



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة سعيدة - الدكتور مولاي الطاهر  
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية  
قسم علم النفس وعلوم التربية  
شعبة علم النفس



مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي بعنوان:

## تحليل العلاقة طبيب-مريض

دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية سعيدة

تحت إشراف الأستاذة:

د. عيساوي أمينة

من إعداد الطالبة:

عبو نور الهدى

### أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الصفة	المؤسسة
د/ عريس نصرالدين	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	جامعة سعيدة
د/ عيساوي أمينة	أستاذة محاضرة (أ)	مشرفا ومقررا	جامعة سعيدة
د/ رماس رشيدة	أستاذة محاضرة (أ)	مناقشا	جامعة سعيدة

السنة الجامعية

2025/2024

# شكر وتقدير

" رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَلَدِيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ "

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه، والصلاة والسلام على خير معلم وخير رسول سيدنا ونبينا محمد صلى الله عليه وسلم.

أما بعد،

أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذتي المشرفة الدكتورّة "عيساوى أمينة" التي رافقتني خلال هذه الدراسة توجيها ودعما علميا ومعنويا كان لهما بالغ الأثر في إتمام هذا العمل، فلها كل الثناء والتقدير نظير ما تحملته من مشقة التصحيح والتعديل والتصويب.

جزيل الشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة أساتذتي الذين غرسوا في حب علم النفس العيادي والغوص في تفاصيله، كل باسمه ومقامه على قبولهم مناقشة هذا العمل المتواضع.

الشكر الموصول إلى التي زرعت في روح الطموح والمواصلة في طريق العلم، وكانت اليد التي لم تتخلي عن مساعدتي يوما خلال كل مشوارى الجامعي، الدكتورّة "راشدي إيمان".

وأتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى كل أساتذة قسم علم النفس الكرام على رأسهم عميد الكلية عرفانا لما بذلوه من جهد في تعليمي وتوجيهي طوال سنوات الدراسة.

عظيم الشكر لأسرتي الغالية على دعمهم المستمر وتشجيعهم اللامحدود، ولكل من وقف بجانبى وتحملنى خلال رحلة هذه الدراسة.

كما لا يفوتنى أن أشكر حالات الدراسة من أطباء ومرضى اللذين منحونى من وقتهم الضيق وتقبلونى بصدر رحب خلال مدة الدراسة.

هـ نور الهدى

# إهداء

إلى من وهباني الحياة والأمل، وغرسا في قلبي القيم، والنشأة على شغف العلم والتعلم

ومن كانا السند في ضعفي، والنور في دروبي

أمي وأبي، نبض حياتي ومصدر إلهامي.

إلى من قاسموني تفاصيل الحياة بحلوها ومرها، وأشدت عضدي بهم

إخوتي.

إلى مؤنسا حياتي ومصدر سعادتي: فاطمة الزهراء وأمير.

إلى كل أفراد عائلتي الكريمة

وإلى من دلت الصعوبات وأنارت درب مشواري الجامعي، أستاذتي وصديقتي الخلقة

"د.راشدي إيمان"

إلى أساتذتي الأفاضل "قسم علم النفس" الذين يحمل تخرجي ونجاحي بصماتهم النبيلة.

إلى جميع زملائي في الدفعة.

نور الهدى

ملخص الدراسة:

تحمل الدراسة الحالية عنوان "تحليل العلاقة طبيب-مريض (دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية سعيدة)"، والتي هدفت إلى فهم الدينامية النفسية التي تسير طبيعة التفاعل في العلاقة بين الطبيب والمريض، حيث انطلقنا من طرح تساؤلات لدراسة

كمية وأخرى لدراسة كيفية تتبعها فرضيات قمنا بالاعتماد على المنهج الوصفي للتأكد من صحتها وعلى جملة من الأدوات المتمثلة في: المقابلة نصف الموجهة، الملاحظة، مقياس العلاقة طبيب-مريض بنسختين (مصمم من طرف الباحثة) والذي طبق على عينة من الأطباء والمرضى بولاية سعيدة وحالات الدراسة الكيفية، حيث تم في نهاية الدراسة تأكيد فرضية للدراسة الكمية ونفي الفرضيات الأخرى، وتأكيد فرضيات الدراسة الكيفية، وأسفرت نتائج الدراسة على أن العلاقة بين الطبيب والمريض لها عمق نفسي يسير العلاقة العلاجية وله تأثير مباشر في التماثل إلى الشفاء والتكيف مع الوضعية المرضية.

**الكلمات المفتاحية:** العلاقة طبيب-مريض، التعلق العلاجي، الاستقبال والتحالف العلاجي، المعرفة الصحية للمريض، الإصغاء والتعاطف.

## **Abstract :**

The current study entitled " Analyzing the doctor-patient relationship (a field study of a sample of doctors and patients in Saida), which aimed to understand the psychological dynamics that direct the nature of the interaction in the doctor-patient relationship. We started by posing problems for a quantitative

study and for a qualitative study, followed by hypothesis that we adopted the descriptive approach to verify their validity by using the following tools : semi-directed interview, observation, the doctor-patient relationship's scale (designed by the researcher), which was applied to a sample of doctors and patients in Saida and study cases.

At the end of the study, one of the hypothesis for the quantitative study and the hypothesis for the qualitative study were confirmed and negated the other hypothesis for the quantitative study.

The results of the research concluded that the relationship between doctor and patient has a psychological depth that directs the therapeutic relationship and has a direct impact in achieving healing and adaptation with the illness situation.

**Keywords :** doctor-patient relationship ,therapeutic attachment, reception and therapeutic alliance, the patient's health knowledge, listening and empathy.

## فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
أ	شكر وتقدير

ب	الإهداء
ت	ملخص الدراسة باللغة العربية
ث	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
ج	فهرس المحتويات
د	فهرس الجداول
1	مقدمة
	<b>الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة</b>
4	تمهيد
4	الدراسات السابقة
10	الإطار النظري
26	إشكالية الدراسة
31	فرضيات الدراسة
32	المفاهيم الإجرائية
33	أسباب اختيار الموضوع
33	أهمية الدراسة
34	أهداف الدراسة
34	صعوبات الدراسة
35	خلاصة الفصل
	<b>الفصل الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة</b>
36	تمهيد
36	الدراسة الاستطلاعية
36	الهدف من الدراسة الاستطلاعية

37	حدود الدراسة الاستطلاعية
37	أدوات الدراسة الاستطلاعية
62	نتائج الدراسة الاستطلاعية
63	الدراسة الأساسية
63	ميدان ومدة الدراسة الأساسية
63	حالات الدراسة الأساسية
65	منهج وأدوات الدراسات الأساسية
69	خلاصة الفصل
	<b>الفصل الثالث: عرض ومناقشة نتائج الدراسة</b>
70	تمهيد
70	عرض ومناقشة نتائج الدراسة الكمية
71	فرضيات الارتباط
77	فرضيات الفروق
83	عرض ومناقشة نتائج الدراسة الكيفية
83	عرض نتائج حالات الدراسة الكيفية
83	عرض نتائج العلاقة الأولى (طبيب-مريضة)
101	عرض نتائج العلاقة الثانية (طبيب-مريضة)
118	مناقشة نتائج الدراسة الكيفية
127	خاتمة
129	قائمة المراجع
132	ملاحق

## قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	نقاط التشابه والاختلاف بين الدراسات السابقة	7



39	فقرات البعد الأول (نسخة الطبيب)	02
40	فقرات البعد الثاني (نسخة الطبيب)	03
40	فقرات البعد الثالث (نسخة الطبيب)	04
41	فقرات البعد الرابع (نسخة الطبيب)	05
41	فقرات البعد الخامس (نسخة الطبيب)	06
42	فقرات البعد السادس (نسخة الطبيب)	07
42	فقرات البعد الأول (نسخة المريض)	08
43	فقرات البعد الثاني (نسخة المريض)	09
43	فقرات البعد الثالث (نسخة المريض)	10
44	فقرات البعد الرابع (نسخة المريض)	11
45	فقرات البعد الخامس (نسخة المريض)	12
46	فقرات البعد السادس (نسخة المريض)	13
47	الفقرات التي تم تعديلها لمقياس العلاقة بين الطبيب والمريض (نسخة الطبيب)	14
47	الفقرات التي تم تعديلها لمقياس العلاقة بين الطبيب والمريض (نسخة المريض)	15
49	نتائج الصدق التمييزي للمقياس (نسخة الطبيب)	16
50	نتائج صدق الاتساق الداخلي للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس (نسخة الطبيب)	17
50	نتائج معامل الثبات ألفا-كرومباخ للمقياس (نسخة الطبيب)	18
51	نتائج معامل ثبات المقياس بالتجزئة النصفية (نسخة الطبيب)	19
52	أبعاد المقياس -نسخة الطبيب- وفقراته النهائية	20
54	نتائج الصدق التمييزي للمقياس (نسخة المريض)	21
54	نتائج صدق الاتساق الداخلي للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس (نسخة المريض)	22
55	نتائج معامل الثبات ألفا-كرومباخ للمقياس (نسخة المريض)	23
56	نتائج معامل ثبات المقياس بالتجزئة النصفية (نسخة المريض)	24
57	أبعاد المقياس -نسخة المريض- وفقراته النهائية (نسخة المريض)	25

59	ملخص مقابلات الدراسة الاستطلاعية (أطباء)	26
60	ملخص مقابلات الدراسة الاستطلاعية (مرضى)	27
60	مواصفات عينة الدراسة الكمية (الطبيب)	28
61	مواصفات عينة الدراسة الكمية (المريض)	29
61	مستويات المقياس وفقاً للمتوسط الحسابي (نسخة الطبيب)	30
62	مستويات المقياس وفقاً للدرجات (نسخة الطبيب)	31
63	مستويات المقياس وفقاً للمتوسط الحسابي (نسخة المريض)	32
64	مستويات المقياس وفقاً للدرجات (نسخة المريض)	33
64	خصائص حالات الدراسة الكيفية	34
66	ملخص مقابلات الدراسة الأساسية	35
70	معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض	36
71	معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (الاستقبال والتحالف العلاجي).	37
72	معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (الإصغاء والتعاطف)	38
73	معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (المعرفة الصحية وكفاءة الطبيب)	39
74	معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (الآليات الدفاعية)	40
75	معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (التعلق العلاجي)	41
76	معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (الانطباع نحو العلاج)	42
77	الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لطبيعة عمل الطبيب	43
78	الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لخبرة الطبيب	44

79	الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لتخصص الطبيب	45
80	الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لطبيعة المرض لدى المريض	46
81	الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لسنوات المرض	47
82	الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً للمستوى التعليمي للمريض	48

## المقدمة:

إن محرك الحياة البشرية هو العلاقات الإنسانية التي تختلف خصوصياتها حسب طبيعة كل علاقة وما تهدف إليه والتي تعتبر بدورها نسقا يكونه مجموعة من العناصر التي تتفاعل فيما بينها من أجل غاية محددة، إذ تحتل العلاقة بين الطبيب والمريض مكانة هامة في المجال الصحي لما تحمله من عمق إنساني يتجاوز التشخيص ووصف الدواء أو العلاج المناسبين للمريض وإنما تحمل في مضمونها أبعاد نفسية واجتماعية تساهم مباشرة في استجابة المريض للعلاج.

إن العلاقة بين الطبيب والمريض ليست بالعلاقة الحديثة وإنما تستمد جذورها منذ العصور القديمة التي صقلت هذه العلاقة لتتكيف حسب الظروف الزمانية والمكانية والفكرية والثقافية لكل عصر استنادا على المعايير المعرفية والأخلاقية التي تحدد التزامات كل من الطبيب والمريض في هذه العلاقة، غير أن تطورات العصر الحالي وتحرر الفكر الإنساني من خلال ارتفاع مستوى التعلم وقيام الثورة التكنولوجية جعل العلاقة بين الطبيب والمريض تخوض تحديات جديدة جعلت لهذه العلاقة الإنسانية طابعا معقدا يضع الطبيب ضمن مسؤوليات تستدعي البحث في النفس البشرية من أجل الوصول إلى نتائج علاجية إيجابية مع المريض الذي أصبح واعيا بذاته ومسؤولا في قراراته على عكس ما تعودت عليه المنظومة الصحية سابقا.

المريض باعتباره وحدة عضوية ونفسية متكاملة، تجعل منه وضعيته المرضية طرفا هشا في هذه العلاقة والتي يحتاج من خلالها إلى الرعاية الصحية التي تشمل كل الجوانب دون تفضيل الأعراض العضوية على الحاجة النفسية التي يعبر عنها المريض من خلال سلوكيات وتفاعلات قد يفسرها الطبيب تفسيراً خاطئاً دون قصد منه أو يتجاهلها نتيجة الظروف المهنية خاصة في ظل الانتشار الواسع للأمراض الذي جعل الأطباء يعيشون ضغوطات يومية من خلال اكتظاظ العيادات بالمرضى، واعتماد الآلات الطبية خلال

الفحص التي تضع مسافة في التفاعل بين الطبيب ومريضه، وارتفاع سقف توقعات المرضى حول النتائج العلاجية من خلال ما يتم تداوله عبر تجارب الناس، مما قد يؤثر سلبا على مسار العلاقة العلاجية.

وبناءً على هذا، برزت الحاجة لدراستنا الحالية تحت عنوان "تحليل العلاقة طبيب- مريض (دراسة ميدانية على عينة من أطباء ومرضى بولاية سعيدة)" كمحاولة لفهم الدينامية النفسية للعلاقة بين الطبيب والمريض وضبط العوامل والمتغيرات التي تتحكم في توجهها إيجابيا أو سلبيا من خلال فهم طبيعة التفاعل الذي يصدر من الطبيب من جهة ومن المريض من جهة أخرى وصولا إلى الجمع بين خصائص طرفي العلاقة لتحديد أسس العلاقة التكاملية.

تناولت هذه الدراسة ثلاثة فصول كالآتي:

**الفصل الأول:** بعنوان "مدخل إلى الدراسة" يتم في بدايته عرض الدراسات السابقة التي تناولت مواضيع مشابهة لدراستنا الحالية، تليها إشكالية الدراسة وطرح التساؤلات بناءا على المنهجين المعتمدين في الدراسة، ومن ثم صياغة فرضيات للتساؤلات المطروحة، وتحديد المفاهيم التي تنطوي عليها الدراسة وضبطها إجرائيا، مع توضيح أسباب اختيار موضوع الدراسة وأهميته العلمية والعملية، ثم وضع الأهداف التي ترمي إليها الدراسة، وأخيرا الصعوبات التي واجهت تطبيقها.

**الفصل الثاني:** بعنوان "الإجراءات المنهجية للدراسة" والذي تضمن إجراءات كل من الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، حيث تم عرض الدراسة الاستطلاعية بداية من الهدف المرجو منها، والأدوات المستخدمة فيها، مع ضبط حدودها (الزمنية، المكانية، والبشرية)، وصولا إلى نتائجها، تليها الدراسة الأساسية في التعريف بميدانها وضبط مدتها، ثم وصف حالاتها، ذكر المنهج المعتمد في الدراسة وأهم أدواته، وأخيرا الإشارة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة فرضيات الدراسة.

**الفصل الثالث: بعنوان "عرض ومناقشة نتائج الدراسة"** تم من خلاله عرض ما توصلنا إليه من نتائج على حالات الدراسة المستهدفة، بداية من عرض ومناقشة نتائج الدراسة الكمية المتوصل إليها، ثم عرض ومناقشة نتائج المقابلات الفردية مع حالي الدراسة الكيفية من أطباء وحالتين من المرضى، حيث نوقشت النتائج المتوصل إليها على ضوء الإطار النظري وفرضيات الدراسة، والدراسات السابقة، لتكتمل الدراسة بخاتمة ومجموعة من الإسهامات العلمية في ذات السياق.

# الفصل الأول

## مدخل إلى الدراسة

### تمهيد:

- 1 - الدراسات السابقة.
- 2 - الإطار النظري.
- 3 - إشكالية الدراسة.
- 4 - فرضية الدراسة.
- 5 - المفاهيم الإجرائية.
- 6 - أسباب اختيار موضوع الدراسة.
- 7 - أهمية الدراسة.
- 8 - أهداف الدراسة.
- 9 - صعوبات الدراسة.

**تمهيد:**

سيتم التطرق في هذا الفصل والمعنون بـ "مدخل إلى الدراسة" إلى عرض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات موضوع دراستنا حسب ما تطلعنا عليه ومناقشتها في ظل الدراسة الحالية، ثم الإطار النظري الذي يعتبر الخلفية الفكرية التي تنطلق منها دراستنا وذلك بالاعتماد على النظريات التي فسرت موضوع الدراسة وكذا الخلفية التاريخية لتطور متغيرات الدراسة، ثم بناء الإشكالية التي تحدد التساؤلات التي يثيرها موضوع الدراسة ليتم بعدها صياغة الفرضيات المناسبة لهذه الإشكالية، ثم ضبط المفاهيم الإجرائية قيد الدراسة مع ذكر أسباب اختيار الموضوع، أهميته، أهدافه وأخيرا الصعوبات التي واجهت إجراؤه.

**1- الدراسات السابقة:**

تعتبر النتائج التي تتوصل إليها الدراسات سابقة محركا لبداية دراسات جديدة، إذ تعتبر الدراسات السابقة من المقومات الأساسية التي يستند عليها أي موضوع دراسة. في حدود اطلاعنا، في دراستنا الحالية، لم تتوفر دراسات سابقة كثيرة التي درست العلاقة بين الطبيب والمريض من منظور نفسي علائقي بحث، والتعمق في ماهية هذه العلاقة الإنسانية التي لها تأثير كبير في العملية العلاجية وأثر في الجانب النفسي للمريض خاصة، وسنعرض فيما يلي الدراسات التي اعتمدنا عليها بناء على تصنيفها من محلية إلى أجنبية:

**1-1: الدراسات المحلية:****1-1-1: دراسة بن مغنية (2017):**

بعنوان " الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي -دراسة حالات-"، هدفت الدراسة إلى البحث عن العوامل التي تحدد بناء الثقة بين الطبيب والمريض وتمثيلات الثقة عند كل من الطرفين، تناول الباحث عينة من 20 فرد قسمت إلى 10 أطباء و10 مرضى تم اختيار عينة الأطباء فيها بطريقة قصدية مع اختلاف العيادات والمؤسسات بين مناطق



حضرية وشبه حضرية للإحاطة بالفروقات، بينما تم اختيار المرضى من قاعات الانتظار، وتم الاعتماد على المنهج العيادي من خلال الملاحظة والمقابلة العيادية، حيث أظهرت النتائج ما يلي:

- الثقة شرط أساسي لبناء العلاقة بين الطبيب والمريض.
  - نموذج الطبيب المتسلط في العلاقة العلاجية لا يجعل للمريض حرية المشاركة في عملية العلاج وبالتالي الحصول على نتائج سلبية.
  - للجانب التفاوضي دور مهم في استمرار العلاقة العلاجية وتقوية الثقة بين الطرفين.
- (بن مغنية، 2017)

#### 1-1-2: دراسة Kouidri (2021):

بعنوان "la représentation du médecin chez le malade" (تمثلات المريض حول الطبيب)، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن التصورات التي يبنها المريض حول الطبيب وتأثيرها في العملية العلاجية، وتناولت عينة من المرضى في المستشفى في مصلحة أمراض الأنف والحنجرة (ORL)، تراوحت أعمارهم بين 18 و60 سنة من كلا الجنسين، وتم الاعتماد على المنهج العيادي من خلال الملاحظة والمقابلة العيادية بنوعها المقابلة الحرة والمقابلة نصف الموجهة، حيث استخلصت النتائج التالية:

- سلوك المريض مع الطبيب يختلف حسب الصورة التي يكونها حول الطبيب.
- الصورة السلبية للمريض حول ذاته وحول الطبيب تعرقل العملية العلاجية.
- الصورة الإيجابية التي يشكلها المريض حول الطبيب تساعد في نجاح وتطور العملية العلاجية.
- على الصعيد النفسي، اللقاء الأول مع الطبيب هو الذي يؤثر على الوضعية العلاجية.

- الطبيب في المستشفى تتحكم فيه ظروف مادية، مكانية وزمانية خارجة عن نطاقه تجعله لا يستجيب لكل انتظارات وتوقعات المريض. (koudri.2021)

## 1-2: الدراسة الأجنبية:

### **1-2-1: دراسة Andriamihaja (2021):**

بعنوان " Vécu de l'évolution de la relation médecin-patient au cours du temps : enquête auprès de patients de médecine générale" تجربة تطور العلاقة طبيب-مريض مع مرور الوقت: دراسة استقصائية لمرضى لدى أطباء عامين)، هدفت هذه الدراسة إلى اكتشاف التجربة الفردية لتطور العلاقة التي تربط المرضى بطبيبهم العام، على مدار عشر سنوات من المتابعة، وتناولت العينة مجموعة من الأطباء والمرضى الذين تربطهم علاقة علاجية منذ عشر سنوات، تم الاعتماد فيها على المنهج العيادي من خلال المقابلات العيادية، حيث أظهرت النتائج أن اللقاء الأول بين المريض والطبيب هو عبارة عن ذكرى راسخة لدى المريض إلى حد ما، مما يجعل العلاقة تتأثر بهذا الانطباع الأول، ومن جهة أخرى إن العلاقة لمدة طويلة بين الطبيب والمريض والرابطة التي تنشأ بينهما قد تجعل العلاقة روتينية، ويمكن أن تتسبب في التقليل من يقظة الطبيب في التعمق في مستجدات المرض. (luc.2021)

### **1-2-2: دراسة Fuhrer & Al (2024):**

بعنوان " Building authentic connection in the patient-physician relationship" (بناء تواصل أصيل في العلاقة طبيب-مريض)، هدفت الدراسة إلى الكشف عن الأساليب والتقنيات التي يستخدمها الأطباء ذوي المهارات العالية مع المرضى في تقديم رعاية صحية استثنائية، حيث تكونت عينة الدراسة من 10 أطباء ذكور وإناث تم اختيارهم بناء على توصيات زملائهم في العمل، إذ تم الاعتماد فيها على المنهج التحليلي باستخدام المقابلات شبه منظمة مع، وتوصلت إلى النتائج التالية:

- احترام المريض، الإصغاء الفعال، المشاركة المتبادلة، الوعي الذاتي من أهم العوامل لبناء علاقة إيجابية مع المرضى وتقديم رعاية صحية استثنائية.
- تشجيع أصالة الطبيب في العلاقة طبيب-مريض يدعم توجه العلاقة نحو الرعاية المتمركزة حول العلاقة.
- سنوات الخبرة لدى الطبيب تجعله يتميز بالأصالة (authenticity) في تعامله مع المرضى.
- ضرورة التدريب الإضافي في مجال التعليم الطبي لتسهيل التواصل الحقيقي بين الأطباء والمرضى.

### 1-3: التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال ما تبين في عرض الدراسات، نجد نقاط تشابه قوية واختلافات طفيفة فيما بينها، نوضحها في الجدول كآتي:

**جدول (01) نقاط التشابه والاختلاف بين الدراسات السابقة**

الدراسات	المنهج	الهدف	العينة	الأدوات	النتائج
بن مغنية قادة 2017	العيادي	معرفة مدى تأثير الثقة في تناسق العلاقة العلاجية	10 أطباء 10 مرضى	الملاحظة المقابلة العيادية	أهمية الثقة في بناء العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض
قويدري مليكة 2021	العيادي	معرفة تمثلات المريض حول الطبيب وتأثيرها على العملية العلاجية	مرضى تتراوح أعمارهم بين 18 و 60 سنة من كلا الجنسين	الملاحظة المقابلة الحرة المقابلة نصف الموجهة	تأثير التمثلات حول الطبيب (الطبيب الواقعي والطبيب المثالي) في

سلوك المريض					
لل علاقة الطويلة بين الطبيب والمريض تأثير ذو حدين على المريض	المقابلة العيادية	مجموعة من الأطباء والمرضى	معرفة تأثير مدة العلاقة بين الطبيب والمريض على العملية العلاجية والشفاء	العيادي	Luc Andriamihaja 2021
أصالة الطبيب من أهم العوامل في بناء العلاقة طبيب مريض والتي تتحدد وفق محاور أهمها الإصغاء الفعال، احترام المريض، المشاركة المتبادلة...	المقابلة شبه منظمة	10 أطباء في عيادات مختلفة المجالات الطبية	مفهوم الرعاية المتكزة حول العلاقة ودور أصالة الطبيب في بناء علاقة مثالية واستثنائية مع المرضى	التحليلي	Fuhrer & Al 2024

من خلال الجدول الموضح أعلاه، نجد أن ثلاثة دراسات اعتمدت على المنهج العيادي ودراسة على المنهج التحليلي، إذ ترمي كل دراسة على فهم دينامية العلاقة بين الطبيب والمريض والعوامل التي تؤثر في بناء هذه العلاقة، وبالتالي التأثير على العملية العلاجية إما إيجاباً أو سلباً، فهي مكملة لبعضها البعض خاصة من حيث الهدف الذي يسعى إلى الوصول إلى فهم واضح لمحركات العلاقة بين الطبيب والمريض، كما أن كل من الدراسات الأربعة اعتمدت على عينة بين 10 وأكثر من الأطباء والمرضى، وكذا الملاحظة والمقابلة العيادية بنوعيهما الحرة ونصف الموجهة، والتي تنوعت فيها النتائج بين الثقة عامل أساسي في بناء العلاقة بين الطبيب والمريض، والتمثلات التي يبنها المريض حول الطبيب مسبقاً لها تأثير على كل من العلاقة والعملية العلاجية ودور أصالة الطبيب في تقديم رعاية صحية استثنائية.

#### **1-4: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:**

على حسب اطلاع الباحثة، فإن الدراسات السابقة التي تناولت موضوع دراستنا قليلة إلا أنها تشترك مع دراستنا الحالية في هدفها المتمثل في الكشف عن تأثير طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض في العملية العلاجية، إذ نستخلص من الدراسات السابقة أنها توصلت إلى نتائج يمكن الاستفادة منها في دراسات أخرى، إذ تجد دراستنا الحالية مكانها بين هذه الدراسات التي أكدت أن العلاقة بين الطبيب والمريض تؤثر تأثيراً مباشراً في العملية العلاجية. وعليه يمكن القول أن دراستنا الحالية اتخذت مسار إضافي لفهم أعمق لخصوصية هذه العلاقة من خلال دراسة نفسية بالاعتماد على أكثر من نظرية وهذا ما يثري الدراسة، وكذا الدمج بين دراستين (كمية وكيفية) بهدف الوصول إلى نتائج جديدة من خلال الدراسة الفردية المعمقة لكل حالة على حدى ثم الربط بين الحالتين (طبيب-مريض) لفهم السيرة العلائقية في هذه العلاقة بالاعتماد على الملاحظة والمقابلة، بالإضافة إلى اختيار عينة أوسع اعتماداً على دراسة كمية باتباع المنهج الوصفي من أجل وصف دقيق للظاهرة كما

هي في الواقع من خلال تصميم مقياس يدرس العلاقة طبيب-مريض، حيث خصصت هذه الدراسة من أجل الكشف عن الخلفية النفسية التي تتحكم في جزء كبير من العملية العلاجية والتماثل إلى الشفاء أو التكيف مع الوضعية المرضية.

## 2- الإطار النظري:

إن حياة الفرد هي نتاج تفاعلات مع الناس، سواء في إطار رسمي أو غير رسمي، فطبيعة العلاقة هي التي تحدد الاستجابات والتفاعلات إيجابية كانت أو سلبية، وقد لا يظهر التأثير والتأثر بهذه العلاقات في مواقف شتى نظرا لبعض التعاملات التي أصبحت روتينية أو عادة في الحياة اليومية، فلا يبالي الفرد لما ينتج عنها سواء في سياق حياته الاجتماعية أو النفسية، غير أن هناك علاقات لا يمكن الاستغناء عنها لأنها تحمل مبادئ تعتبر هامة وركيزة أساسية للحفاظ على البقاء العضوي والنفسي للإنسان الذي كان ولا يزال الأولوية القصوى التي يجب حمايتها و توفير كل أساليب الراحة لضمان استقراره وتوازنه النفسي ، فمن أهم العلاقات التي لا يجب أن نغفل عن التعمق فيها والتي تعتبر المحرك الأساسي لحياة الفرد منذ وجوده حتى نهاية حياته هي علاقة هذا الفرد بصفته مريض بالفرد الآخر بصفته الطبيب، إذ أنها علاقة ذات مسؤولية ترمي إلى الحفاظ على بقاء الإنسان قدر المستطاع والسعي إلى مساعدته لإزالة المرض أو إيجاد حلول تجعله يتكيف مع الحياة ومتطلباتها.

إن العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة تكاملية غير تناظرية، تنشأ عامة من خلال طلب يقدمه المريض الذي يعاني إلى الطبيب الذي يتميز بالمعرفة حول هذا المرض (Seghir,nd,p1)، وحسب Marie Thérèse Lussier تشكل العلاقة بين الطبيب والمريض شكلا خاصا من أشكال العلاقات، إذ تعتبر علاقة مهنية يلعب فيها كل من الطرفين أدوارا محددة مسبقا يلتزم فيها الطبيب بالمدونة الأخلاقية (In: Luc, 2022, p24)، هذا من جهة، ومن جهة أخرى أصبحت العوامل التي تُسيّر التفاعل بين الطبيب والمريض ذات أهمية بالغة

في السنوات الأخيرة، إذ يظهر ذلك من خلال التصريحات المتواصلة بأن العلاقة الإيجابية بين الطرفين من شأنها أن تكون في حد ذاتها علاج ذو فاعلية، فالإصغاء للمريض خلال مدة المقابلة يمثل جزءا هاما من العلاج، حيث يؤكد Michael Balint في دراسته أنه ينبغي على الطبيب إبداء اهتماما كبيرا للخلفية العاطفية لمرضاه أي أن يتعامل بإنسانية إلى حد بعيد حتى ينجح في علاجهم (براحيل، 2009، ص4).

فالعلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تستدعي أن يتميز الطبيب بالقدرة على التقمص الوجداني أي أن يضع الطبيب نفسه مكان المريض ويفهم معاناته مع التزامه بالموضوعية في آن واحد (Brighet Assous, nd, p151).

وعليه، فالعلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة ليست بالحديثة، لكنها شهدت تطورا عبر مراحل جعلتها تأخذ طابع خاص في كل مرحلة ثم تبلورت لتأخذ شكلا يتوافق مع العصر الحالي، غير أن هناك من لا يزال يعتمد على الأنواع البدائية لهذه العلاقة.

تستمد العلاقة طبيب-مريض جذورها من العصور القديمة، بداية من بلاد الرافدين mesopotamia، أين ولدت الكتابة وأصبح بذلك الطب علما قائما بذاته ونوعا من المعرفة التي يمكن نقلها وتناقلها عبر الأجيال، غير أن المعتقدات البدائية المبنية على السحر والأرواح كانت لا تزال تؤثر تأثيرا قويا على العملية العلاجية، إذ ينظر إلى المرض على أنه نتيجة إساءة إلى الآلهة، فعند الاستشارة الطبية يبني الطبيب تشخيصه على تحديد الخطيئة التي ارتكبها الفرد وكانت سببا في مرضه، فيتم بناء استجواب بمجموعة من الخطايا التي يحتمل أن المريض ارتكبها، وبالنظر إلى هذا السياق، يرجح أن العلاقة طبيب-مريض في هذه الحقبة كانت ذات طبيعة فاعل-سلبي أي الطبيب الطرف الفاعل في العلاقة والمريض الطرف السلبي (actif-passif) (Mahdaoui, 2019, p9)، هذا الطابع العلائقي لم يقتصر على الحقبة المذكورة سابقا، وإنما استمر إلى الحضارة المصرية القديمة التي شهدت نوعا من التطور لكن العلاج فيها كان يركز أيضا على مساعدة الآلهة تحت سياق كاهن-

متضرع، وبهذا أسقط نوع العلاقة بين الطبيب والمريض في هذه الحضارة على أنه كان من نوع فاعل-سلبي (actif-passif) (Mahdaoui, 2019, p10-13).

مع تطور الحضارة اليونانية، تطور الطب من خلال تأثير الفلاسفة على رأسهم أبقراط ومدارس الطب اليونانية مثل مدرسة cos ومدرسة cnide، أين أصبح الطب علما قائما على منهج تجريبي عقلاني قائما على الملاحظة الطبيعية والتجربة والذي ألغى المبررات السحرية والروحية التي اعتمد عليها الطب في العصور التي ذكرناها من قبل، والتي كانت تعتبر أساس الخلل الوظيفي في جسم الإنسان (Mahdaoui, 2019, p13-16). في ذات السياق، كان لأبقراط (hippocrates) الفضل الكبير في بناء أخلاقيات الطب التي تركز عليها العلاقة بين الطبيب والمريض، إذ اشتهر بالقسم الذي لا يزال صالحا إلى يومنا هذا، حيث يولي هذا القسم أهمية بالغة للإنسانية في التعامل مع احتياجات الفرد ورفاهيتهم ومصالحهم باعتباره ميثاق حقوق المريض الذي يفرض على الطبيب مصلحة المريض أولا وقبل كل شيء، ففي هذا الصدد ومن خلال أبقراط، ظهر مفهوم السرية الطبية واحترام المريض والحفاظ على كرامته مهما كانت مكانته على أن يمنع منعا باتا الإفصاح عن الحياة الخاصة للمريض، ومن هنا نشأ الشرط الأساسي في العلاقة بين الطبيب والمريض ألا وهو الثقة. وأصبح التعاون والمشاركة المتبادلة النموذجان المميزان للعلاقة طبيب-مريض (Halioua, 2009, p70-72).

ظل ما جاء به أبقراط (hippocrates) حول العلاقة بين الطبيب والمريض مرجعا قائما إلى أن برزت الحضارة الإسلامية والتي استمدت المبادئ الأساسية مما ذكر سالفها، لكن أبرز الأطباء في هذا العصر ركزوا على الأخلاقيات في هذه العلاقة بين الطرفين، وعلى رأسهم الرازي وابن سينا اللذان دونا الأخلاقيات والتي تذكر بشكل عام الآداب أو الأخلاقيات التي جاء بها أبقراط، لكنهما أضافا فكرتين لم تذكرتا سابقا وهما القدرة المطلقة لله على الشفاء أو الموت، وواجب رعاية الفقراء.



إلى حد ما ذكر آنفاً، العلاقة بين الطبيب والمريض لم تأخذ طابعها النهائي ولا زالت في تطور وتعديل مستمرين وحتى في نكوص إلى البدايات، إذ تراجعت هذه العلاقة في العصور الوسطى إلى ما تطرقنا إليه في بداية التاريخ والمتمثل في المعتقدات الدينية، فارتبطت العلاقة بين الطرفين بمفهوم المرض وأصبح الطبيب يمارس دور الكاهن أكثر من ممارسته لدوره كطبيب، وهذا ما جعل هذه العلاقة تعود خطوة إلى الوراء في حين أنها بدأت تتوضح ملامحها من حيث الأدوار والأخلاقيات وضمان حقوق المريض في العملية العلاجية، وبهذا توجهت هذه العلاقة بين الطبيب والمريض نحو النموذج الأولي الذي يأخذ فيه الطبيب دوراً فعالاً، بينما يكون المريض سلبي، ولا يسمى بالمريض بل بالمؤمن لأنه مخلوق من الله حسب ما كان يعتقد المسيحيون آنذاك. لكن مع ظهور عصر النهضة، اتخذ الطب منحى آخر بمساهمة الأطباء العرب الذين فرضت إنجازاتهم في الغرب، وظهر الاتجاه الإنساني في العلوم الطبية بحثاً عن الليبرالية والمساواة والكرامة، وبدأت تتوضح التغيرات في العلاقة بين الطبيب والمريض التي انتقلت من نموذج فعال-سلبي إلى نموذج التعاون التوجيهي بين الطرفين والذي يأخذ فيه المريض سلطة أكبر في العملية العلاجية (Mahdaoui, 2019, p13-16).

منذ العصور القديمة، وصولاً إلى العصر الحالي، بدأت ملامح العلاقة بين الطبيب والمريض تتضح تدريجياً من خلال التطور الزمني وخصوصية كل عصر، مما أدى إلى اهتزاز تلك العلاقة غير المتكافئة أو التي عرفت بالعلاقة الأبوية والتي يأخذ فيها الطبيب السلطة التامة، لتصبح الرعاية الصحية ذات سياسة ديمقراطية يلعب فيها المريض دوراً نشطاً للغاية بالمشاركة في الخطة العلاجية ويضمن كل حقوقه، فتغير المجتمعات وتوسع الشبكات الاجتماعية جعل للمريض القدرة على الاطلاع على تفاصيل المرض أكثر من خلال تبادل المعلومات مع الآخرين (Mahdaoui, 2019, p51).

وعليه يمكن القول، إن العلاقة بين الطبيب والمريض ليست بالعشوائية أو وليدة الصدفة، بل هي علاقة تستمد جذورها منذ القدم وتأخذ معالمها النهائية من خلال الممارسة والاحتكاك بالمرضى والتعرف على خصوصياتهم، إذ تعتبر في ذات الوقت علاقة مرنة تعتمد على خصوصية المريض والمرض على حد سواء.

واستناداً على المراحل التي مرت بها العلاقة بين الطبيب والمريض تاريخياً، فإن الشكل النهائي لممارسة هذه العلاقة يرتكز على مدونة أخلاقية تضم القواعد التي يجب على الطبيب الالتزام بها خلال ممارسته لهذه المهنة النبيلة كونه مسؤولاً على حياة أشخاص يلجؤون إليه، وبالرغم من التشابه الكبير بين القواعد الأخلاقية التي تنظم هذه العلاقة في مختلف البلدان إلا أنه لكل بلد مدونة أخلاقية يعتمد عليها الأطباء خلال مزاوله المهنة، وتتمثل المدونة الأخلاقية في الجزائر فيما يلي:

- الطبيب وجراح الأسنان في خدمة الفرد والصحة العامة مع احترام الحياة الإنسانية.
- مهمة الطبيب وجراح الأسنان هي الدفاع عن الصحة الجسدية والعقلية للإنسان وتخفيف معاناته مع احترام حياته وكرامته، دون تمييز على أساس الجنس والسن والعرق والدين والجنسية والحالة الاجتماعية، أو أي سبب آخر، في أوقات السلم كما في أوقات الحرب.
- يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يسارع لنجدة مريض في خطر مباشر أو يسعى لحصول المريض على الرعاية اللازمة.
- للأطباء وجراحي الأسنان الحرية في وصف ما يروونه مناسباً للحالة وحسب الظروف، وبقدر ما يتوافق مع الرعاية الصحية دون إهمال واجبهم في المساعدة المعنوية.
- الطبيب أو جراح الأسنان الذي يطلب منه فحص شخص مسجون أو مسلوب الحرية، لا يجب أن يتغاضى عن الاعتداءات الجسدية أو العقلية التي تعرض لها هذا الشخص، وأن يبلغ السلطات القضائية عن هذه الاعتداءات إن وجدت، وألا يشارك في هذه الاعتداءات والتعذيب أو أن يستخدم إمكانياته ومعرفته لتسهيل العملية إذا طلب منه ذلك.

