



جامعة الشهيد محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية



الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل: 05/PG/D/LMD/SOC/16

أخلاقيات المهنة الطبية بين التمثل والممارسة

دراسة ميدانية بمستشفى عبد القادر محاد بالجلفة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD في علم الاجتماع

تخصص تنظيم وعمل

إشراف الأستاذ الدكتور:

بلقاسم سلاطينية

إعداد الطالبة:

مريم شريط

| الاسم واللقب | الرتبة | الجامعة | الصفة |
|-----------------|----------------------|----------|--------------|
| كمال بوقرة | أستاذ التعليم العالي | باتنة 01 | رئيسا |
| بلقاسم سلاطينية | أستاذ التعليم العالي | بسكرة | مشرفا ومقررا |
| أسماء بن تركي | أستاذ التعليم العالي | بسكرة | مناقشا |
| سامية حميدي | أستاذ التعليم العالي | بسكرة | مناقشا |
| بلال بوترة | أستاذ محاضر أ | الوادي | مناقشا |

السنة الجامعية : 2020-2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله أولاً فله الحمد على تنمة هذا العمل. ولو كنت أعلم غير الشكر منزلة أوفى من الشكر عند الله في الثمن لقدمتها لكم من قلبي خالصة لكل من الأستاذ البروفيسور المشرف بلقاسم سلاطنية أولاً على توجيهاته القيمة ومساندته المعنوية، ومنحي الثقة والتشجيع المستمر، ونيلي شرف التأطير. كما أشكر الأساتذة: زرفة بلقواس، أسماء بن تركي، ليندة العابد على ما قدموه لي من خدمة. وكل من ساعدني في هذا العمل من بعيد أو قريب وعلى رأسهم قسم الموارد البشرية وعينة الأطباء بمستشفى محاد بالجلفة، كما لا أنسى والدي الكريمين والأهل كل في مكانه، وابني وزوجي الكريم على مسانדתه طيلة فترة العمل الميداني. كما لا يفوتني شكر اللجنة المناقشة.

ولا يفوتني أخيراً شكر الزملاء: فريدة فلاك، سامية منزر، سميرة مشري، نورة هارون، حسينة صيفي وزينب شنوف، وأختي خديجة شريط.

وكما يقول العماد الأصفهاني: "إِنِّي رَأَيْتُ أَنَّهُ لَا يَكْتُبُ أَحَدٌ كِتَابًا فِي يَوْمِهِ إِلَّا قَالَ فِي غَدِهِ، لَوْ غُيِّرَ هَذَا لَكَانَ أَحْسَنَ، وَلَوْ زِيدَ هَذَا لَكَانَ يُسْتَحْسَنُ، وَ لَوْ قُدِّمَ هَذَا لَكَانَ أَفْضَلَ، وَلَوْ تُرِكَ هَذَا لَكَانَ أَجْمَلَ، وَهَذَا مِنْ أَعْظَمِ الْعَبَرِ، وَهُوَ دَلِيلٌ عَلَى اسْتِيْلَاءِ النُّفُصِ عَلَى جُمَلَةِ الْبَشَرِ".



ملخص الدراسة:

تواجه الفئة المهنية للأطباء العاملة بالمستشفيات العمومية اختلافا بين ما يوجد في الميدان و بين ما تحمله من تصورات. وعليه هدفت هذه الدراسة للكشف عن واقع اعتماد الطبيب على تمثلاته المتكونة من المعلومات والمواقف وأخرى حول مجال عمله، تتعلق بممارساته اليومية لدى الأطباء بمستشفى محاد عبد القادر بالجلفة. وذلك بالإجابة عن التساؤل:

- كيف تؤثر أخلاقيات المهنة للطبيب بمستشفى محاد عبد القادر بالجلفة على ممارساته؟

وقد تم تقسيم هذا التساؤل إلى ثلاث تساؤلات فرعية حسب الأبعاد المتعمدة في الدراسة، وهي:

1. كيف تساهم المعلومات التي يمتلكها الطبيب بمستشفى محاد عبد القادر في ممارسته لمهنته؟

2. ما هي مواقف الطبيب بمستشفى محاد عبد القادر تجاه مهنته؟

3. كيف يؤثر مجال عمل الطبيب بمستشفى محاد عبد القادر في ممارسته المهنية؟

وللإجابة عن هذا التساؤل تم إجراء مقابلات ميدانية مع عينة مكونة من عشرين طبيبا بمستشفى

محاد عبد القادر بالجلفة خلال السداسي الأخير من سنة 2019.

حيث تم الاعتماد على المنهج الكيفي الذي يركز على المعاني والدلالات ومنطوقات وتصورات

الفاعلين وتجاربهم المعيشة.

ولقد خلصت الدراسة إلى أن الطبيب لا يستطيع أن يمارس مهنته دائما وفق تمثلاته لأخلاقيات

المهنة بسبب قيود متنوعة مادية بشرية قانونية وإدارية، وأن هذه الممارسة تتغير تبعا لهذه المحددات التي

تتحكم فيها وتوجهها، بالتالي إعادة بناء جديدة لتمثلات أخرى باستمرار.

وعليه توصلت لبناء الفرضية الآتية:

تعمل تمثلات الطبيب لأخلاقيات المهنة على بناء ممارساته بشكل يتأثر بمحددات البيئة التنظيمية وهذه الممارسات تولد بدورها تمثلات أخرى باستمرار.

The summary of the study:

There is a visible difference between the actual field and what it carries from perceptions concerning the professional category of doctors that working public hospitals. Therefore, this study aims to reveal the reality of the doctor's dependence on his statuses that consist of several information and attitudes as to his work in which It has a concern of daily practice. Thus, here we are going to answer some questions:

- How do the ethics of professional work of the doctor at Mahad Abdelkader Hospital in Djelfa affect his practices?

This question has been divided into three sub-questions according to the intended dimensions of the study, namely:

1. How does the information that the doctor possesses at Mahad Abdel Qader Hospital contribute to his practice of his profession?

2 .What are the attitudes of the doctor at Mahad Abdel Qader Hospital towards his profession?

3. How does the doctor's field of work at Mahad Abdel Qader Hospital affect his professional practice?

To answer these questions, face to face interviews were conducted with a sample of twenty doctors at the Mahad Abdel Qader Hospital in Djelfa during the last semester of 2019.

In which the qualitative approach was adopted to focus on the meaning, connotations, implications and perceptions of the doers and their living experiences.

The study concludes that the doctor cannot always practice his profession according to his status of the ethics of the profession due to various material, human, legal, and administrative restrictions. Moreover, this practice changes

according to these determinants that it controls and directs; thus, rebuilding new status continuously is recommended.

Accordingly, we come up to hypothesizes following:

The doctor's status of profession's ethics work by building their practices in a way that it is influenced by the determinants of the regulatory environment, and these practices, in return, constantly generate others.

فهرس المحتويات

| العنوان | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| | شكر وعرفان |
| | ملخص الدراسة باللغة العربية |
| | ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية |
| | فهرس المحتويات |
| | فهرس الأشكال |
| أ | مقدمة |
| الفصل الأول: مشكلة الدراسة | |
| 8 | 1 الدراسة الاستطلاعية |
| 10 | 2 إشكالية الدراسة |
| 18 | 3 مبررات اختيار الموضوع |
| 20 | 4 أهمية الدراسة |
| 22 | 5 أهداف الدراسة |
| 24 | 6 مفاهيم الدراسة |
| 36 | 7 منهج الدراسة |
| 40 | 8 الدراسات السابقة |
| 47 | 9 النظرية المتبناة |
| 48 | 10 صياغة الفرضيات |
| الفصل الثاني : مهنة الطب مدخل مفاهيمي | |

| | |
|--|---|
| 51 | تمهيد |
| 52 | 1 التطور التاريخي لمهنة الطب |
| 52 | 1-1 الطب في الحضارات القديمة |
| 57 | 2-1 الطب في الشرائع السماوية |
| 60 | 3-1 الطب في العصر الحديث |
| 63 | 2 مفاهيم أساسية حول الطبيب |
| 63 | 1-2 تعريف الطبيب |
| 65 | 2-2 مفهوم العمل الطبي |
| 68 | 3-2 أخلاق الطبيب |
| 72 | 4-2 علاقة الطبيب بالمريض |
| 76 | 3 القوانين المنظمة لمهنة الطب |
| 76 | 1-3 مدونة أخلاقيات مهنة الطب |
| 77 | 2-3 الميثاق الإسلامي العالمي للطب |
| 85 | 3-3 الميثاق الدولي لأخلاقيات الطب |
| 94 | خلاصة الفصل |
| الفصل الثالث: التمثلات الاجتماعية اقتراب سوسيولوجي ومفاهيمي | |
| 96 | تمهيد |
| 97 | 1 التمثلات الاجتماعية في الدراسات السوسيولوجية |
| 98 | 1-1 التمثل في أعمال دوركايم |

| | |
|---|---|
| 100 | 1-2 التمثل في المنظور السوسولوجي |
| 109 | 2 تحليل مفاهيمي التمثلات الاجتماعية |
| 109 | 1-2 بعض المفاهيم القريبة من مفهوم التمثل |
| 112 | 2-2 نظرية التمثلات الاجتماعية |
| 118 | 3 ديناميكية التمثلات الاجتماعية |
| 120 | 1-3 مميزات مفهوم التمثلات الاجتماعية |
| 120 | 2-3 وظائف التمثلات الاجتماعية |
| 123 | خلاصة الفصل |
| الفصل الرابع: باراديجمات الممارسة في السوسولوجيا | |
| 126 | تمهيد |
| 127 | 1 نظرية الممارسة لدى بيير بورديو |
| 127 | 1-1 المرجعية الفكرية لنظرية الممارسة |
| 131 | 2-1 المخطط العام لنظرية الممارسة |
| 134 | 3-1 المفاهيم المركزية لنظرية الممارسة |
| 148 | 2 نظرية التشكل البنائي لانتوني غيدنز |
| 149 | 1-2 الأساس الفكري لنظرية التشكل البنائي |

| | |
|--|--|
| 152 | 2-2 المفاهيم المحورية للنظرية |
| 155 | 3-2 المخطط العام لنظرية التشكل البنائي |
| 158 | 3 نظرية الإنسان المتعدد |
| 160 | 1-3 نقد نظرية الممارسة عند بورديو |
| 166 | 2-3 نحو سوسولوجيا الإنسان المتعدد |
| 178 | 4 الممارسات في التنظيم |
| 178 | 1-4 الممارسة الاجتماعية في التراث السوسولوجي |
| 180 | 2-4 مفهوم الممارسة التنظيمية |
| 182 | 3-4 مفهوم الممارسة المهنية |
| 186 | خلاصة الفصل |
| الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية | |
| 188 | تمهيد |
| 188 | 1- مجالات الدراسة |
| 200 | 2- أداة الدراسة |
| 204 | 3- الأدوات المساعدة في الدراسة |
| الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة | |
| 208 | 1- مناقشة بيانات التساؤل الأول |

| | |
|-------|---------------------------------|
| 231 | 2- مناقشة بيانات التساؤل الثاني |
| 244 | 3- مناقشة بيانات التساؤل الثالث |
| 258 | 4- النتائج العامة للدراسة |
| 269 | الخاتمة |
| 272 | ببليوغرافيا |
| ملاحق | |

فهرس الأشكال

| الصفحة | عنوان الشكل | الرقم |
|--------|---|-------|
| 191 | الشكل 01: مصالء و وحدات المستشفى | 01 |
| 192 | الشكل 02: الهيكل التنظيمي للمؤسسة | 02 |
| 194 | الشكل 03: حالة الممارسين العموميين للصحة العمومية و شبه الطبيين | 03 |
| 195 | الشكل 04: عدد الأطباء الاختصاصيين بالمستشفى | 04 |

مقدمة

لقد ظلت قضايا الصحة والمرض موضوعا طبيا بامتياز، و لم يحاول علماء الاجتماع مناقشتها نظرا للاعتقاد حينها بكونها موضوعات بيوطبية*. فحياة الجسد الفيزيقي لم تكن تدخل في تعريف الحياة الاجتماعية التي كانت تختص بها الفيزياء الاجتماعية كما تصورتها السوسولوجيا الكلاسيكية. إلا أن هذه الوضعية لم تبق على حالها فمن جهة ساهمت عوامل متعددة منها ما هو مرتبط بتطور العلوم والمعارف، وتطور المؤسسة الطبية نفسها، ومنها ما هو مرتبط بتطورات اقتصادية، ثقافية وسياسية عامة ساهمت في سسجة* الصحة والمرض باعتبارهما جزءا من المجتمع.

فالبحوث الصحية والطبية ذات علاقة وطيدة بالعلوم الإنسانية والاجتماعية والسلوكية بما فيها بحوث الإدارة الصحية ومشاكلها ومعوقاتنا وفهم السلوك الفردي والجماعي وعلاقته بالطب الشعبي والطب الاجتماعي الممارس. و الصحة موضوع عالمي، و تعتبر محل اهتمام كل فرد، والانشغالات المتعلقة بها تحتل مكانة كبرى في حياة الأفراد والأمم. حيث يدور النقاش دوما حول إدماج البعد الأخلاقي في جميع ميادين الحياة. لهذا جاءت المدونات والمواثيق والقوانين، إذ يعتبر في هذا السياق قانون آداب الطب هو قانون واجبات عامة و تقنية تهدف إلى الممارسة السليمة للمهنة، إنه قانون خصوصي يعنى بقواعد مهنة

* بيوطبية : تعني طب الأحياء.
* سسجة : تناولها من زاوية سوسولوجية.

مقدمة

الطب نفسها. و قد أثار هذا الموضوع عدة قضايا منها المسؤولية الطبية، الدعوى التأديبية الناشئة عن مخالفة القواعد الطبية، حوكمة المستشفيات، والممارسات المهنية في المؤسسة الاستشفائية.

لأن المؤسسة لم تبق فضاء يعمل فيه الأفراد، ويتم فيه تقديم الخدمات والمنتجات وحسب، إنما هي كيان اجتماعي يعمل على تشكيل الهوية المهنية للأفراد العاملين فيه، بالتالي يساهم في تشكل المسارات المهنية وآليات التنشئة الاجتماعية والمهنية، وتمثلات العمل، لأن الفرد يدخل في علاقة تفاعل مستمر بينه وبين الآخرين في العمل، حيث تعكس معان تتبلور في شكل أفكار وصور ومفاهيم وينشأ عنها انتماءات وأدوار ومراكز ومواقع وممارسات، فالعامل في سيرورة العمل خلال مساره المهني يبني أفكار وصوراً ومعان ومعلومات و حدوداً و مواقف تتحد فيما بينها ليشكل مجموعها تمثلاته الخاصة به في المهنة.

ومن بين هذه المهن عانيت دراستنا الحالية بالمهنة الطبية، إذ يعتبر الطب كمهنة، عمل منظم تتأسس ممارسته بناء على معارف نظرية وتطبيقية. ولهذا الغرض جاءت أخلاقيات المهن لكي تنظم السلوك العام لأعضاء المهنة، وتحكم تقاليدهم ومعايير انتقائهم وترتيب مستوياتهم المهنية وتوجه مزاولتهم المهنية. ولأن الطبيب يدخل في شبكة علاقات اجتماعية متداخلة معقدة ومرنة، نظراً لتعدد مسؤولياته المهنية، الوظيفية، والتنظيمية، وتترتب عن ذلك مسؤوليات متعددة، خاصة فيما يتعلق بموضوع الممارسة

مقدمة

نظرا لأنه يرتبط بنسق يتحدد بمجموعة من الجوانب والإمكانيات والإجراءات التنظيمية، الوظيفية والمهنية باعتبار الطبيب موظف ومهني، هذه المحددات تتحكم في مزاولته لمهنته.

وفي هذا الصدد تعبر الممارسة الطبية عن عمليات اجتماعية تمثل أحد الطرق لفهم المجتمع، وفي هذا يهتم علم الاجتماع بتحسين المعرفة العلمية المتعلقة بالبناء والعمليات الاجتماعية، والأدوار والتفاعل والهوية، وتعميق معرفتنا وفهمنا للتمثلات الاجتماعية.

ولتناول هذه المفاهيم المتعلقة بالممارسة والتمثل من زاوية سوسيولوجية كان على الباحثة أن تنقيد بالأطر النظرية التي تعالج هذه المواضيع، حيث يتعلق الأمر بنظرية الممارسة السوسيولوجية لـ بيير بورديو وكذا مفهوم الهابيتوس الذي يشير للتمثلات الاجتماعية، ونظرا لطبيعة الموضوعات التي تتناولها العلوم الإنسانية بالدراسة والتي تتميز بالتقاطع والتعدد لأنها متعددة الأبعاد سعت الباحثة جاهدة للنقيد بالموضوع في حدود علم الاجتماع.

ومن الطرح السابق تظهر أهمية تناول موضوع الدراسة، في فهم الآليات التي تحرك ممارسات الطبيب، لأن التمثلات مهمة جدا في محيط العمل إذ من خلالها يمكن معرفة الصورة أو الانطباع الذي يحمله الطبيب حول مهنته ومنه تحديد المحددات التي تعمل على تغيير ممارساته المهنية.

وبناء على ما تقدم و بالانطلاق من المشاهدات والملاحظات الميدانية في مستشفى بن عمر الجيلاني بالوادي سابقا ومستشفى محاد عبد القادر بالجلفة، وحتى مستشفى الأم والطفل بالوادي، ومع

مقدمة

اعتبار الموضوع محط اهتمام الباحثة منذ وقت سابق وبعد عملية النزول لميدان البحث، فقد أجريت الدراسة الميدانية بمستشفى محاد عبد القادر بالجلفة باعتباره أنموذجا للمؤسسة الطبية التي تتجلى فيه ظاهرة الدراسة، حيث ستعمل الباحثة في هذه الدراسة على الكشف عن الممارسات والتمثلات لأخلاقيات المهنة التي يحملها عينة من الأطباء في هذه المؤسسة. وذلك وفق الخطة المبينة في الفهرس والجدير بالإشارة أن الخطة مختلفة قليلا لما يتماشى وطريقة البحث الاستقرائية، وقد تم شرح الأسباب في المنهج وبقية الخطوات المنهجية. والتي يمكن إجمالها في:

الفصل الأول: وقد استفتحت الباحثة هذا الفصل بالدراسة الاستطلاعية التي انطلقت من ملاحظات

ومشاهدات تبلورت في فكرة البحث كأول خطوة يقوم عليها البحث الاستقرائي. ثم تلتها مشكلة الدراسة من خلال صياغة إشكالية الدراسة منتهية بسؤال البحث، فقد اكتفت خلالها الباحثة بفكرة موجه، كما هو الحال في البحوث الكيفية. وهذا إلى أن انتهت لصياغة وبناء فرضية عند نهاية تحليل ومناقشة النتائج وقد أدرجتها في نهاية هذا الفصل. بعد ذلك تم تقديم منهج الدراسة في هذا الفصل حيث ارتأت الباحثة القيام بذلك دون إدراجه في الفصل الخامس المتعلق لإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، نظرا لأنه يبرر عدة خطوات معتمدة في البحث تتعلق بالدراسة الاستطلاعية، الفرضية، التساؤلات، هدف البحث والدراسات السابقة.

مقدمة

ثم التعرض لشرح أهداف الدراسة ودوافع اختيار الموضوع إضافة إلى المفاهيم الأساسية في البحث وكذا أهمية الدراسة، كما وتناولت الباحثة المقاربة النظرية المتبناة حيث تم تبني نظرية الممارسة لبورديو، بالإضافة إلى الدراسات السابقة.

بينما تعرض الفصل الثاني: مدخل مفاهيمي لمهنة الطب.

من خلال شرح المفاهيم المتعلقة بها بما فيها الطبيب والعمل الطبي وكذا تقديم التطورات التاريخية لهذه المهنة وصولاً إلى أهم الأخلاقيات التي تحكمها التي تنقسم بين المواثيق الدولية الإسلامية والوطنية.

أما الفصل الثالث: معنون بـ التمثلات الاجتماعية من زاوية مفاهيمية وسوسولوجية

وقد تم تناول مفهومها وديناميكياتها والأعمال السوسولوجية المتعلقة بها من طرف السوسولوجيين، وذلك من أجل فهم أكثر للتمثلات الاجتماعية.

وفي الفصل الرابع: تحت عنوان باراديغمات الممارسة في السوسولوجيا.

وتم التعرض فيه إلى المقاربات السوسولوجية في هذا الصدد تتعلق الأولى بنظرية الممارسة لبورديو وكذا نظرية التشكيل البنائي لـ غيدنز وأخيراً إلى نظرية الإنسان المتعدد لـ بيرنار لايبير، ثم التعرف على أهم الممارسات في التنظيم.

مقدمة

ويتعلق الفصل الخامس: بالإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية بما فيه مجالات الدراسة بالإضافة

إلى أدوات جمع البيانات وأخيرا خصائص أفراد العينة.

الفصل السادس: وقد تم فيه عرض ومناقشة البيانات الميدانية للتساؤل الأول، التساؤل الثاني والتساؤل

الثالث وصولا إلى الاستنتاج العام.

وأخيرا الخاتمة التي انتهت ببناء فرضية ثم خلصت لمواضيع مقترحة كأفاق لبحوث مستقبلية.

وأخيرا الببليوغرافيا المستعملة في الحصول على المعلومات.

الفصل الأول: مشكلة الدراسة

- 1- الدراسة الاستطلاعية
- 2- إشكالية الدراسة
- 3- مبررات اختيار الموضوع
- 4- أهمية الدراسة
- 5- أهداف الدراسة
- 6- مفاهيم الدراسة
- 7- منهج الدراسة
- 8- النظرية المتبناة
- 9- الدراسات السابقة
- 10- صياغة الفرضيات

1. الدراسة الاستطلاعية:

تكتسي الدراسة الاستطلاعية أهمية كبرى في الدراسات التي تركز على الطريقة الاستنباطية، وعادة ما تسبق العمل الميداني في حد ذاته، ويتم من خلالها تحديد الإشكالية والتساؤلات والفرضيات بشكل أدق، وتجريب التقنية وتعديلها. بينما يتم اللجوء إلى هذه العملية لتعديل أدوات جمع البيانات في الدراسات التي تعتمد الطريقة الاستقرائية¹. حيث يركز استخدام هذه الطريقة على البدء في من البيانات التي جمعها الباحث أو المشاهدات التي لاحظها².

وتكمن أولى الإجراءات التي يقوم به الباحث في استطلاع كل من الأدبيات والميدان المتعلقان بالدراسة، ولقد أتاح ذلك التعرف على ميدان البحث وبعض الجوانب المتعلقة به تكوين أفكار حوله. كما ساعد على تدقيق مشكلة البحث وضبط سؤال الانطلاق.

وقد يتساءل القارئ لهذا العمل حول إيرادنا لهذه الخطوة في بداية البحث ذلك أن الدراسة الاستطلاعية تأتي في العادة عند النزول للميدان، وبما أن دراستنا هذه انطلقت من الميدان أولاً وذلك بخلاف ما هو متبع كما أسلفنا حسب الطريقة الاستقرائية.

¹ -Jean-claude kaufmann, L'entretien compréhensif, Paris, Edition Nathan, 1996, p38.

² - أيمن، عبد المجيد وأباهر السقا. دليل ومبادئ عمل تطبيقية حول البحوث الميدانية في الأراضي الفلسطينية المحتلة: تقييم التجربة ورؤية للمستقبل. جامعة بيرزيت: مركز دراسات التنمية. فلسطين، 2014، ص 35.

ونستطيع تحديد مرحلة استكشاف ميدان الدراسة تقريبا حين قيام الباحثة بإجراء دراسة التخرج لمرحلة الماجستير، إضافة إلى الأشهر القلائل الأولى من مرحلة التكوين في الدكتوراه. حيث سمح هذا للباحثة بصياغة وبناء إشكالية أولية إلى غاية ظهورها في شكلها التي هي عليه الآن.

ثم تبع ذلك زيارات لرئيس قسم الموارد البشرية وبعض مرؤوسيه بغرض الحصول على الموافقة واستلمنا المعلومات المتعلقة بالمؤسسة والأطباء الموظفين وجداول مناوباتهم والمستوصفات التي يقومون فيها بعمليات المعاينة، وقد تم خلالها تجريب دليل المقابلة مبدئيا، والذي أجري مع طبيب اختارته الإدارة بعد مراجعته من طرف الأستاذ المشرف وكذلك أستاذ علم الاجتماع سعيد المصري بجامعة الإسكندرية والأستاذ جلود رشيد بجامعة الجلفة وتم بعدها ضبط الدليل بشكل نهائي. وإجراء المقابلات في الفترة من سبتمبر إلى غاية ديسمبر من سنة 2019.

2. إشكالية الدراسة:

يعتبر الطب كغيره من العلوم في تقدم مستمر، وكان من شأن هذا التقدم أن تغيرت وسائل العلاج التقليدية، وظهرت وسائل فنية حديثة أكثر فاعلية في اكتشاف الحالات المرضية و في علاجها أو الوقاية منها، وهذه الوسائل حققت إيجابيات وفوائد عديدة للبشرية، إذ بفضل إجراء التجارب الطبية على جسم الإنسان تمكن الطب من التغلب على العديد من الأمراض وحماية صحة الإنسان و حياته ، بحيث حققت اغلب هذه التجارب نجاحات باهرة في توسيع آفاق المعرفة الطبية وإنقاذ أرواح الملايين من البشر من خلال تخليصهم من العديد من الأمراض التي كانت تحصد أرواحهم إلى غاية وقت قريب، كأعراض التدرن الرئوي والملاريا والجذري والزهري وغيرها من الأمراض المستعصية المزمنة والوبائية كمرض جنون البقر وانفلوانزا الطيور وحتى كورونا، ولا تزال الأبحاث الطبية مستمرة لمعالجة الايدز ومختلف أنواع السرطانات وفيروس كوفيد19.

غير أن هذا التطور الذي وصلنا إليه الآن في المجالات الطبية المختلفة، جاء بعد مرحلة مخاض عسيرة ترتب عنها حدوث الكثير من المآسي التي راح ضحيتها المئات من الأشخاص عبر مختلف المراحل التاريخية التي مرت عليها البشرية لاسيما الحربين العالمية الأولى والثانية، والتي مورست فيها التجارب الطبية على أسرى حرب و مدنيين بشكل مكثف و بطرق وحشية تسببت في هلاك العديد منهم. وقد كشفت الحرب العالمية الثانية عن مشاركة أطباء في سياسات تعذيب وما عرف بتحسين النسل.

وتمثل مشاركة الأطباء المدنيين والعسكريين في أعمال التعذيب ومعاملات مهينة بحق المحتجزين في إطار الحرب على الإرهاب خطوة جديدة في إدراك طبيعة ومدى هذه الظاهرة.

فبعد انتهاء الحرب العالمية الثانية اكتشف العالم الأمور الفظيعة التي حدثت في معسكرات الموت الألمانية و اليابانية، و التي ارتكبتها أطباء، مما أدى إلى إدانة هذه الممارسات الطبية، وكان من أهم نتائجها تشكيل محكمة نورمبرغ العسكرية لمحاكمة الأطباء النازيين وإدانتهم بأحكام تتراوح بين الإعدام والسجن، بالإضافة إلى صدور تقنين نورمبرغ، الذي يعد أول تقنين دولي ينظم إجراء التجارب الطبية على الإنسان، ومنذ ذلك الحين ازداد الاهتمام بحقوق الإنسان المختلفة التي حرصت كافة الشرائع السماوية على حمايتها، مما ترتب عنه ظهور عدة موثيق واتفاقيات وإعلانات دولية وقوانين وضعية حديثة تعترف بحق الفرد في سلامة صحته البدنية والعقلية وتوفر الضمانات الكفيلة بممارسة الفرد لهذه الحقوق التي أصبحت تندرج ضمن مبدأ حرمة الكيان البشري. و بظهور هذا المبدأ أصبح ينظر إلى الإنسان بأنه غاية التنظيم الاجتماعي ومن أهم وأكثر عناصر الحياة تقديسا، مما يستوجب حمايته في كيانه المادي والمعنوي اللازمين لوجوده كي يستمر تقدم المجتمع و ازدهاره، فلا يجوز أن يكون جسم الإنسان محل أي اتفاق إلا من أجل سلامته وصيانتته، و يعتبر المساس به انتهاك لحرمة الكيان الجسدي.

إلا أن التطور العلمي الهائل الذي يعرفه الطب مؤخرا، أدى إلى إعادة النظر من جديد في المفهوم

التقليدي لمبدأ حرمة الكيان البشري، بحيث أدت التطورات في الميادين المعرفية النظرية والتطبيقية في

مجالات البيولوجيا وعلم الوراثة الجينية إلى تغيرات جذرية في طريقة عيشنا وتفكيرنا، فقد أصبحت أعضاء جسم الإنسان ومشتقاته محلاً للاستغلال وللاستعمالات المختلفة.

وقد أدى هذا إلى تبني قواعد دولية جديدة في مجال الأخلاقيات الطبية. وتسعى تلك القواعد إلى تحقيق هدفين يكملان بعضهما بعضاً: حماية المريض من سوء السلوك من جانب الطبيب وأيضاً حماية الطبيب من الضغوط الاجتماعية والسياسية.

حيث أعدت الجمعية الطبية العالمية وتبنت في عام 1983 ميثاقاً عالمياً لأخلاقيات مهنة الطب (عُدل في عام 2006) يوضح التوافق على المبادئ الأساسية في أمور أخلاقيات مهنة الطب. وتكمل هذه الوثيقة القواعد الوطنية والقواعد التي تتضمنها نصوص دولية سابقة مثل ميثاق نورمبرغ لعام 1947، والذي يتعلق بأخلاقيات مهنة الطب لاسيما التجارب العلمية على البشر، إعلان جنيف لعام 1948، قواعد دولية خاصة تنظم المهام الطبية في حالات النزاعات المسلحة لاسيما حق الجرحى والمرضى في المعاملة وفقاً للقواعد الطبية المعززة (اتفاقيات جنيف لعام 1949 والبروتوكولان الإضافيان لعام 1977)، وقواعد دولية خاصة تنظم المهام الطبية في حالات الاحتجاز، المدونة الدولية لآداب مهنة الطب التي أعدتها الجمعية الطبية العالمية مؤسسة للمبادئ والالتزامات.

ويجبر التزام الأطباء على التصرف بما يصب حصرياً في مصلحة المريض. هذا الالتزام يضع سلطة الطبيب على المريض في نصابها الصحيح. فحتى لو كان يتعين دوماً على الطبيب التصرف بما

يصب في مصلحة المريض فينبغي ألا يضع نفسه مكان المريض ويقرر ما يريده هو. هذا الواجب موضح جيداً في أغلب القوانين الوطنية و يؤدي إلى دعاوى قضائية لطلب التعويض. و عندما لا يكون بوسع المريض لأسباب طبية أو قانونية (مريض قاصر أو غائب عن الوعي) أو عندما يتعذر أن يكون قرار القبول حرّاً (كما في حالة المحتجزين) يكون الطبيب مسؤولاً عن الطبيعة الأخلاقية للقرار وللعمل الطبي. وقد يتجاوز المعيار الأخلاقي أو يتعارض مع التوجيهات القانونية أو الإدارية.

وإذا لم يمتثل الطبيب لمبادئ أخلاقيات المهنة فإنه قد يواجه إجراءات تأديبية من جانب المنظمات المهنية ويؤدي هذا أيضاً إلى مقاضاته لطلب التعويض للضحية أمام المحاكم المدنية. وربما يشكل هذا أيضاً جناية تستوجب المقاضاة أمام المحاكم في حالة انتهاك السرية الطبية أو التواطؤ في إساءة معاملة. وقد تشكل بعض الانتهاكات لأخلاقيات مهنة الطب جرائم وتخضع للملاحقة القضائية أمام محاكم وطنية. وتجدر الإشارة أنه لا توجد اتفاقية دولية تنظم مضمون أخلاقيات مهنة الطب في أوقات السلم. ويُنظّم هذا الجانب على المستوى المحلي من خلال مدونات السلوك التي تصوغها الاتحادات المهنية الصحية التي تملك أيضاً السلطة لفرض عقوبات تأديبية. ويمكن المعاقبة على أخطر الانتهاكات بموجب القانون الجنائي الوطني، أمّا الانتهاكات الأقل خطورة فقد تؤدي إلى دعاوى تعويضات أمام المحاكم المدنية. ويختلف محتوى مدونات السلوك الوطنية باختلاف البلد لكن المبادئ الأساسية معترف بها في كل بلد.

ولقد ظلت الجزائر منذ 1992 تعتمد على مدونة أخلاقيات مهنة الطب التي لم تواكب التحولات التي شهدتها المجتمع الجزائري في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية وكذلك التحولات المرتبطة بالبيئة الخارجية المتمثلة في تحديات العولمة والتكنولوجيا والتطور البيولوجي والعلمي وظهور أمراض جديدة وغيرها من التحديات جعل المضمون الحالي للسياسة الصحية لا يواكب المرحلة الراهنة مما استوجب تكييف التفكير والجهد لمواءمة السياسة الصحية في بلادنا من أجل تحقيق أهداف الدولة في بناء منظومة صحية متطورة ومتوازنة و الاستجابة إلى آمال المواطن في تغطية صحية فعالة. لأن الممارسات المهنية تستند في الأساس على الأخلاقيات. فالأخلاقيات جزء من ظواهر وأنساق المجتمع، ولها وظائفها، وضرورتها الاجتماعية في البناء الاجتماعي كما أنها جزءاً من مكونات وترابط هذا البناء في مختلف المجتمعات.

حيث لوحظ أن مجتمعنا أصبح يعيش يوميا على وقع الأخطاء الطبية التي انتشرت بشكل كبير مما انقص من ثقة المواطنين في القطاع العام. و التي أصبحت مع مرور الوقت تشكل هاجسا يدفع ثمنه المواطن.

ومع بداية العشرية الأولى من القرن 21 أصبح من الصعب التكهّن لما سيؤول إليه الواقع الصحي. لهذا وجب التفكير في طرح طريقة لتناول المشكلات المتعلقة بالممارسات الطبية وحتى حلها إن أمكن ذلك.

وكان صدور قانون الصحة الجديد في 2018 إحدى الآليات التي تهدف إلى تكريس حقوق المريض في الإعلام بخصوص حالته الصحية وموافقته المستنيرة وحقه في الطعن لدى لجنة الصلح والوساطة وكذا حق المريض في الحصول على طبيب مرجعي، مع احترام الكتمان والسر الطبي. إضافة إلى إدراج بنود تعنى بالأخلاقيات.

غير أن الأخلاقيات الطبية لا تنحصر في تطبيق توصيات قانون أو اتفاقية أو منظمة وحسب، بل إن لكل طبيب مبرراته الخاصة في احترام وإتباع تلك التوصيات من عدمها حسب ما يعيشه، إضافة إلى تعرض الطبيب لحالات عديدة لها علاقة بالأخلاقيات المهنية دون أن يتطرق لها القانون أو المواثيق. فلا يبقى على الطبيب إلا تحمل مسؤولية قراره الشخصي. لأن صفة القوانين أنها مجردة ملزمة وغير قابلة للتأويل.

والممارسة الميدانية الطبية حافلة بالحالات التي لم يفصل فيها القانون، وهي الحالات الخاصة التي تعترض الطبيب عند ممارسة نشاطه، وغالبا يرجع الأطباء إلى اتخاذ القرار الصائب في نظرهم والذي

يربح ضميرهم لكن بالمقابل قد يعرض الأطباء أنفسهم للخطر. ولهذا أصبح موضوع الممارسة الطبية يثير حاليا إشكالات عديدة مردها السلوكيات الأخلاقية والمرجعية القانونية. لأن الأخلاقيات الطبية ليست كلها محل اتفاق، كوسائل العلاج، استعمال بعض الأدوية، إنهاء الحياة، وغيرها.

ومن المعلوم أن الطبيب يملك السلطة العلمية بحكم تخصصه، التي تمكنه من إصدار التعليمات والقرارات حسب كل حالة، لكن بالمقابل هو إنسان لديه اتجاهاته ومعتقداته وميوله، وخبراته ومعلوماته وأفكاره ومفاهيمه، كل هذه العناصر هي التي تشكل تمثلاته كفرد، وهذه التمثلات تعتبر المرجعية التي يستند إليها الطبيب عند ممارسة لمهنته. لذا يختلف كل طبيب في طريقة علاجه وتعامله.

والتي عبر عنها بورديو بالهابيتوس الذي يشمل تلك الاستعدادات التي يكتسبها الطبيب في حقل الطب بشكل لا واعي، والتي تمكنه من التكيف والاندماج في التفاعلات التي تجري في المجال الطبي الذي ينتمي إليه. والتي يمكن تطويرها من طرف الطبيب الفاعل نفسه وذلك كلما تحكم أكثر في رأس المال النوعي أي كل موارده المختلفة خاصة إذا تعلق الأمر بالنصوص القانونية والأخلاقية.

لأن مكانة الطبيب ترتبط بفعالية دوره، ويبدو عامة حسب رأي عدد من الأطباء أن هذا الاحترام المحيط بهم تراجع مما هو عليه سابقا. ويرجع هذا إلى بعض سلوكيات الأطباء أنفسهم وذلك في

ممارساتهم في ظل أخلاقيات المهنة والقوانين والمواثيق والتشريعات. التي يلتزم بها الأطباء بشكل مطلق.

وقد اتخذت إجراءات تأديبية وأخرى جزائية أحيانا عند مخالفتهم لها.

وبناء على ما سبق، وبالرجوع للملاحظات الميدانية التي فاقت مدة سنة بمستشفى بن عمر

الجيلاني بالوادي، والتي أرفقتها مشاهدات أخرى بمستشفى محاد عبد القادر بالجلفة وكذا مستشفى الأم

والطفل بالوادي، والتي نعتقد أنها تتشابه في المستشفيات الجزائرية، تأتي هذه الدراسة لمحاولة معرفة مدى

تطابق ما يتمثله الطبيب حول مهنة الطب مع ما يمارسه في أرض الواقع، وانطلاقا من استطلاع

الأدبيات وكذا ميدان دراستنا الذي تحدد في مستشفى الجلفة حول الموضوع تحددت تساؤلات الدراسة في:

التساؤل الرئيسي :

- كيف تؤثر تمثلات أخلاقيات المهنة للطبيب بمستشفى محاد عبد القادر على ممارساته؟

التساؤلات الفرعية : لقد تم تقسيم التساؤلات حسب التحليل المفهومي لأبعاد التمثلات الميدانية وهي ثلاثة

أبعاد تتمثل في: **المواقف، المعلومات والمجال.** وعليه و للإجابة عن التساؤل الرئيس قمنا بطرح

التساؤلات الآتية:

1. كيف تساهم المعلومات التي يمتلكها الطبيب بمستشفى محاد عبد القادر في ممارسته لمهنته؟

2. ما هي مواقف الطبيب بمستشفى محاد عبد القادر تجاه مهنته؟

3. كيف يؤثر مجال عمل الطبيب بمستشفى محاد عبد القادر في ممارسته المهنية؟

3. مبررات اختيار الموضوع:

تنقسم إلى :

1- الأسباب الموضوعية : وتتمثل في :

- يعد هذا القطاع من أكثر القطاعات الخدمية أهمية باعتباره مطلبا أساسيا لجميع المواطنين وهو يتعلق مباشرة بموضوع صحة الأفراد.
- انتشار المشكلات المتعلقة بصحة المواطنين كان سببا رئيسيا في اختيار هذا القطاع ليكون مجالا للتطبيق.
- اعتماد هذا القطاع بصفة أساسية على أخلاقيات المهنة بما تشمله من سلوكيات الالتزام التنظيمي والانضباط.
- على المستوى الوطني هناك اهتمام بالموضوع، إذ يشهد قطاع الصحة انحرافات وأخطاء طبية، وما ترتب عنه من مجهودات حيث صرح رئيس نقابة التحذير والإنعاش "عبد الله لكسيل" في 09 سبتمبر 2011 أن مجلس الأخلاقيات كان يخص الأطباء الخاصين والعامين وأطباء الأسنان فقط في قانون الصحة القديم، وورد فصل كل منها في القانون الصادر مؤخرا لكنه لا بد من قرار

صريح يمكنهم من ذلك معتبرا أن هذا سيخدم المريض أولا¹، وعلى غرار ذلك في مجال التربية تم

التوقيع في فترة غير بعيدة مشروع ميثاق أخلاقيات المهنة في النظام التربوي يوم 2015/11/29

لتوفير مناخ ملائم للسير الحسن للعمل²، والذي تم تنفيذه في 2016؟.

- يعتبر هذا الموضوع من المواضيع الحديثة إذ عرض وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

مختار حزبلوي مشروع قانون الصحة الجديد على لجنة الصحة والشؤون الاجتماعية والعمل

والتكوين المهني بالمجلس الشعبي الوطني، حيث أكد الوزير أن مشروع قانون الصحة الجديد هو

مشروع توافقي يجعل القطاع أكثر شمولية، وأنه سيعطي دفعا جديدا للمنظومة الصحية من خلال

منح الأولوية لتشجيع الإنتاج الوطني للدواء، ويوضح مشروع القانون الجديد جوانب لم يتناولها

القانون القديم حيث ركز على صلاحية تنظيم أخلاقيات الطب بما يخدم المجتمع والتحول التي

يمر بها كما حافظ على مبدأ مجانية العلاج حيث يكرسها في مادتين مختلفتين³.

- صدور قانون الصحة 2018 وما يترتب عنه من نتائج.

- و لما للموضوع من أهمية سنأتي على ذكرها والتي تجعل منه موضوعا شيقا للدراسة.

1- "مجلس أخلاقيات المهنة لكل سلك في قانون الصحة الجديد". جريدة الجزائر، الثلاثاء 09 سبتمبر 2014.

2- وزارة التربية الوطنية، ميثاق أخلاقيات قطاع التربية الوطنية. طبعة 2016. المركز الوطني لوثائق التربية. 2015/11/29.

3- الإذاعة الجزائرية، عرض مشروع قانون الصحة الجديد على لجنة الصحة والشؤون الاجتماعية بالبرلمان. 2017/11/07.

2- الأسباب الذاتية : وتشتمل على :

- رغبة الباحثة الذاتية في الموضوع الذي كان محل اهتمامي ودراستي منذ مرحلة الماجستير، حيث كانت الدراسة تحت عنوان أخلاقيات المهنة الطبية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي بمؤسسة بن عمر الجيلاني بالوادي، ولقد أثارت الدراسة السابقة موضوع البحث الحالي والتي لاحظنا تشابهها في مستشفيات عديدة.

4. أهمية موضوع الدراسة:

تكمن أهمية البحث بالقيمة التي يقدمها من خلال نتائجه، وبالرجوع إلى المحاور الأساسية المشكلة لموضوع الدراسة تتجلى أهميته في :

- هناك العديد من الدراسات التي تناولت مهنة الطب في الفلسفة، علم النفس، الأنثروبولوجيا خاصة القانونية منها، غير أننا سنتناول الموضوع بمنظور سوسولوجي وذلك بربطه بالتمثل من جهة والممارسة من جهة أخرى. وكون مهنة الطب ظاهرة تستحق الدراسة في علم اجتماع التنظيم والعمل لأن الطب مؤسسة عملية ، وبما أن مهنة الطب من أكثر المهن حساسية كونها تتعلق بحياة الإنسان فهذا يضيفي للدراسة أهميتها.
- أما بالنسبة لموضوع الممارسة الاجتماعية نجد على مستوى علماء الاجتماع لم يكن الموضوع

من اهتمامات علماء الاجتماع الأوائل، إذ ظهر حديثا مع بورديو خاصة -حيث يعتبر هو من

أسس هذا المفهوم-، وغيدينز ثم لاحقا برنار لاير تلميذ بورديو. وتتسم الأدبيات التي تتناوله باستثناء كتب بورديو بالقلة حسب بحثنا. وهذا ما يجعل الموضوع ذا أهمية خاصة إذا تعلق الأمر بممارسة مهنة الطب.

• أما فيما يتعلق بموضوع التمثل فالبنية التنظيمية وتصورها يحدد مكان الممارسة داخل المنظمة لأنه بتحديد طبيعة النشاط الذي تتم فيه الممارسة وتحديد أيضا طبيعة الاستعدادات المستبنة من طرف المجموعة الإنتاجية أو الفئة العمالية التي ستقوم بعملية الإنتاج لأن ممارسة العمل أو الإنتاج يختلف من مكان إلى مكان.

فحسب بورديو لا توجد علاقات اجتماعية إلا وتوظف مجموعة من التمثلات، حيث تعتبر هذه الأخيرة مهمة جدا في محيط العمل إذ من خلالها يمكن معرفة الصورة أو الانطباع الذي يحمله الطبيب حول مهنته وهنا تكمن أهمية موضوع البحث في الربط بين التمثل والممارسة لأن ممارسة مهنة الطب ترتبط بشروط وظروف وتتطلب استعدادات لا تتأتى إلا عن طريق التمثل.

ونظرا لقلة الدراسات التي تناولت الموضوع -حسب اطلاعنا طبعاً- نأمل أن تأتي دراستنا في هذا الصدد لتعطي إضافة من خلال نتائجها، إذ يمكن للمستشفى محل البحث والمعنيين الاستفادة من نتائج هذه الدراسة نظرا لطبيعة العاملين والمهن التي يمارسونها في المستشفيات، والتي ترتبط مباشرة بحياة المرضى، وكذا التعرف على الممارسات الصحيحة في المهنة.

5. أهداف الدراسة:

بصفة عامة إن هدف أي دراسة هو الإجابة عن التساؤلات المطروحة في الإشكالية.

ويتمثل الهدف الرئيسي لهذا البحث في محاولة الكشف عن الواقع الممارس للأطباء الموظفين بالمؤسسة،

وذلك بمعرفة الفرق بين الأفكار والتصورات التي يحملها الطبيب والأفعال الممارسة التي يقوم بها.

والتوصل لـ:

- المعايير التي تحول دون التزام الطبيب أثناء ممارسة مهنته بالمدونات الأخلاقية الجزائرية،

الإسلامية والعالمية. وكذا المعايير التي تمنع الطبيب من الالتزام بالنصوص القانونية المنظمة

لمهنة الطب والمتمثلة في قانون الصحة والنظام الداخلي للمؤسسة محل الدراسة وقانون الوظيفة

العمومية عند ممارسة مهنته.

- بالمقابل معرفة المحفزات المساعدة على تقييد الطبيب بالمدونات الأخلاقية الجزائرية، الإسلامية

والعالمية أثناء ممارسة مهنته. بالإضافة للمحفزات المساعدة للطبيب في التزامه بالنصوص

القانونية المنظمة لمهنة الطب والمتمثلة في قانون الصحة والنظام الداخلي للمؤسسة محل الدراسة

وقانون الوظيفة العمومية عند قيامه بممارسة مهنته.

- من خلال ما سبق الوصول إلى مجموعة من المحددات المؤثرة في سلوكيات التزام الأطباء وقيمهم، وتحديد علاقة تفعيل تلك السلوكيات.
- الوقوف على واقع المهنة في قطاع الصحة ومدى مطابقتها للمبادئ المعمول بها : الأخلاقية، القانونية والتنظيمية المتعلقة بهذا الموضوع .

6. مفاهيم الدراسة:

ترى غرافتيز أن المفهوم في العلوم الاجتماعية يحقق وظيفة التنظيم والتوجيه والتعيين والتنبؤ، وهو طريقة للتصور ينظم الواقع محتفظا بصفات الظواهر المتميزة¹.

وتعدّ المفاهيم أدوات أساسية يحتاج إليها الباحث لوصف وتفسير ما يريد من وقائع في العلوم الاجتماعية، بل وربما في غيرها أيضا، ويندر أن نجد اتفاقا في الأوساط العلمية على مفهوم، سواء من حيث المعنى أو من حيث جدواه، ومن أجل هذه الأسباب كان من الضروري على الباحث أن يقوم بتحديد ما يريده من هذا المفهوم، وخاصة تلك التي يعتبرها أساسية، ويتوقف فهم ما يقترحه من قضايا وما يستعرضه من أفكار على فهمها بشكل واضح يزيل الغموض.

1-6 أخلاقيات المهنة الطبية:

• المهنة **Profession** هذا المصطلح يشوبه الغموض، كان يقصد به في بداية القرن العشرين مجموعة المهن الليبرالية، أي «الوظائف ذات الطابع الفكري التي تكتسب قيمة اجتماعية حسب نموذج الطبيب أو المحامي، والتي يتنافى الأجر فيها مع فكرة الربح». وظهرت معان أخرى فيما بعد تضع في مقدمتها ممارسة وظيفة متخصصة ومتعارف عليها ومنظمة، كما تركز في الوقت نفسه على نشاط ونمط العمل المنفذ، ومجموعة مصالح جماعة معينة يمارس الجميع فيها الحرفة نفسها.

1- مادلين، غراويتز. مناهج العلوم الاجتماعية. ت: عمار سام. ط1. دمشق: المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر. سوريا، 1993، صص 53-54.

كذلك تتنوع مجالات التقصي تنوعا كبيرا هكذا تركز تحاليل كارل ماركس على روابط الإنتاج الاجتماعية، وتستند تحاليل ماكس فيبر المخصصة للبيروقراطية على عملية تحديث ومعايير الكفاءة والعقلانية، ويتوقف الوضع على طبيعة المهمات المنجزة. ويعتمد بارسونز على نمط العلاقة العلاجية مركزا على الصلة بين المعايير الاجتماعية والقيم الثقافية، هنا تظهر أهمية ثلاث عناصر هي: التحديد الدقيق لقواعد الأداء، وتكوين ذو مستوى عال في مدارس معترف بها، بالإضافة إلى قبول وتطبيق قانون أخلاقي يستوجب حق الرقابة وإمكانية إشراف الأعيان عليه¹.

و يرى بارسونز في عمله المعنون بـ"العلاج النظري للمهن والمرض" سنة 1951 بأن المهن أصبحت وظيفة مهيمنة و حاول أن يميز بين المهن كالتطب وممارسة الأعمال التجارية، فالتفاعل هو الموضوع الرئيسي في المهن كالتطب، بينما التنافس هو المتغير الأساسي في عالم المال والأعمال².

تتميز المهن أيضا عن الأعمال الأخرى فهي حتى لو كانت تؤمن عائدات مهمة فالربح ليس غايتها بمعنى الأولوية ليست لكسب المال للمهني، فالطبيب ليس مفروض أن يجمع المال على حساب زبونه فحتى في النظام الليبرالي لا يختار الطبيب زبائنه على أساس قدرتهم المالية كما لا يمكن له أن يتخلى عنهم في حالة الخطر بحجة عدم إمكانيتهم (عوزهم).

1- أحمد زكي، محمد بدوي. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان، 1978، صص 148، 147.

2- عايد، الوريكات. مرجع سابق، ص 18.

كما يتمتع المهنيون أيضا بنوع من استقلال ذاتي بالنسبة لوصاية السلطات التسلسلية أو السلطات العامة أو يمكن للطبيب أن يتذرع بسرية المهنة حتى لو كان أجيرا لدى غيره، كما أن ليس باستطاعة القاضي التحقيق أو الشرطة إلزام المحامي بتقديم معلومات تجرم موكله، يحافظ المهني على استقلال معين إزاء زبائنه والسلطات السياسية والإدارات العامة والخاصة التي تمول خدماته، إن هذا الاهتمام باستقلالهم هو الذي يجيز معاملة المدرسين حتى مع كونهم موظفين كما هو الحال في الجزائر بصفتهم مهنيين¹.

- ولقد عرفها "كارتنز" بأنها ظاهرة اجتماعية يمكن ملاحظتها ووصفها وتحليل عناصرها وتؤثر فيها عوامل مختلفة وتعمل على نموها أو ذبولها، وتضم مجموعة من الأفراد الذين أعدوا إعدادا عاليا في مؤسسات تعليمية متخصصة لممارسة الأعباء التي تفرضها هذه المهنة.²
- ❖ يعالج هذا التعريف مفهوم المهنة كظاهرة اجتماعية حسية قابلة للملاحظة، الوصف والتحليل، تتأثر بعوامل، وهي ذات مجموعة من الأفراد معدون في مؤسسات متخصصة وفقا لما تستوجبه المهنة، وما نلاحظه أيضا أن المهنة في القديم لم تكن لها مؤسسات تعليمية متخصصة وهذا نتيجة التطور.

• الأخلاق :

¹- ريمون، بودون و فرانسوا بوريكو. المعجم النقدي لعلم الاجتماع. ت: سليم حداد، ط01. ديوان المطبوعات الجامعية، 1986، ص ص 546-547.
²- أديب، ذياب حمادنة. "درجة التزام معلمي اللغة العربية ومعلماتها بأخلاقيات مهنة التعليم"، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد9، العدد1، 30 (2013).

لغة : تعبر في اللغة عن السجية والطبع والعادة.¹

• هذا المصطلح MORAL مشتق من كلمة موسى MOS اللاتينية (التقاليد والأعراف) حسب المعنى

الكلاسيكي، هي التصورات و التمثلات التي تساعد البشر على إدراك الخير والشر وما هو صحيح

وما هو خاطئ ، كما يقصد به العلم الفلسفي الذي يتناول جميع هذه المسائل.²

❖ ما يميز هذا التعرف أنه ذو طابع فلسفي مجرد و تقليدي.

• السلوك الخلفي هو السلوك الذي اصطلح عليه المجتمع وأقره، ويتكون هذا السلوك من مجموعة

من القواعد التي تبين للأفراد كيف يجب أن يتصرفوا في الحالات والمواقف التي تعرض لهم دون أن

يخالفوا في ذلك ضمائرهم أو العرف السائد في مجتمعهم.³

❖ يلاحظ على هذا التعريف تركيزه على الجانب الوضعي للأخلاق مع الإشارة للسلوك الواجب

التحلي به في ظل النسق الجمعي.

• وهي كما يراها "إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي": تعبير عن قيم المجتمع ومثالياته، أي أنماط

السلوك والغايات المطلوبة ويحاول فحصها بطريقة نقدية لاختبار صحتها، مما يؤدي في النهاية

لصياغة قيم جديدة.⁴

1- مصطفي، حلمي. الأخلاق بين الفلاسفة وعلماء الإسلام. ط1. بيروت: دار الكتب العلمية. لبنان، 2004، ص15.

2- جيل، فريول. معجم مصطلحات علم الاجتماع. ط1. ترجمة أنسام محمد الأسعد. بيروت: دار ومكتبة الهلال. لبنان، 2011، ص81.

3- أحمد زكي، بنوي. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. ط1. بيروت: مكتبة لبنان، 1978، ص139.

4- إسماعيل، عبد الفتاح عبد الكافي. معجم مصطلحات عصر العولمة: مصطلحات سياسية واقتصادية واجتماعية ونفسية وإعلامية. نسخة إلكترونية، ص30.

❖ يشير هذا التعريف إلى الأخلاق في تغير مستمر.

• اصطلاحاً:

فعلماء الاجتماع يؤكدون البعد الاجتماعي فيعرفونه بأنه "القواعد من السلوك يلتزمها الإنسان الذي

يعيش في جماعة.

بينما يرى علماء النفس بأنه تغلب ميل من الميول على غيره باستمرار، فالخلق صفة نفسية لا

شيء خارجي، أما المظهر الخارجي للخلق فيسمى سلوكاً. وذلك بتأكيدهم للبعد النفسي.

وعلى الصعيد الفلسفي اعتبر "أرسطو" أن الأخلاق هي الفضيلة ولها جانبان: جانب عقلي وآخر

خلقى.¹

و يعتبرها "هيغل" بأنها التوافق بين الإدارة والفعل.²

• الأخلاقيات:

عرف "ياغي" الأخلاقيات في الأدب الإداري: مجموعة من المبادئ والمعايير التي تحكم سلوك الفرد أو

الجماعة وترتبط هذه المبادئ بتحديد ما هو خطأ أو ما هو صواب في موقف معين.³

1- أديب، ذياب حمادنه. "درجة التزام معلمي اللغة العربية ومعلماتها بأخلاقيات مهنة التعليم من وجهة نظر مديري المدارس ومديراتها في مديريات التربية والتعلم لمحافظة الغرق". المجلة الأردنية في العلوم التربوية. مجلد 9، 1 (2013): 30.

2- زبيدة، بو الصبيح. "أخلاقيات المهنة في الوظيفة الجمركية دراسة ميدانية بمفتشية أقسام الجمارك قسنطينة". رسالة ماجستير في علم اجتماع تنمية وتسيير الموارد البشرية. جامعة منتوري قسنطينة، 2008-2009، ص 17.

3- سعيد، بن عوض بن سعيد الزهراني. "أخلاقيات العمل الإداري لدى مديري مدارس التعليم العام للبنين بمدينة مكة المكرمة". رسالة ماجستير إدارة تربوية وتخطيط. جامعة أم القرى. السعودية، 2007، ص 9.

- من جهته يعرفها "الشيخلي" في مؤلفه أخلاقيات الوظيفة العامة بأنها : مجموعة مبادئ مدونة أو غير مدونة تأمر أو تنهي عن سلوكيات معينة تحت ظروف معينة، وهي انعكاس للقيم التي يتخذها الفرد كمعايير تحكم سلوكياته.¹

❖ يحتوي هذا التعرف على ما هو رسمي وغير رسمي من المبادئ الأخلاقية ذات طبيعة ظرفية.

- تعبر الأخلاقيات عن مجموعة من القيم والمبادئ الأخلاقية التي تحكم تصرفات الأفراد، ولذا فكل فرد لديه مثل هذه القيم حتى لو أنها لم تكن محددة بشكل واضح.²

❖ يفترض هذا التعريف امتلاك القيم لدى جميع الأفراد مع الأخذ بعين الاعتبار ليس شرطا أن تكون واضحة مع عدم ذكر الظروف والموقف.

من خلال التعرض لمفهوم الأخلاق والأخلاقيات استوجب توضيح الفرق بينهما لإزالة اللبس مع عدم الذهاب بعيدا لأن المصطلح حاضر في عدة علوم وهدف الدراسة هنا هو التقييد بالمدلول السوسولوجي فقط، حيث نجد أن كلمة أخلاق ذات الأصل اليوناني ETHICS ونجده في بالانجليزية يحمل معان

عديدة :³

1- عوض ، خلف العنزي وعقوب رشيد العديم. " إدراك الموظفين للمسلك الوظيفي والأخلاقيات المهنية".مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية.المجلد22. 2(2006):4.

