



العلاقة بين الطبيب والمريض في ظل متغيرات الممارسة الطبية الحديثة دراسة ميدانية في الجمهورية اليمنية

د. ماجد محمد أحمد علي المطري

دكتوراه اقتصاديات التعليم - جامعة جبلة للعلوم الطبية والصحية

Tel: 770738811

د/ عمار محمد حمود العجمي

ماجستير جراحة عامة- جامعة جبلة للعلوم الطبية والصحية

الملخص:

هدفت الدراسة إلى تحليل العلاقة بين الطبيب والمريض في الجمهورية اليمنية في ضوء متغيرات الممارسة الطبية الحديثة، من خلال خمسة محاور رئيسة: الثقة، الممارسات التجارية، ودowافها، ووعي المجتمع، والآليات المقترحة لتعزيز الثقة. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المسيحي، باستخدام استبانة إلكترونية وُزعت على عينة عشوائية طبقية شملت (174) فرداً من أطباء ومرضى وأفراد من المجتمع. أظهرت النتائج أن متوسط محور الثقة بلغ (3.567)، مقابل متوسط مرتفع لمحور الممارسات التجارية (4.218)، بينما بلغ متوسط الدوافع المهنية (3.896)، والوعي المجتمعي (3.851)، وسجل محور الآليات المقترحة أعلى متوسط (4.366). وقد فسرت دوافع هذه الممارسات بضعف التكوين الأخلاقي والمهني، وضعف الرقابة المؤسسية، وغياب العقوبات الرادعة، في ظل وعي مجتمعي متزايد تجاه هذه الظواهر، كما كشفت النتائج عن فروق دالة إحصائياً بحسب الفئة (طبيب/ مريض/ مجتمع) في محوري الثقة، والدوافع، دون وجود فروق جوهيرية وفق الجنس أو المؤهل العلمي. وأظهرت معاملات الارتباط علاقة عكسية بين مستوى الثقة وانتشار الممارسات التجارية، وعلاقة طردية بين وعي المجتمع والآليات المقترحة، أوصت الدراسة بتعزيز الشفافية في العلاقة العلاجية، وتفعيل آليات الرقابة المستقلة، ودمج مهارات التواصل ضمن التأهيل الطبي، إلى جانب تنفيذ حملات توعية مجتمعية تُعزز الثقة وتحد من النزعة التجارية في الممارسة الصحية.

الكلمات المفتاحية: العلاقة بين الطبيب والمريض، الثقة الطبية، الممارسات التجارية، الدوافع المهنية، الوعي المجتمعي، الآليات المقترحة، اليمن.



Abstract

The study aimed to analyze the doctor-patient relationship in the Republic of Yemen in light of the evolving dynamics of modern medical practice. It addressed five main dimensions: trust, commercial practices, their underlying motives, public awareness, and proposed mechanisms for strengthening trust. A descriptive survey methodology was adopted, utilizing an electronic questionnaire distributed to a stratified random sample of 174 participants, including doctors, patients, and members of the general public.

The results indicated that the mean score for the trust dimension was 3.567, while the commercial practices dimension recorded a higher mean of 4.218. The mean scores for professional motives and public awareness were 3.896 and 3.851, respectively. The proposed mechanisms dimension achieved the highest mean at 4.366. These practices were mainly attributed to weak ethical and professional training, insufficient institutional oversight, and the absence of deterrent sanctions—amid increasing public awareness of these issues, statistically significant differences were found based on participant category (doctor/patient/public) in the dimensions of trust and professional motives, while no significant differences were observed by gender or educational level. Correlation analysis revealed an inverse relationship between the level of trust and the prevalence of commercial practices, and a direct relationship between public awareness and the proposed mechanisms. The study recommended enhancing transparency in the therapeutic relationship, activating independent monitoring mechanisms, integrating communication skills into medical training, and conducting public awareness campaigns to rebuild trust and reduce commercial tendencies in healthcare practice.

Keywords: doctor-patient relationship, medical trust, commercial practices, professional motives, public awareness, proposed mechanisms, Yemen.

أولاً- الإطار العام للدراسة:

مقدمة:

تُعد العلاقة بين الطبيب والمريض إحدى الركائز الجوهرية في نظم الرعاية الصحية؛ إذ تُشكّل الإطار الإنساني والمهني الذي تُبنى عليه الثقة، ويُصاغ من خلاله القرار العلاجي، وقد تطورت هذه العلاقة عبر المراحل التاريخية متأثرةً بالتحولات المعرفية الحديثة، ومبادئ حقوق الإنسان، والثورات الرقمية، ما جعلها محل اهتمام متزايد من الباحثين، خاصةً في ظل تصاعد الأزمات الاقتصادية والتجارية على الأنظمة الصحية.

وقد أكدت الأدبيات الطبية والسوسيولوجية أن نوعية العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض تؤثر بصورة مباشرة في الثقة والالتزام العلاجي، وجودة النتائج الصحية، وتقييم الأداء المهني للطبيب .(Fisher, 2015, 27)



كما أوضحت العديد من الدراسات، ومنها دراسة (Mead & Bower, 2000, 108) "أن التحول من نموذج الطبيب السلطوي إلى نموذج الشراكة في القرار الطبي يعكس تطوراً في الفهم الإنساني للعلاقة العلاجية".

كما أن التطورات المتتسارعة في أنماط الممارسة الطبية، وما صاحبها من تحولات اقتصادية واجتماعية، أفرزت أنماطاً جديدة من السلوك المهني، تمثلت في تعزيز ممارسات قائمة على الشفافية والمساءلة، وتوجهات تجارية في تقديم الخدمة الطبية للمريض. وقد أظهرت دراسات متعددة أن العلاقة بين الطبيب والمريض في الدول المتقدمة تتسم بدرجة عالية من الثقة، مدرومة بأنظمة صحية مستقرة، وبيئات تنظيمية صارمة، وثقافة مهنية متقدمة (OECD, 2021).

وعلى المستوى العربي فقد أشارت دراسة مبروك (2024, 355) أن العلاقة الاتصالية في البيئة العربية تخضع لتأثيرات متشابكة، تشمل وعي المريض، وقوة الخطاب الطبي، والدowافع المادية للطبيب، وأكدت الدراسة أن الأداء الاتصالي للطبيب مع المريض، يمكن أن يعزز الثقة أو يُقوضها حسب السياق والممارسة، أما على المستوى المحلي اليمني، فإن هذه العلاقة تأخذ طابعاً خاصاً نتيجة تدهور البنية التحتية الصحية، وتدخل العوامل الاجتماعية والاقتصادية، وغياب أدوات الرقابة والتقييم المؤسسي، وبالرغم من الجهد المبذول من الجهات الرسمية في تقنين العلاقة المهنية، ومنها إصدار مدونة السلوك الوظيفي وأخلاقيات العمل في وحدات الخدمة العامة، ومنها القطاع الصحي، والتي تؤكد على احترام خصوصية المريض، ورفض استغلال حالته الصحية والمالية، (وزارة الخدمة المدنية، 1444، 18)، وكذلك إصدار قانون رقم (26) لسنة 2002 م بشأن مزاولة المهن الطبية والصيدلانية، والتي نصت المادة (19) منه أن على مزاولي المهنة التقيد بآداب سلوك المهنة، أي: الالتزام بالأمانة والموضوعية، ورفض التربح من الإحالات الطبية، وبالرغم من ذلك فإن المؤشرات في الواقع الملموس تؤكد أن تلك الجهود ما زالت عbara عن نصوص مكتوبة لم يتم تفيذه، كما تؤكد إلى أن العلاقة بين الطبيب والمريض تشوبها عدم الثقة وسيطرة الممارسات التجارية وغيرها، ومن هذا المنطلق تبرز الحاجة إلى ضرورة إجراء دراسة علمية ميدانية تحليلية تكشف أبعاد العلاقة بين الطبيب والمريض في اليمن، في ضوء متغيرات الممارسة الطبية الحديثة؛ واقتراح الآليات التي تساهم في ترسيخها ومواكبة تلك المتطلبات وفق منهج علمي.

مشكلة الدراسة:

تشير التقارير الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة والبيئة في اليمن إلى نقاشي ظواهر غير مهنية في منظومة الممارسة الطبية، من أبرزها العمولات والنسب المالية التي تقدم داخل بعض المؤسسات الصحية، ووصف الأدوية. وقد أظهرت تلك التقارير أن هذه الظواهر باتت تمثل عيناً اقتصادياً على



المرضى، وسبباً مباشراً في تراجع الثقة بين الطبيب والمريض، إلى جانب ما تخلقه من خلل في عدالة تقديم الخدمات الصحية وجودتها، ورغم خطورة هذه الانحرافات، إلا أن الدراسات العلمية التي تناولت العلاقة بين الطبيب والمريض في السياق اليمني - وبخاصة في ظل هذه المتغيرات - لا تزال نادرة ومحدودة، من حيث المنهج والشمول والعمق. كما أن الكثير منها يغفل تحليل العوامل المؤسسة، والدافع التجارية، ودرجة وعي المجتمع إزاء هذه الممارسات، وانطلاقاً من خبرة الباحثين في المجالين: الطبي، والميداني، وتعاملهما المباشر مع واقع الممارسات السائدة، ظهرت الحاجة إلى إجراء دراسة علمية أكademie منهجية، تتناول هذه الظاهرة من جوانبها المختلفة: الثقة، الممارسات التجارية، دوافعها، وعي المجتمع، الآليات المقترنة لتعزيز العلاقة العلاجية، بما يسهم في فهم أعمق للمشكلة، ويتوفر قاعدة معرفية تساعد صانعي القرار في ضبطها، والحد من آثارها السلبية، وبناءً عليه، تتحدد مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس الآتي: ما واقع العلاقة بين الطبيب والمريض في ظل متغيرات الممارسة الطبية الحديثة؟ وما أثر الممارسات التجارية والدافع المؤثر على مستوى الثقة، من وجهة نظر الأطباء، والمرضى، والمجتمع في الجمهورية اليمنية؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحليل واقع العلاقة بين الطبيب والمريض في ظل متغيرات الممارسة الطبية الحديثة، وذلك من خلال استكشاف أثر الممارسات التجارية، والدافع المؤثر، ومستوى وعي المجتمع على مستوى الثقة في العلاقة العلاجية، من وجهة نظر الأطباء، المرضى، وأفراد المجتمع في الجمهورية اليمنية، ويتتحقق هذا الهدف من خلال الإجابة عن الأسئلة الفرعية الآتية:

1. ما درجة الثقة الحالية بين الطبيب والمريض؟
2. ما مدى انتشار الممارسات التجارية في القطاع الطبي؟
3. ما الدافع المحتمل الذي قد تُفسّر قيام بعض الأطباء بهذه الممارسات؟
4. ما مستوى وعي المجتمع بهذه الظواهر السلبية؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض باختلاف الجنس، الفئة، العمر، المؤهل العلمي، عدد مرات زيارة الطبيب، وهل تم طلب إجراء فحص أو شراء دواء من جهة معينة؟
6. ما طبيعة العلاقة الارتباطية بين محاور الدراسة المختلفة؟
7. ما أبرز الآليات المقترنة لتعزيز الثقة بين الطبيب والمريض في ضوء هذه المتغيرات؟

أهمية الدراسة:

تُبرز هذه الدراسة أهميتها التطبيقية في ضوء الواقع الصحي الراهن في الجمهورية اليمنية، من خلال:



1. توفير مؤشرات ميدانية تساعد صناع القرار والجهات الرقابية على فهم مدى انتشار الممارسات التجارية في المجال الطبي؛ وهو ما يسهم في تطوير السياسات التنظيمية، وتعزيز أدوات الرقابة المهنية.
2. تعزيز وعي الأطباء والمرضى بأهمية الشفافية والأخلاقيات المهنية في العلاقة العلاجية، وبناء الثقة كمركز أساسي لجودة الرعاية الصحية.
3. رفد البيئة المحلية بنتائج علمية حديثة يمكن الاستناد إليها في مبادرات تحسين العلاقة بين الطبيب والمريض، وتوجيه الحملات التوعوية والبرامج التدريبية ذات الصلة.
4. فتح مجالات لدراسات تكميلية تعالج أبعاداً أعمق في سلوكيات مقدمي الخدمة الصحية، بما يسهم في تطوير المنظومة الصحية بشكل تدريجي ومدروس.

حدود الدراسة:

دراسة وتحليل واقع العلاقة بين الطبيب والمريض، من حيث مستوى الثقة، وأثر الممارسات التجارية، والدافع المؤثر، ووعي المجتمع، والآليات المقترنة لتعزيز الثقة، من وجهة نظر عينة من أطباء، ومرضى، وأفراد من المجتمع في الجمهورية اليمنية خلال عام 2025 م.

المصطلحات الإجرائية:

1. العلاقة بين الطبيب والمريض:

مجموعة التفاعلات والممارسات المهنية والإنسانية بين الطبيب والمريض في المجتمع اليمني خلال تقديم الخدمة الطبية، بما يشمل التواصل، التشخيص، الشرح، وصف العلاج، المتابعة، والاحترام المتبادل.

2. الثقة الطبية:

مجموعة المؤشرات الدالة عن إحساس شعور المريض الإيجابي بأن الطبيب يتصرف وفق مصلحته الصحية فقط، بغض النظر عن مصالح تجارية أو غيرها، وتشمل: الكفاءة، النزاهة، الشفافية، الاحترام.

3. الممارسات التجارية:

مجموعة التصرفات والسلوكيات التجارية أو الربحية التي يمارسها الطبيب تجاه المريض في المجتمع اليمني، من خلال توجيه المريض إلى مختبر أو صيدلية معينة، أو وصف أدوية محددة، دون مبرر طبي واضح، وبما يشير إلى احتمال وجود مصالح غير معنة أو حواجز تجارية.

4. الدافع المحتملة:



مجموعة الأسباب أو العوامل التي قد تفسر لجوء بعض الأطباء في المجتمع اليمني إلى ممارسة سلوكيات طبية ذات طابع تجاري، مثل الرغبة في زيادة الدخل والربح، وغياب الرقابة، والاستجابة لضغوط وطلبات من شركات الأدوية أو المختبرات.

5. وعي المجتمع:

مجموعة المؤشرات الدالة عن ثقافة وإدراك المجتمع والمرضى في اليمن نحو سلوكيات طبية غير مهنية، وتأثير هذه الممارسات على الثقة بين الطبيب والمريض، كما يتضمن قدرة المجتمع على التمييز بين الممارسة المهنية النزيهة والسلوك التجاري.

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المسحي لملاءمته لطبيعة الأهداف؛ إذ يستخدم هذا المنهج في وصف الظواهر كما هي في الواقع، وتحليلها إحصائياً لفهم علاقاتها وتقديرها.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الأطباء والاستشاريين والصيادلة والمخبريين، والمرضى المرتادين للعيادات والمرافق الصحية، وأفراد من المجتمع العام من مختلف المحافظات اليمنية، دون استثناء؛ لضمان تمثيل متوازن للأراء والخبرات.

عينة الدراسة:

بلغ حجم العينة (174) فرداً تم اختيارهم بطريقة غير عشوائية طبقية عمدية على منصات التواصل الاجتماعي والمجموعات المهنية، وقد توتّرت العينة بين ثلاث فئات رئيسة، كما هو موزع في الجدول رقم (1).

جدول (1) أفراد عينة الدراسة

النسبة المئوية(%) من الإجمالي العام للعينة	العدد	الفئة
43 .7%	76	استشاري / طبيب / صيدلي / مختبرات
21 .8%	38	مريض
34 .5%	60	فرد من المجتمع
100%	174	الإجمالي العام

أداة الدراسة:

تم استخدام استبانة مغلقة تم نشرها إلكترونياً مكونة من (5) محاور رئيسة، و (25) فقرة موزعة بواقع (5) فقرات لكل محور، وتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس درجات الانفاق (من 1 = ضعيفة



جداً، إلى 5 = مرتفعة جداً)، وقد شملت الاستبيانة بيانات ديموغرافية (الجنس، الفئة، العمر، المؤهل العلمي، عدد الزيارات للطبيب، وسؤال حول طلب إجراء فحص أو دواء دون توضيح الأسباب).

صدق وثبات أداة الدراسة:

تم التحقق من صدق الأداة باستخدام التحكيم من قبل عدد من المتخصصين في مجالات الطب، والإحصاء، والبحث العلمي؛ حيث أبدوا ملاحظاتهم التي أخذت بعين الاعتبار في تطوير الصياغة النهائية للفقرات، بما يضمن اتساقها مع أهداف الدراسة ومحاورها. كما تم التتحقق من ثبات الأداة باستخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لعينة استطلاعية؛ حيث بلغت القيمة (0.762)، وهي قيمة مقبولة إحصائياً، وتدل على تمنع الأداة بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي.

الأساليب الإحصائية:

تم تحليل البيانات باستخدام برنامج (SPSS)، وفق الأساليب الآتية:

1. المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والوزن النسبي لمعرفة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة.
2. اختبار (Shapiro-Wilk test) لفحص التوزيع الطبيعي.
3. اختبار الفروق الإحصائية (Kruskal-Wallis، Mann-Whitney) لمعرفة الفروق بين استجابات عينة الدراسة بحسب متغيرات الدراسة.
4. معامل ارتباط سبيرمان لتحليل العلاقات بين محاور الدراسة.

إجراءات التنفيذ:

1. تم إعداد الاستبيانة وفق أهداف الدراسة، ومراجعتها علمياً.
2. نشرت الاستبيانة إلكترونياً لجمع البيانات خلال شهر يوليو 2025 م.
3. تم تفريغ البيانات آلياً في ملف أكسيل، ثم معالجتها إحصائياً عبر برنامج (SPSS).
4. تم تفسير النتائج وربطها بالأدبيات السابقة وصياغة التوصيات بناءً عليها.

ثانياً - الخلفية النظرية والدراسات سابقة:

أ. الخلفية النظرية للدراسة:

تناول الخلفية النظرية المفاهيم الأساسية المرتبطة بالعلاقة بين الطبيب والمريض، من خلال ستة محاور رئيسية، هي: مفهوم العلاقة بين الطبيب والمريض، أركان العلاقة السليمة، الثقة الطبية وأبعادها، الممارسات التجارية في القطاع الطبي، الدوافع المؤثرة في سلوك الطبيب، ووعي المجتمع وأليات تعزيز الثقة. وتشكل هذه المحاور الأساس النظري الذي يُفسّر أبعاد العلاقة العلاجية الحديثة في ظل التغيرات المهنية والاجتماعية المتسارعة، كما يأتي:



العلاقة بين الطبيب والمريض:

تُعد العلاقة بين الطبيب والمريض إحدى أهم مقومات النظام الصحي؛ حيث تتدخل فيها الأبعاد الإنسانية والمهنية والاجتماعية، وتشكل أساساً لبناء الثقة والتعاون خلال العملية العلاجية. وقد عرف (Stewart) هذه العلاقة بأنها: "شراكة منظمة بين مريض يسعى للرعاية وطبيب يقدمها، ضمن إطار من الاحترام والتواصل الأخلاقي" (Stewart, 2003, 27)، كما ميز (Emanuel) وزميله بين أربعة نماذج للعلاقة الطبية: النموذج الأبوي، التشاركي، الإعلامي، والتفسيري؛ حيث يعكس كل نموذج توازناً مختلفاً في سلطة اتخاذ القرار والتفاعل بين الطرفين (Emanuel & Emanuel, 1992, 221).

