

العنف داخل المستشفى العمومي

حالة المركز الاستشفائي الجامعي - ابن رشد - عنابة

د. الطيب بولنوار

جامعة محمد الشريف مساعديّة - سوق أهراس، boulanouart23@gmail.com

تاريخ القبول: 2019/06/23

تاريخ المراجعة: 2018/01/08

تاريخ الإيداع: 2018/01/08

ملخص

تعرف ظاهرة العنف مؤخرا ضد الممارسة الطبية من طرف المرضى ومرافقيهم مستويات غير مسبوقه، وبشكل المركز الاستشفائي الجامعي بمدينة عنابة أحسن مثال، حيث استغرقت ملاحظتها فيه مدة ستة أشهر، لامست عينات من مجموع الأطباء الممارسين، والمرضى ومرافقيهم والإدارة، وتوصلت الدراسة إلى: يتبلور السلوك الإيجابي بين الطرفين في حال التعاون، وقد يكون عدائيا، يبقى المريض في كل الأحوال هو الحلقة الأكثر تضررا فيزيقيا وسيكوسوسولوجيا.

الكلمات المفتاحية: عنف، علاقة، أطباء، مرضى.

*La violence dans l'hôpital publique**Cas du centre hospitalier universitaire (CHU) -Ibn Rochd -Annaba***Résumé**

Le phénomène des violences exercées par les patients et leurs compagnons contre de la pratique médicale a récemment connu à des niveaux sans précédent, d'ailleurs, le Centre Hospitalier Universitaire d'Annaba (CHU Annaba) en est le meilleur exemple car il a fallu six mois pour observer ces violences où nous avons interagi avec des échantillons du nombre total de médecins praticiens, de patients et de leurs compagnons, et de l'administration. L'étude a conclu que le comportement positif entre les deux parties apparait dans la coopération, et il peut être hostile.

Mots-clés: Violence, relation, médecins, patients.*Violence in the public hospital**Case of University Hospital Center -Ibn Rochd -Annaba***Abstract**

The high level of violence in the field of medical practice exercised by patients and their companions is increasing significantly; the University Hospital Center in Annaba is the best example, as it took six months to observe it. It included samples of practicing doctors, patients and their companions, and the hospital administration. Positive behaviors can occur between the two parties in the case of cooperation, but they can also generate hostile positions. Nevertheless, the patient remains the most affected on the psycho-sociological and physical level.

Keywords: Violence, relationships, doctors, patients.

مقدمة

تعرضت المنظومة الصحية بالجزائر طيلة العشريتين الأخيرتين لعدة مشاكل ومصاعب، بالرغم من تعاقب عدة وجوه من الساسة والمتخصصين على إدارتها في مجال التسيير الصحي على المستويين المركز والمحلي لكن دون جدوى، فأفرزت هذه الوضعيات اختلالا تنظيميا وعزوف الكفاءات على ممارسة الوظائف، وقد أساهمت تلك العوامل وأخرى في تأزيم الوضعية المتزدية أصلا، فكان من انعكاساتها المباشرة: تثبيط الديناميكية الاستشفائية باعتبارها نسقا وظيفيا وفرعا من فروع الحياة الاجتماعية، والتي تعيش هي بدورها حراكا عسيرا بفعل تنامي قدرات سياسية تسعى للمناورة بغية استقطاب المجتمع للوجهة التي تريدها، فأسقطت تلك الممارسات بكل أحجامها وأنواعها على واقع المؤسسات العمومية المنهكة بما في ذلك المستشفى، فأضحى المدير الإداري والموظفون الاستشفائيون بكل أسلاكهم، بيدقا في يد الساسة والسياسيين على حد سواء (بالرغم من حيادية الصحة وميادينها وبعدها كل البعد عن الشأن السياسي)، مع ذلك نجد من يوجج الصراعات ذات الخلفية البراغمية والانتفاعية داخل المؤسسة، فأثخنت الوظيفة الاستشفائية أكثر، وهي التي تعاني أصلا من طبيعة عملها كونها تتعامل مع الألم والحزن والفرح⁽¹⁾، وقد زاد نقص الإمكانيات ومستلزمات الممارسة الوضعية الاستشفائية تعقيدا، فقوضت شروط الممارسة وانعكس ذلك مباشرة على أداء الفاعلين المباشرين في العملية العلاجية والاستشفائية جراء تدهور مسارات التحصيل المصاحبة لديناميكية التطور العلمي والتقني، شأن ما نلاحظها في المستشفيات الخاصة داخل البلد أو تلك المتواجدة على الضفة المقابلة... فجعلت هذه العوامل من الفاعلين الاستشفائيين هيكلًا أجوفًا فارغًا من مضامينه الإنسانية مكلفا بتغطية مهمة كبيرة وبإمكانات هشة على مرضى يتمنون من الأطباء وأطقمهم خدمات لا ثقة متخصصة، لكن بين تلك التطلعات والإمكانات توجد مسافة، ربما تؤدي في مواضع عدة للمناوشة والتعنيف!؟

1- الإشكالية:

تتباين أدوار الإدارة العمومية في مقدرتها البيروقراطية على تحريك ميكانزمات المؤسسة، وضبطها للموارد المطلوبة بغية تفعيل وظيفة المستشفى، بحكم موقعها الهرمي في تكريس فعل السلطة، حيث يتعلق أداء السلك الطبي كسلطة داخل المؤسسة لأدواره بحجم ونوع الدعم المتوقع من الإدارة الوصية عليه، وخضوع هذه الأخيرة لعدد كبير من الاعتبارات والتناقضات⁽²⁾ مثل: الاتجانس الوظيفي لمختلف الفاعلين في صميم العلاقة (العلاجية أو الاستشفائية) داخل المؤسسة، وضمن المصلحة الواحدة، ومنها يتفرع المجهود العام المحتمل للمتدخلين بحكم الوضعيات التي يمر بها عادة المستشفى، فيسعى المسؤول في هذه المواقف بالعمل على تدليل الفروق بحكم اختلاف النظام الوظيفي لكل سلك، خصوصا بعد تعديلات 2008، حيث ضيق هامش تحرك الفاعل الإداري وجعله يواجه أرمادة من القوانين عند تطبيقه لأي إجراء، فصعب عليه اختزال بعض الوضعيات الخلافية، فمما هامش تحرك النقابات واختراقها للعمل البيروقراطي، فتماثلت الإدارة للأمر الواقع وركنت مرغمة بفعل أوامر فوقية للتفاوض من أجل إحلال السلم الاجتماعي داخل المؤسسة، عوض الضبط المؤسساتي والتسيير العقلاني لمواردها الهشة بهدف تقديم أفضل الخدمات والمرافقة، فلم يبرز في ضوء هذه الوضعية أداء الوظائف الطبية وشبه طبية نظرا لعدم تفعيل دور الإدارة المحوري في ممارسة سلطتها، فالتوافق الاستراتيجي على الأقل بين السلطتين داخل المؤسسة قد يضمن لهما على حد سوى بحسب "كروزيه" سيولة في مجرى العلاقة وانسيابية في تحصيل المصالح

المشتركة للمتدخلين، ويمكن على إثره تقلص حالات الصراع والانسداد، فلوظيفة الاستشفائية داخل المجتمع رمزيتها، ويبقى تنشيط مضامينها شريط ما تقدمه مؤسسات المجتمع الأخرى⁽³⁾.

