

## الأطباء و المرضى: حوار الطرشان؟

أ.د. سليمان بومدين-أ.عادل بوطاجين  
جامعة 20 أوت 1955 – سكيكدة

### ملخص:

المرض حقيقة موضوعية يمكن للطب وصفها، شرحها ومعالجتها ولكنه في نفس الوقت تجربة ذاتية ذات محتويات نفسية واجتماعية وثقافية، لذلك يختلف الأطباء والمرضى في إشارتهم للظاهرة، كما أن المرضى في حد ذاتهم يختلفون فيما بينهم عند الحديث عن نفس التجربة. وتعتبر اللغة أولى العوائق التي تحول دون فهم الطرفين لبعضهما البعض، ولقد أشار فرويد في كتاباته أن "روايات المرضى" لحالاتهم يمكن قراءتها كالكصوص الأدبية، وتكون ذات غنى إكلينيكي لا نظيره، ولكنها بالمقابل قد تصبح عائقا حقيقيا للعلاقة العلاجية خاصة بالنسبة للأطباء المبتدئين، وقد تترجم في شكل تمرد عن البرنامج العلاجي وكثرة الانتقال من طبيب لآخر.

الكلمات المفتاحية: الأطباء- المرضى- الثقافة- الاتصال.

### Résumé:

La maladie est à la fois une réalité objective qu'on peut décrire, expliquer et traiter par la médecine, mais elle est également une expérience, individuelle comportant des retentissements psychologiques, sociaux et culturels.

On ne parle pas de la même manière si l'on se place du point de vue du médecin ou du malade.

D'ailleurs, les malades eux même réagissent à ce qui leur arrive par des comportements diversifiés. La première barrière qui sépare les deux parties, est qui apparaît difficilement franchissable est le vocabulaire.

Comme le faisait remarquer Freud, les histoires des malades peuvent se lire comme des romans, il arrive que l'écrit littéraire soit lui même un riche enseignement clinique.

Mais le discours du malade devient parfois un véritable obstacle dans la relation thérapeutique surtout pour les nouveaux praticiens et qui se traduit par une non adhésion au programme

thérapeutique, la non observance du traitement ou au nomadisme médical.

**Mots clés** : Médecins ; malades, culture, communication.

- مقدمة:

يعتبر المرض من بين المفاهيم الأكثر شيوعا واستخداما في الحياة اليومية، وكذلك الأكثر تناولا في أدبيات العلوم الاجتماعية، خاصة في علم النفس وعلم الاجتماع والأنثروبولوجيا. ولقد أدت تعددية تناول هذه إلى ظهور تيارات ونظريات متنوعة أضفت عليه نوعا من الغموض، ويرتبط هذا المفهوم الذي تتجاذبه تيارات مختلفة، بالحالة الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية للإنسان بما يحمله من قيم وعادات وأفكار وتصورات.

في ظل هذا التباين، ومن أجل تحديد مفهوم المرض تحديدا يتسم بالدقة والوضوح، من المناسب أن نبدأ من القواميس اللغوية والعلمية حتى يكون لدينا أساس أكثر صلابة، ففي معجم لسان العرب لابن منظور وتحت مادة (مرض) يقول، إن المريض معروف والمرض هو السقم ونقيض الصحة. وإذا نظرنا إلى مادة (سقم) فنجدته يقول: السقام والسقم، المرض. أما تحت (صح) فيوجد ما نصه الصح والصحة والصحاح خلاف السقم وذهاب المرض. وهكذا فإن هذه الكلمات الثلاث تدور في دائرة مغلقة.

أما في قاموس المحيط للفيروزي فيقول: (المرض) إظلام الطبيعة واضطرابها بعد صفائها واعتدالها. ولا يوجد ذكر للمريض. كأنه اعترف ضمنا مثل ابن منظور بأن المريض معروف وكفى. ولا يوجد تحت هذه المادة ولا أية مادة أخرى تحديد علمي أو دقيق لصفاء الطبيعة واعتدالها ولا إظلامها واضطرابها.