أركان العلاقة السليمة بين الطبيب والمريض:

تُجمع الدراسات على وجود أربعة أركان رئيسية؛ لضمان علاقة طبية ناجحة:

1. الثقة: شعور المريض بأن الطبيب يعمل لصالحه دون انحياز أو مصلحة شخصية (Hall et al., 2002, 615)

2. الاحترام المتبادل: احترام الطبيب لثقافة المريض، وخصوصيته، وخياراته العلاجية & (Gold & Lipkin, 1999, 30)

3. الشفافية:وضوح التام عند شرح الحالة الصحية، الإجراءات، والبدائل المتاحة (Mechanic, 1998, 64)

4. التواصل الفعال: قدرة الطبيب على إيصال المعلومات بأسلوب واضح ومهني يتيح للمريض الفهم والمشاركة في اتخاذ القرار (Stewart, 2003, 29).

مفهوم الثقة الطبية وأبعادها:

تُعد الثقة الطبية حجر الأساس في العلاقة العلاجية، ويُعرفها (Hall et al., 2002, 615) بأنها "الاعتقاد بأن الطبيب يتصرف لصالح المريض، حتى وإن لم يكن لدى المريض وسيلة مباشرة للتأكد من صحة هذا التصرف أو نوایاه" ، وتبني هذه الثقة تدريجياً استناداً إلى الخبرات السابقة، وجودة التواصل، والشفافية في التعامل. كما تتأثر بمدى تقييم المجتمع للطبيب وسلوكه المهني (Mechanic, 1998, 66)، وقد أشار (Al-Azri et al.), إلى أن الثقة تزداد عندما يشعر المريض بالصدق والاهتمام الحقيقي من الطبيب، في ظل غياب الدوافع الشخصية أو المصالح الخفية (2007, 405).

الممارسات التجارية في القطاع الطبي:

تشير الممارسات التجارية في المجال الطبي إلى السلوكيات التي يُتخذ فيها القرار العلاجي بناءً على اعتبارات ربحية أو مصالح شخصية، بدلاً من أن يكون مبنياً على الأدلة العلمية أو الحالة السريرية الفعلية للمريض (Rodwin, 2011, 44)، وتتجلى هذه الممارسات في صور متعددة، مثل توجيهه



المرضى إلى صيدليات محددة مقابل عمولة، أو وصف أدوية من علامات تجارية معينة بدوافع تسويقية بحثة، وقد أشار (Wazana) إلى أن تضارب المصالح الناتج عن العلاقة بين الأطباء وشركات الأدوية قد يؤدي إلى انحراف خطير في القرار الطبي؛ مما يؤثر سلباً على مصلحة المريض وثقته بالمؤسسة العلاجية (2000, 373).

الدوافع المؤثرة في سلوك الطبيب:

يتأثر السلوك المهني للطبيب بمجموعة من العوامل، منها: الشعور بالرضا الذاتي، الحواجز الاقتصادية، الضغط التنظيمي، وأحياناً متغيرات نفسية ومجتمعية. هذه الدوافع قد تُعزز السلوك المهني أو تُضعفه، حسب طبيعة النظام الصحي المحلي (دوران وآخرون، 2006، 556)، ويشير روادين إلى أن فهم البيئة المؤسسية التي يعمل فيها الطبيب يُساعد في تحليل مسببات السلوك غير المهني دون تبريره (روادين، 2011، 117).

وعي المجتمع والآليات تعزيز الثقة:

يلعب الوعي المجتمعي دوراً رقابياً مهمَا في تعزيز العلاقة بين الطبيب والمريض؛ حيث يُمكّن الأفراد من المطالبة بحقوقهم، ومساعدة مقدمي الخدمات الصحية عند الحاجة. وكلما ارتفع مستوى الوعي، زادت قدرة المرضى على التمييز بين الرعاية المهنية الصادقة والممارسات التجارية أو المشبوهة (Nambem, 2000, p. 262)، ولتنمية الثقة بين الطرفين، تقترح الأدبيات مجموعة من الآليات العملية، من أبرزها: تحسين أنظمة التواصل بين الطبيب والمريض، وتفعيل آليات الشكاوى والرقابة، وإدماج مهارات التواصل في برامج تدريب الأطباء، إضافة إلى نشر تقارير أداء المؤسسات الصحية بشكل دوري وشفاف (Gold & Lipkin, 1999, p. S33; Dyer, 2020, p. m4471).

ب. الدراسات السابقة:

1. العلاقة المتبادلة بين الطبيب والمريض وأثرها على صحة الأفراد (2024) - ليبيا

أجرى محمد، م. ع. ط. (2024) دراسة بعنوان "العلاقة المتبادلة بين الطبيب والمريض وأثرها على صحة الأفراد" في ليبيا، بهدف استكشاف تأثير العلاقة الطبية على صحة المرضى ودور الطبيب في نشر الوعي الصحي. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي مع أداة المقابلة، وطبقت على عينة من الأطباء العاملين في مركز البيضاء الطبي. وأظهرت النتائج أن العلاقة القائمة على الاحترام والتفاهم المتبادل تُعزز من كفاءة التشخيص وجودة الرعاية، وأوصت الدراسة بضرورة تدريب الأطباء على مهارات التواصل لتنمية العلاقة مع المرضى.

2. مستوى جودة العلاقة بين الطبيب والمريض من وجهة نظر المرضى (2021) - الجزائر



أعدت بن صالح، حنان (2021) دراسة بعنوان "مستوى جودة العلاقة بين الطبيب والمريض من وجهة نظر المرضى" في الجزائر، وتحديداً في ولاية بسكرة والمسيلة، وهدفت إلى قياس مدى جودة العلاقة كما يدركها المرضى في المؤسسات الصحية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وأداة الاستبانة، وطبقت على عينة مكونة من (100) مريض. وأظهرت النتائج أن مستوى العلاقة بين الطبيب والمريض كان متوسطاً، مع ضعف في الجانب الإنساني والتواصلي، ما دفع الباحثة للتوصية بتعزيز مهارات الاتصال لدى الأطباء لتنمية العلاقة العلاجية.

3. سوسيولوجيا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض (2020) - الجزائر

نفذت مومني، أسماء، وبوريل، نجلاء (2020) دراسة بعنوان "سوسيولوجيا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض: دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية قالمة"، وهدفت إلى تحليل طبيعة العلاقة الاتصالية داخل العيادات الطبية الخاصة. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، معتمدة على أداة المقابلة، وطبقت على عينة مكونة من (10 أطباء و20 مريضاً). وأظهرت النتائج أن العلاقة يغلب عليها الطابع الأحادي الاتجاه؛ حيث يحتكر الطبيب القرار، وتقل مساقته المريض، خصوصاً عند انخفاض مستوى التقاويم أو التعليمي.

4. واقع العلاقة بين الطبيب والمريض في القطاع الخاص (2013) - الجزائر

أجرت ملكة حاقور (2013) دراسة بعنوان "واقع العلاقة بين الطبيب والمريض في القطاع الخاص: دراسة ميدانية للعلاقات الخاصة في ولاية البويرة" في الجزائر، وهدفت إلى فهم طبيعة العلاقة الطبية داخل العيادات الخاصة، وتحليل أثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية عليها. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي باستخدام أداة الاستبانة، وطبقت على عينة شملت (50 مريضاً و10 أطباء). وبينت النتائج أن العلاقة تتسم بعدم التوازن؛ حيث يميل الطبيب للهيمنة على مجريات التفاعل، خاصة في ظل التفاوت الطبقي والتعليمي بينه وبين المريض؛ مما يؤدي إلى تقليل مشاركة المريض وضعف التفاعل.

مقارنة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:

تشترك الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في هدفها العام المتمثل في تحليل العلاقة بين الطبيب والمريض، إلا أنها تميزت بتركيزها على السياق اليمني الحديث في ظل التحولات المهنية والتنظيمية داخل المؤسسات الصحية، وهو ما لم تُعالج الدراسات السابقة بشكل مباشر. كما استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي التحليلي، وهو المنهج ذاته الذي تبنّته معظم الدراسات السابقة، غير أنها انفردت باستخدام استبانة شاملة صُممّت لقياس أبعاد العلاقة المهنية بشكل أكثر عمقاً في ظل المتغيرات المعاصرة، وفيما يتعلق بالعينة، فقد امتازت الدراسة الحالية بتغطيتها لكلا الطرفين (الأطباء



والمرضى)، في حين اقتصرت أغلب الدراسات السابقة على أحدهما فقط، مما يمنح هذه الدراسة رؤية أكثر توازناً وشموليّة.