وتعتبر نشاطات المستشفى بصفة عامة هي محصلة تكاتف أداء الأطباء والإدارة لأدوارهما بحكم تلازمهما الوجداني، فلا يمكن لأحدهما الاستغناء عن الآخر أو تحييد دوره ضمن هذه الديناميكية، لأن لكليهما مسؤولية أخلاقية وجزائية⁽⁴⁾، قد يتجاوزهما المجتمع عند الإخلال بها ويضطرهما للانصياع لقواعده وقيمه أو التعرض للضبط الاجتماعي، فالعلاقة بينهما هي علاقة ترابط تتصف بالتبعية المتبادلة.

يقصد المريض عادة المستشفى لطلب المساعدة المتخصصة، أين يقوم بإسداها إياه طاقم طبي أو جراحي فلا يمكن للطبيب في هذا الموقف أو للممرض أن يقوم بدوره، ما لم يتوفر الحد الأدنى من شروط الممارسة⁽⁵⁾، الذي توفره إياه الإدارة وفقا لما سبق ذكره بحسب الاصطلاح البارسونزي.

فإذا ما كانت العلاقة بينهما متبادلة (تبعاً لمنظور "بلو") مع غض النظر في هذه الجزئية عن مظاهر الصراعات، التي قد تحدث من تارة إلى أخرى نتيجة طبيعة المواقف والإكراه المصاحب لها، فما الذي يهمننا نحن هنا في هذا المقال، هو التركيز على طبيعة العلاقة بين المؤسسة والمرضى بهدف استجلاء ظاهرة العنف، التي ما تلبث أن تتفاقم، علماً أن الحضور الجسدي للإطار الطبي ضمن الموقف، يعد عاملاً مشجعاً للعملية العلاجية أو الاستشفائية نظراً لتأثيره السيكولوجي قبل الإكلينيكي على المرضى ومرافقيهم⁽⁶⁾، فالحضور الفيزيقي له من الدلالات الواضحة والتي تدفع بقوة لتكريس سلوك المآزر والإحساس بالغير وهو يعاني في محنته، أين يمكن للمتدخل الطبي استقبال المريض بهدف تشخيص المرض ومداواته وتخليصه بالتالي من متاعبه وآلامه، ضمن ما يسمى بمحورية المهام واستقطاب الفاعلين ضمن الاستراتيجية العلاجية والاستشفائية.

في المقابل، نلاحظ في العشريتين الأخيرتين، استئصال سلوك الفردانية وبروز ظاهرة البراغماتية في مجرى العلاقات بحسب ما أسلفنا فيه من تسارع في الحراك الاجتماعي، الذي يشهده المجتمع على أكثر من صعيد، وانعكاسه على نماذج السلوك والمعاملات الاجتماعية، فنتج عنها تحلل في كثير من القيم ونفسخ في مجرى الحياة إلى حد الاغتراب، ما عجل ببروز أنماط من السلوكيات العدوانية على غير العادة في مواضع يكن لها المجتمع سلفاً كثيراً من الاحترام لرمزيتها وعلاقتها بالحياة والموت⁽⁷⁾، فأصبح التسكع الأخلاقي حسب المصطلح "الدوركامي" واجهة لممارسة الفعل المجتمعي، فانعكس ذلك على واقع العلاقة بين الأطباء والمرضى، فرزحت تحت طائلة رداءة الأداء المؤسساتي والوهن المجتمعي، هذا التصوير لحالة المجتمع هي حقيقة واقعه المعاش، فكيفما يمكن قبول اللانمطية في السلوك وقصور في عمل جهاز الضبط الاجتماعي وما ينتج عنها من أنومية في وعي الإنسان اتجاه ميكانيزمات ردود الأفعال التلقائية الاجتماعية، فأنتج واقعا متدحرجا وحالة من التذمر والهذيان الجمعي واللامبالاة بالنتائج والعواقب على مصير المؤسسات الاستشفائية والمرضى على حد سواء، فكان وقع العدوى كبيراً فانتشرت فيه اللانمطية في السلوك انتشار الخلايا السرطانية في الجسم العليل، مسببة فقدان التوازن الاجتماعي وخللا في أداء الوظائف المتخصصة.

فمن خلال هذا التوصيف العام للوضع، ارتأينا من منطلق المهنة التي نمارسها في قطاع الصحة كإداريين وباحثين اجتماعيين، أن نبحت أكثر لمعرفة خبايا هذه الظاهرة، التي تهدم بناء العلاقة بين الأطباء والمرضى، وتقوض أداء الوظائف، لكن قبل هذا وذلك نود أولاً تبيان بعض أنماط سلوك المرضى، الذي توصل إلى تحديده كل من بيرنج وكهانة "Bibring & Kahana"⁽⁸⁾ بغية الاستفاضة للتفصيل فيما بعد:

II- سيكولوجية المرضى وديناميكية التفاعل ضمن الموقف العلاجي والاستشفائي:

تناولت كثرة من الدراسات سيكولوجية المرضى بالبحث، أين أمكننا تحديد إحداهن بالرغم من قدمها بعض الشيء، إلا أنها باعتقادنا بقوامها وبصلاحيتها في ملامسة جوهر مقالنا، الذي تتماشى معه، فقد رسم هذان الباحثان معالم اعتدنا مشاهدتها في مستشفياتنا بالمعايشة، من حيث نماذج سلوك المرضى في ظل حالة صحية غير متوازنة، أين يمكن التعرف على بعض منها في هذا الصدد:

- مرضى اتكاليون: يحتاج هذا الصنف من المرضى إلى اهتمام وتدلّل زائد عن اللزوم، حيث يرجعون حقيقة الإصابة بالمرض الذين يعانون منه إلى عدم اهتمام الأهل والأقارب بهم بشكل لائق.

