المجلة العربية للعلوم الادارية
مجلد ٤، عدد ٢، مايو ١٩٩٧، ٢٠٥ -٢٤٢

محددات الهدر للموارد المالية في القطاع الصحي: دراسة ميدانية في المملكة العربية السعودية

محمود حسين مطر
جامعة الكويت
دولة الكويت

تتناول الدراسة مشكلة إهدار موارد القطاع الصحي بالتركيز على رؤية الأطباء لمشاكل التنويم غير الضروري والإسراف في الطلب على الإجراءات الطبية دون داع أو حاجة. وقد خلصت الدراسة إلى أن الرغبة في زيادة معدلات الاستخدام وعدم وجود سياسات جيدة للتنويم والرغبة في إرضاء المرضى هي أهم العوامل المؤدية إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية. كما أن الرغبة في التاكد من صحة التشخيص والخوف من المساءلة عن الأخطاء المهنية وإرضاء المرضى هي أهم مسببات الطلب غير الضروري على الإجراءات الطبية.

تتبنى وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية إستراتيجية ترتكز على تقديم خدمات الرعاية الصحية إلى المواطنين في أرجاء المملكة كافة، والعمل على استكمال البنية الأساسية في الخدمات الصحية عن طريق إنشاء المزيد من المرافق الصحية وتشغيلها مع تحسين معدلات الخدمة ورفع مستواها في المستشفيات. ولاشك أن تحقيق هذه الأهداف الطموحة يحتاج إلى حجم كبير من الموارد ولاسيما الموارد المالية حيث تعتبر وزارة الصحة الجهة الأولى المسؤولة عن الصحة العامة وتنفيذ السياسة الصحية بالمملكة. وتمثل نفقات وزارة الصحة (٨٥٪) من إجمالي الإنفاق العام على القطاع الصحي بالمملكة.

وتشير الإحصاءات إلى أن حصة وزارة الصحة في إجمالي الميزانية العامة للدولة قد ارتفعت من من ٢,٨٪ عام ١٣٩٠ هـ إلى ٦٪ عام ١٤١٢ هـ، إلا أن قيمة إجمالي مخصصات الوزارة قد بدأت في الانخفاض مع بداية عام ١٤٠٦ هـ. فقد انخفضت مخصصات وزارة الصحة من ١٠,٧٤٣ مليون ريال في عام ١٤٠٥هـ إلى ٨,٥٩٧ مليون ريال في عام ١٤١٢ هـ (انظرجدول رقم ١). ولا شك في أن هذا الانخفاض يمثل بدوره عامل ضغط مباشر لترشيد الإنفاق وخفض النفقات وتقليل الفاقد (الهدر أو الضياع)في الموارد المتاحة للوزارة (مطر، ١٩٩٢).

تم تسلُّم البحث في أبريل ١٩٩٥، وأجيز للنشر في يوليو ١٩٩٦.
يتقدم الباحث بالشكر إلى طلاب برنامج إدارة الصحة والمستشفيات بجامعة الملك سعود على ما بذلوه من جهد في جمع بيانات الدراسة.

جدول ١

تطور ميزانية وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية
خلال الفترة ١٣٩٠/١٤١٠ هـ

(القيمة بالمليون ريال) (لأقرب مليون)

السنة	ميزانية الدولة (١)	ميزانية وزارة الصحة (٢)	٪ (٢)/(١)	السنة	ميزانية الدولة (١)	ميزانية وزارة الصحة (٢)	٪ (٢)/(١)
١٣٩٠	٦٣٨٠	١٧٧	٢,٨	١٤٠١	٢٩٨٠٠٠	٦٨٣١	٢,٣
١٣٩١	١٠٧٨٢	٢٧٩	٢,٦	١٤٠٢	٣١٣٤٠٠	٨٨٠٤	٢,٨
١٣٩٢	١٣٢٠٠	٤٢١	٣,٢	١٤٠٣	٢٦٠٠٠٠	٨٤٠١	٣,٢
١٣٩٣	٢٢٨١٠	٥٨٣	٢,٦	١٤٠٤	٢٦٠٠٠٠	١٠٧٤٣	٤,١
١٣٩٤	٤٥٧٤٣	١١٦٣	٢,٥	١٤٠٥	٢٠٠٠٠٠	٨٨١٥	٤,٤
١٣٩٥	١١٠٩٣٥	٣١٩٧	٢,٩	١٤٠٦	٢٠٠٠٠٠	٨٨١٥	٤,٤
١٣٩٦	١٣١٢٩٦	٢٩٧٣	٢,٣	١٤٠٧	١٧٠٠٠٠	٨٣٣٣	٤,٩
١٣٩٧	١٣٤٢٥٣	٣٣٨٤	٢,٥	١٤٠٨	١٤١٢٠٠	٧٧٣٥	٥,٥
١٣٩٨	١٤٤٥٥٨	٤٠٤١	٢,٨	١٤٠٩	١٤١٠٠٠	٧٥٩٢	٥,٤
١٣٩٩	١٨٥٨٢٠	٤١٧٧	٢,٢	١٤١٠	١٤٣٠٠٠	٨٥٩٧	٦,٠
١٤٠٠	٢٤٥٠٠٠	٥٦٥٦	٢,٣				

المصدر: وزارة الصحة، إدارة الإحصاء، التقرير الصحي السنوي، اعداد مختلفة حتى عام ١٤١٣ هـ.

كذلك تشير الإحصاءات إلى أن ميزانية وزارة الصحة قد أخذت في النمو والزيادة حتى بلغت في عام ١٤١٢ هـ (١٢٦٪) مما كانت عليه في عام ١٤٠١ هـ، بينما ارتفعت مخصصات التشغيل والصيانة في ميزانية وزارة الصحة حتى وصلت في عام ١٤١٢ هـ (٢٤٧٪) عما كانت عليه في عام ١٤٠١ هـ. وتدل هذه الأرقام على أن معدل الزيادة في مخصصات تشغيل المستشفيات وصيانتها بلغت ما يقرب من ضعف معدل الزيادة في ميزانية وزارة الصحة ذاتها خلال الفترة ١٤٠١ هـ إلى ١٤١٢ هـ.

ولاشك ان هناك العديد من الأسباب وراء هذه الزيادة في نفقات تشغيل المستشفيات، منها الانتهاء من إقامة وإنشاء عدد من المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الجديدة وبدء تشغيل هذه الوحدات. إلا أنه يُعتقد أن جزءاً من هذه الزيادة قد يرجع إلى سوء استخدام الموارد الصحية المتاحة والإسراف في استخدام هذه الموارد. ويأخذ الإسراف وإهدار الموارد عدة أشكال منها المغالاة في شراء

الآلات والمعدات الطبية؛ الإكثار من استخدام الأدوية باهظة التكلفه دون داع؛ تنويم المرضى دون أن تتطلب حالتهم الصحية ذلك؛ وكذلك طلب الأطباء إجراء العديد من الإجراءات والفحوصات الطبية التي قد لا يحتاج إليها المريض. لذا فإنه من الواجب تحديد العوامل المسببة لهذا الإهدار ومحاولة علاج هذه العوامل باتباع الأساليب العلمية الحديثة لخفض واحتواء التكاليف.

مشكلة الدراسة

تتناول الدراسة الحالية رؤية الأطباء للعوامل المؤدية إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية وكذلك رؤيتهم للعوامل المؤدية إلى وجود طلب غير ضروري من الإجراءات والفحوصات الطبية غير الضرورية.

لقد جذبت مشكلة ارتفاع تكلفة تقديم خدمات الرعاية الصحية بصفة عامة؛ ومشكلة التنويم غير الضروري للمرضى وازدياد الطلب على الإجراءات الطبية بصفة خاصة؛ اهتمام العديد من الباحثين في دول أوروبا وأمريكا الذين قدموا بدورهم عددا من الدراسات والأبحاث التي تناولت بالتحليل أبعاد وجوانب هذه المشكلة. وقد كانت الغالبية من هؤلاء الباحثين من المتخصصين في العلوم الطبية مما أضفى على كثير من هذه الدراسات طابعاً طبياً فنياً بحتاً يركز على تخفيض تكلفة تقديم الرعاية الصحية باستخدام بدائل طبية أقل تكلفة من تلك المستخدمة حاليا؛ مثل استخدام اختبارات معملية ذات تكلفة منخفضة للوصول إلى النتائج نفسها التي تساعد في التشخيص الطبي بدلا من الاختبارات المستخدمة حاليا (Nathan- ; Everett,1983 ; Freeborn,1982; Hardwick,1981). son,1984 كذلك تناولت بعض الدراسات مشكلة ارتفاع تكلفة تقديم خدمات الرعاية الصحية من زاوية الإسراف في استخدام الأدوية ولاسيما المضادات الحيوية التي تشكل في مجموعها ٥٠٪ من ميزانية صيدلية المستشفى. وقد بينت إحدى الدراسات إمكان تحقيق وفر في تكلفة المضادات الحيوية عن طريق التحول إلى استخدام أنواع رخيصة بدلا من الأنواع باهظة التكلفة دون أن يصاحب ذلك آثار عكسية في جودة الرعاية الصحية المقدمة (William, 1985). كذلك أثبتت دراسات أخرى إمكان التحول من استخدام الأدوية مرتفعة التكلفة إلى استخدام أدوية أخرى أقل تكلفة دون أن يؤثر ذلك سلبيا في صحة المرضى (Briceland,1988 ; Neal,1989).

وقد نادت بعض الدراسات بضرورة إجراء مراجعة دورية على الاستخدامات المختلفة لموارد المستشفى ولاسيما قرارات تنويم المرضى، لما لهذه المراجعة من دور مهم في احتواء وخفض التكاليف (Booth,1991).

تتناول الدراسة الحالية جانباً من مشكلة ارتفاع تكلفة تقديم خدمات الرعاية الصحية التي تتمثل في وجود حالات تنويم غير ضرورية وكذلك وجود طلب غير ضروري على الإجراءات والفحوصات الطبية. لقد ركزت غالبية الدراسات السابقة على الجوانب الطبية الفنية لمشكلة ارتفاع تكلفة تقديم خدمات الرعاية الصحية؛ كما اعتمدت هذه الدراسات على البيانات الثانوية (سجلات المرضى)؛ إلا

أن الدراسة الحالية تقدم تحديداً للعوامل والأسباب التي تؤدي إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية وإجراءات طبية غير ضرورية عن طريق دراسة رؤية الأطباء لهذه العوامل. وتحاول الدراسة الحالية وفي ضوء رؤية الأطباء أن تجيب عن الأسئلة الاتية:

- هل توجد حالات تنويم غير ضرورية؟
- هل تجرى إجراءات طبية دون أن يحتاج المرضى إليها؟
- كيف يرى الأطباء العوامل المؤدية إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية؟
- كيف يرى الأطباء العوامل المؤدية إلى وجود طلب غير ضروري على الإجراءات والفحوصات الطبية؟

أهداف الدراسة

١- تحديد وتحليل الأسباب والعوامل وراء قيام الأطباء بادخال المرضى واحتجازهم في المستشفى دون أن تستدعي حالتهم الصحية ذلك (حالات تنويم غير ضرورية).

٢- تحديد وتحليل الأسباب والعوامل وراء قيام الأطباء بإجراء تحاليل وفحوصات لاتستلزمها حالة المريض وبدون داع إلى ذلك.

٣- إبراز رؤية الأطباء وإدراكهم لمظاهر الإهدار والإسراف في استخدام الموارد الصحية وبيان مدى اختلاف هذه الرؤية باختلاف عوامل السن، الخبرة، المؤهلات العلمية، المرتبة الوظيفية والجنسية.

٤- بيان أوجه الاختلاف في رؤية الأطباء (إذا وجد) للعوامل المسببة لإهدار موارد المستشفى طبقا لاختلاف ملكية المستشفى (حكومي/خاص) ونمط إدارة المستشفى (عن طريق شركات إدارة متخصصة أو أفراد معينين من قبل الملاك).

٥- علاج القصور في العديد من الدراسات السابقة التي تناولت مشكلة ارتفاع تكلفة تقديم الخدمات الصحية من منظور طبي فني، وتزويد المكتبة العربية بدراسة تحليلية تتناول الجوانب الإدارية للقطاع الصحي مع إبراز أهمية الدور المطلوب من القائمين على إدارة المستشفيات ولاسيما الإداريون من غير الأطباء.

خلفية نظرية

مفاهيم أساسية

أ- التنويم غير الضروري: Inappropriate Admission

ينقسم المرضى المنومون في المستشفيات إلى مجموعتين: الأولى تشمل المرضى المنومين بغرض إجراء عمليات جراحية وهذا يعرف باسم التنويم الجراحي Surgical Admission، والمجموعة الثانية هم

المرضى الذين لا يحتاجون إلى عمليات جراحية ولكن تستلزم حالتهم الصحية رعاية طبية معينة وهومايعرف بالتنويم الطبي Medical Admission. ومن المعروف أن تكلفة تقديم خدمات الرعاية الصحية تختلف طبقا للمستوى الذي تقدم به، حيث إن تكلفة الرعاية الصحية في العيادات الداخلية (أجنحة التنويم) أعلى منها في العيادات الخارجية أو أقسام الطوارئ. وعلى هذا، فإن حالات التنويم غير الضرورية تعرف بأنها «تقديم الرعاية الطبية في العيادات الداخلية (مستوى أعلى) بينما كان من الممكن أن تقدم هذه الرعاية في العيادات الخارجية (مستوى أقل) وأقسام الطوارئ دون أن يكون هناك خطر على حياة المريض أو حالته الصحية".

