

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



المدرسة العليا لإدارة الأعمال – تلمسان

قسم: إدارة الأعمال

تخصص: إدارة أعمال الخدمات الصحية.

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي

تحت عنوان

تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض  
على المسار العلاجي

إعداد الطالبة: طهار إيمان.

المناقشة بتاريخ:

لجنة المناقشة:

الأستاذ: .....الرتبة.....رئيسا

الأستاذ: .....الرتبة.....مشرفا

الأستاذ: .....الرتبة.....ممتحنا

السنة الجامعية: 2020/2019

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



## الإهداء

إلى من علمني معنى المثابرة والإصرار، إلى من حول العقبات إلى سلاّم سهلة الوصول، إلى من كان معي في أوقات فشلي قبل نجاحي، إلى من علمني كيف أتمسك بطموحاتي، وأواجه الحياة، إلى قدوتي، وشمعة حياتي إلى أمي وأبي.. بارك الله لي فيهما

إلى سندي وقوتي، إلى إخوتي

وليد

محمد نجيب

جواد

إلى من ساعدني وشجعني، إلى من جعل الأزمات، مقومات نجاحي، إلى الأخ والصديق العزيز،

إلى حايد محمد أنيس

أهدي ثمرة جهدي إلى كل من أحبني وتمنى نجاحي...

شكراً جزيلاً لكم



## الشكر والتقدير

الحمد لله في سرِّي وفي علني.. والحمد لله في حُزني وفي سَعدي الحمد لله عمَّا كنت أعلمُهُ.. والحمد لله عمَّا غابَ عن خَلدي الحمد لله من عمَّت فضائلُهُ.. وأنعمُ الله منطِقِ العَدَدِ فالحمد لله ثُمَّ الشُّكْرُ يتبَعُهُ.. والحمد لله عن شكري وعن حمدي.

يشرفني ويسعدني أن أذكر بالشكر والثناء والتقدير إلى مثالي وقِدوتي، أستاذي الفاضل والمشرف على عملي الدكتور الأستاذ مزيان تاج على كل ما قدمه من عطاء وسعة صدر لإتمام هذه المذكرة وتخطي الصعاب. كما أقدم شكري وعرفاني وامتناني للأستاذ القدير الدكتور أحمد زيغودي، على كل توجيهاته وتوصياته، وعلى كل الدعم الذي قدمه لنا.

يشرفني أن أخص بالشكر الأستاذة الرائعة الدكتورة أمينة براشد، على تفهمها، وإرشادها لنا من البداية. يزيدنا فخر أن أكتب كلمات شكر للأستاذ والأب الروحي السيد أوهابي برمضان على حرصه على تقوية عزيمتنا وتوجيهنا، لتجاوز العقبات.

أريد من هذه الكلمات أن تبقى بصمة خالدة، أتذكر بها كل من أراد رؤية ناجحي.

شكرا جزيلا لكم أفخر بنفسي لأنني تلميذتكم.

## ملخص الدراسة:

رغم المجهودات الجبارة التي تبذلها الحكومة الجزائرية في تأمين الاكتفاء الذاتي للحاجيات الصحية للسكان، إلا أن تآزم الثقة بين المرضى والأطباء مزال يتسبب في تعالي صوت الاستياء العام للمجتمع في وجه الرعاية الصحية المقدمة، هذا ما دفع بنا الى البحث والتحري عن أسباب ضعف الثقة وانعدامها في العملية العلاجية، حيث تقف دراستنا على كشف تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض على المسار علاجي، وبما أن الثقة فعل عقلاني مزدوج الأطراف، كان لابد من البحث في تفاصيل أبعاد ومحددات الثقة لكل من الطبيب والمريض، كل على حدى، سنستعرض المراجعة النظرية لتفاصيل موضوع البحث، تم الدراسة الميدانية، من خلال اختيار مجتمع بحث مركب من مرضى وأطباء، وتقصي آراءهم حول موضوع الدراسة.

**الكلمات المفتاحية:** الاكتفاء الذاتي، تآزم الثقة، الرعاية الصحية المقدمة، العملية العلاجية، أبعاد ومحددات الثقة، المسار العلاجي، الفعل العقلاني.

### Study summary:

Despite the tremendous efforts made by the Algerian government to secure self-sufficiency for the health needs of the population, the crisis of trust between patients and doctors continues to cause the public resentment of society to rise in the face of the health care provided, which prompted us to search and investigate the reasons for the lack of confidence and lack thereof in the process. Therapeutic, as our study aims to uncover the effect of the dimensions and determinants of trust between the doctor and the patient on the therapeutic path, and since trust is a rational, double-sided act, it was necessary to research the details of the dimensions and determinants of trust for both the doctor and the patient, each separately, we will review the theoretical review of the details of the research topic The field study was carried out by selecting a combined research community of patients and doctors, and investigating their opinions on the subject of the study.

**Key words:** self-sufficiency, crisis of confidence, health care provided, the therapeutic process, dimensions and determinants of confidence, the therapeutic path, rational action.



# الفهرس

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
/	الإهداء
/	الشكر والتقدير
i	ملخص الدراسة
ii	الفهرس
v	قائمة الأشكال
vi	قائمة الجداول
أ- ط	مقدمة عامة
34-01	<b>الفصل الأول: الإطار النظري للثقة.</b>
01	تمهيد
12-02	المبحث الأول: المفاهيم العامة حول الثقة.
02	المطلب الأول: مفهوم الثقة.
08	المطلب الثاني: دراسة الثقة من منظور بعض العلوم.
10	المطلب الثالث: تطور الأبعاد العامة للثقة.
20-13	المبحث الثاني: دراسة الثقة في مجال الصحة.
13	المطلب الأول: الجذور النظرية للثقة في علم اجتماع الصحة.
18	المطلب الثاني: أشكال الثقة في العملية العلاجية.
20	المطلب الثالث: أبعاد ومحددات الثقة في العملية العلاجية
34	خلاصة الفصل الأول

106-35	الفصل الثاني: العلاقة العلاجية طبيب / مريض في المسار العلاجي.
35	تمهيد
95-36	المبحث الأول: العلاقة العلاجية طبيب / مريض.
36	المطلب الأول: دراسة سلوك المريض.
68	المطلب الثاني: دراسة سلوك الطبيب.
91	المطلب الثالث: العلاقة العلاجية طبيب / مريض وأشكالها.
105-95	المبحث الثاني: تأثير الثقة على المسار العلاجي.
95	المطلب الأول: تعريف المسار العلاجي وأنواعه.
99	المطلب الثاني: تأثير الثقة على المراحل المسار العلاجي.
106	خلاصة الفصل الثاني.
145-107	الفصل الثالث: الدراسة التطبيقية.
107	تمهيد
110-108	المبحث الأول: الإطار الميداني للدراسة.
108	المطلب الأول: الميدان الأساسي للدراسة.
110	المطلب الثاني: الميادين الثانوية للدراسة.
120-110	المبحث الثاني: الإطار المنهجي للدراسة.
116-110	المطلب الأول: الدراسة الاستطلاعية.
117	المطلب الثاني: الدراسة الأساسية.
121	المبحث الثالث: عرض ومناقشة النتائج.
122	المطلب الأول: عرض النتائج وتحليلها.
140	المطلب الثاني: مناقشة النتائج.

147	خلاصة الفصل الثالث
149	خاتمة عامة
155	قائمة المراجع
165	الملاحق

## ❦ قائمة الأشكال ❦

الرقم	العنوان	الصفحة
01	أشكال الثقة بدلالة درجة الخطر.	18
02	مراحل استجابة المريض.	41
03	نظرية الفعل العقلاني/ نظرية السلوك المخطط.	46
04	التطور الاستراتيجي لدور المريض.	48
05	تفاعلات المريض النشط.	54
06	مراحل عملية شراء المنتج الصحي.	65
07	التمثيل البياني لمتغير السن لدى عينة المرضى.	117
08	التمثيل البياني لمتغير المستوى التعليمي لعينة المرضى.	118
09	التمثيل البياني لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة المرضى.	118
10	التمثيل البياني لمتغير المستوى المعيشي لعينة المرضى.	119
11	التمثيل البياني لمتغير مكان الإقامة لعينة المرضى.	119
12	التمثيل البياني لمتغير مكان العمل لعينة الأطباء.	120
13	التمثيل البياني لمتغير نوع الرعاية الصحية المقدمة لدى عينة الأطباء.	121
14	ترتيب متوسطات استجابات المرضى حول المحور الأول.	128
15	استجابات عينة المرضى حول المدة الفحص.	135
16	استجابات عينة الأطباء حول أهمية ثقة المريض في المسار العلاجي.	138

## ❦ قائمة الجداول ❦

الصفحة	العنوان	الرقم
05	الاسهامات النظرية للرواد المعاصرين.	01
11	أبعاد الثقة من منظور سلوك المستهلك.	02
43	مبادئ نموذج المعتقد الصحي.	03
44	مراحل نموذج نظرية تغير سلوك المريض.	04
45	أبعاد نظرية السلوك المخطط ونظرية الفعل العقلاني.	05
55	الدراسات المنجزة في العالم حول مشاركة المريض.	06
76	النظريات المفسرة لسلوك الطبيب.	07
87	التزامات وامتيازات الطبيب.	08
102	الإجراءات الصحية الضرورية في اللقاء الطبي.	09
104	توزيع العيادات الخاصة.	10
114	معاملات ثبات الاستبيان.	11
115	معاملات الارتباط بين فقرات المحور الأول.	12
116	معاملات الارتباط بين فقرات المحور الثاني.	13
116	معاملات الارتباط بين فقرات المحور الثالث.	14
120	توزيع عينة الأطباء حسب متغير قطاع العمل.	15
121	توزيع عينة الأطباء حسب متغير الخبرة المهنية.	16
122	الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.	17
123	تحليل استجابات المرضى حول بعد الموثوقية.	18
124	تحليل استجابات المرضى حول بعد الاستثمار في الابتكار.	19

125	تحليل استجابات المرضى حول بعد شفافية المعلومة.	20
126	تحليل استجابات المرضى حول بعد مصداقية الجهات الفاعلة.	21
127	تحليل استجابات المرضى حول بعد المسؤولية الاجتماعية للطبيب.	22
127	تحليل استجابات المرضى حول المحور الثاني.	23
134	تحليل استجابات المرضى حول المحور الثالث.	24
137	معامل الارتباط بين أبعاد الثقة والمسار العلاجي.	25

# مقدمة عامة



## تمهيد:

الثقة، من بين المفاهيم المرنة، التي حظيت بالاهتمام في جميع المجالات، مثل: علم النفس والاقتصاد والاجتماع والعلوم السياسية والفلسفة وغيرها، فهي تعتبر حجر الأساس الذي يقوم عليه بناء مختلف العلاقات، سواء بين الناس أو بين المؤسسات أو بين كليهما، وقد احتلت الثقة مساحة كبير خاصة في المجالات التي يطغى عليها طابع اللابيقين ولا تخلو من المخاطر، مثل: المجال الصحي، وذلك لخصوصية بيئة الرعاية الصحية وخصوصية التفاعلات التي تتم على مستواها، مثل: التفاعل العلاجي بين المريض والطبيب.

تقليديا، كان من البديهي أن يثق المريض الذي يأتي لطلب الرعاية الصحية في حكم ومعرفة الطبيب أو مقدم الخدمة، بسبب امتلاك هذا الأخير للمعرفة العلمية التي يفترق إليها الأول، لكن مع التطور الذي يشهده سلوك المريض من انفتاح وتثقيف ذاتي نتيجة التدفق الهائل في المعلومات، تغيرت توقعاته حول نوعية خدمات الرعاية الصحية المقدمة، وأصبح أكثر مطالبة بالتحديث والتجديد في طرق العلاج، فلم تعد المعرفة والخبرة العلمية للطبيب مرضية له، بل يسعى المريض اليوم إلى الحصول على رعاية صحية ذات جودة ومطابقة لتوقعاته من طرف مقدم خدمة يملك الكفاءة الفنية في التعامل والتواصل، إلى جانب المهارات العلمية، ليكون جديرا بالثقة.

من جهة أخرى انصب عمل السلطات الصحية في الفترة الأخيرة على تطوير النظام الصحي، من خلال بناء مختلف المنشأة الصحية من المستشفيات والعيادات والمختبرات، وإثراءها بالكفاءات الهائل من الأطمق الطبية وشبه الطبية بمختلف التخصصات والرتب، إلى جانب التجهيزات الطبية، لكن المثير للدهشة أن البنية التحتية لبيئة الرعاية الصحية لم تشهد تغييرا، ونخص بالذكر المبادئ التوجيهية للعلاقة العلاجية التي تجمع كل من مستخدم الخدمة الصحية (المريض) ومقدم الخدمة الصحية (الطبيب)، حيث لا يزال الأطباء يعتمدون على مبدأ الخضوع والسلطة، الذي يقوم على أساس استسلام المريض للمعرفة العلمية التي يمتلكها الطبيب والتي تخول له السلطة والشرعية في التعامل مع جسد المريض، واتخاذ القرار الطبي الجيد بما فيه الكفاية للحالة المرضية، معتمد بذلك على العلاقة العلاجية الأبوية، في حين أن المرضى أصبحوا يفضلون العلاقة العلاجية القائمة على الحوار والتواصل الجيد، الذي يسمح لهم بالتعبير عن أنفسهم وعن معاناتهم، ويؤدي في آخر المطاف إلى اتخاذ القرار الطبي المرضي لهم ومطابق لتوقعاتهم، هذا الوضع المتناقض بين ما يتوقعه المريض ويعرضه الطبيب، أدى إلى استنزاف شعور بالثقة لدى جمهور المرضى، مما أدى إلى تصاعد صوت الاستياء العام حول مكانة الطب في المجتمع، وأصبح هناك مساس بشرعية ومصداقية الرعاية الصحية، بالإضافة إلى التشكيك في مكونات هوية الطبيب وسمعته.

من أجل التخلص من هذه الصورة القائمة للأطباء، كان لابد من العثور على المنطقة المشتركة والمتوازنة، التي تسمح للطبيب بالممارسة السريرية القائمة على القواعد العلمية والعقلانية، وتمنح للمريض شعور بالاطمئنان، والإيمان

التام بأن مقدم الرعاية الصحية سيقوم ببذل قصارى جهده لتخليصه من المعاناة والألم، من أجل تحقيق هذه الغاية لابد من استرداد التزامات، وإعادة بناء وتهيئة العلاقة العلاجية طبيب / مريض، من خلال إبرام اتفاق ضمني بين كل من الطبيب والمريض يتمثل في الثقة، حيث يلتزم كل طرف بالقيام بمجموعة من الأنشطة المتفق عليها دون خوف أو شك في الطرف الآخر، سيساعد وجود مستوى معين من الثقة بين المريض والطبيب على التخلص من نظام التصارع الذي باتت عليه العلاقة العلاجية، ويفتح المجال للتواصل وإذابة الجليد بين طرفي العلاقة مما سيضمن استمرار المسار العلاجي.

إن العودة للاهتمام بمفهوم الثقة في العلاقة العلاجية يطرح العديد من التساؤلات حول كيفية بناءها وكيفية المحافظة عليها، فالمريض بالرغم من المعلومة التي امتلكها، إلا أنه لازال يعجز على كيفية استغلالها ولا يزال في حاجة الى الطبيب لتوجيهه، وبالتالي عدم تكافؤ القدرة المعرفية بين الطبيب والمريض أمر مسلم به، وينتج عن هذا الفارق المعرفي العديد من التصورات والتمثيلات والتوقعات المختلفة بينهما، حول أبعاد ومحددات قياس الثقة، فلكل منهما توجهه الخاص، بحيث يعتمد الطبيب بالدرجة الأولى على تطبيق مهاراته العلمية وتقنياته المهنية من أجل التوصل للنتيجة العلاجية المرضية، إذ يربط تقييمات العملية العلاجية بمقاييس النتائج الصحية، في حين أن المريض يعتمد على معارفه الاجتماعية وتصوراتهِ حول الطبيب المثالي من أجل اختيار الطبيب القادر على علاجه، كما يتدخل في اختياره العديد من العوامل على رأسها شهرة الطبيب في الوسط الاجتماعي الذي يحيط به، بالإضافة الى العوامل التنظيمية والعوامل المهنية المرتبطة بالطبيب وكذلك الطبيعة السرسرية للمرض، في ظل هذه النظرة المختلفة لكل من الطبيب والمريض حول الثقة، كان لابد من وجود دراسة معمقة تكشف عن تصورات كل من المرضى والأطباء حول الثقة، من أجل إدراك الاختلاف بينهما وسد الفجوة بين الرعاية الصحية المتوقعة والرعاية الصحية المقدمة، ومن تم ضمان ولاء المريض وامثاله للتوصيات الطبية.

## الإشكالية:

رغم المجهودات التي يبذلها الأطباء، من أجل الرفع من مستوى صحة السكان، إلا أن جمهور المرضى لا يزال في حالة تدمر وخيبة أمل، جعلته يفقد الثقة في العلاقة العلاجية وفي نظام الصحي ككل، هذا الجو المشحون الذي بات يحيط بالأطباء والمرضى، يدفع بينا الى البحث والتحري عن تصورات المرضى حول الأطباء المثاليين الجديرين بالثقة من جهة، والبحث كذلك عن تخمينات الأطباء حول طرق كسب ثقة مرضاهم، لعل فهم هذه التصورات تسمح لنا بتوضيح سوء التفاهم الحاصل بين هذين الفاعلين وهل يتأثر المسار العلاجي بذلك، إذن يمكننا تلخيص تساؤلاتنا في الإشكالية التالية:

## ما مدى تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض على المسار العلاجي؟

من أجل الوصول لحل هذه الإشكالية، يجب علينا البحث في التفاصيل الموجزة في الأسئلة الفرعية التالية:

أ \_ هل هناك فرق بين أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض؟

ينطوي السؤال "أ" على علامتين استفهام هما:

1\_ ما هي أبعاد ومحددات الثقة من زاوية الطبيب؟

2\_ ما هي أبعاد ومحددات الثقة من زاوية المريض؟

ب \_ هل نوع العلاقة العلاجية طبيب /مريض مهم في بناء ثقة المريض؟

ج \_ هل هناك علاقة بين مستوى ثقة المريض المسار العلاجي؟

## الفرضيات:

انطلاقاً من الإشكالية والأسئلة الفرعية التابعة لها، يمكننا طرح الفرضيات التالية:

## الفرضية الأولى:

هناك فرق بين أبعاد ومحددات الثقة بالنسبة للطبيب وأبعاد ومحددات الثقة بالنسبة للمريض.

## الفرضية الثانية:

نوع العلاقة العلاجية طبيب / مريض مهم في بناء ثقة المريض.

## الفرضية الثالثة:

هناك علاقة بين مستوى ثقة المريض والمسار العلاجي.

## الدراسات السابقة:

لقد حظي موضوع الثقة في المجال الصحي بصفة عامة، باهتمام متزايد في الجزائر والعالم ككل في السنوات الأخيرة الماضية، حيث من خلال مراجعة الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع، استطعنا تكوين رأس مال معرفي تراكمي، ساعدنا في إضافة تعديلات وتبديلات على مستوى موضوع دراستنا، من أجل تمييزه عن باقي الدراسات المنجزة، وفيما يلي عرض لمختلف الدراسات النظرية التطبيقية المقامة على المستوى الوطني، وعلى المستوى العالمي، مع مراعاة الاختلافات والمفارقات بين المجتمعات الأجنبية والمجتمع الجزائري:

عنوان الدراسة	نوع الدراسة	الباحث	سنة البحث	مكان الدراسة
دور الثقة في ضمان استمرارية العلاج.	رسالة دكتوراه غير منشورة	بيطار مصطفى	2008-2009	جامعة مستغانم - الجزائر
الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي.	رسالة دكتوراه .	بن مغنية قادة	2016-2017	جامعة وهران - الجزائر
طبيعة ومستوى الثقة في الرعاية الصحية بين المرضى ومقدميها.	مقال علمي منشور (دراسة نطاق)	صفية يوسف وصفورة جعفر	08 ماي 2019	جامعة الطب الدولية لكوالالمبور - ماليزيا
أخلاقيات وسياسات عدم ثقة المريض في الطبيب.	مقال علمي منشور	يان واي	2018	جامعة الإدارة الصحية - الصين
لغز الثقة بين الطبيب والمريض.	مقال علمي (دراسة مقارنة)	Harbishettar. V, Krishna KR	2018	جامعة مومباي - الهند
العلاقة بين استمرارية الرعاية الصحية والثقة في المرحلة السرطان عند التشخيص	رسالة ماجستير في الإدارة الصحية	ماينوس والأخرون	2004	المعهد الدولي للطب - الولايات المتحدة الأمريكية

## أهمية الموضوع:

تكمن أهمية دراسة موضوع تأثير الثقة بين الطبيب والمريض على المسار العلاجي في ثلاث مستويات:

### على مستوى الرعاية الصحية:

إن الوصول الى الأبعاد والمحددات التي يستعملها المريض لقياس الثقة والأبعاد والمحددات التي يستعملها الطبيب لكسب الثقة، سيساعد على تنسيق الرؤى بينهما وتوحيد الجهود من أجل بلوغ التطابق بين الرعاية الصحية المتوقعة والرعاية الصحية المقدمة، بالإضافة الى أن بلوغ ثقة المريض في حد ذاتها ستساعد الطبيب على التحسين من قدرته الاستدلالية في التشخيص، حيث سيكون المريض الواثق في طبيبه صريحا والأكثر تعبيراً عن نفسه وعن ألامه، مما سيسمح بالكشف عن الخلل الصحي بسرعة، من جهة أخرى المريض إذا تم التعامل معه على أنه عضو فعال في العلاقة العلاجية، سيثق بنفسه أكثر، مما سيساعد على امتثاله للتوصيات الصحية، وبالتالي الرفع من مستوى الوعي الصحي في المجتمع.

### على مستوى السياسات التشغيلية:

سيساعد فهم مصطلح الثقة بين الطبيب والمريض ومدى تأثيرها على المسار العلاجي على رسم السياسات التشغيلية للمستقبل، من خلال توجيه الموارد والاستثمارات نحو النوعية بدل الكم في الرعاية الصحية المقدمة للسكان، وتوجه من سياسة علاج المرض وفواتير الدواء الضخمة الى سياسة علاج المريض ومحو الأمية الصحية، بالإضافة الى التركيز على عملية التواصل على مستوى نقاط الاستقبال في المؤسسات الصحية، وتأثير على سلوكيات الممارسين.

### على مستوى التعليم:

إن إلقاء الضوء على تأثير الثقة بين الطبيب والمريض على المسار العلاجي، سيساعد التعليم الطبي في إنشاء ممارس طبي يكون أكثر توفيقاً مع تطلعات المرضى، من خلال امتلاكه للمهارات العلمية والمهارات الفنية، مثل: القدرة على التواصل والاقناع.

## أهداف الدراسة:

نظراً للأهمية البالغة للموضوع، قد تتعدد الأهداف التي نبتغي بلوغها، لكن لكي لا نحود عن طريق تخصص إدارة الاعمال الصحية، حددنا ثلاث أهداف واضحة وهي:

أولاً: معرفة نقاط الاختلاف والتشابه بين أبعاد ومحددات الثقة بالنسبة للمريض وبالنسبة للطبيب.

ثانياً: تحديد رغبات المرضى حول طبيعة العلاقة العلاجية، وما إمكانية تلبيةها من طرف الأطباء.

ثالثاً: توضيح إمكانية التغيير في النتائج الصحية للمرضى، إذا توفرت الثقة لديهم.

## مبررات اختيار الموضوع:

يعود السبب الرئيسي لاختيار الموضوع الى رغبة الطالبة في الكشف عن سوء التفاهم الحاصل بين الطبيب والمريض حول أبعاد ومحددات الثقة، الذي أدى الى ظهور الأطباء في صورة قاتمة تتعرض يوميا للذم والتشويه خاصة في ظل الأزمة الصحية التي تمر بها البلاد حاليا (ظاهرة الاعتداء على الأطقم الطبية)، بالإضافة الى ظاهرة الترحال العلاجي التي عاشتها الطالبة شخصيا، بسبب غياب مهارات التواصل وتجاهل المريض في العملية العلاجية وتضارب الآراء بين أطباء التخصص الواحد، هذا ما أثار اهتمام الطالبة ودفعها الى الاقتراب من بعض المرضى في قاعات الانتظار الذين أعربوا عن استيائهم من طريقة معاملة الطبيب لهم أثناء العملية العلاجية، وتفضيلهم العلاج خارج الوطن في الدول المجاورة.

الى جانب مجموعة من الأسباب المستخلصة من الواقع المعاش:

⇒ انتشار الأمية الصحية بين السكان وغياب الوعي، رغم توفر المعلومة في ظل الأزمة الصحية.

⇒ التشكيك في المعلومات الصادرة من السلطات الصحية للبلاد، والتشكيك في الشهادات العليا للأطباء المتخرجين.

⇒ غياب النظرة الاستراتيجية عن القرارات الصادرة من السلطات الصحية للبلاد (مواصلة تطبيق السياسة الصحية المرتكزة على الدواء بدل تعزيز الصحة).

## الإطار المنهجي للدراسة:

### أ- المنهج المتبع في الدراسة:

من أجل دراسة موضوع "تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض على المسار العلاجي"، اعتمدنا على المنهج التحليلي الوصفي، ومنهج دراسة حالات في الجانب التطبيقي.

### ب- مجتمع وعينة الدراسة:

لدراسة موضوع تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي، كان لا بد لنا من اختيار عينة تستجيب قدر الإمكان لمتطلبات التطور النظري للبحث، وفق ما تقتضي قواعد منهج دراسة الحالة، وبالتالي جاء مجتمع البحث مركب من عينتين من الأطباء والمرضى، تم اختيارها بطريقة عشوائية مع مراعاة اختلاف المعطيات الديموغرافية لكل منها.

لقد جاءت عينة البحث مكونة من 270 مستجيب، تتضمن 12 طبيب و258 مريض، وبهدف جعل الدراسة أكثر شمولية، قصدنا أن يتم اختيار الأطباء والمرضى من مناطق مختلفة في ولاية تلمسان (مناطق حضرية، وأخرى ريفية)، وفي مستويات رعاية صحية مختلفة بين الرعاية الأولية، الثانوية، والثلاثية، في كل من القطاع العام والقطاع الخاص.

## ج-خطة الدراسة والأدوات المستعملة:

لقد قمنا بالتمركز في عدد من المؤسسات الصحية العمومية وكذا العيادات الخاصة، واستهدفنا قاعات الانتظار، من أجل توزيع استمارات الاستبيان للمرضى، مع الحرص على تبيان سبب الدراسة ومضمونها، كما قمنا بمراعاة المستوى التعليمي المنخفض لبعض المرضى، حيث تم استبدال الاستبيان بالمقابلة الشفوية، مع المحافظة على نفس الأسئلة الموجودة في الاستبيان، لشرح البسيط لهذه الفئة، وضمان مساهمتها في الدراسة، لقد تم توزيع 300 استمارة، تم استرجاع 270 منها، بسبب عدم التزام بعض المستجيبين بمواعيد التسليم، وبعد الفرز والفحص للإجابات، تم استبعاد 12 استمارة، بسبب أنها لم تستوفي الإجابات الكاملة لفقرات الاستبيان.

أما في يخص الأطباء، فقد قمنا بالتخطيط المسبق للمواعيد لإجراء المقابلات، لما يتمشى مع برنامج الطبيب، حيث قمنا باستغلال استراحة الغداء لبعض الأطباء وإجراء المقابلة، في حين أن بعض الأطباء الذين يشتغلون في المؤسسة العمومية الاستشفائية برمشي أجرينا معهم المقابلة الهاتفية وكما اضطررنا الى الاستعانة بالمقابلة الالكترونية، وذلك بسبب الأزمة الصحية التي تمر بها البلاد حالياً، كما استطعنا إجراء عدد من المقابلات خارج مواعيد العمل الرسمية، حيث تسنى لنا البحث الدقيق للمستجوبين.

أثناء إجراء المقابلات مع المرضى، استعن بالملاحظة الدقيقة لمختلف زوايا قاعات الانتظار (الديكور، الاكتظاظ، طريقة تنظيم المواعيد الطبية...) والاستقبال، ومعاملة الممرضين، وعمال النظافة للمرضى، وتصرفات المرضى في حد ذاتهم، وردة فعلهم حول موضوع الدراسة، كما سمح لنا بعض الأطباء بالدخول الى قاعات الفحص والتشخيص، مما مكننا من ملاحظة مجريات العملية العلاجية، وتقصي سلوكيات الأطباء والمرضى أثناء اللقاء الطبي.

بعد جمع المعطيات الخاصة بالمرضى والأطباء، قمنا بفرزها وتصنيفها وتحليلها إحصائياً، من أجل التمكن من ناقشتها، حيث استعملنا البرنامج الإحصائي إصدار 22، وقمنا بالإجراءات الإحصائية التالية:

- حساب التكرارات والنسب المئوية لاستجابات العينة.
- حساب الانحدار المعياري والمتوسط الحسابي لاستجابات عينة المرضى.
- إجراء اختبار الارتباط "بيرسون"، لكشف العلاقة بين أبعاد الثقة والنجاح المسار العلاجي.

## د-صعوبات الدراسة:

لقد كان إجراء دراسة نظرية وميدانية تجمع بين الطبيب والمريض نوع من أنواع المخاطرة من الوهلة الأولى، حيث تلقينا عدد كبير من الصعوبات في اقناع الطبيب بالمشاركة في الدراسة، وذلك بسبب رفضه التام، في أن يكون هناك تحري في موضوع الثقة، فمن وجهة نظره أن جدارته بثقة المريض لا نقاش فيها من جهة، وتلقينا صعوبة في ضبط صدق سلوكيات الطبيب أثناء العملية العلاجية، فالاهتمام المبالغ فيه بالمرضى، جعلنا ندرك أن الطبيب يعتمد تعديل سلوكه اتجاه المريض بسبب تواجدها.

بالإضافة الى ذلك فقد، اعتمدنا على المراجع الأجنبية، وذلك بسبب غياب البحث في هذا المجال من الطلبة الجزائريين وحتى العرب، رغم الأهمية الكبيرة التي يأخذها هذا الموضوع في المجتمعات الغربية، لذلك واجهنا بعض الصعوبات في الحصول على المراجع المجانية، كما تلقينا بعض الصعوبات في استخدام البرنامج الاحصائي.

## ⚡ حدود الدراسة:

### أ- الحدود الزمانية:

استغرقت الدراسة الميدانية مدة ثلاث أشهر، منذ إجراء أول مقابلة مع الأطباء، بحيث انقسمت الى فترتين لأسباب تنظيمية خاصة بالمؤسسات الصحية التي تمت فيهم الدراسة: الفترة الأولى من 15 مارس 2020 الى 16 أبريل 2020، والفترة الثانية من 05 جوان 2020 الى 05 أوت 2020.

### ب- الحدود المكانية:

تمت الدراسة الميدانية للموضوع بشكل أساسي في كل من المركز الاستشفائي الجامعي "د. تيجاني دمرجي" لمدينة تلمسان والمؤسسة العمومية الاستشفائية لدائرة الرمشي التابعة لولاية تلمسان. كما ترددت الطالبة على عدد من العيادات الخاصة في مناطق حضارية وشبه حضارية لولاية تلمسان، من بينها عيادة الطب العام بدائرة صبرة، وعيادة جراحة الأسنان بدائرة أولاد ميمون، عيادة طب النساء والتوليد وعيادة الأمراض الجلدية والحساسية بمدينة تلمسان.

### ج - قيود الدراسة:

لقد سعينا جاهدا للإلمام بمختلف جوانب الموضوع، ولكن بطبيعة الحال هناك بعض الجوانب التي لم نستطع إدراكها لأسباب موضوعية وأخرى ذاتية، وهي:

⚡ الثقة فعل تبادلي مزدوج الاتجاه، تناولت الدراسة الحالية الثقة من طرف المريض وكيف يسعى الطبيب لكسبها، بغض النظر عن ثقة الطبيب في مريضه، ودورها في المسار العلاجي.

⚡ ركزت الطالبة على دراسة الثقة على المستوى الجزئي بدون مراجعة الثقة على المستوى الكلي (أي الثقة بين المريض والمؤسسة)، وذلك لأن دراسة الثقة بكلا المستويين يتطلب مستوى أكاديمي أعلى، ووقت طويل وتعمق ميداني مهم على المستوى التنظيمي للمؤسسات الصحية.

⚡ حصرت الطالبة دراسة الموضوع بين المريض والطبيب فقط، مستبعدة في ذلك باقي الممارسين الطبيين، مثل: الممرضين والمساعدين وطلبة الطب... الخ

## تنظيم الدراسة:

إن دراسة موضوع تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض على المسار العلاجي، يتطلب منا التطرق الى تفاصيل كل من المفاهيم الثلاثة التالية: الثقة، العلاقة العلاجية والمسار العلاجي، حيث سيتم تقسيم الدراسة الى ثلاث فصول، حسب الترتيب الآتي:

⇐ **الفصل الأول:** سنتطرق فيه الى الإطار النظري لمفهوم الثقة، حيث سيتم دراسة الثقة على المستوى العام، من خلال مراجعة أهم الأدبيات القديمة والحديثة المتعلقة بالثقة، مع إلقاء الضوء على نظرة بعض العلوم (علم الاجتماع، علم النفس، وسلوك المستهلك) حول هذا المصطلح، ثم سنتطرق الى دراسة الثقة على مستوى المجال الصحة، وأهم التفاعلات الصحية المتعلقة بها، بالإضافة الى طرح أشكال الثقة في المسار العلاجي، والأبعاد والمحددات المستعملة لقياسها.

⇐ **الفصل الثاني:** سنتطرق فيه الى العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي، حيث سيقسم الفصل الى جزئين، الجزء الأول سندرس فيه العلاقة التي تجمع الطبيب والمريض، مدققين في كل من سلوك المريض وسلوك الطبيب، والأشكال التي يمكن أن تأخذها العلاقة العلاجية بينهما في المسار العلاجي، أما الجزء الثاني سنقوم فيه بالجمع بين المفاهيم الثلاثة تحت عنوان تأثير الثقة بين الطبيب والمريض على المسار العلاجي، الذي سينطوي على مختلف مفاهيم المسار العلاجي وأنواعه، وأشكال تأثير الثقة على مراحل المسار.

⇐ **الفصل الثالث:** سنقوم فيه بإسقاط الجانب النظري مطروح في الفصلين السابقين على الدراسة الميدانية التي تم إجراؤها في مختلف المؤسسات الصحية، حيث سيتم التعريف بالمؤسسات التي احتضنت دراسة الموضوع، وعرض المنهجية المتبعة خلال البحث، وفي الختام سنقوم بعرض النتائج المتحصل عليها من المقابلة الموجهة للأطباء والاستبيان الموجه للمرضى، ومناقشتها واستخلاص الاستنتاجات والتوصيات.

الفصل الأول:

الإطار النظري لمفهوم الثقة.



كتمهيد:

تعد قضية الثقة من بين القضايا القلة التي استنزفت حبر أكبر الكتاب والباحثين في مختلف المجالات على مر تاريخ البشرية ولا يزال الجدل قائم حول هذا المفهوم الذي يعتبر حجر الأساس لمختلف الأوساط الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والوسط الصحي لم يكن الاستثناء بل اعتبر الثقة الأرض الخصبة لقيام التفاعلات العلاجية بين الطبيب والمريض فوجودها من عدمه يحدد مصير العلاقة العلاجية خاصة في ظل ظهور اختلالات بين الفاعلين في نظام الصحي ناتجة عن سوء استغلال التطور والتقدم الذي شهده هذا المجال، ولفهم هذه الاختلالات كان لابد من القاء الضوء على ماهية الثقة وابعادها من خلال تأصيل المفهوم والنظر في مختلف الاسهامات النظرية كتمهيد لفهم هذه القضية في الوسط الصحي، و للإلمام بمفهوم الثقة خصصنا الفصل الأول كإطار نظري مقسم الى المبحثين التاليين :

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الثقة.

المبحث الثاني: مفهوم الثقة في مجال الصحة.

## المبحث الأول: المفاهيم العامة حول الثقة

### المطلب الأول: مفهوم الثقة.

#### 1. تعريف الثقة:

يعود المعنى اللغوي لكلمة "ثقة" إلى الفعل "وثق" و"يثق"، وتعني الإيمان والائتمان بشيء ما أو شخص ما، يقال وثقت بك أي ائمتنك واعتمدت عليك في الأقوال والأفعال، وهي قيمة أخلاقية تعني الوفاء بالوعد وعدم الشك في الشخص الآخر، وغياب الثقة أو اهتزازها يجعل هناك نوع من الارتياب والتشكيك وسوء الظن، وهذا ما يطلق عليه "أزمة الثقة"، وفيها شكلين رئيسيين هما:

◀ **ضعف الثقة:** وهو تراجع مستويات الثقة وعدم ثباتها حيث تتواجد حيناً، وتختفي حيناً آخراً.

◀ **فقدان الثقة:** وهي انعدام الاطمئنان لسلوكيات الآخرين وأفعالهم وأقوالهم ومن تم عدم تصديقهم واعتماد عليهم.

ويمكننا تعريف الثقة من خلال أربع مستويات وهي:

- **المستوى الفردي:** يتعامل مع الثقة على أساس صفة أو سمة شخصية، فيقال "أنا أثق"، فالفرد يحدد ثقته بالآخر من عدمها بالاعتماد على خبراته وتجاربه.
- **المستوى الشخصي:** يتم التعامل مع الثقة في هذا المستوى على أساس رابطة اجتماعية تجمع بين طرفين (الشخص الذي يقدم الثقة/ الشخص الموثوق) فيقال "أنا أثق فيك"، أي الإيمان بقدرة الآخر وسلوكه الأخلاقي في التعاملات المستقبلية، ويعد أكثر المستويات شيوعاً.
- **مستوى العلاقة الاجتماعية:** يتم التعامل مع الثقة في هذا المستوى على أساس نتيجة لعلاقة تبادلية بين طرفين فيقال "أنا وأنت نثق ببعضنا البعض"، وهنا لا يتم أخذ الثقة من اتجاه واحد (الفرد يثق في الآخر) وإنما من اتجاهين.
- **المستوى المجتمعي:** يتم التعامل مع الثقة في هذا المستوى على أساس سمة للمجتمع ككل، فيقال "نحن نثق" أو "كلنا نثق"، وهي تبيان لوظيفة الثقة في المجتمع، ودورها في تجاوز التعقيدات، وتم وصف هذا النوع كثقة في النظام.<sup>1</sup>

#### 2. الجذور النظرية لمفهوم الثقة:

##### 2.1 أصل مفهوم الثقة:

نجد في علم الاجتماع الكلاسيكي العديد من الأفكار والرؤى، التي تشير إلى ما يرمي إليه مفهوم الثقة حالياً كالمشاركة والاعتماد والاندماج، من دون استعمال المصطلح اللغوي "الثقة". حيث نجد أفكار "ابن خلدون"، الذي تحدث عن العصبية والقرباة، وتناول ابن خلدون العصبية على أنها شكلاً من أشكال الالتحام القائم على النسب في المجتمعات البدوية، حيث لا يؤدي أحد منهم الآخر، وفي أيام

<sup>1</sup> إبراهيم مرعي، شيماء. استخدام الانترنت وراس المال الاجتماعي. رسالة دكتوراه غير منشورة. مصر: جامعة حلوان، 2011، ص 86-87.

الأزمات يقدمون الدعم والمساعدة لبعضهم البعض، وهذا ما أطلق عليه ابن خلدون " النعرة على ذوي القرابة، وأهل الأرحام"، هذا المفهوم يؤدي إلى الولاء والتحالف فيما بينهم، وبالنظر و التمعن في هذا الطرح، نجد أن ابن خلدون اقترب بشكل كبير لمفهوم الثقة، حيث أن العصبية قائمة على الاعتماد والائتمان على العلاقات الاجتماعية وهذا نفس المعنى الذي تقوم عليه الثقة<sup>2</sup>.

وتحدث أيضا "دور كايم" في كتاباته عن التضامن بين أفراد المجتمع، واعتبر أن القيم والاعتبارات الأخلاقية تأتي قبل العلاقات القانونية، وفرق بين نوعين من التضامن:

● **التضامن الآلي:** ينشأ حول النظم العائلية والقبلية والعصبيات، وكل ما يتعلق بالموروث الاجتماعي.

● **التضامن العضوي:** يركز هذا النوع على القواسم المشتركة، التي تتشكل بإرادة الأفراد رغم اختلاف ثقافتهم وانتماءاتهم<sup>3</sup>.

## 2.2 الثقة من منظور جورج سيمال:

أول من تناول مفهوم الثقة بشكل صريح وواضح، كان عالم الاجتماع "جورج سيمال"، حيث طرح السؤال " كيف يكون المجتمع ممكنا؟". يرى سيمال أن أي مجتمع يتكون من أشكال الاجتماع الكبرى مثل الأسرة، الدولة والمنظومة الدينية... الخ، كل شكل من هذه الأشكال يتضمن مجموعة من العواطف، التي تنتج علاقات يومية بين الفاعلين، تؤدي هذه العلاقات إلى تشكيل الاجتماع ككل، ومن أهم هذه العواطف نجد "الثقة"، فقد اعتبرها سيمال حجر أساس قيام المجتمع<sup>4</sup>.

اهتم جورج سيمال بمفهوم الثقة، من خلال متابعته للتطور المستمر لطبيعة العلاقات، حيث يرى أن الثقة أصبحت مبرر لقوة أو لضعف العلاقات داخل المجتمع، مثل التفكك الذي يصيب الأسرة، وأيضا هي التي تحدد طبيعة العلاقة بين الدولة والمجتمع، وبين النظام السياسي والشعب<sup>5</sup>.

كما يرى سيمال أن الثقة في الشخص تعني تحميلة قيمة أخلاقية رفيعة، تسمح له بأن يكون أكثر حرية وجدارة، لأننا عندما يتم الوثوق بنا - حسب سيمال - نعدل سلوكياتنا ونلتزم بالوعود التي قطعناها، من أجل المحافظة على الحكم الطرف الآخر وعدم تخييب ظنه، إذا الثقة تمنح من الآخرين، فهي مرتبطة بطرفين، ينتج من خلالها الالتزام إلى جانب الصدق والأمانة والوفاء، كل هذه القيم تساهم في جعل الحياة الجماعية ممكنة.

<sup>2</sup> زايد، احمد. علم الاجتماع ودراسة المجتمع. القاهرة: مكتبة النصر، 2007. ص ص87-88

<sup>3</sup> انتوني جينز. الرأسمالية والنظريات الاجتماعية الحديثة. ترجمة/فاضل حكتر. بيروت: دار الكتاب العربي، 2008. ص ص138-139

<sup>4</sup> Watier, P. Eloge de confiance. Paris : Belin collection nouveaux monde. 2008.P33.

<sup>5</sup> Crésnon, G. Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Paris, France : Ecole des hautes études en santé publique, 2000.P96.

من أهم الدراسات التي قام بها "جورج سيمال"، هي مسألة الاختلافات على مستوى مؤسسات المجتمع، حيث تعود حسب هذه الاختلافات ليس الى قطع الفرد لروابطه الاجتماعية وفقدانها ككل، وإنما الى تغيير الفرد لسلوكه، فقام بحصر روابطه مع المجتمع، وصار لا يظهر إلا الجانب المبرر موضوعيا لشخصيته، وعندما نحاول تطبيق هذا المفهوم على القضية الثقة، نجد أن في الكثير من المجالات لا تتوزع الثقة إلا على جانب معين من شخصية الفرد، أي أن الثقة ليست محكومة بحدود الفعل المتبادل، وإنما معرفة الشخص لوحدها كفيلا بمنحه الثقة، فمثلا يثق الفرد في حكم القاضي، هذه الثقة لم تتولد عن المعرفة الكلية والدقيقة لشخصية القاضي، وإنما مجرد معرفة جزء من شخصيته، وهو أن منصبه "قاضي"، وهذا المفهوم نجده بكثرة في اطار النشاطات المهنية.

أشاد علماء الاجتماع بما قدمه "جورج سيمال" في كتاباته حول "الاعتقاد والثقة"، حيث اعتبر هذا الأخير أن الثقة هي شكل من أشكال معرفة الكائن البشري، وسطر في هذا الموضوع ميزتين هما:

● **التجاهل:** ويقصد به أن الثقة في الكائن البشري تقع في مرحلة متوسطة بين المعرفة واللامعرفة (الجهل)، وهي معادلة تاريخية تتغير مع مرور الزمن، إذ كان الأفراد فيما سبق يعرفون مع من يتعاملون ولهذا يمنحون الثقة، لكن مع تغير الظروف أصبحت المجتمعات تسعى الى تنظيم التصرفات لتصبح التعاملات أكثر موضوعية، فأصبحت الثقة لا تتطلب المعرفة الحقيقية والكلية للفرد، بل بعض المعطيات كافية لمنح الثقة، لذلك يثق الطلاب في أساتذتهم وهم لا يعرفون عنهم كل شيء والعكس صحيح.

● **فرضية التصرف المستقبلي:** تعني هذه الميزة أن الفرد يثق في الآخر، حتى ولو لم يكن يعرفه حق المعرفة، لكنه يلجأ الى تمييط معرفته، من خلال مخططات نابغة من المكونات العقلية من انفعالات وحركات وعبارات ومعاني ورموز صادرة من الشخص المعني بالثقة، توضح جزء من حقيقته، هذه الحقيقة تدفع بالفرد الى الوثوق في الآخر وتوقع سلوكه مستقبلا في هذه العلاقة.<sup>6</sup>

### 3.2. الثقة العقلانية لماكس فيبر:

يعرف ماكس فيبر الثقة العقلانية على أنها اعتماد الفرد على الأشياء والمنتجات المصنعة من طرف البشر، مثل: وسائل النقل والمؤسسات، حيث يرى بأن الثقة التي نضعها في هذه المنتجات تكون عقلانية، لأن الفرد هو الذي يتحكم في استعمالها واستغلالها، بما تتماشى مع رغبته، وشبه ماكس فيبر، الوضع بالإنسان الذي يستعين بالساحرة لتوجيه سلوكه من حول لما يخدمه، ويعالج فيبر الثقة على مستويين الأول: الثقة والالفة وما تحتويه من الإيمان في الطابع العقلاني للمؤسسات والنشاطات، أما المستوى الثاني: فهو قدرة هذا الإيمان على تحقيق نتائج إيجابية على الصعيد الاقتصادي. هذه المعضلة أثارت اعجاب أصحاب النظرية العقلانية الاستهلاكية، التي تنتج الثقة على اتجاهين، الأول: الثقة في طبيعة المنتجات، والثاني: الثقة في نجاعة هذه المنتجات. اتفق كذلك ماكس فيبر مع جورج سيمال بخصوص ضرورة الاعتماد على شرف وأمانة الآخرين للانتقال نحو الاقتصاد النقدي، وتصبح الثقة في هذه الحالة، من أهم النقاط التي تركز عليها الحياة الاقتصادية الحديثة.

<sup>6</sup> بن مغنية قادة. الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي. دكتوراه في علم الاجتماع. الجزائر: جامعة وهران . 2016، ص 13.

كما أوضح مدى ارتباط السمعة بالثقة، حيث يرى أن سمعة الفرد تكون مضمونة، إذا ما انتمى الى جماعة دينية أو نخبة تجارية، وتكون هذه الأخيرة مسؤولة عن المراقبة الأخلاقية للفرد. وقد اتفق فيبر مع جورج سيمال كذلك، في التغيير الذي طال المجتمعات المعاصرة، ما صعب الاعتماد على الألفة، كضمان للثقة في انشاء العلاقات بين أفراد المجتمع، ففي النهاية نحن مضطرون الى التعامل مع أشخاص نعرفهم، وأشخاص لا نعرفهم، ومن الصعب إن لم يكن المستحيل الاعتماد على الألفة فقط لبناء الثقة.<sup>7</sup>

**3. الثقة حسب الرواد المعاصرين:**

يمكننا تلخيص أهم اسهامات الرواد المعاصرين حول مفهوم الثقة في الجدول التالي:

اسم الباحث	سنة البحث	نتيجة البحث
أنتوني جيدنز <b>Anthony Giddens</b>	1996	-اهتم جيدنز بالبيئة التي تلد فيها الثقة وارتباطها بالمشاركة المجتمعية، حيث أكد على ضرورة المشاركة لاستعادة الثقة العامة فالحياة الحديثة، وما تشهده من تعقيد تتطلب نوع من التفاعل التبادلي بين الافراد والثقة قيمة تبادلية. -كما ربط بين الثقة والمخاطرة فالشخص الذي له ثقة يكون أكثر استعداد للمخاطرة والمجازفة، ويتضح دور المشاركة المجتمعية هنا، حيث تكون محفزاً للثقة فالفرد الذي يكون في عزله فاقد للثقة خائف من المخاطرة عندما يجد شخص آخر يثق في نفسه وصاحب المبادرة فسيتخلى عن عزله. <sup>8</sup>
فرانسيس فوكوياما <b>Francis Fukuyama</b>	1995	-يعرف فوكوياما الثقة على أنها الأمانة والتعاون والالتزام والتقاليد المشتركة، التي تظهر على مستوى الأسرة والأمة. حيث يرى أن المجتمعات عالية الثقة لا تحتاج الى قوانين، فالأخلاق بين الأفراد تعطي أسس الثقة المتبادلة، فكلما كانت القيم التي تحكم المجتمع صارمة والانتساب إليه صعب زادت درجة التضامن والثقة المتبادلة بين أفراد. <sup>9</sup> -كما صنف المجتمعات الى: المجتمعات العالية الثقة، المجتمعات الأبوية، المجتمعات المنعدمة الثقة.

<sup>7</sup> Petitat, A. Secret et formes de sociales, Collection sociologie. Paris: Edition PUF, 1998.PP 90-96.

<sup>8</sup> Anthony, Giddens. The consequences of modernity. Cambridge: Polity press, 1996.P35.

<sup>9</sup> فرانسيس فوكوياما. الثقة-الفضائل الاجتماعية تحقيق الازدهار. دراسات مترجمة ابوظبي: مركز الامارات للدراسات السياسية والاستراتيجية، 1998. ص 42.

<p>-أهم المؤشرات الدالة على أزمة الثقة : ارتفاع معدل الجرائم والقضايا المدنية .<sup>10</sup></p>		
<p>-اهتم بوتنام بالثقة والمشاركة السياسية، حيث يمكننا قياس درجة الثقة، من خلال نسبة المشاركة السياسية في الأحداث السياسية كالانتخاب مثلا، فإذا زادت الثقة بين الأفراد أو بين الأفراد والنظام السياسي، ازدهرت المشاركة السياسية. -كما أوضح أن الثقة الحديثة تنشأ من العمل الجماعي والتنظيمات المدنية. - الثقة قابلة للزيادة من خلال الانتشار والانتقال.<sup>11</sup></p>	<p>1993</p>	<p>روبرت بوتنام Robert D. Putnam</p>
<p>-اهتم لومان بالثقة من خلال اصدار كتابه في 1979 بعنوان " الثقة والقوة"، حيث يصر من خلاله على أن الثقة ضرورة ملحة للحياة الحديثة،<sup>12</sup> وذلك راجع للتعقيد والمخاطرة التي تسود المجتمع المعاصرة.<sup>13</sup> -يفرق لومان بين الثقة والألفة، حيث يعتبر الألفة حقيقة لا مفر منها في الحياة، أما الثقة فهي الحل لبعض المشكلات.<sup>14</sup> -يتحدث لومان عن الثقة الشخصية حيث يرى ان حرية الفاعل لها دور كبير في تحقيق الثقة.<sup>15</sup></p>	<p>1979</p>	<p>نيكلاس لومان Niklas Luhman</p>
<p>-تقوم الثقة من خلال هذه النظرية على التفاعل بين الأفراد داخل المجتمع، فكلما تفاعل الفرد مع غيره، شعر بالالتزام اتجاه الآخر، مما يزيد من مستوى الثقة. -الثقة قيمة مشتركة داخل المجتمع، وبدونها يفقد هذا الأخير توازنه وينحرف.<sup>16</sup></p>	<p>/</p>	<p>نظرية شبكة العلاقات</p>

<sup>10</sup> Francis, Fukuyama. Social capital and the Global Economy-A Redrawn map of the world. USA: council on foreign relations, Foreign Affair, Sep, Oct, 1995, Vol 74(5), PP91-92.

<sup>11</sup> إيهاب احمد محمد إسماعيل. إشكالية مفهوم الثقة والاسهامات السببولوجيا. مصر: حوايات آداب عين شمس المجلد 45. مارس 2018. ص 93-94.

<sup>12</sup> محمد عبد البديع. الثقة والارتياح-صورة راس المال الاجتماعي في شريحة طبقية. في احمد زايد والآخرين: راس المال الاجتماعي لدى شرائح المهنية من الطبقة الوسطى. القاهرة: مركز البحوث والدراسات الاجتماعية لجامعة القاهرة. 2006. ص 26

<sup>13</sup> إيهاب احمد محمد إسماعيل. إشكالية مفهوم الثقة والاسهامات السببولوجيا. المرجع السابق. ص 97.

<sup>14</sup> إيهاب احمد محمد إسماعيل. المرجع السابق. ص 96

<sup>15</sup> محمد عبد البديع. الثقة والارتياح-صورة راس المال الاجتماعي في شريحة طبقية. المرجع السابق. ص 28

<sup>16</sup> مصطفى خلف عبد الجواد. قراءات معاصرة في نظرية علم الاجتماع. القاهرة: مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية لجامعة القاهرة. ص 349-350.

<p>-تعود فكرة هذه النظرية الى الفلاسفة القدامى أمثال "أرسطو" و " أدم سميث"، الذين اهتموا بعملية التبادل والتفاعل<sup>17</sup> بين افراد المجتمع، وهذه النظرية جاءت لتوثق ذلك، من خلال اثبات أن التفاعل والأخذ والعطاء بين الأشخاص، يؤدي الى الرفع من مستويات الثقة، شرط أن هذا الأخذ (الحقوق) والعطاء (الواجبات)بين الطرفين يكون متناغما.<sup>18</sup></p>	/	<b>نظرية التبادل الاجتماعي</b>
--	---	--------------------------------

**الجدول (01): إسهامات الرواد المعاصرين حول قضية الثقة.**

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على المراجع المذكورة.

<sup>17</sup> جون سكوت وجوردون مارشال. موسوعة علم الاجتماع. ترجمة محمد الجوهري والآخرين. المجلد ٣. القاهرة: المركز القومي للترجمة. 2014.

ص91.

<sup>18</sup> احسان محمد الحسن. النظريات الاجتماعية المستدامة. القاهرة: دار الأوانل. 2005. ص 187.

## المطلب الثاني: دراسة الثقة من منظور بعض العلوم.

لقد اعتبرت الثقة القاعدة الأساسية لبناء جميع التفاعلات والعلاقات بين الأفراد على مستوى المجتمع، ومع التحولات التي طرأت على العالم الحديث من تطور وتقدم وانفتاح المجتمعات على بعضها البعض، أصبح من المهم دراسة الثقة وفق خصائص كل مجال، لإمكانية التحكم فيها ودعمها وتدارك الأزمات التي يسببها انعدامها، وفيما يلي سنعرض دراسة الثقة من مختلف الزوايا العلمية.

### 1. الثقة من منظور الاقتصاد:

لقد اهتم مجموعة كبيرة من الاقتصاديين بقضية الثقة خاصة بعد التحولات الجذرية التي شهدتها العالم الحديث، جراء ظاهرة العولمة، وما صاحبه من انفتاح الأسواق وظهور الشركات العابرة للقارات والشراكات الدول، ومن أهم رواد الاقتصاد الذين سلطوا الضوء على هذا المصطلح: كريبس، هاردين، لوران، وليامسون.

حيث ارجعوا أصل الثقة الى السلوك، وسميت بالثقة "السلوكية"، وهي عبارة عن توقع لسلوك الآخر، يكون هذا التوقع محسوب وعقلاني ومدروسة وفق مكان وزمان محددين (انتهاز الفرصة). كما ظهر مصطلح "الثقة الاستراتيجية"، وتعني أحد أساليب تسيير الأعمال والمعاملات والحصول على المعلومات الإضافية، مهما كانت إيجابية أو سلبية، تركز الثقة الاستراتيجية على قاعدة المعاملة بالمثل، وعدم التعامل بالنية الحسنة دائما، وهذا لا يعني أن نسرق من سرقنا. تستعمل الثقة في المجال الاقتصادي من أجل تعظيم الربح<sup>19</sup> فيقال: أنا أثق في فلان، أي أن فلان يلبي رغباتي واحتياجاتي، وهذا ما يسمى بالمصلحة المدمجة. تستخدم الثقة الاستراتيجية<sup>20</sup> في حالات الغموض واللايقين، أي في التعاملات الاقتصادية، وذلك بهدف تقليل التكاليف من جهة، وتعظيم الربح من جهة أخرى، وكذلك لتقييم موثوقية المتعامل الاقتصادي أو الشريك كتمهيد لعقد اتفاقية.

### 2. الثقة من منظور علم النفس:

اهتم الكثير من الباحثين وعلماء علم النفس بمفهوم الثقة لأهميتها البالغة في بناء شخصية الانسان والمجتمع ككل، فنذكر على سبيل المثال: "ديوتش"، "لارزير" و"هوستن"، "ماوس"، "كير"، "زاكر". تقترب نظرة علم النفس الى نظرة علم الاجتماع حول الثقة، نظرا لتشابه ظروف الدراسة، حيث نجد أن علم النفس يرجع الثقة الى أصلها المعرفي "الثقة المعرفية"، أي توجد الثقة على أساس المعتقدات والعناصر المعرفية المتراكمة لدى الفرد، فيقال "أنا أثق في الشخص الجدير بالثقة"<sup>21</sup>.

<sup>19</sup>Kreps, D.M. Corporate culture and economic theory; in Alt J. et Shepsle, K.(eds), Perspective on positive political economy. Cambridge: Cambridge university Press,1990. P01.

<sup>20</sup> إيهاب احمد محمد إسماعيل. إشكالية مفهوم الثقة والإسهامات السيبرولوجيا في دراستها. مرجع سبق ذكره. ص98.

<sup>21</sup>Deutsch, M. Trust and suspicion. Journal of Conflict Resolution,1958,2, PP265-279.

يقصد علماء النفس بالمعتقدات الموثوقة والسمعة وجودة، ما يقدم الشريك والدراية، أما النوايا، فيقصد بها النزاهة والأمانة وولاء الشريك، وفق للدراسات الحديثة في علم النفس، فإن الثقة أصبحت اختيار أسلوب للعلاقة بين طرفين يتم تفويض الثقة من شخص للأخر واعتماد عليه.<sup>22</sup>

### 3. الثقة من منظور سلوك المستهلك:

من بين أهم رواد هذا الاختصاص الذين اهتموا بمفهوم الثقة: عكروت وكروت، شاندون ومولر وبارتيكاويسكي، سيسدياردون، جويرت، جرفياز وكورشيا، سوان وشامبيتاز.

يرى أصحاب هذا المجال أن الثقة ذات أصل معرفي (يتفقون الى حد كبير مع علماء النفس والاجتماع)، حيث يتم تحديد الثقة من عدة جوانب فنجد:

●- **جانب الكفاءة/مصدقية:** يهتم هذا الجانب بالجودة المنتج والمؤهلات والقدرات الفنية والمهنية لمقدم الخدمة او المنتج التي تدفع بالمستهلك للوثوق بالمنتج والخدمة وكذلك لأتخاذ قرار الوثوق من عدمه يجب توفر كل من الدراية المعرفة الكافية للمستهلك.

●- **جانب النزاهة/الاحسان:** يهتم هذا الجانب بالنية الحسنة والأخلاق التي يتحلى بها مقدم الخدمة او المنتج وكذلك مدى الوفاء بالوعود التي تم قطعها للمستهلكين والسعي نحو تأمين الأفضل لهم من اجل كسب ثقتهم.

هناك ثلاث أنواع من الثقة من منظور سلوك المستهلك هما:

● **الثقة المعرفية:** هذه الثقة قائمة على المعرفة المكتسبة من جمع المعلومات من مختلف المصادر من ناحية، وكذلك التجارب المتراكمة لدى المستهلك التي تسمح له بالوثوق من عدمه.

● **الثقة العاطفية:** هذه الثقة قائمة على مجموع مشاعر وتوقعات المستهلك على المنتج أو الخدمة.

● **الثقة الموصلة:** هذه الثقة قائمة على مدى التزام كل شخص بوعوده لاستمرار العلاقة الاستهلاكية<sup>23</sup>.

تعتبر الثقة كذلك النية والرغبة في دخول علاقة تتصف بالثقة ومحافظة عليها وتقديم تضحيات لصالح دوام واستمرار هذه العلاقة.<sup>24</sup>

<sup>22</sup> Luhmann, N. Confiance et familiarité- Problèmes et alternatives. Réseaux,2001, n°108, PP15-35.

<sup>23</sup>Johnson, D. and Grayson, K. Cognitive and Affective Trust in Service Relationships. Journal of Business Research,2005, 58(4), PP.500-507.

<sup>24</sup> McKnight, H. D., Choudhury, V. and Kacmar, C. Developing and Validating Trust Measures for E-Commerce: An Integrative Typology, Information Systems Research,2002,13 (3), PP. 334 –359.

المطلب الثالث: تطور الأبعاد العامة للثقة.

يصعب تحديد أبعاد ثابتة للثقة وذلك لكونها قيمة تبادلية غير قابلة لثبات تحدث بين طرفين تختلف حسب المناخ والجو السائد على العلاقة، لذلك عندما تم دراستها من عدة علماء وباحثين لم يتفق على أبعاد معينة، وإنما اختلفت الأبعاد حسب التخصص التي درست به، فنجد من اعتبرها ذات بعد واحد متعلق بعدة متغيرات ومن اعتبرها متعددة الأبعاد.

إن الدراسات الاجتماعية التي أجريت من قبل كل من "هوستن" و"لارزير" سنة 1980، أثبتت أن لثقة بعد واحد فقط، أي أن الثقة يمكن قياسها من جانب واحد وهو متعلق بعدة متغيرات<sup>25</sup>، لكن هذه الدراسة لم تلبت كثيرا حتى اتفق الباحثين الاجتماعيين على تغييرها وتبني فكرة أن الثقة تقوم على بعدين أو ثلاث كحد أقصى، بعد ذلك جاء "لاندواسكي" في 1989، وطرح قضية أن الثقة تقوم على مصدرين، هما: الكفاءة والأخلاق<sup>26</sup>.

أما علم النفس فقد أظهر كل من "زانا" و"هولم" و"رايل" في 1985، أن الثقة تتركز على ثلاث أبعاد وهم:

⇐ كفاءة الشريك ومهارته في التعامل.

⇐ النوايا الحسنة التي يتحلى بها الشريك ومدى اهتمامه بالطرف الآخر وتفضيله.

⇐ توجهات طويلة الأمد للشريك.<sup>27</sup>

أما من منظور سلوك المستهلك، فقد كثر الحديث عن أبعاد الثقة وكل دراسة أتت بوجهة نظر وقدمت أدلة وبراهين، وفي الجدول التالي مختلف دراسات التي أقيمت والنتائج التي توصلت إليها:

<sup>25</sup> Larzelere, R. et Huston, T. The dyadic trust scale: toward understanding interpersonal trust in close relationships. Journal of Marriage and the Family, 1980, PP. 595-604.

<sup>26</sup> Landowski, E. La société réfléchie. Seuil, Paris. 1989.

<sup>27</sup> Rempel J.K., Holmes J.G. et Zanna M.P. Trust in close relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 1985, n° 49,1, PP. 95-112.

نتائجها	الدراسات التي أقيمت	
الثقة بعد واحد مرتبطة بمجموعة من المتغيرات.	Bert, Shaukar, Sultan, et Urban.	بعد واحد
المهارة/أمانة والنوايا الحسنة (الاهتمام بالآخرين).	Sirieux et Dubois	بعدين
العطف/الخبر.	White	
النوايا/القيمة والاستعداد/كفاءة.	Martin et Camarero	ثلاث أبعاد
العطف/الكفاءة/التناغم (التناسق).	Fisou	
العطف/كفاءة/النزاهة.	McKnight, Choudhury et kacma	
العطف/المصداقية/النزاهة.	Gurviez et Korchia	أربع أبعاد
العطف/الأمانة/الكفاءة/الامن.	Akrou et Akrou	
العطف/النزاهة/القدرة/القدرة على التنبؤ.	Gefen et Straub	

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على المراجع المذكورة.

### الجدول 02: أبعاد الثقة من منظور سلوك المستهلك.

يبين الجدول (02) أن في البداية تم طرح الثقة من جانب واحد فقط أي نفس فكرة علم الاجتماع وعلم النفس وكان أصحاب هذه النظرة هم "سلطان"، "بارت"، "شانكار" و"ايربان"<sup>28</sup>، وبعد ذلك جاء " وايت" بنظرية أخرى مفادها أن الثقة تقوم على بعدين هما العطف، ويقصد به الشفقة والرحمة واللطف التي تعطي لطرف المقابل من العلاقة الإحساس بالاهتمام والاطمئنان لبناء الثقة، أما البعد الثاني فهو الخبرة وهي الرصيد المعلوماتي الذي يجمعه الفرد خلال فترة زمنية معينة يسمح له هذا الأخير باتخاذ القرار بناء الثقة في علاقة

<sup>28</sup> Bart Y., Shankar V., Sultan F., et Urban G. L. Are the Drivers and Role of Online Trust the Same for All Web Sites and Consumers? A Large-Scale Exploratory Empirical Study. Journal of Marketing, 2005, vol 69 (4), PP. 133–152.

