

الاستقلالية المهنية للأطباء العاملين في مستشفيات مدينة الرياض: دراسة تطبيقية

معهد الإدارة العامة
المملكة العربية السعودية

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى قياس الاستقلالية المهنية للأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة الرياض. تعرف الاستقلالية المهنية بأنها حرية اتخاذ قرارات الرعاية الطبية بدون تدخل أو تأثير خارجي، وتقاس من خلال خمسة مؤشرات هي: القدرة على استخدام إمكانات المستشفى، حرية التحكم بجدول العمل، التأثير في مجريات الأمور في المنظمة، عدم تدخل الآخرين في قرارات الرعاية، عدم تأثر هذه القرارات بالاعتبارات المالية. أظهرت النتائج أن الأطباء يتمتعون بدرجة متوسطة إلى عالية من الاستقلالية المهنية، وأن هذه الدرجة تتفاوت وفقاً للجنس والجنسية ونمط المنظمة والمرتبة الوظيفية.

مصطلحات علمية

الاستقلالية المهنية، قرارات الرعاية الطبية، الضوابط الإدارية، التنظيم، ترشيد الاستخدام، ضبط التكاليف، الأطباء، المستشفيات.

تعرضت

بيئة الأنظمة الصحية في العديد من الدول في السنوات الأخيرة لجملة من التغيرات التي تعكس زيادة الاهتمام بترشيد الإنفاق وتحسين الجودة وإعادة الهيكلة والخصخصة وتنويع مصادر التمويل. وقد تبلورت هذه التغيرات في زيادة المطالبة بإيجاد ضوابط إدارية ومالية تحكم الممارسة الإكلينيكية وتسهم في تحقيق الأهداف التي تصبو إليها الأنظمة الصحية.

ومن ذلك ما يدعو له (Mufti 1999) بضرورة إيجاد عدد من البرامج التي تسهم في ترشيد الاستخدام ومنها: الاعتماد على الممارسين العاملين (General Practitioners) لتقنين استخدام العيادات التخصصية، طلب الموافقة المسبقة على التحويل للعيادات التخصصية أو إجراء الفحوصات والإجراءات العلاجية المتخصصة، التوسع في الجراحات النهارية الإجبارية، تحديد حد أقصى لمدة بقاء المريض في المستشفى

تم تسلّم البحث في ديسمبر ٢٠٠٠، وأجيز للنشر في نوفمبر ٢٠٠١.

درجة الثقة في قدرة الأطباء على اتخاذ قرارات الرعاية بدرجة من الوعي والمسؤولية عن التكاليف المرتبطة بهذه القرارات والمردود المتوقع منها، أدى ذلك إلى إيجاد الضوابط على قرارات الرعاية التي يتخذها الأطباء حرصاً على احتواء التكاليف وإتاحة الفرصة لعدد أكبر من المرضى للاستفادة من الخدمات الصحية، ولا شك أن هذه الضوابط تفرض قيوداً على حرية اتخاذ قرارات الرعاية مما يمثل تهديداً للاستقلالية المهنية للأطباء، لذلك تسعى هذه الدراسة إلى تعرّف مدى الشعور بالاستقلالية المهنية بين الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض عاصمة المملكة العربية السعودية.

أُسئلة الدراسة

١ - ما درجة شعور الأطباء بالاستقلالية المهنية ممثلة في:

القدرة على استخدام إمكانات المستشفى، القدرة على التحكم في جدولة العمل، عدم تدخل الآخرين في قرارات الرعاية الطبية، القدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة، وعدم تأثير النواحي المالية كالربح أو التكاليف في قرارات الرعاية الطبية.

٢ - هل تختلف درجة الاستقلالية المهنية بين الأطباء العاملين في مستشفيات القطاع الحكومي والقطاع الخاص؟

للأمراض المختلفة، تقييم ضرورة استمرار تنويم المريض بالمستشفى، استخدام الأدوية البديلة (Generic Drugs)، وغيرها من البرامج التي تستخدم تحت مظلة ما يعرف بالرعاية المُدارة (Managed Care).

ولا شك أن هذه الضوابط المالية والإدارية تفرض قيوداً على حرية الممارسة الإكلينيكية كما قد يجد الأطباء فيها تدخلاً في عملهم المستقل كمهنيين (Professionals)، مما يحد من شعورهم بالاستقلالية المهنية (Professional Autonomy). وتعرّف الاستقلالية المهنية بأنها «حرية اتخاذ قرارات الرعاية الطبية بدون تدخل أو تأثير خارجي» (Fox, 1989).

مشكلة الدراسة

إن ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية يعدّ ظاهرة عالمية دفعت العديد من الدول ومنها المملكة العربية السعودية إلى تبني سياسات مختلفة لاحتواء التكاليف وترشيد الإنفاق. وتستهدف هذه السياسات في غالب الأمر الأطباء باعتبارهم المستخدم الرئيسي لإمكانات المستشفى المادية والبشرية. ويشير Umeh (1996) إلى أن الأطباء مسئولون عن حوالي ٨٠٪ من إجمالي تكاليف الخدمات الصحية من خلال الأوامر التي يصدرونها لإجراء الفحوصات والإجراءات العلاجية المختلفة، كما يشير إلى أن هناك استخدامات غير مبررة لإمكانات المستشفى من قبل الأطباء تؤدي إلى زيادة تكاليف الرعاية بدون أن تترك أثراً واضحاً في نتائجها. لذلك تناقشت

حدود الدراسة

تحيط بهذه الدراسة مجموعة من المحددات المرتبطة بالمنهج المتبع وهي كما يلي:

١ - اقتصرت الدراسة على بحث العلاقة بين الاستقلالية المهنية ومجموعة محددة من المتغيرات وهي (الجنس، الجنسية، المرتبة الوظيفية).

٢ - اقتصرت الدراسة على الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة الرياض.

٣ - اقتصرت الدراسة على نمط معين من المنظمات الصحية وهو المستشفيات دون غيرها من مراكز الرعاية الصحية الأولية والعيادات الخاصة والجماعية.

٤ - أن الدراسة لا تبحث في الآثار السلبية لنقص الاستقلالية المهنية كالرضاء الوظيفي أو معدل الدوران الوظيفي وضغوط العمل وإنما تقدم توصيات قد تفيد في هذا الصدد.