أما كتب التفسير فكانت أكثر اهتماما من معاجم اللغة بتعريف المرض والمريض، إذ يقول الأصفهاني: إن المرض هو الخروج عن الاعتدال الخاص بالإنسان وهو نوعان، الأول جسدي .. والثاني عبارة عن الرذائل كالجهل والجبن والبخل والنفاق وغيرها من الرذائل الخلقية.

أما في اللغات الأجنبية وخاصة منها الأكثر تداولاً وهي الإنجليزية فإننا نجد بها أولى الإجابات عن التصادم بين الطبيب والمريض، نجدها في الكلمات الثلاثة التي تعطيها اللغة الانجليزية للمرض وهي: Illness, Disease, Sickness.

## 1- العلة Illness :

وتستعمل من طرف الفرد للتعبير عن حالة داخلية يعترف هو ذاته أنها تختلف عن الحالة "العادية"، وبالمقابل نلاحظ أحيانا أن المرض موجود لكن المريض لا يشكو من أي علة، فارتفاع ضغط الدم قد يكون في مستوى مخيف للطبيب، في حين لا يعترف المريض أنه يعاني من أي مرض كان، وقد يرفض تناول أي دواء حتى ولو فسره الطبيب أنه علاج لمرضه.

وهكذا نخلص إلى نتيجة مفادها أن الطبيب والمريض لا يدركان ولا يفسران المرض على طريقة واحدة، لأن تفسير المرض عند المريض عامي Profane نوعي وشخصي في حين أن تفسير الطبيب هو تفسير علمي وكمي، وهذا يعني أيضا أن إدراك الأعراض عند المريض هو قبل كل شيء إدراك ثقافي يتم من خلال المعلومات العامة المتداولة حول الجسم وأمراضه، أما إدراك الأطباء فيرتكز أساسا على معايير بيولوجية وعضوية، ومن ثم نفهم لماذا يتقاسم في كثير من المجتمعات المرضى والمعالجون التقليديون نفس الإدراك للمرض والذي يتشكل من خلال نفس المفاهيم الأخلاقية والدينية، بحيث لا يتميز المرض عن أي مشكل آخر من مشكلات الحياة (Aslam, 1998, pp 10-15). لذلك عندما يزور المريض الطبيب بحثا عن العلاج فانه يصف له الأعراض التي يشعر بها بطريقة ذاتية، فيحاول الطبيب أن يطابق بين هذه الأعراض وأعراض الأمراض المختلفة التي درسها في دراسته العلمية الطبية، فإذا لم يجد تطابقا بينهما فانه يستبعد وجود مرض من الأمراض وهنا يمكن القول إنه فشل في أداء مهامه أو المسؤولية الملقاة على عاتقه وهي العلاج بالمعنى الاجتماعي للمرض، وبالعودة للمثال السابق، فإن تفاقم حالة المريض الذي يعاني إرتفاع ضغط الدم إلى درجة تجعله غير قادر على مواجهة أعباء الحياة والقيام بدوره الاجتماعي بالطريقة المألوفة- عندها فقط يبدأ في الخضوع لأمر الطبيب وإتباع العلاج المقرر، ولكن حتى ذلك الوقت ومع إقرار كل من الطبيب والمريض بوجود المرض، فانه يكون لكل منهما نظرة لهذا المرض مختلفة عن الآخر، فقد يرى الطبيب أن يستمر المريض في تعاطي العلاج لفترات طويلة لكي يتم التحكم في المرض. ولكن المريض قد يرى وبمجرد تحسن حالته وعودته اجتماعيا لحالته الطبيعية أن حالة المرض قد انتهت فيكف عن إتباع العلاج، لا تحديا للطبيب

بطبيعة الحال ولكن لأن نظرتة إلى المرض بصفة عامة تختلف عن نظرة الطبيب (أيوب، 1988، ص52).