أو التخلي عنها<sup>29</sup>. أما "مارت" و"كاميرو" فحدد الثقة من خلال النوايا الحسنة للفرد أي اهتمامه بالأخر وكذلك مهارته واستعداده لتعامل مع الآخر من جهة، ومن جهة أخرى مدى كفاءته<sup>30</sup>. يشير كل من "سيركس" و"دوبرا" الى ان الثقة تقوم على بعدين الأول نوعي (النية الحسنة لشريك واهتمامه بالطرف الآخر) والثاني موضوعي يعتمد على الكفاءة والمصادقية الفاعلين في علاقة الثقة<sup>31</sup>. وبعد ذلك جاء علماء اخرون أمثال "فيسو" و"جورفياز" موضحين أن الثقة تقوم على مجموعة من المعتقدات او الفرضيات وهي:

- **المصادقية:** التي تقوم هي بدورها على مجموعة من المتغيرات أهمها الكفاءة والقدرات الفنية والتقنية التي يتحلّى بها الفاعلين في العلاقة.
- **النزاهة:** أساس وجود هذا البعد هو وجود مستوى معين من الاحترام بين الفاعلين والالتزام بالوعود وشروط العلاقة الى جانب درجة عالية من الصدق في التعامل.
- **العطف:** هذا البعد يقصد به كل القيم التي من شأنها الاهتمام بالطرف الأخر، مثل: الشفقة والرحمة والرعاية والتعامل باللطف واستعداد للتضحية بالمصالح الشخصية في سبيل نجاح العلاقة.<sup>32</sup>
- أخيرا يوضح بعض الباحثين في المجال ان الثقة تقوم على أربع ابعاد وهي الأمانة، العطف، النزاهة والامن، لكن يجدر الإشارة أن بعض الدراسات الحديثة لكل من "بارتيكسكي" و"شاندرن" و"مولر" و"مكانييت" و"شيرفاني" تبرهن على أكثر من أربع أبعاد، بل تعدت السبع أبعاد، حيث يوضحون أن الثقة تقوم على النوايا والمعتقدات وكل منهما تقوم على أبعاد فنجد:
- **النوايا:** تقوم على أربع ابعاد وهم: قبول التبعية، الاستعداد لتلقي وتقديم النصائح، قبول مشاركة المعلومات الشخصية وأخيرا وجود نية الشراء.
- **المعتقدات:** تقوم هذه الأخيرة على ثلاث ابعاد وهم: العطف والكفاءة والنزاهة.<sup>33</sup>

<sup>29</sup> White T. B. Consumer Trust and Advice Acceptance: The Moderating Roles of Benevolence, Expertise, and Negative Emotions. *Journal of Consumer Psychology*, 2005, vol 15 (2), PP. 141–148.

<sup>30</sup> Martín S. S. et Camarero C. Consumer Reactions to Firm Signals in Asymmetric Relationships. *Journal of Service Research*, 2005, vol 8 (1), PP. 79 –97.

<sup>31</sup> Sirieux L. et Dubois P.-L. Vers un modèle qualité-satisfaction intégrant la confiance ? *Recherche et Applications en Marketing*, 1999, vol 14(3), PP 1-22.

<sup>32</sup> Frisou J. Confiance interpersonnelle et engagement : une réorientation béhavioriste. *Recherche et Applications en Marketing*, 2000, vol 15(1), PP63-80.

<sup>33</sup> Bartikowski, Chandon et Müller. 7ème Congrès International des Tendances du Marketing. Venise janvier 2008.

## المبحث الثاني: دراسة الثقة في مجال الصحة.

رغم اختلاف وجهات نظر العلماء في دراساتهم حول مفهوم الثقة، إلا أنهم اتفقوا على أن الثقة هي القاعدة الأساسية لبناء أي تفاعل اجتماعي أو اقتصادي... الخ، ومن تم قيام المجتمع ككل، ويعتبر الوسط الصحي من بين أهم الأوساط التي يجب الاهتمام بالتفاعلات التي تنشأ على مستواه فهي في الأخير مرتبطة بحياة البشر، وبالنظر في مختلف النظم الصحية نجد ان القواعد التي تقوم عليها المنظومة متقاربة الى حد كبير خاصة تلك التي تحكم وتنظم العلاقات بين الأطباء والمرضى، وذلك راجع الى كون ان الميزة التنظيمية لمهنة الطب موحدة في مختلف الأعراف والمجتمعات فالطبيب بحكم دراساته الطويلة ورصيده المعرفي يملك سلطة تخول له التصرف في جسد المريض الذي يبحث عن الشفاء من المرض ومن هنا تلد الثقة، فهي تعتبر الفاصل بين الطبيب والمريض ووجودها من عدمه يحدد مصير العلاج ومن تم استمرار أو قطع العلاقة بين هذين الفاعلين بشكل نهائي.

### المطلب الأول: الجذور النظرية للثقة في علم اجتماع الصحة.

#### 1. الثقة حسب تالكوت بارسنز:

تناول "تالكوت بارسنز" الثقة من خلال دراسته التي قدمها حول الدور الاجتماعي لكل من الطبيب والمريض. حيث اتفق "بارسنز" مع رواد الاقتصاد (كريبس، هاردين، لوران ووليامسون) بخصوص ان أصل الثقة سلوكي، حيث يرى "بارسنز" ان العلاقات العلاجية في المجتمع الصحي تقوم على سلوكيات ثابتة ومنتوقعة والثقة بدورها تقوم على امرين:

- تفويض المريض امره للطبيب المناسب الذي اختاره لإنقاذ حياته ومعالجته ويتوقع المريض ومحيطه من الطبيب إيجاد حل للمشكلة الصحية في اقصى وقت ممكن، ان اختيار المريض للطبيب بدوره مرتبط بعدة عوامل فاستقلالية المريض في الاختيار تكون نسبية وتختلف من وضع الى اخر، وذلك لتدخل عدة فاعلين من خارج الوسط الصحي كالبيئة والمحيط الاجتماعي بما في ذلك الموروث الاجتماعي للمريض وكذلك التجارب المتراكمة لدى هذا الأخير وعدة محددات أخرى.

- الطبيب يملك الشرعية والسلطة لقبول التفويض الذي قام به المريض ويحاول إيجاد الحل المناسب للمشكلة الصحية وفقا لما يعرف من معلومات ويتوافق مع الأعراف والقوانين الطبية وكذا التجارب العلمية. إن امتلاك المعرفة للطبيب تجعل منه صاحب القوة والنفوذ في العلاقة العلاجية مما يجعل المراقبة الأخلاقية لهذه العلاقة ضرورة ملحة لمنع أي الاستغلال او احتيال يمكنه ان يهز الثقة التي اوجدتها الظروف.<sup>34</sup>

بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. ص 25. 34

من وجهة نظر "بارسنز" فان تفويض المريض امره للطبيب وقبول هذا الأخير بذلك يجعل هناك مستوى مبدئي للثقة بينهما لكن استمرار وتطور هذه الثقة مرهون بعدة شروط متعلقة بالدور الذي يقوم به كل من الطبيب والمريض.

### 1.1. الدور الاجتماعي للمريض والثقة:

لقد درس "بارسنز" الدور الاجتماعي للمريض بشكل مفصل واعتبر ان دور المريض لا يختلف عن أي دور اجتماعي اخر، حيث دائما هو متواجد ضمن المعادلة الاجتماعية التي تطالبه بالتفاعل التبادلي بينه وبين المجتمع. يقوم هذا التفاعل التبادلي على فعلين: الأخذ والعطاء (نظرية التفاعل التبادلي للثقة) ويقصد بهم الحقوق والامتيازات التي يتمتع بهم المريض وكذا الالتزامات والواجبات المطالب بهم غير ان المريض - حسب بارسنز - غير مسؤول عن حالته المرضية فهو يعتبر ضحية لقوى خارجية تسببت له بالمرض، لذلك وجب اعفائه من بعض الالتزامات (مثل تواجده في المنزل بدل العمل) وذلك حسب نوع المرض ودرجة خطورته بشرط ان يتم الاعفاء وفقا لشروط ومراقبة مستمرة لمنع أي استغلال للوضع بدون وجه حق. يسلب الضوء "بارسنز" على ان المريض فاعل غير قادر على ممارسة انشطته الاجتماعية بشكل طبيعي عكس الشخص السليم، فهو يبحث عن الشخص الذي يملك القدرة المعرفية لمساعدته وانقاذه، وهذا الوضع يرشدنا الى نقطة مهمة تحدث عنها "بارسنز" وهي افتقار المريض للمعلومة العلمية عن وضعه الصحي واحوال جسده وبالتالي يقوم بتفويض امره لمن يملك الاهلية والمعرفة العلمية والشرعية ويجعله محل ثقة.

### 2.1. الدور الاجتماعي للطبيب والثقة:

اهتم "بارسنز" بالدور الاجتماعي للطبيب واعتبره من اهم الأدوار في المجتمع، وذلك كونه مزدوج المسؤولية فالطبيب يمارس مهامه في المجتمع وفق سلطة مطلقة امتلكها من خلال سنوات طويلة قضاها في طلب العلم واتقان مهنة الطب، فأصبحت له الشرعية للممارسة الطبية لما تعلمه من المعارف والتجارب العلمية على جسد المريض بكل استقلالية، إضافة الى المسؤولية الأخلاقية والقانونية فبمجرد تخرج طالب الطب من كليته فهو مطالب أخلاقيا وقانونيا بتسخير كل طاقاته لتقديم المساعدة للطبقات الهشة في المجتمع (المرضى) مهما كانت الظروف.

يرى "بارسنز" أن الدور الاجتماعي للطبيب مرتبط بشكل قوي بالدور الاجتماعي للمريض، فهذا الأخير عندما يفوض امره للطبيب ويتترك جسده امام ايادي الطبيب ويجعله شخص موثوق فانه يتوقع منه سلوك إيجابيا يضمن له الشفاء من المرض، وبما ان المجتمع يعتبر الطبيب من صفوته وذلك لعلو شان مهنة الطب، فانه الطبيب يتوقع منه سلوك يتوافق من تصورات المجتمع، لذلك وجب عليه الالتزام بمبادئ تسمح له بالرفع من مستوى الثقة بينه وبين مرضاه:

- الطبيب كل معارفه ومهاراته وخبراته لإيجاد حل للمريض.  
يجب على الطبيب ان يكون موضوعيا في حكمه على المرض والتزامه بالرأي الطبي المتخصص بخصوص الحالة المرضية لا الرأي الشخصي.

- إن شفاء المريض وتقليل من معاناته يأتي في المرتبة الأولى بالنسبة للطبيب أي تفضيل المنفعة العامة على أي منفعة أو هدف شخصي.<sup>35</sup>

## 2. الثقة حسب اليوت فريديسن:

قبل دراسة "اليوت فريديسن" لمفهوم الثقة قام ببلورة اشكاليته من خلال عدة أسئلة أهمها:

◀ هل على المريض الوثوق بالطبيب؟

◀ هل المعارف التي يملكها الطبيب تستحق الخضوع له والوثوق به؟

◀ الى أي حد يمكن ضمان السلوك الصحيح للطبيب؟

من خلال الدراسات والأبحاث التي قام بها "فريديسن" يتضح لنا انه تم التفريق بين كل من الأسس النظرية للطب والمهارات التقنية واخلاقيات المهنة، حيث يرى ان الأسس النظرية تعني ما تعلمه الطبيب خلال مشواره الدراسي ويمكن تصنيفها -حسب فريديسن- تحت بند الخبرات بمعناها التام، لكن لكي يكون الطبيب مرشح لثقة المريض يجب اقتران الخبرة بالأخلاق، فكلما شعر المريض بان الطبيب يخضع لمراقبة أخلاقية تمنعه من الحاق الأذى به سيحس بالاطمئنان ويكون أكثر استعداد لمنح ثقته، إذا فمهنة الطب بالنسبة ل "فريديسن" مشروع مراقبة ذاتية تخضع لقواعد أخلاقية تنظمها.

إن الطرح الكلاسيكي ل "فريديسن" يبين أن المريض برغم من أنه يبحث عن نتيجة إيجابية عند زيارته للطبيب وهي التخلص من المعاناة غير أنه في الكثير من الأحيان ينساق المرضى وراء التصريح بالنوايا الحسنة للطبيب بدل السلوكيات الملموسة، وهذا ما يتفق عليه الأطباء حيث تعتمد مهنة الطب على النوايا الحسنة أكثر من النتائج الحسنة وذلك لكون لكل جماعة رايها الطبي، مثلا يصرح الطبيب بان المريض سيخضع لعملية جراحية" استئصال الورم السرطاني" من اجل التخلص من السرطان، ربما ستتجح العملية وهناك إمكانية لفشلها، المريض هنا سيضع ثقته على أساس النية من العملية (التخلص من السرطان) بعيدا عما كانت العملية ستتجح أم لا. فالثقة المريض هنا تكون على أساس النية الحسنة للطبيب.

خلال الدراسات التي قدمها "فريديسن" يتضح لنا انه ركز على اللقاء الأول بين الطبيب والمريض وظروف التي تأثر عليه، حيث اعتبره انه النقطة الفاصلة في تحديد مصير علاقة الثقة التي تجمع المريض بطبيبه، وبالتمعن في هذه الفكرة يتضح لنا ان "فريديسن" يعتبر الثقة موجود قبل اللقاء أي مند ان قرر المريض التوجه الى الطبيب من اجل مساعدته، وهنا يكون قد اتفق مع "تالكوت بارسنز" في فكرة انه عندما يختار المريض طبيب معين لزيارته يكون قد شكل مستوى معين من الثقة مبنية على علاقاته التبادلية مع محيطه الاجتماعي او خبرته الشخصية.<sup>36</sup>

<sup>35</sup> بن مغنية قادة. المرجع السابق. صص 25-26.

<sup>36</sup> بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. صص 28.

## 1.2. الثقة والعلاقة طبيب/مريض عند فريديسن:

يعتبر " فريديسن " ان ميلاد الثقة يتم قبل بداية العلاقة العلاجية أي منذ لحظة اختيار المريض للطبيب ففي هذه الفترة يكون المريض أكثر حرية واستقلالية وان كان اختياره يخضع للعديد من التأثيرات، لكن يكون المريض أمام عدد من البدائل يقيّمها باعتماد على معلومات اكتسبها من محيطه الاجتماعي أو خبرته. يفرق "فريديسن" بين الطبيب العام والطبيب المختص، حيث يرى ان الطبيب العام يمنح هامش لتدخل المريض في العملية العلاجية، وذلك من خلال مناقشة الاعراض المرضية واسبابها والاثار الجانبية للعلاج، هذا المجال من الحرية يسمح للمريض بالتفاعل التبادلي بينه وبين الطبيب ويقلل الفارق المعرفي بينهما مما يعزز ثقة المريض بنفسه من جهة وثقته بالطبيب من جهة أخرى، اما الطبيب المختص -حسب فريديسن- فلا يخصص هذا الهامش من الحرية باعتبار انه اكثر تخصص وتعمقا في مجال الطب ولا يوجد مكان للمقاربات فالحقائق الطبية دقيقة وواضحة لا يفهم فيها الا من يفقه في المجال، هذا الوضع يمكن ان يجعل الطبيب يفقد ثقة مريضه.

تناول " فريديسن " مفهوم اللابيين في العلاقة العلاجية واعتبره معطى قابل لتحكم مثله مثل المعلومة الطبية، فاستعماله من طرف الممارس الصحي متوقف على الوضع الصحي للمريض والظروف المحيط به، ان قيادة الغموض واللابيين تسمح بتوجيه سلوك المريض مما يصعب مراقبته للمسار العلاجي أي يحد من تدخله في العملية العلاجية وبالتالي يجعل مجال الثقة أكبر كون المريض في حالة ضعف ومعاناة ولا يملك المعلومة حول وضعة الصحي فيسلم امره لطبيب لأنه مجبر على الخضوع لسلطته المعرفية.

وتابع " فريديسن " تحليله للعلاقة طبيب/مريض معتبرا ان الثقة في هذه العلاقة تلعب دورا محوريا فالمريض اثناء بحثه عن الشفاء لابد ان يعطي الفرصة لأصحاب الاختصاص لعلاجه ويجب عليه ان يقدم مستوى معين من الثقة في الطبيب ومهاراته، هذا الأخير الذي يجب ان يكون على استعداد لكسب هذه الثقة ورفعها من مستوى الى الاخر، ومن جهة أخرى فان قبول الطبيب بثقة المريض تمنح له الحق في ممارسة سلطته بما يراه يخدم صحة المريض، وهنا يقع الاشكال ففي أحيانا كثيرة تتعارض الآراء بين الطبيب والمريض خاصة وان المريض يبحث عن المعلومات لأثبات نفسه في هذه العلاقة فالثقة التي يقدمها والسلطة التي يمارسها الطبيب تعتبر عناصر نقدية في التفاعل العلاجي هذا ما يحول العلاقة الى نوع من الصراع بينهما لدى اعتبر "فريديسن" ان العلاقة العلاجية هي علاقة تفاوضية.<sup>37</sup>

## 2.2. الثقة والمريض حسب فريديسن:

ألقى "فريديسن" الضوء على المريض من منطلق أن المريض يختلف عن الشخص السليم وعن الشخص المحترف فهو يعاني من القلق والخوف اتجاه حالته الصحية إضافة الى معاناة والالام لا يعرف كيف

<sup>37</sup> Freidson, E. la profession médicale. Paris: PAYOT, 1984. P25.

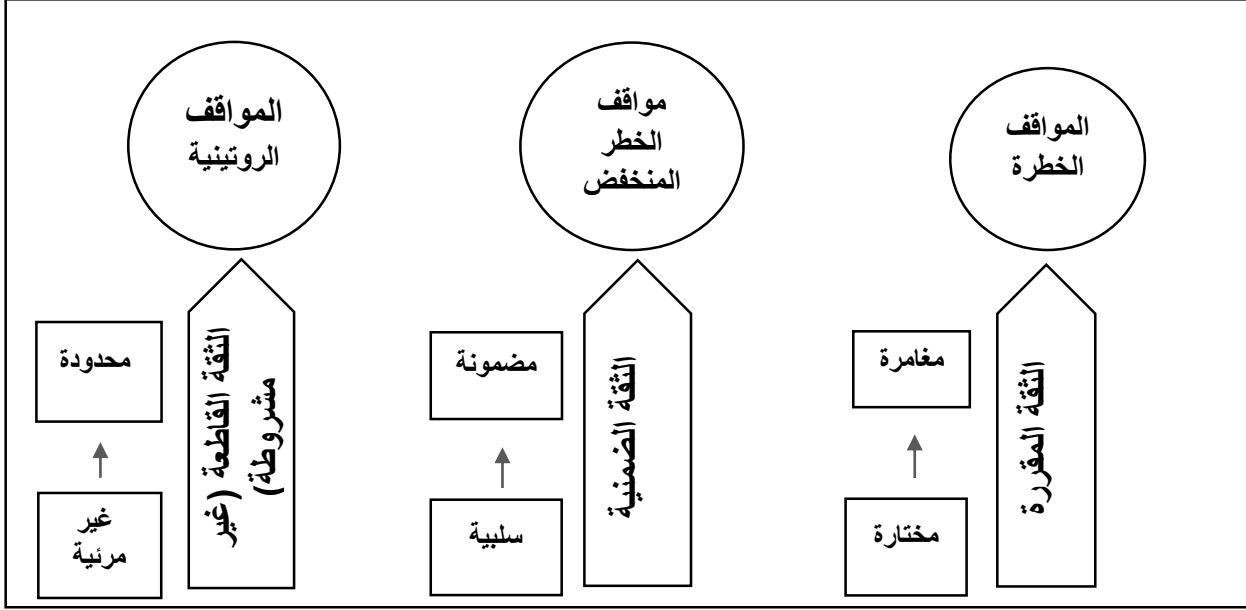
يترجمها للمحيطين به، لذلك يكون سلوكه يتصف باللاعقلانية والحساسية المفرطة اتجاه الآخرين خاصة الأطباء، إذ أنه لا يمكنه تقييم لا وضعه الصحي ولا العلاج المقدم إليه، عكس الطبيب الذي سمحت له مهنته بالتعود على الالام الغير وبحكم معرفته العلمية فإنه يدرك ما ينفع للمريض حتى لو كان يتعارض مع ما يريد المريض، هذا ما يؤدي الى التصادم والتصارع بين الطبيب، هذا الوضع يآثر على مستوى الثقة في العلاقة، فالطبيب هنا مطالب بتقديم مستوى معين من التفهم والاحتواء للمريض للمحافظة على ثقته ومن تم تسهيل مهمة العلاج.

تحدث "فريدسن" على الجانب الاقتصادي والاجتماعي للمريض وتأثيره على علاقة الثقة بينه وبين الطبيب، ان المريض الذي يتمتع بمستوى معيشي مرموق يكون محل اشكال لدى الأطباء وذلك لتمرده على قرارات الطبية ورفضها ويلجا الى ما يسمى بالترحال العلاجي، وبالتالي قطع العلاقة وفقدان الثقة، وان تم إقناعه برأي طبي فسيبحث عن آراء أخرى ومعلومات إضافية من مرضى اخرون من نفس الحالة المرضية، فيكونون مجموعة مستقلة تحاول اثبات نفسها في العملية العلاجية، هذا ما أطلق عليه "فريدسن" اسم المجتمع المصغر الذي أكد أنه لن يصبح مصدر للسلطة الاجتماعية.<sup>38</sup>

<sup>38</sup>Freidson, E. Op\_cit. P31.

المطلب الثاني: أشكال الثقة في العملية العلاجية.

تعد الثقة قيمة تبادلية بين طرفين في علاقة ما، وتختلف حسب طبيعة العلاقة والظروف المحيط بها، لهذا اعتبر العلماء أن الثقة ذات طبيعة "سياقية" تتغير وفق الوضعية ودرجة الخطر أو ضرر، هذا المبدأ استمر لفترة طويلة الى ان استطاع كل من "ليهمان"، "كبير" و"نوتبوم" اثبات العكس من خلال دراسات حديثة قاموا بها، حيث يوضحون أن الثقة يمكنها أن تقع في ثلاث وضعيات.<sup>39</sup> (الشكل 1)



الشكل (1): أشكال الثقة بدلالة درجة الخطورة.

المصدر: من إعداد الطالبة.

إن المواقف والوضعيات الروتينية تكون مستقرة ومألوفة، نتائجها عادة ما تكون واضحة ويمكن توقعها من طرف المرضى أو الأفراد بشكل عام، لذلك فإن مسألة الثقة تكون هامشية وبديهية في مثل هذه الوضعيات حيث لا يصرح المريض بالثقة بشكل علني لأنه يدرك النتائج من خلال التجارب التي مرت عليه في مواقف مماثلة فتكون الثقة "ضمنية"، فيقال "أنا أثق في الطبيب فلان، لأنه سبق أن عالجتني من هذا المرض عدة مرات، فأخضع لعلاجي"، الثقة في هذه الحالة مسألة غير مشروطة، ففي كل الأحوال النتائج معروفة وهذا ما أطلق عليه "ليهمان" اسم "الثقة الغير مشروطة"، أما "نوتبوم" فاعتبرها محدودة ومسألة محسومة "الثقة القاطعة".

عندما يتعلق الأمر بالمواقف التي تسودها درجة منخفضة من الخطورة تصبح الثقة مبنية على توقعات لا يسودها الشك ولا ليس هناك إمكانية لا انحرافها، فالعلاقة غي هذه الحالة تعتمد على مجموعة من الضمانات تجعل

<sup>39</sup> Noteboom. How to combine calculative and non-calculative trust. Paper for the symposium Trust and Trouble in Organisations. Erasmus University Rotterdam.2001.4-5 May.

من كل طرف فيها واثق من النتيجة، فيقال " انا اثق في الطبيب فلان، لان جودة خدماته عالية ويمك شهادة مهنية مرموقة، فلا يوجد داعي لتشكيك في مهاراته وعلاجه"، فتصبح الثقة هادئة وغير نشطة "سلبية" ومضمونة تتميز بالشفافية، تسمى الثقة في مثل هذه المواقف عند "ليهمان" بالثقة "المضمونة".

في المواقف والوضعيات التي تتميز بمستوى خطورة مرتفع، فان الثقة تصبح مسالة اختيار فهي عبارة عن عقد شراكة بين طرفين تحتل هذه الشراكة النجاح كما تحتل الفشل، لذلك وجب الاعتماد على معارف ومعلومات وخبرات من مختلف المصادر لاتخاذ القرار السليم والاختيار الموفق، فالثقة هنا تكون مجازفة وقبول للمخاطر من اجل إيجاد حل للمشكلة، فيقال "انا اثق في الطبيب فلان، لأني احتاج لمعالجة نفسي وتخلص من المعاناة"، المريض يفوض امره للطبيب من اجل حصوله على العلاج ويقبل بالمخاطرة، ان العلاقة في هذه الحالة تصبح علاقة تشاركية، والثقة تصبح تلعب دور نشط ومحدد لهذا سمية بالثقة "مقررة" حسب "ليهمان"، اما "كبير" فاعتبر الثقة "تشاركية مفوضة".<sup>40</sup>

---

المنتج الصحي: هو مصطلح جديد تم تداوله في اقتصاد الصحة ويعني خدمة الرعاية الصحية أي فحص وتشخيص وكل المستلزمات الطبية والصيدلانية المستعملة في تحقيق هذه الرعاية.

<sup>40</sup>Luhmann, N. Confiance et familiarité - Problèmes et alternatives, Réseaux. 2001.n°108. PP15-35.

### المطلب الثالث: أبعاد الثقة في العملية العلاجية.

**1.1.1. الموثوقية:**<sup>41</sup> من أهم الأبعاد التي تحدد مستوى الثقة في العملية العلاجية، فمن خلال دراسات التي أقيمت على سلوك المستهلك تبين أن تحقيق هذا البعد يتطلب توفر عدة محددات مهمة من بينها مصداقية الطرف المعني بالثقة في العلاقة العلاجية ومدى كفاءته وتحكمه في المسار العلاجي (دراسات كل من "ديباردون" و"توجولا"، "جرفيايز" و"كورشيا"، سيريز" و"ديبوا"، و"سوان" وشومبيتاز")، ومحددات أخرى وهي:

#### 1.1.1. الضمان:

إن باعتبار الثقة في العلاقة العلاجية تنشا منذ اختيار المريض التوجه الى طبيب معين، فان المريض يتخذ مجموعة من الضمانات حسب تصوره تأمين له نسبة من الاطمئنان والارتياح للخوض في هذه العملية محاط بمستوى معين من المخاطرة لذلك يجدر الإشارة الى ان ضمان المنتج الصحي يختلف كلياً عن ضمان المنتجات الأخرى، ولعل اهم هذه الضمانات هي الصلاحية الممنوحة للطبيب لمزاولة مهنة الطب من طرف الجهات المسؤولة، فمنذ القدم اعتبرت الاجازة للطبيب بممارسة التطبيب دليل على مهاراته وقدرته العلمية، فقد كان في العهد العباسي يخضع كل الأطباء الى امتحان شديد الصعوبة ولا يزال المهنة الا من ينجح فيه، وفي الوقت الحالي فكل من الاخلاقيات العالمية للطب والقوانين العالمية للصحة<sup>42</sup> تشدد على ضرورة اهلية الطبيب للممارسة الطب ومن يزاوله من دون شرعية يعاقب، وبالنظر في التشريعات الجزائرية نجد أن هناك مجموعة من الشروط التي يجب توفرها في الممارس الصحي والتي تشكل ضمان بالنسبة للمريض الذي يفوض أمره إليه وذلك حسب المادة 166 من القانون رقم 11-18 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق ل 2 يوليو 2018، المتعلق بالصحة<sup>43</sup>.

>> ال مادة 166: تخضع ممارسة مهن الصحة للشروط الآتية:

- التمتع بالجنسية الجزائرية.
- الحيازة على دبلوم جزائري او شهادة معادلة له.
- التمتع بالحقوق المدنية.
- عدم التعرض لأي حكم جزائي يتنافى مع ممارسة المهنة.
- التمتع بالقدرات البدنية والعقلية التي لا تتنافى مع ممارسة مهنة الطب.
- يتعين على مهنيين الصحة تسجيل أنفسهم في جدول عمادة المهنة الخاصة بهم. <<

<sup>41</sup>Gurviez P. et Korchia M. Proposition d'une Echelle de Mesure Multidimensionnelle de la Confiance dans la Marque. Recherche et Applications en Marketing.2002. 17, 3, 41-59.

<sup>42</sup> John Williams. Ethique médical : Association médicale mondiale. 2005. P10.

<sup>43</sup> قانون الصحة رقم 11-18 المؤرخ في شوال عام 1439 الموافق ل 2 يوليو 2018.ص.17.

إضافة الى الضمان المتعلق بشرعية الأطباء فيعتبر القانون في حد ذاته الذي يضمن لهم حق العلاج هو آخر ضمان من نوع ثان، فالمريض في هذه الحالة يدرك أن المجتمع الصحي مسخر لخدمته ويحميه إن تعرض للرفض من طرف الأطباء مما يخفف من قلقه ويمنحه الاستعداد للوثوق بالمهنيين الصحة وبقدراتهم الذين هم بدورهم بمجرد قبولهم للمريض فهم مطالبون بضمان العلاج الكافي والمرضي له >> المادة 05 من مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية: يلتزم الطبيب وجراح الاسنان بمجرد موافقته على أي طلب المعالجة بضمان تقديم العلاج لمرضاه يتسم بالإخلاص والتفاني والمطابقة لمعطيات العلم الحديث والاستعانة عند الضرورة بالزملاء المختصين والمؤهلين.<< يجب على الطبيب ضمان استمرارية العلاج للمرضى حتى في حال استقالته او تخليه عن المهنة.

### 2.1. الجودة: 44

إن جودة المنتج الصحي تعد المحدد الفاصل في بعد الموثوقية، فهي بدورها تعتمد على توفر مجموعة من الأبعاد، ونظرا لخصوصية المنتج الصحي واختلافه عن باقي المنتجات يصعب قياس جودته، الا انه اجتهد العلماء في السنوات الأخير في تمييز مجموعة من الابعاد تسمح بتعيين ان كان المنتج الصحي ذو جودة أم لا، لكن تبقى هذه المعايير نسبية تختلف من شخص الى الآخر، وهذا بسبب حالة الاضطراب التي يسببها المرض:

**1.2.1. الاعتمادية:** وتدل على إمكانية تلبية حاجة المريض كما تم التخطيط لها بشكل دقيق وبأقل درجات الخطر مع الخلو من الأخطاء الطبية والادارية.

**2.2.1. الاستجابة:** ويقصد بها مدى استعداد الطاقم الطبي لتقديم العلاج الفعال بأسرع وقت ممكن.

مثلا: وصول سيارة الإسعاف في أوقات قياسية.

**3.2.1. الملموسية:** هي مجموع التجهيزات الطبية وغير طبية وكذا الموارد البشرية التي من شأنها توفير رعاية صحية ذات نوعية رفيعة وتضمن راحة المريض. المادة (14) من مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية تنص على ضرورة توفر كل الوسائل والأدوات اللازمة لتنفيذ العلاج.

**4.2.1. الاستمرارية:** ان المسار العلاجي يتكون من عدة مراحل متتالية وفق سلم زمني، فالمريض بحاجة الى استمرار المراقبة الطبية بشكل منتظم مهما كانت الظروف، فالمادة 50 من مدونة الاخلاقيات الطبية: >> يمكن للطبيب التحرر من مهنته بشرط ان تضمن العلاج للمريض.<<

**5.2.1. الشراكة:** تعني اشراك الطبيب لمريضه في خطة العلاج ومناقشته حولها، وافادة المريض بكل المعلومات المتعلقة بالعمل الطبي وتعتبر موافقة هذا الأخير ضرورية. وتتص كل من المادة 43 و44 من مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية.

44 ثامر ياسر البكري. إدارة المستشفيات. عمان. دار اليازوري للنشر والتوزيع العلمية. 2005. ص 50.

6.2.1. الأمان: ويقصد به إدارة كافة المخاطر التي تحوم حول العملية العلاجية من أجل ضمان سلامة المرضى والعاملين في المؤسسة الصحية.

7.2.1. العناية والرعاية: يجب على الطبيب بذل أقصى جهده لعلاج المريض وتحسيس هذا الأخير بذلك.

8.2.1. الكفاءة: القدرة على استغلال الإمكانيات المتاحة من أجل الوصول للعلاج المثالي.

قام الباحث "فيليب كوتلر" بدراسة على مستوى أحد المؤسسات الصحية وتوصل إلى أن المرضى عادة ما يعتمدون على النقاط التالية لتحديد جودة المنتج الصحي:<sup>45</sup>

-الاعتمادية ← 32 %.

-الاستجابة ← 22%.

-الأمان ← 19 %.

-الرعاية والعناية ← 16%.

-الملموسية ← 11%.

### 3.1. السلامة:

يمكن دراسة هذا المحدد من خلال تحليل النسبة فائدة/خطر، والسلامة تعني الخلو من المخاطر أو تقليل من احتمال وقوعها، بما أن المريض في وضع لا يخلو من الخطر حتى لو كانت درجته منخفضة فلا بد من دراسة الفائدة التي سيجنيها من اتخاذه لقرار شراء المنتج الصحي ويقارنها بدرجة الخطر وعلى أساس النتيجة المتحصل عليها يتخذ قراره، ومن جهة أخرى لا بد للطبيب أو المؤسسة الصحية ككل بالعمل على الإلمام بمختلف الوظائف من أجل تقديم منتج صحي خالي من العيوب والأخطاء وحصر نسبة الخطر قدر الإمكان.

إن مع التطور التكنولوجي والعولمة التي طرأت على العلاقة العلاجية أدى إلى خروج هذه الأخيرة من إطارها التقليدي إذ أصبحنا نتحدث عن "التطبيب عن بعد" و"الصحة 2.0" و"3.0"، أي أن المريض أصبح أكثر اتصال ونشاط في العملية العلاجية هذا التطور وإن جاء بمنفعة كبيرة لكل من الطبيب والمريض إلا أنه صاحبه جملة من المخاطر، أهمها الأخطاء الطبية في التشخيص عن بعد وكذا تداول المعلومات المغالطة بين المرضى والشراء المواد الصيدلانية عبر الإنترنت التي يمكن أن تنتج آثار جانبية ذات خطورة على حياة المريض.

<sup>45</sup> KOTLER Philip & CLARKE Roberta N., Marketing for Health Care Organization, New Jersey, Prentice Hall, 1987, p: 478.

#### 4.1. الكفاءة:

تعرف الكفاءة على انها القدرة على حسن استغلال الموارد من اجل تحقيق الأهداف المسطرة، وبمطابقة هذا المبدأ على العلاقة العلاجية نجد ان الكفاءة هي قدرة الطبيب على استغلال معارفه وقدراته استغلالا صحيحا من اجل معالجة مريضه، لهذا تعد الكفاءة من اكثر المحددات تأثير على بعد الموثوقية ومن تم الثقة في العلاقة العلاجية، حيث أن المريض يعطي ثقته لمن يملك المهارة والقدرة المهنية والعلمية والتقنية من اجل إيجاد حل لمشكلته الصحية بأنجح الطرق واسرعها، الطبيب في حد ذاته ان امتلك الكفاءة المطلوب سيثق بنفسه ويجعل من حول يتقون به.

#### 5.1. المصادقية:

في أي علاقة مهما كانت تلعب المصادقية دورا محوريا في وثوق الطرفين ببعضهم البعض، فالمصادقية تعني احترام الطرف الاخر والالتزام بنزاهة وشرف والامانة في التعامل معه، كما تعني الصدق وشفافية في المعلومات التي يصرح بها الطبيب من تشخيصه للحالة المرضية او وصفات الدواء الممنوحة وتكون هذه المعلومات اما موجبه للمريض او طبيب اخر او الهيئة المسؤولة، من الطرف المقابل هناك المريض الذي يجب عليه التحلي بالسلوكيات الحسنة اتجاه الطبيب او الفريق الطبي واحترامهم بإضافة الى ضرورة التصريح بالحقيقة بخصوص الاعراض المرضية وكذا الالتزام بأوامر الطبيب للوصول الى العلاج الفعال.

إن المعلومات التي تدور بين الطبيب والمريض تشكل اسرار العلاقة العلاجية، لهذا تعطي التشريعات العالمية كالقانون الدولي للأخلاقيات الطبية والتشريعات الوطنية أهمية بالغة حول السرية المعلومات الطبية فنجد ان القانون الدولي للأخلاقيات الطبية للجمعية العالمية يقول <sup>46</sup>{انه على الطبيب الحفاظ على سرية ما يعلمه من المريض حتى بعد موته}، اما المادة 36 من مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية فتتص على { يشترط في كل طبيب أو جراح أسنان أن يحتفظ بالسر المهني المفروض لصالح المريض أو المجموعة إلا إذا نص القانون على خلاف ذلك. }<sup>47</sup> فالمريض إن لم يشعر أن سره في مأمن سيمانع في إعطاء كل المعلومات للطبيب المعالج مما سيؤذي الى انحراف المسار العلاجي.

#### 2. الاستثمار في الابتكار:

إن التغيير الذي طرأ على المجتمع جراء الثورة المعلوماتية الحاصلة، جعلت المريض يكتسب المعرفة والمعلومات التي تسمح له بمناقشة الطبيب حول وضعه الصحي والحلول العلاجية، ومن الطرف الاخر عرفت مكانة الطب تراجع في المجتمع وفقدت قيمتها التي كانت في السابق وذلك راجع الى عدة أسباب سننتظر اليها في دراستنا،

<sup>46</sup>John Williams. Op\_cit. PP20-21.

<sup>47</sup>المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 5 محرم عام 1413 الموافق ل 6 يوليو سنة 1992 يتضمن الاخلاقيات الطبية.

حيث يكمن دور الطبيب في سيطرته على هذه العلاقة وضعف هيمنته سيأثر بالسلب على المسار العلاجي لمريضه، هذا الأخير الذي يعيش حالة من اللايقين وفي نفس الوقت إذا أحس أن هناك نوع من التردد والغموض

لدى الطبيب المعالج فسيتم فقدان الثقة في العلاقة العلاجية.<sup>48</sup> ان هذا التراجع دفع بالأطباء الى العمل على استرجاع مكانتهم الاجتماعية وكسب ثقة المجتمع عن طريق تقديم منتج صحي مطابق لاعتقادات المرضى وتطوير من قدراتهم وتحديث معلوماتهم لإقناع المريض بالتشخيص وبالعلاج الموصوف مرتكزين على البحث والتكوين المستمر وكذا التجهيز الطبي المتجدد.

### 1.2. التكوين والبحث المستمر:

مع التطورات السريعة التي تشهدها العلوم وخاصة الطب جعلت من غير الممكن للطبيب الاكتفاء بسنوات الدراسة في الكلية، حيث اثبتت الدراسات الحديثة ان نجاح الطبيب في مهنته واكتسابه ثقة اكبر عدد من المرضى لا يتعلق باجتهاده في مساره الدراسي فالأمر لا يتعمق بالماضي وانما بحاضر الطبيب وسلوكياته المهنية و كفاءته ومعاملته مع المرضى ومرافقيهم وتركيز على استمرار الاتصال بين طرفي العلاقة العلاجية<sup>49</sup>، غير ان هذا لا يلغي الفرق بين الطبيب المتحصل على شهادة جامعية من جامعة اجنبية والطبيب المتحصل على شهادة من بلده<sup>50</sup>، فالأول يحظى باهتمام اكبر ويكون محل ثقة المرضى، ففي ظل هذا التمييز والتنافس لابد للطبيب اثبات نفسه وكسب مكانة في المجتمع، من اجل تحقيق هذا الهدف كان من الضروري اعتماد الأطباء على التكوين المستمر لتأقلم مع مختلف الأوضاع الصحية والنجاح في التعامل مع مختلف المرضى وتطوير أساليب الاتصال معهم لكسب ودهم وثقتهم، من جهة أخرى لابد من إعطاء المؤسسة الصحية او العيادة (عامية او خاصة كانت) أولوية البحث العلمي وبدل اقصى جهد لإيجاد الحلول العلاجية والوقائية الأكثر فعالية لتخليص المريض من الامه وشفاءه شرط ان تكون هذه الحلول مضمونة وموافق عليها من الجهات المعنية<sup>51</sup>.

إن اعتماد الطبيب على هذين العنصرين: البحث والتكوين المستمر، سيجعله يكون سمعة في المجتمع، حيث تقتزن مكانة الطبيب بشكل شبه مطابق بسمعته في الوسط الاجتماعي التي تسمح له بحجز مكان له بين المرضى واكتساب صورة خاصة به تنتشر بين افراد المجتمع، اعتمد تشكيل هذه الصورة بالأساس على نوعية العلاج المقدم وأسلوب الحوار والتعامل...الخ.<sup>52</sup>

<sup>48</sup> بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. ص80.

<sup>49</sup> Freidson, E. Op\_cit. P101.

<sup>50</sup> بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. ص95.

<sup>51</sup> Swaen V. et Champitaz R.C. L'impact de la responsabilité sociétale de l'entreprise sur la confiance des consommateurs .Recherche et Applications en marketing. 2008, vol.23, n°4.

<sup>52</sup> بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. ص84.

## 2.2. التجهيز الطبي والتجديد التكنولوجي:

تلعب الملامح المادية دورا محوريا في نجاح العملية العلاجية، حيث تساعد الأجهزة الطبية على التشخيص السليم والدقيق للمرض وتقلل من حالة اللايقين والغموض التي تحيط بالحالة المرضية، خاصة ان مرحلة التشخيص تعتبر اول مراحل بناء الثقة بين الطبيب والمريض<sup>53</sup>، ومن ناحية أخرى يساهم التجهيز الطبي في توسيع مجال استقلالية الطبيب وإعفاء المرضى من زيارة عدة أطباء من اجل اجراء التحاليل او الاشعة الطبية ( هذه النقطة تعرضت للانتقاد من قبل "فريدسون" الذي يرى ان استقلالية الطبيب المطلقة غير ممكنة وذلك لنقص المعرفة العلمية للطبيب بكل التخصصات فحسبه لا بد من استشارة اكثر من طبيب للتأكد من التشخيص)<sup>54</sup>، ان الاعتماد على أجهزة طبية يساعد الطبيب في خلق مناخ عمل مساعد له ومريح للمريض.

من الضروري الاهتمام بمتابعة ما توصل اليه العلم من تكنولوجيا ومواكبة هذا التطور، فهذا سيدعم مكانة الطبيب وسيمنحه سمعة بين المرضى تسمح له بكسب ثقتهم.

## 3. شفافية المعلومة:

ليس سرا أن التطورات التي شهدتها العالم في القرن الماضي قد أثرت كثيرا في الوسط الصحي وفي كل فاعليه، فالانفجار المعلوماتي ساهم في تطور الطب من جهة وزيادة الوعي الصحي للمرضى من جهة أخرى، هذا التطور بقدر ما سمح بإيجاد علاجات وأمراض مختلفة ورفع من متوسط العمر في كل انحاء العالم الا انه صعب من نجاح العملية العلاجية وذلك بسبب التباين بين التجربة الذاتية للمرض التي يحملها المريض والمعرفة الموضوعية الطبية والعلمية التي يمتلكها الطبيب وما نتج عنه من اصطدامات رغم ان الهدف واحد، وكان الحل الوحيد لهذه المعضلة هو دعم الاتصال بين كل من الطبيب والمريض وفتح مجال اكبر للحوار، فمن حق المريض اخبار الطبيب بكل الاعراض التي يمر بها والمعلومات التي تحصل عليها من مختلف المصادر ويقع على عاتق الطبيب تحديد صحة هذه المعلومات من عدمها وتنويره بشأن وضعه الصحي والتقليل من حالة الغموض واللايقين.

إن بعد شفافية المعلومات في العملية العلاجية قائم على خمسة محددات وهي: سهولة الوصول الى المعلومات، فهم المعلومات، تحديث المعلومات، الكشف عن مصادر المعلومات وحسن استعمال المعلومات، ويجدر بنا الإشارة هنا الى إن الأعمال التي قام بها العلماء بخصوص أبعاد الثقة في مجال سلوك المستهلك تستبعد بعد شفافية المعلومات غير أن الباحث "ابريت" قدم دراسة مقنعة حول أهمية شفافية المعلومة بين الطبيب والمريض في نجاح علاقة الثقة بينهما، حيث اعتبر هذا البعد ثاني أكثر تأثير في الثقة بعد الأداء.<sup>55</sup>

المرجع السابق. ص93. 53

54 Freidson, E. Op\_cit. P352.

55 Ebert A.E.T. Facets of Trust in Relationships – A Literature Synthesis of Highly Ranked Trust Articles. Jbm. 2009, vol (3).

1.3. سهولة الوصول للمعلومة:

يمكننا ان نجزم بان توفر المعلومة بالنسبة للمريض او للطبيب لم يعد الاشكال وانما التأكيد على صحتها هو المشكل الذي يارق المريض والطبيب على حد سواء، فعلى المريض التصريح بكل ما يشعر به من اعراض او ما يتناوله من ادوية أخرى او أي تجارب طبية قام بها في السابق كالعلاجات الجراحية مثلا فهذه المعلومات تساعد الطبيب في كسب الوقت والتشخيص الدقيق للحالة المرضية، ان أي تكتم حول المعلومات التي يحملها المريض من شأنه ان يؤثر بالسلب على مسار العلاجي، الطبيب من جهته مطالب بتوفير اكبر قدر من الوقت للإنصات للمريض وإتاحة له كل المعلومات المتعلقة بحالته المرضية وهذا ما تنص عليه المادة 45 من مدونة اخلاقيات الطبية الجزائرية « يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يجتهد لإفادة مريضه بمعلومات واضحة وصادقة بشأن أسباب كل عمل طبي ».56

إن توفر المعلومات بين طرفي العلاقة العلاجية يسمح بتكوين مستوى من الرضا لكل منهم، حيث ان رضا الطبيب يتلخص في فهمه للحالة المرضية من خلال الاعراض الواضحة، اما رضا المريض فهو التأكيد من ان حالته المرضية ليست خطيرة، هذه المنفعة المزدوجة تسمح بإزالة الغموض من العلاقة وحصر مجال اللائقين، هذه المعادلة لا تكون دائما سارية المفعول في الواقع فبسبب عدم تناسق المعلومات نوعا وكما بين كل من الطبيب والمريض يؤدي الى بعض التجاوزات الشرعية وغير الشرعية من طرف الطبيب باعتباره الطرف المسيطر في العلاقة:57

لـ التجاوزات الشرعية: يتمتع الأطباء في بعض الحالات عن التصريح بكل المعلومات للمريض خوفا من تأثير ذلك على نفسيته وفقدانه للأمل والثقة في نفسه وفيمن حوله، وهناك تشريعات عالمية وردت في كتاب الاخلاقيات الطبية العالمية الصادر من الجمعية العالمية للطب تسمح بذلك وفقا لشروط58 وكذلك تشريعات جزائرية فنجد المادة (51) من مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية «يمكن إخفاء تشخيص مرض خطير عن المريض لأسباب مشروعة يقدرها الطبيب او جراح الاسنان بكل صدق وإخلاص، غير ان الاسرة يجب اخبارها الا اذا كان المريض منع مسبقا عملية الإفشاء هذه، او عين الأطراف التي يجب ابلاغها بالأمر. ولا يمكن الكشف عم هذا التشخيص الخطير او التنبئي الحاسم الا بمنتهى الحذر والاحتراز».59

لـ التجاوزات غير الشرعية: تتلخص حول تكتم الطبيب عن التصريح بالمعلومات التي تخص الحالة المرضية بهدف إطالة حالة اللائقين التي يشعر بها المريض من جهة مما يجعله يخضع للطبيب واوامره ، ومن جهة أخرى يعتبر أسلوب للحد من تدخل المريض في العملية العلاجية فهو امام جهل وغموض لما يحصل له وبالتالي يحصر هامش تدخله، ان هذا الوضع يسمح باستغلال المريض من طرف الطبيب لمصالحه الشخصية لفترة مؤقتة فالمريض

56 مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 52. 1992. بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. ص 177.

58 John Williams. Op\_cit. P19.

59 مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية. مرجع سبق ذكره.

إن لم يجد التشخيص الواضح والدقيق لفترة معينة سيفقد الثقة في هذا الطبيب ويتوجه الى طبيب اخر املا في الحصول على المعلومات الكافية وهذا ما يعرف بـ "الترحال العلاجي".<sup>60</sup>

إن هذه التجاوزات سواء كانت مشروعة او غير مشروعة تعرضت للكثير من المناقشات كانت أهمها الدراسات الميدانية التي أجراها "سيلفي فرايزر" تحت المسمى جدلية الكذب بين المريض والطبيب.

### 2.3. فهم المعلومة:

إن دور الطبيب لا يقتصر على إعطاء المعلومات فقط، وإنما بدل جهد لشرح كل المعلومات المتعلقة بالمرض والاعراض وكذا الحلول العلاجية والاثار الجانبية للعلاج بما في ذلك طرق الوقاية، خاصة المعلومات المتعلقة بوصفات الدواء ففهم طريقة الاستخدام السليم والاقوات المحددة تعتبر نصف العلاج،<sup>61</sup> فالعلاقة التي تربط بين المريض والطبيب تأخذ شكل "العقد العلاجي" فالطبيب مطالب بالشرح الكافي للمريض من اجل تحمل هذا الأخير لمسؤولية مرضه وإمكانية ادارته للعلاج خاصة في حالة الامراض المزمنة التي تتطلب من صاحبها تقبلها والتعايش معها مدى الحياة.<sup>62</sup> ان الفهم الصحيح للمعلومة الطبية ترفع من استجابة المرضى للعلاج كما تقمهم في العملية العلاجية بحيث يصبح لهم تفاعل من خلال الحوار الذي يجمعهم مع الطبيب، هذا التدخل يساهم في اكتساب ثقتهم ومن تم استمرار المسار العلاجي.

من أجل كسب الطبيب ثقة مرضاه لابد له من العمل على تقليل الفارق بينه وبينهم واستعمال اللغة المبسطة ورموز الواضحة التي تتماشى مع المستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي للمريض<sup>63</sup> «المادة (47) من مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية: يجب على الطبيب او جراح الاسنان ان يحرر وصفاته بكل وضوح وتمكين المريض او محيطه من فهم وصفاته فهما جيدا، كما يتعين عليه ان يجتهد في الحصول على أحسن تنفيذ للعلاج.»<sup>64</sup>، يجب على الطبيب الانتباه على كل تصرفاته وسلوكياته اثناء تعامله مع المريض لان أي حركة او سلوك يمكن ان يفسره المريض على انه متعلق بحالته المرضية مما سيهز مستوى الثقة لديه فهو يعيش حالة من القلق والخوف في ظل اللاتيقين الذي يشعر به.<sup>65</sup>

### 3.3. تحديث المعلومة:

إن المعلومات الطبية تعرف تطور يوم بعد يوم، وعلى الطبيب مواكبة هذه التطورات للإبقاء على هيمنته في العلاقة العلاجية فهو امام مريض متشبع بالمعلومات المختلفة، وفي نفس الوقت يبحث عن التأكد من صحتها من خلال الطبيب الذي يملك المعرفة العلمية. فالمريض يطرح العديد من الآراء والمعارف التي اكتسبها من محيطه

<sup>60</sup> بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. صص 179-183.

<sup>61</sup> Maritn, T. Quviger.Yves. P. Action médicale et confiance. PUF. Paris, France. 2007. P265.

<sup>62</sup> Ibid. P2.

<sup>63</sup> John Williams. Op\_cit. P18.

<sup>64</sup> مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية. مرجع سبق ذكره.

<sup>65</sup> بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. صص 70-71.

الاجتماعي (الاسرة، مكان العمل، الانترنت... الخ)<sup>66</sup> وينتظر من الطبيب علاج مطابق للمعتقدات التي يحملها او اقتراح علاج اخر شرط ان يكون مقنع له، ان المريض أصبح يدقق في كل تصرفات الطبيب ويربطها بجودة المنتج الصحي المعروض، لذلك وجب على الطبيب الانتباه على كل ما يصدر منه بغية المحافظة على ثقة مريضه. إذا سال المريض الطبيب عن علاج ما (او دواء او مرض ما) وابدى الطبيب عدم معرفته بالمعلومة، سيؤدي هذا الى إعادة المريض النظر حول قراره، مما يؤدي الى فقدان الثقة وانقطاع العلاقة العلاجية ومن تم المسار العلاجي.

من واجب الطبيب تطوير امكانياته العلاجية عن طريق البحث والتكوين المستمر من اجل الوصول الى أحدث طرق العلاج التي تضمن الشفاء للمرضى وتخلصهم من المعاناة<sup>67</sup>، تميل هذه الخطوة الى أسلوب اقناع أكثر منه واجب، فالطبيب عندما يطور من نفسه سيعمل تلقائيا على حصوله على صورة وسمعة مهمة وسط المجتمع، تساعده على كسب ثقة أكبر عدد من المرضى.

إن اكتساب المريض للمعلومات الهائلة جعل الطبيب امام تحدي لأثبات كفاءته المهنية وقدراته، من خلال التغلب على هذه القوة المعلوماتية التي يحملها المريض "نوعا" فالطبيب هو الوحيد من يملك الشرعية للتأكيد على صحة المعلومة من عدمها.

### 4.3. مصادر المعلومة:

#### 1.4.3. مصادر المعلومة بالنسبة للطبيب:

تتقسم مصادر المعلومات التي يمتلكها الطبيب الى:

- المصادر العلمية: وهي المعلومات والمعارف التي امتلكها الطبيب خلال مشاوره الدراسي في كلية الطب

والتكوينات التي تلقاها بعد التخرج والملتقيات خارج وداخل الوطن التي يحضرها ومختلف التعليمات التي تصله من الجهات الوصية، ان هذه المعلومات هي الأكثر موثوقية للطبيب في تشخيصه وللمريض اثناء علاجه كونها تركز على أسس علمية وموضوعية متفق عليها.

- المصادر غير العلمية: تتخلص في مختلف المعلومات التي يحصل عليها الطبيب اثناء معينته للمريض سواء

من ترجمة سلوكياته او ما يصرح به المعني من اعراض مرضية، هذه المعلومات تكون غير دقيقة وغير علمية، فالمريض عادت ما يربط حالته المرضية بخلفياته الشخصية وحياته اليومية، ان انصات الطبيب لهذه المعلومات في حد ذاته يعتبره بعض العلماء والباحثين بانه غير واجب وان الطبيب غير ملزم بذلك<sup>68</sup>.

<sup>66</sup> Marin, T. Quviger. Yves. P.O Op\_cit. P150.

<sup>67</sup> مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية. مرجع سبق ذكره.

<sup>68</sup> Marie Laure Pelte. Entre scientifique et profane, la notion de la santé mentale en question, analyse la représentation sociale de santé mentale chez les étudiants. Mémoire de Maitrise de sociologie. Le Mirail : Université de Toulouse, 2002/2004, P15.

تعتمد مهارة الطبيب في الربط بين التجربة الذاتية للمريض وما تحمله من معلومات والمعرفة العلمية التي بحوزته.

### 2.4.3. مصادر المعلومة بالنسبة للمريض:

ان المريض يعاني من حالة من الغموض واللايقين بخصوص وضعه الصحي، مما يدفع به للتساؤل والبحث عن المعلومات، هذه المرحلة تسمى "تسيير الاعراض"، حيث يتعين على المريض اكتساب أكبر قدر من المعلومات وربطها بالأعراض التي يشعر بها<sup>69</sup>، ومع التطور التكنولوجي واستعمال الأجهزة السمعية والبصرية وتدفق الانترنت أصبح المريض على اطلاع بكل ما يخص الصحة وأصبح الفضاء الافتراضي من اهم مصادر اثراء معرفته. إضافة الى ذلك فيعتمد المريض على محيطه الاجتماعي وخلفياته السابقة وتجارب من حول في استنباط المعلومات التي تتعلق بوضعه الصحي، ان تدخل المحيط الاجتماعي في العلاقة العلاجية لا يتوقف بمجرد اختيار الطبيب بل يتعدى الى مراحل متقدمة من المسار العلاجي، خاصة في حالة الامراض المستعصية اين المريض يفقد الامل و الثقة في الطب لعلاجه فيكمن دور الاسرة او المحيط الاجتماعي ككل في إعادة تفعيل دور المريض في العملية العلاجية وبالتالي استرجاع الثقة في العلاقة العلاجية، كما يمكن ان يكون هذا التأثير سلبى حيث يؤدي الى عزل المريض عن العلاج الطبي وتوجه نحو حلول أخرى كالشعوذة والرقاة<sup>70</sup>.

إن آراء الأطباء تعتبر كذلك مصدر مهم للمعلومات بالنسبة للمريض، خاصة إذا زار أكثر من طبيب في هذه الحالة تصبح هذه المعلومات مصدر ايضا بالنسبة للطبيب الحالي، ويحبذ ان يكون هناك اتصال بين الطبيب السابق للمريض والطبيب الحالي للحصول على معلومات أكثر دقة(المادة (68) من مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية تحت على هذا)<sup>71</sup>، إن الأطباء يجمعون على انا تعدد الآراء الطبية يشوش على المسار العلاجي للمريض ولا ينصح به<sup>72</sup>.

### 5.3. حسن استعمال المعلومة:

ان حسن استغلال المعلومة الطبية من طرفي العلاقة العلاجية يصب في هدف واحد وهو تحقيق نتيجة إيجابية في المسار العلاجي، الا ان هذا الاستغلال تأثر عليه عدة عوامل مما يجعل استعمال المعلومة ينحرف عن مساره الأساسي.

بالنسبة للمريض استعمال المعلومة متوقف على مدى الوعي الذي يمتلكه لتقييم المعلومات التي يتحصل عليها من محيطه الاجتماعي وتوجيهها لما يخدم خصوصية حالته الصحية، اما فيما يخص المعلومات التي يتحصل عليها من الطبيب فاستغلالها متوقف على مدى فهم المريض للمعلومة من الطبيب خاصة المتعلقة باتباع الحميات الغذائية وطرق الوقاية.

<sup>69</sup> بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. ص107.

<sup>70</sup> Freidson, E. Op\_cit. P227.

<sup>71</sup> مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية. مرجع سبق ذكره.

<sup>72</sup> بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. صص140-147.

بالنسبة للطبيب فاستعمال المعلومة يخضع لمجموعة من الاخلاقيات الطبية، فالطبيب ملزم باستعمال المعلومات الطبية لما يخدم مصلحة المريض ومن واجبه احترام مبدأ "السرية"<sup>73</sup> من جهة ومبدأ "الموضوعية" في التشخيص من جهة أخرى<sup>74</sup>. يحدث أحيانا مواقف الغش والاحتيال من طرف الطبيب نتيجة استغلال المعلومات لمصالح شخصية، لكن تبقى مثل هذه المواقف شاذة ويعاقب عنها القانون.

#### 4. مصداقية الجهات الفاعلة في العملية العلاجية:

لا يعتبر هذا البعد حديثا بل تم تداوله طويلا من قبل عدة علماء لكن تحت تسميات مختلفة، فنجد من أدرجه تحت مصطلح " النزاهة" أمثال {جيرفياز و كورشيا، سيس دباردون ونجولا، سوان وشومبيتاز}<sup>75</sup>، وهناك من اعتبره يندرج تحت دراسة العامل "مصداقية/أمانة" أمثال {سريز وديبوا}<sup>76</sup>. لكن قصدنا في دراستنا الاعتماد على مصطلح "المصداقية" كون ان هذا المعنى الأكثر تأثير على الثقة من جهة، والأكثر استخدام في العلاقة العلاجية أي البيئة التي تولد فيها الثقة من جهة أخرى. اما الجهات الفاعلة فيقصد بها كل الفاعلين او المساهمين في العملية العلاجية بشكل مباشر او غير مباشر من اشخاص او هيئات، ويطلق عليهم في بعض المراجع تسمية "اعوان الصحة"، بما ان تقديم المنتج الصحي لا يقتصر على الطبيب والمريض فقط فمن الضروري لقاء الضوء على الأدوار الفاعلين في هذه العلاقة، ومن اهم الدراسات التي تمت في هذا السياق والتي اعتمدنا عليها في دراستنا ما انجزه "بيري" و"تافارو"<sup>77</sup>، حيث قاموا باستجواب مختلف الجهات الفاعلة في العملية العلاجية لكن هذه الدراسة ركزت على المنتج الصحي كون "الأدوية الموصوفة" في العلاج<sup>78</sup>، من جهة أخرى شكلت هذه الجهات مصدر للريبة والشك من قبل بعض الباحثين أمثال<sup>79</sup>. « Maudelberg-Gausz »

إن قياس هذا البعد يعتمد على دراسة عدة محددات سنتطرق إليهم فيما يلي:

#### 1.4. أهمية السلطات الصحية:

تكمن أهمية السلطات الصحية في اصدار التعليمات واللوائح القانونية والتنظيمية التي تحكم الممارسة الطبية بشكل عام، ان تواجد مثل هذه السلطات يسمح بتحسيس المجتمع الذي يجمع كل من الطبيب والمريض بالطمأنينة والأمان، حيث وجود جهة تشريعية وتنظيمية تسهر على ضمان حق المريض والطبيب وتحفظ كرامتهم يجعل هناك

<sup>73</sup> John Williams. Op\_cit. P20.

<sup>74</sup> Ibid. P14.

<sup>75</sup> Cisse-Depardon K. et N'Goal, G. Les effets de la satisfaction, de la confiance et de l'engagement vis-à-vis d'une marque sur la participation des consommateurs à un boycott, Recherche et Applications en Marketing, 2009, vol 24, n°1.

<sup>76</sup> Sirieix L. et Dubois P.-L. Ibid. PP 1-22.

<sup>77</sup> Navarro, M. L'industrie pharmaceutique. Regards croisés sur l'économie, 2009, N° 5. PP 02-05.

<sup>78</sup> Perez, M. Les crises du médicament. Sève, 2008, N° 20, PP 57-66.

<sup>79</sup> Gausz-Mandelberg, C. "Trust Fundamentals" Marketing Health Services, Summer 2006.

شعور بالثقة ذات القيمة التبادلية بين مختلف الاطراف: بين الطبيب والمريض كحجر أساس للمنظومة الصحية، بين الطبيب والهيئات الوصية، بين المريض والسلطات العليا، والثقة بين الأطباء فيما بينهم... الخ.

تختلف السلطات الصحية من بلد الى اخر، إلا أن هناك هيئات دولية تصدر تعليمات وقوانين من أجل الحفاظ على السير الحسن للعملية العلاجية في كل أنحاء العالم باعتبار أن الصحة حق للجميع، إن هذه الهيئات هي ذات سلطة على الدول الأعضاء، مثل المنظمة العالمية للصحة، التي يتلخص دورها في دعم وترقية الصحة في العالم<sup>80</sup>، والجمعية العالمية للطب التي تأسست في 1947، كان الهدف منها منع عودة الانتهاكات التي قام بها أطباء النازية في المانيا ودول اخرى، يكمن دورها في إعداد المعايير العامة للأخلاقيات الطبية صالحة في كل أنحاء العالم وكذلك اصدار قانون الاخلاقيات الطبية العالمية الذي طرح في الجلسة الثانية للجمعية العامة سنة 1949 وتمت مراجعته في 1966 و 1983 ولا يزال تحت المراجعة الى يومنا هذا.<sup>81</sup>

أما السلطات الصحية الوطنية فلا يختلف هدفها عن الهيئات الدولية، حيث هي الأخرى تسعى لتحسين العملية العلاجية وترقية الصحة في كل تراب الوطني عبر إصدارها لعدد من المراسيم التنفيذية والقوانين نذكر منها:

- قانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق ل 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة.<sup>82</sup>

- المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 5 محرم عام 1413 الموافق ل 6 يوليو سنة 1992، ويتضمن: أخلاقيات المهنة وأساسيتها.<sup>83</sup>

لا يتوقف دور السلطات العمومية عند إصدار اللوائح القانونية والتعليمات، وإنما تقوم بعمليات المراقبة والتفتيش للمؤسسات الصحية لتأكد من السير الحسن للعملية العلاجية وتدارك أي خلل او انحراف ومدى تطبيق التشريعات الصادرة، وهذا ما تنص عليه المواد من 189 الى 195 من قانون الصحة 11-18<sup>84</sup>.

#### 2.4. احترام التشريعات الصادرة:

إن أهم أسباب نجاح العلاقة العلاجية والتوصل الى العلاج المناسب يكمن في احترام كل من الطبيب والمريض التشريعات القانونية والتنظيمية الصادرة من السلطات المعنية حيث على الطبيب الالتزام بالقواعد الأخلاقية من الحفاظ على السر المهني واحترام المريض والايامن بان مصلحته فوق كل اعتبار<sup>85</sup>، المريض من جهته ملزم بتقديم مستوى عالي من التفهم والتعاون والاحترام للأطباء، يعتبر المريض صاحب المبادرة ببناء الثقة في الطبيب وقدرته على تخليصه من المرض.

<sup>80</sup> World Health organization. About WHO [online]. Available on «<https://www.who.int/about>», [consulted March 9, 2020 at 14.59].

<sup>81</sup> John Williams. Op\_cit. P13.

<sup>82</sup> قانون الصحة الجزائري. الجريدة الرسمية الجزائرية. العدد 46. 2018. ص 03-41.

<sup>83</sup> مدونة أخلاقيات المهنة. مرجع سبق ذكره.

<sup>84</sup> قانون الصحة الجزائري. مرجع سبق ذكره. ص 20.

<sup>85</sup> نفس المرجع. ص 33.

إن مخالفة الأطباء أو المرضى على حد سواء للقوانين والتعليمات يعرضهم الى المعاقبة والمثول، أما القضاء .

#### 3.4. أمانة الطبيب:

يمكن أن نجد هذا المحدد تحت تسميات مختلفة " النزاهة"، "الشرف" او "الصدق" في بعض المراجع القديمة نوعا ما، لكن المراجع الحديثة استعملت مصطلح "الأمانة" في تحديد مصداقية الجهات الفاعلة وعلى راسهم الطبيب. رغم اختلاف المصطلحات المستعملة الا ان المعنى يصب في تعريف واحد وهو مجموع الاخلاق النبيلة التي من الضروري ان يتسم بها الطبيب من اجل أداء مهنته، ففي الكثير من الأحيان يتعدى دور الطبيب من تقديم العلاج للمرضى الى أدوار أخرى حاسمة وفاصلة كقراراته بخصوص اسباب الوفاة او تقييم حالات العجز او اتخاذ قرارات مصيرية...الخ، لهذا من الضروري ان يكون الطبيب صاحب ضمير حي يملئ عليه واجباته اتجاه الحالات المرضية من باب الإنسانية قبل التزاماته القانونية.

#### 4.4. مصداقية المريض:

يعتبر المريض الطرف الاخر في العملية العلاجية فهو الطرف الذي يحتاج للمساعدة والانصات اليه باعتباره المستهلك للمنتج الصحي المقدم، الا ان موقف الضعف الذي هو فيه لا يعفيه من الالتزام بقواعد المصداقية اثناء العملية العلاجية وبعدها، لتسهيل العلاج من جهة وابداء نوع من الاستعداد لبناء الثقة مع مقدم المنتج الصحي (الطبيب او الممارس الصحي) من جهة أخرى، تتلخص مصداقية المريض فيما يلي:

- احترام المريض للأطباء والممارسين الصحة.
- التعاون المريض مع الأطباء وعدم إعاقة أعمالهم.
- التصريح المريض بكل الاعراض المرضية والتاريخ العلاجي (عمليات جراحية، استهلاك ادوية معينة، معاناة المريض من حساسية او مرض معدي...الخ).