الإطار النظري والدراسات السابقة

قبل البدء باستعراض الإطار النظري والدراسات السابقة لا بد من الإشارة إلى نقطة مهمة هي نقص الدراسات التطبيقية التي تعرضت لموضوع الاستقلالية المهنية بشكل مباشر وخاصة في الدول العربية؛ لذلك يستند الاستعراض التالي إلى عدد محدود من الدراسات

٣ - هل تختلف درجة الاستقلالية المهنية لدى الأطباء وفقاً لثلاثة متغيرات شخصية ومهنية وهي: الجنس، الجنسية، المرتبة الوظيفية؟

أهمية الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من الاعتبارات التالية:

١ - أن موضوع الاستقلالية المهنية بشكل عام واستقلالية الأطباء بالتحديد لم يحظ بالاهتمام الكافي في الأدبيات العربية.

٢ - أهمية الدور الذي يضطلع به الأطباء في تقديم الرعاية الصحية، وما للاستقلالية المهنية من أهمية في توفير الحرية اللازمة لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية وفقاً للاعتبارات المهنية والأخلاقية.

٣ - تعرف درجة وأوجه اختلاف الاستقلالية المهنية بين الأطباء العاملين في مستشفيات القطاع الحكومي وزملائهم في مستشفيات القطاع الخاص.

٤ - تعرف مدى تأثير قرارات الرعاية الطبية بالجوانب المالية كالتكاليف أو اعتبارات الربح والخسارة.

٥ - ما للاستقلالية المهنية من تأثير في الرضا الوظيفي وضغوط العمل لدى الأطباء.

في لائحة للأخلاقيات المهنية (Code of Ethics).

وفي تحليل للتغيير الطارئ على مهنة الطب في الولايات المتحدة الأمريكية يورد Reed and Evans, (1987: 3279) عشر خصائص بارزة لإضفاء صفة «المهنة» على أي عمل وهي:

- ١ - امتلاك معرفة محددة ذات قيمة اجتماعية عالية.
- ٢ - أن يتم تحديد معايير وشروط ممارسة هذه المهنة من قبل الممارسين أنفسهم.
- ٣ - أن تجذب المهنة الطلبة المتميزين أكاديمياً والذين يخضعون لعملية تهيئة اجتماعية (Socialization Process) مكثفة خلال مراحل اندماجهم في المهنة.
- ٤ - سلطة ترخيص الممارسين تملكها مجالس للتراخيص تتكون غالباً من ممارسين لهذه المهنة.
- ٥ - وجود حس جماعي قوي وشعور بالاهتمام المتبادل بين الممارسين.
- ٦ - السياسات والقوانين التي تحكم الممارسة توضع من قبل ممارسي هذه المهنة في إطار ما يعرف بالضبط الذاتي (Self Regulation).
- ٧ - ممارسي المهنة يتمسكون بمجموعة من المبادئ والقيم الأخلاقية التي تحكم ممارستها.

التطبيقية التي تطرقت للاستقلالية المهنية لدى الأطباء بشكل مباشر وإلى عدد آخر من الدراسات التي تطرقت له بشكل غير مباشر من خلال دراسة الرضاء الوظيفي وغيرها، بالإضافة إلى الدراسات النظرية والتحليلية ذات العلاقة.

أولاً: الإطار النظري

مفهوم الاستقلالية المهنية ونشأتها

تعد مهنة الطب نموذجاً تقليدياً لما يعرف بالمهنة أو "Profession"، وعلى الرغم من كثرة استخدام مفهوم «مهنة» إلا أنه لا يوجد اتفاق على تعريف محدد لهذا المفهوم. وبمراجعة الأدبيات المتخصصة يتضح أن هناك خصائص أو سمات معينة للمهنة وللمهنيين تتفق عليها معظم هذه الأدبيات، من أهمها البناء المنظم للمعرفة وامتلاك قدرة على ضبط النفس من خلال التمسك بقيم وأخلاقيات مهنية معينة (Engel, 1969). وينطبق ذلك على مهنة الطب إذ إنها تتطلب الخضوع لسنوات طويلة من التعلم والتدريب والذي يستمر لأغراض التخصص والتخصص الدقيق، إضافةً إلى أن هذه المهنة ذات توجه إنساني وطبيعة خدمية (Service Orientation) تركز على التمسك بأخلاقيات مهنية سامية.

ويشير Starr (1982) إلى أن المهنة تنظم نفسها من خلال التدريب الإجباري والمنظم ومن خلال الضوابط المهنية، كما تعتمد على المعرفة والتقنية المتخصصة، وتتبنى توجهاً خدمياً غير ربحي يتأصل

٨ - التوجه الخدمي (Service orientation) يطفى على الاهتمامات الفردية للممارسين.

٩ - هناك التزام دائم بممارسة المهنة.

١٠ - لا تخضع هذه المهنة لسلطة المجتمع إذ يتمتع أفرادها بحرية عالية.

يصف Freidsen (1988) مهنة الطب بأنها نموذج لما يعرف بـ «مهنة مهيمنة»، أو (Dominant Profession). وهذه الهيمنة المهنية هي نتيجة طبيعية للحرية التي يتمتع بها الأطباء في ممارسة عملهم وفي اتخاذ قرارات الرعاية الطبية بما يعكس الثقة العالية التي يضعها المجتمع في أخلاقياتهم المهنية ومهاراتهم. كما تتمثل هذه الهيمنة المهنية للأطباء في الموقع الذي يحتلونه في قمة الهرم الطبي والذي يقومون من خلاله بالإشراف والتنظيم والتوجيه للأداء الإكلينيكي للمهن الطبية المساعدة (Freidsen, 1988).

وقد تبنت الجمعيات والنقابات والاتحادات المهنية للأطباء الدفاع عن الاستقلالية المهنية للأطباء وحمايتهم، فقد أصدر الاتحاد الطبي الدولي إعلاناً للاستقلالية المهنية والتنظيم الذاتي للأطباء في اجتماعه التاسع والثلاثين في مدريد في العام (١٩٨٧) والذي يضم عدة بنود تهدف إلى تأكيد حصول الطبيب على حرية اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المرضى وأهمية التنظيم الذاتي لمهنة الطب (WMA, 1987). كما أصدرت منظمة الصحة العالمية في وارسو في العام (٢٠٠٠م) إعلانها

حول استقلالية الأطباء والذي تضمن ضرورة حماية الاستقلالية المهنية والتنظيم الذاتي للأطباء، والتحذير من الآثار السلبية للضوابط الإدارية والمالية في جودة الرعاية المقدمة، وتأكيد ثقة المجتمع في الأطباء ومسئولية هؤلاء تجاه المجتمع (WHO, 2000).

