العلاقة طبيب – مريض و علاقتها بالملاءمة العلاجية

عند مرضى السكري
العلواني مريم /جامعة الجزائر 2 "

الملخص:

تم في الدراسة الحالية معالجة متغيريّ العلاقة طبيب – مريض ، و الملاءمة العلاجية، لدى فئة المرضى المصابين بداء السكري الراشدين (18 – 60 سنة)، و ذلك بهدف فهم العوامل العلائقية التي قد تلعب دوراً في تبني المرضى للسلوكات الإمراضية التي تلحق الضرر بصحتهم كمرضى مزمنين، و إبراز العلاقة القائمة بين المرضى المزمنين (مرضى السكري) و الأطباء المعالجين، و مدى رضا المرضى عنها من مختلف النواحي: الاستقبال، التواصل، التعاطف، مشاركة المعلومة، و مشاركة القرار، و تحديد العلاقة و الارتباط ما بين العلاقة طبيب – مريض، و الملاءمة العلاجية لدى المرضى المزمنين (مرضى السكري).

و انطلقت الدراسة الحالية من التساؤل العام التالي:

1. هل هناك علاقة العلاقة طبيب – مريض، و درجة الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

و تفرع هذا التساؤل إلى خمسة تساؤلات جزئية:

1.1 هل هناك علاقة بين استقبال الطبيب للمريض، و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

1.2 هل هناك علاقة بين القدرة على التواصل لدى الطبيب، و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

1.3 هل هناك علاقة بين تعاطف الطبيب، و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

1.4 هل هناك علاقة بين مشاركة المعلومة لدى الطبيب، و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

1.5 هل هناك علاقة بين مشاركة القرار لدى الطبيب، و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

استناداً على نتائج الدراسات السابقة التي وردت في إشكالية البحث، و على ما ورد في الفصل النظري، وعلى الملاحظات الميدانية التي تمّ جمعها خلال الدراسة الاستطلاعية، تم بناء الفرضيات التالية:

1. هناك علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب – مريض، و درجة الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري.

1.1 هناك علاقة بين استقبال الطبيب، و درجة الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري.

1.2 هناك علاقة بين القدرة على التواصل لدى الطبيب، و درجة الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري.

3.1 هناك علاقة بين تعاطف الطبيب، و درجة الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري.

4.1 هناك علاقة بين مشاركة المعلومة لدى الطبيب، و درجة الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري.

5.1 هناك علاقة بين مشاركة القرار لدى الطبيب، و درجة الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري.

و بعد الاطّلاع على الدراسات السّابقة التي جاءت في موضوع الدراسة الحالية، قمنا بالتحقيق الميداني في مصلحتي أمراض السكري لبوزريعة، و الأبيار، التابعتين للمؤسسة الجوارية للصحة العمومية فرع "بوزريعة" و فرع "الأبيار"، و بغرض التحقق من فرضيات الدراسة، قمنا بتطبيق مقياسين: مقياس الملاءمة العلاجية لـ (François, 1999) من ترجمة و تكييف الباحثة (زناد، 2008)، كما تم تكييفه على مرضى السكري من طرف الباحثة بزاري (2011)، و مقياس العلاقة طبيب - مريض لـ (Boguet & Ariot, 2015) على عينة قصدية تكوّنت من 100 مصاب و مصابة بالسكري (من النمطين 1 و 2)، و الذين تتراوح أعمارهم ما بين (18 و 60 سنة).

و لتحليل المعطيات المتحصّل عليها إحصائيًّا، تم الاعتماد على معامل الارتباط "بيرسون Pearson"، للتعرف على مدى وجود ارتباط دال إحصائياً بين متغيرات البحث، و قد خلصت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين رضا المريض عن علاقته بالطبيب و الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، كما تحققت جميع فرضياتها الجزئية، كالتالي:

✓ وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين استقبال الطبيب للمريض و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، أي أنه كلما كان استقبال الطبيب للمريض جيداً أكثر، كانت الملاءمة العلاجية جيدة، واتفقت النتيجة مع نتائج عدة دراسات سابقة منها دراسة جون ستيوارت و زملاؤه(Stewart J. & al, 2010) ودراسة لو (Lew, 2009).