- مرضى منضبطين أو منظمون: تتفرد هذه الشريحة من المرضى بالجد وإسهامها في تسيير العملية العلاجية، من خلال حرصها ودقتها الشديتين في إفادة الأطباء (بما يلاحظونه والمتعلق بالإصابة) كلما سنحت الفرصة بالالتقاء والمحادثة.

- مرضى عاطفون: يسعى المرضى فيه لاستعطاف الأطباء بسلوك جذاب، بينما ينصاعون للعلاج كلية حالما يجدون استجابة من الأطباء، ويدخلون معهم في توافق وتبعية تامة.

- مرضى مضحون: يشكل هذا النوع من المرضى صداعا حقيقيا للأطباء أثناء ممارسة مهامهم، لكثرة شكاوهم واللوم والتبجح لأدنى مشكلة تعترضهم، حيث يرجعون وضعهم لسوء حظهم في الحياة، فهم ذوو مزاج غير مستقر وكثيرو التنقل بين الأطباء بحثا عن المعاملة التي يتمثلونها.

وفي هذا السياق توصل غوفمان "Erving Goffman"⁽⁹⁾ إلى استحداث نظرية جديدة أطلق عليها: "علاقة التفاعل الإستراتيجي"، بعدما أجرى دراسات في هذا الصدد، دارت حول علاقة التفاعل بين الأطباء والمرضى في المواقف العلاجية، تبنى فيه نوعا جديدا من العلاقات، أين يتصور كل من الطرفين المتفاعلين نفسه في مناورة حقيقية مع الطرف الآخر، فيسعى كل منهما للبحث عن أكبر قدر ممكن من المكاسب، بغية تحصيلها شريطة تصرفه بأسلوب هادف وحذق يتوقع به سلوكا إيجابيا من الطرف الآخر، بينما يحتدم الموقف في حالة اختلاف تطلعات السلوك إلى درجة التصرف بحماقة أو الإقدام على التعنيف اللفظي والجسدي للذي يقابله أو يناوئه.

III- تحليل سوسيولوجي لظاهرة العنف داخل المستشفى: يُعرف مفهوم العنف اصطلاحا بأنه: المعاملة بشدة وقسوة⁽¹⁰⁾، وينتج عموما عندما يكون رجع الصدى "Feed Back"⁽¹¹⁾ غير متوقع تصرفه من الطرف الآخر بإيجابية تلبي الحاجة المرجوة، فتتسأ لدى طالبها حرقه تبعث فيه دافع أو ردة فعل تجعله يسلك تصرفا يسعى من خلاله تحصيل تلك الحاجة، فقد تتوقف تلك الدافعية عند هذا الحد في حالة الإشباع، بينما تشتد وتقوى عند معاكسة الرغبة، التي يتمثلها من الطرف الذي يتوسم فيه إشباع حاجته، فيتصرف بحسب الموضع كالامتعاض، والتنهّد، واحمرار الوجنتين، والتعرق، والتكلم بصوت مرتفع لإثارة الانتباه، ... واستعمال كلمات خشنة دون الخروج عن السياق العام... والكلام بصوت مرتفع وبكلمات تخدش الحياء... والسبّ والشتم... إلى غاية التعنيف الجسدي للطرف الآخر، حيث تتبلور مجموعة من السلوكات، تستدعي تدخل الفاعلين لإدارة الموقف، باتخاذ ما يمكن التخفيف من حدة التوتر أو المشاحنة بين طرفي أو أطراف العلاقة الناشئة، فلنتصور موت أب عائلة ذات دخل محدود، فكيفما يكون وقع مفارقتة للحياة على كيان أسرته أو من يعيلهم؟ أو حال من ينقضي أجله كرب عمل يدير مشاريع كبيرة مع شركاء له بالمليارات داخل المستشفى؟ فما هو السبيل لاستيعاب هذا الموقف من طرف القائمين على العملية العلاجية أو الاستشفائية؟ وما هو موقف الفاعلين الاستشفائيين المباشرين تجاه تداعيات هذا

الحدث الجلل؟ وكيف يمكنهم تقديم تفسيرات أو تبريرات لأهل الميت في حالة التقصير أو الشك في سبب الموت في ظل وضع عدم التوافق العلائقي بين الفاعلين الاستشفائيين أطباء كانوا أو إداريين⁽¹²⁾، بحكم عدم انسجام المنظومة الصحية والمعطى الإنساني من عمليات الدعم والتحفيز لكل المبادرات، التي من شأنها إضفاء قيمة للنشاط المنجز، فيصبح الفاعل في هذه الوضعية أداة أو عبارة عن عنصر من ديكور العملية العلاجية (Figurant) تضحى فلسفته: قيمة الأجر المقبوض مقابل الجهد الذي يناسبه أكثر: (Travail égal/Salaire) (égal).

لقد عايشنا هذه الوضعيات بكثير من الاستفهام داخل المستشفيات، أين يولي الأطباء عادة الاهتمام بالحالة الباثولوجية للمريض، دون تخصيص وقت كاف للتحدث للمريض في مجالات خارج الإصابة بالمرض، والتخفيف بالتالي من وطأة الآثار النفسية جراء هذا الاختلال، بل يتعداه ذلك إلى عدم استقبال عائلة المرضى إلا لبرهة من الزمن والتواري بعدها مباشرة دون تقديم تفسيرات معمقة عن الوضعية المرضية لمصابهم، حجتهم في ذلك ضيق الوقت وثقل المهام وضرورة التفرغ الوجداني والطبي لاستقبال حالات مرضية أخرى، فمن يملأ هذه الحاجة؟ والقاعات والأروقة تعج بالمرضى ومرافقيهم؟

بما أن الوضع جاد ويتصف بكثير من الضغوط والإكراه، فإن وطأة هذا الفراغ الذي يحدثه الانسحاب الفيزيقي للأطباء يُلقى بثقله على عاتق الممرضات وكاهل الأعوان بكل أصنافهم، فيصبح الوضع مفتوحاً على مصرعيه على كل أنماط سلوك المرضى ومرافقيهم المحتملة منها أو غير المحتملة، فتصبح الوضعية إذا شديدة الحساسية، فلنتصور انصهار النماذج السلوكية جملة واحدة في موقف بعينه، فما هي انعكاساتها ضمن رقعة جغرافية صغيرة وفي ظرف زمني، قد يشهد فيه الزحام من الثامنة صباحاً إلى غاية الثانية صباحاً من اليوم الموالي؟ وقد تتعدها في فصل الصيف بحكم تغطية بعض المستشفيات لاختصاصات جهوية لا يمكن التكفل بالمرضى في مدنهم محل الإقامة⁽¹³⁾، فتعمل في هذا السياق تجربة الفرق العاملة أو المناوبة فعلتها بحكم الروتين والتعود على إدارة مثل هذه الوضعيات خاصة العنيفة منها، فينشأ لديهم حس بتوقع نماذج من السلوك في مواقف بعينها، لذا تلاحظ أحيانا تحدث بعضهم للبعض الآخر من أجل تقادي نواتج بعض الاحتكاكات وذلك بفرز المرضى أو التعامل مع الحالات "المشوشة" بيقظة على غرار المسبوقين أو الصعاليك أو اليقظة مع الهيئات والأشخاص ذوي الحظوة والشأن، حتى لا يتعرضوا للمساءلة أو لوم الرؤساء الطبيين والإداريين.