- الأطباء وجراحو الأسنان مسؤولون عن كل عمل من أعمالهم المهنية، ولا يجوز لهم ممارسة المهنة إلا بهويتهم الحقيقية وكل وثيقة يصدرها يجب أن تحمل اسمه وتوقيعه.
- يجب أن تتوفر لدى الأطباء وجراحي الأسنان التسهيلات المناسبة في مكان ممارستهم من مرافق مناسبة وموارد تقنية كافية، إذ يجب ألا يمارس الطبيب وجراح الأسنان مهنته في ظروف تضر بجودة الرعاية والإجراءات الطبية.
- يصرح للأطباء وجراحو الأسنان القيام بالتشخيص والوقاية والعلاج، دون تجاوز ما يفوق معارفهم واختصاصهم إلا في ظروف استثنائية خاصة.
- يجب على الطبيب أو جراح الأسنان الامتناع عن تعريض المريض لمخاطر غير مبررة في الاستكشافات أو العلاجات التي يقوم بها.
- لا يجب استخدام علاج جديد على المريض إلا بعد إجراء الفحوصات البيولوجية اللازمة وتحت إشراف صارم على أن يكون هذا العلاج ذو فائدة للمريض.
- يجب عدم ممارسة الطب وجراحة الأسنان كعمل تجاري، أي جميع أشكال الدعاية المباشرة أو غير المباشرة ممنوعة لأي طبيب أو جراح أسنان.
- يمنع على الأطباء أي عمل من المحتمل أن يمنح المريض ميزة مادية غير مبررة، أي خصم نقدي للمريض أو قبول أي عمولة أو منفعة مادية مقابل أي إجراء طبي.
- يُحظر على الأطباء وجراحي الأسنان تقديم الاستشارات في الأماكن التجارية أو أي مكان تُعرض فيه المنتجات أو الأجهزة أو الأدوية للبيع.
- لا يجوز للطبيب أو جراح الأسنان أن يقترح على المريض أو المحيطين به علاجاً وهمياً أو لم يثبت علمياً بالشكل الكافي.
- لا يجوز للطبيب إنهاء الحمل إلى وفقاً للشروط التي يطبقها القانون.
- يجب أن يلتزم الطبيب وجراح الأسنان بالسرية المهنية.

- يجب أن يتأكد الأطباء وجراحو الأسنان من حماية الملفات والوثائق السريرية التي تخص المرضى وحياتهم الخاصة.
- يجب على الطبيب وجراح الأسنان عدم الكشف عن هوية المريض في حالة استخدامه الملفات المريض في أبحاث أو منشورات علمية.
- للمرضى حرية اختيار الطبيب أو جراح الأسنان أو تركه وعلى الطبيب وجراح الأسنان احترام ذلك، فحرية الاختيار هي مبدأ أساسي في العلاقة بين الطبيب والمريض.
- يجب على الأطباء وجراحو الأسنان تزويد مرضاهم بالمعلومات اللازمة.
- أي عمل طبي يمثل خطرا على المريض يجب أخذ الموافقة من المريض أو المسؤولين عنه.
- يتعهد الأطباء وجراحو الأسنان فور استجابتهم لطلب المريض بتقديم الرعاية اللازمة والمخلصة مع مراعاة التطور في التقنيات والمعارف.
- على الطبيب أو جراح الأسنان صياغة الوصفة الطبية بشكل واضح ومفهوم وأن يتأكد من فهمه من طرف المريض أو عائلته.
- في حالة رفض الرعاية الطبية من طرف المريض يطلب منه الإقرار بذلك خطيا.
- يمكن للأطباء وجراحي الأسنان الانسحاب من مهامهم بشرط ضمان استمرارية رعاية المرضى.
- لأسباب مشروعة، وبضمير حي، يمكن للطبيب وجراح الأسنان ترك المريض في جهل عن التشخيص الخطير لمرضه على أن يبلغ عائلته بذلك.
- في حالة القاصرين أو البالغين العاجزين، يتوجب على الطبيب العمل مع أهل المريض قدر الإمكان وإشراكهم في العملية العلاجية.
- يجب على الأطباء أن لا يتدخلوا في الشؤون العائلية للمرضى ( la déontologie médicale Algérienne ).

تعتبر هذه أهم المواد التي تتضمن العلاقة بين الطبيب والمريض والتي نصت عليها المدونة الأخلاقية الجزائرية، وهي نتيجة تراكم خبرات ضاربة في عمق التاريخ البشري منطلقها تقويم السلوك الإنساني في علاقته مع المنظومة الطبية للوصول إلى غايات علاجية تحافظ على النفس البشرية وسلامة الجسم.

وتتنطوي هذه المدونة الأخلاقية الطبية على جملة من المواد الأخرى الشاملة لمهنة الطب موضحة في الملحق رقم (07).

إن التفكير في التواصل بين الطبيب والمريض ذو أهمية بالغة خاصة في ظل التطورات التي تمس الرعاية الصحية، وتغير مكانة المريض في المجال الصحي، هذا ما وضع العلاقة بين الطبيب والمريض في قلب التحديات الجديدة، وجعل الباحثين يجتهدون لإيجاد مفاهيم واضحة تخص هذه العلاقة وتطوير مهارات الأطباء التواصلية، إذ توصلت الدراسات إلى أن التواصل الفعال في العلاقة بين الطبيب والمريض يضمن السير الحسن للعملية العلاجية ويعزز متابعة العلاج ويحسن رضا المريض عن الطبيب، بالإضافة إلى أن مشاركة المريض في القرارات الطبية التي تهمه يقلل القلق والتوتر لديه ويحسن من حالته الصحية (Fournier & Kerzanet, 2007, p414).

خلاصة لما ذكرناه سابقا، إن تطور العلاقة بين الطبيب والمريض أخذت ثلاثة نماذج

كالتالي:

- **النموذج التقليدي (الأبوي) (paternalistic type):** ويكون القرار التام فيه للطبيب حيث يقترح العلاج ونمط الحياة اللذان يراهما مناسبين للمريض، حيث لا يتم مشاركة المعلومات مع المريض، وبالمقابل يضع هذا الأخير ثقته التامة في التعليمات التي يقدمها الطبيب، وفي ذات السياق يعتبر هذا النموذج أن المريض الذي هو في حالة معاناة ليست له القدرة على التشارك مع الطبيب في القرار العلاجي، فيضع المريض في وضعية طفولية تخضع لما يراه المعالج مناسبا لها (Bérmond & Al, sd, p1-3).

- النموذج الإخباري أو الإعلامي (Informative type): ويكون القرار للمريض، حيث يقع على عاتق الطبيب إعلامه بالتشخيص وتوضيح كل ما يخص ذلك دون الإشارة إلى التفضيلات العلاجية التي يريدها الطبيب، إذ يقتصر الأمر في هذا النموذج على جودة المعلومة التي يقدمها المعالج لمريضه، هذا لأن الأمر يخص حياة المريض وتأثير العلاج على حياته اليومية، فمن المشروع أن يأخذ هو مسؤولية القرار واختيار الخيارات العلاجية حسب تفضيلاته وما يتناسب مع حياته في سياقها الشخصي والاجتماعي (Bérmond & Al, nd, p3-4).

- نموذج القرار المشترك (the shared-decision type): يتم من خلاله إشراك المريض في العملية العلاجية من خلال تبصيره بحيثيات المرض وتأثيره على الحياة اليومية مع توضيح الخطة العلاجية والآثار الناجمة عنها السلبية منها والإيجابية، ويقوم على مشاركة الطبيب معارفه العلمية والطبية، ومشاركة المريض تفضيلاته على الصعيدين النفسي والاجتماعي، حيث يتوجب على الطبيب أن يكون صريحا ويشارك حثيات المرض كما تكون حتى وإن تضمنت احتمالية الموت، وذلك من أجل بناء الثقة مع المريض وأن يتأكد من فهم المريض لكل المعلومات المقدمة له، ثم يترك الطبيب للمريض مدة للتفكير في مجريات الجلسة العلاجية الأولى ومعطياتها ليأخذ القرار في الجلسة الموالية من أجل البدء في تنفيذ الخطة العلاجية، وقد يعود المريض إلى أحد النماذج المذكورة سابقا من خلال اختياره للطريقة التي يريد أن يتم بها العلاج (Bérmond & Al, nd, p4-6).

تعتبر هذه النماذج محركا للعلاقة بين الطبيب والمريض على أن يكون الطبيب مرنا في استخدامها حسب خصوصية كل مريض.

إضافة إلى التاريخ العميق الذي ذكرناه سابقا حول تطور العلاقة بين الطبيب والمريض، كان للباحثين في المجال النفسي والاجتماعي إسهامات خاصة وضحت تفاصيل هذه العلاقة وكيف يؤثر بناؤها في سير العملية العلاجية، إذ يرى باتسون (Bateson) في

**النظرية النسقية** أنه في كل مجموعة، شخص يؤثر ويتأثر بالآخرين، وهذا ينطبق أيضا على الطبيب ومريضه، ترى هذه النظرية أنه من أجل بناء علاقة ذات جودة عالية بين الطبيب ومريضه يجب الالتزام واتباع مبادئ النسقية وعناصر التواصل، فكل نظام يسعى إلى تحقيق التوازن والحفاظ عليه مما يؤدي إلى صعوبة في حدوث أي تغيير يهدد هذا التوازن وهذا ما يعبر عنه المريض بالمقاومة، إذ تقع المسؤولية حسب هذه النظرية بيد الطبيب الذي يتوجب عليه معرفة هذه التفاعلات والرسائل الضمنية التي يتلقاها من المريض والتي تسهل عليه استخدام التقنيات المناسبة، وتلخص النظرية النسقية نوع العلاقة بين الطبيب والمريض في العلاقة التناظرية والتي يكون فيها الطرفين في نفس الاتجاه أو كلما تقدم أحدهما تراجع الآخر، وهي علاقة يسودها تفاعل عقيم من وجهة نظر الاتجاه النسقي، بينما في العلاقة التكاملية ينخرط الطرفان في عملية تعاونية وهي علاقة بناءة وإيجابية في العملية العلاجية. هذا من حيث نوع العلاقة، أما من ناحية المنطق الذي تبنى عليه هذه الأخيرة، يرى باتسون (Bateson) أن هناك منطق خطي أو ما يعرف بالعلاقة الخطية والتي تبحث في الأسباب الأولى فقط وفق منطق أن "أ" يؤدي إلى "ب" و"ب" يؤدي إلى "ج"، وهذا المنطق لا يأخذ بعين الاعتبار التغيرات والمقاومة التي يتبناها الموضوع وبالتالي تؤثر على العملية العلاجية، بينما المنطق الثاني هو المنطق غير الخطي أو العلاقة غير الخطية والتي تعتمد في التفاعل مع الموضوع على التغذية الراجعة أي الفعل الراجع للأثر على سببه.

في ذات السياق، تشير **النظرية النسقية** إلى موقف المتفاعلين والذي يحتل فيهما الطرف الأول (الطبيب) موقف قوة يحاول من خلاله إقناع الطرف الثاني (المريض) بأنه على قدر أكبر من المعرفة والفهم والإلمام بالمرض منه، فيجد المريض نفسه في موقف ضعف يلزم عليه القبول بكل ما يمليه عليه الطبيب، إذ يمكن أن يكون هذا الموقف ذو فاعلية عندما تكون حياة المريض على المحك.

وبالعودة إلى ما طرحه الاتجاه النسقي في مفهومه للعلاقة بين الطبيب والمريض، فإن الممارس الذي يتبنى مبدأ العلاقة التكاملية مع مريضه ويعتمد على التغذية الراجعة هو الذي سيكون قادراً على بناء علاقة جيدة مع المريض (Perdrix & Al, 2017, p2-3).

في خمسينيات القرن العشرين، ظهر ما يعرف بالعلاج المتمركز حول العميل من طرف عالم النفس الإنساني الأمريكي كارل روجرز (Carl Rogerz)، ووصل هذا المفهوم إلى الطب من طرف المحللة النفسية البريطانية (Enid Balint) عام 1961 تحت اسم الطب المتمركز حول المريض (Mahdaoui, 2019, p70)، إذ تدمج هذه النظرية بين المنظور الطبي أي النهج الحيوي والمنطق السريري والتشخيص والعلاج، ومنظور المريض أي معاشه للمرض مع البحث عن السبب الأساسي الخفي للاستشارة والذي يتم اكتشافه غالباً في نهاية المقابلة.

يعتمد العلاج المتمركز حول العميل على طريقة مرنة في التواصل مع المريض وتقنيات المقابلة، حيث يمكن استخدام هذا النموذج من طرف جميع الأطباء، إذ يمكن استخدامه لاستقبال وتنظيم العوامل غير المحددة التي تساهم في التأثير العلاجي مثل خطة العلاج ونوع العلاج...إلخ. ويتكون المنهج العيادي لهذا الاتجاه من أربعة أبعاد تتفاعل فيما بينها بوضوح كالتالي:

- اكتشاف المرض ومعاش المريض في نفس الوقت.
- فهم المريض كوحدة كلية أي من الجانب الطبي والنفسي والاجتماعي.
- إيجاد أرضية مشتركة وفهم مشترك للمشكلة الصحية للمريض وكذا الحلول من أجل الوصول إلى قرار مشترك بشأن العملية العلاجية، وكذا تثقيف المريض من أجل تعزيز الصحة والوقاية لديه.
- تطوير التحالف العلاجي من خلال مهارات التواصل والأساليب العلاجية، مع التكيف مع كل موقف ومراعاة حدود الشخص والقيود المهنية والشخصية. (Pedrix & Al, 2017, p1-2)



ومن أجل ممارسة جيدة في هذا السياق، ينبغي على الممارس اتباع ما يعرف  
بالأسئلة الخمسة لـ Stewart المتمثلة في:

- من هو المريض؟ اهتماماته، عمله، علاقاته...؟
  - ماهي توقعاته من الطبيب؟
  - ما مدى تأثير المرض على حياة المريض؟
  - ماهي تصورات المريض حول مرضه؟
  - كيف يتعايش مع المرض؟
- وفي نهاية المقابلة المتمركزة حول المريض، يجب أن يكون الطبيب قادراً على  
الإجابة على الأسئلة التالية:

- ما الذي يجب معرفته وفهمه عن المريض من أجل تقديم أفضل رعاية صحية له؟
  - ما هي الأساليب العلاجية التي يجب اكتسابها من أجل تطوير التحالف العلاجي  
وتحسين العلاج؟
  - ما هي الأدوات التي يجب استخدامها من أجل تبني الإصغاء الفعال وتحسين طريقة  
إجراء المقابلة مع المريض؟ (Pedrix & Al, 2017, p1-2)
- من جهتها، وفي سياق العلاقة بين الطبيب والمريض، فإن نظرية التحليل النفسي  
تساعد على تحديد التحويل والتحويل المضاد (transference and counter-transference)،  
حيث يعرف التحويل على أنه العملية التي يتم من خلالها تحقيق رغبات لاشعورية اتجاه  
مواضيع معينة في إطار نوع معين من العلاقة القائمة (Laplanche & Pontalis, 1981, p954)  
إذ يعبر عنه بردود الفعل الوجدانية اللاشعورية التي يختبرها المريض اتجاه الطبيب  
(Brighet Assous, nd, p152)، حيث أعاد فرويد (Freud) ابتكار مفهوم التحويل وركز على  
التواصل، والتقاء لاشعور شخص مع لاشعور شخص آخر أي المعالج والمريض، والذي  
يحدث بسبب علاقة تقوم بإحياء بعض الخبرات الماضية لدى كل من طرفي العلاقة

(Benaroch, 2017, p49)، في حين أن التحويل المضاد هو ردود فعل المحلل التي يحولها على المريض بما في ذلك المشاعر التي أسقطها عليه المريض (Laplanche & Pontalis, 1981, p226)، أي ردود الفعل الوجدانية اللاشعورية التي يختبرها الطبيب اتجاه مريضه، ففي العلاقة العلاجية قد يحدث أن يسترجع المريض بعض لحظات صراع عاشه في الماضي ( صدمة، فشل، خيانة، هجر، عدوان... إلخ) والتي تؤدي إما إلى فقدان الطبيب موضوعيته من خلال تماهيه مع المريض أو إظهار برودة مفرطة اتجاه الموقف وهذا ما يؤثر على العلاقة بين الطبيب والمريض (Brighet Assous, nd, p152)، فالتحويل والتحويل المضاد متلازمان لا يمكن أن يوجد أحدهما دون الآخر وقدرة المعالج على التحكم في هذه العملية اللاشعورية من عدمها هو الذي من شأنه أن يضع العلاقة العلاجية في مسار جيد أو أن يكون ذلك عقبة أمام تطور العلاقة إيجابيا (Benaroch, 2017, p50)، في سياق التحليل النفسي، قام بالنت (Michael Balint) (طبيب ومحلل نفسي) في خمسينيات القرن العشرين بإنشاء نظام قام من خلاله بندوات فكرية وعلمية للأطباء العاميين بهدف إعادة التفكير في العلاقة بين الطبيب والمريض، وبالتالي ما يحدث بينهما من خلال علاقة تحويلية وعلاقة تحويلية مضادة، وتم توسيع نطاق هذه الندوات إلى قطاع المهنيين في المجال الطبي والاجتماعي، وفقا لـ Balint فإن الطبيب هو محور علاج المريض والعنصر الرئيسي في ذلك ومن خلال التساؤلات: لماذا العلاج غير مرضي في بعض الحالات؟ لماذا العلاج لا يعمل بالطريقة التي نريدها بالرغم من الوصفة الطبية الفعالة؟ لماذا تؤدي بعض التفاعلات في العلاقة بين الطبيب والمريض في بعض الأحيان إلى معاناة وإحباط لا داعي لهما؟ يقوم المشاركون في مجموعة Balint بالبحث عن إجابات لهذه الأسئلة، حيث أن النمط الفريد والخاص بكل طبيب هو الذي يحدد نوع العلاقة من خلال:

- شخصية الطبيب والظواهر التي تحدد سلوكه مع المرضى أي مواقفه وردود أفعاله وقيمه ومبادئه وأخلاقه... إلخ.

- نوع العلاقة التي تنشأ بين الطبيب والمريض أي الثقة والتحالف العلاجي والإصغاء الفعال من عدمه.
- مدى انخراط الطبيب في مشاكل المريض خاصة من الجانب العاطفي.
- الجو الداخلي الذي يتم من خلاله إعطاء الدواء للمريض والطريقة التي يتم بها ذلك (In: Benaroch, 2017, p52).

في نظريته حول التعلق، يرى بولبي (Bowlby) أن التعلق هو حاجة ملحة لشخص ما للتواصل مع أشخاص معينين بصفة دائمة ومستمرة، ويؤدي سلوك التعلق إلى البحث عن التقارب مع ذلك الشخص ويعبر عنه بالقلق والمرض اللذان يبحث من خلالهما المتعلق عن الرعاية والاهتمام، ويتم تحديده بشكل أساسي من خلال تجارب الطفولة المبكرة للعلاقات مع مواضيع التعلق الأولية، إذ تفسر هذه النظرية التعلق في العلاقة بين الطبيب والمريض من ناحية المريض بصفة خاصة، فالمريض الذي لديه تعلق غير آمن يتسم بمستوى قلق مرتفع ينخفض تدريجاً من خلال زيارته للطبيب والقيام بالفحص خاصة عندما يكون طبيبه المعتاد، لكن عند انتهاء الفحص يعود ارتفاع مستوى القلق وبحكم تجارب الطفولة المبكرة يعتقد المريض أن هذا الشخص (الطبيب) لا يدرك احتياجاته بصفة كافية، فيقوم المريض بصفة لاشعورية ببرمجة زيارة أخرى للطبيب، بالمقابل فإن الطبيب وبحكم عمله والوقت المحدد لديه يعمل على تحديد الأسباب المرضية وتشخيصها للوصول إلى علاج مناسب للحالة دون إدراك هذا التعلق خاصة عندما تتكرر زيارات المريض لديه، فيعتقد الطبيب أن معارفه وإمكانياته لا تكفي لعلاج هذا المريض فهو لا يدرك أن هذه الشكاوي المتكررة نتيجة للتعلق غير الآمن للمريض، وبالتالي فإن العلاقة بين الطبيب والمريض الذي لديه تعلق غير آمن تحكمها تجارب الطفولة المبكرة، مما يجعل الطبيب في وضعية صعبة ينبغي عليه في هذا الصدد اتخاذ تدابير لازمة ومعرفة أنماط التعلق لتسيير هذه العلاقة كون المريض غير واعي بهذه السيورة العلانية (Husung, 2018).

لم تقتصر الأبحاث والدراسات حول العلاقة بين الطبيب والمريض على ما توصل إليه علماء النفس فقط والذين فسروها من جانب نفسي بحت، بل توسعت إلى دراسة هذه العلاقة دراسة اجتماعية كون الإنسان بطبيعته يؤثر ويتأثر، ولعل التأثير والتأثر أكثر ما يميز العلاقة بين الطبيب والمريض، وتنعكس نتائجه على الملائمة العلاجية ومدى رضا المريض عن طبيبه واستجابته للعلاج، إذ يرى فريديسون (Freidson) أن الثقة هي العامل الأساسي في بناء العلاقة بين الطبيب والمريض والتي تتشكل عند المريض من خلال المحيطين به سواء في الأسرة أو العمل أو غير ذلك، أي أن الثقة تبدأ عند المريض منذ اختياره للطبيب قبل الدخول معه في علاقة علاجية وهذا ما يبني توقعات المريض وانتظاراته من الطبيب الذي اختاره دون غيره من الأطباء (ورد في: بن مغنية، 2017، ص28)، يضيف فريديسون (Freidson) أنه لا بد أن تتوفر الثقة من طرف المريض والسلطة من طرف الطبيب باعتبارها عناصر هامة تحرك هذا التفاعل الذي يصفه فريديسون (Freidson) على أنه تفاعل تطغى عليه الضغوطات والصراعات كون وجهات نظر الطرفين لا تكون دائماً متوافقة، إذ في العديد من الأحيان يكون المريض على معرفة بالكثير مما يقدمه له الطبيب فيبحث عن معلومات أكثر تفصيلاً وتشخيصاً أكثر دقة في حين لا يريد الطبيب الإدلاء بمعلومات أكثر حول الحالة المرضية لأسباب يعلمها هو، مما يجعل المريض يلجأ إلى الاستعلام الذاتي وبالتالي التشكيك في كفاءة الطبيب (ورد في: بن إبراهيم بن عبد الدخيل وبن إبراهيم بن عثمان المصطفى، دت، ص69).

وفي إطار التفاعلات الاجتماعية، يرى سكيبر (Skipper) و ليونار (Leonard) أن تفاعل المريض مع الطاقم الصحي في المستشفى ومن خلال تزويده بالمعلومات والدعم العاطفي من شأنه أن يخفف إلى حد كبير من عبء التجربة التي يمر بها ويكون له تأثير على استجاباته النفسية والاجتماعية وبالتالي استجاباته الفيزيولوجية والتي تعجل بشفائه إلى حد كبير، حيث أن في العلاقة بين الطبيب والمريض، يتأثر المريض بصفة كبيرة بالإيحاء،

فالطبيب الذي يوحى لمريضه بالثقة والود والطمأنينة ويأخذ وقته في فحص المريض دون أن يظهر التوتر والقلق أمام المريض هو الذي يخرج في نهاية الفحص بنتائج إيجابية أكثر من غيره، إذ يؤكد Michael Balint أنه ينبغي على الطبيب أن يهتم بالخلفية العاطفية والمعاملة الإنسانية مع المرضى بقدر اهتمامه بالفحص العضوي حتى ينجح في العلاج، فتقول Barnes Elizabeth في هذا الصدد: "إن الطبيب الذي لا يسمع لمريضه ولا يهتم بمشاعره يدفع بهذا الأخير إلى الإحساس بخيبة أمل اتجاه الطبيب، وهذا يؤثر سلباً على عملية العلاج، فمثلاً عندما يقوم الطبيب بزيارة تقديرية للمريض بالمستشفى ولم يتوقف أمام سرير أحد هؤلاء فهذا الأخير لا يفكر في أنه في تحسن بل يفكر في أن الطبيب لا يهتم به" (ورد في: براحيل، 2009، ص 5-6)، ومن خلال النظرية التفاعلية الرمزية التي تفترض وجود شخصين متفاعلين من خلال الأدوار التي يقومان بها حيث يحاول كل منهما التعرف على سمات الشخص الثاني وخصائصه، حيث يتم تقييم هذه العلاقة بعد مدة من إنشائها وفقاً للغة والاتصال اللذان تتم من خلالهما هذه العلاقة، فحسب ميد (Mid) يتم التفاعل الرمزي بين الطبيب والمريض خلال مدة من الزمن أي مدة الفحص والمعاينة، فيأخذ كل من الطبيب والمريض صورة رمزية عن الآخر والتي تعتبر صورة سطحية إما إيجابية أو سلبية تحددها طبيعة التفاعل بين الطرفين، وحتى ينجح العلاج يجب أن تكون الصورة الرمزية إيجابية في إطار تواصل إيجابي وفعال (ورد في: بن إبراهيم بن عبد الدخيل، بن إبراهيم بن عثمان المصطفى، دت، ص 58).

من ناحيتها فإن نظرية الدور درست العلاقة بين الطبيب والمريض من حيث دور كل منهما، إذ يشير الدور إلى مجموعة السلوكيات والقواعد التي يحددها وضع معين حيث تتحكم في هذه السلوكيات أبعاد تتمثل في التوقعات وهي ما ينتظره كل طرف من الآخر أو ما يريده الطرفين من هذه العلاقة، والتوجهات التي تتمثل في الأفكار الخاصة بالفرد الذي يقوم بهذا الدور، والسلوك أي الأفعال التي يقوم بها الفرد الذي يشغل منصبا معيناً أو يكلف

بمهمة محددة، فوضوح دور كل من الطبيب والمريض يؤدي إلى حالة من التوازن في العلاقة وإلى وجود تعاون متبادل بينهما، مما يؤدي إلى قوة الدور الذي ينعكس إيجابيا على العملية العلاجية (بن إبراهيم بن عبد الدخيل، بن إبراهيم بن عثمان المصطفى، دت، ص57-58)

من خلال ما طرحناه سابقا، وما توصلت إليه النظريات حول العلاقة بين الطبيب والمريض يمكن القول أنّ هذه العلاقة قبل أن تقوم على التحاليل والأشعة والأدوية، فإنها علاقة يرتبط نجاحها بالدرجة الأولى بالثقة والتحالف العلاجي والتواصل والإصغاء واليقظة.

### 3- إشكالية الدراسة:

تعتبر العلاقة بين الطبيب والمريض من أهم العلاقات الإنسانية التي تتميز بخصوصية تجعلها تختلف عن العلاقات الأخرى، كونها تتعامل بدرجة أولى مع جسم المريض في إطار علاقة علاجية مهنية، يشارك فيها طرفين أحدهما المريض الذي يطلب المساعدة نتيجة معاناة وألم والآخر الطبيب وهو الشخص الذي يتمتع بالكفاءة العلمية والمؤهلات التي تخول له ممارسة مهنة الطب، إذ تسمح له هذه المعرفة أن يكون في موقف قوة يقوم من خلالها بتسيير العملية العلاجية حسب ما يراه مناسبا لطبيعة المرض، خاصة وأن المريض الذي يعاني يجد نفسه في موقف ضعف أو عجز يبحث من خلالهما إلى السبيل للشفاء والراحة موافقا على التعليمات التي يقدمها له المعالج (الطبيب).

إن المفهوم حول العلاقة المذكور سابقا هو مفهوم عام كلاسيكي حسب ما يَعرِّفه وَيَعْرِفه عامة الناس سواء كانت لهم علاقة بالمجال الطبي المهني أم لا، غير أن العلاقة بين الطبيب والمريض لها أبعاد أخرى نفسية واجتماعية ترتبط خاصة بالمريض وما يتصوره حول الطبيب والانتظارات والتوقعات التي يبنّيها منذ اختياره لطبيب محدد، فهذه العلاقة هي عبارة عن اتصال عبر رسالة تحمل مضمونين الأول لفظي مباشر وهو التعبير عن المعاناة أو الألم من خلال وصف الأعراض، و الثاني غير مباشر يتضمن بعدا نفسيا يبحث من

خلاله المريض عن علاقة دعم وتعاطف وإصغاء فعال وتفاعل إيجابي، إذ يكون فيها الجسم هو موضوع العلاقة لكن التفاعل اللفظي وطريقة تفاعل الطبيب هما السبيل للوصول إلى الراحة والشفاء هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن المسؤولية في هذه العلاقة لا تقع على عاتق الطبيب فقط من حيث تسيير العملية العلاجية في إطار علائقي، بل له هو الآخر انتظارات وتوقعات من المريض الذي هو بصدد علاجه، خاصة المرضى الذين يتابعهم بصفة دورية منتظمة ويحتاجون زيارات متكررة لنفس الطبيب.

فنجاح العلاج من فشله يتوقف غالبا على طبيعة ونوعية العلاقة بين الطبيب والمريض، إذ تستمد هذه العلاقة جذورها منذ نشأة الطب والتداوي في العصور السالفة، حيث اختلفت الطرق والتفاعلات في هذه العلاقة وبدأت تتطور شيئا فشيئا خاصة في ظل ظهور العلوم التي اهتمت بدراسة عمق هذه العلاقة من حيث تأثيرها على الملائمة العلاجية وفعالية العلاج التي تختلف من مريض إلى آخر لدى الطبيب نفسه وطبيعة المرض ذاتها، وهذا ما دفع العلوم الاجتماعية والإنسانية إلى تكثيف مجهوداتها للبحث عن أسباب جوهرية لهذا الاختلاف، مما دفع علم النفس ليصبح من أبرز العلوم التي درست هذه العلاقة دراسة سيكولوجية باعتبار الطرفين الفاعلين في هذه العلاقة عبارة عن جهازين نفسيين تسييرهما دينامية معينة في إطار العلاقة العلاجية، وبالتالي الوصول إلى أثر العلاقة بين الطبيب والمريض على كلاهما.

حيث يرى كل من كارل روجرز (C.Rogers) وبالنت (Enid Balint) في المقاربة المتمركزة حول المريض، أنه يجب توجيه العلاج حول متطلبات وحاجيات المريض لا غير، وذلك بهدف استكشاف المرض من جهة والخبرة التي يعيشها المريض من جهة أخرى، وفهم المريض كشخص في سياقه الطبي الحيوي والنفسي الاجتماعي مما يؤسس إطارا مشتركا يستطيع من خلاله كل من الطبيب والمريض بلوغ الفهم المشترك لطبيعة المشكلة الصحية، والتناقص حول الحلول والاستراتيجيات الممكنة للوصول إلى الشفاء والراحة، وهذا ما يطور

تحالفا علاجيا بينهما يسهل عملية التواصل وبالتالي التكيف مع الوضعيات التي تفرضها العملية العلاجية (In: Gocko & Al, 2017, p1-2).

أما باتسون (Bateson) في المقاربة النسقية يقول أن في كل مجموعة، كل فرد يؤثر ويتأثر بالآخرين، وأسقط هذا على الطبيب والمريض، أي أن كل منهما يؤثر على الآخر في إطار علاقة تبادلية، وباعتبار هذه العلاقة عبارة عن نسق، يعرفها على أنها مجموعة منظمة من العناصر في حالة تفاعل، وكل نسق لديه رغبة في التوازن وهذا ما يجعل أي تغيير هو مهدد لهذا التوازن، وهنا يجد أن عدم إدراك الطبيب لهذه التغييرات وعدم استعماله للتقنيات التكيفية سيجعل المريض في حالة مقاومة (In: Gocko & Al, 2017, p2) وبالتالي يكون هناك تأثير سلبي على العملية العلاجية.

تطرق فريديسون (Freidson) إلى مفهوم الثقة في العلاقة طبيب-مريض، إذ يعتبر أن المريض لا يحدد الثقة عند لقائه بالطبيب والدخول في عملية الفحص، وإنما يحدد ثقته قبل ذلك من خلال تأثره بالفاعلين المحيطين به (ورد في: بن مغنية، 2017، ص28)، وهذا ما هو وارد في الحياة الاجتماعية إذ أن سؤال المريض عن الطبيب الذي يمكنه الذهاب إليه لمشاركته معاناته أكثر من سؤاله عن مرضه في حد ذاته.

في حين يرى فريديسون (Freidson) أن الصعوبة التي تواجه العلاقة بين الطبيب والمريض خاصة في المستشفيات، هو أن المريض هو شخص غير محترف ولا يعرف كيف يترجم معاناته مثل ما يقوم المعالج بفعل ذلك، وهذا ما يجعل المريض لا يهتم إلا بوضعه الخاص في حين يقوم الطبيب بالاهتمام بجميع وضعيات المرضى، فمحدودية الوقت وعدد المرضى هما من يتحكمان في طبيعة تعامل الطبيب من أجل تسيير الوضعيات العلاجية، وهذا ما يعتبره فريديسون (Freidson) نوع من تعارض المصالح بين الأطباء والمرضى (ورد في: بن مغنية، 2017، ص29).



ومن بين الدراسات السابقة التي وجدنا أنها تقترب من موضوع دراستنا والتي اتخذناها كنقطة إنطلاق في الدراسة الحالية نجد دراسة Koudri (2021) حول " la représentation du médecin chez le malade " (تمثيلات المريض حول الطبيب)، تناولت فيها الباحثة التصورات حول الطبيب التي تختلف من مريض إلى آخر.

وهناك أيضا دراسة بن مغنية قادة (2017) حول الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي، حيث تناول فيها الباحث العوامل التي تحدد بناء الثقة بين الطبيب والمريض وتمثيلات الثقة عند كل من الطرفين.

وكذا دراسة Fuhrer & Al (2024) حول الرعاية المتمركزة حول العلاقة وأهمية أصالة الطبيب في بناء العلاقة طبيب-مريض وتقديم رعاية صحية استثنائية.

بالرغم مما أسهمت به الدراسات سواء في الجانب الطبي أو النفسي الاجتماعي حول العلاقة طبيب-مريض، إلا أن هناك اعتبارات وأبعاد لم يتم التطرق إليها للفهم العميق للآلية التي تحرك هذه العلاقة خاصة من خلال تحليل يركز على نظريات علم النفس العيادي التي تقدم تفسيراً لطبيعة التفاعل لكل من الطبيب والمريض ولهذا سنقوم بتسليط الضوء من خلال دراستنا المعنونة بـ " تحليل العلاقة طبيب - مريض (دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية سعيدة) " على أهمية الجانب النفسي وتأثيره المباشر على العملية العلاجية والتعايش مع المرض ودور الطبيب في بناء علاقة إيجابية مع مرضاه.

وبناءً على ما سبق ذكره نتحدد إشكالية الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

#### أولاً: التساؤلات الكيفية:

- 1- ما طبيعة العلاقة التي تربط بين الطبيب والمريض؟
- 2- كيف تساهم العلاقة بين الطبيب والمريض في نجاح أو فشل العلاقة العلاجية؟

#### ثانياً: التساؤلات الكمية:

- 1- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة معنوية بين العلاقة طبيب-مريض؟

- 2- هل توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الاستقبال والتحالف العلاجي؟
- 3- هل توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الإصغاء والتحالف؟
- 4- هل توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير المعرفة الصحية للمريض وكفاءة الطبيب؟
- 5- هل توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الآليات الدفاعية؟
- 6- هل توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير التعلق العلاجي؟
- 7- هل توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الانطباع نحو العلاج؟
- 8- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى طبيعة عمل الطبيب؟
- 9- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى خبرة الطبيب؟
- 10- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى تخصص الطبيب؟
- 11- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى طبيعة المرض لدى المريض؟
- 12- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى المستوى التعليمي للمريض؟
- 13- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى سنوات مرض المريض؟

#### 4- فرضيات الدراسة:

##### أولاً: فرضيات الدراسة الكيفية:

- 1- طبيعة العلاقة التي تربط بين الطبيب والمريض هي علاقة تكاملية إيجابية.
- 2- تساهم العلاقة بين الطبيب والمريض في نجاح أو فشل العملية العلاجية من خلال: الاستقبال والتحالف العلاجي بين الطبيب والمريض، الإصغاء والتعاطف الذي يبديه الطبيب للمريض، المعرفة الصحية للمريض وكفاءة الطبيب، الآليات الدفاعية المستخدمة من طرف كل من الطبيب والمريض، التعلق العلاجي لدى المريض وانطباعه نحو العلاج.

##### ثانياً: فرضيات الدراسة الكمية:

- 1- توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض.
- 2- توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الاستقبال والتحالف العلاجي.
- 3- توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الإصغاء والتحالف.
- 4- توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير المعرفة الصحية للمريض وكفاءة الطبيب.
- 5- توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الآليات الدفاعية.
- 6- توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير التعلق العلاجي.
- 7- توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الانطباع نحو العلاج.
- 8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى طبيعة عمل الطبيب.
- 9- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى خبرة الطبيب.

- 10- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى تخصص الطبيب.
- 11- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى طبيعة المرض لدى المريض
- 12- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى المستوى التعليمي للمريض
- 13- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى سنوات مرض المريض.

##### 5- المفاهيم الإجرائية:

- **الطبيب:** هو ذلك الشخص الذي يحوز على المؤهلات العلمية ويتمتع بالكفاءة المهنية التي تخول له ممارسة الطب وعلاج المرضى سواء في القطاع العام أو الخاص، ويمثله مجموعة من الأطباء بولاية سعيدة في القطاع العام والخاص وذوو تخصصات مختلفة.
- **المريض:** هو ذلك الشخص الذي يعاني من مرض وألم يستدعي منه زيارة الطبيب بحثاً عن الشفاء وأساليب الراحة التي تخول له ممارسة حياته اليومية بصفة عادية أو يتكيف مع الوضعية المرضية، والمريض في الدراسة الحالية كل فرد يعاني من مرض مزمن أو غير مزمن بولاية سعيدة تتراوح أعمارهم بين 22 و36 سنة.
- **العلاقة بين الطبيب والمريض:** هي ذلك التفاعل بين شخصين أي الطبيب والمريض في إطار علائقي مهني هدفه توفير العلاج والراحة للمريض الذي طلب مساعدة الطبيب، ويستدل عليها من خلال الدرجات المتحصل عليها في مقياس الدراسة المتمثل في مقياس العلاقة طبيب-مريض المصمم من طرف الباحثة.