وتعرف حالات التنويم الجراحي بأنها غير ضرورية Inappropriate Srugical Admission إذا لم تكن هناك حاجة (ضرورة) لتنويم المريض في تاريخ تنويمه وكان بالإمكان إجراء العملية الجراحية في العيادات الخارجية أو أقسام الإسعاف والطوارئ، كما تعرف حالات التنويم الطبي بأنها غير ضرورية Inappropriate Medical Admission إذا كان بالإمكان تقديم الرعاية الطبية في مستوى أقل من العيادات الداخلية مثل العيادات الخارجية أو مراكز النقاهة أو منزل المريض.

ب ـ فترات بقاء غير ضرورية: Inappropriate Length of Stay (LOS)

ويقصد بها بقاء المريض في المستشفى دون أن تستدعي حالته الصحية ذلك أو اذا كان بالامكان إخراج المريض من العيادات الداخلية (Discharge) دون أن يكون لذلك أثر سلبي في حالته الصحية. وحيث إن فترة البقاء تحسب منذ لحظة دخول المريض إلى أجنحة التنويم وحتى مغادرة هذه الأجنحة فإنه من الممكن بيان حالات فترات التنويم غير الضرورية على النحو التالي:

الحالة الأولى: فترة تنويم غير ضرورية بالكامل:

إذا تم تنويم المريض لفترة دون ماحاجة إلى ذلك فإن هذه الفترة منذ دخول المريض إلى أجنحة التنويم حتى خروجه منها تعتبر غير ضرورية (شكل ١- أ)

شكل (١-أ)

فترة تنويم غير ضرورية

تاريخ دخول المريض تاريخ خروج المريض

فترة تنويم غير ضرورية

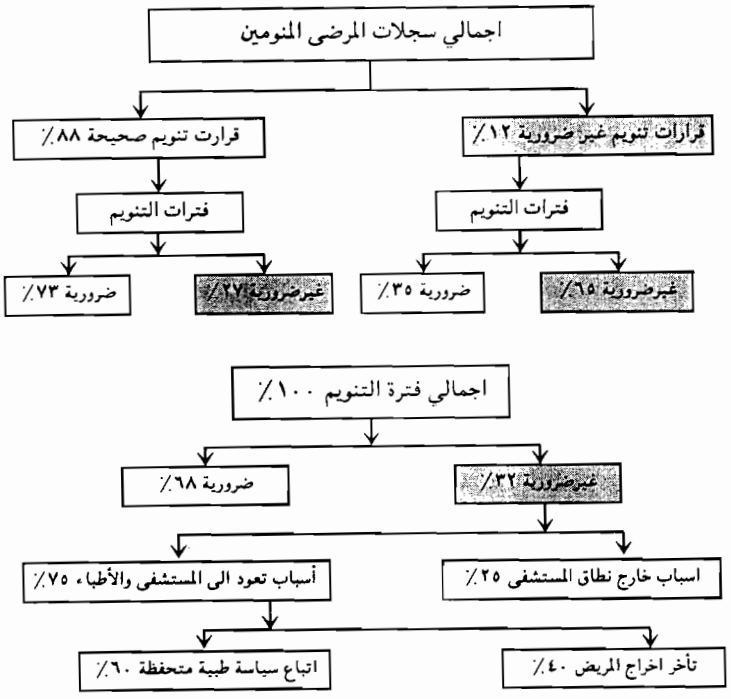
الحالة الثانية: فترة تنويم ضرورية بالإضافة إلى فترة تنويم غير ضرورية:

ويمكن التمييز في هذه الحالة بين نوعين من فترات التنويم غير الضرورية كما هو واضح في الشكل (١ـ ب) والشكل (١ـ جـ). ففي الشكل (١ـ ب) كان المريض يحتاج إلى تنويم فعلا ولكن تم إدخاله إلى المستشفى مبكرا عما يجب (تنويم مبكر Premature Admission). أما في الشكل (١ـ جـ) فإن

ترجع إلى أسباب خارج نطاق تحكم إدارة المستشفى، بينما يرجع ٧٥٪ من هذه الحالات إلى عوامل تتعلق بالأطباء والمستشفى. وفي عام ١٩٨٦م قدم (Restuccia *et al*) دراسة تعد امتداداً للدراسة السابقة، وفي عام ١٩٨٧م قدم دراسة أخرى عن كيفية استخدام بروتوكول تقييم الاستخدام في رفع الكفاءة وتحسين المركز التنافسي للمستشفى. وقد أوضحت الدراسة الأخيرة أن حالات التنويم غير الضرورية تتراوح نسبتها بين (٧٪) و(٣٤٪) من اجمالي حالات التنويم في عينة من (٨) مستشفيات على مستوى الولايات المتحدة، كما تتراوح نسبة فترات التنويم غير الضرورية في العينة المذكورة بين (٩٪) و (٣٨٪) من إجمالي فترات التنويم (Restuccia, *et al* 1986, 1987). ولعل من أهم النتائج التي توصلت إليها دراسات Restuccia *et al* السابقة التأكيد على وجود حالات التنويم غير الضرورية وكذلك وجود فترات تنويم غير ضرورية ترجع إلى المستشفى والأطباء حيث اعتبرتطبيق سياسة متحفظة من قبل الأطباء السبب الرئيسي في ٦٠٪ من فترات التنويم غير الضرورية، بينما كان تأخير إجراءات خروج المرضى السبب المباشر في ٤٠٪ من حالات فترات التنويم غير الضرورية. وقد تفاوتت أسباب تأخير إجراءات خروج المريض من المستشفى بين ضياع الوقت ٥٥٪، التحفظ في إخراج المريض (٢٨٪) وعدم وجود السجلات الطبية (١٧٪).

شكل ٢

حالات التنويم وفترات التنويم الضرورية وغير الضرورية



وعلى الرغم من أن دراسات (Restuccia) لحجم وحالات التنويم غير الضرورية وفترات التنويم غير الضرورية والأسباب المؤدية إلى وجودها، تعد على جانب من الاهمية في ابراز مسئولية المستشفى والأطباء عن هذه الحالات، إلا أنه يؤخذ عليها النقاط التالية:

١- إن الأسباب التي تؤدي إلى وجود حالات التنويم غير الضرورية قد وضعت من منظور طبي في ضوء معايير طبية فنية دون الأخذ في الاعتبار أي عوامل أخرى.

٢- يفترض بروتوكول ملاءمة الاستخدام درجة عالية من الرشد في اتخاذ القرارات الطبية مع إغفال العوامل البيئية المختلفة التي قد تؤثر بدورها في هذه القرارات.

وقد اتبع عدد من الباحثين منهج (Restuccia *et al*) ومنهم (Booth) التي قدمت دراسة عن العلاقة بين حالات التنويم غير الضرورية وفترات التنويم المترتبة عليها. وقد تمت الدراسة على عينة من (٥٠) مستشفى في أنحاء الولايات المتحدة باستخدام بروتوكول تقييم كفاءة الاستخدام السابق الإشارة إليه. وقد بينت الدراسة أن نسبة حالات التنويم غير الضرورية قد تراوحت بين ٢٥٪ و ٧٢٪ في مستشفيات العينة، وأن نسبة فترات التنويم غير الضرورية قد تفاوتت بين ٣٨٪ و ٧٢٪ وأن جميع حالات التنويم غير الضرورية قد نتج عنها فترات تنويم غير ضرورية. كذلك أوضحت الدراسة أن هناك سبباً وحيداً لحالات التنويم الجراحي غير الضروري وهو إمكان إجراء العملية الجراحية الضرورية للمريض في العيادات الخارجية دون ماحاجة إلى تنويم المريض، بينما أرجعت الدراسة حالات التنويم الطبي غير الضروري إلى ثلاثة أسباب رئيسية هي تنويم المريض مبكرا، وإمكان تقديم الرعاية الطبية المطلوبة في مستوى علاجي أقل، ثم تنويم المريض لفترة لحين تحويله إلى أماكن لتلقي العلاج المناسب (Booth,1991). وقد اتفقت هذه الدراسة مع سابقتها في التأكيد على وجود حالات تنويم غير ضرورية وأيضا فترات تنويم غير ضرورية، إلا أنها اختلفت في أن جميع حالات التنويم غير الضرورية ينتج عنها فترات تنويم غير ضرورية. بينما أوضحت دراسات Restuccia *et al* السابقة ان بعض حالات التنويم غير الضرورية نتجت عنها فترات تنويم ضرورية. ولعل أهم مانادت به هذه الدراسة هو وجوب مراجعة قرارات التنويم أولا بأول حتى يتم الكشف عن الحالات غير الضرورية ومنعها مبكرا قبل أن تحدث وينتج عنها فترات تنويم غير ضرورية، وأن هذه المراجعة المستمرة يمكن أن تؤدي إلى تخفيض إجمالي فترات التنويم بنسبة ١١٪ وتخفيض تكلفة العيادات الداخلية بنسبة ٧٪. وقد أجريت العديد من الدراسات المشابهة التي تدور حول تقييم مدى ملاءمة استخدام الموارد الصحية بالمستشفيات وتوصلت جميعها إلى أن هناك إهداراً بصورة أو أخرى لهذه الموارد وأن هناك حالات تنويم غير ضرورية وأيضا فترات تنويم غير ضرورية، إلا أنه يعاب عليها التركيز الشديد على المعايير الفنية وعدم التعرض إلى معنوية الفروق بين خصائص الأطباء والأسباب المؤدية إلى وجود حالات التنويم غير الضرورية وكذلك فترات التنويم غير الضرورية (Nathanson, 1989; Neal, 1989; Briceland, 1988; Gunn, 1987; Bimbaum,1986; Eichhorn,1980).

فرضيات الدراسة

يقوم البحث على اختبار الفرضيات التالية:-

١- عدم وجود حالات تنويم غيرضرورية.

٢- عدم وجود طلب غير ضروري على الإجراءات الطبية.

٣- عدم وجود اختلافات جوهرية بين المستشفيات طبقا لنمط الإدارة حول وجود حالات تنويم غير ضرورية.

٤- عدم وجود اختلافات جوهرية بين المستشفيات طبقا لنمط الملكية حول وجود حالات تنويم غير ضرورية.

٥- عدم وجود اختلافات معنوية في رؤية الأطباء حول وجود حالات تنويم غير ضرورية وذلك طبقا للمقومات الشخصية (تعليم، سن، خبرة،..... إلخ).

٦- عدم وجود فروق معنوية في رؤية الأطباء حول العوامل المؤدية إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية طبقا للمقومات الشخصية (تعليم، خبرة، جنسية،... إلخ).

٧- عدم وجود فروق معنوية بين الأطباء حول الأهمية النسبية للعوامل المؤدية إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية طبقا للعوامل والمقومات الشخصية للأطباء.

٨- عدم وجود فروق معنوية بين الأطباء حول العوامل المؤدية إلى وجود طلب غير ضروري من الإجراءات الطبية طبقا لاختلاف نمط ملكية المستشفى.

٩- عدم وجود فروق معنوية بين رؤية الأطباء حول الأهمية النسبية للعوامل المؤدية إلى وجود طلب غير ضروري من الإجراءات الطبية طبقا لاختلاف المقومات لشخصية للأطباء.

مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من مختلف الأطباء العاملين بالمستشفيات بصفة عامة والأطباء العاملين بمستشفيات مدينة الرياض بصفة خاصة. ومن الواجب التنويه إلى أن هناك اختلافاً بين مدينة الرياض ومنطقة الرياض الصحية حيث تشتمل الأخيرة على عدد أكبر من المستشفيات نظرا لأنها تحتل رقعة كبيرة يقع بداخلها عدد من المدن المتوسطة والصغيرة الحجم بالإضافة إلى مدينة الرياض. وقد تم اختيار مدينة الرياض كنطاق جغرافي للدراسة الحالية لعدد من الأسباب لعل أهمها أن مدينة الرياض هي عاصمة المملكة العربية السعودية ومن ثم تتركز فيها الخدمات بصفة عامة والخدمات الصحية بصفة خاصة، كما أنها تشتمل على عدد كبير من المستشفيات الكبرى والمتخصصة مما سهل ـ بعض الشيء ـ عملية جمع البيانات اللازمة. هذا بالإضافة إلى عدم توافر الوقت والجهد للباحث بما يمكنه من سحب عينة من إطار يجمع كل مستشفيات المملكة بالكامل. ويوضح جدول ٢ توزيع المستشفيات القائمة في مدينة الرياض

ـ وقت إعداد الدراسة ـ طبقا لنوع الملكية والمستشفيات التي أسهم الأطباء العاملون بها في هذه الدراسة. ويقدر عدد الأطباء العاملين في مستشفيات مدينة الرياض بما يقرب من ٢٠٠٠ طبيب يعملون في المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة وهم يمثلون مجتمع الدراسة وقد قدر حجم العينة المناسب لإجراء الدراسة الحالية بنسبة ١٠٪ من حجم المجتمع.

وقد تم إعداد قائمة تفصيلية بالمستشفيات وعدد الأطباء العاملين بكل منها، ثم تم توزيع (٥٠٠) استمارة استبيان على هذه المستشفيات بحد أدنى (١٠) استمارات وبحد أقصى (٨٠) استمارة طبقا لعدد الأطباء العاملين بالمستشفى. تم استرجاع (٣٠٠) استمارة بمعدل ردود (٦٠٪) استبعد منها (٦٠) استمارة لشك الباحث في مصداقيتها أو لوجود نقص كبير في الإجابات عن أسئلة الاستبيان، ومن ثم فقد اعتمدت الدراسة الحالية على عينة من (٢٤٠) طبيباً وهو مايعادل (٨٠٪) من الردود و (١٢٪) من مجتمع الدراسة. وعند مقارنة عينة البحث بمجتمع الدراسة (جدول ١) نجد أن العينة تمثل المجتمع تمثيلا دقيقا من حيث عدد المستشفيات وعدد الأطباء، مما يعطي الدراسة الحالية مصداقية كبيرة ويجعل من الممكن تعميم نتائجها ليس فقط على مدينة الرياض ولكن على القطاع الصحي بأكمله(*{M1}).