✓ وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين القدرة على التواصل لدى الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، أي أنه كلما كانت قدرة الطبيب على الاتصال جيدة، كانت الملاءمة العلاجية جيدة، و اتفقت النتيجة مع نتائج عدة دراسات سابقة منها دراسة إيجبيرت (Egbert, 2010)، و دراسة هاراري و ليغ (Harari, Legge, 2001)، دراسة ويندي ليفينستون (Wendy Levinston, 1997)، ودراسة غولدن و جونستون (Golden & Johnston , 1999).

✓ وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين تعاطف الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، أي أنه كلما كان الطبيب متعاطفاً أكثر، كانت الملاءمة العلاجية جيدة، و اتفقت النتيجة مع نتائج عدة دراسات سابقة منها دراسة كونسولي و لوغراند (Consoli & Legrand, 2013)، دراسة زولا (Zola, 2008)، دراسة سكيبر و ليونارد (Skipper & Leonard, 2004)، دراسة داف وهولنقشيد (Daph & Hollengshed, 2003)، دراسة (Ley,1999)، و دراسة هاينز و زملاؤه (Haynes et al., 1993).

✓ وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين مشاركة المعلومة لدى الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، أي أنه كلما كانت مشاركة الطبيب للمعلومة أكثر و أفضل و أوضح، كانت الملاءمة العلاجية جيدة، و اتفقت النتيجة مع نتائج عدة دراسات سابقة منها دراسة رونالد و سو (Ronald, Sew, 2015)، دراسة كونسولي و لوغراند (Consoli, Legrand, 2013)، و دراسة إيجبيرت (Egbert, 2010)، و (زناد، 2008).

✓ وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين مشاركة القرار لدى الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، أي أنه كلما كان الطبيب مشاركاً للقرار مع المريض ، كانت الملاءمة العلاجية جيدة، واتفقت النتيجة مع نتائج عدة دراسات سابقة منها دراسة إيجبيرت (Egbert, 2010).

الكلمات المفتاحية:

العلاقة طبيب مريض – الملاءمة العلاجية - السكري

الإشكالية:

شاهدنا في السنوات الأخيرة الماضية ارتفاعاً ملحوظاً في نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة، و ارتفاع التكاليف الصحية المتعلقة بها، و يُعد مرض السكري le diabète نموذجاً للمرض المزمن الذي يرافق المريض طوال حياته، ويفرض عليه تغييراً جذرياً لأسلوب حياته من مختلف النواحي، و هو باختصار حالة مزمنة من زيادة نسبة السكر في الدم ناتج عن العديد من العوامل الوراثية و العوامل المرتبطة بالبيئة ، و يتطلب علاجاً دوائياً أو حقناً للأنسولين مدى الحياة إضافة إلى تغيير في عادات الغذاء، و النشاط البدني.(Guillausseau, 2003)

تعاني الجزائر من تزايد رهيب لعدد المصابين بداء السكري حيث سجلت الإحصائيات الأخيرة أن عدد المصابين بهذا الداء قُدّر بـ 3 مليون مصاب من بينهم 800 ألف طفل، إضافة إلى ما يقدر بـ 500 ألف من المصابين يجهلون إصابتهم. و تتوقع منظمة الصحة العالمية O.M.S أن عدد الإصابات بحلول سنة 2030 سيتجاوز 350 مليون مصاب في معظم دول العالم الثالث. (تقرير طبي لمختصين في داء السكري في مؤتمر دولي بالجزائر، 2008)

لهذا تم وضع داء السكري إلى جانب السرطان، و أمراض القلب و الأوعية الدموية على رأس الأمراض التي تشكل "تهديد" للمرضى و للمنظومة الصحية في الجزائر.

و تجدر الإشارة إلى أن خطورة المرض لا تكمن فقط في المرض بحد ذاته، بل أيضاً في مضاعفاته الخطيرة من فقدان البصر (العمى)، و القصور الكلوي المزمن، و أمراض القلب و الشرايين، بتر الأطراف و غيرها من الأمراض التي تشكل و تسبب إعاقات للمرضى في حياتهم إضافة إلى وضعهم أمام خطر "الموت".