#### 5. المسؤولية الاجتماعية للطبيب:

إن احتلال الطبي لمرتبة عالية في المجتمع تجعل منه، قادرا على التحاور مع المرضى، بمختلف مستوياتهم التعليمية، وكذلك قادر على المشاركة في الحوارات الرسمية ذات الأبعاد السياسية، وذلك لأنه الشخص القائم على أحد أهم المجالات، التي يمكنها، تجعل المجتمع مزدهر ومتطور، كما يمكنها أن تجعله ينهار، ألا وهو المجال الصحي.

حيث تصاعدت مسؤولية الأطباء في الآونة الأخيرة، وأصبح المجتمع يطالبه أكثر في أن يكون عضوا فعالا ويبحث عن الرفع من مستوى صحة السكان، حيث تتضمن المسؤولية الاجتماعية التي يحملها الطبيب، اتجاهين، الأول: يجب عليه أن يلعب دور الباحث والتحري عن أسباب تهور صحة المجتمع، خاصة بما أن الدراسات الحديثة المقام ثبتت أن الأسباب غير الصحية المسببة للمرض لا تتجاوز 45، أي أن أكثر من نصف الأمراض التي تصيب

الإنسان هي بفعل المسببات الاجتماعية، مثل التلوث الذي يصيب المياه والهواء، وسكن في البيوت غير مؤهلة للعيش، الفقر وارتباطه بسوء التغذية... الخ.

إن اكتشاف المسببات الأمراض الاجتماعية، يجعل الطبيب، يتحمل مسؤولية نقل هذه المعلومة لجمهور المرضى، من أجل رفع الوعي المجتمعي من جهة، وإلى السلطات المسؤولة من جهة أخرى، من أجل إيجاد حلول فعالة للقضاء على الظروف الاجتماعية القاسية.

أما الاتجاه الثاني للمسؤولية الاجتماعية، فيخرج من المحددات الصحية، بحيث يجب على الطبيب ممارسة دور الاجتماعي الكامل، من خلال المشاركة في حماية البيئة، في التضمن... الخ، هذه التصرفات تجعل من الطبيب شخص صالح في المجتمع وجدير بالثقة.<sup>86</sup>

<sup>86</sup> Catherine Thomssan. Physicians' Social Responsibility. American Medical Association: Journal of Ethics, 2014, Volume 16, N° 09, PP 753-757.

✍ خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق طرحه، نتوصل الى أن عدد كبير من الباحثين والعلماء، تطرقوا الى مفاهيم الثقة، بحيث درسها كل عالم من زاويته الخاصة، إذا أن تفسيرات المتعلقة بالثقة في علم النفس لا تتشابه كثيرا مما هي عليه في علم الاقتصاد، كما ركز الفصل على إبراز الثقة في المجال الصحي، حيث وجدوا العديد من الباحثين، الذين أولوا اهتمام لقضية الثقة، أمثال فريديسون وجورج سيمال وغيرهم، حيث تتميز الثقة في مجال الصحة بقابلية قياسها، من خلال البحث عن تحقيق مجموعة من الأبعاد التي تتضمن عدد من المحددات النسبية، تختلف من شخص الى آخر، أهمها بعد الموثوقية والاستثمار في الابتكار، من جهة أخرى ربط الباحثين مفهوم الثقة بالعلاقة العلاجية، وما تتضمنه من خصوصيات بين الطبيب والمريض، وما يعلبونه من أدوار اجتماعية، بالإضافة الى أننا استنتاجنا أن ثقة تتغير حسب دلالة درجة الخطر، وبذلك فإنها تأخذ ثلاث أشكال: الثقة القاطعة، الثقة الضمنية، والثقة المقررة.

الفصل الثاني:

العلاقة العلاجية طبيب / مريض.



## تمهيد:

بفعل التغييرات التي طرأت على المجتمع، اكتسب الأفراد توجهات مختلفة، على رأسهم توجه النزعة الاستهلاكية، حيث سعى كل شخص الى التحقيق الإشباع المثالي للحاجات، ومع مرور الوقت، انتقلت العدوة الاستهلاكية الى المجال الصحي، حيث ظهرت عدة ادعاءات حول تغير متطلبات المريض، وبحثه عن الرعاية الصحية المثالية، باعتباره مريض مكتسب لدور الاستهلاكي، من ناحية أخرى، لم تشهد المنظومات الصحية تغييرات كبيرة تذكر، وبين تغير سلوك المريض، وجمود القطاع الصحي، ظهر الاهتمام بالطبيب، باعتباره مقدم الخدمة الصحية، والمواجه الأول للمريض في العملية العلاجية، التي تعتبر عملية صنع وتقديم المنتج الصحي، حيث تشهد هذه العملية العديد من الخصوصيات التي تجعل استمرارية العلاقة بين هذين الفاعلين على المحك، هذا الوضع الجديد الذي بات عليه المريض والطبيب، أنتج ضرورة ملحة لاستدعاء مقومات العلاقة العلاجية، وعلى رأسهم الثقة، التي تملك تأثير قوي على كل من المريض والطبيب والعلاقة العلاجية التي تجمعهم في مختلف مراحل المسار العلاجي، وبذلك يكون الهدف من هذا الفصل، هو إلقاء الضوء على صحة ادعاءات التي تحوم حول كل من سلوك المريض وسلوك الطبيب، وطبيعة العلاقة التي تجمعهم، وفي الأخير سنحاول معرفة ما محل ثقة المريض على طول المسار العلاجي، لهذا سيقسم الفصل الثاني الى مبحثين، كالتالي:

المبحث الأول: العلاقة العلاجية طبيب / مريض.

المبحث الثاني: تأثير ثقة المريض على المسار العلاجي.

## المبحث الأول: العلاقة العلاجية طبيب/مريض.

### المطلب الأول: سلوك المريض (المستهلك الصحي).

في الدراسات السابقة لـ "فيريدسون" و"بارسنس" عرف المريض على أنه الفاعل الاجتماعي الذي انحرف عن مساره الطبيعي نتيجة حدث بيولوجي أصابه في جسده، سبب له الحيرة والقلق وولد لديه سلوكيات اللاعقلانية، إلا أنه في الحقيقة لا يمكن الارتكاز على هذا التعريف وذلك لسببين، الأول هو أن المرض لا يقتصر فقط على الأحداث البيولوجية التي تصيب الجسد البشري، والثاني هو أن المريض لا يمكن اعتباره ذو سلوك لاعقلاني، فهو وإن كان في حالة ضعف نسبي إلا أنه له القدرة على التفاعل الاجتماعي من خلال بناءه لعلاقات جديدة مع الأطباء أو الممرضين أو المرضى، ويحافظ على اتصاله مع محيطه الاجتماعي وإن كان في أسوأ الظروف، إضافة إلى أنه لا يتخلى على دوره الاقتصادي من خلال استهلاكه للمنتجات الصحية، هذه الانتقادات التي وجهت لتعريف التقليدي للمريض، هي نفسها الحجج التي اعتمدنا عليها في دراستنا في هذا المطلب، لاسيما أننا أمام عالم اتسعت فيه رقعة الاستهلاك بشكل ملفت، إذ وصلت إلى الصحة، فأصبحنا مجتمع يستهلك المنتجات الصحية بشراهة ليضمن البقاء – والبقاء لله وحده –، وتحول المريض إلى مستهلك صحي يبحث عن النتائج الإيجابية والفورية، ويرفض التجاهل من قبل الأطباء، فأصبح هو القاضي الذي يحكم على علاجه، ووصل الإعجاز في بعض الدول المتقدمة إلى تطبيق "سياسات الرعاية الصحية الأولية المرتكزة على المريض"، كل هذه الأسباب وأسباب أخرى سنتطرق إليها في الأسطر القادمة جعلتنا ندرك أن اهتمام الدول المتقدمة بالمريض ليس من فراغ وإنما لأهميته البالغة في نجاح أو فشل النظام الصحي ككل، لهذا سنحاول عرض كل تفاصيل هذا الفاعل الاجتماعي وسلوكه وما يؤثر عليه، بداية بضبط تعريف بعض المصطلحات الضرورية التي لها صلة بموضوعنا.

### 1. بعض المفاهيم المعرفية:

#### 1.1. المريض:

إن التعريف اللغوي لكلمة مريض (الجمع: مرضى) يعني الشخص الذي به مرض أو نقص أو انحراف. أما التعريف الاصطلاحي، فالمريض يقصد به كل كائن حي خرج عن حد الصحة والاعتدال نتيجة علة أو نفاق أو تقصير في امر<sup>87</sup>.

أما المنظمة العالمية للصحة فقد أصدرت تعريفاً أكثر دقة في ديباجة دستورها في مؤتمر الصحة الدولي المعقود بين 19 و22 جوان 1946، وينص التعريف على أن "المريض هو كل شخص يعاني من علة بدنية أو عقلية أو اجتماعية ويحتاج إلى المساعدة". إن هذا التعريف لم يتم تعديله منذ 1948.<sup>88</sup>

المعاني. المعجم العربي الجامع عربي-عربي [على الخط]. 2010. متواجد على «<https://www.almaany.com/>».<sup>87</sup>

<sup>88</sup>World Health organization. Op-cit, [consulted March 16, 2020 at 19:45].

### 2.1. الصحة:

لا شك ان الصحة هي الغاية التي يسعى اليه كل كائن حي على وجه الكرة الأرضية، فقد اعتبرت لفترة طويلة من الزمن على انها الحالة التي يكون فيها الفرد خالي من المرض والعجز، غير ان عند تأسيس المنظمة العالمية للصحة في 1948 تم انتقاد هذا التعريف وطرح تعريف مغاير ينص على ان الصحة لا تعني انعدام المرض او العلة، وانما "هي حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية"، وعكسها البلاء، العلة، الإصابة، الاختلال... الخ.<sup>89</sup>

### 3.1. المنتج الصحي:

يعد مصطلح "المنتج الصحي" أحد المستجدات التي جلبها رواد اقتصاد الصحة للوسط الصحي، ففيما سبق كان تعبير الخدمات الصحية الأكثر تداول -ان لم يكن الوحيد- كون المنظمة الصحية تقدم فعل او أداء طبي غير ملموس ولا يمكن امتلاكه من طرف المرضى، ولكن مع التطور التكنولوجي والعلمي الذي شهده القطاع تم استبدال عدد من أدوار العنصر البشري في العملية العلاجية بالآلات والأجهزة الطبية من جهة، وتغيرت العادات الاستهلاكية للمرضى من جهة أخرى، فأصبح من المستحيل تقديم رعاية صحية بدون مساندة مادية ملموسة، وهنا تم الاستعانة بتعبير "المنتج الصحي" الأكثر شمولية وواقعية ويقصد به: مجموع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من تشخيص او علاج او استشارة بإضافة الى الخدمات المساندة (المكملة) والتي تتضمن كل العناصر المضافة للخدمة الصحية من تجهيزات طبية و ادوية مستعملة وخدمات الاتصال والاستقبال... الخ.<sup>90</sup>

### 4.1. السلوك:

يمكن تعريف السلوك الفرد على انه كل الأفعال والأنشطة التي يقوم بها نتيجة تنبيهات خارجية او داخلية قد يكون هذا السلوك ظاهر يمكن ملاحظته كالركض او الكتابة، ويمكن ان يكون خفي لا يمكن تمييزه مثل التذكر او التفكير.<sup>91</sup>

يمكننا تمييز نوعين من السلوكيات وهما:

- السلوك الاستجابي: أو يمكن تسميته بالسلوك اللاإرادي ويعني السلوك الذي يقوم به الفرد أوتوماتيكيا نتيجة تنبيه ما، يتميز هذا النوع بانه ثابت لا يتغير وفي الاغلب يكون متماثلا لدى البشر، مثل: سحب اليد عند ملامسة جسم ساخن.

<sup>89</sup> Ibid.

<sup>90</sup> ثامر البكري. تسويق الخدمات الصحية. الأردن. دار البازوري. 2005. ص 168.

<sup>91</sup> American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology [online]. Available on <https://dictionary.apa.org/behavior>. [ consulted 16 March 2020 at 22:51].

- السلوك الاجرائي: او يمكن تسميته بالسلوك الارادي ويعني السلوك المخطط له والذي يحدث نتيجة تأثير عوامل مختلفة (اقتصادية، اجتماعية، ثقافية، دينية... الخ)، يتميز هذا النوع باختلافه من شخص الى الآخر، مثل: شراء الكمادات الوقائية نتيجة انتشار فيروس "كورونا"<sup>92</sup>.

إن السلوك الإنساني بشكل عام ليس ظاهرة عشوائية ولا يتوقف على الصدفة، وإنما يحدث في بيئة واضحة ذات عناصر ومكونات مختلفة، وهنا اتفق علماء النفس والاجتماع والاقتصاد على ان إمكانية التنبؤ بسلوك الفرد ليست مستحيلة، فهي تتوقف على درجة فهم العلم للبيئة التي تحيط به فكلما زاد إدراك العلماء لعناصر البيئة التي تؤثر بالفرد، زادت إمكانية التنبؤ بسلوكه في المستقبل وحتى ضبطه في مجالات معينة من خلال ضبط المتغيرات البيئية التي تحيط به<sup>93</sup>.

### 5.1. المستهلك:

المستهلك هو المستخدم النهائي للمنتج او الخدمة، يبحث عن اشباع حاجاته، وارضاء نفسه او أحد افراد عائلته، هناك عدة مفردات متداولة تدل على المستهلك اذ نجد " العميل " "المستخدم" و"الزبون"، غير انه ليس بضرورة ان يكون المستهلك هو نفسه المشتري أو الدافع.<sup>94</sup>

### 6.1. المستهلك الصحي:

يعد المصطلح من بين المستجدات في القطاع الصحي، استعمل من قبل علماء اقتصاد الصحة كبديل للمريض او العميل، لأنه أكثر شمولية فيقصد به كل من المريض الحالي والمريض المحتمل والشخص السليم، باختصار هو الشخص الذي يتلقى العلاج الطبي او الوقائي او يبحث عن تحسين صحته الحالية باستهلاكه لمختلف خدمات الرعاية الصحية، كما يمكن تعريفه على انه الشخص الذي يتخذ القرار الشرائي بخصوص أحد المنتجات الصحية وفق مستوى معين من الدراية برغباته، لقد تعرض هذا المصطلح الى بعض الانتقادات من قبل مجموعة من الباحثين، حيث ارتكزت حججهم على ان كلمة "المستهلك"، توهي بمستوى معين من القوة والحرية في اتخاذ القرار الشرائي، الا ان في العلاقة العلاجية "طبيب/مريض" لا تزال القوة والسلطة في يد الطبيب، وبالتالي لا يزال المريض مقيد ولا يسمح له بإشباع احتياجاته وفق رغباته.<sup>95</sup>

---

العالم امحوتب: أول طبيب في العالم، وهو فرعوني ولد في القرن السابع والعشرين قبل الميلاد، عرف كذلك في مجالات مختلفة أخرى، مثل: الهندسة المعمارية، حيث بنى أول هرم في مصر بارتفاع يصل إلى 200 قدم (61 متراً)، وهو كذلك كاهن، وكاتب، وحكيم، وشاعر، وعالم فلك، ووزير، ورئيس وزراء.

<sup>92</sup> University of Babylon. Definition of Behavior. College of Islamic Sciences, Department of the language of the Qur'an. Article professor: Amal Abdul-Jabbar karim Al-shara. [online]. 2013. Available on <http://www.uobabylon.edu.iq/>. [consulted 01march2020 at 23:04].

<sup>93</sup>American Psychological Association. Op\_cit.

<sup>94</sup> Daniel Chandler and Rod Munday. Media and communication. 3ed. UK: Oxford University Press, 2020. PP 23-24

<sup>95</sup>Matthew Molineux. Occupational Science and Occupational Therapy. UK: Oxford university Press. 2017. PP 65-67

## 7.1. سلوك المستهلك الصحي:

من أجل فهم سلوك المستهلك الصحي لا بد لنا من العودة خطوة الى الوراء والنظر لسلوك المستهلك العادي، فمن المنطقي ان هناك اختلاف شاسع بين مستهلك الطماطم ومستهلك الجرعة الكيميائية ضد السرطان، لكن هذا لا يمنع من وجود بعض النقاط المشتركة بينهما، فكليهما ضمن الفئة المستهلكة، غير ان سلوك المستهلك العادي او التقليدي عرف على أساس انه عملية اتخاذ القرار الشرائي بخصوص أحد المنتجات او علامة تجارية ما، في وقت ومكان معينين، حيث يخضع هذا القرار الى العديد من القوى المؤثرة مختلفة المصادر (اقتصادية، اجتماعية، سياسية... الخ)<sup>96</sup>.

أما سلوك المستهلك الصحي فهو الطريقة التي يستجيب بها الفرد للتغيرات الجسدية والنفسية والظروف التي طرأت عليه والتي يعتبرها دخيلة على روتين حياته، وبالتالي سلوك المستهلك الصحي يعني كيفية مراقبة الشخص لجسده وفهمه للأعراض المرضية، واتخاذ القرارات العلاجية المناسبة (هذه القرارات تعد قرارات شرائية للمنتج الصحي)، واستثمار المعلومات التي بحوزته من اجل تخطي أزمة التي يعاني منها، وكذلك اختيار النظام الرعاية الصحية الأكثر فعالية، لقد اثبت باحث علم الاجتماع الصحة "ميكانيك" في دراساته سنة 1978 ان سلوك المستهلك الصحي يتأثر بمجموعة من المتغيرات التي تلعب دور كبير في تعديل او انحراف السلوك قبل أي تدخل علاجي او فحص<sup>97</sup>.

## 2. الإطار النظري لسلوك المريض:

### 1.2. اسهامات بعض الباحثين:

#### ✍ الجزء الأول: رواد علم الاجتماع واجتماع الصحة:

منذ ظهور مهنة الطب على يد العالم السياسي "مخوتب"، ترسخت فكرة ان الطبيب يعالج المرض الذي يصيب الجسد ويعمل على تخفيف الالام التي يسببها، رغم ان هذه الفكرة ركزت على علاج المرض لا المريض، الا انها ظلت قائمة لعصور طويلة من الزمن دون ان يشكك احد في مصداقيتها، الى غاية بداية القرن التاسع عشر، حين اهتم عدد من الباحثين في العلوم الاجتماعية بتدقيق ماهية مهنة التطبيب، وتوصلوا الى ان المرض ظاهرة تصيب الانسان تأثر به من خلال المعاناة والالام التي يعايشها، وفي المقابل فان الانسان يؤثر في المرض من خلال الإجراءات علاجية يقوم بها للتخلص من هذه المعاناة، ان هذا الفعل المتبادل بين المريض والمرض يبطل الفكرة السائدة عن الطب، وبالتالي يرى رواد الاجتماع ان المرض والمريض ظاهرتين مرتبطتين ببعض البعض لا يمكن دراستهما منفصلتين، بالنظر الى ما توصل اليه العلم في السنوات القليلة الماضية يجعل رؤية هؤلاء العلماء صالحة

<sup>96</sup> Charles Doyle. A Dictionary of Marketing. 4ed. UK: Oxford University Press. 2016. PP 05-10

<sup>97</sup> David Mechanic. The concept of Illness Behaviour: Culture, Situation and Personal predisposition. Psychological Medicine. Printed in Great Britain. 1986. P1. (This article was first presented at the First International Conference on Clinical and Social Aspects of Illness Behaviour, The Royal Adelaide Hospital, Australia, August 1984. Address for correspondence: Dr David Mechanic, Health and Health Care Services Research Coordinating Council, Room 203, Murray Hall, New Brunswick, NJ 08903, USA.)

للفويا واصطلاحا، حيث ان في القرن الواحد والعشرون اصبح هناك ما يعرف بهندسة الخلايا، هذا التخصص الطبي الجديد الذي سمح بتشخيص بعض الامراض جينيا<sup>98</sup>، وبذلك فان الطبيب في هذه الحالة لا يعالج المرض لغياب الاعراض المرضية والالام، بل يعالج المريض او ما يسمى بالمريض المحتمل اصابته مستقبلا بالمرض. لم تقتصر مساهمة علماء الاجتماع على التدقيق في التفاصيل الناقصة، وانما عملت على تعبيد الطريق لمجموعة كبيرة من الدراسات في مجالات مختلفة، ومن بين اهم الباحثين الاجتماعيين في موضوع "سلوك المريض" كان "ديفيد ميكانيك" بإصداره عدد من كتب أولها كتاب "الاجهاد والسلوك المرضي والمريض" سنة 1952 وكتاب بعنوان "اجتماع الصحة" سنة 1978، يشير "ميكانيك" الى ان دراسة سلوك المريض تتطلب دراسة العديد من الخلفيات حصرها في ثلاثة وهي:

- **البحث عن الرعاية الصحية كمتغير سلوكي:** ان الاقدام على خطوة البحث عن الرعاية الصحية او طلب المساعدة الطبية من مختص يختلف من شخص الى اخر حيث نجد ان هناك اشخاص لديهم استجابة فورية للإحساس بالألم او الاعراض المرضية، وآخرون يتماطلون في الاستجابة، ونوع ثالث لا يكثرث بالوضع حتى يبلغ درجة من الخطورة، وبالتالي لا بد من ربط تحليل سلوك المريض بمدى استجابته للأعراض المرضية وما الذي يحول دون ذلك، أقد عدد من الباحثين على اجراء مجموعة من الدراسات لفهم تفاعل المتغيرات المستقلة التي تأثر على سلوك المريض وعلى استجابته للعرض المرضي، ومن أشهر هذه الدراسات تلك التي أجريت على الموضوع ما يسمى بالمسح الوبائي، وهي دراسة سمحت بتحديد الفئة الاجتماعية التي تبحث عن المساعدة الطبية والفئة التي لا تكثرث للبحث، واستخراج صفات كل فئة وبالتالي توصل العلماء من خلالها الى وضع نماذج مفسرة لكل لسلوك.

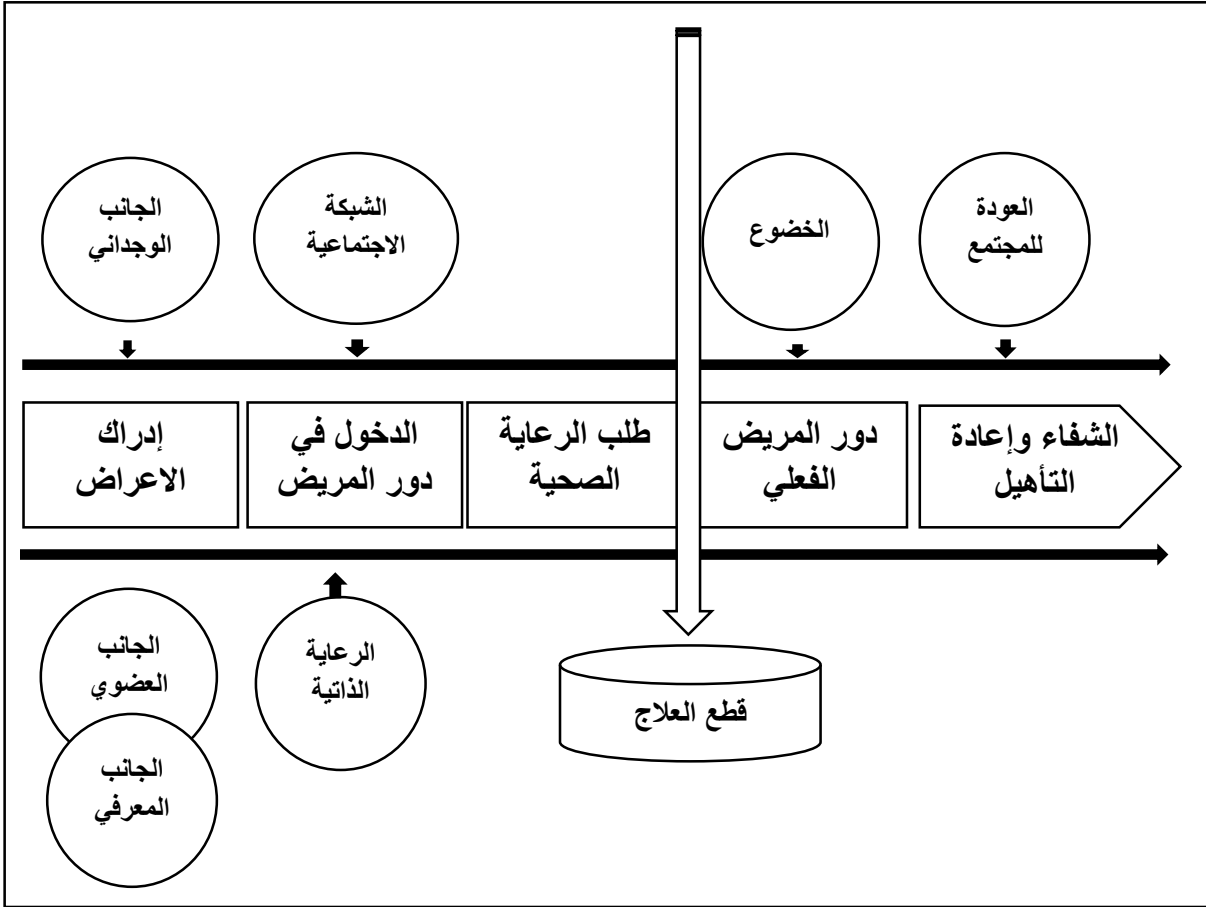
- **بناء العملية العلاجية:** من بين اهم الخلفيات والمداخل المنهجية لدراسة سلوك المريض النظر لمضمون وشكل المنتج الصحي المقدم ومدى تشجيع المنظمات الصحية للمرضى على طلب المساعدة الطبية عن طريق تقديم منتجات وخدمات صحية ذات جودة وفعالية بأسرع وقت ممكن باستعمال التجهيزات الطبية الحديثة وطاقم طبي واداري كفؤ، او مدى احباط المنظمات الصحية للمرضى ووضع عراقيل في طريقهم لطلب المساعدة الطبية مثل رداءة الاستقبال او اهمال الأطباء للمرضى وكذلك ما يعرف بالوصمة وهي الصورة السيئة للمرض في المجتمع مما يؤدي الى امتناع المرضى عن البحث عن الرعاية الصحية خوفا على سمعتهم في المجتمع مثل مرض "السيدا".

- **دراسة تفسير المرض:** ان ثالث خلفيات سلوك المريض التي أثبتتها "ديفيد ميكانيك" هي كيفية تفسير المريض لمرضه او الاعراض المرضية التي تعترض حالته الطبيعية، فنجد البعض يتوجه مباشرة الى الطبيب او صيدلي عند احساسه بالصداع في حين هناك اخر يضع تخمينات حول سبب الصداع ( قله النوم او ارهاق) وي طرح البدائل العلاجية مثل تناوله لشاي الأعشاب او اخذ قسط من الراحة، ولقد اثبتت الدراسات الحديثة ان الفرد لا يشعر بخطورة وضع الصحي الا عندما يشعر باختلال في ادائه الوظيفي في المجتمع.<sup>99</sup>

<sup>98</sup> محمود ذكار، هرمينوطيقا المرض بين العلمي والأنثروبولوجيا: مقاربة جديدة في فهم المرض، جامعة تونس، ص 71-72.

<sup>99</sup> David Mechanic. Medical Sociology. 2ed. USA: University of Michigan. Free press, 1978. PP 252-255.

من أجل تحليل سلوك المريض من الضروري اكتشاف بماذا يمر المريض؟ أو بمعنى آخر ما هي محطات المريض في رحلة علاجه منذ اصابته الى غاية شفاؤه؟، هذه الأسئلة التي طرحها الباحث "دوارد سوشمان"، وأجاب عليها من خلال الدراسة التي قدمها في 1965 حول سلوكيات مجموعة من المرضى، وتوصل الى ان المريض مهما كان نوع المعاناة التي يتعرض لها، فانه يمر بخمسة مراحل (انظر الشكل 04)، واستند "سوشمان" في دراسته على فكرة دور المريض ل "بارسونز" (سبق وعرضناها) وأضاف اليها التطور الزمني للعلاقة العلاجية "طبيب/مريض".<sup>100</sup>



الشكل (02): مراحل استجابة المريض.

المصدر: من إعداد الطالبة معتمدة على تحليل دراسة الباحث "دوارد سوشمان".

<sup>100</sup> Edward A, Suchman. Stages of illness and Medical care. Journal of health and Human Behvoir. 1965. Vol 06. N°03.PP .114.116

من خلال الشكل (02) يتضح لنا أن سوشمان حدد مراحل استجابة المريض للمرض في خمس مراحل كالتالي:

**1. إدراك الاعراض:** هذه المرحلة هي بداية الإصابة الشخص بمرض ما، حيث تظهر عليه بعض التغيرات والاعراض المرضية، تتميز هذه المرحلة بثلاث جوانب:

- الجانب العضوي: وهي إحساس المرء بالألم والضرر وحدث تدهور لحالته الصحية وتغير قوته الجسدية كالإحساس بالتعب.

- الجانب المعرفي: وهي محاولة المريض فهم حالته الصحية وتفسير الاعراض.

- الجانب الوجداني: وهي موجة الاحاسيس التي تجتاح المريض بعض تعرضه للإصابة مثل الخوف والقلق.

**2. الدخول في دور المريض:** تعني قبول الشخص حقيقة انه أصبح مريض، فيبدأ بالبحث عن حل لمشكلته من خلال الرعاية الذاتية او ما يسمى بالتطبيب الذاتي، وهي محاولة المريض علاج نفسه بنفسه عن طريق تناول مسكنات او اللجوء الى تداوي بالأعشاب، في اغلب الأحيان يتوجه المريض الى محيطه الاجتماعي لأخذ النصيحة والرأي، حيث تلعب الشبكة الاجتماعية (الاسرة، الأصدقاء، زملاء العمل...) دور المحفز بالنسبة للمريض ليبدأ العملية العلاجية، لهذا فهي بمثابة الاشعار بشرعية المريض.

**3. طلب الرعاية الصحية:** ان هذه المرحلة تتزامن مع إحساس المريض بدرجة معينة من الخطورة مما يستدعي بحثه بجدية عن الرعاية الصحية من خلال عرض نفسه على طبيب مؤهل يشخص حالته الصحية ويصف له العلاج اللازم، يعد هذا التوقيت النقطة الفاصلة في مراحل استجابة المريض فبناء على التشخيص يتخذ كل من الطبيب والمريض القرار، هناك حالات بسيطة يرى فيها الطبيب ان المريض لا يعاني من مرض يتطلب ممارسته لدور المريض، أي حالة عرضية تنتهي بعد أخذ مسكن او تكون حالة نفسية للمريض (المريض المزيف)، في هذه الحالة يتخذ الطبيب قرار بانه ليس هناك داعي لاستمرار المريض في مراحل الاستجابة، هناك حالات يتخذ المريض قرار قطع الاستجابة، وذلك لعدة أسباب لعل اهمها عدم اقتناعه بتشخيص الطبيب.

**4. دور المريض الفعلي:** في هذه المرحلة يسلم المريض ثقته الكاملة للطبيب هذا الأخير الذي يمارس سلطته من اجل العثور على الحل العلاجي الفعال والفوري، ويبيد استعداده للإجابة على كل تساؤلات مريضه.

**5. الشفاء وإعادة التأهيل:** هذه المرحلة هي نهاية العملية العلاجية، وتخلي المريض عن دوره كمريض والعودة الى حياته الطبيعية والمجتمع ليمارس ادواره المعتادة.

### الجزء الثاني: رواد الاقتصاد واقتصاد الصحة:

بالاعتماد على دراسات المقدمة في علم الاجتماع واجتماع الصحة بخصوص سلوك المريض، استطاع علماء الاقتصاد واقتصاد الصحة من ادراك غايتهم في تفسير السلوك الاستهلاكي للمريض وكيفية اتخاذه لقرار الشراء المنتج او الخدمة الصحية ، لقد نظر رواد هذا التخصص للمريض من منطلق المستهلك الذي يسعى لاشباع حاجياته الصحية بالطريقة المثلى، حيث عملوا على تطبيع مجموعة من النظريات الاقتصادية التي كانت تفسر السلوك الاستهلاكي التقليدي، لتصبح سارية المفعول على المريض الذي اطلقوا عليه اسم المستهلك الصحي، كما ركز

الباحثون على دراسة الظروف التي تحفز المستهلك الصحي او تحول دون اتخاذه للقرار الشرائي، وفيما يلي اهم النماذج والنظريات الصحية المفسرة لسلوك المستهلك الصحي:

#### 1- نموذج المعتقد الصحي:

تعود القصة التاريخية لهذا النموذج الى منتصف القرن التاسع عشر، حين لاحظت الحكومة الامريكية فشل برامج الوقاية و الكشف المبكر عن الامراض، حيث رغم ان خدمات الصحة الامريكية كانت مجانية ومنتقلة بين الاحياء، الا ان نسبة المستجيبين لها كان محدود جدا، هذا ما دفع بالباحثين الى الافتراض ان معتقدات الناس حول إمكانية تعرضهم للإصابة بالمرض وفرصة تجنبه اثرت على استعدادهم للقيام بهذا الاجراء، لقد آمنت الحكومة بهذه الفرضية، وطوال السنوات التي تلت عملت على تطوير برامج صحية، تركز على دراسة معتقدات البشر وكيفية التأثير عليها لتوجيههم نحو سلوكيات صحية و إيجابية، وتوصلوا في الأخير الى هذا النموذج الذي لاق رواجاً كبيراً، ويعد من اهم النماذج المعترف بها في المجال ويقوم على ستة مبادئ<sup>101</sup>:

المبدأ	معناه
الحساسية المدركة	تعني قابلية الإصابة أي اعتقاد الفرد انه معرض للخطر .
الشدة المدركة	تعني إعتقاد الفرد واحساسه بحجم الخطورة المعرض لها.
الفوائد المتصورة	تعني الفعالية الاجراء الذي سيقوم به الفرد في الحد من الخطر .
الحواجز المتصورة	تعني اعتقاد الفرد حول النسبة تكلفة/فائدة .
مؤشرات العمل	تعني الحوافز التي تدفع الفرد للقيام بالاجراء (اعلان تليفزيوني مثلاً).
الكفاءة الذاتية	تعني ايمان الفرد بقدرته على القيام بالاجراء بنجاح.

#### الجدول (03): مبادئ نموذج المعتقد الصحي.

المصدر: دليل الممارسة الامريكية لتعزيز الصحة.

لقد ساعد نموذج المعتقدات الصحية في حل العديد من الازمات الصحية خاصة ما تعلق بطرق الوقاية من الامراض، حيث ان اكثر المعرضين للإصابة بالامراض القلبية و السكة الدماغية، هم الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم الكامن، او الخالي من الاعراض المرضية، لهذا فانهم عادة لا يتبعون التوصيات الطبية او الحميات الغذائية ولا يتناولون الادوية، في هذه الحالة يكون النموذج طريقة فعالة للتعامل مع عدم الامتثال، فعلى الرغم من وجود اعراض الا انهم مصابون بارتفاع ضغط الدم (الحساسية المدركة)، يجب ان يدركوا بانهم معرضون للإصابة بالسكتات الدماغية المفاجئة والنوبات القلبية ( الشدة المدركة)، وان تناول الادوية واتباع الحميات الغذائية من شأنه التقليل من المخاطر ( الفوائد المدركة)، دون اثار جانبية (الحواجز المدركة)، ان القيام بالحملات الإعلانية التحسيسية وطبع الملصقات، سيثبغ الناس على اتباع التوصيات الطبية والحميات الغذائية (مؤشرات العمل)، بالنسبة لأولئك الذين واجهوا في الماضي صعوبة في فقدان الوزن أو الحفاظ على الالتزام بالحميات الغذائية، قد

<sup>101</sup> Robert, T and Croyle, Ph.D. Theory at Glance. Second edition. U.S: Department of Health and Human services: National Institutes of Health, 2005. PP 12-14.

يساعد العقد السلوكي في تحديد أهداف قابلة للتحقيق وقصيرة المدى يمكن البناء عليها الثقة (الكفاءة الذاتية)، يمكن الاستفادة من نموذج المعتقدات الصحية في رفع الحس الوقائي للجمهور لمكافحة الأوبئة، مثل وباء كوفيد -19- الذي اجتاح العالم مؤخرًا.<sup>102</sup>

#### ب- نموذج نظرية التغيير:

لقد ولدت فكرة هذه النظرية من ملاحظة العالمين "بروشكا" و"دايكلمنت" لتجارب الإقلاع عن التدخين لمجموعة من الناس اختلفت نواياهم واستعداداتهم بين المقلع عن التدخين ذاتيا والخاضع للمساعدة العلاجية، وانتجت هذه الملاحظة ان كلا السلوكين لهما نفس مراحل التغيير، مع بعض الاختلاف الراجع لطبيعة السلوك الشخصي للفرد، فمن يتأخذ قرار الإقلاع عن التدخين يختلف عن من يبحث عن إعادة التوازن لغذائه بتناوله للمجموعة من الخضر والفواكه، وبالتالي فان فكرة النموذج تبلورت حول دراسة دوافع الافراد ونواياهم واستعدادهم لتغيير سلوكهم عبر خمس مراحل، وقد أشار "بروشكا" و"دايكلمنت" ان سلوك المستهلك الصحي يتخذ للشكل الدائري وليس الخطي، أي ان مراحل التغيير لا تتشكل منهجيا من مرحلة الى أخرى، فقد يدخل المستهلك الصحي في عملية التغيير من أي مرحلة ويمكنه الانتكاس والعودة الى المرحلة السابقة، كما يمكنه قطع عملية التغيير نهائيا في أي وقت، والجدول التالي يوضح المراحل الخمسة للتغيير في سلوك المستهلك الصحي<sup>103</sup>:

المرحلة	معناها
ما قبل التأمل	الفرد ليس لديه القابلية لتغيير سلوكه في المستقبل القريب (سنة اشهر).
التأمل	الفرد ينوي اتخاذ اجراء لتغيير سلوكه في السنة اشهر القادمة.
التجهيز	الفرد ينوي اتخاذ اجراء في الثلاثين يوم القادمة وقد اخذ فعليا بعض الخطوات السلوكية في هذا الاتجاه.
الاجراء	قام الفرد بتغيير سلوكه لاقل من ستة اشهر.
الصيانة	قام الفرد بتغيير سلوكه لاكثر من ستة اشهر.

الجدول (04): مراحل نموذج نظرية التغيير السلوكي.

المصدر: دليل الممارسة الامريكية لتعزيز الصحة.

لقد ساعد نموذج نظرية التغيير في حل معضلة امتناع المستهلكين الصحيين عن اقتناء بعض الخدمات والمنتجات الصحية، مثل نقص الحركة الاستهلاكية في عيادات الدعم النفسي، حيث سمح النموذج بفهم سبب عدم اتخاذهم قرار شراء مثل هذه الخدمات، وكذلك ساعد في تطوير البرامج الصحية مخصصة لمساعدة الافراد محتاجين لدعم النفسي، من خلال طرح بعض الأسئلة البسيطة التي من خلالها يمكن تقييم الأشخاص المحتملين في التأمل<sup>104</sup>:

-هل أنت مهتم بمحاولة تلقي الدعم النفسي من اخصائي؟ (ما قبل التأمل)

<sup>102</sup> Robert, T and Croyle, Ph. D. Op\_cit. P14.

<sup>103</sup> Ibid. PP13-15.

<sup>104</sup> Robert, T. Croyle, Ph. D. Op\_cit. P16.

-هل نفكر في زيارة طبيب نفسي قريبا؟ (التأمل)

-هل أنت على استعداد للتخطيط لزيارة طبيب نفسي؟ (التجهيز)

-هل أنت بصدد محاولة تلقي الدعم النفسي من اخصائي؟ (الاجراء)

-هل تحاول الاستمرار في تلقي الدعم النفسي؟ (الصيانة)

ستساعد ردود المستجوبين على الكشف عن من لديه النية لاستمرارية التغيير (مرحلة التأمل)، وتقديم خدمات تتناسب مع احتياجاته، وتشجيعه على الانتقال من مرحلة التأمل الى مرحلة التجهيز والاجراء، اما الافراد الذين ليسوا لديهم نية في تلقي الدعم النفسي، فسيحتاجون الى إجراءات تعليمية وتحسيسية لنقلهم من مرحلة ما قبل التأمل الى مرحلة التأمل، مثل عرض اضرار الاحتراق النفسي والاكتئاب ونتائجه على الصحة، يمكن تطبيق هذا النموذج على عدة أوضاع صحية مثل التشجيع على العناية بالاسنان او الإقلاع عن التدخين او اتباع الحميات الغذائية...الخ.

### ج- نظرية السلوك المخطط ونظرية الفعل العقلاني:

تم تطوير النظريتين بواسطة الباحثين "أجزن" و"درايفر" في سنوات الثمانينات من القرن الماضي<sup>105</sup>، حيث تقوم فكرتهما على العلاقة بين سلوك المستهلك الصحي ومعتقداته ومواقفه ونواياه، واعتمد الباحثان على جعل النية السلوكية المحدد الرئيسي لقيام الفرد باتخاذ القرار الشرائي من عدمه، حيث تعتبر نظرية السلوك المخطط النسخة المطورة من نظرية الفعل العقلاني، وذلك باضافة بعد جديد وهو السيطرة السلوكية المتصورة، وتعني ان للمستهلك الصحي او الفرد بصفة عامة القدرة على التحكم في سلوك معين، ان الهدف من هذا البعد هو حساب المواقف التي يكون فيها سلوك المستهلك الصحي خاضع لسيطرة العوامل الخارجية، والجدول التالي يوضح الابعاد التي تقوم عليها النظريتين:

تعريفه	البعد
الاحتمال المدرك لأداء السلوك.	النية السلوكية
التقييم الفرد للسلوك وتصوراتته حول نتائج المترتبة عن أداءه.	الموقف
التصورات المؤيدة والمعارضة للأشخاص المهمين بالنسبة للمستهلك الصحي بشأن السلوك.	المعيار الذاتي
الايمان بان المرء لديه القدرة على السيطرة على أداء سلوكه.	السيطرة السلوكية المتصورة

الجدول (05): أبعاد نظرية السلوك المخطط ونظرية الفعل العقلاني.

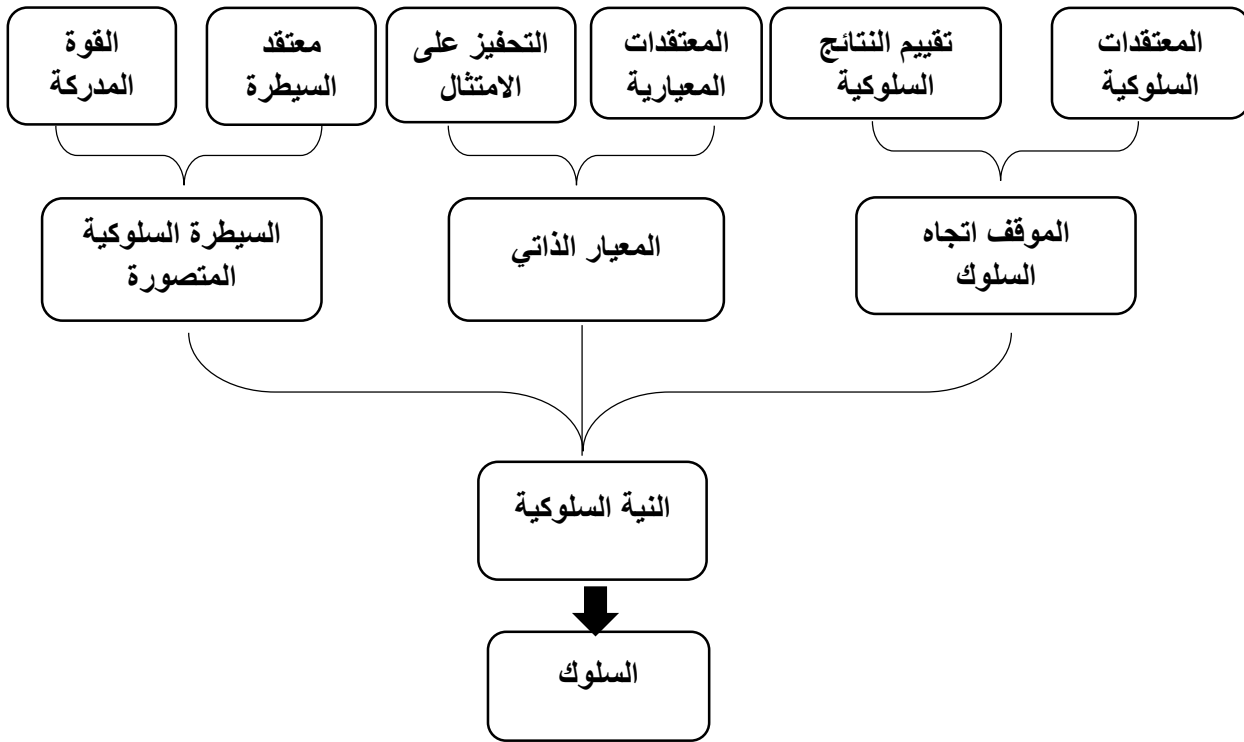
المصدر: دليل الممارسة الامريكية لتعزيز الصحة.

<sup>105</sup> Berrachad Amina. Lesson of Healthy Consumer Behavior: Health Marketing. The High School of management, Tlemcen. Algeria. 2020.

بشكل عام حاول الباحثان "أجزن" و"درايفر" ان يبيننا انه كلما كان موقف المستهلك الصحي والمعايير الذاتية أكثر إيجابية نحو اتخاذ القرار الشرائي، كلما زادت السيطرة المتصورة للمستهلك الصحي، وكانت نيته في أداء السلوك اقوى<sup>106</sup> (انظر الشكل (05))، لقد ساعدت هذه الفكرة على إقناع العديد من الناس على التخلي عن بعض السلوكيات، مثل: التدخين او التعاطي المخدرات<sup>107</sup>، او اتباع إجراءات صحية معينة مثل: اختبار الكشف عن السرطان.

نظرية الفعل العقلاني

نظرية السلوك المخطط



الشكل (03): نظرية الفعل العقلاني / نظرية السلوك المخطط.

المصدر: دليل الممارسة الامريكية لتعزيز الصحة.

يشرح الشكل (03) كل من نظرية الفعل العقلاني ونظرية السلوك المخطط، حيث يوضح كيف تتأثر النية السلوكية للمستهلك الصحي بموقفه اتجاه القرار الذي بصدد اتخاذه (السلوك) من جهة ، وقدرته على السيطرة على ادائه لهذه الخطوة من جهة أخرى، بالإضافة الى مساهمة تصورات المحيط الاجتماعي المقرب منه، ومن ناحية أخرى يبين الشكل كيف تؤثر النية السلوكية على أداء السلوك في حد ذاته<sup>108</sup>.

<sup>106</sup> Robert, T and Croyle, Ph. D. Op\_cit. PP 16-17.

<sup>107</sup> Boston University School of Public Health. Behavioral Change Model: The Theory of Planned Behavior [on line]. 09 September 2019. Available on: « <http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories3.html> ». [Consulted on 08/04/2020 at 21:21].

<sup>108</sup> Robert, T and Croyle, Ph. D. Op\_cit. P17.

د- نموذج عملية اتخاذ الإحتياطات:

يعد النموذج حديث نسبياً، حيث تقوم فكرته على شرح كيفية اتخاذ الشخص للقرارات بخصوص الإجراءات الصحية، وكيف يمكن ترجمة هذا القرار الى عمل منظم قابل للإلتزام به، تم تطوير النموذج لينطبق بشكل أساسي على انواع معينة من الإجراءات ذات مستوى معين من الخطورة، حيث يفترض النموذج ان وجود اختلافات نوعية بين المستهلكين الصحيين حول بعض السلوكيات المحفوفة بالمخاطر يجعل من الصعب وصفها بمعادلة تنبئ واحدة<sup>109</sup>. يشبه نموذج عملية اتخاذ الإحتياطات نموذج مراحل التغيير، غير ان الاختلاف بينهما يكمن في أهمية الاجراء الصحي المطروح، حيث ان نظرية مراحل التغيير تعالج الممارسات التي يصعب على المستهلك تغييرها او التخلي عنها مثل: التدخين او الإدمان بمختلف انواعه، وهذا النموذج يكون اقل فائدة عند التعامل مع المخاطر التي تم الاعتراف بها حديثاً مثل: التطعيم ضد فيروس الكبد صنف"ب"، اما نظرية عملية اتخاذ الإحتياطات فتهتم بدراسة الإجراءات الصحية الضرورية التي يجهلها عدد كبير من الناس، وتطالب الممارسين الصحيين بتطوير تدخلهم الاستراتيجي للفت انتباه جمهور المستهلكين الصحيين لقضية ما، او بمعنى اخر الاخذ بعين الاعتبار المراحل التي تسبق اتخاذ القرار النشط بخصوص قضية صحية جدية، لقد تم تطبيق هذا النموذج على عدد من السلوكيات الصحية، وهي: هشاشة العظام، الاختبار المنزلي لغاز الرادون، التطعيم ضد فيروس الكبد صنف "ب"، الوقاية، فحص سرطان القولون وتصوير الثدي بالأشعة<sup>110</sup>. يطرح نموذج عملية الاتخاذ الإحتياطات سبع مراحل لسلوك المستهلك الصحي من قلة الوعي الى الاعتماد وصيانة السلوك<sup>111</sup>:

1. الفرد غير مدرك للمشكلة: في بداية الامر يكون الفرد غير مدرك للخطر، وبذلك لا يملك اراء حول مشكلة والحل المقترح، مثل: عدم معرفة الناس بأن نقص تناول الكالسيوم يسبب هشاشة العظام.
2. الفرد غير منضم بالمشكلة: في هذه المرحلة يدرك الفرد الخطر المعرض له، ولكن لازال لا يفكر إن كان بحاجة الى اخذ تدابير حيال الأمر أم لا، مثل: الدراسات التي أجريت ما بين 1994 و2000 في المملكة المتحدة البريطانية، بخصوص محددات تناول الكالسيوم بالنسبة للنساء في منتصف العمر، اثبت ان لأغلب المشاركات في الدراسات مستوى عال من الوعي، بأن تناول الكالسيوم بكميات غير كافية يزيد من خطر الإصابة بهشاشة العظام، غير أن هذا الوعي لا يترجم الى تغيير سلوكي<sup>112</sup>.

<sup>109</sup> Neil D. Weinstein, Peter M. Sandman, and Susan J. Blalock. Chapter Six: The precaution Adaptation Process Model. In Health Behavior and Health Education: Theory research and practice [on line]. Available on «<https://www.med.upenn.edu/hbhe4/part2-ch6.shtml>». [Consulted on: 13 April 2020 at 21 :28].

<sup>110</sup> Robert, T and Croyle. Ph. D. Op\_cit. PP 18-19.

<sup>111</sup> Emily J, Haas. Applying The Precaution Adaptation Process Model to The acceptance of Mine Safety and Health Technologies. HHS Public Access: Occupy Health Sci. 31 May 2018. Volume 2. N°01. PP 3-4.

<sup>112</sup> Neil, D. Weinstein. Op-cit.

3. الفرد غير محدد حول التمثيل: انها مرحلة اتخاذ القرار حول القضية، أي يبدأ الفرد في الاستجابة والتفكير، في هذه المرحلة يجدر بالاعوان الصحيين التدخل لتحفيز الافراد على اتخاذ القرار المناسب من جهة، ومعرفة ظروفهم من اجل مساعدتهم

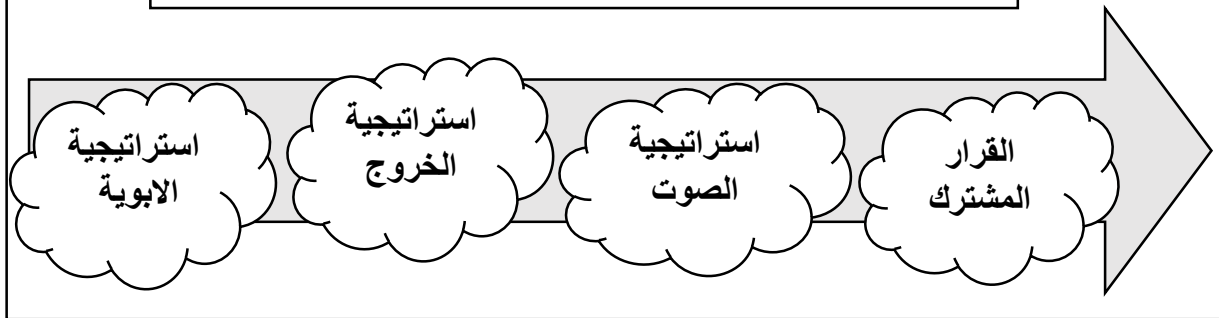
4. قرار عدم التصرف: في بعض المراجع تسمى مرحلة قطع التبني، في هذه المرحلة يقرر الفرد عدم اتخاذ أي اجراء او احتياطات صحي للخطر الذي يواجهه، وهذا راجع الى عدة أسباب من بينها: نقص الوعي - عدم إقتناعه بالمشكلة - او محدودية القدرة الشرائية.

5. قرار العمل (التصرف): في هذه الحالة يقرر الفرد البحث عن الحل المناسب للمشكلة الصحية، وبالتالي يتحول الى مستهلك صحي، مثل: البحث عن المنتجات الغذائية الغنية بالكالسيوم، لتجنب الإصابة بهشاشة العظام.  
6. التمثيل: في هذه المرحلة يشرع المستهلك الصحي في تطبيق الحل لمشكلته الصحية، أي تبني سلوك الجديد.  
7. الصيانة: في هذه المرحلة يحاول المستهلك الصحي صيانة سلوكه الجديد، والمحافظة على هذا التغيير، مثل: تناول المنتظم والمستمر للمنتجات اللبنية.

## 2.2. التطور الزمني لسلوك المريض:

إن الاكتشاف الذي سجله العلماء بخصوص العثور على اول نص جراحي في العالم في "واد الملوك" بمصر والذي يعود تاريخه الى 1500 سنة قبل الميلاد، اثبت ان الرعاية الصحية في العهد الفرعوني - وقبل ذلك - كانت متشابهة لما هي عليه الرعاية الصحية الان وذلك في تقديم الطبيب المشورة للمريض والتفاصيل حول حالته الصحية، الفرق في المعرفة كبير لا محالة الا ان الاهتمام بالمريض ورايه نفسه، أي ان القاعدة موجودة من الأساس وليست ظاهرة مستجدة كما نظر اليها بعض الباحثين، ان الدراسات الاخيرة اثبتت ان المريض منذ القرون الأولى الى غاية القرن الحادي والعشرين شهدت ادواره تناوب بين الظل والضوء.<sup>113</sup>

### الشكل (04): التطور الاستراتيجي لدور المريض في العلاقة العلاجية.



المصدر: من إعداد الطالبة.

<sup>113</sup> Martha Lagace, The Changing roles of doctors and patients [online]. Harvard Business School. 11/22/2004. Available in PDF format on the Internet. [consulted on 25 march2020 at 20:29].

يوضح الشكل (04) أغلب الأدوار الاستراتيجية التي تقومها المريض خلال السنوات الماضية، حيث وفق المناقشة التي احتضنتها جامعة هارفارد لإدارة الأعمال في المؤتمر السنوي الخامس للخريجين (الخامس من نوفمبر 2004)، فإن الباحث "ريتشارد بومر" اثبت ان المريض في العصور الأولى كان نشط ومحل اهتمام قبل ان يفقد سلطته -لا يزال العلماء يبحثون عن سبب فقدانه لنشاطه- ويدخل في علاقة ابوية بينه وبين الطبيب،<sup>114</sup> حيث يلعب هذا الأخير دور المهيمن على العلاقة العلاجية ومسار العلاج ونوعه بدون الاخذ بعين الاعتبار لما يريد المريض، يمكننا تصور العلاقة العلاجية في هذه الحالة كعلاقة الام والرضيع لهذا سميت باستراتيجية الابوية وفي بعض المراجع العربية سميت "استراتيجية الشفافية".

لقد بدأ تحرر المريض من دور الرضيع ليتقمص أدوار أخرى فانتهج استراتيجية الخروج أو ما يسمى "التصويت بالأقدام"، وتعني أن المريض بإمكانه زيارة أكثر من طبيب، والمتابع لتطور النظم الصحية في أغلب دول العالم سيدرك ان هذه الفترة شهدت انتشار كثيف للأطباء الخواص، وأصبح متداول على المسامع مصطلح "السوق الصحية"، وبذلك تغيرت قواعد اللعبة وأصبح المريض يمارس ضغط خفي على الأطباء، من خلال قطع العلاقة العلاجية مع طبيب وتوجه الى طبيب اخر في حالة عدم ارتياحه للعلاج او مجريات الفحص والتشخيص.

استمر المريض في تحرير نفسه وفك قيوده في العلاقة العلاجية حيث مع مرور الوقت اكتسب ثقة في دوره وسلوكه خاصة بعد ان أتت ظاهرة العولمة ثمارها من سهولة الوصول للمعلومات ووفرتها، ان امتلاك المريض للمعلومة جعل صوته يصدر وكسر قاعدة الخضوع التام لأوامر الطبيب فتحولت العلاقة الابوية الى علاقة حوارية فيها مناقشة بين الطبيب والمريض وسماع كل طرف لراي الثاني مع المحافظة على سيطرة الطبيب على العلاقة العلاجية وعلى شخصيته في صنع وتنفيذ القرار .

إن المجهود الرهيب الذي بذله المريض لاستعادة مكانته في العلاقة العلاجية جعل الأطباء يعترفون بوجود المريض كمتغير نشط في العملية العلاجية قبل ان كان سلبي مهمش الى حد كبير، ان هذا الاعتراف ترجم على مستويين، المستوى النظري تحول المريض محور بحث ودراسة من قبل الأطباء والباحثين في الصحة اما على المستوى التطبيقي فقد شهدت العلاقة العلاجية نوع من التوازن غير متساو بين الطبيب والمريض وظهر مفهوم المشاركة في العملية العلاجية واتخاذ القرار المشترك بين كليهما.<sup>115</sup>

ريتشارد بومر: طبيب واستاذ بكلية إدارة الأعمال بجامعة هارفارد، يدرس دورة ماجستير إدارة الأعمال في إدارة تكنولوجيا وعمليات الرعاية الصحية.

<sup>114</sup> Martha Lagace. Op\_cit.

### 3. تحليل سلوك المريض:

#### 1.3. المريض النشط:

##### أ- تعريفه:

الى غاية أواخر القرن العشرين كان المريض يعرف في صورة الشخص الذي يواجه معاناة والالام ويرقد في سريره، ينتظر المساعدة من مختص سواء كان طبيب او ممرض او حكيم شعبي، ويتعامل بتسامح وصبر مع كل اجراء، ويفعل كل ما يطلب منه، هذه الحالة عرفها العلماء بسلبية المريض. مع مرور الزمن تغير نمط الحياة واحتياجات البشر، اذ أصبح الطالب على الخدمات الصحية لا يخص المرضى فقط، فمن يخضع لعمليات التجميل مثل: زراعة الشعر او تعريض الفك، لا يمكن اعتباره مريض وفقا للتعريف اللغوي المطروح، فهو لا يشعر بالألم والمعاناة ولكنه بحاجة الى الخدمات الصحية، وغايته الوحيدة ان يصبح أجمل، فهل هو مطالب بالخضوع لكل أوامر الطبيب؟، من هنا بدا العلماء في انتقاد سلبية المريض، التي باتت أكثر خطورة على المريض نفسه والمنظومة الصحية بأكملها. في نهاية القرن الماضي ونتيجة للانتقادات التي واجهها المريض، ظهر نوع من المرضى "النشطين"، الذين يبحثون عن فهم ما يدور حولهم، ويسعون الى اكتساب أكبر كم من المعلومات، لاستخدامها في اثبات ذاتهم كمرضى في علاقتهم مع الأطباء، والوصول الى علاج يشفيهم ويرضيهم، ان هذا نوع من المرضى وان بدا مع المرضى الذين يبحثون عن استهلاك الخدمات الصحية التكميلية (عمليات التجميل مثلا)، سرعان ما انتشرت عدوة السلوك النشط، لتصيب مرضى حقيقيين مثلا: تفاوض المريض المصاب بضعف في الرؤية مع الطبيب لإجراء عملية تصحيح النظر بدل وضع نظارات<sup>116</sup>.

عرف المريض النشط على انه الشخص الواثق من نفسه، المطلع، والمشارك في المجتمع الصحي والعملية العلاجية، فنشاط المريض لم يقتصر على المشاركة في الحوار مع الطبيب في غرفة الفحص، وانما امتد ليصل الى المشاركة في النقاشات الخاصة بالإجراءات الصحية والبروتوكولات العلاجية الجديدة، من خلال حضور ممثل للمرضى في الاجتماعات التخطيطية، وبالتالي من الخطأ النظر لنشاط المريض من زاوية المشاركة في العلاقة العلاجية فقط<sup>117</sup>.

##### ب- أسباب ظهوره:

ان تغير سلوك المريض من المثبط الى النشط، لم يكن وليد الصدفة وانما هناك العديد من الظروف والاسباب التي حفزت هذا التغيير، اهمها الثورة المعلوماتية وما انتجته من تغيرات في الاعتقادات على مستوى المجتمع صاحبها

<sup>116</sup> Julia Neuberger. Do we need a new word for patients?" Let's do away with patients". Britch medicale journal. 1999 Jun 26. Volume 318. N°7200. P 1756.

<sup>117</sup> Samantha Louise Harrison et Dina Brooks. La participation active des patients : Un aspect de la recherche sur la réadaptation qui s'impose depuis longtemps. Canadian Physiotherapy Association. 2015. Vol (67). N°14.PP307-308.

اتساع في رقعة الاستهلاك بشكل عام والاستهلاك الاجتماعي والصحي بشكل خاص نتيجة تحسن ظروف الحياة ورغبة السكان في الحصول على مستوى صحة افضل، حيث اصبح كل نظام صحي في العالم -بما في ذلك الجزائر- يبحث عن الرفع من متوسط عمر الانسان مع تحسين نوعية الحياة:<sup>118</sup>

لقد ساهم التطور الذي حققه العلماء والباحثين في مجال الطب من تمكين المريض من التحكم في سلوكه وتحفيزه على الاستمرار في نشاطه، حيث لم تعد مشاكل السمنة وانقطاع الطمث ظواهر صحية تسبب الهلع والخوف لدى المرضى، وأصبح من الممكن التعايش معها، في حين ان بعض الامراض مثل الايدز وانفلونزا الطيور، فقد حقق العالم تقدما كبير في مكافحتها، وذلك بفضل ان العلماء استطاعوا حل شيفرة هذه الامراض (أسباب الإصابة والعدوى وكيفية الوقاية منها) وتم إعلان هذه النتائج الى الجمهور الذي اخذ احتياطاته، لهذا نلاحظ في سنوات القليلة الماضية انخفاض عدد الوفيات بسبب مرض نقص المناعة المكتسبة يقابله اهتمام السلطات المعنية بتوعية المجتمع، وبالتالي الان أصبح التحكم في انتشار الامراض المعدية متوقف على مدى وعي المجتمع، ان ادراك الأطباء ان الاوساخ تحمل التهابات، وهذه الأخيرة تنتقل على اليدين أدى الى ظهور قاعدة "اغسل يديك" التي سمحت بحل العديد من المشاكل الصحية<sup>119</sup>.

ساهم تطور الأدوات الطبية في نمو الديموقراطية الصحية لدى المرضى حيث بفعل أجهزة الاختبارات الذاتية لبعض الامراض كمرض السكري وضغط الدم واختبار الحمل أصبح من الممكن تحكم المريض في صحته وإدارة مرضه ذاتيا، ان مريض السكري مثلا يستعمل جهاز مراقبة السكر في الدم بشكل دوري ( تبقى مسألة الامتثال في غاية الأهمية)، كما ساهمت الشركات المنتجة لمثل هذه الأدوات على زيادة نسبة الوعي لدى المرضى السكريين من خلال الإعلانات والبرامج التلفزيونية وانشاء مراكز التوعية تستقبل انشغالات الزبائن (المرضى) اطلقت عليها تسمية "إدارة المحربين"، تطور الادوية وجه اخر للعملة، حيث ساهمت الادوية بشكل مباشر في تنشيط المجتمع اكثر وحل المشاكل الصحية على سبيل المثال الفيتامينات وحبوب منع الحمل، اصبح استعمالها لا يحتاج الى زيارة الطبيب في حال ما كان العائق تنظيمي لا علمي، حتى انه اصبح هناك حبوب منع الحمل تستعمل في اليوم التالي وتطبيقات على الهاتف لقياس درجة حرارة الجسم.<sup>120</sup>

يقول ريتشارد بومر: «إن المريض كادر صغير مصمم على اتخاذ القرارات بنفسه».

إن استفاقت المريض من سباته كشفت عن العديد من التجاوزات الخطيرة لبعض الأطباء و ممارسين الصحة، هذه التجاوزات لم تقتصر على العلاقة العلاجية فقط، وانما كانت لها تداعيات اكثر خطورة على النظام الصحي ككل، حيث أدت نظرية عدم توازن المعلومات بين المريض والطبيب الى استغلال هذا الأخير لامتياز المعرفة العلمية بالوضع الصحي امام اللايقين الذي يلتف برؤية المريض، فنجد على سبيل المثال بعض الأطباء في

<sup>118</sup> Neuberger, J. Op\_cit. P7.

<sup>119</sup> Martha Lagace. Op\_cit.

<sup>120</sup> Martha Lagace. Op\_cit.

المستشفيات العمومية يتماطلون في تقييم الوضع الصحي للمريض وتقديم المعلومة اللازمة له ولمرافقيه، بهدف تحريضهم على توجه الى العيادات الخاصة على حساب تشويه صورة المستشفى العام، في حين ان بعض الأطباء الخواص يستغلون استقلاليتهم وغياب الرقابة في رفع من عدد زيارات المرضى اليومي من اجل رفع الدخل، هذه الظاهرة لديها اثار كارثية على المستوى الصحة في البلاد، بسبب ان عدم توفير الوقت اللازم للمريض يحد من استجابة المريض خلال العملية العلاجية من جهة (كعدم تصريحه بتناوله لنوع ما من الادوية او معاناته من الحساسية...الخ)، وغياب الدقة والفعالية في تشخيص الحالة الصحية للمريض من جهة أخرى، وهذا احد اكبر المسببات للأخطاء الطبية التي تصل في بعض الأحيان الى حد فقدان المريض، ان هذه الظواهر جعلت السوق الصحية تتخلى عن مسارها الطبيعي لتميل الى الاحتكار، وذلك بسبب استمرار تحريض الأطباء للمرضى على الاستهلاك الطبي وهذا ما يعرف في اقتصاد الصحة بعملية تحريض الطلب على حساب العرض<sup>121</sup>.

