

البحث

٣

صراع الدور الاجتماعي
في المجال الطبي وأثره على
العلاقة بين الطبيب والمريض

د. محمد عبد المعبود مرسى

بقسم الاجتماع

كلية الآداب - جامعة المنيا

ديسمبر ١٩٩١

المقدمة

بدأ إهتمام الأنثروبولوجيين بدراسة المرض والصحة في إطار ما يعرف " بالطب البدائي " لدى بعض القبائل والشعوب المنعزلة . ويات ذلك واضحا منذ نهاية الربع الأول من القرن العشرين ، حيث نشطت البحوث الحقلية على وجه التحديد إعتباراً من عام ١٩٣٦م عند كل من أويلر ، وورائر وهارلى وغيرهم . وتتابعتم البحوث بعد ذلك حول علاقة الأنثروبولوجيا بالطب السيكوسوماتي ، وفي مجال دراسة الجوانب الإجتماعية والثقافية للمرض . ويرز ذلك بشكل واضح في نشاط الجمعيات الأنثروبولوجية . ويمكن القول بأن الدراسات المعاصرة للطب الشعبي إمتداد لما سمي بالطب البدائي ، بعد أن تحولت كثير من المجتمعات البسيطة عن نظمها القديمة واضحت في عداد الدول النامية .

وحدث تحول في الأساليب والطرق المنهجية مما جعل الدراسات الأنثروبولوجية الراهنة تقترب كثيراً من علم الإجتماع في تناولها لعدد من الموضوعات ، والطب الإجتماعي واحدا منها . ومع ذلك يبقى لكل منها مجالات مستقلة نسبيا في بحث القضايا والمشكلات المتصلة بالصحة والمرض . وفي هذا الصدد يذكر سينجر Singer أن الأنثروبولوجيا الطبية تميل بشدة نحو إبراز النواحي الثقافية والنفسية من حيث تأثيرها على المرض وتأثرها به ، مع تركيز أكبر على السلوك المرضى مقارنة بالسلوك الصحي ، كما يشير كروبر إلى أهمية فهم المرض في ضوء المحتوى الثقافي لاسيما في حالات الأمراض المتوطنة والبيئية وإبان إنتشار الأوبئة .

من جانب آخر ، فإن الإنتشار الواسع في دول العالم الثالث لأساليب الطب الشعبي ، وتجاوز ممارساته نطاق الخدمات الطبية الحديثة في بعض

المجتمعات مثل سريلانكا والهند . ثم خضوعه للإشراك والتوجيه الحكومى كما فى الصين ، بالإضافة إلى نجاح عدد من طرق العلاج الشعبى فى مواجهة بعض الأعراض المرضية عن طريق الأعشاب الطبيعية ، كل ذلك وكثير غيره دفع العديد من الأنثروبولوجيين للإهتمام بوسائل التطبيب التى تعتمد على خبرة ممارسين لهم تأثير كبير فى الوسط الاجتماعى الثقافى . والمجتمع محل الدراسة من بين المجتمعات التى تنتشر فيها أساليب الطب الشعبى والمسمى " بالطب العرسى " على الرغم من التقدم الواسع فى طرق العلاج الحديثة ، وانتشار المؤسسات الطبية فى كل أنحاء البلاد ، وتوفر التكنولوجيا الطبية بشكل كبير .

هذا وتعتمد معالجة موضوع البحث وهو " صراع الدور الاجتماعى فى المجال الطبى وأثره على العلاقة بين الطبيب والمريض " على حقيقة منهجية ، هى محاولة فهم وتفسير البنود الرئيسة فى بناء الدور الاجتماعى للطبيب من خلال الرؤية الذاتية لمجتمع الممارسين للأداء الطبى أنفسهم ، بعيدا عن التأويل الخاص للباحث والإنطباعات الشخصية التى ظهرت بشكل معيب فى بعض البحوث الأنثروبولوجية . وتلك قضية كانت ولا زالت محل مراجعة من جانب عدد من الباحثين . فقد نبه إليها منذ وقت مبكر تايلور حين قال " لا تكمل للناس حنطتهم بمكيالك أنت " كما أشار فرانز بواس إلى ذلك فى قوله " إذا كان هدفنا هو الفهم السليم لأفكار شعب ما ، فإن تحليل الخبرة يجب أن يقوم فى مجموعة على أساس تصوراته هو لا تصوراتنا نحن " . وفى ذات المعنى ذكر برنسلوما لينوفسكى " أن الهدف النهائى باختصار هو التقاط وجهة نظر الوطنى وعلاقته بالحياة والتحقق من رؤيته لعالمه الخاص " .

وقد تابعهم عدد من المعاصرين ، أذكر منهم ستورتييفانت Sturtevant وفريك Frake . وتعرض ذلك المسلك المنهجى الذى يعرف " بالإنثوجرافيا الجديدة " لانتقاد من جانب كل من مارفن هاريس Marvin Harris وجيرالد بيرمان Gerlad Berreman . ومع ذلك يرى الباحث أن ذلك المدخل يتلاءم مع

بحث قضية صراع الدور فى المجال الطبي ، لاسيما وأن رأى الممارسين للدور يعتمد على خبرتهم الطويلة فى التعامل مع المرضى ، وهي خبرة مفيدة فى تحليل الباحث وتقديره لطبيعة الأداء ومكوناته وأبعاده على ضوء فهمه الخاص للمعايير والقيم الثقافية التى توجه السلوك فى المجتمع المحلى ككل ، وتلك ناحية أولى . ومن جانب آخر استعان الباحث ببعض من أدوات البحث التى مكنته من تحقيق الصدق الواقعى لبعض النتائج التى آلت إليها الرؤية الذاتية ، كما عبر عنها الأطباء فى معرض تصورهم لمثيرات الصراع فى الوسط الطبي .

لقد جاء إختيار الباحث للموضوع بناء على أسس موضوعية ومنهجية من بينها الأهمية النسبية للتناقضات التى بدأت تظهر فى مجال الرعاية الطبية بالمفهوم الشامل ، على الرغم من تقدم التكنولوجيا وإبتكار أدوات حديثة ودقيقة للتشخيص والعلاج . وأبرز تلك التناقضات دخول صور التصافق والموازنات المنفعية بالمدلول الإقتصادى بسبب إنتشار المؤسسات العلاجية الإستثمارية . ثم تحولت الاهتمامات التى تتحكم فى ديناميات العلاقة بين الطبيب والمريض إلى ما يشبه العلاقة بينى البائع والمشتري ، ففقدت بذلك أفضل عناصرها الإنسانية ، وهي نجاح الأداء والإنجاز الطبي مجردا من أى إعتبار آخر . أضف إلى ذلك أن الكثير من المعالجات العلمية للعلاقة بين الطبيب والمريض تركزت حول تبادل التوقعات فى أداء الدور الإجتماعى ، ولم تكثرث إلا قليلا بمشكلة صراع الأدوار وتعارضها ، لاسيما وأن تلك المشكلة تؤثر بعمق على طبيعة العلاقة بين الطرفين . ويصبح هدف البحث تحليل وتفسير طبيعة الصراع ودرجة عمقه والكشف عن نماذجه وأشكاله وآثاره .

ويبقى الإعتبار المنهجى مرتبطا بأدوات البحث التى أراد الباحث ترتيبها بحيث تدع الفرصة أمام مجتمع البحث للتعبير عن إتجاهاتهم ومواقفهم ورؤيتهم الخاصة لمكونات الموضوع وأبعاده ، على إعتبار أن أسلوبهم فى الإدراك الذى جاء مشفوعا فى كثير من الحالات بأمثلة واقعية وأحداث واجهتهم يفيد فى

تصنيف مختلف أشكال الصراع ، ويوصل الخبرة بالمعرفة . وأضيف بأن التعبيرات اللغوية التي صدرت عن الأطباء وبعض المرضى ، أفادت الباحث في تحليل أسباب صراع الدور في ضوء ثقافة المجتمع والثقافات الفرعية الراقدة بما تنطوى عليه من معتقدات ومعايير وقيم ، فضلا عن إبراز نماذج العلاقات بين بنود الدور الإجتماعى بالنظر إلى التعدد والتباين بين الأمراض ، وأثر ذلك على سلوك المريض والمحيطين به من ناحية ، والطبيب والهيئة التي يعمل بها من جانب آخر .

ينقسم البحث إلى ثلاثة مباحث . يختص المبحث الأول منها بالإطار النهجى ، ويتناول المبحث الثانى بعض الاتجاهات الرئيسية فى تحليل العلاقة بين الطبيب والمريض فى ضوء مواقف التآزم والتوترات مع الإشارة للدراسات السابقة . أما المبحث الثالث فيشتمل على عدد من النماذج التطبيقية لتفسير صراع الدور فى المجال الطبى وأثره على العلاقة بين الطبيب والمريض فى المجتمع محل الدراسة . وفى خاتمة البحث أجمل النتائج التى أنتهت إليها فى هذا البحث .

المبحث الأول

الإطار النهجى للبحث

يعتمد هذا البحث على " المدخل المعرفى : وهو إتجاه جديد نسبيا فى البحوث الأنثروبولوجية . ظهر فى الخمسينات ونشط فى الستينات من هذا القرن . واكتسب أهمية خاصة بسبب الانتقادات الموجهة للأساليب التقليدية التى اعتمدت عليها البحوث السابقة . ونقطة البدء فى تطبيق الأساليب المعرفية أن يدع الباحث الفرصة الكاملة للجماعة كى تعبر عن خبراتها وتجاربها حسبما تراه وتعرفه عن مظاهر السلوك ، أو محتوى الظواهر ومضمونها ، أو نماذج

العلاقات بين الأشخاص والأشياء ، ليصبح الإدراك الذاتى والتصور الخاص المصدر الأول للمعلومات ، وينصرف دور الدارس هنا إلى تصنيف المادة العلمية وإخراجها على نحو معين طبقا لما تقضى به الإعتبارات الموضوعية فى البحوث النوعية ، وما يتوفر له من خبرات تمكنه من تحقيق هدف البحث (فتحة إبراهيم ١٩٨٨ : ١٢٥ - ١٢٩) .

وفى ضوء هذا التصور طبقت " أسلوب الحوار " القائم على الإستخلاص أو التوليد Controlled Eliciting وذلك بتوجيه عدد قليل من الأسئلة عن الأدوار الإجتماعية للطبيب ، وما يكتنفها من مظاهر التعارض أو التناقض ، وصورالتأزم والتوترات أحيانا ، تاركا الفرصة أمام من عقدت معهم لقاءات من الأطباء فى تخصصات مختلفة ، لكى يعبر كل منهم بطريقته الخاصة مع الأخذ بعين الإعتبار أوجه الإتفاق والتباين فى عدد من المسائل . وقد نظم الباحث ٤ جلسات مطولة للحوار مع طوائف مختلفة من الأطباء ، وفى أماكن وأوقات متتالية خارج المستشفيات وداخلها ، وسجل عقب كل جلسة ما دار من مناقشات وما أسفرت عنه من نتائج .

من جانب آخر أجرى الباحث سلسلة من المقابلات المتعمقة -Depth Inter- views مع خمس من الأطباء فى مجالات (الطب النفسى - الأمراض الصدرية - الجراحة العامة - النساء والولادة - الممارس العام) وذلك للوقوف على تشكيل بعض جوانب الدور وديناميات العلاقة بين الطبيب والمريض كما يراها كل منهم ، وتفسيره لما يراه مشفوعا بذكر الأسباب التى يعتقد أنها مسؤولة عن بعض صور الأداء السلبية منها والإيجابية . يضاف إلى ذلك عدد من المقابلات المحدودة مع بعض المرضى المنومين لإستخلاص جوانب معينة فى حياتهم مع المرض وعلاقتهم بمختف الأوساط ، وأمكنه تطبيق أسلوب " السير الذاتية " على بعض من الحالات ذات العلاقة بموضوع البحث ، ويكتفى بالإشارة إلى مقتطفات من هذه السير حسبما يسمح به نطاق البحث .

وأخيرا طبق الباحث " إستبارا شخصيا " على خمسين طبيبا بالمستشفى العام ، تم اختيارهم عمديا وفقا لبعض الشروط وهى ، تمثيلهم لكل التخصصات بنسب ملائمة ، وبحيث لا يقل الحد الأدنى لخبرة كل منهم عن عامين ، وينتمون لجنسيات متعددة .^(١) ويقتصر المجال الجغرافى لهذه الدراسة على منطقة القصيم أما المجال الزمنى للبحث فهو ثلاثة شهور تقريبا بدأت فى مارس ١٩٩١م وانتهت فى مايو ١٩٩١م وتمت كتابة تقرير البحث فى شهر يونية ١٩٩١ . على أن قراءات الباحث فى ذات الموضوع تسبق تاريخ بداية جمع الوقائع الميدانية وتمتد لعدة سنوات حيث قرأ الباحث كل ما كتبه تالكوت بارسونز عن هذا الموضوع منذ بداية الستينات أثناء إعدادة لرسالة الماجستير عن نظريات بارسونز ثم تابع جهود العلماء الآخرين بعد ذلك فى نفس الموضوع حتى إنتهى من بحثه .

على أن المشكلة الرئيسة التى دفعت الباحث لإختيار موضوع البحث تكمن أساسا فى ظهور تيارات جديدة فى مجال الأداء الطبى بخاصة ، والرعاية الصحية بعامة تعوق ذلك الإنجاز الإنسانى ، وتحول دون الممارسات الطبيعية وتحقيق السلامة البدنية والنفسية ، ثم اختلاط مهنة الطب ببعض المعايير المنفعية كهدف فى حد ذاته داخل وخارج المؤسسات الطبية الحكومية وغير الحكومية . يضاف إلى ذلك بروز متناقضات كثيرة فى مجال العلاقة بين الأطباء والمرضى . ويصبح هدف البحث تبعا لذلك الوصول إلى تفسير إجتماعى ثقافى لصور التناقض والتعارض التى تكتنف الأداء الطبى المهنى الإجتماعى من مختلف جوانبه ، وتأثيرها على العلاقة بين الأطباء والمرضى . وغاية البحث

(١) يمثل فى الأختيار العمدى الممارس العام بنسبة ٤٦٪ ، وأخصائى الأمراض الباطنية بنسبة ١٦٪ ، والعيون ٦٪ ، والفم والأسنان ٦٪ ، والنساء والولادة ٤٪ ، والأطفال ٤٪ ، وأخيراً أخصائى المسالك البولية ٢٪ .

علمية تقريرية أكثر منها تعلقا بتقديم حلول للمشكلة ، وإن لم يحل ذلك دون طرح توصيات فى نهاية الدراسة .

وقد واجهت الباحث بعض المشكلات التى يتصل معظمها بالمرضى المنومين بالمستشفى العام ، وبعض الحالات التى تتلقى علاجاً خارجياً تحت إشراف الأطباء فى مستشفيات الصدر ومصحات الأمراض النفسية والعصبية . ولذلك فإن من أهم المشكلات المنهجية فى هذا البحث أنه يعتمد بالدرجة الأولى على آراء الأطباء أكثر مما يمثل مواقف المرضى وتقديرهم للأداء الطبى بسبب قيود إجتماعية حالت دون بلوغ كم معرفى مناسب بالإعتماد على المرضى .

المبحث الثانى

إتجاهات بحثية رئيسة فى تحليل صراع الدور

فى المجال الطبى

تعد جهود بارسونز فى تحليل العلاقة بين الطبيب والمريض من باكورة الاعمال البحثية . حيث تناول بالتفصيل ديناميات العلاقة بين الطرفين فى ضوء تباين الطرفين فى ضوء تباين الأطر المرجعية لكل منهما والنظر إلى

(١) يشتمل مفهوم الدور الإجتماعى فى علمى الإجتماع والأنثروبولوجيا الإجتماعية على معانى كثيرة ولكنها متقاربة . ومن بين الإسهامات النظرية فى هذا الصدد ما كتبه كل من جورج هربر ميد ، وروبرت ميرتون ، وتالكوت بارسونز من علماء الإجتماع ، ورالف لنترن من علماء الأنثروبولوجيا . (ميرتون ١٩٥٧ : ، بارسونز وبيبلز ١٩٥٦ : ٦١) ومن بين نقاط الإتفاق بين هؤلاء فى رأى أن الدور سلوك يقترن أداؤه بمركز معين ، ويعتمد على التوقعات المتبادلة بين شخصين أو مجموعة من الأشخاص . ولا يستقل الدور الإجتماعى تبعاً لذلك عن المكانة وعن مفاهيم مثل القدرة والقيادة والسيادة والقوة والتبعية وغيرها . ولا تتم ممارسة الدور الإجتماعى إلا من خلال علاقة الذات بالآخر . وهو بذلك يختلف عن المهنة أو الوظيفة =

إختلاف الجوانب المعرفية ، والبدائل المتوقعة لسلوك المريض في مقابل أداء الطبيب . وهو يرى أن المفارقات في نماذج الدور لازمة وظيفية لبلوغ هدف تكامل الأدوار في إطار المؤسسة الطبية كنسق إجتماعى .