2- حكيم، براضية ومحمود سليم الشويبات."دور أخلاقيات مهنة المحاسب لهيئة AAOIFI في دعم تطبيقات الحوكمة بالمؤسسات المالية الإسلامية".مجلة الدراسات الاقتصادية والمالية لجامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي.المجلد 3. 8(2008):78.

3- عبد القادر، بريش ومحمد حمو. البعد السلوكي والأخلاقي لحوكمة الشركات ودورها في القليل من آثار الأزمة المالية العالمية. ورقة مقدمة إلى الملتقى العلمي الدولي حول الأزمة المالية والاقتصادية الدولية والحوكمة العالمي. 20-21 أكتوبر 2010، مخبر الشراكة والاستثمار في الفضاء الأورومغاربي، جامعة فرحات عباس سطيف،ص5.

أ- يمكن تصوره كمجموعة محددة من المبادئ أو القيم الأخلاقية التي في بعض الأحوال قد تكون جزءا من التراث الثقافي المشترك لكافة الأمم كما هو الحال في ميثاق الأمم المتحدة.

ب- يمكن رؤية الأخلاق كمبادئ السلوكيات التي تحكم الفرد أو الجماعة، أي معيار للأخلاقيات اللائقة بالمهنة مثل أخلاقيات قطاع الأعمال، أخلاقيات مجال الصرافة وكذلك أخلاقيات مجال المحاسبة... إلخ.

ت- جرت العادة على اعتبار الأخلاق فرع من فروع الفلسفة وهي ترتبط بنشأة الأفكار الخاصة باقتصاد السوق.

❖ مما سبق نستنتج أن الأخلاق والأخلاقيات تدل على نفس المعنى من خلال القيم والمعايير التي يقبلها الفرد والمجتمع، غير أن الأخلاقيات ترتبط بسلوك الأفراد والجماعات وتصرفاتهم أي ذات بعد عملي ميداني أو تطبيقي. فيما تظهر الأخلاق ذات طابع فلسفي مجرد.

• ورد في "الموسوعة العربية العالمية": أخلاق مهنة من المهن هي المدونة التي تحدد أعمال أعضائها وتعين لهم المستوى المطلوب من المهنة.¹

¹ - الموسوعة العربية العالمية، ج1، الرياض: مؤسسة أعمال الموسوعة، 1999، ص352.

• أخلاقيات المهنة الطبية: يرى (2009) John.W.R في مؤلفه "آداب مهن الطب" أن أهم ثلاث

أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب هي: الشعور بالمريض ، المهارات العالية والاستقلالية في أداء المهنة.

والذي يمكن لها أن تتغير مع الوقت تبعا للتطور في العلوم الطبية، التكنولوجيا وقيم المجتمع.¹

❖ بالرغم من تعدد أبعاد أخلاقيات مهنة الطب إلا أن هذا التعريف يعتبر أن الشعور بالمريض،

المهارات العالية والاستقلالية في أداء المهنة هي الأهم.

كما نستنتج أن أخلاقيات مهنة الطب ليست ثابتة مرتبطة بتطورات وتغيرات.

• أخلاقيات المهنة الطبية إجرائيا: ونقصد بها في هذا البحث الموثيق والقوانين المنظمة لمهنة الطب،

المتمثلة في: الميثاق الدولي لأخلاقيات الطب، الميثاق الإسلامي العالمي للطب، المراسيم المنظمة

للمهنة الطبية خاصة مدونة أخلاقيات مهنة الطب 1992م، وقانون الصحة 2018م والتي اعتمدنا

عليها بالإضافة إلى مؤشرات ميدانية في بناء دليل المقابلة.

2-6 مفهوم الممارسة practice :

يركز مفهوم الممارسة عند بورديو على علاقة الفاعل بالبناء الاجتماعي، وهي العلاقة التي تنتهي

بأن يقوم الفاعلون بإعادة إنتاج هذا البناء، ولا يستبعد بورديو قدرة الفاعلين على تحويل وتغيير البناء،

ولكن يستلزم ذلك توافر شروط بنيوية، في ضوء ذلك يعنى بورديو بالممارسة ذلك الفعل الاجتماعي

1- جوهرة، أظي وفوزية مقراش. أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية. ورقة مقدمة إلى الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري. 6-7ماي 2012، مخبر مالية بنوك وإدارة أعمال، جامعة محمد خيضر بسكرة.

social agency الذي يقوم فيه الفاعلون بالمشاركة في إنتاج البناء الاجتماعي، وليس مجرد أداء أدوار بداخله. ويقول بورديو أنه "... من الممكن استبعاد الذات من تراث فلسفة الوعي دون القضاء عليه (أي الوعي) لصالح البنية. فعلى الرغم من أن الفاعلين نتاج البنية، إلا أنهم صنعوا ويصنعون البنية باستمرار. فعملية إعادة إنتاج البنية هذه بعيدا عن كونها نتاج صيرورة آلية، لا تتحقق بدون تعاون الفاعلين الذين استدمجوا صورة البنية في شكل هابيتوس، حيث ينتجون، ويعيدون الإنتاج، سواء كانوا واعين بتعاونهم أم لا.¹

ولقد ميز بورديو في نظرية الممارسة La théorie de la pratique (1972) الممارسة في الشكل التالي: الممارسة هي في الوقت نفسه ضرورية ونسبيا مستقلة نظرا للوضعية المدروسة في مباشرتها المنتظمة، لأنها نتاج العلاقة الجدلية بين الوضعية والهابيتوس، المعبر كنسق للإستهيئات الدائمة Durables والمنتقلة Transposables والذي يعمل عن طريق دمج لكل التجارب الماضية في كل لحظة مثل لوحة تسجل عليها الإدراكات والتقويمات والأعمال، ويجعل ممكنا انجاز المهمات التي هي في غاية التباين، بفضل نقلة قياسية للروشومات التي تسمح بحل المشكلات المتشابهة شكلا وبفضل التعديلات المستمرة على النتائج الحاصلة، وهي تعديلات تتجه جدليا هذه النتائج.²

3-6 التمثلات الاجتماعية (Représentation sociales) :

1- بيير، بورديو. أسباب عملية. ت: أنور مغيث. طرابلس: دار الجماهيرية للطبع والنشر، 1966، ص 202.
2- بيار، أنصار. العلوم الاجتماعية المعاصرة. ت: نخلة فريفر. ط01. بيروت: المركز الثقافي العربي، 1992، ص233.

● لغة: مصطلح التمثل ورد في لسان العرب، بمعنى ماثل الشيء، أي شابهه، والمثال هو الصورة، ومثل له الشيء أي صورته¹.

● اصطلاحاً وقد ورد مفهوم التمثلات في قاموس علم الاجتماع² أنها "شكل من أشكال المعرفة الفردية والجماعية، تختلف عن المعرفة العلمية، وتحتوي على معالم معرفية ونفسية، واجتماعية متفاعلة فيما بينها، وتهدف التمثلات إلى إعادة إنتاج الواقع الاجتماعي المعاش.

● ويعرفها دوركايم بأنها طبقة واسعة من الأشكال الذهنية (العلم، الدين، الأساطير...) والأفكار والمعارف بدون تمييز³.

❖ تعبر التمثلات حسب دوركايم عن أشكال تتعلق بالذهن، مجردة تشمل كل شيء.

● حسب مواضيع البحوث و أطر القراءات، من الممكن أن نعتبر التمثلات الاجتماعية واقعا فريدا من نوعه يدل على رسوخ بنية الوعي الجماعي وطابعه الاستعلائي، أو آلة تصنيف التصرفات، أو هيئة وسيطية بين الأيديولوجيات والممارسات، أو شكلا خاصا لفكر رمزي له قواعد تشكيل وانتشار، وبغض النظر عن وجهة النظر المتبناه، تعرف بعض "الانتاجات" بالمحتوى، عندما يتعلق الأمر مثلا بالمعلومات أو الآراء وترتبط بالفرد أو المجموعات، وتقع عند الحد المشترك للمادة والشخص،

¹- ابن منظور. لسان العرب. بيروت: دار الجبل، 1988، ص437.

²-Le Robert, Dictionnaire de sociologie, Editons du seuil, paris, 1999. P450.

³-Jodelet Denise, les Représentations Sociales, E5, P.U.F Paris, 1997.

وللصورة والدلالة، وتمنح بذلك نماذج، أو أطرا تحليلية قادرة على إفهامنا تكوين الحس المشترك* بشكل أفضل، وهذا عبر عدد من العمليات أو الإجراءات ويشكل البعد المعرفي هنا عنصرا جوهريا، كما تدل عليه مختلف المشاركات التي تتناول التحليل النفساني (سيرج موسكوفتشي)، أو الجنون (دونيز جودوليه)، أو الذكاء (جبرائيل موغني)، أو المعارف (كلير بيلسيل وبرنارد شيل)1.

- ابتكر مصطلح التصورات الجماعية إميل دوركهايم للدلالة على الرموز التي لها قيمة فكرية مشتركة ومعنى عاطفي لدى جميع أعضاء الجماعة. وتعكس التصورات الجماعية تاريخ الجماعة أي تجاربها خلال الزمن. كما تعبر عن المشاعر الجماعية والأفكار التي تزود الجماعة بوحدتها وصفتها الفريدة وبذلك تعتبر عاملا يساهم في تضامن المجتمع2.
- بدأ مفهوم التمثيل الاجتماعي من قبل سيرج موسكوفيسي في عام 1961 خلال دراسته التحليل النفسي عرفه في ذلك الوقت بأنه " نظام القيم والمفاهيم والممارسات المتعلقة بأشياء أو جوانب أو أبعاد البيئة الاجتماعية التي لا تقتصر على استقرار البيئة المعيشية للأفراد والجماعات فحسب، وإنما تشكل أيضا أداة توجيهية للإدراك وإعداد الإجابات".

* الحس المشترك: المعرفة العامة

1- جيل، فربول. معجم مصطلحات علم الاجتماع. ط1. ترجمة أنسام محمد الأسعد. بيروت: دار ومكتبة الهلال. لبنان، 2011، ص153.

2- أحمد زكي، محمد بنوي. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان، 1978، ص69.

- وهو يرى أن التمثلات الاجتماعية تولد التضامن من خلال التصاق توافقي بين مجموعة وقيم ومعايير، حقيقية أو ضمنية، وتأسيس وتعزيز الروابط الاجتماعية بين أعضائها¹.
- التمثلات والممارسة إجرائيا: لا يمكن الفصل بين المفهومين بالرغم من طبيعة التمثل التجريدية وطبيعة الممارسة الملموسة، لأنها في حالة بناء وإنتاج وتفاعل مستمر، وعليه تعبر عن مجموعة من المفاهيم (الأبعاد) التي تشمل المعلومات، المواقف والمجالات التي يوظفها الطبيب بمستشفى محاد عبد القادر أثناء مباشرته لمهنته.

¹ - Edith Bour, les représentations de l'identité communale psychosociologie d'une village recomposé
Gigouzac, université Toulouse2, thèse de doctorat en sociologie, 2013.p113.

7. منهج الدراسة:

يحدد الباحث المنهج الذي يستخدمه، ليوضح الطريقة التي يستعملها لمعالجة موضوعه، محددًا بذلك كيفية القيام بالوصول إلى معرفة الواقع وفهمه، باعتباره إستراتيجية عامة يستخدمها الباحث لشرح أو فهم

ظاهرة ما¹.

ويكون ذلك بطريقتين:

الاستقراء: وهو عملية انتقال من الجزء إلى الكل، أو من الخاص إلى العام.

الاستنباط: وهو دراسة تبدأ بالعام ثم تنتقل إلى الخاص، يتناول المشكلة بشكل كلي، ثم ينتقل إلى

الجزئيات².

والمنهج الاستقرائي يبدأ بالملاحظات، ثم يصل إلى النتائج النظرية، بينما يبدأ المنهج الاستنباطي من

النظرية ثم يختبرها على أرض الواقع³.

وبما أن انطلاقة البحث كانت من الميدان وذلك بالاعتماد على الملاحظات الميدانية -حسب ما

هو مشار له في الدراسة الاستطلاعية-، كما هو الحال في الطريقة الاستقرائية، هذا من جهة.

1- لمياء، مرتاض. تقنيات البحث الكيفي: المقابلة. الجزائر: دار هومة ، 2017، ص16.

2- محمد، عبد السلام. مناهج البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية. القاهرة: مكتبة نور، 2020، صص-185-190.

3- يوسف، سلامة وآخرون. مقدمة في مناهج البحث العلمي الاجتماعي، ط01. سوريا: مطبوعات معهد الجمهورية لمنهجيات البحث العلمي،

2016، ص 90.

ومن جهة ثانية وبالرجوع إلى الدراسات السابقة - كما هو موضح في عنصر الدراسات السابقة - فإنه لا تتوفر معلومات كافية حول الموضوع المدروس، مما يجعل البحث متوجها نحو الاستكشاف والاستطلاع.

وكما هو معلوم فإن الاستكشاف أو الاستطلاع في أي ميدان كان يسبق الوصف والتفسير، حيث تجري البحوث الاستكشافية عادة حول موضوع لا تتوفر حوله معلومات كافية¹.

وبناء على ما تقدم وبما أن البحث يندرج ضمن الدراسات استكشافية فقد اتبع الطريقة الاستقرائية، حيث ينتهج الباحث في هذه الحالة مسارا مختلفا عن الطريقة الاستنباطية المعتادة عند بناء الموضوع. فالمعرفة العلمية في الدراسة الاستكشافية تتم على الاستكشاف وبناء النظريات، لا على اختبار النظريات كما هو الحال في الطريقة الاستنباطية.

وبذلك يختلف هذا البناء في أنه يمنح الأسبقية للملاحظات الميدانية².

كما يكتفي البحث في هذه الحالة بالهدف، بدون تحديد فرضيات في البداية، ويقتصر الأمر على صياغة سؤال البحث فقط دون صياغة الفرضية ولا يستطيع الباحث وضع فرضية إلا في نهاية بحثه ففي

1- ميلود ، سفاري والطاهر سعود. المدخل إلى المنهجية في علم الاجتماع. قسنطينة: مخبر علم اجتماع الاتصال، 2007، ص203.

2- لمياء، مرتاض. لمياء، مرتاض. تقنيات البحث الكيفي: المقابلة. مرجع سابق، ص19.

بداية البحث تكون للباحث فكرة موجهة، ويكون هذا في حالة البحث الكيفي، لأنه عادة يحمل صفة الريادة أو يفحص الظواهر التي يصعب قياسها¹.

وبالرجوع إلى أهداف الدراسة فإن بحثنا هذا يهدف أساساً إلى "فهم الظاهرة موضوع الدراسة، بحصر معنى الأقوال التي تم جمعها، أو السلوكيات التي تمت ملاحظتها". لذلك لم يتم اختيار عدد كبير من العناصر كما هو الأمر بالنسبة للمناهج الكمية، لأن الأمر يتطلب فهم المعاني، السلوكيات، والمواقف. ولا يمكن القيام بذلك على نطاق واسع إذ أن ذلك سيتطلب وقتاً وجهداً طويلاً. كما أن الهدف في هذه الدراسة لا يتمثل في تجميع معطيات كمية بل معطيات كيفية تهدف أساساً إلى فهم الظاهرة موضوع الدراسة والتعمق فيها². وهو ما يستدعي تبني المنهج الكيفي.

لأن المنهج الكيفي يسعى لوصف عوالم الحياة من الداخل من منظور البشر الفاعلين ويصور لنا الحياة الاجتماعية في ديناميكيتها وطبيعتها من أفواه المبحوثين مباشرة، بحيث نعيش مشاعرهم، وهكذا فإن البحث الاجتماعي الكيفي هو قراءة واقعية لحياة البشر³، وبما أن التمثلات تعبر عن المشاعر الجماعية حسب دوركايم، والأفكار التي تزود الجماعة بوحدتها وصفتها الفريدة، فبذلك تعتبر عاملاً هاماً يساهم في تضامن المجتمع والتي تمثل عوالم حياة البشر من الداخل⁴.

1- موريس، أنجرس. ص152.

2 لمياء مرتاض، نفوسي. ديناميكية البحث في العلوم الإنسانية. الجزائر: دار هومة، 2014-2015، ص43.

3- عبد القادر، عبد الله عرابي. المناهج الكيفية في العلوم الاجتماعية. دمشق: دار الفكر. 2007، ص49.

4 أحمد زكي، محمد بدوي. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان، 1978، ص69.

وبما أن الباحثة قد اعتمدت على أداة المقابلة. فإنه قد تم اللجوء إلى تقنية تحليل المحتوى بهدف

تحليل البيانات التي تم جمعها باستعمال تقنية المقابلة.

ولأن تحليل المحتوى يتم بطريقتين إحداهما كمية والأخرى كيفية, إذ نجد أن التحليل الكمي يحوّل

خطاب المبحوث إلى مؤشرات كمية وهذا ما لا نهدف إليه, في حين أن خطاب المبحوث هو بمثابة

رصيد يسمح لنا بالفهم والتعمق في الظاهرة المدروسة. وهو ما ينبني عليه التحليل الكيفي.

حيث تفرض متطلبات البحث السوسولوجي على الباحث عدم التوقف عند عملية تحليل البيانات

باستعمال أي تقنية. فهي مجرد تقنيات تساعد على عملية الاستدلال أو التأويل السوسولوجي إذ أن

التأويل أو الاستدلال السوسولوجي هو ذلك المسعى الذي يبحث عن المعاني والدلالات السوسولوجية

التي تحملها العلاقات الكمية أو الكيفية.

وعليه تم تحليل البيانات التي تم جمعها تحليلا كينيا باستعمال تقنية تحليل المحتوى.

8. الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة عن مصطلح يراد به مراجعة الدراسات التي تناولت الموضوع أو بعض جوانبه، ليتسنى للباحث أن يبدأ من حيث انتهى الآخرون، وأن يوضح مدى الاتفاق والاختلاف بينها وبين دراسته، وما تميزت به دراسته بيانا لموقعها من الدراسات السابقة¹.

كما تجدر الإشارة أولاً إلى الفرق بين الدراسات السابقة والتراث النظري، وإن كانت الحدود الفاصلة بينهما صعبة وغير واضحة، ترجع هذه العملية إلى معرفة الغاية من توظيف كل منهما من طرف الباحث، حيث يقتصر توظيف الدراسات السابقة على ضرورات منهجية ونظرية تملئها طبيعة البحث².

وبعد عملية الإطلاع على الدراسات والأدبيات المتعلقة بالموضوع، حاولت الباحثة إحصاء الدراسات التي رأت بأنها الأقرب لموضوع البحث، والتي تم توظيفها كخطوة منهجية فقط لتأكيد أسبقينا (البحث الاستكشافي) في الموضوع مع أنه لم يتم توظيفها إلا كتراث نظري فقط، وهي كالاتي :

1.8 بيير سانت ارنو قسم علم الاجتماع والأنثروبولوجيا ، جامعة لافال:

Pierre ST-Arnaud. pour une sociologie de pratique médicale au Québec.

Recherches sociographiques. Volume9, numéro3, 1968, p-p 281-297.

1- داود، بن درويش حلس. دليل الباحث في تنظيم و توضيح البحث العلمي في العلوم السلوكية. غزة: نسخة الكترونية. فلسطين، 2006. ص85.

2- ميلود، سفاري. الأسس المنهجية في توظيف الدراسات السابقة. مجلة جامعة قسنطينة للعلوم الإنسانية. عدد خاص 1995، ص 42.

يتناول هذا المقال تاريخ تطور الممارسة الطبية في مجتمع كيبك، حيث اعتمدت صياغة مجموعة من الأسئلة في البداية؟ آملة أن يكون البحث مستقبلا في دراسات لاحقة موضع تحقيقات تاريخية واجتماعية أكثر تفصيلاً. حيث تعرضت أولاً للدور المهني لطبيب عند بارسونز، ثم ربطت هذه الصفات بالجوانب الثلاثة للممارسة الطبية ويتعلق الأمر بالتعريف الداخلي للطب، ثم الجوانب المنظمة لممارسة المهنة الطبية، وأخيراً صفات أخلاقية للطبيب، ثم تناولت تطور الممارسة الطبية حيث كان المجتمع الكيبكي بسيط وتسوده علاقات القرابة مع ترتيب طبقي، يعتبر الطب فيه مجرد فن، ثم تطورت المدن الصناعية وظهرت الليبرالية وسادت القيم الفردية والغايات. وأصبح يعتمد الطب الحديث على بيانات علمية وتقنية عالية.

1.8 مراد، مولاي الحاج. "العمال الصناعيون في الجزائر: ممارسات وتمثلات. دراسة ميدانية بثلاث

مؤسسات صناعية بمنطقة طرارة". مجلة إنسانيات. 34 (2006)، ص ص 61-73.

حاولت هذه الدراسة الكشف عن مواقف وتمثلات العمال الصناعيين في الجزائر، وذلك بالتساؤل هل لازالت الفئات العمالية تحمل تمثلات قديمة كشفت عنها الدراسات السوسولوجية السابقة، وما هي مواقف العمال الذين عايشوا التحولات في المجتمع وداخل مؤسساتهم. وتوصلت إلى أن العمال لم يكتسبوا تمثلات جديدة للممارسة السياسية والجموعية، مما جعلهم غير فاعلين سياسياً واجتماعياً، وقد اعتمد الباحث على 260 استمارة و15 مقابلة. ولم تحتو الدراسة على تفصيلات للمنهج أو طريقة بناء الأدوات.

4.8 دراسة محمد خالدي بعنوان "تمثلات السلطة التنظيمية لدى عمال الصناعة بالجزائر", سنة

2005-2006 لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تنظيم وعمل:

سعت الرسالة للتعرف على التمثلات التي يحملها العمال المنفذون للسلطة التنظيمية التي يمارسها الرؤساء المباشرون وغير المباشرين. وقد اعتمد على أسلوب المسح الشامل على عينة مكونة من 115 مبحوث، كما تم الاعتماد على المنهج الكمي لقياس الظاهرة رقميا والمنهج الكيفي لفهم الأرقام والنسب المتحصل عليها، والاستعانة بالمقابلة مع بعض رؤساء المصالح الإدارية والإنتاجية، إضافة إلى بعض العمال المتواجدين عبر الوحدات الإنتاجية، وتم التوصل إلى النتائج الآتية:

- هناك اختلاف في تمثلات العمال لسلطة الرؤساء، حيث يقابل القدامى والكبار في السن الأوامر باللامبالاة على عكس العمال الجدد الذين يمثلون لها.
- هناك رضا نسبي لدى العمال عن الرئيس المباشر، ويوصف بأنه ديمقراطي و يقابلون أوامره باللامبالاة وعدم الرضا عن الرئيس غير المباشر حيث وصف بأنه ديكتاتوري، فيما يقابلون أوامره بالامتثال لها.
- بيئة العمل سلبية وتؤدي إلى تشكيل تمثلات سلبية.

5.8 ازابيل، ايمي. "دراسة التمثلات المهنية في خدمات المرجع الاجتماعي"

Isabelle Emes. Etude des représentations professionnelles sur la référence A.S.E. les dossiers des sciences de l'éducation, N° 17, 2007, P-P 65-76.

تهدف هذه الدراسة للبحث في دينامية العلاقات المهنية لتحقيق أكبر قدر من الاستجابة في مجال العمل، والتي تحدد مظهر هوية الحرفي متحررة عن تلك التقليدي «هوية الحكم الذاتي» وبالتالي الوصول إلى الاستقلالية المهنية لبناء واقع عمل مستقر ومتوافق مع التغييرات الطارئة في الوسط المهني.

6.8 أحمد، موسى بدوي. "ما بين الفعل والبناء الاجتماعي: بحث في نظرية الممارسة لدى بيير بورديو". مجلة إضافات. مركز دراسات الوحدة العربية، العدد8(خريف 2009)، ص ص 9-23.

عمل الباحث في هذه الدراسة على عرض أهم المنطلقات الفكرية والمصادر الفلسفية لفكر بورديو ثم تناول أهم المفاهيم لنظرية الممارسة منتهيا بأهم المراجعات النقدية للنظرية.

7.8 جوهرة، أظي وفوزية مقراش. أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية. ورقة مقدمة إلى الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري. 6-7 ماي 2012، مخبر مالية بنوك وإدارة أعمال، جامعة محمد خيضر. بسكرة.

هدفت الدراسة إلى اختبار أثر حوكمة المستشفيات بأبعادها الشفافية، مجلس الإدارة وإدارة المعلومات، لجان التدقيق وغدارة المكافآت على أخلاقيات المهنة الطبية بأبعادها الرقابة الذاتية، الولاء

الوظيفي، دقة ووضوح الدور وتطوير المهارات بالتطبيق على المؤسسة المذكورة سابقا وذلك باستخدام استبيان موزع على 114 موظف، وباستخدام spss توصلت الباحثتان أن المستشفى يطبق مستوى عال من أبعاد الحوكمة، كما أن الطاقم الطبي له مستوى عال من أخلاقيات المهنة، وذلك بالتأكيد أن لكل من إدارة المكافآت والشفافية لها أثر ايجابي مباشر على أخلاقيات المهنة، بينما لمجلس الإدارة وإدارة المعلومات ولجان التدقيق ليس لها أثر مباشر على أخلاقيات المهنة الطبية ، وذلك لاختبار الفرضيات:

1. تطبق المؤسسة العمومية الاستشفائية مستوى عال من الحوكمة من حيث أبعادها السالفة الذكر .
2. لدى الطاقم الطبي بمستشفى جيجل مستوى عال من أخلاقيات المهنة من حيث الرقابة الذاتية، وضوح ودقة الدور، تطوير المهارات ، الولاء الوظيفي.
3. مجلس الإدارة وإدارة المعلومات لها أثر ايجابي على أخلاقيات المهنة لدى الطاقم الطبي بمستشفى جيجل .
4. الشفافية لها تأثير ايجابي على أخلاقيات المهنة لدى الطاقم الطبي بمستشفى جيجل.
5. إدارة المكافآت لها تأثير ايجابي على أخلاقيات المهنة لدى الطاقم الطبي بمستشفى جيجل.
6. لجان التدقيق لها تأثير ايجابي على أخلاقيات المهنة لدى الطاقم الطبي بمستشفى جيجل.

8.8 سليمان، حاج عزام. "دور مبادئ أخلاقيات الطب في حماية حقوق المريض في القانون

الجزائري: دراسة تحليلية ومقارنة". مجلة العلوم القانونية والسياسية. المجلد 10. العدد 01

(أفريل 2019)، ص ص 930-945:

تحاول الدراسة معرفة دور مبادئ أخلاقيات مهنة الطب في حماية المريض وذلك من خلال تحليل

مبادئ مدونة أخلاقيات المهنة لسنة 1992، حيث سجلت الدراسة أن هناك بعض النقائص في أحكام هذا

المرسوم، أخرى قد تجاوزها الزمن مما يتطلب مراجعة هذا المرسوم.

تعقيب:

مما سبق وبالنظر إلى الدراسات التي بين أيدينا يمكن ملاحظة أن هناك اختلافا بينها وبين الدراسة

الحالية، ولهذا لم يتم الاستفادة من توظيف أيا من الدراسات في مختلف المحطات المنهجية (الهدف،

الفرضيات، الأدوات، النتائج...) التي قد تساعد الباحثة في دراستها. وذلك :

- بالنسبة لدراسة بيير سانت ارنو وأحمد موسى بدوي تعتبر دراسات نظرية حيث لا تتعدى الغاية

من توظيفها نظريا.

- أما فيما يتعلق بدراسة مراد مولاي الحاج فهي تهدف للبحث عن مدى وجود تغير في تمثلات

العمال بالتالي ممارساتهم السياسية والجمعوية مع أنه لم يتم فيها إدراج الأدوات (خاصة المقابلة

التي قد تساعدنا)، كما أن مجال التمثلات والممارسة الذي تبحث فيه هو المجال السياسي والجمعي والنشاط الحزبي للعمال. وكذلك الحال فيما يخص دراسة **محمد خالدي** فهي تبحث في مجال تمثلات السلطة، وهو مجال مختلف عن الدراسة الحالية التي تبحث في تمثلات مجال الأخلاقيات.

- وبالرغم أن **إيزابيل إيمي** تناولت التمثلات المهنية إلا أنها تسعى للبحث في كيفية الاندماج المهني ومن خلاله تحقيق الاستقلال الذاتي وهذا عن طريق تحليل تغيرات العلاقات المهنية المؤدية لذلك.

- وبالرجوع لدراسة **جوهرة أقطي** فالباحثة قامت بتقسيم الحوكمة إلى أبعاد و ربطتها بأخلاقيات المهنة في مجال الأعمال. كما استخدمت أداة مختلفة لجمع البيانات وهي الاستبيان وقامت بتحليلها كمياً، بالإضافة إلى أن نتائجها ارتبطت بالحوكمة وحتى عندما استعملت أبعاد أخلاقيات المهنة متمثلة في الرقابة الذاتية، وضوح ودقة الدور، تطوير المهارات، الولاء الوظيفي. فهي مختلفة عن الأبعاد التي اعتمدها الدراسة الحالية.

- وفيما يخص دراسة **سليمان حاج عزام** التي تتدرج ضمن حقل العلوم القانونية، فهي تقوم على تحليل قواعد قانونية لمعرفة مدى فاعليتها بالتالي فهي تختلف عن هدف الموضوع الذي نبحث فيه. الذي يعتمد الطرح السوسيولوجي بالدرجة الأولى.

9. النظرية المتبناة:

تمثل الممارسة السوسولوجية موضوعا أساسا في أعمال بيير بورديو ولقد عمل على تطوير نظريته من خلال بحوثه المتنوعة في الجزائر والريف الفرنسي والمجتمع الحديث.

لقد حاول بورديو أن يقدم حلا للهوة بين أنصار النزعة الذاتية وأنصار الموضوعية، حيث توصل إلى أن العلاقة بين ما هو موضوعي وما هو ذاتي هي علاقة متداخلة ومتشعبة ولا يمكن الفصل بينهما، ويبقى دور عالم الاجتماع هو محاولة الكشف عن طبيعة هذه العلاقة، مع توضيح كيف تتولد الممارسة الاجتماعية تحت تأثير هذه العلاقة، ولهذا طور مفهوم الهابيتوس، للكشف عن تمثل الذات الفاعلة للموضوعية، كما طور مفهوم المجال لعبر عن تأثير الذات في الشروط الموضوعية، فتصبح بذلك الممارسة محصلة العلاقة الجدلية الهابيتوس والمجال، أو هي ناتج تفاعل الهابيتوس مع المجال¹.

وسيم تناول هذه النظرية بالتفصيل في الفصل الرابع.

1- أحمد، زايد. الأبعاد الاجتماعية لإنتاج واكتساب المعرفة. ط01. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربي، 2009، ص ص 144-145.

10. صياغة الفرضيات:

في الدراسات الكيفية يبدأ البحث من تحديد عام للموضوع ثم يتدرج في التحديد خلال عملية البحث، حيث يتم الشروع في البحث بدون فرضيات، لهذا يعتقد التأويليون بخلاف الوضعيين بأنه لا توجد طريقة واحدة للمعرفة، ولا توجد طريقة خاصة تؤدي بالضرورة إلى تطور المعرفة، وهذه الضوابط العامة لا تنطبق على جميع أنواع البحوث، وهم لا يهتمون هذه الضوابط والمعايير لكنهم لا يعتبرونها قواعد عامة¹. ذلك أن البحوث الكيفية ذات الطابع الاستكشافي أو الصياغي تعنى قبل كل شيء باكتشاف وبناء النظريات، بدلا من التحقق منها. في هذه الحالة تتحدد الفرضيات بشكل تدريجي بالموازاة مع تحليل المعطيات.

و نظرا لأن البحث اعتمد الطريقة الاستقرائية كما تمت الإشارة إليه سابقا. فإنه كما جرت العادة لم ينطلق البحث بالفرضيات ثم التحقق منها بعد النزول للميدان، فعادة ما يقوم الباحث بصياغة فرضيته التي ستوجه فيما بعد بحثه في الميدان إلا في البحوث الاستطلاعية².

وفي دراستنا هذه وبعد تحليل المعطيات الميدانية واستخلاص النتائج، انتهت الدراسة الحالية

لصياغة الفرضية الآتية:

¹- امحمد، تيفزة وآخرون. براديجمات البحوث الكمية والكيفية ودلالاتها بالنسبة للبحث: الوضعية، ما بعد الوضعية، البنائية، النظرية النقدية والبرجماتية. مؤلف جماعي: الأصول والأسس المنهجية في الدراسات النفسية والتربوية. جامعة محمد بوضايف المسيلة، فيفري 2020، ص 21.

²- لمياء، مرتاض. دور الشعر الملحون في التنمية الثقافية المحلية. مرجع سابق، ص 18.

تعمل تمثلات الطبيب لأخلاقيات المهنة على بناء ممارساته بشكل يتأثر بمحددات البيئة التنظيمية وهذه الممارسات تولد بدورها تمثلات أخرى.

وبالاعتماد على الأبعاد الميدانية للدراسة يمكن تقسيم هذه الفرضية إلى الفرضيات الآتية:

- تساهم معلومات الطبيب حول أخلاقيات المهنة في بناء ممارساته بشكل يتأثر بمحددات البيئة التنظيمية وهذه الممارسات تولد بدورها معلومات أخرى.
- يعمل المجال الأخلاقي المهني للطبيب على بناء ممارساته بشكل يتأثر بمحددات البيئة التنظيمية.
- تؤثر مواقف الطبيب حول أخلاقيات المهنة في بناء ممارساته بشكل يتأثر بمحددات البيئة التنظيمية وهذه الممارسات تولد بدورها مواقف جديدة.

الفصل الثاني : مهنة الطب مدخل مفاهيمي

تمهيد

1- التطور التاريخي لمهنة الطب

1-1 الطب في الحضارات القديمة

2-1 الطب في الشرائع السماوية

3-1 الطب في العصر الحديث

2- مفاهيم أساسية حول الطبيب

1-2 تعريف الطبيب

2-2 مفهوم العمل الطبي

3-2 أخلاق الطبيب

4-2 علاقة الطبيب بالمريض

3- القوانين المنظمة لأخلاقيات مهنة الطب

1-3 مدونة أخلاقيات مهنة الطب والتدابير المرافقة لها

2-3 الميثاق الإسلامي العالمي للطب

3-3 المنظمات الدولية والميثاق الدولي لأخلاقيات الطب

خلاصة الفصل

تمهيد

نسعى في هذا الفصل لتتبع التطور التاريخي للمهنة الطبية و ذلك عبر الحضارات الإنسانية وصلا إلى الفترة المعاصرة، ثم تناول أهم المفاهيم المتعلقة بالطبيب والتي تمثل مرجعية مفاهيمية لفهم ما يأتي من البحث، وأخيرا تعرض لأهم القوانين التي تسيّر وتنظم مهنة الطب باعتبارها الإطار الذي يحكم وينظم ممارسة المهنة الطبية وعلى ضوءها يزاول الطبيب عمله.

1- التطور التاريخي لمهنة الطب

1-1 الطب في الحضارات القديمة

يعد الطب من أقدم المعارف التي سعى إليها الإنسان¹. فمن منظور التراث الغربي يعود تطور النظرية الأخلاقية إلى أفلاطون وأرسطو وتعود جذور كلمة ethics بمعنى أخلاق إلى الكلمة اليونانية ethos التي تعني العادات أو السلوك أو الصفات، فقد كانت الحضارة البابلية محطة جديرة بالتوقف عندها في مسار الأخلاقيات عبر التاريخ².

أ- في الحضارة البابلية :

ظهرت الأخلاق المهنية في مدونة حمورابي حيث قال عنها "جون سارتون": >إن قانون هامورابي هو أحد المعالم البارزة في التاريخ البشري<³، هذا القانون تضمن 282 مادة اشتملت على إرشادات وقواعد للتجار و واجبات المهنيين كالأطباء والبنائين وغيرهم وكذا العقوبات المترتبة عن عدم القيام بها⁴. لذا يعتبر البابليون أول من اهتم بالأخلاق المهنية للبنائين والأطباء وغيرهم، وهذا وإن دل فإنما يدل على وعي الإنسان منذ القديم بضرورة تقنين الأخلاق المهنية⁵.

1- عبد الرزاق، صالح محمود. "الطب الشعبي في منظور أطباء الطب الحديث". مجلة دراسات موصلية، العدد18، 128(تشرين الثاني 2007).
2- بيترج، نورت هاوس. القيادة الإدارية النظرية والتطبيق. ت: صلاح بن معاد المعيوف. الرياض معهد الإدارة العلمية، 2006، ص 336
3- نجم، عبود نجم. أخلاقيات الإدارة في عالم متغير. المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2000، ص46.
4- إسراء ، جاسم العمران. قانون حمورابي. نسخة إلكترونية، ص 08.
5- نجم، عبود نجم. مرجع سابق، ص46.

لقد كانت اللغة السومرية تستعمل كلغة خاصة بالطب في الوصفات الطبية، حيث استعمل الأطباء

دساتير سومرية، كما كان الأطباء الفرنسيون يستعملون اللاتينية وكان الأطباء يتقصدون السومرية التي

لا يفهمها المرضى فيزداد نفوذهم وشهرتهم وكذا تتميز بالإطار القانوني.¹

¹- خزعل، الماجدي. بخور الألهة دراسة في الطب والسحر والأسطورة والدين. ط1. الأردن: الأهلية للنشر والتوزيع، 1998، ص150.

ب- في الحضارة المصرية القديمة :

تطورت في هذه الحضارة الأعمال والإدارة بشكل كبير إلى الحد الذي دعا "بيتر داركر" إلى القول: "أن

أفضل المديرين كانوا أولئك الذين اضطلعوا ببناء الأهرام في مصر فقد استطاع هؤلاء بمواردهم البسيطة

والمحدودة وأساليبهم التنظيمية المبكرة أن يحققوا إنجاز يعد من عجائب الدنيا".¹

ويعد هذا التطور الحاصل دليلاً على تطور الأخلاقيات والقيم المرتبطة بها.

فالطبيب المصري ارتبط ارتباطاً وثيقاً بالمعابد، فكان هناك عدة آلهة شفاء الأمراض، وكان نصير

الأطباء في هذه الحقبة هو الإله (توت) ويتضرع إليها للشفاء من الأمراض المستعصية.²

فاستعملت الأدوية والمستحضرات الطبية المستخلصة من الأعشاب والحيوان تستعمل في تلك الفترة

كعوامل مساعدة لطرد الأرواح الشريرة.

و تعد بردية ايبرس واحدة من أهم البرديات الطبية في مجال الطب المصري القديم ،حيث تعود إلى

1550ق.م تحتوي على 877 وصفة و ما يقرب 400 عقاير³.

ت- في الحضارة اليونانية :

اهتم اليونانيون بالتشخيص الوصفي، وكان ذلك هو اتجاه الفلاسفة ولم يستقل أحد من هؤلاء بالبحث فيه

حتى كان أبو قراط يعتبر أول من بوب الطب ورتبه لذا سمي أبو الطب.¹

1- نجم، عبود نجم. أخلاقيات الإدارة ومسؤولية الأعمال في شركات الأعمال. دط. عمان: دار الوراق للنشر والتوزيع. الأردن، 2005، ص42.
2- راغب، السرجاني. قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية. ط1. القاهرة: مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، 2009، ص11.
3- صالح، سرور. الطب في مصادر طب الإغريق القديمة. مصر: دار الحضري للطباعة، 2002، ص31.

يعد سقراط منشئ الفلسفة الأخلاقية في العالم الغربي، فمجيئه اتجه البحث نحو الإنسان وأخلاقه ونفسه، بعد أن كان مقتصرًا قبله على البحث في الطبيعة، لم يفصل سقراط الأخلاق عن الدين فالحياة الخلقية عنده تعتمد على أصليين: قوانين الدولة المكتوبة والقوانين الإلهية غير المكتوبة.

وحقق شعار (اعرف نفسك بنفسك) وأول مظاهر عكوف النفس على ذاتها هو الرغبة في التخلص من تأثير بعض الآراء والعادات المتسلطة على النفس بحكم هذه العادات والتقاليد، وإذا أمكن للإنسان أن يتجرد من أهوائه والآراء المتسلطة أمكن له أن يكون موضوعيا وعادلا وبالتالي استطاع أن يحدد سلوكه في مجال أسرته ووطنه وعمله مما يوصله إلى الحرية والاستقلال الذاتي.²

و ما يهم هنا هو سلوك الإنسان في مجال عمله والذي حظي بالاهتمام مثله مثل سلوك الإنسان في مجال الأسرة وتجاه الوطن.

ث - في الحضارة الرومانية :

ترجع أصالة الرومان في تفكيرهم الاجتماعي في تطبيق المبادئ القانونية والإدارية تطبيقًا عمليًا، ولهذا اتصفوا بصرامة الخلق وقوة العزيمة وخضوع تصرفاتهم لنظام دقيق.

1- راغب، السرجاني. مرجع سابق. ص21.

2- حسين، عبد الحميد أحمد رشوان. علم الاجتماع الأخلاقي. المكتب العربي الحديث. الإسكندرية، 2002، ص59.

فقد عزف رجال الفكر والسياسة عما هو مثالي بل اتجهوا إلى الملاحظة ووصف أخلاق الرجال ودوافعهم وتحليل نفسياتهم في محيط الواقع.¹

ج- في الحضارة الصينية : كان الصينيون يملكون حقائق لتربية النباتات الطبية قبل المسيح بثلاثة آلاف عام، وينسبون إلى الملك «هوانج تي» كتاباً في الطب ألفه حوالي سنة 2600 قبل الميلاد، وهو باق عندهم إلى اليوم ، وقد استفاد منهم الأوروبيون في معارفهم الطبية، ويقال: إن العالم «بورديو» قد أخذ مباحثه في النبض عن الكتب الصينية، والمادة الطبية، كانت أهم ما شغلهم ويعتبر كتابهم المسمى «بنتاو» كنز المادة الطبية وفيه [1100] مادة يسرد خصائصها العلاجية ، وصناعة الطب عندهم حرة يتعاطاها من شاء، وكانت مدارسهم الطبية في المدن إلى القرن العاشر كثيرة، ثم اختفت إلا مدرسة في العاصمة².

1- المرجع السابق، ص75.
2- عبد الرحمان، الزهراني. محاضرة في مقياس أخلاقيات المهنة الطبية موجهة لطلبة كلية الطب المستوى التحضيري. السبت 18 ذو الحجة 1430هـ، ص02.

2- الطب في الشرائع السماوية

على اعتبار الديانات السماوية ضابط للممارسات الاجتماعية انطلاقاً من قيم تمثل مصدراً للأخلاق جاءت الديانات لتمدنا بالقيم لتنظيم المجتمع الذي كان يعيش حالة من الفوضى والفساد قبل نزول الشرائع السماوية، فجاءت لعلاج المجتمع ووضع حد لهذه الفوضى :

أ- **في الديانة اليهودية** : جاءت شريعة موسى عليه السلام شاملة بعض المبادئ التي تعطي الفرد قيمته، وتحت على الاتحاد واعتبرته عماد الحياة الاجتماعية¹.

فقد ارتبطت اليهودية بالربا في أوروبا وارتبطت صورته بشخصية المرابي عبر التاريخ، وهي الصورة التي خلدها شكسبير في شلوك في مسرحية تاجر البندقية، وهذه الصفات التي توارثها اليهود إلى يومنا هذا².

ب- **في الديانة المسيحية**: انتهجت الشريعة المسيحية طريق التسامح والعفو، وجعلت القلب بديلاً للعقل والنية الطيبة بديلاً للعدل الظاهري والخير أساس الأخلاق والفضيلة.

وقد نادى آباء الكنيسة بنظرية السيفين ومؤداها أن الله خلق لكم هذا العالم سيفين أحدهما ديني و الآخر زمني، سلم أحدهما للباب والآخر للإمبراطور، والسيف الروحي هو كلمة الله تستخدمه لمرتكب الخطيئة³.

1- حسين، عبد الحميد أحمد رشوان. علم الاجتماع الأخلاقي. الإسكندرية: المكتب العربي الحديث. مصر، 2002، ص 81.
2- حسين، عبد الحميد أحمد رشوان. تطور النظم الاجتماعية وأثرها في الفرد والمجتمع. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث. مصر، 1993، ص 201.

3- حسين، عبد الحميد أحمد رشوان. علم الاجتماع الأخلاقي. مرجع سابق، ص 85.

واعتبرت هذه قرض الأموال بفائدة خطيئة دينية كما ناهضت الأعمال التجارية ونظمها من خلال قواعد وحدود مشددة¹.

أكد القديس توماس الأكويني فيلسوف لاهوتي إيطالي أن السلطة في المجتمع إنما تصدر عن الله وأن الله يكلها إلى أفراد الشعب ومن ثم تأتي السلطة السياسية بعد الدينية.

و قد أوصى رجال القضاء أن يرجعوا إلى ضمائرهم عند الفصل في القضايا باعتبارهم أعضاء في المجتمع لا كموظفين في الدولة².

ج- في الإسلام : تتميز الأخلاق الإسلامية عن الأخلاق التي تبنتها الفلسفات المختلفة، فلا إسلام نظامه الأخلاقي وفضائله المميزة فغاية الأخلاق فيه ليست اللذة أو السعادة بل السعادة الأخروية من خلال المنفعة العامة الدنيوية التي تصون الروح وتعنى بالجسد.

فأخلاق المسلمين نابعة من القرآن والسنة والإجماع والقياس، فقد راعى الرسول صلى الله عليه وسلم الآداب، فكان مثلاً أعلى لها وعمل على تأديب أمته بها³.

وقد أثني الله عليه في قوله : {وإنك لعلی خلق عظیم }⁴

1- نجم، عبود نجم. أخلاقيات الإدارة في عالم متغير. مرجع سابق، ص 48.
2- حسين، عبد الحميد أحمد رشوان. علم الاجتماع الأخلاقي. مرجع سابق، ص 90.
3- أحمد، عبد الحليم عطيه. الأخلاق في الفكر العربي المعاصر: دراسة تحليلية للأخلاق الحالية في الوطن العربي. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 1990، ص 187.
4- سورة القلم، الآية 4.

فالإسلام دين الوسطية والاعتدال والتوازن إلى جانب ذلك أنه يمثل أساسا لتكوين شخصية أخلاقية،

فالأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، والصدق والاستقامة والأمانة والوفاء بالعهود ... كلها سمات

أخلاقية عملية للإنسان ومطلوب منه تجسيدها في الواقع¹.

ويعد الإمام علي بن أبي طالب أول من صاغ المفهوم القرآني عن الأخلاق في نظرية شاملة، وأهم

مفاهيم الأخلاق عنده التوافق التام بين عقيدة المرء وقوله وفعله².

1- نجم، عبود نجم. أخلاقيات الإدارة في عالم متغير. مرجع سابق، ص49.

2- إبراهيم، فهد الغفيلي. العلاقة والتأثير بين قيم الفرد والمنظمات في بناء أخلاقيات المهنة من منظور الفكر المعاصر والإسلامي. ورقة مقدمة إلى الملتقى الثالث لتطوير الموارد البشرية، 30-31 أكتوبر 2001، ص11.

3- الطب في العصر الحديث

يتميز العصر الحديث بتنوع الفلسفات والإيديولوجيات والتيارات الفكرية ويرجع هذا إلى التطور الحاصل خلال هذه الحقبة ، ابتداء من الثورة الصناعية في القرن 18 وغيره من مظاهر التغيير الاجتماعي.

و من أبرز رواد الفلسفة الحديثة نذكر (ديكارت) الذي قسم الأخلاق إلى نوعين : أخلاق مؤقتة و أخرى نهائية و كلاهما تحقق السعادة للإنسان و النهائية في نظره من تحقق سعادة أكبر.¹

أما هيغل فقد افترض نظرية العقل الجمعي، فهو يرى أن الإنسان لا يولد إلا في إطار عقلي عام يستمد منه أنماطه السلوكية والثقافية وأساليبه الفكرية ، فهو يولد في ثقافة يستوحي منها أفكاره ومنطقه، لا يخلق لغته أو يصطنع أخلاقه بل يكتسبها ويستوحيها من نمط الثقافة التي يولد فيها ويعيش.²

وفي نظريات أخلاقيات مهنة الطب نجد حسب نظرية كل من Beauchamp's و FJChildress أن هنالك العديد من النظريات الأخلاقية والتي تعجز كل منها على حده أن تضع حلا لجميع المعضلات الأدبية والأخلاقية، ولا يتوفر في أي منها وضوحاً أو ترابطاً أو كمالاً أو إدراكاً واضحاً أو بساطة و واقعية تستطيع من خلالها تحقيق الغاية منها، وقد يحتاج إلى عدة نظريات مجتمعه لحل مشكلة أدبية معينة وهذا بالطبع ثقيل ومربك. ونورد في هذا الصدد:

1- حسين، عبد الحميد أحمد رشوان. علم الاجتماع الأخلاقي. مرجع سابق، ص148.
2- محمد إسماعيل، قباري. قضايا علم الأخلاق دراسة نقدية من زاوية علم الاجتماع. الإسكندرية: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1975، ص112.

أ- **نظرية المنفعة أو الفائدة** : حيث يحكم على الفعل بأنه جيد أو سيء من خلال مقارنته بنتائجه

جيدة أم سيئة؟ ، وبأن المنفعة تتحقق بتقديم أقصى ما يمكن من إيجابيات وبأقل ما يمكن من سلبيات إلا أنها أخفقت حين تعاملت مع الأفعال الغير أخلاقية على أساس المنفعة.

ب- **نظرية الالتزام** : وهي معتمدة على فلسفة ايمانويل كانط (1724-1804) والذي أشار بأن

الأخلاق تعتمد على المنطق فقط، ورفض بدوره التقاليد والفطرة والضمير والعواطف في الحكم على الأخلاق، وادعى بأن الفعل مستندا أساسا على الالتزام الأخلاقي.

ولكن نظرية KANTIAN أخفقت في حل الالتزامات المتناقضة لأنها تعتبر القوانين الأخلاقية كاملة أو مطلقة.

ت- **نظرية الحق** : والمعتمد على احترام حقوق الإنسان وخصوصياته، وحياته وحرية والتعبير عن

آرائه، ولكنها تركز على الحقوق الفردية مما يخلق جوا عدائيا بينهم، ناهيك عن أن الحقوق الشخصية قد تتعارض في بعض الأحيان مع الحقوق العامة.

ث- **النظرية الاجتماعية** : التي تنص على أن الخلاق مرتبطة بالتقاليد الاجتماعية المتضمنة

لاعتبارات الأفعال الحسنة والأهداف الاجتماعية والتقاليد....

هذه النظرية ترفض نظرية الحق الفردي، إلا أنها واجهت مشكلة تكمن في صعوبة الوصول إلى إجماع

على مفاهيم القيم الاجتماعية في حياتنا المعقدة اليوم، وما تحويه من خلافات اجتماعية.

ج- **نظرية الروابط الاجتماعية** : والتي تستند أساسا على العلاقة بين الطبيب والمريض وعلى الروابط

العائلية، فعلى سبيل المثال قد يرتبط العمل الأخلاقي بمنع حدوث أي شيء من شأنه قطع الروابط

العائلية، والمشكلة في هذه النظرية صعوبة التعامل وتحديد المشاعر العاطفية والنفسية التي تشتمل عليها

هذه العلاقة.

ح- **نظرية الحالة أو الوضع** : والتي تعتمد على قرارات عملية تناقش فيها كل حالة على حدة، ولكنها

قد تعطي نتائج مختلفة لحالات متشابهة في طبيعتها، وهي أيضا عرضة للتحيز¹.

وحسب تصنيف FJChildress وBeauchamp's هناك أربعة قواعد للأسس الأخلاقية:

(1) قاعدة الذاتية: وهي منح المريض الحق في إبداء رأيه والأخذ بقراره في الإجراء الطبي.

(2) قاعدة دفع الضرر: وهي الابتعاد عن كل ما يؤذي المريض.

(3) قاعدة المنفعة: وهي كل ما يحقق الفائدة والمعقولة ومواجهة التكاليف أمام حدوث المخاطر.

(4) قاعدة العدالة: وهي النظر والبحث في المنفعة والتكلفة والمجازفة من المخاطر المحتملة بطريقة

موضوعية².

1- محمد عيد، شبير. الأخلاقيات الطبية: الأخلاقيات المتعلقة بمهنة التحاليل الطبية. نسخة الكترونية، 2004، ص ص 7-8.

2- المرجع السابق، ص 7-8.

2- مفاهيم أساسية حول الطبيب

سنحاول في هذا المبحث التعرف على الطبيب والعمل الطبي الذي يقوم به والأخلاق التي يتحلى بها إضافة إلى توضيح طبيعة العلاقة بينه وبين المريض.

2-1 تعريف الطبيب

كان الطبيب عند العرب يسمى حكيماً لأنه يلم ويتبحر بعلوم عديدة كالطب والفلسفة والرياضيات والموسيقى والطبيعات وغير ذلك من العلوم.¹

عرف "عبد الفتاح مراد" الطبيب في مؤلفه موسوعة البحث العلمي وإعداد الرسائل بأنه: "الشخص المؤهل والمتخصص لعلاج المرضى"، ويستعمل الاصطلاح الانجليزي في حالات معينة كأن يقال طبيب العائلة، أو طبيب المدرسة ويطلق هذا المصطلح على كل من يقوم بعمليات التطبيق بمعناها الواسع، ولو لم يكن خريج كلية الطب مثل الصيدلي وطبيب الأسنان أخائي العلاج الطبيعي.²

وقد عرف "موفق على عبيد" في كتابه المسؤولية الطبية مسؤولية المستشفيات والأطباء والمرضى الطبيب : هو الشخص الحائز على درجة أو شهادة علمية طبية من جهة معترف بها تؤهله لممارسة فن

1- عبد الله ، عبد الرزاق مسعود السعيد. الطب ورائداته المسلمات. ط1. الأردن: مكتبة المنار، 1980، ص45.

2- عبد الفتاح، مراد. موسوعة البحث العلمي وإعداد الرسائل. مصر، دت، ص495.

ووقاية وعلاج وتخفيف الأمراض أو معالجة ما يمكن علاجه من الآثار الناتجة عن العنف أو الحوادث

سواء كان ذلك لدى الإنسان أو الحيوان.¹

¹- موفق، علي عبّيد. المسؤولية الجزائية للأطباء عن إفساء الأسرار الطبية. ط01. عمان: دار الثقافة. الأردن، 1998، ص34.

2-2 مفهوم العمل الطبي

إن الأعمال التي يمارسها الطبيب كما هو معلوم تعد جرائم إذا مارسها شخص آخر، لأنها تتعرض لجسم الإنسان، فعلى الرغم من صراحة النصوص الواردة في القوانين وأحكام القضاء وآراء الفقهاء إلا أنها اختلفت في تحديد مفهوم العمل الطبي¹.

- تعريف الدكتور "محمود نجيب الحسيني": هو ذلك النشاط الذي يتفق في كلفته وظروف مباشرته مع القواعد المقررة في علم الطب، ويتجه في ذاته أي وفق المجرى العادي للأمر إلى شفاء المريض، والأصل في العمل الطبي أن يكون علاجياً، أي يستهدف التخلص من المرض أو التخفيف من حدته، أو مجرد تخفيف آلامه، ولكن يعد كذلك من الأعمال الطبية ما يستهدف الكشف عن أسباب سوء الصحة أو مجرد الوقاية من المرض.²

❖ يشمل هذا المفهوم جميع مراحل العمل الطبي من فحص وتشخيص وعلاج ويكون بصفة قانونية.

- ذهب الفقيه "جون شارلس" للقول بأن الطب: هو قطاع المعرفة والممارسة الذي غرضه الشفاء ، التخفيف والوقاية من الأمراض لدى الإنسان أو حتى إصلاح أو تجديد أو الحفاظ على الصحة.³

❖ يشير هذا التعريف إلى الجانب النظري والتطبيقي للطب بهدف العلاج والوقاية للإنسان.

1- محمد، القبلاوي. المسؤولية الجنائية للطبيب. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي، 2004، ص05.
2- سمير، عبد السميع الأودن. مسؤولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعدتهم مننياً وجزائياً وتأديبياً. الإسكندرية: منشأة المعارف، 2004، ص12.
3-John Charles. droit médical et déontologie médicale en flamarior médecines-sciences. masson. Paris, 1980. pp 137-138.

- أما التشريع الجزائري فقد حددت مدونة أخلاقيات مهنة الطب فيه الأعمال التي تدخل في إطار العمل الطبي، وذلك في المادة 16 بقولها : "يخول للطبيب وجراح الأسنان القيام بكل أعمال التشخيص والوقاية والعلاج ، ولا يجوز للطبيب وجراح الأسنان أن يقدم علاجاً أو يواصله أو يقدم وصفات في ميادين تتجاوز اختصاصه وإمكانياته إلا في الحالات الاستثنائية"¹.

❖ من خلال هذا النص يتبين أن مفهوم العمل الطبي يمتد من فترة التشخيص والوقاية إلى مرحلة العلاج ووصف الأدوية، أي يشمل جميع مراحل العلاج ، وعلى الطبيب أو الصيدلي أن لا يتجاوز اختصاصه ومجاله المحدد له.

وبالنسبة للمستشفى فقد عرفت جمعية المستشفيات الأمريكية المستشفى بأنه : "مؤسسة تحتوى على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخليين وخدمات طبية تشمل خدمات الأطباء والتمريض، وذلك من أجل إعطاء المرضى التشخيص والعلاج"².

❖ يشتمل هذا التعريف على عدة عناصر: مادية تتمثل في الأسرة وغير مادية تتمثل في الخدمات الطبية والتمريض والتشخيص والعلاج إضافة إلى العناصر البشرية المتمثلة في المرضى والأطباء والممرضون، بهدف التشخيص والعلاج.

1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. مرسوم تنفيذي رقم 276/92 المتضمن مدونة أخلاقيات مهنة الطب. العدد 52، 6 يوليو 1992. الجزائر: المطبعة الرسمية.