إن الانتشار السريع لهذا المرض، و العبء النفسي الاجتماعي و الاقتصادي لرعاية المصابين بها أدى إلى اهتمام الباحثين بمختلف العوامل المرتبطة بهذه الأمراض و التكيف معها، فالإلمام بالعوامل المختلفة المؤثرة على سلوك الملاءمة العلاجية عند المريض يعني إيجاد الطرق الصحيحة و وضع الخطط المثمرة من أجل تحقيق حياة أفضل و رفاهية أكبر لهؤلاء المرضى الذي يعيشون مع مرضهم لسنوات طويلة من حياتهم، و هذا ما جعل منظمة الصحة العالمية تعتبر حل مشكلة عدم امتثال المرضى للعلاج أكثر أهمية من أي اكتشاف طبي، فهو يتضمن كل الإجراءات و السلوكات التي يتبعها المريض بهدف تحسين حالته الصحية، و قد اهتم العديد من الباحثين في علم النفس الصحة خاصة بمختلف العوامل المتعلقة بالأمراض العضوية المزمنة و التي تؤثر سلباً أو إيجاباً على العملية العلاجية و نجاحها، أو بالتحديد بالعوامل المتحكمة في سلوك الملاءمة أو عدم الملاءمة العلاجية عند المرضى.

إن سلوك الملاءمة العلاجية la compliance thérapeutique يشكل أكبر عقبة يواجهها اختصاصيو الصحة مع المرضى المزمنين، حيث أن الكثير منهم إن لم نقل أغلبهم لا يحترمون مواعيد تناول الدواء، و المقادير الموصوفة إلى غير ذلك من التعليمات العلاجية، و قد اعتبرت منظمة الصحة العالمية O.M.S أن سلوك عدم الملاءمة العلاجية لدى الراشد في العلاج بعيد المدى في تزايد مستمر في العالم، حث لا تتعدى نسبة المرضى الملتزمين بالعلاج 50%، و تنخفض أكثر هذه النسبة في دول العالم الثالث (حدار، 2008، ص 47-48)

و لقد أشارت دراسة بيزي و زملاؤه (Bezie et al., 2006) إلى أن نسبة عدم الامتثال العلاجي عند مرضى السكري من النوع 2 وصلت إلى أكثر من 35% و قد أرجعوا فشلهم في تحقيق الملاءمة العلاجية إلى الظروف الاقتصادية و الاجتماعية. (Bezie et al., 2006)

لقد حاول الباحثون في علم النفس الصحة في إطار النموذج البيوطبي النفسي الاجتماعي le model biopsychosocial تناول سلوك الملاءمة العلاجية بالدراسة، و العوامل النفسية الاجتماعية المؤثرة فيه، ما الذي يمكن أن يجعل المريض أكثر ملاءمة للعلاج، و ما يجعله غير ملائم للعلاج، على غرار الجوانب المعرفية التي ثبت تأثيرها على سلوك الملاءمة العلاجية مثل المعتقدات الصحية و الاتجاهات نحو

الصحة، ففي الدراسة التي قامت بها (زناد، 2008) على عينة من 30 مصاب و مصابة بالقصور الكلوي المزمن و الخاضعين لتصفية الدم، و التي كان من نتائجها أن 53.7% من المرضى لا يمتثلون للعلاج، و أن أسباب عدم الملاءمة العلاجية عند هؤلاء المرضى تختلف ما بين عوامل تعود إلى الإدراك المشوه للمرض و العلاج، انخفاض نوعية الحياة، و خصائص الشخصية. (زناد، 2013)

و إلى جانب هذه العوامل، نجد أيضا العوامل النفس-اجتماعية للمريض و التي لا ينبغي إهمالها، فالمريض في رحلة العلاج يبقى كائناً بشرياً اجتماعيً يطوّر مع الطبيب والفريق الطبي علاقات، و يكوّن حولهم آراء و اتجاهات.

هذه العلاقة بين الطبيب و المريض تحتل أهمية بالغة في العملية العلاجية، و تزداد هذه الأهمية يوماً بعد يوم نظراً للتطوّر الحاصل في الميادين الصحية و الخدمات العلاجية في السنوات الأخيرة. فقد أصبحت الدراسات الصحية الحديثة تعطي أهمية كبيرة لجانب العلاقات الاجتماعية و المعاملات الإنسانية في المستشفى، فالمريض قبل كل شيء هو "إنسان".

و يعتبر الخبراء و الباحثون أن العلاقات الحقيقية التي تنشأ بين الأطباء و مرضاهم تمثل في حد ذاتها نوعاً من العلاج الفعّال.