بيد أن بارسونز قيد تفسيره لطبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض بما يسميه " البدائل النمطية أو متغيرات النمط Patterns of Variables وهى مخطط نظرى ينطوى على تفاصيل كثيرة لا سبيل إلى إحصائها الآن (بارسونز (١٩٥٦ : ٢٣ - ٢٤ ، ١٩٥١ : ٢٥ ثم الباحث ١٩٨٤ : ١٠٤ ، ١٨٢ -

= أو العامل بالمعنى المحدود للفظ ، والتي تعبر عن أداء فنى أكثر منه إجتماعى . وقد شاعت فى هذا الصدد مصطلحات عديدة تختلف نسبيا فيما بينها مثل تناول الدور Role-taking وشبكة أو طبقة الدور ، Role-Set ومركب الأدوار Role-Complex ، كما يعد صراع الدور Role-Conflict واحدا منها . ويمكن أن نتبين إسهامات بعض العلماء فى صياغة مصطلح الدور على النحو التالى :

- أ - الدور إسهام جزئى يؤديه عضو فى كل إجتماعى . وقد يكون ذلك الكل هو النسق وهذا رأى جورج هربرت ميد ، كما قد تكون جماعة من الجماعات وتلك وجهة هومانز .
- ب - الدور أداء أو إنجاز يرتبط بمجموعة من المعايير والتوقعات التى تقرر مركز الفاعلين فى ضوء المسؤوليات المنوطة بكل منهم ، وهذا رأى بارسونز .
- ج - الدور الإجتماعى عبارة عن الأفعال التى يؤديها الأفراد كوحداث فى بناء المجتمع وفقا لوسائل مقررّة تحقق أهدافا منشودة وهذا موقف ميرتون .
- وقد أفاض بارسونز أكثر من غيره فى تحليل طبيعة الدور الإجتماعى واستثمر ذلك المصطلح فى كثير من أعماله ومنها إسهاماته فى مجال الإجتماع الطبى . كما وظف رالف لينتون هذا المفهوم فى تناوله للفوارق بين المكانة المكتسبة Achieved Status والمكانة المنصقة Ascribed Status وفي تقديرى أن مصطلح الدور يستخدمه الوظيفيون فى تفسيرهم لعدد من القضايا . أما عن صراع الدور فقد استخدمه رجال السياسة والإدارة بمعانى متفاوتة نسبيا ، واكتسب دلالة هامة عند لويس كوزر ورالف داهرنورف ، وس . رايت ميلز وغيرهم مما يفيد فى موضوع هذا البحث .

٨٣ ، ٢١٧ - ٢٠) . وجاء تفسيره لتلك العلاقة محملا بكثير من الأفكار التي تواكب موقفه النظري من قضية التوازن في الانساق الاجتماعية . ولهذا يذهب إلى أن تبادلية الإرضاء تشكل القاعدة الأساسية في تحليل العلاقة بين الطبيب والمريض . تلك العلاقة التي تعتمد في جانب منها على : متغير الحياء الوجداني " حيث تكون الأسبقية للمعرفة والخبرة التي يعتمد عليها أداء الطبيب بالدرجة الأولى ، مع تباعد نسبي عن الخصوصيات والاعتبارات الوجدانية ومصدرها المشاعر والانفعالات .

وفي موضع آخر يذكر بارسونز أن الممارسات الطبية تتركز في جانب منها إلى البعد الإنساني الذي يستوعب التوترات النفسية والضغوط الناشئة عن الألم والإعاقة والموت . غير أن تحليله لمشكلة الصراع في أداء الدور سواء من جانب الطبيب أو المريض أو كليهما يبقى مقيدا بما يطلق عليه " تصرف التوترات " Management Tensions (بارسونز ١٩٥١ : ٤٥٩) . ويعلق فريديسون على ذلك فيقول أن الطبيب يهتم بالحلول العملية للمواقف الاجتماعية التي لا تفسرها متغيرات نمطية مثل " العمومية في مقابل الخصوصية " أو الوجدانية في مقابل الحياء الوجداني " وغير ذلك مما يقول به بارسونز ، وإنما يعمل الطبيب أحيانا في ظروف بالغة الحساسية ، ويوازن بين أمور متعارضة ، وعليه أن يتصرف وفقا لمقتضيات الموقف . فإذا كانت الموارد نادرة في المستشفى (كأن لا تتوفر الأجهزة الكافية في غرف الإنعاش) تصرف بما تلميه قواعد المفاضلة بين مصلحة مريض وآخر . ولا تخلو المناظرات بين المصالح من مواقف التردد والإحجام تارة ، والإقدام تارة أخرى . وهي لا تخلو من تحيز شعوري وایدولوجي . وعلى ذلك فالشروط المحيطة بالبناء الموقفي لدور الطبيب هي التي تتحكم في حلول المشكلات ، وعليها تتوقف الأزمات ومختلف صور التعارض والمتناقضات . (فريديسون . ١٩٧٠ : ٢٤٤ - ٧٧) .

وتتباين مظاهر الأزمات بتباين فرص الأداء ، فى بعض المؤسسات العلاجية ،
وظهور بدلائل غير نمطية مرجعها مصلحة المريض وحاجته الملحة لما يقلل من
تأزمه . ولا يكفى توفر وسائل العلاج ومتطلبات الفحص الجيد وانتظام بنود
آداء الدور فمن شبكة من العلاقات المتكاملة نوعا ما . وإنما يقتضى الأمر
وجود نظام جيد للتبادل المعرفى بين الطبيب والمريض ، فإذا ضعف نظام
التواصل أو كاد ، أصبحنا أمام مشكلات صعبة من التأزم والصراع ، نجد
ما يناظرها مع قدر من الإختلاف النسبى فى المجتمع محل الدراسة ، إذا
يقول مريض " أريد أن أعرف حالتى . . . ولا أحد يجيبنى " وتقول أخرى فى
عنبر للولادة . . . " لماذا تحدث لى حالات إجهاض باستمرار . . . أريد أن
أعرف هل سيكون بوسعى أن أنجب طفلا . . . لقد عرضت نفسى على أكثر من
متخصص . . . وأجريت فحوصا كثيرة . . . لكن الإجابة جاءت من الجميع بأن
كل شئ سوف يكون على ما يرام . . . " ويذكر ثالث أريد أن أعرف حالتى بعد
إجراء الجراحة . . . هل تتحسن . . . إن كل الجهاز الطبى من نموذج واحد لا
يتكلمون إلا قليلا . . . ولا يفصحون عن الحقيقة . . . " .

والواقع أن هذه المواقف التى عبر عنها المرضى المنومون بالمستشفى تفسر
جانبا من صراع الدور الناشئ عن طبيعة المعرفة التى تتوفر لدى الأطباء ولا
تسمح شروط العمل ومسئولياته بالإفصاح عنها وهناك أسباب كثيرة تبرر
القيود المفروضة على بث المعلومات ، بالإضافة إلى ما تثيره تلك المعلومات من
متاعب ، إما مع المرضى أو فيما بين الأطباء والإدارة وغير ذلك . وفى تقديرى
أن الغموض المعرفى لا يتوقف عند حد الإمتناع عن ذكر بعض الأعراض المرضية
أو نتائج الفحوص لأسباب نفسية مرجعها خطورة المرض أو غير ذلك ، وإنما يمتد
الغموض المعرفى إلى جوانب عديدة يمكن تفسيرها فى ضوء التباين الثقافى بين
الممارسين للخدمة الطبية وبين المرضى على النحو الذى أبينه تفصيلا فى موقعه
من هذا البحث .

إن المواقف التى تثير الصراع فى أداء الدور وتؤثر على علاقة الطبيب بالمريض كثيرة ، ويصعب إحصاؤها فى دراسة كهذه ، كما إنها تختلف باختلاف الثقافات والمجتمعات ، فضلا عن تباينها فى ذات المؤسسات العلاجية . ومن ثم فسوف أوجز بعضا من هذه المواقف حسب درجة إنتشارها وأهميتها ، مبينا دور عدد من الباحثين فى تحليلها وتفسيرها وذلك على النحو التالى .

* الصراع بسبب الموازنة بين مصلحة المريض الآتية ومصلحته مستقبلا .

يذهب فريق من الباحثين إلى القول بأن العلاقة بين الطبيب والمريض تخضع لعملية المساومة أو التصافق Bargaining process ويسمىها البعض بالتفاوض Negotiation . وينطوى ذلك على عدد من بنود الدور الإجتماعي وعلاقات الإذعان Submission التى يأخذ توزيعها شكل تباين نسبي بين الطرفين طبقا لقدرة كل مشارك على تقديم المشجعات فى مقابل صور النفور والصد والحرمان . وحيث يتمتع الطبيب بقدر أكبر من القوة والنفوذ وهى من مقدرات مكانته الإجتماعية فإنه يتعين على المريض القبول بالتوجيهات التى يبثها الطبيب فى الوقت الراهن ، أو إبان المواقف الحرجة إبتغاء لمصلحة مرتجاة فى وقت لاحق . وعليه أن يتحمل الألم والمعاناة تبعاً لذلك .

غير إن إستجابة بعض المرضى لا تأتى بالمقابل على النحو الذى يريده الطبيب فتساورهم الشكوك حيال ما يطلب منهم ، ويعبرون عن مواقف الرفض فى شكل أفعال سلبية حيال نصائح الأطباء وتناول الدواء أمامهم إحتتمالات لبدائل وخيارات تثير فى نفوسهم الصد والتوتر والخوف وأحيانا اليأس . فقد يجد المريض نفسه فى مواجهة ظروف من العلاج تسكن الألم وتبطئ من تدهور حالته أو تؤجل وفاته وتزيد من تكاليف العلاج فتتضاعف أزماته وتكون مشقوقة بالتمرد . ويتجلى ذلك عند المرضى بأمراض مزمنة أو مستعصية . وعلى الجانب الآخر لا يقبل الطبيب الإعتراف بالعجز أو الفشل ويتمسك بأدائه

حتى النهاية حتى ولو كان متيقنا بأن جهوده سوف تذهب هباء . وبدعم موقف الطبيب هذا ذلك الإتفاق الضمنى أو الصريح بين الممارسين على عدم إعلان الموقف الحقيقى للمريض . وعدم مصارحة المريض أو أسرته تفرز من جانب آخر آملا زائفا للسلامة أو النجاة مستقبلا في حالات الأمراض المينوس من شفائها ، والأمراض طويلة الأمد . (اندرا نوفمبر ١٩٧٨ : ١٤٧ - ٥٠) .

بيد أن إقتران المصلحة المنشودة مستقبلا بتقدم نسبي في حالة المريض الصحية المصحوبة بقدر أكبر من الرعاية بمعناها الشامل يؤدي إلى تناقض نسبي في مقدار التوترات وشدها . وعلى النقيض من ذلك تتضاعف مصادر الدور بين الطرفين لتبلغ حد الذروة إذا ما اضحت الوفاة قريبة أو وشيكة الحدوث حيث تتعقد شبكة الدور إلى حد كبير وتداخلها كثيرا من صور التآزم . فدور الطبيب الذى يؤديه كواجب إنسانى أخلاقى يتناقض مع إقراره للواقع الاجتماعى الذى ينبغى إعلانه . وإخفاء ذلك الواقع أو إعلانه يوقعه بين خيارين كلاهما باعث على للإحباط . وقد يصبح التصريح بنتائج المرض فى وقت ما مفيدا فى التقليل من النفقات وعدم تبديد الوقت والجهد ، فضلا عن إنهاء أسرة المريض وأقاربه ، مع ما لذلك من أثر فى إستيعاب الظروف الجديدة سواء كانت فقدان الأمل فى الشفاء أو العجز المتوقع أو توقع الوفاة . (د ف وهولينجز هيد ١٩٦٨ : ٣٦٩ - ٧٠) .

ولكن ذلك التصريح لا يقع فى كل الأحوال لأسباب كثيرة من بينها التوترات العميقة التى يحاول الأطباء تجنبها . ويفضلون إرجاعها إلى النهاية . ومهما يكن من تباين المواقف فإن محنة الوفاة من أهم مثيرات الصراع كامنا كان أم معلنا . ولذلك فإن إجتيازها يقتضى توفر شروط معينة لا يتحملها الطبيب أو المؤسسة أو لا يشاركون فيها ، وإنما توكل بها الجماعة أو المجتمع وتكتسب مضمونا ثقافيا عبر عنه واحد من أشهر العلماء الفرنسيين ، وهو فان جناب تحت إسم : شعائر المرور " Rites of Passage " وهى طائفة من الممارسات

الاجتماعية التي تكون مشفوعة بألفاظ وعبارات وصيغ تمكن الأسرة التي توفى عائلها بخاصة من إجتياز محنة الموت .

إن موقف الموازنة بين مصلحة المريض العاجلة والأجلة يتأكد بشدة كما ذكرت في حالات الأمراض المزمنة أو طويلة الأمد نسبيا ، كما يتضح كذلك في مجال الأمراض العصبية والذهانية وأيضاً عند إجراء العمليات الجراحية . وحين يصبح عنصر الزمن من مشجعات الأداء ومقترنا بنتائج باعثة على الأمل ، لا تتور مشكلات ذات بال حتى مع إرتفاع ثمن العلاج أو تكاليف الخدمة الطبية . ومع ذلك فإن شروط المساومات المنفعية والمبالغة والتجاوز في تقدير ثمن العلاج أو الدواء أو هما معا من جانب بعض المؤسسات الطبية قبل الوفاء بالخدمة أو بعدها ينطوى على قدر من الصراع الحاد ، الذي يظهر بشكل نشط إذا فقد المريض شرط القدرة على الوفاء بتكاليف الخدمة الطبية مع حاجته الملحة لها . وهنا يتعدى الصراع نطاق النسق الفرعى " المؤسسة الطبية " إلى مجال الصراع على مستوى النسق الإجماعى ككل . وهذا ما يحدث في دائرة إنتشار مؤسسات العلاج الإستثمارى على نطاق واسع . مما يسبب إحباطا معوقا لأداء الوظيفة Dysfunctional Frustration . لا سيما بين الشرائح الإجتماعية الفقيرة .

* الصراع بسبب مصلحة المريض كفرد ومصحة المرضى كجماعة :

تضم المؤسسات الطبية العديد من الحالات التي يتفاوت فيها المرض من حيث متطلبات التشخيص والحاجة إلى الفحوص والعلاج . وتقضى قواعد العمل بأن ينال كل مريض العلاج المناسب فى الوقت الملائم ، مع مراعاة الشروط والمطالب المتصلة بالنسق ككل . وهنا لا تحدث الأزمات حيث يكون الأداء الوظيفى مسابرا للغاية النهائية من الرعاية الطبية . ولكن المفاضلة التي تدفع إلى المتناقضات ترجع إلى أمور تتعلق بطرح المطالب غير المقبولة لبعض

المرضى أو ذويهم ، وتدخل ذوى النفوذ لتبرير هذه المطالب وتدعيمها على حساب الوقت والجهد الذى يجب توزيعه على فئات المرضى حسب حاجتهم الحقيقية . وقد كشف كارتررايت Cartwright عن مختلف العوامل التى تحول دون التوزيع المتكافئ للخدمة الطبية بين مختلف المرضى ، ومنها تدخل ذوى المكانة ورجال الإدارة لتكريس وضع بعض المرضى بما يتعارض مع غيرهم ، لاسيما أثناء العمليات الجراحية ، وحال تعدد حالات الأصابة فى الحوادث ، وعند ظهور علامات الموت الأكلينكى على بعض المرضى ، وما يصاحب ذلك من إنتفاع البعض بالإمكانات التكنولوجية فى مقابل الأضرار بمصلحة المرضى ككل . (كارتررايت ١٩٧٦ : ٨٩ - ٩٢) .