وتعمل العلاقة العاطفية التي تربط الأقارب بالمرضى مفعولها وتثقل بدورها كاهل الفرق، بينما يتصرف الأطباء بأبوية، دون أن يتزحزحوا عن موقفهم هذا، الذي لقنوا به في الجامعة، ولا يتركوا بالتالي مجالاً للمحاوراة أو نقاش في حيثيات المرض، حيث يرون في هذا السلوك تثبيطاً وعائقاً لأدوارهم⁽¹⁴⁾.

توصيفنا لهذا الموقف، يجعل ميكانيزمات العلاقة أشبه ما تكون بميكانيكا المحرك، فالتسلسل الإجرائي وممارسة أدوار الأطباء، يكون له في هذا المجال منحى التابع والمتبوع، أين تخفت فيه الاعتبارات الفردية والشخصية، وتتلاشى فيه المكانة الاجتماعية (في حدود ما)، خصوصاً إذا ما كان هذا الموقف ضمن وحدات الاستعجالات أو كانت الحالة طارئة، فهذه الصور، كثير ما نلاحظها بمستشفياتنا، وتكون من أحد أهم مسببات الملاسنة وعاملاً من عوامل المشاحنة والعصبية⁽¹⁵⁾، فأصبحت هذه الوضعيات، التي تعاشها الفرق يومياً جزءاً من المؤلف، بحكم تكراره، فتصبح تلك المواقف بمثابة مفرخة حقيقية وبيئة مهياة قد تبرزها عوامل أخرى مثل: قلة المستشفيات في المدن المجاورة أو بعدها عن مقار السكن أو اكتظاظ ما توافر منها، ناهيك عن معوقات أخرى كقصور التأطير البشري وقصور الوصايا في دعم المؤسسات الاستشفائية بالمال والتكنولوجية الكافيين⁽¹⁶⁾، وقد يزيد الموقف حدة

عندما تسلك الفرق العاملة سلوكا تتعامل فيه مع حالات خطرة على حساب غيرها من الحالات المرضية أقل حرجا، فترزخ الدينامكية الاستشفائية أو الاستعجالية بدورها تحت طائلة الزحمة، التي ينتظر فيها الكل دوره في العلاج، وقد يُوَجَّج كل من عاملي الوقت والمعاناة البيئية العامة للمرفق لاعتقاد مرافقي المريض بخطورة وضعه في ظل بيئة جافة وخالية من مظاهر التواصل الإيجابي: كالاستقبال والمرافقة، فيتحم حينئذ سلوك تصرف ما أو القيام بسلوك يستدعي الاهتمام يثير انتباه القائمين على العملية العلاجية، كإشارة عن توتر الوضع لمريضهم واحتقانه، وإلا سينتظرون لمزيد من الوقت وبالتالي تطول المعاناة.

كما تعد طريقة استقبال المريض وتوجيهه الوجهة المناسبة، سلوكا يهدف ويقلل من القلق العام⁽¹⁷⁾، بل يدفع بديناميكية السلوك بين الأطراف الحاضرة في ممانلة التصرف استشعارا للأمن والأمان داخل المرفق⁽¹⁸⁾، ما عدا ذلك يصبح الموقف عدائيا تجتمع فيه الأطراف المتفاعلة لمجابهة بعضهما بعضا، أين ينسلخ فيها الطالب والمطلوب من قيمه وأعرافه التي نشأ عليها اجتماعيا.

IV- بناء ووظيفة المرفق الاستشفائي: يتصف المستشفى ببناء معماري ذو خصوصية تتماشى والوظيفة الاستشفائية من حيث الشكل والتقسيمات الداخلية، وقد تختلف تلك التصنيفات وتفصيلاتها الفرعية من مستشفى إلى آخر، بحسب طبيعة النشاط ووتيرته على غرار مصالح الإنعاش أو الأمراض العقلية أو طب وجراحة أمراض النساء والتوليد... وبما أن المصالح الاستشفائية هي مصالح شبه مغلقة طيلة اليوم إلا في فترة الزيارة، التي تمتد غالبا لساعتين في منتصف النهار، أين تكون حركة المرضى ومرافقيهم مضبوطة على خلاف وحدات الاستعجالات التابعة لها، فإنها تكون مفتوحة بمقتضى القانون على مدار الساعة، يُستقبل المرضى فيها بحسب الاختصاص، الذي تتكفل بتقديمه، لذلك سنجري دراستنا في هذه الوحدات لارتباطاتها بموضوع المقال والتي تنقسم عادة إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

- 1- استعجالات طبية (القلب، التنفس، أمراض عقلية...).
- 2- استعجالات جراحية (عظام، دماغية، الجهاز الهضمي...).
- 3- استعجالات طبية جراحية: (أمراض النساء والتوليد، طب وجراحة الأعصاب...)

تقع وحدات الاستعجالات بكل أنواعها عادة في مداخل المستشفيات، فالغرض من موقعها الجغرافي داخل المؤسسة، هو تسهيل استقبال المرضى من جهة وضبط الحركة داخل المستشفى، بالأخص إذا ما كان المرضى يعانون من أعراض تستدعي فقط تقديم وصفة والرجوع إلى المنزل، وتكون مدعمة ومجهزة بمستلزمات النشاط: أعوان استقبال وتوجيه، وأعوان أمن ووقاية، وقاعات الانتظار (هاتف ثابت، دورات مياه، تلفزيون ملون، موزع مشروبات...) وقاعات للمعاينة الطبية، وقاعات علاج، ومخبر للتحاليل، وأشعة، وصيدلية، ومكتب الدخول، وقاعات للعمليات الجراحية، وقاعات للتخدير والإنعاش...، تماشيا وخصوصية المؤسسة، فلكل وظيفة أو مهمة لها ما يقابلها من تأطير وتجهيز... ويسير المرفق طبيب أو جراح مكلف أو معين من طرف المدير الإداري ويساعده في مهامه شبه طبي، تشتت في بعض الخصال، ويباشر وظائفه تحت مسؤولية الطبيب رئيس الوحدة، ويخضع الاثنان بدورهما لسلطة الجهاز البيروقراطي الإداري، ولرئيس المجلس الطبي أو العلمي في شقه التقني⁽¹⁹⁾.