و قد أشارت بحوث عديدة إلى أهمية العلاقات الاجتماعية بين الفريق العلاجي و المرضى داخل المستشفى، وذلك بتأثير المساندة العاطفية التي يمكن أن تؤدي إلى تخفيف الضغط و الضيق الذي يشعر به المريض، و أن هذا قد أثّر بطريقة غير مباشرة على استجابة المريض نفسيًّا و فيزيولوجيًّا تجاه مرضه بالدرجة الأولى، و اتجاه اقامته بالمستشفى، و استجابته للعلاج. (المكاوي ع، 2005)

إن لتوقعات المرضى و تصوراتهم حول المعالج لها وزنها في سلوك الملاءمة العلاجية، فهم يتوقعون شخصا ودي و مقرب، يعامله باحترام و تقدير، و يشاركه باتخاذ القرارات ، يقدم الرعاية و الاهتمام، و يحاول تحفيزهم، و بناء علاقة ثقة معهم. (Reach G.,2006)

وقد وُجِد أن اعتقاد المريض في اهتمام الطبيب به، و نوعية الاتصال القائم بينهما يؤثر بوضوح في سلوك الملاءمة العلاجية لدى المريض، أضف إلى ذلك وضوح الرسالة الطبية، و بساطتها، و تسهيل وصول المعلومة للمريض و إمكانية تذكرها من

طرف المريض، كلها عوامل ترتبط بالمعالج نفسه لتحفيز المريض على الملاءمة. (Harari P., Legge K., 2001)

و بينت دراسة إيجبيرت (Egbert, 2010) أن الاستماع الدقيق و التشجيع السابق للعلاج، و إعطاء التعليمات للمريض قبل مباشرة العلاج حسّن من تأثير العلاج بنسبة 20% عند المرضى. (Buffel du Vaure, 2012)

و في دراسة سكيبر و ليونارد (Skipper & Leonard, 2004) تبين أن تفاعل المريض مع هيئة المستشفى عن طريق تزويده بالمعلومات و التأييد العاطفي يخفف إلى حد كبير من عبء التجربة التي يمر بها، ما يعود ايجاباً على استجاباته الاجتماعية و النفسية و الجسمية الفيزيولوجية.

و قد أشار زولا (Zola, 2008) إلى أن رفض الاعتراف بالعنصر غير الطبي (الجانب النفسي) قد يكون له أثر في فشل العلاج. (Buffel du Vaure, 2012)

و قام الباحث ناليني أمبادي (Nalini ambady, 2002) بجمع عدد كبير من الدراسات التي أجريت حول رضا المريض، و خرج بنتيجة مفادها أن معظم الدراسات التي درست مقارنة القدرات العلمية كعدد الشهادات، والفروع التخصصية، و نوع التدريب الطبي، و الخبرة العملية، و عوامل مهنية أخرى، تبيّن أنه ليس لأي منها علاقة برضى المريض. (عبده أ، 2009)

فإذا كان الجانب العلائقي بهاته الأهمية، و هذا الوزن و التأثير بالنسبة للمريض، لأي درجة و لأي مدىً يرتبط بسلوكات المرضى اتجاه المرض و العلاج؟ هذا ما سنحاول معرفته و تحديد من خلال دراستنا الحالية، حيث توصلنا مما سبق، إضافة إلى الاستطلاع الميداني الذي قمنا به لبعض المستشفيات و مؤسسات الصحة العمومية التي تتكفل بمرضى السكري إلى التساؤلات التالية:

2. هل هناك علاقة العلاقة طبيب - مريض و درجة الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

1.6 هل هناك علاقة بين استقبال الطبيب للمريض و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

1.7 هل هناك علاقة بين القدرة على التواصل لدى الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

1.8 هل هناك علاقة بين تعاطف الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

1.9 هل هناك علاقة بين مشاركة المعلومة لدى الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

1.10 هل هناك علاقة بين مشاركة القرار لدى الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري؟

الفرضيات:

2. هناك علاقة ارتباطية بين العلاقة طبيب - مريض و درجة الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري.

1.3 هناك علاقة بين استقبال الطبيب للمريض، و درجة الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري.

2.1 هناك علاقة بين القدرة على التواصل لدى الطبيب، و درجة الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري.

3.1 هناك علاقة بين تعاطف الطبيب، و درجة الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري.

4.1 هناك علاقة بين مشاركة المعلومة لدى الطبيب، و درجة الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري.

