بالمجتمع وبالصحة وبالمرض، وهو لا يقتصر

(1)- الجوهري محمد و اخرون، الصحة و المرض، وجهة نظر علم الاجتماع و الأنثروبولوجيا، ط3، القاهرة، مصر، 2005، ص 15.

(2)- نفس المرجع، ص16

(3)- غيث محمد عاطف، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، مصر، ص 455.

على مجرد الدراسة والفهم النظري، بل يمتد إلى مجالات البحث التطبيقي فإذا كان الطب يهتم بقضايا الصحة والمرض وعلم الاجتماع يدرس البناء الاجتماعي فإن علم الاجتماع الطبي يمثل حلقة الوصل بينهما، أي أنه يدرس قضايا الصحة والمرض في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية والاقتصادية والإدارية (1).

ولقد تبلورت اهتمامات علم الاجتماع الطبي حول عدة موضوعات كان من أهمها تطوير الخدمات الطبية والمساهمة في وضع السياسات الصحية، ودراسة العوامل الاجتماعية كالعادات والتقاليد والمعتقدات التي تسبب إصابة الإنسان بالمرض واللجوء لطلب المساعدة الطبية، والعلاقة بين الطبيب والمريض ودراسة الأسباب الاجتماعية والإيكولوجية للمرض، وتوزيع الأوبئة ومعدلات الوفيات وكافة مجالات الصحة العامة، بالإضافة إلى دراسة تنظيم الممارسات الطبية واتجاهات التعليم الطبي، وهذا فضلا عن دراسة الطب الشعبي وفنونه وممارساته العلاجية والمطبيين الشعبيين ومقارنته بالطب الحديث وبيان مدى التداخل أو التعارض بينهما (2).

3-2- مواضيع علم الاجتماع الطبي: يغطي علم الاجتماع الطبي عدة مواضيع هي:

- 1- علم الاجتماع الشفاء المهني.
- 2- علم اجتماع الأمراض: سلوك المرض وسلوك مساعدة المريض.
- 3- مؤسسات طبية وتنظيمات الخدمات الصحية.
- 4- العوامل الاجتماعية للأمراض.
- 5- العوامل الاجتماعية للمواليد والوفيات.
- 6- تأثيرات العوامل الاجتماعية على طلب واستعمال الأدوات الطبية.
- 7- علم اجتماع تفاعل الطبيب مع المريض.
- 8- التأثيرات الاجتماعية للمسافات الطبية المختلفة مثل المراكز الخاصة بالعناية الصحية العامة والخاصة.

(1) - نجلاء عاطف خليل، مرجع سابق، ص 395، 396.

(2) - نفس المرجع، ص 124.

- 9- الأنماط العالمية للأمراض والخدمات الطبية، حيث أنه من المهم الأخذ بعين الاعتبار التمييز بين علم الاجتماع في الطب و علم الاجتماع الطبي كروية مختلفة في البحوث (1). ونلاحظ بأن علم الاجتماع يشترك مع الطب في عدد من الافتراضات الآتية (2).
- أ- قبول الوضعية الفلسفية.
- ب- استخدام الحلول التكنولوجية.
- ت- وجهة نظر محدودة على التجربة الأوروبية.
- ث- فكرة أن الطب مفيد وفي بعض المقاييس مقدس.

3-3- الأسس والقواعد التي يركز عليها علم الاجتماع الطبي:

هناك أسس وقواعد ومرتكزات يعتمد عليها علم الاجتماع الطبي عند دراسته لأي حالة اجتماعية فردية كانت أم جماعية للإنسان كفرد أو لأعضاء المجتمع الطبي، وهي تعتبر أساسية من أجل النجاح في تقييم أو معرفة أي شيء عن الانسان كفرد أو المجتمع المراد دراسته وهي:

- 1- الإنسان من أسمى وأرقى الكائنات الحية لأنه يمتاز بشيء لا يمتاز به غيره من الموجود على الأرض سواء كان حيا أو طبيعة صامتة، وهي العقل والتفكير والشيء الثاني العواطف والإحساس.
- 2- الانسان ليس كتلة بيولوجية من دم ولحم وعظام، وإنما هو كتلة من العناصر مجتمعة داخله، وتميزه هذه العناصر وتميز شخصيته، هذه العناصر هي العقلية (الفكرية)، البيولوجية الجسمية، النفسية والاجتماعية، ويجب أن تكون هذه العناصر الأربعة متوازنة وسليمة عندما نطلق على الانسان سليم، وأي خلل في هذه العناصر يؤدي إلى عدم اكتمال الصحة وعدم توافقها.
- 3- أي اصابة أو مرض يصيب الانسان فإن المسؤولية الملقاة على المجتمع تجاه الانسان كبيرة، لأن الانسان أساس المجتمع.

(1)- العمر معن خليل ، مرجع سابق ، ص ص 395، 396.

(2)- Derek ,Gill et Andrew .C.Twaddle, *Sociologie de la médecine ,la sociologie médicale , que recouvre ce terme ? , Revue internationale des sciences sociales*, Opcit ,P 409.

4- أي إصابة للإنسان أو المجتمع لها تأثيرات كبيرة على المجتمع سواء من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والانتاجية للفرد والسلوك الفرد في المجتمع.

5- عند إصابة أي إنسان بمرض فإن الطبيعة البيولوجية تختلف من إنسان إلى آخر، وكذلك سلوك المرض، ومن هنا تختلف طريقة الوقاية من المرض وكيفية العلاج تختلف من شخص لآخر لاختلاف الطبيعة الانسانية(1).

ولقد تناول " تالكوت بارسونز " أهم الأسس النظرية لعلم الاجتماع الطبي بالدراسة والعرض والتحديد، وقدم إلينا ما يمكن أن نعتبره صياغة للمفاهيم الأساسية في علم الاجتماع الطبي، وتنطلق تلك المفاهيم من توقعات الدور المنظمة (أو التي تشكلت نظاميا) في علاقة الطبيب والمريض، وحدد لنا "بارسونز" أهم عناصر هذه التوقعات النظامية من جانب المريض في أربعة عناصر وهي:(2)

1- التخلص من التزامات الدور الاجتماعي العادية التي تنطوي على التخلي عن بعض الحقوق، كذلك التخلي عن بعض الالتزامات أيضا.

2- التصور النظامي (الثابت والواضح) الذي مؤداه أننا لا نستطيع أن نتوقع من المريض أنه ينبغي أن يكون سليما من المرض، في الوقت الذي يتماثل فيه للشفاء ويستجمع قواه (التخلص من عبئ المسؤولية).

3- الالتزام بالرغبة في أن يعافي من المرض.

4- الالتزام بأن يبحث عن المساعدة من الجهة المختصة في العلاج وأن يتعاون مع الطبيب.

3-4- المصادر النظرية لظهور ونشأة وتطور علم الاجتماع الطبي في العالم:

1- **عند الغرب:** إن أصول علم الاجتماع الطبي قديمة جدا ولكن قبل محاولة وضعها في منظور اجتماعي تاريخي وسياسي بنطاق أوسع، فيجب علينا تحليل اتجاهات وخصائص هذا العلم (3) على مدى السنين العديدة الماضية.

(1)- قدرى الشيخ علي، سوسن جورج سمور، ماري زايد حداد، مرجع سابق، ص ص 36، 37.

(2)- الجوهري محمد و اخرون، مرجع سابق، ص ص 16، 17.

(3)- Derek ,Gill et Andrew .C.Twaddle, *Sociologie de la médecine ,la sociologie médicale , que recouvre ce terme ? , Revue internationale des sciences sociales*, Opcit ,P 398.

لقد كان ظهور علم الاجتماع الطبي نتيجة طبيعية لاهتمام المشتغلين بالطب بالجوانب الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض والخدمات الصحية ، وقد جذب هذا الفرع الجديد من فروع علم الاجتماع جمهورا كبيرا من علماء الاجتماع، فتراكمت الدراسات الاجتماعية الطبية وشملت عدیدا من الموضوعات المرتبطة بالصحة والمرض وقاية وعلاجاً(1).

تشير المصادر الغربية إلى أن ظهور علم الاجتماع الطبي في كل من أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية كفرع من علم الاجتماع كان في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية، على الرغم من أن جذوره تمتد إلى ما قبل ذلك ،ولقد جاء الكثير من دوافعه النظرية من الولايات المتحدة بالنتائج والمترتبات الصحية للتغير الاجتماعي في عصر التصنع والتحضر السريع(2).

أما في ألمانيا فلفظ علم الاجتماع الطبي لم يكن متداولاً قبل سنة 1955، والموضوع نفسه له جذور عميقة في الفكر الطبي الألماني، نحن لا نحاول تتبع تطور الفكر كله في ميدان نسميه اليوم بعلم الاجتماع الطبي، ولكن ينبغي الإشارة إلى كتابات New man Salamon و Virchow سنة 1948، نجدهم يمثلون جزء من علم الاجتماع الطبي الكلاسيكي، نذكر كذلك بالموازاة كتاب Mueller-Iyer حول علم الاجتماع المعاناة سنة 1914(3).

2- عند العرب والمسلمين:

إن جذور علم الاجتماع الطبي تكمن بعيداً في أعماق القرن التاسع ميلادي وما تلاه عند العرب المسلمين، ثم بدأ الاهتمام به في أوروبا وأمريكا خلال القرن 19 أي بعد عشرة قرون حتى وصل إلى مستوى فائق على مدى ربع القرن الأخير (1950-1975) (4). حيث اهتم بعض كتاب هذه الحقبة التاريخية (القرن التاسع ميلادي) أمثال الأندلسي بن عبد ربه،

(1)- المكاوي علي ، تقديم محمد الجوهري ، علم الاجتماع الطبي ،مدخل نظري ، مرجع سابق ، ص 27.

(2)- نجلاء عاطف خليل ، مرجع سابق ، ص 127.

(3)-Derek ,Gill et Andrew .C.Twaddle, **Sociologie de la médecine ,la sociologie médicale , que recouvre ce terme ?** , Revue internationale des sciences sociales,opcit , p 401.

(4)- المكاوي علي ، تقديم محمد الجوهري ، علم الاجتماع الطبي ،مدخل نظري ، مرجع سابق ، ص 36 .

ابن قتيبة الدينوري، وإخوان الصفا وابن سينا والبغدادى والأزرق ابراهيم بن عبد الرحمن بن أبي بكر دراسة الجوانب الصحية والوقائية للحياة الاجتماعية، وبينوا أهميتها في حفظ نوع الانسان وتنظيم حياته اليومية وتعويده على ممارسة الأنماط والأنشطة الاجتماعية اليومية ذات الطابع الصحي والوقائي، وتطرقوا خلال هذه الفترة إلى تناول الموضوعات الرئيسية ذات الصلة الوثيقة، بما يسمى الان بعلم الاجتماع الطبي وتناولوا صورة الطبيب الاجتماعية، ونظام العمل الطبي بين الأطباء والمطبيين ومجبري العظام و المتخصصين في علاج النساء وغيرهم من المعالجين(1)، كما تطرقوا إلى نظم التعليم الطبي ودراسة التنظيم الاجتماعي للبيمرستان (المستشفى)(2).

كما تضمن التراث العربي الاسلامي أيضا لمحات تفصيلية حول نظام الصحة الوقائية من حيث نسق التغذية وشروطها وكفايتها وقواعد الاغتسال والنظافة، مما تبين معه أن جذور علم الاجتماع الطبي تمتد إلى بداية العصر الاسلامي الأول (3)، غير أن ازدهار هذا العلم قد انحصر في البلدان الصناعية، وبالتالي يمكن القول أنه لم يجذب اهتماما كبيرا نحو مشكلات الخدمات الصحية في بلدان العالم الثالث إلا في حدود ضيقة (4).

3- أهم رواد علم الاجتماع الطبي:

في الواقع أن هناك أربع رواد في علم الاجتماع استطاعوا الاسهام المتميز في علم الاجتماع الطبي وتوظيف المعرفة السوسيولوجية في فهم الممارسة الطبية والصحة والمرض، وبالتالي تقديم نتائج علم الاجتماع للمشتغلين بالطب لتدعيم فهمهم للمجتمع طالب الخدمة، ولتيسير الأداء المهني، ويأتي "بارسونز" على رأس هؤلاء الرواد حيث قدم تحليلا سوسيولوجيا لدور المريض (5).

فمن العلامات البارزة على أصالة فكر "بارسونز" هو قيامه بطرح حدث طبيعي وهو عملية أن يصبح الانسان مريضا ويسعى للعلاج الطبي ليكون موضوعا مناسباً للتحليل السوسيولوجي، وكان المفهوم الخاص بدور المريض قد ظهر لأول مرة كجزء من

(1)- نجلاء عاطف خليل ، مرجع سابق ،ص 128.

(2)- المكاوي علي ،تقديم محمد الجوهري ،علم الاجتماع الطبي ،مدخل نظري ، مرجع سابق ، ص95.

(3)- نجلاء عاطف خليل ، مرجع سابق ،ص 128.

(4)- المكاوي علي ،تقديم محمد الجوهري ،علم الاجتماع الطبي ،مدخل نظري ، مرجع سابق ، ص 36.

(5)- نفس المرجع ،ص 27

دراسة عن الممارسة الطبية الحديثة لتوضيح العلاقات الداخلية المتبادلة بين العناصر الأساسية في النسق الاجتماعي(1).

وفكرة دور المريض كما يصفه بارسونز لا يجب أن يفصل عن مفهوم المرض كانهراف يجب السيطرة عليه لتدعيم التوازن الاجتماعي، والتركيز على دور المريض في حد ذاته يلقي الضوء على الأداء الوظيفي في توجيه الرعاية الصحية، ولكن ربما يؤدي إلى الاستخفاف بالعوامل الاجتماعية المسببة لنشوء المرض(2).

فالمرض والعلاج من الأنشطة الاجتماعية التي تشمل مشروعات تأمين ذات تنظيم شعبي عام ومؤسسات كبيرة شاملة لإيواء المريض، ويرجع السبب في هذا إلى أن المرض يمثل شكلا من الانحراف عن أداء الواجبات المألوفة، و مع ذلك و بعكس اشكال الانحراف الأخرى فإن الوقوع في المرض لا يستلزم معه بالضرورة وجود عقوبات سالبة، بل أنه في نطاق نسق القيم قد يكون هناك ثمة تشجيع إيجابي إن لم يكن التزاما عن الانسحاب من الأدوار الاجتماعية المعتادة، أو بتوفير نوع الدافعية للانحراف من جانب المريض، فإن النسق الاجتماعي يعمل على تحسين الظروف من أجل استعادة الحالة الصحية، وفي نفس الوقت على عزل الانحراف العابر في نسق الأدوار الخاصة، وهذا يؤدي إلى تقليص امكانية وضوح وجاذبية الدور المنحرف لدى الآخرين، ويتكفل التنظيم الاجتماعي للمرض بمهمة الطبيب الذي حوّل سلطة قبول وفرز الأفراد خلال قيامهم بدور المريض وفي القيام بأعباء هذا الدور(3).

إن أبحاث ودراسات "بارسونز" Parsons "كانت الأشمل على الإطلاق والأكثر اتساعا في هذا المجال وذلك بتركيزه على أدوار المريض الاجتماعية، ضفّ إلى ذلك أعمال "روبرت ميرتن" R.Merton الذي قدم اسهامات عديدة حول التعليم الطبي والنظرية الاجتماعية، ثم جاء الرائد الثالث "اليوت فريدسون"(4) E.Freidson الذي أشار إلى ظهور حالة من التوتر العميق نتيجة لتباين التوقعات لدى الطبيب والمريض، ذلك أن انعزال مدخل

(1)- مان ميشال ، ترجمة عادل مختار الهواري، سعد عبد العزيز مصلوح، موسوعة العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر، 1999، ص ص642، 643.

(2)- السكري أحمد شفيق، مرجع سابق، ص 479.

(3)- مان ميشال ، مرجع سابق ، ص 643.

(4)- المكاوي علي، تقديم محمد الجوهري، علم الاجتماع الطبي، مدخل نظري ، مرجع سابق ، ص 27، 28.

الطبيب لما يعتبره لا يزيد عن مجرد حالة مرضية لا بد أن يتصادم مع حالة الاستغراق التي يعيش فيها المريض الذي قد تكون الاستشارة بالنسبة اليه مسألة حياة أو موت (1) ليأتي بعد هؤلاء الثلاثة "دافيد ميكانيك" حيث قدم هذا الأخير مثله مثل فريديسون دراسات حول سلوك المريض، وعلاقة الطبيب بالمريض، والأنماط المعيارية التي تحكم هذه العلاقة (2).

إن علم الاجتماع الطبي له اهتمام أكثر في مواضع النفوذ بين الأطباء والمرضى وبين الطب والحكومة، وهناك نقد صادر من التفاعلية الرمزية والوظيفية، وحيث أن علم الاجتماع الطبي أهمل دراسة السياسة في الطب كذلك انتقد الماركسيين المؤسسات التنظيمية الطبية التي تقدم الخدمات العلاجية، وهناك انتقاد آخر صادر من الحركة النسوية للتمييز بين الذكور والإناث في التعيين في الوظائف الطبية، وأنّ هذا الاختصاص يتعامل مع المرأة بزاوية عاطفية، وفي بعض الأحيان يمنع الأطباء النساء من استخدام وسائل تنظيم النسل، ويمنع الأطباء من النساء التحكم في رشاقة أجسامهن، وتشير هذه النظرة النقدية إلى أن علم الاجتماع الطبي المعاصر يعكس الجو السياسي والاجتماعي للمجتمع وليس أثار التدخل الطبي في المشكلات والظواهر الصحية (3).

نظرا لأهمية الطب في حياة الفرد و المجتمع بصفة عامة سعى الإنسان إلى توفير كل الظروف و الشروط الملائمة لتسهيل وصول الخدمات الاجتماعية إلى كل الأفراد وبإختلاف مكانتهم الاجتماعية و الطبقيّة، وذلك ببناء قاعات العلاج و المستشفيات و المراكز الصحية، وتوفير التلقيح و تقديم الأدوية مجانا لبعض الأمراض المعدية وغيرها و باعتبار أن مهنة الطب مهنة دائمة الدراسة و البحث و الاطلاع و جب على من يمتنها العمل و الدراسة في نفس الوقت، وذلك من اجل اكتساب التجربة و التحكم في المهنة ليكتسبها و يساعد من يريد اكتسابها، و يعد المستشفى المكان المناسب لتلقين هذا العلم و التدريب على المهنة، و ذلك نظرا لتوفيره على كل ما يحتاج إليه الطلبة والعمال و المرضى من معدات و أدوات وغيرها الخ

(1)- مان ميشال ، مرجع سابق ، ص 644.

(2)- المكاوي علي ، تقديم محمد الجوهري ، علم الاجتماع الطبي ، مدخل نظري ، مرجع سابق ، ص 27 ، 28.

(3)- العمر معن خليل ، مرجع سابق، ص 396.

4- المستشفى كمكان للعلاج والتدريب

لقد اهتمت دراسات علم الاجتماع الطبي بالتنظيمات الطبية واعتبرتها إحدى موضوعاتها البحثية المهمة وأهمها دراسة "DAVID TUKETT" سنة 1976 في كتابه " مقدمة لعلم الاجتماع الطبي " و دراسة "JOHN A. DENTON" في كتابه " الاجتماع الطبي " ودراسة "E.GARRTGY YACO" في كتابه " المرض الأطباء المرضى " مرجع في العلوم السلوكية و الصحية " فهي من الدراسات الاجتماعية الطبية الأساسية حول التنظيمات الطبية، و التي أخذت عنها الاتجاهات الحديثة بعض موضوعاتها أو مناهجها أو أدواتها البحثية(1).

و لقد كان العرب سباقيين إلى إنشاء المستشفيات أو البيمرستانات، وكان الوليد بن عبد الملك سادس خلفاء بني أمية هو أول من بني مستشفى في الإسلام، وكانت هذه المستشفيات دورا للعلاج و مدارس لتعليم الطب في أن واحد، وكان نظامها آية في الكمال، تراعي في بنائها القواعد الصحية، ويفصل فيها الجنسان لكل قسمه الخاص، و تلحق بها صيدلية و مكتبة عامرة بالكتب، و كان للمستشفى جمعية رئيس من الأطباء ولكل قسم رئيسه الخاص، فهناك رئيس الأمراض الباطنية و رئيس الجراحين و المجبرين، ورئيس الكحالين، وكل منهم له الحكم على طائفته من حيث العمل و التصريح بمزاولة المهنة، وكان الطلبة والمساعدون يفحصون المرضى الواردين على المستشفى، ثم يعرضون ما استعصى عليهم من الحالات على رئيس العيادة(2).

تعرف الجمعية الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه مؤسسة للرعاية الصحية تضم جهازا منضما من الأطباء و المهنيين ومرافق دائمة تشمل أسرة للمرضى الداخليين، و تقدم الخدمات الطبية و التمريضية و سائر الخدمات المتصلة بالصحة (المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط لمنظمة الصحة العالمية 1989)، و يعود أصل إنشاء

(1)-عاطف محمد شحاتة، عبد العزيز وآخرون، مرجع سابق، ص 35.

(2)-أبو شادي الروي، محاضرات في تاريخ الطب العربي، دار المريخ للنشر، الرياض، كلية الطب، جامعة القاهرة، مصر، 1988، ص ص 12، 13.

المستشفيات في أوروبا، وهنا المثال على فرنسا بالاستناد إلى المدلولات التاريخية للمصطلحات اللغوية إلى المأوى "HOSPICE" الذي كان يقيمه رجال الدين للحجاج و المسافرين، والذي تحول بعد الثورة الصناعية نحو 1770 إلى مؤسسة عامة أو خاصة مَعْدَة لاستقبال و إطعام الأيتام و اللقطاء و العجزة و ذوي العاهات و الأمراض المستعصية (1).

أما اليوم فقد أصبحت المستشفى مأوى للمريض و مؤشرا دالا على الصّحة في المجتمع، ومكانا للبحث و الدراسة، و تدرس فيه أسباب المرض للوقوف عليها وفهمها من أجل الأصحاء و المرضى على حد سواء، ولذلك فإن أبرز واجبات المستشفى يتمثل في التشخيص المبكر للمرض، و تعميق معرفتها بعوامل اضطراب الصّحة و بالتالي العلاج السريع للمرض، وقبل استفحال آثاره (2) كأن يصبح المستشفى :

- مركزا متخصصا في تشخيص الحالات التي يعاني منها المرضى و القيام بعلاجهم و تأهيلهم سواء أكان ذلك في العيادات الخارجية أم أقسام المستشفى الداخلية .
- مكانا لتوفير خدمات الرعاية الصّحية الأولية .
- مركزا لتعليم العاملين الصّحيين و تدريبهم .
- مركزا للقيام بالبحوث الطبية و الاجتماعية و التنظيمية (3) .

ينظر علماء الاجتماع و الأنثروبولوجيا إلى المستشفى على أنه مجتمع محلي صغير ذو ثقافة خاصة به (4)، و فيه نواجه ثقافتين فرعيتين أساسيتين دائماً، وهما ثقافة المريض من ناحية، وثقافة القوى الطبية من ناحية أخرى ، و يلاحظ أن الثقافة الأخيرة متشابهة إلى حد كبير بغض النظر عن نمط المستشفى، بينما تختلف ثقافات المرضى فيما بينها اختلافاً بيناً (5)، و على هذا فإن ثقافة المستشفى تختلف عن ثقافة المجتمع، و ذلك لأن لهيئة الطبيب

(1)- الحسنه سليم ، من اليمبرستان الى المستشفى، دراسة تحليلية مقارنة للنظام الإداري، دراسات اجتماعية، منشورات وزارة الثقافة في الجمهورية العربية السعودية، دمشق، سوريا، 1998، ص 9.

(2)- المكاوي علي ، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص 91.

(3)- الحسنية سليم ، مرجع سابق، ص 12.

(4)- المكاوي علي ، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص 97.

(5)- نفس المرجع، ص 97.

مفاهيم و مصطلحات و معايير و قيما و سلوكا تغاير الثقافة المحلية السائدة، و من ناحية أخرى فإن المرضى يمثلون ثقافات عديدة تواجه جميعها ثقافة واحدة غريبة هي ثقافة المستشفى⁽¹⁾.

مما سبق يتضح لنا أن المستشفى نسق اجتماعي و ثقافي ذو طبيعة خاصة في المجتمع و أن ظروف الاستشفاء و تجاوب المرضى تؤكد على طبيعة الثقافة الخاصة للمستشفى، و أن هذه الثقافة الخاصة تتفاوت فيما بينها بتفاوت موقع المستشفى و تبعيته الإدارية و تخصصه العلاجي إلخ⁽²⁾.

4-1- أهداف المستشفى الحديث

يهدف المستشفى إلى إجراء التطوير و التحسين المستمر للخدمات التي يقدمها للمرضى، و بما يتوافق مع الحالات المستجدة من الأمراض أو تبعاً للحالة التنافسية الحاصلة في سوق الخدمات الطبية⁽³⁾، و قد تختلف وظائف المستشفيات بعضها عن بعض بسبب اختلاف الأهداف من وراء إنشائها، إلا أن هناك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة في العالم⁽⁴⁾ و هي :

- 1- تحقيق مستوى عال من جودة الرعاية الطبية للمريض و المصاب.
- 2- تعليم و تدريب العاملين في المجالات الطبية و التمريضية و العلوم الطبية المساعدة (فالمستشفيات الحديثة بمختلف أنواعها و أحجامها تمارس مقداراً من أنشطة التدريب و التعليم، إلا أن حجم هذا النشاط يختلف من مستشفى لآخر حسب حجمه و إمكانياته و أهدافه المرسومة، إضافة إلى أن القيام بأنشطة التعليم و التدريب هو جزء من أخلاقيات المستشفى، و وظيفة من وظائفه الأساسية لدعم و ترقية مستوى الرعاية الطبية المقدمة للمرضى، كما أن المستشفى هو المكان الوحيد و الملائم لتدريب و تعليم الأطباء و الممرضين و مختلف المهنيين العاملين في الرعاية الطبية لما يتوفر له من إمكانيات بشرية

(1)- المكاوي علي ، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص 98.

(2)- نفس المرجع، ص 104.

(3)- البكري تامر ياسر ، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 50.

(4)- حريستاني حسان محمد نذير ، إدارة المستشفيات، الإدارة العامة للبحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 1990، ص 195.

و مادية و تكنو لوجية لا تتوفر في أي مكان آخر (1).

3- تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية و العلوم الاخرى ذات العلاقة بالصحة .

4- تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة لتعزيز صحة المجتمع .

و فيما يتعلق بتحليل E.Gartty.Jaco للمستشفى، فيرى أن هناك ثلاثة محاور تنظيمية لها:
الأول: أن المستشفيات يجب أن توزع و تنظم و تتعاون لأسس جغرافية حتى نتأكد من سهولة وصول الخدمات الطبيّة للمحتاجين إليها.

الثاني: أن المستشفيات يجب أن تنظم بحيث نتأكد من وصول خدمات كافية لنوعيات مختلفة من المرضى المحتاجين إليها .

الثالث: القرارات يجب أن تتخذ تبعا لتنظيم وإدارة و إشراف وتعاون أفراد الهيئات التي تمثل كافة المهن فيها، كل بإيديولوجيته و دوره في العمل (2) .

تقدم المستشفيات خدمات متقدمة في عمليات الإسعاف والطوارئ و الأمراض التي تحتاج إلى تشخيص بالأجهزة المتطورة، و العمليات الجراحية، وتقسم المستشفيات إلى قسمين: أ- **المستشفيات التقليدية :** وهي المستشفيات التي تقدم خدمات الطوارئ و العيادات الخارجية الاختصاصية والمختبرات والأشعة والعلاج الطبيعي، إلى جانب الأمومة والطفولة والمنامة في الأقسام الداخلية والعمليات الجراحية .

ب- **مستشفيات التخصصية :** و هي المستشفيات التي تقدم علاجاً بعد التشخيص الدقيق لمرض معين واحد، مثل المستشفيات التي تقدم علاجاً لأمراض السرطان أو السكري، وهي خدمات متقدمة جداً لأن الأجهزة متطورة ذات تقنية عالية، بالإضافة إلى التخصصات المهنية الطبية في مجال المرض و أجزائه، مثل التشخيص كتخصص واستشاري كتخصص و الجراحة كتخصص (3).

(1)- فريد نصيرات عليّة، ادارة منضّمات الرعاية الصحية، ادارة الأعمال الجامعية الأردنية، ط 1، منشورات عمادة البحث العلمي، الأردن، 2003، ص 112.

(2)- عاطف محمد شحادة عبد العزيز، الصحة و البيئة، مرجع سابق، ص 38.

(3)- قدرى الشيخ علي، مرجع سابق، ص ص 150، 151.

4-2- الصراع داخل المستشفى:

يتعلق موضوع الصراع العمالي في المؤسسة بالمصالح الجماعية للعمال ممّا ينجم عنها أشكال صراعية تبدأ بالصراع الجماعي، عندما يتعلق الأمر بالإخلال بالمصالح المشتركة للعمال و المتمثلة في الأجور، تحسين ظروف العمال، الامتيازات الترقية، بمعنى كل ما يتعلق بالحقوق المدونة في عقد العمل الذي يربط العمال كطرف بصاحب العمل(1).

و عرّف "زيمل" الصراع على أنّه أحد الأشكال الرئيسية للتفاعل، طالما استهدف تحقيق الوحدة بين الجماعات حتى و إن تمّ ذلك من خلال القضاء على أحد أطراف الصراع(2).

يمكن القول من خلال ما تقدم من تعاريف للصراع بأنّه: عمل مقصود من طرف ما، للتأثير سلبا على طرف آخر بشكل يؤثر سلبا على قدرة ذلك الطرف، ممّا يعيق أهدافه و خدمة مصالحه، و عندما ينشأ بين الجماعات داخل المنظمة التفاعل من خلال الأعمال اليومية يكون هناك احتمال لنشوء صراع و تناقض بينهما.

فظاهرة الصراع أمر حتمي و لا بد منه على مستوى التنظيمات، على اختلاف أهدافها و تباين أعمالها، سواء كانت هذه التنظيمات سياسية أو اجتماعية أو اقتصادية، لأن الإنسان نفسه يتعرض لعوائق داخلية و خارجية تولّد لديه مجموعة من الصراعات ناتجة عن التنافس بين هدفين أو أكثر يسعى إلى تحقيق أحدهما أو كلاهما(3).

إذا فكل منظمة قد يتعرض عمالها الى شكل أو عدة أشكال من الصراع فيما بينهم، و يكون هذا الصراع في الغالب بسبب الاختلاف المتباين بين العمال في درجاتهم المهنية و مبلغ الأجرة التي يتقاضونها، و كذا المنح و الترقية و العلاوات و الامتيازات المقدمة لعامل دون الآخر، الأمر الذي يؤدي الى نشوب عدة صراعات فيما بينهم، و قد يتعرض العامل الواحد الى عدة صراعات من طرف عدة عمال في آن واحد.

(1)- قروي رفيق ، في سوسيولوجية علاقات العمل، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 15، جويلية 2012.

(2)- عياصرة معن محمود ، مروان محمد بني أحمد، مرجع سابق، ص 18.

(3)- نفس المرجع ، ص 19.

كما قد يكون الصراع في المنظمة الواحدة بين العمال الرجال و زملاءهم النساء فيما يخص بعض الامتيازات المقدمة للنساء، كالعطل (عطلة الأمومة، عطلة 8 مارس....)

من المشكلات الأساسية في المستشفى مشكلة التدرج و تحليل خرائط التنظيم الرسمي و غير الرسمي داخل المستشفى التي تأخذ في إعتبارها المستويات الوظيفية المختلفة من ناحية و أوضاع المكانات المختلفة من ناحية أخرى، و من المحتم أن تثور داخل المستشفى صراعات بسبب تعدد الرئاسة، أي خضوع الشخص الواحد لأكثر من رئاسة في وقت واحد، فالمرضات على سبيل المثال قد يتلقين تعليمات من الأطباء و من ادارة المستشفى و كذلك من رئيسة الممرضات، و بجانب ذلك كله ينبغي أن يَكُن دائما في خدمة التمريض(1).

ينشأ الصراع بين الأفراد و بعضهم البعض سواء داخل نفس الوحدة التنظيمية أو خارجها نتيجة غموض أو تداخل الأدوار أو الاختلافات و الفروق في الشخصية أو الثقافة و الاتجاهات و مستوى الإدراك و ما شابه ذلك، و يأخذ الصراع بين الأفراد و بعضهم البعض في المستوى الواحد عدّة صّور منها الصراع بين الأطباء و الإداريين، فالأطباء بحكم تَعَوّدهم على الإستقلالية في اتخاذ قراراتهم الطبيّة المتعلقة بالمرضى ينظرون إلى الإجراءات و التعليمات و اللوائح المنظمة للعمل في المستشفى على أنها قيود روتينية لا طائل من ورائها، و أنها لا تمثل سوى محاولات لغرض النفوذ و تعقيد الأمور بما يعوّق أدائهم المهني، و فيما بين الأطباء و بعضهم البعض غالبا ما يشعر الأطباء الذّين يحملون درجات علمية أعلى أو تتوافر لهم خبرة أو سمعة طبيّة أكبر بنوع من السّمو اتجاه الأطباء الأقل في الدرجة العلمية أو السّمة الطبيّة، كما قد يظهر الصّراع نتيجة اختلاف التخصصات الطبيّة كما هو الحال بين الطّبيب العام و الطّبيب المتخصّص، و أطباء التخدير و الأشعّة و التحاليل و غيرها من التخصصات (2).

(1)- الجوهري محمد ، مرجع سابق، ص 20.

(2)- مخيمر عبد العزيز ،محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات، المفاهيم و التطبيقات، بحوث و دراسات المنظمة العربية للتنمية الادارية، القاهرة، مصر، 2003، ص 67.

5- الأداء المهني للطبيب بالمستشفى:

لقد سبقت الإشارة إلى أنّ المستشفى تظّم مجموعة من الأنظمة الفرعية التي تغطي جميع أوجه النشاط الطبّي و الفنّي و الإداري التي تتفاعل و تتكامل معا من أجل تحقيق أهداف المستشفى و أداء رسالتها، و من هنا تأتي أهمية بناء آلية تمكّن من قياس و تقويم أداء هذه الأنظمة لمساعدة إدارة المستشفى في التعرف على الجوانب الإيجابية في أداءها لتعزيزها و تحفيزها و الحفاظ عليها، و الجوانب التي تحتاج إلى معالجة و تطوير لإتخاذ الإجراءات المناسبة بشأنها و بصفة عامة يجب أن يسير تقييم الأداء في المستشفيات في اتجاهين متوازيين هما:

(1)- تقييم أداء العاملين بمختلف فئاتهم و مستوياتهم الوظيفية و المهنية.

(2)- تقييم أداء الوحدات أو الأقسام أو الإدارات التي تتكوّن منها المستشفى⁽¹⁾.

5-1- تقييم الأداء:

تعتبر عملية تقييم أداء العاملين واحدة من أهم مفردات إدارة القوى البشرية في المستشفيات العامة أو الخاصة، و تهدف بصورة أساسية إلى معرفة مدى جودة و كفاءة كل فرد في وظيفته و تقييم قدراته لغرض التطوير و الترقية، و هي بهذا المعنى تحمل بعدا حاضرا و بعدا مستقبليا، فالبعد الحاضر يعني إصدار حكم على مستوى أداء الفرد كوسيلة مهمّة من وسائل الرقابة، أمّا البعد المستقبلي فيتضمن اكتشاف القدرات و الطاقات الكامنة للموظف لغرض الوقوف على حقيقة إمكانية تطويره و ترقيته لاستلام مناصب أعلى، و في جميع الحالات فلا بد من التأكيد على أنّ التقييم الموضوعي هو الأساسي في الوصول إلى هذه الغايات⁽²⁾.

لا بد و أن تكون نتائج الأداء هي الهدف الأول من التغيير و ليس التغيير في حد ذاته،

فالأداء :

- يحوّل الهدف من مجرد فكرة ملهمة إلى حيّز الواقع.

(1)- مخيم عبد العزيز ،محمد الطعمنة، مرجع سابق، ص 77.

(2)خفس المرجع، ص 78.

- إنّه يجعل المهارات و السلوكيات و علاقات العمل الجديدة ملائمة للأفراد الذين يحدثون التغيير.

- إنّ أهداف الأداء تمنح الأفراد أفضل الوسائل التي تؤدي إلى تقييم و تحسين طريقتهم من خلال التغيير.

- كما يساعد الأداء أيضا على تحويل تردد الأفراد إلى حاجز يحركهم بإعطائهم شيئا ما واقعيا يفعلونه في مجال العمل(1).

إنّ عملية تقييم الأداء عملية مكلفة، لكنّها تستأهل من إدارات المستشفى كل عناية و اهتمام لتحقيق جملة من الأهداف منها:(2)

(1)- الكشف عن الطاقات و القدرات الكامنة و غير المستغلة لدى العاملين بمختلف وظائف و أنشطة المستشفى.

(2)- تحسين و تطوير أداء العاملين، حيث تمثل المعلومات المتوفرة من التقييم الأساسي الواقعي الذي يجب أن تبدأ منه جهود التطوير المهنيّ و الإداري، فمن خلال هذه المعلومات يمكن للمديرين و المشرفين اكتشاف جوانب الضعف و القصور في كفاءة مرؤوسيههم و تحديد نوع و مدى التوجيه اللازم لتنمية مهاراتهم و تقويم سلوكهم و سدّ جوانب النقص في كفاءتهم .

(3)- توفير الأساس الموضوعي و العادل للقرارات الوظيفية بما يكفل تحصين هذه القرارات ضدّ أي ميول أو نزاعات شخصية أو غير موضوعية، و من أهمّ هذه القرارات الترقية و النقل و الحوافز و المكافآت....

(4)- استمرارية الرقابة و متابعة الأداء، فطالما أنّ الرؤساء المباشرين في جميع مجالات العمل بالمستشفى ملزومون بوضع تقديرات عن أداء مرؤوسيههم فإنّ الأمر يتطلب منهم متابعة أداءهم بصفة مستمرة حتى تكون تقديراتهم واقعية و موضوعية.

(1)- فريد نصيرات عليّة، مرجع سابق، ص 81.

(2)- عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سابق، ص ص 79، 81.

(5)- تحديد الاحتياجات التدريبية و تقييم نتائج التدريب، حيث تكشف الدراسة التحليلية لنتائج تقييم أداء العاملين عن حاجة بعض العاملين من مختلف الفئات التخصصية و الوظيفية إلى التدريب في مجالات معينة لتقوية جوانب الضعف أو القصور التي يعانون منها، كما أن هذه النتائج يمكن أن تستخدم كمعيار للحكم على كفاءة و صلاحية برامج التدريب ذاتها، و ما إذا كانت قد حققت النتائج المرجوة منها، و من ثمّ تحديد مدى الحاجة إلى تطويرها و مجالات هذا التطوير .

(6)- اشعار و تذكرة مختلف فئات العاملين بمسؤولياتهم .

(7)- رفع معنويات العاملين و دعم الثقة في الإدارة.

توضح النظرة السوسيولوجية للنسق الإجتماعي للمستشفى وجود تنظيم رسمي و آخر غير رسمي، و بينهما علاقات تتكامل فيما بينها حيناً و تتصارع حيناً آخر و تختلط حيناً ثالث، و يؤثر كل ذلك على الأداء الوظيفي للخدمة الصحية و على دور المستشفى في مواجهة المرض و علاجه، و تساعدنا النظرة إلى المستشفى كنسق مفتوح على التركيز على العلاقات السائدة بينها و بين المجتمع المحلي الريفي أو الحضري المحيط بها(1).

و عند قيام الأطباء بهذه الأنشطة و المسؤوليات في المستشفى فإنهم يستعملون كافة الموارد و التسهيلات و الخدمات التي يوفرها المستشفى، كما يشرفون على العناصر الأخرى المساهمة في عملية رعاية المريض و بهذا فهم يؤثرون على كم و نوع و جودة هذه الخدمات و تكلفتها الى درجة أكبر بكثير من أي عنصر آخر في التنظيم(2).

و لما كان الأطباء هم الوحيدون المفوضون قانونياً لممارسة مهنة الطب و تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى فإن المجلس يفوض للأطباء صلاحية (يعني مجلس إدارة المستشفى) ومسؤولية تقديم هذه الخدمات وضمان جودتها، ولضمان وفاء الأطباء بهذا الالتزام والقيام بالمسؤوليات التي يتحملونها لا بد من تنظيمهم وربطهم بالهيكل التنظيمي

(1)- المكاوي علي ، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص ص 104، 105.

(2)- فريد نصيرات علي، مرجع سابق ص 81.

الرسمي في المستشفى من خلال خطوط واضحة للسلطة والمسؤولية تبين دورهم في التنظيم ووظائفهم وواجباتهم ومسؤولياتهم والعلاقات بين الأعضاء الهيئة الطبية وبينهم وبين الإدارة وإدارة المستشفى(1).

ولما كان الأطباء مسؤولين أمام المرضى ومجلس الإدارة والمستشفى ككل عن ضمان أفضل رعاية طبية ممكنة للمرضى في المستشفى أو خارجه وجب عليهم تنفيذ ما وُرد في القسم الطبي من مسؤوليات حيال المرضى و الضمير المهني، و قد يتأثر أداء العاملين بنوع العلاقات السائدة في العمل، و بإعتبار أنّ الأطباء يعتبرون أهم عنصر من العناصر العاملين بالمستشفى و أكثرهم خدمة و تأثير في المريض، فإنه يقع على عاتق المستشفى توفير كل الظروف الملائمة والتي تساعد في أداء عملهم بطريقة ترضي المرضى من جهة و العاملين بالمستشفى من جهة أخرى، و تأثر على سمعة المستشفى بالإيجاب أو بالسلب حسب نوعية الأداء، فمسؤوليات الأطباء و واجباتهم عديدة تفرض عليهم أداء عملهم- و المتمثل في علاج المريض و القضاء على المرض- بطريقة مرضية يراعون فيها الجانب الإنساني بنوع من الرحمة و الشفقة واضعين نصب أعينهم مساعدة المريض في التغلب على المرض.

خلاصة الفصل:

إنّ مهنة الطب هي المهنة الأصعب على الاطلاق، فهي مهنة نبيلة يسعى ممتنها الى القضاء على المرض و مساعدة المريض على الشفاء، و كونه يتعامل مع كائن بشري و ليس بجماد نجده يسعى دائما لتحسين الخدمة التي يقدمها لمرضاه بطريقة ترضيهم يكسب منها رضا المريض و السمعة الجيدة و كسب الخبرة الطبية، يكسب خبرته من عدد الحالات المرضية التي يعالجها يوميا بالمستشفى، فهو من جهة يعالج المريض و يطبق عليه دروسه النظرية، و من جهة أخرى يكتسب منها الخبرة و التجربة، و المؤسسة الاستشفائية التي يعمل و يتدرب بها توفر له قدر المستطاع الظروف المادية و المعنوية و بنى تحتية من أجل ذلك لتحسين و تسهيل الخدمة الطبية المقدمة من طرفهم و طرف الطاقم المساعد.

(1)- فريد نصيرات عليّة، مرجع سابق ص81.

التكوين في القطاع الصحي العام

تمهيد

(1)- المريض ودوره الاجتماعي والتدريبي للطبيب

1-1- حقوق المريض

(2)- الطبيب و دوره المهني

1-2- واجبات الطبيب

2-2- هدف الطبيب

(3)- التعليم والتدريب الطبيين

1-3- التعليم الطبي

2-3- التدريب الطبي

3-3- اخلاقيات مهنة الطب

(4)- الرضا عن العمل لدى الطبيب بالمستشفى

(5)- علاقات العمل في الفريق الطبي بالمستشفى

1-5- علاقة الطبيب بالجهاز التمريضي

2-5- علاقة الطبيب بالمريض

3-5- علاقة الطبيب ببيئته المهنية

خلاصة الفصل

1.- المريض ودوره الاجتماعي والتدريبي للطبيب:

لقد طرح زعيم المدرسة الوظيفية " تالكوت بارسونز " 1952 فكرة دور المريض لتفسير أنماط السلوك التي يسلكها المريض لتخفيف الآثار الضارة المربكة التي يخلفها المرضى، ويرى الوظيفيون عموماً أن المجتمع في العادة يعمل بطريقة سلسة وشبه اجتماعية، و من هنا فإن المرض يمثل نوعاً من الخلل الذي يؤدي إلى اضطراب انسياب هذه الحالة الاجتماعية الاعتيادية، فالمريض على سبيل المثال قد لا يستطيع أن يؤدي أدواره / أدوارها المتوقعة أو ربما لا يكون أدائه على ما عهد فيه من كفاءة، و نظراً لأن المرضى لا يستطيعون القيام بأدوارهم المعتادة فإن حياة من حولهم من الناس يعثرها الاضطراب و الارتباك، فمهمات العمل خارج البيت تظل تبحث عنّ يؤديها، و الواجبات و المسؤوليات داخل المنزل تظل ناقصة غير مكتملة، و يرى "بارسونز" أن الناس يتعلمون دور المريض خلال تنشئتهم الاجتماعية الأولى ثم يمارسونه بمساعدة الآخرين عندما يصيبهم المرض(1).

و هناك امراض خفيفة تشفى وحدها أو بالأدوية في المنزل و امراض اخرى لا تشفى إلا بالدخول الى المستشفى و اتباع لائحة علاج معينة و صارمة تحت اشراف فريق طبي مؤهل و ذات خبرة، و من المتوقع من المريض داخل المستشفى ان يمر بعملية تنشئة اجتماعية بحيث يستطيع بفضلها ان يتكيف مع دور المريض كما يتعلم من خلالها الانصياع لقواعد و نظم المستشفى الرسمية و غير الرسمية على السواء(2) و هناك ثلاث عناصر اساسية لهذا الدور وهي:

1)- ان الفرد المريض ليس مسؤولاً بصفة شخصية عن حالة المرض التي يعانيها، فالمرض وفق هذا المفهوم إنما هو نتيجة لأسباب بدنية فوق طاقاته و لا علاقة بين بدايات المرض و سلوك الانسان و افعاله الشخصية.

2)- ان للشخص المريض حقوق و امتيازات معينة، و هو/ هي بالتالي يستحق الاعفاء من الواجبات أو الأدوار أو أنماط سلوك معينة.

(1)- جينز أنتوني ، مرجع سابق، ص ص 240 ، 241 .

(2)- الجوهري محمد ، مرجع سابق، ص 20.

(3)- ينبغي على المريض ان يعمل على استعادة صحته باستشارة خبير طبي، و أن يقبل بأن يتحول الى مريض، و دور المريض دور مؤقت و مشروط بسعي المريض الى الشفاء و استعادة العافية، و ينبغي عليه على هذا الأساس أن يعطي مرضه طابع الشرعية بشهادة أو تقرير يعطيه له خبير طبي مهني بعد الكشف عليه (1)، ولقد تم انتقاد دور المريض من عدة زوايا هي (2)

(1)-أنه فشل في التمييز بين المريض و دور المريض طالما هو مريض، فانه لا يؤدي تلقائيا لتبني مكانة المريض.

(2)-انه لا يميز بين احتمال تضارع المصالح بين الطبيب و المريض.

(3)-ليس للمفهوم استخدام عام طالما هناك بعض الظروف (مثل الادمان على الكحول أو الاعاقة الجسدية أو الحمل)، ليس بالضرورة أن تظهر تعطيل المسؤولية الاجتماعية السوية.

(4)-المفهوم مفيد في تحليل الأمراض الحادة و ليس المزمنة.

(5)-هناك مشكلات ترجع الى ما يسمى بالمرض الشاذ مثل وسواس المرض و مجموعة أعراض تظهر متزامنة و يكون هناك صراع حول اختلاف الأمراض بين تشخيص الطبيب للمرض و واقع المريض في مرضه.

(6)- لا يقدم المفهوم ظاهرة الخبرة بأنه مريض ببعض الأزمات، و يمثل نموذج "بارسونز" لدور المريض شرعية نفوذ الأطباء على المريض، فهو يندرج على أسس النقد الاجتماعي للنموذج الطبي .

لقد ازدادت ثقافة المريض حول مرضه ارتفاعا و نموا حيث أصبح للمريض حقوق تحميه و واجبات تفرض عليه، و أصبحت له الحرية المطلقة في اختيار الطبيب المعالج، و المستشفى الذي يتم فيه العلاج.

(1)- جينز أنتوني ، مرجع سابق، ص 240، 241 .

(2)- العمر معن خليل ، مرجع سابق، ص 375.

و لقد أصبح المريض أكثر تأثيراً و اسهاماً في القرارات المتخذة حيال الخدمات الصحية المقدمة، و عليه فان التسويق و عبر أنشطته المختلفة يستطيع أن يمد من أواصر العلاقة بين الطبيب و المريض، و زيادة الوعي و الادراك⁽¹⁾ عبر المعلومات المقدمة لهم عن الخدمات الصحية البديلة التي يمكن تقديمها و لكن و على الرغم من الأشكال المختلفة المؤثرة في حاجات المرضى فانهم ييغون أن تكون الخدمات التي يتلقونها بمستوى من النوعية التي تحقق لهم الرضى و القبول المرتبط بالشفاء، و بالتالي فان سلوكهم الشرائي سيتأثر بعدد من الجوانب الملموسة و غير الملموسة في المستشفى و التي منها⁽²⁾:

- نظافة المستشفى و المنتسبين و الملاك الطبي و التمريض من خلال المظهر العام، الملابس الرسمية للأطباء، الملابس الموحدة للملاك الخدمي، نظافة الجدران و سلامة الأبواب.
 - الاسرة الجيدة و النظافة و نوعية الاغطية و الشراشف و الستائر.
 - أنظمة التهوية و التبريد، و أنظمة السيطرة على الحالات الطارئة في المستشفى.
 - وحدة الاستعلامات الخارجية و حسن الاستقبال و الارشاد للمرض أثناء المراجعة.
 - المظهر اللائق و الأنيق لغرفة الطبيب الإستشاري، و توفير المستلزمات التي تحقق القناعة و القبول المسبق لدى المريض في تقبل الخدمة الطبية التشخيصية أو العلاجية .
 - الأجهزة الطبية المستخدمة و حداتها و حسن استخدامها.
- كل هذه الجوانب تدفع إلى حد كبير في أن يتعامل المرضى بسلوك عقلاني و رشيد في الإقدام على الخدمة الصحية في هذا المستشفى دون غيره.

1-1- حقوق المريض:

لقد تطور الانسان بتطور المعيشة المادية منها والمعنوية وأصبح له حقوق وعليه واجبات، له حقوق تحميه ،وواجبات مفروض عليه أدائها ،مسّت هذه الحقوق والواجبات جميع جوانب الحياة الاجتماعية منها والاقتصادية وحتى الصحية، ففي الجانب الصحي سنّت القوانين التي تحمي المريض و ممارس الصحة، فأعطت حقوق للمريض و أخرى للطبيب،

(1)- البكري تامر ياسر ،مرجع سابق، ص 50.

(2)-نفس المرجع، ص ص 79،80.

وقد نتفق من البداية على أن حقوق المريض وأولوياتها والجهات المدافعة عنها تختلف من مجتمع لآخر ومن وقت لآخر تبعاً للتغيرات في الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والقانونية والتقنية(1).

فحقوق المريض تعني الرعاية والعلاج القانوني والمعنوي والأخلاقي المناسب للمريض، هذه الحقوق تشمل معرفة ما هي بدائل الرعاية الصحية، من يقدم الخدمة المهنية، وماهي الفحوص المطلوبة وحق استقبال الزائرين والاتصال بالمرافق الخارجية(2)، ومن ثم فإن الحقوق التي سيتم ذكرها فيما يلي تمثل قائمة عامة تعديلها بالاضافة أو الحذف تبعاً لظروف كل مجتمع، وبصفة عامة يمكن انجاز أهم حقوق المريض فيما يلي(3) :

- (1)- الحق في الحصول على العلاج المناسب
- (2)- حق المريض في الحصول على المعلومات الخاصة بتشخيص حالته الصحية والبدائل المختلفة لطرق علاجه والمخاطر المرتبطة بكل منها، والتوقيت المحدد لها وذلك باللغة التي يفهمها.
- (3)- حق المشاركة في خطة العلاج ويقصد بذلك حق المريض في الموافقة على خطة علاجه أو رفضها أو الانسحاب منها في أي وقت يراه بعد تزويده بالمعلومات الكافية لاتخاذ القرار المناسب.
- (4)- حق المشاركة في الأبحاث الطبية، من حقوق المشروعة للمريض حق قبول أو رفض المشاركة في الأبحاث أو التجارب الطبية سواء كان ذلك في اطار عقاقير طبية أو تدخل جراحي أو تقنيات جديدة أو أي أسلوب علاجي جديد.
- (5)- الحق في تخفيف آلامه.
- (6)- الحق في السرية والخصوصية وسرية المعلومات.
- (7)- الحق في المعاملة الانسانية
- (8)- الحق في الشكوى وتقييم الخدمة
- (9)- الحق في مراجعة تكاليف العلاج.

(1)- البكري تامر ياسر ،مرجع سابق، ص 169.

(2)- أ السكرى حمد شفيق ، مرجع سابق، ص 366.

(3)- البكري تامر ياسر ،مرجع سابق، ص ص 169، 173.

(10)- الحق في استمرارية العلاج.

(11)- الحق في أخذ رأي ثان.

(12)- الحق في السلامة والأمان.

(13)- الحق في مقاضاة المستشفيات وكالات التأمين.

يتوافر لدور المريض أربع عناصر رئيسية إضافة إلى العناصر المذكورة سابقا(1):

- (1)- بناء على شدة المرض يتم إعفاء الفرد من الإلتزامات العادية.
- (2)- لا يعتبر مسئولاً بصفة شخصية عن حالته لأنه لا يملك شيئاً إزاءها والشفاء ليس من الأمور المرتبطة بالإدارة وحرية الاختيار وإنما يتطلب التدخل من الآخرين.
- (3)- ينبغي على الشخص المريض في نفس الوقت أن ينظر لحالته باعتبارها أمراً غير مرغوب، ولا ينبغي انتهاز كونه محور للاهتمام لكي يجني من وراء ذلك ميزة ثانوية بإطالة أمد حالته المرضية.

(2)- الطبيب ودوره المهني:

لصفة الطبيب معنى خاص في كل زمان وفي كل مكان ، فالطبيب هو الشخص الذي نتصل به لمساعدتنا في أهم احتياجاتنا لمعالجة أوجاعنا وألما حتى نسترجع صحتنا(2).

وتجدر الإشارة إلى القول أن الأطباء لديهم معارف ومعلومات قانونية جيدة، فلهم معدّل نزاعات أقل بكثير مع العاملين معهم المرضى والمسؤولين ينفذون واجباتهم ومسؤولياتهم بأكثر واقعية(3)، فالأطباء متكفلون فيما بينهم على رعاية صحة الأمة، يتكفلون بتنوع اختصاصاتهم الطبية في شتى فروع الطب، في المرافق العامة والآخر في المرافق الخاصة، ملتزمين جميعاً بأداب المهنة الطبية وتكاليفها(4).

(1)- مان ميشال ، ترجمة عادل مختاري الهواري، سعد عبد العزيز مصلوح، مرجع سابق، ص 643.

(2)- ويليامز جون ، ترجمة محمد الصالح بن عمار ، الأخلاقية الطبية، جمعية الطب العالمية، تونس، 2005، ص 10.

(3)- NOVEMBEAndras R, Opcit, P 556.

(4)- الخطيب هشام ابراهيم ، العبد عبد القادر العياكلة، عماد ابراهيم الخطيب، مرجع سابق، ص 147.

يرى " أبقراط " أنه ينبغي للطبيب أن لا يقدم على العلاج إلا بعد معرفة الداء فإذا عرف العلّة معرفة كافية عالجه بضدها، إن كان المرض من حرّ برّده، وإن كان من برد سخنه، و إن كان من يبس رطبه، وإن كان من رطوبة يبسه، وإن كان من الامتلاء أفرغه وأخرجه، و إن كان من أفرار كثرة ملأه أدخل عليه السرور والأمن، وينبغي للطبيب أن يعتني بإبطال علّة المرض أولا ثم يعالج حينئذ المرض، وأن يعرف أشياء أولها مزاج المريض ثم سنّه وغذائه في حالة صحته (1).

إن الطبيب يجد نفسه مضطرا إلى الأخذ بعين الاعتبار في علاجه ما نسميه تأثير المعنوي على المادي، وبالتالي الكثير من الاعتبارات العائلية أو المكانة الاجتماعية التي ليس لها علاقة مع العلم، وهذا ما يفعله الطبيب المتمرن البارع ليس فقط أن يكون رجلا جاد متعلم في عمله، ولكن يجب عليه كذلك أن يكون رجلا شريفا صادقا موهوب مع خفة دم كبيرة واللباقة والحسّ السليم (2).

الواقع أن الأطباء هم أعلى أعضاء الفريق الطبي مكانة وأسماهم هيبة ولذلك فهم أقوى تأثيرا على أداء الآخرين في النسق الاجتماعي والثقافي (3)، ودور الطبيب محكوم بقيم الانجاز والعمومية والتخصص الوظيفي والحياء الوجداني وبالتالي فهو دور ذو توجه جمعي وليس ذو توجه فردي، مثل دور رجل الأعمال مثلا، ويشير "بارسونز" إلى دور الطبيب باعتباره متصلا يضمّ مستويات عالية من الكفاءة الفنية اللازمة للأداء والمعرفة والمهارة الطبية والتدريب الكثيف (4)، ولا بد أن يعالج المشكلة الموضوعية في ضوء مصطلحات موضوعية، يمكن تبريرها والبرهنة عليها علميا فلا دخل إذن لعاطفة الطبيب نحو المريض – حبا أو بغضا- في دوره المهني، وكذلك فإن الموضوعية المطلقة تطلب منه أن ألا يفاضل في تعامله الجراحي مثلا مع المرض بأمراض معينة (5).

(1)- غالب مصطفى ، أبقراط، في سبيل موسوعة فلسفية، دار و مكتبة الهلال ،بيروت، لبنان، 1986، ص 113.

(2)- BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Opcit, P 189.

(3)- المكاوي علي ، علم الاجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص 345.

(4)- نفس المرجع ، ص ص 174، 175.

(5)- نفس المرجع، ص 175.

2-1- واجبات الطبيب:

لا تقتصر واجبات الطبيب أو النسق الطبي على علاج الأمراض فقط بل يتعدى ذلك على دراسة البيئة الاجتماعية والطبيعية للمريض، ومعرفة التأثيرات والعوامل الاجتماعية والبيئية التي تؤثر في الانسان من ناحيتي الصحة والمرض (1).

إن لكل فرد من أفراد المجتمع حقوق وعليه واجبات، وباعتبار الطبيب دوره مهمّ لحياة الأفراد والمجتمعات فإن واجباته تكون أكثر حدة في التطبيق، وأكثر إلزامية، وتتحدد واجباته كما يلي:

1- على الطبيب أن يتصف مع مرضاه وزملائه بحسن التصرف، وإذا وجد نفسه في معضلة شائكة فإنه يستطيع أن يخرج منها بسلام إذا ما استند في حكمه على قاعدتين أساسيتين وهما(2):

أ- مصلحة المريض فوق كل اعتبار.

ب- تصرف مع الآخرين كما تحب أن يتصرف الناس معك.

2- على الطبيب عدم الخلط بين دوره كطبيب أو صاحب أسرة، وأيضا بناء علاقات مميزة مع الزملاء في النسق الطبي.

3- على الطبيب العام أن يكون مثقفا في المجالات الأخرى غير تخصصه.

4- السرية التامة بما يخص المريض من نواحي المرض أو الحياة الاجتماعية والشخصية للمريض.

5- اتخاذ القرار المناسب (3)

6- ما يجب على الطبيب الحقيقي فعله هو أن يتثقف علميا بقدر المستطاع وأن يهتم بأن عمله أي الطب هو الأجمل من كل شيء .

(1)-قنري الشيخ علي، مرجع سابق، ص 34.

(2)- الخطيب هشام ابراهيم ، العيد عبد القادر العكايلة، عماد ابراهيم الخطيب، مرجع سابق، ص ص 148.

(3)- قنري الشيخ علي، مرجع سابق، ص ص 154، 156.

7- يجب على الطبيب معرفة ثلاثة أشياء وهي.

أ- شروط الصحة للحفاظ عليها.

ب- شروط انتاج الأمراض للإبتعاد عنها أو تفاديها.

ت- شروط علاج الأمراض لتحديدها.

8- ويجب على الطبيب معرفة ثلاثة أشياء لكي يكون علمه كاملا، فيجب عليه دراسة:

1- كيف تسير الأمور في الحالة الصحية، يعني معرفة ما هي الآلية التي بها

نحافظ على الحياة، وما هي عوامل الحياة المواتية أو غير المواتية.

2- كيف تنشأ الأمراض وبأي آلية وتحت تأثير أي عوامل يتم الانتقال من الحالة

الصحية إلى الحالة المرضية.

3- كيف تعالج الأمراض أو لا تعالج وما هي ظروف العلاج أو ما هي شروط

العلاج أو الشفاء، وما هي آليات الحياة والموت وآلية الصحة أو المرض(1)

ولقد كان من أول هذه الواجبات ألا يتصدى للمهنة إلا بعد أن يتقنها نظريا وعلميا(2)،

ولقد اتفقت معظم الكتب والدراسات على واجبات الطبيب والتي منها الرفق بالمرضى وحفظ

أسرارهم وغيّض البصر عن عوراتهم وعدم الانحراف الجنسي، أو تعاطي المسكرات، وعدم

التكبر أو العجب بما أحرزه الطبيب من نجاح، يقول "الرازي" واعلم يا بني أنه ينبغي

للطبيب أن يكون رفيقا بالناس حافظا لغيبيهم، كتوما لأسرارهم لاسيما أسرار مخدمه، فإنه

ربما يكون لبعض الناس من المرض ما يكتمه من أخص الناس به مثل أبيه وأمه وولده،

وإنما يكتُمونه خواصهم يفشونه للطبيب ضرورة(3).

9- يقع على عاتق الطبيب الإلتزام بإحاطة المريض علما بطبيعة العلاج ومخاطر

العملية الجراحية، وإلا كان الطبيب مسؤولا عن كافة النتائج التي تنتج جراء تدخله ولو لم

يرتكب خطأ في عمله(4).

(1)- BERNARD, Claude *Principes de la médecine expérimentale*, Opcit, P 161.

(2)- النقيب عبد الرحمن عبد الرحمن ،_الاعداد التربوي و المهني للطبيب عند المسلمين، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1984، ص 194.

(3)خفس المرجع، مرجع ، ص 191.

(4)بقتدلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري، دفاتر الصحة و القانون، العدد 6، جامعة بشار، الجزائر، جانفي 2012، ص 230.

لم يكن الشعور بالشفقة والكفاءة والاستقلالية من مميزات الطب دون غيره من المهن ولكن يرجى من الطبيب أن يرفع قيمة هذه الخصال إلى مستوى يكون فيه قدوة لعدة مهن أخرى، فالشفقة هي فهم الآخرين وإدراك مردى أوجاعهم، وهذه الصفة ضرورية في ممارسة الطب ثم معرفة مشاكل المرضى ومعالجتهم⁽¹⁾.

2-2- هدف الطبيب:

إن الطبيب المسن الذي غالبا ما أعطى أو وصف الأدوية والذي عالج كثيرا من المرضى، يكون أكثر خبرة، يعني يتلقى تجربة أحسن على مرضاه الجدد لأنه تلقى تعليمه بالتجارب التي حدثت للآخرين، فالجراح الذي غالبا ما أجرى عمليات جراحية لحالات مختلفة تعلّم منها وتحسّن تجربيا⁽²⁾، فالطبيب كغيره من الأفراد يؤدي دوره الواجب عليه أدائه محاولا أن يكون فعالا في المجتمع ويحاول أن يعطى كهدف التحسين والمساهمة في التقدم العلمي، وفي نفس الوقت التخفيف على المرضى⁽³⁾ أي تخفيف آلامهم جسديا ومعنويا ونفسيا، وهدف الطبيب بصفة عامة أن يكون مفيدا للإنسانية أو البشرية التي تعاني حاليا، وإلى العلم في المستقبل⁽⁴⁾.

بصفة عامة نستطيع القول بأن مهنة الطبيب من أشرف المهن على الإطلاق، لأنها تتنقذ النفس البشرية من الموت وتخفف عنها الأوجاع والآلام وهدفه في الحياة من أسمى الأهداف، والذي كان في الغالب هو تحقيق السلامة الصحية لكافة أفراد المجتمع، دون أن يفرق في ذلك بين الفقير والغني، أو بين القريب والبعيد، ولا يقرب من المتسولين والمشردين ... من أجل ذلك كان لزاما عليه أن يكون دائم الدراسة والاطلاع على الكتب والأدوية الجديدة وذلك بحضور الندوات والمجالس العلمية في داخل الوطن وخارجه، فدوره في الحياة مهم ومميز، حيث يرى "بارسونر" أنّ دور الطبيب يتميز بأربع خصائص هي:⁽⁵⁾

(1)- ويليامز جون ، مرجع سابق، ص 10.

(2)-C.T.Waddle , Opcit , P 398.

(3)- BERNARD Claude, **Principes de la médecine expérimentale**, Opcit, P 201

(4)- Ibid, P 201.

(5)- الجوهرى محمد ، مرجع سابق، ص 17، 18.

- 1- العمومية بمعنى أن الطبيب مستعد دائما لخدمة كافة المرضى على اختلاف ظروفهم الذين تدخل أمراضهم في نطاق تخصصه.
- 2- أن دور الطبيب متخصص وظيفيا بمعنى أن الطبيب يؤدي دور الخبير فقط في ميدان الرعاية الطبية، فهو لا يقوم بدور عام أو غير محدد لتحقيق صحة المريض كالدور الذي يقوم به الأب أو رجل الدين أو الاخصائي الاجتماعي.... إلخ
- 3- يتعين على دور الطبيب أن يكون محايدا من الناحية العاطفية .
- 4- يختلف دور الطبيب عن دور رجل الأعمال أو التاجر مثلا من ناحية أنه موجه أساسا لخدمة الآخرين وراحة المجموع.

(3)- التعليم والتدريب الطبيين:

لقد كان العرب أول من أنشأ مدارس الطب والمستشفيات على الأسس المعروفة الآن، ولذلك فإن أسس التعليم الطبي تعتمد على المستشفيات كمؤسسات صحية وتعليمية في أن واحد(1).

يرى "E.Garrtly" أن مشكلات الأفراد العاملين في المستشفى تأتي من عدم كفاية الأعداد اللازم للقيام بالأدوار المطلوبة منهم، وهنا تأتي أهمية الاعتناء بأطباء تعلموا خارج المجتمع تحت الدافع الاقتصادي لإرتفاع تكلفة اعدادهم في مجتمعاته (2).

وتلعب المستشفيات بمختلف أنواعها وتخصصاتها دورا هاما في مجالات التعليم والتدريب الطبي والتثريضي والعلوم الطبية المساعدة، وبمعنى آخر أصبحت المستشفيات في عصرنا الحالي مركزا لتنمية معلومات عدد كبير من العاملين في المجالات الطبية وشبه الطبية وتطوير مهاراتهم وقدراتهم وزيادة فعالية الأدوار التي يؤديونها، ومن ناحية عملية قد يكون المستشفى المكان الذي يتم فيه تعليم وتدريب كل من الأطباء والمرضى وأخصائي العلوم الطبية والتغذية والأشعة والعلاج الطبيعي وغيرهم (3).

(1)- المكاوي علي ، علم الاجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص102 .

(2)- الجوهري محمد ، مرجع سابق، ص37.

(3)- خرستاني حسان محمد نذير ، مرجع سابق، ص 39.

ولإعداد الطبيب متخرج في شهادة الطب يكون اعداده امتدادا بين الجامعة والمستشفى لأن طبيعة التعليم الطبي تستلزم اتمام التدريب الطبي بالمؤسسات الاستشفائية العمومية للتعليم النظري بالجامعة فكلاهما امتداد للآخر وسوف نتطرق في هذه النقطة إلى التعليم الطبي النظري بالجامعة والتدريب الطبي بالمستشفى.

3-1- التعليم الطبي:

إن الهدف الأساسي من التعليم الطبي يتلخص في تخريج الأطباء الدارسين العاملين والاختصاصيين والباحثين وأعضاء الهيئة التدريسية، ولذلك لابد ان يكون التعليم الجامعي لطلبة الطب خاضعا هو نفسه للتخطيط الدقيق حتى يمكن الوفاء بالالتزامات الجامعية وسد احتياجات الخطة من حيث عدد الأطباء ونوعهم ومستواهم⁽¹⁾.

ولقد ذكر القدماء صفات متعلم الطب سواء كانت هذه الصفات خلقية أو خلقية، منها أن يكون حديث السن، جيد الفهم، حسن الحديث، صحيح الرأي، عفيفا شجاعا، مالكا لنفسه عند الغضب، مشفقا على العليل، حافظا للأسرار، طيب الرائحة يسر من نظر إليه، نظيف الثياب، وأن يتقن بقلبه العلوم التي تتوقف الإصابة في العلاج عليها وأن يكون متينا في دينه، متمسكا بشريعته دائرا معها حيث دارت، واقفا عند حدود الله تعالى، خلي القلب من الهوى، لا يقبل الإرتشاء (الرشوة) ولا يفعل ما يشاء، وينبغي أن يكون مشاركا للعليل مشفقا عليه، حافظا للأسرار، وينبغي أن يكون محتملا للشتيمة⁽²⁾.

ظهر الطب مع أول وجود للانسان على وجه الأرض ومنذ ظهوره وهو في شكله الحالي، مع بعض التطورات التي طرأت عليه فقط في الوسائل والمعدات المستعملة في تشخيص المرض وتقديم العلاج وإدخال تكنولوجيا على البحوث الطبية، ولكنه حافظ على القاعدة الأساسية والمبادئ التي يركز عليها، حيث لإيجاد العلاج المناسب لأي مرض، يجب ألا تشخيص العلاج ومعرفته وذلك بفحص المريض، فلا يمكن للطبيب مثلا وصف العلاج المناسب للمريض ثم يعرض عليه، لذلك نجد "cland borund" يقول إنه لأمر جيد

(1)- الخطيب هشام ابراهيم ، العياكلة العبد عبد القادر ، الخطيب عماد ابراهيم ، مرجع سابق، ص 147.

(2) نفس المرجع، ص ص 103-104.

في التعليم الطبّي أولاً اظهر المرض إلى الطّلاب وجعلهم يعرفون الأمراض(1).

يجتاز الطبيب خلال عملية التعليم الطبّي مرحلة تثقيفية يكتسب تدريجياً بواسطتها وجهة النظر بالنسبة للمرض والتي تستمر طوال حياته المهنيّة، كما يكتسب أيضاً مكانة اجتماعية عالية وقدرة على تحقيق الدخل المرتفع وكذلك الوضع القانوني والاجتماعي لدور المعالج والذي يتضمن حقوق والتزامات محددة، وتتصف الافتراضات الأساسية لوجهة النظر الطبية للمرض كالاتي(2):

1- العقلانية العلمية.

2- التأكيد على المقاييس العددية والموضوعية .

3- التأكيد على البيانات الفيزيائية والكيميائية.

4- ثنائية العقل والجسم.

5- النظر إلى المرض ككينونة حدوث المرض.

3-2- التدريب الطبّي:

رغم أن المسؤولية الرئيسية والأساسية للمستشفى هي تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية للمرضى إلا أن حد كبير في تحسين جودة الرعاية الطبية وزيادة مهارات وكفاءة الأطباء، وتعتبر برامج تدريب الأطباء على درجة كبيرة من الأهمية، كما أنها ترتبط مباشرة بهدف تحسين جودة خدمات الرعاية الطبية التي يقدمها المستشفى(3)، فالتدريب الحقيقي يتم في موقع العمل حيث التفاعل بين العامل ورئيسه(4).

تبدأ عملية التدريب في الواقع منذ اليوم الأول الذي يلتحق فيه العامل بالعمل، حيث أنّ الرئيس أو المشرف يحتاج إلى مرؤوسين أو مساعدين مدربين، إذ أنّ كل عمل يحتاج إلى أشخاص لأدائه، و بالتالي فإنّ الرئيس مطلوب منه أولاً أن يدرب هؤلاء الأشخاص على أنواع السلوك الواجب إتباعها وأنواع المهارات اللازمة لأداء العمل، فالعامل الجديد

(1)- BERNARD Claude, *Principes de la médecine expérimentale*, Opcit, P 157.

(2)- نجلاء عاطف خليل، مرجع سابق، ص 174.

(3)- جلدة سليم بطرس ، ادارة منظمات الرعاية الصحية، دار الشروق، عمان، الأردن، ص 96.

(4)- السلمي علي ، مرجع سابق، ص 238.

في أول التحاقه بالعمل يتعلم أشياء كثيرة عن العمل و مكان العمل و عن المشرف و الزملاء(1). و التدريب بالنسبة للمهنة الطبيّة يعتبر من أهمّ الأسس التعليمية و يشمل :

أ- الفترة التدريبية العامة (سنة الإمتياز).

ب- فترات التدريب التخصصي (سنوات الطبيب المقيم).

ت- التدريب للدراسات العليا(2).

و عادة ما يتطلب القيام بنشاط التعليم و التدريب الطّبي توفير الإمكانيات البشرية و المادية اللازمة كأساتذة الطب، و الباحثين و المختبرات و الأجهزة و الغرف و المكاتب و القاعات و ما إلى غير ذلك من احتياجات و متطلبات للقيام بنشاط التعليم(3).

يفرض التطّور المطّرد في التقنيات و العلوم الطبيّة ضرورة تطوير مهارات و خبرات كافة العاملين المتخصصين في مختلف مجالات المهّن الطبيّة و الصّحية من خلال التعليم و التدريب المستمر، و تمثّل المستشفيات بطبيعتها و على وجه الخصوص المستشفيات التعليمية و الجامعية بما تملكه من امكانيات و تجهيزات، مراكز تدريب عملية للأطباء و أجهزة التمريض و الفنيّين و الأخصائيّين، كما أنّها تمثل مراكز متميّزة لتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة و طرق علاجها و العقاقير المناسبة لها، كما أنّها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبيّة و الهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي و الاجتماعي مع المرضى، و من ثمّ تسهيل مهمّهم في تشخيص المشاكل الصّحية الفردية و علاجها، و اضافة إلى ما سبق فإنّ وجود المتخصّصين في المجالات المختلفة يسهّل في نقل نتائج الممارسات و التجارب السّابقة إلى الخريجين الجدد من الأطباء و الممرضين و تبادل المعلومات معهم، و هو الأمر الذي قد يتعدّر تحقيقه خارج المستشفيات(4).

في نهاية القرن التاسع عشر كانت أمريكا الشمالية زاخرة بالمعالجين من كافة المشارب و الأنواع، و خليط من مدارس التدريب على الطّب و التي لم تكن مرتبطة بالنظام

(1)- السلمي علي، مرجع سابق، ص 237.

(2)- الخطيب هشام ابراهيم ، العياكلة العبد عبد القادر ، الخطيب عماد ابراهيم ، مرجع سابق، ص 237.

(3)- جلدّة سليم بطرس ، مرجع سابق، ص 112.

(4)- مخيمر عبد العزيز ، الطعامنة محمد ، مرجع سابق، ص 9، 10.

الجامعي، و قد استطاعت هذه المدارس تخريج عدد يثير الدهشة و الحيرة من الأشخاص المؤهلين، و لقد كان ظهور تقرير "Flexner" عن التعليم الطبّي عام 1910 نقطة تحوّل بالنسبة لحجم الاختيارات المطروحة... و بعد ذلك تمّ اعادة تنظيم المدارس الطبيّة من أجل توفير برنامج تدريبيّ موحّد و على أساس أكاديمي كان له الفضل في ارساء معايير اجازة الأطباء(1).

و لقد أعطى علماء الاجتماع اهتماما واضحا لسوسيولوجيا التعليم الطبّي، يفوق ما أعطوه لسوسيولوجيا التعليم السوسيولوجي، و هنا يسود الاهتمام بالتنشئة الاجتماعية المستمرة و التدريب التخصصي و خصائص الأطباء و تدريبهم التأهيلي الطبّي، كذلك تتناول الدراسات الحديثة القيم الاجتماعية المتغيرة لطالب الطب، و عمليات تكيفه مع الصعوبات الشخصية و التخصصية في التعليم الطبّي و العوامل المؤثرة على اختيار العمل الطبّي و التخصص و مكان الممارسة و التوقعات المتغيرة لدارس الطب(2).

لقد ركّزت المعاهد و كليات المهّن الطبيّة بالإضافة على المهنة أو التخصص الأم في كل مجال على تدريس مواد مساندة و اضافية لها علاقة بالمهنة الأم مثل علم الاجتماع الطبّي، اللغة الانجليزية، اللغة العربية، الثقافة الاسلامية و الرياضة و الفيزياء، و علم النفس و تاريخ الطّب، و التمريض و الكيمياء العضوية و التحليلية(3).

و ظهرت حوالي عام 1850 محاولات من جانب بعض الأطباء للإهتمام ببعض النواحي الاجتماعية في ممارسة مهنة الطّب و في تدريس العلوم الطبيّة، ثمّ ظهرت بعد ذلك الاهتمامات بالصّحة العامة و الطّب الوقائي و ما كان يعرف بالطّب الاجتماعي، و ذلك من خلال جهود "Gottstein" و "Teleky" و "Grotjahn" (4).

(1)- مان ميشال ، مرجع سابق، ص 435.

(2)- المكاوي علي ، علم الاجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص 66 .

(3)- قدرّي الشيخ علي، مرجع سابق، ص 35.

(4)- الجوهري محمد ، مرجع سابق، ص 15.

يؤكد " D.Tukett " على أهمية تدريب أفراد الهيئة الطبية، خاصة مع تغيّر المواقف العلاجية التي يتعرضون لها، و اختلاف أنماط الأمراض و أهمية استجابة أفراد هيئة التمريض للمرضى الذين يعالجون لفترات طويلة.(1)

فعملية التدريب تنطوي أساسا على بعض المشكلات في العلاقات الانسانية، فمن ناحية يهدف التدريب إلى تغيير سلوك و اتجاهات الأفراد، و من ناحية أخرى فإن طبيعة العلاقة بين مدير التدريب و المديرين التنفيذيين الذين يرأسون العمال و الأفراد موضع التدريب تمثل مشكلة أخرى من مشاكل العلاقات الانسانية(2).

بصفة عامة عملية التدريب الطبي هي الالمام بالجانب النظري للتطبيقي، حيث يطبق الطبيب ما تعلمه في الجانب النظري على مرضاه بالمؤسسة الاستشفائية التي يتدرب بها، و قد يتعرض الطبيب لحالات لم يتطرق الى دراستها بالجامعة، و يساعده في التعرف عليها المؤطرين المكلفين بعملية التدريب، كما قد يتعرض الى حالات نادرة يستفيد منها بالتجربة و الاستشارة الطبية للكثير من الحالات المرضية يوميا.

3-3- أخلاقيات مهنة الطب:

لكل مهنة قوانينها التي تحكمها، أخلاقيتها التي تفرض على كل موظف اتباعها و احترامها، و مهنة الطب باعتبارها من المهن الحساسة التي يتعامل ممتنها مع كائن بشري فإن لها قوانين و أخلاقيات صارمة تفرض على الطبيب اتباعها.

و يخضع سلوك الطبيب لثلاثة معايير أساسية و هي(3): الحياد المؤثر (عزل النفس اجتماعيا و عاطفيا) و الشمولية (المساواة في توفير العلاج) و الخصوصية الوظيفية (التخصص التقني الضيق)، و الطبيب يجب عليه الاشفاء عندما يستطيع، تسكين الألم عندما لا يستطيع، و يؤاسي عندما لا يستطيع لا الاشفاء و لا تسكين الألم(4).

(1)- الجوهري محمد ، مرجع سابق ، ص 35.

(2)- السلمي علي ، مرجع سابق، ص 240.

(3)- مان ميشال ، مرجع سابق، ص 643.

(4)- BERNARD Claude, *Principes de la médecine expérimentale*, Opcit, P 59

عند إصابة الفرد بالمرض أول ردة فعل يقوم بها هو الذهاب إلى الطبيب لتلقي العلاج لتخفيف آلامه أو القضاء عليها، و عندما يستدعي الطبيب من قبل المريض يجب عليه فعل على التوالي: التشخيص، التخمين، و علاج المرض، فالتشخيص لا يمكن أن يؤسس إلا بالملاحظة، و الطبيب الذي يتعرف على مرض معين، لا يتم ربطه بشكل من أشكال الأمراض التي لاحظها سابقا المعروفة و الموصوفة.

فسير و تخمين المرض هما محدّدتان على حدّ سواء بالملاحظة، فالطبيب عليه معرفة تطوّر المرض، مدّته، خطورته للتنبؤ بالمجريات و النتائج، و هنا تأتي الاحصائيات لتوجيه الطبيب(1).

فالتشخيص هو التصرّو أو المفهوم الأكثر استقطابا من التكفل بالمريض، و يتميز هذا من جانب المعارضة بين الحاجة إلى كشف و تحديد المرض مع الوسائل العلمية اللازمة، و الحاجة لاكتشاف شخصية المريض إلى حدّ إقامة تشخيص دقيق(2).

و لقد كان تطبيق العلم في عمليات التشخيص و المعالجة الطبيّة أهمّ السمات في تطوّر أنساق الرعاية الصحيّة الحديثة، ذلك أنّ تعريف المرض أصبح بطريقتين موضوعية، و بناء على أعراض جسمية ملموسة، كما أنّ العناية الطبيّة الرسميّة التي يمارسها خبراء مدربون أصبحت هي الأساس المتعارف عليه لمعالجة كل من الأمراض الجسدية و النفسيّة و العقليّة، و أصبح الطب على هذا الأساس وسيلة لاصلاح أنماط السلوك و الظروف التي يعتقد أنّها منحرفة كالجريمة(3).

و باعتبار أنّ مجال الطب يمس الجانب الجسدي للأفراد الذين يصيبهم المرض فإنّه توجب على ممارس هذه المهنة احترام الذات الانسانية، و ذلك بتطبيق مبادئ الأخلاق التي حدّدها قديما أبوقراط - و ذلك في كتبه و في القسم الطبّي الذي وضعه - و طوّرتها حديثا

(1)- BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Opcit, P 194

(2) -V.BILEK et BALOGH, *La profession médicale :les médecins de première ligne en Tchécoslovaquie*, *Revue internationale des sciences sociales*, Opcit, P 562.

(3) - جينز أنتوني ، مرجع سابق، ص 235.

الجمعيات العالمية و تنادي إلى تطبيقها بصرامة، فمبادئ الأخلاق التي يجب توفرها في الطبيب لممارسة مهنته هي مبادئ الأخلاق العامة، و هو ليس في حاجة إلى تعلّمها ، و حسب أبقرات و الأطباء الآخرين فقد وضعوا أهمية كبرى لتتبع الواجبات الأخلاقية للطبيب، و بعض المدارس تقوم بتذكير الأطباء المتخرجين من المدرسة لممارسة المهنة خارجا بالواجبات الأخلاقية التي تفرضها المهنة عليه (1).

و كشيء طبيعى في مجال المهنة، فإنّ الطبيب يتوجب عليه بشكل روتيني مخالفة و تجاوز الكثير من المحرّمات المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي المعتاد، و تشمل هذه المحرمات غزو المساحة الشخصية لجسد المريض، و الكشف عن أفكاره و مشاعره و عواطفه الخاصة، و في هذه الظروف التي يكون فيها المريض معرضا بصورة مطلقة لانتهاك هذه الجوانب فإنّ مطلب التنظيم القانوني لممارسة المهنة يحمل معه الدليل الذاتي على الشرعية(2).

و لكن مع التّطور الذي شهده الانسان و الذي مسّ جميع الميادين، فقد تغيرت أوضاع الناس و أحوالهم، حيث كانت بعض أخلاقيات التي ينصّ عليها القانون الدولي وحرّمها، و سنّ القوانين بمعاقبة كل من يتسبب في حدوثها، أصبح جائزا افتعالها كالإجهاض الذي كانت تمنعه القوانين و الاخلاقيات أصبح مقبولا مع احترام بعض الشروط التي فرضتها المهنة في بعض البلدان، بينما الأطباء لهم إلا صحة مرضاهم أصبحوا اليوم مطالبين برعاية الميزانيات المالية للوسائل الصحية، بالاضافة إلى أن تطور التكنولوجيا والعلوم الطبية أحدث أيضا قضايا أخلاقية جديدة لا تستطيع الاخلاقيات الطبية الأخلاقية فضها، مثل الإنجاب بمساعدة طبية علم الوراثة... إلخ ومن المعلوم أن الاخلاقيات الطبية يجب أن تتطوّر حسب تقدم التقنيات و تطوّر العلوم الطبية، و نظرة المجتمع إلى بعض القيم، و لذلك تختلف الاخلاقيات الطبية من بلد إلى آخر(3).

(1)- BERNARD Claude, *Principes de la médecine expérimentale*, Opcit, P 60 .

(2)- مان ميشال ، مرجع سابق، ص 435.

(3)- ويليامز جون ، مرجع سابق، ص 12.

إنّ الأخلاق المهنية في الميدان الطبّي تختلف بكثير عنها في الميادين الأخرى، ذلك لأنّه الميدان الأكثر حرصاً على صحة الإنسان و عافيته، فهو الأكثر انسانية لذلك نجد الأطباء عند حصولهم على شهادة الطبيب يخضعون جميعهم الى القسم الطبي، الذي يحرس بدوره على الجانب الانساني للمريض، احترام الروح البشرية و الحفاظ عليها و محاولة انقاذها من الموت و تخفيف الألم و المعاناة عنها.

(4)- الرضا عن العمل لدى الطبيب بالمستشفى :

إن الرضا الوظيفي يعني قدرة المنظمة على تلبية و إشباع الحاجات المادية و المعنوية للعاملين لديها تؤدي إلى الرضا الوظيفي، و هو أيضاً قدرة الموظف على التكيف مع ظروف و بيئة العمل المحيطة به بمقارنة ما يملكه و ما يتمنى الحصول عليه(1).

و كشفت بعض الدراسات أنّ الرضا المهني يرتبط ارتباطاً موجبا مع كل من: الأجر، الترقية، زملاء العمل، الإشراف الجيد ويرى "1953 Super"، أن رضا الفرد عن عمله يتوقف على المدى الذي يجد فيه منفذاً مناسباً لقدراته وميوله وسماته الشخصية، ويتوقف أيضاً على موقعه العلمي، وعلى طريقة الحياة التي يستطيع بها أن يلعب الدور الذي يتمشى مع نموه و خبرته(2).

رضا الفرد عن مهنته يعد الأساس الأوّل لتحقيق الرضا النفسي بوجه عام لديه، و ذلك لأن الرضا المهني يرتبط بالنجاح في العمل، والعمل محور جوهري، ومجال حيوي في حياة الإنسان، لأنه المظهر الذي يعطيه المكانة و يربطه بالمجتمع، و يجد فيه فرصة كبيرة للتعبير عن ميوله و استعداداته وقدراته وطموحاته، ويتحقق ذلك إذا كان هناك إهتمام بالعنصر الإنساني يقع على كاهله تشغيل الآلات وصيانتها وإصلاحها و تطويرها(3).

و يتفاوت الرضا الوظيفي لدى العاملين في مستويات :

المستوى الأعلى من الرضاء و هو الرضاء التام الذي يصعب تحقيقه، ثم المستوى الأوسط

(1)- الصحاف حبيب ، مرجع سابق، ص 88

(2)- المشعان عويدا سلطان ، علم النفس الصناعي، ط 1، مكتبة الفلاح، الكويت، الامارات المتحدة، 1994، ص 213.

(3)- نفس المرجع، ص 209.

وهو رضا جزئي أي القبول لبعض الأجزاء من العمل دون الأجزاء الأخرى وهو يمكن تحقيقه، وأخيرا المستوى الأدنى وهو عدم رضا الموظف عن معظم مكونات العمل أو الأجزاء الضرورية بالنسبة له، وفي هذه الحالة تتعرض العلاقة الوظيفية بين الطرفين للخطر، وكشفت بعض الدراسات أن الأفراد الراضين عن أعمالهم يعيشون أطول من الأفراد غير الراضين، وقد أجريت عدد من الدراسات المسيحية المنتظمة عن الشعور بالرضا و السعادة في دول السوق الأوروبية المشتركة، وطبقا لهذه الدراسات فإن أكثر البلاد شعورا بالرضا بلجيكا و الدانمارك و هولندا، وأقلها شعورا بالرضا فرنسا و بريطانيا، ويرى "1951 Ginzberg" و "1959 Herzberg"، العناصر التي تسبب الرضا هي الإنجاز، التقدير، المسؤولية العمل ذاته، الزملاء المشرفون أما "1986 Robbins"، فيرى أن أهم محددات الرضا المهني هي العمل الذي يتحدى الفرد ذهنيا، المكافأة العادلة، ظروف العمل زملاء العمل(1).

إنّ العوامل التي تؤثر في رضا العامل المهني كثيرة ومتنوعة بعضها يتعلق بمستوى العمل ومتطلباته، وبعضها الآخر يتعلق بشخصية العامل و دوافعه، كما يختص طرف منها بالجوانب الاجتماعية للمهنة، وتمكّنا المعرفة ببعض هذه العوامل من أن نحسّن فيها و نطورها بما يرفع رضا العامل المهني، ولم تعد وجهة النظر السائدة من قبل عن العوامل المؤثرة في الرضا المهني كالحوافز المادية كافية أو وافية بتطلعات الأجيال الحالية من العاملين و العاملات في كافة المجالات، فنظام العلاقات مع الزملاء و الرؤساء و الظروف المرتبطة بالعمل أصبحت كلها عوامل مهمّة في تحقيق الرضا المهني وفي تجنب عدم الرضا المهني أيضا(2).

و باعتبار أنّ الطبيب عامل في منظمة كباقي العمال الذين يعملون في منظمات صناعية كانت أو تجارية أو غيرها، يؤثر و يتأثر في أثناء ممارسته لمهنته و في أثناء احتكاكه بالآخرين تختلف لديه درجة الرضا عن العمل من طبيب إلى آخر و حسب موقع

(1) - المشعان عويدا سلطان ، مرجع سابق، ص210.

(2) - نفس المرجع، ص 209.

العمل في مستشفى عمومي أو خاص فهو ملزم ببذل ما يبذله الشخص المعتاد، بمعنى أن رضا الطبيب المعالج مرتبط بمدى نجاعة العلاج الذي يقدمه من جهة، وبمدى احترامه لأصول و أخلاقيات مهنة الطب من جهة أخرى، بالإضافة إلى كل هذا لا يمكن أن نغفل أن إرضاء الطبيب مرتبط أيضا بمقابل الخدمة التي يقدمها، فلا يمكن أن نتصور أن تكون التكاليف الخدمة المقدمة أقل من سعرها الرسمي .. (1)

(5)- علاقات العمل في الفريق الطبي بالمستشفى:

لكي يصبح الفريق فعّالا يجب أداء عدد من الأدوار بطريقة إختيارية، يعني ذلك أدوار المنسق و المفكر و الناقد و المتصل من الخارج و المكلف بالتطبيق و المسؤول و المتحقق من الواقع، و عندما يتم السعي لتشكيل فريق ما، يجب الحفاظ على تلك الأدوار في القمة حتى لو توجب البحث عن الأشخاص الأكفاء القادرين على إنجاز المهام الخاصة التي يتعلق بها نجاح الفريق، و يجب عدم النسيان أنّ الهدف الأساسي للفريق يتمثل ببلوغ الأهداف المحددة، كما يجب أن نذكر أنّ الموقف الصريح و الوّدي و كذلك الاستعداد و الإدارة الطيبة للعمل مع الجماعة تمثل كلها مؤهلات نجاح ضرورية للانضمام إلى الفريق(2).

إنّ الطب المهنيّ يعتبر ببساطة علاقات و واجبات الطبيب في ممارسة الطب كمهنة، هذه العلاقات و الواجبات تدخل دائما على الأقل أو على الأكثر في المبادئ أو القواعد التي يجب تطبيقها في ممارسة جميع المهن(3).

إنّ في أثناء العلاقات التي تقوم بين العاملين و حتى المرضى تحدث عملية الاتصال، إذ يعد مفهوم الاتصالات من السّعة بمكان إذا احتوى على مضامين و جوانب عديدة تختلف تبعا لاختلاف الهدف و الوسيلة و الطريقة المعتمدة في عملية الاتصال، فما يجري من عملية اتصال شفهي (محادثة شفوية) بين شخص و آخر يختلف عما هو معتمد بين منظمة و مجتمع أو ما بين أقسام المنظمة الواحدة، و قد عرّف "Morphy" الاتصال

(1)-جمعي محمد، مرجع سابق، ص 85

(2)- مرعي محمد مرعي ، دليل ادارة فرق العمل، ط 1، دار الرضا للنشر، دمشق، سوريا، 2002، ص 52.

(3)- البكري ثامر ياسر ، مرجع سابق، ص 231، 232.

بأنه عملية نقل و تسليم الرسائل اللفظية و غير اللفظية بهدف إحداث استجابة، حيث يمكن استخدام الأشكال المختلفة في عملية الاتصال اللفظي (المقابلات، الاجتماعات، المؤتمرات، الاتصالات الهاتفية... الخ) و كذلك الأشكال غير اللفظية (حركة اليد، العين، الرأس، تعابير الوجه، الرسائل، التقارير، الصور.... الخ) والهدف من ذلك هو إحداث استجابة لعملية الاتصال من طرف آخر⁽¹⁾، و من المؤكد أنّ الخدمة و الرعاية الصحية تتحسن كلما تحسنت أساليب الاتصال

بين الطبيب و المريض و بين المهنة الطبية الرئيسية و سائر المهن المتصلة بها، و بين كل هؤلاء و بين الحكومة القائمة من ناحية و بين الجمهور العام من ناحية أخرى⁽²⁾.

إنّ المنظمات الصحية تحتاج إلى عملية الاتصال بشكل كبير، و قد يفوق بقيمة المنظمات الأخرى، و لعلّ مرّد ذلك يعود أساسا الى كون هذه المنظمات تهدف إلى معالجة و مواجهة احداث صحّية قد تنعكس خطورتها على صحة و سلامة المجتمع إلى حدّ كبير إن لم تصل له بالوقت المناسب، و بغضّ النظر عمّا إذا كان الاتصال يتم ما بين أفراد أو ما بين منظمات فإنّه هنالك عدد من العناصر التي تكوّن نضام الاتصال، إلّا أنّها قد تظهر بشكل مختلف و تبرز بعضها دون غيرها من حالة لأخرى، و لكن بقدر تعلق الأمر بالاتصالات الصحّية، و التي قد تكون ما بين المستشفى و المجتمع، أو ما بين الطبيب و المريض، فإنّ الهدف منها هو ارسال و إستلام معلومات دقيقة بالشكل الذي يؤدي إلى إحداث تحسين و تطوير في حالة المريض الصحّية، و بما يساعده على تحقيق الشفاء و العودة إلى الحالة الطبيعية قدر المستطاع و بأسرع وقت ممكن، أو أن يكون الهدف هو حيلولة حدوث الخطر الذي يصيب الأفراد من خلال تجنبه أو الوقاية منه⁽³⁾.

و خلال عرضنا هذا سوف نتطرق إلى التعرف على نوعية العلاقات و مجالات الاتصال فيما بين العاملين في القطاع الصحي العام بصفة عامة و المستشفى بصفة خاصة، و ما يهمننا هنا هو العلاقات المتبادلة مع الأطباء و خاصة الممرض و المريض.

(1)- المكاي علي ، علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص57.

(2)- البكري ثامر ياسر ، مرجع سابق، ص ص 231، 232.

(3)- نفس المرجع، ص 209.

يضيف "Lu.Tomas" ليتيح لنا أن نفهم شروط تطوّر علاقات الأطباء-طب-مرضى – مجتمع من خلال تفكيك هذه القوة الطبّية التي تركّبت في نقطة انتقاء عدة عوامل وأربع أقطاب(1):

- 1- طرق التفكيك الطبي الرسمي : معرفة الطبيب ، المهارة / التقنية الطبية ، كلام الطبيب (عالم ، أخلاقية ، مدرب) .
- 2- الطبقة الاجتماعية : المكانة الطبية في الفئات الاجتماعية المهنية ما زالت مفضلة (الطبقة الوسطى الثرية، النخبة المؤسساتية)
- 3- النظام السائد: سلطة الدولة وجهاز الترحيل الإداري (جامعة، مستشفى، منظمة مستشفياتية، نقابة الاطباء، شركات صيدلانية و وسائل الإعلام الطبية علمية)
- 4- التوقعات العامة : تباطؤ القيم الدينية التقليدية، الخوف من المعانات والموت، تطوير البنيات الطبقيّة للمجتمع و الحياة(الموت، الحاجة إلى الدواء والعلاج) .

أزليا كانت الصّحة تخدم دوما البعدين الفردي و الجماعي، فقواعد التطبيقات الطبية التقنية و الأخلاقية التي وصفها أبقراط (حوالي 460-380 قبل الميلاد) هي فردية من حيث العلاقة بين المريض والطبيب، وهي علاقة شخصية أيضا بين الطبيب وطالبه، و في المقابل يوجد العامل الجماعي الذي تحدّد المؤسسات الإستشفائية (منذ القديم مرورا بالإغريق والرومان و العصور الوسطى) بلا شك أن ما يؤكد ارتباط البعدين هو أن فاعليته الوقائية التي تعود الى امكانية التحكم فيما هو عمومي، عزل المصابين بالأمراض المعدية، التلقيح الإجباري، و الذي تعثره كثير من الصعوبات نظرا لإرتفاع تكاليف إجراءات الوقاية الصّحية في المستشفيات(2).

فالدخول ضمن علاقة طبية سواء كانت عقدية أو تنظيمية – عقد طبي – عقد علاج – ترتب على عاتق الطبيب إلزاما رئيسيا بالعلاج يلتزم فيه ببذل عناية ، فالطبيب والمريض لهما مطلق الحرية في إبرام العقد الطبي بينهما وتضمنيه ما شاءا من الشروط ، شريطة عدم

(1)- BARGES Anne, *Anthropologie et sociologie associée au domaine de la maladie et de la médecine*, Ellipses , Paris , 2001, p p 184, 185.

(2)-قندلي رمضان، مرجع سابق، ص ص 225، 226.

مخالفتهم للقواعد الآمرة و النظام العام كما يمكن إقامة مساواة بين رضا المريض ورضا الطبيب ، إذ غالبا ما يجد هذا الأخير مجبرا على تقديم العلاج كون عمله يقوم على إعتبار إنساني محض ، كما أن أخلاقيات المهنة تملي عليه ذلك (1) .

5-1- علاقة الطبيب بالجهاز التمريضي :

الجهاز التمريضي يتكون من ممرضين وممرضات قانونيين ومساعدى الممرضين وممرضات والقابلات القانونيات، فالمرضى أو الممرضة مسؤول عن تنفيذ أوامر الطبيب بإعطاء العلاج وكيفيته و مقداره، و تنفيذ خطة الطبيب في المعالجة، كما يجب أن يكون بجانب الطبيب أثناء زيارة المرضى و عليه أن ينقل للطبيب استجابة المريض للعلاج ومدى تحسنه، و يجب أن يكون بجانب الطبيب أثناء العمل الجراحي و إسعاف المريض وفي غرفة العناية الحثيثة (2) .

تبرز أهمية الإتصالات بين الملاك الطبي و المريض بشكل واضح، إذ لا يمكن أن يحدد الطبيب طبيعة المرض للشخص المعالج من دون حصوله على معلومات دقيقة عن المجالات اللآتية والتي قد تأخذ أشكال مختلفة وهي (3):

- معلومات مكتوبة تؤشر طبيعة المرض و تاريخ بدأ العلاج (كتابة) .
- معلومات عن التحاليل المختبرية التي أجريت على المريض (رموز)
- معلومات شخصية عن قدرة المريض لتقبل العلاج و استمراره (سلوك)
- الفحص الشعاعي لحالة المريض (صور)
- رد فعل المريض و استجابته للعلاج في مراحل سابقة (رسوم بيانية)
- تطوّر حالة المريض لدى الشخص المعالج (إشارات)

درجة إيمان المريض بجدوى العلاج (استجابة) .

(1)- قنذلي رمضان، مرجع سابق ، ص 225.

(2)- الخطيب هشام ابراهيم ، عكايلة العبد عبد القادر ، مرجع سابق، ص 182.

(3)- البكري ثامر ياسر ، مرجع سابق، ص 233.

يجري علماء الاجتماع تحليلاتهم لمركب التقاليد و الضغوط المعقدة التي تحكم السلوك المتبادل بين الطبيب و مريضه، وعلاقة المستشفى بالمجتمع المحلي و العلاقة المتبادلة بين الأطباء و الممرضات وهكذا والسبب في ذلك أن الطبيب يتدرب على العمل الانفرادي، على حين تتلقى الممرضة تدريبها لتصبح أداة تنفيذية في تنظيم هرمي، فإذا عملت الممرضة مع الطبيب كطرفين متساويين في الفريق الطبي فسوف تطرأ مشكلات عسيرة لا تنتهي(1).

تقوم هذه العلاقة – أي علاقة الطبيب بالممرضة – على الاحترام المتبادل و الزمالة لمصلحة المريض، فالممرضة مسؤولة عن تنفيذ أوامر الطبيب بإعطاء العلاج و كفاءته و مقداره و تنفيذ خطة الطبيب في المعالجة كما تكون بجانب الطبيب أثناء زيارة المرضى، وعليها أن تنقل للطبيب استجابة المريض للعلاج ومدى تحسنه، و يجب أن تكون بجانب الطبيب أثناء العمل الجراحي وإسعاف المريض وفي غرفة العناية الحثيثة (2).

2-5- علاقة الطبيب بالمريض :

يعتبر القسم الذي وضعه أبقرات لمهنة الطب (قبل الميلاد من عام 460 إلى 377) نموذجاً رفيعاً للعلاقة بين الطبيب و المريض، حيث يلتزم الطبيب في هذا القسم بتقديم أفضل ما لديه من علم و خبرة لعلاج المريض وأن يتجنب إزهاق الأرواح و أن يحتفظ بأمر المريض الخاصة في سرية تامة (3).

ولقد أوضح علم الاجتماع الطبي أهمية العلاقة بين الطبيب و المريض على أساس أنها لا تقتصر على مجرد التشخيص و العلاج فقط و إنما تمتد لتشمل احترام الطبيب و تعاطفه مع المريض و خاصة في حالة الأمراض الحساسة(4)، و في العصر الحديث قدم "بارسونز" نموذجاً للعلاقة بين الطبيب و المريض أوضح فيه أنها تأخذ شكل علاقة السيد بالتابع، و أشار إلى بعض العوامل التي تحكم هذه العلاقة الفوقية حيث بيّن أن الطبيب لديه من العلم و المعرفة ما يفوق ما لدى المريض، وهذه الفجوة المعرفية تدعم علاقة السيد

(1)- المكاوي علي ، علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص57.

(2)- الخطيب عماد ، العكيلة العبد عبد القادر ، مرجع سابق، ص 20.

(3)- مخيمر عبد العزيز ، محمد الطعامنة، مرجع سابق، ص 161.

(4)- المكاوي علي ، علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص52.

بالتابع، و بالإضافة إلى ذلك فإن الوضع الاجتماعي و الاقتصادي و الثقافي للأطباء يجعلهم في معظم المجتمعات في وضع متميز عن غالبية المرضى مما يجعل المريض يشعر بأن الطبيب يعرف أين تقع مصلحة المريض أكثر من المريض نفسه(1) .

لا يتوقع المريض من الطبيب أن يكون ملما بالمعرفة الفنية المتخصصة المفترضة في الخبر و حسب، و لكنه يتوقع فوق ذلك أن يبدي هذا الطبيب اهتماما بمشكلاته الفردية الخاصة، أي أنه لا يتوقع المعرفة فقط و لكنه يتطلب علاوة على ذلك طريقة معينة في تطبيق هذه المعرفة.

إن نجاح هذه العلاقة- أي علاقة الطبيب و المريض- و قيمتها العلاجية خاضع لمدى تقبل سلطة الطبيب من طرف المريض و تعاونه مع برنامج العلاج، و هناك بعض المعطيات ترمي الى نجاح العلاقة بينهما يكون حسب مقياس تلبية الطبيب لتوقعات المريض(2)، فأول فكرة تتبادر إلى ذهن طبيب نادى عليه مريض هو معرفة ما به و ما يجب عليه فعله لشفائه، و إذا ما توقف جامدا سوف يفقد هيئته في عيون الغرباء، فهو مجبر على التصرف بالفعل أو التظاهر به(3).

تشير معظم الدراسات إلى أن إرضاء المريض أو إقناعه يعتبر عاملا أساسيا في العلاقة بين الأطباء و المرضى، و أن معظم المرضى لا يتبعون الخطط الموضوعة لعلاجهم ما لم يكونوا مقتنعين بها، و معظمهم يخرج من الإستشارة و في ذهنه قرارات محددة بإتباع الخطة الموضوعة له أو عدم إتباعها(4).

فالمستوى الثقافي للطبيب يختلف عنه عند المريض و عند تعاملهم مع بعضهم البعض يقعون في المشاكل أحيانا بسبب هذا التباين، لذلك نجد علماء الاجتماع يتحسرون عن حقيقة أن الأطباء يستمعون مفردات طبية و التي هي غير مفهومة للمريض، و لكن الأطباء خصوصا أطباء العائلة أو الأسرة هم قادرين عن إستخدام مصطلحات مفهومة للمريض، هم

(1)- مخيمر عبد العزيز ، الطعمانة محمد ، مرجع سابق، ص 162.

(2)-C.T.WADDLE, Opcit, P 411.

(3)- BERNARClaude D, *Principes de la médecine expérimentale*, Opcit, P 130 .

(4)- مخيمر عبد العزيز ، الطعمانة محمد ، مرجع سابق، ص 166.

في هذا المنظور أحسن معلم لهم، و المريض و الطبيب يلتقيان في نفس الموقع و هذا من عدم اليقين، و أحسن طريقة لتبديد هذا الأخير هو تسمية المرض إلا أن هذا العمل لا يمارس وظيفته إلا إذا كان المريض و الطبيب يستعملان نفس اللغة و التي تترجم بطريقة مثالية حتى و إذا كانت الاختلافات مازالت موجودة في بعض الألفاظ الخاصة(1).

في الأخير نستطيع القول أن هذه العلاقة -أي علاقة الطبيب بالمريض- تتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الأخلاقية ، كما أنها تختلف من مجتمع لآخر و من شريحة لأخرى من نفس المجتمع ، كما أنها تختلف بالنظر إلى الجهة التي تغطي تكلفة العلاج هل هو المريض نفسه أم شركة تأمين أم الدولة في شكل علاج مجاني كما تشير بعض الدراسات إلى أن العلاقة بين الأطباء و المرضى تحكمها بعض العوامل الأخرى مثل نوع أو جنس كل من الطبيب و المريض(2).

كانت جوانب القصور التي تحيط بدور المريض كنموذج مثالي، مثار إلهام في مجال تنمية البحث حول علاقة الطبيب بالمريض، ولقد ركزت معظم الدراسات اهتمامها على درجة المشاركة و تبادل التفاعل و ابرز هذه الدراسات وهي الدراسة التي قام بها "szasz" و "hollander" والتي عملت على تمييز ثلاثة أنماط مثالية حسب سياق و نوع المشكلة الطبية:

- 1- الإيجابية السلبية : فيما يتلاءم مع الإسعاف الطبي للحالات الطارئة حتى ولو كان المريض في غيبوبة
- 2- الإرشاد / التعاون : بما يتناسب مع العلاج الطبي المستمر حيث يحترم المريض الطبيب ويتبع أوامره.

المشاركة المتبادلة بما يتناسب مع الحالات المزمنة، وحيث يعتمد العلاج على درجة عالية من المشاركة من جانب المريض، ويندرج تحت كل نمط من هذه الأنماط الثلاثة إفتراض بتوافر نوع من التجانس و التوافق في تبادل المصالح وهو ما كان موضع دراسات أخرى، فقد أشار "freidson" إلى ظهور حالة من التوتر العميق نتيجة لتباين التوقعات

(1)-Manfred PFLANZ et Heinrich KEUPP, Opcit, p 424.

(2)- مخيمر عبد العزيز ، الطعمانة محمد ، مرجع سابق، ص 163.

3- لدى الطبيب و المريض، ذلك أن إنعزال مدخل الطبيب لما يعتبره لا يزيد عن مجرد حالة مرضية لا بد أن يتصادم مع حالة الإستغراق التي يعيش فيها المريض الذي قد تكون الإستشارة بالنسبة له مسألة حياة أو موت، و مثل هذه المواجهة وما ستثيره من قلق بل صراع قد تنوعت أشكالها في مجال البحث، و يبدو أن مشاعر خيبة الأمل من أداء الدور لم تقتصر فقط على المرضى، فقد تبين أن الأطباء أيضا قد ينتابهم الإحباط في توقعاتهم اتجاه المرضى الذين لا يدركون الفرق بدرجة كافية بين المتاعب التي تحتاج إلى جراحة ولا يحترمون بدرجة كافية عملية الاستشارة ولا ينصعون لعملية العلاج⁽¹⁾.

إن لكل من الطبيب و المريض عادات وتقاليد مختلفة، و مستوى ثقافي و تعليمي أيضا مختلفان، ذلك راجع الى الاختلاف في الأوساط التي تربي فيها كل واحد منهما، و بحكم الدراسة التي تلقاها و الدور الذي يؤديه بالمجتمع قد يتعرض الى بعض الصعوبات و المشاكل في أثناء تعامله مع المريض، فأحيانا قد يتصرف في وصفه لطريقة العلاج المتبعة تصرفا يرى أنه في صالح المريض و لكنّه يواجه الرفض من طرف المريض، لذلك من الواجب أن يعرف المريض نوع الخطّة العلاجية المتبعة و له الحق في رفضها كذلك، و قد نصّت الكثير من القوانين على هذه النقطة بالذات و على حقوق أخرى لصالح المريض و التي أغلبية المرضى يجهلونها.

5-3- علاقة الطبيب بزميله الطبيب :

على الطبيب أن يتصف مع مرضاه و زملاءه بحسن التصرف و إذا وجد نفسه في معضلة شائكة فإنه يستطيع أن يخرج منها بسلام إذا ما استند في حكمه على قاعدتين أساسيتين :

- أ- مصلحة المريض فوق كل اعتبار .
- ب- تصرف مع الآخرين كما تحب أن يتصرف الناس معك⁽²⁾ .

(1)- مان ميشال ، مرجع سابق، ص 644.

(2)- الخطيب هشام ابراهيم ، العكايلة العبد عبد القادر ، مرجع سابق، ص 148.

إنّ علاقة الطبيب بزميله الطبيب يجب أن تكون مسندة الى الثقة التامة، و أنّ أول ما يحدث اليه الطبيب هو النصيحة و الاخلاص الكامل لزملاءه في المهنة، و العلاقة الأزلية بين الطبيب و زملاءه يجب أن تكون على ثقة و وفاق تام، و العلاقة بين الزملاء محبة و احترام، و أن تتطوّر بمرور الوقت الى صداقة أساسها الفضيلة من غير أن يبغى منه منفعة ذاتية أو كسبا ماديا أو طمعا شخصيا(1).

إن الأطباء لديهم معارف و معلومات قانونية جيدة، فلهم معدل نزاعات أقل بكثير مع العاملين معهم، المرضى و المسؤولين، فهم ينفذون واجباتهم بأكثر واقعية(2)، لأنّهم تلقوا نفس التعليم كما أنّهم خضعوا لنفس ظروف و شروط العمل و التدريب، لذلك نجدهم أقل نزاعا و صراعا مع بعضهم البعض، كما أنّهم يخضعون لنفس القوانين و لديهم نفس الواجبات الطبية و كذلك الحقوق، بالاضافة الى أنّهم لا يملكون الوقت الكافي يضيعونه في النزاعات و الخلافات، فمعظم وقتهم يمضونه في التعليم و التدريب و العمل، و ما تبقى لهم من وقت يمضونه في البحث و الاستطلاع لكسب المزيد و المزيد من المعلومات.

خلاصة الفصل:

إنّ مهنة الطب مهنة كغيرها من المهن الأخرى باختلاف أن هذه المهنة يتعامل فيها الطبيب مع مخلوقات بشرية لا تحتل لا النسيان و لا الخطأ لذلك نجده حريص على التعلم و التدرّب و كسب الخبرة و التجربة الطبية، يساعده في ذلك المؤطرين و المكلفين بالتدريب و التعليم الطبيين، يتابع تدريبه بالمؤسسات التدريبية الجامعية التي توفّر له الحد الأدنى من الوسائل و الامكانيات الضرورية لذلك، و المؤسسات الاستشفائية العمومية فقط هي التي بإمكان الطبيب التدرّب فيها دون الخاصة .

(1)- نفس المرجع، ص 147.

(2)-V.BILEK et BALOGH, La profession médicale :les médecins de première ligne en Tchécoslovaquie, Revue internationale des sciences sociales, Opcit, P 562.

الفصل الخامس

تمهيد

1- خصائص عينة البحث

2- المنهجية المتبعة

3- مجالات الدراسة

3-1- المجال الجغرافي

3-2- المجال البشري

3-3- المجال الزمني

تمهيد:

اخترت في بحثي هذا فئة الأطباء المقيمين كونها فئة مازالت في طور التكوين تنطبق عليها مواصفات الموضوع المختار، و هو تكوين الأطباء في المؤسسات الاستشفائية العمومية، فالأطباء المقيمين هم الأطباء الذين أنهوا فترات التكوين في الطب الداخلي لمدة سبع سنوات ليتحصلوا على شهادة طبيب عام، ثم يقومون بإجراء مسابقة للتوجه الى الطب المتخصص « Résidanat » و عند حصولهم على المسابقة يوجهون عشوائيا حسب المعدل المتحصل عليه الى الاختصاص، و قد تمّ اختياري للمؤسسة الاستشفائية العمومية مصطفى باشا الجامعية الواقعة بالجزائر العاصمة، تفتح المؤسسة مناصب شغل عديدة بلغت حتى سنة 2016 حوالي 4685 منصب شغل، من بينهم 817 طبيب مقيم.

فهناك عدة طرق لاختيار جزء من مجتمع البحث و ذلك عن طريق المعاينة، فالمعاينة حسب " موريس انجرس " هي مجموعة من العمليات تسمح بانتقاء مجموعة فرعية من مجتمع البحث بهدف تكوين عينة⁽¹⁾، كما تتضمن المعاينة مجموعة من العمليات تهدف الى بناء عينة تمثيلية لمجتمع البحث المستهدف، في هذا المجال يوجد نوعين كبيرين من المعاينة الاحتمالية و غير الاحتمالية⁽²⁾، و نوعية البحث الذي نحن بصدد اجراءه تنطبق عليه العينة غير الاحتمالية، مستعملين في ذلك المعاينة الحصصية، و العينة الحصصية هي سحب عينة من مجتمع البحث بانتقاء العناصر المفيدة طبقا لنسبتهم في هذا المجتمع⁽³⁾، مستعملة في ذلك الفرز بشكل الكرة الثلجية أو التراكمية، و هو اجراء غير احتمالي للمعاينة معزز بنواة أولى من أفراد مجتمع البحث، و الذين يقودوننا الى عناصر أخرى يقومون هم بدورهم بنفس العملية⁽⁴⁾.

(1)- انجرس موريس ، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، تدريبات علمية، ترجمة بوزيد صحراوي، كمال بوشرف، سعيد سبعون، مصطفى ماضي، دار القصة للنشر، الجزائر، 2004، ص 100.

(2)- نفس المرجع، ص 301.

(3)- نفس المرجع، ص 312.

(4)-موريس أنجرس، مرجع سابق، ص 314.

لقد قمت باختيار فئة الأطباء المقيمين الفئة الانسب من الأطباء على موضوع البحث، كون هذه الفئة مازالت في طور التكوين و التدريب و التعلم.

تحتوى المؤسسة الاستشفائية العمومية على عدد كبير من الأطباء بمختلف اختصاصاتهم و درجاتهم المهنية ، وخاصة فئة الاطباء المقيمين والتي فاق عددهم 800 طالب توزّعوا على مختلف المصالح الطبية نظرا لاختلاف تخصصاتهم الطبية الواسعة و المتعددة و باختلاف السنوات الدراسية من الاولى إلى السادسة .

قمنا بتوزيع أكثر من 200 استمارة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية مصطفى باشا على فئة الاطباء المقيمين و قد شملت حوالي 20 مصلحة طبية مختلفة ، احتوت الاستمارة على 41 سؤال، و لقد استعملت العينة الحصصية لمتغير الجنس لمعرفة نوعية العلاقات، وما اذا كان الجنس يؤثر في نوعية العلاقات ما بين الباحثين فيما بينهم و ما بين زملاءهم في العمل، و مدى تأثير هذا المتغير في التكوين، من بين 817 طالب نجد 416 طبية و 401 طبيب، من 200 استمارة تحصلت على 165 استمارة فقط ، ذلك نظرا لامتناع البعض منهم عن ملئها و خاصة منهم السنوات الأخيرة من التكوين (السنة الرابعة و الخامسة و السادسة).

(1)-خصائص عينة البحث : بعد قيامنا بتقديم عينة البحث وتعريفها في الجانب الميداني لهذا البحث، سنحاول الان تعريفها وذلك انطلاقا من خمس متغيرات و هي السن، الجنس، الحالة المدنية، المصلحة الطبية و الاقدمية، ومن خلال هذه المتغيرات حاولنا القراءة للتعريف على عينة بحثنا و حجمها و مواصفاتها و بعض خصائصها و سوف نتطرق الى كل متغير من هذه المتغيرات .

الجدول رقم 1 يبين مستويات سن المبحوثين

النسبة	التكرار	سن المبحوثين
75,9%	125	من 25 إلى 29 سنة
16,9%	28	من 30 إلى 34 سنة
3 %	5	من 35 إلى 39 سنة
4,2 %	7	بدون إجابة
100 %	165	المجموع

يظهر من خلال الجدول أعلاه رقم 1 و الذي يبين فئات أعمار المبحوثين و التي تتراوح بين 25 سنة و 36 سنة، و هي فئة أطباء شباب أغلبهم لم يبلغوا سن الثلاثين، حيث نجد بأن نسبة 75,90% من هؤلاء المبحوثين هم شباب في ربيع العمر يتراوح أعمارهم من 25 إلى 29 سنة، ذلك لأنهم مازالوا أطباء في اطار التكوين بعد حصولهم على مسابقة " Résidanat " و بالتالي هم اطباء مقيمين في اطار الاعداد لشهادة الطبيب المختص، تليها نسبة 16,90% و التي تمثل فئة الأطباء التي تنحصر أعمارهم ما بين 30 و 34 سنة تليها نسبة 3 % و هي فئة الاطباء التي تتراوح اعمارهم ما بين 35 سنة و 39 سنة .

الجدول رقم 2 يمثل جنس المبحوثين:

النسبة	التكرار	الجنس
50,90%	84	انثى
49,10%	81	ذكر
100%	165	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يمثل جنس المبحوثين، يتبين لنا أنّ أكثر من النصف بقليل من المبحوثين و التي بلغت نسبتهم 50,90% هن اناث، بينما 49,10% هم ذكور فالنسبة متقاربة بينهما .

الجدول رقم 3 يمثل الحالة المدنية للمبحوثين

الحالة المدنية	التكرار	النسبة
أعزب	115	% 69,70
متزوج	50	%30,30
المجموع	165	% 100

إن هذا الجدول يبين الحالة المدنية للمبحوثين و يتبين من خلاله أن النسبة 69,70% هم أطباء عزّاب، بينما 30,30% هم متزوجون ذلك نظرا للسّن المبكر لأغلب المبحوثين، فأغلبهم صغار السّن .

الجدول رقم 4 تبين المصالح الطبية التي يتوزع عليها المبحوثين

النسبة	التكرار	المصلحة الطبية
% 15,2	25	مصلحة جراحة القلب
% 9,7	16	مصلحة الطب الشرعي
% 9,7	16	مصلحة الأمراض الجلدية
% 7,9	13	مصلحة جراحة الأطفال
% 7,3	12	مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية
% 7,3	12	مصلحة طب العيون
% 6,7	11	مصلحة طب الاطفال
% 6,7	11	مصلحة أمراض الكبد
% 3,6	6	مصلحة أمراض القلب
% 3,6	6	مصلحة جراحة العظام
%3	5	مصلحة جراحة الفك و الوجه
%3	5	مصلحة الطب الداخلي
% 3	5	مصلحة المواليد الجدد
% 2,4	4	مصلحة جراحة اللثة
% 2,4	4	مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الامعاء
% 2,4	4	مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة
% 2,4	4	مصلحة طب النساء و التوليد
% 1,8	3	مصلحة الاستعدادات
% 1,2	2	مصلحة أمراض السكري
% 0,6	1	مصلحة الانسجة الداعمة للأسنان
% 100	165	المجموع

من خلال الجدول رقم 4 و الذى يبين لنا توزيع الأطباء المقيمين في المصالح الطبية و التي بلغت 20 مصلحة طبية، يتبين لنا أن نسبة 15,20% من الأطباء ينتمون إلى مصلحة جراحة القلب، تليها مصلحة الطب الشرعي بنسبة 9,7% مع مصلحة الأمراض الجلدية بنفس النسبة 9,7% ، تليها مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 7,9% ، ثم مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 7,9% مع مصلحة أمراض العيون بنفس النسبة 7,3% مصلحة طب الأطفال بنسبة 6,7% مع مصلحة أمراض الكبد بنفس النسبة 6,7% ثم تليها مصلحتين أمراض القلب و مصلحة جراحة العظام بنسبة 3,6% ثم مصلحة جراحة الفك و مصلحة الطب الداخلي و المواليد الجدد بنسبة 3% ،بعدها تأتي مصلحة جراحة اللثة و مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الامعاء، مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة و مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة 2,4% ثم مصلحة الاستعدادات بنسبة 1,8% و تليها مصلحة أمراض السكري بنسبة 1,2% وأخيرا مصلحة الانسجة الداعمة للأسنان بطبيب مقيم واحد بنسبة 0.6% ليكون المجموع 165 طبيب مقيم يتوزعون على 20 مصلحة مختلفة التخصصات.