##### 6- أسباب اختيار موضوع الدراسة:

لكل موضوع بحث أسباب ودواعي اختيار، ومن المبررات التي جعلت موضوع دراستنا المعنون بـ: " تحليل العلاقة طبيب-مريض (دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية سعيدة) " محل اختيار، ما يلي:

#### 6-1: أسباب موضوعية: تمثلت في:

- طبيعة الموضوع تتماشى مع إطار تخصصنا العلمي ألا وهو علم النفس العيادي.
- دعم المكتبة الجامعية بدراسة يمكن الاعتماد عليها في البحوث القادمة.
- ندرة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع من الجانب النفسي.
- سد الفجوة في الدراسات السابقة.
- إمكانية تطبيق الدراسة في الواقع من حيث توفر العينة بخصائصها.

#### 6-2: أسباب ذاتية: تمثلت فيما يلي:

- احتكاكنا بالمرضى والاطلاع على مدى تأثير التفاعل الإيجابي للطبيب على تماثلهم للشفاء.

- اهتمامات شخصية بالجانب الإنساني في الممارسة الطبية.
- تجربة ذاتية سابقة لعلاقة علاجية لها تأثير مباشر على فعالية العلاج.

#### 7- أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في:

#### 7-1: الأهمية العلمية:

- إثراء البحث الأكاديمي حول الحثيات النفسية والإنسانية للعلاقة بين الطبيب والمريض وأهمية هذا الجانب في المنظومة الصحية خاصة في ظل التحديات الحديثة.
- مساعدة الباحثين الراغبين في دراسة مماثلة تخص العلاقة بين الطبيب والمريض.

#### 7-2: الأهمية العملية:

- تسليط الضوء على موضوع مهم جدا يمس حياة الفرد وصحته بصفة مباشرة، وهو أهمية الجانب النفسي في العلاقة بين الطبيب والمريض وتأثيرها على النتائج العلاجية.
- لفت الانتباه إلى أهمية التواصل وبناء الثقة مع المريض في تعزيز صحته النفسية والجسمية.
- مساعدة عينة الدراسة في إدراك أهمية هذه العلاقة ودورها الأساسي في الملائمة العلاجية.
- الوصول إلى نتائج يمكن من خلالها بناء توصيات لتحسين العلاقة بين الطبيب والمريض، وبالتالي تحسين العملية العلاجية.

#### 8- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- تحليل طبيعة العلاقة والتفاعل بين الطبيب والمريض في الواقع التطبيقي.
- التعرف على العوامل التي تتحكم في العلاقة بين الطبيب والمريض من معززات ومعيقات.
- اكتشاف العلاقة بين الطبيب والمريض من وجهات نظر مختلفة مبنية على خبرات واقعية للوصول إلى نقطة مشتركة يمكن من خلالها تحليل هذه العلاقة.

#### 9- صعوبات الدراسة:

- لكل دراسة علمية صعوبات يواجهها الباحث في طريقه للوصول إلى النتائج المرجوة، لكنه يحاول تفاديها أو التقليل منها قدر الإمكان، ومن الصعوبات التي واجهناها خلال دراستنا هذه:
- صعوبة إيجاد أطباء متاحين للقيام بالمقابلات نظرا لطبيعة عملهم وضيق الوقت لديهم.
- عدم تجاوب الأطباء مع المقياس الخاص بالعلاقة بين الطبيب والمريض.

وتم تقادي هذه الصعوبات بالاعتماد على عينة مكونة من 30 طبيباً و56 مريضاً بولاية سعيدة لإجراء الدراسة الكمية، أما الدراسة الكيفية اقتصرنا على طبيبين ومريضتين ممن قبلوا المشاركة في الدراسة.

### خلاصة الفصل:

ختاماً لهذا الفصل، وبعد عرضنا لمحتوياته، نستنتج أنه بالرغم من الدراسات السابقة القليلة التي تناولت متغيرات دراستنا، إلا أنها توصلت إلى نتائج يمكن الاعتماد عليها في هذه الدراسة، إضافة إلى الإطار النظري الذي أثريناه من خلال طرحنا فيه لأصول العلاقة بين الطبيب والمريض والنظريات التي تناولت هذا الموضوع من الجانب النفسي على رأسها نظرية التحليل النفسي والنظرية الإنسانية، بالاعتماد على الدراسات السابقة والإطار النظري تم صياغة إشكالية الدراسة وفرضياتها، وكذا عرض المفاهيم الإجرائية التي تشملها الدراسة، لننهي الفصل بأسباب اختيار الموضوع وأهميته وأهدافه، وأهم الصعوبات التي اعترضت هذه الدراسة العلمية.

# الفصل الثاني

## الإجراءات المنهجية للدراسة

### تمهيد:

#### 1 - الدراسة الاستطلاعية.

1-1: الهدف من الدراسة الاستطلاعية.

1-2: حدود الدراسة الاستطلاعية.

1-3: أدوات الدراسة الاستطلاعية.

1-4: حالات الدراسة الاستطلاعية.

1-5: نتائج الدراسة الاستطلاعية.

#### 2 - الدراسة الأساسية.

2-1: ميدان ومدة الدراسة الأساسية.

2-2: حالات الدراسة ومواصفاتها.

2-3: منهج وأدوات الدراسة الأساسية.



## تمهيد:

بعد إنهاء الجانب النظري الذي تناولناه في الفصل الأول، سيتم في هذا الفصل التطرق إلى الإجراءات المنهجية للدراسة والتي تتيح لنا فرصة التعرف على ما تقتضيه دراستنا من إجراءات تخص التطبيق الميداني، وذلك من خلال عرض الدراسة الاستطلاعية والتي سيتم التعرف فيها على حدود الدراسة من المكان الذي ستجرى فيه مع تحديد حالاتها وكذا المدة المستغرقة، والتحقق من صلاحية أدواتها للخروج بأهم النتائج، ليتسنى لنا بعد ذلك الشروع في الدراسة الأساسية.

### 1- الدراسة الاستطلاعية:

#### 1-1: الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

بعد ضبطنا لمتغيرات الدراسة وبناء خلفية نظرية لها، تواجدنا في الميدان للتعرف على الإطار المكاني للدراسة والإلمام بالحالات التي ستشارك في هذه الدراسة، إذ تعتبر هذه الخطوة رئيسية يقوم عليها البحث العلمي، فالدراسة الاستطلاعية هي دراسة استكشافية، مسحية، تجريبية أو تمهيدية لاختيار حدود الدراسة والإحاطة بالصعوبات التي تعيق البحث حتى نتفادها ونلم بها قبل الشروع في الدراسة الأساسية.

وهدفنا الدراسة الاستطلاعية في عملنا هذا إلى:

- التعرف على الأماكن التي تتواجد بها الحالات التي تخدم الدراسة.
- تحديد حالات الدراسة بناء على نتائج مقياس العلاقة بين الطبيب والمريض والتأكد من قبول مشاركتهم في الدراسة.
- تحديد الرزنامة الزمانية والمكانية للقيام بالمقابلات مع الحالات.
- تجريب أداة الدراسة والتأكد من تجاوب الحالات معها.
- حصر الصعوبات التي قد تعرقل السير الجيد لخطوات الدراسة.

## 1-2: حدود الدراسة الاستطلاعية:

- **زمنياً:** قمنا بالدراسة الاستطلاعية في الفترة الممتدة من 2025/02/12 إلى

2025/03/20 أي لمدة شهر كامل.

- **مكانياً:** تم التوجه إلى المؤسسات الاستشفائية وكذا العيادات الخاصة للأطباء الخواص،

أين تتواجد الفئة التي تستهدفها الدراسة والتي تمثلت في المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد

مدغري، والعيادة متعددة الخدمات ويس لخضر ببلدية عين الحجر، عيادة طبيب خاص

ببلدية عين الحجر، وعيادات لأطباء خواص ببلدية سعيدة.

- **بشرياً:** انقسمت الدراسة الاستطلاعية إلى شقين:

**الشق الأول:** تم مقابلة الأطباء وتوضيح مجريات الدراسة وكذا تم الاختيار العشوائي

لعينة تتكون من 30 طبيب ليتم تطبيق المقياس الخاص بالعلاقة طبيب-مريض بنسخته

الخاصة بالطبيب عليها، وعينة تتكون من 56 مريض تم اختيارها عشوائياً ليطبق عليها

نفس المقياس لكن بالنسخة الخاصة بالمرضى وذلك من أجل قياس صدق وثبات المقياس.

**الشق الثاني:** تم مقابلة 04 أطباء مبدئياً من أجل دراسة حالات فردية لكل طبيب مع

مريضه الذي يتابع عنده منذ مدة زمنية، ومريضتين تتابعان عند طبيبين من بين الأربع

أطباء.

## 1-3: أدوات الدراسة الاستطلاعية:

### 1-3-1: الملاحظة:

والتي تتمثل في الطريقة التي يتبعها الباحث من خلال المراقبة المقصودة لرصد

السلوكات وكل ما يحدث وتسجيله كما هو، حيث تعتمد الملاحظة العلمية على عدة طرق

تحدها طبيعة الموضوع المراد دراسته (محمود شقير، 2002، ص76)، حيث قمنا في

دراستنا بملاحظة طبيعة التفاعل بين الأطباء والمرضى الذين يتابعون لديهم وكذا السلوكات

التي تصدر عن المرضى في قاعات الانتظار، والتي سجلناها كانطباعات أولية حول الحالات التي ستشارك في دراستنا.

### 1-3-2: المقابلة:

هي حوار لفظي متبادل بين شخصين أو أكثر، حيث تعتبر علاقة دينامية يتوقع فيها الشخص المحتاج للمساعدة الأمانة وبناء علاقة ناجحة، إذ تعتبر المقابلة أداة أساسية في البحوث النفسية والاجتماعية ليتمكن الباحث من الوصول إلى معطيات ذات طبيعة دينامية (ورد في: محمود شقير، 2002، ص91)

وفي دراستنا تم العمل بنوعين من المقابلة، الأولى موجهة من خلال عرض مقياس الدراسة على عينة الأطباء وعينة المرضى وأخذ موافقتهم، والثانية مقابلة نصف موجهة اعتمدنا فيها على دليل المقابلة حيث تم بناء مجموعة من الأسئلة الخاصة بالأطباء على حدا والمرضى على حدا استنادا على الإطار النظري والمقياس الخاص بالعلاقة طبيب-مريض، وهو موضح في الملحق رقم (01-03).

### 1-3-3: المقاييس:

تعتبر المقاييس ذات أهمية بالغة في الدراسات النفسية، وفي إطار اطلاعنا على دراسات الباحثين السابقين وجدنا ندرة في مثل هذه المقاييس التي تقيس العلاقة بين الطبيب والمريض، لذلك لجأنا إلى بناء مقياس يقيس متغير الدراسة والمتمثل في العلاقة بين الطبيب والمريض، وفيما يلي ذكر لخطوات بناءه وصولاً إلى التأكد من صدقه وثباته.

#### **أ- خطوات بناء المقياس:**

- هناك مجموعة من الخطوات على الباحث مراعاتها عند بناءه وإعداده لأيّ مقياس نفسي، وفي هذه الدراسة مرّ المقياس عند تصميمه بعدة خطوات، تمثلت في الآتي:
- الإطلاع على بعض الأطر النظرية التي تناولت العلاقة بين الطبيب والمريض.
- الإطلاع على بعض الدراسات السابقة التي بحثت في طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض.

- الاطلاع على المدونة الأخلاقية الخاصة بالأطباء في الجزائر.
- والاستفادة من نتائج الدراسات المتوصل إليها في تحديد أبعاد المقياس، منها دراسة قويدري مليكة المتمثلة في التصورات التي يبنيها المريض حول الطبيب وتأثيرها في العملية العلاجية، وكذا دراسة بن مغنية قادة التي تتمحور حول الثقة وتمثلاتها عند كل من الطرفين، ودراسة Luc Andriamihaja التي هدفت إلى اكتشاف التجربة الفردية لتطور العلاقة التي تربط المرضى بطبيبهم العام، على مدار عشر سنوات من المتابعة.
- بعد الإلمام بمعطيات الجانب النظري والبحوث السابقة، تم وضع الصورة المبدئية للمقياس، حيث يتكون المقياس من نسختين الأولى خاصة بالطبيب تضم 06 أبعاد، والثانية خاصة بالمريض وتضم 06 أبعاد وفيما يلي فقرات المقياس.

#### نسخة الطبيب:

➤ **بعد الاستقبال والتحالف العلاجي:** ونعني به الطريقة التي يستقبل فيها الطبيب المرضى ومدى انعكاسها لهم، وتتمثل في طريقة الترحيب بهم واحترامهم وإعطائهم الفرصة للمشاركة في العملية العلاجية، وكذا البيئة المادية التي يتم فيها هذا الاستقبال.

#### **جدول رقم (02): فقرات البعد الأول**

البعد	الرقم	الفقرة
<b>Accueil et alliance thérapeutique</b>	01	J'accueille tous mes patients chaleureusement.
	02	J'explique au patient toutes les conditions thérapeutiques.
	03	J'aménage mon cabinet et la salle des soins de manière à ce qu'il soit confortable pour le patient.
	04	J'insiste à mon assistant(e) à fournir l'accueil, le confort et l'aide nécessaires aux patients.

➤ **بعد الإصغاء والتعاطف:** نعني بها السعي إلى فهم الآخر من خلال الإصغاء الفعال والقدرة على التأويل وتفسير التواصل غير اللفظي وفهم مشاعر الآخر وما يحس به.

جدول رقم (03): فقرات البعد الثاني

البعد	الرقم	الفقرة
<b>Ecoute et empathie</b>	05	J'incite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne.
	06	Je prends en considération les émotions et les points de vue des patients.
	07	Je réponds avec plaisir aux interactions de mes patients durant la séance thérapeutique.
	08	je me sens en colère quand le patient me raconte tous les détails de sa maladie même si ce n'est pas important de les savoir.
	09	Je me place d'emblée dans une disposition d'écoute dès que le patient rentre au bureau.
	10	Je favorise l'expression du patient, de ses plaintes, ses demandes et ses attentes
	11	Je laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre.

➤ بعد المعلومات الخاصة بالمرض أو المعرفة الصحية للمريض: نعني بها مدى مساهمة الثقافة الصحية للمريض في تقدم العملية العلاجية بالنسبة للطبيب، ومعرفة الفرق في تعامل الطبيب مع المريض الذي يلم بحالته الصحية عن غيره الذي لا يعرف عن المرض شيئاً.

جدول رقم (04): فقرات البعد الثالث

البعد	الرقم	الفقرة
<b>Le savoir du patient sur sa maladie</b>	12	J'informe le patient de façon claire, précise et adaptée à sa compréhension.
	13	J'invite le patient à expliquer ses symptômes tel qu'il les perçoit.
	14	Mon interaction est positive avec un patient qui connaît bien sa maladie par rapport à un autre qui ne sait rien.
	15	Quel qu'il soit le patient, j'utilise le jargon médical pour expliquer la maladie.

➤ **بعد الآليات الدفاعية:** ونعني بها العمليات اللاشعورية التي تظهر من خلال التفاعل بين الطرفين خلال العملية العلاجية، والتي من خلال تفسيرها يمكن فهم نقاط القوة والضعف في السيرورة والعلاقة العلاجية.

**جدول رقم (05): فقرات البعد الرابع**

البعد	الرقم	الفقرة
<b>Mécanismes de défense</b>	16	Je rassure le patient avant de lui annoncer l'état grave de sa maladie même si c'est une fausse assurance.
	17	Parfois, je mens pour réduire le taux d'angoisse chez le patient.
	18	Quand la maladie est grave, je préfère l'annoncer à l'accompagnant du patient ou un membre de sa famille.
	19	La différence d'âge entre moi et le patient favorise une bonne séance thérapeutique.
	20	Je me sens à l'aise quand le patient est du sexe opposé.

➤ **بعد التعلق العلاجي:** نعني بها الارتباط النفسي والعاطفي الذي تتسم به العلاقة العلاجية، والذي يظهره الطبيب من خلال سلوكيات معينة نحو مريضه.

**جدول رقم (06): فقرات البعد الخامس**

البعد	الرقم	الفقرة
<b>L'attachement thérapeutique</b>	21	Je me sens en colère quand mon patient consulte chez un autre médecin.
	22	En consultation, Je prends beaucoup de temps avec certains patients même si la maladie ne nécessite pas cela.
	23	J'ai toujours peur de perdre mes patients.

➤ **بعد الانطباع حول العلاج:** ونعني به الانطباع قبل وأثناء وبعد العملية العلاجية من خلال علاقة تفاعلية تبادلية تمس الجانب المهني والنفسي والاجتماعي والفكري لكل من الطبيب والمريض ومدى التوافق بين هذه الجوانب وكيف تؤثر على العملية العلاجية.

**جدول رقم (07): فقرات البعد السادس**

البعد	الرقم	الفقرة
<b>L'impression sur la démarche thérapeutique</b>	24	J'ai toujours une colère contre le patient qui ne finit pas son traitement tel que je l'ai prescrit.
	25	J'incite le patient à participer à la prise de décision.
	26	Je respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités.

**نسخة المريض:**

➤ **بعد الاستقبال والتحالف العلاجي:** ونعني به مدى تأثير طريقة استقبال الطبيب لمريضه على راحته والشفاء، وتتمثل في طريقة الترحيب بهم واحترامهم وإعطائهم الفرصة للمشاركة في العملية العلاجية، وكذا البيئة المادية التي يتم فيها هذا الاستقبال.

**جدول رقم (08): فقرات البعد الأول**

البعد	الرقم	الفقرة
<b>الاستقبال والتحالف العلاجي</b>	01	أشعر بالراحة عندما يستقبلني الطبيب بكلمات الترحيب.
	02	أغلب الأطباء الذين أذهب إليهم يستقبلونني أحسن استقبال.
	03	يوضح لي الطبيب كل شروط العلاج.
	04	المكان الذي يعمل فيه الطبيب مجهزاً ومريحاً يبعث الانشراح الداخلي.
	05	العمال الذين يتعاون معهم الطبيب (المرضون) يحسنون التعامل معنا.

➤ **بعد التعلق العلاجي:** نعني بها الارتباط النفسي والعاطفي الذي تتسم به العلاقة العلاجية، ومن ناحية المريض يمكن التعبير عنها بولاء المريض اتجاه طبيب معين.

**جدول رقم (09): فقرات البعد الثاني**

البعد	الرقم	الفقرة
التعلق العلاجي	06	لا أذهب عند طبيب آخر عند غياب الطبيب المعتاد حتى وأنا في حالة ألم.
	07	في عائلتنا لدينا طبيباً واحداً نذهب إليه.
	08	ألتزم بالمواعيد التي يحددها الطبيب للفحص.
	09	أشعر بالسعادة عندما يستغرق معي الطبيب وقتاً أطول خلال الفحص.
	10	ينتابني شعور بالخوف أن أفقد الطبيب الذي يفحص حالتي الصحية.
	11	لا أثق في طبيب آخر إلا الطبيب الخاص بي.

➤ **بعد الإصغاء والتعاطف:** نعني بها مدى رضا المريض عن إصغاء وتعاطف الطبيب معه من خلال عرضه لما يشعر به، وكيف يساهم هذا الإصغاء والتعاطف في التماثل إلى الشفاء السريع أو التكيف مع المرض خلال حياته اليومية.

**جدول رقم (10): فقرات البعد الثالث**

البعد	الرقم	الفقرة
	12	أشعر بالراحة وزوال الألم عندما يسمع لي الطبيب عن أدق التفاصيل التي أذكرها.
	13	أشعر بالراحة عندما يحاول الطبيب فهم حالتي الصحية



وتشخيصها بعناية.		الإصغاء والتعاطف
14	يتركني الطبيب أعبر عن معاناتي دون أن يقاطعي.	
15	الطبيب الذي يعالجي يقدر معاناتي مع المرض.	
16	يحاول الطبيب أن يخفف معاناتي قدر الإمكان.	
17	يتجاوب معي الطبيب خلال العملية العلاجية عندما أتفاعل معه حول تفاصيل المرض.	
18	أشعر بالإحباط عندما يحرمني الطبيب وأنا أشاركه الحديث حول تفاصيل المرض.	
19	أشعر بالأمان عندما أشارك الطبيب مخاوفي خلال الجلسة العلاجية أكثر من التحدث عن المرض.	

➤ بعد المعلومات الخاصة بالمرض أو المعرفة الصحية للمريض: نعني بها مدى استيعاب المريض للأعراض التي يعاني منها والمعلومات التي يعرفها عن مرضه وكيف تساهم في تسهيل التفاعل مع الطبيب خلال العملية العلاجية.

#### جدول رقم (11): فقرات البعد الرابع

البعد	الرقم	الفقرة
المعرفة الصحية للمريض	20	أفهم طبيعة المرض أكثر عندما يصيغه الطبيب بطريقة مبسطة تتناسب مع استيعابي.
	21	أشعر بالراحة عندما يحثني الطبيب على التحدث عن كل الأعراض التي لها علاقة وليست لها علاقة بالمرض.
	22	أشعر بالحرع عندما يحدثني الطبيب عن مرضي بمصطلحات علمية وبلغة أجنبية لا أفهمها.

23	دائماً أبحث في الأنترنت عن أسباب المرض الذي أعاني منه.
24	لدي معلومات علمية كافية حول مرضي.

➤ **بعد الآليات الدفاعية:** ونعني بها العمليات اللاشعورية التي تظهر من خلال التفاعل بين الطرفين خلال العملية العلاجية، والتي من خلال تفسيرها يمكن فهم نقاط القوة والضعف في السيرونة والعملية العلاجية.

### جدول رقم (12): فقرات البعد الخامس

البعد	الرقم	الفقرة
الآليات الدفاعية	25	أشعر بالغضب والعدوانية نحو الطبيب عندما يخبرني بالمرض.
	26	أشعر بالقلق عندما يصف لي الطبيب أعراضاً لا أشعر بها في جسمي.
	27	أشعر بالراحة عندما يتولى الطبيب مسؤولية وقرار العلاج وأنا أتابع التعليمات فقط.
	28	لا أصدق عندما أسمع من الطبيب أنني أعاني من مرض مزمن.
	29	عندما يشخص الطبيب مرضي أشكك في كفاءته وخبرته العلاجية.
	30	أشعر بالاطمئنان عندما يكون الطبيب أكبر مني سناً.
	31	أشعر بالاطمئنان عندما يكون الطبيب من الجنس الآخر.

➤ بعد الانطباع نحو العلاج: ونعني به الانطباع قبل وأثناء وبعد العملية العلاجية من خلال علاقة تفاعلية تبادلية تمس الجانب المهني والنفسي والاجتماعي والفكري لكل من الطبيب والمريض ومدى التوافق بين هذه الجوانب وكيف تؤثر على العملية العلاجية.

جدول رقم (13): فقرات البعد السادس

البعد	الرقم	الفقرة
الانطباع نحو العلاج	32	أشعر بالاهتمام عندما يحثني الطبيب على المشاركة في القرار العلاجي.
	33	لا يهمني جنس الطبيب أو سنه بل طريقة العلاج فقط.
	34	أشعر بالإحباط عندما يصف لي الطبيب عدداً كبيراً من الأدوية.
	35	أخشى غضب الطبيب عندما لا أتمم الأدوية كما يصفها بالجرعات والمدة المعينة.
	36	أشعر بالغضب عندما يصف لي الطبيب أدوية لها تأثيرات جانبية.
	37	في نظري الطبيب الكفاء هو الذي يقدم أدوية لها مفعولاً قوياً في مدة وجيزة.

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المحكمين لإبداء رأيهم حول مدى مناسبة أبعاد المقياس وفقراته للدراسة المراد القيام بها، والملحق رقم (04) يوضح قائمة أسماء الأساتذة المحكمين، والجدول الموالي يوضح نتائج التحكيم:

جدول رقم (14): الفقرات التي تم تعديلها لمقياس العلاقة بين الطبيب والمريض (نسخة الطبيب)

رقم الفقرة	الفقرة قبل التعديل	الفقرة بعد التعديل
02	J'explique au patient toutes les conditions thérapeutiques.	J'explique au patient toutes les conditions thérapeutiques en respectant le code déontologique.
04	J'insiste à mon assistant(e) à fournir l'accueil, le confort et l'aide nécessaires aux patients.	J'insiste à mon assistant(e) à apporter l'assistance et le confort nécessaires aux patients.
08	je me sens en colère quand le patient me raconte tous les détails de sa maladie même si ce n'est pas important de les savoir.	J'impose au patient de respecter le temps de la séance lorsqu'il traite des choses qui ne sont pas liées à la séance thérapeutique
18	Quand la maladie est grave, je préfère l'annoncer à l'accompagnant du patient ou un membre de sa famille.	Quand la maladie est grave, je préfère l'annoncer à l'accompagnant du patient.

جدول رقم (15): الفقرات التي تم تعديلها لمقياس العلاقة بين الطبيب والمريض (نسخة

المريض)

رقم الفقرة	الفقرة قبل التعديل	الفقرة بعد التعديل
03	يوضح لي الطبيب كل شروط العلاج.	يوضح لي الطبيب كل شروط وظروف العلاج.
04	المكان الذي يعمل فيه الطبيب مجهزاً ومريحاً يبعث الانشراح الداخلي.	المكان الذي يعمل فيه الطبيب مجهزاً ومريحاً
05	العمال الذين يتعاون معهم الطبيب (المرضى) يحسنون التعامل معنا.	الطاقم الطبي (المرضى) يحسنون التعامل معنا.
09	أشعر بالسعادة عندما يستغرق معي الطبيب وقتاً أطول خلال الفحص.	أشعر بالراحة عندما تكون مدة الفحص طويلة
17	يتجاوب معي الطبيب بسرور خلال	يتجاوب معي الطبيب خلال العملية

	العملية العلاجية عندما أتفاعل معه حول تفاصيل المرض.	العلاجية عندما أتفاعل معه حول تفاصيل المرض.
18	أشعر بالإحباط عندما يوبخني الطبيب وأنا أشاركه الحديث حول تفاصيل المرض.	أشعر بالإحباط عندما يحرمني الطبيب وأنا أشاركه الحديث حول تفاصيل المرض.
21	أشعر بالراحة عندما يحثني الطبيب على التحدث عن كل الأعراض التي لها علاقة وليست لها علاقة بالمرض.	أشعر بالراحة عندما يتهمني الطبيب وأنا أعبر عن كل الأعراض التي أحس بها.
24	لدي معلومات علمية كافية حول مرضي.	لدي معلومات علمية ملمة حول مرضي.
25	أشعر بالغضب والعدوانية نحو الطبيب عندما يخبرني بالمرض.	أشعر بغضب شديد اتجاه الطبيب عندما يخبرني بحقيقة المرض الذي أعاني منه.
27	أشعر بالراحة عندما يتولى الطبيب مسؤولية وقرار العلاج وأنا أتابع التعليمات فقط.	أشعر بالراحة عندما يتولى الطبيب مسؤولية وقرار العلاج.
36	أشعر بالغضب عندما يصف لي الطبيب أدوية لها تأثيرات جانبية.	انزعج عندما يصف لي الطبيب أدوية لها تأثيرات جانبية.

وعليه أصبح المقياس بعد إخضاعه لصدق المحكمين يضم 26 فقرة موزعة على 06 أبعاد بالنسبة لنسخة الطبيب و 37 فقرة موزعة على 06 أبعاد بالنسبة لنسخة المريض يجاب عليها وفق بدائل خماسية تأخذ الدرجات التالية: [دائما (5)، غالبا (4)، أحيانا (3)،

نادرا(2)، أبدأ (1)]، ليتم تقديمه لعينة من الأطباء والمرضى، لنقوم بعدها بمواصلة حساب صدق وثبات المقياس.

ب- الخصائص السيكومترية للمقياس: تمثلت النتائج فيما يلي:

#### ➤ نسخة الطبيب

الصدق: تم حسابه بـ:

الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): تم ترتيب درجات العينة من الأعلى إلى الأدنى، وتم أخذ الثلث من درجات أدنى توزيع وكذا أعلى توزيع، فكان عدد الأفراد 10 أفراد من كلا التوزيعين، والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول رقم (16): نتائج الصدق التمييزي للمقياس.

المتغير المقاس	المجموعات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
العلاقة طبيب-مريض	الدنيا	10	87,80	7,03	7,87	18	0,000
	العليا	10	113,40	7,50			

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة (T) بلغت 7,87 عند درجة الحرية 18 بمستوى الدلالة الإحصائية 0,000 أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس بين المجموعتين وذلك لصالح المجموعة العليا. حيث بلغ متوسط المجموعة العليا 113,40 بينما متوسط المجموعة الدنيا بلغ 87,80 وهذا ما يؤكد صدق المقياس في قدرته التمييزية بين أداء المجموعتين.

صدق الاتساق الداخلي: وفيه تم حساب ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس وكذا ارتباط الفقرة بالبعد الذي تنتمي إليه، وفيما يلي نتائج ارتباط الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس:

جدول رقم (17): نتائج صدق الاتساق الداخلي للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس.

المتغير	الأبعاد	المتوسط	الانحراف	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
---------	---------	---------	----------	----------------	---------------

المقاس		الحسابي	المعياري		
العلاقة طبيب- مريض	البعد الأول	4,50	0,45	0,75 **	0.01
	البعد الثاني	4,22	0,46	0,82 **	0.01
	البعد الثالث	4,18	0,43	0,77 **	0.01
	البعد الرابع	3,20	0,71	0,77 **	0,01
	البعد الخامس	2,71	1,01	0,82 **	0,01
	البعد السادس	3,85	0,65	0,78 **	0,01
	الدرجة الكلية	3,84	0,46	1	////

من خلال الجدول يتضح أن هناك ارتباطاً بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وجميعها دالة عند مستوى الدلالة 0,01، كما تم حساب مدى ارتباط كل بعد والفقرات التي تنتمي إليه، فتم استبعاد الفقرة رقم 09 التي تنتمي للبعد الرابع المعنون بـ "الآليات الدفاعية" « je me sens à l'aise quand le patient est du sexe opposé » لكونها غير دالة، ومن خلال النتائج المحصل عليها يمكن القول أن المقياس صادق وصالح للاستخدام.

ثبات المقياس: وتم حسابه بـ:

ثبات المقياس بطريقة ألفا-كرومباخ: والجدول التالي يبين نتائج معالجة البيانات بهذه الطريقة:

جدول رقم (18): نتائج معامل الثبات ألفا-كرومباخ للمقياس.

المتغير المقاس	عدد الفقرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الثبات ألفا-كرومباخ
العلاقة طبيب- مريض	25	30	97,43	12,04	0,87

نلاحظ من خلال نتائج الجدول المحصل عليها أن معامل الثبات بلغ القيمة 0,87 للمقياس والتي تقترب من القيمة 01 فهي قيمة عالية تدل على ثبات مرتفع للمقياس.

ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية: تم الاعتماد في حساب الثبات على طريقة التجزئة النصفية والتأكد منه بطريقة جوتمان، والجدول التالي يلخص نتائج معالجة البيانات بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (19): نتائج معامل ثبات المقياس بالتجزئة النصفية.

المتغير المقاس	البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الثبات		
				قبل التصحيح	بعد التصحيح	طريقة التصحيح
العلاقة طبيب- مريض	الفردية (13)	52,56	5,67	0,75	0,82	جوتمان
	الزوجية (12)	44,86	7,36	0,79		
	الكلية (25)	97,43	12,04			

نلاحظ من خلال نتائج الجدول المحصل عليها أن قيمة معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية بلغت نسبة 0,75 للبنود الفردية ونسبة 0,79 للبنود الزوجية قبل التصحيح، وبعد التصحيح بطريقة جوتمان وصلت القيمة إلى 0,82 وهي قيمة عالية وبالتالي التأكيد من ثبات المقياس.

وبعد التحقق من صدق وثبات المقياس واستبعاد الفقرة رقم 09 لكونها غير دالة إحصائياً، أصبح المقياس يضم في شكله النهائي 25 فقرة موزعة على ستة أبعاد، والجدول الموالي يوضح أبعاد المقياس وفقراته النهائية.

جدول رقم (20): أبعاد المقياس -نسخة الطبيب- وفقراته النهائية.

البعد	الفقرات
Accueil et alliance thérapeutique	J'accueille tous mes patients chaleureusement.
	J'explique au patient toutes les conditions thérapeutiques en respectant le code déontologique .
	J'aménage mon cabinet et la salle des soins de manière à ce qu'il soit confortable pour le



patient	
J'insiste à mon assistant(e) à apporter l'assistance et le confort nécessaires aux patients.	
J'incite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne.	
Je prends en considération les émotions et les points de vue des patients.	
Je réponds avec plaisir aux interactions de mes patients durant la séance thérapeutique.	
J'impose au patient de respecter le temps de la séance lorsqu'il traite des choses qui ne sont pas liées à la séance thérapeutique	
Je me place d'emblée dans une disposition d'écoute dès que le patient rentre au bureau.	
Je favorise l'expression du patient, de ses plaintes, ses demandes et ses attentes.	
Je laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre.	
J'informe le patient de façon claire, précise et adaptée à sa compréhension.	
J'invite le patient à expliquer ses symptômes tel qu'il les perçoit.	
Mon interaction est positive avec un patient qui connaît bien sa maladie par rapport à un autre qui ne sait rien.	
Quel qu'il soit le patient, j'utilise le jargon médical pour expliquer la maladie.	
Je rassure le patient avant de lui annoncer l'état grave de sa maladie même si c'est une	

**Ecoute et empathie**

**Le savoir du patient sur sa maladie**

fausse rassurance.	<b>Mécanismes de défense</b>
Parfois, je mens pour réduire le taux d'anxiété chez le patient.	
Quand la maladie est grave, je préfère l'annoncer à l'accompagnant du patient.	
La différence d'âge entre moi et le patient favorise une bonne séance thérapeutique.	
Je me sens en colère quand mon patient consulte chez un autre médecin.	<b>L'attachement thérapeutique</b>
En consultation, Je prends beaucoup de temps avec certains patients même si la maladie ne nécessite pas cela.	
J'ai toujours peur de perdre mes patients	
J'ai toujours une colère contre le patient qui ne finit pas son traitement tel que je l'ai prescrit.	<b>L'impression sur la démarche thérapeutique</b>
J'incite le patient à participer à la prise de décision.	
Je respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités.	

### ➤ نسخة المريض

الصدق: تم حسابه بـ:

الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): تم ترتيب درجات العينة من الأعلى إلى الأدنى، وتم أخذ الثلث من درجات أدنى توزيع وكذا أعلى توزيع، فكان عدد الأفراد 00 أفراد من كلا التوزيعين، والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول رقم (21): نتائج الصدق التمييزي للمقياس.

المتغير المقاس	المجموعات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
----------------	-----------	--------	-----------------	-------------------	--------	-------------	---------------

العلاقة طبيب-مريض	الدنيا	10	123,80	10,26	6,04	18	0,000
	العليا	10	153,30	11,52			

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة (T) بلغت نسبة 6,04 عند درجة الحرية 18 بمستوى الدلالة الإحصائية 0,000 أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس بين المجموعتين وذلك لصالح المجموعة العليا. حيث بلغ متوسط المجموعة العليا 153,30 بينما متوسط المجموعة الدنيا بلغ 123,80 وهذا ما يؤكد صدق المقياس في قدرته التمييزية بين أداء المجموعتين.

**صدق الاتساق الداخلي:** وفيه تم حساب ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس وكذا ارتباط الفقرة بالبعد الذي تنتمي إليه، وفيما يلي نتائج ارتباط الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس:

**جدول رقم (22): نتائج صدق الاتساق الداخلي للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس.**

المتغير المقاس	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقة طبي-مريض	البعد الأول	4,08	0,43	0,36 **	0,05
	البعد الثاني	3,48	0,75	0,60 **	0,01
	البعد الثالث	4,11	0,51	0,87 **	0,01
	البعد الرابع	4,18	0,46	0,61 **	0,01
	البعد الخامس	2,93	0,68	0,80 **	0,01
	البعد السادس	3,85	0,60	0,72 **	0,01
	الدرجة الكلية	3,75	0,40	1	////

من خلال الجدول يتضح أن هناك ارتباطاً بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وجميعها دالة عند مستوى الدلالة 0,01 عدا البعد الأول فهو دال عند مستوى الدلالة 0,05، كما تم حساب مدى ارتباط كل بعد وال فقرات التي تنتمي إليه، فتم استبعاد الفقرات الغير دالة التالية:

الفقرة رقم 01 (أشعر بالراحة عندما يستقبلني الطبيب بكلمات الترحيب) من البعد الأول "الاستقبال والتحالف".

الفقرة رقم 16 (أشعر بالراحة عندما يتفهمني الطبيب وأنا أعبر عن كل الأعراض التي أحس بها)، والفقرة رقم 10 (لدي معلومات علمية ملمة حول مرضي) من البعد الرابع "المعرفة الصحية للمريض".

الفقرة رقم 27 (أشعر بالراحة عندما يتولى الطبيب مسؤولية وقرار العلاج) من البعد الخامس "الآليات الدفاعية".

الفقرة رقم 18 (لا يهمني جنس الطبيب أو سنه بل طريقة العلاج فقط) من البعد السادس "الانطباع نحو العلاج".

ومن خلال النتائج المحصل عليها يمكن القول أن المقياس صادق وصالح للاستخدام.

ثبات المقياس: وتم حسابه بـ:

ثبات المقياس بطريقة ألفا-كرومباخ: والجدول التالي يبين نتائج معالجة البيانات بهذه الطريقة:

جدول رقم (23): نتائج معامل الثبات ألفا-كرومباخ للمقياس.

المتغير المقاس	عدد الفقرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الثبات ألفا-كرومباخ
العلاقة طبيب-مريض	32	30	115,76	14,27	0,81

نلاحظ من خلال نتائج الجدول المحصل عليها أن معامل الثبات بلغ القيمة 0,81 للمقياس والتي تقترب من القيمة 01 فهي قيمة عالية تدل على ثبات مرتفع للمقياس.

ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية: تم الاعتماد في حساب الثبات على طريقة التجزئة النصفية والتأكد منه بطريقة جوتمان، والجدول التالي يلخص نتائج معالجة البيانات بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (24): نتائج معامل ثبات المقياس بالتجزئة النصفية.