جدول ٢
مجتمع البحث وعينة الدراسة

ملكية المستشفى	مجتمع البحث		عينة الدراسة		٪ العينة إلى المجتمع	
	عدد المستشفيات	عدد الأطباء العاملين	عدد المستشفيات المشاركة	عدد الأطباء المشاركين	عدد المستشفيات ٪	عدد الأطباء ٪
١- مملوكة لوزارة الصحة*	١١	١٠٢٨	٦	١٢٢	٥٥٪	١٢٪
٢- مملوكة لجهات حكومية أخرى**	٣	٧٠٠	٣	٧٦	٤٣٪	١١٪
٣- مملوكة للقطاع الخاص	٩	٢٠٠	٥	٤٢	٥٧٪	٢١٪
مجموع	٢٣	١٩٢٨	١٤	٢٤٠	٦١٪	١٢٪

* ارقام تقريبية لبعض المستشفيات، حيث لم يمكن الوصول إلى الرقم الحقيقي.
** لاتشمل عدد (٢) مستشفى تابع لجامعة الملك سعود.
المصدر:
- وزارة الصحة، تقارير سنوية مختلفة.
- وزارة الصحة، الوكالة المساعدة للتخطيط والبحوث.
- تقارير سنوية عن المستشفيات الحكومية الأخرى.
- مطبوعات متنوعة عن مستشفيات القطاع الخاص.

جمع البيانات الأولية

تم تصميم قائمة استقصاء باللغة بالانجليزية حتى يتمكن الأطباء غير المتحدثين باللغة العربية من الإجابة عنها. كما أن إتقان الانجليزية لايمثل مشكلة بالنسبة للأطباء ومن ثم يمكن الحصول على مشاركة عدد أكبر من الأطباء ومن جنسيات غير عربية.

تنقسم قائمة الاستقصاء إلى (٣) أجزاء رئيسية، يشتمل الجزء الأول على (١٢) سؤالاً تدور حول سياسات التنويم ،و الأشعة والمختبرات وكذلك الأدوية، والعوامل المؤدية إلى حالات تنويم غير ضرورية وكذلك وجود إجراءات طبية غير ضرورية. ويشتمل الجزء الثاني على (٤) أسئلة رئيسية تتعلق بمعايير الأداء ومدى تطبيقها في المستشفيات. أما الجزء الثالث والأخير فيشتمل على أسئلة تتعلق بالجوانب المختلفة لمفردات العينة مثل السن، المؤهلات العلمية، سنوات الخبرة.. إلخ. وهو مايطلق عليه أسئلة التصنيف Classifying questions (ملحق ١).

وقد صيغت الأسئلة في صورة مغلقة محددة الاجابة ليسهل على مفردات العينة الاجابة عنها مع إعطائهم الحرية في الإضافة وإبداء الرأي والملاحظات على جميع الأسئلة. كما تم استخدام مقياس «لكيرت» ذي الـ (٥) نقاط حتى يتمكن أفراد العينة من الحكم بدرجة عالية من الدقة على مدى موافقتهم (عدم موافقتهم) على الاجابات المحددة مسبقا.

التجهيز والاختبار

لقد مرت قائمة الاستقصاء بعدد من مراحل التجهيز والاختبار قبل أن تصل إلى شكلها النهائي. فقد تم عرض نماذج مبدئية من القائمة على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس بقسم إدارة الأعمال بجامعة الملك سعود، وكذلك مجموعة من الأطباء العاملين بالمستشفيات المختلفة وأيضا مجموعة من الإداريين في عدد من المستشفيات. ومن خلال مناقشة القائمة المبدئية للاستقصاء من كل من هذه المجموعات تم إجراء عدد من التعديلات الشكلية والموضوعية التي ضمنت وضوح الأسئلة وسهولة الإجابة عنها، بالإضافة إلى شمولية القائمة لكل ما هو مطلوب من بيانات ومن ثم التأكد من مصداقية القائمة.

وقد تم الاعتماد على طلاب برنامج ماجستير إدارة الصحة والمستشفيات بجامعة الملك سعود في توزيع وجمع قوائم الاستقصاء وذلك بعد تدريبهم على اختيار ومعاملة مفردات العينة وشرح أهداف الدراسة. وقد تم التأكد من ثبات أداة البحث بحساب معامل الثبات باتباع طريقة التجزئة النصفية (Split Half) حيث كان معامل الثبات (٨٧, ٠).

تحليل البيانات

خصائص العينة

اعتمدت الدراسة الحالية على عينة من الأطباء العاملين بمستشفيات وزارة الصحة، مستشفيات القطاع الخاص، ومستشفيات مملوكة لجهات حكومية أخرى (الحرس الوطني، وزارة الداخلية.. إلخ). وقد بلغ عدد مفردات العينة (٢٤٠) طبيباً موزعة على المستشفيات المختلفة. وقد روعي عند سحب العينة أن تكون ممثلة تمثيلاً دقيقا وهذا ما يعكسه جدول ٣ .

جدول ٣
خصائص العينة

	مستشفيات وزارة الصحة (١٢٢) ٪	مستشفيات حكومية أخرى (٦٧) ٪	مستشفيات قطاع خاص (٤٢) ٪	اجمالي ٪
(١) السن:				
أقل من ٣٠ سنة	٧	١٦	٢	٩
من ٣٠-٤٠ سنة	٥٤	٤١	٧٢	٥٣
أكبر من ٤٠ سنة	٣٩	٤٣	٢٦	٣٨
	١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠
ن	١٢١	٧٣	٤٢	٢٣٦
(٢)الجنس:				
ذكر	٧٩	٨٨	٩٠	٨٣
أنثى	٢١	١٢	١٠	١٧
	١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠
ن	١٢١	٧٣	٤٢	٢٣٦
(٣) المؤهل العلمي:				
درجة البكالوريوس	١٨	٢٦	٣٦	٢٤
درجة الماجستير	٣٦	١١	٣٣	٢٨
زمالة	٢٩	٤٠	٢٤	٣١
درجة الدكتوراه	٤	٥	٢	٤
أخرى (*)	١٣	١٨	٥	١٣
	١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠
ن	١٢١	٧٣	٤٢	٢٣٦

* دبلومات عليا

تابع جدول ٣
خصائص العينة

	مستشفيات وزارة الصحة (١٢٢) ٪	مستشفيات حكومية أخرى (٦٧) ٪	مستشفيات قطاع خاص (٤٢) ٪	إجمالي ٪
(٤) التخصص:				
جراحة	٧٢	٣٥	٨٨	٦٩
طب	٢٨	٤٧	١٢	٣١
	١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠
ن	١٢١	٧٣	٤٢	٢٣٦
(٥) المرتبة الوظيفية:				
استشاري	٢٢	٤٧	٦٢	٣٧
اختصائي	٤٤	٣٠	٢١	٣٦
مقيم	٣٤	٢٣	١٧	٢٧
	١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠
ن	١٢١	٧٣	٤٢	٢٣٦
(٦) سنوات الخبرة:				
أقل من ٥ سنوات	١٢	١٩	١٧	١٥
٥<١٠ سنوات	٢٤	٢٢	٣٣	٢٥
١٠<١٥ سنة	٣٧	٢٢	٣٦	٣٣
أكثر من ١٥ سنة	٢٧	٣٧	١٤	٢٨
	١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠
ن	١٢١	٧٣	٤٢	٢٣٦
(٧) الجنسية:				
سعودي	٣٣	٤٤	صفر	٢٥
غير سعودي	٧٧	٥٦	١٠٠	٧٥
عربي	٣٨	٢٠	٧٤	٣٩
غير عربي	٣٩	٣٦	٢٦	٣٦
	١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠
ن	١٢١	٧٣	٤٢	٢٣٦

ويلاحظ من جدول ٣ أن أكثر الأطباء تمثيلا في العينة هم العاملون بمستشفيات وزارة الصحة (٥١٪)، يليهم الأطباء العاملون بالمستشفيات الحكومية الأخرى (٣٢٪)، ثم الأطباء العاملون في القطاع الخاص (٧١٪). ولاشك أن العينة بشكلها الحالي تمثل مجتمع الدراسة تمثيلا صادقا حيث يرتفع عدد مستشفيات وزارة الصحة وكذلك عدد الأطباء العاملين بها مقارنة بعدد المستشفيات في القطاعات الأخرى.

وجود حالات تنويم غير ضرورية

في محاولة لمعرفة ما إذا كانت هناك حالات تنويم غير ضرورية بالمستشفى وجه سؤال إلى مفردات العينة بهذا الشأن، وقد جاءت النتيجة مؤكدة وجود مثل هذه الحالات حيث أفاد (٨٣٪) من الأطباء بوجود حالات تنويم غير ضرورية بينما ترى نسبة قليلة من الأطباء (١٧٪) عدم وجود مثل هذه الحالات.

وعلى الرغم من عدم وجود فروق معنوية بين إجابات الأطباء طبقا لملكية المستشفى إلا أن الملاحظ أن نسبة أكبر من الأطباء العاملين بالمستشفيات الحكومية الأخرى (٨٩٪) تشعر بوجود هذه الحالات أكثر من الأطباء العاملين بالمستشفيات المملوكة للجهات الأخرى.

جدول ٤

رؤية الأطباء حول وجود حالات تنويم غير ضرورية

	مستشفيات وزارة الصحة ٪	مستشفيات حكومية أخرى ٪	مستشفيات قطاع خاص ٪	اجمالي ٪
نعم توجد	٨٠٪	٨٩٪	٧٩٪	٨٤٪
نعم لا توجد	٢٠٪	١١٪	٢١٪	١٦٪
مجموع	١٠٠٪	١٠٠٪	١٠٠٪	١٠٠٪
ن	١٢٢	٧٦	٤٢	٢٤٠

Gamma = 0.158 P < 0.179 Chsisq = 3.44

وقد كان من المتوقع أن تنخفض نسبة المؤيدين لوجود حالات تنويم غير ضرورية من بين الأطباء العاملين في مستشفيات القطاع الخاص نظرا لتحمل المرضى تكاليف الإجراءات الطبية كافة وما يمثله ذلك من دخل للمستشفيات الخاصة، إلا أن ٧٩٪ من أطباء المستشفيات الخاصة يدركون وجود حالات التنويم غير الضرورية.

وقد أجريت اختبارات كا[٢] ، تحليل التباين ذي الاتجاه الواحد One Way Anova، وكذلك اختبار Kruskal-Wallis لتحديد التباين بين مفردات العينة وقياس معنوية الفروق بين مجموعات الأطباء طبقا للعوامل والمقومات الشخصية (الجنس، السن، المؤهل... إلخ) وكذلك نمط الإدارة ونمط ملكية المستشفى. ويلخص جدول ٥ نتائج الاختبارات الإحصائية.

جدول ٥

أثر العوامل الشخصية ونمط إدارة المستشفى
في رؤية الأطباء لوجود حالات تنويم غير ضرورية

المتغير	ANOVA		KRUSKAL-WALLIS	
	(P)	F	(P)	Chisq
العوامل الشخصية				
١- الجنسية	٠,١٨٢	١,٥٧٤	٠,١٨٢	٦,٢٣٥
٢- السن	*٠,٠٨٤	٢,٥٠٦	*٠,٠٨٠	٤,٩٤٠
٣- التخصص	٠,٢٠٠	١,٦٤٨	٠,١٩٩٩	١,٦٤٤
٤- المرتبة الوظيفية	٠,٥٢٨	٠,٧٤٢	٠,٩٨٦	٠,٠٢٧
٥- سنوات الخبرة	٠,٢٢٧	٠,٧٤٢	٠,٥٢٥	٢,٢٨٤
٦- المؤهل العلمي	٠,٢٢٧	١,٤٢١	٠,٢٢٧	٥,٦٤٥
٧- مكان التخرج	٠,٨٨٠	٠,٢٨٨	٠,٨٨٠	١,١٦٦
٨- الجنس	٠,٤٥٠	٠,٥٦٢	٠,٤٥٣	٠,٥٦٣
نمط الملكية والادارة				
٩- نمط الادارة	**٠,٠٠٦	٥٠,٩٧	**٠,٠٠٧	٥,٨٥٥
١٠- نمط الملكية	*	١,٧٢٥	*	٣,٤٣٠
	٠,١٨٠		٠,١٨٠	

* معنوية عند مستوى أقل من ٠,٠١

** معنوية عند مستوى أقل من ٠,٠٠١

وتشير النتائج الإحصائية إلى ان هناك إدراكاً عاماً من غالبية الأطباء لوجود حالات تنويم غير ضرورية سواء كانت المستشفيات مملوكة لوزارة الصحة أو لجهات حكومية أخرى أو للقطاع الخاص. وعلى الرغم من عدم وجود فروق معنوية في مدى إدراك الأطباء لمشكلة التنويم غير الضروري إلا أن الملاحظ ارتفاع نسبة هذا الإدراك بين أطباء المستشفيات الحكومية الأخرى (٨٩٪) مقارنة بمستشفيات وزارة الصحة (٨٠٪) والمستشفيات الخاصة (٧٩٪).