وإزاء هذا الاختلاف في تحديد معنى المرض لدى كل من الطبيب والمريض وبالتالي تحديد أعراض المرض، وطالما أن الجميع أطباء ومرضى وأصحاء يستخدمون لفظ "مرض" رغم الاختلافات السالف ذكرها، فمن الضروري إيجاد تكامل بين المعنى العلمي للمرض والمعنى الاجتماعي للعلّة كأساس لنظام البحث الطبي والرعاية الطبية يكون قادرا على أداء وظائفه بفعالية، وهذا ولا شك يتطلب توسيع نطاق المعنى العلمي لمفهوم المرض ليشمل تقديرا للجوانب الاجتماعية الحديثة تؤكد أثر هذه الجوانب على المرض وإدراك الطبيب لها يساعده ولا شك في فهم المريض ويرفع من مستوى كفاءة العلاج الطبي.

وفي نفس هذا السياق وفي اتجاه آخر يشير ممفورد MEMFORD إلى ما يعرف بأعراض منشاوزن the Manchausen syndrome وهو مثال على المرضى الذين ينتقلون من مستشفى إلى آخر حيث يستطيعون إقناع الأطباء وإدارات المستشفيات على قبولهم كمرضى عن طريق القصص المثيرة التي يروونها ويخترقونها عن حالتهم الصحية ويستطيعون تمثيل وعرض أعراض مرضية خطيرة (بيري والدوبي، 1989، ص72).

كما أن أفرادا آخرين يتوهمون المرض وهي طريقة يستطيع بها هؤلاء الأفراد الحصول على المزايا الثانوية لدور المريض وفي نفس الوقت يتخلصون من مواجهة مشاكل الحياة ومتطلباتها، فالتمارض محاولة واعية ومقصودة للادعاء أو التظاهر بالمرض من أجل الحصول على أهداف معينة، وفي هذا الصدد تشير الإحصائيات أن "الأصحاء القلقين Les biens portants anxieux الخائفين من المرض ولكنهم ليسوا بمرضى يستهلكون 50% من الميزانية في مستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية (Bishop, 2000, p46).

لقد كان سيجموند فرويد على صواب حينما أشار في بداية أعماله حول الهستيريا إلى أن تصور الفرد لجسمه يؤثر على أعراضه الإكلينيكية، فالشلل الهستيرى يتطابق مع نظرة المريض لجسده وليس مع المفاهيم الفيسيولوجية لطبيب الأعصاب، ومن تلك الملاحظات أسس فرويد لعلم جديد "يفسر" الأعراض، فكان التحليل النفسي.

## 2-النظريات الذاتية للمرضى:

لقد تطورت المفاهيم الذاتية للمرضى عن مرضهم إلى درجة صار البعض يطلق عليها "النظريات الذاتية للمرضى"، والنظرية يفترض فيها وجود تنظيم لعناصر مجردة وبناء فكري منهجي، والحقيقة أن هذا المفهوم أستعير من فرويد صاحب "النظريات الجنسية الطفلية Les théories sexuelles infantile"، فتحت مسعى النظرية يقدم المريض وصفا لمرضه وتفسيرات لمصدرها، تبدو وكأنها مؤسسة علميا ولكنه يستعمل لغة مجازية أحيانا كقوله "إنني كالسمكة خارج الماء"، ويلجأ في تفسيره لأسباب مرضه إلى ثقافته وهي تفسيرات موجودة في كل الثقافات بما في ذلك في الثقافة الغربية التي يهيمن عليها الطب الحديث بقوة، فالمريض يعرف ما هي الأسباب "العلمية الرسمية لمرضه" ولكنه يطور سرىا وبالتوازي نظرية أخرى قد تكون مكملية للفهم الطبي ولكنها قد تكون أيضا متناقضة ولو جزئيا معه، فالتجربة الذاتية لمرض خطير تعطي أشكال أصيلة لنظريات حول المرض (Pedinielli, 1999, p54).