المتغير المقاس	البند	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الثبات		
				قبل التصحيح	بعد التصحيح	طريقة التصحيح
العلاقة طبي- مريض	الفردية (16)	57,76	8,03	0,64	0.80	جوتمان
	الزوجية (16)	58,00	7,55	0,71		
	الكلية (32)	115,76	14,27			

نلاحظ من خلال نتائج الجدول المحصل عليها أن قيمة معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية بلغت نسبة 0,64 للبند الفردية ونسبة 0,71 للبند الزوجية قبل التصحيح، وبعد التصحيح بطريقة جوتمان وصلت القيمة إلى 0,80 وهي قيمة عالية وبالتالي التأكد من ثبات المقياس.

وبعد التحقق من صدق وثبات المقياس واستبعاد الفقرات الغير دالة رقم 01، 16، 10، 27، 18، أصبح المقياس يضم في شكله النهائي 32 فقرة موزعة على ستة أبعاد، والجدول الموالي يوضح أبعاد المقياس وفقراته النهائية.

جدول رقم (25): أبعاد المقياس-نسخة المريض-وفقراته النهائية.

البعد	الفقرات
الاستقبال والتحالف العلاجي	أغلب الأطباء الذين أذهب إليهم يستقبلونني أحسن استقبال.
	يوضح لي الطبيب كل شروط وظروف العلاج.

المكان الذي يعمل فيه الطبيب مجهزاً ومريحاً.	
الطاقم الطبي (المرضى) يحسنون التعامل معنا.	
لا أذهب عند طبيب آخر عند غياب الطبيب المعتاد حتى وأنا في حالة ألم.	التعلق العلاجي
في عائلتنا لدينا طبيباً واحداً نذهب إليه.	
ألتزم بالمواعيد التي يحددها الطبيب للفحص.	
أشعر بالراحة عندما تكون مدة الفحص طويلة	
ينتابني شعور بالخوف أن أفقد الطبيب الذي يفحص حالتي الصحية.	
لا أثق في طبيب آخر إلا الطبيب الخاص بي.	
أشعر بالراحة وزوال الألم عندما يسمع الطبيب إلى أدق التفاصيل التي أذكرها.	الإصغاء والتعاطف
أشعر بالراحة عندما يحاول الطبيب فهم حالتي الصحية وتشخيصها بعناية.	
يتركني الطبيب أعبر عن معاناتي دون أن يقاطعني.	
الطبيب الذي يعالجني يقدر معاناتي مع المرض.	
يحاول الطبيب أن يخفف معاناتي قدر الإمكان	
يتجاوب معي الطبيب خلال العملية العلاجية عندما أتفاعل معه حول تفاصيل المرض.	
أشعر بالإحباط عندما يحرمني الطبيب وأنا أشاركه الحديث حول تفاصيل المرض.	
أشعر بالأمان عندما أشارك الطبيب مخاوفي خلال الجلسة العلاجية أكثر من التحدث عن المرض.	
أفهم طبيعة المرض أكثر عندما يصيغه الطبيب	

<p>بطريقة مبسطة تتناسب مع استيعابي.</p>	<p>المعرفة الصحية للمريض</p>
<p>أشعر بالحرج عندما يحدثني الطبيب عن مرضي بمصطلحات علمية وبلغة أجنبية لا أفهمها.</p>	
<p>دائماً أبحث في الأنترنت عن أسباب المرض الذي أعاني منه.</p>	
<p>أشعر بغضب شديد اتجاه الطبيب عندما يخبرني بحقيقة المرض الذي أعاني منه.</p>	<p>الآليات الدفاعية</p>
<p>أشعر بالقلق عندما يصف لي الطبيب أعراضاً لا أشعر بها في جسمي. لا أصدق عندما أسمع من الطبيب أنني أعاني من مرض مزمن.</p>	
<p>عندما يشخص الطبيب مرضي أشكك في كفاءته وخبرته العلاجية.</p>	
<p>أشعر بالاطمئنان عندما يكون الطبيب أكبر مني سناً.</p>	
<p>أشعر بالاطمئنان عندما يكون الطبيب من الجنس الآخر.</p>	
<p>أشعر بالاهتمام عندما يحتني الطبيب على المشاركة في القرار العلاجي.</p>	<p>الانطباع نحو العلاج</p>
<p>أشعر بالإحباط عندما يصف لي الطبيب عدداً كبيراً من الأدوية.</p>	
<p>أخشى غضب الطبيب عندما لا أتمم الأدوية كما يصفها بالجرعات والمدة المعينة.</p>	
<p>انزعج عندما يصف لي الطبيب أدوية لها تأثيرات</p>	

جانبية.
في نظري الطبيب الكفاء هو الذي يقدم أدوية لها مفعولاً قوياً في مدة وجيزة.

### تصحيح المقياس:

#### ➤ تصحيح المقياس (نسخة الطبيب):

- تصح كل فقرة بإعطاء الدرجة من 1-5 للبدايل الخماسية، [دائماً (5)، غالباً (4)، أحياناً (3)، نادراً (2)، أبداً (1)].

- تم تحديد مستويات المقياس تبعاً لطريقة ليكرت الخماسية، حيث يتم حساب المتوسط الحسابي للمقياس لتحديد مستوياته الثنائية (حيث أن ارتفاع درجات المقياس دلالة على وجود علاقة جيدة بين الطبيب والمريض وانخفاض الدرجات مؤشر على ضعف العلاقة) بالعمليات الحسابية التالية:

(درجة أكبر بديل - درجة أقل بديل) ÷ عدد المستويات المطلوب.

$$\leftarrow (5 - 1) \div 2 = 2.$$

وعند ضرب عدد البنود في قيم المتوسطات للمستويين يتم تحديد مستوى الدرجات. والجدول التالية توضح مستويات المقياس وفق كل من المتوسط الحسابي وكذا الدرجات:

#### جدول رقم (26): مستويات المقياس وفقاً للمتوسط الحسابي.

المتوسط الحسابي	المستوى
03-01	علاقة ضعيفة
05-03	علاقة جيدة

#### جدول رقم (27): مستويات المقياس وفقاً للدرجات.

الدرجات	المستوى
---------	---------



علاقة ضعيفة	75-25
علاقة جيدة	125-76

### ➤ تصحيح المقياس (نسخة المريض):

تصحح كل فقرة بإعطاء الدرجة من 1-5 للبدايل الخماسية، [دائماً (5)، غالباً (4)، أحياناً (3)، ناذراً (2)، أبداً (1)].

تم تحديد مستويات المقياس تبعاً لطريقة ليكرت الخماسية، حيث يتم حساب المتوسط الحسابي للمقياس لتحديد مستوياته الثنائية (حيث أن ارتفاع درجات المقياس دلالة على وجود علاقة جيدة بين الطبيب والمريض وانخفاض الدرجات مؤشر على ضعف العلاقة) بالعمليات الحسابية التالية:

$$(درجة أكبر بديل - درجة أقل بديل) \div عدد المستويات المطلوب. \leftarrow (5 - 1) \div 2 = 2.$$

وعند ضرب عدد البنود في قيم المتوسطات للمستويين يتم تحديد مستوى الدرجات. والجدول التالية توضح مستويات المقياس وفق كل من المتوسط الحسابي وكذا الدرجات:

### جدول رقم (28): مستويات المقياس وفقاً للمتوسط الحسابي.

المتوسط الحسابي	المستوى
03-01	علاقة ضعيفة
05-03	علاقة جيدة

### جدول رقم (29): مستويات المقياس وفقاً للدرجات.

الدرجات	المستوى
96-32	علاقة ضعيفة

علاقة جيدة	160-97
------------	--------

• ملخص المقابلات مع حالات الدراسة الاستطلاعية:

جدول (30): ملخص مقابلات الدراسة الاستطلاعية (أطباء)

الحالة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	مكان المقابلة
ب.ي ذكر 30 سنة	2025/02/12	30 دقيقة	-التعريف بموضوع الدراسة.	عيادة طبيب خاص بولاية سعيدة
ز.م ذكر 45 سنة	2025/02/19	30 دقيقة	-التأكيد على سرية المعلومات وأن المشاركة في البحث العلمي تتم دون ذكر الأسماء.	العيادة متعددة الخدمات ويس لخضر
ج.م ذكر 48 سنة	2025/02/19	30 دقيقة	-جمع البيانات الأولية عن الحالة. -الاتفاق على برنامج	عيادة طبيب خاص ببلدية عين الحجر ولاية سعيدة
د.ش أنثى 42 سنة	2025/03/11	20 دقيقة	زماني للقيام بالمقابلات في الدراسة الأساسية.	العيادة متعددة الخدمات ويس لخضر

جدول (31): ملخص مقابلات الدراسة الاستطلاعية (مرضى)

الحالة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة	مكان المقابلة
م.ل أنثى	2025/02/19	20 دقيقة	-التعريف بموضوع الدراسة. -التأكيد على سرية المعلومات	عيادة متعددة الخدمات بولاية

سعيدة	وأن المشاركة في البحث العلمي تتم دون ذكر الأسماء.			36 سنة
عيادة طبيب خاص بولاية سعيدة	- جمع البيانات الأولية عن الحالة. - الاتفاق على برنامج زمني للقيام بالمقابلات في الدراسة الأساسية.	15 دقيقة	2025/02/13	ع.س أنثى 22 سنة

#### 1-4: نتائج الدراسة الاستطلاعية:

تمثلت نتائج الدراسة الاستطلاعية (أطباء ومرضى) فيما يلي:

- تحديد المكان الذي ستجرى فيه الدراسة الأساسية وهو:
  - العيادة متعددة الخدمات بولاية سعيدة.
  - عيادة خاصة لطب الأسنان بولاية سعيدة.
- التأكد من صلاحية مقياس العلاقة طبيب-مريض على حالات الدراسة.
- اختيار حالتين من الأطباء وحالتين من المرضى استوفت الشروط وقبلت المشاركة في الدراسة مع استبعاد حالتين من الأطباء.
- عقد اتفاق مع حالات الدراسة لما ستتضمنه الدراسة الأساسية.

#### 2- الدراسة الأساسية:

##### 1-2: ميدان ومدة الدراسة الأساسية:

##### 1-1-2- ميدان الدراسة الأساسية:

تم إجراء الدراسة الأساسية في نفس المكان الذي أجريت فيه الدراسة الاستطلاعية، أي العيادة متعددة الخدمات والعيادة الخاصة بولاية سعيدة، مع إلغاء عيادة الطبيب الخاص ببلدية عين الحجر.

## 2-1-2- مدة الدراسة الأساسية:

بدأت الدراسة الأساسية منذ المقابلة الأولى مع الحالتين الأولى والثانية (أطباء) بتاريخ 2025/04/06 وانتهت بتاريخ 2025/05/15.

## 2-2: حالات الدراسة الأساسية:

- أولاً، تكونت عينة الدراسة الكمية من 30 طبيب و56 مريض، وهذا للحصول على نتائج كمية.

- ثانياً، تمثلت حالات الدراسة الكيفية في أربع حالات على شكل ثنائية طبيب-مريض استوفوا الشروط اللازمة، وتم الاتفاق معهم على المشاركة في الدراسة، إذ تتراوح أعمارهم بين 22 سنة و45 سنة، من جنس مذكر بالنسبة للأطباء، وجنس مؤنث بالنسبة للمرضى.

## مواصفات عينة الدراسة الكمية:

جدول رقم (32): مواصفات عينة الدراسة (الطبيب).

السن	36-30	66,7%	الجنس	ذكور	30%
	43-36	13,3%		إناث	70%
	49-43	13,3%	الحالة	مرتبط	43,3%
	56-50	3,3%	الاجتماعية	غير مرتبط	56,7%
	57 وأكثر	3,3%	طبيعة العمل	عمومي	70%
سنوات الخبرة	10-5 سنوات	73,3%		خاص	30%
	15-11 سنة	16,7%	التخصص	عام	66,7%
	16 سنة وأكثر	10%	العلمي	مختص	33,3%

جدول رقم (33): مواصفات عينة الدراسة (المريض).

الجنس	ذكور	19,6%	طبيعة	مزمّن	23,2%
	إناث	80,4%	المرض	غير مزمّن	76,8%
السن	26-20	39,3%	المستوى	جامعي	80,4%
	33-27	33,3%	التعليمي	دون البكالوريا	19,6%
	40-34	10,7%	سنوات	5-1 سنوات	76,8%
	46-41	1,8%	المرض	10-6 سنوات	12,5%
	53-47	7,1%		11 سنة وأكثر	10,7%
	54 وأكثر	7,1%	الحالة	مرتبط	30,4%
			الاجتماعية	غير مرتبط	69,6%

جدول (34) خصائص حالات الدراسة الكيفية

الأطباء							
الرقم	اسم الحالة	الجنس	السن	قطاع العمل	طبيعة العمل	منطقة العمل	سنوات العمل
01	ز.م	ذكر	45 سنة	عمومي	طبيب مختص	شبه حضرية	17 سنة
02	ب.ي	ذكر	30 سنة	خاص	طبيب مختص	حضرية	7 سنوات
المرضى							
الرقم	اسم الحالة	الجنس	السن	المستوى التعليمي	الدخل الاقتصادي	طبيعة المرض	سنوات المرض
03	م.ل	أنثى	37 سنة	جامعي	جيد	مزمّن	9 سنوات
04	ع.س	أنثى	22 سنة	جامعي	جيد	غير مزمّن	1 سنة

2-3: منهج وأدوات الدراسة الأساسية:

### 2-3-1: منهج الدراسة:

إن اختيار المنهج من أهم الخطوات التي يجب أن يلتزم بها الباحث في بناء دراسته على أن يتوافق المنهج مع طبيعة الدراسة وخصائصها، حيث يعرف على أنه الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة ظاهرة أو مشكلة وتهدف إلى جمع بيانات وتحليلها تحليلًا علميًا منهجيًا يتم من خلاله الإجابة عن التساؤلات التي يثيرها موضوع الدراسة.

وترتكز دراستنا الحالية على المنهج الوصفي بنوعيه الكمي المتمثل في الارتباطي والكيفي المتمثل في دراسة حالة كالتالي:

- **المنهج الوصفي:** وهو الأسلوب الذي يقوم على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع من خلال وصفها وصفا دقيقا يقوم على مجموعة من الإجراءات البحثية المتكاملة ليعبر عن نتائجها كميا من خلال دلالات رقمية، أو كيفيا من خلال توضيح خصائص الظاهرة المدروسة، حيث يسمح المنهج الوصفي للوصول إلى استنتاجات وتعميمات تساهم في تفسير الظاهرة بما يخدم موضوع الدراسة (المشهداني، 2018، ص125-126).

وتم الاعتماد على المنهج الوصفي في دراستنا من أجل وصف العلاقة طبيب- مريض وصفا دقيقا كما هي في الواقع، ومعرفة المتغيرات التي تؤثر عليها إيجابا أو سلبا، وكذا تأثير هذه العلاقة في حد ذاتها على العلاقة العلاجية وتحسن صحة المريض.

### 2-3-2: أدوات الدراسة:

#### • الملاحظة:

اعتمدنا في دراسة الحالات على الملاحظة المباشرة من خلال توجيه كل الحواس نحو الحالة بهدف جمع كل ما يحدث من تغيرات لفظية وغير لفظية، وكذا السلوكيات والانفعالات وطريقة التفاعل.

#### • المقابلة:

تم الاعتماد على المقابلة نصف الموجهة من خلال اتباع دليل مقابلة يتوافق مع طبيعة موضوع الدراسة، وحتى نسمح للحالات بالحديث والتفاعل بأريحية، حيث تم تقسيم المقابلات إلى محاور كالتالي:

- بالنسبة للأطباء:

المحور الأول: بناء الثقة مع الطبيب وجمع المعلومات الأولية عن الحالة.

المحور الثاني: تاريخ الحالة الشخصي والمهني.

المحور الثالث: العلاقة مع المريض.

- بالنسبة للمرضى:

المحور الأول: بناء الثقة مع المريض وجمع المعلومات الأولية عن الحالة.

المحور الثاني: تاريخ الحالة الشخصي والتاريخ المرضي.

المحور الثالث: العلاقة مع الطبيب.

ويتمثل ملخص مقابلات الدراسة الأساسية مع الحالات كالتالي:

جدول(35): ملخص مقابلات الدراسة الأساسية

المقابلة	الحالة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	أهداف المقابلة	مكان المقابلات
الأولى	ز.م (طبيب)	2025/04/06	40 دقيقة	- جمع معلومات وبيانات حول تاريخ الحالة بالإضافة إلى التاريخ المرضى بالنسبة للمرضى	عيادة متعددة الخدمات
	ب.ي (طبيب)	2025/04/06	40 دقيقة		عيادة الطبيب الخاصة
	م.ل	2025/04/07	35 دقيقة		عيادة متعددة

الخدمات				(مريضة)	
عيادة الطبيب الخاصة		40 دقيقة	2025/04/07	ع.س (مريضة)	
عيادة متعددة الخدمات	- جمع معلومات حول طبيعة التفاعلات في	30 دقيقة	2025/04/10	ز.م (طبيب)	الثانية
عيادة الطبيب الخاصة	الوسط المهني وتأثيرها على أداء الطبيب	40 دقيقة	2025/04/09	ب.ي (طبيب)	
عيادة متعددة الخدمات	التعرف على معاش الحالة مع المرض وتجربتها مع	45 دقيقة	2025/04/10	م.ل (مريضة)	
عيادة الطبيب الخاصة	سنوات المرض	45 دقيقة	2025/04/09	ع.س (مريضة)	
عيادة متعددة الخدمات	- التعمق في طبيعة تفاعل الطبيب مع مرضاه	40 دقيقة	2025/04/15	ز.م (طبيب)	الثالثة
عيادة الطبيب الخاصة	والعوامل التي تتأثر بها العلاقة	45 دقيقة	2025/04/15	ب.ي (طبيب)	
عيادة متعددة الخدمات	- التعمق في طبيعة علاقة المريض مع طبيبه	50 دقيقة	2025/04/15	م.ل (مريضة)	
عيادة الطبيب الخاصة	والعوامل التي تؤثر على هذه العلاقة وعلى تحسن صحة المريض	40 دقيقة	2025/04/17	ع.س (مريضة)	
عيادة متعددة الخدمات	- التعمق في طبيعة تفاعل الطبيب مع	50 دقيقة	2025/04/22	ز.م (طبيب)	



	مرضاه والعوامل التي تتأثر بها العلاقة				
عيادة الطبيب الخاصة	- تطبيق مقياس الدراسة	60 دقيقة	2025/04/24	ب.ي (طبيب)	الرابعة
عيادة متعددة الخدمات	- التعمق في طبيعة علاقة المريض مع طبيبها والعوامل التي	55 دقيقة	2025/04/27	م.ل (مريضة)	
عيادة الطبيب الخاصة	تؤثر على هذه العلاقة وعلى تحسن صحة المريض - تطبيق مقياس الدراسة	45 دقيقة	2025/05/06	ع.س (مريضة)	

• المقاييس النفسية:

من أجل تدعيم دراستنا والوصول إلى نتائج دقيقة، قمنا بتصميم مقياس يدرس العلاقة بين الطبيب والمريض والذي سبق أن أشرنا إليه في الدراسة الاستطلاعية، إذ يتكون المقياس من نسختين ( نسخة خاصة بالطبيب صممناها باللغة الفرنسية تماشياً مع اللغة التي يتعامل بها الأطباء وحتى تكون المصطلحات العلمية ضمن مجال تخصصهم، ونسخة خاصة بالمريض باللغة العربية) حيث تضم كل نسخة ستة أبعاد، بينما عدد الفقرات في نسخة الطبيب 25 فقرة، وفي نسخة المريض 32 فقرة يتم الإجابة عنها وفق خمسة بدائل ( دائماً- غالباً- أحياناً- نادراً- أبداً)، تم تطبيقه على عينة الدراسة الكمية المتمثلة في 30 طبيب و56 مريض، إضافة إلى حالات الدراسة الكيفية الأربعة، وذلك بهدف معرفة مدى تأثير العلاقة بين الطبيب والمريض على العلاقة العلاجية.

### 2-3-3: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الارتباط بيرسون، اختبارات لمجموعتين مستقلتين، تحليل التباين الأحادي. وتمت المعالجة الإحصائية للبيانات من خلال البرنامج الإحصائي Spss23.

### **خلاصة الفصل:**

بعد إتمام هذا الفصل، يمكننا القول أنه تم التعرف على الإجراءات التطبيقية التي قمنا باتباعها في دراستنا الحالية، انطلاقاً من تحديد الهدف الذي رمت إليه الدراسة الاستطلاعية، ضبط حدود الدراسة بكل أبعادها (البشرية، المكانية والزمانية)، بناء أداة الدراسة والتي تمثلت في مقياس العلاقة طبيب-مريض بنسختين الأولى للأطباء والثانية للمرضى القائم على عدة نظريات، وكذا مساهمات الدراسات السابقة والإطار النظري الذي أشرنا إليه في الفصل الأول، حيث تم التأكد من صدق الأداة وثباتها للخروج بنتائج كانت منطلقاً للدراسة الأساسية، والتي تم من خلالها تحديد الإطار الزمني والمكاني للدراسة، وضع ملخص لحالات الدراسة الأساسية، توضيح المنهج المتبع في الدراسة مع الأدوات في شكلها النهائي، وفي الأخير تسليط الضوء على الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة فرضيات الدراسة.

# الفصل الثالث

## عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد:

1- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الكمية.

1-1- فرضيات الارتباط.

1-2- فرضيات الفروق.

1-3- الفرضية العامة.

2- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الكيفية.

2-1- عرض نتائج حالات الدراسة.

2-1-1- عرض نتائج العلاقة الأولى (طبيب-مريضة).

2-1-2- عرض نتائج العلاقة الثانية (طبيب-مريضة).

2-2- مناقشة نتائج الدراسة الكيفية.

## تمهيد:

سيتم في هذا الفصل التطرق إلى عرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها مع عينة الدراسة انطلاقاً من نتائج الدراسة الكمية باختيار عينة من الأطباء وأخرى من المرضى بولاية سعيدة، والتي تم تطبيق مقياس العلاقة طبيب-مريض عليها والوصول إلى نتائج الفرضيات من خلال تفريغ المقياس باستعمال الأساليب الإحصائية المناسبة، وكذا عرض نتائج المقابلات التي قمنا بها مع كل من الأطباء وكذلك المرضى الذين يتابعون لديهم بغرض تحليل طبيعة العلاقة وديناميكيته بين كل من طرفي العلاقة، حيث قمنا بتطبيق مقياس العلاقة طبيب-مريض بنسخته على حالات الدراسة، ثم مناقشة نتائج الدراسة الكيفية في ضوء ما تناولناه في الإطار النظري والدراسات السابقة بهدف إعطاء تفسير ذو دلالة علمية لها.

### 1- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الكمية:

سيتم فيما يلي عرض فرضيات الدراسة الكمية مرتبة (فرضيات الارتباط ثم الفروق) متبوعة بالمناقشة الخاصة بكل فرضية.

- عرض نتائج الفرضية الأولى التي تنص على ما يلي: "توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض":

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام الأسلوب الإحصائي المتمثل في اختبار بيرسون، والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (36): معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض.

المتغير المقاس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقة طبيب-مريض	0,26	غير دال

يتضح من خلال الجدول أعلاه أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض، حيث أن قيمة معامل الارتباط (0,26) غير دالة إحصائياً.

نرجع عدم وجود علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض إلى عوامل تتحكم في هذه العلاقة تحددها إما خصائص الطبيب أو خصائص المريض أو كلاهما، فنتائج الفرضية لا تدل على عدم وجود علاقة فعلية قائمة وإنما من خلال نتائج الفرضيات التي تعزى إلى متغيرات تدل على ضعف في تفعيل هذه الأبعاد، ونقص في إدراكها من طرف كل من الطبيب والمريض، وهذا ما سيتم توضيحه أكثر من خلال نتائج الفرضيات اللاحقة.

### 1-1: فرضيات الارتباط:

- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية التي تنص على ما يلي: " توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الاستقبال والتحالف العلاجي":  
لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام الأسلوب الإحصائي المتمثل في اختبار بيرسون، والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (37): معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (الاستقبال والتحالف العلاجي).

المتغير المقاس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقة طبيب-مريض (الاستقبال والتحالف العلاجي)	0.009	غير دال

يتضح من خلال الجدول أعلاه أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض، حيث أن قيمة معامل الارتباط (0,09) غير دالة إحصائياً.

حيث ترجع الباحثة عدم وجود علاقة في الاستقبال والتحالف العلاجي إلى كثرة الضغوط التي يتلقاها الطبيب وتؤثر على تنظيم عمله سواء هو أو معاونوه (الممرض أو الطاقم الطبي ...)، حيث يغفل عن هذا الجانب والذي ينعكس لدى المريض على أن الطبيب لم يولي له اهتماماً، ولم يعطيه الوقت الكافي للاستشارة الطبية، إذ تتفق النتائج المتوصل إليها في دراسة (Kouidri,2021) مع نتائج الفرضية الحالية حول أن الطبيب في

المستشفى تتحكم فيه ظروف مادية، مكانية وزمانية خارجة عن نطاقه تجعله لا يستجيب لكل انتظارات وتوقعات المريض ، إضافة إلى أن التحالف العلاجي قد يبنى تدريجياً على مدار الجلسات العلاجية ولا يكون بالضرورة من خلال اللقاء الأول مع الطبيب، ويعود هذا إلى أن التحالف العلاجي لا يعتمد على تقنية معينة يمكن استعمالها من طرف المعالج وإنما يختلف من طبيب إلى آخر حسب مهارات وكفاءة كل طبيب (Zicha-Mano & Al, 2019, p3).

- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة التي تنص على ما يلي: "توجد علاقة

ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الإصغاء والتحالف":

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام الأسلوب الإحصائي المتمثل في اختبار بيرسون، والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (38): معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (الإصغاء والتعاطف)

المتغير المقاس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقة طبيب-مريض (الإصغاء والتعاطف)	0.10	غير دال

يتضح من خلال الجدول أعلاه أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض، حيث أن قيمة معامل الارتباط (0,10) غير دالة إحصائياً.

حسب ما ورد في النظرية المتمركزة حول المريض، يرى ستوارت (Stewart) أن الممارسة الجيدة للطبيب تعتمد على إمكانية الطبيب الإجابة عن أسئلة يعتمدها كقاعدة خلال المقابلات مع المريض، ومن بين هذه الأسئلة هي الأدوات التي يمكن للطبيب استخدامها حتى يتبنى موقف الإصغاء الفعال، وما الذي يجب معرفته حول المريض حتى يمكن أن يقدم له أفضل رعاية صحية (In : Gocko & Al, 2017, p1-2)، ويمكن تفسير ذلك أيضاً بمشكلات الاتصال التي طرحها (جوناثان وآخرون، 2009، ص36) في مؤلفه

حول مهارات الاتصال بالمرضى، حيث استشهد بدراسات توصلت إلى أن نصف زيارات المرضى لم يتفق فيها الطبيب ومريضه على سبب المعاناة الرئيسي أو طبيعته، وأن نسبة الاهتمام بالجانب النفسي للمريض لا تتجاوز 6% حيث يولي الطبيب الاهتمام إلى الجانب العضوي فقط، وأن غالباً الطبيب يقاطع المريض خلال 18 ثانية الأولى من سرده للأعراض، في ذات السياق ترجع الباحثة عدم وجود علاقة في الإصغاء والتحالف العلاجي إلى طبيعة العمل في القطاع العمومي، حيث عدد المرضى في القطاع العمومي مرتفع مقارنة بالقطاع الخاص مما يجعل الطبيب لا يعطي لكل مريض حقه في الإصغاء الفعال والتعاطف.

- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة التي تنص على ما يلي: "توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير المعرفة الصحية للمريض وكفاءة الطبيب":

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام الأسلوب الإحصائي المتمثل في اختبار بيرسون، والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (39): معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (المعرفة الصحية وكفاءة الطبيب).

المتغير المقاس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقة طبيب-مريض (المعرفة الصحية للمريض وكفاءة الطبيب)	0.23	غير دال

يتضح من خلال الجدول أعلاه أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض، حيث أن قيمة معامل الارتباط (0,23) غير دالة إحصائياً.

ترجع الباحثة عدم وجود علاقة ارتباطية في المعرفة الصحية للمريض وكفاءة الطبيب إلى أن وعي المريض الصحي ومعرفته بالمرض ليس عاملاً مباشراً لتقييم كفاءة الطبيب، وإنما تتحكم في هذا البعد عوامل أخرى تختلف من مريض إلى آخر حسب احتياجاته وخبراته المرضية السابقة وتصوراتهِ حول الطبيب، حيث يؤكد ذلك الباحث ليفنتال (Leventhal) بشأن تصورات المرضى عن حالتهم الصحية وإدراكهم للمرض هو الذي يحدد طبيعة التفاعل مع الطبيب وبالتالي تقييم كفاءته (ورد في: بقر وخلفي، 2022، ص303-304).

- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة التي تنص على ما يلي: "توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الآليات الدفاعية":

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام الأسلوب الإحصائي المتمثل في اختبار بيرسون، والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (40): معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (الآليات الدفاعية).

المتغير المقاس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقة طبيب-مريض (الآليات الدفاعية)	0,11	غير دال

يتضح من خلال الجدول أعلاه أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض، حيث أن قيمة معامل الارتباط (0,11) غير دالة إحصائياً.

حسب ما جاء به بالننت (Michael Balint) حول مهارة الطبيب في إدارة الآليات الدفاعية التي تصدر عن المريض والتي يتحكم فيها مدى انخراط الطبيب في الحياة العاطفية لمريضه، وكذا الجو العلائقي خلال العملية العلاجية، وشخصية الطبيب والظواهر



التي تحدد سلوكه مع المرضى أي مواقفه وردود أفعاله وقيمه ومبادئه وأخلاقه (Benaroch, 2017, p52)، فهي عوامل يحددها الإصغاء الفعال والتعاطف الذي تطرقنا إليه في الفرضية الثالثة، وبالتالي عدم وجود علاقة ارتباطية في الآليات الدفاعية نرجعه إلى التفاعل السطحي الذي يصدر من الطبيب والذي يجعله يغفل عن الآليات الدفاعية الموجهة إليه من طرف المريض إذ يتعامل معها على نحو آخر يفسره حسب تفكيره وطبيعة التفاعل الذي يفضلها خلال العلاقة العلاجية.

- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة التي تنص على ما يلي: "توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير التعلق العلاجي":

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام الأسلوب الإحصائي المتمثل في اختبار بيرسون، والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (41): معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (التعلق العلاجي).

المتغير المقاس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقة طبيب-مريض (التعلق العلاجي)	0.29	غير دال

يتضح من خلال الجدول أعلاه أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض، حيث أن قيمة معامل الارتباط (0,29) غير دالة إحصائياً.

ترجع الباحثة عدم وجود علاقة ارتباطية في التعلق إلى إغفال الطبيب هذا الجانب، حيث يفسر تعلق المريض بأسباب أخرى تعود غالباً إلى حساسية المريض حول الوضعية المرضية ومحاولة الحصول على نتائج شفاءية مستعجلة، تدفع بالطبيب في التشكيك في معارفه وإمكانياته العلمية حسب ما ورد في (Husung, 2018) حول ما جاءت به نظرية

التعلق، فالأمر يعود في هذا الجانب إلى الطبيب الذي يتعين عليه معرفة تسيير أنماط التعلق وإدراكها.

- عرض نتائج الفرضية السابعة التي تنص على ما يلي: "توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض في متغير الانطباع نحو العلاج".

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام الأسلوب الإحصائي المتمثل في اختبار بيرسون، والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (42): معامل الارتباط بين العلاقة طبيب-مريض (الانطباع نحو العلاج).

المتغير المقاس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقة طبيب-مريض (الانطباع نحو العلاج)	0.22	غير دال

يتضح من خلال الجدول أعلاه أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب-مريض، حيث أن قيمة معامل الارتباط (0,22) غير دالة إحصائياً.

حسب ما توصلت إليه نتائج دراسة (بن مغنية، 2017) ودراسة (Kouidri, 2021)، فإن الانطباع نحو العلاج تتحكم فيه تصورات المريض حول الطبيب من جهة، وبناء الثقة الذي يعتبر شرطاً أساسياً في العلاقة العلاجية، إذ ترجع الباحثة عدم وجود علاقة ارتباطية في الانطباع نحو العلاج إلى الخبرات السابقة مع الأطباء والأعراض الجانبية للأدوية وفعالية العلاج المرتبطة بمدة معينة يعتبرها الطبيب إيجابية أو سلبية.

## 1-2: فرضيات الفروق:

- عرض نتائج الفرضية الثامنة والتي تسلم بأنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى طبيعة عمل الطبيب":

لاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (43): الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لطبيعة عمل الطبيب.

متغير العلاقة طبيب-مريض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
طبيعة العمل	96,71	12,19	28	0,49	غير دال
	99,11	12,23			
عمومي					
خاص					

من خلال الجدول أعلاه يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى طبيعة عمل الطبيب.

من خلال مناقشة نتائج الدراسة الكيفية، توضح أن هناك تناقض بين ما توصلنا إليه في نتيجة هذه الفرضية التي تثبت أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى طبيعة عمل الطبيب، وبين ما صرحت به حالات الدراسة الكيفية والتي تتفق معها نتائج الدراسة السابقة لـ (Kouidri,2021) التي أثبتت أن طبيعة عمل الطبيب بين القطاع العمومي والقطاع الخاص تصنع فرقا واضحا في طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض، وندعم ذلك بتصريح المريضة (م.ل) التي عبرت عن انزعاجها من عدم تسخير طبيبها الوقت الكافي للجلسة العلاجية مع الإشارة إلى أن الطبيب الذي تتابع لديه في القطاع العمومي، بينما لاحظنا الفرق في طبيعة العلاقة بين طبيب الأسنان في القطاع الخاص ورضا مريضته التي تتابع لديه.

- عرض نتائج الفرضية التاسعة والتي تسلم بأنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى خبرة الطبيب".

لاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي One way Anova، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (44): الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لخبرة الطبيب.

متغير العلاقة طبيب-مريض	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	Sig
خبرة الطبيب	بين المجموعات	854,04	2	427,02	3,44	0,04
	داخل المجموعات	3351,31	27	124,12		
	المجموع الكلي	4205,36	29			

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة "ف" بلغت 3,44 وهي قيمة دالة عند 0,04، وبعد المعالجة بواسطة اختبار LSD اتضح أن هناك فرق بين مجموعتين: الأولى الخاصة بالخبرة المحددة من 05 إلى 10 سنوات والثانية خاصة بالخبرة المحددة من 11 إلى 15 سنة لصالح المجموعة الثانية، أي سنوات الخبرة من 10 إلى 15 سنوات، حيث بلغ المتوسط الحسابي 14,40 عند مستوى الدلالة 0,01، وبالتالي يمكن القول إن المجموعة الثانية (سنوات الخبرة من 10 إلى 15 سنة) هي التي لها أثر في إحداث فروق في العلاقة طبيب-مريض.

تتفق نتائج دراسة (Fuhrer & Al, 2024) مع نتائج فرضية دراستنا والتي توصلت إلى أن خبرة الطبيب تخلق فرقاً واضحاً في طبيعة العلاقة طبيب-مريض، حيث توصلت نتائج الدراسة السابقة إلى أن سنوات الخبرة لدى الطبيب تجعله يتميز بالأصالة (authenticity) في تعامله مع المرضى، واتفقت في ذات السياق النتائج الكيفية التي توصلنا إليها في دراستنا من خلال المقابلات مع الحالات سواء أطباء أو مرضى حول تأثير

سنوات الخبرة في التعامل والتفاعل مع المريض، حيث أكد الطبيب (ز.م) أن المريض لا يضع الثقة أبداً في الطبيب ويبقى دائماً في حالة شك وغالبا الثقة يبنها المريض من خلال آراء الناس عن الطبيب حيث قال: "لازم الطبيب يكون عنده اللسان حلو باش يكتسب ثقة المرضى"، وأضاف أن تعامله مع المرضى خلال سنواته الأولى في العمل اختلف كثيرا عن تعامله مع المرضى الآن، لأنه أصبح يتعرف على شخصيات المرضى ويكيف تعامله حسب كل مريض، ويصرح أنه ارتكب أخطاء خلال تعامله مع المرضى في السنوات الأولى من العمل.

- عرض نتائج الفرضية العاشرة والتي تسلم بأنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى تخصص الطبيب":

لاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (45): الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لتخصص الطبيب.

متغير العلاقة طبيب-مريض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
تخصص الطبيب	عام	97,50	13,84	0,04	غير دال
	خاص	97,30	7,90		

من خلال الجدول أعلاه يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى تخصص الطبيب.

ترجع الباحثة هذه النتائج إلى أن الطبيب الذي يتمتع بالمهارات اللازمة في التعامل مع المرضى لا تختلف بين الطبيب العام والمختص، حيث تدعم ذلك المواد التي تنص على واجبات الطبيب نحو مرضاه في المدونة الأخلاقية التي تخاطب الطبيب دون التمييز بين

العام والخاص، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن المريض الذي يكون في حالة معاناة وألم لا يبحث في تخصص الطبيب بل في فعالية الدواء والعلاج الذي يصفه له مهما كانت صفة هذا الطبيب، وما يدعم هذا تصريح المريضين التي تولي أهمية لسرعة الشفاء والتخلص من المرض دون البحث في سمات خاصة بالطبيب وأن التوجه إلى الطبيب الخاص هو اختيار نتيجة أن المرض ضمن أولويات اختصاص هذا الطبيب.

- عرض نتائج الفرضية الحادي عشر والتي تسلم بأنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى طبيعة المرض لدى المريض":

لاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (46): الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لطبيعة المرض لدى المريض.

متغير العلاقة طبيب-مريض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
طبيعة المرض لدى المريض	111,61	11,91	54	0,73	غير دال
مزمّن	114,76	13,90			
غير مزمّن					

من خلال الجدول أعلاه يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى طبيعة المرض لدى المريض.

ترجع الباحثة عدم وجود فروق دالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى طبيعة المرض لدى المريض إلى التزام الأطباء بأخلاقية المهنة واعتبار المريض بغض النظر عن نوع مرضه إنسان يحتاج إلى المساعدة والرعاية الصحية اللازمة، حيث يستمد هذا الالتزام جذوره منذ قسّم أبوقراط (Hippocrates) الذي يفرض على الطبيب مصلحة المريض أولاً وأن يحافظ على كرامته واحترامه مهما كانت مكانته (Halioua, 2009. p70-).

(72)، وأن المرض مهما كانت طبيعته سيجعل من المريض في حالة من المعاناة أو سوء تكيف مع الوضعية المرضية التي يحتاج من خلالها إلى تعاطف الطبيب معه واحتوائه.

