مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية

اسم المقال: ميول العنف ضد الأطباء في مستشفيات القطاع العام الأردنية محاولة للفهم في ضوء توقعات دور الطبيب
اسم الكاتب: محمد عبد الكريم الحوراني
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/8840
تاريخ الاسترداد: 2026/11/01 23:19 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

جامعة الشارقة
ملتقى الحضارات

مجلة جامعة الشارقة

دورية علمية محكمة

للعلوم الإنسانية والاجتماعية



المجلد 10 ، العدد 2
صفر 1435 هـ / ديسمبر 2013 م

الترقيم الدولي المعياري للدوريات 1996-2339

ميول العنف ضد الأطباء في مستشفيات القطاع العام الأردنية
محاولة للفهم في ضوء توقعات دور الطبيب

محمد عبد الكريم الحوراني

كلية الآداب – جامعة اليرموك

إربد - الأردن

تاريخ الاستلام 2012-06-05 **تاريخ القبول 2012-10-03**

ملخص البحث

سعت هذه الدراسة إلى الكشف عن دور (توقعات دور الطبيب) في إنتاج ميول العنف ضد الأطباء من لدن المرضى، وقد تم تحديد ثلاثة أنماط من التوقعات في دور الطبيب التي تعد حقا للمريض: توقعات النزعة الإنسانية، وتوقعات المسؤولية، وتوقعات الإخلاص، بالإضافة إلى التوقعات السلفية لدى المرضى حول الخدمات التي تقدم لهم في الطوارئ.

لقد تم اختيار عينة قصدية مؤلفة من (490) مريض من أقسام الطوارئ في مستشفيات الوسط والشمال والجنوب ممن تسمح حالتهم الصحية بالتعاون مع الباحثين.

وقد أظهرت النتائج أن توقعات دور الطبيب بأشكالها الثلاثة تنتج ميول العنف ضد الأطباء كما أن لديهم توقعات سلفية سلبية حول الخدمات التي تقدم لهم في قسم الطوارئ وبينت النتائج أن هناك علاقة بين امتلاك المرضى خبرة سلبية مسبقة، وحكم مسبق إزاء الأطباء، وتقديرهم لدور توقعات دور الطبيب في إنتاج ميول العنف ضد الأطباء.

مقدمة:

قال تشاراك charack -أحد الأطباء القدامى-: إن تأثير الطبيب الجيد على مرضاه تماما مثل تأثير الأم والأب والأخوة والناس الشفوقين، فالطبيب الذي يمتلك هذه الخصائص يشفي مرضاه ويمنحهم الحياة وهذه العلاقة التربوية تعد الأساس لما يدعى طبيب Physician التي تعني في اللاتينية « المعلم » Teacher بينما كلمة مريض فهي مشتقة من patior وتعني « صاحب المعاناة ». (Fowler: 2008: 1).

ومن هذا المنطلق، فإن الطبيب لا يشخص الأعراض أو يعالج المرض فقط بل يجب أن يعلم ويشجع عند الحاجة لذلك ومن هنا، من المهم بالنسبة للطبيب أن يكون قادرا على فهم ثقافة المرضى من حيث اهتماماتهم ومعتقداتهم وأخلاقياتهم. (kleinman: Benson: 2006). إن علاقة الطبيب – المريض تمثل مرآة لعلاقة المعلم – الطالب، فالأساتذة والأطباء الفاعلون لديهم علاقة وفهم وتعاطف وإصغاء وعدم السرعة في إصدار الأحكام والكياسة (Pettit: 2008). وبالمقابل فإن المريض بالنسبة للطبيب مثل الطفل المعتمد، والتلميذ الشغوف، أو صديق يحتاج إلى نصيحة ومساعدة وعطف وأمل. (Fowler: 2008).

إن إدارة العلاقة بين الطبيب والمريض تتأثر دون شك بالخصائص الشخصية للطبيب والمريض. وهذه المسألة تشمل معايير من قبيل الثقة والأخلاق ومهارات التواصل والإخلاص. (Gwyn: Elwyn: 1999) ولكن نسق التوقعات المتبادلة بين الطبيب والمريض يتجه إلى تضخيم الواجب على الطبيب مقابل تضخيم الحق على المريض وهذا نابع من طبيعة الموقف العلائقي الذي يكرس وجود الطبيب صاحب قوة وموجها لنسق التفاعل وذلك يعني أنه على الطبيب أن يتحمل المسؤولية الكبرى والعبء الأثقل.

ولكن بعيدا عن تلك الصيغة الافتراضية للعلاقة يشكو علماء الاجتماع المتخصصون في علم الاجتماع الطبي Medical Sociology من أن هناك تراجع في الثقة والدفء في علاقة الطبيب بالمريض. وأن التعليم في الطب يدرب الأطباء على خلق مسافة عاطفية ويكثر هؤلاء العلماء من اقتباس قول تالكوت بارسونز : « إن الأطباء في الماضي نشؤوا على التصرف في ضوء ما تمليه مصلحة المريض أكثر مما تمليه مصالحهم الخاصة. (Fredric:1991).

ويلحظ لايت (Light: 2000) أن العلاقة بين الطبيب والمريض لم تتحول من النزعة الإنسانية إلى النزعة الاستهلاكية فحسب بل أصبحت تشبه المواجهة في سوق معقدة.

إن هذا الاختلال في بنية العلاقة بين الطبيب والمريض رافقته اختلالات أخرى بالغة التطرف من أهم مظاهرها العنف ضد الأطباء. وقد تم اعتبار مهنة الطب من المهن التي تشهد خطورة وتهديداً واعتداءً وفق مسح الجريمة البريطاني. (Budd: 1999) وذلك نظرا إلى ارتفاع مستويات العنف الذي يتعرض له الأطباء، والأمر ذاته ينطبق على الولايات المتحدة الأمريكية، وكندا، ودول أوروبا بالإضافة إلى مجتمعاتنا. وهذا يعني أن المشكلة ليست خاصة بالمجتمع الأردني أو المجتمع العربي بل هي مشكلة دولية وعالمية. لكن الفارق الأساسي يتمثل في كيفية الاستجابة

للمشكلة؛ فبينما تعترف المجتمعات الغربية بجوهر الإشكالية المتعلق بدور الطبيب في إدارة العنف بالإضافة إلى عوامل مؤسسية وثقافية أخرى وتقدم حلولا إصلاحية لتجاوزها نجد أن مجتمعاتنا تحاول التمويه على دور الطبيب في إدارة العنف وتقدم حلولا « عقابية » لتجاوز المشكلة.

ولذلك فإن مشهد العنف ضد الأطباء ما زال يتكرر في المستشفيات الحكومية (غالبا) وفي المستشفيات الخاصة (أحيانا) وفي السنوات الماضية تم توثيق أكثر من (200) حالة اعتداء على الأطباء وهذه الحالات الموثقة فقط والمرتبطة بالعنف الجسدي. وقد استجابت وزارة الصحة والداخلية ونقابة الأطباء لهذه الإشكالية بتحميل المسؤولية كاملة لثقافة المواطنين وتعزيز المفارز الأمنية داخل المستشفيات وتغليظ عقوبة الاعتداء على العناصر الطبية بالسجن من (2-3) سنوات وغير ذلك من الاعتبارات العقابية والأمنية.

ومن هنا تأتي هذه الدراسة بهدف الكشف عن أحد الأبعاد الجوهرية الغائبة في الخطاب المتعلق بالعنف ضد الأطباء، أي توقعات دور الطبيب (التي تمثل حقوقا للمريض) ودورها في توليد العنف ضد الأطباء وإظهار مسؤولية الطبيب في إدارة الموقف التفاعلي مع المريض. وتحريض ردود الفعل العدائية لدى المرضى بالإضافة إلى الكشف عن دور (التوقعات السلفية) المرتبطة بالخبرات السابقة لدى المرضى في تحريض ميول العنف ضد الأطباء. وبذلك تحاول الدراسة التأكيد على أن سلوك العنف يتألف موقفيا والاعتداء ضد الأطباء لا يعود كما تؤكد التعريفات الرسمية إلى ثقافة المرضى والمراجعين فحسب.

ولذلك فإن الدراسة الراهنة تستمد أهميتها من خلال إلقاء الضوء على أحد الأبعاد الجوهرية في العنف ضد الأطباء وهو مسؤولية الطبيب وقيامه بواجبات دوره وذلك بعيدا عن إلقاء كل مشكلة على شماعة ثقافة المواطنين ومسؤوليتهم الكاملة عن العنف ضد الأطباء. وتعد هذه الدراسة الأولى من نوعها سواء من حيث التوجه (العنف ضد الأطباء) أو من حيث الطرح (مسؤولية الطبيب) بالوقت الذي ما تزال المشكلة قائمة وتحظى باهتمام سياسي، وإعلامي، ومجتمعي كبير.

ومن أجل تحقيق الهدف الرئيس للدراسة فقد تم تحديد ثلاثة أنواع من التوقعات التي تعكس مسؤولية الطبيب وواجباته إزاء المرضى التي من شأنها أن تنتج ميول العنف إذا ما قصر الطبيب فيها، بالإضافة إلى التوقعات السلفية التي تجسد الخبرات الماضية للمرضى في تفاعلهم مع الأطباء في أقسام الطوارئ، وهذه التوقعات هي:

أولا: (النزعة الإنسانية) وتشير إلى مراعاة الحاجة النفسية للمريض من حيث الاهتمام ولغة التواصل والاحترام واللطف في المعاملة. ثانيا: (المسؤولية) وتتعلق بالمهارة التي يتمتع بها الطبيب ومبادرته في التشخيص والعلاج ونوعية الخدمة التي يقدمها. ثالثا: (الإخلاص) ويعكس الطابع الشخصي في الحرص على صحة المريض من حيث الاهتمام، وإعطاء الوقت الكافي، وبذل الجهد، والانهماك، والجدية. رابعا: (التوقعات السلفية) وتتعلق بالخبرة التفاعلية السابقة للمريض مع أطباء الطوارئ والخدمات المقدمة له بما في ذلك رعاية المرضى وكفاية الأطباء ومراعاة الأولويات.

وبالاستناد إلى ما تقدم تتحدد مشكلة الدراسة بالإجابة على التساؤلات الآتية:

- ما طبيعة التوقعات السلفية التي يمتلكها المرضى حول الأطباء والخدمات المقدمة لهم في أقسام الطوارئ ؟
- هل تعمل التوقعات المتعلقة بالنزعة الإنسانية في دور الطبيب على إنتاج ميول الغضب والعداء ضد الأطباء ؟
- هل تعمل توقعات المسؤولية في دور الطبيب على إنتاج ميول الغضب والعداء ضد الأطباء ؟
- هل تعمل توقعات الإخلاص في دور الطبيب على إنتاج ميول الغضب والعداء ضد الأطباء ؟
- هل هناك علاقة بين الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية والظروف الموقفية لعينة الدراسة وتقديرهم لدور توقعات دور الطبيب في إنتاج ميول الغضب والعداء ضد الأطباء ؟

مفاهيم الدراسة:

- العنف ضد الطبيب: الاعتداء الفعلي أو الميل للاعتداء-إظهار مشاعر الغضب والاستياء والعداء- على الطبيب جسديا أو لفظيا أو كليهما ويشمل الضرب والدفع والشتم والإهانة.
- توقعات دور الطبيب: مجموعة الحقوق والواجبات المناطة بدور الطبيب ووفق مقتضيات الدراسة الراهنة سوف يتم التركيز على الواجبات منها فقط التي تمثل حقوقا للمرضى وتشمل: توقعات النزعة الإنسانية، وتوقعات المسؤولية، وتوقعات الإخلاص.
- توقعات النزعة الإنسانية: جملة التصرفات التي تظهر تقدير الطبيب لإنسانية المريض مثل التحدث إليه بلطف والاهتمام بمشاعره وطمأنته والتخفيف من معاناته.
- توقعات المسؤولية: التصرفات التي تعكس تحمل الطبيب للمسؤولية الموقفية في رعاية المريض مثل إظهار المهارة والاستجابة السريعة للحالة المرضية والتواصل والاهتمام بالتشخيص.
- توقعات الإخلاص: التصرفات التي تظهر جدارة الطبيب باستحقاق الثقة وبذله الجهد في القيام بواجبه، والانهماك في مساعدة المريض وحرصه على تشخيص الحالة المرضية بصورة جيدة.
- التوقعات السلفية: نابعة من الخبرات التفاعلية السابقة للمرضى مع الأطباء في أقسام الطوارئ وتشمل خبراتهم حول الخدمات المقدمة للمرضى وكفاية الأطباء وإخلاصهم ومدى احترام المرضى وهي تحرض على العنف عن طريق التعبئة العدائية المسبقة للمرضى إزاء الأطباء.

مشكلة العنف ضد الأطباء في المستشفيات الحكومية الأردنية: الواقع والتداعيات.

أضحت مشكلة العنف ضد الأطباء مؤرقة لكافة الجهات المعنية؛ فالمشكلة تصيب صميم النسق الطبي الذي يفترض أن يشهد مستويات مرتفعة من الأمن الوجودي سواء بالنسبة للعاملين والعناصر أم بالنسبة للمراجعين والمرضى. وكذلك فإن المشكلة تصيب علاقة اجتماعية بالغة الحساسية وتحظى بقدر كبير من المثلنة Idealization والاحترام وهي (علاقة الطبيب – المريض) كما تعد هذه المشكلة من المؤشرات السلبية المتعلقة بكفاية المؤسسة الطبية وأهليتها وتجلب لها الوصم المهني والسمعة السيئة وقد تطغى على الكثير من الإنجازات والتقدم في مجال الرعاية الصحية.