إن المعرفة الطبية بنيت تاريخيا من خلال الفصل الراديكالي بين الجانب الموضوعي للمرض والمعاناة الذاتية للمريض، فالطب يعتبر بعض طلبات المريض مضللة، فهو يعتمد على علامات ومفاهيم يعرفها جميع الأطباء، ومن خلال تفكير استقرائي يستطيع الطبيب بناء فرضيته وهي التشخيص، ثم تأتي الكشوف المخبرية والأشعة لتأكيد هذه الفرضية، في حين أن نظريات المرضى تنتهي لسجل خيالي ثقافي، وهو ما لا يستطيع الطب أخذه في الحسبان إلا قليلا من خلال التكفل الفردي بكل حالة (Ibid, p56)، هذه الظاهرة أطلق عليها لوريش إسم "مرض المريض" و"مرض الطبيب".

ولنا في بعض الروايات العالمية، أمثالا عن كتاب مرضى حولوا تجاربهم إلى روايات فنية عالية الجودة مثل « Mars J 1977 Fritz Zorn وأخرون كثيرون.

## 3-اختلاف الإطار المرجعي لكل من الطبيب والمريض:

لن نستطرد كثيرا في توضيح مسألة المرض Disease باعتباره الحالة التي يحدث فيها خلل إما في الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد ومن شأنه إعاقة قدرته على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة ما، وعادة ما يحدث المرض نتيجة لقصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم على القيام بدوره خير قيام،

كما يحدث أيضا إذا اختلف أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفه.

ولكن الذي يعنينا أكثر هو المعنى الاجتماعي للمرض، فكل مجتمع يدرك المرض تبعا لقيمه وعاداته التي تحددها ثقافته، لذلك يقول هليمان Helman "عندما يتفق الناس في ثقافة أو مجتمع معين حول نماذج من الأعراض والعلامات وكذلك مصدرها ومعناها وعلاجها، فإن الأمر يصبح مرضا شعبيا بهوية متكررة"، من هذا المنظور فإن المرض مثله مثل كل الحوادث المهمة في حياة الإنسان التي يحتاج إلى تفسير، فما أن تنتاب الفرد أحاسيس غريبة أو مؤلمة حتى يسارع إلى فك لغز ما حل به، مثل هذا التفسير أو البناء ليس عملا فرديا بل هو بناء اجتماعي ثقافي، فالانتماء الثقافي هو الذي يعطي للفرد الإطار الذي يتم من خلاله تفسير كل الظواهر التي تمس الجسم وبشكل خاص المرض وأعراضه، وهذا ما أسماه الباحثون شبكة معاني المرض le réseau sémantique de la maladie ، للإشارة إلى مجموع الرموز والمعاني المرتبطة بالمرض، وهو ما يهمله الكثير من الأطباء الذين تلقوا تكوينهم وضعانيا.

فعلى الرغم من نجاح الطب الحديث في تفسير معظم الأمراض وتقديم العلاج الطبي المناسب لها، وعلى الرغم من انتشار الخدمات الصحية في المجتمع، فإن بعض قطاعات البناء الاجتماعي تظل على تمسكها بثقافتها تصر على تفسير المرض تفسيرات غيبية وربما هذا ما يفسر انصراف بعض الناس خاصة فيما يتعلق ببعض الأمراض التي يعتقدون أن سببها الجن أو العين أو السحر عن النسق الطبي الرسمي الذي كثيرا ما يتجاهل بدوره البناء الاجتماعي والثقافة المحلية. وهو ما حدا ببعض الأطباء الفرنسيين وهو يتحدث عن المرضى المغاربة المقيمين بفرنسا "حينما يأتيني أحدهم ويقول لي أنه مصاب بسحر، أشعر أنه جاء من كوكب آخر للتو".

إن المجتمع الجزائري مثله مثل الكثير من المجتمعات المتحولة En transition تعرف هذه الثنائية القطبية (تقليدي- حديث) على المستوى الاجتماعي، وبالتالي على المستوى الطبي، وضمن هذا السياق يشير بن إسماعيل إلى أنه لا يوجد في الثقافة المغربية معنى واحد للصحة والمرض، بل توجد شبكة من المعاني المعقدة، وفهمها يكشف خلافا أساسيا يتمثل في صدام نظامين من التفكير، نظام تفكير المريض ومحيطه والذي يتبنى أساسا نموذجا ثقافيا محليا، ونظام تفكير

الطبيب الذي يتبنى النموذج العلمي الطبي كما يدرس في كليات الطب Bensmain, (1985, p 985).