إن هذا الاختلال في السوق الصحية جعل من النفقات الصحية تبلغ ذروتها، خاصة مع تفشي فكرة مجانية العلاج ودعم الدولة للمنتجات الصيدلانية، حيث أصبح من الصعب التحكم في سلوكيات المرضى وضبط الاستهلاك الاجتماعي في ظل سلبية دور المريض -سابقا-، لهذا فأنا نجد ان نشاط المريض لم يقتصر على تقييم العلاقة العلاجية بينه وبين المحترف الصحي، وانما لعب دور كبير في إعادة التوازن لسوق الصحية، حيث انتقاد المريض للنموذج الابوي السائدة في العملية العلاجية لم يكن من باب الفراغ، وانما تم بناءه على أساس متين وهو اسهام المريض في دفع نفقاته الصحية، اذ انه من المنطقي تقييم المنتج الذي يشتريه الزبون بما انه سيدفع ثمنه او جزء منه، هذا المثال الافتراضي يجعلنا نفهم سبب ظهور مصطلح المستهلك الصحي في سنوات القليلة الماضية، فمساهمة المريض في نفقاته ساعد على بروز الديمقراطية الصحية ومهدت الطريق لظهور التسويق الصحي ليجيب على أسئلة المرضى ويوجه احتياجاتهم لإشباعها بأفضل الطرق واسرعها مع التكلفة المناسبة في ظل المنافسة من جهة، وزيادة الاستهلاك الطبي للمجتمع من جهة الاخرى، ان هذه المستجدات في السوق الصحية جعلت التشريعات القانونية السائدة في اغلب دول العالم غير صالحة للتطبيق، مما استدعى مجموعة من الإصلاحات القانونية، حيث نجد ان الجزائر كانت من بين الدول الأوائل المؤيدين للديموقراطية الصحية للمرضى، ففي مدونة الاخلاقيات الطبية الصادرة في 1992 سبعة عشر مادة قانونية خاصة بواجبات الأطباء اتجاه المرضى (من المادة 42 الى المادة 58)<sup>122</sup>، عكس فرنسا التي سجلت تأخر في اصلاح قوانينها الخاصة بالمريض حيث انها أصدرت في 1995 مادتين تابعتين لمدونة الاخلاقيات الطبية الفرنسية ( المادة 35 و 36)<sup>123</sup>.

إن رغم اهتمام الجزائر بتقنين سلوك المريض النشط، الا ان لا تزال العديد من الفصول تعاني من ثغرات قانونية، وذلك بسبب ان إعادة التوازن المعلوماتي بين الطبيب والمريض وضع قواعد جديدة للعبة أهمها تطوير قوة

<sup>121</sup> Philippe Balifouliet et Jean-Paul Domindu et Maryse Gardreaud. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé, L'expérience Française. Revue Française de Socio-Economie. 2008. N°01.P

<sup>122</sup> مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية. مرجع سبق ذكره. ص ص1421-1422.

<sup>123</sup> Philippe Balifouliet et al. Op\_cit. P27-46.

السوق بالنسبة للمريض، الذي اصبح يملك القدرة على تقييم جودة الرعاية الصحية المقدمة، بما انه يساهم في دفع جزء من نفقاته الصحية، غير ان استمرار الأفكار الاشتراكية في الجزائر<sup>124</sup>، يولد نوع من تواكل المرضى على صناديق التأمين الاجتماعي، والاستفادة من التعويضات، هذه الظاهرة التي يجدر دراستها على حدى، جعلت السوق الصحية تأخذ الطابع الاجتماعي ووسعت الفارق بين الانفاق الصحي والانفاق الاجتماعي، مما دفع الحكومة الى تشديد إجراءات تأمينية مرتبطة برسوم المستخدم ودفع الطرف الثالث وعدة إجراءات أخرى، تجعل من المريض اكثر تمويلا للمنظومة الصحية، بهدف نزع الطابع الاجتماعي من الانفاق الصحي لا الخفض من الاستهلاك الطبي، ان تمويل المريض لجزء من تكاليفه يعزز حقوقه، وبالتالي يعزز واجبات مساهمته، ويزيد من استجابته في العملية العلاجية<sup>125</sup>.

### ج- تفاعلات المريض النشط:

لقد تطور تفاعل المرضى من الدور الحيادي الشاهد الى الدور النشط، اذ أصبحوا محاور فعالة في الأبحاث العلمية والعمليات العلاجية، كونهم ادلة الممارسة السريرية ومستخدمي خدمات الرعاية الصحية، وبالتالي اهتمت العديد من الدول بإدراج المريض في الدراسات العلمية والبرامج التخطيطية المستقبلية، وذلك لتوجيه اهداف هذه المشاريع الى الاحتياجات الحقيقية للسكان، على المستوى النظري لم تحظى مشاركة المرضى بالإنجاز الذي تستحقهم في وثائق البحث المنشورة، ولكن على المستوى الواقعي تم تطوير العديد من الاستراتيجيات لسماح بزيادة التناسق بين الاحتياجات الصحية للبشر وما يتم تقديمه لهم<sup>126</sup>، حيث نجد في المملكة المتحدة البريطانية تم إطلاق برنامج علمي حكومي يعرض تجارب البلدان الأخرى في قضية مشاركة المرضى في مجتمع الصحة<sup>127</sup>، وفي الولايات المتحدة الأمريكية قام المعهد الوطني للإعاقة وإعادة التأهيل بالاستعانة بالمرضى من ذوي الاحتياجات الخاصة من اجل دراسة تجاربهم اليومية وتطوير البرنامج الصحي المقدم لهم<sup>128</sup>، لم تكن هذه الدراسة الأمريكية الوحيدة وإنما تم الاستعانة بالعديد من المرضى في دراسات مختلفة، كان هدف منها فهم معاناة المرضى وتقديم خدمات صحية مبنية على واقعهم المعاش، وبشكل عام يمكن حصر التفاعل النشط للمريض بين ثلاث مستويات: العملية العلاجية، الجمهور والنظام الصحي.

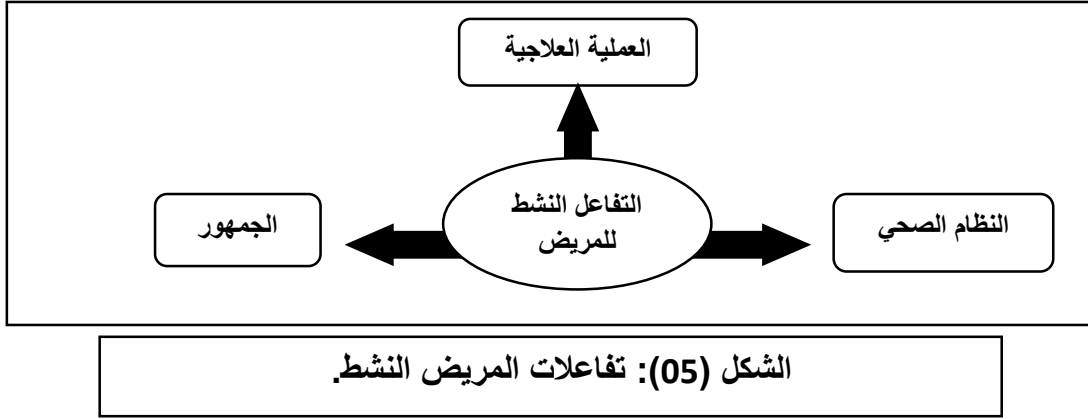
<sup>124</sup> Pr A, Kara Terki. Cour : Le système de sécurité sociale en Algérie. L'école supérieure de management Tlemcen. 2019.

<sup>125</sup> Philippe Balifoulierdu et al. Op\_cit. PP 33-35.

<sup>126</sup> Ibid. PP 307-310.

<sup>127</sup> National Institute for Health Research. Involve Strategy 2012-2015: Putting People First in Research [Online]. Martch 2012. Uk: London. Available in PDF format on the Internet: [Consulted on 15 Martch 2020 at 02:13].

<sup>128</sup> Williams AS. Making Diabetes Education Accessible for People with Visual Impairment. Diabetes Educ. 2009. Volume 35. N°04. PP 612-621.



المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الشكل (05) يتضح لنا ان المريض النشط له عدة تفاعلات، يحاول من خلالها المشاركة في توفير مستوى صحة أفضل له ولغيره من المرضى حيث نجد:

#### - التفاعل في العملية العلاجية:

إن الثورة المعلوماتية التي حدثت في القرن الماضي جعلت المريض يحصل على قوة معرفية اعطته الحق في التمرد على وضعه السلبي الذي كان فيه لقرون، اذ اننا نجد ان في القرن التاسع عشر كان الطبيب او ممارس الصحي هو المجرب وصانع القرار والشخص الذي ينفذ القرار، لكن في القرن العشرين ومع تطور مهنة الطب وتطور التجارب السريرية على الحيوانات من قبل البيولوجيين والباحثين في علوم الحياة لم يعد الطبيب هو المجرب لكن حافظ على سلطة صنع القرار وتنفيذه، هذه الحقيقة تغيرت بعد مرور قرن من زمن، وبالضبط في القرن الواحد والعشرين حين ضربت أمواج العولمة عاليا، واصبح من سهل الوصول الى المعلومة التي كانت تعتبر في قرنين السابقين مصدر لسلطة الطبيب فتحول المريض الى شريك في العلاقة العلاجية وتم انتقاد الابوية التي كانت سائدة لحقبة طويلة من الزمن، فاصبح الطبيب مجرد منفذ للقرار الذي اتخذه بالتشاور مع مريضه.<sup>129</sup>

لقد أجريت العديد من الدراسات حول مشاركة المريض في علاجه، لأهميتها في تغيير استجابة المريض على مدى المسار العلاجي واثاء العملية العلاجية، وكون ان المشاركة هي أحد اهم الأدوار النشطة التي يلعبها المريض والتي برزت حديثا في العلاقة العلاجية، ارتأينا تقديم مجمل الدراسات التي تمت في العالم في القرن الواحد والعشرين:<sup>130</sup>

<sup>129</sup> Martha Lagace. Op\_cit.

<sup>130</sup> Shaghyegh Vahdat and al. Patient Involvement in Health Care Decision Making. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014. 16(01). P2.

## الفصل الثاني: العلاقة العلاجية طبيب / مريض

نتيجة الدراسة	سنة الدراسة	بلد الدراسة
المشاركة هي التعاون لفهم المعلومات وليس البحث عنها فقط.	2008	اسكتلندا
المشاركة هي الثقة والتفاهم والسعي والحفاظ على شعور السيطرة.	2004	السويد
تتعلق المشاركة بعوامل كامنة كنوع المرض وشدته ونوع العلاقة بين المريض والطبيب.	2000	إنجلترا
تتعلق درجة المشاركة بالتفاعل في العلاقة العلاجية بين المريض والطبيب، ورغبة المرضى في المشاركة، وتركيبية السكانية للمرضى ( محو الامية وسرعة الاستجابة العقلية).	2006	11 الدول الأوروبية
تتعلق مشاركة المعرفة للمرضى بالقدرة العقلية والبدنية والعاطفية.	2006	السويد
تأثير التفاعل بين المريض والطبيب ( الحوار والثقة) ومهارات التعامل الأطباء على المشاركة.	2007	اسكتلندا
العلاقة بين مشاركة المرضى وعوامل تقديم المعلومات وشرحها حسب الاحتياجات الشخصية، واعتراف العاملين بمعرفة المرضى.	2006	السويد

### الجدول (06): الدراسات المنجزة في العالم حول مشاركة المريض في العلاج.

المصدر: المكتبة الوطنية الامريكية للطب والمعاهد الوطنية للصحة.

من خلال ملاحظة الجدول (06) يتضح لنا أهمية المشاركة وعلاقتها المباشرة مع سلوك المريض، حيث اعتبرت الثقة والتفاهم والاعتراف بمسؤولية الذات كمريض اهم ركائز المشاركة في العلاقة العلاجية بين المريض والطبيب، ان الهدف من المشاركة هو الوصول الى اقصى درجات الفهم للمعلومة المتعلقة بالوضع الصحي من كلا الطرفين، حيث ان الفهم الجيد للمعلومة من قبل المريض تمكنه من إدارة مرضه بشكل سليم، اما فائدة الطبيب تكمن في معرفة تفضيلات المريض وتوقعاته من اجل إدراكها للمحافظة على ولاءه من جهة و التوصل الى انجع طرق العلاج المناسبة له من جهة أخرى.

للحصول على المشاركة الحقيقية للمريض في العملية العلاجية يجب اعتبار المشاركة من ثلاث جوانب وهي<sup>131</sup>:

-من جانب النهج الطبي: من وجهة نظر الطب فان الصحة تعني غياب المرض، إذا المشاركة تعني الخضوع للطبيب والقيام بكل ما يطلبه.

<sup>131</sup> Shaghyegh Vahdat and al. Op\_cit. P3.

- من جانب نهج التخطيط الصحي: تعرف الصحة من هذه الزاوية بالاستناد على تعريف منظمة الصحة العالمية، أي السلامة الجسدية والعقلية والنفسية والاجتماعية للشخص، إذا المشاركة من هذا المنطلق تعني تعاون المرضى مع الهيئات الصحية بدفع أموال او معدات او بدل مجهودات من اجل الاستعادة من الرعاية الصحية.

- من جانب التنمية الاجتماعية: تعرف الصحة على انها حالة الانسان، حيث تعتبر المشاركة من هذا الجانب الأكثر نشاطا كون الشخص يبحث عن المشاركة في الصنع القرار الخاص بحالته الصحية.

العلاقة العلاجية المثالية يجب ان تحتوي على مزيج متناغم من أساليب المشاركة الثلاثة المذكورة، حيث ممارسة المريض دوره كمتغير مستقل نشط في العملية العلاجية يسمح بالرفع من مستوى التفاعل بينه وبين الطبيب الذي يملك شرعية التصرف والتقرير، وبالتالي المحافظة على مبدأ الخضوع في العلاقة العلاجية مع خلق مساحة للحوار والتفاهم مع المريض.

#### - التفاعل مع المرضى:

إن مشاركة المريض لمعاناته مع المجتمع العام من أسرته وجيرانه وكل المحيطين به ليس بالأمر الجديد في سلوكه، فهو يحاول استعطاف المجتمع من اجل الاستعادة من الاهتمام والمساعدة والكثير من التفهم، لكن الامر المستجد هو إن بعد كسر المريض لقلب شخصية المريض التقليدي، الذي يوجي دائما بالاستسلام للمرض والجهل للعلاج، أصبحت مشاركته للمعلومات اكبر من ان تكون معاناة وتذمر، بل أصبحت تأخذ منحى الخبرة والتجربة المرضية التي يسعى من خلال مشاركتها الى الاستعادة من اراء المرضى الاخرين وافادتهم، ان لقاء الضوء على واقع المرضى، تؤكد هذه التغيرات النظرية في معتقداتهم، حيث نجد ارتفاع وتيرة الاتصال بين أصحاب المرض الواحد، من خلال تأسيس جمعيات ومنظمات غير حكومية وطنية مثل: جمعية الامل لمرضى السكري بالجزائر<sup>132</sup>، وعالمية مثل: الفيدرالية العالمية لسكريين<sup>133</sup>، هدفها نشر اكبر كم من المعلومات المتعلقة بمرض معين (الاعراض، الوقاية، طرق العلاج، أسباب الإصابة... الخ)، واستخدام مواقع التواصل الاجتماعي كقناة اتصال بين المرضى في مختلف انحاء العالم<sup>134</sup>، ان هذا التغيير في سلوك المريض لم يقتصر على المرضى المتعلمين فقط، وانما حتى المرضى الهشيين، مثل: المسنين او أصحاب المستوى التعليمي المحدود تغيير سلوكهم، واصبحوا اكثر بحثا وتداولوا للمعلومات، سواء باستخدام وسائل التكنولوجيا، او الاتصال المباشر مع مرضى غيرهم<sup>135</sup>، وبالتالي استطاع المرضى في السنوات القليلة الماضية من تأسيس مجتمعهم الخاص، حيث اصبح هذا المجتمع مصدر للمعلومة والقوة والاقناع

<sup>132</sup> Annuaire de santé en Algérie. Association Amel Des Diabétiques [en ligne]. 2006. Disponible sur:

« <https://annumed.sante-dz.com/> » [consulté le 03 Avril 2020 à 20 :44].

<sup>133</sup> International Diabetes Federation. About Diabetes [on line]. Available on:” <https://idf.org/> » .2015. [Consulted on 03 April 2020 at 22:00].

<sup>134</sup> Ibid.

<sup>135</sup> Sanja Kusec, Ognjen Brborovic and Dean Schillinger. Diabetes Websites Accredited by The Health On Net Foundation Code of Conduct: Readable or Not? The New Navigator from Professionals to The patients, 2003, volume 95, PP 655-660.

بالنسبة لهم، هذا الوضع المستجد اثر بشكل مباشر في العملية العلاجية والنظام الصحي، حيث لاحظ الأطباء المستوى المعرفي العالي الذي وصل اليه المرضى، خاصة عندما أصبحت تصوراتهم حول المرض تكاد تتساوى مع مفاهيم المحترف الصحي، ان الاعتراف بهذه القوة المعرفية للمريض هز مكانة الطبيب، فتحول من الوضع المهيمن الى الوضع الدفاعي خوفا من التشكيك به، اذ اصبح هناك تمييز بين فشل الرعاية الصحية وفشل تقديم الرعاية الصحية، ان فشل الأطباء في الوصول الى نتيجة إيجابية بخصوص العلاج لا يعتبر كارثة ففي الأخير الطبيب بشر، وليس بطل خارق يطبق معارفه العلمية ولا يملك ضمان لنجاحها المطلق، لكن فشله في خلق المناخ المناسب للعملية العلاجية (الوقت الكافي للتشخيص، الديكور المريح نفسيا للمريض، الالتزام بأداب الحوار، والاستماع لكل انشغالات المريض مثلا)، يعد تقصير أخلاقي ومهني في حق المريض<sup>136</sup>.

إن ارتفاع مستوى التفاعل بين المرضى صاحبه زيادة في قضايا التذمر من الخدمات الصحية، حيث ان المريض الذي يتناول دواء لا يتوافق مع توقعاته، يكون اكثر عرضة لتلقي الاخبار التي تشكك في فعاليته او تقترح دواء اخر اكثر فائدة، وبذلك فان هذا المريض في المرة القادمة التي سيزور فيها الطبيب سيكون اقل استعدادا لقبول ما يقوله، وبالتالي سيشكك في كفاءة الطبيب وستفقد العلاقة العلاجية موثوقيتها ومصداقيتها<sup>137</sup>، ان احد اكبر عيوب تفاعل المرضى في ما بينهم هو الانتقال الفوضوي للمعلومات الفاقدة للدقة، هذا ما استدعى الى تنظيم وعي المرضى، من خلال ما يعرف بالتعليم العلاجي للمريض او المريض المثقف<sup>138</sup>، حيث ظهرت بعض المؤسسات التعليمية في العالم مثل: جامعة المريض، التي بدأت في فرنسا سنة 2009، وتضم حاليا قرابة 20% من المرضى في العالم، وهي تهتم بتأطير ثقافة المريض واثراءها، لتحسين نشاطه على مستوى العملية العلاجية، وكيفية تعامله مع المرض بعيدا عن الطبيب، خاصة أصحاب الامراض المزمنة، مثل: السكري وضغط الدم، وفي المقابل الحصول على شهادة تثبت كفاءته<sup>139</sup>.

### - التفاعل مع النظام الصحي:

ان التغيير الكبير الذي طرا على سلوك ودور المريض، جعل المنظومة الصحية تعترف بقوته المعرفية، واهمية رايه وتفضيلاته في الخطة العلاجية، حيث نجد ان مريض الخرف على سبيل المثال ليست لديه استجابة مستقرة، فالبعض يتحسنون على البرنامج العلاجي، والبعض لا يتحسنون رغم خضوعهم لنفس العلاج، هذا الاختلاف بين استجابة المرضى، يجعل الأطباء يدركون ان معارفهم العلمية وحدها لا تكفي للوصول الى العلاج المناسب، لهذا نجد ان بعض الجامعات والمعاهد الطب العالمية أدرجت العلوم الإنسانية في مناهجها لمساعدة الأطباء على فهم المريض

<sup>136</sup> Neuberger, J. The educated Patient: New Challenges for The Medical Profession. Journal of Internal Medicine, 2000, Volume 247, P7.

<sup>137</sup> Ibid. PP 6-7.

<sup>138</sup> Enid Montague. Patient Source of Learning About Health Technologies and Ratings of Trust in Technologies used in Their Care. NIS Public Access, 2010, Volume 53, n°11, P2.

<sup>139</sup> Université des Patients. Démocratie en Santé : Programme D'auto-formation [en ligne]. Disponible sur :« <https://universitedespatients-sorbonne.fr/> »[Consulté le 03 Avril 2020 à 02 :00].

كانسان قبل التعامل معه كحالة مرضية<sup>140</sup>، لم يقتصر الاهتمام بالمريض النشط على الأطباء فقط، وإنما حتى الكوادر الإدارية اعتبرت وجود رأي المريض مهم في الاجتماعات التخطيطية للمشاريع المستقبلية التي تقام في المؤسسات الصحية العمومية، مثل: اعداد الميزانية السنوية للمستشفى، ففي الأخير كل خطة جديدة هدفها تحسين مستوى الرعاية الصحية للمرضى، وبالتالي رايهم كمستخدمين لهذه الخدمات مسألة بالغة الأهمية.

ان الأنظمة الصحية المتقدمة في العالم كانت السبابة للاستفادة من رأي المريض، حيث اعتبرت المريض النشط الحل لتقييم جودة الخدمات الصحية التي ظلت استحالة تقييمها معضلة عصور من الزمن، وكانت المملكة المتحدة البريطانية اول من أطلق خدمة نصائح المرضى والاتصال سنة 2000، حيث تتضمن هذه الخدمة امتيازات تسمح للمرضى بالاستفادة من معلومات حول الطبيب المتواجد في المؤسسة، ونوعية العلاجات التي يصفها، ومدى كفاءته في التعامل، من خلال الاطلاع على اراء المرضى الذين سبق ان تعاملوا معه، وبإمكان المريض ترك تعليقه حول مسار العملية العلاجية في نهاية الزيارة، ان هذه الخدمة منحة الفرصة لإدارة المؤسسة الصحية من تقييم كفاءة طاقمها الطبي، ومعاقبة أي طبيب لا يلتزم بالقواعد المهنية، كما سمحت الخدمة بتقوية استراتيجية الاتصال بين المؤسسة والجمهور<sup>141</sup>، وبالتالي نلاحظ ان المريض أصبحت كلمته مسموعة، وأكثر تفاعل في النظام الصحي والكل يسعى لإرضائه.

ان الاهتمام الذي تلقاه المريض النشط وتعزيز حقوقه، جعله يعزز من واجباته والتزامه اتجاه نفسه والمجتمع، اذ أصبح المريض يتحمل تكاليف علاجه او جزء منها، فبعد الإجراءات المرتبطة برسوم المستخدم التي قامت بها الجزائر، ومجموعة كبيرة من الدول، من اجل ادراك التسارع الهائل في الانفاق الصحي، أصبح المريض نشط على مستوى انفاقه، وأكثر مسؤولية في التحكم في استهلاكه الطبي، وحتى اخذ احتياطاته من خلال تأمين على نفسه، وعلى افراد اسرته، من اجل الأيام الصعبة، ان هذا التغيير في إيديولوجية المستهلكين الصحيين ساهم في ادراكهم لحقوقهم، وغير من فكرة ان المريض يبحث عن العلاج فقط الى انه يبحث عن العلاج الفعال والمرضي والحافظ لكرامته ومنتطابق مع توقعاته<sup>142</sup>، هذا الواقع الجديد انتج واقع اخر، وهو تصادم في الآراء بين المرضى والأطباء، خاصة امام بحث المريض عن فرض ذاته والغاء مبدأ الخضوع التام في العلاقة العلاجية<sup>143</sup>.

<sup>140</sup> Neuberger, J. Op\_cit. P7.

<sup>141</sup> National Health Service: UK. PALS: Patient Advice and Liaison Service [On line]. Available on:

«<https://www.nhs.uk/common-health-questions/nhs-services-and-treatments/what-is-pals-patient-advice-and-liaison-service/>».2018. [Consulted on 04 April 2020 at 10:00].

<sup>142</sup> Phillipe Balifoulierdu et al. Op\_cit. PP27-46.

<sup>143</sup> بن مغنية قادة. مرجع سبق ذكره. ص 153-160.

### 2.3. العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمريض:

يخضع السلوك الشرائي للمريض الى عدة قوى داخلية وخارجية، منها ما يحث ومنها ما يحد على اتخاذ القرار الشرائي، يمكن حصرها فيما يلي:

#### 1.2.3. العوامل الموقفية:<sup>144</sup>

هي مجموعة خماسية من العوامل التي تبني موقف المريض اتجاه أحد المنتجات الصحية، وتتضمن:

أ-المحيط المادية: يقصد بها المتغيرات البيئية للحالة المادية للمنظمة الصحية، والتي تؤثر على قرار المريض في الشراء، مثل: موقع العيادة او الصيدلية النظافة الضوضاء...الخ.

ب-المحيط الخارجي: ينقسم تأثير المحيط الخارجي على القرار الشرائي للمريض الى جهتين:

-المحيط الاجتماعي للمريض: أي رادات فعل الأقارب، الأصدقاء، زملاء العمل والعائلة...الخ، اتجاه نية المريض في شراء المنتج الصحي.

-الهيئة الطبية: يقصد بها الطريقة التي يتم استقبال بها الممارس الصحي (طبيب، ممرض، موظف استقبال، صيدلاني...الخ) لطلب المريض.

ج-المنظور الزمني: ان توقيت عرض المنتج الصحي صباحا او مساء-ا- يلعب دور كبير في تحفيز المريض على الشراء او نفوره، إضافة الى التوقيت المخصص لعملية البيع ان كان كافي بالنسبة للمريض ام لا.

د-الحالة المزاجية: بمأن المنتجات الصحية في اغلب الأحيان يصعب تقييم جودتها من طرف المريض، فإن إدراك رضاه أصبح أصعب خاصة إذا كانت حالته الصحية والنفسية غير متزنة، ان هذا التقلب في المزاج يؤثر على استعدادة لاستقبال المعلومة او البحث عنها، مما سيؤثر لا محالة في اتخاذه قراره الشرائي.

هـ- تعريف المهمة: يعني السبب المبيح لشراء المنتج الصحي، ويتعلق بدرجة خطورة الحالة الصحية للمريض، وكيفية التعامل معها باتخاذ القرار المناسب الذي يسمح بتحسينها.

#### 2.2.3. العوامل النفسية:<sup>145</sup>

تسمى أيضا في بعض المراجع الغربية بالعوامل الشخصية، وتعني مختلف القوى الداخلية التي يمتلكها المريض، وتؤثر على سلوكه الشرائي ويمكننا تصنيفها الى:

د. تامر البكري <sup>144</sup>. تسويق الخدمات الصحية. مرجع سبق ذكره. ص 63.  
<sup>145</sup> نجاه العامري. تسويق الخدمات الصحية: دراسة حالة "مصحة أبو قاسم سكيكدة". مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير. سكيكدة: جامعة 20 اوت 1955 سكيكدة، 2008-2009، ص 41.

أ-الدوافع والحاجات: ان حاجة المريض للشفاء او تحسين حالته الصحية تعتبر نقطة الانطلاق في العملية الشرائية، فالإنسان يبحث عما فقده، وبالرجوع الى هرم العالم "ماسلو" نجد ان الحاجات والدوافع الصحية، تقع في المستوى الثاني، أي ضمن حاجات الامن والسلامة، ويمكنها ان تتمدد على طول الهرم لتبلغ القمة، وذلك من اجل تعزيز الصحة وبلوغ اعلى درجات الرقي فيها، مثل: الحاجة للسياحة الصحية، فالسياحة تعتبر من حاجات تحقيق الذات، لكنها في هذه الحالة وجه اخر للحاجات الصحية، وبالحديث عن هذه الأخيرة نجد انها تنقسم الى:

-الحاجات: وهي ما ينقص المريض لبلوغ الحالة الصحية التي يرغب بها، وتنقسم الى:<sup>146</sup>

1.الحاجات الحقيقية: هي الحاجات الضرورية لا يمكن الاستغناء عنها، وان عدم اشباعها او تجاهلها يمكن ان يسبب خطورة على الوضع الصحي للمريض، مثل: الحاجة الى جرعات الانسولين لمريض السكري.

2.الحاجات التكميلية: هي مجموع الحاجات الثانوية، يمكن للمريض الاستغناء عنها بدون خطر على حالته الصحية، لكن ادراكها يحقق له الرضا النفسي، مثل: الحاجة الى الادوية المكملة مثل الفيتامينات.

-الدوافع: هي مجموع المحفزات الداخلية التي تدفع المريض لاتخاذ قرار الشراء من اجل اشباع حاجاته سواء كانت حقيقية او تكميلية.

ب- الادراك: ويعني العملية التي يتعرف فيها المريض على البيئة المحيطة به، ويشعر في التفاعل معها من خلال حواسه الخمسة، لتنتهي هذه العملية بادراك الفرد لموقف معين، يعبر به عن الحالة الشعورية اتجاه منتج صحي معين، مثلا: المريض يميز مستوى نظافة المؤسسة الصحية، وحدثة الأجهزة الطبية، والأدوية... الخ، هذا التمييز يسمح له بتكوين صورة عن الرعاية الصحية المقدمة من طرف هذه المؤسسة، وعلى هذا الأساس يتخذ قراره بشراء الخدمة من عدمه.<sup>147</sup>

ج-التعليم:<sup>148</sup> يقصد به مجموع المعارف والخبرات التي اكتسبها المريض فيما مضى، حيث يساعد المستوى التعليمي على تقييم جودة المنتجات الصحية، وتكوين تجربة مرضية تساهم في اثناء الرصيد المعرفي في حالة الإصابة مرة أخرى، كما أوضحت الدراسات التي تم في كل من كندا<sup>149</sup> والمملكة المتحدة<sup>150</sup> والولايات المتحدة الأمريكية<sup>151</sup> وماليزيا والعديد من الدول، ان الافراد المتعلمون هم الأكثر ميول الى اتخاذ القرارات الشرائية فيما يخص المنتجات الصحية، وذلك لانهم اكثر وعيا وتقبلا للمعلومات الصحية، إضافة الى ان مقدمي المنتجات الصحية

<sup>146</sup> D. Barrached, A. Chapitre 03 : Le comportement de consommateur de santé « Patient », Marketing des services de santé, Ecole supérieure de management Tlemcen : Management des services de santé. Tlemcen, Algérie. 2020.

نجاة العامري. مرجع سبق ذكره. ص42. <sup>147</sup>  
<sup>148</sup> نجاة العامري. مرجع سبق ذكره. ص43.

<sup>149</sup> Vikky. Qi, Phillips. SP and Hopman, WM. Determinants of a Healthy Lifestyle and Use of Preventive Screening in Canada. Bio Med Central. Volume 06. N° 275. 07 Nov 2006. PP 5-8.

<sup>150</sup> Marjon Vander Pol. Health, Education and time preference. Health Economics. Volume 20. N° 08. 20 August 2010. PP 917-929.

<sup>151</sup> Duffy, ME. Determinants of Reported Health Promotion Behaviors Employed Mexican American Women. Health care Women Int. Martch- April 1997. Volume 18. N°02. PP143-149.

يستهدفون الافراد المتعلمين اكثر من الافراد محدودي التعليم، وذلك لسهولة التعامل وتبادل المعلومات معهم، اذ يعتبروا منتجين صحيين فاعلين في العملية العلاجية<sup>152</sup>، وبالتالي فان المستوى التعليمي للمريض يلعب دور بالغ الأهمية في تحديد سلوكه الشرائي، ومن تم اتخاذه للقرار الشرائي.

د-المعتقدات والتصورات:<sup>153</sup> يقصد بها مختلف المكتسبات التي حصلها المريض من بيئته، (مكان العمل، مكان الإقامة...الخ)، حيث تصبح هذه التصورات هي الفائدة والموجهة للسلوك الشرائي، مثل: عمليات الإجهاض، هناك دول تبيحها، واخرها تعتبرها جريمة يعاقب عليها القانون، وبالتالي فالمريض ينتهج السلوك الذي يتوافق مع معتقده حول الإجهاض، إذا يصبح الفرد محكوم بمعتقداته التي شكلتها البيئة المحيط به، ومن خلال المعتقد يتخذ موقفه، وهنا يجدر الإشارة الى الفرق بين كل من المعتقد والموقف اذ ان:

-المعتقد: هو الفكرة التي يحملها المريض حول فعل او شيء معين.

-الموقف: هو تقييم ثابت لدى المريض اتجاه فعل او فكرة، او بمعنى اخر هو الترجمة السلوكية للمعتقد.

ه-الشخصية:<sup>154</sup> بشكل عام تعتبر شخصية الفرد في المجتمع هي المحدد الأول لسلوكياته، حيث تتأثر هذه الأخيرة بعاملين وهما:

-السمات المميزة للفرد وما تعلمه طوال حياته من مبادئ وقيم.

-المنبهات الخارجية التي تعترضه في يومياته، ويجب عليه اتخاذ موقف اتجاهها اما بالإيجاب او السلب.

بما ان المريض أحد افراد المجتمع، فان شخصيته تبرز في تعاملاته مع مقدمي الرعاية الصحية، من خلال اختياره للمنتج الصحي المناسب لحالته الصحية وامكانياته المالية.

و-العمر: تعتبر الصحة رأسمال بشري يهتك مع مرور الزمن، بحيث يسعى الفرد الى استهلاك المنتجات الصحية من اجل تعزيز صحته وإنتاج "الوقت الصحي"، لذلك فان اكبر المؤثرات التي تحكم السلوك الشرائي للمريض هو سنه، فنجده العديد من الدراسات التي تناولت تأثير العمر على القرار الشرائي الصحي، مثل: الدراسة الاسبانية التي قام بها "هولم"<sup>155</sup>، والدراسة الماليزية ل "يونغ كانغ"<sup>156</sup>، والأخرى للباحث "بولن" في المجر<sup>157</sup> وغيرها من الدراسات في العالم، حيث أن كل الأعمال اتفقت أن الأكبر سنا هم الأكثر شراهة في الاستهلاك الطبي من الفئات العمرية

<sup>152</sup> Yong Kang, Cheah. Factors Influencing Consumer Purchase Decision for Health-Promoting Goods and Services in Malaysia. The Malaysian Journal of Medical Sciences. Nov-Dec 2014. Volume 21. N°06. PP36-44.

<sup>153</sup> نجات العامري. مرجع سبق ذكره. ص43.

<sup>154</sup> المرجع السابق.

<sup>155</sup> Hulme, PA and al. Health-promoting Lifestyle Behaviors of Spanish Speaking Hispanic Adults. Journal Transult Nurs. July 2003. Volume 14. N° 03. PP 244-254.

<sup>156</sup> Yong Kang, Cheah. Op\_cit. P 41.

<sup>157</sup>Paulik, E and al. Determinants of Health Promoting Lifestyles Behaviour in The Rural Areas of Humgray. Health Promotion International. Sep 2010. Volume 25. N° 03. PP 277-288.

الأصغر، وتفسير هذه النتيجة راجع الى كون الأكبر سنا يحملون التجربة والمعرفة اكبر من غيرهم في تعاملاتهم مع الصحة والمرض، ويحاولون انتاج اكبر وقت صحي ممكن لهم<sup>158</sup>.

ز- **الدخل:** ان المستوى المعيشي للفرد وقيمة مدخلاته الشهرية تلعب دور في تحفيزه على اتخاذ القرارات الشرائية حول السلع والخدمات الصحية، حيث ان أصحاب الدخل المرتفع الأكثر ميولا لاتباع السلوك الشرائي المعزز للصحة، وهذه النتيجة التي توصل اليها عدد من الباحثين في مختلف بقاع الأرض راجعة الى سببين: الأول هو ان أصحاب الدخل المرتفع لا يواجهون القيود الاقتصادية التي يواجهها غيرهم من الطبقة الهشة، اما السبب الثاني هو ان هؤلاء الافراد يؤمنون بفكرة الوقت الصحي الذي يسمح لهم بالعمل الجيد وتحقيق ربح اكثر<sup>159</sup>، ومن بين الدراسات المهمة التي أقيمت حول هذه القضية الدراسة الكندية للباحث "فيكي" سنة 2006 (تم استجواب فيها اكثر من 75613 مواطن كندي)<sup>160</sup> و الدراسة التركية للباحث "بيرز" سنة 2007 (تم استجواب فيها اكثر من 264 موظف تركي)<sup>161</sup>، وكلا الدراستين توصلتا الى نفس النتيجة الا وهي ان للدخل تأثير مباشر في اتخاذ الفرد للقرار الشراء المنتج الصحي.

ح- **الجنس:** ان السلوكيات الشرائية تختلف بين الذكور والاناث بالمجمل، وذلك لاختلاف اهتماماتهم، وان طبقنا هذه النظرة على السوق الصحية، سنجد اختلاف بين الجنسين في اتخاذ القرارات الشرائية المعززة للصحة أيضا<sup>162</sup>، حيث حسب الدراسات التي أجريت في كل من الولايات المتحدة الامريكية<sup>163</sup>، والمجر<sup>164</sup>، وماليزيا في سنوات القليلة الماضية، فان الاناث أكثر تبنيًا لسلوك الشرائي، والأكثر شجاعة في اتخاذ القرارات الشرائية، وذلك راجع الى خاصية رعاية الاسرة الطبيعية التي يفنقر اليها الذكور، وبالتالي فإنهن أكثرًا وعيا بالوضع الصحي.<sup>165</sup>

### 3.3.3. العوامل الثقافية:

هي مزيج بين الرصيد المعرفي للمريض وتراكمات الخبرات الإنسانية التي اكتسبها، حيث يظهر هذا المزيج في التعاملات اليومية للمريض مع بيئته بشكل عام والمنظمة الصحية بشكل خاص، ومن بين أكبر المؤثرات الثقافية في السلوك الشرائي للمريض نجد:

<sup>158</sup> Yong Kang, Cheah. Op\_cit. P41.

<sup>159</sup> Ibid.

<sup>160</sup> Vikky. Qi, Phillips. SP and Hopman, WM. Op\_cit. PP 5-8.

<sup>161</sup> Beşer. A, Bahar. Z and Büyükkaya, D. Health Promoting Behaviors and Factors Related to Lifestyle Among Turkish Workes and Occupational Health Nurese' responsibilities in Their Health Promoting Activities. Industrial Health. Jan 2007. Volume 45. N°01. PP151-159.

<sup>162</sup> Yong Kang, Cheah. Op\_cit. PP41-42.

<sup>163</sup> Gwen. M, Felton. D. Ph and al. Demographic Factors: Interaction Effect on Health Promoting Behavior and Health Related Factors. Public Health Nursing. 07 May 2007. Volume 45. N°06. PP361-367.

<sup>164</sup> Paulik, E and al. Op\_cit. PP 277-288.

<sup>165</sup> Yong Kang, Cheah. Op\_cit. PP41-42.

أ-الثقافة العامة: يقصد بها الموروث الثقافي الذي توالى عبر الأجيال السابقة للمجتمع، فأصبح جزء منه، على سبيل المثال الفرد الأوروبي يقوم بالفحص الطبي الدوري، إذ أصبح هذا الاجراء بمثابة عمل ثابت ومعتاد لدى مختلف افراد المجتمع الأوروبي.<sup>166</sup>

ب-الثقافة الفرعية: يقصد بها توجه معين لمجموعة او فئة معينة في المجتمع، لديها قواسم مشتركة فيما بينها (العمر، او المستوى المعيشي، او الجنس...الخ)، مثل: أصحاب الفئات العمرية التي تفوق الأربعين يتوجهون نحو الوجبات الأقل ملحا وسكرا.

ج- العرق والتوجه الديني: ان من بين القواعد المشهورة في الاخلاقيات الطبية ان للمريض الحق في الصحة، بغض النظر عن اصله العرقي، او توجهه الديني...الخ، الا ان في للحقيقة المريض يتأثر بشكل كبير بهذه العوامل، حيث اثبتت الدراسات ان بعض الأنماط العرقية ( قوقازي، اسبان، وغيرها)، لديها ميول اكثر في الطلب على الصحة وتعزيزها، بالمقارنة مع أنماط عرقية غيرها<sup>167</sup>، من ناحية أخرى فان التوجه الديني يلعب دور كبير في تغيير التوجهات الشرائية للمرضى، حيث يعتقد البعض ان التداوي الروحاني والتداوي بالأعشاب اكثر فاعلية في العلاج، وبالتالي اتخادهم للقرار الشراء المنتج الصحي يصبح محل شك<sup>168</sup>.

د-الشريحة الاجتماعية: هي المجتمع المصغر، الذي يتكون من مجموعة من المرضى المتوافقين في عدد من السمات، مثل: المستوى التعليمي، الدخل، نمط الحياة...الخ، حيث يسمح هذا التصنيف للمنظمات الصحية بتميز التوجه السلوكي لكل شريحة اجتماعية، وتحاول التأثير عليها بما يتماشى مع معتقداتهم.<sup>169</sup>

### 3.3.3. العوامل الاجتماعية:

لقد تطرق العديد من باحثين السيسولوجيا الى قضية تأثر المريض بمحيطة الاجتماعية، وذلك كونه يتفاعل يوميا مع افراد مختلفين فيه الأفكار والمعتقدات، يتأثر برادات فعلهم ونصائحهم، وبالتالي يصبح توجهه الشرائي مرتبط بشكل كبير بالأراء التي تدور حوله، ومدى توافرها مع رغبته الشخصية، ويمكننا تصنيف المحيط الاجتماعي للمريض الى:

أ-الجماعات المرجعية:<sup>170</sup> هي المكونات المجتمعية التي لديها تأثير كبير وفعال على توجيه سلوكيات الافراد، مثل: النقابات والجمعيات، الأصدقاء، زملاء العمل...الخ، وقد يكون تأثير هذه الأخير مباشر او غير مباشر.

أ-العائلة: تعتبر الاسرة البيئة الأولى التي يكتسب منها المريض التحفيز او التنفير من القرار الشرائي لاحد المنتجات الصحية، حيث يلجا المريض الى التشاور مع افراد عائلته حول وضعه الصحي، وكذلك يتقصى اراءهم حول نيته

تامر البكري. تسويق الخدمات الصحية. مرجع سبق ذكره. ص 65. 166

167 Brill PA and al. The relationship Between Sociodemographic Characteristics and Recruitment, Retention and Health Improvements in a Worksite Health Promotion Program. American Journal for Health Promotion. Jan-Fab 1991. Volume 05. N°03. PP 215-221.

168 Yong Kang, Cheah. Op\_cit. P 41.

169 نجاة العامري. مرجع سبق ذكره. ص 40..

170 المرجع السابق. ص 45.

الشرائية لأحد المنتجات، كما تلعب الأسرة دور الداعم الأكبر للفرد لتعزيز صحته، باستهلاكه للسلع والخدمات الصحية، كما اثبتت الدراسات الحديثة التي أُقيمت في كل من الولايات المتحدة الأمريكية (تكساس)<sup>171</sup> وماليزيا<sup>172</sup>، ان الافراد المتزوجين اكثر شجاعة في اتخاذ القرارات الشرائية الخاصة بالمنتجات الصحية، مقارنة بالأفراد غير متزوجين، وتعود هذه النتيجة الى الدعم والتحفيز الذي يتلقاه الأزواج من بعضهم البعض بسبب ارتباطهم الاسري<sup>173</sup>، وبالتالي تصبح العائلة من اهم العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمريض<sup>174</sup>.

**ب-المكانة:** تعني موقع الفرد في مجتمعه، حيث تتحدد مكانته من خلال العديد من السمات، لعل أهمها: العمل، الدخل، المستوى التعليمي، مكان الإقامة، درجة التأثير في الغير...الخ، حيث تتأثر النية السلوكية للفرد بمكانته في المجتمع، فنجد ان السلوك الشرائي لمن يقطن في مجتمع متحضر يختلف كثير عن من يقطن في المجتمع الأقل تحضرا، فمن البديهي ان افراد المجتمع المتحضر اكثر شجاعة في اتخاذ القرارات الشرائية للمنتجات الصحية، وذلك لسهولة الوصول اليها، عكس قاطنين في المجتمعات الأقل تحضرا<sup>175</sup>، وهذه الحقيقة تنطبق على باقي المحددات، مثل: الدخل والمستوى التعليمي...الخ، وقد أجريت العديد من الدراسات في السنوات القليلة الماضية -ما بين 2002-2014-، حول مدى تأثير المكانة الاجتماعية على السلوك الشرائي للمريض في كل من اسبانيا<sup>176</sup>، والولايات المتحدة الأمريكية<sup>177</sup>، وماليزيا<sup>178</sup>، واتفقت كل النتائج ان كلما احتل الفرد مكانة مرموقة في المجتمع، كلما زاد وعيه حول تعزيز صحته والعناية بها، وبالتالي اتباع سلوك شرائي فعال، ينتهي في اخير المطاف باتخاذ قرار شراء المنتج الصحي.

### 3. مراحل عملية شراء المنتج الصحي:

لقد تم عرض فيما سبق مختلف العوامل المؤثرة على السلوك الشرائي للمريض، وبالتالي اتخاذه لقرار الشراء، الا ان تحديد درجة تأثير هذه العوامل على المريض لا يزال يشكل معضلة بحثية قيد التحقيق حاليا، حيث ان قابلية واستعداد المريض وتصوراتة حول هذه العوامل وتأثيرها يختلف من مريض الى اخر، وبذلك فان عملية صنع القرار الشرائي للمنتج الصحي لا يمكن ضبطها بشكل ثابت على جميع المرضى، وهذا راجع الى عدة أسباب أهمها الحالة الصحية

<sup>171</sup>Duffy ME. Determinants of Health-Promoting Lifestyle in Order Persons. Image Journal Nursing Scholarship. 1993. Volume 25. N° 01. PP 08-23.

<sup>172</sup> Yong Kang Cheah. Determinants of The Demand for Using Preventive Medical Care Among Adults in Penang, Malaysia. Malaysia Journal Medical Sciences. Jan 2013. Volume 20. N° 01. PP 46-55.

<sup>173</sup> Yong Kang, Cheah. Op\_cit. P42.

<sup>174</sup>نجاة العامري. مرجع سبق ذكره. ص45.

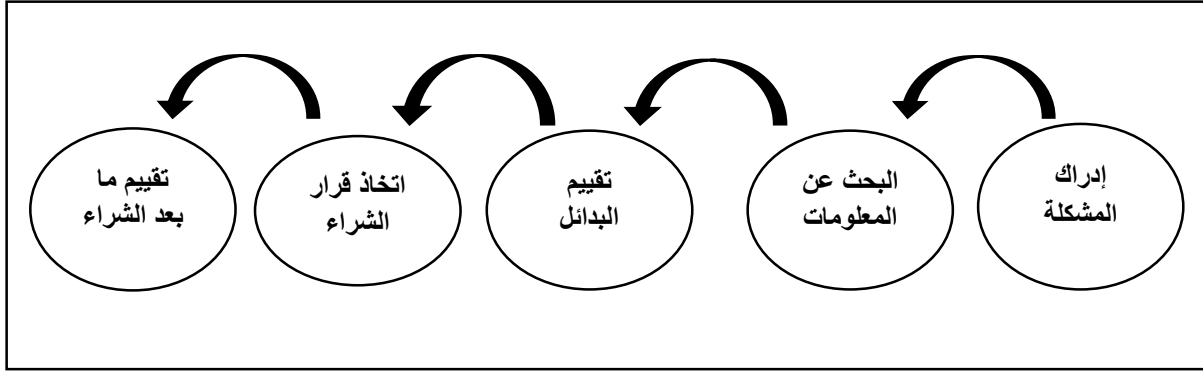
<sup>175</sup> Yong Kang, Cheah. Op\_cit. P42.

<sup>176</sup> Hulme, PA and al. Op\_cit. PP 244-254.

<sup>177</sup> Zhang. P, Tao. G, Irwin. KL. Utilization of preventive medical services in the United States: a comparison between rural and urban populations. Journal Rural Health. 2000. Volume 16. N° 14. PP349-356.

<sup>178</sup> Yong Kang Cheah and Naidu BM. Exploring Factors Influencing Smoking Behaviour in Malaysia. Asia Pacific Cancer Journal Prevention. 2012. Volume 13. N° 04. PP 1125-1130.

للمريض ونسبة المخاطرة في اتخاذ القرار ونتائجه، لكن بالعموم قد اجتهد العلماء في هيكلة عملية صنع القرار الشرائي للمريض في خمس مراحل متتالية. (انظر الشكل (06))



شكل (06) مراحل عملية شراء المنتج الصحي.

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على دراسة الدكتور سماعيل السيد.<sup>179</sup>

#### 1- إدراك المشكلة:

اول مرحلة في التسلسل السلوكي لعملية شراء المنتج الصحي هي اكتشاف المشكلة التي يوجهها الفرد، وبالتالي البدء في رحلة البحث عن إيجاد الحل المناسب، لهذا يجب تحديد المشكلة بشكل دقيق وفق درجة الاحتياج لحلها، حيث يمكن اكتشاف المشكلة من خلال المقارنة بين الحالة الصحية الحالية للفرد والحالة الصحية المثلى<sup>180</sup>، ان الفجوة بين الحالتين تعتبر الحاجة التي يجب على الفرد اشباعها، تعتمد مرحلة الادراك بشكل مباشر بعملية التحفيز التي يتعرض لها المريض، حيث يمكننا تمييز التحفيز من مصدرين:<sup>181</sup>

-**التحفيز الداخلي:** يمكن تسميته بالتقييم الذاتي، ويقصد به إحساس المريض بجسده او حالته النفسية المتضررة، حيث يحفز هذا الإحساس على البحث عن المشكلة وعلاجها، كما يمكن ان يتولد التحفيز الداخلي من التشخيص الاولي الذي اجراه او نتائج التحاليل، مما يدفعه الى التعمق أكثر لتحديد المشكلة التي يعاني منها.

-**التحفيز الخارجي:** هو التنبيه الفعال الذي يصدره المحيطين بالمريض، من خلال تصريحهم بملاحظاتهم، مثل: تراجع الواضح في الوزن او شحوب الوجه، هذه الملاحظات تدعو الفرد للشك، مما يحفزه على التأكد من وضعه الصحي، وقد يكون التحفيز الخارجي من خلال الأعضاء الحسية للمريض، مثل: ان يسمع او يشاهد عيادة قريبة من مسكنه تقدم المنتجات الصحية التي يحتاجها، او وجود شخص يحفزه على مراجعة الطبيب.

<sup>179</sup>إسماعيل السيد. التسويق. الدار الجامعية. الإسكندرية: مصر. 1999. ص128.

<sup>180</sup> المرجع السابق.

<sup>181</sup> نجاة العامري. مرجع سبق ذكره. ص46.

2- البحث عن المعلومات:

تعتبر المعلومات التي يجمعها المريض بعد ادراكه للمشكلة التي يعاني منها ذات أهمية بالغة، حيث انه أي مغالطة او خلل في المعلومات سيوجه مسار بحث المريض نحو الحل الخاطيء، مما سيستنزف طاقته وموارده، وبالتالي فانه يجب الاعتماد على مصادر معلومات موثوقة ومضمونة، لذلك فان المعلومات التي يستعين بها المريض في هذه المرحلة تقسم الى: 182

-المصادر الشخصية: وتتضمن ما يلي:

-المصادر الشخصية لا يقوم بها المسوقون: تضم العائلة والأصدقاء الأقارب الجيران...الخ.

-المصادر الشخصية يقوم بها المسوقون: وتضم البيع الشخصي للمنتج الصحي.

-المصادر غير الشخصية: وتتضمن ما يلي:

-المصادر غير شخصية لا يقوم بها المسوقون: تضم شبكات الاتصال والجمعيات والمنظمات غير حكومية...الخ.

-المصادر غير شخصية يقوم بها المسوقون: تضم مختلف أساليب الدعاية والترويج التي تقوم بها الشركات العارضة للمنتج الصحي.

3- تقييم البدائل:

بعد إدراك المريض للمشكلة التي تواجهه وجمع المعلومات الكافية حولها يتخذ موقف الشراء، وذلك من خلال ابداء نيته الشرائية، حيث يقتحم السوق الصحية ويبدأ في عملية الفرز والتقييم للعروض المتوفرة امامه، وبما ان السوق الصحي يتميز بتعدد البدائل، فان على المريض اختيار الأهم بالنسبة اليه، ويرتبها تدريجيا حسب ما يتوافق مع حالته الصحية وخصوصيتها، وبذلك يتوصل الى القرار الشرائي الاولي 183.

4- اتخاذ قرار الشراء:

إن ترتيب البدائل تجعل المريض أكثر مرونة في اتخاذ القرار الشرائي النهائي، حيث في اغلب الأحيان يقع الاختيار على البديل الأول، الا انه رغم ذلك لا يمكن ان يكون هو القرار الفعلي، حيث ان السلوك الشرائي يتأثر بمجموعة من العوامل التي تؤول دون تحقيقه، ومن بين العوامل المؤثرة في تغيير قرار الشراء النهائي 184:

182 ثامر البكري. تسويق الخدمات الصحية. مرجع سبق ذكره. ص74.

183 نجاه العامري. مرجع سبق ذكره. ص47.

184 ثامر البكري. تسويق الخدمات الصحية. مرجع سبق ذكره. ص 77.

- اتجاهات الآخرين: حيث يؤثر المحيط الاجتماعي (الاهل والأصدقاء...الخ) بشكل مباشر في تغيير قرار الشراء، وذلك من خلال الآراء والانتقادات التي قد يتلقاها المريض بمجرد اشعار نيته الشرائية بخصوص أحد المنتجات الصحية.

- العوامل الموقفية: لقد سبق وتناولنا هذا العوامل بشكل مفصل أعلاه، فباختصار يمكن للنية السلوكية للمريض من ان تفسد، نتيجة ملاحظته لتصرف مزعج صدر من المؤسسة الصحية.

#### 5- سلوك ما بعد الشراء :

من الخطأ اعتبار ان العلاقة بين المريض والمؤسسة الصحية تنتهي بمجرد إتمام عملية البيع المنتج الصحي، فالمريض بحاجة الى التغذية العكسية، أي مراجعة خطواته في هذا التعامل والكشف عن الخطأ الذي ارتكبه ان وقع، والمؤسسة الصحية من جهتها تسعى الى ان تكون الوجهة المقبلة للمريض في حالة التماس الثاني، أي تحاول المحافظة على تعامله وولائه، إضافة الى ذلك فالمريض الذي تم ارضاءه يعتبر وجه اعلامي وخطة تسويقية حقيقية، فهو بدوره سيشترك رضاه عن المنتج الصحي مع محيطه الاجتماعي، مما سيساهم في بناء صورة إيجابية عن المؤسسة الصحية، وسيشجع مرضى اخرين على التعامل مع هذه المؤسسة.<sup>185</sup>

<sup>185</sup> نجاة العامري. مرجع سبق ذكره. ص 47-48.

## المطلب الثاني: سلوك الطبيب.

إن كل عمل يقوم به الانسان يجب أن يخضع للثلاثية المقدسة وهي: الضمير ثم العلم ثم الخبرة، والعمل الذي يقوم به الطبيب من أكثر الاعمال التي تحتاج الى ضمير واعي بامتياز، لأن هذا الأخير يتعامل مع أرواح ومؤمن على أسرار وأعراض لا تنتهي<sup>186</sup>. طوال القرون الماضية عرفت مهنة الطب بصفة عامة وطبيب بصفة خاصة بعلو الشأن بين المهن، واخذ الطبيب حصة الأسد من الاحترام والتقدير، هذه الصورة المجتمعية الراقية حجت العديد من الحقائق، ومنعت التدقيق في ممارسات الطبية وسلوكيات الأطباء داخل حجرات الفحص وخارجها، الا ان هذا الواقع بدأ في التغير تدريجيا في سنوات القليلة الماضية، حيث بعد التحول الذي طرا على سلوك المريض، ونمو الوعي المجتمعي بصفة عامة، انهالت الأسئلة والاستفسارات على الهيئات الطبية، وتفتحت الاعين حول تعاملات الأطباء مع مرضاهم، إضافة الى تزايد السخرية العامة بشأن مهنة الطب، مما هز مكانة الطبيب وشكك في احترامه، كل هذه الأسباب الاستفزازية بالنسبة للطب، حفزت الباحثين على دراسة سلوك الطبيب وتصوراته اتجاه المرضى، فبرغم من ان مهام هذا الأخير مبنية على اقطاب العقلانية والاسس العلمية، الا ان سلوكه السوي الى جانب سرير المريض يمثل النصف الآخر من المنفعة التي يقدمها للمريض<sup>187</sup>. هذه الفكرة وان بدأت بمجرد راي علمي متداول بين العلماء، سرعان ما تحولت الى نظرية علمية مهمة خاصة بعد ان تنبأها اب الممارسة الطبية "وليام اوسلر"، حيث شكلت مقالاته عن المبادئ الطب وممارسته القاعدة الأساسية لدراسة سلوك الطبيب، إضافة الى اسهامات الباحث "برنار دلون" من خلال اصدار كتابه الشهير في أواخر 1996 "الطبية الجيدة"، متناولاً فيه أهمية سلوك الطبيب الى جانب الرعاية الطبية في العملية العلاجية، وعلق "جوك موراي" العميد السابق لكلية دالهاوسي الطبية بكندا (بالإنجليزية دالهاوزي) على نفس الموضوع اثناء تحدثه مع الكلية الامريكية للأطباء سنة 2006، مركزاً على تآكل مفهوم الاحتراف الطبي وضرورة احياء المبادئ الأساسية لمهنة التطبيب وهي: الكفاءة، أولوية المريض، والعدالة الاجتماعية.<sup>188</sup> كل هذه الاسهامات النظرية، وغيرها من الأوراق البحثية القيمة التي سنتطرق لها في الاسطر القادمة، كانت بمثابة الارث المعرفي الذي اعتمدنا عليه في دراستنا النظرية لسلوك الممارس الصحي (الطبيب)، من خلال إبراز اهم تفاعلاته والمبادئ التي تحكمه، بداية بضبط اهم المصطلحات المعرفية ذات صلة بموضوع.

الباحث "وليام اوسلر": الملقب باب الممارسة الطبية، كان اول رئيس للطب بمستشفى جونز هوبكنز، وكلية الطب الامريكية، وقاد الرعاية الطبية الامريكية، وتولى قيادة النهج العلمي الجديد للطب في الولايات المتحدة الامريكية المركز على رعاية المريض، من اعماله المشهورة كتابه "مبادئ وممارسة الطب" الذي أصدر في 1892.

الباحث "برنار دلون": طبيب اخصائي في امراض القلب، واستاذ فخري في كلية الصحة العامة بجامعة هارفارد، وكبير الأطباء في مستشفى بريغهام، ومستشفى النساء في بوسطن، قاد صراعات لا تعد ولا تحصى من اجل العدالة الاجتماعية والانصاف والسلام، حصل على عدة جوائز أهمها: جائزة نوبل للسلام، جائزة اليونيسكو، وجائزة غاندي للسلام، وأكثر من 20 درجة فخرية.

<sup>186</sup> Dr. Rana Asim Abdul Karim (MA in Pathology). Professional Medical Behavior and Medical Ethics. first lecture, Iraq: University of Mosul, College of Mosul, fourth stage. 14 December 2015. Available on: «<https://www.muhammadharaty.com/lecture/4691>». [Consulted on 01 April 2020 at 01:04].

<sup>187</sup> Barry D, Silverman, MD. Physician Behavior and Bedside Manners the Influence of William Osler and The Johns Hopkins School of Medicine. Baylor University Medical Center Proceedings, Jan 2012, Volume 25, N° 01, PP 58-61.

<sup>188</sup> Ibid. P58.

## 1. بعض المفاهيم المعرفية:

### 1.1. تعريف الطبيب:

الطبيب لغويا هو الشخص المتخرج من احدى كليات الطب المعترف بها من قبل النقابة والحكومة والقانون والتي بموجبها يكتسب الاهلية للممارسة الطبية (الممارسة، التدريس، الإدارة، البحث، المختبر)، اما اصطلاحا فصفة الطبيب تطلق على الشخص المؤهل للتطبيق، والقادر على تقديم المساعدة في معالجة الام الاخرين وواجعهم في كل مكان وزمان<sup>189</sup>.

### 2.1. أنواع الأطباء:

يمكننا تصنيف الأطباء حسب عدة مؤشرات، أهمها الفرع التخصصي لكل طبيب، لكن بشكل عام فان الأطباء ينقسمون الى<sup>190</sup>:

أ - **الطبيب عام**: هو الطبيب الذي أنهى دراسته الاكاديمية، واتم تدريبه في فروع الطب الرئيسية على مستوى المستشفى الجامعي، وأنهى جميع مستلزمات قانون التدرج الطبي، بما في ذلك الأطباء المعفيون منه<sup>191</sup>.

ب - **الطبيب الممارس**: هو الطبيب الذي أنهى دراسته الاكاديمية، واتم تدريبه في أحد فروع الطب على مستوى أحد المستشفيات التخصصية او العامة كمقيم لفترة معينة تختلف من بلد الى اخر، ومن تخصص الى اخر في نفس البلد، يتم الاشراف على التدريب من قبل أحد الأطباء المتخصصين.

ج - **الطبيب الاختصاص**: او الطبيب المختص، هو الطبيب الذي نجح في اختبار التخصص، وحاز على شهادة عليا من أحد كليات الطب المعترف بها تثبت اختصاصه الطبي، وقام بتسجيل نفسه على مستوى النقابة<sup>192</sup>.

د - **طبيب الاختصاص الاقدم**: هو الطبيب الذي مضى على عمله كاختصاصي فترة زمنية طويلة تحدد بعشرة سنوات في اغلب الدول مع موافقة النقابة.

هـ - **الطبيب الاستشاري**: هو الطبيب الذي مضى على ترسيمه كطبيب اختصاصي أكثر من عشر سنوات بموافقة النقابة (يمكن أكثر من عشر سنوات في بعض الدول).

<sup>189</sup> John Williams. Ethique Medicale. Op\_cit. P 10.

<sup>190</sup> Dr. Rana Asim Abdul Karim. Professional Medical Behavior and Medical Ethics. Op\_cit.

<sup>191</sup> الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 70. تاريخ النشر: 12 ذو الحجة 1430 هجري الموافق ل 29 نوفمبر 2009. صفحة 11.

<sup>192</sup> المرجع السابق.

## 2.1. الرعاية الطبية:

هي جميع الأنشطة التي يكون الهدف الاساسي منها استعادة صحة المرء او تعزيزها او المحافظة عليها (حسب تقرير الصحة العالمي سنة 2000)، يمكننا تصنيف أنواع الممارسات الطبية الى<sup>193</sup>:

أ - **الرعاية الطبية الاسعافية:** في بعض المراجع الأجنبية تسمى الممارسة الطبية المتنقلة، وتعني جميع أنواع الإجراءات الطبية والخدمات الصحية التي يقدمها الممارس الصحي للمريض غير المحجوز على مستوى المؤسسة الاستشفائية او العيادة (يطلق عليه المريض الخارجي)، ولكنه يعاني من تدهور صحي معين يتطلب التدخل الطبي العاجل.

ب - **الممارسة الطبية النهارية:** هي الخدمات الطبية والشبه طبية التي يتم تقديمها للمرضى الخاضعين للتشخيص والعلاج بشكل رسمي، ويتم تخريجهم في نفس اليوم.

ج - **الرعاية الطبية طويلة المدى:** هي مجموعة واسعة من الاجراءات الطبية المساعدة للأنشطة اليومية للمرضى الداخليين، أي المحجوزين على مستوى المؤسسات الصحية لفترة طويلة من الزمن، إضافة الى أصحاب العلل والاعاقات المزمنة بما في ذلك المسنين، تعتبر الرعاية الطبية طويلة الاجل أوسع من النموذج الطبي، لأنها تلبي احتياجات المرضى البيئية والاجتماعية، وتمتد الى الرعاية الطبية خارج حدود المؤسسة الصحية في بعض الحالات المرضية، مثل: كبار السن من خلال تأمين لهم الزيارات الطبية الدورية في مقر سكنهم.

د - **الرعاية الاجتماعية:** هي مجموع الإجراءات الصحية المتعلقة برعاية المرضى الداخليين على المدى الطويل، إضافة الى خدمات الرعاية الاجتماعية الخاصة بالمرضى المصابين بأمراض مزمنة، وكبار السن، والمرضى العقليين، والمعوقين عقليا وجسديا، حسب منظمة الصحة العالمية فإن الخط الفاصل بين الرعاية الطبية والرعاية الاجتماعية يختلف من بلد الى اخر حسب القوانين المعمول بها في كل بلد.

## 2. الإطار النظري لسلوك الطبيب:

### 1.2. التطور الزمني لسلوك الطبيب

من اجل فهم سلوك الطبيب بشكل دقيق، يجدر بنا القاء نظرة عن كثب حول تاريخ الطبيب والاعمال التي وكلت اليه عبر الزمن، بداية بعصور ما قبل التاريخ التي يصعب تصور الواقع المعاش آنذاك، لكن الأدلة التي تم العثور عليها من الرسومات والبقايا العظمية والأدوات الجراحية البدائية، تسمح لنا ببناء موقف افتراضي حول سلوك الطبيب، الذي كان يعتمد على التجربة والخطأ، مثل: تصنيفه للنبات بين ما يمكن اكله وما هو سام وما يمكن استعماله للاستشفاء من العلل، لقد كان التفكير البشري في هذه الحقبة محدود وله خصوصيته، حيث كانت تتوجه تصورات الاطباء

<sup>193</sup> WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization. 2009.