من جانب آخر يشير التعليم الطبى عددا من الأزمات للمرضى من نزلاء المستشفيات بخاصة . فالأطباء تحت التمرين ومن هم فى مرحلة التلمذة الطبية أقل خبرة ودراية فى التعامل مع المرضى ويكون عطاؤهم محدودا . ويجد المريض نفسه بين الحين والآخر رهنا لفحوص متتالية من المبتدئين ، فينتابه التردد والقلق أحيانا ، والملل والسأم تارة أخرى . وقد يحجم عن ذكر أعراض المرض ، أو يقدم صورا مشوشة وغامضة لما يعانى منه بعد ما تبين أنه محلا للإختيار وعرضة لتشخيص ناقص لا ينتفع به ، ويتعارض ذلك بشدة مع مصلحته كفرد ، ومع شرائح المرضى الآخرين ممن يخضعون لمثل هذه الإجراءات . غير أن متطلبات إكتساب المهارة العلمية Techno - Scientific Skill تقضى بوجوب تمكين القادمين الجدد من حيازة الخبرات العملية ، التى يصبح لها مردود يعود على مجتمع المرضى فى المستقبل ، باعتبار الخبرة إستثمار لممارسات متراكمة وواقعية فى التشخيص والعلاج كعملية مستمرة .

ولذلك يذهب أوبرين O'Brien وجلاسر Glaser ودف Duff إلى أن الأزمات التى يتعرض لها المرضى بسبب تدريب الأطباء الجدد تنعكس إيجابيا على السياق العام للأداء الطبى . وتكمن المشكلة الكبرى فى فشل المبتدئين فى

إدراك المرض كمشكلة اجتماعية ، والتعامل مع المرضى كأشخاص ، ثم أن توقف أداءهم عند مستوى التشخيص ينفي عنهم القدرة على أداء الدور الاجتماعى للطبيب بكل مشتملاته . فمهمة هؤلاء هى كيف يصبحون أطباء قبل أن يتعلموا طرق التكيف مع المرضى كذوات بشرية ، أو يستوعبوا المبادئ الأساسية للتفاعل الاجتماعى ، ولذلك تبقى خبراتهم عند الحدود الدنيا للأداء الفنى ، إذا يصرح أحدهم " بأننا نختار المرضى الذى يساعدوننا على اجتياز الإختبار ، وليس فهم الأداء ، وذلك فى وقت أقصر وبجهد أقل : (د ف وهولينجز هيد ١٩٦٨ : ١٣ - ٣١) .

ويرى الباحث أن التعليم الطبى يثير الأزمات بسبب إهتمام المبتدئ بالمريض والتعامل مع المرض داخل غرف الفحص ، ولا يرى أبعد من ذلك المدى . وترجع المشكلة برمتها سواء كانت تتصل بالمرضى كأفراد وجماعات أو أطباء كمبتدئين أو إستشاريين إلى عدم إدراك الأبعاد الأثروبولوجية للمرضى والأصحاء . فالجسم البشرى يتميز بخواص معينة تحفظ توازنه وتلك حالة الصحة ، فإذا حدث ما يخل بهذا التوازن عند فئة من الناس نسميهم المرضى كنا بصدد موقف للتدخل يستوعب كل من جوانب الحياة عند الإنسان ، بما فى ذلك الأبعاد النفسية والثقافية والاجتماعية فإن لم يتحقق ذلك الإستيعاب ظهرت المشكلات . وكثير من المرضى تنتابهم التوترات وتحيط بهم الهواجس ، لا بسبب المرض الذى أصاب عضو فى الجسم ، وإنما بسبب تدهور الحالة العامة للمريض كشخص ، ثم نظرة الجماعة إليه سواء كانوا من المرضى أو من غيرهم . وتبدو تلك النظرة فيما يظهر من علامات وإيماءات وعبارات توحى للمريض بانطباعات ضارة كما أن المريض من جانب آخر يتأمل ذاته ويعن فى النظر إلى جوارحه ، ويصاحب ذلك مشاعر معقدة تردد ما بين الخوف والترقب والإنتظار ، والشك واليأس تارة أخرى ، والأمل والرجاء تارة ثالثة ، وتكون هذه المشاعر مصحوبة بصراع داخلى شديد .

* التعارض بين واجبات الطبيب حيال المريض والتزاماته قبل الهيئة الطبية التي يعمل بها .

تعتبر المستشفى تنظيما بيروقراطيا تنطبق عليه القواعد المنظمة للعمل وسائر الواجبات والمسؤوليات والإختصاصات التي ينتظمها الأداء ، كما تتشكل فيها السلطات على نسق هرمى . ولكل من ماكس فيبر بارسونز وأتزيونى وأوكلى وغيرهم آراء مفصلة في هذا الصدد تكشف فى النهاية عن أن الهيئات العلاجية من الناحية التنظيمية لا تختلف كثيرا عن صور التنظيم الأخرى . ولا يسمح المقام بتفصيل الكلام عن البناء التنظيمى للمستشفى بما ينطوى عليه من مقومات ، وإنما انتقل مباشرة لتناقضات ذلك التنظيم فأقول بأن الصراع الذى يتعرض له التنظيم الداخلى للعمل يرجع فى المقام الأول إلى التفاوت الملحوظ بين تركيز الأطباء على رعاية المريض كهدف أساسى وإتجاه التنظيم البيروقراطى إلى التأكيد على الضوابط المنظمة للأداء ، والتي تميل إلى التحكم فى سلوك المريض . وعلى حين يتجه الأول إلى البحث عن راحة المريض ، يكون هدف المؤسسة تحقيق مصالح الجهاز الإدارى .

وهذا التفاوت قد لا يثبت بالملاحظة العابرة ، حيث يبدو الأمر طبيعيا لمؤسسات طبية تختص بعلاج المرضى لقاء عائد مادى أو ثمن للخدمة أو بدونه . غير أن القضية تكمن فى الفوارق الهامة بين (العلاج) وبين (الرعاية) فالعلاج يشير إلى المحتوى الفنى لدور الطبيب ، ويتمثل جزئيا فى التشخيص وفى تقديم الدواء ، بينما تسعى الرعاية إلى تحقيق التكامل فى أداء الدور بأبعاده الطبية والاجتماعية والنفسية ، ثم تجاوز الوسط المحدود للمريض إلى حيز العلاقات مع جماعات المجتمع وشرائحه . ويتجلى ذلك الفهم بعمق فى مجال الأمراض النفسية والعصبية . (تيتشر وباربوتش ١٩٧٨ : ٥ - ٦٨) .

وفى مقام آخر يقدم جوفمان Goffman تصورا آخر للتناقض بين

(الضبط) ، (الرعاية) فيرى أن الأول يعتمد على (الكفاءة التنظيمية) بينما يركز الثانى إلى (المعايير الإنسانية) . وعلى الرغم مما يبديه المنظرون من أهمية العلاقات الإنسانية فى العمل فإن الواقع التنظيمى فى المؤسسات العلاجية يشهد إنفصالا حادا بين عمل الطبيب والضوابط الإدارية . وهو الأمر الذى لا يزيح النعوت السيئة عن هذه المؤسسات (جوفمان ١٩٦٣ : ٢٨-٥٢) ويقدم مكنتلى Mcinlay تفسيراً ثالثاً للصراع بين أهداف المؤسسات العلاجية وحاجات المرضى على ضوء ما يسميه (بالحيز الاجتماعى) و (المسافة الزمنية) فى حالات الأمراض قصيرة الأمد ، وحيث لا يمكث المريض طويلا بالمستشفيات يتساوى الحيز الاجتماعى تقريبا مع المسافة الزمنية وتقل تبعاً لذلك صور الصراع .^(١) وحيث يكون التفاوت كبيرا كما هو الحال فى مستشفيات الأمراض الصدرية وحالات إزمان المرض مثلما يحدث فى المصحات النفسية حيث تطول مدة العلاج وتضمّر معظم صور العلاقات الاجتماعية فى الوسط الطبى وتزداد التوترات وتتضاعف الأزمات . فالمستشفى تضيق بالمرضى ، ولا يجد الطبيب فى الوسط الاجتماعى الخارجى ما يشجعه على أداء دوره بدليل ظهور صور الرفض الاجتماعى حتى من أسر المريض وأقاربه ، فضلا عن سلوك التجنب والتحاشى حيال المرضى مما يعوق هدف الرعاية الشاملة للمريض . وكثيرا ما تفقد بعض المصحات النفسية مصداقياتها وتصبح مكانا للموت فى رأى العامة بل وبعض المسؤولين عن الرعاية الصحية بها .

وتفرض قضية الصراع وجودها مرة أخرى بسبب التعارض بين واجبات

(١) يقصد (بالحيز الاجتماعى) زيادة حجم وكثافة العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين المريض والوسط الاجتماعى بما فى ذلك علاقاته مع الطبيب ومع إدارة المستشفى . يضيق ذلك الحيز فى حالات الأمراض المزمنة والميئوس من شفاؤها وخاصة الأمراض الذهانية أما المسافة الزمنية فيراد بها الفترة التى يستغرقها المرض حتى بلوغ حالة الشفاء أو العجز أو الموت .

الطبيب ومسؤوليات هيئة العلاج على ضوء التنافر بين الوسائل والأهداف طبقا لنموذج وضعه ميرتون وهو بصدد تفسير بعض صور الانحراف الإجتماعى وطوره لويس كوزر وطبقه في مجال العلاج فقال بأن التشخيص والعلاج فى رأى الأطباء يرتكز إلى أهداف عامة ومشتركة ، أساسها الخبرة والمعرفة التى اكتسبها وطرق التعامل مع المرضى حسب مبادئ معينة ، وينبغى أن تسعى المؤسسات الطبية إلى تحقيقها . بيد أن التعدد والأزدواجية وربما التناقض يكمن فى الوسائل المقررة لبلوغها ، وحيث ترتبط تلك الوسائل بعناصر ومدخلات غير اجتماعية ومادية أحيانا ، تحدث عملية تباعد وتجاوز من إبراز نتائجها تراجع المؤسسة الطبية عن الأهداف الإنسانية المنطوة بها ، والإتهامك بدلا من ذلك فى إقرار اللوائح وقواعد تنظيم العمل والضوابط القانونية .

والواقع أن السطوة التى تتمتع بها بعض المؤسسات الطبية تصبح مصدر ضغط شديد على الجهاز الفنى الطبي ، وعلى الممارسين للتشخيص والعلاج من الأطباء بالمثل . فبعض وسائل العلاج الطبي فى مستشفيات الأمراض العصبية مثل العلاج بصدمات الأنسولين Insulin Shock therapy ، بالإضافة إلى عدد من أدوية تغيير الحالة المزاجية للمريض تلقى معارضة فى الوسط الطبي العلاجى غير أنها تصبح مفروضة لأسباب غير طبية تراها المؤسسة ضرورية لمصلحة العمل . ويضيف بروان نماذج جديدة للتناقض والصراع الذى لا يفسره تباعد الوسائل عن الأهداف بل التمرد على كل من الوسائل والأهداف ، وتجاوز ذلك إلى مجال التحدي الظاهر لمشاعر من هم فى حاجة إلى الرعاية الطبية وذلك بتحول الإهتمامات كلية إلى تدعيم نظم المكافآت ، وتحقيق أكبر عائد ممكن ، مما يناهض بشدة الإعتبار الإنسانى (بروان ١٩٧٣ : ٤٠٧ - ٢٤) .

وينصرف رأى بروان إلى ما يعرف بالمستشفيات الإستثمارية التى تقوم على أساس من نظم الجدوى الإقتصادية وتستخدم وسائل تكنولوجية . متقدمة وتستقدم إليها الخبرات النادرة بهدف تحقيق أكبر عائد ممكن للمستثمرين .

ويصبح الأداء هنا مرتبطا بالقدرة على تحمل النفقات ، كما تتحول المبالغة في تقدير ثمن العلاج إلى نوع من الإقتران الشعائري بهدف الربح . وتبقى الأهداف الاجتماعية والأخلاقية مسائل فرعية . ومن ثم فإن واجبات الطبيب ومسئولياته تكاد أن تكون إنعكاسا للشروط والظروف التي تفرضها المؤسسة التي يعمل بها . فعلاقته بها علاقة تعاقدية محدودة النطاق ، ولا تسمح قواعد العمل وضوابطه بانتشارها لابعاد من ذلك . ويترتب على هذا المسلك إقصاء الإعتبارات الاجتماعية والثقافية في بناء الدور ومركزه حول الجوانب الفنية .

وطالما أن شروط التعاقد تشتمل على التقيد بأهداف التنظيم كما يراه رجال الإدارة ، وتفرض الولاء للمؤسسة ، فإن العناصر الإنسانية في الأداء الطبي تصبح مرهونة بالقيود الإدارية واللوائح المالية ، وهي عامل إعاقة للأداء الاجتماعي في معظم الأحوال ، فضلا عما يصيب أطراف عديدة من إنطباعات غير سارة حيال تلك المؤسسات (مورجان ١٩٨٥ : ١٤٧ - ٤٩) .

• التعارض بين المصالح بسبب توزيع الموارد النادرة :

لا تتمتع المؤسسات الطبية جميعا بالفرص الملائمة لأداء الخدمة الطبية على نحو مرض بسبب نقص الموارد . والمراد بالموارد هنا الأجهزة والأدوات الطبية ، والمهارات والخبرات على اختلاف أنواعها ، وكافة العناصر ذات العلاقة المباشرة بالإنجاز . فقد تنقص الموارد نقصا حادا ، ولا تستطيع أن تفي بالمطالبات الضرورية لاسيما في الحالات التي تقتضى تدخلا سريعا ، وتضع الجهاز الطبي كله في موقف شديد الحرج وهي التي يعرب عنها الإنجليز بالحروف D. O. A أي الحالات التي على شفا الموت Death on arrival أو سحبا بصطلح عليه الأمريكيون (Brought in dead) B. I. D) . ففي مثل هذه الحالات تظهر التوترات الشديدة وتتضاعف أشكال الحيرة ، التي تكون مصحوبة بضغوط نفسية مريرة حيال معايير المفاضلة عدة حالات تحتاج للعناية

المركزة مثلا في ظروف لا تسمح بترتيب الأولويات حيث يكون الخطر محدقا بها جميعا بينما لا يتوفر غير جهاز واحد .

ويتسع نطاق الصراع إذا ما تنازعت الحاجات اللازمة للمرضى لأسباب تتصل بعمر المريض وجنسه ومكانته الإجتماعية وغير ذلك مما يتجاوز المفاضلات الخاصة بنوع الإصابة ودرجة الخطورة وطاقة التحمل والآمال المعقودة على الجهود المبذولة . بيد أن تقدم الفن العلاجي وتطور الأجهزة الحديثة وتعقدتها وزيادة الاعتماد عليها من جانب الأطباء ، قد ضاعف من مشكلات الصراع بسبب نقصها أحيانا ، وعطبها تارة أخرى . ويذكر بيرو Perrow أن المفاضلة بين مريض وآخر بسبب نقص الكفاءة التقنية في بعض التخصصات يتسبب في العديد من الأزمات ، ويؤدي إلى عدد من الوفيات ، بالإضافة إلى مظاهر التحيز واللامساواة بين المرضى لأسباب غير فنية (بيرو ١٩٦٥ : ٢٥ - ٤٨) .

بيد أن القصور التكنولوجي لا يتوقف عند حد نقص الأجهزة ، بل يمتد إلى المهارات النادرة ، كما يمثلها عدد قليل من الأطباء وغيرهم من المرضى ، لاسيما إذا كنا أمام كثرة من الحالات تحتاج لرعاية سريعة وأحيانا متصلة في أوقات الأزمات كالحروب أو الكوارث الطبيعية أو الحوادث الكبيرة ، أو عند انتشار الأوبئة وغيرها . ولا يتوقف القصور عند حدوده الفنية بل يمتد إلى جوانبه الاجتماعية والثقافية . فقد ثبت أن العديد من المرضى الذين يعانون من " الفشل الكلوي " يتعرضون لمشكلات إجتماعية صعبة . لا بسبب نقص الأجهزة وحدها ، وإنما بسبب الإجراءات البيروقراطية ، والتعارض الشديد بين هذه الإجراءات وبين الإلتزامات الإنسانية من جانب هيئة العلاج . ويجد المريض الطبيب المعالج موظفا في جهاز إداري لا يسمح له بحرية الحركة حسبما تقتضيه الظروف . (الوحيشي : ١٩٨٩ : ١١٧ - ٢٥) .