ويمكن تفسير الاختلاف في مدى إدراك الأطباء لمشكلة التنويم غير الضروري في ضوء وجهات النظر الآتية:

أولا: إذا اعتبرت نسبة الأطباء المؤيدين لوجود حالات التنويم غير الضرورية مؤشراً على كثرة وجود وتكرار هذه الحالات، ففي هذه الحالة تكون نسبة إهدار الموارد الصحية في المستشفيات الحكومية الأخرى أعلى منها في مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الخاصة.

ثانيا: إذا اعتبرت نسبة الأطباء المؤيدين لوجود حالات التنويم غير الضرورية مؤشراً على ارتفاع درجة إدراك الأطباء لوجود هذه الحالات، فإنه يمكن اعتبار الأطباء في المستشفيات الحكومية الأخرى اكثر إدراكا لخطورة مشكلة التنويم غير الضروري من الأطباء والعاملين في مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الخاصة.

ويعتقد أن وجهة النظر الثانية أقرب كثيراً إلى الصواب من الأولى ولاسيما أن غالبية مستشفيات الجهات الحكومية الأخرى تدار بوساطة شركات إدارة متخصصة على عكس غالبية مستشفيات وزارة الصحة والقطاع الخاص. ولاشك أن شركات الإدارة المتخصصة تعمل من جانبها على ترشيد الإنفاق وضغط المصروفات حتى تحقق قدرا أكبر من الوفورات ومن ثم تزداد ربحيتها، هذا من جانب، وأيضا حتى تتمتع الشركة بمركز تنافسي أفضل عند تجديد العقود يتيح لها تخفيض قيمة العقد ومن ثم الاستمرار في إدارة المستشفى.

ويؤكد وجهة النظر هذه وجود فروقات معنوية (عند مستوى ٠,٠٠٦) بين مدى إدراك الأطباء لمشكلة حالات التنويم غير الضرورية في ضوء اختلاف نمط إدارة المستشفى، حيث نجد أن (٩٠٪) من الأطباء العاملين في مستشفيات تدار بوساطة عقود إدارة (أغلبها لجهات حكومية أخرى وبعض مستشفيات وزارة الصحة) تدرك أبعاد هذه المشكلة مقارنة بـ (٧٥٪) من الأطباء العاملين في مستشفيات تحت هيئة إدارية معينة من قبل وزارة الصحة أو الملاك.

ولاشك أن انخفاض معدل الإدراك للأطباء العاملين في المستشفيات الخاصة (٧٩٪) مقارنة بالمعدل العام (٨٣٪) ومعدل باقي المستشفيات له مايبرره حيث يقوم المريض بدفع كامل تكاليف الخدمة العلاجية بغض النظر عن ارتفاعها أو المغالاة فيها، بالإضافة إلى أن إيرادات التنويم وما ينتج عنه من إيرادات إضافية للإجراءات الطبية المترتبة عليه تمثل مصدرا رئيسيا لدخل المستشفيات الخاصة، ومن ثم فإن الزيادة في حالات التنويم (صح/خطأ) تحقق زيادة في الدخل والأرباح.

ويعتقد أن حالات التنويم غير الضرورية في المستشفيات الخاصة أعلى منها في باقي المستشفيات وأن عدد هذه الحالات سيستمر في الارتفاع والزيادة نظرا لعدم وجود هيئات رقابية بالمعنى الصحيح ولغياب جهات تستطيع أن تضغط على هذه المستشفيات لتعمل على تخفيض واحتواء تكاليف التشغيل.

كذلك، تشير النتائج الإحصائية إلى وجود فروق معنوية عند مستوى أقل من (٠,١) في رؤية

وإدراك الأطباء لمشكلة حالات التنويم غير الضرورية باختلاف فئات عمر الأطباء حيث نجد أن (١٠٠٪) من الأطباء الشبان دون سن ٣٠ سنة يدركون وجود هذه المشكلة مقارنة بالأطباء في فئات العمر الأخرى والذين تفاوتت آراؤهم بين النفي والإيجاب. ولاشك في أن هذه النتيجة مقبولة منطقيا ولها ما يفسرها من أسباب مثل حداثة السن وقلة الخبرة ومن ثم عدم الإلمام بكل الحالات المرضية ومضاعفاتها، بالإضافة إلى أن غالبية الأطباء الشبان (٧٧٪) هم أطباء مقيمون مما قد يتيح لهم فرصة التعرف على حالة المريض عن قرب ومتابعتها طوال فترة التنويم.

كذلك تبين النتائج الإحصائية اتفاق وجهة نظر الأطباء حول حالات التنويم غير الضرورية على الرغم من اختلاف عوامل الجنسية، التخصص، المرتبة الوظيفية، سنوات الخبرة، المؤهل العملي، مكان الحصول على الدرجة العلمية، وكذلك اختلاف نمط ملكية المستشفى.

وجدير بالذكر أن من الدراسات السابقة التي تناولت سلوك الأطباء ونمط القرارات الطبية خاصة ما يتعلق منها بالطلب على موارد المستشفى (مثل التحاليل والأشعة.. إلخ) قد بينت وجود فروق معنوية بين الأطباء طبقا لاختلاف المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، ومكان الحصول على المؤهل العلمي (Hardwick,1981)، إلا أن نتائج الدراسة الحالية تختلف مع هذه الدراسات من حيث أثر العوامل السابقة في رؤية الأطباء وإدراكهم لمشكلة التنويم غير الضروري وعدم اختلاف هذه الرؤية باختلاف سنوات الخبرة أو المؤهل أو مكان الحصول على المؤهل.

العوامل المؤدية إلى وجود حالات التنويم غير الضرورية

يبين جدول ٦ رؤية الأطباء للعوامل المؤدية إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية وكذلك الأهمية النسبية لكل منها. ويتضح أن ترتيب هذه العوامل من حيث الأهمية هو:

١- زيادة معدلات الاستخدام.

٢- غياب سياسة جيدة لتنويم المرضى.

٣- إرضاء المريض.

٤- وفرة الأسرة.

٥- تنويم المرضى بغرض التعلم.

٦- وجود أخطاء في التشخيص.

٧- وجود صلة قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى.

٨- قلة خبرة الأطباء.

٩- إجراء التجارب على المرضى.

وقد اختلفت الأهمية النسبية لهذه العوامل مع اختلاف نمط ملكية المستشفى. ففي المستشفيات

التابعة لوزارة الصحة نجد أن أهم عامل مسبب لحالات التنويم غير الضرورية هو غياب سياسة تنويم جيدة، يليه في الأهمية الرغبة في زيادة معدلات الاستخدام ثم أخطاء الأطباء في تشخيص حالات المرضى. وفي المستشفيات التابعة لجهات حكومية أخرى نجد أن زيادة معدلات الاستخدام هو أكثر العوامل أهمية يليه الرغبة في إرضاء المرضى ثم غياب سياسة جيدة للتنويم.

أما في مستشفيات القطاع الخاص فقد جاء في المركز الأول عامل الرغبة في زيادة معدلات الاستخدام، ثم تنويم المرضى بغرض التعلم من الحالات المرضية، ثم وفرة الأسرة وغياب سياسة جيدة للتنويم.

جدول ٦

أثر نمط الملكية في العوامل المؤدية
إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية

العوامل	(ن = ٢٤٠)		وزارة الصحة (ن =١٢٢)		جهات حكومية (ن = ٧٦)		قطاع خاص (ن = ٤٢)	
	متوسط	الترتيب	متوسط	الترتيب	متوسط	الترتيب	متوسط	الترتيب
١- زيادة معدلات الاستخدام	٣,٢	١	٣,٠٣	٢	٣,١٤	١	٣,٨١	١
٢- تنويم المرضى بغرض التعليم	٢,٥٩	٥	٢,٤	٦	٢,٦٣	٦	٣,٣٠	٢
٣- وفرة الأسرة	٢,٨١	٤	٢,٦٩	٤	٢,٩٢	٤	٢,٩٨	٣
٤- إجراء بعض التجارب	٢,٠٨	٩	١,٩١	٩	٢,٠٣	٩	٢,٧٦	٥
٥- إرضاء المرضى	٢,٨٤	٣	٢,٦٦	٥	٣,٠٤	٢	٢,٩٨	٤
٦- غياب سياسة جيدة للتنويم	٣,٠٦	٢	٣,٢٦	١	١,٠٣	٣	٢,٥٧	٦
٧- وجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى	٢,٣٩	٧	٢,١٨	٨	٢,٨٠	٥	٢,٢٦	٨
٨- تشخيص خاطئ	٢,٥٧	٦	٢,٧٨	٣	٢,٤٢	٧	٢,٢١	٩
٩- قلة خبرة الأطباء	٢,٣١	٨	٢,١٨	٧	٢,٣٨	٨	٢,٥٥	٧

وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة في عدد من النواحي. فقد خلصت دراسات (Restuccia) السابق ذكرها إلى أن حالات التنويم غير الضرورية ترجع إلى تنويم المريض مبكرا عما يجب Premature Admission، عدم حاجة المريض إلى التنويم من الأساس، ثم إمكان

تقديم الرعاية الصحية المطلوبة في مستوى علاجي أقل تكلفة من العيادات الداخلية. كذلك أكدت Booth(1991) في دراستها أن هناك سبباً وحيداً فقط وراء حالات التنويم غير الضرورية هو إمكان تقديم الرعاية المطلوبة في مستوى علاجي منخفض التكلفة. وقد وضعت هذه الأسباب من منظور طبي في ضوء عدد من المعايير الفنية. إلا أن هذه الدرسات لم تتطرق إلى ما هو أبعد من المعايير الفنية وبالتالي لم تتطرق إلى الاجابة عن عدد من التساؤلات مثل ماهي الدوافع والعوامل وراء تنويم المريض مبكرا عما يستحق؟ لماذا تم تنويم المريض على الرغم من إمكان تقديم الرعاية الطبية المطلوبة في العيادات الخارجية، لماذا تم تنويم المريض وهو لايحتاج أساسا إلى هذا النوع من الرعاية؟

وبعيدا عن المعايير الطبية وفي ضوء رؤية الأطباء لأسباب حالات التنويم غير الضرورية. فإن الدراسة الحالية تشير إلى أن الرغبة في زيادة معدلات الاستخدام ومن ثم إظهار المستشفى بأنه يعمل بكامل طاقته الإنتاجية أو بمعدلات قريبة من ذلك قد يكون دافع الأطباء لتنويم المرضى مبكرا عما يجب. وهذا الدافع قد يكون ستارا يخفي وراءه عددا آخر من الدوافع الكامنة التي يجب النظر إليها بحذر وعناية. فارتفاع معدلات الاستخدام في مستشفيات وزارة الصحة هو مبرر رئيس لطلب اعتمادات مالية إضافية وزيادة ميزانية المستشفى، وهو أيضا مبرر لطلب شركات الإدارة المتخصصة زيادة قيمة عقود الإدارة والتشغيل، كما أنه يزيد من إيرادات المستشفيات الخاصة ويحسن من صورة أدائها أمام الملاك بالإضافة إلى عامل آخر يعود على الأطباء بالفائدة ألا وهو استمرارهم في العمل.

كذلك، فإن وفرة الموارد بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة قد بغري الأطباء بتنويم المرضى ممن لاتستدعي حالتهم الصحية ذلك وبالتالي إرضاء المريض (ثالث العوامل من حيث الأهمية)، وترك انطباع لدى مجتمع المرضى بارتفاع جودة الرعاية الصحية المقدمة.

ولاشك أن إجماع الأطباء على اعتبار غياب سياسة جيدة للتنويم أحد العوامل المهمة المؤدية إلى حالات التنويم غير الضرورية، يعد مؤشراً قوياً على غياب دور الأجهزة الإدارية وضعف رقابتها على الأداء بالمستشفى.

ويوضح جدول ٧ أثر نمط الإدارة وكذلك السمات الشخصية للأطباء في العوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية. وكما هو مبين فإن نمط إدارة المستشفى قد أوجد فروقا معنوية بدرجات مختلفة في رؤية الأطباء لهذه العوامل، باستثناء عامل وفرة الأسرة وعامل وجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى (علاقات اجتماعية).

أما عن جنسية الأطباء فقد كان لها أثر في تفاوت رؤية الأطباء بخصوص عامل زيادة معدلات الاستخدام ووجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى. فقد ارتفع متوسط الأطباء من الجنسيات الأوروبية (٣,٥)، والعربية (٣,٤) والسعودية (٣,١) والدول الأخرى (٣,١) (وتشمل الهند، باكستان، الفلبين، وبعض الدول الآسيوية). بينما انخفض المتوسط بالنسبة لأطباء أميركا. أما عن العلاقات الاجتماعية ووجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى فإن الأطباء

السعوديين هم أكثر الفئات شعورا بضغط هذا العامل وفي تسببه في بعض حالات التنويم غير الضرورية مقارنة بالأطباء من جنسيات أخرى.

وتشير نتائج التحاليل الإحصائية إلى وجود فروق معنوية بين الأطباء في فئات العمر المختلفة وعامل الأسرة والعوامل الاجتماعية (صلات قرابة...). كذلك تبين النتائج أن رؤية الأطباء لعامل إرضاء المرضى والعوامل الاجتماعية، قد اختلفت اختلافا معنوياً بالنسبة لتخصص الأطباء، حيث ارتفع متوسط الأطباء غير الجراحين عن متوسط الأطباء الجراحين فيما يتعلق بكلا العاملين.