من هذا المنظور يمكن اشتقاق خصائص المجتمع الجزائري المتحول، ونلخص أهم هذه الخصائص تلك المتعلقة بوجود عالمين اجتماعيين، عالم خارجي بمؤسساته وقوانينه الرسمية وقواعده وتقنياته ونظامه الرمزي المستمد من النموذج الغربي، وعالم اجتماعي خاص، عالم الداخل، عالم العائلة والحامل لقيم وتقاليد ضاربة في القدم، ولممارسات حياتية تم توارثها عبر الأجيال المتعاقبة (Andezian, p 431).

#### 4- اللغة:

تعتبر اللغة من أكثر العناصر إعاقة للعلاقة بين الطبيب والمريض، فعندما لا يتكلم الطبيب والمريض لغة مشتركة فإن العلاقة بينهما تهتز بقوة، حتى أن بعض المستشفيات الغربية أصبحت تلجأ إلى توظيف أفراد ضمن طاقمها ليعملوا ك مترجمين، في حين يستعين الأطباء الخواص بأفراد عائلة المريض لفهمه، ولكن مشاكل عويصة تنجم عن تلك الترجمة منها أن وجود هذا الشخص الثالث أي المترجم يحدّ من كلام المريض عن حالته (بومدين، 2009 ، ص 183). ولقد أشار طبيب الأمراض العقلية الجزائري، بن إسماعيل إلى هذه الظاهرة في مجال الطب العقلي حين أشار إلى أن المقابلة التي تتم بين الطبيب الأجنبي والمريض الجزائري تعتبر لقاء Rencontre وليس علاقة Relation لأنها علاقة مشوهة، علاقة تتواجد فيها أطراف ثلاثة، طبيب نفساني متعاون أجنبي، لا يعرف إلا بعض الكلمات الفرنسية البسيطة التي تعلمها عشية قدومه للجزائر ومريض جزائري يتكلم في الغالب لغة عامية، ومترجم أو كاتب طبي يفترض فيه أنه مزدوج اللغة، وفي الواقع لا يجيدهما الإثنين.

وتشير الدراسات في مجال علم النفس المرضي إلى أن المغاربة بشكل عام يعانون من النقص في الصياغة اللفظية التي تعبر عن معاناتهم، كما تشير كثير من شهادات الأطباء إلى أن المرضى يعبرون بطريقة سيئة عن معاناتهم وقلما يحددونها بشكل جيد، فالطريقة التي يعبر بها المرضى عن أمراضهم تبدو مختلفة بل وأحيانا غريبة جدا في نظر هيئة طبية تلقت تكويننا وضعانيا. وقد ذهب بعض الأطباء

الفرنسيين إلى أن التوظيف الجسدي سمة ثقافية ينفرد بها المنحدرون من المغرب العربي.

يرى كلافرول Clavreul أنه عندما يشعر المريض بالأعراض ولكن الطبيب يرفضها ولا يعترف بوجودها ويصمه بأنه "ممثل" أو "متظاهر" رغم حالته المرضية فإن ذلك يؤدي إلى شعور عميق بالألم لدى المريض صار يعرف بمرض النكبة La sinistrose وهو مرض يطلق على المرضى الذين يستمرون في الشكوى من الألم وكسورهم وتعثر حظهم رغم تأكيد الأطباء لهم أنهم قد شفوا تماما ( , Clavreul 1978) ولسوء الحظ فإن كثيرا من كليات الطب في الجزائر والوطن العربي مازالت تدرس باللغة الفرنسية والإنجليزية، مما يجعل معظم الأطباء يستعملون هاتين اللغتين في ممارساتهم اليومية، وهو ما يباعد بينهم وبين مرضاهم أحيانا.