2. الحاج، عرابة. "ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية". مجلة الباحث. 7(2009-2010). جامعة ورقلة. ص234.

- أما الدكتور محمد أمين فيري: "المستشفى منظمة اجتماعية فنية معقدة (نظام رئيسي مركب) تحتوي على أسرة للتتويج، وتتألف من مجموعة من النشاطات الجزئية (المنظمة الجزئية) أهمها: نشاط التشخيص، نشاط العلاج، نشاط التمريض، نشاط الخدمات الطبية المساعدة، نشاط الخدمات العامة، نشاط خدمات شؤون المرضى، نشاط الوحدات الإدارية، ونشاط الوحدات الاستشارية التي يؤثر بعضها على بعض ويتأثر بعضها ببعض، ويعمل بعضها مع بعض لتحقيق أهداف تقديم الرعاية الصحية"¹.

❖ يوضح هذا التعريف أن المستشفى نظام رئيسي مركب يتألف من مجموعة من الأنظمة الفرعية

لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة.

¹ علي، سنوسي. "تقديم مستوى الفعالية التنظيمية في المستشفيات الجزائرية". مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا. جامعة المسيلة الجزائر. العدد 7. د ت، ص 292.

2-3 أخلاق الطبيب

ترتبط الطبیب وشانج كثيرة مع شرائح متعددة من المجتمع، منهم مرضاه ورؤساءه، ومرؤسيه وزملاؤه، وأفراد المجتمع ونجاح الطبیب لا يعتمد فقط على علمه ومهاراته وإنما أيضا على علاقاته بالآخرين.

و سنقوم في هذا القسم باستعراض بعض الصفات التي يجب أن يتسم بها الطبیب الناجح في علاقاته مع الآخرين.

أ- الإخلاص في العمل : الطبیب هو موضع ثقة المريض وأهله والمجتمع وهو في موضع يستطيع أن يساعد فيه الناس على أن يساعدوا أنفسهم ، وكثيرا ما يلقب "بالحكيم" في بعض المجتمعات وهي عبارة على أن ممارسته تحتاج لأكثر من التطبيب ، وهو كثيرا ما يقف إلى جانب الإنسان في لحظة ولادته ووفاته وقد يطلع على عورة وأسرار المريض للضرورة.

ب- النزاهة : على الطبیب تجنب إساءة التصرف في العمل الطبي ، فهو يؤمن بشرف المهنة ، ولا ينظر إلى مهنته على أنها أداة للكسب، بل هي وسيلة للعطاء والإصلاح وهذا الإيمان بشرف المهنة هو أهم دافع للعاملين في الخدمات الصحية بأن يرعوا الخلق الحسن في تعاملهم مع الناس.

ت- الصدق : من أكثر الناس الذين في حاجة لتحري الصدق هو الطبیب في معاملاته مع جميع المحيطين به، وهو بذلك ينطلق من منطلق أخلاقي وهو أساس النجاح في الحياة.

ث- الإيثار: هناك مجموعة من الصفات لا بد للتحلي بها من طرف الطبيب ولكن تظل صفة الإيثار

وإنكار الذات أهمها بقدر كاف وهو الذي يحقق للطبيب محبة الآخرين كما يحب نفسه.

ج- الوفاء : يحتاج الطبيب إلى أن ينمي في نفسه هذه الصفة لمن أخذوا بيده في مسارات الحياة

وذلك بمختلف الأشكال.

ح- الرحمة : على الطبيب أن يكون رحيما بمرضاه ومن معاني الرحمة أن يخفض جناحه لمريضه

فلا يتعالى ولا يمين ، وأن يسكن روع المريض ، ويبعث في نفسه الطمأنينة ويفتح له أبواب الأمل،

ويكون طلق الوجه ، ميسرا للأمر ، لا يفرق بين مرضاه في اللون والجنس والعرق والمذهب.

خ- تهذيب النفس : على الطبيب أن يراجع نفسه بالإصلاح وهذا يقتضي منه النظر بموضوعية

للأمور وتحري الحق وجهاد النفس، لان خطأ قد يؤدي بحياة إنسان.

د- سمو الأهداف : كلما سما الإنسان بأهدافه سمت به وارتفعت فالإنسان مع تقدم العمل والخبرة يتعلم

كيف يوجه اهتماماته أكثر نحو الآخرين.

ذ- مداومة التعلم : العلوم الطبية تتجدد، ومن ثم فعلى الطبيب أن يواظب على تطوير معلوماته فهذا

مدعاة لرضاه عن نفسه ورضا الآخرين عليه، وطلب المعرفة يحتاج إلى جهد ومثابرة وعناء ، والشيخ

ابن سينا الذي برع في الطب والفلسفة والميتافيزيقا والشعر يقول: "كنت أرجع بالليل لداري وأصنع

السراج بين يدي واشتغل بالقراءة والكتابة، فإذا غلبني النوم أو شعرت بضعف عدلت إلى شرب قدح من الشراب، فيما تعود إلي قدرتي ثم أرجع إلى القراءة".

ر-التنظيم الإداري: تربط الطبيب مع زملائه ورؤسائه ومرؤوسيه في العمل علاقات متعددة ومتداخلة، وحتى ينجح في عمله لابد أن يتناغم عمله ويتساق مع أعمال الآخرين حتى تصل مجموعة العمل كفريق إلى أهدافها المحددة ومن ذلك :

- المشاركة مع الآخرين في وضع أهداف ومنهج العمل ومتابعة تنفيذه .
- استيعاب الخريطة التنظيمية للمؤسسة التي يعمل بها وإدراك صلاحياته ومسؤولياته والالتزام بالترتيب الوظيفي.
- الصدق والوضوح والموضوعية مع جميع من يعمل معهم.
- الحرص على تشجيع مرؤوسيه وإعطائهم الحوافز المالية والأدبية وتقادي النقد الجارح والتوجيه المستمر لهم.¹

وفي هي هذا الصدد جاء في قاموس الطب لـ أبوقراط: " ينبغي لمن أراد تعلم صناعة الطب أن يكون ذا طبيعة جيدة موأتية ، وحرص شديد ورغبة تامة..."

¹ -نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي. طبيب المجتمع (الكتاب الجامعي). د.ط. منظمة الصحة العالمية : المكتب الإقليمي للشرق الأوسط أكاديميا.صص 129-132.

كما جاء في نسخة وصيته المعروفة بترتيب الطب ، قائلا: " ينبغي أن يكون المتعلم للطب في جنسه حرا، وفي طبعه جيدا حديث السن، معتدل القامة، متناسب الأعضاء، جيد الفهم، حسن الحديث، صحيح الرأي عند المشورة عفيفا شجاعا، غير محب للفضة مالكا لنفسه عند الغضب ، ولا يكون تاركا له في الغاية، ولا يكون بليدا.... وينبغي أن يكون مشاركا للعليل مشفقا عليه، حافظا للأسرار، وينبغي أن يكون محتملا للشثيمة...و أن يكون حلق رأسه معتدلا مستويا ويقص أظافر يديه وأن يكون ثيابه بيضاء نقية لينه... إلخ.¹

ويؤكد على ذلك أيضا الرازي في رسالته إلى بعض تلامذته بعنوان أخلاق الطبيب وذلك بقوله : ينبغي للطبيب أن يكون رفيقا بالناس حافظا لغيبيهم، كتوما لأسرارهم ،وإذا عالج أحدا فيجب أن يحفظ طرفه ، ولا يتجاوز موضع العلة وذلك ما ركز عليه الحكيم اليوناني جالينوس .²

1- محمد رضا، الحكيم. أنكياء الأطباء. د. ط. بيروت: مؤسسة الأعلى للمطبوعات، لبنان، ص ص181-182.
2- عبد اللطيف، محمد العبد. أخلاق الطبيب: رسالة لأبي بكر محمد بن زكريا الرازي إلى بعض تلامذته. ط1. القاهرة: دار التراث. مصر، 1977، ص ص 27-28.

4-2 علاقة الطبيب بالمريض

يدلنا تصفح التراث العربي على وجود العديد من الدراسات حول الأطباء من حيث التأهيل والممارسة الطبية وميثاق أخلاقيات المهنة الطبية ولغة التفاهم بين الطبيب والمريض وقواعد العلاج الناجح والتي تنطلق من مراعاة الخلفيات الاجتماعية والثقافية والنفسية للمريض وخاصة في حالات الأمراض المزمنة ومن تلك النصائح والإرشادات المهنية لكبار الأطباء العرب المسلمون في هذا المجال :

1- التأكيد على لغة التفاهم بين الطبيب والمريض والتي تراعى فيها الأبعاد الاجتماعية والثقافية في

الممارسة الطبية .

2- أهمية الجانب النفسي والاجتماعي في علاقة الطبيب بالمريض حيث أكد الأطباء العرب في ذلك

على عمق تأثير الأوهام والأحداث النفسية في صحة الإنسان ومرضه.

3- نصائح الحياة اليومية للطبيب.

4- أخلاقيات المهن الطبية في التراث العربي تركز على :

1/4- أن يكون الطبيب تام الخلق، صحيح الأعضاء، حسن الذكاء جيد الرؤية، ذكورا خير الطبع

2/4- أن يكون حسن الملبس ، طيب الرائحة ، نظيف البدن والثوب .

3/4- أن يكون كتوما لأسرار المرضى، لا يبوح بشيء من أمراضهم.

4/4- أن تكون رغبته في إبراء المرضى أكثر من رغبته فيما يلتمسه من الأجرة ورغبته في علاج

الفقراء أكثر من رغبته في علاج الأغنياء .

5/4- أن يكون حريصا على التعليم والمبالغة في منافع الناس .

6/4- أن يكون سليم القلب، عفيف النظر، صادق اللهجة ، لا يخطر بباله شيء من أمور النساء

والأموال التي شاهدها في منازل الأعداء فضلا عن أن يتعرض لشيء منها.

7/4- أن يكون مأمونا ثقة ،على الأرواح والأموال لا يصف دواء قتالا ولا يعلمه ولا دواء يسقط

الأجنة، يعالج عدوه بنية صادقة كما يعالج حبيبه .

ومع مرور الوقت ازدادت العلاقة الثنائية الشائكة بين المريض والطبيب أهمية ،ففي الصور

الكلاسيكية كان الطبيب يلتقي مرضاه في منازلهم وفي بيئات اجتماعية أخرى، وهو بذلك يعرف

عنهم كل شيء أما اليوم فيندر أن يزور الطبيب المريض في بيته مما ترتب عليه تغير واضح في

النسيج الاجتماعي الذي يربط بينهما خارج المحيط الطبي، وقد زاد التفاوت الاجتماعي وتعد

المجتمع فصار الطبيب ينتمي إلى بيئة وينتمي مرضاه إلى بيئات أخرى مع اختلاف مستوياتهم

التعليمية والاقتصادية والثقافية،حيث تقلص تركيز الطبيب على شخصية المريض وأفرزت

التطورات العلمية والتكنولوجية في سوق الخدمات الطبية تخصصات مختلفة لمهام الهيئات الطبية.

وتشير الدراسات السوسولوجية إلى الأدوار المتبادلة بين الطبيب والمريض فعلى المريض أن يثق في الطبيب ويتبع تعليماته وعلى الطبيب في المقابل تسخير كل معرفته التخصصية ومهاراته المتاحة لعلاج المريض، وهنا سعت واجبات الطبيب إلى التقليل من المشكلات المحتملة والمعروفة في الدور الطبي والتأكيد على الأخلاقيات المهنية والمستويات السلوكية السوية وذلك ما يشير له قسم أبوقراط الطبي. وعندما تتدعم هذه العلاقات المتبادلة بين الطبيب والمريض، يستطيع الطبيب الوفاء بمسؤولياته لصالح المريض ولصالح المجتمع¹.

و لقد أضاف "تالكوت بارسونز" الكثير إلى المعرفة السوسولوجية في علم الاجتماع الطبي، حيث عالج دور كل من الطبيب و المريض و العلاقات التي تحكمها². وإذا كان بارسونز و كوكس وغيرهما تتباً بانسجام العلاقة بين الطبيب والمريض واتساقها، فإن هناك باحثين آخرين هما "هولند" و"زاس" قد حددا ثلاثة أنماط أساسية لتلك العلاقة كما يلي :

- 1- نمط الايجابية والسلبية : يتحدد فيه دور الطبيب بعمل شيء ما لإنقاذ المريض ومساعدته على اجتياز الأزمة (الايجابية) بينما يقتصر دور المريض على التلقي فهو غير قادر على الرد (السلبية) ،ويتجسد هذا النمط في ثلاث حالات : الجرح الحاد أو فقدان الحس أو الغيبوبة .

1- علي، المكاوي. دراسات في علم الاجتماع الطبي والوطن العربي. طبعة الكترونية من طرف كتب عربية، 1998، ص ص166-180.
2- فاطمة، مساني. "قراءة سوسولوجية لسلوك و دور المريض". مجلة معارف. العدد (13 ديسمبر 2012): صفحة المقدمة.

2- نمط المساعدة (التعاون) : وفيه يحيط الطبيب المريض علما بما يفعله من أجل علاجه

(مساعدة)، ويتحدد دور المريض في إطاعة الأوامر وتنفيذ التعليمات الطبية (التعاون) للتغلب

على حالات العدوى الحادة أو الأمراض الخطيرة .

3- نمط المشاركة المتبادلة : يتجلى دور الطبيب في مساعدة المريض على أن يساعد نفسه

(المشاركة) ويترجم المريض دوره في شكل إسهام في عملية المشاركة (التبادل)، وعادة ما يكون

هذا النمط في معظم حالات المرض المزمن والتحليل النفسي..... إلخ.¹

¹ - علي، المكاوي. مرجع سابق، ص ص166-180.

3- القوانين المنظمة لمهنة الطب

3-1 مدونة أخلاقيات مهنة الطب والتدابير المرافقة لها

إن الأخلاقيات جزء متين من الطب وذلك منذ بروز الطبيب اليوناني أبو قراط في ق 5 ق.م ، والذي يعد مبتكرا للأخلاق الطبية، فالقوانين المنظمة لها تختلف من دولة لأخرى ، بينما الأخلاقيات تتجاوز الحدود الطبية¹.

ولكل مهنة من المهن أخلاقيات ومواثيق وقواعد ومبادئ تحكم قواعد العمل والسلوك فيها وينبغي احترامها والالتزام بها باعتبارها تعكس صورة التوجه الأخلاقي العام في حياة الشعوب والأمم².

وللمهنة مجالات متعددة و وظائف معينة، وقد تتداخل مجالات المهنة و وظيفتها ومادتها العلمية ومهارتها وأساليبها العلمية مع مهن أخرى، وتعد دراسة "فلكسندر" عام 1915 أقدم دراسة في مجال المهن ، وقد توصلت إلى معايير عدة ، منها أن يكون للمهنة قواعد أخلاقية تحكم عملياتها³.

إذ يعتبر قانون آداب الطب le code de déontologie médicale هو قانون واجبات عامة و تقنية تهدف إلى الممارسة السليمة للمهنة ،إنه قانون خصوصي يعني بقواعد مهنة الطب نفسها⁴.

1- جون، ويليامز. جون، ويليامز. كتاب الأخلاقيات الطبية. ترجمة محمد الصالح بن عمار. جمعية الطب العالمية، 2005. ص8.
2- وزارة التعليم العالي جمهورية مصر العربية. دليل أخلاقيات المهنة كلية الطب البيطري. جامعة المنصورة وحدة إدارة المشروعات، ص3.
3- حمدان أحمد، الغامدي وعبد الله بن الدهيش. أخلاقيات مهنة التعليم وسبل تعزيزها في نظام التعليم السعودي. ورقة مقدمة لندوة "أخلاقيات العمل في القطاعين الحكومي والأهلي بالمملكة العربية السعودية" 2005/3/1، الرياض السعودية.
4- سليمان، حاج عزام. "الدعوى التأديبية الناشئة عن مخالفة قواعد أخلاقيات الطب". مجلة المفكر. جامعة محمد خيضر بسكرة. العدد 08 (دت): 108.

و يرى التشريع الجزائري أخلاقيات الطب بأنها مجموعة المبادئ والأعراف التي يتعين على كل طبيب

أو جراح أسنان أو صيدلي أن يراعيها، وأن يستلمها في ممارسة مهنته.¹

إن قواعد مدونة أخلاقيات الطب هي قواعد قانونية مكتوبة، تصدر في شكل نص تنظيمي، ملزمة

مستقلة عن القواعد الجنائية والمدنية، ولها مبادئ تحكمها ويترتب عن مخالفتها المتابعة التأديبية وتوقيع

الجزاء.²

أولاً : مدونة أخلاقيات مهنة الطب

وقد جاء في هذه المدونة 228 مادة موزعة على :

الباب الأول : قواعد أخلاقيات الطب : و ينقسم إلى فصول و هي :

1- الفصل الأول : أحكام تمهيدية : تتعلق بتعريف أخلاقيات الطب وإيضاح الجهات التابعة بلها

المخالفات لهذه القواعد وأحكام أخرى وهي تتضمن على 5 مواد.

2- الفصل الثاني:قواعد أخلاقيات الأطباء وجراحي الأسنان، تشمل على الفقرات:

1/2- الفقرة1: الواجبات العامة : وذلك لكل من الطبيب وجراح الأسنان وتشمل على 35مادة.

2/2- الفقرة2: السر المهني:تتضمن أحكاما تتعلق بالسر المهني في 5 مواد.

1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. مرسوم تنفيذي رقم 276/92 المتضمن مدونة أخلاقيات مهنة الطب. العدد 52،6 يوليو 1992. الجزائر: المطبعة الرسمية. المادة 01.

2- سليمان، حاج عزام. مرجع سابق، ص 130.

3/2- الفقرة 3: واجبات اتجاه المريض : تشمل آداب الطبيب مع المريض منها: اختيار الطبيب،

الإحاطة بالمعلومات ، الوصفة، بالإضافة إلى واجبات تجاه المرضى القصر والأطفال

المعاقين، الامتيازات الممنوحة للمريض، طبيعة الشهادات والتقارير الطبية وهي تحوي 17 مادة.

4/2- الفقرة 4: الزمالة : وتتضمن أحكاما تنظم علاقة الطبيب مع زملائه ،تتكون الفقرة من 8

مواد.

5/2- الفقرة 5: علاقة الأطباء فيما بينهم وجراحي الأسنان فيما بينهم وعلاقة هؤلاء بأعضاء باقي

فروع الصحة : تتضمن توضيحا لمختلف العلاقات الناشئة في المهنة

للمزلاء فيما بينهم وبين مرضاهم وأعضاء فروع الصحة الآخرين وتشمل على 10 مواد.

6/2- الفقرة 6: قواعد خاصة ببعض طرق الممارسة :تشمل على 22 مادة و فيها :

أ- الممارسة المتعلقة بالزبن الخواص وممارسة الطب مقابل أجر .

ب- ممارسة الطب مقابل أجر .

ت- ممارسة الطب أو جراحة الأسنان بمقتضى الرقابة .

ث- ممارسة الطب وجراحة الأسنان بمقتضى الخبرة .

7/2- الفقرة 7: تحت عنوان أحكام مختلفة : وفيها 4 مواد.

3- الفصل الثالث : قواعد أخلاقيات الصيدلة : يحتوي 58 مادة موزعة على 5 فقرات.

الباب الثاني : مجالس أخلاقيات الطب : وينقسم هو الآخر إلى :

1- الفصل الأول : أحكام تمهيدية : يحكي على مقر المجلس ومكاتبه وأجهزته وصلاحياته، وتنظيم

أعماله وفروعه النظامية في 9 مواد .

2- الفصل الثاني: أحكام عامة تتعلق بتسيير الفروع وهو بدوره يشمل على 9 مواد.

3- الفصل الثالث : الفروع النظامية الجهوية ، ويشمل على :

1/3- الفقرة 1: أحكام عامة متعلقة بتسيير عمل الفروع ، 4 مواد.

2/3- الفقرة 2: الفرع النظامي الخاص بالأطباء ، والفرع النظامي الخاص بجراحي الأسنان

:يشمل عدد أعضاء الفرع النظامي وانتخابه، وفيه 11 مادة.

3/3- الفقرة 3: الفرع النظامي الخاص بالصيدلة ، يحتوي على 5 مواد .

4- الفصل الرابع : الفروع النظامية الوطنية ، وينقسم إلى :

1/4- الفقرة 1: أحكام مشتركة تتعلق بمهام الفروع النظامية الوطنية ، الجمعية العامة لها وذلك في

مادتين اثنتين .

2/4- الفقرة 2: الفرع النظامي الخاص بالأطباء / الفرع النظامي الخاص بجراحي الأسنان، يضم

الأعضاء عددهم ومقاعدهم ، المكتب الخاص بها ضمن 5 مواد.

3/4- الفقرة 3: الفرع النظامي الخاص بالصيادلة في 5 مواد.

5- الفصل الخامس: التسجيل ويشمل على : الأعضاء لممارسة المهنة بشرط التسجيل والتسجيل

المستمر لهم وما يتعلق به من أمور ويتكون من 6 مواد.

الباب الثالث: الانضباط : ويشمل على :

1- الفصل الأول: أحكام مشتركة حول الأخطاء المهنية وما إليها ويشمل على 12 مادة.

2- الفصل الثاني: الفرع النظامي الخاص بالأطباء /الفرع النظامي الخاص بجراحي الأسنان ، مادة

واحدة.

الباب الرابع: أحكام انتقالية تتضمن أحكاما مختلفة تندرج في 5 مواد¹.

ثانيا: مجلس أخلاقيات مهنة الطب

1/ إنشاء المجلس الوطني لأخلاقيات مهنة الطب

عمل المشرع الجزائري على إنشاء المجلس الوطني لأخلاقيات الطب الذي يضمن حسن تثبيت الأخلاق

المهنية بممارسة السلطة التأديبية لكل من يرتكب خطأ تأديبيا.

1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. مرسوم تنفيذي رقم 276/92. العدد 52،6 يوليو 1992. الجزائر: المطبعة الرسمية، ص 1419-1436.

تم إنشاء المجلس الوطني لأخلاقيات الطب بموجب المادة 168 المعدلة بقانون 17/90 نظم تشكيلة

المرسوم التنفيذي المتضمن مدونة أخلاقيات الطب.¹

جاء في المادة 2/267 من قانون 5-85 على أنه ينشأ مجلس وطني للآداب الطبية ثلاث فروع و

هي :

1- فرع الأطباء 2- فرع جراحي الأسنان 3 - فرع الصيدالة.²

2/ أجهزة المجلس الوطني لأخلاقيات مهنة الطب

يوجد مجلس وطني واحد لأخلاقيات الطب مقره بمدينة الجزائر يتشكل من عدة أجهزة تتمثل في :

- الجمعية العامة : تتكون من كافة أعضاء الفروع النظامية الوطنية للأطباء وجراحي الأسنان

والصيدالة.

- المجلس الوطني : يتكون من أعضاء مكاتب الفروع النظامية الوطنية للأطباء وجراحي الأسنان

والصيدالة .

- المكتب : يتكون من رؤساء كل الفروع النظامية ومن عضو منتخب عن كل فرع، بحيث يكون

هذا العضو من القطاع العام إذا كان الرئيس من القطاع الخاص والعكس بالعكس.

1- المادة 4/267 من قانون 05-85 المتضمن حماية الصحة وترقيتها.

2- المادة 2/267 من قانون 05-85 المتضمن حماية الصحة وترقيتها.

حددت مدونة أخلاقيات الطب كيفية رئاسة المجلس الوطني فجعلته بالتناوب ولمدة متساوية

بين رؤساء الفروع النظامية الوطنية الثلاثة، ويكون رئيسا الفروع النظامية الوطنية اللذان لا

يتراسان المجلس نائبين لرئيس المجلس الوطني لأخلاقيات الطب.¹

¹- المواد 164/163 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب، مرجع سابق.

3/ المجالس الجهوية لأخلاقيات مهنة الطب

تم إنشاء 12 مجلس جهويا على المستوى الوطني والتي بدورها تتشكل من الجمعية العامة، تتكون من أعضاء الفروع النظامية الجهوية، والمكتب الجهوي يتكون من رؤساء كل فرع نظامي جهوي، وعضو منتخب يجب أن يكون من القطاع العام لما يكون رئيس الفرع النظامي من القطاع الخاص والعكس بالعكس، كل مجلس يضم مجموعة من المدن والولايات :

- المجلس الجهوي لمدينة الجزائر: الجزائر .
- المجلس الجهوي لوهراڤ : وهران ، مستغانم ، معسكر .
- المجلس الجهوي لقسنطينة : قسنطينة ، ميلة ، جيجل ، أم البواقي .
- المجلس الجهوي لعنابة : عنابة ، سكيكدة ، الطارف، قالمة، سوق أهراس .
- المجلس الجهوي للبليلة : البليلة ، تيبازة ، المدية ، الجلفة .
- المجلس الجهوي لتيزي وزو: تيزي وزو ، بجاية ، البويرة ، بومرداس .
- المجلس الجهوي لتلمسان:تلمسان،عين تيموشنت، سعيدة، سيدي بالعباس .
- المجلس الجهوي لباتنة:باتنة، بسكرة، الوادي، خنشلة، تبسة .
- المجلس الجهوي لسطيف: سطيف،المسيلة، برج بوعرييج .
- المجلس الجهوي للشلف: الشلف،عين الدفلى،غليزان،تيارت،تيسمسيلت .

- المجلس الجهوي لغرداية: غرداية، ورقلة، الأغواط، تمنراست، اليزي.

- المجلس الجهوي لبيشار: بشار، أدرار، البيض، النعام، تندوف.

من المهام المسندة لهذه الفروع السهر على تنفيذ قرارات كل من المجلس الجهوي والمجلس الوطني

لأخلاقيات الطب، كما تتولى الدفاع عن شرف المهنة وكرامتها كما تمارس السلطات التأديبية في الدرجة

الأولى ولها أيضا سلطة توفيقية للفصل في النزاعات التي قد تحدث بين المرضى والأطباء أو جراحي

الأسنان أو الصيادلة أنفسهم .

تتكون هذه الفروع من أطباء وجراحي أسنان وصيادلة من جنسية جزائرية مسجلين في القائمة ومسددين

اشتراكاتهم ، يتم انتخابهم حسب شروط المادة 173 من المدونة.¹

¹- المرجع السابق، ص43.

2-3 الميثاق الإسلامي العالمي للطب

تعتبر أخلاقيات المهنة عن المبادئ التي تعد أساساً للسلوك المطلوب لأفراد المهنة والمعايير التي تعتمد عليها الوزارة في تقييم أدائهم إيجاباً وسلباً.¹

على غرار المنظمات المذكورة في البحث، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية انطلقت مطلع 1981، عقدت ما يقرب 30 لقاءً عالمياً إلى غاية 2005 لمناقشة المشكلات اليومية الصعبة من طرف علماء متخصصين، وكان آخرها قد درس موضوع الدستور الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية، مع التطرق إلى الأبحاث التي تجرى على الإنسان في إطار الوثيقة العالمية للأبحاث الطبية التي أعدها مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية cioms، ثم إلى العلاقات بين الطبيب وزملائه ومرضاه ومجتمعه بمشاركة فقهاء وأطباء وعلماء اجتماع، قانون وفلسفة وغيرها من 22 دولة، إضافة إلى منظمات حكومية وغير حكومية في منتصف ديسمبر 2004.²

وقد تضمن 108 مادة اندرجت في الأبواب التالية :

الباب الأول : أخلاق الطبيب .

الباب الثاني : واجبات الطبيب نحو المريض .

الباب الثالث : السر المهني .

1- سالم، السالم. أخلاقيات العمل. ورقة مقدمة إلى برنامج تدريبي في الإمارات. الإمارات العربية المتحدة، ص2.
2- منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي للشرق الأوسط. الدستور الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية. الدورة 52، البند 8 من جدول الأعمال، سبتمبر 2005، ص5.

الباب الرابع : واجبات الطبيب تجاه المجتمع .

الباب الخامس : القضايا الاجتماعية .

الباب السادس : الإعلان والإعلام .

الباب السابع : واجبات الطبيب نحو المؤسسة التي يعمل بها.

الباب الثامن : العلاقات مع الزملاء .

الباب التاسع : حقوق الطبيب .

الباب العاشر : واجبات الطبيب تجاه مهنته¹.

1- ممتاز، عبد القادر حيزرة. البحث العلمي الطبي وضوابطه الشرعية. ط1. المملكة العربية السعودية، 2005، ص92.

3-3 المنظمات الدولية والميثاق الدولي لأخلاقيات الطب

أولاً: منظمة الصحة العالمية :

منذ تأسيس منظمة الصحة العالمية قبل 60 عاماً، جوهر المهمة التي تنهض بها المنظمة من أجل حماية وتعزيز صحة المجتمعات على الصعيد العالمي، وقد تم الاضطلاع بأنشطة في مجال الأخلاقيات من قبل العديد من البرامج والإدارات فضلاً عن مكاتب المنظمة الإقليمية .

في عام 2002 أنشأت المديرية العامة للمنظمة الدكتورة "غرو هارليم برونتلاند" مبادرة في مجال الأخلاقيات والصحة منذ انطلاقتها أدت إلى دور مركز الاتصال للأنشطة التي يضطلع بها في مجال الأخلاقيات على جميع مستويات المنظمة .

إضافة إلى نشر المطبوع المعنون " إرشادات بشأن الأخلاقيات والحصول العادل على خدمات العلاج والرعاية فيما يخص فيروس الايدز(بالاشتراك مع برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الايدز) .

والمطبوع المعنون "الاعتبارات الأخلاقية لدى إعداد استجابة صحية عمومية لمقتضيات الأنفلونزا الجائحة".

كما تسهم المنظمة في الجهود على المستوى الإقليمي من أجل بناء القدرات في مجال الأخلاقيات، وذلك بالتعاون الوثيق مع الدول الأعضاء، وتوسعي شبكة الربط المعنية بالأخلاقيات في مجال بحوث الطب

الحيوي في إفريقيا إلى تعزيز قدرة البلدان الإفريقية على المشاركة في العمليات الفعالة لاستعراض

الأخلاقيات.¹

¹- كارل، كوليمان وآخرون. "إسهام الأخلاقيات في الصحة العمومية". مجلة منظمة الصحة العالمية، المجلد 86، (2008): ص 577-656.

ثانيا : الاتحاد الطبي العالمي :

أنشئ الاتحاد الطبي العالمي عام 1947 بعد أن كشفت محاكمات نورنبرغ حقائق مرعبة عن مسلك أطباء ألمان ويابانيين ،شاركوا أجهزة الاستخبارات والقمع في التكتيل بالسجناء وتعذيبهم، وفي إجراء الأبحاث غير الأخلاقية على الإنسان .

وقد تبنى صياغة معايير الأخلاقيات الطبية، في عام 1964 أصدر الاتحاد (إعلان هلسنكي) الذي أصبح نيراسا لأخلاقيات المهنة الطبية والبحث العلمي على الصعيد العالمي، وقد أجريت عليه ست تعديلات منذ ذلك الوقت آخرها في شهر أكتوبر 2008 انضم إلى عضويته عشرات من الجمعيات الطبية من مختلف البلدان، وقد عكف على انتخاب الرؤساء المتعاقدين للاتحاد الهيئة العامة للاتحاد ولجانته الأخلاقية من الأطباء ذوي السجلات المشهودة والمشرفة في تبني المعايير الأخلاقية بمستوياتها الرفيعة في الجمعيات الطبية في بلدانهم.¹

كان من أولى اهتمامات الجمعية أن جعلت من يمين أبوقراط يتماشى والواقع مما أدى إلى تصريح جنيف الذي تبنته الجلسة العامة لـ1948 وما انفك هذا التصريح يخضع للمراجعة سنة 2005، وكان الدور الثاني للجمعية إعداد قانون عالمي للأخلاقيات الطبية، وقد تم تبنيه في الجلسة العامة الثالثة للجمعية سنة 1949 وتمت مراجعته في 1966 وسنة 1983 كذلك، وما يزال حاليا تحت مجهر المراجعة.

علي، مشعل. أزمة أخلاقيات في الاتحاد الطبي العالمي. عمان: المستشفى الإسلامي - <http://www.humanitarianibh.net/articles> -1

و تدخلت الجمعية في أكثر من مئة قضية مردها إلى سلوكيات أخلاقية وهي تدرس حاليا عدة مواضيع

أخلاقية بما في ذلك تعليم الطب ومسالك الرعاية ،وهي تراجع كل سنة النصوص الموجودة وتتخذ قرارات

جديدة.¹

ثالثا : الميثاق الدولي لأخلاقيات الطب²:

اعتمده الجمعية العامة للرابطة الطبية العالمية في دورتها الثالثة بلندن: انكلترا، تشرين الأول/أكتوبر

1949 ،وعدلته في الدورة 22 بسيدني: استراليا، ثم الدورة 35 للجمعية الطبية العالمية آب/أغسطس

1968، فينيسيا: ايطاليا، تشرين الأول/أكتوبر 1983 فالدورة 57 للجمعية العامة للرابطة المعقودة في

بيلانسبرج: بجنوب إفريقيا، في تشرين الأول/أكتوبر 2006 .

1. واجبات عامة على الطبيب :

- يجب علي الحكيم ممارسة أحكامه المستقلة وصيانة المعايير العالية التي تقوده ليكون متمكنا .
- على الحكيم احترام رأي المريض سواء قبل الدواء أو رفضه .
- للمريض حق القبول أو الرفض وعلى الحكيم تقبل رأيه .
- لا يجب على الحكيم أن يتأثر رأيه بالربح أو بالماديات كالرشوة مثلا .

¹- جون، ويليامز. مرجع سابق ، ص13.

²- www.wma.net : 18:00-09/ماي/2016 الرابطة الطبية العالمية

- كما لا يلزمه التعصب في المعاملة أو التمييز بين المرضى بل يعاملهم سواسية .
- على الحكيم أن يكرس أو يجهز طاقم خدمة (سارفيس) مكتمل و مجهز بالعتاد الطبي ليحافظ علي كرامة المريض وضمان الاستقبال الجيد للمريض .
- على الحكيم التعامل بشرف مع المريض ومع زملائه ومع كل المتواجدين في طاقم الخدمة (السارفيس) الصحي .
- وعليه تقديم شكاوي للهيئات المتخصصة لاستقبال الشكاوى في حالة رأى أطباء آخرين يتعاملون بشكل غير أخلاقي أو يمارسون النصب والاحتيال .
- و أيضا تقديم شكاوى للجهات المعنية في حالة إذا ما رأى تفشي ظاهرة النصب والاحتيال من طرف الأطباء نحو المرضى .
- كما عليه احترام حقوق المرضى وحقوق زملائه واحترام اختياراتهم .
- عليه أن يشخص فقط ما أقدم على علاجه أي عدم تشخيص حالات لم يتم بعلاجها .
- وعدم كتابة ووصف دواء من دون تشخيص الحالة .
- عدم وصف أدوية دون الكشف على الحالة .
- لا يجب علي الطبيب أخذ نقود مقابل كتابة نوع معين من الأدوية .

- يجب على الحكيم استعمال كل الطرق للعناية بشكل جيد وللحفاظ على سلامة المريض، ليستفيد المريض وبالتالي المجتمع .
- يلزمه احترام القوانين المحلية و الوطنية.
- 2. واجبات الطبيب نحو المرضى :
- علي الطبيب احترام الحياة الإنسانية .
- عليه توفير الرعاية الطبية للمريض والتعامل الجيد معه .
- يجب على الطبيب خلق مساحة من الثقة بينه وبين المريض بحيث يستطيع المريض الوثوق بالطبيب .
- كما على الطبيب أيضا حفظ المعلومات وحفظها عندما يطلب منه المريض ذلك و هذا بالطبع إذا كان في فائدة المريض فيكون ذلك من حسن أخلاقيات الطبيب .
- عليه تقديم الإسعافات الأولية كواجب إنساني، إذا كان المريض بحاجة لها .
- عندما يتعامل الطبيب مع مريض في حالة مزرية، على الطبيب أن يتخذ أسلوب معين للتعامل مع مريضه كما عليه أن يتعامل مع الحالة بطريقة سوية وعليه أن يعرف إذا كان المريض على دراية بمرضه وحالته

- عندما يتعامل الطبيب مع مريض ميئوس من حالته عليه اتخاذ أسلوب معين وسوي للتعامل مع هذه الحالة كما أنه عليه أن يعرف إذا المريض على دراية بمرضه.
- على الطبيب أن لا يدخل في أي علاقة جنسية مع مريضه أو أي علاقة غرامية أو شيء من هذه العلاقات .
- 3. واجبات الطبيب نحو زملائه :
 - ليس على الطبيب أن يتكلم بشكل سيء عن زملائه للمريض بهدف جلبه .
 - علي الطبيب التحاور مع زملائه الأطباء الذين يرعون نفس المريض في حال تطور الحالة المرضية أو ظهور علامات جديدة على المريض بهدف العناية الجيدة والسليمة للمريض والحفاظ على سلامته .
 - وأن لا يتخذ قرارات لوحده وهذا لضمان جو جيد وخلق سلوك راق و بالتالي عناية أفضل .

خلاصة الفصل

من خلال التعرض لأهم المحطات التاريخية لمهنة الطب لاحظنا بأن الطب ظهر في البداية بممارسات بسيطة تتعلق بجانب من الروحانيات من جهة وبجانب طبي شعبي من جهة أخرى و قد تطور في وقت لاحق ليصبح مرتبطا بعيادات ومستشفيات وابتعدت عن الغيبيات وأصبحت أكثر علمية وتخصصا، كما أن الطبيب قد تحدد بشخص يمارس الطب بطريقة قانونية وفق شروط معينة ويتحلى بأخلاق تنظم علاقته بالمريض، وقد تنوعت القوانين التي تنظم مزاوله المهنة بين النطاق المحلي إلى الإسلامي والعالمي وهذا يدل على حساسية وأهمية هذه المهنة التي موضوعها حول الحياة.

الفصل الثالث: التمثلات الاجتماعية اقتراب سوسيولوجي ومفاهيمي

تمهيد

1- التمثلات الاجتماعية في الدراسات السوسيولوجية

1-1 التمثل في أعمال دوركايم

2-1 التمثل في المنظور السوسيولوجي

2- تحليل مفاهيمي التمثلات الاجتماعية

1-2 بعض المفاهيم القريبة من مفهوم التمثل

2-2 نظرية التمثلات الاجتماعية

3- ديناميكية التمثلات الاجتماعية

1-3 مميزات مفهوم التمثلات الاجتماعية

2-3 وظائف التمثلات الاجتماعية

خلاصة الفصل

تمهيد

أثار مصطلح التمثلات الاجتماعية خلال فترة الثمانينات اهتماما بالغا، وأعمالا متميزة خاصة في علم النفس الاجتماعي، واحتل مكانة ملحوظة في العلوم الإنسانية، وهذه الحركة بدأت في فرنسا مع عالم النفس الاجتماعي **موسكوفيسي** 1975، وعرفت نموا في بلدان متعددة في أوروبا وفي أنحاء العالم، وتقدم لنا **Jodelet** قائمة ببلوغرافية تعكس هذه الحركة، وتتراوح ما بين 129 كتاب و169 مقال، وتدور معظمها حول الأعمال والدراسات والملتقيات العلمية والعالمية المنظمة لدراسة التمثلات الاجتماعية وذلك ضمن كتاب *Les représentations sociales* وتأثير هذه الحركة بدأ ينتقل إلى العلوم الاجتماعية. وسوف نتطرق إلى هذا المصطلح بشكل موسع في هذا الفصل.

1- التمثلات الاجتماعية في الدراسات السوسولوجية

لقد بدأ الاهتمام بمصطلح التمثلات الاجتماعية عند بعض العلماء في الدراسات الكلاسيكية وأهمهم علماء الاجتماع، وبعد غياب المصطلح عن الساحة العلمية لزمّن طويل تم إحيائه من طرف العلماء في الدراسات الحديثة، وسنتعرض في هذا المبحث إلى الخلفية التاريخية لظهور هذا المصطلح، وكذا الفرق بينه وبين باقي المصطلحات القريبة منه.

1-1 التمثل في أعمال دوركايم

لقد كانت مسألة التمثل موضوع العديد من الدراسات حيث يعود هذا الاهتمام إلى E. Durkheim (1898) في مقاله المعنون "التمثل الفردي والتمثل الجماعي"، قام بتحليل اجتماعي للتمثلات حيث يضع الحقائق الاجتماعية فوق الحقائق الفردية بالنسبة للمؤلف تشكل المجموعة الاجتماعية (المجتمع) الوحدة الأساسية في علم الاجتماع يحكمها نظام: "الوعي الجماعي" أو "الروح الجماعية" يشمل هذا النظام المعتقدات (المواقف العقلية والاجتماعية، مثل الرأي البسيط "الاعتقاد" أو وجود دلالة دينية "تؤمن" قريبة من كلمة الإيمان)، والمشاعر، والذكريات، وكذلك التمثلات التي يتقاسمها جميع أعضاء المجموعة شركة. الوعي الجماعي هو أساس المجتمع، وهو في الأصل من التمثل المتعلق بأشياء مختلفة: الدين والسياسة والتقنيات والروح المعنوية إلخ.

بالنسبة إلى E. Durkheim (1898) يفرض الوعي الجماعي على طرق التفكير الفردية والتصرف وتتجسد هذه الأمور على مستوى المؤسسات الاجتماعية (القواعد الاجتماعية أو الأخلاقية أو القانونية أو السياسية)؛ الحياة الدينية. علاوة على ذلك على المستوى المثالي فهي عبارة عن أشكال عقلية مشتركة اجتماعية بما في ذلك الأساطير والتقاليد والمعرفة والآراء ورؤى الزمان والمكان والمعتقدات، على المستوى

المادي هي في أصل الممارسات والسلوكيات الفردية أو الجماعية لأن هذه تستند إلى أساس السلوك البشري¹.

وقد استعمل فيما بعد هالفاه تلميز دوركايم، هذا المفهوم في معرض تحليله للأطر الاجتماعية للذاكرة بوصفها مخزونا يلتجأ إليه الناس لبناء هويتهم واحتواء محيطهم، فبين دور تمثلات الجماعة التي ينتمي إليها الفرد في تركيز ذكرياته وذلك بترتيب الأحداث والأشياء حسب الاسم الذي نطلقه على المعنى الذي نربطه بها. فذكرياتنا تستند إلى تلك المتعلقة بالآخرين، وإلى المراجع الكبرى لذاكرة المجتمع. لذلك كانت عملية التذكر ليست استحضارا وفيما للماضي، وإنما حياة وإعادة إنتاج داخل التمثلات الجماعية وقواعدها انطلاقا من ضغوطات الحاضر و إكراهاته².

يتضح من خلال ما سبق أن دوركهايم يرى بأن وحدة التحليل في علم الاجتماع هي المجتمع الذي يحكمه الوعي الجمعي، والذي بدوره يكون نتيجة التمثل الذي يشمل الدين، المعتقدات والسياسة، الآراء والمشاعر والذكريات. ويشكل التمثل الأصل في الممارسات.

¹- Emile Durkheim (1898) *Représentations individuelles et collectives. Sociologie et Philosophie, Paris, P.U.F. 1974*

²- عماد، بن صولة. "الأصول والبدائيات في السرديات الشفوية". مجلة الثقافة الشعبية فصلية علمية متخصصة. العدد 16 (2012): 41.

1-2 التمثل في المنظور السوسيولوجي

تجسدت نظرة علم الاجتماع إلى التمثل من خلال مفهوم (التصورات الجماعية) الذي طرحه دوركهايم منذ أكثر من قرن، فيما أن الجماعة الاجتماعية (المجتمع) تمثل الوحدة القاعدية لهذا العلم، فقد تم اعتبار التصورات الجماعية أشكالاً عقلية مجتمعة، لها ديمومة تستمر لأجيال، فبالرغم من اعتراف دوركايم بالتصورات الفردية فقد رأى بأن دورها في التصورات الجماعية يبقى سلبياً، فهي غير ذات أهمية كبيرة لأنها محدودة في الزمن (تختفي باختفاء صاحبها) ولأنها لا تعكس جيداً التصورات الجماعية التي تخضع لقوانين جماعية مختلفة¹.

تعبّر التمثلات الجمعية عن الظواهر الفكرية المشتركة التي ينظم من خلالها الناس حياتهم، وتشكل مكونات جوهرية من أي ثقافة، ولقد طرح هذا المصطلح لأول مرة دوركهايم للإشارة إلى واحدة من الأنواع الرئيسية لـ«الحقائق الاجتماعية» التي يعنى بها علم الاجتماع وهي: المعتقدات والأفكار والقيم والرموز والتوقعات التي تشكل طرق التفكير والشعور التي تتسم بالاستمرارية والديمومة ضمن مجتمع ما، أو مجموعة اجتماعية ما والتي تتشاركها باعتبارها خصيصة جماعية لها.

1- أحمد، جلول ومومن بكوش الجموعي. "التصورات الاجتماعية" (مدخل نظري). مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة حمه لخضر - الوادي. 6 (أفريل 2014): 169-174.

يرى دوركهايم أن الناس بمن فيهم علماء الاجتماع وغيرهم من العلماء لا يمكنهم فهم عالمهم إلا من خلال استخدام المفاهيم التي تسمح لهم باستيعاب وتنظيم التجارب والخبرات الفوضوية التي تتلقاها حواسهم. فقبل أن يتسنى لهم الإقدام على فعل ما، يتحتم عليهم تصور هذا الفعل بشكل من الأشكال ومحاولة توقع تبعاته، والتصورات الجمعية هي المفاهيم المشتركة اجتماعيا التي يستطيع الناس من خلالها التفاعل مع العالم الطبيعي وغيرهم من الناس الذي يقابلونهم وعليه فالواقع إنما هو واقع تشكله الظروف المجتمعية.

وفي التفاعلية الرمزية تم صوغ هذه الفكرة نفسها فيما يتعلق ببناء الرموز والمعاني لبناء معنى الموقف. وتم تبني هذه النقطة في أعمال **جان بودريارد Jean Baudrillard** الذي يفضل مصطلح الصورة الزائفة وذلك لتوكيد وجهة نظره في ضرورة اعتبار التصورات الجمعية انعكاسات فكرية مباشرة عن واقع خارجي مستقل، أي انه يجب رؤيتها دائما على اعتبارها مشكلات للواقع.

وارتأى دوركهايم التصورات الجمعية باعتبارها تتألف من «ضمير جماعي» أو «وعي اجتماعي» يتواجد بشكل «خارجي» بالنسبة إلى أفراد المجتمع: حيث تسبقهم في الوجود وتدوم بعد وفاتهم ويولد الأفراد في عالم قائم مسبقا من التصورات الجمعية وينمون لديهم إحساسا بالالتزامات المعنوية إزاءها. ويعني هذا

الالتزام المعنوي أن هذه التصورات تتخذ شكلا إلزاميا، ومن ثم فهي قادرة على تحجيم وتقييد أفعال الأفراد والعلاقات التي يبنونها مع الآخرين.

لا تعني تلك الفكرة عن الطبيعة الخارجية للضمير الجماعي والتصورات الجمعية أنها تتواجد بشكل منفصل عن أذهان الأفراد الذين يشكلون أفراد المجموعة الاجتماعية، ذلك أنه لا يوجد «عقل جماعي» يعلو على عقول الأفراد، فالتصورات الجمعية تتواجد فقط في أذهان الأفراد والصفة المشتركة لهذه التصورات الجمعية ومن ثم عموميتها على مستوى أي مجتمع هي ما يعطيها تلك الطبيعة الجمعية والخارجية.

وعلى الرغم من ذلك حاول دوركهائم التمييز بين التصورات الجمعية والتصورات الفردية المحضة، التي تمثل انتاجات مباشرة للذهن الفردي وأدواته الحسية. و وجد أنه من الصعب تدعيم هذا التمييز، وعلى الرغم من ذلك رأى كافة المحتويات الرئيسية للأذهان باعتبارها محتويات اجتماعية في الأصل والطبيعة¹. كما يرى دوركهائم أن الجماعة ليست مجرد حاصل لمجموع الأفراد الذين يكونونها، بل كيان مستقل كامل الأوجه، و لهذا يجب دراستها انطلاقا من هذا الأساس، وبالتالي يرى أن "التصورات الجماعية خارجة عن وعي الأفراد ... فهي لا تتبثق عن أفراد مأخوذون بشكل معزول ولكن من توافقهم وهذا أمر مختلف

1- جون، سكوت. علم الاجتماع: المفاهيم الأساسية. ت: محمد عثمان. ط01. بيروت: الشبكة العربية للأبحاث والنشر. لبنان، 2009. ص ص 122-124.

فالتصورات تكون مختلفة وعابرة ويومية عندما تكون فردية، في حين أنها مستقرة وصلبة و متقاسمة عندما تكون جماعية¹.

و يعد تناقل التصورات الجمعية من فرد إلى آخر الوسيلة التي يتم من خلالها دمج الأفراد اجتماعيا في التصورات المشتركة الموجودة ضمن مجتمعهم أو مجموعتهم الاجتماعية. ويعتمد تفاعل وتجمع الأفراد على تواصل بعضهم مع بعض، ومن ثم هناك تداول دائم للتصورات ضمن المجتمع. ومن خلال هذا التداول تنتقل التصورات من فرد إلى آخر ومن ثم تتناسخ بسهولة. وفي الامتثال لهذه التصورات ونقلها إلى الآخرين، سنجد الأفراد دائما يحرفون أو يعدلون أو يستحدثون فيها بشكل مبتكر، ونتيجة ذلك فإن بعض التحولات المعينة والتصورات في مجملها يحدث لها تحول بمرور الوقت.

ومن هذه التصورات الجمعية تبنى المؤسسات الاجتماعية، ومن ثم المجتمعات بأسرها، وباعتبارها تمثل مجموعات التصورات المترابطة التي يتعلمها الأفراد تعد المؤسسات هي الوسيلة التي تتبلور من خلالها العلاقات الاجتماعية في أنماط متميزة ومتكررة، وهي بهذه الصفة قد تصبح راسخة باعتبارها تقاليد أو تصبح وبشكل أكثر رسمية ممارسات جائزة قانونيا، وتتألف المجتمعات المتماسكة من أفراد تربطهم اجتماعيا تصوراتهم الجمعية المشتركة.

¹ - أحمد, جلول و مومن بكوش الجموعي. مرجع سابق. ص 169.

تملك هذه التصورات الجمعية ما أطلق عليه غيدنز اسم «الوجود الافتراضي» خارج عقول الأفراد ويمكنها أن تصبح مرئية أو ملموسة إذا ما أعطي لها شكل خارجي أو مادي. إذ قد توجد هذه التصورات على سبيل المثال في الخطابات و الكتب أو الصحف أو المستندات الرسمية أو الشرائط أو الأقراص المضغوطة. وهذه الأشكال التوثيقية هي المؤشرات المادية للتصورات الجمعية الفعلية التي تعبر عنها أو ترمز لها، وهي فوق ذلك تمثل القنوات الرئيسية لتي يمكن من خلالها تناقل التصورات الجمعية، ضمن أي مجتمع تدعم فيها أشكال التفاعل الواقعي -وجها لوجه- أشكال التواصل التحريرية وأنظمة التواصل الجماهيري التي تجعل من الممكن تحقيق التفاعل من مسافات كبيرة¹.

كثر ممن كتبوا عن هذه الظاهرة التي وصفها دوركهايم ب «التمثل الجماعي» مهتمون بالوسائل التي تمتلك المجموعات الاجتماعية من خلالها القدرة على التأثير في سلوكيات أعضائها الفرادى.

وكان الكتاب المعاصرون أمثال غوستاف لوبون **Gustave Le Bon** قد أكدوا أهمية السلوك الجماعي والتأثيرات المتولدة ضمن الحشود². حيث يرى بان الجماعات كالذوات في قابليتها للتأثر الشديد، فالصورة التي تحضرها من واقعة أو إنسان أو رزء هي تكاد تؤثر فيها كما لو كانت الحقيقة بعينها، وحال الجماعات أشبه بالمنوم الذي تقف فيه حركة العقل هنيهة فتحضر في ذهنه صورة مؤثرة جدا لكنها تزول

1- جون، سكوت. مرجع سابق، ص ص 124-125.

2- نفس المرجع، ص 125.

بمجرد التأمل فيها ولما كانت الجماعات لا تعرف التأمل ولا تعرف التعقل كانت بذلك لا تعرف غير

المعقول الذي هو اشد فعلا في النفس غالبا¹.

بينما أكد غابرييل تارد **Gabriel Tarde** انتشار التصورات من خلال شبكات العلاقات المجتمعية.

وتم بحث أسس هذه الضغوط الاجتماعية في أبحاث علم النفس الاجتماعي التي وضعها سيرج

موسكوفيشي **Serge Moscovici** الذي يظهر أن التوجهات والآراء التي تنتظم في هياكل معرفية هي

تمثلات مجتمعية (هو المصطلح الذي يفضلها). وهو هنا يضاهاي التصورات المجتمعية ذات الجذور التي

تمتد لفترة ما قبل العصر الحديث بالتصورات الأكثر تنوعا ومرونة التي نجدها في المجتمعات الحديثة،

وهو يرى أن وسائل الإعلام تؤدي هنا دورا محوريا في نشر وتحويل هذه التصورات. ويأتي هذا القول

موازيا للمطلب المثير للجدل لـ بودريارد بضرورة أن ينظر إلى التصورات الجمعية في المجتمعات

باعتبارها أشكال محاكاة. فلم يعد الناس تقيدهم فكرة أن الأشياء الخارجية تقع خارج التصورات الذهنية:

ففي تجليات الوعي اليومي أنت تصورات الأشياء لتحل محل الأشياء التي تصورها. وهذا يحدد لنا حالة

ما فوق الواقعية التي كانت وسائل الإعلام السبب في نشوئها، والتي تحدد الآن الوجود المعاصر².

1- غوستاف، لوبون. روح الاجتماع. ت: أحمد فتحي زغلول، القاهرة: كلمات للترجمة والنشر. مصر، 2013، ص50.

2- جون، سكوت. مرجع سابق، ص ص125-126.

ورغم أنه لم يجر التنظير لإشكالية التطبع سوى قليلا، إذ يعتبره دوركايم مجموعات التدريبات التي ينجزها الطفل بواسطة التربية في إشارة منه إلى عملية التنشئة الاجتماعية، ثم عاود إحيائه وتطويره لاحقا بتخصيصه للسلوك الإنساني لكن داخل التاريخ الجمعي. وقد جرى التنظير له أول مرة مع بورديو في كتابه الموسوم بـ خطأ نظرية الممارسة، وتم استكمالها في كتابه الحس العملي. في البداية كان المفهوم يستهدف تجاوز مفهومي الذات والفعل اللذان كانا رائجين في الساحة الثقافية والفكرية الفرنسية، حيث أراد أن يعيد منح قدرة فعل مستقل للذات، لكن دون منحها الحرية التي تعطيها إياها النزعة الوجودية. وعليه يرى بورديو أن الحل في اعتبار العون قد استبطن خلال مختلف عمليات التنشئة مجموعة من مبادئ الفعل التي تعكس البنيات الموضوعية للعالم الاجتماعي الذي يوجد فيه وصارت في نهاية هذا النقص بمثابة استعدادات مستديمة وقابلة للنقل والتوريث.

ويختصر بورديو هذا المعنى في قوله: بصفته منتج التاريخ، ينتج التطبع سلوكيات فردية وجماعية تتوافق مع الخططات التي يفرزها التاريخ. إنه يضمن حضورا نشطا للتجارب السابقة التي توضع في كل عضو، في شكل خططات إدراك، تفكير وفعل، تميل بشكل وثيق أكثر من كافة القواعد الشكلية والمعايير الصريحة إلى ضمان توافق الممارسات وديمومتها عبر الزمن. ويعتبر حسب التطبع في ذات الوقت ناتجا ومنتجا، حيث تتميز التطبعات وكأنها: منظومة استعدادات مستديمة يمكن نقلها، وبنيات مبنية ومهيأة

للعمل كبنيات بانية، أي كأنها مبادئ توليدية ومنظمة للممارسات والتمثلات التي يمكن تكييفها موضوعيا مع أهدافها، دون افتراض رؤية واعية للغايات أو تحكم صريح في العمليات الضرورية لبلوغها.

إن يعبر التطبع عن أنه منظومة مكتسبة من خطاطات توليدية تمكن التطبع من الإنتاج الحر لكافة الأفكار وكافة الإدراكات وجميع الأفعال التي تتموقع في الحدود التي تتعلق بالظروف الخصوصية لإنتاجها، لأن البنية تحكم الممارسة التي هي ناتجة عنها ليس على سبيل الحتمية الميكانيكية بل عبر إكراهات وحدود مخصصة في لاختراعاته¹.

يمكننا أن نخلص إلى أن الفكر الدوركهايمي يركز على فكرة مفادها أن الناس يعتمدون على مفاهيم، والتي تسمح لهم بتنظيم تجاربهم وخبراتهم لفهم عالمهم. فهم يستعملون التمثل قبل القيام بالفعل من أجل تصوره وتوقع نتائجه، وهذا التمثل هو في الأصل عبارة عن هذه المفاهيم المشتركة التي نرجع إليها عند قيامنا بالأفعال.

بينما تؤكد التفاعلية الرمزية من خلال بودريارد على فكرة مفادها أن التصورات الاجتماعية في حقيقتها هي انعكاس للواقع الخارجي.

¹ - بوبكر، بوخرية. سوسيولوجيا بيير بورديو: تحليل في النظرية والمفاهيم والمنهج. ديوان المطبوعات الجامعية، 2017، ص ص 192-194.

ومن جهة أخرى يرى دوركهايم أن التصورات الجمعية تتواجد في أذهان الأفراد بصفة مشتركة في ضمير جمعي، وهي تحد من أفعالهم وعلاقاتهم وتقيدها وتنظمها. كما يرى بأن الجماعة ليست محصلة أفراد وحسب بل هي نتاج أفراد متفاعلين حيث يتداولون هذه التصورات من خلال تفاعلهم وأثناء عملية التداول هذه يقوم الأفراد بتعديل أو تحريف لهذه التصورات التي تتميز بالاستقرار والصلابة، لكنها تتغير مع الزمن نتيجة عملية تراكم التحريفات والتعديلات التي يقوم بها الأفراد عند عملية النقل، وتصبح تقاليد وممارسات.