- عرض نتائج الفرضية الثانية عشر والتي تسلم بأنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى سنوات المرض":

لاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي One way Anova، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (47): الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لسنوات المرض.

متغير العلاقة طبيب-مريض	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	Sig
سنوات المرض	بين المجموعات	137,81	2	86,91	0,47	غير دال
	داخل المجموعات	9754,10	53	184,04		
	المجموع الكلي	9927,92	55			

من خلال الجدول أعلاه يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى سنوات المرض.

من خلال هذه النتيجة، نرجع عدم وجود فروق دالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى سنوات المرض إلى جودة الاتصال بين الطبيب والمريض، حيث يتفق ما طرحه باتسون (Bateson) حول ضرورة اتباع الطبيب مبدأ التغذية الراجعة حتى يتمكن من بناء علاقة تكاملية مع مريضه يصل من خلالها إلى فهم احتياجات المريض، وتدعم هذه النتيجة تصريح المريضة في الدراسة الكيفية التي بالرغم من متابعتها عند نفس الطبيب منذ 10 سنوات إلا أنها تجد صعوبة في التواصل مع الطبيب الذي لا يمنحها الفرصة للتعبير عن احتياجاتها.

- عرض نتائج الفرضية الثالثة عشر والتي تسلم بأنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى المستوى التعليمي للمريض":

ولاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبارات لمجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (48): الفروق في العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً للمستوى التعليمي للمريض.

متغير العلاقة طبيب-مريض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي للمريض	112,68	14,26	54	1,53	غير دال
جامعي	119,54	7,47			
دون البكالوريا					

من خلال الجدول أعلاه يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى المستوى التعليمي للمريض.

توصلت نتائج دراسة (Rademakers & Al, 2012) حول التفاوتات في المستويات التعليمية في الرعاية التي تركز على المريض على أن المستوى التعليمي للمريض لم يكن له تأثير على تجاربهم خلال العلاج الذي يركز على المريض، وهذا يتفق مع نتائج الفرضية التي تنص على عدم وجود فروق دالة إحصائية في العلاقة بين الطبيب والمريض تعزى إلى المستوى التعليمي للمريض، ويدعم هذا نظرية كارل روجرز (Carl Rogers) حول العلاج المتمركز على العميل وكذا المدونة الأخلاقية التي تنص على ضرورة الاهتمام بالمريض كإنسان دون الاعتماد على مكانته أو مستواه.

## 2- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الكيفية:

### 2-1: عرض نتائج حالات الدراسة:



## 2-1-1: عرض نتائج العلاقة الأولى (طبيب-مريضة):

فيما يلي سنتطرق إلى عرض علاقة طبيب-مريضة من خلال عرض حالتين، الأولى طبيب والثانية مريضة تتابع باستمرار لديه:

### ✓ عرض الحالة الأولى (طبيب):

#### البيانات الأولية:

- الاسم: ز.م.
- الجنس: ذكر.
- السن : 45 سنة.
- الترتيب في الأسرة: 1.
- الحالة المدنية: متزوج.
- قطاع العمل: مؤسسة استشفائية عمومية.
- منطقة العمل: شبه حضرية.
- طبيعة العمل: طبيب مختص.
- سنوات العمل: 17 سنة.

#### السميائية العامة للحالة:

ونقصد بها ما تتصف به الحالة انطلاقا من المظهر الخارجي العام وكذا السلوكات التي تصدر منها، نشاطها العقلي، وأخيرا طبيعة تفاعلها الاجتماعي.

ومن خلال الملاحظة، استخرجنا النتائج التالية:

- المظهر الخارجي للحالة، ويستدل عليه بـ:

- اللباس: نظيف ومرتب، يضع فوقه المئزر الذي كان نظيف أيضا، تاركا أزراره مفتوحة.

- ملامح الوجه: حماس، ابتسامة دائمة.

- السلوك والانفعال: كانت الحالة تعبر عن استعجالها من خلال حركاتها وإيماءاتها، ويرجع هذا إلى كون المقابلات كانت غالبا في الساعة الأخيرة من العمل أي موعد خروج الطبيب من العيادة.

• النشاط العقلي، ويستدل عليه بـ:

- اللغة: لغة الحالة واضحة ومفهومة، مزيج بين اللغة العربية واللغة الفرنسية التي كان يستعملها الحالة عند التطرق إلى المصطلحات العلمية.

- محتوى التفكير: تعبير غني، ويرجع هذا إلى مستواه التعليمي وطبيعة عمله.

### الظروف الفيزيائية للعمل:

يتواجد مكتب الطبيب داخل مصلحة الأمراض المزمنة والأمراض المعدية في عيادة متعددة الخدمات، حيث يتجهز المكتب بالوسائل اللازمة والضرورية للقيام بالاستشارات العلاجية، إذ يتوفر فيه مكتب الطبيب بحجم متوسط، كرسيين للمريض ومرافقه إذا وجد، خزانة تجمع الملفات، جهاز حاسوب وسرير يتم فيه فحص المرضى، إضافة إلى لوحة لقياس النظر معلقة على الحائط مقابل مكتب الطبيب، ومن خلال ملاحظتنا للمكتب والتواجد أثناء فحص أحد المرضى فإن مكتب الطبيب يلبي الحاجيات الأساسية للمريض، هذا من جهة، أما بالنسبة لقاعة الانتظار هي عبارة عن رواق يربط بين مكاتب المصلحة، وضعت فيه ثلاثة كراسي للمرضى، ومن خلال ما لاحظناه فإن المرضى مستأوون من عدم تواجد قاعة انتظار تكفي لجميعهم خاصة وأن المرضى الذين يتابعون لدى هذا الطبيب يعانون جميعهم من أمراض مزمنة تجعلهم في حالة تعب باستمرار.

### ملخص المقابلات مع الحالة الأولى (طبيب):

الحالة (ز.م)، يبلغ من العمر 45 سنة، طبيب مختص، يعمل في عيادة متعددة الخدمات بمنطقة شبه حضرية، زوجته طبيبة ولديه قريبة طبيبة أيضا، عاش طفولة عادية ومراقبة اهتم فيها بالدراسة أكثر غير أن دراسته للطب لم تكن هدفا كما صرح الحالة، اختارها بعد تحصله على معدل جيد في البكالوريا، درس 3 سنوات من الطب العام في ولاية تلمسان التي وجد فيها صعوبة في الدراسة، فانتقل إلى ولاية سيدي بلعباس ليتم السنوات المتبقية فيها، وبعد تحصله على شهادة دكتور في الطب العام بدأ يفكر في دراسة التخصص ليصبح الطبيب المختص حيث صرح الحالة: "ما بغيتش نبقى généraliste"، بدأ الحالة العمل في منطقة حضرية، ثم منذ سنة 2014 إلى وقتنا الحالي يعمل في هذه العيادة متعددة الخدمات في منطقة شبه حضرية، إذ صرح الحالة عند سؤاله هل هناك فرق بين العمل في منطقة حضرية ومنطقة شبه حضرية: "الفرق في عقلية الناس أما بالنسبة للعمل pour moi tous les Algériens sont pareils"، وبالنسبة للفئات العمرية يتعامل مع كل الفئات، صرح الحالة أنه وجد صعوبات لم يكن يتوقعها ولم يتطرق إليها خلال تكوينه الجامعي خاصة خلال التعامل مع المرضى وبالأخص مع المرضى غير المتقهمين، وفيما يخص استقباله للمرضى يرجع هذا إلى طبيعة الاحترام الذي يفرضه المريض وسلوك المريض، وأنه بدوره يحرص أيضا على استقبال جيد للمرضى ويوصي مساعدته بذلك، وعادة ما تكون الاستشارة الأولى مبنية على أسئلة موجهة لكن لا يمنع المريض من التعبير عن ذاته حيث يسعى الطبيب إلى البحث عن تأثير المرض على الحياة الاجتماعية والنفسية للمريض مع الانتباه إلى الإيماءات والتعبير غير اللفظي، وما يسهل العمل على الحالة عندما يتعامل مع مريض لديه معلومات عن مرضه، غير أنه يحاول تبسيط المعلومة قدر الإمكان للمريض ليس باللغة العربية فقط وإنما بالمفردات التي يستعملونها في المنطقة، وصرح الحالة (ز.م) أنه لا ينزعج من ذهاب المريض إلى طبيب آخر ثم الرجوع إلى المتابعة لديه لكنه يرفض ذلك في حالة ما إذا حاول المريض خلق مشكل معه أو إذا فرض عليه استقباله يتم التعامل معه ببرودة حسب تصريح الحالة: "نعطيك مثال كان عندي

مريض دابز معايا، وبعد سنتين رجع عندي وليت نفوت عليه ببرودة ما ندخلش معاها في les détails نسقيسه شا عنده أعراض مرضية فقط، حاجة زيادة فوق الأعراض العضوية ما نسقيشهش، ما ندخلش معاها في la vie sociale"، وعند سؤاله استنادا على ماذا يوافق على عودة المريض للمتابعة لديه صرح أنه يفعل ذلك لأنه يريد ذلك، والمريض دائما يشارك في العملية العلاجية بنسبة 50% وهو الذي يساعد في عملية التشخيص، لكن هذا لا يمنع أن هناك حالات يجب أن يوجهها الطبيب كما يريد وكما يراه مناسبا للحالة، أما بالنسبة لدخول المريض مع أحد أفراد عائلته فهو لا يمنع ذلك على أن يكون المرافق قريب من الدرجة الأولى للمريض أي ولي أمره أو الزوج، الزوجة، أو أحد الإخوة.

عند سؤال الحالة عن تأثير الضغط على العمل، صرح أن هذا يؤثر على العلاقة مع المريض وحتى على العلاقة مع الزملاء في الوسط المهني، وأنه يحاول قدر الإمكان ترك مشاكله وضغوطاته العائلية بعيدا عن تعامله مع المرضى حتى لا يؤثر ذلك عليهم، وحتى يكسب ثقة المريض يجب أن يضع الطبيب الثقة في نفسه أولا والقرار العلاجي يتوافق بدرجة كبيرة مع الحالة المرضية والتشخيص، وأسجل دائما التوصيات التي أقدمها للمرضى حيث قدم الحالة مثال: "يجي عندي مريض يداوي على مرض معين ونشك في السكري نمد له يدير تحاليل السكري لكن ما يديرهمش ثم بعد فترة يجيني يقولي راه عندي السكر، في هذه الحالة نخرج من الأرشيف أنني أخبرته بشكي في ذلك لكن هو ما اتبعش التوصيات"، ويرى الطبيب أن هذا يرجع إلى المستوى الفكري للمريض ودرجة الوعي لديه حيث صرح: "لي يكون niveau bas ما يروحش مع الطبيب في الخط، يقول شاراه يشكل عليا الطبيب أنا ما نحتاجش هذا التحليل"، وأكد الطبيب أن المريض لا يضع الثقة أبدا في الطبيب ويبقى دائما في حالة شك وغالبا الثقة بينها المريض من خلال آراء الناس عن الطبيب حيث قال: "لازم الطبيب يكون عنده اللسان حلو باش يكتسب ثقة المرضى"، وأضاف أن تعامله مع المرضى خلال سنواته الأولى في العمل اختلف كثيرا عن تعامله مع المرضى الآن لأنه أصبح يتعرف

على شخصيات المرضى وكيف تعامله حسب كل مريض، ويصرح أنه ارتكب أخطاء خلال تعامله مع المرضى في السنوات الأولى من العمل.

وعن تعامله مع المرضى خلال الساعات الأخيرة من العمل، صرح الحالة أن التعب يؤثر على العملية العلاجية وأنه يحاول التخلص من ذلك من خلال خروجه من المكتب لبضعة دقائق يستنشق فيها الهواء ثم يعود إلى المكتب، وفي حالة عدم استجابة المريض للدواء يرجح الطبيب أن المريض غالبا لا يتبع التعليمات والجرعات الموصي بها أو أن المريض لم يوجه الطبيب بصفة واضحة أثناء وصف الأعراض، ومن المعوقات أو العوامل التي تضعف العلاقة بين الطبيب والمريض، عدم التزام المريض بالمواعيد التي يحددها الطبيب أو رغبة المريض في الدخول إلى الاستشارة الطبية قبل المرضى الآخرين أو يحاول أن يفرض شخصيته على الطبيب حيث صرح الحالة قائلا: "ce que peut rendre la relation faible c'est quand le patient veut passer la consultation par sa propre mentalité sans respecter les conditions internes de l'établissement"، وعن توقعات وانتظارات المريض يفضل أن يستمع إلى المريض حول ما يتوقعه منه لكن هناك حالات لا يمكن الوصول معها إلى اتفاق إما لأن توقعات المريض لا تتوافق مع الوضعية المرضية والعلاجية أو لأن المريض يريد أن يوجه الطبيب حسب هدف معين، ويضيف الطبيب أنه لا يمنع المريض من سرد تاريخه المرضي وتجاربه مع الأطباء الذين توجه إليهم قبل هذا الطبيب لكن يمنعهم من ذكر أسماء الأطباء.

بالنسبة للإعلان عن مرض خطير، يحاول إخبار المريض تدريجيا ويختلف ذلك حسب شخصية المريض، إما يخبر المريض مباشرة أو يعلن المرض لأحد أقاربه في حالة قيم أن المريض ليس من طبيعة شخصيته أن يتقبل المرض حيث تحدث عن مريض كان يتابع عنه أصيب بمرض خطير وتوفي قائلا: "كان عندي patient الله يرحمه، جا على خاطر consultation bénigne لكن من خلال الفحوصات وجدناها مرض خبيث و أخبرته مباشرة لنقوم بالإجراءات اللازمة"، ويفضل الطبيب عدم تزييف الحقائق حتى وإن كانت

الحالة في وضعية قلق، ويصرح الحالة أنه يحزن كثيرا عندما يفقد بعض المرضى الذين يتابعون عنده منذ مدة وسرد في هذا السياق عن واقعة حدثت له: "صراولي جات عندي امرأة كانت تتابع عندي حوست عليا ما لقاتنيش قالولها غدوة ولي عنده، كي خرجت من المكتب عند باب المؤسسة ماتت، هاذي دائما نتفكرها وتأثر فيا"، وبما أنني أتابع حالات لديهم أمراض مزمنة وخطيرة، أحيانا أشعر بالخوف أن أفقد أحد المرضى في يوم ما خاصة الحالات المستعصية.

وعن طريقة تعامل المريض مع الأدوية، صرح الحالة أنه يشعر بالغضب والقلق من المريض الذي لا يتم الجرعات التي وصفها الطبيب وأنه يظهر ذلك للمريض حتى يدرك حجم الخطأ الذي ارتكبه وأن هذا في صالحه، وفي حالة تردد المريض لدى الطبيب في فترات متقاربة قبل إتمام الدواء وقبل الموعد الثاني يحاول الحالة (ز.م) فهم المريض وطمأنته لأن هناك مرضى لديهم رهاب من المرض وتواجههم عند الطبيب يخفف من حالتهم ومعاناتهم.

يصرح الحالة أن معرفته للمريض منذ سنوات قد يؤثر على التكفل بالحالة قائلا: " des fois je fais un faux diagnostic لأنني نكون داير في راسي راني نعرف الحالة بكل تفاصيلها فأغفل عن بعض المستجدات المرضية".

#### استجابات الحالة حول مقياس العلاقة طبيب-مريض:

عند الانتهاء من المقابلات مع الحالة (ز.م)، تم عرض المقياس عليه مع توضيح

التعليمة:

Num	items	Toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
01	J'accueille tous mes patients chaleureusement.		X			
02	J'incite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne.		X			
03	J'informe le patient de façon claire, précise et adaptée à sa		X			

	compréhension.					
04	Je rassure le patient avant de lui annoncer l'état grave de sa maladie même si c'est une fausse assurance.				x	
05	Je me sens en colère quand mon patient consulte chez un autre médecin.					x
06	J'insiste à mon assistant(e) à apporter l'assistance et le confort nécessaires aux patients.	x				
07	Je laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre.	x				
08	Quel qu'il soit le patient, j'utilise le jargon médical pour expliquer la maladie.					x
09	Je respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités.	x				
10	J'explique au patient toutes les conditions thérapeutiques en respectant le code déontologique.	x				
11	Je prends en considération les émotions et les points de vue des patients.	x				
12	J'invite le patient à expliquer ses symptômes tel qu'il les perçoit.	x				
13	Parfois, je mens pour réduire le taux d'anxiété chez le patient.				x	
14	En consultation, Je prends beaucoup de temps avec certains patients même si la maladie ne nécessite pas cela.		x			
15	Je favorise l'expression du patient, de ses plaintes, ses demandes et ses attentes.	x				
16	La différence d'âge entre					

	moi et le patient favorise une bonne séance thérapeutique.					X
17	J'incite le patient à participer à la prise de décision.	X				
18	Je réponds avec plaisir aux interactions de mes patients durant la séance thérapeutique.	X				
19	J'ai toujours peur de perdre mes patients	X				
20	Mon interaction est positive avec un patient qui connaît bien sa maladie par rapport à un autre qui ne sait rien.	X				
21	Je me place d'emblée dans une disposition d'écoute dès que le patient rentre au bureau.	X				
22	J'aménage mon cabinet et la salle des soins de manière à ce qu'il soit confortable pour le patient.	X				
23	Quand la maladie est grave, je préfère l'annoncer à l'accompagnant du patient.				X	
24	J'ai toujours une colère contre le patient qui ne finit pas son traitement tel que je l'ai prescrit.		X			
25	J'impose au patient de respecter le temps de la séance lorsqu'il traite des choses qui ne sont pas liées à la séance thérapeutique					X

وعليه كانت النتائج التي تحصل عليها الحالة (ز.م) هي: 95 درجة ما يعادل علاقة

طبيب-مريض جيدة.

استنتاج عام عن الحالة الأولى (طبيب):



من خلال المقابلات والملاحظة ومقياس العلاقة طبيب-مريض المطبق على الحالة (نسخة الطبيب)، اتضح أن الحالة (ز.م) لم يكن اختياره للطب ضمن مشروعه الشخصي خلال مساره الدراسي، ولم يكن نابعا عن ميل شخصي قوي مما جعله يواجه صعوبات أكاديمية لاحقا وحتى مهنية عبر عنها خلال المقابلات، وصعوبات استطعنا ملاحظتها من خلال تأكيده أن تخصص الطب عامة لم يكن ضمن أولوياته، أما انفعاليا لوحظ على الحالة أنه في حالة عجلة دائما من خلال مدة المقابلات معه واستجاباته لأسئلة المقابلات، ومن خلال مدة الاستشارة التي كان يقدمها للمرضى والتي لم تكن تتجاوز عشرون دقيقة غالبا، هذا من جهة، أما من جهة أخرى التمسنا أن الحالة بحكم عمله في بيئة مختلطة ثقافيا تختلف عن بيئته الأصلية يجد نفسه ضمن تحديات في طريقة التعامل مع المرضى ويحاول الوصول إلى حالة من التوافق التي ترضي الطرفين، حيث أبدى الحالة وعيه بتأثير التعب في الساعات الأخيرة من العمل على جودة العملية العلاجية والرعاية الصحية وبالتالي التأثير على العلاقة طبيب-مريض، وهذا السلوك يعكس مدى حرص الطبيب على راحة المريض، فيما أظهر الحالة أن ما يقدمه من دعم وتسهيلات في التعامل مع المريض ينتج عامة عن رغبة شخصية دون أن تملي عليه ذلك المدونة الأخلاقية للأطباء، كما أنه من الجانب النفسي للحالات التي تعاني من أمراض خطيرة يتبنى الإعلان التدريجي للمرض إما للمريض أو لمرافقيه حسب الحالة المرضية وشخصية كل مريض، وهذا يدل على الجانب الإنساني الذي يتسم به الطبيب الذي يحرص على الحفاظ على الحالة النفسية الجيدة للمريض وإدراكه لأهمية تأثير الصدمة عليه، وأخيرا أكد الحالة (ز.م) على ضرورة الالتزام بالموضوعية كون المعرفة الشخصية للمريض والغوص في تفاصيل حياته الخاصة يمكن أن يؤثر سلبا على العلاقة العلاجية من خلال تجاهل بعض المستجدات المرضية.

### ✓ عرض الحالة الثانية (مريضة):

#### البيانات الأولية:

- الاسم: م.ل.

- الجنس: أنثى.
- السن: 36 سنة.
- الترتيب في الأسرة: 1.
- الحالة المدنية: متزوجة.
- عدد الأطفال: 2.
- الدخل الاقتصادي: جيد.
- المهنة: مأكثة في البيت.
- المستوى الدراسي: جامعي.
- طبيعة المرض: مزمن.
- سنوات المرض: 10 سنوات.

#### السيمائية العامة للحالة:

ونقصد بها ما تتصف به الحالة انطلاقاً من المظهر الخارجي العام وكذا السلوكات التي تصدر منها، نشاطها العقلي، وأخيراً طبيعة تفاعلها الاجتماعي. ومن خلال الملاحظة، استخرجنا النتائج التالية:

- المظهر الخارجي للحالة، ويستدل عليه بـ:

- اللباس: نظيف ومرتب، ألوان متناسقة.
- ملامح الوجه: ملامح هادئة، بدا عليها الانفعال والتوتر أثناء المقابلات.
- السلوك والانفعال: كانت الحالة تارة هادئة وتارة منفعة ومتوترة حسب نوع الأسئلة المطروحة عليها.

- النشاط العقلي، ويستدل عليه بـ:

- اللغة: لغة الحالة واضحة ومفهومة، مزيج بين اللغة العربية واللغة الفرنسية

- محتوى التفكير: تعبير غني، ويرجع هذا إلى مستواها التعليمي وتجربتها خلال سنوات عديدة مع الأطباء والوسط الاستشفائي.

### ملخص المقابلات مع الحالة الثانية (مريضة):

الحالة (م.ل)، تبلغ من العمر 36 سنة، متحصلة على شهادة جامعية، متزوجة وماكثة في البيت، أم لطفلين، تحتل المرتبة الأولى في ترتيبها بين إخوتها، عند سؤال الحالة عن طفولتها بدت عليها علامات الانفعال والتوتر حيث أخذت مدة صمت لبضع دقائق ثم صرحت الحالة أنها لا تتذكر عن طفولتها سوى بقائها عند إحدى قريبات أمها بحكم أن والديها يعملان طيلة اليوم، وأن كل ما تتذكره هو المعاناة اليومية التي كانت تعيشها بالذهاب صباحا إلى هذه السيدة التي لم تكن تحب البقاء لديها كثيرا، وأنها لم يكن لها حتى فرصة تغيير ملابسها في حالة ما إذا تبللت أو ارتفعت درجة الحرارة حيث قالت: "إذا كان الحمان نقعد بالمعطف كاتلني الحمان وإذا كنت مخففة في الملابس وصبت الشتا كلش يتبلل ونبقى هاك حتى نروح العشية للدار"، ثم أضافت: "الله يكثر خير المرأة لي شدتنا لكن كنت دائما mal à l'aise"، أما بالنسبة للمراهقة صرحت الحالة أنها لم تكن جيدة خاصة في بداية مرحلة المتوسط ثم بدأ التهاون في مرحلة الثانوية إلى غاية سنة البكالوريا حيث صرحت الحالة: "في terminal عاد رجع عقلي لراسي".

عند سؤال الحالة عن طبيعة العلاقة في أسرتها (قبل الزواج) صرحت أنها كانت مضطربة حيث صرحت: "العلاقة في الأسرة كانت la majorité du temps perturbée، الأم غائبة والأب عايش حياته برا، وحنا (تقصد هي وإخوتها) كنا عايشين وحدنا"، حيث أضافت يمكنك القول أننا كنا ثلاثة أطفال يعيشون بمفردهم، ولا تعتبر أنها بصفتها الأخت الكبرى قد تحملت مسؤولية إخوتها بل تصرح أن كل طفل منهم رغم سنه الصغير كان مسؤول عن

نفسه حيث صرحت: "من ربي لي ما فلسناش"، أما بالنسبة لطبيعة العلاقة في أسرتها الحالية مع زوجها وأطفالها تقول أنها مستقرة وعادية.

الحالة (م.ل) تعاني من مرض مزمن منذ 10 سنوات، تقول أن المرض كان نقطة تحول في حياتها وواجهت عدة صعوبات وتحديات حتى تصل إلى حالة مستقرة نوعا ما، بالرغم من أنها تأخذ الدواء مدى الحياة، فعند سؤالها عن كيف تعاملت عند معرفتها لمرضها لأول مرة أجابت: "c'était dur"، حيث صرحت أنها تألمت كثيرا وبكت كثيرا ثم بدأت تلاحق أمل أن يأتي يوم وتشفى منه بالرغم من أن الأطباء في مؤسسة استشفائية بولاية وهران أخبروها أن حالتها ميؤوس منها، وأنها تتوجه نحو الوفاة حتما وعبرت عن ذلك بـ: "كون درت على الأطباء تاع وهران كون بقيت في داري نستنا في الموت"، وأن الطبيب الذي أخبرها بذلك لازالت تتذكره إلى اليوم وتظهر دائما صورته في ذهنها وما يؤسفها أنه هو رئيس المصلحة التي كانت تذهب إليها بحثا عن العلاج، وأكثر ما كان يقوله لها: "madame أنت إنسانة مؤمنة الله يثبتك ما عندي ما نزيد نديرلك"، وعند سؤالها كيف كان شعورها عندما أخبرها بذلك قالت أنها كانت ضعيفة آنذاك لم تعرف كيف تتصرف لكن لو يعود بها الوقت ستتعامل معه بطريقة أخرى فلا يحق له الحديث معها هكذا، وتضيف أنه ليس الوحيد أو الأول الذي تصرف معها هكذا بل أيضا طبيبة في عيادة متعددة الخدمات بولاية سعيدة وطبيب خاص بولاية سعيدة كان أول من تتوجه إليه عندما ظهر عليها المرض وكان تشخيصه خاطئ مما أضاع لها العديد من الوقت، مع العلم أن الحالة (م.ل) هي الوحيدة التي تعاني من هذا المرض في عائلتها، وبالنسبة للطبيب الذي قدم لها تشخيصا صحيحا ووجهها نحو الإجراءات العلاجية الصحيحة هي طبيبة في المؤسسة الاستشفائية العمومية بولاية سعيدة ذهبت إليها ليلا جراء الألم الذي كانت تعاني منه وعند فحصها وجدت التشخيص المناسب لحالتها، فتقول الحالة في هذا الصدد أنه لولا الصدفة وتوجب عليها الذهاب إلى الاستعجالات ليلا لكانت ربما ميتة الآن وأنها تشعر بالامتنان لهذه

الطبيبة بالمقابل تكن مشاعر الكره الشديد اتجاه الأطباء الذين ذكرناهم سابقاً، وبالنسبة إلى الاستقبال في المؤسسات الاستشفائية العمومية تصرح أنه كان كارثي وعانت منه كثيراً كما قالت: "كلش بالمعرفة لي ما عندهش عرف ما يوصلش للطبيب"، وأن طبيعة المرض هي التي فرضت عليها التوجه إلى هؤلاء الأطباء.

بالنسبة إلى الطبيب الذي تتابع لديه الآن (الحالة الأولى ز.م)، تصرح (م.ل) أنه من ناحية الاستقبال جيد لكن لا يعطي للمريض الوقت ليعبر عن ذاته وهذا ما يجعلها تتوتر وتنسى كل ما كانت تريد أن تخبره به، وأنه لا يترك لها المجال للحديث عن أعراض أخرى فهو في كل جلسة يضع حيزاً معيناً يضم الأعراض الأولى فقط وهذا لا يجعلها ترتاح خلال الجلسة العلاجية، خاصة عندما تنسى ما كانت تريد أن تخبره به وتشعر بالقلق الشديد حيال ذلك، وغالباً ما يرافقها زوجها في كل موعد فتعبر له عن غضبها من الطبيب وقلقها فور خروجهم من المكتب، كما تضيف أنها تتعب أيضاً خلال انتظار دورها كون المصلحة التي تتابع بها لا تتواجد بها قاعة انتظار وأن الكراسي عددها لا يكفي لجميع المرضى، وأن الطبيب لا يسأل أبداً عن تأثير مرضها على حياتها اليومية أو صحتها النفسية حيث صرحت: "jamais يسقسيني يفوت عليا وصايي"، وبالرغم من تصرفات هذا الطبيب غير أنها لا تستطيع تغييره بطبيب آخر ودائماً تفكر كيف ستفعل في حال إذا ما توفي هذا الطبيب أو توقف عن العمل.

فيما يتعلق باللغة التي يستعملها الطبيب معها، تقول أنها بالرغم من مستواها الفكري إلا أنها تنزعج عندما يخاطبها طبيبها بمصطلحات علمية لا تفهم معناها وتخجل من سؤاله عن المعنى، مما يجعلها تبحث عن العرض الذي يخبرها عنه في الأنترنت وأحياناً لا تتذكر الاسم جيداً فلا تستطيع معرفة هذا العرض أو المرض الذي أخبرها به، وأن الطريقة التي يشرح بها الطبيب ويوضح بها المرض هي التي تجعلها تشارك في العملية العلاجية، مع العلم أن الطبيب لم يسألها أبداً عن مستواها الثقافي وبالرغم من ذلك يستعمل معها

مصطلحات علمية باللغة الفرنسية لا تفهمها أحيانا ليس لأنها لا تفهم الفرنسية بل لأنها مصطلحات تخص المجال الطبي.

من ناحية بناء الثقة مع الطبيب، تصرح الحالة أنها تبني الثقة في الطبيب من خلال التشخيص للمرض أولاً، ثم طريقة التعامل حيث قالت: "طبيب مهما تكون السمعة تاعه وكفاءته كي يغلطي مرة في التشخيص ما نديرش فيه الثقة"، وبالنسبة للدواء عندما تخبر الطبيب أنه لم يُجدي نفعا يحاول أحيانا أن يغير الدواء أو يضيف جرعات وأحيانا لا يتقبل ذلك وبطريقة غير مباشرة يحاول أن يقول لها: "أنا الطبيب ولست أنت، أنا أعرف ولست أنت" وتغيرت نبرة صوتها ورافقها نوع من الإحباط وإيماءات في الوجه خلال سردها لذلك.

من ناحية سن وجنس الطبيب تصرح أنه لا يهمها هذا بل تعتمد على كفاءة الطبيب فقط، وتصرح أيضاً أنها تلتزم دائماً بمواعيدها إذ منذ 10 سنوات لم تتغيب على أي موعد، وعند سؤالها عن طريقة تعامل الطبيب معها بين السنوات الأولى وحاليا تقول (م.ل) أنه في السنوات الأخيرة أصبح يعاملها أحسن من السنوات الأولى كونه اعتاد عليها، وبالنسبة إلى تشخيص مرضها تصرح أنها لا تشكك في كفاءة طبيبها هذا، لكن لا يمنعها ذلك من أخذ آراء مختلفة من عدة أطباء، وأن طبيبها يسألها دائماً عن شدة الألم لكنه يبقى دائماً في الحيز الذي وضعه هو.

وحسب تجربة (م.ل) مع المرض، فإن العوامل التي تضعف علاقتها بطبيبها هي عندما لا يبحث في الجانب النفسي لديها أو عندما يتحدث معها بطريقة غير لبقة حيث قالت: "ما نبغيش مين يقزيني الطبيب، de mon côté هاذي هي الحاجة لي ما تعجبنيش في الطبيب وتضعف علاقتي معاه"، ومن جهة أخرى من العوامل التي تضعف العلاقة مع طبيبها حسب رأيها عندما يخطئ في الدواء أو لا يصف دواء له مفعول جيد، وما يقوي العلاقة حسب (م.ل) عندما يصف الطبيب دواء ذو مفعول جيد، وعندما يستقبلها بكلمات

الترحيب ولا يستعجل خلال الجلسة العلاجية ويجيبها عن كل تساؤلاتها لأن ذلك يقلقها كثيرا، وتضيف أنها تذهب دائما وهي تبني في ذهنها توقعات وانتظارات من طبيبها لكنها لا تخبره بذلك، لكنها تشعر بخيبة أمل عندما لا يتحقق الذي كانت تنتظره وتجد نفسها أحيانا تقترح على الطبيب أن يصف لها تحاليل تعتقد أنها بحاجة إليها خاصة التحاليل الخاصة بالفيتامينات لأنها هي التي تشعر فعلا بجسمها وما يحتاجه، وبالنسبة للتصريح حول المرض تقول أن هذا الطبيب صريح جدا ويخبرها مباشرة بالتطورات دون تزييف الحقائق حتى وإن كانت في حالة من التوتر والقلق.

بالنسبة إلى مخاوف الحالة من ناحية وضعيتها المرضية، تصرح أن الطبيب بما أنه دائما في عجلة من أمره لا يترك لها المجال لتشاركه مخاوفها وهذا يؤسفها حقا، أما من ناحية الممرضات ومساعدات الطبيب تقول الحالة أنهن سيئات، لا يتحدثن بلباقة ودائما يغضبن على المرضى، وفي الأخير تضيف (م.ل) أن الطبيب عادة يغضب منها عندما لا تتم الدواء بالجرعات التي يوصي بها.

#### استجابات الحالة حول مقياس العلاقة طبيب-مريض (نسخة المريض):

عند الانتهاء من المقابلات مع الحالة (م.ل)، تم عرض المقياس عليها مع توضيح

التعليمة:

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
01	أشعر بالراحة عندما يستقبلني الطبيب بكلمات الترحيب.	x				
02	لا أذهب عند طبيب آخر عند غياب الطبيب المعتاد حتى وأنا في حالة ألم.		x			
03	أشعر بالراحة وزوال الألم عندما يسمع الطبيب إلى أدق التفاصيل التي أذكرها.	x				
04	أفهم طبيعة المرض أكثر عندما يصيغه الطبيب بطريقة	x				

					مبسطة تتناسب مع استيعابي.	
X					أشعر بغضب شديد اتجاه الطبيب عندما يخبرني بحقيقة المرض الذي أعاني منه.	05
			X		أشعر بالاهتمام عندما يحتثي الطبيب على المشاركة في القرار العلاجي	06
		X			الطاقم الطبي (الممرضون) يحسنون التعامل معنا.	07
			X		لا أثق في طبيب آخر إلا الطبيب الخاص بي.	08
			X		أشعر بالأمان عندما أشارك الطبيب مخاوفي خلال الجلسة العلاجية أكثر من التحدث عن المرض.	09
			X		لدي معلومات علمية ملمة حول مرضي.	10
X					أشعر بالأطمئنان عندما يكون الطبيب من الجنس الآخر.	11
	X				في نظري الطبيب الكفاء هو الذي يقدم أدوية لها مفعولاً قوياً في مدة وجيزة.	12
			X		أغلب الأطباء الذين أذهب إليهم يستقبلونني أحسن استقبال.	13
			X		في عائلتنا لدينا طبيباً واحداً نذهب إليه.	14
			X		أشعر بالراحة عندما يحاول الطبيب فهم حالتي الصحية وتشخيصها بعناية.	15
			X		أشعر بالراحة عندما يتفهمني الطبيب وأنا أعبر عن كل الأعراض التي أحس بها .	16
		X			أشعر بالقلق عندما يصف لي الطبيب أعراضاً لا أشعر بها في جسمي.	17
			X		لا يهمني جنس الطبيب أو سنه بل طريقة العلاج فقط.	18
		X			المكان الذي يعمل فيه الطبيب مجهزاً ومريحاً .	19
			X		ينتابني شعور بالخوف أن أفقد الطبيب الذي يفحص حالتي الصحية.	20
			X		أشعر بالإحباط عندما يخرجني الطبيب وأنا أشاركه الحديث حول تفاصيل المرض.	21
			X		دائماً أبحث في الأنترنت عن أسباب المرض الذي أعاني منه.	22



23	أشعر بالاطمئنان عندما يكون الطبيب أكبر مني سناً.				x
24	انزعج عندما يصف لي الطبيب أدوية لها تأثيرات جانبية.			x	
25	ألتزم بالمواعيد التي يحددها الطبيب للفحص.			x	
26	يتركني الطبيب أعبر عن معاناتي دون أن يقاطعي.			x	
27	أشعر بالراحة عندما يتولى الطبيب مسؤولية وقرار العلاج.			x	
28	أشعر بالإحباط عندما يصف لي الطبيب عدداً كبيراً من الأدوية.				x
29	يتجاوب معي الطبيب خلال العملية العلاجية عندما أتفاعل معه حول تفاصيل المرض.			x	
30	عندما يشخص الطبيب مرضي أشكك في كفاءته وخبرته العلاجية.				x
31	يوضح لي الطبيب كل شروط وظروف العلاج.			x	
32	أشعر بالراحة عندما تكون مدة الفحص طويلة.			x	
33	الطبيب الذي يعالجني يقدر معاناتي مع المرض.			x	
34	أشعر بالحرج عندما يحدثني الطبيب عن مرضي بمصطلحات علمية وبلغة أجنبية لا أفهمها.			x	
35	لا أصدق عندما أسمع من الطبيب أنني أعاني من مرض مزمن.				x
36	أخشى غضب الطبيب عندما لا أتمم الأدوية كما يصفها بالجرعات والمدة المعينة.			x	
37	يحاول الطبيب أن يخفف معاناتي قدر الإمكان.			x	

وعليه كانت النتائج التي تحصلت عليها الحالة (م.ل) هي: 143 درجة ما يعادل علاقة طبيب-مريض جيدة.

### استنتاج عام عن الحالة الثانية (مريضة):

من خلال الملاحظة والمقابلة ومقياس العلاقة طبيب-مريض (نسخة المريض) المطبق على الحالة، اتضح أن الحالة (م.ل) عاشت طفولة غير مستقرة برز فيها الإهمال

العاطفي للوالدين بصورة واضحة من خلال ما صرحت به الحالة ومن خلال انفعالاتها واستجاباتها خلال المقابلات لاحقاً، يمكن القول أن الحالة لديها تعلق غير آمن لمسناه في علاقتها مع طبيبها أيضاً ناتج عن خبرات الطفولة، حيث امتد الغياب الأسري إلى مرحلة المراهقة وانعكس هذا سلباً على دراستها لكنها استدركت الأمر لاحقاً.

التجربة المرضية للحالة (م.ل)، كانت نقطة تحول في حياتها حيث عبرت عن معاش نفسي مؤلم خاصة التجارب الأولى مع الأطباء التي اعتبرتها الحالة مؤذية نفسياً من خلال التلميحات السلبية التي كانت توجه لها كأن تفقد الأمل في الشفاء والبقاء على قيد الحياة، وهذا ما جعلها تبني تصورات سلبية حول الوسط الاستشفائي عامة من خلال التعامل السيء للمرضين، والأطباء خاصة، إذ أن عدم لباقة الممرضين الحاليين يحيي لدى الحالة الخبرات السابقة المؤلمة التي عاشتها في بداية اكتشاف المرض.