5.1 هناك علاقة بين مشاركة القرار لدى الطبيب، و درجة الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى:

- محاولة فهم العوامل العلائقية التي قد تلعب دوراً في تبني المرضى للسلوكات الإمراضية التي تلحق الضرر بصحتهم كمرضى مزمنين.
- إبراز العلاقة القائمة بين المرضى المزمنين (مرضى السكري) و الأطباء المعالجين، و مدى رضا المرضى عنها من مختلف النواحي: الاستقبال، التواصل، التعاطف، مشاركة المعلومة، و مشاركة القرار.
- تحديد العلاقة و الارتباط ما بين العلاقة طبيب – مريض، و الملاءمة العلاجية لدى المرضى المزمنين (مرضى السكري).

أدوات البحث:

بهدف التحقق من فرضيات البحث تم الاعتماد على الأدوات التالية لجمع البيانات متمثلة في:

مقياس الملاءمة العلاجية لمرضى السكري:

مقياس الملاءمة العلاجية compliance rating scale من إعداد فرانسوا (François M., 1999) و زملاؤه، و هو عبارة عن سلم تقييمي لسلوك الملاءمة العلاجية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين لتصفية الدم، يضم 6 أبعاد:

1- الحمية.
2- تناول الأدوية.
3- السوائل.
4- التدخين.
5- الكحول و المهدئات.
6- المواظبة.

تم تطبيق المقياس من طرف الباحثة الدكتورة "دليلة زناد" على البيئة الجزائرية بعد ترجمته إلى اللغة العربية، و قامت الباحثة باختبار صدق المقياس عن طريق الصدق الظاهري، و ثباته عن طريق إعادة الاختبار بعد أسبوع من التطبيق الأول على 10 مرضى يعالجون عن طريق تصفية الدم.

ثم تم تكييف هذا المقياس المصمم للمصابين بالقصور الكلوي إلى المصابين بداء السكري من طرف الباحثة "جازية برازي" سنة (2011)، و ذلك بعد إلغاء بعض الأبعاد التي لا تخدم المصاب بالسكري مثل الكحول والمهدئات، و إضافة أبعاد أخرى مهمة في علاج داء السكري مثل بعد السكريات، و مراقبة الوزن، و الرياضة، و تم الاحتفاظ بالأبعاد التي يشترك فيها كلاً من مرضى القصور الكلوي و مرضى السكري مثل الحمية، تناول الأدوية، والمواظبة على اجراء الفحوص.

فأصبحت أبعاد المقياس كالتالي:

1- الحمية.
2- الأدوية.
3- السوائل (المشروبات الغازية و العصائر).
4- السكريات.

5- مراقبة الوزن.
6- الرياضة و النشاط الجسدي.
7- المواظبة على إجراء الفحوص الطبية.

مقياس العلاقة طبيب – مريض:

أعد المقياس من طرف بوغي و آريوت (Bouguit C., Ariot C., 2015) في إطار أطروحة دكتوراه في الطب في كلية الطب لجامعة JOSEPH FOURIER بفرنسا في (2015)، حيث تمحور موضوع الأطروحة حول بناء مقياس لتقدير العلاقة طبيب – مريض في الطب العام.

تكوّن المقياس في البداية من 39 عبارة أولية لقياس العلاقة طبيب – مريض (كما يراها المريض)، و تم عرضها على مجموعة من المختصين باستعمال طريقة دلفي Delphi، حيث تم تمرير المقياس 3 مرات على 45 مختص، لإعطاء آرائهم حول مدى كون البنود أو العبارات:

3. مفهومة.
4. محددة.
5. سهلة الاستعمال.
6. أهميتها في العلاقة طبيب – مريض.

و تم الخروج من الدورات الثلاث لطريقة دلفي Delphi بالمقياس النهائي و المكوّن من 14 عبارة مقسمة على 5 أبعاد.

ثم تم إعادة عرض المقياس على 7 مختصين آخرون (أطباء و أساتذة محاضرين في كلية الطب) لتقييم المقياس في شكله النهائي.

يتكون المقياس من خمسة أبعاد رئيسية، و هي كالتالي:

1- الاستقبال Accueil
2- القدرة على التواصل Habilités de communication
3- التعاطف Empathie
4- مشاركة المعلومات Partage des informations
5- مشاركة القرارات Partage des décisions

يتكون كل بعد من مجموعة من العبارات التي تقيس ذات البعد و التي تمثل سلوكات الطبيب خلال مقابلات الفحص، حيث يتكون البعد الأول من عبارتين، و البعد الثاني من 4 عبارات، و البعد الثالث من 3 عبارات، والبعد الرابع من 3 عبارات، و البعد الخامس من عبارتين، ليكون مجموع العبارات في النهاية 14 عبارة.

