

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، ودوافعها، ووعي المجتمع، والآليات المقترحة لتعزيز الثقة. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المسحي، باستخدام استبانة إلكترونية وزعت على عينة عشوائية طبقية شملت (174) فردًا 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 إحصائية بحسب الفئة (طبيب/ مريض/ مجتمع) في محوري الثقة، والدوافع، دون وجود فروق جوهرية 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 تطوّرت هذه العلاقة عبر المراحل التاريخية متأثرةً بالتحوّلات المعرفية الحديثة، ومبادئ حقوق الإنسان، والثورات الرقمية، ما جعلها محل اهتمام متزايد من الباحثين، خاصة 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 المتسارعة 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، مدعومة بأنظمة صحية مستقرة، وبيئات تنظيمية صارمة، وثقافة مهنية متجذرة (OECD, 2021).

وعلى المستوى العربي فقد أشارت دراسة مبروكية (2024، 355) أن العلاقة الاتصالية في البيئة العربية تخضع لتأثيرات متشابكة، تشمل وعي المريض، وقوة الخطاب الطبي، والدوافع المادية للطبيب، وأكدت الدراسة أن الأداء الاتصالي للطبيب مع المريض، يمكن أن يُعزز الثقة أو يُقوضها حسب السياق والممارسة، أما على المستوى المحلي اليمني، فإن هذه العلاقة تأخذ طابعاً خاصاً نتيجة تدهور البنية التحتية الصحية، وتداخل العوامل الاجتماعية والاقتصادية، وغياب أدوات الرقابة والتقييم المؤسسي، وبالرغم من الجهود المبذولة 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 مزاوله المهن الطبية والصيدلانية، والتي نصت المادة (19) منه أن على مزاولي المهنة التقيد بأداب وسلوك المهنة، أي: الالتزام بالأمانة والموضوعية، ورفض الترتيح من الإحالات الطبية، وبالرغم من ذلك فإن المؤشرات في الواقع الملموس تؤكد أن تلك الجهود ما زالت عبارة عن نصوص مكتوبة لم يتم تنفيذها، 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 تفشي ظواهر غير مهنية في منظومة الممارسة الطبية، من أبرزها العمولات والنسب المالية التي تُقدّم داخل بعض المؤسسات الصحية، ووصف الأدوية. وقد أظهرت تلك التقارير أن هذه الظواهر باتت تمثل عبئاً 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 المؤسسية، والدوافع 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 أكاديمية منهجية، تتناول هذه الظاهرة من جوانبها المختلفة: الثقة، الممارسات التجارية، دوافعها، وعي المجتمع، الآليات المقترحة لتعزيز العلاقة العلاجية، بما يساهم في فهم أعمق للمشكلة، ويوفر 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 والدوافع المؤثرة 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، والدوافع المؤثرة، ومستوى وعي المجتمع على مستوى الثقة في العلاقة العلاجية، من وجهة نظر الأطباء، والمرضى، وأفراد المجتمع في الجمهورية اليمنية، ويتحقق 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 الدوافع المحتملة التي قد تُفسر 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 المقترحة 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 صنّاع 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 كمرتكز 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 أبعادًا أعمق في سلوكيات مقدمي الخدمة الصحية، بما يسهم في تطوير المنظومة الصحية بشكل تدريجي ومدرّوس.

حدود الدراسة:

دراسة وتحليل واقع العلاقة بين الطبيب والمريض، من حيث مستوى الثقة، وأثر الممارسات التجارية، والدوافع المؤثرة، ووعي المجتمع، والآليات المقترحة 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 معلنة أو حوافز تجارية.

4. الدوافع المحتملة:

مجموعة الأسباب أو العوامل التي قد تُفسر 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 النزينة والسلوك التجاري.

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المسحي لملاءمته لطبيعة الأهداف؛ إذ يُستخدم هذا المنهج في وصف الظواهر كما هي في الواقع، وتحليلها إحصائيًا لفهم علاقاتها وتفسيرها.

مجتمع الدراسة:

يتكوّن 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 للآراء والخبرات.