بالنسبة لعلاقتها مع الطبيب الذي تتابع لديه حالياً أي الحالة (ز.م)، نستنتج أن الحالة (م.ل) بالرغم من تقديرها لكفاءة الطبيب إلى أنها تفتقد الدعم العاطفي وعبرت عن ذلك بعدم تقدير الطبيب لحاجتها إلى مشاركة مخاوفها وانتظاراتها وتوقعاتها، مما يسبب لها توتراً وقلقاً مستمرين تشاركهما مع زوجها عند نهاية كل جلسة علاجية، وبالتالي فإن كل هذا يخلق في هذه العلاقة فجوة في التواصل الفعال الذي ترمي إليه العلاقة من المفروض.

#### استنتاج عام حول العلاقة بين الحالة (ز.م) والحالة (م.ل):

من خلال الدمج بين مقابلات طرفي العلاقة طبيب-مريض، أي الحالة (ز.م) بصفته طبيباً والحالة (م.ل) بصفته مريضة تتابع لديه باستمرار، نستنتج أن هذه العلاقة تحمل في مضمونها مجموعة من التناقضات التي استطعنا التوصل إليها بصورة واضحة من خلال ما صرحت به الحالة (م.ل) أي المريضة، إذ يمكن تفسير هذه الفجوة في تصريح الطرفين إلى محاولة الطبيب إعطاء صورة مثالية إلى حد ما حول مهنته وما يقوم به اتجاه المرضى خاصة أن الطبيب حسب ما صرح به في إحدى المقابلات أنه يسعى إلى الحفاظ على

سمعة جيدة بين المرضى، غير أن حاجة الحالة (م.ل) إلى التفريغ الانفعالي والتعبير عن رغباتها وحاجاتها في هذه العلاقة التي تولي لها أهمية كبيرة كونها تساعد في التكيف مع الوضعية المرضية وتخفف المعاناة، أوضحت الفجوة الملموسة والنقائص التي تضعف العلاقة بين الطبيب وهذه المريضة.

## 2-1-2: عرض نتائج العلاقة الثانية (طبيب-مريضة):

فيما يلي سنتطرق إلى عرض علاقة طبيب-مريضة من خلال عرض حالتين، الأولى طبيب والثانية مريضة تتابع منذ سنة لديه:

### ✓ عرض الحالة الثالثة (طبيب):

#### البيانات الأولية:

- الاسم: ب.ي.
- الجنس: ذكر.
- السن : 30 سنة.
- الترتيب في الأسرة: 2.
- الحالة المدنية: أعزب.
- قطاع العمل: عيادة خاصة.
- منطقة العمل: حضرية.
- طبيعة العمل: طبيب مختص.
- سنوات العمل: 8 سنوات.

#### السيمائية العامة للحالة:

ونقصد بها ما تتصف به الحالة انطلاقا من المظهر الخارجي العام وكذا السلوكات التي تصدر منها، نشاطها العقلي، وأخيرا طبيعة تفاعلها الاجتماعي. ومن خلال الملاحظة، استخرجنا النتائج التالية:

• المظهر الخارجي للحالة، ويستدل عليه بـ:

- اللباس: نظيف ومرتب، يرتدي بدلة خاصة بالطبيب عليها شعار العيادة (logo).
- ملامح الوجه: وجه بشوش يبدو عليه الحيوية والنشاط.
- السلوك والانفعال: متزن.

• النشاط العقلي، ويستدل عليه بـ:

- اللغة: لغة الحالة واضحة ومفهومة، مزيج بين اللغة العربية واللغة الفرنسية التي كان يستعملها الحالة عند التطرق إلى المصطلحات العلمية.
- محتوى التفكير: تعبير غني، ويرجع هذا إلى مستواه التعليمي وطبيعة عمله.

**الظروف الفيزيكية للعمل:**

عيادة الطبيب خاصة، مجهزة بطراز عصري اهتم من خلاله الطبيب بكل التفاصيل التي يمكن أن تبعث الراحة لدى المريض من ناحية الألوان والأثاث وحتى الإضاءة، قاعة الانتظار صغيرة نوعا ما (ربما يرجع ذلك لكون معظم المرضى لديهم مواعيد محددة مما لا يستدعي الانتظار مطولا في قاعة الانتظار)، تنقسم إلى جهتين، جهة للنساء وأخرى للرجال مع وجود رف به كتب باللغتين العربية والفرنسية يمكن للمرضى اغتنام فرصة الانتظار في قراءتها، أما بالنسبة لمكتب الطبيب هو ذو مساحة متوسطة به مكتب صغير للطبيب يقابله كرسي لمريض وفي الجهة الأخرى أريكة المرضى للقيام بالعلاج، بالنسبة للأدوات والنظافة من خلال ملاحظتنا الطبيب يحترم معايير النظافة ويقوم بالتعقيم فور خروج كل مريض.

**ملخص المقابلات مع الحالة الثالثة (طبيب أسنان):**

الحالة (ب.ي) يبلغ من العمر 30 سنة، طبيب أسنان مختص، يعمل في عيادته الخاصة في ولاية سعيدة، الطبيب الأول في العائلة لتلتحق شقيقته بالطب بعده، عاش طفولة مستقرة بينما يصرح الحالة أن مراهقته كان فيها نوعا من الطيش لكن هذا لم يمنعه من التركيز على دراسته، بالنسبة للطب كان حلم الطفولة غير أن المعدل الذي تحصل عليه في

البكالوريا خول له الدخول إلى كلية طب الأسنان، حيث كان الضغط واكتظاظ البرنامج الأكاديمي يميزان سنوات الدراسة لكنه يعتبرها أجمل سنوات دراسته، ويضيف الحالة أنه من السنة الثانية كان يستهدف التخصص ونجح في ذلك بعد إنهائه دراسة طب الأسنان العام مباشرة.

بدأ الحالة (ب.ي) ممارسة الطب في القطاع العمومي لمدة 4 سنوات ونصف ثم انتقل إلى القطاع الخاص من خلال فتح عيادته الخاصة، حيث يعتبر أن الممارسة في العيادة الخاصة أفضل من المؤسسة الاستشفائية العمومية، غير أنه وجد صعوبات خلال الممارسة المهنية لم يتطرق إليها سابقا خلال التكوين الأكاديمي كتسيير والتعامل مع المشاكل العيادية والتعامل من الجانب النفسي للحالات حيث صرح: "من المشاكل التي واجهتها خلال السنوات الأولى للعمل هي la gestion des problèmes cliniques et la gestion psychologique des patients لأنه la psychologie ما علموهاالناش في القرابة وما علموناش كيفاش نتعاملو مع المشاكل في الخدمة"، وعن بيئته في العمل وعلاقته مع الزملاء يعبر عن امتنانه للعمل مع بعض الزملاء في القطاع العمومي خاصة أنه كان يحب تخصصه كثيرا، لكن يؤكد أن العمل في مؤسسة عمومية متعب جدا وفيه مشاكل أكثر من القطاع الخاص، لكن في ذات الوقت القطاع الخاص لا يخلو أيضا من المشاكل إذ يحكي الحالة عن تجربته في عيادة خاصة في ولاية بجاية والتي بدأ فيها العمل المرة الأولى بعد انتقاله من القطاع العمومي، حيث يقول الحالة أن العمل فيها كان عكس توقعاته مما دفعه بالعودة إلى ولاية سعيدة وفتح عيادته الخاصة التي وجد أن تسيير العمل فيها أسهل بكثير من جميع النواحي.

فيما يخص استقبال المرضى، يحرص الحالة على توفير استقبال جيد للمريض، بداية من المساعدة التي تستقبل المريض بطريقة علمها لها الطبيب في حد ذاته حيث يقول: "هذا الاستقبال من طرف المساعدة هو déjà le premier soulagement"، ثم يوفر ترحيبا واستقبالا بنفس الدرجة عند دخول المريض لديه إذ يفضل التحدث مع المريض في المكتب

قبل صعوده على أريكة العلاج من أجل تخفيف الخوف والقلق لديه، كون طبيب الأسنان أكثر ما يخافه المريض، ويفضل أسئلة نصف موجهة إذ يترك للمريض حرية التعبير غير أنه يوجهه بطريقة غير مباشرة عندما يتجاوز الحديث عن المرض كثيرا ويتحدث عن أشياء من شأنها أن تضيع وقت الجلسة، ثم يطلب منه الصعود إلى الأريكة، ويضيف الطبيب أنه يجمع البيانات عن المريض حتى وإن لم يكن لها داعي لأن ذلك يشعر المريض بقيمته حيث يقول: "المريض يبغيك تقيمه، وفي القطاع الخاص ماشي كيما عند الدولة"، إذ يؤكد أيضا على معرفة المستوى الاقتصادي للمريض حتى يتسنى له إعطائه خيارات علاجية تتناسب مع قدراته المالية، لكنه في الوقت ذاته يقترح عليه ما هو الأنسب لحالته، لكنه يحاول قدر الإمكان التوفيق بين العلاج وإمكانية المريض مع إخباره بالنتيجة المتوقعة من كل اختيار، ويصرح الحالة أن ما دفعه للاهتمام بالجانب النفسي للمريض هو تعامله مع المسنين الذين يجد الطبيب أنهم أكثر فئة تحتاج الاهتمام بالجانب النفسي من طرف الطبيب ثم بدأ يطبق ذلك على جميع المرضى، وأنه يكيف نوع الأسئلة على حسب شخصية المريض ومستواه التعليمي ويستعمل لغة تتناسب مع مستوى كل مريض على أن يترك المجال لكل المرضى للتعبير عن توقعاتهم وانتظاراتهم من العلاج، خاصة أن الابتسامه لها دور هام في صورة الجسم لكل شخص حيث يعطي الأهمية الأولى للتواصل اللفظي مع المريض، ثم يعتمد على الإيماءات أثناء قيامه بالعلاج خاصة عندما لا يستطيع المريض أن يتكلم أثناء القيام بالعلاج، فيحاول معرفة إذا كان المريض يتألم من خلال الإيماءات التي يقوم بها وتعبير وجهه، وعند سؤاله في حالة ذهاب مريض يتابع لديه لدى طبيب آخر ثم العودة إليه صرح الحالة أن ذلك لا يزعجه لأن هذا ما تمليه عليه المدونة الأخلاقية لأطباء الأسنان، إذ أكد على التزامه بموادها غير أنه يصرح أن معظم الأطباء لا يهتمون بمحتوى المدونة الأخلاقية ويعملون وفق ما يرونه مناسباً لهم.

بالنسبة لمشاركة المريض في العملية العلاجية، يرى الطبيب (ب.ي) أنه يشرك مرضاه في العملية العلاجية من خلال التوصيات التي يقدمها لهم خاصة فيما يخص اتباع

قواعد نظافة الأسنان، ومن خلال التزامه بالمواعيد التي يحددها له وأيضا من خلال اختياره لنوع العلاج المقدم له، ويصرح الحالة أنه غالبا يسأل عن المستوى التعليمي والفكري للمريض حتى يتسنى له الشرح بطريقة مفصلة عن المرض خاصة عندما يستوجب عليه المشكل الذي يعاني منه المريض شرحه بطريقة علمية، ويفضل الطبيب أن تكون الحالة بمفردها أثناء العلاج حتى لا يتعرض العلاج لتأثيرات خارجية خاصة عندما يبقى المرافق ينظر إلى الطبيب وهو يعمل.

ويرى الطبيب (ب.ي) أن الصراعات في بيئة العمل تؤثر بشكل مباشر على التعامل مع المريض، ومن خلال تجربته مع المرضى، يرى الحالة أنه يكتسب ثقة مرضاه من خلال طريقة الكلام معهم ثم عندما يطبق ما قاله الطبيب أثناء العلاج، حيث يقول: "اكتساب ثقة المريض هو *un mélange entre ce que je dis et mes actes*"، ويضيف الحالة أن طريقة تعامله مع المرضى بين السنوات الأولى في العمل وحاليا شهدت تغييرا ملحوظا، حيث يعتبر أن السنوات الأولى يكون فيها الطبيب خائفا كونها تجربته الأولى من ناحية التطبيق، حيث يحرص حاليا على علاج الحالات التي تستدعي تركيزا عاليا في الساعات الأولى من النهار على أن يترك الحالات البسيطة في الساعات الأخيرة من العمل، لأن التعب يؤثر على كل من العملية والعلاقة العلاجية.

في حالة وصفه دواء لمريض ويخبره هذا الأخير أن هذا الدواء لم يجد نفعا بالرغم من معرفة الطبيب أن هذا الدواء هو المناسب لحالة المريض، يصرح الحالة (ب.ي) أنه يحاول إقناع المريض بأخذ نفس الدواء وفي حالة عدم اقتناع المريض يرفض الطبيب (ب.ي) مواصلة علاج هذا المريض من خلال توجيهه إلى طبيب أسنان آخر يختاره المريض كما يريد، ومن خلال تجربة الحالة، يرى أنه من العوامل التي تضعف العلاقة بين الطبيب والمريض عندما لا يصغي الطبيب إلى المريض ويحاول فهم احتياجاته ولا يكتسب الكفاءة اللازمة التي تمكنه من ممارسة المهنة على أكمل وجه ولا يجهز المكتب بالعتاد والوسائل اللازمة للتكفل الأحسن بالمريض، أما من ناحية المريض يرى أن طريقة تفكير المريض من

أبرز أسباب ضعف هذه العلاقة، خاصة عندما يحاول فرض رأيه على الطبيب، بالمقابل يحاول الطبيب (ب.ي) بناء علاقة جيدة مع المريض من خلال محاولته لتخفيف الألم قدر الإمكان حيث يقول: "la meilleure expérience du patient" مين يدخل عند الطبيب هي "zéro douleur"، حيث تدخل هذه ضمن المقاربة النفسية حسب تصريح الطبيب والتي يسعى من خلالها إلى خفض حدة القلق لدى المريض لأن طبيب الأسنان يرتبط بالخوف من الألم حسب تصورات المرضى، وأيضا يسعى الحالة إلى تقوية علاقته بالمريض من خلال سلوكيات مساعدته وسلوكيات الطبيب في حد ذاته، ويحرص أيضا على توفير كل أساليب الراحة للمريض وخاصة إزالة قلق المريض حول معايير النظافة من خلال وضع كل الأدوات جديدة ومعقمة أمامه ليطمئن أنه أول من يستعملها ويرميها أمامه عند نهاية الجلسة العلاجية، وبالنسبة للتحالف العلاجي يرى الحالة (ب.ي) أن بناءه يتم من خلال فهم المريض لوضعيته المرضية واختياره للعلاج الذي يتناسب مع المرض والحالة المادية في آن واحد على أن يتم الوصول إلى قرار علاجي مشترك ويحاول إيصال المعلومة إلى المريض باستعمال عدة طرق كالمجسمات والفيديوهات.

الحالة (ب.ي) لا ينزعج من سرد المريض لتجاربه مع الأطباء الذين ذهب إليهم قبل وصوله إليه لكنه يحرص على أن لا يذكر المريض أسماء الأطباء، ويرى أن سرد المريض لتجربته مع المرض هي انعكاس لحالته النفسية، وفي حالة مريض يعاني من مرض خطير يصرح الطبيب (ب.ي) أن هذا أصعب ما يواجهه الطبيب لأنه لا يعرف كيف يتصرف في هذه الوضعية ويفضل أن لا يكون هو من يخبر المريض بذلك، غير أنه في حالات يكون هو الطبيب الأخير الذي يأتي إليه المريض فيتوجب عليه إخباره بالمرض، لكن في الغالب يفضل توجيهه إلى إجراءات طبية أخرى حتى يأخذ الخبر من طبيب غيره، وفي حالة اضطرار الطبيب للإعلان عن المرض يفضل إعلانه لمرافق المريض، ويضيف الحالة (ب.ي) أنه يضيف الحقائق أحيانا حتى يخفف القلق لدى المريض ويرى أن هذا في مصلحة المريض، كما يصرح الحالة أنه دائما يخاف من فقدان أحد مرضاه خاصة فئة المسنين الذين



يبني معهم علاقة جيدة، كما يعبر الطبيب عن غضبه من المريض الذي لا يلتزم بالجرعات التي وصفها للمريض ويظهر ذلك له حتى أنه يمتنع عن علاجه حتى يتم الدواء، وعن تردد المريض لديه تكرارا بدون سبب واضح يرى الطبيب أن هذا عبارة عن وسواس من المرض ويحاول طمأنة المريض، وعن متابعة مريض لديه مدة سنوات ومعرفته الشخصية به من شأنها أن تؤثر على العملية العلاجية من خلال الإغفال عن بعض المستجدات المرضية.

### استجابات الحالة حول مقياس العلاقة طبيب-مريض (نسخة الطبيب):

عند الانتهاء من المقابلات مع الحالة (ب.ي)، تم عرض المقياس عليه مع توضيح

التعليمة:

Num	items	Toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
01	J'accueille tous mes patients chaleureusement.	x				
02	J'incite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne.		x			
03	J'informe le patient de façon claire, précise et adaptée à sa compréhension.	x				
04	Je rassure le patient avant de lui annoncer l'état grave de sa maladie même si c'est une fausse assurance.	x				
05	Je me sens en colère quand mon patient consulte chez un autre médecin.					x
06	J'insiste à mon assistant(e) à apporter l'assistance et le confort nécessaires aux patients.		x			
07	Je laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre.		x			
08	Quel qu'il soit le patient, j'utilise le jargon médical pour expliquer la maladie.	x				

09	Je respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités.	x				
10	J'explique au patient toutes les conditions thérapeutiques en respectant le code déontologique.	x				
11	Je prends en considération les émotions et les points de vue des patients.	x				
12	J'invite le patient à expliquer ses symptômes tel qu'il les perçoit.	x				
13	Parfois, je mens pour réduire le taux d'anxiété chez le patient.			x		
14	En consultation, Je prends beaucoup de temps avec certains patients même si la maladie ne nécessite pas cela.		x			
15	Je favorise l'expression du patient, de ses plaintes, ses demandes et ses attentes.	x				
16	La différence d'âge entre moi et le patient favorise une bonne séance thérapeutique.		x			
17	J'incite le patient à participer à la prise de décision.		x			
18	Je réponds avec plaisir aux interactions de mes patients durant la séance thérapeutique.	X				
19	J'ai toujours peur de perdre mes patients			x		
20	Mon interaction est positive avec un patient qui connaît bien sa maladie par rapport à un autre qui ne sait rien.		x			
21	Je me place d'emblée dans une disposition d'écoute dès	x				

	que le patient rentre au bureau.					
22	J'aménage mon cabinet et la salle des soins de manière à ce qu'il soit confortable pour le patient.	x				
23	Quand la maladie est grave, je préfère l'annoncer à l'accompagnant du patient.		x			
24	J'ai toujours une colère contre le patient qui ne finit pas son traitement tel que je l'ai prescrit.		x			
25	J'impose au patient de respecter le temps de la séance lorsqu'il traite des choses qui ne sont pas liées à la séance thérapeutique					x

وعليه كانت النتائج التي تحصل عليها الحالة (ب.ي) هي: 104 درجة ما يعادل علاقة طبيب-مريض جيدة.

### استنتاج عام عن الحالة الثالثة (طبيب):

من خلال المقابلات والملاحظة ومقياس العلاقة طبيب-مريض المطبق على الحالة (نسخة الطبيب)، اتضح أن الحالة (ب.ي) كان اختياره لمجال الطب حلما منذ طفولته أي ممارسته لهذه المهنة نابع عن ميول شخصي، وهذا ما نلاحظ انعكاسه إيجابيا من خلال حرصه على تقديم أفضل خدمة لمرضاه من خلال استجاباته لأسئلة المقابلات، إذ يتمتع الحالة أيضا بوعي مهني مرتفع جعله يقوم بمجهودات شخصية لفهم نفسية المريض حتى يتمكن من بناء علاقة جيدة مع مرضاه باعتباره أن الاهتمام بالمريض والإصغاء لاحتياجاته وتوقعاته أساس العملية العلاجية الناجحة، كما أظهر الحالة (ب.ي) وعيا أخلاقيا عاليا من خلال التزامه بالمدونة الأخلاقية لطب الأسنان وانتقاده للأطباء الذين لا يلتزمون بما تمليه عليهم المدونة الأخلاقية، بالمقابل فإن الحالة (ب.ي) لديه كبت لقلق داخلي عبر عنه من خلال خوفه من فقدان أحد مرضاه المسنين في يوم ما، وكذلك من خلال صعوبة تعامله مع

الإعلان عن مرض خطير تجنباً لمسؤولية التسبب بصدمة للمريض وحماية لذاته هو كطبيب من الألم النفسي الذي يمكن أن يلحق به جراء ذلك.

وأخيراً يؤكد الطبيب (ب.ي) أن للعلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تأثيراً مباشراً على العملية العلاجية، والعوامل التي تساعد في بناء هذه العلاقة بناءً قوياً تبدأ من الظروف الفيزيائية للعمل وطريقة استقبال المساعدة للمريض إلى غاية الانتهاء من العلاج وخروج المريض من العيادة.

### ✓ عرض الحالة الرابعة (مريضة):

#### البيانات الأولية:

- الاسم: ع.س.
- الجنس: أنثى.
- السن : 22 سنة.
- الترتيب في الأسرة: 3.
- الحالة المدنية: عزباء.
- الدخل الاقتصادي: جيد.
- المهنة: بدون مهنة.
- المستوى الدراسي: بكالوريا+4 .
- سنوات المرض: 1 سنة.

#### السيمائية العامة للحالة:

ونقصد بها ما تتصف به الحالة انطلاقاً من المظهر الخارجي العام وكذا السلوكات التي تصدر منها، نشاطها العقلي، وأخيراً طبيعة تفاعلها الاجتماعي.

ومن خلال الملاحظة، استخرجنا النتائج التالية:

- المظهر الخارجي للحالة، ويستدل عليه بـ:

- اللباس: نظيف ومرتب، ألوان متناسقة.
- ملامح الوجه: ملامح هادئة طيلة المقابلات.
- السلوك والانفعال: كانت الحالة هادئة طيلة المقابلات.
- النشاط العقلي، ويستدل عليه بـ:

- اللغة: لغة الحالة واضحة ومفهومة، مزيج بين اللغة العربية واللغة الفرنسية.
- محتوى التفكير: تعبير غني، ويرجع هذا إلى مستواها التعليمي.

#### ملخص المقابلات مع الحالة الرابعة (مريضة):

الحالة (ع.س) تبلغ من العمر 22 سنة، طالبة جامعية، عاشت طفولة ممتعة مليئة بالأحلام حسب تصريحها، بينما المراهقة كانت فيها مطبات كثيرة لكنها لم تكن صعبة كثيرا، بالنسبة للمرض تصرح الحالة أنها لم تكن كثيرة الإصابة بالأمراض وأنها لا تحب المرض أصلا، وعندما يصيبها مرض حتى وإن كان بسيطا تتعب نفسيا ولا ترتاح إلا عندما تشفى من المرض تماما حيث تقول: "نبغي نتهنا سريعا من المرض ونبحث على أي حل باش يروح"، بالنسبة لمرضها الحالي بدأها منذ حوالي سنة وكان توجهها الأول لهذا الطبيب أي الحالة (ب.ي) نتيجة عاملين، الأول لأن مرضها يندرج ضمن اختصاصه والثاني من خلال توصيات الناس حوله، وحول استقبال الطبيب تقول أن لديه استقبالا حارا ومرحبا جدا إذ تصرح: "عنده un accueil chaleureux وكان فاهم mon inquiétude"، وحسب الحالة (ع.س) فإن مستوى الراحة عند الطبيب يرتبط ببشاشة وجهه وعندما يخاطبها بإسمها وعندما يجيبها عن كل تساؤلاتها، ويفهمها كل تفاصيل المريض دون أن يكون الموجه أو الأمر فقط، وتضيف أن طبيبها أي الحالة (ب.ي) يشرح لها جيدا المرض بكل أسبابه وعوامله وتؤكد أنها كانت تسأل أيضا عن التفاصيل فيتجاوب معها حسب كل سؤال تطرحه ويعطيها

الخيارات العلاجية المتاحة حسب حالتها، وأنه يأخذ الوقت الكافي خلال الجلسات العلاجية وأنها أصلاً لا تذهب عند طبيب لا يأخذ معها الوقت الكافي خلال الجلسة العلاجية.

تصرح الحالة أنها دائماً تسأل الطبيب عن تأثير مرضها على حياتها اليومية والاجتماعية والحلول للتكيف مع هذه الوضعية كونها شابة وطالبة جامعية، وبالنسبة لزيارتها الأولى لهذا الطبيب كانت تحمل مشاعر الخوف والقلق من أن يعيق هذا المرض حياتها لكنها اطمأنت من خلال ما أخبرها به الطبيب وأنه سيفعل اللازم حتى تتمكن من الشفاء، أما حول تغييرها لطبيبها إذا لزم الأمر تقول أنها ممتنة لما يقدمه الحالة (ب.ي) من رعاية لكن ستقرر ذلك حسب تطور حالتها المرضية، وبالنسبة لمدى استعمال الطبيب لغة واضحة معها تقول أنه يتحدث معها حسب مستواها، خاصة أنها مضطلة على تفاصيل المرض فلا تتزعج من أن يستعمل مصطلحات علمية معها، وترى الحالة (ع.س) أنها تشارك في العملية العلاجية من خلال شرح الطبيب كيف يؤثر كل دواء على الأعراض التي تعاني منها، وترى أن سؤال الطبيب عن مستواها التعليمي والفكري أمر إيجابي لصالح العملية العلاجية ويعزز التفاعل الإيجابي مع الطبيب، كما أنها تفضل الدخول بمفردها عند الطبيب.

بالنسبة للعيادة وطريقة تجهيزها ترى أنها مريحة وتبعث الراحة لدى المريض غير أن ضيق مساحة قاعة الانتظار تزعجها قليلاً، وتصرح المريضة (ع.س) أنها تضع الثقة في الطبيب من خلال طريقة مخاطبته لها وسؤالها عن كل الجوانب الخاصة بحياتها وعندما يكون للدواء الذي يصفه فائدة، وعندما لا يجدي الدواء نفعا وتخبر الطبيب بذلك عادة يسألها إذا التزمت بالتوصيات حرفياً، وفي حالة التزامها بالتوصيات ولا يكون للدواء مفعولاً تحاول البحث عن الأسباب وتشارك الطبيب بذلك، وبالنسبة لسن الطبيب تقول أن الطبيب صغير السن يكون متفهم أكثر من كبير السن غير أن كبار السن يتفوقون في الكفاءة غالباً، وبالنسبة للمواعيد التي يحددها الطبيب تقول أنها لا تلتزم بها في الكثير من الأحيان نتيجة انشغالاتها وطبيبها يتفهم ذلك، وتقول أن العلاقة مع الطبيب (ب.ي) تصبح أقوى في كل مرة تذهب إليه، أما عند سؤال الحالة عن إخبارها الطبيب لمرضها للمرة الأولى تقول أنها لم

تشكك في كفاءته لأنها كانت تضع فيه الثقة قبل ذهابها إليه، وأن تشكيكها في كفاءة الطبيب يأتي بعد أخذها للدواء وعدم إعطائه نتائج مرضية ومتوقعة، كما تؤكد المريضة (ع.س) أن الطبيب يحاول معرفة شدة الألم ويطلب منها وصفها وفق درجات حتى يتمكن من مساعدتها ويحرص على معرفة تأثير هذا الألم على حياتها، وتضيف أنها تشعر بالإحباط عندما لا يفهم الطبيب ما تريد إيصاله له بالضبط وترجع ذلك إلى عدم تمكنها من إيصال الفكرة بالشكل المناسب.

بالنسبة إلى الجلسة العلاجية في آخر ساعات عمل الطبيب تصرح الحالة أنها لا تكون بنفس الأداء في الساعات الأولى من العمل وأنه غالباً لا يعطيها الوقت الكافي على عكس ما عودها عليه عندما يكون موعدها خلال الساعات الأولى من العمل، وحسب رأيها العوامل التي من شأنها أن تضعف علاقتها مع طبيبها عندما لا يكون الاستقبال جيداً، وعندما يقاطعها أثناء شرحها لأعراض مرضها وعندما لا يوضح لها الخطة العلاجية، بينما طريقة الاستقبال والترحيب وإصغاء الطبيب لكل التفاصيل ووصف دواء فعال هي العوامل التي تقوي العلاقة بين المريضة (ع.س) وطبيبها (ب.ي).

تصرح المريضة (ع.س) أنها دائماً تبني تصورات حول المرض قبل ذهابها إلى الطبيب وغالباً ما تكون سلبية وتشارك الطبيب بكل توقعاتها وأنها تتزعج إذا لم يترك لها الطبيب الفرصة للتعبير عن توقعاتها، وتضيف أن طبيبها دائماً يطمئنها عن وضعيتها المرضية خاصة وأنها تعظم الأمور وتعطيها أكثر مما تستحق، وتشعر بالراحة والأمان عندما يحاول التخفيف عنها.

وبالنسبة لعدم إتمامها للدواء بالجرعات التي يوصي بها الطبيب تقول إنه يوبخها عن ذلك لكنها لا تغضب منه لأنها تعلم أنه يفعل ذلك من أجل مصلحتها.

وأخيراً تصرح المريضة (ع.س) أنها تتمنى أن يحاول الطبيب إعادة النظر في ضبط المواعيد لأن الطريقة التي يقرر بها المواعيد تتعب المريض وتشغله عن التزاماته ويضيع

الوقت، وأن يعيد النظر في طريقة تقسيم قاعة الانتظار لأنها ضيقة ونجد أنفسنا أحيانا في اختلاط بين الرجال والنساء عندما يكون عدد المرضى كثيرا وهذا يزعجني كثيرا.

### استجابات الحالة حول مقياس العلاقة طبيب-مريض (نسخة المريض):

عند الانتهاء من المقابلات مع الحالة (ع.س)، تم عرض المقياس عليها مع توضيح

التعليمة:

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
01	أشعر بالراحة عندما يستقبلني الطبيب بكلمات الترحيب.	x				
02	لا أذهب عند طبيب آخر عند غياب الطبيب المعتاد حتى وأنا في حالة ألم.			x		
03	أشعر بالراحة وزوال الألم عندما يسمع الطبيب إلى أدق التفاصيل التي أذكرها.		x			
04	أفهم طبيعة المرض أكثر عندما يصيغه الطبيب بطريقة مبسطة تتناسب مع استيعابي.	x				
05	أشعر بغضب شديد اتجاه الطبيب عندما يخبرني بحقيقة المرض الذي أعاني منه.				x	
06	أشعر بالاهتمام عندما يحتني الطبيب على المشاركة في القرار العلاجي	x				
07	الطاقم الطبي (المرضون) يحسنون التعامل معنا.		x			
08	لا أثق في طبيب آخر إلا الطبيب الخاص بي.		x			
09	أشعر بالأمان عندما أشارك الطبيب مخاوفي خلال الجلسة العلاجية أكثر من التحدث عن المرض.	x				
10	لدي معلومات علمية ملمة حول مرضي.	x				
11	أشعر بالاطمئنان عندما يكون الطبيب من الجنس الآخر.				x	
12	في نظري الطبيب الكفاء هو الذي يقدم أدوية لها مفعولاً قوياً في مدة وجيزة.		x			
13	أغلب الأطباء الذين أذهب إليهم يستقبلونني أحسن استقبال.		x			
14	في عائلتنا لدينا طبيباً واحداً نذهب إليه.	x				



15	أشعر بالراحة عندما يحاول الطبيب فهم حالتي الصحية وتشخيصها بعناية.	X			
16	أشعر بالراحة عندما يتفهمني الطبيب وأنا أعبر عن كل الأعراض التي أحس بها .	X			
17	أشعر بالقلق عندما يصف لي الطبيب أعراضاً لا أشعر بها في جسمي.		X		
18	لا يهمني جنس الطبيب أو سنه بل طريقة العلاج فقط.		X		
19	المكان الذي يعمل فيه الطبيب مجهزاً ومريحاً .			X	
20	ينتابني شعور بالخوف أن أفقد الطبيب الذي يفحص حالتي الصحية.		X		
21	أشعر بالإحباط عندما يخرجني الطبيب وأنا أشاركه الحديث حول تفاصيل المرض.	X			
22	دائماً أبحث في الأنترنت عن أسباب المرض الذي أعاني منه.	X			
23	أشعر بالاطمئنان عندما يكون الطبيب أكبر مني سناً.			X	
24	انزعج عندما يصف لي الطبيب أدوية لها تأثيرات جانبية.		X		
25	ألتزم بالمواعيد التي يحددها الطبيب للفحص.			X	
26	يتركني الطبيب أعبر عن معاناتي دون أن يقاطعي.		X		
27	أشعر بالراحة عندما يتولى الطبيب مسؤولية وقرار العلاج.		X		
28	أشعر بالإحباط عندما يصف لي الطبيب عدداً كبيراً من الأدوية.			X	
29	يتجاوب معي الطبيب خلال العملية العلاجية عندما أتفاعل معه حول تفاصيل المرض.		X		
30	عندما يشخص الطبيب مرضي أشكك في كفاءته وخبرته العلاجية.			X	
31	يوضح لي الطبيب كل شروط وظروف العلاج.	X			
32	أشعر بالراحة عندما تكون مدة الفحص طويلة		X		
33	الطبيب الذي يعالجي يقدر معاناتي مع المرض.	X			
34	أشعر بالحرج عندما يحدثني الطبيب عن مرضي بمصطلحات علمية وبلغة أجنبية لا أفهمها.			X	

35	لا أصدق عندما أسمع من الطبيب أنني أعاني من مرض مزمن.	x			
36	أخشى غضب الطبيب عندما لا أتمم الأدوية كما يصفها بالجرعات والمدة المعينة.	x			
37	يحاول الطبيب أن يخفف معاناتي قدر الإمكان	x			

وعليه كانت النتائج التي تحصلت عليها الحالة (ع.س) هي: 148 درجة ما يعادل علاقة طبيب-مريض جيدة.

### استنتاج عام عن الحالة الرابعة (مريضة):

من خلال الملاحظة والمقابلة ومقياس العلاقة طبيب-مريض (نسخة المريض) المطبق على الحالة، اتضح أن الحالة (ع.س) عاشت طفولة ممتعة، بينما وصفت أن مراهقتها تخللتها مطبات، أما بالنسبة للوضعية المرضية فبالرغم من سنها الصغير إلا أنها أظهرت وعياً من ناحية انفعالاتها، غير أنها تعيش حالة من القلق المتعلق بالوضعية المرضية الآنية، والذي عبرت عنه من خلال رغبتها الشديدة في التخلص من المرض بسرعة والعبء النفسي الذي تحمله جراء إصابتها بمرض حتى ولو كان بسيطاً، ويرجع هذا إلى حيويتها إذ تعتبر المرض عائقاً أمام ممارسة نشاطاتها وهذا أمر طبيعي بالنسبة لشابة في سنها ووضعها، كما عبرت المريضة (ع.س) عن ثقتها الكبيرة في طبيبها وراحتها في التعامل معه، وبالرغم من ميلها إلى التفكير السلبي حول مرضها إلا أنها تجد الاطمئنان فور زيارة طبيبها ومشاركته مخاوفها، كما تعطي الأولوية للتواصل والتفهم والتفاعل الإيجابي في العلاقة العلاجية أكثر من خبرة الطبيب في المجال، وهذا يدل على حاجة الحالة إلى الدعم النفسي في العملية العلاجية أكثر من حاجتها إلى تشخيص الأعراض فقط.

### استنتاج عام حول العلاقة بين الحالة (ب.ي) والحالة (ع.س):

من خلال الدمج بين مقابلات طرفي العلاقة طبيب-مريض، أي الحالة (ب.ي) بصفته طبيب أسنان والحالة (ع.س) بصفته مريضة تتابع لديه منذ سنة تقريبا، نستنتج أن العلاقة بين الطرفين هي علاقة متوازنة يسودها التفاعل الإيجابي والمشاركة في القرارات العلاجية، حيث يتبنى فيها الطبيب نموذج القرار المشترك مع إتقانه لمهارة الإصغاء والتعاطف وتسييره لوضعيات القلق، مما ينعكس إيجابيا على المريضة التي أظهرت اطمئنانها بوجود طبيبها وأكدت ما صرح به الطبيب خلال المقابلات، مما يدل على شفافية الحالة (ب.ي) في التعامل مع مرضاه وإدراكه لأهمية الاهتمام بالجانب النفسي والاجتماعي للمريض في تقدم العلاج، كما نستنتج نوعا من المرونة في إدارة السلوك والانفعال لكل من الطبيب والمريضة يظهر بوضوح خلال إجابتهما عن بعض الأسئلة المتعلقة بسلوك كلاهما وطبيعة انفعالاتهما.

## 2-2- مناقشة نتائج الدراسة الكيفية:

تعتبر العلاقة بين الطبيب والمريض من أهم العلاقات الإنسانية كونها تتحكم مباشرة في أهم ما يحتاجه الإنسان ألا وهو الشفاء من مرض جعله يعاني وغير مجريات حياته المعتادة، إذ يلعب الطبيب دورا هاما ورئيسيا في هذه العلاقة التي من شأنها أن تسير نحو إتجاه إيجابي أو سلبي حسب طبيعة التواصل والتفاعل بين طرفي هذه العلاقة.

فيما يخص علم النفس العيادي، فهو يبحث في عمق هذه العلاقة لفهم الدينامية النفسية التي يتم من خلالها التأثير والتأثر، إذ بهذا المنطلق جاءت الدراسة الحالية الموسومة بـ: "تحليل العلاقة طبيب-مريض (دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية سعيدة)" كمحاولة لفهم هذه السيرورة العلائقية وتأثيرها على العلاقة العلاجية.

وكإنطلاقة للسير في الدراسة، تم طرح التساؤلات التالية:

- ما طبيعة العلاقة التي تربط بين الطبيب والمريض؟
- كيف تساهم العلاقة بين الطبيب والمريض في نجاح أو فشل العلاقة العلاجية؟
- وعليه كانت فرضيات الدراسة كالاتي:

- طبيعة العلاقة التي تربط بين الطبيب والمريض هي علاقة تكاملية إيجابية.
- تساهم العلاقة بين الطبيب والمريض في نجاح أو فشل العملية العلاجية من خلال:
  - الاستقبال والتحالف العلاجي بين الطبيب والمريض، الإصغاء والتعاطف الذي يبديه الطبيب للمريض، معرفة المريض حول مرضه وكفاءة الطبيب، الآليات الدفاعية المستخدمة من طرف كل من الطبيب والمريض، التعلق العلاجي لدى المريض وانطباعه نحو العلاج.
  - ومن أجل اختبار صحة الفرضيات من عدمها، تم الاعتماد على المنهج الوصفي (دراسة حالة) الذي استعنا من خلاله بالملاحظة والمقابلة وكذا تطبيق مقياس العلاقة طبيب-مريض بنسخته على حالات الدراسة.