حول المرض والموت والشفاء الى الشعوذة والسحر، او ما يسمى بالفلكور الطبي الذي يقصد به معالجة المريض بإحياء حفلات من الرقص والتشويش وجميع حيل السحر، إضافة الى استعمال اقصى أنواع التعذيب على المرضى، اعتقاداً منهم ان هذه الطريقة تطرد لعنة الشياطين، الى جانب هذه الطرق البدائية امن الأطباء في أواخر عصور ما قبل التاريخ بعلاج الروح والجسد، حيث اعتمدوا على فكرة إن إيمان المريض والطبيب بفعالية العلاج يحسن من الحالة الصحية للمريض ويسرع علاجه، سميت هذه الطريقة بالدواء الوهمي (في بعض المراجع العلاج الوهمي)، لاتزال هذه الفكرة قائمة في العصر المعاصر.<sup>194</sup>

استمرت الممارسة الطبية لسنوات على هذا النحو من القسوة والتخلف الى غاية اكتشاف الإنسان للكتابة حيث تقيد الأقراص الطينية الحاملة للأختام المسمارية التي عثر عليها العلماء ( المتواجدة حالياً في متحف اللوفر في فرنسا) والتي تعود الى هذه الحقبة الزمنية ان سلوك الطبيب او ممارس الطب سواء كان عرافاً او مشعوذاً بدا في الاعتدال والانضباط واتباع أساليب علاجية أكثر لطفاً وسلامة للمرضى هذا التغيير لم يكن محل الصدفة فالأدلة التي تم العثور عليها أيضاً وثقت اهتمام رجال الحكم في الشرق الأوسط القديم (الحضارة البابلية) بشعوبهم خاصة الطبقات المرموقة حيث تعتبر مدونة الحمورابي المنقوشة على احد الاعمدة الحجرية اول مدونة في تاريخ البشرية تنظم سلوكيات الأطباء برغم انه لم يصلنا الكثير حول الطب البابلي الا انه في الحقيقة قد مهد الطريق الى الإنجازات العظيمة التي حققتها الحضارة الفرعونية من تطور الطب وممارسته وعلو مكانة الطبيب حيث اقترن الطب في هذه الفترة بالسلطة واقتصرت هذه المهنة بشكل كبير على أصحاب القرار في الدولة مثل "محتوب" اول طبيب في العالم والذي كان يشغل منصب رئيس وزراء الملك زوسر في الالفية الثالثة قبل الميلاد هذا التزاوج بين الطب والسلطة ساعد على ترقية سلوك الطبيب وتحسين معاملته للمرضى من جهة لكن غير مفهوم الأساسي للتطبيب من جهة أخرى حيث أصبحت أهلية الطب تمنح على أساس السلطة وليس المهارة. فتميز سلوك الأطباء آنذاك بالعنصرية والتفرقة.<sup>195</sup>

لقد وجدت الحضارة اليونانية الأرض الخصبة لتحقيق ما عجز عنه الأطباء المصريين فقد ساعد التفكير المنطقي الذي انتهجه ابقراطيون على فهم الصحيح للمرض ومسبباته الجسدية ونبذ فكرة ان المرض عقاب او لعنة (يجدر الإشارة الى ان ابقراط ليس لقب دال على شخص واحد وانما هناك عدد من الأطباء الذين نبغوا في الطب آنذاك ولقبوا بأبقراط) كما تميز سلوك اطباء اليونان بالبحث والتحري عن كل ما يخص المريض وبيئته حيث نجد في احد الجمل المشهورة لأبقراط "طبيعتنا هي أطباء امراضنا" وهذا دليل على اهتمام الطبيب بالمحيط الذي يتواجد فيه المريض من مياه هواء ومكان... الخ بالإضافة الى تركيز الطبيب اليوناني على مسار المرض والنتيجة المتوقعة له ومن اهم موروثات هذا العصر ميثاق سلوك الطبيب المجسد في قسم ابقراط المعروف بعد الحضارة اليونانية اهتمت

<sup>194</sup> Robert. G Richardson, Philip Rhodes, Douglas James Guthrie and al. In ENCYCLOPÆDIA BRITANNICA. History of Medicine[Online]. 23 Jan 2020. Available on « <https://www.britannica.com/science/history-of-medicine> ». [Consulted on 01 April 2020 at 04.09].

<sup>195</sup> Ibid.

الروم بالتعليم والتجربة ومن بين اهم الأطباء الفلاسفة آنذاك "ارسطو" فقد تميز سلوكه بالشجاعة والمخاطرة من اجل علاج المريض كما انتقل الطب من المدنيين الى العسكريين فاصبح هناك الأطباء الضباط الذين عرف سلوكهم بالجدية والتأقلم مع مختلف الظروف اثناء الحروب لكن بعد سقوط روما تغير هذا الواقع كليا فاهمل التعليم والمعرفة وسلم الطب الى الكنائس وانتشرت الطرق العلاج البدائية وتوجه المريض الى الصلاة والتوبة لشفاء وبالتالي عاد سلوك الطبيب الى صورته الأولى من الشعوذة والتعذيب.<sup>196</sup>

استمر سلوك الطبيب في التراجع مهنيا واخلاقيا الى غاية ظهور الإسلام واقامت الدولة الإسلامية حيث اعتبر هذا العصر الانطلاقة الحقيقية لمختلف العلوم وعلى راسها الطب وذلك من خلال اهتمام السكان ببيئتهم واتباعهم لأصول النظافة مثل الوضوء والطهارة ونصائح وارشادات الرسول صلى الله عليه وسلم حيث نجد ما يقارب ثلاثمائة حديث نبوي متعلق بصحة المسلم من بينها قول الرسول صلى الله عليه وسلم خمسة من الفطرة الاستحداد أي حلق شعر العانة والختان وقص الشارب ونتف الابط وتقليم الاظافر وقوله أيضا يا أيها ناس تداووا فان الله لم ينزل الداء الا انزل الدواء<sup>197</sup> بسبب حث الإسلام على العلم والمعرفة تطور الطب بشكل مبهر في العهد العباسي والاموي وهذا راجع ايضا الى المخطوطات اليونانية و الرومانية التي لم يكتفي العلماء بترجمتها فقط بل اضافوا عليها العديد من الاكتشافات العلمية الجديدة فكانوا اول من بنى المارستانات والمستشفيات المستقرة والمنتقلة ودور العلم ومدارس الطب (بيت الحكمة)<sup>198</sup> اما سلوك الطبيب فقد اتسم بالرحمة والعطف في التعامل مع المرضى فكان المريض قبل خروجه من المستشفى يعطى الكسوة ونفقة الغذاء والأدوية اما من الناحية السريرية فكان السلوك احترافي وجد متقن فتميز الطبيب العربي بالحذاقة والعلم والمعرفة والخبرة والأمانة وحفظ اسرار المرضى واعتمد أسلوبه في الأساس على تقديم الارشادات والنصائح حول العادات الصحية (الطب الوقائي) وكانت الخدمات الصحية ممتازة حيث يتم متابعة المريض صباحا ومساء حتى الاسرى حظوا بمتابعة صحية منظمة. الطبيب من جهته أيضا حظي بمكانة مرموقة وقرر عالي من التقدير والاحترام كما عرف العهد الإسلامي اول ممارسة نسائية للطب في تاريخ البشرية الطبية "زينب الاودية"<sup>199</sup>.

الطبيبة زينب الاودية: طبيبة عربية اشتهرت بحكمتها الواسعة بالطب كانت خبيرة بعلاج ومداواة العين.  
-انظر:

ابن ابي أصيبعة. عيون الانباء في طبقات الأطباء. دار الوهبة للطباعة. القاهرة. 1882.  
ابوبكر الرازي: طبيب خبير وذو معرفة واسعة تراس عدة مستشفيات في بغداد كما اهتم بالفلسفة والموسيقى والكيمياء من أشهر مؤلفاته كتاب الحاوي في الطب.  
-انظر:

Islamic Culture and the Medical Arts an Exhibit at the National Library of Medicine. 1994.

ابن سينا: أبو علي الحسين بن عبد الله بن سينا معروف بين العرب بلقب سيد الحكماء وأطلق عليه الغرب اسم امير الأطباء طان نابغا في الطب والفلسفة والفن واللغة قيل انه كتب 450 عمل نجى منها 240 ومن أشهرها كتاب الشفاء وكتاب القانون في الطب.  
-انظر:

Samir S Amr and Abdelghani. Ibn Sina: Prince of Physicians. Ammals of Saudi Medicine, 2007, V27, N°02.

<sup>196</sup> Robert. G Richardson, Philip Rhodes, Douglas James Guthrie and al. Op\_cit.

<sup>197</sup> الدكتور نهاد عباس زينل. الإنجازات العلمية للأطباء في الاندلس وأثرها على التطور الحضاري في أوروبا -القرون الوسطى- 92-91/91-92-  
1492م. الطبعة الأولى. لبنان: دار الكتب العلمية، بيروت، 1971، ص 92-93.

<sup>198</sup> المرجع السابق. ص 94-97.

<sup>199</sup> المرجع السابق. ص 94.

انقسم سلوك الأطباء في هذه الفترة الى مجموعتين الأولى تتميز بالتشخيص الدقيق للمرض وعلاجه معتمدة على الفلسفة كوسيلة لبلوغ العلاج ومن بين أنصار هذا الاتجاه الطبيب "أبو بكر الرازي" الذي عمل على ضبط اخلاقيات الطبيب اثناء مزاولته لمهنته اما المجموعة الثانية فهم خريجي بيت الحكمة الذين درسوا الطب على انه جزء من المعرفة فاهتموا بالمرض واسبابه لاستكمال معرفتهم وبالتالي اعتمدوا على المنهج المنطقي فسميو بفلاسفة الطب وعلى ارسهم الطبيب "ابن سينا" الذي كان اول من اهتم بقانون الطب من خلال شغله لعدة مناصب في محكمة.<sup>200</sup>

يشهد التاريخ على الإنجازات العلمية العظيمة للأطباء في عهد الإسلامي وبالتالي أصبحت كل الإنجازات الأوروبية وغير الأوروبية التي تم تحقيقها فيما بعد مجرد احياء للإرث الإسلامي حيث اثناء الحروب الصليبية تأثر الغرب بالتطور الحضاري الذي وصل اليه العرب خاصة مع انتشار الجهل والتخلف في اوروبا في القرون الوسطى فشهدت المدارس العربية العديد من الأطباء الوافدين لتعلم أصول ممارسة الطب العلمي<sup>201</sup> ومع مطلع القرن الرابع عشر بدأت اوروبا في استعمال مصطلح الصحيح للطب والطبيب بعيدا عن السلطة والشعوذة فاعتمدت على مناهج علمية وتجريبية عديدة الى غاية القرن السابع عشر حين اعترف الغرب في فشلهم في إيجاد منهج مغاير لما اعتمد عليه الأطباء العرب فتوجهوا نحو الاهتمام بالسريير بدل المضاربة في الآراء ويعتبر هذا القرن بداية الممارسة الطبية الحقيقية في أوروبا.<sup>202</sup>

في القرن الثامن عشر اتجه سلوك الأطباء نحو الوقاية واعتمدوا على تقديم الممارسة الصحيحة للقواعد الصحية للمرضى مثل التطعيم والنظافة كما ركزوا على نشر العلم ومعرفة الطبية واستعانوا بالأدوات الطبية (اختراع السماعة الطبية في فرنسا) حيث ساعدت هذه الأدوات الأطباء في تشخيص الامراض وإيجاد العلاجات المناسبة وفي القرن التاسع عشر استطاع الأطباء تطوير نظرية الجرثومة وانشاء معاهد باستور للتحليلات والأبحاث البيولوجية مما سهل العمليات السريرية وحسن من السلوك الطبيب وقدرته العلمية<sup>203</sup>.

أما القرن العشرون فقد كان نقطة التحول في تاريخ سلوك الطبيب حيث تغير الفكر السريري بشكل كلي من إبقاء المريض على قيد الحياة الى الحفاظ على لياقته والبحث عن أفضل طرق العيش فاهتم الطبيب بالإحصائيات والمؤشرات الصحية مثل مؤشر العمر ووفاة... الخ كما سمحت التكنولوجيا والثورة المعلوماتية بتعزيز التواصل بين الأطباء والباحثين والعلماء وبهذا فقد أصبحت القاعدة الاساسية لممارسة الطب قائمة على العمل الجماعي لذلك من الصعب نسب الإنجازات الطبية المحققة في الآونة الاخيرة لفرد معين اما<sup>204</sup> من ناحية المريض فاصبح الطبيب مجبر على تعديل سلوكه واسلوبه ليتماشى مع المستوى المعرفي الجديد الذي اكتسبه المريض من جراء الثورة المعلوماتية الحاصلة في هذا القرن حيث اصبح الطبيب مطالب بتحرير هامش معين للمريض اثناء الممارسة الطبية

<sup>200</sup> المرجع السابق. ص 98  
<sup>201</sup> المرجع السابق. ص 377-390.

<sup>202</sup>Robert. G Richardson, Philip Rhodes, Douglas James Guthrie and al. Op\_cit.

<sup>203</sup>Ibid.

<sup>204</sup>Ibid.

من أجل تبادل المعلومات والحوار حول الوضع الصحي له هذا الهامش يسمح للمريض بالمشاركة في علاجه ومنه يعزز ثقته بالطبيب وبنجاح العملية العلاجية ككل وبالتالي يكون الطبيب قد عاد الى تبني فكرة علاج الروح والجسد القديمة.<sup>205</sup>

أدى استمرار الانفجار المعلوماتي والتطور التكنولوجي الذي شهده القرن العشرين الى تصاعد اتجاهين رئيسيين في قضايا الصحة هما النمو والتميز حيث نمت الطلب العام للخدمات الصحية مما وضع الأطباء تحت ضغط المستمر (الاجهاد الوظيفي والاحترق النفسي لطاغم الطبي) إضافة الى الأرقام الخيالية للتكاليف الصحية التي رافقت هذا النمو اما التمايز فعدد الاطباء تخطى أربع او خمس اضعاف ما كان عليه في القرن الماضي التخصصات الطبية هي الأخرى قاربت الثلاث اضعاف وبالتالي اصبح المستشفى يشبه المطار في كثرة الاكتظاظ والاحتكاك بين الأطباء مما ولد نوع من الصراعات داخل نفس المصلحة كل هذه التغييرات السريعة اثرت على سلوك الطبيب الذي رغم المعرفة العلمية المتطورة التي بات يملكها إلا أنه لا يمكن اخراس صوت الاستياء العام الذي يحيط بمكانته فقد اصبح يواجه بشكل يومي تقريبا علاجات جديدة ورائعة ومرضى وافدين بأراء متنوعة حول طرق العلاج (العلاج الروحاني العلاج الطبيعي... الخ) خاصة بعد اتجاه كليات الطب نحو الاعتماد على المعرفة والتقنيات العلمية كركيزة للممارسة الطبية مهملين بذلك أهمية الوقائع واسس التطبيقية فاصبح واقع الطبيب ملخص في معرفة علمية واسعة وخدمة فعلية محدودة هذه الصورة القائمة التي بدى عليها الطبيب في بداية القرن الواحد والعشرين أصبحت تتغير تدريجيا حين تبني الأطباء استراتيجيات جديدة اكثر فعالية قائمة على تعزيز الصحة الفرد بدل علاج المرض وذلك من خلال توعية المرضى وارشادهم بالأضرار والاطار المختلفة كالتدخين والكحول مثلا من اجل تحقيق هذه الغاية يعمل بعض الباحثين في الآونة الأخيرة على تطوير نموذج سلوكي لطبيب قائم على الثقة بالنفس العالية وتحسيس المريض بقوة وسلطة الطبيب او ما يسمى بشخصية الجنرال من اجل خضوع المريض للإرشادات من ناحية أخرى حافظ الطبيب على السلوك اللين في تعامله مع مريضه واصبح سلوكه يعتمد على الاستماع والتواصل والتبادل ليكون المريض.<sup>206</sup>

## 2.2. الاسهامات النظرية لبعض الباحثين:

لقد تم الاهتمام بسلوك الطبيب منذ أكثر من 1500 سنة، بداية بأبقراط وجالينوس الى ابن سينا والرهبان المسيحيون في القرون الوسطى، فنجد ان اليونانيون كانوا حازمين جدا في ضبط أسلوب وهيئة الطبيب امام مرضاه،<sup>207</sup> بدليل أحد نصوص المنشورة لأبقراط، والذي يقول فيه:

<sup>205</sup> بن مغنية قادة. الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي. مرجع سبق ذكره. ص112.

<sup>206</sup> Astrid Nøklebye Heiberg. The doctor in twenty first Century. British Medical Journal, 19-26 December 1987, Volume 295, N°6613, P.1602-1603.

<sup>207</sup> Barry D, Silverman MD. Op\_cit. P59.

«... يجب على الطبيب أيضًا أن يكون سرّيًا، عفيًا جدًا، رصينًا، وليس رُبالةً نبذًا، ويجب أن يكون شديد الحساسية في كل شيء، لأن هذا هو ما تتطلبه المهنة. يجب أن يكون له مظهر ونهج مميز. يجب أن يكون كل شيء باعتدال، لأن هذه الأشياء مفيدة، لذلك يقال. كن جادًا في مقاربتك للمريض، ليس برأس متغطرس (متغطرسًا) أو بتردد بمظهر منخفض، ولكن برأس مائل قليلاً كما يتطلب الفن...»

يجب أن يمك رأسه بتواضع وبالتساوي؛ لا يجب أن يكون شعره ناعمًا للغاية، ولا لحيته مجعدة مثل شعر الشباب المتدهور. الجانبية تعني اتساع الخبرة. يجب أن يقترب من المريض بخطوات معتدلة، وليس بصخب، ويحذق بهدوء في السرير المريض. يجب أن يتحمل بهدوء إهانات المرضى لأن أولئك الذين يعانون من أمراض حزنية أو محمومة من المرجح أن يلقوا بكلام شريير على الأطباء...»<sup>208</sup>

ركزت توصيات أبقراط على أخلاق، ومبادئ، وهيئة الطبيب أثناء مزاولته لمهنته، وتجاهلت الجوانب الأخرى من سلوكه، كاتخاذ القرارات العلاجية والحكم البشري على الحالات المرضية في درجات الخطر المختلفة، وكفاءته المهنية وغيرها من السلوكيات، لكن برغم من ذلك ظلت أفكار أبقراط سارية المفعول ولم يطرح الاشكال حول ما ان كانت سلوكيات الأطباء صائبة ام خاطئة، ولم يجرا احد على تحكيم تصرفاتهم، لكن التغييرات الحديثة في العالم وتطور الذي وصلت اليه مهنة الطب في السنوات الماضية، غير من إيديولوجيات أصحاب هذه المهنة، حيث أصبحت سلطة العلم فوق كل اعتبار، هذه الحقيقة الجديدة أنتجت واقع طبي غني بالمعلومات الطبية، مما عقد عملية اتخاذ القرار الطبي بالنسبة للطبيب من جهة، وساعد في تلاشي مفاهيم التعاطف والشفقة من جهة أخرى، خاصة في ظل الإلحاح المريض على المنتجات الصحية ذات الجودة العالية، هذه الأسباب كانت كفيلة بوضع سلوك الأطباء تحت مجهر الدراسة، حيث من بين اول التفاصيل التي لاحظها العلماء في دراستهم، هو ان من الخطأ الخط بين اخلاق الطبيب ومبادئه وسلوكه، كما ورد في نص ابقراط أعلاه، فالأول يتمحور حول احترام الغير وتقديره ومعاملته بالحسنى، كما ان اخلاق الطبيب تلقن في صلب العائلة وليس في كليات الطب، اما ثانيا فمبدأ الطبيب يكتسبه من خلال التعليم الذي تلقاه في كليات الطب او ما يعادلها، ويجب عليه الالتزام به لأن مخالفة أي مبدأ تضعه امام المسائلة القانونية، من مبادئ الطبيب نجد: السرية<sup>209</sup> والمنطقية<sup>210</sup>، اما اخيرا فإن سلوك طبيب يجمع كل من الخلق والمبدأ، بالإضافة الى التصرفات الظاهرة والخفية، وكل الأنشطة التي يقوم بها الطبيب اثناء العملية العلاجية وخارجها.<sup>211</sup>

لقد فتح هذا التصحيح لإرشادات أبقراط العديد من الرؤى حول سلوك الطبيب، اذ تم توسيع النظرة التحليلية المتداولة لهذا الموضوع، لتشمل كل أنشطة السريرية وغير السريرية التي يقوم بها، ففيما سبق كان ينظر لطبيب تحت قيد صانع القرارات السريرية غير ان الحقيقة أكبر من هذا، فالطبيب اليوم هو المقاول الذي يسعى الى تحقيق المنفعة

<sup>208</sup> Carmichael AG and Ratzan RM. Anonymous Admonitions of Hippocrates of Learning the History of Medicine. New York: Hugh Lauter Levin Associates, Medicine: A Treasury of Art and Literature. 1991. PP53-54.

<sup>209</sup> John William. Op\_cit. P20.

<sup>210</sup> Ibid. P14.

<sup>211</sup> Ibid. P 8.

المتكاملة للمريض مع التسيير العقلاني للموارد المتوفرة، وهذه النظرة الحديثة لسلوك الطبيب سمحت بتمييز ثلاث أوجه له: <sup>212</sup>

-المهام الأساسية: الأنشطة التسييرية التي يقوم بها الطبيب، مثل: تقييم الكفاءات الطبية والمرافق الصحية وتجهيزها...الخ.

-التقنيات التحليلية: الأنشطة التخطيطية والمحاسبية، مثل: تحليلات الفعالية والتكلفة والربح والجودة...الخ.

-المواضيع المركزية: الأنشطة السريرية والمتعلق بالمريض وعلاجه.

لقد ساعدت هذه التفاصيل العلماء على التحضير الارضية الخصبة التي تم فيها دراسة سلوك الطبيب واهم العوامل المؤثرة فيه، كما سمحت برسم وهيكله عدد من النظريات العلمية المجسدة للسلوك، والجدول التالي يعرض جميع النظريات العلمية المنشورة في العالم على مر السنين ومعترف بمصداقيتها كأداة تحليلية فعالة.

المحتوى	الباحث	النظرية العلمية
تعتمد النظرية في تحليل اثار العواطف على الحكم السريري الذي يتخذه الطبيب، حيث تبين النظرية ان عواطف معينة يمكنها ان تغير مسار العملية العلاجية، وتعكر المناخ التحفيزي لها، وبالتالي كفاءة بتغيير سلوك الطبيب برمته، على سبيل المثال: عصبية المريض تستفز شعور الطبيب، مما يؤدي الى اضطراب سلوكه واحكامه واختياراته. <sup>213</sup>	ليرنر وكيانتر	نظرية ميل التقويم
تركز النظرية على كفاءة الطبيب في صنع القرار في الظروف المحفوفة بالمخاطر ومكونات هذه الكفاءة، حيث تشرح النظرية كيفية التقويم الذاتي للفرد بين الاحتمالات (ما يعتقد) والقيم (الى ما يسعى)، من خلال دراسة تحليلية للقرار السريري	فيشوف	نظرية اطار اتخاذ القرار السلوكي

<sup>212</sup> Valerie, F and Rayan, PHD. Theories of Medical Decision Making and Health: An Evidence-based Approach. Medical Decision Making. 2008. Volume 28. N° 06. PP 826-833.

<sup>213</sup> Lerner, Jemifier. S, Seunghee Han and Dacher Keltner. Feelings and Consumer Decision Making: Extending the Appraisal-Tendency Framework. Journal of Consumer Psychology. 2007. Volume 17. N°03. PP 181-187.

<p>وتفضيلات الطبيب، ويضيف فيشوف تأثير العوامل الاجتماعية على عملية صنع القرار.<sup>214</sup></p>		
<p>تقتض النظرية ان الطبيب ينتهج سلوكا معيناً بناءاً على مزيج من الأنظمة المعرفية (الحدس والترجمة البديهية للأحداث) والأنظمة التجريبية (التفكير وتحليل الأحداث) في بعض المراجع الغربية يطلق عليهما اسم التفكير السريع والتفكير البطيء وتتناول النظرية ان الأطباء الأكثر خبرة تعتمد على النظام المعرفي أكثر من التجريبي عكس الأطباء المبتدئين لكن هذا لا يعني ان سلوكهم صائب.<sup>215</sup></p>	<p>ابشتاين</p>	<p>نظرية المعرفي-التجريبي "النظرية العملية المزدوجة"</p>
<p>تعتبر النظرية من بين الاسهامات الاقتصادية في قضية "سلوك الطبيب"، حيث تتناول الفائدة أو المنفعة المتوقعة من اجراء معين، وذلك بدراسة كل الاحتمالات المتوفرة امام الطبيب واختيار الاجراء الموافق لأكبر قيمة ممكنة، دون اهمال مستوى المخاطرة في كل احتمال، على سبيل المثال: نتائج تحليل مريض تبين انه مصاب بورم سرطاني في مراحل متطورة، الطبيب في هذه الحالة أمام خيارين (احتمالين): أما الإفصاح عن الحقيقة، أو التكتّم خوفاً من تردي الحالة النفسية للمريض</p>	<p>ادواردز 1992</p>	<p>نظرية المنفعة المتوقعة</p>

<sup>214</sup> Valerie F, Rayna and al. Current Theories of Risk and Rational Decision Making. Editorial Review. 2008. Volume 28. PP 1-11.

<sup>215</sup> Shu Wen Tay, Paul Ryan. C, Anthony Rayan. Systems 1 and 2 Thinking Processes and Cognitive Reflection Testing in Medical students. Canadian Medical Education Journal. 2016. Volume 07. N° 02. PP 97-103.

<p>والاكتفاء بإخبار اهله فقط، يجب دراسة كل احتمال على حدا وتقصي الاحتمال الأكثر فائدة.<sup>216</sup></p>		
<p>تقوم النظرية على فرضية ان الطبيب الخبير يخزن في ذاكرته الامراض على شكل نصوص، تحتوي على معلومات منظمة يسهل استرجاعها عند الضرورة، لتفسير المعلومات الجديدة او تنبئ بها، مما يسمح للطبيب باتخاذ القرارات السريرية بسرعة، كما تقدم النظرية شرحا مفصلا حول محتويات هذه النصوص، حيث يتضمن كل سيناريو مرض معين يشمل: الخطأ (الاليات الفسيولوجية المرضية)، الظروف التمكينية ( صفات المريض وظروف المحيط به، والعواقب (الاعراض، تكرار الحدوث، الأنشطة التشخيصية، والمسار العلاجي).<sup>217</sup></p>	<p>فان شيك 2005</p>	<p>نظرية سيناريو المرض</p>
<p>هي نظرية الاقدم من بين جميع النظريات المقدمة لتفسير سلوك الطبيب، تم رجوع لها بعض الطرح الذي قدمته نظرية المنفعة المتوقعة، حيث استعملت نظرية الاحتمالية كتنقد لهذه الأخيرة،<sup>218</sup></p>	<p>تفرسكي وكانيمان 1981</p>	<p>نظرية الاحتمالية</p>

<sup>216</sup> ENCYCLOÆDIA Britannica. Expected Utility: Decision Theory, Written by Daniel. E Palmer[Online]. Available on « <https://www.britannica.com/topic/expected-utility#accordion-article-history> ». May 2016. [Consulted on 05 April 2020 at 02:18].

<sup>217</sup> Yvette Keemink, Engene J F M Custers, Savannah Van Dijk and Olle Ten Cate. Illness Script Development in Pre-Clinical Education Through Case-Based Clinical Reasoning Training. International Journal of Medical Education. 2018. Volume 09. PP 35-41.

<sup>218</sup> Daniel Kahnemen and Amos tversky. Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk. Econometrica Journal. March 1979. Volume 47. N° 02. PP 263-292

<p>يتناول الباحثان تفرسكي وكانيمان قدرة الأطباء على اتخاذ القرارات السريرية تحت الضغط والخطر، ويبرز ان الفرد بالعموم يتوجه نحو تحمل الخطر ليتجنب الخسارة، على سبيل المثال يخضع الطبيب المريض للعملية العلاجية التي تقدر نسبة الخطر فيها بـ 5% لتجنب خسارته في حالة عدم اجراء العملية.<sup>219</sup></p>		
<p>ترتكز النظرية على قوة الأدلة والحقائق لكل احتمال (اجراء سلوكي)، حيث يؤدي تفكيك ووصف الاجراء بشكل مفصل ومعمق الى زيادة اعتماده من طرف الطبيب<sup>220</sup>، كما تقترض النظرية ان الاوصاف المختلفة لنفس الحدث يؤدي الى احكام سريرية مختلفة<sup>221</sup>.</p>	<p>تفرسكي وكوهلر 1994</p>	<p>نظرية الدعم</p>

المصدر: من إعداد الطالبة.

#### الجدول (07): النظريات العلمية المفسرة لسلوك الطبيب.

► ملاحظة: يعرض الجدول السابق جميع النظريات العلمية التي قدمها الباحثين في جميع انحاء العالم في سنوات الماضية، ويجدر بنا الإشارة الى انه اثناء اعداد المذكرة صادفنا العديد من النظريات القابلة للتطبيق نظريا، لكن لم نطرحها لقلة الاختبارات التجريبية الخاصة بها.

<sup>219</sup> Behavioraleconomics.com. Prospect Theory[Online]. Available on

«<https://www.behavioraleconomics.com/resources/mini-encyclopedia-of-be/prospect-theory/>».

[Consulted on 07 April 2020 at 22 :11].

<sup>220</sup>Rottenstreich Y, Tversky A. Unpacking, Repacking and Anchoring: Advances in Support Theory. Psychological Reviews. 1997. Volume 104. N° 02. PP 406-415.

<sup>221</sup> Derek J Koehler. Support Theory: A Nonextensional Representation of Subjective Probability. Psychological Reviews. 1994. Volume 101. N°04. PP 547-567.

لقد حققت النظريات السابقة نجاحا مبهرا في تحليل سلوك الطبيب وتبسيط عملية اتخاذه للقرارات، لكن المثير للدهشة ان النظريات اثبت أيضا، انه برغم من ان الطب يعتبر علم بيولوجي عقلائي، الا انه يقوم على الافتراضات والاحتمالات بنسبة كبيرة، وذلك لعدم وجود نظرية علمية تنبؤيه متماسكة وقائمة على الأدلة يمكن الاعتماد عليها في اتخاذ القرارات الطبية، وبالتالي تستخدم كمرجع لتفسير سلوك الطبيب او التنبؤ به<sup>222</sup>، وهذه النتيجة يمكن التأكد من صحتها بالنظر الى الواقع المعاش، حيث نلاحظ ان اثناء انتشار وباء "كوفيد-19" في العالم سنة 2020 توجهت الحكومات الى تطبيق البروتوكول العلاجي الذي استعمل للقضاء على فيروس الايبولا في سنة 2014 كعلاج لحالات الإصابة بفيروس "كوفيد-19"، وبالتالي استعمال نفس الأساليب السريرية التي طبقت على مرض معين في فترة زمنية معينة على مرض جديد ومكان وزمان جديان، يعزز من نتائج الباحثين حول ان سلوك الأطباء يستند في الغالب على الاحتمالات والافتراضات، رغم ان هذه الحقيقة المخيبة للأمل نوعا ما، الا انها وجهت الباحثين الى التركيز على "ما قبل سلوك الطبيب"، ويقصد به طريقة تفكير الطبيب واستيعابه للظروف المحيطة به باعتباره الفاعل المهيمن والموجه للعملية العلاجية، هذه الفرضية الجديدة التي ركزت على البحث عن النظرية العلمية السلوكية التي تجعل عملية صنع اتخاذ القرار البشري في توافق اوثق مع الاختيار المعياري الأمثل، حفزت الباحثين على اجراء العديد من الدراسات العلمية، اثمرت في الأخير بطرح عدد من النظريات العلمية، التي تم اعتماد ثلاث منها (نظرية التتبع الضبابي، نظرية المنفعة المتوقعة، نظرية الاجراء العقلائي)<sup>223</sup>.

### أ. نظرية المنفعة المتوقعة:<sup>224</sup>

لقد طرحت النظرية في اول اصدار لدراسة سلوك الطبيب، ثم تم تفعيلها لدراسة طرق تفكيره واتخاذها للقرارات السريرية وغير السريرية، تعبر نظرية المنفعة المتوقعة عن المثالية المعيارية في اتخاذ القرارات المناسبة والدمجة لكل من تفضيلات المريض والموارد المتوفرة والأدلة العلمية في ظل اللايقين، وبما ان النهج الطبي يتجه رويدا رويدا نحو نهج تعاوني حقيقي قائم على المسارات التفاوضية والاشتراكية بين الطبيب ومريضه، فان هذه النظرية تقي بالغرض في فهم طريقة تقييم الطبيب للاقتراحات المريض المتماشية مع الاقتراحات العلمية المتوفرة امامه.

يتخذ الطبيب قرارا بناءا على هذه النظرية، من خلال الحساب الدقيق لقيمة الفائدة في كل احتمال، واختيار الاحتمال الحامل لأقصى قيمة، في الكثير من الأحيان لا يكون الطبيب عقلائي ومثالي في قراراته، وهذا راجع الى الفهم الخاطئ للاستدلالات المعرفية اثناء محاولته لاكتشاف حقيقة الوضع الصحي، هذا الخطأ من شأنه التسبب في تشويه المعلومات، وبالتالي تحكيم الاحتمالات من الزاوية الخاطئة، مما يؤدي الى قرارات متحيزة لا تخدم المريض ولا تخدم

<sup>222</sup> Valerie, F and Reyna, PHD. Op\_cit. PP826-827.

<sup>223</sup> Valerie, F and Reyna, PHD. Theories of Medical Decision Making and Health: An Evidence Based Approach. Op\_cit. P828.

<sup>224</sup> Brian J Cohen. Is Expected Utility Theory Normative for Medical Decision Making. Sage Journals. 1996. Volume 16. N°01. PP 1-6.

المهنة، لذلك يجب على الطبيب توخي الحذر اثناء تقييمه للاقتراحات والاختيارات، عليه ان يكون مطلع على كل جوانبها (إيجابيات وسلبيات)، إضافة الى ضرورة اعتماده على الطرق العقلانية والموضوعية في تحليل كل احتمال.

#### ب - نظرية التتبع الضبابي<sup>225</sup>:

يمكن إيجاد النظرية تحت تسميات مختلفة منها: نظرية التتبع الضبابي، او التتبع الغامض، او المسار المشوش، تعتبر هذه النظرية من أشهر نظريات العصر، فقد استعملت في فهم عدد كبير من الظواهر العلمية في ميادين مختلفة، منها: البرمجة المعلوماتية، وسلوك المستهلك، والرياضيات، والعلوم الصحية... الخ.

تقوم نظرية التتبع الضبابي على فرضية مهمة مفادها ان تمثيلات الذاكرة البشرية تنقسم الى:

**التمثيل الحرفي:** لغة الحياة اليومية المتداولة من معلومات بمختلف اشكالها (اللفظية، المكتوبة: الأرقام، الرسوم البيانية، الصور، مقاطع الفيديو، التمثيل الحرفي هو التمثيل البسيط، السطحي، الدقيق والكمي.

**التمثيل الجوهرية:** اللغة المشفرة الغامضة والنوعية، ويقصد به المعنى الأساسي والخفي للمعلومات الحرفية.

يعرف التمثيل الجوهرية على انه التفسير الشخصي للمعلومات والملاحظات، يقوم هذا التفسير على عدة مؤشرات منها: العاطفة، الخبرة، الثقافة وغيرها، ان اختلاف هذه العوامل من شخص الى اخر، يؤدي الى اختلاف التمثيلات الجوهرية.

تقترح نظرية التتبع الضبابي انه في المواقف الخطرة والمصيرية يتوجه الأطباء ذوي الخبرة الى تبني التمثيلات الجوهرية، وذلك باستخدام عملية صنع القرار البديهي بدلا من التفكير في الأرقام والتحليلات الأكثر التداولية، حيث يقوم الأطباء بالاطلاع على الاحتمالات، ويتم اختيار مسار العمل على الفور بدون دراسة تفصيلية وتقييم البدائل المقترحة، على سبيل المثال: انخفاض ضغط الدم الكبير، تسرب الدم من العين والانف، وفقدان الادراك والوعي... الخ، هذه الملاحظات في الأوقات الحرجة بالنسبة للطبيب الخبير تكون كفيلة بتشخيص حالة المريض بوجود نزيف داخلي على مستوى الرئة، دون اللجوء الى التصوير المقطعي للصدر، بالتالي فان القراءة البديهية للمعلومات، تسمح باتخاذ القرار الفوري للعملية الجراحية لتصريف الجوف الجنبى واغلاق مصدر النزيف، مما يؤدي الى انقاذ الحياة المريض. ان هذه الطريقة في اتخاذ القرارات تسمى "ممارسة الطب المبني على البراءة"، لكن رغم ان اتخاذ القرار الفوري يسمح بربح الوقت وتدارك الحالة الصحية للمريض او الوضع بصفة عامة، الا ان هذه الممارسة تؤدي أيضا الى ارتكاب الكثير من الأخطاء، لهذا فقد تضاربت الآراء حول هذا السلوك، فهناك من اعتبره مجرد رأي سريري لا يمكن الاعتماد عليه، وهناك من اعتبره أحد أنماط الممارسة الطبية.<sup>226</sup>

<sup>225</sup> Valerie, F and Reyna. A Theory of Medical Decision Making and Health: Fuzzy Trace Theory. Medical Decision Making. 2008. Volume 28. N°06. PP 850-865.

<sup>226</sup> Bonnie Spring. Health Decision Making: Lynchpin of Evidence Based Practice. Medical Decision Making. 2008. Volume 28. N°06. PP 866-874.

برغم من ان نظرية تتبع الضبابي توحى للوهلة الاولى انها ذات طبيعة وصفية الى حد بعيد، الا ان البحث المعمق يبين ان النظرية تضم جانب معياري مهم، فهي تربط المعالجة الجوهريه لملاحظات الأطباء بالتطور المعرفي وسنوات الخبرة التي يحملونها، وبالتالي فان النظرية تضع التفكير البديهي (الجوهري) في قمة التطور عكس باقي التوجهات النظرية<sup>227</sup>.

### ج - نظرية الاجراء العقلاني<sup>228</sup>:

تم طرح نظرية الاجراء العقلاني لدراسة سلوك الطبيب الى جانب كل من نظرية السلوك المخطط ونموذج مراحل التغيير، الا ان الانتقاد التي تعرضت له النظريتين الأخيرتين أدى الى استبعادهم من الدراسة، وذلك لان نتائجهم في تحليل السلوك تدعو الى التعميم على العديد من السلوكيات، في حين ان سلوك الطبيب يختلف حسب المواقف ودرجات الخطورة، حيث يناقش الباحث "فيشين" في أحد مقالاته العلمية، فكرة ان المرء لا يؤدي نفس السلوك في سياقات مختلفة، الا إذا تكرر نفس الموقف والهدف والسياق وعناصر الوقت، في هذه الحالة يمكن التنبؤ بسلوكه. لاقت نظرية الاجراء العقلاني استحسان الباحثين في دراسة سلوك الطبيب، لأنها تركز على النية السلوكية باعتبارها أصل السلوك، حيث تفرض النظرية ان معتقدات الطبيب الشخصية حول اجراء معين، وقدرته على تقييم مرحلة ما بعد الاجراء (النتائج والعواقب)، تسمح بتوليد الرغبة في أداء الاجراء وكلما كانت المعتقدات والتقييمات تتجه نحو الايجاب، كلما زادت عزيمة الطبيب ورغبته في القيام بالاجراء، إضافة الى المعتقدات المعيارية (الأسس العلمية والمنطقية)، وارهء الزملاء واهل المعرفة حول الاجراء، فكلما اتجهت المعتقدات المعيارية والآراء (المعيار الذاتي) نحو الايجاب، كلما زاد تحفيز الطبيب في اداءه لهذا الاجراء، وبالتالي القيام به.

### 3. تحليل سلوك الطبيب:

#### 1.3. خصائص الطبيب:

في الآونة الأخيرة كثر الجدل حول الطبيب، وظهر تساؤل جديد في الوسط العلمي قائم حول المقارنة بين الطبيب الجيد والطبيب السيء، هذه المقارنة التي كانت فيما مضى ضرب من الخيال، باتت اليوم احدى الممارسات اليومية للمرضى ومرافقيهم، بحيث نلاحظ اقبال كبير على طبيب معين دون غيره من الأطباء، برغم من ان المسار الأكاديمي المتمثل لدى الجميع، لكن الاختلاف يكمن في شخصية الممارس الصحي والخصائص المهنية والأخلاقية التي يمتلكها كل طبيب، وفيما يلي قائمة بأهم الخصائص التي لا بد توفرها في الطبيب الناجح:

<sup>227</sup> Ibid.

<sup>228</sup> Ibid. P 871.

أ. التواصل:

الطبيب الان بحاجة الى الاستماع الجيد لمريضه، ليستطيع فهم الوضع الصحي الذي امامه، وبالتالي اختيار العلاج الأمثل، والانتقال من دور المستمع الجيد الى دور الموجه والمرشد للمريض، عملية التواصل الجيدة بين الطبيب والمريض تسمح برفع مستوى الاستجابة من كلى الطرفين الى الأعلى اثناء العملية العلاجية، المريض من جهته سيكون أكثر استعداد لتقديم كل المعلومات والاعترافات الخاصة بحالته الصحية، مما سيعزز الثقة بين الطرفين.<sup>229</sup>

ب- التعاطف:

الطبيب ليس روبرت يقدم الأوامر السريرية والتوجيهات الصارمة، هو بحاجة الى مهارات أكثر لين في تعاملاته مع المرضى ومع زملاءه والهيئات التنظيمية، كما ان فهم شعور المريض جسديا ونفسيا تجعل العلاقة العلاجية دافئة<sup>230</sup>، مما يشعر المريض بالراحة والأمان ويحفزه على الالتزام بالعلاج<sup>231</sup>.

ج- الشغف:<sup>232</sup>

ان إبداء الطبيب رغبته في مزاولة مهنته واستمتاعه بذلك، يجعل المريض مؤمن بقدره هذا الطبيب على مساعدته، عكس الممارس الصحي الذي يؤدي العمل الموكل اليه لمجرد التخلص من الالتزام.

د- الاحترافية:

ان البحث الكثيف حول معنى الاحتراف او الاحترافية في القواميس العلمية لا يعطي الكثير، لكن يبقى الخط العريض للمعنى قائم على الطريقة المناسبة والسوية لممارسة المهنة التطبيب، من خلال احترام الطبيب للمريض، وامتلاكه الكفاءة المهنية الكافية لأداء مهامه<sup>233</sup>، لهذا يشدد الباحثين في سلوك الطبيب على ضرورة الالتزام بالاحترافية في التعاملات الأولى مع المرضى، بحيث يشكل اللقاء الأول بين الطبيب والمريض حجر الزاوية في مستقبل العلاقة العلاجية بينهما.<sup>234</sup>

هـ - الثقة:

امتلاك الطبيب لسنين التعليم الأكاديمي الطويلة، تجعله الأكثر ثقلا وسيطرة في العلاقة العلاجية، مهما بلغ المستوى المعلوماتي للمريض، لكن للاستفادة من هذه القوة بدون تجاهل المريض يجب على الطبيب التحلي بثقة بالنفس

<sup>229</sup> Matthew O'Donnell. In Health eCareers. The 8 Vital Traits of the Ideal Physician [On line]. Martch 15,2019. Available on: « <https://healthcareers.com/article/career/8-vital-traits-of-the-ideal-physician> ». [Consulted on 05/06/2020 at 17:58]

<sup>230</sup> American University of Antigua (College of Medicine). The 7 Essential Qualities of Physician [On line]. Available on: « <https://www.auamed.org/blog/7-essential-qualities-physician-2/> ». [Consulted on 05/06/2020 at 18:10].

<sup>231</sup> Matthew O'Donnell. Op\_cit.

<sup>232</sup> American University of Antigua (College of Medicine). Op\_cit.

<sup>233</sup> Matthew O'Donnell. Op\_cit.

<sup>234</sup> American University of Antigua (College of Medicine). Op\_cit.

العالية، التي ستقوي مكانته وتشعر المريض بانه عند الطبيب المناسب الجدير بالثقة، برغم من غياب الضمان الذاتي لنجاعة العلاج في ظل اللائقين، يجدر بالطبيب عدم الارتباك او تحسيس المريض بغموض الحالة المرضية، لان مثل هذه المواقف تؤذي الى نفور المريض وبحته عن طبيب اخر، من جهة أخرى ثقة الطبيب بنفسه ستجعله ذو مكانة بين زملاءه والهيئات التنظيمية.<sup>235</sup>

#### و- المعرفة:

الطبيب باحث وتلميذ مدى الحياة، أي انه يجب ان يبقى على اطلاع دائم بكل التطورات العلمية الحاصلة من، خلال تحديث المعلومات العلمية التي اكتسبها في كليات الطب باستمرار، من اجل تقادي لحظات التصادم مع الحالات المرضية غير المألوفة، التي يمكن ان تتسبب في أخطاء تؤذي الى فقدان الثقة المريض.<sup>236</sup>

#### ز- الشمولية:

تعني خاصية الشمولية في سلوك الطبيب، ان يكون واعي ومثابر وسريع البديهة، بحيث لا يتجاوز أي تفصيل متعلق بالحالة المرضية مهما كان بسيط، وذلك من خلال الدقة العالية في تشخيص المرض، والاهتمام الكلي بالمريض، هذا النوع من التعامل يسمح للطبيب بالوصول الى العلاج المناسب، ويمنع تقاوم تدهور الوضع الصحي للمريض، هذا الأخير من جهته سيتشجع على طرح جميع انشغالاته، وهو واثق انها ستلقى اهتمام الطبيب مما سيعزز الثقة بينهما، وبالتالي نجاح العلاقة العلاجية.<sup>237</sup>

#### ح- أخلاقيات العمل القوية:

إن الالتزام بالقوانين والتعليمات العليا لا يكفي في الممارسة الطبية، فالمريض بالإضافة الى الاحترام<sup>238</sup>، هو بحاجة الى طبيب انساني بدرجة الأولى، يحاول قدر المستطاع تقليل الفارق المعرفي بينهما، من خلال الشرح المتواضع للتشخيص بمفردات بسيطة وواضحة، يجب على الطبيب ان يكون موضوعي وصريح في حديثه مع المريض ومرافقيه، مع ابداء المشاعر الرأفة والشفقة والرحمة وزرع الامل خاصة مع حالات الامراض المستعصية.<sup>239</sup>

<sup>235</sup> Ibid.

<sup>236</sup> Ibid.

<sup>237</sup> Matthew O'Donnell. Op\_cit.

<sup>238</sup> Ibid.

<sup>239</sup> American University of Antigua (College of Medicine). Op\_cit.

2.3. تفاعلات الطبيب:

أ- تفاعل الطبيب مع المريض:

تعتبر العلاقة العلاجية التي تربط الطبيب بالمريض من أهم العلاقات البشرية، ومع هذا فإن البحث عن تعريفها أو هيكلتها نموذج معين لها، يبقى أمر في غاية الصعوبة، وذلك لتغيرها حسب عدة عوامل موقفية (المكان، الزمان، الحالة الصحية للمريض... الخ)، لكن في الأساس فإن التفاعل العلاجي قائم على مبدأ القبول، سواء من ناحية المريض، من خلال قبوله لكافة الإجراءات العلاجية التي يقوم بها الطبيب (القبول الكتابي في حالات الجراحة)، أو من ناحية الطبيب من خلال قبوله بتقديم العلاج للمريض، والحفاظ على سرية معلوماته، واستقلاليتته والشرح الكافي له لكل الإجراءات والخيارات العلاجية للحصول على الموافقة المستنيرة منه.<sup>240</sup>

ان العلاقة التي تربط الطبيب بالمريض يجب ان تركز على أربع محاورهم:<sup>241</sup>

**المعرفة:** يقصد بها التعارف المتبادل لكل من الطبيب والمريض، بحيث لحظات التعارف الأولى في بداية الزيارة، تجعل التفاعل بينهما أكثر استجابة.

**الثقة:** تعني إيمان المريض بالكفاءة المهنية التي يمتلكها الطبيب، وإيمان الطبيب بمعتقدات وأفكار المريض، بحيث يؤدي أي ريب أو شك للمريض في قدرات الطبيب الى فشل العلاقة العلاجية، كما يؤدي استهزاء أو تجاهل الطبيب لمعتقدات المريض الى فشل العلاج.

**الولاء:** يعني استمرار المريض في تفاعل في العلاقة العلاجية التي تربطه مع الطبيب، والتماسه للأعداء في حالات معينة، مثل: التأخر وإلغاء الموعد، من أجل المحافظة على العلاقة، الطبيب من جهته مطالب بالالتزام بعدم التخلي عن المريض تحت أي ظرف، وفي حالات الطارئة عليه إخبار المريض مسبقاً لمنحه الوقت الكافي لإيجاد طبيب آخر.

**الاعتبار:** يعني التقدير والاحترام المتبادل بين الطبيب والمريض.

يجب على الطبيب ان يكون حاذقاً في تفاعله مع المريض، بحيث عليه ان يفرق بين المرض كحالة فيزيولوجية، وكحالة إنسانية واجتماعية، فالأولى تعني الاختلال الوظيفي ل احد الأعضاء في الجسم، اما الثانية فهي تغير الطبيعة السلوكية للمريض الناتجة عن المرض، لذلك وجب على الطبيب توخي الحذر اثناء التصريح بالحالة المرضية لشخص، لان سلوكه سوف يضطرب، كما يقول الباحث "فريدسون" «الطبيب ينتج المرض»، من جهة أخرى على الطبيب ان لا يحمل المريض مسؤولية مرضه او اللوم عليه، لان مثل هذه تلميحات يمكنها ازعاج

<sup>240</sup> Fallon E. Chipidza, Rachel S. Wallwork and Theodore A. Stern. Impact of Doctor-Patient Relationship. The Primary Care Companion for CNS Disorders, 2015, Volume 117, N° 05, P2.

<sup>241</sup> Ibid. P3.

## الفصل الثاني: العلاقة العلاجية طبيب / مريض

المريض وتحسسه بعدم الراحة<sup>242</sup>، مما يؤدي الى نفوره من التفاعل العلاجي، كما يجب على الطبيب عدم اصدار الأحكام المسبق غير المؤكدة على الحالة المرضية، يمكنها التسبب في الهلع والقلق للمريض، هذا الأخير الذي سيفقد ثقته في الطبيب ان تأكد العكس.<sup>243</sup>

### ب- تفاعل الطبيب مع المجتمع:<sup>244</sup>

يطلق على العلاقة التي تربط الطبيب بالمجتمع مصطلح الشراكة أكثر منه تفاعل بحيث تقوم هذه الشراكة على عقد اجتماعي ضمني يحتوي على مجموعة من الالتزامات والامتيازات لكلى الطرفين اذ ان المجتمع يتوقع من الأطباء تقديم خدمات صحية ذات جودة بكفاءة ونزاهة عالية مع احترام مبدأ السرية والأطباء من جهة أخرى ينتظرون من المجتمع تقديم مكانة ووضع مرموق لهم من خلال احترامهم واحترام استقلاليتهم في الممارسة وسماع لهم بالتنظيم الذاتي لمهنتهم وفي الجدول التالي اهم بنود العقد الاجتماعي بين الطبيب والمجتمع.

التزامات الطبيب	امتيازات الطبيب
الخدمات الصحية: الأطباء مطالبون بتوفير الخدمات الصحية ذات الجودة للمجتمع بدون تمييز لأفراده والتزامهم بالمسؤولية تحت أي ظرف.	الحكم الذاتي: يمنح الأطباء الاستقلالية الكافية لأداء مهامهم اتجاه المريض.
الكفاءة: يطالب المجتمع مهنة الطب بتوفير أطباء اكفاء من خلال التعليم والتدريب الممتاز الطويل.	الثقة: يرى الأطباء انهم يستحقون الثقة بسبب المجهودات التي يبذلونها وان المهنة بشكل عام جديرة بالثقة.
خدمة الايثار: على الطبيب الالتزام بالاحتراف في ممارسة الطبية بحيث يضع رفاهية المريض فوق كل اعتبار.	المكافآت: بالإضافة الى التحفيزات المادية الأطباء لطالما احتلوا مراتب الشرف في المجتمع لهذا فالمكانة المحترمة والمكافآت غير المادية مهمة جدا.
الاخلاق والنزاهة: على الأطباء التحلي بالقيم الأخلاقية واحترام القوانين والتعليمات المنظمة للمهنة.	التنظيم الذاتي: يرى الأطباء ضرورة السماح لهم بتنظيم مهنتهم بمفردهم فهم أدرى بتقصيلها.

<sup>242</sup> بن مغنية قادة. الثقة بين المريض والطبيب في المسار العلاجي. مرجع سبق ذكره. ص 83-84.

<sup>243</sup> Dr. Rana Asim Abdul Karim. Professional Medical Behavior and Medical Ethics. Op\_cit.

<sup>244</sup> Sylvia R. Cruess and Richard L. Cruess. Professionalism and Medicine's Society Contract with Society, 2004, Volume06, N°04, PP 185-187.

<p>تعزيز الصالح العام: الأطباء قبل مزاولتهم لمهنة الطب هم في الأساس افراد للمجتمع وملزمون بتحمل المسؤولية الاجتماعية والاهتمام بالقضايا التي يعاني منها المجتمع.</p>	<p>نظام الرعاية الصحية الممتاز: الأطباء بحاجة الى الموارد الكافية إتمام مسؤوليتهم اتجاه المرضى (الإمكانيات التقنية ومواد الصيدلانية مثلا).</p>
<p>الشفافية: إن التخطيط والتنظيم للممارسة الطبية الذي يستثني وجهة نظر الجمهور لم يعد مقبولا لدى المجتمع الأطباء ومسيرين الهيئات الصحية مطالبون بالإفصاح عن أي مداولات.</p>	
<p>المساءلة: بعد تقاوم وضع الإنفاق والتكاليف الصحية الطبيب معرض للمساءلة والتوضيح.</p>	

**الجدول (08): التزامات وامتيازات الأطباء .**

المصدر: من إعداد الطالبة.

**ج- تفاعل الطبيب مع النظام الصحي:**

ان العمل السريري الذي يقوم به الطبيب يتطلب بيئة عمل متزنة وامنة ومشبعة عاطفيا يستطيع من خلالها استمداد الدعم والتشجيع على الاستمرار في العطاء حيث أن غياب الاستقرار المهني في المنظمة الصحية وتكاثف الضغوطات والصعوبات يؤدي الى تقاوم التوترات المهنية والشخصية لدى الأطباء مما سيؤدي الى فشلهم في تقديم المساعدة للمرضى لذلك يجب على المنظمة الصحية أين كان حجمها ان تكون ذات سلطة واضحة المعالم وخاضعة للمساءلة<sup>245</sup> أما فيما يخص التفاعلات بين الزملاء الطبيين فقد تختلف حسب المكانة والسلطة فنجد نوعان من التفاعلات الأولى بين الأطباء المستشارين والأطباء الصغار ( المتدربين أو المبتدئين) والثانية بين الأطباء الصغار فيما بينهم أو المستشارين فيما بينهم ولكل من هذه التفاعلات خصائصها فنجد

**التفاعل طبيب استشاري - طبيب صغير: يطلق على هذا النوع من التفاعلات النموذج الأبوي حيث يلعب**

الطبيب الاستشاري (الأستاذ) دور المدرب والمشرف والمرجع بالنسبة للطبيب المتدرب ومما لا شك فيه ان هذا التفاعل يتأثر بالسلطة والمكانة لذلك وجب على الطبيب الاستشاري ان يتسم بقدر عالي من المرونة والتسامح من أجل احتواء فضول واندفاع وتوتر وقلق الطبيب الصغير وشحنه بالطاقة الإيجابية والحماس حيث يعتبر الطبيب المشرف هو المسؤول عن تغيير الحالة العاطفية لتلميذه.<sup>246</sup>

<sup>245</sup> Antony Garelick and Leonord Fagin. Doctor to Doctor: Getting on with Colleagues. Advances in Psychiatric Treatment, 2004, Volume 10, N°03, P 226.

<sup>246</sup> Ibid. P227-228.

التفاعل طبيب صغير - طبيب صغير: إن فترات التدريب تشهد الكثير من الاختلافات والخلافات بين الأطباء المتدربين وذلك بسبب التنافس الحاد على الوظائف لكن هذا لا يمنع أنها فترة مناسبة لتكوين روابط الصداقة والزمالة يمكن لطبيب الاستفاد منها مستقبلاً.<sup>247</sup>

التفاعل طبيب استشاري - طبيب استشاري: إن مثل هذه تفاعلات لا تقتصر على الأطباء المشرفون فقط وإنما يمكن أن تكون بين الأطباء الذين يتمتعون بمستوى معين من الخبرة حيث نلاحظ في هذا التفاعل نوعان من التعاملات الأولى رسمية يكون التفاعل وفق بروتوكول رسمي يطلب من خلاله الطبيب الرأي السريري لزملائه في إطار مناقشة منهجية منظمة أما الثانية فتلخص في مجموعة المناقشات (درشات الممر) غير الرسمية بين الأطباء حول حالة مرضية معقدة حيث يطلب الطبيب ببساطة النصيحة والدعم من زميله إن اختلاف التعاملات يعود الى نوع السياق والحالة المطروحة.<sup>248</sup>

هناك جانب آخر من تفاعلات الطبيب يطلق عليها التفاعلات غير السريرية وتعني الحس السليم في علاج المشاكل المهنية من خلال الاستعانة بالفكاهة والتعاطف ومجاملات بين الأطباء من أجل بناء علاقة صداقة تتعدى حدود المنظمة الصحية حيث تساعد مثل هذه العلاقات على إثراء الرصيد المعرفي للطبيب من خلال الأحاديث التي تجمعهم بزملائه بعيداً عن ضغوطات المشفى.<sup>249</sup>

### 3.3. العوامل المؤثرة في سلوك الطبيب:

يتأثر سلوك الطبيب بعدة عوامل مختلفة منها التنظيمية والشخصية وغير الشخصية والديموغرافية، حيث تؤدي هذه العوامل الى تحفيز سلوك الطبيب وتشجيعه على الاستمرار في العطاء وابداء التعاطف مع المريض كما يمكنها أن تؤدي الى اضطراب السلوك واهتزاز الثقة بين الطبيب ومريضه وفيما يلي أهم هذه العوامل:

#### 1 - العوامل التنظيمية:

تعتبر العوامل التنظيمية من أهم المؤثرات المباشرة على سلوك الطبيب حيث تنقسم الى عوامل محفزة للسلوك وأخرى مثبطة:

#### -العوامل المثبطة للسلوك:<sup>250</sup>

أ-نقص الدعم التنظيمي: يقصد به نقص الدعم الموجه من طرف الإدارة الى الطبيب ويشمل عدة أشكال مثل نقص الموارد والتجهيزات ونقص دعم المسيرين والمشرفين وكذلك فشل الإدارة في التعرف على الروابط بين الموظفين

<sup>247</sup> Ibid. P228.

<sup>248</sup> Ibid. P 226-227.

<sup>249</sup> Antony Garelick and Leanord Fagin. Op\_cit. PP 229-230.

<sup>250</sup> Muntaha Elayyan, Janet Rankin and MW Chaarani. Factors Affecting Empathetic Patient Care Behaviour Among Medical Doctors and Nurses: An Integrative Literature Review, Eastern Mediterranean Health Journal, 2018, Volume 24, N° 03, PP 312-314.

والمرضى وحل النزاعات بطرق فعالة. حيث أثبتت الدراسات الحديثة أن الأطباء الذين يشعرون بغياب دعم الإدارة والهيئات التنظيمية الأكثر عرضة لتبني سلوك مضرب وجاف في الممارسة.

ب- **عبء العمل:** ارتفاع وتيرة الطلب على الطبيب وما يقابه من ضغط الوقت يؤدي بالطبيب الى انحراف سلوكه وتخليه عن التعامل العاطفي واللبق على مستوى آخر نجد أن الأطباء المتدربين الأكثر اضطراب في السلوك وذلك لإرهاق عانتهم بالدورات التدريبية الثقيلة من جهة وسعيهم لإتقان الممارسة السريرية من جهة أخرى.

ج- **الاحتراق:** يعني الإرهاق الذي يرتبط بضغوطات اليومية التي يعاني منها الأطباء ووتيرة العمل المرتفعة وقلة النوم هذه العوامل تسبب الاضطراب في سلوكهم حيث يقول العالم "ماسلاش": «الإرهاق هو متلازمة نزع الشخصية والإرهاق العاطفي والشعور بانخفاض الشخصية انجاز يؤدي الى انخفاض الفعالية في العمل».<sup>251</sup>

-العوامل المحفزة للسلوك:<sup>252</sup>

أ- **التدريب والتكوين:** يعتبر التدريب من بين العوامل المحفزة على تبني السلوك السوي والمتعاطف من قبل الأطباء اتجاه المرضى وذلك من خلال اكتسابهم لمهارات التواصل مع الفاعلين في المنظمة الصحية وتعلم الاستماع الجيد واحترام كرامة المرضى وغيرهم كما يمكن للتدريب الفعال للأطباء مساعدتهم على التواصل غير اللفظي وتعودهم على الوضعيات المرضية الحرجة من أجل تقليل نسبة التوتر الذي يجعلهم يتصرفون بشكل مريب مع المرضى مما يسبب فقدان العلاقة العلاجية لفعاليتها.

ب- **الاحتواء التنظيمي:** يقصد به الدور الذي تلعبه الإدارة في تبني الطبيب والاشادة بمجهوده ومكافأته ماديا ومعنويا مما سيولد لديه شعور الأمان والراحة وبالتالي سيسعى الى الحفاظ على مكانته وسط المنظمة الصحية من خلال حفاظه على ثقة مريضه وولاءه له.

2- **العوامل الشخصية وغير الشخصية:**<sup>253</sup>

يتوقف سلوك الطبيب على سلوك واستجابة الطرف الاخر حيث أن من أهم العوامل المؤثرة في سلوك الطبيب ما يلي:

أ- **سلوك المريض:** رغم أن المعروف والمتفق عليه هو أن الطبيب لا يفرق في تعامله بين مريض وآخر لكن في الحقيقة إن طريقة تعامل المريض مع الطبيب ونسبة استعداده لتقبل مساعدة هذا الأخير هي التي تحدد سلوكه وطريقة تواصله حيث في حالات المرضى المتعصبين والغاضبين يلجأ الطبيب الى اختصار المعلومات المقدمة وتسريع العملية العلاجية مما يؤدي الى إهمال الجانب التعاطف والشفقة.

<sup>251</sup> Tait. D Sharafelt, Katharine. A Bradly, Joyce. E Wipf and Anthony. L Back. Burnout and Self-Reported Patient Care in Internal Medicine Residency Program. Annals of Internal Medicine, 2002, Volume 136, N° 05, PP 358-367.

<sup>252</sup> Muntaha Elayyan, Janet Rankin and MW Chaarani. Op\_cit. P 314.

<sup>253</sup> Muntaha Elayyan, Janet Rankin and MW Chaarani. Op\_cit. P314.

ب- نمذجة الأدوار غير المناسبة: تعني سيطرة الطبيب والإدارة معا على مناخ الاحتراف العام والبعد عن أي نوع من التحيز من خلال التشديد على الإيثار والمساءلة وحماية الحقوق والالتزام بالواجبات في الظروف المختلفة.

أ- التعليم التجريبي غير الرسمي: يعني تلقين الأطباء مبادئ التعامل مع المرضى من خلال مستويين المستوى الأول التعليم الأساسي والسطحي لركائز التعامل مثل اللباقة واحترام كرامة المريض أما المستوى الثاني يطلق عليه عبارة "المشي في حذاء المريض" وذلك من خلال عيش الطبيب افتراضيا حالة المريض من أجل تقدير وضعه واختيار السلوك الأنسب للتعامل معه.

### 3-العوامل الديموغرافية:<sup>254</sup>

يختلف نوع سلوك الطبيب حسب عدة عوامل ديموغرافية مثل الجنس والعمر والخبرة والممارسة السريرية حيث أثبتت الدراسات أن الطبيبات الأكثر تعبيرا عاطفيا مع المرضى فيما يؤثر العمر وسنوات الخبرة معا على السلوك المتبني من قبل الطبيب حيث في الاغلب يكون الأطباء الاقدم الأكثر مرونة في التعامل والانصات لانشغالات المرضى وذلك لتمكنهم من الممارسة من جهة وتعودهم على اضطرابات المرضى نوع الممارسة هو الاخر يؤثر على السلوك حيث نجد أن الممارسات السريرية الموجهة للتعامل المستمر مع المرضى مثل طب النفس والطب الباطني تكون اكثر قوة في التواصل ومشبعة عاطفيا عكس تخصصات التخدير والجراحة.

<sup>254</sup> Ibid. PP 314-315.

المطلب الثالث: العلاقة طبيب/مريض.

1-تعريف العلاقة طبيب/ مريض:

هي علاقة توافقية ائتمانية قائمة على مبدأ المساعدة، حيث يسعى المريض من خلالها الى مساعدة الطبيب، عن طريق التصريح الواضح بالأعراض والتغييرات حالته الصحية، والطبيب هو الآخر يقبل الشخص كمريض ويساعده على التخلص من المعاناة والالم<sup>255</sup>، تتكون العلاقة العلاجية طبيب/مريض من أربع عوامل ضرورية، تعمل بشكل لا انفصام فيه (الثقة، المعرفة المتبادلة، الاعتبار، والولاء):<sup>256</sup>

**الثقة:** لا يمكن بناء علاقة بين الطبيب والمريض، إذا لم يثق المريض في مهارة الطبيب، وقدرته على علاجه، ويثق الطبيب في تصورات المريض، ومعتقداته حول المرض والاعراض.

**المعرفة المتبادلة:** الدردشات الأولى في اللقاء الطبي مهمة من أجل تعارف الطبيب والمريض على بعضهم، مثل اسم، ولقب، وسن المريض، واسم الطبيب، ومجال تخصصه، هذه المعلومات تساعد على فتح قنوات الاتصال بين الطرفين، وازافة طابع الود والتعاطف في العلاقة العلاجية.

**الولاء:** بالنسبة للمريض هو الانحياز الى طبيب ومعين، وابداء الرغبة في مسامحته في حالات الخطأ أو التأخر وبالنسبة للطبيب يعني عدم التخلي عن المريض واهماله.

**الاعتبار:** العامل الأخلاقي الذي يحكم العلاقة بين الطبيب والمريض، بحيث يحترم كل طرف الآخر ويقدر الجهود التي يبذلها.

2- أشكال العلاقة طبيب/مريض:

لقد تم دراسة أشكال العلاقة العلاجية طبيب/مريض في حوالي 8000 دراسة علمية في الادب الطبي الحديث<sup>257</sup> واستطاع مقال HOLLENDER و SZASZ في 1956 من استخلاص ثلاث نماذج وهي:<sup>258</sup>

أ-النموذج السلبي النشط:

يعتبر الأقدم والتقليدي، حيث يقوم على المفهوم الكلاسيكي للعلاقة العلاجية، الذي يجعل الطبيب يلعب دور المهيمن والمسيطر في العملية العلاجية، بحيث يتعامل مع المريض باعتباره جماد ذو سلوك مثبط وسالب، في هذا النموذج

<sup>255</sup> Fallon. E Chipidza, Rachel. S Wallwork, Theodore. A Stern. Impact of Doctor-Patient Relationship. The Primary Care Companion for CNS Disorders, 2015, Volume 17, N° 05, P3.