* الصراع بين الممارسات الفنية للطبيب وبين بقية الأدوار التي يؤديها :

تعتمد بنود الدور الاجتماعي للطبيب على الأداء المتصل ، لأن المرض والإصابة والموت تشكل متصلا لا يعرف فواصل العمل أو الفسح أو الفرج الزمنية في أواخر الأسابيع أو خلال العطلات . غير أن الطبيب كرجل أسرة أو مشارك فيها ، وباعتباره عضوا في جماعات وروابط وجمعيات يمارس أدوار متعددة ومزدوجة ، وكثيرا ما تتعارض هذه الأدوار في طبيعتها ومجالاتها الزمنية والمكانية مع الأداء الفني . ويوجد الطبيب نفسه في وسط اجتماعي ثقافي يفرض عليه واجبات ومسئوليات تداخلها كثير من الجوانب الشعورية والانطباعات التي تشكل مواقف حيال بعض المشكلات . ويكمن موقف الصراع هنا في التعارض أو التناقض بين واجباته الإنسانية حيال المرض وعلاقته الخارجية مع الأوساط الاجتماعية . فإذا ضاقت المسافة الاجتماعية مع هيئات المجتمع ومنها الأسرة بسبب الإنهمك في الأداء والإستغراق في العمل ، كنا بصدد حالة من التجاوز تغلب عليها مظاهر التشيي في سلوك الطبيب ، وهي مصدرا لعدد من المشكلات . فبعض الأطباء تشدهم الممارسات الفنية إلى حد متطرف ، وذلك على حساب مسؤولياتهم الاجتماعية الخارجية ، لاسيما تجاه الأسرة . أو الوالدين أو الأقارب كما تضرر مشاركاتهم الاجتماعية الأخرى ، وينتج عن ذلك أزمات تؤثر بعمق في علاقاتهم الاجتماعية .

تلك مؤشرات لمثيرات الصراع في أداء الدور الاجتماعي للطبيب وهي تؤثر على علاقته بالمرضى تأثيرا متفاوتا حسب طبيعة المؤسسة الطبية ، ودورها العلاجي والوقائي ، وشكل الأداء ونوع الجزاء في أي من الأوساط الطبية بالإضافة إلى التباين بسبب نوع المرض ، وطرق التعامل مع النماذج المتباينة من المرضى وغير ذلك . والتساؤل الذي يفرض وجوده الآن كيف يمكن إدارة الصراع أو توظيفه أو بالأحرى الحد من آثاره ونتائجه المعوقة للأداء الطبي

والرعاية بمفهومها الشامل ؟ إن الإجابة على هذا التساؤل تتشعب بتعدد أسباب الصراع والشروط المصاحبة للمشكلات الاجتماعية في المؤسسات الطبية بخاصة . وأول الحلول تحويل المنافسة الشديدة فيما بين الهيئات الطبية من مجال المساومات التجارية إلى حيز التنافس على أداء خدمات أفضل بتكاليف أقل ، إثارة للشعور بالرضا من قبل المرضى على حساب أية ضوابط إدارية أو لوائح مالية . لأن هذه المؤسسات قامت لتحقيق إنجاز أفضل في مجال الصحة والسلامة ، وليس بلوغ أقصى عائد مادي متاح . ويكفي بدلا من ذلك وجود هامش محدود للربح يكون محل اتفاق بين المتنافسين ، يجاوزه خيار اجتماعي تتحقق من خلاله العلاقات الإنسانية للعمل على مستوى الأطراف المتعددة .

وفي تقديري أن المنافسة الشديدة أو حتى الصراع فيما بين المؤسسات الطبية وبين المرضى ، وبين المرضى والأطباء ، وبين الأطباء والإدارة ، وبسبب التفاضل بين المصالح وغيرها يمكن أن تحقق وظائف إيجابية يكون من شأنها بلوغ غاية الأداء المتكامل والإنجاز الكفء مع تحقيق مستوى للرضا تقبل به الأطراف المختلفة إلى حد ما . وفي هذا الصدد ذهب عدد من الباحثين إلى أن الصراع ليس مصدرا للمتناقضات والأزمات على طول الخط ، وأنه عكس ما يتصوره البعض مشجعا للحلول الإبتكارية وباعثا على الأداء الوظيفي الكفء إذا كان من شأنه الكشف عن مظاهر الضعف والقصور والانحراف وسائر الصور السلبية للفعل ، بل إن إدارة الصراع أو ما يسمى (بتنظيم الصراع) يذفع في أغلب الأحوال إلى الحلول الإيجابية لا النتائج السلبية . (كوزر ١٩٦٨ : ٢١ - ٢٣ ، ٣٥ - ٦٨) .

بل أن رالف داهر ندورف يقرر بأن الصراع الإجتماعي حقيقة تجد تطبيقا لها على كل المستويات بما في ذلك المؤسسات والهيئات على إختلاف وظائفها وأهدافها ، ويكمن الأثر الإيجابي للصراع فى القضاء على المتناقضات

الإجتماعية ، وما ينتج عن مظاهر اللامبالاة وعدم الإكتراث والقبول والتسليم تحت ضغوط وشروط مجحفة ببعض شرائح المجتمع ، التى تفقد تأثيرها وينتهى دورها إن هى قبلت تلك الشروط . ويصبح الخروج من دائرة الإذعان والخضوع مرهونا بتحريك مثيرات الصراع بهدف إعادة الأمور إلى وضعها الصحى أو الصحیح ، والتجديد فى الوحدات والكشف عن المشكلات الرئيسة وتقديم حلول مناسبة لها . (داهر ندورف ١٩٥٩ : ٦٠ - ١٦٨) .

والواقع أن ما يدعو إليه كوزر وداهرندورف وس . رايت ميلر وغيرهم يرتبط بمعالجة مشكلات العصر ضمن ما يسمى بالتفاعل النشط القائم على التدخل باستمرار لمعالجة الأزمات كلما كان ذلك ملائما . وليست القضية فى المجال الطبى سوى إنعكاسا لما يحدث فى المجتمع ككل . ومن ثم فإن الموازنة بين مصلحة المريض كفرد ومصلحة المرضى كجماعة وسائر صور المواقف التى يترتب عليها صراعا أو تأزما من أى نوع سوف يستمر وجودها ، وتلك طبيعة الظواهر الإجتماعية . غير أن تدخل الإنسان لمواجهة المشكلات كثيرا ما تنطوى على خيارات وبدائل وحلول لمثل تلك الأزمات .

المبحث الثالث

نماذج تطبيقية مختارة لتفسير صراع الدور

فى المجتمع محل البحث

النموذج الأول

الصراع ومعوقات الأداء فى مجال الطب العام

يتميز العمل فى المستشفى العام بتعدد الاختصاصات طبقا لتباين أقسام العلاج ووحدات الرعاية الطبية باختلاف حالات المرض وهى بذلك نموذجا للأداء المتكامل . غير أن الممارس العام يعتبر العنصر الأساسى فى بناء شبكة

الدور بالنظر إلى كثرة عدد الممارسين الذين يمثلون نسبة ٤٦٪ من العينة العمودية التي تم إختيارها. وكلهم من ذوى الخلفيات الاجتماعية والثقافية المتباعدة نوعا ما . لأنهم ينتمون إلى جنسيات متعددة ، ونفس الشئ قائم بالنسبة للمرضى ، الأمر الذى يصبح معه (الأداء الفنى) متمثلا فى التشخيص والعلاج محور الدور ، وهو يمثل حسب رأى الأطباء نسبة ٩٢٪ من بنود الأدوار التي يمارسها الطبيب ، وبالتالي تتضائل بنود الدور الأخرى التي يمكن حسابها ضمن إطار الرعاية من منظورها الإجتماعى الثقافى .^(١)

وتفسير ذلك فى رأى الأطباء أن تباين الأطر المعرفية والثقافية لدى الأطباء الوافدين من بلدان مختلفة فى نظمها الاجتماعية وعاداتها وطبعتها ، وفى نماذج السلوك والتصرف وغيرها يترتب عليه اختلاف نسبي فى مستويات التقدير والحكم عند مواجهة بعض الحالات المرضية التي تحتاج إلى تبادل الآراء والمعلومات ، فضلا عن اختلاف طرائق التعامل . تلك ناحية ومن جانب آخر فإن قياس الخبرة والممارسة الفنية من جانب الإدارة الطبية يتم طبقا لمحكات معينة من بينها نوع التخصص ، ومستوى الدرجة العلمية ، والبلد الوافد منه الطبيب . وتصبح الثقة فى التشخيص مرتبطة بهذه المعايير إلى حد ما . فإذا إنتقلت إلى البعد الثقافى الإجتماعى ومن أهم مقوماته " القيم والمعايير " " وأساليب التصرف " فى مواجهة المواقف " ولغة الحديث " المتاحة أو الممكنة يتضح أثر الأزواج الثقافى فى تقدير البعد النفسى الاجتماعى للمرضى .

أما على مستوى المريض فإن الإزدواجية الثقافية تؤدى بالفعل إلى وجود هوة اجتماعية تفصل الطبيب عن المريض ، لا سيما بالنسبة للأطباء غير العرب ، حيث يصعب التفاهم بين الطرفين إلى حد كبير ونسبة إحصائية تقدر ب ٥٤٪ ولا تسعف الكلمات المحدودة التي يستخدمها الأطباء غير العرب فى توصيل

(١) الملحق الإحصائى جدول (١) .

الحد الأدنى من المعلومات . وتعتبر لهجة التفاهم مسؤولة عن ٣٦٪ من الإبهام والغموض الذي يكتنف علاقة الطبيب بالمريض ^(١) وفي تقديري أن تباين وأحيانا تناقض التوقعات في أداء الدور الاجتماعي لا يرجع إلى خطورة المرض ، أو قصور التمريض ، أو الأداء الفني بكل مستوياته ، وإنما يعود إلى عدم التزام المريض بإرشادات العلاج وسوء تقدير المريض لدور الطبيب ، واختلاف لهجة الكلام ، وهي تمثل على التوالي النسب الإحصائية التالية ٦٨٪ ، ٣٦٪ ^(٢) .

ويتفق معظم الأطباء من الممارسين والإستشاريين على أن معايير الأداء والتقدير لدور الطبيب ومكانته من الناحيتين الفنية والاجتماعية الثقافية تعتمد على الجنسية ، واللغة ، والسن ونوع التخصص والمؤهلات العلمية . وتتفاوت شروط التعاقد ومميزاته الأدبية والمالية تبعاً لذلك . ويشير هذا التفاوت قدراً من عدم الرضا والإحساس بالغبين ، ومظاهر أخرى للسأم والملل ، لا سيما إذا كان الأداء متشابهاً والمسؤوليات متجانسة ، فضلاً عن تساوى ساعات العمل . ويؤثر ذلك في سلوك الطبيب بشدة ، حيث لا يوجد نظام للحوافز المادية أو غير المادية ، ويصبح التقدير الرسمي أو غير الرسمي حافزاً هاماً للعمل .

لقد أفصح الأطباء عن إحساسهم بالحاجة الملحة لتطبيق معايير موضوعية للتمييز بين أداء كل منهم بالمقارنة لغيره . وهذه المعايير فى رأيهم هى ، الأقدمية ، نوع التخصص ، العلاقات مع المرضى وفيما بين الأطباء أنفسهم ، فالخبرة ، ثم أخيراً العلم والمعرفة . وترتيب هذه المعايير حسب الأولوية على النحو المذكور يعبر عن القيم التراكمية للأوزان المحددة لها . ^(٣) ولا تجسد

(١) الملحق الإحصائى الجدول (٣) .

(٢) الملحق الإحصائى الجدول رقم (٤) .

(٣) الملحق الإحصائى جدول (١١) .

هذه المعايير فى رأى الأطباء الجانب الكمى الإحصائى الذى أظهرته نتيجة (الإستبار الشخصى) بقدر ما تدل على جوانب أساسية ينبغى التركيز عليها ، لأنها تلبى ناحية هامة فى إدراك الطبيب لدوره ، وشعوره من حين لآخر بأنه أجاد فاستحق التقدير . تلك ناحية ومن جانب آخر ينعكس ذلك التقدير إيجابيا وسلبا على العمل ، حيث يعتبر البحث عن المكانة من مشيرات الصراع بجانب مسببات أخرى ، مثل تنازع الاختصاصات ، والتباين فى حجم العمل ، وتجنب المسؤوليات .^(١)

وإذا كانت هذه المعايير من مقدرات قياس المكانة فى رأى الأطباء ويجب مراعاتها عند التعاقد أو الندب أو النقل فإن الإرتقاء فى المكانة مطلب أكثر إلحاحا وأشد تأثيرا على سلوك الطبيب ، وفى علاقته بمختلف الأطراف بما فى ذلك المرضى ، ومن بين عناصر تحديد الإرتقاء فى المكانة كما يتصور الأطباء الحصول على مؤهلات أعلى أثناء الخدمة ، وطاقة العمل ، والأقدمية فى الوظيفة الحالية ، وتقارير الرؤساء والإلتزام بمواعيد العمل ثم السن^(٢) .

غير أن هذه المحكات لا يؤخذ بها فى كل الأحوال ، وهى محل تباين من وقت لآخر ، ومن موقع لموقع ، لذلك تحدث مفارقات كبيرة بين المتكافئين فى المؤهلات وطاقة العمل مثلا ، وأحيانا يترتب على الأقدمية التقليل من المزاي ، مما يترك إنطبعا غير سار لدى الكثيرين ، ولكنهم لا يستطيعون التعبير عن أزماتهم بشكل صريح ، وإنما بطريقة ضمنية بسبب علاقة الإذعان التى تتكرر باستمرار بين المتعاقدين . وأضيف إلى هذه المؤشرات (الإختيار الدورى) باعث للإحساس بالتأزم والإحباط واليأس . حيث يشعر الطبيب بأنه فى موقف المراجعة وإعادة التقدير فى أمور يحس بأنها من مسؤولياته الخاصة . ويقترن

(١) الملحق الإحصائى جدول (٥) .

(٢) الملحق الإحصائى جدول (١٢) .

ذلك الإحساس ببعض الشكوك ، لا سيما إذا كانت نتيجة الإختبار مصاحبة لإعادة النظر فى شروط التعاقد ومزاياه ، أو إلغائه نهائيا ، أو النقل أو غير ذلك من الإثارة التى يعتبرها الطبيب ضارة بموقفه .

بيد أن البعض الآخر يحسب الإختبار إثباتا للجدارة ، وباعثا للمتابعة العلمية وتحصيل كل جديد فى ذات التخصص ، وغير ذلك من النتائج التى ترتبط بالأداء الجيد وتؤثر إيجابيا على مختلف الأطراف . وفى تقديرى أن مظاهر الإحساس بعدم الإرتياح حيال الإختبار ترجع إلى كراهية الشروط والظروف الموقفية التى تحيط بالإختبار من حيث الزمان والمكان وأشخاص المتحنيين ، والترتيبات الإجرائية الملازمة له .

هذا ويمكن تصنيف المواقف التى تثير الصراع فى مجال العلاقات بين الأطباء والمرضى بخاصة على النحو التالى :

* الصراع بسبب رفض الإذعان لبعض الإجراءات الطبية : -

يعد قبول المريض وأسرته لبعض الأساليب الإجرائية فى التشخيص والعلاج شرطا ضروريا للأداء والعمل . ويتجلى ذلك عند القيام بالعمليات الجراحية ، لا سيما الجراحات الخطيرة والعاجلة أو الفورية . ولا تظهر مشكلات ذات بال عند إجراء الجراحات العاجلة أو الآجلة لجنس الذكور إلا إذا كان الأمر متصلا بعمليات ينتج عنها إزالة بعض الأطراف ، حيث يتردد المريض وأسرته فى إبداء موافقتهم على ذلك . وقد تقوم بعض المعارضات التى يمكن تجاوزها فى إطار ما تقضى به الضرورة وبعد شرح لمختلف الظروف المحيطة بالمريض .

لكن الموافقة المسجلة عند إجراء العمليات الجراحية للإناث بعامة وفى حالات (القيصرية) بخاصة تلقى معارضة شديدة باستمرار من جانب المريض نفسه ، ومن قبل أسرته والزوج على وجه التحديد . بل أن الأمر يصل إلى حد القبول بالنتائج المترتبة على الولادة العسرة بدلا من تعريض الزوجة لذلك الإجراء

الذى يعتبرونه غير طبيعى . فإن كان الطبيب الجراح ذكرا زادت المشكلة حدة ، حيث يتمادي بعض الأزواج فى طلب الإرجاء ، ولا يوقع موافقة على تلك الجراحة إلا عند حلول خطر كبير ، وأحيانا تحت ضغوط شديدة . ويرجع ذلك إلى التقاليد والأعراف التى تقضى ببقاء الأنثى بعيدة عن أعين الذكور تحت كل الظروف ، ولما تسببه علاقة الرجل بالمرأة المتزوجة من وصم اجتماعى فى رأى الأقارب والمجتمع بعامة .