سبق لنا أن أشرنا إلى أنه نظرا للأهمية التي تحملها نظرية كارل روجرز (Carl Rogers) حول العلاج المتمركز حول العميل، انضمت إليها دراسات وإسهامات بالنت (Michael Balint) ليتم تطبيقها في المجال الطبي كون العلاقة بين الطبيب والمريض من أهم محركات العملية العلاجية وبلوغ النتائج الإيجابية (In: Moreau & Al, 2019, p168) وهذا ما لمسناه جليا لدى حالي الدراسة (المريضتين) من خلال تصريحهما حول حاجتهما إلى تبني الطبيب موقف الإصغاء الفعال مما يساعدهما على فهم الوضعية المرضية بصورة أحسن، وبالتالي الراحة النفسية التي تصاحب تفريغ مخاوفهما وتوقعاتهما وتفضيلاتهما في العملية العلاجية، إذ في ظل تزايد انتشار الأمراض المزمنة وأمراض لم تكن معروفة سابقا، وفي ظل تطور تفكير الناس وطرق تعاملهم مع المرض من خلال التكنولوجيات الحديثة وانتشار الوعي الصحي، أصبح المريض فردا مستقلا ومسؤولا مما جعل العلاقة طبيب-مريض تخوض تحديات جديدة تحركها متغيرات عديدة تسعى كلها إلى الوصول إلى رضا كل من الطبيب والمريض، وبالتالي الحصول على نتائج علاجية إيجابية، إذ يؤكد بالنت (Michael Balint) في عمله الذي يركز على نظرية كارل روجرز (Carl Rogers) أن الطبيب لم يعد يُطلب منه الاعتماد على التشخيص فقط وإنما خلق جو علائقي في إطار مهنته لا يعتمد فيه على التوجيه فقط وإنما ترك للمريض فرصة المشاركة في العملية

العلاجية حتي يتمكن من الوصول إلى التغيير المطلوب ( In: Fournier & Al, 2007, p417-418)، وظهر هذا في تصريح المريضة (ع.س) حول مستوى الراحة عند الطبيب الذي تربطه باستجابة الطبيب لكل تساؤلاتها وتوضيح تفاصيل المرض التي تسأل عنها دون أن يكون الموجه أو الأمر فقط، خاصة وأنها تتزود دائما بمعلومات حول مرضها ويندرج هذا النوع ضمن المريض على معرفة (the knowing patient)، حيث سابقا كان للأطباء المعرفة فقط أما مؤخرا أصبح المرضى يعرفون أكثر عن وضعيتهم المرضية التي قد لا تكون مكتملة من جميع الجوانب لكن بمعلومات ذات جودة يمكن مناقشتها مع الطبيب، حيث أغلب المرضى المطلعين على المرض يكونون من فئة الشباب الذين لديهم مستوى تعليمي ويرجع ذلك إلى حيوييتهم ونشاطهم، وأيضا المصابون بأمراض مزمنة هم الأكثر معرفة بمعلومات مرضهم، وتوضح هذا في تصريح المريضتين، حيث يجعل هذا النوع من المرضى بعض الأطباء في حالة قلق من فقدان مكانتهم السلطوية (In: Mahdaoui, 2019, p62) خاصة الأطباء الذين يتبعون النموذج التقليدي (Paternalistic type) الذي يكون فيه القرار التام للطبيب (Bérmond & Al, sd, p1-3)، وهذا النموذج حسب تصريح المريضة (م.ل) لا يجعل المريض يرتاح لأنه لا يجد الحرية في مشاركة مخاوفه وانتظاراته على عكس طبيب الأسنان الذي يشجع على نموذج القرار المشترك (the shared-decision type)، الذي يتم من خلاله إشراك المريض في العملية العلاجية من خلال تبصيره بحيثيات المرض وتأثيره على الحياة اليومية مع توضيح الخطة العلاجية والآثار الناجمة عنها السلبية منها والإيجابية، ويقوم على مشاركة الطبيب معارفه العلمية والطبية، ومشاركة المريض تفضيلاته على الصعيدين النفسي والاجتماعي (Bérmond & Al, sd, p4-6)، وأكد هذا الطرح تصريح حالة الدراسة (ع.س) التي تستحسن المشاركة في القرار العلاجي، وكذا تفضيل طبييها أن يشرك مرضاه في القرار العلاجي من خلال تقديم خيارات وفق المستوى الاقتصادي لكل مريض، وهذا يدل على بدل الطبيب (ب.ي) عناية لمرضاه من خلال محاولته تكييف العلاج حسب ما تسمح به وضعية كل مريض، وهذا ما يؤكد صحة

الفرضية أن العلاقة بين الطبيب والمريض تساهم في فشل أو نجاح العملية العلاجية من خلال الإصغاء والتعاطف الذي يبديه الطبيب للمريض والمعرفة الصحية للمريض.

وفي ضوء ما جاء في دراسة (بن مغنية، 2017) حول بناء الثقة التي تطرق إليها فريديسون (Freidson) على أن المريض يبني الثقة في طبيبه قبل لقاءه الأول به من خلال محيطيه والفاعلين من حوله، مما يبني لدى المريض تصورات وانتظارات بناء على الصورة التي رسمها من خلال ما تم تداوله بين الناس (ورد في: بن مغنية، 2017، ص28)، أكدت حالات الدراسة من أطباء ومرضى أن اختيار الطبيب يتم وفق توصيات الناس وأن الطبيب هو الذي يبني السمعة التي من خلالها يمكن للمريض بناء الثقة به سواء من خلال تعامله مع الناس أو من خلال كفاءته في تشخيص المرض وكذا فعالية الدواء من عدمها، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن خبرات المرضى مع تجارب مرضية سابقة وعلاقات مع أطباء أو ممرضين تجعل المرضى يتبنون تحويل انفعالاتهم الناتجة عن تجارب سيئة سابقة في علاقاتهم الحالية دون شعور منهم، حيث ظهر هذا من خلال ما صرحت به المريضة (م.ل) التي تسترجع لحظات الصراع التي عاشتها مع الأطباء والطاقم الاستشفائي خلال بدايات اكتشافها لمرضها، حيث عبرت عن غضبها من طبيبها عندما يعاملها أحيانا بفضاضة، فهي بذلك لا تسقط غضبها عليه بقدر إسقاطها ذلك الغضب على الطبيب الأول الذي أخبرها أنه لا أمل لها بالشفاء، والذي تكن له مشاعر الكره وتتحسر على عدم استطاعتها إبداء ردة فعل آنذاك، خاصة أن هذا الطبيب أي (ز.م) لا يخطر في مشاغل المريضة من الجانب العاطفي، وهذا ما أكد عليه بالنت (Michael Balint) من خلال ندوات فكرية وعلمية للأطباء العاميين بهدف إعادة التفكير في العلاقة بين الطبيب والمريض، وبالتالي ما يحدث بينهما من خلال علاقة تحويلية (Benaroch, 2017, p52)، بالمقابل فالحالة (م.ل) تشعر بالامتنان اتجاه الطبيبة التي شخصت مرضها أي أنها في تناقض بين حبها للأطباء وكرههم وتعبّر عن هذا الصراع اللاشعوري بالإسقاطات التي تكيفها كآلية دفاعية حسب تعامل

الطبيب معها، وبهذا نؤكد صحة فرضية أن العلاقة بين الطبيب والمريض تساهم في نجاح أو فشل العملية العلاجية من خلال الآليات الدفاعية.

في ذات السياق، فإن سلوك المريضة أي قلقها وخوفها هو سلوك متعلم نتيجة خبرات سابقة حيث يمثل الطبيب دور المثير في هذه العلاقة العلاجية، وبالنسبة إلى المريضة (م.ل) طريقة تعامل الطبيب وعجلته وعدم تركه المجال لمشاركة التوقعات والانتظارات والمخاوف يعزز لدى المريضة الشعور بالخوف والقلق، بينما وجدنا عكس ذلك في العلاقة الثانية بين طبيب الأسنان ومريضته حيث من جهته يسعى الطبيب إلى تبني أسلوب لا ألم (zéro douleur) الذي من خلاله يخفف القلق والخوف لدى المرضى، وبالتالي هو مثير إيجابي يعزز التخلص من هذه المشاعر لدى المريضة التي أكدت أن طمأنة الطبيب لها تجعلها ترتاح وتتلاشى لديها صورة المرض التي عظمته سلبيا في ذهنها، وبالتالي فإن العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة مثير----استجابة، يلعب فيها الطبيب دور المثير من خلال طريقة التفاعل، نبرة صوته، التعليمات التي يقدمها، ملامح وجهه... إلخ، بينما تكون ردة فعل المريض استجابة لما يصدر من الطبيب فعند شعور المريض بالراحة بعد الجلسة العلاجية ستقترن زيارته للطبيب بالراحة، على عكس ذلك تقترن زيارة الطبيب بالخوف، حيث يرى سكينر (Skinner) أن السلوك الإنساني داخليا كان أو خارجيا يتأثر بالأحداث السابقة وبالأحداث التي تتبع أفعالا معينة، إذ تكون هذه الأحداث السابقة أو اللاحقة في داخل الشخص أو خارجه مما يستدعي ملاحظة الظروف المحيطة بالشخص لمعرفة سببية أفعاله، فهو يعترف أي سكينر (Skinner) بدور الأحداث الداخلية في شرح سلوك الفرد إذ يعتبر أن الاستجابات كالأفكار مثلا ليست مستقلة بل هي نتيجة لتاريخ عام من التعلم (ملیكة، 1990، ص16)، ويدعم الطريقة التي يتبعها طبيب الأسنان طرح واطسون (Watson) الذي مفاده أن إزالة المخاوف تتم من خلال إعادة الإشراف أو الإشراف المضاد، أي أن يرتبط موضوع مثير للخوف مع موضوع سار (ملیكة، 1990، ص14)، إذ صرح الطبيب (ب.ي) أنه يجهز كل أدوات العلاج التي يعتبرها المريض مصدر خوف

نتيجة الألم الذي سيشعر به أمامه خلال العلاج لكن بالمقابل يجعل المريض لا يشعر بأدنى درجة من الألم وبالتالي تتلاشى مخاوف المريض.

وبالعودة إلى ما طرحه الاتجاه النسقي في مفهومه للعلاقة بين الطبيب والمريض، فإن الممارس الذي يتبنى مبدأ العلاقة التكاملية مع مريضه ويعتمد على التغذية الراجعة هو الذي سيكون قادراً على بناء علاقة جيدة مع المريض (Perdrix & Al, 2017, p2-3)، هذا ما لا يتوفر في العلاقة الأولى بين الطبيب (ز.م) والمريضة (م.ل)، حيث يرجح الطبيب عدم استجابة المريض للدواء إلى التوجيه الخاطئ له من طرف المريض دون أن يحاول التعمق في الأسباب حيث يتبنى هذا الطبيب علاقة خطية حسب ما طرحه باتسون (Bateson)، والتي لا تأخذ بعين الاعتبار التغيرات والمقاومة التي يتبناها الموضوع (the subject)، وبهذا لا يعتمد على التغذية الراجعة أي الفعل الراجع للأثر على سببه (Perdrix & Al, 2017, p2)، بالمقابل فإن المريض بهذا يشكك في كفاءة الطبيب الذي تخلى عن دوره في التشخيص ومسؤوليته في وصف دواء قد لا يتوافق مع الوضعية المرضية للحالة، حيث ظهر ذلك واضحاً في تصريح المريضين أنه من العوامل التي تضعف العلاقة مع الطبيب خطؤه في وصف الدواء أو وصف دواء ليست له فعالية هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن المريضة عبرت عن شعورها بالإحباط والشعور بالنقص عندما يفرض الطبيب رأيه حول فعالية الدواء بصفته هو الطبيب الذي له علم بكل شيء وهي المريضة التي تجهل حقائق الأمور دون الأخذ بعين الاعتبار تجربة المريضة مع هذا العلاج الذي لم يغير شيئاً في حالتها، ويؤكد هذا ما ورد في (Zofia & Al, 2015, p226) حول صعوبات التواصل المحتملة في العلاقة بين الطبيب والمريض هي أن يكون الطبيب الأمر والموجه فقط دون ترك المجال للمريض في التعبير عن رأيه، ويدعم هذا النتائج التي جاء بها (بن مغنية، 2017) حول أن نموذج الطبيب المتسلط في العلاقة العلاجية لا يجعل للمريض حرية المشاركة في عملية العلاج وبالتالي الحصول على نتائج سلبية، وبهذا تؤكد فرضية



العلاقة بين الطبيب والمريض تساهم في نجاح أو فشل العملية العلاجية من خلال كفاءة الطبيب.

حسب ميد (Mid) في النظرية التفاعلية الرمزية، يتم التفاعل الرمزي بين الطبيب والمريض خلال مدة من الزمن أي مدة الفحص والمعاينة، فيأخذ كل من الطبيب والمريض صورة رمزية عن الآخر والتي تعتبر صورة سطحية إما إيجابية أو سلبية تحددها طبيعة التفاعل بين الطرفين، وحتى ينجح العلاج يجب أن تكون الصورة الرمزية إيجابية في إطار تواصل إيجابي وفعال (ورد في: بن إبراهيم بن عيد الدخيل وبن إبراهيم بن عثمان المصطفى، دت، ص58)، هذا ما أكدته المقابلات مع الحالة (م.ل) التي كانت تشتكي من استعجال الطبيب في الفحص وهو الأمر الذي لاحظناه أيضا خلال المقابلات معه، مما يجعل المرضى يبنون صورة سلبية حوله حتى وإن كان ذو كفاءة، فالمريض بحاجة إلى الاحتواء خلال الجلسة العلاجية والتفريغ الانفعالي الذي يساعد في التخفيف من معاناة المرض، وعدم إيجاده لهذه الفرصة يجعله يتوتر وينعكس هذا سلبا على العلاقة العلاجية من خلال نسيان المريض للأعراض والمستجدات المرضية التي كان يريد أن يشاركها مع الطبيب، مما يؤثر سلبا على متابعة الطبيب للوضعية المرضية التي يضع لها حيزا محددا مما يقوده إلى تبني تشخيص وحيد في كل مرة.

إن النتائج التي توصلت إليها كل من دراسة (Kouidri,2021) حول تصورات المريض، ودراسة (Andrimihaja,2021)، تتوافق مع ما توصلنا إليه خلال المقابلات مع حالات الدراسة، إذ على الصعيد النفسي، اللقاء الأول مع الطبيب وطريقة استقباله له تأثير على العلاقة العلاجية، ويعتبر بمثابة ذكرى راسخة يُقيم المريض من خلال هذا اللقاء طريقة الطبيب في العلاج ومدى إشراكه في العلاقة العلاجية، حيث كان تصريح حالات الدراسة (المریضتين) واضحا حول اهتمامهما بطريقة استقبال الطبيب لهما كأول معيار يجعل العلاقة قوية وإيجابية مع الطبيب، بالمقابل كان تصريح الطبيبين يتوافق مع ذلك من خلال إعطائهما الأهمية القصوى لطريقة الاستقبال التي تعتبر عاملا يبنى من خلاله المريض ثقته

بالطبيب، بالمقابل فإن عدم تطابق التصورات التي يشكلها المريض في ذهنه حول الطبيب قبل الذهاب إليه مع ما يجده في الواقع خلال التفاعل مع الطبيب يجعل المريض يشعر بخيبة الأمل، ويضعه في موقف يحاول أن يوجهه هو العلاقة العلاجية من خلال تقديم اقتراحات تلبي التصورات والتوقعات التي كان ينتظرها من الطبيب إذ يغير هذا من انطباعه حول العلاج، حيث توصلت دراسة (Koudri,2021) في نفس السياق إلى أن الصورة الإيجابية التي يشكلها المريض حول الطبيب تساعد في نجاح وتطور العملية العلاجية، وأن سلوك المريض يختلف حسب الصورة التي يكونها حول الطبيب، هذا بالنسبة للمريض، أما من ناحية الطبيب فتوصلت (Koudri,2021) في دراستها إلى أن الطبيب في المستشفى تتحكم فيه ظروف مكانية وزمانية خارجة عن نطاقه تجعله لا يستجيب لكل توقعات وانتظارات المريض، وهذا ما لاحظناه خلال المقابلات مع المريض في المؤسسة الاستشفائية العمومية ومن خلال عدم رضا المريضة من قاعة الانتظار، وحتى من مدة الفحص والجلسة العلاجية التي تعتبر خارجة عن نطاق الطبيب كونه الطبيب المختص الوحيد في تلك المصلحة ويوجه إليه عدد هائل من المرضى في اليوم، ومن خلال هذه النتائج نؤكد فرضية العلاقة بين الطبيب والمريض تساهم في نجاح أو فشل العملية العلاجية من خلال الاستقبال والتحالف العلاجي بين الطبيب والمريض وانطباع المريض حول العلاج.

يعتبر الأطباء أن تردد المرضى عليهم بين فترات متقاربة ودون سبب واضح هو نتيجة رهاب مرضي أو وسواس مرضي، بينما لمسنا في تصريحات المريضة (م.ل) أن لديها تعلق غير آمن ترجع أسبابه إلى خبرات الطفولة، فهي تخشى فقدان الموضوع (الطبيب) الذي تعتبر أنه ينقذ حياتها بالرغم من عدم رضاها التام عن العلاقة العلاجية مع هذا الطبيب إلا أنها تفكر دائما في مصيرها في حالة ما فقدت هذا الطبيب، وفي هذا الصدد ترى نظرية التعلق أن المريض الذي لديه تعلق غير آمن يتسم بمستوى قلق مرتفع ينخفض تدريجا من خلال زيارته للطبيب والقيام بالفحص خاصة عندما يكون طبيبه المعتاد، لكن عند انتهاء الفحص يعود ارتفاع مستوى القلق وبحكم تجارب الطفولة المبكرة يعتقد المريض

أن هذا الشخص (الطبيب) لا يدرك احتياجاته بصفة كافية، فيقوم المريض بصفة لاشعورية ببرمجة زيارة أخرى للطبيب، لكن الطبيب لا يدرك ذلك فيشكك في إمكانياته في التشخيص أو عجزه في معرفة الوضعية المرضية للمريض (Husung, 2018)، وهذا ما أكدته تصريح الطبيبين من خلال تفسيرهما ذلك برهاب مرضي أو وسواس مما يجعل توجيههما للمريض توجيهًا خاطئًا وهذا يؤثر على العلاقة العلاجية، حيث تؤكد نظرية التعلق في تفسيرها للعلاقة بين الطبيب والمريض على ضرورة اتخاذ الطبيب تدابير لازمة ومعرفة أنماط التعلق لتسيير هذه العلاقة كون المريض غير واعي بهذه السيورة العلائقية (Husung, 2018).

من الركائز الهامة التي تسيير العلاقة بين الطبيب والمريض وتعتبر مرجعًا هامًا للمريض أكثر منه للطبيب، هي المدونة الأخلاقية الخاصة بالأطباء وأطباء الأسنان التي تتضمن في محتواها المواد التي توجه العلاقة بين الطبيب والمريض نحو مسار إيجابي يرضي الطرفين، غير أنه من خلال ما صرح به طبيب الأسنان فإن أغلبية الممارسين الطبيين لا يلتزمون بمحتواها ومما يشجعهم على ذلك جهل المرضى بالحقوق والامتيازات التي تضمنها لهم المدونة الأخلاقية، حيث ظهر عدم الالتزام بها بصورة واضحة من خلال تصريح الطبيب الذي يعتبر قبوله للمريض الذي كان يتابع عنده ثم توجه إلى طبيب آخر ثم عاد إليه أنه يفعل ذلك برغبة منه، بالرغم من أن المدونة الأخلاقية تفصل في هذه النقطة في الفصل الثاني-المادة 42 (واجبات الطبيب نحو المريض) حيث تجعل للمريض حرية اختيار الطبيب وترك الطبيب الذي يتابع لديه لكن يمكنه العودة إلى الطبيب الذي تركه وللطبيب حرية استقباله من عدمه لكنه مجبر على متابعته من جديد إذا كانت الحالة مستعجلة أو في خطر، فالطبيب على صواب بما صرح به لكنه أنكر وجود المدونة الأخلاقية عند سؤاله على ماذا يستند لفعل ذلك؟

بناءً على النتائج المتوصل إليها، يمكن القول إن العلاقة بين الطبيب والمريض لها عمق نفسي يؤثر مباشرة في العلاقة العلاجية ويتحكم في توجيهها نحو مسار إما إيجابي أو سلبي، يعتمد على طبيعة التفاعل والصور التي يبنها كل من طرفي العلاقة حول بعضهما

---

البعض، فالذي يمس الطرف الأول يؤثر في الطرف الثاني، إذ مما ذكرناه سابقا نؤكد فرضية أن العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة تكاملية إيجابية.

خاتمة:

يعتبر المرض من الخبرات الإنسانية الأكثر تعقيدا كون إدراكه يختلف من مريض إلى آخر، غير أنه سواء حادا كان أو مزمنًا فإن تقبل الوضعية المرضية والتعايش معها يتطلب رعاية صحية لا تركز على الجانب العضوي فقط وإنما على جميع الجوانب الحياتية للمريض، النفسية والاجتماعية والثقافية وغيرها، مما يجعل للطبيب دورا هاما في تسيير العلاقة مع المريض من خلال أساليب التواصل وطبيعة التفاعل التي تعتمد على مجموعة من الأبعاد تحدد جودتها حسب شموليتها ومرونة استخدامها مما يرتبط ارتباطا وطيدا بالعلاقة العلاجية، الاستجابة للدواء، والتوجه نحو الشفاء، ومنه جاءت دراستنا التي تحمل موضوع تحليل العلاقة طبيب-مريض كمحاولة لفهم هذه السيرة العلائقية من جانب نفسي يركز على نظريات علم النفس وخلفية نظرية تقودنا إلى ضبط الدينامية النفسية التي تسيير هذه العلاقة الإنسانية.

ومن أجل تحقيق الهدف الأساسي لهذه الدراسة قمنا بتبني المنهج الوصفي كميًا وكيفيًا من خلال دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية سعيدة، وكذا دراسة فردية لحالتين من الأطباء وحالتين من المرضى بالاعتماد على مجموعة من الأدوات تمثلت في: الملاحظة، المقابلة ومقياس العلاقة طبيب-مريض بنسخته لكل من الطبيب والمريض المصمم من طرف الباحثة.

وبعد تحليل النتائج المتحصل عليها ومناقشتها، اتضح أن العلاقة بين الطبيب والمريض لها عمق نفسي يسير العلاقة العلاجية وله تأثير مباشر في تحقيق الشفاء، وما يمكن أن نستخلصه عن هذه الدراسة ما يلي:

- يعتبر الطبيب هو المسير في العلاقة طبيب-مريض، أما المريض فتقع عليه تبعات هذا التسيير.

- من خلال الأبعاد التي تطرقنا إليها في دراستنا سواء في المقياس أو في مناقشة النتائج، فإن الطبيب هو الذي يتحكم في طريقة العمل بها بينما يكون المريض في حاجة إلى تحقيق تلك الأبعاد من أجل علاقة علاجية تكاملية.

- المدونة الأخلاقية للأطباء تعتبر مرجعا هاما بالنسبة للمرضى أكثر منها للطبيب.

- بالرغم من أن للطبيب الحصة الكبرى في تسيير العلاقة مع المريض، إلا أن المريض تقع عليه واجبات أيضا عليه الالتزام بها من أجل بناء علاقة إيجابية مع الطبيب وبالتالي توجه العلاقة العلاجية نحو مسار إيجابي.

بناءً على النتائج المتحصل عليها، نقترح التوصيات التالية:

- إدراج تكوين أكاديمي في علم النفس لطلبة الطب على المدى الطويل خلال تكوينهم الأكاديمي.

- نشر الوعي بين المرضى حول ضرورة الاطلاع على المدونة الأخلاقية للأطباء لأنها تحدد لهم حقوقهم في العلاقة مع الطبيب.

- تخفيف المهام الإدارية على الأطباء في المصالح الاستشفائية العمومية من أجل خلق وقت كافٍ خلال الحصة العلاجية بين الطبيب والمريض.

- عقد ندوات ولقاءات علمية وأيام تكوينية للأطباء وتكييفها حسب التطورات الحالية التي تكتسح المجال الطبي حول أهمية مراعاة الجانب النفسي للمريض في إدارة التفاعل الذي تبنى عليه العلاقة طبيب-مريض.

- إجراء المزيد من الدراسات والأبحاث التي تمس الجانب النفسي البحت حول العلاقة طبيب-مريض نظرا لأهمية هذا الجانب في تكيف المريض مع الوضعية المرضية وتخفيف المعاناة عنه.

## قائمة المراجع:

### المراجع باللغة العربية:

- براحيل، فاطمة الزهراء. (2009). دور الطبيب والممرض في العلاج الطبي. مجلة التواصل (24) .

- بقر، بهية وخلفي، عبد الحليم. (2022). إدراك المرض ومصدر الضبط والرضا عن الحياة لدى مرضى القلب ( illness perception and life satisfaction and locus of control for heart patients). مجلة البحوث والدراسات الإنسانية 16 (2). ص 299-324.

- بن براهيم بن عيد الدخيل، ياسر وبن براهيم بن عثمان المصطفى، عبد الله. (دت). أخلاقيات العلاقة بين الطبيب والمريض وتعزيز الثقة: دراسة ميدانية عمى مستشفيات مدينة الرياض. مجلة مركز بحوث التراث والحضارة جامعة قناة السويس .ص 43-88.

- بن مغنية، قادة. (2017). الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي - دراسة حالات. أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علم الاجتماع. كلية العلوم الاجتماعية. جامعة وهران 2 أحمد بن بلة. الجزائر.

- جوناثان، سلفرمان وآخرون. (2017). مهارات الاتصال بالمرضى. ترجمة عبد السلام صالح سلطان.

- حنون، سمية. (2023). المتسلسل الممتع والدافع المحفز لفك عقدة المنهجية. الجزائر: دار خيال للنشر والتوزيع.

- محمود شقير، زينب. (2002). علم النفس العيادي (الإكلينيكي). (ط2). القاهرة-مصر.

- المشهداني، سعد سلمان. (2019). منهجية البحث العلمي. (ط1). الأردن-عمان.

- مليكة، لويس كامل. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. (ط1). الكويت.

### المراجع باللغة الأجنبية:

- Benaroch, Jacob. (2017). Transfert et contretransfert dans l'accompagnement vers les soins. pratiques en santé mentale 63 (3). p49-53.
- Brémond, Alain & Gofette, Gérôme & Moumjid-Ferdjaoui, Nora. (nd). La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder.
- Brighet Assous, Anissa. (nd). la relation médecin malade en milieu hospitalier Algérien. European scientific journal 8 (27). p146-169.
- Fournier, Cécile & Kerzanet, Sandra. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé publique 19 (5).
- Fuehrer, Sheryl & Weil, Amy & Osterberg, Lars G & Zulman, Donna M & Meunier, Matthew R & Schwartz, Rachel. (2024). Building Authentic Connection in the Patient-Physician Relationship. Journal of Primary Care & Community Health (15). p1-11.
- Halioua, Bruno. (2009). Histoire de la médecine (3eme édition). Elsevier Masson .
- Husung, Claudia. (2018). La relation médecin-patient du point de vue de la théorie de l'attachement. <https://medizinonline.com/fr/la-relation-medecin-patient-du-point-de-vue-de-la-theorie-de-lattachement/>.
- Kouidri, Malika (2021). La représentation du médecin chez le patient. *Afaq Fikriya Journal* :09 (01).p397-419.
- Laplanche, Jean & Pontalis, J-B. (1981). vocabulaire de la psychanalyse. (7eme édition). Presse universitaire de France.
- Luc, Andriamihaja. (2022). Vécu de l'évolution de la relation médecin-patient au cours du temps : enquête auprès des patients de médecine générale. Thèse présentée pour le diplôme de docteur en médecine. Sorbonne université. Paris. France.



- Mahdaoui, Mohamed. (2019). l'évolution de la relation patient-praticien de l'antiquité à nos jours en médecine et en maxillo-faciale. thèse pour l'obtention du doctorat en médecine. Faculté de médecine et de pharmacie. Université Cadi Ayyad. Marrakech.
- Moreau-Ricaud, Michelle. (2006). Influence de Balint sur la psychanalyse contemporaine. Cairninfo. Revue connexions. p59-71.
- Pedrix, Corinne & Gocko, Xavier & Plotton, Catherine. (2007). la relation médecin-patient. Collège national des généralistes enseignants. p1-11.
- Rademakers, Jany & Delnoji, Diana & Nijman, Jessica & Boer, Dolf. (2012). Educational inequalities in patient-centred care: patient's preferences and experiences. BMC health services research. p1-8.
- Seghir, Cherif. (nd). La relation médecin-malade. Cours en médecine. Université de Constantine3. Algérie.
- Sliwinska, Zofia & Makara-Studzinska, Marta & Sliwinski, Zbigniew. (2015). The patient-doctor relationship-a psychological perspective. University of Poland. Medical studies/ studiamedyczne : 31 (03). p223-228.
- Zilcha-Mano, Sigal & Roose, Steven P & Brown, Patrick J & Rutherford, Bret R. (2019). Not Just Nonspecific Factors: The Roles of Alliance and Expectancy in Treatment, and Their Neurobiological Underpinnings. Frontiers in Behavioral Neuroscience 12. p1-8.

#### قائمة الملاحق:

#### الملحق رقم (01): مقياس العلاقة طبيب-مريض (نسخة الطبيب)

Consigne : Nous vous demandons de lire attentivement les affirmations suivantes et d'y répondre honnêtement en cochant la case appropriée (x), sachant qu'il n'y

a pas de bonne ou de mauvaise réponse, et que votre réponse restera confidentielle et ne sera utilisée qu'à des fins de recherche scientifique.

**Sexe :** Masculin ☐ Féminin ☐

**Statut social :** marié ☐ célibataire ☐

**Age :** 30 – 36 ☐ 37 – 42 ☐ 43 – 49 ☐

50 – 56 ☐ 57 – 63 ☐

**Secteur de travail :** privé ☐ étatique ☐

**Expérience de travail :** 05 – 10 ☐ 11 – 15 ☐ 16 et plus ☐

**Zone de travail :** urbaine ☐ semi-urbaine ☐

**Spécialité :** généraliste ☐ spécialiste ☐

Num	items	Toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
01	J'accueille tous mes patients chaleureusement.					
02	J'incite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne.					
03	J'informe le patient de façon claire, précise et adaptée à sa compréhension.					
04	Je rassure le patient avant de lui annoncer l'état grave de sa maladie même si c'est une fausse assurance.					
05	Je me sens en colère quand mon patient consulte chez un autre médecin.					
06	J'insiste à mon assistant(e) à apporter l'assistance et le confort nécessaires aux patients.					
07	Je laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre.					
08	Quel qu'il soit le patient, j'utilise le jargon médical					

	pour expliquer la maladie.					
09	Je respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités.					
10	J'explique au patient toutes les conditions thérapeutiques en respectant le code déontologique.					
11	Je prends en considération les émotions et les points de vue des patients.					
12	J'invite le patient à expliquer ses symptômes tel qu'il les perçoit.					
13	Parfois, je mens pour réduire le taux d'anxiété chez le patient.					
14	En consultation, Je prends beaucoup de temps avec certains patients même si la maladie ne nécessite pas cela.					
15	Je favorise l'expression du patient, de ses plaintes, ses demandes et ses attentes.					
16	La différence d'âge entre moi et le patient favorise une bonne séance thérapeutique.					
17	J'incite le patient à participer à la prise de décision.					
18	Je réponds avec plaisir aux interactions de mes patients durant la séance thérapeutique.					
19	J'ai toujours peur de perdre mes patients					
20	Mon interaction est positive avec un patient qui connaît bien sa maladie par rapport à un autre qui ne sait rien.					

21	Je me place d'emblée dans une disposition d'écoute dès que le patient rentre au bureau.					
22	J'aménage mon cabinet et la salle des soins de manière à ce qu'il soit confortable pour le patient.					
23	Quand la maladie est grave, je préfère l'annoncer à l'accompagnant du patient.					
24	J'ai toujours une colère contre le patient qui ne finit pas son traitement tel que je l'ai prescrit.					
25	J'impose au patient de respecter le temps de la séance lorsqu'il traite des choses qui ne sont pas liées à la séance thérapeutique					

**الملحق رقم (02): مقياس العلاقة طبيب-مريض (نسخة الطبيب مترجمة)**

فيما يلي مجموعة من العبارات نرجو منك أن تقرأها بتمعن وتجيبنا بكل صراحة، وذلك بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة، مع العلم أنه لا توجد إجابة خاطئة وأخرى صحيحة، سوف تحظى إجابتك بالسرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

الحالة الاجتماعية: مرتبط ☐ غير مرتبط ☐

السن: ☐ 30-36 ☐ 37-42 ☐ 43-49

☐ 50-56 ☐ 57-63

قطاع العمل: خاص ☐ عمومي ☐

منطقة العمل: حضرية ☐ شبه حضرية ☐

سنوات الخبرة: ☐ 5-10 ☐ 11-15 ☐ 16 وأكثر

التخصص: طبيب عام ☐ طبيب مختص ☐

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
01	أستقبل جميع مرضاي استقبالا حارا					
02	أحث المريض على وصف كيف تؤثر مشاكله الصحية على حياته اليومية					
03	أحرص على إخبار المريض بطريقة واضحة تتوافق مع مستوى فهمه					
04	أطمئن المريض قبل إعلامه بوضعيته المرضية الخطيرة حتى وإن كانت طمأنة مزيفة					
05	أشعر بغضب عندما يذهب مريضى عند طبيب آخر يفحصه					
06	أحرص على أن يوفر مساعدي المساعدة والراحة اللازمين للمرضى					
07	أترك للمرض المجال للتعبير دون مقاطعته					
08	مهما كان المريض، أستعمل المصطلحات الطبية في الشرح					
09	أحترم استقلالية المريض، وأشجعه على تحمل مسؤولياته					
10	أشرح للمريض كل شروط العلاج مع احترام المدونة الأخلاقية					
11	أخذ بعين الاعتبار مشاعر وآراء المرضى					
12	أدعو المريض إلى شرح الأعراض حسب إدراكه لها					
13	أحيانا، أستعمل الكذب لخفض حدة القلق لدى المريض					
14	خلال الجلسة العلاجية، أستغرق وقت أطول مع بعض المرضى حتى وإن لم تستدع طبيعة المرض ذلك					
15	أفضل أن يعبر المرضى عن شكاويهم وطلباتهم وانتظاراتهم					
16	فارق السن بيني وبين المريض يجعل الجلسة العلاجية جيدة					
17	أحث المريض على المشاركة في أخذ القرار					
18	أستجيب بكل سرور إلى تفاعلات مرضاي خلال الجلسة العلاجية					
19	أخاف دائما من فقدان مرضاي					
20	يكون تفاعلي إيجابي مع المريض الذي له معرفة بمرضه على عكس المريض الذي لا يعلم شيئا					
21	أتجهز في وضعية إصغاء فور دخول المريض إلى المكتب					

22	أجهز عيادتي وقاعة العلاج بطريقة تبعث الشعور بالراحة لدى المريض				
23	عندما يكون المرض خطير، أفضل إعلام مرافق المريض بذلك				
24	أشعر دائما بالغضب من المريض الذي لا ينهي الدواء حسب الجرعات المحددة				
25	أفرض على المريض الالتزام بمدة الجلسة العلاجية عندما يبدأ في الحديث عن أشياء لا علاقة لها بالجلسة.				

### الملحق رقم (03): مقياس العلاقة طبيب-مريض (نسخة المريض):

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات نرجو منك أن تقرأها بتمعن وتجيبنا بكل صراحة، وذلك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة، مع العلم أنه لا توجد إجابة خاطئة وأخرى صحيحة، سوف تحظى إجابتك بالسرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

الحالة الاجتماعية : مرتبط ☐ غير مرتبط ☐

السن : ☐ 20 - 26 ☐ 27 - 33 ☐ 34 - 40

☐ 41 - 46 ☐ 47 - 53 ☐ 54 - 60

طبيعة المرض : مزمن ☐ غير مزمن ☐

المستوى التعليمي : ☐ دون البكالوريا ☐ جامعي

سنوات المرض : ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11 وأكثر

الدخل الاقتصادي : ☐ جيد ☐ ضعيف

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
01	أشعر بالراحة عندما يستقبلني الطبيب بكلمات الترحيب.					
02	لا أذهب عند طبيب آخر عند غياب الطبيب المعتاد حتى وأنا في حالة ألم.					
03	أشعر بالراحة وزوال الألم عندما يسمع الطبيب إلى أدق					

					التفاصيل التي أذكرها.	
					أفهم طبيعة المرض أكثر عندما يصيغه الطبيب بطريقة مبسطة تتناسب مع استيعابي.	04
					أشعر بغضب شديد اتجاه الطبيب عندما يخبرني بحقيقة المرض الذي أعاني منه.	05
					أشعر بالاهتمام عندما يحتني الطبيب على المشاركة في القرار العلاجي	06
					الطاقم الطبي (المرضى) يحسنون التعامل معنا.	07
					لا أثق في طبيب آخر إلا الطبيب الخاص بي.	08
					أشعر بالأمان عندما أشارك الطبيب مخاوفي خلال الجلسة العلاجية أكثر من التحدث عن المرض.	09
					لدي معلومات علمية ملمة حول مرضي.	10
					أشعر بالأطمئنان عندما يكون الطبيب من الجنس الآخر.	11
					في نظري الطبيب الكفاء هو الذي يقدم أدوية لها مفعولاً قوياً في مدة وجيزة.	12
					أغلب الأطباء الذين أذهب إليهم يستقبلونني أحسن استقبال.	13
					في عائلتنا لدينا طبيباً واحداً نذهب إليه.	14
					أشعر بالراحة عندما يحاول الطبيب فهم حالتي الصحية وتشخيصها بعناية.	15
					أشعر بالراحة عندما يتفهمني الطبيب وأنا أعبر عن كل الأعراض التي أحس بها .	16
					أشعر بالقلق عندما يصف لي الطبيب أعراضاً لا أشعر بها في جسمي.	17
					لا يهمني جنس الطبيب أو سنه بل طريقة العلاج فقط.	18
					المكان الذي يعمل فيه الطبيب مجهزاً ومريحاً.	19
					ينتابني شعور بالخوف أن أفقد الطبيب الذي يفحص حالتي الصحية.	20
					أشعر بالإحباط عندما يحرمني الطبيب وأنا أشاركه الحديث حول تفاصيل المرض.	21

22	دائماً أبحث في الأنترنت عن أسباب المرض الذي أعاني منه.				
23	أشعر بالاطمئنان عندما يكون الطبيب أكبر مني سناً.				
24	انزعج عندما يصف لي الطبيب أدوية لها تأثيرات جانبية.				
25	ألتزم بالمواعيد التي يحددها الطبيب للفحص.				
26	يتركني الطبيب أعبر عن معاناتي دون أن يقاطعي.				
27	أشعر بالراحة عندما يتولى الطبيب مسؤولية وقرار العلاج.				
28	أشعر بالإحباط عندما يصف لي الطبيب عدداً كبيراً من الأدوية.				
29	يتجاوب معي الطبيب خلال العملية العلاجية عندما أتفاعل معه حول تفاصيل المرض.				
30	عندما يشخص الطبيب مرضي أشك في كفاءته وخبرته العلاجية.				
31	يوضح لي الطبيب كل شروط وظروف العلاج.				
32	أشعر بالراحة عندما تكون مدة الفحص طويلة.				
33	الطبيب الذي يعالجي يقدر معاناتي مع المرض.				
34	أشعر بالحرج عندما يحدثني الطبيب عن مرضي بمصطلحات علمية وبلغة أجنبية لا أفهمها.				
35	لا أصدق عندما أسمع من الطبيب أنني أعاني من مرض مزمن.				
36	أخشى غضب الطبيب عندما لا أتمم الأدوية كما يصفها بالجرعات والمدة المعينة.				
37	يحاول الطبيب أن يخفف معاناتي قدر الإمكان.				