الجدول رقم 5 : يبين مدة الأقدمية للطلبة الأطباء

النسبة	التكرار	الأقدمية (السنة الدراسية للطلبة)
21,8 %	36	السنة أولى جامعي طب داخلي
27,3 %	45	السنة الثانية جامعي طب داخلي
27,9 %	46	السنة الثالثة جامعي طب داخلي
10,3 %	17	السنة الرابعة جامعي طب داخلي
4,8 %	8	السنة الخامسة جامعي طب داخلي
0,6 %	1	السنة السادسة جامعي طب داخلي
7,3 %	12	بدون اجابة
100 %	165	المجموع

من خلال الجدول رقم 5 و الذي يبين مدة الأقدمية للطلبة الأطباء يتبين لنا أن أكبر نسبة نجدها عند طلبة السنة الثالثة و التي قدرت بـ 27,9% تليها مباشرة 27,3% عند طلبة السنة الثانية، ثم بعدها السنة الأولى بنسبة 21,8% فالنسبة الرابعة و التي قدرت بـ 10,3% اما نسبة الأطباء المقيمين السنة الخامسة فقد بلغت بـ 4,8% أخيرا نسبة 0,6% السنة السادسة و التي مثلت طالبا واحدا من بين 165 طالب.

الجدول رقم 6 يبين علاقة السن بالجنس

الجنس السن	ذكر	أنثى	المجموع
من 25 إلى 29 سنة	57 %45,6	68 %54,4	125 % 100
من 30 إلى 34 سنة	19 %67,9	9 %32,1	28 % 100
من 35 إلى 39 سنة	2 %40	3 % 60	5 % 100
بدون اجابة	3 %42,9	4 %57,1	7 % 100
المجموع	81 %49,1	84 %50,9	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين سن المبحوثين حسب الجنس إذ نلاحظ بأن أغلبية العينة المبحوثة هن اناث، بحيث بلغت نسبتهن 50,9% نجد من بينهن نسبة 60% تتراوح أعمارهن ما بين 35 سنة إلى 39 سنة، تليها نسبة 54,4% تتراوح أعمارهن ما بين 25 و 29 سنة، و نسبة 32,1% تتراوح أعمارهن من 30 الى 34 سنة، بينما الذكور فقد بلغت نسبتهم بـ 49,1% نجد من

بينهم نسبة 67,9% تتراوح أعمارهم من 30 الى 34 سنة، ثم نسبة 45,6% تتراوح أعمارهم من 25 الى 29 سنة، و أخيرا نسبة 40% تتراوح أعمارهم من 35 الى 39 سنة.

و بذلك نستطيع القول بأن أغلبية العينة المبحوثة هن إناث تتراوح أعمارهن في الغالب من 35 الى 39 سنة، بينما الذكور فتتراوح أعمارهم في الغالب من 30 الى 34 سنة.

الجدول رقم 7 تبين توزيع الأطباء حسب السن و الحالة المدنية

الحالة المدنية / السن	اعزب	متزوج	المجموع
من 25 إلى 29 سنة	95 76%	30 24%	125 100%
من 30 إلى 34 سنة	11 39,3%	17 60,7%	28 100%
من 35 إلى 39 سنة	3 60%	2 40%	5 100%
بدون اجابة	6 85.7%	1 14,3%	7 100%
المجموع	115 69,7%	50 30.3%	165 100%

من خلال الجدول رقم 7 و الذي يبين توزيع الأطباء حسب السن و الحالة المدنية يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة عزاب، بحيث بلغت نسبتهم ب 69,7%، نجد من بينهم نسبة 76% تتراوح أعمارهم من 25 إلى 29 سنة، ثم تليها نسبة 60% تتراوح أعمارهم من 35 إلى 39 سنة، و أخيرا نسبة 39,3% تتراوح أعمارهم من 30 إلى 34 سنة .

أما فئة الأطباء المتزوجون فقط بلغت نسبتهم بـ 30,3% نجد من بينهم نسبة 60,7% تتراوح أعمارهم من 35 إلى 40 سنة و نسبة 24% تتراوح اعمارهم من 25 إلى 29 سنة.

الجدول رقم 08: يبين توزيع الأطباء حسب السن والأقدمية

الأقدمية السن	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	السنة السادسة	بدون اجابة	المجموع
من 25 إلى 29 سنة	32 %25,6	41 %32.8	33 % 26.4	10 %8	1 %0.8	0 % 0	8 %6.4	125 % 100
من 30 إلى 34 سنة	1 %3,6	3 % 10.7	10 % 35.7	7 % 25	6 %21.4	0 % 0	1 % 3.6	28 % 100
من 35 إلى 39 سنة	2 %40	1 % 20	0 % 0	0 % 0	1 20 %	1 % 20	0 %0	5 % 100
بدون اجابة	1 % 14.3	0 % 0	3 % 42.9	0 %	0 % 0	0 % 0	3 % 42.9	7 % 100
المجموع	36 % 21.8	45 % 27.3	46 % 27.9	17 % 10.3	8 %4.8	1 % 0.6	12 % 7.3	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين لنا توزيع الأطباء حسب السن و الأقدمية يتبين لنا بأن نسبة 27.9% من المبحوثين يتمدرسون بالسنة الثالثة، نجد من بينهم نسبة 35.7% تتراوح أعمارهم ما بين 30 و 34 سنة، تليها نسبة 26.4 % يبلغ سنهم ما بين 25 و 29 سنة.

بينما الفئة الأطباء المتمدرسين في السنة الثانية و التي قدرت اقدميتهم بسنتين بنسبة 27.3 % تتوزع ما بين الفئات العمرية الثلاث، نجد من بينهم نسبة

32.8% تتراوح أعمارهم ما بين 25 و 29 سنة و نسبة 20 % تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، و أخيرا نسبة 10.7 % تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة.

و الفئة الثالثة من المبحوثين المتمدرسين في السنة الأولى، قدرت نسبتهم بـ 21.8 % وهي فئة الأطباء التي بلغت مدة اقدميتهم أقل من سنة، تتوزع هذه النسبة على الفئات العمرية الثلاث نجد من بينهم نسبة 40 % تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، تليها نسبة 25.6 % تتراوح أعمارهم ما بين 25 سنة إلى 29 سنة، وأخيرا نسبة 3.6 % تتراوح اعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة .

ونجد فئة الاطباء المتمدرسين في السنة الرابعة فقد بلغت 10.3 % و هي فئة الاطباء التي بلغت مدة اقدميتهم 4 سنوات، توزعت هذه النسبة على فئتين عمريتين اتنتين أولها نسبة 25 % نجدها لدى الأطباء التي تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة و نسبة 8 % لدى الأطباء التي تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

أما فئة الأطباء المتمدرسين في السنة الخامسة فقد بلغت 4.8 % توزعت ما بين 3 فئات عمرية أولها نسبة 21.4 % لدى فئة الاطباء التي تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة ثم نسبة 20 % تتراوح أعمارهم من 35 إلى 39 سنة و أخيرا نسبة 0.8% تتراوح أعمارهم من 25 إلى 29 سنة.

و أصغر نسبة أقدمية نجدها لدى الأطباء المتمدرسين في السنة السادسة و التي بلغت بـ 0.6% نجد من بينها نسبة 20% تتراوح أعمارهم ما بين 35 و 39 سنة.

الجدول رقم 9 يبين توزيع الأطباء حسب الجنس و الأقدمية :

المصحة الطبية	ذكر	أنثى	المجموع
أمراض الكبد	8	3	11
	%72,7	%27,3	% 100
جراحة الأطفال	3	10	13
	%23,1	%76,9	% 100
أمراض القلب	2	4	6
	%33,3	%66,7	% 100
طب الأطفال	8	3	11
	%72,7	%27,3	% 100
الطب الشرعي	8	8	16
	%50	%50	% 100
جراحة القلب	13	12	25
	%52	%48	% 100
جراحة الفك و الوجه	3	2	5
	%60	%40	% 100
جراحة اللثة	2	2	4
	%50	%50	% 100
جراحة العظام	5	1	6
	%83,3	%16,7	% 100
الطب الداخلي	2	3	5
	%40	%60	% 100
المواليد الجدد	3	2	5
	%60	%40	% 100
الأشعة الداعمة الأسنان	0	1	1
	%0	%100	% 100
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	1	3	4
	%25	%75	% 100
الأنف الاذن و الحنجرة	1	3	4
	%25	%75	% 100
أمراض السكري	0	2	2
	%0	%100	% 100
الأمراض الجلدية	6	10	16
	%37,5	%62,5	% 100
طب النساء و التوليد	0	4	4
	%0	%100	% 100
أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	10	2	12
	%83,3	%16,7	% 100
الاستعدادات	1	2	3
	%33,3	%66,7	% 100
طب العيون	5	7	12
	%41,7	%58,3	% 100
المجموع	81	84	165
	%49,1	%50,9	% 100

من خلال الجدول رقم 9 و الذي يبين توزيع الأطباء حسب الجنس و الأقدمية، يتبين بأن نسبة 50,9% إناث ، نجد من بينهم نسبة 100% يتواجدون بمصلحة طب النساء و التوليد و نفس نسبة بمصلحة الأشعة الداعمة للأسنان و نفس النسبة كذلك بمصلحة أمراض السكري تليها نسبة 76,9% يتواجدون بمصلحة جراحة الأطفال تليها نسبة 75% يتواجدون بمصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء ، و نفس النسبة كذلك بمصلحة الأذن و الأنف و الحنجرة ، ثم نسبة 66,7% يتواجدون بمصلحة أمراض القلب و نجد نفس النسبة كذلك يتواجدون بمصلحة الاستعجالات ثم تليها نسبة 62,5% بمصلحة الأمراض الجلدية ، و نسبة 60% بمصلحة الطب الداخلي ثم نسبة 58,3% بمصلحة طب العيون ، تليها نسبة 50% يتواجدون بمصلحة الطب الشرعي و نفس النسبة كذلك يتواجدون بمصلحة جراحة اللثة ، تليها نسبة 48% يتواجدون بمصلحة طب الأطفال ، فنسبة 16,7% يتواجدون بمصلحة جراحة العظام ، وأخيرا نسبة 16,7% كذلك يتواجدون بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية.

وفئة الأطباء المبحوثين الذكور قدرت نسبتهم بـ 49,1%، نجد من بينهم نسبة 83,3% يتواجدون بمصلحة أمراض الكبد و نفس النسبة يتواجدون بمصلحة جراحة العظام ، ثم تليها نسبة 72,7% يتواجدون أمراض الكبد و نفس النسبة بمصلحة طب الأطفال ، ثم تليها نسبة 60% يتواجدون بمصلحة جراحة الفك و الوجه و نفس النسبة بمصلحة المواليد الجدد ، ثم نسبة 52% بمصلحة جراحة القلب ، تليها نسبة 50% يتواجدون بمصلحة الطب الشرعي ، و نفس النسبة بمصلحة جراحة اللثة ، و نسبة 41,7% يتواجدون بمصلحة طب العيون ، ثم نسبة 40% بمصلحة الطب الداخلي ، ثم نسبة 37,5% يتواجدون بمصلحة الأمراض الجلدية ، ثم نسبة 33,3% يتواجدون بمصلحة أمراض القلب ، و نفس النسبة بمصلحة الاستعجالات ، ثم نسبة 25% يتواجدون بمصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء و نفس النسبة كذلك يتواجدون بمصلحة الأنف الأذن الحنجرة ، وأخيرا نسبة 23,2% يتواجدون بمصلحة جراحة الأطفال.

الجدول رقم 10 يبين توزيع الأطباء حسب المصلحة الطبية و الحالة المدنية :

المصلحة الطبية	أعزب	متزوج	المجموع
أمراض الكبد	7 %63,6	4 %36,4	11 % 100
جراحة الأطفال	7 %53,8	6 %46,2	13 % 100
أمراض القلب	4 %66,7	2 %33,3	6 % 100
طب الأطفال	6 %54,5	5 %45,5	11 % 100
الطب الشرعي	9 %56,3	7 %43,7	16 % 100
جراحة القلب	16 %64	9 %36	25 % 100
جراحة الفك و الوجه	3 %60	2 %40	5 % 100
جراحة اللثة	4 %100	0 %0	4 % 100
جراحة العظام	6 %100	0 %0	6 % 100
الطب الداخلي	5 %100	0 %0	5 % 100
المواليد الجدد	3 %60	2 %40	5 % 100
الأشعة الداعمة الأسنان	1 %100	0 %0	1 % 100
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	4 %100	0 %0	4 % 100
الأنف الاذن و الحنجرة	4 %100	0 %0	4 % 100
أمراض السكري	1 %50	1 %50	2 % 100
الأمراض الجلدية	13 %81,3	3 %18,7	16 % 100
طب النساء و التوليد	3 %75	1 %25	4 % 100
أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	5 %41,7	7 %58,3	12 % 100
الاستعدادات	3 %100	0 %0	3 % 100
طب العيون	11 %91,7	1 %8,3	12 % 100
المجموع	115 %69,7	50 %30,3	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبلين توزيع الأطباء حسب المصلحة الطبية و الحالة المدنية يتبين بأن نسبة 69,7% من المبحوثين عزاب يتوزعون على 20 مصلحة طبية، بحيث نجد من بينهم نسبة 100% بمصلحة جراحة اللثة، ونفس النسبة بمصلحة جراحة العظام ، نفس النسبة كذلك بمصلحة الطب الداخلي، نفس النسبة أيضا بمصلحة الأشعة الداعمة للأسنان و 100% أيضا بمصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء ، ونسبة 100% كذلك بمصلحة الأنف والأذن و الحنجرة و نسبة أخرى كذلك قدرت بـ 100% بمصلحة الاستعجالات، تليها نسبة 91,7% يتواجدون بمصلحة طب العيون ، ثم نسبة 81,3% بمصلحة الأمراض الجلدية، تليها نسبة 75% يتواجدون بمصلحة طب النساء و التوليد ، بعدها تأتي نسبة 66,7% يتواجدون بمصلحة أمراض القلب ، تليها نسبة 64% بمصلحة جراحة القلب، و نسبة 63,6% بمصلحة أمراض الكبد، و نسبة 60% بمصلحة جراحة الفك و الوجه، ونفس النسبة بمصلحة المواليد الجدد، و نسبة 56,3% بمصلحة الطب الشرعي، ثم نسبة 54,5% يتواجدون بمصلحة طب الأطفال ، بعدها تأتي نسبة 53,8% بمصلحة جراحة الأطفال، تليها نسبة 50% بمصلحة أمراض السكري، و أخيرا نسبة 41,7% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية .

والفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء المتزوجون و قد بلغت نسبتهم بـ 30,3% ، نجد من بينهم نسبة 58,3% يتواجدون بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية ، ثم نسبة 50% بمصلحة أمراض السكري ، تليها نسبة 46,2% بمصلحة جراحة الأطفال ، ثم تليها نسبة 45,5% بمصلحة طب الأطفال ، ثم نسبة 43,7% يتواجدون بمصلحة الطب الشرعي بعدها تأتي نسبة 40% بمصلحة جراحة الفك و الوجه و نفس النسبة بمصلحة المواليد الجدد ، ثم نسبة 36,4% يتواجدون بمصلحة أمراض الكبد ، ونسبة 36% بمصلحة جراحة القلب ، تليها نسبة 33,3% بمصلحة أمراض القلب ، ونسبة 25% بمصلحة طب

النساء و التوليد ، وتليها نسبة 18,7% بمصلحة الأمراض الجلدية ، وأخيرا نسبة 8,3% يتواجدون بمصلحة طب العيون.

الجدول رقم 11 يبين توزيع الأطباء حسب الأقدمية و الحالة المدنية:

الحالة المدنية الأقدمية	أعزب	متزوج	المجموع
	10	2	12
	% 83,3	%16,7	%100
السنة الأولى	28	8	36
	% 77,8	%22,2	%100
السنة الثانية	32	13	45
	% 71,7	% 28,9	%100
السنة الثالثة	33	13	46
	% 71,7	%28,3	%100
السنة الرابعة	9	8	17
	%52,9	% 47,1	%100
السنة الخامسة	3	5	8
	% 37,5	%62,5	%100
السنة السادسة	0	1	1
	% 0	% 100	%100
المجموع	115	50	165
	% 69.7	% 30,3	%100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين توزيع الأطباء حسب الأقدمية و الحالة المدنية، يتبين بأن نسبة 69,7% من المبحوثين عزاب، نجد من بينهم نسبة 77,8% يتمدرسون بالسنة الأولى ، ثم نسبة 71,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة ، تليها نسبة 71,2% يتمدرسون بالسنة الثانية ، ثم نسبة 52,9% يتمدرسون بالسنة الرابعة ، و أخيرا نسبة 37,5% يتمدرسون بالسنة الخامسة .

و فئة الأطباء المتزوجون بلغت نسبتهم بـ 30,3% نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون بالسنة السادسة ، ثم نسبة 62,5% يتمدرسون بالسنة الخامسة ، ثم نسبة 47,1% يتمدرسون بالسنة الرابعة ، تليها نسبة 28,9% يتمدرسون بالسنة الثانية / ونسبة 28,3% يتمدرسون بالسنة الثالثة ، و أخيرا نسبة 22,2% يتمدرسون بالسنة الأولى

(2)-المنهجية المتبعة:

إنّ أي باحث عند إجراءه لبحثه العلمي يتبع فيه خطوات منهجية يتبعها طوال مدة البحث، هذه الخطوات المنهجية تكون مبنية على أسس و قواعد علمية ، و البحث الذي أنا بصدد القيام به بإعتباره بحث علمي فقد إستعملت فيه المنهج الكمي، و ذلك ما سوف أتطرق إليه في هذا الفصل.

إن البحوث العلمية هي بحوث موضوعية مجردة من الأفكار المسبقة، يتم الاعتماد فيها على قواعد و أسس علمية، فالبحث العلمي هو طلب المعرفة و تفصيلها، كما يعد البحث العلمي وسيلة يحاول بواسطتها الباحث دراسة ظاهرة أو مشكلة ما و الوصول إلى كشف الآليات التي تتحكم فيها بالإضافة إلى حصر العوامل التي تكون وراء حدوثها بصفة مباشرة وغير مباشرة⁽¹⁾ فالاعتماد على منهج أو جملة من المناهج عند البحث و التنقيب و الدراسة يسمح للباحث بالخروج من ما هو عام و مشترك بين جميع الأفراد التي تقمص دور الباحث وذلك بالتزويد بالطرق و الإجراءات العلمية و المضبوطة لغزو الميدان و إخضاع الظاهرة أو المشكلة لمقومات البحث العلمي⁽²⁾ و المنهج أو المناهج المتبعة يجب أن تكون حسب موضوع الظاهرة، ويتم تطبيقها طوال مدة البحث، و لقد استعملنا في بحثنا هذا المنهج الكمي.

و نجد "موريس انجرس" عرّف المناهج الكمية أنها تهدف في الأساس إلى قياس الظاهرة موضوع الدراسة، و قد تكون هذه القياسات من الطراز الترتيبي مثل " أكثر من أو أقل من " أو عددية وذلك باستعمال الحساب، إنّ أغلبية البحوث في العلوم الإنسانية تستعمل القياس، وكذلك الأمر حينما يتم استعمال المؤشرات، النسب المئوية، المتوسطات أو الأدوات التي يوفرها الاحصاء بصفة عامة⁽³⁾ .

(1)-معتوق جمال، مرجع سابق، ص 10.

(2)-نفس المرجع، ص 66.

(3)- انجرس موريس ، مرجع سابق، ص 100.

(3) مجالات الدراسة:

3-1- المجال الجغرافي: لقد تم اختياري للمؤسسة الاستشفائية العمومية مصطفى باشا الجامعية نظرا لمتوقعها الجغرافي الجزائر الوسط، وهو ما يناسبني من كل الجوانب، كونه من جهة تعد من بين أكبر المؤسسات الاستشفائية بالجزائر العاصمة و الجزائر ككل، و من جهة أخرى تحتوى على أكبر عدد من المبحوثين، يزورها المرضى من كل أنحاء الجزائر و يسهل التنقل إليها بدون عناء.

تاريخ المؤسسة: أصل المؤسسة هو من التراث بوصية 19 سبتمبر 1840 تمثل هبة لمبلغ قدر بـ 200.000 فرنك آنذاك لمستوطن غني يسمى M.Fortin من أصول إفري Ivry في ولاية الجزائر، الكثير من الحكام الذين كانت لديهم وصاية على العرش كانوا يحملون اسم "مصطفى باشا" هذا الاسم يعني الشخص الذي كان "دايا" في مرحلة ما بين 1758 و 1805 كانت المؤسسة مبنية على الأراضي المملوكة من طرف ذريته، وفي بلدية مصطفى كانت الحدائق تحتل مساحات كبيرة تغطي كل التلة و التي تتحلى اليوم ببناء جميل و المعروف اليوم بقصر الشعب و الذي كان مملوك آنذاك لورثاء الداوي "مصطفى باشا" (1798 – 1805) .

المؤسسة المدنية بمصطفى في بداياتها سنة 1854 كانت مستشفى ذات طابع عسكري ، مؤسسة من ثكنات⁽¹⁾ على مساحة تقدر بأكثر من 8 هكتارات من بين مساحة اجمالية تقدر بـ 15 هكتار⁽²⁾.

في 21 ماي 1855 الاطباء المدنيين قاموا بفتح دروس للطلبة الأطباء، وفي 18 جانفي 1859 افتتحت الدروس الرسمية في اطار مدرسة الطب بالجزائر و التي

(1)-مكتبة المؤسسة الاستشفائية مصطفى باشا.

(2)-WWW.CHU-mustapha.dz

أسست في سنة 1857، و في سنة 1883 افتتحت مصلحة طب الاطفال، وفي سنة 1884 افتتحت مصلحة طب التوليد(1).

تعريف : مستشفى مصطفى باشا أو المركز الإستشفائي الجامعي مصطفى باشا بالجزائر العاصمة CHUMA، يعد من بين أكبر و أهم المستشفيات بالجزائر، أسس في سنة 1854 في بلدية مصطفى و التي أصبحت تعرف الآن بـ " سيدي امحمد "و هو أكبر مستشفى بالجزائر ككل، لذلك ينتمي هذا المستشفى كباقي المستشفيات إلى وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات(2).

3-2-المجال البشري: باعتبار أن مهنة الطب من أشرف المهن على الإطلاق وباعتبار من يمتنها توجب عليه أن يكون شريف كشرف المهنة، جدّي في عمله حتى يكتسب حب وثقة المرضى من جهة، و يكتسب المهنة جيدا من جهة أخرى، من أجل ذلك كان المجال البشري للدراسة يتضمن الأطباء في اطار التكوين، و هم الأطباء المقيمين و ذلك للتعرف عن قرب عن الظروف المحيطة بهم و معرفة مدى نجاعتها في التكوين.

عدد الأطباء المقيمين بالمؤسسة يفوق 800 طالب طبيب مقيم يتوزعون على مختلف التخصصات، و يكون اختيارهم في التخصص حسب المعدل المتحصل عليه في المسابقة للدخول الى الطب المتخصص، ففي التخصص الواحد يكون جميع الطلبة يحملون نفس المستوى العلمي كونهم تحصلوا على نفس المعدل.

3-3-المجال الزمني: تحصّلت على اذن إجراء البحث بالمؤسسة الاستشفائية العمومية مصطفى باشا بالجزائر العاصمة لمدة ستة أشهر من أول مارس 2016 إلى 31 أوت 2016 قدمت طلب الحصول على المعلومات و المعطيات الخاصة بالمؤسسة الاستشفائية التي تخدم البحث ابتداء من تاريخ المؤسسة و عدد المستخدمين الطبيين ولم أتّصل على الرد إلا في 25 جويلية 2016 بعد انتهاء

(1)- مكتبة المؤسسة الاستشفائية مصطفى باشا.

(2)-نفس المرجع.

5 أشهر من بين 6 أشهر قبل انتهاء مدة العقد، هذه المدة لم تكفي لتوزيع الاستثمارات ذلك لأن أغلب الأطباء كانوا في عطلة سنوية الأمر الذي عرقلني عن جمع العدد الكافي من الاستثمارات، أكملت توزيع و جمع الاستثمارات في أواخر شهر أكتوبر، وفي بداية شهر نوفمبر بدأت في تفريغها في الحاسوب بمنظومة SPSS نموذج 23 و التي استغرقت فيها مدة 5 اشهر حتى نهاية مارس، وفي بداية شهر افريل قمت ببناء الجداول و تحليلها وستعرض في هذا الباب الى التحليل المعطيات المتحصل عليها.

الفصل السادس

- (1)- طبيعة التكوين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية
 - (2)- مستوى التكوين الطبي الجزائري بالمقارنة مع متطلبات التكوين العالمي
 - (3)- درجة الرضا و عدم الرضا عن التكوين الطبي لدى الأطباء المقيمين
 - (4)- طبيعة التكوين الطبي بالمؤسسة الاستشفائية العمومية و علاقتها بمدى الرضا عنه عند الأطباء المقيمين
 - (5)- طبيعة التكوين الطبي بالمؤسسة الاستشفائية العمومية و علاقتها بالتسهيل في المسار المهني عند الأطباء المقيمين
- إستنتاج الفرضية الأولى

تمهيد:

يبدأ في هذا الفصل التطبيقي تحليل المعطيات المتحصل عليها من ميدان البحث الخاصة بالفرضية الأولى و محاولة قراءتها قراءة سوسيولوجية وذلك بالربط بين متغيراتها لمعرفة مدى العلاقة الموجودة بينها، تتعلق هذه الفرضية بطبيعة التكوين في المؤسسة الاستشفائية العمومية مصطفى باشا الجامعية للأطباء المقيمين و مدى الرضا عن هذا التكوين لديهم.

1. طبيعة التكوين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية:

الجدول رقم 12 يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة التكوين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية وعلاقتها بتطوير المعارف الطبية للأطباء المقيمين :

المجموع	نوعا ما	لا ليس جيدا	نعم جيد	نوعية التكوين تطوير المعارف الطبية
101 % 100	2 % 1,9	45 % 44,5	54 % 53,5	نعم
14 % 100	0 % 0	14 % 100	0 % 0	لا
38 % 100	0 % 0	34 % 89,5	4 % 10,5	قليلا
8 % 100	0 % 0	8 % 100	0 % 0	تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي
1 % 100	0 % 0	1 % 100	0 % 0	في المجال النظري نعم لا بأس به و لكن على المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير
3 % 100	0 % 0	1 % 33,3	2 % 66,7	بدون إجابة
165 % 100	2 % 1,2	103 % 62,4	60 % 36,4	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين مدى تلبية التكوين الذي يتلقاه الطلبة الأطباء المقيمين لمتطلبات المبحوثين المعرفية و العلمية الطبية، يتبين لنا بأن نسبة 62,4 % من المبحوثين يرون بأنهم لا يتلقون تكويناً جيداً، ثم تليها نسبة 36,4 % يرون بأنهم يتلقون تكويناً جيداً في المستوى، وأخيراً نسبة 1,2 % يرون بأنهم نوعاً ما يتلقون تكويناً جيداً.

فبالنسبة للفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك التي أجابت بأنها لا تتلقى تكويناً جيداً نجد من بينهم نسبة 100 % أجابوا بأنهم لا يتلقون تكويناً جيداً، وهذا التكوين لم يسمح لهم بتطوير معارفهم، نفس النسبة كذلك أجابوا بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي ذلك لأن مهنة الطب مهنة دائمة الدراسة و البحث من جهة و كثرة المرض باعتبار المستشفى عمومي مجاني من جهة أخرى و من جهة ثالثة الفترة الصباحية تكون دائماً فترة الدراسة التطبيقية مع الأستاذ المؤطر فتكون الاستشارة على المرضى تحت إشراف الأستاذ، فيقوم الأطباء المقيمون بتحضير ملف طبي لكل المرضى المقيمين بالمستشفى، يحتوى هذا الملف على جميع التحاليل الطبية و الأشعة Radio وكل ما يلزم للتعرف على نوعية المرض ودرجة تطوره و طريقة العلاج و الدواء المقترح لعلاجهم فيقومون بعرضها على الأستاذ، و يأخذون رأيه و مساعدته في نوعية العلاج لتطبيقها أخيراً على المرضى.

أما الفترة المسائية فتكون عادة للبحث و الاطلاع على كل ما هو جديد حسب توقيت الطبيب الطالب الخاصة بالمناوبات، ففي المناوبة يعمل الطبيب الطالب 24 ساعة بدون انقطاع يقضيها بين المرضى المقيمين بالمستشفى ثم الاستعجالات الطبية لكل مصلحة و ذلك حسب المصلحة الطبية، فهناك مصالح طبية تستدعي العمل 24 ساعة مثل مصلحة طب النساء و التوليد وهناك مصالح طبية لا تستدعي حتى اجراء المناوبات مثل مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان و مصلحة جراحة اللثة .

كذلك نجد في الفئة الاولى من المبحوثين نسبة 100 % أجابوا بأنه في الجانب النظري فقط هناك تطوير لمعارفهم الطبية أما على المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير تليها نسبة 89,5 % ترى بأنه هناك قليلا من التطوير في المعارف الطبية، ثم نسبة 44,5 % أجابوا بأن رغم أن نوعية و طبيعة التكوين ليست جيدة ولا تعجبهم إلا أنه هناك تطوير في معارفهم الطبية، لأنه من يمارس مهنة الطب حتى وإن كانت نوعية التكوين رديئة و غير جيدة إلا أنه قد يصادف الطبيب يوميا أنواع مختلفة من الأمراض التي قد كان يجهلها مسبقا، فنوع المهنة تجعل من يمتنها يتحسن فيها يوما بعد الآخر و كثرة الاستشارة الطبية و تنوع الأمراض تجعل من الطبيب يأخذ خبرة في الميدان.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك التي اجابت بأنها تتلقى تكويننا جيدا في المستوى نجد أكثر من النصف و التي قدرت بـ 53,5 % أجابوا بأنه هناك تطوير في معارفهم الطبية و نسبة 10,5 % يرون بأن طبيعة التكوين و نوعيته ساعدتهم نوعا ما في تطوير معارفهم الطبية و لكن بنسبة قليلة.

وفيما يخص الفئة الثالثة و الاخيرة و التي اجابت بأنها تتلقى نوعا ما تكويننا جيدا نجد نسبة 1,9 % يرون بأن نوعية التكوين الذي يتلقونه سمحت لهم بتطوير معارفهم الطبية.

إن من خلال الجدول أعلاه نلاحظ بأن أكثر من نصف العينة المبحوثة لا تعجبها نوعية التكوين الطبي الذي تتلقاه، ذلك لأنه لا يحقق لها تطورا في معارفها الطبية و أنه تكوين يعتمد في الغالب على كثير من المجهودات الذاتية، و ان كان هناك تطوير ففي الجانب النظري فقط ، أما التطبيقي فلا يوجد تطوير، لذلك نستطيع القول أنه هناك علاقة طردية بين نوعية التكوين و تطوير المعارف الطبية للمبحوثين، حيث كلما كان التكوين غير جيدا كلما لم يكن هناك تطوير في المعارف الطبية أو تطورا ضئيلا فقط، و العكس صحيح ، أي كلما كان التكوين جيدا كلما كان هناك تطوير في المعارف الطبية.

الجدول رقم 13 يبين نسبة الاستفادة من التكوين وعلاقتها بتطوير المعارف الطبية

نسبة الاستفادة من التكوين	نعم	لا	نوعا ما	بدون اجابة	المجموع
مدى تطوير المعارف الطبية					
نعم	55 % 54,5	41 % 40,6	3 % 3	2 % 2	101 % 100
لا	2 % 14,3	12 % 85,7	0 % 0	0 % 0	14 % 100
قليلا	7 % 18,4	31 % 81,6	0 % 0	0 % 0	38 % 100
تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي	3 % 37,5	5 % 62,5	0 % 0	0 % 0	8 % 100
في المجال النظري نعم لا بأس به و لكن على المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير	0 % 0	1 % 100	0 % 0	0 % 0	1 % 100
بدون إجابة	2 % 66,7	1 % 33,3	0 % 0	0 % 0	3 % 100
المجموع	69 % 41,8	91 % 55,2	3 % 1,8	2 % 1,2	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين نسبة استفادة المبحوثين من التكوين الذي يتلقونه و علاقتها بمدى تطوير المعارف الطبية لديهم، يتبين لنا بأن أكثر من نصف العينة المبحوثة و التي قدرت بـ 55,2 % ترى بأنها لا تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين الذي تتلقاه بالمؤسسة الاستشفائية مكان التكوين، تليها نسبة 41,8 % ترى بأنها تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين ثم نسبة 1,8 % ترى بأنها نوعا ما تستفيد من التكوين.

ففيما يخص الفئة الأولى و هي تلك التي أجابت بأنها لا تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين بالمؤسسة مكان التبرص و العمل، نجد من بين تلك السنة نسبة 100 % ترى بأنه لا يوجد تطويرا للمعارفهم الطبية في المجال التطبيقي، ونحن نعلم أن المجال الطبي تطبيقي أكثر منه نظري، أما المجال النظري فهناك تطوير، تليها نسبة 85,7 % ترى بأنه لا يوجد تطوير لمعارفهم الطبية، و نسبة 81,6 % ترى بأن نوعا ما هناك تطوير لمعارفهم الطبية، ثم نسبة 62,5 % ترى بأنه تكوين

يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، فنسبة 40,6 % ترى بأن هناك تطوير في معارفهم الطبية.

ان فيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و التي لا تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين، بالنسبة اليهم التكوين لا يلبي احتياجاتهم العلمية كطلبة أطباء، وذلك ما يعيق تطوير معارفهم الطبية بالمؤسسة الاستشفائية مكان التربص، هذه الفئة تغطي العجز أو النقص فيما يخص الاستفادة من التكوين بالمطالعة و البحث الدائم، كونها مهنة دائمة البحث و الدراسة و الاطلاع.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك التي ترى بأنها تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين، نجد من بينهم نسبة 54,5 % ترى بأن هناك تطوير لمعارفهم الطبية و ذلك نظرا لأنهم يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين بالمؤسسة الاستشفائية مكان التربص، ثم تليها نسبة 37,5 % ترى بأنها تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين، و لكن بالمجهود الفردي حيث أجابت بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، وأخيرا نسبة 14,3 % ترى بأنه لا يوجد هناك تطوير لمعارفهم الطبية.

و الفئة الثالثة من المبحوثين التي أجابت بأنها تستفيد نوعا ما من التكوين بالمؤسسة الاستشفائية مكان التربص، نجد 3 % أجابوا بأنه يوجد تطوير لمعارفهم الطبية.

إذا ان نسبة الاستفادة من التكوين تؤثر على درجة أو مدى تطوير المعارف الطبية، إذ أن هناك علاقة طردية بينهما، فكلما زادت نسبة الاستفادة من التكوين كلما زاد تطوير المعارف الطبية لهم.

الجدول رقم 14 مدى تماشي التكوين بالجزائر مع متطلبات التكوين العالمي و علاقتها بتطوير المعارف الطبية للطلبة الأطباء

مدى تماشي التكوين بالجزائر مع التكوين العالمي مدى تطوير المعارف الطبية	نعم	لا	نوعا ما	بدون اجابة	المجموع
نعم	15 %14,9	85 % 84,2	1 % 1	0 % 0	101 % 100
لا	0 % 0	14 % 100	0 %0	0 % 0	14 % 100
قليلا	1 % 2,6	36 % 94,7	0 %0	1 %2,6	38 % 100
تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي	0 %0	8 % 100	0 %0	0 % 0	8 % 100
في المجال النظري نعم لا بأس به و لكن على المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير	0 %0	1 %100	0 %0	0 % 0	1 % 100
بدون إجابة	0 % 0	3 % 100	0 %0	0 % 0	3 % 100
المجموع	16 % 9,7	147 % 89,1	1 % 0,6	1 % 0,6	165 %100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تطور المعارف الطبية المبحوثين و علاقتها بمدى تماشي التكوين الذي يتلقونه و متطلبات التكوين العالمي يتبين بأن نسبة 89,1 % أجابوا بأن طريقة التكوين هنا بالجزائر لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، تليها نسبة 9,7 % ترى بأن طريقة التكوين بالجزائر تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، ثم نسبة 0,6 % ترى بأنها نوعا ما تتماشى و متطلبات التكوين العالمي.

ان الفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك التي أجابت بأن طريقة التكوين هنا بالجزائر لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي نجد من بينهم نسبة 100 % أجابوا بأنه لا يوجد تطوير لمعارفهم الطبية، و نفس النسبة أي ترى بأن هناك قليلا من التطوير في المعارف الطبية، كذلك نفس النسبة ترى بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي و نسبة 100 % ترى أنه هناك تطوير في المجال النظري و لكن في المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير، تليها مباشرة نسبة 94,7 % ترى بأنه هناك القليل من التطوير في المعارف الطبية لديهم، و أخيرا نسبة 84,2 % ترى بأن هناك تطوير لمعارفهم الطبية.

اما الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك التي ترى بان طريقة التكوين الطبي بالجزائر تتماشى و متطلبات التكوين العالمي نجد من بينها نسبة 14,9 % ترى بأنه هناك تطوير لمعارفهم الطبية، تليها نسبة 2,6 % ترى بأنه هناك القليل من التطوير في المعارف الطبية.

و الفئة الثالثة من المبحوثين ترى بأن طريقة التكوين بالجزائر نوعا ما تتماشى و متطلبات التكوين العالمي نجد من بينهم نسبة 1 % ترى بأنه هناك تطوير في معارفهم الطبية .

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن هناك علاقة طردية بين تطوير المعارف الطبية و مدى تماشي طريقة التكوين الطبي بالجزائر مع متطلبات التكوين العالمي، أي كلما كانت طريقة التكوين الطبي سيئة كلما نقص تطوير المعارف الطبية و العكس صحيح، أي كلما كانت طريقة التكوين جيدة كلما زاد تطوير المعارف الطبية للمبحوثين .

الجدول رقم 15 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تطوير المعارف الطبية بالأقدمية :

مدى تطوير المعارف الطبية الأقدمية	نعم	لا	قليلا	تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردى	في المجال نظري لا بأس به و لكن على المستوى التطبيقي لا	بدون اجابة	المجموع
السنة الأولى	21 %58,3	1 % 2,8	12 % 33,3	1 %2,8	0 % 0	1 % 2,8	36 % 100
السنة الثانية	33 %73,3	2 % 4,4	8 % 17,8	2 % 4,4	0 % 0	0 %0	45 % 100
السنة الثالثة	31 % 67,4	4 % 8,7	10 % 21,7	1 %2,2	0 % 0	0 %0	46 % 100
السنة الرابعة	5 % 29,4	4 % 23,5	4 %23,5	2 % 11,8	1 % 5,9	1 % 5,9	17 % 100
السنة الخامسة	4 %50	1 %12,5	2 %25	1 %12,5	0 % 0	0 % 0	8 % 100
السنة السادسة	0 % 0	1 % 100	0 %0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 %0
بدون أجابة	7 % 58,3	1 % 8,3	2 % 16,7	1 % 8,3	0 % 0	1 % 8,3	12 % 100
المجموع	101 % 61,2	14 % 8,5	38 % 23	8 % 4,8	1 %0,6	3 % 1,8	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تطور المعارف الطبية للأطباء المبحوثين بالأقدمية، حيث يتبين لنا بأن أكثر من نصف العينة المبحوثة و التي قدرت بـ 61,2 % اجابوا بأنه هناك تطوير في معارفهم الطبية، ثم تليها نسبة 23 % أجابوا بأنه هناك القليل من التطوير لمعارفهم الطبية ، ثم تليها 8,5 % ترى بأنه لا يوجد لديهم تطوير في معارفهم الطبية، ثم تليها نسبة 4,8 % ترى بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، و أخيرا نسبة 0,6 % ترى بأنه هناك تطوير لا باس به في المجال النظري فقط ، ولكن في المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير في معارفهم الطبية.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي تلك التي ترى بأن هناك تطوير في معارفهم الطبية من خلال التكوين الذي يتلقونه بالمؤسسة الاستشفائية مكان التربص، نجد من بينهم 73,3 % يتمدرسون في السنة الثانية ، ثم تليها نسبة 67,4 % يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 58,3 % يتمدرسون في السنة الأولى، ثم تليها نسبة 50 % يتمدرسون في السنة الخامسة، و أخيرا نسبة 29,4 % يتمدرسون بالسنة الرابعة.

أما الفئة الثانية و هي تلك التي أجابت بأن هناك القليل فقط من التطوير في معلوماتهما الطبية نجد من بينها نسبة 33,3 % يتمدرسون في السنة الأولى، تليها نسبة 25 % يتمدرسون في السنة الخامسة ثم نسبة 23,5 % يتمدرسون في السنة الرابعة، و نسبة 21,7 % يتمدرسون في السنة الثالثة، و أخيرا نسبة 17,8 % يتمدرسون في السنة الثانية.

وفيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و هي الفئة التي أجابت بأنه لا يوجد لديها تطوير للمعارف الطبية، فنجد من بينها نسبة 100 % يتمدرسون في السنة السادسة، تليها نسبة 23,5 % يتمدرسون في السنة الرابعة، تليها نسبة 12,5 % يتمدرسون في السنة الخامسة، تليها نسبة 8,7 % يتمدرسون في السنة

الثالثة، تليها نسبة 4,4 % يتمدرسون في السنة الثانية و أخيرا نسبة 2,8 % يتمدرسون في السنة الأولى.

و الفئة الرابعة من المبحوثين وهي تلك التي اجابت بان التكوين الذي يتلقونه بالمؤسسة الاستشفائية مكان التربص و التعليم يعتمد على كثير من الجهود الفردي ذلك لان المعطيات و المعلومات المتحصل عليها من طرف المشرفين على التأطير لا تكفيهم و لا تفي بالغرض لذلك يظطرون إلى اكمالها بالجهود الفردي، نجد من بينها نسبة 12,5 % يتمدرسون في السنة الخامسة، ثم تليها نسبة 11,8 % يتمدرسون في السنة الرابعة، تليها نسبة 4,4 % يتمدرسون في السنة الثالثة، تليها نسبة 2,8 % يتمدرسون في السنة الأولى و أخيرا نسبة 2,2 % يتمدرسون في السنة الثالثة .

و الفئة الاخيرة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي أجابت بأن هناك تطوير للمعارف الطبية لديها في المجال النظري فقط، بينما الجانب الميداني فلا يوجد تطوير و هي فئة صغيرة جدا، نجد من بينها نسبة 5,9 % يتمدرسون في السنة الرابعة.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ بأنه في السنوات الثلاثة الأولى يكون هناك تطوير كبير للمعارف الطبية للأطباء المبحوثين و ذلك من خلال التكوين الذي يتلقونه، وذلك بنسب كبيرة تفوق النصف اما السنتين المتبقيتين الرابعة و الخامسة، فنقل النسبة الى النصف و مادونه، و هذا ما يفسّر أنه كلما زادت نسبة الاقدمية لدى المبحوثين كلما نقصت النسبة في مستوى التطوير المعارف الطبية من خلال التكوين الذي يتلقونه، و العكس صحيح، فكلما نقصت مدة الاقدمية كلما زادت نسبة التطوير في المعلومات الطبية، العلاقة بينهما علاقة عكسية، أي أن السنوات الأولى من التعليم الطبي يكون فيها المبحوثين يجهلون أساسيات الطب الداخلي، فيتلقون التكوين الضروري و المناسب الذي يساعدهم في اكتساب المعلومات، هذه السنوات يكون فيها الطبيب في حاجة إلى التأطير من طرف المشرفين على ذلك لذلك تكون

نسبة تلقي المعلومات أكبر من السنتين التي تليها أي نسبة الكبيرة للمعلومات الطبية يتلقاها الأطباء بمساعدة المؤطرين في السنوات الأولى الثلاثة حين يكون الطبيب الطالب مازال في حاجة إلى المساعدة من طرف الغير، سواء الزملاء أو المشرفين على التأطير وتبدأ تقل الحاجة إلى التأطير في السنتين التاليتين للثلاث سنوات الأولى أي السنة الرابعة و الخامسة، في هاتين السنتين يبدأ الطلبة بالاعتماد على أنفسهم و ذلك بالبحث في الانترنت و مطالعة الكتب و الجرى وراء الدراسات الجديدة، ضف إلى ذلك قضاء وقت أكبر بالمستشفى لاستشارة عدد كبير من المرضى، لأنه كلما كثر عدد الحالات التي يراها الطبيب، كلما زادت معرفته لنوعية و طرق علاجها .

بصفة عامة الدراسة بالجامعة تحتاج إلى نوع من المجهود الفردي، مهما اختلف التخصص او الشعبة، فالأساتذة و المأطرين ليس باستطاعتهم تقديم كل المعلومات الطبية التي يعرفونها في بضع ساعات، لذلك يبقى المجهود الفردي ضروري لتنمية القدرات العقلية و العلمية لكل طالب، و الطالب الطبيب شأنه شأن جميع الطلبة في باقي التخصصات و لكن يختلف تخصص الطب نوعا ما عن باقي التخصصات العلمية، ذلك لأنه علم تطبيقي و نظري في نفس الوقت من جهة و علم مادته الخام الإنسان فلا يسمح بالخطأ لذلك توجب على الطبيب أن يكون شديد الحرص في العمل، شديد الحرص في تلقي المعلومات الطبية لتطبيقها على الانسان، لئبذل بذلك مجهود إضافي فردي .

الجدول رقم 16 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تطوير المعارف الطبية لدى الأطباء المقيمين بمدى تحقيق التكوين بالنتائج المساعدة في المسار المهني

مدى تحقيق النتائج المساعدة في المسار المهني الطبي تطوير المعارف الطبية	نعم	لا	نوعا ما	تكوين شخصي	بصعوبة	في المجال التطبيقي فقط	بدون اجابة	المجموع
نعم	90 %89,1	5 % 5	3 % 3	1 % 1	0 % 0	0 % 0	2 % 2	101 %100
لا	0 % 0	7 % 50	5 % 35,7	1 % 7,1	1 % 7,1	0 %0	0 % 0	14 %100
قليلا	16 % 42,1	5 %13,2	14 % 36,8	1 %2,6	1 % 2.6	1 %2.6	0 % 0	38 %100
تكوين يعتمد على كثير من المجهود الفردى	6 %75	0 % 0	4 %23.5	1 % 12,5	0 % 0	0 % 0	0 % 0	8 %100
في المجال النظري لا بأس به بينما التطبيقي لا	0 % 0	1 %100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 %100
بدون اجابة	3 % 100	0 % 0	0 %0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 %0	3 %100
المجموع	115 % 69,7	18 % 10,8	2 % 16,7	4 % 2,4	2 % 1,2	1 % 0,6	2 % 1,2	165 %100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تطوير المعارف الطبية لدى الاطباء المبحوثين بمدى تحقيق هذه المعارف للنتائج المساعدة في المسار المهني، حيث يتبين لنا بأن أكثر من نصف العينة المبحوثة و التي قدرت بـ 69,7 % ترى بأن التكوين الذي تتلقاه ساعدها بتحقيق النتائج المساعدة في المسار المهني، ثم تليها نسبة 13,9 % ترى بأن التكوين يحقق نوعا ما النتائج المساعدة في المسار المهني، ثم تليها مباشرة نسبة 10,9 % ترى بأن التكوين الذي تتلقاه لا يحقق لها بالمرّة النتائج المساعدة في المسار المهني، ثم نسبة 2,4 % ترى بأنه تكوين شخصي يعتمد على قدرات شخصية، بعدها تأتي نسبة 1,2 % ترى أنه أي التكوين يحقق النتائج المساعدة في المسار المهني و لكن بصعوبة، و اخيرا نسبة 0,6 % ترى أنه في المجال التطبيقي فقط يحقق النتائج المساعدة في المسار المهني، و لكن لا يحققها في المجال النظري .

إن الفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأنها تستفيد من التكوين حيث يساعدها في تحقيق النتائج المرجوة منه و المساعدة في المسار المهني، نجد من بينها نسبة 100 % لم يجيبوا على مدى تطوير المعارف الطبية لديهم، لكنهم يرون بأن التكوين جيد ساعدهم في تحقيق النتائج المرجوة، ثم تليها نسبة 89,1 % أجابت بأن هناك تطوير لمعارفها الطبية، ثم تليها نسبة 75 % ترى بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، أي أنه هناك تطوير لمعارفهم الطبية و لكن بالمجهود الفردي، و ليس بمساعدة المشرفين على التأطير و التكوين، و نسبة 42,1 % ترى بأن هناك القليل من التطوير في المعارف الطبية .

أما الفئة الثانية و هي تلك الفئة التي ترى بأن التكوين يحقق نوعا ما النتائج المساعدة في المسار المهني، نجد من بينهم نسبة 36,8% ترى بأن هناك القليل من التطوير في المعارف الطبية، فالتكوين بالنسبة لهم ليس جيدا بكفاية حتى يطور معارفهم الطبية، ثم تليها نسبة 35,7 % ترى بأن التكوين الذي يتلقونه لا يطور لهم بالمرّة معارفهم الطبية، ثم تليها نسبة 12,5 % ترى بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، ثم أخيرا نسبة 3 % ترى بأن هناك تطوير في المعارف الطبية.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن التكوين الذي تتلقاه لا يحقق لها النتائج المساعدة في المسار المهني، نجد من بينهم نسبة 100% ترى بأن التكوين النظري لا بأس به يطور المعارف الطبية لديها ولكن على المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير ثم تليها نسبة 50 % ترى بأن التكوين الذي تتلقاه لا يساعدها في تطوير المعارف الطبية لديها، ثم تليها نسبة 13,2 % ترى بأن هناك القليل من التطوير في المعارف الطبية و أخيرا نسبة 5 % ترى بأن التكوين يحقق تطورا في معارفهم الطبية .

و الفئة الرابعة من المبحوثين، فهي تلك التي ترى بأنه تكوين شخصي يعتمد على القدرات الذاتية نجد من بينهم نسبة 12,5 % ترى بأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، ثم تليها نسبة 7,1 %

ترى بأنه ليس هناك تطوير لمعارفهم الطبية، تليها نسبة 2,6 % ترى بأن التكوين يحقق القليل من التطوير في المعارف الطبية، و أخيرا نسبة 1% ترى بأنه رغم انه تكوين شخصي إلا أنه يساعدهم في تطوير معارفهم الطبية.

إن هذه الفئة من المبحوثين ترى بأنه تكوين شخصي لا يساعدهم في تحقيق النتائج المساعدة في المسار المهني، و أنه لا يطور معارفهم الطبية كونه يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، فالقدرات الشخصية و الاعتماد على النفس ضروريتين لممارسة مهنة الطب، و تطوير النفس في المجال الطبي و تحسين المستوى.

وفيما يخص الفئة الخامسة التي ترى بأن التكوين يحقق النتائج المساعدة في المسار المهني و لكن بصعوبة نجد من بينهم نسبة 7,1 % يرون أن التكوين لا يحقق لهم تطورا في معارفهم الطبية، ثم تليها نسبة 2,6 % ترى بأنه يحقق القليل من التطوير في المعارف الطبية، فمن خلال مقابلة أجريتها مع طبيب أستاذ مساعد إذ أنه يرى بأن مهنة الطب في السنوات الأولى جد صعبة فقال: " في السنة أولى طب كنت دائم البحث و الدراسة أمضي ليال بيضاء مع الدراسة و عند نهاية السنة حصلت على 9/20 " .

و أخيرا فئة المبحوثين التي ترى بأن التكوين في المجال التطبيقي فقط يحقق النتائج المساعدة في المسار المهني و لكن لا يحققها في المجال النظري، نجد من بينها نسبة 2,6 % ترى بأن التكوين يحقق القليل من التطوير في المعارف الطبية.

من خلال قراءتنا للجدول أعلاه يتبين لنا بأنه هناك علاقة طردية بين تطوير التكوين للمعارف الطبية، و مدى تحقيق التكوين للنتائج المرجوة و المساعدة في المسار المهني، أي كلما حقق التكوين تطوير في المعارف الطبية للأطباء كلما تحققت النتائج المرجوة من هذا التكوين و التي تساعد الأطباء الطلبة في مسارهم المهني الحاضر و المستقبل، و العكس صحيح أي كلما لم يحقق التكوين تطورا في المعارف الطبية كلما لم يحقق التكوين النتائج المرجوة و المساعدة في المسار المهني الطبي.

الجدول رقم 17 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تطوير التكوين للمعارف الطبية بالمصلحة الطبية

المجموع	بدون اجابة	في المجال النظري نعم بينما التطبيقي لا	تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي	قليلا	لا	نعم	مدى تطوير التكوين للمعارف الطبية المصلحة الطبية
11 % 100	0 % 0	0 % 0	2 %18,2	3 %27,8	0 % 0	6 % 54,5	أمراض الكبد
13 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3 % 23,1	0 % 0	10 % 76,9	جراحة الأطفال
6 % 100	1 % 16,7	0 % 0	0 % 0	1 % 16,7	1 % 16,7	3 % 50	أمراض القلب
11 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 9,1	2 % 18,2	8 % 72,7	طب الأطفال
16 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 6,3	0 % 0	15 % 93,8	الطب الشرعي
25 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	11 % 44	3 % 12	11 % 44	جراحة القلب
5 % 100	1 % 20	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 40	2 % 40	جراحة الفك و الوجه
4 % 100	0 % 0	1 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3 % 75	جراحة اللثة
6 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 33,3	0 % 0	4 % 66,7	جراحة العظام
5 % 100	0 % 0	0 % 0	1 % 20	0 % 0	1 % 20	3 % 60	الطب الداخلي
5 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 20	0 % 0	4 % 80	المواليد الجدد
1 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 100	الأنسجة الداعمة للأسنان
4 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 50	0 % 0	2 % 50	الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء
4 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3 % 75	0 % 0	1 % 25	الانف الادن و الحنجرة
2 % 100	0 % 0	0 % 0	1 % 50	0 % 0	0 % 0	1 % 50	أمراض السكري
16 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	16 % 100	الامراض الجلدية
4 % 100	0 % 0	1 % 25	1 % 25	0 % 0	2 % 50	0 % 0	طب النساء و التوليد
12 % 100	1 % 8,3	0 % 0	2 % 16,7	3 % 25	0 % 0	6 % 50	امراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية
3 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 66,7	0 % 0	1 % 33,3	الاستجالات
12 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	5 % 41,7	3 % 25	4 % 33,3	طب العيون
165 % 100	3 % 1,8	1 % 0,6	8 %4,8	38 % 23	14 % 8,5	101 % 61,2	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين مدى تطوير التكوين للمعارف الطبية للأطباء المبحوثين وعلاقتها بالمصلحة الطبية، حيث يتبين لنا بأن نسبة 61,2 % من المبحوثين كان ردهم إيجابي حول مدى تطوير التكوين لمعارفهم الطبية، حيث تمركز أغلبهم في مصلحة الأمراض الجلدية و ذلك بنسبة 100 % و بنفس النسبة نجدهم يتمركزون في المصلحة الأشعة الداعمة للأسنان ثم نسبة 93,8 % يتمركزون في مصلحة الطب الشرعي، تليها نسبة 76,9 % يتواجدون في مصلحة جراحة الأطفال، ثم نسبة 80 % في مصلحة المواليد الجدد، تليها نسبة 75 % في مصلحة جراحة اللثة، بعدها تأتي مصلحة طب الأطفال بنسبة 72,7 % ثم مصلحة جراحة العظام بنسبة 66,7 % ثم مصلحة الطب الداخلي بنسبة 60 % ، ثم نسبة 54.5 % بمصلحة أمراض الكبد، ونسبة 50 % نجدها في كل من مصلحة أمراض القلب و مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، ومصلحة أمراض السكري و مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية والتناسلية، و في مصلحة جراحة القلب نجد نسبة المبحوثين قدرت بـ 44 % ثم تليها مباشرة مصلحة جراحة الفك و الوجه بنسبة 40 % ونسبة 33.3 % في كل من مصلحة الاستعدادات و طب العيون، و أخيرا نسبة 25 % في مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و التي قدرت نسبتها بـ 23 % وهم الأطباء الذين اجابوا بأن التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم القليل لمعارفهم الطبية، نجد من بينهم نسبة 75 % يتواجدون في مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة، ثم تليها نسبة 66.7 % يتواجدون بمصلحة الاستعدادات، ثم نسبة 44 % بمصلحة جراحة القلب، بعدها تأتي مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء بنسبة 50 % ، ثم نسبة 41,7 % بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 33,3 % بمصلحة جراحة العظام، ثم نسبة 27,8 % بمصلحة أمراض الكبد، فمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 25 % و نسبة 23,1 % بمصلحة جراحة الأطفال، و نسبة 20 % نجدها بمصلحة المواليد الجدد، ثم نسبة 16,7 % بمصلحة أمراض

القلب، ثم نجد مصلحة طب الأطفال بنسبة 9,1 % وأخيرا مصلحة الطب الشرعي بنسبة 6,3 %.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي تلك التي أجابت بأن التكوين لا يحقق تطويرا لمعارفهم الطبية و قدرت نسبتهم بـ 8,5% نجد من بينهم 50 % يتركزون بمصلحة طب النساء و التوليد، تليها نسبة 40 % بمصلحة جراحة الفك و الوجه، ثم مصلحة طب العيون بنسبة 25 % ثم نسبة 20 % بمصلحة الطب الداخلي، ثم نسبة 18,2 % بمصلحة طب الأطفال، بعدها تأتي مباشرة نسبة 16,7 % بمصلحة أمراض القلب، و أخيرا نسبة 12 % بمصلحة جراحة القلب .

و الفئة الرابعة هي الفئة المبحوثين التي أجابت بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي بنسبة 4,8 % ، نجد من بينهم نسبة 50 % بمصلحة أمراض السكرى، ثم نسبة 25 % بمصلحة طب النساء و التوليد و مصلحة جراحة اللثة، ثم مصلحة الطب الداخلي بنسبة 20 % ، ثم نسبة 18,2 % بمصلحة أمراض الكبد، تأتي بعدها مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 16,7 % .

و الفئة الأخيرة هي الفئة المبحوثين التي أجابت بأن في المجال النظري يوجد تطوير لمعارفهم الطبية، بينما على المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير و التي قدرت نسبهم بـ 0,6 % ، نجد من بينهم نسبة 25 % يتواجدون بمصلحة طب النساء و التوليد.

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا بأن مصلحتي الأمراض الجلدية و الأنسجة الداعمة للأسنان هما المصلحتين اللتان يتلقى فيهما المبحوثين تكوين جيد يلبي احتياجاتهم كطلبة، و ذلك عن طريق تطوير معارفهم الطبية، كون التكوين بالنسبة إليهم هو تكوين في المستوى ينمي من قدراتهم المعرفية و الطبية وذلك عن طريق التأطير الجيد، و العكس نجده في كل من مصلحة طب النساء و التوليد و مصلحة جراحة الفك و الوجه، حيث يرى المبحوثين أن التكوين لا يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية .

2- مستوى التكوين الطبي الجزائري بالمقارنة مع متطلبات التكوين العالمي :

الجدول رقم 18: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية التكوين بمدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي

نوع التكوين الذي يتلقاه المبحوثين	نوع التكوين الذي يتلقاه المبحوثين	نوع التكوين الذي يتلقاه المبحوثين	نوع التكوين الذي يتلقاه المبحوثين	نوع التكوين الذي يتلقاه المبحوثين	نوع التكوين الذي يتلقاه المبحوثين
نعم	لا	نوعا ما	بدون اجابة	المجموع	مدى تماشي متطلبات التكوين الجزائري بالعالمي
14	45	0	1	60	نعم جيدة
% 23,3	% 75	% 0	% 1,7	% 100	
2	100	1	0	103	لا ليس جيدة
% 1,5	% 97,1	% 1	% 0	% 100	
0	2	0	0	2	نوع ما جيدة
% 0	% 100	% 0	% 0	% 100	
16	147	1	1	165	المجموع
% 9,7	% 89,1	% 0,6	% 0,6	% 100	

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعيه تكوين الأطباء المبحوثين بمدى تماشي طريقة التكوين هنا بالجزائر مع متطلبات التكوين العالمي يتبين بان الفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك التي ترى بأن طريقة التكوين الجزائري لا تتماشى مع متطلبات التكوين العالمي، و التي بلغت نسبتها بـ 89,1 % و هي الأغلبية الساحقة، نجد من بينهم 100 % يرون بأن نوعية التكوين الذي يتلقونه هي نوعا ما جيدة، ثم تليها نسبة 97,1 % يرون بأنها ليست جيدة، و أخيرا نسبة 75 % يرون بأنها جيدة.

و الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك التي ترى بأن طريقة التكوين هنا بالجزائر تتماشى و متطلبات التكوين العالمي و التي قدرت نسبتها بـ 9,7 % نجد من بينها نسبة 23,3 % ترى بأنها جيدة، ثم نسبة 1,9 % ترى بأنها ليست جيدة. و أخيرا الفئة الثالثة و هي التي ترى بأن طريقة التكوين الجزائري نوعا ما تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، و التي قدرت بـ 0,6 % نجد من بينها 1 % يرون بأنها ليست جيدة .

إذا من خلال الجدول يتبين بأن رأي الطلبة المبحوثين فيما يخص مدى تماشي متطلبات التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي كانت في الغالب سلبية، فهي في نظرهم لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، ورأيهم عن نوعية التكوين الذي يتلقونه تتراوح ما بين السلبية إلى نوعاً ما جيدة، فهناك علاقة بينهما أي كلما كانت نوعية التكوين تتراوح بين نوعاً ما جيدة و ليست جيدة كلما كانت طريقة التكوين الجزائري لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، فكلما اقتربت نوعية التكوين إلى العالمية كلما كانت جيدة، و كلما تماشت و متطلبات التكوين العالمي كلما اقتربت النوعية إلى الجيدة، و بالتالي فالعلاقة بينهما طردية إذا ما تحسن التكوين اقتربت متطلبات و نوعيته إلى متطلبات التكوين العالمي.

الجدول رقم 19: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية التكوين بالأقدمية

الأقدمية	رأي الطلبة حول نوعية التكوين الذي يتلقونه	نعم جيدة	لا ليست جيدة	نوعاً ما جيدة	المجموع
السنة الأولى	10 % 27,8	26 % 72,2	0 % 0	36 % 100	
السنة الثانية	20 % 44,4	23 % 51,1	2 % 4,4	45 % 100	
السنة الثالثة	20 % 43,5	26 % 56,5	0 % 0	46 % 100	
السنة الرابعة	3 % 17,6	14 % 82,4	0 % 0	17 % 100	
السنة الخامسة	2 % 25	6 % 75	0 % 0	8 % 100	
السنة السادسة	0 % 0	1 % 100	0 % 0	1 % 100	
بدون اجابة	5 % 41,7	7 % 58,3	0 % 0	12 % 100	
المجموع	60 % 36,4	103 % 62,4	2 % 12	165 % 100	

من خلال الجدول اعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين رأي الطلبة حول نوعية التكوين الذي يتلقونه بمدة الأقدمية لديهم، حيث يتبين بأن نسبة 62,4% يرون بأن نوعية التكوين ليست جيدة، ثم تليها نسبة 36,4% يرون بأنها جيدة، و أخيرا نسبة 12% بأنها نوعاً ما جيدة.

فبالنسبة للفئة الأولى و هي تلك الفئة التي ترى بأن نوعية التكوين التي تتلقاها ليست جيدة، نجد من بينهم نسبة 100 % يتدرسون في السنة السادسة، ثم تليها نسبة 82,4 % يتدرسون في السنة الرابعة، ثم نسبة 75 % يتدرسون بالسنة الخامسة، ثم تأتي بعدها نسبة 72,2 % يتدرسون في السنة الأولى، ثم نسبة 56,5 % يتدرسون في السنة الثالثة، و اخيرا نسبة 51,1 يتدرسون في السنة الثانية .

أما الفئة الثانية و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن نوعية التكوين الذي يتلقونه جيدة، نجد من بينهم نسبة 44,4 % يتدرسون في السنة الثانية، ثم تأتي بعدها مباشرة نسبة 43,5 % يتدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 27 % يتدرسون في السنة الأولى، بعدها نسبة 25 % يتدرسون في السنة الخامسة، و اخيرا نسبة 17,6 % يتدرسون في السنة الرابعة .

و الفئة الثالثة و الاخيرة و هي فئة المبحوثين التي ترى بأن نوعية التكوين الذي يتلقاه هي نوعا ما جيدة، نجد من بينها نسبة 4,4 % يتدرسون في السنة الثانية .

يتبين من خلال الجدول بأن كلما زادت الأقدمية كلما كانت نوعية التكوين ليست جيدة في نظر المبحوثين، حيث نلاحظ بأن الثلاث سنوات الأخيرة (الرابعة، الخامسة و السادسة) تزيد نسبة المبحوثين الذين يرون بأن نوعية التكوين الذي يتلقونه ليست جيدة و العكس صحيح في الثلاث سنوات الأولى (السنة الأولى و الثانية و الثالثة) حيث تقل نسبتهم، كذلك الأمر بالنسبة للفئة التي ترى بأن نوعية التكوين الذي يتلقونه جيدة، تزيد نسبتهم في الثلاث سنوات الأولى و تقل في الثلاث سنوات الأخيرة .

إذا فالعلاقة بين نوعية التكوين و الاقدمية هي علاقة عكسية فكلما زادت الاقدمية كلما كان رأي المبحوثين حول نوعية، التكوين انها ليست جيدة، و كلما كانت نوعية التكوين جيدة كلما قلت مدة الاقدمية .

الجدول رقم 20 : العلاقة الموجودة بين نوعية التكوين بالمصلحة الطبية

المجموع	نوعا ما جيدة	لا ليست جيدة	نعم جيدة	رأي المبحوثين حول نوعية التكوين الذي يتلقونه
11 % 100	0 %0	5 % 45,5	6 % 4,5	المصلحة الطبية أمراض الكبد
13 % 100	0 % 0	10 % 76,9	3 % 23,1	جراحة الأطفال
6 % 100	0 % 0	4 % 66,7	2 % 33,3	أمراض القلب
11 % 100	0 % 0	5 % 45,5	6 % 54,5	طب الأطفال
16 % 100	1 % 6,3	7 % 43,8	8 % 50	الطب الشرعي
25 % 100	0 %0	20 % 80	5 % 20	جراحة القلب
5 % 100	0 % 0	3 % 60	2 %40	جراحة الفك و الوجه
4 % 100	0 % 0	2 % 50	2 % 50	جراحة اللثة
6 % 100	0 % 0	5 % 83,3	1 % 16,7	جراحة العظام
5 % 100	0 %0	4 % 80	1 % 20	الطب الداخلي
5 % 100	0 % 0	2 % 40	3 % 60	المواليد الجدد
1 % 100	0 % 0	1 % 100	0 % 0	الأنسجة الداعمة الأسنان
4 % 100	0 % 0	2 % 50	2 % 50	الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء
4 % 100	0 % 0	3 % 75	1 % 25	الانف الادن و الحنجرة
2 % 100	0 %0	2 % 100	0 % 0	أمراض السكري
16 % 100	0 % 0	4 % 25	12 % 75	الامراض الجلدية
4 % 100	0 % 0	4 % 100	0 % 0	طب النساء و التوليد
12 % 100	0 % 0	7 % 58,3	5 % 41,7	امراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية
3 % 100	0 % 0	2 % 66,7	1 % 33,1	الاستجالات
12 % 100	1 % 8,3	11 % 91,7	0 % 0	طب العيون
165 % 100	2 % 1,2	103 % 62,4	60 % 36,4	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية التكوين الذي يتلقاه الطلبة الأطباء بالمصلحة الطبية التي يتدربون و يعملون بها في نفس الوقت، حيث يتبين بأن الفئة الأولى من المبحوثين وهي تلك التي ترى بأن نوعية التكوين ليست جيدة و التي بلغت نسبة 62,4 % نجدهم يتوزعون على المصالح الطبية بنسب متفاوتة حيث بلغت أكبر نسبة بـ 100 % في كل من مصلحة الاشعة الداعمة الاسنان، و مصلحة أمراض السكرى و مصلحة طب النساء و التوليد، ثم يلهم نسبة 91,7 % بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 83,3 % بمصلحة جراحة العظام، ثم مصلحة جراحة القلب و مصلحة الطب الداخلي بنسبة 80 % ، ثم تأتي مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 76,9 % ، ثم مباشرة تأتي مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة بنسبة 75 % ثم مصلحتي أمراض القلب و الاستعجالات بنسبة 66,7 %، ثم نسبة 60 % بمصلحة جراحة الفك و الوجه و نسبة 50 % في مصلحتي جراحة اللثة و الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، ثم نسبة 45,5 % بمصلحتي أمراض الكبد و طب الأطفال، و نسبة 43,8 % بمصلحة الطب الشرعي و مصلحة المواليد الجدد بنسبة 40 % و أخيرا مصلحة الأمراض الجلدية بنسبة 25 %.

أما الفئة الثانية و هي تلك الفئة التي ترى بأن نوعية التكوين الذي تتلقاها هي جيدة، نجدها تتوزع على مختلف المصالح الطبية بنسب متفاوتة هي الأخرى حيث نجد نسبة 75 % في مصلحة الأمراض الجلدية، تليها نسبة 60 % في مصلحة المواليد الجدد، ثم تليها نسبة 54,5 % في مصلحتي أمراض الكبد و طب الأطفال، ثم تليها نسبة 50 % في كل من مصلحة الطب الشرعي و جراحة اللثة و مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، ثم نسبة 41,7 % بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، ثم مصلحة جراحة الفك و الوجه بنسبة 40 % و مصلحتي أمراض القلب و مصلحة الاستعجالات بنسبة 33,1 % ثم نسبة 25 % في مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة، و نسبة 23,1 % بمصلحة جراحة الأطفال، تليها مصلحة الطب الداخلي بنسبة 20 % مع مصلحة جراحة القلب بنفس النسبة، و أخيرا نسبة 16,7 % بمصلحة جراحة العظام.

و الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن نوعية التكوين الذي تتلقاه هي نوعا ما جيدة، نجدهم يتوزعون على مصلحتين طبييتين فقط أولهما طب العيون بنسبة 8,3 % ثم مصلحة الطب الشرعي بنسبة 6,3 % .

إذا من خلال الجدول يتبين بأن حسب رأي المبحوثين أن كل من مصلحة الانسجة الداعمة للأسنان و مصلحة أمراض السكرى و مصلحة طب النساء و التوليد و مصلحة طب العيون حققت أكبر نسب حول أنّ التكوين ليس بجيد (تكوين سيئ)، بينما مصلحة المواليد الجدد و الأمراض الجلدية، فإن رأي المبحوثين أنه تكوين جيد في المستوى، قد تختلف آراء المبحوثين من مصلحة لأخرى ذلك نظرا للاختلاف الموجود أولا في مستوياتهم الفكرية و العلمية، ثم تليها مستوى التأطير و الإشراف فإذا ما كانت مستوياتهم العلمية و الفكرية محدودة أو ضعيفة فحتمًا يكون رأيهم حول التكوين انه سيء ، فالخلل يكون في أحدهما أو كلاهما، لذلك تتباين آراء المبحوثين حسب المصالح الطبية.

وبذلك قد تكون للمصلحة الطبية علاقة بنوعية التكوين الذي يتلقاه المبحوثين، و قد تختلف حسب المصالح فهناك مصالح لديها تأطير جيد و أخرى ضعيف أو متوسط فكل مصلحة تختلف في طابقتها و مؤطريها عن أخرى، فقد يكون في مصلحة ما تأطير جيد و طلبة كسالى و مستويات ذهنية محدودة، و قد يكون في أخرى طلبة لديهم شغف للعلم و المعرفة و تأطير سيء قد يعيقهم عن اكتساب فن الطب، و قد يكون كذلك تأطير جيد و طلبة شغوفين إلى العلم فيكون هنا فن الطب في أعلى مستويات، و أخيرا قد يكون الطلبة و مؤطريهم لا علاقة لهم بفن الطب هذه الأخيرة أضن أننا بعيدين عنها .

الجدول رقم 21: العلاقة الموجودة بين طبيعة التكوين الطبي و مدى تحقيق هذا التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي

طبيعة التكوين الطبي مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي	تكوين نظري مختص	تكوين تطبيقي مختص	ممزوج	بدون اجابة	المجموع
نعم	2 % 1,7	3 % 2,6	110 % 95,7	0 % 0	115 % 100
لا	4 % 22,2	0 % 0	14 % 77,8	0 % 0	18 % 100
نوع ما	1 % 4,3	2 % 8,7	20 % 87	0 % 0	23 % 100
تكوين شخصي	0 % 0	1 % 25	3 % 75	0 % 0	4 % 100
بصعوبة	0 % 0	1 % 50	1 % 50	0 % 0	2 % 100
في المجال التطبيقي فقط	0 % 0	1 % 100	0 % 0	0 % 0	1 % 100
بدون اجابة	1 % 50	0 % 0	0 % 0	1 % 50	2 % 100
المجموع	8 % 4,8	8 % 4,8	148 % 89,7	1 % 0,6	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة التكوين الذي يتلقاه الطلبة المبحوثين بمدى تحقيق هذا التكوين للنتائج المرجوة منه و المساعدة في المسار المهني الطبي، حيث تبين بأن الفئة الأولى من المبحوثين و التي قدرت بـ 89,7% ترى بأن التكوين الطبي هو تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، نجد من بينهم نسبة 95,7% يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، ثم تليها نسبة 87% ترى بأنه يحقق لهم نوعا ما النتائج المرجوة منه، ثم تليها نسبة 77,8% ترى بأنه لا يحقق لهم النتائج المرجوة منه، ثم نسبة 75% ترى بأنه تكوين شخصي، و أخيرا نسبة 50% ترى بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة منه لكن بصعوبة .

أما الفئة الثانية و هي فئة المبحوثين التي ترى بأنه تكوين نظري محض بنسبة 4,8 % نجد من بينهم نسبة 22,2 % ترى بأن التكوين لا يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، ثم تليها نسبة 4,3 % ترى بأنه نوعا ما يحقق لهم النتائج المرجوة منه، و أخيرا نسبة 1,7 % ترى بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي .

و بنفس النسبة 4,8 % نجد الفئة الثالثة وهي الفئة التي ترى بأن التكوين الطبي الذي يتلقاه المبحوثين هو تكوين تطبيقي محض نجد من بينهم نسبة 100 % يرون بأن التكوين يحقق لهم النتائج المرجوة منه في المجال التطبيقي فقط، ثم تليها نسبة 50 % ترى بأنه تكوين لهم النتائج المرجوة منه و لكن بصعوبة، ثم نسبة 25 % ترى بأنه تكوين شخصي، فنسبة 8,7 % ترى بأنه التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم نوعا ما النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، و أخيرا نسبة 2,6 % ترى بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و المساعدة في المسار المهني الطبي .

إن من خلال الجدول نلاحظ بأن طبيعة التكوين الطبي لها علاقة مع مدى تحقيق التكوين للنتائج المرجوة منه و التي تساعد المبحوثين في مسارهم المهني الطبي، حيث العلاقة بينهما هي علاقة طردية، فكلما كان التكوين الطبي ممزوج بين النظري و التطبيقي كلما حقق النتائج المساعدة في المسار المهني الطبي للمبحوثين و العكس صحيح، فإذا كان تكوين تطبيقي محض فإنه يحقق النتائج المرجوة منه في الجانب التطبيقي فقط، ويهمل الجانب النظري وإن كل تكوين نظري محض فإنه لا يحقق النتائج المرجوة منه بتاتا لا في الجانب التطبيقي ولا النظري.

**الجدول رقم 22 : يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقق التكوين للنتائج
المساعدة في المسار المهني الطبي بالمصلحة الطبية**

مدى تحقيق التكوين للتأهيل المساعد في المسار المهني المصلحة الطبية	نعم	لا	نوعا ما	تكوين شخصي	بصعوبة	في المجال الطبيقي فقط	بدون إجابة	المجموع
أمراض الكبد	5 % 45,5	1 % 9,1	5 % 27,3	2 % 18,2	0 % 0	0 % 0	0 % 0	11 % 100
جراحة الأطفال	12 % 92,3	0 % 0	1 % 7,7	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	13 % 100
أمراض القلب	4 % 66,7	2 % 33,3	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	6 % 100
طب الأطفال	8 % 72,7	0 % 0	1 % 9,1	0 % 0	1 % 9,1	1 % 9,1	0 % 0	11 % 100
الطب الشرعي	12 % 75	3 % 18,8	0 % 0	1 % 6,3	0 % 0	0 % 0	0 % 0	16 % 100
جراحة القلب	16 % 64	5 % 20	3 % 12	0 % 0	1 % 4	0 % 0	0 % 0	25 % 100
جراحة الفك و الوجه	3 % 60	0 % 0	2 % 40	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	5 % 100
جراحة اللثة	4 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	4 % 100
جراحة العظام	5 % 83,3	0 % 0	1 % 16,7	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	6 % 100
الطب الداخلي	3 % 60	1 % 20	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 20	5 % 100
المواليد الجدد	4 % 80	0 % 0	1 % 20	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	5 % 100
الأنسجة الداعمة للأسنان	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 100	1 % 100
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	3 % 75	0 % 00	1 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	4 % 100
الانف الاذن و الحنجرة	3 % 75	0 % 0	1 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	4 % 100
أمراض السكري	2 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 100
الامراض الجلدية	16 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	16 % 100
طب النساء و التوليد	1 % 25	1 % 25	1 % 25	1 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	4 % 100
امراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	9 % 75	0 % 0	3 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	12 % 100
الاستعدادات	2 % 66,7	0 % 0	1 % 33,3	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3 % 100
طب العيون	3 % 25	5 % 41,7	4 % 33,3	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	12 % 100
المجموع	115 % 69,7	18 % 10,9	23 % 13,9	4 % 2,4	2 % 1,2	1 % 0,6	2 % 1,2	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين الطبي للنتائج المساعدة في المسار المهني بالمصلحة الطبية، يتبين بأن نسبة 69,7 % يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، هذه النسبة من المبحوثين نجدها تتوزع على المصالح الطبية ميدان البحث بتفاوت، حيث نجد نسبة 100 % في كل من مصلحة جراحة اللثة و مصلحة أمراض السكرى و مصلحة الأمراض الجلدية، ثم تليها نسبة 92,3 % في مصلحة جراحة الأطفال، ثم نسبة 83,3 % في مصلحة جراحة العظام، ثم نسبة 80 % في مصلحة المواليد الجدد، ونجد كل من مصلحة الطب الشرعي، ومصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، ومصلحة الأنف الأذن و الحنجرة و مصلحة الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 75 % ثم مصلحة طب الأطفال بنسبة 72,7 % ثم مصلحتي أمراض القلب ومصلحة الاستعجالات بنسبة 66,7 % ثم مصلحة جراحة القلب بنسبة 64 % ثم مصلحة جراحة الفك و الوجه و مصلحة الطب الداخلي بنسبة 60 % بعدها تأتي مصلحة أمراض الكبد بنسبة 45,5 % و أخيرا نسبة 25 % في مصلحتي طب النساء و التوليد و مصلحة طب العيون.

و الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم نوعا ما من النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، نجد هذه الفئة تتوزع بنسب مختلفة على المصالح الطبية بالمؤسسة التي يتدربون بها، نجد من بينهم نسبة 40 % في مصلحة جراحة الفك و الوجه، ثم نسبة 33,3 % في مصلحة الاستعجالات و كذلك بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 27,3 % في مصلحة أمراض الكبد، تليهم نسبة 25 % في كل من مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة و مصلحة طب النساء و التوليد و مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، ثم مصلحة المواليد الجدد بنسبة 20 % ، تليها نسبة 16,7 % بمصلحة جراحة

العظام، ثم نسبة 12% بمصلحة جراحة القلب، فمصلحة طب الأطفال بنسبة 9,1% و أخيرا مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 7,7% .

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن التكوين الذي يتلقونه لا يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، و قد بلغت نسبة هذه الفئة بـ 10,9% نجد من بينهم نسبة 41,7% في مصلحة طب العيون، ثم نسبة 33,3% في مصلحة أمراض القلب، ثم مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة 25% ثم نسبة 20% في مصلحتي جراحة القلب و مصلحة الطب الداخلي، فنسبة 18,8% في مصلحة الطب الشرعي ، ثم المصلحة الأخيرة بنسبة 9,1% وهي مصلحة أمراض الكبد.

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي الفئة التي ترى بأن التكوين الذي تتلقاه هو تكوين شخصي بمجهودات فردية ذاتية، وقد بلغت نسبهم بـ 2,4% نجدهم يتوزعون على ثلاث مصالح طبية أولها نسبة 25% في مصلحة طب النساء و التوليد، ثم مصلحة أمراض الكبد بنسبة 18,2% و أخيرا مصلحة الطب الشرعي بنسبة 6,3% .

أما الفئة الخامسة فهي فئة المبحوثين الذين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي و لكن بصعوبة، فقد بلغت نسبهم بـ 1,2% نجد من بينهم نسبة 9,1% في مصلحة طب الأطفال ، ثم نسبة 4% في مصلحة جراحة القلب.

و الفئة السادسة و هي الفئة الأخيرة و التي بلغت نسبهم بـ 0,6% ترى بأن التكوين الذي يتلقونه حقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني و لكن في الجانب التطبيقي فقط، ذلك لأن الجانب التطبيقي الذي هو المؤسسة الاستشفائية التي يتكونون بها غنية بالحالات المرضية التي تقصدها يوميا باختلاف أنواعها وحالاتها وهي موضوع التكوين، نجد من بين هذه الفئة نسبة 9,1% في مصلحة طب الاطفال.

إذ أغلبية العينة المبحوثة ترى بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، ونجدهم خاصة في كل من مصلحة الأمراض الجلدية و مصلحة أمراض السكرى و مصلحة جراحة اللثة و مصلحة جراحة الأطفال .

الجدول رقم 23 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي بالأقدمية:

مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني بالأقدمية	نعم	لا	نوعا ما	تكوين شخصي	بصعوبة	في المجال التطبيقي فقط	بدون اجابة	المجموع
السنة الأولى	26 % 72,2	4 % 11,1	4 % 11,1	1 % 2,8	0 % 0	0 % 0	1 % 2,8	36 % 100
السنة الثانية	34 % 75,6	5 % 11,1	3 % 6,7	0 % 0	1 % 2,2	1 % 2,2	1 % 2,2	45 % 100
السنة الثالثة	33 % 71,7	2 % 4,3	10 % 21,7	1 % 2,2	0 % 0	0 % 0	0 % 0	46 % 100
السنة الرابعة	8 % 47,1	5 % 29,4	1 % 5,9	2 % 11,8	1 % 5,9	0 % 0	0 % 0	17 % 100
السنة الخامسة	6 % 75	0 % 0	2 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	8 % 100
السنة السادسة	0 % 0	1 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 100
بدون اجابة	8 % 66,7	1 % 8,3	3 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	12 % 100
المجموع	115 % 69,7	18 % 10,9	23 % 13,9	4 % 2,4	2 % 1,2	1 % 0,6	2 % 1,2	165 % 100

من خلال هذا الجدول و الذي يبين العلاقة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي للمبحوثين بالأقدمية لديهم، ونقصد بالأقدمية هنا هي السنة التي يتمدرسون بها لأنهم طلبة في طور التعليم و التدريب، يتبين لنا بأنه يوجد 6 فئات من المبحوثين اختلفت اجاباتهم وآراءهم حول مدى تحقيق التكوين للنتائج المرجوة منه وهل هي مساعدة لهم أم لا .

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، بلغت نسبهم بـ 69,7 % نجد من بينهم نسبة 75,6 % يتمدرسون

في السنة الثانية، تليها مباشرة نسبة 75% يتمدرسون في السنة الخامسة ثم نسبة 72,2% يتمدرسون في السنة الأولى، ثم السنة الثالثة بنسبة 71,7% و أخيرا نسبة 47,1% يتمدرسون في السنة الرابعة.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن التكوين يحقق لهم نوعا ما النتائج المرجوة منه و التي تساعد في مسارهم المهني الطبي، وقد قدرت نسبهم بـ 13,9% نجد من بينهم نسبة 25% يتمدرسون في السنة الخامسة، ثم نسبة 21,7% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 11,1% يتمدرسون في السنة الأولى، تليها نسبة 6,7% يتمدرسون في السنة الثانية، و أخيرا نسبة 5,9% يتمدرسون في السنة الرابعة.

و فيما يخص الفئة الثالثة و هي فئة المبحوثين الذين يرون بأن التكوين لا يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعد في مسارهم المهني الطبي قد بلغت نسبهم بـ 10,9% نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون في السنة السادسة، ثم نسبة 29,4% يتمدرسون في السنة الرابعة، ثم نسبة 11,1% يتمدرسون في السنة الأولى ونفس النسبة في السنة الثانية، و أخيرا نسبة 4,3% يتمدرسون في السنة الثالثة .

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن التكوين الطبي هو تكوين شخصي بالاعتماد على المجهودات الذاتية و غياب تام للتأطير و الاشراف، بلغت نسبهم بـ 2,4% نجد من بينهم نسبة 11,1% يتمدرسون في السنة الرابعة، ثم نسبة 2,8% يتمدرسون في السنة الأولى و أخيرا نسبة 2,2% يتمدرسون في السنة الثالثة .

أما الفئة الخامسة و هي فئة المبحوثين الذين يرون بأن التكوين حقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعد في مسارهم المهني الطبي و لكن بصعوبة، وقد بلغت نسبهم بـ 1,2% ،نجد من بينهم 5,9% يتمدرسون في السنة الرابعة، و نسبة 2,2% يتمدرسون في السنة الثانية

أما الفئة السادسة و الاخيرة و هي فئة المبحوثين الذين يرون بأن التكوين حقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعد في مسارهم المهني الطبي و لكن في

المجال التطبيقي فقط، وقد بلغت نسبهم بـ 0,6%، نجد من بينهم 2,2% يتمدرسون في السنة الثانية

إن من خلال الجدول يتبين بأنه ليس هناك علاقة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي و الأقدمية، ولكن إذا ما فيئنا الأقدمية إلى فئتين الفئة الأولى تضم الثلاث سنوات الأولى و الفئة الثانية تضم الثلاث سنوات الثانية نلاحظ بأنه يوجد علاقة بينهما و ذلك ما يظهر في الجدول أدناه، و الذي هو نفس الجدول أعلاه و لكن بتفئة الأقدمية.

الجدول يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي بالأقدمية:

مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الأقدمية	نعم	لا	نوعا ما	تكوين شخصي	بصعوبة	في المجال التطبيقي فقط	بدون اجابة	المجموع
من 1 إلى 3 اعوام	93 % 73,2	11 %8,8	17 %13,2	2 % 1,7	1 % 0,7	1 % 0,7	2 % 1,7	127 %100
من 4 إلى 6 اعوام	14 % 40,7	6 43,1%	3 % 10,9	2 % 3,9	1 % 2	0 % 0	0 % 0	26 %100
بدون اجابة	8 % 66,7	1 %8,3	3 % 25	0 % 0	0 %0	0 % 0	0 % 0	12 %100
المجموع	115 % 69,7	10 % 10,9	23 %13,9	4 % 2,4	2 %1,2	1 % 0,6	2 % 1,2	165 %100

اذ يتبين بأنه هناك علاقة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي للمبحوثين بالأقدمية و هي علاقة عكسية، حيث كلما زادت الأقدمية كلما نقص مستوى تحقيق النتائج المرجوة من التكوين و التي تساعد الأطباء في مسارهم المهني الطبي و العكس صحيح، أي كلما نقصت الأقدمية كلما زاد مستوى تحقيق النتائج المرجوة منه .

جدول رقم 24 : يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي بمستوى التكوين الذي يتلقونه

المجموع	بدون اجابة	أخرى	يعتمد على التكوين الذاتي	حسن	ضعيف و رديئ	متوسط	جيد	رأي المبحوثين في مستوى التكوين الطبي مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي
115 %100	6 % 5,2	3 % 2,6	0 % 0	17 % 14,8	17 %14,8	47 % 40,9	26 % 21,7	نعم
18 %100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	9 % 50	8 % 44,4	1 % 5,6	لا
23 %100	1 % 4,3	0 % 0	2 % 8,7	1 % 4,3	12 % 52,2	7 % 30,4	0 % 0	نوعا ما
4 %100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3 %75	0 % 0	1 % 25	تكوين شخصي
2 %100	0 % 0	0 % 0	1 % 50	0 % 0	0 % 0	1 % 50	0 % 0	بصعوبة
1 %100	0 %0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 100	0 % 0	في المجال التطبيقي فقط
2 %100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 50	0 % 0	1 % 50	بدون اجابة
165 %100	7 % 4,2	3 % 1,8	3 % 1,8	18 % 10,9	42 % 25,5	64 % 38,8	28 % 17	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني بمستوى التكوين الذي يتلقاه المبحوثين، بحيث يتبين بأن هناك ست "6" فئات من المبحوثين ، كل فئة كانت إجابتها ورأيها يختلف عن الأخرى.

إذا نلاحظ بأن الفئة الأولى و التي ترى بأن مستوى التكوين أنه متوسط فقد بلغت نسبتها بـ 38,8% هذه الفئة نجد من بينها نسبة 100% ترى بأن التكوين يحقق لها النتائج المساعدة في المسار المهني و لكن في المجال التطبيقي فقط، ثم تليها نسبة 50 % ترى بأنه يحقق النتائج المرجوة منه ولكن بصعوبة، ثم تليها نسبة 44,4% ترى بأن التكوين لا يحقق بتاتا النتائج المرجوة منه و التي تساعد الطلبة المبحوثين في مسارهم المهني الطبي، ثم تليهم نسبة 40,9% يرون بأن التكوين

يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني، و أخيرا نسبة 30,4% ترى بأنه نوعا ما يحقق النتائج المرجوة منه و المساعدة للأطباء المبحوثين في مسارهم المهني الطبي .

و الفئة الثانية وهي تلك الفئة التي ترى بأن التكوين الذي تتلقاه هو تكوين ضعيف و ردي، وقد بلغت نسبهم بـ 25,5% ، نجد من بينهم نسبة 75% يرون بأنه تكوين شخصي يعتمدون فيه على قدراتهم الذاتية دون مساعدة من المؤطرين المشرفين على ذلك، ثم تليها نسبة 52,2% يرون بأن التكوين الذي يتلقونه نوعا ما يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني، ثم تليهما نسبة 50% يرون بأنه لا يحقق لهم أية نتائج و التي من المفروض أن تساعد في مسارهم المهني الطبي، وأخيرا نسبة 14,8% يرون بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعد في مسارهم المهني الطبي.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن التكوين الذي تتلقاه هو تكوين جيد، و التي بلغت نسبتها بـ 17% نجد من بينهم نسبة 25% يرون بأنه تكوين شخصي، ثم تليها نسبة 21,7% يرون بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة و التي تساعد في مسارهم المهني الطبي، و أخيرا نسبة 5,6% يرون بأنه لا يحقق لهم النتائج التي تساعد في مسارهم المهني .

أما الفئة الرابعة وهي فئة الأطباء المبحوثين الذين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين حسن وقد بلغت نسبهم بـ 10,9% ، نجد من بينهم نسبة 14,8% يرون بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعد في مسارهم المهني الطبي، و نسبة 4,3% يرون بأنه نوعا ما يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني الطبي.

و الفئة الخامسة وهي فئة المبحوثين الذين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين ذاتي يعتمد على مجهوداتهم الذاتية دون مساعدة من طرف المؤطرين

المكلفين بذلك، وقد بلغت نسبهم بـ 1,8% ، نجد من بينهم نسبة 50% يرون بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و لكن بصعوبة، ثم تليها نسبة 8,7% يرون بأنه نوعا ما يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني الطبي.

و الفئة السادسة هي الفئة المبحوثين الذين اختلفت اجاباتهم و كانت بدون معنى و قد بلغت نسبهم كذلك 1,8% ، نجد من بينهم نسبة 2,6% يرون بأن التكوين يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعد في مسارهم المهني .

اذا من خلال الجدول يتبين بأن أغلب الفئة المبحوثة ترى بان تكوينهم الطبي تكوين متوسط، لا يحقق النتائج المرجوة منه الا في الجانب التطبيقي فقط، وذلك نظرا لأن المادة الخام للجانب التطبيقي في ميدان الطب هو المرض و المؤسسة الإستشفائية التي يدربون و يدرسون بها لا تخلوا من المرض موضوع التكوين، فهي تختلف وتتعد حسب الأحوال الجوية، وحالات الناس ومستواهم الاجتماعي وغيرها فيحقق لهم النتائج المرجوة منه بصعوبة، ففي الغالب هو تكوين متوسط يميل إلى الضعيف و الرديء يعتمد على التكوين الشخصي للمبحوثين.

وبالتالي نستطيع القول بأنه هناك علاقة طردية بين مستوى التكوين بمدى تحقيقه للنتائج المرجوة منه، و التي تساعد الأطباء المبحوثين في مسارهم المهني الطبي، حيث كلما كان مستوى التكوين متوسط يميل إلى الضعيف و الرديء كلما كان تكوين شخصي يحقق النتائج المرجوة منه بصعوبة و في المجال التطبيقي فقط.

3/ درجة الرضا و عدم الرضا عن التكوين الطبي لدى الأطباء المقيمين:
الجدول رقم 25 : يبين العلاقة الموجودة بين درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين بالمصلحة الطبية:

المجموع	راضي	نوعا ما راضي	غير راضي	درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين المصلحة الطبية
11 % 100	1 %9,1	7 % 63,6	3 % 27,3	أمراض الكبد
13 % 100	2 % 15,4	6 % 46,2	5 % 38,5	جراحة الأطفال
6 % 100	0 % 0	3 % 50	3 % 50	أمراض القلب
11 % 100	3 % 27,3	5 % 45,5	3 % 27,3	طب الأطفال
16 % 100	1 % 6,3	8 % 50	7 % 43,8	الطب الشرعي
25 % 100	4 % 16	3 % 12	18 % 72	جراحة القلب
5 % 100	0 % 0	4 % 80	1 % 20	جراحة الفك و الوجه
4 % 100	2 % 50	1 % 25	1 % 25	جراحة اللثة
6 % 100	0 % 0	4 % 66,7	2 % 33,3	جراحة العظام
5 % 100	1 %20	2 % 40	2 % 40	الطب الداخلي
5 % 100	3 % 60	2 % 40	0 % 0	المواليد الجدد
1 % 100	0 % 0	0 % 0	1 % 100	الأنسجة الداعمة للأسنان
4 % 100	1 % 25	2 % 50	1 % 25	الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء
4 % 100	0 % 0	2 % 50	2 % 50	الانف الادن و الحنجرة
2 % 100	0 %0	1 % 50	1 % 50	أمراض السكري
16 % 100	8 % 50	7 % 43,8	1 % 6,3	الامراض الجلدية
4 % 100	0 % 0	2 % 50	2 % 50	طب النساء و التوليد
12 % 100	0 % 0	6 % 50	6 % 50	امراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية
3 % 100	0 % 0	2 % 66,7	1 % 33,3	الاستجالات
12 % 100	0 % 0	1 % 8,3	11 % 91,7	طب العيون
165 % 100	26 % 15,8	68 % 41,2	71 % 43	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى الرضا أو عدم الرضا عن التكوين لدى المبحوثين بالمصلحة الطبية مكان التدريب و التربص و العمل يتبين لنا بأن نسبة 43 % من العينة المبحوثة هي غير راضية تماما عن التكوين الذي تتلقاه، ثم تليها مباشرة فئة الأطباء الذين لديهم نوعا من الرضى عن التكوين بنسبة 41,2% و أخيرا فئة الأطباء الراضين عن التكوين و التي بلغت نسبهم بـ 15,8% .

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك الفئة غير الراضية عن التكوين، هذه الفئة ترى بأن التكوين هو تكوين غير جيد و ليس في مستوى التكوين الذي يتلقاه الطلبة الأطباء في البلدان المتطورة، نجد هذه الفئة تتوزع بنسب متفاوتة بين المصالح الطبية، حيث نجد نسبة 100 % في مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، ثم مصلحة طب العيون بنسبة 91,7% ثم تليهما مصلحة جراحة القلب بنسبة 72% بعدها تأتي مصلحة أمراض القلب و مصلحة الأذن الأنف و الحنجرة، ثم بعدها تأتي مصلحة أمراض السكرى و مصلحة طب النساء و التوليد و مصلحة امراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 50% ثم تأتي مصلحة الطب الشرعي بنسبة 43,8% بعدها مباشرة تأتي مصلحة الطب الداخلي بنسبة 40 % و بنسبة 38,5% نجدهم يتركزون بمصلحة جراحة الأطفال، و بنسبة 33,3% بمصلحتي جراحة العظام و مصلحة الاستعجالات، و نسبة 27,3% في مصلحتي طب الأطفال و مصلحة أمراض الكبد، و كذلك نسبة 25% في مصلحتي جراحة اللثة و مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، ثم نسبة 20% في مصلحة جراحة الفك و الوجه، و أخيرا نسبة 63% بمصلحة الأمراض الجلدية، أما مصلحة المواليد الجدد فهي المصلحة الوحيدة التي لا تحتوي على أطباء غير راضين عن التكوين، فهم اطباء يا إما اطباء راضين عن التكوين أو لديهم نوع من الرضا عنه.

أما الفئة الثانية من المبحوثين فهي فئة الأطباء الذين لديهم نوع من الرضا عن التكوين حيث نجدهم ليسوا براضين عن التكوين و ليسوا غير راضين، فهم في الوسط لديهم نوع من الرضا عن العمل.

أطباء هذه الفئة يتوزعون بنسب متفاوتة أيضا على المصالح الطبية، حيث نجد نسبة 80% في مصلحة جراحة الفك و الوجه، ثم تليها نسبة 66,7% في مصلحتي جراحة العظام و مصلحة الاستعجالات، ثم نسبة 63,6% في مصلحة أمراض الكبد، تأتي بعدها كل من مصلحة أمراض القلب و مصلحة الطب الشرعي و مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، مصلحة الانف الأذن و الحنجرة، مصلحة أمراض السكري، مصلحة طب النساء و التوليد، مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 50% ، ثم تليهم نسبة 46,2% في مصلحة جراحة الأطفال، تليها مباشرة نسبة 45,5% في مصلحة طب الأطفال، و بعدها كذلك مباشرة تأتي مصلحة الأمراض الجلدية بنسبة 43,8% و نسبة 40% في مصلحتي الطب الداخلي و المواليد الجدد، ثم نسبة 12% بمصلحة جراحة القلب و طب العيون نسبة 8,3% .

و أخيرا فئة الأطباء الراضين عن التكوين وهي فئة صغيرة بمقارنتها مع الفئتين الأولى و الثانية، فهم يتوزعون بنسب قليلة على عشر مصالح طبية أولهم مصلحة المواليد الجدد بنسبة 60% ، ثم بعدها نسبة 50% في مصلحتي جراحة اللثة و مصلحة الأمراض الجلدية، ثم نسبة 27,3% بمصلحة طب الأطفال، ثم نسبة 25% بمصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، فنسبة 20% في مصلحة الطب الداخلي، بعدها تأتي مصلحة جراحة القلب بنسبة 16% ، تأتي بعدها مصلحة جراحة الأطفال نسبة 15,4% و مصلحة أمراض الكبد بنسبة 9,1% و أخيرا مصلحة الطب الشرعي بنسبة 6,3% .

إن من خلال هذا الجدول و الذي يبين درجة الرضا و عدم الرضا عن التكوين حسب المصلحة الطبية، يتبين لنا بأن كل من مصلحة الأشعة الداعمة للأسنان و مصلحة طب العيون يتمركز فيها المبحوثين الراضين عن التكوين الذي يتلقونه، فهاتين المصلحتين لا تحتويان على متطلبات التكوين التي يحتاجها الطالبة ابتداء من التأطير و المعدات و الأدوات، ونجد كذلك مصلحة جراحة الفك و الوجه و هي المصلحة الوحيدة التي تحتوى على أكبر نسبة من المبحوثين الذين لديهم نوع

من الرضا عن التكوين، فأحيانا نجدهم راضين عن التكوين و احيانا أخرى لا، و أخيرا مصلحة المواليد الجدد و هي المصلحة الوحيدة التي احتوت على أكبر نسبة من المبحوثين الراضين عن التكوين الذي يتلقونه و في المقابل لا تملك أطباء غير الراضين فهي مصلحة لا تحمل أي شكل من اشكال عدم الرضا، تحتوى على البني التحتية اللازمة لذلك، ذلك لأن هذه المصلحة مخصصة للمواليد الجدد فيها كل المعدات التي تبقى على حياة المواليد و على حياة الرضع، و النظافة التامة و التأطير الجيد، لأن حياة المواليد الجدد تكون على المحك، فهي مخصصة للأطفال حديثي الولادة المرضى و الذين لديهم مشكل خلقي أو الذين لم يحن وقت ولادتهم بعد.

الجدول رقم 26: يبين العلاقة الموجودة بين درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين بالأقدمية

الأقدمية	درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين الطبي	نعم	لا	نوعا ما	المجموع
السنة الأولى	14	38,9 %	16	6	36
السنة الثانية	17	37,8 %	20	8	45
السنة الثالثة	19	41,3 %	20	7	46
السنة الرابعة	12	70,6 %	4	1	17
السنة الخامسة	3	37,5 %	3	2	8
السنة السادسة	1	100 %	0	0	1
بدون اجابة	5	41,7 %	5	2	12
المجموع	71	43 %	68	26	165

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين لدى الأطباء المبحوثين بمدة الأقدمية لديهم، حيث يتبين لنا بان الفئة

الأولى من المبحوثين و التي تقدر نسبتها ب 43% هي فئة الأطباء غير الراضين عن التكوين الذي يتلقونه، نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون في السنة السادسة ، ثم نسبة 70,6% يتمدرسون في السنة الرابعة، ثم نسبة 41,3% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 37,8% يتمدرسون في السنة الثانية، بعدها نسبة 37,5% يتمدرسون في السنة الخامسة، و أخيرا نسبة 38,9% يتمدرسون في السنة الأولى .

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين لديهم نوع من الرضا عن التكوين، نجدهم يتوزعون بنسب قليلة على الأقدمية، حيث نجد نسبة 44,4% يتمدرسون في السنة الأولى، ونفس النسبة يتمدرسون في السنة الثانية، تأتي مباشرة بعدها نسبة 43,5% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 37,5% يتمدرسون في السنة الخامسة، و أخيرا نسبة 23,5% يتمدرسون في السنة الرابعة.

و الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي تلك الفئة الراضية عن التكوين و التي بلغت نسبتها 15,8% نجد 25% منهم يتمدرسون في السنة الخامسة، ثم نسبة 17,8% يتمدرسون في السنة الثانية، ثم بعدها مباشرة تأتي نسبة 16,7% يتمدرسون في السنة الأولى، فنسبة 15,2% يتمدرسون في السنة الثالثة، و أخيرا نسبة 5,9% يتمدرسون في السنة الرابعة.

إذا من خلال الجدول نلتمس عدم رضا كبير عن التكوين عند الطلاب الأكثر اقدمية منهم عند الطلاب الأقل أقدمية، وبذلك كلما كانت الأقدمية كبيرة للمبحوثين كلما زاد عدم الرضا عن التكوين لديهم و العكس صحيح، أي كلما قلّت الأقدمية كلما قلّ أو نقص عدم الرضا عن التكوين لدى الأطباء المبحوثين .

الجدول رقم 27 : يبين العلاقة الموجودة بين درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين للمبحوثين برأيهم عن المستوى التكوين الذي يتلقونه

المجموع	راضي	نوعا ما راضي	غير راضي	درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين الطبي رأي المبحوثين في مستوى التكوين الذي يتلقونه
28 %100	14 %50	13 %46,4	1 % 3,6	جيد
64 %100	7 % 10,9	33 % 51,6	24 % 37,5	متوسط
42 %100	1 % 2,4	9 % 21,4	32 % 76,2	ضعيف و رديء
18 %100	2 %11,1	11 % 61,1	5 % 27,8	حسن
3 %100	0 % 0	0 % 0	3 % 100	يعتمد على التكوين الذاتي
3 %100	1 % 33,3	1 % 33,3	1 % 33,3	أخرى
7 %100	1 % 14,3	1 % 14,3	5 % 71,4	بدون اجابة
165 %100	26 % 15,8	68 % 41,2	71 % 43	المجموع

من خلال الجدول يبين لنا أن الفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك الفئة غير الراضية عن التكوين الذي تتلقاه و التي قدرت نسبتهم بـ 43%، نجد من بينهم نسبة 100% ترى بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الذاتي، تليها نسبة 76,2% ترى بأنه تكوين ضعيف و رديء، تليها نسبة 37,5% ترى بأنه تكوين متوسط، وأخيرا نسبة 3,6% ترى بأنه تكوين جيد.

والفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك الفئة التي نجدها نوعا ما راضية عن التكوين الذي تتلقاه، و التي قدرت بـ 41,2% نجد من بينهم نسبة 61,1% ترى بأنه تكوين حسن، ثم تليها نسبة 51,6% ترى بأنه تكوين متوسط، ثم نسبة 46,4% ترى بأنه جيد، و أخيرا نسبة 21,4% ترى بأنه ضعيف و رديء.

أما الفئة الثالثة و الأخيرة و هي تلك الفئة الراضية عن التكوين الذي تتلقاه نجد من بينهم نسبة 50% ترى بأنه تكوين جيد، ثم نسبة 11,1% ترى بأنه تكوين حسن، ثم نسبة 10,9% ترى بأنه تكوين متوسط، وأخيرا نسبة 2,4% ترى بأنه تكوين ضعيف و رديء .

من خلال الجدول يتبين لنا بأن هناك علاقة طردية بين رأي المبحوثين بمستوى التكوين الذي يتلقونه بدرجة رضاهم لديهم عنه، يتبين أنه كلما كان التكوين في نظر المبحوثين ضعيف و رديء و يعتمد على الكثير من المجهود الذاتي كلما التمسنا لديهم نوع من عدم الرضا عن هذا التكوين، و كلما كان التكوين في نظرهم أيضا جيد كلما زاد الرضا عنه لديهم، وهناك فئة متوسطة ترى بأنه تكوين حسن و متوسط نلتمس لديهم نوع من الرضا على حسب نوع التكوين الذي يتلقوه.

إذا درجة الرضا عن التكوين الذى يتلقاه الطلبة المبحوثين تكون على حسب رأيهم في مستوى هذا التكوين، فكلما أقترب رأيهم عن مستوى التكوين إلى الجيد كلما زادت درجة الرضا لديهم عنه، وكلما ابتعد عنه كلما زادت درجة عدم الرضا لديهم عن التكوين .

الجدول رقم 28: يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة التكوين الذي يتلقاه المبحوثين بدرجة الرضا لديهم أو عدم الرضا عنه لديهم

المجموع	راضي	نوعا ما راضي	غير راضي	درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين الطبي طبيعة التكوين الطبي الذي يتلقاه المبحوثين
8 %100	0 %0	2 %25	6 % 75	تكوين نظري محض
8 %100	0 % 0	3 % 37,5	5 % 62,5	تكوين تطبيقي محض
148 %100	25 % 16,9	63 % 42,6	60 % 40,5	تكوين ممزوج
1 %100	1 %100	0 % 0	0 % 0	بدون اجابة
165 %100	26 % 15,8	68 % 41,2	71 % 43	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة التكوين الذي يتلقاه المبحوثين بين تكوين نظري أو تطبيقي أو تكوين ممزوج بدرجة أو عدم الرضا عن هذا التكوين لديهم، حيث يتبين لنا بأن الفئة الأولى من المبحوثين وهي الفئة الأطباء غير الراضين عن التكوين الذي يتلقونه و التي قدرت بـ 43% ، نجد من بينهم نسبة 75% ترى بأنه تكوين نظري فقط، تليها نسبة 62,5% ترى بأنه تكوين تطبيقي محض، و أخيرا نسبة 40,5% ترى بأنه تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، فمن المفروض أن يكون التكوين الطبي تكوين نظري تطبيقي في آن واحد أي تكوين ممزوج، ولكنه ليس كذلك في رأي المبحوثين فهو عند بعضهم نظري محض وعند الباقي تطبيقي محض لذلك نلتمس عدم الرضا عند هذه الفئة من المبحوثين .

اما الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك الفئة التي لديها نوع من الرضا عن التكوين الذي تتلقاه، نجد من بينهم نسبة 42,6% ترى بأن التكوين الذي تتلقاه هو تكوين ممزوج، ثم تأتي نسبة 37,5% ترى بأنه تكوين تطبيقي محض أي لا وجود للتأطير النظري، فقط التأطير التطبيقي مع المرضى، و أخيرا نسبة 25% ترى بأنه تكوين نظري محض، فإن كان كذلك و ماذا تفعل هذه الفئة التي اجابت أنه نظري محض بالمؤسسة الاستشفائية التي من المفروض أن تكون مكان التدريب و التأطير التطبيقي للمبحوثين .

والفئة الثالثة و الأخيرة من المبحوثين وهي تلك الفئة الراضية عن التكوين الذي تتلقاه بالمؤسسة الاستشفائية التي تتدرب بها و التي قدرت نسبتها بـ 15,8% نجد من بنهم نسبة 15,9% يرون بأنه تكوين ممزوج .

من خلال الجدول يتبين لنا بأنه هناك علاقة طردية بين طبيعة التكوين الذي يتلقاه المبحوثين و بين درجة الرضا و عدم الرضا عن هذا التكوين لديهم، حيث كلما كان رأي المبحوثين يبتعد عن كون التكوين ممزوج كلما زاد عدم الرضا عن هذا التكوين لديهم، أي كلما كان رأيهم عنه أنه إما تكوين نظري محض أو

تطبيقي محض كلما زاد عدم الرضا عنه لديهم و العكس صحيح ، أي كلما اقترب رأيهم من كون التكوين هو تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي كلما زادت درجة الرضا عنه لديهم .

الجدول رقم 29: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين النتائج المساعدة في المسار المهني بدرجة الرضا أو عدم الرضا عن هذا التكوين

المجموع	راضي	نوعا ما راضي	غير راضي	درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني
115 %100	25 % 21,7	53 % 46,1	37 % 32,2	نعم
18 %100	0 % 0	3 % 16,7	15 % 83,3	لا
23 %100	0 % 0	10 % 43,5	13 % 56,5	نوعا ما
4 %100	0 %0	1 % 25	3 % 75	تكوين شخصي
2 %100	0 % 0	0 % 0	2 % 100	بصعوبة
165 %100	0 % 0	1 % 100	0 % 0	في المجال التطبيقي فقط
2 %100	1 % 50	0 % 0	1 % 50	بدون اجابة
165 %100	26 % 15,8	68 % 41,2	71 % 43	المجموع

من خلال هذا الجدول و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي للمبحوثين بدرجة الرضا او عدم الرضا عن هذا التكوين لديهم، حيث يتبين بأن الفئة الأولى من المبحوثين الغير الراضين عن التكوين الذي يتلقونه و التي قدرت بـ 43% يتوزعون كل حسب رأيه عن مدى تحقيق تكوين لهم النتائج المساعدة في مسارهم المهني أو غير مساعدة، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة و لكن بصعوبة، ثم تليها نسبة 83,3% يرون بأنه تكوين لا يحقق لهم النتائج المرجوة منه

و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، ثم تليها نسبة 75% يرون بأنه تكوين شخصي أي التأطير و الاشراف من قبل المكلفين بذلك غائب أو ضعيف، ثم تأتي نسبة 56,5% يرون بأنه نوعا ما يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني الطبي، و أخيرا نسبة 32,2% يرون بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي في الحاضر و المستقبل.

اما الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك الفئة الراضية نوعا ما عن التكوين الذي تتلقاه، و قد قدرت بـ 41,2% نجد من بينها نسبة 100% يرون بأنه يحقق النتائج المساعدة في المسار المهني و لكن في المجال التطبيقي فقط، تليها نسبة 46,1% يرون بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، و نسبة 43,5% يرون بأنه نوعا ما يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني، ثم نسبة 25% يرون بأنه تكوين شخصي، و أخيرا نسبة 16,7% يرون بأنه لا يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني الطبي .

والفئة الثالثة و الأخيرة و هي فئة المبحوثين الراضين عن التكوين الذي يتلقونه نجد من بينهم نسبة 21,7% يرون بأن التكوين يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي رغم أن هذه الفئة هي راضية عن التكوين إلا نسبة صغيرة جدا منهم فقط يرون بأنه يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني.

إذا نستطيع القول بأن درجة الرضا لدى المبحوثين لها دور كبير و تأثير على رأي الأطباء المبحوثين في مدى تحقيق التكوين للنتائج المرجوة منه و التي قد تساعدهم أو لا تساعدهم في مسارهم المهني الطبي سواء في الحاضر أو المستقبل، حيث يتبين لنا بأن الأطباء المبحوثين غير الراضين عن التكوين الذي يتلقونه يرون بأنه تكوين شخصي يحقق لهم النتائج المرجوة منه بصعوبة، وذلك عن طريق التطبيق، أي الاستشارات الطبية الاضافية و العمليات الجراحية التي يجرونها يوميا و بكثرة للاستفادة من الحالات المرضية المستعجلة أو غير المستعجلة التي تزور

المؤسسة الاستشفائية يوميا، حيث لا يتردد الطلبة الأطباء في استشارتها لكسب الخبرة و التجربة و ذلك ما لاحظته عند نزولي إلى الميدان سواء في أثناء قيامي بالملاحظات أو أثناء توزيعي للاستمارات، فغالبا ما كنت أبحث عن طبيب لجلب منه الاستمارة، فأجده في غرفة العمليات ولا يخرج منها إلا بعد وقت متأخر الرابعة أو السادسة مساء.

الجدول رقم 30: يبين العلاقة الموجودة بين درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين بمدى تطوير هذا التكوين للمعارف الطبية

المجموع	راضي	نوعا ما راضي	غير راضي	درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين الطبي للمبحوثين
101	25	48	28	مدى تحقيق التكوين التطوير في المعارف الطبية للمبحوثين
%100	% 24,8	% 47,5	% 27,7	نعم
14	0	1	13	لا
%100	% 0	% 7,1	% 92,9	
38	1	12	25	قليل
%100	% 2,6	% 31,6	% 65,8	
8	0	4	4	تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي
%100	%0	% 50	% 50	
1	0	1	0	في المجال النظري لا بأس به و لكن على المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير
%100	% 0	% 100	% 0	
3	0	2	1	بدون اجابة
%100	% 0	% 66,7	% 33,3	
165	26	68	71	المجموع
%100	% 15,8	% 41,2	% 43	

من خلال هذا الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين للمبحوثين بمدى تطوير هذا التكوين للمعارف الطبية لديهم، حيث يتبين بأن الفئة الأولى و هي الفئة الراضية عن التكوين الذي تتلقاه و التي قدرت بـ 43% نجد من بينهم نسبة 92,9% يرون بأنه تكوين لا يساعدهم أو لا يحقق لهم تطورا في معارفهم الطبية، ثم تليها نسبة 65,8% يرون بأنه يحقق لهم القليل من التطوير في المعارف الطبية، و نسبة 50% يرون بأنه

تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، وأخيرا نسبة 27,7% يرون بأنه يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية.

والفئة الثانية من المبحوثين و هي الفئة التي نجدها نوعا ما راضية عن التكوين نجد من بينهم نسبة 100% ترى بأن التكوين يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية و لكن في المجال النظري فقط دون التطبيقي، ثم نسبة 50% ترى بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، ثم نسبة 47,5% يرون بأنه يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية، ثم نسبة 31,6% يرون بأنه يحقق لهم القليل من التطوير في المعارف الطبية، وأخيرا نسبة 7,1% يرون بأنه لا يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية .

و أخيرا الفئة الثالثة و هي الفئة الراضية عن التكوين الذي تتلقاه، هذه الفئة نجدها تنقسم إلى قسمين، 24,8% منهم يرون بأن التكوين يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية، و نسبة 2,6% يرون بأنه يحقق لهم القليل من التطوير في معارفهم الطبية .

من خلال الجدول يتبين لنا بأن الرضا عن التكوين أو عدم الرضا عنه له علاقة كبيرة بمدى تحقيق هذا التكوين لتطوير المعارف الطبية لدى المبحوثين، حيث كلما حقق التكوين تطويرا في المعارف الطبية للأطباء كلما زاد الرضا لديهم عن هذا التكوين و العكس صحيح، فعدم الرضا الذي نلتمسه عند المبحوثين هو ناتج عن عدم تحقيق هذا التكوين للتطوير في المعارف الطبية المرجوة منه، وقد كانت عبارات بعض المبحوثين في حديثهم خارج الاستمارة عن هذا الموضوع حيث قال أحد الأطباء المقيمين المبحوثين في مصلحة جراحة الأطفال أن مستوى تطوير المعارف الطبية في البلدان الغربية أحسن بكثير من الجزائر، كونه قام بتكوين لمدة عام في إنجلترا ، فلاحظ أن الأطباء الداخليين (وهم الأطباء الطلبة في الطب العام و لم يتحصلوا بعد على شهادة طبيب عام) أحسن مستوى وتأهيل و كفاءة من الاطباء

المقيمين (الطلبة في طور التخصص) ذلك لتوفر الامكانيات اللازمة و أولها التأطير الجيد و الاشراف.

وبذلك نستطيع القول أن العلاقة بينهما علاقة طردية إذا ما زادت احدهما تبعثها الأخرى.

الجدول رقم 31 : يبين العلاقة الموجودة بين مدى الاستفادة من التكوين بدرجة الرضا أو عدم الرضا عن نوعية التكوين

المجموع	بدون اجابة	نوعا ما	لا	نعم	نسبة الاستفادة من التكوين الطبي درجة الرضا أو عدم الرضا عن التكوين الطبي
71 % 100	0 % 0	0 % 0	55 % 77,5	16 % 22,5	غير راضي
68 % 100	2 % 2,9	3 % 4,4	35 % 51,5	28 % 41,2	نوعا ما راضي
26 % 100	0 % 0	0 % 0	1 % 3,8	25 % 96,2	راضي
165 % 100	2 % 1,2	3 % 1,8	91 % 55,2	69 % 41,8	المجموع

من خلال هذا الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة يبين مدى الاستفادة من التكوين للمعارف الطبية للمبحوثين بدرجة الرضا أو عدم الرضا عن نوعية التكوين الذي يتلقونه، حيث يتبين لنا بأن نسبة 55,2% يرون أنهم لا يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين الذي يتلقونه، نجد من بينهم نسبة 77,5% غير راضيين عن نوعية التكوين الطبي الذي يتلقونه، ثم تليها نسبة 51,5% لديهم نوع من الرضا (قليلا) عن نوعية التكوين، و أخيرا نسبة 3,8% نجدهم راضيين عن التكوين الطبي الذي يتلقونه .

أما الفئة الثانية من المبحوثين والتي قدرت نسبتها بـ 41,8% ترى بأنها تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين الذي تتلقاه بالمؤسسة الاستشفائية التي يتدربون بها،

نجد من بينهم نسبة 96,2% راضون عن نوعية التكوين الذي يتلقونه، ثم نسبة 41,2% نوعا ما راضيين عن التكوين الذي يتلقونه، و أخيرا نسبة 22,5% نجدهم غير راضيين عن نوعية التكوين.

والفئة الأخيرة من المبحوثين والتي قدرت نسبتها بـ 1,8% هي نوعا ما راضية عن نسبة الاستفادة من التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 4,4% نوعا ما راضية عن نوعية التكوين الذي يتلقونه .

نستطيع القول من خلال الجدول بأن نسبة الاستفادة من التكوين الطبي لها تأثير على درجة الرضا عن نوعية التكوين الطبي للمبحوثين فهناك علاقة طردية بينهما، حيث يرى المبحوثين انهم لا يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين الأمر الذي أدى بهم إلى عدم الرضا عن نوعية هذا التكوين الذي يتلقونه، لذلك نستطيع القول أنه كلما كانت نسبة الاستفادة من التكوين كبيرة كلما زادت درجة الرضا عن نوعية التكوين، و العكس صحيح أي كلما قلت نسبة الاستفادة من التكوين الطبي للمبحوثين كلما كان هناك عدم رضا عن نوعية التكوين.