ثالثاً- النتائج ومناقشتها:

يتناول هذا الفصل عرضاً تفصيلياً لنتائج الدراسة الميدانية، وبما يحقق تحليل واقع العلاقة بين الطبيب والمريض في ظل متغيرات الممارسة الطبية الحديثة، وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة الفرعية، وكما يأتي:

السؤال الأول - الثقة بين الطبيب والمريض: ما درجة الثقة الحالية بين الطبيب والمريض؟

جدول (2) التحليل الإحصائي للمحور الأول الثقة بين الطبيب والمريض

الدلالة اللفظية	الترتيب	الوزن النسبي (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرة	M
مرتفعة	2	74 .37%	1 .029	3 .718	أثق بأن الطبيب يوصي بالعلاج المناسب للحالات دون تأثير خارجي.	.1
مرتفعة	1	79 .08%	0 .832	3 .954	يشعر المريض أن الطبيب يتعامل معه باحترام.	.2
مرتفعة	3	71 .95%	1 .096	3 .598	يرحص الطبيب على شرح الحالة للمريض بوضوح.	.3
متوسطة	4	67 .70%	1 .018	3 .385	هناك شفافية في العلاقة بين الطبيب والمريض في المرافق الصحية.	.4
متوسطة	5	63 .79%	1 .135	3 .190	أثق في كفاءة الأطباء في الجمهورية اليمنية بشكل عام	.5
مرتفعة	—	71 .38%	0 .766	3 .569	المتوسط العام للمحور	

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss)

يتضح من الجدول (2) ما يأتي:

- بلغ متوسط درجة الثقة الحالية بين الطبيب والمريض، كما عبر عنها المستجيبون، (3.569) بانحراف معياري قدره (0.766) وزن نسبي مقداره (71.38%) وهي تقع ضمن الفئة ذات الدلالة اللفظية "مرتفعة"، مما يشير إلى وجود مستوى ثقة إيجابي نسبياً في العلاقة العلاجية ضمن العينة محل الدراسة.



2. حصلت الفقرة "يشعر المريض أن الطبيب يتعامل معه باحترام"، على أعلى متوسط حسابي، وبدلالة مرتفع، والذي بلغ (954. 0.954) بانحراف معياري (0.832)، وزن نسبي (0.08%) ودلالة لفظية "مرتفعة"، مما يعكس إدراكاً إيجابياً لسلوك الاحترام في العلاقة الطبية، تلتها الفقرة "أثق بأن الطبيب يوصي بالعلاج المناسب للحالات دون تأثير خارجي" بمتوسط (3.718)، ودلالة لفظية "مرتفعة" أيضاً، بينما جاءت أقل الفقرات تقبيماً، من حيث النسبة هي : "أثق في كفاءة الأطباء في الجمهورية اليمنية بشكل عام"، بمتوسط (1.135)، وزن نسبي (1.190)، وانحراف معياري (0.135)، وزن نسبي (0.79%) ودلالة "متوسطة"، ما يشير إلى وجود تفاوت في ثقة الجمهور بين تعامل الطبيب الفردي وبين التقييم العام للمستوى المهني على مستوى الجمهورية.

السؤال الثاني - الممارسات التجارية في القطاع الطبي: ما مدى انتشار الممارسات التجارية في القطاع الطبي؟

جدول (3) التحليل الإحصائي للمحور الثاني مدى انتشار الممارسات التجارية في القطاع الطبي

الدلالة اللفظية	الترتيب	الوزن النسبي (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرة	M
مرتفعة	4	79 .78%	0 .9434	3 .989	لاحظت أن بعض الأطباء يوصون بمخبرات أو صيدليات يعينها دون توضيح.	.1
مرتفعة	5	79 .20%	0 .8955	3 .960	تبعد بعض الوصفات الطبية لأنها موجهة إلى صيدليات محددة.	.2
مرتفعة جداً	3	86 .20%	0 .8091	4 .310	أعتقد أن بعض الأطباء يحصلون على حواجز من شركات الأدوية أو المختبرات.	.3
مرتفعة جداً	2	87 .12%	0 .7971	4 .356	هذه الممارسات تؤثر سلباً على ثقة المريض بالطبيب.	.4
مرتفعة جداً	1	89 .54%	0 .7348	4 .477	انتشار هذه الممارسات يضعف صورة المهنة الطبية في المجتمع.	.5
مرتفعة جداً	84 .37%	0 .639	4 .218	المتوسط العام للمحور		

المصدر: من إعداد الباحثين بالأعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss)

يتضح من الجدول (3) ما يأتي:



1. بلغ تقييم المستجبيين لمدى انتشار هذه الظاهرة (218. 4) بانحراف معياري قدره (0.639). وزن نسبي مقداره (84.37%)، وهي تقع ضمن الدالة اللفظية "مرتفعة جداً"، مما يشير إلى إدراك مرتفع جداً بين المشاركين لوجود ممارسات ذات طابع تجاري في العلاقة بين الطبيب والمريض داخل البيئة الطبية اليمنية.

2. احتلت الفقرة: "انتشار هذه الممارسات يضعف صورة المهنة الطبية في المجتمع" المرتبة الأولى بمتوسط (4.477) وانحراف معياري (0.735) وزن نسبي (54%) (89.0) دالة "مرتفعة جداً" ، وهو ما يعكس أثراً مجتمعياً سلبياً واضحاً لهذه الظواهر في تشويه صورة الطب كمهنة إنسانية، تلتها الفقرة: "هذه الممارسات تؤثر سلباً على ثقة المريض بالطبيب" بمتوسط (4.356). دالة "مرتفعة جداً" ، ما يؤكّد أثراها المباشر على جودة العلاقة العلاجية. بينما جاءت أقل الفقرات تقبيماً، وإن ظلت ضمن المستوى المرتفع، هي: "تبدو بعض الوصفات الطبية كأنها موجهة إلى صيدليات محددة" ، بمتوسط (3.960) وانحراف معياري (0.896) وزن نسبي (79.20%)، دالة "مرتفعة" ، وهو ما يشير إلى تباين بسيط في إدراك المشاركين لبعض أشكال السلوك التجاري.

السؤال الثالث - الدوافع المحتملة للممارسات التجارية: ما الدوافع المحتملة التي قد تُفسر قيام بعض الأطباء بهذه الممارسات؟

جدول (4) التحليل الإحصائي للمحور الثالث الدوافع المحتملة للممارسات التجارية

الدالة اللفظية	الترتيب	الوزن النسبي (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرة	M
4	مرتفعة	74 .36%	1 .1759	3 .718	ضعف دخل الطبيب قد يدفعه لقبول حواجز تجارية.	.1
2	مرتفعة جداً	84 .82%	0 .9613	4 .241	قلة الرقابة من الجهات الرسمية تُشجع على هذه الممارسات.	.2
5	متوسطة	60 .22%	1 .1069	3 .011	بعض الأطباء يتعرضون لضغط من شركات الأدوية أو المختبرات.	.3
3	مرتفعة جداً	84 .72%	0 .9476	4 .236	غياب العقوبات الصارمة يجعل البعض يتمادي في هذه السلوكيات.	.4
1	مرتفعة جداً	85 .52%	0 .8424	4 .276	ضعف التكوين الأخلاقي والمهني لدى البعض يفسر هذه الممارسات.	.5
	مرتفعة	77 .93%	0 .6592	3 .896	المتوسط العام للمحور	

المصدر: من إعداد الباحثين بالأعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss)



يتضح من الجدول (4) ما يأتي:

1. بلغ متوسط تقييم المستجوبين للدافع المحتملة للممارسات التجارية، (3.8966)، بانحراف معياري وقدره (0.6592)، وزن نسبي مقداره (77.93%)، وهو ما يشير إلى دلالة لفظية "مرتفعة"، مما يدل على اتفاق عام بين المشاركين على وجود مبررات أو دافع يمكن أن تفسر لجوء بعض الأطباء لممارسات ذات طابع تجاري.

2. حصلت الفقرة: "ضعف التكوين الأخلاقي والمهني لدى البعض يفسر هذه الممارسات" على أعلى متوسط (4.276) بانحراف معياري (0.842) وزن نسبي (85.52%) ودلالة "مرتفعة جداً"، وهو ما يعكس إدراكاً واضحاً لدور البعد الأخلاقي في تفسير هذه الظاهرة، تلتها الفقرة: "قلة الرقابة من الجهات الرسمية تشجع على هذه الممارسات" بمتوسط (4.241) ودلالة "مرتفعة جداً" أيضاً، ثم "غياب العقوبات الصارمة" بمتوسط (4.236) مما يعكس دور البيئة التنظيمية والرقابية في تأجيج هذه الممارسات، أما أقل الفقرات تقييماً فكانت: "بعض الأطباء يتعرضون لضغوط من شركات الأدوية أو المختبرات" بمتوسط (3.011) ودلالة "متوسطة"، مما يشير إلى أن هذا السبب أقل حضوراً في وعي المستجوبين مقارنة بالعوامل الأخرى.