عينة الدراسة:

بلغ حجم العينة (174) فردًا تم اختيارهم بطريقة غير عشوائية طبقية عمدية على منصات التواصل الاجتماعي والمجموعات المهنية، وقد تنوعت العينة بين ثلاث فئات رئيسية، 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 مكوّنة من (5) محاور رئيسية، و (25) فقرة موزعة بواقع (5) فقرات لكل محور، وتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس درجات الاتفاق (من 1 = ضعيفة

جدًا، إلى 5 = مرتفعة جدًا)، وقد شملت الاستبانة 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 التحقق من ثبات الأداة باستخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لعينة استطلاعية؛ حيث بلغت القيمة (0.762)، وهي قيمة مقبولة إحصائيًا، وتدل على تمتع 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 (Mann-Whitney، Kruskal-Wallis) لمعرفة الفروق بين استجابات عينة الدراسة بحسب متغيرات الدراسة.
 4. معامل ارتباط سبيرمان لتحليل العلاقات بين محاور الدراسة.
- إجراءات التنفيذ:

1. تم إعداد الاستبانة وفق أهداف الدراسة، ومراجعتها علميًا.
2. نُشرت الاستبانة إلكترونياً لجمع البيانات خلال شهر يوليو 2025 م.
3. تم تفريغ البيانات آلياً في ملف أكسل، 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:

تتناول 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 وآليات تعزيز الثقة. وتُشكّل 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 تتداخل فيها الأبعاد الإنسانية والمهنية والاجتماعية، وتشكل أساساً لبناء الثقة والتعاون خلال العملية العلاجية. وقد عرّف (Stewart) هذه العلاقة بأنها: "شراكة منظمة بين مريض يسعى للرعاية وطبيب يقدمها، ضمن إطار من الاحترام والتواصل الأخلاقي" (Stewart, 2003, 27)، كما ميّز (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 رئيسة؛ 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:** الوضوح 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، ويُعرّفها (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 نواياه"، وتُبنى 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 توجيه

المرضى إلى صيدليات محددة مقابل عمولة، أو وصف أدوية من علامات تجارية معينة بدوافع تسويقية بحتة، 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، الحوافز الاقتصادية، الضغط التنظيمي، وأحياناً متغيرات نفسية ومجتمعية. هذه الدوافع قد تُعزز السلوك المهني أو تُضعفه، حسب طبيعة النظام الصحي المحيط (دوران وآخرون، 2006، 556)، ويشير رودوين إلى أن فهم البيئة المؤسسية التي يعمل فيها الطبيب يُساعد في تحليل مسببات السلوك غير المهني دون تبريره (رودوين، 2011، 117).

وعي المجتمع وآليات تعزيز الثقة:

يلعب الوعي المجتمعي دوراً رقابياً مهماً في تعزيز العلاقة بين الطبيب والمريض؛ حيث يُمكن الأفراد من المطالبة بحقوقهم، ومساءلة مقدمي الخدمات الصحية عند الحاجة. وكلما ارتفع مستوى الوعي، زادت قدرة المرضى على التمييز بين الرعاية المهنية الصادقة والممارسات التجارية أو المشبوهة (Natbem, 2000, p. 262)، ولتقوية الثقة بين الطرفين، تقترح الأدبيات مجموعة من الآليات العملية، من أبرزها: تحسين أنظمة التواصل بين الطبيب والمريض، وتنفيذ 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، وطُبقت 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 لتقوية 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 ولايتي بسكرة والمسيلة، وهدفت إلى قياس مدى جودة العلاقة كما يدركها المرضى في المؤسسات الصحية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وأداة الاستبانة، وطُبقت 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 لتقوية العلاقة العلاجية.

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

نفذت مومني، أسماء، وبودريالة، 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، وطُبقت على عينة مكونة من (10 أطباء و20 مريضاً). وأظهرت النتائج أن العلاقة يغلب عليها الطابع الأحادي الاتجاه؛ حيث يحتكر الطبيب القرار، وتقل مساهمة المريض، خصوصاً عند انخفاض مستواه الثقافي 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، وطُبقت 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 تقليص 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 اليميني الحديث في ظل التحولات المهنية والتنظيمية داخل المؤسسات الصحية، وهو ما لم تُعالجه الدراسات السابقة بشكل مباشر. كما استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي التحليلي، وهو المنهج ذاته الذي تبنته معظم الدراسات السابقة، غير أنها انفردت باستخدام استبانة شاملة صُممت 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 اقتصر أغلب الدراسات السابقة على أحدهما فقط، مما يمنح هذه الدراسة رؤية أكثر توازنًا وشمولية.