وتبين النتائج الإحصائية أن اختلاف سنوات الخبرة أدى إلى اختلاف في وجهة نظر الأطباء تجاه عوامل التعلم من تنويم المرضى ووفرة الأسرة، بينما أدى اختلاف المرتبة الوظيفية إلى وجود اختلافات جوهرية حول رؤية الأطباء لكل من عامل غياب سياسة تنويم واضحة ووجود أخطاء في التشخيص. أما عن أثر المؤهل العلمي فقد أدى إلى وجود فروق معنوية في وجهة نظر الأطباء حول العوامل: زيادة معدلات الاستخدام، إجراء تجارب على المرضى، والعلاقات الاجتماعية بين المرضى والعاملين في المستشفى. ولم يكن لمكان الحصول على المؤهل أثر سوى في عامل وجود أخطاء في التشخيص كسبب لحالات التنويم غير الضرورية.

الخلاصة أن السمات الشخصية للأطباء من حيث الجنسية، المؤهل، الخبرة،... إلخ. وكذلك نمط الإدارة ونمط الملكية قد أثرت بدرجات متفاوتة في رؤية الأطباء للعوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية، وأن اكثر هذه المتغيرات تأثيرا في وجهة نظر الأطباء في أسباب وجود حالات تنويم غير ضرورية هو نمط إدارة المستشفى.

جدول٧
أثر السمات الشخصية في العوامل المؤدية
إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية

العوامل	نمط الادراة				الجنسية			
	(P)	F	(P)	X	(P)	F	(P)	X
١- زيادة معدلات الاستخدام	٠,٠٠٢**	٣,٦٣	٠,٠٠٣**	١١,٧٠	٠,٠٠٩***	٢,٠٣١	٠,١٣	٣,٧
٢- تنويم المرضى بغرض						٠,٣٩		
التعليم	٠,٠٠٧**	٥,٠٩	٠,٠٠٧**	١٠,٠٢	٠,٨١	٠,١٨	٠,٨٤	١,٣٩
٣- وفرة الأسرة	٠,٠١٨	١,٧٣	٠,١٣	٤,٠	٠,٩٤	٠,٨٩	٠,٩٤	٠,٧٣
٤- إجراءات بعض التجارب	٠,٠٠٠**	١٢,١٢	٠,٠٠٠**	٢٧,٠٧	٠,٤٦	٠,٩٣	٠,٤٤	٣,٧٦
٥- إرضاء المرضى	٠,٠٢*	٣,٧٥	٠,٠٢*	٧,٦٨	٠,٤٥		٠,٤٢	٣,٩٢
٦- غياب سياسة جيدة						١,٤٥		
للتنويم	٠,٠٠٩**	٤,٧٦	٠,٠٠٥**	١٠,٥٣	٠,٢٢		٠,٢٥	١,٤٢

تابع جدول٧

أثر السمات الشخصية في العوامل المؤدية
إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية

العوامل	نمط الادراة				الجنسية			
	(P)	F	(P)	X	(P)	F	(P)	X
٧- وجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى	٠,٤٨	٠,٧٥	٠,٤٩	١,٤٢	٠,٠٠٨***	٢,١١	٠,٢٨	٥,٥٨
٨- تشخيص خاطئ	٠,٠٠٧**	٤,٩٩	٠,٠٢١	٧,٦٤٤	٠,٣٠	١,٢٢	٠,٣٦	٤,٣٧
٩- قلة خبرة الأطباء	٠,٠٠٥**	٢,٩٢	٠,٠٢	٧,٩١	٠,٠٥٨	٠,٧٢	٠,٥٠	٨,٣٨

العوامل	السن				التخصص			
	(P)	F	(P)	X	(P)	F	(P)	X
١- زيادة معدلات الاستخدام	٠,٠٥٩	٠,٥٣	٠,٦١	١,٩٦	٠,١٦	١,٩٦	٠,١٦	١,٩٣
٢- تنويم المرضى بغرض التعليم	٠,٥٧	٠,٥٧	٠,٥٧	٢,٠٠	٠,١٦	٢,٠٠	٠,١٩	١,٧٩
٣- وفرة الأسرة	٠,٠٠٨***	٢,٠٥٢	٠,١٨	٠,٠٠٢	٠,٩٧	٠,٠٠٢	١,٠٠	٠٠٠
٤- إجراء بعض التجارب	٠,٨٨	٠,٨٨	٠,٦٤	٠,١٤	٠,٩١	٠,١٤	٠,٨٩	٠,١٨
٥- إرضاء المرضى	٠,٢٤	١,٤٣	٠,٢٥٠	٥,٣٧	٠,٠٢	٥,٣٧	٠,١٤	٦,٠١
٦- غياب سياسة جيدة للتنويم	٠,١٦	١,٨٦	٠,١٥	٠,٥٣	٠,٤٧	٠,٥٣	٠,٩	٠,٧١
٧- وجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى	٠,١٤*	٤,٣٠	٠,٠٣*	٩,٦٥	٠,٠٠٢**	٩,٦٥	١٠,٠٠*	٩,٧٦
٨- تشخيص خاطئ	٠,٩٠	٠,٩٨٠	٠,٩٤	١,٥٨	٠,٢١	١,٥٨	٠,١٥	٢,٠٨
٩- قلة خبرة الأطباء	٠,٥١	٠,٦٧	٠,٥٣	٥,٢٦	٠,٠٢٢	٥,٢٦	٠,٠٦**	٣,٤٣

تابع جدول٧

أثر السمات الشخصية في العوامل المؤدية إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية

العوامل	المؤهل العلمي				مكان الحصول على المؤهل			
	(P)	F	(P)	X	(P)	F	(P)	X
١- زيادة معدلات الاستخدام	٠,٠٣*	٢,٦٧	٠,٠٢٨*	١٠,٨٦	٠,٦٥	٠,٦٠	٠,٨٠	١,٦١
٢- تنويم المرضى بغرض التعليم	٠,١٢	١,٨٤	٠,١٤	٦,٨٩	٠,١١	١,٨٧	٠,١٢	٧,٣١
٣- وفرة الأسرة	٠,٢٢	١,٤٢	٠,٢٠	٥,٩٥	٠,٩٤	٠,١٩	٠,٩٥	٠,٦٩
٤- إجراءات بعض التجارب	٠,٠٩٧***	١,٨٩	٠,٢٠	٥,٨٧	٠,٧٧	٠,٤٥	٠,٨١	١,٥٨
٥- إرضاء المرضى	٠,٤٠	١,٠١	٠,٣٧	٢,٢٤	٠,١٦	١,٦٣	٠,١٨	٦,٢١
٦- غياب سياسة جيدة للتنويم	٠,٩١	٠,٢٣	٠,٩١	٠,٩٩	٠,٨١	٠,٣٨	٠,٨٢	١,٥١
٧- وجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى	٠,٠٠٨***	٢,٠٨	-,١٠	٧,٥٩	٠,١٥	١,٧٠	٠,١٥	٦,٨١
٨- تشخيص خاطئ	٠,١٧	١,٦٣	٠,٢٦	٥,٢٣	٠,٠٠٨***	٢,٠٧	٠,٠٠٩***	٧,٩٩
٩- قلة خبرة الأطباء	٠,٦٩	٠,٥٥	٠,٧٠	٢,١٨	٠,٢٥	١,٣٤	٠,٢٦	٥,٢٨

العوامل	المرتبة الوظيفية				سنوات الخبرة			
	(P)	F	(P)	X	(P)	F	(P)	X
١- زيادة معدلات الاستخدام	٠,٧١	٠,٨٨	٠,٦٨	٠,٧٧	٠,٩٢	٠,١٧	٠,٨٧	٠,٧٠
٢- تنويم المرضى بغرض التعليم	٠,٩٦	٠,٠٤	٠,٩٢	٠,١٦	٠,٠٩٩***	٢,١١	٠,١٢	٥,٧٧
٣- وفرة الأسرة	٠,٠٤*	٣,١١	٠,٠٥*	٦,١١	٠,٠٥*	٢,٥٧	٠,٠٨***	٦,٥٥
٤- إجراءات بعض التجارب	٠,٨٨	٠,١٢	٠,٩٩	٠,٠٣	٠,٣٣	١,١٤	٠,٣٤	٣,٣٣
٥- إرضاء المرضى	٠,٧٠	٠,٣٦	٠,٦٤	٠,٨٩	٠,٣٦	١,٠٦	٠,٤٠	٢,٨٩
٦- غياب سياسة جيدة للتنويم	٠,٠٣٠*	٣,٤٥	٠,٠٣*	٦,٦٨	٠,١٤	١,٨٤	٠,١٥	٥,٣٣

تابع جدول٧

أثر السمات الشخصية في العوامل المؤدية
إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية

العوامل	المرتبة الوظيفية				سنوات الخبرة			
	(P)	F	(P)	X	(P)	F	(P)	X
٧- وجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى	٠,٣٢	١,١٧	٠,٥٣	١,٢٧	٠,١٥	١,٧٧	٠,٢٩	٣,٧٦
٨- تشخيص خاطئ	٠,٠٦***	٢,٨٠	٠,١٤	٣,٩٠	٠,٦٢	٠,٥٩	٠,٧٠	١,٤١
٩- قلة خبرة الأطباء	٠,٩٨	٠,٠٢٠	٠,٩٨	٠,٠٢	٠,٦٧	٠,٥١	٠,٧٨	١,٠٩

مستوى المعنوية:
* معنوي عند مستوى ٠,٠٥ > P
** معنوي عند مستوى ٠,٠١ > P
*** معنوي عند مستوى ٠,٠١ > P

العوامل المؤدية إلى وجود إجراءات طبية غير ضرورية

تم الاستفسار عن العوامل المؤدية إلى وجود إجراءات طبية غير ضرورية (تحاليل، إشعات.. إلخ) وكذلك وجود فترات تنويم غير ضرورية (جدول ٨)، وتبين من إجابات مفردات العينة أن هذه العوامل مرتبة طبقا لأهميتها هي:

(أ) الأسباب وراء وجود إجراءات طبية غير ضرورية:

١- حتى يتأكد الأطباء من صحة التشخيص.

٢-حتى يحمي الأطباء إنفسهم من المساءلة عن الأخطار المهنية.

٣- اختلاف نتائج الإجراءات عن توقعات الأطباء.

٤- إرضاء المرضى.

٥- ضياع نتائج التحاليل السابق إجراؤها.

٦- تكرار الأخطار في نتائج الإجراءات.

جدول ٨

أثر نمط الملكية في العوامل المؤدية
إلى وجود اجراءت طبيبية غير ضرورية

العوامل	(ن = ٢٤٠)		وزارة الصحة (ن =١٢٢)		جهات حكومية (ن = ٧٦)		قطاع خاص (ن = ٤٢)	
	متوسط	الترتيب	متوسط	الترتيب	متوسط	الترتيب	متوسط	الترتيب
١- حتى يتأكد الأطباء من التشخيص	٣,٩٤	١	٣,٩٣	١	٣,٨٩	١	٤,٠٧	١
٢- ضياع نتائج التحليل	٢,٨٤	٧	٢,٨٠	٩	٢,٨٣	٦	٢,٩٥	٦
٣- إرضاء المرضى	٢,٩٧	٦	٢,٨٨	٧	٢,٨٣	٧	٣,٥٠	٢
٤- ليحمي الأطباء أنفسهم من المساءلة	٣,٣٩	٢	٣,٤٤	٢	٣,٤٥	٢	٣,١٤	٤
٥- تكرار الأخطاء في النتائج	٢,٦٧	١١	٢,٧١	١٣	٢,٥٣	١٢	٢,٧٩	١١
٦- اختلاف النتائج عن توقعات الطبيب	٢,٩٨	٥	٣,٠٢	٥	٢,٩٥	٤	٢,٩٠	٧
٧- استخدام مواد خام رديئة	٢,٦٣	١٢	٢,٧٩	١٠	٢,٣٠	١٤	٢,٧٦	١٢
٨- عدم كفاءة الفنيين	٢,٥٠	١٥	٢,٧٢	١٢	٢,٢١	١٥	٢,٣٨	١٥
٩- نظام سيئ لحفظ الملفات	٢,٧٠	١٠	٢,٩٢	٦	٢,٥٣	١١	٢,٤٠	١٤
١٠- استخدام معدات وآلات سيئة	٢,٣٨	١٦	٢,٥٦	١٥	٢,٠٥	١٧	٢,٣٦	١٦
١١- تأخر إجراءات خروج المرضى	٢,٦١	١٣	٢,٦٤	١٤	٢,٧٤	٨	٢,٣١	١٧
١٢- وجود فترات تنويم غير ضرورية قبل بدء العلاج	٢,٧٩	٩	٢,٨٥	٨	٢,٧٠	٩	٢,٧٩	١٠
١٣- رغبة المرضى في البقاء في المستشفى	٣,٢٢	٣	٣,١٣	٤	٣,٣٤	٣	٣,٢٦	٣
١٤- عدم وجود سجلات طبية	٣,٠٠	٤	٣,٢٧	٣	٢,٥٩	١٠	٢,٩٨	٥
١٥- خدمات تمريض سيئة	٢,٣٢	١٧	٢,٢٥	١٧	٢,١٢	١٦	٢,٨٦	
١٦- أخطاء في التشخيص	٢,٥٦	١٤	٢,٥٧	١٦	٢,٣٨	١٢	٢,٨٦	٩
١٧- طول الوقت اللازم لانهاء إجراءات الخروج	٢,٧٩	٨	٢,٧٤	١١	٢,٩٥	٥	٢,٦٧	١٣

(ب) الأسباب وراء وجود فترات تنويم غير ضرورية:

١- رغبة المرضى في البقاء في المستشفى.