وتعرّف الاستقلالية المهنية بأنها «حرية التصرف» أو «حق السيطرة في العمل» أو «السيطرة على محتوى العمل وتنظيم ممارسة الطب» (O'Conner, 1992). وللاستقلالية المهنية جانبان فني واجتماعي / اقتصادي: الاستقلالية المهنية الفنية (technical autonomy) تشير إلى القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية بدون تدخل خارجي، بينما تشير الاستقلالية الاجتماعية / الاقتصادية (Socioeconomic autonomy) إلى القدرة على التأثير في سياسات المنظمة (Fox, 1989). ولأغراض هذه الدراسة تعرّف الاستقلالية المهنية بأنها: «حرية اتخاذ قرارات الرعاية الطبية بدون تدخل خارجي» (Fox, 1989). وتوجد الاستقلالية المهنية على صعيدين فردي وجماعي، يتمثل الفرديّ منهما في قدرة الطبيب على التحكم في حيثيات الرعاية التي يقدمها بما يراه في صالح المريض، أما على الصعيد الجماعي أو المهني، فالاستقلالية المهنية تعني أحقية المجموعة التي تمارس هذه المهنة بالسيطرة على حيثيات ممارستها من خلال تحديد معايير الممارسة ومتطلباتها والضوابط والأخلاقيات التي تحكمها، وتعزيز التوجه

(1992) O'Connor إلى أن الاستقلالية المهنية للأطباء بدأت في التقلص نتيجة لعدة عوامل منها: فقدان وحدة الجماعة بين الأطباء نتيجة لكثرة الجمعيات المهنية والتفكك الناتج عن كثرة التخصصات الطبية، وتناقص الثقة التي يمنحها المجتمع للأطباء، وعدم القدرة على مواكبة المستجدات العلمية والتقنية بما فيه صالح المريض، والغموض الذي يحيط ببعض جوانب الممارسة الإكلينيكية،

وفي تحليل آخر لأسباب هذه التغييرات يذكر (Reed and Evans 1987) عدة عوامل تهدد الاستقلالية المهنية للأطباء، وهي:

- ١ - تركيز الموارد الصحية في المنظمات الكبيرة (Mega Corporations) التي تضع ضوابط إدارية ومالية تحكم ممارسة الطب وفقاً لاعتبارات اقتصادية بحتة.
- ٢ - زيادة الضوابط الحكومية وخاصة تلك المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية.
- ٣ - نمو التخصصات الطبية المساندة وتوسع دورها وسعيها نفسها للحصول على درجة أكبر من الاستقلالية المهنية اعتماداً على زيادة التأهيل والتدريب، وتمثل هذه التخصصات منافساً للأطباء وخاصة مع انخفاض تكلفة الخدمات التي تقدمها.

نحو خدمة المجتمع، والمحافظة على السيطرة المهنية للأطباء على غيرهم من العاملين في المجال الصحي كالممرضين والفنيين وغيرهم (Freidsen, 1988). ووفقاً لمفهوم الاستقلالية الجماعية فإن الأطباء في المستشفيات وغيرها من المنظمات الصحية الكبيرة في معظم الأحيان يتبعون لسلطة المنظمات المهنية كالجمعيات والنقابات أكثر مما يخضعون لسلطة إدارة المستشفى في الجوانب الفنية من عملهم، وذلك من خلال الخبرة والتدريب والرخص والشهادات التي تمنحها هذه الجمعيات والتي تعطي هؤلاء الحق المطلق في اتخاذ قراراتهم الفنية (Freidsen, 1988).

العوامل المؤثرة في الاستقلالية المهنية للأطباء

خضعت الاستقلالية المهنية للأطباء في السنوات الماضية للعديد من التساؤلات التي تدعو للحاجة إلى مساهمة جهات غير طبية في وضع ضوابط على ممارسة الطب للتحكم في مستوى الجودة والتكلفة. وقد بدأت جهات غير طبية متعددة كالاقتصاديين والسياسيين وعلماء الاجتماع والقانون والإدارة بدراسة خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظرهم وباستخدام أدواتهم الخاصة، مما أدى إلى زيادة المعلومات المتاحة عن الكيفية التي تعمل بها الأنظمة الصحية والمطالبة بإجراء تغييرات جذرية عليها (Engel, 1969).

وفي دراسة تحليلية للتغييرات التي طرأت على ممارسة مهنة الطب تشير

٤ - تزايد عدد المتخصصين في الإدارة الصحية وزيادة تأثيرهم في مجريات الأمور في المنظمات الصحية.

٥ - المساءلة القانونية وزيادة درجة المخاطرة المرتبطة بممارسة مهنة الطب نتيجة لتعدد التقنية الطبية الحديثة.

٦ - تنامي درجة الوعي لدى المرضى وتزعزع الثقة في الأطباء.

تأثير خصائص المنظمة في الاستقلالية المهنية للأطباء

هناك علاقة وثيقة بين خصائص المنظمة ودرجة الاستقلالية المهنية التي يملكها الأطباء (Engel, 1969; Stevens *et al.*, 1992). وتشير الدلائل إلى وجود علاقة بين درجة البيروقراطية التي تتسم بها بعض المنظمات الصحية ومقدار الحرية التي يملكها الأطباء في اتخاذ قرارات الرعاية استناداً إلى أن المنظمات البيروقراطية تفرض ضوابط إدارية ومالية على الممارسة تحد من الاستقلالية المهنية للأطباء (Engel, 1969; Stevens *et al.*, 1992). ومن جانب آخر تدعم المنظمات البيروقراطية بطبيعتها الاستقلالية الفنية للأطباء من خلال توفير التقنيات والإمكانات اللازمة لممارسة الطب في ظل الاعتماد المتزايد على التقنية في التشخيص والعلاج والتطور التقني السريع الذي تشهده هذه المهنة (Engel, 1969; Stevens *et al.*, 1992). وتتناقض الدلائل

حول العلاقة بين حجم المنظمة ودرجة الاستقلالية المهنية، فبينما وجدت Engel, (1969) أن حجم المنظمة يرتبط سلباً بمقدار الاستقلالية المهنية التي يشعر بها الأطباء، وجد Burns *et al.*, (1993) عدم اختلاف درجة الاستقلالية المهنية وفقاً لحجم المنظمة. وفيما يتعلق بالفروق بين القطاعين الحكومي والخاص فإن Burms *et al.*, (1993) يشير إلى أن الأطباء في المستشفيات الخاصة الربحية وغير الربحية يشعرون بدرجة أكبر من الرضا ودرجة أقل من الصراع حول الاستقلالية المهنية عن زملائهم في مستشفيات القطاع العام. بينما وجد مطر (١٩٩٧) أن هناك اتفاقاً بين الأطباء العاملين في القطاع الحكومي والخاص في المملكة العربية السعودية على وجود سوء استخدام لموارد المستشفى إلا أن درجة إدراك الأطباء لهذه المشكلة تقل لدى أطباء القطاع الخاص عن زملائهم في القطاع الحكومي، ويعود ذلك إلى وجود رغبة في زيادة الإيرادات والأرباح لدى مستشفيات القطاع الخاص إذ إن المريض يقوم بدفع كافة تكاليف الرعاية بغض النظر عن ارتفاعها أو المغالاة فيها (مطر، ١٩٩٧).