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

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	الترتيب	الدلالة اللفظية
1.	أثق بأن الطبيب يوصي بالعلاج المناسب للحالات دون تأثير خارجي.	3.718	1.029	74.37%	2	مرتفعة
2.	يشعر المريض أن الطبيب يتعامل معه باحترام.	3.954	0.832	79.08%	1	مرتفعة
3.	يحرص الطبيب على شرح الحالة للمريض بوضوح.	3.598	1.096	71.95%	3	مرتفعة
4.	هناك شفافية في العلاقة بين الطبيب والمريض في المرافق الصحية.	3.385	1.018	67.70%	4	متوسطة
5.	أثق في كفاءة الأطباء في الجمهورية اليمنية بشكل عام	3.190	1.135	63.79%	5	متوسطة
	المتوسط العام للمحور	3.569	0.766	71.38%	—	مرتفعة

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

يتضح من الجدول (2) ما يأتي:

1. بلغ متوسط درجة الثقة الحالية بين الطبيب والمريض، كما عبّر عنها المستجيبون، (3.569) بانحراف معياري قدره (0.766) ووزن 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 (3.954) بانحراف معياري (0.832) ووزن نسبي (79.08%) ودلالة لفظية "مرتفعة"، مما يعكس إدراكًا إيجابيًا لسلوك الاحترام في العلاقة الطبية، تلتها الفقرة: "أثق بأن الطبيب يوصي بالعلاج المناسب للحالات دون تأثير خارجي" بمتوسط (3.718) ودلالة لفظية "مرتفعة" أيضًا، بينما جاءت أقل الفقرات تقييمًا، من حيث الثقة هي: "أثق في كفاءة الأطباء في الجمهورية اليمنية بشكل عام"، بمتوسط (3.190) وانحراف معياري (1.135)، ووزن نسبي (63.79%) 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

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	الترتيب	الدلالة اللفظية
1.	لاحظت أن بعض الأطباء يوصون بمختبرات أو صيدليات بعينها دون توضيح.	3.989	0.9434	79.78%	4	مرتفعة
2.	تبدو بعض الصفات الطبية كأنها موجهة إلى صيدليات محددة.	3.960	0.8955	79.20%	5	مرتفعة
3.	أعتقد أن بعض الأطباء يحصلون على حوافز من شركات الأدوية أو المختبرات.	4.310	0.8091	86.20%	3	مرتفعة جدًا
4.	هذه الممارسات تؤثر سلبيًا على ثقة المريض بالطبيب.	4.356	0.7971	87.12%	2	مرتفعة جدًا
5.	انتشار هذه الممارسات يضعف صورة المهنة الطبية في المجتمع.	4.477	0.7348	89.54%	1	مرتفعة جدًا
	المتوسط العام للمحور	4.218	0.639	84.37%	مرتفعة جدًا	

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

يتضح من الجدول (3) ما يأتي:

1. بلغ تقييم المستجيبين لمدى انتشار هذه الظاهرة (218. 4) بانحراف معياري قدره (0 639). ووزن نسبي مقداره (37. 84)، وهي تقع ضمن الدلالة اللفظية "مرتفعة جدًا"، مما يشير إلى إدراك مرتفع جدًا 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). ووزن نسبي (54. 89) ودلالة "مرتفعة جدًا"، وهو ما يعكس أثرًا مجتمعيًا سلبيًا واضحًا لهذه الظواهر في تشويه صورة الطب كمهنة إنسانية، تلتها الفقرة: "هذه الممارسات تؤثر سلبًا على ثقة المريض بالطبيب" بمتوسط (4 356). ودلالة "مرتفعة جدًا"، ما يؤكد أثرها المباشر على جودة العلاقة العلاجية. بينما جاءت أقل الفقرات تقييمًا، وإن ظلت ضمن المستوى المرتفع، هي: "تبدو بعض الصفات الطبية كأنها موجهة إلى صيدليات محددة"، بمتوسط (960. 3) وانحراف معياري (0.896) ووزن نسبي (79.20)، ودلالة "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