خصائص العينة:

تم الاعتماد على أسلوب العينة القصدية في اختيار عينة البحث، و تُعرّف العينة القصدية بأنها: " الطريقة التي يتم بها انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث، نظراً لتوفر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، و لكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء لهذا النوع من العينة في حال توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي، و هي عينة ملائمة لأنه يعطي لعناصر مجتمع الدراسة الأصلي حرية المشاركة في البحث، حيث يتم الاختيار بناءً على أول مجموعة يقابلها الباحث، و توافق على المشاركة في الدراسة، و يختار منها عدد أفراد العينة المطلوبة لكن بشروط محددة، تضمن تمثيلاً معقولاً لمجتمع البحث، و يتميز هذا النوع من العينة بالسهولة في اختيار العينة، و انخفاض التكلفة، و الوقت و الجهد المبذول من الباحث، كما يتميز بسرعة الوصول لأفراد الدراسة، و الحصول على النتائج. (عبيدات و آخرون، 1999، ص 95-96)

بعد القراءات التي تم اجراؤها على الدراسات السابقة التي لها صلة مباشرة أو غير مباشرة بموضوع البحث، و بعد اجراء الدراسة الاستطلاعية، تم تحديد مجموعة من المعايير لاختيار العينة تفادياً للصعوبات التي واجهناها خلال الدراسة الاستطلاعية من جهة، و تحقيقاً لأهداف البحث من جهة أخرى:

- أن يكون المريض مصاباً بداء السكري من أحد النمطين الأول أو الثاني.
- أن يكون سنه ما بين 18 سنة، و 60 سنة، و ذلك لتكون العلاقة بين الطبيب و المريض علاقة مسؤولة.
- أن تكون مدة المرض 3 سنوات على الأقل من أجل قياس الملاءمة العلاجية من جهة خاصة المواظبة على الفحوص الدورية، و العلاقة مع الطبيب من جهة أخرى، و ليكون المريض قد تجاوز سيرورات تقبل المرض و التي تؤثر على متغيري

البحث، هذا من جهة، و من جهة أخرى لضمان تجاوز المريض لما يسمّى بفترة "شهر العسل" و التي يمر بها مريض السكري عند بداية أخذه للعلاج حيث يكون مستوى السكري معتدلاً و يظهر و كأنه غير مصاب تماماً بالسكري، و تختلف مدة شهر العسل عند المرضى وتتراوح ما بين عدة أشهر إلى سنة أو سنتين حسب مدى التزام المريض بتعلميات طبيبه.

- أن يكون من الجنسين ذكور و إناث.

تكونت عينة البحث للدراسة الأساسية من (100) مصاب بداء السكري: 45 ذكور و 55 إناث تتراوح أعمارهم من 18 إلى 60 سنة.

نتائج الدراسة:

خلصت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الرضا عن العلاقة بالطبيب	100	**0.630	0.01
الملاءمة العلاجية			

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين رضا المريض عن علاقته بالطبيب و الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، كما تحققت جميع فرضياتها الجزئية، كالتالي:

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الاستقبال و الملاءمة العلاجية	100	**0.568	0.01
القدرة على التواصل و الملاءمة العلاجية	100	**0.454	0.01
التعاطف و الملاءمة العلاجية	100	**0.441	0.01
مشاركة المعلومة و الملاءمة العلاجية	100	**0.553	0.01
مشاركة القرار و الملاءمة العلاجية	100	**0.660	0.01

✓ وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين استقبال الطبيب للمريض و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، أي أنه كلما كان استقبال الطبيب للمريض جيداً أكثر، كانت الملاءمة العلاجية جيدة، واتفقت النتيجة مع نتائج عدة دراسات سابقة منها دراسة جون ستيوارت و زملاؤه(Stewart J. & al, 2010) ودراسة لو (Lew, 2009).