ولكن يبدو أن جميع الاعتبارات سالفة الذكر لم توجد حتى الوقت الراهن دافعية حقيقية للحيلولة دون استمرارية هذه الإشكالية إلى درجة أن المواطن الأردني أصبح يألف الأخبار حول الاعتداء على الأطباء من خلال وسائل الإعلام المختلفة. وتشير سجلات وزارة الصحة إلى أن عام 2008 شهد (37) حالة اعتداء وعام 2009 (41) حالة اعتداء وعام 2010 (44) حالة اعتداء وعام 2011 (58) حالة اعتداء (انظر العرب اليوم: 2011، الرأي 2012) وتجدر الإشارة إلى عام 2011 قد شهد بالإضافة إلى ما تقدم ذكره (13) حالة اعتداء على الأطباء في المستشفيات الخاصة، (10) حالات اعتداء على الممرضين (العرب اليوم :2011).

ومن جهة أخرى يشير استطلاع رأي أجري على الأطباء إلى أن اثنين من كل ثلاثة أطباء في المستشفيات الحكومية تعرض بشكل أو بآخر إلى اعتداء جسدي أو لفظي من مريض أو مرافق له وأن 70% من الاعتداءات وقعت في أقسام الطوارئ ويرى 90% ممن استطلعت آراؤهم من غير الأطباء أن سبب الاعتداء هو إهمال الطبيب وعدم اهتمامه بمشاعر المرضى والأخطاء الطبية (العرب اليوم: 2011).

لا شك أن ضغوطات العمل بالنسبة للطبيب قد تحول دون إنجازه لتوقعات دوره كما هو مفترض وهذا جزء من التفسير بأن 70% وأكثر من حالات الاعتداء على الأطباء تقع في أقسام الطوارئ التي تشهد اكتظاظاً كبيراً. وحسب بيانات وزارة الصحة لعام 2010 راجعت جميع المشافي التابعة للوزارات (913518) حالة طارئة و (1440589) حالة غير طارئة ومجموع الحالات (2354107) فكانت نسبة الحالات الطارئة (38.8%) بينما في عام 2009 كان مجموع الحالات (72860) وغير الطارئة (144030) ومجموع الحالات (216890) ونسبة الحالات الطارئة (33.6%) (وزارة الصحة: 2011).

وهذا يعني أن عدد الحالات الطارئة التي ترد إلى المستشفيات الحكومية مرتفعة نسبيا وتحتاج إلى توافر أماكن وأسرة وعناصر طبية ومعدات وهو الأمر الذي لم تستوفه المستشفيات الحكومية بالصورة المطلوبة وليس أدل على ذلك مما يقوله الأطباء أنفسهم في أحد التقارير الميدانية حول أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية. يظهر التقرير أن مستشفى البشير الذي يراجعه أكثر من (2000) مراجع يوميا يعاني حالة الاكتظاظ وضغط العمل الذي يولد التوتر والعنف -وهو المستشفى الذي احتل المرتبة الأولى في الاعتداء على الأطباء- إذ أي طلب من لدن

المراجعين يتحول إلى مشادة كلامية مع الممرضات ويكون المريض الحلقة الضعفى، وتقول أحدى الممرضات: « إن نقص العناصر يكون على حساب الكلمة الطيبة ومراعاة وضع المريض ». وتضيف : « لا أستطيع ممرضة أن أستوعب 100 مريض يتوافدون إلى عيادة وأحدة ». ويقول أحد الأطباء: « لا أستطيع أن أستوعب كيف يمكن علاج 120 مريض في يوم وأحد ». ويقول: « بعد المراجع المرقم 30 أبدأ أفكر في طريقة للتخلص من المراجعين من خلال الفحوص السطحية ووصف الأدوية التي لا تضر ولا تنفع » ويقول طبيب آخر يعمل في الطوارئ: « إنني أعاين في الشفت ما بين 70-100 حالة في حين أن المعدل هو معاينة ما بين 30-40 حالة » ويضيف: « هناك بعض التجاوزات أحيانا من لدن الأطباء بسبب الضغط الهائل الذي يتعرضون له. ولكن ذلك لا يستدعي ضرب الطبيب من لدن المراجع بأي شكل من الأشكال». (الخطيب، 2008).

وفي مستشفى النديم في مأدبا يستقبل قسم الطوارئ ما بين 150-200 حالة في الوردية الأولى، وما بين 250-300 حالة في الثانية والثالثة، علما بأن طبيبين يعملان في كل وردية ويقول أحد الأطباء :« في كثير من الأحيان يتعرض الأطباء للإهانة والشتم من مرافقي المرضى وتتحول المسألة إلى حالات اعتداء بذريعة أن الأطباء لا يقدمون خدمة جيدة» ويصف أحد المواطنين الذي يراجع المستشفى باستمرار الوضع بقوله : « إن تعامل الأطباء والممرضين جيد لكنهم عصبيون بسبب كثرة الناس » وتقول مواطنة:« الممرضات يتأخرن على المرضى وهن دائما عصبيات، لكن ماذا نفعل ؟ هكذا هي مستشفيات الحكومة » (الخطيب ،2008) .

ومن الجدير بالذكر أن عدد سكان مادبا (135) ألف نسمة « تبلغ نسبة الأطباء 3.4 لكل 10 آلاف مواطن بزيادة مقدارها 2.1 عن العاصمة التي لا تحظى سوى بنسبة 1.5 طبيب لكل 10 آلاف مريض وفق الإستراتيجية الصحية الوطنية 2006-2010 الصادرة عن وزارة الصحة.

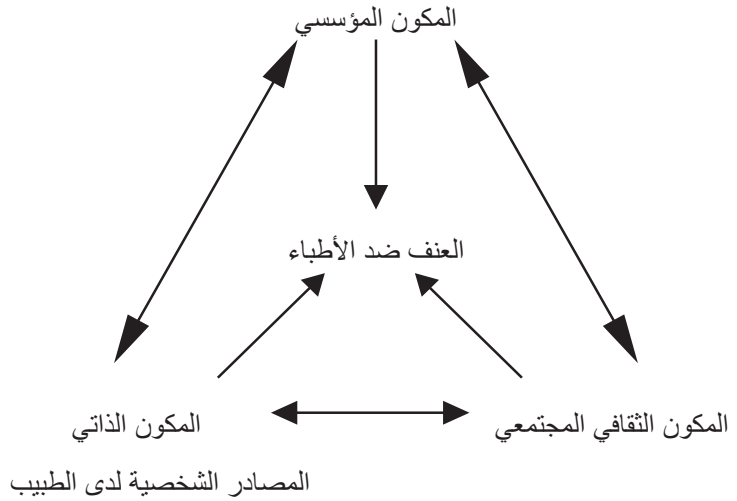
وفي تقرير آخر يقول أحد الأطباء العاملين في الطوارئ: « إن ما يقارب 100 حالة تراجع قسم الطوارئ في الشفت الوأحد.(25) حالة تكون طارئة وتستدعي التدخلات الطبية السريعة لإنقاذ حياتها والحالات الـ (75) الباقية يمكن علاجها في المراكز الصحية لكنها تربك العمل وتضغط على الأطباء والعنصر التمريضي » (النسور: 2011). ولكن من جهة أخرى يقول الطبيب ذاته شارحا جوهر الإشكالية: إلا أن سبب تشنج مراجعي الطوارئ (المرضى وأقاربهم) هو أن كل مراجع يرى بأن حالته هي الأحق والأجدر بالاهتمام (النسور: 2011). وهذه هي الحقيقة، بعيداً عن تقديرات الأطباء، مئة الحالة التي ترد إلى الطوارئ تشعر بأنها تستوجب المعالجة الطارئة وأنها ذات أولوية.

يلحظ مما تقدم أن دور الطبيب في أقسام الطوارئ يعاني ضغوطات تحول دون إنجاز توقعاته المفترضة وذلك يثير غضب المرضى والمراجعين عموما، وهذا ما بينته بعض الدراسات التي توصلت إلى أن الأطباء في الإسعاف يعانون الإجهاد الناتج عن عبء العمل الفرعي والكمي وتداخل الاختصاص وغموض الدور بالإضافة إلى عظم المسؤولية المرتبطة بحياة المرضى. (نصير: وديباجة: 1997).

وتظهر الدراسات كذلك عدم رضا الأطباء عن نظام عملهم وعن عوائده وذلك يدفع الكثير منهم إلى الهجرة (ذياب: 2010) وهذا يعني مستوى متدنيا من الدافعية لدى الأطباء ينعكس بالنتيجة على الأداء والقدرة على إنجاز التوقعات لا بد من الاعتراف بضغوطات الدور لدى الطبيب باعتبارها المكون المؤسسي في إشكالية العنف ضد الأطباء، ولكنها لا تمثل الإطار التفسيري الكامل للمشكلة. المكون الثاني في تفسير المشكلة هو (كفاية المصادر الشخصية) لدى الطبيب وتتعلق المسألة هنا بمعرفة الطبيب وخبرته وقدرته على إدارة الموقف وقدرته على إدارة الانطباع في ظل ضغوطات الدور التي يعانيها. إن عدم كفاية المصادر الشخصية لدى الطبيب تلعب دورا بارزا في إثارة الموقف العدائي من لدن المرضى، وبخاصة أن التقارير السابقة تبين أن الطبيب يظهر انفعالاته بشكل واضح أثناء تفاعله مع المرضى وهذه الانفعالات تحجب المعاملة الحسنة واحترام المريض ومسؤولية الطبيب وكفايته. وتجدر الإشارة هنا إلى أن سلوك الطبيب وآلية تصرفه يمثل «الواجهة» التي يراها الناس ويحكمون عليها، فالمريض لا ينظر إلى «الخلفية» التي تجسد الضغوطات والأعباء وعدم كفاية التجهيزات التي تتحمل مسؤوليتها المستشفى وليس الطبيب. المكون الثالث: ثقافة العنف في المجتمع وهذا لا يعني أن المجتمع بطبيعته عنيف ولكن مواجهة المواقف الإشكالية في الغالب لا تكون بالحلول العقلانية ومحاولة التفهم وضبط النفس، والإدارة السلمية للصراع والحوار أو التفكير بالرجوع إلى القوانين. إن جميع هذه الآليات تتوقف وتتعطل عن العمل عندما يتعرض المرء لجرح في كرامته أو انتهاك حقه. إن هذه المكونات الثلاثة يتفاعل بعضها مع بعض في إنتاج العنف ضد الأطباء وعلى الصعيد الواقعي وليس الافتراضي فإن أحدها لا يلغي الآخر في التفسير ولا يسوغه كذلك.

شكل رقم (1)

المكونات العملية والتفسيرية للعنف ضد الأطباء



وعلى الرغم من ذلك، فإن الجهات الرسمية المسؤولة تتمسك بإجراء علاجي وأحد يتمثل في تعديل القوانين وتغليظ العقوبات والحراسة الأمنية. ويمكن أن نلاحظ ذلك في التصريحات المتتالية لنقابة الأطباء ووزارة الصحة والداخلية. مثلا، يقول الناطق الرسمي باسم نقابة الأطباء: « إنه بعد أن كادت الاعتداءات على الأطباء تتحول إلى ظاهرة في المستشفيات والعيادات الطبية تم بذل جهود من جهات متعددة منها نقابة الأطباء ووزارتا الصحة والداخلية وتم إعداد دراسات عن الموضوع وأسبابه وتم الوصول إلى نتائج تم بموجبها تطبيق سياسة جديدة خفضت نسبة الاعتداءات ومنها: تغليظ عقوبة الاعتداء على الموظف الرسمي واتخاذ إجراءات أمنية مشددة لحماية العناصر الطبية وتعزيز المفارز الأمنية في المستشفيات وتسيير دوريات أمنية مدنية وعسكرية على مدار الساعة وتم تفعيل قرار مجلس الوزراء المتضمن تلزيم مؤسسة المتقاعدين العسكريين للقيام بممهم الأمن والحماية في المستشفيات والمراكز الصحية كما كلف الوزير المستشار القانوني بمتابعة حالات الاعتداء كما وافرت الوزارة قاعات انتظار معزولة تحول دون دخول مرافقي المرضى والاحتكاك بالأطباء وتكييف قضايا ضرب الأطباء على أنها اعتداء على موظف عام وتغليظ العقوبة بالسجن (2-3سنوات) حسب قانون العقوبات وتعديلاته » (اللواء: 2010).

واستجابة لهذه الإجراءات شرع بعض المحللين بإظهار الثغرات القانونية في قانون عام 1960 موضحين أننا اليوم بحاجة إلى نص قانون جديد يراعي كثرة عدد الأطباء واختلاف نظرة المجتمع واحترامه لمهنة الطبيب. (انظر العرب اليوم: 2007) ولكن لا بد من ملاحظة أن الاعتداء على الأطباء ما زال مستمرا على الرغم من هذه الإجراءات العلاجية الشكلية والأمنية التي تكرس الانحياز للأطباء دون محاولة فهم المشكلة والتغلب عليها انطلاقا من أبعادها المختلفة، ومن تداعيات هذا الأمر أن مجموعة من الأطباء بادرت إلى تأسيس « الجمعية الأردنية لحماية العناصر الطبية » وتهدف إلى حماية العناصر الطبية من العنف والتجاوزات الجسدية واللفظية والنفسية وخدمة العناصر الطبية التي تتعرض للاعتداء (الرقاد:2012) وقد أكدت الجمعية في بيان لها رفض أية مسوغات للاعتداء على الأطباء، علما بأنها تعترف بزيادة عدد المراجعين وزيادة عدد ساعات العمل ونقص التدريب وسوء المعاملة. (الرقاد: 2012).

الإطار النظري:

تبرز توقعات دور الطبيب في نسق التفاعل الثنائي الذي تتفاعل فيه مع توقعات دور المريض، وفي هذا النسق التفاعلي تبرز الحقوق والواجبات بين الطرفين في إطار عملية تبادلية. أي أن حق المريض يعد واجبا على الطبيب وواجب المريض حقا للطبيب. وبهذا الخصوص يقول تالكوت بارسونز: « إن الصيغة الثابتة للنسق الاجتماعي هي تكامل ردود فعل الآخر إزاء الأنا بمثابة جزاءات إيجابية تعمل على تدعيم منطلقات الحاجة لديهم وبالآتي يحقق توقعاته. إن عملية التفاعل هذه بوصفها ثابتة ومتوازنة هي النقطة المرجعية الجوهرية لكل التحليل الواقعي الدينامي للعملية الاجتماعية» (Parsons:1951: 205).