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	الترتيب	الدلالة اللفظية
1.	ضعف دخل الطبيب قد يدفعه لقبول حوافز تجارية.	3.718	1.1759	74.36%	مرتفعة	4
2.	قلة الرقابة من الجهات الرسمية تُشجع على هذه الممارسات.	4.241	0.9613	84.82%	مرتفعة جدًا	2
3.	بعض الأطباء يتعرضون لضغوط من شركات الأدوية أو المختبرات.	3.011	1.1069	60.22%	متوسطة	5
4.	غياب العقوبات الصارمة يجعل البعض يتمادى في هذه السلوكيات.	4.236	0.9476	84.72%	مرتفعة جدًا	3
5.	ضعف التكوين الأخلاقي والمهني لدى البعض يفسر هذه الممارسات.	4.276	0.8424	85.52%	مرتفعة جدًا	1
	المتوسط العام للمحور	3.896	0.6592	77.93%	مرتفعة	

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

يتضح من الجدول (4) ما يأتي:

1. بلغ متوسط تقييم المستجيبين للدوافع المحتملة للممارسات التجارية، (3.8966)، بانحراف معياري وقدره (0.6592)، ووزن نسبي مقداره (77.93%)، وهو ما يشير إلى دلالة لفظية "مرتفعة"، مما يدل على اتفاق عام بين المشاركين على وجود مبررات أو دوافع يُمكن 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) ووزن 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 تُشجع 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 السلوكيات، أما أقل الفقرات تقييماً فكانت: "بعض الأطباء يتعرضون لضغوط من شركات الأدوية أو المختبرات" بمتوسط (3.011) ودلالة "متوسطة"، ما يشير إلى أن هذا السبب أقل حضوراً في وعي المستجيبين 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

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	الترتيب	الدلالة اللفظية
1.	المجتمع أصبح أكثر وعياً بهذه الظواهر الطبية السلبية.	3.684	0.9423	73.68%	3	مرتفعة
2.	تجارب الناس مع الأطباء تؤثر في الحكم عليهم أكثر من الكفاءة.	4.201	0.7752	84.02%	2	مرتفعة
3.	الإعلام يسلط الضوء على الممارسات غير المهنية لبعض الأطباء.	3.305	1.1144	66.10%	5	متوسطة
4.	الناس يفرقون بين الأطباء المهنيين والذين يمارسون سلوكاً تجارياً.	3.557	1.0723	71.14%	4	مرتفعة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	الترتيب	الدلالة اللفظية
5.	هناك حاجة إلى توعية مجتمعية حول حقوق المريض في العلاج الشفاف.	4.506	0.7112	90.12%	1	مرتفعة جدًا
	المتوسط العام للمحور	3.851	0.563	77.01%		مرتفعة

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) ووزن نسبي (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 تقييماً، بمتوسط (4.506) وانحراف معياري (0.711) ووزن نسبي (90.12%)، ودلالة "مرتفعة جداً"، 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) ووزن نسبي (84.02%) ودلالة "مرتفعة"، وهو ما يعكس طبيعة الأحكام المجتمعية التي تُبنى غالباً على الخبرة المباشرة لا على المؤهلات الطبية، بينما جاءت الفقرة الأقل تقييماً "الإعلام يسلط الضوء على الممارسات غير المهنية لبعض الأطباء" بمتوسط (3.305) وانحراف معياري (1.114) ووزن نسبي (66.10%) ودلالة "متوسطة"، 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؟
أ. الفروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض حسب الجنس:

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

المحور	المتوسط المرجح للذكور	المتوسط المرجح للإناث	Z	Sig . (2- tailed)	هل الفروق معنوية؟	الاتجاه
المحور الأول- (الثقة بين الطبيب والمريض)	88 .64	85 .80	-0 .367	0 .714	لا ($P > 0 .05$)	لصالح الذكور
المحور الثاني- (الممارسات التجارية)	90 .88	82 .47	-1 .088	0 .277	لا ($P > 0 .05$)	لصالح الذكور
المحور الثالث- (دوافع الممارسات التجارية)	91 .33	81 .81	-1 .232	0 .218	لا ($P > 0 .05$)	لصالح الذكور
المحور الرابع- (وعي المجتمع)	89 .13	85 .07	-0 .525	0 .599	لا ($P > 0 .05$)	لصالح الذكور
المحور الخامس- (الآليات المقترحة لتعزيز الثقة)	85 .24	90 .86	-0 .730	0 .466	لا ($P > 0 .05$)	لصالح الإناث