٢- طول الوقت اللازم لانهاء إجراءات خروج المريض من المستشفى.

٣- وجود فترات تنويم غير ضرورية قبل بدء مرحلة العلاج الضروري - تنويم مبكر.

٤- تأخر إجراءات إخراج المريض من المستشفى.

(جـ) أسباب مشتركة:

١- عدم وجود سجلات طبية.

٢- نظام سيىء لحفظ الملفات.

وقد تفاوتت الأهمية النسبية لهذه العوامل طبقا لنمط ملكية المستشفى، نمط الإدارة، وكذلك السمات الشخصية للأطباء. فمن حيث الملكية نجد أن هناك إجماعاً بين الأطباء بغض النظر عن ملكية المستشفى، على أن التأكد من التشخيص هو أهم العوامل المسببة لعمل إجراءات غير ضرورية. وقد جاء عامل رغبة الأطباء في حماية أنفسهم من المساءلة عن التقصير والأخطاء المهنية (malpractice) في المرتبة الثانية في المستشفيات الحكومية بصفة عامة، بينما احتل المرتبة الرابعة في الأهمية في مستشفيات القطاع الخاص.

وعلى الرغم من ندرة الحالات التي تم فيها مساءلة الأطباء عن الأخطاء المهنية والتقصير إلا أن رغبة الأطباء في حماية أنفسهم ضد هذا الخطر تدفعهم إلى المغالاة في طلب التحاليل والأشعة. كذلك فإن مريض المستشفيات الحكومية يستطيع أن يشكو الطبيب إلى الإدارة ويتهمه بالتقصير وتقوم الإدارة في هذه الحالة بإجراء التحقيق في الشكوى حتى إذا ثبت إهمال الطبيب تم مجازاته (غالبا بانهاء عقد الطبيب المتعاقد). وهذا بلاشك دافع قوي للأطباء لإجراء المزيد من الإجراءات والتحاليل.

ويرجع السبب في تراجع أهمية هذا العامل إلى المرتبة الرابعة في المستشفيات الخاصة إلى غياب الأجهزة الرقابية المهنية بصفة عامة وضعف الرقابة بصفة خاصة وجهل المريض بالإجراءات الممكن اتخاذها لمساءلة الأطباء في المستشفيات الخاصة.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت إليه عدة دراسات سابقة Chassin (1987), Winslow (1988) اللتان أظهرتا أن ما يقرب من ثلث الإجراءات الطبية باهظة التكلفة تتم من غير ماداع إليها وأن السبب في ذلك يعود إلى سلوك الأطباء الذي يتأثر بشكل كبير بعامل الخوف من المساءلة عن الأخطاء المهنية والتقصير. كما بينت دراسة Chan (1990) أن العوامل المؤثرة في دور الطبيب في احتواء التكاليف تشمل عدم معرفة الطبيب بتكلفة الإجراءات بالإضافة إلى الخوف من المساءلة عن التقصير والأخطاء المهنية.

جدول ٩

أثر السمات الشخصية في العوامل المؤدية إلى وجود إجراءات طبية غير ضرورية

العوامل	الإدارة				الجنسية			
	(P)	F	(P)	X^2	(P)	F	(P)	X^2
١- حتى يتأكد الأطباء من صحة التشخيص	٠,٢	١,٦٢	٠,٠٤**	٦,٨٣	٠,٤٦	٠,٩٠	٠,١٩	٦,١٩
٢- ضياع نتائج التحليل	٠,٢٢	١,٦١	٠,١٨	٨,٤٩	٠,٣٣	١,١٦	٠,٣٤	٤,٥٢
٣- إرضاء المرضى	٠,٠٠٥***	٥,٤١	٠,٠٠٥***	١٠,٥١	٠,٠١***	١,٣١	٠,٠١***	١٢,٥٢
٤- ليحمي الأطباء انفسهم من المساءلة	٠,٢٥	١,٤٠	٠,٠٦*	٥,٦٩	٠,٥٨	٠,٧١	٠,٥٨	٢,٨٢
٥- تكرار الأخطاء في النتائج	٠,٠٣**	٨,٥٧	٠,٣٠**	٧,٨٧	٠,٠٩***	٣,٤٣	٠,٠٧***	١٤,٠٧
٦- اختلاف النتائج عن توقعات الطبيب	٠,٠٥**	٢,٩٩	٠,٠٤**	٦,٣٣	٠,٧٠	٠,٥٥	٠,٥٩٥	٢,٨٠
٧- استخدام مواد خام رديئة	٠,٠٠٠***	١٥,٨٢	٠,٠٠٠***	٣٠,٨١	٠,٦٤	٠,٦٣	٠,٤٦٠	٣,٦٥
٨- عدم كفاءة الفنيين	٠,٠٠٠***	١٦,٢٨	٠,٠٠٠***	٣٠,٠٨	٠,٢٦	١,٣٣	٠,٠٦**	٨,٨٨
٩- نظام سيئ لحفظ الملفات	٠,٠٠٠***	٩,٨٦	٠,٠٠٠***	١٩,٦٥	٠,٠٨*	٢,١٠	٠,٠٥**	٩,٧٢
١٠- استخدام معدات وآلات سيئة	٠,٠٠٠***	١٤,٨٩	٠,٠٠٠***	٢٨,٨٧	٠,٣٤	١,١٢	٠,٢٥٠	٥,٣٤
١١- تأخر إجراءات خروج المرضى	٠,٠٩*	٨,٨١	٠,٠٦*	٥,٤٦	٠,٥٢	٠,٨٠	٠,٤٨٠	٣,٤٩
١٢- وجود فترات تنويم غير ضرورية قبل بدء العلاج	٠,٤٧	٠,٧٤	٠,٠٢*	٨,١٦	٠,٣٤	١,١٤	٠,٣٩٠	٤,١٠
١٣- رغبة المرضى في البقاء في المستشفى	٠,٤٨	,٧٣	٠,٤٥	١,٥٧	٠,٨٢	٠,٣٨	٠,٧٤٠	١,٩٧
١٤- عدم وجود سجلات طبية	٠,٠٠٠***	١٢,٨٠	٠,٠٠٠***	٢١,٤١	٠,٠٠٣***	٤,٠٦	٠,٠٠٤***	١٥,٠٥
١٥- خدمات تمريض سيئة	٠,٠٠٠***	١٠,٢٣	٠,٠٠٠***	٢٧,١٠	٠,٥٣	٠,٧٩	٠,٥٢٠	٣,٢٤
١٦- أخطاء في التشخيص	٠,٠٨*	٨,٤٢	٠,٠٠٥***	١٠,٤٣	٠,٢٤	١,٣٩	٠,٢٠٠	٥,٩٣
١٧- طول الوقت اللازم لانهاء اجراءات الخروج	٠,٦٠	٠,٥٠	٠,٧٤	٠,٥٩	٠,٠٣**	٢,٧٨	٠,٠٤**	١٠,٠١

تابع جدول ٩

أثر السمات الشخصية في العوامل المؤدية إلى وجود إجراءات طبية غير ضرورية

العوامل	المرتبة الوظيفية				سنوات الخبرة			
	(P)	F	(P)	X^2	(P)	F	(P)	X^2
١- حتى يتأكد الأطباء من صحة التشخيص	٠,٥٦	٠,٥٨	٠,٢٢	٨,٠٢	٠,٣٧	١,٠٤	٠,١٢	٥,٧٦
٢- ضياع نتائج التحليل	*٠,١٠	٢,٢٨	*٠,٠٩	٤,٦٦	٠,٣١	١,٢	٠,٣٣	٣,٣٦
٣- إرضاء المرضى	٠,٥١	٠,٦٦	٠,٥٠	١,٨٨	٠,٦٤	٠,٥٦	٠,٦٥	١,٦٦
٤- ليحمي الأطباء انفسهم من المساءلة	٠,٩٤	٠,٠٧	٠,٩٨	٠,٠٤	٠,٥٦	٠,٦٨	٠,٥٧	٢
٥- تكرار الأخطاء في النتائج	٠,٠٠٢***	٦,١٦	٠,٠٠٢***	١١,٨٦	٠,٠٠٨***	٣,٩٧	٠,٠٨***	١١,٧
٦- اختلاف النتائج عن توقعات الطبيب	٠,١٤	١,٩٤	٠,٠٨***	٤,٩٦	٠,٦٠	٠,٦٣	٠,٦٤	١,٦٨
٧- استخدام مواد خام ردئية	٠,٠٠٠***	٧,٨١	٠,٠٠٠***	١٤,١٩	٠,٠٠***	٥,٧٧	٠,٠٠***	١٧,٩٢
٨- عدم كفاءة الفنيين	٠,٠٠٣***	٦,٠٩	٠,٠٠٢***	١٢,٦٨	٠,٠١٣**	٣,٦٧	٠,٠١٨***	١٠,٠٤
٩- نظام سيئ لحفظ الملفات	٠,٠٠١***	٦,٦٧	٠,٠٠٠***	١٤,٨٤	٠,١٩	١,٥٩	٠,١٣	٥,٦٨
١٠- استخدام معدات وآلات سيئة	٠,١٨	٢,٠٨	٠,١١	٤,٨٨	٠,٠٣**	٢,٩٠	٠,٠٤**	٧,٩٨
١١- تأخر إجراءات خروج المرضى	٠,١٢	٢,١٧	٠,١٨	٨,٩٨	٠,٢٦	١,٣٣	٠,٣٦	٣,١٩
١٢- وجود فترات تنويم غير ضرورية قبل بدء العلاج	٠,١٨	٢,٠٤	٠,١٦	٨,٥٨	٠,٦٧	٠,٥٢	٠,٧٨	١,٢٧
١٣- رغبة المرضى في البقاء في المستشفى	٠,٩٨	٠,٠٢	٠,٩٦	٠,٠٨	٠,٨٩	٠,٠٢	٠,٨٦	٠,٧٤
١٤- عدم وجود سجلات طبية	٠,٠٠٢***	٦,٤١	٠,٠٠٢***	١٢,٦٥	٠,٢٨	١,٢٩	٠,٢٩	٨,٧٨
١٥- خدمات تمريض سيئة	٠,٨٤	٠,١٧	٠,٩٤	٠,١١	*٠,١	٢,٠٨	*٠,٠٩	٦,٨١
١٦- أخطاء في التشخيص	٠,٠٣**	٨,٦٩	٠,٠٥**	٥,٧٧	٠,٠٤**	٢,٧٦	٠,٠٤**	٧,٨٨
١٧- طول الوقت اللازم لإنهاء إجراءات الخروج	٠,١٤	١,٩٧	٠,٢١	٨,١١	٠,٠٠١***	٥,٦٣	٠,٠٠١***	٥,١٩

تابع جدول ٩

أثر السمات الشخصية في العوامل المؤدية إلى وجود إجراءات طبية غير ضرورية

العوامل	السن			التخصص		
	(P)	F	X^2	(P)	F	X^2
١- حتى يتأكد الأطباء من صحة التشخيص	٠,٦٦	٠,٤١	١,٦٨	٠,٦٠	٠,٢٧	١,٢٩
٢- ضياع نتائج التحليل	٠,٢٨	١,٢٧	٣,٢٢	٠,٨١	٠,٠٦	١,٠٤
٣- إرضاء المرضى	٠,٧١	٠,٣٤	٠,٦٣	٠,١٦	٠,١٩	٠,١٩٤
٤- ليحمي الأطباء انفسهم من المساءلة	٠,٧٨	٠,٢٥	٠,٣٥	٠,٥٧	٠,٣٣	٠,٨١
٥- تكرار الأخطاء في النتائج	٠,٠٠٥***	٥,٤٢	١٠,٣٩	٠,٠٠٦***	٧,٥٩	٦,٨٧
٦- اختلاف النتائج عن توقعات الطبيب	٠,٥٤	٠,٦١	١,٤١	٠,٠٤**	٤,٣١	٤,٣٩
٧- استخدام مواد خام رديئة	٠,٠٠٢***	٦,٢٣	١٢,٩٤	٠,٨٢	٠,٠٥	٠,٢١
٨- عدم كفاءة الفنيين	٠,٠٩*	٢,٤١	٥,٦٩	٠,٧٦	٠,٠٩	٠,١٦
٩- نظام سيئ لحفظ الملفات	٠,٠٢**	٣,٨	٧,٦٨	٠,٤٣	٠,٦١	٠,٦٤
١٠- استخدام معدات وآلات سيئة	٠,٠٥**	٣,١١	٤,٧٨	٠,٧١	٠,١٣	٠,٢٧
١١- تأخر إجراءات خروج المرضى	٠,٠٢**	٣,٧٥	٧,٣٨	٠,٣١	١,١٦	١,٢٦
١٢- وجود فترات تنويم غير ضرورية قبل بدء العلاج	٠,٢٢	١,٥٣	٢,٣٠	٠,٨٩	٠,٠٢	٠,١٠
١٣- رغبة المرضى في البقاء في المستشفى	٠,٧٨	٠,٢٥	٠,٧٣	٠,١٣	٠,٢٤	٢,٥٤
١٤- عدم وجود سجلات طبية	٠,٢٧	١,٣١	٢,٩٩	٠,٣٤	٠,٩١	١,٢٥

تابع جدول ٩

أثر السمات الشخصية على العوامل المؤدية الى وجود اجراءات طبية غير ضرورية

العوامل	السن				التخصص			
	(P)	F	(P)	X^2	(P)	F	(P)	X^2
١٥- خدمات تمريض سيئة	٠,٠٧*	٢,٦٢	٠,١١	٤,٣٤	٠,١٣	٢,٣٢	٠,٢٠	١,٦٣
١٦- أخطاء في التشخيص	٠,٠٧*	٢,٦٣	٠,١٢	٤,٣١	٠,٠٧*	٣,٣٧	٠,١٠*	٢,٦٣
١٧- طول الوقت اللازم لانهاء اجراءات الخروج	٠,٠٠٢**	٥,٦٠	٠,٠٠٣***	١١,٦٤	٠,٥٠**	٣,٨٢	٠,٠٨*	٢,٩١

مستوى المعنوية:
* معنوية عند مستوى P < ٠,١
** معنوية عند مستوى P < ٠,٠٥
*** معنوية عند مستوى P < ٠,٠١

ويؤكد أهمية هذا العامل في تشكيل سلوك الأطباء وربما دفعهم إلى المغالاة في الطلب على الخدمات الطبية عدم وجود فروق معنوية في رؤية الأطباء لهذا العامل على الرغم من اختلاف سماتهم الشخصية مثل العمر، الجنسية، الجنس، التخصص.. إلخ.