<sup>256</sup> Matthew Ridd, Alison Shaw and Chris Salisbury. The Patient-Doctor Relationship: A Synthesis of the Qualitative Literature on Patient's Perspectives. British Journal of General Practice, 2009, Volume 59, N°561, PP 116-133.

<sup>257</sup> Susan Dorr Goold and Mack Lipkin, Jr. The Doctor-Patient Relationship: Challenges Opportunities and Strategies. Journal of General Internal Medicine, 1999, Volume 14, N°01, PP 26-33.

<sup>258</sup> Fallon. E Chipidza, Rachel. S Wallwork, Theodore. A Stern. Op\_cit. PP 4-5.

يتم الاستغناء عن رأي المريض، وتنازل عن موافقته، لا يزال هذا النموذج قيد العمل في حالات الطوارئ، التي لا يملك فيها الطبيب الوقت للمحادثات والاستشارات مع المريض.

### ب-النموذج التعاون الإرشادي:

يحافظ الطبيب في هذا النموذج على سلطة صنع القرار، وتوجيه العلاقة العلاجية، بسبب امتلاكه الأفضلية المعرفية والكفاءة العالية، لكنه يستعين بمهارة التواصل الجيد مع المريض، محاولاً تنشيط سلوكه الصحي، بحيث يعرض عليه جميع التفاصيل العلاجية، ويقوم بإقناعه بالحل المناسب لحالته المرضية، وإرشاده للإجراءات الصحية، التي تساعد على تخطي الألم بسرعة، وبالتالي يلعب الطبيب في هذا النموذج دور المرشد والموجه للعملية العلاجية.

### ج-نموذج المشاركة المتبادلة:

يعتبر هذا النموذج الأحدث والأكثر طلب من قبل المرضى النشطين، بحيث يسمح لهم بالمشاركة جنباً إلى جنب الطبيب، في تصميم العلاج المناسب لهم، من أجل تحقيق هذه الرؤية، يجدر بالمريض أن يرتقي إلى المستوى المعرفي الذي يمتلكه الطبيب، هذا الأخير الذي يجدر به التخلي عن الأنانية في التشخيص، وإتاحة الفرص للمريض من أجل التعبير عن معاناته وخبرته، التي يمكنها أن تحسم العملية العلاجية في وقت وجيز.<sup>259</sup>

ملاحظة: يجدر بنا الإشارة أن هذه النماذج تطبق في حالات محددة، تتوقف على المستوى المعرفي للمريض وثقافته والحالة الصحية له واستعداد الطبيب للتغيير، لكن يبقى نموذج المشاركة المتبادلة الأكثر طلباً.<sup>260</sup>

### 3-العوامل المؤثرة على العلاقة طبيب/مريض:

#### أ-العوامل المرتبطة بالمريض:

**1-أنواع المرضى:** يختلف المرضى في العلاقة العلاجية حسب الوضع الصحي، والمستوى الاجتماعي والمعرفي والثقافي، وهذا ما يؤثر على سلوك الطبيب ويغير من طريقة تعامله، مما يؤثر على النتائج الصحية للعملية العلاجية:

**-المريض الجديد:** تعد أصعب مرحلة في العلاقة العلاجية، هي بداية العلاقة، حيث يكون

المريض في حالة من القلق والتخوف وعدم الثقة، بسبب التغييرات التي يعيشها من جهة، واللايقين وعدم المعرفة التي تحيط بصورة الطبيب والعلاج في مخيلته من جهة أخرى، لدى وجب على الطبيب خلق المناخ المناسب، من خلال افساح المجال للتعرف بينه وبين المريض، مع تعظيم راحته ورضاه.

<sup>259</sup> Kaba. R and Sooriakumaran. The Evolution of the Doctor-Patient Relationship. International Journal of Surgery, 2007, volume 05, N°01, PP57-65.

<sup>260</sup> Fallon. E Chipidza, Rachel. S Wallwork, Theodore. A Stern. Impact of Doctor-Patient Relationship. Op\_Cit.P4.

-المريض الصعب: ينطوي مصطلح "الصعب" على عدة حالات، منها المريض الحاد الطباع ومضطرب نفسياً (المتوتر والعصبي)، هذا النوع من المرضى يأرق الطبيب ويصعب عملية التواصل، مما يحد من تدفق المعلومات الصادرة منه، بحيث سيحاول الطبيب إنهاء الزيارة في أسرع وقت ممكن، وبالتالي يفقد العلاقة العلاجية فعاليتها، من خلال تخلي الممارس الصحي عن عامل الولاء (الالتزام بعدم التخلي)، في ظل غياب عاملي الاعتبار والثقة.<sup>261</sup>

المريض ذو الدعامة المعلوماتية القوية (صاحب الخبرة والمعرفة)، صورة أخرى للمريض الصعب، بحيث يشكل هذا النوع من المرضى مصدر قلق للأطباء، وذلك للقوة المعرفية التي يمتلكونها، والتي تسمح لهم بوضع كفاءة الطبيب تحت المجهر، وبالتالي أي تردد أو ارتباك بيديه الطبيب، تجعل المريض يشكك في العملية العلاجية ويفقد الثقة فيها، وبالتالي اضطراب العلاقة العلاجية.<sup>262</sup>

وأخيراً المريض الغني أو صاحب النفوذ والسلطة، يصعب النجاح العلاقة العلاجية، بسبب اتساع مجال استقلاليته وكثرة انتقاده، هذا النوع من المرضى غير مرغوب به لدى جل الأطباء، وذلك لاستعداده لقطع العلاقة العلاجية بدون سابق اندار، مما يلغي عوامل العلاقة طبيب/مريض: الثقة الولاء والاعتبار.<sup>263</sup>

-المريض الحقيقي والمريض المزيف: المريض الحقيقي هو الشخص الذي يعاني فعلياً من تغييرات فسيولوجية أو اضطرابات نفسية، تسبب له مضايقات، أما مصطلح المريض المزيف فيطلق على بعض المرضى، الذين لا يعانون من أي علة فسيولوجية، وإنما الاضطرابات النفسية التي يعانون منها: مثل الوسواس، تدفعهم الى زيارة الأطباء في تخصصات العضوية، ظناً منهم أنهم مصابون بمرض ما، هذا النوع من المرضى حساس جداً في تعامل في العلاقة العلاجية، بحيث تكمن صعوبة الأمر في عدم تفرقة الطبيب بين المريض الحقيقي والمزيف، مما يجعله يخوض في علاجات لا فائدة منها، وبالتالي لن يبلغ رضا المريض، هذا الأخير الذي سيفقد ثقته بالطبيب، من ناحية أخرى يمكن للطبيب بعد قيامه بالإجراءات اللازمة، اكتشاف السلامة البدنية لمريضه، مما سينتج واقع آخر، ذو خيارين: إما أن يستمر الطبيب بتقديم العلاجات العقيمة، للحفاظ على العلاقة لفترة مؤقتة، ويعد هذا التصرف لا أخلاقي، يؤدي في نهاية المطاف الى نفور المريض، وبحثه عن طبيب آخر، وإما أن يوجه المريض الى الطبيب النفسي، مع الحرص على تقديم مجموعة من الفيتامينات والتوصيات الصحية من أجل الحفاظ على ثقته.<sup>264</sup>

<sup>261</sup> Fallon. E Chipidza, Rachel. S Wallwork, Theodore. A Stern. Impact of Doctor-Patient Relationship. Op\_Cit.P6.

<sup>262</sup> بن مغنية قادة. الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي: دراسة حالات. مرجع سبق ذكره. ص80.

<sup>263</sup> المرجع السابق. صص82-84.

<sup>264</sup> بن مغنية قادة. الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي. مرجع سبق ذكره. صص76-77.

**2-محو الأمية الصحية:** من أهم العوامل المؤثرة على العلاقة بين الطبيب والمريض، هي اختلاف القدرة المعرفية بينهما، بحيث في الكثير من الأحيان يسعى الطبيب الى شرح الحالة الصحية للمريض، مستعملا مصطلحات تقنية يصعب على العامة فهمها، خاصة المريض صاحب المستوى المعرفي المحدود، لأن هذا الوضع يفقده الثقة في نفسه، وفي إمكانية تقييمه للعلاج المقدم، مما سيجعله لا يثق في الطبيب، وبالتالي يقطع العلاقة العلاجية ويبحثه عن طبيب آخر أكثر تواضعا، لتجنب هذه الحالة يجب على الطبيب اعطاء اعتبار أكثر لمريضه، من خلال تكييف عملية تبادل المعلومات، بما يتناسب مع المستوى المعرفي للمريض.<sup>265</sup>

**3-ضغط المرافق:** يؤثر المرافق أو أحد أفراد الاسرة على العلاقة العلاجية، من خلال عدم وثوقه بالطبيب لأي سبب من الأسباب، هذا الشعور سينتقل تلقائيا الى المريض، الذي بدوره ستضطرب ثقته، الطبيب من جهة أخرى يمكنه عدم الوثوق بالمرافق بخصوص خدمته للمريض، مما سيهز ثقته، وفي كلتا الحالتين ستتأثر العلاقة العلاجية، ويبقى الحل الأمثل في هذه الحالة الحفاظ على العلاقة الودية مع الاسرة واعلامهم بوضع الصحي للمريض بالقدر الذي يجب.<sup>266</sup>

#### ب- العوامل المرتبطة بالطبيب:<sup>267</sup>

**1-ارهاق الطبيب:** لا يمكن تحقيق العوامل الأربع للعلاقة طبيب/مريض، في ظل عدم تحقيق رفاهية الطبيب، بحيث إن كان هذا الأخير مرهق ومتعب، سيكون أداءه غير فعال وستكون عملية التواصل ضعيفة، وستعجز عن اكتشاف احتياجات المريض، الذي بدوره سيكون غير راضي عن الخدمة المقدمة، وبالتالي سينسحب من هذه العلاقة غير المجدية بالنسبة إليه.

**2- الطبيب الجديد:** عادة ما تتأثر العلاقة العلاجية بسنوات الخبرة التي يمتلكها الطبيب، وذلك بسبب تفضيل المرضى التداوي عند الطبيب المعالج بدل المقيم، ظنا منهم بأن الطبيب الجديد لا يمتلك الخبرة الكافية للوصول الى العلاج الناجح، لذلك وجب على الأطباء الجدد أن يكسبون ثقة المرضى، عن الطريق شد انتباههم بأساليب التعامل الحديثة، مثل: المزاح والاستعانة بالابتسامة.

**3- صراع الأطباء:** إن الصراعات بين الفريق الطبي، يعطي للمريض صورة سلبية، لا تخدم العلاقة العلاجية، خاصة في حالة تضارب المعلومات المقدمة من طرف الأطباء في نفس الفريق، هذا ما يعرف ب "صراع المعلومة"، هذا التضارب يشوش المريض، ويجعله يفقد الثقة بكل الفريق، وبالتالي القضاء على العلاقة العلاجية.

<sup>265</sup> Fallon. E Chipidza, Rachel. S Wallwork, Theodore. A Stern. Impact of Doctor-Patient Relationship. Op\_Cit.P7.

<sup>266</sup> Ibid.

<sup>267</sup> Ibid.

4-بؤرة التحكم: مما لا شك فيها أن المريض أصبح أكثر فعالية في العلاقة العلاجية، لكن التساؤل الذي يرهق الأذهان يكمن فيمن سيأخذ القرار الطبي، هذا الصراع حول السلطة من شأنه الضرر بالعلاقة، خاصة في ظل تمسك الطبيب بقوته المعرفية، وإيمان المريض بدرايته المثلى بجسده وبالعلاج الذي يناسبه، لتفادي هذا الوضع يتوجب على كل من الطبيب والمريض التوجه نحو نموذج المشاركة المتبادلة، الذي يسمح بتعزيز ثقة كل طرف، مع المحافظة على قيم الاعتبار.

#### ج-العوامل التنظيمية: 268

1-ضيق الوقت: عدم وجود الوقت الكافي بين الطبيب والمريض يجعل التعارف بينهما محدود، مما يعيق توليد الثقة وإنشاء العلاقة العلاجية.

2-المكان: إن لم يشعر المريض بخصوصية محادثته مع الطبيب، لن يسمح بإنشاء علاقة موثوقة معه، لذلك يجب على الطبيب تخصيص مكان مريح وخاص، يستطيع فيه طرح الأسئلة على المريض، ليجيب عليها بكل صدق وراحة، إضافة إلى أن مكان الزيارة، يجعل المريض يتصور انطباع معين عن الطبيب وكفاءته، فكما كانت الغرفة أكثر نظام كلما ارتفع استعداد المريض لتقديم ثقته.

ج-التكلفة: القيود المالية من الأمور التي تسبب الاحراج للمريض، وتؤدي إلى اضطرابه، ويمكنها أن تتسبب في نفوره والتخلي عن الولاء للطبيب، ما مهما كانت كفاءته، لدى وجب على الطبيب أن يكون حاذقاً في تعامله، بحيث يجعل من التكلفة جزء من درشته مع المريض لرفع الحرج عنه، وتوجيهه إلى أساليب علاجية ميسورة تتناسب مع قدرته الشرائية كالأدوية الجنيسة، هذا التعامل سيزيد من قوة العلاقة ويضمن استمرارها.

د-عبء التوثيق: قد يستغرق الطبيب جزء كبير من الوقت في توثيق المعلومات التي تدور بينه وبين المريض، من المعلومات الشخصية والاعراض المرضية...الخ، من ناحية أخرى كثرة الأوراق على مكتب الطبيب ترهقه وتجعله يبدي مستوى أقل من الاهتمام والتعاطف مع المريض، هذا الأخير الذي ستتسبب له فوضى الأوراق حالة من القلق وترفع لديه احتمالية الخطأ، مما ينعكس على استعداده في بناء الثقة في العلاقة بينه وبين الطبيب واستمرارها.

المبحث الثاني: المسار العلاجي.

المطلب الأول: تعريف المسار العلاجي وأنواعه.

1- بعض المفاهيم المعرفية:

أ- الخطة العلاجية:

يمكن أن نجد هذا المصطلح بعدة تسميات منها البروتوكول العلاجي أو استراتيجية الشفاء، ويقصد بها جميع التدخلات الطبية والخطوات التي يجدر بالمعالج القيام بها بعد تقييمه للحالة الصحية للمريض، تتضمن الخطة العلاجية الإجراءات الصحية الروتينية و الإجراءات المساعدة في الاستدلال التشخيصي، مثل: تحليل الدم والأشعة، حسب ما يستدعي الوضع الصحي للمريض، وممارسات السريرية بما في ذلك العمليات الجراحية، إضافة إلي ذلك تتضمن الخطة مجموع من الارشادات والتوصيات اللفظية التي يوجهها المعالج للمريض، بهدف الوقاية أو تعزيز صحته، مثل: اتباع نظام غذائي معين، لا يمكن تطبيق الخطة العلاجية بدون موافقة الكتابية أو الشفهية للمريض.<sup>269</sup>

ب- التحالف العلاجي:

أو الاتفاق العلاجي، مفهوم طوره عالم النفس الأمريكي "إدوارد إس بوردين"، ويعود أول طرح لهذا المصطلح كان في 1913، ويقصد به العقد أو الاتفاق التعاوني الذي يجمع المستهلك الصحي (المريض) بمزود الخدمة (المعالج)، يتضمن هذا التحالف مجموعة من الروابط والأهداف والمهام، يتم الاتفاق عليها بشكل مفصل وواضح بين المعالج والمريض بحيث:<sup>270</sup>

- الروابط: جميع الشروط اللازمة للعلاج.

- الأهداف: الهدف الرئيسي هو التخلص من المعاناة وتعزيز الصحة، بالإضافة الى مجموعة من

الأهداف يسعى إليها كل من الطبيب والمريض معا.

- المهام: هي الخطة العلاجية التي سيتبعها هذا الثنائي طوال المسار العلاجي.

<sup>269</sup> American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology: Treatment Plan[Online].2002. Available on:<< <https://dictionary.apa.org/treatment-plan>>>. [Consulted on 24 June 2020 at 22:32].

<sup>270</sup> Rita B. Ardito and Daniela Rabellino. Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy Historical Excursus Measurements and Prospects for Research. Frontiers in Psychology, 2011, Volume 02, N° 270, PP1-9.

## 2- تعريف المسار العلاجي:

كثيرا ما يتم الخلط بين المسار العلاجي والخطة العلاجية ودورة العلاج، في حين أن لكل من هذه التسميات خصوصيتها ومجال استخدامها، حيث نجد أن دورة العلاج تطلق على الموعد الطبي الواحد، بكل ما يدور فيه من المقابلة الطبية والفحص البدني وتحرير الوصفة الطبية، أما الخطة العلاجية فقد سبق تعريفها، وكل من الدورة العلاج والخطة العلاجية مكونات للمسار العلاجي، بمعنى آخر المسار العلاجي هو مجموع الإجراءات الصحية التي وافق المريض على القيام بها، بداية من التاريخ الحالي للمرض أو الامراض الى غاية النتيجة العلاجية.<sup>271</sup>

من أجل الحصول على المسار العلاجي السليم والناجح هناك مجموعة من الشروط الضمنية<sup>272</sup>، التي يجب أن يحترمها كل من الطبيب والمريض منذ اللقاء الأول، حيث تختلف هذه الشروط باختلاف نوع المسار وسياقه ومدته الزمنية، ومدى عمق العلاقة العلاجية بينهما:

-**اختيار المشاركين:** في البداية يجب على الطبيب قبول علم الشخص كمريض، وقبول المريض عن علم مساعدة الطبيب، وعلى كل منها القيام باختيار المساهمين في المسار العلاجي، حيث يختار المريض المرافق، الذي يحق له الاطلاع على المعلومات الخاصة بوضعه الصحي (يمكن للمريض البالغ الاستغناء عن المرافق حسب رغبته)، كما يقوم الطبيب باختيار الفريق الطبي المساعد له (يمكن أن يكون الفريق عبارة عن ممرض واحد فقط).

-**أهداف العلاج:** يجب تحديد أهداف العلاج بشكل مفصل وواضح، يمكن أن يحدث نوع من الصراع حول الأهداف بين الطبيب والمريض، لكن الهدف الرئيسي بلوغ الشفاء.

-**جودة الحياة:** يجب على الطبيب التوضيح للمريض التغييرات التي ستطرأ على حياته طوال المسار العلاجي، خاصة في حالات العلاج ذات التأثير الكبير على الوظائف الفسيولوجية أو الصحة النفسية والاجتماعية للمريض.

-**الانسحاب أو الاستنزاف:** يجدر بالمريض اتخاذ قراره بخصوص مستقبل العلاج، ويضمن للطبيب استعداده الكامل لمرافقته في المسار العلاجي وتحمل مسؤولية المرض، لتجنب قطع المسار العلاجي والانسحاب.

-**عواقب العلاج على المدى الطويل:** يجدر بالطبيب قبل البدء في العلاج، أن يشرح للمريض الخطة العلاجية، ويبين جميع العواقب والمضاعفات التي يمكن حدوثها على المدى القصير أو الطويل جراء العلاج المطبق.

<sup>271</sup> USA: National Cancer Institute. NCI Dictionaries : Course of Treatment.[Online].Available on:<<  
<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/course-of-treatment>>>.[Consulted on 24 June 2020 at 22:54].

<sup>272</sup> American Psychological Association. Criteria for Evaluating Treatment Guidelisses[Online]. December 2002. Available in PDF format on the Internet: [Consulted on 25 June 2020 at 20:00].

-رضا المريض: إن موافقة المريض على الخطط العلاجية الحالية والمستقبلية للمسار العلاجي شرط أساسي من أجل تطبيقها، ويعد رضاه على المسار العلاجي أحد معايير نجاحه.

-الأهمية السريرية: يجب على الطبيب أن يقوم بالخطط العلاجية ذات المنفعة السريرية للمريض، ويتجنب العلاجات العقيمة، كما يجدر به نقل هذه الفائدة الى المريض من أجل تحفيزه على الاستمرار في المسار العلاجي.

-الطرق: يجب على الطبيب اختيار طرق تطبيق الخطط العلاجية المناسبة للمريض، من حيث المنفعة والتكلفة، ويجب شرح هذه الطرق للمريض ومرافقيه، وأخذ موافقتهم.

### 3-أنواع المسارات العلاجية:

هناك قائمة طويلة لأنواع المسارات العلاجية، وذلك حسب الطبيعة السريرية للمريض، ومكان تلقي العلاج، ونوع العلاقة العلاجية طبيب/مريض، والكثير من المعايير الأخرى، لكن بشكل عام يمكننا عرض أكثر المسارات العلاجية شهرة في الوسط الصحي:

أ-المسار العلاجي القصير: من الناحية الزمنية تكون مدة المسار قصيرة المدى، ويعود ذلك لدرجة جدية الوضع الصحي للمريض (خطورة المرض)، التي لا تتطلب خطة علاجية معقدة أو عدد كبير من دورات العلاج، بحيث دورة واحدة أو لقاء طبي واحد كفيل بالوصول للنتيجة العلاجية المرجوة، مثل: الاستشارات الطبية لتعزيز الصحة، عادة تكون المسارات العلاجية القصيرة المدى على مستوى الرعاية الصحية الأولية أو حالات الطوارئ، التي لا تستدعي بناء مسار علاجي طويل.<sup>273</sup>

ب- المسار العلاجي طويل المدى: يطبق هذا النوع من المسارات العلاجية على مستوى الرعاية الصحية الثانوية والثلاثية، بحيث يكون الوضع الصحي للمريض يتطلب تطبيق عدد من خطط علاجية على مر أكثر من دورة علاج، وبالتالي من مهم بناء علاقة تعاونية وسياق علاجي متين، يضمن كل طرف فيه الالتزام بتطبيق شروط الطرف الآخر.

ج- المسار العلاجي الجماعي: تختلف سياقات المسار العلاجي الجماعي، لكن التعريف الأساسي له هو أن العلاقة العلاجية تخرج من إطار الثنائية بين الطبيب والمريض الى علاقة متعددة الفاعلين في مدة زمنية معينة، أحيانا يكون التدخل من طرف المرضى، وهو المعروف بالعلاج الجماعي، ويقصد به تداوي مجموعة من المرضى (نفس المرض) على يد معالج واحد في سلسلة من الجلسات الجماعية المتكررة، يرتبط هذا النوع من المسارات العلاجية بحالات الرعاية النفسية والاجتماعية وكذلك الطب الوقائي والإرشادي، حيث يلتزم المنتسب (المريض) بمواعيد

<sup>273</sup> World Health Organisation. Primary Health Care [Online]. 2018. Available on <<[https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1)>>. [Consulted on 25 June2020 at 21:05].

اللقاءات الطبية على مدار المسار<sup>274</sup>، أحيانا يكون التدخل من الجانب الطبي بحيث يشارك أكثر من طبيب في علاج مريض أو مجموعة مرضى بشكل زمني منتظم، هذا النوع يطلق عليه المسار السريري، وهو أحد مستجدات العصر الطبي الحديث، بحيث يهدف هذا النوع الى توحيد الخطط العلاجية المطبق على مجموعة محدد من المرضى، بغية ضمان جودة الخدمات الصحية المقدمة للجميع، ورسم مسار علاجي ناجح يقتدى به في الحالات الصحية المماثلة.<sup>275</sup>

**د-المسار العلاجي المنزلي:** هو أحد أوجه الاتصال القوية بين المريض والمعالج، بحيث تستمر العلاقة العلاجية بينها الى خارج المستشفى أو المكتب، وذلك من خلال المتابعة الدورية للحالة الصحية للمريض بعد الاستشفاء في مكان اقامته سواء عن طريق الحضور الفعلي للمعالج أو الاتصال الهاتفي، يهدف هذا النوع من المسارات العلاجية الى الحفاظ على العلاقة العلاجية التي تم بناءها داخل حجرات المستشفى، بالإضافة الى مساعدة المريض وتمكينه من تخطي وعكته الصحية<sup>276</sup>، حيث سجلت الدراسات التي تمت حول مدى فعالية التواصل بعد الاستشفاء، أنه أغلب المرضى الذين تلقوا زيارات المعالج أو اتصاله لم يعاودوا الدخول للمستشفى<sup>277</sup>، كما يتميز المسار العلاجي المنزلي بالخصوصية ودرجة عالية من الود واللفظ، قد يستمر المسار الى ما بعد الشفاء التام للمريض من خلال الاستشارات وطرح التساؤلات، وهو أحد الأدوات التسويقية لكسب ثقة المريض وولائه للمؤسسة الصحية.

**هـ- المسار العلاجي الذاتي:**<sup>278</sup> يرتبط هذا النوع من المسارات العلاجية بمدى كفاءة المريض في إدارة مرضه أو الحفاظ على صحته طوال حياته، برغم من أن مفهوم المسار العلاجي ذاتي قائم على أن المريض يقوم بنفسه بالإجراءات الصحية المرتبطة بحالته الصحية، أي بدون إشراف طبي فعلي، إلا أن هذا المفهوم لا يمكن تطبيقه إذا لم يتلقى المريض الإرشادات الصحية اللازمة من طرف المحترف الطبي، وبالتالي لابد من مرور المريض بأحد المسارات العلاجية السابقة أو تلقيه دورة تعليمية تمكنه من إدارة مرضه بنفسه.

<sup>274</sup> American Addiction Centers. Psychotherapy Guide: Group Therapy Vs Individual Therapy [Online]. 13 June 2009. Available on <<<https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/group-individual>>>.[Consulted on June 2020 at 23:45].

<sup>275</sup> Marie Dominique Beaulieu. Clinical Pathways: Unique Contribution of Family Medicine. Official Publication of the College of Family Physicians of Canada, 2013, Volume 59, N° 06, P 705.

<sup>276</sup> Tondi F. Continuity of care and home care /organisation of a process to improve the integration with territorial health care facilities and the involvement of the family for a safe discharge of chronic patients. Italian Journal of Pediatrics, 2014, Volume 40, N° 01, PP 1824-7288.

<sup>277</sup> Nilawan Upakee and Suwicha Mankongdee. Outcomes of Home Health Care and Telephone Home Visit by Pharmacist in Type 2 Diabetes Patient on hospital Readmission: A Case Study (Thailand). BMC Public Health, 2012, Volume12, N°02.

<sup>278</sup> Negin Massoudi and al. Factors Analysis of Self-treatment in Diabetes Mellitus: a cross sectional study. BMC Public Health, 2011, Volume 11, N°761, PP1-5.

### المطلب الثاني: تأثير ثقة المريض على مراحل المسار العلاجي.

مهما كان نوع المسار العلاجي المتبع في العلاقة العلاجية فإنه يمر بمجموعة ثابتة من المراحل بدء بالاستقبال الى غاية اختتام المسار والوصول الى النتيجة العلاجية المرجوة وفي لكل مرحلة من المسار تأثيرها الخاص على العلاقة بين المريض والمعالج وعلى مستقبل العلاج.

#### أ- المرحلة الأولى: الاستقبال.

يعتبر الاستقبال أول مرحلة في المسار العلاجي، حيث تتم قبل دخول المريض في العلاقة العلاجية، وتمتد من الترحيب الأول الى قاعة الانتظار، ثم دخول حجرة الفحص، وفي العادة لا يكون للطبيب أو المعالج دور فيها، بحيث يقوم عون الاستقبال باللقاء الأول سواء فعليا بحضور المريض، أو عن طريق الاتصال الهاتفي، تشكل هذه المرحلة حجر الزاوية، التي على أساسه يتم بناء العلاقة العلاجية، لذلك يجدر بعون الاستقبال التمتع بمجموعة من السمات، التي تأهله لمثل هذه الوظيفة، مثل: اللباقة في الحديث، والود واللطافة في المعاملة، الالتزام بالإجابة عن كل انشغالات المريض، التنظيم والحرص على تجنب فوضى المواعيد، والمحافظة على الابتسامة، إضافة الى عون الاستقبال يجب على الطبيب أو مسؤول المؤسسة الصحية الحرص على تهيئة مكان الاستقبال وقاعات الانتظار (النظام والنظافة)، حيث تأخذ هذه الأماكن من وقت المريض أكثر مما يأخذ اللقاء الطبي داخل المكتب، وبذلك يملك المريض الوقت الكافي لتشكيل صورة عن كفاءة الطبيب ومستقبل العلاقة العلاجية، وأي سوء تفاهم أو تهميش في هذه المرحلة سيأثر سلبا على المسار العلاجي.

تتغير طريقة الاستقبال حسب المؤسسة الصحية، حيث تشكل المستشفيات الحكومية النسبة الأكثر من ناحية سوء الاستقبال وتهميش المرضى، عكس المستشفيات الخاصة والعيادات، ويعود هذا الاختلاف الى عدة أسباب فعلى غرار الجانب الربحي، تشهد المؤسسة الصحية العمومية ضغط مستمر، مما يخلق فوضى في المواعيد والمعلومات، ويعرض المريض الى معاملات قاسية من طرف أعوان الاستقبال، غير المؤهلين لمثل هذه الوظيفة، في حين أن المؤسسة الصحية الخاصة تأخذ شكلا آخر من سوء الاستقبال، يكمن في سوء تنظيم المواعيد، الذي يعرض المريض لهدر الكثير من الوقت في قاعات الانتظار، بالإضافة الى غياب سمة الانضباط الزمني لدى بعض الأطباء (ظاهرة التأخر)، كل هذه المظاهر التهميشية للمريض، تجعله يفقد الرغبة في بناء الثقة في العملية العلاجية، وتجعل منه شخص غير مسؤول عن باقي مراحل المسار العلاجي، وفي الكثير من أحيانا ينسحب المريض من المسار العلاجي بعد أول لقاء طبي.<sup>279</sup>

<sup>279</sup> بين مغنية قادة. الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي. مرجع سبق ذكره. ص 119-128.

ب-المرحلة الثانية: اللقاء الطبي.

بعد دخول المريض مكتب الطبيب يكون قد بدء في المرحلة الثانية من المسار العلاجي، والتي تتمثل في اللقاء الطبي أو ما يسمى بالمقابلة الطبية، وتعني المحادثة الرسمية والهادفة بين الطبيب والمريض، حيث يتم التحالف العلاجي بينهما، تعتبر المقابلة الطبية أداة تشخيصية وعلاجية وإرشادية تجمع بين الخصائص العلمية للاستدلال السريري والخصائص الشخصية لإقامة العلاقة العلاجية، حيث يتم اللقاء وفق مجموعة من الأهداف والأولويات المشتركة بين الطبيب الذي يحاول الكشف عن المشكلة الصحية واستنباط حاجة المريض، وبين هذا الأخير الذي يدخل المقابلة الطبية باحثاً عن الراحة، وبالتالي تركز المقابلة الطبية على إيجاد المنطقة المشتركة والمتوازنة بين كل من توجه الطبيب وتوجه المريض.<sup>280</sup>

يعتبر اللقاء الطبي مرحلة في غاية الأهمية في المسار العلاجي، حيث يتم من خلاله تشكيل أول ملامح العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض، بالإضافة الى أنها المرحلة التي يتم فيها طرح مجموعة من الفرضيات التشخيصية المساعدة لكشف المشكلة الصحية للمريض، يميز الطبيب في اللقاء الطبي تدفق نوعان من المعلومات من قبل المريض: معلومات المحتوى ومعلومات العملية، حيث يقصد بمعلومات المحتوى كل ما يقوله المريض عن تاريخه الطبي الحالي، مثل: الأعراض المرضية والتغيرات الفسيولوجية والنفسية، أما معلومات العملية، فيقصد بها ردود فعل المريض وكيفية سرده لمعلومات المحتوى، تعيد هذه التفاصيل الطبيب في الكشف عن الحاجة الصحية للمريض.<sup>281</sup>

هناك نوعان من اللقاءات الطبية:

-اللقاء الطبي الموجه نحو مشكلة صحية معينة، الهدف منه إيجاد الحل العلاجي المناسب.

-اللقاء الطبي الموجه نحو تعزيز الصحة، الهدف منه الارشاد والتوجيه.

مهما كان نوع اللقاء الطبي بين الطبيب والمريض هناك مجموعة محددة من الإجراءات التي يجب عليهما احترامها من أجل المحافظة على استعدادهما لبناء العلاقة العلاجية الموثوقة، أو من أجل إصلاح أي سوء تفاهم ممكن حدوثه في المرحلة الأولى من المسار العلاجي (الاستقبال)، يمثل الجدول التالي أهم الإجراءات المتعامل بها والمتفق عليها عالمياً:

<sup>280</sup> Kenneth. H Walker, Dallas. W Hall and Willis. J, Hurst. Clinical Methods: History, Physical and Laboratory Examinations. 3<sup>rd</sup> Edition. Boston: Butterworth's, 1990. Chapter 3.

<sup>281</sup> Kenneth. H Walker, Dallas. W Hall and Willis. J, Hurst. Op\_cit.

الهدف منه	الإجراء الصحي
كسب راحة المريض وتهدئته.	التعارف
الملاحظة، المراقبة، واكتشاف المريض.	معايرة اللقاء الطبي
فتح مجال الحوار بين الطبيب والمريض وإزالة أي غموض.	الاستماع/الاستجواب
مساعدة المريض على الاستمرار في الحوار وتعبير عن نفسه.	تقنيات التيسير
تحديد الطبيب أولويات المريض، بدون اهمال الحاجات الصحية الثانوية.	الحاجة الرئيسية للمريض
طرح الفرضيات، والبحث عن تأكدها أو اقصاءها.	تاريخ المرض الحالي
من أجل ضمان الفهم الصحيح للمريض، وتجنب ارباكه يجب طرح الأسئلة المفتوحة ثم المغلقة.	تسلسل الأسئلة
من أجل العرض الصحيح للحالة يجب على الطبيب والمريض التركيز على: التسلسل الزمني، موقع الألم، وصفه، شدته، ضبطه (محيط المريض أثناء الشعور بالألم)، والعوامل المسببة له.	وصف الأعراض
استرجاع قصة المرض، لتجنب اهمال أي تفصيل.	التلخيص
تمهيد المريض للمرحلة الثانية من المسار العلاجي.	اختتام اللقاء

**الجدول (09): الإجراءات الصحية الضرورية في اللقاء الطبي.**

المصدر: من إعداد طالبة معتمدة على المرجع المذكور.<sup>282</sup>

**ج- المرحلة الثالثة: الفحص البدني.**

بعد اللقاء الطبي والفرضيات التي تم طرحها، يأتي الدور على عملية التحري وفهم الآلية الفيزيولوجية المرضية للخلل الجسدي عن طريق الفحص البدني، الذي يعتبر عملية تقييم المرض من خلال الملاحظة والجس والتسمع، حيث يدمج الطبيب كل من المعلومات التي طرحها المريض مع الفيزيولوجيا المرضية للجسد، من المفترض أن يثمر الفحص البدني بنسبة عشرون بالمئة من المعلومات المساعدة لتشخيص، كلما استطاع الطبيب دمج المعلومات بشكل جيد، كلما أصبحت الاختبارات المخبرية أداة تأكيدية الى حد كبير.<sup>283</sup>

يختلف الفحص البدني من مريض الى آخر، وذلك لاختلاف حاجات المريض وطبيعة الجسد، برغم من ذلك يجدر بالطبيب فحص الجسد بشكل عام مع التركيز على قرائن التاريخ الطبي للمريض، هذا التصرف يجعل المريض يدرك أن المعلومات التي جاء بها ذات منفعة، وقد ساعدت الطبيب، وبالتالي يزيد من ثقته بنفسه وبالعملية العلاجية،

<sup>282</sup> Ibid.

<sup>283</sup> Kenneth. H Walker, Dallas. W Hall and Willis. J, Hurst. Op\_cit. Chapter 4.

بالإضافة الى ضرورة حفاظ الطبيب على خصوصية وهدوء مكان الفحص، من الصعب توفير هذا الشرط في بعض المؤسسات الصحية العمومية، لكن بالرغم من ذلك يجب على الطبيب الحرص على غلق الباب وخفض الستائر من أجل راحة المريض وحماية حرمة الشخصية، يجب أن يشعر المريض بأنه محور الاهتمام الكلي للطبيب، بالإضافة الى المخاطبة المؤدبة البعيدة عن صيغة الأمر، مثل: هل "يمكن التنفس بعمق... بدل "تنفس بعمق"، يرى الكثير من الباحثين أن القطع الفجائي للفحص يقلل من قيمة العلاقة العلاجية، لذلك يجب على الطبيب التوضيح والتفسير للمريض حول ما تم ايجاده وما لم يتم ايجاده بجسده، من أجل طمأنته وحصر مجال اللائقين الذي يحيط به، حيث تأثر هذه التفاصيل على مستوى ثقة المريض، التي تم بناءها في المرحلة الأولى والثانية من المسار العلاجي، وترفع احتمال استمرار المسار.<sup>284</sup>

### د-المرحلة الرابعة: اتخاذ القرار الطبي.

تعد عملية صنع القرار الطبي مرحلة أساسية في المسار العلاجي، حيث بعد الاستدلال التشخيصي وبناء العلاقة العلاجية مع المريض، يأتي الدور على اتخاذ القرار السريري، الذي يتطلب صنعه من الطبيب اتباع أحد الأنظمة السريرية النظام 1 أو 2 (النظرية العلمية المزدوجة)، الاختيار بين الأنظمة يعود الى خبرة الممارس الصحي وجدية الحالة الصحية للمريض، بحيث يمكن للطبيب الخبير من اكتشاف المشكلة الصحية بشكل بديهي واتخاذ القرار السريري مباشرة (النظام 1)،<sup>285</sup> في حين أنه في بعض المواقف التي يشوبها اللائقين، ومع قلة الخبرة، يضطر الطبيب الى اللجوء الى الاختبارات التشخيصية وإعادة الفحص البدني بدقة أكثر، قبل اتخاذه القرار الطبي.<sup>286</sup>

يدخل المريض في المرحلة الرابعة من المسار العلاجي طامحا في اتخاذ طبيبه القرار الطبي الرائع والناجح، ومناسب لرغباته، في حين أن الطبيب يجد نفسه في مواجهة كم هائل من المعلومات، التي جاءت بها مراحل المسار العلاجي السابقة (المعلومات الفيزيولوجية المرضية، الاستدلالات التشخيصية، السلوك البشري والاستجابة للألم والمرض، المعلومات الشخصية للمريض، استرجاع القصص المرضية ومقارنتها بحالة الصحية الحالية للمريض... الخ)، وبمأنه من المستحيل حل كل شيء "العقلانية المحدودة"، يحاول الطبيب التركيز على المعلومات المهمة فقط، وهذا ما يسمى باقتطاع المعلومة، الذي يمكن أن تكن له تأثيرات سلبية على القرار السريري في حالة إهمال أي معلومة مهمة، وبالتالي فإن الطبيب يبحث عن اتخاذ القرار الجيد بما فيه الكفاية لمصلحة المريض، وهذا ما يؤدي في الكثير من الأحيان الى صراعات بين الطبيب والمريض حول سلطة اتخاذ القرار، لذلك يشهد العصر الحديث دعم قوي لإشراك المريض في عملية صنع القرار الطبي، خاصة فيما تعلق بالوصفة الطبية، والالتزام بالإرشادات

<sup>284</sup> Ibid.

<sup>285</sup> Louise Bate, Andrew Hutchinson, Jonathan Underhill and Neal Maskrey. How Clinical Decisions Are Made. British Journal Pharmacology, 2012, Volume 74, N°04, PP 614-620.

<sup>286</sup> Kenneth. H Walker, Dallas. W Hall and Willis. J, Hurst. Op\_cit. Chapter 6.

الصحية، من أجل تعزيز ثقته بالعلاقة العلاجية من جهة، وتمكينه من تحمل مسؤولية مرضه وإدارة علاجه بنفسه.<sup>287</sup>

#### ه- المرحلة الخامسة: استمرارية المسار العلاجي.

بعد اتخاذ القرار الطبي تتوضح رؤية المريض حول مرضه والخطة العلاجية التي سيتبعها، في هذه المرحلة تكون المهمة السريرية قد انتهت وتبدأ مهمة المريض في الالتزام بالعلاج، وعدم تخلي الطبيب عن مهمة المتابعة، وهذا ما يعرف باستمرارية المسار العلاجي، حيث يحاول الطبيب التأثير على سلوك المريض الذي يبعد عنه بمسافة معينة، بهدف كسب ولاءه وتقوية العلاقة العلاجية التي تجمعهم به، تأخذ استمرارية المسار العلاجي عدة أشكال، ويعود ذلك للمدى رضا المريض عن باقي مراحل المسار ودرجة تعقيد الحالة الصحية، حيث تنصدر حالات الأمراض المزمنة والأمراض النفسية والاجتماعية القائمة، والجدول التالي يمثل أنواع الاستمرارية التي يأخذها المسار العلاجي بعد انتهاء المهمة السريرية:<sup>288</sup>

النوع	المعنى
الاستمرارية العقلانية	تعني استمرار العلاقة العلاجية بكل خصائصها: الاعتبار، الولاء، الثقة، المعرفة.
الاستمرارية المرنة	مواصلة تلبية احتياجات المريض بشكل المناسب له.
استمرارية الفريق	نفس الفريق الطبي الذي شارك في مراحل المسار العلاجي للمريض، أي تغيير سيقلق المريض في الزيارة الثانية.
استمرارية الإدارة	نهج منظم يهتم بحاجة المريض، حتى بعد انتهاء المسار، مثل: استخراج الوثائق.
استمرارية الخدمة	استمرار الخدمة السلسة ومرضية للمريض.
الاستمرارية الجغرافية.	نفس المكتب أو العيادة ونفس أرقام الهاتف، من ضروري إعلام المريض عن أي تغيير.
الاستمرارية عبر الحدود	متابعة المريض عن بعد هاتفياً أو بالحضور الفعلي للممرض أو المعالج الى مكان اقامته.
الاستمرارية الإعلامية	المحافظة على التواصل ونقل أي معلومة جديدة تهم المريض.
الاستمرارية الطولية	نفس الطبيب الذي شارك في العملية العلاجية، تغيير الطبيب في بعض الحالات المتعلقة بالمستشفيات العمومية تدمر ثقة المريض.

الجدول (10): يمثل أنواع الاستمرارية في المسار العلاجي.

المصدر: من إعداد طالبة معتمدة على المرجع المذكور.<sup>289</sup>

<sup>287</sup> Louise Bate, Andrew Hutchinson, Jonathan Underhill and Neal Maskrey. Op\_cit. PP 614-620.

<sup>288</sup> Mohammed Alazri, Phillip Heywood, Richard. D Neal and Brenda Leese. Continuity Care. Sultan Qaboos University Medical Journal, 2007, Volume 07, N° 03, PP 198-199.

<sup>289</sup> Ibid. P 199.

تسمح استمرارية المسار العلاجي بتزايد التفاعل بين المريض والطبيب، وتضمن للطبيب بلوغ رضا المريض وكسب ولاءه في المستقبل، خاصة مع تصاعد عدد الأطباء في سوق الصحية، بالإضافة إلى أن استمرار العلاقة العلاجية يؤثر على نتائج الرعاية، مثل: تعزيز الصحة والوقاية، وبالتالي يستطيع المريض إدارة مرضه تحت إشراف طبيبه، مما يساعده على تفادي العديد من المشاكل الصحية، وبذلك يكون قد تخلص من المصاريف التي لا داعي لها، مما يحصر الانفاق الصحي، برغم من هذا قد تتسبب استمرارية المسار العلاجي و توطئ العلاقة العلاجية بين الطبيب و المريض بعض السلبيات، مثل: هدر الموارد الناتج عن الوصفات الطبية والشهادات المرضية غير الضرورية، وبالتالي قد لا تكون استمرارية المسار العلاجي مرحلة فعالة من حيث التكلفة.<sup>290</sup>

<sup>290</sup> Ibid. PP 199-202.

✍ خلاصة الفصل:

تلعب العلاقة العلاجية حجر الأساس في جعل المريض راضٍ وواثق في قدرات الطبيب، حيث بعد التغيير الذي طرأ على سلوك المريض بفعل عدة عوامل، أصبح المريض نشط يحاول إفساح المجال للتعبير عن نفسه وعن رأيه على مستوى العملية العلاجية، الطبيب من جهته قد تغير سلوكه وطرق تفكيره، بحيث أصبح أكثر ديناميكية، ويبحث عن العملية العلاجية المخططة التي تتم بسرعة ودقة من أجل التمكن من تلبية أكبر قدر ممكن من الحاجيات الصحية للمرضى.

إن كل من سلوك المريض وسلوك الطبيب يتأثران بفعل عدة عوامل منها التنظيمية وأخرى اجتماعية وثقافية، وهذا ما يؤثر على النسق العام للعلاقة العلاجية التي بدورها تأخذ عدة أشكال، منها: العلاقة الأبوية والنموذج التعاوني الإرشادي والمشاركة المتبادلة.

لقد عرض الفصل تأثير مستوى الثقة لدى جمهور المرضى على مراحل المسار العلاجي بداية بالاستقبال إلى غاية اختتام العملية العلاجية، بحيث تساهم ثقة المريض في الرفع من قابلية الاستمرارية في المسار من جهة، كما تساعد الطبيب على ضمان تقيد والتزام المريض بالتوصيات والإرشادات الطبية، مما يحسن المقاييس الخاصة بالنتائج الصحية.

# الفصل الثالث:

## الدراسة الميدانية



## الفصل الثالث: الدراسة الميدانية.

### تمهيد:

لقد خرجنا من الدراسة النظرية في الفصلين السابقين، باستنتاج مؤكد لإشكالية الدراسة والذي يبين الاختلاف الواضح في توجهات وتصورات كل من الطبيب والمريض حول مفهوم الثقة، إذ لعب نوع العلاقة العلاجية الحجر الرئيسي في الاختلاف، حيث وضحت لنا دراسة سلوك المريض مدى تغيير الذي طرأ على دوره، والذي بات يدفع به الى التساؤل والبحث عن مستويات تواصل أعلى مع الطبيب لبناء الثقة، وبالتالي الامتثال لتوصياته والاستمرار في المسار العلاجي، أما الطبيب فقد أوضحت دراسة سلوكه مدى تمسكه بالتوجه العقلاني العلمي، الذي يعطيه سلطة صنع القرار السريري.

الآن نحن بصدد التحري في مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية والخاصة، والتي تقدم مختلف خدمات الرعاية الصحية: الأولية، الثانوية، والثلاثية، من أجل التأكد من صحة هذا الاستنتاج النظري، والبحث عن أبعاد ومحددات الثقة بالنسبة لكل من الطبيب والمريض ومدى تأثيرها على المسار العلاجي، حيث سينطوي الفصل على المباحث التالية:

➤ **المبحث الأول:** الإطار النظري لميدان البحث.

➤ **المبحث الثاني:** الإطار المنهجي للدراسة الميدانية.

➤ **المبحث الثالث:** عرض ومناقشة النتائج.

### المبحث الأول: الإطار النظري لميدان البحث.

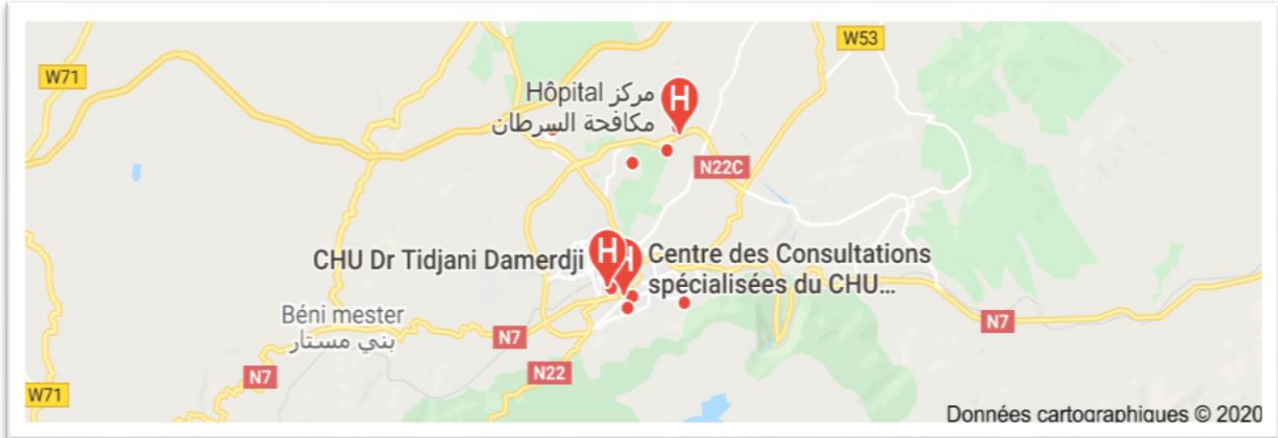
تم إجراء الدراسة الميدانية في مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية والخاصة، في الرعاية الصحية الأولية والثانوية وثلاثية، في مناطق مختلف من ولاية تلمسان، لكن يجدر بنا الإشارة الى أن الدراسة الأساسية تمت في المركز الاستشفائي الجامعي "د. تيجاني دمرجي".

#### المطلب الأول: الميدان الأساسي للدراسة:

#### المركز الاستشفائي الجامعي "د. تيجاني دمرجي".

#### أ - تعريف المؤسسة:

يقع المركز الاستشفائي الجامعي "د. تيجاني دمرجي" في شارع محمد الخامس بتلمسان، حيث يتربع على مساحة تقدر ب 13 هكتار، يضم المركز حوالي 44 قسم ومخبر متخصصين في مختلف الفروع الطبية، بالإضافة الى سعة تقدر ب 646 سرير، يغطي المركز الاحتياجات الصحية لما يتجاوز 1,5 مليون نسمة، يقدم المركز الاستشفائي الجامعي خدمات الرعاية الصحية والتعليم والأبحاث العلمية.



#### الموقع الإلكتروني للمركز الاستشفائي الجامعي.

#### ب - تاريخ المؤسسة:

بدء بناء المؤسسة الصحية في الفترة الاستعمارية سنة 1947 الى غاية 1954، حيث كان في هذه الفترة عبارة عن مستشفى استعماري يلبي احتياجات الصحية للمستوطنين بالدرجة الأولى، بعد الاستقلال تم دمج التعليم والتكوين الى جانب الرعاية الصحية، وتحول من المستشفى الى المركز الاستشفائي الجامعي بموجب المرسوم التنفيذي رقم 86,306 المؤرخ في 16 ديسمبر 1986، وحمل اسم الشهيد الدكتور تيجاني دمرجي الذي استشهد في 17 أبريل 1957.

ج - الحالة العددية للموظفين:

يتألف المركز الاستشفائي الجامعي من 44 قسم ومخبر متخصصين، بالإضافة الى صيدلية مركزية حيث يضم:

⇐ 60 طبيب عام.

⇐ 172 مساعد أخصائي في الصحة العامة.

⇐ 14 الأستاذ محاضر بتقدير "أ".

⇐ 15 الأستاذ محاضر بتقدير "ب".

⇐ 106 أستاذ مساعد.

⇐ 591 ممرض بمختلف الرتب.

المطلب الثاني: الميادين الثانوية للدراسة:

1- المؤسسة العمومية الاستشفائية برمشي:

المؤسسة العمومية الاستشفائية برمشي هي مؤسسة إدارية عامة تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي، تم إنشاءها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 84/14 المؤرخ في 02 فبراير 2014، تتربع المؤسسة على مساحة 31919,57م<sup>2</sup>، وتصل سعتها الى 120 سرير، تقدم المؤسسة خدمات الرعاية الصحية والوقاية.

تضم المؤسسة أربع أقسام متخصص كالتالي:

⇐ قسم الجراحة العامة: بسعة 22 سرير.

⇐ قسم أمراض النساء والتوليد: بسعة 44 سرير.

⇐ قسم الأمراض الباطنية والأورام والأمراض المعدية: بسعة 26 سرير.

⇐ قسم طب الأطفال: بسعة 22 سرير.

⇐ قسم الطوارئ الطبية والجراحية: بسعة 06 أسر.

## 2- العيادات الخاصة:

تم التردد على عدد من العيادات الخاصة في بعض المناطق الحضرية وشبه الحضرية لولاية تلمسان، حيث يلخص الجدول التالي جميع العيادات التي تمت زيارتها:

العنوان	التخصص	اسم ولقب الطبيب/ اسم العيادة
دائرة صبرة	طبيب عام	د. مريني محمد أمين
دائرة صبرة	طبيب عام	د. م. دحماني
تلمسان	الأمراض الجلدية والحساسية.	د. يوسف بن ناصر
تلمسان	أمراض النساء والتوليد	د. بن منصور
دائرة منصور	الأمراض الباطنية	د. عبد الله المحجوبي
دائرة أولاد ميمون	طبيب عام	د. ي. ب

### المبحث الثاني: الإطار المنهجي للدراسة.

#### المطلب الأول: الدراسة الاستطلاعية.

تهدف هذه الدراسة التحليلية الوصفية الى تطوير أدوات القياس المستعملة في دراسة تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض على المسار العلاجي، وهي استمارة الاستبيان الموجه للمرضى، واستمارة المقابلة الموجه للأطباء.

#### أ- بناء الاستمارات:

لقد قمنا ببناء استمارة الاستبيان الموجه للمرضى، واستمارة المقابلة الموجهة للأطباء بالاعتماد على مجموعة من القراءات النظرية، نذكر منها:

☞ كتاب د. أوسير منور و أ. بوعافية رشيد، بعنوان: أسس منهجية البحث العلمي في العلوم الاقتصادية وإدارة الأعمال، 2010.

☞ كتاب "منهج البحث العلمي"، للباحث خالد حامد، 2003.

☞ رسالة الدكتوراه للباحث بن مغنية قادة، تحت عنوان الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي، 2017-2018.

بالإضافة الى التبرصات التي قامت بها الطالبة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي "د. تيجاني دمرجي"، والتي ساعدتها في الاستفادة من بعض الأحاديث غير الرسمية التي جمعتها بالمرضى في قاعات الانتظار،

## الفصل الثالث: الدراسة الميدانية

ودردشات الممر مع الأطقم الطبية، حيث سمح هذا الاحتكاك مع العينات، بجمع بعض الملاحظات التي تم الأخذ بها في بناء وصياغة فقرات الاستمارات.

تتضمن استمارة الاستبيان الموجه للمرضى 33 فقرة (منها 29 فقرة مغلقة، يبدى فيها المستجوبين آرائهم بـ "نعم" أو "لا"، وأربع فقرات مفتوحة، باستطاعة المرضى التعبير عن وجهة نظرهم بكل حرية).

وزعت فقرات الاستمارة على ثلاث محاور، حيث يتضمن المحور الأول خمس أبعاد، وكل بعد يحتوي على محددات، والجداول التالية توضح توزيع فقرات الاستبيان على المحاور الثلاث:

### المحور الأول: أبعاد ومحددات الثقة.

● البعد الأول: الموثوقية، الفقرات (01، 02، 03، 07، 19).

الرقم	الفقرات
01	أنا أثق في قدرات الطبيب.
02	أنا أرى أن أهلية الطبيب للمزاولة مهنة الطب، ضمان لسلامة العلاج الذي يصفه.
03	أرى أن للعلاج الموصوف مخاطر ومنفعة.
07	أنا أرى أن الأطباء الأكثر تأهيلاً لتقييم العلاج.
19	إن تشجيع الامتثال الصحيح للعلاج مسؤولية الطبيب.

● البعد الثاني: الاستثمار في الابتكار، الفقرات (04، 05، 14)

الرقم	الفقرات
04	أنا أثق في الطبيب الذي يقدم علاجات جديدة.
05	أنا أثق في الطبيب الذي يستعمل أحدث الأجهزة الطبية.
14	أنا أثق في الطبيب الذي يحدث معلوماته باستمرار.

● البعد الثالث: شفافية المعلومة، فقرات (09، 10، 11، 12، 20، 21).

الرقم	الفقرات
09	أنا أثق في المعلومات التي مصدرها الطبيب.
10	أنا أثق في المعلومات التي مصدرها السلطات الصحية (وزارة الصحة، مديرية الصحة...).
11	أنا أثق في المعلومات التي مصدرها الأنترنت.
12	أنا أثق في المعلومات التي مصدرها من حولي ولهم التجربة.
20	أنا أرى أنه من السهل العثور على المعلومات الموثوقة المتعلقة بالأمراض، وطرق علاجها.
21	أنا أثق في الطبيب الذي يقدم المعلومات الكافية والواضحة والمفهومة.

● البعد الرابع: مصداقية الجهات الفاعلة، الفقرات (13، 15، 16، 18).

الرقم	الفقرات
13	أنا أثق في السلطات الصحية التي تفرض التعليمات واللوائح القانونية.
15	أنا أرى أن المريض يساهم في نجاح علاجه من خلال التزامه بتوصيات الطبيب.
16	أنا أثق في الطبيب الذي يحترم القانون.
18	أنا أثق في الطبيب الذي يحترم الالتزام بالمعلومات ويحترم استقلالية المريض.

● البعد الخامس: المسؤولية الاجتماعية للطبيب، فقرات (06، 17).

الرقم	الفقرات
06	أنا أثق في الطبيب الذي يساهم في محو الأمية الصحية ونشر الوعي.
17	أنا أثق في الطبيب الذي يشارك في حماية البيئة.

✍️ الفقرة (21): متى تثق بالطبيب؟

✍️ الفقرة (22): هل تشك بالطبيب، ماذا تفعل حينها؟

✂️ المحور الثاني: أهمية نوع العلاقة العلاجية في بناء الثقة. ✂️

الرقم	الفقرات
23	إن الاستقبال الجيد يؤثر على ثقتي.
24	أنا أثق في الطبيب الذي يفتح نقاشاً معي.
25	أنا أثق في الطبيب الذي يخصص لي وقت كافياً.
26	أنا أفضل الطبيب الذي يحاورني ويهتم برأيي.

✍️ الفقرة (27): ما هو الاستقبال الذي يرضيك؟

✍️ الفقرة (28): كيف تريد أن يتكفل بك الطبيب؟

✂️ المحور الثالث: علاقة ثقة المريض بالمسار العلاجي. ✂️

الرقم	الفقرات
29	عندما أثق في الطبيب اتبع توصياته بخصوص الحماية الغذائية وطرق الوقاية.
30	عندما أثق بالطبيب اتبع توصياته بخصوص الوصفة الطبية.
31	بناء على ثقتي بالطبيب أتناول الأدوية الموصوفة كاملة.
32	إذا لم أحسن أعود الى نفس الطبيب الذي منحني العلاج.

● استمارة المقابلة:

أثناء دراسة عينة الأطباء، اعتمدنا على المقابلة الشخصية مع أغلب المبحوثين، بسبب الأزمة الصحية، لجأنا في بعض الأحيان الى المقابلة الهاتفية مع بعض الحالات في المؤسسة العمومية الاستشفائية برمشي، حيث قصدنا أن تكون الأسئلة متنوعة بين المغلقة والمفتوحة، وذلك لضمان غزارة المعلومات، وسهولة تصنيفها وتحليلها احصائياً، كما جاءت الأسئلة بشكل شبه مقنن وفق لمجريات المقابلة.

ب- صدق المحكمين: (مرحلة التحكيم قبل الدراسة الاستطلاعية).

لقياس مدى نجاعة الأدوات المستعملة في الدراسة، حرصنا على أخذ آراء مجموعة من الأساتذة من قسم إدارة الأعمال الصحية، والعلوم الاقتصادية، والتحرير الإداري، وهم:

☞ د. تاج مزيان من قسم إدارة أعمال الخدمات الصحية في المدرسة العليا لإدارة الأعمال تلمسان.

☞ د. زيغودي أحمد من قسم العلوم الاقتصادية في جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان.

☞ د. بن رمضان أوهابي أستاذ محاضر في مدرسة العليا لإدارة الأعمال ومسؤول التحرير الإداري في المؤسسة العمومية الاستشفائية برمشي تلمسان.

لقد أجمع الأساتذة المحكمين على سلامة فقرات الاستبيان وتناسقها فيما بينهما، وكانت هناك بعض النصائح حول صياغة الفقرات وسلم التصحيح أخذناها بعين الاعتبار، كالتالي:

1-صياغة الفقرات:

رأى الأساتذة المحكمين أن الفقرة رقم (03)، الخاصة بالمحور الأول غير مرتبطة بالموضوع، وقد تشتت تركيز المرضى أثناء ملئ الاستمارة، لذلك قمنا بحذفها، بالإضافة الى الفقرة رقم (32)، التي اعتبر المحكمين أن اجابتها بديهية، ولا داعي لها، وأخيراً نصح الأساتذة بتدعيم الفقرة رقم (25)، التي تنص على (أثق في الطبيب الذي يخصص لي الوقت الكافي)، بفقرة إضافية تتضمن اقتراحات لتوضيح وجهة نظر المرضى أكثر حول المدة الفحص.

2-سلم التصحيح:

ارتأ الأساتذة ضرورة تغيير سلم إجابات المرضى من "نعم" أو "لا"، إلى مقياس ليكرت الخماسي في المحور الأول والثالث، وذلك لأن عبارات الفقرات تتضمن مشاعر وسمات وخصائص معينة، تتميز بها الشخصية، وتتطلب من المستجيب التعبير ب "أوافق بشدة"، "أوافق"، "محايد"، "أعارض"، و"أعارض بشدة".

ج-تجريب أداة:

قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية في المركز الاستشفائي الجامعي "د. تيجاني دمرجي"، خلال مدة زمنية محدودة قاربت الأسبوع، حيث قمنا خلالها بتوزيع استمارات الاستبيان على 30 مريض في قاعات الانتظار، تم اختيارهم بطريقة عشوائية، من مستويات تعليمية واقتصادية مختلفة.

كما قمنا بإجراء مقابلة مع طبيبين (طبيب عام وطبيب مختص)، يعملون على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان، كانت المقابلة ودية، حاولنا من خلالها كسب الألف مع الأطباء وكسر حاجز الصمت وتقصي مدى استعدادهم للمشاركة في الدراسة، كما سمحت لنا الدراسة الاستطلاعية مع الأطباء بعقد اتصالات حول مواعيد إجراء الدراسة الأساسية، وربط وعود مع عدد آخر من الأطباء المهتمين بالمشاركة في الدراسة.

د-حساب ثبات وصدق الاتساق الداخلي للاستبيان:

1-حساب الثبات:

لقياس مدى ثبات أداة الدراسة الخاصة بالمرضى (الاستبيان)، اعتمدنا على معادلة "ألفا كرونباخ"، للتأكد من ثبات الأداة على الدراسة الاستطلاعية، التي بلغت عينة فيها 30 مريض، تم استبعادهم فيما بعد من الدراسة الأساسية، والجدول (01) يوضح معاملات ثبات الأداة:

المحور	عدد الفقرات	معامل الثبات
المحور الأول	20	0.817
المحور الثاني	04	0.794
المحور الثالث	03	0.830
الثبات العام للاستبيان		0.830

الجدول (01): معاملات ثبات الاستبيان.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على البرنامج الإحصائي.

من خلال الجدول (01) يتضح لنا بأن الثبات العام للاستبيان قدر ب 0.830، وهي قيمة قوية توجي بثبات الأداة، في حين تراوح معاملات ثبات المحاور بين 0.794 كحد أدنى و0.830 كأعلى حد، وبالتالي فإن هذه القيم دليل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات، تجعلنا نعتد عليه في الدراسة الميدانية، وذلك بحسب مقياس نانلي، الذي اعتمد قيمة 0.70 كحد أدنى للثبات.

2-صدق الاتساق الداخلي:

قد جرى التأكد من صدق الاتساق الداخلي للاستبيان، عن طريق حساب معامل الارتباط " بيرسون " بين درجات كل فقرة من فقرات المحاور الثلاثة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه الفقرة، وذلك باستخدام البرنامج الاحصائي SPSS.

الجدول (02) يوضح معاملات الارتباط كل فقرة من فقرات المحور الأول بالدرجة الكلية للمحور الأول

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.501**	0.000
02	0.503**	0.000
04	0.534**	0.000
05	0.548**	0.000
06	0.639**	0.000
07	0.662**	0.000
09	0.528**	0.000
10	0.347**	0.000
11	0.358*	0.010
12	0.497**	0.000
13	0.370**	0.000
14	0.414**	0.000
15	0.562**	0.000
16	0.569**	0.000
17	0.603**	0.000
18	0.617**	0.000
19	0.412**	0.000
20	0.361**	0.000
21	0.412**	0.000
22	0.516**	0.000

\*\*correlation is significant at the level of 0.01( bilateral)

\*correlation is significant at the level of 0.05(bilateral)

الجدول (02): معاملات الارتباط بين فقرات المحور الأول.

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على البرنامج الاحصائي.

من خلال الجدول (02)، يتبين لنا أن جميع معاملات الارتباط الخاصة بفقرات المحور الأول والدرجة الكلية للمحور الأول دالة احصائيا عند مستوى معنوية يقدر ب 0.01 و0.05، حيث سجلنا أعلى حد لمعامل الارتباط قدر ب 0.662 وأدنى حد قدر ب 0.347.

وعليه فإن جميع فقرات المحور الأول متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي إليه، ما يؤكد صدق الاتساق الداخلي للمحور الأول.

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
23	0.315**	0.000
24	0.476**	0.000
25	0.343**	0.000
26	0.416**	0.000

\*\*correlation is significant at the level of 0.01( bilateral)

#### الجدول (03): معاملات الارتباط بين فقرات المحور الثاني.

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على البرنامج الاحصائي.

من خلال الجدول (03)، نلاحظ أن جميع معاملات الارتباط المتعلقة بفقرات المحور الثاني والدرجة الكلية للمحور الثاني، دالة احصائيا عند مستوى معنوية يقدر بـ 0.01، حيث سجلنا 0.416 كأعلى قيمة لمعامل الارتباط، و0.315 كأدنى قيمة لمعامل الارتباط.

وعليه فإن جميع فقرات المحور الثاني متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي إليه، ما يؤكد صدق الاتساق الداخلي لفقرات المحور الثاني.

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
29	0.853**	0.000
30	0.895**	0.000
31	0.855**	0.000

\*\*correlation is significant at the level of 0.01( bilateral)

#### الجدول (04): معاملات الارتباط بين فقرات المحور الثالث.

المصدر من إعداد الطالبة، بالاعتماد على البرنامج الاحصائي.