وإذا كانت مشاهدة الجراح لعورات النساء مقترنة بالضرورة الشرعية التى تميز ذلك . فإن إقتناع الزوج ليس بالأمر الهين ، وهو يقبل بالأمر الواقع على مفض . ويسبب ذلك تأزما نفسيا عنده يستمر لفترة من الزمن . وفى تقديرى أن القضية ليست دينية فحسب . بل تعتمد على تبريرات وزرائع تشتق وجودها من القيم السائدة حول المرأة ، وهى من العمق بمكان ، وتفضى إلى المحافظة على خصوصية الأنثى وحفظ أستارها الجسمية من القدم إلى القرن . كما أن مسؤولية الرجل عن المرأة وسلطته الواسعة عليها تبقى عنصر المقاومة والرفض لكل ما يمس جسدها قويا باستمرار . فإن فرط فيما يحسبه من اختصاصاته ، نقصت هيئته فى نظر أقرانه ، فضلا عن الشعور بالإحباط . ويشير بعض جراحى النساء والولادة إلى الأزمت التى تواجههم باستمرار من جراء نظرة النساء إلى ذواتهن ، وموقف الرجال من الموافقات على إجراءات التدخل ، سواء بالفحص والتشخيص أو بالجراحة ، مما يدفعهم إلى الإستعانة بعناصر من إدارة المستشفى لإتمام مهامهم .

* تناقض التوقعات فى أداء الدور بين الطبيب والمريض :

يعتقد بعض المرضى أن فى التشخيص وتناول الدواء حلا مباشرا لمشكلاتهم المرضية ، خاصة المترددى على العيادات الخارجية بالمستشفى العام وغيرها . وهما يتصورون دور الطبيب ورؤيته لعمله بشكل مغاير لما يقوم به

فعلا . وتفسير ذلك أن الطبيب يفحص المريض حسب ترتيبات نظامية معينة ، ويقدم له العلاج مشفوعا بإرشادات تناوله ، وتوقعه لبعض الآثار والنتائج التي يحتمل أن تقع للمريض . ويتوقع المريض أثر الدواء بمجرد تناوله ، إذا لم يحدث ذلك الأثر على التو ، أو كان الأثر محدودا واستمر عرض المرض لبعض الوقت ، ثارت الشكوك حيال ممارسة الطبيب لعمله فيعاود المريض التردد مرة أخرى ، وهو في حالة من عدم الإطمئنان ، وقد تصدر عنه عبارات لا يستحسنها الطبيب ، فتبدأ العلاقة بينما تتعرض للصراع . فالطبيب يطلب إلى المريض الانتظار ، وكلما طال إنتظار المريض ساءت العلاقة بينهما وقد يمتنع المريض عن تناول الدواء أو لا ينفذ التعليمات .

وعلى الرغم من أن أزمة الثقة مشكلة متكررة في كل المجتمعات البشرية ، إلا أنها في المجتمع محل الدراسة أشد تكرارا . وتداخلها معتقدات وتقارير يفصح عنها المريض بشكل غير ملائم ، وتمس مركز الطبيب ومكانته العلمية والعملية ، خاصة إذا ما أبدى المريض رأيا ينال الجانب المعرفي والسلوكي للطبيب ، وجاء ذلك مشفوعا بإعتراض مدون ضد الطبيب ، ولذلك يرى عدد من الأطباء أن نموذج العلاقة التي يبدو فيها الطبيب معتمدا على المريض بما يشبه الإذعان من النماذج الشائعة في الوسط الطبى في المجتمع محل الدراسة . ومثل هذه النماذج تنتمى إلى دائرة التفاعل السلبي . لاسيما وأن قدرة الطبيب على التحكم في مجريات الأمور عند حدوث هذه المواقف محدودة . وللخروج من دائرة التآزم بين الطرفين يحاول الطبيب إشباع حاجات المريض ، وتلبية مطالبته حتى ولو كان ذلك على حساب موقف الحياد الذى تقتضيه مكونات الدور .

وفى رأى أن تفسير إذعان الطبيب لمطالب المريض يعود بالدرجة الأولى إلى سعى الطبيب لبلوغ غاية الرضا عن أدائه والإقتناع بمهمته في الوسط الذى

يتعامل معه بكل مكوناته ، مع التركيز على موقف المرضى بإعتبارهم الطرف الأقوى فى تكريس أداء الدور ، من خلال ما يتردد على ألسنتهم من عبارات ، وما يتمتعون به من قدرة على توصيل معلومات ، يراها المسؤولون عن الجهاز الطبي جديرة بالاعتبار والنظر ، فضلا عن مواقفهم المباشرة والمعلنة فى صالح الطبيب أو ضده .

* التقدير غير المناسب للظروف الاجتماعية للطبيب : -

تفرض شروط العمل وواجباته بالمستشفى مسؤوليات كبيرة على الأطباء حيال المرضى ، بحيث تظل مصلحة المريض فوق كل إعتبار . وتلك مسألة لا تشير أزمت ذات شأن فى الأحوال المألوفة للعمل . غير أن للطبيب هو الآخر حاجاته الاجتماعية الثقافية ، ومشاعره وإحساساته النفسية ، التى ينبغى أن تكون محل إعتبار . وهذه الحاجات كثيرا ما تصطدم بقواعد العمل ولوائحه ، التى تحول دون إشباعها ، أو لا تحقق إشباعها على نحو مرض ، أو تحسبها الإدارة خارجة عن نطاق الأداء بينما يعدها الأطباء ضرورية . وتتعلق معظم هذه الحاجات بتقدير الظروف الاجتماعية الأسرية أثناء العمل ، إذا تطلبت تواجد الطبيب مع أسرته وأولاده لضرورة ما ، وإتاحة الفرص الملائمة للسفر فى مناسبات ملحة ، وحق حضور المؤتمرات العلمية فى غير أماكن العمل ، إلى غير ذلك من المسائل التى تشكل الجانب الإنسانى فى علاقات العمل . وهو جانب يراه الأطباء هاما فى حياتهم ، وتسبب عوامل الصد حيال هذه الحاجات أزمت كثيرة .

ويتسائل البعض منهم " إذا كانت وظيفتنا إنسانية بطبيعتها حيال المرضى ، فلماذا يتضاءل ذلك البعد الإنسانى أحيانا فى التعامل معنا ، مع أننا طرف فى العلاقة التبادلية مع المرضى ، نحن مستعدون لتقديم الرعاية الكاملة للمرضى . وليس مجرد الأداء الفنى لعملنا ، حتى فى غير أوقات

العمل ، ويقدر أكبر من الإرتياح لعملنا ، حتى فى غير أوقات العمل ، ويقدر أكبر من الإرتياح والشعور بالرضا ، إذا كان ذلك مقترنا بتقدير ظروفنا الاجتماعية ومساعدتنا فى حل مشكلاتنا الاجتماعية والأسرية منها بخاصة . ولن يؤدى ذلك إلى نقص فى الأداء أو تقصير فى المسئولية ، بل نراه على العكس من ذلك دافعا للإنتلاق فى العمل ، والإخلاص للمهنة بغير حدود " .

إن عدم إدراك " العناصر غير الطبية " من بنود الدور الاجتماعى للطبيب يسبب الكثير من المشكلات التى تنعكس على الأداء بشكل غير مباشر فى بعض الأحيان ، أو مستتر ومتخفى فى أحيان أخرى . وتبقى آثار هذه المشكلات كامنة ولكنها تعوق الأداء بشكل خطير . وتراكم النتائج المعوقة فى جانب أى من طرفى العلاقة دون الإفصاح عنها يكسب الأداء طابعا صوريا ، ويحول دون الكفاءة والجدارة والتفوق ، فضلا عن مشاعر الشك والإحباط وغيرها مما ينعكس على التنظيم الاجتماعى للمستشفى كمؤسسة طبية . (سنية شمس ١٩٨٤ ك ص ١٩٧ وما بعدها) .

*** الصراع بين أداء الطبيب وموقف المريض بسبب وسواس المرض :**

يواجه الأطباء فى العيادات الخارجية بالمستشفى العام كثرة من المترددين الذى لا يعانون من أعراض مرضية حقيقية وإنما يبدون أعراضا متوهمة . وتلك حالات من " وسواس المرض " Hypochondriasis . وهو عرض نفسى مؤداه احساس المريض بأنه فى حاجة مستمرة للفحص والعلاج . وعلى الرغم من أن إجراء الفحوص والتحاليل الطبية لا يشير إلى وجود مرض جسمى معين ، فإن المريض يصر على موقفه ، ويطلب إلى الطبيب الإذعان لما يعتقد صحيفا ، وأنه يتألم بالفعل من المرض . وفى مثل هذه الحالات يكثر المريض من التردد على الأطباء من حين لآخر ، ويساوره الشك بإستمرار فى تقارير الأطباء ، وفى نجاح الدواء فى الحد مما يعانيه .

ويترتب على وجود مثل هذه الحالات مآزق إجتماعى يضع الطبيب في موقف الحيرة والتردد فى أن يلبي الحاجات المتوهمة للمريض ويقدم له دواء لا ينتفع به ، أو يمتنع عن ذلك . ففي الحالة الأولى يبدو الأداء الطبى غير ملائم ومضیعة للوقت والجهد ، مما يتنافى مع طبيعة أداء الدور . وفى الحالة الثانية يواجه الطبيب مقاومة شديدة من جانب المريض . ولذلك يفضل معظم الأطباء فى العيادات الخيار الثانى درءاً للمتاعب الشخصية والإدارية التي يشيرها المريض . ويندرج هذا الصراع ضمن قائمة الأزمات التي يشيرها المرضى مع الأطباء . (١)

والواقع أن وسواس المرض يمثل إحدى المشكلات النفسية الإجتماعية فى المجال الطبى . تناولها جوفمان وروث ودافز ودف وهولنجز هيدوجلاس وزولا . ويبيّن هؤلاء أن هذه المشكلة تشير صراعا شديدا بسبب تعقدها ، وتباين أشكالها بين فئات المرضى ، واعتمادها على عناصر غير طبية بالمعنى الفنى للفظ . ويستخدم بعض الأطباء المهدئات لمواجهة مشكلة وسواس المرض ، لكن أثرها لا يتجاوز حد اعتقاد المريض بأن هناك شيئا قدم من أجله ، ويشعر بالراحة ، كما يتخلص من القلق والتوتر لفترة من الزمن ، ثم لا يلبث أن يعود لحالته التي كان عليها ، مما يضع الطبيب المعالج فى موقف حرج (بالنسبة ١٩٥٧ : ٢١١ - ٢١٦) .

* مظاهر الصراع بسبب معايير المفاضلة بين المرضى :

تعد المفاضلة بين المرضى بعدا هاما فى الأداء الطبى ، الذى يؤثر بالعناية الحالات المتطرفة والحرجة على غيرها بالإضافة إلى معيار السن وأولوية القدوم . فإذا تعرضت هذه المعايير للإنتهاك لأسباب شخصية أو إعتبارات

(١) الملحق الإحصائى جدول رقم (١) ، وانظر أيضا فقرات من السيرة الذاتية لحالة من وسواس المرض بالملحق .

ذاتية ، ترتب على ذلك نتائج تعوق الإنجاز الطبى الصحيح حيث يقع الأطباء فى حيرة شديدة أحيانا بسبب تدخل الإدارة لصالح مريض على حساب مريض آخر مما يدفع الطبيب إلى الموازنة بين تحيزه فى العمل لإرضاء شخص ما ، وتدخل الإعتبارات الاخلاقية لترتيب حاجات المرضى ، فى ضوء درجة خطورة الإصابة أو المرض ، والتزام جانب الحياد لتحقيق ذلك .

لقد أسفر إستطلاع رأى الاطباء بالمستشفى العام ترتيب فئات المرضى الأولى بالرعاية إذا ما تكافئت بينهم ظروف الإصابة أو المرض عن نتائج بينها أن ضحايا الحوادث فى المرتبة الأولى يليهم الأطفال ، ثم كبار السن ، وأخيرا أصحاب العمليات الجراحية العادية ، حيث تمثل هذه الفئات الأربعة تباعا الترتيب التراكمى المرجح لأهم شرائح المرضى . (١) فإذا ما كان ذلك التدرج محل احترام من قبل جميع الأطراف ، تناغم أداء الدور الطبى مع الجوانب الأخلاقية والاجتماعية ، وبالتالي تضعف الضغوط على المرضى ويشعر الأطباء بالرضا . إلا أن الضغوط الاجتماعية التى تقع لحساب بعض المرضى ، وتتعارض مع مصلحة البعض الآخر لأسباب متعددة تعوق الكفاءة فى الأداء وتعرض الطبيب للأزمات .

النموذج الثانى

صراع الدور فى مجال الأمراض النفسية العصبية

إذا كانت البنود غير الطبية فى أداء الدور الاجتماعى للطبيب على جانب من الأهمية فى مجال الأمراض العضوية باعتبار المرض فى مفهومه المحدود حالة بيولوجية صرفة ، فإن تلك البنود تكتسب أهمية قصوى فى ميدان الأمراض الذهانية والعصابية . حيث يصبح دور الوسط الاجتماعى الثقافى محل اعتبار فى التشخيص والعلاج معا . لا سيما وأن الكثير من المرضى بهذه

الأمر لا يوضعون تحت العلاج ، والقليل ممن هم رهن العلاج ليسوا مرضى .
ومن ثم فإن الطب النفسى فى حاجة شديدة لمختلف الدراسات فى مجال
الاجتماع الطبى ، لأن العلاج النفسى مشكلة تضع الطبيب والمريض والوسط
الاجتماعى فى موقع المسؤولية ، وتوجب التدخل لهذه الأطراف الثلاثة ، إذا كنا
بصدد البحث عن علاج ممكن . (ميكانيك . ١٩٨ . : ١١٣ - ٢٧) .

ذلك أن المرض النفسى والعقلى تخالطه الكثير من الأوهام والضلالات ،
وعدد من المعتقدات والتصورات التى تكتنف حياة المرضى ، وتؤثر بعمق فى
سلوكهم وتنعكس على المحيط فى شكل تصرفات غير مقبولة غالباً ، وضارة
أحياناً أخرى . وهنا يشتد الصراع وتتعدد المتناقضات ، وتحدث ردود فعل
متباينة الدرجة فى علاقة الفرد بالجماعة وعلاقة الجماعة بالجماعة . وحيث لا
يستطيع الطبيب النفسى فى كل الأحوال التدخل لتحقيق العلاج المباشر أو
الشفاء السريع للمريض ، ويقترن ذلك فى رأى المحيطين به بالشك والعجز عن
التعامل مع المريض ، فيبدأ البحث عن مسالك أخرى غير طبية (دافر . ١٩٧ :
١٠٩ - ١٦) .

وهذه المسالك كما عبر عنها أطباء مستشفى الأمراض النفسية والعصبية
بكل من بريدة والمدينة المنورة تتعارض بشدة مع طبيعة الأداء الطبى ، وتعوق
العلاج النفسى إلى حد كبير . ومن بين معوقات ذلك الأداء التناقض بين ممارسات
الطب الشعبى . أو ما يعرف فى المجتمع محل الدراسة " بالطب العربى " وبين
طرق وأساليب العلاج النفسى (الإكلينكى) فى العيادات والمستشفيات . فقد
أفادت المقابلات المطولة من أطباء الصحة النفسية ، ومع بعض أسر المرضى ،
أن المريض يتعرض لمواقف جد متناقضة ، سواء كان ذلك فى أساليب التشخيص
أو طرق العلاج ، حيث يتردد المرضى على مواقع العرافيين والمشعوذين
والروحانيين وأرباب الكشف عن الطالع ومعرفة الخفايا والأسرار ، والمتصلين

بالأرواح والأشباح وسائر القوى غير المنظورة والخفية من ناحية ، وبين الأطباء وطرق العلاج طويل الأمد عن جانب آخر .

وينطوى ذلك على إزدواجية معرفية تشير الارتباك وتدفع إلى اليأس ، فإذا إنصرف المريض من المستشفى وبيده العلاج والإرشادات الواجبة ، لا يلبث بعد أيام قليلة أن يتردد على الطبيب العربى ، ويقترن ذلك - فى رأي الأطباء - بإهمال العلاج الطبى حتى يرى نتيجة العلاج الشعبى . وغالبا ما تسوء حالته فيعود مرة أخرى إلى المستشفى النفسى ، ليبدأ الكرة من جديد ، وهكذا تستمر المتناقضات التي تختلف آثارها من نموذج مرضى لأخرى . حيث التفاوت بين الأمراض النفسية والعقلية كبير . ولا يستطيع المصاب بهذه الأخيرة ممارسة دور إيجابى ، ولا يدرك الفوارق بين علاج وآخر ، فتشدد أزماته ، وتتضاعف مشكلاته مع الأسرة والوسط الاجتماعى ككل ، بينما يتمكن المرضى العصائبيون من إدراك الفوارق بين العلاج الطبى والعربى .