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 ترتقي 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)

المحور	المتوسط الأعلى	قيمة كاي تربيع χ^2	درجة الحرية (df)	Sig . (2- tailed)	هل الفروق معنوية؟	الفئة ذات التقييم الأعلى
المحور الأول- (الثقة بين الطبيب والمريض)	استشاري (96 30)	7 .238	2	0 .027	نعم ($P < 0 .05$)	استشاري طبيب صيدلي مختبرات
المحور الثاني- (الممارسات التجارية)	مريض (90 .34)	0 .171	2	0 .918	لا ($P > 0 .05$)	مريض
المحور الثالث- (دوافع الممارسات التجارية)	مريض (96 .42)	1 .618	2	0 .445	لا ($P > 0 .05$)	مريض
المحور الرابع- (وعي المجتمع)	مريض (89 .13)	0 .091	2	0 .956	لا ($P > 0 .05$)	مريض
المحور الخامس- (الآليات المقترحة لتعزيز الثقة)	مريض (101 .87)	5 .210	2	0 .074	لا ($P > 0 .05$)	مريض

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 الأربعة: لم تُسجَل 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 (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 ($\text{Sig.} = 0.009$)، وكذلك بين فئة المرضى وفئة أفراد المجتمع ($\text{Sig.} = 0.038$) في المقابل، لم تُسجَل فروق معنوية بين فئتي الأطباء والمرضى ($\text{Sig.} = 0.566$)، مما يعني أن أفراد المجتمع يقيمون العلاقة الطبية بشكل أقل من المرضى والممارسين الصحيين، مما يعكس فجوة إدراكية واضحة تتطلب تعزيز ثقة المجتمع بالممارسات الطبية، وتقريب 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)

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

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 يُقَيَّم بشكل متقارب بين الفئات العمرية.
4. المحور الرابع- التواصل الفعال بين الطبيب والمريض: لم تكن الفروق معنوية ($P = 0.425$)، مع تفوق عددي طفيف للفئة (30-39 سنة). يدل ذلك على أن جودة التواصل لا تتأثر بشكل كبير بالعمر من وجهة نظر المستجيبين.

5. المحور الخامس- التأثير بالممارسات 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 الثقة، أو من حيث رصد الممارسات غير المهنية.

تحليل الفروق البعدية لمتغير العمر:

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

المحور	المقارنة بين الفئات العمرية	قيمة U	Sig . (2-tailed)	مستوى الدلالة	وجود فروق معنوية	الفئة الأعلى تقييماً
الثقة بين الطبيب والمريض	30-39 × أقل من 20	83 .0	0 .006	دال	توجد فروق	30-39 سنة
	30-39 × 20-29	872 .5	0 .017	دال	توجد فروق	30-39 سنة
	30-39 × 50 فأكثر	390 .0	0 .022	دال جزئياً	توجد فروق	30-39 سنة
	30-39 × 40-49	540 .0	0 .066	غير دال	لا توجد فروق	—
الممارسات التجارية	أقل من 20 × 29-20	103 .0	0 .018	دال	توجد فروق	أقل من 20 سنة
	أقل من 20 × 50 فأكثر	75 .0	0 .014	دال	توجد فروق	أقل من 20 سنة
	أقل من 20 × 39-30	141 .0	0 .057	غير دال	لا توجد فروق	—
	أقل من 20 × 49-40	112 .5	0 .089	غير دال	لا توجد فروق	—

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد 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 (Mann-Whitney U) مع تصحيح (Bonferroni) لتفادي الخطأ الناتج عن تعدد المقارنات، كما يأتي:

أولاً- محور الثقة بين الطبيب والمريض:

سجلت الفئة العمرية (30-39) سنة تقييماً أعلى للثقة، بفروق معنوية واضحة عند مقارنتها بالفئات أقل من 20 سنة (، (20-29 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 (30-39 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، بفروق معنوية دالة عند مقارنتها مع فئتي (20-29 سنة)، و (50 فأكثر)، بينما لم تظهر فروق دالة عند المقارنة مع الفئتين 30-39 و 40-49 سنة.