#### الملحق رقم (04): قائمة أسماء الأساتذة المحكمين لمقياس الدراسة:

الأستاذ (ة)	الدرجة العلمية	التخصص	المؤسسة
بوحفص طارق	أستاذ التعليم العالي	علم النفس	جامعة سعيدة
غزال أمال	أستاذة محاضرة أ	علم النفس العيادي	جامعة وهران 2



	والمرضي		
جلولي زينب	دكتوراه علوم التربية	علوم التربية	جامعة وهران 2

### الملحق رقم (05): دليل المقابلات (أطباء)

#### **المحور الأول: بناء الثقة مع الطبيب وجمع معلومات أولية عن الحالة**

السلام عليكم، بغرض القيام بدراستي المعنونة بـ: " تحليل العلاقة طبيب-مريض (دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية سعيدة)" لمشروع التخرج للسنة الثانية ماستر علم النفس العيادي، أطلب موافقتكم للمشاركة في هذه الدراسة العلمية لتدعيم المعارف النظرية بجانب تطبيقي لتجارب واقعية، مع العلم أن مشاركتك وكل ما تقدمه من معلومات خلال المقابلات هو لأغراض علمية ويخضع للسرية التامة.

الاسم:

السن:

الحالة الاجتماعية:

الرتبة في الأسرة:

تاريخ أول تعيين في العمل:

#### **المحور الثاني: تاريخ الحالة الشخصي والمهني**

1-كيف كانت الطفولة والمراهقة؟

2-هل كان الطب حلما منذ الطفولة؟

3-كيف كانت سنوات الدراسة في الطب؟

4-هل هناك أطباء غيرك في العائلة؟

5-كيف كانت طبيعة العلاقة في الأسرة؟

6-سنوات الخبرة في العمل؟

7- هل كان أول تعيين في العمل في القطاع الخاص أو العمومي؟

8- هل تختلف طبيعة العمل بين منطقة حضرية وشبه حضرية؟

9- دائماً يكون هناك اختلاف بين الدراسة ومجال العمل، ماهي المشاكل التي واجهتها في بداياتك في العمل؟

10- للوسط الذي نعمل فيه أهمية كبيرة وتأثير خاص على أدائنا، كيف هي علاقتك مع زملائك في العمل؟ هل واجهت مشاكل معهم؟

### المحور الثالث: العلاقة مع المريض

1- الاتصال الأول في أي علاقة له أهمية كبيرة لما يتركه من انطباع عند كل من طرفي العلاقة، هل لديك طريقة خاصة لاستقبال المرضى؟ وهل تعتبر طريقة استقبال المريض جزء هام للقيام بالعملية العلاجية؟

2- للمرضى أنماط شخصيات مختلفة وكل مريض يدخل للفحص هو شخصية تختلف عن الأخرى، هل تستعمل نفس الطريقة في طرح الأسئلة مع المرضى؟ هل هي أسئلة موجهة أم أسئلة مفتوحة؟

3- عندما يعرض لك المريض معاناته، هل تسأله كيف يؤثر هذا المرض على حياته بجميع جوانبها؟ أم تولي الاهتمام للمرض من جانب عضوي فقط؟

4- التواصل عامل أساسي في العلاقة بين الطبيب والمريض، هل تركز على التواصل اللفظي فقط أم تركز أيضاً على التواصل غير اللفظي بنفس الأهمية التي تعطيتها للتواصل اللفظي؟

5- إلى أي مدى تستعمل لغة بسيطة عند التواصل مع المريض؟

6- إذا ذهب مريض يتابع عندك منذ مدة طويلة إلى طبيب آخر ثم عاد إليك مرة أخرى وأخبرك أنه تابع عند طبيب آخر، هل يزعجك ذلك؟ وهل تتعامل معه بنفس الطريقة عندما كان يتابع عندك فقط؟

- 7- حسب رأيك، كيف يمكن أن يشارك المريض في العملية العلاجية؟
- 8- هناك مرضى لديهم معرفة حول مرضهم، من خلال تفاعله معك هل تسأل المريض عن مستواه التعليمي والثقافي والفكري؟ في حالة الإجابة بنعم، كيف يفيد ذلك في العملية العلاجية؟
- 9- عند دخول المريض برفقة أحد أقاربه خلال المعاينة، هل يؤثر ذلك على المعاينة؟ هل تنزعج من ذلك أم تعتبره أمر عادي؟
- 10- هل يؤثر محيط العمل على علاقتك مع المرضى؟
- 11- من خلال تجاربك مع المرضى، كيف تحصل على ثقة مرضاك؟ هل هناك أساليب معينة تتبعها للحصول على هذه الثقة؟
- 12- هل تغيرت طريقة تعاملك مع المرضى بين سنواتك الأولى في العمل والآن؟
- 13- هل يؤثر التعب في الساعات الأخيرة على عملك مع المريض؟
- 14- هل شعرت يوماً أنك لم تفهم المريض بشكل جيد؟ في حالة نعم كيف تصرفت مع هذا الموقف؟
- 15- مثلاً تصف لمريض دواء، وفي الجلسة القادمة يخبرك أن هذا الدواء لم يجدي نفعا وأنه لا يساعده على التعافي، كيف تتصرف؟
- 16- حسب رأيك وتجاربك في الميدان، ماهي المعوقات التي تضعف العلاقة بين الطبيب والمريض؟
- 17- كيف يمكن أن تحسن علاقتك مع المريض؟
- 18- حسب رأيك، كيف يمكن بناء تحالف علاجي مع المريض؟
- 19- خلال الجلسة العلاجية، هل تصغي للمريض حول توقعاته من الطبيب وماذا يفضل أم تتحكم أنت في العلاج دون الأخذ برأيه؟

- 20- للمرضى تجارب عديدة مع الأطباء، وأحياناً حتى يصل عندك يكون قد مر على عدة أطباء قبل الوصول إليك، هل تتركه يشارك معك تجربته مع المرض والدواء والأطباء اللذين ذهب إليهم وتحاول أن تصل معه إلى أرضية مشتركة؟
- 21- إذا أتى مريض عنده مرض خطير هل تخبره مباشرة أم كيف تتصرف؟ مع العلم يكون في حالة قلق وخوف، هل تخبره هو أم تفضل إخبار مرافقه؟
- 22- مع أي فئة أو جنس تكون مرتاح أكثر خلال الجلسة العلاجية؟
- 23- هل تزيف الحقائق من أجل تخفيض حدة القلق عند المريض؟
- 24- بما أنك تتعامل مع مرضى لديهم أمراض مزمنة، هل تخاف أن تفقد أحد مرضاك يوماً ما؟
- 25- هل تغضب عندما لا ينهي المريض دواءه حسب الجرعات التي وصفتها له؟
- 26- هل توصي مساعدك على توفير استقبال جيد للمرضى؟
- 27- إذا كان مريض يتابع لديك يكرر الزيارة من أجل الفحص خلال فترات قصيرة ومتقاربة بالرغم من أن وضعيته لا تستدعي ذلك، كيف تفسر ذلك؟ وكيف تتعامل معه؟
- 28- إذا كان مريض يتابع لديك منذ مدة طويلة حتى أصبحت تعرف كل شيء عن حياته، هل ترى أن هذا قد يؤثر على اليقظة العلاجية؟

### الملحق رقم (06): دليل المقابلات (مرضى)

#### المحور الأول: بناء الثقة مع المريض وجمع معلومات أولية عن الحالة

السلام عليكم، بغرض القيام بدراستي المعنونة بـ: "تحليل العلاقة طبيب-مريض (دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية سعيدة)" لمشروع التخرج للسنة الثانية ماستر

علم النفس العيادي، أطلب موافقتك للمشاركة في هذه الدراسة العلمية لتدعيم المعارف النظرية بجانب تطبيقي لتجارب واقعية، مع العلم أن مشاركتك وكل ما تقدمه من معلومات خلال المقابلات هو لأغراض علمية ويخضع للسرية التامة.

الاسم:

السن:

الحالة الاجتماعية:

الرتبة في الأسرة:

طبيعة المرض:

المستوى التعليمي:

الدخل الاقتصادي:

### المحور الثاني: تاريخ الحالة الشخصي والمرضي

01- كيف كانت الطفولة والمراهقة؟

02- كيف كانت طبيعة العلاقة في الأسرة؟

03- هل يمكنك وصف تجربتك مع المرض؟ كيف تعاملت عند معرفتك لهذا

المرض؟

04- هل هناك أحد آخر في العائلة لديه نفس المرض؟

05- سنوات المرض؟

06- هل كان توجهك الأول عند معرفتك للمرض إلى عيادة خاصة أو عمومية؟

07- كيف وجدت البيئة في الوسط الاستشفائي؟

08- هل كان للطاقم الصحي بكل مستوياته دخل في اختيارك لطبيب معين أم

طبيعة مرضك فرضت عليك الذهاب إلى ذلك الطبيب؟

### المحور الثالث: العلاقة مع الطبيب

- 01- الاتصال الأول في أي علاقة له أهمية كبيرة لما يتركه من انطباع عند كل من طرفي العلاقة، كيف تصف استقبال الطبيب لك؟
- 02- للأطباء شخصيات مختلفة، وكونك ترددت على العديد من الأطباء، كيف تصف مستوى الراحة عند التعامل مع الطبيب؟
- 03- هل يشرح لك الطبيب الخطة العلاجية بوضوح؟
- 04- هل يأخذ الطبيب الوقت الكافي للاستشارة معك؟ في حالة لا كيف تشعر حيال ذلك؟
- 05- هل يسألك الطبيب عن تأثير المرض عن حياتك اليومية بعيدا عن الأعراض الجسدية فقط؟
- 06- ما هي المشاعر التي شعرتها اتجاه الطبيب عندما أخبرك بالمرض؟
- 07- إذا أخبروك أن هناك طبيب آخر يعالج نفس حالتك، هل تغير طبيبك؟
- 08- ماذا لو توقف طبيبك عن العمل أو توفي؟
- 09- إلى أي مدى يستعمل الطبيب لغة واضحة معك؟ هل يزعجك استعماله مصطلحات علمية بلغة أجنبية؟
- 10- هل صادف أن ذهبت في إحدى المرات إلى طبيب آخر ثم عدت عند طبيبك وأخبرته أنك ذهبت لاستشارة طبيب غيره؟ في حالة نعم كيف تصرف الطبيب معك؟
- 11- حسب رأيك، كيف يمكن أن يجعلك الطبيب تشارك في العملية العلاجية؟
- 12- هل يسألك الطبيب عن مستواك الفكري والتعليمي؟ وهل تجد أن ذلك يجعل لك تفاعل إيجابي مع الطبيب؟
- 13- هل تفضل الدخول وحدك أم مع أحد أقاربك إلى المعاينة؟ وكيف يستجيب الطبيب لذلك؟
- 14- هل يجهز الطبيب مكتبه بالطريقة التي تريحك؟

- 15- كيف تضع الثقة في الطبيب؟ هل هناك معايير محددة لذلك؟
- 16- عندما تخبر الطبيب أن الدواء الذي وصفه لا يجدي نفعا كيف يتصرف معك؟
- 17- هل تفضل طبيب أقرب لك في السن أو أكبر؟
- 18- بما أنك تتابع منذ مدة طويلة عند هذا الطبيب ويعرف عنك وعن مرضك كل شيء، هل يغفل الطبيب أحيانا عن أعراض جديدة في مرضك؟
- 19- هل تلتزم بالمواعيد التي يحددها لك الطبيب؟
- 20- هل تغيرت معاملة الطبيب لك بين السنوات الأولى لمرضك والآن؟
- 21- هل تشك في كفاءة الطبيب عندما يشخص لك المرض؟
- 22- هل يسألك الطبيب عن مستوى الألم أو الأعراض التي تزعجك أكثر؟
- 23- هل شعرت يوما أن الطبيب لم يفهمك بشكل جيد؟
- 24- هل ذهبت إلى الطبيب في آخر النهار أي في نهاية ساعات العمل، هل تتغير معاملته مقارنة بالاستشارة خلال الساعات الأولى؟
- 25- حسب تجربتك، ما هي العوامل التي تضعف وتقوي العلاقة بين الطبيب والمريض؟
- 26- قبل ذهابك للطبيب، هل يكون لك توقعات وانتظارات من الجلسة العلاجية؟ هل تخبر الطبيب بذلك؟ وفي حالة عدم تحققها كيف تشعر؟
- 27- هل زيف الطبيب الحقائق يوما حتى يخفض حدة القلق لديك؟
- 28- هل يتركك الطبيب تشارك مخاوفك معه؟ كيف تشعر عندما تقوم بذلك؟
- 29- هل يحسنون الممرضون التعامل معك؟
- 30- هل يغضب منك الطبيب عندما لا تنهي الدواء حسب الجرعات المحددة؟
- إذا كانت لديك تجربة تريد مشاركتها معنا فلتنفضل.

## **Code de déontologie médicale Algérien**

### **Règles de déontologie médicale**

#### **Chapitre 1 Dispositions préliminaires**

- **Article 1 :** • La déontologie médicale est l'ensemble des principes, des règles et usages que tout médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien doit observer ou dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession.
- **Article 2 :** • Les dispositions du présent code de déontologie médicale s'imposent à tout médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien ou étudiant en médecine, en chirurgie dentaire ou en pharmacie, autorisé à exercer à la profession dans les conditions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.
- **Article 3 :** • Les infractions aux règles et dispositions édictées dans le présent code relèvent des instances disciplinaires des conseils de déontologie médicale sans préjudice des dispositions prévues à l'article 221 du présent décret
- **Article 4 :** • le médecin, chirurgien dentiste, pharmacien qui s'installe pour la première fois, peut, après avoir averti la section ordinale régionale compétente et lui avoir soumis le texte de l'annonce par voie de presse, porter à la connaissance du public l'ouverture d'un cabinet médical, de chirurgie dentaire, d'un établissement de soins et diagnostic, d'une officine, d'un laboratoire d'analyses ou d'un établissement pharmaceutique. Cette annonce doit se faire selon la réglementation en vigueur.
- **Article 5 :** • Le médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien lors de son inscription au tableau doit affirmer devant la section ordinale régionale compétente qu'il a eu connaissance des présentes règles de déontologie et s'engager par écrit à les respecter.

#### **Chapitre 2 Règles de déontologie des médecins et des chirurgiens-dentistes**

##### **Paragraphe 1 : devoirs généraux**

- **Article 6 :** Le médecin et le chirurgien dentiste sont au service de l'individu et de la santé publique. Ils exercent leur mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.
- **Article 7 :** La vocation du médecin et du chirurgien dentiste consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager la souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans discrimination de sexe, d'âge, de race, de religion, de nationalité, de condition



sociale, d'idéologie politique ou toute autre raison, en tant de paix comme en temps de guerre.

- **Article 8 :** Le médecin et le chirurgien dentiste doivent prêter leur concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé publique. Ils sont tenus, en particulier, de collaborer du point de vue médical à l'organisation des secours et notamment en cas de calamité

- **Article 9 :** Le médecin le chirurgien dentiste doit porter secours à un malade en danger immédiat ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

- **Article 10 :** Le médecin et le chirurgien dentiste ne peuvent aliéner leur indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit .

- **Article 11 :** Le médecin et le chirurgien dentiste sont libres de leurs prescriptions qu'ils estiment les plus appropriées en la circonstance. Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins et sans négliger leur devoir d'assistance morale, ils doivent limiter leurs prescriptions et leurs actes à ce qui est nécessaire.

- **Paragraphe 1 : devoirs généraux**

- **Article 12 :** Le médecin, le chirurgien dentiste, sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ne peut, directement ou indirectement, ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

- S 'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit en informer l'autorité judiciaire. Le médecin, le chirurgien-dentiste ne doit jamais assister, participer ou admettre des actes de torture ou toute autre forme de traitements cruels, inhumaines ou dégradants quelque soit les arguments invoqués et ce, dans toutes les situations ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé. Le médecin, le chirurgien-dentiste ne doit jamais utiliser ses connaissances, sa compétence ou son habileté en vue de faciliter l'emploi de la torture ou de tout autre procédé cruel, inhumain ou dégradant utilisé à quelque fin que ce soit.

- **Article 13 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste est responsable de chacun de ses actes professionnels. Le médecin, le chirurgien-dentiste ne peut exercer que sous sa véritable identité. Tout document qu'il délivre doit porter son nom et sa signature.

- **Article 14 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. En aucun cas, le médecin, le chirurgien-dentiste ne doit exercer sa

profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

- **Article 15** : Le médecin, le chirurgien dentiste a le droit et le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

- **Article 16** : Le médecin, le chirurgien dentiste est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et traitement. Le médecin, le chirurgien dentiste ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins ou formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses compétences et ses possibilités. Paragraphe 1 : devoirs généraux

- **Article 17** : Le médecin, le chirurgien dentiste doit s'interdire dans les explorations ou traitements qu'il pratique, de faire courir au malade un risque injustifié.

- **Article 18** : L'emploi sur un malade d'une thérapeutique nouvelle ne peut être envisagée qu'après des études biologiques adéquates, sous une surveillance stricte et seulement si cette thérapeutique peut présenter pour ce patient un intérêt direct.

- **Article 19** : Le médecin, le chirurgien dentiste doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte susceptible de déconsidérer celle-ci.

- **Article 20** : La médecine et la chirurgie dentaire ne doivent pas être pratiqués comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de publicité sont interdits à tout médecin ou chirurgien dentiste.

- **Article 21** : L'exercice de la médecine foraine est interdit.

- **Article 22** : Il est interdit à un médecin, un chirurgien dentiste qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

- **Article 23** : Le médecin, le chirurgien dentiste ne peut exercer une autre activité incompatible avec la dignité professionnelle et la réglementation en vigueur.

- **Article 24** : Est interdit : Tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ; Toute ristourne en argent ou en nature faite à un malade Toute commission à quelque personne que ce soit L'acceptation d'une commission ou d'un avantage matériel quelconque pour tout acte médical

- **Article 25** : En dehors du cas prévu dans le cadre de la médecine et de la chirurgie dentaire de groupe, tout partage d'honoraires, sous quelque forme que ce soit, entre médecins, entre chirurgiens dentistes est interdit.

- **Article 26** : Est interdit à tout médecin, chirurgien dentiste tout compérage entre médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.
- **Article 27** : Il est interdit à un médecin, chirurgien dentiste de donner des consultations dans des locaux commerciaux et dans tout local où sont mis en vente des produits, appareils ou médicaments.
- **Article 28** : Il est interdit aux médecins, sauf dérogation accordée dans les conditions : Conditions prévues par la loi, de distribuer à des fins lucratives, des remèdes, des appareils pour la santé. En toute circonstance, il est interdit de délivrer des médicaments notoirement nuisibles.
- **Article 29** : Il est interdit à tout médecin, chirurgien dentiste d'exercer une autre profession qui lui permet de retirer un profit de ses prescriptions ou conseils médicaux.
- **Article 30** : Le médecin, le chirurgien dentiste ne doit pas divulguer, dans les milieux médicaux, un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner ses communications des réserves qui s'imposent. Il ne doit pas faire une telle divulgation dans le public non médical.
- **Article 31** : le médecin, le chirurgien dentiste ne peut proposer à ses malades ou à leurs entourages comme salutaires ou sans dangers, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme leur est interdite.
- **Article 32** : Toute facilité doit être interdite à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie dentaire.
- **Article 33** : Un médecin ne peut pratiquer l'interruption de grossesse que dans les conditions prévues par la loi.
- **Article 34** : Aucune mutilation ou ablation d'organe ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et sauf urgence ou impossibilité qu'après information et consentement de l'intéressé ou de son tuteur légal.
- **Article 35** : Les prélèvements d'organe ne peuvent être pratiqués que dans les cas et conditions prévues par la loi.

#### **Paragraphe 2: le secret professionnel**

- **Article 36** : Le secret professionnel, institué dans l'intérêt du malade et de la collectivité, s'impose à tout médecin et chirurgien dentiste sauf lorsque la loi en dispose autrement.
- **Article 37** : Le secret professionnel couvre tout ce que le médecin, chirurgien dentiste a vu, entendu, compris ou lui a été confié dans l'exercice de sa profession.

- **Article 38** : Le médecin, le chirurgien dentiste veillera à faire respecter par les auxiliaires, les impératifs du secret professionnel.
- **Article 39** : Le médecin, le chirurgien dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques et documents qu'il détient concernant ses malades.
- **Article 40** : Quand le médecin, le chirurgien dentiste se sert de ses dossiers médicaux pour des publications scientifiques, il doit veiller à ce que l'identification du malade ne soit pas possible.
- **Article 41** : Le secret médical n'est pas aboli par le décès du malade, sauf pour faire valoir ses droits.

### Paragraphe 3 : Devoirs envers le malade

- **Article 42** : Le malade est libre de choisir ou de quitter son médecin ou son chirurgien dentiste. Le médecin, le chirurgien dentiste doit respecter et faire respecter ce droit du malade. Ce libre choix constitue un principe fondamental de la relation médecin - malade, chirurgien dentiste – malade. Sous réserve des dispositions de l'article 9 ci-dessus, le médecin, le chirurgien dentiste, peut refuser pour des raisons personnelles de donner des soins.
- **Article 43** : Le médecin, le chirurgien dentiste doit d'efforcer d'éclairer son malade par une information intelligible et loyale sur les raisons de tout acte médical.
- **Article 44** : Tout acte médical, lorsqu'il présente un risque sérieux pour le malade est subordonné au consentement libre et éclairé du malade ou celui des personnes habilitées par lui ou par la loi. Si le malade est en péril ou incapable d'exprimer son consentement, le médecin, le chirurgien dentiste doit donner les soins nécessaires.
- **Article 45** : Dès lors, qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin, le chirurgien dentiste s'engage à assurer à ses malades, des soins consciencieux, dévoués, conformes aux données récentes de la science et de faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de confrères compétents et qualifiés.
- **Article 46** : Le médecin, le chirurgien dentiste ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive. Il doit respecter la dignité du malade.
- **Article 47** : le médecin, le chirurgien dentiste doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Il doit veiller à la bonne compréhension des prescriptions par le malade ou par son entourage. Il doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement.
- **Article 48** : Le médecin, le chirurgien dentiste, appelé à donner des soins dans une famille ou ans une collectivité, doit s'efforcer d'obtenir le respect des règles

d'hygiènes et de prophylaxie. Il signale au malade et à son entourage leur responsabilité à cet égard, vis à vis d'eux-mêmes et de leur entourage.

- **Article 49** : En cas de refus de soins médicaux, il est exigé du malade, une déclaration écrite à cet effet.

- **Article 50** : Le médecin, le chirurgien dentiste peut se dégager de sa mission à condition que la continuité des soins aux malades soit assurée.

- **Article 51** : Pour des raisons légitimes que le médecin, le chirurgien dentiste, apprécie en toute conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un pronostic grave ; mais la famille doit en être prévenue, à moins que le malade n'ait préalablement interdit cette révélation ou désigne les tiers auxquels elle doit être faite. Ce diagnostic grave ou pronostic fatal ne doivent être révélés qu'avec la plus grande circonspection.

- **Article 52** : Le médecin, le chirurgien dentiste appelé à donner des soins à un mineur ou à un incapable majeur doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal, et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence ou s'ils ne peuvent être joints, le médecin, le chirurgien dentiste doit donner les soins nécessaires. Si l'incapable majeur peut émettre un avis, le médecin, le chirurgien dentiste doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

- **Article 53** : Le médecin, le chirurgien dentiste doit être le défenseur de l'enfant malade lorsqu'il estime que l'intérêt de la santé de celui-ci est mal compris ou mal perçu par l'entourage.

- **Article 54** : Quand le médecin, le chirurgien dentiste, appelé auprès d'un mineur, ou d'une personne handicapée constate qu'ils sont victimes de sévices, de traitements inhumains, de privations, il doit en informer les autorités compétentes.

- **Article 55** : Le médecin, le chirurgien dentiste ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille de ses malades.

- **Article 56** : Toute prescription, certificat, attestation ou documentation établit par un médecin, un chirurgien dentiste doit être rédigé lisiblement et permettre l'identification du signataire et comporter le date et la signature du médecin ou du chirurgien dentiste.

- **Article 57** : Sans céder à aucune demande abusive de ses malades ; le médecin, le chirurgien dentiste doit s'efforcer de leur faciliter l'obtention d'avantages sociaux auxquels leur état de santé leur donne droit. Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires ou des actes effectués sont interdites.

- **Article 58** : La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

#### **Paragraphe 4 : De la confraternité**

- Article 59 : La confraternité est un devoir primordial entre médecins, entre chirurgiens dentistes. Elle doit s'exercer dans l'intérêt des malades et de la profession. Les médecins, les chirurgiens dentistes doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité et créer des sentiments de loyauté, d'estime et de confiance.
- Article 60 : Les médecins, les chirurgiens dentistes doivent faire preuve de solidarité humaine. Ils se doivent une assistance morale. Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'un confrère injustement attaqué.
- Article 61 : Il est de bonne confraternité à un médecin, à un chirurgien dentiste nouvellement installé, de rendre une visite de courtoisie à ses confrères exerçant dans la même structure ou installés à proximité.
- Article 62 : Le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits.
- Article 63 : Il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui ou de faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.
- Article 64 : Le médecin, le chirurgien dentiste qui a un différent d'ordre professionnel avec un confrère doit rechercher la conciliation, au besoin par l'intermédiaire d'un membre de la section ordinaire régionale compétente.
- Article 65 : L'avilissement d'honoraires par la pratique de rabats ou de forfait, dans un but de concurrence est interdit. Le médecin, le chirurgien dentiste est libre, toutefois, de donner gratuitement ses soins.
- Article 66 : Il est d'usage que le médecin, le chirurgien dentiste, dans ses activités professionnelles donne gratuitement ses soins à un confrère ou des personnes à sa charge, aux étudiants en sciences médicales, au personnel à son service et à ses collaborateurs directs.

#### **Paragraphe 5 : rapports des médecins entre eux Et avec les membres des autres professions de santé**

- **Article 67** : Le médecin, le chirurgien dentiste, appelé auprès d'un malade que soigne un confrère doit respecter les règles suivantes :
  - Si le malade entend changer de médecin, de chirurgien dentiste, il donne les soins ;
  - Si le malade a simplement voulu demander un avis sans changer de médecin, de chirurgien dentiste pour autant, il propose une consultation en commun ; si le malade refuse, il lui donne son avis et, éventuellement, les soins nécessaires; en

accord avec le malade, il en informe le médecin traitant, le chirurgien dentiste traitant ; Si le malade a appelé, en raison de l'absence de son médecin traitant, de son chirurgien dentiste traitant, un autre confrère, celui-ci doit assurer les soins pendant cette absence, les cesser dès le retour du médecin traitant, du chirurgien dentiste traitant et donner à ce dernier en accord avec le malade toutes informations utiles. En cas de refus du malade, il doit informer celui-ci des conséquences que peut entraîner ce refus.

- **Article 68** : Dans son cabinet, le médecin, le chirurgien dentiste, peut accueillir tous les malades qu'ils aient ou non un confrère traitant. S'il est consulté à son cabinet par un malade à l'insu de son médecin traitant, de son chirurgien dentiste traitant, il doit, après accord du malade, essayer d'entrer en contact avec le confrère traitant afin d'échanger leurs informations et se faire part mutuellement de leurs observations et de leurs conclusions.

- **Article 69** : Le médecin, le chirurgien dentiste doit proposer une consultation avec un confrère dès que les circonstances l'exigent. Il doit accepter une consultation demandée par le malade ou par son entourage. Dans les deux cas, le médecin, le chirurgien dentiste propose le confrère consultant qu'il juge le plus qualifié, mais il doit tenir compte des désirs du malade et accepter tout confrère autorisé à exercer et inscrit au tableau. Il a la charge d'organiser les modalités de la consultation.

- Si le médecin, le chirurgien dentiste ne croit pas devoir donner son agrément au choix exprimé par le malade ou par son entourage, il a la possibilité de se retirer et ne doit à personne l'explication de son retrait.

- **Article 70** : Quant au cours d'une consultation, les avis du médecin traitant, chirurgien dentiste traitant et de leurs confrères consultants diffèrent profondément, le malade doit en être informé. Le médecin traitant, le chirurgien dentiste traitant est libre de cesser ses soins si l'avis du confrère consultant prévaut auprès du malade ou de sa famille.

- **Article 71** : Un médecin, un chirurgien dentiste qui a été appelé en consultation ne doit pas, de sa propre initiative, revenir auprès du malade examiné en commun en l'absence du médecin traitant, chirurgien dentiste traitant ou sans son approbation au cours de la maladie ayant motivé la consultation.

- **Article 72** : Un médecin, un chirurgien dentiste consultant ne doit pas sauf volonté du malade poursuivre des soins exigés par l'état de santé du malade, quand ces soins sont de la compétence du médecin traitant, du chirurgien dentiste traitant.

• **Article 73** : Quand plusieurs confrères collaborent pour l'examen ou le traitement d'un même malade, chacun des confrères assume ses responsabilités personnelles. En revanche, le ou les aides choisis par le médecin ou le chirurgien dentiste, travaillent sous leur contrôle et sous leur responsabilité.

• **Article 74** : Le médecin, le chirurgien dentiste, généraliste ne peut se faire remplacer que par des confrères généralistes ou étudiants en médecine ou en chirurgie dentaire. Le médecin, le chirurgien dentiste spécialiste, ne peut se faire remplacer que par des confrères de même spécialité ou par un médecin, chirurgien dentiste, résident de dernière année dans la même spécialité. Les confrères qui se font remplacer doivent en informer, sans délais, les sections ordinaires dont ils relèvent en indiquant le nom et la qualité du remplaçant ainsi que la date et durée du remplacement.

• **Article 75** : Une fois, le remplacement terminé et la continuité des soins assurée, le remplaçant doit cesser toute activité liée au remplacement.

• **Article 76** : Les médecins, chirurgiens dentistes doivent, dans l'intérêt des malades, entretenir des rapports courtois et bienveillants avec les auxiliaires médicaux et les membres des autres professions de santé ils doivent respecter leur indépendance professionnelle.

## **Paragraphe 6 : règles particulières à certains modes d'exercice**

### **A-Exercice en clientèle privée**

• **Article 77** : • Les seules indications qu'un médecin, qu'un chirurgien dentiste est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnances, cartes de visites ou annuaire professionnel sont :

- 1 - Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, horaires de consultation.

- 2 - Si le médecin, le chirurgien dentiste exerce en association, le nom des confrères associés.

- 3 - Les titres, fonctions et qualifications reconnus.

• **Article 78** : Les seules indications qu'un médecin, qu'un chirurgien dentiste est autorisé à faire figurer sur les plaques, à la porte de leur cabinet, sont : - Nom, prénom, jours et horaires de consultation, étage, titres, qualifications et fonction reconnus conformément à l'article ci-dessus. • Ces plaques qui ne peuvent dépasser vingt cinq centimètres sur trente (25 X 30 cm) ne peuvent être apposés qu'à l'entrée du cabinet, sur la boîte aux lettres et à l'entrée de l'immeuble.

• **Article 79** : Le médecin, le chirurgien dentiste ne doit pas s'installer dans l'immeuble où exerce un confrère de même spécialité, sans l'autorisation de la section ordinaire compétente.



- **Article 80** : Dans les cabinets de groupe, l'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire doit rester personnelle. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle. Le libre choix du médecin, du chirurgien dentiste par le malade doit être respecté. Tout document, ordonnance, certificat, doit porter le nom du praticien dont il émane et être signé par lui.

- **Article 81** : La mise en commun des honoraires est autorisée si les médecins et si les chirurgiens dentistes exerçant en cabinet de groupe pratiquent tous la médecine générale ou la chirurgie dentaire générale, ou sont spécialistes dans la même spécialité.

- **Article 82** : Un médecin, un chirurgien dentiste soit pendant, soit après ses études, ayant remplacé un de ses confrères pendant une période supérieure à trois mois ne doit pas s'installer pendant un délai d'un an, dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence, directe avec le médecin, le chirurgien dentiste qu'il a remplacé, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié à la section ordinale régionale compétente. Lorsque cet accord ne peut être obtenu, le cas doit être soumis à la section ordinale régionale compétente.

- **Article 83** : L'exploitation d'un cabinet dentaire par un chirurgien dentiste remplissant des conditions légales d'exercice de la profession est subordonné à la détention du droit à la jouissance, en vertu de titres réguliers, d'un local professionnel, d'un mobilier meublant, d'un matériel technique pour recevoir et soigner les patients. En cas d'exécution de prothèse dentaire, il doit disposer d'un local distinct et d'un équipement approprié.

- Le chirurgien dentiste exploitant un cabinet dentaire doit conserver sous sa garde et en tant que sa propriété, l'intégralité du dossier contenant les renseignements personnels relatifs à chaque patient. La section ordinale responsable des chirurgiens dentistes peut vérifier, à tout moment, que les conditions exigées soient remplies.

- **Article 84** : Les acomptes, versés au titre de soins ou de prothèses dentaires ne sont pas remboursables quand l'interruption des soins est de la responsabilité du patient.

## **B- Exercice salarié de la médecine**

- **Article 85** : Le fait pour un médecin, un chirurgien dentiste d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, à une collectivité ou tout autre organisme public ou privé, n'enlève rien à ses devoirs professionnels et, en particulier, à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

- Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé des personnes qu'il examine et dans l'intérêt de leur sécurité au sein des entreprises ou collectivités dont il est responsable.

- **Article 86** : Le médecin, le chirurgien dentiste ne peut accepter une rémunération basée sur des normes de productivité ou de rendement horaire qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance professionnelle.

- **Article 87** : L'exercice habituel de la médecine, de la chirurgie dentaire sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité, d'une clinique ou de toute autre institution doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

- Tout projet de contrat peut être communiqué à la section ordinaire régionale compétente qui doit faire connaître ses observations.

- **Article 88** : Les dispositions de l'article précédent ne sont pas applicables aux médecins, chirurgiens dentistes exerçant dans les structures placées sous l'autorité du ministre chargé de la santé.

- **Article 89** : Les médecins et les chirurgiens dentistes qui exercent dans une entreprise, une collectivité, une clinique ou toute autre institution ne peuvent user de leur fonction pour accroître leur clientèle.

### **C- Exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire d'expertise**

- **Article 95** : L'expertise médicale est un acte par lequel, un médecin, un chirurgien dentiste désigné par un magistrat, une autorité ou autre instance prête son concours technique afin d'apprécier l'état physique ou mental d'une personne puis généralement d'en évaluer les conséquences qui ont des incidences pénales ou civiles.

- **Article 96** : Le médecin expert, le chirurgien dentiste expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer de sa mission, la personne examinée.

- **Article 97** : Nul ne peut être, à la fois, pour un même malade, médecin expert et médecin traitant, chirurgien dentiste expert et chirurgien dentiste traitant. Un médecin, un chirurgien dentiste ne doit pas accepter une mission dans laquelle sont en jeu les intérêts d'un de ses clients, d'un de ses amis, d'un de ses proches ou d'un groupement qui fait appel à ses services. Il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu.

- **Article 98** : Le médecin expert ou contrôleur doit se récuser, s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale.

- Article 99 : Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert, le chirurgien dentiste expert, ne doit révéler que les éléments de nature à fournir la réponse aux questions posées dans la décision qui l'a nommé. Hors de ces limites, le médecin expert, le chirurgien dentiste expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

**Paragraphe 7 : dispositions diverses**

- **Article 100 :** • Dans le cas où ils sont interrogés en matière disciplinaire, les médecins, les chirurgiens dentistes sont, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, tenus de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à leurs connaissances.

- Article 101 : • Toute déclaration volontairement inexacte faite à la section ordinaire compétente par un médecin, un chirurgien dentiste, peut donner lieu à des poursuites disciplinaires.

- Article 102 : • Les médecins, les chirurgiens dentistes qui cessent d'exercer sont tenus d'en avertir la section ordinaire compétente.

- Article 103 : • Le cabinet du médecin et du chirurgien dentiste sont inviolables. Toute perquisition ne peut intervenir que dans le cadre de la législation et de la réglementation.

الملحق رقم (08): رخصة البحث



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة سعيدة الدكتور مولاي طاهر  
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية  
قسم علم النفس وعلوم التربية



سعيدة في 2025/02/10

الرقم: 445/ج د م ط/ك ع ا ا/ق ع ن ع ت/2025

الى السيد(ة): مدير مستشفى أحمد هري

سعيدة  
Dr. SAIDA

الموضوع: ترخيص بإجراء (تربص/بحث ميداني).

نتقدم إلى سيادتكم المحترمة بطلبنا هذا والمتمثل في السماح

للتالب(ة): عبد الوهاب الهري المستوى: ثالثة حاسر

التخصص: علم النفس العيادي للموسم الجامعي 2025/2024

بالقيام بالتربص الميداني، قصد انجاز بحث على مستوى المؤسسة التي تحددها في إطار  
انجاز مذكرة تخرج .

تقبلوا منا فائق عبارات التقدير والاحترام

رئيس(ة) القسم

نائب رئيس قسم علم النفس وعلوم التربية  
مكلف بالتدريس والتعليم في التخرج علوم التربية  
د. مصطفى بوعناني

طبيب منسق  
Dr. Habib BOUZBOUDJA  
Médecin