وقد جاء عامل اختلاف نتائج التحاليل والإجراءات الطبية عن توقعات الأطباء(اختلاف تشخيص الطبيب عن نتائج الإجراءات التشخيصية) في المركز الثالث من حيث الأهمية بالنسبة للعوامل المؤدية إلى وجود إجراءات غير ضرورية، ولكنه جاء في المرتبة الخامسة في الترتيب العام للعوامل جميعها. كذلك، تفاوتت الأهمية النسبية لهذا العامل باختلاف ملكية المستشفى حيث جاء في المرتبة السابعة في مستشفيات القطاع الخاص، والمرتبة الرابعة في المستشفيات المملوكة لجهات حكومية أخرى، كما تفاوتت وجهة نظر الأطباء في هذا العامل طبقا لعامل التخصص (جراح/غير جراح).

وقد حظي عامل إرضاء المرضى بدرجة عالية من الأهمية من حيث الترتيب العام لجميع العوامل التي تتعلق بالإجراءات الطبية أو التنويم. ولاشك أن تقديم خدمة علاجية متميزة هي الهدف الرئيسي لجميع وحدات القطاع الصحي. وينتج عن ذلك شفاء المريض أو تحسن حالته الصحية والتي بدورها تولد الشعور لدى المريض بالرضى عن الخدمة المتقدمة. وعلى هذا، فإن الطلب على الإجراءات والتحاليل يجب أن يتم على أساس الخدمة العلاجية المطلوبة أولا وليس بغرض إرضاء المريض.

وقد جاء عامل إرضاء المرضى في المرتبة الثانية من الأهمية في مستشفيات القطاع الخاص. وهذا شيء مقبول منطقيا في ضوء قاعدة (رضاء العميل غاية) وطالما أن العميل (المريض) سيقوم بدفع كامل تكلفة التحاليل والإجراءات سواء الضروري منها أو غير الضروري.

ويشترك مع عامل إرضاء المرضى في الأهمية عامل آخر مرتبط به هو تحقيق رغبة المريض في البقاء في المستشفى والذي جاء في المرتبة الثالثة في الترتيب العام والمرتبة الأولى بالنسبة لفترات التنويم غير الضرورية. ولاشك في أن هذه النتيجة لها دلالات عالية من الأهمية حيث لم يذكر عامل رضاء المرضى في أي من الدراسات السابقة كسبب من أسباب وجود إجراءات غير ضرورية وفترات تنويم غير ضرورية. ويعتقد أن أهمية هذا العامل قد ترجع إلى:

١- اعتماد وحدات القطاع الصحي بالمملكة وبدرجة عالية على الأطباء الوافدين من جنسيات مختلفة والذين بدورهم يعملون على إرضاء المرضى ولاسيما المواطنين حتى يحققوا من وراء ذلك سمعة طيبة قد تكون سببا في استمرارهم في العمل. وقد وجد أن عامل الجنسية له أثر معنوي في عامل رضاء المرضى.

٢- وفرة الموارد والإمكانيات المادية والبشرية مما قد يؤدي إلى استغلال هذه الموارد لإرضاء المرضى بغض النظر عن حاجتهم الفعلية إلى هذه الخدمات العلاجية.

وقد بينت الدراسة أيضا أن عدم وجود سجلات طبية للمرضى أو وجود نظام سيئ لحفظ الملفات الطبية من العوامل المهمة المؤدية إلى تبديد الموارد الصحية وضياعها في إجراءات غير ضرورية. فبالنسبة لعامل عدم وجود سجلات طبية فقد جاء في المركز الرابع من حيث الأهمية على المستوى العام لجميع العوامل، وإن اختلفت درجة الأهمية طبقا لنمط ملكية المستشفى. ففي مستشفيات وزارة الصحة جاء هذا العامل في المرتبة الثالثة، كما جاء في المرتبة الخامسة في مستشفيات القطاع الخاص، وحظي بأهمية متأخرة (العاشرة) في المستشفيات الحكومية الأخرى.

ويترتب على عامل غياب السجلات الطبية وأيضا عامل النظام السيئ لحفظ الملفات عدد من النتائج التي بدورها تؤدي إلى إهدار الموارد ومنها ضياع نتائج التحاليل والأفلام الإشعاعية التي سبق إعدادها وكذلك تكرار الأخطاء وعدم استكمال الملفات الطبية مما يدعو الأطباء إلى إعادة طلب إجراء التحاليل و الأشعة مرة أخرى، هذا وقد اختلفت رؤية الأطباء لهذا العامل مع اختلاف عوامل المرتبة الوظيفية و الجنسية، بينما لم تتأثرهذه الرؤية باختلاف باقي المقومات الشخصية للأطباء.

أما عن العوامل المؤدية إلى وجود فترات تنويم غير ضرورية، فقد تركزت في عوامل إرضاء المرضى وتحقيق رغبتهم في البقاء فترة بالمستشفى، وكذلك تنويم المرضى مبكرا، بالإضافة إلى تأخر إجراءات خروج المرضى من المستشفى.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة باستثناء عامل تحقيق رغبة المرضى في البقاء في المستشفى الذي لم يذكر في أي دراسة سابقة، مما يدعو إلى التساؤل عن هذا الوضع الفريد.

اختبار الفرضيات

١- نصت الفرضية الأولى للبحث على عدم وجود حالات تنويم غير ضرورية إلا أن نتائج الدراسة أوضحت أن نسبة كبيرة من الأطباء (٨٤٪) تدرك وجود مشكلة التنويم غير الضروري، وقد تفاوتت هذه النسبة بين الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة (٨٠٪) والمستشفيات المملوكة لجهات حكومية أخرى (٨٩٪)ومستشفيات القطاع الخاص (٧٩٪). ولم توجد أي فروق معنوية بين الأطباء ورؤيتهم لمشكلة حالات التنويم غير الضرورية.

وفي ضوء النتائج السابقة فقد تم رفض هذا الفرض العدمي ومن ثم قبول الفرض البحثي الذي ينص على وجود حالات تنويم غير ضرورية وأن هذه المشكلة يدركها غالبية الأطباء.

٢- أظهرت الدراسة أيضا أن هناك طلباً غير ضروري وغيرمبرر على الخدمات الطبية التشخيصية من تحاليل وإشعاعات، ومن ثم فإنه يمكن رفض فرضية العدم الثانية التي تنص على «عدم وجود طلب غير ضروري على الإجراءات الطبية».

٣- أظهرت نتائج الدراسة أن الأطباء العاملين بمستشفيات تدار بوساطة شركات إدارة متخصصة (عقود تشغيل) أكثر إدراكا لمشكلة التنويم غير الضروري (٨٩٪) من أقرانهم في مستشفيات وزارة الصحة (٨٠٪) ومستشفيات القطاع الخاص (٧٩٪) التي تدار بوساطة موظفين معينين من قبل الملاك. وقد تم اختبار فرضية العدم الثالثة التي تنص على:«عدم وجود اختلاف في رؤية الأطباء حول وجود حالات تنويم غير ضرورية باختلاف نمط إدارة المستشفى».

وقد أظهرت اختبارات تحليل التباين أن هناك فروقاً معنوية بين رؤية الأطباء لمشكلة التنويم غير الضروري باختلاف نمط إدارة المستشفى. ومن ثم، فإنه يمكن رفض فرضية العدم بمستوى معنوية أقل من (٠,٠١) وقبول فرضية البحث بدرجة ثقة (٩٩٪).

٤- تم اختبار فرضية العدم الرابعة التي تنص على: «عدم اختلاف رؤية الأطباء لمشكلة التنويم غير الضروري باختلاف نمط ملكية المستشفى». ونظرا لعدم وجود دلائل إحصائية كافية فإنه لايمكن رفض فرضية العدم هذه وقبول الفرض البحثي. ويدل ذلك على أن مشكلة التنويم غير الضروري هي مشكلة عامة يدركها غالبية الأطباء سواء كانوا عاملين في مستشفيات وزارة الصحة أم في مستشفيات مملوكة لجهات حكومية، أم في مستشفيات مملوكة للقطاع الخاص.

٥- تم إجراء اختبارات تحليل التباين لقياس معنوية الفروق بين رؤية مجموعات الأطباء لمشكلة التنويم غير الضروري طبقا للتباين في السمات الشخصية من جنسية، جنس، عمر، مستوى التعليم، التخصص، سنوات الخبرة، مكان الحصول على المؤهل العلمي، وكذلك المرتبة الوظيفية، حتى يمكن اختبار فرضية العدم الخامسة التي تنص على: «عدم وجود فروق معنوية في رؤية الأطباء لمشكلة التنويم غير الضروري طبقا لاختلاف المقومات الشخصية».

وقد جاءت نتائج هذه الاختبارات على النحو التالي:

أ- لم توجد دلائل إحصائية كافية لرفض الفرض العدمي الخاص بأثر جنسية الطبيب على رؤيته لمشكلة التنويم غير الضروري.

ب - لم توجد دلائل إحصائية كافية لرفض الفرض العدمي الخاص بأثر الجنس على رؤية الطبيب لمشكلة التنويم غير الضروري.

جـ - لم توجد دلائل إحصائية كافية لرفض الفرض العدمي الخاص بأثر التخصص على رؤية الطبيب لمشكلة التنويم غير الضروري.

د - لم توجد دلائل إحصائية كافية لرفض الفرض العدمي الخاص بأثر المستوى التعليمي على رؤية الطبيب لمشكلة التنويم غير الضروري.

هـ - لم توجد دلائل إحصائية كافية لرفض الفرض العدمي الخاص بأثر مكان الحصول على المؤهل على رؤية الطبيب لمشكلة التنويم غير الضروري.

و - لم توجد دلائل إحصائية كافية لرفض الفرض العدمي الخاص بأثر المرتبة الوظيفية على رؤية الطبيب لمشكلة التنويم غير الضروري

ز - بالنسبة لعامل السن، فقد اختلفت رؤية الأطباء لمشكلة التنويم غير الضروري باختلاف عمر الطبيب وذلك عند مستوى معنوية (٨٪)، حيث ارتفت درجة إدراك الأطباء الشبان دون سن ٣٠ سنة (١٠٠٪) لمشكلة التنويم غير الضروري مقارنة بباقي فئات العمر الأخرى.

في ضوء ذلك، فإنه يمكن رفض الفرضية القائلة بعدم اختلاف رؤية الأطباء لمشلكة التنويم غير الضروري باختلاف سماتهم الشخصية حيث اختلفت هذه الرؤية باختلاف عامل السن.

٦- كذلك، بينت الدراسة أن العوامل المسببة لوجود حالات تنويم غير ضرورية قد اختلفت في درجة أهميتها باختلاف نمط ملكية المستشفى. وقد أجريت اختبارات تحليل التباين لاختبار فرضية العدم السادسة التي تنص على عدم اختلاف رؤية الأطباء لدرجة أهمية العوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية باختلاف نمط ملكية المستشفى.

وقد تم رفض فرضية العدم وقبول فرضية البحث حيث اختلفت درجة أهمية العوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية من مستشفى إلى آخر طبقا لنوع الملكية.

٧- تم اختبار الفرض العدمي السابع الذي ينص على: «عدم وجود فروق معنوية في رؤية الأطباء للأهمية النسبية للعوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية بالرغم من اختلاف نمط إدارة المستشفى». وقد أظهرت اختبارات تحليل التباين أن اختلاف نمط إدارة المستشفى قد أدى إلى اختلاف رؤية الأطباء فيما يتعلق بأهمية العوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية باستثناء عاملي وفرة الأسرة ووجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى. وقد تراوحت المستويات

المعنوية للفروق بين مجموعات الأطباء طبقا لنمط إدارة المستشفى بين (٠,٠٠٢) و (٠,٠٠٥). وعلى ذلك، فقد تم رفض فرضية العدم وقبول فرضية البحث.

٨- أجريت الاختبارات الإحصائية لتحديد أثر المقومات الشخصية للأطباء في رؤيتهم لأهمية العوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية. وقد تم اختبار فرضية العدم الثامنة التي تنص على: «عدم وجود فروق معنوية في رؤية الأطباء لأهمية العوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية باختلاف المقومات الشخصية للأطباء» وقد جاءت نتائج هذه الاختبارات على النحو التالي:

أ- بالنسبة لجنسية الطبيب فقد أثرت في رؤية الطبيب بالنسبة لكل من عامل زيادة معدلات الاستخدام بمعنوية (٠,٠٩)، وعامل وجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى بمعنوية (٠,٠٨). ولم توجد أي فروق ذات دلالة معنوية لعنصر الجنسية وباقي العوامل الأخرى. وفي ضوء ذلك تم رفض فرضية العدم الخاصة بعدم اختلاف رؤية الأطباء باختلاف جنسيتهم.