تأثير الخصائص الشخصية والمهنية في الاستقلالية المهنية للأطباء

تشير الدلائل إلى وجود علاقة إيجابية بين درجة الاستقلالية المهنية وبعض الخصائص المهنية والشخصية كعدد سنوات الخدمة والمهنة الوظيفية

الإمكانات التقنية والفنية، تأثير الاعتبارات المالية في قرارات الرعاية الطبية، عدم القدرة على التحكم في جدولة العمل، وأخيراً عدم القدرة على المشاركة في اتخاذ القرارات.

١ - تدخل الآخرين وتشديد الضوابط الإدارية

أحد مؤشرات نقص الاستقلالية المهنية للأطباء زيادة التدخل الخارجي في قرارات الرعاية الطبية وتشديد الضوابط الإدارية وخاصة بعد التحول الكبير من النمط التقليدي للمنظمات الصحية المتمثل في العيادات الخاصة (Solo Practices) إلى المنظمات الكبيرة كالمستشفيات والعيادات الجماعية الكبيرة (Group Practices) ومنظمات الرعاية المدارة (Managed Care Organizations). وتتسم هذه المنظمات بدرجة من البيروقراطية التي تتمثل وفقاً لمفهوم (ويبر Weber) في وجود بناء هرمي تتركز السلطة في قمته، مع وجود نظم من القواعد والقوانين المحددة للتصرف، والاعتماد على التخصص وتقسيم العمل، وتبني أسلوب مجرد من المشاعر الشخصية في التعامل مع العملاء (Rakish et al., 1992).

وتشير Engel (1969) إلى أن الممارسات الإدارية توجد قيوداً على حرية القرارات التي يتخذها الأطباء في رعاية مرضاهم، وتحد من قدرتهم على الالتزام بالأخلاقيات والمعايير المهنية والاستخدام الأمثل للمعرفة التي يملكونها لما هو في صالح المريض. كما وجد Stevens et al. (1992) أن عمل الأطباء في المستشفيات

والعمر (Burns et al., 1993; Engel, 1969; Baker and Cantor, 1993). إلا أن الدلائل حول مدى وجود علاقة بين الجنس والاستقلالية المهنية متناقضة، إذ ترى Lorber (1993) أن الإناث يملكن درجة أقل من الصلاحيات المهنية عن زملائهم الذكور على الرغم من أنهن يتحملن درجة مساوية من المسؤولية عن نتائج الرعاية. بينما وجد Burns et al. (1993) أن درجة الاستقلالية المهنية متماثلة لدى الأطباء من الإناث والذكور. كذلك فإن الدلائل حول مدى وجود علاقة بين الجنسية والاستقلالية المهنية متناقضة، ووجود هذه العلاقة يرتبط باختلاف طبيعة التدريب والخبرة التي يملكها الأطباء باختلاف جنسياتهم مما ينعكس على أسلوب الممارسة الإكلينيكية وربما مقدار الوعي بأهمية احتواء التكاليف. ويرى Umeh (1996) أن تقبل الأطباء غير السعوديين لآليات احتواء التكاليف يزيد على زملائهم السعوديين، وبالتالي فإن هناك حاجة لرفع مستوى الوعي لدى السعوديين بأهمية ترشيد الاستخدام وضبط التكاليف. ومن ناحية أخرى وجد مطر (١٩٩٧) أن لا فرق بين رؤية الأطباء السعوديين وغيرهم فيما يتعلق بالاستخدام غير الضروري لإمكانات المستشفى.

مؤشرات نقص الاستقلالية المهنية

من دراستنا للأدبيات ذات العلاقة والدراسات السابقة تبين أن أهم مؤشرات أو دلائل نقص الاستقلالية المهنية للأطباء تتمثل فيما يلي: تشديد الضوابط الإدارية، عدم توافر

من أداء عملهم وفقاً للأسس والمعايير التي تدربوا عليها وتوفير المناخ التنظيمي الذي يسمح بتبادل الخبرات والتدريب والتعلم المستمر.

٣ - تأثير الاعتبارات المالية في قرارات الرعاية الطبية

مع تزايد الاهتمام بالتكاليف يتزايد التهديد للاستقلالية المهنية للأطباء نتيجة للإجراءات التي تفرضها الجهات الرقابية داخل وخارج المستشفى بهدف ترشيد الاستخدام واحتواء التكاليف وزيادة الأرباح. ومن ذلك ما تقوم به جهات التمويل من اشتراط الحصول على الموافقة المسبقة على تنويم المريض بالمستشفى وتقييم الحاجة إلى استمرار بقائه بها والتقيد بإجراءات الممارسة أو بروتوكولات العلاج (Clinical Protocols) وغيرها من الإجراءات الرقابية (O'Connor, 1992). ولا شك أن هذه الإجراءات والضوابط تؤدي إلى وقوع الأطباء في حيرة كبيرة نتيجة لمواجهة تساؤلات أخلاقية مُهمّة في محاولاتهم للموازنة بين الاعتبارات المهنية والإنسانية لخدمات الرعاية الصحية (Charles and Hall, 1997). كما تؤدي هذه التساؤلات إلى صراعات داخلية قوية نظراً لعدم انسجام القيم المهنية للطبيب وقيم المنظمة ومتطلباتها مما ينعكس على مستوى الشعور بالولاء للمنظمة والرضا الوظيفي.

وتشير Engel (1969) إلى أن لهذه الإجراءات والضوابط انعكاسات سلبية على

الكبيرة عرضة للتقنين والتدخل الخارجي مما يفقدهم بعض السلطة والاستقلالية المهنية ويجعل من الصعب عليهم التمسك بالقيم المهنية والمبادئ التي ترشد عملهم. ويرى أن زيادة الضوابط الإدارية والقيود على حرية الأطباء في اتخاذ القرارات العلاجية تجردهم تدريجياً من السمات المهنية أو ما يعرف بـ (Deprofessionalization) أي تناقص المهنية، وبالتالي تناقص السلطة والاستقلالية المهنية وحرية التصرف مع المرضى، وتناقص المكانة الاجتماعية والقانونية، وفقدان الثقافة المهنية المميزة (Stevens et al., 1992).