الجدول رقم 32 : يبين العلاقة الموجودة بين نوعية التكوين الطبي ودرجة الرضا أو عدم الرضا عن نوعية التكوين

نوعية التكوين الطبي درجة الرضا أو عدم الرضا عن نوعية التكوين الطبي	نعم جيد	لا ليس جيد	نوعا ما جيد	المجموع
غير راضي	4 %5,6	66 % 93	1 % 1,4	71 % 100
نوعا ما راضي	30 % 41,1	37 % 54,4	1 % 1,5	68 % 100
راضي	26 % 100	0 % 0	0 % 0	26 % 100
المجموع	60 % 36,4	103 % 62,4	2 % 1,2	165 % 100

من خلال هذا الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية التكوين الطبي و درجة الرضا عن التكوين الذي يتلقاه المبحوثين، حيث يتبين لنا أن الفئة الأولى و التي قدرت نسبتها بـ 62,4% ترى بأن التكوين الذي تتلقاه ليس جيدا و هو دون المستوى المطلوب، نجد من بين هذه الفئة نسبة 93% غير راضية عن نوعية التكوين الطبي الذي تتلقاه، ثم تليها نسبة 54,4% نجدها نوعا ما راضية عن نوعية هذا التكوين .

و الفئة الثانية والتي قدرت نسبتها بـ 36,4% تعجبها نوعية التكوين الذي تتلقاه و ترى أنه تكوين جيد، نجد من بينهم نسبة 100% راضيين عن نوعية التكوين ثم تليها نسبة 41,1% نجدها نوعا ما راضية عن التكوين و اخيرا نسبة 5,6% غير راضية عنه.

أما الفئة الثالثة والأخيرة وهي فئة المبحوثين التي ترى بأنه نوعا ما تكوين جيد، نجد من بينهم نسبة 1,5% نوعا ما راضية عن درجة التكوين ، ثم تليها مباشرة نسبة 1,4% غير راضية عنه.

إن أغلبية العينة المبحوثة لا تعجبها نوعية التكوين الذي تتلقاه و ترى بأنه غير جيد و بالتالي هي غير راضية عنه، و بذلك نستطيع القول بأن درجة الرضا عن نوعية التكوين تتأثر بنوعية التكوين نفسه، فالعلاقة بينهما هي علاقة طردية، حيث كلما كانت نوعية التكوين الطبي جيدة في نظر المبحوثين كلما زادت درجة الرضا عن هذا التكوين، و العكس صحيح أي كلما كانت نوعية التكوين الطبي غير جيدة كما هو الحال عند الأطباء المبحوثين كلما زاد عدم الرضا عن هذا التكوين لديهم.

الجدول رقم 33 : يبين العلاقة الموجودة بين مدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي بمدى الرضا عن نوعية التكوين الطبي

الدرجة الرضا أو عدم الرضا عن نوعية التكوين	نعم جيد	لا ليس جيد	نوعا ما جيد	المجموع
غير راضي	2 %2,8	69 % 97,2	0 % 0	71 % 100
نوعا ما راضي	4 % 5,9	63 % 92,6	1 % 1,5	68 % 100
راضي	10 % 38,5	15 % 57,7	1 % 3,8	26 % 100
المجموع	16 % 9,7	147 % 89,1	1 % 0,6	165 % 100

من خلال هذا الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تماشي طريقة التكوين بالجزائر بمتطلبات التكوين العالمي بمدى الرضا عن نوعية التكوين الطبي للمبحوثين، حيث يتبين بأن نسبة 89,1% يرون بأن طريقة تكوينهم و التكوين الطبي بصفة عامة بالجزائر لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، ونجد من بينهم نسبة 97,2% غير راضيين عن نوعية التكوين الذي يتلقونه، و نسبة 92,6% نجدهم نوعا ما راضيين عن نوعية هذا التكوين الطبي، و أخيرا نسبة 57,7% هم راضيين عنه.

و الفئة الثانية من المبحوثين وهي الأطباء الذين يرون بأن طريقة التكوين الطبي هنا بالجزائر تتماشى و متطلبات التكوين العالمي والتي قدرت نسبتهم بـ 9,7% نجد من بينهم نسبة 38,5% راضيين عن طريقة التكوين الذي يتلقونه، ثم نسبة 5,9% نجدهم نوعا ما راضيين عنه، و أخيرا نسبة 2,8% هم غير راضيين عن طريقة التكوين الطبي الذي يتلقونه .

و الفئة الأخيرة فئة الأطباء الذين يرون بأن طريقة التكوين الطبي في الجزائر تتماشى نوعا ما و متطلبات التكوين العالمي، و التي قدرت نسبهم بـ 0,6% و هي نسبة جد صغيرة، نجد من بينهم نسبة 1,5% هم نوعا ما راضيين عن طريقة التكوين الذي يتلقونه.

إن من خلال الجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة لا تعجبها طريقة التكوين الطبي الجزائري و ترى بأنه لا يتماشى و متطلبات التكوين العالمي، وهم غير راضون عن طريقة تكوينهم الطبي، لذلك نستطيع القول بأن هناك علاقة طردية بين مدى تماشي طريقة التكوين الطبي الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي و مدى الرضا عن نوعية التكوين الطبي، إذ كلما كان رأي المبحوثين على أن طريقة التكوين الجزائري لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي كلما زاد عدم الرضا عن نوعية التكوين الطبي لديهم، حيث كلما نظر المبحوثين إلى متطلبات التكوين الطبي العالمي و ما تحتويه من تسهيلات ميدانية و نظرية، كلما زاد عدم الرضا لديهم عن طريقة تكوينهم الطبي، إذا ما قارنوها مع المتطلبات العالمية، إذا يظهر رأي أحد الأطباء في قوله "أنظري ليس لدينا أدنى الإمكانيات، ليس لدينا حتى مكان لتغير ملابسنا إذا يختبئ وراء الخزانة " هذا بمصلحة جراحة القلب، كذلك الأمر بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية حيث لديهم غرفة واحدة جد صغيرة للنساء و الرجال، منها يغيرون ملابسهم و فيها يرتادون و فيها يدرسون و فيها يأكلون و فيها يتناقشون و فيها كل شيء، يغيرون ملابسهم بالدور يا إما ذكور أو إناث .

4 / طبيعة التكوين الطبي بالمؤسسة الإستشفائية العمومية و علاقتها بمدى الرضا عنه عند الأطباء المقيمين

الجدول رقم 34 : يبين العلاقة الموجودة بين مستوى التكوين الطبي بمدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي

مدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي	نعم	لا	نوعا ما	بدون اجابة	المجمو ع
جيد	7 %25	21 % 75	0 % 0	0 % 0	28 % 100
متوسط	2 % 3,1	60 % 93,8	1 % 1,6	1 % 1,6	64 % 100
ضعيف ورديء	2 % 4,8	40 % 95,2	0 % 0	0 % 0	42 % 100
حسن	4 % 22,2	14 % 77,8	0 % 0	0 % 0	18 % 100
يعتمد على التكوين الذاتي	0 % 0	3 % 100	0 % 0	0 % 0	26 % 100
أخرى	0 % 0	3 % 100	0 % 0	0 % 0	3 % 100
بدون اجابة	1 % 14,3	6 % 85,7	0 % 0	0 % 0	7 % 100
المجموع	16 % 9,7	147 % 89,1	1 % 0,6	1 % 0,6	165 % 100

من خلال هذا الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مستوى التكوين الذي يتلقاه الأطباء المبحوثين بمدى تماشي طريقة هذا التكوين و متطلبات التكوين العالمي، بحيث يتبين بأن نسبة 89,1% يرون بأن طريقة تكوينهم الطبي لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأنه تكوين يعتمد على المجهود الذاتي، ثم تليها نسبة 95,2% يرون بأنه تكوين ضعيف ورديء، ثم نسبة 93,8% يرون بأنه تكوين متوسط ، ثم نسبة 77,8% يرون بأنه تكوين حسن، و أخيرا نسبة 75% يرون بأنه تكوين جيد.

و نجد نسبة 9,7% يرون بأن طريقة التكوين الطبي الذي يتلقونه تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، نجد من بينهم نسبة 25% يرون بأنه تكوين جيد، تليها

نسبة 22,2% يرون بأنه تكوين حسن ثم نسبة 4,8% يرون بأنه تكوين ضعيف ورديء، و أخيرا نسبة 3,1% يرون بأنه تكوين متوسط .

والنسبة الأخيرة قدرت بـ 0,6% يرون بأن طريقة التكوين الذي يتلقونه هي نوعا ما تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، و نجد من بينهم نسبة 1,6% بأنه تكوين متوسط.

و بذلك نستطيع القول أنه من خلال الجدول نلاحظ بأن هناك علاقة طردية بين مدى تماشى طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي و بين مستوى التكوين الطبي، حيث كلما كانت طريقة التكوين الطبي لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي كلما كان مستوى التكوين الطبي ضعيف ورديء يعتمد على التكوين الذاتي و المجهودات الذاتية التي يبذلها الطلبة للرفع من مستواهم المهني الطبي، و العكس صحيح ، أي كلما كانت طريقة التكوين الطبي تتماشى و متطلبات التكوين العالمي كلما كان مستوى التكوين الطبي جيد.

الجدول رقم 35 : يبين العلاقة الموجودة بين نسبة الاستفادة من التكوين الطبي بمدى تماشى طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي

مدى الاستفادة من التكوين الطبي	مدى تماشى طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي	نعم	لا	نوعا ما	بدون اجابة	المجموع
نعم	16	52	0	1	69	23,2% 75,4%
لا	0	91	0	0	91	0% 100%
نوعا ما	0	3	0	0	3	0% 100%
بدون اجابة	0	1	1	0	2	0% 50% 50%
المجموع	16	147	1	1	165	9,7% 89,1% 0,6% 0,6%

من خلال هذا الجدول والذي يبين لنا مدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي وعلاقتها مع مدى استفادة المبحوثين من التكوين الطبي، بحيث يتبين بأن نسبة 89,1% يرون بأن طريقة التكوين الجزائري لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأنهم نوعا ما يستفيدون من التكوين الطبي، كما نجد نفس النسبة يرون بأنهم لا يستفيدون من التكوين الطبي الذي يتلقونه، ثم تليها نسبة 75% يرون بأنهم يستفيدون من التكوين الذي يتلقونه

والنسبة الثانية من المبحوثين و التي قدرت بـ 97% يرون بأن طريقة التكوين الطبي الجزائري تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، والتي نجد من بينهم نسبة 23,2% يرون بأنهم يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين الطبي الذي يتلقونه بالمؤسسة الاستشفائية التي يتدربون ويعملون بها .

وأخيرا نسبة 0,6% من المبحوثين يرون بأن طريقة التكوين الطبي الجزائري نوعا ما تتماشى و متطلبات التكوين العالمي.

و بذلك نستطيع القول أنه من خلال الجدول نلاحظ بأن هناك علاقة طردية بين مدى تماشي طريقة التكوين و متطلبات التكوين العالمي بمدى الاستفادة من التكوين، حيث هنا العلاقة هي علاقة طردية، حيث كلما كانت طريقة التكوين الطبي لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي كلما كانت نسبة الاستفادة من التكوين ليست كبيرة و العكس صحيح، أي كلما تماشت طريقة التكوين و متطلبات التكوين العالمي كلما كانت نسبة الاستفادة من هذا التكوين كبيرة بالمؤسسة الاستشفائية التي يقصدها الطلبة الأطباء يوميا في معظم أوقاتهم للتعلم و التدريب على فن الطب، وأخذ التجربة التي تساعد في مسارهم المهني الطبي الحاضر و المستقبلي.

الجدول رقم 36 : يبين العلاقة الموجودة بين درجة الرضا أو عدم الرضا عن نوعية التكوين بمدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي

المجموع	بدون اجابة	نوعا ما	لا	نعم	مدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي
					مدى الرضا أو عدم الرضا عن نوعية التكوين الطبي
71 % 100	0 % 0	0 % 0	69 %97,2	2 %2,8	غير راضي
68 % 100	0 % 0	1 % 1,5	63 % 92,6	4 % 5,9	نوعا ما راضي
26 % 100	1 % 3,8	0 % 0	15 % 57,7	10 % 38,5	راضي
165 % 100	1 % 0,6	1 % 0,6	147 % 89,1	16 % 9,7	المجموع

من خلال هذا الجدول أعلاه والذي يبين مدى الرضا أو عدم الرضا للمبحوثين عن نوعية التكوين الذي يتلقونه و علاقتها بمدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي، حيث يتبين بأن نسبة 89,1% وهي النسبة الغالبة التي ترى بأن طريقة التكوين الطبي الجزائري لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، نجد من بينهم نسبة 97,2% هم غير راضين عن نوعية التكوين الذي يتلقونه ثم تليها نسبة 92,6% نجدهم نوعا ما راضين عنه، و تنزل نسبة الراضيين عن التكوين الذي يتلقونه إلى 57,7%.

و النسبة الثانية من المبحوثين و التي قدرت بـ 9,7% و هي تخص المبحوثين الذين يرون بأن طريقة تكوينهم تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، نجد من بينهم نسبة 38,5% راضيين عن طريقة تكوينهم الطبي ثم تليها نسبة 5,9% هم نوعا ما راضيين عن نوعية تكوينهم الطبي، لتتنزل النسبة إلى 2,8% وهي نسبة غير الراضيين عن طريقة التكوين الطبي الذي يتلقونه.

و النسبة الأخيرة و التي قدرت بـ 0,6% و التي تخص فئة المبحوثين الذين يرون بأن طريقة التكوين الطبي الجزائري نوعا ما تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، حيث نجد من بينهم نسبة 1,5% هم نوعا ما راضيين عن تكوينهم الطبي.

إذا من خلال الجدول يتبين بأن هناك علاقة طردية بين مدى تماشي طريقة التكوين الطبي الجزائري للمبحوثين ومتطلبات التكوين العالمي بمدى أو درجة الرضا لديهم، حيث كلما تماشت طريقة التكوين الطبي الجزائري و متطلبات التكوين العالمي كلما زادت درجة الرضا عن التكوين لدى الأطباء المبحوثين، و العكس صحيح أي كلما كانت طريقة التكوين الطبي الجزائري لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي كلما زادت درجة عدم الرضا لديهم عن طريقة تكوينهم الطبي.

الجدول رقم 37 : يبين العلاقة الموجودة بين مستوى التكوين الطبي بالأقدمية

مستوى التكوين الطبي الأقدمية	جيد	متوسط	ضعيف و رديء	حسن	يعتمد على التكوين الذاتي	أخرى	بدون اجابة	المجموع
السنة الأولى	8 % 22,2	19 % 52,8	5 % 13,9	1 % 2,8	2 % 5,6	0 % 0	1 % 2,8	36 % 100
السنة الثانية	5 % 11,1	23 % 51,1	8 % 17,8	9 % 20	0 % 0	0 % 0	0 % 0	45 % 100
السنة الثالثة	9 % 19,6	12 % 26,1	14 % 30,4	6 % 13	0 % 0	2 % 4,3	3 % 6,5	46 % 100
السنة الرابعة	2 % 11,8	4 % 23,4	8 % 47,1	1 % 5,9	1 % 5,9	1 % 5,9	0 % 0	17 % 100
السنة الخامسة	0 % 0	4 % 50	3 % 37,5	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 12,5	8 % 100
السنة السادسة	0 % 0	0 % 0	1 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 100
بدون اجابة	4 % 33,3	2 % 16,7	3 % 25	1 % 8,3	0 % 0	0 % 0	2 % 16,7	12 % 100
المجموع	28 % 17	64 % 38,8	42 % 25,5	18 % 10,9	3 % 1,8	3 % 1,8	7 % 4,2	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين رأي المبحوثين عن مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه بمدة الأقدمية لديهم، حيث يتبين بأن نسبة 38,8% يرون بأن مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه هو مستوى متوسط، نجد من بينهم نسبة 52,8% يتمدرسون في السنة الأولى تليها نسبة 51,1% يتمدرسون في السنة الثانية، تليها نسبة 50% يتمدرسون في السنة الخامسة، ثم نسبة 26,1% يتمدرسون في السنة الثالثة، و أخيرا نسبة 23,4% يتمدرسون في السنة الرابعة.

ثم نسبة 25,5% يرون بأن مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه هو مستوى ضعيف و رديء، نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون في السنة السادسة، ثم تليها نسبة 47,1% يتمدرسون في السنة الرابعة، ثم تليها نسبة 37,5% يتمدرسون في السنة الخامسة، تليها نسبة 30% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 17,8% يتمدرسون في السنة الثانية، و أخيرا نسبة 13,9% يتمدرسون في السنة الأولى.

ونجد نسبة 17% من المبحوثين يرون بأن مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه هو مستوى جيد، نجد من بينهم نسبة 22,2% يتمدرسون في السنة الأولى، ثم نسبة 19,6% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 11,8% يتمدرسون في السنة الرابعة، وأخيرا نسبة 11,1% يتمدرسون في السنة الثانية .

كما نجد نسبة 10,9% يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه هو تكوين في مستوى حسن، نجد من بينهم نسبة 20% يتمدرسون في السنة الثانية، ثم نسبة 13% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 5,9% يتمدرسون في السنة الرابعة، وأخيرا نسبة 2,8% يتمدرسون في السنة الأولى .

و أخيرا نسبة 1,8% من المبحوثين يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه هو تكوين يعتمد على مجهودهم الذاتي، أي تكوين ذاتي بدون اشراف و لا تأطير، نجد من بينهم نسبة 5,9% يتمدرسون في السنة الرابعة، ونسبة 5,6% يتمدرسون بالسنة الأولى.

إذا من خلال ملاحظتنا للنسب المتواجدة بالجدول أعلاه، يتبين بأن نسبة المبحوثين الذين يرون بأنه تكوين متوسط تكون مرتفعة في السنتين الأولى و الثانية ثم تنخفض في السنتين الثالثة و الرابعة، ثم تعود و ترتفع في السنة الخامسة، و بالتالي في ثلاث سنوات الأولى ترتفع نسبة المبحوثين الذين يرون بأنه تكوين متوسط و تنخفض في الثلاث السنوات الأخيرة، و العكس صحيح بالنسبة للمبحوثين الذين يرون بأنه تكوين ضعيف و رديء حيث ترتفع نسبتهم في الثلاث سنوات الأخيرة و تنخفض في الثلاث سنوات الأولى، ففي الثلاث سنوات الأولى نجد نسبة المبحوثين الذين يرون بأن تكوين متوسط ترتفع وتنخفض بالنسبة للمبحوثين الذين يرونه بأنه تكوين ضعيف و رديء لنفس السنوات الثلاث الأولى، أما بالنسبة للثلاث سنوات الأخيرة فنسبة المبحوثين الذين يرون بأن تكوينهم الطبي متوسط تنخفض و ترتفع بالنسبة للمبحوثين الذين يرون بأن تكوينهم الطبي ضعيف و رديء بالنسبة لنفس السنوات.

الجدول رقم 38 : يبين العلاقة الموجودة بين مستوى التكوين الطبي و المصلحة الطبية

مستوى التكوين المصلحة الطبية	جيد	متوسط	ضعيف و رديء	حسن	يعتمد على التكوين الذاتي	أخرى	بدون اجابة	المجمو ع
أمراض الكبد	2 % 18,2	4 % 36,4	2 % 18,2	2 % 18,2	0 % 0	0 % 0	1 % 9,1	11 % 100
جراحة الأطفال	2 % 15,4	8 % 61,5	1 % 7,7	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 15,4	13 % 100
أمراض القلب	0 % 0	4 % 66,7	2 % 33,3	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	6 % 100
طب الأطفال	2 % 18,2	5 % 45,5	2 % 18,2	1 % 9,1	1 % 9,1	0 % 0	0 % 0	11 % 100
الطب الشرعي	4 % 25	4 % 25	1 % 6,3	5 % 31,3	0 % 0	0 % 0	0 % 0	16 % 100
جراحة القلب	1 % 4	14 % 56	9 % 36	1 % 4	0 % 0	0 % 0	0 % 0	25 % 100
جراحة الفك والوجه	1 % 20	2 % 40	2 % 40	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	5 % 100
جراحة اللثة	1 % 25	3 % 75	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	4 % 100
جراحة العظام	0 % 0	2 % 33,3	3 % 50	1 % 16,7	0 % 0	0 % 0	0 % 0	6 % 100
الطب الداخلي	1 % 20	3 % 60	1 % 20	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	5 % 100
المواليد الجدد	2 % 40	3 % 60	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	5 % 100
الأنسجة الداعمة الأسنان	0 % 0	0 % 0	1 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 100
الجهاز الهضمي المعدة و الأمعاء	1 % 25	1 % 25	1 % 25	1 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	4 % 100
الانف الاذن و الحنجرة	0 % 0	1 % 25	2 % 50	1 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	4 % 100
أمراض السكري	0 % 0	1 % 50	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 50	2 % 100
الامراض الجلدية	8 % 50	2 % 12,5	1 % 6,3	4 % 25	0 % 0	1 % 6,3	0 % 0	16 % 100
طب النساء و التوليد	0 % 0	1 % 25	3 % 75	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	4 % 100
امراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	3 % 25	1 % 8,3	5 % 41,7	0 % 0	0 % 0	2 % 16,7	1 % 8,3	12 % 100
الاستجالات	0 % 0	2 % 66,7	0 % 0	1 % 33,3	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3 % 100
طب العيون	0 % 0	3 % 25	6 % 50	1 % 8,3	2 % 16,7	0 % 0	0 % 0	12 % 100
المجموع	28 % 17	64 % 38,8	42 % 25,5	18 % 10,9	3 % 1,8	3 % 1,8	7 % 4,2	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين رأي المبحوثين عن مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه بمصلحة الطبية التي يتدربون و يتعلمون بها يتبين بأن أكبر نسبة و التي قدرت بـ 38,8% ترى بأن مستوى التكوين هو متوسط، نجد هذه النسبة من المبحوثين تتوزع على مختلف المصالح الطبية إذ نسبة 75% يتواجدون بمصلحة جراحة اللثة، ثم نسبة 66,7% بمصلحة أمراض القلب و مصلحة الإستعجالات تليها نسبة 61,5% بمصلحة جراحة الأطفال، ثم نسبة 60% بمصلحة الطب الداخلي و مصلحة المواليد الجدد، فمصلحة جراحة القلب بنسبة 56%، تليها مصلحة أمراض السكري بنسبة 50%، ثم مصلحة طب الأطفال بنسبة 45,5%، ثم مصلحة جراحة الفك و الوجه بنسبة 40% ثم مصلحة أمراض الكبد بنسبة 36,4%، و تأتي بعدها مصلحة جراحة العظام بنسبة 33,3% ثم مصلحة الطب الشرعي و مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء و مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة و مصلحة طب النساء و التوليد و مصلحة طب العيون بنسبة 25%، و المصلحة ما قبل الأخيرة و هي مصلحة الأمراض الجلدية بنسبة 12,5% و أخيرا مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 8,3%.

و النسبة الثانية من المبحوثين قدرت بـ 25,5% وهي التي ترى بأن مستوى التكوين الذي تتلقاه هو مستوى ضعيف و رديء، نجد من بين هذه الفئة من المبحوثين نسبة 100% متواجدون بمصلحة الأشعة الداعمة للأسنان، ثم تليها نسبة 75% بمصلحة طب النساء و التوليد، بعدها تأتي مصلحة جراحة العظام و مصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة و مصلحة طب العيون بنسبة 50% ثم تليها مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 41,7% ثم تليهم مصلحة جراحة الفك و الوجه بنسبة 40%، و مصلحة جراحة القلب بنسبة 36%، و نسبة 33,3% بمصلحة أمراض القلب، ثم نسبة 25% بمصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، ثم نسبة 20% بمصلحة الطب الداخلي و مصلحة جراحة الفك و الوجه، ثم نسبة 18,2% بمصلحة أمراض الكبد و مصلحة طب الأطفال، بعدها

تأتي نسبة 7,7% بمصلحة جراحة الأطفال، و أخيرا نسبة 6,3% في مصلحتي الطب الشرعي و الأمراض الجلدية .

أما النسبة الثالثة من المبحوثين و التي قدرت بـ 17% فهي تخص تلك الفئة التي ترى بأن مستوى التكوين هو مستوى جيد، نجد من بينهم نسبة 50% متواجدون بمصلحة الأمراض الجلدية، ثم نسبة 40% بمصلحة المواليد الجدد، ثم تأتي مصلحة الطب الشرعي و مصلحة جراحة اللثة و مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء و مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 25% ، ثم مصلحة جراحة الفك و الوجه بنسبة 20% ،تأتي بعدها مباشرة مصلحة طب الأطفال و مصلحة أمراض الكبد بنسبة 18,2% ،و مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 15,4% ، و أخيرا نسبة 4% بمصلحة جراحة القلب.

و النسبة الرابعة من المبحوثين و التي قدرت بـ 10,9% و هي الفئة التي ترى بأن مستوى التكوين الطبي هو مستوى حسن، نجدها تتوزع على 10 مصالح طبية فقط، حيث نجد نسبة 33,3% متواجدون بمصلحة الاستعجالات، تليها نسبة 31,3% بمصلحة الطب الشرعي، ثم تأتي نسبة 25% بكل من مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء و مصلحة الانف الأذن و الحنجرة و مصلحة الأمراض الجلدية، ثم نسبة 18,2% بمصلحة أمراض الكبد، ثم نسبة 16,7% بمصلحة جراحة العظام، تأتي بعدها مصلحة طب الأطفال بنسبة 9,1% ،فمصلحة طب العيون بنسبة 8,3% ، و أخيرا نسبة 4% بمصلحة جراحة القلب.

و النسبة الخامسة من المبحوثين قدرت بـ 1,8% و هي تخص فئتين من المبحوثين أولهما تلك الفئة التي ترى بأن مستوى التكوين الطبي الذي تتلقاه هو مستوى يعتمد على التكوين الذاتي، و التي نجد من بينهم نسبة 16,7% بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 9,1% بمصلحة طب الأطفال، أما الفئة الثانية فهي تخص فئة المبحوثين التي كانت اجاباتهم مختلفة خارجة عن الموضوع سمّيتها "أخرى".

إذا نلاحظ بأن مستوى التكوين الطبي يكون في بعض المصالح الطبية متوسط إلى ضعيف وريء في مصالح أخرى، حيث نجد بأن مصلحة جراحة اللثة فيها مستوى التكوين الطبي الذي يتلقاه المبحوثين هو مستوى متوسط، بينها مصلحة الأشعة الداعمة للأسنان ومصلحة طب النساء والتوليد يكون فيها مستوى التكوين ضعيف وريء، فكل مصلحة طبية وإمكانياتها المتوفرة للمبحوثين، فهناك مصالح يكون فيها التأطير الجيد و الاشراف و المتابعة من طرف المكلفين بذلك، ضف إلى ذلك الإمكانيات المادية و البشرية و البنى التحتية، و هناك مصالح أخرى تفتقر إلى تلك الإمكانيات أو على الأقل تتوفر على واحد منهم فقط، ذلك ما جعل المبحوثين ينظرون إلى التكوين حسب الامكانيات المتوفرة لهم، دون أن ننسى مستوى الطالب إذ أن مستويات الطلبة كذلك تختلف، فهناك من لديه ذاكرة قوية و هناك من ذاكرته متوسطة، و نحن نفهم أن الطبيب عليه امتلاك ذاكرة جيّدة، لأن فن الطب يعتمد بالدرجة الأولى على الحفظ، و نحن نلاحظ بأن آراء المبحوثين تختلف حسب المصالح الطبية، ذلك لأن الأطباء عند اجراءهم لمسابقة الطب الداخلي "Résidanat" يقسمون حسب معدلاتهم على المصالح الطبية فكل مصلحة تستوجب على الطالب المتحصل على المسابقة بمعدل معين خاص بها، فهم يرتبون حسب معدلاتهم المتحصلين عليها و يبعثون تلقائيا إلى مصالحتهم الطبية التي تلاءمهم .

اذن فالطلبة الاطباء في المصلحة الطبية الواحدة نجحوا بمعدل واحد في المسابقة، كما قال أحدهم لي " نحن كلنا في هذه المصلحة تحصلنا على معدل واحد" وهو طبيب في مصلحة أمراض الكبد.

و بالتالي نستطيع القول بأن آراء المبحوثين تختلف حسب المصالح الطبية التي ينتمون إليها، وبذلك هناك علاقة بين المصلحة الطبية و آراء الطلبة المبحوثين بمستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه.

الجدول رقم 39 : يبين العلاقة الموجودة بين مستوى التكوين الطبي و طبيعته

طبيعة التكوين مستوى التكوين الطبي	تكوين نظري محض	تكوين تطبيقي محض	ممزوج	بدون اجابة	المجموع
جيد	1 %3,6	2 % 7,1	24 % 85,7	1 % 36	28 % 100
متوسط	3 % 4,7	3 % 4,7	58 % 90,6	0 % 0	64 % 100
ضعيف ورديء	3 % 7,1	2 % 4,8	37 % 88,1	0 % 0	42 % 100
حسن	0 % 0	0 % 0	18 % 100	0 % 0	18 % 100
يعتمد على التكوين الذاتي	1 % 33,3	1 % 33,3	1 % 33,3	0 % 0	3 % 100
أخرى	0 % 0	0 % 0	3 % 100	0 % 0	3 % 100
بدون اجابة	0 % 0	0 % 0	7 % 100	0 % 0	7 % 100
المجموع	8 % 4,8	8 % 4,8	148 % 89,7	1 % 0,6	165 % 100

من خلال هذا الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين رأي المبحوثين في مستوى التكوين الذي يتلقونه بطبيعة التكوين الطبي لديهم، حيث يتبين بأن نسبة 89,7 % منهم يرون بأن التكوين الطبي هو تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، نجد منهم نسبة 100% يرون بأن التكوين الطبي هو تكوين حسن، ثم تليها نسبة 90,6 % يرون بأنه تكوين متوسط، تليها نسبة 88,1 % يرون بأنه تكوين ضعيف ورديء، و تليها نسبة 85,7 % يرون بأنه تكوين جيد، و أخيرا نسبة 33,3 % يرون بأنه يعتمد على التكوين الذاتي.

ثم تأتي النسبة الثانية من المبحوثين و التي بلغت بـ 4,8 % ترى بأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين نظري محض، ونفس النسبة ترى بأنه تكوين تطبيقي محض.

فيما يخض فئة المبحوثين التي ترى بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه هو تكوين نظري محض نجد من بينهم نسبة 33,3% يرون بأنه يعتمد على التكوين الذاتي، ثم تليها نسبة 7,1% يرون بأنه تكوين ضعيف ورتديء، ثم تليها نسبة 4,7% يرون بأنه تكوين متوسط، و أخيرا نسبة 3,6% يرون بأنه تكوين جيد.

أما فيما يخص الفئة الثانية منهم و التي ترى بأن التكوين الطبي الذي تتلقاه هو تكوين تطبيقي محض، فنجد من بينهم نسبة 33,3% يرون بأنه يعتمد على التكوين الذاتي، ثم نسبة 7,1% يرون بأنه تكوين جيد، ثم نسبة 4,8% يرون بأنه تكوين ضعيف ورتديء، وأخيرا نسبة 4,7% يرون بأنه تكوين متوسط.

من خلال الجدول يتبين بأن أغلب العينة المبحوثة ترى بأن التكوين الذي تتلقاه هو تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، فكلاهما مهم في فن الطب.

إذا فالتكوين الطبي هو تكوين ممزوج ذو مستوى حسن، يدرس الطلبة الأطباء أنواع الأمراض و علاجها و أسبابها و كل الجوانب التي تخصها بالجانب النظري، سواء بالجامعة، أو بقاعات المحاضرات بالمؤسسة الاستشفائية التي يدرسون بها، ثم يطبقون هذه الدروس النظرية على الحالات المرضية التي يقومون باستشارتها يوميا و التي تقصد مكان عملهم و تكوينهم في نفس الوقت ومنها يستفيدون ويزيدون من تجربتهم وخبرتهم في الميدان الطبي.

الجدول رقم 40 : يبين العلاقة الموجودة بين مدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي بالسبب في ذلك

السبب في ذلك	مدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي	نعم	لا	المجموع
لا توجد رسكلة	0	2	2	% 100
قلة الامكانيات	2	54	56	% 100
نقص التنظيم	0	6	6	% 100
الكثرة في الكم على حساب النوعية	0	7	7	% 100
عدم توفر الامن	1	3	4	% 100
خلل في النظام	0	11	11	% 100
ظروف العمل السيئة	1	7	8	% 100
نقص عدد المؤطرين	0	23	23	% 100
التأخر في التعليم التكنولوجي	0	8	8	% 100
نحن في كارثة علمية	0	17	17	% 100
نقص حس المسؤولية	0	7	7	% 100
عدم المقدرة على التماشي مع التطورات الطبية الحديثة	0	5	5	% 100
لا توجد منظومة تكوين واضحة	0	9	9	% 100
المناخ العلمي لا يسمح بتطوير المهارات	0	6	6	% 100
نقص المستشفيات	0	5	5	% 100
الاساتذة و البرنامج و الكتب هي نفسها التي في الخارج	4	0	4	% 100
لا أدري	0	1	1	% 100
المجموع	8	110	*118	% 93,2

*تقلص عدد المبحوثين نظرا لكون بعضهم لم يجب على نسب تماشي أو عدم تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي.

من خلال هذا الجدول أعلاه و الذي يبين لنا نسب تماشي أو عدم تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي حسب رأي المبحوثين حيث يتبين لنا بأن هناك فئتين فقط من المبحوثين وهما اللاتي أجابتا على السبب وراء تماشي أو عدم تماشي طريقة التكوين الجزائري بالعالمي، حيث لا تظهر في الجدول الفئتين المتبقيتين "نوعا ما" و "بدون إجابة " نظرا لكونها امتنعتا عن الإجابة عن السبب وراء ذلك لذلك تقلص عدد المبحوثين إلى 118 مبحوث.

فالفئة الأولى وهي فئة المبحوثين التي ترى بأن طريقة التكوين الجزائري لا تتماشى ومتطلبات التكوين العالمي و التي بلغت نسبتها بـ 93,2 % نجد من بينهم نسبة 100 % ترى أن السبب في ذلك يرجع إلى عدة أسباب أولها أن لا توجد رسكلة لديهم، والأطباء المقيمين ليسو معنيين بها، ونقص التنظيم .

- الكثرة في الكم على حساب النوعية، حيث كثرة المرضى بقاعات الانتظار في كل مصلحة طبية تؤدي إلى الإسراع في الاستشارة الطبية و ذلك لتفادي الازدحام و المشاكل التي تنتج عنه، فكلما كثرت الكمية قلت النوعية أي أن كثرة المرضى تؤدي بالطبيب إلى إهمال بعض جوانب المرض للمريض الواحد فالإسراع في العمل يؤدي إلى نقص الجودة.

- خلل في النظام : كما قال أحدهم الخلل يأتي من فوق الهرم، ونحن كأطباء في أسفل الهرم، و إذا أردنا إصلاح المنظومة الصحية يجب البدء بأعلى الهرم وليس بأسفله.

- نقص عدد المؤطرين : التأطير الطبي صعب نوعا ما، فالأساتذة يشكون من عدم جدية الطلبة والطلبة يشكون من نقص التأطير و يصيغونه بالتأطير الذاتي.

- التأخر في التعليم التكنولوجي، فالجزائر متأخرة في هذا الجانب بالمقارنة مع الدول المتقدمة.

- الجزائر في كارثة علمية : كل شيء يأتينا من الخارج على صحن من ذهب و نحن لا نستعمل ما في الصحن، لا نتعب، لا نبحث.

- نقص حَس المسؤولية لدى المشرفين على التكوين و التأطير من جهة و الطلبة من جهة أخرى.

- عدم المقدرة على التماشي مع التطورات الطبية الحديثة.

- لا توجد منظومة تكوين واضحة.

- المناخ العلمي لا يسمح بتطوير المهارات.

- نقص المستشفيات و اكتضاضاها.

ثم تليها نسبة 96,4% ترى بأن السبب في عدم تماشي طريقة التكوين الجزائري و متطلبات التكوين العالمي يرجع إلى قلة الإمكانيات، و ذلك ما لاحظته من خلال شبكة الملاحظات عندما أخذت ابنتي الرضعية استعجالا طب الأطفال فلاحظت أنهم لا يملكون أدنى الامكانيات للفحص الطبي، أولها المصباح الذي يستعملونه لرؤية اللوزتين فكانوا دائما يستعملون المصباح الخاص بالهاتف النقال⁽¹⁾.

ثم نسبة 87,5% يرون بأن السبب في ذلك يرجع إلى ظروف العمل السيئة المادية و المعنوية و تختلف حسب المصالح الطبية، فهناك مصالح طبية تملك الوسائل المادية المساعدة مثل مصلحة المواليد الجدد، و هناك مصالح تفتقر لذلك.

(1)-شبكة الملاحظات، يوم 23 جانفي 2016، ما بين الساعة 06سا و 07سا صباحا.

ونسبة 75% ترى بأن السبب يعود إلى عدم توفر الأمن وذلك ما لاحظته في مصلحة الاستعجالات (1) حينما كنت أقوم بشبكة الملاحظات مجموعة من الشباب دخلوا الباب وهم يجرون اثنان منهم يحملان كل واحد منهما رجلا جريحا و يجري نحو قاعة الفحص الطبي، ثم بدأ بالصراخ و التكسير و ضرب الأطباء و المرضى و الأمن لا وجود له، أتى بعد مدة من الزمن.

كانت هذه الفئة الأولى أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك التي ترى بأن طريقة التكوين الطبي الجزائري تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، و السبب في ذلك يرجع إلى أن الاساتذة و البرنامج و الكتب المتوفرة هنا بالجزائر الموفرة في الخارج، و أن من يريد كسب الكفاءة الطبية و النجاح في ميدان الطب يستوجب أن يكون دائم الاطلاع على الكتب الطبية و المجالات العلمية الحديثة، و الانترنت فيها الاجابة على كل الأسئلة التي لا تخطر في البال .

تليها نسبة 25% ترى بأنه رغم أن طريقة التكوين تتماشى و متطلبات التكوين العالمي إلا أن هناك نقص في الأمن، و 12,5% يرون بأنه هناك ظروف عمل سيئة، ونسبة 3,6% ترى بأنه هناك نقص في الامكانيات .

إذا من خلال الجدول يتبين بأنه هناك مشاكل كثيرة ذكرها المبحوثين و التي كانت السبب في عرقلة التكوين وجعله لا يتماشى و متطلبات التكوين العالمي، كلها أسباب موجودة عانى منها الطلبة و ما زال يعاني رغم المجهودات المبذولة للتخفيف منها من طرف المسؤولين على ذلك.

5/ طبيعة التكوين الطبي بالمؤسسة الاستشفائية العمومية و علاقتها بالتسهيل في المسار المهني عند الأطباء المقيمين

(1)- شبكة الملاحظات، يوم 05 ديسمبر 2015، ما بين الساعة 14 سا و 15 سا.

الجدول رقم 41 : يبين العلاقة الموجودة بين المصلحة الطبية و درجة الاستفادة من التكوين

المجموع	بدون اجابة	نوعا ما	لا	نعم	نسبة الاستفادة من التكوين المصلحة الطبية
11 % 100	1 %9,1	0 %0	5 % 45,5	5 % 45,5	أمراض الكبد
13 % 100	0 % 0	0 % 0	6 % 46,2	7 % 53,8	جراحة الأطفال
6 % 100	0 % 0	0 % 0	3 % 50	3 % 50	أمراض القلب
11 % 100	0 % 0	0 % 0	4 % 36,4	7 % 63,6	طب الأطفال
16 % 100	0 % 0	1 % 6,3	8 % 50	7 % 43,8	الطب الشرعي
25 % 100	0 % 0	0 % 0	16 % 64	9 % 36	جراحة القلب
5 % 100	0 % 0	0 % 0	3 % 60	2 % 40	جراحة الفك و الوجه
4 % 100	0 % 0	0 % 0	2 % 50	2 % 50	جراحة اللثة
6 % 100	1 % 16,7	0 % 0	3 % 50	2 % 33,3	جراحة العظام
5 % 100	0 %0	0 %0	3 % 60	2 % 40	الطب الداخلي
5 % 100	0 % 0	0 % 0	3 % 60	2 % 40	المواليد الجدد
1 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 100	الأنسجة الداعمة الأسنان
4 % 100	0 % 0	0 % 0	3 % 75	1 % 25	الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء
4 % 100	0 % 0	0 % 0	2 % 50	2 % 50	الانف الاذن و الحنجرة
2 % 100	0 %0	0 %0	1 % 50	1 % 50	أمراض السكري
16 % 100	0 % 50	0 % 50	4 % 25	12 %75	الامراض الجلدية
4 % 100		0 % 0	4 % 100	0 % 0	طب النساء و التوليد
12 % 100	0 % 0	2 % 16,7	7 % 58,3	3 % 25	امراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية
3 % 100	0 % 0	0 % 0	2 % 66,7	1 % 33	الاستجالات
12 % 100	0 % 0	0 % 0	12 % 100	0 % 0	طب العيون
165 % 100	2 % 1,2	3 % 1,8	91 % 55,2	69 % 41,8	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نسبة الاستفادة من التكوين بالمصلحة الطبية، حيث يتبين بأن نسبة 55,2% أجابت بأنها لا تستفيد من التكوين بنسبة كبيرة بالمؤسسة الإستشفائية التي يتربصون بها، ثم تليها نسبة 41,8% ترى بأنها تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين، و أخيرا نسبة 1,8% ترى بأنها تستفيد نوعا ما من التكوين أي بنسبة متوسطة .

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين التي أجابت بأنها لا تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين، هذه النسبة فاقت النصف بقليل نجدها تتوزع بنسب مختلفة بين المصالح الطبية، متقاربة في الغالب، نجد من بينها أكبر نسبة في مصلحة طب النساء و التوليد و مصلحة طب العيون بنسبة 100%، ثم تليها مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الامعاء بنسبة 75%، تأتي بعدها مصلحة الاستعجالات بنسبة 66,3%، ثم مصلحة القلب بنسبة 64%، ثم كل من مصلحة جراحة الفك و الوجه و مصلحة طب الداخلي و مصلحة المواليد الجدد بنسبة 60%، ثم نسبة 58,3% في مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، ثم نسبة 50% في كل من مصلحة أمراض القلب و مصلحة الطب الشرعي و مصلحة جراحة اللثة و مصلحة جراحة العظام، و مصلحة الأذن الأنف و الحنجرة و مصلحة أمراض السكرى، ثم مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 46,2%، تأتي بعدها مباشرة مصلحة أمراض الكبد بنسبة 45,5%، فمصلحة طب الأطفال بنسبة 36,4%، و أخيرا مصلحة الأمراض الجلدية بنسبة 25% .

أما الفئة الثانية من المبحوثين وهي تلك التي ترى بأنها تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين، نجد من بينهم نسبة 100% في مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان ثم نسبة 75% في مصلحة الجلدية، بعدها تأتي مصلحة طب الأطفال بنسبة 63,6%، بعدها مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 53,8%، بعدها تأتي مصلحة أمراض القلب و مصلحة جراحة اللثة و مصلحة الأنف و أذن و الحنجرة و مصلحة أمراض السكرى بنسبة 50%، بعدها تأتي مصلحة أمراض الكبد بنسبة 45,5%، ثم

مصلحة الطب الشرعي بنسبة 43,8% ثم تأتي بعدها كل من مصلحة جراحة الفك والوجه و مصلحة الطب الداخلي و مصلحة المواليد الجدد بنسبة 40%، فمصلحة جراحة القلب 36%، ثم مصلحة جراحة العظام بنسبة 33%، بعدها مباشرة مصلحة الاستعجالات بنسبة 33% ، وأخيرا نسبة 25% في كل من مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء و مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية .

و الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء التي ترى بأنها نوعا ما تستفيد من التكوين بنسبة كبيرة، هذه الفئة هي فئة صغيرة جدا تتوزع بين مصلحتين اثنتين، أولهما مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 16,7%، ثم مصلحة الطب الشرعي بنسبة 6,3%، هذه النسبة ترى بأنها تستفيد بنسبة متوسطة من التكوين بالمصلحة الطبية التي تعمل و تتكون بها، فهي ترى بأنها لا تستطيع القول بأنها تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين لأنه ليس صحيح في نضرها، كما أنها لا تستطيع القول بأنها لا تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين لذلك هي ترى بأنها تستفيد بنسبة متوسطة بالمصلحة الطبية التي تعمل بها و تتعلم وتتكون بها.

لذلك نستطيع القول من خلال هذا الجدول بأن كل من مصلحة طب النساء و التوليد و مصلحة طب العيون و مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين، ذلك لأن الاشراف و التأطير بتلك المصالح جيد في المستوى، يجعل من الأطباء المبحوثين يستفيدون بنسب كبيرة من المعلومات المقدمة إليهم، و بالتالي يستفيدون من التكوين، و العكس في كل من مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان و مصلحة الأمراض الجلدية التي يرى مبحوثيها بأنهم لا يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين، وأنهم يستعملون مجهودات ذاتية كبيرة حتى يكملون النقص الموجود بالتكوين الذي يتلقونه.

الجدول رقم 42 : يبين العلاقة الموجودة بين نسبة الاستفادة من التكوين بالأقدمية:

مدى الاستفادة من التكوين الأقدمية	نعم	لا	نوعا ما	بدون اجابة	المجموع
السنة الأولى	14 % 38,9	22 %61,1	0 %0	0 % 0	36 %100
السنة الثانية	19 % 42,2	25 % 55,6	1 % 2,2	0 % 0	45 %100
السنة الثالثة	18 % 39,1	26 %56,5	1 % 2,2	1 % 2,2	46 %100
السنة الرابعة	7 % 41,2	9 % 52,9	0 %0	1 % 5,9	17 %100
السنة الخامسة	6 % 75	2 % 25	0 %0	0 % 0	8 %100
السنة السادسة	0 % 0	1 % 100	0 %0	0 %0	1 %100
بدون اجابة	5 % 41,7	6 % 50	1 % 8,3	0 % 0	12 %100
المجموع	69 %41,8	91 % 55,2	3 % 1,8	2 % 1,2	165 %100

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين نسبة الاستفادة من التكوين للمبحوثين بالأقدمية، حيث يتبين لنا بأن نسبة 55,2% يرون بأنهم لا يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين بالمؤسسة الاستشفائية مكان التمدرس و التكوين والعمل، حيث يتبين لنا أنهم يتوزعون على ست سنوات مختلفة و بنسب متفاوتة، فنجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون في السنة السادسة، ثم تليها نسبة 61,1% يتمدرسون في السنة الأولى، ثم بعدها نسبة 56,6% يتمدرسون في السنة الثالثة، بعدها تأتي مباشرة نسبة 55,6% يتمدرسون في السنة الثانية، ثم الطلبة الذين يتمدرسون في السنة الرابعة بنسبة 52,9% ، وأخيرا نسبة 25% يتمدرسون في السنة الخامسة، و بذلك نلاحظ بأنه في هذه الفئة من المبحوثين كلما زادت الأقدمية كلما نقصت نسبة الاستفادة من التكوين، و نجد نسبة 41,8% من المبحوثين يرون بأنهم يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين بالمؤسسة الاستشفائية مكان التكوين الذي يتلقونه، حيث نلاحظ أنهم يتوزعون على خمس سنوات و التي من بينهم نسبة

75% يتمدرسون في السنة الخامسة، ثم تليها نسبة 42,2% يتمدرسون في السنة الثانية، ثم نسبة 41,2% يتمدرسون في السنة الرابعة، ثم نسبة 39,1% يتمدرسون في السنة الثالثة، و أخيرا نسبة 38,9% يتمدرسون في السنة الأولى.

و أخيرا تأتي فئة الأطباء المبحوثين التي ترى بأنها تستفيد نوعا ما من التكوين بنسبة 1,8% نجدها تتوزع على سنتين السنة الثانية و السنة الثالثة بنفس النسبة 2,2% .

الجدول رقم 43 : يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي بمدى الاستفادة من التكوين

مدى الاستفادة بنسبة كبيرة من التكوين الطبي مدى تحقق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي	نعم	لا	نوعا ما	بدون إجابة	المجموع
نعم	59 %51,3	52 %45,2	2 %1,7	2 %1,7	115 % 100
لا	2 %11,1	16 % 88,9	0 % 0	0 % 0	18 % 100
نوعا ما	5 %21,7	17 %73,9	1 % 4,3	0 % 0	23 % 100
تكوين شخصي	1 %25	3 %75	0 % 0	0 % 0	4 % 100
بصعوبة	0 % 0	2 % 100	0 % 0	0 % 0	2 % 100
في المجال التطبيقي فقط	0 % 0	1 % 100	0 % 0	0 % 0	1 % 100
بدون إجابة	2 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 100
المجموع	69 % 41,8	91 % 55,2	3 % 1,8	2 % 1,8	165 % 100

من خلال هذا الجدول أعلاه و الذي يبين لنا العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة للمبحوثين في مسارهم المهني الطبي بمدى استفادتهم بالتكوين الذي يتلقونه كطلبة أطباء، حيث يتبين لنا بأن نسبة 55,2% يرون بأنهم لا يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين، نجد من بينهم نسبة 100% يرون

بأن التكوين الذي يتلقوه أتى بنتائج ساعدتهم في مسارهم المهني و لكن بصعوبة كبيرة و نفس النسبة أي 100% يرون بأنه أي التكوين حقق لهم نتائج في مسارهم المهني و لكن في المجال التطبيقي فقط، دون المجال النظري، تليهما نسبة 88,9% يرون بأنه لم يأتي بنتائج ساعدتهم في المسار المهني إطلاقاً، ثم نسبة 75% يرون بأنه تكوين شخصي، بعدها مباشرة تأتي نسبة 73,9% يرون بأنه نوعاً ما يحقق لهم نتائج تساعد في المسار المهني، أي ليس دائماً أو قليلاً، و أخيراً نسبة 45,2% يرون بأنه يحقق لهم نتائج تساعد في المسار المهني.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأنها تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين بالمؤسسة الاستشفائية مكان التدريب و التكوين و التي تقدر بـ 41,8% ، نجد من بينهم نسبة 51,3% يرون بأن التكوين الذي يتلقونه أتى بنتائج ساعدتهم في مسارهم الطبي، ثم تليها نسبة 25% ترى بأنه تكوين شخصي لم يساعد في شيء، وقد حققوا نتائج بمجهوداتهم الشخصية الذاتية، ثم نسبة 21,7% يرون بأن التكوين نوعاً ما حقق لهم نتائج ساعدتهم في مسارهم المهني الطبي، و أخيراً نسبة 11,1% يرون بأنهم استفادوا بنسبة كبيرة من التكوين و لكن لم يحقق لهم هذا التكوين أي نتائج لكي تساعد في مسارهم الطبي .

أما الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي تلك التي ترى بأن نسبة استفادتهم من التكوين كانت نوعاً ما كبيرة، أي متوسطة ليست بكبيرة و ليست بصغيرة، وقد قدرت نسبة هذه الفئة بـ 1,8% نجد من بينهم نسبة 4,3% ترى بأن التكوين أتى نوعاً ما بنتائج ساعدتهم في مسارهم المهني الطبي، ثم تليها نسبة 1,7% ترى بأن هذا التكوين أتى بنتائج ساعدتهم في مسارهم المهني .

نلاحظ من خلال الجدول بأن المبحوثين لم يستفيدوا بنسبة كبيرة من التكوين الذي يتلقونه كطلبة أطباء في طور التكوين و التدريب، و أن النسبة القليلة التي استفادوا منها كانت بصعوبة كبيرة، و كانت نتاج لمجهودات شخصية فردية

ذاتية، عن طريق البحث و الاستطلاع و العمل الدؤوب و الجري وراء الحالات التي كانوا يقومون بالكشف عليها،و التي زادت من قدراتهم الذاتية و خبرتهم.

الجدول رقم 44 : يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة التكوين ومدى الاستفادة من التكوين

طبيعة التكوين مدى الاستفادة من التكوين الطبي	تكوين نظري محض	تكوين تطبيقي محض	ممزوج	بدون إجابة	المجموع
نعم	2 %2,9	1 %1,4	65 %94,2	1 %1,4	69 % 100
لا	6 %6,6	7 % 7,7	78 %85,7	0 % 0	91 % 100
نوعا ما	0 %0	0 %0	3 % 100	0 % 0	3 % 100
بدون إجابة	0 % 0	0 % 0	2 % 100	0 % 0	2 % 100
المجموع	8 % 4,8	8 % 4,8	148 % 89,7	1 % 0,6	165 % 100

من خلال هذا الجدول أعلاه و الذي يبين لنا طبيعة التكوين الذي يتلقاه الطالبة بالمؤسسة الاستشفائية ميدان البحث و علاقته بنسبة الاستفادة من التكوين،حيث يتبين لنا بأن 89,7% من المبحوثين أجابوا بأن التكوين هو تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، نظري بالجامعة و تطبيقي بالمؤسسة الاستشفائية التي يتدربون بها و يطبقون ما درسوه بالنظري على المرضى، ثم تليها نسبة 4,8% يرون بأنه تكوين نظري محض و نفس النسبة يرون بأنه تطبيقي محض .

ففيما يخص الفئة الأولى التي ترى بأنه تكوين ممزوج نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأنهم نوعا ما يستفيدون من التكوين بنسبة كبيرة، أي أنهم يستفيدون بنسبة متوسطة منه، ثم تليها نسبة 94,2% يرون بأنهم يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين و أخيرا نسبة 85,7% يرون بأنهم لا يستفيدون بنسبة كبيرة من هذا التكوين الذي يتلقونه .

أما الفئة الثانية من المبحوثين وهي الفئة التي ترى بأنه تكوين نظري محض نجد من بينهم نسبة 6,6% يرون بأنهم لا يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين، ثم تليها نسبة 2,9% يرون بأنهم يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين.

أما الفئة الأخيرة فتري بأنه تكوين تطبيقي محض، نجد من بينهم نسبة 7,7% ترى بأنهم لا يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين، ثم تليها نسبة 1,4% يرون بأنهم يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين.

من خلال الجدول نلاحظ بأن أغلب العينة المبحوثة تقدر بـ 90% يرون بأنه تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، أي بين الجامعة و المؤسسة الاستشفائية التي يتدربون بها و أغلبهم يرون بأنهم يستفيدون نوعا ما من التكوين، فالفئة التي أجابت بأنه تكوين ممزوج يرون أنهم نوعا ما يستفيدون بنسبة كبيرة من التكوين أما الفئتين اللاتي تريا أنه تكوين نظري محض و تطبيقي محض نجدهما لا يستفيدان بنسبة كبيرة من التكوين.

الجدول رقم 45 : يبين العلاقة الموجودة بين نوع التكوين بالمصلحة الطبية للمبحوثين

طبيعة التكوين / المصلحة الطبية	ممزوج	تكوين تطبيقي محض	تكوين نظري محض	بدون اجابة	المجموع
أمراض الكبد	10 % 90,9	1 % 9,1	0 % 0	0 % 0	0 % 100
جراحة الأطفال	12 % 92,3	0 % 0	1 % 7,7	0 % 0	13 % 100
أمراض القلب	6 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	6 % 100
طب الأطفال	8 % 72,7	2 % 18,2	0 % 0	0 % 0	11 % 100
الطب الشرعي	16 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	16 % 100
جراحة القلب	23 % 92	0 % 0	2 % 8	0 % 0	25 % 100
جراحة الفك و الوجه	5 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	5 % 100
جراحة اللثة	4 % 100	0 % 50	0 % 0	0 % 0	4 % 100
جراحة العظام	6 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	6 % 100
الطب الداخلي	4 % 80	0 % 0	0 % 0	1 % 20	5 % 100
المواليد الجدد	4 % 80	1 % 20	0 % 0	0 % 0	5 % 100
الأنسجة الداعمة الأسنان	0 % 100	0 % 0	1 % 100	0 % 0	1 % 100
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	4 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	4 % 100
الانف الاذن و الحنجرة	2 % 50	2 % 50	0 % 0	0 % 0	4 % 100
أمراض السكري	2 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 100
الامراض الجلدية	16 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	16 % 100
طب النساء و التوليد	2 % 50	1 % 25	1 % 25	0 % 0	4 % 100
امراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	11 % 91,7	1 % 8,3	0 % 0	0 % 0	12 % 100
الاستعدادات	3 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3 % 100
طب العيون	10 % 83,3	0 % 0	2 % 16,7	0 % 0	12 % 100
المجموع	148 % 89,7	8 % 4,8	8 % 4,8	1 % 0,6	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين نوع التكوين الذي يتلقاه المبحوثين بالمصلحة الطبية التي يتعلمون و يتدربون بها يتبين لنا بأن أغلبية العينة المبحوثة و التي قدرت بـ 89,7% أجابوا بأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، ثم تليها نسبة 4,8% أجابوا بأنه تكوين تطبيقي محض، ونفس النسبة أجابوا بأنه تكوين نظري محض.

ففيما يخص الفئة الأولى و التي أجابت بأنه تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، وأن ما يدرسونه في النظري يطبقونه على المرضى بالمؤسسة الاستشفائية، و احيانا يجدون حالات شاذة لم يدرسوا عليها في النظري في الجامعة و لكنهم يتعرفوا عليها مباشرة في الميدان، نجد من بين هذه الفئة نسبة 100% يتوزعون في كل من مصلحة أمراض القلب، الطب الشرعي، جراحة الفك و الوجه، جراحة اللثة، جراحة العظام، الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، أمراض السكرى، الأمراض الجلدية و مصلحة الاستعجالات، فكل الأطباء المتواجدين في هذه المصالح أجابوا بأنه تكوين ممزوج، ثم تليهم مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 92,3% بعدها مباشرة تأتي مصلحة جراحة القلب، بعدها كذلك مباشرة تأتي مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 91,7%، فمصلحة أمراض الكبد بنسبة 90,9%، ثم نسبة 83,3% في مصلحة طب العيون، ثم نسبة 80% في كل من مصلحتي الطب الداخلي و المواليد الجدد، و مصلحة طب الأطفال بنسبة 72,7%، و أخيرا نسبة 50% في مصلحة طب النساء و التوليد.

أما الفئة الثانية من المبحوثين فهي تلك التي ترى بأن التكوين هو تكوين تطبيقي محض، نجدهم يتوزعون على ست مصالح طبية، 50% منهم في مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة، ثم تليها نسبة 25% في مصلحة طب النساء و التواليد، بعدها تأتي مصلحة المواليد الجدد بنسبة 20%، ثم مصلحة طب الأطفال بنسبة 18,2%، تليها مصلحة أمراض الكبد بنسبة 9,1%، و أخيرا مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 8,3%.

و الفئة الثالثة هي الفئة الأطباء الذين أجابوا بأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين نظري محض، نجد من بينهم 100% في مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، ثم تليها نسبة 25% في مصلحة طب النساء و التوليد، فمصلحة طب العيون بنسبة 16,7%، ثم مصلحة طب الأطفال بنسبة 9,1%، و بنسبة 8% بمصلحة جراحة القلب، و أخيرا نسبة 7,7% بمصلحة جراحة الأطفال.

إن فن الطب ليس علم تطبيقي محض ولا نظري محض و لكنه علم ممزوج بين النظري و التطبيقي، يقرأ الطالبة الأمراض و مسبباتها و حلولها و الدواء المناسب لها و من كل الجوانب، ثم يطبقونها بعد ذلك على المرضى، فالطب يستجوب على ممتنه الحفظ و الذاكرة القوية و سرعة الادراك لانقاذ المرضى، و ما يثبت ذلك إجابة الأغلبية الساحقة للمبحوثين على أنه علم ممزوج بين النظري و التطبيقي .

الجدول رقم 46 : يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي ومدى تماشي متطلبات التكوين العالمي

المتطلبات العالمية للتكوين	نعم	لا	نوعا ما	بدون إجابة	المجموع
مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي	13	100	1	1	115
نعم	11,8%	87%	0,9%	0,9%	100%
لا	1	17	0	0	18
لا	56%	94,4%	0%	0%	100%
نوعا ما	1	22	0	0	23
نوعا ما	4,3%	95,7%	0%	0%	100%
تكوين شخصي	0	4	0	0	4
تكوين شخصي	0%	100%	0%	0%	100%
بصعوبة	0	2	0	0	2
بصعوبة	0%	100%	0%	0%	100%
في المجال التطبيقي فقط	0	1	0	0	1
في المجال التطبيقي فقط	0%	100%	0%	0%	100%
بدون إجابة	1	1	0	0	2
بدون إجابة	50%	50%	0%	0%	100%
المجموع	16	147	1	2	165
المجموع	9,7%	89,1%	0,8%	0,6%	100%

من خلال هذا الجدول أعلاه يبين لنا بأن أغلبية الفئة المبحوثة و التي تقدر بـ 89,1% ترى بأن متطلبات تكوين الأطباء هنا بالجزائر لا تتماشى مع متطلبات التكوين العالمي، ثم تليها نسبة 9,7% فقط ترى بأنها تتماشى و متطلبات التكوين العالمي و أخيرا نسبة 0,6% ترى بأنها نوعا ما تتماشى مع متطلبات التكوين العالمي .

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين، وهي تلك التي ترى بأنها لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأنه تكوين شخصي أكثر منه تأطير من طرف المشرفين، فالمؤطرين وقت الحاجة إليهم لا يتواجدون بالمصلحة، و بنفس النسبة أي 100% يرون بأنه تكوين يحقق لهم النتائج التي تساعدهم في مسارهم المهني و لكن بصعوبة، كذلك نسبة 100% يرون بأنه أي التكوين يحقق لهم النتائج التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي و لكن في المجال التطبيقي فقط، ثم تليهم نسبة 95,7% يرون بأنه يحقق لهم نوعا ما النتائج التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، تأتي بعدها مباشرة نسبة 94,4% ترى بأنها لا تحقق لهم اطلاقا النتائج المساعدة في مسارهم المهني، و أخيرا نسبة 87% يرون بأن التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المساعدة في مسارهم المهني الطبي.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن متطلبات التكوين هنا بالجزائر تتماشى و متطلبات التكوين العالمي نجد من بينهم نسبة 11,8% يرون بأن التكوين يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني الطبي، ثم نسبة 5,6% ترى بأنه لا يحقق لهم بالمرة النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني، و أخيرا نسبة 4,3% ترى بأنه نوعا ما يحقق هذه النتائج المساعدة، هذه الفئة من المبحوثين هي فئة ترى التكوين هنا بالجزائر بإيجابيه و هي راضية عليه، فهي ترى بأن متطلباته تتماشى و متطلبات التكوين العالمي و أنه يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني، وهي عكس الفئة الأولى التي

ترى بأنه أي التكوين متطلباته لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، و أنه لا يحقق النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني.

و الفئة الأخيرة و هي الفئة التي ترى بأن متطلبات التكوين بالجزائر تتماشى نوعا ما مع متطلبات التكوين العالمي، نجد من بينهم نسبة 0,9% يرون بأن التكوين رغم النقص الذي يسجله إلا أنه يحقق لهم النتائج المساعدة لهم في مسارهم المهني الطبي الحاضر و المستقبلي.

من خلال الجدول نلاحظ بأن التكوين الذي يتلقاه الطلبة المقيمين المبحوثين بالمؤسسة الاستشفائية التي يتكونون بها مصطفى باشا الجامعية متطلباته لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، و أنه حقق نقص كبير و من كل النواحي و الجهات، من معدات و آلات و أدوية و بنى تحتية وحتى في مستوى التأطير، و بالتالي هو لا يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، فهي تحقق لهم تلك النتائج و لكن بنسب قليلة و صغيرة جدا، حقق لهم النتائج بصعوبة تامة و ذلك بالاعتماد على أنفسهم و بمجهوداتهم الشخصية و الذاتية، و هم يرون أي الطلبة المبحوثين بأن الجانب النظري غائب و أنهم يغطون العجز بالإطلاع على الكتب و الانترنت و المجالات العلمية الطبية و البحوث و غيرها، لكن رغم ذلك فقد استطاع التكوين تحقيق لهم النتائج المرجوة و التي تساعدهم في المسار المهني الطبي و لكن في الجانب التطبيقي فقط، ذلك نظرا لتعدد و تنوع الحالات المرضية التي تزور المؤسسة الاستشفائية يوميا و من كل بقاع و نواحي الجزائر، يرى المبحوثين بأن متطلبات التكوين هنا بالجزائر لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي هذا رغم أن المؤسسة الاستشفائية التي يعملون و يتدربون بها هي من أكبر المؤسسات الاستشفائية في الجزائر ككل عدة و عتاد، حيث الآلات و المعدات و الأدوية و التأطير الجيد و الإشراف، يقصد هذه المؤسسة المؤطرين و العاملين بالإشراف على التكوين من كل نواحي الجزائر، و حتى المرضى فتتعدد الحالات و تتنوع لتكون موضوعا لتكوين الطلبة من جهة و تجد هذه الحالات الشفاء بإذن الله لمرضاها من جهة أخرى.

الجدول رقم 47 : يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة التكوين ومدى تماشي متطلباته مع متطلبات التكوين العالمي

مدى تماشي متطلبات التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي	نعم	لا	نوعا ما	بدون إجابة	المجموع
تكوين نظري محض	0 %0	8 %100	0 %0	0 %0	8 %100
تكوين تطبيقي محض	0 %0	8 %100	0 %0	0 %0	8 %100
تكوين ممزوج	15 %10,1	131 %88,5	1 %0,7	1 %0,7	148 %100
بدون إجابة	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100
المجموع	16 %9,7	147 %89,1	1 %0,6	1 %0,6	165 %100

من خلال هذا الجدول أعلاه و الذي يبين طبيعة التكوين الذي يتلقاه الطلبة الأطباء و مدى تماشي متطلبات هذا التكوين مع متطلبات التكوين العالمي، حيث يتبين لنا بأن نسبة 89,1% من المبحوثين يرون بأن متطلبات التكوين الجزائري لا تتماشى مع متطلبات التكوين العالمي وهي الأغلبية الساحقة، نجد من بينهم نسبة 100% يرون أنه تكوين نظري محض، و نفس النسبة أي 100% يرون أنه تكوين تطبيقي محض، تليهما نسبة 88,5% يرون بأنه تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي.

و هناك فئة من المبحوثين ترى بأن متطلبات التكوين الجزائري تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، هذه الفئة هي فئة قليلة نجد من بينها نسبة 10,1% يرون بأنه تكوين ممزوج، إن هذه الفئة ترى بأن متطلبات التكوين الجزائري تتماشى و متطلبات التكوين العالمي، ذلك لأنه تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، فكل جانب له أهميته في تطور فن الطب وجعل التكوين الطبي في مستوى جيد لأن الطب نظري و تطبيقي في آن واحد، ولا يمكن فصل جانب منهما عن الآخر، فإذا حدث ذلك حدث هناك خلل في التكوين الطبي و خلل في اكتساب

مهاراته، فإذا ما اكتشف العلماء في الميدان الطبي نظريا اكتشاف طبي معين او دواء يقومون بتطبيقه أولا في الميدان، قبل ان يصبح معمول به عالميا .

و أخيرا فئة الأطباء الذين يرون بأن متطلبات التكوين هنا بالجزائري تتماشى نوعا ما مع متطلبات التكوين العالمي، نجد من بينهما نسبة 0,7% يرون بأنه تكوين ممزوج .

فمن خلال الجدول يتبين لنا بأن هناك ارتباط وثيق و علاقة بين مدى تماشي متطلبات التكوين الجزائري مع متطلبات التكوين العالمي، ذلك لأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين غير ممزوج أي يا إما أنه تكوين نظري محض أو تكوين تطبيقي محض، و المعلوم انه يجب ان يكون تكوين ممزوج، فمتطلبات التكوين الطبي العالمي يجب أن يكون تكوين ممزوج حتى يحقق النتائج المرجوة منه.

6/ الرسكلة في الميدان الطبي:

الجدول رقم 48 : يبين العلاقة بين رسكلة الأطباء و تكوينهم

المجموع	لا	الرسكلة التكوين و الرسكلة لدى الأطباء
11 % 6,7	11 % 6,7	نعم
120 % 72,7	120 % 72,7	لا
2 % 1,2	2 % 1,2	نوعا ما
32 % 19,4	32 % 19,4	لا أعلم
165 % 100	165 % 100	المجموع

من خلال هذا الجدول أعلاه و الذي يبين مدى معرفة الأطباء المقيمين للفرق بين الرسكلة و التكوين الطبي الداخلي أو في مرحلة الطب الداخلي (ما بعد الطب العام مباشرة أو مرحلة التخصص) حيث يتبين بأن جميع المبحوثين بنسبة 100% أجابوا بأنهم ليسوا معنيين بالرسكلة ،و أنهم في مرحلة التكوين الطبي لا

الرسكلة و أن الرسكلة تكون خارج التكوين الطبي الداخلي سواء في داخل الوطن أو خارجه، و تكون بالمصروف الذاتي، ونسبة 72% منهم أجابوا بأن التكوين و الرسكلة لدى الأطباء ليس لهما نفس المعنى، و نسبة 6,7% اجابوا بأنهما لهما نفس المعنى و لا فرق بينهما، و نسبة 1,2% أجابوا بأن تقريبا لهما نفس المعنى .

و أخيرا نسبة 19,4% منهم لا يعرفون إن كان لهما نفس المعنى أو لا هذه النسبة من المبحوثين كانوا دائما كلما وزعت عليهم الاستمارة يطرحون السؤال مامعنى الرسكلة، أنا لا أعرف الفرق بينهما.

و بذلك يتبين من خلال الجدول و من خلال الاجابات المختلفة للمبحوثين بأن الأطباء المقيمين و هم الأطباء المبحوثين ليسوا معنيين بالرسكلة، و لا يعرفون الفرق بين الرسكلة و التكوين.

الجدول رقم 49 : يبين علاقة الأقدمية بالأطباء المستفيدين من الرسكلة

الأطباء المستفيدين من الرسكلة الأقدمية	الأطباء المرسمين	جميع الأطباء بجميع التخصصات	الأطباء المقيمين رسكلة ذاتية	اصحاب المحسوبة	لا أعلم	المجموع
السنة الأولى	18 %50	0 %0	0 %0	0 %0	18 % 50	36 % 100
السنة الثانية	14 %31,1	6 % 13,3	2 % 4,4	1 % 2,2	22 % 48,9	45 % 100
السنة الثالثة	12 %26,1	6 %13	3 % 6,5	3 % 6,5	22 % 47,8	46 % 100
السنة الرابعة	8 %47,1	2 %11,8	0 % 0	1 % 5,9	6 % 35,3	17 % 100
السنة الخامسة	4 % 50	2 % 25	0 % 0	0 % 0	2 % 25	8 % 100
السنة السادسة	1 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 100
بدون إجابة	3 % 25	1 % 8,3	0 % 0	0 % 0	8 % 66,7	12 % 100
المجموع	60 % 36,4	17 % 10,3	5 % 3	5 % 3	78 % 47,3	165 % 100

حيث يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه بأن نسبة 47,3% من المبحوثين لا يعلمون من هم الأطباء المستفيدون من الرسكلة و لا يعلمون أصلا ما معنى الرسكلة لديهم، تليها نسبة 36,4% من المبحوثين ترى بأن الأطباء المرسمين هم المعنيين بالرسكلة، تليها نسبة 10,3% من المبحوثين ترى بأن جميع الأطباء بجميع التخصصات معنيون برسكلة، ثم نسبة 5% أجابت على أن الأطباء المقيمين يقومون برسكلة ذاتية، و 5% كذلك أجابوا أن أصحاب المحسوبة فقط من يحصلون على الرسكلة.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي الفئة التي أجابت بأنها لا تعلم من هم الاطباء المستفيدون من الرسكلة، نجد نسبة 50% يتدرسون في السنة الأولى، ثم تليها نسبة 48,9% يتدرسون في السنة الثانية، ثم تليها مباشرة نسبة 47,8% يتدرسون في السنة الثالثة، و نسبة 35,3% يتدرسون في السنة الرابعة، فنسبة 25% يتدرسون في السنة السادسة .

هذه النسبة من المبحوثين و التي اجابت بأنها لا تعلم من هم الأطباء المستفيدين من الرسكلة هي نسبة جد معتبرة، تقريبا نصف العينة المبحوثة، منهم من تهرب من الاجابة، وقالها علنا لكنه اجاب بعدم علمه، وهناك منهم من لا يعرف حقا و لم تخطر في باله السؤال عن الرسكلة في الميدان الطبي، ومنهم من لا يعرف أصلا معنى كلمة رسكلة سواء باللغة العربية أو حتى الفرنسية، رغم أنها فئة مثقفة من المجتمع، فكانوا غالبا ما يسألونني أو يسألون أحد زملاءهم مامعنى الرسكلة، وهي فئة الأطباء المنهمكين فقط في الدراسة و العمل و الاطلاع على الإنترنت و البحث، فهم في عالم آخر علم المرضى و المرض، وهي فئة تخص في الغالب السنوات الثلاثة الأولى من الدراسة.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين التي اجابت بأن الأطباء المرسمين فقط هم من يحصلون على الرسكلة، نجد من بينهم نسبة 100% يتدرسون في السنة السادسة، تليها نسبة 50% يتدرسون في السنة الأولى، و

نفس النسبة يتمدرسون في السنة الخامسة، تليها نسبة 47,1% يتمدرسون في السنة الرابعة، ثم نسبة 31,1% يتمدرسون في السنة الثانية، و نسبة 26,1% يتمدرسون في السنة الثالثة .

إن هذه الفئة من الأطباء المبحوثين التي أجابت بأن الأطباء المرسمين هم فقط المعنيون بالرسكلة، تقصد بالأطباء المرسمين الأطباء ما بعد الطب الداخلي، و هم الأطباء المساعدين و الأساتذة المساعدين و رؤساء المصالح و البروفيسور منهم، ذلك لأنهم من جهة أطباء قلّة ومن جهة أخرى الأكثر أقدمية و الأكثر كفاءة منهم، وأن هذه الفئة من الأطباء في حاجة إليهما أكثر منهم لأنهم هم من يقومون بتأطيرهم و تعليمهم و تكوينهم وأن الأولوية إليهم.

وحسب مقابلة اجرتها مع رئيس مصلحة طب الأطفال و هي مصلحة الأطفال المصابين بالأورام السرطانية اخبرني بأن الرسكلة للأطباء المرسمين الذين يتبعون دراستهم في التخصص لنيل درجة طبيب مساعد أو أستاذ مساعد، و أن الطبيب المتحصل على الرسكلة هو طبيب الذي يكون موضوع دراسته التي قدمها لنيل درجة طبيب مساعد أو أستاذ مساعد بنفس موضوع الرسكلة المقترحة، ليقدم تدخله في تلك الرسكلة على أساس الدراسة التي هو في طور التحضير لها .

أما فيما يخص الفئة الثالثة من الأطباء التي أجابت إن جميع الأطباء بجميع التخصصات معنيون بالرسكلة ما عدا الأطباء المقيمين ،وذلك نظرا لكونهم مازالوا أطباء في طور التكوين و التعليم، ولم يتحصلوا بعد على شهادة طبيب مختص، نجد من بينهم نسبة 25% يتمدرسون في السنة الخامسة، ثم نسبة 13,3% يتمدرسون في السنة الثانية، تليها مباشرة نسبة 13% يتمدرسون في السنة الثالثة، و أخيرا نسبة 11,8% يتمدرسون في السنة الرابعة.

إن هذه الفئة من الأطباء التي أجابت بأن كل الأطباء بجميع التخصصات معنيون بالرسكلة ما عدا الأطباء المقيمين، فهم يقومون بالرسكلة بمصروفهم الذاتي،

وذلك لتطوير معارفهم وقدراتهم الشخصية و هم الأطباء قلة لأن هذه الدورات مكلفة جدا و باهظة الثمن بالنسبة للأطباء الذين مازالوا في طور التكوين و الدراسة ولا يملكون إلا أجرهم الشهري .

أما الفئة الرابعة من المبحوثين و التي أجابت بأن الأطباء المقيمين ليسوا معنيين بالرسكلة ويقومون بها ذاتيا نجد نسبة 6,5% يتمدرسون في السنة الثالثة، تليها نسبة 4,4% يتمدرسون في السنة الثانية، هذه النسبة من الأطباء أجابت بأنها تقوم بالرسكلة الذاتية، وذلك من خلال دراسات يقومون بها خارج المستشفى و الجامعة و مطالعة الكتب و الانترنت و البحث على الدراسات الطبية الجديدة و غيرها من المراجع والطرق التي تساعد على رسكلة معلوماتهم الطبية و التكوين، و الحصول على المزيد و المزيد من المعلومات و أخذ التجربة ممن سبقهم و فاقهم سنا و تجربة، حيث بعض الأطباء المقيمين يقومون بالعمل في المصحات الخاصة لنيل المزيد من التجربة و الكفاءة و الأجر كذلك و خاصة منهم الأطباء الجراحين.

و الفئة الخامسة من المبحوثين وهي التي ترى بأن أصحاب المحسوبة فقط هم المعنيون بالرسكلة، نجد نسبة 6,5% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم تليها نسبة 5,9% يتمدرسون في السنة الرابعة، وأخيرا نسبة 2,2% يتمدرسون في السنة الثانية.

هذه الفئة من المبحوثين اجابت بأنه حتى الأطباء المقيمين باستطاعتهم الحصول على الرسكلة إن كانوا ذو محسوبة قوية تمكّنهم من ذلك، لأنه حسب اجابتهم يتحصلون على دورات تكوينية قصيرة المدى في داخل الوطن و خارجه لكن لا تصل إليهم، ذلك لأن ذوو الرؤوس الكبرى كما أسموهم هؤلاء الطلبة الأطباء يأخذون كل الأماكن و يتقاسمونها بينهم.

الجدول رقم 50 : يبين العلاقة الموجودة بين الأطباء المستفيدين من الرسكلة بالمصلحة الطبية

الأطباء المستفيدين من الرسكلة	الأطباء المرسمين	جميع الأطباء بجميع التخصصات	الأطباء المقيمين رسكلة ذاتية	اصحاب المحسوبة	لا أعلم	المجموع
أمراض الكبد	4 %36,4	0 %0	0 %0	0 %0	7 % 63,6	11 % 100
جراحة الأطفال	5 %38,5	3 % 23,1	0 % 0	0 % 0	5 % 38,5	13 % 100
أمراض القلب	1 %16,7	0 %0	0 % 0	0 % 0	5 % 83,3	6 % 100
طب الأطفال	3 %27,3	0 %0	1 % 9,1	2 % 18,2	5 % 45,5	11 % 100
الطب الشرعي	6 % 37,5	0 % 0	0 % 0	1 % 6,3	9 % 56,3	16 % 100
جراحة القلب	14 % 56	2 % 8	1 % 4	1 % 4	7 % 28	25 % 100
جراحة الفك و الوجه	1 % 20	1 % 20	0 % 0	0 % 0	3 % 60	5 % 100
جراحة اللثة	2 % 50	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 50	4 % 100
جراحة العظام	4 %66,7	0 %0	0 %0	0 %0	2 % 33,3	6 % 100
الطب الداخلي	1 %20	2 % 40	0 % 0	0 % 0	2 % 40	5 % 100
المواليد الجدد	0 %0	2 %40	1 % 20	0 % 0	2 % 40	5 % 100
الانسجة الداعمة الأسنان	0 %0	0 %0	0 % 0	0 % 0	1 % 100	1 % 100
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	1 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3 % 75	4 % 100
الانف الاذن و الحنجرة	1 % 25	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3 % 75	4 % 100
أمراض السكري	1 % 50	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 50	2 % 100
الامراض الجلدية	6 % 37,5	3 % 18,8	1 % 6,3	1 % 6,3	5 % 31,3	16 % 100
طب النساء و التوليد	2 %50	0 %0	0 %0	0 %0	2 % 50	4 % 100
امراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	2 %16,7	1 % 8,3	1 % 8,3	0 % 0	8 % 66,7	12 % 100
الاستعدادات	1 %33,3	0 %0	0 % 0	0 % 0	2 % 66,7	3 % 100
طب العيون	5 %41,7	3 %25	0 % 0	0 % 0	4 % 33,3	12 % 100
المجموع	60 % 36,4	17 % 10,3	5 % 3	5 % 3	78 % 47,3	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين الأطباء المستفيدين من الرسكلة و المصلحة الطبية يتبين لنا بأن الفئة الأولى من المبحوثين و التي أجابت بعدم علمها من هم الأطباء المستفيدون من الرسكلة و التي كانت نسبة معتبرة و التي بلغت تقريبا النصف 47,3% ، نجد من بينها نسبة 100% في مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، تليها نسبة 83,3% بمصلحة أمراض القلب، تليها نسبة 75% فكل من الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء و مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة كذلك، ثم تليها نسبة 66,7% في كل من مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية و مصلحة الاستجالات، تليهما نسبة 63,6% في مصلحة أمراض الكبد، ثم نسبة 60% في مصلحة جراحة الفك و الوجه، فنسبة 56,3% في مصلحة الطب الشرعي، ثم نسبة 50% في مصلحة جراحة اللثة و مصلحة الأمراض السكرى و مصلحة طب النساء و التوليد، تليهم نسبة 45,5% في مصلحة طب الأطفال، تليها نسبة 40% في مصلحتين الطب الداخلي و المواليد الجدد، ثم نسبة 38,5% في مصلحة جراحة الأطفال، ثم نسبة 33,3% في مصلحتي طب العيون و جراحة العظام، ثم نسبة 31,3% في مصلحة الأمراض الجلدية، و أخيرا نسبة 28% في مصلحة جراحة القلب .

و الفئة الثانية من الأطباء التي أجابت بأن الأطباء المرسمين هم فقط المعنيون بالرسكلة فقد قدرت بـ 36,4% ، من بينهم نسبة 66,7% متواجدون في مصلحة جراحة العظام، ثم تليها نسبة 56% يعملون بمصلحة جراحة القلب، ثم نسبة 50% في مصلحة أمراض السكري، و مصلحة طب النساء و التوليد و مصلحة جراحة اللثة، تليها نسبة 41,7% في مصلحة طب العيون، ثم نسبة 38,5% في مصلحة جراحة الأطفال، تليها مباشرة نسبة 37,5% في مصلحة الأمراض الجلدية و مصلحة الطب الشرعي، ثم مصلحة أمراض الكبد بنسبة 33,3% ، فنسبة 27,3% في مصلحة طب الأطفال، ثم نسبة 25% في مصلحتي الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء و مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة، فمصلحة

الطب الداخلي تأتي بنسبة 20% ، ثم نسبة 16,7% نجدها في كل من مصلحة أمراض القلب و مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية .

بعد فئة المبحوثين التي اجابت بأن الأطباء المرسمين هم المعنيين بالرسكلة تأتي فئة المبحوثين الذين أجابوا بأن جميع الأطباء بجميع التخصصات معنيين بالرسكلة، و ذلك نسبة 10,3% نجد من بينهم نسبة 40% في كل من مصلحة الطب الداخلي، ومصلحة المواليد الجدد، تأتي بعدها نسبة 25% في مصلحة طب العيون، ثم نسبة 23,1% في مصلحة جراحة الأطفال، تأتي بعدها مصلحة جراحة الفك و الوجه بنسبة 20% ، فنسبة 18,8% في مصلحة الأمراض الجلدية، ثم نسبة 8,3% في مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، وأخيرا نسبة 8% في مصلحة جراحة القلب.

و الفئة ما قبل الأخيرة من الأطباء المبحوثين الذين أجابوا بأن الأطباء المقيمين يقومون برسكلة ذاتية، والتي قدرت نسبتهم بـ 3% ، نجد من بينهم 20% في مصلحة المواليد جدد، ثم مصلحة طب الأطفال بنسبة 9,1% ، ثم أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 8,3% ، و نسبة 6,3% في مصلحة الأمراض الجلدية، و أخيرا نسبة 4% بمصلحة جراحة القلب .

أما الفئة الأخيرة و التي قدرت نسبتها بـ 3% كذلك وهي تلك الفئة من المبحوثين التي أجابت بأن اصحاب المحسوبة هم وحدهم المعنيون بالرسكلة، نجد من بينهم نسبة 18,2% بمصلحة طب الأطفال، بعدها تأتي مصلحتي الطب الشرعي و الأمراض الجلدية بنسبة 6,3% ، و أخيرا نسبة 4% بمصلحة جراحة القلب.

بالمؤسسة الاستشفائية مصطفى باشا الجامعي ميدان البحث كنت عندما أوزع الاستثمارات على المبحوثين في الساحة أو الحديقة الخاصة بالمؤسسة، كان في الغالب يطلب مني المبحوثين استرجاعها منهم بالمصلحة التي يعملون بها، فكنت غالبا ما أذهب لأنتظرهم بالساعات فألاحظ المبحوثين و هم يؤدون عملهم و المرضى ينتظرون أدوراهم، ورؤساء المصلحة و هم يلقون الأوامر و التعليمات

على المبحوثين، لاحظت بأن أغلب الأطباء منهم من قاموا بملاً الاستمارة و منهم من امتنع، و بعضهم يملئها بتردد و البعض الآخر بنوع من التحوّف من رئيس المصلحة البروفيسور المسؤول على تأطيرهم.

الجدول رقم 51 : يبين العلاقة الموجودة بين مدى معرفة المبحوثين للفرق بين التكوين و الرسكلة و مدى معرفتهم لنوعية الأطباء المستفيدين من الرسكلة

التكوين و الرسكلة يحملان نفس المعنى	نعم	لا	نوعا ما	لا أعلم	المجموع
الأطباء المستفيدين من الرسكلة	6	50	1	3	60
الأطباء المرسمين	10%	83,3%	1,7%	5%	100%
جميع الأطباء بجميع التخصصات	1	15	0	1	17
	5,9%	88,2%	0%	5,9%	100%
الأطباء المقيمين رسكلة ذاتية	0	5	0	0	5
	0%	100%	0%	0%	100%
اصحاب المحسوبة	0	4	0	1	5
	0%	80%	0%	20%	100%
لا أعلم	4	46	1	27	78
	5,1%	59%	1,3%	34,6%	100%
المجموع	11	120	2	32	165
	6,7%	72,7%	1,2%	19,4%	100%

من خلال الجدول أعلاه الذي يبين لنا العلاقة الموجودة بين مدى معرفة المبحوثين للفرق بين التكوين و الرسكلة وعلاقتها بمدى معرفتهم لنوعية الأطباء المستفيدين منها يتبين بأن الاغلبية المطلقة من المبحوثين و التي قدرت بـ 72,7% أجابت بأن التكوين و الرسكلة لدى الأطباء ليس لهما نفس المعنى، تليها نسبة 19,4% لا تعلم إن كان لهما نفس المعنى أولا، ثم تليها نسبة 6,7% أجابت بأنهما لهما نفس المعنى، و أخيرا نسبة 1,2% ترى بأن التكوين و الرسكلة لديهما تقريبا نفس المعنى لأنّهما متشابهان.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و التي اجابت بأن تكوين الأطباء الذي هم بصدد القيام به و الرسكلة في الميدان الطبي ليس لهما نفس المعنى، نجد نسبة 100% يرون بأن الأطباء المقيمين يقومون برسكلة ذاتية، ثم تليها نسبة 88,2% يرون بأن جميع الأطباء بجميع التخصصات هم معنيون بالرسكلة، ثم

تليها نسبة 83,3% يرون بأن الأطباء المرسمين وحدهم المعنيون بالرسكلة، ثم نسبة 80% يرون بأن أصحاب المحسوبة فقط هم المعنيون بالرسكلة، و أخيرا نسبة 59% منهم لا يعلمون من هم بالتحديد الأطباء المعنيون بالرسكلة.

إن هذه الفئة من المبحوثين تعلم جيدا الفرق بين الرسكلة و التكوين الطبي في فترة الطب الداخلي (دراسة التخصص)، ولكن لا تعلم في الغالب من هم الأطباء المستفيدين منها، حيث تباينت آراءهم بين جميع الأطباء أو بين الأطباء المرسمين و أصحاب المحسوبة، حيث فاق ثلث هذه الفئة أجابت بعدم علمهما، وغالبا ما كانت عبارات المبحوثين نحن الان في فترة التكوين الطبي، لكن الرسكلة لم نستفد منها بعد، بل لم يسبق لنا حتى التفكير بها، من جهة ليس لدينا الوقت الكافي كما ترين، ومن جهة أخرى لم تطرح علينا فكرة الرسكلة هنا بالمستشفى.

أما الفئة الثانية وهي تلك التي أجابت بعدم علمها للفرق بين التكوين الطبي الذي هم بصدد التحضير له و الرسكلة لديهم، هذه الفئة أغلبهم بنسبة 34,6% لا يعلمون من هم الأطباء المستفيدين من الرسكلة، تليها نسبة 20% يرون بأن اصحاب المحسوبة هم المعنيون بالرسكلة، ثم نسبة 5,9% يرون بأن جميع الأطباء بجميع التخصصات لديهم الحق في الرسكلة بدون استثناء، و أخيرا نسبة 5% ترى بأن الأطباء المرسمين فقط الذين لديهم الحق في الرسكلة.

إن هذه الفئة من المبحوثين لا تعلم لا الفرق بين التكوين و الرسكلة، ولا حتى من هم الأطباء المستفيدين من الرسكلة ، ولا يعرفون أصلا معنى الرسكلة، رغم أنها فئة مثقفة من المجتمع أنهت فترة الطب العام و هي في فترة الطب المتخصص .

والفئة الثالثة وهي تلك الفئة التي أجابت بأن التكوين الطبي و الرسكلة لهما نفس المعنى، نجد من بينهم نسبة 10% يرون بأن الأطباء المرسمين وحدهم هم المعنيون بالرسكلة، ثم تليها نسبة 5,9% يرون بأن جميع الأطباء بجميع التخصصات معنيون بالرسكلة، و أخيرا نسبة 5,1% لا يعلمون من هم الأطباء المستفيدون من الرسكلة .

و أخيرا فئة الأطباء التي ترى بأن التكوين الطبي و الرسكلة في الميدان الطبي نوعا ما متقاربان و متشابهان و تقريبا يحملان نفس المعنى، نجد من بينهم نسبة 1,7% ترى بأن الأطباء المرسمين وحدهم هم المعنيون بالرسكلة دون غيرهم، ثم تليها نسبة 1,3% لا يعلمون من هم الأطباء المستفيدون من الرسكلة.

بصفة عامة إن الأطباء رغم ضيق الوقت و كثرة المرضى و تعقد بعض الحالات المرضية وسعة الميدان الطبي وتعقده، نجد أكثر من نصف العينة المبحوثة لديها معلومات و لو كانت بسيطة عن جوانب الحياة المختلفة، من رياضة وسياسة و اجتماع وثقافة عامة وغيرها... فهم يعلمون الفرق بين التكوين الذي هم بصدد التحضير له، و الرسكلة التي لم يسبق وان استفادوا منها، حتى ولو كانت معلوماتهم بسيطة، قد لا يعلمون معنى الرسكلة لأول وهلة عند سماعها ولكن عند التمعن بها و التفكير فيها يجدون لها تعريف في أذهانهم، هذا ما لاحظته في فترة توزيع الاستمارات هذا لأنهم فئة من المجمع مثقفة ذات اطلاع واسع بالمراجع و الكتب و الانترنت .

الجدول رقم 51 : يبين العلاقة المجودة بين الرسكلة لدى الأطباء ومدى معرفتهم للفرق بين التكوين والرسكلة

النسبة	لا	الرسكلة لدى الأطباء المقيمين الفرق بين التكوين و الرسكلة لدى الأطباء
57 %	94	التكوين هو معارف جديدة بينما الرسكلة هي تجديد للمعارف القديمة، وهما مضافات لكنهما مكملان لبعضهما البعض
2,4 %	4	لا يوجد فرق كلاهما ساعد على توفير التكوين الضروري وإعطاء المعرف الجديدة للطبيب
0,6 %	1	الفرق في الحياة المهنية التطبيقية
1,2 %	2	التكوين للجميع و الرسكلة للنخبة
38,8 %	64	لا أعرف
100 %	165	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين الرسكلة لدى الأطباء المقيمين ومدى معرفتهم للفرق بين التكوين في مرحلة التخصص الطبي (Résidanat) و الرسكلة الطبية بصفة العامة، يتبين لنا ان أكثر من نصف العينة المبحوثة و التي قدرت بـ 57% أجابت بأنه يوجد فرق بين التكوين و الرسكلة، حيث أن التكوين هو تلقي معارف جديدة، بينما الرسكلة هي تجديد للمعارف القديمة.

تليها نسبة معتبرة و التي قدرت بـ 38,8% من العينة المبحوثة أجابت بأنها لا تعرف الفرق بين التكوين و الرسكلة، ثم تأتي نسبة 2,4% ترى بأنه لا يوجد فرق بين التكوين الطبي و الرسكلة في الميدان الطبي، فنسبة 1,2% أجابت بأن التكوين للجميع الطلبة و الرسكلة للنخبة فقط، وأخيرا نسبة 0,6% ترى بأن الفرق بينهما في الحياة المهنية التطبيقية فقط.

ففيما يخص الفئة الأولى من الأطباء و التي أجابت بأن التكوين هو تلقي معارف جديدة بينما الرسكلة هي تجديد للمعارف القديمة، نجد بأن هذه الفئة قد تنوعت اجابتهما، وكلها تصّب في هذا المعنى، هذه الفئة تعرف جيدا الفرق بين الرسكلة و التكوين و قد أجابت اجابة مقنعة ارتأيت أن أذكرها، وقد لخصتها كالآتي

1. التكوين هو دراسة نظرية وتطبيقية، بينما الرسكلة تطبيقية محضة.
2. التكوين هو تعليم في الميدان الطبي يبدأ من الصفر،الرسكلة هي إعادة و دراسة المفاهيم المكتسبة مسبقا و تطوير المعارف (إعطاء الطبيب الجديد مفاهيم و معطيات علمية لمزاولة المهنة، بينما الرسكلة هي إعادة إعطاء هذه المفاهيم الجديدة للأطباء القدامى لتجديد معلوماتهم، لأن العلم في تقدم و تطوّر وازدهار).
3. التكوين طويل الأمد و الرسكلة مدة قصيرة، وهي جزء من التكوين.
4. التكوين الدراسة فيه اجبارية وفيها امتحانات، فيه الناجح و الراسب، بينما الرسكلة هي تجديد المعلومات الطبية و تطويرها، وهي غير اجبارية تسمح بتعميق التكوين وهي مكملة له فيما يخص المعلومات الطبية .

5. التكوين هو الدراسة الأولية للطب يأتي بعده الرسكلة وهي تسمح بمواظبة التكوين الطبي .
6. التكوين يعطي معارف عامة، لكن الرسكلة تساعد على تطوير المعارف و التطابق مع الجديد.
7. التكوين هو تعليم الطالبة الجدد بمعلومات جديدة لكي يؤدوا واجبهم اثناء التكوين، أما الرسكلة فهي إعادة تجديد تقنيات أطباء مسنين، و الرسكلة تؤدي إلى نتيجة أحسن من التكوين، فالتكوين هو الأول ثم الرسكلة لتطوير المعارف و التقنيات الجراحية .
8. التكوين هو وضع حجر الأساس وهو يعطي معارف أساسية، وهو أحسن من الرسكلة، فهو الذي يمكّننا من الحصول على نتائج جيّدة باستعمال على حصص منظمة من تطوير المعارف ذلك إذا ما نظرنا إلى مدة الزمنية التي نستغرقها في التكوين، أما الرسكلة فهي في الأساس للطبيب الممارس (الذي أنهى دراسة الطب المتخصص) كي يضل في المستوى، و يكون على طليعة بالمستجدات العلمية، وتكون على شكل دورات للمتخصصين.
9. التكوين يمارس في طور السنوات الدراسية المبرمجة، بينما الرسكلة فهي خلال العمل المهني.
10. التكوين يتمثل في تطبيق المعارف النظرية، أما الرسكلة فهي تتمثل في إعادة تأهيل و التكيّف مع الاكتشافات الجديدة، والتكوين يطبق في أغلب الأحيان على الأطباء المتدربين الجدد، أما الرسكلة فهي تخص الأطباء القدامى.
11. التكوين يتضمن تلقي قاعدة معلومات أساسية في الطب تمكن الطبيب من التشخيص و التعرف على أمراض معينة و كيفية علاجها، أما الرسكلة فهي تلقي معلومات و مستجدات عن حالات ثم إحداث تغيير في طريقة علاجها فتصبح أكثر فعالية و أكثر دقة.

12. التكوين هو بناء قدرات ومعارف أولية مبنية على آليات و أسس غير معروفة مسبقا، أما الرسكلة تعود إلى صقل المعارف الأولية وبناء خبرات وطرق لتحديد ورفع المستوى.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة معتبرة، أجابت بعدم معرفتها للفرق بين التكوين و الرسكلة، كانت إجاباتهم صريحة بدون تردد، فهي فئة لا تعرف ما معنى الرسكلة في الميدان الطبي، لذلك عجزت عن تحديد الفرق بينها و بين التكوين، فكانوا كثيرا ما يجيبونني التكوين هو الذي نحن بصدد دراسته، لكن الرسكلة لا أعلم .

و الفئة الثالثة التي أجابت بأنه لا يوجد فرق بينهما، فا الرسكلة و التكوين يحملان نفس المعنى، فكلاهما يساعد على توفير التكوين الضروري وإعطاء المعرفة الجديدة للطبيب، كلاهما يؤدي إلى بناء طبيب كفء في الميدان الطبي.

وفيما يخص الفئة الرابعة وهي فئة ضئيلة جدا، وهي تلك التي أجابت بأن التكوين للجميع و الرسكلة للنخبة، أي أن جميع الأطباء الذين نجحوا في امتحان الطب الداخلي لهم الحق في التكوين المتخصص حسب المدة المقررة و المحددة من طرف الجامعة وحسب التخصص، لهم نفس الامكانيات و نفس الامتيازات حتى آخر يوم من التكوين، بينما الرسكلة فهي تخص نخبة أو فئة محددة من الأطباء، قد تختارهم المؤسسة الاستشفائية العمومية مكان العمل وحسب الامتيازات المقررة و المحددة بالقانون الداخلي لتلك المؤسسة.

وأخيرا الفئة التي أجابت بان الفرق في الحياة المهنية التطبيقية، ترى بأنه لا يوجد فرق بين الرسكلة و التكوين الطبي إلا في جانب التطبيقي فقط.

من خلال هذه الاجابات التي تحصلت عليها بعد التفريغ و خاصة فيما يخص الأسئلة المقترحة، لا حضت بأن المبحوثين يتحكمون في اللغة العربية و الفرنسية في نفس الوقت، تلك كانت اجاباتهم مع تغيير فقط طفيف في العبارات، ذلك ما يكذب تلك المقولة التي تدّعي بأن الأطباء بصفة عامة ضعفاء في اللغة العربية.

استنتاج الفرضية الأولى:

رغم كل المجهودات التي بذلتها الصحة الجزائرية و مازالت تبذلها لإصلاح المنظومة الصحية وخاصة في الآونة الأخيرة إلا أنه مازال مستوى الصحة في تذبذب مستمر من السيئ إلى الأسوء، وذلك ما يدعمه آراء المبحوثين وخاصة حول مستوى التكوين الطبي و مدى تماشيه مع متطلبات التكوين العالمي، ومدى تحقيقه للنتائج المرجوة منه و التي تساعد أو تعيق الطلبة الأطباء في مسارهم المهني الطبي، وكذا مدى تطوّر معلوماتهم و معارفهم الطبية، حيث يتبين من خلال تحليل الجداول مايلي :

هناك علاقة طردية بين نوعية التكوين الطبي و تطوير المعارف الطبية، حيث كلما كان التكوين غير جيّد كلما لم يكن هناك تطوير في المعارف الطبية أو تطوير ضئيل فقط، و العكس صحيح أي كلما كان التكوين جيّد كلما كان هناك تطوير في المعارف الطبية .

إن نسبة الاستفادة من التكوين تؤثر على درجة أو مدى تطوير المعارف الطبية، إذ أن هناك علاقة طردية بينهما، فكلما زادت نسبة الاستفادة من التكوين كلما زاد تطوير المعارف الطبية لهم.

هناك علاقة طردية بين تطوير المعارف الطبية و مدى تماشي طريقة التكوين الطبي الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي، أي كلما كانت طريقة التكوين الطبي سيئة كلما نقص تطوير المعارف الطبية، و العكس صحيح أي كلما كانت طريقة التكوين جيدة كلما زاد تطوير المعارف الطبية.

كلما زادت نسبة الأقدمية كلما نقصت النسبة في مستوى تطوير المعارف الطبية من خلال التكوين الذي يتلقاه المبحوثين، و العكس صحيح أي كلما نقصت مدة الأقدمية كلما زادت نسبة تطوير المعلومات الطبية، فالعلاقة بينهما هي علاقة عكسية.

هناك علاقة طردية بين تطوير المعارف الطبية للمبحوثين من خلال التكوين الطبي، ومدى تحقيق هذا التكوين للنتائج المرجوة منه و المساعدة في المسار المهني الطبي، أي كلما حقق التكوين تطورا في المعارف الطبية كلما تحققت النتائج المرجوة منه و التي تساعد المبحوثين في مسارهم المهني الطبي، و العكس صحيح أي كلما لم يحقق التكوين تطورا في المعارف الطبية كلما لم تحقق النتائج المرجوة منه.

كلما اقتربت نوعية التكوين إلى العالمي كلما كانت جيدة، وكلما تماشت متطلبات التكوين العالمي كلما اقتربت النوعية إلى الجيدة، فالعلاقة بينهما هي علاقة طردية.

إن العلاقة بين نوعية التكوين و الأقدمية هي علاقة عكسية، فكلما زادت الأقدمية كلما كان رأي المبحوثين حول نوعية التكوين أنها ليست جيّدة، و كلما كان رأي المبحوثين عن نوعية التكوين أنها جيّدة كلما قلّت مدة الأقدمية لدى المبحوثين.

إن طبيعة التكوين الطبي لها علاقة مع مدى تحقيق التكوين للنتائج المرجوة منه و التي تساعد المبحوثين في مسارهم المهني الطبي، فالعلاقة بينهما هي علاقة طردية، بحيث كلما كان التكوين الطبي ممزوج بين النظري و التطبيقي كلما حقق النتائج المرجوة منه و المساعدة في المسار المهني الطبي للمبحوثين، و العكس صحيح.

هناك علاقة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي بالأقدمية، و هي علاقة عكسية حيث كلما زادت الأقدمية كلما نقص مستوى تحقيق النتائج المرجوة من التكوين و التي تساعد الأطباء في مسارهم المهني الطبي و العكس صحيح، أي كلما نقصت الأقدمية كلما زاد مستوى تحقيق النتائج المرجوة من التكوين.

هناك علاقة طردية بين مستوى التكوين بمدى تحقيقه للنتائج المرجوة منه و التي تساعد الأطباء المبحوثين في مسارهم المهني الطبي، حيث كلما كان مستوى التكوين متوسط يميل إلى الضعيف و الرديء كلما كان تكوين شخصي يحقق النتائج المرجوة منه بصعوبة و في المجال التطبيقي فقط.

هناك عدم رضا كبير عن التكوين عند الطلاب الأكثر أقدمية منهم عند الطلاب الأقل أقدمية، وبذلك كلما كانت الأقدمية كبيرة للمبحوثين كلما زاد عدم الرضا عن التكوين لديهم و العكس صحيح ، أي كلما قلت الأقدمية كلما قل أو نقص عدم الرضا عن التكوين لدى الأطباء المبحوثين.

إن درجة الرضا عن التكوين الذي يتلقاه الطلبة المبحوثين تكون على حسب رأيهم في مستوى هذا التكوين، فكلما اقترب رأيهم عن مستوى التكوين إلى الجيد كلما زادت درجة الرضا لديهم عنه، وكلما ابتعد عنه كلما زادت درجة عدم الرضا لديهم عن هذا التكوين.

هناك علاقة طردية بين طبيعة التكوين الذي يتلقاه المبحوثين و بين درجة الرضا لديهم عن هذا التكوين، حيث كلما كان رأي المبحوثين يبتعد عن كون التكوين ممزوج كلما زاد عدم الرضا عن هذا التكوين لديهم، أي كلما كان رأيهم عنه أنه إما تكوين نظري محض أو تطبيقي محض كلما زاد عدم الرضا عنه لديهم و العكس صحيح.

إن درجة الرضا لدى المبحوثين لها دور كبير و تأثير على رأي الأطباء المبحوثين في مدى تحقيق التكوين للنتائج المرجوة منه، و التي قد تساعدهم أو لا تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، حيث أن الأطباء غير الراضين عن التكوين الذي يتلقونه يرون بأنه تكوين شخصي يحقق لهم النتائج المرجوة منه بصعوبة، وذلك عن طريق مجهوداتهم الشخصية .

إن الرضا عن التكوين أو عدم الرضا عنه له علاقة كبيرة بمدى تحقيق هذا التكوين لتطوير المعارف الطبية لدى المبحوثين، حيث كلما حقق التكوين تطويرا في المعارف الطبية للأطباء كلما زاد الرضا لديهم عن هذا التكوين و العكس صحيح، فالعلاقة بينهما هي علاقة طردية.

إن نسبة الاستفادة من التكوين الطبي لها تأثير على درجة الرضا عن نوعية التكوين الطبي للمبحوثين، فهناك علاقة طردية بينهما، أي كلما كانت نسبة الاستفادة من التكوين كبيرة كلما زادت درجة الرضا عن نوعية التكوين، و العكس صحيح.

إن درجة الرضا عن نوعية التكوين تتأثر بنوعية التكوين نفسه، فالعلاقة بينهما علاقة طردية، حيث كلما كانت نوعية التكوين الطبي جيدة كلما زادت درجة الرضا عن هذا التكوين، و العكس صحيح.

هناك علاقة طردية بين مدى تماشي طريقة التكوين الطبي الجزائري و متطلبات التكوين العالمي و مدى الرضا عن نوعية التكوين الطبي، إذ كلما كان رأي المبحوثين على أن طريقة التكوين الجزائري لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي كلما زاد عدم الرضا عن نوعية التكوين الطبي لديهم.

هناك علاقة طردية بين مدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي وبين مستوى التكوين الطبي، حيث كلما كانت طريقة التكوين الطبي الجزائري لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي كلما كان مستوى التكوين الطبي ضعيف و رديء يعتمد على التكوين الذاتي و المجهودات الذاتية التي يبذلها الطلبة للرفع من مستواهم المهني الطبي، و العكس صحيح.

هناك علاقة طردية بين مدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي بمدى الاستفادة من التكوين، هنا العلاقة هي علاقة طردية، حيث

كلما كانت طريقة التكوين الطبي الجزائري لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي كلما كانت نسبة الاستفادة من التكوين ليست كبيرة، و العكس صحيح.

هناك علاقة طردية بين مدى تماشي طريقة التكوين الطبي الجزائري للمبـحـوثين و متطلبات التكوين العالمي بمدى أو درجة الرضا لديهم، حيث كلما تماشت طريقة التكوين الطبي الجزائري و متطلبات التكوين العالمي كلما زادت درجة الرضا عن التكوين الطبي لدى الأطباء المبحوثين، و العكس صحيح .

إن التكوين الطبي الذي يتلقاه الأطباء المقيمين هو تكوين ممزوج ذو مستوى حسن.

إن المبحوثين لم يستفيدوا بنسبة كبيرة من التكوين الذي يتلقونه كطلبة أطباء في طور التكوين و التدريب، و أن النسبة القليلة التي استفادوا منها كانت نتاج المجهودات الشخصية عن طريق البحث و الاستطلاع.

إن الأطباء المقيمين ليسوا معنيين بالرسكلة، وهي في الغالب موجهة إلى الأطباء المرسمين بما فيهم رؤساء المصالح و البروفيسور.

وبذلك نستطيع القول مما تقدم أن الأطباء المبحوثين لا يعجبهم مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه ويرون بأنه متوسط، و بذلك هناك نوع من عدم الرضا لديهم عن نوعية تكوينهم الطبي و هم لا يستفيدون بنسبة كبيرة منه.

الفصل السابع

- (1)- علاقة الطبيب بزميله الطبيب.
- (2)- المشاكل التي يواجهها الطبيب مع زملاء العمل بسبب حالة مرضية زارت المؤسسة الاستشفائية للعلاج
- (3)- مساعدة الطبيب لزميله الطبيب عند كثرة المرضى
- (4)- الأسباب المؤدية الى حدوث المشاكل بين الأطباء و زملاء العمل
- (5)- طبيعة العلاقة بين الطبيب و السلك الطبي و مدى تأثيرها على نوعية التكوين الطبي
- (6)- العلاقات مع الأطباء الطلبة الجدد
- (7)- المشاكل التي يواجهها الطبيب مع زميله الممرض و الشبه الطبي

تمهيد:

ان الجانب النفسي منحياتنا اليومية الاجتماعية و العملية مهم للحالة العادية للانسان، سواء كان هذا التنسان عاملا أو متمدرسا أو مقيما بالبيت أو الى غير ذلك من الأحوال الاجتماعية، فبالحالة النفسية نبنى و نشيد، نعمل ندرس و ننجح، و بها كذلك نفشل و نرسب لتتطم حياتنا و نسقط في الهاوية أين لامخرج و لا منفذ نفس الوقت، فيها نحدد علاقاتنا مع الأهل أولا ثم الأصدقاء و الزملاء في العمل فهي تؤثر في أحوالنا الاجتماعية و تتأثر بها تؤثر في علاقاتنا و تتأثر بها.

ففي هذا الفصل من الجانب التطبيقي سوف نتعرف على نوعية العلاقات التي تربط بين المبحوثين فيما بينهم أولا، ثم ما بينهم و بين السلك الشبه الطبي المساعد من ممرضيين و المساعدين الشبه الطبيين، علاقاتهم مع الطلبة الأطباء الجدد و معرفة مدى المساعدة الموجودة بينهم و مدى تأثيرها على التكوين الطبي لديهم .

1/ علاقة الطبيب بزميله الطبيب:

جدول رقم 52: بين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم و المصلحة الطبية:

نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء	علاقة تضامن وتعاون	علاقة صراع ومنافسة	علاقة غير حسد	علاقة تبادل و تكامل في الأدوار	علاقة زمالة لا تتجدد الحدود	نحن عائلة و العلاقة بيننا انثلية	علاقة صداقة طبية و رائعة تكون فريقا متحد	علاقة أخوة	المجموع
أمراض الكبد	09	3	2	4	2	0	0	0	20
	%45	%15	%10	%20	%10	%0	%0	%0	%100
جراحة الأطفال	9	2	0	6	3	0	0	0	20
	%45	%10	%0	%30	%15	%0	%0	%0	100%
أمراض القلب	4	2	2	2	3	0	0	0	13
	%30,8	%15,4	%15,4	%15,4	%23	%0	%0	%0	%100
طب الأطفال	8	1	2	5	0	0	0	0	16
	%50	%6,3	%12,5	%31,2	%0	%0	%0	%0	%100
الطب الشرعي	14	0	1	8	1	1	0	0	25
	%56	%0	%4	%32	%4	%4	%0	%0	%100
جراحة القلب	21	9	5	14	4	1	1	1	56
	%37,5	%16,1	%8,9	%25	%7,1	%1,8	%1,8	%1,8	%100
جراحة الفك و الوجه	2	0	0	3	2	0	0	0	7
	%28,6	%0	%0	%42,8	%28,6	%0	%0	%0	%100
جراحة اللثة	3	0	0	1	0	0	0	0	4
	%75	%0	%0	%25	%0	%0	%0	%0	%100
جراحة العظام	4	4	0	3	2	0	0	0	13
	%30,8	%30,8	%0	%23	%15,4	%0	%0	%0	%100
الطب الداخلي	5	2	3	4	1	0	0	0	15
	%33,3	%13,3	%20	%26,7	%6,7	%0	%0	%0	%100
المواليد الجدد	5	0	0	4	1	0	0	0	10
	%50	%0	%0	%40	%10	%0	%0	%0	%100
الأنسجة الداعمة للأسنان	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	%0	%0	%0	%0	%100	%0	%0	%0	%100
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	3	1	0	2	1	0	0	0	7
	%42,8	%14,3	%0	%28,6	%14,3	%0	%0	%0	%100
الأنف و الأذن و الحنجرة	4	2	0	4	1	0	0	0	11
	%36,4	%18,2	%0	%36,4	%9	%0	%0	%0	%100
أمراض السكري	1	1	0	1	1	0	0	0	4
	%25	%25	%0	%25	%25	%0	%0	%0	%100
الأمراض الجلدية	15	1	1	9	1	0	0	0	27
	%6,55	%7,3	%7,3	%3,33	%7,3	%0	%0	%0	%100
طب النساء و التوليد	3	0	1	2	1	0	0	0	7
	%9,42	%0	%3,14	%6,28	%3,14	%0	%0	%0	%100
أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	9	3	0	8	5	0	0	0	25
	%36	%12	%0	%32	%20	%0	%0	%0	%100
الاستجالات	1	0	0	2	0	0	0	0	3
	%33,3	%0	%0	%66,7	%0	%0	%0	%0	%100
طب العيون	8	0	3	5	5	0	1	0	22
	%36,4	%0	%13,6	%22,7	%22,7	%0	%4,6	%0	%100
المجموع	128	31	20	87	35	2	2	1	*306
	%41,8	%10,1	%6,5	%28,4	%11,4	%0,7	%7,0	%0,3	%100

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد إجاباتهم عن الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم و المصلحة الطبية، يتبين لنا بأن أكبر نسبة و التي قدرت 41,8 % ترى بأن نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم هي علاقة تضامن و تعاون ثم تليها نسبة 28,4 % ترى بأنها علاقة بناءة و تكامل في الأدوار تليها نسبة 11,4 % ترى بأنها علاقة زمالة لا تتعدى الحدود ، مباشرة تتأتي نسبة 10,1 % ترى بأنها علاقة صراع و منافسة ثم نسبة 6,5 % ترى بأنها علاقة غير و حسد بعدها تأتي نسبة 0,7 % ترى بأن العلاقة بينهم هي علاقة عائلية، و نفس النسبة أي 0,7 % ترى بأنها علاقة صداقة طبية تكون فريقاً متحداً، وأخيراً نسبة 0,3 % ترى بأنها علاقة أخوة.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي التي ترى بأن العلاقة بين الأطباء فيما بينهم هي علاقة تضامن و تعاون، نجد من بينهم نسبة 75 % بمصلحة جراحة اللثة، ثم تليها نسبة 56 % بمصلحة الطب الشرعي ثم تليها نسبة 55,6 % بمصلحة الأمراض الجلدية، بعدها تأتي مصلحة المواليد الجدد و طب الأطفال بنسبة 50 %، ثم مصلحة أمراض الكبد و مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 45 %، ثم تليها مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة 42,9 % ثم مباشرة بفارق ضئيل جداً تأتي مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء بنسبة 42,8 % فمصلحة جراحة القلب بنسبة 37,5 % ثم مصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة و مصلحة طب العيون بنسبة 36,4 % ثم مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 36 % بعدها تأتي مصلحة الطب الداخلي و مصلحة الإستجالات بنسبة 33,3 % ثم مصلحتي أمراض القلب و جراحة العظام بنسبة 30,8 % و المصلحة ما قبل الأخيرة بنسبة 28,6 % وهي مصلحة جراحة الفك و الوجه و أخيراً مصلحة أمراض السكري بنسبة 25 %.

أما الفئة الثانية من المبحوثين وهي الفئة التي ترى بأن العلاقة بين الأطباء هي علاقة بناءة و تكامل في الأدوار نجد من بينهم نسبة 66,7 % بمصلحة الاستجالات، ثم نسبة 42'8 % بمصلحة جراحة الفك و الوجه ثم نسبة 40 % بمصلحة المواليد الجدد، فمصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة بنسبة 36,4 % ثم مصلحة الأمراض الجلدية بنسبة 33,3 % ثم تأتي بعدها مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية و مصلحة الطب الشرعي بنسبة 32 % ثم مصلحة طب الأطفال بنسبة 31,2 % فمصلحة جراحة الأطفال بنسبة 30 %، بعدها

تأتي مصلحتي طب النساء و التوليد و مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء بنسبة 28,6% ،ثم مصلحة الطب الداخلي 26,7% ثم كل من مصلحة جراحة القلب ومصلحة جراحة اللثة و مصلحة أمراض السكري بنسبة 25%، ثم مصلحة جراحة العظام بنسبة 23%، ثم مصلحة طب العيون بنسبة 22,7%، و المصلحة ما قبل الأخيرة بنسبة 20% وهي مصلحة أمراض الكبد و المصلحة الأخيرة و هي مصلحة أمراض القلب بنسبة 15,4% .

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي الفئة التي ترى بأن العلاقة ما بينها هي علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، نجد من بينها نسبة 100% بمصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، ثم مصلحة جراحة الفك و الوجه بنسبة 28,6% ثم مصلحة أمراض السكري بنسبة 25% ثم نسبة 23% بمصلحة أمراض القلب، ثم نسبة 22,7% بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 20% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية ، ثم مصلحة جراحة العظام بنسبة 15,4% فمصلحة جراحة الأطفال بنسبة 15%، ثم مباشرة مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء و مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة 14,3% و نسبة 10% نجد مصلحة أمراض الكبد و مصلحة المواليد الجدد، تليها مباشرة نسبة 9% بمصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة ثم نسبة 7,1% بمصلحة جراحة القلب، ثم نسبة 6,7% بمصلحة الطب الداخلي، ثم الطب الشرعي بنسبة 4% و أخيرا مصلحة الأمراض الجلدية بنسبة 3,7%.

و فيما يخص الفئة الرابعة و هي فئة المبحوثين الذين يرون بأن العلاقات بينهم هي علاقات صراع و منافسة نجد من بينهم نسبة 30,8% بمصلحة جراحة العظام، ثم تليها نسبة 25% بمصلحة السكري، ثم نسبة 18,2% بمصلحة الأنف، الأذن و الحنجرة، ثم نسبة 16,1% بمصلحة جراحة القلب ، ثم مصلحة أمراض القلب بنسبة 15,4% ثم مصلحة أمراض الكبد بنسبة 15% ، ثم نسبة 14,3% ثم نسبة 13,3% بمصلحة الطب الداخلي، ثم تأتي بعدها مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 12% ثم مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 10%، فمصلحة طب الأطفال بنسبة 6,3% و أخيرا مصلحة الأمراض الجلدية بنسبة 3,7%.

أما الفئة الخامسة من المبحوثين و هي الفئة التي ترى بأن العلاقة بينها هي علاقة
غيره و حسد، نجد من بينها نسبة 20% بمصلحة الطب الداخلي، ثم نسبة 15,4% بمصلحة
أمراض القلب، تأتي بعدها نسبة 14,3% بمصلحة طب النساء و التوليد، ثم نسبة 13,6%
بمصلحة طب العيون فنسبة 12,5% بمصلحة طب الأطفال، ثم مصلحة أمراض الكبد بنسبة
10% ثم مصلحة جراحة القلب بنسبة 8,9%، و المصلحة ما قبل الأخيرة هي مصلحة الطب
الشرعي بنسبة 4% و أخيرا نسبة 3,7% بمصلحة الأمراض الجلدية.

و الفئة السادسة من المبحوثين و هي الفئة التي ترى بأن العلاقة بينها هي علاقة
عائلية نجد من بينهم نسبة 4% بمصلحة الطب الشرعي و نسبة 1,8% بمصلحة جراحة
القلب.

و الفئة السابعة و هي الفئة التي ترى بأن العلاقة بينها هي علاقة صداقة طيبة، و
رائعة تكون فريقا متحدا نجد من بينها نسبة 4,6% بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 1,8%
بمصلحة جراحة القلب.

و الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي الفئة التي ترى بأن العلاقة بينها هي علاقة أخوة
نجد من بينها نسبة 1,8% بمصلحة جراحة القلب .

إذن من خلال تحليلنا لهذا الجدول تبين بأن نوعية العلاقات بين الأطباء تختلف
باختلاف المصالح الطبية و تتباين من جيدة إلى متوسطة إلى سيئة كذلك حسب المصالح، إذ
نلاحظ بأن أغلبية العينة المبحوثة ترى بأن العلاقة فيما بينها هي علاقة تضامن و تعاون،
علاقة بناءة و تكامل في الأدوار ثم تميل إلى علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، ثم علاقة صراع
و منافسة و غيره و حسد، إذن في الغالب هي علاقة جيدة أساسها التعاون و التضامن و
التكامل في الأدوار، و تظهر في كل من مصلحة جراحة اللثة و مصلحة الإستعجالات،
هاتين المصلحتين اللتين يظهر بهما التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار، ذلك لأن
مصلحة اللثة و هي المصلحة المختصة في جراحة الأسنان و اللثة و الفم بصفة عامة، ليس
فيها مناورات و لا حالات طارئة، و كثرة المرضى يتم تنظيمها بموعد مسبق، حيث يقل
الضغط على الأطباء و السلك الشبه الطبي، فتتفقد المشاكل و تكون العلاقات بينهم علاقات

رسمية أساسها التعاون و التضامن والتكامل في الأدوار ول الوظائف فينتهي العمل فيها في الغالب في الفترة الصباحية.

كذلك الأمر بالنسبة لمصلحة الاستعجالات، حيث رغم كثرة المرضى و الحالات الطارئة التي تقصد المصلحة ليلا و نهرا كل يعرف دوره و كل يكمل الآخر ليس هناك وقت لتضييعه لا في العلاقات الاجتماعية داخل العمل ولا في الصراع و المنافسة.