فيما يعطي لها غيدنز صفة الافتراضية التي تتحول إلى وجود مادي إذا ما تم قولبتها في كتب، مستندات وأقراص... وتصبح بذلك وسيلة لتناقلها.

بينما يركز في هذا الموضوع العلماء المعاصرين ك: غوستاف لوبون **Gustave Le Bon** على أهمية السلوك الجماعي. فيما أكد غابيرييل تارد **Gabriel Tarde** انتشار التصورات من خلال شبكات العلاقات المجتمعية.

ويرى عالم النفس الاجتماعي سيرج موسكوفيشي **Serge Moscovici** أن التوجهات والآراء التي تنتظم في هياكل معرفية هي تمثلات مجتمعية.

2- تحليل مفاهيمي التمثلات الاجتماعية

1-2 بعض المفاهيم القريبة من مفهوم التمثل*

يمكن ملاحظة أن هناك تداخلا بين مفهوم التمثل وبعض المفاهيم النفسية والاجتماعية القريبة منه والتي نذكر منها : الرأي، الاتجاه والإدراك، فإذا تمعن الباحث مليا وجد أنه في هذا المجال يقوم بتنوع التخصيص للسلوكيات، و ذلك تبعا لنمط الشخصية القاعدية، الذكاء والعاطفة، فكثيرا ما يخط الفرد ما بين مصطلح التمثل وهذه المصطلحات لأنها قريبة من حيث الفهم.

الرأي : وهذا الأخير هو استجابة لفظية واضحة قابلة للقياس والملاحظة إذ يرى الدكتور **عبد الرحمن عيسوي** أن الرأي "يعتقده الفرد لمدة محددة، وغالبا ما يعبر الرأي عن الشعور القومي السائد لدى أفراد. والآراء قابلة للتغير مثل: الاتجاهات إلا أنهما يختلفان في الدرجة، فالاتجاه يتعرض للتغيير بدرجة أقل من الرأي"¹.

الاتجاه: ويعد الاتجاه أكثر تعقيدا من الرأي فهو يمثل مواجهة كاستجابة مسبقة التحضير المباشر للفعل، و الاتجاه عبارة عن الحالة الوجدانية للفرد التي تتكون بناء على ما يوجد لديه من معتقدات أو تمثلات

* وجدنا في ما يخص هذا المبحث كلمة قريبة من التمثل وهي التصور وتمت الاستعانة بالمحتوى المعرفي الذي حصلنا عليه مع استبدال كلمة تصور بتمثل، وما يدعم ما قمنا به هو دراسة الباحثة بشرى، عناد مبارك. "التمثيلات الاجتماعية وعلاقتها بالتوجه نحو السيادة الاجتماعية لدى المنتمين للأحزاب السياسية". مجلة الفتح. جامعة ديالى-دون بلد. العدد الحادي والخمسون حيث لاحظت أن الترجمات العربية الخليجية والمصرية والعراقية وكذلك الشامية لهذا المصطلح هي (التمثيلات الاجتماعية) وان ترجمات دول المغرب العربي قد أخذت (التصورات الاجتماعية) وقد اعتمدت الباحثة ترجمة (التمثيلات الاجتماعية) لشيوعها بدرجة أكبر من (التصورات الاجتماعية) في المصادر العربية.

1- عبد الرحمان، العيساوي. دراسات في علم النفس الاجتماعي. ط1. بيروت: دار النهضة العربية، 1974، ص163.

فيما يتعلق بموضوع ما أو لأشخاص معينين، وتدفعه في معظم الأحيان إلى القيام بعدد من الاستجابات أو السلوكيات حيالها في موقف ما، ويتحدد من خلال هذه الاستجابات مدى رفضه أو قبوله لهذا الموضوع أو هؤلاء الأشخاص ويلاحظ أن الاتجاه يرفع الستار عن التمثل الاجتماعي من خلال ما يحمله من دلالة رمزية أو ملموسة لمحيطنا، حيث يمكن القول أن التمثل يمثل الدلالة العقلية لاستكشاف المحيط في حين أن الاتجاه يظهر من خلال الاستجابات التعبيرية (الإشارات، الحركات، الوضعيات... الخ)¹.

الإدراك: يعرف موسكوفيسي الإدراك بأنه "فعل بنائي، حيث يفسر الفرد الأحاسيس التي يتلقاها ويضعها في علاقة مع بعضها البعض ويعطيها معنا خاصا وهو العملية التي يقوم الفرد عن طريقها بتفسير المثيرات الحسية حيث تقوم عمليات الإحساس بتسجيل المثيرات البيئية، بينما يصطلح الإدراك بتفسير هذه المثيرات وصياغتها في صور يمكن فهمها².

وحسب هيرزليش فمحتوى التمثل لا يظهر كمعنى إدراكي إلا إذا ظهر على المستوى المادي.

أي عن طريق التمثل يمكننا إدراك المواضيع المحيطة بنا وجعلها في العالم المادي³.

وهذا يكشف أن مفهوم التمثل الاجتماعي يختلف عن المفاهيم المشابهة الأخرى مثل الرأي والاتجاه، فهذه المفاهيم تمثل استجابة إلى منبه خارجي واستعدادا للقيام بالفعل أما التمثل الاجتماعي فإنه يحدد كل من

1- عبد اللطيف، محمد خليفة. دراسات في علم النفس الاجتماعي. المجلد 2. القاهرة: دار قباء. مصر، 2000، ص73.

2- ويتج، أرنوف. مقدمة في علم النفس. ت: عادل عز الدين الأشول وآخرون. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، دس، ص25.

3- C.Herzlich. Santé et maladie paris, 2003, p38.

المنبه والاستجابة فهو أكثر من مجرد دليل انه يعيد صياغة عناصر البيئة التي يحدث السلوك في إطارها

مما يعطي له معنى ويدمجه في نسق اكبر من العلاقات¹.

¹- بشرى, عناد مبارك. "التمثيلات الاجتماعية وعلاقتها بالتوجه نحو السيادة الاجتماعية لدى المنتمين للأحزاب السياسية". مجلة الفتح. جامعة ديالى. العدد الحادي والخمسون: ص134.

2-2 نظرية التمثلات الاجتماعية

على الرغم من أن النظريات حول "التمثلات الاجتماعية" ولدت مع علم الاجتماع، إلا أنها تطورت في إطار علم النفس الاجتماعي، كل منها يصنع طريقه الخاص، لقد حاولت دراسات قليلة التعبير عن "التمثلات الاجتماعية"، خاصة من وجهة نظر تجريبية، من خلال إظهار الآليات التي تربطها ببعضها البعض.

إن فكرة التمثل تشهد توسعًا كبيرًا بفكر دوركهايم الذي يطلق عليه "جماعياً" وليس "اجتماعياً"، ويعرفه على أنه "الطريقة التي يفكر بها هذا الكائن الخاص، أي المجتمع، في تجربته الخاصة. ومع ذلك بعد دوركهايم يقل الاهتمام بالتمثلات. على الرغم من أن أعمال فرويد (2010 [1905])، و Piaget (1947 [2005]) و (1927) [1963] Levy-Bruhl هي استثناء، إلا أنها لا تقدم دراسات حول هذه المسألة.

سيكون من الضروري النظر لـ Moscovici لتكون قادرة على التحدث عن إحياء حقيقي من الاهتمام العلمي نحو دراسة التمثلات. هذا الأخير يتمتع بجدارة امتلاك الجانب العملي والاجتماعي للتمثلات¹.

1/ النموذج السوسيو-تطوري:

1- Alessandro Bergamaschi .Attitudes et représentations sociales Les adolescents français et italiens face à la diversité . Revue européenne des sciences sociales. 2011. P94.

إن مفهوم التمثلات الاجتماعية حديث النشأة، بحيث يركز على أعمال عالم النفس الاجتماعي سيرج موسكوفيسي الذي يرى أن التمثلات تقوم أساسا على التفاعل بين الأفراد و/أو الجماعات ويركز في دراسة التمثلات الاجتماعية على ديناميكيتها، و تطورها بدلا من محتواها فهذه التمثلات عبارة عن اندماج مجموعة من المعالم الجماعية والفردية، في نفس الاتجاه يصرح بأن التمثلات تتشكل عندما نتفاعل مع الآخرين، وعن طريق الاتصال بالواقع نتيجة لنشاط ما . وبالتالي التمثلات الاجتماعية هي نشاط وسيرورة فردية، جماعية، وإيديولوجية.

ويرى موسكوفيسي أن ظهور وضعية اجتماعية جديدة، وما تفرضه هذه الأخيرة من قلة المعلومات بشأنها أو عجز المعارف المكتسبة سابقا عن تأويلها، يؤدي إلى بروزها كموضوع إشكالي وجديد يستحيل معرفته بشكل كامل نظرا لتشتت المعلومات التي تتعلق به، فهذه الوضعية تولد نقاشات وجدالات وتفاعلات تزيد من الشعور بضرورة فهم الموضوع، وهكذا يتم تنشيط التواصل الجماعي والتطرق لكل المعلومات والمعتقدات والفرضيات الممكنة، ما يؤدي في نهاية الأمر إلى الخروج بموقف أغلبية لدى الجماعة، هذا التوافق تساعده طبيعة معالجة الأفراد الانتقائية للمعلومات، إذ يتمركزون حول مظهر خاص يتناسب وتوقعاتهم وتوجهاتهم الجماعية، لكن هذه السيرورة العفوية المولدة للتصور تحتاج لثلاث شروط¹:

1- تشتت المعلومة.

¹ - أحمد، جلول و مومن بكوش الجموعي. مرجع سابق، ص 174.

2- التركيز في بؤرة.

3- الحاجة إلى الاستدلال.

لكن موليني فصل فيما بعد أكثر في هذه الشروط:

- ظهور موضوع معقد ومركز أو متعدد الأشكال.
- وجود جماعة اجتماعية.
- وجود رهانات متعلقة بالهوية أو بالترايط الاجتماعي متأثرة بهذا الموضوع.
- حدوث ديناميكية اجتماعية، أي مجموعة من التبادلات والتفاعلات ما بين الجماعات حول هذا الموضوع.

- غياب تنظيم امتثالي أو دوغمائي متحكم في المعلومة المتعلقة بالموضوع.

كما اقترح موسكوفيسي من خلال هذا النموذج سيرورتين ينتج عنهما ظهور التصورات:

سيرورة التوضيح : هي السيرورة التي تجعل المجرى ملموسا.

سيرورة الترسخ : هي سيرورة يحاول الأفراد من خلالها إدماج المعلومات الجديدة المتعلقة بالموضوع في

نسق مرجعي موجود سلفا.

2/ نظرية النواة المركزية :

تتخذ نظرية النواة المركزية منحًا وصفيا، فهي تهتم بسيرورة التوضيح وتلعب دورا في الكشف عن منتج هذه السيرورة، كما تؤكد هذه النظرية أن التوافق الضروري للتصور الاجتماعي موجود على مستوى الآراء الشخصية للأفراد.

ينظر أبري صاحب هذه المقاربة النظرية إلى التصورات الاجتماعية على أنها مجموعة سوسيو معرفية منظمة بطريقة خاصة، وتتحرك حسب قواعد عمل خاصة بها، ففهم الميكانيزمات التي تتدخل من خلالها التصورات في الممارسات الاجتماعية يتطلب ضرورة معرفة التنظيم الداخلي للتصور ولهذا اهتم مختلف الباحثين الذين يعملون معه في هذا المجال بالمعتقدات المتقاسمة والمتوافق عليها من قبل أعضاء الجماعة¹، حيث ينظر إليها كنسق مدرج من المعتقدات، يضم عناصر محيطية منتظمة حول نواة مركزية تتولى مهمة تنظيم بقية مكونات النسق.

لكن تقدم الأبحاث كشف عن إمكانية وجود تدرج آخر داخل النواة المركزية، حيث يشير المشتغلون في هذا الحقل إلى وجود عناصر مركزية رئيسية تضمن إعطاء الدلالة للموضوع، في حين تخصص وتدقق هذه الدلالة مجموعة من العناصر المركزية النائبة .

3/ النموذج السوسيوي ديناميكي :

¹- المرجع السابق، ص 175.

أقترح هذا النموذج من قبل دواز الذي اهتم بالمعتقدات الخاصة التي يكونها الأفراد عن المواضيع المختلفة للحياة الاجتماعية، فالتصورات حسبه لا يمكن تبصرها إلا من خلال ديناميكية اجتماعية تضع الفاعلين الاجتماعيين في حالة تفاعل.

عندما تدور هذه الديناميكية حول مسألة مهمة، تثير مواقف مختلفة لدى الأفراد بحسب الانتماءات الاجتماعية لكل واحد، وذلك بالرغم من اشتراكهم في نفس المبادئ المنظمة للمواقف، وهكذا تنسب هذه النظرية وظيفة مزدوجة للتصورات الاجتماعية، فهي تعتبرها من جهة كمبادئ مولدة للمواقف، ولكنها من جهة أخرى مبادئ منظمة للفروقات الفردية، وبالتالي فليست وجهات النظر هي المتقاسمة، ولكن المسائل التي يتجابه حولها هي المتقاسمة.

تعطي هذه المقاربة النظرية مكانة مهمة للعلاقات ما بين الأفراد، وذلك بمحاولة توضيح الكيفية التي يمكن من خلالها للانتماءات الاجتماعية المختلفة أن تحدد الأهمية الموكلة للمبادئ المختلفة، إذ يتعلق الأمر بدراسة ترسيخ التصورات في الواقع الجماعي.

تبحث نظرية المبادئ المنظمة عن الخصوصية في حركية النقاط المرجعية المشتركة للأشخاص الذين يتقاسمون تصورا معينا، نقاط مرجعية مشتركة تتحول إلى رهانات تكون مصدرا للاختلافات الفردية، وكل

هذا يحدث في علاقة مع التداخلات الاجتماعية للأشخاص، فالتوافق المميز للتصورات الاجتماعية

موجود حسب هذه المقاربة في هذه الرهانات¹.

¹- نفس المرجع, ص 175.

3- ديناميكية التمثلات الاجتماعية

يعتبر مفهوم التمثلات الاجتماعية مفهوماً واسعاً ومميزاً يختلف من فرد إلى آخر، يكشف طبيعة التفكير وطريقة استيعاب مختلف الأشياء التي يعيشها الفرد، سنجد أكثر تفصيلاً في موضوع التمثلات وديناميكيته في المطالب التالية.

3-1 مميزات مفهوم التمثلات الاجتماعية

يتميز مفهوم التمثلات الاجتماعية بثلاث خصائص أساسية هي:

- **الحيوية:** فمنذ إلقاء الضوء عليه في سنة 1961 من طرف موسكوفيسي، عرف مصطلح التمثلات الاجتماعية حملة تجنيد واسعة لتيارات بحث مختلفة وذلك من خلال المؤلفات العديدة، وفي العديد من الدول والكثير من الميادين وبمقاربات منهجية ونظرية مختلفة...
- **الشساعة:** اقتحم مصطلح التمثلات تقريباً كل العلوم الإنسانية إذ نجد عدة مؤلفات في علم الاجتماع، الأنثروبولوجيا، التاريخ، تدرس العلاقات بالإيديولوجيا، الاتجاهات...

● **التعقيد:** تحمل التمثلات معها مشكل تعقيدها في تعريفها وفي معالجتها نظرا لموقعها المتصل

بمجموعة من المفاهيم السوسولوجية و السيكولوجية **فموسكوفيسي** يقر بأنها مرتبطة، بسيرورات

لها ديناميكية اجتماعية، ونفسية، وتشكل كذلك نسق نظري معقد¹.

2-3 وظائف التمثلات الاجتماعية¹

1- **وظيفة المعرفة:** تسمح التصورات الاجتماعية (التمثلات) للأفراد بفهم وتفسير الواقع، وذلك

بإدماجه في إطار قالب قابل للاستيعاب، منسجم مع القيم والأفكار والآراء التي يؤمنون بها كما

تسهل التواصل الاجتماعي بتحديد لها إطار مرجعي مشترك يسمح بتبادل المعرفة ونقلها ونشرها.

2- **وظيفة الهوية:** تسهم في التعريف بهوية الجماعة وتجعل الحفاظ على خصوصيتها أمراً ممكناً،

كما أنها تسهم في عملية المقارنة والتصنيف الاجتماعيين، فهذه الوظيفة تعطي للتصورات مكانة

مهمة فيما يخص السيرورات ذلك أن الهدف من هذه الوظيفة هو الحفاظ على صورة ايجابية عند

الفرد عن الجماعة التي ينتمي إليها لأن التمثلات الاجتماعية تعكس نوعاً ما من التنشئة

الاجتماعية للفرد.

3- **وظيفة التوجيه :** إنها توجه السلوك والممارسات، فنظام تفسير الواقع الذي تشكله التمثلات

الاجتماعية يعد كموجه للفعل وهذه العملية التوجيهية بالنسبة للممارسات تنتج انطلاقاً من ثلاثة

عوامل أساسية هي :

¹- بشرى, عناد مبارك. مرجع سابق. ص ص 133-134.

● إن التمثلات (التصورات) تتدخل مباشرة في تعريف الغاية من الموقف، فهي التي تحدد مثلاً نمط العلاقات المناسبة للفرد، ذلك إنها تحدد أنموذج السير المعرفي مباشرة والمتبنى من طرف الجماعة سواء في بنيتها أو من خلال اتصالها.

● إن التمثلات (التصورات) نظاماً للتوقعات، فهي تحمل أثراً على الواقع، وهي تحدد وتصفي المعلومات والترجمات الخاصة بالواقع، والهدف هو جعل هذا الواقع مناسباً لما تحمله التمثلات، فهي لا تتيح ولا تعتمد على سياق التفاعلات لأنها تتقدمها وتسبقها وكذلك تحدها. وبالتالي فإنها تعد أنظمة لفك رموز الواقع، وظيفتها توجيه انطباعاتنا وتقييمنا وسلوكياتنا.

● إنها تقرر السلوكيات والممارسات التي نقوم بها، إذ تحدد لنا ما هو مسموح وما هو مرفوض في موقف ما، وتلعب بالتالي دور المعايير ذلك إنها تعكس القواعد والروابط الاجتماعية وتصور السلوكيات اللازمة.

4- وظيفة التبرير: تسمح التمثلات الاجتماعية بالتبرير البعدي للسلوك والمواقف التي يتبناها الأفراد، فهي تلعب دوراً في تحديد سلوكنا قبل القيام به وتبرره بعد ذلك، وهذه الوظيفة في غاية الأهمية، لأنها تسمح بتقوية التمايز الاجتماعي بتبريره.

إن التمثلات الاجتماعية تؤدي هذه الوظائف من خلال عمليتين هما :

الربط والتجسيد أما الروابط فهي مفاهيم قائمة في الذهن ضمن نظام معرفي مسبق تعمل على ربط الخبرات الجديدة بما هو قائم في ذلك النظام، وأما عملية التجسيد فهي العملية التي يتم من خلالها تحويل الأفكار المجردة إلى أشياء محسوسة ليتسنى لمعظم الناس استيعابها وقبولها بوصفها " معرفة "، كما أن للتجسيد مظهرين هما: " التشخيص " (ويتجلى في ربط الأفكار أو المعلومات بشخص) ، والتصوير (أي تمثيل الفكرة أو المعلومة بصورة أو بشكل).

خلاصة الفصل

كان لعلم الاجتماع الحظ الأوفر في استخدام مصطلح التمثلات الاجتماعية, وذلك من خلال دراسات وإسهامات علماءه. ومن أبرزهم دوركايم الذي كان له الفضل في اكتشاف عبارة التمثل الاجتماعي سنة 1898, ويتضح ذلك من خلال مؤلفاته ضمن هذا الموضوع, ومن بعده تلميذه هالفياخ. ومن ثم انتقله إلى علم النفس الاجتماعي. وقد برز ذلك من خلال كتابات عالم النفس الاجتماعي الشهير موسكوفيسي, كما لا ننسى العالمان جورج زيمل وبيير بورديو اللذان أسهما بإسهاب في ذات الموضوع.

فالتمثلات الاجتماعية تكشف عن كيفية تفسير الأفراد للواقع الذي يعيشون فيه. وهي بدورها متجددة ومستقلة وغير ثابتة ومركبة من عناصر يفهم من خلالها طريقة تصوراتهم لأنفسهم وتصوراتهم لباقي أفراد المجتمع الذي تتم من خلاله العلاقات والسلوكيات والتصرفات.

الفصل الرابع: باراديغمت الممارسة في السوسيولوجيا

تمهيد

1- نظرية الممارسة لدى بيير بورديو

1-1 المرجعية الفكرية لنظرية الممارسة

2-1 المخطط العام لنظرية الممارسة

3-1 المفاهيم المركزية لنظرية الممارسة

2- نظرية التشكل البنائي لأنتوني غيدنز

1-2 الأساس الفكري لنظرية التشكل البنائي

2-2 المخطط العام لنظرية التشكل البنائي

3-2 المفاهيم المحورية لنظرية التشكل البنائي

3- نظرية الإنسان المتعدد الأبعاد

1-3 نقد نظرية الممارسة عند بيير بورديو

2-3 نحو سوسيولوجيا الإنسان المتعدد

4- الممارسات في التنظيم

1-4 الممارسة الاجتماعية في التراث السوسيولوجي

2-4 مفهوم الممارسة التنظيمية

3-4 مفهوم الممارسة المهنية

خلاصة الفصل

تمهيد

يتعرض هذا الفصل لأهم ما ورد في التراث النظري التي تناول مفهوم الممارسة السوسيولوجية و

تتمثل في كل من نظرية الممارسة عند بورديو ونظرية التشكيل البنائي عند أنتوني غيدنز وختاماً يتطرق

لمفهوم الممارسة في التنظيم وكذا الممارسة المهنية.

1- نظرية الممارسة لدى بيير بورديو

1-1 المرجعية الفكرية لنظرية الممارسة:¹

نشأت أزمة التفسير في العلوم الاجتماعية بين الحربين العالميتين الأولى والثانية، فالنظريات الكلاسيكية وخاصة البنائية الوظيفية لم تستطع التنبؤ بما حدث في أوروبا أوحى تفسيره، وأصبحت هذه الأزمة إحدى مشكلات فلسفة العلم، وبدأ البعض ينفي صفة العلمية عن الدراسات الاجتماعية ودعت بذلك الحاجة إلى نشوء فلسفة جديدة تجدد هذه العلوم وتمنحها البقاء في حلبة العلم. وفي عام 1934 ظهر مؤلفان في فلسفة العلم اعتبرتا علامة فارقة في هذا الميدان، المؤلف الأول هو "منطق البحث العلمي" لفيلسوف العلم كارل بوبر، والثاني "الفكر العلمي الجديد للفيلسوف ومؤرخ العلم الفرنسي غاستون باشلار في محاولة للمؤلفان لتتوير التقدم العلمي.

قدم باشلار رؤية جديدة لتاريخ العلم لم يعد من خلالها التقدم العلمي خطيا يعتمد على التراكم المعرفي بل هو عملية اكتشاف دائمة للخطأ وتصحيحه، وأن كل ممارسة علمية جديدة تتطلب هجرا لنظرية المعرفة السابقة لها وتحديث انقطاعات معها.

وقد صادفت أزمة التفسير هذه ظهور نجم "بورديو" الذي انفعل بها محاولا صنع الاختلاف، فتأبط باشلار مؤرخا وابستومولوجيا، فالرؤية الجديدة لـ باشلار مكنت بورديو من التمهيد لمشروعه بالقطيعة مع

¹ - موسى، بدوي. "ما بين الفعل والبناء الاجتماعي: بحث في نظرية الممارسة لدى بيير بورديو". مجلة إضافات، العدد الثامن خريف (2009): صص 11-09.

المسلمات الرئيسية التي قام عليها التراث السوسيولوجي منذ تأسيسه، فوردت معارضته لنقد القسمة بين

الموضوع والذات، ثم نقده لتقسيم العلوم الاجتماعية ثم معارضته للفصل بين نظرية العلم الاجتماعي

ومنهجه.

أ- نقد القسمة الديكارتية:

يرى جورج ريتزر أن مشروع بورديو يعد محاولة لـ "تجميد ورفض القسمة الاستمولوجية المركزة" التي وضعها ديكارت بين الموضوعية و الذاتية (بين الفردي والجماعي) بعبارة التعارض اللانطقي أو بين الفينومينولوجيا الاجتماعية والفيزياء الاجتماعية كما يفضل أحيانا، ويرى أن الانحياز الفكري إلى أحدهما هو أحد مشكلات علم الاجتماع التأسيسي، فالنزعة الذاتية تقدم شكلا من المعرفة عن العالم الاجتماعي يتمركز حول الخبرة الأولية وتصورات الأفراد وتجاهل الشروط الموضوعية المحددة والمؤثرة في هذه المعرفة، وعليه انتقد بورديو التيارات الفكرية الذاتية كالفينومينولوجيا ونظريات الفعل وعلم الاجتماع التأويلي والأنثروبولوجيا التأويلية والتحليل اللغوي والوجودية، فيما يحاول أصحاب النزعة الموضوعية الكشف عن العالم الاجتماعي بالتركيز على الشروط الموضوعية، وإهمال الخبرة الذاتية الفردية، وقد عارض بورديو أصحاب هذه النزعة خاصة دوركهايم، سوسير، ليفي ستراوس و ألتوسير، وجاء مشروعه كمحاولة لإقامة علاقة جدلية بين الذاتي والموضوعي أو كما يسميه بورديو "موضوعية الذاتي".

ب - نقد تقسيم العلوم الاجتماعية:

يسعى بورديو إلى فهم الحياة الاجتماعية من خلال تعريفات متوازنة تأخذ بالاعتبار البنى الثقافية والاجتماعية الموضوعية إلى جانب الممارسات والخبرات التي تنشأ عن الأفراد والجماعات، وعليه فقد

رفض بورديو تقسيم العلم الاجتماعي إلى سيكولوجيا وسوسولوجيا وسيكولوجيا اجتماعية وذهب إلى أن هذه التقسيمات تأسست على خطأ أصلي في التعريف، فالفرد والمجتمع لا بد من أن يشملهما تعريف واحد لأن كل صور الوجود والفعل لا تتحقق إلا من خلال مؤسسات المجتمع مهما كانت درجة بدائيته، كما أن المجتمع لا يمكن تفريره من الذوات الفاعلة، فالكائنات البشرية تضي معنى على العالم الذي تصنعه، ومهمة السوسولوجيا هي كشف أعمق البنيات الدفينة لمختلف العوالم الاجتماعية، وكذلك الآليات التي تضمن إعادة إنتاج هذه العوالم أو تعمل على تغييرها.

ت - معارضة الفصل بين النظرية والمنهج:

ظهرت البحوث السوسولوجية متخففة من الحمل النظري بسبب سيادة النموذج السوسولوجي الأمريكي نهاية الحرب العالمية الثانية، ولم ينجح هذا النموذج في حل الألغاز الاجتماعية ودخلت العلوم فيما يسمى بأزمة التفسير وكان سير رايت ميلز أول من واجه هذا النموذج، وفي سياق متصل كان بورديو يعي بأن تطوير العلوم الاجتماعية بعد إلغاء التقسيمات لا بد من أن يعتمد على فلسفة شاملة تعيد اللحمة بين النظرية ومنهج علم الاجتماع، معارضا النموذج الأمريكي المتخفف من النظرية والألماني المتخفف من الحمل الإمبريقي، مؤكدا الاختلاف النوعي بين العلم الاجتماعي والعلم الطبيعي لأن العلم الاجتماعي يتعامل مع موضوع يفكر ويتكلم وعندما يسعى عالم الاجتماع إلى انتزاع اشكالياته وموضوعه فإنه ينتزعها من أفواه المبحوثين.

1-2 المخطط العام للنظرية:

أصبح مفهوم الممارسة أحد المفاهيم الأساسية في البحث الاجتماعي بفضل بورديو وآخرين وهي تمثل أحد المفاهيم الأساسية في البحث الاجتماعي، وتكتسب نظرية الممارسة الاجتماعية أهميتها في العلوم الاجتماعية والإنسانية بسبب قدرتها التفسيرية المتنوعة والملائمة لكشف طبيعة الظواهر الاجتماعية المختلفة، فبواسطتها يمكن تفسير التباينات الاجتماعية والثقافية في آن واحد، كما يمكن تفسير ظواهر السياسة والاقتصاد والثقافة والدين والفن والعلم... الخ، وربما يكون ذلك هو سر تنوع اهتمامات بورديو البحثية، فقد أمسك بمنطق الممارسة واضعا يده على مجموعة من الأدوات التفسيرية¹.

لقد حاول بورديو في نظرية الممارسة أن يقدم حلا للفجوة بين النظرية الذاتية والموضوعية للعلم الاجتماعي، وانتهى إلى أن العلاقة بين الذاتي والموضوعي علاقة جدلية متداخلة ومتشابكة ومعقدة، وعالم الاجتماع عليه أن يكشف طبيعة هذه العلاقة، وكيف تتولد الممارسة تحت تأثير هذه العلاقة، وحاول بورديو توضيح كيف تتمثل الذات الفاعلة الشروط الموضوعية البنوية، فأنتج مصطلح الهابيتوس Habitus ، وكيف تؤثر هذه الذات في تلك الشروط فأنتج مصطلح المجال Field، بحيث تصبح الممارسة "محصلة العلاقة الجدلية بين الهابيتوس والمجال" أو هي ناتج "تفاعل الهابيتوس والمجال"².

¹- موسى، بدوي مرجع سابق، ص 11.

²- أحمد، زايد. مرجع سابق. ص 143.

الممارسة الاجتماعية عند بورديو فعل تاريخي، موجه من الماضي، فكما تتضافر عدة ظروف لتهاطل المطر فكذلك الممارسة هي محصلة خبرات مكتسبة أو موروثية، تتضافر لتقييم الواقع المعيش، وتحديد طبيعة الفعل الملائم في لحظة ما لخطة الممارسة، فالممارسة نشاط إنساني يقوم به فاعل Agent يمتلك قدرة على صنع الاختلاف ولكنها ليست قدرة ذات، وإنما قدرة فاعل نشط مكافح، ولذلك فإن الفاعل عند بورديو هو شخص Person محمل بخبرات متراكمة "رأسمال نوعي" يكتسبه خلال عملية التنشئة، يولد لديه مجموعة من الاستعدادات Dispositions تمكنه من ممارسة الأفعال المختلفة في إطار بنية محددة وبشكل تلقائي ولا إرادي في معظم الأحيان.

ولكي يستطيع بورديو كشف طبيعة العلاقة الجدلية بين الشخص والبنية التي تضمه، قام بتفكيك البناء الاجتماعي إلى مجموعة من المجالات كالمجال السياسي، الاجتماعي، الثقافي، الديني والفني... الخ، وكل مجال من هذه المجالات يحتاج إلى رأس مال نوعي مختلف، والمتفاعلون داخل المجال بالضرورة يملكون استعدادات متفاوتة بتفاوت الرأسمال النوعي الذي يمتلكونه، وبالتالي فإن علاقات القوة داخل المجال التي تحدد حيازة المكانة داخله ترتبط بهابيتوس الأفراد، ويرى بورديو أن الفرد يتعامل مع مجالات ولا يتعامل مع بناء اجتماعي كلي، وتتحدد قدرة الفرد على حيازة المكانة داخل المجالات المتنوعة بمجموعة الخبرات والاستعدادات التي يحملها هابيتوس هذا الفرد.

ولكن بورديو لا يتوقف في نظريته عند مستوى علاقة الفرد بالبناء، فالممارسة الفردية ليست الممارسة الوحيدة القائمة، فهناك ممارسات جماعية قائمة في المجتمع تتم في إطار علاقات القوة، وصور الصراع، والعنف الرمزي داخل المجالات، ويكون موضوع هذه الصور الحياة، الإزاحة، جزئية، كلية، إن لكل مجال رأس المال النوعي الخاص به الذي يسعى الأفراد، الجماعات، الطبقات إلى امتلاكه والذي يولد لدى الأفراد والفئات استعدادات متفاوتة للممارسة، وقد استعان بورديو في نظريته ببعض المصطلحات الاقتصادية: السوق، الاستثمار، الإنتاج، التوزيع، الاستهلاك، رأس المال، محولا توظيفها بطريقة مختلفة¹.

¹ - موسى، بدوي مرجع سابق، ص 12.

1-3 المفاهيم المركزية للنظرية:

إن تبني بورديو لنظرية اجتماعية تجمع ما بين البنية والفعل الاجتماعي، و تشكل في الوقت نفسه أساسا جديدا لفهم الواقع الاجتماعي، إضافة إلى قوله بضرورة وجود مفاهيم مفتوحة وإجرائية، هو ما جعله يبني قاموسا مفهوميا، تعتبر الاستعانة والاسترشاد به ضرورة لفهم العالم الاجتماعي على حقيقته الدينامية. و تعتبر من جهة أخرى هذه المفاهيم المفتاحية ضرورية من أجل فهم نظرية بيبير بورديو حول الممارسة الاجتماعية، إذ لا يمكن قراءة أفهم أعمال بورديو بدون الاستعانة بهذه المفاتيح لإقراء مبتورة.

لذلك لجأ بورديو إلى علوم مختلفة ليستعير منها مفاهيم يحملها دلالة خاصة، و«يقترح بورديو تحليل الحياة السياسية بمفاهيم الاقتصاد كالعرض والطلب و الإنتاج والاستهلاك»¹.

1. المجال : Le champ

يترجم البعض كذلك كلمة champ بالحقل، غير أن المعنيين يؤيدان نفس الدور. ومفهوم المجال هو مفهوم انتزعه بورديو من معناه العادي الذي يعني قطعة الأرض ليحوّله إلى مفهوم له دلالاته الخاصة.

¹- موسى، بدوي. مرجع سابق، ص ص13-18.

يحيل المجال إلى عالم اجتماعي متكامل العناصر، يمتلك من المواصفات تلك التي يمتلكها أي عالم اجتماعي آخر كالسلطة وعلاقات القوة والتنافس والصراع ورأس المال. ويعتبر مفهوم المجال مفهوما إجرائيا ضروريا لفهم الصراعات في الحياة الاجتماعية ونفك ألغاز الواقع الاجتماعي.

وفي مجال العالم المعيش لا يوجد مجال واحد للتفاعلات الاجتماعية، بل توجد عدة مجالات مختلفة، وهذه المجالات « يمكن فهمها في آن واحد كفضاءات مشكلة من الواقع (أوالمراكز) التي تتوقف خاصيتها على المكان الذي تشغله في هذه الفضاءات، و التي يمكن تحليلها في استقلال عن مميزات شاغليها (التي تحدها جزئيا) ».

إن الحقل بهذا المعنى هو فضاء موجود في الواقع ، فهو إن كان يرتبط من جهة بالفاعلين والمشتغلين في فضاءه، فإنه كذلك يستقل عنهم، بل ويحدد طريقة ممارسة الفعل للمنخرطين في فضاءه. و يوجد في كل حقل خاصية تميزه عن غيره من الحقول، فالحقل الاجتماعي مثلا يختلف عن الحقل السياسي، والحقل السياسي يختلف عن الحقل الفني. وتشتغل ميكانيزمات كل حقل في استقلال عن غيره من الحقول وفق منطق اشتغاله الخاص « ففي كل مرة ندرس حقا جديدا، سواء كان حقل الفيلولوجيا في القرن 19 أو حقل الموضة الراهنة أوالحقل الديني في العصر الوسيط، نكتشف بعض الخاصيات النوعية الخاصة بحقل معين ونطور معرفتنا بالآليات الكونية للحقول التي تتميز عن بعضها البعض بمجموعة من المتغيرات الثانوية».

غير انه إذا كان كل حقل ينفصل عن الحقول بمميزات تميزه عن طريق منطق اشتغاله الخاص، فان الحقول ترتبط ببعضها البعض عن طريق علاقة تشابكية تسمح للفاعلين الانتقال من احدها إلى الأخر. و يسعى بورديو إلى توضيح عوض معنى الحقل فيقول «أطلق لفظ مجال على مكان اللعبة، أي المجال الذي تقوم فيه علاقات موضوعية بين أفراد أوبين مؤسسات في حالة تنافس لاكتساب مزايا متماثلة. والميسطرون في هذا المجال الخاص (...) هم أولئك الذين يمسون من أعلى بزمام السلطة».

المجال إذن هو دائرة للتفاعلات الاجتماعية ، فالفاعلون الاجتماعيون الذين ينتمون إلى نفس المجال تحكم علاقاتهم التفاعلية قوانين أنتجها ذلك المجال حيث لا يجوز الخروج عنها، فالصراعات والتفاعلات يجب أن تكون متقفا على كفيئتها داخل المجال من طرف الفاعلين.

المجال هو إذن فضاء للصراع، والغرض من الصراع هو الهيمنة على هذا المجال. فالفاعلين مثلاً في المجال السياسي يسعون للوصول إلى قمة هرم السلطة السياسية، والعلاقات التي تحدث داخل المجال من علاقات صراع وتحالفات هي من اجل السيطرة والهيمنة على المجال، ومما يحدد مراكز القوة في مجال محدد هو الرصيد الذي يمتلكه الفاعلون في هذا المجال، ويعبر عن هذا الرصيد برأس المال النوعي (الخاص بكل مجال)، وتتعدد أنواع الرأسمال وأهمها هو الرأسمال الاقتصادي والرأسمال الثقافي، ف«المجال الاجتماعي مبني بطريقة، بحيث يكون الفاعلون أو المجموعات موزعين فيه باعتبار وضعهم في

التوزيعات الإحصائية حسب مبدأي التفرقة : رأس المال الاقتصادي ورأس المال الثقافي اللذان هما بلا

شك أكثر تأثيرا في البلدان الصناعية كالولايات المتحد وأليابان أوفرنسا»¹.

أما في البلدان الأقل تقدما والبلدان النامية والمجموعات التي في نوعها، فان هناك أنواعا أخرى من

الرأسمال تتحكم في الحقول مثل رأس المال الرمزي.

2. الهابيتوس : Habitus

يمكن أن يترجم الهابيتوس بالتطبع أو السجية أو السمات .

مفهوم الهابيتوس من أكثر مفاهيم بورديو إثارة للجدل منذ ظهوره أول مرة في كتاب الممارسة

الاجتماعية.

الهابيتوس في معناه العام هو مجموعة من الاستعدادات التي يتربى عليها الأفراد، ويكتسبونها أيضا.

والهابيتوس كذلك هو نسق « يعمل وفق آليات داخلية معقدة تكوّن حدود النسق وتشكله، في استقلالية

عن محيطه، وتظهر إلى العلن في ممارسات تعبر عن الهوية الاجتماعية لصاحبها وانتمائته»².

الهابيتوس إذن هو تلك الاستعدادات التي يكتسبها فاعل اجتماعي في حقل ما بشكل لا واعي، والتي

تمكنه من التكيف والاندماج في التفاعلات التي تجري في المجال الذي ينتمي إليه. و الهابيتوس إن كان

1- بيير بورديو، أسباب عملية: إعادة النظر بالفلسفة. ت: أنور مغيث، ط01. بيروت: دار الأزمنة الحديثة لبنان، يناير 1998، ص 29.

2- بيير بورديو، الهيمنة الكورية، ت: سلمان قعفراني، بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2009، ص 186.

عبارة عن مجموعة من الاستعدادات التي تلقن للفاعل، فهو كذلك آلية يمكن تطويرها من طرف الفاعل نفسه (وذلك عند ارتباط الهابيتوس برأس المال النوعي).

الهابيتوس بهذا المعنى آلية تحدد وتتحدد من خلال إعمال الفاعلين عبر التاريخ الماضي وشحن الفرد الجديد بتلك الاستعدادات، فمعرفةنا بالهابيتوس المتعلق بطبقة ما لا تكفي للتنبؤ بما سيقوم به أحد أفراد هذه الطبقة (إما المهيمنة أو المهيمن عليها) في وقت محدد وفي موقف غير محدد. لأن التنبؤ المضبوط معناه حذف الزمان والواسطة وإعادة تأكيد أولية النموذج على الممارسة العملية¹.

يشتغل الهابيتوس في فضاء حقل ما، وهو محمول من طرف فاعل اجتماعي، وكلما كان الهابيتوس المحمول اقدر على التكيف مع التفاعلات داخل الحقل الخاص به، كلما كان في إمكان حامله الارتقاء في سلم ذلك الحقل. فالهابيتوس بهذا المعنى هو آلية مساعدة في سبيل الارتقاء والهيمنة على المجال الذي يعمل وفقا له ذلك الهابيتوس.

إن غموض مفهوم الهابيتوس و عدم إمكانية تحديده مطلقا، قد جعل البعض « يعتبر خطأ انه الأعمال الروتينية المحددة في الحياة اليومية، أو أنه مرادف لتعبير التنشئة الاجتماعية، ولكنه في الواقع جزء من نظرية بورديو حول الممارسة الاجتماعية ويعني التعبير بوضوح عن الميول في الفضاء الاجتماعي (...) كما أن الهابيتوس هو نوع من التعبير عن استثمار (قد يكون لا شعوريا) لأولئك الموجودين داخل

¹ - جون ليشته، خمسون مفكرا أساسيا من البنيوية إلى ما بعد الحداثة. ت: فاتن البستاني. بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2008، ص 107.

الفضاء الاجتماعي في نقاط القوة المتضمنة فيه. والهابيتوس نوع من القواعد للأفعال -علم نحو الأفعال-

يؤدي غرض التمييز بين طبقة (المهيمنة) وأخرى (المهيمن عليها) في المجال الاجتماعي¹.

- الهابيتوس إذن هو نسق استعدادات يدخل به الفاعل مجال التفاعلات في حقل ما، والغرض منه

هو تزويد الفاعل بنماذج أولية للفعل تمكنه من الاستمرار في خوض الصراعات وتحسين العلاقات داخل

مجال معين من اجل السيطرة و الهيمنة على ذلك الحقل.

وتتعلق النماذج التي يزود بها الهابيتوس الفاعل داخل الحقل بأربعة نماذج هي المستوى العرفاني

والمستوى الخلفي والمستوى الجمالي ومستوى هيئة الجسد².

3. إعادة الإنتاج : reproduction

إعادة الإنتاج هي استيراثية يمكن من خلالها لنسق ما أن يحافظ على علاقات القوة التي بداخله، وإن

يبين حدوده ويحافظ عليها. وبمعنى آخر فإن إعادة الإنتاج في حقل ما هي تلك الآلية التي من خلالها

يمكن للمسيطرين على ذلك الحقل أن يحدوا من خلالها آلية اشتغال الفاعلين داخل ذلك الحقل من اجل

أن تظل السيطرة والهيمنة دائما متأتية للمهيمنين على ذلك الحقل.

1- المرجع السابق ص 106

2- بيير بورديو و جان كلود باسرون. إعادة الإنتاج. ت: ماهر تريمش. ط 01 بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2007، ص387.

إعادة الإنتاج إذن هي ميكانيزما وظيفتها استمرارية التراتبية داخل حقل ما، وفي نفس الوقت عزل ذلك الحقل عن الحقول الأخرى وتحصينه ضد دخول أي أعوان من خارجه إلا وفق الشروط التي تحددها آلية اشتغال الحقل نفسه.

و يعتبر مفهوم إعادة الإنتاج مفهوما جوهريا في نظرية بورديو السوسولوجية، بل إننا قد لا نبالغ إذا قلنا إن هذا المفهوم « يأخذ مكانا مركزيا ويشكل نقطة تقاطع المفاهيم الأخرى في نظريتهما (بورديو و باسرون) السوسولوجية، وهذا يعني إن مفاهيم الهابيتوس ورأس المال الثقافي، والعنف الرمزي، والإقصاء الاجتماعي وسلطة اللغة، هي مفاهيم تتمحور حول مسألة إعادة الإنتاج»¹.

من جهة أخرى لا يمكن فهم أو مقارنة نظرية بورديو حول إعادة الإنتاج، أو حتى نمط اشتغال أي نسق، بمعزل عن مفاهيم أخرى تدخل ضمن سياق إعادة الإنتاج و تعتبر آليات يشتغل عليها النسق من أجل إعادة إنتاجه، وهي مفهومي إعادة التأويل وإعادة الترجمة.

ترتبط إعادة التأويل بمنطق اشتغال النسق على حدوده الخارجية حتى يحافظ على خصائصه، فليس بإمكان فاعل اجتماعي من خارج الحقل أن يدخل في مجاله وأن يشترك في العمليات التفاعلية داخله إلا إذا أخذ الحقل أفعال ذلك الفاعل على أنها أفعال لا تتعارض مع معطيات الحقل.

1- علي اسعد، وطفة.. "إعادة الإنتاج". مجلة إضافات. (العدد الثامن). بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية. 178 (خريف 2009).

والنسق يفعل ذلك من خلال تأويل وغرابة أفعال الفاعل، فيقبل منها تلك التي لا تتعارض مع منطق اشتغاله ويرفض الأخرى. إن مفهوم إعادة التأويل بهذا المعنى هو مفهوم يحدد من خلاله النسق «علاقته بالمحيط ويحمي حدوده التنظيمية أي استقلالته من دون خضوع أوتأثر بما يصيبه من تدفقات خارجية».

إن النسق بهذا المعنى بنية غير صلبة بل مرنة، تتفاعل مع غيرها من البنى عن طريق التأثير والتأثر، فتسمح بإعادة التأويل للطلبات الخارجية حتى تتسق مع منطق اشتغال ميكانيزمات النسق نفسه. لكن النسق لا يسمح بإعادة التأويل والانفتاح على الأنساق الأخرى إلا من أجل ترسيخ مزيد من الانعزال والانفصال عن تلك الأنساق وتقوية مجاله الخاص على حساب الأنساق الأخرى.

من هنا تدخل أهمية المفهوم الثاني، مفهوم إعادة الترجمة، فإذا كانت إعادة التأويل ترتبط بمنطق اشتغال النسق على حدوده الخارجية، فإن إعادة الترجمة هي تلك الآلية التي يقوي من خلالها النسق آليات اشتغاله الداخلية عن طريق صياغة جديدة للأفعال التي يأتي بها الفاعلون الذين قبلهم النسق سابقا عن طريق إعادة تأويل أفعالهم، وإعادة الترجمة بهذا المعنى «هي آلية نسقية تتمثل في قيام النسق (...) بإعادة صياغة داخلية للطلبات التي قبلها النسق إن كانت طلبات مطابقة لمبادئه، ووفقها باعتبارها

معلومات خاصة به يصلب بها بنيته الداخلية فيربط بناه الداخلية بعضها مع بعض وهو معنى الملاحظة الذاتية¹.

من جهة أخرى، وفي سبيل تأسيس نظرية جديدة للممارسة الاجتماعية، يرى بورديو أن إعادة الإنتاج في البنى القائمة لا تتم عن طريق تأثيرات البنى على الفاعلين الاجتماعيين بواسطة التنظيم الذاتي كما تقول نظريات البنية الاجتماعية التي لا تعطي للأفراد دورا في إعادة الإنتاج والحفاظ على النسق. كما أن بورديو لا يقف موقف نظريات الفعل الاجتماعي التي تعطي كل الدور للفاعلين الاجتماعيين، وإبراز أهمية إرادة الأعوان في إعادة الإنتاج.

فإعادة الإنتاج بهذا «تمثل المقاربة النسقية التي اعتمدها بورديو في نظريته تجاوزا للتحليل البنيوي الوظيفي ليبنى على أنقاض ما تحطم بفعل نقده له، نظرية الإنشاء الذاتي للنسق»².

4. رأس المال النوعي :

يحتل مفهوم الرأس المال النوعي مكانة أساسية في نظرية بورديو السوسيولوجية حول الهيمنة، فراس المال النوعي هو مصدر مهم من مصادر السلطة، ففي كل مجال من مجالات الممارسة هناك أفراد يمتلكون مزايا غير مادية تجعلهم يتوزعون من خلال امتلاكهم لهذه المزايا (رؤوس الأموال النوعية)، حسب تدرج

¹- بيير بورديو و جان كلود باسرون. مرجع سابق، ص 385.

²- نفس المرجع السابق، ص 33

هرمي. فالسلطة المتحكمة في ذلك المجال يمتلكها أناس لهم رأسمال نوعي أكبر من الذي لدى الفاعلين الآخرين في الحقل.

ويخول رأسمال النوعي أصحابه انتزاع اعتراف الآخرين، إن المهيمين على الحقل هم أناس فعلوا ذلك عن جدارة واستحقاق حيث يمتلكون مقدارا من رأسمال النوعي لا يمتلكه الآخرون. ويحصل الأفراد على رؤوس أموالهم النوعية عن طريق علاقة معقدة يعطي بموجبها هابيتوسا ما لأحد الأعوان في حقل ما رصيذا يسمح له بالدخول والتفاعل (إما عن طريق التنافس أو عن طريق الصراع) مع الأعوان الآخرين في سبيل امتلاك المزيد من ذلك الرأسمال، وهذا الرأسمال هو الذي تتحدد من خلاله مراتب التدرج الاجتماعي الأولى في الحقل بالنسبة للفرد في الحقل النوعي.

و توجد عدة أنواع من رأسمال النوعي «وقد ركز بورديو على أربعة أشكال منها هي: الرأسمال الاجتماعي، والرأسمال الثقافي، والرأسمال الرمزي، والرأسمال الاقتصادي»¹.

وإذا كان ماركس قد ألف عن الرأسمال وأهميته، فإن بورديو قد انتقل بهذا الرأسمال من صفته الطبيعية الاقتصادية إلى صفة أكثر تجريدا هي رأس المال الرمزي.

إن رأس المال الرمزي إذن هو رصيذ يمتلكه المهيمون في مجال ما فهو بمثابة كاريزما تجعل من يمتلكها يعترف له الآخرون بهيمنتهم، وهذا الاعتراف الطوعي من قبل الأعوان الآخرين هو ما يعطي الشرعية

¹ - علي أسعد، وطفة. مرجع سابق ، ص 17.

للمراتب العليا التي يتمتع بها المهيمنون، ومن أجل توضيح هذا المعنى لا يدخر بورديو جهدا في العودة إلى فيبر لتعريف الرأسمال الرمزي. لقد وجد في مفهوم الكاريزما قرابة تجعله يقترب في أحيان كثيرة منه ثم يتباين عنه. القرابة تكمن في أن رأس المال الرمزي ليس سوى صورة أخرى لما أسماه فيبر الكاريزما. أما التباين فإن سببه أن فيبر جعل من مفهوم الكاريزما شكلا خصوصا للسلطة بدلا من أن يجعله بعدا لكل سلطة. لذلك يقترب الرأس المال الرمزي من مفهوم الشرعية أكثر من أي مفهوم فيبري آخر لكونه حالا في كل السلطة أو هو ذات السلطة التي تمارس بها الهيمنة¹.

هذا من جهة، ومن جهة أخرى، وبما أن رأس المال الرمزي يحيل إلى سمو المكانة والرفعة والشرف، فهو بذلك يشير إلى "درجات المكانة التي يكتسبها الفرد ويتم التعبير عن هذه المكانة أو القوة الرمزية من خلال علامات التمييز داخل كل مجال، تلك العلامات التي تعمل على إبراز وتأكيد المكانة الاجتماعية"².

و يشعر الفاعلون الاجتماعيون عن طريق التنشئة وعمليات التربية بوجود رأس المال الرمزي، غير أنهم لا يعترضون على وجوده بصورة أكبر عند الأشخاص الذين يتمتعون بقدر أكبر منه وذلك لأنه أصبح مغروسا فيهم هذا التسليم نتيجة للسلطات التي تحت الآخرين من أجل اندماجهم في الحقل على التسليم بقيمة ذلك الرأس مال الرمزي. يعني هذا القول أن الرأس مال الرمزي هو مجموعة رؤوس الأموال الأخرى

1- بيير بورديو و جان كلود باسرون. مرجع سابق، صفحة 56.

2- أحمد موسى بدوي. مرجع سابق. ص 18.

وقد تم إدراك أهميتها من طرف الأعوان كقوى تتعزز مكانة المرء من خلال حيازتها، فكل ما كانت حيازة المرء للرأس مال أكبر كلما تدرج أكثر في الهرم التراتبي للمجال الذي يتفاعل فيه مع الأعوان الآخرين. السلطة الرمزية إذن هي قوة لا مادية يعترف بها الفاعلون الاجتماعيون الآخرون، "إن ما يُعطي لكلمات الأستاذ و القول المرجعي قوتها وسحرها، وما يجعلها قادرة على حفظ النظام أوخرقه إنما هو الإيمان بمشروعية الكلمات ومن ينطق بها، وهو إيمان ليس في إمكان الكلمات أن تنتجها وأن تولده"¹.

الرأس مال الرمزي هو تلك الرؤوس الأموال الأخرى (الثقافية، الاجتماعية، الاقتصادية) عندما تتحول إلى قوى رمزية تعطي لأصحابها مكانة رمزية مرموقة.

الرأس مال الثقافي :

الرأس مال الثقافي هو ذلك الرصيد الثقافي الذي يحوزه الأعوان الاجتماعيين عن طريق استثمار ثقافتهم، فهو يعني: مجموعة من المعارف والمهارات النظرية والعملية التي يتمتع بها فرد ما في سياق ثقافة معينة، ويتحدد رأس المال الثقافي في عصرنا هذا عن طريق حيازة الشهادات المدرسية والجوائز المقدمة من طرف المؤسسات الثقافية والتعليمية. ويرتبط الرأس مال الثقافي بالهيمنة عن طريق استخدامه في تثبيت الأوضاع القائمة بالنسبة للمسيطرين، أوفي قلب الموازين بالنسبة للطامحين. ويرتبط الرأس مال الثقافي كذلك بالهابيتوس الخاص بالأعوان، حيث " ينتقل إلى الأفراد بطريقتين: الأول من خلال الأسرة : فعن

¹- بيير بورديو و جان كلود باسرون. مرجع سابق، ص 58.

طريق الأسرة يكتسب أنماط التفكير والاستعدادات ونظم المعنى، ويكتسب قيما محددة للسلوك، والثاني عن طريق نظام التعليم الذي يعتبره بورديو العائق الثقافي الأكبر، لأنه مسئول عن إعادة إنتاج الأوضاع القائمة¹.

الرأس مال الاجتماعي :

يتمثل الرأس مال الاجتماعي في: تلك العلاقات التي يقوم بها الفاعلون الاجتماعيون مع غيرهم من الفاعلين في حقل اجتماعي معين. فهو يشكل مجموع المعارف والعلاقات الاجتماعية والصدقات، وهذا الرصيد يمنح صاحبه بالإضافة إلى رؤوس الأموال الأخرى قوة يستعين بها في تفاعله وصراعه في المجال الذي ينتمي إليه. إن الحقل يتشكل من شبكة معقدة من العلاقات الاجتماعية، وهذه الشبكة تضم في ثناياها العديد من الشبكات الأخرى المترابطة، والفرد "عضو في شبكات اجتماعية مختلفة ومتنوعة وهذه الشبكات هي مفتاح الفوائد المادية والرمزية، ولا بد من أن يمتلك رأس مالا اجتماعيا يمكنه من استثمار العلاقات الاجتماعية المتنوعة لزيادة الرأس مال الكلي الخاص به مثل علاقات الجيرة والعمل، والقرابة... الخ"².

- الرأس مال الاجتماعي هو إذن تلك المنابع التي يكتسبها الفرد بوصفه عضوا في جماعة.

1- أحمد موسى بدوي. مرجع سابق، ص 18.
2- نفس المرجع، ص 18.

الرأس مال الاقتصادي :

هو ذلك الكم المتراكم من المقتنيات المادية التي يحوزها الأفراد والتي يستخدمونها في سبيل تقوية مواقعهم في عمليات الصراع والتنافس، ورأس المال الاقتصادي كغيره من أنواع الرأس مال يمكن تنميته، كما أنه يمكن تنمية رؤوس الأموال الأخرى عن طريق الاستفادة من رأس المال الاقتصادي الذي هو من أهم أنواع رأس المال وأكثرها شيوعاً. ويعبر عن رأس المال الاقتصادي برأس المال المادي كذلك، "وعندما نفكر في رأس المال المادي فإن ما يتبادر إلى الذهن هو العُدَد و الآلات والمعدات والمصانع التي توفر البنى التحتية والسعة التشغيلية لإنتاج البضائع وتقديم الخدمات¹.

¹- جيريمي ريفكين. عصر الوصول. ت: صباح صديق الدملوجي. ط01. بيروت: المنظمة العربية للترجمة. لبنان، سبتمبر 2009، ص93.

2- نظرية التشكل البنائي لانتوني غيدينز

يعد أنتوني غيدينز (1938) واحدا من أبرز العلماء الاجتماعيين في الغرب وأكثرهم ذيوعا وحدثا في المناطق المتحدثة بالإنجليزية.

وقد عمل أستاذا لعلم الاجتماع وزميلا في جامعة كيمبريدج. له أزيد من 35 كتابا في العلوم الاجتماعية. وقد عمل أنتوني غيدينز مستشارا لرئيس الحكومة العمالية " توني بلير " للتنمية الاجتماعية والتربوية غير أنه تنحى عن هذا المنصب ليسهم في تأسيس وتوجيه جناح جديد ومؤثر هو الطريق الثالث داخل حزب العمال البريطاني بدأ سيرته الإعلامية بمجموعة من الدراسات النقدية الموسعة لمختلف التيارات الفكرية المعاصرة.

واستلهم غيدينز في حياته الأكاديمية في السبعينات من القرن الماضي باستعراض تحليله النقدي معمق الأعمال الثلاث الكبار المؤسسين لعلم الاجتماع (كارل ماركس، اميل دوركيم، ماكس فيبر) ونقد تصوراتهم لمعنى الفعل الاجتماعي وحوافزه ودلالاته.

و أتبع ذلك في الثمانينات بسلسلة من المؤلفات النظرية النقدية التي أبرز فيها عدد من الإشكاليات في العلوم الاجتماعية المعاصرة.