الجدير بالإهتمام أن بعض أساليب الطب العربى تنطوى على ممارسات تسبب آلاما ومعاناة جسدية للمريض ، أو تتطلب قدرة كبيرة على التحمل (مثل الكى والضرب والحبس) . بالإضافة إلى بعض التجارب القاسية التي تؤلم الجسم والنفس معا (مثل تعريض المريض لخطر الحرق أو الغرق أو الصدمات الإنفعالية الشديدة) . وهى تؤدى إلى مزيد من التأزم ، بل وتردى الحالة الصحية العامة للمريض ، وهنا يكمن الصراع . فإذا كان العلاج الطبى النفسى يعتمد على إستمرار العلاقة بين الطبيب والمريض زمنا أطول ، ويقتضى توفر عنصر الثقة ليس من جانب المريض فحسب ، بل من جانب أسرته والمجتمع بالدرجة الأولى ، فإن الأساليب المشار إليها تسبب حالة من إنتكاس العلاج ، وتتطلب جهدا إضافيا لتخطيها مما يصعب مهمة الطبيب إلى حد كبير .

وكما الحال بالنسبة للمرض الجسمي حيث التعارض بين توقعات المريض وأسرته والطبيب وهيئة العلاج من جانب آخر ، يحدث نوع من الصد واللامبالاه بسبب بعض (المعتقدات الخاطئة) . إذ ينظر أقارب المريض وأسرته إلى المقابلات الأولى على أنها تحقق ما يطمنون إليه ، بينما يراها الطبيب مجرد نقاط بداية لعلاج طويل الأمد ، يقترن بتحسن طفيف غير ملحوظ غالبا ، مما يؤدي إلى مقاومة العلاج الطبي أو إهماله . وتلك حالات متكررة الحدوث بين مرضى الذهان بشكل أوسع من مرضى العصاب . ويصرح الأطباء بأن تلك المشكلة هي همهم الأول ، وتحتاج إلى خبراء في بحث المشكلات الاجتماعية وفهم طبيعة الثقافة بشكل عميق .

على أن جانبا مهما من مشيرات الصراع بين الطبيب والمريض يعود إلى التبريرات والزرائع غير الصحيحة ، ومظاهر الدس والتلفيق والكذب التي تقترن بوصف أعراض المرض من جانب المريض أو أسرته وأقاربه لأسباب تنصل بالعرق ، أو الشريحة الاجتماعية ، أو بسبب الإدمان على أى من أنواع المخدرات . وفى تلك الحالة يصعب إن لم يستحل تشخيص بعض الحالات في الجلسات الأولى . ويترتب على وجوب متابعة المريض فى جلسات لاحقة أزمات شديدة من جراء الكشف عن العوامل الحقيقية للمرض ومعرفة الواقع الاجتماعى للمريض ، مما يلحق به أو بذوية نوعا من الوصم الاجتماعى . خاصة إذا كان تردد المريض على المستشفى مقرونا بمشاهدات الناس ، وتأويل النظارة لسلوك الشخص بمجرد رؤيته فى عين المكان ، أو فى الطريق إليه ومنه . أضف إلى ذلك التفسير الخاطئ لبعض الأعراض النفسية ، ومظاهر الخلط بين ما هو نفسى وما هو عقلى من قبل عامة الناس ، وتلك مشكلة تتجاوز حدود المجتمع الواحد إلى مجالات الثقافات المتعددة فى عدد من المجتمعات (بالنت ١٩٧٨٥ : ١٢١ - ١٢٣) .

بيد أن أكثر المشكلات إثارة للصراع فى المجتمع محل البحث . هو
الرفض الاجتماعى للمريض بعد تجاوزه لمرحلة النقاهة . واستعادته للقدرة
النسبية للتكيف مع الوسط الخارجى ، الذى يتعين عليه أن يستقبله بعد أن
أمضى الوقت اللازم للعلاج ، وأصبح فى غير حاجة للمستشفى من الناحية
الطبية . فالأسرة والمجتمع تدخل طرفا بديلا عن المستشفى بعد ما أضحى وجود
المريض بها عبئا اجتماعيا إقتصاديا . وتدل الشواهد الميدانية على تكرار حالات
رفض الأسرة قبول المريض للعيش بها ، وإيثارها لبقائه بالمستشفى بغير ما
يستوجب ذلك . ويستند ذلك الرفض إلى اعتقاد مؤداه أن " فاقد العقل " حسب
التصور السائد لايرجى شفاؤه فقد سقطت منه دوائر ولن يستعيدها مرة أخرى .
وإيثار للسلامة ودرءا للمتاعب ، وإقصاء لنوازع الإحساس بالوصم الاجتماعى ،
الذى سوف يلاحقهم مرة أخرى بعد ما تخلصوا منه بإيداع المريض المصححة .

ويرجع ذلك إلى سيادة طائفة من القيم والمعايير ، وعدد من الكلمات
والعبارات ، وبعض أساليب التندر والأقوال والأمثال الشائعة ، التى تشكل فى
مجموعها محتورا ثقافيا يرتبط بوصف " الأمراض السيكو سوماتية " بالدونية
والابتذال فى السلوك والخلق معا ، ويكون تكرار هذه البنود الثقافية مشفوعا
بمظاهر الرثاء والشفقة مما يفرز إنعكاسات نفسية شديدة العمق على الوسط
القريب من المريض فى المجتمع الخارجى . وبسبب تدنى مستوى الثقافية
الصحية فى بعض الأوساط تمتد نظرة المجتمع من المريض إلى أهله وذويه ،
وتعمل على صياغة المواقف الاجتماعية ودوافع السلوك بما يدعم خلق الرفض
والصد الإجماعى ضدهم ، فضلا عن النعوت السيئة التى تردد بين الحين والآخر
تاركة آثارا إجتماعية نفسية على الأسرة يصعب التخلص منها . ومن ثم فإن
الرفض لا يوجه للمريض فى حد ذاته ، وإنما لما يحيط به فى رأى العامة من
أفكار وتصورات . ويعتبر ذلك الرفض الاجتماعى دفاع عن الجماعة الخاصة
ضد ما يسبب لها التأزم والصراع .

ويضيف فوست بارابارا Foste Barbara إلى ما يشبه الواقع المعاش في هذه الدراسة مجموعات مفصلة من المعتقدات الشعبية عن المرض وأسبابه ونتائجه ، هي مزيج يجمع بين عناصر سحرية ، وأخرى عرفية ، وثالثة تتصل بأساليب وطرق العلاج كما يراه عامة الناس ، وتختلف باختلاف الثقافات والنظم الاجتماعية . (فوست بارابارا : ١٩٧٨ : ٣٢ - ٥٦) ولذلك فإن أخطر مشكلة تواجه أداء الدور في المجال النفسى بالنسبة لمختلف الأطراف ، هو ذلك الحكم الأخلاقى الذى يصدره العامة على المريض وأسرته ، بالرغم من إسترداد المريض لمظاهر السلوك المألوف نسبيا ، إذ يبقى تحت كل الظروف "غريبا" عن المجتمع ، أو يظل مصدرا لنزعة مترسبة للعدوان أو التعدى على الآخرين ، أو على قواعد أداء الدور الاجتماعى .

ويعتقد جولد برج وبلاك ودف وهولينجز هيد أن الخوف من المرض العقلى ، يرجع إلى الأفكار السلبية التى يتعلمها الفرد فى مرحلة الطفولة عن طبيعة ونوع هذه الأمراض ، وتدعمها أوساط الاتصال العامة والنكات الشعبية وأساليب الفكاهة التى يرددها الناس . وأكثر من ذلك أهمية وتأثيرا إرتباط الأمراض النفسية والعقلية بأمر سحرية وشعائر وممارسات لإثارة ما يعتقد فى أنه سبب المرض من القوى الخفية ، التى تشق طريقها وسط الثقافات المتعددة لا سيما بين الثقافات الشعبية ، وتترتب عليها حلول جامحة ، لا تتفق مع طبيعة الإنسان ، وتناهض بشدة الأساليب الطبية الحديثة فى العلاج ، بل وتصارعها مما ينعكس سلبيا على العلاج .

والواقع أن أخطر ما يواجه الأطباء فى المجتمع محل الدراسة تلك المشكلات العميقة التى يثيرها فئتان من المرضى :

أولهما : المصابون : بهوس العظمة " .

ثانيا : حالات الهوس الإكتئابى . ومع وجود اختلافات بينهما فى

مظاهر السلوك ونتائجه ، إلا أنهما وخاصة النموذج الأول يرتبطان ببعض مظاهر النرجسية الشديدة . حيث يستشعر المريض القوة فى ذاته والتفوق على غيره . ويكون ذلك مصحوبا ببعض الأبعاد " الأنتروبومترية " التى يرى المريض نفسه من خلالها عملاقا فى الطول والقوة وصفات أخرى ينكر بسببها أنه مريض . ويحاول إثبات ذلك التفوق بطرق غير ملائمة من بينها الإعتداء على الآخرين ، كما قد يرتبط النموذج الثانى بالنزعات التشاؤمية والعدوانية الخطرة ، التى تيرر الإعتداء على الذات أو الآخرين . وفي أى من الحالتين تكون النتيجة مزيدا من الصراع بين المريض ورملائه ، وبينه وبين هيئة العلاج ، وحيال المجتمع ككل .

وأضيف بأن " الحيز الزمنى " الذى تشغله هذه الفئة من المرض طویل الأمد نسبيا . وكلما طال ذلك الأمد كلما إتسع الصراع . ويطول الحيز الزمنى عادة لدى المصابين بهذه الأمراض فى سن مبكرة نسبيا ، حيث يستمر علاجهم لفترات أطول بالمقارنة للمتقدمين فى السن ، الذين تصبح إحتتمالات شفائهم أكبر . من جانب آخر تتردد بعض الشرائح الإجتماعية من ذوى المستويات الإقتصادية الأعلى والمكانة الأرقى فى تقديم مرضاها إلى المستشفيات العامة ، وتفضل بقائهم رهن الإقامة الجبرية فى غرف معينة ، والإكتفاء بعلاجهم داخل المنزل . إلا إن مثل هذه الإجراءات تضاعف أحيانا من تدهور حالة المريض فضلا عن حرمانه من إجراء غاية فى الأهمية . وهو العلاج الجمعى أو العلاج عن طريق المشاركة مع الجماعة والتفاعل معها ، وممارسة الدور وهو ما يسمى Group therapy . وحرمان المرضى من هذا العلاج النفسى الاجتماعى المؤثر يضاعف من مشكلات الصراع فضلا عن أنه يطيل أمد المرض ، وقد لا يحقق غاية الشفاء .

إن تقدير العلماء للمشكلات الاجتماعىة الثقافية المصاحبة للأمراض النفسية والعصبية يتناغم بشدة مع طبيعة هذه الأمراض ومع أسبابها ونتائجها

بالمقارنة للأمراض الجسمية . بل أن ذلك التقدير محل ترحيب شديد من جانب الممارسين للأداء الطبي فى هذا المجال ، ولقد تعرض لهذه المشكلات كل من شفت ودافز وجوف وسارين وبيجلمان وونج فى عدد من البحوث ، وتبين لهم أن الأمراض النفسية والعقلية تشير العديد من الأزمات فى التفسير والتطبيق على مستوى الأطباء المعالجين وبين عامة الناس . وترجع معظم هذه الأزمات إلى التناقض والتعارض فى الفهم والرأى والاتجاه ، الذى يعود بدوره إلى عوامل ثقافية معقدة التكوين ، أهمها ذلك الاعتقاد بأن الذهان عرض يشتمل على مكونات ترجح الإنحراف السلوكى ، وتتصل بمعانى الخطأ والذنب ، مما يستوجب العقاب ، إما لرد النفس عن جموحها ، أو لاقصاء ما لحق بها من أرواح أو أشباح شريرة . ولذلك فإن معظم الممارسات الشعبية تهدف لبلوغ تلك الغاية . وفى جانب الأطباء تختلف النظريات وتتعارض الآراء فيما بينها حيال طرق العلاج ووسائله سواء كانت من نوع التدخل الجراحى أو الدوائى أو السلوكى . بل أن البعض منها يقترب إلى حد ما من بعض الطرق الشعبية غير الإنسانية فى التعامل مع المرضى مثل الصدمات الكهربائية ، أو بعض الأدوية التى تسبب الخمول أو تفقد المريض النشاط . ومنها العلاج بجرعات الإنسولين والتى تلقى معارضة فى الوسط الطبي .

خلاصة البحث وتقدير النتائج

يعالج هذا البحث جانباً واحداً من البنود الرئيسية في تكوين الدور الاجتماعي بين الطبيب والمريض ، وهو " صراع الدور " من حيث تأثيره على الطبية الاجتماعية ككل ، ولا يتطرق البحث تبعا لذلك إلى المشكلات دراسة محدودة النطاق كهذه . من جانب آخر فإن تناول قضية الصراع بالتركيز على رأى الأطباء في المقام الأول قد ينطوي على قدر من العيب المنهجي على اعتبار أن الرأى والرأى الآخر لازمان لتمثيل المشكلة في أهم جوانبها . غير أن اهتمام الباحث برأى الطبيب أكثر من المريض جاء بسبب قيود موضوعية حالت دون التقدير الكامل لموقف المريض من قضية الصراع ، ومع ذلك فإن : المقابلات " التى تمت مع بعض المرضى المنومين بالمستشفى العام ، وكذلك بحث السير الذاتية " لعدد من الحالات من حيث تاريخهم مع المرض ، يكشف عن جوانب أساسية في التفسير الاجتماعي الثقافي للصراع ، ويكتفى الباحث بإثبات فقرات من هذه السير الذاتية لبعض المرضى في ملاحق البحث . (١)

ينقسم البحث إلى قسمين رئيسيين :

أحدهما مفضلاً لأبرز البحوث العلمية فى دراسة المشكلات الطبية الاجتماعية ، وهو يتجه لإثبات نتائج الدراسات السابقة وهذا ما تضمنه المبحث الثانى ، بينما يختص المبحث الثالث بتقرير الواقع الميدانى فى المجتمع محل الدراسة ، أما المبحث الأول فقد اقتصر على الإطار المنهجي التصورى للبحث . وتمشيا مع ذلك التقسيم المشار إليه ، يمكن إيجاز المواقف التى إنتهت إليها البحوث السابقة فى تفسير صراع الدور فى المجال الطبى على النحو التالى .

الملاحق حالة رقم (١) ، (٢) .

بالمقارنة للأمراض الجسمية . بل أن ذلك التقدير محل ترحيب شديد من جانب الممارسين للأداء الطبي في هذا المجال ، ولقد تعرض لهذه المشكلات كل من شفت ودافز وجوف وسارين وبيجلمان وونج في عدد من البحوث ، وتبين لهم أن الأمراض النفسية والعقلية تثير العديد من الأزمات في التفسير والتطبيق على مستوى الأطباء المعالجين وبين عامة الناس . وترجع معظم هذه الأزمات إلى التناقض والتعارض في الفهم والرأى والاتجاه ، الذي يعود بدوره إلى عوامل ثقافية معقدة التكوين ، أهمها ذلك الاعتقاد بأن الذهان عرض يشتمل على مكونات ترجح الإنحراف السلوكى ، وتتصل بمعانى الخطأ والذنب ، مما يستوجب العقاب ، إما لرد النفس عن جموحها ، أو لاقصاء ما لحق بها من أرواح أو أشباح شريرة . ولذلك فإن معظم الممارسات الشعبية تهدف لبلوغ تلك الغاية . وفي جانب الأطباء تختلف النظريات وتتعارض الآراء فيما بينها حيال طرق العلاج ووسائله سواء كانت من نوع التدخل الجراحى أو الدوائى أو السلوكى . بل أن البعض منها يقترب إلى حد ما من بعض الطرق الشعبية غير الإنسانية فى التعامل مع المرضى مثل الصدمات الكهربائية ، أو بعض الأدوية التى تسبب الخمول أو تفقد المريض النشاط . ومنها العلاج بجرعات الإنسولين والتى تلقى معارضة فى الوسط الطبي .