٢ - عدم توافر الإمكانيات التقنية والفنية

تعتمد الاستقلالية المهنية للأطباء بمفهومها الفني بشكل كبير على مدى توافر الإمكانيات الفنية والتقنية اللازمة لتقديم أفضل رعاية ممكنة للمريض، وخاصة مع الثورة المعرفية والتقنية التي تشهدها هذه المهنة والتي أدت إلى زيادة درجة التخصص وزيادة الحاجة إلى الاعتماد على الفرق متعددة التخصصات في التعامل مع المشكلات الطبية المعقدة والاعتماد المتزايد على التقنية المتخصصة. وقد وجدت Engel (1969) أن التغييرات التي شهدتها الأنظمة الصحية ممثلة في التوجه نحو نمط المنظمات الكبيرة كالمستشفيات ومنظمات الرعاية المُدارة ذات الطابع البيروقراطي تعزّز من الاستقلالية المهنية للأطباء من خلال توفير التقنيات والإمكانيات المادية والبشرية اللازمة لهم والتي تمكنهم

المرضى. ويؤكد ذلك Baker and Cantor (1993) * إذ وجدوا أن القدرة على التحكم في جدول العمل وعلى قضاء وقت كاف مع المريض من محددات الاستقلالية المهنية والرضا الوظيفي للأطباء. كذلك وجدت Buchbinder (1997) أن حرية التحكم في جدول العمل هي أحد مؤشرات الرغبة في ترك المنظمة لدى الأطباء.

٥ - عدم القدرة على المشاركة في اتخاذ القرارات

إن الاستقلالية المهنية بمفهومها الاجتماعي / الاقتصادي (Socioeconomic Autonomy) تشير إلى القدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة من خلال المشاركة في صنع القرارات المهمة فيها. وقد وجد، Succi et al (1998) أن هناك درجة من عدم الثقة بين المديرين والأطباء وأنها تمثل حاجساً أكبر للأطباء، كما وجد أن لدى الأطباء رغبة في المشاركة في القرارات المهمة في المستشفى. وهذا ما وجدته Al-Ahmadi (1995) في دراستها للرضا الوظيفي للأطباء السعوديين والتي أظهرت أن لديهم رغبة في التأثير في مجريات الأمور في المنظمة والمشاركة في صنع القرار وأنهم يرون بأن الفرصة ليست متاحة لهم لتحقيق ذلك بالشكل المطلوب. كذلك يشير Charles and Hall (1997) إلى أن السياسات التنظيمية المتعلقة باستخدام إمكانات المستشفى، وخاصة تلك التي ترتبط بقضايا أخلاقية مهمة تؤثر في درجة الرضا الوظيفي للمديرين الإكلينيكين، وأن

جودة الرعاية ومقدار المهنية (Professionalism) في التعامل مع المريض، إذ إنها تحد من القدرة على تحقيق أحد أهم المتطلبات المهنية وهو القيام بما هو في صالح المريض بالدرجة الأولى وعدم التركيز على أهداف أخرى كالتكاليف أو الأرباح. كما يشير Umeh (1996) إلى أن الأطباء وحتى فترة قريبة يرون أن هناك تناقضاً ضمنياً بين آليات ضبط التكاليف وأحقية العلاج والأخلاقيات المهنية ممثلة بقسم أبو قراط (Hippocrates Oath)، وأن هذه الآليات هي تدخل غير مرغوب فيه في ممارسة الطب ويؤدي إلى تدني جودة الرعاية، ويتمسك الأطباء بالجانب الأخلاقي للممارسة بغض النظر عن الاعتبارات المالية، لذلك تؤكد Buchbinder (1997) أن القدرة على تقديم الرعاية للمرضى بغض النظر عن قدرتهم على الدفع هي أحد المحددات البارزة لرغبة الأطباء في ترك المنظمة.

٤ - عدم القدرة على التحكم في جدول العمل

من العوامل المؤثرة في الاستقلالية المهنية للأطباء الضوابط التي تفرضها بعض المنظمات الصحية على الوقت الذي يقضيه الطبيب مع المريض وعلى جدول العمل. ويتمسك الأطباء باستقلاليتهم فيما يتعلق بجدول العمل من منطلق الحرص على التمسك بالأخلاقيات المهنية وتقديم أفضل رعاية ممكنة للمريض، مما لا يمكن تحقيقه في ظل ضغوط الوقت وكثرة عدد

منظمات الرعاية الصحية المدارة (Managed Care). ومن المحاور التي تطرقت لها الدراسة مقدار الاستقلالية المهنية للأطباء التي تم قياسها من خلال المتغيرات التالية: القدرة على قضاء وقت كاف مع المريض، القدرة على التحكم في جدول العمل، حرية تقديم الرعاية للمرضى بغض النظر عن قدرتهم على الدفع، حرية اتخاذ قرارات التنويم، حرية تحديد مدة بقاء المريض بالمستشفى، حرية إصدار أوامر إجراء الفحوصات والإجراءات الطبية اللازمة. وتوصلت الدراسة إلى أن سلوك الأطباء غالباً ما ينسجم مع اعتبارات البيئة التي يجدون أنفسهم فيها، وحيث إنها شملت أطباء حديثي العهد بممارسة الطب نشؤوا في عهد ثورة الرعاية المدارة (Managed Care)، فإنه من الطبيعي أن لا يبدي هؤلاء درجة كبيرة من الاعتراض على الضوابط الإدارية والمالية المشددة في هذه المنظمات، وبما أنهم اختاروا العمل في هذه المنظمات فمن المتوقع أن تكون لديهم درجة كبيرة من التكيف والتقبل لمقتضيات العمل فيها.

وفي دراسة لتأثير استراتيجيات الضبط التي تستخدمها المستشفى في الرضا الوظيفي للأطباء والصراع بين الأطباء والمستشفى حول الاستقلالية المهنية قام Burns et al (1990) باستقصاء عينة من (١٣٦٧) طبيباً يعملون في مستشفيات غربي الولايات المتحدة الأمريكية. وجدت الدراسة أن استخدام

درجة الرضا تكون أعلى عندما تتم المشاركة في اتخاذ هذه القرارات، وأن هناك حاجة لإيجاد بيئة تدعم اتخاذ هذه القرارات بفعالية بحيث يؤخذ الجانبان المالي والأخلاقي بالاعتبار.