من خلال نتائج الجدول رقم (04)، يتضح لنا أن جميع معاملات الارتباط المتعلقة بفقرات المحور الثالث، والدرجة الكلية للمحور الثالث، دالة احصائيا عند مستوى معنوية قدر بـ 0.01، حيث تراوح معامل الارتباط بين 0.895 كأعلى قيمة، و0.855 كأدنى قيمة.

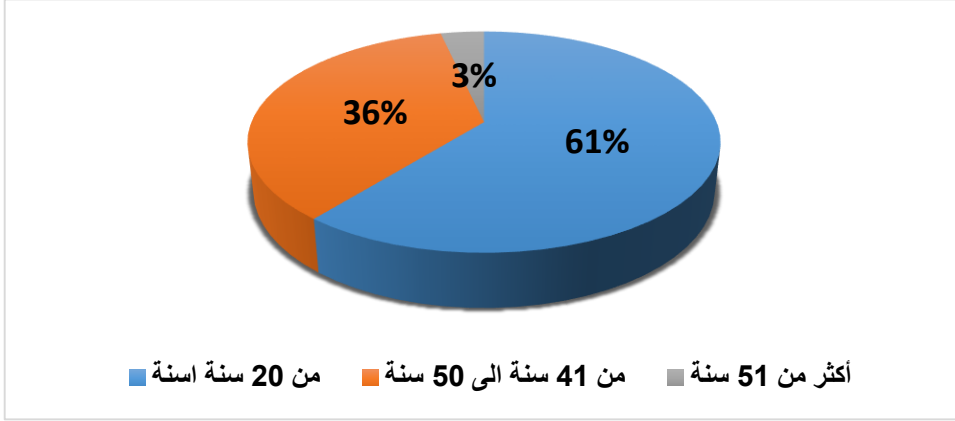
وعليه فإن جميع فقرات المحور الثالث متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي إليه، ما يؤكد صدق الاتساق الداخلي للمحور الثالث.

المطلب الثاني: الدراسة الأساسية.

1- عينة الدراسة ومواصفاتها:

أ- عينة المرضى:

● متغير السن:

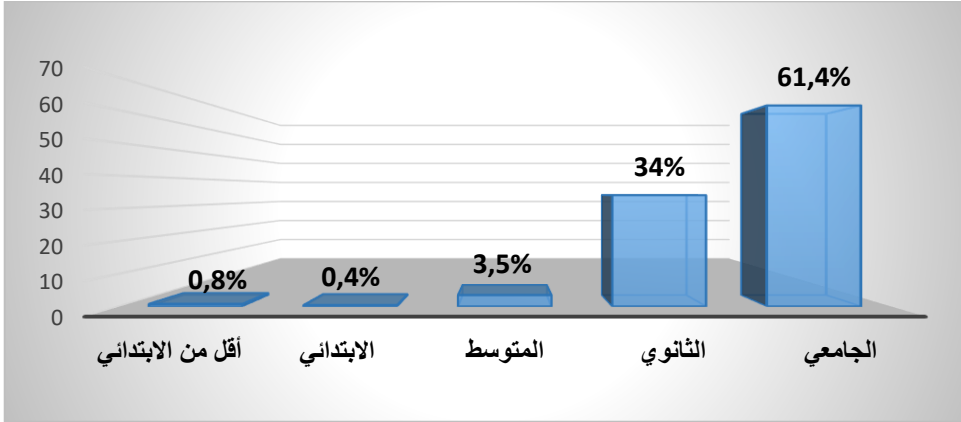


الشكل (1): التمثيل البياني لمتغير السن لدى عينة المرضى.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات الاستبيان.

يوضح الشكل (01)، المستجوبين من عينة المرضى يتراوح سنهم ما بين 20 سنة وما يزيد عن 51 سنة، حيث تمثل الفئة الشباب (من 20 سنة الى 40 سنة) النسبة الأكبر بقيمة 61% من إجمالي العينة، تليها الفئة المكونة من سن 41 سنة الى 50 سنة بنسبة 36% من إجمالي العينة، وفي الأخير نسبة 3% لفئة العمرية الأكبر من 51 سنة.

● متغير المستوى التعليمي:

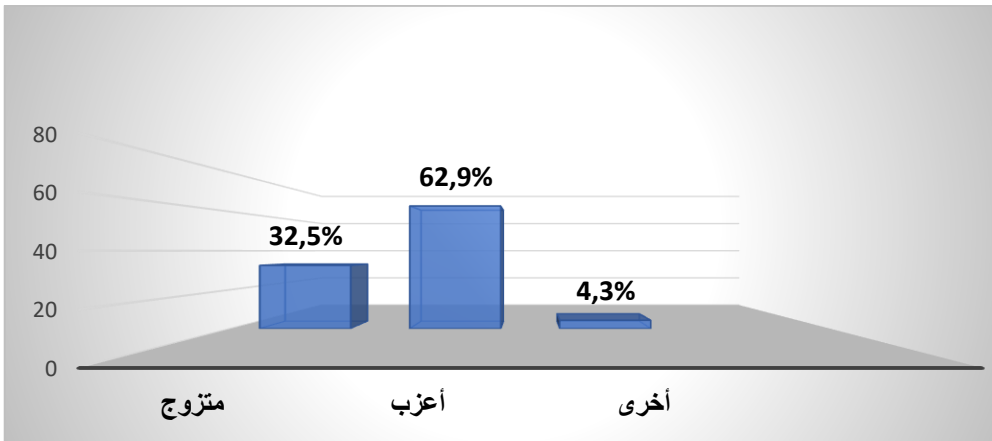


الشكل (02): التمثيل البياني لمتغير المستوى التعليمي لعينة المرضى.

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على معطيات الاستبيان.

يوضح الشكل (02)، أن عينة المرضى تتمتع بالإجمال بمستوى تعليمي مرتفع، حيث أكثر من نصف العينة من الفئة الجامعية (61.4%)، و34% من مستجوبين لديهم المستوى الثانوي، في حين يأتي المستوى المتوسط والابتدائي والأقل من الابتدائي، بنسب ضئيلة، وهي على الترتيب: 3.5%، 0.4%، 0.8%.

● متغير الحالة الاجتماعية:

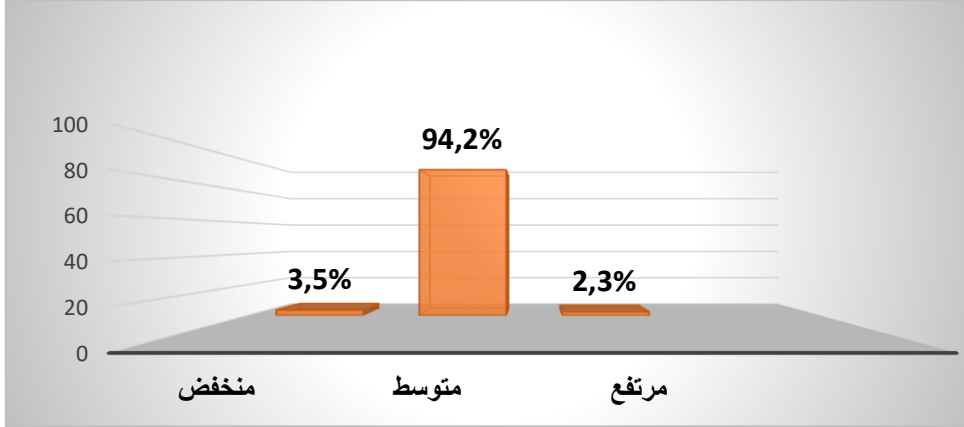


الشكل (3): التمثيل البياني لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة المرضى.

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على معطيات الاستبيان.

يوضح الشكل (03)، أن عينة المرضى تختلف حالتها الاجتماعية من متزوج الى أعزب، حيث يشكل الأفراد غير المتزوجين النسبة الأكبر بقيمة 62.9، تليها نسبة المتزوجين بقيمة 32.5، في الأخير هناك نسبة 4.3 من المستجوبين أصحاب الحالات الاجتماعية المختلفة (أرامل، مطلقين...الخ).

● متغير المستوى المعيشي:

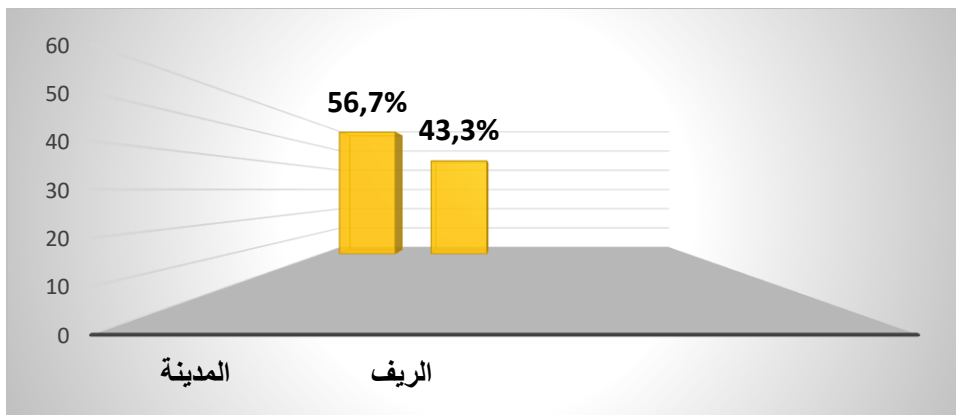


الشكل (04): البياني لمتغير المستوى المعيشي لعينة المرضى.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات الاستبيان.

يوضح الشكل (04)، أن عينة المرضى تتمتع بالإجمال بمستوى معيشي متوسط، وذلك بعد تسجيل نسبة 94.2% من المرضى المتوسطين معيشيا، تليها نسبة المرضى الذين يعانون من مستوى معيشي منخفض بنسبة 3.5%، وفي الأخير نسبة 2.3% من المرضى يتمتعون بمستوى معيشي مرتفع.

● متغير مكان الإقامة:



الشكل (05): التمثيل البياني لمتغير مكان الإقامة لعينة المرضى.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات الاستبيان.

يوضح الشكل (05)، أن عينة المرضى تتوزع جغرافياً بنسب متقارب بين الريف والمدينة، حيث سجلنا 56.7% من المرضى الذين يقطنون في المناطق الحضرية، في حين 43.3% من المرضى يقطنون في المناطق الريفية وشبه حضرية.

ب- عينة الأطباء:

● متغير قطاع العمل:

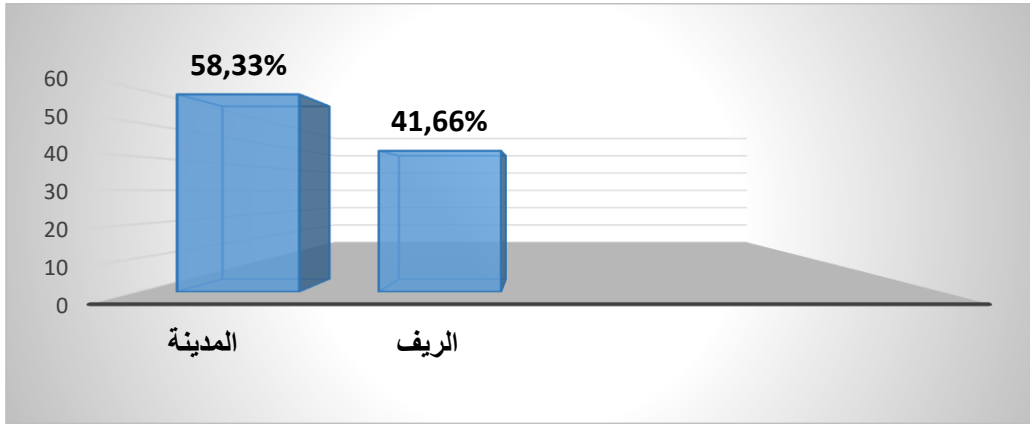
القطاع الخاص		القطاع العام	
العدد	النسبة	العدد	النسبة
5	41.66%	7	58.33%

الجدول (05): توزيع عينة الأطباء حسب متغير قطاع العمل.

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على معطيات المقابلة.

من خلال الجدول (05)، نلاحظ أن عينة الأطباء تتوزع بين أطباء من القطاع العام وأطباء والقطاع الخاص، حيث يشكل أطباء المؤسسات العمومية نسبة العظمى بقيمة 58.33%، في حين أطباء الخواص قدرت نسبتهم بـ 41.66%.

● متغير مكان العمل:

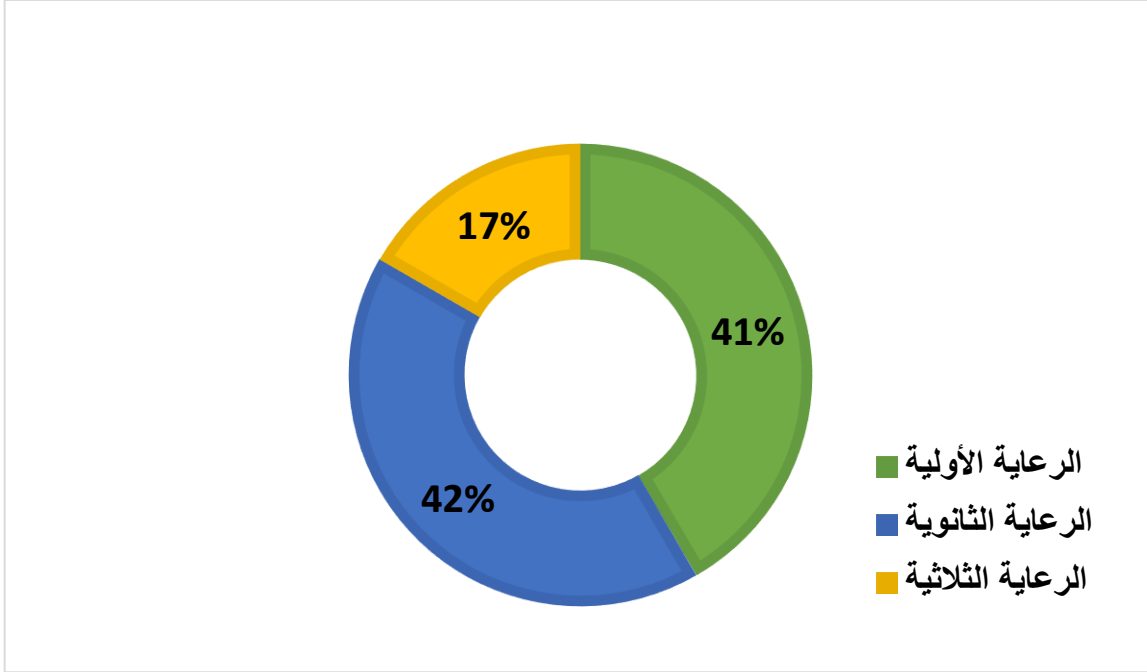


الشكل (06): التمثيل البياني لمتغير مكان العمل لعينة الأطباء.

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على معطيات المقابلة.

يوضح الشكل (06) أن عينة الأطباء تتوزع حسب مكان العمل بين الريف والمدينة، حيث حظي الأطباء الذين يزاولون عملهم في المناطق الحضرية بالنسبة الأكبر بقيمة تقدر بـ 58.33%، تليها نسبة الأطباء الذين يزاولون عملهم في المناطق الريفية بقيمة 41.66%.

● متغير نوع الرعاية المقدمة:



الشكل (07): التمثيل البياني لمتغير نوع الرعاية الصحية المقدمة من قبل عينة الأطباء .

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات المقابلة.

يوضح الشكل (07)، أن الأطباء المبحوثين يقدمون خدمات الرعاية الصحية في مستوياتها الثلاث المختلفة، بحيث قدرت نسبة أطباء الرعاية الصحية الثانوية ب 42%، تليها نسبة أطباء الرعاية الصحية الأولية ب 41%، وأخير أطباء الرعاية الصحية الثلاثية ب 17% .  
متغير الخبرة المهنية:

عدد سنوات الخبرة المهنية	عدد أطباء العينة
أقل من 5 سنوات	4
من 6 سنوات الى 9 سنوات	5
من 10 سنوات الى 17 سنة	3
المجموع	12

الجدول (06): توزيع عينة الأطباء حسب متغير الخبرة المهنية.

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على معطيات المقابلة.

يوضح الجدول (06)، أن عينة الأطباء يختلفون في عدد سنوات الخبرة المهنية، الذين يمتلكونها، حيث يوجد خمس أطباء يملكون خبرة تتراوح بين 6 الى 9 سنوات، يليهم أربع أطباء يملكون خبرة مهنية تقل عن 5 سنوات، وفي الأخير هناك ثلاث أطباء يملكون خبرة مهنية كبيرة تصل الى 17 سنة.

المبحث الثاني: عرض النتائج ومناقشتها.

المطلب الأول: عرض النتائج.

سوف يتم عرض النتائج وفق فرضيات البحث.

الفرضية الأولى: نفرض أن هناك فرق بين أبعاد ومحددات الثقة بين المريض والطبيب.

الجزء الأول: النتائج الخاصة بالمرضى.

تم تقسيم الاستبيان الموجه للمرضى (المحور الأول والمحور الثالث) الى مقياس ليكرت الخماسي،

على النحو التالي:

الرقم	الاستجابة	المتوسط المرجح للأوزان	طول الفترة	المستوى
1	أعارض بشدة	من 1 الى 1.79	0.79	منخفض
2	أعارض	من 1.80 الى 2.59	0.79	منخفض
3	محايد	من 2.60 الى 3.39	0.79	متوسط
4	أوافق	من 3.40 الى 4.19	0.79	مرتفع
5	أوافق بشدة	من 4.20 الى 5.00	0.80	مرتفع

الجدول (07): الميزان التقديري وفقا لمقياس ليكرت الخماسي.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على المرجع المذكور.<sup>291</sup>

<sup>291</sup> Geoffrey Norman. Likert Scales, Levels of Measurement and The laws of Statistics. Advances in Health Sciences Education, 2010, volume 15, N°05.

● البعد الأول: الموثوقية.

الترتيب	الانحدار المعياري	المتوسط الحسابي	أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	التكرار	الفقرة	الرقم
2	0.878	2.47	17	6	69	156	10	التكرار	أنا أتق في قدرات الطبيب.	01
			2.3	6.6	26.7	60.5	3.9	%		
3	0.828	2.28	5	12	48	172	21	التكرار	أنا أرى أن أهلية الطبيب للمزاولة مهنة الطب، ضمان لسلامة العلاج الذي يصفه. أنا أرى أن الأطباء الأكثر تأهيلا لتقييم العلاج.	02
			1.9	4.7	18.6	66.7	8.1	%		
4	0.989	2.27	04	17	55	136	45	التكرار	أنا أرى أن الأطباء الأكثر تأهيلا لتقييم العلاج.	07
			1.6	6.6	21.3	52.7	17.4	%		
1	1.113	2.52	8	30	56	135	29	التكرار	إن تشجيع الامتثال الصحيح للعلاج مسؤولية الطبيب.	19
			3.1	11.6	21.7	52.3	11.2	%		
			المتوسط المرجح للأوزان والانحدار المعياري للبعد الأول.							
		<b>2.384</b>								
		<b>0.641</b>								

الجدول (07): تحليل آراء استجابات المرضى حول بعد الموثوقية.

يتضح من خلال الجدول (07)، التكرارات والنسب المئوية لاستجابات عينة المرضى حول بعد الموثوقية، حيث جاءت في المرتبة الأولى الفقرة (19)، التي تنص على (إن تشجيع الامتثال الصحيح للعلاج مسؤولية الطبيب)، بانحراف معياري قدر ب 1.113، ومتوسط حسابي بلغ 2.52، بإجمالي موافق بشدة وموافق 154 مستجيب من أصل 258 مستجيب، أما في المرتبة الأخيرة جاءت الفقرة (07)، التي تنص على (أنا أرى أن الأطباء الأكثر تأهيلا لتقييم العلاج)، بانحراف معياري قدر ب 0.989، ومتوسط حسابي بلغ 2.27، بإجمالي موافق وموافق بشدة 180 مستجيب من أصل 258، كما يوضح الجدول (07)، أن المتوسط المرجح للأوزان للبعد الأول (الموثوقية)، قدر ب 2.384، وانحراف معياري بلغ 0.641، وهو ما يقابل المعارضة (بالاعتماد على الجدول (06))، (أي أن مستوى الموثوقية لدى عينة المرضى يعتبر منخفض).

● البعد الثاني: الاستثمار في الابتكار.

الرقم	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض بشدة	أعارض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
04	أنا أثق في الطبيب الذي يقدم علاجات جديدة.	التكرار	22	117	87	27	3	2.21	0.882
		%	8.5	45.3	33.7	10.5	1.2		
05	أنا أثق في الطبيب الذي يستعمل أحدث الأجهزة الطبية.	التكرار	71	137	34	13	2	2.02	0.948
		%	27.5	53.1	13.2	5	0.8		
14	أنا أثق في الطبيب الذي يحدث معلوماته باستمرار.	التكرار	35	162	43	13	4	2.60	1.036
		%	13.6	62.8	16.7	5	1.6		
المتوسط المرجح للأوزان والانحراف المعياري للبعد الثاني.							2.275	0.661	

الجدول (08): تحليل استجابات المرضى حول البعد الثاني.

يوضح الجدول (07)، التكرارات والنسب المئوية لاستجابات عينة المرضى حول البعد الثاني "الاستثمار في الابتكار"، حيث جاءت في المرتبة الأولى الفقرة (14)، والتي تنص على (أنا أثق في الطبيب الذي يحدث معلوماته باستمرار) بانحراف معياري قدر ب 1.036، ومتوسط حسابي بلغ 2.60، بإجمال موافق وموافق بشدة 197 مستجيب من أصل 258 مستجيب، أما في المرتبة الأخيرة جاءت الفقرة (05)، التي تنص على (أنا أثق في الطبيب الذي يستعمل أحدث الأجهزة)، بانحراف معياري قدر ب 0.948، ومتوسط حسابي بلغ 2.02، بإجمالي موافق وموافق بشدة 208 مستجيب من أصل 258 مستجيب، كما يوضح الجدول (08)، أن المتوسط المرجح للأوزان للبعد الثاني (الاستثمار في الابتكار) قدر ب 2.275، بانحراف معياري بلغ 0.661، هذا ما قابل المعارضة (بالاعتماد على الجدول (06))، (أي أن مستوى استجابات المرضى حول بعد الاستثمار في الابتكار يعتبر منخفض).

● البعد الثالث: شفافية المعلومة.

الرقم	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض بشدة	أعارض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
09	أنا أثق في المعلومات التي مصدرها الطبيب.	26	167	44	19	1	2.30	0.931	6
		10.1	64.7	17.1	7.4	0.4			
10	أنا أثق في المعلومات التي مصدرها السلطات الصحية (وزارة الصحة، مديرية الصحة...).	14	103	89	43	9	2.86	1.142	5
		5.4	39.9	34.5	16.7	3.5			
11	أنا أثق في المعلومات التي مصدرها الأنترنت.	2	30	60	102	63	3.91	1.078	1
		0.8	11.6	23.3	39.5	24.4			
12	أنا أثق في المعلومات التي مصدرها من حولي ولهم التجربة.	13	81	79	56	28	3.13	1.220	3
		5	31.4	30.6	21.7	10.9			
20	أنا أرى أنه من السهل العثور على المعلومات الموثوقة المتعلقة بالأمراض، وطرق علاجها.	11	77	62	75	33	2.92	1.171	4
		4.3	29.8	24	29.1	12.8			
21	أنا أثق في الطبيب الذي يقدم المعلومات الكافية والواضحة والمفهومة.	12	104	81	47	14	3.33	1.288	2
		4.7	40.3	31.4	18.2	5.4			
<b>المتوسط المرجح للأوزان والانحراف المعياري للبعد الثالث.</b>							<b>3.071</b>	<b>0.548</b>	

الجدول (08): تحليل استجابات عينة المرضى حول البعد الثالث.

يوضح الجدول (08)، التكرارات والنسب المئوية لاستجابات عينة المرضى حول البعد الثالث "شفافية المعلومة"، حيث جاءت في المرتبة الأولى الفقرة (11)، التي تنص على (أنا أثق في المعلومات التي مصدرها الأنترنت)، بانحراف معياري قدر ب 1.078، ومتوسط حسابي بلغ 3.91، بإجمالي معارض ومعارض بشدة 165 مستجيب من أصل 258 مستجيب، أما في المرتبة الأخيرة جاءت الفقرة (09)، التي تنص على (أنا أثق في المعلومات التي مصدرها الطبيب)، بانحراف معياري قدر ب 0.931، ومتوسط حسابي بلغ 2.30، بإجمالي موافق وموافق بشدة 193 مستجيب من أصل 258 مستجيب، كما يوضح الجدول (08)، أن المتوسط المرجح للأوزان للبعد الثالث (شفافية المعلومة)، قدر ب 3.071، وانحراف معياري بلغ 0.548، ما يقابل المحايدة (بالاعتماد على الجدول (06))، (أي أن مستوى استجابات عينة المرضى حول بعد شفافية المعلومة متوسط).

● البعد الرابع: مصداقية الجهات الفاعلة.

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أعارض بشدة	أعارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	التكرار	الفقرة	الرقم
3	1.052	2.66	14	51	87	97	8	التكرار	أنا أثق في السلطات الصحية التي تفرض التعليمات واللوائح القانونية.	13
			5.4	19.8	33.7	37.6	3.1	%		
2	1.147	2.96	1	1	18	155	82	التكرار	أنا أرى أن المريض يساهم في نجاح علاجه من خلال التزامه بتوصيات الطبيب.	15
			0.4	0.4	7	60.1	31.8	%		
4	0.623	1.77	8	50	85	109	5	التكرار	أنا أثق في الطبيب الذي يحترم القانون.	16
			3.1	19.4	32.9	42.2	1.9	%		
1	1.166	3.01	7	32	69	140	10	التكرار	أنا أثق في الطبيب الذي يحترم الالتزام بالمعلومات ويحترم استقلالية المريض.	18
			2.7	12.4	26.7	54.3	3.9	%		
	<b>0.675</b>	<b>2.60</b>	<b>المتوسط المرجح للأوزان والانحراف المعياري للبعد الرابع</b>							

الجدول (09): تحليل استجابات عينة المرضى حول بعد مصداقية الجهات الفاعلة.

يوضح الجدول (09)، التكرارات والنسب المئوية لاستجابات عينة المرضى حول البعد الرابع " مصداقية الجهات الفاعلة"، حيث جاءت في المرتبة الأولى الفقرة (18)، التي تنص على ( أنا أثق في الطبيب الذي يحترم الالتزام بالمعلومات ويحترم استقلالية المريض)، بانحراف معياري قدر ب 1.166، ومتوسط حسابي بلغ 3.01، بإجمالي موافق وموافق بشدة 150 مستجيب من أصل 258 مستجيب، أما في المرتبة الأخيرة، جاءت الفقرة (16)، التي تنص على (أنا أثق في الطبيب الذي يحترم القانون)، بانحراف معياري قدر ب 0.623، ومتوسط حسابي بلغ 1.77، بإجمالي موافق وموافق بشدة 114 مستجيب من أصل 258، كما يوضح الجدول (09)، أن المتوسط المرجح للأوزان للبعد الرابع ( مصداقية الجهات الفاعلة)، قد بلغ 2.60، وانحرافه المعياري وصل 0.675، ما يقابل المحايدة (بالاعتماد على الجدول (06))، (أي أن مستوى استجابات المرضى حول البعد الرابع يعتبر متوسط).

● البعد الخامس: المسؤولية الاجتماعية للطبيب.

الرقم	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض بشدة	أعارض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
06	أنا أثق في الطبيب الذي يساهم في محو الأمية الصحية ونشر الوعي.	3	94	103	43	15	2.63	1.195	2
		%	1.2	35.4	39.9	16.7	5.8		
17	أنا أثق في الطبيب الذي يشارك في حماية البيئة.	35	108	64	34	16	3.00	1.069	1
		%	13.6	41.9	24.8	13.2	6.2		
		المتوسط المرجح للأوزان والانحراف المعياري للبعد الخامس.							
		2.82	0.946						

الشكل (10): تحليل استجابات عينة المرضى حول المسؤولية الاجتماعية للطبيب.

الجدول (10) يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات عينة المرضى حول البعد الخامس "المسؤولية الاجتماعية للطبيب"، حيث جاءت في المرتبة الأولى الفقرة (17)، التي تنص على (أنا أثق في الطبيب الذي يشارك في حماية البيئة)، بانحراف معياري قدر ب 1.069، ومتوسط حسابي بلغ 3.00، بإجمالي موافق وموافق بشدة 143 مستجيب من أصل 258 مستجيب، أما في المرتبة الأخيرة جاءت الفقرة (06)، التي تنص على (أنا أثق في الطبيب الذي يساهم في محو الأمية الصحية ونشر الوعي)، بانحراف معياري قدر ب 1.195، ومتوسط حسابي بلغ 2.63، بإجمالي موافق وموافق بشدة 97 مستجيب من أصل 258 مستجيب، كما يوضح الجدول (10)، ان المتوسط المرجح للأوزان للبعد الخامس (المسؤولية الاجتماعية للطبيب) قدر ب 2.82، بانحراف معياري بلغ 0.946، ما يقابل المحايدة (حسب الجدول (06))، (أي أن مستوى استجابات المرضى حول بعد المسؤولية الاجتماعية للطبيب يعتبر متوسط).

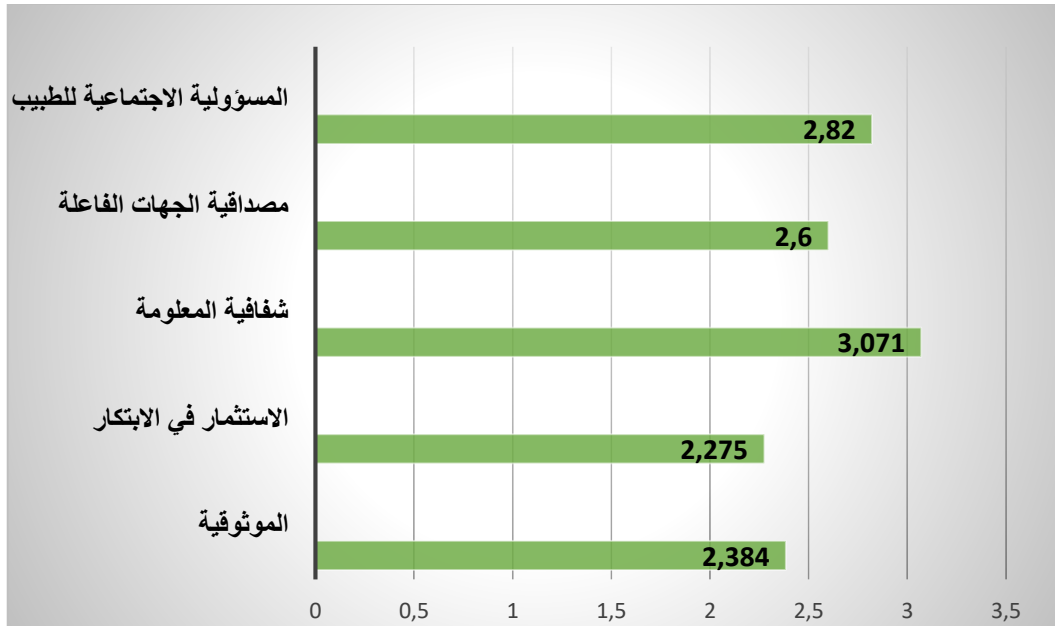
⇐ تحليل استجابات المرضى حول المحور الأول ككل: "أبعاد ومحددات الثقة".

الرقم	البعد	المتوسط المرجح للأوزان	الانحراف المعياري	الترتيب
01	الموثوقية	2.384	0.641	4
02	الاستثمار في الابتكار	2.275	0.661	5
03	شفافية المعلومة	3.071	0.548	1
04	مصادقية الجهات الفاعلة	2.600	0.675	3
05	المسؤولية الاجتماعية للطبيب	2.817	0.946	2
		2.630	0.694	
المتوسط المرجح للأوزان والانحراف المعياري للمحور الأول ككل.				

الجدول (11): تحليل استجابات عينة المرضى حول المحور الأول.

يوضح الجدول (11)، متوسطات استجابات عينة المرضى حول المحور الأول "أبعاد ومحددات الثقة"، حيث جاء في المرتبة الأولى البعد الثالث "شفافية المعلومة"، بمتوسط مرجح للأوزان قدر ب 3.071، وانحراف معياري بلغ 0.548، يليه البعد الخامس "المسؤولية الاجتماعية للطبيب"، بمتوسط مرجح للأوزان قدر ب 2.817، وانحراف معياري بلغ 0.946، في المرتبة الثالثة جاء البعد الرابع "مصادقية الجهات الفاعلة" بمتوسط مرجح للأوزان بلغ 2.600، وانحراف معياري قدر ب 0.675، يليه البعد الأول "الموثوقية" في المرتبة الرابعة، بمتوسط مرجح للأوزان قدر ب 2.384، وانحراف معياري بلغ 0.641، وفي المرتبة الأخيرة البعد الثاني "الاستثمار في الابتكار"، بمتوسط مرجح للأوزان قدر ب 2.275، وانحراف معياري بلغ 0.661، كما يوضح الجدول (11)، أن المتوسط المرجح للأوزان للمحور الأول ككل "أبعاد ومحددات الثقة" قدر ب 2.630، وانحراف معياري بلغ 0.694، هذا ما يقابل المحايدة (حسب الجدول السابق رقم (06))، أي أن مستوى استجابات المرضى حول أبعاد ومحددات الثقة يعتبر متوسط.

والتمثيل البياني التالي يوضح ترتيب متوسطات استجابات عينة المرضى حول المحور الأول "أبعاد ومحددات الثقة":



الشكل (08): ترتيب متوسطات استجابات عينة المرضى حول المحور الأول.

المصدر: من إعداد الطالبة.

≡ تحليل الفقرات المفتوحة (21) و(22):

لقد استطاع عدد كبير من عينة المرضى الإجابة على هذه الفقرة، وذلك لكونها مفتوحة وسمحت لهم بالتعبير عن آرائهم بكل حرية، حيث من ملاحظتنا للإجابات، استتجنا العديد من الآراء المتشابهة حول الفقرة، لكن هذا لا يمنع من تسجيل بعض الإجابات الشاذة، فيما يلي عرض مختصر لإجابات المرضى حول الفقرة (21) والفقرة (22):

≡ الفقرة (21): "متى تثق في الطبيب..."

← الإجابات المتشابهة:

◀ أتق في الطبيب، عندما أشعر أنه يفهم مرضي، ويستطيع علاجي.

◀ الطبيب لا يداوي الجسد فقط، إنما يداوي الروح قبل الجسد، أنا عندما أتى الى طبيب، مثلي مثل باقي المرضى، أكون متوترا وقلق بشأن صحتي، وعندما يحدثني الطبيب بوضوح ويشرح لي الوضع، أرتاح وأتق بأن هذا الطبيب يعلم جيدا ماذا عليه أن يفعل.

أتق في الطبيب عندما أشعر أنه يخاف الله ويراعي ضميره ويتقن عمله، يفحصني جيدا، ويسألني عن كل صغيرة وكبيرة.

◀ أتق في الطبيب الذي يقدرني، ولا يتجاهل وجودي، يحترم مشاعري كمريض ويقدر حجم معاناتي.

أتق في الطبيب، عندما أرى أنه عالج حالات كثيرة غيري، خاصة إذا كنت أعرف إحدى هذه الحالات.

← الإجابات الشاذة

◀ انا أتق في طبيب الأسرة فقط.

◀ أنا لا أتق في أطباء اليوم، لأنهم بيروقراطيين، ويبحثون عن مصلحتهم.

◀ لم تعد مهنة الطب تعالج، لأن الأطباء لا يدرسونهم كما يجب، أفضل العلاج في دول مجاورة لأنهم أكثر كفاءة من أطباء بلدي.

≡ الفقرة (22): "هل تشك بالطبيب، ماذا تفعل حينها.."

من ملاحظتنا لإجابات عينة المرضى حول الفقرة (22)، تبين لنا وجود قابلية الشك في الطبيب عند أغلب المستجوبين، حيث تباينت ردة فعلهم اتجاه هذا الشك، كما توضح الإجابات التالية:

◀ نعم أحيانا أشك، وأغير الطبيب، إذا كنت أتابع عند طبيب من القطاع الحكومي، أذهب الى طبيب خاص.

◀ عندما لا أقتنع بالرعاية الصحية المقدمة أشك.

◀ نعم، أسأل عائلتي أو أصدقائي ممن عانوا من نفس المشكل الصحية.

◀ نعم، أقرأ من الانترنت، وأقارن تشخيصه مع تشخيص أطباء في دول مختلفة.

🌀 الجزء الثاني: النتائج الخاصة بالأطباء.

من خلال المقابلات التي أقمناها مع عينة الأطباء، تبين لنا أن للأطباء نظرتهم الخاص حول أبعاد ومحددات الثقة، حيث جاءت التصريحات وفق كل بعد كالتالي:

◀ البعد الأول: عقلانية الطبيب.

● التصريح الأول:

د. م. داحماني، طبيب عام - عيادة خاصة-، دائرة صبرة: لا يجب على الطبيب قطعاً، الخلط بين عواطفه ومهامه، يجب أن يكون حريصاً في المعلومات التي تخرج منه حتى ولو كان هناك بعض الشكوك لا يجدر به التصريح بها للمريض، لأنه سيرعبه، وإذا تبين العكس بعد التحليل والأشعة، لن يثق المريض مرة أخرى في الطبيب، بل سيزور ثلاث أطباء آخرين ليتأكد أنه سليم.

● التصريح الثاني:

د. ع. م. طبيببة عامة، -المؤسسة العمومية الاستشفائية برمشي-: المريض ليس محترف، لا يمكن أن يستوعب الشرح الدقيق لحالته الصحية، لذلك أنا أحاول أن أنقل له الفكرة العامة حول المرض وطريقة العلاج بشكل بسيط وموضوعي.

● التصريح الثالث:

د. وفاء طلبان، أخصائية أمراض عيون -المركز الاستشفائي الجامعي تلمسان-: مهنة الطب تتطلب منا أن نكون حريصين وموضوعين في الحوارات التي نجريها مع المرضى، لذلك يجدر بنا تحديد سياق المحادثة لكي لا تخرج عن النسق العام، في الكثير من الأحيان يسألني المرضى أسئلة فضولية لا علاقة لها بالتخصص ولا بالطب، فلا أجيب.

● التصريح الرابع:

د. موسى سويداني، اختصاصي جراحة عامة، 15 سنة خبرة مهنية -المركز الاستشفائي الجامعي تلمسان-: المريض لكي يثق بالطبيب، يجب أن يشعر بأن الطبيب قادر على علاجه، ولتصل إليه هذه الفكرة، يجب علينا محاورته وإقناعه بالتشخيص، لكن الحوار مرتبط بالطبيعة السريرية للمرض، هناك أمراض معقدة لا يمكن شرحها ببساطة للمريض، لذلك نلتزم الصمت ونستعين بتهديته حتى نقوم بإجراء الفحوصات اللازمة والتأكد من التشخيص، وهناك حالات بسيطة للمرض نشرحها للمريض، لكن بدون مبالغة في المعلومات، نطلعه على ما يجب فقط.

من خلال مراجعة تصريحات الأطباء المبحوثين حول أبعاد ومحددات الثقة، نجد أن الطبيب يعتبر العقلانية في التعامل مع المريض، بعد هام في كسب ثقة المريض، حيث يتحكم في تحقيق هذا البعد عدة محددات صرح بها

الأطباء المبحوثين، أهمها تحديد هامش الصراحة مع المرضى (عدم التصريح بالشكوك اتجاه الحالة المرضية)، وحصراً تدفق المعلومات باتجاه المريض، بالإضافة إلى ضرورة التحلي بمعايير الاحتراف (فصل العواطف عن الطب).

◀ البعد الثاني: المكون الديني.

● التصريح الأول:

د. مريني محمد أمين، طبيب عام، 17 سنة خبرة مهنية، -عيادة خاصة- دائرة صبرة: في هذه المنطقة الطبيب آخر شخص يأتي إليه المريض، بصراحة المريض اليوم يزور المشايخ والمشعوذين والرفاة، لإيمانه بأن المرض سببه طاقات روحانية كسحر والعين والحسد، لذلك أصبحنا مجبرين على إعادة تذكير المريض بأن المرض شيء طبيعي وأنه ابتلاء من رب العالمين، وشفاء بيده والطبيب سبب، إن اقتناع المريض أو مرافقه بهذه الفكرة سيجعله يثق بنا.

● التصريح الثاني:

د. بن منصور، أخصائي أمراض النساء والتوليد، 17 سنة خبرة مهنية -عيادة خاصة- تلمسان: وجود المعالم الدينية في شخصية الطبيب، يساعد المرضى في بناء الثقة، أحياناً يتطلب التشخيص فحص أماكن خاصة في جسد المريض، لذلك إن لم يشعر المريض أو مرافقه، مثل الزوج بأن الطبيب يتقن عمله، وأنه مراعي لضميره، فإن لن يسمح بفحص زوجته، من جهة أخرى المريضة تأتي وهي تعلم أن الطبيب شخص محلف، مما يجعلها مستعدة للفحص.

● التصريح الثالث:

د. ع. م. طبيبة عامة، المؤسسة العمومية الاستشفائية برمشي: ... هناك ظاهرة أخرى تثبت تأثير المكون الديني في كسب ثقة المريض، وهي "الطبيب الحاج"، الذي يكون مطلوب بكثرة من قبل المرضى.

من خلال تحليل تصريحات الأطباء المبحوثين، يتبين لنا أننا للمكون الديني تأثير كبير على كسب الطبيب لثقة مريضه، حيث تطرق المبحوثين إلى ضرورة تبيان الجانب الديني خلال اللقاءات الطبية مع المرضى، من خلال إدراج الأحاديث الدينية والآيات القرآنية في الحوار الذي يجمع الطبيب بالمريض، كما صرح أحد المبحوثين بتأثير القسم على كسب الثقة الأولية للمريض، باعتباره ضماناً لشرف الطبيب واحترافه، في الأخير تعرضت بعض التصريحات إلى ظاهرة الطبيب الحاج، وما فيها من تأثير على رضا وثقة المريض، إلى جانب تصريحات الأطباء، لاحظنا من خلال زيارتنا للعيادات الخاصة للأطباء في مناطق مختلفة من ولاية تلمسان وجود لوحات وصور دينية على الجدران في قاعات الانتظار، مما يؤكد تصريحات العينة.

◀ البعد الثالث: الاستثمار في الابتكار.

● التصريح الأول:

د. بي ب، طبيب عام، 10 سنوات خبرة مهنية - عيادة خاصة- دائرة أولاد ميمون: لقد أنفقت مبالغ مالية معتبرة لاقتناء هذه الأجهزة الطبية عالية الجودة، لأن المريض لا يريد أن ينتقل بين الأطباء من أجل إجراء الأشعة، وهي أيضا تساعدني في التشخيص وربح الوقت "هكا ما نغبنه ما نغبن روجي"، أحيانا تأتي نساء للكشف ولا تعلم إن كانت حامل أو لا.

● التصريح الثاني:

د. وفاء طلبان، طبيبة عامة -المركز الاستشفائي الجامعي- تلمسان: إن التخلف التكنولوجي وتلف الأجهزة الطبية، بسبب الضغط المستمر على المؤسسة، جعل المرضى مستائين منا، ويتهموننا باللامبالاة و"الحقرة".

● التصريح الثالث:

د. يوسف بن ناصر، أخصائي أمراض الجلدية والحساسية، -عيادة خاصة- تلمسان: تلعب شهادة الطبيب دور هام في كسب ثقة مرضاه، ولا نخفي عن بعضنا البعض وزن شهادة الطبيب إن كانت من دولة أجنبية، هذا العنصر يقلب المعادلة ويجعل الكل يثق بكفاءته في العلاج، لأنه "قرا في الخارج".

من خلال تحليل تصريحات الأطباء السابقة، يتبين لنا أن الطبيب يرى أن الاستثمار في الابتكار يكون على مستوى عدة محددات، أولها التجهيز الطبي، وما يمنحه من استقلالية في ممارسته السريرية، تمنح للمريض الرضا عن الرعاية الصحية المقدمة، مما يساعد في تفعيل ثقته في العلاقة العلاجية، من جهة أخرى اعتبرت الشهادة المهنية محدد من نوع، يسمح للطبيب باستعراض كفاءته وترويج لها في الوسط الصحي، وهذا فعلا ما لاحظناه أثناء زيارتنا لمكاتب الفحص لدى الأطباء الخواص، إذ أغلبهم يخصصون زاوية جدارية تحمل شهاداتهم المهنية والتقدير الشرفية الخاصة بهم، في القطاع العمومي، اعتبر الأطباء المبحوثين غياب التجديد التكنولوجي أو ما سماه المبحوث "التخلف التكنولوجي" سبب لتأزم الثقة بينهم وبين جمهور المرضى.

◀ البعد الرابع: التسعيرة.

● التصريح الأول:

د. م. داحماني، طبيب عام -عيادة خاصة- دائرة صبرة: أنا أعمل في هذه المنطقة منذ وقت طويل، وأعلم جيدا من باستطاعته الدفع ومن لا يستطيع، شخصا لم أغير سعر الفحص منذ خمس سنوات، وفي الكثير من الأحيان لا يدفع المريض مستحقات العلاج فورا، وأظن أن هذا سبب لرضا وثقة المريض بي، لقد كون عني انطباع أنني أبحث عن علاجه لا عن نقوده.

● التصريح الثاني:

د. عبد الله محجوبي، أخصائي في الطب الباطني- عيادة خاصة- دائرة منصوره: المريض يثق في الخدمات الصحية ذات السعر المرتفع، لأنه يؤمن بأن السعر المرتفع يعبر عن الجودة، وفي الحقيقة إنه محق، الطبيب يحدد السعر على أساس التكاليف، قبل أن أفتح هذه العيادة كنت أعمل في عيادة في وهران، وقد وضعت سعر الفحص 1200 دج في ظل تواجد محتشم للمرضى، في حين الآن السعر 2500 دج والإقبال كثيف للمرضى.

من خلال تحليل تصريحات المبحوثين، يتضح لنا أن بعد التسعيرة يؤثر على ثقة المريض من وجهة نظر الأطباء، حيث تضاربت الآراء بين الطبيب في المنطقة الريفية وطبيب في المدينة، حيث اعتبر أطباء المناطق شبه الحضرية السعر متماشي مع المستوى المعيشي للمريض محدد هام لثقتهم، حين صرح الأطباء العاملين في مناطق حضرية أن السعر المرتفع، دليل على الجودة في الرعاية الصحية المقدمة، مما يجعل المرضى يثقون في الطبيب.

◀ البعد الخامس: مكانة الطبيب.

● التصريح الأول:

د. م. والي أخصائي أمراض نساء والتوليد –المركز الاستشفائي الجامعي- تلمسان: إن مكانة الطبيب في العملية العلاجية، تلعب دور في نيل ثقة المريض، المريض لا يثق في الطبيب الإمعة، أو ضعيف الشخصية، لا يؤمن بتوصياته ولا يخضع له.

● التصريح الثاني:

د. ن. يمانى، أخصائي جراحة عامة قسم الطوارئ-المؤسسة العمومية الاستشفائية – الرمشي: عندما أتعامل مع مريض، أعلم جيدا أنني أتعامل مع عائلة أو حي بأكمله، لأن المريض ينقل مجريات اللقاء الطبي الى خارج المستشفى، مما يجعل المحيط الاجتماعي الخاص به، يشكل صورة وانطباع عن الطبيب، ومنها تتشكل سمعة الطبيب، فإذا خرج المريض راض عن مجريات العملية العلاجية، سيجعل المرضى الآخرين يثقون بك.

● التصريح الثالث:

د. ياسمين دالي يوسف، طبيبة أطفال –عيادة خاصة- تلمسان: أبي كان طبيب في نفس التخصص، بعد تقاعده، استلمت العيادة، أحيانا يأتي الآباء والأمهات بحثا عن والدي، وعندما أخبرهم أنني ابنته، يبدون ردة فعل إيجابية، تعبر عن ارتياحهم، وهذا ما جعلني أكتسب مكان في الوسط الصحي.

من خلال تحليل تصريحات الأطباء المبحوثين، يتضح لنا أن مكانة الطبيب من بين أبعاد الثقة المهمة بالنسبة للطبيب، حيث تتحكم عدة محددات في تحقيق هذا البعد، أولها تحقيق مبدأ الخضوع في العلاقة العلاجية، إذ اعتبر المبحوث أن تمسك بمبدأ الخضوع من خلال ممارسة سلطة وشرعية الطبيب، تجعل المريض يعترف بقوته المعرفية، مما يؤدي الى الوثوق به، في حين اعتبر أغلب المبحوثين، أن السمعة الحسنة وشهرة الطبيب في الوسط

الاجتماعي، يجذب انتباه الجمهور، مما يساهم في عملية كسب ثقة المريض، وفي الأخير تعرضت الطبية المشاركة في الدراسة، الى ظاهرة توريث مهنة الطب، وتأثير سمعة الطبيب الأب على الطبيب الابن في نيل ثقة المريض.

☞ الفرضية الثانية: نوع العلاقة العلاجية مهم في بناء ثقة المريض.

🌀 الجزء الأول: النتائج الخاصة بالمرضى.

يوضح الجدول التالي استجابات المرضى حول المحور الثاني "أهمية نوع العلاقة العلاجية في بناء الثقة":

الرقم	الفقرة	نعم	لا	أحيانا
23	إن الاستقبال الجيد يؤثر على ثقتي.	227	24	06
		88	9.3	2.3
24	أنا أثق في الطبيب الذي يفتح نقاشا معي.	214	31	11
		82.9	12	4.3
25	أنا أثق في الطبيب الذي يخصص لي الوقت الكافي.	200	08	50
		77.51	3.10	19.37
26	أنا أفضل الطبيب الذي يحاورني ويهتم برأيي.	145	77	35
		56.2	29.8	13.6

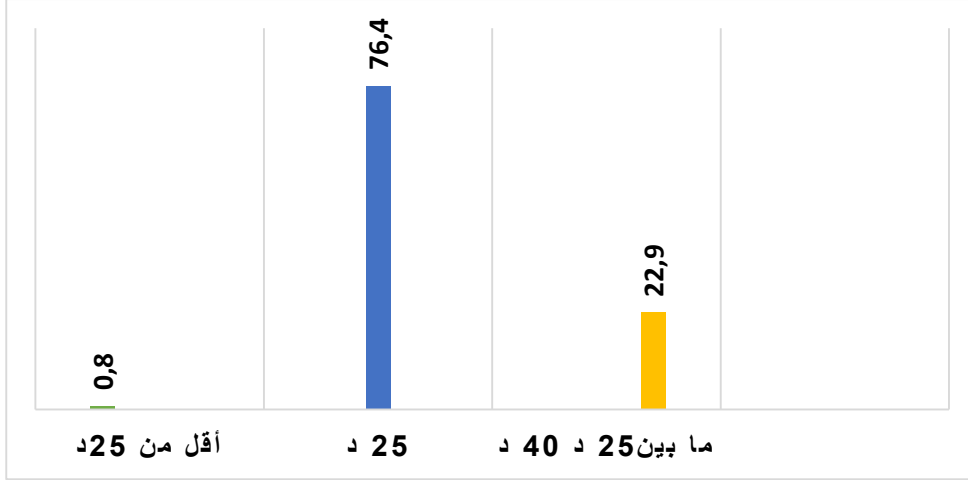
الجدول (12): استجابات المرضى حول المحور الثاني "أهمية نوع العلاقة العلاجية في بناء الثقة".

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات الاستبيان.

من خلال الجدول (12) يتضح لنا أن جميع إجابات المرضى حول فقرات المحور الثاني " أهمية نوع العلاقة العلاجية في بناء الثقة"، كانت تتجه نحو الموافقة، حيث جاء في المرتبة الأولى الفقرة رقم (23)، التي تنص على (إن الاستقبال الجيد يؤثر على ثقتي بالطبيب)، بإجمالي إجابات 88 "نعم"، أي ما يقابل 227 مستجيب من أصل 258 مستجيب، أما في المرتبة الثاني جاءت الفقرة رقم (24)، والتي تنص على (أنا أثق في الطبيب الذي يفتح نقاشا معي)، بنسبة 82.9 "نعم"، أي ما يقابل 214 مستجيب من أصل 258 مستجيب، أما في المرتبة الثالثة، جاءت الفقرة رقم (25)، والتي تنص على (أنا أثق في الطبيب الذي يخصص لي الوقت الكافي)، بنسبة 77.51 "نعم"، أي ما يقابل 200 مستجيب من أصل 258 مستجيب، في المرتبة الأخيرة جاءت الفقرة رقم (26)، والتي تنص على (أنا أفضل الطبيب الذي يحاورني ويهتم برأيي)، بنسبة 56.2 "نعم"، أي ما يقابل 145 مستجيب من أصل 258 مستجيب.

لتدعيم وتوضيح إجابات الفقرة (25)، نضيف استجابات عينة المرضى حول الفقرة (27)، والتي تنص على " كم من الوقت تريد من الطبيب أن يمنحك.."

التمثيل البياني التالي، يوضح آراء عينة المرضى حول المدة العلاجية المناسبة لهم:



الشكل (09): استجابات عينة المرضى حول مدة العملية العلاجية.

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على معطيات الاستبيان.

من خلال الشكل (09)، يتضح لنا أن استجابات المرضى حول المدة الزمنية للعملية العلاجية، تراوحت بين الخمس وعشرون دقيقة والأربعون دقيقة، حيث جاءت أغلبية الإجابات تؤيد مدة 25 دقيقة، وذلك بنسبة 76.4%، أي ما يقابل 197 مستجيب من أصل 258 مستجيب، في حين جاءت المدة الزمنية للعملية العلاجية بين 25 د و 40 د في المرتبة الثانية، بنسبة 22.9%، أي ما يقابل 59 مستجيب من أصل 258 مستجيب، أما في الأخير جاءت نسبة ضئيلة قدرت ب 0.8%، أي ما يقابل اثنين من المستجيبين من أصل 258 مستجيب من المرضى الذين فضلوا مدة زمنية أقل من 25 دقيقة للعملية العلاجية.

⇐ تحليل الفقرات المفتوحة رقم (27) و (28):

من خلال تحليل استجابات المرضى حول الفقرات (27) و (28) المتعلقة بأهمية نوع العلاقة العلاجية في بناء الثقة، استطعنا تقصي مجموعة من الآراء المتشابهة للعينة، والتي جاءت كالتالي:

⇐ الفقرة (27): "ما هو نوع الاستقبال الذي يرضيك..."

◀ نريد أن نتعامل مع أطباء بشوشين، ومبتسمين.

◀ اللباقة، والمعاملة الحسنة خاصة مع الممرض أو عون الاستقبال.

◀ يجب أن يتحلى كل ذي عملاً، بعمله، أحياناً أغير المستشفى بأكمله بسبب فظاظة المنظفة أو الحارس.

◀ احترام المواعيد، الأطباء الخواص في الجزائر يباشرون عملهم بعد الساعة العاشرة، في حين أن المريض يجلس بالساعات في قاعة الانتظار.

== الفقرة (28): "كيف تريد أن يتكفل بك الطبيب..."

◀ أن يفحصني جيدا، ويسألني عن كل شيء.

◀ أنا أشعر بالألم لكن لا أفهمه، في حين أن الطبيب لا يشعر بالألم، لكنه يفهمه، لذلك أتى الى الطبيب من أجل أن يوضح لي ماذا يحدث في جسدي، أريده أن يشرح لي مرضي وكيف أعالج.

◀ أنا مريضة سرطان، فيما سبق كنت أعالج عند طبيب، يتعامل بجفاف، مما دمر نفسي، أما الآن فأنا أعالج عند طبيب آخر، مهما كان وضعي الصحي كارثي، إلا أنه يستمر في تشجيعي ودعمني.

◀ الطبيب اليوم أصبح مثل الميكانيكي، يشخص العطب ويصلحه بدون أن يشرح للسيارة سبب العطل، لأنها جماد، أما نحن فمرضى ونريد أن نفهم ما بنا.

◀ كيف لك أن تثق في الطبيب المنزعج والعباس، يحسبك أنه يعالجك قسرا، بعض الأطباء يعتبرون المزاح " قلة احترام".

◀ أريد من الطبيب أن يهتم بي كمريض، ويخصص لي الوقت الكافي.

◀ الجانب الربحي، أصبح واضحا جدا، في تعاملات الأطباء معنا، أريد من الطبيب ألا يحسني بأن مرضي مكافأة مالية قابلة للتطور.

الجزء الثاني: النتائج الخاص بعينة الأطباء.

جاءت إجابات عينة الأطباء حول أهمية نوع العلاقة العلاجية في بناء ثقة المريض، كالتالي:

الرقم	السؤال	نعم	لا	أحيانا
01	هل صمت المريض إجابي أثناء الفحص؟	02	07	03
		16.66 %	58.33	12
02	هل تأخذ رأي المريض بعين الاعتبار أثناء عملية صنع القرار الطبي؟	02	08	02
		16.66 %	66.66	16.66
03	هل تسمح بالنقاش مع المريض؟	04	06	02
		33.33 %	50	16.66
04	هل العلاقة الأبوية بينك وبين المريض، فعالة في العملية العلاجية؟	10	00	02
		83.33 %	00	16.66

الجدول (13): استجابات عينة الأطباء حول أهمية نوع العلاقة العلاجية في بناء ثقة المريض.

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على معطيات المقابلة.

يوضح الجدول (13)، التكرارات والنسب المئوية لاستجابات عينة الأطباء، حيث جاء في المرتبة الأولى السؤال رقم (04)، الذي ينص على (هل العلاقة الأبوية بينك وبين المريض فعالة في العملية العلاجية)، بنسبة 83.33 "نعم"، أي ما يقابل 10 أطباء مستجيبين من أصل 12 طبيب مستجيب، يليه السؤال رقم (02)، الذي ينص على (هل تأخذ رأي المريض بعين الاعتبار أثناء عملية صنع القرار الطبي)، بنسبة 66.66 "لا"، أي ما يقابل 08 أطباء مستجيبين من أصل 12 الطبيب، أما في المرتبة الثالثة، جاء السؤال رقم (01)، الذي ينص على (هل صمت المريض إجابي أثناء الفحص)، بنسبة 58.33 "لا"، أي ما يقابل 07 أطباء مستجيبين من أصل 12 الطبيب، في المرتبة الأخيرة جاء السؤال رقم (03)، الذي ينص على (هل تسمح بالنقاش مع المريض)، بنسبة 50 "لا"، أي ما يقابل نصف عينة الأطباء المستجوبين (06).

☐ الفرضية الثالثة: نرفض أن هناك علاقة بين مستوى ثقة المريض والمسار العلاجي.

🌀 الجزء: الأول: النتائج الخاصة بالمرضى.

للتأكد من الفرضية، قمنا بإجراء اختبار الارتباط بيرسون على استجابات عينة المرضى، وذلك بعد تحقق من شرط التوزيع الطبيعي للعينة واستقلالية محاور الاستبيان، حيث كانت النتيجة كما يلي:

الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط	
0.000	0.780**	العلاقة بين أبعاد ومحددات الثقة والمسار العلاجي.

الجدول (14): معامل الارتباط بين أبعاد ومحددات الثقة والمسار العلاجي.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي.

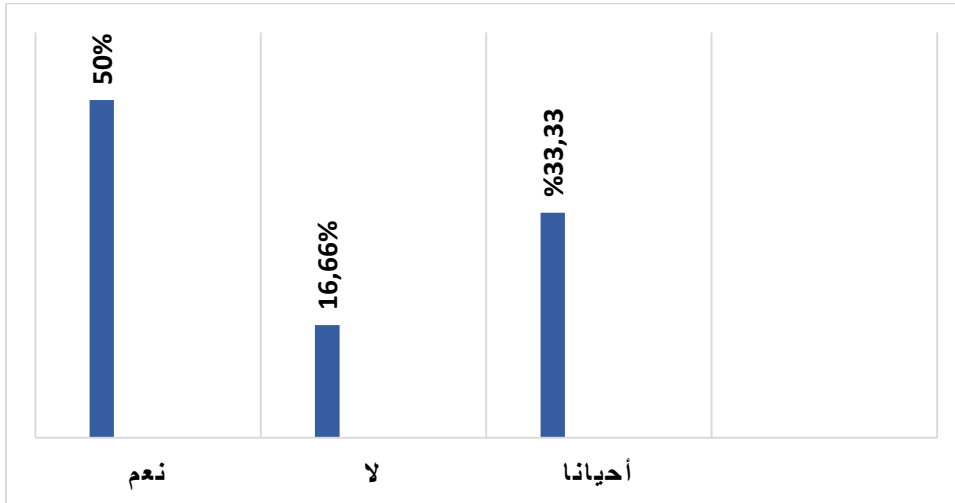
0.780  $\Leftrightarrow$  علاقة طردية قوية. (حسب المرجع المذكور أسفل الصفحة).<sup>292</sup>

من خلال الجدول السابق رقم (13)، يتضح لنا أن هناك علاقة طردية قوية بين أبعاد ومحددات الثقة والمسار العلاجي، حيث جاءت قيمة معامل الارتباط 0.780، ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية قدر ب 0.01.

🌀 الجزء الثاني: النتائج الخاصة بعينة الأطباء.

☐ السؤال (05): "هل ثقة المريض مهمة في المسار العلاجي؟"

كانت إجابات عينة الأطباء حول السؤال (05)، كالتالي:



<sup>292</sup> Lehman, Ann. Jmp for Basic Univariate and Multivariate Statistics: A Step – by Step Guide. Cary, NC: SAS Press. P 123.

الشكل (10): التمثيل البياني لاستجابات عينة الأطباء حول أهمية الثقة في المسار العلاجي.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات المقابلة.

يوضح الشكل (10) استجابات الأطباء حول السؤال رقم (05)، الذي ينص على (هل الثقة مهمة في المسار العلاجي)، حيث جاءت القيمة العظمى للإجابات المعبرة عن الموافقة، بنسبة 50% "نعم"، أي ما يقابل نصف عينة الأطباء المستجوبين، تليها نسبة الإجابات المعبرة عن "أحيانا" بقيمة 33.33%، أي ما يقابل أربع أطباء من أصل 12 طبيب، وفي الأخيرة نسبة الأطباء الذي اعتبروا الثقة غير مهمة في المسار العلاجي، حيث جاءت القيمة ضئيلة تقدر ب 16.66% "لا"، أي ما يقابل طبيبين من أصل 12 الطبيب.

⇐ تحليل السؤال المفتوح رقم (06):

لفهم الشكل الذي تأخذه أهمية الثقة في المسار العلاجي من وجهة نظر الأطباء، أدرجنا السؤال المفتوح رقم

(06)، والذي ينص على: " كطبيب فيما تفيدك ثقة المريض في المسار العلاجي...؟ "

ومن خلال تحليل إجابات عينة الأطباء، تبين لنا أن تصريحات المبحوثين حول أهمية الثقة في المسار العلاجي، كانت متشابهة، وجميعهم صرحوا بأن أهمية ثقة المريض في المسار العلاجي، تأخذ ثلاث أشكال، كما ورد في التصريحات التالية:

● التصريح الأول:

د. م. داحماني، طبيب عام -عيادة خاصة- دائرة صبرة: الثقة مهمة في العلاج، لأن المريض عندما تبلغ الثقة عنه مستوى معين، سيصارع الطبيب بكل شيء بدون خجل أو خوف من ردة فعله، في إحدى المرات جاءتني سيدة تسأل عن عشبة ما فأنلة " قالولي مليحة لقولون" ، لو لم نتق بي لما صرحت برغبها في تجريب العلاج بالأعشاب، وفعلا كانت العشبة سامة ومضرة بحالتها الصحية.

● التصريح الثاني:

د. عبد الله محجوبي، أخصائي في الطب الباطني، -عيادة خاصة- دائرة منصوره: الثقة بينك وبين المريض، تسمح برفع الحواجز والرسميات، بحيث يصبح المريض مستعد للتغاضي عن بعض التصرفات غير مقصودة للطبيب، مثل التأخر أو تأجيل موعد، بالإضافة الى ذلك فإن كسب ثقة مريض واحد، يعني كسب ثقة محيطه

● التصريح الثالث:

د. م. والي، أخصائي أمراض النساء والتوليد -المركز الاستشفائي الجامعي- تلمسان: تكمن أهمية ثقة المريض في دورها في تفعيل سيطرة الطبيب على السلوك الصحي للمريض خارج محيط المستشفى، بحيث يتبع المريض الوائق من طبيبه، التوصيات والارشادات التي أصدرها، مما يساعد على الوصول الى نتيجة علاجية في أسرع وقت ممكن.

إذن من خلال تحليل تصريحات الأطباء، يتضح لنا أن أهمية ثقة المريض في المسار العلاجي من وجهة نظر الأطباء، يمكنها أن تأخذ ثلاث أشكال، بحيث يستفيد الطبيب من ثقة المريض في ضمان استمرارية علاجه (تكرار الزيارة)، بالإضافة الى أن الثقة تجعل الطبيب يتحكم في سلوكيات المرضى، من خلال اتباعهم لنصائح والارشادات الطبية والالتزام بالوصفة الطبية، مما سيجعل هناك تحسن في مقاييس النتائج العلاجية الخاصة بالمريض، في الأخير اعتبرت الثقة أحد الخطط التسويقية لجذب اهتمام محيط المريض.

### المطلب الثاني: مناقشة النتائج.

سيتم مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة المطروحة.

#### ☐ الفرضية الأولى: هناك فرق بين أبعاد ومحددات الثقة بين المريض والطبيب في المسار العلاجي.

من أجل التأكد من صحة الفرضية الأولى، كان لابد من التطرق الى معرفة أبعاد ومحددات الثقة بالنسبة للمريض وأبعاد ومحددات الثقة بالنسبة للطبيب، وبعد عرض النتائج المتحصل عليها من دراسة استجابات عينة المرضى (الجدول (11))، واستجابات عينة الأطباء (تحليل تصريحات المبحوثين)، تم التوصل الى أن أبعاد ومحددات الثقة بين المريض والطبيب مختلفة.