فما هي المحاور البارزة في مجهوداته البحثية والنظرية؟

1-2 الأساس الفكري للنظرية التشكل البنائي

بيدي غيدنز في كتابه "تشكيل المجتمع" استياء فكريا واضحا من الانقسام القائم في النظرية السوسيولوجية بين البنائية الوظيفية وعلم الاجتماع التفسيري، ويؤكد بأن الفروق بينهما ليست معرفية كما تداولها في العلوم الاجتماعية، ولكن أنطولوجية ولهذا تسعى نظرية التشكيل لوضع نهاية لهذا الانقسام، حيث تقترح أن المجال الأساسي لدراسة العلوم الاجتماعية ليس خبرة الفاعل الفرد، ولا أي شكل وجودي للكليات الاجتماعية ولكن الممارسات المنتظمة عبر الزمان والمكان¹.

يقول إيان كريب في كتابه النظرية الاجتماعية: مع أن أسلوب غيدنز يختلف عن أسلوب بارسونز وبقدر أقل طريقة تفكيره، فإن نظرية التشكيل يجب أن توضع في مصاف الوظيفية البنائية. فهي محاولة للتمسك بتصور عن المجتمع باعتباره كلا واحدا، مع التمسك بما توصل إليه "التحول اللغوي" في الفلسفة من نظرات ثابتة، وبمنهجية النظام الاجتماعي في علم الاجتماع تحديدا.

فهو يحاول في واقع الأمر أن ينفذ ما يمكن إنقاذه عن فكرة المجتمع في حديثه عن البنى والأنساق، بيد أنه يصر من ناحية أخرى على أن المجتمع ينتج ويعيد إنتاجه فعل البشر، ويرفض أي شكل من أشكال التفسير البنائي أو أي تصور يفرضي إلى أن المجتمع يمكن أن يكون مستقلا عن أفراد، ورأيه هذا

1- عبد الكريم، الحوراني. النظرية المعاصرة في علم الاجتماع. ط1، دار مجدلاوي. الأردن، 2008، ص67-68.

يشتمل على رفض لأي تفسير يخلع عن المجتمع أو النسق الاجتماعي خصائص طارئة أو يتحدث عن المجتمع أو الموقف الاجتماعي بصفته عاملا محددًا لفعل البشر.

وهذا الموقف يقود إلى رفض تام للتفسير الوظيفي وللنظريات التطورية التي لا يرجعها إلى بارسونز فحسب بل وأيضا إلى الماركسية.

كما يستند فكر غيدنز إلى مبحث الوجود الاجتماعي وهذا المبحث يتفق مع مجموعة من الاهتمامات المنهجية والنظرية في علم الاجتماع، ولذا فلا هو بالنظرية ولا هو بالمبحث التفسيري، فهو أقرب ما يكون إلى دليل يشمل ما هو كائن في العالم الاجتماعي، وهكذا فبالرغم من أن غيدنز يمني النفس بالتحدث عن الأنساق و البنى الاجتماعية بل ربما اعتقد أنه يحافظ على هذه الأفكار من الذوبان في نظرية الفعل فإنه يركن إلى تلك المفاهيم بطريقة واهية، ويبدو هذا في نظريته عن الحداثة حيث تكمن خلف كثير من آرائه نظرة ضمنية تقول بوجود نسق اجتماعي يفرض نفسه علينا، ويعتبر أيضا غيدنز مدين لمنهجية النظام الاجتماعي، وعلى هذا المستوى يتكون النظام الاجتماعي أو البنية بفعل نشاطنا اليومي المعتاد.

كذلك يأخذ غيدنز مفهوم الإحالة على الذات على محمل الجد، وهو المفهوم الذي يشير إلى الطريقة التي نشكل بها عالمنا الاجتماعي فعليا. وحينما يناقش فكرة علم الاجتماع الذي يحيل إلى ذاته فإنه يفعل ذلك من حيث أن العمل الاجتماعي يشكل العالم الذي يقوم بدراسته، ذلك العالم الذي هو جزء

منه، ويقدم نموذجاً ثلاثي الأبعاد للفاعل الاجتماعي يتشابه في أوجهه العامة مع نموذج فرويد المكون من الأنا و الهو والأنا الأعلى وهو في حقيقة الأمر يعتمد بانتظام على أفكار التحليل النفسي حينما يتحدث عن الفاعل ويشير إلى وجود مستوى من اللاشعور عند الفاعل، إنه غير ذي أهمية في النشاط اليومي، إلا في تقديمه دافعية عامة لكنه يصبح مهما في حال الأزمات¹.

¹ - ايان، كرييب. النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس. ت: محمد حسين غلوم. عالم المعرفة. الكويت، 1999، ص ص 154-156.

2-2 المفاهيم المحورية للنظرية:

تركز الفكرة الأساسية لنظرية التشكل البنائي على أن المجال الأساسي لدراسة العلوم الاجتماعية ليس خبرة الفرد الفاعل و لا الكليات الاجتماعية. ولكن الممارسات المنتظمة عبر الزمان والمكان التي تتضمن العلاقة الجدلية بين الفعل والبنية وهذا يعني أن البنى تشكل ممارسات البشر، لكن ممارسات البشر تشكل البنى أيضا¹.

وتشكل مفاهيم: البناء، النسق وازدواجية البناء جوهر نظرية التشكيل البنائي:

- **البناء:** "تلك الخصائص البنائية (القواعد، الموارد) التي تسمح بعقد الصلة بين الزمان والمكان في إطار النسق الاجتماعي، وهي خصائص تجعل من الممكن للممارسات الاجتماعية الملاحظة والتي يمكن تمييزها بصعوبة نظرا لشدة تشابهها أن توجد عبر مجالات زمانية ومكانية مختلفة، وتضفي عليها شكلا منتظما".

- **الأنساق الاجتماعية:** يقصد بها الممارسات الاجتماعية التي يعاد إنتاجها، أو "العلاقات التي يعاد إنتاجها بين الفاعلين أو الجماعات، تلك العلاقات التي تنتظم كممارسات اجتماعية مطردة"، والأنساق الاجتماعية ليست لها أبنية، ولكنها تتصف بخصائص بنائية ويتجلى البناء في الأنسقة الاجتماعية "في الممارسات التي يعاد إنتاجها ويطوقها الزمان والمكان"، "وفي بقايا الذاكرة الموجهة أفعال الإنسانين الذين

¹- حسام الدين محمود، فياض. "نظرية التشكيل البنائي لدى أنتوني جيننز". مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. المجلد4. العدد 7، 33(30 يوليو2020).

يتمتعون بمعرفة كفاءة، ويربط غيدنز البناء (كقواعد وموارد) بكل من المستويات الكبرى (الأنساق الاجتماعية) والصغرى (الذاكرة)، ويرى أن هذا التكامل مهم حيث يقول: "أحد الافتراضات الأساسية لنظرية التشكيل البنائي هي أن القواعد والموارد المعتمدة في إنتاج وإعادة إنتاج الفعل الاجتماعي هي في نفس الوقت وسائل إعادة إنتاج النسق (ازدواجية البناء)"¹.

- البنية: يعني غيدنز بمصطلح البنية شيئاً مختلفاً تماماً عما يعنيه المصطلح عند الوظيفية البنائية أو الماركسية البنوية، فهو يعرفها على أساس "قواعد ومصادر" ومفهوم القاعدة هو الأكثر أهمية، وفي أطول مناقشة لـ غيدنز لما يعنيه بالقواعد في كتابه "تكوين المجتمع" 1984، يذهب إلى أن أبرز القواعد الأساسية هي شبيهة بتلك التي تحكم المتواليات الحسابية مثل: 2، 4، 6، حيث لا يجد أحد صعوبة في متابعة تلك المتوالية غير أننا لو أردنا اكتشاف القاعدة التي تحكم المتوالية الحسابية البسيطة لاقتضى ذلك إعمال الفكر، وقد تجد صعوبة في التعبير عنها وهذا شأن القواعد التي نتبعها حين نتكلم إذ يندر أن نعرفها².

و يحاول غيدنز ربط مفهوم القوة (تحليلياً) بالفكرة المركزية لنظرية التشكيل وهي ثنائية البنية التي يوضحها على النحو التالي: إن الفاعل و البنى لا يمثلان نوعين منفصلين من الظواهر التي تمثل ثنائيات متعارضة ولكن ازدواجية، وحسب ثنائية البنية فإن الخصائص البنائية للأنظمة الاجتماعية تمثل في آن

¹- محمد، الجوهري. قراءات معاصرة في نظرية علم الاجتماع. ت: مصطفى خلف عبد الجواد. القاهرة: مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، 2002، ص367.

²- ايان، كريب. مرجع سابق، 1999، ص155.

واحد وسيطا ونتاجا للممارسات التي تعيد تنظيمها باستمرار، إن البنية ليست خارجية بالنسبة للأفراد فهي رموز في الذاكرة ويتم إقرارها في الممارسات الاجتماعية، فهي داخلية أكثر منها خارجية بالنسبة لنشاطاتهم، وبذلك فإن البنية لا تعرف فقط من خلال ما تفرضه من قيد، ولكن تعرف دائما من خلال التقييد والتمكين، فهي بذات الوقت تقيدنا وتمكننا من فعل أمر ما.¹

¹ - عبد الكريم، الحوراني. مرجع سابق، ص 67-68.

2-3 المخطط العام للنظرية

يتخذ غيدنز من الأنشطة الاجتماعية نقطة البداية بالنسبة له، حيث يصر على أن تلك الأنشطة متكررة ولا تظهر إلى الوجود بواسطة الفاعلين الاجتماعيين، لكنها تتجدد من خلال الوسائل الفعلية التي يعبرون بها عن أنفسهم كفاعلين، ويقوم الفاعلون في أنشطتهم ومن خلالها بإنتاج الظروف التي تجعل هذه الأنشطة محتملة الحدوث، بالتالي فإن نقطة البداية الأنطولوجية عند غيدنز ليست الوعي -أي التشكيل الاجتماعي للواقع- وليست هي البناء الاجتماعي، وإنما الجدل بين الأنشطة والظروف التي تحدث في الزمان والمكان.

ويهتم غيدنز بالوعي أو الانعكاسية إلا أن الفاعل بانعكاسيته لا يكون واعيا بذاته فحسب، ولكنه يراقب أيضا التدفق المتواصل للأنشطة والظروف، وقد أتاحت أنطولوجية الزمكان لـ غيدنز بدراسة التمييز بين الظواهر الكبرى والصغرى بطريقة تاريخية وديناميكية.

ويبدأ غيدنز كما أشرنا آنفا بالفاعلين الذين يراقبون أنشطتهم بصفة مستمرة إضافة إلى بيئاتهم الاجتماعية والطبيعية، ويكون الفاعلون أيضا قادرين على الترشيح أو تطوير العمليات الروتينية التي يصبحون بموجبها قادرين على الفهم المتواصل لأسباب أفعالهم، ولدى الفاعلين دوافع تحتوي هذه الأخيرة على الرغبات التي تحت على الفعل إلا أن معظم أفعالنا في رأي غيدنز لا تحركها الدوافع بشكل مباشر -والدوافع لا شعورية بصفة عامة- إلا أنها مهمة بالنسبة للسلوك الإنساني، وفيما يتعلق بالوعي يميز

غيدنز بين الوعي الخطابي (القدرة على التعبير عن الأشياء بالكلام) والوعي العملي (ما يتم القيام به دون القدرة على التعبير عنه بالكلام).

ويرى غيدنز أن الوعي العملي له أهمية خاصة بالنسبة لنظرية التشكيل البنائي، وهو الاهتمام الذي تشترك فيه تلك النظرية مع النظريات الصغرى الذاتية مثل التفاعلية الرمزية والمنهجية الشعبوية، وهو نفس الاهتمام الذي تتجاهله النظريات الكبرى مثل الوظيفية البنائية والبنوية.

وينتقل غيدنز من الفاعلين إلى الفعل أي الأشياء التي يقوم الفاعلون بها، ولا يتعلق الفعل بنوايا الفاعلين بل بما يقومون به فعلا: "يتعلق الفعل بالأحداث التي يصوغها الفرد ... وما حدث لم يكن ليحدث لولا تدخل فيه الفرد"، وقد اجتهد غيدنز ليفصل بين المقاصد والأفعال ليوضح أن ما ينتهي له الفاعلون غالبا ما يكون مختلفا عما يقصدونه.¹

إن مفهوم التشكيل البنائي يقوم على فكرة مؤداها أن تشكيل الفاعلين والأبنية ليسا ظاهرتين مستقلتين (أي ثنائية) ولكنهما تمثلان ازدواجية.

فالخصائص البنائية للأنساق الاجتماعية هي بمثابة وسيلة ونتيجة للممارسات التي تنظمها بصورة متكررة أو بعبارة أخرى إن لحظة إنتاج الفعل هي أيضا لحظة إعادة إنتاجه في سياق الأحداث اليومية للحياة الاجتماعية. كما أن البناء ليس خارجا عن الفاعل فهو موجود في بقايا كل من الذاكرة والممارسات الاجتماعية، وقد أوضح غيدنز بشكل حاسم أن "البناء دائما ما يعيق الفرد عن تحقيق ما يريده من ناحية،

1- محمد، الجوهري. مرجع سابق. ص366-367.

ويمكنه من تحقيق ما يريده من ناحية أخرى"، وبذلك يختلف غيدنز عن دوركهايم في مفهومه للبناء الذي

يعتبر-أي دوركهايم- أن البناء يعيق الفرد عن تحقيق ما يريده.¹

لقد ذهب غيدنز وراء مشروع التكامل بين الظواهر الكبرى والصغرى، حيث قدم تحليلا مفصلا

لعناصره المتعددة مركزا على طبيعة العلاقة التبادلية بين الظواهر. بهذا رفض مقولة الوضعيين بأن حقيقة

المجتمع موضوعية مستقلة كما لم يقبل النظرة المثالية التي تقصر حقيقة المجتمع في المعنى.

من خلال ما سبق يقوم مفهوم التشكيل البنائي على فكرة مؤداها أن تشكيل الفاعلين والأبنية ليسا

ظاهرتين مستقلتين (أي ثنائية) ولكنهما تمثلان ازدواجية. لأن خصائص الأنساق هي بمثابة وسيلة ونتيجة

لممارسات الفاعلين وهذه الخصائص تنظم ممارسات الفاعلين بصورة متكررة.

¹- المرجع السابق، ص368.

3- نظرية الإنسان المتعدد الأبعاد

سوف نحاول أن نتطرق إلى ما كتبه عالم الاجتماع الفرنسي برنار لايبير حول "الإنسان المتعدد" الذي يتميز بصيغة الجمع، في مفهوم الممارسة من خلال التركيز على أهم الأفكار النقدية الموجهة إلى أستاذه عالم الاجتماع الفرنسي بيير بورديو.

برنار لايبير أستاذ في علم الاجتماع بكلية المعلمين العليا بمدينة ليون الفرنسية، نشر خمسة عشر مؤبفا منها الانسان متعدد الأبعاد سنة 1998، وله مؤلفات عديدة منها: ما هي السوسيولوجيا؟، فرانز كافكا، ثقافة الأفراد، الوضع الأدبي، من أجل السوسيولوجيا والتفسير السوسيولوجي للأحلام¹.

يمثل برنار لايبير (1963) أحد أهم علماء الاجتماع المعاصرين الذين اهتموا بتطوير البحث السوسيولوجي على المستوى النظري والتطبيقي بفرنسا، وهو أستاذ في علم الاجتماع بكلية المعلمين العليا بمدينة ليون الفرنسية، وأستاذ زائر في العديد من الجامعات الغربية، حاصل على شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع عام 1990 في موضوع: "الأشكال الاجتماعية للكتاب والنماذج الاجتماعية الشفوية: تحليل سوسيولوجي لفشل المدرسة" تحت إشراف غي فينيسيت Guy Vincent.

وترتكز أبحاث لايبير على دراسة الفشل التعليمي في المدارس الابتدائية، والممارسات الثقافية للفرنسيين، وظروف الحياة، والوضع الأدبي للكتاب، والنظرية الاجتماعية، إلخ، وهو في الوقت الراهن

¹- بيرنار، لايبير. عالم متعدد الأبعاد: تأملات في وحدة العلوم الاجتماعية. ط01. ت: بشير السباعي. المنظمة القومية للترجمة، 2015.

يشتغل على تطوير مقترحات لتدريس العلوم الاجتماعية في مرحلة التعليم الابتدائي، كما يعتبر لايبير أحد

¹

علماء الاجتماع الذين عملوا على تطوير نظرية الممارسة عند بورديو وربطها بالسياق الاجتماعي .

¹- فرح، عبد الإله. "برنار لايبير وسوسيولوجيا الإنسان المتعدّد". مؤمنون بلا حدود للدراسات والنشر، مايو 2018.

3-1 نقد نظرية الممارسة عند بيير بورديو

في فكر بورديو الفاعلون يحددون اختياراتهم تلقائياً بفعل الهابيتوس الخاص بهم، من دون احتسابهم لتلك الإكراهات التي تتقلل قراراتهم، وخصوصاً ثقل الماضي والتاريخ، وذلك لكونه مدمجاً و مؤقلاً، ويرى شوفالبيه و زميله شوفيري في كتابهما "معجم بورديو" قائلين: «وهكذا نرى بأن مفهوم الهابيتوس لا يهم سوى نوع معين من الممارسة...».

فلقد تمت مؤاخذه بورديو دائماً على الحتمية التي ارتبطت بمفهوم الهابيتوس، مع أنه نوه على الدوام إلى هامش اللعب المحتمل من طرف الهابيتوس، والذي يسمح للفاعل بالارتجال في الفعل،

¹ وبالمحافظة إجمالاً على ضبط السلوكيات .

وفي هذا يرى لايبير أن العلوم الاجتماعية أمنت لفترة طويلة بفكرة تجانس الإنسان مع المجتمع وحتى عندما يقبل الباحثون تعدد التجارب المعاشة أو الأدوار المستبطنة من قبل الفاعل فإنهم غالباً ما

² يفترضون مسبقاً أن خلف هذا التعدد أساسية (ذات متماسكة وموحدة) قيد العمل .

ما يجعل بورديو يحتل مكانة مهمة في أعمال لايبير هو أصالة أبحاثه التي لعبت دوراً كبيراً في تطوير النظرية الاجتماعية، فنظرية الممارسة تعتبر الموضوع الرئيس في سوسيولوجيا بورديو، بسبب

¹- شوفالبيه وشوفيري، معجم بورديو. ط01. ت: الزهرة إبراهيم. الجزائر: الشركة الجزائرية السورية للنشر والتوزيع، 2013، 286.

²- فيليب كابان جون فرانسوا دورتييه، علم الاجتماع: من النظريات الكبرى إلى الشؤون اليومية. ط01. ت: إياس حسن. دمشق: دار الفرق، 2010،

قدرتها التفسيرية في كشف طبيعة الظواهر الاجتماعية والثقافية المتنوعة والمتداخلة. فقد حاول بورديو في إطار نظرية الممارسة أن يقدم مشروعاً توفيقياً بين النظرة الذاتية والنظرة الموضوعية للعالم الاجتماعي، من أجل توضيح كيفية تمثل الأفراد الفاعلين للشروط الموضوعية البنوية، وذلك من خلال المعادلة التالية:

$$\text{(الهابيتوس) (الرأس المال) + الحقل = الممارسة}$$

ويرى بورديو أنه من أجل فهم الممارسة الاجتماعية والثقافية لدى كل طبقة اجتماعية ضمن الحقل الاجتماعي، لا بد من العودة إلى "الهابيتوس Habitus" الخاص بالأفراد الذين ينتمون إلى طبقة اجتماعية منسجمة مع ذاتها، ويقول في هذا الصدد:

«...يجب العودة إلى مبدأ الممارسات الموحدة؛ أي إلى الهابيتوس الطبقي كشكل مندمج من أشكال الظرف الطبقي والتكيفات التي يفرضها؛ يجب إذن، أن نبني الطبقة الموضوعية كمجموعة من العملاء الموضوعيين ضمن ظروف وجود متجانسة، والخاضعين لتكيفات متجانسة والمنتجين لأنساق من الاستعدادات المتجانسة الخاصة بتوليد ممارسات موحدة».

إن نظرية بورديو حول الممارسة ترتبط بنوع من الأفعال التي تفرض على الفاعلين ممارستها تلقائياً، دون أن يحتسبوا مجموعة من الإكراهات التي يمكن أن تثقل على اختياراتهم وتوجهاتهم خصوصاً تلك المتعلقة بالماضي والتاريخ، حيث يتدخل الهابيتوس لدى الفاعلين، باعتباره أنساقاً من الاستعدادات

المستدامة والقابلة للنقل، لكي ينتجوا أفعالاً بطريقة غير آلية ويجعل من سلوكياتهم وممارساتهم متكيفة مع منطق "الحقل". Champ. وقد أراد بورديو من توظيف مفهوم الهابيتوس كإطار نظري «استيعاب المجتمعي في شكله المستضمر (ما يتركه العالم المجتمعي في كل واحد منا على شكل ميول للفعل ورد الفعل بطريقة معينة، وعلى شكل استلطاق ونفور، وطرائق في الإدراك والتفكير والإحساس). ومن ثم نقد أسطورة الحرية الفردية في الأساس، واعتبار "الفاعل" L'acteur في كثير من الأحيان بأنه مجرد "عميل" Agent، يحركه الهابيتوس الذي أنتجته مجموعة من الأوضاع والعلاقات والصراعات التي تتميز بالقوة داخل الحقول الاجتماعية مثل الحقل الثقافي؛ فالهابيتوس عند بورديو عبارة عن ربط بين التنشئة الأولية داخل إطار طبقي ما والخيارات الثقافية للإنسان.

أما بالنسبة إلى لايبير، فنجد في كتابه الذي يحمل عنوان: "عالم متعدد الأبعاد" Monde pluriel يقف موقف الرفض حول التعميم المفرط الذي تتميز به سوسيولوجيا بورديو، حيث يقول:

«إذا كانت سوسيولوجيا بورديو عن الاستعدادات لم تتمكن من الاستكشاف المنهجي للأثار الفردية لتعدد مجالات النشاط أو أبواب الفعل، فإن هذا إنما يرجع بما يشكل مفارقة، إلى أنه فكر في أفراد متجانسين في عالم غير متجانس. وبدلاً من مراعاة آثار تعدد الأطر الاجتماعية على الصوغ الاجتماعي، تصرف غالباً كما لو أن فاعلاً تشكل اجتماعياً بالفعل (ضمنياً في أسرته الأصلية) قد واجه مواقف غير متجانسة».

يكن تناقض بورديو في أنه يؤكد أن العالم الاجتماعي غير متجانس ويقوم على التمايز، إلا أنه فكر في فاعلين متجانسين داخل العالم الاجتماعي، فأن تمتلك استعدادا في نظر بورديو «معناه أن تكون ميالا إلى التصرف بانتظام وبطريقة معينة في ظرف معطى»، فالاستعداد هو نظام يميل إلى بناء سلوكيات الفاعلين وذلك بفرض إطار لأفعالهم، حيث تكون ممارستهم داخل الحقل خاضعة للحتمية. وعليه، فإنه اختصر التجربة الإنسانية في خضوعها لتأثير الطبقة المسيطرة التي تمتلك الرأسمال المادي والرمزي، وقام بإهمال عامل التجربة الاجتماعية الذاتية وتأثيرها على خيارات الفرد الثقافية، ولم يراع تعدد السياقات التي تؤثر في الممارسة لدى الفاعلين الاجتماعيين.

لقد سعى لايبير أثناء اشتغاله على سوسولوجيا بورديو إلى تحديد أمرين مهمين ضمن أهدافه العلمية: «أولهما استيعاب درجة تجانس أو تنافر الاستعدادات التي يحملها الفاعلون الأفراد، في ارتباط مع مسارهم البيوجرافي وتجاربهم المدمجة اجتماعيا؛ وثانيهما، تحليل تمفصل الاستعدادات والسياقات التي تعمل فيها، أو بلغة أخرى، فحص مسألة "الاستعدادات ضمن شروطها..." ذلك أن لايبير كان يخالف بورديو في نظرتة للفاعل الاجتماعي، باعتباره ذا بعد واحد من حيث تجانس الاستعدادات التي تدفعه إلى إعادة إنتاج علاقات الهيمنة المشكلة للحقول الاجتماعية.

يهدف لايبير إلى بلورة فكرة جديدة عن وجود فاعلين غير متجانسين ومتناقضين، بسبب تعدد التجارب التي يحملونها معهم، فهو يرفض وحدة الذات لدى الفرد، ويقول:

المشاهدة تبدي أن الفاعلين يدمجون مبادئ مختلفة للفعل، بل ومتناقضة أحيانا. يمكن للفرد ذاته أن يكون خلال مدة حياته على التالي، أو بشكل متواقت بحسب السياق، طالبا في المدرسة، ابنا، أبا، صديقا، عشيقا، حارس مرمى، صبيا، جوقة كنسية، زبونا، مديرا، مقاتلا... وفيما يتجاوز اللعبة البسيطة للأدوار الاجتماعية، فإن هذا التباين يحيل إلى تنوع أنماط التنشئة الاجتماعية.

وهذا ما يعني أن بورديو في نظر لايبير لم يراع تعدد السياقات التي يعيشها الفرد، وبالتالي نجد لايبير يقترح ضمن رؤية مجددة لسوسولوجيا بورديو أن تقوم على التعددية، لا تقبل بالحد أو المنطق الواحد في التفسير، بمعنى أن تأخذ بعين الاعتبار أحكام وسياقات الكشف عن الاختلاف والتمايز أثناء تفسيرها للممارسة وفق المعادلة التالية التي يضعها لايبير:

$$\text{استعدادات} + \text{السياق} = \text{الممارسة}$$

وتهدف هذه المعادلة التي يقترحها لايبير، من حيث عموميتها وبساطتها، إلى أن تكون بمثابة خيط رابط ونقطة أساسية يمكن من خلالها العمل على إعادة الحوار والتواصل بين العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، بالرغم من الاختلاف البارز بين هذه العلوم التي تتخذ مواقف متناقضة تقترض أن وجهة نظرها أفضل من وجهات النظر الأخرى في تحليل وتفسير كل ما هو إنساني واجتماعي، أو كما يقول لايبير بأن: «فهم الممارسات أو أشكال السلوك (الإشارات، المواقف، الأقوال) عبر إعادة بناء لأنماط الاستعدادات الذهنية والسلوكية المخترنة التي يحملها الفاعلون (وهي نتاج الاستبطان خبرات اجتماعية

ماضية) ولخصائص السياقات الخاصة (طبيعة الجماعة أو المؤسسة أو مجال النشاط، نمط التفاعل

أو العلاقة) التي يتطورون ضمنها، هو، في رأيي، السبيل الأصوب والأكثر تركيباً والأكثر إثارة من

الناحية العلمية الذي يسع الباحثين استخدامه¹.

1- فرح، عبد الإله. مرجع سابق.

3-2 نحو سوسولوجيا الإنسان المتعدد

تهدف سوسولوجيا لايبير إلى إعادة النظر في طبيعة السوسولوجيا على مستوى التحقيقات الميدانية والنظرية التي ميزت بورديو منذ منتصف القرن العشرين من أجل فهم الممارسات الاجتماعية والثقافية لدى الأفراد.

و تنظر سوسولوجيا بيرنار لايبير إلى الإنسان بأنه متعدد القراءات والتأويلات، فهو يساهم في التأثير على البنية من خلال أفعاله ويتأثر بدوره بفعل الظروف والشروط الاجتماعية، وهو حامل مجموعة من الاستعدادات الثابتة والمتغيرة، كما أنه ذات فاعلة يمارس أنشطة الفعل والحركة، وقادر على استثمار نفسه داخل المجتمع الذي ينتمي إليه، ويمتلك بدوره مجموعة من الاستراتيجيات التي تخول له تحقيق مصالحه وأهدافه ضمن الجماعات أو المجموعات التنظيمية في الحياة اليومية.

يتميز لايبير من خلال مؤلفاته بالدعوة إلى توحيد العلوم الإنسانية والاجتماعية من أجل تحليل وتفسير أشكال التمايز الاجتماعي للوظائف ولمجالات النشاط التي يشهدها العالم الاجتماعي، حيث يرى بأن السوسولوجيا هي ذلك العلم الذي لا يجب أن ينظر إلى العالم الاجتماعي بأنه عالم واحد، وبأن الإنسان يخضع في تكوينه بما ينسجم مع وسطه الاجتماعي الموحد، بل يفترض في السوسولوجيا أن تبحث عن أشكال التباينات والاختلافات بين الأفراد والجماعات ضمن سياقات متعددة في عالم متعدد

غير منسجم ومتناقض، نظرا إلى تعدد المؤسسات الاجتماعية التي لها تأثير كبير على الممارسة الاجتماعية لدى الأفراد بشكل عام.

إن السؤال الجوهرى الذي يطرحه لايبير هو: ما هي الشروط الاجتماعية والتاريخية لإنتاج فاعلين متعددين أو بتعبير آخر إنسان جامع؟

يمكن للأفراد حسب لايبير، أن يكونوا متجانسين للغاية في بعض المواقف الاجتماعية أو في بعض حالات تاريخية معينة، خاصة إذا واجه الأفراد نفس ظروف التنشئة الاجتماعية مثل آبائهم، حيث لا تكون هناك فجوة كبيرة بين الأجيال من خلال تقاربهم في ظروف التنشئة الاجتماعية، وبدون أن يسقط أحد منهم في تعدد أطر التنشئة الاجتماعية، فهناك مجتمعات تتميز بالوحدة والانسجام لكونها لا تتوفر كثيرا على مؤسسات اجتماعية منافسة للأسرة. وإذا حدث العكس، فإن الأفراد ينتقلون من حالة الوحدة والانسجام إلى حالة التعدد وعدم التجانس.

هذا ولا يمكن بالنسبة إلى لايبير الحديث في المجتمعات الحديثة (الغربية) عن انسجام وتوافق على مستوى الهابيتوس الخاص بها، بل عن ظاهرة تعدد أطر التنشئة الاجتماعية التي تساهم في خلق أوضاع متناقضة فيما بينها، لأن تميز الأفراد في الحياة الاجتماعية يخضع أساسا إلى العديد من الظروف والشروط الاجتماعية غير المتجانسة عبر مراحل معينة من حياة الأفراد، فالهابيتوس الخاص بالأفراد لا يكون مستديما وثابتا كما يتصوره بورديو، لأن وجود هابيتوسات ثقافية، باعتبارها أنظمة متجانسة من

الاستعدادات حسب لايبير، ليس سوى أكثر تواترا من الناحية الإحصائية فقط، فالفرد يكون محددًا بشكل متعدد بالتجارب الاجتماعية التي تؤثر عليه طيلة حياته. وبالتالي فإن أكبر تناقض يميز بورديو أنه وظف الهابيتوس الذي ارتبط بالمجتمعات ذات التنظيم البسيط كنموذج في دراسة المجتمعات ذات التباين القوي والمعقد، والتي بحكم طبيعتها تعمل على إنتاج فاعلين أشد تباينا داخليا وفي ما بينهم، بينما كان يفترض أن يبقى استعماله في دراسة المجتمعات الأقل تباينا.

إن استعدادات الفرد عبر نشوئه تكون متناقضة ومتباينة نظرا لتأثرها بمجموعة من السياقات المتنوعة، مما يشكل لنا فردا ذا مخزون من الاستعدادات المتعددة وغير المتجانسة، لذلك ف لايبير يدافع عن فكرة الإنسان الجامع الذي لا يعيش في العالم الاجتماعي الواحد، وإنما عن ذلك الفرد الذي يحمل معه خلاصات تجارب متنوعة وليس بالضرورة أن تكون متوافقة دائما، فغالبا ما يكون الفرد تحت تأثير السياق الاجتماعي أثناء ممارسته للفعل دون أن يكون واعيا بتناقضاته، لأن تأثير كل من الأسرة والمدرسة والشارع والمهنة والتجارب المختلفة تكون لها دور في عملية تكوين الإنسان وتحديد اختياراته وأذواقه وحتى على مستوى أفكاره، ويؤكد لايبير بقوله:

«كلما تردد الفاعلون على هذه السياقات الاجتماعية (أو التي تخلق الصوغ الاجتماعي) غير المتجانسة وكلما كان هذا التردد مبكرا، في داخل التشكيل الأسري (بحكم الاختلافات الاجتماعية بين أعضائه خاصة) أو بحكم تنوع السياقات التي تخلق الصوغ الاجتماعي (الأسرة، المدرسة، دار الحضانة،

المربيات أو أي فاعل آخر أو مؤسسة تحقق الصوغ الاجتماعي)، صاروا حاملين لاستعدادات غير متجانسة وأحيانا متناقضة. و الاستعدادات لا تمارس فعلها بشكل مستديم، وإنما فقط من زاوية سياقات الفعل الماثلة. وعندئذ لا نكون بإزاء تجسيد واقعي منهجي لاستعدادات واحدة (لنسق استعدادات واحدة أو لصيغة مولدة للممارسات واحدة)، بل إزاء فعل أكثر تركيبا يجمع بين تنشيط وكبح استعدادات مختزنة مختلفة قد تجتمع فيما بينها في مواقف معينة أو تعمل أحيانا مستقلة بعضها عن البعض الآخر في مواقف أخرى».

يتميز الفرد عند لايبير في المجتمعات الحديثة، أنه يمتلك نوعا مغايرا من التطبع يختلف قليلا عن التطبع لدى بورديو الذي يقوم على مبدأ توليدي موحد، ويرجع هذا الاختلاف إلى تعدد التجارب عند الفرد، وهو السبب الذي يجعل من هذا الفرد يحمل معه مخزونا واسعا من الاستعدادات هي في طبيعتها غير مستديمة وتخضع لسياقات متعددة تؤثر كثيرا على أنماط سلوكه بفعل تعدد أطر التنشئة الاجتماعية التي تساهم في تكوينه، وذلك على عكس ما تصوره بورديو حول الفرد بأنه يمتلك استعدادات مستديمة في إطار الحقول الاجتماعية، وهذا ما دفع لايبير إلى القول:

«ليس التطبع بوصفه نسق استعدادات مستديمة وقابلة لاتخاذ موقع جديد سوى من حالات الممكن، حالة خاصة بين مجمل المخزونات الفردية من الاستعدادات والكفاءات القابلة للملاحظة، ولا يمكننا أن نفترض،

كما يفعل بـ. بورديو، أن كل الاستعدادات مستديمة، ومن ثم، ذات قوة وديمومة متساويتين؛ فكل شيء يتوقف هنا على زمن الصوغ الاجتماعي.».

يدافع لايبير في معظم أعماله عن فكرة أساسية مفادها أن تميز الأفراد في الحياة الاجتماعية يخضع لمجموعة من الظروف والشروط الاجتماعية غير المتجانسة عبر مراحل معينة من حياة الأفراد، كما يرتبط هذا التميز عنده بتطور العالم الاجتماعي الذي يميز المجتمعات الغربية المعاصرة عن باقي المجتمعات التقليدية، حيث يظهر الاختلاف بين المجتمعات التقليدية والمجتمعات المعاصرة على مستوى التنظيم الاجتماعي. «ففي الأولى (القبيلة أو القرية) كان بإمكان كل واحد أن يمارس ضبطا على الغير. ولم يحصل لتقسيم العمل وتمايز الوظائف الاجتماعية ونطاقات الأنشطة تقدم مهم: كانت مجالات النشاط الاقتصادي والسياسي والقانوني والديني والأخلاقي والإدراكي ... متراكبة ومتداخلة. لقد كان الفاعلون، على مدى حياتهم، خاضعين لشروط ثابتة، ولم يكن لهم الخيار بين أنماط التنشئة الاجتماعية المختلفة، المتضاربة أو المتناقضة. أما في المجتمعات المعاصرة، فعلى العكس، تمايزت نطاقات الأنشطة والمؤسسات والمنتجات الثقافية والأنماط الاجتماعية بشدة، وغدت شروط التنشئة الاجتماعية أقل ثباتا بكثير...» .

فالإنسان حسب لايبير هو بالضرورة متعدد الأبعاد يحمل معه المجتمع داخله، أي مجموعة من الشروط والظروف والحتميات المتناقضة فيما بينها التي توجد في المجتمع، والتي تجعل من سلوكه ذا

طبيعة غير متجانسة مع الذات. فبالنسبة إلى لايبير «ما أن يوضع الفاعل في كثرة من السياقات الاجتماعية غير المتجانسة. فإن مخزونه من الاستعدادات أو العادات أو القدرات لن يتوحد. وسيكون له بالتالي ممارسات غير متجانسة أو متناقضة، تتبدل تبعا للسياق الاجتماعي. وهذا ما نلاحظه غالبا حين الدخول في الحياة الزوجية أو بعد ولادة الطفل الأول. فبعض النساء اللاتي تبين أسلوب حياة المرأة "الحديثة" و"المحررة". يجدن في هذه المناسبة الدور التقليدي للمرأة في المنزل الذي كن قد استوعبن عاداته دون أن ينتبهن لذلك.

وعلى هذا النحو، يصبح الفاعل حاملا لمشاريع وتجارب غير منسجمة مع ذاته، وهذا الأمر يحوله من إنسان ذي بعد واحد إلى إنسان متعدد الأبعاد بسبب تأثير العوامل الاجتماعية المتعددة التي تقوم بتأطيره وتوجه استعداداته، فالإنسان كما يقول لايبير: «يملك فرصا أكبر لأن يكون متعدد الأبعاد، من زاوية استعدادية (وليست هوياتية)، بقدر عيشه في مجتمعات متميزة تمايزا داخليا كبيرا وبقدر تردده، بشكل مبكر إلى هذا الحد أو ذاك، على سياقات الصوغ اجتماعي متعددة غير متجانسة بل ومتناقضة أحيانا».

إن سوسولوجيا لايبير حول الإنسان الجامع أو المتعدد تدخل ضمن ما يسميه هو "السوسولوجيا السيكولوجية Sociologie psychologique" التي تهدف، مع الحفاظ على طريقة اجتماعية سوسولوجية إلى دراسة الواقع الاجتماعي في شكله الفردي والمدمج والمستقل. فالسوسولوجيا على

الصعيد الفردي أو النفسي حسب قول لايبير: «تتدرج في الموروث الضخم، الذي يهدف، من إميل دوركهايم وحتى نوربيرت إلياس مرورا بـ مورييس البواش، إلى الربط الدقيق بشكل متزايد بين الحالة النفسية وأطر الحياة الاجتماعية»، وهي تعتبر استجابة منطقية للمشاكل التي تثيرها نظرية تمايز الأفراد في العالم الاجتماعي. وبالتالي، فإن «السوسولوجيا السيكولوجية التي تسعى إلى فهم الفرد في مشاهد وسياقات مختلفة، تحكم قبضتها على مسألة الحقيقة الاجتماعية تحت شكلها الفردي والمستبطن»¹.

¹- فرح، عبد الإله. مرجع سابق.

- الممارسات بين الاستعدادات والسياقات:

ويجد لايبير في كتابه "عالم متعدد الأبعاد" أن كل باحث يجتهد للتوصل إلى نقطة توازن تفسيري بين دراسة خصائص الفاعلين الاجتماعية المختزنة من جهة ودراسة الخصائص الاجتماعية الموضوعية للبنىات من الجهة الأخرى إنما يجمع لا محالة بين استعداديه وسياقيه، حيث أن فهم الممارسات أو أشكال السلوك (الإشارات، المواقف، الأقوال) عبر إعادة بناء لأنماط الاستعدادات الذهنية والسلوكية المختزنة التي يحملها الفاعلون (وهي نتاج لاستبطان خبرات اجتماعية ماضية) وخصائص السياقات الخاصة (طبيعة الجماعة أو المؤسسة أو مجال النشاط، نمط التفاعل أو العلاقة) التي يتطورون ضمنها، هو الطريقة الأنسب من الناحية العلمية الذي يسع الباحثين استخدامه حسب رأيه.

ويمكن طرح الصيغة الموجزة للمقاربة العلمية في:

$$\text{استعدادات} + \text{سياق} = \text{ممارسات}$$

إن الممارسات المنظور فيها (كاختيار غذاء، لباس، رياضة..) لا تتضح إلا إذا درسنا من جهة القيود السياقية الضاغطة على الفعل (ما يتطلبه السياق أو ما ينتظره من الفاعلين)، ومن جهة أخرى الاستعدادات التي تتشكل من الناحية الاجتماعية والتي يدرك الفاعلون الموقف انطلاقاً منها، ويتمثلونه انطلاقاً منها أيضاً، والتي يتصرفون على أساسها في هذا الموقف، وضمن صيغة كهذه، ندرك أن الممارسات إن كانت قابلة للرصد والتسجيل من حيث كونها حقائق واقعية حاضرة، وأنه إن كانت قابلة

للإظهار الموضوعي من جانب الباحث بالنظر في قواعد عملها، وخصائص عملها النوعية، وطبيعة العلاقات التي تتضح فيها (والتي تجعل السياق المدرسي مختلف عن السياق الديني) فإن الاستعدادات لا تتضح بالمقابل على نحو مباشر وتحيل إلى ماضي الفاعلين الذين ندرس حالاتهم. وهكذا يمكن طرح الصيغة نفسها بالشكل الآتي:

1
ماض مختزن + سياق حاضر = ممارسات قابلة للملاحظة .

- الصياغات الاجتماعية والمواضي المختزنة:

إن المقصود بالماضي المختزن هو كل ما يدخله الفاعل في مسرح الفعل، كل ما يدين به لمجمل التجارب التي عاشها والتي تبلورت فيه على شكل قدرات واستعدادات للفعل والشعور والاعتقاد والتفكير قوية ومستديمة إلى هذا الحد أو ذاك، ويصف الباحثون سيرورات تشكل الاستعدادات والكفاءات (القدرات) بأنها سيرورات صوغ اجتماعي، ويتحدثون عن خبرات صوغ اجتماعي عندما يريدون التشديد على ما تطبعه سياقات الفعل المعيشة التغير والتحول والتعديل على الفاعلين، ومن ثم فإن الماضي المختزن هو نتيجة لتواتر الماضي المبكر-المستديم، المنهجي إلى هذا الحد أو ذاك المترتبة على سياقات فعل مختلفة (أسرية، مدرسية، مهنية، دينية، سياسية، ثقافية، رياضية... إلخ).

وبعبارة أكثر تفصيلاً:

¹- بيرنار، لايبير. مرجع سابق. ص ص 19-22.

نتائج مستبظنة لتواتر الماضي لسياقات الفعل + سياق حاضر = ممارسات يمكن ملاحظتها.

و هذا يعني أن السياق الحاضر للفعل يمكن النظر إليه من وجهتي نظر مختلفتين: من حيث كونه الإطار الذي يطلق الاستعدادات المختزنة. أو أيضا من حيث كونه الإطار الذي يحقق الصوغ الاجتماعي للفاعلين.

و حين يكون الفاعلون المعنيون أطفال، نرى على الفور بأي قدر تعد سياقات الفعل سياقات صوغ اجتماعي أيضا، ومن ثم أطرا تتشكل ضمنها كفاءات أو ميول أو عادات ذهنية وسلوكية. و مع أن الباحثين الاجتماعيين نادرا ما يفكرون في الأطفال فإن التواتر المتكرر لبعض سياقات الفعل له أثر من حيث دوره في خلق الصوغ الاجتماعي (أي الاستعدادات).

وسواء تحدث الباحثون عن: استعدادات أو عادات أو ميول أو اتجاهات أو نزوعات أو نزعات أو قدرات أو كفاءات أو آثار من الذاكرة أو تصورات أو عرف أخلاقي أو تطبع، فإنهم يجتهدون في أن يأخذوا في حسابهم الحقيقة العلمية الجلية المتمثلة في اختزان الناس نتائج خبراتهم الاجتماعية.

إن الإنسان حيوان اجتماعي من حيث قدرته من الناحية البيولوجية - بما يتمتع به من دماغ وشبكة عصبية - على تذكر أو تخزين أو بلورة نتائج خبراته سواء كانت موجهة بشكل صريح أو غير سافر نحو تحصيل المعارف.

ولو كان الناس غير قادرين على الاختزان اللاواعي، بالمقابل التذكر عبر مجهود يبذل عن وعي، فربما لم تكن العلوم الاجتماعية لتكون بحاجة إلى برنامج سياقي، فسيكون بوسعها الاكتفاء بأن تكون علوم سياقات اجتماعية، وبذلك تكون تصرفاتنا قابلة للتفسير بمجرد تحديد السياق.

بداية إن خبرات اجتماعية متشابهة قد تتبلور على شكل قدرات أو كفاءات تسمح بالقيام بأشياء معينة، وهذه القدرات أو الكفاءات يستجلبها الفاعلون تطبيقيا حين تتطلب المواقف ذلك فمثلا قدرات الحساب أو الطهي أو الرقص، هي كلها معارف تطبيقية مكتسبة (في مخزون كفاءات الأفراد) تنتظر المواقف التي تتطلبها تطبيقيا، وإذا ما تدرّب المرء بانتظام على إحداها، فإن هذه القدرات تبقى سليمة وقد تتحسن، أو قد تصبح أكثر تركيبا، لكن قلة كثافة الممارسة لها أيضا يجعلها أقل رسوخا وحيوية.

على أن كل ما نخترناه لا يأخذ دوما شكل قدرات أو كفاءات، وعندما تكون هذه الخبرات قد صاغت لدى الفاعل عادات خاصة في مجال السلوك أو الفعل أو رد الفعل فإن هذه العادات تصبح استعدادات، أي أن الفاعل يصبح بحكم خبرته الماضية مستعدا لأن يرى (الرأي) أو يشعر (الاتجاه) أو يتصرف بشكل معين بدل آخر بناء على الميل أو الاتجاه إلى الاعتقاد أو التفكير أو التطرق أو الحكم

¹
على الأشياء .

1- بيرنار، لايبير. عالم متعدد الأبعاد: تأملات في وحدة العلوم الاجتماعية. ط01. ت: بشير السباعي. المنظمة القومية للترجمة، 2015، ص 22-24.

وأخيرا وانطلاقا من هذه النظرة حول الإنسان المتعدد عند لايبير، يمكننا أن نستنتج بأن الإنسان الذي يعيش في إطار المجتمعات الحديثة التي تقوم على التمايز الاجتماعي، هو فاعل اجتماعي أشبه بوعاء خاص بالتجارب المتناقضة، أي أنه إنسان جامع في أفعاله وممارساته تبعا للشروط والظروف الاجتماعية التي يخضع لها، وهو ما يجعله قابل للقراءة المتعددة ضمن التحليل السوسولوجي الفردي الذي يهدف أساسا إلى تحديد عناصر الفعل ضمن وضعية معينة لدى الفاعل على الرغم من صعوبة الأمر، لأن سلوكية الفاعل في المجتمعات الحديثة ليست دائما متوقعة، لكي نستطيع أن نراقبها ونحللها، بخلاف المجتمعات التقليدية التي تقوم على التنظيم القبلي، حيث يتميز أفرادها بعدم الاستقلالية، وذلك بسبب سيادة الجماعة على الفرد وقدرتها على احتوائه وإخضاعه من خلال العادات والتقاليد والأعراف والرموز الدينية¹.

¹- فرح، عبد الإله. مرجع سابق.

4- الممارسات في التنظيم

1-4 الممارسة التنظيمية في التراث السوسيولوجي

كان لابد من تحديد مفهوم الممارسة بصفة عامة حتى نفهم ونحدد الممارسة التنظيمية، لأن ذلك يمكننا من فهم العوامل التي تتحكم في هذه الممارسة وكيف تتأثر داخل المنظمة بصفاتها مكان للعمل الجماعي المنظم، فالممارسة باعتبارها نشاط أو عمل أو حركة الإنسان على الموضوعات والأشياء من أجل تحويلها وتغييرها أخذت تعبيرات مختلفة لدى علماء الاجتماع حيث يرى نيكوس بولنتزاس **N.poulantzas** بأنها "ليست مجرد انعكاس للبنية الاقتصادية، وإنما انعكاس لطبيعة العلاقات الاجتماعية المترتبة عنها". بالتالي فهي حسب مرتبطة بالعلاقات الاجتماعية المشكلة للبنية الاقتصادية والصراعات الطبقة التي تحكمه. فيما يحدد **Louis Althusser** الممارسة في لحظة العمل من أجل تحويل وتغيير الأشياء والذي يتم ضمن بنية معينة تشمل على الأفراد، الوسائل والطرق التكنولوجية". فبرأي ألتوسير أن الممارسة هي نشاط يتم ضمن بنية اجتماعية وباستعمال كل الوسائل الضرورية لإنجاز هذا العمل، فالممارسة تتحدد بالعوامل الموضوعية من علاقات اجتماعية و وسائل إنتاج وتكنولوجيا.

مما سبق يمكن القول بأن الممارسة بمعناها الضيق هي عملية و سيرورة تحويل الأشياء وإنتاجها، وهذه الممارسة لا يتم تجسيدها أو القيام بها إلا في إطار بنية نوعية، بحيث تصبح كل ممارسة هي نتاج لهذا البنية النوعية، لكن بدرجة من الخلق والإبداع ولا يتم ذلك بصورة آلية وميكانيكية¹.

¹- محمد المهدي، بن عيسى. علم اجتماع التنظيم: من سوسيولوجيا العمل إلى سوسيولوجيا المؤسسة ط01. الجزائر: مطبعة امابلاست، 2010، صص118-119.

4-2 مفهوم الممارسة التنظيمية¹

تعني الممارسة التنظيمية عملية إنتاج ضمن مجال نشاط ضيق ومحدد بالبنية التنظيمية بكل مضامينها من وحدات وهيئات داخلية وعلاقات، ومن وسائل على مختلف أنواعها والعلاقات الاجتماعية المترتبة عنها، كما أن الممارسة تتحدد بشكل هذه البنية (بيروقراطية أو غير بيروقراطية) فالبنية التنظيمية وتصورها يحدد مكان الممارسة داخل المنظمة لأنه بتحديد طبيعة النشاط الذي تتم فيه الممارسة وبتحديد أيضا طبيعة الاستعدادات المستبطنة من طرف المجموعة الإنتاجية أو الفئة العمالية التي ستقوم بعملية الإنتاج لأن ممارسة العمل أو الإنتاج في مكان إداري يختلف عن ممارسته في مكان تجاري أو مكان إنتاجي ... إلخ.

فمجال الممارسة يتحدد بظروف وشروط العمل من الناحية التقنية أو التنظيمية والعلاقاتية ويعني هذا أن مجال الممارسة يتميز بوجود تكنولوجيا وتقنيات معقدة وتجزئة كبيرة للعمل قد تصل إلى الحد من استقلالية العامل في عمله، لأنه كلما زادت مهام الإنجاز أكثر جزئية وأكثر رتابة تميزت هذه الممارسة بأقل حرية وأقل استقلالية وأقل مبادرة وأقل قدرة من طرف العامل على مواجهة حالات الارتباب المحتمل أن تواجه أثناء ممارسة العامل لعمله.

¹ - محمد المهدي، بن عيسى. مرجع سابق، ص 118-119.

وعموما يمكن القول بأن الممارسة التنظيمية يتحكم فيها شيئين رئيسيين هما: الثقافة والعقلنة التنظيمية باعتبار أن هذه الممارسات مجموعة من السيرورات أو العمليات الإنتاجية تعمل على إعادة إنتاج هذه العقلنة الكلية للمنظمة، وعملية إعادة الإنتاج هذه تتم بواسطة البنية التنظيمية كون هذه الأخيرة تحدد النشاطات وترتبط بينها بشكل متكامل، إذن فالبنية التنظيمية تسمح بإعادة إنتاج العقلنة الكلية عن طريق الممارسة التنظيمية و كذا الإستراتيجية التي تريد هذه الممارسة تجسيدها.

3-4 مفهوم الممارسة المهنية

تعني الممارسة المهنية في اللغة المزولة و التدريب أو التطبيق عمليا. حيث يقال مارس الشيء مراسا، وممارسة تعني "مزولة" أي أن المعنى اللغوي للممارسة يفسرها بالمزولة والتدريب على عمل شيء ما.

و يشير "ويبستر" إلى الممارسة بأنها: "هي استخدام المعرفة والخبرة في العمل، كما أن الممارس هو من يتدرب ويمارس عملا ما بالترتيب ليصبح مهنيا¹.

أما "معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية فيعرفها بأنها: التطبيق العلمي للافتراضات النظرية، وهي طريقة لاختبار صحة أو خطأ تلك الافتراضات².

هذا ويستند علم اجتماع المهن إلى ثلاث مساهمات رئيسية هي تلك التي قام بها فيبر، دوركهايم وبارسونز، لقد شدد فيبر على أهمية المهن في المجتمع الغربي الحديث ويرى في عملية الامتحان العبور من نظام اجتماعي تقليدي إلى نظام اجتماعي يرتبط فيه وضع كل واحد بالمهام التي يقوم بها، حيث تخصص لهم تعويضات وفق معايير "عقلانية" للكفاءة والتخصص، فالمهنة ليست أبدا موروثا كالقدر ولكنها مرادة ويتم تحملها كمهمة.

1- نصيف، فهمي منقربوس وهيام شاكرا خليل. عمليات الممارسة المهنية لطريقة العمل مع الجماعات في إطار نظام الجودة. ط02. الإسكندرية: دار الكتب والوثائق القومية. مصر، 2016، ص135.
2- أحمد زكي، محمد بنوي. مرجع سابق، ص 323.

أما دوركهيم فهو يرى في التجمعات المهنية أو التجمعات الحرفية (مهن أو نقابات) أنها سلطة شرعية قادرة على تهدئة نزاعات المصالح التي تمزق المجتمعات الصناعية وإقامة حد أدنى من التماسك بين أعضائه، تحكم كل مهنة آداب خاصة تطور عند أعضائها نظاما معيناً وتفصلهم عن الأناية الفردية. أما بارسونز فقد نظم و وسع تحليلات فيبر و دوركهيم انطلاقاً من نموذج المثالي للعلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض التي حلها بدقة والتي حاول تعميمها فيما بعد، فالمريض مرتبط بالطبيب ولا يستطيع أن يستعيد صحته لوحده، لكن الطبيب يستطيع بفعل كفاءته مساعدته لذلك تستند كفاءة الطبيب إلى خبرة مزدوجة فله علم معين عن المرض وأسبابه، ولديه كذلك ممارسة عدد معين من تقنيات الاختراعات (معرفة نظرية وتطبيقية) يتم التعبير عن هذه الكفاءة المزدوجة بأن الطب هو علم تطبيقي فالطب إذن يمارس سلطة معينة على المريض، وبما أنه يوجد علاقة سلطة بين الطبيب والمريض فثمة حظ من الاستغلال على حساب الثاني.

فانطلاقاً من هذه العلاقة الثنائية تصبح الآداب الطبية مفهومة، إنها تفرض على الطرفين موجبات عبر ما أسسته علاقتهما المتبادلة في إطار عدم التماثل الذي ينجم عن التوزيع المتفاوت للكفاءات بينهما وتتكون المواقف التي تحكم دور الطبيب من مزيج من المصلحة والتجرد

هذا النموذج المثالي للعلاقة العلاجية يمكن أن يعمم على المهن الأخرى، إن مركب الكفاءة التقنية

نفسه مستندا إلى العلم والاهتمام حيال الزبون وهو يوجد كذلك في حالة المدرس حيال تلاميذه¹.

إضافة إلى ذلك يقول بورديو في "بؤس العالم" (الجزء الثالث): كثيرا ما قورنت السياسة بالطب،

ويكفي أن نعيد قراءة "المجموعة الهيبوقراطية" كما فعل إيمانويل تيراي **Emmanuel Terray** مؤخرا،

لنكتشف بأن السياسي المنطقي مثله مثل الطبيب، لا يمكنه الاكتفاء بالمعلومات التي يقدمها له تسجيل

الإفادات التي تنتج بالمطلق، في أكثر من حالة استجواب غير واع للتأثيرات التي يحدثها. ف تيراي يقول:

"إن التسجيل الأعمى لأعراض المرضى وما يسرون به هو أمر بمتناول الجميع، لو كان ذلك يكفي

للتدخل بشكل فعال، لما كان هناك حاجة للطبيب"، ينبغي على الطبيب أن يحرص على اكتشاف

الأمراض غير الظاهرة، أي بالذات تلك التي لا يستطيع الطبيب الممارس "لا أن يراها بعينه ولا أن

يسمعا بأذنيه"، وبالفعل فإن شكاوى المرضى مبهمة وغير أكيدة، والإشارات التي يرسلها الجسد غامضة

ولا تسلم معانيها إلا ببطء شديد وكثيرا ما يحصل ذلك بعد حدوث الأمر، ينبغي إذن أن نطلب من

المنطق إيضاح الأسباب البنيوية التي لا تكشفها الإشارات والأقوال إلا بتغليفيها".

وهكذا فإن الطب الإغريقي استبق دروس الابستمولوجيا الحديثة حيث أكد على ضرورة بناء هدف

للعلم بقطيعة مع ما كان دوركهايم يدعوه "الالمامات المسبقة"، أي تصورات العاملين في الحقل

¹- ريمون، بودون و فرانسوا بوريكو. المعجم النقدي لعلم الاجتماع. ت: سليم حداد، ط01. ديوان المطبوعات الجامعية، 1986، ص ص 546-547.

الاجتماعي عن وضعهم، ومثلما كان علم الطب الوليد أن يأخذ بالاعتبار المنافسة غير الشريفة للآلهة أو

المنجمين أو السحرة أو المشعوذين أو "صانعي الفرضيات" فإن على العلم الاجتماعي اليوم أن يجابه كل

الذين يظنون بأنهم قادرون على تفسير أكثر علامات التملل الاجتماعي وضوحا.

وفقا للطب الهيبوقراطي يبدأ الطب الحقيقي مع معرفة الأمراض غير المرئية أي الأمور التي لا

يتحدث عنها المريض سواء كان لا يدركها أم ينسى الحديث عنها.¹

¹ - بيير بورديو وآخرون، يوس العالم، الجزء 3، ت: رنفة بعث. دمشق: دار كنعان، 2010، ص429-431.