السؤال الرابع - وعي المجتمع بهذه الظواهر السلبية: ما مستوى وعي المجتمع بهذه الظواهر السلبية؟

جدول (5) التحليل الإحصائي للمحور الرابع مستوى وعي المجتمع بهذه الظواهر السلبية

الدلالة اللفظية	الترتيب	الوزن النسبي (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرة	م
مرتفعة	3	73 .68%	0 .9423	3 .684	المجتمع أصبح أكثر وعياً بهذه الظواهر الطبية السلبية.	.1
مرتفعة	2	84 .02%	0 .7752	4 .201	تجارب الناس مع الأطباء تؤثر في الحكم عليهم أكثر من الكفاءة.	.2
متوسطة	5	66 .10%	1 .1144	3 .305	الإعلام يسلط الضوء على الممارسات غير المهنية لبعض الأطباء.	.3
مرتفعة	4	71 .14%	1 .0723	3 .557	الناس يفرقون بين الأطباء المهنيين والذين يمارسون سلوكاً تجارياً.	.4



الدلالة اللفظية	الترتيب	الوزن الناري (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرة	م
مرتفعة جدًا	1	90 . 12%	0 . 7112	4 . 506	هناك حاجة إلى توعية مجتمعية حول حقوق المريض في العلاج الشفاف.	.5
مرتفعة		77 . 01%	0 . 563	3 . 851	المتوسط العام للمحور	

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss)

يتضح من الجدول (5) ما يأتي:

- أظهرت نتائج التحليل الإحصائي لمحور "وعي المجتمع" أن المتوسط العام لتقديرات المستجيبين بلغ (3.851) بانحراف معياري قدره (0.563) وزن ناري (77.01%)، وهو ما يشير إلى دلالة لفظية "مرتفعة"، مما يعكس وجود وعي مجتمعي جيد تجاه الممارسات الطبية غير المهنية وتأثيرها على العلاقة العلاجية.
- برزت الفقرة: "هناك حاجة إلى توعية مجتمعية حول حقوق المريض في العلاج الشفاف" كأعلى الفقرات تقييمًا، بمتوسط (4.506) وانحراف معياري (0.711) وزن ناري (90.12%)، ودلالة "مرتفعة جدًا"، ما يشير إلى شعور عام بوجود فجوة معرفية تتطلب تدخلاً توعوياً مباشراً، تلتها الفقرة "تجارب الناس مع الأطباء تؤثر في الحكم عليهم أكثر من الكفاءة" بمتوسط (4.201) وزن ناري (84.02%) ودلالة "مرتفعة"، وهو ما يعكس طبيعة الأحكام المجتمعية التي تبني غالباً على الخبرة المباشرة لا على المؤهلات الطبية، بينما جاءت الفقرة الأقل تقييمًا "الإعلام يسلط الضوء على الممارسات غير المهنية لبعض الأطباء" بمتوسط (3.305) وانحراف معياري (1.114) وزن ناري (66.10%) ودلالة "متسطة"، ما يوحي بأن الدور الإعلامي لا يزال محدود التأثير أو غير كافٍ في تشكيل وعي حقيقي تجاه هذه الممارسات .
- السؤال الخامس - الفروق ذات الدلالة الإحصائية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض باختلاف الجنس، الفئة، العمر، المؤهل العلمي، عدد مرات زيارة الطبيب؟ وهل تم طلب إجراء فحص أو شراء دواء من جهة ما؟
- الفروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض حسب الجنس:



جدول (6) التحليل الإحصائي لاختبار الفروق حسب متغير الجنس (اختبار U Mann-Whitney)

الاتجاه	هل الفروق معنوية؟	Sig . (2-tailed)	Z	المتوسط المرجح للإناث	المتوسط المرجح للذكور	المحور
لصالح الذكور	(P > 0.05)	0.714	-0.367	85.80	88.64	المحور الأول - (الثقة بين الطبيب والمريض)
لصالح الذكور	(P > 0.05)	0.277	-1.088	82.47	90.88	المحور الثاني - (الممارسات التجارية)
لصالح الذكور	(P > 0.05)	0.218	-1.232	81.81	91.33	المحور الثالث - (د汪ع الممارسات التجارية)
لصالح الذكور	(P > 0.05)	0.599	-0.525	85.07	89.13	المحور الرابع - (وعي المجتمع)
لصالح الإناث	(P > 0.05)	0.466	-0.730	90.86	85.24	المحور الخامس - (الآليات المقترحة لتعزيز الثقة)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss) يتضح من جدول (6) أن جميع الفروق بين الذكور والإناث غير معنوية إحصائياً ($P > 0.05$) في المحاور الخمسة على الرغم من وجود تفاوت بسيط في المتوسطات المرجحة بين الجنسين، إلا أن هذه الفروق لا ترتفق إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

ب. الفروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض حسب الفئة:

جدول (7) التحليل الإحصائي لاختبار الفروق حسب متغير الفئة (Kruskal-Wallis H)

الفئة ذات التقييم الأعلى	هل الفروق معنوية؟	Sig . (2-tailed)	درجة الحرية (df)	قيمة كاي تربيع ² χ^2	المتوسط الأعلى	المحور
استشاري طبيب صيدلي مختبرات	(P < 0.05) نعم	0.027	2	7.238	استشاري (96.30)	المحور الأول - (الثقة بين الطبيب والمريض)
مريض	(P > 0.05) لا	0.918	2	0.171	مريض (90.34)	المحور الثاني - (الممارسات التجارية)
مريض	(P > 0.05) لا	0.445	2	1.618	مريض (96.42)	المحور الثالث - (د汪ع الممارسات التجارية)
مريض	(P > 0.05) لا	0.956	2	0.091	مريض (89.13)	المحور الرابع - (وعي المجتمع)
مريض	(P > 0.05) لا	0.074	2	5.210	مريض (101.87)	المحور الخامس - (الآليات المقترحة لتعزيز الثقة)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss) يتضح من جدول (7) ما يأتي:



- المحور الأول - (الثقة بين الطبيب والمريض): توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات المستجيبين.

- ($P = 0.027$)، وكان تقييم الأطباء والصيادلة هو الأعلى مقارنة بالمرضى وأفراد المجتمع.
- بقية المحاور الأربع: لم تُسجّل فروق معنوية بين الفئات المختلفة، رغم أن متوسطات المرضى كانت في الغالب أعلى، إلا أن هذه الفروق لا تصل لمستوى الدلالة الإحصائية ($P > 0.05$)

مما يعني أن الفئة الوظيفية للمستجيب تؤثر بشكل معنوي فقط على تقييم الثقة بين الطبيب والمريض (المحور الأول)، بينما لا توجد تأثيرات معنوية للفئة على بقية أبعاد العلاقة العلاجية.

الاختبارات البعدية للفروق في المحور الأول:

جدول (8) الاختبارات البعدية للفروق في المحور الأول حسب متغير الفئة اختبار U (Mann-Whitney U)

المقارنة بين الفئات	قيمة U	Sig . (2-tailed)	مستوى الدلالة	وجود فروق معنوية
استشاري/ طبيب × مريض	1258 .5	0 .566	غير دال	لا توجد فروق
استشاري/ طبيب × فرد من المجتمع	1404 .5	0 .009	دال	توجد فروق
مريض × فرد من المجتمع	842 .0	0 .038	دال	توجد فروق

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss) يتضح من جدول (8) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض ضمن المحور الأول، وذلك بين فئة الاستشاريين/ الأطباء وفئة أفراد المجتمع ($Sig. = 0.009$)، وكذلك بين فئة المرضى وفئة أفراد المجتمع ($Sig. = 0.038$) في المقابل، لم تُسجّل فروق معنوية بين فئتي الأطباء والمرضى ($Sig. = 0.566$)، مما يعني أن أفراد المجتمع يقيّمون العلاقة الطبية بشكل أقل من المرضى والممارسين الصحيين، مما يعكس فجوة إدراكية واضحة تتطلب تعزيز ثقة المجتمع بالمارسات الطبية، وتقرير الفهم العام لدور الطبيب وآليات التواصل داخل المؤسسات الصحية.

ج . الفروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض حسب متغير العمر :



جدول (9) التحليل الإحصائي لاختبار الفروق حسب متغير العمر (Kruskal-Wallis H)

الفئة ذات التقييم الأعلى	هل الفروق معنوية؟	Sig . (2-tailed)	درجة الحرية (df)	قيمة كاي تربيع ² χ ²	المتوسط الأعلى	المحور
30 – 39 سنة	(P < 0.05) نعم	0.013	4	12.701	39-30 سنة (108.57)	المحور الأول - (الثقة بين الطبيب والمريض)
أقل من 20 سنة	(P < 0.05) نعم	0.049	4	9.541	أقل من 20 سنة (131.72)	المحور الثاني - (الممارسات التجارية)
40 – 49 سنة	(P > 0.05) لا	0.525	4	3.201	49-40 سنة (100.98)	المحور الثالث - (د الواقع الممارسات التجارية)
30 – 39 سنة	(P > 0.05) لا	0.425	4	3.862	39-30 سنة (98.85)	المحور الرابع - (وعي المجتمع)
أقل من 20 سنة	(P > 0.05) لا	0.488	4	3.436	أقل من 20 سنة (104.83)	المحور الخامس - (الآليات المقترحة لتعزيز الثقة)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss)

يتضح من جدول (9) ما يأتي :

1. المحور الأول - الثقة في العلاقة بين الطبيب والمريض: أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية ($P = 0.013$)، ما يعني أن تقييم الثقة يختلف حسب العمر. سجلت الفئة (30-39 سنة) أعلى متوسط رتبة (108.57)، مما يشير إلى إدراك أعلى للثقة لدى هذه الفئة مقارنةً بغيرها.
2. المحور الثاني - مدى الالتزام بأخلاقيات المهنة: ظهرت فروق معنوية ($P = 0.049$)؛ حيث سجلت الفئة "أقل من (20) سنة" أعلى متوسط رتبة (131.72)، ما قد يعكس نظرة مثالية أو قلة احتكاك مباشر بتعقيدات الممارسة الطبية الواقعية.
3. المحور الثالث - وضوح المعلومات والشفافية: لم تظهر فروق دالة ($P = 0.525$)، رغم أن الفئة (40-49 سنة) سجلت أعلى متوسط رتبة (100.98). ويُفهم من ذلك أن وضوح المعلومات يُقيّم بشكل متقارب بين الفئات العمرية.
4. المحور الرابع - التواصل الفعال بين الطبيب والمريض: لم تكن الفروق معنوية ($P = 0.425$)، مع تفوق عدي طفيف للفئة (30-39 سنة). يدل ذلك على أن جودة التواصل لا تتأثر بشكل كبير بالعمر من وجهة نظر المستجيبين.