ثانياً: الدراسات السابقة

من الدراسات الرائدة في مجال علم الاجتماع الطبي تلك التي أجراها (Elliot Freidsen) على المنظمات الطبية الجماعية، وقام فيها بإجراء مقابلات شخصية متعمقة شملت (٧٥) طبيباً يعملون في عدد من هذه المنظمات بهدف التعرف على التنظيمات غير الرسمية في المنظمات الصحية وتأثيرها في علاقة الأطباء بالإدارة وبالمريض وببعضهم وعلى مخرجات الرعاية بشكل عام (Freidsen, 1988). ويصف (Freidsen) في هذه الدراسة ما يعرف بالهيمنة المهنية (Professional Dominance) والضبط الذاتي لمهنة الطب (Self Regulation)، والذي يملك الأطباء من خلاله التحكم في عملية تقييم أداء الأطباء والبت في الأخطاء الطبية وتحديد العقوبات الملائمة بدون تدخل خارجي من جهات غير طبية. وتعدّ هذه الدراسة من الدراسات المميّزة في هذا المجال إذ إنها تقدم تحليلاً عميقاً للاستقلالية المهنية ونشأتها والعوامل المؤثرة فيها.

أجرى Baker and Cantor (1993) دراسة حول الرضا الوظيفي لدى عينة مكونة من (٤٢٥٧) طبيباً يعملون في

إلى أن نقص الاستقلالية المهنية ليس بالضرورة مؤشراً على الرغبة في ترك المنظمة إلا فيما يتعلق بحرية التحكم في جدول العمل والقدرة على تقديم الرعاية للمرضى بغض النظر عن قدرتهم على الدفع.

وفي دراسة للعلاقة بين الأطباء والمديرين في المستشفيات وتأثير السلطة وفي القرارات في المستشفى قام بها Succi *et al* (1998) وشملت (٧٤٧) مديراً تنفيذياً ومديراً طبياً، تم تقييم الجوانب التالية: سلطة المدير على قرارات المستشفى، سلطة الطبيب على قرارات المستشفى، العلاقة بين الأطباء والمديرين. وقد تم فحص مقدار السلطة التي يملكها كل من الأطباء والمديرين في اتخاذ القرارات المتعلقة بأربعة جوانب: إدارة الجودة والتكلفة، إدارة العمليات، الإدارة الاستراتيجية، إدارة شئون الأطباء. ووجدت الدراسة أن تقييم المديرين التنفيذيين لدرجة الثقة بين الأطباء والإداريين أعلى من تقييم المديرين الأطباء لها، كما كان تقييمهم لدرجة السلطة التي يملكها كل من الأطباء والمديرين أعلى من تقييم المديرين الأطباء لجميع جوانب القرارات الأربع. وجدت الدراسة إن ارتفاع درجة السلطة لدى الأطباء يزيد من مشاركتهم في قرارات المستشفى مما يساعد على توضيح وجهة نظرهم بفعالية لإدارة المستشفى، وبالتالي الضغط لاتخاذ القرارات التي تدعم توجهاتهم وتعزز درجة الثقة بينهم.

استراتيجيات الضبط لا يُكَدَّد بالضرورة الرضا الوظيفي أو درجة الصراع على الاستقلالية المهنية، وأن نمط وخصائص المستشفى هي أهم العوامل المحددة لذلك.

وفي دراسة قامت بها Gloria Engel (1969) بهدف تعرف تأثير البيروقراطية في الاستقلالية المهنية للأطباء، تمت مقارنة مستوى الاستقلالية المهنية بين ثلاثة أنماط من المنظمات تمثل درجات مختلفة من البيروقراطية شملت (٦٨٤) طبيباً يعملون في عيادات خاصة أو جماعية (Solo or Group Practice)، وعيادات خاصة كبيرة الحجم ومنظمات صحية كبيرة، وتوصلت الدراسة إلى أن درجة متوسطة من البيروقراطية تضمن للأطباء درجة عالية من الاستقلالية المهنية مقارنة بالمنظمات ذات البيروقراطية المنخفضة والمنظمات ذات البيروقراطية العالية.

وبدراسة أخرى أجرتها Buchbinder (1997) حول معدل الدوران الوظيفي والرضا الوظيفي للأطباء العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية تعرضت من خلالها للاستقلالية المهنية للأطباء وعلاقتها بالمتغيرات محل الدراسة. تم قياس الاستقلالية المهنية من خلال عدد من المؤشرات هي: حرية تحويل المرضى للعيادات التخصصية، حرية إصدار أوامر إجراء الفحوصات الروتينية والباهظة التكلفة، حرية التحكم في جدول العمل، حرية تقديم العلاج للمرضى بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. توصلت الدراسة

وفي دراسة لمحددات هدر الموارد في المستشفيات قام مطر (١٩٧٧) باستقصاء عينة مكونة من (٢٤٠) طبيباً يعملون في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة الرياض. توصلت الدراسة إلى أن زيادة حالات التنويم عن الحد الضروري ناتجة عن عدم وجود سياسات جيدة للتنويم والرغبة في إرضاء المرضى. كما وجدت الدراسة أن الزيادة غير المبررة في استخدام إمكانات المستشفى ممثلة في الإجراءات الطبية والفحوصات والتحاليل ناتجة عن الرغبة في التأكد من صحة التشخيص وإرضاء المرضى والخوف من المساءلة القانونية والوقوع في الخطأ. وتوصي الدراسة بضرورة إيجاد نظام لمراجعة الاستخدام وإيجاد برامج للتوعية بضرورة احتواء التكاليف.

يظهر من دراستنا للأدبيات السابقة أن هناك شحاً في الأدبيات العربية المتعلقة بموضوع الاستقلالية المهنية للأطباء، وبالنظر إلى أن بيئة المنظمات الصحية في المملكة العربية السعودية تتعرض للتغيرات الاقتصادية والتنظيمية التي أظهرت الدراسات السابقة ارتباطها بتدني الاستقلالية المهنية للأطباء، فإن هذه الدراسة تسعى إلى بحث ما إذا كان لذلك تأثير مماثل في الأطباء في المملكة، بالتركيز على الفروق بين القطاعين الحكومي والخاص وأخذاً بالاعتبار الخصائص الشخصية والمهنية للأطباء.