ب ـ بالنسبة لعمر الطبيب فقد أدى اختلاف رؤيتهم حول عامل وفرة الأسرة بمعنوية (٠,٠٨) وعامل وجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى بمعنوية (٠,٠١٤). وقد تم رفض فرضية العدم الخاصة بعدم اختلاف رؤية الأطباء باختلاف أعمارهم.

جـ ـ كذلك، أثر عامل تخصص الأطباء في رؤيتهم لأهمية عامل إرضاء المرضى بمعنوية (٠,٠٢). وعامل وجود صلات قرابة بين المرضى العاملين بالمستشفى بمعنوية (٠,٠٣). وعلى هذا، فقد تم رفض فرضية العدم الخاصة بعدم وجود فروق معنوية بين رؤية الأطباء للعوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية باختلاف تخصصهم.

د ـ كما أثر عامل المرتبة الوظيفية في رؤية الأطباء حول أهمية العوامل ووفرة الأسرة بمعنوية (٠,٠٤)، وعدم وجود سياسة جيدة للتنويم بمعنوية (٠,٠٣)، وكذلك وجود أخطاء في التشخيص بمعنوية (٠,٠٦). وقد تم رفض فرضية العدم التي تنص على «عدم اختلاف رؤية الاطباء باختلاف المرتبة الوظيفية».

هـ ـ كما بينت اختبارات تحليل التباين اختلاف وجهة نظر الأطباء طبقا لسنوات الخبرة حول أهمية عامل تنويم المرضى بغرض التعليم بمعنوية (٠,٠٩) وعامل وفرة الأسرة بمعنوية (٠,٠٥)، مما يدعو إلى رفض فرضية العدم التي تنص على عدم وجود فروق معنوية في رؤية الأطباء لأهمية العوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية باختلاف سنوات الخبرة.

و ـ كذلك، أظهرت نتائج الاختبارات الإحصائية وجود فروق معنوية في رؤية مجموعات الأطباء طبقا لاختلاف المؤهل العلمي حول عامل زيادة معدلات الاستخدام عند مستوى معنوية (٠,٠٣) وعامل إجراء التجارب على المرضى بمعنوية (٠,٠٩٧) وعامل وجود صلات قرابة بين المرضى والعاملين بالمستشفى عند مستوى معنوية (٠,٠٨). مما يدعو إلى رفض فرضية العدم التي تنص

على عدم اختلاف رؤية الأطباء للعوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية باختلاف المؤهل العلمي.

ز ـ أما عن مكان الحصول على المؤهل فقد اختلفت رؤية الأطباء طبقاً لذلك حول عامل أخطاء التشخيص بمستوى معنوية (٠,٠٩). وقد تم رفض فرضية العدم الخاصة بعدم وجود فروق معنوية بين مجموعات الأطباء طبقا لمكان الحصول على المؤهل ورؤيتهم لأهمية العوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية. في ضوء ما تقدم فإنه يمكن رفض فرضية العدم التي تنص على عدم وجود فروق معنوية في رؤية الأطباء حول أهمية العوامل المسببة لحالات التنويم غير الضرورية باختلاف السمات الشخصية للأطباء.

٩- فيما يتعلق بأهمية العوامل المؤدية إلى وجود طلب غير ضروري على الإجراءات الطبية (إجراءات غير ضرورية) فقد بينت الدراسة وجود اختلاف في الأهمية النسبية لهذه العوامل طبقا لنمط ملكية المستشفى. وعلى هذا فإنه يمكن رفض فرضية العدم التي تنص على عدم اختلاف الأهمية النسبية للعوامل المؤدية إلى وجود إجراءات طبية غير ضرورية طبقا لاختلاف نمط ملكية المستشفى وقبول فرضية البحث القائل باختلاف الأهمية النسبية لهذه العوامل باختلاف نمط ملكية المستشفى.

١٠- كذلك، أظهرت النتائج الإحصائية أن الأهمية النسبية للعوامل المسببة لوجود طلب غير ضروري على الإجراءات الطبية قد اختلفت باختلاف السمات والمقومات الشخصية للأطباء مما يدعو إلى رفض فرضية العدم التي تنص على عدم وجود فروق معنوية في رؤية الأطباء لأهمية العوامل المسببة لوجود إجراءات طبية غير ضرورية باختلاف السمات الشخصية للأطباء.

الخلاصة

خلصت الدراسة إلى أن هناك ادراكاً عاماً من غالبية الأطباء لوجود مشكلة حالات التنويم غير الضرورية ولم تختلف رؤية الأطباء باختلاف نمط ملكية المستشفى (قطاع خاص، وزارة الصحة، جهات حكومية أخرى)، مما يعني أن هذه المشكلة عامة وتعاني منها جميع المستشفيات.

ولقد تفاوتت درجة إدراك الأطباء لمشكلة التنويم غير الضروري طبقا لنمط إدارة المستشفى حيث ارتفعت درجة الإدراك لهذه المشكلة لدى الأطباء العاملين بمستشفيات تدار بوساطة شركات متخصصة في إدارة المستشفيات (أجنبية في الغالب) عن أقرانهم من الأطباء العاملين في مستشفيات تدار بواسطة افراد معينين من قبل الملاك (وزارة الصحة أو القطاع الخاص).

ونظرا لأن إسناد المهام الإدارية إلى شركات إدارة متخصصة هو أحد أساليب خصخصة وحدات القطاع العام، فإن الباحث يرى ضرورة التوسع في هذا الاتجاه لما يتوقع منه من آثار إيجابية متمثلة في ارتفاع الجودة وانخفاض التكلفة.

كذلك، بينت الدراسة أن العوامل الرئيسية المؤدية إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية هي ـ

حسب درجة أهميتها ـ الرغبة في زيادة معدلات الاستخدام، عدم وجود سياسة تنويم جيدة، إرضاء المرضى، وفرة الأسرة والموارد.

كما أوضحت الدراسة أن هناك فترات تنويم غير ضرورية وأن العوامل وراء ذلك، مرتبة حسب أهميتها، هي إشباع رغبة المريض في البقاء لفترة أطول بالمستشفى، التنويم المبكر، وتأخر خروج المريض من المستشفى بسبب الإجراءات الروتينية. لذلك، **فإنه** من الواجب على إدارة المستشفى وضع سياسة للتنويم يتم بمقتضاها تقسيم الحالات المرضية إلى مجموعات متقاربة وتوضع معايير فنية يتم في ضوئها اتخاذ القرارات الطبية مع تحديد مسؤولية الأفراد في اتخاذ هذه القرارات فضلاً عن إنشاء عدد من اللجان الطبية التي تقوم بمراجعة القرارات الطبية والحكم على مدى صحتها في ضوء المعايير الموضوعة. وهناك العديد من النظم الدولية التي يمكن الاسترشاد بها في وضع هذه السياسة مثل تقسيم الحالات المرضية طبقا للتشخيص أو ما يعرف باسم Diagnosis Related Groups (DRGS) وكذلك لجان مراجعة الاستخدام Utilization Review Committees، وبروتوكول تقييم كفاءة الاستخدام السابق الإشارة إليه.

كما بينت الدراسة أن هناك طلباً غير ضروري على الإجراءات الطبية وأن العوامل المؤدية إلى وجود هذا الطلب هي ـ مرتبة حسب أهميتها ـ رغبة الأطباء في التأكد من سلامة وصحة التشخيص، رغبة الأطباء في حماية أنفسهم من المساءلة عن الأخطاء المهنية والتقصير في أداء الوظيفة، إرضاء المرضى واختلاف وضياع نتائج التحاليل والإجراءات السابق إجراؤها. كما تبين أيضا أن هناك عوامل عامة تسبب إهداراً للموارد الصحية بالمستشفيات، هي عدم وجود سجلات طبية للمرضى أو أن النظام المتبع لحفظ الملفات الطبية سيئ.

لهذا فإنه من الواجب التنويه بضرورة تصميم نظم لمراجعة استخدام الموارد بما يحد من اندفاع الأطباء وراء إشباع رغبة المرضى وحملهم على مراعاة القواعد والمعايير الطبية الفنية في المقام الأول، مع عقد ندوات ولقاءات دورية للأطباء بهدف إظهار تكلفة الإجراءات غير الضرورية والتنويم غير الضروري، عملاً على خلق شعور عام لديهم بأهمية مراعاة التكاليف عند اتخاذ قرارات تتعلق بالإجراءات ونوعيتها والتنويم وفترته.

المراجـــع

محمود حسين مطر، ١٩٩٢، استراتيجية احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة في المستشفيات: نموذج مقترح، **الإدارة العامة**، العدد ٧٦: ٥١-٩٠.

وزارة الصحة، **التقرير الصحي السنوي**، أعداد مختلفة حتى عام ١٤١٣هـ.

Bimbaum, M. L. 1986. Cost Containment in Critical Care. ***Critical Medicine***, 14 (2): 1068-1078.

Booth, B. M., Ludke, R. L. Wakefield, D. S. Kern, D. C. and DuMond.C . E. 1991. Relationship Between Inappropriate Admissions and Days of Care: Implications for Utilization Management. ***Hospital & Hospital Services Administration,*** 36 (3): 421-437.

Briceland, L. L., Nightingale, C. H., Quintilioni, R., Cooper, B. W. and Smith, K. S. 1988. Antibiotic Steam Lining from Combination Therapy to Monotherapy Utilizing an Interdisciplinary Approach. ***Archives of Internal Medicine,*** 148:2019-2022.

Chan, S. L., Wagers, P. W., Hernandez, R. and Bernstein, S. 1990. An Incentive Program to Increase Revenue in a Public Hospital. ***Health Care Management Review***, 15 (2): 31-41.

Chassin, M. R., Kosecoff,J., Winslow, C. Kahn, K. Merrick, N., Keesey, J. Fink, A. Solomon, D. and d Brook, R. 1988. Does Inappropriate use Explain Geographical variations in the Use of Health Care Services?. ***New England Journal of Medicine,*** 319-324.

Eichhorn, S. 1980. Containing Hospital Costs and Ensuring the Quality of Hospital Services. ***In IHF.***, Cost Containment, London, 12-13.

Everett, G. D. DeBlois, C., Chang, P. and Holets, T. 1983. Effect of Cost Reduction, Cost Audits, and Faculty Chart Review on the Use of Laboratory Services. ***Archives of Internal Medicine,*** 143: 242-244.

Freeborn, D. K., Bear. D. Greenlick, M. and Bailey, J. W., 1972. Determinants of Medical Care Utilization: Physicians' Use of Laboratory Services. ***American Journal of Public Health,*** 62: 846-853.

Gunn, J. R. 1987. Hospital and Physician Third Party Reimbursement. in Wolper, L., and Penna, J., (eds.), ***Health Care Administration,*** Aspen Publishers Inc. 148-156.

Hardwick, D. F., Morrison, J., Tydeman, J., Cassidy, P. and Chose, W. 1981. Laboratory Costs and Utilization: A Frame for Analysis and Policy Design., ***Journal of Medical Education,*** :56 (April): 307-315.

Nathanson, M.1984. Labs Should Try to Cut Patient Stay: Market Testing Services. ***Modern Health Care,*** 12: 722-729.

Neal, W. W. 1988. Reducing Costs and Improving Compliance. ***The American Journal of Cardiology,*** 17B-20B.

Restuccia, J. D. and Gertman. P. M. 1981. The Appropriateness Evaluation Protocol: A Technique For Assessing Unnecessary Days of Hospital Care. ***Medical Care***, 19(8): 855-871.

Restuccia, J. D., Gertman, P. M. and Dayno, S. J. 1982. Methods to Determine Inappropriate Use of Hospital Resources: Final Report. Boston: ***Health Care Research Unit, Boston University Medical Center,*** Prepared for the Health Care Financing Administration, Department of Health and Human Services.

Restuccia, J. D., Payne, S. M. C., Welge, C. H., Dayno, S. J., Kreger, B. E., Reamer, S. and Gertman, P. 1986. Reducing Inappropriate Use of Inpatient Medical, Surgical and Pediatric Services-Extension of the Appropriateness Evaluation Protocol. ***Pub. No. PB 87112041/As. Washington, D.C. : National Technical Information Service.***

Restuccia, J. D., Payne, S. M. C., Lenhart, G. M., Constantine, H. P. and Fulton, J. 1987. Assessing the Appropriateness of Hospital Utilization to Improve Efficiency and Competitive Position. ***Health Care Management Review,*** 12 (3): 17-27.

Rosenstein, A. H. 1991. Health Economics and Resource Management. ***Health and Health Services Administration,*** 36 (3): 313-330.

Williams, R. R., Gross, P. and Levine, J.F. 1985. Cost Containment of the Second Generation Cephalosporins by Prospective Monitoring at a Community Teaching Hospital. ***Archives of Internal Medicine,*** 145: 1978-1981.

Winslow, C., Solomon, D., Kosecoff, J. Chassin, M., Merrick, N. and Brook, R. 1988. The Appropriateness of Carotid Enderterectomy. ***New England Journal of Medicine,*** 318 (12): 721-727.

محمود حسين مطر (دكتوراه الفلسفة في التمويل والاستثمار، جامعة برمنجهام، المملكة المتحدة، ١٩٨١)مدرس، قسم التمويل والمنشآت المالية، كلية العلوم الادارية، جامعة الكويت. له اهتمامات بحثية في مجالات الاستثمار ومحافظ الأوراق المالية، استراتيجيات احتواء التكاليف وترشيدها، والأسواق المالية الناشئة.