ومن وجهة نظر بارسونز فإن هذا التوازن يمثل الأصل وهو غير إشكالي وما يحتاج إلى تفسير هو الخروج عن حالة التوازن. ومن هنا، فإن عدم قيام الطبيب بواجباته المناطة به ضمن توقعات

دوره يعني أنه قد انتهك حق المريض وعرضه لجزاءات سلبية والعكس صحيح.

يعد تالكوت بارسونز من أبرز علماء الاجتماع الذين قدموا تصورا للتوقعات المتبادلة بين دور الطبيب ودور المريض ويشير في هذا الخصوص ضمن مقاله الموسوم: علاج المرض، والأسرة الأمريكية الحضرية الحديثة Illness Therapy And The Modern Urban American Family إلى أن دور الطبيب تحكمه العمومية، أي يتعامل مع المريض على أساس معايير عامة تتعلق بالمهنة كما تتجسد في القيم التي يتضمنها ميثاق شرف المهنة وبذلك لا يتقاعس عن المساعدة ولا يميل إلى التجاهل، بالإضافة إلى ذلك عليه أن يمن خلال عن (التقبل الكلي للمريض) فيظهر قدرا عاليا من التسامح والتساهل ويشجع المريض للتعبير عن أفكاره ورغباته ونزواته ويقدم الدعم له وأن يعمل على تحسين حالة المريض في الموقف العلاجي بتقديم المكافآت الظرفية وأن يحبط رغباته بانتظار عوائد ذلك. (Parsons: 1952).

يبدو أن بارسونز يميل إلى جعل كفة واجبات الطبيب أكثر ثقلا من حقوقه في المشهد التفاعلي. كما يبدو الطبيب صاحب قوة أكبر وصاحب المسؤولية الكبرى على مستوى إشباع حقوق المريض وتوجيه الموقف التفاعلي. وهذا يتفق مع كون الحساسية إزاء تصرفات الطبيب بالغة الارتفاع انطلاقا من الطابع الإنساني لمهنته. وفي السياق ذاته يوضح بيتر بلاو: « إن عملية التبادل تدفع مصالح الأفراد لتنتج تفاضلا في البناء الاجتماعي يتخلله تطورا لمعايير تتطلب من الأفراد أن يهملوا بعض مصالحهم الشخصية في سبيل مصالح الآخرين ». (Blau: 1964).

وفي كتابه الموسوم النسق الاجتماعي The Social System يقدم بارسونز تفصيلا للتوقعات المتبادلة بين الطبيب والمريض على النحو الآتي:

أولا: دور الطبيب. وتتحدد واجباته بتطبيق درجة عالية من المهارة والمعرفة لحل إشكالية المرض، وأن يعمل من أجل رضاء المريض والمجتمع وليس من أجل مصلحته الذاتية (الرغبة في المال والتقدم)، وأن يكون موضوعيا ومتحررا عاطفيا فلا يحكم على سلوك المريض من خلال نسقه القيمي ولا يرتبط به وجدانيا. وأن يكون موجها بموجب قواعد ممارسة مهنة الطبيب. وتتحدد حقوقه بما يأتي: فحص جسد المريض والدخول إلى عوالمه الشخصية، وله استقلالية تامة في ممارسة المهنة، ويحتل موقع السلطة في علاقته بالمريض.

ثانيا: دور المريض. وتتحدد واجباته فيما يأتي: الرغبة في الشفاء العاجل، البحث عن نصيحة الطبيب والتعاون معه.

كما تتحدد حقوقه (إعفاءاته) بأن يسمح له بإسقاط بعض النشاطات الاعتيادية والمسؤوليات، مثل العمل وواجبات الإعالة. يعامل على أنه بحاجة إلى الرعاية وأنه لا يمكن أن يتعافى من خلال إرادته الذاتية ويقول بارسونز: « إن رغبة المريض في الاعتمادية وأن يحظى بالحب ليعد ركيزة أساسية في العلاقة العلاجية ». (Parsons, 1951).

لقد مثلت طروحات بارسونز حول علاقة الطبيب – المريض إلمهما لمزيد من التنميطات النظرية لتوقعات دور الطبيب. ومن قبيل ذلك التنميط الرباعي الذي يصف قوة الطبيب انطلاقا من توقعات

دوره وهي:

1. المسؤولية Accountability : وتشير إلى استجابة الطبيب لإشارات المريض والحصول على فهم كامل لحاجاته ومشاركته المعلومة.
2. الاستقلال Autonomy : ويشير إلى مساعدة المريض في رواية قصة مرضه وأن يمن خلال عن تفضيلاته وأن يبلغ عن طريقة العلاج.
3. الإخلاص Fidelity : ويعني التصرف بطريقة تستحق الثقة في شؤون الرعاية الصحية للمريض.
4. النزعة الإنسانية Humanity: بحيث يتفاعل الطبيب مع المرض بحساسية وشفقة وأن يحمل في ذهنه الوهن العاطفي المتزايد الذي ينتج عن المرض والخوف من الموت. (Bro-dy: 1992).

وعلى هذا الأساس فإنه من قبيل الأهمية الحيوية أن يكون الطبيب قادرا على فهم أن ثقافة الناس تشمل الاختلاف فيما يتعلق بما هو ذو قيمة بالنسبة لهم. وكذلك ما يؤمنون به ويعتقدون به وأخلاقهم وقيمهم (Kleinman and Benson: 2006) ولذلك فإن تضارب الأولويات بين الطبيب والمريض قد يثير التوتر في العلاقة، فعلاوة على أن المريض قد لا يتلقى العلاج والمعاملة الملائمة، فإن الطبيب قد يلجأ فقط إلى الاهتمام بالحالة العضوية بينما الأولوية بالنسبة للمريض أن يحظى باهتمام شخصي. (Goodyear-smith: 1999).

من جهة أخرى يتضح بأن الطبيب هو صاحب المسؤولية في إدراك منطق الأولويات بالنسبة للمريض. وذلك انطلاقا من السلطة الموقفية للطبيب على المريض، فالمريض يأتي للطبيب من أجل الرعاية الصحية التي لا يستطيع الحصول عليها من جهة أخرى ولذلك يؤكد بارسونز بأن تفوق الطبيب على المريض ومسؤوليته في الموقف لا تحظى فقط بشرعية من لدن المجتمع بل هي ضرورية ومتوقعة كذلك من أجل علاج المريض. (See: Abbott: 1988).

نلاحظ من خلال ما تقدم أن نسق التوقعات المتبادلة بين الطبيب والمريض بالغ الأهمية في جعل العلاقة متوازنة أو متوترة وعدائية. ومن هنا، يلحظ باترك وسكامبلر Patrick and Scram-bler: « أن التوقعات المشتركة التي تحكم النسق التبادلي بين الطبيب والمريض يمكن أن تلفت الانتباه إلى صراع محتمل في العلاقة عندما تتباين المصالح، والتوقعات، والمعرفة بين الطبيب والمريض » (Patrick and Scrambler: 1982: 62).

وفي السياق ذاته يلحظ فريدسون Fredson أن التباين في الخبرة والمرجعية بين الطبيب والمريض يعرض نسق التوقعات في العلاقة إلى توتر محتمل ولذلك لا بد من النظر إلى هذه العلاقة بالاستناد إلى « تصادم المنظورات » Clash of Perspectives ومن قبيل ذلك تصادم المصالح والأولويات فقد يميل الطبيب إلى الاهتمام بعدد كبير من الناس بينما يريد المريض أن يحظى باهتمام خاص، وقد ينتج أيضا عن الأخطاء المحتملة للطبيب كما يمكن أن

ينتج عن منع الطبيب مرافقي المريض من التدخل في العلاج وقد ينتج هذا عن تباين تقدير كل من الطرفين لخطورة الظرف. (Fridson: 1970).

ليس بالضرورة أن يكون الطبيب هو المسؤول الفعلي عن عدم إشباع توقعات المريض فهناك عوامل مؤسسية تحبط توقعات المريض على الرغم من أن الطبيب يكون في الواجهة التفاعلية مع المريض. ويقدم جولد Goold بعض هذه العوامل:

1. القيود المفروضة على الطبيب مثل أذون الموافقة المسبقة من لدن الإدارة على إجراء الفحص واستقبال المريض.
2. الإجراءات المالية التي تعوق استقبال المريض.
3. الأولويات المحددة اجتماعيا لاستقبال المريض. (Goold: 1996).

إن النتائج العملية لإحباط التوقعات وفشلها بالغة الخطورة، فهي تولد الاستياء والامتعاض والكراهية ومن ثم العداء، والعنف وفي معرض شرحه قضية (العدوان - القبول) يوضح جورج هومانز Homans: « إذا أحبطت توقعات الناس فإنهم يغضبون وغالبا يصبحون عدائيين أما إذا أشبعت توقعاتهم أو تجاوزت الإشباعات توقعاتهم فإنهم يكونون راضيين. إن هذه القضية مهمة بالنسبة لعلم الاجتماع لأن الكثير من توقعات الناس متجذرة في الأعراف والمعايير الاجتماعية التي تحدد ما الذي ينبغي أن يحصل وما هو حق وعادل وهذه القضية تتخطى اهتمامات الاقتصاد لتطرح التساؤل حول معايير وأخلاقيات التبادل » (Homans: 1974).

وبالمثل يؤكد بيتر بلاو Blau: « إن الاستغلال والقهر خبرات قاسية تظهر الغضب وعدم القبول والنزعة العدائية ضد أولئك الذين هم سبب لها » (Blau: 1964: 222). ويقول في معرض إيضاحه لتأثير التوقعات في القناعات وردود الفعل انه:» عندما يؤذى الناس بقوة أو يحرمون بشدة أو يستغلون أو يظلمون بدرجة كبيرة فإن الانتقام للألم الذي وقع عليهم يصبح غاية بذاته (Blau: 1964: 227).

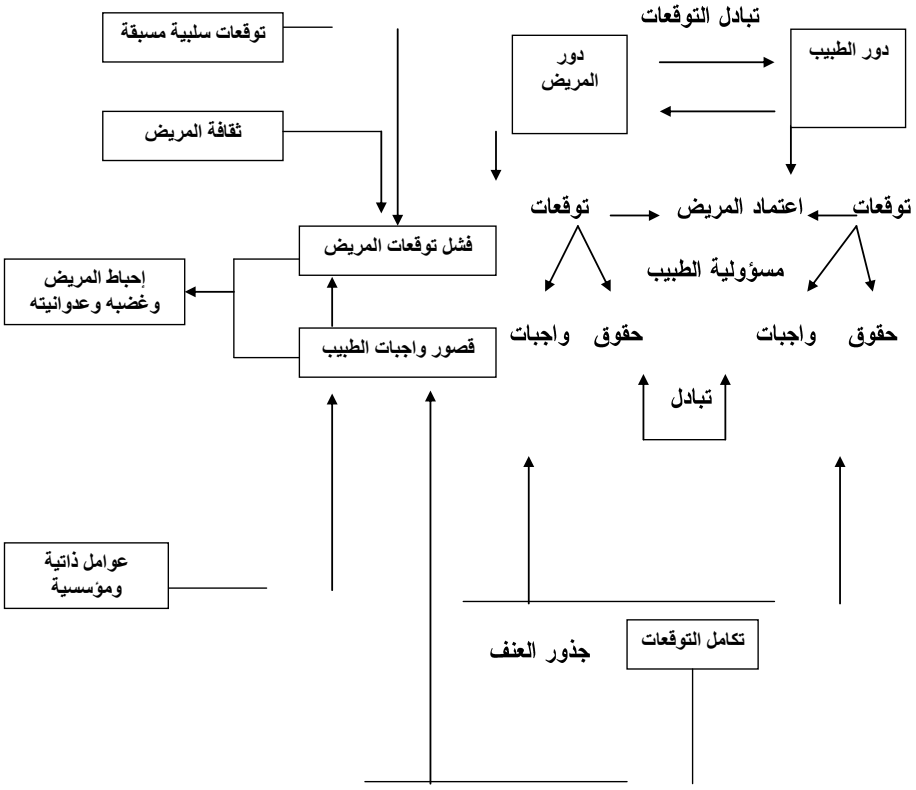
وبالاستناد إلى ما تقدم يمكن استنتاج ما يأتي:

أولا: إن العلاقة بين الطبيب والمريض، والموقف التفاعلي بينهما يرتكز على توقعات معيارية تبين ما هو حق وعادل وما هو غير ذلك.

ثانيا: إن هذه التوقعات تجعل الطبيب الطرف الأقوى في الموقف التفاعلي وبذات الوقت تلقي عليه المسؤولية الكبرى في صياغتها والحفاظ على أخلاقيات دوره.

ثالثا: إن فشل الطبيب في إشباع توقعات المريض يقود إلى استياء المريض وامتعاضه وغضبه وقد يقود إلى العنف ضد الطبيب والانتقام منه.

رابعا: على الرغم من وجود عوامل مختلفة تؤدي إلى إخفاق الطبيب في إنجاز توقعات الدور التي تمثل حقوقا للمريض غالبا ما يكون الطبيب في واجهة الموقف التفاعلي.