اذن قد تظهر كل أنواع العلاقات بين زملاء العمل في المصلحة الواحدة و تختلف فيما بينهم، فهناك علاقة مابين نوعية العلاقات بين المبحوثين و المصلحة الطبية.

الجدول رقم 53: بين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم بمدى المساعدة بينهم عند كثرة المرضى

نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم	مدى المساعدة بين الأطباء عند كثرة المرضى	علاقة تضامن وتعاون	علاقة صراع و منافسة	علاقة غير و حسد	علاقة بناء و تكامل في الأدوار	علاقة زمالة لا تتحد الحدود	نحن عائلة و العلاقة بيننا عائلية	علاقة صداقة طيبة و رائعة تكون فريقا متحدا	علاقة أخوة	المجموع
نعم	119	26	15	82	29	2	2	2	1	276
	%43,1	%9,4	%5,4	%29,7	%10,5	%0,7	%0,7	%0,7	0,4%	%100
لا	5	3	3	3	3	0	0	0	0	17
	%29,4	%17,6	%17,6	%17,6	%17,6	%0	%0	%0	%0	%100
أحيانا	2	2	2	1	3	0	0	0	0	10
	%20	%20	%20	%10	%30	%0	%0	%0	%0	%100
بدون إجابة	2	0	0	1	0	0	0	0	0	3
	%66,7	%0	%0	%33,3	%0	%0	%0	%0	%0	%100
المجموع	128	31	20	87	35	2	2	2	1	*306
	%41,4	%10,1	%6,5	%28,4	%11,4	%0,7	%0,7	%7,0	%0,3	%100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعداد إجاباتهم على الاقتراحات المقدمة في السؤال

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم بمدى وجود المساعدة بينهم عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار يتبين لنا بأن نسبة 41,8% يرون بأن العلاقة بينهم هي علاقة تضامن و تعاون عند الحاجة إلى بعضهم البعض تليها نسبة 28,4% ترى بأن العلاقة بينهم هي علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف، تليها بنسبة 11,4% ترى بأنها علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، فالارتباط بينهم لا يكون إلا في إطار العمل و حدوده، بعدها تأتي نسبة 10,1% ترى بأنها علاقة

صراع و منافسة، و كل طبيب يريد أن يظهر نفسه و قدراته كطبيب، تليها نسبة 6,5% ترى بأنها علاقة غيرة و حسد و حب النفس، بعدها تأتي نسبة 0,7% يرون بأنها علاقة عائلية و نفس النسبة أي 0,7% يرون بأنها علاقة صداقة طيبة و رائعة تكون فريقا متحدا، و أخيرا نسبة 0,3% يرون بأنها علاقة أخوة .

فبالنسبة للفئة الأولى و التي ترى بأن العلاقة بين الأطباء فيما بينهم هي علاقة تضامن و تعاون، نجد من بينهم نسبة 43,1% يتعاونون و يتساعدون فيما بينهم عند وجود ازدحام للمرضى في قاعة الانتظار .

ثم تليها نسبة 29,4% يرون بأنه لا توجد المساعدة و التعاون عند كثرة المرضى رغم أن العلاقة بينهم هي علاقة تعاون و تضامن، و أخيرا نسبة 20% ترى بأنه هناك أحيانا تعاون فيما بينهم عند كثرة المرضى و أحيانا لا. لأن التعب أحيانا يسيطر على المبحوثين خاصة عند إجراء المناوبة، إذ يعمل الطبيب 24 ساعة بدون انقطاع فيظهر عليه التعب و لا يستطيع المساعدة فقد تحدث أخطاء طبية متفاوتة الخطورة، لذلك من الأحسن عدم المساعدة في هذه الحالة فعمل الطبيب يستوجب حالة نفسية و جسدية جيدة للوصول إلى الهدف و الذي هو العلاج .

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي الفئة التي العلاقة بينها هي علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف، نجد من بينها نسبة 29,7% يتعاونون فيما بينهم عند وجود كثرة المرضى بقاعة الانتظار فدور كل طبيب يكمله زميله الطبيب فأدوارهم متكاملة، و بعضهم سند البعض الآخر، تليها نسبة 17,6% لا يتعاونون مع بعضهم البعض، و أخيرا نسبة 10% أحيانا يتعاونون و أحيانا أخرى لا.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي الفئة التي علاقتها مع زملائها الأطباء علاقة زمالة فقط لا تتعدى الحدود، فالعلاقة هي علاقة رسمية لا تتعدى حدود العمل، فالاتصال بينهم إلا في إطار العمل و ملفات المرضى و شؤونهم، نجد من بينهم 30% أحيانا يتعاونون و أحيانا أخرى لا يتعاونون فيما بينهم، ثم نسبة 17,6% لا يتعاونون فيما بينهم عند كثرة المرضى

بقاعات الانتظار، و أخيرا نسبة 10,5 % يتعاونون فيما بينهم لإنهاء العمل عند وجود ازدحام في قاعة الانتظار .

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي الفئة التي العلاقة بينها هي علاقة صراع و منافسة، فكل طبيب منهم يريد إظهار نفسه على حساب زميله الطبيب، و كل واحد منهم يريد النجاح لنفسه و لا يهتمه الآخرين، ذلك لأنهم مازالوا في إطار التكوين .

نجد من بين هذه النسبة نسبة 20% أحيانا يتعاونون و أحيانا أخرى لا يتعاونون، ثم نسبة 17,6 % لا يتعاونون أبدا، و أخيرا نسبة 9,4% يتعاونون، هذه النسبة التي تتعاون فيما بينها تتعاون لكسب أكثر تجربة، و رؤية أكبر حالات مرضية ممكنة و بالتالي النجاح في التكوين و الاختبارات فهي لا يهتمها التعاون من أجل صفة التعاون و لكن من أجل المصلحة الخاصة .

أما فيما يخص الفئة الخامسة فهي الفئة التي العلاقة بينها هي علاقة غيرة و حسد و احتكار للمعلومات الطبية نجد من بينهم نسبة 20% يتعاونون أحيانا و أحيانا أخرى لا يتعاونون، ثم نسبة 17,6% لا يتعاونون و أخيرا نسبة 5,4% يتعاونون مع بعضهم البعض، يتعاونون لكسب المعرفة الطبية و التجربة .

و فيما يخص الفئة السادسة و هي الفئة التي العلاقة بينها هي علاقة عائلية يسود بينها التفاهم و التعاون و المحبة و حب الخير لبعضهم البعض فهي صفات تسود العائلة الواحدة هذه الفئة نجد من بينها نسبة 0,7% يتعاونون، أي كامل الفئة يتعاونون فيما بينهم .

و الفئة السابعة و هي الفئة التي العلاقة بينها هي علاقة صداقة طيبة تكون فريقا متحدا نجد من بينها كذلك نسبة 0,7% يتعاونون، هذه الفئة تسودها صفات الصداقة و الاتحاد و التعاون لا يعرفون للغيرة و الحسد طري، لذلك فهم يتعاونون و كل يحب الخير للآخر فهي صفات الصداقة . و الفئة الثامنة و الأخيرة و هي الفئة التي تجاوزت العلاقة بينهم الصداقة و الزمالة، فالعلاقة بينهم هي علاقة أخوة يسودها التعاون و التفاهم و الحب الأخوي نجد من بينهم نسبة 0,4% يتعاونون دائما .

إذا من خلال الجدول يتبين بأن هناك علاقة طردية بين نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم و مدى المساعدة في المساعدة في العمل عند وجود كثرة المرضى في قاعات الانتظار، حيث كلما كانت العلاقة جيدة يسودها التضامن و الاتحاد و التكامل في الأدوار و الوظائف كلما زادت نسبة التعاون في العمل و التكوين و العكس صحيح، أي كلما نقصت صفات الاتحاد و التضامن و زادت صفات الصراع و المنافسة و الغيرة و الحسد كلما نقص التعاون فيما بينهم .

الجدول رقم 54: يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل، و نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء

المجموع	القباض	المكلف بارسال البريد عبر المصالح	الاسعاف SAMU	مسؤول الأمن وأعوانه	مسؤول	زميل ممرض	زميل شبه طبيب	زميل طبيب	الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم
119 %100	1 %0,9	1 %0,9	2 %1,7	6 %5,1	22 %18,5	21 %17,6	40 %33,6	26 %21,8	علاقة تعاون و تضامن
61 %100	0 0%	1 %1,6	1 %1,6	5 %8,2	12 %19,7	11 %18	17 %27,9	14 %22,9	علاقة صراع و منافسة
35 %100	0 %0	0 %0	0 %0	2 %5,7	8 %22,9	6 %17,1	10 %28,6	9 %25,7	علاقة غير و حسد
89 %100	1 %1,1	1 %1,1	2 %2,2	5 %5,6	15 %16,9	18 %20,2	31 %34,8	16 %18	علاقة بناءة و تكامل في الأدوار
36 %100	0 %0	1 %8,2	1 %8,2	1 %8,2	7 %4,19	7 %4,19	10 %8,27	9 %25	علاقة زمالة لا تتعدى الحدود
4 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %25	1 %25	1 %25	1 %25	نحن عائلة و العلاقة بيننا عائلية
2 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %50	0 %0	1 %50	0 %0	علاقة صداقة طبية و رائحة تكثر فريقا متحدا
*346 %100	2 %0,6	4 %1,1	6 %7,1	19 %5,5	66 %1,19	64 %5,18	110 %8,31	75 %7,21	المجموع

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد إجاباتهم للاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل بنوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء حيث نلاحظ بأن أكثر الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل الزملاء الشبه الطبيون (القابلات، الممرضات، الحاملين للمرضى) بنسبة قدرت ب 31,8% ثم تليها نسبة 21,7% زملاء أطباء، ثم بعدها نسبة 19,1% مسؤولون، تليها نسبة 18,5% زملاء ممرضين، ثم مسؤول الأمن و أعوانه بنسبة 5,5%، ثم نسبة 1,7% مع الإسعاف samu ثم نسبة 1,1% مع الزميل المكلف بإرسال البريد عبر المصالح الطبية و أخيرا نسبة 0,6% مع القباض caissier .

فيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي تلك الفئة التي واجه معها الطبيب مشاكل في أثناء تعامله معها في إطار العمل، وهم الزملاء الشبه طبيون نجد من بينهم نسبة 50 % تربطهم علاقة صداقة طبية ورائعة تكون فريقا متحدا، ثم تليها نسبة 43.8 % تربطهم علاقة بناءة وتكامل في الأدوار والوظائف ثم نسبة 33.6 % تسودهم علاقة التعاون والتضامن، ثم نسبة 28.6% تسودهم علاقة غيرة وحسد، ثم نسبة 27,8% تربطهم علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، تليها مباشرة نسبة 27,9 % تسودهم علاقة صراع و منافسة، و أخيرا نسبة 25% العلاقة بينهم علاقة عائلية .

و فيما يخص الفئة الثانية و هي تلك الفئة التي واجهت مشاكل مع زملاءها الأطباء نجد من بينها نسبة 25,7% تربطهم علاقة الغيرة و الحسد و الكره، تليها نسبة 25% تربطهم علاقة عائلية و علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، ثم تليها نسبة 22,9% تربطهم علاقة الصراع و المنافسة، ثم نسبة 21,8% تربطهم علاقة التعاون و التضامن و أخيرا نسبة 18% العلاقة بينهم علاقة بناءة و تكامل في الأدوار .

أما الفئة الثالثة و هي فئة الأطباء التي واجهت مشاكل مع مسؤولها المباشر، و قد يكون هنا المسؤول إما الطبيب المساعد أو الأستاذ المساعد أو حتى البروفسور رئيس المصلحة، وهم المكلفون بالتأطير، نجد من بين هذه الفئة نسبة 50% العلاقة بينها و بين زملاء ها الأطباء علاقة صداقة طيبة و رائعة تكون فريقا متحدا، ثم نسبة 25% ترى بأن العلاقة بينها هي علاقة عائلية، ثم نسبة 22,9% ترى بأن العلاقة بينها هي علاقة غير و حسد، ثم نسبة 19,7% ترى بأنها علاقة صراع و منافسة، ثم نسبة 19,4% العلاقة بينها هي علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، ثم نسبة 18,5% تجمعهم علاقة التعاون و التضامن و أخيرا نسبة 16,9% العلاقة بينهم هي علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف.

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي واجهت مشاكل مع زملائها المرضى، نجد من بينهم نسبة 25% العلاقة بينهم هي علاقة عائلية ثم تليها نسبة 20,2% العلاقة بينهم هي علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف، ثم نسبة 19,4% العلاقة بينهم علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، ثم نسبة 18% علاقة صراع و منافسة، ثم نسبة 17,6% العلاقة التي تجمعهم هي الغيرة و الحسد و الكره و البغض.

و فيما يخص الفئة الخامسة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي واجهت مشاكل مع مسئول الأمن و أعوانه، نجد من بينهم نسبة 8,2% تجمعهم علاقة الصراع و المنافسة، ثم نسبة 5,7% تجمعهم علاقة الغيرة و الحسد، ثم تليها مباشرة نسبة 5,6% تجمعهم علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف، ثم نسبة 5,1% تجمعهم علاقة تعاون و تضامن، و أخيرا نسبة 2,8% تجمعهم علاقة زمالة لا تتعدى الحدود.

و الفئة السادسة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي واجهت مشاكل مع عمال الإسعاف SAMU، نجد من بينهم نسبة 2,8% العلاقة بينهم علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، ثم نسبة 2,2% العلاقة بينهم علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف، ثم نسبة 1,7% تجمعهم علاقة التعاون و التضامن وأخيرا نسبة 1,6% العلاقة بينهم علاقة صراع و منافسة.

و فيما يخص الفئة السابعة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي واجهت مشاكل مع الزميل المكلف بإرسال البريد عبر المصالح الطبية COURIER نجد من بينهم نسبة 2,8% تجمعهم علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، ثم تليها نسبة 1,6% تجمعهم علاقة الصراع و المنافسة، ثم نسبة 1,1% تجمعهم علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف، و أخيرا نسبة 0,9% تجمعهم علاقة التعاون و التضامن.

و الفئة الثامنة و الأخيرة و هي فئة المبحوثين الذين واجهوا مشاكل مع القابض، نجد من بينهم نسبة 1,1% تجمعهم علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف، ثم نسبة 0,9% تجمعهم علاقة تعاون و تضامن.

إذا من خلال الجدول يتبين لنا بأن أكثر الزملاء الذين تعرض المبحوثين معهم إلى مشاكل هم الزملاء الشبه طبيين و الزملاء الأطباء و الزملاء الممرضين و المسؤولين، أي الزملاء الذين يحتك بهم الأطباء بهم يوميا في إطار العمل، فالمرضى و الشبه طبي هما اليد اليمنى للطبيب لا يمكن أن يؤدي الطبيب عمله بدون حضورهما، و المسئول كذلك كونه هو من يعطي الأوامر على كيفية العلاج و الخطة المتبعة في الاستشارة الطبية و هو من يقوم بدور التأطير و الإشراف على التكوين الطبي، فهذا الاحتكاك اليومي و نظرا للاختلاف الموجود في شخصيات الأفراد تحدث المشاكل بينهم.

هذه الفئة من الأطباء الذين تجمعهم علاقات عائلية بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف فيما بينهم تعرضوا إلى مشاكل مع زملائهم المسؤولين و الشبه طبيين و الممرضين، ذلك لأن الاختلاف في الأوامر و الوظائف و التباين في الدرجة المهنية في المصلحة الطبية الواحدة تؤدي حتما إلى ظهور نوع من المشاكل و الصعوبات و بالتالي النزاع فيما بينهم، فالأطباء هم الأصغر سنا و شبابا و حديثي الأقدمية في المصلحة الطبية، هم من يقدمون الأوامر و يسندون الوظائف إلى زملائهم شبه طبيين و الممرضين و ذلك ما يقابل بالرفض، ففي المقابل الشبه طبيين و الممرضين هم الأكبر سنا و أكثر أقدمية في

المصلحة يقابلون الأوامر بحساسية و يرفضونها، الأمر الذي يؤدي إلى ظهور المشاكل، و ذلك ما أعلنه الكثير من المبحوثين و خاصة في مصلحة طب النساء و التوليد فالصراع بين الأطباء و القابلات دائم الحدوث، فالمبحوثين يرون بأنهم تعرضوا إلى نوع من الحقرة و محاولة السيطرة عليهم من طرف الممرضين و الشبه طبيين و العكس يحدث لفئة شبه الطبيين و الممرضين حيث يرون بأنه بقص في الاحترام و التعدي على حقوقهم كونهم الأكبر سنا و الأكثر أقدمية.

هذه المجموعة من الأطباء التي واجهت مشاكل مع المسؤولين و الشبه طبيين و الممرضين يسودها التفاهم و التكامل في الوظائف، تجمعهم علاقة عائلية، بينما المجموعة الثانية من الأطباء التي واجهت مع زملائها الأطباء مشاكل نجدها تجمعها علاقات الغيرة والحسد و البغض و الكره، و بالتالي المشاكل و الصراع و المنافسة.

الجدول رقم 55 : يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم بمدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء

بسبب حالة مرضية زارت المؤسسة الاستشفائية.

نوعية العلاقة التي تربط بين الطبيب وزملاءه الاطباء	مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى	علاقة تعاون و تضامن	علاقة صراع و منافسة	علاقة غير و حسد	علاقة بناءة و تكامل في الأدوار	علاقة زمالة لا تتعدى الحدود	نحن عائلة والعلاقة بيننا عائلية	علاقة صداقة طيبة و رائعة تكون فريقا متحدا	علاقة أخوة	المجموع
		48	21	13	35	13	1	1	0	132
نعم		%36,4	%15,9	9,8 %	%26,5	%8,9	%0,8	%0,8	%0	%100
لا		80	10	7	52	22	1	1	1	174
		%46	%5,7	%4	%29,9	%12,6	%0,6	%0,6	%0,6	%100
المجموع		128	31	20	87	34	2	2	1	*306
		%41,8	%10,1	%6,5	%28,4	%11,4	%0,7	%0,7	%0,3	%100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات للاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم بمدى مراجعة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المؤسسة الاستشفائية للاستطباب يتبين لنا بأن نسبة 41,8% من المبحوثين تجمعهم فيما بينهم علاقة تعاون وتضامن نجد من بين هذه النسبة نسبة 46% لم يواجهوا مشاكل مع أحد الزملاء و بسبب حالة مرضية زارت المصلحة التي يعملون و يتدربون بها، ثم نسبة 36,4% واجهوا مشاكل مع زملائهم.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي الفئة التي تجمعها علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف مع زملائها الأطباء، و التي بلغت نسبتها ب 28,4% نجد من بينهم نسبة 29,9% لم يواجهوا مشاكل مع أحد زملائهم، مهما اختلفت الوظائف و الدرجات المهنية لهؤلاء الزملاء، ثم تليها نسبة 26,5% واجهوا مشاكل مع زملائهم.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي الفئة التي تجمعها علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، فالإتصال بينهم يكون إلا في إطار العمل و علاج المرضى تجمعهم ساعات العمل اليومية فقط، فقد بلغت نسبتهم ب 14,4% نجد من بينهم نسبة 12,6% لم يواجهوا مشاكل مع أحد زملائهم، و نسبة 9,8% واجهوا مشاكل مع أحد زملائهم بسبب حالة مرضية زارت المصلحة للعلاج.

و فيما يخص الفئة الرابعة، و هي فئة المبحوثين التي تجمعهم علاقة صراع و منافسة، فقد بلغت نسبهم ب 10,1% نجد من بينهم نسبة 15,9% واجهوا مشاكل مع أحد زملائهم بسبب حالة مرضية، ثم نسبة 5,7% لم يواجهوا مشاكل.

أما الفئة الخامسة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الغيرة و الحسد و التي بلغت نسبتهم ب 6,5% نجد من بينهم نسبة 9,8% واجهوا مشاكل بسبب حالة مرضية و نسبة 4% لم يواجهوا مشاكل.

أما الفئة السادسة و هي فئة المبحوثين التي تجمعهم علاقة عائلية و فئة المبحوثين الذين تجمعهم علاقة صداقة طيبة و رائعة تكون فريقا متحدا و التي بلغت نسبتهم ب 0,7%

نجد من بينهم نسبة 0,8% واجهوا مشاكل في أثناء تعاملهم مع بعضهم البعض في إطار العمل بسبب حالة مرضية زارت المصلحة للعلاج، و نسبة 0,6% لم يواجهوا مشاكل.

و الفئة الأخيرة منهم و هي فئة المبحوثين التي تجمعهم علاقة الأخوة و التي بلغت نسبتهم ب 0,3% نجد 0,6% منهم لم يواجهوا مشاكل

إذن نلاحظ بأن المبحوثين تجمعهم علاقة جيدة فيما بينهم أساسها التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار و الوظائف، علاقاتهم في العمل علاقة بناءة في الأساس، و أن هناك علاقة طردية بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم و بين مدى مواجهتهم للمشاكل مع أحد الزملاء في العمل المتساوين معهم في الدرجة المهنية أو الأقل درجة منهم أو حتى الأكثر درجة منهم كالمسؤولين و المشرفين على التأطير، فكلما كانت العلاقة جيّدة و حسنة أساسها التضامن و التعاون قلت المشاكل ينهم بسبب حالة مرضية قصدت المصلحة للعلاج، و العكس صحيح أي كلما كانت العلاقة سيئة يسودها الصّراع و المنافسة كلما زادت المشاكل بسبب الحالات المرضية التي تقصد العلاج و الإستطباب

الجدول رقم 56: يبين العلاقة بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم و الجنس

نوعية العلاقة التي تربط الاطباء فيما بينهم	علاقة تضامن و تعاون	علاقة صراع و منافسة	علاقة غير و حسد	علاقة بناءة و تكامل في الأدوار	علاقة زمالة لا تتعدى الحدود	نحن عائلة و العلاقة بيننا عائلية	علاقة صداقة طيبة و رائعة تكون فريقا متحدا	علاقة أخوة	المجموع
ذكر	66 %42,6	20 %12,9	8 %5,2	47 %30,3	12 %7,7	1 %0,6	0 %0	1 %0,6	155 %100
انثى	62 %41,1	11 %7,3	12 %7,9	40 %26,5	1 %0,7	2 %1,3	0 %0	0 %0	151 %100
المجموع	128 %41,8	31 %10,1	20 %6,5	87 %28,4	35 %11,4	2 %0,7	2 %0,7	1 %0,3	306* %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد إجاباتهم للاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم بالجنس، حيث نلاحظ بأن الفئة الأولى من المبحوثين و التي قدرت نسبتهم ب 41,8% تجمعهم علاقة تضامن و تعاون نجد من بينهم 42,6% ذكور و 41,1% إناث.

و الفئة الثانية من المبحوثين و التي قدرت ب 28,4% تجمعهم علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف، نجد من بينهم نسبة 30,3% ذكور و 26,5% إناث ثم تليها نسبة 11,4% تجمعهم علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، نجد من بين هذه النسبة نسبة 15,2% إناث و 7,7% ذكور.

أما فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الصراع و المنافسة فقط بلغت نسبتهم ب 10,1% نجد من بينهم 12,9% ذكور و 7,3% إناث.

تأتي بعدها فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الغيرة و الحسد فقد بلغت نسبتهم ب 6,5% نجد من بينهم نسبة 7,9 إناث و 5,2% ذكور.

أما فيما يخص فئة المبحوثين الذين تجمعهم علاقة عائلية فقد بلغت نسبتهم ب 0,7% نجد من بينهم نسبة 0,7% إناث و 0,6% ذكور، و الفئة ما قبل الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة صداقة طيبة ورائعة تكون فريقا متحدا و قد بلغت نسبتهم ب 0,7% نجد من بينهم نسبة 1,3% إناث و الفئة الأخيرة من المبحوثين و التي قدرت نسبتهم ب 0,3% نجد من بينهم نسبة 0,6% ذكور.

إذا من خلال قراءتنا للجدول لاحظنا بأن الأطباء المبحوثين الذكور تجمعهم في الغالب علاقة التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار و الوظائف بالدرجة الأولى، ثم علاقة الصراع و المنافسة، بينما الأطباء الإناث تجمعهم في الغالب علاقة زمالة التي لا تتعدى الحدود ثم علاقة الغيرة و الحسد، فنوعية العلاقة التي تجمع بين المبحوثين لها علاقة بالجنس فالصفات التي نجدها غالبا في الإناث هي الغيرة و الحسد و الزمالة التي لا تتعدى الحدود مع الجنس الآخر أو حتى مع نفس الجنس في العمل نظرا لانشغالات المرأة الإضافية في المنزل كالتربية و أعمال البيت، الأمر الذي يجعلهم لا يتعاونون، أما الذكور فصفاتهم غالبا ما تكون التعاون و التضامن و كل واحد يكمل الآخر في العمل.

الجدول رقم 57: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم بكيفية التعامل مع الأطباء الطلبة الجدد:

نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم	علاقة تضامن و تعاون	علاقة صراع و منافسة	علاقة غير و حسد	علاقة بناءة و تكامل في الأدوار	علاقة زمالة لا تتعدى الحدود	نحن عائلة و العلاقة بيننا عائلية	علاقة صداقة طيبة و رائعة تكون فريقا متحدا	علاقة أخوة	المجموع
محاولة تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم	20 %43,5	5 %10,9	4 %8,7	13 %28,3	3 %6,5	0 %0	1 %2,2	0 %0	46 %100
المساعدة في التكوين و التضامن بتوضيح الحالات المعقدة	44 %37,9	12 %10,3	10 %8,6	37 %31,9	12 %10,3	0 %0	1 %0,9	0 %0	116 %100
تعاون الزملاء لأنني لا أعرفهم بعد	34 %40,9	11 %13,3	4 %4,8	24 %28,9	10 %12,1	0 %0	0 %0	0 %0	83 %100
تقديم النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط	16 %34,8	5 %10,9	2 %4,3	15 %32,6	7 %15,2	0 %0	1 %2,2	0 %0	46 %100
بجدية و لباقة و رفق و مواكبة المستوى	5 %41	3 %25	1 %8,3	3 %25	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	12 %100
شكل جيد حسن و التشجيع	24 %48	4 %8	2 %4	13 %26	5 %10	2 %4	0 %0	0 %0	50 %100
الترحيب بهم في جو عائلي	8 %53,3	1 %6,7	0 %0	5 %33,3	1 %6,7	0 %0	0 %0	0 %0	15 %100
بطريقة عادية	2 %66,7	0 %0	0 %0	1 %33,3	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	3 %100
أنا جديد و أتلقى المساعدة من طرف الأطباء الأكثر سنا مني	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100
تبادل المعلومات و الخبرات	5 %38	1 %7,7	1 %7,7	4 %30,7	1 %7,7	0 %0	0 %0	1 %7,7	13 %100
المجموع	159 %41,3	42 %10,9	24 %6,2	115 %29,8	39 %10,1	2 %0,5	3 %0,8	1 %0,3	*385 %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات عن الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم بكيفية التعامل الأطباء الطلبة الجدد، حيث نجد بأن فئة المبحوثين الذين تجمعهم علاقة تعاون وتضامن والتي بلغت نسبتهم 41,3% نجد من بينهم نسبة 100% هم أطباء طلبة جدد ويتلقون المساعدة من طرف الطلبة القدامى، ثم تليها نسبة 66,7% يتعاملون مع الطلبة الجدد بطريقة عادية، ثم تليها نسبة 53,3% يرحبون بالطلبة الجدد في جو عائلي، ثم نسبة 48% يتعاملون مع الطلبة الجدد بشكل جيد وحسن مليء بالتشجيع ثم تليها نسبة 43,5% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوين هؤلاء الطلبة الجدد، لأنه عادة ما يساعد الطلبة القدامى الطلبة الجدد في التكوين بمحاولة تلقينهم ما يتقنون، ثم نسبة 41,7% يتعاملون مع الطلبة الأطباء الجدد بجدية ولباقة ورفق ومواكبة المستوى، أي يسايرونهم في التكوين فينزلون إلى مستواهم في التكوين الطبي، فيعلمونهم ما يتقنون تدريجيا بعدها مباشرة تأتي نسبة 40,9% يتعاملون معهم تعامل الزملاء كونهم لا يعرفونهم بعد، ثم تأتي بعدها نسبة 38,5% يتبادلون معهم الخبرات والمعلومات، ونسبة 37,9% يقومون بمساعدتهم في التكوين الطبي حسب مستواهم والتضامن معهم في توضيح الحالات المرضية المعقدة، وأخيرا نسبة 34,8% يقومون فقط بتقديم النصح لهم بعدم الاتكال على التكوين فقط بل عليهم البحث والاطلاع على كل ما هو جديد ومفيد لهم.

أما الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة بناءة وتكامل في الأدوار والوظائف والتي بلغت نسبتهم ب 29,8% نجد من بينهم نسبة 33,3% يتعاملون معهم بطريقة عادية ونفس النسبة يرحبون بهم في جو عائلي، ثم تليها نسبة 32,6% يقدمون لهم النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط، ثم تليها مباشرة نسبة 31,9% يساعدونهم في التكوين ويتضامنون معهم في توضيح الحالات المعقدة، ثم نسبة 30,7% يتبادلون معهم الخبرات والمعلومات ثم نسبة 28,9% يتعاملون معهم تعامل الزملاء، ثم مباشرة نسبة 28,3% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم، ثم نسبة 26% يتعاملون معهم بشكل جيد وحسن ويقومون بتشجيعهم وأخيرا نسبة 25% يتعاملون معهم بجدية ولباقة ورفق ومواكبة المستوى.

وفيما يخص الفئة الثالثة وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الصراع والمنافسة والتي بلغت نسبتهم ب 10,9% نجد من بينهم نسبة 25% يتعاملون مع الطلبة الأطباء الجدد بجدية ولباقة ورفق ومواكبة المستوى، ثم نسبة 13,3% يتعاملون معهم تعامل الزملاء ثم نسبة 10,9% يقومون بتقديم النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط، ونجد نفس النسبة أي 10,9% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم، ثم تليها مباشرة نسبة 10,3% يقدمون المساعدة في التكوين والتضامن معهم في توضيح الحالات المعقدة، ثم نسبة 8% يتعاملون معهم بشكل جيد وحسن ويقومون بتشجيعهم للوصول إلى المستوى المطلوب، ثم نسبة 7,7% يتبادلون معهم المعلومات والخبرات وأخيرا نسبة 6,7% يرحبون بهم بجو عائلي كفرد من أفراد العائلة الواحدة.

أما فيما يخص الفئة الرابعة وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الزمالة التي لا تتعدى الحدود والتي بلغت نسبتهم ب 10,1% نجد من بينهم نسبة 15,2% يقومون بتقديم النصح للطلبة الأطباء الجدد بعدم الاتكال على التكوين فقط، ثم نسبة 12,1% يتعاملون معهم تعامل الزملاء، ثم نسبة 10,3% يقدمون لهم المساعدة في التكوين والتضامن معهم في توضيح الحالات المعقدة ثم بعدها مباشرة نسبة 10% يتعاملون معهم بشكل جيد وحسن وتشجيع، ونسبة 7,7% يتبادلون معهم المعلومات والخبرات ثم نسبة 6,7% يرحبون بهم في جو عائلي ثم نسبة 6,5% يقومون بمحاولة تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم.

والفئة الخامسة من المبحوثين وهي فئة الأطباء والذين تجمعهم علاقة الغيرة والحسد والتي بلغت نسبتهم 6,2% نجد من بينهم نسبة 8,7% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوين الأطباء الطلبة الجدد، ثم تليها نسبة 8,6% يقومون بمساعدتهم في تقديم المساعدة في التكوين والتضامن في توضيح الحالات المعقدة، ثم نسبة 8,3% يتعاملون معم بجدية ولباقة ورفق ومواكبة المستوى، ثم نسبة 7,7% يتبادلون المعلومات والخبرات، ثم نسبة 4,8% يتعاملون معهم تعامل الزملاء، ونسبة 4,3% يقدمون لهم النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط، و أخيرا نسبة 4% يتعاملون معهم بشكل جيد و حسن و يقومون بتشجيعهم.

و فيما يخص الفئة السادسة فهي فئة تضم فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة صداقة طبية و رائعة تكون فريقا متحدا و التي بلغت نسبتهم ب 0,8% نجد من بينهم نسبة 2,2% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوين الطلبة الجدد، ثم نفس النسبة و التي قدرت ب 2,2% يحاولون تقديم النصح لهم بعدم الاتكال على التكوين فقط و أخيرا نسبة 0,9% يساعدونهم في التكوين و يتضامنون معهم في توضيح الحالات المعقدة.

و الفئة ما قبل الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة عائلية و التي بلغت نسبتهم ب 0,5% نجد من بينهم نسبة 4% يتعاملون مع الطلبة الأطباء الجدد بشكل جيد و حسن و يقومون بتشجيعهم على التكوين.

و الفئة الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الأخوة و التي قدرت نسبتهم ب 0,3% نجد من بينهم نسبة 7,7% يتبادلون المعلومات و الخبرات مع الطلبة الأطباء الجدد.

إذ من خلال الجدول يتبين لنا بأن هناك علاقة ما بين نوعية العلاقة التي تجمع بين الأطباء فيما بينهم بكيفية تعاملهم مع الطلبة الأطباء الجدد، الذين لا يملكون بعد الأقدمية في التخصص و المصلحة الطبية كذلك فمنها اختلفت و تنوعت نوعية العلاقة ما بين الأطباء الطلبة القدامى من سيئة أو جيدة، فإنهم يقومون بتأطير و تلقين الطلبة الأطباء الجدد ما يعرفون، و يتعاملون معهم بشكل جيد أقلها تقديم النصح بعدم الاتكال على التكوين الطبي الرسمي أي عدم الاتكال فقط على التأطير و الإشراف بالمصلحة الطبية، حيث يحثونهم على البحث و المطالعة و الاستكشاف، و ذلك بمحاولة رؤية أكبر عدد ممكن من الحالات المرضية التي لا تخلوا المصلحة الطبية منها، فهي ثرية و متنوعة و على الطبيب إلا البحث و الاستكشاف و مقارنتها بالبحوث العلمية العالمية الجديدة.

و بذلك نستطيع القول بأن هناك علاقة متينة بين الأطباء فيما بينهم سواء كانوا قدامى أو جدد، و هي علاقة تضامن و تعاون و إتحاد في الأغلب، لأنهم يعيشون نفس الظروف و يخضعون لنفس العوامل، فهم يهيئون لبعضهم البعض البيئة المناسبة و يسهلون على الجدد ما صعب عليهم.

جدول رقم 58: يبين العلاقة الموجودة نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم و الأقدمية

نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم	علاقة تضامن و تعاون	علاقة صراع و منافسة	علاقة غير و حسد	علاقة بناءة و تكامل في الأدوار	علاقة زمالة لا تتعدى الحدود	نحن عائلة و العلاقة بيننا عائلية	علاقة صداقة طبية و راحة تكون فريقا متحدا	علاقة أخوة	المجموع
السنة الأولى	28 %40	5 %7,2	7 %10	20 %28,6	8 %11,4	1 %1,4	1 %1,4	0 %0	70 %100
السنة الثانية	33 %41,3	10 %12,5	5 %6,3	21 %26,3	10 %12,5	1 %1,2	0 %0	0 %0	80 %100
السنة الثالثة	35 %47,3	6 %8,1	1 %1,4	25 %33,8	7 %9,5	0 %0	0 %0	0 %0	74 %100
السنة الرابعة	16 %41	3 %7,7	5 %12,8	10 %25,6	4 %10,3	0 %0	1 %2,6	0 %0	39 %100
السنة الخامسة	7 %38,9	3 %16,7	1 %5,5	6 %33,3	1 %5,6	0 %0	0 %0	0 %0	18 %100
السنة السادسة	0 %0	1 %50	1 %50	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100
بدون إجابة	9 %39,1	3 %13	0 %0	5 %21,7	5 %21,7	0 %0	0 %0	1 %4,4	23 %100
المجموع	128 %41,8	31 %10,1	20 %6,5	87 %28,4	35 %11,4	2 %0,7	2 %0,7	1 %0,3	306* %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد إجابات المبحوثين على الاقتراحات في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم و الأقدمية، حيث يتبين بأن الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة التعاون والتضامن والتي بلغت ب 41,8% تقريبا نصف العينة المبحوثة، نجد من بينهم نسبة 47,3% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم تليها نسبة 41,3% يتمدرسون في السنة الثانية، ثم نسبة 41% يتمدرسون في السنة الرابعة، ثم تليها نسبية 40% يتمدرسون في السنة الأولى، بعدها تأتي السنة الخامسة بنسبة 38,9%.

أما الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة بناءة وتكامل في الأدوار والوظائف والتي بلغت نسبتهم ب 28,4% نجد من بينهم نسبة 33,8% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 33,3% يتمدرسون في السنة الخامسة ثم نسبة 28,6% يتمدرسون في السنة الأولى، ثم تأتي السنة الثانية بعدها بنسبة 26,3% وأخيرا نسبة 25,6%

يتمدرسون في السنة الرابعة، وفيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة زمالة لا تتعدى الحدود والتي بلغت نسبتهم ب 11,4% نجد من بينهم نسبة 12,5% يتمدرسون في السنة الثانية، ثم نسبة 11,4% يتمدرسون في السنة الأولى ثم نسبة 10,3% يتمدرسون في السنة الرابعة، ثم نسبة 9,5% يتمدرسون في السنة الثالثة، وأخيرا نسبة 5,6% يتمدرسون في السنة الخامسة.

أما فيما يخص الفئة الرابعة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة صراع ومنافسة والتي بلغت نسبتهم 10,1%، نجد من بينهم نسبة 50% يتمدرسون في السنة السادسة، ثم نسبة 16,7% يتمدرسون في السنة الخامسة، ثم تأتي بعدها نسبة 12,5% يتمدرسون في السنة الثانية، فنسبة 8,1% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم السنة الرابعة بنسبة 7,7% ثم السنة الأولى بنسبة 7,8%.

والفئة الخامسة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الغيرة والحسد والتي بلغت نسبتهم 6,5% ، نجد من بينهم نسبة 50% يتمدرسون في السنة السادسة، ثم نسبة 12,8% يتمدرسون في السنة الرابعة ثم تأتي بعدها نسبة 10% يتمدرسون في السنة الأولى فنسبة 6,3% يتمدرسون في السنة الثانية، ثم نسبة 5,5% يتمدرسون في السنة الخامسة، وأخيرا نسبة 1,4% يتمدرسون في السنة الثالثة.

أما الفئة السادسة وهي الفئة التي تجمعهم علاقة عائلية والتي بلغت نسبتهم 0,7% نجد من بينهم نسبة 1,4% يتمدرسون في السنة الأولى، ثم نسبة 1,2% يتمدرسون في السنة الثانية، وبنفس النسبة أي نسبة 0,7% نجد فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة صداقة طبية ورائعة تكون فريقا متحدا نجد من بينهم نسبة 2,6% يتمدرسون في السنة الرابعة، ثم نسبة 1,4% يتمدرسون في السنة الأولى.

من خلال قراءتنا للجدول نلاحظ أن المبحوثين تجمعهم علاقة طبية مع زملائهم الأطباء يسودها التفاهم و التضامن و التعاون، علاقة تكامل و تساند، فكل يسند الآخر و كل يكمل دور الآخر، يتضامنون لسير العمل و كسب التجربة الطبية.

إذا يتبين لنا بأنه هناك علاقة عكسية بين نوعية العلاقة الموجودة بين الأطباء و الأقدمية حيث كلما زادت الأقدمية كلما قلت نسبة التضامن و التعاون و التكامل في الأدوار مابين الأطباء، و العكس صحيح، أي كلما قلت الأقدمية كلما زادت نسبة التضامن و التعاون بينهم، و كلما زادت الأقدمية زادت نسبة الصراع و المنافسة و الغيرة والحسد، و الطلبة الجدد يتضامنون للحفالات على البقاء.

جدول رقم 59: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم برأيهم بمستوى التكوين الذي يتلقونه

نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم									رأي المبحوثين في مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه
المجموع	علاقة أخوة	علاقة صداقة طبية و راحة تكون فريقا متحدا	نحن عائلة و العلاقة بيننا عائلية	علاقة زمالة لا تتعدى الحدود	علاقة بناءة و تكامل في الأدوار	علاقة غير و حسد	علاقة صراع و منافسة	علاقة تضامن و تعاون	
51 %100	0 %0	0 %0	1 %9,1	5 %8,9	16 %4,31	2 %9,3	3 %9,5	24 %47,1	جيد
119 %100	1 %8,0	1 %8,0	0 %0	9 %6,7	36 %3,30	8 %7,6	12 %1,10	52 %7,43	متوسط
83 %100	0 %0	1 %2,1	1 %2,1	15 %1,18	19 %9,22	9 %8,10	11 %3,13	27 %5,32	ضعيف و رديء
27 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %7,3	9 %3,33	1 %7,3	1 %7,3	15 %6,55	حسن
6 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %7,16	2 %3,33	0 %0	0 %0	3 %50	يعتمد على التكوين الذاتي
7 %100	0 %0	0 %0	0 %0	2 %6,28	2 %6,28	0 %0	1 %3,14	2 %6,28	أخرى
13 %100	0 %0	0 %0	0 %0	2 %4,15	3 %1,23	0 %0	3 %1,23	5 %5,38	بدون إجابة
306* %100	1 %3,0	2 %7,0	2 %7,0	35 %4,11	87 %4,28	20 %5,6	31 %1,10	128 %8,41	المجموع

*تضخم عدد المبحوثين نظراً لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة للسؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم برأيهم بمستوى التكوين الذي يتلقونه، حيث نلاحظ بأن الفئة الأولى من المبحوثين و هي تجمعها علاقة تضامن و تعاون و التي بلغت نسبتها 41,8%، نجد من بينها

نسبة 55,6% يرون بأن التكوين حسن، ثم تليها نسبة 50% يرون بأنه تكوين يعتمد على التكوين الذاتي، ثم نسبة 47,1% يرون بأنه تكوين جيد، تليها نسبة 43,7% يرون بأنه تكوين متوسط، و أخيرا نسبة 32,5% يرون بأنه تكوين ضعيف و رديء.

أما النسبة الثانية من المبحوثين و التي بلغت ب 28,4% و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف، نجد من بينهم نسبة 33,3% يرون بأنه تكوين حسن، يعتمد على الكثير من التكوين الذاتي، ثم نسبة 31,4% يرون بأنه تكوين جيد ثم نسبة 30,3% يرون بأنه تكوين متوسط و أخيرا نسبة 22,9% يرون بأنه تكوين ضعيف و رديء.

و فيما يخص الفئة التي تجمعها علاقة زمالة لا تتعدى الحدود و التي بلغت نسبتها 11,4% نجد من بينها نسبة 18,1% يرون بأنه تكوين ضعيف و رديء، ثم نسبة 16,7% يرون بأنه تكوين يعتمد على التكوين الذاتي ثم نسبة 9,8% يرون بأنه تكوين جيد، تليها نسبة 7,6% يرون بأنه تكوين متوسط، و أخيرا نسبة 3,7% يرون بأنه تكوين حسن.

و الفئة من المبحوثين الذين تجمعهم علاقة صراع و منافسة و التي بلغت نسبتهم ب 10,1%، نجد من بينهم نسبة 13,3% يرون بأنه تكوين ضعيف و رديء ثم تليها نسبة 10,1% يرون بأنه تكوين متوسط ثم تأتي بعدها نسبة 5,9% يرون بأنه تكوين جيد، و أخيرا نسبة 3,7% يرون بأنه تكوين حسن.

أما فيما يخص الفئة التي تجمعها علاقة غيرة و حسد و التي بلغت نسبتها ب 6,5%، نجد من بينها نسبة 10,8% يرون بأنه تكوين ضعيف و لرديء، ثم نسبة 6,7% يرون بأنه تكوين متوسط، ثم نسبة 3,9% يرون بأنه تكوين جيد و أخيرا نسبة 3,7% يرون بأنه تكوين حسن و الفئة التي تجمعها علاقة عائلية و التي بلغت نسبتها 0,7%، نجد من بينها نسبة 1,9% يرون بأنه تكوين جيد، و نسبة 1,2% يرون بأنه تكوين و رديء.

كذلك الأمر بالنسبة للفئة التي تجمعها علاقة صداقة طيبة و رائعة تكون فريقا متحدا فقد بلغت نسبتها ب 0,7%، نجد من بينها نسبة 1,2% يرون بأنه تكوين ضعيف و رديء و نسبة 0,8% يرون بأنه تكوين متوسط.

و أخيرا فئة المبحوثين الذين تجمعهم علاقة أخوة و التي بلغت نسبتهم ب 0,3%، نجد من بينهم نسبة 0,8% يرون بأنه تكوين متوسط.

إذن من خلال الجدول يتبين لنا بأن هناك علاقة ما بين نوعية العلاقة التي تجمع بين الأطباء برأيهم في مستوى التكوين الذي يتلقونه، فظروف التكوين و العمل للمبحوثين هي التي تحدد العلاقة التي تجمع بينهم، إذ يتبين بأنه كلما كان التكوين يعتمد على المجهود الذاتي كلما كانت العلاقة جيّدة يسودها التفاهم و التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار و الوظائف و كلما كان التكوين ضعيف و رديء كلما كانت العلاقة علاقة صراع و منافسة و غيرة و حسد.

جدول رقم 60 : يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم بمدى مواجهة مشاكل مع احد الزملاء

نوعية العلاقة التي تربط فيما بينهم رأي المبحوثين في مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه	علاقة تضامن و تعاون	علاقة صراع و منافسة	علاقة غيرة و حسد	علاقة بناءة و تكامل في الأدوار	علاقة زمالة لا تتعدى الحدود	نحن عائلة و العلاقة بيننا عائلية	علاقة صداقة طبية و رائعة تكون فريقا متحدا	علاقة أخوة	المجموع
زميل طبيب	39 %39	14 %14	11 %11	22 %22	13 %13	1 %1	0 %0	0 %0	100 %100
زميل ممرض	39 %35,1	15 %13,5	13 %11,7	29 %26,1	12 10,8%	1 %0,9	1 %0,9	1 %0,9	111 %100
زميل شبه طبي	40 %37,8	16 %15,1	10 %9,4	26 %24,5	11 %10,4	1 %0,9	1 %0,9	1 %0,9	106 %100
مسؤول	50 %36,5	17 %12,4	13 %9,5	36 %26,3	17 %12,4	1 %0,7	2 %1,5	1 %0,7	137 %100
شرطة المستشفى	1 %20	2 %40	2 %40	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	5 %100
اقارب المرضى والمرضى*	9 %36	5 %20	2 %8	5 %20	2 %8	1 %4	0 %0	1 %4	25 %100
الإدارة	2 %33,3	0 %0	0 %0	3 %50	0 %0	0 %0	1 %16,7	0 %0	6 %100
الحاملين للمرض	3 %33,3	2 %22,2	1 %11,1	2 %22,2	0 %0	0 %0	1 %11,1	0 %0	9 %100
المسؤول عن الحراسة والأمن	2 %33,3	1 %16,7	1 %16,7	2 %33,3	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	6 %100
المجموع	185 %36,6	72 %14,3	53 %10,5	125 %24,7	55 %10,9	5 %1	6 %1,2	4 %0,8	*505 %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال.

إن من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء بمدى مواجهة هؤلاء الأطباء للمشاكل مع أحد الزملاء و الزميلات يتبين لنا بأن الفئة الأولى من المبحوثين و التي بلغت نسبتها 36,6% تجمعها علاقة تعاون و تضامن نجد من بينها نسبة 39% واجهوا مشاكل مع زملائهم الأطباء، ثم نسبة 37,8% واجهوا مشاكل مع زملائهم شبه الطبيين، ثم نسبة 36,5% مع المسؤولين ثم نسبة 36% مع المرضى و أقاربهم، بعدها تأتي نسبة 35,1% مع زملائهم المرضى ثم نسبة 33,3% واجهوا مشاكل مع الإدارة، و نفس النسبة أي 33,3% مع الحاملين للمرضى و نفس النسبة كذلك مع المسؤول على الحراسة و الأمن. و أخيرا نسبة 20% مع شرطة المستشفى أما الفئة الثانية من المبحوثين هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف و التي بلغت نسبتها 24,7% نجد من بينهم نسبة 50% واجهوا مشاكل مع الإدارة ثم نسبة 33,3% واجهوا المشاكل مع المسؤول عن الحراسة والأمن، ثم تليها نسبة 26,3% مع مسؤولهم المباشر، ثم نسبة 26,1% مع زملاءهم المرضى، ثم تليهم نسبة 24,5% مع زملاءهم الشبه طبيين ثم نسبة 22,2% مع الحاملين للمرضى، ثم نسبة 22% مع زملاءهم الأطباء و أخيرا نسبة 20% مع أقارب المرضى و المرضى أنفسهم.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة صراع و منافسة فقد بلغت نسبتهم 14,3% نجد من بينها نسبة 40% واجهوا مشاكل مع شرطة المستشفى ثم نسبة 22,2% مع الحاملين للمرضى ثم نسبة 20% مع أقارب المرضى، ثم نسبة 16,7% مع المسؤول عن الحراسة و الأمن، ثم نسبة 15,1% واجهوا مشاكل مع زملاءهم شبه الطبيين، بعدها تأتي نسبة 14% مع زملاءهم الأطباء، ثم نسبة 13,5% مع زملاءهم المرضى، ثم أخيرا نسبة 12,4% واجهوا مشاكل مع مسؤولهم المباشر.

و فيما يخص الفئة الرابعة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، و التي بلغت نسبتهم ب 10,9% نجد من بينهم نسبة 13% واجهوا مشاكل مع

*ملاحظة: ان المرضى و ذويهم ليسو بزملاء العمل للطبيب، و لكن نظرا لكثرة الإجابات من طرف المبحوثين على السؤال الخاص بمواجهة المشاكل مع أحد الزملاء، جعلني أنكره مع الزملاء.

زملاءهم الأطباء ثم نسبة 12,4% واجهوا مشاكل مع مسؤولهم المباشر، ثم تليها نسبة 10,8% مع زملاءهم الممرضين ثم نسبة 10,4% مع زملاءهم شبه الطبيين، و أخيرا نسبة 8% مع أقارب المرضى و المريض.

و الفئة الخامسة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الغيرة و الحسد و التي بلغت نسبتهم ب 10,5%، نجد من بينهم نسبة 40% واجهوا مشاكل مع شرطة المستشفى، ثم نسبة 16,7% مع المسؤول عن الحراسة و الأمن بالمستشفى، ثم تليها نسبة 11,7% مع زميلهم الممرض، ثم بعدها تأتي نسبة 11,1% مع الحاملين للمرض، ثم تليها نسبة 11% مع زملائهم الأطباء، ثم نسبة 9,5% مع مسؤولهم المباشر بعدها مباشرة تأتي نسبة 9,4% مع زملائهم شبه طبيين، و أخيرا نسبة 8% مع المرضى و أقاربه.

أما الفئة السادسة فئة المبحوثين الذين تجمعهم علاقة صداقة طيبة و رائعة بلغت نسبتهم ب 1,2% نجد من بينهم نسبة 16,7% واجهوا مشاكل مع الإدارة ثم نسبة 11,1% واجهوا مشاكل مع الحاملين للمرضى، ثم نسبة 1,5% مع مسؤولهم المباشر، و أخيرا نسبة 0,9% مع زميلهم الممرض و نفس النسبة مع زميلهم شبه طبي.

و الفئة السابعة فهي تخص فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة عائلية و التي بلغت نسبتهم ب 1% نجد من بينها نسبة 4% واجهوا مشاكل مع المرضى و أقاربهم، ثم نسبة 1% واجهوا مشاكل مع زملائهم الأطباء، ثم نسبة 0,9% مع زملائهم شبه طبيين، و نفس النسبة مع زملائهم الممرضين، و أخيرا نسبة 0,7% مع مسؤولهم المباشر.

و الفئة الثامنة و الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الأخوة و هي فئة جد صغيرة، بلغت نسبتها ب 0,8%، نجد من بينهم نسبة 4% واجهوا مشاكل مع المرضى و أقاربهم ثم نسبة 0,9% واجهوا مشاكل مع زملائهم الممرضين و نفس النسبة مع زملائهم شبه طبيين، و أخيرا نسبة 0,7% مع مسؤولهم المباشر.

إذا من خلال الجدول يتبين لنا بأن أكبر النسب المسجلة للزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل في تعامله معهم نجد الإدارة و شرطة المستشفى ثم الزملاء الأطباء، فرغم أن العلاقة التي تجمع بين الأطباء هي في الغالب علاقة جيدة يسودها التفاهم و التعاون و

التضامن و الإتحاد في التكوين الطبي و في العمل، و لكن رغم ذلك نجدهم يواجهون المشاكل فيما بينهم، و قد تختلف الأسباب و المشاكل لكنهم في النهاية متحدون فيما بينهم، و تجمعهم علاقة جيدة أساسها التعاون و التضامن.

الجدول رقم 61 : يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم بطبيعة المشكل الذي واجهه المبحوثين بسبب حالة مرضية زارت المستشفى.

نوعية العلاقة التي تربط الاطباء فيما بينهم	طبيعة المشكل الذي تعرض له الاطباء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى	علاقة تعاون و تضامن	علاقة صراع و منافسة	علاقة غيرة و حسد	علاقة بناءة و تكامل في الأدوار	علاقة زمالة لا تتعدى الحدود	نحن عائلة والعلاقة بيننا عائلية	علاقة صداقة طبية و رائعة تكون فريقا متحدا	المجموع
تدهور صحة المريض	16 %34,8	9 %19,6	4 %8,7	9 %19,6	7 %15,2	1 %2,2	0 %0	46 %100	
العدد الكبير للمرضى في قاعات الإنتظار	23 %31,1	13 %17,6	11 %14,9	18 %24,3	8 %10,8	1 %1,4	0 %0	74 %100	
عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء	15 %33,3	8 %17,8	7 %15,6	8 %17,8	5 %11,1	1 %2,2	1 %2,2	45 %100	
تهاون بعض الأطباء في العلاج	15 %34,1	10 %22,7	6 %13,6	8 %18,2	4 %9,1	1 %2,3	0 %0	44 %100	
اللامبالاة و الاهمال	27 %34,6	16 %20,5	8 %10,3	17 %21,8	8 %10,3	1 %1,3	1 %1,3	78 %100	
عدم الالتزام بنصائح الطبيب	32 %36,8	16 %18,4	7 %8	22 %25,3	8 %9,2	1 %1,1	1 %1,1	87 %100	
عدمالتزام المرضى بنظام الأدوار في قاعة الانتظار	30 %35,7	14 %16,7	9 %10,7	24 %28,6	6 %7,1	1 %1,2	0 %0	84 %100	
غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة اليهم	31 %37,8	13 %15,9	9 %10,9	20 %24,4	7 %8,5	1 %1,2	1 %1,2	82 %100	
وفاة أحد المرضى بسبب الاهمال و اللامبالاة	11 %31,4	8 %22,9	5 %14,3	8 %22,9	3 %8,6	0 %0	0 %0	35 %100	
شكوى قدمها مريض الى مسؤولك المباشر	8 %36,4	4 %18,2	2 %9,1	5 %22,8	2 %9,1	1 %4,5	0 %0	22 %100	
الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم ايجاد قرار الصحيح من أجله	4 %50	0 %0	0 %0	2 %25	2 %25	0 %0	0 %0	8 %100	
خروج قبل الوقت للمسؤول عن المرضى	1 %20	1 %20	1 %20	1 %20	0 %0	0 %0	1 %20	5 %100	
عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة و خاصة الاستعجالات	1 %50	0 %0	0 %0	1 %50	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100	
المجموع	214 %34,9	112 %18,3	69 %11,3	143 %23,4	60 %9,8	9 %1,5	5 %0,8	612* %100	

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبيّن العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم بطبيعة المشكل الذي واجهه المبحوثين بسبب حالة مرضية زارت المستشفى، حيث يتبين بأن علاقات الأطباء فيما بينهم تختلف و تتباين من طبيب إلى آخر، و تتنوع من جيّدة إلى متوسطة إلى علاقات يسودها الخلاف و الصراع، حيث نلاحظ بأن الفئة الأولى منهم وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة التعاون و التضامن و قد بلغت نسبتهم ب 34,9%، ثم تليها فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف 23,4% تليها نسبة 18,3% و هي تخص فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الصّراع و المنافسة، ثم تليها نسبة 11,3% من المبحوثين تجمعهم علاقة الغيرة و الحسد، ثم علاقة الزمالة التي لا تتعدى الحدود بنسبة 9,8%، ثم نسبة 1,5% من الأطباء الذين تجمعهم علاقة عائلية و أخيرا نسبة 0,8% من الأطباء تجمعهم علاقة صداقة طيبة و رائعة تكون فريقا متحدا.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك التي تجمعهم علاقة التضامن و التعاون نجد من بينهم نسبة 50% اختلفوا في آراء التكفل بالمرضى و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجله، و بنفس النسبة أي 50% نجدهم تعرضوا للمشاكل بسبب عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة و خاصة الاستعجالات، ثم تليها نسبة 37,8% واجهوا مشاكل بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، بعدها تأتي نسبة 36,8% من الأطباء واجهوا مشاكل مع المرضى بسبب عدم التزامهم بالنصائح المقدمة إليهم، فتعقدت حالتهم الطبية، بعدها تأتي نسبة 36,4% واجهوا مشاكل بسبب شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر على الطبيب، ثم نسبة 35,7% واجهوا مشاكل بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار مما يسبب الفوضى، ثم بعدها نسبة 34,6% منهم بسبب اللامبالاة و الإهمال، و نسبة 34,1% من الأطباء واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب تهاونهم في العلاج مما عاد سلبا على المريض، ثم نسبة 33,3% تعرضوا للمشاكل بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، و نسبة 31,4% منهم تعرضوا للمشاكل بسبب وفاة أحد المرضى نتيجة الإهمال للطاغم المساعد، و أخيرا نسبة 20% من المبحوثين تعرضوا للمشاكل بسبب خروج المسؤول عن الممرضين قبل الوقت.

و الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة بناءة و تكامل في الأدوار و الوظائف، نجد من بينهم نسبة 50% تعرضوا للمشاكل بسبب عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة الطبية و خاصة الاستعجالات، كونها المصلحة الأثر فوضى و إكتضاض، ثم تليها نسبة 28,6% تعرضوا للمشاكل بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار، ثم نسبة 25,3% تعرض للمشاكل بسبب عدم التزام المرضى بنصائحه، ثم بعدها تأتي نسبة 25% سبب الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجله، ثم نسبة 24,4% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، ثم تليها نسبة 24,3% من المبحوثين واجهوا مشاكل بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار، ثم نسبة 22,9% تعرضوا للمشاكل بسبب وفاة أحد المرضى نتيجة للإهمال و اللامبالاة، بعدها مباشرة تأتي نسبة 22,8% من المبحوثين تعرضوا إلى المشاكل بسبب شكوى قدمها مريض إلى مسؤولهم المباشر، تليها نسبة 21,8% تعرضوا للمشاكل بسبب اللامبالاة و الإهمال، ثم نسبة 20% بسبب خروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين، ثم نسبة 19,6% بسبب تدهور صحة المريض، ثم نسبة 18,2% تعرضوا للمشاكل بسبب تهاون البعض الآخر من الأطباء في العلاج و الاستشارة الطبية على المرضى، و أخيرا نسبة 17,8% لم يجدوا المساعدة من طرف الزملاء مما أدى بهم إلى الوقوع في المشاكل.

أما فيما يخص الفئة الثالثة، فهي التي تخص الأطباء الذين تجمعهم علاقة غير و حسد، نجد من بينهم نسبة 22,9% تعرضوا للمشاكل بسبب وفاة أحد مرضاهم بسبب الإهمال و اللامبالاة من طرف الطاقم المساعد، ثم تليها نسبة 22,7% تعرضوا للمشاكل بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج، ثم تليها نسبة 20,5% بسبب اللامبالاة و الإهمال ثم تليها نسبة 20% بسبب خروج المسؤول عن الممرضين قبل الوقت، بعدها تأتي نسبة 19,6% بسبب تدهور صحة المريض، ثم نسبة 18,4% بسبب عدم التزام المريض بنصائح الطبيب، ثم تأتي نسبة 18,2% تعرضوا للمشاكل نتيجة شكوى قدمها مريض لمسؤولهم المباشر، و نسبة 17,8% من المبحوثين تعرضوا إلى المشاكل بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء و بعدها نسبة 17,6% بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار، ثم نسبة 16,7%

بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار، و أخيرا نسبة 15,9% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم.

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الغيرة و الحسد، الأمن بينهم نسبة 20% تعرضوا إلى المشاكل بسبب خروج المسؤول عن الممرضين قبل الوقت، ثم تليها نسبة 15,6% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، بعدها تأتي نسبة 14,9% بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار، ثم نسبة 14,3% بسبب الإهمال و اللامبالاة و التي أدت إلى وفاة أحد المرضى، بعدها تأتي نسبة 13,6% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج، بعدها نسبة 10,9% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم فنسبة 10,7% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار، ثم نسبة 10,3% بسبب اللامبالاة و الإهمال، و نسبة 9,1% بسبب شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر، ثم نسبة 8,7% بسبب تدهور صحة المريض، و أخيرا نسبة 8% بسبب عدم التزام المريض بنصائح الطبيب.

وفيما يخص الفئة الخامسة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة زمالة لا تتعدى الحدود، نجد من بينهم نسبة 25% تعرضوا للمشاكل بسبب الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجله، ثم نسبة 15,2% بسبب تدهور صحة المريض، ثم نسبة 11,1% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، فنسبة 10,8% بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار بالمصلحة، بعدها تأتي نسبة 10,3% بسبب اللامبالاة و الإهمال و التي قد يحدث بسببها الكثير من المشاكل و أعقدها، و نسبة 9,2% بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب، ثم نسبة 9,1% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج و بنفس النسبة أي 9,1% بسبب شكوى قدمها مريض للمسؤول المباشر، ثم نسبة 8,6% بسبب وفاة أحد المرضى نتيجة الإهمال و اللامبالاة بعدها مباشرة تأتي نسبة 8,5% بسبب غياب مساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم و أخيرا نسبة 7,1% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار بالمصلحة.

و الفئة ما قبل الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة عائلية، نجد من بينهم نسبة 4,5% تعرضوا إلى المشاكل من جراء شكوى قدمها مريض إلى مسؤولهم المباشر، ثم نسبة 2,3% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج، بعدها تأتي نسبة 2,2% بسبب تدهور صحة المريض و نفس النسبة أي 2,2% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء ثم تأتي نسبة 1,4% بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار، تأتي بعدها مباشرة نسبة 1,3% بسبب اللامبالاة و الإهمال، و تأتي مباشرة نسبة 1,2% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار، و بنفس النسبة أي 1,2% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم و أخيرا نسبة 1,1% تعرضوا للمشاكل بسبب عدم التزام المرضى بنصائحهم.

أما الفئة الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة صداقة طبية و رائعة تكون فريقا متحدا، نجد من بينهم نسبة 20% تعرضوا للمشاكل بسبب خروج المسؤول عن الممرضين قبل الوقت، ثم تليها نسبة 2,2% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء ثم نسبة 1,3% بسبب اللامبالاة و الإهمال، ثم نسبة 1,2% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم و أخيرا نسبة 1,1% بسبب عدم التزام المريض بنصائحهم.

من خلال قراءتنا للجدول لاحظنا بأن نوعية العلاقة التي تجمع بين الأطباء ليس لها علاقة بالضرورة بحدوث المشاكل أو عدم حدوثها، فقد يجمع الأطباء علاقة طبية أساسها التفاهم و التعاون و التضامن إلا أنهم قد يتعرضون إلى مشاكل فيما بينهم، مشاكل سببها المباشر أو غير المباشر هم المريض، فكل عامل بالمصلحة الطبية دور يقوم به، فإن تهاون أحد منهم أو قصر و لو قليلا عاد على صحة المريض بالسلب، فقد تتدهور حالته الصحية و قد يتعرض الموت فمن أهم المشاكل التي تعرض لها الأطباء فيما بينهم و اختلفوا عليها هو اختلافهم في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصائب من أجله فكل طبيب يرى أن طريقة العلاج المقترحة هي الأصح مهملين بذلك مصير المريض و حالته التي من الممكن أن تتدهور نتيجة اختلافهم هذا.

ضف إلى ذلك قد يتعرض الطبيب إلى المشاكل بسبب المريض من جوانب أخرى أولها نظام الأمن داخل المصلحة، حيث يشكو الكثير من المرضى و السلك الطبي عدم توفر الأمن و النظام بالمصالح الطبية و خاصة في مصلحة الاستعجالات كونها المستقطب الأول للمشاكل التي تحدث من وراء رأس المريض، فهي الأكثر تعرضا للاعتداءات من طرف المدمنين على المخدرات و المسكرات و الشواذ جنسيا، و قد لاحظت عند إجراء لشبكة الملاحظات الاعتداءات التي تعرض لها الطاقم الطبي بما فيهم الممرضين و الأطباء مع انعدام تام لرجال الأمن و الحراسة بالمصلحة حيث دخل اثنان من الشباب و كلهم دم، كل واحد منهما يحمل جريحا يجري و يصرخ ووراءه مجموعة كبيرة من الشباب حيث بدأوا يكسرون و يضربون في المكاتب و الحيطان، فهرب الكل و بقي المريضان فوق طاولة العلاج رغم أن حالتهما كانت خطيرة من جراء عراكهما بالسلاح الناري، و لكن لم يدرك أهل المريض أن تصرفهم قد يهلك بالمريض.

2/ المشاكل التي يواجهها الطبيب مع زملاء العمل بسبب حالة مرضية زارت المستشفى

الجدول رقم 62: يبين العلاقة الموجودة بين مدى المواجهة للمشاكل مع الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المشفى بالسن

السن	مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المشفى	نعم	لا	المجموع
من 25 الى 29 سنة	42	33,6%	83	125
من 30 الى 34 سنة	14	50%	14	28
من 35 الى 39 سنة	2	40%	3	5
بدون اجابة	4	57,1%	3	7
المجموع	62	37,6%	103	165

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة الطبيب للمشاكل مع الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى بالسن، حيث يتبين أن نسبة 62,4% لم يتعرضوا الى المشاكل مع الزملاء سبب حالة مرضية زارت المستشفى ونسبة 37,6% تعرضوا الى المشاكل بسبب المرضى.

ففيما يخص الفئة الاولى و هي الفئة الغالبة التي لم تتعرض الى مشاكل نجد من بينهم نسبة 66,4% يتراوح سنهم من 25 الى 29 سنة ثم نسبة 60% سنهم ما بين 35 الى 39 سنة بعدها يأتي نسبة 50% تتراوح أعمارهم ما بين 30 الى 34 سنة.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تعرضوا الى المشاكل و هي فئة صغيرة، نجد من بينهم نسبة 50% تتراوح أعمارهم ما بين 30 الى 34 سنة، ثم نسبة 40% من 35 الى 39 سنة، ثم بعدها نسبة 33,6% تتراوح أعمارهم ما بين 25 الى 29 سنة.

بحكم العلاقة التي تربط فيما بينهم و هي علاقة طبية أساسها التفاهم و التأزر و التضامن، فانهم الأقل تعرضا الى المشاكل فيما بينهم و بين الزملاء، احيث أكبر نسبة و التي فاقت النصف لم تتعرض الى المشاكل ذلك لان المبحوثين همهم الوحيد خاصة في السنوات الأولى من التخصص هو نجاحهم في التكوين الطبي، و التأزر الذي يجمعهم يسهل عليهم ذلك، فهم يتضامنون و يتحدثون من أجل التكوين الجيد و الناجح، فأكبر سنا يساعد الأصغر سنا منه، و الأصغر يساعد الأصغر منه، و هكذا التسلسل في التكوين الطبي، فهم لا يعتمدون فقط على التأطير المنظم من طرف الأساتذة و المشرفين على ذلك بل وجدوا البديل الذي يساعدهم و يغطي النقص الذي يحسونه فالمجال الطبي فضاء واسع و المرض عدو متعدد الأوجه سلاحه الألم و دواءه العلاج و الطب.

جدول رقم 63: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المصلحة بالجنس

الجنس	مدى مواجهة مشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى	نعم	لا	المجموع
ذكر	36	44,4%	45	81
انثى	26	30,9%	58	84
المجموع	62	37,6%	103	165
			62,4%	100%

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المصلحة بالجنس حيث يتبين بأن نسبة 62,4% من العينة المبحوثة لم يواجهوا مشاكل و نسبة 37,6% واجهوا مشاكل بسبب حالة مرضية زارت المستشفى.

ففيما يخص الفئة الأولى و التي لم تواجه مشاكل نجد من بينهم نسبة 69,1% إناث و 55,6% ذكور، أما الفئة الثانية نجد من بينهم نسبة 44,4% ذكور و 30,9% إناث.

و بذلك يتبين بأن الذكور هم أكثر عرضة للمشاكل مع زملائهم أكثر من البنات و العكس صحيح، فالبنات هن أبعد عن المشاكل من الذكور.

الجدول رقم 64: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى بالمصلحة الطبية.

المصلحة الطبية	مدى مواجهة مشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى	نعم	لا	المجموع
أمراض الكبد	5	%45,5	6	11
جراحة الأطفال	4	%30,8	9	13
أمراض القلب	2	%33,3	4	6
طب الأطفال	3	%27,3	8	11
الطب الشرعي	5	%31,3	11	16
جراحة القلب	15	%60	10	25
جراحة الفك و الوجه	2	%40	3	5
جراحة اللثة	0	%0	4	4
جراحة العظام	4	%66,7	2	6
الطب الداخلي	2	%40	3	5
المواليد الجدد	1	%20	4	5
الأنسجة الداعمة للإنسان	1	%100	0	1
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	0	%0	4	4
الأنف الأذن و الحنجرة	2	%50	2	4
أمراض السكري	0	%0	2	2
الأمراض الجلدية	2	%12,5	14	16
طب النساء و التوليد	3	%75	1	4
أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	8	%66,7	4	12
الاستعدادات	0	%0	3	3
طب العيون	3	%25	9	12
المجموع	62	%37,6	103	165

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى بالمصلحة الطبية التي يعملون بها، حيث يتبين بأن الفئة الأولى من المبحوثين و هي الفئة التي لم تتعرض إلى المشاكل بسبب حالة مرضية زارت المصلحة مع زملائها، و التي قدرت نسبتها بـ 62,4%، نجدها تتوزع بالتفاوت بين المصالح الطبية، حيث نجد من بينها نسبة 100% بمصلحة جراحة اللثة، و مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، و مصلحة أمراض السكري و في مصلحة الاستعجالات، ثم تليها نسبة 87,5% بمصلحة الأمراض الجلدية بعدها تأتي مصلحة المواليد الجدد بنسبة 80% فمصلحة طب العيون بنسبة 75%، ثم بعدها تأتي مصلحة طب الأطفال بنسبة 72,7%، فمصلحة الطب الشرعي بنسبة 68,7%، ثم مصلحة أمراض القلب بنسبة 66,7%، بعدها تأتي مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 62,2%، ثم مصلحتي جراحة الفك و الوجه و مصلحة الطب الداخلي بنسبة 60%، و نجد نسبة 54,5% بمصلحة أمراض الكبد، ثم نسبة 50% بمصلحة الأنف الأذن و الحنجرة بعدها نسبة 40% بمصلحة جراحة القلب ثم نسبة 33,3% بمصلحة جراحة العظام و مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية و أخيرا مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة 25%.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى مشاكل مع زملائهم بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية، و قد بلغت نسبته بـ 37,6%، نجد من بينهم نسبة 100% بمصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، ثم نسبة 75% بمصلحة طب النساء و التوليد، ثم تليها نسبة 66,7% بمصلحة جراحة العظام و مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بعدها تأتي مصلحة جراحة القلب بنسبة 60%، ثم مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة بنسبة 50%، و بعدما مصلحة أمراض الكبد بنسبة 45,5%، تأتي مصلحة جراحة الفك و الوجه و مصلحة الطب الداخلي بنسبة 40%، ثم مصلحة أمراض القلب بنسبة 33,3%، و مصلحة الطب الشرعي بنسبة 31,3%، تأتي بعدها مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 30,8%، ثم مصلحة طب الأطفال بنسبة 27,3%، و مصلحة طب العيون بنسبة 25%، ثم مصلحة المواليد الجدد بنسبة 20%، و أخيرا نسبة 12,5% بمصلحة الأمراض الجلدية.

من خلال قراءتنا للجدول تبين بأن المصالح الطبية التي يتعرض فيها الأطباء إلى مشاكل مع زملائهم و بسبب حالة مرضية زارت المصلحة هي مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان أما المصالح التي لم يتعرض فيها الأطباء إلى المشاكل مع زملائهم بسبب أحد المرضى هي كل من مصلحة الاستعجالات، مصلحة السكري، مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء و مصلحة جراحة اللثة.

الجدول رقم 65: يبين مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى و علاقتها بالأقدمية.

الأقدمية	مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى	نعم	لا	المجموع
السنة الأولى	7	29	36	%19,4 %80,6 %100
السنة الثانية	19	26	45	%42,2 %57,8 %100
السنة الثالثة	19	27	46	%41,3 %58,7 %100
السنة الرابعة	8	9	17	%47,1 %52,9 %100
السنة الخامسة	5	3	8	%62,5 %37,5 %100
السنة السادسة	1	0	1	%100 %0 %100
بدون اجابة	3	9	12	%25 %75 %100
المجموع	62	103	165	%37,6 %62,4 %100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى و علاقتها بالأقدمية حيث يتبين بأن نسبة 62,4% من المبحوثين لم يواجهوا مشاكل مع زملاء العمل بسبب حالة مرضية قصدت المصلحة الطبية للعلاج، نجد من بينهم نسبة 80,6% يتمدرسون في السنة الأولى، ونسبة 58,7% يتمدرسون في السنة الثالثة ثم نسبة 57,8% يتمدرسون في السنة الثانية، ثم بعدها تأتي نسبة 52,9% يتمدرسون في السنة الرابعة، و أخيرا نسبة 37,5% يتمدرسون في السنة الخامسة.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي الفئة التي تعرضت للمشاكل بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج و التي بلغت نسبتها بـ 37,6%، نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون في السنة السادسة، و نسبة 62,5% يتمدرسون في السنة الخامسة، ثم نسبة 47,1% يتمدرسون في السنة الرابعة ثم نسبة 42,2% يتمدرسون في السنة الثانية، ثم نسبة 41,3% يتمدرسون في السنة الثالثة و أخيرا نسبة 19,4% يتمدرسون في السنة الأولى.

إذن من خلال الجدول يتبين أنه هناك علاقة طردية بين مدة الأقدمية عند المبحوثين بمدى تعرضهم للمشاكل فيما بينهم بسبب حالة مرضية قصدت المصلحة الطبية للعلاج، حيث كلما زادت الأقدمية زاد التعرض المبحوثين للمشاكل مع بعضهم البعض بسبب المرضى، و العكس صحيح أي كلما قلت الأقدمية كلما قل تعرضهم للمشاكل مع بعضهم البعض و زاد ابتعادهم عنها، ذلك لأن الأطباء الجدد في السنوات الثلاثة الأولى ينهمكون بالدراسة و التكوين و البحث، كامل وقتهم هو الدراسة و العمل ليس لديهم الوقت للغوص و الاختلاط مع بعضهم البعض و بذلك التعرض للمشاكل و لكن ابتداءا من السنة الرابعة أي ثلاث سنوات الأخيرة من التكوين الطبي يبدأ الطلبة بالاختلاط مع بعضهم البعض، و تبدأ علاقات الصداقة، و تبدأ المشاكل بينهم بالظهور.

الجدول رقم 66: يبين طبيعة المشكل الذي يتعرض له الأطباء مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى.

النسبة	نعم	مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى طبيعة المشاكل التي واجهت المبحوثين بسبب حالة مرضية زارت المستشفى
7,3%	19	تدهور صحة المريض
11,5%	30	العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار
7,3%	19	عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء
7,3%	19	تهاون بعض الأطباء في العلاج
12,3%	32	اللامبالاة و الاهمال
13,8%	36	عدم الالتزام بنصائح الطبيب
13,8%	36	عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار
14,9%	39	غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة اليهم
5,4%	14	وفاة أحد لمرضى بسبب الاهمال و اللامبالاة
3,4%	9	شكوى قدمها مريض الى مسؤولك المباشر
1,9%	5	الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجل المريض
0,8%	2	خروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين
0,4%	1	عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة و خاصة الاستعجالات
100%	*261	المجموع

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين طبيعة المشكل الذي يتعرض له الأطباء مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج، يتبين أن هناك الكثير من العوائق و الظروف المحيطة بالطبيب قد يجدها البعض مشاكل تعيقهم عن العمل و يجدها البعض الآخر عبارة عن مجرد ظروف قد يخضعها لسيطرتة، و قد تخضعه هي لسيطرتها، و سوف نستعرضها للترتيب من أكبر نسبة إلى أصغرها:

(1) غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم بنسبة 14,9%، فعادة ما ينتقلون هؤلاء المساعدين من تارة إلى أخرى بين المصالح الطبية لقضاء حوائجهم الخاصة بهم، أو تلك الخاصة بالعمل، و في هذا الوقت قد يحتاج الطبيب لمساعدتهم على إسعاف المريض

(2) عدم الالتزام بنصائح الطبيب بنسبة 13,8%، و قد يتعرض المريض بسبب عدم تطبيق أوامر الطبيب أو حتى التهاون في تطبيقها إلى تعقيد حالته المرضية، فهناك بعض المرضى لا يحبون الإستطباب يذهبون بالغضب إلى الطبيب مع أهلهم لذلك نجدهم يتهاونون في تطبيق النصائح المقدمة إليهم.

(3) عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار بنسبة 13,8% فمن منا لم يتعرض لهذا الموقف، فمن منا لم يزر الطبيب و لم يأخذ منه دوره بقاعة الانتظار عند أي طبيب عمومي كان أو حتى خاص، فعدم التزام الممرض بنظام الأدوار يعرض الطبيب إلى المشاكل، فعوض التركيز على العلاج نجده يركز على حل الخلافات و أحيانا يتعرض هو شخصيا إلى الشتم و السب من طرف المريض لهذا السبب، ففي شهر أوت 2016 عندما كنت أوزع الاستثمارات ذهبت لاسترجاع البعض منها من مصلحة الكلى و المسالك البولية و التناسلية و بينما أنا أنتظر بقاعة الانتظار مختلطة بدأ الصراخ من طرف أهل المريض عن دورهم في العلاج فخرج الطبيب يصرخ دعونا نعمل في المركز في العمل..... فالصراخ يشتت أفكارهم و تركيزهم.

(4) اللامبالاة و الإهمال بنسبة 12,3%، اللامبالاة و الإهمال من طرف الجميع، جميع السلك الطبي هو معني بهذه اللامبالاة، فانتشار الإهمال بقطاع حساس كقطاع الصحة كيف له أن يستمر و كيف يجد حولا لآلام المرضى و هو المريض.

(5) العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار بنسبة 11,5%، إن كثرة المرضى يعني كثرة المشاكل و الشجارات، يعني الفوضى بقاعة الانتظار، و هذا ما قد يؤثر على الطبيب من الناحية الجسدية، حيث هو معرض للتعبد الجسدي و الإرهاق.

(6) تدهور صَحة المريض بنسبة 7,3%.

(7) عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء بنسبة 7,3%.

(8) تهاون بعض الأطباء في العلاج بنسبة 7,3%.

(9) وفاة أحد المرضى بسبب الإهمال و اللامبالاة بنسبة 5,4%.

(10) شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر للطبيب بنسبة 3,4% ففي شهر أوت 2016 كنت بمصلحة الطب الداخلي أنتظر إحدى الطبيبات لاسترجاع الاستمارة لاحظت قدوم أحد من أهل المريض مع الأستاذ رئيس المصلحة و المشرف على التأطير يشتكي أحد الأطباء أنه لم يستقبله، و الأصح أن الطبيب قد أعطى للمريض موعدا لم يحترمه، و بعد قدوم المريض بعد الموعد بأيام رفض الطبيب في البداية علاجه، ثم أعطاه موعدا آخر، و لكنه لم يرضى بهذا الموعد و بدأ يصرخ و يشتم بألفاظ غير أخلاقية مما أدى بالطبيب إلى طرده فذهب أحد من عائلته و اشتكاه إلى مسؤوله المباشر.

قد يخطأ الطبيب و قد يكون على حق، و لكن الحالة الجسدية و النفسية للمريض تعطيه عذرا بأن يتصرف من دون عادته كما ذكر أنتوني جينز " أن الفرد المريض ليس مسؤولا بصفة شخصية عن حالة المرض التي يعانيتها، فالمرض وفق هذا المفهوم إنما هو نتيجة لأسباب بدنية فوق طاقته و لا علاقة بين بدايات المرض و سلوك الإنسان و أفعاله الشخصية (1)

(11) الاختلاف في آراء التكفل بالمرض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجله بنسبة 1,9% ليبقى المريض بين هذا الاختلاف و ذاك قد يجرب كل الآراء ليشفى في الأخير، و قد لا يصل لتجربتها كلها فيموت أو تتدهور صحته.

(12) خروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين بنسبة 0,8% إن تهاون المسؤولين أو قصرُوا في أدوارهم فكيف للعمال أن يؤدوا واجبهم دون رقابة و إن كان المسؤولين أنفسهم يحتاجون إلى الرقابة، فكيف هو حال العمال المسؤولين منهم، لأن صحة المرضى على المحك لا تحتل أي خطأ.

(1)-أنتوني جينز، مرجع سابق، ص ص 240، 241

(13) عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن، و النظام داخل المصلحة و خاصة الاستعجالات فتوفر الأمن ضروري بالمصلحة الطبية للحفاظ على النظام من جهة و أداء العمل لجميع السلك الطبي في وقته و بصفة جيدة

لقد اختلفت مشاكل الأطباء و اختلفت نسبها و حجمها، ولكن كلها معيقة للعمل الطبي، و كلها تعود بالسلب على الطبيب و المريض معا، هي مشاكل تستطيع وزارة الصحة و إدارة المؤسسة الإستشفائية العمومية مهما اختلفت و تعددت أحجامها ووظائفها القضاء عليها بالنظام و الرغبة و الإصرار و خاصة الرقابة.

الجدول رقم 67: يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة المشكل الذي واجهه المبحوثين بسبب حالة مرضية زارت المستشفى بالمصلحة الطبية

طبيعة المشكل الذي واجهه المبحوثين بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية	تدهور صحة المريض	العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار	عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء	تهاون بعض الأطباء في العلاج	اللامبالاة و الإهمال	عدم الالتزام بنصائح الطبيب	عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار	غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة اليهم	وفاة أحد لمرضى بسبب الإهمال و اللامبالاة	شكوى مريض قدمها الى مسؤولك المباشر	الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجل المريض	خروج قبل الوقت للمسؤول عن المرضى	عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة و خاصة الاستعجالات	المجموع
أمراض الكبد	2 %8	1 %4	2 %8	3 %12	3 %12	4 %16	2 %8	3 %12	2 %8	1 %4	1 %4	1 %4	0 %0	25 %100
جراحة الأطفال	2 %28,6	0 %0	0 %0	0 %0	2 %0	2 %28,6	1 %14,2	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	7 %100
أمراض القلب	0 %0	1 %11,1	1 %11,1	1 %11,1	1 %11,1	1 %11,1	1 %11,1	1 %11,1	2 %22,2	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	9 %100
طب الأطفال	1 %8,3	1 %8,6	1 %8,3	2 %16,7	1 %8,3	2 %16,7	1 %8,3	3 %25	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	12 %100
الطب الشرعي	0 %0	5 %22,7	2 %9,1	2 %9,1	0 %0	2 %9,1	4 %18,2	4 %18,2	0 %0	2 %9,1	1 %4,5	0 %0	0 %0	22 %100
جراحة القلب	7 %9	10 %12,8	5 %6,4	6 %7,7	11 %14,1	10 %12,8	11 %14,1	9 %11,5	4 %5,1	3 %3,8	1 %1,3	1 %1,3	0 %0	78 %100
جراحة الفك و الوجه	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100
جراحة العظام	1 %4,4	2 %8,7	3 %13	2 %8,7	3 %13	3 %13	3 %13	3 %13	2 %8,7	1 %4,4	0 %0	0 %0	0 %0	23 %100
الطب الداخلي	1 %7,7	2 %15,4	2 %15,4	1 %7,7	1 %7,7	2 %15,4	2 %15,4	2 %15,4	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	13 %100
المواليد الجدد	0 %0	1 %33,3	0 %0	0 %0	1 %33,3	1 %33,3	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	3 %100
الأنسجة الداعمة للإنسان	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	1 %100
الأنف الأذن و الحنجرة	0 %0	0 %0	0 %0	1 %16,7	1 %16,7	1 %16,7	0 %0	1 %16,7	1 %16,7	1 %16,7	0 %0	0 %0	0 %0	6 %100

4 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %25	0 %0	1 %25	1 %25	0 %0	0 %0	0 %0	1 %25	0 %0	الأمراض الجلدية
15 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %6,7	2 %13,3	3 %20	2 %13,3	2 %13,3	1 %6,7	1 %6,7	2 %13,3	1 %6,7	طب النساء و التوليد
34 %100	1 %2,9	0 %0	1 %2,9	0 %0	1 %2,9	7 %20,6	6 %17,7	5 %14,7	5 %14,7	0 %0	1 %2,9	4 %11,8	3 %8,8	أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية
8 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %12,5	0 %0	4 %50	0 %0	0 %0	1 %12,5	0 %0	1 %12,5	0 %0	1 %12,5	طب العيون
*261 %100	1 %0,4	2 %0,8	5 %1,9	9 %3,4	14 %5,4	39 %14,9	36 %13,8	36 %13,8	32 %12,3	19 %7,3	19 %7,3	30 %11,5	19 %7,3	المجموع

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة المشاكل الذي واجهها الأطباء مع أحد الزملاء و بسبب حالة مرضية بالمصلحة الطبية، إذ يتوزع الأطباء المتعرضين إلى المشاكل على المصالح الطبية بتفاوت و تباين إذ نجد أول مشكل تعرض له المبحوثين و هو غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، و قد بلغت نسبتهم 14,9% من بينهم 50% بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 25% بمصلحة طب الأطفال بعدها نسبة 20,6% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية ثم نسبة 18,2% بمصلحة الطب الشرعي، تليها نسبة 16,7% بمصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة، بعدها نسبة 15,4% بمصلحة الطب الداخلي، ثم نسبة 13,3% بمصلحة طب النساء و التوليد، فمصلحة جراحة العظام بنسبة 13% بعدها تأتي مصلحة أمراض الكبد بنسبة 12%، ثم مصلحة جراحة القلب بنسبة 11,5% و أخيرا نسبة 11,1% بمصلحة أمراض القلب.

أما المشكل الثاني الذي تعرض له المبحوثين يتمثل في عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار وقد بلغت نسبتهم 13,8% من بينهم نسبة 100% بمصلحة جراحة الفك و الوجه، تليها نسبة 25% بمصلحة الأمراض الجلدية، ثم تليها نسبة 20% بمصلحة طب النساء و التوليد، ثم نسبة 18,2% بمصلحة الطب الشرعي بعدها تأتي مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 17,7% ثم الطب الداخلي بنسبة 15,4% ثم بعدها تأتي مصلحة جراحة الأطفال بنسبة 14,2% ثم مصلحة جراحة القلب بنسبة 14,1% ثم نسبة 13% بمصلحة جراحة العظام، و نسبة 11,1% بمصلحة أمراض القلب، و نسبة 8,3% بمصلحة طب الأطفال و أخيرا نسبة 8% بمصلحة أمراض الكبد.

و المشكل الثالث الذي تعرض له المبحوثين يتصل في عدم الالتزام المرضى بنصائح الطبيب و قد بلغت نسبتهم 13,8% نجد من بينهم نسبة 33,3% بمصلحة المواليد الجدد، ثم نسبة 28,6% بمصلحة جراحة الأطفال ثم نسبة 25% بمصلحة الأمراض الجلدية و نسبة 16,7% بمصلحة طب الأطفال، و نفس النسبة بمصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة ثم نسبة 16% بمصلحة أمراض الكبد، و نسبة 15,4% بمصلحة الطب الداخلي و نسبة 14,7% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية ثم نسبة 13,3% بمصلحة طب النساء و التوليد و نسبة 13% بمصلحة جراحة العظام، بعدها مباشرة تأتي مصلحة جراحة القلب

بنسبة 12,8% ثم مصلحة أمراض القلب بنسبة 11,1% و أخيرا نسبة 9,1% بمصلحة الطب الشرعي .

أما المشكل الرابع فيتمثل في اللامبالاة و التي بلغت نسبتهم 12,3% نجد من بينهم نسبة 33,3% بمصلحة المواليد الجدد، ثم نسبة 28,6% بمصلحة جراحة الأطفال بعدها تأتي نسبة 16,7% بمصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة، و نسبة 14,7% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، ثم بعدها مباشرة نسبة 14,1% بمصلحة جراحة القلب فنسبة 13,3% بمصلحة طب النساء و التوليد، ثم نسبة 13% بمصلحة جراحة العظام، بعدها تأتي نسبة 12,5% بمصلحة طب العيون، و نسبة 12% بمصلحة أمراض الكبد، ثم نسبة 11,1% بمصلحة أمراض القلب و نسبة 8,3% بمصلحة طب الأطفال و أخيرا نسبة 7,7% بمصلحة الطب الداخلي.

و المشكل الخامس الذي تعرض له المبحوثين يتمثل في العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار بنسبة 11,5%، نجد من بينهم نسبة 33,3% بمصلحة المواليد الجدد ثم نسبة 25% بمصلحة الأمراض الجلدية ثم نسبة 22,7% بمصلحة الطب الشرعي و نسبة 15,4% بمصلحة الطب الداخلي و نسبة 13,3% بمصلحة طب النساء و التوليد ثم نسبة 12,8% بمصلحة جراحة القلب، و نسبة 11,8% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية التناسلية، ثم نسبة 11,1% بمصلحة أمراض القلب ثم تليها نسبة 8,7% بمصلحة جراحة العظام و نسبة 8,3% بمصلحة طب الأطفال و أخيرا نسبة 4% بمصلحة أمراض الكبد

أما المشكل السادس فيمكن في تدهور صحة المريض، و التي بلغت نسبتهم 7,3% نجد من بينهم نسبة 28,6% بمصلحة جراحة الأطفال و نسبة 12,5% بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 9% بمصلحة جراحة القلب، بعدها تأتي نسبة 8,8% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، ثم نسبة 8,3% بمصلحة طب الأطفال، ثم نسبة 8% بمصلحة أمراض الكبد ثم نسبة 7,7% بمصلحة الطب الداخلي، ثم بعدها مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة 6,7% بعدها نسبة 4,4% بمصلحة جراحة العظام.

و المشكل السابع يتمثل في عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء بلغت نسبتهم 7,3% نجد من بينهم نسبة 15,4% بمصلحة الطب الداخلي، و نسبة 13% بمصلحة جراحة العظام، ثم نسبة 12,5% بمصلحة طب العيون، ثم تأتي مصلحة أمراض القلب بنسبة 11,1% ونسبة 9,1% بمصلحة الطب الشرعي، ثم نسبة 8,3% بمصلحة طب الأطفال، ثم نسبة 8% بمصلحة أمراض الكبد، ثم نسبة 6,7% بمصلحة طب النساء و التوليد، ثم نسبة 6,4% بمصلحة جراحة القلب، و أخيرا مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 2,9%.

و فيما يخص المشكل الثامن و المتمثل في تهاون بعض الأطباء في العلاج، و التي بلغت نسبتهم 7,3%، نجد من بينهم نسبة 16,7% بكل من مصلحة طب الأطفال و مصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة، ثم نسبة 12% بمصلحة أمراض الكبد ثم نسبة 11,1% بمصلحة أمراض القلب و نسبة 9,1% بمصلحة الطب الشرعي و نسبة 8,7% بمصلحة جراحة العظام و نسبة 7,7% بكل من مصلحة جراحة القلب و مصلحة الطب الداخلي و أخيرا نسبة 6,7% بمصلحة طب النساء و التوليد.

أما فيما يخص مشكل التاسع و المتمثل في وفاة أحد المرضى بسبب الإهمال و اللامبالاة و التي بلغت نسبته 5,4% نجد من بينهم نسبة 25% بمصلحة الأمراض الجلدية، و نسبة 22,2% بمصلحة أمراض القلب ثم نسبة 16,7% بمصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة، ثم بعدها تأتي مصلحة جراحة العظام، ثم مصلحة أمراض الكبد بنسبة 8%، و مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة 6,7% ثم مصلحة جراحة القلب بنسبة 5,1%، ثم مصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية بنسبة 2,9%.

و المشكل العاشر الذي عانى منه المبحوثين في شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر لهم و قد بلغت نسبتهم 3,4% نجد من بينهم نسبة 16,7% بمصلحة الأنف الأذن و الحنجرة، ثم نسبة 12,5% بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 9,1% بمصلحة الطب الشرعي، ثم نسبة 4,4% بمصلحة جراحة العظام، و نسبة 4% بمصلحة أمراض الكبد و أخيرا نسبة 3,8% بمصلحة جراحة القلب.

و يتمثل المشكل الحادي عشر في الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجل المريض، و قد بلغت نسبتهم ب 1,9% نجد من بينهم نسبة 100% بمصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، ثم نسبة 4,5% بمصلحة الطب الشرعي، ثم نسبة 4% بمصلحة أمراض الكبد، و نسبة 2,9% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، و أخيرا نسبة 1,3% بمصلحة جراحة القلب.

و المشكل الثاني عشر يتمثل في خروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين و التي بلغت نسبتهم 0,8% نجد من بينهم نسبة 4% بمصلحة أمراض الكبد، ونسبة 1,3% بمصلحة جراحة القلب.

و المشكل الثالث عشر و الأخير يتمثل في عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة، و خاصة مصلحة الاستعجالات و قد بلغت نسبتهم 0,4% نجد من بينهم نسبة 2,9% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية.

هناك أربع مصالح طبية لم تسجل أي مشاكل واجهها المبحوثين، و هي مصلحة جراحة اللثة و الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، أمراض السكري و الاستعجالات، و أهم المشاكل التي واجهها المبحوثين هي غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم و ذلك خاصة بمصلحة طب العيون، و كذا عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار وذلك ما لمسناه خاصة في مصلحة جراحة الفك و الوجه.

جدول رقم 68: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بنوعية العلاقة التي تربطه بالمرضى.

نوعية العلاقة التي تربط المبحوثين بزملاءهم المرضى	مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى	علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف	علاقة غيره	علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر	علاقة زمالة في حدود العمل	علاقة صداقة خارج العمل	علاقة أخوة	المجموع
37	42,5%	3	3,4%	18	20,7%	0	0%	87
69	55,2%	4	3,2%	8	6,4%	1	0,8%	125
106	50%	7	3,3%	26	12,3%	1	0,5%	*212

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء الطبيين و الشبه الطبيين أو حتى الإداريين، بنوعية العلاقة التي تربطه بالمرضى، حيث يتبين بأن نسبة 50% من المبحوثين تربطهم مع زملائهم المرضى علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف و ثم تليها نسبة 33,5% تربطهم معهم علاقة زمالة في حدود العمل، ثم تليها نسبة 12,3% تربطهم علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر مع زملائهم المرضى، تليهم نسبة 3,3% تربطهم علاقة غيرة و حسد و أخيرا نسبة 0,5% تربطهم مع زملائهم المرضى علاقة صداقة خارج العمل، ونفس النسبة تربطهم علاقة أخوة.

ففيما يخص الفئة الأولى منهم و هي فئة المبحوثين الذين تجمعهم علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف، نجد من بينهم نسبة 55,2% لم يواجهوا أي مشاكل مع زملائهم في العمل بما فيهم المرضى، و نسبة 42,5% واجهوا مشاكل.

و فيما يخص الفئة الثانية و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة زمالة في حدود العمل، نجد من بينهم نسبة 33,6% لم يواجهوا مشاكل مع زملاء العمل، و نسبة 33,3% واجهوا مشاكل

أما الفئة الثالثة منهم و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة صّراع و عدم الخضوع إلى الأوامر، نجد من بينهم نسبة 20,7% تعرضوا إلى مشاكل مع زملاء العمل بما فيهم الممرضين، و نسبة 6,4% لم يتعرضوا إلى مشاكل معهم.

و الفئة الرابعة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة غير و حسد مع زملائهم الممرضين، نجد من بينهم 3,4% تعرضوا إلى المشاكل مع زملاء العمل، و نسبة 3,2% لم يتعرضوا معهم إلى المشاكل.

و الفئة الخامسة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة صداقة خارج العمل نجد من بينهم نسبة 0,8% لم يتعرضوا إلى المشاكل مع زملاء العمل.

و أخيرا الفئة السادسة و هي الفئة التي تجمعها مع زملائهم الممرضين علاقة أخوة، نجد من بينهم نسبة 0,8% لم يتعرضوا على المشاكل مع زملاء العمل.

إذا بحكم أن فن الطب هو فن الإشفاء و العلاج" موضوعه هو تفادي و علاج المرضى، تخفيف المعاناة و منع المرضى من الموت "(1) ميدانه واسع، لا يستطيع الطبيب الإلمام به وحده إلا بمساعدة المساعدين الطبيين و الشبه الطبيين، فالمرض يعتبر اليد اليمنى للطبيب اليد التي يعمل بها، فهو من يجهز المريض و يساعد الطبيب في علاجه و إن دخل الطبيب في عملية جراحية يكون دوره مكملًا لعدة أدوار للفريق الطبي و الشبه الطبي، لذلك توجب أن تكون العلاقة بينهم علاقة يسودها التفاهم، تسودها روح الفريق، حتى ينجح العمل الطبي، و يشفي المريض.

(1)-HAMBOURGER, **La puissance et la fragilité**, Paris plan,1972 In Le developpement de services d'information sanitaire A S Haro ,revue internationale des science humaine ,Ibid, page 446. (1)-HAMBOURGR,

فمن خلال الجدول يتبين بأن العلاقة التي تجمع الأطباء بزملائهم المرضى أو ما نسميهم كذلك الشبه الطبيين (هم يحملون نفس التسمية) علاقة جيّدة أساسها التعاون والتضامن و التكامل في الأدوار و التي بلغت نسبتها بنصف العينة المبحوثة.

و يتبين بأنه هناك علاقة طردية بين مدى مواجهة الطبيب للمشاكل مع أحد الزملاء بنوعية العلاقة التي تربطه بزملائه المرضى، حيث كلما كانت العلاقة جيّدة يسودها التعاون و التكامل في الأدوار كلما قلت نسبة تعرضهم للمشاكل معهم، و العكس صحيح كلما ساءت العلاقة بينهما كلما زادت المشاكل.

الجدول رقم 69: يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين تعرض معهم الطبيب إلى المشاكل بالجنس.

الزملاء الذين تعرض معهم الطبيب الى مشاكل	الجنس	زميل طبيب	زميل شبه طبي	زميل ممرض	مسؤول	مسؤول الأمن و أعوانه	الإسعاف SAMU	COURRIER المكلف بإرسال الملفات عبر المصالح	القباض CAISSIER	المجموع
20	نكر	30	15	17	3	2	1	0	88	%100
%22,7		%34,1	%17,1	%19,3	%3,4	%2,3	%1,1	%0		
14	أنثى	19	13	11	5	0	0	1	63	%100
%22,2		%30,2	%20,6	%17,5	%7,9	%0	%0	%1,6		
34	المجموع	49	28	28	8	2	1	1	151*	%100
%22,5		%32,5	%18,5	%18,5	%5,3	%1,3	%%0,7	%0,7		

* تقلص عدد المبحوثين نظرا لكون عددهم يخص الفئة التي كان لديها مشكلا مع زملاء العمل.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوع زملاء الذين تعرض معهم الأطباء إلى مشاكل بالجنس، حيث يتبين بأن نسبة 32,5 % هم زملاء شبه طبيين و الذي تعرض معهم الطبيب إلى المشاكل، ثم تليها نسبة 22,5 % هم زملاء أطباء، ثم نسبة 18,5 % ممرضين و بعدها تأتي نسبة 18,5 % مسؤولين، ثم نسبة 5,3 % مع مسؤول الأمن و أعوانه، ثم نسبة 0,7 % مع المكلف بإرسال الملفات عبر المصالح الطبية و أخيرا نسبة 0,7 % مع القابض.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى مشاكل مع زميلهم شبه طبي نجد من بينهم نسبة 34,1 % ذكور و 30,2 % إناث.

أما الفئة الثانية من المبحوثين وهي تلك التي واجهت المشاكل مع زملاءها الأطباء نجد من بينهم نسبة 22,7 % ذكور ونسبة 22,22 % إناث.

وأما فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين وهي تلك التي واجهت مشاكل مع مسؤولها المباشر نجد من بينهم نسبة 19,3 % ذكور. ونسبة 17,5 % إناث.

والفئة الرابعة وهي فئة المبحوثين الذين تعرضوا إلى مشاكل مع زملائهم الممرضين, نجد من بينهم نسبة 20,6 % إناث و 17,1 % ذكور.

والفئة الخامسة وهي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع مسؤول الأمن وأعوانه, نجد من بينهم نسبة 7,9 % إناث و 3,4 % ذكور.

والفئة السادسة وهي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع عمال الإسعاف SAMU, نجد من بينهم نسبة 2,3 %.

أما الفئة السابعة والتي تخص فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع العامل المكلف بإرسال الملفات عبر المصالح الطبية, نجد من بينهم نسبة 1,1 %.

وأخيرا فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع القابض, نجد من بينهم نسبة 1,6 % إناث.

إذا من خلال قراءتنا للجدول تبين لنا بأن الذكور هم أكثر عرضة للمشاكل مع زملائهم في العمل بالمقارنة مع الطبيبات لكن بنسب متقاربة كما أهم أي الذكور أكثر عرضة للمشاكل مع زملائهم الأطباء والشبه الطبيين والمسؤولين أما الإناث فهم الأكثر تعرضا للمشاكل مع زملائهم الممرضين.

الجدول رقم 70 : يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين كان معهم المشاكل بالأقدمية

الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل بسبب المرضى	زميل طبيب	زميل شبه طبيين	زميل ممرض	مسؤول	مسؤول الأمن وأعوانه	الإسعاف	Cou- rrier	القابض	المجموع
السنة الأولى	3 %23,1	5 %38,5	2 %15,4	3 %23,1	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	13 %100
السنة الثانية	10 %25,6	14 %35,9	8 %20,5	6 %15,4	0 %0	1 %2,6	0 %0	0 %0	39 %100
السنة الثالثة	10 %24,4	15 %36,6	5 %12,2	8 %19,5	3 %7,3	0 %0	0 %0	0 %0	41 %100
السنة الرابعة	4 %13,3	8 %26,7	7 %23,3	5 %16,7	3 %10	1 %3,3	1 %3,3	1 3,3 %	30 %100
السنة الخامسة	3 %21,4	4 %28,6	3 %21,4	3 %21,4	1 %7,1	0 %0	0 %0	0 %0	14 %100
السنة السادسة	1 %20	1 %20	1 %20	1 %20	1 %20	0 %0	0 %0	0 %0	5 %100
بدون إجابة	3 %33,3	2 %22,2	2 %22,2	2 %22,2	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	9 %100
المجموع	34 %22,5	49 %32,4	28 %18,5	28 %18,5	8 %5,3	2 %1,3	1 %0,7	1 0,7 %	*151 %100

*تقلص عدد المبحوثين نظرا لكون هذه الفئة تخص الأطباء الذين كان لديهم مشكلا مع أحد الزملاء.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين تعرض معهم الطبيب إلى المشاكل بالأقدمية، حيث تبين بأن نسبة 32,4% من الزملاء الشبه طبيين الذين تعرض معهم الطبيب إلى المشاكل نجد من بينهم نسبة 38,5% يتدرسون في السنة الأولى ثم نسبة 36,6% يتدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 35,9% يتدرسون في السنة الثانية ثم نسبة 28,6% يتدرسون في السنة الخامسة، بعدها نسبة 26,7% يتدرسون بالسنة الرابعة، و أخيرا نسبة 20% في السنة السادسة.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع زملائهم الأطباء و التي قدرت 22,5% من بينهم نسبة 25,6% يتدرسون في السنة الثانية، ثم نسبة 24,4% يتدرسون بالسنة الثالثة، و نسبة 23,1% في السنة الأولى، تليها نسبة 21,4% في السنة الخامسة، ثم نسبة 20% في السنة السادسة و أخيرا نسبة 13,3% يتدرسون بالسنة الرابعة.

و الفئة الثالثة هي الفئة التي نخص المبحوثين الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم الممرضين و التي قدرت نسبتهم 18,5%، نجد من بينهم نسبة 23,3% يتدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 21,4% يتدرسون بالسنة الخامسة ثم نسبة 20,5% يتدرسون بالسنة الثانية و تليها مباشرة نسبة 20% يتدرسون بالسنة السادسة، ثم تليها نسبة 15,4% يتدرسون بالسنة الأولى و أخيرا نسبة 12,2% يتدرسون بالسنة الثالثة.

و فيما يخص الفئة الرابعة و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع مسؤولهم المباشر و التي قدرت نسبتهم 18,5%، نجد من بينهم نسبة 23,1% يتدرسون في السنة الأولى، ثم نسبة 21,4% يتدرسون بالسنة الخامسة، تليها نسبة 20% يتدرسون بالسنة السادسة، ثم نسبة 19,5% يتدرسون بالسنة الثالثة، و نسبة 16,7% يتدرسون في السنة الرابعة و أخيرا نسبة 15,4% يتدرسون بالسنة الثانية.

أما الفئة الخامسة و هي الفئة التي واجهت مشاكل مع أعوان و مسؤول الأمن، قدرت نسبتهم 5,3%، نجد من بينهم نسبة 20% يتدرسون بالسنة السادسة، ثم تليها نسبة 10% يتدرسون بالسنة الرابعة ثم نسبة 7,3% يتدرسون في السنة الثالثة و أخيرا نسبة 7,1% يتدرسون بالسنة الخامسة.

و الفئة السادسة و هي فئة المبحوثين الذين واجهوا المشاكل مع عمال سيارة الإسعاف، و قد قدرت نسبتهم 1,3% نجد من بينهم نسبة 3,3% يتدرسون بالسنة الرابعة و نسبة 2,6% يتدرسون بالسنة الثانية.

و الفئة السابعة و هي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع العامل المكلف بإرسال الملفات عبر المصالح الطبية (courrier) و التي قدرت نسبتهم 0,7% نجد من بينهم نسبة 3,3% يتمدرسون بالسنة الرابعة

و الفئة الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع القابض و قد بلغت نسبتهم 0,7% نجد من بينهم نسبة 3,3% يتمدرسون بالسنة الرابعة.

من خلال قراءتنا للجدول تبين أن هناك علاقة بين نوع الزملاء الذين تعرض معهم الأطباء للمشاكل بالأقدمية، حيث أن الأطباء في الثلاث سنوات الأولى أكثر عرضة للمشاكل مع زملائهم الأطباء و الشبه طبيين، و أقل عرضة للمشاكل مع زملائهم الممرضين و المسؤولين، و العكس صحيح بالنسبة للثلاث سنوات الثانية، فالأطباء في هذه السنوات أقل عرضة للمشاكل مع زملائهم الأطباء و الشبه طبيين و أكثر عرضة للمشاكل مع المسؤولين و الممرضين.

الجدول رقم 71: يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين كان معهم المشكل بطبيعة المشكل.

الزملاء الذين واجه طبيب معهم مشاكل	طبيعة المشاكل الذي واجهه	زميل طبيب	زميل شبه طبي	زميل ممرض	مسؤول	مسؤول الأمن و أعوانه	الإسعاف SAM U	COU RRIE R	القابض	المجموع
تدهور صحة المريض		14 %23,3	16 %26,7	12 %20	12 %20	3 %5	2 %3,3	1 %1,7	0 %0	60 %100
العدد الكبير للمرضى في قاعات الإنتظار		21 %24,4	26 %30,2	15 %17,4	15 %17,4	5 %5,8	2 %2,3	1 %1,2	1 %1,2	86 %100
عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء		15 %28,3	14 %26,4	8 %15,1	10 %18,9	3 %5,7	2 %3,8	1 %1,9	0 %0	53 %100
تهاون بعض الأطباء في العلاج		16 %27,6	15 %25,9	10 %11,5	12 %20,7	3 %3,5	1 %1,7	0 %0	1 %1,7	58 %100
اللامبالاة و الإهمال		18 %20,7	28 %32,2	16 %18,4	18 %20,7	4 %4,6	2 %2,3	1 %1,2	0 %0	87 %100
عدم الالتزام بنصائح الطبيب		21 %21,2	33 %33,3	18 %18,2	19 %19,2	5 %5,1	2 %2	1 %1	0 %0	99 %100
عدم إلتزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الإنتظار		23 %21,5	32 %29,9	22 %20,6	19 %17,8	7 %6,5	2 %1,9	1 %0,9	1 %0,9	107 %100
غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم		22 %21,8	32 %31,7	19 %18,8	19 18,8%	5 %4,9	2 %2	1 %1	1 %1	101 %100
وفاة أحد المرضى بسبب الإهمال و اللامبالاة		12 %30	11 %27,5	7 %17,5	7 %17,5	2 %5	1 %2,5	0 %0	0 %0	40 %100
شكوى قدمها مريض الى مسؤولك المباشر		6 %20,7	7 %24,1	6 %20,1	5 %17,2	3 %10,3	1 %3,5	0 %0	1 %3,5	29 %100
الإختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجل المريض		5 %41,7	3 %25	2 %16,7	2 %16,7	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	12 %100
خروج قبل الوقت للمسؤول عن المرضيين		0 %0	2 %40	1 %20	2 %40	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	5 %100
عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة و خاصة الإستعجالات		0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100
المجموع		173 %23,4	219 %29,7	136 %18,4	140 %18,9	41 %5,6	17 %2,3	7 %0,9	5 %0,7	*738 %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد إجاباتهم على الاقتراحات المقدمة للسؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين تعرض لهم المبحوثين بطبيعة المشكل الذي تعرضوا له، حيث يتبين بأن نسبة 29,7% من المبحوثين تعرضوا للمشاكل مع زملائهم شبه طبيين، نجد من بينهم نسبة 40% واجهوا مشكل عند خروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين، فخروجه قبل الوقت قد يؤدي حدوث خلل في النظام داخل المصلحة للعمال المسؤولين عنهم، و قد في هذه الفترة تتعقد حالة المريض، و السلك الشبه طبي غائب، ثم تليها نسبة 33,3% واجهوا مشاكل بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب سواء كانوا مرضى أو المساعدين الشبه طبيين، ثم نسبة 32,2% واجهوا مشكل بسبب اللامبالاة و الإهمال من طرف جميع الطاقم الطبي و الشبه الطبي، ثم تليها نسبة 31,7% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، ثم نسبة 30,2% بسبب العدد الهائل للمرضى في قاعات الانتظار، و نسبة 29,9% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار ثم نسبة 27,5% بسبب وفاة أحد المرضى نتيجة الإهمال و اللامبالاة ثم نسبة 26,7% تعرضوا للمشاكل بسبب تدهور صّحة المريض، ثم نسبة 26,4% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، ثم بعدها 25,9% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج، و نسبة 25% تعرضوا إلى مشكل الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصّحيح من أجله، و أخيرا نسبة 24,1% تعرضوا إلى مشكل بسبب شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر.

و الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم الأطباء، و قد بلغت نسبتهم 23,4%، نجد من بينهم نسبة 41,7% واجهوا مشاكل مع زملائهم الأطباء بسبب الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصّحيح من أجله، ثم تليها نسبة 30% بسبب وفاة أحد المرضى نتيجة الإهمال و اللامبالاة من طرف جميع السلك الطبي و الشبه الطبي، ثم نسبة 28,3% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، ثم نسبة 27,6% بسبب تهاون

بعض الأطباء في العلاج، ثم تليها نسبة 24,4% بسبب العدد الكبير للمرضى بقاعات الانتظار، و تليها نسبة 23,3% بسبب تدهور صّحة المريض.

ثم تأتي نسبة 21,8% تعرضوا للمشاكل بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، و نسبة 21,5% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار، ثم نسبة 21,2% بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب، و أخيرا نسبة 20,7% بسبب اللامبالاة و الإهمال و نفس النسبة بسبب شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر للطبيب.

و فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و هي تخص فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع مسؤولهم المباشر و التي قدرت نسبتهم 18,9% نجد من بينهم تعرضوا إلى المشاكل بسبب خروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين بنسبة 40%، ثم نسبة 20,7% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج و نفس النسبة بسبب اللامبالاة و الإهمال ثم نسبة 20% بسبب تدهور صّحة المريض، و نسبة 19,2% بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب، و نسب 18,9% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، ثم بعدها مباشرة نسبة 18,8% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، ثم نسبة 17,8% بسبب عدم الالتزام الممرض بنظام الأدوار بقاعة الانتظار، و نسبة 17,5% بسبب وفاة أحد المرضى نتيجة الإهمال و اللامبالاة، ثم نسبة 17,4% بسبب العدد الكبير للمرضى بقاعات الانتظار، تليها نسبة 17,2% بسبب شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر، و أخيرا نسبة 16,7% بسبب الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصّحيح من أجله.

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم الممرضين، و قد بلغت نسبتهم 18,4% نجد من بينهم نسبة 20,7% تعرضوا إلى المشاكل بسبب شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر، ثم تليها نسبة 20,6% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار، ثم

نسبة 20% بسبب تدهور صّحة المريض، و نفس النسبة بسبب خروج قبل الوقت للمسؤول عن المرضى، ثم نسبة 18,8% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، ثم تليها نسبة 18,4% بسبب اللامبالاة و الإهمال، بعدها تأتي نسبة 18,2% بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب، و نجد نسبة 17,5% بسبب وفاة أحد المرضى بسبب الإهمال و اللامبالاة بعدها مباشرة نسبة 17,4% بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار، ثم نسبة 16,7% بسبب الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصّحيح من أجله، و نجد نسبة 15,1% تعرضوا إلى المشاكل بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، و أخيرا نسبة 11,5% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج.

و الفئة الخامسة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع مسؤول الأمن و أعوانه بالمؤسسة الإستشفائية التي يعملون بها، و قد قدرت نسبتهم 5,6% نجد من بينهم 100% بسبب عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة الطبية و خاصة الاستعجالات أدى بهم إلى الوقوع في المشاكل، ثم تليها نسبة 10,3% بسبب شكوى قدمها المريض إلى المسؤول المباشر، ثم نسبة 6,5% بسبب عدم التزام المريض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار، بعدها تأتي نسبة 5,8% بسبب العدد الكبير للمرضى بقاعات الانتظار، مباشرة بعدها تأتي نسبة 5,7% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، ثم نسبة 5,1% بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب ثم نسبة 5% بسبب تدهور صّحة المريض، و نفس النسبة بسبب وفاة أحد المرضى نتيجة الإهمال و اللامبالاة، و بعدها تأتي نسبة 4,9% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم و نسبة 4,6% بسبب اللامبالاة والإهمال و أخيرا نسبة 3,5% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج.

أما الفئة السادسة فهي تخص فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع عمال الإسعاف و قد بلغت نسبتهم 2,3% نجد من بينهم نسبة 3,8% تعرضوا للمشاكل بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، ثم نسبة 3,5% بسبب

شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر، تليها نسبة 3,3% بسبب تدهور صّحة المريض، بعدها تأتي نسبة 2,5% بسبب وفاة أحد المرضى نتيجة الإهمال و اللامبالاة، ثم نسبتي 2,3% بسبب العدد الكبير المرضى بقاعة الانتظار، و نفس النسبة بسبب اللامبالاة و الإهمال، ثم نسبتي 2% بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب، و نفس النسبة بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، ثم تليها نسبة 1,9% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار بقاعة الانتظار و أخيرا نسبة 1,7% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج.

و الفئة السابعة و هي الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع العامل المكلف بإرسال الملفات عبر المصالح الطبية courier و قد بلغت نسبة 0,9% نجد من بينهم 1,9% تعرضوا للمشاكل بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، ثم تليها نسبة 1,7% بسبب تدهور صّحة المريض، بعدها نسبة 1,2% العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار و نفس النسبة بسبب الإهمال و اللامبالاة، ثم نسبة 1% بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب، و نفس النسبة بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم و أخيرا نسبة 0,9% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعات الانتظار.

أما الفئة الثامنة و الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع القباض، و التي بلغت نسبتهم 0,7% نجد من بينهم 3,5% تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم بسبب شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر، ثم تليها نسبة 1,7% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج، ثم نسبة 1,2% بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار، و بعدها تأتي نسبة 1% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم و أخيرا نسبة 0,9% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار بقاعة الانتظار.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأنه هناك علاقة ما بين نوع الزملاء الذين تعرض معهم المبحوثين إلى المشاكل بطبيعة المشكل الذي تعرضوا إليه اذ تختلف هذه المشاكل من طبيب الى آخر، و من زميل الى آخر، فهي تختلف حسب الزملاء الذين تعرض معهم إلى مشاكل، بحيث نجد بأن السبب الأول في حدوث المشاكل بين الأطباء و زملاءهم الأطباء كان يتمثل في الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجله، فكل طبيب يرى بأن وجهة نظره هي المصيبة، و يبقى المريض بينهم عرضة لتجربة جميع الآراء، حتى يصيب رأي من تلك الآراء ليشفى المريض أو ربما تتعقد حالته من جراء كثرة الآراء.

أما السبب الرئيسي في حدوث المشاكل ما بين الأطباء و زملائهم الشبه الطبيين و الممرضين و المسؤولين يتمثل في الخروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين، فخروجه قبل الوقت قد يفتح باب الفوضى من طرف الممرضين المسؤولين منه (الذين يعملون تحت امرته) و بالتالي حدوث المشاكل، فلا ربما تتعقد حالة مريض ما فجأة و يحتاج إلى الإسعاف و يكون هدف للمشاكل التي تحدث من جراء ذلك هو الطبيب اذ يجد نفسه و حيدا أمام مواجهة المريض للموت.

الجدول رقم 72: يبين العلاقة الموجودة بين مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بنوعية العلاقة التي تربطه بزملاءهم الشبه الطبيين

نوعية العلاقة التي تربط المبحوثين بزملاءهم الشبه طبيين	مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى	علاقة تعاون و تكامل في الأدوار	علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر	علاقة زمالة في حدود العمل	علاقة غير و حسد	المجموع
نعم	32	15	35	5	87	%100
لا	68	7	43	6	124	%100
المجموع	100	22	78	11	211*	%100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الإقتراحات المقدمة.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بنوعية العلاقة التي تربطه بزميله الشبه الطبي، حيث يتبين بأن نسبة 47,4% من المبحوثين تجمعها علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف مع زملاءهم الشبه الطبيين ثم تليها نسبة 36,9% تجمعهم علاقة زمالة في حدود العمل، ثم نسبة 10,4% تجمعهم علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر، و أخيرا نسبة 5,2% تجمعهم مع زملاءهم الشبه الطبيين علاقة غير و حسد.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملاءهم الشبه الطبيين علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف، نجد من بينهم نسبة 54,8% لم يواجهوا المشاكل مع أحد زملاءهم بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج، ثم تليها نسبة 36,8% واجهوا مشاكل مع زملاءهم بسبب حالة مرضية.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة زمالة في حدود العمل، نجد من بينهم نسبة 40,2% واجهوا مشاكل مع زملاءهم بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج، و نسبة 34,7% لم يواجهوا مشاكل.

و فيما يخص الفئة الثالثة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملاءهم الشبه الطبيين علاقة صراع و عدم خضوع للأوامر، نجد من بينهم نسبة 17,2% واجهوا مشاكل مع أحد زملاءهم بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج و نسبة 5,6% لم يواجهوا مشاكل.

و الفئة الرابعة و الأخيرة و هي فئة المبحوثين الذين تجمعهم علاقة غير و حسد مع زملاءهم الشبه الطبيين، نجد من بينهم نسبة 5,7% واجهوا مشاكل مع زملاءهم الشبه الطبيين بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج، و نسبة 4,8% لم يواجهوا اية مشاكل مع زملاءهم.

إذا من خلال قراءتنا للجدول تبين بأن العلاقة التي تجمع بين المبحوثين و زملاءهم الشبه الطبيين هي في الغالب علاقة جيدة يسودها التفاهم و التضامن و التعاون و التكامل في الأدوار و الوظائف، و أنه هناك علاقة مابين نوعية العلاقة التي تجمع بين الأطباء و زملاءهم الشبه الطبيين و مدى مواجهتهم للمشاكل مع أحد زملاءهم بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج، حيث أن العلاقة بينهما هي علاقة طردية، فكلما كانت العلاقة بينهما جيدة يسودها التضامن و التعاون والتفاهم، كلما قلت المشاكل مع الزملاء و العكس صحيح، أي كلما ساءت بينهما العلاقة و دخل الصراع و الغيرة و الحسد في علاقتهما كلما زادت المشاكل مع الزملاء.