5. المحور الخامس- التأثر بالمارسات التجارية: كذلك لم تظهر فروق معنوية ($P = 0.488$), رغم تسجيل الفئة "أقل من (20) سنة" أعلى متوسط رتبة. ربما يشير ذلك إلى محدودية وعي هذه الفئة بمظاهر التجارة داخل القطاع الطبي، ما يقلل من حساسيتهم تجاهها.

6. تشير هذه الفروق إلى أن العمر يلعب دوراً مؤثراً في تشكيل المواقف تجاه الممارسات الطبية وسلوكيات الأطباء، سواء من حيث النقاء، أو من حيث رصد الممارسات غير المهنية.

تحليل الفروق البعدية لمتغير العمر:

(Mann-Whitney U) جدول (10) الاختبارات البعدية للفروق في المحور الأول حسب متغير العمر اختبار

الفئة الأعلى تقييمًا	وجود فروق معنوية	مستوى الدلالة	Sig . (2- tailed)	قيمة U	المقارنة بين الفئات العمرية	المحور
30-39 سنة	توجد فروق	دال	0.006	83.0	30-39 × 20 20	النقمة بين الطبيب والمريض
30-39 سنة	توجد فروق	دال	0.017	872.5	30-39 × 20- 29	
30-39 سنة	توجد فروق	دال جزئياً	0.022	390.0	30-39 × 50 فأكثر	
—	لا توجد فروق	غير دال	0.066	540.0	30-39 × 40- 49	
أقل من 20 سنة	توجد فروق	دال	0.018	103.0	أقل من 20 × 29-20	الممارسات التجارية
أقل من 20 سنة	توجد فروق	دال	0.014	75.0	أقل من 20 × 50 فأكثر	
—	لا توجد فروق	غير دال	0.057	141.0	أقل من 20 × 39-30	
—	لا توجد فروق	غير دال	0.089	112.5	أقل من 20 × 49-40	

المصدر: من إعداد الباحثين بالأعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss) يتضح من الجدول (10) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم المشاركين لبعض محاور العلاقة بين الطبيب والمريض تبعاً لاختلاف الفئة العمرية، وتم التحقق من مصدر هذه الفروق عبر



اختبار (U) Mann-Whitney مع تصحيح (Bonferroni) لتقادي الخطأ الناتج عن تعدد المقارنات، كما يأتي:

أولاً- محور الثقة بين الطبيب والمريض:

سُجلت الفئة العمرية (39-30) سنة تقريباً أعلى للثقة، بفارق معنوية واضحة عند مقارنتها بالفئات أقل من 20 سنة (، 50 فأكثر)، بينما لم تظهر فروق معنوية مع الفئة (40-49 سنة).

ويُعزى هذا التقييم الإيجابي إلى تراكم التجارب الواقعية وتعامل أكثر نضجاً وموضوعية مع الأطباء لدى الفئة (39-30 سنة). هذه الفئة عادةً ما تكون في ذروة المسؤوليات الأسرية والمهنية، وتملك احتكاكاً منتظماً بالنظام الصحي، مما يعزز إدراكهم الإيجابي لعنصر الثقة داخل العلاقة العلاجية.

ثانياً- محور الممارسات التجارية:

أظهرت الفئة أقل من 20 سنة إدراكاً أعلى لوجود ممارسات تجارية داخل البيئة الطبية، بفارق معنوية دالة عند مقارنتها مع فئتي (29-20 سنة) ، و (50 فأكثر)، بينما لم تظهر فروق دالة عند المقارنة مع الفئتين 39-30 و 40-49 سنة.

ويُعزى ارتفاع تقييم الفئة الأصغر سنًا للممارسات التجارية قد لا يكون ناتجاً عن تجربة مباشرة، بل يعكس غالباً تأثراً بالمحظى الرقمي أو القصص المجتمعية حول "تجارية الطب"، ما يولد نظرة ناقدة مبكرة. هذا يسلط الضوء على الحاجة لتصحيح المفاهيم المسبقة لدى الشباب عبر التوعية الإعلامية والتعليمية، وتعزيز الشفافية في الممارسة الصحية، وهذا يعني أن العمر يمثل عاملاً مؤثراً في بناء التصور العام عن العلاقة العلاجية، ويجب أن يؤخذ في الاعتبار في أي سياسات تحسين تواصل بين الطبيب والمجتمع.

د. الفروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض حسب المؤهل العلمي:

جدول (11) التحليل الإحصائي لاختبار الفروق حسب متغير المؤهل العلمي (Kruskal-Wallis H)

الفئة ذات التقييم الأعلى	هل الفروق معنوية؟	Sig . (2-tailed)	درجة الحرية (df)	قيمة كاي تربيع χ^2	المتوسط الأعلى	المحور
أقل من ثانوية	(P > 0 .05)	0 .232	4	5 .593	أقل من ثانوية (119 .88)	المحور الأول- (الثقة بين الطبيب والمريض)
دبلوم	(P > 0 .05)	0 .454	4	3 .660	دبلوم (100 .08)	المحور الثاني- (الممارسات التجارية)



الفئة ذات التقييم الأعلى	هل الفروق معنوية؟	Sig . (2-tailed)	درجة الحرية (df)	قيمة كاي تربيع ²	المتوسط الأعلى	المحور
دبلوم	(P > 0 .05)	0 .367	4	4 .299	دبلوم (109 .61)	المحور الثالث- (د الواقع الممارسات التجارية)
ثانوية	(P > 0 .05)	0 .146	4	6 .820	ثانوية (120 .25)	المحور الرابع- (وعي المجتمع)
ثانوية	(P > 0 .05)	0 .138	4	6 .963	ثانوية (110 .63)	المحور الخامس- (الآليات المقترنة لتعزيز الثقة)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss)

يتضح من الجدول (11) ما يأتي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات المختلفة للمؤهل العلمي في جميع المحاور الخمسة ($P > 0 .05$)، ورغم وجود تباين في المتوسطات بين المؤهلات، خصوصاً في المحاور (1، 4، 5)، إلا أن هذه الفروق لا تُعد معنوية إحصائياً.
- المؤهل العلمي لا يؤثر بشكل ملحوظ على استجابات المشاركون في أي من المحاور، وعليه، فلا حاجة لإجراء اختبارات بعدية.
- الفروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العلاقة بين الطبيب، والمريض حسب عدد زيارات الطبيب خلال آخر 12 شهراً:

جدول (12) التحليل الإحصائي لاختبار الفروق حسب متغير عدد زيارتك للطبيب خلال آخر 12 شهراً:

(Kruskal-Wallis H)

الفئة ذات التقييم الأعلى	هل الفروق معنوية؟	Sig . (2-tailed)	درجة الحرية (df)	قيمة كاي تربيع ²	المتوسط الأعلى	المحور
أكثر من 6 زيارات	(P > 0 .05)	0 .952	4	0 .696	أكثر من 6 (.46)	المحور الأول- (الثقة بين الطبيب والمريض)
4 - 6 زيارات	(P > 0 .05)	0 .138	4	6 .968	4-6 (102 .50)	المحور الثاني- (الممارسات التجارية)
أكثر من 6 زيارات	(P > 0 .05)	0 .587	4	2 .830	أكثر من 6 (.93)	المحور الثالث- (د الواقع الممارسات التجارية)
أكثر من 6 زيارات	(P > 0 .05)	0 .245	4	5 .444	أكثر من 6 (.64)	المحور الرابع- (وعي المجتمع)



الفئة ذات التقييم الأعلى	هل الفروق معنوية؟	Sig . (2-tailed)	درجة الحرية (df)	قيمة كاي تربيع ²	المتوسط الأعلى	المحور
أكثر من 6 زيارات	(P > 0.05)	0.067	4	8.771	أكثر من 6 (103.14)	المحور الخامس - (الآليات المقترنة لتعزيز الثقة)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss) يتضح من الجدول (12) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات عدد زيارات الطبيب خلال 12 شهراً لأي من المحاور الخمسة. لكن المتوسطات تُظهر اتجاهها واضحاً لزيادة التقييمات لدى من لديهم زيارات أكثر للطبيب، مما قد يكون له دلالة عملية أو نفسية وإن لم تكن معنوية إحصائياً. والفروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض حسب هل طلب إجراء فحص أو شراء دواء من جهة معينة.