تبادل التوقعات
توقعات سلبية مسبقة
دور المريض
دور الطبيب
ثقافة المريض
توقعات
اعتماد المريض
توقعات
فشل توقعات المريض
إحباط المريض وغضبه وعدوانيته
مسؤولية الطبيب
قصور واجبات الطبيب
حقوق واجبات
حقوق واجبات
تبادل
عوامل ذاتية ومؤسسية
جذور العنف
تكامل التوقعات

الدراسات ذات الصلة

على الرغم من تزايد مشكلة العنف ضد الأطباء، وما تحظى به من اهتمام سياسي وإعلامي فأن الدراسات العلمية حولها على المستوى المحلي مفقودة. ومن بين الدراسات ذات الصلة بالموضوع، دراسة (العواودة: 2007) الموسومة: « العنف ضد المرأة العاملة في القطاع الصحي : دراسة ميدانية على العاملات في مستشفيات محافظة العاصمة » سعت الدراسة إلى التعرف على أنواع وحجم العنف الواقع على المرأة العاملة في مستشفيات محافظة العاصمة، بالإضافة إلى التعرف على التمييز وعدم المساواة في العمل والانتهاك القانوني لحقوق المرأة.

وقد خلصت الدراسة إلى أن العنف النفسي أكثر أشكال العنف انتشارا (77%) ومن أهم أشكاله انتشارا الشتم (46%) وأن العاملات الصغريات سنا اللواتي يعملن في التمريض والمهن الطبية المساندة هن الأكثر تعرضا للعنف النفسي والعاملات بكافة مستوياتهن يتعرضن للعنف النفسي كما خلصت الدراسة إلى أن الانتهاك القانوني لحقوق المرأة يأتي في المرتبة الثانية (41.1%) ومن ثم التمييز وعدم المساواة في العمل (67.2%) ومن ثم التحرش الجنسي (55.8%) وأكثر أشكال التحرش الجنسي هو التحرش اللفظي وأظهرت الدراسة إلى أن أقل أشكال العنف انتشارا هو العنف الجسدي (29.1%).

ومن الدراسات السابقة على المستوى الإقليمي دراسة (زاهد والسواحلي، والشهيد وعواد، وأبو شامة، 1999) في الكويت وهي منشورة باللغة الإنجليزية وتحمل عنوان: « تأثيرات العنف على الأطباء العاملين في أقسام الطوارئ والحوادث ».

Effects Of Violence On Doctors Working In Accident And Emergency Departments

لقد ركزت هذه الدراسة على نتائج العنف ضد الأطباء العاملين في أقسام الحوادث والطوارئ في الكويت، وبينت الدراسة أن (75) من (87) طبيبا أي (86%)من الأطباء الذين تعرضوا للعنف أشاروا إلى أحد الأعراض الآتية: الاكتئاب، واستذكار الخبرة السلبية للعنف، والأرق، وأخذ إجازة، وقد استمرت هذه الأعراض من أسبوعين إلى أربعة أسابيع وكانت الأعراض أكثر مدة لدى الأطباء الذين تعرضوا للإساءة اللفظية أو من لديهم خوف من عنف وشيك الحدوث. وقد بينت الدراسة أن (90%) قلقون من العنف في مكان العمل و (71%) يفكرون بالتدرب للتعامل مع مواقف عنف محتملة.

تظهر الدراسات أن إشكالية الاعتداء على الأطباء ذات صفة عالمية وليست خاصة بالمجتمع الأردني أو المجتمع العربي وهذه الحقيقة تتصدى للافتراضات المبنية على مبدأ النسبية الثقافية التي تؤكد أن ثقافة مجتمعنا هي المحرك الأساسي لهذه الإشكالية ومن هذه الدراسات الدراسة التي أجرتها باربارا سيبالد (Sibbald: 1998) في مستشفى فانكوفر العام في كندا الموسومة: « الأطباء يحمون أنفسهم physicians Protect They Self» وقد أظهرت الدراسة أن (90%) من حوادث الاعتداء والعنف حدثت في قسم الطوارئ أو طوارئ العلاج النفسي وأن

(13%) من الحالات تم استدعاء البوليس للتعامل معها مباشرة، وأظهرت الدراسة أن الخطر يلحق الأطباء إلى منازلهم وأن السنوات العشر الأخيرة تم قتل العديد من الأطباء في منازلهم وقد اقترح الأطباء (المبحوثين) أنه على الأطباء أن لا يذكروا عناوين منازلهم أو أرقام هواتفهم.

وفي الولايات المتحدة أظهرت دراسة جيتس وروس وكوين(Gates: Ross: McQueen: 2006) الموسومة:» العنف ضد العاملين في قسم الطوارئ» Violence Against Emergency Department Workers أنه في مدة ستة أشهر تعرض 96% من أطباء الطوارئ للاعتداء اللفظي، و 51% من الأطباء قد تم الاعتداء عليهم جسديا. وبالمثل كشفت دراسة تولهيرست، وبيكر، ومواري، وستون. (Tolhurst, Baker: murray: Sutton, etal: 2003) بأن 73% من الأطباء العاملين في العيادات العامة قد تعرضوا لعنف لفظي أو جسدي أثناء تأديتهم عملهم.

وقد أجرى ليفين وويت ومسنر (Levin: Hewitt: misner: 1998) دراسة على (25) ممرضة من (15) مستشفى مختلفة باتباع طريقة الجماعات المركزة .Focus Groups أكثر من نصف الممرضات أخبرن أنهن تعرضن لاعتداء جسدي ولفظي كما أخبرن بأن من العوامل التي تزيد العنف تركيز الإدارة مع المريض مستهلكا، وطول وقت الانتظار، وعدم وجود طاقم أمني، وعدم التدريب على التعامل مع حالات العنف في مكان العمل.

وفي طوارئ المرضى النفسيين تبدو عملية الاعتداء على الأطباء أكثر احتمالية ولذلك يتعرض الأطباء لضغوطات كبيرة. وقد كشفت دراسة جيلسبي (Gillespie: 2008) أن الأطباء في طوارئ المرضى النفسيين يتعرضون للعنف الجسدي من لدن المرضى بنسبة (76%) ومن لدن مرافقيهم بنسبة (24%) ويتعرضون للعنف اللفظي من لدن أفراد عائلة المريض بنسبة (82%) ومن لدن المرضى (18%). ومن نتائج العنف الواقع على الأطباء تأخر رعاية المريض وضغوطات كبيرة في العمل، وصورة سلبية عن المركز الطبي. وأشار الأطباء إلى أن جميع المرضى يجب أن يعاملوا كما لو أنهم من المحتمل أن يمارسوا العنف كما أكدوا أنه على جميع العاملين في القطاع الطبي أن يتدربوا على استراتيجيات تمنع وقوع العنف وإدراك كيفية تأثير العنف في رعاية المريض.

تلعب الشروط الداخلية للعلاقة بين الطبيب والمريض دورا بالغ الأهمية في تحقيق توازن العلاقة أو توترها ولذلك ركزت الدراسات المعنية بهذا الموضوع على أهمية رضا المريض وثقة المريض بالطبيب وما يتوقعه المريض من الطبيب وأهمية التواصل الإيجابي بين الطبيب والمريض. لقد تعاملت الدراسات مع رضا المريض باعتباره مولدا للعنف كما اعتبرته حقا مهما للمريض ومؤشر على المكانة الصحية، والوضع الصحي، وباعتباره مقياسا عاما لنوعية الصحة في أنساق الرعاية الصحية، وتم التركيز على دور رضا المريض في الاستفادة من الرعاية الصحية والامتثال، ومن الدراسات ذات الصلة بالموضوع على المستوى المحلي دراسة (مريان: 2007) الموسومة: « رضا المرضى عن الخدمات الطبية المقدمة من لدن أطباء القطاعين العام والخاص في مدينة إربد » وقد بينت الدراسة أن المرضى في مستشفيات القطاع العام لديهم

درجات متدنية من الرضا ناتجة عن أسلوب معاملة الطبيب للمريض كما لا يقوم الطبيب بمنح المريض الوقت الكافي للفحص ولا يتم ذلك بوجود الأدوات الملائمة للفحص ولا يوضح للمريض أبعاد مرضه والآثار الجانبية المتوقعة كما أن الطبيب يحابي بين المرضى على أساس العلاقة والوضع الاجتماعي للمريض وعكس ذلك كله في القطاع الخاص وقد ترتب عليه مستوى أعلى من رضا المرضى وكشفت الدراسة أن عامل عدم الرضا يولد المشاحنات تحديدا عن المرضى المتعلمين وذوي الدخول المرتفعة والمتزوجين.

وفي السياق ذاته وعلى المستوى المحلي كشفت دراسة (العدوان، وعبد الحليم: 1997 الموسومة: « العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمريض في المستشفيات الأردنية » أن نظافة المستشفى ونوع المستشفى (عام / خاص) والتأمين الصحي، واهتمام الطبيب أثناء العلاج وطول مدة الانتظار ومعاملة موظفي المستشفى جميعها متغيرات مهمة في تحقيق رضى المرضى.

وبهذا الخصوص كشفت دراسة بك (peck: 2002) أن العلاقة بين الطبيب والمريض قد أصبحت أكثر ارتباطا بالحوافز المادية للطبيب وذلك أدى إلى تضاؤل ثقة المريض بالطبيب وأصبح المريض أكثر تعبيرا عن حالة من اللارضى نتيجة عدم إشباع توقعاته من لدن الطبيب وكشفت الدراسة أن ما يفعله الطبيب وكيفية فعله يلعب دورا كبيرا في إيجاد رضا المريض.

ومن العوامل المهمة في حصول رضا المرضى واختزال توترهم وميول العداء لديهم إجادة التواصل معهم وإحاطتهم بالعناية والاهتمام (Cleary and Barbara: 1988).وكذلك الوقت الذي يقضيه المرضى في انتظار العلاج (Hall: press: 1996. Dansh:Miles: 1997) كما كشفت الدراسات أن اختزال توتر المريض وتحقيق رضاه يكون من خلال التفاعل الإيجابي من الطبيب وعندما يكون في وضع يحظى فيه بالاحترام والسيطرة والتأثير، وقد تم قياس ذلك عن طريق (ضغط الدم ونسبة السكر في الدم) (kaplan, Sheldon, John: 1989). كما بينت الدراسات أن الثقة والثقة المسبقة تلعب دورا مهما في رضا المرضى والارتياح للطبيب أكثر من أية عوامل أخرى. (Robertson: Dixon: Legrand: 2008) .

وقد بينت دراسة ماري آن Mary Ann وزملائها الموسومة: « العنف ضد الأطباء» -Vi olence Against Doctorsأن فقدان الثقة المتبادلة بين الطبيب والمريض كان من بين الأسباب الدافعة للاعتداء على الأطباء إذ بينت أن (519) من (697) من أطباء الخدمة الصحية الوطنية العامة في الولايات المتحدة تعرضوا للعنف الجسدي أو اللفظي. (Elston. etal: 2002) ومن بين العوامل التي تفقد الثقة بالطبيب كما توضح دراسة وانج (wang: 2010) الموسومة: « تواصل الطبيب – المريض ورضا المريض ».

Doctor-Patient Communication And Patient Satisfaction تدني مستوى التواصل وتدني مستوى الاحترام في التواصل والاتجاه الفاتر إزاء الحالة المرضية وعدم صيانة حقوق المريض وطبيعة الألفاظ التي يستخدمها الطبيب.

أظهرت الدراسات أن ثقة المريض بالطبيب تنعكس على الحالة الصحية للمريض وكذلك على حالته النفسية والانفعالية فالعوامل التي تصنع الاعتبار للمريض هي ذات العوامل التي تصنع الثقة بالطبيب وتقع على مسؤوليته في المقام الأول ومنها: فهم القيم الثقافية للمريض من أجل الوصول إلى تواصل فعال وعلاقة بالمريض ذات جودة عالية والعمل على راحة المريض والإخلاص والأمانة والكفاية.

Schouten: meeuwesen: 2006, Jessica: 2009, Banbino: 2006, Hall:) .(2001, Bonds: Foley; Bugen: Hall: Extorm: 2004

ومن العوامل المهمة في تحريض العنف ضد الأطباء الخبرة التفاعلية المسبقة التي تكرس صورة انطباعية مسبقة حول كفاية الطبيب وإخلاصه وتواصله وجدارته بالثقة وقد توصل بيرلنجز (Berlinger: 2004) إلى أن امتلاك المريض صورة نمطية وحافزية سلبية إزاء كفاية الطبيب واحترامه وإخلاصه وحسن تواصله يؤدي إلى تشكك وحافزية عدائية لدى المريض وتكلفة إنسانية كبيرة ناتجة عن عدم الخضوع لعلاج الطبيب.

وهكذا فإن الدراسات المبينة أعلاه تندرج في إطار مجموعتين من حيث الاهتمام، الجميعة الأولى: تركز على أشكال العنف ضد الأطباء ومستويات انتشار العنف وأماكن تركزه ونتائج العنف على الأطباء وقطاع الرعاية الصحية بوجه عام. الجميعة الثانية: ركزت على البنية الداخلية لعلاقة الطبيب بالمريض وبشكل أساسي سلوك الطبيب إزاء المريض وتواصله معه وتأثير ذلك في الثقة بالطبيب ومستوى الرضا عند المريض وتأثيره في الحالة الصحية والنفسية للمريض، ولم يتم التعامل مع العنف ضد الأطباء سواء في الجميعة الأولى أو الجميعة الثانية متغيرا تابعا سواء بالنسبة لرضا المريض أم الثقة بالطبيب (كمتغيرات مستقلة) وعلى الرغم من الأهمية البالغة لهذه الدراسات في إلقاء الضوء على جوانب معينة من العنف ضد الأطباء فإن ما يميز الدراسة الراهنة هو اتخاذها فشل الطبيب في إنجاز توقعات دوره عاملا منتجا لميول العداء والعنف ضد الأطباء إذ إنّ سلوك الطبيب إزاء المريض وعدم قيامه بواجباته التي تمثل حقوقا للمريض لا يؤدي فقط إلى عدم رضا المريض أو فقدان الثقة بالطبيب إنما قد يمثل ميلا أوليا للاعتداء على الطبيب.