وتُضبط طريقة عمل وحدة الاستعجالات عموما وفق نظامين أو منظامين وهما:

- نظام عادي (système ordinaire)،

- نظام بالتناوب (Système de permanence ou de garde)؛
يغطي النظام الأول (العادي) كل الأيام عدا عطل آخر الأسبوع والأعياد بكل أنواعها، يوازي فيها عمل الإدارة الإدارية ويمتد العمل به بدءاً من الساعة الثامنة صباحاً (08سا) إلى غاية منتصف النهار (12سا)، يخرج الموظفون بعدها لاستراحة لمدة ساعة، ثم يعاد العمل من الساعة الواحدة بعد الزوال (13سا) إلى غاية الرابعة والنصف مساءً (16سا و 30 د) بحسب ما تنص عليه قوانين الوظيفة العمومية (La Fonction Publique)، أما ما تعلق بالنظام الثاني أو بما يسمى: التناوب، فيخضع لعملية تنظيمية ورعاية خاصة، لأنه يغطي نشاط الوحدة 24/24 على كامل أو سائر أيام السنة، فالهدف منه هو تقديم الخدمات الطبية والجراحية والإرفاقية في كل الظروف، لأن المرض كما يقال لا يُستشر لذلك كفلته القوانين بالرعاية كحق دستوري وأخلاقي للمواطنين.

وتتكون التركيبة البشرية عموماً داخل الوحدات الاستعجالية من:

- طبيب أو جراح: رئيس الوحدة؛
 - شبه طبي: منسق النشاطات داخل الوحدة؛
 - أطباء مختصون، أطباء مقيمون، أطباء عامون، وطلبة في الطب...؛
 - ممرضات بكل أسلاكهن ورتبهن، وكذا طلبة متربصين؛
 - أعوان دعم وإسناد بكل الاختصاصات للتأمين والنظافة...
- وتدعمهم مصالغ أخرى تغطي مجمل نشاطات المؤسسة، وتعمل بدورها أي تلك المصالح بالنظامين مثل: مصالغ المدير أو من له تفويض بالتسيير الإداري؛
- مراقبون طبيون ومنسقو النشاطات شبه الطبية؛
 - أعوان أمن ووقاية؛
 - وحدات: الإطعام، والمحول الهاتفي، والصيانة، والمغسلة، والنقل، ومكتب الدخول، والصيدلية، والمخبر، والأشعة...

وتخضع نشاطات المؤسسة ضمن هذا التوصيف لعمليات تخطيط لترشيد استخدام الموارد، بما يلبي حاجة المرضى، لأن التهاون في تطبيق المقررات التخطيطية ستكون لها تبعات تضر بسلامة المرضى وتضع المؤسسة أمام مسؤولياتها المدنية والقضائية.

V- توصيف عام للبيئة داخل الوحدة: تتصف البيئة عموماً داخل وحدات الاستعجالات بديناميكية كبيرة حيث يطلق عليها عادة بالوحدة التي لا تنام، فالحركة والتنقل ذهاباً وإياباً هما سمتان من سمات المرفق، ففي كثير من الأحيان تغص فيه الوحدة إلى حد استنفار الدعم من المصالح الأم بالأخص عند حدوث طوارئ أو عراك بين مناصرين... فالملجأ أو القبلة مباشرة هي الاستعجالات للعلاج أو التضמיד، وقد تكون الوحدة مسرحاً لاستكمال بعض من هؤلاء المتصارعين العراك داخلها، فلا يسلم منها أحد بما فيهم الطواقم الطبية والجراحية، هذا حال الاستعجالات الجراحية، أما نظيراتها فلا تكن هي بدورها بمنأى عن ما يحدث بالوحدات الأخرى، فكم من مرة يصل دور المريض في القاعة، وتدخل حالة مستعجلة يهب لها القائمون على المرفق لتقديم المساعدة، فيثور ذووه فيصوبوا جَمَّ غضبهم بفعل تفويت الفرصة ويمتد الانتظار ويتحمل تبعاتها الأعوان والممرضات، ففي كثير من المرات يُقدم أحدهم بالتفوه بكلام نابٍ يجرح كرامة الموظفين، فيدخل الجميع في سباب وعراك، يضطر الأطباء للخروج من مكاتبهم في محاولة منهم لاستتباب الهدوء، فلا يسلمون هم بدورهم من تداعيات هذا السلوك اللاسوي.

وقد يكون مكان العراك أحيانا مكتب الطبيب ذاته، فمن من المرضى أو ممن يرافقه من يحاول إملاء بعض الأدوية على الطبيب، فيراها هذا الأخير عجرفة وتطاولا على مكانته وتدخلها في مهامه، فينهره فتثور نائرة المتكلم أو ممن معه، ويتهجم عليه، فيحكم مرة أخرى على المنتظرين بالانتظار أكثر إلى غاية استتباب الهدوء في ربوع الوحدة، فتكبر معها معاناة المرضى الآخرين، ويسخط المرافقون على صيرورة وأداء الفرق العاملة وتتوتر الأمور، فيصبح الوضع مختقا يفرض على الأطباء (بما أنهم سلطة) توقيف العمل، ولا يعودون إلى أماكنهم حتى تزول الضوضاء، هذه الأوضاع اللاوظيفية الصراعية ما كنا لنسمع بها داخل مؤسساتنا، فهي لصيقة عادة بالملاهي الصاخبة أو بميادين السباقات غير الشريفة، لكن أن تكتسح الحياة الاستشفائية بصفة أقل ما يقال عليها بأنها أصبحت ملازمة لصورة الاستجالات؟ هذا ما سنحاول التعمق فيه: فما الذي يدفع بالمرضى أو مرافقيهم لسلك مثل هذه التصرفات تجاه الأطباء ومساعدتهم داخل المستشفى؟.