ويُعزى ارتفاع تقييم الفئة الأصغر سناً للممارسات التجارية قد لا يكون ناتجاً عن تجربة مباشرة، بل يعكس غالباً تأثيراً بالمحتوى الرقمي أو القصص المجتمعية حول "تجارية الطب"، ما يولّد 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)

المحور	المتوسط الأعلى	قيمة كاي تربيع χ^2	درجة الحرية (df)	Sig . (2-tailed)	هل الفروق معنوية؟	الفئة ذات التقييم الأعلى
المحور الأول- (الثقة بين الطبيب والمريض)	أقل من ثانوية (119.88)	5.593	4	0.232	لا $(P > 0.05)$	أقل من ثانوية
المحور الثاني- (الممارسات التجارية)	دبلوم (100.08)	3.660	4	0.454	لا $(P > 0.05)$	دبلوم

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

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

يتضح من الجدول (11) ما يأتي:

1. 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.

2. المؤهل العلمي لا يؤثر بشكل ملحوظ على استجابات المشاركين في أي من المحاور، وعليه، فلا حاجة لإجراء اختبارات بعدية.

هـ. 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)

المحور	المتوسط الأعلى	قيمة كاي تربيع χ^2	درجة الحرية (df)	Sig . (2-tailed)	هل الفروق معنوية؟	الفئة ذات التقييم الأعلى
المحور الأول - (الثقة بين الطبيب والمريض)	أكثر من 6 (93 .46)	0 .696	4	0 .952	لا $(P > 0 .05)$	أكثر من 6 زيارات
المحور الثاني - (الممارسات التجارية)	4-6 (102 .50)	6 .968	4	0 .138	لا $(P > 0 .05)$	4 - 6 زيارات
المحور الثالث - (دوافع الممارسات التجارية)	أكثر من 6 (98 .93)	2 .830	4	0 .587	لا $(P > 0 .05)$	أكثر من 6 زيارات
المحور الرابع - (وعي المجتمع)	أكثر من 6 (113 .64)	5 .444	4	0 .245	لا $(P > 0 .05)$	أكثر من 6 زيارات

المحور	المتوسط الأعلى	قيمة كاي تربيع χ^2	درجة الحرية (df)	Sig . (2-tailed)	هل الفروق معنوية؟	الفئة ذات التقييم الأعلى
المحور الخامس - (الآليات المقترحة لتعزيز الثقة)	أكثر من 6 (103 14)	8.771	4	0.067	لا $(P > 0.05)$	أكثر من 6 زيارات

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 تظهر اتجاهًا واضحًا 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 طُلب إجراء فحص أو شراء دواء من جهة معينة.

جدول (13) التحليل الإحصائي لاختبار الفروق حسب متغير حسب هل طُلب إجراء فحص أو شراء دواء من جهة

معينة (Kruskal-Wallis H)

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

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

يتضح من الجدول (13) ما يأتي:

1) 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 يُطلب منهم أي فحص أو علاج من جهة محددة كانوا أكثر رضا، أما في المحور الثاني، فجاء العكس تمامًا؛ حيث سجل الذين طُلب منهم فحص أو علاج أعلى تقييم.

مما 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 طُلب منك فحص أو علاج من جهة محددة؟"

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

من جهة معينة اختبار (Mann-Whitney U)

المقارنة بين الفئات	المحور الأول (P)	المحور الثاني (P)	دلالة الفروق بعد التصحيح
المقارنة بين فئتي: نعم ولا	0.000	0.000	معنوية
المقارنة بين فئتي: نعم ولا أتذكر	0.002	0.010	معنوية
المقارنة بين فئتي: لا ولا أتذكر	0.010	0.013	معنوية

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

يتضح من الجدول (14) وجود فروق جوهريّة بين الفئات الثلاث في كل من المحور الأول والثاني، حتى بعد تطبيق تصحيح (Bonferroni)، مما يدل على أن إجابة المشاركين حول ما إذا طُلب 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 انتقادًا أو حساسية)، بينما كانت تقييماتها أعلى في المحور الثاني، مما قد يعكس شعورًا 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)

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

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

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

يتضح من الجدول (15) وجود علاقات مختلفة بين المحاور، كآتي:

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 (الدوافع):
علاقة عكسية دالة وضعيفة ($r_s = -0.159, p < 0.05$)، أي: كلما زاد وعي المشاركين بالدوافع، تأثرت الثقة سلباً.
- مع المحور الرابع (وعي المجتمع):
علاقة طردية دالة ($r_s = 0.208, p < 0.01$)، ما يشير إلى أن زيادة وعي 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 (الدوافع):
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 وضعيفة ($r_s = 0.185, p < 0.05$)، 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 (الدوافع) والمحاور الأخرى:

• مع المحور الرابع (وعي المجتمع):

علاقة طردية دالة متوسطة ($r_s = 0.297, p < 0.01$)، تعني أن الوعي بالدوافع 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 الدوافع يقدّم

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

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	الترتيب	الدالة اللفظية
1.	إلزام الطبيب بشرح دواعي أي فحص أو دواء يعزز الشفافية.	4.483	0.652	89.66%	3	مرتفعة جداً
2.	الرقابة المستقلة على علاقة الطبيب بالموردين ضرورية.	4.115	0.873	82.30%	5	مرتفعة
3.	تدريب الأطباء على مهارات التواصل يعزز الثقة.	4.592	0.589	91.84%	1	مرتفعة جداً
4.	المساءلة العادلة تعيد ثقة المجتمع بالخدمة الطبية.	4.425	0.707	88.51%	4	مرتفعة جداً
5.	من المهم التمييز بين الطبيب الملتزم ومن يرتكب تجاوزات دون تعميم.	4.575	0.561	91.49%	2	مرتفعة جداً
	المتوسط العام للمحور	3.851	0.563	77.01%		مرتفعة جداً

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) ووزن 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) ووزن نسبي (91.84%) ودلالة "مرتفعة جدًا"، وهو ما يبرز أهمية الجانب الإنساني والتفاعلي في تحسين العلاقة بين الطبيب والمريض، تلتها الفقرة "من المهم التمييز بين الطبيب الملتزم ومن يرتكب تجاوزات دون تعميم" بمتوسط (4.575) وانحراف معياري منخفض (0.561) ووزن 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 تقييمًا، فجاءت الفقرة: "الرقابة المستقلة على علاقة الطبيب بالموردين ضرورية" بمتوسط (4.115) وانحراف معياري (0.873) ووزن نسبي (82.30%) ودلالة لفظية "مرتفعة"، رغم أنها تظل ضمن نطاق عالٍ من التأييد، فإنها أقل حضورًا نسبيًا مقارنة بالآليات المرتبطة مباشرة بالتواصل والعدالة والتفريق 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 حوافز 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، ويبرز الحاجة إلى تدخلات تنظيمية وأخلاقية.

4. أبرز الدوافع التي فسرت هذه الممارسات تمثلت في ضعف الرقابة، وتراجع الالتزام الأخلاقي لدى بعض الممارسين، إضافة إلى الضغوط التجارية التي تمارسها شركات الأدوية والمختبرات، ما يعكس خللاً في بيئة العمل الطبي يحتاج إلى إصلاح هيكلي.
5. أظهرت نتائج الفروق الإحصائية أن تقييم العلاقة بين الطبيب والمريض يتأثر بشكل رئيسي بالفئة المهنية، والعمر، 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 (الدوافع)، والخامس (الآليات المقترحة) وجود وعي متصاعد 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 والدوافع 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 الراهن 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 والعلاجات بشفافية، وجود رقابة مستقلة، المساءلة المنصفة، والتدريب على التواصل المهني.

التوصيات:

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 بالتوجيه التجاري.
2. فرض رقابة مستقلة على العلاقة بين الأطباء والموردين (شركات الأدوية والمختبرات)؛ لضمان النزاهة في التوصيات الطبية والحد من تضارب المصالح.
3. تفعيل آليات المساءلة الأخلاقية والمهنية، عبر مؤسسات طبية ونقابية تمتلك سلطة الضبط والعقاب 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 اقتصاديًا ومعنويًا، وخاصة في القطاع الحكومي، لتقليل 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 الملتزمين والذين يمارسون سلوكًا تجاريًا؛ 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 الممارسات 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)، 265-276.

• حاقور، ملكة. (2013). واقع العلاقة بين الطبيب والمريض في القطاع الخاص: دراسة ميدانية للعلاقات 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 الأصالة، 3 (9) تم الاسترجاع من <https://alasala.alandalus-libya.org.ly/ojs/index.php/aj/article/view/500>

• مومني، أسماء، وبودريالة، 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 والسكا. (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>