جدول (13) التحليل الإحصائي لاختبار الفروق حسب متغير حسب هل طلب إجراء فحص أو شراء دواء من جهة معينة (Kruskal-Wallis H)

الفئة الأعلى تقييماً	هل الفروق معنوية؟	. Sig	df	كاي تربيع ² (χ ²)	المتوسط الأعلى	المحور
لم يطلب منه فحص/علاج	(نعم < P 0.05)	0.000	2	18.041	لا (101.81)	المحور الأول - (الثقة بين الطبيب والمريض)
طلب منه فحص/علاج	(نعم < P 0.05)	0.001	2	14.170	نعم (104.89)	المحور الثاني - (الممارسات التجارية)
طلب منه فحص/علاج	(P > 0.05)	0.092	2	4.771	نعم (97.29)	المحور الثالث - (دافع الممارسات التجارية)
طلب منه فحص/علاج	(P > 0.05)	0.927	2	0.152	نعم (88.49)	المحور الرابع - (وعي المجتمع)
طلب منه فحص/علاج	(P > 0.05)	0.689	2	0.744	نعم (91.22)	المحور الخامس - (الآليات المقترنة لتعزيز الثقة)

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss) يتضح من الجدول (13) ما يأتي:

- أظهرت المحاور الأول، والثاني فروقاً ذات دلالة إحصائية قوية ($P < 0.05$), مما يدل على أن التجربة المرتبطة بطلب فحص/علاج من جهة معينة تؤثر فعلياً على تقييم المستجيبين لهذه المحاور.



(2) في المحور الأول، الأشخاص الذين لم يطلب منهم أي فحص أو علاج من جهة محددة كانوا أكثر رضا، أما في المحور الثاني، فجاء العكس تماماً؛ حيث سجل الذين طلب منهم فحص أو علاج أعلى تقييم.

ما يعني أن المحور الأول قد يمثل الثقة أو الشفافية، بينما الثاني قد يمثل الجودة أو التخصص، مما يفسر اختلاف التأثير.

تحليل الفروق البعدية لمتغير: "هل طلب منك فحص أو علاج من جهة محددة؟"

جدول (14) الاختبارات البعدية للفروق في المحور الأول حسب متغير هل طلب إجراء فحص أو شراء دواء

من جهة معينة اختبار (Mann-Whitney U)

دالة الفروق بعد التصحيح	المحور الثاني (P)	المحور الأول (P)	المقارنة بين الفئات
معنوية	0 .000	0 .000	المقارنة بين فئتي: نعم ولا
معنوية	0 .010	0 .002	المقارنة بين فئتي: نعم ولا أنتكر
معنوية	0 .013	0 .010	المقارنة بين فئتي: لا ولا أنتكر

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss) يتضح من الجدول (14) وجود فروق جوهرية بين الفئات الثلاث في كل من المحور الأول والثاني، حتى بعد تطبيق تصحيح (Bonferroni)، مما يدل على أن إجابة المشاركين حول ما إذا طلب منهم فحص أو علاج من جهة معينة لها تأثير مباشر على تقييمهم للممارسات الطبية. حيث أظهرت فئة "نعم" تقييمات أقل في المحور الأول (أي ربما كانت أكثر انتقاداً أو حساسية)، بينما كانت تقييماتها أعلى في المحور الثاني، مما قد يعكس شعوراً بالإلزام أو الضغط عند تلقي رعاية صحية موجهة.

السؤال السادس - العلاقة الارتباطية: ما طبيعة العلاقة الارتباطية بين محاور الدراسة المختلفة؟

جدول (15): العلاقات الارتباطية بين المحاور باستخدام معامل سبيرمان (Spearman's rho)

قوة العلاقة	اتجاه العلاقة	الدالة الإحصائية (p)	معامل الارتباط (r_s)	المحوران
متوسطة	عكسية	0.000	-0.321	الأول × الثاني
ضعيفة	عكسية	0.036	-0.159	الأول × الثالث
ضعيفة	طردية	0.006	0.208	الأول × الرابع
غير معنوية	عكسية	0.472	-0.055	الأول × الخامس
متوسطة	طردية	0.000	0.394	الثاني × الثالث
ضعيفة	طردية	0.014	0.185	الثاني × الرابع
متوسطة	طردية	0.000	0.448	الثاني × الخامس



قوة العلاقة	اتجاه العلاقة	الدالة الإحصائية (p)	معامل الارتباط (r _s)	المحور
متوسطة - ضعيفة	طردية	0.000	0.297	الثالث × الرابع
متوسطة إلى قوية	طردية	0.000	0.487	الثالث × الخامس
متوسطة	طردية	0.000	0.392	الرابع × الخامس

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss) يتضح من الجدول (15) وجود علاقات مختلفة بين المحاور، كالتالي:

1. العلاقة بين المحور الأول (الثقة) وبقية المحاور:

- مع المحور الثاني (الممارسات التجارية):

علاقة عكسية دالة ($r_s = -0.321$, $p < 0.01$)، مما يعني أن ازدياد إدراك الممارسات التجارية يؤدي إلى تراجع الثقة في الأطباء.

- مع المحور الثالث (الدافع):

علاقة عكسية دالة وضعيّفة ($r_s = -0.159$, $p < 0.05$), أي: كلما زادوعي المشاركين بالدافع، تأثرت الثقة سلباً.

- مع المحور الرابع (وعي المجتمع):

علاقة طردية دالة ($r_s = 0.208$, $p < 0.01$), ما يشير إلى أن زيادةوعي المجتمع قد تعزز مستوى الثقة - وإن كانت العلاقة ضعيفة.

- مع المحور الخامس (الآليات المقترحة):

العلاقة عكسية غير معنوية ($r_s = -0.055$, $p = 0.472$), أي: لا يوجد ارتباط حقيقي بين الثقة والحلول المطروحة.

2. العلاقة بين المحور الثاني (الممارسات التجارية) والمحاور الأخرى:

- مع المحور الثالث (الدافع):

علاقة طردية دالة متوسطة ($r_s = 0.394$, $p < 0.01$)؛ لأن من يدرك وجود ممارسات تجارية يدرك دوافعها غالباً.

- مع المحور الرابع (وعي المجتمع):

علاقة طردية دالة وضعيّفة ($r_s = 0.185$, $p < 0.05$), تعكس تأثير انتشار الممارسات على إدراك المجتمع.



• مع المحور الخامس (الآليات المقترحة):

علاقة طردية دالة متوسطة ($r_s = 0.448, p < 0.01$)، تشير إلى أن الإدراك العالي للممارسات يدفع للمطالبة بإصلاحات.

3. العلاقة بين المحور الثالث (الدافع) والمحاور الأخرى:

• مع المحور الرابع (وعي المجتمع):

علاقة طردية دالة متوسطة ($r_s = 0.297, p < 0.01$)، تعني أن الوعي بالدافع يعزز الفهم المجتمعي.

4. مع المحور الخامس (الآليات المقترحة):

علاقة طردية دالة قوية نسبياً ($r_s = 0.487, p < 0.01$)، أي: أن من يدرك الدافع يقدم حلولاً أكثر نضجاً، العلاقة بين المحور الرابع (وعي المجتمع) والخامس (الآليات المقترحة):

• علاقة طردية دالة متوسطة ($r_s = 0.392, p < 0.01$)، توضح أن رفع الوعي يسهم في صياغة حلول أفضل.

السؤال السابع - الآليات المقترحة لتعزيز الثقة: ما أبرز الآليات المقترحة لتعزيز الثقة بين الطبيب والمريض في ضوء هذه المتغيرات؟

جدول رقم (16) التحليل الإحصائي للمحور الخامس الآليات المقترحة لتعزيز الثقة

الدالة الفظية	الترتيب	الوزن النسبي (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرة	M
مرتفعة جداً	3	89 .66%	0 .652	4 .483	إذام الطبيب بشرح دواعي أي فحص أو دواء يعزز الشفافية.	.1
مرتفعة	5	82 .30%	0 .873	4 .115	الرقابة المستقلة على علاقة الطبيب بالموردين ضرورية.	.2
مرتفعة جداً	1	91 .84%	0 .589	4 .592	تدريب الأطباء على مهارات التواصل يعزز الثقة.	.3
مرتفعة جداً	4	88 .51%	0 .707	4 .425	المساءلة العادلة تعيد ثقة المجتمع بالخدمة الطبية.	.4
مرتفعة جداً	2	91 .49%	0 .561	4 .575	من المهم التمييز بين الطبيب الملائم ومن يرتكب تجاوزات دون تعنيف.	.5
مرتفعة جداً		77 .01%	0 .563	3 .851	المتوسط العام للمحور	

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات حزمة البرامج الإحصائية الاجتماعية (spss)



يتضح من الجدول (16) ما يأتي:

1. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي لمحور "الآليات المقترحة لتعزيز الثقة" أن المتوسط العام لتقديرات المستجيبين بلغ (4.438) بانحراف معياري قدره (0.468) وزن نسبي مقداره (88.76%)، وهو ما يشير إلى دلالة لفظية "مرتفعة جدًا"، مما يعكس وجود اتفاق واسع بين المشاركين حول ضرورة تفعيل مجموعة من الإجراءات التنظيمية والأخلاقية والمهنية لتعزيز الثقة في العلاقة العلاجية.
2. وبتحليل فقرات المحور، حصلت الفقرة: "تدريب الأطباء على مهارات التواصل يعزز الثقة" على أعلى متوسط (4.592) وانحراف معياري (0.589) وزن نسبي (91.84%) ودلالة "مرتفعة جدًا"، وهو ما يبرز أهمية الجانب الإنساني والتفاعلية في تحسين العلاقة بين الطبيب والمريض، تلتها الفقرة: "الرقابة المستقلة من المهم التمييز بين الطبيب الملائم ومن يرتكب تجاوزات دون تعليم" بمتوسط (4.575) وانحراف معياري منخفض (0.561) وزن نسبي (91.49%) ودلالة "مرتفعة جدًا"، مما يشير إلى وعي مجتمعي بأهمية العدالة في الحكم وعدم تعميم الأخطاء الفردية على الجسم الطبي ككل، أما أقل الفقرات تقييماً، فجاءت الفقرة: "الرقابة المستقلة على علاقة الطبيب بالموردين ضرورية" بمتوسط (4.115) وانحراف معياري (0.873) وزن نسبي (82.30%) ودلالة لفظية "مرتفعة"، رغم أنها تظل ضمن نطاق عالي من التأييد، فإنها أقل حضوراً نسبياً مقارنة بالآليات المرتبطة مباشرة بالتواصل والعدالة والتفرير السلوكي.