✓ وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين القدرة على التواصل لدى الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، أي أنه كلما كانت قدرة الطبيب على الاتصال جيدة، كانت الملاءمة العلاجية جيدة، و اتفقت النتيجة مع نتائج عدة دراسات سابقة منها دراسة إيجبيرت (Egbert, 2010)، و دراسة هاراري و ليغ (Harari, Legge, 2001)، دراسة ويندي ليفينستون (Wendy Levinston, 1997)، ودراسة غولدن و جونستون (Golden & Johnston , 1999).

✓ وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين تعاطف الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، أي أنه كلما كان الطبيب متعاطفاً أكثر، كانت الملاءمة العلاجية جيدة، و اتفقت النتيجة مع نتائج عدة دراسات سابقة منها دراسة كونسولي و لوغراند (Consoli & Legrand, 2013)، دراسة زولا (Zola, 2008)، دراسة سكيبر و ليونارد (Skipper & Leonard, 2004)، دراسة داف وهولنقشيد (Daph & Hollengshed, 2003)، دراسة (Ley,1999)، و دراسة هاينز و زملاؤه (Haynes et al., 1993).

✓ وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين مشاركة المعلومة لدى الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، أي أنه كلما كانت مشاركة الطبيب للمعلومة أكثر و أفضل و أوضح، كانت الملاءمة العلاجية جيدة، و اتفقت النتيجة مع نتائج عدة دراسات سابقة منها دراسة رونالد و سو (Ronald, Sew, 2015)، دراسة كونسولي و لوغراند (Consoli, Legrand, 2013)، و دراسة إيجبيرت (Egbert, 2010)، و (زناد، 2008).

✓ وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين مشاركة القرار لدى الطبيب و مستوى الملاءمة العلاجية لدى مرضى السكري، أي أنه كلما كان الطبيب مشاركاً للقرار مع المريض ، كانت الملاءمة العلاجية جيدة، واتفقت النتيجة مع نتائج عدة دراسات سابقة منها دراسة إيجبيرت (Egbert, 2010).

و جاءت الدراسة الحالية مكمّلة و مدعمّة لما سبقها من الدراسات، حيث أثبتت تلك الأهمية للعلاقة بين الطبيب و المريض في العملية العلاجية، فهي بمثابة مدخل لفهم تأثير قدرة الإيحاءeffet placebo للطبيب على مريضه ، فالطبيب المهتم الذي يوحي بالثقة للمريض و يكون ودوداً و مطَمئناً للمريض، و الذي يقوم بفحص دقيق، و لا يظهر التوتر هو أكثر احتمالاً لأن يستخلص ردود فعل إيجابية من المريض نحوه، و نحو المرض و نحو العلاج، و بالتالي فإن رضا المريض عن علاقته بالطبيب أو العلاقة في حد ذاتها هي العلاج الأول لمرض المريض، و يأتي إثره بقية العلاجات الأخرى المادية للمرض، فالمريض الذي لا يتناول العلاج الأساسي للمريض لن يتناول العلاجات المكملة الثانوية، فالمريض يرى في علاقته بالطبيب أول و أهم علاج، فإن هي غابت أو لم تكن بالمثالية التي كان يتوقعها فإنها ستؤثر حتماً على اتجاهاته نحو العلاجات الموصوفة له.

المراجع:

المراجع باللغة العربية:

الكتب:

1- بورقية، آمال.(2013). الطبيب، المريض، أية علاقة، القصور الكلوي كمثال. المغرب: دار برستيج ديفيزين.

2- شويخ، هناء. (2012). علم النفس الصحي. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.

3- شيلي، تايلور. (2008). علم النفس الصحي. ترجمة وسام بريك و فوزي طعيمة. الأردن: دار الحامد للنشر و التوزيع.

4- زناد، دليلة. (2013). علم النفس الصحي: تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن و علاجه بالهيموديالز نموذجاً. الجزائر: دار الخلدونية.

5- عبده، أيمن أسعد. (2009). بوح النبضات: يوميات طبيب في أروقة المستشفى. المملكة العربية السعودية: مكتبة العبيكان.

6- عبيدات، محمد؛ أبو الناصر، محمد؛ مبيضين، عقيلة. (1999). منهجية البحث العلمي، القواعد، المراحل و التطبيقات. الأردن: دار وائل للطباعة و النشر.

7- المكاوي، علي. (2005). علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري. مصر: دار المعرفة الجامعية.

8- يخلف، عثمان. (2001). علم النفس الصحة. قطر: دار الثقافة للطباعة و النشر و التوزيع.