3/ مساعدة الطبيب لزميله الطبيب عند كثرة المرضى:

جدول رقم 73: يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة بين الأطباء عند كثرة المرضى بمدى تأثير العلاقة التي تربط بين الطبيب و باقي السلك الطبي على نوعية التكوين.

مدى تأثير العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على التكوين الطبي	نعم	لا	أحيانا	بدون إجابة	المجموع
مدى المساعدة بين الأطباء عند كثرة المرضى	108 90%	7 5,8%	3 2,5%	2 1,7%	120 100%
نعم	37 90,2%	3 7,3%	1 2,4%	0 0%	41 100%
لا	3 75%	0 0%	0 0%	1 25%	4 100%
بدون إجابة	148 89,7%	10 6,1%	4 2,4%	3 1,8%	165 100%
المجموع					

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار بمدى تأثير العلاقة التي تربط بين الطبيب و باقي السلك الطبي، حيث يتبين بأن نسبة 89,7% من المبحوثين يرون بأن نوعية العلاقة التي تجمع بينهم و بين باقي السلك الطبي تؤثر على نوعية التكوين الطبي لديهم، و نسبة 6,1% يرون بأنها لا تؤثر على نوعية

التكوين الطبي، ثم نسبة 2,4% يرون بأنها أحيانا تؤثر على نوعية تكوينهم الطبي و أحيانا أخرى لا تؤثر عليها.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك التي ترى بأن نوعية العلاقة التي تجمع بينها و بين باقي السلك الطبي تؤثر على نوعية التكوين الطبي لديها، نجد من بينها نسبة 90,2% لا يتلقون المساعدة من طرف زملائهم الأطباء عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار للمصلحة الطبية، ثم نسبة 90% يتلقون المساعدة من طرف زملائهم الأطباء عند كثرة المرضى.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن نوعية العلاقة التي تجمع بينهم و بين السلك الطبي لا تؤثر على نوعية التكوين الطبي لديهم، نجد من بينهم نسبة 7,3% لا يتلقون المساعدة من طرف زملائهم الأطباء عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار للمصلحة الطبية، و نسبة 5,8% يتلقون المساعدة من طرف زملائهم الأطباء عند كثرة المرضى.

و الفئة الثالثة و الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن نوعية العلاقة التي تجمع بينهم و بين باقي السلك الطبي أحيانا تؤثر على نوعية تكوينهم الطبي و أحيانا أخرى لا تؤثر عليه، نجد من بينهم نسبة 2,5% يتلقون المساعدة عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار من طرف زملائهم الأطباء، و نسبة 2,4% لا يتلقون المساعدة من طرف زملائهم.

إذن من خلال قراءتنا للجدول تبين بأن نوعية العلاقة التي تجمع بين الأطباء و باقي السلك الطبي تؤثر على نوعية التكوين الطبي لدى الأطباء، و أنه في الغالب لا يتلقون المساعدة عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار من طرف زملائهم الأطباء، فالصديق كما قال أحد المبحوثين فقط هو الذي يساعد.

جدول رقم 74: يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء فيما بينهم بالأقدمية

مدى المساعدة بين الأطباء عند كثرة المرضى الأقدمية	نعم	لا	أحيانا	بدون إجابة	المجموع
السنة الأولى	34 %94,4	1 %2,8	0 %0	1 %2,8	36 %100
السنة الثانية	37 %82,2	4 %8,9	3 %6,7	1 %2,2	45 %100
السنة الثالثة	44 %95,7	2 %4,3	0 %0	0 %0	46 %100
السنة الرابعة	15 %88,2	1 %5,9	1 %5,9	0 %0	17 %100
السنة الخامسة	8 %100	0 %0	0 %0	0 %0	8 %100
السنة السادسة	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	1 %100
بدون إجابة	10 %83,3	1 %8,3	0 %0	1 %8,3	12 %100
المجموع	148 %89,7	10 %6,1	4 %2,4	3 %1,8	165 %100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة بين الأطباء عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار بالأقدمية، حيث يتبين بأن 89,7% يتعاونون فيما بينهم عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار، ثم تليها نسبة 6,1% لا يتلقون المساعدة من طرف زملائهم الأطباء عند كثرة المرضى، و أخيرا نسبة 2,4% أحيانا يتلقون المساعدة من طرف زملائهم و أحيانا أخرى لا يتلقون المساعدة.

ففيما يخص الفئة الأولى و هي فئة الأطباء الذين يتلقون المساعدة من طرف زملائهم الأطباء عند كثرة المرضى، نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون بالسنة الخامسة ثم نسبة 95,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم تليها نسبة 94,4% يتمدرسون بالسنة الأولى، تليها نسبة 88,2% يتمدرسون بالسنة الرابعة، و أخيرا نسبة 82,2% يتمدرسون بالسنة الثانية.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين لا يتلقون المساعدة من طرف زملائهم الأطباء عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار، فنجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون بالسنة السادسة ثم نسبة 8,9% يتمدرسون بالسنة الثانية، ثم نسبة 5,9% يتمدرسون بالسنة الرابعة، و نسبة 4,3% يتمدرسون بالسنة الثالثة و أخيرا نسبة 2,8% يتمدرسون بالسنة الأولى.

و أما فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين أحيانا يتلقون المساعدة و أحيانا أخرى لا يتلقونها، نجد من بينهم نسبة 6,7% يتمدرسون بالسنة الثانية، و نسبة 5,9% يتمدرسون بالسنة الرابعة.

إذا يتبين من خلال الجدول بأن في الثلاث سنوات الأولى من التكوين الطبي يكون هناك نوع من التعاون و الاتحاد و التضامن فيما بين الأطباء، الأمر الذي يجعلهم يتعاونون و يساعد بعضهم البعض عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار للمصلحة الطبية، و العكس صحيح بالنسبة للثلاث سنوات الثانية، حيث لا يساعد الأطباء بعضهم البعض، فهم يتساعدون لكسب التجربة الطبية من بعضهم البعض، و لكن بعد اكتسابها تقل المساعدة فيما بينهم.

الجدول رقم 75: يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء عند كثرة المرضى بكيفية التعامل مع الأطباء الجدد.

مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء فيما بينهم عند كثرة المرضى	نعم	لا	أحيانا	بدون إجابة	المجموع
محاولة تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم	20 %90,9	1 %4,5	1 %4,5	0 %0	22 %100
المساعدة في التكوين و التضامن في توضيح الحالات المعقدة	54 %88,5	2 %3,3	3 %4,9	2 %3,3	61 %100
تعامل زملاء لأنني لا أعرفهم بعد	36 %87,8	3 %7,3	2 %4,9	0 %0	41 %100
تقديم النصح بعدم الإتكال على التكوين فقط	19 %90,5	2 %9,5	0 %0	0 %0	21 %100
بجدية و لباقة و رفق و مواكبة المستوى	4 %66,7	2 %33,3	0 %0	0 %0	6 %100
بشكل جيد و حسن و التشجيع	29 %93,5	2 %6,5	0 %0	0 %0	31 %100
الترحيب بهم بجو عائلي	8 %100	0 %0	0 %0	0 %0	8 %100
بطريقة عادية	2 %100	0 %0	0 %0	0 %0	8 %100
أنا جديد و أتلقي المساعدة من طرف الأطباء الأكبر مني سنا	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100
تبادل المعلومات و الخبرات	5 %100	0 %0	0 %0	0 %0	5 %100
المجموع	178 %89,9	12 %6,1	6 %3	2 %1	198 %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لأن السؤال مفتوح.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء فيما بينهم عند كثرة المرضى بكيفية التعامل مع الأطباء الجدد، حيث يتبين بأن نسبة 89,9% من الأطباء يتعاونون و يساعد بعضهم بعض عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار، ثم نسبة 6,1% لا يتعاونون فيما بينهم و أخيرا نسبة 3% أحيانا يساعد بعضهم بعض و أحيانا أخرى لا.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك التي تخص فئة الأطباء الذين يتبادلون المساعدة مع زملائهم الأطباء و يتعاونون عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار، حيث نجد من بينهم نسبة 100% يتعاملون مع زملائهم الأطباء الطلبة الجدد بطريقة عادية، و نفس النسبة يرحبون بهم في جو عائلي تسوده الأخوة

و التفاهم و التضامن، و نفس النسبة كذلك أي 100% هم طلبة جدد يتلقون المساعدة من طرف زملائهم الأطباء الطلبة الجدد، ثم نسبة 93,5% يتعاملون مع الطلبة الجدد بشكل جيّد و حسن، و يقدمون لهم التشجيع ثم تأتي بعدها نسبة 90,9% يهيئون لهم البيئة الجديدة لتكوينهم، ثم نسبة 90,5% يقدمون النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط، و نسبة 88,5% يقدمون لهم المساعدة في التكوين و التضامن معهم في توضيح الحالات المعقدة، بعدها مباشرة نسبة 87,8% يتعاملون معهم تعامل الزملاء، لأنهم لا يعرفونهم بعد، و أخيرا نسبة 66,7% يتعاملون معهم بجدية و لباقة و رفق و مواكبة المستوى.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين لا يساعد بعضهم بعض عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار، حيث نجد من بينهم نسبة 33,3% هم لا يتعاونون و لكنهم يتعاملون مع أطباء الطلبة الجدد بجدية و لباقة و رفق و مواكبة المستوى، ثم نسبة 9,5% يقدمون النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط ثم نسبة 7,3% يتعاملون معهم تعامل الزملاء، بعدها نسبة 6,5% يقومون بتشجيعهم و يتعاملون معهم بشكل حسن و في الغالب جيّد، و نسبة 4,5% يحاولون تهيئة لهم البيئة الجديدة لتكوينهم، و أخيرا نسبة 3,3% يقدمون لهم المساعدة في التكوين و يتضامنون معهم في توضيح الحالات المعقدة.

و الفئة الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين أحيلنا يساعد بعضهم بعض و أحيلنا أخرى لا يتلقون المساعدة من بعضهم البعض، نجد من بينهم نسبة 4,9% يقدمون المساعدة للطلبة الجدد في التكوين و يتضامنون معهم لتوضيح الحالات المعقدة، و نفس النسبة أي 4,9% يتعاملون معهم تعامل الزملاء لأنهم لا يعرفونهم بعد، و أخيرا نسبة 4,5% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم.

من خلال الجدول يتبين بأن أغلبية الفئة المبحوثة يتعاونون و يقدمون المساعدة لبعضهم البعض عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار و هم في الغالب يتعاملون بطريقة جيّدة مع زملائهم الطلبة الأطباء الجدد، حيث يقدمون لهم العون

في التكوين شيئاً فشيئاً، و ذلك بالنزول إلى مستواهم و تلقينهم بالتدريج حتى يكتسبون الخبرة الطبية.

جدول رقم 76: يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء عند كثرة المرضى و السبب وراء ذلك .

المجموع	أحيانا	لا	نعم	مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء فيما بينهم عند كثرة المرضى السبب وراء مدى المساعدة للأطباء فيما بينهم عند كثرة المرضى
12 %100	0 %0	1 %8,3	11 %91,7	حتى لا تطول فترة الإنتظار للمريض
5 %100	0 %0	0 %0	5 %100	لتحديد الحالات المستعجلة و محاولة مساعدتها في الوقت المناسب
4 %100	1 %25	2 %50	1 %25	المصلحة الخاصة
2 %100	0 %0	0 %0	2 %100	لأن المريض يحتاج إلى عدة آراء للأطباء
7 %100	0 %0	0 %0	7 %100	الواجب و الضمير المهني
39 %100	0 %0	0 %0	39 %100	الأخلاق الطبية وأخلاقيات المهنة
15 %100	0 %0	1 %6,7	14 %93,3	لأن المشكلة تعني الجميع و الإنسانية هي الأسبق
21 %100	0 %0	0 %0	21 %100	لتحسين العمل و العلاج و تسهيل الخدمة
4 %100	0 %0	1 %25	3 %75	التهرب من المسؤولية الصديق فقط هو الذي يساعد
15 %100	0 %0	0 %0	15 %100	روح الفريق و لأن ممارسة الطبية ممارسة جماعية
4 %100	0 %0	0 %0	4 %100	المساعدة في التكوين
2 %100	1 %50	1 %50	0 %0	ظروف العمل
1 %100	1 %100	0 %0	0 %0	نقص التحفيز
3 %100	0 %0	2 %66,7	1 %33,3	كل طبيب له إطار عمله
134* %100	3 %2,2	80 %6	123 %91,8	المجموع

*تقلص عدد المبحوثين نظرا لأنه يخص فئة المبحوثين الذين أجابوا عن سبب المساعدة الموجودة بين الأطباء.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة بين الأطباء فيما بينهم عند كثرة المرضى بالسبب وراء المساعدة، حيث يتبين بأن نسبة 91,8% هم يتعاونون و يتساعدون عند كثرة المرضى، تليها نسبة 6% هم لا يتعاونون، و أخيرا نسبة 2,2% أحيانا يتساعدون و أحيانا أخرى لا يتساعدون.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يقدمون إلى بعضهم البعض المساعدة عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار، بحيث نجد بأن الأسباب التي جعلت بعضهم يساعد البعض مختلفة حسب الأطباء، و لكنها تصب في هدف واحد، و سوف نعرضها كالتالي بالتسلسل حسب الأهمية التي أولاها المبحوثين لكل سبب:

1- يساعد الأطباء بعضهم البعض لتحديد الحالات المستعجلة و محاولة مساعدتها في الوقت المناسب قبل فوات الأوان، ذلك لأن هذه الحالات لا تحتمل التأجيل و لا التأخير من جهة و من جهة أخرى يتعلم الأطباء كيف ينقضون الأرواح البشرية من الموت في وقت قصير، كما يتعلمون منها السرعة في الإدراك و في الحركة، السرعة في الإدراك لمعرفة سبب الحالة التي هم فيها المريض و السرعة في الحركة لإيجاد العلاج المناسب قبل خسارة المريض.

2- يساعد الأطباء بعضهم البعض لأن المريض يحتاج لعدة آراء للأطباء لأنه قد تختلف الآراء، و لكن رأي واحد هو الصائب.

3- يساعد الأطباء فيما بينهم من أجل الواجب و الضمير المهني، واجب إنقاذ الناس من الألم و الموت، فلا يمكن أن يرون قاعة الانتظار مليئة بالمرضى متألمين و لا يساعدونهم بالإسراع في تخفيفه.

4- الأخلاق الطبية و أخلاقيات المهنة، إذ تحت أخلاقيات المهنة على التعاون و التضامن فيما بين الأطباء للقضاء على آلام الناس، أو تخفيفها، إذن و لما وجد الطب.

5- يتعاون و يتساعد الأطباء لتحسين العمل و العلاج و تسهيل الخدمة، و في تعاملهم ذلك يستفيد بعضهم من خبرة البعض الآخر، فيتبادلون المعارف الطبية و المعلومات.

6- روح الفريق هي التي تجعل الأطباء يساعد بعضهم البعض و يتعاونون من أجل راحة المريض، ذلك لأن الممارسة الطبية هي ممارسة جماعية، فمن غاب عنه أمر التقطه زميله خاصة في أثناء إجراء العمليات الجراحية.

7- يساعد الأطباء الطلبة بعضهم بعض من أجل المساعدة في التكوين، فالكمل يستفيد من بعضهم البعض، إذ لا يوجد طالب يلم بجميع المعلومات الطبية.

8- يتساعد الأطباء لأن المشكلة تعني الجميع و الإنسانية هي الأسبق، ففي وقت الحاجة ينسى الأطباء خلافاتهم من أجل مساعدة المريض و تخفيف آلامه.

9- يساعد الأطباء بعضهم بعض حتى لا تطول فترة الانتظار للمريض بقاعة الانتظار، فطول الانتظار يؤدي إلى الملل، و بالتالي تظهر المشاكل و تعم الفوضى لذلك يسرع الأطباء في مساعدة بعضهم البعض لتفادي ذلك.

10- الصديق فقط هو الذي يساعد صديقه.

11- كل طبيب له إطار عمله.

12- المصلحة الخاصة.

و أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين لا يساعد بعضهم بعضا عند كثرة المرضى في قاعة الانتظار حيث نجد من بينهم نسبة 66,7% لا يتعاونون لأن كل طبيب له إطار عمله، يقوم به لا يساعده أحد و تليها نسبة 50% يرون بأن سبب عدم وجود المساعدة بينهم نظرا لظروف العمل التي يعملون تحتها، ثم نفس النسبة أي 50% يرون بأن السبب في عدم وجود المساعدة بينهم يرجع إلى أنه كل طبيب يبحث عن مصلحته الخاصة فلا يهتمه مساعدة زملائه في العمل عند الحاجة، تليها نسبة 25% يرون بأن السبب وراء المساعدة الموجودة بين الأطباء هو النظر إلى وضعية المريض حتى لا تطول فترة انتظاره بقاعة الانتظار، و

أخيرا نسبة 6,7% يرون بأن السبب وراء المساعدة الموجودة بين الأطباء يكمن في كون المشكلة تعني الجميع و الإنسانية هي الأسبق.

و فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين أحيانا يتعاونون و أحيانا أخرى لا يساعد بعضهم بعضا، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأن السبب في ذلك يرجع إلى نقص التحفيز، ثم تليها نسبة 50% يرجعون السبب إلى ظروف العمل، و أخيرا نسبة 25% يرون بأن السبب وراء عدم المساعدة أو المساعدة الموجودة فيما بينهم هو المصلحة الخاصة، فهم يتعاونون عندما يجدون مصلحة خاصة في ذلك و لا يتعاونون عندما لا يجدون مصلحتهم الخاصة في ذلك التعاون.

إن من خلال قراءتنا للجدول تبين أنه في الغالب هناك نوع من التضامن و التعاون و المساعدة في العمل بين الأطباء عند كثرة المرضى في قاعات الانتظار، إذ أنه تقريبا كامل العينة يتعاونون، نسبة قليلة فقط منهم لا يتعاونون، و لا يساعد بعضهم بعضا ذلك راجع للصفات الحسنة المنتشرة بين فئة الأطباء في العموم، فهم في الغالب ينظرون إلى الجانب الإنساني في تعاملهم مع المرضى، و يرجعون السبب في التضامن و التعاون الموجود بينهم إلى الأخلاق الطبية و أخلاقيات مهنة الطب بصفة عامة و الضمير المهني.

الجدول رقم 77: يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة بين الأطباء عند كثرة المرضى بنوعية التأثير على التكوين الناتج عن العلاقة بين الطبيب و باقي السلك الطبي.

نوعية التأثير الناتجة عن العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على نوعية التكوين	مدى المساعدة بين الأطباء عند كثرة المرضى	نعم	لا	أحيانا	المجموع
عدم تهيئة ظروف العمل	3	100%	0%	0%	3
كل يقوم و يؤدي واجبه بأكمل وجه	16	94,1%	0%	5,9%	17
انشغال الطبيب بتقاهات تؤثر على حالته النفسية	3	60%	40%	0%	5
تعاون لمصلحة المريض	18	100%	0%	0%	18
عدم تقبل الممرض لفارق السن الموجود بين الأطباء و الممرضين	4	80%	20%	0%	5
التأثير المباشر بحسب الدور الذي يقوم به الزميل	13	100%	0%	0%	13
التأثير السلبي إذا لم يكن هناك تكامل	13	81,3%	12,5%	6,2%	16
في غياب السلك المساعد يصبح الطبيب يعمل أشياء ليس من عمله عوض التركيز على علاج المرضى	5	100%	0%	0%	5
التأثير إيجابي "تحسين إطار العمل"	6	85,7%	0%	14,3%	7
تأخر المواعيد قد يؤدي إلى عدم تقديم العلاج للمرضى و التأخر في التكفل بهم	5	100%	0%	0%	5
عدم إحترام الزمالة و الطبيب	3	100%	0%	0%	3
تضييع الوقت في مشاكل تافهة	2	100%	0%	0%	2
المجموع	91	91,9%	5,1%	3%	99*

*نقلص عدد المبحوثين نظرا كونه يخص الفئة التي أجابت بأنه هناك تأثير على نوعية التكوين.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء عند كثرة المرضى بنوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء و باقي السلك الطبي و مدى تأثيرها على التكوين الطبي الذي يتلقاه المبحوثين، بحيث نجد بأن نسبة 91,9% من العينة المبحوثة ترى بأنه هناك مساعدة بين الأطباء فيما بينهم عند الوجود الكبير من المرضى، بينما نسبة 5,1% فقط ترى بأنه لا توجد مساعدة فيما بينهم عند كثرة المرضى بقاعة الإنتظار، و نسبة 3% ترى بأنه أحيانا تكون هناك مساعدة فيما بينهم و أحيانا أخرى لا توجد مساعدة.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين، و هي تلك الفئة التي ترى بأنه توجد هناك مساعدة فيما بين الأطباء عند كثرة المرضى بقاعة الإنتظار، بحيث أنها مثلت أغلبية العينة المبحوثة، هذه الفئة ترى بأن نوعية العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي تؤثر على نوعية التكوين الطبي الذي يتلقونه، و أن هذا التأثير في الغالب هو تأثير سلبي بحيث نجد نسبة 100% من العينة المبحوثة ترى بأن المؤسسة التي يتكونون و يعملون بها لا توفر لهم الظروف المناسبة للعمل و التكوين، و بنفس النسبة أي 100% ترى بأن تأثير مباشر بحسب الدور الذي يؤديه الزميل، فإذا كان دور زميلهم ايجابي فإن التأثير يكثر تأثير ايجابي يعود على التكوين الطبي بايجابية، و ان كان دور سلبي فإنه يعود بالسلب على التكوين الطبي.

كذلك نسبة 100% نجد بأنه بغياب السلك المساعد يصبح الطبيب يعمل مهام إضافية ليست من عمله عوض التركيز على علاج المرضى إذ نجده يحاول تغطية النقص الناتج عن غياب السلك الطبي.

و بنفس النسبة نجد تأثير سلبي آخر ناتج عن تأخر المواعيد و الذي قد يؤدي بدوره إلى عدم تقديم العلاج للمرضى و التأخر في التكفل بهم، كذلك نسبة 100% من المبحوثين يرون بأنه تأثير سلبي يعود على الطبيب بالسلب و يتمثل في عدم الاحترام الزمالة و عدم احترام الطبيب بصفة عامة.

و نسبة 100% كذلك نجد بأن الطبيب يرى بأن نوعية العلاقة بينه و بين السلك الطبي تؤثر بالسلب على تكوينهم الطبي، و ذلك بتضييع الوقت في مشاكل تافهة.

بعدها مباشرة تأتي نسبة 81,3% ترى بأنه تأثير سلبي إذا لم يكن هناك تكامل، ثم نسبة 80% تتمثل في عدم تقبل الممرض لفارق السن الموجود بين الأطباء و الممرضين، الأمر الذي يؤدي إلى ظهور نوع من النزاع بينهم، إلى ظهور نوع من النزاع بينهم، إذ يرى الممرضين الأكبر سنا أنه من المقبول أن يقدم لهم الأوامر طبيب أصغر منهم سنا و تجربة و أقدمية و الطبيب يرى أنه من

المفروض على السلك المساعد تطبيق أوامره بدون جدال و أخيرا نسبة 60% يرون بأنه تأثير يؤدي بانشغال الطبيب بتفاهات تؤثر على حالته النفسية.

كل هذا كان تأثيرا سلبيا بينما التأثير الايجابي فإنه يتمثل في ثلاث نقاط فقط و هي كالتالي:

نسبة 100% نجد وجود نوع من التعاون بين الأطباء و السلك الطبي و ذلك ما يعود لمصلحة المريض، تليها نسبة 94,1% يرون بأن كل عامل من السلك الطبي و المساعد يؤدي واجبه بأكمل وجه، و ذلك ما يؤثر إيجابيا على التكوين الطبي ، و أخيرا نسبة 85,7% يرون بأنه تأثير إيجابي يتمثل في تحسين إطار العمل، فبحكم العلاقة التي تربط بين الطبيب و السلك الطبي كونها علاقة جيّدة ذلك ما يؤدي إلى تحسين نوعية العمل، و بالتالي الرفع من الجودة في نوعية العلاج.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأنه لا توجد مساعدة بين الأطباء فيما بينهم عند كثرة المرضى، نجد أن كامل هذه الفئة ترى بأن نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بباقي السلك الطبي تؤثر سلبا على نوعية التكوين الطبي الذي يتلقونه، إذ نجد من بينهم نسبة 40% يرون بأنه تأثير يؤدي بالطبيب إلى انشغاله بتفاهات تؤثر على حالته النفسية، ثم نسبة 20% يرون بأن هذا التأثير يكمن في عدم تقدم الممرض بفارق السن الموجود بين الأطباء و المرضى، و أخيرا نسبة 12,5% ترى بأنه تأثير سلبي إذا لم يكن هناك تكامل.

و أما الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يتلقون أحيانا المساعدة من طرف زملائهم الأطباء و أحيانا أخرى لا، نجد من بينهم نسبة 14,3% يرون بأن نوعية التأثير الناتجة عن العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي هي إيجابية، تتمثل في تحسين إطار العمل، ثم تليها نسبة 6,2% ترى بأنه تأثير سلبي إذا لم يكن هناك تكامل في الأدوار و الوظائف فيما بينهم و أخيرا نسبة 5,9% بأنه تأثير إيجابي حيث كل عامل يؤدي واجبه بأكمل وجه.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة ترى بأن الأطباء يقدمون المساعدة لبعضهم البعض عند كثرة المرضى، وأن العلاقة التي تربطهم بباقي السلك الطبي تؤثر بالغالب سلباً على نوعية التكوين الطبي، تنحصر كلها في ظروف العمل و التكوين من ظروف مادية و معنوية و بشرية كالسلك الطبي و الشبه الطبي المساعد، إذ يفتقر الطبيب إلى أغلبها عند مزاولة عمله بالمصلحة الطبية و التكوين الطبي في نفس الوقت، هي ظروف تؤثر بالسلب على نوعية التكوين الطبي الذي يتلقاه من جهة و على نوعية العمل الذي يؤديه من جهة أخرى.

جدول رقم 78: يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء عند كثرة المرضى بالسن.

مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء عند كثرة المرضى					
السن	نعم	لا	أحيانا	بدون أجابة	المجموع
من 25 إلى 29 سنة	113 %90,4	7 %5,6	3 %2,4	2 %1,6	125 %100
من 30 إلى 34 سنة	25 %89,3	2 %7,1	1 %3,6	0 %0	28 %100
من 35 إلى 39 سنة	4 %80	1 %20	0 %0	0 %0	5 %100
بدون إجابة	6 %85,7	0 %0	0 %0	1 %14,3	7 %100
المجموع	148 %89,7	10 %6,1	4 %2,4	3 %1,8	165 %100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار بالسن، بحيث يتبين بأن نسبة 89,7% من العينة المبحوثة ترى بأن هناك مساعدة فيما بين الأطباء عند وجود كثرة المرضى بقاعة الانتظار و نسبة 6,1% لا يتعاونون فيما بينهم، ثم نسبة 2,4% أحيانا يساعد بعضهم البعض عند كثرة المرضى و أحيانا أخرى لا توجد مساعدة بينهم.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يساعد بعضهم بعضا في إجراء الاستشارة الطبية للمرضى عند وجود كثرة المرضى بقاعة الانتظار، نجد من بينهم نسبة 90,4% يتراوح أعمارهم من 25 إلى 29 سنة، ثم تليها نسبة 89,3% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة، و أخيرا نسبة 80% أعمارهم تتراوح ما بين 35 إلى 39 سنة.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأنه لا توجد مساعدة ما بين الأطباء عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار، حيث نجد من بينهم نسبة 20% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، ثم نسبة 7,1% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة، و أخيرا نسبة 5,3% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

و الفئة الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الأطباء أحيانا يتساعدون فيما بينهم في الاستشارة الطبية عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار بالمصلحة الطبية و أحيانا أخرى لا يتساعدون فيما بينهم، نجد من بينهم نسبة 3,6% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة، و نسبة 2,4% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

من خلال قراءتنا للجدول تبين لنا بأنه هناك علاقة ما بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء فيما بينهم عند إجراء الاستشارات الطبية في حالة كثرة المرضى بقاعات الانتظار و السن، و هي علاقة عكسية حيث كلما زاد سن المبحوثين كلما نقصت أو قلت المساعدة فيما بينهم و العكس صحيح، أي كلما قلت أو نقصت أعمار المبحوثين كلما زادت نسبة المساعدة فيما بينهم حيث الأطباء الأصغر سنا هم الأطباء الجدد في التكوين الطبي فهم يتعاونون و يتساعدون فيما بينهم للتعلم و كسب الخبرة الطبية هم يتبادلون المعارف الطبية و العلمية و المعلومات و بالتالي المساعدة فيما بينهم، ليست فقط في الاستشارة الطبية من أجل المريض و راحته و عدم تركه ينتظر بقاعة الانتظار و لكن أيضا من أجل تكوينهم الطبي و تدريبهم و تعليمهم فهم يستفدون من ثلاث جهات أولها من أجل تدريبهم و ثانيا تقليل الضغط الموجود بقاعة الانتظار و ثالثا مساعدة زملائهم الأطباء و التخفيف عليهم من أجل راحتهم الجسدية.

الجدول رقم 79: يبين مدى المساعدة بين الأطباء فيما بينهم عند كثرة المرضى بالمصلحة الطبية

المصلحة الطبية	مدى المساعدة بين الأطباء عند كثرة المرضى	نعم	لا	أحيانا	بدون إجابة	المجموع
أمراض الكبد	9	81,8%	9,1%	9,1%	0	11
جراحة الأطفال	11	84,6%	15,4%	0	0	13
أمراض القلب	3	50%	16,7%	16,7%	1	6
طب الأطفال	8	72,8%	9,1%	9,1%	1	11
الطب الشرعي	16	100%	0	0	0	16
جراحة القلب	23	92%	4%	0	1	25
جراحة الفك والوجه	5	100%	0	0	0	5
جراحة اللثة	4	100%	0	0	0	4
جراحة العظام	5	83,3%	0	16,7%	0	6
الطب الداخلي	4	80%	20%	0	0	5
المواليد الجدد	5	100%	0	0	0	5
الأنسجة الداعمة للأسنان	1	100%	0	0	0	1
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	4	100%	0	0	0	4
الأنف الأذن و الحنجرة	4	100%	0	0	0	4
أمراض السكري	2	100%	0	0	0	2
الأمراض الجلدية	16	100%	0	0	0	16
طب النساء و التوليد	4	100%	0	0	0	4
أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	10	83,3%	16,7%	0	0	12
الإستعجالات	3	100%	0	0	0	3
طب العيون	11	91,7%	8,3%	0	0	12
المجموع	148	89,7%	6,1%	4	3	165

من خلال الجدول رقم 85 والذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء فيما بينهم عند كثرة المرضى بالمصلحة الطبية حيث يتبين بأن نسبة 89,7% ترى بأن هناك مساعدة من بين الأطباء عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار، ونسبة 6,1% يرون بأنه لا توجد مساعدة فيما بينهم وأخيرا نسبة 2,4% أحيانا يتساعدون وأحيانا أخرى لا يتساعدون.

ففيما يخص الفئة الأولى وهي الفئة التي تساعد بعضهم بعضا، نجد من بينهم نسبة 100% بمصلحة الطب الشرعي، ثم نسبة 100% كذلك بكل من مصلحة جراحة الفك والوجه ومصلحة جراحة اللثة والمواليد الجدد، ومصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، مصلحة الجهاز الهضمي والمعدة والأمعاء، الأنف الأذن والحنجرة، مصلحة أمراض السكري، مصلحة الأمراض الجلدية، مصلحة طب النساء والتوليد وكذلك مصلحة الاستعجالات تليها نسبة 92% بمصلحة جراحة القلب بعدها مباشرة نسبة 91,7% بمصلحة طب العيون، ونسبة 84,6% بمصلحة جراحة الأطفال، تليها نسبة 83,3% بكل من مصلحة جراحة العظام ومصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، بعدها نسبة 81,8% بمصلحة أمراض الكبد، ثم مباشرة تأتي نسبة 80% بمصلحة الطب الداخلي، ثم نسبة 72,8% بمصلحة طب الأطفال وأخيرا نسبة 50% بمصلحة أمراض القلب.

أما الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين لا يساعد بعضهم بعضا نجد من بينهم نسبة 20% بمصلحة الطب الداخلي ثم نسبة 16,7% بكل من مصلحة أمراض القلب ومصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، ثم نسبة 15,4% بمصلحة جراحة الأطفال، ونسبة 9,1% بمصلحة أمراض الكبد ومصلحة طب الأطفال ثم تليها مباشرة نسبة 8,3% بمصلحة طب العيون، وأخيرا نسبة 4% بمصلحة جراحة القلب.

والفئة الأخيرة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين أحيانا يساعد بعضهم بعضا وأحيانا أخرى لا يتساعدون، نجد من بينهم نسبة 16,7% بمصلحة أمراض القلب تليها نسبة 9,1% بمصلحة طب الأطفال وأخيرا نسبة 4% بمصلحة جراحة القلب.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين لنا بأنه هناك مصالح طبية تكون بها نسبة المساعدة كبيرة جدا وأخرى تتخفف فيها، ولكن أغلب المصالح ترتفع بها نسبة المساعد فيما بين الأطباء عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار حيث نجد بأن كل من مصلحة الطب الشرعي ومصلحة جراحة الفك ومصلحة جراحة اللثة، مصلحة المواليد الجدد، الأنسجة الداعمة للأسنان، الجهاز الهضمي والمعدة والأمعاء الأنف الأذن والحنجرة، أمراض السكري، الأمراض الجلدية، طب النساء والتوليد ومصلحة الاستعجالات ترتفع بهم نسبة المساعدة إلى 100% وتتنخفض بمصلحة أمراض القلب إلى 50%.

4/ السبب في حدوث المشاكل بين الطبيب و زملاء العمل

الجدول رقم 80: يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل بالسبب في حدوث هذه المشاكل

السبب في حدوث المشاكل	زميل طبيب	زميل ممرض	زميل شبه طبي	مسؤول	شرطة المشفى	أقارب المرضى والمرضى	الإدارة	الحاملين للمرضى	المسؤول عن الحراسة و الأمن	المجموع
الإختلاف في الأخلاق و العقليات	9 %37,5	4 %16,7	5 %20,8	6 %6,25	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	24 %100
تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة	3 %30	3 %30	1 %10	3 %30	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	10 %100
ظروف العمل و التكوين	4 %25	3 %18,8	1 %6,3	7 %43,8	0 %0	0 %0	1 %6,1	0 %0	0 %0	16 %100
الإرهاق و كثرة العمل	2 %40	1 %20	1 %30	1 %20	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	5 %100
التهرب من المسؤولية	4 %13,8	6 %20,7	6 %20,7	9 %31	0 %0	3 %10,4	0 %0	0 %0	1 %3,5	29 %100
نقص من الكفاءات و التأهيل	2 %10,5	4 %21,1	5 %26,3	6 %31,6	0 %0	2 %10,5	0 %0	0 %0	0 %0	19 %100
سوء المعاملة و عدم الاحترام	2 %13,3	4 %26,7	5 %33,3	4 %26,7	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	15 %100
عدم تربية الناس و المرضى	1 %8,3	2 %16,7	2 %16,7	3 %25	1 %8,3	3 %25	0 %0	0 %0	0 %0	12 %100
التوتر و الضغط في العمل	8 %29,6	7 %25,9	6 %22,2	5 %18,5	0 %0	1 %3,7	0 %0	0 %0	0 %0	27 %100
نظام المناوبات	2 %25	2 %25	1 %12,5	2 %25	0 %0	0 %0	1 %12,5	0 %0	0 %0	8 %100
عدم رعاية المريض و عدم الإهتمام به	5 %27,8	4 %22,2	3 %16,7	4 %22,2	0 %0	2 %11,1	0 %0	0 %0	0 %0	18 %100
الهروب المستمر من ساعات العمل ليجد الطبيب نفسه وحيدا في مواجهة المرضى	1 %10	2 %20	3 %30	3 %30	0 %0	0 %0	0 %0	1 %10	0 %0	10 %100
سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض	4 %17,4	5 %21,7	5 %21,7	5 %21,7	0 %0	0 %0	1 %4,4	2 %8,7	1 %4,4	23 %100
تداخل صلاحيات الطبيب	2 %13,3	4 %26,7	4 %26,7	3 %20	0 %0	2 %13,3	0 %0	0 %0	0 %0	15 %100
شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم	5 %41,7	2 %16,7	2 %16,7	2 %16,7	0 %0	1 %8,3	0 %0	0 %0	0 %0	12 %100
لأسباب مهنية محضة	7 %23,3	7 %23,3	9 %30	7 %23,3	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	30 %100
عدم احترام نصائح الطبيب	3 %16,7	6 %33,3	5 %27,8	4 %22,2	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	18 %100
قلة الأمن	0 %0	0 %0	0 %0	1 %50	0 %0	0 %0	1 %50	0 %0	0 %0	2 %100
الظلم و الحقرة و عدم رغبة المسؤولين في التواصل الجيد	0 %0	0 %0	0 %0	3 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	3 %100
المجموع	64 %21,6	66 %22,3	64 %21,6	78 %26,4	1 %8,3	14 %4,7	4 %1,4	3 %1	2 %7,0	296 %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الاجابات في السؤال الواحد

من خلال الجدول رقم 86 الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل بالسبب في حدوث هذه المشاكل، حيث يتبين بأن نسبة 26,4% من المبحوثين واجهوا المشاكل مع مسؤولهم المباشر ونسبة 22,3% واجهوا مشاكل مع زملائهم الممرضين، ثم تليها نسبة 21,6% مع زملائهم شبه الطبيين وبنفس النسبة أي 21,6% واجهوا مشاكل مع زملائهم الأطباء، ثم نسبة 4,7% واجهوا المشاكل مع أقارب المرضى والمرضى، ثم نسبة 1,4% مع الإدارة، ونسبة 1% مع الحاملين للمرضى، ونسبة 0,7% مع المسؤول عن الحراسة والأمن، وأخيرا نسبة 0,3% مع شرطة المستشفى.

ففيما يخص الفئة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع مسؤولهم المباشر نجد من بينهم نسبة 100% واجهوا المشاكل بسبب الظلم و الحقرة و عدم رغبة المسؤولين للتواصل الجيد، تليها نسبة 50% بسبب قلة الأمن، ثم نسبة 43,8% بسبب الظروف عمل و التكوين، ثم نسبة 31,6% بسبب نقص الكفاءات و نقص في التأهيل، ثم نسبة 31% بسبب التهرب من المسؤولية، ثم نسبة 30% بسبب تصادم المصالح وحب النفس و المصلحة الخاصة، و نفس النسبة أي 30% بسبب الهروب المستمر من ساعات العمل ليجد الطبيب نفسه وحيدا في مواجهة المرضى، ثم نسبة 25% بسبب اختلاف في الأخلاق و العقليات لكل عامل، و نفس النسبة أي 25% بسبب عدم تربية الناس و المرضى بنفس النسبة كذلك واجه الطبيب مشاكل مع مسؤوله المباشر بسبب نظام المناوبات، ثم نسبة 23,2% بسبب خلافات مهنية محضة، بعدها تأتي نسبة 22,2% بسبب عدم رعاية المريض و عدم الإهتمام به، و بنفس النسبة أي 22,2% بسبب عدم احترام نصائح الطبيب، و نسبة 21,7% بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض، بعدها مباشرة نسبة 20% بسبب الإرهاق و كثرة العمل، و بنفس النسبة أي 20% تداخل صلاحيات الطبيب ثم نسبة 18,5% بسبب توتر و الضغط في العمل و أخيرا نسبة 16,7% بسبب شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء التي واجهت مشاكل م زملائهم الممرضين نجد من بينهم نسبة 33,3% واجهوا مشاكل معهم بسبب عدم احترام نصائح الطبيب، ثم نسبة 30% بسبب تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة، ثم تليها نسبة 26,7% بسبب سوء المعاملة و عدم الإحترام، و بنفس النسبة أي 26,7% بسبب تدخل صلاحيات الطبيب، ثم نسبة 25,9% بسبب التوتر و الضغط في العمل، ثم نسبة 25% بسبب نظام المناوبات، تليها نسبة 23,3% بسبب خلافات مهنية محضة، ثم نسبة 22,2% بسبب عدم رعاية المريض و عدم الإهتمام به، ثم نسبة 21,7% بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض، تليها نسبة 21,1% بسبب نقص في الكفاءات و التأهيل، ثم نسبة 20,7% بسبب التهرب من المسؤولية، ثم نسبة 20% بسبب الإرهاق و كثرة العمل و بنفس النسبة أي 20% بسبب الهروب المستمر من ساعات العمل للطاقم الشبه الطبي ليجد الطبيب نفسه وحيدا في مواجهة المرضى، ثم نسبة 18,8% بسبب ظروف العمل و التكوين الغير المساعد، و أخيرا نسبة 16,7% بسبب الاختلاف في الأخلاق و العقليات، و لسبب عدم تربية الناس و المرضى، و نفس النسبة لسبب شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم.

و فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملاءهم الشبة طبيين، نجد من بينهم نسبة 33,3% واجهوا مشاكل معهم بسبب سوء المعاملة و عدم الاحترام، ثم تليها نسبة 30% بسبب الهروب المستمر من ساعات العمل ليجد الطبيب نفسه وحيدا في مواجهة المرضى، و نفس النسبة أي 30% بسبب خلافات مهنية محضة، ثم نسبة 27,8% بسبب عدم احترام نصائح الطبيب، تليها نسبة 26,7% بسبب التدخل في صلاحيات الطبيب، ثم تليها نسبة 26,3% بسبب النقص في الكفاءات و التأهيل، بعدها تأتي نسبة 22,2% بسبب التوتر و الضغط في العمل، ثم بعدها نسبة 21,7% بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض ثم بعدها نسبة 20,8% بسبب الاختلاف في الأخلاق و العقليات، بعدها نسبة 20,7% بسبب التهرب من المسؤولية، ثم نسبة 20% بسبب

الإرهاق و كثرة العمل، بعدها نسبة 16,7% بسبب عدم تربية الناس و المرضى، و بنفس النسبة بسبب عدم رعاية المريض و عدم الاهتمام به، و كذلك بنفس النسبة بسبب شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم، ثم نسبة 12,5% بسبب نظام المناوبات، ثم نسبة 10% بسبب تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة، و أخيرا نسبة 6,3% بسبب ظروف العمل و التكوين.

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع زملائهم الأطباء، حيث نجد من بينهم نسبة 41,7% واجهوا المشاكل فيما بينهم بسبب شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم، ثم نسبة 40% بسبب الإرهاق و كثرة العمل، تليها نسبة 37,5% بسبب الاختلاف الأخلاق و العقليات، ثم نسبة 30% بسبب تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة، و نسبة 29,6% بسبب التوتر و الضغط في العمل تليها نسبة 27,8% بسبب عدم رعاية المريض و عدم الاهتمام به، ثم نسبة 25% بسبب ظروف العمل و التكوين و بنفس النسبة أي 25% بسبب نظام المناوبات، ثم بعدها نسبة 23,3% بسبب خلافات مهنية محضة، ثم نسبة 17,4% بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض، ثم نسبة 16,7% بسبب عدم احترام نصائح الطبيب، و نسبة 13,8% بسبب التهرب من المسؤولية و بعدها نسبة 13,3% بسبب سوء المعاملة و عدم الاحترام، و بنفس النسبة أي 13,3% بسبب تدخل صلاحيات الطبيب، ثم نسبة 10,5% بسبب نقص في كفاءات و التأهيل و نسبة 10% بسبب الهروب المستمر من ساعات العمل ليجد الطبيب نفسه وحيدا في مواجهة المرضى و أخيرا نسبة 8,3% بسبب سوء تربية الناس و المرضى.

و فيما يخص الفئة الخامسة و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع أقارب المرضى و المرضى، و هي فئة قليلة ليسوا بزملاء العمل و لكن نظرا لتعدد إجابات المبحوثين على هذه الفئة إرتأيت أن أشير إليها، و نجد من بينهم نسبة 25% من المبحوثين واجهوا مشاكل مع المرضى و ذويهم بسبب عدم تربية الناس و المرضى، ثم تليها نسبة 13,3% بسبب تدخل صلاحيات الطبيب ثم نسبة

11,1% بسبب عدم رعاية المريض و عدم الاهتمام به، و نسبة 10,5% بسبب النقص في الكفاءات و التأهيل و تأتي بعدها نسبة 10,4% بسبب التهرب من المسؤولية، ثم تليها نسبة 8,3% بسبب شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم، و أخيرا نسبة 3,7% بسبب التهور و الضغط في العمل.

و الفئة السادسة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع الإدارة، نجد من بينهم نسبة 50% واجهوا مشاكل معها بسبب قلة الأمن، ثم تليها نسبة 12,5% بسبب نظام المناوبات و تليها نسبة 6,1% بسبب ظروف العمل و التكوين و أخيرا نسبة 4,4% بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض.

و الفئة السابعة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع الزملاء الحاملين للمرضى، نجد من بينهم نسبة 10% واجهوا مشاكل بسبب الهروب المستمر من ساعات العمل ليجد نفسه وحيدا في مواجهة المرضى ثم تليها نسبة 8,7% بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض.

و الفئة الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض، و نسبة 3,5% بسبب التهرب من المسؤولية.

إذا من خلال قراءتنا للجدول تبين بأن الأسباب التي تكمن وراء تعرض المبحوثين للمشاكل مع زملاء العمل تختلف حسب الزملاء، إذ يكمن السبب الرئيسي وراء المشاكل التي تعرض لها الأطباء مع المسؤول المباشر في العمل في الظلم و الحقرة و عدم الرغبة في التواصل الجيد، أما السبب الذي يكمن وراء المشاكل التي تعرض لها المبحوثين مع زملائهم الممرضين هو عدم احترام نصائح الطبيب و أوامره، أما مع الشبه الطبيين فيتمثل السبب الرئيسي وراء التعرض معهم إلى المشاكل في عدم الاحترام و الهروب المستمر من ساعات العمل ، و حتى الأطباء عند تعاملهم مع بعضهم البعض في إطار العمل تعرضوا إلى المشاكل و السبب الرئيسة وراء هذه المشاكل يكمن في المنافسة و الصّراع بينهما، و كذا

الإرهاق بسبب كثرة العمل، هي مشاكل مهنية محضّة، تعرض لها المبحوثين عند تعاملهم اليومي في إطار العمل و التكوين مع بعضهم البعض و مع زملاء العمل.

جدول رقم 81: يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل بالجنس

الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل بالجنس	زميل طبيب	زميل ممرض	زميل شبه طبي	مسؤول	شرطة المشفى	أقارب المرضى والمرضى	الإدارة	الحاملين للمرضى	المسؤول عن الحراسة والأمن	المجموع
ذكر	22 %16,3	32 %23,7	31 %23	37 %27,4	0 %0	8 %5,9	1 %0,7	2 %1,5	2 %1,5	135 %100
انثى	28 %27,2	21 %20,4	21 %20,4	25 %24,3	2 %1,9	3 %2,9	2 %1,9	1 %0,9	0 %0	103 %100
المجموع	50 %2,10	53 %22,3	52 %21,8	62 %26	2 %0,9	11 %4,6	3 %1,3	3 %1,3	2 %0,9	*238 %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات عن الإقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين تعرض الطبيب عند تعامله معهم الى المشاكل بالجنس، حيث يتبين بأن نسبة 26% من المبحوثين تعرضوا إلى المشاكل مع مسؤولهم المباشر ثم نسبة 22,3% مع زملائهم الممرضين، تليها نسبة 21,8% مع زملائهم الشبه الطبيين، ثم تليها نسبة 4,6% مع أقارب المرضى و المرضى، تليها نسبة 2,10% مع زملائهم الأطباء، و نسبة 1,3% مع الإدارة و نفس النسبة مع الزملاء المكلفين بحمل المرضى و أخيرا نسبة 0,9% مع المسؤول عن الحراسة و الأمن.

ان الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع مسؤولهم المباشر نجد من بينهم نسبة 27,4% ذكور و نسبة 24,3% إناث.

و الفئة الثانية منهم و هي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم الممرضين نجد من بينهم نسبة 23,7% ذكور و نسبة 20,4% إناث.

و الفئة الثالثة و هي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم الشبه طبيين، نجد من بينهم نسبة 23% ذكور و نسبة 20,4% إناث.

و الفئة الرابعة وهي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع المرضى و أقاربهم، نجد من بينهم نسبة 5,9% ذكور و نسبة 2,9% إناث.

أما الفئة الخامسة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم الأطباء نجد من بينهم نسبة 27,2% إناث و نسبة 16,3% ذكور.

و أما فيما يخص الفئة السادسة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع الإدارة نجد من بينهم نسبة 1,9% إناث و نسبة 0,7% ذكور.

و فيما يخص الفئة السابعة و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم الحاملين للمرضى، نجد من بينهم نسبة 1,5% ذكور و نسبة 0,9% إناث.

و الفئة الثامنة و الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع المسؤول عن الحراسة و الأمن نجد من بينهم نسبة 1,5% ذكور.

إذا من خلال قراءتنا للجدول تبين بأن الذكور هم أكثر عرضة للمشاكل مع زملائهم في العمل من الإناث، و بذلك نستطيع القول بأنه هناك علاقة ما بين نوع الزملاء الذين تعرض الطبيب معهم إلى المشاكل بالجنس، ذلك لأن الإناث بطبعهم المرن يحاولون ما استطاعوا الابتعاد عن المشاكل بالمقارنة مع الذكور، إذ أن الذكور بطبعهم خشن لا يسامحون من تعرض إليهم.

الجدول رقم 82: يبين العلاقة الموجودة بين الأسباب التي أدت الى حدوث مشاكل للطبيب مع زملاء العمل بالمصلحة الطبية

المجموع	الظلم و عدم رغبة المسؤولين في التواصل الجيد	قلة الأمن	عدم إحترام نصائح الطبيب	أسباب مهنية محضة	شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم	تداخل صلاحيات الطبيب	سوء التفاهم فيما يخص النقل بالمريض	الهروب من ساعات العمل ليجد الطبيب نفسه وحيدا في مواجهة المرضى	عدم رعاية المريض و عدم الإهتمام به	نظام المنافسات	التوتر و الضغط في العمل	عدم تربية الناس و المرضى	سوء المعاملة و عدم الإحترام	نقص في الكفاءات و التأهيل	التهرب من المسؤولية	الإرهاق و كثرة العمل	ظروف العمل و التكوين	تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة	الإختلاف في الأخلاق و العقليات	سبب المشاكل مع الزملاء المصلحة الطبية
8 %100	0 %	0 %	1 %12,5	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %12,5	1 %12,5	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %12,5	1 %12,5	0 %	1 %12,5	0 %	2 %25	أمراض الكبد
12 %100	0 %	0 %	0 %	1 %8,3	0 %	0 %	1 %8,3	1 %8,3	1 %8,3	0 %	0 %	0 %	1 %8,3	1 %8,3	2 %16,8	2 %16,8	1 %8,3	1 %8,3	0 %	جراحة الأطفال
3 %100	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %33,3	1 %33,3	1 %33,3	أمراض القلب
7 %100	0 %	1 %14,3	2 %28,6	1 %14,3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %14,3	1 %14,3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %14,3	0 %	طب الأطفال
6 %100	0 %	0 %	0 %	1 %16,7	0 %	0 %	1 %16,7	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %16,7	0 %	0 %	0 %	1 %16,7	2 %33,3	الطب الشرعي
18 %100	1 %5,6	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %5,6	4 %22,2	1 %5,6	1 %5,6	0 %	1 %5,6	2 %11,1	2 %11,1	1 %5,6	1 %5,6	1 %5,6	1 %5,6	0 %	1 %5,6	جراحة القلب
3 %100	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %33,3	1 %33,3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %33,3	0 %	0 %	جراحة الفك و الوجه
3 %100	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %66,7	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %33,3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	جراحة اللثة
9 %100	0 %	0 %	1 %11,1	1 %11,1	1 %11,1	1 %11,1	0 %	1 %11,1	2 %22,3	0 %	1 %11,1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %11,1	0 %	0 %	جراحة العظام
3 %100	0 %	0 %	0 %	1 %33,3	0 %	0 %	1 %33,3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %33,3	0 %	0 %	الطب الداخلي
3 %100	1 %33,3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %33,3	1 %33,3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	الموالي الجدد
1 %100	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %100	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	الأنسجة الدائمة للإنسان

3 %100	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %33,3	0 %	0 %	1 %33,3	0 %	1 %33,3	الأنف الأنز و الحنجرة
2 %100	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %50	0 %	1 %50	0 %	0 %	0 %	0 %	أمراض السكري
6 %100	0 %	0 %	0 %	2 %33,3	0 %	1 %16,7	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %16,7	0 %	0 %	0 %	2 %33,3	الأمراض الجلدية
8 %100	0 %	0 %	2 %,25	1 %12,5	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %37,5	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %25	طب النساء و التوليد
16 %100	1 %6,3	0 %	2 %12,5	1 %6,3	1 %6,3	1 %6,3	0 %	0 %	1 %6,3	0 %	0 %	2 %12,5	0 %	1 %6,3	5 %31,3	0 %	1 %6,3	0 %	0 %	أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية
5 %100	0 %	0 %	0 %	1 %20	0 %	1 %20	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %40	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %20	طب العيون
*116 %100	3 %2,6	1 %0,9	8 %6,9	10 %8,6	5 %4,3	5 %4,3	7 %6	4 %3,5	7 %6	3 %2,6	8 %6,8	4 %3,5	6 %5,2	6 %5,2	11 %9,5	3 %2,6	9 %7,7	4 %3,5	12 %10,4	المجموع

*تقلص عدد المبحوثين نظرا لكونها تخص فئة الأطباء الذين تعرضوا للمشاكل.

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين الاسباب التي أدت إلى دوث المشاكل مع أحد الزملاء بالمصلحة الطبية، حيث يتبين بأن نسبة 10,4% من المبحوثين واجهوا المشاكل مع زملائهم في العمل بسبب الاختلاف في الأخلاق والعقليات، حيث نجد من بينهم نسبة 33,3% لكل من مصلحة أمراض القلب، ونفس النسبة بمصلحة الطب الشرعي ومصلحة الأنف والأذن والحنجرة، وكذلك نفس النسبة بمصلحة الأمراض الجلدية، ثم نسبة 25% بكل من مصلحة أمراض الكبد، ونفس النسبة بمصلحة طب النساء والتوليد ثم نسبة 20% بمصلحة طب العيون وأخيرا نسبة 5,6% بمصلحة جراحة القلب.

والفئة الثانية من المبحوثين الذين تعرضوا للمشاكل مع زملائهم بسبب التهرب من المسؤولية والتي قدرت نسبتهم ب 9,5% نجد من بينهم نسبة 50% بمصلحة أمراض السكري، ثم نسبة 31,3% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، ثم نسبة 16,8% بمصلحة جراحة الأطفال تليها نسبة 16,7% بمصلحة أمراض الجلدية، ونسبة 12,5% بمصلحة أمراض الكبد وأخيرا نسبة 5,6% بمصلحة جراحة القلب.

أما فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين وهي تلك الفئة التي تعرضت إلة المشاكل مع أحد الزملاء بسبب خلافات مهنية محضة قدرت نسبتها ب 8,6% نجد من بينهم نسبة 33,3% بمصلحة الطب الداخلي ونفس النسبة بمصلحة الأمراض الجلدية، ثم نسبة 20% في طب العيون، ثم نسبة 16,7% بمصلحة الطب الشرعي، بعدها نسبة 14,3% بمصلحة طب الأطفال ونسبة 12,5% بمصلحة طب النساء والتوليد، ليها نسبة 11,1% بمصلحة جراحة العظام، ثم نسبة 8,3% بمصلحة جراحة الأطفال، وأخيرا نسبة 6,3% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية.

وفيما يخص الفئة الرابعة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملاء العمل بسبب ظروف العمل والتكوين والتي قدرت نسبتهم ب 7,7%، نجد من بينهم نسبة 33,3% بمصلحة أمراض القلب وبنفس النسبة 33,3% بمصلحة أمراض القلب، وبنفس النسبة بمصلحة جراحة الفك والوجه، وبنفس لنسبة أيضا بمصلحة الطب الداخلي ومصلحة الأنف الأذن والحنجرة، ثم تليها نسبة 12,5% بمصلحة أمراض الكبد ونسبة 11,1% بمصلحة جراحة العظام ونسبة 8,3% بمصلحة جراحة الأطفال، تليها نسبة 6,3% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية ثم نسبة 5,6% بمصلحة جراحة القلب.

والفئة الخامسة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع زملائهم في العمل بسبب عدم احترام نصائح الطبيب، وقد قدرت نسبتهم ب 6,9% نجد من بينهم نسبة 28,6% بمصلحة طب الأطفال، تليها نسبة 25% بمصلحة طب النساء والتوليد، ثم نسبة 12,5% بمصلحة أمراض الكبد، ونفس النسبة بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، وتأتي بعدها نسبة 11,1% بمصلحة جراحة العظام.

والفئة السادسة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب التوتر والضغط في العمل، والتي قدرت نسبتهم ب 6,8% نجد من بينهم نسبة 37,5% بمصلحة طب النساء والتوليد، ونسبة 33,3% بمصلحة جراحة الفك والوجه، ونفس النسبة بمصلحة جراحة اللثة، ونسبة 14,3% بمصلحة طب الأطفال ونسبة 11,1% بمصلحة جراحة العظام، وأخيرا نسبة 5,6% بمصلحة جراحة القلب.

الفئة السابعة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض، والتي قدرت نسبتهم ب 6% نجد من بينهم نسبة 33,3% بمصلحة الطب الداخلي ونسبة 22,2% بمصلحة

جراحة القلب، تليها نسبة 16,7% بمصلحة الطب الشرعي وأخيرا نسبة 8,3% بمصلحة جراحة الأطفال.

الفئة الثامنة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع أحد زملائهم بسبب عدم رعاية المريض وعدم الاهتمام به فقد قدرت نسبتهم ب 6% نجد من بينهم نسبة 33,3% بمصلحة المواليد الجدد، ثم نسبة 22,2% بمصلحة جراحة العظام ثم نسبة 12,5% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية وأخيرا نسبة 5,6% بمصلحة جراحة القلب.

أما الفئة التاسعة وهي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع أحد زملائهم بسبب نقص الكفاءات والتأهيل، وقد بلغت نسبتها ب 5,2% نجد من بينهم نسبة 33,3% بمصلحة الأنف الأذن والحنجرة، ونسبة 16,7% بمصلحة الطب الشرعي ثم نسبة 12,5% بمصلحة أمراض الكبد ونسبة 8,3% بمصلحة جراحة الأطفال ونسبة 6,3% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية وأخيرا نسبة 5,6% بمصلحة جراحة القلب.

والفئة العاشرة وهي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع زملائهم بسبب سوء المعاملة وعدم الاحترام وقد بلغت نسبتهم ب 5,2% نجد من بينهم نسبة 50% بمصلحة أمراض السكري و نسبة 40% بمصلحة طب العيون، و نسبة 11,1% بمصلحة جراحة القلب، و نسبة 8,3% بمصلحة أمراض الكبد.

و الفئة الحادية عشر و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب تدخل صلاحيات الطبيب، و قد بلغت نسبتهم 4,3% نجد من بينهم نسبة 20% بمصلحة طب العيون تليها نسبة 16,7% بمصلحة الأمراض الجلدية و نسبة 11,1% بمصلحة جراحة العظام، تليها نسبة 6,3% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية والتناسلية، و أخيرا نسبة 5,6% بمصلحة جراحة القلب.

و الفئة الثانية عشر و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم و قد بلغت نسبتهم 4,3% نجد من

بينهم نسبة 100% بمصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، ثم نسبة 66,7% بمصلحة جراحة اللثة، و نسبة 11,1% بمصلحة جراحة العظام، و أخيرا نسبة 6,3% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية.

و الفئة الثالثة عشر و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة، و قد بلغت نسبتهم 3,5% نجد من بينهم نسبة 33,3% بمصلحة أمراض القلب، ثم تليها نسبة 16,7% بمصلحة الطب الشرعي، تليها مباشرة 14,3% بمصلحة طب الأطفال و أخيرا نسبة 8,3% بمصلحة جراحة الأطفال.

و الفئة الرابعة عشر و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب عدم تربية الناس و المرضى و قد بلغت نسبتهم 3,5% نجد من بينهم نسبة 12,5% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، ثم تليها نسبة 11,1% بمصلحة جراحة القلب .

و الفئة الخامسة عشر و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب الهروب المستمر من ساعات العمل ليجد الطبيب نفسه وحيدا في مواجهة المرضى، و قد بلغت نسبتهم 3,5% نجد من بينهم نسبة 12,5% بمصلحة أمراض الكبد، ثم تليها نسبة 11,1% بمصلحة جراحة العظام، و نسبة 8,3% بمصلحة جراحة الأطفال، و أخيرا نسبة 5,6% بمصلحة جراحة القلب.

و الفئة السادسة عشر و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب الإرهاق و كثرة العمل، بلغت نسبتهم 2,6% نجد من بينهم نسبة 16,8% بمصلحة جراحة الأطفال، ثم نسبة 5,6% بمصلحة جراحة القلب.

و الفئة السابعة عشر و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب الظلم و الحقرة و عدم رغبة المسؤولين في التواصل الجدد، و قد بلغت نسبتهم 2,6% نجد من بينهم نسبة 33,3% بمصلحة المواليد الجدد ثم نسبة 6,3%

بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية والتناسلية ، و أخيرا نسبة 5,6% بمصلحة جراحة القلب.

و الفئة الثامنة عشر و الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب قلة الأمن و قد بلغت نسبتهم 0,9% نجد من بينهم نسبة 14,3% بمصلحة طب الأطفال.

هناك ثمانية عشر مصلحة طبية واجه الأطباء فيها مشاكل مع زملائهم لأسباب متعددة تختلف نسبتها من مصلحة لأخرى، و مصلحتين طبيتين لم يواجه أطباءها أي نوع من المشاكل مع زملاءهم و هي مصلحة الاستعجالات ز مصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، رغم أن مصلحة الاستعجالات هي المصلحة الأكثر فوضى و الأكثر مشاكل.

جدول رقم 83: يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل بالأقدمية.

الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل	زميل طبيب	زميل ممرض	زميل شبه طبي	مسؤول	شرطة المشفى	أقارب المرضى	الإدارة	الحاملين للمرضى	المسؤول عن الحراسة و الأمن	المجموع
الأقدمية										
السنة الأولى	6 %15,4	12 %30,8	9 %23,1	10 %25,6	0 %0	0 %0	1 %2,6	1 %2,6	0 %0	39 %100
السنة الثانية	21 %31,8	14 %21,2	13 %19,7	13 %19,7	0 %0	3 %4,6	0 %0	1 %1,5	1 %1,5	66 %100
السنة الثالثة	10 %16,4	10 %16,4	14 %23	19 %31,2	0 %0	5 %8,2	1 %1,6	1 %1,6	1 %1,6	61 %100
السنة الرابعة	7 %17,5	10 %25	10 %25	11 %27,5	1 %2,5	1 %2,5	0 %0	0 %0	0 %0	40 %100
السنة الخامسة	2 %28,6	1 %14,3	0 %0	3 %42,9	0 %0	0 %0	1 %14,3	0 %0	0 %0	7 %100
السنة السادسة	1 %16,7	1 %16,7	1 %16,7	1 %10,7	1 16,7 %	1 %16,7	0 %0	0 %0	0 %0	6 %100
بدون اجابة	3 %15,8	5 %26,3	5 %26,3	5 %26,3	0 %0	1 %5,3	0 %0	0 %0	0 %0	19 %100
المجموع	50 %21	53 %22,3	52 %21,9	62 %26	2 %0,8	11 %4,6	3 %1,3	3 %1,3	2 %0,8	*238 %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد إجاباتهم على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل بالأقدمية، حيث يتبين بأن نسبة 26% من المبحوثين واجهوا مشاكل مع مسؤولهم المباشر حيث نجد من بينهم نسبة 42,9% يتمدرسون بالسنة الخامسة ثم نسبة 31,2% يتمدرسون بالسنة الثالثة، تليها نسبة 27,5% يتمدرسون بالسنة الرابعة، بعدها نسبة 25,6% يتمدرسون بالسنة الأولى و نسبة 19,7% يتمدرسون بالسنة الثانية و أخيرا نسبة 10,7% يتمدرسون بالسنة السادسة.

كما نجد نسبة 22,3% واجهوا مشاكل مع زملائهم الممرضين، حيث نجد من بينهم نسبة 30,8% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم تليها نسبة 25% يتمدرسون بالسنة الرابعة، و نسبة 21,2% يتمدرسون بالسنة الثانية تليها نسبة 16,7% يتمدرسون بالسنة السادسة، بعدها مباشرة نسبة 16,4% يتمدرسون بالسنة الثالثة، و أخيرا نسبة 14,3% يتمدرسون بالسنة الخامسة.

و السنة الثالثة من المبحوثين و التي قدرت بـ 21,9% واجهوا مشاكل مع زملائهم الشبه طبيين، نجد من بينهم نسبة 25% يتمدرسون بالسنة الرابعة، و تليها نسبة 23,1% يتمدرسون بالسنة الأولى و نسبة 23% يتمدرسون بالسنة الثالثة، و نجد أيضا من بينهم نسبة 19,7% يتمدرسون بالسنة الثانية، و أخيرا نسبة 16,7% يتمدرسون بالسنة السادسة.

أما السنة الرابعة من المبحوثين و التي قدرت نسبتهم بـ 21% واجهوا مشاكل مع زملائهم الأطباء، نجد من بينهم نسبة 31,8% يتمدرسون بالسنة الثانية، ثم تليها نسبة 28,6% يتمدرسون بالسنة الخامسة ثم نسبة 17,5% يتمدرسون بالسنة الرابعة، بعدها مباشرة نسبة 16,7% يتمدرسون بالسنة السادسة، ثم تليها نسبة 16,4% بالسنة الثالثة و أخيرا نسبة 15,4% يتمدرسون بالسنة الأولى.

و السنة الخامسة من المبحوثين و هي التي تخص الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع المرضى و أقاربهم ، وقد بلغت بـ 4,6% نجد من بينهم نسبة 16,7%

يتمدرسون بالسنة السادسة، و نسبة 8,2% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 4,6% بالسنة الثانية و أخيرا نسبة 2,5% يتمدرسون بالسنة الرابعة.

و السنة السادسة تخص فئة المبحوثين الذين تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم العاملين بالإدارة، و قد بلغت بـ 1,3% نجد من بينهم نسبة 14,3% يتمدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة 2,6% يتمدرسون بالسنة الأولى، و أخيرا نسبة 1,6% يتمدرسون بالسنة الثالثة، و نفس النسبة أي 1,6% تخص فئة المبحوثين الذين تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم حاملين للمرضى، نجد من بينهم نسبة 1,6% يتمدرسون بالسنة الثالثة و نسبة 1,5% يتمدرسون بالسنة الثانية.

و الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع المسؤول عن الحراسة و الأمن، و قد بلغت نسبتهم بـ 0,8%، نجد من بينهم نسبة 1,6% يتمدرسون بالسنة الثالثة و نسبة 1,5% يتمدرسون بالسنة الثانية.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين لنا بأن المشاكل التي واجهها المبحوثين بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية مع المسؤولين تنخفض في الثلاث سنوات الأولى من الأقدمية و ترتفع في الثلاث سنوات الثانية منها، بينما المشاكل التي واجهها المبحوثين مع زملائهم الأطباء و الشبه الطبيين و الممرضين بسبب حالة مرضية زارت المصلحة و التي يكونوا أكثر احتكاكا بهم من المسؤولين عند أدائهم لعملهم، فإنها ترتفع في الثلاث سنوات الأولى و تنخفض في الثانية، أي العكس بالمقارنة مع المشاكل التي واجهها مع المسؤولين.

إذن هناك علاقة ما بين نوع الزملاء الذين واجه المبحوثين معهم مشاكل بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج و الأقدمية حيث كلما زادت الأقدمية نقصت المشاكل مع الزملاء في العمل و كلما نقصت الأقدمية زادت المشاكل مع الزملاء ما عدا فئة المسؤولين.

جدول رقم 84 يبين العلاقة الموجودة بين نوع الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل بالمصلحة الطبية.

الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل بالمصلحة الطبية	زميل طبيب	زميل ممرض	زميل شبه طبي	مسؤول	شرطة المشفى	أقارب المرضى والمرضى	الإدارة	الحاملين للمرضى	المسؤول عن الحراسة والأمن	المجموع
أمراض الكبد	3 %17,5	4 %23,6	4 %23,6	5 %29,4	0 %0	1 %5,9	0 %0	0 %0	0 %0	17 %100
جراحة الأطفال	5 %26,3	3 %15,8	5 %26,3	5 %26,3	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %5,3	19 %100
أمراض القلب	2 %40	2 %40	1 %20	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	5 %100
طب الأطفال	2 %13,3	6 %40	3 %20	3 %20	0 %0	0 %0	1 %6,7	0 %0	0 %0	15 %100
الطب الشرعي	5 %26,3	4 %21,1	4 %21,1	6 %31,6	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	19 %100
جراحة القلب	8 %13,3	11 %18,3	13 %21,7	15 %25	2 %3,3	6 %10	1 %1,7	3 %5	1 %1,7	60 %100
جراحة الفك و الوجه	2 %20	2 %20	2 %20	3 %30	0 %0	0 %0	1 %10	0 %0	0 %0	10 %100
جراحة اللثة	3 %60	1 %20	1 %20	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	5 %100
جراحة العظام	2 %18,2	3 %27,3	3 %27,3	2 %18,2	0 %0	1 %9,0	0 %0	0 %0	0 %0	11 %100
الطب الداخلي	3 %42,9	1 %14,3	1 %14,3	2 %28,6	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	7 %100
المواليد الجدد	1 %25	1 %25	1 %25	1 %25	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	4 %100
الأنسجة الداعمة للإنسان	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100
الأنف والأذن و الحنجرة	1 %50	0 %0	0 %0	1 %50	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100
أمراض السكري	0 %0	2 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100
الأمراض الجلدية	3 %33,3	2 %22,2	2 %22,2	2 %22,2	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	9 %100
طب النساء و التوليد	3 %30	2 %20	3 %30	2 %20	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	10 %100
أمراض الكلى و المسالك البولية التناسلية	4 %15,4	5 %19,2	5 %19,2	9 %34,6	0 %0	3 %11,5	0 %0	0 %0	0 %0	26 %100
الاستجالات	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
طب العيون	2 %13,3	3 %20	4 %26,7	6 %40	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	15 %100
المجموع	50 %21	53 %22,3	52 %21,8	62 %26	2 %0,9	11 %4,6	3 %1,3	3 %1,3	2 %0,9	238 %100

*تضخم المجموع نظرا لتعدد الاجابات بالاقترحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول رقم 90 والذي يبين العلاقة المجودة بين نوع الزملاء الذين واجه معهم المبحوثين مشاكل بالمصلحة الطبية، حيث يتبين بأن نسبة 26% تخص فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع مسؤولهم المباشر، ثم تليها نسبة 22,3% مع زملائهم الممرضين، ثم نسبة 21,8% مع زملائهم الشبه طبيين، بعدها مباشرة نسبة 21% مع زملائهم الأطباء ونسبة 4,6% مع أقارب المرضى والمرضى، ثم نسبة 1,3% مع زملائهم العاملين بالإدارة، ونفس النسبة أي 1,3% مع زملائهم الحاملين للمرضى، ونسبة 0,9% مع شرطة المستشفى وأخيرا نفس النسبة أي 0,9% مع المسؤول عن الحراسة والأمن.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع مسؤولهم المباشر في العمل، نجد من بينهم نسبة 50% بمصلحة الأنف الأذن والحنجرة، ثم نسبة 40% بمصلحة طب العيون، ونسبة 34,6% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، ثم نسبة 31,6% بمصلحة الطب الشرعي، بعدها تأتي نسبة 30% بمصلحة جراحة الفك والوجه، ونسبة 29,4% بمصلحة أمراض الكبد، بعدها مباشرة نسبة 28,6% بمصلحة الطب الداخلي، ثم نسبة 26,3% بمصلحة جراحة الأطفال، ثم نسبة 25% بمصلحة جراحة القلب ونفس النسبة بمصلحة المواليد الجدد ونسبة 22,2% بمصلحة الأمراض الجلدية، وتأتي بعدها نسبة 20% بمصلحة طب الأطفال، ونفس النسبة بمصلحة طب النساء والتوليد وأخيرا نسبة 18,2% بمصلحة جراحة العظام.

وفيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع زملائهم الممرضين نجد من بينهم نسبة 100% بمصلحة أمراض السكري ونفس النسبة بمصلحة الجهاز الهضمي والمعدة والأمعاء تليها نسبة 40% بمصلحة أمراض القلب ونفس النسبة في مصلحة طب الأطفال، ثم نسبة 27,3% بمصلحة جراحة العظام، ونسبة 25% بمصلحة المواليد الجدد، ونسبة 23,6% بمصلحة أمراض الكبد، ونجد نسبة 22,2% بمصلحة الأمراض الجلدية، تليها نسبة 21,1% بمصلحة الطب الشرعي، وبعدها مباشرة تأتي نسبة 20% بمصلحة جراحة

الفك والوجه ونفس النسبة بمصلحة جراحة اللثة، ونفس النسبة كذلك بمصلحة طب النساء والتوليد وبمصلحة طب العيون، ثم نسبة 19,2% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، ثم نسبة 18,3% بمصلحة جراحة القلب، ونسبة 15,8% بمصلحة جراحة الأطفال، وأخيرا نسبة 14,3% بمصلحة الطب الداخلي.

أما فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم الشبه طبيين، نجد من بينهم نسبة 30% بمصلحة طب النساء والتوليد، ثم تليها نسبة 27,3% بمصلحة جراحة العظام، تليها نسبة 26,7% بمصلحة طب العيون، بعدها تأتي نسبة 26,3% بمصلحة جراحة الأطفال، ونسبة 25% بمصلحة المواليد الجدد، ثم نسبة 23,6% بمصلحة أمراض الكبد، ونسبة 22,2% بمصلحة الأمراض الجلدية، ثم نسبة 21,7% بمصلحة جراحة القلب، تليها مباشرة نسبة 21,1% بمصلحة الطب الشرعي، تليها نسبة 20% بمصلحة أمراض القلب، ونفس النسبة بمصلحة طب الأطفال وكذلك بمصلحة جراحة الفك والوجه وكذلك بمصلحة جراحة اللثة، ونسبة 19,2% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، وأخيرا نسبة 14,3% بمصلحة الطب الداخلي.

وأما الفئة الرابعة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تعرضوا للمشاكل مع زملائهم الأطباء، نجد من بينهم نسبة 100% بمصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان تليها نسبة 60% بمصلحة جراحة اللثة، ونسبة 50% بمصلحة الأنف والأذن والحنجرة، ثم نسبة 42,9% بمصلحة الطب الداخلي، ونسبة 40% بمصلحة أمراض القلب، ثم تليها نسبة 33,3% بمصلحة الأمراض الجلدية، ونسبة 30% بمصلحة طب النسل والتوليد، ونسبة 26,3% بمصلحة جراحة الأطفال، ونفس النسبة بمصلحة الطب الشرعي، ثم نسبة 25% بمصلحة المواليد الجدد، ثم نسبة 20% بمصلحة جراحة الفك والوجه، ثم نسبة 17,5% بمصلحة أمراض الكبد ونسبة 15,4% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، ونسبة 13,3% بمصلحة طب الأطفال ونفس النسبة بمصلحة جراحة القلب، وأخيرا نفس النسبة أي 13,3% بمصلحة طب العيون.

والفئة الخامسة وهي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع أقارب المرضى، نجد من بينهم نسبة 11,5% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، ونسبة 10% بمصلحة جراحة القلب، ثم مباشرة تأتي نسبة 9% بمصلحة جراحة العظام، وأخيرا نسبة 5,9% بمصلحة أمراض الكبد.

والفئة السادسة وهي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم العاملين بالإدارة، نجد من بينهم نسبة 10% بمصلحة جراح القلب، ونسبة 6,7% بمصلحة طب الأطفال وأخيرا نسبة 1,7% بمصلحة جراحة القلب.

وأما فيما يخص الفئة السابعة وهي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم الحاملين للمرضى، نجد من بينهم نسبة 5% بمصلحة جراحة القلب.

والفئة الثامنة وهي فئة المبحوثين الذين واجهوا مشاكل مع شرطة المستشفى، نجد من بينهم نسبة 3,3% بمصلحة جراحة القلب.

وأما الفئة التاسعة والأخيرة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع المسؤول عن الحراسة والأمن، نجد من بينهم نسبة 5,3% بمصلحة جراحة الأطفال، ونسبة 1,7% بمصلحة جراحة القلب.

من خلال قراءتنا للجدول يبين لنا بأن هناك علاقة ما بين نوع الزملاء الذين تعرض معهم المبحوثين إلى مشاكل، إذ نجد بأن مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان أكثر تعرضا للمشاكل مع زملائهم الأطباء بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج ومصلحة الجهاز الهضمي والمعدة والأمعاء أكثر تعرضا للمشاكل مع زملائهم الممرضين، ومصلحة طب النشاء والتوليد أكثر عرضة من باقي المصالح الطبية للمشاكل مع زملائهم الشبه طبيين وخاصة منهم القابلات أكبر سنا من المبحوثين واللاتي لا يتقبلن الأوامر منهم، وأخيرا مصلحة طب العيون أكثر عرضة للمشاكل من باقي المصالح الطبية مع المسؤولين بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية.

جدول رقم 85 يبين العلاقة الموجودة بين السبب في حدوث مشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المستشفى بالأقدمية

السبب في حدوث المشاكل	الأقدمية	الإختلاف في الأخلاق والعقليات	تصادم المصالح وحب النفس و المصلحة الخاصة	ظروف العمل و التكوين	الإرهاق و كثرة العمل	التهرب من المسؤولية	نقص من الكفاءات و التأهيل	سوء المعاملة و عدم الإحترام	عدم تربية الناس و المرضى	التوتر و الضغط في العمل	نظام المناوبات	عدم رعاية المريض و عدم الإهتمام به	الهروب من ساعات العمل ليجد الطبيب نفسه وحيدا في مواجهة المرضى	سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض	تداخلات الطبيب	شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم	أسباب مهنية محضة	عدم احترام نصاب الطبيب	قلة الأمن	الضلم و الحقرة و عدم رغبة المسؤولين في التواصل الجيد	المجموع
السنة الأولى	1	6,3%	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	4	2	0	2	16
السنة الثانية	5	16,7%	0	3	3	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	3	1	0	0	0	30
السنة الثالثة	4	10,5%	0	2	0	7	1	2	2	1	1	3	1	2	4	2	2	2	1	1	38
السنة الرابعة	2	11,1%	1	1	0	2	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	2	4	0	0	18
السنة الخامسة	0	0%	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6
السنة السادسة	0	0%	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
بدون اجابة	0	0%	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7
المجموع	12	10,3%	4	9	3	11	6	6	4	8	3	7	4	7	5	5	10	8	1	3	116

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات عن الإقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول رقم 91 والذي يبين العلاقة الموجودة بين السبب وراء حدوث المشاكل مع الزملاء في العمل بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية التي يعملون بها ويتدربون بالأقدمية حيث يتبين بأن نسبة 10,3% من المبحوثين كان سبب تعرضهم للمشاكل بسبب حالة مرضية زارت المصلحة يتمثل في الاختلاف في الأخلاق والعقليات، ونجد من بينهم نسبة 16,7% يتدرسون بالسنة الثانية، ثم نسبة 10,5% يتدرسون في السنة الثالثة، ونسبة 11,1% يتدرسون في السنة الرابعة وأخيرا نسبة 6,3% يتدرسون في السنة الأولى.

أما النسبة الثانية من المبحوثين والتي قدرت ب 9,5% واجهت مشاكل بسبب حالة مرضية زارت المصلحة كان سببا يتمثل في التهرب من المسؤولية نجد من بينهم نسبة 18,4% يتدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 11,1% يتدرسون في السنة الرابعة وأخيرا نسبة 3,3% يتدرسون في السنة الثانية.

والنسبة الثالثة من المبحوثين والتي قدرت ب 8,6% واجهت مشاكل مع أحد زملائها بسبب حالة مرضية زارت المصلحة بسبب خلافات مهنية محضة، نجد من بينهم نسبة 25% يتدرسون في السنة الأولى ونسبة 11,1% يتدرسون في السنة الرابعة، ثم نسبة 5,3% يتدرسون في السنة الثالثة وأخيرا نسبة 3,3% يتدرسون في السنة الثانية.

والفئة الرابعة من المبحوثين قدرت نسبتها 7,8% كان السبب وراء تعرضهم إلى مشاكل مع زملائهم في العمل بسبب حالة مرضية زارت المصلحة كان بسببها ظروف العمل والتكوين، نجد من بينهم نسبة 33,3% يتدرسون في السنة الخامسة ثم نسبة 10% يتدرسون في السنة الثانية، ثم نسبة 5,6% يتدرسون في السنة الرابعة وأخيرا نسبة 5,3% يتدرسون في السنة الثالثة.

و الفئة الخامسة من المبحوثين والتي قدرت نسبتها 6,9% تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم بسبب حالة مرضية زارت المصلحة كان سببها التوتر و الضغط في العمل، نجد من بينهم نسبة 16,7% يتدرسون بالسنة الخامسة و نسبة

16,6 % يتمدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 6,7% يتمدرسون بالسنة الثانية، وأخيرا نسبة 2,6% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

و الفئة السادسة من المبحوثين والتي قدرت نسبتها ب 6,9% تعرضوا إلى المشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية قصدت المصلحة الطبية للعلاج نتيجة لعدم احترام لنصائح الطبيب، نجد من بينهم نسبة 22,2% يتمدرسون في السنة الرابعة، ثم 12,5% يتمدرسون في السنة الأولى، وأخيرا نسبة 5,3% يتمدرسون في السنة الثالثة.

و الفئة السابعة من المبحوثين و التي قدرت نسبتهم ب 6% تعرضوا إلى المشاكل بسبب عدم رعاية المريض و عدم الإهتمام به، نجد من بينهم نسبة 16,7% يتمدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة 7,9% يتمدرسون بالسنة الثالثة بعدها نسبة 6,7% يتمدرسون في السنة الثانية وأخيرا نسبة 5,6% يتمدرسون بالسنة الرابعة.

أما الفئة الثامنة وهي فئة المبحوثين الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض، و قد قدرت نسبتهم ب 6% نجد من بينهم 18,7% يتمدرسون بالسنة الأولى ثم نسبة 6,7% يتمدرسون بالسنة الثانية، و أخيرا نسبة 5,3% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

الفئة التاسعة وهي فئة المبحوثين الذين تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم بسبب نقص الكفاءات و التأهيل، و قد بلغت نسبتهم ب 5,2% نجد من بينهم نسبة 6,7% يتمدرسون بالسنة الثانية ثم نسبة 5,6% يتمدرسون بالسنة الرابعة وأخيرا نسبة 2,6% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

أما فيما يخص الفئة العاشرة وهي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل ومع زملائهم بسبب سوء المعاملة و عدم الإحترام قدرت نسبتهم ب 5,2% نجد من بينهم نسبة 6,7% يتمدرسون بالسنة الثانية، و نسبة 6,3% يتمدرسون بالسنة الأولى و أخيرا نسبة 5,3% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

و الفئة الحادية عشر و هي فئة الأطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب تدخل صلاحيات الطبيب، و قد بلغت نسبتهم بـ 4,3% نجد من بينهم 10,5% يتدرسون بالسنة الثالثة و نسبة 3,3% يتدرسون بالسنة الثانية.

و الفئة الثانية عشر من المبحوثين و هي فئة الاطباء الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب شخصية الطبيب و المنافسة بينهم، و قد بلغت نسبتهم 4,3% نجد من بينهم نسبة 10% يتدرسون بالسنة الثانية، و نسبة 5,3% بالسنة الثالثة.

و الفئة الثالثة عشر و هي فئة المبحوثين الذين واجهوا مشاكل بسبب تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة و قد قدرت نسبتهم بـ 3,5% نجد من بينهم نسبة 16,7% يتدرسون بالسنة الخامسة، و نسبة 12,5% بالسنة الأولى و أخيرا نسبة 5,6% بالسنة الرابعة.

و الفئة الرابعة عشر و هي فئة المبحوثين الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب عدم تربية الناس و المرضى، نجد من بينهم نسبة 100% يتدرسون بالسنة السادسة، و نسبة 5,3% يتدرسون بالسنة الثالثة، و أخيرا نسبة 3,3% بالسنة الثانية.

و الفئة الخامسة عشر و هي فئة المبحوثين الذين واجهوا مشاكل مع زملائهم بسبب الهروب المستمر من ساعات العمل للطاقم الشبه الطبي المساعد، و قد بلغت نسبتهم 3,5%، نجد من بينهم نسبة 16,7% يتدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة 5,6% يتدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 3,3% يتدرسون بالسنة الثانية و أخيرا نسبة 2,6% يتدرسون بالسنة الثالثة.

و الفئة السادسة عشر و هي فئة المبحوثين الذين تعرضوا للمشاكل مع زملائهم بسبب الإرهاق و كثرة العمل قدرت نسبتهم بـ 2,6% يتدرسون بالسنة الثالثة.

أما الفئة السابعة عشر و هي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم بسبب نظام المناوبات، وقد قدرت نسبتهم ب 2,6% نجد من بينهم نسبة 6,3% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم نسبة 3,3% يتمدرسون بالسنة الثانية وأخيرا نسبة 2,6% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

والفئة الأخيرة و هي فئة المبحوثين الذين تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم بسبب قلة الأمن، بلغت نسبتهم ب 0,9% نجد من بينهم نسبة 2,6% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين لنا بأن الثلاث سنوات الأولى من الأقدمية يكون فيها المبحوثين أكثر عرضة للمشاكل مع زملائهم في العمل مهما اختلفت الأسباب وتعددت، حسب الأشخاص ذلك لقاء الخبرة والتجربة للمبحوثين من جهة، وبحكم أنهم الأصغر سنا فهم الأكثر عرضة إلى محاولة السيطرة عليهم من طرف الزملاء الأكبر سنا والأكثر أقدمية من جهة أخرى (الحقرة)، وعادة ما يكونوا الزملاء الشبه طبيين.

إن كل المشاكل التي تعرض لها المبحوثين والمذكورة في الجدول تتوزع بنسب متفاوتة أكثريتها على الثلاث السنوات الأولى من الدراسة وتظهر بنسب جد قليلة في الثلاث السنوات الأخيرة.

5- طبيعة العلاقة بين الطبيب والسلوك الطبي ومدى تأثيرها على نوعية التكوين الطبي:

جدول رقم 86: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية التأثير الناتجة عن العلاقة الموجودة بين الطبيب والسلوك الطبي على نوعية التكوين الطبي والأقدمية

نوعية التأثير الناتجة عن العلاقة الموجودة بين الطبيب وباقي السلوك الطبي على نوعية التكوين الطبي	عدم تهيئة ظروف العمل	الكل يقوم و يؤدي واجبه بأكمله وجه	إنشغال الطبيب بالتفاهات تؤثر على حالته النفسية	تعاون لمصلحة المريض	عدم تقبل الممرض لفارق السن الموجود بين الأطباء و الممرضين	تأثير مباشر بحسب الدور الذي يقوم به الزميل	تأثير سلبي إذا لم يكن ذلك تكامل	في غياب السلوك المساعد يصبح الطبيب يعمل أشياء ليست من عمله عوض التركيز على علاج المرضى	تأثير إيجابي "تحسين إطار العمل"	تأخر المواعيد قد يؤدي إلى عدم تقديم العلاج للمرضى و التأخر في التكفل به	عدم احترام الزمالة و الطبيب	تضييع الوقت في مشاكل تافهة	المجموع
السن الأولى	1 %4,8	2 %9,5	2 %9,5	4 %19,1	0 %0	4 %19,1	3 %14,3	2 %9,5	2 %9,5	0 %0	1 %4,8	21 %100	
السنة الثانية	0 %0	4 %13,8	1 %3,4	8 %27,6	2 %6,9	3 %10,3	6 %20,7	1 %3,4	2 %6,9	1 %3,4	1 %3,4	29 %100	
السنة الثالثة	1 %4,2	4 %16,7	1 %4,2	3 %12,5	3 %12,5	4 %16,7	0 %0	2 %8,3	2 %8,3	2 %8,3	1 %4,2	24 %100	
السنة الرابعة	1 %8,3	3 %25	0 %0	2 %16,7	0 %0	0 %0	4 %33,3	0 %0	1 %8,3	0 %0	1 %8,3	12 %100	
السنة الخامسة	0 %0	3 %42,9	1 %14,3	0 %0	0 %0	1 %14,3	1 %14,3	0 %0	1 %14,3	0 %0	0 %0	7 %100	
السنة السادسة	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	
بدون اجابة	0 %0	1 %20	0 %0	1 %20	0 %0	1 %20	1 %20	0 %0	1 %20	1 %20	0 %0	5 %100	
المجموع	3 %3	17 %17,1	5 %5,1	18 %18,1	5 %5,1	13 %13	16 %16,2	5 %5,1	7 %7,1	5 %5,1	3 %3	99 %100	

*تقلص عدد المبحوثين نظرا لكونه يخص فئة المبحوثين الذين أجابوا بأنه هناك تأثير

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية التأثير الناتجة عن العلاقة الموجودة بين الطبيب والسلوك الطبي على نوعية التكوين الطبي بالأقدمية، حيث يتبين بأن نسبة 18,1% بأن نوعية العلاقة التي تجمع بين الطبيب وباقي السلوك الطبي تؤثر على طريقة التكوين الطبي وأن هذا التأثير يكون بالتعاون لمصلحة المريض نجد من بينهم نسبة 27,6% أخيراً نسبة 12,5% يتمدرسون في السنة الثالثة ونسبة 17,1% من المبحوثين يرون بأن نوعية العلاقة التي تجمعهم بباقي السلوك الطبي تؤثر على تكوينهم الطبي و أن نتيجة هذا التأثير هو التكامل في الأدوار والوظائف، حيث الكل يقوم ويؤدي واجبه بأكمل وجه، وقد بلغت يمدرسون بالسنة الثانية، ثم نسبة 19,1% يتمدرسون بالسنة الأولى، يتمدرسون بالسنة الرابعة، و نسبتهم 17,1% نجد من بينهم نسبة 42,9% يتمدرسون بالسنة الخامسة ثم نسبة 25% يتمدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 16,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 13,8% يتمدرسون بالسنة الثانية وأخيراً نسبة 9,5% يتمدرسون بالسنة الأولى.

ثم نسبة 16,2% من المبحوثين يرون بأن نوعية التأثير على نوعية التكوين الطبي يكون تأثير سلبي إذا لم يكن هناك تكامل في الأدوار والوظائف التي يؤديونها، وقد بلغت نسبتهم ب 16,2% نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون بالسنة السادسة، ثم تليها نسبة 33,3% يتمدرسون بالسنة الرابعة ثم نسبة 20,7% يتمدرسون بالسنة الثانية ونسبة 14,3% يتمدرسون بالسنة الأولى ونفس النسبة بالسنة الخامسة.

ونسبة 13,1% من المبحوثين يرون بأن نوعية التأثير الناتجة عن العلاقة التي تجمع المبحوثين في باقي سلوك المبحوثين تؤثر على نوعية التكوين الطبي تأثيراً مباشراً بحسب الدور الذي يقوم به الزملاء، نجد من بينهم نسبة 19,1% يتمدرسون في السنة الأولى ثم نسبة 16,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة بعدها نسبة 14,3% يتمدرسون بالسنة الخامسة، وأخيراً نسبة 10,3% يتمدرسون بالسنة الثانية.

و نجد نسبة 7,1% يرون بأن نوعية التأثير على التكوين الطبي هو تأثير إيجابي ينحصر في إطار العمل نجد من بينهم 14,3% يتدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة 9,5% يتدرسون بالسنة الأولى ثم نسبة 8,3% يتدرسون بالسنة الثالثة و نفس النسبة يتدرسون بالسنة الرابعة، و أخيرا نسبة 3,4% يتدرسون بالسنة الثانية كما نجد نسبة 5,1% من المبحوثين يرون بأن التأثير على نوعية تكوينهم الطبي يكمن في غياب السلك المساعد و الذي بدوره يؤثر على الطبيب، إذ يعمل الطبيب عملا إضافيا يغطي به هذا الغياب عوض التركيز على علاج المرضى، نجد من بينهم 9,5% يتدرسون بالسنة الأولى ثم نسبة 8,3% يتدرسون بالسنة الثالثة، و أخيرا نسبة 3,4% يتدرسون بالسنة الثانية نجد أيضا نسبة 5,1% من المبحوثين يرون بأن نوعية التأثير على التكوين الطبي تكمن في تأخر المواعيد الذي قد يؤدي بدوره إلى عدم تقديم العلاج للمرضى و التأخر بالتكفل بهم، نجد من بينهم نسبة 8,3% يتدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 6,9% يتدرسون بالسنة الثانية.

و نسبة 5,1% أيضا من المبحوثين يرون بأن نوعية التأثير على التكوين الطبي تكمن في عدم تقبل الممرض لفارق السن الموجود بين الأطباء و الممرضين نجد من بينهم 12,5% يتدرسون بالسنة الثالثة و نسبة 6,9% يتدرسون بالسنة الثانية.

و نسبة 5,1% كذلك من المبحوثين يرون بأن نوعية التأثير على التكوين الطبي تكمن في انشغال الطبيب بتفاهات تؤثر على حالته النفسية، نجد من بينهم نسبة 14,3% يتدرسون بالسنة الخامسة، و أخيرا، ثم نسبة 9,5% يتدرسون بالسنة الأولى، ثم نسبة 4,2% يتدرسون بالسنة الثالثة، و أخيرا نسبة 3,4% يتدرسون بالسنة الثانية.

كذلك نسبة 3% من المبحوثين يرون بأن نوعية التأثير على التكوين الطبي تكمن في عدم تهيئة ظروف العمل، نجد من بينهم نسبة 8,3% يتدرسون بالسنة

الرابعة، و نسبة 4,8% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم نسبة 4,2% يتمدرسون بالسنة الثالثة. كذلك بنفس النسبة أي 3% من المبحوثين يرون بأن نوعية التأثير على التكوين الطبي تكمن في عدم احترام الزمالة و الطبيب، نجد من بينهم نسبة 8,3% يتمدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 4,2% يتمدرسون بالسنة الثانية و أخيرا نسبة 3,4% يتمدرسون بالسنة الثانية.

و أخيرا نسبة 2% من المبحوثين يرون بأن نوعية التأثير على التكوين الطبي تكمن في تضييع الوقت في مشاكل تافهة، نجد من بينهم نسبة 4,8% يتمدرسون بالسنة الأولى و نسبة 4,2% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن تأثير العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على تكوينه الطبي في الغالب تأثير إيجابي يكمن في التعاون فيما بينهم من أجل مصلحة المريض و راحته، حيث كل واحد منهم يؤدي دوره بأكمل وجه، و أن هناك تكامل و تعاون فيما بينهم الأمر الذي يؤدي إلى تحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمرضى و إن لم يكن هناك تكامل في الأدوار و الوظائف سيكون تأثيرا سلبيا على الطبيب و تكوينه الطبي، و أن الأطباء المبحوثين الأقل أقدمية هم الأكثر تأثيرا بنوعية العلاقة التي تجمعهم بباقي السلك الطبي على تكوينهم الطبي و ذلك ما يظهر في الثلاث سنوات الأولى بالمقارنة مع الثلاث سنوات الثانية، ذلك لأنهم مازالوا طلبة جدد يتأثرون أكثر مما يؤثر على بعضهم البعض.

جدول رقم 87: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية التأثير الناتجة عن العلاقة الموجودة بين الطبيب و السلوك الطبي على نوعية التكوين الطبي بالجنس.

نوعية التأثير الناتجة عن العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلوك الطبي على نوعية التكوين الطبي	الجنس	عدم تهيئة ظروف العمل	الكل يقوم و يؤدي واجبه بأكمله وجه	إشغال الطبيب بالتفاهات تؤثر على حالته النفسية	تعاون لمصلحة المريض	عدم تقبل الممرض لفارق السن الموجود بين الأطباء و الممرضين	تأثير مباشر بحسب الدور الذي يقوم به الزميل	تأثير سلبي إذا لم يكن ذلك تكامل	في غياب السلوك المساعد يصبح الطبيب يعمل أشياء ليست من عمله عوض التركيز على علاج المرضى	تأثير إيجابي "تحسين إطار العمل"	تأخر المواعيد قد يؤدي إلى عدم تقديم العلاج للمرضى و التأخر في التكفل به	عدم احترام الزمالة و الطبيب	تضييع الوقت في مشاكل تافهة	المجموع
ذكر	2	12	1	10	3	11	6	2	4	2	1	1	55	
	3,6%	21,8%	1,8%	18,8%	5,5%	20%	10,9%	3,6%	7,3%	3,6%	1,8%	1,8%	100%	
أنثى	1	5	4	8	2	2	10	3	3	3	2	2	44	
	2,3%	11,4%	9,1%	18,2%	4,5%	4,5%	22,7%	6,8%	6,8%	6,8%	4,5%	4,5%	100%	
المجموع	3	17	5	18	5	13	16	5	7	5	3	3	99*	
	3%	17,1%	5,1%	18,1%	5,1%	13,1%	16,2%	5,1%	7,1%	5,1%	3%	3%	100%	

* تقلص عدد المبحوثين نظرا لكونه يخص فئة المبحوثين الذين أجابوا بأنه هناك تأثير.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية تأثير العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على نوعية التكوين الطبي بالجنس، حيث يتبين بأن نسبة 18,1% من المبحوثين ترى بأن نوعية التأثير على نوعية تكوينهم الطبي يكمن في التعاون لمصلحة المريض، نجد من بينهم نسبة 18,2% ذكور، و 18,2% إناث، ثم تأتي بعدها نسبة 17,1% ترى بأن نوعية التأثير تكمن في تأدية كل واحد منهم واجبه بأكمل وجه نجد من بينهم نسبة 21,8% منهم ذكور و 11,4% إناث.

بعدها تأتي فئة المبحوثين التي ترى بأنه تأثير سلبي إن لم يكن هناك تكامل، و قد بلغت نسبتهم بـ 16,2%، نجد من بينهم نسبة 22,7% إناث و نسبة 10,9% ذكور.

و فئة المبحوثين التي ترى بأنه تأثير مباشر بحسب الدور الذي يقوم به الزميل و قد بلغت نسبتهم بـ 13,1%، نجد من بينهم نسبة 20% ذكور، و 4,5% إناث.

أما فئة المبحوثين التي ترى بأنه تأثير إيجابي يكمن في تحسين إطار العمل، بلغت نسبتهم بـ 7,1%، نجد من بينهم نسبة 7,3% ذكور و نسبة 6,8% ناث.

و فيما يخص فئة المبحوثين التي ترى بأنه تأثير يكمن في انشغالهم بتقاهات تؤثر على حالتهم النفسية و قد بلغت نسبتهم بـ 5,1% نجد من بينهم نسبة 9,1% إناث و نسبة 1,8% ذكور.

و نجد فئة المبحوثين التي ترى بأن التأثير يكمن في عدم تقبل الممرض لفارق السن الموجود بين الأطباء و الممرضين، بلغت نسبتهم بـ 5,1%، نجد من بينهم نسبة 5,5% ذكور و نسبة 4,5% إناث.

كما نجد نسبة 5,1% يرون بأنه تأثير يظهر في غياب السلك المساعد إذ يصبح الطبيب يعمل أشياء ليست من عمله عوض التركيز على علاج المرضى، نجد من بينهم نسبة 6,8% إناث و 3,6% ذكور.

و نجد نسبة 5,1% كذلك يرون بأنه تأثير يكمن في تأخر المواعيد و الذي قد يؤدي بدوره إلى عدم تقديم العلاج للمرضى و التأخر في التكفل بهم، نجد من بينهم نسبة 6,8% إناث و 3,6% ذكور.

و نجد فئة من المبحوثين و هي فئة قليلة، قدرت نسبتها بـ 3% ترى بأنه تأثير يكمن في عدم تهيئة ظروف العمل، نجد من بينهم نسبة 3,6% ذكور و نسبة 2,3% إناث.

كما نجد فئة أخرى من المبحوثين و التي قدرت نسبتهم كذلك بـ 3% ترى بأنه تأثير يكمن في عدم احترام الزمالة و الطبيب، نجد من بينهم نسبة 4,5% إناث و نسبة 1,8% ذكور.

و الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء التي ترى بأن تأثير العلاقة التي تربطهم و باقي السلك الطبي تؤثر على نوعية تكوينهم الطبي، و قد قدرت نسبتهم بـ 2%، ترى هذه الفئة بأنه تأثير يكمن في تضييع الوقت في مشاكل تافهة، نجد من بينهم نسبة 2,3% إناث و نسبة 1,8% ذكور.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن نوعية العلاقة التي تربط الأطباء بباقي السلك الطبي تؤثر على نوعية تكوينهم، و أنه في الغالب تأثير إيجابي يكون لمصلحة المريض، و أن كل يقوم و يؤدي واجبه بأكمل وجه.

إذا من خلال الجدول كذلك يتبين بأن الذكور يتأثرون بنوعية العلاقة التي تربطهم بباقي السلك الطبي، و ذلك ما ينعكس على نوعية تكوينهم أكثر من زملائهم الإناث.

الجدول رقة 88: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير طبيعة العلاقة الموجودة بين الطبيب و السلوك الطبي على نوعية التكوين بنوعية التأثير الناتجة عنها

المجموع	نعم	مدى تأثير العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلوك على نوعية التكوين الطبي	نوعية تأثير العلاقة الموجودة بين الطبيب و السلوك الطبي على نوعية التكوين
3	3	3	عدم تهيئة ظروف العمل
17	17	17	الكل يقوم و يؤدي واجبه بأكمل وجه
5	5	5	إنشغال الطبيب بالتقاهات تؤثر على حالته النفسية
18	18	18	تعاون لمصلحة المريض
5	5	5	عدم تقبل الممرض لفارق السن الموجود بين الأطباء و الممرضين
13	13	13	تأثير مباشر بحسب الدور الذي يقوم به الزميل
16	16	16	تأثير سلبي إذا لم يكن ذلك تكامل
5	5	5	في غياب السلوك المساعد يصبح الطبيب يعمل أشياء ليست من عمله عوض التركيز على علاج المرضى
7	7	7	تأثير إيجابي "تحسين إطار العمل"
5	5	5	تأخر المواعيد قد يؤدي إلى عدم تقديم العلاج للمرضى و التأخر في التكفل به
3	3	3	عدم احترام الزمالة و الطبيب
2	2	2	تضييع الوقت في مشاكل تافهة
99*	99	99	المجموع

* تقلص العدد نظرا لكون الإجابات تخص فئة المبحوثين الذين أجابوا بأنه هناك تأثير على نوعية التكوين الطبي.

من خلال الجدول رقم 94 و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير طبيعة العلاقة الموجودة بين الطبيب و السلوك الطبي على نوعية التكوين بنوعية التأثير الناتجة عنها يتبين بأن نسبة 18,2% من المبحوثين يرون بأن نوعية تكوينهم الطبي تتأثر بنوعية العلاقة التي تربطهم بباقي السلوك الطبي و هذا التأثير تأثيرا ايجابيا يكمن في التعاون فينا بينهم لمصلحة المريض.

ثم تليها نسبة 17,2% تمثل فئة المبحوثين الذين يرون بأنه تأثيرا ايجابيا حيث كل واحد يقوم و يؤدي واجبه بأكمل وجه بتسلسل هرمي فكل عامل يكمل زميله لينجز العمل في وقته دون تأجيل و لا تأخير.

بعدها تأتي نسبة 16,2% من المبحوثين يرون بأنه تأثيرا سلبيا ان لم يكن هناك تكامل و بالتالي ايجابيا إن كان هناك تكامل في الأدوار و الوظائف بين الطاقم الطبي.

و نجد نسبة 13,1% يرون بأنه تأثير مباشر بحسب الدور الذي يقوم به الزميل، فان كان دوره ايجابيا مكملا لأدوار الآخرين يكون عندها التأثير على نوعية تكوينهم الطبي تأثيرا ايجابيا و إن كان دوره سلبيا لا يكمل أدوار الآخرين و لا يتعاون معهم فإن التأثير يكون تأثيرا سلبيا.

كما نجد نسبة 7,1% من المبحوثين يرون بأن نوعية تأثير العلاقة التي تجمعهم مع الفريق الطبي على تكوينهم الطبي تأثيرا ايجابيا يكمن في تحسين إطار العمل و تسهيل الخدمة للمرضى و نجد أيضا نسبة 5% من المبحوثين يرون بأن نوعية التأثير هي سلبية حيث ينشغل الطبيب بتفاهات تأثر على حالته النفسية هذه التفاهات تظهر في أثناء احتكاك الطبيب مع زملائه في إطار العمل و نفس النسبة 5% ترى بأن تأثير نوعية العلاقة التي تربطهم بباقي السلك الطبي على تطويعهم تكمن في عدم تقبل الممرض لفارق السن الموجود بين الأطباء و الممرضين، الأمر الذي يؤدي بهم إلى رفض الأوامر الصادرة عن الطبيب أو التقاعس في تنفيذها و ذلك ما ينتج عنه مشاكل بين الطرفين فيؤثر على تكوينهم الطبي تأثيرا سلبيا.

ثم نسبة 5% أيضا ترى بأنه تأثيرا سلبيا إذ أنه في غياب السلك المساعد يصبح الطبيب يعمل أشياء ليست من عمله عوض التركيز على علاج المرضى.

و نجد أيضا نسبة 5% كذلك من المبحوثين يرون بأن نوعية تأثير العلاقة التي تربطهم بالسلك الطبي على تكوينهم تكمل في تأخر المواعيد الذي يؤدي إلى عدم تقديم العلاج للمرضى و التأخر بالتكفل بهم، فقد يطول انتظار المريض لعدد أشهر و المريض يتقدم و تتأخر بذلك الخدمة الصحية عنهم.

و نسبة 3,1% من المبحوثين يرون بأنه تأثيرا سلبيا يكمن في عدم تهيئة ظروف العمل و الظروف الموفرة هي غير مساعدة لا لتأدية العمل الطبي و لا للتكوين الطبي و نسبة 3,1% كذلك ترى بأنه تأثيرا سلبيا يكمن في عدم احترام الزمالة و الطبيب من طرف طاقم الطبي المساعد.

و أخيرا نسبة 2% من المبحوثين ترى كذلك بأنه تأثيرا سلبيا يكمن في تضيق الوقت بمشاكل تافهة.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن طبيعة العلاقة التي تربط بين الطبيب و باقي السلك الطبي تأثر على نوعية التكوين الذي يتلقاه المبحوثين، و في الغالب هو تأثير ايجابي ينحصر في تأدية كل فرد عمله بأكمل وجه و التعاون فيما بينهم لمصلحة المريض و تسهيل عليه العلاج و عدم ترك فترة الانتظار تطول عليه، الأمر الذي يؤدي إلى تحسين إطار العمل و التي تعود بالإيجاب للطرفين الطبيب و المريض في آن واحد

الجدول رقم 89: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على التكوين بالأقدمية

مدى تأثير العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على التكوين الطبي	نعم	لا	بدون إجابة	المجموع
الأقدمية				
السنة الأولى	25 %69,5	8 %22,2	3 %8,3	36 %100
السنة الثانية	34 %75,6	11 %24,4	0 %0	45 %100
السنة الثالثة	30 %65,2	16 %34,8	0 %0	46 %100
السنة الرابعة	15 %88,2	2 %11,8	0 %0	17 %100
السنة الخامسة	6 %75	2 %25	0 %0	8 %100
السنة السادسة	1 %100	0 %0	0 %0	1 %100
بدون إجابة	9 %75	2 %16,7	1 %8,3	12 %100
المجموع	120 %72,7	41 %24,8	4 %2,4	165 %100

من خلال الجدول أعلاه الذي يبين مدى تأثير العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على التكوين بالأقدمية، بحيث نجد أن نسبة 72,7% من المبحوثين يرون بأن العلاقة التي تربط بينهم و باقي السلك الطبي تؤثر على تكوينهم الطبي، و نسبة 24,8% يرون بأنها لا تؤثر في تكوينهم الطبي.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن العلاقة التي تربط بينهم و بين باقي السلك الطبي تؤثر على تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% يتدرسون بالسنة السادسة، ثم تليها نسبة 88,2% يتدرسون بالسنة الرابعة، ثم تليها نسبة 75,6% يتدرسون بالسنة الثانية، ثم بعدها نسبة 75% يتدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة 69,5% يتدرسون بالسنة الأولى و أخيرا نسبة 65,2% يتدرسون بالسنة الثالثة.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين والتي تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن نوعية العلاقة التي تربط بهم وبين باقي السلك الطبي لا تؤثر على تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 34,8% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 25% يتمدرسون بالسنة الخامسة، تليها نسبة 24,4% يتمدرسون بالسنة الثانية، بعدها نسبة 22,2% يتمدرسون بالسنة الأولى وأخيرا نسبة 11,8% يتمدرسون بالسنة الرابعة.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين لنا بأنه هناك علاقة مابين مدى تأثير العلاقة التي تربط بين الطبيب وبين باقي السلك الطبي على تكوينه الطبي بالأقدمية، وهي علاقة طردية حيث كلما زادت مدة الأقدمية كلما زادت نسبة المبحوثين الذين يرون بأن نوعية العلاقة التي تربطهم بباقي السلك الطبي تؤثر على تكوينهم الطبي، والعكس صحيح أي كلما نقصت مدة الأقدمية كلما نقص عدد المبحوثين الذين يرون بأن تلك العلاقة لا تؤثر على تكوينه الطبي، فإذا كانت العلاقة جيدة يسودها التفاهم والتعاون والتضامن فإن ذلك يؤثر بالإيجاب على نوعية تكوينهم الطبي إذ يتعاونون الأطباء فيما بينهم فيما يخص تكوينهم، فمن يعرف معلومة يعطيها لزميله فيتبادلون المعلومات الطبية والعلمية، ويكون دور السلك الطبي والشبه الطبي المساعد مكملا لأدوارهم فيزداد تكوينهم تحسنا وتزيد أدوار ووظائف الأطباء سهولة إذ يركزون فقط على علاج المرضى الإستفادة من هذا العلاج في التكوين عوض التركيز على المشاكل والصعوبات التي قد يواجهها إن كانت العلاقة بينهم سيئة والعكس صحيح أي إذا كانت العلاقة بينهم سيئة فإن ذلك يؤثر سلبا على تكوينهم الطبي، إذ يركزون كما قلت سابقا على محاولة إيجاد حلول للمشاكل التي يواجهها مع بعضهم البعض.

الجدول رقم 90: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير طبيعة العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على نوعية التكوين الطبي بنوع الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل

الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل	مدى تأثير نوعية العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على نوعية التكوين الطبي	نعم	لا	بدون إجابة	المجموع
زميل طبيب	33	16	1	50	%66
زميل ممرض	40	12	1	53	%75,5
زميل شبه طبي	39	12	1	52	%75
مسؤول	48	13	1	62	%77,4
شرطة المستشفى	2	0	0	2	%100
أقارب المرضى والمرضى	10	1	0	11	%90,9
الإدارة	2	1	0	3	%66,7
أخرى (الحاملين للمرضى، حارس الباب، رئيس مصلحة، الممرضين، سائق سيارة الإسعاف)	3	0	0	3	%100
المسؤول عن الحراسة والأمن	2	0	0	2	%100
المجموع	179	55	4	238	%75,2

*تضخم المجموع نظرا لتعدد الإجابات عن الإقتراحات المقدمة في السؤال.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير طبيعة العلاقة التي تربط بين الأطباء و باقي السلك الطبي على تكوينهم الطبي مع نوع الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل، إذ يتبين بأنه نسبة 75,2% من المبحوثين يرون بأن نوعية العلاقة التي تجمعهم و السلك الطبي تؤثر على تكوينهم، ونسبة 23,1% يرون بأن هذه العلاقة لا تؤثر على تكوينهم الطبي.

ففيما يخص الفئة الأولى و هي الفئة التي ترى بأن نوعية العلاقة التي تجمعهم و السلك الطبي تؤثر على تكوينهم الطبي، إذ نجد من بينهم نسبة 100% واجهوا مشاكل مع الحاملين للمرضى، أي مع الأعوان المساعدين، و بنفس النسبة أي 100% واجهوا مشاكل مع المسؤول عن الحراسة و الأمنو كذلك بنف النسبة أي 100% واجهوا مشاكل مع شرطة المؤسسة الإستشفائية التي يعملون و يتدربون بها، تليها مباشرة نسبة 90,9% واجهوا مشاكل مع المرضى و أقاربهم، ثم تليها نسبة 77,4% مع مسؤولهم المباشر ثم نسبة 75,7% مع زملائهم الممرضين، و نسبة 75% مع زملائهم الشبه الطبيين، ثم نسبة 66,7% مع زملائهم العاملين بالإدارة، و أخيرا نسبة 66% مع زملائهم الأطباء.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن العلاقة التي تجمع بينهم و بين باقي السلك الطبي لا تؤثر على نوعية التكوين الذي يتلقونه، نجد من بينهم نسبة 33,3% واجهوا مشاكل مع زملاءهم العاملين بالإدارة، ثم نسبة 32% مع زملائهم الأطباء تليها نسبة 23,1% واجهوا المشاكل مع زملائهم الشبه الطبيين، تليها مباشرة نسبة 22,6% مع زملائهم الممرضين و نسبة 21% مع مسؤولهم المباشر، و أخيرا نسبة 9,1% مع المرضى و أقاربهم.

إذا من خلال قراءتنا للجدول تبين لنا بأن العمال الغير الطبيين و لا شبه طبيين هم الأكثر تعرضا للمشاكل مع المبحوثين وأن العلاقة التي تجمع الطبيب معهم تأثر على نوعية التكوين الطبي، و الأطباء هم الأقل تعرضا للمشاكل مع زملائهم الأطباء، ذلك لأنهم يعيشون نفس العوامل و يعملون تحت نفس الظروف فهم يفهمون بعضهم البعض و يقدرّون

العلاقة التي تجمعهم، إذ يتأثرون بالعلاقة التي تجمعهم و باقي السلك الطبي و بين عمال الإدارة و العمال الخارجين عن المجال الطبي كالشرطة الخاصة بالمؤسسة الإستشفائية و المسؤول عن الأمن بها.

الجدول رقم 91: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير طبيعة العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على نوعية التكوين الطبي مع الأسباب التي أدت إلى حدوث المشاكل مع الزملاء.

المجموع	بدون إجابة	لا	نعم	مدى تأثير طبيعة العلاقة الموجودة بين الطبيب و السلك الطبي على نوعية التكوين الطبي
				الأسباب التي أدت إلى المشاكل ع زملاء الطبيب حدوث
12 %100	0 %0	4 %33,3	8 %66,7	الإختلاف في الأخلاق و العقليات
4 %100	0 %0	0 %0	4 %100	تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة
9 %100	0 %0	2 %22,2	7 %77,8	ظروف العمل و التكوين
3 %100	0 %0	0 %0	3 %100	الإرهاق و كثرة العمل
11 %100	0 %0	3 %27,3	8 %72,7	التهرب من المسؤولية
6 %100	0 %0	0 %0	6 %100	نقص في الكفاءات و التأهيل
6 %100	0 %0	3 %50	3 %50	سوء المعاملة و عدم الإحترام
4 %100	0 %0	0 %0	4 %100	عدم تربية الناس و المرضى
8 %100	0 %0	2 %25	6 %75	التوتر و الضغط في العمل
3 %100	0 %0	2 %66,7	1 %33,3	نظام المناوبات
7 %100	0 %0	1 %14,3	6 %85,7	عدم رعاية المريض و عدم الإهتمام به
4 %100	0 %0	0 %0	4 %100	الهروب المستمر من ساعات العمل ليجد الطبيب نفسه وحيدا في مواجهة المرضى
7 %100	1 %14,3	1 %14,3	5 %71,4	سوء التقاهم فيما يخص التكفل بالمريض
5 %100	0 %0	1 %20	4 %80	تداخل صلاحيات الطبيب
5 %100	0 %0	3 %60	2 %40	شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم
10 %100	0 %0	3 %30	7 %70	لأسباب مهنية محضة
8 %100	0 %0	3 %37,5	5 %62,5	عدم إحترام نصائح الطبيب
1 %100	0 %0	1 %100	0 %0	قلة الأمن
3 %100	1 %33,3	0 %0	2 %66,7	الظلم و الحقرة و عدم رغبة المسؤولين في التواصل الجيد
116* %100	2 %17	29 %25	85 %73,3	المجموع

*تقلص عدد المبحوثين نظرا لامتناع بعضهم عن الإجابة عن السؤال.

من خلال الجدول رقم 97 و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير طبيعة العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على نوعية التكوين الطبي مع الأسباب التي أدت إلى حدوث المشاكل مع الزملاء، حيث يتبين بأن نسبة 73,3% من المبحوثين يرون بأن طبيعة العلاقة التي تجمعهم و باقي السلك الطبي تؤثر على نوعية تكوينهم الطبي و نسبة 25% يرون بأنها لا تؤثر عليه.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء يرون بأن طبيعة العلاقة التي تجمعهم مع زملائهم العاملين بالسلك الطبي تؤثر على نوعية تكوينهم الطبي، حيث نجد من بينهم نسبة 100% كان سبب تعرضهم إلى المشاكل مع زملائهم الأطباء هو الإرهاق و كثرة العمل، و بنفس النسبة أي 100% واجهوا مشاكل معهم بسبب تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة، و نفس النسبة كذلك واجهوا المشاكل بسبب نقص في الكفاءات و التأهيل، و نسبة 100% كذلك بسبب عدم تربية الناس و المرضى و نسبة 100% بسبب الهروب المستمر من ساعات العمل ليجد الطبيب نفسه وحيدا في مواجهة المرضى، ثم نسبة 85,7% بسبب عدم رعاية المريض و عدم الاهتمام به ثم نسبة 80% بسبب تدخل صلاحيات الطبيب، تليها نسبة 77,8% بسبب ظروف العمل و التكوين، ثم نسبة 75% بسبب التوتر و الضغط في العمل بعدها نسبة 72,7% بسبب التهرب من المسؤولية، و نسبة 71,4% بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض، ثم نسبة 70% بسبب خلافات مهنية محضة، تليها نسبة 66,7% بسبب الاختلاف في الأخلاق و العقليات، و بنفس النسبة بسبب الظلم و الحقرة و عدم رغبة المسؤولين في التواصل الجيد، بعدها تأتي نسبة 62,5% بسبب عدم احترام نصائح الطبيب، و نسبة 50% بسبب سوء المعاملة و عدم الاحترام، تأتي بعدها مباشرة نسبة 40% بسبب شخصية الطبيب و المنافسة فيما بينهم، و أخيرا نسبة 33,3% واجهوا المشاكل مع أحد الزملاء بسبب نظام المناوبات

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن نوعية العلاقة التي تربطهم مع باقي السلك الطبي لا تؤثر على نوعية التكوين الطبي الذي يتلقونه نجد من بينهم نسبة 100% واجهوا المشاكل مع أحد زملائهم بسبب قلة الأمن، ثم نسبة 66,7% بسبب نظام المناوبات، و بعدها مباشرة نسبة 60% بسبب شخصية الطبيب و المنافسة فيما بين الأطباء، و نسبة 50% بسبب سوء المعاملة و عدم الاحترام، و نسبة 37,5% بسبب عدم احترام نصائح الطبيب ثم بعدها نسبة 33,3% بسبب الاختلاف في الأخلاق و العقليات، و نسبة 30% بسبب خلافات مهنية محضة، و نسبة 27,3% بسبب التهرب من المسؤولية، كما نجد نسبة 25% واجهوا المشاكل مع زملائهم بسبب التوتر و الضغط في العمل ثم نسبة 22,2% بسبب ظروف العمل و التكوين، و نجد أيضا نسبة 20% بسبب تداخل صلاحيات الطبيب، و نسبة 14,3% بسبب عدم رعاية المريض و عدم الاهتمام به و أخيرا نسبة 14,3% كذلك واجهوا المشاكل مع أحد زملائهم بسبب سوء التفاهم فيما يخص التكفل بالمريض.

من خلال قراءتنا للجدول تبين لنا بأنه هناك علاقة ما بين مدى تأثير طبيعة العلاقة الموجودة بين الطبيب و باقي السلك الطبي على نوعية التكوين الطبي بنوعية الأسباب التي أدت إلى حدوث المشاكل مع الزملاء في العمل، بحيث أن أسباب حدوث المشاكل مع الزملاء الأطباء في الغالب ترجع إلى تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة و كذا الإرهاق نتيجة كثرة العمل و المرضى بقاعة الانتظار، و الهروب المستمر من ساعات العمل للطاغم المساعد و كذلك النقص في الكفاءات و التأهيل لدى المؤطرين و المشرفين على التكوين و انعكاسها على الأطباء الطلبة الذين هم في صدد التكوين فطبيعة العلاقة التي تربط بين الطبيب و باقي السلك الطبي تؤثر على الطبيب و تكوينه الطبي، و يظهر هذا التأثير بعدة أشكال فقد يكون السبب في حدوث المشاكل ما بين الأطباء فيما بينهم و ما بين زملائهم أو قد ينعكس هذا التأثير على التكوين الطبي بالسلب أو بالإيجاب.