وفيما يتعلق بالدراسات العربية في هذا المجال، لم يحظ موضوع الاستقلالية المهنية باهتمام كبير، إذ تم التطرق له بشكل غير مباشر في بعض الدراسات ومنها الدراسة التي أجرتها (Al-Ahmadi، 1995) عن الرضا الوظيفي لدى الأطباء السعوديين العاملين في المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية باستخدام أسلوب البحث النوعي. أظهرت الدراسة أن الاستقلالية المهنية للأطباء من العوامل المحددة للرضا الوظيفي للأطباء السعوديين. كما وجدت أن درجة الشعور بالاستقلالية الاجتماعية لدى الأطباء السعوديين تقل عن درجة شعورهم بالاستقلالية الفنية، أي أنهم غالباً لا يجدون صعوبة في استخدام إمكانات المستشفى ولكن لديهم رغبة قوية في التأثير في مجريات الأمور في المنظمة والمشاركة في صنع القرارات فيها. من جانب آخر وجدت الدراسة أن درجة الاستقلالية الفنية تتفاوت بين المستشفيات التي شملتها الدراسة، إذ تقل بشكل واضح لدى الأطباء في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة والمستشفيات الحكومية مقارنة بالمستشفيات التخصصية والعسكرية نتيجة لتفاوت حجم ونوع الإمكانيات المساندة فيها مما يسبب عدم الرضا الوظيفي للأطباء في تلك المستشفيات نظراً لعدم تمكنهم من ممارسة الطب وفقاً للمعايير المهنية التي تدربوا عليها.

منهج الدراسة

مجتمع الدراسة وعينتها

يتكون مجتمع الدراسة من الأطباء العاملين في المستشفيات الواقعة في مدينة الرياض والذين بلغ عددهم وقت إجراء الدراسة (٥٥٨٧) طبيباً موزعين بنسبة (٧٠٪) في القطاع الحكومي و(٣٠٪) في القطاع الخاص. وروعي في اختيار المستشفيات التي شملتها الدراسة إن تكون ممثلة للقطاعات الصحية الرئيسية في مدينة الرياض وهي وزارة الصحة، القطاعات العسكرية والجامعية والقطاع الخاص.

وبين الجدول (١) توزيع الأطباء في المستشفيات الواقعة في مدينة الرياض وفقاً للجنس والجنسية.

لاختيار عينة الدراسة تم تصنيف المستشفيات في مدينة الرياض إلى أربع فئات هي:

حكومي عام، وحكومي عسكري، وحكومي جامعي، وخاص، ثم تم اختيار تسع من المستشفيات التابعة لهذه القطاعات على أن تكون متوسطة إلى كبيرة الحجم ومتعددة التخصصات بحيث تضم أكبر عدد من التخصصات الطبية والجنسيات العاملة في مدينة الرياض، وفقاً لهذا الإجراء فقد تم اختيار جميع المستشفيات التي تنطبق عليها هذه الشروط في كل من القطاعات المذكورة.

كما تم اختيار مفردات البحث عشوائياً من قوائم الأطباء الخاصة بكل مستشفى بالتنسيق مع الإدارات المعنية فيها. وإذ إن هذه القوائم ليست مصنفة وفقاً للجنس والجنسية فقد تعذر إيجاد تمثيل نسبي لعينة الدراسة وفقاً لهذين المتغيرين.

وقد تراوح عدد الاستبانات الموزعة في هذه المستشفيات بين ٢٠ استبانة بحد أدنى و ٢٠٠ استبانة بحد أقصى في كل مستشفى طبقاً لعدد الأطباء في كل منها

جدول ١

أعداد الأطباء حسب الجنس والجنسية في مدينة الرياض

الجنس	الجنسية		المجموع
	سعودي	غير سعودي	
ذكر	١٠٥٨	٣٢٦٠	٤٣١٨ (٧٧٪)
أنثى	٣٧٣	٨٩٦	١٢٦٩ (٢٣٪)
المجموع	١٤٣١ (٢٦٪)	٤١٥٦ (٧٤٪)	٥٥٨٧ (١٠٠٪)

المصدر: وزارة الصحة - المملكة العربية السعودية، التقرير السنوي لعام ١٤١٦هـ / ١٤١٧هـ. كما تم الحصول على إحصاءات الأطباء العاملين في الجهات الحكومية الأخرى بالاتصال المباشر بهذه الجهات.

جدول ٢
خصائص أفراد العينة

المتغير	العدد	النسبة	المتغير	العدد	النسبة
الذكور	٢٨٥	(٪٧٨)	سعودي	١٢٠	(٪٣٣)
الإناث	٨٠	(٪٢٢)	غير سعودي	٢٤٥	(٪٦٧)
الإجمالي	٣٦٥	(٪١٠٠)	الإجمالي	٣٦٥	(٪١٠٠)
حكومي	٣٠٠	(٪٨٢)	مقيم	٩٨	(٪٢٨)
نمط المستشفى خاص	٦٥	(٪١٨)	أخصائي	١١٠	(٪٢٩)
الإجمالي	٣٦٥	(٪١٠٠)	استشاري	١٥٧	(٪٤٣)
			الإجمالي	٣٦٥	(٪١٠٠)

الواردة في الجدولين (١) و(٢) نجد أن عينة الدراسة جاءت مقاربة لمجتمعها من حيث التوزيع النسبي وفقاً للجنس والجنسية.

أداة جمع البيانات

جمعت البيانات المستخدمة في هذه الدراسة من خلال أداة أعدتها الباحثة تضمنت ١١٧ عبارة بالإضافة إلى البيانات الشخصية، وقد استخدم لأغراض هذه الدراسة جزءان فقط من هذه الأداة هما:

١ - مقياس الاستقلالية المهنية

تضمن المقياس ١٢ عبارة تقيس مختلف جوانب الاستقلالية المهنية للأطباء، ويتم الاستجابة عليها باستخدام مقياس خماسي يتدرج من «لا أوافق بشدة» إلى «أوافق بشدة». وقد صيغت معظم عبارات هذا المقياس بشكل إيجابي (مثلاً: أتمكن من قضاء الوقت الذي أعتقد أنه ملائم للمريض)، إلا أن بعض العبارات صيغت بشكل سلبي (مثل: غير الأطباء يتدخلون

وعدد الاستبانات الراجعة. وقد بلغ إجمالي عدد الاستبانات الموزعة ٨٠٠ استبانة تم استرجاع ٣٧١ منها واستبعدت ست استبانات لعدم كفاية البيانات الواردة فيها، وبالتالي أصبح عدد الاستبانات المستخدمة في هذه الدراسة ٣٦٥، أي ما يعادل (٤٥,٦٪) من إجمالي الاستبانات الموزعة. وكغيرها من الدراسات المختصة بالأطباء فإن أهم الصعوبات التي اعترضت سير هذه الدراسة كان انخفاض معدل الاستجابة على الرغم من المحاولات المتعددة لتكرار عملية توزيع الاستبانات.