خلاصة البحث وتقدير النتائج

يعالج هذا البحث جانباً واحداً من البنود الرئيسية فى تكوين الدور الاجتماعى فى المجال الطبى ، وهو " صراع الدور " من حيث تأثيره على العلاقة بين الطبيب والمريض ، ولا يتطرق البحث تبعاً لذلك إلى المشكلات الطبية الاجتماعية ككل ، وهى كثيرة وتشكل متصلاً يصعب أن أحيط به فى دراسة محدودة النطاق كهذه . من جانب آخر فإن تناول قضية الصراع بالتركيز على رأى الأطباء فى المقام الأول قد ينطوى على قدر من العيب المنهجى على اعتبار أن الرأى والرأى الآخر لازمان لتمثيل المشكلة فى أهم جوانبها . غير أن إهتمام الباحث برأى الطبيب أكثر من المريض جاء بسبب قيود موضوعية حالت دون التقدير الكامل لموقف المريض من قضية الصراع ، ومع ذلك فإن : المقابلات " التى تمت مع بعض المرضى المنومين بالمستشفى العام ، وكذلك بحث " السير الذاتية " لعدد من الحالات من حيث تاريخهم مع المرض ، يكشف عن جوانب أساسية فى التفسير الاجتماعى الثقافى للصراع ، ويكتفى الباحث بإثبات فقرات من هذه السير الذاتية لبعض المرضى فى ملاحق البحث .^(١)

ينقسم البحث إلى قسمين رئيسيين :

أحدهما مفصلاً لأبرز البحوث العلمية فى دراسة المشكلات الطبية الاجتماعية ، وهو يتجه لإثبات نتائج الدراسات السابقة وهذا ما تضمنه البحث الثانى ، بينما يختص البحث الثالث بتقرير الواقع الميدانى فى المجتمع محل الدراسة ، أما المبحث الأول فقد اقتصر على الإطار المنهجى التصورى للبحث . وتمشياً مع ذلك التقسيم المشار إليه ، يمكن إيجاز المواقف التى إنتهت إليها البحوث السابقة فى تفسير صراع الدور فى المجال الطبى على النحو التالى .

(١) الملاحق حالة رقم (١) ، (٢) .

* الصراع بسبب مصلحة المريض الآتية وتعارضها مع مصلحته مستقبلا :

وينطوى ذلك النوع من الصراع على عدد من الخيارات المتباينة ، باختلاف نوع المرض ، ومدة العلاج ، واحتمالات الشفاء أو العجز أو الموت ، والظروف الاجتماعية للمريض . ويترتب على الأخذ بأى من هذه البدائل تباين بنود صراع الدور من حيث درجة العمق أو الشدة ، والاستمرار ، ومن حيث الأثر الذى يقدره الطبيب أو المريض أو كليهما .

* الصراع بسبب مصلحة المريض كفرد ومصلحة المرضى الآخرين كجماعة :

وتتصل هذه المشكلات من الصراع بتوزيع الإمكانيات (التى قد تكون نادرة) من الأدوات والأجهزة والمهارات بين المرضى توزيعا متكافئا . وينتج الصراع عن تجاوز الإعتبارات الذاتية نطاق ذلك التوزيع ، على نحو ما يتأتى في تدخل رجال الإدارة وأصحاب النفوذ والمكانة الاجتماعية لصالح عدد من المرضى على حساب مصلحة النزلاء جميعا . ويؤدى ذلك لتوترات بين الطبيب والمريض . ويدخل فى دائرة ذلك الصراع مشكلة " التعليم الطبي " وهى مصدر أزمات شديدة لبعض المرضى .

* الصراع بسبب التناقض بين واجبات الطبيب حيال المريض والتزاماته نحو هيئة العلاج :

وينتج ذلك الصراع عن الآثار المعوقة للتنظيم البيروقراطى للمستشفيات ، حيث يتجه الإهتمام إلى تدعيم الضوابط المنظمة للعمل كهدف فى حد ذاته ، مما يترتب عليه ولاء الطبيب للنظام ، والتزامه باللوائح وقواعد العمل الإدارى ، حتى لو تعارضت مع مصالح المرضى ، ومع غاية الرعاية الشاملة . والاختفاق فى تحقيق هدف الرعاية الشاملة تفسره أبعاد إقتصادية إجتماعية ، وعوامل ثقافية تختلف من مجتمع لآخر . ومن بين الأسباب التى تؤدى إلى إثارة هذا

الشكل من الصراع ، تحول بعض المؤسسات الطبية إلى نموذج الشركات الإستثمارية . وخضوعها من ثم للموازنات المنفعية بالمدلول الإقتصادي ، وترجيح هدف الربح على الغايات الإنسانية .

* التعارض بين المصالح بسبب توزيع الموارد النادرة :

وينشئ ذلك التعارض عادة بسبب القصور الشديدة في الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة في المستشفيات العامة (الحكومية) عادة ، مما يعرض الحالات الحرجة لخطر الوفاة . وغالبا ما ينتج من ذلك أزمات شديدة بين الطبيب والمستشفى من ناحية ، والطبيب وأسرة المريض من جانب آخر ، وبين الممارسات الطبية الفنية وبقية الأدوار بما في ذلك التشكيل الإداري من جانب ثالث .

* الصراع بسبب التعارض بين الممارسات الفنية للطبيب وبقية أدواره :

ويعود ذلك النمط من الصراع إلى المشكلات الاجتماعية للطبيب نفسه ، من توزيع الأدوار بين كونه أبا ورب أسرة ، وعضوا في جماعات أخرى . وترجع هذه المشكلات إلى أن المرض يشكل متصلا لا يعرف الفسح والأجازات ، بينما تتطلب بنود الدور الاجتماعي ممارسات خارج نطاق عمله المعتاد ، قد تتعارض مع دوره الطبي المحدود .

تلك مشيرات الصراع تناولها الباحثون ، أما فيما يتصل بصراع الدور في المجتمع محل الدراسة على ضوء المنهج وأدوات البحث التي استعان بها الباحث ، فقد تبين أنها تختلف باختلاف طبيعة المؤسسات الطبية ، ولذلك اكتفى بدراسة نموذجين إثنين أحدهما صراع الدور في مجال الأداء الطبي العام ، والثاني في مجال الأمراض النفسية والعصبية . ولكل من النموذجين طابع مميز في تقرير بنود الصراع ونماذجه .

* الصراع بسبب مصلحة المريض الآتية وتعارضها مع مصلحته مستقبلا :

وينطوى ذلك النوع من الصراع على عدد من الخيارات المتباينة ، باختلاف نوع المرض ، ومدة العلاج ، واحتمالات الشفاء أو العجز أو الموت ، والظروف الاجتماعية للمريض . ويترتب على الأخذ بأى من هذه البدائل تباين بنود صراع الدور من حيث درجة العمق أو الشدة ، والاستمرار ، ومن حيث الأثر الذى يقدره الطبيب أو المريض أو كليهما .

* الصراع بسبب مصلحة المريض كفرد ومصلحة المرضى الآخرين كجماعة :

وتتصل هذه المشكلات من الصراع بتوزيع الإمكانيات (التى قد تكون نادرة) من الأدوات والأجهزة والمهارات بين المرضى توزيعا متكافئا . وينتج الصراع عن تجاوز الإعتبارات الذاتية نطاق ذلك التوزيع ، على نحو ما يتأتى فى تدخل رجال الإدارة وأصحاب النفوذ والمكانة الاجتماعية لصالح عدد من المرضى على حساب مصلحة النزلاء جميعا . ويؤدى ذلك لتوترات بين الطبيب والمريض . ويدخل فى دائرة ذلك الصراع مشكلة " التعليم الطبي " وهى مصدر أزمات شديدة لبعض المرضى .

* الصراع بسبب التناقض بين واجبات الطبيب حيال المريض والتزاماته نحو هيئة العلاج :

وينتج ذلك الصراع عن الآثار المعوقة للتنظيم البيروقراطى للمستشفيات ، حيث يتجه الإهتمام إلى تدعيم الضوابط المنظمة للعمل كهدف فى حد ذاته ، مما يترتب عليه ولاء الطبيب للنظام ، والتزامه باللوائح وقواعد العمل الإدارى ، حتى لو تعارضت مع مصالح المرضى ، ومع غاية الرعاية الشاملة . والاختفاق فى تحقيق هدف الرعاية الشاملة تفسره أبعاد إقتصادية إجتماعية ، وعوامل ثقافية تختلف من مجتمع لآخر . ومن بين الأسباب التى تؤدى إلى إثارة هذا

الشكل من الصراع ، تحول بعض المؤسسات الطبية إلى نموذج الشركات الإستثمارية . وخضوعها من ثم للموازنات المنفعية بالمدلول الإقتصادي ، وترجيح هدف الربح على الغايات الإنسانية .

* التعارض بين المصالح بسبب توزيع الموارد النادرة :

وينشئ ذلك التعارض عادة بسبب القصور الشديدة في الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة في المستشفيات العامة (الحكومية) عادة ، مما يعرض الحالات الحرجة لخطر الوفاة . وغالبا ما ينتج من ذلك أزمت شديدة بين الطبيب والمستشفى من ناحية ، والطبيب وأسرة المريض من جانب آخر ، وبين الممارسات الطبية الفنية وبقية الأدوار بما في ذلك التشكيل الإداري من جانب ثالث .

* الصراع بسبب التعارض بين الممارسات الفنية للطبيب وبقية أدواره :

ويعود ذلك النمط من الصراع إلى المشكلات الاجتماعية للطبيب نفسه ، من توزيع الأدوار بين كونه أبا ورب أسرة ، وعضوا في جماعات أخرى . وترجع هذه المشكلات إلى أن المرض يشكل متصلا لا يعرف الفسح والأجازات ، بينما تتطلب بنود الدور الاجتماعي ممارسات خارج نطاق عمله المعتاد ، قد تتعارض مع دوره الطبي المحدود .

تلك مثيرات الصراع تناولها الباحثون ، أما فيما يتصل بصراع الدور في المجتمع محل الدراسة على ضوء المنهج وأدوات البحث التي استعان بها الباحث ، فقد تبين أنها تختلف باختلاف طبيعة المؤسسات الطبية ، ولذلك اكتفى بدراسة نموذجين إثنين أحدهما صراع الدور في مجال الأداء الطبي العام ، والثاني في مجال الأمراض النفسية والعصبية . ولكل من النموذجين طابع مميز في تقرير بنود الصراع وفماذجه .

ويكشف النموذج الأول عن عدد من التناقضات التي تتصل أكثر ما تكون بالممارس العام ويمكن إيجازها فيما يلي :

١ - يؤدي التباين بين الأطر المعرفية والثقافية للأطباء الوافدين من يشكلون الأساس في الأداء إلى متناقضات كثيرة . فهؤلاء ينتمون إلى جنسيات متعددة ، ويترتب على ذلك الاختلاف تغير نسبي في مستويات التقدير والحكم على المهارة والأداء والكفاءة من جانب الإدارة ، مما يفرز شعورا بعدم الرضا والتأزم بين بعض الأطباء بسبب الفوارق في التقدير ، وما تؤدي إليه من توزيع غير متكافئ للمزايا المادية والأدبية ، التي يشعر بها الطبيب وتنعكس على سلوكه ومواقفه .

٢ - تؤثر الإزدواجية الثقافية بين الأطباء العرب وغير العرب إلى تناقضات شديدة على مستوى العلاقة بين الأطباء ، وبينهم وبين المرضى . ومن معالم تلك الإزدواجية إختلاف لغة الكلام ولهجة الحديث بين الطبيب والمريض بخاصة ، فضلا عن مظاهر السلوك والقيم والمعايير وغيرها ، مما يوجد هوة ثقافية يفقد بسببها عنصر الاتصال بين الطرفين أهميته غالبا . وتظهر صعوبات كثيرة بسبب سوء الفهم والتقدير لما يقوله المريض أو يرغب في التعبير عنه .

٣ - لا توجد معايير موضوعية للأداء الجيد تطبق على كل الأطباء ومن ثم تحديد مكانة الطبيب ، ثم وسائل الارتقاء في هذه المكانة . ولذلك تنشعب الصراعات بسبب تساوى عدد ساعات العمل وتقارب الجهد ونوع التخصص مع اختلاف في الرواتب والمزايا ومحكات التقدير الأخرى .

٤ - يسبب " الإختبار الدوري " الذي يتم إجراؤه عند نهاية كل فترة من فترات التعاقد ، وبداية فترة أخرى جديدة أزمات لبعض الأطباء ، لما يترتب على نتيجة من أضرار تتصل بعمل الطبيب ومركزه . ويحسب البعض الإختبار إجراء يتعارض مع اعتبار الذات ، بينما يراه البعض الآخر باعثا على المتابعة

العلمية والبحث عن كل جديد فى مجال الممارسة . غير أن الشروط الموقفية لأداء الاختبار ، وإرتباطه بظرف زمنى معين ونتائجه التى قد تكون منافية للأداء ، هو الذى يسبب التوترات ويؤدى لصراعات متعددة .

٥ - يرفض بعض المرضى الإذعان للإجراءات الطبية فى التشخيص والعلاج ، ويبدو ذلك واضحا عند إجراء الجراحات الضرورية . وتعود أسباب عدم الإذعان إلى عناصر غير طبية ، مردها الوسط الاجتماعى الثقافى ، بما ينطوى عليه من معايير وقيم وعادات وأفكار ومعتقدات لاسيما من شرائح العامة ، وينتج عن مظاهر الرفض والصد والعزوف عن الموافقات الكتابية للمرضى ، مشكلات خطيرة تمس العلاقات بين كل الأطراف فى الوسط الطبى .

٦ - يؤدى التباين بين دور الطبيب وتوقعاته وبين دور المريض إلى تأزم العلاقة وفقدان الثقة فى بعض الحالات . ويعود ذلك التباين فى التوقعات إلى الأفكار والتصورات الخاطئة عن المرض والصحة ، وعن التشخيص وأثر العلاج ، مما يدفع المريض إلى رفض العلاج ، أو عدم الإقتناع بدور الطبيب .

٧ - لا تحظى الأدوار غير الطبية للطبيب ، مما يتصل بأسرته والمجتمع الخارجى بتقدير كاف من جانب الإدارة الطبية مما يؤثر بعمق على الأداء الطبى نفسه ، ويسبب أزمات للطبيب .

٨ - من أسباب الصراع بين الطبيب والمريض تعدد حالات وسواس المرض . وهى من أهم مصادر تأزم العلاقة بين الطرفين ، لإعتمادها على عنصر الثقة ، الذى يهتز بشدة نتيجة تردد عدد من المرضى على العيادات الخارجية بالمستشفى ممن لا يعانون من أعراض مرضية حقيقية ، مما يتسبب فى ضياع الوقت والجهد والمال ، فضلا عن المجادلات الحادة مع الأطباء .

٩ - تتدخل بعض عناصر الإدارة وذوى النفوذ والمكانة لحساب بعض المرضى ، مما يسبب مشكلات لباقي المرضى المنومين بالمستشفى ، ويؤثر ذلك

على التوزيع العادل للإمكانات ، وينتج عن تلك المظاهر متاعب مهنية ونفسية للأطباء .

أما فى مجال الأمراض النفسية والعصبية حيث تختلف طبيعة هذه الأمراض إختلافا كبيرا عن الأمراض الجسمية فإن هناك الكثير جدا من صور الصراع التى يصعب إثباتها لضيق المجال ، لذلك اکتفى بالإشارة لاهمها فى إيجاز شديد وهى :

١ - التناقض الحاد بين وسائل التشخيص والعلاج التى تعتمد على الطب الحديث ، وبين نظائرها فى الطب الشعبى ، الذى يسمى « بالطب العربى » ، مما يؤدى لمشكلات حادة تضر بالمرضى ، وتؤثر بعمق على علاقة الطبيب بالمرضى .

٢ - التداخل الشديد والخلط بين المرض النفسى « العصاب » والمرض العقلى « الذهان » فى تقدير العامة ، مما يسبب مشكلات متعددة للمرضى ، وترجع مظاهر الخلط هذه إلى طبيعة الثقافة الشعبية ، وتأثير القيم والمعايير المتصلة بالصحة والمرض على إتجاهات الناس وسلوكهم نحو المرضى ، وهى تتسم بالحذر والخوف تارة والصد والرفض تارة أخرى ، مما يعوق الإنجاز الطبى ويؤدى لتدهور حالة المرضى فى أغلب الحالات .

٣ - يؤدى « الرفض الاجتماعى » للمرضى بعد اجتياز فترة النقاهة ، وإمكان ممارسة الحياة الطبيعية للمريض فى المجتمع الخارجى إلى أزمات شديدة الوطأة . حيث ترفض أسر بعض المرضى خروجهم من المستشفى بعد الشفاء ، بسبب بعض الأفكار والتصورات الخاطئة عن المرض وسلوك المرضى . وتبدأ سلسلة من التنازع بين هيئة المستشفى وأهل المريض وأقاربه .