منهجية الدراسة

مجتمع الدراسة وعينتها

يشمل مجتمع الدراسة جميع المرضى الموجودين في أقسام الطوارئ ضمن ثلاث مستشفيات حكومية في وسط وشمال وجنوب الأردن ضمن المدة التي كان يتم فيها توزيع الاستبانة ويرجع سبب اختيار أقسام الطوارئ إلى أنها تشهد وقوع حالات الاعتداء على الأطباء أكثر من غيرها (ما يزيد على 70% من حالات الاعتداء) كما تم مراعاة أن تكون المستشفيات الثلاثة الأكثر توثيقا لحالات الاعتداء على الأطباء في كل إقليم.

اختيرت عينة قصدية حجمها (490) من المرضى وفق شرطين: الأول أن يكون المريض قد أنهى الفحص الطبي وغالبا ما كان يتم التنسيق مع المرضى بهذا الشأن قبل أن يتم الفحص عندما يسمح الظرف بذلك. الثاني: أن تسمح الحالة المرضية والصحية بذلك، وذلك منعا لتدخل أي طرف غيره في الإجابة وبشكل خاص المرافقين، لقد تم سحب العينة خلال (6 أشهر) خلال مدتين (صباحي - مسائي) ولكن في الغالب تم العمل خلال المدة الصباحية وقد تم الاستعانة بستة مساعدي بحث تم تدريبهم لهذا الغرض.

أداة الدراسة:

اعتمدت الدراسة على استبانة تتألف من جزئين: الأول، اشتمل على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية لعينة الدراسة وتضمن (16) سؤالا. الجزء الثاني: ارتكز على أربعة أبعاد لقياس ميول العداء الناتجة عن توقعات دور الطبيب: البعد الأول، التوقعات السلفية واشتمل على (8) أسئلة. البعد الثاني: النزعة الإنسانية واشتمل على (11) سؤالا. والبعد الثالث: المسؤولية. واشتمل على (11) سؤالا. والبعد الرابع، الإخلاص واشتمل على (10) أسئلة.

وتجدر الإشارة إلى أن تحديد التصور المرتبط بمؤشرات هذه الأبعاد الأربعة تم بعد أن أجرى الباحث استطلاعا أوليا في أقسام الطوارئ أمكن من خلاله تكوين رؤية أولية لأنماط تصرفات الطبيب التي يمكن أن تولد ردود فعل عدائية لدى المرضى ومن ثم تنميطها وفق البناء النظري للدراسة.

صدق الأداة:

تم الاعتماد على طريقة (إجماع المحكمين) للتأكد من صدق الأداة إذ عرضت الأداة على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في علم الاجتماع ممن لديهم خبرة متميزة في مناهج البحث ووفق ملاحظاتهم استبعدت أسئلة وأضيفت أسئلة أخرى، كما تمت إعادة صياغة بعض الأسئلة وإضافة بعض البيانات الأولية (خصائص عينة الدراسة).

ثبات الأداة:

للتأكد من ثبات الأداة تم تطبيقها على (13) مبحوثا من خارج عينة الدراسة ثم أعيدت التجربة بعد عشرة أيام كما تتم حساب معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا وكانت قيمة معامل الثبات للأداة كلاً (80) وتعد هذه النتيجة ملائمة لأغراض التطبيق العلمي.

المعالجة الإحصائية:

اعتمدت الدراسة على برنامج التحليل الإحصائي الخاص بالعلوم الاجتماعية (SPSS) وقد استخدمت لغايات هذه الدراسة عدة نماذج إحصائية شملت النماذج الوصفية البسيطة كالتوزيعات التكرارية والنسب المئوية بالإضافة إلى تحليل التباين (T-test) و (ANOVA) من أجل إظهار الفروقات في إجابات المبحوثين فيما يتعلق بتوقعات دور الطبيب الأكثر إنتاجا لميول العداء لدى عينة الدراسة.

تحليل النتائج ومناقشتها:

جدول (1)

خصائص عينة الدراسة

المتغير	المستوى	التكرار	النسبة المئوية
الفئة العمرية	أقل من 20 سنة	46	9.4
	21-30 سنة	167	34.1
	31-40 سنة	103	21.0
	41-50 سنة	109	22.2
	50-60 سنة	51	10.4
	أكثر من 60 سنة	14	2.9
	الجميع	490	100.0
الجنس	ذكر	234	47.8
	أنثى	256	52.2
	الجميع	490	100.0

الحالة الاجتماعية	أعزب	104	21.2
	متزوج	370	75.5
	مطلق	5	1.0
	أرمل	11	2.2
	الجميع	490	100.0
المستوى التعليمي	أمي	6	1.2
	ابتدائي	22	4.5
	أساسي	31	6.3
	ثانوي	184	37.6
	جامعي	225	45.9
	دراسات عليا	22	4.5
	الجميع	490	100.0
مكان الإقامة	مدينة	280	57.1
	قرية	190	38.8
	بادية	4	0.8
	مخيم	16	3.3
	الجميع	490	100.0
الدخل الشهري للأسرة	400 فأقل/منخفض	318	64.9
	1000فأقل/متوسط	144	29.4
	1000فأكثر/مرتفع	28	5.7
	الجميع	490	100.0
هل دخلت يوما ما في مشادة كلامية مع الطبيب ؟	نعم	211	43.1
	لا	279	56.9
	الجميع	490	100.0

هل انخرطت يوما ما في مشاجرة مع الطبيب ؟	نعم	78	15.9
	لا	412	84.1
	الجميع	490	100.0
هل شاهدت حالة اعتداء جسدي أو لفظي على الطبيب ؟	نعم	240	89.6
	لا	250	10.4
	الجميع	490	100.0
هل تسمع عن الاعتداء على الأطباء في طوارئ المستشفيات الحكومية ؟	**نعم**	439	89.6
	لا	51	10.4
	الجميع	490	100.0
هل ترى أن الخدمات المقدمة للمواطنين في الطوارئ ملائمة ؟	نعم	215	43.9
	لا	275	56.1
	الجميع	490	100.0
هل ترى أن الأطباء أصحاب نزعة إنسانية في تعاملهم مع المرضى ؟	بدرجة كبيرة	64	13.1
	بدرجة متوسطة	332	67.8
	بدرجة منخفضة	70	14.3
	بلا نزعة إنسانية	24	4.9
	الجميع	490	100.0
هل تعتقد أن الأطباء يستحقون الثقة ؟	بدرجة مرتفعة	75	15.3
	بدرجة متوسطة	299	61.0
	بدرجة منخفضة	88	18.0
	لا يستحقون الثقة	28	5.7
	الجميع	490	100.0
هل تقضي وقتا طويلا في الانتظار ؟	نعم	406	82.9
	لا	84	17.1
	الجميع	490	100.0

تظهر بيانات الجدول أن معظم أفراد عينة الدراسية يتركزون في الفئة العمرية بين (21-50) سنة، إذ بلغ مجموعهم (379) بنسبة (77%) وهي الفئة الأكثر حضورا في أقسام الطوارئ، ولأن العينة اختيرت قصديا فقد تقاربت أعداد الذكور والإناث (234 ذكر) و (256 أنثى) كما أن معظمهم متزوجون (370) بنسبة 75.5 وكان المتعلمون تعليما جامعيا (225) ومن لديهم دراسات عليا (22) وهذه النسبة تتطابق مع الحالة المجتمعية العامة سواء من حيث الزواج أو التعليم ومعظم أفراد العينة من المدينة (280) بنسبة 57.1.% ويأتيهم سكان القرى (190) بنسبة (38.8%) وهذه النتيجة منطقية بالنسبة لمجتمع الدراسة إذ تم توزيع الاستبانة في المستشفيات الحكومية وهي تقع في المراكز الحضرية ولذلك من الطبيعي أن معظم من يراجعون الطوارئ من سكان المدينة وكذلك من القرى الملاصقة للمدينة التي تمثل امتدادا لها وتؤلف معها إقليما حضريا.

كما تظهر البيانات أن معظم من يراجعون الطوارئ هم من ذوي الدخل المحدود إذ بلغ جميعهم (318) بنسبة (64.9%) يأتيهم أصحاب الدخل المتوسط (144) بنسبة (29.4%) ومن ثم ذوو الدخل المرتفع (28) بنسبة (5.7%). وتعد هذه النتيجة طبيعية إذ إن أسهل طريقة لمحدودي الدخل فيما يتعلق بالاستفادة من التأمين الصحي هي مراجعة الطوارئ، وهذا ما يولد الضغط المستمر في أقسام الطوارئ علما بأن معظمها لا تمثل حالات طارئة وفق تقدير الأطباء ولذلك نلاحظ بأن معظم أفراد العينة أجابوا بأنهم يقضون وقتا طويلا في الانتظار (406) بنسبة (82.9%).

يتبين من الجدول أن (43.1%) دخلوا في مشادة كلامية مع الأطباء يوما ما و (15.9%) دخلوا في مشاجرة مع الطبيب و (49%) منهم شاهدوا حالة اعتداء جسدي أو لفظي على الطبيب وهذه النسب تؤكد مدى انتشار المشكلة وتفاقمها بالنسبة لحساسية النسق الطبي وبخاصة وأن (89.6%) من أفراد العينة قد سمعوا عن الاعتداء على الأطباء في أقسام الطوارئ.

معظم أفراد العينة (56.1%) يؤكدون أن الخدمات المقدمة في الطوارئ غير ملائمة ومعظمهم يرون أن الأطباء يستحقون الثقة بدرجة متوسطة (61%) وأن الأطباء أصحاب نزعة إنسانية بدرجة متوسطة (67.8%) وبالمقابل فإنَّ (14.3%) أجابوا بأن الأطباء يتمتعون بدرجة منخفضة من النزعة الإنسانية و (4.9%) أجابوا أنه لا يوجد لدى الأطباء نزعة إنسانية و (18%) أجابوا أن الأطباء يستحقون درجة منخفضة من الثقة و (5.7%) أجابوا أنهم لا يستحقون الثقة.

جدول (2)

التوقعات السلفية حول أطباء وخدمات الطوارئ

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	الرتبة	درجة التقييم
1	الخدمات المقدمة للمرضى غير جيدة.	2.76	0.74	7.69	489	0.00	4	متوسطة
2	الأطباء لا يتمتعون بكفاية وأهلية عالية.	2.43	0.77	2.05-	489	0.04	7	متوسطة
3	الأطباء لا يمنحون المرضى الرعاية اللازمة.	2.64	0.75	4.11	489	0.00	5	متوسطة
4	الأطباء غير مخلصين في عملهم.	2.16	0.77	9.63-	489	0.00	8	متوسطة
5	لا يعامل المرضى في الطوارئ باحترام.	2.63	0.78	3.79	489	0.00	6	متوسطة
6	تكثر الأخطاء الطبية في الطوارئ.	2.84	0.83	9.14	489	0.00	3	متوسطة
7	الحالة العامة في الطوارئ لا تبعث على الارتياح والطمأنينة.	2.88	0.85	9.85	489	0.00	2	متوسطة
8	هناك محاباة وقفز فوق الأولويات في الطوارئ.	3.02	0.9	12.80	489	0.00	1	مرتفعة
محور التوقعات السلفية كلاً		2.67	0.36	10.39	489	0.00		متوسطة

يتبين من الجدول أن المتوسط الحسابي لمحور التوقعات السلفية بلغ (2.67) بدرجة تقييم متوسطة وبلغت قيمة (10.39) (T) وهي قيمة دالة إحصائيا ولأن جميع مؤشرات التوقعات السلفية المتضمنة في الجدول سلبية فهذا يدل على أن المراجعين لقسم الطوارئ يحملون توقعات سلبية مسبقة حول الخدمات المقدمة لهم ومستوى الرعاية وكفاية الأطباء ومراعاة الأولويات وهذه النتيجة بوجه عام تتفق مع ما توصلت إليه دراسة (Berlinger: 2004) بأنه من العوامل

المحرضة للعنف ضد الأطباء الخبرة التفاعلية المسبقة حول كفاية الطبيب وإخلاصه وتواصله وجدارته بالثقة، ويلحظ من البيانات أن فقرة المحاباة والقفز فوق الأولويات حصلت على درجة تقييم مرتفعة 3.02 وتلاها فقرة أن الحالة العامة في الطوارئ لا تبعث على الارتياح والطمأنينة وحصلت على درجة تقييم متوسطة مرتفعة (2.88) وبعدها توقع كثرة الأخطاء الطبية في الطوارئ بدرجة تقييم متوسطة مرتفعة (2.84) وهي مؤشرات دالة على مستوى الإحباط والتوتر المحتقن لدى المراجعين بموجب خبرات تفاعلية سابقة كرست انطباعات سلبية. وهذه الصيغة من التوقع من شأنها أن تنتج ميلا عدائيا لدى المراجعين وبخاصة أنهم يدركون بأنه على الرغم من كثرة عدد المراجعين فهناك محاباة وقفز فوق الأولويات وأن الطوارئ تكثر فيها الأخطاء الطبية والخدمات ليست جيدة كل ذلك يجعل بيئة الطوارئ لا تبعث على الارتياح وحاضنة للتوتر وميول العداء خاصة إذا علمنا أن الأطباء في الطوارئ يعانون كذلك ضغوطات في العمل.