6- العلاقات مع الطلبة الأطباء الجدد:

جدول رقم 92: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة مع الطلبة الأطباء الجدد بالمصلحة الطبية

نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد	علاقة تعاون و تضامن	علاقة سيئة و احتكار للمعلومات	علاقة بناءة و تبادل للمعلومات	علاقة زمالة في التكوين و العمل فقط	علاقة عائلية	روح الفريق	الطلبة الأطباء الجدد ليس لديهم ارادة و كسالى للأسف	تصبح أحيانا العلاقات معهم علاقات صداقة و متينة	المجموع
أمراض الكبد	9 %56,3	0 %	6 %37,5	1 %6,3	0 %	0 %	0 %	0 %	16 %100
جراحة الأطفال	10 %50	0 %	7 %35	3 %15	0 %	0 %	0 %	0 %	20 %100
أمراض القلب	5 %55,6	0 %	3 %33,3	1 %11,1	0 %	0 %	0 %	0 %	9 %100
طب الأطفال	8 %47,1	0 %	8 %47,1	0 %	0 %	0 %	1 %5,9	0 %	17 %100
الطب الشرعي	10 %47,6	0 %	7 %33,3	3 %14,3	1 %4,8	0 %	0 %	0 %	21 %100
جراحة القلب	15 %37,5	1 %25	19 %47,5	4 %10	1 %25	0 %	0 %	0 %	40 %100
جراحة الفك و الوجه	2 %28,6	0 %	3 %42,8	2 %28,6	0 %	0 %	0 %	0 %	7 %100
جراحة اللثة	2 %33,3	1 %16,7	1 %16,7	0 %	1 %16,7	1 %	0 %	0 %	6 %100
جراحة العظام	5 %62,5	0 %	3 %37,3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	8 %100
الطب الداخلي	5 %55,6	0 %	4 %44,4	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	9 %100
المواليد الجدد	5 %55,5	0 %	3 %33,3	1 %11,1	0 %	0 %	0 %	0 %	9 %100
الأنسجة الداعمة للإنسان	0 %	0 %	1 %100	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %100
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	4 %57,1	0 %	2 %28,6	1 %14,3	0 %	0 %	0 %	0 %	7 %100
الأنف الأذن و الحنجرة	4 %57,1	0 %	3 %42,9	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	7 %100
أمراض السكري	1 %50	0 %	0 %	1 %50	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %100
الأمراض الجلدية	16 %50	0 %	15 %46,9	1 %3,1	0 %	0 %	0 %	0 %	32 %100
طب النساء و التوليد	3 %50	0 %	2 %33,3	1 %16,7	0 %	0 %	0 %	0 %	6 %100
أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	8 %42,1	0 %	6 %31,6	4 %21,1	0 %	0 %	0 %	1 %5,3	19 %100
الاستجالات	1 %33,3	0 %	2 %66,7	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %100
طب العيون	9 %47,4	1 %5,3	5 %26,3	4 %21	0 %	0 %	0 %	0 %	19 %100
المجموع	122 %47,3	3 %1,2	100 %38,8	27 %10,5	3 %1,2	1 %0,4	1 %0,4	1 %0,4	*258 %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات للاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول رقم 98 و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة مع الطلبة الأطباء الجدد بالمصلحة الطبية يتبين أن نسبة 37,3% من المبحوثين تجمعهم علاقة تعاون و تضامن مع الطلبة الجدد حيث نجد من بينهم نسبة 62,5% يعملون بمصلحة جراحة العظام، ثم نسبة 57,1% بمصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، ثم نفس النسبة 57,1% بمصلحة الأنف الأذن و الحنجرة، بعدها تأتي نسبة 56,3% بمصلحة أمراض الكبد، تليها نسبة 55,6% بمصلحة أمراض القلب و نفس النسبة بمصلحة الطب الداخلي، بعدها مباشرة تأتي نسبة 55,5% بمصلحة المواليد الجدد، ثم نسبة 50% بمصلحة جراحة الأطفال، و نفس النسبة أي 50% بمصلحة أمراض السكري، و نفس النسبة كذلك بمصلحة الأمراض الجلدية و نفس النسبة أيضا بمصلحة طب النساء و التوليد، ثم نسبة 47,6% بمصلحة الطب الشرعي، بعدها مباشرة نسبة 47,4% بمصلحة طب العيون و نسبة 47,1% بمصلحة طب الأطفال، و نسبة 42,1% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، ثم نسبة 37,5% بمصلحة جراحة القلب، و نسبة 33,3% بكل من مصلحة جراحة اللثة و مصلحة الاستعجالات، و أخيرا نسبة 28,6% بمصلحة جراحة الفك و الوجه.

و الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء التي تجمعهم علاقة بناءة و تبادل للمعلومات و التي قدرت نسبتهم بـ 38,8% نجد من بينهم نسبة 100% بمصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، ثم نسبة 66,7% بمصلحة الاستعجالات، ثم نسبة 47,5% بمصلحة جراحة القلب ثم تليها نسبة 47,1% بمصلحة طب الأطفال و نسبة 46,9% بمصلحة الأمراض الجلدية، ثم نسبة 44,4% بمصلحة الطب الداخلي بعدها نسبة 42,9% بمصلحة الأنف الأذن و الحنجرة، تليها مباشرة نسبة 42,8% بمصلحة جراحة الفك و الوجه، و نسبة 37,5% بمصلحة أمراض الكبد، بعدها تأتي نسبة 37,3% بمصلحة جراحة العظام و نسبة 35% بمصلحة جراحة الأطفال و نسبة 33,3% بكل من مصلحة أمراض القلب، و نفس النسبة بمصلحة الطب الشرعي، و نفس النسبة كذلك بمصلحة المواليد الجدد، و نفس النسبة أيضا

أي 33,3% بمصلحة طب النساء و التوليد، تليها نسبة 31,6% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية و التناسلية، ثم نسبة 28,6% بمصلحة الجهاز المضمي والمعدة والأمعاء ونسبة 26,3% بمصلحة طب العيون وأخيرا نسبة 16,7% بمصلحة جراحة اللثة.

والفئة الثالثة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الزمالة في التكوين والعمل فقط مع زملائهم الأطباء الطلبة الجدد، والتي قدرت نسبتهم ب 10,5% ، نجد من بينهم نسبة 50% بمصلحة أمراض السكري، ثم تليها نسبة 28,6% بمصلحة جراحة الفك والوجه، تليها نسبة 21,1% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، ثم تليها نسبة 21% بمصلحة طب العيون بعدها تأتي نسبة 16,7% بمصلحة طب النساء والتوليد، ثم نسبة 15% بمصلحة جراحة الأطفال، بعدها نسبة 14,3% بمصلحة الطب الشرعي ونفس النسبة بمصلحة الجهاز الهضمي والمعدة والأمعاء، ثم نسبة 11,1% بمصلحة أمراض القلب، ونفس النسبة بمصلحة المواليد الجدد، ونسبة 10% بمصلحة جراحة القلب ثم نسبة 6,3% بمصلحة أمراض الكبد وأخيرا نسبة 3,1% بمصلحة الأمراض الجلدية.

أما الفئة الرابعة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة عائلية مع زملائهم الأطباء الطلبة الجدد، والتي بلغت نسبتهم 1,2% نجد من بينهم نسبة 16,7% بمصلحة جراحة اللثة، ثم نسبة 4,8% بمصلحة الطب الشرعي وأخيرا نسبة 2,5% بمصلحة جراحة القلب.

والفئة الخامسة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة سيئة واحتكار للمعلومات، وقد بلغت نسبتهم 1,2%، نجد من بينهم نسبة 16,7% بمصلحة جراحة اللثة، ثم تليها نسبة 5,3% بمصلحة طب العيون وأخيرا نسبة 2,5% بمصلحة جراحة القلب.

أما الفئة السادسة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة روح الفريق، والتي قدرت نسبتهم بـ 0,4% نجد من بينهم نسبة 16,7% بمصلحة جراحة اللثة.

والفئة السابعة وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة صداقة متينة والتي بلغت نسبتهم بـ 0,4% نجد من بينهم نسبة 5,3% بمصلحة أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية.

أما الفئة الثامنة وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الطلبة الجدد كسلاء وليس لهم إرادة، بلغت نسبتهم بـ 0,4%، نجد من بينهم نسبة 5,9% بمصلحة طب الأطفال.

إذن من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الأطباء الطلبة القدامى هم متضامنون ومتعاونون مع الطلبة الجدد، تجمعهم بالغالب علاقة بناءة وتبادل المعلومات، علاقة ملئها التعاون والتضامن والاتحاد وذلك ما نلتمسه خاصة في مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، ومصلحة الاستعجالات وكذلك بمصلحة جراحة العظام فهناك مصالح طبية ترتفع بها علاقات جيدة أساسها التعاون والتضامن تبادل المعلومات وتقل بمصالح طبية أخرى، دون أن نلتمس ارتفاع في العلاقات السيئة بكل المصالح الطبية وإن وجدت هذه العلاقات فإنها ضعيفة.

جدول رقم 93 يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد بمدى مساعدة الأطباء فيما بينهم عند كثرة المرضى.

نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد	مدى المساعدة بين الأطباء فيما بينهم عند كثرة المرضى	نعم	لا	أحيانا	بدون إجابة	المجموع
علاقة تعاون و تضامن	111 %91	7 %5,7	3 %2,5	1 %0,8	122 %100	
علاقة سيئة و اتكار المعلومات	1 %33,3	2 %66,7	0 %0	0 %0	3 %100	
علاقة بناءة و تبادل للمعلومات	93 %93	5 %5	1 %1	1 %1	100 %100	
علاقة زمالة في التكوين و العمل فقط	23 %85,2	4 %14,8	0 %0	0 %0	27 %100	
علاقة عائلية	3 %100	0 %0	0 %0	0 %0	3 %100	
روح الفريق	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	
الطلبة الأطباء الجدد ليس لديهم إرادة و كسالى للأسف	0 %0	0 %0	1 %100	0 %0	1 %100	
تصبح أحيانا العلاقات معهم صداقة متينة	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	
المجموع	233 %90,3	18 %7	5 %1,9	2 %0,8	*258 %100	

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات للاقتراحات المقدمة في السؤال.

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تجمع بين الأطباء الطلبة القدامى مع الأطباء الطلبة الجدد بمدى المساعدة الموجودة عند كثرة المرضى بين الأطباء فيما بينهم، بحيث يتبين بأن نسبة 90,3% من المبحوثين يساعد بعضهم بعضا عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار، ثم تليها نسبة 7% من المبحوثين لا يتعاونون في علاج عند كثرة المرضى، وأخيرا نسبة 1,9% أحيانا يتعاونون وأحيانا أخرى لا يتعاونون.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يساعدون بعضهم البعض عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار والتي نجد من بينهم نسبة 100% منهم تجمعهم مع زملائهم الطلبة الجدد علاقة عائلية ونفس النسبة أي 100% تجمعهم روح الفريق، وكذلك نفس النسبة تصبح أحيانا معهم العلاقات علاقات صداقة متينة، ثم تليها نسبة 93% تجمعهم علاقة بناءة أو تبادل المعلومات،

بعدها مباشرة نسبة 91% تجمعهم علاقة تعاون وتضامن مع زملائهم الأطباء الطلبة الجدد تليها نسبة 85,2% تجمعهم معهم علاقة زمالة في التكوين والعمل فقط، وأخيرا نسبة 33,3% تجمعهم مع زملائهم الطلبة الجدد علاقة سيئة واحتكار للمعلومات.

أما الفئة الثانية من المبحوثين لا يتعاونون مع بعضهم البعض عند كثرة المرضى نجد من بينهم نسبة 6,7% تجمعهم مع الطلبة الأطباء الجدد علاقة سيئة واحتكار للمعلومات، ثم تليها نسبة 14,8% تجمعهم علاقة الزمالة في التكوين والعمل فقط ثم نسبة 5,7% تجمعهم معهم علاقة تعاون وتضامن وأخيرا نسبة 5% تجمعهم مع الطلبة الجدد علاقة بناء وتبادل للمعلومات.

والفئة الأخيرة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين أحيانا يتعاونون وأحيانا أخرى لا يساعد بعضهم بعض عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأن الطلبة الأطباء الجدد ليس لديهم إرادة وكسالى، تليها نسبة 2,5% تجمعهم مع الأطباء الطلبة الجدد علاقة تعاون وتضامن وأخيرا نسبة 1% تجمعهم معهم علاقة بناء وتبادل للمعلومات.

إذن من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأنه هناك علاقة طردية بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار بنوعية العلاقة التي تجمعهم مع زملائهم الأطباء الطلبة الجدد، حيث كلما تعاون وساعد الأطباء بعضهم بعض عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار بالمصلحة الطبية كلما كانت العلاقة بينهم وبين الطلبة الأطباء الجدد جيدة ملئها التعاون والتضامن في التكوين وتجمعهم روح الفريق وكأنهم عائلة واحدة والعكس صحيح، أي كلما لم يتساعد ولم يتعاون الأطباء بعضهم بعضا عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار كلما كانت العلاقة بينهم وبين الطلبة الجدد سيئة يحتكرون المعلومات الطبية ولا يفيدونهم بها، ذلك لأنهم يرون بأن الطلبة الجدد ليس لديهم إرادة وكسالى للأسف، إذ نجد بأن أحد المبحوثين يرى بأن الطلبة الجدد كسالى لا يحبون التعلم إذ من المفروض أنهم

يسعون وراء الطلبة القدامى للتعليم والحصول على المزيد من المعلومات الطبية لكنهم للأسف لا يفعلون ذلك، نجدهم يفضلون الخروج من المصلحة الطبية عوض مساعدة بعضهم البعض لرؤية أكبر قدر ممكن من الحالات المرضية، فحسب هذا المبحوث أنه قام بتربص لمدة عام لبلد أوروبي وأنه لاحظ بأن الطلبة الأطباء في هذا البلد يدرسون بالطب العام لكنهم أحسن من طلبتنا في الطب الداخلي ذلك لتوفر الظروف والعوامل المساعدة لذلك وأنهم يدرسون ويبحثون ويعملون بدون إدخال الحيلة همهم الوحيد التعلم وكسب التجربة الطبية.

جدول رقم 94: يبين العلاقة الموجودة بين كيفية التعامل مع الأطباء الطلبة الجدد بالأقدمية.

كيفية التعامل مع الأطباء الجدد / الأقدمية	محاولة تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم	المساعدة في التكوين والتضامن لتوضيح الحالات المعقدة	تعامل الزملاء لأنني لا أعرفهم بعد	تقديم النصائح بعدم الإتكال على التكوين فقط	بجدية ولباقة ورفق و مواكبة المستوى	بشكل جيد و حسن التشجيع	الترحيب بهم في جو عائلي	بطريقة عادية	أنا جديد و أتلقى المساعدة من طرف الأطباء الأكبر مني سناً	تبادل المعلومات والخبرات	المجموع
السنة الأولى	3 %7,1	13 %30,9	7 16,7 %	5 %11,9	1 %2,4	8 19 %	3 %7,1	0 %0	1 %2,4	1 %2,4	42 %100
السنة الثانية	8 %15,4	13 %25	12 23,1 %	4 %7,7	1 %1,9	10 19, %2	2 %3,8	1 1,9 %	0 %0	1 %1,9	52 %100
السنة الثالثة	7 %11,7	19 %31,7	10 16,7 %	8 %13,3	1 %1,7	10 16, %7	2 %3,3	1 1,7 %	0 %0	2 %3,3	60 %100
السنة الرابعة	2 %10	9 %45	5 %25	1 %5	0 %0	2 10 %	1 %5	0 %0	0 %0	0 %0	20 %100
السنة الخامسة	1 %11,1	3 %33,3	3 33,3 %	2 %22,2	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	9 %100
السنة السادسة	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100
بدون إجابة	1 %7,1	4 %28,6	4 28,6 %	1 %7,1	2 %14,3	1 7,1 %	0 %0	0 %0	0 %0	1 %7,1	14 %100
المجموع	22 %11,1	61 %30,8	41 20,7 %	21 %10,6	6 %3	31 15, %7	8 %4	2 %1	1 %0,5	5 %2,5	*198 %100

*تضخم عدد المبحوثين نظراً لتعدد الإجابات في السؤال المفتوح.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين كيفية التعامل مع الأطباء الطلبة الجدد بالأقدمية، حيث نلاحظ بأن نسبة 30,8% من المبحوثين يساعدون الطلبة الجدد في التكوين و يتضامنون معهم في توضيح الحالات المعقدة و علاجها، تليها نسبة 20,7% يتعاملون معهم تعامل الزملاء لأنهم لا يعرفونهم بعد، ثم تليها نسبة 15,7% يتعاملون معهم بشكل جيّد و حسن و يشجعونهم على كسب التجربة الطبية، ثم نسبة 11% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم، بعدها تأتي نسبة 10,6% يقومون بتقديم النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط، ثم تليها نسبة 4% يرحبون بهم في جو عائلي، بعدها مباشرة نسبة 3% يعاملونهم بجدية و لباقة و رفق و مواكبة المستوى، ثم تليها نسبة 2,5% يتبادلون معهم الخبرات و المعلومات ثم نسبة 1% يتعاملون معهم بطريقة عادية و أخيرا نسبة 0,5% طلبة جدد يتلقون المساعدة من طرف الأطباء الأكبر منهم سنا.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يساعدون الطلبة الجدد في التكوين و يتضامنون معهم في توضيح الحالات المعقدة، نجد من بينهم نسبة 45% يتدرسون بالسنة الرابعة ثم تليها نسبة 33,3% يتدرسون بالسنة الخامسة ثم تليها نسبة 31,7% يتدرسون بالسنة الثالثة ثم بعدها نسبة 30,9% يتدرسون بالسنة الأولى، و أخيرا نسبة 25% يتدرسون بالسنة الثانية.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يتعاملون مع الطلبة الجدد تعامل الزملاء، نجد من بينهم نسبة 33,3% يتدرسون بالسنة الخامسة ثم نسبة 25% يتدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 23,1% يتدرسون بالسنة الثانية بعدها نسبة 16,7% يتدرسون بالسنة الأولى و نفس النسبة يتدرسون بالسنة الثالثة.

و فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يتعاملون مع الطلبة الأطباء الجدد بشكل جيّد و حسن و يقومون بتشجيعهم، فيما يخص التكوين نجد نسبة 19,2% يتدرسون بالسنة الثانية، ثم تليها نسبة 19% يتدرسون بالسنة

الأولى، ثم تليها نسبة 16,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة، تليها نسبة 10% يتمدرسون بالسنة الرابعة.

و أما الفئة الرابعة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يتعاملون مع الطلبة الجدد بشكل جيّد إذ يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم، نجد من بينهم نسبة 15,4% يتمدرسون بالسنة الثانية ثم تليها نسبة 11,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 11,1% يتمدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة 10% بالسنة الرابعة و أخيرا نسبة 7,1% يتمدرسون بالسنة الأولى.

الفئة الخامسة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يحاولون تقديم النصح بعدم الاتكال على التكوين فقد للطلبة الجدد، نجد من بينهم نسبة 22,2% يتمدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة 13,3% يتمدرسون بالسنة الثالثة ثم نسبة 11,9% يتمدرسون بالسنة الأولى، وأخيرا نسبة 7,7% يتمدرسون بالسنة الثانية.

و الفئة السادسة و هي فئة الأطباء الذين يرحبون بالطلبة الجدد في جو عائلي، نجد من بينهم نسبة 7,1% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم تليها نسبة 5% يتمدرسون بالسنة الرابعة ثم نسبة 3,8% يتمدرسون بالسنة الثانية، و أخيرا نسبة 3,3% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

و الفئة السابعة التي تمثل فئة الأطباء الذين يتعاملون مع الطلبة الجدد بجدية ولباقة و رفق و مواكبة المستوى، نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون بالسنة السادسة ثم نسبة 2,4% يتمدرسون بالسنة الأولى، تليها نسبة 1,9% يتمدرسون بالسنة الثانية، و أخيرا نسبة 1,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

و الفئة الثامنة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يتبادلون الخبرات و المعلومات الطلبة الجدد و يساعدونهم على كسب الخبرة الطبية نجد من بينهم نسبة 3,3% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 2,4% يتمدرسون بالسنة الأولى، و أخيرا نسبة 1,9% يتمدرسون بالسنة الثانية.

و الفئة التاسعة و هي فئة المبحوثين الذين يتعاملون مع الطلبة الجدد بطريقة عادية نجد من بينهم نسبة 1,9% يتدرسون بالسنة الثانية، و نسبة 1,7% يتدرسون بالسنة الثالثة.

و الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الجدد الذين يتلقون المساعدة من طرف زملائهم الأكبر سنا منهم، نجد من بينهم نسبة 2,4% يتدرسون بالسنة الأولى.

إذن من خلال قراءتنا للجدول تبين أن الأطباء المبحوثين يتعاملون مع الأطباء الطلبة الجدد بطريقة جيّدة أساسها التعاون و التضامن و الاتحاد يساعدهم في التكوين و يتضامنون معهم من أجل توضيح الحالات المعقدة بشرح لهم الحلول و طريقة العلاج لإنقاذ الحالة المرضية، أو أدنى الأمور للتخفيف عليها و لو قليل من الألم، يلقونهم طريقة العلاج وكيفية التعامل مع المرضى و الحالات الطارئة.

و نلاحظ بأن هناك علاقة عكسية ما بين كيفية التعامل مع الأطباء الطلبة الجدد و الأقدمية، عندما تكون العلاقة جيّدة أساسها التعاون و التضامن في التكوين مع الطلبة الجدد تزيد صّفة التضامن و التعاون و التشجيع و التبادل في المعلومات و الخبرات الطبية كلما نقصت الأقدمية و تقل كلما زادت الأقدمية و العكس صحيح عندما تميل العلاقة إلى العادية، حيث يتعامل الطلبة القدامى مع الجدد تعامل الزملاء، فتزيد كلما زادت الأقدمية و تنقص كلما نقصت، أي إذا كانت العلاقة باردة بينهم، كل واحد يؤدي إطار عمله فقط، لا يساعد و لا يقبل المساعدة من غيره فتزيد هذه الصّفات كلما زادت الأقدمية و تنقص كلما نقصت.

جدول رقم 95: يبين العلاقة بين كيفية التعامل مع الأطباء الطلبة الجدد و نوعية العلاقة معهم.

نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد	علاقة تعاون و تضامن	علاقة سينة و احتكار للمعلومات	علاقة بناء و تبادل للمعلومات	علاقة زمالة في التكوين و العمل فقط	علاقة عائلية	الطلبة الأطباء الجدد ليس لديهم ارادة و كسالى للأسف	تصبح أحيانا العلاقات معهم علاقات صداقة و متينة	المجموع
محاولة تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم	19 %52,8	1 %2,8	14 %38,9	2 %5,6	0 %0	0 %0	0 %0	36 %100
المساعدة في التكوين والتضامن لتوضيح الحالات المعقدة	44 %47,3	0 %0	43 %46,2	5 %5,4	0 %0	1 %1,1	0 %0	93 %100
تعامل الزملاء لأنني لا أعرفهم بعد	32 %47,1	0 %0	25 %36,8	9 %13,2	0 %0	1 %1,5	1 %1,5	68 %100
تقديم النصح بعدم الإتكال على التكوين فقط	15 %44,1	0 %0	14 %41,2	4 %11,8	0 %0	0 %0	1 %2,9	34 %100
بجدية ولباقة ورفق و مواكبة المستوى	5 %45,5	1 %9,1	4 %36,4	1 %9,1	0 %0	0 %0	0 %0	11 %100
بشكل جيد و حسن و التشجيع	25 %50	0 %0	17 %34	5 %10	2 %4	0 %0	1 %2	50 %100
الترحيب بهم في جو عائلي	7 %46,7	0 %0	8 %53,3	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	15 %100
بطريقة عادية	2 %50	0 %0	2 %50	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	4 %100
تبادل المعلومات و الخبرات	5 %50	0 %0	5 %50	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	10 %100
المجموع	154 %48	2 %0,6	92 %41,1	8 %1	2 %0,6	2 %0,6	3 %0,9	*321 %100

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات للاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين كيفية تعامل المبحوثين مع الأطباء الطلبة الجدد بنوعية العلاقة التي تجمعهم معهم، حيث يتبين بأن نسبة 48% من المبحوثين تجمعهم علاقة تعاون و تضامن، ثم نسبة 41,1% تجمعهم معهم علاقة بناءة و تبادل للمعلومات، تليها نسبة 8,1% تجمعهم معهم علاقة زمالة في التكوين و العمل فقط بعدها نسبة 0,9% تصبح معهم أحيانا العلاقة علاقة صداقة متينة، ثم نسبة 0,6% تجمعهم علاقة سيئة و احتكار للمعلومات، و نفس النسبة أي 0,6% تجمعهم معهم علاقة عائلية، و أخيرا نفس النسبة كذلك يرون بأن الطلبة الأطباء الجدد ليس لديهم إرادة للأسف و كسالى.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع الطلبة الجدد علاقة تعاون و تضامن، نجد من بينهم نسبة 52,8% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم، ثم نسبة 50% يتعاملون معهم بشكل جيد و حسن، و نفس النسبة كذلك أي 50% يتعاملون معهم بطريقة عادية أي كما يتعاملون مع باقي الأطباء و نفس النسبة كذلك يتبادلون معهم المعلومات و الخبرات ثم نسبة 47,3% يساعدونهم في التكوين و التضامن معهم في توضيح الحالات المعقدة، ثم نسبة 47,1% يتعاملون معهم تعامل زملاء، بعدها مباشرة نسبة 46,7% يرحبون بهم في جو عائلي و نسبة 45,5% يتعاملون معهم بجدية و لباقة و رفق و مواكبة المستوى و أخيرا نسبة 44,1% يقدمون النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط.

ثم الفئة الثانية و هي فئة المبحوثين الذين تجمعهم مع الطلبة الجدد علاقة بناءة و تبادل للمعلومات، نجد من بينهم نسبة 53,3% يرحبون بهم في جو عائلي، ثم نسبة 50% يتعاملون معهم بطريقة عادية و نسبة 50% أيضا يتبادلون معهم المعلومات و الخبرات الطبية، ثم نسبة 46,2% يقدمون لهم المساعدة في التكوين و التضامن معهم في توضيح الحالات المعقدة ثم نسبة 41,2% يقدمون لهم النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط، تليها نسبة 38,9% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لهم، ثم نسبة 36,8% يتعاملون معهم تعامل زملاء، و نسبة 36,4% يتعاملون

معهم بجدية و لباقة و رفق و مواكبة المستوى، و أخيرا نسبة 34% يقومون بتشجيعهم و يتعاملون معهم بشكل جيّد و حسن.

و فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة زمالة في التكوين و العمل فقط، نجد من بينهم نسبة 13,2% يتعاملون معهم تعامل الزملاء ثم نسبة 11,8% يقدمون لهم النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط، تليها نسبة 10% يشجعونهم و يتعاملون معهم بشكل جيّد و حسن و نسبة 9,1% يتعاملون معهم بجدية و لباقة و رفق و مواكبة المستوى و نسبة 5,6% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم، و أخيرا نسبة 5,4% يساعدونهم في التكوين التضامن معهم في توضيح الحالات المعقدة.

و أما الفئة الرابعة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين نوعية العلاقة التي تجمعهم تصبح أحيانا علاقة صداقة متينة، نجد من بينهم نسبة 2,9% يقدمون لهم النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط، تليها نسبة 2% يشجعونهم و يتعاملون معهم بشكل جيّد، و أخيرا نسبة 1,5% يتعاملون معهم تعامل الزملاء.

و الفئة الخامسة و هي فئة المبحوثين الذين تجمعهم مع الطلبة الجدد علاقة سيئة و احتكار للمعلومات، نجد من بينها نسبة 9,1% يتعاملون معهم بجدية و رفق و مواكبة المستوى و نسبة 2,8% يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم.

و الفئة السادسة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة عائلية نجد من بينهم 4% يشجعونهم و يتعاملون معهم بشكل حسن و جيّد.

و الفئة السابعة و الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين تصبح العلاقة بينهم و بين الطلبة الجدد علاقة صداقة متينة، نجد من بينهم نسبة 1,5% يتعاملون معهم تعامل الزملاء تليها نسبة 1,1% يرون أن الطلبة الجدد ليست لهم إرادة و كسلاء.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأنه هناك علاقة ما بين نوعية العلاقة التي تجمع الطلبة الجدد بالقدامى بكيفية التعامل معهم، حيث نجد بأن الطلبة القدامى يتعاونون و يتضامنون مع الجدد في التكوين و في العمل، يتبادلون معهم المعلومات و الخبرات، يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم و ذلك بالاستفادة من الأخطاء التي اجتازوها و الصعوبات التي واجهوها و محاولة صقلها لصالح الجدد و توضيحها لهم لتجنبها.

إذا هناك علاقة طردية ما بين نوعية العلاقة التي تجمع بين الطلبة القدامى و الجدد بكيفية التعامل معهم، إذ كلما كانت العلاقة جيّدة كلما زادت صفات التعاون و التضامن و المساعدة في التكوين و تبادل المعلومات و الخبرات الطبية بينهم، و أدنى صفات التضامن معهم بتقديم النصح بعدم الاتكال على التكوين فقط، بل البحث وراء المعلومات الطبية و الاطلاع على الكتب و الانترنت و المجالات الطبية و البحوث الجديدة للاستفادة منها فالتكوين المبرمج من وزارة الصّحة وحده لا يكفي.

الجدول رقم 96: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة مع الطلبة الأطباء الجدد بالجنس.

نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد	علاقة تعاون و تضامن	علاقة سيئة و احتكار للمعلومات	علاقة بناءة و تبادل للمعلومات	علاقة زمالة في التكوين و العمل فقط	علاقة عائلية	روح الفريق	الطلبة الأطباء الجدد ليس لديهم ارادة و كسالى للأسف	تصبح أحيانا العلاقات معهم صداقة و متينة	المجموع
الجنس									
ذكر	63 %50	0 %0	49 %38,9	11 %8,7	1 %0,8	0 %0	1 %0,8	1 %0,8	126 %100
أنثى	59 %44,7	3 %2,3	51 %38,6	16 %12,1	2 %1,5	1 %0,8	0 %0	0 %0	132 %100
المجموع	122 %47,3	3 %1,2	100 %38,8	27 %10,5	3 %1,2	1 %0,3	1 %0,3	1 %0,3	*258 %100

*تضخم مجموع المبحوثين لتعدد الإجابات للاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة مع الطلبة الأطباء الجدد بالجنس، حيث يتبين بأن نسبة 47,3% من المبحوثين تجمعهم معهم علاقة تعاون و تضامن، ثم تليها نسبة 38,8% تجمعهم مع الطلبة الجدد علاقة بناءة و تبادل المعلومات، ثم نسبة 10,5% تجمعهم علاقة زمالة في التكوين و العمل فقط، ثم نسبة 1,2% تجمعهم علاقة سيئة و احتكار للمعلومات مع الطلبة الجدد، و نسبة 1,2% تجمعهم علاقة عائلية معهم، و نسبة 0,3% تجمعهم روح الفريق و نفس النسبة يرون بأن الأطباء الطلبة الجدد ليس لديهم إرادة و كسالى و أخيرا نسبة 0,3% يرون بأن العلاقة معهم تصبح أحيانا علاقة صداقة متينة.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملاء الطلبة الجدد علاقة تعاون و تضامن، نجد من بينهم نسبة 50% ذكور و 44,7% إناث.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك التي تخص فئة الأطباء الذين تجمعهم مع الطلبة الجدد علاقة بناءة و تبادل المعلومات و الخبرات الطبية، نجد من بينهم نسبة 38,9% ذكور و 38,6% إناث.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع الطلبة الجدد علاقة زمالة في التكوين و العمل فقط، نجد من بينهم نسبة 12,1% إناث و نسبة 8,7% ذكور.

و الفئة الرابعة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الطلبة الجدد علاقة سيئة و احتكار للمعلومات، نجد من بينهم نسبة 2,3% إناث.

أما الفئة الخامسة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع الطلبة الجدد علاقة عائلية نجد من بينهم نسبة 1,5% إناث و 0,8% ذكور.

و الفئة السادسة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم روح الفريق مع الطلبة الجدد، نجد من بينهم نسبة 0,8% إناث.

و فيما يخص الفئة السابعة و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الطلبة الجدد كسلاء و ليست لديهم إرادة، نجد من بينهم نسبة 0,8% ذكور.

و الفئة الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين تصبح علاقاتهم مع الطلبة الجدد أحيانا علاقة صداقة متينة نجد من بينهم نسبة 0,8% ذكور.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأنه هناك علاقة مابين نوعية العلاقة التي تجمع بين المبحوثين و الطلبة الجدد بالجنس، بحيث أن الذكور هم الأكثر تعاون و تضامن و إتحاد مع الطلبة الجدد فيما يخص العمل و التكوين الطبي، و التبادل في المعلومات و الخبرات الطبية و لا يحتكرون المعلومات الطبية لأنفسهم فقط، بل يقاسمونها مع الزملاء بينما الإناث فتجمعهم مع الطلبة الجدد في الغالب علاقة زمالة في التكوين و العمل، زمالة لا تتعدى حدود العمل، كما نجدهم عكس الرجال يقومون باحتكار المعلومات الطبية لأنفسهم، و لا يتقاسمونها مع الزملاء.

جدول رقم 97: يبين العلاقة الموجودة بين كيفية التعامل مع الأطباء الطلبة الجدد بالسن.

السن	كيفية التعامل مع الأطباء الطلبة الجدد	محاولة تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم	المساعدة في التكوين و التضامن لتوضيح الحالات المعقدة	تعامل الزملاء لأنني لا أعرفهم بعد	تقديم النصح بعدم الإتكال على التكوين فقط	بجدية و لباقة ورفق و مواكبة المستوى	بشكل جيد وحسن و التشجيع	الترحيب بهم بجو عائلي	بطريقة عادية	أنا جديد و أتلقى المساعدة من طرف الأطباء الأكبر سنا مني	تبادل المعلومات و الخبرات	المجموع
من 25 إلى 29 سنة	20	13,3%	43	29	15	4	27	6	2	1	4	151
			28,5%	19,2%	9,9%	2,6%	17,9%	4%	3,1%	0,7%	2,6%	%100
من 30 إلى 34 سنة	1	2,9%	14	9	5	1	3	1	0	0	1	35
			40%	25,7%	14,3%	2,9%	8,6%	2,9%	0%	0%	2,9%	%100
من 35 إلى 39 سنة	0	0%	2	1	1	1	0	1	0	0	0	6
			33,3%	16,7%	16,7%	16,7%	0%	16,7%	0%	0%	0%	%100
بدون إجابة	1	16,7%	2	2	0	0	1	0	0	0	0	6
			33,3%	33,3%	0%	0%	16,7%	0%	0%	0%	0%	%100
المجموع	22	11,1%	61	41	21	6	31	8	2	1	5	*198
			30,8%	20,7%	10,6%	3%	15,7%	4%	1%	0,5%	2,5%	%100

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات لأن السؤال مفتوح.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين كيفية التعامل مع الأطباء الطلبة الجدد بالسن، بحيث يتبين بأن نسبة 30,8% من المبحوثين يساعدون الطلبة الجدد في التكوين و في توضيح الحالات المعقدة، نجد من بينها نسبة 40% يتراوح نسبهم ما بين 30 إلى 34 سنة، و نسبة 33,3% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، و أخيرا نسبة 28,5% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

كما نجد نسبة 20,7% من المبحوثين يتعاملون مع الطلبة الجدد تعامل زملاء من بينهم نسبة 25,7% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة، ثم تليها نسبة 19,2% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة و أخيرا نسبة 16,7% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة.

و نجد أيضا نسبة 15,7% يتعاملون مع الطلبة الجدد بشكل جيّد و حسن و التشجيع من بينهم نسبة 17,9% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة ثم نسبة 8,6% تتراوح أعمارهم من 30 إلى 34 سنة.

و نسبة 11,1% من المبحوثين يحاولون تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم، نجد من بينهم نسبة 13,3% تتراوح أعمارهم من 25 إلى 29 سنة، و نسبة 2,9% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة.

نجد كذلك نسبة 10,6% من المبحوثين يقومون بتقديم النصح إلى الطلبة الجدد بعدم الاتكال على التكوين فقط، من بينهم نسبة 16,7% تتراوح أعمارهم ما بين 35 و 39 سنة، ثم نسبة 14,3% تتراوح أعمارهم من 30 إلى 34 سنة و أخيرا نسبة 9,9% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

ونجد كذلك نسبة 4% من المبحوثين يرحبون بالطلبة الجدد في جو عائلي من بينهم نسبة 16,7% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، ثم نسبة 4% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة، و أخيرا نسبة 2,9% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة ونسبة 3% تخص فئة المبحوثين الذين يتعاملون مع الطلبة

الجدد بجدية ولباقة ورفق ومواكبة المستوى، نجد من بينهم نسبة 16,7% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، ونسبة 2,9% تتراوح أعمارهم من 30 إلى 34 سنو ونسبة 2,6% ما بين 25 إلى 29 سنة.

ثم نسبة 2,5% من المبحوثين تجمعهم علاقة تبادل المعلومات والخبرات العلمية والطبية، نجد من بينهم نسبة 2.9% تتراوح أعمارهم ما بين 30 و34 سن ونسبة 2,6% تتراوح أعمارهم من 25 إلى 29 سنة.

ونجد كذلك نسبة 1% يتعاملون مع الطلبة الجدد بطريقة عادية، نجد من بينهم نسبة 1,3% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

والفئة الأخيرة من المبحوثين قدرت نسبهم ب 0,5% هم طلبة جدد يتلقون المساعدة من الطلبة القدامى، نجد من بينهم نسبة 0,7% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 30 إلى 34 سنة هي الأكثر تعاوناً وتضامناً، يساعدون الطلبة الجدد في التكوين ويتضامنون معهم في توضيح الحالات المعقدة، ويشرحون لهم الحلول اللازمة لهذه الحالات.

أما الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 25 إلى 29 سنة تقوم بتشجيعهم وتتعامل معهم بطريقة جيدة وتحاول تهيئة البيئة الجديدة لتكوينهم.

والفئة العمرية التي تتراوح ما بين 25 إلى 29 سنة نجدها ترحب بهم فقط في جو عائلي وتقدم لهم النصائح بعدم الاعتماد على التكوين ولكن لا تقدم لهم المساعدة رغم أنها الأكبر سناً والأكثر أقدمية وأكثر خبرة وتجربة منهم.

جدول رقم 98 يبين العلاقة الموجودة نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد بالأقدمية.

نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد	علاقة تعاون و تضامن	علاقة سيئة و احتكار للمعلومات	علاقة بناءة و تبادل للمعلومات	علاقة زمالة في التكوين و العمل فقط	علاقة عائلية	روح الفريق	الطلبة الأطباء الجدد ليس لديهم ارادة و كسالى للأسف	تصبح أحيانا العلاقات معهم صداقة و متينة	المجموع
السنة الأولى	27 %48,2	0 %0	21 %37,5	7 %21,5	1 %1,8	0 %0	0 %0	0 %0	56 %100
السنة الثانية	34 %49,3	0 %0	25 %36,3	7 %10,1	2 %2,9	1 %1,5	0 %0	0 %0	69 %100
السنة الثالثة	43 %47,2	1 %1,4	30 %41,7	7 %9,7	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	72 %100
السنة الرابعة	12 %44,4	1 %3,7	11 %40,7	1 %3,7	0 %0	0 %0	1 %3,7	1 %3,7	27 %100
السنة الخامسة	7 %50	0 %0	5 %35,7	2 %14,3	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	14 %100
السنة السادسة	0 %0	1 %50	0 %0	1 %50	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100
بدون إجابة	8 %44,5	0 %0	8 %44,5	2 %11,1	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	18 %100
المجموع	122 %47,3	3 %1,2	100 %38,8	27 %10,5	3 %1,2	1 %0,3	1 %0,3	1 %0,3	258 %100

*تضخم عدد المبحوثين لتعدد الإجابات للإقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد بالأقدمية بحيث يتبين بأن الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الطلبة الجدد علاقة تعاون وتضامن والتي بلغت نسبتهم ب 47,3% نجد من بينهم نسبة 50% يتمدرسون بالسنة الخامسة ، ثم نسبة 49,3% يتمدرسون بالسنة الثانية، ثم نسبة 48,2% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم تليها نسبة 47,2% يتمدرسون في السنة الثالثة، وأخيرا نسبة 44,4% يتمدرسون في السنة الرابعة.

أما الفئة الثانية وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة بناءة وتبادل للمعلومات والخبرات مع الطلبة الجدد، نجد من بينهم نسبة 41,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 40,7% يتمدرسون بالسنة الرابعة، ونسبة 37,5% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم نسبة 36,3% يتمدرسون بالسنة الثانية وأخيرا نسبة 35,7% يتمدرسون بالسنة الخامسة.

والفئة الثانية من المبحوثين والتي قدرت نسبتهم ب 10,5% وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة زمالة في التكوين والعمل مع زملائهم الطلبة الجدد، نجد من بينهم نسبة 50% يتمدرسون بالسنة السادسة، ثم نسبة 21,5% يتمدرسون بالسن الأولى ثم نسبة 14,3% يتمدرسون بالسنة الخامسة، تليها نسبة 10,1% يتمدرسون بالسنة الثانية، تليها مباشرة نسبة 9,7% يتمدرسون في السنة الثالثة، وأخيرا نسبة 3,7% يتمدرسون بالسنة الرابعة.

وفيما يخص الفئة الثالثة وهي فئة المبحوثين الذين تجمعهم علاقة عائلية فقد قدرت نسبتهم ب 1,2%، نجد من بينهم نسبة 2,9% يتمدرسون بالسنة الثانية ثم نسبة 1,8% يتمدرسون بالسنة الأولى وأما فيما يخص الفئة الرابعة من المبحوثين والتي قدرت نسبتهم كذلك ب 1,2% وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الطلبة الجدد علاقة سيئة واحتكار للمعلومات الطبية، نجد من بينهم نسبة 50% يتمدرسون بالسنة السادسة، ثم نسبة 3,7% يتمدرسون بالسنة الرابعة وأخيرا نسبة 1,4% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

وفئة المبحوثين الذين تجمعهم روح الفريق مع زملائهم الطلبة الجدد والتي قدرت نسبتها ب 0,3% نجد من بينهم نسبة 1,5% يتمدرسون بالسنة الثانية.

وفئة المبحوثين الذين تصبح علاقاتهم أحيانا مع الوقت علاقات صداقة متينة مع زملائهم الطلبة الجدد وقد قدرت نسبتهم ب 0,3% نجد من بينهم نسبة 3,7% يتمدرسون بالسنة الرابعة.

والفئة الأخيرة وهي فئة المبحوثين الذين يرون بأن الطلبة الجدد ليس لديهم إرادة وكسالى قدرت نسبتهم ب 0,3% نجد من بينهم نسبة 3,7% يتمدرسون بالسنة الرابعة.

من خلال قراءتنا للجدول تبين لنا بأن هناك علاقة عكسية بين نوعية العلاقة التي تجمع بين الطلبة القدامى بالطلبة الجدد مع الأقدمية، حيث كلما زادت الأقدمية قلت نسبة التعاون والتضامن مع الطلبة الجدد، وكلما قلت الأقدمية زادت نسبة التعاون والتضامن فيما بينهم، إذ نلاحظ بأن في الثلاث السنوات الأولى من الأقدمية تزيد صفات التضامن فيما بين

الطلبة القدامى والطلبة الجدد و التعاون في المعلومات والخبرات الطبية وتقل في ثلاث سنوات الثانية حيث تزيد في هذه الفترة علاقات الزمالة في التكوين والعمل فقط والاحتكار للمعلومات الطبية.

جدول رقم 99: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد بمدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء

نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد	الزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل	علاقة تعاون و تضامن	علاقة سيئة و احتكار للمعلوم ات	علاقة بناءة و تبادل للمعلومات	علاقة زمالة في التكوين و العمل فقط	علاقة عائلية	روح الفريق	الطلبة الأطباء الجدد ليس لديهم ارادة و كسالى للأسف	تصبح أحيانا العلاقات معهم علاقات صداقة و متينة	المجمو ع
زميل طبيب	36 %42,9	3 %3,6	31 %36,9	11 %13,1	2 %2,4	1 %1,2	0 %0	0 %0	84 %100	
زميل ممرض	37 %42,5	2 %2,3	33 %37,9	13 %14,9	1 %1,2	0 %0	1 %1,2	1 %1,2	87 %100	
زميل شبه طبي	36 %43,4	2 %2,4	32 %38,6	12 %14,5	1 %1,2	0 %0	0 %0	0 %0	83 %100	
مسؤول	45 %44,1	2 %2	39 %38,2	13 %12,7	1 %1	0 %0	1 %1	1 %1	102 %100	
شرطة المستشفى	0 %0	1 %33,3	1 %33,3	1 %33,3	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	3 %100	
أقارب المرضى و المرضى	8 %44,4	1 %5,6	7 %38,9	1 %5,6	1 %5,6	0 %0	0 %0	0 %0	18 %100	
الإدارة	1 %33,3	0 %0	1 %33,3	1 %33,3	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	3 %100	
الحاملين للمرضى	1 %33,3	0 %0	2 %66,7	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	3 %100	
المسؤول عن الحراسة و الأمن	2 %50	0 %0	2 %50	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	4 %100	
المجموع	166 %42,9	11 %2,9	148 %38,2	52 %13,4	6 %1,6	1 %0,3	2 %0,5	1 %0,3	387* %100	

*تضخم عدد المبحوثين نظر لتعدد الإجابات للإقتراحات المقدمة للسؤال.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة مع الأطباء الطلبة الجدد بمدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء، إذ نلاحظ أن نسبة 42,9% من المبحوثين تجمعهم علاقة تعاون و تضامن مع الطلبة الجدد، نجد من بينهم نسبة 50% تعرضوا إلى المشاكل مع المسؤول عن الحراسة و الأمن، ثم تليها نسبة 44,4% واجهوا مشاكل مع أقارب المرضى و المرضى، بعدها مباشرة

نسبة 44,1% واجهوا المشاكل مع المسؤول المباشر، ثم نسبة 43,4% مع زملائهم الشبه الطبيين، تليها نسبة 42,9% مع زملائهم الأطباء و بعدها مباشرة نسبة 42,5% مع زملائهم الممرضين، و نسبة 33,3% مع زملائهم العاملين بالإدارة ونفس النسبة مع زملائهم الحاملين للمرضى.

كما نجد نسبة 38,2% من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذيت تجمعهم مع زملائهم الطلبة الجدد علاقة بناءة و تبادل للمعلومات والخبرات الطبية، من بينهم نسبة 66,7% تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم الحاملين للمرضى، تليها نسبة 50% مع المسؤول عن الحراسة والأمن، بعدها نسبة 38,9% واجهوا المشاكل مع أقارب المرضى و المرضى، و نسبة 38,6% مع زملائهم الشبه الطبيين ثم بعدها مباشرة 38,2% مع مسؤولهم المباشر ثم نسبة 37,9% مع زملائهم الممرضين، ثم نسبة 36,9% مع زملائهم الأطباء، و نسبة 33,3% من شرطة المستشفى و أخيرا نسبة 33,3% وجهوا المشاكل مع زملائهم العاملين بالإدارة.

و نجد نسبة 13,4% من المبحوثين تمثل فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة زمالة في التكوين والعمل مع زملائهم الطلبة الجدد، من بينهم نسبة 33,3% واجهوا المشاكل مع زملائهم العاملين بالإدارة و نفس النسبة واجهوا المشاكل مع شرطة المستشفى ثم نسبة 14,9% مع زملائهم الممرضين و بعدها مباشرة نسبة 14,5% مع زملائهم الشبه الطبيين، ثم نسبة 13,1% مع زملائهم الأطباء، ثم نسبة 12,7% مع مسؤولهم المباشر و أخيرا نسبة 5,6% واجهوا المشاكل مع أقارب المرضى و المرضى أنفسهم.

و نجد نسبة 2,8% من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعه مع زملائهم الطلبة الجدد علاقة سيئة و احتكار للمعلومات، من بينهم نسبة 33,3% واجهوا المشاكل مع شرطة المستشفى و نسبة 3,6% تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم الأطباء، ثم نسبة 5,6% تعرضوا إلى المشاكل مع أقارب المرضى و المرضى، بعدها نسبة 2,4% تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم الشبه الطبيين،

ونسبة 2,3% مع زملائهم المرضى، و أخيرا نسبة 2% واجهوا المشاكل مع مسؤولهم المباشر.

نجد كذلك نسبة 1,6% من المبحوثين تمثل فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الطلبة الجدد علاقة عائلية، من بينهم نسبة 5,6% واجهوا المشاكل مع أقارب المرضى و المرضى ثم نسبة 2,4% واجهوا المشاكل مع زملائهم الأطباء و نسبة 1,2% مع زملائهم المرضى ونفس النسبة مع زملائهم الشبه الطبيين، و أخيرا نسبة 1% مع مسؤولهم المباشر، و نسبة 0,5% من المبحوثين و التي تمثل فئة الأطباء الذين يرون بأن الطلبة الجدد ليست لديهم إرادة و كسالى للأسف، نجد من بينهم نسبة 1,2% واجهوا المشاكل مع زملائهم المرضى، و نسبة 1% مع مسؤولهم المباشر.

أما نسبة 0,3% من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم روح الفريق مع زملائهم الطلبة الجدد نجد من بينهم نسبة 1,2% واجهوا المشاكل مع زملائهم الأطباء، و أخيرا نسبة 0,3% كذلك من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تصبح أحيانا علاقاتهم مع الطلبة الجدد علاقات صداقة متينة، نجد من بينهم نسبة 1% واجهوا المشاكل مع مسؤولهم المباشر.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن في الغالب تجمع علاقات الأخوة و الصداقة والتعاون والتضامن والتبادل في المعلومات و الخبرات الطبية بين الطلبة القدامى و الجدد، وكلها صفات جيدة الأكبر سنا و أقدمية يساعد الأقل سنا منه و أقدمية في التكوين الطبي و التدريب و التعليم النظري كذلك، يتبادلون المعارف الطبية يعوضون غياب بعضهم البعض عند الحاجة في العلاج و خاصة فيمل يخص المناوبات إذ يتفاهم الطلبة فيما بينهم فيما يخص حضور المناوبات الطبية، فمن تعذر عليه الحضور يطلب من زميله أن يغطي غيابه فالمهم بالنسبة لإدارة المستشفى أن لا تبقى المصلحة الطبية بدون أطباء ليلا، ولكن ورغم كل هذه الصفات التي تجمع بينهم و العلاقات الحسنة إلا انه واجهوا المشاكل مع الزملاء في العمل، إذ نلاحظ بأنهم الأكثر تعرضا للمشاكل من طرف المسؤول على

الحراسة و الأمن فيما يخص قضية الأمن في المصلحة الطبية و مع الحاملين للمرضى كذلك، و نلاحظ أن الأطباء هم الأقل تعرضا للمشاكل مع زملائهم الأطباء.

7/ المشاكل التي واجهها الطبيب مع زميله الممرض و الشبه الطبي

الجدول رقم 100: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الطبيب و زميله الممرض بالأقدمية

نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله الممرض	علاقة تعاون و تكامل في الأدوار	علاقة غير	علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر	علاقة زمالة في حدود العمل	علاقة صداقة خارج العمل	علاقة أخوة	المجموع
الأقدمية							
السنة الأولى	18 %43,9	1 %2,4	8 %19,6	13 %31,7	1 %2,4	0 %0	41 %100
السنة الثانية	31 %51,7	2 %3,3	5 %8,3	22 %36,7	0 %0	0 %0	60 %100
السنة الثالثة	30 %53,6	3 %5,4	4 %7,1	19 %33,9	0 %0	0 %0	56 %100
السنة الرابعة	9 %33	1 %3,7	8 %29,7	9 %33,3	0 %0	0 %0	27 %100
السنة الخامسة	8 %72,7	0 %0	0 %0	3 %27,3	0 %0	0 %0	11 %100
السنة السادسة	0 %0	0 %0	1 %50	1 %50	0 %0	0 %0	2 %100
بدون إجابة	10 %66,7	0 %0	0 %0	4 %26,7	0 %0	1 %6,6	15 %100
المجموع	106 %50	7 %3,3	26 %12,3	71 %33,5	1 %0,5	1 %0,5	212* %100

*تضخم المجموع نظرا لتعدد الإجابات.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الطبيب و زميله الممرض بالأقدمية يتبين بأن 50% من المبحوثين تجمعهم علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف مع زملائهم الممرضين، و نسبة 33,5% تجمعهم معهم علاقة زمالة في حدود العمل، تليها نسبة 12,3% تجمعهم معهم علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر، ثم نسبة 3,3% تجمعهم علاقة غير، و نسبة 0,5% تجمعهم معهم علاقة أخوة.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف مع زملائهم الممرضين نجد من بينهم نسبة 72,7% يتمدرسون بالسنة الخامسة، ثم تليها نسبة 53,6% يتمدرسون بالسنة الثالثة، تليها نسبة 51,7% يتمدرسون بالسنة الثانية ثم نسبة 43,9% يتمدرسون بالسنة الأولى و أخيرا نسبة 33,3% يتمدرسون بالسنة الرابعة.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة زمالة في حدود العمل، نجد من بينهم نسبة 50% يتمدرسون بالسنة السادسة ثم نسبة 36,7% يتمدرسون بالسنة الثانية، تليها نسبة 33,9% يتمدرسون بالسنة الثالثة ثم نسبة 33,3% يتمدرسون بالسنة الرابعة، و نسبة 31,7% يتمدرسون بالسنة الأولى و أخيرا نسبة 27,3% يتمدرسون بالسنة الخامسة.

و فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر، نجد من بينهم نسبة 50% يتمدرسون بالسنة السادسة و نسبة 29,7% يتمدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 19,6% يتمدرسون بالسنة الأولى و نسبة 8,3% يتمدرسون بالسنة الثانية و أخيرا نسبة 7,1% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة غير، نجد من بينهم نسبة 5,4% يتمدرسون بالسنة الثالثة ثم نسبة 3,7% يتمدرسون بالسنة الرابعة بعدها نسبة 3,3% يتمدرسون بالسنة الثانية و أخيرا نسبة 2,4% يتمدرسون بالسنة الأولى.

الفئة الخامسة من المبحوثين و هي تخص فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة صداقة خارج العمل، نجد من بينهم نسبة 2,4% يتمدرسون بالسنة الأولى.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأنه هناك علاقة ما بين نوعية العلاقة التي تربط بين الطبيب و زميله الممرض بالأقدمية حيث نلاحظ بأن المبحوثين تجمعهم علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف، فكل واحد يؤدي دوره و وظيفته بأكمل وجه و يكمل بها وظيفة و دور زميله، و ذلك ما يظهر خاصة في الثلاث سنوات الثانية فكلما زادت الأقدمية في الثلاث سنوات الأولى زادت نسبة التعاون و التكامل في الأدوار بينهم كذلك الأمر بالنسبة للثلاث سنوات الثانية كلما زادت الأقدمية زادت نسبة التعاون و التكامل في الأدوار بينهم و العكس بالنسبة لعلاقة الزمالة في حدود العمل و علاقة الصراع و عدم الخضوع للأوامر، فنلاحظ بأنها تزيد في الثلاث سنوات الثانية و تقل في الثلاث سنوات الأولى.

جدول رقم 101: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله الممرض بنوعية الزملاء الذين حدث معهم مشكلا.

نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله الممرض	الزملاء الذين تعرض معهم الطبيب إلى مشاكل	علاقة تعاون و تكامل في الأدوار	علاقة غير	علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر	علاقة زمالة في حدود العمل	المجموع
زميل طبيب	21	39,6%	2	3,8%	12	53
زميل شبه طبي	28	37,3%	4	5,3%	17	75
زميل ممرض	19	40,4%	3	6,4%	10	47
مسؤول	17	37,8%	2	4,4%	9	45
مسؤول الأمن و أعوانه	4	30,8%	0	0%	3	13
سائق سيارة الإسعاف SAMU	2	40%	0	0%	1	5
المكلف بإرسال ملفات العمل إلى الإدارة أو مصالح طبية أخرى	1	33,3%	0	0%	1	3
القابض	0	0%	0	0%	0	1
المجموع	92	38%	11	4,5%	53	242*

*تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله الممرض بنوعية الزملاء الذين تعرض معهم المبحوثين إلى المشاكل، يتبين بأن نسبة 38% من المبحوثين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف، تليها نسبة 35,6% من المبحوثين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة زمالة في حدود العمل، تليها نسبة 21,9% تجمعهم معهم علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر، ثم نسبة 4,5% تجمعهم علاقة غيرة.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف، نجد من بينهم نسبة 40,4% تعرضوا للمشاكل مع زملائهم الممرضين، ثم نسبة 40% تعرضوا للمشاكل مع زملائهم العاملين بسيارة الإسعاف، بعدها مباشرة تأتي نسبة 39,6% تعرضوا للمشاكل مع زملائهم الأطباء، ثم نسبة 37,8% مع مسؤولهم المباشر، ثم نسبة 37,3% مع زملائهم الشبه طبيين، و نسبة 33,3% تعرضوا للمشاكل مع المكلف بإرسال ملفات العمل إلى الإدارة أو مصالح طبية أخرى، و أخيرا نسبة 30,8% مع مسؤول الأمن و أعوانه.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الزمالة في حدود العمل مع زملائهم الممرضين، نجد من بينهم نسبة 100% تعرضوا إلى المشاكل مع زميلهم القابض، ثم تليها نسبة 46,1% تعرضوا للمشاكل مع مسؤول الأمن و أعوانه، ثم نسبة 40% مع زملائهم العاملين بالإسعاف samu تليها نسبة 37,8% مع مسؤولهم المباشر و تليها نسبة 34,7% مع زملائهم الشبه طبيين، و نسبة 34% مع زملائهم الأطباء، ثم نسبة 33,3% مع المكلف بإرسال الملفات الخاصة بالعمل إلى الإدارة أو إلى مصالح طبية أخرى، و أخيرا نسبة 31,9% تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم الممرضين.

و فيما يخص الفئة الرابعة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم
المرضى نجد من بينهم نسبة 33,3% تعرضوا إلى المشاكل مع المكلف بإرسال
ملفات العمل إلى الإدارة أو مصالح طبية أخرى، نجد من بينهم كذلك نسبة 23,1%
تعرضوا إلى المشاكل مع مسؤول الأمن و أعوانه ثم نسبة 22,7% مع زملائهم
الشبه طبيين، و تليها مباشرة نسبة 22,6% مع زملائهم الطبيين، و نسبة 21,3%
مع زملائهم المرضى، و نسبة 20% مع مسؤولهم المباشر، و أخيرا نسبة 20%
كذلك تعرضوا إلى المشاكل مع زملائهم العاملين بسيارة الإسعاف.

و الفئة الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الغيرة مع زملاءهم
المرضى، نجد من بينهم نسبة 6,4% واجهوا المشاكل مع زملائهم المرضى، و
نسبة 5,3% مع زملائهم الشبه طبيين و نسبة 4,4% مع مسؤولهم المباشر، و
أخيرا نسبة 3,8% مع زملائهم الأطباء.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية الفئة المبحوثة تجمعها علاقة
تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف مع زملائهم المرضى، و لكن رغم ذلك
نجدها تواجه المشاكل مع هؤلاء الذين يكملون أدوارهم و وظائفهم، بحيث أن أغلب
الزملاء الذين واجه معهم المبحوثين مشاكل هم في الغالب زملائهم المرضى و
الشبه طبيين، و حتى الأطباء فيما بينهم واجهوا المشاكل بنسب معتبرة فنوعية
العلاقة التي تجمع بين المبحوثين و زملائهم المرضى لا تحدد بالضرورة مدى
التعرض للمشاكل.

فرغم أن العلاقة بينهم هي جيّدة في الغالب يسودها التفاهم و التعاون و
التكامل إلا أنهم أي المرضى الأكثر تعرضا للمشاكل مع المبحوثين لأنهم الأكثر
احتكاكا بهم في العمل، فالعلاقة التي تجمع بينهم حتى وإن كانت جيّدة لا تمنعهم من
الوقوع في المشاكل مع بعضهم البعض، فلا ربما هناك أمور أخرى كظروف
العمل و التكوين و المناوبات وغيرها.

**الجدول رقم 102: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله
المرضى بالمصلحة الطبية.**

نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله المرضى المصلحة الطبية	علاقة تعاون و تكامل في الأدوار	علاقة غيره	علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر	علاقة زمالة في حدود العمل	علاقة صداقة خارج العمل	علاقة أخوة	المجموع
أمراض الكبد	8 %61,5	0 %0	0 %0	5 %5'38	0 %0	0 %0	13 %100
جراحة الأطفال	7 %41,2	0 %0	2 %11,8	8 %47	0 %0	0 %0	17 %100
أمراض القلب	4 %57,1	0 %0	1 %14,3	2 %28,6	0 %0	0 %0	7 %100
طب الأطفال	7 %58,3	0 %0	3 %25	2 %16,7	0 %0	0 %0	12 %100
الطب الشرعي	7 %38,9	0 %0	2 %11,1	9 %50	0 %0	0 %0	18 %100
جراحة القلب	17 %51,5	1 %3	6 %18,2	8 %24,2	0 %0	1 %3,1	33 %100
جراحة الفك و الوجه	4 %66,7	0 %0	0 %0	2 %33,3	0 %0	0 %0	6 %100
جراحة اللثة	2 %50	0 %0	0 %0	2 %50	0 %0	0 %0	4 %100
جراحة العظام	4 %40	2 %20	2 %20	2 %20	0 %0	0 %0	10 %100
الطب الداخلي	3 %50	0 %0	1 %16,7	2 %33,3	0 %0	0 %0	6 %100
المواليد الجدد	5 %62,5	1 %12,5	1 %12,5	1 %12,5	0 %0	0 %0	8 %100
الأنسجة الداعمة للإنسان	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	1 %100
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	2 %33,3	0 %0	0 %0	3 %50	1 %16,7	0 %0	6 %100
الأنف الأذن و الحنجرة	3 %60	0 %0	0 %0	2 %40	0 %0	0 %0	5 %100
أمراض السكري	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100	0 %0	0 %0	2 %100
الأمراض الجلدية	12 %60	1 %5	2 %10	5 %25	0 %0	0 %0	20 %100
طب النساء و الولادة	2 %40	0 %0	2 %40	1 %20	0 %0	0 %0	5 %100
أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	10 %52,6	1 %5,3	2 %10,5	6 %31,6	0 %0	0 %0	19 %100
الاستعدادات	2 %66,7	0 %0	0 %0	1 %33,3	0 %0	0 %0	3 %100
طب العيون	7 %41,2	1 %5,9	2 %11,7	7 %41,2	0 %0	0 %0	17 %100
المجموع	106 %50	7 %3,3	26 %12,3	71 %33,5	1 %0,5	1 %0,5	*212 %100

*تضخم العدد لتعدد إجابات المبحوثين.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله الممرض بالمصلحة الطبية، بحيث يتبين بأن نسبة 50% من المبحوثين تجمعهم علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف مع زملائهم الممرضين، ثم نسبة 33,5% علاقة زمالة في حدود العمل، تليها نسبة 12,3% علاقة صراع و عدم الخضوع إلى الأوامر، و نسبة 3,3% علاقة غير، و نسبة 0,5% علاقة صداقة خارج العمل، و أخيرا نسبة 0,5% كذلك تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة أخوة.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف، نجد من بينهم نسبة 66,7% يتواجدون بمصلحة جراحة الفك و الوجه، و نفس النسبة بمصلحة الإستعجالات تليها مصلحة المواليد الجدد بنسبة 62,5% و مصلحة أمراض الكبد بنسبة 61,5% تليها مباشرة نسبة 60% بمصلحة الأذن الانف و الحنجرة، و نفس النسبة بمصلحة الأمراض الجلدية ثم نسبة 58,3% بمصلحة طب الأطفال، ثم نسبة 57,1% بمصلحة أمراض القلب و نسبة 52,6% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، و نسبة 51,5% بمصلحة جراحة القلب، تليها نسبة 50% بمصلحة جراحة اللثة و نفس النسبة أي 50% بمصلحة الطب الداخلي، و نسبة 41,2% بمصلحة جراحة الأطفال و بنفس النسبة أي 41,2% بمصلحة طب العيون و نسبة 40% بمصلحة جراحة العظام، نفس النسبة بمصلحة طب النساء و التوليد، ثم بعدها نسبة 38,9% بمصلحة الطب الشرعي، و أخيرا نسبة 33,3% بمصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء.

أما فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الزمالة في حدود العمل مع زملائهم الممرضين، نجد من بينهم نسبة 100% بمصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، و نفس النسبة بمصلحة أمراض السكري، ثم نسبة 50% بمصلحة الطب الشرعي، و نفس النسبة بمصلحة جراحة اللثة، و نفس النسبة كذلك بمصلحة الجهاز الهضمي و المعدة والأمعاء، بعدها نسبة 47%

بمصلحة أمراض القلب ثم نسبة 41,2% بمصلحة طب العيون، و نسبة 40% بمصلحة الأذن الأنف و الحنجرة و نسبة 38,5% بمصلحة أمراض الكبد، ثم نسبة 33,3% بمصلحة جراحة الفك و الوجه و نفس النسبة بمصلحة الطب الداخلي، و نفس النسبة كذلك بمصلحة الاستجالات، بعدها نسبة 31,6% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، ثم نسبة 28,6% بمصلحة أمراض القلب ثم نسبة 25% بمصلحة الأمراض الجلدية، بعدها مباشرة نسبة 24,2% بمصلحة جراحة القلب و نسبة 20% بمصلحة جراحة العظام و نفس النسبة بمصلحة طب النساء و التوليد، ثم نسبة 16,7% بمصلحة طب الأطفال، وأخيرا نسبة 12,5% بمصلحة المواليد الجدد.

و فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة الصّراع و عدم الخضوع للأوامر مع زملائهم الممرضين، نجد من بينهم نسبة 40% بمصلحة طب النساء و التوليد، و نسبة 25% بمصلحة طب الأطفال، و نسبة 20% بمصلحة جراحة العظام، و نسبة 18,2% بمصلحة جراحة القلب، ثم نسبة 16,7% بمصلحة الطب الداخلي، ثم نسبة 14,3% بمصلحة أمراض القلب، تليها نسبة 12,5% بمصلحة المواليد الجدد، تليها مباشرة نسبة 11,8% بمصلحة جراحة الأطفال، ثم مباشرة نسبة 11,7% بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 11,1% بمصلحة الطب الشرعي، و نسبة 10,5% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، و أخيرا نسبة 10% بمصلحة الأمراض الجلدية.

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم علاقة غيرة مع زملائهم الممرضين، نجد من بينهم نسبة 20% بمصلحة جراحة العظام، ثم نسبة 12,5% بمصلحة المواليد الجدد، و نسبة 5,9% بمصلحة طب العيون، بعدها نسبة 5,3% بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، و نسبة 5% بمصلحة الأمراض الجلدية، و أخيرا نسبة 3% بمصلحة جراحة القلب.

و الفئة ما قبل الأخيرة و هي فئة المبحوثين الذين تجمعهم مع زملائهم
المرضى علاقة صداقة خارج العمل، نجد من بينهم نسبة 16,7% بمصلحة
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء.

و الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم
المرضى علاقة أخوة، نجد من بينهم نسبة 3,1% بمصلحة جراحة القلب.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأنه هناك مصالح طبية ترتفع بها ترتفع بها
نسب التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار و الوظائف ما بين الأطباء و
المرضى، و تنخفض في مصالح طبية أخرى التي تظهر بها نوعية أخرى من
العلاقات، إذ نجد في كل من جراحة الفك و الوجه و مصلحة الاستعجالات و
المواليد الجدد، أمراض الكبد و الأنف و الأذن و الحنجرة، الأمراض الجلدية، طب
الأطفال و أمراض القلب كلها مصالح ترتفع فيها نوعا ما نسب التعاون و التضامن
و مصلحة طب النساء و التوليد ترتفع بها علاقة الغيرة، خاصة فيما بين الأطباء و
القابات، و مصلحة أمراض السكري التي ترتفع بها نسبة الزمالة التي لا تتعدى
الحدود.

**جدول رقم 103: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله
المرضى بالسن.**

نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله المرضى	علاقة تعاون و تكامل في الأدوار والوظائف	علاقة غير	علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر	علاقة زمالة في حدود العمل	علاقة صداقة	علاقة أخوة	المجموع
السن							
من 25 إلى 29 سنة	75 47,5%	5 3,2%	17 10,8%	59 37,3%	1 0,6%	1 0,6%	158 100%
من 30 إلى 34 سنة	22 56,4%	2 5,2%	7 17,9%	8 20,5%	0 0%	0 0%	39 100%
من 35 إلى 39 سنة	3 42,8%	0 0%	2 28,6%	2 28,6%	0 0%	0 0%	7 100%
بدون إجابة	6 75%	0 0%	0 0%	2 25%	0 0%	0 0%	8 100%
المجموع	106 50%	7 3,3%	26 12,3%	71 33,5%	1 0,5%	1 0,5%	212* 100%

*تضخم العدد أو المجموع نظرا لتعدد إجابات المبحوثين.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط بين الطبيب بزميله الممرض بالسن، نتبين بأن نصف العينة المبحوثة أي 50% تجمعها علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف مع زملائها الممرضين، ثم تليها نسبة 33,5% تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة زمالة في حدود العمل، بعدها نسبة 12,3% تجمعهم علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر ثم نسبة 3,3% تجمعهم علاقة غيرة، و نسبة 0,5% علاقة صداقة و أخيرا 0,5% علاقة أخوة.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف، نجد من بينهم نسبة 56,4% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة، ثم نسبة 47,5% للفئة العمرية التي تتراوح ما بين 25 إلى 29 سنة، ثم نسبة 42,8% من 35 إلى 39 سنة.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة زمالة في حدود العمل، نجد من بينهم نسبة 37,3% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة، ثم تليها نسبة 28,6% تتراوح أعمارهم ما بين 29 إلى 35 سنة و نسبة 20,5% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة.

أما فيما يخص الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة صراع و عدم الخضوع إلى الأوامر، نجد من بينهم نسبة 28,6% للفئة العمرية التي تتراوح ما بين 35 إلى 39 سنة، ثم تليها نسبة 17,9% للفئة العمرية التي تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة و أخيرا نسبة 10,8% للفئة العمرية التي تتراوح ما بين 25 إلى 29 سنة.

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة غيرة، نجد من بينهم نسبة 5,2% للفئة العمرية التي تتراوح ما بين 30 إلى 34 سنة و نسبة 3,2% للفئة العمرية التي تتراوح ما بين 25 إلى 29 سنة.

و الفئة الخامسة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم المرضى علاقة صداقة، نجد من بينهم نسبة 0,6% بالنسبة للفئة العمرية التي تتراوح ما بين 25 إلى 29 سنة.

و الفئة السادسة و الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم المرضى علاقة أخوة نجد من بينهم نسبة 0,6% بالنسبة للفئة العمرية التي تتراوح ما بين 25 إلى 29 سنة.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 30 إلى 34 سنة هي الفئة الأكثر تعاوناً و تكاملاً في الأدوار و الوظائف ما بين الأطباء و زملائهم المرضى، أما الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 25 إلى 29 سنة فتكثر بها نسب الزمالة في حدود العمل، و الفئة العمرية الثالثة و التي تتراوح ما بين 35 إلى 39 سنة فتكثر بها نسب الصراع و عدم الخضوع للأوامر ما بين الأطباء و المرضى.

جدول رقم 104: يبين العلاقة الموجودة بين نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله المريض بالجنس.

نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله المريض	علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف	علاقة غير	علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر	علاقة زمالة في حدود العمل	علاقة صداقة خارج العمل	علاقة أخوة	المجموع
الجنس							
ذكر	59 %53,7	4 %3,6	15 %13,6	30 %27,3	1 %0,9	1 %0,9	110 %100
أنثى	47 %46,1	3 %2,9	11 %10,8	41 %40,2	0 %0	0 %0	102 %100
المجموع	106 %50	7 %3,3	26 %12,2	71 %33,5	1 %0,5	1 %0,5	*212 %100

*تضخم المجموع نظراً لتعدد إجابات المبحوثين.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة، بين نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله الممرض بالجنس يتبين بأن نصف العينة المبحوثة و التي قدرت بـ 50% تماماً، تجمع المبحوثين بزملائهم الممرضين علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف نجد من بينهم نسبة 53,7% ذكور و 46,1% إناث.

و نسبة 33,5% من العينة المبحوثة تجمعهم علاقة زمالة في حدود العمل مع زملائهم الممرضين، نجد من بينهم نسبة 40,2% إناث و نسبة 27,3% ذكور.

و النسبة الثالثة من المبحوثين تجمعهم علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر مع زملائهم الممرضين، و التي قدرت بـ 12,2% نجد من بينهم نسبة 13,6% ذكور و 10,8% إناث.

و النسبة الرابعة من العينة المبحوثة و التي قدرت بـ 3,3% تجمعهم علاقة غير مع زملائهم الممرضين، نجد من بينهم نسبة 3,6% ذكور و 2,9% إناث.

و النسبة الخامسة من العينة المبحوثة و التي قدرت بـ 0,5% تجمعهم علاقة صداقة خارج العمل، نجد من بينهم نسبة 0,9% ذكور.

و النسبة الأخيرة قدرت بـ 0,5% من المبحوثين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة أخوة، نجد من بينهم نسبة 0,9% ذكور.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الذكور هم الأكثر تضامناً و تعاوناً و تكاملاً في الأدوار و الوظائف مع زملائهم الممرضين من الإناث بينما الإناث فتجمعهم في الغالب مع زملائهم الممرضين علاقة زمالة في العمل و التي لا تتعدى الحدود.

الجدول رقم 105: يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة المشكل الذي واجهه المبحوثين بسبب حالة مرضية زارت المستشفى بنوعية العلاقة التي تربط الطبيب بالمرضى.

نوعية العلاقة التي تربط الطبيب بزميله الممرض	طبيعة المشكل الذي تعرض له المبحوثين بسبب حالة مرضية زارت المستشفى	علاقة تعاون و تكامل في الأدوار والوظائف	علاقة غير	علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر	علاقة زمالة في حدود العمل	المجموع
تدهور صحة المريض	15 %42,9	1 %2,9	6 %17,1	13 %37,1	35 %100	
العدد الكبير للمرضى في قاعات الإنتظار	14 %27,5	3 %5,9	15 %29,4	19 %37,2	51 %100	
عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء	9 %29	1 %3,2	11 %35,5	10 %32,3	31 %100	
تهاون بعض الأطباء في العلاج	12 %37,5	1 %3,1	8 %25	11 %34,4	32 %100	
اللامبالاة و الإهمال	21 %42	1 %2	10 %20	18 %36	50 %100	
عدم الإلتزام بنصائح الطبيب	23 %43,4	1 %1,9	13 %24,5	16 %30,2	53 %100	
عدم إلتزام الممرض بنظام الأدوار في قاعات الإنتظار	23 %41,8	2 %3,6	13 %23,6	17 %30,9	55 %100	
غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم	21 %37,5	2 %3,6	15 %26,8	18 %32,1	56 %100	
وفاة أحد المرضى لسبب الإهمال و اللامبالاة	8 %34,8	1 %4,4	5 %21,7	9 %39,1	23 %100	
شكوى قدمها مريض إلى مسؤولك المباشر	5 %29,4	1 %5,9	4 %23,5	7 %42,2	17 %100	
الإختلاف في آراء التكفل بالمرضى و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجل المريض	3 %42,8	0 %0	2 %28,6	2 %28,6	7 %100	
خروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين	0 %0	0 %0	1 %50	1 %50	2 %100	
عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة و خاصة الإستعجالات	1 %50	0 %0	0 %0	1 %50	2 %100	
المجموع	155 %37,4	14 %3,4	103 %24,9	142 %34,3	414* %100	

*تضخم العدد لتعدد إجابات المبحوثين للاقتراحات المقدمة لهم في السؤال.

من خلال الجدول رقم 111 والذي يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة المشكل الذي تعرض له المبحوثين بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج بنوعية العلاقة التي تربط الطبيب بالمرضى، بحيث يتبين بأن هناك أربع أنواع من العلاقات تجمع ما بين الطبيب و زميله المرضى حيث يتبين بأب نسبة 37,4% من المبحوثين تجمعهم مع زملائهم المرضى علاقة تعاون في الأدوار و الوظائف، بعدها نسبة 34,3% تجمعهم معهم علاقة زمالة في حدود العمل، و نسبة 24,9% تجمعهم مع زملائهم المرضى علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر، و أخيرا نسبة 3,4% تجمعهم معهم علاقة غير.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم المرضى علاقة تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف، نجد من بينهم نسبة 50% تعرضوا إلى المشاكل مع أحد زملائهم بسبب عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة، و خاصة مصلحة الاستعجالات تليها نسبة 43,4% تعرضوا للمشاكل بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب تليها نسبة 42,9% تعرضوا للمشاكل بسبب تدهور صّحة المريض، و نسبة 42,8% بسبب الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجل المريض، تليها نسبة 42% بسبب اللامبالاة و الإهمال ثم تليها نسبة 41,8% بسبب عدم التزام المرضى بنظام الأدوار في قاعة الانتظار ثم نسبة 37,5% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج، و نفس النسبة بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، ثم نسبة 34,8% بسبب وفاة أحد المرضى نتيجة للإهمال و اللامبالاة، تليها نسبة 29,4% بسبب شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر، بعدها مباشرة نسبة 29% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، و أخيرا نسبة 27,5% بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة زمالة في حدود العمل، نجد من بينهم نسبة 50% تعرضوا إلى المشاكل مع أحد زملائهم بسبب خروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين و نفس النسبة أي 50% بسبب عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و النظام داخل المصلحة و خاصة الاستعجالات، تليها نسبة 42,2% بسبب شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر، بعدها نسبة 39,2% بسبب وفاة أحد المرضى نتيجة للإهمال و اللامبالاة، تليها نسبة 37,2% بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار، تليها مباشرة نسبة 37,1% بسبب تدهور صحة المريض، تليها نسبة 36% بسبب اللامبالاة و الإهمال، تليها نسبة 34,4% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج، و نسبة 32,3% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف زملاء، و نسبة 32,1% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، تليها نسبة 30,9% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار و نسبة 30,2% بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب، و أخيرا نسبة 28,6% بسبب الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجله.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم الممرضين علاقة صّراع و عدم الخضوع للأوامر، نجد من بينهم نسبة 50% تعرضوا للمشاكل مع أحد الزملاء بسبب خروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين، تليها نسبة 35,5% بسبب عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء، تليها نسبة 29,4% بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار و نسبة 28,6% بسبب الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجله، تليها نسبة 26,8% بسبب غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، ثم تليها نسبة 25% بسبب تهاون بعض الأطباء في العلاج، و تليها نسبة 24,5% بسبب عدم الالتزام بنصائح الطبيب، و نسبة 23,6% بسبب عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار، و بعدها مباشرة تأتي نسبة 23,5% بسبب شكوى قدمها مريض إلى المسؤول المباشر تليها نسبة 21,7% بسبب وفاة

أحد المرضى بسبب الإهمال و اللامبالاة و نسبة 20% بسبب اللامبالاة و الإهمال،
و أخيرا نسبة 17,1% بسبب تدهور صّحة المريض.

و الفئة الرابعة و الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين تجمعهم مع زملائهم
المرضى علاقة غيرة، نجد من بينهم نسبة 5,9% تعرضوا للمشاكل مع أحد
زملائهم بسبب العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار و نسبة 4,4% بسبب
وفاة أحد المرضى بسبب الإهمال و اللامبالاة ثم نسبة 3,6% بسبب عدم التزام
الممرض بنظام الأدوار في قاعات الانتظار و نفس النسبة أي 3,6% بسبب غياب
المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، تليها نسبة 3,2% بسبب عدم وجود
المساعدة من طرف الزملاء، تليها نسبة 3,1% بسبب تهاون بعض الأطباء في
العلاج، و نسبة 2% بسبب اللامبالاة و الإهمال و أخيرا نسبة 1,9% بسبب عدم
الالتزام بنصائح الطبيب.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة و التي تجمعهم
علاقة تعاون و تضامن مع زملاءهم المرضى تعرضوا إلى المشاكل مع أحد
الزملاء بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج، و أن أهم هذه الأسباب
التي أدت إلى ظهور المشاكل للطبيب هو عدم قيام مسؤول الأمن بتوفير الأمن و
النظام داخل المصلحة، و خاصة مصلحة الاستعجالات أين تكثر الفوضى و ينعدم
التنظيم، و كذا عدم الالتزام بنصائح الطبيب سواء من طرف الزملاء أو حتى
المرضى.

إستنتاج الفرضية الثانية:

إن قراءتنا و تحليلنا لجدول الفرضية الثانية— و المتمثلة في أن علاقات العمل بالمؤسسة الاستشفائية العمومية للأطباء المقيمين مع زملائهم في العمل تحدد نوعية التكوين لديهم نتجت عنها الكثير من الاستنتاجات فيما يخص موضوع العلاقات المهنية لأطباء المقيمين مع زملائهم في السلك الطبي و الشبه الطبي، و التي سوف نذكرها كما يلي:

هناك علاقة طردية بين نوعية العلاقة التي تربط بين الأطباء فيما بينهم و مدى المساعدة في العمل عند وجود كثرة المرضى في قاعات الانتظار، حيث كلما كانت العلاقة جيدة يسودها التضامن و الاتحاد و التكامل في الأدوار و الوظائف كلما زادت نسبة التعاون في العمل و التكوين و العكس صحيح، أي كلما نقصت صفات الاتحاد و التضامن و زادت صفات الصراع و المنافسة و الغيرة و الحسد كلما نقص التعاون فيما بينهم.

إن فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع المسؤولين و الشبه طبيين و الممرضين تسودها التفاهم و التكامل و الوظائف، تجمعهم علاقة عائلية، بينما المجموعة الثانية من الأطباء التي واجهت مع زملائها الأطباء مشاكل نجدها تجمعها علاقات الغيرة و الحسد و البغض و الكره و بالتالي المشاكل و الصراع و المنافسة.

إن المبحوثين تجمعهم علاقة جيدة فيما بينهم أساسها التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار و الوظائف، علاقاتهم في العمل علاقة بناءة في الأساس، و أن هناك علاقة طردية بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم و بين مدى مواجهتهم للمشاكل مع أحد الزملاء في العمل، فكلما كانت العلاقة جيدة أساسها التعاون و التضامن قلت المشاكل بينهم بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج و العكس صحيح أي كلما كانت العلاقة سيئة يسودها الصراع و المنافسة كلما زادت المشاكل بسبب الحالات المرضية التي تقصد العلاج و الإستطباب.

إن الأطباء الذكور تجمعهم في الغالب علاقة التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار و الوظائف بالدرجة الأولى، ثم علاقة الصراع و المنافسة بينما الأطباء الإناث تجمعهم في الغالب علاقة الزمالة التي لا تتعدى الحدود، ثم علاقة الغيرة و الحسد.

مهما اختلفت و تنوعت نوعية العلاقة ما بين الأطباء الطلبة القدامى من سيئة أو جيّدة فإنهم يقومون بتأطير و تلقين الطلبة الأطباء الجدد ما يعرفون و يتعاملون معهم بشكل جيّد أقلها تقديم النصح بعدم الاتكال على التكوين الطبي الرسمي.

هناك علاقة عكسية بين نوعية العلاقة الموجودة بين الأطباء و الأقدمية حيث كلما زادت الأقدمية قلت نسبة التضامن و التعاون و التكامل في الأدوار ما بين الأطباء و العكس صحيح، أي كلما قلت الأقدمية كلما زادت نسبة التضامن و التعاون بينهم و كلما زادت الأقدمية زادت نسبة الصراع و المنافسة و الغيرة و الحسد.

ظروف العمل و التكوين للمبحوثين هي التي تحدد نوع العلاقة التي تجمع بينهم، إذ يتبين بأنه كلما كان التكوين يعتمد على المجهود الذاتي، كلما كانت العلاقة جيّدة يسودها التفاهم و التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار و الوظائف، و كلما كان التكوين ضعيف و رديئ كلما كانت العلاقة علاقة صراع و منافسة و غيرة و حسد.

إن أكبر النسب المسجلة للزملاء الذين واجه معهم الطبيب مشاكل في تعامله معهم نجد الإدارة و شرطة المستشفى ثم الزملاء الأطباء.

إن نوعية العلاقة التي تجمع بين الأطباء ليست لها علاقة بالضرورة بحدوث المشاكل أو عدم حدوثها فقد يجمع الأطباء علاقة طيّبة أساسها التفاهم و التعاون و التضامن إلا أنهم قد تعرضوا إلى مشاكل فيما بينهم سببها المباشر أو غير المباشر هو المريض.

إن العلاقة التي تجمع بين الأطباء هي علاقة طيّبة أساسها التعاون و التضامن لذلك نجدهم الأقل تعرضا إلى المشاكل مع بعضهم البعض و مع زملاء، ذلك لأن المبحوثين همهم الوحيد خاصة في السنوات الأولى من التخصص هو نجاحهم في التكوين الطبي و التأزر الذي يجمعهم يسهل عليهم ذلك.

إن الأطباء الذكور هم الأكثر تعرضا للمشاكل مع زملائهم أكثر من الإناث.

و كلما زادت الأقدمية زاد تعرض المبحوثين إلى المشاكل مع بعضهم البعض بسبب المرضى و العكس صحيح أي كلما قلت الأقدمية كلما قل تعرضهم للمشاكل مع بعضهم البعض و هي علاقة طردية.

إن أهم مشاكل واجهها المبحوثين بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج يتمثل في غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم و ذلك خاصة بمصلحة طب العيون و كذا عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار و هذا ما لمسناه خاصة بمصلحة جراحة الفك و الوجه.

هناك علاقة طردية بين مدى مواجهة الطبيب للمشاكل مع أحد الزملاء بنوعية العلاقة التي تربط بزملائه الممرضين، حيث كلما كانت العلاقة جيّدة يسودها التعاون و التكامل في الأدوار كلما قلت نسبة تعرضهم للمشاكل معهم و العكس صحيح كلما ساءت العلاقة بينهم كلما زادت المشاكل.

إن الأطباء في الثلاث سنوات الأولى أكثر عرضة للمشاكل مع زملائهم الأطباء و الشبه طبيين، و أقل عرضة للمشاكل مع زملائهم الممرضين و المسؤولين، و العكس صحيح بالنسبة للثلاث سنوات الثانية، فالأطباء في هذه السنوات أقل عرضة للمشاكل مع زملائهم الأطباء و شبه طبيين و أكثر عرضة للمشاكل مع المسؤولين و الممرضين.

تختلف المشاكل التي واجهها الطبيب مع زملائه في السلك الطبي من طبيب إلى آخر ومن زميل إلى آخر.

إذن السبب الرئيسي لحدوث المشاكل بين الأطباء و زملائهم الأطباء فكان يتمثل في الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجله أما السبب الرئيسي في حدوث المشاكل بين الطبيب و بين لسلوك الشبه طبي المساعد فيتمثل في الخروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين.

إن العلاقة التي تجمع بين الأطباء و زملائهم الشبه طبيين هي في الغالب علاقة جيّدة يسودها التفاهم والتضامن و التعاون و التكامل في الأدوار و الوظائف، و إن العلاقة بين نوعية العلاقة التي تجمع بين الأطباء و زملائهم الشبه طبيين بمدى مواجهتهم للمشاكل مع أحد الزملاء بسبب حالة مرضية هي علاقة طردية، حيث كلما كانت العلاقة بينهما جيّدة يسودها التضامن و التعاون و التفاهم كلما قلت المشاكل مع الزملاء و العكس صحيح أي كلما ساءت بينهما العلاقة و دخل الصراع و الغيرة و الحسد في علاقتهما كلما زادت المشاكل مع الزملاء.

إن نوعية العلاقة التي تجمع بين الأطباء و باقي السلك الطبي تؤثر على نوعية التكوين الطبي لدى الأطباء و أنهم في الغالب لا يتلقون المساعدة عند كثرة المرضى بقاعة الانتظار من طرف زملائهم الأطباء.

إن في ثلاث السنوات الأولى من التكوين الطبي يكون هناك نوع من التعاون و الاتحاد و التضامن فيما بين الأطباء، الأمر الذي يؤدي بهم إلى مساعدة بعضهم البعض عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار، و العكس صحيح بالنسبة للثلاث سنوات الثانية حيث لا يساعد الأطباء بعضهم البعض، فهم يتساعدون لكسب التجربة الطبية، وبعد اكتسابها تقل المساعدة فيما بينهم.

إن أغلبية العينة المبحوثة يتعاونون و يقدمون المساعدة لبعضهم البعض عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار، و هم في الغالب يتعاملون بطريقة جيدة مع زملائهم الطلبة الأطباء الجدد، فيقدمون لهم العون شيئاً فشيئاً لاكتساب الخبرة الطبية و ذلك بالنزول إلى مستواهم.

إن الأطباء في الغالب تجمعهم صفات التعاون و التضامن و المساعدة في العمل عند كثرة المرضى في فترة التكوين الطبي، و ذلك راجع إلى الصفات الحسنة و الأخلاق الطبية التي تجمع بينهم في العموم، فهم في الغالب ينظرون إلى الجانب الإنساني للمهنة و يرجعون سبب في التعاون و التضامن والإتحاد الذي يجمعهم إلى الأخلاق الطبية و الضمير المهني.

إن العلاقة التي تربط بين الأطباء و باقي السلك الطبي تؤثر في الغالب سلباً على نوعية التكوين الطبي، تنحصر كلها في ظروف العمل و التكوين من ظروف مادية و معنوية و بشرية كالسلك الطبي و الشبه الطبي المساعد.

هناك علاقة عكسية ما بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء فيما بينهم عند إجراء الإستشارات الطبية في حالة كثرة المرضى بقاعات الإنتظار و السن، حيث كلما زاد سن الأطباء كلما قلت المساعدة فيما بينهم و العكس صحيح، أي كلما صغرت أعمار المبحوثين كلما زادت نسبة المساعدة فيما بينهم.

إن الذكور هم أكثر عرضة للمشاكل من الإناث

هناك علاقة ما بين نوع الزملاء الذين واجه المبحوثين معهم مشاكل بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج و الأقدمية، حيث كلما زادت الأقدمية نقصت المشاكل مع الزملاء في العمل و كلما نقصت الأقدمية زادت المشاكل مع الزملاء ماعدا فئة المسؤولين.

إن الثلاث سنوات الأولى من الأقدمية يكون فيها المبحوثين أكثر عرضة للمشاكل مع زملائهم في العمل مهما اختلفت الأسباب وتعددت حسب الأشخاص ذلك لقلّة الخبرة والتجربة للمبحوثين من جهة، وبحكم أنهم الأصغر سناً فهم الأكثر عرضة إلى محاولة السيطرة عليهم من طرف الزملاء الأكبر سناً والأكثر أقدمية من جهة أخرى (كما أسموها المبحوثين الحقرة)، وعادة ما يكونوا الزملاء الشبه طبيين.

إن نوعية التأثير الناتجة عن العلاقة الموجودة بين الطبيب وباقي السلك الطبي في الغالب هي إيجابية تكمن في التعاون فيما بينهم من أجل مصلحة المريض وراحته، وأن هناك تكامل وتعامل فيما بينهم الأمر الذي يؤدي إلى تحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وإن لم يكن هناك تكامل في الأدوار والوظائف سيكون تأثيرا سلبيا على الطبيب وتكوينه الطبي، وأن الأطباء الأقل أقدمية هم الأكثر تأثرا بنوعية العلاقة التي تجمعهم وباقي السلك الطبي على تكوينهم الطبي وذلك ما يظهر في الثلاث السنوات الأولى بالمقارنة مع ثلاث سنوات الثانية ذلك لأنهم مازالوا طلبة جدد يتأثرون أكثر مما يؤثر على بعضهم البعض.

إن الذكور يتأثرون بنوعية العلاقة التي تربطهم وباقي السلك الطبي أكثر من زملائهم الاناث وذلك ما ينعكس على نوعية التكوين الطبي لديهم.

إن طبيعة العلاقة التي تربط بين الطبيب وباقي السلك الطبي تؤثر على نوعية التكوين الذي يتلقاه المبحوثين وفي الغالب هو التأثير الايجابي ينحصر في تأدية كل فرد عمله بأكمل وجه والتعاون فيما بينهم لمصلحة المريض وتسهيل عملية العلاج وعدم ترك فترة الانتظار تطول عليه.

كلما زادت مدة الأقدمية كلما زادت نسبة المبحوثين الذين يرون بأن نوعية العلاقة التي تربطهم وباقي السلك الطبي تؤثر على تكوينهم والعكس صحيح أي كلما نقصت مدة الأقدمية كلما نقص عدد المبحوثين الذين يرون بأن تلك العلاقة لا تؤثر على تكوينهم الطبي، فإذا كانت العلاقة جيدة يسودها التفاهم والتعاون والتضامن فإن ذلك يؤثر بالايجاب على نوعية تكوينهم الطبي إذ يتعاون الأطباء فيما بينهم فيما يخص تكوينهم.

إن الأطباء هم الأقل تعرضا للمشاكل مع زملائهم الأطباء ذلك لأنهم يعيشون نفس العوامل ويعملون تحت نفس الظروف، فهم يفهمون بعضهم البعض ويقدرّون العلاقة التي تجمعهم، إذ يتأثرون بالعلاقة التي تجمعهم وباقي السلك الطبي وبين عمال الإدارة والعمال الخارجين عن المجال الطبي كالشرطة الخاصة بالمؤسسة الإستشفائية والمسئول عن الأمن بها، وأن العمال الغير طبيين ولا الشبه

طبيين هم الأكثر تعرضا للمشاكل مع المبحوثين والعلاقة التي تجمع الطبيب معهم تؤثر على نوعية التكوين الطبي.

إن أسباب حدوث المشاكل مع الزملاء الأطباء في الغالب ترجع إلى تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة و كذا الإرهاق نتيجة كثرة العمل و المرضى، و الهروب المستمر من ساعات العمل للطاغم المساعد و كذلك نقص في الكفاءات و التأهيل لدى المؤطرين و المشرفين على التكوين و انعكاسها على الأطباء الطلبة الذين هم في صدد التكوين.

إن الأطباء الطلبة القدامى هم متضامنين و متعاونين مع الطلبة الجدد تجمعهم بالغالب علاقة بناءة و تبادل للمعلومات، علاقة ملئها التعاون و التضامن و الإتحاد، و ذلك مانلتهمه خاصة في مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان و مصلحة الإستعجالات و كذلك بمصلحة جراحة العظام، فهناك مصالح طبية ترتفع بها علاقات جيدة أساسها التعاون و التضامن و تبادل للمعلومات، و تقل بمصالح طبية أخرى دون أن نلتمس ارتفاع في العلاقات السيئة بكل المصالح الطبية و إن وجدت هذه العلاقات فإنها ضعيفة.

هناك علاقة طردية بين مدى المساعدة الموجودة بين الأطباء عند كثرة المرضى بقاعات الإنتظار بنوعية العلاقة التي تجمعهم مع زملائهم الأطباء الطلبة الجدد، حيث كلما تعاون و ساعد الأطباء بعضهم بعض عند كثرة المرضى بقاعات الإنتظار بالمصلحة الطبية كلما كانت العلاقة بينهم و بين الطلبة الأطباء الجدد جيدة ملئها التعاون و التضامن في التكوين و تجمعهم روح الفريق و كأنهم عائلة واحدة والعكس صحيح، أي كلما لم يتساعد و لم يتعاون الأطباء بعضهم بعض عند كثرة المرضى بقاعات الإنتظار كلما كانت العلاقة بينهم و بين الطلبة الجدد سيئة يحتكرون المعلومات الطبية و لا يفيدونهم بها.

هناك علاقة عكسية مابين كيفية التعامل مع الأطباء الطلبة الجدد والأقدمية فعندما تكون العلاقة جيدة أساسها التعاون و التضامن في التكوين مع الطلبة الجدد تزيد صفة التضامن و التعاون و التشجيع و التبادل في المعلومات و الخبرات

الطبية كلما نقصت الأقدمية و تقل كلما زادت الأقدمية ، والعكس صحيح عندما تميل العلاقة إلى العادية، حيث يتعامل الطلبة القدامى مع الجدد تعامل الزملاء فتزيد كلما زادت الأقدمية و تقل كلما نقصت.

هناك علاقة طردية مابين نوعية العلاقة التي تجمع بين الطلبة القدامى و الجدد بكيفية التعامل معهم، إذ كلما كانت العلاقة جيدة كلما زادت صفات التعاون و التضامن والمساعدة قي التكوين و تبادل المعلومات والخبرات الطبية بينهم، و أدنى صفات التضامن معهم تكون بتقديم النصح بعدم الإتكال على التكوين فقط، بل البحث وراء المعلومات الطبية.

إن الذكور هم أكثر تعاون و تضامن و إتحاد مع الطلبة الجدد فيما يخص العمل و التكوين الطبي و التبادل في المعلومات والخبرات الطبية ولا يحتكرون المعلومات الطبية لأنفسهم فقط بل يقاسمونها مع الزملاء، بينما الإناث فتجمعهم مع الطلبة الجدد في الغالب علاقة زمالة في التكوين و العمل، زمالة لا تتعدى حدود العمل، كما نجدهم عكس الرجال يقومون بإحتكار المعلومات الطبية لأنفسهم و لا يتقاسمونها مع الزملاء.

إن في الثلث سنوات الأولى من الأقدمية تزيد صفات التضامن فيما بين الطلبة القدامى و الجدد، و التبادل للمعلومات و الخبرات الطبية و تقل في الثلاث سنوات الثانية، حيث تزيد في هذه الفترة علاقات الزمالة في التكوين و العمل فقط إحتكار للمعلومات الطبية.

في الغالب تجمع بين الطلبة القدامى و الجدد علاقات الأخوة و الصداقة و التعاون و التضامن و التبادل في المعلومات و الخبرات الطبية.

إن الأطباء تجمعهم في الغالب علاقات تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف مع زملائهم الممرضين، و لكن رغم ذلك نجدهم يواجهون المشاكل معهم و مع زملائهم الشبه الطبيين، فنوعية العلاقة التي تجمع بينهم لا تحدد بالضرورة

مدى التعرض للمشاكل فرغم أن العلاقة بينهم هي جيدة إلا أنهم أي المرضى الأكثر تعرضا للمشاكل مع الأطباء.

إن الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 30 إلى 34 سنة هي الفئة الأكثر تعاون و تكامل في الأدوار و الوظائف ما بين الأطباء و زملائهم المرضى، أما الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 25 إلى 29 سنة فتكثر بها نسب الزمالة في حدود العمل، و الفئة العمرية الثالثة التي تتراوح ما بين 35 إلى 39 سنة فتكثر بها نسب الصراع و عدم الخضوع للأوامر ما بين الأطباء و المرضى.

من خلال كل هذه الإستنتاجات و القراءات للجداول في هذه الفرضية يتبين بأن علاقات العمل بالمؤسسة الإستشفائية العمومية تحدد نوعية التكوين الذي يتلقاه الأطباء المقيمين، فالتكوين يتأثر بنوعية العلاقة التي تجمع ما بين الأطباء فيما بينهم و ما بين السلك الطبي و الشبه الطبي، فالأطباء أفراد كباقي أفراد المجتمع يؤثرون و يتأثرون بما حولهم.

الفصل الثامن

تمهيد

- (1)-العوامل المؤثرة في التكوين الطبي
- (2)-الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية يوميا و دورها في التكوين الطبي
لدى الأطباء المقيمين
- (3)-كثرة المرضى في قاعات الانتظار و مدى تأثيرها على التكوين الطبي لدى الأطباء
المقيمين
- (4)-المشاكل التي يتعرض لها الطبيب مع المريض و أهله
- (5)-الاعتداء على الطبيب من طرف المريض و أهله

تمهيد

لقد تحدث العلماء و المؤلفين كثيرا على أهمية العلاقات في حياتنا اليومية الاجتماعية و العملية، و لقد أسست المنظمات العالمية و حتى الوطنية القوانين الخاصة بالعلاقات في العمل ذلك لتحمي عمالها و تحفظ حقوقهم، فحفظتها فيما بينهم في المنظمة الواحدة، و لكنها تجاهلت تلك التي تأتي من خارج المنظمة، و خاصة في المنظمات التي يكون فيها العامل باحتكاك دائم مع الزبائن الأجانب، كالمنظمات الصحية أين يواجه العمال الطبيين و الشبه الطبيين في تعاملهم مع المرضى و ذويهم يوميا مشاكل لا تعد و لا تحصى، فأين هي الحقوق و القوانين التي تحمي السلك الطبي من مشاكل المرضى و ذويهم، و تخفف عنهم الضغط الذي يعيشونه، و أين هي القوانين التي تحد من الاعتداءات التي يتعرض لها الأطباء بالخصوص في ظل المشاكل الاجتماعية التي يعيشها الطرفان، فحالة التشرد و الفقر و المخدرات و الضغط النفسي و بالمقابل نقص الأمن في داخل المنظمات الصحية تنعكس دائما على الأطباء بصفة خاصة و السلك الشبه طبي بصفة عامة و خاصة الأطباء في اطار التكوين لأنهم الأكثر تعاملًا مع المرضى.

إذا في هذا الفصل من الجانب التطبيقي سوف نتعرض الى التعرف على نوعية المشاكل التي يتعرض لها المبحوثين أسبابها و ظروفها، ضف الى الاعتداءات التي تحدث يوميا ضد السلك الطبي، و تأثيرها على التكوين الطبي.

1- العوامل المؤثرة في التكوين الطبي لدى الأطباء المقيمين

الجدول رقم 106 يبين العلاقة الموجودة بين العوامل المؤثرة على التكوين الطبي بمدى تحقيق التكوين لتطوير المعارف الطبية

مدى تحقيق التكوين لتطوير المعارف الطبية	العوامل المؤثرة على التكوين الطبي	نعم	لا	قليلا	تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردى	في المجال نظري نعم و لكن على المستوى التطبيقي لا	بدون اجابة	المجموع
مستوى الطالب		76 %61.3	11 %8.9	30 % 24.2	5 % 4	0 % 0	2 % 1.6	124 % 100
زملاء العمل		49 %59	6 % 7.2	23 % 27.7	4 % 84.	0 % 0	1 %1.2	83 % 100
بيئة العمل و ظروف العمل		85 % 60.7	12 % 8.6	31 % 22.2	8 %5.7	1 % 0.7	3 %2.2	140 % 100
الأساتذة المؤطرين		91 %60.7	13 % 8.7	35 %23.3	7 % 4.7	1 % 0.7	3 % 2	150 % 100
الحالات المرضية التي تقصد المستشفى		79 % 64.2	11 %8.9	26 %21.1	5 % 4.1	1 % 0.8	1 % 0.8	123 % 100
الأجرة		3 % 60	0 % 0	1 %20	1 % 20	0 % 0	0 % 0	5 %0
الرغبة و الاصرار		2 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 100
التربصات التكوينية المهنية بالداخل و الخارج		1 % 33.3	0 % 0	2 % 66.7	0 % 0	0 %0	0 % 0	3 % 100
الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات		2 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100
نقص الامكانيات البشرية و المادية و الأدوية		1 %20	1 20%	3 %60	0 %0	0 0%	0 %0	5 %100
أخرى		0 %0	1 %50	0 %0	1 %50	0 %0	0 %0	2 %100
الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية		5 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	5 %100
المجموع		394 %61.2	55 %8.5	151 %23.4	31 %4.8	3 %0.5	10 %1.6	*644 %100

* تظخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الاجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين العوامل المؤثرة على التكوين الطبي بمدى تحقيق التكوين لتطوير المعارف الطبية للمبحوثين يتبين بأن نسبة 61.2% من المبحوثين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية ،ثم تليها نسبة 23.4% منهم يرون بأن هذا التكوين يحقق لهم نوعا ما تطويرا في معارفهم الطبية ،بعدها تأتي نسبة 8.5% منهم يرون بأن تكوينهم الطبي لا يحقق لهم بتاتا تطويرا في معارفهم الطبية، ثم نسبة 4.8% يرون بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، و أخيرا نسبة 0.5% يرون بأنه تكوين لا بأس به يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية في المجال النظري فقط و لكن على المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن التكوين يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأنه يتأثر بعامل الرغبة و الاصرار التي من امفروض أن يتميز بها كل الأطباء لبلوغ الهدف المتمثل في نجاح التكوين الطبي، ضف الى ذلك الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات، كذلك الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية ،ثم تليها نسبة 64.2% يرون بأنه أي التكوين يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج ، ثم تليها نسبة 60.7% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل ، و بنفس النسبة يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين و أنهم المسؤول الأول و الاخير عن نجاحه أو فشله ،ثم نسبة 61.3% منهم يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب و نسبة 60% يرون بأنه يتأثر بعامل الاجرة ، ثم نسبة 33.3% يرون بأنه يتأثر بالتربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج وهي تربصات بكثرة ما كونها مفيدة بكثرة ما انها مكلفة و باهضة الثمن لا يستطيع جميع الطلبة الاستفادة منها، و أخيرا نسبة 20% يرون بأن تكوينهم يتأثر بنقص الامكانيات البشرية و المادية و الأدوية.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن التكوين يحقق لهم نوعا ما تطويرا في معارفهم الطبية، نجد من بينهم نسبة 66.7% يرون بأنه يتأثر أكثر بعامل التربصات التكوينية المهنية والدراسية في الداخل و الخارج،

ثم تليها نسبة 60% يرون بأن النقص في الامكانيات البشرية و المادية و الأدوية هي العوامل المؤثرة في تكوينهم الطبي، تليهما نسبة 23.7 % يرون بأن التكوين الطبي يتأثر بزملاء العمل، ثم نسبة 24.2% يرون بأن مستوى الطالب هو العامل المؤثر في تكوينهم الطبي، ثم تأتي نسبة 23.3% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين، فهم يمثلون التكوين الذي يقدمونه لهم، بعدها مباشرة تأتي نسبة 22.2 % يرون بأن تكوينهم يتأثر بعامل بيئة العمل و ظروف العمل، و بعدها مباشرة تأتي نسبة 21.1 % يرون بأن الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج هي التي تأثر على تكوينهم الطبي، و أخيرا نسبة 20 % يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بعامل الأجرة.

أما فيما يخص الفئة الثالثة و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي لا يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية، نجد من بينهم نسبة 20 % يرون بأن النقص في الامكانيات البشرية و المادية و الأدوية هي العوامل المؤثرة في تكوينهم الطبي الذي يتلقونه، تليها نسبة 8.9% يرون بأن مستوى الطالب هو العامل المؤثر في تكوينهم الطبي، و نفس النسبة يرون بأن الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج هي المؤثرة في تكوينهم الطبي، ثم نسبة 8.7% يرون بأن الأساتذة المؤطرين هم المؤثرين في تكوينهم الطبي، تليها مباشرة نسبة 8.6% يرون بأن بيئة العمل و ظروف العمل هي العامل المؤثر في تكوينهم الطبي، و أخيرا نسبة 7.2% يرون بأن زملاء العمل هم العامل المؤثر على تكوينهم الطبي.

أما الفئة الرابعة و هي فئة المبحوثين الذين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، نجد من بينهم نسبة 20% يرون بأن الأجرة هي العامل المؤثر على تكوينهم الطبي ثم تليها نسبة 5.7% يرون بأن بيئة العمل و ظروف العمل هي العوامل المؤثرة على تكوينهم الطبي، بعدها تأتي نسبة 4.8 % يرون بأن زملاء العمل هم العامل المؤثر على تكوينهم، بعدها مباشرة تأتي نسبة 4.7% يرون بأن الأساتذة المؤطرين هم العامل المؤثر على تكوينهم، ثم نسبة 4.1 % يرون بأن أهم العوامل المؤثرة في تكوينهم الطبي يتمثل في الحالات المرضية التي تقصد المصلحة

الطبية للعلاج، و أخيرا نسبة 4 % يرون بأن مستوى الطالب هو العامل المؤثر على تكوينهم الطبي .

والفئة الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم تطورا في معارفهم الطبية في المجال النظري فقط و لكن على المستوى التطبيقي فلا يحقق لهم تطورا في معارفهم الطبية، نجد من بينهم نسبة 2.2% يرون بأن بيئة العمل و ظروف العمل هي العوامل المؤثرة على تكوينهم الطبي، ثم تليها نسبة 2 % يرون بأن الأساتذة المؤطرين هم العامل المؤثر على تكوينهم الطبي، ثم تليها نسبة 1.6 % يرون بأن مستوى الطالب هو العامل الذي المؤثر في تكوينهم الطبي، تليها نسبة 1.2 % يرون بأن زملاء العمل هم العامل المؤثر في تكوينهم، و أخيرا نسبة 0.8 % يرون بأن الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج هي العامل المؤثر على تكوينهم الطبي.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يحقق لهم تطورا لمعارفهم الطبية، و أن هذا التكوين يطور معارفهم و لكن بالرغبة و الاصرار و الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات، و يتأثر بالحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية للأطباء، ضف الى ذلك الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج لها دور في تطوير المعارف الطبية و كسب الخبرة و التجربة.

**الجدول رقم 107 يبين العلاقة الموجودة بين العوامل المؤثرة على التكوين الطبي
بمستوى التكوين الطبي**

مستوى التكوين الطبي	العوامل المؤثرة على التكوين الطبي	جيد	متوسط	ضعيف و رديء	حسن	يعتمد على التكوين الذاتي	أخرى	بدون اجابة	المجموع
مستوى الطالب		16 %12.9	52 %41.9	30 % 24.2	16 % 12.9	1 % 0.8	3 % 2.4	6 % 4.8	124 % 100
زملاء العمل		14 %16.9	26 31.3 %	21 % 25.3	14 % 16.9	1 % 1.2	3 %3.6	4 %4.8	83 % 100
بيئة العمل و ظروف العمل		25 % 16.7	51 36.4 %	35 % 25	16 %11.4	3 % 2.2	3 %2.2	5 %3.6	140 % 100
الأساتذة المؤطرين		23 %18.7	55 % 36.7	39 %26	18 % 12	3 % 2	3 % 2	7 % 4.7	150 % 100
الحالات المرضية التي تقصد المستشفى		1 % 64.2	47 %38.2	30 %24.4	14 % 11.4	2 % 1.6	3 % 2.4	4 % 3.3	123 % 100
الأجرة		3 % 20	2 % 40	1 %20	1 % 20	0 % 0	0 % 0	0 % 0	5 %0
الرغبة و الاصرار		0 % 0	1 % 50	1 % 50	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 100
التربصات التكوينية المهنية بالداخل والخارج		0 % 0	0 % 0	3 % 100	0 % 0	0 %0	0 % 0	0 % 0	3 % 100
الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات		1 %50	0 %0	1 %50	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100
نقص الامكانيات البشرية و المادية و الأدوية		1 %20	1 %20	3 %60	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	5 %100
أخرى		0 %0	1 %50	1 %50	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100
الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية		2 %40	1 %20	0 %0	1 %20	0 %0	0 %0	1 %20	5 %100
المجموع		110 %17.1	237 %36.8	165 %25.6	80 %12.4	10 %1.6	15 %2.3	27 %4.2	*644 %100

* تظخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الاجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين العوامل المؤثرة في التكوين الطبي بمستوى التكوين الطبي، يتبين بأن نسبة 36,8% من المبحوثين يرون بأن مستوى التكوين الذي يتلقونه هو تكوين متوسط، ثم تليها نسبة 25,6% يرون بأنه تكوين ضعيف و رديء ،ثم نسبة 17,1% يرون بأنه تكوين جيد ،بعدها نسبة 12,4% يرون بأنه تكوين حسن ،و نسبة 1,6% يرون بأنه تكوين يعتمد على التكوين الذاتي.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي ذو مستوى متوسط ،نجد من بينهم نسبة 50% يرون بأنه يتأثر بعامل الرغبة و الاصرار ،تليها نسبة 41,9% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب ،تليها مباشرة نسبة 40% يرون بأنه يتأثر بعامل الأجرة ،ثم نسبة 38,2% يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج ،ثم نسبة 36,7% يرون بأنه يتأثر بعامل الأساتذة المؤطرين المسؤولين عن هذا التكوين ،ثم مباشرة تأتي نسبة 36,4% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل ،و نسبة 31,3% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل كونهم يساهمون في تقديم المساعدة في التكوين ،و نسبة 20% يرون بأنه يتأثر بالنقص الملموس في الامكانيات البشرية و المادية و الادوية ،و أخيرا نفس النسبة أي 20% يرون بأنه يتأثر بالحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية.

أما فيما يخص الفئة الثانية منهم فإنها تمثل فئة الأطباء الذين يرون بأن مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه هو مستوى ضعيف و رديء ،نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأنه يتأثر أكثر بالتربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج ،ثم تليها نسبة 60% يرون بأنه يتأثر بالنقص في الامكانيات البشرية و المادية و الأدوية ،تليها نسبة 50% يرون بأنه يتأثر بمدى الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات ،و نفس النسبة أي 50% يرون بأنه يتأثر بعامل الرغبة و الاصرار ،ثم نسبة 26% يرون بأنه أي التكوين يتأثر بالأساتذة المؤطرين ،ثم نسبة 25,3% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل، و نسبة 25% ببيئة العمل و ظروف العمل ،و نسبة 24,4% يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج ،و نسبة 24,2% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب ، و أخيرا نسبة 20% يرون بان تكوينهم الطبي يتأثر بعامل الأجرة.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي التي تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن مستوى تكوينهم الطبي هو مستوى جيد ،نجد من بينهم نسبة 50% يرون بأن تكوينهم الطبي الذي يتلقونه يتأثر أولاً بمدى الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات ،ثم تليها نسبة 40% يرون بأنه يتأثر بالحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية ،ثم نسبة 20% يرون بأنه يتأثر بالنقص الملموس في الامكانيات البشرية و المادية و الأدوية ،و بنفس النسبة أي 20% يرون بأنه يتأثر بعامل الأجرة ،تليها نسبة 19,3% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل ، ثم نسبة 18,7% يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج ،و نسبة 16,9% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل ،بعدها مباشرة تأتي نسبة 16,7% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين ،و أخيراً نسبة 12,9% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب.

و الفئة الرابعة من المبحوثين و هي الفئة التي ترى بأن مستوى التكوين الذي يتلقونه هو مستوى حسن ،نجد من بينهم نسبة 20% يرون بأنه تكوينهم الطبي يتأثر بعامل الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية ،و نفس النسبة أي 20% يرون بأنه يتأثر بعامل الأجرة ،تليها نسبة 16,9% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل ،ثم نسبة 12,9% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب ،تليها مباشرة نسبة 12% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين ،ثم نسبة 11,4% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل ،و أخيراً نسبة 11,4% كذلك يرون بأن تكوينهم الطبي هو تكوين يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج و الاستطباب.

و الفئة الخامسة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يعتمد على التكوين الذاتي ،نجد من بينهم نسبة 2,2% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل ،تليها نسبة 2% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين ،و نسبة 1,6% يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج ،ثم نسبة 1,2% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل ،و أخيراً نسبة 0,8% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الأطباء المبحوثين يرون بأن مستوى التكوين الطبي الذي يتلقونه هو في الغالب تكوين متوسط يميل الى الضعيف و الرديء ،يتأثر بالكثير من العوامل و الظروف تختلف هذه العوامل و الظروف حسب الأطباء ، و تختلف من طبيب الى آخر ،أولها الرغبة و الاصرار اللذان بإمكانهما تحسين التكوين ،فبالرغبة و الاصرار يدرس الطالب الطبيب و يبحث بدون تعب أو كلل ،يقوم بتشخيص الكثير من المرضى بدون تهاون رغم التعب ،و لكن كل طالب و مستواه العلمي و قدراته الذهنية ،فهناك طلبة سريعي الفهم و أقوىاء الذاكرة ،و هناك طلبة يبذلون مجهودات كبيرة للفهم ،و التربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج هي الأخرى تلعب دورا كبيرا في تحسين التكوين الطبي ،و هي تربصات مكلفة جدا و ليس باستطاعة جميع الطلبة الحصول عليها.

إذا فرغبة الطلبة و اصرارهم على فهم ما استطاعوا من أسرار مهنة الطب هو الدافع الأول بالنسبة لهم لتحسين مستوى التكوين الذي يتلقونه ،لأن دروس المؤطرين وحدها لا تكفي لذلك يدعمها الطلبة بالبحث ،و الأجرة كذلك تعتبر كأحد أهم العوامل المؤثرة في التكوين الطبي ،ذلك لأن بها يستطيع الطلبة شراء الكتب و المجلات العلمية و دفع فواتير النت و غيرها من الأمور التي تساعد في التكوينهم .

الجدول رقم 108 يبين العلاقة الموجودة بين العوامل المؤثرة في التكوين الطبي بالأقدمية

العوامل المؤثرة في التكوين الطبي الأقدمية	مستوى الطالب	زملاء العمل	بيئة العمل وظروف العمل	الأساتذة المؤثرين	الحالات المرضية التي تقصد المستشفى	الأجرة	الرغبة و الإصرار	التربصات التكوينية المهنية و الدراسية بالداخل و الخارج	الإطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات	نقص الامكانيات البشرية و المادية و الأدوية	أخرى	الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية	المجموع
السنة الاولى	28 %20	20 %14,3	29 %20,7	31 %22,2	27 %19,3	1 %0,7	1 %0,7	1 %0,7	0 %0	0 %0	0 %0	2 %1,4	140 %100
السنة الثانية	37 %21,6	22 %12,9	34 %19,9	40 %23,4	31 %18,1	2 %1,2	0 %0	0 %0	2 %1,2	2 %1,2	1 %0,6	0 %0	171 %100
السنة الثالثة	32 %17,7	22 %12,2	43 %23,8	44 %24,3	33 %18,2	1 %0,5	1 %1,1	2 %0,5	0 %0	1 %0,5	0 %0	2 %1,1	181 %100
السنة الرابعة	13 %18,6	8 %11,4	16 %22,9	16 %22,9	15 %21,4	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %1,4	1 1,4 %	0 %0	70 %100
السنة الخامسة	5 %17,3	3 %10,4	7 %24,1	7 %24,1	5 %17,2	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %3,4	0 %0	1 %3,4	29 %100
السنة السادسة	1 %25	0 %0	1 %25	1 %25	1 %25	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	4 %100
بدون اجابة	8 %16,3	8 %16,3	10 %20,4	11 %22,4	11 %22,4	1 %2,1	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	49 %100
المجموع	124 %19,3	83 %12,9	140 %21,7	150 %23,3	123 %19,1	5 %0,8	2 %0,3	3 %0,5	2 %0,3	5 %0,8	2 0,3 %	5 %0,8	644 %100

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الاجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين العوامل المؤثرة في التكوين الطبي بالأقدمية، يتبين بأن نسبة 23,3% من المبحوثين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بالأساتذة المؤطرين نجد من بينهم نسبة 25% يتمدرسون بالسنة السادسة، تليها نسبة 24,3% يتمدرسون بالسنة الثالثة ، ثم نسبة 24,1% يتمدرسون بالسنة الخامسة ، و نسبة 23,4% يتمدرسون بالسنة الثانية ، و أخيرا نسبة 22,2% يتمدرسون بالسنة الأولى.

و نجد نسبة 21,7% وهي تلك النسبة التي تخص الفئة الثانية من المبحوثين، وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن بيئة العمل وظروف العمل هي العوامل المؤثرة في تكوينهم الطبي نجد من بينهم نسبة 25% يتمدرسون بالسنة السادسة، ثم تليها نسبة 24,1% يتمدرسون بالسنة الخامسة ، تليها نسبة 23,8% يتمدرسون بالسنة الثالثة ، ثم تليها نسبة 22,9% يتمدرسون بالسنة الرابعة، ونسبة 20,7% يتمدرسون بالسنة الأولى و أخيرا نسبة 19,9% يتمدرسون بالسنة الثانية.

وفئة ثالثة قدرت نسبتها بـ 19,3% وهي تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الذي يتلقونه يتأثر بمستوى الطالب نجد من بينهم نسبة 25% يتمدرسون بالسنة السادسة، تليها نسبة 21,6% يتمدرسون بالسنة الثانية ، تليها نسبة 20% يتمدرسون بالسنة الأولى ، و نسبة 18,6% يتمدرسون بالسنة الرابعة، تليها نسبة 17,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة و أخيرا نسبة 17,3% يتمدرسون بالسنة الخامسة .