الاستنتاجات:

1. الثقة بين الطبيب والمريض لا تزال قائمة، ولكنها ليست مطلقة؛ إذ أظهرت نتائج الدراسة أن الثقة موجودة بمستوى متوسط إلى مرتفع، ما يشير إلى احتفاظ العلاقة العلاجية بأساس إيجابي، رغم الضغوط والتحديات الحديثة.
2. الممارسات التجارية في المجال الطبي تمثل ظاهرة ملحوظة، حيث أشار المستجيبون إلى انتشار التوجيه إلى صيدليات أو مختبرات محددة، واعتقادهم بوجود حواجز مادية تحكم بعض التوصيات الطبية، مما يؤثر على حيادية القرار الطبي.
3. هناك وعي مجتمعي متزايد حول سلوكيات الأطباء ذات الطابع التجاري، وهذا الوعي يؤثر بشكل مباشر على ثقة المجتمع بالمؤسسات الطبية، ويبُرز الحاجة إلى تدخلات تنظيمية وأخلاقية.



4. أبرز الدافع التي فسرت هذه الممارسات تمثلت في ضعف الرقابة، وتراجع الالتزام الأخلاقي لدى بعض الممارسين، إضافة إلى الضغوط التجارية التي تمارسها شركات الأدوية والمخترات، ما يعكس خللاً في بيئة العمل الطبي يحتاج إلى إصلاح هيكلى.

5. أظهرت نتائج الفروق الإحصائية أن تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض يتأثر بشكل رئيسي بالفئة المهنية، والอายุ، والتجارب الشخصية مع الإحالة الطبية؛ حيث كانت الثقة والممارسات التجارية أكثر المحاور تبايناً، بينما لم يظهر للجنس أو المؤهل العلمي أو عدد الزيارات أثر معنوي يُذكر.

6. تُبرز العلاقات الطردية بين المحاور الثاني (الممارسات التجارية)، والثالث (الدافع)، والخامس (الآليات المقترحة) وجودوعي متزايد لدى المستجيبين بمظاهر السلوك التجاري في المجال الطبي، يترافق مع تبلور رؤى واقتراحات لإصلاح العلاقة بين الطبيب والمريض. في المقابل، تؤكد العلاقات العكسية بين الثقة (المحور الأول) وكل من الممارسات التجارية والدافع أن هذه الجوانب تمثل مصدر تهديد مباشر لمستوى الثقة في الأطباء. أما غياب العلاقة ذات الدلالة الإحصائية بين الثقة والآليات المقترحة، فيشير إلى وجود فجوة بين تراجع الثقة الراهنة والرؤى النظرية المطروحة لاستعادتها، ما يعكس ضعف ثقة الجمهور بجدوى هذه الآليات أو قصور تلك الآليات عن معالجة الأسباب الجذرية لتآكل الثقة.

7. هناك اتفاق عام على أهمية الآليات المقترحة لتعزيز الثقة، وأبرزها: شرح دواعي الفحوصات والعلاجاتشفافية، وجود رقابة مستقلة، المساءلة المنصفة، والتدريب على التواصل المهني.

التصنيفات:

1. تعزيز الشفافية في العلاقة بين الطبيب والمريض، من خلال إلزام الكوادر الطبية بشرح دواعي الفحوصات والعلاجات والخيارات البديلة، بما يعزز من ثقة المرضى، ويقلل من الشكوك المرتبطة بالتجاري.

2. فرض رقابة مستقلة على العلاقة بين الأطباء والموردين (شركات الأدوية والمخترات)؛ لضمان النزاهة في التوصيات الطبية والحد من تضارب المصالح.

3. تفعيل آليات المساءلة الأخلاقية والمهنية، عبر مؤسسات طبية ونقابية تمتلك سلطة الضبط والعقوب في حال ثبوت التجاوزات التجارية أو المهنية.

4. تضمين مهارات التواصل الطبي في المناهج الجامعية والتدريب المستمر، بما يضمن تأهيل الطبيب ليس فقط علمياً، بل أيضاً إنسانياً وتواصلياً لبناء علاقة علاجية قائمة على الثقة والاحترام.



5. دعم الأطباء اقتصادياً ومعنوياً، وخاصة في القطاع الحكومي، لتنقلي الدوافع التجارية الناتجة عن ضغوط المعيشة أو ضعف الرواتب، وهو ما من شأنه أن يقلل من الانخراط في ممارسات غير مهنية.

6. تنفيذ حملات توعية مجتمعية دورية، تهدف إلى رفع وعي المرضى بحقوقهم في العلاج العادل، والتمييز بين الممارسات الطبية السليمة، وتلك التي يشوبها الطابع التجاري.

7. التمييز في التقييم بين الأطباء الملزمين والذين يمارسون سلوكاً تجارياً؛ لضمان العدالة في المحاسبة، وتعزيز صورة الطبيب المهني النزيه في المجتمع.

8. تشجيع البحث المستمر في هذا المجال، عبر دعم الدراسات الميدانية النوعية والكمية التي تستقصي تطور العلاقة بين الطبيب والمريض في السياقات المحلية والبيئات المتغيرة.

المقترحات البحثية المستقبلية:

1. "أثر مهارات التواصل لدى الأطباء على تحسين العلاقة العلاجية مع المرضى: دراسة ميدانية في المستشفيات الحكومية".

2. "دور الرقابة المؤسسية في الحد من الممارسات التجارية في القطاع الطبي اليمني".

3. "أثر التوجيه التجاري في قرارات الأطباء العلاجية: دراسة تحليلية من وجهة نظر المرضى".

4. "العوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في انخراط الأطباء في ممارسات غير المهنية".

قائمة المراجع:

بن صالح، حنان. (2021). مستوى جودة العلاقة بين الطبيب والمريض من وجهة نظر المرضى: دراسة

ميدانية على عينة من المرضى في بعض المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، مجلة علوم الإنسان

والمجتمع، (21)، 276.-265.

حاقور، ملكة. (2013) واقع العلاقة بين الطبيب والمريض في القطاع الخاص: دراسة ميدانية للعلاقات

ال الخاصة في ولاية البويرة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الجزائر 2، كلية العلوم الاجتماعية،

الجزائر.

محمد، م. ع. ط. (2024) .العلاقة المتبادلة بين الطبيب والمريض وأثرها على صحة الأفراد مجلة

الأصلـة، 3 (9)تم الاستـرجاع من [https://alasala.alandalus-](https://alasala.alandalus-libya.org.ly/ojs/index.php/aj/article/view/500)

مومني، أسماء، وبوريالة، نجلاء . (2020) .سوسيولوجيا العلاقة الاتصالية بين الطبيب والمريض:

دراسة ميدانية على عينة من الأطباء والمرضى بولاية قالمة (مذكرة ماجستير غير منشورة). جامعة قالمة،

الجزائر.



- وزارة الخدمة المدنية والتأمينات. (1444هـ) مدونة قواعد السلوك الوظيفي وأخلاقيات الوظيفة العامة. الجمهورية اليمنية.
- وزارة الصحة العامة والسكان. (2002) قانون المهن الطبية والصحية. الجمهورية اليمنية.
- Al-Azri, M., Al-Bahlani, S., Al-Busaidi, A., Al-Belushi, H., & Al-Mandhari, Z. (2007). *Patients' attitudes and experiences of breaking bad news in Oman*. BMC Medical Ethics, 8(5), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-8-5>
- Doran, T., Fullwood, C., Gravelle, H., Reeves, D., Kontopantelis, E., Hiroeh, U., & Roland, M. (2006). *Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom*. New England Journal of Medicine, 355(4), 375–384. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa055505>
- Dyer, O. (2020). *NHS hospital ratings to be published online*. BMJ, 371, m4471. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4471>
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). *Four models of the physician–patient relationship*. JAMA, 267(16), 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Gold, R. M., & Lipkin, M. Jr. (1999). *The ethical delivery of health care: Respecting the patient*. The American Journal of Medicine, 106(5), 399–402.
- Gold, R. M., & Lipkin, M. Jr. (1999). *The ethical delivery of health care: Respecting the patient*. The American Journal of Medicine, 106(5), S33–S36.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2002). *Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter?* The Milbank Quarterly, 79(4), 613–639. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00123>
- Mechanic, D. (1998). *Public trust and initiatives for new health care partnerships*. The Milbank Quarterly, 76(2), 281–302. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00091>
- Natbem, T. (2000). *Patient empowerment and health care accountability*. Health Policy Review, 15(3), 259–266.



- Rodwin, M. A. (2011). *Conflicts of interest and the future of medicine: The United States, France, and Japan*. Oxford University Press.
- Stewart, M. A. (2003). *Effective physician-patient communication and health outcomes: A review*. Canadian Medical Association Journal, 152(9), 1423–1433.
- Wazana, A. (2000). *Physicians and the pharmaceutical industry: Is a gift ever just a gift?* JAMA, 283(3), 373–380. <https://doi.org/10.1001/jama.283.3.373>