من خلال النتائج الخاصة باستجابات المرضى حول أبعاد ومحددات الثقة (الجدول (06)، (07)، (08)، (09)، (10)، (11))، يتبين لنا أن أبعاد الثقة بالنسبة للمرضى، هي على الترتيب: شفافية المعلومة، المسؤولية الاجتماعية للطبيب، مصداقية الجهات الفاعلة، الموثوقية، والاستثمار في الابتكار، في حين أن بعد دراسة وتحليل تصريحات المبحوثين من عينة الأطباء، توصلنا الى أن أبعاد الثقة بالنسبة للأطباء، هي (بدون ترتيب): عقلانية الطبيب، المكون الديني، التسعيرة، الاستثمار في الابتكار، ومكانة الطبيب، حيث يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال الشواهد الواقعية في المجتمع، حيث يملك كل من المريض والطبيب، مجموعة من التمثيلات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية عن الآخر، تساهم في تكوين تصورات حول أدوات قياس الثقة بالنسبة للمريض، وطرق كسب هذه الثقة بالنسبة للطبيب، حيث بالتعمق في أبعاد ومحددات الثقة بالنسبة لكل واحد منهما، نجد أن التطور الذي يشهده سلوك المريض، من جراء التطور التكنولوجي والتدفق المعلوماتي في السنوات الأخيرة، جعل متطلباته في العملية العلاجية، تتركز حول بعد شفافية المعلومة، حيث يوضح الجدول (08)، أن رغم كثافة المعلومات المعروضة في الأنترنت، إلا أنها غير موثوقة بالنسبة للمريض، الذي بدوره يبحث عن مصادر موثوقة لتأكد له أو تنفي صحة المعلومات التي اطلع عليها، مما يجعل الطبيب مطالب من قبل المرضى بالمعلومات الكافية والواضحة والمفهومة بخصوص تساؤلاتهم، في حين أن الأطباء لا زالوا يصرون على عقلانية الطبيب في العملية العلاجية، حيث يمكن تفسير هذا الإصرار، بالرجوع الى الأساليب المعرفية التشخيصية التي يعتمد عليها الأطباء أثناء الاستدلال السريري،

حيث في الحالات السريرية البسيطة يتبع الطبيب الأسلوب البديهي (أو ما يعرف بالنظام 1)، الذي يقوم على التشخيص الفوري للحالة المرضية، ورسم الخطة العلاجية المناسبة لها، في هذه الحالة لا يرى الطبيب داعي للمبالغة في المعلومات الواردة للمريض، أما في الحالات المعقدة، يتبع الطبيب الأسلوب الجوهري (أو ما يعرف بالنظام 2)، أي يكون بحاجة للاختبارات التشخيصية والمخبرية، للتأكد من الحالة الصحية للمريض، وبالتالي فإنه يتجنب التصريح بأي معلومات مشكوك في صحتها، وبذلك فإن الطبيب في كلا الحالتين، يفضل تحديد حجم المعلومات المتدفقة في العملية العلاجية، لضمان عدم تشتت انتباه المريض وفقدان ثقته.

توضح نتائج الجدول (11)، أن المسؤولية الاجتماعية للطبيب، تحتل المرتبة الثانية بالنسبة للمرضى، إن تفسير هذه النتيجة يعود الى الدعوة العامة للتغيير، التي يشهدها المجتمع الجزائري اليوم، حيث إن المرضى مثل باقي فئات المجتمع، أصبحوا يبحثون عن تغيير الظروف الصحية وغير الصحية الى الأحسن، وبما أن الطبيب يحظى بقبول على المستوى الجماهيري والسياسي، أصبح مطالباً بتحمل مسؤوليته الاجتماعية اتجاه المرضى، من خلال نشر الوعي والمشاركة في محو الأمية الصحية، وذلك بالبحث المعمق في التاريخ الوقائي للمرض، والتحري عن مسببات الصحية وغير الصحية للمرض، وتوضيحها للمريض، الذي بدوره سينقل المعلومة الى محيطه الاجتماعي، مما سيرفع من مستوى الوعي المجتمعي، ويساهم في محو الأمية الصحية، من جهة أخرى فإن كشف الطبيب لمسببات المرض (ثلوث مياه الشرب، انسداد قنوات الصرف الصحي...)، سيسمح بنقل الصورة الى الجهات المسؤولة في البلاد، من أجل التدخل الفوري، وبالتالي فإن تحمل الطبيب لمسؤوليته الاجتماعية، يجعله أهل لثقة المرضى.

من ناحية الأطباء، فقد اعتبروا أن المكون الديني، بعد هام لكسب ثقة المرضى، حيث يمكن تفسير هذه الرؤية من خلال إعادة النظر في مكانة الطبيب في المجتمع الجزائري، التي تشهد تراجع ملحوظ في ظل التصاعد التنافسي للطب البديل، والطب التقليدي، الرقية، السحر والشعوذة... الخ، هذه المنافسة جعلت الأطباء مجبرين على الرفع من مستوى التوافق الاعترافي والنسق الثقافي بينهم وبين المريض، لاستعادة مكانتهم وسط المجتمع، حيث تحول الطبيب إلى ما يعرف بالمعالج "زوندي"، أي أنه يتماشى مع رغبات المجتمع، من خلال استعماله للرموز الدينية، وإدراج الأحاديث النبوية و الآيات القرآنية في حوارات اللقاءات الطبية، وبذلك تحول مكون الدين الى استراتيجية تسويقية، تهدف الى جذب انتباه جمهور المرضى، وكسب ثقتهم.

كما يوضح الجدول (11) والتمثيل البياني المرافق له، أن مصداقية الجهات الفاعلة في العملية العلاجية، تعتبر بعد مهم يحتل المرتبة الثالثة بالنسبة للمرضى، حيث يمكن تفسير هذه النتيجة بالعودة الى التنشيط السلوكي، الذي شهده المريض في السنوات الماضية، والذي يترجم في بحثه عن شفافية المعلومة، إذ أنه أصبح يبحث عن الطبيب الذي يوفر له غزارة المعلومات، الذي يستعملها في فهم حالته الصحية، والتعايش مع آلامه، فالمريض اليوم يبحث عن المهارات التي تمكنه من إدارة مرضه وتحمل مسؤوليته، خاصة في ظل الانتشار الواسع للأمراض المزمنة، التي تتطلب رعاية صحية ذاتية، وهذا ما تؤكد نتائج الجدول (08)، الى جانب هذه المحددات، نلاحظ من خلال الجدول

(08)، أن ثقة المريض في السلطات الصحية متراجعة، حيث تعود هذه النتيجة الى عدة أسباب، منها البيروقراطية التي تشهدها المؤسسات الصحية الجزائرية، وارتفاع نسبة الفساد، مما يؤثر لا محالة في سلوك الطبيب، ويجعله في بؤرة الاتهام، وبالتالي ستهتز ثقة المريض به.

صرح المبحوثين من عينة الأطباء، بأن تسعيرة الفحص، تلعب دور هام في جذب انتباه جمهور المرضى، حيث تضاربت آراء العينة في هذه النقطة، بين أطباء المناطق الحضرية، وأطباء المناطق شبه الحضرية، إذ صرح الأطباء الذين يزولون مهامهم في المناطق النائية أو شبه الحضرية (دائرة صبرة، دائرة أولاد ميمون، دائرة الرمشي...)، بأن السعر الملائم للمستوى المعيشي للمريض، طريقة فعالة لكسب ثقته، في حين يرى أطباء المدينة، أن السعر المرتفع دليل على الجودة العالية للرعاية الصحية المقدمة، يمكن تفسير هذه النتيجة المتناقضة بين الأطباء، بالعودة الى توجه وغاية كل منهما، حيث يبحث أطباء المناطق شبه الحضرية على كسب ثقة مرضاهم من خلال عرض أسعار متواضعة للخدمات الصحية، وذلك من أجل المحافظة على ولاءهم، حيث يكتفي الطبيب بالتسعيرة التي تغطي التكاليف الصحية، مع هامش ربح ضئيل، لأنه يعتبر المحافظة على ثروة الاسم في البيئة التي يعمل بها، أهم من الربح النقدي، في الحقيقة لا يمكن لكل الأطباء تطبيق هذه الاستراتيجية الاقتصادية، وذلك لعدة أسباب، أهمها طبيعة الخدمات الصحية المقدمة في الريف أكثر تواضع من المدينة، مما يجعل حجم التكلفة أقل، بالإضافة الى أن أغلب أطباء المناطق الريفية، هم من أبناء المنطقة، وبالتالي تربطهم علاقات اجتماعية وشخصية مع المرضى، تجعلهم يسيرين من الناحية الربحية، في الطرف الآخر هناك أطباء المدينة، الذين يتميزون بالنظرة الاستهلاكية، حيث بما أن الرعاية الصحية منتج استهلاكي، فإن العلاقة بين جودة الرعاية الصحية والسعر طردية، أي كلما زاد سعر المنتج الصحي، زادت جودته، وبالتالي تتولد الثقة العقلانية، التي تحدث عنها ماكس فيبر عند المرضى.

مواصلة في دراسة نتائج الجدول (11)، نجد أن بعد الموثوقية احتل المرتبة الرابعة بالنسبة لعينة المرضى، حيث يحدد هذا البعد انطلاق من عدة محددات، لعل أهمها هي درجة تشجيع الأطباء للمرضى على الامتثال للعلاج، حيث من ملاحظة الجدول (06)، يتضح لنا أن المرضى يعطون الأولوية في تحديد بعد الموثوقية لقدرة الطبيب على دعم وتشجيع المريض، على حساب قدرته المهنية، هذه النتيجة تعتبر كاسر للقاعدة نوعا ما، ففيما سبق كانت المريض يبحث عن الطبيب القادر على علاجه، أي من يملك الكفاءة المهنية، في حين النتيجة التي أمامنا توضح بحث عينة المرضى عن الطبيب القادر على التواصل والحث على العلاج، هذه النتيجة تأتي مؤكدة لنتائج الجدول (11) والجدول (06)، أي المريض اليوم لم تعد الكفاءة المهنية، والتقنيات والمعارف العلمية، كافية بالنسبة إليه، إضافة الى المهارات الاستدلالية، يبحث المريض عن الطبيب الذي يملك مهارات الشخصية للتواصل، وإنشاء حوارات واضحة ومفهومة المضمون، تساعد على الرفع من قابلية الاستعداد لبناء الثقة في العلاقة العلاجية، وهذا ما أكدته إجابات المرضى في الفقرات المفتوحة المتعلقة بالمحور الأول، بالإضافة الى ذلك اعتبر المرضى أهلية الطبيب لممارسة مهنة الطب، عنصر أساسي في تحقيق بعد الموثوقية، فبسبب تصاعد أصوات التشكيك بقدرات الأطباء،

أصبح المريض اليوم يعتبر وجود شهادة مهنية معلقة على جدران مكتب الطبيب، ضمان لأهلية الطبيب وقدرته على الممارسة السريرية، يسمح وجود هذا الضمان، بتوليد إحساس بالاطمئنان والراحة، تمهد الأرضية لبناء الثقة، الطبيب من جهته لم يستطع تجاهل هذا التشكيك في مكانته، فقد صرحت عينة الأطباء أن عودة مكانة الطبيب القوية للواجهة، طريقة فعالة لجعل المريض قابل بعقد اتفاق الثقة معهم، حيث صرح المبحوثين بعدة محددات تساهم في بروز بعد مكانة الطبيب للمرضى، أهمها إصرار الطبيب على ممارسة مبدأ الخضوع على المريض في العملية العلاجية، حيث يرى الطبيب المبحوث أن التمسك بمبدأ الخضوع، يجعل المريض يدرك القوة المعرفية التي يمتلكها الطبيب، مما يجبره على الوثوق به، تسمى هذه النظرة في الأدب الطبي الحديث بـ "شخصية الجنيرال للطبيب"، حيث يعتمد الطبيب الممارس لهذه الاستراتيجية على تبيان، شخصيته القوية وحزمه وحرصه على التصريح بالإرشادات الطبية وتبنيه المريض لها، من أجل ترك انطباع لدى المريض، يوحى بتقل المعرفي للطبيب، وسلطته الجبارة، التي تجعل المريض يرضخ للعلاج والوصفة الطبية، وهو واثق في القدرة المعرفية للطبيب، من ناحية أخرى صرح المبحوثين، بأن سمعة وشهرة الطبيب في الوسط الصحي، محدد هام لتحقيق مكانته أمام المريض، حيث يمكن تفسير هذه الرؤية المنطقية بالرجوع الى تمثيلات المرضى حول الأطباء، فالطبيب يدرك جيدا أن المريض سيقوم بنقل مجريات اللقاء الطبي خارج أسوار المستشفى أو العيادة، ليسردها لمحيطه الاجتماعي (عائلته، أصدقائه، زملاءه في العمل...)، فإذا استغل الطبيب هذه المنطق، وعمل على كسب ثقة المريض الذي أمامه، ستصبح هذه الثقة فعل تبادلي ينتقل من شخص الى آخر، وبالتالي سينال ثقة محيط المريض الاجتماعي على المدى الطويل، الذي يعتبر جمهور المرضى المستقبلي، كما يمكن للطبيب أن ينال شهرة وسمعة في الوسط الصحي في وقت وجيز، وذلك باستغلال العوامل الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالمريض، حيث ورد على لسان أحد المبحوثين "ظاهرة توريث المهنة"، أو شهرة الاسم العائلي بشكل عام، إذ يمكن أن تنتقل سمعة الأب صاحب مسيرة المهنية الطويلة، الى ابنه ويحظى بثقة المرضى الأوفياء لوالده.

وأخيرا اتفق كل من الطبيب والمريض على أن ثقة المريض تتأثر بفعل الاستثمار في الابتكار، لكن هذا لا يمنع من أن لكل من الطبيب والمريض نظرتهم الخاصة حول المحددات المسؤولة عن تحقيق هذا البعد، حيث يركز المريض على ضرورة استثمار الطبيب في الجانب المعرفي من خلال التعليم والتكوين المستمر، أما الطبيب فإنه يبدي اهتمام للجانب التقني، من أجل توضيح هذه الأفكار المتضاربة، يجب التعمق في اهتمامات كليهما، فبدائية باستجابات العينة المرضى الموضحة في الجدول (07)، يتبين لنا أن المريض يبحث عن الطبيب الذي يملك المعلومة الحديثة، وهذه نتيجة طبيعية في ظل التدفق الهائل للمعلومات من خلال الأنترنت، حيث أصبح المريض مطلعاً على مختلف الأساليب السريرية في العالم، ويتقرب تطور الطب لحظة بلحظة، فمن المعقول أن يبحث عن الطبيب، الذي يملك نفس درجة المعرفة والاطلاع، ليتسنى له تأكيد أو نفي المعلومات المتداولة على الصفحات الأنترنت، وبالتالي فإن عجز الطبيب عن رد على استفسارات المريض، سيولد نوع من الارتياح، الذي يأزم الثقة بينهما، بالإضافة الى المعلومة المحدثة، يرى المريض أن قدرت الطبيب على الابتكار في الأساليب السريرية

والتشخيصية، ومدى تقبله لفكرة التغيير النمطي في الخطة العلاجية، نقطة قوة وميزة تنافسية، تصنع الفارق في معتقدات المرضى حول كفاءته، وهذا يظهر جليا في نتائج الجدول رقم (07)، التي توضح مدى ثقة المرضى في الأطباء الذين يقدمون علاجات جديدة، كما أقر المستجوبين من عينة المرضى بمحدد التجهيز الطبي، كعنصر مساهم في تحقيق الاستثمار في الابتكار بالنسبة للطبيب، وذلك لما فيه من مساعدة في الرفع من نوعية الاستدلال التشخيصي، وجعل العملية العلاجية أكثر دقة، وجديرة بالثقة، أما عينة الأطباء فقد اتفقوا مع عينة المرضى بخصوص دور محدد التجهيز الطبي، حيث اعتبروا هذا المحدد رأس قائمة المحددات بعد الاستثمار في الابتكار، وذلك كون التجهيز الطبي عالي المستوى يفتح المجال أمام استقلالية الطبيب، ويساعد على كشف الخلل فيزيولوجي بسرعة ودقة، كما يمكن أن يلعب دور أساسي في عمليات التفاوض مع المرضى حول تسعيرة العملية العلاجية، كما أوضحت عينة الأطباء خاصة العاملين في القطاع العمومي، أن التخلف التكنولوجي الذي يصيب المؤسسات الصحية العمومية، سبب رئيسي في تأزم الثقة بينهم وبين جمهور المرضى، وذلك بسبب الضغط المستمر الذي تشهده المؤسسات، بالإضافة الى التجهيز الطبي، جاء على لسان أحد المبحوثين من عينة الأطباء، دور الشهادة المهنية للطبيب في كسب ثقة المرضى، هذا المحدد كان قد سبق أن اعتمده المرضى في تحديد بعد الموثوقية، ويمكن تفسير هذا الاهتمام المزدوج بالشهادة المهنية للطبيب، من خلال ملاحظة الصورة العامة التي بات يظهر عليها الأطباء من تشكيك وتشويه لمسيرتهم الأكاديمية، حيث بسبب تأزم الثقة على المستوى الكلي بين المجتمع ومنظومات الحكومة، أصبحت شهادة الطب الموقع عليها من وزارة التعليم العالي والبحث العلمي الجزائرية، تشوبها الشكوك في مصداقيتها، مما أدى الى بروز التمييز بين الأطباء الدارسين في الجزائر، والدارسين في الخارج، حيث يحظى الأطباء أصحاب الشهادات الجامعية الأجنبية بالقبول والتهافت، في ظل استصغار للأطباء المحليين، هذا الواقع المخيب للأمل أنتج واقعا أمر، يقوم على التمييز بين الرعاية الصحية المقدمة في البلاد والرعاية الصحية المقدمة في الدول المجاورة، حيث تحظى هذه الأخيرة بإعجاب جمهور المرضى.

### ☞ الفرضية الثانية: نوع العلاقة العلاجية طبيب/ مريض مهمة في بناء ثقة المريض.

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول (12) المتعلق باستجابات عينة المرضى حول أهمية نوع العلاقة العلاجية طبيب / مريض في بناء ثقة المريض، بالإضافة الى الفقرات المفتوحة المتعلقة بالمشاور الثاني، والنتائج المتحصل عليها من الجدول (13)، المتعلق باستجابات عينة الأطباء حول أهمية نوع العلاقة العلاجية طبيب / مريض في بناء ثقة المريض، يتبين لنا أن كلا العينتين المشاركتين في الدراسة أقروا بأن نوع العلاقة العلاجية طبيب / مريض مهم في بناء ثقة المريض، لكن من خلال فحص الاستجابات، لاحظنا أن اهتمامات العينة المرضى واهتمامات عينة الأطباء مختلفة بخصوص نوع العلاقة العلاجية، بحيث أعرب المرضى عن رغبتهم في المشاركة في

الحوار والنقاش مع الطبيب، الذي يتعدى الأسئلة المحدودة الإجابة المتعلقة بالأعراض، ليشمل حديث معمق عن التاريخ الوقائي للمرض، والخطة العلاجية المعتمدة، وكيفية تطبيقها، كل هذه المعلومات تجعل من المريض قادر على التأقلم مع مرضه، وتحمل مسؤولية إدارته، كما يطالب المريض اليوم، بأن يكون مركز الاهتمام الكلي للطبيب، ويخصص له الوقت الكافي لشرح معاناته والتعبير عن نفسه، كل هذه المطالب تجعلنا ندرك أن عينة المرضى المدروسة تهتم بالنموذج التعاوني الإرشادي في العلاقة العلاجية طبيب / مريض الذي يركز على الاستقبال والمعاملة الحسنة، وفتح مجال لإقامة قنوات تواصل شخصية، تجعل من العلاقة العلاجية تتحرر من النظام الأبوي الرسمي، وهذا ما أكد عليه المرضى في إجاباتهم للأسئلة المفتوحة، إن تفسير هذا الاهتمام يعود الى التغييرات الجذرية التي شهدتها سلوك المريض، بحيث أن امتلاكه للمعلومة والمعرفة، جعل ثقته بنفسه تعزز، وأصبح يريد هامش تدخل في العملية العلاجية، من أجل فهم الوضع الصحي الخاص به، والمشاركة برأيه، ويفرض التجاهل، إن الطبيب القادر على توفير هذا جو في العلاقة العلاجية، سيستطيع كسب ثقة مريضه.

أما في يخص اهتمامات عينة الأطباء حول نوع العلاقة العلاجية طبيب / مريض، فقد كانت النتيجة جد تقليدية، بحيث أصر جميع المبحوثين، أن ممارسة سياسة السيطرة التامة على مجريات العملية العلاجية، وعدم التخلي عن سلطة عملية صنع القرار الطبي، تساهم في تفعيل مبدأ الخضوع، مما يؤدي بالمريض الى الاعتراف بالقوة المعرفية للطبيب (شخصية الجنرال)، مما يولد الثقة، من خلال هذه الرؤى الخاصة بالأطباء، بإمكاننا أن نجزم بالاتجاه الأبوي الذي يصر الطبيب على تبنيه في العلاقة العلاجية التي تجمعها بالمريض، حيث يمكننا تفسير هذا الإصرار على إبقاء هذا النموذج التقليدي، بالعودة الى الملاحظة تراجع مكانة الطب في المجتمع، في ظل التطور المعرفي للمريض وموجة التنقيف التي يشهدها الجمهور، مما أدى بالأطباء الى الشعور بضرورة تبني آليات الدفاع عن مكانتهم وقوتهم المعرفية، وهذا ما التمسناه أثناء إجراءنا للمقابلات، بحيث بمجرد إطلاع الطبيب على موضوع الدراسة، يبادر بالدفاع عن نفسه، وإثبات أحقيته بالثقة، هذا الوضع المضطرب الذي بات عليه الأطباء اليوم، جعلهم يتمسكون بالسلطة وأساليب السيطرة الأبوية، لحصر هامش تدخل المريض، وإجباره على الخضوع لشرعية الممارسة السريرية، اقتناعاً منهم بأن هذا التعامل يعزز من مكانتهم، مما يجعلهم أهل للثقة، وبالحديث عن العامل الزمني، فبسبب التعليم الأكاديمي الطويل الذي يتلقاه الطبيب، إضافة الى التدريبات والتكوينات، تولدت لدى الأطباء عادة الاختصار والتلخيص في شرح الوضع الصحي للمريض، مع التركيز على النقاط ذات الأهمية السريرية، مما يزيد من سيطرة قوة النموذج الأبوي على العلاقة العلاجية طبيب / مريض.

الفرضية الثالثة: هناك علاقة بين أبعاد الثقة والمسار العلاجي.

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول (14) المتعلق باختبار الارتباط بين أبعاد الثقة والمسار العلاجي لعينة المرضى، والنتائج المتحصل عليها من تحليل استجابات عينة الأطباء حول علاقة أبعاد الثقة والمسار العلاجي، يتبين لنا أن هناك علاقة طردية قوية بين أبعاد الثقة والمسار العلاجي، حيث يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال إعادة النظر في الشواهد الواقعية، فالمرضى لم يعد متقمصا لدور الاستسلام والضعف الذي يحتم عليه مزاوله الفراش، وانتظار العلاج، بل أصبح يجلس أمام شاشات الأجهزة ويبحث عن العلاج بنفسه، يسأل من حول، ويطلع على المستجدات، لذلك فإن إقناعه بالالتزام بعلاج معين، يعتبر في غاية الصعوبة، إن لم تحقق الثقة المستوى المطلوب، فمن خلال زيارتنا للعيادات الخاصة للأطباء، لاحظنا أن بعض الأطباء يعرفون مرضاهم، وهذا دليل على استمرار المسار العلاجي، بالإضافة الى مساهمة الثقة في استمرارية العلاج، فإن وجود مستوى معين من الثقة بين المريض والطبيب، يساعد الطبيب في اقناع المريض بالخطة العلاجية، كما يسمح بتفعيل سيطرة الطبيب على سلوكيات المريض حتى خارج غرفة الفحص، وهذا من خلال التزام المريض بالإرشادات والتوصيات الطبية التي يصدرها الطبيب، إن التزام بما يقوله الطبيب بدوره يجعل المريض يساهم في تحسين مقاييس النتائج الصحية الخاصة به، كما يساعد في الرفع من استعداد المريض لتحمل إدارة مرضه خاصة فيما يخص الأمراض المزمنة، مثل: مرضى السكري هم بحاجة الى المراقبة الدورية للسكر في الدم، المريض الواصل في طبيبه، سيتبع التوصيات الخاصة بمواعيد المراقبة، مما يساعده في إدارة مرضه، ويجنبه الوقوع في مواقف خطيرة.

خلاصة الفصل الثالث:

من أجل التأكد من المراجعة الأدبية المتناولة في الفصلين الأول والثاني، كان لابد من البحث والتحري الميداني، في عدد من المؤسسات الصحية، حيث قمنا باستجواب عدد من المرضى والأطباء، الذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مناطق حضارية وشبه حضارية، وبعد فرز وتحليل نتائج الاستبيان والمقابلة، تبين أن لكل من المريض والطبيب نظرتة الخاصة حول مفهوم الثقة، حيث صرح المرضى بتعطشهم للمعلومة الموثوقة التي بحوزة الطبيب، الذي إذا شاركها معهم، سيستطيع كسب ثقتهم، في حين أن الأطباء كان لهم رأي مخالف، حيث أصرروا على أن مكانة الطبيب في العملية هي التي تجعل المريض يؤمن بقدراته وبيادر ببناء الثقة.

كما صرح المبحوثين من كلا العنيتين أن نوع العلاقة العلاجية مهم في بناء ثقة المريض، غير أن المريض فضل العلاقة القائمة على التعاون والإرشاد، أما الطبيب فلزال يصر على العلاقة التقليدية القائمة على سلطة الأبوية ومبدأ الخضوع.

في الأخير اتفق الطبيب والمريض على أن هناك علاقة طردية قوية تربط مستوى ثقة المريض بالمسار العلاجي، حيث تكمن أهمية هذه العلاقة، في الرفع من مقاييس النتائج الصحية الخاصة بالمريض، كما تسمح باستمرارية المسار العلاجي.

# خاتمة عامة



## ✍ خلاصة عامة:

رغم المجهودات الجبارة التي تبذلها الحكومة الجزائرية في تأمين الاكتفاء الذاتي للحاجيات الصحية للسكان، إلا أن تأزم الثقة بين المرضى والأطباء مزال يتسبب في تعالي صوت الاستياء العام للمجتمع في وجه الرعاية الصحية المقدمة، هذا ما دفع بنا الى البحث والتحري عن أسباب ضعف الثقة وانعدامها في العملية العلاجية، حيث وقفت دراستنا على كشف تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض على المسار علاجي، وبما أن الثقة فعل عقلائي مزدوج الأطراف، كان لابد من البحث في تفاصيل أبعاد ومحددات الثقة لكل من الطبيب والمريض، كل على حدى، حيث بعد المراجعة النظرية لتفاصيل موضوع البحث، تم تنظيم الدراسة الميدانية، من خلال اختيار مجتمع بحث مركب من مرضى وأطباء، وتقصي آراءهم حول موضوع الدراسة.

بعد تحليل استجابات المرضى والأطباء بخصوص أبعاد ومحددات الثقة، تبين لنا أن التغييرات التي طرأت مؤخرا على سلوك المريض، جعلته يعطي أهمية كبرى لمفهوم الثقة في العملية العلاجية، حيث إن كان قديما يعتبر الثقة في الطبيب المعالج أمر مسلم به، بات اليوم يخضعها للعديد من الأبعاد التي تتضمن محدداً مسؤولة عن قياس مدى جدارة الطبيب بثقة المريض، نذكر على سبيل المثال: درجة شفافية المعلومة، ومدى تحلي الطبيب بالمسؤولية الاجتماعية اتجاه المريض والمجتمع ككل... الخ، الطبيب من جهته هو الآخر، تأثر بالتغييرات التي يعيشها جمهور المرضى والتي أصبحت مهددة لمكانته في المجتمع، خاصة في ظل التصاعد التنافسي للعديد من التيارات مثل الطب البديل، الطب التقليدي... الخ من جهة، وتزايد الضغط الذي يمارسه مجتمع المرضى المتعطش للمعلومة الموثوقة من جهة أخرى، فتوجه الطبيب نحو البحث عن كسب ثقة المرضى، كخطة استراتيجية تسمح له بإدارة العملية العلاجية، وخلق منطقة هادئة بينه وبين المريض، حيث بإمكانه ممارسة مهاراته المعرفية والعلمية في جو من الاطمئنان والسكينة، لذلك عمل الطبيب على تطوير مجموعة من الأبعاد التي تتضمن عدد من المحددات، من أجل كسب ثقة المريض، نذكر على سبيل المثال: تعزيز مكانته، وتأثير المكون الديني على اعتقاد المريض.

كما سمحت الدراسة الميدانية بتقصي آراء العينة المدروسة حول أهمية نوع العلاقة العلاجية في بناء ثقة المريض، حيث أعرب كل من الطبيب والمريض عن مدى تأثير نوع العلاقة العلاجية طبيب / مريض على بناء الثقة، كما تم تسجيل اختلاف واضح في اتجاهات المرضى والأطباء حول نوع العلاقة العلاجية، كما أثمرت الدراسة بتحديد العلاقة التي تربط مستوى الثقة والمسار العلاجي، حيث استنتجنا أنه هناك علاقة طردية قوية بين مستوى الثقة والنجاح المسار العلاجي، حيث كلما ارتفع مستوى ثقة المريض، كلما ارتفع احتمال نجاح واستمرار المسار العلاجي.

### اختبار الفرضيات:

اقتضت دراسة موضوع "مدى تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض على المسار العلاجي"، طرح ثلاث فرضيات، بالتناوب مع محاور البحث، حيث بعد الدراسة التطبيقية، تمكنا من تحديد مدى صحة الفرضيات التي انطلقنا منها، حيث جاءت كالتالي:

#### الفرضية الأولى: هناك فرق بين أبعاد ومحددات الثقة بين الطبيب والمريض.

بعد تحليل استجابات عينة المرضى، وفحص تصريحات عينة الأطباء، توصلنا الى أن لكل من المريض والطبيب نظرتة الخاصة حول أبعاد ومحددات الثقة، وبالتالي فإن الفرضية الأولى صحيحة.

#### الفرضية الثانية: نوع العلاقة العلاجية مهم في بناء ثقة المريض.

بعد تحليل استجابات عينة المرضى، وفحص تصريحات المبحوثين من الأطباء، تبين لنا أن نوع العلاقة العلاجية مهم في بناء ثقة المريض، وبالتالي فإن الفرضية الثانية صحيحة.

#### الفرضية الثالثة: هناك علاقة بين ثقة المريض ونجاح المسار العلاجي.

بعد اجراء الاختبارات الإحصائية اللازمة لاستجابات عينة المرضى، وفحص تصريحات المبحوثين من الأطباء، توصلنا الى أن هناك علاقة طردية قوية بين مستوى ثقة المريض ونجاح المسار العلاجي، وبالتالي فإن الفرضية الثالثة صحيحة.

### عرض استنتاجات الدراسة:

بعد الدراسة المفصلة لموضوع "مدى تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين المريض والطبيب على المسار العلاجي"، تمكنا من الخروج بمجموعة من الاستنتاجات، سنعرضها كالتالي:

#### الاستنتاج الأول:

من خلال دراسة أبعاد ومحددات الثقة لكل من الطبيب والمريض كل على حدى، استنتجنا أن الثقة من ناحية الطبيب تعتبر فعل عقلائي وخطة استراتيجية لإدارة العلاقة العلاجية، حيث يشكل الطبيب الطرف الذي يبحث عن كسب ثقة المريض من خلال عدة طرق ارتأينا أن نسميهم أبعاد ومحددات الثقة بالنسبة للطبيب، وهم: عقلائية الطبيب، التسعيرة، المكون الديني، مكانة الطبيب، وأخيرا الاستثمار في الابتكار، في حين أن المريض يعتبر الثقة فعل تبادلي يقاس بمجموعة من الأبعاد التي يتحكم في تحقيقها عدد من المحددات، وهي شفافية المعلومة، المسؤولية الاجتماعية للطبيب، مصداقية الجهات الفاعلة، الموثوقية، وفي الأخير الاستثمار في الابتكار.

### الاستنتاج الثاني:

من خلال هذه الدراسة استنتجنا أن المريض بفعل التغيير السلوكي الذي تعرض له، تمرد على وضع العلاقة العلاجية التقليدية، التي كان فيما سبق يلتزم فيها بالصمت، حيث أصبح الآن يدعو إلى ضرورة تغيير أسلوب التعامل في العلاقة العلاجية وتحريرها من قيود الأبوية، ومبادئ السلطة والخضوع التي يمارسها الطبيب، ليتسنى له التدخل في الحوار والمشاركة برأيه والمعلومات التي اكتسبها من مصادر مختلفة في العملية العلاجية في إطار النموذج التعاوني الإرشادي، في حين أن الطبيب بسبب اهتزاز مكانته في الفترة الأخيرة، أصبح متمسكا أكثر بسلطته ونظامه الأبوي في تسيير العلاقة العلاجية.

كما أثمرت الدراسة استنتاجات هامة حول مدى تأثر المريض بطريقة استقبال الطبيب له، ومدى الاهتمام الذي يوليه له أثناء اللقاء الطبي، الذي يتأثر هو الآخر بالعامل الزمني، حيث أعربت عينة المرضى عن حاجتها للمزيد من الوقت في العملية العلاجية، لتتسنى لها التعبير عن الحجم المعاناة والألم الذي تشعر به، إن التحري حول إمكانية توفير هذه المطالب قادنا إلى استنتاج هام متعلق بالأطباء، يوضح أن الأطباء بسبب ظروف العمل، أصبحوا ديناميين، ويعملون وفق خطة زمنية واضحة المعالم، تركز على التلخيص والاختصار لتجنب هدر الوقت، وإمكانية تلبية أكبر عدد من الحاجيات الصحية للسكان، هذا ما قد يجعل نظرة المرضى حول الرعاية التي يقدمها الطبيب تأخذ طابع عدم الاهتمام واللامبالاة.

### الاستنتاج الثالث:

من خلال دراسة العلاقة بين مستوى ثقة المريض ونجاح المسار العلاجي، نستنتج أن وجود مستوى معين من الثقة بين طرفي العلاقة العلاجية، يسمح برفع الحواجز في التعبير والحوار، مما يساهم في فعالية الاستدلال التشخيصي للخلل الفيزيولوجي، مما يساهم في تبني الخطط العلاجية المناسبة في الوقت المناسب، بالإضافة إلى أن المريض الواثق من طبيبه أكثر التزاماً بالتوصيات والإرشادات الطبية، مما يحسن في مقاييس النتائج الصحية من جهة، ويضمن استمراريته في المسار العلاجي من جهة أخرى، هذا ما يعزز مستوى الصحة للمريض، والمجتمع ككل.

## التوصيات:

بعد محاولتنا لدراسة موضوع " تأثير أبعاد ومحددات الثقة بين المريض والطبيب على المسار العلاجي"، تمكنا من الكشف عن العديد من الثغرات على مستوى العملية العلاجية، والتي تتسبب في لبس بالنسبة للمريض والطبيب، وتؤدي الى تحول العلاقة العلاجية، التي تهدف الى الخدمة الإنسانية، الى علاقة علاجية يطغى عليها الصراع والتصادم، ودائمة التوتر والاضطراب، بحيث لو استطاع كل من الطبيب والمريض توضيح رؤيتهم وغايتهم في العملية العلاجية، لتمكنا من إقامة منطقة تشاركية متوازنة تجمع اهتماماتهم وتوحد أهدافهم نحو تعزيز الصحة، فيما يلي بعض من هذه الاقتراحات والتوصيات التي إذا تم إعادة النظر فيها، ستمكّن المنظومة الصحية من تدارك وضع تأزم الثقة بين جمهور المرضى والأطباء:

◀ لابد من اعتراف الأطباء بالقوة المعرفية التي بات يمتلكها جمهور المرضى، والبحث عن رضا المريض من خلال اتباع أساليب الاقناع في العملية العلاجية بدل تمسك الطبيب، بمبدأ الخضوع والأساليب الأبوية.

◀ لا بد أن تتركز مجهودات الأطباء نحو تعزيز صحة الفرد، من خلال مضاعفة كم ونوعية المعلومات (الإرشادات والتوصيات الطبية... الخ)، في العملية العلاجية، من أجل توعية الجمهور حول مسببات المرض الصحية منها والاجتماعية، والمساهمة في محو الأمية الصحية.

◀ يجب إعادة النظر في البنية التحتية للعلاقة العلاجية طبيب / مريض، من خلال إعادة استرداد معاني المصادقية والاعتبار والولاء، وضرورة اعتراف المرضى بالفارق المعرفي، والطابع غير تكافئي في العلاقة العلاجية، من أجل حصر مجال الشك، وفتح مجال لإدارة الطبيب لمجريات اللقاء الطبي، باعتباره مركز القوة المعرفية، وقد خضع للتعليم والتدريب الكافي، الذي يخوله لإتخاذ القرار الطبي السليم وجيد بما فيه الكفاية لمصلحة المريض.

◀ يجب على المرضى التصديق بقانون " المحدودية العقلانية للطبيب"، وتقبلهم فكرة بأن الطبيب يبحث عن مصلحتهم، لكن لا يمكنه أن يعالج كل ضرر بهم.

◀ لابد من إلقاء الضوء على الجانب الاجتماعي والنفسي في العملية العلاجية، بحيث يجدر على الطبيب تغيير توجهه، من علاج المرض، الى تبني سياسة علاج المريض، أي أن يعطي للتاريخ الوقائي للمريض حقه، أثناء الفحص.

◀ بما أن استقبال الطبيب يؤثر بشكل مباشر في مستوى ثقة المريض، لابد من إعادة النظر في طرق الاستقبال المادية والمعنوية للمريض، مثل المعاملة البشوشة واللينة، استعانة ببعض العبارات المزاح، من أجل كسر حاجز الرسمية الذي يقف عائق أمام المرضى من جهة، والمساهمة في إضفاء طاقة إيجابية على العملية العلاجية، تشجع المريض على الاستمرار في العلاج.

◀ المدة العلاجية من جهة أخرى، لابد يتم إعادة النظر في حجمها، من خلالها جعلها تتماشى مع رغبة المريض (خمس وعشرون دقيقة الوقت الرسمي للمدة العلاجية في مختلف دول العالم).

آفاق الدراسة:

إن دراسة موضوع الثقة في العملية العلاجية، يعتبر حقل معرفي غني، بحيث أثناء اجرائنا للمراجعة النظرية للموضوع والدراسة الميدانية المرافق له، أثار اهتمامنا العديد من الأوجه التي تأخذها هذه المعضلة البحثية، لكن من زوايا إشكالية مختلفة، قد يثمر البحث والتحري فيها، بنتائج مهمة، لذلك يجب إلقاء الضوء على الآفاق العديدة التي تتفرع من هذه الدراسة، من أجل إثارة فضول الباحثين على كشف المزيد من خصوصيات قضية الثقة في مجال الصحة، وفيما يلي البعض من المواضيع التي أثارت حفيظتنا:

١٤ إن ضعف أو انعدام الثقة على المستوى الجزئي، مرتبط بمدى استقرار وثبات المستوى الكلي للثقة، بين جمهور المرضى أو المجتمع ككل والمنظومة الصحية بمختلف مؤسساتها، لذلك فإن دراسة الثقة على المستوى الكلي، قد يسمح للباحث، بالخروج باستنتاجات مهمة، تساهم في إعداد السياسات التشغيلية العامة للنظام الصحي.

١٥ أثناء إجراءنا للدراسة، صرح الأطباء بمدى حاجتهم لوجود ثقة في المريض، لتمكن من علاجه، وفي هذه الحالة تصبح دراسة الثقة من اتجاه الطبيب، معضلة بحثية حديثة يجدر الاهتمام بها.

١٦ تضارب الآراء بين أطباء المناطق الحضرية وشبه الحضرية، حول مفاهيم كسب ثقة المرضى، يفتح الباب أمام دراسة مقارنة للظروف التي يؤدي فيها الأطباء مهامهم، ومدى تأثير ذلك على مستوى العلاقة العلاجية.

١٧ الإصرار القوي الذي أعرب عنه المرضى حول بحثهم عن تحرير العلاقة العلاجية من النموذج الأبوي إلى النموذج التعاوني الإرشادي، يولد لنا الرغبة في البحث والتحري حول واقع النموذج التعاوني الإرشادي في العلاقة العلاجية في الجزائر.

# المراج



﴿ قائمة المراجع باللغة العربية

﴿ الكتب والمقالات العلمية:

- 1- ابن أبي أصيبعة. عيون الأنباء في طبقات الأطباء. لوهبة للطباعة. القاهرة. 1882.
- 2- إحسان محمد الحسن. النظريات الاجتماعية المستدامة. القاهرة: دار الأوائل. 2005.
- 3- أنتوني جيدنز. الرأسمالية والنظريات الاجتماعية الحديثة. ترجمة/فاضل حكتر. بيروت: دار الكتاب العربي، 2008.
- 4- إيهاب احمد محمد إسماعيل. إشكالية مفهوم الثقة والاسهامات السيسولوجيا. مصر: حوليات آداب عين شمس المجلد 45. مارس 2018.
- 5- ثامر ياسر البكري. إدارة المستشفيات. عمان. دار اليازوري للنشر والتوزيع العلمية. 2005..
- 6- جون سكوت وجوردون مارشال. موسوعة علم الاجتماع. ترجمة محمد الجوهري والآخرين. المجلد 3. القاهرة: المركز القومي للترجمة. 2014.
- 7- الدكتور نهاد عباس زينل. الإنجازات العلمية للأطباء في الاندلس وأثرها على التطور الحضاري في أوروبا - القرون الوسطى- 92-197 هـ/ 711-1492 م. الطبعة الأولى. لبنان: دار الكتب العلمية، بيروت، 1971.
- 8- زايد، احمد. علم الاجتماع ودراسة المجتمع. القاهرة: مكتبة النصر، 2007.
- 9- فرانسيس فوكوياما. الثقة-الفنائل الاجتماعية تحقيق الازدهار. دراسات مترجمة ابوظبي: مركز الامارات للدراسات السياسية والاستراتيجية، 1998.
- 10- محمد عبد البديع. الثقة والارتياب-صورة راس المال الاجتماعي في شريحة طبقية. في احمد زايد والآخرين: راس المال الاجتماعي لدى شرائح المهنية من الطبقة الوسطى. القاهرة: مركز البحوث والدراسات الاجتماعية لجامعة القاهرة. 2006.

11- مصطفى خلف عبد الجواد. قراءات معاصرة في نظرية علم الاجتماع. القاهرة: مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية لجامعة القاهرة.

### المذكرات والأطروحات العلمية:

◀ إبراهيم مرعي شيماء . استخدام الأنترنت ورأس المال الاجتماعي. رسالة دكتوراه غير منشورة. مصر: جامعة حلوان، 2011.

◀ بن مغنية قادة. الثقة بين الطبيب والمريض في المسار العلاجي. دكتوراه في علم الاجتماع. الجزائر: جامعة وهران. 2016.

◀ نجاة العامري. تسويق الخدمات الصحية: دراسة حالة "مصحة أبو قاسم سكيكة". مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير. سكيكة: جامعة 20 اوت 1955 سكيكة، 2008-2009.

### الوثائق الرسمية:

◀ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 70. تاريخ النشر: 12 ذو الحجة 1430 هجري الموافق ل 29 نوفمبر 2009.

◀ مدونة الاخلاقيات الطبية الجزائرية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 52. 1992. المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 5 محرم عام 1413 الموافق ل 6 يوليو سنة 1992 يتضمن الاخلاقيات الطبية

◀ قانون الصحة رقم 11-18 المؤرخ في شوال عام 1439 الموافق ل 2 يوليو 2018.

1. American Psychological Association. Criteria for Evaluating Treatment Guidelisses[Online]. December 2002. Available in PDF format on the Internet: [Consulted on 25 June 2020 at 20:00].
2. Anthony, Giddens. The consequences of modernity. Cambridge: Polity press, 1996.
3. Astrid Nøklebye Heiberg. The doctor in twenty first Century. British Medical Journal, 19-26 December 1987, Volume 295, N°6613.
4. Barry D, Silverman, MD. Physician Behavior and Bedside Manners the Influence of William Osler and The Johns Hopkins School of Medicine. Baylor University Medical Center Proceedings, Jan 2012, Volume 25, N° 01.
5. Bart Y., Shankar V., Sultan F., et Urban G. L. Are the Drivers and Role of Online Trust the Same for All Web Sites and Consumers? A Large-Scale Exploratory Empirical Study. Journal of Marketing,2005, vol 69 (4).
6. Bartikowski, Chandon et Müller. 7ème Congrès International des Tendances du Marketing. Venise janvier 2008.
7. Beşer. A, Bahar. Z and Büyükkaya, D. Health Promoting Behaviors and Factors Related to Lifestyle Among Turkish Workes and Occupational Health Nurese'responsabilities in Their Health Promoting Activities. Industrial Health. Jan 2007. Volume 45. N°01.
8. Bonnie Spring. Health Decision Making: Lynchpin of Evidence Based Practice. Medical Decision Making. 2008. Volume 28. N°06.
9. Brill PA and al. The relationship Between Sociodemographic Characteristics and Recruitment, Retention and Health Improvements in a Worksite Health Promotion Program. American Journal for Health Promotion. Jan-Fab 1991. Volume 05. N°03.

10. Carmichael AG and Ratzan RM. Anonymous Admonitions of Hippocrates of Learning the History of Medicine. New York: Hugh Lauter Levin Associates, Medicine: A Treasury of Art and Literature. 1991.
11. Catherine Thomssan. Physicians' Social Responsibility. American Medical Association: Journal of Ethics, 2014, Volume 16, N° 09.
12. Charles Doyle. A Dictionary of Marketing. 4ed. UK: Oxford University Press. 2016.
13. Cisse-Depardon K. et N'Goal, G. Les effets de la satisfaction, de la confiance et de l'engagement vis-à-vis d'une marque sur la participation des consommateurs à un boycott, Recherche et Applications en Marketing, 2009, vol 24, n°1.
14. Daniel Chandler and Rod Munday. Media and communication. 3ed. UK: Oxford University Press, 2020.
15. Daniel Kahnemen and Amos tversky. Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk. Econometrica Journal. March 1979. Volume 47. N° 02.
16. David Mechanic. Medical Sociology. 2ed. USA: University of Michigan. Free press, 1978.
17. David Mechanic. The concept of Illness Behaviour: Culture, Situation and Personal predisposition. Psychological Medicine. Printed in Great Britain. 1986. P1. (This article was first presented at the First International Conference on Clinical and Social Aspects of Illness Behaviour, The Royal Adelaide Hospital, Australia, August 1984. Address for correspondence: Dr David Mechanic, Health and Health Care Services Research Coordinating Council, Room 203, Murray Hall, New Brunswick, NJ 08903, USA.)
18. Derek J Koehler. Support Theory: A Nonextenisional Representation of Subjective Probability. Psychological Reviews. 1994. Volume 101. N°04.
19. Duffy, ME. Determinants of Reported Health Promotion Behaviors Employed Mexican American Women. Health care Women Int. Martch- April 1997. Volume 18. N°02.
20. Edward A, Suchman. Stages of illeness and Medical care. Journal of health and Human Behvoir. 1965. Vol 06. N°03.

21. Enid Montague. Patient Source of Learning About Health Technologies and Ratings of Trust in Technologies used in Their Care. NIS Public Access, 2010, Volume 53, n°11.
22. Fallon E. Chipidza, Rachel S. Wallwork and Theodore A. Stern. Impact of Doctor-Patient Relationship. The Primary Care Companion for CNS Disorders, 2015, Volume 117, N° 05.
23. <sup>1</sup> Fallon. E Chipidza, Rachel. S Wallwork, Theodore. A Stern. Impact of Doctor-Patient Relationship. The Primary Care Companion for CNS Disorders, 2015, Volume 17, N° 05.
24. Francis, Fukuyama. Social capital and the Global Economy-A Redrawn map of the world. USA: council on foreign relations, Foreign Affairs, Sep, Oct, 1995, Vol 74(5).
25. Frisou J. Confiance interpersonnelle et engagement : une réorientation behavioriste. Recherche et Applications en Marketing, 2000, vol 15(1).
26. Gwen. M, Felton. D. Ph and al. Demographic Factors: Interaction Effect on Health Promoting Behavior and Health Related Factors. Public Health Nursing. 07 May 2007. Volume 45. N°06.
27. Hulme, PA and al. Health-promoting Lifestyle Behaviors of Spanish Speaking Hispanic Adults. Journal Transult Nurs. July 2003. Volume 14. N° 03.
28. John Williams. Ethique médicale : Association médicale mondiale. 2005.
29. Julia Neuberger. Do we need a new word for patients?" Let's do away with patients". British medical journal. 1999 Jun 26. Volume 318. N°7200.
30. Kaba. R and Sooriakumaran. The Evolution of the Doctor-Patient Relationship. International Journal of Surgery, 2007, volume 05, N°01.
31. Kenneth. H Walker, Dallas. W Hall and Willis. J, Hurst. Clinical Methods: History, Physical and Laboratory Examinations. 3<sup>rd</sup> Edition. Boston: Butterworth's, 1990. Chapter 3.
32. KOTLER Philip & CLARKE Roberta N., Marketing for Health Care Organization, New Jersey, Prentice Hall, 1987.
33. Landowski, E. La société réfléchie. Seuil, Paris. 1989.

34. Larzelere, R. et Huston, T. The dyadic trust scale: toward understanding interpersonal trust in close relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 1980.
35. Luhmann, N. Confiance et familiarité- Problèmes et alternatives. *Réseaux*, 2001, n°108.
36. Marie Dominique Beaulieu. *Clinical Pathways: Unique Contribution of Family Medicine*. Official Publication of the College of Family Physicians of Canada, 2013, Volume 59, N° 06.
37. Marie Laure Pelte. *Entre scientifique et profane, la notion de la santé mentale en question, analyse la représentation sociale de santé mentale chez les étudiants*. Mémoire de Maitrise de sociologie. Le Mirail : Université de Toulouse, 2002/2004,
38. Maritn, T. Quviger. Yves. P. *Action médicale et confiance*. PUF. Paris, France. 2007.
39. Marjon Vander Pol. *Health, Education and time preference*. *Health Economics*. Volume 20. N° 08. 20 August 2010.
40. Martha Lagace, *The Changing roles of doctors and patients* [online]. Harvard Business School. 11/22/2004. Available in PDF format on the Internet. [consulted on 25 march2020 at 20:29].
41. Martín S. S. et Camarero C. *Consumer Reactions to Firm Signals in Asymmetric Relationships*. *Journal of Service Research*, 2005, vol 8 (1).
42. Matthew Ridd, Alison Shaw and Chris Salisbury. *The Patient-Doctor Relationship: A Synthesis of the Qualitative Literature on Patient's Perspectives*. *British Journal of General Practice*, 2009, Volume 59, N°561.
43. McKnight, H. D., Choudhury, V. and Kacmar, C. *Developing and Validating Trust Measures for E-Commerce: An Integrative Typology*, *Information Systems Research*, 2002, 13 (3).
44. Mohammed Alazri, Phillip Heywood, Richard. D Neal and Brenda Leese. *Continuity Care*. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 2007, Volume 07, N° 03.

45. Muntaha Elayyan, Janet Rankin and MW Chaarani. Factors Affecting Empathetic Patient Care Behaviour Among Medical Doctors and Nurses: An Integrative Literature Review, Eastern Mediterranean Health Journal, 2018, Volume 24, N° 03,
46. Navarro, M. L'industrie pharmaceutique. Regards croisés sur l'économie, 2009, N° 5.
47. Negin Massoudi and al. Factors Analysis of Self-treatment in Diabetes Mellitus: a cross sectional study. BMC Public Health, 2011, Volume 11, N°761.
48. Neil D. Weinstein, Peter M. Sandman, and Susan J. Blalock. Chapter Six: The precaution Adaptation Process Model. In Health Behavior and Health Education:
49. Neuberger, J. The educated Patient: New Challenges for The Medical Profession. Journal of Internal Medicine, 2000, Volume 247.
50. Nilawan Upakee and Suwicha Mankongdee. Outcomes of Home Health Care and Telephone Home Visit by Pharmacist in Type 2 Diabetes Patient on hospital Readmission: a Case Study (Thailand). BMC Public Health, 2012, Volume12, N°02.
51. Noteboom. How to combine calculative and non-calculative trust. Paper for the symposium Trust and Trouble in Organisations. Erasmus University Rotterdam.2001.4-5 May.
52. Perez, M. Les crises du médicament. Sève, 2008, N° 20.
53. Petitat, A. Secret et formes de sociales, Collection sociologie. Paris: Edition PUF, 1998.
54. Rempel J.K., Holmes J.G. et Zanna M.P. Trust in close relationships. Journal of Personality and Social Psychology,1985, volume 01, n° 49.
55. Rita B. Ardito and Daniela Rabellino. Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy Historical Excursus Measurements and Prospects for Research. Frontiers in Psychology, 2011, Volume 02, N° 270.
56. Robert, T and Croyle, Ph.D. Theory at Glance. Second edition. U.S: Department of Health and Human services: National Institutes of Health, 2005.

- 
57. Samantha Louise Harrison et Dina Brooks. La participation active des patients : Un aspect de la recherche sur la réadaptation qui s'impose depuis longtemps. Canadian Physiotherapy Association. 2015. Vol (67). N°14.
58. Sanja Kusec, Ognjen Brborovic and Dean Schillinger. Diabetes Websites Accredited by The Health On Net Foundation Code of Conduct: Readable or Not? The New Navigator from Professionals to The patients, 2003, volume 95.
59. Sirieux L. et Dubois P.-L. Vers un modèle qualité-satisfaction intégrant la confiance ? Recherche et Applications en Marketing, 1999, vol 14(3).
60. Susan Dorr Goold and Mack Lipkin, Jr. The Doctor-Patient Relationship: Challenges Opportunities and Strategies. Journal of General Internal Medicine, 1999, Volume 14, N°01.
61. Swaen V. et Champitaz R.C. L'impact de la responsabilité sociétale de l'entreprise sur la confiance des consommateurs .Recherche et Applications in marketing. 2008, vol.23, n°4.
62. Sylvia R. Cruess and Richard L. Cruess. Professionalism and Medicine's Society Contract with Society, 2004, Volume06, N°04.
63. Tait. D Sharafelt, Katharine. A Bradly, Joyce. E Wipf and Anthony. L Back. Burnout and Self-Reported Patient Care in Internal Medicine Residency Program. Annals of Internal Medicine, 2002, Volume 136, N° 05.
64. Tondi F. Continuity of care and home care /organisation of a process to improve the integration with territorial health care facilities and the involvement of the family for a safe discharge of chronic patients. Italian Journal of Pediatrics, 2014, Volume 40, N° 01.
65. Valerie, F and Rayan, PHD. Theories of Medical Decision Making and Health: An Evidence-based Approach. Medical Decision Making. 2008. Volume 28. N° 06.
66. Vikky. Qi, Phillips. SP and Hopman, WM. Determinants of a Healthy Lifestyle and Use of Preventive Screening in Canada. Bio Med Central. Volume 06. N° 275. 07 Nov 2006.

67. White T. B. Consumer Trust and Advice Acceptance: The Moderating Roles of Benevolence, Expertise, and Negative Emotions. *Journal of Consumer Psychology*, 2005, vol 15 (2).
68. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization. 2009.
69. Yong Kang Cheah and Naidu BM. Exploring Factors Influencing Smoking Behaviour in Malaysia. *Asia Pacific Cancer Journal Prevention*. 2012. Volume 13. N° 04.
70. Yong Kang Cheah. Determinants of The Demand for Using Preventive Medical Care Among Adults in Penang, Malaysia. *Malaysia Journal Medical Sciences*. Jan 2013. Volume 20. N° 01.
71. Yong Kang, Cheah. Factors Influencing Consumer Purchase Decision for Health-Promoting Goods and Services in Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*. Nov-Dec 2014. Volume 21. N°06.
72. Zhang. P, Tao. G, Irwin. KL. Utilization of preventive medical services in the United States: a comparison between rural and urban populations. *Journal Rural Health*. 2000. Volume 16. N° 14.
73. Brian J Cohen. Is Expected Utility Theory Normative for Medical Decision Making. *Sage Journals*. 1996. Volume 16. N°01.
74. Crésson, G. Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Paris, France : Ecole des hautes études en santé publique, 2000.
75. Deutsch, M. Trust and suspicion. *Journal of Conflict Resolution*, 1958, 2.
76. Duffy ME. Determinants of Health-Promoting Lifestyle in Older Persons. *Image Journal Nursing Scholarship*. 1993. Volume 25. N° 01.
77. Ebert A.E.T. Facets of Trust in Relationships – A Literature Synthesis of Highly Ranked Trust Articles. *Jbm*. 2009, vol (3).
78. Emily J, Haas. Applying The Precaution Adaptation Process Model to The acceptance of Mine Safety and Health Technologies. *HHS Public Access: Occup Health Sci*. 31 May 2018. Volume 2. N°01.

79. Gausz-Mandelberg, C. "Trust Fundamentals" Marketing Health Services, Summer 2006.
80. Gurviev P. et Korchia M. Proposition d'une Echelle de Mesure Multidimensionnelle de la Confiance dans la Marque. Recherche et Applications en Marketing.2002. v 17, N°0 3.
81. Islamic Culture and the Medical Arts an Exhibit at the National Library of Medicine. 1994.
82. Johnson, D. and Grayson, K. Cognitive and Affective Trust in Service Relationships. Journal of Business Research,2005, 58(4).
83. Kreps, D.M. Corporate culture and economic theory; in Alt J. et Shepsle, K.(eds), Perspective on positive political economy. Cambridge: Cambridge university Press,1990.
84. Luhmann, N. Confiance et familiarité - Problèmes et alternatives, Réseaux. 2001.n°108.
85. Matthew Molineux. Occupational Science and Occupational Therapy. UK: Oxford university Press. 2017.
86. Paulik, E and al. Determinants of Health Promoting Lifestyles Behaviour in The Rural Areas of Humgray. Health Promotion International. Sep 2010. Volume 25. N° 03.
87. Rottenstreich Y, Tversky A. Unpacking, Repacking and Anchoring: Advances in Support Theory. Psychological Reviews. 1997. Volume 104. N° 02. PP 406-415.
88. Samir S Amr and Abdelghani. Ibn Sina: Prince of Physicians. Ammals of Saudi Medicine, 2007, V27, N°02.
89. Watier, P. Eloge de confiance. Paris : Belin collection nouveaux monde.2008.
- 90.

المراجع الإلكترونية:

- <https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/group-individual>
- <https://dictionary.apa.org/treatment-plan>
- <https://www.auamed.org/blog/7-essential-qualities-physician-2/>
- <https://annumed.sante-dz.com/>
- <https://www.auamed.org/blog/7-essential-qualities-physician-2/>

- 
- <https://annumed.sante-dz.com/>
  - «<https://www.behavioraleconomics.com/resources/mini-encyclopedia-of-be/prospect-theory/>
  - <http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories3.html>».
  - <https://www.muhammadharaty.com/lecture/4691>».
  - <https://idf.org/>
  - <https://healthcareers.com/article/career/8-vital-traits-of-the-ideal-physician>
  - <https://www.nhs.uk/common-health-questions/nhs-services-and-treatments/what-is-pals-patient-advice-and-liaison-service/>
  - <https://www.med.upenn.edu/hbhe4/part2-ch6.shtml>.
  - <https://www.britannica.com/science/history-of-medicine>
  - <https://universitedespatients-sorbonne.fr/>
  - <http://www.uobabylon.edu.iq/>.
  - <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/course-of-treatment>.

# الملاحق



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

المدرسة العليا لإمال-تلمسان-.

من اعداد الطالبة: طهار ايمان

تخصص: إدارة أعمال الخدمات الصحية.



## استبيان حول

تأثير أبعاد ومحددات الثقة في العلاقة طبيب/مريض على المسار العلاجي.

تحية طيبة للوجوه المبتسمة رغم الألم

هذه الاستمارة التي بين يديكم تهدف من خلالها الى معرفة أبعاد الثقة في العلاقة طبيب/مريض وتأثيرها على نجاح المسار العلاجي في إطار دراسة ميدانية لإعداد مذكرة ماستر في تخصص إدارة أعمال الخدمات الصحية.

تشرفنا مساهمتكم في هذه الدراسة من خلال تعبئة هذه الاستمارة بالإجابة على الفقرات التالية بعد قراءتها جيدا.

ملاحظة: لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة كل إجاباتكم مكسب لنا نشكركم على الاهتمام.

تعاونكم سبب نجاحنا...

البيانات الشخصية: يرجى الإجابة بوضع علامة "X" في الخانة المناسبة.

السن:  من 20 سنة الى 40 سنة.

من 41 سنة الى 50 سنة.

أكثر من 51 سنة.

مكان الإقامة:  المدينة.  الريف.

المستوى التعليمي:  أقل من الابتدائي  الابتدائي  المتوسط  الثانوي  الجامعي.

الحالة الاجتماعية:  متزوج  أعزب  حالة أخرى.

المستوى المعيشي:  منخفض  متوسط  مرتفع

### المحور الأول: أبعاد ومحددات ثقة المريض.

يرجى القراءة الجيدة لل فقرات.

الرقم	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعرض بشدة	أعرض بشدة
01	أنا أثق في قدرات الطبيب.					
02	أنا أرى أهلية الطبيب لمزاولة مهنة الطب ضمان لسلامة العلاج الذي يصفه.					
03	أنا أثق في الطبيب الذي يقدم علاجات جديدة.					
04	أنا أثق في الطبيب الذي يستعمل أحدث الأجهزة الطبية.					
05	أنا أرى أن الأطباء يلعبون دور في نشر الوعي ومحو الأمية الصحية.					
06	أنا أرى أن الأطباء الاكثر تأهيلا لتقييم العلاج.					

07	أنا أرى أن المعلومات المتعلقة بالعلاج جديرة بالثقة إذا جاءت من الطبيب.					
08	أنا أرى أن المعلومات المتعلقة بالعلاج جديرة بالثقة اذا جاءت من مصدر رسمي (الوزارة الصحة، مديرية الصحة..)					
09	أنا أرى أن المعلومات المتعلقة بالعلاج جديرة بالثقة اذا جاءت من الانترنت.					
10	أنا أرى أن المعلومات المتعلقة بالعلاج جديرة بالثقة اذا جاءت ممن حولي ولهم التجربة.					
11	أنا أثق في السلطات الصحية التي تفرض اللوائح والتعليمات القانونية على الأطباء.					
12	يحدث (يجدد) الطبيب معلوماته المتعلقة بالمرض وعلاجه مع تقدم المعرفة العلمية.					

					13 أنا أرى أن المريض يساهم في نجاح علاجه عن طريق احترامه لتوصيات الطبيب والوصفة الطبية.
--	--	--	--	--	---

أعراض بشدة	أعراض	محايد	أوافق بشدة	أوافق بشدة	14 أنا أرى أن الطبيب يحترم اللوائح والتعليمات القانونية.
					15 أنا أرى أن الطبيب يشارك في حماية البيئة.
					16 يحترم الطبيب التزامات بالمعلومات والاستقلال اتجاه المرضى.
					17 أن تشجيع الامتثال الصحيح للعلاج مسؤولية الطبيب.
					18 من السهل العثور على المعلومات الموثوقة عن الامراض وعلاجها.
					19 يقدم الطبيب المعلومات الواضحة والكافية والمفهومة بخصوص الحالة المرضية وعلاجها.
					20 اتباع توصيات الطبيب يساعد على الحد من الآثار الجانبية للعلاج.

يرجى الإجابة بكل حرية وفق تجاربكم.

21- لماذا تتق في الطبيب؟

22- هل تشك فيما يقوله لك الطبيب؟ إذا كانت الإجابة "نعم" ماذا تفعل؟

### المحور الثاني: أهمية نوع العلاقة العلاجية طبيب / مريض.

يرجى الإجابة بكل حرية بعد القراءة الجيدة للفقرات.

الرقم	الفقرة	نعم	لا	أحياناً
23	عندما أثق في الطبيب اتبع توصياته بخصوص الحمية الغذائية وطرق الوقاية.			
23	عندما أثق بالطبيب اتبع توصياته بخصوص الوصفة الطبية.			
24	بناء على ثقتي بالطبيب أتناول الأدوية الموصوفة كاملة.			
25	إذا لم اتحسن أعود الى نفس الطبيب الذي منحنى العلاج.			

26- ما هو الاستقبال الذي يرضيك؟

27- كيف تريد أن يتكفل بك الطبيب؟

28- كم وقت تريد من الطبيب أن يمنحك خلال الفحص؟

أقل من 25 دقيقة.  25 دقيقة  ما بين 25 دقيقة و 40 دقيقة.

## المحور الثالث: العلاقة بين ثقة المريض والمسار العلاجي.

يرجى الإجابة بوضع علامة "X" في الخانة المناسبة.

الرقم	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض بشدة	أعارض
29	عندما أثق في الطبيب اتبع توصياته بخصوص الحماية الغذائية وطرق الوقاية.					
30	عندما أثق بالطبيب اتبع توصياته بخصوص الوصفة الطبية.					
31	بناء على ثقتي بالطبيب أتناول الادوية الموصوفة كاملة.					
32	إذا لم اتحسن عود إلى نفس الطبيب الذي منحني العلاج.					

شكرا على وقتكم الثمين مع تمنياتنا لكم بالشفاء العاجل...

## استمارة المقابلة

موجه للأطباء:

هذه الاستمارة التي بين يديكم نهدف من خلالها الى معرفة أبعاد الثقة في العلاقة طبيب/مريض وتأثيرها على نجاح المسار العلاجي في إطار دراسة ميدانية لإعداد مذكرة ماستر في تخصص إدارة اعمال الخدمات الصحية. تشرفنا مساهمتكم في هذه الدراسة من خلال تعبئة هذه الاستمارة بالإجابة على الفقرات التالية بعد قراءتها جيدا. البيانات الشخصية:

مكان العمل:  الريف  المدينة

قطاع العمل:  الخاص.  العام.

التخصص: .....

الخبرة المهنية:  أقل من 5 سنوات.

من 06 الى 10 سنوات.

أكثر من 11 سنة.

01- هل الطبيب في المجتمع الجزائري جدير بالثقة؟

.....

02- هل ثقة المريض مهمة في العلاج؟

.....

03- كيف تكسب ثقة مريضك؟

.....

04- كطبيب فيما تفيدك هذه ثقة المريض؟

.....

الرقم	السؤال	نعم	لا	أحيانا
05	هل صمت المريض أثناء الفحص إيجابي؟			

			هل تأخذ رأي المريض بعين الاعتبار أثناء عملية صنع القرار الطبي؟	06
			هل تسمح بالنقاش مع المريض؟	07
			هل العلاقة الأبوية بينك وبين المريض فعالة في العملية العلاجية؟	08

09- هل لديكم أي إضافة حول موضوع ثقة المريض؟

.....

شكرا على تعاونكم....