وفئة الرابعة و قد بلغت نسبتها بـ 19,1% تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج ، نجد من بينهم نسبة 25% يتمدرسون بالسنة السادسة، تليها نسبة 21,4% يتمدرسون بالسنة الرابعة ، تليها نسبة 19,3% يتمدرسون بالسنة الأولى ، ثم نسبة 18,2% يتمدرسون بالسنة الثالثة ، ثم نسبة 18,1% يتمدرسون بالسنة الثانية، و أخيرا نسبة 17,2% يتمدرسون بالسنة الخامسة .

وفئة الخامسة قدرت نسبتها بـ 12,9% تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بزملاء العمل، نجد من بينهم نسبة 14,3% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم تليها نسبة 12,9% يتمدرسون بالسنة الثانية ، تليها نسبة 12,2% يتمدرسون بالسنة الثالثة ، و نسبة 11,4% يتمدرسون بالسنة الرابعة ، و أخيرا نسبة 10,4% يتمدرسون بالسنة الخامسة .

وفئة السادسة قدرت نسبتها بـ 0,8% تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بعامل الأجرة، نجد من بينهم نسبة 1,2% يتمدرسون بالسنة الثانية، تليها نسبة 0,7% يتمدرسون بالسنة الأولى، و أخيرا نسبة 0,5% يتمدرسون بالسنة الثالثة .

و فئة سابعة قدرت كذلك بـ 0,8% تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بالنقص في الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية نجد من بينهم نسبة 3,4% يتمدرسون بالسنة الخامسة، تليها نسبة 1,4% يتمدرسون بالسنة لبرابعة، ثم نسبة 1,2% يتمدرسون بالسنة الثانية و أخيرا نسبة 0,5% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

و فئة ثامنة قدرت نسبتهم كذلك 0,8% تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية نجد من بينهم نسبة 3,4% يتمدرسون بالسنة الخامسة تليها نسبة 1,4% يتمدرسون بالسنة الأولى و أخسرا نسبة 1,1% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

وفئة تاسعة تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بالتربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج قدرت نسبتهم بـ 0,5% ، نجد من بينهم نسبة 1,1% يتمدرسون بالسنة الثالثة، و نسبة 0,7% يتمدرسون بالسنة الأولى.

فئة عاشرة تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بالرغبة و الإسرار قدرت نسبهم بـ 0,3% نجد من بينهم نسبة 0,7% يتمدرسون بالسنة الأولى، ونسبة 0,5% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

فئة الحادية عشر و هي فئة تخص الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بمدى الإطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات ، و قدرت نسبهم بـ 0,3% كذلك ، نجد من بينهم نسبة 1,2% يتمدرسون بالسنة الثانية.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الطلبة الأطباء يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بالأساتذة المؤطرين بالدرجة الأولى فإذا كان الأساتذة لديهم رصيد معرفي كبير في مجال الطب يقدمون لهم ما استطاعوا من هذا الرصيد المعرفي و لا يحتكرون معلوماتهم لمصالحهم الشخصية مع بذل القليل أو الكثير من الجهودات الشخصية من طرف الطلبة كل وقدرته، فذلك ما يجعل من التكوين يسموا إلى درجات عليا ولكن إذا ما تحقق عكس ذلك أو حتى القليل منه، فذلك ما يؤثر بالسلب على التكوين الطبي.

إذا فكلما زادت الأقدمية للمبحوثين كلما زاد رأيهم بأن تكوينهم الطبي يتأثر أولا بالأساتذة المؤطرين ثم بعدها بيئة العمل و ظروف العمل .

و ما نلاحظه بأن التكوين الطبي يتأثر بعدة عوامل نسبها متقاربه فيما بينهم، أولها الأساتذة المؤطرين ثم بيئة العمل وظروف العمل، بعدها مستوى الطالب ثم الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج و هي حالات متنوعة ثرية بالمعلومات المفيدة للطلبة ، ثم زملاء العمل ، و ذلك حسب العلاقة التي تجمع بينهم لأن الطلبة فيما بينهم يتساعدون في تعليمهم الطبي ، ويتضامنون مع بعضهم البعض.

الجدول رقم:109 يبين العلاقة الموجودة بين العوامل المؤثرة على التكوين الطبي بمدى

تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي

مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني العوامل المؤثرة في التكوين الطبي	نعم	لا	نوعا ما	تكوين شخصي	بصعوبة	في المجال التطبيقي فقط	بدون إجابة	المجموع
مستوى الطالب	86 % 69,4	15 % 12,1	18 % 14,5	2 % 0,8	1 % 0,8	1 % 0,8	1 % 0,8	124 % 100
زملاء العمل	56 % 67,5	11 % 13,3	13 % 15,7	0 % 0	1 % 1,2	1 % 1,2	1 % 1,2	83 % 100
بيئة العمل و ظروف العمل	98 % 70	15 % 10,7	20 % 14,3	3 % 2,2	2 % 1,4	1 % 0,7	1 % 0,7	140 % 100
الأساتذة المؤطرين	106 % 70,7	14 % 9,3	23 % 15,3	3 % 2	2 % 1,3	1 % 0,7	1 % 0,7	150 % 100
الحالات المرضية التي تقصد المستشفى	87 % 70,7	13 % 10,6	17 % 13,8	2 % 1,6	2 % 1,6	1 % 0,8	1 % 0,8	123 % 100
الأجرة	4 % 80	0 % 0	1 % 20	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	5 % 100
الرغبة و الإصرار	2 % 100	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 100
التربصات التكوين المهنية و الدراسية في الداخلي و الخارج	1 % 33,3	0 % 0	2 % 66,7	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3 % 100
الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات	1 % 50	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 50	2 % 100
نقص الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية	3 % 60	1 % 20	1 % 20	0 % 0	0 % 0	0 % 0	1 % 20	5 % 100
أخرى	1 % 50	0 % 0	1 % 50	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	2 % 100
الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية	4 % 80	0 % 0	1 % 20	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	5 % 100
المجموع	449 % 69,7	69 % 10,7	97 % 15,1	10 % 1,6	8 % 1,2	5 % 0,8	6 % 0,9	644 % 100

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين العوامل المؤثرة على التكوين الطبي بمدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي، حيث تبين بأن نسبة 69,7% ترى بأن التكوين الذي تتلقاه يحقق النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، تليها نسبة 15,1% ترى

بأنه نوعا ما يحقق لها النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، و نسبة 10,7% يرون بأنه لا يحقق النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني، ثم نسبة 1,6% ترى بأنه تكوين شخصي، و نسبة 1,2% يرون بأنه يحقق النتائج المرجوة منه ولكن بصعوبة، تليها نسبة 0,8% يرون بأنه يحقق النتائج المرجوة منه في المجال التطبيقي فقط، دون النظري.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني نجد من بينهم نسبة 100% ترى بأنه يتأثر أكثر بالرغبة و الإصرار من طرفهم، تليها نسبة 80% ترى بأنه يتأثر بعامل الأجرة ، ونفس النسبة أي نسبة 80% ترى بأنه يتأثر بالحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية، ثم نسبة 70,7% ترى بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين ونفس النسبة ترى بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، ثم نسبة 69,4% ترى بأنه يتأثر بمستوى الطالب، ثم نسبة 67,5% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل، و نسبة 60% يرون بأنه يتأثر بالنقص في الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية، ثم نسبة 50% يرون بأنه يتأثر بمدى الإطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات، و أخيرا نسبة 33,3% يرون بأنه يتأثر بالتربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج.

وفيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم نوعا ما النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، نجد من بينهم نسبة 66,7% ترى بأنه يتأثر أكثر بالتربصات التكوينية المهنية و الدراسة في الداخل و الخارج ، و نسبة 20% يرون بأنه يتأثر بعامل الأجرة، تليها نسبة 20% كذلك يرون بأنه يتأثر بالنقص في الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية، و نسبة 20% أيضا يرون بأن التكوين الذي يتلقونه يتأثر بالحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية، ثم نسبة 15,7% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل، و نسبة 15,3% يرون بأنه يتأثر

بالأساتذة المؤطرين و نسبة 14,5% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب، ثم نسبة 14,3% يرون بأنه يتأثر بيئة العمل و ظروف العمل، وأخيرا نسبة 13,8% يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج.

والفئة الثالثة التي تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه لا يحقق لهم النتائج المرجوة منه والتي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، نجد من بينهم نسبة 20% يرون بأن تكوينهم يتأثر بنقص الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية، تليها نسبة 13,3% يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بزملاء العمل، تليها نسبة 12,1% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب، تليها نسبة 10,7% يرون بأنه يتأثر بيئة العمل وظروف العمل، ثم تليها مباشرة نسبة 10,6% يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، و أخيرا نسبة 9,3% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين.

والفئة الرابعة وهي فئة التي ترى بأنه تكوين شخصي، نجد من بينهم نسبة 2,2% يرون بأن تكوينهم يتأثر ببيئة العمل وظروف العمل، ونسبة 2% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين، و نسبة 1,6% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب و نفس النسبة يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية.

وفئة خامسة وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم يحقق لهم النتائج المرجوة منه والتي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي و لكن بصعوبة ، نجد من بينهم نسبة 1,6% يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، تليها نسبة 1,4% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل، تليها مباشرة نسبة 1,3% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين، تليها مباشرة أيضا نسبة 1,2% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل و أخيرا نسبة 0,8% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب.

وفئة سادسة وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم يحقق لهم النتائج المرجوة منه ولكن بالجانب التطبيقي فقط، نجد من بينهم نسبة 0,8% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب، ونفس النسبة يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي

تقصد المصلحة الطبية للعلاج، تليهما نسبة 0,7% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل، و نفس النسبة أي نسبة 0,7% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين، و أخيرا نسبة 1,2% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أكثر من نصف العينة المبحوثة يرون بأن التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المساعدة في المسار المهني الطبي و أن هذا التكوين رغم أنه يحقق لهم النتائج المرجوة منه إلا أنه يتأثر بقدر كبير من العوامل، أولها الرغبة و الإصرار على كسب الخبرة و التجربة الطبية و ذلك بتجريب كل الوسائل و الطرق المؤدية إلى ذلك، ضف إلى ذلك الأجرة التي تعتبر أحد أهم العوامل المساعدة أو المعيقة للطلبة لتحسين قدراتهم في المجال الطبي، و الأساتذة المؤطرين و الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، فكلما تعددت و تنوعت هذه الحالات كلما استفاد منها الطلبة و اكتسبوا بفضلها الخبرة الطبية.

الجدول رقم 110 يبين العوامل المؤثرة في التكوين

العوامل المؤثرة في التكوين الطبي	التكرار	النسبة
مستوى الطالب	124	19,3 %
زملاء العمل	83	12,9 %
بيئة العمل وظروف العمل	140	21,7 %
الأساتذة المؤطرين	150	23,3 %
الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج	123	19,1 %
الأجرة	5	0,8 %
الرغبة و الإصرار	2	0,3 %
التربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج	3	0,5 %
الإطلاع على الوثائق العملية و الكتب و المقالات	2	0,3 %
نقص الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية	5	0,8 %
أخرى	2	0,3 %
الحالات الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية	5	0,8 %
المجموع	644	100 %

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العوامل المؤثرة في التكوين الطبي يتبين بأن أكبر نسبة تعود إلى عامل الأساتذة المؤطرين حيث يرى الطلبة المبحوثين و التي قدرت نسبتهم بـ 23,3% أن تكوينهم الطبي الذي يتلقونه يتأثر بنسبة كبيرة بنوع التكوين الذي يقدمه لهم الأساتذة المؤطرين، فالأساتذة المشرفين على التكوين الطبي هم المسؤول الأول عن مدى النجاح الذي يحققه هذا التكوين ضف إلى ذلك الوقت، حيث لا يستطيع المؤطرين تسخير كامل وقتهم إلا للتأطير فقط، فلديهم التزامات أخرى إدارية ففي الغالب يكون المؤطرين رؤساء مصالح و مسؤولين لذلك يقدم المشرفين على التأطير أساسيات علم الطب و باقي الأمور على الطلبة البحث و الإطلاع ذلك ما سيساعدهم في عدم الاتكال فقط على التأطير المبرمج و يفتح لهم باب الاتكال على النفس.

و الفئة الثانية من المبحوثين و التي قدرت نسبتهم بـ 21,7% يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يتأثر خاصة ببيئة العمل وظروف العمل، فكل عمل مهما اختلفت مجالاته و اختصاصاته تحكمه ظروف معينة و تقوم بتسييره، ومجال الطب كباقي المجالات المهنية تحكمه ظروف، و لكن ظروف عمل الأطباء أكثر تعقيدا من غيرها، كون الطبيب يتعامل مع كائنات بشرية لا جامدة ولا حيوانية ولا نباتية، ومهمته أكثر صعوبة من غيرها، والظروف التي يعمل بها قد تكون السبب في نجاح مهمته أو فشلها، قد تكون السبب في نجاح تكوينه أو فشله، وما لاحظته في أثناء إجراءي للملاحظات أن الأطباء يؤدون عملهم في العلاج بأيديهم يحاربون المرض بأيديهم خاصة بمصلحة طب الأطفال، لا يملك الأطباء أدنى الوسائل للعلاج، ولا يملكون المصباح المخصص لرؤية اللوزتين ويستعملون مصباح الهاتف النقال لذلك، و لا يملكون محررا لقياس درجة حمى الأطفال، تلك أدنى الظروف التي يعيشونها، فهل هذه الظروف مساعدة لأداء عملهم و اكتسابهم الخبرة و التجربة الطبية.

أما الفئة الثالثة من المبحوثين و هي الفئة التي ترى بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يتأثر بمستوى الطالب، قدرت نسبتهم بـ 19,3% فمستويات الطلبة

العلمية و الذهنية تختلف من طالب إلى آخر، فرغم أن في التخصص الواحد كل الطلبة حصلوا على المعدل واحد، إلا أنهم يختلفون في درجات الذكاء و الفطنة.

و فيما يخص الفئة الرابعة و هي تلك التي تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، قدرت نسبتهم بـ 19,1% هذه الفئة من المبحوثين تدرك أهمية الحالات المرضية و تنوعها و مدى تأثيرها في التكوين الطبي لديهم، إذ أنه يوميا تقصد المصلحة الطبية المئات من الحالات المرضية المختلفة و الثرية بالمعلومات الطبية للأطباء وقد تكون هذه الأمراض موسمية كالأوبئة و التي صنفها العلماء و الباحثون إلى أمراض شتوية و أخرى صيفية وهناك أمراض موسمية، و لقد نسب أبقراط ظهور الأمراض إلى المؤثرات الخارجية (1)، هذه الأمراض و الحالات المرضية هي موضوع للبحث و التكوين و التدريب الطبي للطلبة الأطباء.

و الفئة الخامسة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بزملاء العمل، وقد بلغت نسبتهم بـ 12,9%، فالعلاقة التي تجمع بين الأطباء وزملاءهم سواء في السلك الطبي أو الشبه الطبي أو حتى الزملاء العاملين معهم في مجال آخر لها دور كبير في التكوين الطبي، فالتعاون و التضامن فيما بينهم يزيد من تحسين التكوين، و الصراع و المنافسة تعقانه، لذلك يرى المبحوثين أن تكوينهم يتأثر أولا بزملاء العمل.

و أما الفئة السادسة و هي التي تخص الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بعامل الأجرة قدرت نسبتهم بـ 0,8%، فمهنة الطب مهنة مكلفة جدا، و الأجرة الشهرية وحدها لا تكفي لسد احتياجات الطلبة لذلك نجد الكثير من الطلبة الأطباء يتدربون بالمؤسسات الاستشفائية العمومية و يساعدون أنفسهم ماديا بالعمل في مصحات خاصة في أوقات الفراغ و ليلا.

وفئة سابعة قدرت نسبتها كذلك بـ 0,8% ترى بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه هو تكوين يتأثر بالنقص الملموس في الإمكانيات البشرية و المادية و حتى الأدوية، حقيقة بمزاولة مهنة ما يجب توفر مستلزمات و مواد و إمكانيات خاصة

بكل مهنة ، والمهنة الأصعب قومها تتعامل مع كائنات بشرية لا تسمح فيها بالخطأ و هي مهنة الطب تفتقر في الغالب إلى الامكانيات الضرورية للعلاج لذلك فلاحظ أحيانا استغناء الطلبة عن بعضها في العلاج و تعويضها بأخرى عند الضرورة.

و الفئة الثامنة و التي قدرت نسبتها أيضا بـ 0,8% ترى بأن تكوينها الطبي يتأثر بالحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية .

و أما الفئة التاسعة قدرت نسبتها بـ 0,5% ترى بأن تكوينها الطبي يتأثر بالتربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج، هذه التربصات مكلفة جدا لا يستطيع الطلبة العاديين الحصول عليها، و هي في الغالب تكون مدفوعة من طرف المؤسسة الاستشفائية التي يعملون بها و لكن لا تخص الطلبة المقيمين، فهي موجهة إلى رؤساء المصالح و الأطباء المرسمين أي الأطباء ذو الدرجات المهنية العليا بالمصلحة الطبية هذه التربصات مفيدة جدا لكسب التجربة و الخبرة الطبية و الاطلاع على الجديد في الميدان الطبي.

و الفئة العاشرة و التي قدرت نسبتها بـ 0,3% ترى بأن تكوينهم الطبي يتأثر بعامل الرغبة و الإصرار، الرغبة في إتقان المهنة و الإصرار على كسب الخبرة الطبية و الطالب الذي لا يملك هاذين العاملين يتيه في الدروب الواسعة للطب

و الفئة الأخيرة من المبحوثين، وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بمدى الإطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات قدرت نسبتهم بـ 0,3% و الطلب الذي يتكل على التأطير المبرمج لا يستطيع إتقان المهنة و الغوص في شعبها ، لذلك توجب عليه الاطلاع الدائم على الجديد في الميدان ، ليكون على علم بالمستجدات العلمية و الطبية بالمراجعة و البحث و القراءة.

إذا من خلال الجدول يتبين بأن التكوين الطبي الذي يتلقاه المبحوثين يتأثر بعدة عوامل أهمها الأساتذة المؤطرين و ظروف العمل و الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج و كذا مستوى الطالب و زملاء العمل هي أهم العوامل التي يتأثر بها التكوين الطبي للأطباء المقيمين.

الجدول رقم 111 يبين العلاقة الموجودة بين العوامل المؤثرة في التكوين الطبي بطبيعة التكوين

طبيعة التكوين الطبي العوامل المؤثرة في التكوين الطبي	تكوين نظري محض	تكوين تطبيقي محض	ممزوج	بدون إجابة	المجموع
مستوى الطالب	4	4	115	1	124
	%3,2	%3,2	%92,7	%0,8	%100
زملاء العمل	3	4	75	1	83
	%3,6	%4,8	%90,4	%1,2	%100
بيئة العمل وظروف العمل	6	8	125	1	140
	% 4,3	%5,7	%89,3	% 0,8	%100
الأساتذة المؤطرين	6	8	135	1	150
	% 4	%5,3	%90	% 0,7	%100
الحالات المرضية التي تقصد المستشفى	6	7	109	1	123
	%4,9	%5,7	%88,6	% 0,8	%100
الأجرة	1	0	4	0	5
	%20	%0	%80	% 0	%100
الرغبة و الإصرار	0	0	2	0	2
	%0	%0	%100	%0	%100
التربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج	0	0	3	0	3
	%0	%0	%100	% 0	%100
الإطلاع على الوثائق العملية و الكتب و المقالات	1	0	1	0	2
	%50	%0	%50	% 0	%100
نقص الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية	1	0	4	0	5
	%20	%0	%80	% 0	%100
أخرى	0	0	2	0	2
	%0	%0	%100	% 0	%100
الحالات الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية	0	0	5	0	5
	%0	%0	%100	% 0	%100
المجموع	28	0	580	0	644
	%4,3	%0	%90,1	% 0	%100

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين العوامل المؤثرة في التكوين الطبي بطبيعة التكوين، يتبين بأن نسبة 90,1% من المبحوثين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين ممزوج ما بين النظري و التطبيقي، ثم نسبة 4,8% يرون بأنه تطبيقي محض و أخيرا نسبة 4,3% يرون بأنه تكوين نظري محض.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوين الطبي الذي يتلقونه هو تكوين ممزوج، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأن هذا التكوين يتأثر بالرغبة و الإصرار و بالتربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج، و كذلك بالحالات الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية، ثم نسبة 92,7% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب، بعدها نسبة 90,4% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل، ثم نسبة 90% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين، فنسبة 89,3% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل، تليها مباشرة نسبة 88,6% يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج يوميا، بعدها تأتي نسبة 80% يرون بأنه يتأثر بعامل الأجرة، و نفس النسبة يرون بأنه يتأثر بالنقص الملموس في الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية، وأخيرا نسبة 50% يرون بأنه يتأثر بمدى الإطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات.

أما الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوين الطبي الذي يتلقونه هو تكوين تطبيقي محض، نجد من بينهم نسبة 5,7% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل و نفس النسبة يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، بعدها مباشرة تأتي نسبة 5,3% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين، ثم نسبة 4,8% يرون بأنه يتأثر أكثر بزملاء العمل، و أخيرا نسبة 3,2% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن طبيعة التكوين الطبي الذي يتلقونه هو نظري محض، نجد من بينهم نسبة 50% يرون بأنه يتأثر بمدى الإطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات، ثم نسبة 20% يرون بأنه يتأثر بعامل الأجرة، ونفس النسبة يرون بأنه يتأثر بالنقص الملموس في الإمكانيات البشرية و المادية والأدوية، ثم نسبة 4,9% يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج يوميا، بعدها مباشرة نسبة 4,3% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل وظروف العمل، ثم نسبة 4% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين، ثم بعدها نسبة 3,6% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل، وأخيرا نسبة 3,2% يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بمستوى الطالب العلمي و الذهني.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن التكوين الطبي هو تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، و يتأثر بالكثير من العوامل أهمها رغبة الطلبة و إصرارهم على كسب الخبرة و التجربة الطبية وذلك بالبحث و الإطلاع الدائم على كل ما هو جديد في الميدان الطبي و تشخيص الكثير من الحالات المرضية الاستفادة منها، كما أنه يتأثر بالحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية وكذا بالأساتذة المؤطرين و نوعية التكوين الذي يقدمونه و بمدى توفر الإمكانيات المادية و البشرية و الأدوية كذلك، إذا حسب المبحوثين أنه هناك نقص ملحوظ في هذه الإمكانيات.

الجدول رقم 112 يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو أهله بالعوامل المؤثرة في التكوين الطبي

مدى مواجهة المشاكل مع المرضى و ذويهم	نعم	لا	بدون إجابة	المجموع
العوامل المؤثرة في التكوين الطبي				
مستوى الطالب	88 %70,9	35 %28,2	1 %0,8	124 %100
زملاء العمل	63 %75,9	19 %27,9	1 %1,2	83 %100
بيئة العمل وظروف العمل	100 % 71,4	39 %5,7	1 %0,7	140 %100
الأساتذة المؤثرين	105 % 70	44 %29,3	1 %0,7	150 %100
الحالات المرضية التي تقصد المستشفى	89 %72,4	33 %26,8	1 %0,80	123 %100
الأجرة	4 %80	1 %20	0 %0	5 %100
الرغبة و الإصرار	2 %100	0 %0	0 %0	2 %100
التربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج	2 %66,7	1 %33,3	0 %0	3 %100
الإطلاع على الوثائق العملية و الكتب و المقالات	1 %50	1 %50	0 %0	2 %100
نقص الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية	3 %60	2 %40	0 %0	5 %100
أخرى	2 %100	0 %0	0 %0	2 %100
الحالات الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية	5 %100	0 %0	0 %0	5 %100
المجموع	464 %72	175 %27,2	5 %0,8	644 %100

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بالعوامل المؤثرة في التكوين الطبي ، يتبين بأن تقريبا ثلاثة أرباع العينة المبحوثة و التي قدرت بـ 72% واجهت مشاكل مع المرضى و ذويهم و نسبة 27,2% لم يواجهوا مشاكل معهم .

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي تلك فئة التي واجهت مشاكل مع أحد المرضى أو أهلهم، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بعمل الرغبة و الإصرار ، نفس النسبة أي 100% يرون بأنه يتأثر بحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية ، ثم نسبة 80% يرون بأنه يتأثر بعامل الأجرة ، ثم تليها 75,9% يرون بأنه يتأثر بزملاء العمل ، ثم بعدها تأتي نسبة 72,4% يرون بأنه يتأثر بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، ثم نسبة 71,4% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل، ثم تليها نسبة 70,9% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب ، بعدها مباشرة تأتي ثم نسبة 70% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين ونوعية التكوين الذي يقدمونه، ثم نسبة 66,7% يرون بأنه يتأثر بالتربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج، بعدها نسبة 60% يرون بأنه يتأثر بالنقص الملموس في الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية، و أخيرا ثم نسبة 50% يرون بأنه يتأثر بمدى الإطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك الفئة التي لم تواجه مشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم، نجد من بينهم نسبة 50% يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يتأثر بمدى الإطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات، ثم نسبة 40% يرون بأنه يتأثر بالنقص في الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية، ثم تليها نسبة 33,3% يرون بأنه يتأثر بالتربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج، تليها نسبة 29,3% يرون بأنه يتأثر بالأساتذة المؤطرين، ثم نسبة 28,2% يرون بأنه يتأثر بمستوى الطالب، تليها نسبة 27,9% يرون بأنه يتأثر ببيئة العمل و ظروف العمل، ثم نسبة 26,8% يرون بأنه يتأثر بالحالات

المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، ونسبة 22,9% يرون بأنه يتأثر
بزملاء العمل ، و أخيرا نسبة 20% يرون بأنه يتأثر بعامل الأجرة.

إذن من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة واجهت
المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم لأسباب تختلف من طبيب إلى أخرى و من
مصلحة طبيب إلى أخرى، و أن التكوين الذي يتلقاه الطلبة الأطباء يتأثر بعدة
عوامل أهمها الرغبة و الإصرار و الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و
الشخصية لكل طبيب.

الجدول رقم: 113 يبين العلاقة الموجودة بين نوعية التأثير كثرة المرضى في قاعات الانتظار على التكوين الطبي بالجنس

نوعية التأثير الذي تسببه كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي		الجنس	عدم إعطاء كل مريض حقه من الوقت	الإزعاج يسبب الفوضى الضجيج	سوء التنظيم	نقص التركيز	توتر و القلق و إرباك	تأثر سلبي على نوعية العلاج والتعليم	تأثر سلبي حالات طارئة تنتظر	تأثير جسدي	الإزعاج المستمر في تقص الطاقم المساعد	تأثير سلبي جدا	عدم تفهم المرضى	تؤثر على هيبة الطبيب و عدم احترامه	غياب الأمن	تأثير ايجابي	المجموع
ذكر	14,1 %	14	11,1 %	7,1 %	2 %	18,2 %	3,1 %	12,1	11,1 %	7,1 %	4,1 %	0 %	1 %	5,1 %	1	3 %	99 %100
أنثى	17,1 %	15	19,3 %	7,9 %	5,7 %	7,9 %	10,2 %	7,9 %	12,5 %	3,4 %	1,2 %	3,4 %	1,2 %	0 %	0	2,3 %	88 %100
المجموع	15,5 %	29	14,9 %	7,5 %	3,7 %	13,4 %	6,4 %	10,2 %	11,8 %	5,3 %	2,7 %	1,6 %	1,1 %	2,7 %	1	2,7 %	187 %100

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوعية التأثير الذي تسببه كثرة المرضى في قاعة الانتظار على التكوين الطبي بالجنس، يتبين بأن نسبة 15,5% تسبب لهم كثرة المرضى بقاعات الانتظار ضغط نفسي كبير، نجد من بينهم نسبة 17,1% إناث و 14,1% ذكور.

أما الفئة الثانية من المبحوثين و التي قدرت نسبتهم بـ 14,9% وهي الفئة التي أثر عليها إكتضاض المرضى بقاعات الانتظار سلبا، حيث لا تعطى كل مريض حقه من الوقت في أثناء القيام بالاستشارة الطبية نجد من بينهم نسبة 19,3% إناث و 11,1% ذكور.

و الفئة الثالثة من المبحوثين وهي التي أثرت عليها كثرة المرضى بقاعات الانتظار سلبا بنقص التركيز لديها، وقد قدرت نسبتها بـ 13,4% نجد من بينهم 18,2% ذكور و 7,9% إناث.

و الفئة الرابعة قدرت نسبتهم بـ 11,8% ، تأثروا سلبا نتيجة كثرة المرضى بقاعات الانتظار و ذلك بترك الحالات الطارئة تنتظر، نجد من بينهم نسبة 12,5% إناث و 11,1% ذكور.

و الفئة الخامسة قدرت نسبتهم بـ 10,2% ، تأثروا سلبا نتيجة كثرة المرضى بقاعات الانتظار ظهر هذا التأثير السلبي خاصة في نوعية العلاج و التعليم، نجد من بينهم نسبة 12,1% ذكور و 7,9% إناث.

و الفئة السادسة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي أثرت عليها كثرة المرضى بقاعات الانتظار بنوع من الإزعاج بسبب الفوضى و الضجيج و قدرت نسبتهم بـ 7,5% ، نجد من بينهم نسبة 7,9% إناث و 7,1% ذكور.

وفيما يخص الفئة السابعة من المبحوثين و هي الفئة الأطباء الذين سببت لهم كثرة المرضى بقاعات الانتظار التوتر و القلق و الإرباك، بلغت نسبتهم بـ 6,4% ، نجد من بينهم نسبة 10,2% إناث و 3,1% ذكور.

و الفئة الثامنة و التي قدرت نسبتها بـ 5,3% تأثروا جسديا نتيجة كثرة المرضى بقاعات الانتظار، نجد من بينهم نسبة 7,1% ذكور و 3,4% إناث

و الفئة التاسعة من المبحوثين والتي قدرت نسبتهم بـ 3,7% تأثروا سلبا نتيجة كثرة المرضى بقاعات الانتظار الأمر الذي سبب سوء التنظيم في داخل القاعة ، نجد من بينهم نسبة 5,7% إناث و 2% ذكور.

والفئة العاشرة وهي الفئة الأطباء الذين تأثروا سلبا بسبب كثرة المرضى بقاعات الانتظار قدرت نسبهم بـ 2,7%، ظهور نوع من الازعاج لدى هذه الفئة من المبحوثين بسبب النقص المستمر للطاقم المساعد، نجد من بينهم نسبة 4,1% ذكور و 1,2% إناث.

والفئة الحادية عشر قدرت نسبتها كذلك بـ 2,7% هذه الفئة تأثرت على خلاف جميع الفئات تأثيرا إيجابيا نجد من بينهم نسبة 3% ذكور و 2,3% إناث.

و الفئة الثانية عشر من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين أثرت كثرة المرضى بقاعات الانتظار في هيبتهم و ذلك بعدم احترامهم ، قدرت نسبتهم بـ 2,7% كذلك ، نجد من بينهم نسبة 5,1% ذكور.

وفئة الثالثة عشر من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين أثرت فيهم كثرة المرضى بقاعات الانتظار تأثيرا سلبيا جدا ، و قدرت نسبتهم بـ 1,6%، نجد من بينهم نسبة 3,4% إناث.

وفئة ما قبل الأخيرة وهي فئة الأطباء الذين أثرت فيهم كثرة المرضى بقاعات الانتظار تأثيرا سلبيا يظهر في عدم تفهم أهل المريض و المريض نفسه، قدرت نسبتهم بـ 1,1%، نجد من بينهم نسبة 1,2% إناث و نسبة 1% ذكور

وفئة الأخيرة وهي فئة الأطباء الذين أثرت فيهم كثرة المرضى بقاعات الانتظار بسبب غياب الأمن بالمصلحة الطبية، و قدرت نسبتهم بـ 0,5%، نجد من بينهم نسبة 1% ذكور.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بان الإناث هن الأكثر تأثرا بكثرة المرضى بقاعات الانتظار من الذكور، حيث أن كثرة الاكتظاظ بالمرضى بقاعات الانتظار أثرت عليهن تأثيرا سلبيا جدا يظهر ذلك من خلال سوء التنظيم الذي ينتج من هذا الاكتظاظ ، وعدم تفهم المرضى يؤدي إلى ظهور نوع من الفوضى و الضجيج

الليدان بدورهما يسببان الإزعاج لهن فيرتبكن و يتوترن ويحسون بالقلق و بذلك لا يعطين كل مريض حقه من الوقت لفهم حالته المرضية و كل ذلك يؤدي بهن إلى ضغط نفسي.

أما الأطباء الذكور فكثرة المرضى بقاعات الانتظار تؤثر عليهم بالسلب، حيث نتيجة هذا الاكتظاظ و بالمقابل غياب الأمن ونقص الطاقم المساعد للتخفيف من ذلك الاكتظاظ يؤدي بهم إلى تعب جسدي ، فينقص تركيزهم و بالتالي تنقص النوعية في العلاج و حتى التعليم ، وتبقى في قاعة الانتظار حالات طارئة تنتظر .

إذن كثرة المرضى بقاعات الانتظار و ما تسببه من مشاكل يعود بالسلب في الغالب على المبحوثين من الناحية النفسية و الجسدية و ما تخلقه من فوضى وسوء في التنظيم و التعدي على هيبة الطبيب و عدم احترامه، كل ذلك يعود بالسلب في النهاية على المرضى ، و يظهر ذلك من خلال عدم إعطاء كل مريض حقه من الوقت فتتقص الفاعلية في العمل الطبي و يبقى المريض يصارع الألم.

الجدول رقم:114 يبين العلاقة الموجودة بين نوع تأثير كثرة المرضى في قاعات الانتظار على التكوين الطبي بالأقدمية

نوع التأثير الذي تسببه كثرة المرضى على التكوين الطبي	ضغط نفسي	عدم إعطاء كل مريض حقه من الوقت	الإزعاج يسبب الفوضى الضجيج	سوء التنظيم	نقص التركيز	توتر و القلق و إرباك	تأثر سلبي على نوعية العلاج والتعليم	تأثر سلبي حالات طارئة تنتظر	تأثير جسدي	الإزعاج المستمر في تقص الطاقم المساعد	تأثير سلبي جدا	عدم تفهم المرضى	تؤثر على هيبة الطبيب و عدم احترامه	غياب الأمن	تأثير أيجابي	المجموع
السنة الأولى	18,6 %	9 %	3 %	0 %	9,3 %	4 %	3 %	3 %	7 %	0 %	0 %	0 %	1,3 %	0 %	0 %	43 %100
السنة الثانية	8,5 %	10,3 %	3,6 %	1,2 %	12,8 %	5,6 %	4,8 %	8,17 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	0 %	1,2 %	0 %	2,4 %	47 %100
السنة الثالثة	18,2 %	9,1 %	4,7 %	3,5 %	9,1 %	2,5 %	6,10,9 %	7,12,7 %	4,7,3 %	3,5,5 %	0 %	1,1,8 %	1,1,8 %	1,1,8 %	3,5,5 %	55 %100
السنة الرابعة	15 %	0 %	0 %	0 %	20 %	0 %	4,20 %	3,15 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	2,10 %	0,5 %	0 %	20 %100
السنة الخامسة	0 %	14,3 %	28,6 %	2,28,6 %	0 %	1,14,3 %	0,14,3 %	1,14,3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	7 %100
السنة السادسة	0 %	0 %	1,50 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1,50 %	0 %	0 %	0 %	2 %100
بدون أجابة	30,8 %	23,1 %	7,7 %	1,7,7 %	0 %	2,15,4 %	0,7,7 %	1,7,7 %	3,4 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	88 %100
المجموع	15,5 %	14,9 %	7,5 %	7,3 %	13,4 %	12,6,4 %	19,10,2 %	22,11,8 %	10,5,3 %	5,2,7 %	3,1,6 %	2,1,1 %	5,2,7 %	1,0,5 %	5,2,7 %	187 %100

* تضخم العدد نظرا لكون السؤال مفتوح فتعددت الإجابات.

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين نوع التأثير الذي تسببه كثرة المرضى بقاعات الانتظار على التكوين الطبي بالأقدمية، يتبين بأن نسبة 15,5% يحدث لهم ضغط نفسي نتيجة هذا الاكتظاظ في المرضى، نجد من بينهم نسبة 18,6% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم تليها نسبة 18,2% يتمدرسون في السنة الثالثة، ثم نسبة 15% يتمدرسون في السنة الرابعة، وأخيرا نسبة 8,5% بالسنة الثانية.

ونجد فئة ثانية من المبحوثين و التي قدرت نسبتهم بـ 14,9% لا يستطيعون إعطاء كل مريض حقه من الوقت بسبب كثرة المرضى، نجد من بينهم نسبة 21,3% يتمدرسون بالسنة الثانية و نسبة 20,9% يتمدرسون بالسنة الأولى، وبعدها نسبة 14,3% يتمدرسون بالسنة الخامسة و أخيرا نسبة 9,1% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

كما نجد فئة رابعة من المبحوثين قدرت نسبتهم بـ 11,8% يتكون حالات طارئة تنتظر بقاعة الانتظار بسبب كثرة المرضى وعدم تنظيمهم نجد من بينهم نسبة 17% يتمدرسون بالسنة الثانية، و نسبة 15% يتمدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 14,3% يتمدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة 12,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة، وأخيرا نسبة 7% يتمدرسون بالسنة الأولى.

ونجد فئة خامسة قدرت نسبتهم بـ 10,2% أثرت فيهم كثرة المرضى بقاعات الانتظار بالسلب على نوعية العلاج و التعليم، نجد من بينهم نسبة 20% يتمدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 10,9% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 8,5% يتمدرسون بالسنة الثانية، وأخيرا نسبة 7% يتمدرسون بالسنة الأولى

و فئة ثالثة من المبحوثين قدرت نسبتهم بـ 13,4% تأثروا سلبا من جراء كثرة المرضى بقاعات الانتظار و يظهر هذا التأثير من خلال نقص في التركيز لديهم نجد من بينهم نسبة 20,9% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم نسبة 20% يتمدرسون بالسنة الرابعة، و نسبة 12,8% يتمدرسون بالسنة الثانية، وأخيرا نسبة 9,1% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

أما فئة سادسة من المبحوثين و هي تلك الفئة التي تأثرت بالإزعاج المستمر بسبب الفوضى و الضجيج الناتجة عن كثرة المرضى بقاعة الانتظار للمصلحة الطبية، وقد قدرت نسبتهم بـ 7,5% ، نجد من بينهم نسبة 50% يتمدرسون بالسنة السادسة، ثم نسبة 28,6% يتمدرسون بالسنة الخامسة، و نسبة 7,3% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 7% يتمدرسون بالسنة الأولى، وأخيرا نسبة 6,4% يتمدرسون بالسنة الثانية.

و فئة السابعة من المبحوثين وهي التي تشعر بالقلق و لتوثر و الإرباك بسبب كثرة المرض بقاعة الانتظار و ما تسببه من ضجيج، وقد بلغت نسبتهم بـ 6,4% ، نجد من بينهم نسبة 14,3% يتمدرسون بالسنة الخامسة، ونسبة 10,6% يتمدرسون بالسنة الثانية، ثم نسبة 9,3% يتمدرسون بالسنة الأولى، وأخيرا نسبة 3,6% يتمدرسون بالسنة الثانية.

و الفئة الثامنة من المبحوثين وهي التي أترث عليها كثرة المرضى بقاعة الانتظار تأثيرا جسديا يكمن في الإحساس بالإرهاق و التعب بلغت هذه الفئة بـ 5,3% ، نجد من بينهم نسبة 7,3% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 7% يتمدرسون بالسنة الأولى، ونسبة 5% يتمدرسون بالسنة الرابعة ، وأخيرا نسبة 2,1% يتمدرسون بالسنة الثانية.

و الفئة التاسعة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين أثر عليهم سوء التنظيم الناتج عن كثرة المرضى بقاعة الانتظار بالسلب ، هذه الفئة قدرت نسبتها بـ 3,7%، نجد من بينهم نسبة 28,6% يتمدرسون بالسنة الخامسة، و نسبة 5,5% يتمدرسون بالسنة الثالثة، وأخيرا نسبة 2,1% يتمدرسون بالسنة الثانية.

و الفئة العاشرة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين أثرت عليهم كثرة المرضى بقاعة الانتظار وذلك بالإزعاج الناتج عن نقص الطاقم المساعد ، بلغت نسبتهم بـ 2,7% ، نجد من بينهم نسبة 5,5% يتمدرسون بالسنة الثالثة، و نسبة 5% يتمدرسون بالسنة الرابعة ، وأخيرا نسبة 2,1% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

الفئة الحادية عشرة من المبحوثين والتي قدرت نسبتها كذلك بـ 2,7% يظهر تأثير كثرة المرضى بقاعة الانتظار لهذه الفئة علي هيبة وعدم احترامه الطبيب نجد من بين هذه الفئة نسبة 10% يتمدرسون بالسنة الرابعة، و نسبة 2,3% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم نسبة 2,1% يتمدرسون بالسنة الثانية، وأخيرا نسبة 1,8% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

الفئة الثانية عشرة و هي فئة الأطباء الذين أثرت فيها كثرة المرضى بقاعة الانتظار تأثيرا ايجابيا قدرت نسبتهم بـ 2,7%، نجد من بينهم نسبة 5,5% يتمدرسون بالسنة الثالثة، و نسبة 4,3% يتمدرسون بالسنة الثانية.

الفئة الثالثة عشرة و هي فئة الأطباء الذين أثرت فيهم كثرة المرضى بقاعة الانتظار تأثيرا سلبيا جدا، بلغت نسبتهم بـ 1,6%، نجد من بينهم نسبة 50% يتمدرسون بالسنة السادسة، و نسبة 5% يتمدرسون بالسنة الرابعة و أخيرا نسبة 2,1% يتمدرسون بالسنة الثانية.

الفئة الرابعة عشرة و هي فئة الأطباء الذين أثرت فيهم كثرة المرضى بقاعة الانتظار تأثيرا سلبيا يكمن في عدم تفهم المرضى، قدرت نسبة هذه الفئة بـ 1,1% نجد من بينهم نسبة 5% يتمدرسون بالسنة الرابعة ، و نسبة 1,8% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

و أخيرا فئة الأطباء الذين تأثروا تأثيرا سلبيا يكمن في غياب الأمن وذلك بسبب كثرة المرضى في قاعة الانتظار، بلغت نسبة هذه الفئة بـ 0,5% نجد من بينهم نسبة 1,8% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

إن كثرة المرضى بقاعة الانتظار لكل مصلحة طبية تأثر في الغالب تأثيرا سلبيا على المبحوثين، وذلك ما يظهر خاصة في الثلاث سنوات الأولى بالمقارنة مع الثلاث سنوات الثانية للأقدمية لديهم، ويظهر هذا التأثير بالنسبة للثلاث السنوات

الأولى في نقص التركيز و التوتر و القلق و الإرباك، الأمر الذي يؤدي بهم إلى نقص الفاعلية و النوعية في العلاج، ضيف إلى ذلك الإرهاق و التعب، وأما الثلاث السنوات الثانية فيظهر في الإزعاج بسبب الفوضى وسوء التنظيم من جهة و عدم تفهم المرضى و أهلهم من جهة أخرى الأمر الذي يؤدي إلى التعدي على هيئة الطبيب و عدم احترامه .

إذا يتبين من خلال الجدول بأن الثلاث السنوات الأولى للأقدمية هي الأكثر تأثراً بسبب كثرة المرضى في قاعة الانتظار من الثلاث السنوات الثانية، ذلك لأن الطلبة في الثلاث سنوات الأولى مازالوا جدد لا يملكون خبرة و تجربة في الميدان، ذلك ما يجعلهم أكثر عرضة من غيرهم إلى المشاكل و الصعوبات .

2/ الحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية يوميا و دورها في التكوين

الطبي لدى الأطباء المقيمين

جدول رقم 115: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على التكوين الطبي بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين

مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي	نعم	لا	نوعا ما	بدون إجابة	المجموع
مدى تأثير كثرة المرضى في قاعات الانتظار على التكوين الطبي	96 %65,8	46 %31,5	2 %1,4	2 %1,4	146 %100
نعم	13 %68,4	3 %15,8	1 %5,3	2 %10,5	19 %100
لا	109 %66,1	49 %29,7	3 %1,8	4 %2,4	165 %100
المجموع					

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على التكوين الطبي بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين الطبي للمبحوثين، بحيث يتبين بأن نسبة 66,1 % يرون بأن الحالات الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج تساعدهم على التكوين الجيد، و نسبة 29,7 % يرون بأنها لا تساعدهم في التكوين، وأخيرا نسبة 1,8 % يرون بأنها نوعا ما تساعدهم.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و التي فاقت نصف العينة المبحوثة ترى بأن الحالات المرضية الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية ليلا للعلاج تساعدهم على التكوين الطبي الجيد نجد من بينهم نسبة 68,4 % يرون بأن كثرة المرضى بقاعة الانتظار لا تؤثر في تكوينهم الطبي و نسبة 65,8 % ترى بأنها تؤثر في تكوينهم الطبي.

وفيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي تلك الفئة التي ترى بأن الحالات الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج ليلا لا تساعدهم على التكوين الجيد، نجد من بينهم نسبة 31,5% يرون بأن كثرة المرضى بقاعة الانتظار تؤثر على تكوينهم الطبي و نسبة 15,8 % يرون بأنها لا تؤثر على تكوينهم الجيد.

و الفئة الأخيرة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية ليلا للعلاج نوعا ما تساعدهم على التكوين الجيد، نجد من بينهم نسبة 5,3% يرون بأن كثرة المرضى بقاعة الانتظار لا تؤثر على التكوين الطبي لديهم و نسبة 1,4% يرون بأنها تؤثر على تكوينهم الطبي.

إذن من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الحالات المرضية الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية ليلا للعلاج هي حالات مساعدة على التكوين لدى الأطباء المقيمين و أن كثرة المرضى لا تؤثر على تكوينهم الطبي.

جدول رقم 116: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة الطبيب لمشاكل مع المريض و ذويه بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين الطبي

مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي	مدى مواجهة الطبيب للمشاكل مع أحد المرضى و ذويه	نعم	لا	نوعا ما	بدون إجابة	المجموع
نعم	73	39	2	1	115	%63,5 %33,9 %1,7 %0,6 %100
لا	36	9	1	3	49	%73,5 %18,4 %2,1 %6,1 %100
بدون إجابة	0	1	0	0	1	%0 %100 %0 %0 %100
المجموع	109	49	3	4	165	%66,1 %29,7 %1,8 %2,4 %100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة الطبيب للمشاكل مع المريض و ذويه بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي، إذ يتبين بأن نسبة 66,1 % من المبحوثين يرون بأن الحالات الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج ليلا تساعدهم في التكوين الطبي، و نسبة 29,7 % يرون بأنها لا تساعدهم في التكوين الطبي، وأخيرا نسبة 1,8 % يرون بأنها نوعا ما تساعدهم على التكوين الطبي .

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي الأطباء الذين يرون بأن الحالات الطارئة ليلا تساعدهم في التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 73,5 % لم يواجهوا المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم ونسبة 63,5 % واجهوا المشاكل مع أحد المرضى وذويهم.

وفيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي الفئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات الطارئة ليلا لا تساعدهم على التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 33,9 % واجهوا المشاكل مع أحد المرضى و ذويهم و نسبة 18,4 % لم يواجهوا المشاكل معهم.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات الطارئة ليلا نوعا ما تساعدهم على التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 2,1% لم يتعرضوا إلى المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم ونسبة 1,7% تعرضوا إلى المشاكل معهم .

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة و التي فاقت النصف ترى بأن الحالات المرضية الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية ليلا تساعدهم في تساعدهم في التكوين الطبي الجيد ولم يتعرضوا إلى المشاكل مع أحد من المرضى أو ذويهم.

جدول رقم 117: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين بمدى التعرض للاعتداءات من طرف المريض و ذويه

مدى تعرض الطبيب للاعتداءات من طرف المريض وذويه	نعم	لا	المجموع
مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي			
نعم	6	43	109
	%60,6	%39,4	%100
لا	30	19	49
	%61,2	%38,8	%100
نوعا ما	1	2	3
	%33,3	%66,7	%100
بدون إجابة	0	4	4
	%0	%100	%100
المجموع	97	68	165
	%58,8	%41,2	%100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي بمدى التعرض للاعتداءات من طرف المريض و ذويه يتبين بأن نسبة 58,8% من المبحوثين تعرضوا إلى الاعتداءات من طرف المريض و ذويه و نسبة 41,2% لم يتعرضوا إلى الاعتداءات.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و التي فاقت نصف العينة المبحوثة و هي الفئة التي تعرضت إلى المشاكل مع أحد المرض أو ذويهم نجد من بينهم نسبة 61,2% يرون بأن الحالات الطارئة ليلا لا تساعدهم على التكوين الطبي و نسبة 60,6% يرون بأنها تساعدهم في التكوين الطبي، و أخيرا نسبة 33,3% يرون بأنها نوعا ما تساعدهم في التكوين الطبي.

وفيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي تلك الفئة لم تتعرض إلى الاعتداء من طرف المريض و ذويه، نجد من بينهم نسبة 66,7% يرون بأن الحالات الطارئة ليلا نوعا ما تساعدهم على التكوين الطبي، و نسبة 39,4 % يرون بأنها تساعدهم في التكوين الطبي، و أخيرا نسبة 38,8 % يرون بأنها لا تساعدهم على التكوين الطبي.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة و التي فاقت النصف تعرضت إلى الاعتداء من طرف المريض و ذويهم اعتداءات تختلف من طبيب إلى أخرى شفهية و جسدية، و أن الحالات الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية ليلا للعلاج لا تساعدهم على التكوين الطبي، أين يجد الأطباء الطلبة أنفسهم أمام الأمر الواقع وحدهم لتحمل مسؤولية العلاج السريع دون أخطاء لأنها حالات طارئة لا تحتل لا التأجيل ولا المماطلة ولا حتى الخطأ الطبي.

جدول رقم 118: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تطوير التكوين للمعارف الطبية بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين

المجموع	بدون إجابة	نوعا ما	لا	نعم	مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي
					تطوير المعارف الطبية
101 %100	3 %3	2 %2	29 %28,7	67 %66,3	نعم
14 %100	0 %0	0 %0	6 %42,9	8 %57,1	لا
38 %100	0 %0	1 %2,6	10 %26,3	27 %71,1	قليلا
8 %100	1 %12,5	0 %0	4 %50	3 %37,5	تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي
1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	في المجال النظري نعم لا بأس به ولكن على المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير
3 %100	0 %0	0 %0	0 %0	3 %100	بدون إجابة
165 %100	4 %2,4	3 %1,8	49 %29,7	109 %66,1	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تطوير التكوين للمعارف الطبية بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلًا في التكوين الطبي، يتبين بأن نسبة 66,1 % من المبحوثين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج ليلًا تساعدهم على التكوين الطبي الجيد، ونسبة 29,7 % يرون بأنها لا تساعدهم على التكوين الطبي و أخيرا نسبة 1,8 % يرون بأنها نوعا ما تساعدهم على التكوين.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلًا تساعدهم على التكوين الطبي الجيد، نجد من بينهم نسبة 100 % يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يطور لهم معارفهم الطبية في المجال النظري فقط دون التطبيقي، ثم تليها نسبة 71,1 % يرون بأنه يطور لهم قليلا معارفهم الطبية و نسبة 66,3 % يرون بأنه يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية، ثم نسبة 57,1 % يرون بأنه لا يطور لهم معارفهم الطبية، و أخيرا نسبة 37,5 % يرون بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات الطارئة ليلًا لا تساعدهم على التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 50 % يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه هو تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، تليها نسبة 42,9 % يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه لا يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية، ثم نسبة 28,7 % يرون بأنه حقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية، و أخيرا نسبة 26,3 % يرون بأنه يحقق لهم القليل من المعارف الطبية.

و الفئة الثالثة و الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج تساعدهم نوعا ما على التكوين الطبي، نجد من بينهم 2,6 % يرون بأن تكوينهم الطبي يطور لهم قليلا معارفهم الطبية و نسبة 2 % يرون بأنه يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة ترى بأن الحالات المرضية الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية ليلًا تساعدهم على التكوين الطبي الجيد، وأن

التكوين الطبي الذي يتلقونه يحقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية في المجال النظري فقط دون المجال التطبيقي رغم أن تكوينهم تطبيقي أكثر منه نظري.

جدول رقم 119: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في

المسار المهني الطبي بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي

المجموع	بدون إجابة	نوعا ما	لا	نعم	مدى تحقيق ليلا في التكوين الطبي التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي
115 %100	3 %2,6	3 %2,6	30 %26,1	79 %68,7	نعم
18 %100	0 %0	0 %0	8 %44,4	10 %55,6	لا
23 %100	0 %0	0 %0	7 %30,4	16 %69,6	نوعا ما
4 %100	0 %0	0 %0	3 %75	1 %25	تكوين شخصي
2 %100	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100	بصعوبة
1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	في المجال التطبيقي فقط
2 %100	1 %50	0 %0	1 %50	0 %0	بدون إجابة
165 %100	4 %2,4	3 %1,8	49 %29,7	109 %66,1	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي، يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة و التي قدرت نسبتهم بـ 66,1 % يرون بأن الحالات الطارئة ليلا تساعدهم على التكوين الطبي الجيد، و نسبة 29,7 % يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعدهم على التكوين الطبي، وأخيرا نسبة 1,8 % يرون بأن هذه الحالات المرضية نوعا ما تساعدهم على التكوين الطبي الذي يتلقونه.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و التي تخص فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعدهم على التكوين الذي يتلقونه، نجد من بينهم نسبة

100% يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي و لكن بصعوبة، ونفس النسبة أي 100% يرون بأنه يحقق لهم النتائج المرجوة منه في المجال التطبيقي فقط ، ثم نسبة 69,6 % يرون بأنه نوعا ما يحقق لهم النتائج المرجوة منه، ونسبة 68,7% يرون بأنه يحقق لهم النتائج المساعدة في المسار المهني الطبي، و أخيرا نسبة 55,6% يرون بأنه لا يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات الطارئة ليلًا لا تساعدهم في التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 75% يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه هو تكوين شخصي، ونسبة 44,4% يرون بأنه لا يحقق لهم النتائج المرجوة منه المساعدة في المسار المهني الطبي، ثم نسبة 30,4% يرون بأنه نوعا ما يحقق لهم النتائج المساعدة في المسار المهني الطبي، و أخيرا نسبة 26,1% يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المساعدة في المسار المهني الطبي.

و الفئة الأخيرة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلًا نوعا ما تساعدهم على التكوين الطبي الجيد، نجد من بينهم نسبة 2,6% يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي .

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة ترى بأن الحالات المرضية الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج ليلًا تساعدهم في تكوينهم الطبي، وأن هذا التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي بصعوبة و في المجال التطبيقي فقط ، فما يتعلمونه في النهار يطبقونه على المرضى ليلًا و ما يطبقونه على المرضى ليلًا يزيد من تجربتهم وخبرتهم الطبية خاصة إذا ما تعرضوا إلى حالات مرضية لم يدرسوا عنها في النظري أو واجهوها لأول مرة، ذلك ما يزيدهم خبرة و استفادة علمية طبية كبيرة.

**جدول رقم 120: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على
التكوين الطبي بالأقدمية**

الأقدمية	مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين الطبي	نعم	لا	نوعا ما	بدون إجابة	المجموع
السنة الأولى	25 %69,5	9 %25	1 %2,8	1 %2,8	36 %100	
السنة الثانية	30 %66,7	12 %26,7	1 %2,2	2 %4,5	45 %100	
السنة الثالثة	27 %58,7	18 %39,1	0 %0	1 %2,2	46 %100	
السنة الرابعة	10 %58,8	7 %41,2	0 %0	0 %0	17 %100	
السنة الخامسة	8 %100	0 %0	0 %0	0 %0	8 %100	
السنة السادسة	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	1 %100	
بدون إجابة	9 %75	2 %16,7	1 %8,3	0 %0	12 %100	
المجموع	109 %66,1	49 %29,7	3 %1,8	4 %2,4	165 %100	

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين الطبي بالأقدمية يتبين بأن نسبة 66,1 % من المبحوثين يرون بأن الحالات الطارئة ليلا تساعدهم في تكوينهم الطبي، و نسبة 29,7 % يرون بأنها لا تساعدهم على التكوين الطبي، و أخيرا نسبة 1,8 % يرون بأنها نوعا ما تساعدهم على التكوين الطبي.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلًا تساعدهم في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة 69,5% يتمدرسون بالسنة الأولى، ونسبة 66,7% يتمدرسون بالسنة الثانية، ثم نسبة 58,8% يتمدرسون بالسنة الرابعة و أخيرا نسبة 58,7% يتمدرسون بالسنة الثالثة.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلًا لا تساعدهم في التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون بالسنة السادسة، ثم نسبة 41,2% يتمدرسون بالسنة الرابعة و نسبة 39,1% يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 26,7% يتمدرسون بالسنة الثانية و أخيرا نسبة 25% يتمدرسون بالسنة الأولى.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلًا لا تساعدهم في التكوين الطبي، ونجد من بينهم نسبة 4,5% نوعا ما تساعدهم في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 2,8% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم نسبة 2,2% يتمدرسون بالسنة الثانية .

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن هناك علاقة ما بين مدى مساعدة الحالات المرضية الطارئة ليلًا في التكوين الطبي لدى المبحوثين بالأقدمية، وهي علاقة عكسية، حيث كلما زادت الأقدمية قلت نسبة الاستفادة من هذه الحالات المرضية الطارئة، و العكس صحيح أي كلما قلت الأقدمية زادت نسبة الاستفادة من الحالات المرضية الطارئة ليلًا في التكوين الطبي، وذلك ما يظهر بالخصوص في الثلاث سنوات الأولى، حيث تزيد نسبة الاستفادة من الحالات الطارئة ليلًا في التكوين الطبي لدى الأطباء و تقل في الثلاث سنوات الثانية .

جدول رقم 121: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في

التكوين الطبي بالعوامل المؤثرة في التكوين

المجموع	بدون إجابة	نوعا ما	لا	نعم	مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين الطبي العوامل المؤثرة في التكوين الطبي
124 %100	3 %2,4	3 %2,4	38 %30,6	80 %64,5	مستوى الطالب
83 %100	2 %1,2	2 %2,4	29 %34,9	51 %61,5	زملاء العمل
140 %100	2 %1,4	3 %2,1	41 %29,3	94 %67,1	بيئية العمل و ظروف العمل
150 %100	2 %1,3	3 %2	45 %30	100 %66,7	الأساتذة المؤطرين
123 %100	2 %1,6	2 %1,6	37 %30,1	82 %66,7	الحالات المرضية التي تقصد المستشفى
5 %100	0 %0	0 %0	2 %40	3 %60	الأجرة
2 %100	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100	الرغبة و الإصرار
3 %100	0 %0	0 %0	0 %0	3 %100	التربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج
2 %100	1 %50	0 %0	0 %0	1 %50	الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات
5 %100	0 %0	0 %0	2 %40	3 %60	نقص الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية
2 %100	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100	أخرى
5 %100	0 %0	0 %0	2 %40	3 %60	الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية
644 %100	11 %1,7	13 %2	196 %30,4	424 %65,8	المجموع

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي بالعوامل المؤثرة في التكوين الطبي لدى المبحوثين، حيث يتبين بأن نسبة 65,8 % من المبحوثين يرون بأن الحالات الطارئة ليلا تساعد في تكوينهم الطبي، و نسبة 30,4 % يرون بأنها لا تساعد في التكوين الطبي لديهم، و أخيرا نسبة 2% يرون بأنها نوعا ما تساعد.

فيما يخص الفئة الأولى و هي تلك الفئة التي ترى بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعد في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأن العوامل المؤثرة في تكوينهم تتمثل في الرغبة و الإصرار و نفس النسبة يرون بأن التربصات التكوينية المهنية و الدراسة في الداخل و الخارج هي المؤثر في تكوينهم، ثم نسبة 67,1 % يرون بأن بيئة العمل وظروف العمل هي العاملان المؤثران في تكوينهم، تليها نسبة 66,7 % يرون بأن الأساتذة المؤثرين هي العامل المؤثر في تكوينهم، و نفس النسبة ترى بأن الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية ليلا هي العامل المساعد في تكوينهم الطبي، ثم نسبة 64,5 % يرون بأن مستوى الطالب هو العامل المؤثر في تكوينهم ، تليها نسبة 61,5 % ترى بأن العامل المؤثر في تكوينهم هو زملاء العمل ، ثم نسبة 60 % يرون بأن الأجرة هي العامل المؤثر في تكوينهم و نفس النسبة ترى بأن النقص في الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية هي العوامل المؤثرة في تكوينهم و نفس النسبة كذلك ترى بأن الحالات الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية هي العوامل المؤثرة في تكوينهم الطبي، و أخيرا نسبة 50 % ترى بأن مدى الإطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات هي العامل المؤثر.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا لا تساعد في التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 40% يرون بأن عامل الأجرة هو المؤثر في تكوينهم الطبي، و نفس النسبة أي 40% يرون بأن نقص في الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية هو المؤثر في تكوينهم الطبي، و نفس النسبة كذلك يرون بأن الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية هي المؤثر في تكوينهم، و تليها

نسبة 34,9% يرون بأن المؤثر في تكوينهم الطبي هم زملاء العمل، وتليها نسبة 30,6% يرون بأنه مستوى الطالب و تليها مباشرة نسبة 30,1% يرون بأنه عامل الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج و بعدها نسبة 30% يرون بأن الأساتذة المؤثرين هم العامل المؤثر في التكوين الطبي الذي يتلقونه، و أخيرا نسبة 29,3% يرون بأن بيئة العمل و ظروف العمل هما العاملان المؤثران في التكوين الطبي للأطباء المبحوثين .

و الفئة الثالثة و الأخيرة هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا نوعا ما تساعدهم علي التكوين الطبي، ونجد من بينهم نسبة 2,4% يرون بأن عامل مستوى الطالب هو المؤثر في تكوينهم، تليها نسبة 1,6% يرون بأن الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية هي المؤثر في تكوينهم الطبي، ثم نسبة 1,4% يرون بأن بيئة العمل و ظروف العمل هما المؤثران في تكوينهم الطبي، ثم نسبة 1,3% يرون بأن الأساتذة المؤثرين هم المؤثر في تكوينهم وأخيرا نسبة 1,2% يرون بأن زملاء العمل هم العامل المؤثر في تكوينهم الطبي.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعد الطلبة الأطباء في التكوين الطبي وتزويدهم خبرة و تجربة في الميدان، و أنهم يستفيدون منها بنسبة كبيرة لتنوعها و كثرتها و أن تكوينهم الطبي يتأثر بعدة عوامل أهمها عامل الرغبة و الإصرار و عامل التربصات التكوينية المهنية في الداخل و الخارج، وكذا بيئة العمل و ظروف العمل، ضيف إلى ذلك الأساتذة المؤثرين كونهم يمثلون التكوين الذي يقدمونه.

**جدول رقم 122: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في
التكوين الطبي بنوع التأثير الناتج عن كثرة المرضى بقاعات الانتظار**

نوع التأثير الذي يسببه كثرة المرضى في قاعة الانتظار	نعم	لا	نوعا ما	بدون إجابة	المجموع
مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين الطبي	18	11	0	0	29
ضغط نفسي	62,1%	37,9%	0%	0%	100%
عدم إعطاء كل مريض حقه من الوقت	21	7	0	0	28
عدم إعطاء كل مريض حقه من الوقت	7,5%	25%	0%	0%	100%
الإزعاج بسبب الفوضى و الضجيج	12	2	0	0	14
الإزعاج بسبب الفوضى و الضجيج	85,7%	14,3%	0%	0%	100%
سوء التنظيم	7	0	0	0	7
سوء التنظيم	100%	0%	0%	0%	100%
نقص التركيز	14	9	1	1	25
نقص التركيز	56%	36%	4%	4%	100%
توتر و قلق و إرباك	6	3	1	2	12
توتر و قلق و إرباك	50%	25%	8,3%	16,7%	100%
تأثير سلبي على نوعية العلاج و التعليم	10	7	2	0	19
تأثير سلبي على نوعية العلاج و التعليم	52,6%	36,8%	10,5%	0%	100%
تأثير سلبي حالات طارئة تنتظر	12	10	0	0	22
تأثير سلبي حالات طارئة تنتظر	54,5%	45,5%	0%	0%	100%
تأثير جسدي	7	3	0	0	10
تأثير جسدي	70%	30%	0%	0%	100%
الإزعاج المستمر في نقص الطاقم المساعد	5	0	0	0	5
الإزعاج المستمر في نقص الطاقم المساعد	100%	0%	0%	0%	100%
تأثير سلبي جدا	0	3	0	0	3
تأثير سلبي جدا	0%	100%	0%	0%	100%
عدم تفهم المرضى	2	0	0	0	2
عدم تفهم المرضى	100%	0%	0%	0%	100%
تؤثر على هيبة الطبيب وعم إحترامه	4	1	0	0	5
تؤثر على هيبة الطبيب وعم إحترامه	80%	20%	0%	0%	100%
غياب الأمن	1	0	0	0	1
غياب الأمن	100%	0%	0%	0%	100%
تأثير إيجابي	5	0	0	0	5
تأثير إيجابي	100%	0%	0%	0%	100%
المجموع	124	56	4	3	187
المجموع	66,3%	29,9%	2,1%	1,6%	100%

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي بنوع التأثير الناتج عن كثرة المرضى بقاعة الانتظار يتبين بأن نسبة 66,3% من المبحوثين يرون بأن الحالات الطارئة ليلا تساعدهم في تكوينهم الطبي، ثم نسبة 29,9% يرون بأنها لا تساعدهم في تكوينهم الطبي، و أخيرا نسبة 2,1% يرون بأنها نوعا ما تساعدهم في تكوينهم الطبي.

فيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعدهم في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأن كثرة المرضى بقاعة الانتظار وما تسببه من سوء في التنظيم تؤثر في تكوينهم الطبي، و نفس النسبة أي نسبة 100% أثرت عليهم كثرة المرضى بنوع من الإزعاج بسبب نقص الطاقم المساعد، و نفس النسبة كذلك أثرت كثرة المرضى في تكوينهم الطبي بسبب غياب الأمن، و نفس النسبة أيضا أي 100% أثر في تكوينهم الطبي كثرة المرضى من خلال عدم تفهم المرضى و أهلهم، و نسبة 100% أيضا أثرت في تكوينهم الطبي تأثيرا إيجابيا، ثم نسبة 85,7% أثرت في تكوينهم الطبي كثرة المرضى بقاعة الانتظار بنوع من الإزعاج بسبب الفوضى و الضجيج، تليها نسبة 80% أثرت كثرة المرضى بقاعة الانتظار في تكوينهم الطبي على هيبة الطبيب و عدم احترامه، تليها نسبة 75% يظهر فيهم نوع التأثير الذي تسببه كثرة المرضى بقاعة الانتظار في عدم إعطاء كل مريض حقه من الوقت، ثم تليها نسبة 70% يرون بأنه تأثير جسدي يكمن في التعب و الإرهاق، ثم تليها نسبة 62,1% أثرت فيهم كثرة المرضى و في تكوينهم بضغط نفسي كبير، ثم نسبة 56% أثرت فيهم نقص في التركيز لديهم، و نسبة 54,5% أثرت فيهم تأثيرا سلبيا يكمن في ترك الحالات الطارئة تنتظر، ثم نسبة 52,6% أثرت فيهم كثرة المرضى تأثيرا سلبيا على نوعية العلاج و التعليم و أخيرا نسبة 50% أثرت فيهم بنوع من التوتر و القلق و الإرباك .

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا لا تساعدهم في التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% أثرت فيهم كثرة المرضى بقاعات الانتظار و في تكوينهم الطبي تأثيرا سلبيا جدا، تليها نسبة 45,5% أثرت فيهم بترك الحالات الطارئة تنتظر تليها نسبة 37,9% أثرت فيهم بضغط نفسي كبير، تليها نسبة 36,8% أثرت فيهم تأثيرا سلبيا يعود على نوعية العلاج و التعليم، ثم نسبة 36% أثرت فيهم كثرة المرضى بقاعة الانتظار وفي تكوينهم الطبي تأثيرا سلبيا يكمن في نقص التركيز لديهم ، و نسبة 30% أثرت فيهم تأثيرا جسديا يكمن في التعب و الإرهاق نتيجة كثرة العمل، و نسبة 25% أثرت فيهم بعدم إعطاء كل مريض حقه من الوقت ونفس النسبة أي نسبة 25% أثرت فيهم تأثيرا سلبيا يكمن في التوتر و القلق والإرباك، ثم نسبة 20% أثرت فيهم بعدم احترامهم و التعدي على هيبته و أخيرا نسبة 14,3% أثرت فيهم بنوع من الإزعاج نتيجة الفوضى و الضجيج .

و الفئة الأخيرة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا نوعا ما تساعدهم في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 10,5% أثرت فيهم كثرة المرضى بقاعات الانتظار تأثيرا سلبيا يعود على نوعية العلاج والتعليم، ثم تليها نسبة 8,3% أثرت فيهم بظهور نوع من التوتر و القلق والإرباك عليهم، وأخيرا نسبة 4% يظهر فيهم ذلك التأثير من خلال نقص التركيز لديهم.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعد الطلبة الأطباء في تكوينهم الطبي ولكن هذه الحالات المرضية بصفة عامة تؤثر عليهم و على تكوينهم الطبي معاً، و يظهر هذا التأثير في الغالب في الإزعاج المستمر بسبب سوء التنظيم بقاعة الانتظار ونقص الطاقم المساعد الذي يخفف الضغط ويسير الأمور المرضى قبل دخولهم إلى قاعة العلاج، ضيف إلى ذلك عدم تفهم المرضى و تعديهم على هيبه الطبيب وعدم احترامه و بالمقابل غياب الأمن و المسؤولون عن توفيره.

جدول رقم 123: يبين العلاقة الموجودة بين مدى موجهة مشاكل مع المرضى أو ذويهم بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي

مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي	نعم	لا	نوعا ما	بدون إجابة	المجموع
تدهور صحة المريض	13 %61,9	8 %38,1	0 %0	0 %0	21 %100
حالة الفوبيا (الخوف) التي يعيشها بعض المرضى	42 %68,9	17 %27,9	2 %3,3	0 %0	61 %100
عدم تماثله للشفاء	12 %52,2	11 %47,8	0 %0	0 %0	23 %100
سوء تشخيص المرض	5 %55,6	4 %44,4	0 %0	0 %0	9 %100
طبيعة المجتمع الجزائري التي تميل إلى العنف و تعديهم للحدود	5 %71,4	2 %28,6	0 %0	0 %0	7 %100
التوتر و الفوضى	1 %50	1 %50	0 %0	0 %0	2 %100
ساعات الانتظار الطويلة	4 %100	0 %0	0 %0	0 %0	4 %100
نقص الإمكانيات للتكفل بالمريض	2 %100	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100
أسباب تتعلق بالمريض أو أهله من الجانب التربوي و الأخلاقي	12 %60	8 %40	0 %0	0 %0	20 %100
تأخر الموعد العملية أو العلاج	1 %50	0 %0	0 %0	1 %50	2 %100
عدم توفر الأمن	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100
عدم احترام الطبيب و التعدي على حقوقه الشخصية	5 %45,5	6 %54,5	0 %0	0 %0	11 %100
الطبيب هو الحلقة الأخيرة لتفريغ الغضب في فشل المنظومة الصحية	2 %66,7	1 %33,3	0 %0	0 %0	3 %100
مجانة العلاج	2 %66,7	1 %33,3	0 %0	0 %0	3 %100
التدخل في مهام الطبيب	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100
عدم الثقة في تشخيصات و نصائح الطبيب	2 %100	0 %0	0 %0	0 %0	2 %100
المجموع	110 %63,9	59 %34,30	2 %1,2	1 %0,6	172 %100

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لكون الفئة تخص فئة المبحوثين الذين تعرضوا لمشاكل مع المرضى أو ذويهم.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين طبيعة المشكل الذي تعرض له المبحوثين مع المرضى أو ذويهم بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي يتبين بأن النسبة 63,9 % من المبحوثين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعد في تكوينهم الطبي، و نسبة 34,3% يرون بأنها لا تساعد في تكوينهم الطبي و نسبة 1,2 % يرون بأنها نوعا ما تساعد في تكوينهم الطبي.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعد في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% واجهوا المشاكل مع أحد المرضى و ذويهم بسبب ساعات الانتظار الطويلة بقاعة الانتظار و بنفس النسبة أي 100 % واجهوا المشاكل معهم بسبب نقص الإمكانيات للتكفل بالمريض، ثم نسبة 100 % بسبب عدم توفر الأمن بالمصلحة، و نفس النسبة كذلك بسبب التدخل في مهام الطبيب، و نفس النسبة 100 % أيضا بسبب عدم ثقة في تشخيصات و نصائح الطبيب، تليها نسبة 71,4 % واجهوا المشاكل مع المرضى أو ذويهم بسبب طبيعة المجتمع الجزائري التي تميل إلى العنف و تعديهم للحدود، تليها نسبة 68,9 % بسبب حالة الفوبيا أو الخوف التي يعيشها بعض المرضى، ثم نسبة 66,7 % بسبب مجانية العلاج و نفس النسبة ترى بأن السبب يكمن في كون الطبيب هو الحلقة الأخيرة لتفريغ الغضب في فشل المنظومة الصحية، ثم نسبة 61,9 % كان بسبب تعرضها للمشاكل مع المرضى أو ذويهم يرجع إلى تدهور صحة المريض، ثم نسبة 60% ترى أن بسبب تعرضهم للمشاكل مع مرضاهم يرجع إلى الجانب التربوي و الأخلاقي لهؤلاء المرضى، ثم نسبة 55,6 % يرجع بسبب تعرضهم للمشاكل مع المرضى إلى سوء التشخيص المرض و تليها نسبة 52,2% يرجع بسبب تعرضهم للمشاكل مع مرضاهم الى عدم تماثل هؤلاء المرضى للشفاء، ثم نسبة 50 % يرجع بسبب تعرضهم للمشاكل مع مرضاهم إلى التوتر و الفوضى و نفس النسبة إلى تأخر موعد العملية أو العلاج، وأخيرا نسبة 45,5 % يعود السبب إلى عدم احترام الطبيب و التعدي على الحقوق الشخصية.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا لا تساعدهم في التكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 54,5 % تعرضوا إلى المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بسبب عدم احترامهم و التعدي على حقوقهم الشخصية، ثم تليها نسبة 50 % بسبب التوتر و الفوضى ، ثم تليها نسبة 47,8 % بسبب عدم تماثل المريض إلى الشفاء، تليها نسبة 44,4 % بسبب سوء تشخيص المرض تعرضوا إلى المشاكل مع المرضى و ذويهم، و تليها نسبة 40% تعرضوا الى المشاكل لأسباب تتعلق بالمريض أو أهله من الجانب التربوي و الأخلاقي، ثم نسبة 38,1 % بسبب تدهور صحة المريض و تليها نسبة 33,3 % ترى بأن السبب في حدوث المشاكل مع المرضى و ذويهم كون أن الطبيب هو الحلقة الأخيرة لتفريغ الغضب في فشل المنضومة الصحية و نفس النسبة يرون بأن سبب المشاكل معهم يكمن في مجانية العلاج، و نسبة 28,6% ترى بأن سبب حدوث مع المرضى و ذويهم يكمن في طبيعة المجتمع الجزائري التي تميل إلى العنف و تعديهم للحدود و أخيرا نسبة 27,9 % تعرضوا إلى المشاكل بسبب حالة الفوبيا (الخوف) التي يعيشها بعض المرضى.

و الفئة الثالثة و الأخيرة و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا نوعا ما تساعدهم في التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 3,3% يرون بأن سبب تعرضهم الى المشاكل مع المرضى و ذويهم يكمن في حالة الفوبيا (الخوف) التي يعيشها بعض المرضى.

من خلال الجدول يتبين بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعد الطلبة الأطباء في تكوينهم الطبي، إذا يستفيد منها الطلبة ذلك لأنهم يتحملون مسؤولية اتخاذ قرار العلاج المخصص للحالة دون استشارة من طرف المؤطرين أو الأطباء المرسمين الأكثر خبرة و أقدميه منهم، فهي حالات طارئة غنية بالمعلومات الطبية تزيدهم خبرة و تجربة، وفي إنشاء تعاملهم مع المرضى تعرضوا إلى المشاكل سببها ساعات الانتظار الطويلة التي يقضيها المرضى بقاعة الانتظار و التي تؤدي بهم إلى القلق و فقدان صوابهم و بذلك يسببون للأطباء المشاكل أديها الضجيج و الفوضى، صف إلى ذلك النقص في الإمكانيات للتكفل بالمريض و بالتالي حرمانه من بعض الحقوق العلاجية، الأمر الذي يؤدي بهم إلى التدخل في مهام

الطبيب و عدم الثقة في تشخيصه و نصائحه و في المقابل و أمام كل هذه المشاكل التي يتعرض لها الأطباء في أثناء تعاملهم مع المرضى هناك انعدام تام للأمن في داخل المصلحة الطبية فيكون الطبيب في عرضة ليس فقط إلى المشاكل بل إلى الاعتداءات الشفهية و الجسدية، و التي سوف نذكرها لاحقا.

جدول رقم 124: يبين العلاقة الموجودة بين سبب الاعتداء على المبحوثين بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي

المجموع	نوعا ما	لا	نعم	مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي سبب الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين
11 %100	0 %0	3 %27,3	8 %72,7	الجهل وعدم تفهم الأهل أن إمكانيات المستشفى محدودة
8 %100	0 %0	3 %37,5	5 %62,5	عدم تقبل المرض
17 %100	0 %0	3 %17,6	14 %82,4	عدم توفر العلاج بالمستشفى
7 %100	0 %0	4 %57,1	3 %42,9	اعتبار الطبيب موظف عامل مسخر بالمجان لخدمة المرضى و ذويهم
14 %100	1 %7,1	2 %14,3	11 %78,6	عدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور
5 %100	0 %0	4 %80	1 %20	بعض المشاكسين و السكيرين و متعاطي المخدرات
13 %100	0 %0	6 %46,2	7 %53,8	تعرض الطبيب للسب و الشتم من طرف المريض و أهله
3 %100	0 %0	0 %0	3 %100	موت أحد المرضى
5 %100	0 %0	0 %0	5 %100	القلق الزائد على المريض من طرف أهله
3 %100	0 %0	1 %33,3	2 %66,7	عدم توفر الأمن بكفاية
2 %100	0 %0	1 %50	1 %50	قلق المرضى و عنفهم
88 %100	1 %1,1	27 %30,7	60 %68,2	المجموع

* تقلص عدد المبحوثين نظرا لأنها تخص الفئة التي تعرضت للاعتداء

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين سبب الاعتداء على المبحوثين بمدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي، يتبين بأن نسبة 68,2 % من المبحوثين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعدهم في تكوينهم الطبي، و نسبة 30,7 % يرون بأنها لا تساعدهم في تكوين الطبي وأخيرا نسبة 1,1 % يرون بأنها نوعا ما تساعدهم في تكوينهم الطبي.

فالفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعدهم في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100 % يعتبرون المريض كمسؤولية في عاتق الطبيب و واجب مهني، و نفس النسبة أي 100 % يعتبرون المريض شخص في حاجة إلى تكفل الطبي ومعنوي، و نسبة 100 % أيضا يعتبرون المريض كأنه فرد من عائلتهم، ثم نسبة 71,9 % يعتبرون المريض أنه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة، تليها نسبة 71,1 % يعتبرونه موضوع للتكوين و التدريب و التعلم، تليها نسبة 66,7 % يعتبرونه شخص في حاجة إلى المساعدة ، وأخيرا نسبة 53,3 % يرون بأنه فرد كباقي أفراد المجتمع والفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا لا تساعدهم في التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 33,3 % يعتبرون المريض فرد كباقي أفراد المجتمع، تليها نسبة 28,7 % يرون بأنه شخص في حاجة إلى المساعدة، ثم نسبة 24,4 % يعتبرونه موضوع للتكوين و أخيرا نسبة 23,4 % يرون بأنه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة.

والفئة الثالثة و الأخيرة وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا نوعا ما تساعدهم في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 13,3 % يعتبرون المريض فرد كباقي أفراد المجتمع، ونسبة 3,1 % يرون بأنه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة، ثم نسبة 2,2 % يعتبرونه موضوع للتكوين، و أخيرا نسبة 2 % يرون بأنه شخص في حاجة إلى المساعدة .

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا هي حالات مساعدة للطبيب في تكوينه الطبي وأنه في أثناء احتكاكه اليومي بالمرضى الذين قصدوا المصلحة الطبية للعلاج يتعرض إلى المشاكل و الصعوبات التي تعيقه أحيانا عن أداء عمله،

و قد تتطور هذه المشاكل مع بعض المرضى إلى الاعتداء و يكون هذا الاعتداء شفهي كالسب و الشتيم و قد يتطور إلى الاعتداء الجسدي بإستخدام أداة أو سلاح أو غير ذلك، ويكون بسبب الاعتداء الذي يتعرض له الأطباء مع المرضى أو ذويهم في الغالب يرجع إلى موت أحد المرضى، مما يفقد ذويهم صوابهم فيصوبوا كل غضبهم و حزنهم على الأطباء و يحملونهم السبب وراء موته و القلق الزائد لأهل المريض عن مريضهم و الخوف من تدهور صحته ضيف إلى ذلك عدم توفر العلاج المناسب للمريض بالمستشفى و إن واجد العلاج ينفد صبرهم على الانتظار للفحص بالدور.

جدول رقم 125: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة التي تقصد المستشفى ليلا على التكوين الطبي و المريض في نظر الطبيب (كيف يراه)

المجموع	بدون إجابة	نوعا ما	لا	نعم	مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين الطبي المريض في نظر الطبيب
150 %100	4 %2,6	3 %2	43 %28,7	100 %66,7	شخص في حاجة للمساعدة
45 %100	1 %2,2	1 %2,2	11 %24,4	32 %71,1	موضوع للتكوين
15 %100	0 %0	2 %13,3	5 %33,3	8 %53,3	فرد كباقي أفراد المجتمع
7 %100	1 %0	2 %3,1	15 %23,4	46 %71,9	فرد يحتاج إلى معاملة خاصة
0 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	مسؤولية في عاتق الطبيب و واجب مهني
1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	شخص في حاجة إلى تكفل طبي و معنوي
1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	فرد كأنه من عائلتي
* 277 %100	6 %2,2	8 %2,9	74 %26,7	189 %68,2	المجموع

* تضخيم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين الطبي بالمريض في نظر الطبيب ، يتبين بأن نسبة 68,2 % من المبحوثين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعدهم في تكوينهم الطبي، و نسبة 26,7 %

يرون بأنها لا تساعدهم على تكوين الطبي وأخيرا نسبة 2,9 % يرون بأنها نوعا ما تساعدهم في تكوينهم الطبي.

الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعدهم على تكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% يعتبرون المريض كمسؤولية في عاتق الطبيب و واجب مهني، و نفس النسبة أي 100% يعتبرون المريض شخص في حاجة إلى تكفل الطبي ومعنوي، و نسبة 100 % أيضا يعتبرون المريض كأنه فرد من عائلتهم، ثم نسبة 71,9 % يعتبرون المريض أنه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة، تليها نسبة 71,1 % يعتبرونه موضوع للتكوين و التدريب و التعلم، تليها نسبة 66,7 % يعتبرونه شخص في حاجة إلى المساعدة ، وأخيرا نسبة 53,3 % يرون بأنه فرد كباقي أفراد المجتمع

والفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا لا تساعدهم في التكوين الطبي، نجد من بينهم نسبة 33,3 % يعتبرون المريض فرد كباقي أفراد المجتمع، تليها نسبة 28,7% يرون بأنه شخص في حاجة إلى المساعدة، ثم نسبة 24,4 % يعتبرونه موضوع للتكوين و أخيرا نسبة 23,4 % يرون بأنه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة.

والفئة الثالثة و الأخيرة وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا نوعا ما تساعدهم في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 13,3% يعتبرون المريض فرد كباقي أفراد المجتمع، ونسبة 3,1% يرون بأنه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة، ثم نسبة 2,2 % يعتبرونه موضوع للتكوين، و أخيرا نسبة 2 % يرون بأنه شخص في حاجة إلى المساعدة .

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا هي حالات يستفيد منها الطالبة و تساعدهم في التكوين الطبي، و بقدر ما يستفيد الطبيب من الحالات المرضية التي يستشيرها بصفة عامة تزيد من عطفه و حنانه على المريض و الذي يظهر

من خلال موقفه معه في أثناء الحاجة إليه، حيث يعتبره مسؤولية في عاتقه و واجب مهني يتكفل به، كما يرى بأنه شخص في حاجة إلى التكفل الطبي و المعنوي، فيعتبره كأنه شخص من عائلته، يسانده في وقت الحاجة إليه أدنها تخفيف الألم عنه و الرفع من معنوياته، و لقد أثبتت الدراسات بتأثير الجانب النفسي على المريض، ودوره في التخفيف الألم أو تعقيد الحالة المرضية لذلك يدرس الطلبة الأطباء علم النفس كموضوع إضافي لمواضيع علم الطب، لتحسين طريقة التعامل مع المرضى وتفهم حالتهم النفسية التي باستطاعتهم الاستفادة منها للوصول إلى الشفاء.

جدول رقم 126: يبين العلاقة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة التي تقصد المستشفى ليلا في التكوين الطبي بنوع الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين

نوع الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين	مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا على التكوين الطبي	نعم	لا	نوعا ما	المجموع
إعتداء شفهي كالسب و الشتم	65	28	1	94	%66,9 %29,8 %1,1 %100
إعتداء جسدي كالضرب	17	9	0	26	%65,4 %34,6 %0 %100
الاعتداء بالسلاح الأبيض	5	1	1	7	%71,4 %14,3 %14,3 %100
التهديد	1	0	0	1	%100 %0 %0 %100
التعدي بالكلاب	0	1	1	2	%0 %50 %50 %100
الاعتداء بالسلاح الناري	0	0	1	1	%0 %0 %100 %100
اعتداء بمحاولة الدهس بالسيارة	0	0	1	1	%0 %0 %100 %100
تمزيق الوصفة الطبية	1	0	0	1	%100 %0 %0 %100
البسق على الوجه	1	0	0	1	%100 %0 %0 %100
المجموع	90	39	5	134*	%67,2 %29,1 %3,7 %100

* تقلص عدد المبحوثين نظرا لكون هذه الفئة التي تعرضت للاعتداء من طرف المرضى و أهلهم.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مساعدة الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي بنوع الاعتداء و الذي تعرض له المبحوثين يتبين بأن النسبة 67,2 % من المبحوثين يرون بأن هذه الحالات الطارئة ليلا تساعدهم في التكوين الطبي، و نسبة 29,1 % يرون بأن هذه الحالات لا تساعدهم في التكوين الطبي، وأخيرا نسبة 3,7 % يرون بأنها نوعا ما تساعدهم في تكوينهم الطبي.

فالفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعدهم في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100 % تعرضوا إلى التهديد من طرف المرضى أو ذويهم، ونسبة 100 % كذلك قاموا بتمزيق الوصفة الطبية في أوجههم و نفس النسبة أيضا تعرضوا الى البزق من طرف المرضى و ذويهم ثم نسبة 71,4 % تعرضوا إلى الاعتداء بالسلاح الأبيض، ثم نسبة 69,1 % تعرضوا إلى اعتداء شفهي كالسب و الشتم، وأخيرا نسبة 65,4 % تعرضوا إلى اعتداء جسدي كالضرب.

والفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا لا تساعدهم في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 50 % تعرضوا إلى الاعتداء عليهم بتسليط الكلاب عليهم، ثم نسبة 34,6 % تعرضوا الى اعتداء جسدي كالضرب، ونسبة 29,8 % تعرضوا إلى اعتداء شفهي كالسب و الشتم وأخيرا نسبة 14,3 % تعرضوا إلى اعتداء بالسلاح الأبيض.

والفئة الأخيرة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعدهم نوعا ما في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100 % تعرضوا إلى اعتداء من طرف المرضى وأهلهم بالسلاح الناري، ونفس النسبة كذلك تعرضوا إلى اعتداء بمحاولة الدهس بالسيارة ثم نسبة 50 % تعرضوا إلى اعتداء بتسليط الكلاب عليهم، و نسبة 14,3 % تم الاعتداء عليهم بالسلاح الأبيض، وأخيرا نسبة 1,1 % تعرضوا الاعتداء شفهي كالسب و الشتم.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أكثر من نصف العينة المبحوثة ترى بأن الحالات المرضية الطارئة التي تقصد المصلحة الطبية ليلا للعلاج هي حالات مساعدة لهم في تكوينهم الطبي، يستفيدون منها بقدر كبير، ولكن بقدر استفادة الطبيب من هذه الحالات

الطارئة والحالات العادية سواء بالليل أو النهار بقدر تعرضه إلى المشاكل و الصعوبات و الاعتداءات من طرف المريض أو أهله، تمثلت هذه الاعتداءات غالباً في التهديد بالتعرض إليه في حالة ما إذا تدهورت صحة المريض و نلتمس هذا النوع من التهديد خاصة بمصلحة طب الأطفال، ضيف إلى ذلك تعرض المبحوثين إلى البزق على الوجه و تمزيق الوصفة الطبية و الاعتداءات بالسلاح الأبيض و اعتداءات أخرى لم يتجرأ المبحوثين كتابتها ولكنهم سرحوا بها تتمثل في التحرشات الجنسية لكلا الجنسين من طرف بعض الشواذ الرجال و النساء .

3- كثرة المرضى في قاعات الانتظار و مدى تأثيرها على التكوين الطبي لدى الأطباء المقيمين

الجدول رقم 127 يبين المريض في نظر الطبيب

النسبة	التكرار	المريض في نظر الطبيب
54,2%	150	شخص في حاجة للمساعدة
16,2%	45	موضوع للتكوين
5,4%	15	فرد كباقي أفراد المجتمع
23,1%	64	فرد يحتاج إلى معاملة خاصة
0,4%	1	مسؤولية في عائق الطبيب و واجب مهني
0,4%	1	شخص في حاجة إلى تكفل طبي و معنوي
0,4%	1	فرد كأنه من عائلتي
100%	277 *	المجموع

* تضخيم عدد المبحوثين نظراً لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين المريض في نظر الطبيب، يتبين بأن نسبة 54,2% من المبحوثين يعتبرون المريض شخص في حاجة إلى المساعدة و تتمثل هذه المساعدة في تشخيص المرض الذي يعاني منه و تقديم العلاج المناسب له، و نجد نسبة 23,1% من المبحوثين يعتبرون المريض فرد يحتاج إلى معاملة خاصة، وذلك ارتئى

العلماء و المسؤولين و المكلفين بالصحة أن يدرس الطلبة الأطباء مادة علم النفس لتلقينهم كيفية التعامل مع المرضى لكسب ثقتهم فإذا ما إكتسب الأطباء ثقة المرضى ضمنوا نجاح الخطة المتبعة لعلاجهم دون عصيان لأوامرهم و بالتالي الوصول إلى الشفاء.

ونجد فئة ثالثة من المبحوثين و التي قدرت نسبهم بـ 16,2 % يعتبرون المريض موضوعا للتكوين، هو حقا يعتبر كذلك لأنه و لأول وهلة وعند دخول المريض إلى المستشفى، يدور حوله الأساتذة المؤطرين و الطلبة و الأطباء المرسمين الذين أنهموا مرحلة التخصص، فيحللوا وضعية هذا المريض وحالته المرضية جيدا ثم يلقونها على المباشر للطلبة حتى يتعرفوا على الحالة المرضية جيدا، أعراضها، الأدوية اللازمة لعلاجها، مراحل تطورها ... إلخ، فيلموا بكل المعلومات الضرورية و يطبقونها لا حقا على مرضى آخرين، وبهذا يتعرف الطلبة على نوعية الأمراض من خلال الاستشارة المباشرة للمرض، لذلك يعتبر الأطباء الطلبة مرضاهم كموضوع للتكوين.

كما نجد فئة رابعة و هي فئة الأطباء الذين يعتبرون المريض فرد كباقي أفراد المجتمع، وقد بلغت نسبته بـ 5,4 % .

نجد أيضا نسبة 0,4 % من المبحوثين يعتبرون المريض مسؤولية في عاتقهم و واجب مهني، هي مسؤولية في عاتقه لأنه يتقن فن الطب، والمريض في حاجة إلى من يعرف حالته المرضية ويصف له علاجها و الطبيب يدرك أهمية علمه بالنسبة للمريض، لذلك يعتبر نفسه مسؤولا لإيجاد العلاج المناسب له، كما يعتبره واجب مهني، لأنه من يمتحن مهنة الطب يؤدي واجبه المهني المتمثل في العلاج وتخفيف الآلام و الأوجاع .

ونجد أيضا نفس النسبة والتي قدرت بـ 0,4 % من المبحوثين يعتبرون المريض شخص في حاجة إلى التكفل طبي ومعنوي، شخص في حاجة إلى علاج لجسده المريض و الرفع من معنوياته المحبطة نتيجة المرض و إعطاءه الأمل للشفاء، مهما تعقدت حالته

المرضية وازدادت معاناته، هذه هي الصفات التي أوصى بها أبقراط في قسمه الطبي الأبقراطي.

و الفئة الأخيرة و التي قدرت نسبتها ب 0,4 % كذلك من المبحوثين يعتبرون المريض فرد كأنه من عائلتهم يهتمهم أمره إذا ما تألم محاولين إيجاد العلاج المناسب له.

نستنتج من خلال قراءتنا للجدول أن المريض في نظر الطبيب شخص في حاجة للمساعدة و يحتاج إلى معاملة خاصة، هذا بالدرجة الأولى ثم يعتبر موضوعا للتكوين الذي يتلقاه وهو المادة الخام بفن الطب بصفة عامة.

جدول رقم 128: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى في قاعات الانتظار على طريقة التكوين الطبي بالمريض في نظر الطبيب

المجموع	لا	نعم	مدى كثرة المرضى في قاعات الانتظار في التكوين الطبي المريض في نظر الطبيب
150 %100	16 %10,7	134 %89,3	شخص في حاجة إلى المساعدة
45 %100	6 %13,3	39 %86,7	موضوع للتكوين
15 %100	1 %6,7	14 %93,3	فرد كباقي أفراد المجتمع
1 %100	4 %6,3	60 %93,7	فرد يحتاج إلى معاملة خاصة
1 %100	0 %0	1 %100	مسؤولية في عاتق الطبيب و واجب مهني
1 %100	0 %0	1 %100	شخص في حاجة إلى تكفل طبي و معنوي
1 %100	0 %0	1 %100	فرد كأنه من عائلتي
277* %100	27 %0,7	250 %90,3	المجموع

* تضخيم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى في قاعات الانتظار على طريقة التكوين الطبي بالمريض في نظر الطبيب يتبين بأن نسبة 90,3 % من المبحوثين يرون

بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار تؤثر في تكوينهم الطبي ، و نسبة 9,7% يرون بأنها لا تؤثر في تكوينهم.

ففيما يخص الفئة الأولى وهي تلك الفئة التي ترى بأن كثرة المرضى بقاعة الانتظار تؤثر في تكوينها الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% يعتبرون المريض واجب مهني ومسؤولية في عاتقهم، ونفس النسبة أي 100% يعتبرونه شخص في حاجة إلى تكفل طبي ومعنوي، ونفس النسبة كذلك يعتبرونه فرد كأنه من عائلتهم، تليها نسبة 93,7% يعتبرونه أو ينظرون إليه أنه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة، وبعدها مباشرة نسبة 93,3% يعتبرونه فرد كباقي أفراد المجتمع، وتليها نسبة 89,3% يعتبرونه شخص في حاجة إلى مساعدة، وأخيرا نسبة 86,7% يعتبرونه موضوع للتكوين .

والفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن كثرة المرضى بقاعة الانتظار لا تؤثر في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 13,3% يعتبرون المريض موضوع للتكوين، تليها نسبة 10,7% يعتبرونه شخص في حاجة إلى المساعدة، ثم نسبة 6,7% يعتبرونه فرد كباقي أفراد المجتمع، و أخيرا نسبة 6,3% يعتبرونه فرد في حاجة إلى معاملة خاصة.

إذن من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المدروسة يرون بأن كثرة المرضى بقاعة الانتظار تؤثر في تكوينهم الطبي، ويختلف هذا التأثير من طبيب إلى آخر، كل حسب شخصيته وقدرة تحمله للضجيج و الفوضى التي تنتشر بكثرة في قاعة الانتظار. فهناك أطباء اجتماعيون يكون تأثير كثرة المرض عليهم أقل من غيرهم من الأطباء، هناك أطباء تؤثر فيهم تأثيرا سلبيا جدا كما رأيناه في جداول سابقة، كما أن نظره الطبيب لمرضاه تختلف من طبيب لآخر و في الغالب ينظر الطبيب لمرضاه أنه مسؤولية في عاتقه و واجب مهني و أنه شخص في حاجة إلى تكفل طبي ومعنوي، شخص كأنه من عائلته.

جدول رقم 129: يبين العلاقة بين نوع الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين بمدى تأثير كثرة المرضى في قاعات الانتظار على طريقة التكوين

مدى تأثير كثرة المرضى في قاعات الانتظار على التكوين الطبي	نوع الاعتداء الذي تعرض له الطبيب من طرف المريض و أهله	نعم	لا	المجموع
إعتداء شفهي كالسب و الشتم	87	7	94	%100
إعتداء جسدي كالضرب	22	4	26	%100
الاعتداء بالسلاح الأبيض	6	1	7	%100
التهديد	1	0	1	%100
التعدي بالكلاب	2	0	2	%100
الاعتداء بالسلاح الناري	1	0	1	%100
اعتداء بمحاولة الدهس بالسيارة	1	0	1	%100
تمزيق الوصفة الطبية	1	0	1	%100
البزق على الوجه	1	0	1	%100
المجموع	122	12	134 *	%91

* تقلص عدد المبحوثين نظرا لكون الفئة تخص المبحوثين الذين تعرضوا للاعتداء من طرف المريض أو أهله.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوع الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين بمدى تأثير كثرة المرضى في قاعات الانتظار على طريقة التكوين، يتبين بأن نسبة 91 % من المبحوثين يرون بأن كثرة المرضى في قاعات الانتظار تؤثر في تكوينهم الطبي، و نسبة 9% يرون بأنها لا تؤثر في تكوينهم الطبي.

فالفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار تؤثر في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% تعرضوا إلى الاعتداء من طرف المرضى وذويهم والذي يمثل في التهديد في حال ما إذا تعقدت حال المريض، ونفس النسبة أي 100% تعرضوا إلى التعدي عليهم بالكلاب ، ونفس النسبة كذلك تعرضوا للاعتداء بالسلاح الأبيض، ونسبة 100% كذلك تعرضوا للاعتداء بمحاولة الدهس بالسيارة ونسبة 100% أيضا مزق في وجههم المريض الوصفة الطبية التي قدموها إليه ، ونسبة 100% كذلك تعرضوا إلى البزق في الوجه من طرف المريض ، تليها نسبة 92,5% منهم تعرضوا إلى اعتداء شفهي كاسب و الشتم تليها نسبة 85,7% تعرضوا إلى الاعتداء بالسلاح الأبيض، و أخيرا نسبة 84,6% تعرضوا إلى الاعتداء الجسدي كالضرب.

والفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن كثرة المرضى بقاعة الانتظار لا تؤثر في تكوينهم الطبي نجد من بينهم نسبة 15,4% تعرضوا لاعتداء جسدي كالضرب تليها مباشرة نسبة 14,3% تعرضوا للاعتداء بالسلاح الأبيض، و أخيرا نسبة 7,5% تعرضوا لاعتداء شفهي كالسب و الشتم.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن كثرة المرضى بقاعة الانتظار تؤثر في التكوين الطبي للمبحوثين، فتقريبا كامل العينة المبحوثة يتأثر تكوينها بكثرة المرضى بقاعات الانتظار، و في أثناء تعاملهم هذا مع المرضى ويوميا يتعرض المبحوثين إلى مختلف الاعتداءات كالتهديد بالإيذاء و التعدي بالكلاب و بالسلاح الناري، وحتى الاعتداء بمحاولة الدهس بالسيارة، هي إعتداءات خطيرة قد تؤذي الأطباء بصفة عامة و أدناها الأذى النفسي، فكونهم أطباء لا يعني أنهم لا يتعرضوا إلى الأذى نفسانيا و هذا الأذى يتمثل في تمزيق الوصفة الطبية و البزق على الوجه، و إلى غير من التصرفات غير الأخلاقية.

جدول رقم 130: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي بالسبب في الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين

المجموع	لا	نعم	مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي سبب الاعتداء الذي تعرض له الطبيب من طرف المريض
11 %100	2 %18,2	9 %81,8	الجهل وعدم تفهم أهل أن إمكانيات المستشفى محدودة
8 %100	1 %12,5	7 %87,5	عدم تقبل المرض
17 %100	0 %0	17 %100	عدم توفر العلاج بالمستشفى
7 %100	1 %14,3	6 %85,7	اعتبار الطبيب موظف عامل مسخر بالمجان لخدمة المرضى و ذويهم
14 %100	1 %7,1	13 %92,9	عدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور
5 %100	0 %0	5 %100	بعض المشاكسين و السكرين و متعاطي المخدرات
13 %100	0 %0	13 %100	تعرض الطبيب للسب و الشتم من طرف المريض و أهله
3 %100	0 %0	3 %100	موت أحد المرضى
5 %100	1 %20	4 %80	القلق الزائد على المريض من طرف أهله
3 %100	0 %0	3 %100	عدم توفر الأمن بكفاية
2 %100	0 %0	2 %100	قلق المرضى و عنفهم
*88 %100	6 %6,8	82 %93,2	المجموع

* تقلص عدد المبحوثين نظرا لكون الفئة تخص المبحوثين الذين تعرضوا للاعتداء من طرف المرضى و ذويهم

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي بالسبب في الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين، تبين بأن نسبة 93,2% من المبحوثين تأثر تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعات الانتظار، و نسبة 6,8% كثرة المرضى في قاعات الانتظار لم تؤثر في تكوينهم الطبي.

فالفئة الأولى وهي فئة الأطباء الذين تأثر تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعة الانتظار للمصلحة الطبية التي يتكونون و يعملون بها، نجد من بينهم نسبة 100% تعرضوا

إلى الإعتداء بسبب عدم توفر العلاج بالمستشفى أو بالمصلحة الطبية التي قصدوها للعلاج ونفس النسبة تعرضوا إلى الاعتداء من طرف بعض المشاكسين و السكرين و متعاطي المخدرات ونفس النسبة أيضا كانوا عرضة للسب و الشتم من طرف أهل المريض، و نسبة 100% أيضا تعرضوا إلى الاعتداء من طرف أهل المريض بسبب موت مريضهم، و نسبة 100% كذلك تعرضوا للاعتداء بسبب عدم توفر الأمن بكفاية، و نسبة 100% تعرضوا للاعتداء بسبب قلق المرضى و عنفهم، تليها نسبة 92,9% بسبب عدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور تعرضوا إلى الاعتداء من طرف المرضى، تليها نسبة 87,5% بسبب عدم تقبل المرض، ثم نسبة 85,7% يعود سبب تعرضهم إلى الاعتداء من طرف المرضى إلى اعتبار الطبيب موظف عامل مسخر بالمجان لخدمة المرضى و ذويهم، ثم تليها نسبة 81,8% بسبب الجهل و عدم تفهم الأهل بأن الامكانيات المستشفى محدودة، وأخيرا نسبة 80% تعرضوا لاعتداء بسبب القلق الزائد على المريض من طرف أهله.

والفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة التي لم يتأثر تكوينها بكثرة المرضى بقاعة الانتظار نجد من بينهم نسبة 20% تعرضوا للاعتداء بسبب القلق الزائد على المريض من طرف أهله، تليها نسبة 18,2% تعرضوا للاعتداء بسبب الجهل وعدم تفهم الأهل بأن امكانيات المستشفى محدودة، تليها نسبة 14,3% بسبب اعتبار المرضى الطبيب موظف عامل مسخر بالمجان لخدمة المرضى و ذويهم تعرضوا للاعتداء من طرف المرضى، ثم تليها نسبة 12,5% تعرضوا للاعتداء بسبب عدم تقبل المرض وأخيرا نسبة 7,1% بسبب عدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور كانوا عرضة للاعتداءات من طرف المرضى.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأنه تقريبا كامل العينة المبحوثة تأثر تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعة الانتظار ونتيجة لعدة أسباب كانوا عرضة إلى مختلف الاعتداءات، وكانت في الغالب هذه الاعتداءات من طرف فئة معينة من المرضى فقط، وهي فئة المشاكسين و السكرين و متعاطي المخدرات، وبسبب قلق المرضى و عنفهم أحيانا و نقص الأمن في داخل المصلحة الطبية و عدم توفر العلاج المناسب نتيجة نقص الامكانيات و الذي بدوره يؤدي إلى وفاة المرضى، يصبح الطبيب عرضة إلى السب و الشتم .

جدول رقم 131: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين بالسبب في مواجهة المشاكل مع المرضى أو ذويهم

السبب في حدوث المشاكل مع المرضى أو ذويهم	مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي	نعم	لا	المجموع
تدهور صحة المريض	18	3	21	%85,7 %14,3 %100
حالة الفوبيا (الخوف) التي يعيشها بعض المرضى	56	5	61	%91,8 %8,2 %100
عدم تماثله للشفاء	21	2	23	%91,3 %8,7 %100
سوء تشخيص المرض	6	3	9	%66,7 %33,3 %100
طبيعة المجتمع الجزائري التي تميل إلى العنف و تعديهم للحدود	7	0	7	%100 %0 %100
التوتر و الفوضى	2	0	2	%100 %0 %100
ساعات الانتظار الطويلة	4	0	4	%100 %0 %100
نقص الإمكانيات للتكفل بالمريض	2	0	2	%100 %0 %100
لأسباب تتعلق بالمريض أو أهله من الجانب التربوي و الأخلاقي	18	2	20	%90 %10 %100
تأخر الموعد العلمية أو العلاج	2	0	2	%100 %0 %100
عدم توفر الأمن	1	0	1	%100 %0 %100
عدم احترام الطبيب و التعدي على حقوقه الشخصية	11	0	11	%100 %0 %100
الطبيب هو الحلقة الأخيرة لتفريغ الغضب في فشل المنظومة الصحية	3	0	3	%100 %0 %100
مجانية العلاج	3	0	3	%100 %0 %100
التدخل في مهام الطبيب	1	0	1	%100 %0 %100
عدم الثقة في تشخيصات و نصائح الطبيب	2	0	2	%100 %0 %100
المجموع	157	15	172 *	%91,3 %8,7 %100

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على السؤال المفتوح.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين بالسبب في مواجهة المشاكل مع المرضى وذويهم يتبين بأن نسبة 91,3 % من المبحوثين تأثر تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعة الانتظار و نسبة 8,7 % لم يتأثر تكوينهم بكثرة المرضى بقاعات الانتظار.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار تؤثر في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% تعرضوا إلى مشاكل مع المرضى وذويهم بسبب العنف الممارس من طرف أهل المريض ونفس النسبة بسبب التوتر و الفوضى، ونفس النسبة كذلك بسبب ساعات الانتظار الطويلة التي يقضيها المرضى وذويهم في قاعة الانتظار و نسبة 100 % كذلك تعرضوا للمشاكل بسبب نقص الإمكانيات للتكفل بالمريض، و نسبة 100% بسبب تأخر موعد العملية، ونسبة أخرى قدرت بـ 100% تعرضوا للمشاكل بسبب عدم توفر الأمن ونفس النسبة أيضا تعرضوا للمشاكل بسبب عدم احترام الطبيب و التعدي على حقوقه الشخصية، ونسبة 100% كذلك بسبب كون الطبيب هو الحلقة الأخيرة لتفريغ الغضب في فشل المنظومة الصحية ونسبة أخرى قدرت بـ 100% أيضا تعرضوا للمشاكل مع المرضى وذويهم بسبب مجانية العلاج، ونسبة 100 % كذلك بسبب التدخل في مهام الطبيب ونسبة 100% أخرى تعرضت للمشاكل بسبب عدم الثقة في تشخيصات و نصائح الطبيب، تليها نسبة 91,8 % تعرضوا للمشاكل بسبب حالة الفوبيا أو الخوف التي يعيشها بعض المرضى ، تليها مباشرة نسبة 91,3 % تعرضوا إلى المشاكل مع المرضى بسبب عدم تماثلهم للشفاء، و نسبة 90 % لأسباب تتعلق بالمريض و أهله من الجانب التربوي و الأخلاقي، تليها نسبة 85,7 % بسبب تدهور صحة المريض تعرضوا إلى مشاكل، وأخيرا نسبة 66,7% من هؤلاء المبحوثين تعرضوا إلى المشاكل مع المرضى و ذويهم بسبب سوء تشخيص المرض.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين والتي ترى بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار لا تؤثر في تكوينها الطبي نجد من بينهم نسبة 33,3 % تعرضوا إلى المشاكل مع المرضى بسبب تشخيص المرض، تليها نسبة 14,3 % بسبب تدهور صحة المريض تعرضوا إلى المشاكل ثم نسبة 10% لأسباب تتعلق بالمريض و أهله من الجانب التربوي و الأخلاقي، ثم نسبة 8,7 % بسبب عدم تماثل المريض إلى الشفاء، وأخيرا نسبة 8,2 % تعرضوا إلى المشاكل مع المرضى وذويهم بسبب حالة الفوبيا أو الخوف التي يعيشها بعض المرضى.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة أثرت في تكوينها الطبي كثرة المرضى بقاعات الانتظار تأثيرا يختلف من طبيب إلى آخر، تأثير قد يؤدي بهم إلى القلق و النرفزة و الخطأ في التشخيص الأمر الذي يوقعهم في مشاكل كبيرة مع المرض وذلك لعدة أسباب أهمها مجانية العلاج و العنف و الفوضى و الضغط الممارس من طرفهم ، ضف إلى ذلك نقص الإمكانيات المادية و البشرية للتكفل بالمريض و التأخر في المواعيد و الانتظار في قاعة الجلوس لساعات طويلة، و في مقابل كل هذه المشاكل هناك انعدام تام للأمن بالمصلحة الطبية.

جدول رقم 131: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بمدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي

المجموع	لا	نعم	مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو مدى تأثير كثرة أحد من أهله المرضى على طريقة التكوين الطبي
115 %100	7 %6,1	108 %93,9	نعم
49 %100	12 %24,5	37 %75,5	لا
1 %100	0 %0	1 %100	بدون إجابة
165 %100	19 %11,5	146 %88,5	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بمدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي، يتبين بأن نسبة 88,5% من المبحوثين واجهوا المشاكل مع مرضاهم ونسبة 11,5 % لم يواجهوا المشاكل.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين واجهوا المشاكل مع أحد مرضاهم أو ذويهم، نجد من بينهم نسبة 93,9% تأثر تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعات الانتظار، و نسبة 75,5 % لم تتأثر طريقة تكوينهم بكثرة المرضى في قاعة الانتظار .

و الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين لم يواجهوا المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم، نجد من بينهم نسبة 24,5 % لم تتأثر طريقة تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعة الانتظار، و نسبة 6,1 % تأثر تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعة الانتظار.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بان أغلبية العينة المبحوثة واجهت المشاكل مع احد المرضى أو ذويهم و تأثرت طريقة تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعة الانتظار، هناك علاقة طردية ما بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى بمدى تأثير كثرة المرض على طريقة التكوين الطبي، حيث كلما واجه المبحوثين المشاكل مع مرضاهم كلما تأثرت طريقة تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعة الانتظار وكلما زادت تشخيصات الطبيب للمرضى زاد تعرضه للمشاكل معهم و بالتالي تتأثر طريقة تكوينه الطبي.

الجدول رقم 132 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي و العوامل المؤثرة في التكوين الطبي

مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين	نعم	لا	المجموع
العوامل المؤثرة في التكوين الطبي			
مستوى الطالب	108 %90,3	12 %9,7	124 %100
زملاء العمل	77 % 92,8	6 %7,2	83 %100
بيئة العمل وظروف العمل	126 %90	14 %10	140 %100
الأساتذة المؤثرين	132 %88	18 %12	150 %100
الحالات المرضية التي تقصد المستشفى	112 %91,1	11 %8,9	123 %100
الأجرة	4 %80	1 %20	5 %100
الرغبة و الإصرار	2 %100	0 %0	2 %100
التربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج	2 %66,7	1 %33,3	3 %100
الإطلاع على الوثائق العملية و الكتب و المقالات	2 %100	0 %0	2 %100
نقص الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية	4 %80	1 %20	5 %100
أخرى	2 %100	0 %0	2 %100
الحالات الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية	5 %100	0 %0	5 %100
المجموع	580 %90,1	64 %9,9	* 644 %100

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي بالعوامل المؤثرة في التكوين الطبي، يتبين بأن نسبة 90,1% من المبحوثين تأثرت طريقة تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعات الانتظار، ونسبة 9,9% لم تتأثر بها.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين تأثر تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعات الانتظار، نجد من بينهم نسبة 100% تأثر تكوينهم الطبي بعامل الرغبة و الإصرار لديهم، ونفس النسبة بعامل الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات، ونفس النسبة بعامل الحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية، تليها نسبة 92,8% تأثر تكوينهم الطبي بزملاء العمل، ثم نسبة 91,1% تأثر تكوينهم بعامل الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، تليها نسبة 90,3% تأثر تكوينهم الطبي بعامل مستوى الطالب، تليها مباشرة نسبة 90% تأثر تكوينهم ببيئة العمل و ظروف العمل، و نسبة 88% بعامل الأساتذة المؤطرين، ، و نسبة 80% بعامل الأجرة، و نفس النسبة كذلك تأثر تكوينهم بالنقص في الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية، وأخيرا نسبة 66,7% تأثر تكوينهم بالتربصات التكوينية المهنية و الدراسية في الداخل و الخارج.

وفيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك التي لم تتأثر طريقة تكوينهم الطبي بكثرة المرضى في قاعة الانتظار، نجد من بينهم نسبة 33,3% تأثر تكوينهم بعامل التربصات التكوينية المهنية و الدراسية بالداخل و الخارج، وتليها نسبة 20% تأثر تكوينهم بعامل النقص في الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية، ونفس النسبة أي 20% بعامل الأجرة، تليها نسبة 12% بعامل الأساتذة المؤطرين، و نسبة 10% تأثر تكوينهم ببيئة العمل وظروف العمل، ثم نسبة 9,7% بمستوى الطالب، و نسبة 8,9% بالحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، وأخيرا نسبة 7,2% تأثر تكوينهم الطبي بعامل زملاء العمل.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار تؤثر تأثيرا كبيرا في طريقة التكوين الطبي لدى المبحوثين، وأن تكوينهم الطبي يتأثر بعدة عوامل أهمها عامل الرغبة و الإصرار الذي نلتمسه عند المبحوثين، ففن الطب علم لا يعتمد فقط على دروس المؤطرين فحسب، بل هو علم يحتاج إلى الكثير من البحث و الاطلاع على الكتب و المجالات العلمية و المقالات الحديثة، ضف إلى ذلك الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج يوميا، فهي غنية بالمعلومات و ثرية بالتجارب.

الجدول رقم 133 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار على طريقة التكوين بطبيعة التكوين

طبيعة التكوين	مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار على طريقة التكوين	تكوين نظري محض	تكوين تطبيقي محض	ممزوج	بدون إجابة	المجموع
نعم		8	7	130	12	146
		%5,5	%4,8	%89	%0,7	%100
لا		0	1	18	0	19
		%0	%5,3	%94,7	%0	%100
المجموع		8	8	148	1	165
		%4,8	%4,8	%89,7	%0,6	%100

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في طريقة التكوين بطبيعة التكوين الطبي يتبين بأن نسبة 89,7% من المبحوثين يرون بأن طبيعة تكوينهم الطبي هي ممزوجة، و نسبة 4,8% يرون بأنه تكوين تطبيقي محض، ونفس النسبة يرون بأنه نظري محض.

ففيما يخص الفئة الأولى من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي هو تكوين ممزوج، نجد من بينهم نسبة 94,7% يرون أن كثرة المرضى بقاعات الانتظار لا تؤثر في طريقة تكوينهم الطبي و نسبة 89% يرون بأنها تؤثر في طريقة تكوينهم الطبي.

و فيما يخص الفئة الثانية من المبحوثين و هي تلك الفئة التي ترى بأن التكوين الذي تتلقاه هو تكوين تطبيقي محض، نجد من بينهم نسبة 5,3% يرون بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار لا تؤثر في طريقة التكوين الطبي الذي يتلقونه، و نسبة 4,8% يرون بأنها تؤثر فيه.

و الفئة الثالثة من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين نظري محض، نجد من بينهم نسبة 5,5% يرون بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار تؤثر في طريقة التكوين الطبي الذي يتلقونه .

إذا التكوين الذي يتلقاه الطلبة المبحوثين هو تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، و طريقة التكوين لا تتأثر بكثرة المرضى في قاعة الانتظار للمصلحة الطبية التي يتدربون بها.

جدول رقم 134: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين بنوع هذا التأثير

المجموع	لا	نعم	مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي نوع التأثير الذي تسببه كثرة المرضى على التكوين الطبي
29 %100	2 %6,9	27 %93,1	ضغط نفسي
28 %100	0 %0	28 %100	عدم إعطاء كل مريض حقه من الوقت
14 %100	1 %7,2	13 %92,8	الإزعاج بسبب الفوضى و الضجيج
7 %100	1 %14,3	6 %85,7	سوء التنظيم
25 %100	1 %4	24 %96	نقص التركيز
12 %100	1 %8,3	11 %91,7	توتر و قلق و إرباك
19 %100	0 %0	19 %100	تأثير سلبي على نوعية العلاج و التعليم
22 %100	0 %0	22 %100	تأثير سلبي و حالات طارئة تنتظر
10 %100	0 %0	10 %100	تأثير جسدي
5 %100	0 %0	5 %100	الإزعاج المستمر في نقص الطاقم المساعد
3 %100	0 %0	3 %100	تأثير سلبي جدا
2 %100	0 %0	2 %100	عدم تفهم المرضى
5 %100	0 %0	5 %100	تؤثر على هيبة الطبيب و عدم احترامه
1 %100	0 %0	1 %100	غياب الأمن
5 %100	0 %0	5 %100	تأثير إيجابي
187 %100	6 %3,2	181 %96,8	المجموع

* تضخم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات للسؤال المفتوح.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين بنوع هذا التأثير يتبين بأن نسبة 96,8 % من المبحوثين يرون بأن طريقة تكوينهم الطبي تتأثر بكثرة المرضى بقاعة الانتظار للمصلحة الطبية و قد اختلف نوع هذا التأثير من طبيب إلى آخر في المصلحة الطبية الواحدة، بحيث نجد من بينهم نسبة 100% كان تأثير كثرة المرضى عليهم بعدم إعطاء كل مريض حقه من الوقت، بحيث يصبح الهم الوحيد للأطباء هو معالجة جميع المرضى المتواجدين بالقاعة مهملين بذلك الفاعلية في العلاج، ونفس النسبة أثرت فيهم كثرة المرضى تأثيرا سلبيا على نوعية العلاج و التعليم، ونفس النسبة كذلك تأثروا سلبيا تاركين الحالات الطارئة تنتظر بقاعة الانتظار، ونفس النسبة تأثروا جسديا ، و نسبة 100 % كذلك تأثروا بالإزعاج المستمر الناتج عن النقص في الطاقم المساعد، ونفس النسبة تأثروا تأثيرا سلبيا جدا، ونسبة أخرى قدرت بـ 100% أيضا تأثروا نتيجة عدم تفهم المرضى، ونفس النسبة تأثروا سلبيا انعكس على هوية الطبيب وعدم احترامه، و نسبة 100 % كذلك تأثروا بسبب غياب الأمن، و نسبة أخرى قدرت بـ 100% تأثروا إيجابيا، تليها نسبة 96% تأثروا بنقص التركيز، و نسبة 93,1% تأثروا بضغط نفسي، ثم نسبة 92,8% تأثروا بسبب الفوضى و الضجيج، ثم نسبة 91,7% تأثروا بنوع من التوتر و القلق و الإرباك، وأخيرا نسبة 85,7% تأثروا بسبب سوء التنظيم .