إن استخدام الأطباء لبعض المصطلحات الطبية أمام المرضى دون الاهتمام بما إذا كان المريض يفهمها أمر شائع، فاستخدام المصطلحات الطبية يؤدي إلى عدم قدرة المريض على فهم ما يقال له مهما كان مستوى تعليمه، لأنه لو ارتفع مستوى تعليمه لازداد وعيه الصحي، غير أننا نجد هذا الوعي يقتصر فقط على المشكلات الطبية التي يعبر عنها باللغة العادية التي يألّفها، ويفسر المرضى استخدام الطبيب لهذه اللغة الطبية بعدم اهتمامه بهم كحالات إنسانية ونظرتهم لهم كحالات مرضية فقط، في حين كان من الأحسن لو أن الطبيب أستعمل لغة موجزة ميسرة يمكن للمريض فهمها.

#### 5- لغة الجسد:

تشير الكثير من الدراسات التي أجريت في علم النفس المرضي إلى أنه من الضروري أن تتضمن المعاينة La consultation لدى المرضى الجزائريين بشكل خاص فحصا جسديا، فالعلاقة العلاجية يجب أن تمر من خلال فحص الضغط الدموي أو كشف الصدر بالتسمع، الخ، وكلها إجراءات منتظرة ومحبذة، فالمقابلة البسيطة دون فحص الجسد تحبط المريض وبقوة. لقد أشار بن إسماعيل إلى أن المرضى حتى الذهانيين منهم يشكون أحيانا نقص جدية الطبيب الذي يكتفي بطرح عدد من الأسئلة وإعطاء الوصفة، فالإهتمام الذي يوليه الطبيب للجسد هو الذي يسمح فقط ببناء علاقة ثقة، فكثير من الحالات العصابية تأخذ مظهرا جسديا، وهنا يلعب الإنصات الجيد والطويل للمريض بإزاحة "القشرة" الخارجية للجسد والكشف عن



مختلف المخاوف والوساوس، وفي هذا الصدد يقول أحد المرضى معبرا عن سعادته بالفحص الدقيق "فلاني من راسي لرجلي" (بومدين، 2006).

#### 6- السلوك غير اللفظي وغير الواعي للطبيب:

إن بعض الأطباء لا يضع في الحسبان أنهم يرسلون أحيانا من خلال سلوكياتهم غير اللفظية رسائل لا تكون إيجابية دوما، فالعديد من الأطباء يجهلون أو يتجاهلون بأن المرضى ينظرون ويلاحظون تصرفاتهم غير اللفظية، وهي تتضمن أخطاء لا تحصى، فقد تظهر من خلال وضعية الجسم الذي يشير إلى عدم الإكتراث، أو التحدث إلى المريض عند مدخل الغرفة بدل من الاقتراب إلى سريره، أو من خلال النظرات المتكررة للساعة، وفي ذلك مؤشر على أن الطبيب مستعجل، أو الحديث بسرعة وبصوت منخفض، فلا يكاد المريض يلتقط شيئا (Landolo, 2001, p70).

#### 7- سوء العلاقة بين الطبيب والمريض:

يؤكد فالبريجا Valabreaga أنه مهما تكن الزاوية التي ننظر منها للعلاقة العلاجية، فإنه يوجد توحيد بين المرض والمريض والطبيب، ويتمثل ذلك في التفاعل بين المريض ومن يعالجه، هذا التفاعل يبدو حسب طوري Torry أكثر نجاعة عندما يكون الطبيب صادقا وداعما ومشاركا وجدانيا للمريض، وهو ما لا يحدث دائما. يقول أحد المرضى "لم يكلمني أكثر من خمس دقائق" "لم يصدقني، أنا أتكلم وهو يبتسم". هذه الشهادة تثبت أن العلاقة بين الطرفين كانت سلبية، فابتسامه الطبيب أدركها المريض كأنها سخريه وعدم جدية وفي الحقيقة إن الطبيب كان يبحث عن مزيد من الدقة حول الشكوى الجسدية للمريض، ولكن ذلك لم يكن إلا ليزيد من خيبة أمل المريض الذي يعبر عن ألمه بكلمة "كل شيء" وهو ما يذهب عكس ما يرغب فيه الطبيب أي تحديد موقع الألم، وهذا ما يطرح بالطبع مشكلة عويصة في تشخيص المرض سواء كان الطبيب مختصا أو عاما.