خلاصة الفصل

يمكن القول بأننا تطرقنا في هذا الجزء إلى ثلاثة أفكار أساسية تتمحور الأولى في نظرية الممارسة لـ **بيير بورديو** والتي تتلخص في أن الفرد لديه هابتوس يتكون مع التنشئة الاجتماعية يستجلبه في عملية الممارسة والتي تعيد إنتاج البناء الحالي مع عدم استبعاده لقدرة الأفراد في تغيير البناء. وفي إطار النظريات الثنائية كذلك يرى **غيدنز** بأن أحد الافتراضات الأساسية لنظريته التشكيل البنائي هي أن القواعد والموارد المعتمدة في إنتاج وإعادة إنتاج الفعل الاجتماعي هي في نفس الوقت وسائل إعادة إنتاج النسق أي ازدواجية البناء. فيما يقول **لايبر** بخلاف أستاذه **بورديو** بأن الممارسات تتحكم فيها أبعاد متعددة معقدة. وبالإسقاط في إطار التنظيم تعني الممارسة التنظيمية عملية إنتاج ضمن مجال نشاط ضيق ومحدد بالبنية التنظيمية، كما أن الممارسة المهنية فهي تعتمد على المعرفة والخبرة ميدان العمل.

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1. مجالات الدراسة

2. أداة الدراسة

3. الأدوات المساعدة في الدراسة

تمهيد

يتعرض هذا الفصل لمجالات الدراسة بما فيها الإطار الزمني، المكاني والبشري، إضافة إلى توضيح كيفية إجراء المعاينة والتطرق لكيفية بناء دليل المقابلة و الأدوات المساعدة.

1. مجالات الدراسة:

يعتبر تحديد مجالات الدراسة ضرورة مهمة، والذي يستلزم الإلمام بمجالاته الزمانية والمكانية والبشرية، إذ تقترن النتائج بهذه الأطر للظاهرة محل الدراسة.

1-1 المجال المكاني:

1-1-1 التعريف بالمؤسسة:

يلعب المستشفى دورا هاما في تقديم الرعاية الصحية والعلاجية والوقائية للسكان، وتمتد خدماته لتتطال الأسرة في بيتها إضافة لكونه مركزا لتدريب العاملين وإجراء البحوث الاجتماعية الحيوية.

وتعتبر مؤسسة محاد عبد القادر محل الدراسة وفقا للمادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 140-07

قد عرفت المستشفى العمومي: " مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال

المالي وتوضع تحت وصاية الوالي"¹.

¹- المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 14-07.

أسست المؤسسة الاستشفائية محاد عبد القادر بالجلفة في ظل التقسيم الإداري القديم للنظام الصحي في الجزائر بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم: 140/977 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية تنظيمها وسيرها المعدل والمتمم والذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وسيرها، ويعرفه على أنها مؤسسة ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي¹.

1-1-2 نشاطاتها:

تتكفل المؤسسة الاستشفائية بجميع النشاطات التي تخص مجال اختصاصها وتلخص بعض هذه

المهام في النقاط التالية :

1. ضمان توسيع الإسعافات وبرمجتها .
2. تطبيق النشاطات الوقائية والتشخيص والعلاج وإعادة التكيف الطبي .
3. ضمان النشاطات المتعلقة بصحة الأم والطفل والتخطيط العائلي .
4. تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية والمحلية للصحة والسكان .
5. المساهمة في الترقية و الحماية في مجال الوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار و الآفات

الاجتماعية .

¹ - وثائق المستشفى.

6. المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم .
7. تطبيق البرامج الوطنية الصحية .
8. ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية .
9. ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم .
10. يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين¹.

¹- المرسوم التنفيذي رقم 140-07 مؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 19 مايو 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية وتنظيمها وتسييرها.

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

الشكل 01: مصالِح و وحدات المستشفى

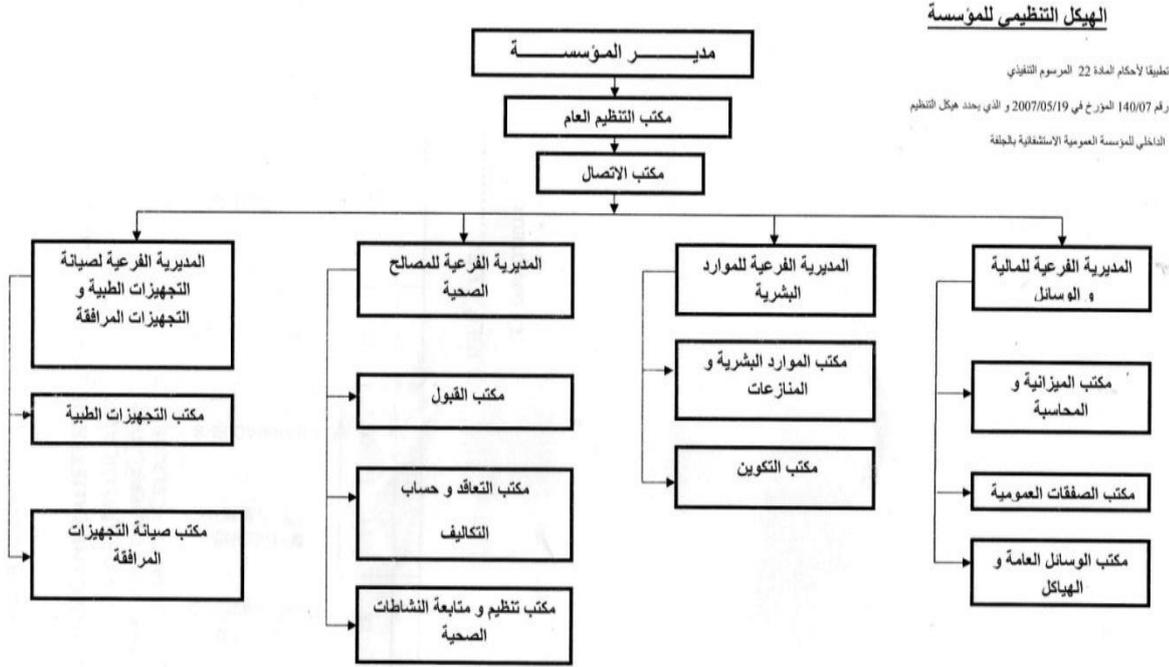
08 NOV 2007 ملحق القرار رقم 2796
المستشفى الشفاء المصالح والوحدات الصحية لها على مستوى
المؤسسة العمومية الإستشفائية الجلفة

| المصالح | عدد الأسرة | الوحدات |
|------------------------------------|------------|---|
| 1- التشريح المرضي | | 02- 1- أمراض النساء 2- طب أمراض المعدة و الأمعاء |
| 2- الجراحة العامة | 60 | 05- 1- جراحة العامة 2- جراحة العظام والعضلات 3- جراحة الجهاز الهضمي 4- جراحة الأعصاب 5- جراحة الأطفال |
| 3- علم الأوبئة | | 02- 1- المعلومات الصحية 2- النظافة الإستشفائية |
| 4- طب أمراض النساء والتوليد | 60 | 02- 1- أمراض النساء 2- التوليد |
| 5- الأشعة المركزية | | 02- 1- الأشعة 2- السكانير |
| 6- المخبر المركزي | | 02- 1- علم الأحياء المجهرية 2- الكيمياء الحيوية |
| 7- طب الأمراض المعدية | 30 | 02- 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء |
| 8- الطب الداخلي | 50 | 03- 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء 3- طب الأورام |
| 9- الطب الشرعي | 04 | 02- 1- الخبرة الطبية القضائية 2- طب السجون |
| 10- طب أمراض الكلى وتنقية الدم | 30 | 02- 1- طب أمراض الكلى 2- تنقية الدم |
| 11- طب أمراض العيون | 16 | 02- 1- استشفاء 2- الفحص و الكشف |
| 12- طب أمراض الأذن، الأنف والحنجرة | 16 | 02- 1- استشفاء 2- الفحص و الكشف |
| 13- طب الأطفال | 30 | 02- 1- طب الأطفال 2- حديثي الولادة |
| 14- الصيدلية | | 02- 1- تسير المواد الصيدلانية 2- توزيع المواد الصيدلانية |

| | | |
|------------------------------------|----|--|
| 15- طب أمراض الصدر و الرئة (خارجي) | 50 | 02- 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء |
| 16- طب الأمراض المعدية | 10 | 02- 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء |
| 17- الاستشفاءات الطبية الجراحية | 30 | 03- 1- الاستشفاءات الطبية 2- الاستشفاءات الجراحية 3- الأعداش |

المصدر: وثائق المستشفى

الشكل 02: الهيكل التنظيمي للمؤسسة



المصدر: وثائق المستشفى

2-1 المجال البشري:

يحتوي المستشفى محل الدراسة كما هو مبين في الشكل 03 الذي يعرض حالة الممارسين العموميين للصحة العمومية و شبه الطبيين على 409 موظفا يتوزعون إلى: 28 طبيا عاما، 11 طبيا أجنبيا، 5 صيادلة، 365 عامل شبه طبي.

حيث يلاحظ بأن عدد الأطباء العاملين قليل نسبيا وذلك بمرره رئيس مكتب الدخول بهروب البعض منهم من المستشفى بسبب الضغط الذي يقونه. كما أن عددا من الأطباء يفضل عدم مواصلة العمل بعد انقضاء الخدمة المدنية.

كما يشمل 79 طبيا متخصصا موزعين على 27 اختصاصا كما هو مبين في الشكل 04.

الشكل 03: حالة الممارسين العموميين للصحة العمومية و شبه الطبيين

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

EPH MODJAHED MEHAD ABDELAKDER DJELFA

ETAT DES PRATICIENS GENERALISTES DE SANTE PUBLIQUE
ET PARAMEDICAUX

| ETABLISSEMENT | PRATICIEN GENERALISTES DE SANTE PUBLIQUE | | | PARAMEDICAUX | TOTAL |
|--|---|----------------------|-------------|--------------|-------|
| | MEDECINS GENERALISTES | MEDECINS ETRANGER | PHARMACIENS | | |
| EPH MODJAHED MEHAD ABDELAKDER DJELFA | 28 | 11 | 5 | 365 | 409 |
| | | | | | |

DJELFA LE :.....

LE DIRECTEUR

المصدر: وثائق المستشفى

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

الشكل 04: عدد الأطباء الاختصاصيين بالمستشفى

| ABDELAKOER | YAHED | LISSEMENT | SPECIALITES |
|------------|-------|-----------|------------------------------------|
| X | 5 | | ANATOMIE NORMALE |
| | 6 | | ANATOMIE PATHOLOGIE |
| | 1 | | ANESTHESIE REANIMATION |
| | 1 | | ANESTHESIE REANIMATION PEDIATRIQUE |
| | 1 | | BIOCHIMIE |
| | | | BIOLOGIE CLINIQUE |
| | 1 | | BIOPHYSIQUE |
| | | | BOTANIQUE MEDICALE |
| | | | CARDIOLOGIE |
| | | | CHIMIE ANALYTIQUE |
| | | | CHIMIE THERAPEUTIQUE |
| | | | CHIMIE MINERALE |
| | | | CHIRURGIE PLASTIQUE |
| | | | CHIRURGIE CARDIAQUE |
| | | | CHIRURGIE VASCULAIRE |
| | 10 | | CHIRURGIE GENERALE |
| | 1 | | CHIRURGIE MAXILLO FACIALE |
| | 3 | | CHIRURGIE NEUROLOGIE |
| | 4 | | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |
| | 3 | | CHIRURGIE PEDIATRIQUE |
| | 2 | | CHIRURGIE THORACIQUE |
| | | | CHIRURGIE UROLOGIQUE |
| | | | DERMATOLOGIE |
| | | | ENDOCRINOLOGIE |
| | 3 | | EPIDEMIOLOGIE |
| | | | GASTRO-ENTEROLOGIE |
| | | | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| | 2 | | HEMATOLOGIE |
| | 1 | | HEMOBIOLOGIE |
| | | | HISTO-EMBIYOLOGIE |
| | | | HYDRO BROMATO |
| | | | IMMUNOLOGIE |
| | 2 | | MALADIES INFECTIEUSES |
| | | | MEDECINE DE TRAVAIL |
| | 3 | | MEDECINE INTERNE |
| | 6 | | MEDECINE LEGALE |
| | | | MEDECINE NUCLEAIRE |
| | | | MICROBIOLOGIE |
| | | | MEDECINE DU SPORT |
| | 1 | | NEPHROLOGIE |
| | 1 | | NEUROLOGUE |
| | | | NEURO PHYSIOLOGIE |
| | | | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE |
| | 1 | | ONCOLOGIE MEDICALE |
| | 2 | | OPHTALMOLOGIE |
| | | | O.R.L |
| | | | ORTHOPEDIE DENTO FACIALE |
| | | | PARODONTOLOGIE |
| | | | PARASITOLOGIE |
| | | | PATH, BUC DENT |
| | 4 | | PEDIATRIE |
| | | | PHARMACIE GALINIQUE |
| | | | PHARMACOGNOSIE |
| | 4 | | PHARMACOLOGIE |
| | | | PNEUMO PHTISIO |
| | | | PROTHESE DENTAIRE |
| | | | PHYSIOLOGIE |
| | 4 | | PSYCHIATRIE |
| | 3 | | RADIOLOGIE |
| | | | RADIOTHERAPIE |
| | 4 | | REEDUCATION FONCTIONNELLE |
| | 1 | | RHUMATOLOGIE |
| | | | TOXICOLOGIE |
| | 79 | | TOTAL |

المصدر: وثائق المستشفى

يبلغ الأطباء العاملون بالمستشفى 107 طبيب منهم 28 طبيا عاما و 11 طبيا أجنبيا، و 79 طبيا مختصا، ولقد حاولت الباحثة إشراك أكبر قدر من التخصصات، ولكن في النهاية تم الاكتفاء بـ 17 تخصصا من أصل 27، بعد محاولات فاشلة بسبب التزامات الأطباء ووجود البعض منهم في عطلة (كما هو الحال عند مختصة الكلى مثلا)، إضافة إلى أن طبيعة بعض التخصصات جعلت الطبيب يعتذر فمثلا يوجد بالمستشفى مختصين اثنين في طب العيون وبعد الزيارات المتكررة التي فاقت ثلاث مرات وتحديد موعد مع أحدهما، استحال إجراء المقابلة بسبب العدد الهائل من المرضى الذي وقفنا عليه بأنفسنا. وعليه تم إجراء الدراسة بالاعتماد على ممثل عن كل تخصص من أجل الحصول على التنوع في التجارب والخبرات بتنوع التخصص لأن أصحاب التخصص الواحد يعيشون غالبا نفس الظروف وهذا ما لاحظناه عند مقابلتنا للأطباء العامين الثلاث الموجودون بالعينة، والسماح أيضا لأكثر قدر من التخصصات بالمشاركة، إضافة إلى أن هناك بعض الأسئلة تعتمد على التنوع في التخصص. وتم الاعتماد على 3 أطباء عامين، 2 منهما تعملان في مصلحة الاستعجالات والثالث يعمل في ملحقة استعجالات الأمراض الصدرية، حيث تم انتقاء 3 من أصل 28 لأن عدد الأطباء العامين كبير نسبيا مقارنة بالتخصصات المتبقية. كما لم نتحصل على قائمة الأطباء الأجانب بعد محاولات عديدة.

وبناء عليه فقد تم اللجوء للعينة الحصصية بالاعتماد على تطوع الأطباء. حيث تشكلت عينة

الدراسة من 20 مبحوثا. موزعون على 18 تخصصا، وهم كالآتي:

- ثلاثة أطباء عامون وهم: طبيب عام بمصلحة الأمراض الصدرية 39 سنة مثبت.
- طبيبة عامة 01 بمصلحة الاستعجالات العمر 25 سنة في إطار الخدمة المدنية.
- طبيبة عامة 01 بمصلحة الاستعجالات العمر 25 سنة في إطار الخدمة المدنية.
- طبيبة أمراض الدم: مصلحة الطب الداخلي 38 سنة مثبتة.
- طبيب اختصاص الجهاز الهضمي وأمراض الكبد: 31 سنة مصلحة الطب الداخلي في إطار الخدمة المدنية.
- طبيب الأطفال: مصلحة طب الأطفال 33 سنة مثبت.
- طبيبة اختصاص طب شرعي: مصلحة الطب الشرعي 41 سنة مثبتة.
- طبيب جراح الأطفال: مصلحة طب الأطفال 32 سنة في إطار الخدمة المدنية.
- طبيب جراحة الوجه والفك: مصلحة الجراحة العامة 32 سنة في إطار الخدمة المدنية.
- طبيبة اختصاص تشريح مرضي: وحدة التشريح 43 سنة مثبتة.
- طبيب الأورام: كل المصالح 50 سنة مثبت.
- طبيب الجراحة العامة: كل ما يتعلق بالجراحة العامة 32 سنة في إطار الخدمة المدنية.
- طبيبة الأمراض الصدرية: كل ما يتعلق بالأمراض الصدرية 36 سنة في إطار الخدمة المدنية.

- جراحة الأعصاب: مصلحة الاستعجالات، جراحة العظام، الجراحة العامة وطب الأطفال 33 سنة في إطار الخدمة المدنية.
- مختصة الأمراض المعدية: مصلحة الأمراض المعدية وبقية المصالح حسب الحاجة 42 سنة مثبتة.
- طبية الإنعاش: مصلحة الاستعجالات 30 سنة في إطار الخدمة المدنية.
- طبيب الأمراض العقلية: لا توجد مصلحة خاصة بل استشارات في كل المصالح 41 سنة مثبت.
- طب وجراحة العظام: مصلحة الاستعجالات وجراحة العظام 36 سنة في إطار الخدمة المدنية.
- طب مختص في الطب الداخلي: مصلحة الطب الداخلي 33 سنة في إطار الخدمة المدنية.
- طبيبة اختصاص طب المفاصل: فئة كبار السن 30 سنة في إطار الخدمة المدنية.

3-1 المجال الزمني:

تميزت بداية البحث بملاحظات ميدانية وأفكار لاحظت فيها الباحثة أن الطبيب يواجه اختلافا بين ما هو موجود في الواقع وهو الممارسة وما يتصور الطبيب أن يكون أو يفترضه منذ مرحلة الماستر سنة 2016 وقبل أن تلتحق الباحثة بمدرسة الدكتوراه. وبعد الحصول على الترخيص والموافقة من طرف رئيس قسم الموارد البشرية، تم بعد ذلك القيام بزيارات أخرى إلى غاية مارس 2019، تم فيها صياغات متعاقبة لبعض العناصر المنهجية وضبط دليل المقابلة في شكله الحالي والحصول على المعلومات اللازمة بما فيها جداول مناوبات ومعاينات الأطباء. وأخيرا القيام بعمليات المقابلة التي تمت بين المستشفى ومستوصفات وسط المدينة التي تصل إلى 12 مستوصفا منذ سبتمبر 2019 وحتى ديسمبر من نفس السنة.

2. أداة الدراسة:

إن السؤال الذي يطرح نفسه الآن ما هي الأدوات التي يستعملها الباحث من أجل جمع المعطيات التي تحقق له هدف البحث والفهم والتعمق في الظاهرة المدروسة؟

نجد أن عملية جمع البيانات الكيفية تتم من خلال المقابلات والملاحظات والوثائق. وتجمع البيانات عبر أسئلة مفتوحة النهاية¹.

إذ تبين في الدراسات الحديثة أن البحوث الكيفية التي أخذت مواضيع تركز على الدراسة والتحليل أصبحت تشكل حقل علمي متداخل يعتمد على التعدد المنهجي المعتمد على المقاربات النظرية لكل من الإثنوميتولوجيا وفينومولوجيا والتفاعلية الرمزية والأنثروبولوجيا... الخ, كل هذه المقاربات تعتمد في دراستها على أداتين أساسيتين هما، المقابلة بنوعها المفتوحة ونصف موجهة والملاحظة بالمشاركة التي تعتمد على التفاعل المباشر بين المبحوثين والباحث لمدة زمنية معينة وبالاعتماد في بعض الحالات على تحليل المحتوى لبعض الوثائق المعدة والمنتجة من طرف الأفراد المعنيين بالدراسة أو مجتمع البحث².

1- سليم, العايب. مرجع سابق. ص3.

2- محمد, المهدي بن عيسى و إيناس بوسحلة. "الدراسات السوسولوجية في الجزائر بين التحليل الكمي والكيفي". مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. العدد 24 جوان (2016): ص185-189.

و يرى جيفليون رودلف وماتالون بينجامين في كتابهما "البحث الاجتماعي المعاصر - مناهج وتقنيات أن المقابلة هي محادثة هادفة¹, حيث تعطي للمبحوث حرية معينة في الإدلاء برأيه والتعبير عن تمثلاته حول مسألة معينة من دون أي توجيه في الإجابة.

ويمكن أن نعرفها بأنها "عملية تقصي علمي تقوم على مسعى اتصالي كلامي من أجل الحصول على بيانات لها علاقة بهدف البحث". حيث يتحاور الباحث و المبحوث في مسائل معينة مرتبطة بأهداف البحث ويريد الباحث من خلالها أن يعرف رأي المبحوث حول هذه المسألة ويعطيه الحرية في إبداء ما يحمل من أفكار وتصورات عن هذه المسائل. وتستعمل المقابلة لمعرفة تمثلات وآراء وحتى الممارسات الاجتماعية عن طريق الكلام الذي يصدر من المبحوث².

كما يمكن القول بأن حجم العينة لإنجاز بحث عن طريق المقابلة يكون أقل من حجمها في بحث عن طريق الاستمارة، كون المعلومات الناتجة عن المقابلات تكون صحيحة بالسباق ولا تحتاج هذه الصحة أن تؤكد عن طريق احتمال التكرار، فمعلومة واحدة مقدمة عن طريق المقابلة يمكن أن يكون لها وزن مساو لمعلومة مكررة مرات عديدة في الاستمارة³.

حيث تسعى المقابلة في البحوث الاجتماعية إلى طبيعة المعلومة المرجوة ووزنها وثقلها من المبررات القوية للجوء إليها، إذ يتوجه الباحث في الأساس إلى نوعية المعلومة التي لها قيمة في حد

1- نبيل, حميدة. "مقابلة في البحث الاجتماعي". مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 8 جوان. (2012): 98.

2- حفصة, جرادي وسعيد سبعون. مرجع سابق, ص ص 173-174.

3- سعيد, سبعون. الدليل المنهجي: في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع. ط2. الجزائر: دار القصة, 2012, ص 175.

ذاتها، وفي طابعها الأصيل وليس في طابعها التكراري، انطلاقا من عدد معين من المقابلات يكون هناك تكرار في المعلومات ولا نحصل على إضافات جديدة وعليه لا نذهب لأكثر من هذا، بعد أن نكون قد بحثنا على حد أقصى من التنوع¹.

وبما أن الدراسة تحمل الطابع الاستكشافي فقد استدعت طبيعة الموضوع و المنهج المتبع تقنية المقابلة نصف الموجّهة والتي تعدّ عبارة عن حوار يكون منظما بين الباحث والمبحوث، حيث يكون الباحث في أغلب الأحيان مزودا بإجراءات ودليل عمل يتضمن نقاط محددة تقود عملية إجراء المقابلة².

وقد تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة والتي تتمثل في حوارات دامت لحوالي ساعة أو أكثر مع عينة متكونة من 20 طبيبا، والتي شملت اثنان وعشرون سؤالا موزعة على أربعة محاور تتضمن ثلاثة أبعاد تشمل:

المحور الأول: المجال: الذي يتضمن 09 أسئلة.

المحور الثاني: المعلومات: ويندرج تحتها 06 أسئلة.

المحور الثالث: المواقف: تضم هي الأخرى 08 أسئلة.

المحور الرابع: بيانات شخصية: تتناول التخصص المصلحة، نوع العقد ، والعمر.

¹- نفس المرجع. ص174-176.

²- Madelin.Gravitz, méthodes de sciences sociales. Dalloze. Paris 1976, p333.

ولقد أجريت المقابلات بالمستشفى ومختلف المستوصفات. وقد لجأت الباحثة لأسئلة نصف موجه لأن الأسئلة المغلقة لا تعطي أجوبة وافرة ومتنوعة ذلك أنها تعتمد على خيارات مغلقة في الإجابة، فيما تسعى أهداف البحث للتعمق والفهم والثراء، وتجنبت الأسئلة المفتوحة نظرا لطبيعة عمل الأطباء أولا، الذين اشترطوا تحديد النقاط التي يتم الحوار فيها (عند بناء الدليل مع احد الأطباء). ولاعتبارات ترجع للتحكم في الموضوع في حد ذاته¹.

¹- انظر الملحق رقم 07.

4. الأدوات المساعدة في الدراسة:

1.4 الملاحظة البسيطة (العشوائية):

وهي ملاحظة تتم عند الجولة الاستطلاعية للبحث وذلك حين النزول للميدان لغرض جمع بعض المعلومات بالحديث مع الأشخاص أو ملاحظة ضروب السلوك عند الاستعلام، حيث يتم هذا في وقت قصير وفي أوقات متقطعة عند حضور الباحث للميدان، مما يساعده أكثر على تدقيق جانب المشكلة المدروسة، كما تسمح للباحث بمشاهدة متخصصة ومعرفة خصائص لا يشاهدها أيا كان¹.

وقد شملت الدراسة ملاحظات تبعت أوقات تواجدنا للحصول على المعلومات وكذلك حين القيام بتنفيذ المقابلات سواء تعلق الأمر بالمقابلات الاستطلاعية، ومقابلات أفراد العينة. وتم تسجيلها في دفتر المشاهدات. والتي تمت الاستعانة بها في سياق المقابلات لشرح أكثر أو الاستشهاد بها في التحليلات. ومن بين هذه الملاحظات:

- تواجد الأطباء في المستشفى يكون غالبا لوقت قصير بين التاسعة صباحا وإلى غاية العاشرة بينما تتواجد البعض منهم من العاشرة وحتى الحادية عشر للاطمئنان على حالة المرضى.

¹ - حفصة، جرادى وسعيد سبعون. الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع. ط2. الجزائر: دار القصة للنشر،

- أغلب الأطباء يتواجدون بقسم العمليات، وعند انتهائهم من العمل بهذا القسم يغادرون مما صعب من مهمة مقابلتهم.

- التنسيق بين طبيب الأطفال وجراح الأطفال الذين أجريت معهما المقابلة بشأن حالة طفل مريض.

- طلب من ولي طفل مريض أن يشتري محرارا لابنه بسبب عدم توفره بالمستشفى.

- لوحظ خلال ارتيادنا لقسم للإدارة طيلة مدة إجراء الدراسة، أن الأطباء لا يزورون هذا المكتب إلا حالة واحدة لطبيب كان يريد أخذ عطلة.

- تم تسجيل أن جراحة الأعصاب كانت تحاول تدبير مبلغ مالي لمرافقي مريض قادم من مسعد لإجراء راديو.

- ومن أهم ما لوحظ أن جداول معاينات الأطباء المقدمة من طرف المستشفى لا تطابق ما هو موجود واقعا حيث تم التنسيق بين الباحثة وبقية المستوصفات لتسجيل أوقات معاينات الأطباء.

- هناك طبيبان منتدبان لمستشفى العيون، حين أرادت الباحثة لقاءهما وجدت صعوبة كبيرة، وما سجل أن المرضى قادمون من ولايات عديدة وهم يملئون الممرات بشكل رهيب، ويتطلب أخذ الموعد إلى

حين الفحص شهورا عديدة.

- الراديو الذي يتم على مستوى مستوصف بوتريفيس والذي كانت طبية المفاصل في مستوصف

الوثام تطلبه من المرضى غير واضح تماما وهو ما اشتكت منه المختصة.

2.4 الوثائق:

يرجع الباحث إليها لغرض جمع البيانات حول الموضوع لأنها تعتبر إحدى أدوات جمع البيانات،

وهي لغرض البيانات التكميلية للملاحظة والمقابلة¹.

وهي وسيلة ثانوية أساسية حيث تم استعمال الوثائق التي تتضمن: الهيكل، التعريف بالمؤسسة، كما

تم تزويدنا بجدول معلومات ذات علاقة بالحالة المدروسة للأفراد المبحوثين، ويتعلق الأمر بجدول

المدائمة الذي أجرينا المقابلات على أساسه، حيث تمت برمجة المقابلات تبعاً لأماكن معاینات الأطباء

الموزعة على 10 مستوصفات، وجدول تخصصات الأطباء ...².

¹- سامية، حميدي وعبد المليك حميدي. "الخطوات الأساسية في البحوث الاجتماعية". مجلة علوم الإنسان والمجتمع. العدد 10 (جوان 2014): ص66.

²- انظر الملحق رقم 07. والشكل 04.

الفصل السادس: مناقشة نتائج الدراسة

1- مناقشة بيانات التساؤل الأول

2- مناقشة بيانات التساؤل الثاني

3- مناقشة بيانات التساؤل الثالث

4- النتائج العامة للدراسة

1- مناقشة بيانات التساؤل الأول : ما هي مواقف الطبيب تجاه مهنته؟

1. ما مفهومكم لمهنة الطب؟

أ/ القراءة :

- بإجمال أهم الأفكار التي قالها الأطباء يمكن تقديم تعريف يشمل إدلائاتهم حيث يعتبر الطب مهنة نبيلة شريفة وإنسانية، له أهداف مختلفة يمكن إدراجها في:
 - يرى أغلب الأطباء أنه من الصعب تقديم تعريف لمهنة الطب ومنهم مختصة التشريح التي تقول «سؤال صعب لازم نخمملك فيه».
 - هو الاقتراب بالمريض من الشفاء حسب ما تراه الطبيبة الشرعية ومختص الجراحة العامة حيث يقول: «مهنة إنسانية تتمثل في تقديم العلاج للمريض ومساعدته للاقتراب من الشفاء حنا نداوو وربي يشافي».
 - وأيضاً تخفيف المعاناة على المريض وتطبيبه حسب ما يراه طبيب الأورام: «خدمة نبيلة اشرف مهنة بالنسبة لي، من كان في عون أخيه كان الله في عونه، أحب الناس لله أحسنهم لعباده، والهدف الأسمى والرئيس تخفيف المعاناة على المريض وشفأؤه وتطبيبه»، كما ترى طبيبة الدم أن الهدف الأساس هو راحة المريض ومرافقته في قولها: «...هدفها تريحي وترافقي المريض».

- فعل الخير، حيث يقول طبيب الأطفال: «المهنة التي أحبها، نحس فيها الإنسانية فيها جانب كبير فيه الخير، تتطابق مع رسالة الإنسان في الحياة، مفتاح خير... وأنا شفت روعي نقدر نقوم بيها». ويصرح أيضا مختص جراح الوجه والفك: «... أجر الآخرة قبل أجر الدنيا...، نحب نعاون الناس...»، وتقول طبيبة الأمراض الصدرية أن سبب اختيارها لهذا التخصص: «رأيت أن مرض السل يصيب غالبا الفقراء، وهم من يحتاجون المساعدة، اخترت هذا التخصص لمساعدتهم».

- الحصول على نتيجة ايجابية على المريض حسب ما يراه مختص جراحة الوجه والفك حيث يصرح: «نحب نشوف النتيجة على المريض نتاعي يخرج بيها»، كما تضيف طبيبة المفاصل: «... يجيك مريض يقلك ما علاباليش وش عندي، ويرجعلك يقلك ريحت».

- كما أنه يمنح قيمة ومكانة اجتماعية للطبيب، كما هو الحال مثلا في رأي مختص جراحة الوجه والفك: «درتها بش نعيش مليح». وطبيبة المفاصل التي تصرح: «عندك قيمة كبيرة عند الناس».

- وهي أيضا ذات هدف تجاري في بعض الحالات، حيث تقول طبيبة الأمراض المعدية: «...هناك من يتخذها للتجارة»، كما يرى طبيب عام بمصلحة الأمراض الصدرية أنها: «مهنة ذات رسالة سابقا، وبعد الممارسة هي مجرد وظيفة لسد الرمق وخلص تعول بها أولادك».

كما أن ممارسة مهنة الطب تستند إلى مقومات منها:

- ترى طبيبة الدم أنها: «مهنة إنسانية بالدرجة الأولى تتطلب المعرفة والضمير».

- ذات مسؤوليات، إذ يقول جراح الأطفال: «هي مهنة نبيلة ذات مسؤوليات كبيرة، حساسة خاصة جراحة الأطفال، فئة حساسة تحتاج الكثير من الإمكانيات مادية وبشرية، لا يفكر في أمور مادية فقط لازم أمور إنسانية ويخدم بقلبه».

- تعتمد على الجانب السيكولوجي في العلاج حيث ترى مختصة الأمراض الصدرية، أن: «التواصل هو 80% من العلاج وهو المهنة، في بلادنا المرض النفسي أكثر من المرض الجسدي المهم يخرج المريض يضحك»، ويقول أيضا الطبيب الداخلي: «الطب هو تقديم المصلحة الطبية لجميع المواطنين بصفة متساوية مع كل المرضى من جهة، ومن جهة أخرى التدخل النفسي لازم الطبيب حيث الدواء ما يفيدش مريض السكري أو ضغط الدم ممكن مقلق المشكل اجتماعي، تبحث بسيكولوجيا وسوسيلوجيا».

ب/ التأويل السوسيلوجي :

بالرجوع إلى مكتسبات (هابيتوس) الأطباء نجد بأن مفهوم الطب لديهم قد تشكل في مراحل التربية الأولى أو مرحلة التكوين كما هو الحال لدى جميع الأفراد بصفة عامة من خلال الثقافة العامة الشائعة، الذين يرون منذ القدم بأن الطب مهنة إنسانية شريفة ونبيلة، هدفها المريض وهو المفهوم الشائع لدى الجميع، وفي مرحلة لاحقة أصبح من المكتسبات والاستعدادات التي يتطلبها الاندماج والتكيف في مجال

مهنة الطب، لأن التصورات المتعلقة بمهنة الطب هي المفاهيم المشتركة اجتماعيا والتي يستطيع الأطباء بصفة خاصة من خلالها التفاعل مع عالمهم المهني.

ويمكن إعطاء تعريف إجرائي مما سبق طرحه و هو أن الطب مهنة شريفة ونبيلة وإنسانية، تمنح الطبيب مكانة اجتماعية غالبا، كما تهدف بالوصول بالمريض إلى الشفاء من خلال الوقاية والعلاج النفسي والجسدي وتقديم المساعدة وتخفيف الآلام، بدافع الحب والخير.

غير أن الممارسة التطبيقية للطب أفرزت بعض الأفكار السلبية كاعتبار الطب وظيفة كبقية الوظائف، وجعل الهدف منه الأجرة، إضافة لشعور الطبيب بعدم الاحترام وتناقص قيمته.

2. حدد الإجراءات التي تقوم بها في الحالات المرضية العادية؟

أ/ القراءة :

● تختلف الإجراءات التي يباشرها الطبيب في عمله باختلاف التخصص غير أن هناك إجراءات عامة متشابهة حيث نجد :

- غالبا تتم المساءلة Interrogatories وتشمل معلومات المريض: الاسم اللقب العمر الأمراض السابقة، الأعراض... ثم المعاينة والتقليب أو ما يسمى بالفحص السريري Exéma Clinique وعليه يتم تشخيص المرض وتقديم العلاج المناسب بالدواء والمتابعة، أو إرساله لطبيب آخر أو مستشفى آخر وهذا

حسب الحالة والإمكانيات، وهو ما نجده عند مختصي: الأمراض المعدية، طب المفاصل، جراحة العظام، جراحة الأعصاب، والأمراض الصدرية، وكذا طبيب الأطفال، والجهاز الهضمي.

- وفي حالات أخرى يتطلب الأمر إجراء فحوصات بيولوجية، والأشعة، الراديو والايكوغرافي... حيث يختلف الأمر لدى الجراحين بصفة عامة لأنهم غالبا يأتون في مرحلة ثانية لإجراء العمليات، فنجد منهم:

- جراح الأطفال يرى بأن رؤية المريض في أي حالة وفحص المريض يمر بمراحل الأسئلة مع الوالدين كيف بدأ المرض مرحله، فحص المريض باليدين والآلات، والتشخيص بالراديو والأشعة والتحليل في بعض الحالات.

- كما يرى جراح العظام أن كل حالة وطريقة التكفل بها حيث مريض المعاينة تقصر معاه، تحكي معاه تقلب في غرضك و تطلب راديووات.

- بينما يتم التركيز على الجانب النفسي من طرف بعض الأخصائيين و هو ما يتطلبه الأمر لدى المرضى بصفة عامة وبعض الفئات كالأمراض الخطيرة أو المسنين مثلا علاوة على ما سبق، إذ تصرح طبيبة المفاصل قائلة: مساءلة ثم المعاينة والتقليب تحديد المرض بواسطة الاختبارات الراديووات والتحليل ثم التشخيص والدواء والحالة النفسية للمريض أكبر مشكل أكثرها المسنين.

- أما لدى طب الدم وطب الأورام والأمراض العقلية والطب الشرعي فهم أصلاً يتعاملون مع حالات خاصة إذ نسجل:
- لدى مختص الأمراض العقلية إذ يقول نفتح له ملف إذا كان مرض مزمن، وهناك من يأتي لأجل شهادة وخطرة في الزمان استشارة وخلص، وإلا استعجالات يعيطولنا وخلص.
- أما الطبية الشرعية فيتمثل عملها إما في إثبات شهادات ضرب أو اعتداء أو إثبات النسب أو تحديد العمر أو تشريح الجثث حسب ما أدلت به.
- كما يتميز الأمر بأكثر خصوصية لدى طبيب الأورام الذي يقول: نحن نتعامل أصلاً مع مرضى السرطان، مرحلة التشخيصات، الراديوات، لتشخيص المرض، ثم مقابلة مع المريض كيفاش نقله عندك مرض خبيث نشرحوه مرضه ثم الدواء، والمدة ثم الموعد يبدأ فيه برضاه طبعاً. وبالنسبة للصغار فالأمر أشد حساسية حيث نجد الطبيب يقول: هنا صعبة، معمول بها عالمياً، مثلاً الصغير حضور الوالدين نهدر مع كل ولي وحده ثم مع بعضهما وبحضور الطبيب النفساني. ثم أنا نشرحه تدير هذه ما تديرش هذه.
- في حين تتعامل مختصة الإنعاش إما مع العمليات العادية وهذا بعد إعطاء الموافقة بإجراء العملية أو العمليات المستعجلة، أو الحالات التي تحدث فيها مضاعفات في بقية المصالح أو حسب ما تقوله عندما تتلف لهم .

- أما لدى مختصي التشريح فالأمر يختلف تماما عن كل الاختصاصات إذ يتم التعامل مع العينات بحيث تقول مختصة التشريح: نتعامل مع العينات نستأفيلها نقطعها (نجزئها) تقطيع كبير ثم نحول الماء نجفف العينة فتصبح شريحة صغيرة ، نفرشها على الشرائح الزجاجية ثم نلونها بعدها ثم تقطيع بطريقة الأوسموز تقطيع صغير بالآلات. ونشوفها بالميكروسكوب من أجل التشخيص الدقيق للمرض تشخيص نهائي دقيق أكيد وفي النهاية نسجل الملاحظات والنتيجة.

ب/ التأويل السوسيوولوجي :

- تختلف الإجراءات التي يباشرها الطبيب في عمله باختلاف التخصص غير أن هناك إجراءات عامة متشابهة حيث تتم غالبا المسائلة Interrogatories وتشمل معلومات المريض: الاسم اللقب العمر الأمراض السابقة، الأعراض... ثم المعاينة والتقليب أو ما يسمى بالفحص السريري Exam Clinique وعليه يتم تشخيص المرض وتقديم العلاج المناسب بالدواء والمتابعة، أو إرساله لطبيب آخر أو مستشفى آخر وهذا حسب الحالة والإمكانيات. ويمكن القول بأن هذه الخطوات أصبحت تمثل لدى الطبيب استعدادات اكتسبها الطبيب بفعل خبرته وتكراره لهاته الأفعال بانتظام.
- وفي حالات أخرى يتطلب الأمر إجراء فحوصات بيولوجية، والأشعة، الراديو والايكوغرافي... حيث يختلف الأمر لدى الجراحين بصفة عامة لأنهم غالبا يأتون في مرحلة ثانية لإجراء العمليات.

بينما يتم التركيز على الجانب النفسي من طرف بعض الأخصائيين و هو ما يتطلبه الأمر لدى المرضى بصفة عامة وبعض الفئات كالأمرض الخطيرة أو المسنين مثلا علاوة على ما سبق.

أما لدى طب الدم وطب الأورام والأمراض العقلية والطب الشرعي فهم أصلا يتعاملون مع حالات خاصة تختلف عن بقية الحالات السابقة حيث يتعامل مختص الأمراض العقلية مع مرضى مزمنين أو يعد شهادة طبية، بينما الطبية الشرعية فيتمثل عملها إما في إثبات شهادات ضرب أو اعتداء أو إثبات النسب أو تحديد العمر أو تشريح الجثث.

فيما يتمثل الإجراء الأصعب والأكثر حساسية لدى مختص الأورام علاوة على الخطوات السابقة في إخبار المريض بمرضه (يتعامل مع مرضى السرطان).

في حين تتعامل مختصة الإنعاش إما مع العمليات العادية وهذا بعد إعطاء الموافقة بإجراء العملية أو العمليات المستعجلة، أو الحالات التي تحدث فيها مضاعفات في بقية المصالح.

أما لدى مختصي التشريح فالأمر يختلف تماما عن كل الاختصاصات إذ يتم التعامل مع العينات. و هذا طبعا ما تتطلبه خصوصية الموقف إذ يختلف هنا سياق الفعل عن الممارسات السابقة وعليه تنتج ممارسات مختلفة باختلاف الموقف وهكذا.

3. عندما تصادف حالة جديدة عليك كيف تتصرف (تستشير - تبحث - تباشر...)?

أ/ القراءة :

- هناك طرق مختلفة يلجأ إليها الأطباء عند ظهور حالات جديدة أو لأول مرة ونحاول إحصاءها في:
- ترى طبية الأمراض الصدرية أنه: «لا يوجد...، نقبض ورقة ونحلل كالدالة، نطلب تعبيرات، تحاليل، الطب كالرياضيات لا يوجد مرض مجهول بالنسبة لي».
- وعلى العكس من ذلك يقول الطبيب الداخلي: «الطب ليس برضيات، في أبسط الأشياء الاحترام واجب، على كل طبيب تقديم الأدلة، بالنظر لحالة المريض، مثلا الحالة معقدة لازم Cou logue اجتماع لعدة تخصصات، إذا كانت حاجة تنتظر نرجع للنت أوالكتب، إذا واحد اقتنع برأي الآخر يعد في فائدة المريض».
- و تصرح الطبيبة العامة 2 قائلة: «بالعقل نكتشفها بالعقل».
- فيما تلجا الطبيبة العامة 1 إلى: «نسأل المختصين نبعثهم bilon».
- وهناك من يلجأ إلى الزملاء أو المتخصصين كما هو الحال عند مختصة التشريح إذ تقول: «نشوف قبل زملائي، نطلب آراء المختصين في المستشفى الجامعي».
- وصرح جراح الأطفال قائلا: «دائما حالات جديدة ومعقدة تحتاج مساعدة في المجال أو مجالات أخرى، أو مراجعة دروس أو سؤال زملاء المهنة، تكون صعبة تحتاج إلى أكثر خبرة أو إلى جراحين

أكثر من واحد، جراحة الأطفال مجال جد واسع، الصدر العظام، المسالك البولية، مثلا صغير جدا عنده

تشوه خلقي يحتاج أكثر من جراح، مثلا العظام تحتاج من جراحين مساعدة وكاين لا».

- و يوضح طبيب الأمراض العقلية في تصريحه: «أحيانا حالة مستعصية نبعثها لمستشفى جامعي

أحيانا لا يستجيب للدواء، نحاول معه بأدوية أخرى».

- كما تقول المختصة الإنعاش: «أحيانا تكون ونبحث، غالبا عندما لا بيان يموتوا ونبعثه للطبيب

الشرعي».

- ويضرب لنا طبيب الأورام مثلا في هذا الصدد قائلا: «مثلا واحد قال مرض في المعدة، و أنا

قلت المصران، نديروا تحاليل معممة، نديروا اجتماع وين كاين الخبراء في الجزائر نديه للخبراء، وكاين

أمراض نداوو تقريبا ما نحددوش المرض».

ب/ التأويل السوسولوجي :

- هناك طرق مختلفة يلجأ إليها الأطباء عند ظهور حالات جديدة تتمثل في:

• سؤال المختصين أو اللجوء للزملاء.

• الرجوع للمراجع أو مراجعة دروس سابقة.

• تقديم الأدلة بالنظر لحالة المريض والحالة المعقدة تتطلب اجتماع عدة تخصصات.

• إرسال المريض لمستشفى أكثر اختصاص وإمكانيات.

- تغيير الدواء أو العلاج في حال عدم الاستجابة.

- وبالرجوع لنظرية الممارسة نجد أن الحالات الجديدة لا تدخل بالنسبة للأطباء في نطاق الممارسات العادية التي تستجلب التمثلات والمعلومات المختزنة لهذا فهي تستدعي منهم التصرف بشكل مختلف وبذلك تشكل هذه المواقف خبرات جديدة وتصبح بدورها قاعدة تمثلات لممارسات مستقبلية وبالتالي فإن الخبرات والتجارب الجديدة تزيد في رأسمال الطبيب الثقافي.

4. كيف تتصرف مع الحالات المستعجلة أو الخطيرة كيف تتصرفون ؟

أ/ القراءة :

- يتفق كل الأطباء على تقديم الإسعافات الأولية للمريض المخاطر و تفادي الخطر حيث نرصد على سبيل المثال:

- يرى مختص الجهاز الهضمي وأمراض الكبد أنه يجب إزالة الاستعجال بقوله: «نحاول نداوي الاستعجال الذي يعرض المريض للموت، انقطاع التنفس توقف دقات القلب، فقدان الوعي».

- وبشيء أكثر تفصيل يقول جراح الأطفال: «تحتاج السرعة في التشخيص واتخاذ القرار ويلزم مساعدة من ممرضين وأطباء الأشعة، هناك حالات تحتاج مباشرة غرفة العمليات كإين يقدر يدير أشعة تحاليل حسب الحالة وانتظارها حسب الحالة التي استغرقها المريض من الحادث إلى المستشفى».

- كما يرى مختص الطب الداخلي بأن: «المريض يجي نشوفوه الفحص سواء في كل حالة إذا كان فيه تحاليل أشعة نديرهم، على حسب التشخيص كاين تشخيص استعجالي، وكاين عادي يتبع الدواء، تحاليل مناعية بدقة تع المخبر يأخذ شوي وقت وكاين الحالة العامة ما تسمحش بش يقعد السخانة، السلعة، الميكروب، يرقد ي سبيطار يتابع حالته، حالته قريبة من الموت أو تدخل جراحي يتكفل به، المهم التسريع المستعجل لازم ساعة ساعتين التشخيص والدواء».

- وفي حين يصرح مختص الجراحة العامة: «يفوت يشوفه الطبيب العام في قاعة الاستعجالات وهو عندما يشوف عنده شي جراحة بيعته، ثم نقرر من خلال التحاليل، ثم نوجد للعملية الجراحية».

- وأخيرا يختلف الأمر لدى مختصي التشريح حيث لا توجد لديهم حالات مستعجلة فالتعامل مع العينات يتبع نفس الخطوات_ كما ذكرنا سابق_ بنفس الوقت، وذلك حسب تصريح المختصة.

- بينما تقول طبيبة الأمراض الصدرية: «كنت طبية عامة خدمت في الاستعجالات، وخدمت عام طبية مقيمة في الإنعاش، نشوف، نقيس الضغط، القلب، السكري، ثم نعرف الضر أين، تحاليل، سيروم، مراقبة نبضات القلب الأكسجين في الدم نتبعه حسب الحالة».

ب/ التأويل السوسيوولوجي :

إن يمكن القول بأن المريض يمر أولاً إلى الاستعجالات لإزالة الخطر ثم يذهب إلى الجراحة أو العلاج العادي.

كما يمكن تحديد حالات الخطر تقريبا في:

- أ. الإغماء.
 - ب. توقف التنفس.
 - ت. توقف نبضات القلب.
 - ث. نزيف داخلي أو خارجي.
 - ج. ارتفاع الضغط أو السكري أو العكس.
 - ح. ارتفاع درجة الحمى، والسعلة الشديدة.
 - خ. ميكروب أو مرض معد وخطير كما هو الحال لدى تخصص الأمراض المعدية.
 - د. وأخيرا مضاعفات التخدير أو ما بعد العملية.
5. خلال مسارك المهني هل لاحظت مريضا ضحية لمعاملة غير إنسانية. كيف تصرفتم؟

أ/ القراءة:

- من خلال اطلعنا على أجوبة الأطباء سجلنا أن هناك من لاحظ هذه الظاهرة كثيرا ومنهم:
 - يصرح طبيب الأورام: «كثيرا، آآآ امرأة عندها سرطان تحتاج معاملة خاصة من الطبيب، قالت للطبيبة بنتي نهدر معاك، ردت عليها الطبيبة منيش بنتك».

- ويضيف أخصائي جراحة الوجه والفك في ذات الاتجاه قائلاً: «بزاف أحيانا نجبد المريض ونفهمو، ونحاول بكل شي، خاصة في الجزائر نكذب على أصحابي نقلهم هذم فاميلتي لازم تقوموا بيهم، المعاملة السيئة 50% من الاستقبال، 30% من ممرضين، و20% من الأطباء».
- وتقول جراحة الأعصاب أيضا: «يا حسراه في المستشفى تشوف بزاف مواقف إنسان عنده مال ما يعرفش يستخدمه، بش ي يعرفش كيفاش، يقدروا يغيروا من طريقة تفكيرك للناس، كايين يرمي أمه أو أبيه ويقلك دبر راسك معاه ما نعرفش هذه كلها مواقف تغير في نظرتك ليهم».
- تضيف أيضا طبيبة الأمراض الصدرية: «وي، شفت في الغرب أطفال ضحية عائلة، أطفال مكسرين، تكويها الأم تهرسها سنيها، حرقنها بليسانس، هزت الكلاب نحتلها سنيها الأم وليست زوجة الأب».
- وفي نفس السياق نجد الطبيبة العامة 2 تقول: «وي، يهدر معاه الطبيب مش مليح، مرة مريض السل سبه الطبيب تعرفي يولي لابس شوي أو متسخ ملابسه، مسكين سبه الطبيب ما زادش رجوع ليه حتان عدا أهله كل».
- كما يبين لنا طبيب الأمراض العقلية نوعا آخر من المعاملة حيث يقول: «يوجد تحرش جنسي على النساء من طرف الأهل».

- ويشير الجراح العام إلى نوع آخر من المعاملة غير الإنسانية صادر عن القانون حيث يرى: «نظام الصحة في الجزائر يفرض علينا بزاف حالات غير إنسانية مثلا الجزائر، نزيف داخل الأمعاء لا يوجد مركز يقدم العلاج في كل ولايات الجزائر، نزيف حاد في الجزائر العاصمة لا يوجد فيبروسكوبي، ثان تحتاج سكانير في العروق لاستعمال مادة كاشفة في الجراحة العامة. أيضا لا يوجد مستشفى في الليل يعمل هذا باستثناء المستشفى العسكري».

- وكما تعطينا الطبيبة العامة 1 مثلا في حوارها: «أي، شفت حالات خلال تربصي، طفل ضحية عنف أسري، تحميه بالإيواء في المستشفى، ثم تقومي بالعلاجات».

- وبالعكس من ذلك تصرح الطبيبة الشرعية: «لم أر حالة مثل هذه».

- كما يؤكد ذلك طبيب الأطفال بأنه: «مكاش مع الأطفال».

ب/ التأويل السوسيولوجي :

يختلف المسار المهني والتجارب والخبرات بين طبيب وآخر إذ هناك من وقف على معاملات غير إنسانية وهناك من لم ير ذلك ويرجع هذا لعوامل كشريحة المرضى وأهاليهم وطبيعة الفريق الذي يتولى العلاج ... إلخ.

6. احك لي عن موقف أثر فيكم خلال مشاركم المهني ؟

أ/ القراءة:

• تبرز إدلاءات الأطباء أن حياتهم المهنية مليئة بالمواقف، فإن لم تكن كذلك فهي أحيانا لأنهم يتعاملون مع المرضى الشعب والإدارة ...، غير أنهم يجمعون بأن المريض يبقى مريض مهما كان الحال، كما تبين تصريحاتهم بأن هذه المواقف هناك من تغير في عقليته وهناك من لا تؤثر، ونورد الأقوال الآتية:

- تحكي لنا طبيبة الإنعاش: «تأثرت عندما كنت طبيبة مقيمة في الإنعاش عشر وفيات في اليوم، ولات الموت ما تعني لي حتى شيء، كالحیوان أصبح الإنسان. في هذا الاختصاص تروح الإنسانية والإحساس، ولقد غيرت واخترت مرض السل لأن أغلبهم فقراء، نقدر نساعدهم لأن المرفهين أصلا ما يتعرضون لهذا المرض».

- ويصرح أيضا الجراح العام: «كل يوم نتعرض لمواقف، مثلا عندما كنت في الجزائر في مستشفى مصطفى باشا موقف صرالي في مناوبة ليلية في مصلحة الأمراض الصدرية نخدم جراحة الصدر والأوعية، جرح مقيوس العرق الداخل، لم أجد ممرض لا يوجد شيء بش نبدأ ندير السيروم، المريض فقد الوعي من كثرة النزيف، في صال شوكاج فيها عشرين مريض 6/8 أمتار يوجد جثة مريض ملقى على الأرض غارق في قيئه حاشاكم لازم نتخطاه دخلت نستجد بواحد يعاوني حشمت لقيت ممرض واحد فقط هذه قد تكون نهايتنا كرامة الإنسان، كرامة الميت ما قدرناش نصونها حتى وهو ميت ما نقدرش ننساها أثرت فيا».

- ويفصل الطبيب العام قائلا: «هناك مواقف مع المواطنين أو المسؤولين هناك إهانة ضرب شتم احتقار، مع الإدارة ضاربت مع المدير، طبعا غيرت في العقلية أما المريض يبقى مريض».

- كما يقدم لنا طبيب الجهاز الهضمي وأمراض الكبد مثلا عن الإنسانية في تصريحه: «مريض في الجهاز الهضمي وأمراض الكبد في مصطفى باشا في حالة خطيرة جدا، جاءت عائلته لزيارته خارج أوقات الزيارة، ما قبلولهمش الزيارة اتصل الحارس بي قبلت دخولهم، توفي المريض بعد أربع ساعات أدخلتهم لأنه مخطر لا يجب أن أكون جامدا القوانين جامدة».

- وتبين لنا طبيبة الدم أيضا شرحا أكثر تفصيلا: «مواقف، مثلا تعمل مع زميل تتوقعي أنه يوقف معك يوقف ضدك، مثلا الموظف عوض يحميك يكتب بيك تقرير، تبدل نظرتك زميل يكذب عليك على

مريض تكتشف أنه ما لازم الأشخاص دير فيهم الثقة، الثقة في العمل فقط، لأنهم لأجل مصالحهم

يديروا أي شيء وحتى إلقاء التحية كي تكون فيك مصلحة».

- وعن الشعب يقول جراح الوجه والفك: «... مشكل الشعب ما يعرفش حقه، يحسب كي يضرب

الطبيب يريقل المشكل».

- وتقول جراحة الأعصاب أيضا: «يا حسراه في المستشفى تشوف بزاف مواقف انسان عنده مال ما

يعرفش يستخدمه، بش ي يعرفش كيفاش، يقدرنا يغيروا من طريقة تفكيرك للناس، كايين يرمي أمه أو أبيه

ويقلك دبر راسك معاه ما نعرفش هذه كلها مواقف تغير في نظرتك ليهم».

- كما تبدي الطيبية الشرعية رأيها قائلة: «أنا حنينة، لكن المواطن عندما يتجاوز حدوده نخرج الشر

أي إنسان فيه نسبة من الشر، القيم والمبادئ لا أغيرهم من مواقف نتعامل مع المريض على أنه مريض،

كايين faux malade».

- وعند أطباء التشريح لا يوجد احتكاك إلا بسيط جدا مع المواطنين بعيدا عن الإدارة والمسئولين،

فعملهم غالبا تقني لهذا ترى الطيبية المختصة أن المواقف غير موجودة.

ب/ التأويل السوسيولوجي :

قد يتعرض المرضى لمعاملات غير إنسانية قاسية غالبا من طرف الأهل وفي حالات أخرى من طرف

الطاقم الطبي والمرضى، إضافة إلى نوع آخر من المعاملة السيئة يمثلها القانون في نظام العمل الذي

لا يوفر علاجاً في بعض الأوقات كالليل لبعض المرضى أو يمنع علاج بعض الأمراض خارجة عن

النطاق... أو لا يوفر أدوية ضرورية في العلاج.

7. كيف كان اختيارك لمهنة الطب؟

أ/ القراءة:

- هناك عدة عوامل تم اختيار اختصاص الطب على أساسها إذ نسجل :
 - يقول طبيب الأورام: «طموحات كائين من صغره حاب يولي طبيب، كائين معدله مليح يفرضوا عليه والديه، أغلب الأحيان والدين يفرضوا التوجه».
 - ويرى الجراح العام أن اختياره كان: «أنا اخترته عن رغبة، هناك تأثير المجتمع والأسرة، مثلاً والده طبي أو أمه نقله منذ الصغر تعرفي أمهات الجزائر كلهم يقولوا لأولدهم أنت طبيب».
 - وفي ذات السياق تضيف الطبيبة العامة 1 في تصريحها: «والدي شاتيينها، كانوا أهلي يقولوا لي أنت طبيبة».
 - كما ترى أيضاً طبيبة الإنعاش: «نعم كنت أحلم أن أكون طبيبة، كان حلم والدي لم تحققه لأن أهلها منعوها لا يوجد في ولايتنا...».
 - وعند جراحة الأعصاب ترى بأن اختيارها كان نتيجة التأثير بالمحيط فتقول: «رغبتي، في محيطي يوجد أطباء تأثرت بهم مثلاً أختي طبيبة عيون...».

- وبخلاف البقية يقول مثلا الطبيب الداخلي: «عندما كنت صغيرا، لم أتصور لم يكن من بين الميول، مع الوقت فقط، كنت متوسطا في دراستي، عاودت لأجل المجال خيرت الطب، معول نجرب مع الوقت نجحت فيه».