جدول (3)

دور توقعات النزعة الإنسانية لدى الأطباء في إنتاج ميول الغضب والعداء

المرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	الرتبة	درجة التقييم
يثير الأطباء غضب المرضى و يدفعونهم إلى التصرف بطريقة عدائية عندما لا يتصرفون بطريقة إنسانية وفق مايأتي:								
1	يتحدث الطبيب إلى المريض بلغة خشنة وجافة.	2.58	0.83	2.01	489	0.05	5	متوسطة
2	لا يهتم الطبيب بمشاعر المريض وأحاسيسه	2.52	0.84	0.49	489	0.63	7	متوسطة
3	لا يبدو الطبيب لطيفا مع المرضى وذويهم.	2.47	0.80	0.96-	489	0.34	8	متوسطة
4	لا يهتم الطبيب بألم المريض ومعاناته	2.37	0.86	3.49-	489	0.00	9	متوسطة
5	يستقبل الطبيب المريض بالمجاملة واللطف	2.55	0.82	1.38	489	0.17	6	متوسطة
6	يتعامل الطبيب مع المرضى وذويهم بعصبية وانفعالية زائدة	2.34	0.82	4.37-	489	0.00	10	متوسطة
7	لا يبدو الطبيب مهتما بالحالة النفسية للمريض	2.61	0.85	2.99	489	0.00	4	متوسطة
8	لا يعمل الطبيب على تشجيع المريض وتعزيزه	2.69	0.82	5.10	489	0.00	3	متوسطة
9	لا يحرص الطبيب على طمأنة المريض وأهله	2.77	0.79	7.68	489	0.00	1	متوسطة
10	لا يبدو الطبيب إنسانيا في تعامله مع المرضى	2.23	0.78	7.52-	489	0.00	11	متوسطة

11	لا يتعامل الطبيب مع المرضى وذويهم باحترام	2.74	0.75	6.96	489	0.00	2	متوسطة
محور النزعة الإنسانية كلاً		2.53	0.34	2.13	489	0.03		متوسطة

يظهر من الجدول أن المتوسط الحسابي لجميع مؤشرات دور النزعة الإنسانية لدى الأطباء في إنتاج ميول الغضب والعداء بلغ (2.53) بدرجة تقييم متوسطة وبلغت قيمة (2.13) (T) وهي قيمة دالة إحصائيا. وهذا يعني أن انحسار التوجه الإنساني في معاملة أطباء الطوارئ للمرضى يثير غضبهم وميولهم العدائية وفق تقدير عينة الدراسة. ومن الملاحظ أن مؤشر عدم حرص الطبيب على طمأنة المريض وأهله جاء في المرتبة الأولى. وتلاه في المرتبة الثانية عدم معاملة المرضى باحترام ومن ثم في الرتبة الثالثة عدم تشجيع المريض وتعزيزه ومن ثم عدم الاهتمام بالحالة النفسية للمريض وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة حول العوامل التي تؤثر في رضا المريض. ومن قبيل ذلك، أن المريض يحتاج إلى حسن التواصل والإحاطة بالعناية والاهتمام من لدن الطبيب (clearyand Barbara: 1988) وكذلك أن المريض يحتاج إلى وضع يحظى فيه بالاحترام والتفاعل الإيجابي. (Kaplan and Bar-bara, sheldon, John: 1989) إن ما يزيد من حدة الغضب والتوتر عندما تحبط توقعات النزعة الإنسانية المتعلقة بدور الطبيب هو ما يعد ذو أولوية في الثقافة السائدة، فالاحترام والتقدير والمعاملة بما يحفظ تقدير الذات قد توازي أو تفوق عملية العلاج بالنسبة للمرضى وبخاصة عندما تقترن المسألة بالجانب الأخلاقي في دور الطبيب لذلك فإن فهم ثقافة الناس وأولوياتهم وقيمهم من لدن الطبيب مسألة بالغة الأهمية. (klienman and Benson: 2006).

جدول (4)

دور توقعات المسؤولية لدى الأطباء في إنتاج ميول الغضب والعداء

المرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	الرتبة	درجة التقييم
يثير الأطباء غضب المرضى و يدفعونهم إلى التصرف بطريقة عدائية عندما لا يتحملون المسؤولية وفق مايأتي:								
1	تبدو استجابة الطبيب للحالة المرضية بطيئة	2.84	0.79	9.71	489	0.00	1	متوسطة
2	الخدمة التي يقدمها الطبيب للمريض بوجه عام رديئة	2.36	0.76	4.04-	489	0.00	8	متوسطة
3	لا يوجد لدى الطبيب مهارة عالية في تشخيص المرض وتقديم العلاج	2.58	0.80	2.14	489	0.03	5	متوسطة
4	لا يظهر الطبيب مستوى عالياً من المسؤولية في التعامل مع المرضى وذويهم	2.58	0.79	2.12	489	0.03	5	متوسطة

5	الأطباء يرتكبون الكثير من الأخطاء الطبية	2.80	0.82	8.10	489	0.00	2	متوسطة
6	يتصرف الطبيب بطريقة لا تبعث الأمل لدى المريض	2.63	0.77	3.62	489	0.00	3	متوسطة
7	لا يصغي الطبيب للمريض وذويه	2.33	0.79	4.62-	489	0.00	11	متوسطة
8	يمتنع الطبيب عن تقديم أية إيضاحات حول الحالة المرضية	2.44	0.79	1.59-	489	0.11	7	متوسطة
9	لا يتواصل الطبيب مع المرضى بصورة جيدة	2.63	0.72	3.96	489	0.00	3	متوسطة
10	يتصرف الطبيب بطريقة تستفز المريض وتثير غضبه	2.35	0.84	4.02-	489	0.00	10	متوسطة
11	يتهرب الطبيب من معالجة المرضى ما أمكنه ذلك	2.36	0.94	3.27-	489	0.00	8	متوسطة
محور المسؤولية كلاً		2.54	0.30	2.66	489	0.01		متوسطة

يتبين من الجدول أن المتوسط الحسابي لجميع مؤشرات توقعات المسؤولية لدى الطبيب ودورها في إنتاج ميول الغضب والعداء بلغ (2.54) بدرجة تقييم متوسطة وبلغت قيمة (2.66) (T) وهي قيمة دالة إحصائيا، ولأن جميع المؤشرات ذات قيم سلبية فإن هذا يعني بوجه عام أن مستوى قيام الطبيب بمسؤوليته إزاء المرضى في الطوارئ متدنٍ ويثير غضب المرضى، وميولهم العدائية. يبدو من البيانات المجدولة أن مؤشر بطء استجابة الطبيب للحالة المرضية قد احتل المرتبة الأولى وفق إجابات العينة وتلاه ارتكاب الأطباء الأخطاء الطبية، ومن ثم عدم التصرف بطريقة تبعث الأمل لدى المريض، وفي المرتبة الرابعة عدم امتلاك الطبيب مهارة عالية في تشخيص المرض وتقديم العلاج وعدم إظهار الطبيب مستوى عالياً من المسؤولية في التعامل مع المرضى وذويهم. وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (wang:2010) التي أوضحت أن الاتجاه الفاتر إزاء الحالة المرضية وعدم صيانة حقوق المرضى وطبيعة الألفاظ التي يستخدمها الطبيب تلعب دورا مهما في اختزال رضى المرضى وإثارة استيائهم، ومما يصعد حالة التوتر فيما يتعلق بتوقعات مسؤولية الطبيب « تصادم المنظورات » بين الطبيب والمريض حول أولوية الحالة المرضية وخطورتها.(Fridson: 1970).

جدول (5)

دور توقعات الإخلاص لدى الأطباء في إنتاج ميول الغضب والعداء

المرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	الرتبة	درجة التقييم
يثير الأطباء غضب المرضى و يدفعونهم الى التصرف بطريقة عدائية عندما لا يخلصون في عملهم وفق مايأتي:								
1	لا يبذل الطبيب كل جهد للقيام بواجبه إزاء المريض	2.56	0.86	1.58	489	0.12	5	متوسطة
2	لا يحرص الطبيب على تشخيص الحالة المرضية بصورة جيدة	2.50	0.83	0.11-	489	0.91	7	متوسطة
3	لا يقدم الطبيب معلومات وإيضاحات كافية للحالة المرضية	2.59	0.77	2.51	489	0.01	3	متوسطة
4	لا يعطي الطبيب الحالة المرضية وقتا كافيا	2.76	0.85	6.73	489	0.00	1	متوسطة
5	لا ينهمك الطبيب في مساعدة المريض للسيطرة على مرضه	2.54	0.78	1.10	489	0.27	6	متوسطة
6	تصرفات الطبيب مع المريض تبين أنه غير مخلص في عمله	2.46	0.77	1.23-	489	0.22	9	متوسطة
7	طريقة تعامل الطبيب مع الحالة المرضية غير جديرة بالثقة	2.47	0.76	0.95-	489	0.34	8	متوسطة
8	لا يهتم الطبيب بتاريخ الحالة المرضية	2.68	0.87	4.46	489	0.00	2	متوسطة
9	يتبنى الطبيب اهتماما شخصيا بالحالة الصحية للمريض	2.44	0.81	1.74-	489	0.08	10	متوسطة
10	يتصف سلوك الطبيب إزاء المريض بالتساهل واللامبالاة	2.57	0.89	1.77	489	0.08	4	متوسطة
محور الإّخلاص كلاً		2.55	0.39	3.11	489	0.00		متوسطة

يظهر من الجدول أن المتوسط الحسابي لدور توقعات الإخلاص في إنتاج ميول الغضب والعداء بلغ (2.55) بدرجة تقييم متوسطة وبلغت قيمة (3.11) (T) وهي قيمة دالة إحصائيا، ولأن معظم فقرات الجدول ذات قيم سلبية فإن هذا يعني تدني مستوى إخلاص الطبيب في عمله وفق ما يقدر أفراد العينة. ويلحظ أن مؤشر عدم إعطاء الطبيب الحالة المرضية وقتا كافيا قد احتل المرتبة الأولى، وتلاه في المرتبة الثانية عدم اهتمام الطبيب بتاريخ الحالة المرضية وتلاه عدم تقديم الطبيب معلومات وإيضاحات كافية للحالة المرضية وهذه المؤشرات الثلاثة تتعلق كما يبدو بمسألة التواصل بين الطبيب والمريض باعتبارها عاملا مهما في تحقيق رضا المريض وهذه النتيجة تتفق مع النتائج التي توصلت إليها دراسة (مريان، 2007) التي تؤكد أن الطبيب لا يمنح

المريض الوقت الكافي للفحص كما لا يبين له أبعاد مرضه والآثار الجانبية المتوقعة وهذا ما أكدته دراسة (cleary and Barbara: 1988) بأن إجادة تواصل الطبيب مع المرضى وإحاطتهم بالاهتمام يختزل توترهم ويرفع رضاهم وجاء في المرتبة الرابعة تساهل الطبيب ولامبالاته إزاء المريض وتلاه عدم بذل الطبيب كل جهده للقيام بواجبه إزاء المريض وقد بينت الدراسات السابقة أن من العوامل التي تحرض العنف ضد الأطباء عدم إخلاص الطبيب وعدم جدارته بالثقة وعدم قيامه على راحة المريض. (Berlinger: 2004. Jessica: 2009: Banabene: 2006).

جدول (6)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) على محاور الدراسة تبعا لمتغيرات (الفئة العمرية، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان الإقامة، الدخل الشهري للأسرة

سؤال: هل ترى أن كل الأطباء أصحاب نزعة إنسانية في التعامل مع المرضى؟ وهل تعتقد أن الأطباء يستحقون الثقة؟)

المتغير	المستوى	التوقعات السلفية				النزعة الإنسانية				المسؤولية				الإخلاص			
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	الدلالة الإحصائية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	الدلالة الإحصائية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	الدلالة الإحصائية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	الدلالة الإحصائية
الفئة العمرية	أقل من 20 سنة	2.68	0.38	1.94	0.08	2.56	0.31	1.38	0.22	2.58	0.31	1.19	0.31	2.58	0.40	0.81	0.53
	21-30 سنة	2.69	0.35			2.54	0.34			2.54	0.31			2.54	0.40		
	31-40 سنة	2.68	0.33			2.59	0.35			2.57	0.26			2.61	0.35		
	41-50 سنة	2.61	0.40			2.49	0.37			2.49	0.29			2.51	0.37		
	51-60 سنة	2.75	0.31			2.48	0.32			2.50	0.33			2.56	0.43		
	أكثر من 60 سنة	2.48	0.55			2.45	0.27			2.56	0.42			2.60	0.54		
الحالة الاجتماعية	أعزب	2.68	0.35	0.08	0.97	2.57	0.30	0.81	0.49	2.56	0.30	1.07	0.36	2.55	0.38	0.46	0.71
	متزوج	2.67	0.37			2.52	0.35			2.53	0.30			2.55	0.39		
	مطلق	2.65	0.24			2.62	0.49			2.51	0.41			2.74	0.35		
	أرمل	2.65	0.44			2.47	0.28			2.68	0.39			2.61	0.46		

المستوى التعليمي	أمي	2.83	0.38	0.56	0.73	2.58	0.29	0.61	0.70	2.77	0.44	1.35	0.24	2.72	0.69	0.41	0.84
	ابتدائي	2.72	0.43			2.59	0.49			2.52	0.37			2.56	0.49		
	أساسي	2.65	0.47			2.60	0.50			2.62	0.26			2.57	0.35		
	ثانوي	2.69	0.37			2.52	0.33			2.54	0.31			2.55	0.39		
	جامعي	2.65	0.32			2.53	0.32			2.52	0.29			2.56	0.37		
	دراسات عليا	2.68	0.45			2.47	0.31			2.52	0.34			2.48	0.44		
مكان الإقامة	مدينة	2.71	0.37	4.40	0.01	2.56	0.36	2.03	0.11	2.56	0.31	2.13	0.10	2.57	0.41	1.75	0.16
	قرية	2.63	0.35			2.49	0.30			2.49	0.28			2.52	0.36		
	بادية	2.19	0.31			2.39	0.17			2.52	0.25			2.55	0.45		
	مخيم	2.66	0.27			2.59	0.41			2.57	0.32			2.73	0.44		
الدخل الشهري للأسرة	400 فأقل/منخفض	2.67	0.36	0.20	0.82	2.54	0.34	0.86	0.43	2.55	0.31	0.61	0.55	2.56	0.40	1.83	0.16
	1000 فأقل/متوسط	2.67	0.37			2.53	0.33			2.52	0.29			2.56	0.37		
	1000 فأكثر/مرتفع	2.63	0.33			2.45	0.40			2.49	0.26			2.42	0.38		
هل ترى أن الأطباء أصحاب نزعة إنسانية في تعاملهم مع المرضى ؟	بدرجة كبيرة	2.51	0.44	8.22	0.00	2.42	0.38	4.52	0.00	2.46	0.32	4.01	0.01	2.33	0.43	9.97	0.00
	بدرجة متوسطة	2.67	0.33			2.53	0.34			2.53	0.30			2.57	0.37		
	بدرجة منخفضة	2.82	0.34			2.63	0.30			2.64	0.29			2.66	0.35		
	بلا نزعة إنسانية	2.65	0.42			2.58	0.33			2.56	0.30			2.65	0.44		
هل تعتقد أن الأطباء يستحقون الثقة ؟	بدرجة مرتفعة	2.43	0.39	23.67	0.00	2.39	0.43	10.88	0.00	2.42	0.31	7.03	0.00	2.32	0.39	20.15	0.00
	بدرجة متوسطة	2.66	0.32			2.53	0.31			2.53	0.30			2.55	0.36		
	بدرجة منخفضة	2.82	0.32			2.60	0.32			2.60	0.28			2.66	0.35		
	لا يستحقون الثقة	2.92	0.38			2.77	0.31			2.68	0.31			2.89	0.44		

يلحظ من الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لمتغير مكان الإقامة على محور التوقعات السلفية إذ بلغت قيمة (4.40) (F) ولمعرفة مصادر الفروق تم تطبيق اختبار شيفيه (scheffe) للمقارنات البعدية، وتبين أن مصادر الفروق كانت بين (مدينة و بادية) لصالح (مدينة بمتوسط حسابي (2.71) وقد يعود هذا إلى أن معظم أفراد العينة من المدينة (280) بالإضافة إلى أنهم أكثر تواصلا مع الطوارئ بحكم وجود المستشفيات في المراكز الحضرية وذلك يسهل التفكير بالذهاب إلى الطوارئ.