إن التعبير عن الألم باستعمال عبارة "كل شيء"، كانت محل تحليل بعض الباحثين ومنهم فايار Vaillard الذي اعتبرها كنوع من الدفاع ضد الحواجز اللغوية، ونحن نعتقد أن الأمر ليس مجرد مشكل لغوي لأن المريض سرعان ما يضيف قائمة أعضاء الجسم التي تؤلمه (رأسي، رجلي، كتافي، جنابي، الخ)، وهذا الأمر مرتبط بتصورات بعض المرضى للشفاء، إذ يعتقدون أنهم كلما وسعوا من معاناتهم La

majoration symptomatique كلما حصلوا على علاجات كثيرة وهو ما يتيح لهم الشفاء بسرعة (زوج دواوات خير من واحد).

أمام هذا الوضع، يلجأ بعض المرضى إلى المطبيين التقليديين، لا لشيء إلا لأنه يتقاسم مع المريض نفس المخططات الثقافية Schémas socio-culturels حيث تنشأ بين الطرفين علاقة ثقة متبادلة، مما يجعل العلاقة أكثر تحويلا Transférentielles وهو ما أشار إليه فلابريجا بقوله "إن المرض ما هو إلا ما يحدث بين المريض ومن يعالجه".

La maladie n'étant rien d'autre que ce qui se passe entre le malade et celui qui le Soigne (Bensmain, Op.cit, pp691-693).

#### 8- وضعية المؤسسات الصحية العمومية والخاصة :

يلعب التخلف دورا جوهريا في إعاقة التطور الصحي، فالعدد الضئيل للأطباء في مستشفياتنا لا يعطيهم الوقت الكافي حتى يشرحوا للمئات من المرضى الأميين أحيانا طبيعة مرضهم، مما يجعل طبيعة هذه العلاقات علاقات لا شخصية Relation dépersonnalisées. إذ يستطيع أي كان أن يلاحظ في مصالح الاستعجالات بمستشفياتنا النقص الفادح في وسائل العمل ونقص الأدوية، حيث يطلب من المريض أو مرافقيه البحث عن خيط الجراحة أو مسكن للألم، وأمام هذا الوضع، فإنه لا يولى الاهتمام إلا للحالات الخطيرة وتهمل البقية، خاصة إذا لم تكن لديهم علاقات داخل المستشفى.

هذا الوضع غدى "الزبونية" و"المحسوبية"، بل هناك شهادات على بيع الأدوية في السوق الموازي من طرف بعض موظفي المستشفيات، كل ذلك ينتهي بخيبة الأمل والإحباط لدى المرضى، وهو ما يدفع ببعضهم إلى المشعوذين والمطبيين التقليديين، "على الأقل هؤلاء يكون سهل الوصول إليهم" على حد تعبير أحد المرضى (L'khadir, 1998, p330).

#### 9- غياب التساند الوظيفي:

يتحقق التكامل داخل المستشفى من خلال ميكانيزم التكامل الوظيفي بين جماعة الأطباء في المستشفى والأطباء الخواص وأطباء المستوصفات وهيئة التمريض، إلا أن الواقع المعاش يشير إلى أن تلك العلاقات المهنية هشّة بين هذه

الأطراف، وكل من هذه الجماعات يقدم مبررات خاصة به ويأسف لغياب تلك العلاقات. ويؤكد الكثير من الأطباء أن العلاقات فيما بينهم تكاد تكون منعدمة فيما عدا العلاقات الشخصية مع البعض، ويتذرع الجميع طبعاً بنقص الإمكانيات والوقت وإذا حصل وأن حدث اتصال فإنه يكون في الغالب بواسطة رسائل، أو بواسطة المريض نفسه. ولكي يستكمل المريض بعض الفحوص عليه استعمال كل علاقاته وهو أمر يطول خاصة إذا كانت الحالة مستعجلة، وهو وضع يقود المرضى إلى تنويع مساراتهم العلاجية أمام وجهات النظر المتباينة أمام الحالة المرضية الواحدة (Mebtoul, 2005, p 70).