و الفئة الثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين يرون بأن طريقة تكوينهم الطبي لا تتأثر بكثرة المرضى في قاعة الانتظار وقد قدرت نسبتها بـ 3,2 % ، نجد من بينهم نسبة 14,3% تأثروا بسوء التنظيم الذي تسببه كثرة المرضى، تليها نسبة 8,3% تأثروا بنوع من التوتر و القلق و الإرباك، ثم تليها نسبة 7,2% تأثروا بالإزعاج الذي تسببه الفوضى و الضجيج، ثم نسبة 6,9% أثرت عليهم كثرة المرضى بقاعة الانتظار بضغط نفسي انعكس على تكوينهم الطبي، و أخيرا نسبة 4% نقص تركيزهم في أثناء العمل و التكوين.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار أثرت تأثيرا كبيرا في طريقة التكوين الطبي الذي يتلقاه المبحوثين، و نوع هذا التأثير كان في الغالب تأثيرا سلبيا على صحة المريض النفسية و الجسدية، و على نوعية العلاج التي يقدمها للمرضى و التعليم الذي يتلقاه، الأمر الذي انعكس على هيئته واحترامه، وفي المقابل هناك نقص في الإمكانيات البشرية و المادية الضروريتين لمزاولة المهنة و التكوين الطبي، وكذا غياب الأمن بالمصلحة الطبية.

جدول رقم 135: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين بمدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني

المجموع	لا	نعم	مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي مدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي
115 %100	15 %13,1	100 %86,9	نعم
18 %100	1 %5,6	17 %94,4	لا
23 %100	3 %13,1	20 %86,4	نوعا ما
4 %100	0 %0	4 %100	تكوين شخصي
2 %100	0 %0	2 %100	بصعوبة
1 %100	0 %0	1 %100	في المجال التطبيقي فقط
2 %100	0 %0	2 %100	بدون إجابة
165 %100	19 %11,5	146 %88,5	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين بمدى تحقيق التكوين للنتائج المساعدة في المسار المهني الطبي لدى المبحوثين يتبين بأن نسبة 88,5 % من المبحوثين تأثرت طريقة تكوينهم الطبي بكثرة المرضى في قاعات الانتظار، نجد من بينهم نسبة 100 % يرون بأن التكوين الذي يتلقونه هو تكوين شخصي، ونفس النسبة يرون بأنه حقق النتائج المرجوة منه و لكن بصعوبة، و نسبة 100 % كذلك يرون بأن التكوين الطبي حقق لهم النتائج المرجوة منه في المجال التطبيقي فقط، تليها نسبة 94,4 % يرون بأنه لم يحقق النتائج المساعدة في المسار المهني الطبي، ثم نسبة 86,9 % يرون بأنه حققها، و أخيرا نسبة 86,9 % يرون بأنه نوعا ما حقق هذه النتائج.

ونجد فئة ثانية من المبحوثين و التي قدرت نسبتهم بـ 11,5 % يرون بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار لم تأثت في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 13,1 % يرون بأن التكوين الذي يتلقونه حقق لهم النتائج المرجوة منه و المساعدة في المسار المهني الطبي، ونفس النسبة يرون بأنه نوعا ما حققها، وأخيرا نسبة 5,6 % يرون بأن تكوينهم الطبي الذي يتلقونه لم يحقق لهم النتائج المرجوة منه و المساعدة في المسار المهني الطبي.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار تأثر في طريقة التكوين الطبي للأطباء، و أن هذا التكوين الذي يتلقونه هو تموين شخصي حقق النتائج المرجوة منه بصعوبة، و في المجال التطبيقي فقط، و هناك علاقة بين تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في طريقة التكوين الطبي الذي يتلقونه بمدى تحقيق النتائج المساعدة في المسار المهني الطبي، و هي علاقة عكسية، حيث كلما أثرت كثرة المرضى بقاعة الانتظار في طريقة التكوين الطبي كلما لم يحقق التكوين الطبي النتائج المرجوة منه و المساعدة في المسار المهني الطبي، و العكس صحيح، أي كلما لم تأثر كثرة المرضى بقاعة الانتظار في طريقة التكوين المهني الطبي كلما حقق هذا التكوين النتائج المرجوة منه في المسار المهني الطبي لدى المبحوثين .

جدول رقم 136: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى في قاعات الانتظار على طريقة التكوين بمدى تطوير المعارف الطبية

مدى تأثير كثرة المرضى في قاعات الانتظار على طريقة التكوين الطبي	نعم	لا	المجموع
مدى تحقيق التكوين لتطوير المعارف الطبية			
نعم	91 %90,1	10 %9,9	101 %100
لا	14 %100	0 %0	14 %100
قليلا	30 %78,9	8 %21,1	38 %100
تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي	7 %87,5	1 %12,5	8 %100
في المجال النظري نعم لا بأس به ولكن على المستوى التطبيقي فلا يوجد تطوير	1 %100	0 %0	1 %100
بدون إجابة	3 %100	0 %0	3 %100
المجموع	146 %88,5	19 %11,5	165 %100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى في قاعة الانتظار في طريقة التكوين بمدى تطوير المعارف الطبية، بحيث يتبين بأن نسبة 88,5 % من المبحوثين تأثرت طريقة تكوينهم الطبي بكثرة المرضى في قاعات الانتظار، نجد من بينهم نسبة 100 % يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه لم يطوّر لهم معارفهم الطبية، و نسبة 100 % كذلك يرون بأنه طوّرها و لكن في المجال النظري فقط دون التطبيقي، ثم تليها نسبة 90,1 % يرون بأن تكوينهم الطبي حقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية، ثم تليها نسبة 87,5 % يرون بأنه تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، وأخيرا نسبة 78,9 % يرون بأنه حقق لهم القليل في التطوير في معارفهم الطبية.

والفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين لم تأثر في طريقة تكوينهم الطبي كثرة المرضى بقاعة الانتظار، قدرت نسبتهم بـ 11,5 % نجد من من بينهم نسبة 21,1 % يرون بأن التكوين الطبي الذي يتلقونه حقق لهم القليل من التطوير في المعارف الطبية، تليها

نسبة 12,5 % يرون بأنهم تكوين يعتمد على الكثير من المجهود الفردي، و أخيرا نسبة 9,9 % يرون بأنه حقق لهم تطويرا في معارفهم الطبية.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار تؤثر في طريقة التكوين الطبي الذي يتلقاه المبحوثين، وأنّ هذا التكوين لا يحقق لهم التطوير في معارفهم الطبية و إن حققها ففي المجال النظري فقط.

إن هناك علاقة ما بين مدى تأثير كثرة المرضى بالقاعات الانتظار في طريقة التكوين الطبي بمدى تحقيق التكوين لتطوير المعارف الطبية وهي علاقة عكسية، حيث كلما تأثرت طريقة التكوين الطبي بكثرة المرضى في قاعات الانتظار، كلما لم يحقق التكوين الطبي التطوير في المعارف الطبية و العكس صحيح، أي كلما لم تتأثر طريقة التكوين الطبي بكثرة المرضى في قاعات الانتظار كلما حقق هذا التكوين تطورا في المعارف الطبية للمبحوثين.

جدول رقم 137: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار على طريقة التكوين الطبي بمستوى التكوين الطبي

المجموع	لا	نعم	مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في التكوين الطبي مستوى التكوين الطبي
7 %100	1 %14,3	6 %85,7	جيد
28 %100	1 %3,6	27 %96,4	متوسط
64 %100	11 %17,2	53 %82,8	ضعيف و رديء
42 %100	6 %14,3	36 %85,7	حسن
18 %100	0 %0	18 %100	يعتمد على التكوين الذاتي
3 %100	0 %0	3 %100	أخرى
3 %100	0 %0	3 %100	بدون إجابة
165 %100	19 %11,5	146 %88,5	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعة الانتظار في طريقة التكوين الطبي بمستوى التكوين الطبي، حيث يتبين بأن نسبة 88,5 % من المبحوثين يرون بأن كثرة المرضى بقاعة الانتظار تؤثر في تكوينهم الطبي، نجد من بينهم نسبة 100% يرون بأنه يعتمد على التكوين الذاتي، تليها نسبة 96,4 % يرون بأن تكوينهم ذو مستوى متوسط، تليها نسبة 85,7 % يرون بأنه تكوين ذو مستوى جيد، ونفس النسبة يرون بأنه ذو مستوى حسن، وأخيرا نسبة 82,8 % يرون بأنه تكوين ذو مستوى ضعيف و رديء.

و نجد فئة ثانية من المبحوثين يرون بأن تكوين الأطباء لا يتأثر بمدى كثرة المرضى بقاعات الانتظار، وقد بلغت نسبتهم بـ 11,5 % نجد من بينهم نسبة 17,2 % يرون بأن تكوينهم الطبي ذو مستوى ضعيف و رديء، تليها نسبة 14,3 % يرون بأنه ذو مستوى حسن و نفس النسبة أي 14,3 % يرون بأنه ذو مستوى جيد، و أخيرا نسبة 3,6 % يرون بأنه ذو مستوى متوسط .

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن تكوين الأطباء يتأثر بمدى كثرة المرضى بقاعات الانتظار، و أن هذا التكوين الطبي الذي يتلقونه هو تكوين ذو مستوى متوسط، يعتمد على الكثير من المجهود الذاتي. وما نلاحظه بأنه هناك علاقة ما بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في التكوين الطبي بمستوى هذا التكوين، حيث كلما تأثر التكوين الطبي للمبحوثين بكثرة المرضى بقاعة الانتظار كلما كان مستواه متوسط يعتمد على الكثير من المجهود الذاتي، و العكس صحيح أي كلما لم يتأثر التكوين الطبي بكثرة المرضى كلما كان تكوين ضعيف و رديء يميل إلى الحسن .

الجدول رقم 138 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعة الانتظار في التكوين الطبي بالأقدمية

الأقدمية	مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في طريقة التكوين	نعم	لا	المجموع
السنة الأولى	29	7	36	% 80,6 % 19,4 % 100
السنة الثانية	40	5	45	% 88,9 % 11,1 % 100
السنة الثالثة	45	1	46	% 97,8 % 2,2 % 100
السنة الرابعة	15	2	17	% 88,2 % 11,8 % 100
السنة الخامسة	7	1	8	% 87,5 % 12,5 % 100
السنة السادسة	1	0	1	% 100 % 0 % 100
بدون إجابة	9	3	12	% 75 % 25 % 100
المجموع	146	19	165	% 88,5 % 11,5 % 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعة الانتظار في التكوين الطبي بالأقدمية، حيث يتبين بأن نسبة 88,5 % من المبحوثين يرون بأن كثرة المرضى بقاعات الانتظار تؤثر في التكوين الطبي، و نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون بالسنة السادسة، و نسبة 97,8 % يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 88,9 % يتمدرسون بالسنة الثانية، تليها نسبة 88,2 % يتمدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 87,5 % يتمدرسون بالسنة الخامسة، و أخيرا نسبة 80,6 % يتمدرسون بالسنة الأولى.

و الفئة الثانية و التي قدرت نسبتها بـ 11,5% وهي فئة الأطباء الذين يرون بأن تكوينهم الطبي يتأثر بكثرة المرضى بقاعات الانتظار، نجد من بينهم نسبة 19,4% يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم نسبة 12,5 % يتمدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة 11,8 %

يتمدرسون بالسنة الرابعة، تليها مباشرة نسبة 11,1 % يتمدرسون بالسنة الثانية، و أخيرا نسبة 2,2 % يتمدرسون بالسنة الثالثة.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن هناك علاقة ما بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في طريقة التكوين بالأقدمية، وهي علاقة طردية، حيث كلما زادت الأقدمية زاد التأثير في التكوين الطبي بكثرة المرضى في قاعات الانتظار و العكس صحيح، و ذلك ما يظهر في الثلاث سنوات الأولى، حيث كلما زادت الأقدمية في الثلاث سنوات الأولى زاد التأثير في التكوين الطبي بكثرة المرضى و نفس الشيء في الثلاث سنوات الثانية، والعكس صحيح، أي كلما قلّت الأقدمية في الثلاث سنوات الأولى و الثانية كلما قلّ التأثير في التكوين الطبي.

الجدول رقم 139 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي بالسّن

السن	مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار على طريقة التكوين	نعم	لا	المجموع
من 25 إلى 29 سنة	107	68	125	% 100
من 30 إلى 34 سنة	27	1	28	% 100
من 35 إلى 39 سنة	5	0	5	% 100
بدون اجابة	7	0	7	% 100
المجموع	146	19	165	% 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعة الانتظار على طريقة التكوين الطبي بالسّن، حيث يتبين بأن نسبة 88,5 % من الباحثين يرون بأن طريقة تكوينهم الطبي تتأثر بكثرة المرضى في قاعات الانتظار، نجد من بينهم نسبة 100% تتراوح أعمارهم من 35 إلى 39 سنة، ثم نسبة 96,4 % تتراوح أعمارهم من 30 إلى 34 سنة، و أخيرا نسبة 85,6 % تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

كما نجد فئة ثانية من المبحوثين والتي قدرت نسبتهم بـ 11,5% يرون بأن طريقة تكوينهم الطبي تتأثر بكثرة المرضى بقاعات الانتظار، نجد من بينهم نسبة 14,4 تتراوح أعمارهم ما بين 25 الى 29 سنة، ونسبة 3,6 % تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأنه هناك علاقة ما بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار بالسن، وهي علاقة طردية، بحيث كلما زاد سن المبحوثين في قاعات الانتظار كلما زادت طريقة تكوينهم الطبي تأثرا و العكس صحيح، أي كلما نقص سن المبحوثين نقص تأثر تكوينهم الطبي بكثرة المرضى في قاعات الانتظار.

4- المشاكل التي يتعرض لها الطبيب مع المريض و أهله.

الجدول رقم 140: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع المرضى و ذويهم بالمريض جدول في نظر الطبيب

مدى مواجهة المشاكل مع المريض و ذويه	نعم	لا	المجموع
المريض في نظر الطبيب			
شخص في حاجة للمساعدة	108 %72	42 %28	150 %100
موضوع للتكوين	29 %64,4	16 %35,6	45 %100
فرد كباقي أفراد المجتمع	11 %73,3	4 %26,7	15 %100
فرد يحتاج إلى معاملة خاصة	47 %73,4	17 %26,7	64 %100
مسؤولية في عاتق الطبيب وواجب مهني	1 %100	0 %0	0 %100
شخص في حاجة إلى تكفل طبي و معنوي	1 %0	0 %0	1 %100
فرد كأنه من عائلتي	0 %0	1 %100	1 %100
المجموع	197 %71,1	80 %28,9	277* %100

* تضخيم عدد المبحوثين نظرا لكون الفئة تخص الأطباء الذين تعددت إجاباتهم على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع المرضى وذويهم بالمريض في نظر الطبيب، بحيث يتبين بأن نسبة 71,1% من المبحوثين واجهوا المشاكل مع المريض أو أحد من أهله، نجد من بينهم نسبة 100% ينظرون إلى المريض على أنه مسؤولية في عاتقهم و واجب مهني، ونفس النسبة أي 100% يرون بأنه شخص في حاجة إلى تكفل طبي و معنوي، تليهما نسبة 73,4% يرونه على أنه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة، تليهما مباشرة نسبة 73,3% يعتبرونه فرد كباقي أفراد المجتمع، ثم نسبة 72% يرونه أنه شخص في حاجة إلى المساعدة، وأخيرا نسبة 64,4% ينظرون إليه على أنه موضوع للتكوين .

و فئة ثانية من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين لم يواجهوا المشاكل مع المرضى أو أهلهم، وقد بلغت نسبتهم بـ 28,9% نجد من بينهم نسبة 35,6% يرون المريض على أنه موضوع للتكوين، و نسبة 28% ينظرون إليه على أنه شخص في حاجة إلى مساعدة، ثم نسبة 26,7% يرونه فرد كباقي أفراد المجتمع، و أخيرا نسبة 26,6% يرونه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة واجهوا المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم، و لكن رغم مواجهتهم للمشاكل إلا أن نظرتهم لمرضاهم و المرضى ككل نظرة نبيلة، إذ يعتبرون المريض مسؤولية في عاتقهم حملوا بها أنفسهم من أول يوم بدؤوا فيه بدراسة الطب، كما يرونه واجب مهني و شخص في حاجة إلى التكفل الطبي و المعنوي .

جدول رقم 141: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع المرضى أو أحد من أهله و السبب في ذلك

السبب في ذلك	مدى مواجهة المشاكل مع المرضى و ذويهم	نعم	لا	المجموع
تدهور صحة المريض	20	1	21	%95,2 %4,8 %100
حالة الفوبيا (الخوف) التي يعيشها بعض المرضى	60	1	61	%98,4 %1,6 %100
عدم تماثله للشفاء	22	1	23	%95,6 %4,4 %100
سوء تشخيص المرض	8	1	9	%88,9 %11,1 %100
طبيعة المجتمع الجزائري التي تميل إلى العنف و تعديهم للحدود	7	0	7	%100 %0 %100
التوتر و الفوضى	2	0	2	%100 %0 %100
ساعات الانتظار الطويلة	4	0	4	%100 %0 %100
نقص الإمكانيات للتكفل بالمريض	2	0	2	%100 %0 %100
لأسباب تتعلق بالمريض أو أهله من الجانب التربوي و الأخلاقي	20	0	20	%100 %0 %100
تأخر موعد العلمية أو العلاج	2	0	2	%100 %0 %100
عدم توفر الأمن	1	0	1	%100 %0 %100
عدم احترام الطبيب و التعدي على حقوقه الشخصية	11	0	11	%100 %0 %100
الطبيب هو الحلقة الأخيرة لتفريغ غضب في فشل المنظومة الصحية	3	0	3	%100 %0 %100
مجانية العلاج	3	0	3	%100 %0 %100
التدخل في مهام الطبيب	1	0	1	%100 %0 %100
عدم الثقة في تشخيصات و نصائح الطبيب	2	0	2	%100 %0 %100
المجموع	168	4	172	%97,7 %2,3 %100

* تضخيم عدد المبحوثين نظرا لكون الفئة تخص الأطباء الذين تعرضوا للمشاكل مع المرضى و ذويهم وذكروا السبب.

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بالسبب في مواجهة المشاكل، حيث يتبين بأن نسبة 97,7 % من المبحوثين واجهوا المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم، ونجد من بينهم نسبة 100 % كان السبب وراء وقوعهم في المشاكل مع مرضاهم هو العنف الممارس من طرف بعض المرضى و تعديهم للحدود، ونفس النسبة بسبب التوتر و الفوضى الذي يحدثانها المرضى، ونسبة 100% كذلك كان سبب وقوعهم في المشاكل هو ساعات الانتظار الطويلة التي يقضيها المرضى بقاعات الانتظار، و نسبة 100% أيضا بسبب النقص في الإمكانيات للتكفل بالمرضى، ونفس النسبة كذلك لأسباب تتعلق بالمرضى أو أهله من الجانب التربوي و الأخلاقي، نسبة 100% بسبب تأخر موعد العملية أو العلاج تعرضوا إلى مشاكل مع مرضاهم، و نسبة 100% تعرضوا للمشاكل بسبب عدم توفر الأمن بالمصلحة الطبية، و نسبة أخرى كذلك قدرت بـ 100% بسبب عدم احترام الطبيب و التعدي على حقوقه الشخصية تعرض الطبيب معهم إلى المشاكل، نسبة 100% تعرضوا لغضب المرضى نتيجة فشل المنظومة الصحية، وبسبب مجانية العلاج تعرضت نسبة 100% إلى المشاكل مع مرضاهم، و نسبة 100% تعرضوا إلى مشاكل مع مرضاهم بسبب تدخلهم في مهام الطبيب، و نسبة 100% تعرضوا إلى مشاكل بسبب عدم الثقة في تشخيصاتهم و نصائحهم من طرف مرضاهم، تليها نسبة 98,4 % واجهوا المشاكل بسبب حالة الفوبيا أو الخوف التي يعيشها مرضاهم، ثم نسبة 95,6 % بسبب عدم تماثل المريض إلى الشفاء، ونسبة 95,2 % بسبب تدهور صحة المريض، و أخيرا نسبة 88,9 % بسبب سوء تشخيص المرض تعرض المبحوثين إلى المشاكل مع مرضاهم.

و الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين لم يواجهوا المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم، وقد بلغت نسبتهم بـ 2,3 %، نجد من بينهم نسبة 11,1 % تعرضوا إلى المشاكل بسبب سوء تشخيص المرض، تليها نسبة 4,8 % بسبب تدهور صحة المريض، ثم تليها نسبة 4,4 % بسبب عدم تماثل المريض إلى الشفاء، وأخيرا نسبة 1,6 % تعرضوا إلى المشاكل مع مرضاهم أو أهلهم بسبب حالة الفوبيا التي يعيشها بعض المرضى.

إن أغلبية العينة المبحوثة واجهوا المشاكل مع مرضاهم أو أهل المرضى و لعدة أسباب مختلفة أهمها العنف الممارس من طرف المرضى، ضف إلى ذلك التوتر و القلق و الفوضى وسوء في التنظيم الناتجة عن كثرة المرضى وساعات الانتظار الطويلة بقاعة الانتظار، و التأخر في المواعيد الخاصة بالعلاج أو العمليات و في مقابل كل هذا نقص في الإمكانيات المادية و البشرية وعدم توفر الأمن فكيف سيقابل الطبيب مرضاه في ظل كل هذه الظروف وكيف لا يقع معهم في المشاكل.

جدول رقم 142: يبين العلاقة الموجودة بين مدى موجهة مشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بسبب في الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين

المجموع	لا	نعم	مدى مواجهة المشاكل مع المرضى و ذويهم سبب الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين
11 %100	2 %18,2	9 %81,8	الجهل و عدم تفهم الأهل أن إمكانيات المستشفى محدودة
8 %100	0 %0	8 %100	عدم تقبل المرض
17 %100	3 %17,7	14 %82,3	عدم توفر العلاج في المستشفى
7 %100	1 %14,3	6 %85,7	اعتبار الطبيب موظف عامل مسخر بالمجان لخدمة المرضى وذويهم
14 %100	3 %21,4	11 %78,6	عدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور
5 %100	1 %20	4 %80	بعض المشاكسين والسكريين و متعاطي المخدرات
13 %100	2 %15,4	11 %84,6	تعرض الطبيب للسب و الشتم من طرف المريض
3 %100	0 %0	3 %100	موت أحد المرضى
5 %100	1 %20	4 %80	القلق الزائد على المريض من طرف أهله
3 %100	0 %0	3 %100	عدم توفر الأمن بكفاية
2 %100	1 %50	1 %50	قلق المرضى و عنفهم
88 %100	14 %15,9	74 %84,1	المجموع

* تقلص عدد المبحوثين نظرا لكون الفئة تخص الأطباء الذين تعرضوا للمشاكل و الاعتداء من طرف المرضى و ذويهم .

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بسبب الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين، بحيث يتبين بأن نسبة 84,1 % واجهوا المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم، نجد من بينهم نسبة 100% تعرضوا إلى الاعتداء بسبب عدم تقبل المريض، و نفس النسبة أي 100% بسبب موت أحد المرضى، ونسبة 100% أيضا بسبب عدم توفر الأمن بكفاية، تليهم نسبة 85,7 % واجهوا المشاكل بسبب اعتبار الطبيب موظف عامل مسخر بالمجان لخدمة المرضى و ذويهم، ثم نسبة 84,6 % تعرضوا لاعتداءات شفهية كالسب و الشتم من طرف المريض، ثم نسبة 82,3 % تعرضوا للاعتداء بسبب عدم توفر العلاج في المصلحة الطبية، تليها نسبة 81,8 % بسبب الجهل وعدم تفهم الأهل أن إمكانيات المستشفى محدودة، ثم نسبة 80 % تعرض المبحوثين إلى الاعتداء من طرف بعض المشاكسين و السكرين ومتعاطي المخدرات، نفس النسبة تعرضوا للاعتداء بسبب القلق الزائد على المريض من طرف أهله، و نسبة 78,6 % بسبب عدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور، وأخيرا نسبة 50 % تعرضوا إلى الاعتداء من طرف مرضاهم بسبب قلق المرضى وعنفهم.

و الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين لم يواجهوا المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم، وقد بلغت نسبتها بـ 15,9 %، نجد من بينهم نسبة 50 % تعرضوا إلى الاعتداء بسبب قلق المرضى و عنفهم، تليها نسبة 21,4 % تعرضوا إلى الاعتداء بسبب عدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور، تليها نسبة 20 % بسبب بعض المشاكسين و السكرين و متعاطي المخدرات، ونفس النسبة تعرضوا إلى الاعتداء بسبب القلق الزائد على المريض من طرف أهله، ثم نسبة 18,2 % بسبب الجهل و عدم تفهم الأهل أن إمكانيات المستشفى محدودة، و نسبة 17,7 % بسبب عدم توفر العلاج في المستشفى، ثم نسبة 15,4 % تعرضوا للسب و الشتم من طرف المريض، وأخيرا نسبة 14,3 % تعرضوا إلى الإعتداء بسبب اعتبار الطبيب موظف عامل مسخر بالمجان لخدمة المرضى وذويهم.

لقد واجه المبحوثين مختلف المشاكل مع المرضى أو أهلهم، كما تعرضوا للإعتداءات و لأسباب مختلفة ومتنوعة، وبسبب عدم تقبل المريض لمرضه أو موته، و القلق الزائد من طرف أهله عن حالته المرضية، يكون الطبيب عرضة إلى المشاكل و الاعتداءات المختلفة أدناها السب و الشتم و عدم الاحترام، كما نلاحظ من خلال الجدول بأن هناك علاقة مابين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بسبب الإعتداء الذي تعرض له المبحوثين، وهي علاقة طردية، حيث كلما زادت المشاكل مع المرضى كلما زاد تعرضهم للإعتداءات و لأسباب مختلفة، والعكس صحيح.

جدول رقم 143: يبين العلاقة بين نوع الإعتداء الذي تعرض له الطبيب بمدى مواجهة للمشاكل من طرف المرضى و أهله

نوع الاعتداء الذي تعرض له الطبيب	نوع الاعتداء الذي تعرض له الطبيب	نوع الاعتداء الذي تعرض له الطبيب	نوع الاعتداء الذي تعرض له الطبيب	نوع الاعتداء الذي تعرض له الطبيب
مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى و ذويهم	نعم	لا	المجموع	
إعتداء شفهي كالسب و الشتم	78 %82,9	16 %17,1	94 %100	
إعتداء جسدي كالضرب	23 %88,5	3 %11,5	26 %100	
الاعتداء بالسلاح الأبيض	6 %85,7	1 %14,3	7 %100	
التهديد	0 %0	1 %100	1 %100	
التعدي بالكلاب	2 %0	1 %50	2 %100	
الاعتداء بالسلاح الناري	0 %100	0 %0	2 %100	
اعتداء بمحاولة الدهس بالسيارة	1 %100	0 %0	1 %100	
تمزيق الوصفة الطبية	1 %100	0 %0	1 %100	
البصق على الوجه	1 %100	0 %0	1 %100	
المجموع	113 %84,3	21 %15,7	134 %100	

* تقلص عدد المبحوثين نظرا لأنها فئة الذين تعرضوا للاعتداء و المشاكل

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوع الإعتداء الذي تعرض له الطبيب بمدى مواجهة المشاكل من طرف المريض وأهله، يتبين بأن نسبة 84,3% من المبحوثين واجهوا المشاكل مع المرضى أو أحد من أهله، نجد من بينهم نسبة 100% تعرضوا إلى الإعتداء بواسطة التعدي عليهم بالكلاب، ونفس النسبة تم الإعتداء عليهم بالسلاح الناري، ونسبة نسبة 100% كذلك تم الاعتداء عليهم بمحاولة الدّس بالسيارة، كذلك نسبة 100% قام المرضى بتمزيق الوصفة الطبية في وجههم، ونسبة 100% كذلك تعرضوا إلى البصق على الوجه، ثم تليها نسبة 88,5% تم الاعتداء عليهم جسديا بالضرب، تليها نسبة 85,7% تم الإعتداء عليهم بالسلاح الأبيض، و أخيرا نسبة 82,9% تعرضوا للإعتداء الشفهي كالسب و الشتم.

وفئة ثانية من المبحوثين والتي تخص فئة الأطباء الذين لم يواجهوا المشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهلهم، وقد بلغت نسبتهم بـ 15,7% نجد من بينهم نسبة 100% تعرضوا إل التهديد من طرف أهل المريض بالإيذاء إذا ما حدث لمريضهم شيء أو تعقدت حالته الطبية، تليها نسبة 17,1% تعرضوا للإعتداء الشفهي كالسب و الشتم، ثم تليها نسبة 14,3% تعرضوا للإعتداء بالسلاح الأبيض، و أخيرا نسبة 11,5% تعرضوا الى الاعتداء الجسدي كالضرب.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن هناك علاقة ما بين نوع الإعتداء الذي تعرض له الطبيب بمدى مواجهة المشاكل من طرف المريض و أهله، بحيث يتبين بأن أغلبية المبحوثين الذين تعرضوا إلى المشاكل مع مرضاهم أو أهلهم تعرضوا إلى الاعتداء أدناها الاعتداء الشفهي كالسب و الشتم، وقد ظهرت اعتداءات جديدة تتمثل في التعدي بالكلاب و الدّس بالسيارة و البصق على الوجه، هي اعتداءات لم تكن معروفة من قبل.

جدول رقم 144: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بمستوى التكوين الذي يتلقونه

مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم		نعم	لا	بدون إجابة	المجموع
مستوى التكوين الطبي					
جيد		17	10	1	28
		%60,7	%35,7	%3,6	%100
متوسط		41	23	0	64
		%64,1	%35,9	%0	%100
ضعيف وريء		33	9	0	42
		%78,6	%21,1	%0	%100
حسن		16	2	0	18
		%88,9	%11,1	%0	%100
يعتمد على التكوين الذاتي		1	2	0	3
		%33,3	%66,7	%0	%100
أخرى		5	1	0	6
		%66,7	%33,3	%0	%100
بدون إجابة		5	2	0	3
		%71,4	%28,6	%0	%100
المجموع		115	49	1	165
		%69,7	%29,7	%0,6	%100

من خلال أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بمستوى التكوين الذي يتلقونه، يتبين بأن نسبة 69,7 % من المبحوثين واجهوا المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم، نجد من بينهم نسبة 88,9 % يرون بأن مستوى التكوين الذي يتلقونه حسن، تليها نسبة 78,6 % يرون بأنه ضعيف و رديء، ثم نسبة 64,1 % يرون بأنه تكوين ذو مستوى متوسط، و نسبة 60,7 % يرون بأنه تكوين ذو مستوى جيد، و أخيرا نسبة 33,3 % يرون بأنه يعتمد على التكوين الذاتي.

و فئة ثانية من المبحوثين والتي قدرت نسبتهم بـ 29,7 % كانوا عرضة للمشاكل مع المرضى أو ذويهم، نجد من بينهم نسبة 66,7 % يرون بأن تكوينهم الطبي يعتمد على كثير من المجهود الذاتي، تليها نسبة 35,9 % يرون بأن تكوينهم ذو مستوى متوسط، و تليها نسبة 35,7 % يرون بأنه ذو مستوى جيد، ثم نسبة 21,4 % يرون بأنه ذو مستوى ضعيف و رديء، و أخيرا نسبة 11,1 % يرون بأنه مستوى حسن .

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة واجهوا المشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهلهم، و بما أن المرضى هم موضوع للتكوين و العمل بالنسبة للمبحوثين فإن الطبيب كان عرضة إلى المشاكل معهم أو مع أحد من أهلهم، و أمام بيئة عمل و تكوين مليئة بالمشاكل و الصعوبات مع المرضى الذين يعتبرون المادة الخام للتكوين الطبي، فإن المبحوثين يرون بأن تكوينهم هو تكوين ذو مستوى حسن يميل إلى الضعيف و الرديء .

الجدول رقم: 145 تبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بالسن

أحد المرضى أو ذويهم	مدى مواجهة المشاكل مع	نعم	لا	بدون إجابة	المجموع
من 25 إلى 29 سنة	84	40	1	125	% 67,2
من 30 إلى 34 سنة	22	6	0	28	% 78,6
من 35 إلى 39 سنة	5	0	0	5	% 100
بدون إجابة	4	3	0	7	% 57,1
المجموع	115	40	1	165	% 69,7

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع المرضى أو أحد من أهلهم بالسن، بحيث يتبين بأن نسبة 69,7% من المبحوثين واجهوا المشاكل مع مرضاهم أو ذويهم، نجد من بينهم نسبة 100% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، تليها نسبة 78,6% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة ، و نسبة 67,2% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة. و نسبة 29,7% من المبحوثين تمثل فئة الأطباء الذين لم يواجهوا المشاكل مع مرضاهم أو أحد من أهل مرضاهم، نجد من بينهم 32% تتراوح

أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة، تليها نسبة 21,4 % تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن هناك علاقة ما بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهلهم بالسّن، و هي علاقة طردية حيث كلما زاد سن المبحوثين كلما زاد تعرضهم للمشاكل والعكس صحيح، أي كلما نقص سن المبحوثين كلما نقص تعرضهم للمشاكل مع مرضاهم أو أحد من أهل مرضاهم، ذلك راجع ربما إلى كون فئة الأطباء الأصغر سناً هي فئة الطلبة الأقل أقدمية و أقل خبرة، ففي هذه السنوات ما يهم الطلبة هو كسب التجربة الطبية و الخبرة، فلا يعطوا الفرصة إلى أهل المريض أو المريض للوقوف معهم في المشاكل

الجدول رقم: 146 يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع المرضى أو ذويهم بالجنس

أحد المرضى أو أهلهم الجنس	مدى مواجهة المشاكل مع	ذكر	أنثى	بدون إجابة	المجموع
ذكر	59 %72,8	22 %27,2	0 %0	81 % 100	
أنثى	56 %66,7	27 %32,1	1 %1,2	84 % 100	
المجموع	115 %69,7	49 %29,7	1 %0,6	165 % 100	

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة ما بين مدى مواجهة المشاكل مع المرضى أو ذويهم بالجنس، يتبين بأن نسبة 69,7 % من المبحوثين واجهوا المشاكل مع مرضاهم أو أحد من أهل مرضاهم، نجد من بينهم نسبة 72,8 % ذكور و 66,7 % إناث، كما نجد نسبة 29,7 % من المبحوثين و هي فئة الأطباء الذين لم يواجهوا المشاكل

مع مرضاهم أو أحد من أهل مرضاهم، نجد من بينهم نسبة 32,1 % إناث و نسبة 27,2 % ذكور.

إذا من خلال الجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة واجهوا المشاكل مع مرضاهم أو أحد من أهل مرضاهم، ونلاحظ بأن الذكور هم أكثر عرضة للمشاكل مع مرضاهم أو أحد من أهلهم من البنات، ذلك راجع ربما إلى كون البنات يتقادين الوقوع في المشاكل فلا يعطين الفرصة لمرضاهم و ذويهم للوقوع معهم في المشاكل.

الجدول رقم 147 يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة مشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهله بالأقدمية

الأقدمية	مدى مواجهة المشاكل مع أحد من المرضى أو ذويهم	نعم	لا	بدون إجابة	المجموع
السنة الأولى	23	12	1	36	% 63,9
السنة الثانية	30	15	0	45	% 66,7
السنة الثالثة	35	11	0	45	% 76,1
السنة الرابعة	11	6	0	17	% 64,7
السنة الخامسة	6	2	0	8	% 75
السنة السادسة	1	0	0	1	% 100
بدون إجابة	9	3	0	12	% 75
المجموع	115	49	1	165	% 69.7

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة ما بين مدى مواجهة المشاكل مع المرضى أو ذويهم بالأقدمية، يتبين بأن نسبة 69,7 % من المبحوثين واجهوا المشاكل مع مرضاهم أو أحد من أهل المريض، نجد من بينهم نسبة 100% يتمدرسون بالسنة السادسة، و نسبة 76,1% يتمدرسون بالسنة الثالثة، و نسبة 75% يتمدرسون بالسنة الخامسة، ثم نسبة

66,7 % يتمدرسون بالسنة الثانية، ثم نسبة 64,7 % يتمدرسون بالسنة الرابعة، و أخيرا نسبة 63,9 % يتمدرسون بالسنة الأولى .

و نجد نسبة ثانية من المبحوثين و التي قدرت بـ 29,7 % وهي تمثل فئة الأطباء الذين لم يتعرضوا إلى المشاكل، نجد من بينهم نسبة 35,3 % يتمدرسون بالسنة الرابعة، ثم نسبة 33,3 % يتمدرسون بالسنة الأولى، و نفس النسبة بالسنة الثانية، ثم نسبة 25 % يتمدرسون بالسنة الخامسة، و أخيرا نسبة 23,9 % يتمدرسون بالسنة الثالثة.

إذا من خلال الجدول يتبين بأن هناك علاقة ما بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو ذويهم بالأقدمية، بحيث يتبين بأن الثلاث سنوات الأولى أقل تعرضا إلى المشاكل مع المرضى أو أهلهم بالمقارنة مع الثلاث سنوات الثانية، حيث الثلاث سنوات الثانية هي أكثر عرضة إلى المشاكل مع مرضاهم وذويهم من الثلاث سنوات الأولى، وأن هناك علاقة طردية ما بين الأقدمية ومدى التعرض إلى المشاكل مع المرضى بحيث كلما زادت الأقدمية في الثلاث سنوات الأولى كلما زاد التعرض إلى المشاكل، ونفس الشيء بالنسبة إلى الثلاث سنوات الثانية، كلما زادت الأقدمية زاد التعرض إلى المشاكل مع المرضى أو أحد من أهلهم.

جدول رقم 148: يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد الزملاء بمدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف مرضاه أو أحد من أهلهم

المجموع	لا	نعم	مدى مواجهة المشاكل مع المرضى أو أهلهم مدى التعرض إلى الاعتداء من طرف المرضى أو أهلهم
115 %100	36 %31,3	79 %68,7	نعم
49 %100	31 %63,3	18 %36,7	لا
1 %100	1 %100	0 %0	بدون إجابة
165 %100	68 %41,2	97 %58,8	المجموع

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهلهم بمدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف مرضاه أو أحد

من أهلهم، يتبين بأن نسبة 58,8 % من المبحوثين تعرضوا إلى المشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهلهم، نجد من بينهم نسبة 68,7 % تعرضوا للإعتداء، و نسبة 36,7 % لم يتعرضوا إلى الاعتداء.

و فئة ثانية من المبحوثين قدرت نسبتها بـ 41,2 % لم تواجه المشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهلهم، نجد من بينها نسبة 63,3 % لم تعرض إلى المشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهلهم، و نسبة 31,3 % تعرضوا إلى المشاكل معهم.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أكثر من نصف العينة المبحوثة واجهت مشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهلهم، وأن هذه المشاكل أغلبها تطورت إلى إعتداءات، بحيث ثلثي العينة المبحوثة تطوّرت المشاكل التي تعرضت إليها مع مرضاها إلى اعتداءات مختلفة، و بذلك نلاحظ بأن هناك علاقة ما بين مدى تعرض الطبيب إلى المشاكل مع مرضاه أو أهلهم بمدى تعرضهم إلى الاعتداءات، وهي الغالب تتطور هذه المشاكل إلى اعتداءات.

الجدول رقم 149 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للإعتداء من طرف مع المريض أو ذويه بالأقدمية

الأقدمية	مدى تعرض الطبيب للإعتداء من طرف المريض أو أهله	نعم	لا	المجموع
السنة الأولى	20	16	36	%100
	% 55,6	% 44,4		
السنة الثانية	23	22	45	%100
	% 51,1	% 48,9		
السنة الثالثة	27	11	46	%100
	% 58,7	% 41,3		
السنة الرابعة	15	2	17	%100
	% 88,2	% 11,8		
السنة الخامسة	5	3	8	%100
	% 62,5	% 37,5		
السنة السادسة	1	0	1	%100
	% 100	% 0		
بدون إجابة	7	3	12	%100
	% 58,3	% 25		
المجموع	98	67	165	%100
	% 59,4	% 40,6		

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب إلى الإعتداء من طرف المريض و أهله بالأقدمية، يتبين بأن نسبة 59,4 % من العينة المبحوثة تعرضوا للاعتداء من طرف المرضى وذويهم، نجد من بينهم سنة 100% يتمدرسون بالسنة السادسة، و نسبة 88,2% يتمدرسون بالسنة الرابعة، ثم تليها نسبة 62,5 % يتمدرسون بالسنة الخامسة، ثم تليها نسبة 58,7 % يتمدرسون بالسنة الثالثة، تليها نسبة 55,6 % يتمدرسون بالسنة الأولى، و أخيرا نسبة 51,1 % يتمدرسون بالسنة الثانية .

والفئة الثانية من المبحوثين و التي قدرت نسبتها بـ 40,6% لم يتعرضوا إلى المشاكل مع أحد مرضاهم أو أحد من أهلهم، نجد من بينهم نسبة 48,9 % يتمدرسون بالسنة الثانية، ثم نسبة 44,4 % يتمدرسون بالسنة الأولى، ثم نسبة 41,3 % يتمدرسون بالسنة الثالثة، ثم نسبة 37,5 % يتمدرسون بالسنة الخامسة، و أخيرا نسبة 11,8 % يتمدرسون بالسنة الرابعة.

إذا من خلال قراءتنا الجدول يتبين بأن هناك علاقة ما بين مدى التعرض إلى الاعتداء من طرف المرضى وذويهم بالأقدمية، بحيث نلاحظ بأن الثلاث سنوات الأولى أقدمية للمبحوثين هي أقل تعرضا للمشاكل بالمقارنة مع الثلاث سنوات الثانية، و الثلاث السنوات الثانية هي أكثر تعرض للاعتداء من الثلاث سنوات الأولى، فكلنا نعرف بأن المؤسسات الاستشفائية العمومية فيها العلاج مجانا و فيها الخبرة الطبية و الوسائل الضخمة الغير مكلفة بالنسبة للمريض و خاصة الفئة الفقيرة منهم، فيقصدها بكثرة، واستشارة العديد من المرضى يوميا بمختلف الأعمار ومن مختلف المناطق الجغرافية يؤيدان بالطبيب مع مرور الوقت إلى ضغط نفسي و إرهاق، فتتغير طباعه و تصرفاته مع المرضى وبذلك يعطيهم الفرصة للوقوع معه في المشاكل، و التي قد تتطور تدريجيا إلى اعتداءات، لذلك

تعتبر الثلاث سنوات الثانية أكثر تعرضا للاعتداءات من طرف المرضى من الثلاث سنوات الأولى.

الجدول رقم 150 يبين العلاقة الموجودة بين نوع الاعتداء من طرف المريض و أهله ضد الطبيب

نوع الاعتداء الجنس	إعتداء شفهي كالسب والشتم	إعتداء جسدي كالضرب	إعتداء بالسلاح الأبيض	التهديد	التعدي بالكلاب	إعتداء بالسلاح الناري	إعتداء بمحاولة الدهس بالسيارة	تمزيق الوصفة الطبية	البصق على الوجه	المجموع
ذكر	53 %65,5	17 %20,9	5 %6,2	1 %1,2	2 %2,5	1 %1,2	1 %1,2	1 %1,2	0 %0	81 %100
أنثى	41 %77,4	9 %16,9	2 %3,8	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %1,9	53 %100
المجموع	94 %70,1	26 %19,4	7 %5,2	1 %0,8	2 %1,4	1 %0,8	1 %0,8	1 %0,8	1 %0,8	134* %100

* تقلص المبحوثين نظرا لكونهم يمثلون الفئة التي تعرضت للاعتداء من طرف المريض وذويهم

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين نوع الإعتداء الذي تعرض له المبحوثين بالجنس، يتبين بأن نسبة 70,1 % من المبحوثين تعرضوا للاعتداء كالسب و الشتم، نجد من بينهم نسبة 77,4 % إناث و 65,5 % ذكور.

ونجد فئة ثانية قدرت نسبتها بـ 19,4 % وهي فئة الأطباء الذين تعرضوا للاعتداء جسدي كالضرب من طرف المرضى أو أهلهم، نجد من بينهم نسبة 20,9 % ذكور و نسبة 16,9 % إناث .

وفئة ثالثة قدرت نسبتها بـ 5,2 % وهي فئة الأطباء الذين تعرضوا للاعتداء بالسلاح الأبيض من طرف المرضى أو أهلهم، نجد من بينهم نسبة 6,2 % ذكور و نسبة 3,8 % إناث.

وفئة رابعة قدرت نسبتها بـ 1,4 % وهي فئة الأطباء الذين تعرضوا الى الاعتداء وذلك بتحريض الكلاب للتعدي عليهم، نجد من بينهم نسبة 2,5 % ذكور.

وفئة خامسة والتي قدرت نسبتها بـ 0,8% وهي الفئة التي تعرضت إلى التهديد من طرف أهل المريض بالاعتداء عليها في حال تدهور صحة المريض، نجد من بينهم نسبة 1,2% ذكور.

أما فئة السادسة فهي تخص فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى الاعتداء بالسلح الناري، وقد بلغت نسبتهم بـ 0,8% نجد من بينهم نسبة 1,2% ذكور.

و الفئة السابعة وهي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى الاعتداء بمحاولة الدهس بالسيارة، وقد بلغت نسبتهم بـ 0,8% نجد من بينهم نسبة 1,2% ذكور.

وفيما يخص الفئة الثامنة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى تمزيق الوصفة الطبية في وجههم، وقد بلغت نسبتهم بـ 0,8% نجد من بينهم نسبة 1,2% ذكور.

والفئة الأخيرة وهي فئة الأطباء الذين تعرضوا إلى الاعتداء و ذلك بالبصق في وجههم، و قد بلغت نسبتهم بـ 0,8% نجد من بينهم نسبة 1,9% إناث.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة تعرضوا إلى إعتداء شفهي كالسب و الشتم، وهناك اعتداءات خاصة بالإناث و أخرى بالذكور، بحيث يتبين بأن الإناث هن أكثر تعرضا إلى الاعتداءات الشفهية كالسب و الشتم و البصق على الوجه، و الذكور هم أكثر تعرضا إلى الاعتداءات الجسدية كالضرب و الاعتداء بالسلح الأبيض و السلح الناري و التعدي بالكلاب ومحاولة الدهس بالسيارة، وكذا التهديد بالإيذاء و تمزيق الوصفة الطبية، وبذلك نستطيع القول بأن هناك علاقة ما بين نوعية الاعتداء الذي تعرض له المبحوثين بالجنس.

الجدول رقم 151: يبين العلاقة الموجودة بين المريض في نظر الطبيب بالسن

السن	المريض في نظر الطبيب	شخص في حاجة إلى مساعدة	موضوع للتكوين	فرد كباقي أفراد المجتمع	فرد يحتاج إلى معاملة خاصة	مسؤولية في عاتق الطبيب وواجب مهني	شخص في حاجة إلى تكفل طبي و معنوي	فرد كأنه من عائلتي	المجموع
من 25 إلى 29 سنة	113	34	9	48	40	1	1	206	54,9% 16,5% 4,4% 23,3% 0% 0,5% 0,5%
من 30 إلى 34 سنة	27	8	3	10	1	0	0	49	55,1% 16,3% 6,1% 20,4% 2% 0% 0%
من 35 إلى 39 سنة	4	1	1	3	0	0	0	9	44,4% 11,1% 11,1% 33,3% 0% 0% 0%
بدون إجابة	6	2	2	3	0	0	0	13	46,2% 15,4% 15,4% 23,1% 0% 0% 0%
المجموع	150	45	15	64	41	1	1	277*	54,2% 16,2% 5,4% 23,1% 0,4% 0,4% 0,4%

*تضخيم عدد المبحوثين نظرا لتعدد إجاباتهم على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين المريض في نظر الطبيب بالسن يتبين بأن نسبة 54,2% من المبحوثين يعتبرون المريض شخص في حاجة إلى المساعدة، ونجد من بين هذه الفئة نسبة 55,1% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة، ثم نسبة 54,9% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة، و نسبة 44,4% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة.

ونجد فئة ثانية من المبحوثين و التي قدرت نسبتهم بـ 23,1% وهي فئة الأطباء الذين يعتبرون المريض فرد يحتاج إلى معاملة خاصة، نجد من بينهم نسبة 33,3% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، ثم نسبة 23,3% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة، وأخيرا نسبة 20,4% تتراوح أعمارهم من 30 إلى 34 سنة.

أما الفئة الثالثة من المبحوثين والتي قدرت نسبتهم بـ 16,2% يعتبرون المريض موضوعا للتكوين، نجد من بينهم نسبة 16,5% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة، ثم نسبة 16,3% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة، ثم نسبة 11,1% تتراوح أعمارهم من 35 إلى 39 سنة.

والفئة الرابعة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يعتبرون المريض كباقي أفراد المجتمع، وقد بلغت نسبتهم بـ 5,4% نجد من بينهم نسبة 11,1% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، تليها نسبة 6,1% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة، و أخيرا نسبة 4,4% تتراوح أعمارهم من 25 إلى 29 سنة.

أما الفئة الخامسة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يعتبرون المريض مسؤولية في عاتقهم و واجب مهني، وقد بلغت نسبتهم بـ 0,4% نجد من بينهم نسبة 2% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة

والفئة السادسة من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين يعتبرون المريض شخص في حاجة إلى تكفل طبي و معنوي، وقد بلغت نسبتهم بـ 0,4% نجد من بينهم نسبة بـ 0,5% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

والفئة الأخيرة والتي قدرت هي الأخرى بـ 0,4% وهي تخص فئة الأطباء الذين يعتبرون المريض فرد كأنه من عائلتهم، نجد من بينهم نسبة 0,5% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة و التي فاقت النصف تعتبر المريض شخص في حاجة إلى المساعدة، ونلاحظ بأن كل فئة عمرية تصف المريض كما تراه، وكل فئة عمرية لها نظرة تحملها عن المريض

تختلف عن الفئتين العمريتين الأخريتين، بحيث نجد الفئة العمرية الأولى و التي تتراوح من 25 إلى 29 سنة ترى في المريض أنه موضوعا للتكوين، وفرد و كأنه من عائلتهم و يحتاج إلى تكفل طبي و معنوي، بينما الفئة العمرية الثانية و التي تتراوح من 30 إلى 34 سنة، فهي ترى في المريض أنه شخص في حاجة إلى مساعدة و مسؤولية في عاتق الطبيب و واجب مهني، بينما الفئة العمرية الثالثة و التي تتراوح ما بين 35 إلى 39 سنة، فهي ترى أنه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة، و بالتالي كل فئة عمرية تحمل نظرة خاصة بها عن المريض و تختلف عن الفئتين الأخريتين.

جدول رقم 152: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض أو أهله بالمريض في نظر الطبيب

المجموع	لا	نعم	مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض وذويه المريض في نظر الطبيب
150 %100	58 %38,7	92 %61,3	شخص في حاجة للمساعدة
45 %100	15 %33,3	30 %66,7	موضوع للتكوين
15 %100	6 %40	9 %60	فرد كباقي أفراد المجتمع
64 %100	28 %43,7	36 %56,3	فرد يحتاج إلى معاملة خاصة
1 %100	1 %100	0 %0	مسؤولية في عاتق الطبيب و واجب مهني
1 %100	1 %100	0 %0	شخص في حاجة إلى تكفل طبي و معنوي
1 %100	1 %100	0 %0	فرد كأنه من عائلتي
277* %100	110 %39,7	167 %60,3	المجموع

* تضخيم عدد المبحوثين نظرا لتعدد الإجابات المبحوثين على الاقتراحات المقدمة في السؤال الواحد

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض أو أهله بالمريض في نظر الطبيب، بحيث يتبين بأن النسبة 60,3% من المبحوثين تعرضوا للاعتداء من طرف المريض أو أحد من أهله، نجد من بينهم نسبة 66,7% يعتبرون المريض موضوعا للتكوين، ثم نسبة 61,3% يعتبرونه شخص في حاجة إلى المساعدة، ثم تليها نسبة 60% يعتبرون المريض فرد كباقي أفراد المجتمع، و أخيرا نسبة 56,3% يعتبرونه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة.

و الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين لم يتعرضوا إلى الاعتداء، و قد بلغت نسبتهم بـ 39,7% نجد من بينهم نسبة 100% يرون المريض على أنه مسؤولة في عاتقهم وواجب مهني، ونفس النسبة ترى المريض أنه شخص في حاجة إلى تكفل طبي و معنوي، ونفس النسبة أي 100% يعتبرون المريض فرد كأنه من عائلتهم، تليها نسبة 43,7% يعتبرونه فرد يحتاج إلى معاملة خاصة، ثم نسبة 40% يرون بأنه فرد كباقي أفراد المجتمع، ثم تليها نسبة 38,7% يعتبرون المريض شخص في حاجة للمساعدة، و أخيرا نسبة 33,3% يعتبرونه موضوعا للتكوين.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة تعرضت للاعتداء من طرف المرضى و أهلهم، و في أثناء تعاملهم اليومي مع المرضى نجدهم يحملون نظرة معينة عن هؤلاء المرضى تختلف من طبيب لآخر، و من فئة عمرية إلى أخرى ويعتبر الأطباء في الغالب مرضاهم كموضوع للتكوين بالدرجة الأولى ثم شخص في حاجة إلى المساعدة.

جدول رقم 153: يبين العلاقة لموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض أو ذويه ونوع الاعتداء

نوع الاعتداء	مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض وذويه	نعم	المجموع
إعتداء شفهي كالسب و الشتم	94	94	94 %100
إعتداء جسدي كالضرب	26	26	26 %100
الاعتداء بالسلاح الأبيض	7	7	7 %100
التهديد	1	1	1 %100
التعدي بالكلاب	2	2	2 %100
الاعتداء بالسلاح الناري	1	1	1 %100
اعتداء بمحاولة الدهس بالسيارة	1	1	1 %100
تمزيق الوصفة الطبية	1	1	1 %100
البصق على الوجه	1	1	1 %100
المجموع	134	134	134 %100

* تقلص مجموع المبحوثين كونه يخص الأطباء الذين تعرضوا للاعتداء

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض أو ذويه و نوع الاعتداء، بحيث يتبين بأن نسبة 70,1% من المبحوثين تعرضوا للاعتداء شفهي كالسب والشتم بالألفاظ غيرا للائقة و أحيانا غير أخلاقية، وليس الطاقم الطبي فقط عرضة إلى هذا النوع من الاعتداء، بل الطاقم الشبه الطبي كذلك.

تليها نسبة 19,4% تعرضوا لاعتداء جسدي كالضرب، هذا النوع من الاعتداء يكون إما في أوقات العمل أو خارج أوقات العمل، عندما يخرج من العمل ينتظره المرضى في الخارج و يحاولون الاعتداء عليه ضربا.

والنسبة الثالثة من المبحوثين والتي قدرت نسبتها 5,2% تعرضوا إلى اعتداء بالسلاح الأبيض، ثم تليها نسبة 1,5% تعرضوا للاعتداء بتحريض الكلاب عليهم، هذه النسبة من المبحوثين تعرضوا لهذا النوع من الاعتداء في داخل المصلحة الطبية التي يعملون بها في ظل غياب تام للأمن، بعدها تأتي نسبة 0,8% تعرضوا للتهديد من طرف أهل المريض بإيذائهم في حال ما تعقدت حال المريض، ونفس النسبة و التي قدرت بـ 0,8% كذلك تعرضوا للاعتداء بالسلاح الناري، ونفس النسبة أيضا بمحاولة الدهس بالسيارة، و نسبة 0,8% كذلك تعرضوا إلى تمزيق الوصفة الطبية التي وصفوها للمريض من جراء شجار دار بينهما، و أخيرا نسبة 0,8% كذلك تعرضوا للاعتداء باللبصق على الوجه.

إذا من خلال الجدول يتبين بأن أغلبية المبحوثين الذين تعرضوا إلى الاعتداء كان نوعه شفهي كالسب و الشتم، فالطبيب يوميا يتعرض إلى هذا النوع من الاعتداء، إذا أصبح شيء عادي بالنسبة إليه من جراء كثرة التعرض إليه، وقد يتطور أحيانا هذا النوع من الاعتداء إلى اعتداء جسدي كالضرب أو التناوش بالأيدي في حال ما إذا لم يتدخل أعوان الأمن لفض الاعتداء و اخراج المريض، هذا إذا ما توفر الأمن بالمصلحة.

جدول رقم 154: يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف مريض أو أحد من أهله وما السبب في هذا الاعتداء

السبب الاعتداء	مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض أو أهله	نعم	المجموع
الجهل وعدم تفهم الأهل أن إمكانيات المستشفى محدودة	11	11	100%
عدم تقبل المرض	8	8	100%
عدم توفر العلاج بالمستشفى	17	17	100%
اعتبار الطبيب موظف عامل مسخر بالمجان لخدمة المرضى و ذويهم	7	7	100%
عدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور	14	14	100%
بعض المشاكسين و السكيرين و متعاطي المخدرات	5	5	100%
تعرض الطبيب للسب و الشتم من طرف المريض و أهله	13	13	100%
موت أحد المرضى	3	3	100%
القلق الزائد على المريض من طرف أهله	5	5	100%
عدم توفر الأمن بكفاية	3	3	100%
قلق المرضى و عنفهم	2	2	100%
المجموع	88	88	100%

* تقلص عدد المبحوثين نظرا ذلك لأن العدد ييخص المبحوثين الذين تعرضوا للاعتداء

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض أو أحد من أهله بالسبب في هذا الاعتداء، بحيث يتبين بأن نسبة 19,3% تعرضوا للاعتداء من طرف المريض أو أحد من أهله بسبب عدم توفر العلاج بالمصلحة الطبية التي قصدوها للعلاج، ثم تليها نسبة 15,9% تعرضوا للاعتداء بسبب عدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور، تليها نسبة 14,8% تعرضوا للسب و الشتم، بعدها نسبة 12,5% تعرضوا للاعتداء

بسبب الجهل وعدم تفهم الأهل أن إمكانيات المستشفى محدودة، ثم نسبة 9,1 % بسبب عدم تقبل المرض تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض، ثم نسبة 7,9 % تعرضوا للاعتداء بسبب اعتبار الطبيب موظف عامل مسخر بالمجان لخدمة المرضى وذويهم، بعدها تأتي نسبة 5,7 % تعرضوا للاعتداء من طرف بعض المشاكسين و سكيرين و متعاطي المخدرات، ونفس النسبة أي 5,7 % تعرضوا للاعتداء بسبب القلق الزائد على المريض من طرف أهله، ثم نسبة 3,4 % تعرضوا للاعتداء من طرف أهل المريض بسبب موت مريضهم وعدم تقبل موته جعلهم يعتقدون على الطبيب المسؤول عن علاجه، ونفس النسبة أي 3,4 % تعرضوا للاعتداء بسبب عدم توفر الأمن بكفاية بالمصلحة الطبية، وأخيرا نسبة 2,3 % تعرضوا للاعتداء بسبب قلق المرضى و عنفهم.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن سبب تعرض الطبيب لمختلف الاعتداءات من طرف المرضى أو أهلهم كان سببه عدم توفر العلاج بالمستشفى أو بالمصلحة الطبية التي قصدها المريض للعلاج، وذلك نظرا لعدم توفر الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية و المعدات اللازمة للعلاج وإن وجدت إما هي معطلة أو عليها ضغط كبير من طرف المرضى مثل جهاز السكاير و I.R.M ضيف إلى ذلك مدة الانتظار التي يقضيها المريض بقاعة الانتظار و هو في حالة ضعف وتعب و ألم مما يؤدي إلى عدم الصبر و بالتالي يفتعل المشكلات مع السلك الطبي و الشبه طبي.

وبذلك نستطيع القول بأن من أهم الأسباب التي أدت لاعتداء المرضى أو أهلهم على الأطباء هو عدم توفر العلاج بالمصلحة الطبية و عدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور، وكذا الجهل و عدم تفهم الأهل أن إمكانيات المستشفى محدودة.

الجدول رقم:158 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض أو أحد من أهله بالجنس

الجنس	مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض أو ذويه	نعم	لا	المجموع
ذكر	54	66,7 %	33,3 %	81 100 %
أنثى	44	52,4 %	47,6 %	84 100 %
المجموع	98	59,4 %	40,6 %	165 100 %

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض بالجنس، بحيث يتبين بأن نسبة 59,4% من المبحوثين تعرضوا للاعتداء من طرف المريض أو أحد من أهله، ونجد من بينهم نسبة 66,7% ذكور و نسبة 52,4% إناث، كما نجد نسبة 40,6% تمثل فئة الأطباء الذين لم يتعرضوا إلى الاعتداء من طرف مرضاهم أو أحد من أهل مرضاهم نجد من بينهم نسبة 47,6% إناث و نسبة 33,3% ذكور.

من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن هناك علاقة ما بين تعرض الطبيب للاعتداء من طرف مرضاه أو أحد من أهل مرضاه بالجنس، و أن أغلبية العينة المبحوثة و التي فاقت النصف تعرضوا إلى الاعتداءات من طرف مرضاهم أو أحد من أهل مرضاهم، كما نلاحظ بأن الذكور هم أكثر تعرض للاعتداءات أكثر من الإناث، ذلك لأنهم أكثر تعرض للمشاكل مع مرضاهم من الإناث، وغالبا ما تتطور تلك المشاكل إلى اعتداءات.

الجدول رقم 159 يبين علاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداءات من طرف المريض و ذويه بالسن

السن	مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف المريض و ذويه	نعم	لا	المجموع
من 25 إلى 29 سنة	69	56	125	% 100
من 30 إلى 34 سنة	22	6	28	% 100
من 35 إلى 39 سنة	3	2	5	% 100
بدون اجابة	4	3	7	% 100
المجموع	98	67	165	% 100

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداءات من طرف المريض وذويه بالسن، بحيث يتبين بأن نسبة 59,4% من المبحوثين تعرضوا للاعتداء من طرف مرضاهم أو من طرف أحد أهل المرضى، نجد من بينهم نسبة 78,6% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة، ونسبة 60% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، وأخيرا نسبة 55,2% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة.

و الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين لم يتعرضوا إلى الاعتداء من طرف المرضى أو أحد من أهل المرضى، وقد بلغت نسبتهم ب 40,6% نجد من بينهم نسبة 44,8% تتراوح أعمارهم ما بين 25 إلى 29 سنة، ثم نسبة 40% تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 39 سنة، و نسبة 21,4% تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة.

إذا نلاحظ من خلال الجدول بأن أغلبية العينة المبحوثة تعرضوا إلى الاعتداء من طرف مرضاهم أو أحد من أهل المرضى، وأن الفئة العمرية التي تتراوح من 30 إل 34 سنة هي الفئة الأكثر عرضة للمشاكل من الفئتين المتبقيتين، والفئة التي تتراوح من 25 سنة إلى 29 سنة هي الأقل عرضة إلى المشاكل من الفئتين المتبقيتين .

الجدول رقم 160 يبين العلاقة الموجودة بين مدى تعرض الطبيب للاعتداء من طرف مريض أو أحد من أهله بالمصلحة الطبية

المصلحة الطبية	نعم	لا	المجموع
أمراض الكبد	6 %54,5	5 %45,5	11 % 100
جراحة الأطفال	11 %84,6	2 %15,4	13 % 100
أمراض القلب	2 %33,3	4 %66,7	6 % 100
طب الأطفال	6 %54,5	5 %45,5	11 % 100
الطب الشرعي	7 %43,8	9 %56,2	16 % 100
جراحة القلب	18 %72	7 %28	25 % 100
جراحة الفك و الوجه	5 %100	0 %0	5 % 100
جراحة اللثة	1 %25	3 %75	4 % 100
جراحة العظام	4 %66,7	2 %33,3	6 % 100
الطب الداخلي	1 %20	4 %80	5 % 100
المواليد الجدد	2 %40	3 %60	5 % 100
الأنسجة الداعمة الأسنان	0 %0	1 %100	1 % 100
الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء	1 %25	3 %75	4 % 100
الأنف الأذن و الحنجرة	4 %100	0 %0	4 % 100
أمراض السكري	1 %50	1 %50	2 % 100
الأمراض الجلدية	7 %43,8	9 %56,2	16 % 100
طب النساء و التوليد	4 %100	0 %0	4 % 100
أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية	10 %83,3	2 %16,7	12 % 100
الاستعدادات	1 %33,3	2 %66,7	3 % 100
طب العيون	7 %58,3	5 %41,7	12 % 100
المجموع	98 %59,4	67 %40,6	165 % 100

من خلال الجدول أعلاه و الذي يبين العلاقة الموجودة ما بين مدى تعرض الطبيب للاعتداء بالمصلحة الطبية، بحيث نلاحظ بأن نسبة 59,4% من المبحوثين تعرضوا للاعتداء من طرف أحد المرضى أو أحد من أهل المرضى، نجد من بينهم نسبة 100% يتواجدون بمصلحة جراحة الفك و الوجه، و نفس النسبة بمصلحة الأنف الأذن و الحنجرة، و نفس النسبة كذلك بمصلحة طب النساء و التوليد، تليهم نسبة 84,6% يتواجدون بمصلحة جراحة الأطفال، ثم تليها نسبة 83,3% يتواجدون بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، ثم تليها نسبة 72% بمصلحة جراحة القلب، و تليها نسبة 66,7% يتواجدون بمصلحة جراحة العظام، ثم نسبة 58,3% بمصلحة طب العيون، ثم نسبة 54,5% بمصلحة أمراض الكبد، و نفس النسبة بمصلحة طب الأطفال، و نسبة 50% يتواجدون بمصلحة أمراض السكري، ثم نسبة 43,8% يتواجدون بمصلحة الطب الشرعي و نفس النسبة بمصلحة الأمراض الجلدية، تليها نسبة 40% بمصلحة المواليد الجدد، تليها نسبة 33,3% بمصلحة أمراض القلب، و نفس النسبة بمصلحة الاستعجالات، ثم نسبة 25% بمصلحة جراحة اللثة، و نفس النسبة بمصلحة الجهاز الهضمي و المعدة و الأمعاء، و أخيرا نسبة 20% يتواجدون بمصلحة الطب الداخلي.

و الفئة الثانية من المبحوثين وهي فئة الأطباء الذين لم يتعرضوا إلى الاعتداء من طرف مرضاهم أو أهل مرضاهم، وقد بلغت نسبتهم بـ 40,6% نجد من بينهم نسبة 100% يتواجدون بمصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان، ثم نسبة 80% يتواجدون بمصلحة الطب الداخلي، تليها نسبة 75% يتواجدون بمصلحة جراحة اللثة، و نفس النسبة بمصلحة الجهاز الهضمي و المعدة والأمعاء، تليها نسبة 66,7% يتواجدون بمصلحة أمراض القلب، و نفس النسبة بمصلحة الاستعجالات، ثم نسبة 60% يتواجدون بمصلحة المواليد الجدد، و نسبة 56,2% بمصلحة الطب الشرعي، و نفس النسبة بمصلحة الأمراض الجلدية، تليها نسبة 50% يتواجدون بمصلحة أمراض السكري، ثم نسبة 45,5% يتواجدون بمصلحة أمراض الكبد،

ونفس النسبة بمصلحة طب الأطفال، ثم تليها نسبة 41,7% يتواجدون بمصلحة طب العيون، بعدها تأتي نسبة 33,3% يتواجدون بمصلحة جراحة العظام، ثم نسبة 28% يتواجدون بمصلحة جراحة القلب، و نسبة 16,7% يتواجدون بمصلحة أمراض الكلى و المسالك البولية و التناسلية، وأخيرا نسبة 15,4% يتواجدون بمصلحة جراحة الأطفال.

إذا من خلال قراءتنا للجدول يتبين بأن أغلبية العينة المبحوثة و التي فاقت النصف تعرضوا إلى الاعتداء من طرف المرضى أو أحد من أهلهم، وان هؤلاء المبحوثين يتوزعون في المصالح الطبية بنسب متفاوتة، وهناك مصالح طبية لم يتعرض أطباءها إلى الاعتداءات من طرف مرضاهم أو أهلهم، ومصالح أخرى كان أطباءها عرضة للاعتداءات، إذ يتبين بأن كل من مصلحة جراحة الفك و الوجه ومصلحة الأنف و الأذن و الحنجرة و كذلك مصلحة طب النساء و التوليد كان أطباءها أكثر عرضة للاعتداءات من الأطباء المتواجدين في المصالح الطبية الأخرى، و مصلحة الأنسجة الداعمة للأسنان هي المصلحة الوحيدة التي لم يتعرض أطباءها إلى الاعتداءات من طرف المرضى أو أهل المرضى، ذلك لأن هذه المصلحة لا يتعرض مرضاها إلى تعقد حالاتهم أو موتهم و هي الأسباب التي تؤدي في الغالب إلى الاعتداء على الطبيب.

استنتاج الفرضية الثالثة :

من خلال القراءات المتعددة لمختلف الجداول في هذه الفرضية الثالثة تبين بأن الحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية العمومية للعلاج علاقة في تحديد طبيعة التكوين الذي يتلقاه الأطباء المقيمين، و تؤثر على تكوينهم تأثيراً ملحوظاً، وتعتبر من أهم أربع عوامل المؤثرة في التكوين الطبي و ذلك ما سوف نلاحظه في النقاط التالية:

إن التكوين الذي يتلقاه المبحوثين يطور معارفهم الطبية بالرغبة و الإصرار و الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات، ويتأثر بالحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية للأطباء، ضف إلى ذلك الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج.

إن رغبة الطلبة و إصرارهم على فهم ما استطاعوا من أسرار مهنة الطب هو الدافع الأول لتحسين مستوى التكوين الذي يتلقونه، ضف إلى ذلك الأجرة.

إن التكوين الطبي الذي يتلقاه المبحوثين يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي، ولكن رغم ذلك نجده يتأثر بالعديد من العوامل أهمها الرغبة و الإصرار على كسب الخبرة و التجربة الطبية ضف الى ذلك الأجرة و الأساتذة المؤطرين و كذا الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج، حيث كلما تعددت و تنوعت كلما استفاد منها الطلبة و اكتسبوا بفضلها الخبرة الطبية.

إن التكوين الطبي هو تكوين ممزوج بين النظري و التطبيقي، ويتأثر بالكثير من العوامل أهمها رغبة الطلبة و إصرارهم على كسب الخبرة الطبية، و ذلك بالبحث عن الكتب و المقالات العلمية و الطبية و تشخيص الكثير من الحالات المرضية للاستفادة منها، كما أنه يتأثر بالحالة الاجتماعية و الظروف العائلية

والشخصية، وكذا بالأساتذة المؤطرين و نوعية التكوين الذي يقدمونه، و بمدى توفر الإمكانيات المادية و البشرية و الأدوية كذلك.

إن كثرة المرضى بقاعات الانتظار وما تسببه من مشاكل تعود في الغالب على المبحوثين بالسلب من الناحية النفسية و الجسدية، ونلاحظ بأن الإناث هن الأكثر تأثرا بكثرة المرضى بقاعة الانتظار من الذكور.

إن الثلاث سنوات الأولى أقدمية هي الأكثر تأثرا بسبب كثرة المرضى في قاعة الانتظار من الثلاث سنوات الثانية.

إن الحالات المرضية الطارئة ليلا هي حالات مساعدة في التكوين الطبي للأطباء المقيمين.

إن أغلبية العينة المبحوثة تعرضت إلى الاعتداء من طرف المرضى أو أهلهم اعتداءات شفهية و جسدية تختلف من طبيب إلى آخر، ومن مصلحة طبية إلى أخرى.

إن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعد الطلبة الأطباء على التكوين الطبي الجيد، وإن التكوين الطبي الذي يتلقونه يحقق لهم تطورا في معارفهم الطبية في المجال النظري فقط دون المجال التطبيقي، و أن هذا التكوين الذي يتلقونه يحقق لهم النتائج المرجوة منه و التي تساعدهم في مسارهم المهني الطبي بصعوبة.

هناك علاقة عكسية ما بين الأقدمية و مدى الاستفادة من الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي، بحيث كلما زادت الأقدمية قلت نسبة الاستفادة من هذه الحالات الطارئة و العكس صحيح، أي كلما قلت الأقدمية زادت نسبة الاستفادة من هذه الحالات المرضية الطارئة ليلا، وذلك ما يظهر بالخصوص في الثلاث

سنوات الأولى، حيث تزيد نسبة الاستفادة من الحالات الطارئة ليلا في التكوين الطبي وتقل في الثلاث سنوات الثانية.

إن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعد الطلبة الأطباء في تكوينهم الطبي و لكن هذه الحالات المرضية بصفة عامة تؤثر فيهم و في تكوينهم الطبي معا، ويظهر هذا التأثير في الغالب في الإزعاج المستمر بسبب سوء التنظيم بقاعة الانتظار و نقص الطاقم المساعد الذي يخفف الضغط و يسيّر أمور المرضى قبل دخولهم إلى قاعة العلاج، ضف إلى ذلك عدم تفهم المرضى و تعديهم على هيبة الطبيب وعدم احترامه، و بالمقابل غياب الأمن و أعوانه.

إن المريض في نظر الطبيب شخص في حاجة إلى مساعدة و يحتاج إلى معاملة خاصة بالدرجة الأولى، ثم يعتبر موضوعا للتكوين الذي يتلقاه.

إن كثرة المرضى بقاعة الانتظار تؤثر في تكوينهم الطبي، ويختلف هذا التأثير من طبيب إلى آخر، كل حسب شخصيته و قدرة تحمله للضجيج و الفوضى التي تنتشران بكثرة بقاعة الانتظار.

هناك علاقة طردية ما بين مدى مواجهة المشاكل مع أحد المرضى بمدى تأثير كثرة المرضى على طريقة التكوين الطبي، حيث كلما واجه المبحوثين المشاكل مع مرضاهم كلما تأثرت طريقة تكوينهم الطبي بكثرة المرضى بقاعة الانتظار، وسبب هذه المشاكل في الغالب هي مجانية العلاج و العنف و الفوضى و الضغط الممارس من طرفهم، ضف إلى ذلك نقص الإمكانيات المادية والبشرية للتكفل بالمريض و التأخر في المواعيد و الانتظار في قاعة الجلوس لساعات طويلة، و في المقابل نقص الأمن بالمصلحة الطبية .

إن كثرة المرضى بقاعات الانتظار تؤثر تأثيرا كبيرا في طريقة التكوين الطبي لدى المبحوثين و أن تكوينهم الطبي يتأثر بعدة عوامل أهمها عامل الرغبة و الإصرار الذي نلتمسه عند المبحوثين، ضف إلى ذلك الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج يوميا، فهي غنية بالمعلومات و ثرية بالتجارب.

إن كثرة المرضى بقاعات الانتظار أثرت تأثيرا كبيرا في طريقة التكوين الطبي الذي يتلقاه المبحوثين، ونوع هذا التأثير كان في الغالب تأثيرا سلبيا على صحة الطبيب النفسية و الجسدية، و على نوعية العلاج التي يقدمها للمرضى و التعليم الذي يتلقاه، الأمر الذي انعكس على هيئته و احترامه، وفي مقابل كل هذا هناك نقص في الإمكانيات البشرية و المادية الضروريتين لمزاولة المهنة و التكوين الطبي، وكذا غياب الأمن بالمصلحة الطبية.

هناك علاقة عكسية ما بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في طريقة التكوين الطبي الذي يتلقونه بمدى تحقيق النتائج المساعدة في المسار المهني الطبي، بحيث كلما أثرت كثرة المرضى بقاعة الانتظار في طريقة التكوين الطبي كلما لم يحقق التكوين الطبي النتائج المرجوة منه و المساعدة في المسار المهني الطبي، والعكس صحيح أي كلما لم تأثر كثرة المرضى بقاعة الانتظار في طريقة التكوين الطبي كلما حقق هذا التكوين النتائج المرجوة منه و المساعدة في المسار المهني الطبي لدى المبحوثين.

هناك علاقة عكسية ما بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في طريقة التكوين الطبي بمدى تحقيق التكوين لتطوير المعارف الطبية و هي علاقة عكسية، حيث كلما تأثرت طريقة التكوين الطبي بكثرة المرضى بقاعات الانتظار كلما لم يحقق التكوين الطبي التطوير في المعارف الطبية، و العكس صحيح، أي كلما لم تتأثر طريقة التكوين الطبي بكثرة المرضى في قاعات الانتظار كلما حقق كلما حقق هذا التكوين تطورا في المعارف الطبية للمبحوثين.

هناك علاقة بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في التكوين الطبي بمستوى هذا التكوين، حيث كلما تأثر التكوين الطبي للمبحوثين بكثرة المرضى بقاعة الانتظار كلما كان مستواه متوسط يعتمد على الكثير من المجهود الذاتي، و العكس صحيح، أي كلما لم يتأثر التكوين الطبي بكثرة المرضى كلما كان تكوين ضعيف ورديء يميل إلى الحسن.

هناك علاقة طردية بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في طريقة التكوين بالأقدمية، حيث كلما زادت الأقدمية زاد التأثير في التكوين الطبي بكثرة المرضى في قاعات الانتظار، و العكس صحيح وذلك ما يظهر في الثلاث السنوات الأولى، حيث كلما زادت الأقدمية في الثلاث سنوات الأولى زاد التأثير في التكوين الطبي بكثرة المرضى، و نفس الشيء في الثلاث سنوات الثانية، والعكس صحيح، أي كلما قلت الأقدمية في الثلاث سنوات الأولى و الثانية كلما قلّ التأثير في التكوين الطبي.

هناك علاقة طردية ما بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار بالسّن، بحيث كلما زاد سن المبحوثين كلما زادت طريقة تكوينهم الطبي تأثرا بكثرة المرضى في قاعات الانتظار، و العكس صحيح، أي كلما نقص سن المبحوثين نقص تأثر تكوينهم الطبي بكثرة المرضى في قاعات الانتظار .

واجه المبحوثين المشاكل مع مرضاهم أو أهل مرضاهم و لعدة أسباب أهمها العنف الممارس من طرف المرضى، ضف إلى ذلك التوتر و القلق و الفوضى وسوء التنظيم في قاعة الانتظار و التأخر في المواعيد الخاصة بالعلاج و العمليات، وفي مقابل كل هذا النقص في الإمكانيات المادية و البشرية وعدم توفر الأمن.

بما أن المرضى هم موضوع التكوين و العمل بالنسبة للمبحوثين، فإن الطبيب كان عرضة إلى مشاكل معهم أو مع أحد من أهلهم، و أمام بيئة عمل و تكوين مليئة بالمشاكل و الصعوبات مع المرضى الذين يعتبرون المادة الخام للتكوين الطبي، فإن المبحوثين يرون بأن تكوينهم هو تكوين ذو مستوى حسن يميل إلى الضعيف و الرديء.

هناك علاقة ما بين مواجهة المشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهلهم بالسن و هي علاقة طردية، بحيث كلما زاد سن المبحوثين كلما زاد تعرضهم للمشاكل، و العكس صحيح أي كلما نقص سن المبحوثين كلما نقص تعرضهم للمشاكل مع مرضاهم أو مع أحد من أهل مرضاهم.

هناك علاقة طردية ما بين الأقدمية ومدى التعرض إلى المشاكل مع المرضى أو أهلهم، بحيث كلما زادت الأقدمية في الثلاث سنوات الأولى كلما زاد التعرض إلى المشاكل، و نفس الشيء بالنسبة إلى الثلاث سنوات الثانية كلما زادت الأقدمية زاد التعرض إلى المشاكل مع أحد المرضى أو أحد من أهلهم و أن السنوات الثلاث الأولى أقل تعرض إلى المشاكل مع المرضى أو أهلهم بالمقارنة مع الثلاث سنوات الثانية، و الثلاث سنوات الثانية هي أكثر عرضة إلى المشاكل مع مرضاهم و أهلهم من الثلاث سنوات الأولى.

إن الثلاث سنوات الثانية هي الأكثر تعرضا للاعتداء من الثلاث سنوات الأولى، و أنّ هناك اعتداءات خاصة بالإناث و أخرى خاصة بالذكور، بحيث يتبين بأن الإناث هن أكثر تعرضا إلى الاعتداءات الشفهية كالسب و الشتم و البصق على الوجه، و الذكور هم أكثر تعرضا إلى الاعتداءات الجسدية كالضرب و الاعتداء بالسلاح الأبيض و السلاح الناري و التعدي بالكلاب ومحاولة الدهس بالسيارة و كذا التهديد بالايذاء، و تمزيق الوصفة الطبية.

إن السبب الرئيسي للاعتداءات التي يتعرض لها الأطباء من طرف المرضى أو أهلهم سببه عدم توفر العلاج بالمؤسسة الاستشفائية العمومية و ذلك نظرا لعدم توفر الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية، وعدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور وكذا الجهل و عدم تفهم الأهل بأن إمكانيات المؤسسة محدودة.

إن الذكور هم أكثر عرضة للاعتداءات من طرف المرضى و أهلهم من الإناث، وذلك لأنهم الأكثر تعرضا للمشاكل معهم من الإناث، و غالبا ما تتطور هذه المشاكل إلى الاعتداءات.

إذا إنّ للحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية العمومية للعلاج علاقة في تحديد طبيعة التكوين لدى الأطباء المقيمين، فهم و التكوين الذي يتلقونه يتأثرون بها

الاستنتاج العام:

من خلال الدراسة التي بين أيدينا و التي حاولنا من خلالها التطرق الى ظروف عمل و تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية و مدى رضاهم عن هذا التكوين، و نوعية العلاقة التي تجمعهم فيما بينهم و بين السلك الطبي و الشبه الطبي و مدى تأثيرها على تكوينهم، و العلاقة التي تجمعهم مع الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج و مدى الاستفادة منها في التكوين الطبي، و بالاعتماد على هذه النقاط قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

1- طبيعة تكوين الأطباء المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية أدت إلى ظهور نوع من عدم الرضا عن التكوين لديهم .

2- علاقات العمل بالمؤسسة الاستشفائية العمومية تحدد نوعية التكوين لدى الأطباء المقيمين .

3- للحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية العمومية علاقة في تحديد طبيعة التكوين لدى الأطباء المقيمين .

و من خلال تفريغ الاستثمارات و تبويب البيانات و بناء الجداول قمنا بالقراءة السوسيولوجية و انتهينا الى النتائج التالية:

إنّ مستوى تطوير المعارف الطبية من خلال التكوين الذي يتلقاه الأطباء المقيمين له علاقة بالأقدمية، بحيث كلما نقصت مدة الأقدمية كلما زادت نسبة تطوير المعلومات الطبية، وكلما اقتربت نوعية التكوين إلى العالمي و تماشت و متطلبات التكوين العالمي كلما اقتربت النوعية إلى الجيدة، و كلما زادت الأقدمية كلما كانت نوعية التكوين ليست جيّدة.

إنّ طبيعة التكوين لها علاقة بين مدى تحقيق النتائج المرجوة منه، فكلما كان التكوين الطبي ممزوج بين النظري و التطبيقي كلما حقق النتائج المرجوة منه و المساعدة في المسارهم المهني الطبي للمبحوثين، و العكس صحيح، و كلما كان مستوى التكوين متوسط يميل إلى الضعيف و الرديء كلما كان تكوين شخصي يحقق النتائج المرجوة منه بصعوبة و في المجال التطبيقي فقط.

هناك عدم رضا كبير عن التكوين عند الطلاب الأكثر أقدمية منهم عند الطلاب الأقل أقدمية، و درجة رضاهم عنه تكون بحسب رأيهم في مستوى هذا التكوين، فكلما اقترب رأيهم عن مستوى التكوين إلى الجيد كلما زادت درجة الرضا لديهم عنه، وكلما ابتعد عنه كلما زادت درجة عدم الرضا لديهم عن هذا التكوين.

إن الرضا عن التكوين أو عدم الرضا عنه له علاقة كبيرة بمدى تحقيق هذا التكوين لتطوير المعارف الطبية لدى المبحوثين، حيث كلما حقق التكوين تطورا في المعارف الطبية للأطباء كلما زاد الرضا لديهم عن هذا التكوين، كما له علاقة بطبيعة التكوين الذي يتلقاه المبحوثين، فكلما كان التكوين ممزوج كلما قلّ عدم الرضا عن هذا التكوين لديهم، و كلما كان رأيهم عنه أنه إما تكوين نظري محض أو تطبيقي محض كلما زاد عدم الرضا عنه لديهم و العكس صحيح.

إن درجة الرضا عن نوعية التكوين تتأثر بنوعية التكوين نفسه، حيث كلما كانت نوعية التكوين الطبي جيدة كلما زادت درجة الرضا عن هذا التكوين.

هناك علاقة طردية بين مدى تماشي طريقة التكوين الجزائري بمتطلبات التكوين العالمي وبين مستوى التكوين الطبي، حيث كلما كانت طريقة التكوين الطبي الجزائري لا تتماشى و متطلبات التكوين العالمي كلما كان مستوى التكوين الطبي ضعيف و رديء يعتمد

على التكوين الذاتي و المجهودات الذاتية التي يبذلها الطلبة للرفع من مستواهم المهني الطبي،
و العكس صحيح.

هناك علاقة طردية بين مدى تماشي طريقة التكوين الطبي الجزائري للمبجوثين و متطلبات التكوين العالمي بمدى أو درجة الرضا لديهم، حيث كلما تماشت طريقة التكوين الطبي الجزائري و متطلبات التكوين العالمي كلما زادت درجة الرضا عن التكوين الطبي لدى الأطباء المبجوثين، و العكس صحيح .

إن المبجوثين لم يستفيدوا بنسبة كبيرة من التكوين الذي يتلقونه كطلبة أطباء في طور التكوين و التدريب، و أن النسبة القليلة التي استفادوا منها كانت نتاج المجهودات الشخصية عن طريق البحث و الاستطلاع، و هم ليسوا معنيين بالرسكلة، وهي في الغالب موجهة إلى الأطباء المرسمين بما فيهم رؤساء المصالح و البروفيسور.

إنّ مدى المساعدة بين الأطباء فيما بينهم في العمل عند وجود كثرة المرضى في قاعات الانتظار تكون بحسب نوعية العلاقة التي تجمعهم، حيث كلما كانت العلاقة جيّدة يسودها التضامن و الاتحاد و التكامل في الأدوار و الوظائف كلما زادت نسبة التعاون في العمل و التكوين و العكس صحيح، و في الغالب تجمعهم علاقة جيّدة أساسها التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار و الوظائف، علاقاتهم في العمل علاقة بناءة في الأساس، و أن هناك علاقة طردية بين نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم و بين مدى مواجهتهم للمشاكل مع أحد الزملاء في العمل، فكلما كانت العلاقة جيّدة أساسها التعاون و التضامن قلّت المشاكل بينهم بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج، كما نجدهم الأقل تعرضا إلى المشاكل مع بعضهم البعض و مع الزملاء.

إن الأطباء الذكور تجمعهم في الغالب علاقة التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار و الوظائف بالدرجة الأولى، ثم علاقة الصراع و المنافسة، بينما الطبيبات الإناث تجمعهم في الغالب علاقة الزمالة التي لا تتعدى الحدود، ثم علاقة الغيرة و الحسد.

مهما اختلفت و تنوعت نوعية العلاقة ما بين الأطباء الطلبة القدامى من سيئة أو جيّدة فإنهم يقومون بتأطير و تلقين الطلبة الأطباء الجدد ما يعرفون و يتعاملون معهم بشكل جيّد أقلها تقديم النصح بعدم الاتكال على التكوين الطبي الرسمي.

هناك علاقة عكسية بين نوعية العلاقة الموجودة بين الأطباء و الأقدمية حيث كلما زادت الأقدمية قلت نسبة التضامن و التعاون و التكامل في الأدوار ما بين الأطباء و العكس صحيح.

ظروف العمل و التكوين للمبجوثين هي التي تحدد نوع العلاقة التي تجمع بينهم، فكلما كان التكوين يعتمد على المجهود الذاتي، كلما كانت العلاقة جيّدة يسودها التفاهم و التعاون و التضامن و التكامل في الأدوار و الوظائف، و كلما كان التكوين ضعيف و رديئ كلما كانت العلاقة بينهم علاقة صراع و منافسة و غيرة و حسد.

إن أهم مشاكل واجهها المبجوثين بسبب حالة مرضية زارت المصلحة الطبية للعلاج يتمثل في غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم، و كذا عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار.

إن الأطباء في الثلاث سنوات الأولى أكثر عرضة للمشاكل مع زملائهم الأطباء و الشبه الطبيين، و أقل عرضة للمشاكل مع زملائهم الممرضين و المسؤولين، و العكس صحيح بالنسبة للثلاث سنوات الثانية.

إنّ السبب الرئيسي لحدوث المشاكل بين الأطباء و زملائهم الأطباء يتمثل في الاختلاف في آراء التكفل بالمريض و عدم اتخاذ القرار الصحيح من أجله، أما السبب الرئيسي في حدوث المشاكل بين الطبيب و بين السلك الشبه الطبي المساعد فيتمثل في الخروج قبل الوقت للمسؤول عن الممرضين.

إن العلاقة التي تجمع بين الأطباء و زملائهم الشبه الطبيين هي في الغالب علاقة جيّدة يسودها التفاهم والتضامن والتعاون و التكامل في الأدوار و الوظائف، و نوعية هذه العلاقة تؤثر سلبا على نوعية التكوين الطبي لدى الأطباء، و تنحصر كلها في ظروف العمل و التكوين من ظروف مادية و معنوية و بشرية كالسلك الطبي و الشبه الطبي المساعد.

إن في الثلاث السنوات الأولى من التكوين الطبي يكون هناك نوع من التعاون و الاتحاد و التضامن فيما بين الأطباء، الأمر الذي يؤدي بهم إلى مساعدة بعضهم البعض عند كثرة المرضى بقاعات الانتظار، و العكس صحيح بالنسبة للثلاث سنوات الثانية حيث لا يساعد الأطباء بعضهم البعض، فهم يتساعدون لكسب التجربة الطبية، وبعد اكتسابها تقل المساعدة فيما بينهم.

إن الأطباء في الغالب تجمعهم صفات التعاون و التضامن و المساعدة في العمل عند كثرة المرضى في فترة التكوين الطبي، و ذلك راجع إلى الصفات الحسنة و الأخلاق الطبية التي تجمع بينهم في العموم، فهم في الغالب ينظرون إلى الجانب الإنساني للمهنة و يرجعون سبب التعاون و التضامن والإتحاد الذي يجمعهم إلى الأخلاق الطبية و الضمير المهني.

إن نوعية التأثير الناتجة عن العلاقة الموجودة بين الطبيب وباقي السلك الطبي في الغالب هي إيجابية تكمن في التعاون فيما بينهم من أجل مصلحة المريض وراحته، وأن هناك تكامل وتعامل فيما بينهم الأمر الذي يؤدي إلى تحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وإن لم يكن هناك تكامل في الأدوار والوظائف سيكون تأثيرا سلبيا على الطبيب وتكوينه الطبي، وأن الأطباء الأقل أقدمية هم الأكثر تأثرا بنوعية العلاقة التي تجمعهم بباقي السلك الطبي على تكوينهم الطبي، وذلك ما يظهر في الثلاث السنوات الأولى بالمقارنة مع الثلاث سنوات الثانية، ذلك لأنهم مازالوا طلبة جدد يتأثرون أكثر مما يؤثرون على بعضهم البعض.

إن الذكور يتأثرون بنوعية العلاقة التي تربطهم بباقي السلك الطبي أكثر من زملائهم الاناث وذلك ما ينعكس على نوعية التكوين الطبي لديهم.

إن الأطباء هم الأقل تعرضا للمشاكل مع زملائهم الأطباء ذلك لأنهم يعيشون نفس العوامل ويعملون تحت نفس الظروف، فهم يفهمون بعضهم البعض ويقدرّون العلاقة التي تجمعهم، إذ يتأثرون بالعلاقة التي تجمعهم وباقي السلك الطبي وبين عمال الإدارة والعمال الخارجين عن المجال الطبي كالشرطة الخاصة بالمؤسسة الإستشفائية والمسئول عن الأمن بها.

إن أسباب حدوث المشاكل مع الزملاء الأطباء في الغالب ترجع إلى تصادم المصالح و حب النفس و المصلحة الخاصة، و كذا الإرهاق نتيجة كثرة العمل و المرضى، و الهروب المستمر من ساعات العمل للطاغم المساعد و كذلك نقص في الكفاءات و التأهيل لدى المؤطرين و المشرفين على التكوين و انعكاسها على الأطباء الطلبة الذين هم في صدد التكوين.

إن الأطباء الطلبة القدامى هم متضامنين و متعاونين مع الطلبة الجدد تجمعهم بالغالب علاقة بناءة و تبادل للمعلومات، علاقة ملئها التعاون و التضامن و الإتحاد.

هناك علاقة عكسية مابين كيفية التعامل مع الأطباء الطلبة الجدد والأقدمية فعندما تكون العلاقة جيدة أساسها التعاون و التضامن في التكوين مع الطلبة الجدد تزيد صفة التضامن و التعاون و التشجيع و التبادل في المعلومات و الخبرات الطبية، فتزيد هذه الصفات في الثلاث سنوات الأولى من الأقدمية و تقل في الثلاث سنوات الثانية، وعندما تميل العلاقة إلى العادية يتعامل الطلبة القدامى مع الجدد تعامل الزملاء فتزيد كلما زادت الأقدمية و تقل كلما نقصت.

إن الذكور هم أكثر تعاون و تضامن و إتحاد مع الطلبة الجدد فيما يخص العمل و التكوين الطبي و التبادل في المعلومات والخبرات الطبية، ولا يحتكرون المعلومات الطبية لأنفسهم فقط بل يقاسمونها مع الزملاء، بينما الإناث فتجمعهم مع الطلبة الجدد في الغالب علاقة زمالة في التكوين و العمل، زمالة لا تتعدى حدود العمل، كما نجدهم عكس الرجال يقومون بإحتكار المعلومات الطبية لأنفسهم و لا يتقاسمونها مع الزملاء.

إن التكوين الذي يتلقاه المبحوثين يطوّر معارفهم الطبية بالرغبة و الإصرار و الاطلاع على الوثائق العلمية و الكتب و المقالات، ويتأثر بالحالة الاجتماعية و الظروف العائلية و الشخصية للأطباء، ضف إلى ذلك الحالات المرضية التي تقصد المصلحة الطبية للعلاج و الأساتذة المؤطرين.

إن كثرة المرضى بقاعات الانتظار وما تسببه من مشاكل تعود في الغالب على المبحوثين بالسلب من الناحية النفسية و الجسدية، ونلاحظ بأن الإناث هن الأكثر تأثرا بكثرة المرضى بقاعة الانتظار من الذكور.

إن أغلبية العينة المبحوثة تعرضت إلى الاعتداء من طرف المرضى أو أهلهم اعتداءات شفهية و جسدية، و الذكور هم أكثر عرضة للاعتداءات من طرف المرضى و أهلهم من الإناث، وذلك لأنهم الأكثر تعرضا للمشاكل معهم، و غالبا ما تتطور هذه المشاكل إلى الاعتداءات.

إن الحالات المرضية الطارئة ليلا تساعد الطلبة الأطباء في تكوينهم الطبي و لكن هذه الحالات المرضية بصفة عامة تؤثر فيهم و في تكوينهم الطبي معا، ويظهر هذا التأثير في الغالب في الإزعاج المستمر بسبب سوء التنظيم بقاعة الانتظار و نقص الطاقم المساعد الذي يخفف الضغط و يسيّر أمور المرضى قبل دخولهم إلى قاعة العلاج، ضف إلى ذلك عدم تفهم المرضى و تعديهم على هيبة الطبيب وعدم احترامه، و بالمقابل غياب الأمن و أعوانه.

إن كثرة المرضى بقاعات الانتظار أثرت تأثيرا كبيرا في طريقة التكوين الطبي الذي يتلقاه المبحوثين، ونوع هذا التأثير كان في الغالب تأثيرا سلبيا على صحة الطبيب النفسية و الجسدية، و على نوعية العلاج التي يقدمها للمرضى و التعليم الذي يتلقاه، الأمر الذي انعكس على هيبته و احترامه، وفي مقابل كل هذا هناك نقص في الإمكانيات البشرية و المادية الضروريتين لمزاولة المهنة و التكوين الطبي، وكذا غياب الأمن بالمصلحة الطبية.

هناك علاقة بين مدى تأثير كثرة المرضى بقاعات الانتظار في التكوين الطبي بمستوى هذا التكوين، حيث كلما تأثر التكوين الطبي للمبجوثين بكثرة المرضى بقاعة الانتظار كلما كان مستواه متوسط يعتمد على الكثير من المجهود الذاتي، و العكس صحيح، أي كلما لم يتأثر التكوين الطبي بكثرة المرضى كلما كان تكوين ضعيف و رديء يميل إلى الحسن.

واجه المبجوثين المشاكل مع مرضاهم أو أهل مرضاهم و لعدة أسباب أهمها العنف الممارس من طرف المرضى، ضف إلى ذلك التوتر و القلق و الفوضى وسوء التنظيم في قاعة الانتظار و التأخر في المواعيد الخاصة بالعلاج و العمليات، وفي مقابل كل هذا النقص في الإمكانيات المادية و البشرية وعدم توفر الأمن.

إن المبجوثين يرون بأن تكوينهم هو تكوين ذو مستوى حسن يميل إلى الضعيف و الرديء.

إن الثلاث سنوات الثانية هي الأكثر تعرضا للاعتداء من الثلاث سنوات الأولى، و هناك اعتداءات خاصة بالإناث و أخرى خاصة بالذكور، بحيث يتبين بأن الإناث هن أكثر تعرضا إلى الاعتداءات الشفهية كالسب و الشتيم و البصق على الوجه، و الذكور هم أكثر تعرضا إلى الاعتداءات الجسدية كالضرب و الاعتداء بالسلاح الأبيض و السلاح الناري و التعدي بالكلاب ومحاولة الدهس بالسيارة و كذا التهديد بالايذاء، و تمزيق الوصفة الطبية.

إن السبب الرئيسي للاعتداءات التي يتعرض لها الأطباء من طرف المرضى أو أهلهم يتمثل في عدم توفر العلاج بالمؤسسة الاستشفائية العمومية و ذلك نظرا لعدم توفر الإمكانيات البشرية و المادية و الأدوية، وعدم الصبر على الانتظار للفحص بالدور وكذا الجهل و عدم تفهم الأهل بأن إمكانيات المؤسسة محدودة.

الخاتمة:

رغم المجهودات التي بذلتها الدولة و مازالت تبذلها من خلال محاولة اصلاح المنظومة الصحية الا أنّ مجهوداتها لم تحقق النجاح المطلوب و المخطط له، و لكن حققت احباطا كبيرا لعمال قطاع الصحة خاصة منهم السلك الطبي و الشبه الطبي المساعد، و في ظل الظروف التي يعملون و يتكوّنون بها و المشاكل التي يعيشونها يوميا سواء مع بعضهم البعض أو مع الحالات المرضية التي يستشيرونها فإنهم تعرضوا إلى إعتداءات كثيرة و متنوعة أثرت على الطلبة تأثيرا سلبيا عميقا، و ذلك ما توصلت اليه من خلال الدراسة التي قمت بها و التي تلخصت نتائجها كالآتي:

- 1- التكوين الذي يتلقاه الأطباء المقيمين هو تكوين ذو مستوى متوسط، لا يستفيدون منه بنسبة كبيرة، و ذلك ما أدى الى ظهور نوع من عدم الرضا عن هذا التكوين لديهم.
- 2- علاقات العمل ما بين الأطباء فيما بينهم من جهة و ما بين السلك الشبه الطبي من جهة أخرى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية تحدد نوعية التكوين الطبي الذي يتلقاه الطلبة الأطباء، فالتكوين يتأثر بنوعية العلاقة التي تجمع ما بين الأطباء فيما بينهم و ما بين السلك الشبه الطبي المساعد.
- 3- الحالات المرضية التي تقصد المؤسسة الاستشفائية العمومية للعلاج علاقة في تحديد طبيعة التكوين الذي يتلقاه الأطباء المقيمين، و تؤثر على تكوينهم تأثيرا ملحوظا، وتعتبر من أهم أربع عوامل المؤثرة في التكوين الطبي بعد الأساتذة المؤطرين، بيئة العمل و ظروف العمل، و مستوى الطالب على التوالي.

التوصيات:

- ضرورة توفير ظروف تكوين و عمل أحسن للأطباء.
- المزيد من الاهتمام لفئة الأطباء المقيمين و الداخليين (التكوين في الطب العام)، كونها فئة مازالت في طور التكوين للحصول على الكفاءة المهنية الطبية.
- توفير المزيد من الأمن بالمصالح الطبية لحماية الطاقم الطبي و الشبه الطبي من الاعتداءات المستمرة.
- المزيد من الاهتمام من طرف المؤطرين بالتكوين الطبي.
- المزيد من الاهتمام بالظروف الاجتماعية للأطباء الطلبة فيما يخص الاطعام، النقل، السكن، الأجرة

المراجع:

المراجع باللغة العربية:

أ- الكتب:

- الروبي أبو شادي ، محاضرات في تاريخ الطب العربي، دار المريخ للنشر، الرياض، كلية الطب، جامعة القاهرة، مصر، 1988.
- جينز أنتوني، ترجمة فايز الصباغ، علم الاجتماع، (مع مدخلات عربية) ط 4، المنظمة العربية للترجمة، مؤسسة ترجمان، بيروت، لبنان، 2004.
- أديب برهوم، الدكتور بسام زاهر، وائل سليمان، أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي، اللاذقية، سوريا، 2007 .
- أ.ف.شوبنيرغ، الطب الشعبي الجزائري في بداية الاحتلال، ترجمة أبو العيد دودو، وزارة الثقافة، مديرية الفنون و الآداب، الجزائر.
- بشاي أليس اسكندر ،الصحة و البيئة دراسات اجتماعية و أنثروبولوجية، ط 1 ،مركز البحوث و الدراسات الاجتماعية، جامعة القاهرة، مصر، 2001.
- توران ايفون ، المواجهات الثقافية للجزائر المستعمرة، المدارس و الممارسات الطبية و الدين، 1830، 1880، ترجمة محمد عبد الكريم أوزغلة، دار القصة للنشر، الجزائر.
- البكري تامر ياسر ، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2005.
- توفيق حافظ شادية، السريان و تاريخ الطب، نهضة مصر، 1993.
- ويليامز جون ، ترجمة محمد الصالح بن عمار، الأخلاقية الطبية، جمعية الطب العالمية، تونس، 2005.
- جمعي محمد، استقلالية التسيير عنصر أساسي لفعالية النظام الصحي الجزائري، الجزائر، 2002.

- الطعاني حسن أحمد ، التدريب الاداري المعاصر، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2007.
- حريستاني حسان محمد نذير ، ادارة المستشفيات، الادارة العامة للبحوث، معهد الادارة العامة، المملكة العربية السعودية، 1990.
- جابر سامية محمد ،علم الاجتماع المعاصر، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1989.
- الحسنه سليم ، من البيمرستان الى المستشفى، دراسة تحليلية مقارنة للنظام الاداري، دراسات اجتماعية، منشورات وزارة الثقافة في الجمهورية العربية السعودية، دمشق، سوريا، 1998.
- جلدة سليم بطرس ، ادارة منظمات الرعاية الصحية، دار الشروق، عمان، الأردن.
- زيادات عادل ، الصحة في الأردن، لجنة تاريخ الأردن، عمان، الأردن، 1993.
- النقيب عبد الرحمن عبد الرحمن ، الاعداد التربوي و المهني للطبيب عند المسلمين، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1984.
- عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات، المفاهيم و التطبيقات، بحوث و دراسات المنظمة العربية للتنمية الادارية، القاهرة، مصر، 2003.
- عبد الوهاب جعفر، البنيوية في الأنثروبولوجيا و موقف سارتر منها، دار المعارف، مصر، 1980.
- السلمي علي ، السلوك الانساني في الادارة، مكتبة غريب، القاهرة، مصر.
- المكاوي علي ، الأنثروبولوجيا الطبية، دراسات نظرية و بحوث ميدانية، جامعة القاهرة و قطر، 1991.
- المكاوي علي ،تقديم محمد الجوهري ،علم الاجتماع الطبي، مدخل نظري ،دار المعرفة الجامعية ، الأسسكندرية ،مصر ،1996.
- المشعان عويد سلطان ، علم النفس الصناعي، ط 1، مكتبة الفلاح، الامارات العربية المتحدة، الكويت، 1994.

- فريد نصيرات عليّة، ادارة منظمات الرعاية الصحية، ادارة الأعمال الجامعية الأردنية، ط 1، منشورات عمادة البحث العلمي، الأردن، 2003.
- قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري، دفاثر الصحة و القانون، العدد 6، جامعة بشار، الجزائر، جانفي 2012.
- الجوهري محمد و اخرون، الصحة و المرض، وجهة نظر علم الاجتماع و الأنثروبولوجيا، ط3، القاهرة، مصر، 2005.
- محمد مرعي مرعي، دليل ادارة فرق العمل، ط 1، دار الرضا للنشر، دمشق، سوريا، 2002.
- عكاشة محمود فتحي، علم النفس الصناعي، مطبعة الجمهورية، مصر، 1999.
- غالب مصطفى، أبقراط، في سبيل موسوعة فلسفية، دار و مكتبة الهلال، بيروت، لبنان، 1986.
- عياصرة معن محمود، مروان محمد بني أحمد، ادارة الصراع و الأزمات و ضغوط العمل، دار حامد للنشر و التوزيع، ط 1، عمان، الأردن، 2008.
- المشعان عويدا سلطان، علم النفس الصناعي، ط 1، مكتبة الفلاح، الكويت، الامارات المتحدة، 1994.

ب- الكتب الخاصة بالمنهجية:

- معتوق جمال، منهجية العلوم الاجتماعية و البحث الاجتماعي، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2013.
- انجرس مورييس، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، تدريبات علمية، ترجمة بوزيد صحرأوي، كمال بوشرف، سعيد سبعون، مصطفى ماضي، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2004.

ت- الوثائق و المجلات:

- احصائيات وزارة الصحة، 2012.
- المجلة الجزائرية للعولمة و السياسات الاقتصادية، العدد 2015/06.
- الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، Andi.
- مجلة العلوم الاجتماعية ، فلسطين ، 2010 .
- مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية ، العدد 2، جوان 2011.
- مجلة الدراسات التاريخية و الحضارية(مجلة علمية محكمة)، المجلد 5، العدد 16، نيسان 2013م، 1434هـ.
- مجلة البشائر الاقتصادية، الجزائر، العدد 01، سبتمبر 2014.
- مكتبة المؤسسة الاستشفائية مصطفى باشا.
- علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، العدد 22، أكتوبر 2003.
- مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 15، جويلية 2012.
- الخزالي عبد العزيز علي ، مكانات وأدوار المرضى والمرضات في النسق الطبي، الأردن.

ث- القواميس و المعاجم:

- السكري أحمد شفيق ،قاموس الخدمة الاجتماعية ،الخدمات الاجتماعية ،دار المعرفة الجامعية ، القاهرة ،مصر ،2000.
- بدوي أحمد زكي ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، لبنان.

- دورتيه جان فرانسوا ، ترجمة جورج كتورة ، **معجم العلوم الانسانية**، ط 1، دار كلمة و مجد، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع، أبو ظبي، الامارات المتحدة العربية، 2009.
- الصّحّاف حبيب ، **معجم ادارة الموارد البشرية و شؤون العاملين**، عربي انجليزي، ط 1، مكتبة لبنان ناشرون، بيروت، لبنان، 1997.
- خليل أحمد خليل، **معجم المصطلحات الاجتماعية**، عربي فرنسي أنجليزي، ط1، دار الفكر اللبناني، بيروت، لبنان، 1995.
- ر. بودون و ف. بورّيكو، ترجمة سليم حداد، **المعجم النقدي لعلم الاجتماع**، ط 1، دار المطبوعات الجامعية، 1986.
- الشوبكي سمير ، **المعجم الاداري**، ط1، دار أسامة، دار المشرق الثقافي، عمان، الأردن، 2006 .
- شاكّر مصطفى سليم ، **قاموس الأنثروبولوجيا انجليزي ،عربي ، ط 1** ، جامعة الكويت ، 1981.
- محاضرات الأستاذ بوزيدة، السنة الأولى ماجستير، **مادة المنهجية**، 2002.
- غيث محمد عاطف ، **قاموس علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية ،مصر.
- العمر معن خليل ، **معجم علم الاجتماع المعاصر**، ط 1 ،دار الشروق ، عمان، الأردن، 2000 .
- مان ميشال ، ترجمة عادل مختاري الهواري، سعد عبد العزيز مصلوح، **موسوعة العلوم الاجتماعية**، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 1999.
- درويش يحي حسن ، **معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية**، انجليزي عربي مع شروح بالعربية و مسّرد(كشاف)، الشركة المصرية العالمية للنشر لونغمان، مصر، مكتبة لبنان ناشرون، لبنان، ط 1، 1998.

الأطروحات

بودوح غنية، استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية وأداء الموارد البشرية ، رسالة دكتوراه، جامعة بسكرة.

شايب سعاد، الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة و ظروف العمل، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2008

الكتب باللغة الفرنسية:

BARGES Anne, **Anthropologie et sociologie associée au domaine de la maladie et de la médecine**, Ellipses, Paris, 2001.

- BERNARD Claude, **Principes de la médecine expérimentales (1813-1878)**, écrit entre 1858 et 1877.

- Bernard Claude, **Introduction a l'étude de la médecine expérimentale (1813-1878)**, 1865.

- Saillant Francine & Michel O'Neill (dir), **Accoucher autrement**

- GUILBERT Philippe , GAUTIER Armand, préface LAMOUREUX Philippe, **Barometre santé 2005, premier résultats**, ed INPES, 2005.

المجلات و الوثائق باللغة الفرنسية:

-Revue internationale des sciences sociales, Revue trimestrielle publiée par l'Unesco ,Paris ,VolXXIX(1977), N°3 .

- les cahiers du cread. N 105/106-2013

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

-ONS, **Rétrospective statistique 1962-2011**, santé .

-WWW.CHU-mustapha.dz

استمارة " الأطباء المقيمين "

في إطار التحضير لمناقشة أطروحة الدكتوراه تحت عنوان "تكوين الأطباء المقيمين في القطاع الصحي العام" تخصص علم الاجتماع التنظيم والعمل، لي الشرف أن أقدم لحضرتكم الموقرة بهذه الاستمارة في إطارها العلمي راجية منكم الاجابة على جميع أسئلتها .

وشكرا

I. البيانات الشخصية :

- (1) السن
- (2) الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐
- (3) الحالة المدنية: أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق ☐
- (4) المصلحة الطبية:
- (5) الأقدمية:

II. بيانات خاصة بالتكوين الطبي:

- (6) ما هو رأيك في مستوى التكوين الذي تتلقونه؟
- (7) التكوين الذي تتلقونه هو؟
تكوين نظري محض ☐ تطبيقي ☐ ممزوج ☐
- (8) هل هذا التكوين سمح لكم بتطوير معارفكم؟
- (9) هل التكوين الذي تتلقونه كطلبة أطباء أتى بنتائج ساعدتكم في المسار المهني؟
- (10) هل تكوين الأطباء و الرسكلة لديهم لهما نفس المعنى ؟ نعم ☐ لا ☐
- (11) بصفتكم أطباء مقيمين مازلتكم في اطار التكوين، هل يتم رسكلتكم في هذه المدة من الدراسة ؟ نعم ☐ لا ☐
- (12) هل ترى بأن تكوين الأطباء يتأثر بـ:
- مستوى الطالب ☐ - الأساتذة المؤطرين ☐
- زملاء العمل ☐ - الحالات المرضية التي تقصد المستشفى ☐
- بيئة العمل و ظروف العمل ☐
- غير ذلك ☐
- حدد
- (13) بصفتك طبيب في طور التكوين هل ترى بأنك تتلقى تكويننا جيدا ؟ نعم ☐ لا ☐

14) كونك طبيب طالب، هل ترى بأنك تستفيد بنسبة كبيرة من التكوين هنا بالمستشفى

نعم ☐ لا ☐

15) ما هي درجة الرضا أو عدم الرضا لديك فيما يخص نوعية التكوين للأطباء هنا

بالمستشفى؟

- غير راضي ☐
- نوعا ما راضي ☐
- راضي ☐

16) هل الحالات المرضية التي تقصد المستشفى ليلا تساعدك على التكوين كونها حالات

طارئة؟ نعم ☐ لا ☐

17) إذا كانت الإجابة نعم فكيف يكون ذلك؟

- تحمل المسؤولية لقلة الفريق الطبي ☐
- اتخاذ القرار بسرعة لتعقد الحالة المرضية ☐
- اتخاذ القرار بسرعة لضيق الوقت ☐
- غير ذلك ☐

حدد.....

18) هل ترى بأن العدد الهائل للمرضى في قاعات الانتظار تؤثر على طريقة التكوين

لديك؟ نعم ☐ لا ☐

19) إذا كانت الإجابة نعم فما هو نوع هذا التأثير؟

.....

20) هل ترى بأن طريقة التكوين لدى الأطباء هنا بالجزائر تتماشى و متطلبات التكوين

العالمي؟ نعم ☐ لا ☐

21) لماذا في رأيك؟

III. معلومات خاصة بنوعية العلاقات:

22) هل واجهت مسبقا مشكلا مع أحد الزملاء و الزميلات؟

- زميل طبيب ☐
- زميل ممرض ☐
- زميل شبه طبي ☐
- مسؤول ☐
- غير ذلك ☐

حدد.....

23) إذا كانت الاجابة "نعم" فما هو السبب؟

24) عندما يكون هناك الكثير من المرضى هل تكون هناك مساعدة من طرف

الأطباء فيما بينهم ؟ نعم ☐ لا ☐

25) لماذا في رأيك؟.....

26) كيف تتعامل مع الأطباء الطلبة الجدد؟.....

27) كيف هي علاقاتك مع الأطباء الطلبة الجدد؟

- علاقة تعاون و تضامن ☐ - علاقة بناءة و تبادل المعلومات ☐
- علاقة سيئة و احتكار للمعلومات ☐ - علاقة زمالة في التكوين و العمل ☐
- غير ذلك ☐
- حدد.....

28) ما هي نوعية العلاقة التي تربط الأطباء فيما بينهم؟

- علاقة تضامن و تعاون ☐ - علاقة بناءة وتكامل في الأدوار ☐
- علاقة صراع و منافسة ☐ - علاقة زمالة لا تتعدى الحدود ☐
- علاقة غيرة و حسد ☐ - غير ذلك ☐
- حدد.....

29) هل سبق و أن واجهت مشكلا مع أحد الزملاء و لسبب حالة مرضية زارت

المستشفى ؟ نعم ☐ لا ☐

30) إذا كانت الاجابة "نعم" فمع من من الزملاء كان هذا المشكل؟

- زميل طبيب ☐ - زميل ممرض ☐
- زميل شبه طبي ☐ - مسؤول ☐
- غير ذلك ☐
- حدد.....

31) ما هي طبيعة هذا المشكل؟

- ☐ تدهور صحة المريض
- ☐ العدد الكبير للمرضى في قاعات الانتظار
- ☐ عدم وجود المساعدة من طرف الزملاء
- ☐ تهاون بعض الأطباء في العلاج
- ☐ اللامبالاة و الإهمال
- ☐ عدم الالتزام بنصائح الطبيب
- ☐ عدم التزام الممرض بنظام الأدوار في قاعة الانتظار
- ☐ غياب المساعدين الطبيين في وقت الحاجة إليهم
- ☐ وفاة أحد المرضى بسبب الإهمال و اللامبالاة
- ☐ شكوى قدمها مريض إلى مسؤولك المباشر
- ☐ غير ذلك حدد

32) هل طبيعة العلاقة التي تربط بين الطبيب و باقي السلك الطبي تؤثر على

نوعية التكوين الطبي لدى الأطباء ؟ نعم ☐ لا ☐

33) في حالة نعم ما هي نوعية هذا التأثير؟

34) ما هي نوعية العلاقة التي تربطك بزميلك الممرض؟

- ☐ علاقة تعاون وتكامل في الأدوار و الوظائف
- ☐ علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر
- ☐ علاقة غير
- ☐ علاقة زمالة في حدود العمل
- ☐ غير ذلك
- حدد

35) ما هي العلاقة التي تربطك بزميلك الشبه الطبي؟

- علاقة تعاون و تكامل في العمل ☐ - علاقة زمالة في حدود العمل ☐
- علاقة صراع و عدم الخضوع للأوامر ☐ - علاقة غير حسد ☐
- غير ذلك ☐

حدد.....

36) هل سبق و أن واجهت يوما ما مشكلا مع احد المرضى أو أحد من أهله ؟

- نعم ☐ لا ☐

37) إذا كانت الاجابة "نعم" فما هو السبب ؟

- تدهور صحة المريض ☐
- عدم تماثله للشفاء ☐
- حالة الفوبيا (الخوف) التي يعيشها بعض المرضى ☐
- سوء تشخيص المرض ☐

- غير ذلك ☐

حدد.....

38) هل سبق و أن تعرضت لاعتداء من طرف مريض ما أو أحد من أهله ؟

- نعم ☐ لا ☐

39) إذا كانت الاجابة نعم ما سبب هذا الاعتداء ؟

40) و ما هو نوعه ؟

- اعتداء شفهي كالسب و الشتيم ☐
- اعتداء جسدي كالضرب ☐
- إعتداء بالسلاح الأبيض ☐
- غير ذلك ☐

حدد.....

41) المريض بالنسبة لك هو؟

- ☐ - شخص في حاجة للمساعدة
- ☐ - موضوع للتكوين
- ☐ - فرد كباقي افراد المجتمع
- ☐ - فرد يحتاج لمعاملة خاصة
- ☐ - غير ذلك

حدد

شبكة الملاحظات

تاريخ الملاحظة	توقيت الملاحظة	المكان	ماذا ألاحظ	كيف ألاحظ
2014/06/11	ما بين الساعة 12 سا و 13 سا	مستشفى مصطفى باشا الجامعي مصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية	الفوضى و الضوضاء من طرف العاملين و المرضى. انعدام النظافة و الرائحة الكريهة المنبعثة من المرحاض. انعدام الناقلية اليدوية للمرضى الامر الذي دفع بالمرضى الى استعارتها من مصلحة أخرى. استعانة أغلب المرضى بذويهم في التنقل و الحصول على العلاج. قلق بعض المرضى الذي انعكس على الأطباء بالصراخ و دفع الباب بقوة.	بالعين المجردة
2016/08/11	10 سا صباحا	مستشفى مصطفى باشا الجامعي مصلحة الطب الداخلي	رجل من أهل المرضى قام بتقديم شكوى الى الطبيب المؤطر رئيس المصلحة و المسؤول بها يشتكي فيها أحد الأطباء بعدم الاهتمام و عدم الجدية، و تبين بأن المريضة كبيرة في السن جاءت مع ابنها بعد فوات موعد الاستشارة و التي قوبلت بالرفض من طرف الطبيب، الأمر الذي أدى بالابن الى السب و الشتم و الصراخ اضافة الى تقديم الشكوى الى الطبيب المسؤول.	بالعين المجردة
2015/12/05	ما بين الساعة 14 سا و 15 سا	مستشفى رويبة مصلحة الاستعجالات	الفوضى و الصراخ مريضة عجوز نائمة باحدى الكراسي بقاعة الانتظار. دخول مريضين مصابين بطعنات خنجر و طلقات رصاص جراء مناوشات حدثت بينهم، مما انجر عنه خوفا و هلعا و رعبا كبيرا لدى المرضى و العاملين في داخل المستشفى. صراخ و تكسير لكل ما وجد أمام أهل المريضين المصابين بالخنجر و	بالعين المجردة

بالعين المجردة	و الرصاص و التهديد و محاولة الظرب للأطباء و المرضى الموجودين بقاعة العلاج. انعدام تام للأمن في أثناء هذه الحادثة. وجود طبية واحدة فقط بالاستعجالات تساعد ممرضة واحدة فقط في المناوبة و ممرض مسؤول عن دخول و خروج المرضى. هذه الطبية تعمل في مكتبين بأن واحد تجري من غرفة الاستعجالات للمرضى المصابين بأمراض مستعجلة كالكسور الى مكتب الاستشارة. الفوضى من طرف المرضى و عدم احترام المرضى كل لدوره في العلاج.	المركز المتعدد الخدمات بالروبية	17 و 45 د-18 س و 50 د	2015/12/05
بالعين المجردة	الفوضى و الشجار ما بين المرضى و السلك الطبي و الشبه الطبي. اغماء إحدى الفتيات من أهل المريض من جراء كثرة الانتظار بالقاعة المخصصة لذلك. استعمال المحسوبة والبيروقراطية من طرف أهل المريض للحصول على العلاج.	مستشفى مصطفى باشا الجامعي مصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية	13 سا- 14 سا30 د	2015/12/07
بالعين المجردة	الشجار و الفوضى من طرف المرضى و ذويهم عن نضام الأدوار و في المقابل غياب الممرض المختص بذلك.	مستشفى روبية مصلحة الاستعجالات	14 سا	2015/12/22
بالعين المجردة	دخول طفلة رضية جاءت مع أهلها من ولاية الجلفة كانت مقيمة بالمستشفى هناك و حولوها الى الجزائر نظرا لنقص الامكانيات	مستشفى مصطفى باشا الجامعي	11 سا و 15 د	2016/01/12

	هناك بالمحسوبة و لكن تم تحويلها مرة أخرى الى مستشفى بارني بحسين داي نظرا لنقص الأسرة بمصلحة الأطفال. الاكتضاض من طرف المصلحة	الادارة مصلحة الاستعجالات		
بالعين المجردة	غلق المركز الصحي رغم تقديمه الخدمات ليلا و نهارا، و نوم المسؤولين عن العلاج . المعاملة غير اللائقة من طرف الطبيبة المناوبة للمرضى و أهلهم .	المركز المتعدد الخدمات بالرعاية	الخامسة ما قبل الفجر	2016/01/23