ويلحظ وجود فوارق ذات دلالة إحصائية لسؤال (هل ترى أن الأطباء أصحاب نزعة إنسانية في تعاملهم مع المرضى؟) على جميع محاور الدراسة (التوقعات السلفية وتوقعات النزعة الإنسانية والمسؤولية والإخلاص) وبعد تطبيق اختبار شيفيه تبين أن الفروق

تتجه لصالح الإجابة (بدرجة منخفضة) وهذه النتيجة منطقية ومؤكدة لنتائج الجداول السابقة التي تظهر انحسار توقعات النزعة الإنسانية والمسؤولية والإخلال في دور الطبيب بالإضافة إلى امتلاك أفراد العينة توقعات سلفية مسبقة سلبية حول خدمات الطوارئ بوجه عام.

وتبين من الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية لسؤال (هل تعتقد أن الأطباء يستحقون الثقة؟) على جميع محاور الدراسة وتبين أن مصادر الفروق تتجه لصالح الإجابة (لا يستحقون الثقة) وهذه النتيجة متسقة منطقيا مع نتائج الجداول السابقة.

جدول (7)

نتائج اختبار (Independent T-test) على محاور الدراسة تبعا لمتغيرات (الجنس والدخول في مشادة كلامية مع الطبيب والانخراط في مشاجرة مع الطبيب ومشاهدة اعتداء جسدي أو لفظي على الطبيب والسماع عن الاعتداء على الأطباء ومدى ملائمة الخدمات وطول وقت الانتظار)

المتغير	المستوى	التوقعات السلفية				النزعة الإنسانية				المسؤولية				الإخلاص			
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	الدلالة الإحصائية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	الدلالة الإحصائية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	الدلالة الإحصائية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	الدلالة الإحصائية
الجنس	ذكر	2.70	0.37	1.86	0.06	2.53	0.34	0.01	0.99	2.51	0.31	-1.98	0.05	2.54	0.39	-0.66	0.51
	أنثى	2.64	0.35			2.53	0.34			2.56	0.30			2.57	0.39		
هل دخلت يوما ما في مشادة كلامية مع الطبيب؟	نعم	2.73	0.37	3.43	0.00	2.58	0.35	2.60	0.01	2.58	0.28	2.76	0.01	2.63	0.37	3.57	0.00
	لا	2.62	0.35			2.50	0.33			2.50	0.32			2.50	0.40		
هل انخرطت يوما ما في مشاجرة مع الطبيب ؟	نعم	2.78	0.42	3.00	0.00	2.64	0.40	3.05	0.00	2.62	0.29	2.64	0.01	2.68	0.40	3.06	0.00
	لا	2.65	0.35			2.51	0.33			2.52	0.30			2.53	0.39		
	لا	2.64	0.36			2.51	0.36			2.53	0.31			2.54	0.39		
هل شاهدت حالة اعتداء جسدي أو لفظي على الطبيب؟	نعم	2.71	0.36	2.14	0.03	2.56	0.32	1.67	0.10	2.54	0.29	0.19	0.85	2.57	0.39	0.86	0.39
	لا	2.64	0.36			2.51	0.36			2.53	0.31			2.54	0.39		
هل تسمع عن الاعتداء على الأطباء في طوارئ المستشفيات الحكومية ؟	نعم	2.67	0.36	-0.28	0.78	2.53	0.34	-0.71	0.48	2.53	0.30	-0.45	0.65	2.55	0.39	-0.30	0.76
	لا	2.68	0.36			2.57	0.35			2.55	0.31			2.57	0.37		
هل ترى أن الخدمات المقدمة للمواطنين في الطوارئ ملائمة ؟	نعم	2.51	0.35	-9.21	0.00	2.44	0.31	-5.13	0.00	2.48	0.28	-3.35	0.00	2.43	0.36	-6.27	0.00
	لا	2.79	0.33			2.60	0.35			2.57	0.31			2.65	0.39		
هل تقضي وقتا طويلا في الانتظار ؟	نعم	2.71	0.34	5.87	0.00	2.55	0.34	3.07	0.00	2.55	0.30	2.33	0.02	2.58	0.38	2.69	0.01
	لا	2.47	0.38			2.43	0.34			2.47	0.31			2.45	0.44		

يظهر من الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية للإجابة عن سؤال (هل دخلت يوما في مشادة كلامية مع الطبيب ؟) على جميع محاور الدراسة لصالح الإجابة (نعم) وهذه النتيجة منطقية بالاستناد إلى دخول الأفراد في خبرة تفاعلية سلبية مع أطباء الطوارئ. ويلحظ أيضا وجود فروق

ذات دلالة إحصائية لمتغير الإجابة عن سؤال (هل انخرطت يوما في مشاجرة مع طبيب؟) على جميع محاور الدراسة لصالح الإجابة بـ (نعم) وهذا يعكس أيضا وجود الفروق بوجود الخبرة التفاعلية السلبية مع الأطباء ويلحظ أيضا وجود فروق دالة إحصائيا للإجابة عن سؤال (هل شاهدت حالة اعتداء جسدي أو لفظي على الطبيب ؟) على محور التوقعات السلفية لصالح الإجابة بـ (نعم).

ويظهر من الجدول أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية لمتغير الإجابة عن سؤال (هل ترى أن الخدمات المقدمة للمواطنين في الطوارئ ملائمة ؟) على جميع محاور الدراسة لصالح الإجابة بـ (لا) وهذا يوضح انعكاس عدم رضا المواطنين المسبق عن خدمات الطوارئ على إجاباتهم حول توقعات دور الطبيب.

ويظهر كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير الإجابة عن سؤال (هل تقضي وقتا طويلا في الانتظار ؟) على جميع محاور الدراسة لصالح الإجابة بـ (نعم) وهذه النتيجة تتفق مع نتائج الدرسات السابقة التي تؤكد أن طول مدة الانتظار يؤثر سلبا في رضا المرضى وتوترهم. (Hall and press: 1996, Dansk and Miles: 1997).

الخاتمة

جاءت هذه الدراسة بهدف الكشف عن ميول العنف ضد الأطباء بالاستناد إلى توقعات دور الطبيب. لقد تم إلقاء الضوء على ثلاثة أنواع من توقعات دور الطبيب التي يمكن أن ينتج ميول العنف والعداء إذا لم تنجز من لدن الطبيب: أولا: توقعات النزعة الإنسانية، وتتمحور حول الاهتمام بالمريض ولغة التواصل ولطف المعاملة ثانيا: توقعات المسؤولية وتتعلق بكفاية الطبيب ومبادرته في التشخيص والعلاج وتقديم الخدمة للمرض ثالثا: الإخلاص، ويعكس الطابع الشخصي في الحرص على صحة المريض من حيث الاهتمام وإعطاء الوقت الكافي وبذل الجهد والانهماك والجدية كما تم الأخذ بعين الاعتبار التوقعات السلفية لدى المرضى إزاء الخدمات المقدمة في الطوارئ بما في ذلك معاملة الأطباء وهي تتعلق بالخبرة التفاعلية السابقة للمريض مع أطباء الطوارئ والخدمات المقدمة لهم إذ إنّ هذه التوقعات من شأنها تحريض ميول العنف والعداء بموجب الانطباع السلبي المسبق.

لقد تم اختيار عينة قصدية حجمها (490) مريض من أقسام الطوارئ ضمن ثلاث مستشفيات حكومية وسط وشمال وجنوب الأردن إذ إنّ أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية هي أكثر ما يشهد حالات اعتداء على الأطباء.

أظهرت نتائج الدراسة أن التوقعات السلفية لدى المرضى سلبية ولديهم انطباعات مسبقة سلبية حول الخدمات التي تقدم في الطوارئ وطريقة تعامل الأطباء مع المرضى وأن هناك محاباة وقفزاً فوق الأولويات، والحالة العامة في الطوارئ لا تبعث على الطمأنينة وهم يحملون مشاعر الاستياء التي يمكن أن تستثار بسهولة.

وقد أظهرت النتائج أن توقعات دور الطبيب تنتج ميول العنف لدى المريض إذ من خلال المرضى عن انحسار (توقعات النزعة الإنسانية) لدى الأطباء من حيث عدم حرص الطبيب على تشجيع المريض وتحفيزه وعدم تعامل الطبيب مع المرضى وذويهم باحترام والتحدث إلى المريض بلغة خشنة وجافة كما من خلال المرضى عن تدني (توقعات المسؤولية) لدى الطبيب إذ استجابة الطبيب للحالة المرضية بطيئة ويرتكب الكثير من الأخطاء الطبية ولا يبعث الأمل لدى المريض ولا يمتلك مهارة عالية في تشخيص المرض وتقديم العلاج، ومن خلال المرضى عن تدني مستوى (توقعات الإخلاص) لدى الطبيب إذ لا يعطي الطبيب الحالة المرضية وقتا كافيا ولا يهتم بتاريخ الحالة المرضية ولا يقدم معلومات وإيضاحات كافية للحالة المرضية، ويتصف سلوك الطبيب إزاء المريض بالتساهل واللامبالاة. وفي ضوء ما تقدم يمكن اقتراح التوصيات الآتية:أولا:ضرورة تدريب الأطباء و تأهليهم لإدارة المواقف التفاعلية مع المرضى بما في ذلك إدارة الانطباع و حسن المعاملة و التركيز على المكون الأخلاقي_الإنساني في التفاعل مع المرض.ثانيا:وضع ضوابط رسمية معلنة و صارمة لتقييد تدخلات المرافقين في العملية العلاجية.ثالثا:من أجل إيجاد رؤية شمولية حول الموضوع لا بد من إجراء دراسات تركز على توقعات دور المريض وتكون العينة فيها من الأطباء.رابعا:اعتماد توصيات الدراسات العلمية في صياغة التشريعات وليس الجمعيات المنحازة للأطباء.

قائمة المراجع:

أولا: المراجع باللغة العربية

الخطيب. خليل. (2008). استهداف الأطباء ... تعددت الأسباب والإيذاء وأحد، السجل العدد 22، 17 ابريل، عمان- الأردن.

ذياب. صلاح محمود. (2010). أسباب دوافع هجرة العناصر الطبية والتمريضية من وزارة الصحة الأردنية (دراسة تحليأتية) دراسات العلوم الإدارية. مجلد 37، عدد1.

الرقاد، معتصم. (2012). الأردنية لحماية العناصر الطبية تسعى لحفظ حقوق الأطباء، صحيفة الغد، 18/1.

صحيفة الرأي. (2012). 281 اعتداء على الأطباء، العدد 15123، الأحد 18/3.

صحيفة العرب اليوم. (2011). ضرب الأطباء ... عنف يتصاعد، العدد 5182، 17 أيلول.

صحيفة اللواء. (2011). تراجع الاعتداء على الأطباء بعد تطبيق خطة حماية العنصر الطبي في المستشفيات، العدد 1972، 18 تشرين الأول.

العدوان، ياسر. وأحمد عبد الحليم. (1997). العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمريض في المستشفيات الأردنية. مجلة أبحاث اليرموك سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13، العدد(1)، أ ،(ص ص 219-303).

العواودة. أمل. (2007). العنف ضد المرأة العاملة في القطاع الصحي، دراسة ميدانية على العاملات في مستشفيات محافظة العاصمة. رسالة دكتوراه غير منشورة. الجامعة الأردنية. عمان- الأردن.

مريان، فيحاء. (2007). رضا المرضى عن الخدمات الطبية المقدمة من لدن أطباء القطاعين العام والخاص في مدينة إربد – الأردن: دراسة اجتماعية مقارنة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك. اربد – الأردن.

النسور. أحمد. (2011). ضرب الأطباء يتواصل في المستشفيات الأردنية ... مركز أخبار أمان المركز العربي للمصادر والمعلومات حول العنف ضد المرأة.

نصير، نعيم، وفاروق ديباجة. (1997). مصادر إجهاد العمل، دراسة ميدانية لمصادر إجهاد العمل لأطباء الإسعاف في مستشفيات محافظات شمال الأردن. مجلة جامعة الملك سعود. العلوم الإدارية، مجلد9، عدد3.

وزارة الصحة. (2012). الموقع الرسمي.