VI- منهجية البحث: كوننا على دراية بما يجري داخل مستشفياتنا في بعض المناحي، ولا ندرك كل شيء بخصوص مسببات بعض الظواهر، التي لا يمكن معرفة دوافعها ما لم تُجرَ عليها دراسة إمبريقية وفق منهجية علمية للاستقصاء وصبر الأغوار، فاعتمدنا بداية على رصيدنا المعرفي كباحثين في علم الاجتماع وكعارفين بالمجال الاستشفائي، من خلال تبويب وتصنيف الظاهرة في سياقها النظري⁽²⁰⁾ والميدان⁽²¹⁾، حيث كانت هذه الظاهرة محل تماس من عدد كبير من النظريات⁽²²⁾، نذكر منها:

- البنائية الوظيفية؛ الفعل الاجتماعي، التفاعلية الرمزية؛ التبادل الاجتماعي؛ الدور؛ الأنساق؛ التحفيز؛ التحليل الاستراتيجي؛ الأنتوميثودولوجيا؛ الصراع؛ الإكلينيكية...

وبهدف معرفة كنه هذه الظاهرة، استخدمنا المنهج الوصفي، الذي يتماشى مع طبيعتها، وقد طبقنا أدواته كالملاحظة المباشرة أو بالمشاركة داخل وحدات الاستجالات وفي قاعات الانتظار، أين نستمتع بشكل حضوري وقريب من المرضى وذويهم، وكذا الفاعلين الاستشفائيين الذين شملتهم الدراسة، فكان الاستقصاء عبارة عن ملاحظة بالمعايشة بطريقة عشوائية، وقد استغرقت الدراسة المحينة ستة أشهر أي من: 2017/07/01 إلى غاية 2017/12/31، وذلك بوحدة الاستجالات لخمسة مستشفيات المكونة للمركز الاستشفائي الجامعي - ابن رشد - عنابة وهي: مستشفى ابن رشد (طبية، وطبية - جراحية)، ابن سينا (طبية وطبية - جراحية)، د. ضربان (طبية وطبية - جراحية)، عيادة القديسة تيراز (طبية) وعيادة طب وجراحة العيون، علما أن الموقع الجغرافي لهذا المركز هو مدينة عنابة شرق الجزائر، وقد شملت هذه الدراسة ثلاث عينات استقصائية أساسية كانت سببا أو محل تعنيف:

380 مريض ومرافق # 138 طبيب وشبه طبي # 25 إطار إداري

أدرنا مما تقدم، وبعد جلسات عديدة مع الأطراف، التي كانت سببا أو محل التعنيف طيلة المدة المذكورة، أن للظاهرة خلفيات كثيرة، يبرر فيها كل طرف موقفه من زاويته، وقد ساعدتنا صفتنا سهولة الانسياب داخل الوحدات بما في ذلك الأماكن، التي لا يستطيع غيرنا من الباحثين الولوج إليها كغرف مناوبة الأطباء والممرضين والطبق التقني، فعملت الصفة المهنية على مساعدتنا كثيرا في إنجاز هذا العمل بشيء من الأريحية، في بيئة صراعية: بأساليب احترافية: مادتها الأساسية التعامل كما سبق مع الألم والموت، فأدرنا من خلالها ضرورة التريث في معرفة المزيد من الأسباب إضافة لما نعرفه سلفا، لذلك امتدت فترة البحث لستة أشهر بغية تحليل الظاهرة جيدا ما دامت البيئة مواتية، علما أننا عايشنا وضعيات جد درامية كان وقعها كبيرا على الفاعلين ضمن الموقف.

فمكنتنا معاينة بيئة هذه الظاهرة التعرف على بعض الخلفيات، فارتبط بعضها بعوامل موضوعية لها علاقة مباشرة بطبيعة المرض، الذي لا مناص من تداعياته على حظوظ المريض في النجاة أو التعافي منه، أو من له صلة بنمط الممارسة المرفقية الطبية، الجراحية والإدارية، من زاوية الإمداد والدعم بمستلزمات العلاج والاستشفاء، فكثير من تلك الوضعيات ما كان بالإمكان تفاديها باستباق حلّ مسبباتها الذاتية أو حتى الموضوعية، لأن ما لاحظناه وسمعناه لا يبعث على الاطمئنان على مسار المرفق، فبعض الفاعلين لا يعجبهم العمل بهذه الوحدات فمنهم من حوّل إلى هذه الوحدة للعمل بسبب إجراء تآديبي كعقوبة له، فلنتصور معاقباً يُقدم علاجات لمرضى في حالة استعجال من أمرهم وهو تحت طائلة الضبط الإداري، فأضحت الخدمة عبارة عن كفاف، تقدم بحسب الطلب فقط دون مرافقة، وأصبحت بذلك لفظة (تخطي راسي) هي الموضة لمجانبة أي مساءلة وظهر التبدل والمكر في السلوك مثل مقولة: "أحفظ الميم تحفظك" فاستقال الفاعلون في إتمام المهام نتيجة الوضع غير المحفز على العطاء والمثابرة في الرفع من أداء المرفق؛ وعمّ البيئة داخل الوحدات شعور الموظفين بالدونية لعدم تقدير متدخلي الوصايا والمسؤولين المباشرين ما تبدله الفرق العاملة من مجهودات، وما يرشح عنها من معاناة وإكراهات، بمعنى آخر، يعاني المرفق (إن صحت تسميته بذلك) من بيئة جافة، هذا ما لاحظناه فانعكست مباشرة على طبيعة الأداء الفردي والجماعي فدخلوا في صراعات مع المرضى ومرافقيهم نتيجة عوامل كثيرة منها:

- نقص التحفيز المادي والمعنوي من طرف المسؤولين وقوانين الوظيفة العمومية، فانعكس ذلك بشكل مباشر على انخفاض الروح المعنوية الفردية والجماعية؛
- عدم توفر الحاجة البيولوجية من مأكّل ومشرب المفروض توفيرها من طرف المؤسسة، تفادياً لخروج الموظفين أثناء تأدية المهام لاقتنائها، فانعكس ذلك على الوتيرة العلاجية والتكفل بالمرضى؛
- عدم توفر أماكن للاستحمام داخل الوحدة وقاية من نقل العدوى للمرضى وإلى منزل الموظفين وللأهل؛
- عدم تغطية طب العمل للموظفين في مكان العمل بشكل جاد وفعال؛
- عدم استفادة الموظفين بكل أسلاكهم من آلية التكوين المتواصل لتحسين الأداء الوظيفي كمنتفس يحفز على المثابرة والارتقاء؛
- شعور الموظفين بالاغتراب نتيجة الهوة الكبيرة التي تفصلهم بمسؤوليهم المباشرين وبالإدارة؛