ب/ التأويل السوسيولوجي :

من خلال إيرادنا لإجابات الأطباء يمكن القول بأن اختيار مهنة الطب يتم على أسس وهي:

- رغبة وطموح منذ الصغر.
- التأثير بالمحيط الأسري والخارجي.
- رغبة أحد الوالدين أو كلاهما أو الأسرة.
- المعدل الجيد يسمح لصاحبه باختيار هذه الدراسة.

يمكن اختصار ما سبق بصفة عامة أن الأفراد يحملون تمثلات وأفكار طبية ترجع إلى أن مهنة الطب

ذات مكانة في المجتمع تتطلب من صاحبها امتلاك رأسمال رمزي قيم.

8. كيف تقيم المنظومة القانونية التي تحكم مهنة الطب؟

أ/ القراءة:

- تختلف نظرة الأطباء إلى مجموعة القوانين التي تنظم وتسير المهنة الطبية فمنهم نجد:

- من يصفها بالفاشلة والسلبية حيث ترى طبية الأمراض الصدرية مثلا : «مكان حتى منظومة كاللي مكانش قطاعنا قاع مش منظم، الأطباء غير محميين يفوتوا عند القضاة».
- وفي هذا السياق تضرب لنا الطبية الشرعية مثلا في حديثها عن طبية نساء بوسارة قامت بعلاج مريضة ولدت في الدار بعد تلقيها علاجات أخرى من طرف امرأة طب شعبي لم يحمها القانون.
- وفي نفس الاتجاه هناك من يسمها بالظالمة وذلك حسب ما تصریح به طبية الأمراض المعدية مثلا: «والو مش مليحة تعسفية، لا يقدرروا الطبيب ولا غيره، الطب آخر شيء، مش قايمين بيه، الطبيب مش مقيم، الشعبي ما يخلصش مليح».
- ومنهم من يرى بأن يجب تعديلها على حد قول الطبيب العام: «لازمها تعديل، لأنها صرات تطورات في العلاج والمستشفيات، في أغلب القوانين ضد الطبيب، مزيه الشعب مش عارف القانون كون هكاك شرشحونا في المحاكم».
- ومنهم من يجهلها أصلا كما ترى على سبيل المثال الطبية العامة 1 التي تصرح: «ما عنديش اطلاع عليها».
- ومنهم أيضا من يصفها بالغموض وذلك حسب كلام طبيب الأورام الذي يقول: «غامضة، ما تعطيش حق الطبيب كما ينبغي، أغلب القرائن لا تطبق، لا حماية للطبيب».
- وبخلاف البقية يرى طبيب الأطفال بأن: «عموما المنظومة حسنة هناك نقائص قانون».

ب/ التأويل السوسيولوجي :

تختلف نظرة الأطباء إلى مجموعة القوانين التي تنظم وتسير المهنة الطبية بين من يصفها بالسلبية وهم الأكثرية، غير أن هناك من يرى بأنه يجب تعديلها، فيما يجد آخرون بأنها غامضة، ويجهلها عدد آخر منهم، هذا ونادرا ما يجدها الأطباء حسنة. وما يبرر وجهات النظر هذه ثغرات الممارسة التي يقع فيها الأطباء من خلال الأمثلة التي سردتها أفراد العينة.

9. لو تعرض زميل لكم من الأطباء للظلم كيف تتصرف؟

أ/ القراءة:

- تتشابه مواقف الأطباء حيال الظلم، إذ نورد بعض التصريحات:
- ترى مختصة التشريح: «نوقفوا مع الحق، نتناقشوا نحاولوا نلقاوا الحل، قادر يكون هو ظالم كزملاء بيناتنا تتاق، نحاولوا نساعدوا بعض وكى تكون أمور بسيطة نريقلوها مع بعض، لم يحدث موقف صعب أصلا».
- ويضيف جراح الوجه والفك: «ندافع عليهم ، خاصة البنات، نساند زميل مظلوم حتى ممر، ساعات يجيبها لروحه، نكتبوا تقارير وأكثرية على نقص الوسائل والأمن».
- وعن مصادر الظلم يتحدث جراح الأطفال: «نكونوا معه حسب حالات الظلم، أحيانا يكون من المريض أو مرافقيه أو الزملاء أو الإدارة، تعرف السبب وتوقف معه، تختلف الطريقة حسب مصدر

الظلم، نتكلم مع الأمن مثلا مع مرافقي المريض، لا يوجد ظلم كبير أشياء خفيفة، غالبا لا نقدر نخرج عن

القانون تقرير إمضاء للجماعة، أو التكلم مباشرة مع الإدارة أو المدير».

- أما عن طرق المساندة فتتمثل حسب رأي الطيبة الشرعية في : «نوقف معه حسب المواد

القانونية: احتجاج نقابة هناك تقرير به إمضاء الأطباء في حال مظلوم فقط».

- ويقول أيضا في ذات السياق الطبيب العام متحدثا: «نوقف معه بكل الطرق المتاحة بالإضراب

بالضرب».

ب/ التأويل السوسولوجي :

قد يتعرض الأطباء خلال مزاولتهم لمهنتهم أحيانا للظلم إما من طرف المريض نفسه أو أهله أو الإدارة

أو حتى الزملاء، غير أن الأطباء غالبا ما يساند بعضهم البعض وذلك إما شفويا بالحوار أو بالتقارير

الكتابية أو الاحتجاج. و يتضح لنا أن هذا الوضع قد أصبح من ضمن استعدادات الأطباء التي أكسبتها

لهم الممارسة وبدورها الاستعدادات تمكنهم من التعامل مع مواقف الظلم هذه.

2- مناقشة بيانات التساؤل الثاني: كيف تساهم المعلومات التي يمتلكها الطبيب في ممارسته

لمهنته؟

10. كيف تقيم مسارك الجامعي؟

أ/ القراءة:

- زاول الأطباء المبحوثون كلهم دراستهم بين الجزائر والبلدية - مع وجود استثنائين اثنين فقط- كما هو حال أغلب الأطباء بهذا المستشفى أما بالنسبة لدراسة الطب العام فتستغرق سبع سنوات فيما تتطلب دراسة التخصص خمس سنوات بعد إجراء امتحان للالتحاق بالتخصص، وعن الصعوبات التي واجهها المبحوثون والمسار الدراسي فهي متنوعة فمنهم من يقولون:
 - قلة التنظيم في رأي الطبيب العام يقول: «دخلنا في 98 كل شيء غير منظم كانت تغييرات بين النظام القديم للنظام الجديد...».
 - وأيضا نقص المرافق والخدمات كالإطعام كما تقول مثلا الطبيبة العامة2: «عندما كنت في بلدية لا يوجد دوش». والنقل كما يراه طبيب الأمراض العقلية: «... النقل في الجزائر من مستشفى إلى مستشفى خمسين كيلو، تتعامل مع نوعية من المدمنين، والمساجين».
 - بالإضافة إلى الجهوية كما قالت الطبيبة العامة1.

- والضغوط أيضا كما هو الحال في تصريح الجراح العام الذي قال: «نتأخر نخرج في جويلية ... مشكل التكوين عدد الأطباء لا يتناغم مع عدد المصالح، المصالح قليلة والأطباء أكثر نوعية التكوين تنقص».
- وبالنسبة للتطبيقي والنظري فهناك من يعجبه وهناك من ينتقصه مثلا طبيب الأورام يرى: «قرية سبع سنوات طب ثم عملت طبيب عام أربعة شهور شفت مهنة الطب العام ما عندها حتى قيمة في الجزائر في النهار تشوف مئة وثلاثين مريضا قررت ندخل تخصص أربع سنوات قراية بزاف في النظري، قلة التطبيق لا يوجد توازن مفروض العكس».
- وعلى النقيض من ذلك ترى الطبيبة العامة 2: «هناك صعوبة في الامتحانات، براتيك جيد، نظري هايل».
- كما يعاني بعض الطلبة من مشكل الإقامة كما هو الحال عند الجراح العام الذي يقول: كرينا خمس سنوات شخصا لم أجد مشكل، لكن كاين مشكل نحن الرجال ما يكرولناش».
- في حين لا تشكل للبعض الآخر مشكلا، الذين كانوا يسكنون في العاصمة كما هو الحال عند مختصة الأمراض المعدية مثلا.

- أما عن المراجع فيتحدث الطبيب الداخلي قائلاً: «... نجحت في 2004/2003 كانت المراجع مفقودة، غالبية، أنت ناقصة ليس مثل الآن مكتبات جامعية غالبية نشروا كتب مطبوعة من 2011 حتى الآن زادت أنت صعوبة في المعلومة ونوعيتها».
- ومشكل آخر يرتبط برئيس المصلحة، إذ يصرح جراح الأطفال: «بالنسبة للدراسة في الجزائر كلها التكوين يعتمد الواحد أكثرية على نفسه كإين مراجع لكن التطبيقي حسب الموديل والمستشفى، هناك تربصات لا بأس وهناك دراسات ناقصة، حسب رئيس المصلحة، صعوبات كثيرة تسكنون خارج العاصمة ظروف قاسية صعبة من ناحية اللغة تقرا بالعربية المراحل الأولى، ثم تدخل بلغة جديدة، 13 أو 14 سنة بعيد عن الأهل إمكانيات مادية مصالح بعيدة عن السكن، صعوبات شخصية».
- وبالنسبة للمنحة فأغلب الأطباء إن لم يكونوا جميعاً استفادوا من منحة تعادل منحة الطالب في باقي التخصصات مع عدم استفادة بعضهم أصلاً بسبب ضرائب تجاه الوالد كما هو الحال لدى طبيب الأورام، والطبيب العام الذي يقول: «... استفدت عام فقط، بسبب الأب فتح سجل تجاري عام ونسي لم يغلقه».
- وعن التربصات يرى طبيب الجهاز الهضمي والكبد أنه: «... البعثات للخارج لا يوجد...».
- إضافة لصعوبات أخرى على غرار البعد عن الأهل ونقص التهيئة في المستشفى، حيث تقول طبيبة الدم: «التكوين غير كاف لأنه مجال واسع دائماً فيه جديد صعوبات في البداية كان التطبيقي

ناقص شوي، والعدد كبيرا والمصالح غير مهياة مثلا في المناوبة الليلية تباتي على كرسي أو طاولة تتعب».

- كما يضيف مختص جراحة الوجه والفك: «... نقص الوسائل، نقص الأمن...».

- وتصرح أيضا طبيبة التشريح: «... كايين أساتذة عندهم عقلية صعبة، مصدر ألم ومعاناة ما نتمناش نرجع ليها...».

ب/ التأويل السوسيولوجي :

لقد زاول أغلب الأطباء المبحوثون دراستهم بين الجزائر والبليدة كما هو حال أغلب الأطباء بهذا المستشفى. أما بالنسبة لدراسة الطب العام فتستغرق سبع سنوات فيما تتطلب دراسة التخصص خمس سنوات بعد إجراء امتحان للالتحاق بالتخصص، وعن الصعوبات التي واجهها المبحوثون والمسار الدراسي فهي متنوعة تتمثل في:

- قلة التنظيم.
- نقص المرافق والخدمات كالإطعام.
- بالإضافة إلى الجهوية في التعامل وصعوبة التعامل مع بعض الأساتذة.
- والضغط في الدروس والوقت أيضا.
- وبالنسبة للتطبيقي والنظري فهناك من يعجبه وهناك من ينتقصه.

- كما يعاني بعض الطلبة من مشكل الإقامة فيما لا يكون كذلك لدى البعض الآخر منهم.
 - ومشكل آخر يرتبط برئيس المصلحة ومدى حرصه على تعليم الطالب وإرشاده.
 - صعوبة التنقل إلى المستشفى أثناء فترة التكوين.
 - لغة الدراسة كانت مختلفة عن السابق ومتخصصة.
 - وبالنسبة للمنحة فأغلب الأطباء إن لم يكونوا جميعا استفادوا من منحة تعادل منحة الطالب في باقي التخصصات مع عدم استفادة بعضهم أصلا.
 - انعدام الترتيبات وصعوبة الحصول على بعض المراجع.
 - إضافة لصعوبات أخرى على غرار البعد عن الأهل ونقص التهيئة في المستشفى.
11. ما مصادر المعلومات المعتمدة من طرفكم في مزاولة المهنة والتحسين المستمر (منتديات- خرجات ميدانية- اجتماعات- نقاشات- دوريات- تربصات...) مع بعض التوضيح.

أ/ القراءة:

- تختلف المصادر التي يعتمد عليها الطبيب في مزاولة المهنة والتحسين المستمر فنجد منها الكتب والمجلات والدوريات وكذا المطالعة الالكترونية، وفي هذا يصرح الأطباء:
- مختص الطب الداخلي: «عندك الرصيد المعرفي، الدورات التكوينية 50% ب 50% بين الدولة والطبيب، المؤتمرات الطبية عندي هنا زملائي في التخصص نتناقشوا برا».

- ويقول طبيب الأمراض العقلية: «كتب، أنترنات مجلة تصدر عن جمعية أطباء الأمراض العقلية كل ست شهور».
- كما تضيف جراحة الأعصاب: «منخرطة في مكتب omc نخلص عليها وتصلني أحدث الدراسات».
- ويرى أيضا مختص الجراحة العامة أن: «الجزائر لا يوجد دراسات، تجارب قلال، كل شيء من الخارج الطب كل شيء من السيريست»
- وعلى سبيل المثال تقول الطبيبة العامة2: «نقرا كتب فرنسية درسنا بهم في الجزائر وأتابع مجلة Africain».
- ويضيف أيضا جراح الوجه والفك: «أتابع المجلة الطبية الجزائرية، والتكوين الطبي المستمر، وأيضا صفحة جراحة الوجه والفك».
- وتزودنا أيضا الطبيبة الشرعية ببعض المراجع في تصريحها: «الكتب، مؤتمرات ندوات: médecine légale clinique».
- ويقول كذلك طبيب الأطفال: «المجلات الطبية، الكتب، التريصات، المؤتمرات الطبية مثلا مجلة: pediatries in review».

- هذا ويقول طبيب الأورام: «المصادر خارجية: أوروبية أمريكية أغلب المصادر في أوروبا (روسيا) وأمريكا أتبعهم بطريقة العلاج حسب القوانين العالمية أتابع وين راه الطب متطور».

ب/ التأويل السوسيولوجي :

تختلف المصادر التي يعتمد عليها الطبيب في مزولة المهنة والتحسين المستمر فنجد منها الكتب والمجلات والدوريات وكذا المطالعة الالكترونية وتبقى فاعلية هذه المواد هي التي تقوم بال جذب نحوها وبالتالي الزيادة في رأسمال الطبيب الثقافي وبذلك تميزه.

12. خارج أوقات العمل ما هي الأنشطة التي تمارسها ذات علاقة بمهنتكم (مطالعة متخصصة

نقاشات مساعدة زميل ...؟

أ/ القراءة:

- هناك بعض الأنشطة التي يقوم بها الأطباء و التي ترتبط بنشاطهم المهني، ومنها:
- يقول طبيب الجهاز الهضمي: «مطالعة، زيارة زميل وأساعده لأتعلم منه».
- ويضيف طبيب الأطفال: «المهن أخذت كل وقتي، التكوين المستمر شخصي، التدريس في شبه الطبي والحملات التحسيسية مثلا بوحمرن».
- وتصرح الطبيبة العام2: «أدرس كي أدخل التخصص مزال الترتيب لم يوصلني لتخصص جيد».
- يرى أيضا طبيب العظام: «مطالعة متخصصة، كل مريض تطالع له».

- وعلى طرف نقيض هناك من لا يمارس أي نشاط ذو علاقة إذ تقول مثلا الطبية الشرعية: «لا يوجد، أطلع روايات».

- كما تصرح طبية الأمراض الصدرية: «نرقد نرتاح، لا يبقى لي أي جهد ثمان ساعات عمل».

- وتضيف كذلك طبية الأمراض المعدية: «لدي التزامات أسرية، ندرس بناتي».

ب/ التأويل السوسيوولوجي:

من خلال إيرادنا لآراء الأطباء حول الأنشطة التي يمارسونها خارج دوامهم نستخلص بأن هناك بعض النشاطات والتي تعتبر قليلة تتمثل في:

- المطالعة المتخصصة.
- مساعدة زميل.
- خرجات ميدانية أو حملات تحسيسية.
- تدريس الممرضين.
- نقاشات مع الزملاء وغيرهم.

كما أن هناك أسباب تدفع الأطباء للقيام بهذه الأنشطة و هي:

- التحسين المستمر.
- متابعة حالات المرضى.

• توعية المواطنين.

• إجراء امتحان الالتحاق بالتخصص.

• زيادة الخبرة خاصة العملية بمساعدة الزملاء.

بالمقابل هناك أسباب أخرى تكبح الأطباء عن القيام بها، ومنها:

أغلب من لا يمارس أنشطة هن من جنس الإناث وذلك لاعتبارات وهي طبيعتهن التي تمتاز بالضعف

إضافة لالتزامات أخرى أسرية.

علاوة على ذلك الحجم الساعي الذي يبقيه الطبيب في العمل يتسبب في تعب.

13. عندما يحدث خلاف للرأي مع زميلك حول حالة مرضية معينة كيف تتصرف؟ ممكن مثال؟

أ/ القراءة:

• تختلف آراء الأطباء حول هذه الحالة فهناك من يرى بالرجوع للحجة والإقناع ومن بينهم:

- يقول الطبيب الداخلي: «الطب ليس برياضيات، في أبسط الأشياء الاحترام واجب، على كل

طبيب تقديم الأدلة، بالنظر لحالة المريض، مثلا الحالة معقدة لازم Cou logue اجتماع لعدة

تخصصات، إذا كانت حاجة تنتظر نرجع للنس أو الكتب، إذا واحد اقتنع برأي الآخر يعد في فائدة

المريض».

- وفي هذا تضرب لنا جراحة الأعصاب مثالا: «بالأدلة، مثلا حالة تتطلب جراحة أم لا، حالة بيني وبين زميل في نفس التخصص في طريقة الجراحة من الأمام أو الخلف ترجع لنوعية التكوين الذي تلقيناه وطريقة التعامل مع الحالة وكل منا يقدم أدلة».
- كما يوضح لنا أيضا طبيب الأورام في هذا الصدد: «مثلا طبيب قال مرض في المعدة وأنا قلت في المصران نعملوا تحاليل معمقة، نعرضه في اجتماع أين يوجد الخبراء في العاصمة، وتوجد أمراض نداووه تقريبا ما نلقاوش المرض».
- وهناك من ينفي حدوث مثل هذه الحالات كما هو الحال عند كل من الطبيب العام وطبيبة الأمراض الصدرية وطبيب الأمراض العقلية وكذا اختصاصية الأمراض المعدية وفي هذا الصدد نورد بعض الآراء، منها:
- تقول طبيبة الأمراض الصدرية: «لا يوجد في اختصاصنا مع زميلي كيف كيف، وكل واحد يقنع الآخر».
- مختص جراحة الوجه والفك قائلا: «ما عنديش أنا وحدي».
- ويوجد حلول أخرى من ضمنها حسب رأي الطبيبة العامة 1: «نلجأ لمختص».
- وترى الطبيبة الشرعية الحل في: «اللجوء لطرف ثالث أو التعمق».

- يصرح طبيب العظام: «لم تحدث أبدا، وغل بالإقناع وإلا برأي أكثر خبرة، لأنك لا تقدر تتصرف إلا إذا متأكد».

- ويقول أيضا جراح الأطفال: «الزميل المستشار يقترح الحل، يبقى الاختلاف والاختيار لولي الطفل، وقليل ما تحدث».

ب/ التأويل السوسيولوجي :

تتنوع تمثيلات الأطباء عندما يحدث خلاف للرأي للطبيب مع زميله حول حالة مرضية معينة فإن فهناك من يرى بالرجوع للحجة والإقناع، ويوجد حلول أخرى من ضمنها اللجوء إلى مختص أو طرف ثالث، وإن كانت الأغلبية تنفي حدوث مثل هذه الحالات أساسا.

14. عندما تختلف آراء الطبيب المعالج وآراء الزملاء المستشارين. كيف تتصرفون؟

أ/ القراءة:

- يتفق الأطباء أن الأمر يرجع في النهاية لاختيار المريض إذ يرى مثلا الجراح العام بأنه: نترك المريض يختار الكلمة ترجع ليه، كل واحد يمد رأيه ، المريض هو الصح جسمه هو، نطرح عليه وش لازم يدير كاين حالات قليلة فيها اختلاف، هناك دراسات نرجع إليهم يعطونا وش لازم نديروا ويخرجوا بنتائج حسب درجة التأكد A B C .

- والأغلبية تنفي وجود هذه الحالات كما هو الحال عند مختصة الأمراض المعدية، طبيب الأمراض العقلية، جراح الوجه والفك والطبيب العام والسبب في ذلك غالبا لأن المختص واحد أو قلة ولا غيره.
- بينما تقول الطيبة العامة2: نأخذ رأي الطبيب المستشار عندما يقنعني لأنني أنا في الواجهة.
- وفيما ترى الطيبة العامة1: نلجأ لمختص.
- كما يصرح أيضا طبيب الأطفال: نقاش طبي بالأدلة وغالبا لا توجد اختلافات كثيرة.

ب/ التأويل السوسيولوجي:

كما أنه عندما تختلف آراء الطبيب المعالج وآراء الزملاء المستشارين فإن الأطباء يتفقون أن الأمر يرجع في النهاية لاختيار المريض، وإن كان يندر حدوث مثل هذه الحالات لعدم وجود اختصاصيين كثر يلجأ إليهم المريض.

15. ما هي الوسائل التي تستعملونها لتوضيح أو تثقيف المريض حول مرضه؟

أ/ القراءة:

- يلجأ الأطباء للعديد من الوسائل وإن كانت الأغلبية تعتمد على الطريقة المباشرة حيث يصرح كل

من:

- جراح الوجه والفك قائلا: «بطريقة مباشرة بسيطة، ها هو ما يجب فعله وفي حال قمت به ما هي

المضاعفات وفي عدم القيام به أيضا ما هي المضاعفات».

- كما ترى طبيبة الأمراض الصدرية: «نستعمل كل شيء أحيانا ورقة وقلم، كل حسب فهمه ومستواه».

- وتقول أيضا طبيبة المفاصل: «باللغة المفهومة، نتعلم لغة العجائز».

- كما يستعمل الأطباء طرق تتمثل حسب:

- طبيب الجهاز الهضمي في: «الشرح خلال المعاينة باستعمال رسومات مقالات مبسطة في النت،

أو نصائح وإرشادات في الفيديوهات في النت، في العاصمة هناك تجاوب كبير هنا الاستجابة أصعب».

- وكما هو الحال لدى طبيب الأطفال الذي يقول: «حوار مطويات، مواقع النت، حصص جمع

فيها الأولياء الذين لديهم أطفال يعانون من أمراض متشابهة، وشرح طريقة الريحيم».

ب/ التأويل السوسولوجي:

يلجأ الأطباء للعديد من الوسائل للشرح وإن كانت في أهمها الاعتماد على الطريقة المباشرة أو الشرح

خلال المعاينة باستعمال الحوار الرسومات مقالات مبسطة في النت، أو نصائح وإرشادات في الفيديوهات

في الانترنت.

3- مناقشة بيانات التساؤل الثالث: كيف يؤثر مجال عمل الطبيب في ممارسته المهنية؟

16. ما هي التخصصات القريبة من تخصصكم (مع ذكر مثال عن حالة معينة) ما هي التخصصات

المتقاطعة مع تخصصكم (مع ذكر مثال عن حالة معينة)؟

أ/ القراءة:

• يتميز الطب حسب تصريحات المستجوبين بتقاطع وتقارب التخصصات وهذه بعض الأدلة:

- بالنسبة لطبيبة الأمراض الصدرية فنقول: «الأمراض المتقاربة أمراض القلب، جراحة الأمراض

الصدرية والأمراض المعدية أما الأمراض المتقاطعة الطب العام: مكافحة داء السل من الفحص حتى

العلاج».

- بينما يرى الجراح العام بأنه: «الطب العام، الأشعة، الراديو، أطباء الأمعاء والمعدة نخدموا معهم

ياسر تقريبا نخدموا مع كل الاختصاصات والتشريح الباطني يعيروا وش نحينا مثلا في الأمراض الصدرية

يدخلوا معنا نتع تيربولوغ. والمتقاطعة مع جراحة الأطفال، الصدر، الأوعية، المسالك البولية والعظام مثال

في البيديابيتيك».

- ويقول أيضا جراح الوجه والفك: «أمراض الأنف، الأذن والحنجرة، والرأس والعيون أمراض متقاربة

ومتقاطعة مثلا العين الطايحة».

- كما يرى جراح الأطفال أن: «التخصصات القريبة الجراحة العامة، جراحة العظام، طب الأطفال نتعامل معهم يزورهم المريض وهم بدورهم يرسلونه. أما مثلا تشوهات خلقية في الوجه يقدر يروح عند طبيب جراحة الوجه والفك أو عندنا لكن الحالات الصعبة نبعثها عندهم، وأيضا بعض الحالات اللي عندهم الماء في الرأس يعملوا لهم قناة يروح الماء للبطن ونحن نحلوا المشكل الذي في البطن».

ب/ التأويل السوسولوجي:

يحتاج العمل في المستشفى إلى درجة عالية من التخصص. ومن خلال إجابات الأطباء نلاحظ بأن الطب العام يمثل مرحلة أولى في الفحص فيما يواصل بقية الأطباء المتخصصين العلاج وتتقارب التخصصات وتتقاطع بحكم تعقد جسم الإنسان وقرب واتصال الأعضاء والأجهزة ببعضها البعض مما يحول دون احتكارها على تخصص وحيد فتتكاثف وتتعاون التخصصات لعلاجها أو تشترك بعض التخصصات في هذه العملية لمرونة وتسهيل عملية العلاج وكل هذا استدعته ضرورة الممارسة الطبية.

17. هل سبق وأن تدخلتم في حالة خارج تخصصكم، ولماذا (مع ذكر مثال)؟

أ/ القراءة:

- تجيب أغلبية الأطباء بأنهم يتدخلون في اختصاصات أخرى غير اختصاصاتهم ومن بينهم:
 - تحكي لنا جراحة الأعصاب قائلة: «نعم، مريض أرسلته للكوبيين، ثم للبليدة قالك ما نعلمولوش، لدي معلوما واتصلت بأختي طبيبة عيون واتصلت كذلك بطبيبة الوجه والفك جمعت المعلومات وأجريت له العملية ارتاح الحمد لله كانت عينه خارجة».
 - كما تحدثنا مختصة الأمراض المعدية: «عدة حالات خارج التخصص ينادوننا ثم بعد ذلك نجده حساسية، مثلا أمراض جلدية، مثلا عنده حساسية من بعض الأدوية».

- وتضيف أيضا مختصة الإنعاش: «كل التخصصات عندما يكون مشكل يعيطولنا في حال المضاعفات الحيوية، في الإنعاش أما التخدير للعمليات».
- كما تقول طبيبة المفاصل كذلك: «هناك حالات درتها لحد الآن نجحت فيها لا يحميني القانون بعثوها للجزائر وأنا قريت هناك و اعرف بحالتها السل في الفقرات».
- فيما ترى قلة غير ذلك ومن بينهم كذلك:
- قول طبيب العظام: «سابقا كنا نتدخل الشعب الآن يشتكي أصبحنا نخاف».
- كما يصرح طبيب الأطفال: «لا أقدر القانون لا يسمح اللهم الوالد مثلا».

ب/ التأويل السوسيولوجي:

يتميز المستشفى بازواجية السلطة. سلطة الجهاز الإداري وسلطة الجهاز الطبي. التي قد تنشأ عنها مشاكل تنسيقية وعدم الوضوح في أدوار العاملين. وهناك عدة أسباب تدفع بالأطباء للتدخل في علاج حالات خارج تخصصهم نحصرها في:

- الجانب الإنساني بالدرجة الأولى الذي يدفع الطبيب أولا.
- طبيعة الحالة في حد ذاتها التي لا تحتل الانتظار.
- عدم وجود اختصاصي للقيام بالعمل المطلوب.
- بعد المستشفى أو صعوبة الاتصال به.

- من جهة أخرى هناك موانع تجعل الطبيب يحجم عن التدخل نحصيها في:
- الجانب القانون الذي يحد من ذلك.
- التوصل إلى نتيجة غير مضمونه للعلاج أو إمكانية حدوث مضاعفات.
- غموض الحالة المرضية.

وعليه يمكن القول بأن الطبيب يحمل تمثلات تدفعه للتدخل أحيانا لكن محدودية مجاله وإفرازات الممارسة السابقة الذكر قد تحد من ذلك وعليه هناك من أصبح بحكم الممارسة يحمل تمثلات ذات طبيعة سلبية تجعله لا يتدخل.

18. ما هي المعوقات التي تصادفكم في ممارسة مهنتكم؟

أ/ القراءة:

- تتعدد المعوقات التي تعيق عملية مباشرة مهنة الطب ويمكن إجمالها حسب المبحوثين في:
- يحرصها طبيب الأمراض العقلية في: «القدرة الشرائية للمريض، الضمان الاجتماعي لأن هناك أدوية غالية متوفرة لكنها غالية».
- وتقول طبيبة الإنعاش: «تتمثل في الضغط والوسائل».
- كما يضيف مختص العظام قائلا: «آه طويل يلزم يعاد كل نظام الصحة، ترجع قيمة الطبيب.

في موريتانيا مناوبة ليلية واحدة تعادل شهرين هنا في المستشفى».

- كما ترى مختصة الأمراض المعدية بأن: «هناك نقص كبير يأتونا من مدينة الأغواط الجلفة. مثلا مشكل التلقيح قبل قتل عباد الناس أصبحت تخاف، وكما لاحظت مثل آخر مريض من مسعد هناك يوجد دواء ولا يوجد طبيب هنا العكس يوجد طبيب ولا يوجد دواء».
- ويضيف أيضا طبيب الأطفال: «نقص الوسائل، قلة التنظيم، نقص الطاقم الطبي في العدد وشبه الطبي خاصة في الجنوب ما فيها irm الفحص بالرنيم المغناطيسي».
- وتحدثنا كذلك الطبيبة الضرعية بأنه: «بزاف، الطب الشرعي في الجزائر ليس عنده أهمية في الجزائر من طرف الدولة. لا توجد وسائل للعمل شبه منعدمة في حالة التشريح المكان ضيق، عراقيل مع وكيل الجمهورية لأنه لا توجد لغة بيننا».
- ويحكي لنا مختص جراحة الوجه والفك: «مثلا شبه الطبيين هم من يجب أن يقوموا بتنظيف المريض والقيام به، لكن بسبب النقص وأسباب أخرى يوكلون هذا لمرافق المريض».
- وبدورها مختصة التشريح الباطني تعاني من: «نقص الوسائل مفروض كل طبيب لديه حاسوب و ميكروسكوب، نحن حاسوب بين خمسة أشخاص ينتظر الواحد حتى يفرغ».
- ويذكر لنا الطبيب العام معوقات أخرى تتمثل في: «المبنى غير مريح، نقص عمال شبه الطبيين، التجهيزات قديمة، الحماية لا توجد، الإدارة غير مواكبة، الطب تصريف أعمال فقط، عندما تصبح كل مؤسسة تجلب أموالها من نشاطها تصبح فعالة».

- كما يذكر الجراح العام هو الآخر: «يا حسراه. نقص أطباء الإنعاش، نقص معدات العمليات، الأدوية غير متوفرة مثلا أدوية لازم يكونوا موجودين هنا».
- من جهتها مختصة الأمراض الصدرية تعطينا معوقات أخرى تتمثل في: «من اين أبدأ، الشروط لا نقدر نعري المريض البرد، الغبار لا أستطيع فحصه، أنا أجلب أدواتي الخاصة، لا يوجد ممرض يساعدني أعمل كل شيء وحدي».

ب/ التأويل السوسولوجي:

هناك معوقات متنوعة تعرقل عملية مباشرة مهنة الطب ويمكن إجمالها في:

- القدرة الشرائية للمريض، والضمان الاجتماعي.
- تتمثل في الضغط والوسائل ونقص الأدوية.
- قلة التنظيم، نقص الطاقم الطبي في العدد وشبه الطبي خاصة في الجنوب.
- انعدام أو نقص بعض الاختصاصات كالإنعاش مثلا وتوافد المرضى من مدن مجاورة كالأغواط والمدية.
- انعدام التكوينات والتربصات.
- عدم توفر بيئة فيزيقية مناسبة للعلاج.

من خلال ما ورد ذكره وجدنا أن الأطباء في بداية مشوارهم كانوا يحملون تمثلات معينة في أذهانهم غير أن الميدان فرض عليهم أثناء مباشرة العمل التعامل مع ظروف ليست كما كان يتصورها الأطباء كنقص أو غياب الأدوية والوسائل والإمكانيات... إلخ بالتالي ضيقت عليهم المجال مما استدعاهم لابتكار حلول أخرى.

19. ما هي الحالات التي يتم تفضيلكم فيها بالجوء إليكم أولاً ولماذا مع الاستعانة بمثال.

أ/ القراءة:

- تتفق جل إجابات الأطباء المبحوثين أن الحالات التي يتم تفضيل فيها هي الحالات التي تدخل ضمن التخصص بالدرجة الأولى، وفي هذا يقول كل من:
 - مختص الجهاز الهضمي: «يتم التفضيل في أمراض الجهاز الهضمي والكبد، وحتى الطب الداخلي يعملها لكن الفحص بالمنظار هو لب تخصصنا».
 - كما يصرح مختص جراحة الوجه والفك: «الجراحة التجميلية».
 - وترى الطبيبة العامة² بأن التفضيل يكون في: «كل الاستعجالات الطبية والجراحية».
 - وتضيف أيضاً طبيبة الأمراض المعدية بهذا الصدد قائلة: «في فترة الأوبئة يتم تفضيلنا».
 - وكما يوضح أيضاً مختص الأمراض العقلية: «التفضيل في حالات انفصام الشخصية».

ب/ التأويل السوسيولوجي:

تعطى الأولوية للطبيب الذي يدخل المرض في مجال تخصصه لعلاج المريض، حيث تتم الممارسة وفقاً لمجال التخصص.

20. كيف تصف علاقات عملك مع الإدارة؟

• تختلف طبيعة العلاقات بين الأطباء والإدارة وإن كان الأطباء لا يحبون الخوض كثيرا في هذا الجانب ويكتفون بإعطاء وصف مختصر، حتى أن بعضهم يتحاشى الإجابة عن هذا السؤال، حيث لا نجد من يصفها بالاجابية وذلك فقط عند طبيب الأطفال الذي ينعته ب: «مقبولة هناك احترام متبادل هناك صعود ونزول...».

- وهناك من يراها سلبية مثلا طبيب الأورام في وصفه: «لا اله الا الله محمد رسول الله، متدنية إلى درجة صفر، لا احترام ولا هم يحزنون، كارثة، ديري عليه جريدة».

- وبين هذا وذاك يصفها الطبيب العام بأنها: «علاقات عادية».

- وفي نفس السياق ينعته جراح الوجه والفك ب: «عادية علاقة مصالح، يحبوا يفوتوا المرضى بطريقتهم».

- وكذلك يراها آخرون غير مستقرة وذلك في قول:

- طبيب الأمراض العقلية: «مضطربة».

- كما تصفها مختصة الأمراض المعدية ب: «مد وجزر».

- وأيضا من الأطباء من يرى بأنه لا علاقة بينه وبين الإدارة حيث لا يرتادها إلا نادرا وهذا عند

طبيبة الأمراض الصدرية مثلا التي تقول: «أحاول أن أكمل عملي وأذهب، أتفادي الذهاب لها».

- كما تصرح أيضا الطبيبة العامة 1: «ما عنديش علاقة معهم».

ب/ التأويل السوسولوجي:

يوصف المستشفى بالتعقيد كونه يقوم على ترتيبات تنظيمية معقدة لاختلاف أهداف ومسؤوليات الجماعات المهنية العاملة فيه، الأمر الذي يؤدي لصعوبة التنسيق بينها لتفاوت مستوياتها الثقافية والوظيفية وللحساسية الناتجة عن طبيعة العمل الذي يمس حياة الإنسان. وتتصف العلاقات بين الأطباء الموظفين والإدارة بعدة مواصفات:

- هناك من يراها سلبية: وهذا راجع حسبهم لسوء التسيير وعدم توفير الإمكانيات ومراعاة الجانب الإنساني.
- كما يرى آخرون بأنها عادية.
- ويصفها البعض بالاضطراب: وذلك لأنها قلما توفر المطالب وتستجيب للموظفين.
- فيما تكون العلاقة مع الإدارة ضيقة جدا لدى آخرين: لأن الهدف الأساسي لديهم التطبيق بعيدا عن الإدارة التي لا تسمن ولا تغني من جوع.

21. في حال نقص التجهيزات الكافية والملائمة للعمل كيف تتصرفون؟ مع مثال.

أ/ القراءة:

- هناك مجموعة من الحلول التي يلجأ إليها الأطباء في هذه الحالة نحصرها حسب أقوالهم في:

- تقول مختصة الأمراض الصدرية: «هنا لم تحدث لي. سابقا في الغرب كنا نشروا لهم الأدوات».
- كما يصرح الجراح العام: «تجيب من مستشفى آخر... خاصة الأدوية مشكل وطني».
- ويلجأ أيضا جراح الوجه والفك: «نكتب تقرير ومنتظر الرد، والمريض ترسله لمكان آخر مثلا بسكرة أو الأغواط والجزائر نبعثه بالهاتف».
- كما تقول مختصة الأمراض المعدية: «... نستبدل دواء بدواء حسب الحالة».
- و يصرح أيضا مختص الطب الداخلي قائلا: «... أو المريض نفسه لا يحب الانتظار يذهب للخاص حسب رغبته».

ب/ التأويل السوسيولوجي:

يتميز المستشفى بنظام دقيق فيما يتعلق بالمهن الطبية والخدمات الإدارية وغيرها من أقسام المستشفى التي تتظافر في العمل من أجل تحقيق وإبراز أهدافه. وفي حال نقص التجهيزات الكافية والملائمة للعمل فإن هناك مجموعة من الحلول التي يلجأ إليها الأطباء:

- كتابة تقارير وانتظار الرد.
- الاتصال بمستشفى آخر للعلاج أو لجلب دواء.
- شراء الدواء من طرف المريض نفسه أو الطبيب.
- استبدال دواء بدواء في الحالات الممكنة.

- وفي حالات أخرى فإن المريض ينسحب إلى القطاع الخاص لأنه لا يستطيع الانتظار.

22. في رأيكم ما هو سبب تقدم بعض الدول في الطب مقارنة بالجزائر؟

أ/ القراءة:

- يقدم الأطباء المبحوثون عدة أسباب نورها في الآتي:
 - يرى جراح الوجه والفك السبب في: «عندهم الامكانيات والتسيير الجيد، ما عندهم الفساد الإداري».
 - وتقول مختصة التشريح الباطني: «النزعة البيروقراطية، لا توجد تعقيدات، البحث العملي، لا يوجد عراقيل، التنمية الاقتصادية».
 - كما يقول مختص الأورام: «السبب الوحيد والرئيس يصبح المسؤولين يداووا هنا، الدليل في الخارج الناس يداووا عند جزائريين».
 - و يتهد الطبيب العام قائلا: «سؤال سياسي، منظومة فاسدة لا يوجد إرادة فاسدة».
 - وتضيف أيضا طبيبة الأمراض الصدرية سببا آخر يتمثل حسبها في: «يدعموا الخدام نحن في بلادنا نخدم يكاسوك».
 - وترى كذلك طبيبة المفاصل بأن: «عندهم الوسائل ونحن الأدمغة».

- فيما ترى جراحة الأعصاب السبب في: «الميزانية المخصصة للطب، نحن الميزانية المخصصة للجيش عالية التريصات لا توجد، لا يوجد الوسائل، الآلات في الواقع يكرهوك».
- كما يضيف كذلك مختص الأمراض العقلية: «الإمكانيات، تقدير المهنة».
- وتقول الطبيبة العامة 2 بأنه: «يقروون بنفس اللغة».

ب/ التأويل السوسولوجي:

من خلال اطلاعنا على الأسباب التي قدمها الأطباء، والتي جعلت بعض الدول تتقدم في مجال الطب يمكن أن نجعلها في:

- الإمكانيات المادية والمالية والبشرية والوسائل.
- الاهتمام بالبحث العلمي واعتماد الدراسة بلغة علمية.
- إعطاء قيمة للمريض والطبيب ومن خلالهما للمهنة.
- تخصيص التريصات اللازمة للأطباء
- حسن التسيير وتسهيل الإجراءات الإدارية بعيدا عن البيروقراطية.

4- النتائج العامة للدراسة

لقد زاول أغلب الأطباء المبحوثون دراستهم بين الجزائر والبلية كما هو حال أغلب الأطباء بهذا المستشفى. أما بالنسبة لدراسة الطب العام فتستغرق سبع سنوات فيما تتطلب دراسة التخصص خمس سنوات بعد إجراء امتحان للالتحاق بالتخصص، وعن الصعوبات التي واجهها المبحوثون والمسار الدراسي فهي متنوعة تتمثل في:

- قلة التنظيم.
- نقص المرافق والخدمات كالإطعام.
- بالإضافة إلى الجهوية في التعامل وصعوبة التعامل مع بعض الأساتذة.
- والضغط في الدروس والوقت أيضا.
- وبالنسبة للتطبيقي والنظري فهناك من يعجبه وهناك من ينتقسه.
- كما يعاني بعض الطلبة من مشكل الإقامة فيما لا يكون كذلك لدى البعض الآخر منهم.
- ومشكل آخر يرتبط برئيس المصلحة ومدى حرصه على تعليم الطالب وارشاده.
- صعوبة التنقل إلى المستشفى أثناء فترة التكوين.
- لغة الدراسة كانت مختلفة عن السابق ومتخصصة.

- وبالنسبة للمنحة فأغلب الأطباء إن لم يكونوا جميعا استفادوا من منحة تعادل منحة الطالب في باقي التخصصات مع عدم استفادة بعضهم أصلا.
- انعدام الترقيات وصعوبة الحصول على بعض المراجع.
- إضافة لصعوبات أخرى على غرار البعد عن الأهل ونقص التهيئة في المستشفى.
- وتختلف المصادر التي يعتمد عليها الطبيب في مواولة المهنة والتحسين المستمر فنجد منها الكتب والمجلات والدوريات وكذا المطالعة الالكترونية.
- كما أن هناك بعض الأنشطة التي يقوم بها الأطباء والتي ترتبط بنشاطهم المهني يقومون بها خارج دوامهم والتي تعتبر قليلة تنحصر في:
 - المطالعة المتخصصة.
 - مساعدة زميل.
 - خرجات ميدانية أو حملات تحسيسية.
 - تدريس الممرضين.
 - نقاشات مع الزملاء وغيرهم.
- وهناك أيضا أسباب تدفع الأطباء للقيام بهذه الأنشطة و هي:
 - التحسين المستمر.

• متابعة حالات المرضى.

• توعية المواطنين.

• إجراء امتحان الالتحاق بالتخصص.

• زيادة الخبرة خاصة العملية بمساعدة الزملاء.

- بالمقابل هناك أسباب أخرى تمنع الأطباء عن القيام بها، ومنها:

• أغلب من لا يمارس أنشطة هن من جنس الإناث وذلك لاعتبارات وهي طبيعتهن التي تتأثر

بالتعب إضافة لالتزامات أخرى أسرية.

• علاوة على ذلك الحجم الساعي الذي يبقيه الطبيب في العمل يتسبب في تعب.

- عندما يحدث خلاف للرأي للطبيب مع زميله حول حالة مرضية معينة فإن فهناك من يرى بالرجوع

للحجة والإقناع، ويوجد حلول أخرى من ضمنها اللجوء إلى مختص أو طرف ثالث، وإن كانت الأغلبية

تنفي حدوث مثل هذه الحالات أساساً.

- كما أنه عندما تختلف آراء الطبيب المعالج وآراء الزملاء المستشارين فإن الأطباء يتفقون أن الأمر

يرجع في النهاية لاختيار المريض، وإن كان يندر حدوث مثل هذه الحالات لعدم وجود اختصاصيين كثر

يلجأ إليهم المريض.

- يلجأ الأطباء للعديد من الوسائل وان كانت في أهمها الاعتماد على الطريقة المباشرة أو الشرح خلال المعاينة باستعمال الحوار الرسومات مقالات مبسطة في النت، أو نصائح وإرشادات في الفيديوهات في الانترنت.

وبالرجوع إلى تمثلات الأطباء نجد بأن مفهوم الطب لديهم قد تشكل في مراحل التربية الأولى أو مرحلة التكوين كما هو الحال لدى جميع الأفراد بصفة عامة من خلال الثقافة العامة الشائعة، الذين يرون منذ القدم بأن الطب مهن إنسانية شريفة، نبيلة هدفها المريض وهو المفهوم الشائع لدى الجميع، وفي مرحلة لاحقة أصبح من المكتسبات والاستعدادات التي يتطلبها الاندماج والتكيف في مجال مهنة الطب، لأن التصورات المتعلقة بهذه المهنة هي المفاهيم المشتركة اجتماعيا والتي يستطيع الأطباء بصفة خاصة من خلالها التفاعل مع عالمهم المهني.

ويمكن إعطاء تعريف إجرائي مما سبق طرحه وهو أن الطب مهنة شريفة ونبيلة وإنسانية، تمنح الطبيب مكانة اجتماعية غالبا، كما تهدف بالوصول بالمريض إلى الشفاء من خلال الوقاية والعلاج النفسي والجسدي وتقديم المساعدة وتخفيف الآلام، بدافع الحب والخير.

غير أن الممارسة التطبيقية للطب أفرزت بعض الأفكار السلبية كاعتبار الطب وظيفة كبقية الوظائف، وجعل الهدف منه الأجرة، إضافة لشعور الطبيب بعدم الاحترام وتناقص قيمته.

- وتختلف الإجراءات التي يباشرها الطبيب في عمله باختلاف التخصص غير أن هناك إجراءات عامة متشابهة حيث تتم غالبا المساءلة Interrogatories وتشمل معلومات المريض: الاسم اللقب العمر الأمراض السابقة، الأعراض... ثم المعاينة والتقليب أو ما يسمى بالفحص السريري Exéma Clinique وعليه يتم تشخيص المرض وتقديم العلاج المناسب بالدواء والمتابعة، أو إرساله لطبيب آخر أو مستشفى آخر وهذا حسب الحالة والإمكانات.
- وفي حالات أخرى يتطلب الأمر إجراء فحوصات بيولوجية، والأشعة، الراديو والايكوغرافي... حيث يختلف الأمر لدى الجراحين بصفة عامة لأنهم غالبا يأتون في مرحلة ثانية لإجراء العمليات.
- بينما يتم التركيز على الجانب النفسي من طرف بعض الأخصائيين و هو ما يتطلبه الأمر لدى المرضى بصفة عامة وبعض الفئات كالأزمات الخطيرة أو المسنين مثلا علاوة على ما سبق.
- أما لدى طب الدم وطب الأورام والأمراض العقلية والطب الشرعي فهم أصلا يتعاملون مع حالات خاصة تختلف عن بقية الحالات السابقة حيث يتعامل مختص الأمراض العقلية مع مرضى مزمنين أو يعد شهادة طبية، بينما الطبية الشرعية فيتمثل عملها إما في إثبات شهادات ضرب أو اعتداء أو إثبات النسب أو تحديد العمر أو تشريح الجثث.
- فيما يتمثل الإجراءات الأصعب والأكثر حساسية لدى مختص الأورام علاوة على الخطوات السابقة في إخبار المريض بمرضه (يتعامل مع مرضى السرطان).

في حين تتعامل مختصة الإنعاش إما مع العمليات العادية وهذا بعد إعطاء الموافقة بإجراء العملية أو العمليات المستعجلة، أو الحالات التي تحدث فيها مضاعفات في بقية المصالح أو حسب ما تقوله عندما تتلف لهم .

أما لدى مختصي التشريح فالأمر يختلف تماما عن كل الاختصاصات إذ يتم التعامل مع العينات.

- كما أن هناك طرق مختلفة يلجأ إليها الأطباء عند ظهور حالات جديدة تتمثل في:

- سؤال المختصين أو اللجوء للزملاء.
 - الرجوع للمراجع أو مراجعة دروس سابقة.
 - تقديم الأدلة بالنظر لحالة المريض والحالة المعقدة تتطلب اجتماع عدة تخصصات.
 - إرسال المريض لمستشفى أكثر اختصاص وإمكانيات.
 - تغيير الدواء أو العلاج في حال عدم الاستجابة.
 - يمر المريض المخطر أولا إلى الاستعجالات لإزالة الخطر ثم يذهب إلى الجراحة أو العلاج العادي.
- كما يمكن تحديد حالات الخطر تقريبا في:
- الإغماء.
 - توقف التنفس.
 - توقف نبضات القلب.

- نزيف داخلي أو خارجي.
 - ارتفاع الضغط أو السكري أو العكس.
 - ارتفاع درجة الحمى، والسعلة الشديدة.
 - ميكروب أو مرض معد وخطير كما هو الحال لدى تخصص الأمراض المعدية.
 - وأخيرا مضاعفات التخدير أو ما بعد العملية.
- وقد يتعرض المرضى لمعاملات غير إنسانية قاسية غالبا من طرف الأهل وفي حالات أخرى من طرف الطاقم الطبي و الممرضين، إضافة إلى نوع آخر من المعاملة السيئة يمثلها القانون في نظام العمل الذي لا يوفر علاجاً في بعض الأوقات كالليل لبعض المرضى أو يمنع علاج بعض الأمراض خارجة عن النطاق... أو لا يوفر أدوية ضرورية في العلاج.
- إضافة إلى ذلك تبرز إدلاءات الأطباء أن حياتهم المهنية مليئة بالمواقف، فإن لم تكن كذلك فهي أحيانا لأنهم يتعاملون مع المرضى الشعب والإدارة...، غير أنهم يجمعون بأن المريض يبقى مريض مهما كان الحال، كما تبين تصريحاتهم بأن هذه المواقف هناك من تغير في عقليته وهناك من لا تؤثر.
- كما يمكن القول بأن اختيار مهنة الطب حسب الأطباء يتم على أسس وهي:
- رغبة وطموح ذاتي منذ الصغر.

- التأثير بالمحيط الأسري والخارجي.
 - رغبة أحد الوالدين أو كلاهما أو الأسرة.
 - المعدل الجيد يسمح لصاحبه باختيار هذه الدراسة ويفتح له الأفق.
- وتختلف نظرة الأطباء إلى مجموعة القوانين التي تنظم وتسير المهنة الطبية بين من يصفها بالسلبية وهم الأكثرية، غير أن هناك من يرى بأنه يجب تعديلها، فيما يجد آخرون بأنها غامضة، ويجهلها عدد آخر منهم، هذا ونادرا ما يجدها الأطباء حسنة.
- من جهة أخرى قد يتعرض الأطباء خلال مزاولتهم لمهنتهم أحيانا للظلم إما من طرف المريض نفسه أو أهله أو الإدارة أو حتى الزملاء، غير أن الأطباء غالبا ما يساند بعضهم البعض وذلك إما شفهيًا بالحوار أو بالتقارير الكتابية أو الاحتجاج.
- كما نلاحظ من خلال حوارات الأطباء بأن الطب العام يمثل محطة أولى في العلاج تقتصر على الفحص يمر بها المريض فيما يواصل بقية الأطباء العلاج وتتقارب التخصصات وتتقاطع بحكم تعقد جسم الإنسان وقرب واتصال الأعضاء والأجهزة ببعضها البعض مما يحول دون احتكارها على تخصص وحيد فتتكاثف التخصصات لعلاجها أو تشترك بعض التخصصات في هذه العملية لمرونة وتسهيل عملية العلاج. هذا ويتم تفضيل الأطباء في الحالات التي تتعلق بتخصصهم فتكون الأولوية لصاحب التخصص فالأقرب.

- و يتدخل الأطباء في أغلب الحالات لعدة أسباب تدفع بهم لذلك، وهي:

• الجانب الإنساني الذي يدفع الطبيب أولاً.

• طبيعة الحالة في حد التي لا تحتمل الانتظار.

• عدم وجود اختصاصي للقيام بالعمل المطلوب.

• بعد المستشفى أو صعوبة الاتصال به.

- من جهة أخرى هناك موانع تجعل الطبيب يحجم عن التدخل نحصيها في:

• الجانب القانون الذي يحد من ذلك.

• التوصل إلى نتيجة غير مضمونه للعلاج أو إمكانية حدوث مضاعفات.

• غموض الحالة المرضية.

- وتتعدد المعوقات التي تعيق عملية مباشرة مهنة الطب ويمكن إجمالها في:

• القدرة الشرائية للمريض، والضمان الاجتماعي.

• تتمثل في الضغط والوسائل ونقص الأدوية.

• قلة التنظيم، نقص الطاقم الطبي في العدد وشبه الطبي خاصة في الجنوب.

• انعدام أو نقص بعض الاختصاصات كالإنعاش مثلاً وتوافد المرضى من مدن مجاورة كالأغواط

والمديه.

• انعدام التكوينات والتربصات.

• عدم توفر بيئة فيزيقية مناسبة للعلاج.

- كما تتصف العلاقات بين الأطباء الموظفين والإدارة بعدة مواصفات:

• هناك من يراها سلبية: وهذا راجع حسبهم لسوء التسيير وعدم توفير الإمكانيات ومراعاة الجانب

الإنساني.

• كما يرى آخرون بأنها عادية.

• ويصفها البعض بالاضطراب: وذلك لأنها قلما توفر المطالب وتستجيب للموظفين.

• فيما تكون العلاقة مع الإدارة ضيقة جدا لدى آخرين: لأنهم يتفادونها ويكتفون بالهدف الأساسي لديهم

التطبيب بعيدا عن الإدارة التي لا تسمن ولا تغني من جوع.

- وفي حال نقص التجهيزات الكافية والملائمة للعمل فإن هناك مجموعة من الحلول التي يلجأ إليها

الأطباء:

• كتابة تقارير وانتظار الرد.

• الاتصال بمستشفى آخر للعلاج أو لجلب دواء.

• شراء الدواء من طرف المريض نفسه أو الطبيب.

- استبدال دواء بدواء في الحالات الممكنة.
 - وفي حالات أخرى فإن المريض ينسحب إلى القطاع الخاص لأنه لا يستطيع الانتظار.
- وأخيرا يقدم الأطباء جملة من الأسباب تمثل في نظرهم دافعا لتقدم بعض الدول في الطب مقارنة

بالجزائر:

- الإمكانيات المادية والمالية والبشرية والوسائل.
- الاهتمام بالبحث العلمي واعتماد الدراسة بلغة علمية.
- إعطاء قيمة للمريض والطبيب ومن خلالهما للمهنة.
- تخصيص الترتيبات اللازمة للأطباء.
- حسن التسيير وتسهيل الإجراءات الإدارية بعيدا عن البيروقراطية.

الخاتمة

تعتبر المشكلات المرتبطة بمهنة الطب متعددة ولذلك تشغل دراسة التنظيمات الطبية وما يتعلق بها من مواضيع مكانا بارزا في دراسات التنظيم نظرا للعلاقات التي تترتب عنه وللسلطة المعنوية الكبيرة التي يحوزها الطب.

ولعل أهمها الممارسات الاجتماعية الأخلاقية الطبية التي تعبر عن مجموعة الأفعال التي يقوم بها الأطباء أثناء تأديتهم لعملهم -استعملت هنا مصطلح العمل بدل المهنة باعتبار الطبيب مهني وموظف في نفس الوقت متعدد الالتزامات المعنوية والوظيفية- وذلك بالرجوع للتمثلات التي يحملونها فيما يعبر عنه بورديو بالهابيتوس المتمثل في مجموعة الأفكار، القيم، المعتقدات، العادات، التقاليد، الرموز... والمكتسبات التي تلقاها أثناء عملية التنشئة الاجتماعية المتقدمة والمتأخرة، والتي تتغير بدورها وتعيد التشكيل أو البناء بتغير الممارسة أو اكتساب ممارسات جديدة. وهو ما سعت الدراسة الحالية لاستكشافه حيث عملت على توضيح لأهم التصورات المتعلقة بهذه المهنة باعتبارها مفاهيم مشتركة اجتماعيا والتي يستطيع الأطباء بصفة خاصة من خلالها التفاعل مع عالمهم المهني وبالتالي يمكن عن طريقها فهم وتبرير الممارسات التي يقومون بها.

لأنه لا توجد علاقات اجتماعية إلا وتوظف مجموعة من التمثلات، حيث تعتبر هذه الأخيرة مهمة جدا في محيط العمل إذ من خلالها يمكن معرفة الصورة أو الانطباع الذي يحمله الطبيب حول مهنته وهنا تكمن أهمية موضوع البحث في التعرف على الديناميكية التي تتفاعل فيها التمثلات والممارسة لديه. ويمكن التعبير عن أهم النتائج التي توصل إليها البحث في نقطتين:

في بداية مشوارهم الدراسي الذي يتطلب سنوات عديدة يواجه الأطباء صعوبات جمة تتنوع بين ما هو تنظيمي يرتبط بالإقامة النقل الإطعام حجرة الدراسة النظرية والتطبيقية، ومنها ما يتعلق بالدراسة كالأستاذة طبيعة الدروس وحجمها ومصادر المعلومات لغتها، وأخرى مادية ترجع للمصاريف والحصول على مصادر معلومات...إلخ. كل هذه المعطيات تبني تصورات الأطباء الطلبة ومن خلالها ممارسات مبدئية. يدخل بها الطبيب الموظف المستشفى العمومي لتضاف لها مستقبلا مجموعة أخرى من العوامل خلال مسارهم المهني والتي تساهم هي الأخرى في تشكيل تمثلاتهم بالتالي ممارساتهم وتبقى في ديناميكية وتفاعل مستمرين. ويمكن حصرها في عوامل إدارية تمثل غالبا اكراهات تحد أفعال الممارسين تفرضها طبيعة التنظيمات كالهراكية وأخرى قانونية يعتبرها الأطباء كذلك محددات أكثر مما هي إطار يحمي ممارسات الطبيب.