ثانيا: المراجع باللغة الانجليزية

Abbott. A, (1988), The System Of Professions, An Essay On The Division Of Expert Labor, Chicago, The University of Chicago Press.

Banbino, Linda Elizabeth, (2006) Physician Communication Behaviors That Elicit Patient Trust, Proquest Information And Learning Company.

Berlinger, N , (2004). Patient Trust, Remains Fundamental To Ethical Practice Of Medicine Even In The Age Of The Patient As A Consumer, Minnesota Medicine, 87, 32-34.

Blau, Petter. (1964). Exchange And Power In Social Life. New Yourk, John Willey And Aons.

Bonds, D.E., Foley, K.L. Dugan, E., Hall, M. A., Extorm, P. (2004). An Expolration Of Patients Trust In Physicians In Training. Journal Of Health Care For The Poor And Underserved, 15, 294-306.

Brody, H: (1992). The Healers Of Power. New Haven, Yale University Press.

Budd,T, (1919) Violence At Work, Findings From The British Crime Survey, London Home Office.

Cleary, Paul And Barbara, Mcneil, (1988), Patient Satisfaction As An Identicator Of Quality Of Care Inquiry, 25(Spring): 25-36.

Dansky, K. Miles,J. (1997). Patient Satisfaction With Ambulatory Healthcare Services, Waiting Time And Filling Time, Hospital And Health Services Administration 42,2, 165-177.

Elston, M.A. Gabe, J. Denney, P. Lee, R,. And O,beirne, M. (2002). Violence Against Doctors: A Medicalised Problem ? A Case Of Matnal Health Service General Practitioners: Sociology Of Health And Illness, 24, 575-598-Doi: / 01111/14679566:00309.

Elston, Mary Ann. Jonathan Gale, David Denney, Raymond Lee

And Maria O,Breine (2002). Violence Against Doctors, A Medical (Ised) Problem ? The Case Of National Health Service General Practitioners, Sociology Of Health And Illness, Vol,24, No. 5.

Fowler, Jessica. D. (2008).Cultural And Structural Barriers That Effect The Doctor-Patient Relationship, A Bolivian Perspective, A Thesis Submitted To Oregon State University.

Friedson, E. (1970) Dilemmas In The Doctor-Patient Relationship. In A Sociology Of Medical Practice Ed.C.Cox And Amead. London Collier, Macmillan.

Gates, D.M. C.S. McQueen L. (2006), Violence Against Emergency Department Workers, Journal Of Emergency Medicine, 31, 331-337.

Gillespie, Gordon Lee, (2008), Violence Against Healthcare In A Pediatric Emergency Depatment, ProQuest LLC.

God Yare – Smith, F, (1999), Etrhical Consideration Of Informed Consent: Apersonal Opinion. New Zealand General Practice, 10. Septemper: 32-33.

Goold. SD. (1996)Allocating Health Care Resources: Cost Untility Analysis Informed Democratic Decision Making, Or The Veil Of Ignorance ? Health Policy Law, 21, 69-98.

Gwyn, R And Elwyn, G (1999). When Is A Shared Decision Not (Quit) A Shared Decision, Negotiating Preferences In A General Practice Encounter, Social Science And Midicin, 49,4,437-447.

Hafferty, Fredric. (1991). In To The Vally: Death And Socialization Of Medical Students; New Haven Yale University Press.

Hall, M, Press, I. (1996) Keys To Patient Satis Faction In The Emergency Depattment: Results Of A Multiple Facility Study, Hospital And Health Service Administration, 41,4. P. 515-532.

Hall. M.A. (2001), Do Patients Trust Their Doctors, Does Matter ? North Carolina Medical Journal, 62, 188-191.

Homans, G. (1974) Social Behavior: Its Elementary Forms Re ed. New York. H Brace Jovanovich.

Kaplan, Sherrie H., Sheldon Green Field And John E. Ware (1989). Assess The Effects Of Physician- Patient Interactions On The Outcomes Of Chronic Diseases, Medical Care, 27 (March,3), 110-27.

Kleinman, A, And Person P. (2006) Culture, Moral Experience And Medicin Mount Sinai Journal Of Medicine, 73. B. 854-9.

Kleinman, A., Benson P. (2006) Culture, Moral Experience And Medicine, Mount Sinai Journal Of Medicine, 73,6, 834-9.

Levin, P.F, Hewitt, J.B., Misner, S.T. (1998). Insights Of Nurses About Assult In Hospiral Based Emergency 30,249-254.

Light, D.W. (2000). The Medical Profession And Organizational Change From Professional Dominance To Countervailing Power. In C.E. Bird, P. Conrad And A.M.Fremont (Eds), Hand Book Of Medical Sociology (Vol.5th. 201-216)Upper Saddle, NJ: Prentice Hall.

Mullis, Jeffery, (1995). Medical Malpractice, Social Structure And Social Control, Sociological Forum. Vol. 10.No1.

Parsons, T. (1952) Illness Therapy And The Modern Urban American Family, Journal Of Social Issues, 8(4): 31-44.

Parsons. T. (1951). The Social System, Glencoe. Freepress.

Patrick, Donald L. And Graham Scrambler (Eds) (1982), Sociology: As Applied To Medicine, Newyork, Macmillan Publishing.

Peck, Bol Mitchell, (2002) Doctor And Patients: Expectations, Control And Health Care Satisfaction, ProQuest Information And Learning Company USA.

Pettit, Michele L. (2008). An Analysis Of School Health Vol. 78, No 4.

Robertson, Ruth Anna Dixon Julian Legrand, (2008) Patient Choice In General Practice: The Implication Of Patient Satisfaction Surverys, Journal Of Health Services, Research And Policy, Vol.13, No2, 66-72.

Schouten, B.C. And Meeuwesen L. (2006), Cultural Differences In Medical Communication: A Review Of Literature Patient Education And Counseling, 64, 21-34.

Sibbald, Barbara, (1998), Physicians Protect They Self, Canadian Medical Association, (CMAJ), 159, 983-5.

Tolhurst, H., Talbot, J. Baker, L. Bell, P. Murray G., Sutton A. Etal. (2003) Rural General Practitioner Apprehension About Work Related To Violence In Australia, Australian Journal Of Rural Health, 11, 237-241.

Wang, Qian, (2010) Doctor-Patient Communication And Patient Satisfaction: A cross-cultural Comparative Study Between China And The Us. Proqust Information And Learning Company USA.

Zahid, M.A. Al-Sahlawi, K.S, Shahid, A.A Awadh H.A, Abu Shammah. H. (1999) Violence On Doctors Working In Accident And Emergency Deparments, Lippincott Williams And Williams Inc.

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي المواطن ..... أختي المواطنة

هذه الاستبانة معدة لبحث علمي حول العنف ضد الأطباء في المستشفيات الحكومية، راجياً الإجابة عن تساؤلاتها بأمانة وموضوعية علماً بانها لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكراً حسن تعاونكم

الباحث

الجزء الأول: البيانات الأولية

1- **السن** ( ) سنة

2- **الجنس** ذكر ( ) أنثى ( )

3- **الحالة الاجتماعية** متزوج ( ) أعزب ( ) أرمل ( ) مطلق ( )

4- **المستوى التعليمي** أمي ( ) ابتدائي ( ) أساسي ( ) ثانوي ( ) جامعي ( ) دراسات عليا( )

5- **مكان الإقامة** مدينة ( ) قرية ( ) مخيم ( ) بادية ( )

6- **الدخل الشهري للأسرة** 400 فأقل/ منخفض ( ) 1000 فأكثر / مرتفع ( ) 1000 فأقل / متوسط ( )

7- **هل دخلت يوماً ما في مشادة كلامية مع الطبيب؟** لا ( ) نعم ( )

8- **هل انخرطت يوماً ما في مشاجرة مع طبيب؟** لا ( ) نعم ( )

9- **هل شاهدت حالة اعتداء جسدي أو لفظي على الطبيب؟** لا ( ) نعم ( )

10- **هل تسمع عن الاعتداء على الأطباء في طوارئ المستشفيات الحكومية؟** لا ( ) نعم ( )

11- **هل ترى أن الخدمات المقدمة للمواطنين في الطوارئ ملائمة؟** لا ( ) نعم ( )

12- **هل ترى أن الأطباء أصحاب نزعة إنسانية في تعاملهم مع المرضى؟**
بدرجة منخفضة ( )
بدرجة متوسطة ( )
بدرجة كبيرة ( )
بلا نزعة إنسانية ( )

13- **هل تعتقد أن الأطباء يستحقون الثقة؟**
لا يستحقون الثقة ( )
بدرجة منخفضة ( )
بدرجة متوسطة ( )
بدرجة مرتفعة ( )

14- **هل تقضي وقتاً طويلاً في الانتظار؟** لا ( ) نعم ( )

الجزء الثاني: محاور الدراسة

الرقم	المحور	موافق بشدة	موافق	غير موافق	غير موافق بشدة
المحور الأول: التوقعات السلفية					
أعلم من خلال خبراتي السابقة في الطوارئ أن:					
1-	الخدمات المقدمة للمرضى غير جيدة.				
2-	الأطباء لا يتمتعون بكفاية وأهلية عالية.				
3-	الأطباء لا يمنحون المرضى الرعاية اللازمة.				
4-	الأطباء غير مخلصين في عملهم.				
5-	لا يعامل المرضى في الطوارئ باحترام.				
6-	تكثر الأخطاء الطبية في الطوارئ.				
7-	الحالة العامة في الطوارئ لا تبعث على الارتياح والطمأنينة.				
8-	هناك محاباة وقفز فوق الأولويات في الطوارئ.				
المحور الثاني: النزعة الإنسانية					
يثير الأطباء غضب المرضى و يدفعونهم إلى التصرف بطريقة عدائية عندما لا يتصرفون بطريقة إنسانية وفق مايأتي:					
1-	يتحدث الطبيب إلى المريض بلغة خشنة وجافة.				
2-	لا يهتم الطبيب بمشاعر المريض وأحاسيسه.				
3-	لا يبدو الطبيب لطيفاً مع المرضى وذويهم.				
4-	لا يهتم الطبيب بألم المريض ومعاناته.				
5-	يستقبل الطبيب المريض بالمجاملة واللطف.				
6-	يتعامل الطبيب مع المرضى وذويهم بعصبية وانفعالية زائدة.				
7-	لا يبدو الطبيب مهتماً بالحالة النفسية للمريض.				
8-	لا يعمل الطبيب على تشجيع المريض وتعزيزه.				
9-	لا يحرص الطبيب على طمأنة المريض وأهلهُ.				
10-	لا يبدو الطبيب إنسانياً في تعامله مع المرضى.				
11-	لا يتعامل الطبيب مع المرضى وذويهم باحترام.				

المحور الثالث: المسؤولية **يثير الأطباء غضب المرضى و يدفعونهم إلى التصرف بطريقة عدائية عندما لا يتحملون المسؤولية وفق مايأتي:**					
1-	تبدو استجابة الطبيب للحالة المرضية بطيئة				
2-	الخدمة التي يقدمها الطبيب للمريض بوجه عام رديئة.				
3-	لا يوجد لدى الطبيب مهارة عالية في تشخيص المرض وتقديم العلاج.				
4-	لا يظهر الطبيب مستوى عالياً من المسؤولية في التعامل مع المرضى وذويهم.				
5-	الأطباء يرتكبون الكثير من الأخطاء الطبية.				
6-	يتصرف الطبيب بطريقة لا تبعث الأمل لدى المريض.				
7-	لا يصغي الطبيب للمريض وذويه.				
8-	يمتنع الطبيب عن تقديم أية إيضاحات حول الحالة المرضية.				
9-	لا يتواصل الطبيب مع المرضى بصورة جيدة.				
10-	يتصرف الطبيب بطريقة تستفز المريض وتثير غضبه.				
11-	يتهرب الطبيب من معالجة المرضى ما أمكنه ذلك.				
المحور الرابع: الإخلاص **يثير الأطباء غضب المرضى و يدفعونهم الى التصرف بطريقة عدائية عندما لا يخلصون في عملهم وفق مايأتي:**					
1-	لا يبذل الطبيب كل جهد للقيام بواجبه إزاء المريض.				
2-	لا يحرص الطبيب على تشخيص الحالة المرضية بصورة جيدة.				
3-	لا يقدم الطبيب معلومات وإيضاحات كافية للحالة المرضية.				
4-	لا يعطي الطبيب الحالة المرضية وقتاً كافياً.				
5-	لا ينهمك الطبيب في مساعدة المريض للسيطرة على مرضه.				
6-	تصرفات الطبيب مع المريض تبين أنه غير مخلص في عمله.				
7-	طريقة تعامل الطبيب مع الحالة المرضية غير جديرة بالثقة.				
8-	لا يهتم الطبيب بتاريخ الحالة المرضية.				
9-	يتبنى الطبيب اهتماماً شخصياً بالحالة الصحية للمريض.				
10-	يتصف سلوك الطبيب إزاء المريض بالتساهل واللامبالاة.				

Tendencies for Violence Against Doctors in Public Jordanian Hospitals: An Attempt to Understand this Phenomenon in light of the Doctor's Role

Mohammed A. Al-hourani

Fauclty of Arts - Yarmouk University
Irbid - Jordan

Abstract

This study aimed at revealing the role of doctor's expectations in producing the tendencies of patients for violence against doctors. Three types of expectations were indicated in the role of the doctor and considered rights of the patient's role: expectations of humanity, expectations of accountability, and expectations of fidelity, in addition to the background expectations of the patients about the services provided by emergency departments. A sample of 490 patients was chosen purposively from the emergency departments in hospitals in the north, south, and middle of Jordan from those patients whose health conditions enabled them to cooperate with the researchers. The results showed that the three types of doctors' expectations role produce the tendencies of violence against doctors. Furthermore, the results showed that there is a significant relation between the past negative experiences of the patients and their evaluation of the role of doctors' expectations in producing the tendencies for violence against doctors.