VII- نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة على هذا الأساس لعدة نتائج توضح الأسباب الفعلية لتفاقم هذه الظاهرة من ثلاث زوايا مختلفة:

- 1- **زاوية المرضى ومرافقيهم:** تمكنا بشكل تسلسلي من تدوين مجمل الأسباب، التي يرى فيها المرضى ومرافقوهم الدوافع الحقيقية، التي تُنتج هذه الظاهرة في الوسط الاستشفائي بخصوص الاستجالات وذلك بمنحى تنازلي: تعتبر نسبة (99%) من العينة الملاحظة والمبحوثة، بأن الاستقبال والتوجيه جافّ تماماً، ولا يعكس الوظيفة الحقيقية للمرفق الاستشفائي، بينما تؤكد (98%) بأن الفاعلين الاستشفائيين خصوصاً الأطباء منهم لا يعيرون اهتماماً بالجوانب النفسية والاجتماعية الملازمة للمرضى، والاقْتصار فقط على معالجة عوارضه الإكلينيكية، وتذهب (87%) منهم بالقول بأن مدة الانتظار طويلة ومملة، ترفع من مستويات الامتعاض وتشحنهم بسلوكات غير لائقة لتحصيل حاجتهم، التي أتوا من أجلها، الشأن ذاته بالنسبة لعدم تقيد القائمين على المرفق بمبدأ أسبقية من وصل أولاً، والإذعان للمعارف والمشايخين والمسوقين (35%)، بينما تعبر (31%) بأن المؤسسة لا توفر

الإطار الطبي المتخصص بأعداد كافية، مما يثبط وتيرة النشاط ويطيل مدة الانتظار، والحال كذلك بالنسبة لعدم توافر الأجهزة والعتاد المتخصص (30%) مما يتقل كاهل المرضى وذويهم للتنقل خارج المستشفى لإجراء التحاليل والأشعة ومعاودة الرجوع للطبيب المعاین، حتى يتخذ القرار مع احتمالية الخطأ وانعكاساته على مصير ومستقبل المريض؟

2- زاوية الأطباء: يُعتبرون أصلاً هم من يشخص ويقدم المساعدة المتخصصة وعلى علاقة مباشرة وحصرية بالمرضى، فجاءت أراؤهم كذلك متسلسلة على النحو التالي:

- عدم مسايرة المنظومة الصحية للتطورات العلمية والتكنولوجية وللتغيرات السوسيو-ديمغرافية والاقتصادية للمجتمع بنسبة (100%)، وخير دليل "حسبهم" بأن المؤسسات الصحية لا تزال إلى غاية الساعة تدير بقانون: (85/05)، الذي أصبحت بعض مواده متجاوزة، لا تتماشى والوضع الراهن للمجتمع، خصوصاً التحولات الایدمیولوجیة لكثیر من الأمراض؛

- قصور وظيفة الإدارة الهرمية على تقديم مخططات دون تقييم نتائجها على أسس علمية وبرامغاتیة فانعكس ذلك على آلية التحفيز، ففي هذه الحالة يصبح المتدخلون في خانة واحدة، لا مجال فيها للاجتهاد أو المثابرة، أضف إلى ذلك، عدم تفعيل آلية التكوين المتواصل بصفة عقلانية تخدم مستويات التكفل بالمرضى (98%)؛

- عدم تدعيم الفرق العاملة بعوامل الدعم والإسناد الكافية بالنوعية المطلوبة، وبضرورة إعادة النظر في آليات التنسيق بين الإدارة والسلك الطبي لتجاوز المعوقات الوظيفية، التي تنعكس على صحة المريض وبالتالي ظهور سلوك لا يرقى إلى تخفيف الألم عنه (95%)؛

- ضرورة الرفع من ثقافة المواطنين الصحية (81%) لتفادي كثير من الأسباب، التي تقلل من مواضع اللامعيارية من التصرف العنفي.

3- زاوية الإدارة الاستشفائية: تتحمل الإدارة في هذا المجال عبءاً كبيراً، لأن الجميع ينعته صراحة بالتقصير والتهاون في الإمداد بعوامل النشاط الاستشفائي، لكن لوجهة نظرها تبرير مخالف، نوردها كآلآتي:

- خضوع المؤسسة لازدواجية السلطة (98%)، بحيث يتقلص هامش تحرك الإدارة على خلاف مثيلاتها في المؤسسات الأخرى ذات الطابع الإداري الخالص، فتمرير القرارات خاصة المتعلقة بالشق التقني تشوبه عوارض كبيرة من طرف السلك الطبي، مما يؤثر في اقتصاد عاملي الوقت والتحرك؛

- خضوع المؤسسة للوصايا المركزية (87%)، بالتالي محدودية مواردها واعتمادها شبه التام على الموازنة السنوية التي ترصدها إياها الدولة؛

- ضيق هامش تحرك المؤسسة فيما يخص التخطيط والتخطيط الاستراتيجي، بالرغم من اعتمادها على هذا المنهاج لكنه يبقى سورياً ومحدوداً (80%)، كاستحداث تخصصات جديدة أو استقدام كفاءات أو مهارات عالية (مركزية القرار)؛

- تعرض نشاط المؤسسة للمساءلة الاجتماعية والقانونية (54%)، مما يجعل باب الاجتهاد أو المبادرة يلفهما شيء من الحذر وعدم المجازفة؛

- عدم التنسيق الوظيفي بين المؤسسات المجتمعية ذات الصلة بالصحة في تمشين الثقافة الصحية، ومحدودية تكريس الفعل الاستشفائي ضمن دائرة التحرك الجماعي، واستبقائه "أي المستشفى" يتخبط في مشاكل منشؤها

المحيط الخارجي الجاهل للمجهود الصحي والاستشفائي، وكبر أعبائه على الموازنة المرصودة وانعكاساته السلبية على الروح المعنوية الفردية والجماعية، ذلك ما أكدته نسبة (44%).