بالإضافة إلى ما سبق، فإن نقص عدد الممرضين وضعف مرتباتهم وانعدام الحوافز والإمكانيات والتكوين والمتابعة، ونظرة الاستخفاف لعملهم من طرف الطبيب والمجتمع، كل ذلك يدفع للتكاسل وعدم التحمس للعمل، وهو ما يعود سلباً على خدمة المريض. (نادية عمر، 1993، ص 270).

#### 10-انعدام ثقة المريض بالطبيب:

إن مشكلة انعدام الثقة بين الطبيب والمريض تكاد تكون شاملة لمعظم البلاد العربية، وتكاد تكون عند معظم المرضى العرب وليس الجزائريين فقط، فحتى الذي لا يستطيع أن يصل إلى باريس أو لندن فإنه ينتقل من طبيب إلى آخر باحثاً عن التشخيص والعلاج، ولقد أشار بن إسماعيل إلى أن المرضى حتى الذهانيين يلحون على الطبيب المعالج لتحويلهم إلى إحدى المستشفيات الباريسية حيث الطب عالي التقنية أو أي مكان آخ يتوهمون أن فيه شفاء لأمرضهم.

وتعود أسباب انعدام الثقة بين المريض والطبيب إلى أسباب حقيقية وأخرى متوهمة منها عيوب النظام التعليمي في كليات الطب في البلاد العربية بالإضافة إلى النظرة التجارية التي طغت على بعض الأطباء الذين صاروا ينظرون إلى المريض كزبون يجب الاستفادة منه إلى أقصى درجة قبل أن يغادر إلى "دكان" الطبيب المنافس، هذا ناهيك عما يفعله الأطباء من غمز ولمز لزملائهم الأطباء في سبيل الاستحواذ على المريض بدل إنفاق الوقت في شرح المرض والعلاج للمريض.

## المراجع:

- 1- عمر نادية (1993): العلاقات بين الأطباء والمرضى – دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- 2- بيري الوحيشي أحمد، بشير الدويبي عبد السلام (1989): مقدمة في علم الاجتماع الطبي – دار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، ليبيا.
- 3- رمضان أيوب فوزية (1985): علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة.
- 4- سليمان بومدين (2006): معوقات الاتصال بين الأطباء والمرضى، مداخلة مقدمة في الملتقى الوطني حول واقع الاتصال وتسيير التنظيمات، جامعة باجي مختار، عنابة.
- 5- Andezian, S., Nouvelles représentations de la santé et de la maladie : La dialectique entre traditions et modernité, in *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Anne Retel Laurentin, L'Harmattan, Paris, pp429-435.
- 6- Aslam, M., (1998), Pouvoir de guérir, pouvoir social et prestige religieux : autour du cheikh kurde, thèse nouveau régime en ethnologie, Université Aix en Provence-Marseille 3.
- 7- Bensmain, B., (1985), Aspects socioculturels de la relation médecin, malade, entourage en pratique psychiatrique algérienne, *Psychologie médicale*, p 691-693.
- 8- Bishop, G., (2000), Les prototypes de la maladie : Nature et fonctions, in *Santé et société, La sante et la maladie comme phénomènes sociaux*, dir. Giovanna Petrillo, Delachaux et Niestle, Lausanne.
- 9- Ian dolo, C., (2001), Guide pratique de la communication avec le patient. techniques, arts et erreurs de la communication, Paris, éditions mimi Marsan.
- 10- L'khadir, A., (1998), Mal, maladie, croyances et thérapeutiques, le cas de Casablanca, thèse nouveau régime en Ethnologie, Université de Bordeaux 2.
- 11- Mebtoul, M., (2001), Médecins et patients en Algérie, Algérie, éditions Dar el gharb.
- 12- Pedinielli, J. L., (1999), Les théories personnelles des patients, *pratiques psychologiques*, 4, p53-62.
- 13- Pelicier, y., (1985), Relation et sens dans la maladie, *psychologie médicale*, 17, 6, Paris.