علاوة على عوامل اجتماعية تعود للشعب مثل ثقافتهم وبيئتهم مازالت هي الأخرى إحدى محددات الممارسة الاجتماعية التي تضيق حرية العمل حسب وجهة نظر المبحوثين.

ومن خلال هذه الاستنتاجات يمكن صياغة الفرضية الموالية:

تعمل تمثلات الطبيب لأخلاقيات المهنة على بناء ممارساته بشكل يتأثر بمحددات البيئة التنظيمية وهذه الممارسات تولد بدورها تمثلات أخرى.

وعليه تفتح هذه الدراسة أبواباً أخرى للبحث لا على مستوى التخصص وحسب وإنما على مستويات

أخرى. نورد منها:

- معوقات ممارسة مهنة الطب.
- محددات السلطة التنظيمية للطبيب.
- الالتزام التنظيمي لدى الطبيب.
- وأخيراً الاهتمام بدراسة نظريات الممارسة السوسولوجية.

أولاً: الكتب

1. أحمد، زايد. الأبعاد الاجتماعية لإنتاج واكتساب المعرفة. ط01. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 2009.
2. أحمد، عبد الحليم عطيه. الأخلاق في الفكر العربي المعاصر: دراسة تحليلية للأخلاق الحالية في الوطن العربي. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 1990.
3. إسراء ، جاسم العمران. قانون حمورابي. نسخة إلكترونية.
4. أنتوني، غيدنز. مقدمة نقدية في علم الاجتماع. ط02. ترجمة: أحمد زايد وآخرون. القاهرة: مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، 2006.
5. امحمد، تيغزة. براديجمات البحوث الكمية والكيفية ودلالاتها بالنسبة للبحوث: الوضعية، ما بعد الوضعية، البنائية، النظرية النقدية والبرجماتية. مؤلف جماعي: الأصول والأسس المنهجية في الدراسات النفسية والتربوية. جامعة محمد بوضايف المسيلة، فيفري 2020.
6. ايان كريب، النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، ترجمة: محمد حسين غلوم، عالم المعرفة، الكويت، 1999.

7. أيمن، عبد المجيد و أباهر السقا. دليل ومبادئ عمل تطبيقية حول البحوث الميدانية في الأراضي الفلسطينية المحتلة: تقييم التجربة ورؤية للمستقبل. جامعة بير زيت: مركز دراسات التنمية. فلسطين.
8. بيار، أنصار. العلوم الاجتماعية المعاصرة. ت: نخلة فريفر، ط01. بيروت: المركز الثقافي العربي. 1992.
9. بيترج، نورت هاوس. القيادة الإدارية النظرية والتطبيق. ت: صلاح بن معاد المعيوف. الرياض معهد الإدارة العلمية، 2006.
10. ببير بورديو، الهيمنة الذكورية، ت. سلمان قعفراني، بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2009.
11. ببير بورديو و جان كلود باسرون، إعادة الإنتاج، ت: ماهر تريمش. ط 01. بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2007.
12. ببير بورديو وآخرون، بؤس العالم، الجزء 3، ترجمة: رندة بعث، دمشق: دار كنعان، 2010.
13. ببير بورديو، أسباب عملية: إعادة النظر بالفلسفة. ت: أنور مغيث. ط01. بيروت: دار الأزمنة الحديثة، يناير 1998.
14. ببير، بورديو. أسباب عملية، ت: أنور مغيث، طرابلس: الدار الجماهيرية للطبع والنشر، 1966.
15. جون ليشته، خمسون مفكراً أساسياً من البنيوية إلى ما بعد الحداثة. ت: فاتن البستاني، بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2008.

16. جون، سكوت. علم الاجتماع: المفاهيم الأساسية. ت: محمد عثمان. ط1. بيروت: الشبكة العربية للأبحاث والنشر، 2009.
17. جون، ويليامز. كتاب الأخلاقيات الطبية. ت: محمد الصالح بن عمار. جمعية الطب العالمية، 2005.
18. جيريمي ريفكين، عصر الوصول، ت: صباح صديق الدملوجي. ط1. بيروت: المنظمة العربية للترجمة. سبتمبر 2009 .
19. حسين، عبد الحميد أحمد رشوان. تطور النظم الاجتماعية وأثرها في الفرد والمجتمع. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1993.
20. حسين، عبد الحميد أحمد رشوان. علم الاجتماع الأخلاقي. الإسكندرية: المكتب العربي الحديث، 2002.
21. حفصة، جرادي وسعيد سبعون. الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع. ط2. الجزائر: دار القصة للنشر، 2012.
22. حمد سليمان، المشوخي. تقنيات ومناهج البحث العلمي. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي، 2002.
23. خزعل، الماجدي. بخور الآلهة دراسة في الطب والسحر والأسطورة والدين. ط1. الأردن: الأهلية للنشر والتوزيع، 1998.
24. داود، بن درويش حلس. دليل الباحث في تنظيم وتوضيح البحث العلمي في العلوم السلوكية. غزة: نسخة الكترونية. فلسطين، 2006.

25. راغب، السرجاني. قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية. ط01. القاهرة: مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، 2009.
26. ريمون، بودون و فرانسوا بوريكو. المعجم النقدي لعلم الاجتماع. ت: سليم حداد، ط01. ديوان المطبوعات الجامعية، 1986.
27. سمير، عبد السميع الأودن. مسؤولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعدتهم مدنيا وجزائيا وتأديبيا. الإسكندرية: منشأة المعارف، 2004.
28. شوفالييه وشوفيري، معجم بورديو. ط01. ت: الزهرة إبراهيم. الجزائر: الشركة الجزائرية السورية للنشر والتوزيع، 2013.
29. صالح، سرور. الطب في مصادر طب الإغريق القديمة. دار الحضري للطباعة، 2002.
30. عايد، الوريكات. علم الاجتماع الطبي. ط01. عمان: دار وائل.الأردن، 2011.
31. عبد الرحمان، العيساوي. دراسات في علم النفس الاجتماعي. ط1. بيروت: دار النهضة العربية، 1974.
32. عبد الفتاح، مراد. موسوعة البحث العلمي وإعداد الرسائل. مصر، دس.
33. عبد القادر، عبد الله عرابي. المناهج الكيفية في العلوم الاجتماعية. دمشق: دار الفكر. 2007.
34. عبد الكريم الحوراني، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع. ط1. الأردن: دار مجدلاوي ، 2008.

35. عبد اللطيف، محمد العبد. أخلاق الطبيب: رسالة لأبي بكر محمد بن زكريا الرازي إلى بعض تلامذته.

ط1. القاهرة: دار التراث ، 1977.

36. عبد اللطيف، محمد خليفة. دراسات في علم النفس الاجتماعي. المجلد 2. القاهرة: دار قباء، 2000.

37. عبد الله، عبد الرزاق مسعود السعيد. الطب ورائداته المسلمات. ط1. الأردن: مكتبة المنار، 1980.

38. علي، المكاوي. دراسات في علم الاجتماع الطبي والوطن العربي. طبعة الكترونية من طرف كتب عربية،

1998.

39. غوستاف، لوبون. روح الاجتماع، ت: أحمد فتحي زغلول، القاهرة: كلمات للترجمة والنشر. مصر،

2013.

40. فيليب كابان جون فرانسوا دورتييه، علم الاجتماع: من النظريات الكبرى إلى الشؤون اليومية. ط01. ت:

إياس حسن. دمشق: دار الفرقد، 2010.

41. لاير، برنار. عالم متعدد الأبعاد: تأملات في وحدة العلوم الاجتماعية. ط01. ت: بشير السباعي.

المركز القومي للترجمة، 2015.

42. لمياء، مرتاض. تقنيات البحث الكيفي: المقابلة. الجزائر: دار هومة، 2017.

43. مادلين، غراويتير. مناهج العلوم الاجتماعية. ترجمة عمار سام. ط1. دمشق: المركز العربي للتعريب

والترجمة والتأليف والنشر ، 1993.

44. محمد اسماعيل، قباري. قضايا علم الأخلاق دراسة نقدية من زاوية علم الاجتماع. الاسكندرية: الهيئة

المصرية العامة للكتاب، 1975.

45. محمد المهدي، بن عيسى. علم اجتماع التنظيم: من سوسيولوجيا العمل إلى سوسيولوجيا المؤسسة.

ط10. الجزائر: مطبعة امابلاست، 2010.

46. محمد رضا، الحكيمي. أذكاء الأطباء. د ط. بيروت: مؤسسة الأعلى للمطبوعات، لبنان.

47. محمد عيد، شبير. الأخلاقيات الطبية: الأخلاقيات المتعلقة بمهنة التحاليل الطبية. نسخة الكترونية،

2004.

48. محمد، الجوهري. قراءات معاصرة في نظرية علم الاجتماع. ت: مصطفى خلف عبد الجواد. القاهرة:

مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، 2002.

49. محمد، القبلاوي. المسؤولية الجنائية للطبيب. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي. 2004.

50. محمد، عبد السلام. مناهج البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية. القاهرة: مكتبة نور، 2020،

51. محمد، عبيدات وآخرون. منهجية البحث العلمي : القواعد والمراحل والتطبيقات. ط2. الأردن: دار وائل

للنشر، 1999.

52. مصطفى، خلف عبد الجواد، قراءة معاصرة في نظرية علم الاجتماع. جامعة القاهرة: مطبوعات مركز

البحوث والدراسات الاجتماعية. كلية الآداب. 2002.

53. ممتاز، عبد القادر حيزة. البحث العلمي الطبي وضوابطه الشرعية. ط1. المملكة العربية السعودية، 2005.

54. موفق، علي عبيد. المسؤولية الجزائية للأطباء عن إفساء الأسرار الطبية. ط01. عمان: دار الثقافة.

الأردن، 1998.

55. ميلود، سفاري والطاهر سعود. المدخل إلى المنهجية في علم الاجتماع. قسنطينة: مخبر علم اجتماع

الاتصال، 2007.

56. نجم، عبود نجم. أخلاقيات الإدارة في عالم متغير. المنظمة العربية للتنمية الإدارية. 2000.

57. نجم، عبود نجم. أخلاقيات الإدارة ومسؤولية الأعمال في شركات الأعمال. دط. عمان: دار الوراق للنشر

والتوزيع، 2005.

58. نصيف، فهمي منقريوس وهيام شاكر خليل. عمليات الممارسة المهنية لطريقة العمل مع الجماعات في

إطار نظام الجودة. ط02. الإسكندرية: دار الكتب والوثائق القومية. مصر، 2016.

59. وزارة التعليم العالي جمهورية مصر العربية. دليل أخلاقيات المهنة كلية الطب البيطري، جامعة المنصورة،

وحدة إدارة المشروعات.

60. ويتج، أرنوف. مقدمة في علم النفس. ت: عادل عز الدين الأشول وآخرون. الجزائر: ديوان المطبوعات

الجامعية.

61. يوسف، سلامة وآخرون. مقدمة في مناهج البحث العلمي الاجتماعي، ط01. سوريا: مطبوعات معهد

الجمهورية لمنهجيات البحث العلمي، 2016.

ثانياً: المجلات

62. أحمد، جلول و مومن بكوش الجموعي. "التصورات الاجتماعية" (مدخل نظري). مجلة الدراسات والبحوث

الاجتماعية. جامعة حمه لخضر-الوادي. العدد السادس (أفريل 2014).

63. بشرى، عناد مبارك. "التمثيلات الاجتماعية وعلاقتها بالتوجه نحو السيادة الاجتماعية لدى المنتمين

للأحزاب السياسية". مجلة الفتح. جامعة ديالى. دون بلد. العدد الحادي والخمسون.

64. حسام الدين محمود، فياض. "نظرية التشكيل البنائي لدى أنتوني جينز". مجلة العلوم الإنسانية

والاجتماعية. المجلد4. العدد 7 (30 يوليو2020).

65. سامية، حميدي وعبد المليك حميدي. "الخطوات الأساسية في البحوث الاجتماعية". مجلة علوم الإنسان

والمجتمع. العدد 10(جوان 2014).

66. سليمان، حاج عزام. "الدعوى التأديبية الناشئة عن مخالفة قواعد أخلاقيات الطب". مجلة المفكر. جامعة

محمد خيضر بسكرة. العدد 08 (دت).

67. سليمان، حاج عزام. "دور مبادئ أخلاقيات الطب في حماية حقوق المريض في القانون الجزائري: دراسة تحليلية ومقارنة". مجلة العلوم القانونية والسياسية. المجلد 10. العدد 01 (أفريل 2019)، ص ص 930-945.
68. عبد الرزاق، صالح محمود. "الطب الشعبي في منظور أطباء الطب الحديث". مجلة دراسات موصلية. العدد 18 (تشرين الثاني 2007).
69. وطفة، علي اسعد. "إعادة الإنتاج". مجلة إضافات. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية. العدد الثامن (خريف 2009).
70. عماد، بن صولة. "الأصول والبدايات في السرديات الشفوية". مجلة الثقافة الشعبية. فصيلة علمية متخصصة. العدد 16-2012.
71. فاطمة مساني. "قراءة سوسيولوجية لسلوك و دور المريض". مجلة معارف. العدد (13 ديسمبر 2012). صفحة المقدمة.
72. محمد، المهدي بن عيسى و إيناس بوسحلة. "الدراسات السوسيولوجية في الجزائر بين التحليل الكمي والكمي". مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. العدد 24 جوان 2016.
73. موسى، بدوي. "ما بين الفعل والبناء الاجتماعي: بحث في نظرية الممارسة لدى بيير بورديو". مجلة إضافات. العدد الثامن خريف 2009، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2009.

74. نبيل، حميدشة. "مقابلة في البحث الاجتماعي". مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 8 (جوان 2012).

75. الحاج، عرابة. "ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية". مجلة الباحث. 7 (2009-2010).

جامعة ورقلة.

76. علي، سنوسي. "تقديم مستوى الفعالية التنظيمية في المستشفيات الجزائرية". مجلة اقتصاديات شمال

إفريقيا. جامعة المسيلة. العدد 7.

77. مراد، مولاي الحاج. "العمال الصناعيون في الجزائر: ممارسات وتمثلات. دراسة ميدانية بثلاث مؤسسات

صناعية بمنطقة طرارة". مجلة إنسانيات. 34 (2006)، ص ص 61-73.

ثالثا : الأطروحات

78. حساني مراني. الهوية المهنية الاجتماعية لفئة إطارات المؤسسات الاقتصادية العمومية. "رسالة دكتوراه"،

علم اجتماع العمل، جامعة باجي مختار-عنابة، 2006-2007.

79. محمد، خالدي. تمثلات السلطة التنظيمية لدى عمال الصناعة بالجزائر. "رسالة ماجستير"، علم الاجتماع

تنظيم وعمل، جامعة الجزائر، 2005-2006.

80. لمياء، مرتاض. دور الشعر الملحون في التنمية الثقافية المحلية. "دكتوراه علم اجتماع التنمية". جامعة

وهران، 2013/2012.

رابعاً: الأوراق المقدمة في المؤتمرات واللقاءات العلمية

81. إبراهيم، فهد الغفيلي. "العلاقة والتأثير بين قيم الفرد والمنظمات في بناء أخلاقيات المهنة من منظور الفكر

المعاصر والإسلامي". ورقة مقدمة إلى الملتقى الثالث لتطوير الموارد البشرية. 30-31 أكتوبر 2001.

82. حمدان أحمد، الغامدي وعبد الله بن الدهيش. أخلاقيات مهنة التعليم وسبل تعزيزها في نظام التعليم

السعودي. ورقة مقدمة لندوة "أخلاقيات العمل في القطاعين الحكومي والأهلي بالمملكة العربية السعودية".

2005/3/1، الرياض السعودية.

83. سالم، السالم. "أخلاقيات العمل". ورقة مقدمة إلى برنامج تدريبي في الإمارات، الإمارات العربية المتحدة.

84. عبد الرحمان، الزهراني. محاضرة في مقياس أخلاقيات المهنة الطبية موجهة لطلبة كلية الطب المستوى

التحضيرى. السبت 18 ذو الحجة 1430هـ.

85. جوهرة، أقطي وفوزية مقراش. "أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية". ورقة مقدمة إلى

الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري. 6-7 ماي 2012، مخبر مالية

بنوك وإدارة أعمال، جامعة محمد خيضر. بسكرة.

86. منظمة الصحة العالمية. "الدستور الإسلامي العالمي لأخلاقيات الطبية والصحية". المكتب الإقليمي للشرق

الأوسط. الدورة 52، البند 8 من جدول الأعمال، سبتمبر 2005.

خامسا: التقارير والوثائق الرسمية الحكومية

87. الإذاعة الجزائرية، عرض مشروع قانون الصحة الجديد على لجنة الصحة والشؤون الاجتماعية بالبرلمان.

2017/11/07.

88. المادة 2/267 من قانون 05-85 المتضمن حماية الصحة وترقيتها.

89. المادة 4/267 من قانون 05-85 المتضمن حماية الصحة وترقيتها.

90. وزارة التربية الوطنية، ميثاق أخلاقيات قطاع التربية الوطنية. طبعة 2016. المركز الوطني لوثائق التربية.

2015/11/29.

91. مرسوم تنفيذي رقم 92. مؤرخ في 5 محرم 1413 هـ الموافق لـ 6 يونيو 1992. يتضمن مدونة أخلاقيات

الطب للتشريع الجزائري. وزارة الصحة.

92. المواد 164/163 من مدونة أخلاقيات المهنة الطبية.

سادسا: الجرائد والصحف

93. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. مرسوم تنفيذي رقم

276/92. العدد 52، 6 يوليو 1992. الجزائر: المطبعة الرسمية.

94. "مجلس أخلاقيات المهنة لكل سلك في قانون الصحة الجديد". جريدة الجزائر، الثلاثاء 09 سبتمبر 2014.

سابعا : الموسوعات والقواميس والمعاجم

95. أحمد زكي، محمد بدوي. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان، 1978.

96. ابن منظور. لسان العرب. بيروت: دار الجبل، 1988.

97. جيل، فريول. معجم مصطلحات علم الاجتماع. ط1. ترجمة أنسام محمد الأسعد. بيروت: دار ومكتبة

الهلال. لبنان، 2011.

ثامنا : ويبولوجي

98. www.wma.ne : 18:00-09/ماي/2016 الرابطة الطبية العالمية

99. <http://www.humanitarianibh.net/articles> أزمة أخلاقيات في الاتحاد علي، مشعل

الطبي العالمي. عمان: المستشفى الإسلامي

100. أحمد سالم ولد عابدين. "أنثروبولوجيا التأييد الاجتماعي: نظرية الممارسة عند بيير بورديو . تأييد

الهيمنة الذكورية موقع أنثروبوس"، 27 يونيو 2013.

101. برنار لايير وسوسيولوجيا الإنسان المتعدّد. عبد الإله فرح. مايو 2018 مؤمنون بلا حدود

للدراستات والنشر.

المراجع الأجنبية:

102. Alessandro Bergamaschi .Attitudes et représentations sociales Les

adolescents français et italiens face à la diversité . Revue européenne des

sciences sociales. 2011.

103. Edith Bour, les représentations de l'identité communale psychosociologie d'une village re-composé Gigouzac, université Toulouse2, thèse de doctorat en sociologie, 2013.
104. *Emile Durkheim (1898) Représentations individuelles et collectives. Sociologie et Philosophie, Paris, P.U.F. 1974*
105. Edith Bour, les représentations de l'identité communale psychosociologie d'une village re-composé Gigouzac, université Toulouse2, thèse de doctorat en sociologie, 2013.
106. Jodlet Denis. Les representations sociales. *Paris, P.U.F. 1989.*
107. John Charles .droit médical et déontologie médicale en flamarior médecines-sciences . masson. Paris, 1980.
108. M.Gravitz, méthodes de sciences sociales. Dalloze. Paris, 1976,
109. Le Robert, Dictionnaire de sociologie, Editons du seuil, paris, 1999.
110. C.Herzalich. Santé et maladie paris, 2003.

ملاحق

قائمة الملاحق

ملحق رقم 01

08 NOV 2007
 ملحق القرار رقم / / 6
 المتضمن لتسلم المصالح والموارد المخصصة لها على مستوى
 المؤسسة العمومية الاستشفائية الجلفة

| المصالح | عدد الأسرة | الوحدات |
|------------------------------------|------------|---|
| 1- التشريح المرضي | | 1- أمراض النساء 02- |
| 2- الجراحة العامة | 60 | 2- طب أمراض المعدة والأمعاء 05- 1- جراحة العامة 2- جراحة العظام والعضلات 3- جراحة الجهاز البولي 4- جراحة الأعصاب 5- جراحة الأطفال |
| 3- علم الأوبئة | | 1- المعلومات الصحية 2- النظافة الاستشفائية 02- |
| 4- طب أمراض النساء والتوليد | 60 | 1- أمراض النساء 2- التوليد 02- |
| 5- الأشعة المركزية | | 1- الأشعة 2- السكانير 02- |
| 6- المخبر المركزي | | 1- علم الأحياء المجهرية 2- الكيمياء الحيوية 02- |
| 7- طب الأمراض المعدية | 30 | 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء 03- |
| 8- الطب الداخلي | 50 | 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء 3- طب الأورام 02- |
| 9- الطب الشرعي | 04 | 1- الخبرة الطبية القضائية 2- طب المسجونين 02- |
| 10- طب أمراض الكلى وتصفية الدم | 30 | 1- طب أمراض الكلى 2- تصفية الدم 02- |
| 11- طب أمراض العيون | 16 | 1- استشفاء 2- الفحص والكشف 02- |
| 12- طب أمراض الأذن، الاتف والحنجرة | 16 | 1- استشفاء 2- الفحص والكشف 02- |
| 13- طب الأطفال | 30 | 1- طب الأطفال 2- حديثي الولادة 02- |
| 14- الصيدلية | | 1- تسيير المواد الصيدلانية 2- توزيع المواد الصيدلانية |

| | | |
|------------------------------------|----|--|
| 15- طب أمراض الصدر و الرئة (خارجي) | 50 | 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء 02- |
| 16- طب الأمراض العقبية | 10 | 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء 02- |
| 17- الاستشفاءات الطبية جراحية | 30 | 1- الاستشفاءات الطبية 2- الاستشفاءات الجراحية 3- إبعث 03- |



MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

EPH MODJAHED MEHAD ABDELAKDER DJELFA

ETAT DES PRATICIENS GENERALISTES DE SANTE PUBLIQUE
ET PARAMEDICAUX

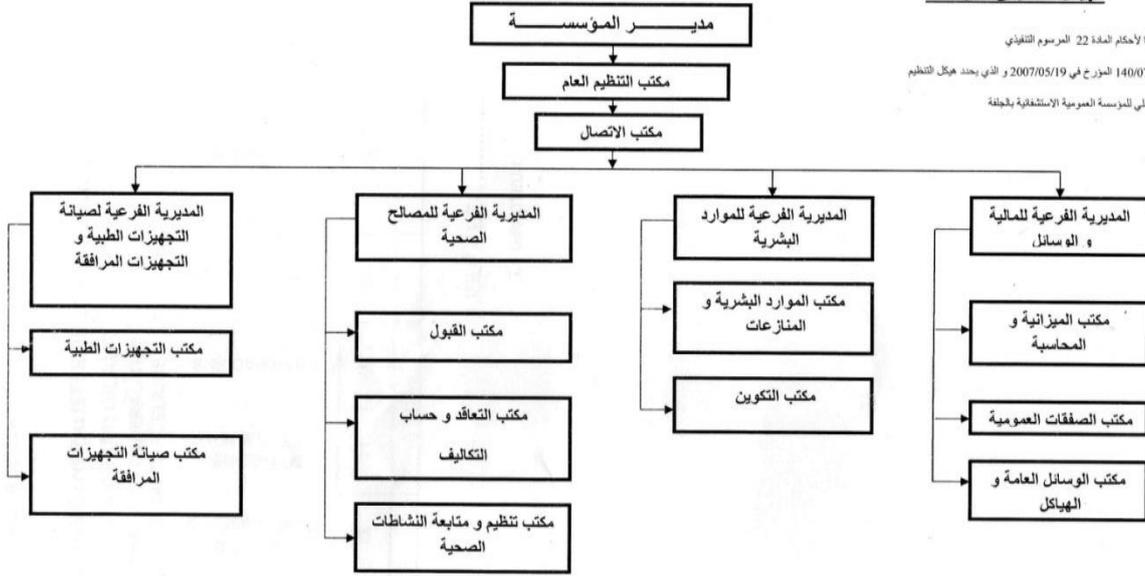
| ETABLISSEMENT | PRATICIEN GENERALISTES DE SANTE PUBLIQUE | | | | TOTAL |
|--|---|----------------------|-------------|--------------|-------|
| | MEDECINS GENERALISTES | MEDECINS ETRANGER | PHARMACIENS | PARAMEDICAUX | |
| EPH MODJAHED MEHAD ABDELAKDER DJELFA | 28 | 11 | 5 | 365 | 409 |
| | | | | | |

DJELFA LE :

LE DIRECTEUR

الهيكل التنظيمي للمؤسسة

تطبيقاً لأحكام المادة 22 المرسوم التنفيذي
رقم 140/07 المؤرخ في 2007/05/19 و الذي يحدد هيكل التنظيم
الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجنينة



| ABDELAKOER | JAHEED | LISSEMENT | SPECIALITES |
|------------|--------|-----------|------------------------------------|
| X | | | ANATOMIE NORMALE |
| 5 | | | ANATOMIE PATHOLOGIE |
| 6 | | | ANESTHESIE REANIMATION |
| 1 | | | ANESTHESIE REANIMATION PEDIATRIQUE |
| 1 | | | BIOCHIMIE |
| | | | BIOLOGIE CLINIQUE |
| | | | BIOPHYSIQUE |
| 1 | | | BOTANIQUE MEDICALE |
| | | | CARDIOLOGIE |
| | | | CHIMIE ANALYTIQUE |
| | | | CHIMIE THERAPEUTIQUE |
| | | | CHIMIE MINERALE |
| | | | CHIRURGIE PLASTIQUE |
| | | | CHIRURGIE CARDIAQUE |
| | | | CHIRURGIE VASCULAIRE |
| 10 | | | CHIRURGIE GENERALE |
| 1 | | | CHIRURGIE MAXILLO FACIALE |
| 3 | | | CHIRURGIE NEUROLOGIE |
| 4 | | | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |
| 3 | | | CHIRURGIE PEDIATRIQUE |
| 2 | | | CHIRURGIE THORACIQUE |
| | | | CHIRURGIE UROLOGIQUE |
| | | | DERMATOLOGIE |
| | | | ENDOCRINOLOGIE |
| X | | | EPIDEMIOLOGIE |
| 3 | | | GASTRO-ENTEROLOGIE |
| | | | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| 2 | | | HEMATOLOGIE |
| 1 | | | HEMOBIOLOGIE |
| | | | HISTO-EMBIYOLOGIE |
| | | | HYDRO BROMATO |
| | | | IMMUNOLOGIE |
| 2 | | | MALADIES INFECTIEUSES |
| | | | MEDECINE DE TRAVAIL |
| 3 | | | MEDECINE INTERNE |
| 6 | | | MEDECINE LEGALE |
| | | | MEDECINE NUCLEAIRE |
| | | | MICROBIOLOGIE |
| | | | MEDECINE DU SPORT |
| 1 | | | NEPHROLOGIE |
| 1 | | | NEUROLOGUE |
| | | | NEURO PHYSIOLOGIE |
| | | | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE |
| 1 | | | ONCOLOGIE MEDICALE |
| 2 | | | OPHTALMOLOGIE |
| | | | O.R.L |
| | | | ORTHOPEDIE DENTO FACIALE |
| | | | PARODONTOLOGIE |
| | | | PARASITOLOGIE |
| | | | PATH. BUC DENT |
| 4 | | | PEDIATRIE |
| | | | PHARMACIE GALINIQUE |
| | | | PHARMACOGNOSIE |
| 4 | | | PHARMACOLOGIE |
| | | | PNEUMO PHTISIO |
| | | | PROTHESE DENTAIRE |
| | | | PHYSIIOLOGIE |
| 4 | | | PSYCHIATRIE |
| 3 | | | RADIOLOGIE |
| X | | | RADIOTHERAPIE |
| 4 | | | REEDUCATION FONCTIONNELLE |
| 1 | | | RHUMATOLOGIE |
| | | | TOXICOLOGIE |
| 79 | | | TOTAL |

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière
Direction de la santé et de la population de la wilaya de Djelfe
Établissement public hospitalier Mohamed Abdelkader de Djelfe
N° 1577/2019

TABLEAU DE GARDE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES MOIS Novembre 2019

| Établissement | EPII Djelfe | |
|---------------------|--------------|-----------------------------------|
| | Spécialités | Spécialistes - Date |
| Chirurgie générale | Dr Mekou | 3-4-7-82-89-10 |
| | Dr Lebreck | 92-99-13-14-18 |
| | Dr Ouzaha | 162-169-19 |
| | Dr Ferrah | 5-6-11-12-17 |
| | Dr Larbi | 12-19-23-29-222-229-26-27 |
| | Dr Khaldoua | 152-159-21-25-302-309 |
| | Dr BELHABZA | 20-232-239-24-28-292-299 |
| Chirurgie Orthopéde | Dr Bouchent | 12-19-82-89-20-222-229-27 |
| | Dr Selmor | 4-92-99-10-11-13-25 |
| | Dr Djefel | 22-29-3-152-159-162-169-17 |
| | Dr SAT | 18-19-21-232-239-24-26 |
| | Dr Ichane | 6-7-28-292-299-302-309 |
| Chirurgie Pédiatre | Dr Taibi | 12-19-22-29-3-4-5-6 |
| | Dr Feman | 82-89-92-99-11-12-13-17 |
| | Dr Zuhair | 14-152-159-18-19-21-232-239 |
| | Dr Bakhar | 7-10-162-169-20-222-229-24 |
| | Dr MADJ | 25-26-27-28-292-299-302-309 |
| Urologie | Dr KHELIFATI | 21-222-229-232-239-24-25-26-27-28 |
| | Dr Mohamed | 4-5-6-7-82-89-92-99-109-11 |
| Neurochirurgie | Dr Aggen | 12-19-22-29-3-28-292-299-302-309 |
| | Dr Ibrahime | 152-159-16-18-20-21-239-242-26-27 |
| | Dr OUBINACHE | C-M |
| RADIOLOGIE | Dr Djessar | 12-19 /C-A |
| | Dr Leheud | 3-4-5-6-7-82-89-92-99-10 |
| | Dr OUCHENE | 12-14-152-159-162-169-17-18-19-20 |

ملحق رقم 06

دليل المقابلة

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

دراسة ميدانية بمستشفى محاد عبد القادر الجلفة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) في علم الاجتماع

تخصص تنظيم وعمل

إعداد الطالبة:

تحت إشراف الأستاذ:

مريم شريط

بلقاسم سلاطينية

ملاحظة: كل المعلومات التي سيتم الإدلاء بها خلال المقابلة سيتم التعامل معها بسرية ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي

التاريخ: الساعة: المكان:

ملاحظات:

السلام عليكم.

أشكركم جزيلاً على منحي جزءاً من وقتكم، واسمحوا لي بتقديم نفسي:

أريد أن أجري معكم حواراً بصدد القيام بدراسة حول: مهنة الطب بين التصور والممارسة اذا كنتم لا تمانعون. اسمحوا لي بطرح مجموعة من الأسئلة:

المحور الثاني: المواقف

1. ما مفهومكم لمهنة الطب
2. حدد الإجراءات التي تقوم بها في الحالات المرضية العادية
3. عندما تصادف حالة جديدة عليك كيف تتصرف (تستشير - تبحث - تباشر...)
4. كيف تتصرف مع الحالات المستعجلة ؟

5. خلال مسارك المهني هل لاحظتم مريضا قاصرا او معوقا ضحية لمعاملة غير إنسانية. كيف تصرفتم؟

6. احك لي عن موقف أثر فيكم خلال مسارك المهني ؟

7. كيف كان اختيارك لمهنة الطب؟

8. كيف تقيم المنظومة القانونية التي تحكم مهنة الطب؟

9. لو تعرض (طبيب) زميل لكم للظلم كيف تتصرف؟

المحور الثالث: المعلومات

10. كل طبيب يمتلك معلومات في تخصصه تختلف حسب عدة عوامل. كيف تقيم المعلومات التي تمتلكها (كافية- جديدة- وتيرتها سريعة...).

11. ما مصادر المعلومات المعتمدة من طرفكم في مزاولة المهنة والتحسين المستمر (منتديات- خرجات ميدانية- اجتماعات- نقاشات- دوريات- تریصات...) مع بعض التوضیح.

12. خارج أوقات العمل ما هي الأنشطة التي تمارسها ذات علاقة بمهنتكم (مطالعة متخصصة نقاشات مساعدة زميل ...)

13. عندما يحدث خلاف للرأي مع زميلك حول حالة مرضية معينة كيف تتصرف؟ ممكن مثال.

14. عندما تختلف آراء الطبيب المعالج وآراء الزملاء المستشارين اختلافا كبيرا كيف تتصرفون؟

15. ما هي الوسائل التي تستعملونها لتوضیح (لتثقیف) المريض حول مرضه؟

المحور الرابع: المجال

16. ما هي التخصصات القريبة من تخصصكم (مع ذكر مثال عن حالة معينة)

17. ما هي التخصصات المتقاطعة مع تخصصكم (مع ذكر مثال عن حالة معينة)

18. بالنسبة لكم هل تصادف معوقات في ممارسة مهنتكم، ما نوعها (مع ذكر مثال) وكيف تتصرفون
حيال ذلك

19. هل سبق وأن تدخلتم في حالة خارج تخصصكم، ولماذا (مع ذكر مثال)

20. ما هي الحالات التي يتم تفضيلكم فيها باللجوء إليكم أولا ولماذا مع الاستعانة بمثال

21. كيف تصف علاقات عملك مع الإدارة؟

22. في حال نقص التجهيزات الكافية والملائمة للعمل كيف تتصرفون؟ مع مثال.

23. في رأيكم ما هو سبب تقدم بعض الدول في الطب مقارنة بالجزائر؟

شكرا لتفضلكم بالإجابة عن أسئلتني.

المحور الأول : البيانات الخاصة

الجنس نوع العقد المصلحة التخصص العمر سنة التوظيف

ملحق رقم 07

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
مديرية الصحة والسكان لولاية الجلفة

جدول الفحوصات الطبية المتخصصة لشهر نوفمبر 2019

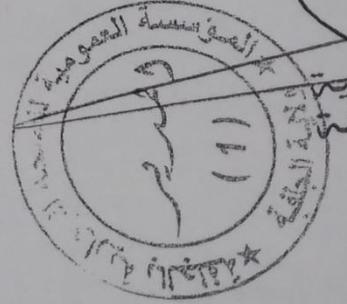
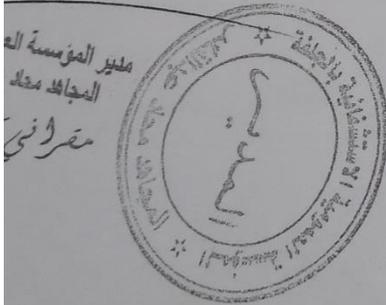
| الملاحظة | مكان الفحص | أيام الفحص | التخصص |
|--------------------------------|-------------------|----------------------|---------------------|
| | ع م خ الونام | الثلاثاء 2019/11/05 | التخدير والإعاش |
| | ع م خ الونام | الثلاثاء 2019/11/12 | التخدير والإعاش |
| | ع م خ الونام | الثلاثاء 2019/11/19 | التخدير والإعاش |
| | ع م خ الونام | الثلاثاء 2019/11/26 | إعاش وتخدير الأطفال |
| | ع م خ الونام | الأحد | الجراحة العامة |
| عطلة سنوية إلى غاية 2019/12/01 | ع م خ بين جرمة | الثلاثاء من كل أسبوع | الجراحة العامة |
| | ع م خ بين جرمة | الاثنين من كل أسبوع | الجراحة العامة |
| | ع م خ خوجة مصطفى | الثلاثاء من كل أسبوع | الجراحة العامة |
| | ع م خ البساتين | الثلاثاء من كل أسبوع | الجراحة العامة |
| | ع م خ الونام | الأربعاء من كل أسبوع | الجراحة العامة |
| | ع م خ عين أسرار | الأحد من كل أسبوع | الجراحة العامة |
| | ع م خ عين الشيج | الخميس من كل أسبوع | الجراحة العامة |
| | ع م خ بين جرمة | الخميس من كل أسبوع | جراحة العظام |
| | ع م خ البرج | الأربعاء من كل أسبوع | جراحة العظام |
| | ع م خ عين الشيج | الاثنين من كل أسبوع | جراحة العظام |
| | ع م خ البرج | الخميس من كل أسبوع | جراحة العظام |
| | ع م خ بين جرمة | الاثنين من كل أسبوع | جراحة الأطفال |
| | ع م خ خوجة مصطفى | الاثنين من كل أسبوع | جراحة أطفال |
| | ع م خ عين أسرار | الأحد من كل أسبوع | جراحة أطفال |
| | ع م خ عين أسرار | الثلاثاء من كل أسبوع | جراحة أطفال |
| | ع م خ البساتين | الثلاثاء من كل أسبوع | طب الأطفال |
| | ع م خ الونام | الثلاثاء من كل أسبوع | طب الأطفال |
| | ع م عين أسرار | الخميس من كل أسبوع | طب الأطفال |
| | ع م خ عين أسرار | الاثنين من كل أسبوع | جراحة الكلى |
| | ع م خ عين أسرار | الاثنين من كل أسبوع | جراحة الكلى |
| | ع م خ بوتريفيس 2 | الأحد من كل أسبوع | الأمراض المعدية |
| | ع م خ بوتريفيس 02 | الأربعاء من كل أسبوع | الأمراض المعدية |
| عطلة أمومة | ع م خ خوجة مصطفى | الأربعاء من كل أسبوع | أمراض الكلى |
| عطلة أمومة | ع م خ بين جرمة | الأحد من كل أسبوع | جراحة الأعصاب |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------|
| ع م خ بن جرمة | الاثنين من كل أسبوع | جراحة الأعصاب |
| ع م خ بن جرمة | الثلاثاء من كل أسبوع | جراحة الأعصاب |
| ع م خ مصلحة الأمراض الصدرية | الاثنين من كل أسبوع | الأمراض الصدرية |
| ع م خ مصلحة الأمراض الصدرية | الاثنين من كل أسبوع | الأمراض الصدرية |
| ع م خ النوم | الثلاثاء من كل أسبوع | طب الأعصاب |
| ع م خ البساتين | الأربعاء من كل أسبوع | الأمراض العقلية |
| ع م خ بوتريفيس 02 | الأحد من كل أسبوع | الأمراض العقلية |
| ع م خ البساتين | الثلاثاء من كل أسبوع | الأمراض العقلية |
| ع م خ بوتريفيس 02 | الاثنين من كل أسبوع | الجهاز الهضمي |
| ع م خ البساتين | الاثنين من كل أسبوع | الجهاز الهضمي |
| ع م خ البساتين | الثلاثاء من كل أسبوع | طب الدم |
| ع م خ بوتريفيس 02 | الاثنين من كل أسبوع | طب الدم |
| ع م خ عين الشيخ | الثلاثاء من كل أسبوع | طب المفاصل |
| ع م خ النوم | الأحد-الثلاثاء-الخميس | جراحة الفك |
| ع م خ النوم | الاثنين من كل أسبوع | الطب الداخلي |
| ع م خ عين الشيخ | الأربعاء من كل أسبوع | الطب الداخلي |
| ع م خ عين الشيخ | الأحد من كل أسبوع | |

الجلفة في: 23 أكتوبر

المدير

اربية



وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
مديرية الصحة والسكان لولاية الجلفة

الاستشفائية
القادر بالجلفة
2019/

جدول الفحوصات الطبية المتخصصة لشهر أكتوبر 2019

| المرضى | التخصص | الوقت | الطبيب | الملاحظات |
|--------------------|---------------------|--------------------------|--------|-----------|
| ع م خ الونام | التخدير والإعاش | الثلاثاء 2019/10/01 | | |
| ع م خ الونام | التخدير والإعاش | الثلاثاء 2019/10/29 | | |
| ع م خ الونام | التخدير والإعاش | الثلاثاء 2019/10/15 | | |
| ع م خ الونام | التخدير والإعاش | الثلاثاء 2019/10/08 | | |
| ع م خ الونام | التخدير والإعاش | الثلاثاء 2019/10/22 | | |
| ع م خ الونام | إعاش وتخيير الأطفال | الأحد: 06-09/أكتوبر 2019 | | |
| ع م خ بن جرمة | الجراحة العامة | الثلاثاء من كل أسبوع | | |
| ع م خ بن جرمة | الجراحة العامة | الاثنين من كل أسبوع | | |
| ع م خ خوجة مصطفى | الجراحة العامة | الثلاثاء من كل أسبوع | | |
| ع م خ البستين | الجراحة العامة | الثلاثاء من كل أسبوع | | |
| ع م خ الونام | الجراحة العامة | الأربعاء من كل أسبوع | | |
| ع م خ عين أسرار | الجراحة العامة | الأحد من كل أسبوع | | |
| ع م خ عين الشويح | الجراحة العامة | الخميس من كل أسبوع | | |
| ع م خ بن جرمة | الجراحة العامة | الخميس من كل أسبوع | | |
| ع م خ البرج | جراحة العظام | الأربعاء من كل أسبوع | | |
| ع م خ عين الشويح | جراحة العظام | الاثنين من كل أسبوع | | |
| ع م خ البرج | جراحة العظام | الخميس من كل أسبوع | | |
| ع م خ بن جرمة | جراحة العظام | الاثنين من كل أسبوع | | |
| ع م خ خوجة مصطفى | جراحة الأطفال | الاثنين من كل أسبوع | | |
| ع م خ عين أسرار | جراحة أطفال | الأحد من كل أسبوع | | |
| ع م خ عين أسرار | جراحة أطفال | الثلاثاء من كل أسبوع | | |
| ع م خ البستين | طب الأطفال | الثلاثاء من كل أسبوع | | |
| ع م خ الونام | طب الأطفال | الخميس من كل أسبوع | | |
| ع م خ عين أسرار | طب الأطفال | الاثنين من كل أسبوع | | |
| ع م خ عين أسرار | طب الأطفال | الاثنين من كل أسبوع | | |
| ع م خ عين أسرار | جراحة الكلى | الأحد من كل أسبوع | | |
| ع م خ بوتريفييس 2 | جراحة الكلى | الأربعاء من كل أسبوع | | |
| ع م خ بوتريفييس 02 | الأمراض المعدية | الخميس من كل أسبوع | | |
| ع م خ خوجة مصطفى | الأمراض المعدية | الأربعاء من كل أسبوع | | |
| ع م خ خوجة مصطفى | أمراض الكلى | الأربعاء من كل أسبوع | | |

عظة أمومة

المادة (4)

على الطبيب أن يلتزم بالله في مرضاه، وأن يحترم عقيدة المريض ودينه وعاداته أثناء عملية الفحص والتشخيص والعلاج، أن يحرص على عدم ارتكاب أي مخالقات شرعية، مثل الخلوة بشخص من الجنس الآخر، أو الكشف على عورة المريض إلا بالقدر الذي تقتضيه عملية الفحص والتشخيص والعلاج، ويوجد شخص ثالث، وبعد استئذان المريض.

المادة (5)

على الطبيب أن يحرص على إجراء الفحوص الطبية اللازمة للمريض، دون إضافة فحوص لا تتطلبها حالته المرضية. وعليه أن يفي كل إجراءات التشخيصية والعلاجية على أفضل ما يمكن من اليقظة، وأن يمتنع عن استخدام طرق تشخيصية أو علاجية غير معتمدة، أو غير متعارف عليها، أو غير متعارف بها علمياً. كما أن عليه أن يقتصر في وصف الدواء أو إجراء العمليات الجراحية على ما تتطلبه حالة المريض.

المادة (6)

على الطبيب أن يحرص على تحري الصق في إخبار المريض أو من ينوب عنه بالحالة المرضية وأسمائها ومضاعفاتها، وفائدة الإجراءات التشخيصية والعلاجية، وتدريبهم بالمبادئ المناسبة للتشخيص أو العلاج، بأسلوب إنساني ولاق ومبسّط وواضح، وذلك بالقدر الذي تسمح به حالة المريض الجسدية والنفسية.

المادة (7)

على الطبيب أن لا يتردد في إحالة المريض إلى طبيب مختص بنوع مرضه، أو إلى طبيب لديه وسائل أكثر فعالية، إذا استدعت حالة المريض ذلك، أو إلى طبيب آخر يرغب المريض في استشارته. ولا يجوز للطبيب أن يتهاون في الإحالة إذا كان ذلك في مصلحة المريض. وعليه أن يفتح المعلومات المتوفرة بسجله الطبي والتي يعتقد أنها لازمة لعلاج المريض، عند إحالته إلى طبيب آخر، وأن يزوده بملف تقرير الطبي الوافي عن حالته المرضية.

الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية

الباب الأول
أخلاق الطبيب

(1) المادة

على الطبيب أن يكون مخلصاً في عمله، متعلماً بمكارم الأخلاق، معترفاً بالجميل لمعلميه ومترقباً، وأن لا يكتف عتياً، ولا يتجاهل جهد الآخرين. كما أن عليه أن يكون كفؤاً في رعية صحتهم والقائم بحق بنده ومظهره العلم، وأن يفتنب كل ما من شأنه أن يُخل بأحترام المهنة داخل مكان العمل وخارجه.

الباب الثاني
واجبات الطبيب نحو المريض

(2) المادة

على الطبيب أن يُحسن الاستماع لشكوى المريض ويفهم معاناته وأن يُحسن معاملته ويرفق به أثناء الفحص. ولا يجوز له أن يتعالى على المريض أو ينظر إليه نظرة دونية أو يستهزئ به أو يسخر منه، مهما كان مستواه العلمي والاجتماعي. ولما كان التزامه الدنيوي أو العرفي وعليه أن يحترم وجهة نظر المريض، ولأسماها في الأمور التي تتعلق به شخصياً، على أن لا يحول ذلك دون تزويد المريض بالتوجيه المناسب.

(3) المادة

على الطبيب أن يحرص على المساواة في المعاملة بين جميع المرضى، وأن لا يفرق بينهم في الرعاية الطبية بسبب لثقتهم مراكزهم الأدبية أو الاجتماعية، أو بسبب مشاعرهم الشخصية تجاههم، أو بسبب التزامهم الدنيوي أو العرفي أو جنسيتهم أو لونهم.

المادة 3 : تخصص محافظات القواعد والاحكام الواردة

في هذه المدونة، لاختصاص الجهات التأديبية، التابعة لمجالس أخلاقية الطب، دون المساس بالأحكام المنصوص عليها في المادة 221 من هذا المرسوم.

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

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

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

إن رئيس الحكومة،

- بناء على تقرير وزير الصحة والشؤون الاجتماعية،

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

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

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 91 - 106 المؤرخ

| 4 | الجمهورية العربية للجمهورية الجزائرية / العدد 46 | 16 ذو القعدة عام 1439 هـ 29 يوليو سنة 2018 م |
|---|--|---|
| - | ويستغنى الأمر رقم 24-95 المؤرخ في 30 ربيع الثاني عام 1416 الموافق 25 سبتمبر سنة 1995، والمتعلق بمجالية الأعمال العمومية وأمن الأشخاص فيها. | - |
| - | ويستغنى الأمر رقم 27-95 المؤرخ في 8 شعبان عام 1416 الموافق 30 ديسمبر سنة 1995، والمتضمن لتقنين العقوبة لسنة 1995. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 05-99 المؤرخ في 18 ذي الحجة عام 1419 الموافق 4 أبريل سنة 1999، والمتضمن لتقنين القوانين التشريعية للتعليم العالي، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 14-01 المؤرخ في 29 جمادى الأولى عام 1422 الموافق 12 غشت سنة 2001، والمتعلق بتنظيم حركة المرور عبر الحدود وسلامتها وأمنها المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 19-01 المؤرخ في 27 رمضان عام 1422 الموافق 12 ديسمبر سنة 2001، والمتعلق بتسيير الفنادق وممراتها وإزالتها. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 20-01 المؤرخ في 27 رمضان عام 1422 الموافق 12 ديسمبر سنة 2001، والمتعلق بتجنيب الإقليم وتجنيد السنغال. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 09-02 المؤرخ في 25 صفر عام 1423 الموافق 8 مايو سنة 2002، والمتعلق بمجالية الأشخاص العموميين وترتيبهم. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 10-03 المؤرخ في 19 جمادى الأولى عام 1424 الموافق 19 يوليو سنة 2003، والمتعلق بمجالية البيئة في إطار التنمية المستدامة المعطل. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 04-04 المؤرخ في 5 جمادى الأولى عام 1425 الموافق 23 يوليو سنة 2004، والمتعلق بالتنظيم، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 10-04 المؤرخ في 13 ذي القعدة عام 1425 الموافق 25 ديسمبر سنة 2004، والمتعلق بإلزامية من المندوبين والمؤثرات العقلية وتمتع الاستعمال والتأجير غير المشروطين بها. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 20-04 المؤرخ في 13 ذي القعدة عام 1425 الموافق 25 ديسمبر سنة 2004، والمتعلق بإلزامية من الأخطار الكبرى وتسيير القوارب في إطار التنمية المستدامة. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 04-05 المؤرخ في 27 ذي الحجة عام 1425 الموافق 6 أبريل سنة 2005، والمتضمن لتقنين تنظيم السجون وإصلاح الإصعاج الاجتماعي للمدسوخين منهم. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 13-05 المؤرخ في 14 رمضان عام 1424 الموافق 23 يوليو سنة 2003، والمتعلق بتنظيم الأنشطة البدنية والرياضية وتطويرها. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 03-06 المؤرخ في 19 جمادى الأولى عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006، والمتضمن لتقنين الأساسي العام للوظيفة العمومية. | - |
| - | ويستغنى الأمر رقم 01-07 المؤرخ في 11 صفر عام 1428 الموافق 10 مارس سنة 2007، والمتعلق بمساكنة التناهي والتزاحم الخاصة ببعض المنصب، والمطلقة. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 11-07 المؤرخ في 13 ذي القعدة عام 1428 الموافق 25 نوفمبر سنة 2007، والمتضمن لتنظيم المعاملات المالي المعطل. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 04-08 المؤرخ في 15 محرم عام 1429 الموافق 23 يناير سنة 2008، والمتضمن لتقنين القوانين التشريعية للجمعية القومية. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 09-08 المؤرخ في 18 صفر عام 1429 الموافق 25 ديسمبر سنة 2008، والمتضمن لتقنين الإجراءات المدنية والإدارية. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 11-08 المؤرخ في 21 جمادى الثانية عام 1429 الموافق 25 يوليو سنة 2008، والمتعلق بشروط دخول الأجانب إلى الجزائر وتقديم جها وتنظيمه. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 03-09 المؤرخ في 20 صفر عام 1430 الموافق 25 ديسمبر سنة 2009، والمتعلق بمجالية التسطيق، وتمتع الطفر، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 02-10 المؤرخ في 16 رجب، عام 1431 الموافق 29 يونيو سنة 2010، والمتضمن المتعلقة على الخطط القومية لتجنيب الإقليم. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 12-10 المؤرخ في 23 محرم عام 1432 الموافق 29 ديسمبر سنة 2010، والمتعلق بمجالية الأشخاص المسجونين. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 10-11 المؤرخ في 20 رجب، عام 1432 الموافق 22 يوليو سنة 2011، والمتعلق بإلزامية. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 06-12 المؤرخ في 18 صفر عام 1433 الموافق 12 يناير سنة 2012، والمتعلق بإلزامية. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 07-12 المؤرخ في 28 ربيع الأول عام 1433 الموافق 21 فبراير سنة 2012، والمتعلق بإلزامية. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 05-13 المؤرخ في 14 رمضان عام 1434 الموافق 23 يوليو سنة 2013، والمتعلق بتنظيم الأنشطة البدنية والرياضية وتطويرها. | - |

| 3 | الجمهورية العربية للجمهورية الجزائرية / العدد 46 | 16 ذو القعدة عام 1439 هـ 29 يوليو سنة 2018 م |
|---------------|---|---|
| قوانين | | |
| - | ويستغنى القانون رقم 17-47 المؤرخ في 6 ذي الحجة عام 1407 الموافق 10 غشت سنة 1987، والمتعلق بمجالية الصناعات القبلية. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 05-48 المؤرخ في 22 جمادى الأولى عام 1408 الموافق 12 يناير سنة 1988، والمتضمن لتقنين القوانين التشريعية للنوسسات العمومية الانتدابية، لا سيما الجاه للثلاث من. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 07-48 المؤرخ في 7 جمادى الثانية عام 1408 الموافق 26 يناير سنة 1988، والمتعلق بقانونية الصناعات والأمن وطب العمل. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 08-48 المؤرخ في 7 جمادى الثانية عام 1408 الموافق 26 يناير سنة 1988، والمتعلق بتنظيم الطب البيطري وحماية الصحة الحيوانية. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 09-48 المؤرخ في 7 جمادى الثانية عام 1408 الموافق 26 يناير سنة 1988، والمتعلق بالأرشيف الوطني. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 11-40 المؤرخ في 26 رمضان عام 1410 الموافق 21 أبريل سنة 1990، والمتعلق بمجالية العمل، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 21-90 المؤرخ في 24 محرم عام 1411 الموافق 15 غشت سنة 1990، والمتعلق بالمجالية العمومية المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 30-90 المؤرخ في 14 جمادى الأولى عام 1411 الموافق 10 ديسمبر سنة 1990، والمتضمن لتقنين الأعمال الوظيفية المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 04-94 المؤرخ في 27 رجب، عام 1415 الموافق 31 ديسمبر سنة 1994، والمتضمن لتقنين العقوبة لسنة 1994. | - |
| - | ويستغنى الأمر رقم 03-94 المؤرخ في 23 شعبان عام 1415 الموافق 25 يناير سنة 1995، والمتعلق بإلزامية. | - |
| - | ويستغنى الأمر رقم 20-95 المؤرخ في 19 صفر عام 1416 الموافق 17 يوليو سنة 1995، والمتعلق بتجسيب الناحية، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 11-43 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983، والمتعلق بتجنيب الإقليم، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 10-44 المؤرخ في 9 جمادى الأولى عام 1404 الموافق 11 فبراير سنة 1984، والمتعلق بإلزامية المدنية، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 10-44 المؤرخ في 9 جمادى الأولى عام 1404 الموافق 9 يونيو سنة 1984، والمتضمن لتقنين الأسرة، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 17-44 المؤرخ في 18 شوال عام 1404 الموافق 7 يوليو سنة 1984، والمتعلق بتقنين العقوبة، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 05-45 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 أبريل سنة 1985، والمتعلق بمجالية الصناعات وترتيبها، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 11-45 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983، والمتعلق بتجنيب الإقليم، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 10-41 المؤرخ في 9 رمضان عام 1401 الموافق 11 يوليو سنة 1981، والمتعلق بشروط تشغيل العمال الأجانب. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 11-43 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983، والمتعلق بتجنيب الإقليم، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 13-43 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983، والمتعلق بتجنيب الإقليم، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 10-44 المؤرخ في 9 جمادى الأولى عام 1404 الموافق 11 فبراير سنة 1984، والمتعلق بإلزامية المدنية، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 10-44 المؤرخ في 9 جمادى الأولى عام 1404 الموافق 9 يونيو سنة 1984، والمتضمن لتقنين الأسرة، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 17-44 المؤرخ في 18 شوال عام 1404 الموافق 7 يوليو سنة 1984، والمتعلق بتقنين العقوبة، المعطل والمنقح. | - |
| - | ويستغنى القانون رقم 05-45 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 أبريل سنة 1985، والمتعلق بمجالية الصناعات وترتيبها، المعطل والمنقح. | - |

الباب السابع

الأخلاقيات والأدبيات والبيو- أخلاقيات الطبية

الفصل الأول

أحكام عامة

المادة 339 : تتمثل الأخلاقيات الطبية، بمفهوم هذا القانون، في قواعد الممارسات الحسنة التي يخضع لها مهنيو الصحة في ممارسة مهامهم، وتشمل قواعد الأدبيات والأخلاقيات العلمية والبيو- أخلاقيات.

المادة 340 : يجب أن يلتزم مهنيو الصحة، في ممارسة نشاطاتهم، بقيم الأخلاقيات، لا سيما مبادئ احترام كرامة الشخص والشرف والعدل والاستقلالية المهنية وقواعد أدبيات المهنة وكذا الاتفاقات الفعلية.

المادة 341 : يسمح كل من لا يمارس مهنة الصحة بصفة قانونية أن يتلقى أتعاباً أو جزءاً منها أو فوائد مصدرها النشاط المهني من مهنيي الصحة الممارس بصفة حرّة.

المادة 342 : ينشأ لدى الوزير المكلف بالصحة، مجلس وطني لأخلاقيات علوم الصحة.

وتحدد تشكيلته ومهامه وتنظيمه وسيره عن طريق التنظيم.

غير أنه، في حالات الاستعجال أو في حالة مرض خطير أو معي، أو عندما تكون حياة المريض مهددة بشكل خطير، يجب على مهنيي الصحة أن يقدموا العلاجات، وعند الاقتضاء، تجاوزوا الموافقة.

الفصل الثالث

الأدبيات في مجال الصحة

المادة 345 : الأدبيات في مجال الصحة هي مجمل المبادئ والقواعد التي تحكم مهنة الصحة والعلاقات بين مهنيي الصحة فيما بينهم ومع المرضى.

المادة 346 : تنشأ مجالس وطنية وجهوية للأدبيات الطبية مختصة على التوالي، إزاء الأطباء وأطباء الأسنان والصيدالة.

تتشكل المجالس الوطنية والمجالس الجهوية للأدبيات الطبية حصرياً من أعضاء ينتخبون من طرف نظرائهم.

المادة 347 : تضطلع المجالس الوطنية والمجالس الجهوية للأدبيات الطبية، كل فيما يخصه، بالسلطة التأديبية والعقابية، وتبت في أي خرق لقواعد الأدبيات الطبية، وكذا في خروقات أحكام هذا القانون، في حدود اختصاصها.