خاتمة

أبرزت مظاهر العنف في السنوات الأخيرة داخل المؤسسات الاستشفائية حدة غير معهودة داخل مجتمعنا الجزائري، تميزت أساساً وفق ما لاحظناه وعاشناه من تعنيف للفرق العاملة خصوصاً الطبية منها، باعتبارها المحرك الأساس في العملية العلاجية والاستشفائية على خلاف العناصر شبه الطبية، التي تعنى تحديداً بتطبيق التعليمات الطبية، فأنتجت هذه الوضعيات ديناميكية عكسية تمثلت في بروز ظاهرة تعنيف الأطباء من طرف المرضى ومرافقيهم بالأخص داخل وحدات الاستعجالات بحكم خصوصيتها في استقبال وتوجيه المرضى على مدار الساعة طول أيام السنة، حيث تبين لنا من الملاحظة بالمشاركة التي أجريناها بأن للظاهرة عدة خلفيات، فمنها ما هو موضوعي ذو ارتباط مباشر بديناميكا النشاط كالاكتظاظ داخل تلك الوحدات بوتيرة متصاعدة، وقلة المرافق المتخصصة على مستوى كامل أقصى المنطقة الشرقية للبلاد أي لأكثر من خمس ولايات برمتها، فيتوافد على إثرها المواطنون بأعداد كبيرة دون تكفل إرفاق مصاحب من المؤسسات الصحية الكائنة بالقرب من مقر سكن المرضى الوافدين، ناهيك عن نقص الإطار الطبي المتخصص، في المقابل أمكننا إبراز عدة عوامل ذاتية تعكس حقيقة بيئة العمل وتعتبر من المسببات الرئيسية في تفاقم هذه الظاهرة، نتيجة تناظر أدوار وازدواجية السلطة داخل المؤسسة الاستشفائية بين كل من الإدارة من جهة والسلك الطبي من جهة أخرى إلى درجة احتدام المواقف وحدث مجابهة والوقوع في وضعيات صراع، وممارسة كل منهما الضغوط للتعطيل من صلاحيات الطرف المقابل أو شل هيكله الوظيفية، فعوامل نقص مقومات الممارسة يتعذر وفقها تغطية النشاطات المختلفة بموارد المؤسسة الشحيحة بالأخص بعد إجراءات النقشف المتخذة مؤخراً من طرف الحكومة، فانعكست هذه السياسات في واقع المرفق ومخرجاته العلاجية فأبرزت هذه المواقف غير الطبيعية ردود أفعال متفاوتة إلى درجة التعنيف كردة فعل حيال وضعيات التأخر في التكفل بمرضى المرافقين أو التباطؤ في التدخل بحجة نقص الدعم التكنولوجية المساعدة في إجراء عملية التشخيص أو العلاج، أو مثل ما يحصل من وقت لآخر كحدوث خلل تقني في أجهزة الكشف بالأشعة أو تعطل جهاز التنفس الاصطناعي داخل قاعة العمليات الجراحية... إلى غاية مطالبة الأطباء بضرورة إحضار عاملات نظافة وأعوان أمن وإحاقهم بأطقمهم بصفة دائمة ومستمرة، وذلك على حساب مصالح طبية واستشفائية أخرى، وذلك في عز ظروف الأزمة الراهنة، فاستمت هذه الوضعيات بالعنفية في أكثر من موقف وقوضت بالتالي من مسار العلاقة بين الأطباء والمرضى داخل وحدات تلك المؤسسات، فأضحت العلاقة تشوبها كثير من الريبة والشك، على الرغم من اتصاف هذه العلاقة ضمن مواقفها العلاجية والاستشفائية بصفة التبعية الإجرائية والدوائية، ذلك ما لاحظنا بوادر هشاشتها جراء هذه الوضعيات وقد عايشناها ووقفنا نحن عليها بدورنا.

المصادر والمراجع:

- 1- نادية محمد السيد عمر: "علم الاجتماع الطبي-المفاهيم والمجالات"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998، ص 168.
- 2- Erving Goffman: "Stigmaté, les usagers sociaux des handicaps", Ed: minuit, France, 1975.
- 3- محمد الجوهري: "الصحة والبيئة -دراسات اجتماعية وأثنوبولوجية"، القاهرة، مصر، 2007، ص 10-11.
- 4- Abdelhafid Oussoukine: "Traité de droit médical", PLF, Oran, Algeria, 2003, p 108.

- 5- Pierre Peton: "Le Contrat médical, chronique de jurisprudence, medecine et droit", SDME, Paris, France, 1991, p 01.
- 6- Agnès Volta & Jean-Claude Rollet: "Influence socioculturelle sur la souffrance psychique", Ed: L'Harmattan, France, 2017, pp 19-21.
- 7- Philippe Svandra: "La Violence aux urgences, une question de proximité sociale", Soins cadres, 11, France, 2011, P 84.
- 8- نادية محمد السيد عمر: المرجع السابق، ص ص 177-178.
- 9- Erving Goffman: "Op.cit", pp 51-53.
- 10- المنجد الأبجدي: دار الشرق، ط9، بيروت، لبنان، 1993، ص 626.
- 11- إحسان محمد الحسن: "علم الاجتماع الطبي، دراسة تحليلية في طب المجتمع"، دار النشر، عمان، الأردن، 2008، ص ص 75-96.
- 12- نور الدين حاروش: "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"، دون ذكر اسم الناشر، الجزائر، 2008، ص ص 268-298.
- 13- Brahim Brahmia: "La formation des praticiens en économie de la santé; facteurs de rationalisation des dépenses", In (le gestionnaire), ENSP, El Marsa, Algérie, 01 et 02 Juillet 1979, P 58.
- 14- محمد علي محمد وآخرون: "دراسات في علم الاجتماع الطبي" الجامعية، الإسكندرية، دار المعرفة مصر، 1999، ص ص 86-97.
- 15- Aline Mouranges: "Stress souffrance et violence en milieu hospitalier", Ed: MOHH, France, 2011, P.P 44-48.
- 16- N. Assez, F. Pinchon, O. Lorian le grand et all: "Violence et agressivité aux urgences: Structures, organisation et formation", Ed: Elsiervier, France, 2003, P.P 279-286.
- 17- Catherine Vidy: "La violence à l'accueil des urgences est-elle inéluctable": Soins cadres, 02, France, 2009, p 69.
- 18- للمزيد أنظر: محمد حسين منصور: "المسؤولية الطبية"، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، دون ذكر سنة النشر.
- 19- للمزيد أنظر:
- Jean Marie Clément: "Les pouvoirs à l'hôpital", Bréger-Levrant, Paris, 1990.
- 20- مصطفى خلف عبد الجواد: "نظرية علم الاجتماع المعاصر"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2009، ص 172.
- 21- معن خليل عمر: "نظرية معاصرة في علم الاجتماع" كلية الآداب، جامعة اليرموك، الأردن، 2005، ص ص 52-57.
- 22- عبد الله محمد عبد الرحمن: "نظرية علم الاجتماع"، كلية الآداب، جامعة بيروت، لبنان، 2006، ص ص 162-163.