الرسائل و الأطروحات:

9- بوخروف، سمير. (2014). دور العلاقة طبيب-مريض و الدعم الاجتماعي في حدوث الانتكاسة لدى المدمن المتعافى.مذكرة ماستر علم النفس الصحة. جامعة الجزائر 2.

10- زناد،دليلة. (2008). سلوك الملاءمة العلاجية و علاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية و السلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن و الخاضعين لتصفية الدم (الهيموديالز)، دراسة ميدانية من خلال نموذج علم النفس الصحة. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الجزائر.

المنشورات الرسمية و مقالات المجلات و الدوريات:

11- براحيل، فاطمة الزهراء. (2009). دور الطبيب و الممرض في العلاج الطبي. مقال منشور في مجلة التواصل. الجزائر. عدد 24 جوان 2009.

12- حدار، عبد العزيز. (2008). التحالف العلاجي قبل الامتثال العلاجي: المحددات و النماذج النظرية. مجلة دراسات نفسية و تربوية، منشورات جامعة البليدة، العدد الثالث.

13- الجريدة الرّسميّة للجمهور للجمهوريّة الجزائريّة. (2009). القانون الأساسي الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاملين في الصحة العمومية، 29 نوفمبر 2009. العدد 70.

المراجع باللغة الأجنبية:

الكتب:

14- Balint, M., (1970) : Le médecin, son malade et La maladie. France : Payou INC, P.59-60.

15- Barnes, E., (1968). Les relations humaines à l'hopital. France : Privat Editeur. P 41.

16- Bourkia, A.,(2010). la relation médecin-malade. Marroc : prestige deffusion.

17- Bourkia, A., (2013). le médecin, le malade, quel relation?.Marroc : prestige deffusion.

18- Broome, A., Llewelyn, S., (1995) .health psychology : process and applications.UK: chapman and Hall Inc.

19- De Blic, J.,(2007).observance therapetique chez l'enfant asmathique : recommandations pour la pratique clinique. France : edition masson. P. 419-420, 420-421, 423.

20- Grimaldi, A., Cosserat, J., (2004). la relation médecin-malade, France : Elsevier. P. 158-165.

21- Grimaldi, A., Sachon, C., & Bosquet, F., (2005).Les diabétes comprendre pour traiter . Frane :Cachan codex. P.94 , 234.

22- Guillausseau, P.J., (2003).Vivre et comprandre le diabéte V2 de type 2 . France : edition springer.

23- Ogden, J., (2007).Health psychology, USA: open university press, . p 74-76.

24- Reach, G., (2006). Clinique de l'Observance : l'example des diabetes.France : edition John Libbey Eurotext.P. 26-27,31,32-33,34.

25- Tarquinio C., Fischer G.N., (2004). Les concepts fondamentaux en psychologie de la santé. France : Dunod.

الرسائل و الأطروحات:

26- Buffel du Vaure, C., (2012). Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique. Thése pour le doctorat en médecine spécialité: médecine générale. Unv. Descartes (Paris 5)

27- Bouguit, C., Ariot, C., (2015).Constuction d'une Échelle d'Évaluation de La Relation Médecin-Patient en Médecine Générale. Thése de doctorat en médecine. Univercité de JOSEPH FOURIER. Faculté de Méedecine de Grinoble.

مقالات المجلات و الدوريات:

28- Bernard, C., Benichou, O., (2006). adherance , observance, presistance, concordance prenoms nous en charge : correctement nos patientes ostéoprotique, departement universitaire de rhumatologie, CHU de lille cedex, France

29- Bezie, Y., Molina, M., Hernadez, N., & Batista, R., (2006). A prospective analysis of various factors involved in the adherence rate.In: Diabetic medicine. Vol 12. N°23.

30- Brighet Assous, A., (2006). la relation médecin-malade en milieu hospitalier algérien. in : European Sientific Journal, vol.8, n°27.

31- Consoli, S.M., Legrand, C., (2013). La relation médecin/malade dans les hopitaux. In : la revue de médecine interne, vol. 12, n°2.

32- Kaba, R., Sooriakumaran, P., (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. In:international journal of surgery. Vol 57. N°5.

33- Mechanic, D., Schlesinger, M., (1996). The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. In: JAMA. 275(21). P.1693–7

34- Nciri, M., (2009). la communication dans la relation médecin – malade, In: Espérance Médicale, Vol.16, n°164.

35- World Health Organization. (2014). Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012. In: www.who.int