هذا وإذا كان الصراع فى أداء الدور يرتبط ببعض الوظائف التى تعوق

المراجع

- ١ - أندوانوقمير (المارسون العامون فى سويسرا) - ترجمة سليمان حشيش
المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية يوليو / سبتمبر ١٩٧٨ عدد ٣٢ .
- (١) د. السيد محمد حامد د. عليّة حسين مجالات الانثروبولوجيا مختارات
من الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية دار العلم - الكويت ١٩٨٥ م .
- (٢) د. سنية شمس الدين الصباحى التنظيم الاجتماعى للمستشفيات
كمؤسسات طبية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الدراسات الانسانية -
جامعة الأزهر ١٩٨٤ م .
- (٣) د. عبد السلام بشير الدويبي والوحشى أحمد ببرى - مقدمة فى علم
الاجتماع الطبي ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع ، بنغازى ١٩٨٩ م .
- (٤) د. عبد الله محمد عبد الرحمن معوقات البناء التنظيمى للمستشفى -
دار المعرفة الجامعية - الاسكندرية . ١٩٩٠ م .
- (٥) د. عبد الرازق جلى الطب النفسى الاجتماعى - دار المعرفة الجامعية -
الاسكندرية . ١٩٩٠ م .
- (٦) على مكاوى الجوانب الاجتماعية الثقافية للخدمة الصحية دار المعرفة
الجامعية - الاسكندرية ١٩٨٩ م .
- (٧) د. فتحية إبراهيم ، د. مصطفى الشنوانى مناهج البحث فى علم
الانسان - دار المريخ - الرياض ١٩٨٨ م .
- (٨) د. فوزى رضوان العربى الانثروبولوجيا التطبيقية دار المعرفة الجامعية -
الاسكندرية . ١٩٩٠ م .
- (٩) د. فوزية رمضان أيوب دراسات فى علم الاجتماع الطبى مكتبة نهضة
الشرق - القاهرة - ١٩٨٥ م .
- (١٠) مارفن هاريس الانثروبولوجيا الثقافية ترجمة د. السيد محمد حامد -
منشأة المعارف الاسكندرية - ١٩٩٠ م .

- (١١) د. محمد الجوهري ود. سعاد عثمان الانثروبولوجيا الحضرية دار
المعرفة الجامعية - الاسكندرية ١٩٩١م .
- (١٢) د. محمد على محمد وآخرون دراسات فى علم الاجتماع الطبي دار
المعرفة الجامعية - الاسكندرية ١٩٨٩م .
- (١٣) Balint M. The doctors. his patient and the illness. Tavistock publication. London. 1957.
- (١٤) Berrman G. (1952) Behind many masks : Ethnography and impression management in a Himalayan village . Society for applied Anthropology. No. 41 thaca. New York.
- (١٥) Betz M. and Oconnel L. " Changing Doctor - patient relationships and the rise in concern for account abiltiy " Social problems 31 No. 1 October. pp 84 - 95.
- (١٦) Brown G. and Harris T. " Social Origins of Depression " a study of pschiatric disorder in women. Tavistock publication. London . 1978.
- (١٧) Caudill W., " Applied anthropology in medicine " In krober. Anthropology Today, University of Chicago Press, Chicago. 1953.
- (١٨) Coser L. The function of Social Conflict, the free Glencoe. 1963.
- (١٩) Dahrendorf R., Class and class conflict in industrial Societies, Routledge and kegan Pual. London. 1959.

- Davis D. R.**, "Depression as adaptation to (۲.) crisis" (1970) British Journal of medical psychology, Vol. 43, pp 109 - 160 .
- Dutl R. and Holling Shead A.**, Sickness and (۲۱) society, Harper and raw. New York, 1968.
- Eoste G. and Barbara G.**, Medical anthropol- (۲۲) ogy. John Wiley and Sons, London. 1978.
- Goff an, Stigma**, Notes on the management of (۲۳) Spoiled identity, Englewood Gliffs. London. 1963.
- Merton R.** " Problems of role position " . (۲۴) (1957) the British Journal of Sociological imagin- ation. Oxford University Press. New York, 1959.
- Mechanic D.**, Reading in medical Sociology, (۲۵) the free press, New York 1959.
- Mechanic D.**, Reading in medical Sociology, (۲۶) The free press, Macmillan publishing Co., Inc., New York., 1980 .
- Morgan M., Clanan M. and Manning N.**, (۲۷) Sociological approach to health and medicine.
- Parsons T.** the Social system, Routlege and (۲۸) kegan palu, Ltd., London. 1957.
- Parso ns T. and Bales R.**, Family, (۲۹) Socialization and interaction process, Routledge and kegan Paul, London, 1956.
- Perrow C.**, " Hospital technology Structure and (۳.)

goals ". in J. G. March. Hand Book of organiza-
tions. Rand McNally, Chicago. (1965).

Teacher A., and Barhch G. " Towards a (٣١)
critical history of the psychiatric proession "
(1981) in D. Ingleby (ed) .

ملحق احصائي

جدول رقم (١)

المكونات الرئيسية لدور الطبيب

الجملة	مكون غير رئيس		مكون رئيس		بنود الدور
	العدد	%	العدد	%	
١٠٠	٥.	٨	٤	٩٢	٤٦
١٠٠	٥.	٥٨	٢٩	٦٢	٣١
١٠٠	٥.	٦٤	٣٢	٣٦	١٨
١٠٠	٥.	٧٤	٣٣	٢٦	١٣
١٠٠	٥.	٨٨	٤٤	١٢	٦

جدول رقم (٢)

المعوقات العامة للأداء الطبي

الجملة	آراء الأطباء				نوع المعوق
	غير معوق		معوق		
	العدد	%	العدد	%	
٥.	٢٢	١١	٧٨	٣٩	حجم وكثافة العمل
٥.	٤.	٢.	٦.	٣.	طول وقت العمل
٥.	٣٤	١٧	٦٦	٣٣	عدم تقدير الجهد
٥.	٥.	٢٥	٥.	٢٥	مضايقات المرضى
٥.	٧.	٣٥	٣.	١٥	الصراع بين الأطباء

جدول رقم (٣)

آراء الأطباء حيال بعض صور العلاقات بين الطبيب والمريض

الجملة	المصدر	رأي الأطباء					
		أوافق	لا أوافق	أوافق	لا أوافق بشدة	لا أوافق بشدة	المصدر
%	المصدر	%	المصدر	%	المصدر	%	المصدر
١٠٠	٥.	٨٢	٤١	١٦	٨	٢	١
١٠٠	٥.	٣٢	١٦	٤٤	٢٢	٢٤	١٢
١٠٠	٥.	١٢	٦	٤٤	٢٢	٤٤	٢٢
١٠٠	٥.	٣٢	١٦	٥.	٢٥	١٨	٩
١٠٠	٥.	٤٦	٢٣	٤٨	٢٤	٦	٣
١٠٠	٥.	٤٢	٢١	٤.	٢.	١٨	٩

القفصا يا محل العلاقة

عدم أكثرات الطبيب بالمعالج في

الأمراض المستعصية .

تغير الحالة النفسية بسبب المرض الجسدي

يرتبط للمرض الجسدي بنتائج سلبية في

العلاج

نزول الآثار النفسية للمرض الجسدي

بمجرد الشفاء

تقتصر العلاقة بين الطبيب والمريض

على التشخيص والعلاج فقط

كثير من الأطباء لا يقدرون الجوانب

النفسية للمرض

جدول رقم (٤)

أسباب تؤدي لتفاقم العلاقة بين الأطباء والمرضى

الجملة		رأى الأطباء				الأسباب
		لا أوافق		أوافق		
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
١٠٠	٥	٨	٤	٢	١	خطورة المرض
١٠٠	٥	٣٢	١٦	٦٨	٣٤	عدم الالتزام بإرشادات العلاج
١٠٠	٥	٦٤	٣٢	٣٦	١٨	سوء تقدير دور الطبيب
١٠٠	٥	٥٨	٢٩	٤٢	٢١	قصور التمريض
١٠٠	٥	٨٢	٤١	١٨	٩	كثرة الزيارات
١٠٠	٥	٦٤	٣٢	٣٦	١٨	اختلاف لهجة التفاهم
١٠٠	٥	٨٦	٤٣	١٤	٧	أخرى

جدول رقم (٥)

عوامل تسبب التوتر بين الأطباء

التكرار		العوامل
%	العدد	
١٦	٨	تنازع الاختصاصات
٢	١	التباين فى حجم العمل
٣	١٥	تجنب المسؤوليات
٢	١	لأسباب شخصية
٨	٤	لأمور تتصل بالمكانة
٦	٣	أخرى
١٠٠	٥	الجملة

جدول رقم (٦)
نتائج معوقة وظينيا فى الأداء الطبى

الجملة		رأى الأطباء				نوع المعوق
		غير الموافقين		الموافقون		
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
١٠٠	٥٠	٦٢	٣١	٣٨	١٩	نقص كمية العمل
١٠٠	٥٠	٥٤	٢٧	٤٦	٢٣	سلبية الأداء
١٠٠	٥٠	٤٦	٢٣	٥٤	٢٧	ضعف الروابط بين الأطباء
١٠٠	٥٠	٨٨	٤٤	١٢	٦	توترات نفسية
١٠٠	٥٠	٨٦	٤٣	١٤	٧	وضغوط أخرى

جدول رقم (٧)
عوامل تسبب التوتر بين الأطباء

%	العدد	نوع الشعور
١٦	٨	الخوف من طول مدة المرض
١٤	٧	الاحساس بالفراغ
١٨	٩	كراهية الرقادة
١٨	٩	الرغبة فى الخروج السريع
١٢	٦	الرضا والتقبل
٤	٢	السأم والملل
١٠	٥	الحاجة للنشاط الترفيهى
٤	٢	الميل للبقاء بالمستشفى
٤	٢	طول فترة ممكنة

جدول رقم (٨)
ترتيب الفئات الأولى بالرعاية حسب الأوزان المرجحة لكل فئة

الفئة	الأوزان مرتبة ترتيباً تنازلياً بعد حساب المعدل التراكمي لكل فئة									
	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	
كبار السن	٨	١٢	٤	٤	٤	١٢	١٢	١٠	١٤	٧
الشباب	٢٤	٦	٨	٢	٦	٢	١٢	٥	٢	١
الأطفال	١٢	٥	٥	١	٨	٤	٣٣	٣	١٦	٨
ضحايا الحوادث	٢	٢	٣	٥	٨	٨	١٢	٦	٤٦	٢٣
أصحاب	٤	٢	٣	١	١٤	٨	٧	٧	—	—
العمليات	٢	٢	٣	٨	١٦	١٢	١٤	—	—	—
الجراحية	٤	٢	٣	١	١٦	٨	٧	—	—	—
أرهاب	٢	١	٣	٥	٨	٨	١٢	٧	١٤	٧
الإسعافات	٤	١٨	٣	٦	٩	٣	٣	٣	٤	٧
الأولى	١٢	٩	٨	١٢	٩	١٦	٨	١٢	١٤	٧
مدمني المخدرات	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦
ضحايا العنف	٤	٢	٨	٢	٢	٦	١٢	٦	٤	٢
المجرمين	١٢	١٣	٥	١٠	٣	٨	٤	١	٦	٣
الجملة	٨	٦	٤	٢	٤	١٢	١٢	١٠	١٤	٧
التكرار	٤	١٢	٤	٤	٤	١٢	١٢	١٠	١٤	٧
٪	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢
التكرار	٤	١٢	٤	٤	٤	١٢	١٢	١٠	١٤	٧
٪	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢
التكرار	٤	١٢	٤	٤	٤	١٢	١٢	١٠	١٤	٧
٪	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢	١٢

جدول رقم (٩)
ترتيب الفئات الأولى بالرعاية حسب الأوزان المرجحة والعمل التراكمي لكل فئة

الفئة	الأوزان مرتبة ترتيباً تنازلياً بعد حساب المعدل التراكمي لكل فئة									الجملة	
	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	التراكمات	التكرارات
كبار السن	٣	٦	٤	٨	٣	٣٦	١٢	٥	٦٣	٧	٥٠
التياب	٣	٢	٨	١٠	٦	١٢	٢١	٣	٩	١	٥٠
الأطفال	١	٤	٥	٤٠	٨	٢٤	٧	١٢٨	٧٢	٨	٥٠
ضحايا الحوادث	٣	٨	٤	١	-	٤٨	٢٨	٦	٢٣	٣	٥٠
العمليات الجراحية	٦	٧	٧	٧	-	٥٦	٥٦	٧	-	٢	٥٠
أرباب الاسعافات الأولى	٣	٣	٩	٦	٤٥	١٨	٢٤	٣	٦٣	٧	٥٠
مدمني المخدرات	٧	٨	٨	١٠	٢	٤٨	٤٨	٦	١٨	٢	٥٠
ضحايا العنف	٣	٦	١٢	٣	٥	٤٨	٢٤	٣	-	٧	٥٠
المجرمين	٣	٣	٥	١٥	٣	٢٤	٧٨	١	٢٧	٣	٥٠

جدول رقم (١٠)
معايير تحديد مكانة الطبيب استنادا لا حدده الباحث

مقياس	ترتيب المعايير تنازليا حسب قيمة كل معيار										المجموع	%			
	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد					
المكانة	١٨	٣١	٣	٦	٥	١٠	٢	٤	١٨	٩	١٨	٣	٣٢	٥٠	١٠٠
العلم	١٨	٣١	٣	٦	٥	١٠	٢	٤	١٨	٩	١٨	٣	٣٢	٥٠	١٠٠
نوع التخصص	٦	١٢	١٥	٣	٥	١٠	٢	٤	١٨	٩	١٨	٣	٣٢	٥٠	١٠٠
الكفاءة	٦	١٢	٨	١٠	٨	١٦	٢	٤	١٢	٦	١٦	١٦	٣٢	٥٠	١٠٠
الشهرة	١٣	٢٦	٦	١٢	٤	٨	٦	١٢	١٢	٦	١٢	٧	٢٨	٥٠	١٠٠
العلاقات الطبية	٤	٨	٩	١٨	٩	١٨	١٩	١٨	١٨	١٩	١٩	٣٨	٣٨	٥٠	١٠٠
الاقدمية	٤	٨	٦	١٢	٢١	٤٢	١٦	٣٢	٣٢	١٦	٣٢	٣	٣٢	٥٠	١٠٠
الجمالية	٥١	١٧	٤٧	١٥	٥٢	١٧	٣٥	١٨	٤٧	٣٥	٤٧	١٤	٤٩	٣٠	١٠٠

جدول رقم (١١١)
معايير تحديد مكانة الطبيب

%	المجموع	ترتيب المعايير تنازليا حسب التوزيع التكراري والقيم التراكمية لكل معيار												معيار المكانة
		١		٢		٣		٤		٥		٦		
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	
٧٧	٥٠	١٦	١٦	١٢	٦	٦	٢	٢	٥	١٥	٣	١٠٨	١٨	العلم
١٨٣	٥٠	٥	٥	٢٠	١٠	٢٧	٩	٢٠	٥	٧٥	١٥	٣١	٦٠	نوع التخصص
١٥٦	٥٠	٢١	١٠	٣٢	١٦	٦	٢	٣٢	٨	٤٠	٨	٣١	٦	الخبرة
١٧٠	٥٠	١٤	١٤	١٤	٧	١٨	٦	١٦	٤	٣٠	٦	٧٨	١٣	الشهرة
١٧٦	٥٠	٤	٤	١٠	٥	٥٧	١٩	٣١	٩	٤٥	٩	٢٤	٤	العلاقات الطبية
١٩٢	٥٠	-	-	٦	٣	٤٨	١٦	٨٤	٢١	٣٠	٦	٢٤	٤	الاقدمية

جدول رقم (١٢)
مؤشرات تحدد الارتقاء فى المكانة

المؤشرات	الوافقون		غير الموافقين		الجملة	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
السن	١٨	٣٦	٣٢	٦٤	٥٠	١٠٠
الأقدمية	٢٥	٥٠	٢٥	٥٠	٥٠	١٠٠
المؤهل الدراسى	٣٤	٦٨	١٦	٣٢	٥٠	١٠٠
التدرج الوظيفى	١٧	٣٤	٣٣	٦٦	٥٠	١٠٠
الاحلاص فى العمل	٣٢	٦٤	١٨	٣٦	٥٠	١٠٠
تقارير الرؤساء	١٩	٣٨	٣١	٦٢	٥٠	١٠٠
الالتزام بمواعيد العمل	١٩	٣٨	٣١	٦٢	٥٠	١٠٠