بلغ عدد مفردات العينة (٣٦٥) طبيباً موزعين على القطاعات المختلفة محل الدراسة كما يتضح من الجدول (٢). ويبين هذا الجدول أن أغلبية الأطباء الذين شملتهم الدراسة تابعون لمستشفيات حكومية، وأن نسبة الذكور تفوق الإناث، وأن نسبة غير السعوديين تفوق السعوديين، وأن نسبة الأطباء الاستشاريين والأخصائيين تفوق نسبة الأطباء المقيمين. وبمقارنة البيانات

فإن قيمة معامل الثبات التي بلغت (٠,٥) تعد مقبولة خاصة وإن موضوع الاستقلالية المهنية للأطباء لم يخضع للدراسة من قبل بالشكل الكافي، وإن الدراسات السابقة استخدمت مقاييس مختلفة جميعها استخدم لأول مرة.

٢ - الخلفية الشخصية

تضمنت عدداً من المتغيرات الشخصية والمهنية المرتبطة بموضوع الدراسة وهي: الجنس (ذكر، أنثى)، الجنسية (سعودي، غير سعودي)، المرتبة الوظيفية (مقيم، أخصائي، استشاري)، نمط المستشفى (حكومي، خاص).

المعالجة الإحصائية

للإجابة عن التساؤل الأول للدراسة تمّ احتساب المتوسطات الحسابية لتعرف درجة الاستقلالية المهنية لدى أفراد العينة ممثلة في: القدرة على استخدام إمكانات المستشفى، القدرة على التحكم في جودة العمل، تدخل الآخرين في قرارات الرعاية الطبية، القدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة، تأثير النواحي المالية كالربح والتكاليف في قرارات الرعاية الطبية.

وللإجابة عن التساؤل الثاني للدراسة تمّ استخدام سلسلة من اختبارات (ت) لقياس جوهرية الفروق في درجة الاستقلالية المهنية ومكوناتها بين الأطباء العاملين في القطاعين الحكومي والخاص. وللإجابة عن التساؤل الثالث تم استخدام سلسلة من الاختبارات الإحصائية لقياس

في قرارات الرعاية الطبية التي اتخذها)، وقد أخذ ذلك في الاعتبار عند تحليل البيانات حيث تم عكس درجاتها. تم تصنيف هذه العبارات إلى خمسة متغيرات رئيسية تمثل مكونات الاستقلالية المهنية للأطباء وهي: استخدام إمكانات المستشفى (ثلاث عبارات)، الجدولة (عبارتان)، تدخل الآخرين (ثلاث عبارات)، التأثير في مجريات الأمور (عبارتان)، النواحي المالية (عبارتان). تم تحديد العناصر التي تضمنها هذا المقياس وفقاً لنتائج استعراض الأدبيات المتعلقة بالموضوع ومنها:

(Engle, 1969; Burns *et al*, 1993; Baker and Cantor, 1993; Buchbinder, 1997).

وقد تم تقييم صدق العبارات في قياس الاستقلالية المهنية للأطباء بعرضها على مجموعة من المتخصصين والأكاديميين في هذا المجال، ومن ثم تم إجراء التعديلات المقترحة عليها. كما تم تقييم ثبات أداة الدراسة باستخدام معامل ألفا كرونباخ الذي بلغت قيمته (٠,٨٨) لجميع العبارات، بينما بلغت قيمته (٠,٥) للعبارات التي تضمنها مقياس الاستقلالية المهنية. ويعزى انخفاض معامل ألفا لبند مقياس الاستقلالية المهنية مقارنة بقيمته لأداة الدراسة إلى قلة عدد العبارات التي تضمنها هذا المقياس (١٢ عبارة) مقارنة بإجمالي العبارات التي تضمنتها الأداة والتي بلغت ١١٧ عبارة، وذلك كما هو معروف يعود إلى أن العلاقة بين عدد العبارات وقيمة معامل ألفا كرونباخ طردية (Crocker and Algina, 1986). وعلى أية حال

متوسطة إلى عالية من الاستقلالية المهنية تتراوح بين (٣,٣٧) بالنسبة إلى القدرة على التحكم في جدولة العمل و(٣,٨) بالنسبة إلى القدرة على استخدام إمكانات المستشفى. وتشير هذه النتائج إلى أن الأطباء لا يملكون درجة عالية من القدرة على التحكم في جدولة العمل بما في ذلك القدرة على قضاء الوقت الكافي مع المريض نتيجة لثبات أنظمة ساعات العمل من ناحية ولكثرة عدد المرضى من ناحية أخرى. ولا شك أن لجدولة العمل تأثير في جودة الرعاية المقدمة ودقة التشخيص والعلاج مما يؤكد أهمية توفير درجة من المرونة لإتاحة الفرصة للأطباء لممارسة عملهم وفقاً للمعايير المهنية التي تدربوا عليها ويحرصون على التمسك بها.

من ناحية أخرى فإن نتائج الدراسة تشير إلى أن الأطباء يتمتعون بدرجة من الحرية في استخدام إمكانات المستشفى ممثلة في القدرة على اتخاذ قرارات دخول

جوهرية الفروق في مستوى الاستقلالية المهنية ومكوناتها لدى الأطباء وفقاً لخصائصهم المهنية والشخصية (الجنس، الجنسية، المرتبة الوظيفية)، ومن ذلك اختبار (ت) وتحليل التباين أحادي الاتجاه وفي هذه الحالة تم إجراء اختبار المقارنات البعدية توكي (Tukey). وقد تم استخدام البرنامج الإحصائي (SAS) لإدخال بيانات الدراسة وتحليلاتها.

نتائج الدراسة

أولاً - مستوى الاستقلالية المهنية لدى الأطباء

تم قياس مستوى الاستقلالية المهنية لدى الأطباء من خلال احتساب المتوسطات الحسابية لإجمالي الاستجابات للعبارة الممثلة لمكونات الاستقلالية المهنية كما هو مبين في الجدولة (٣).

وكما هو واضح في الجدول (٣)، يتمتع أفراد العينة بشكل عام بدرجة

جدول ٣
الاستقلالية المهنية للأطباء

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القدرة على استخدام إمكانات المستشفى	٣,٨	٠,٧٩
القدرة على التحكم في جدولة العمل	٣,٣٧	٠,٩
تدخل الآخرين في قرارات الرعاية	٣,٦١	٠,٦٩
القدرة على التأثير في مجريات الأمور	٣,٦١	٠,٩
تأثير النواحي المالية	٣,٧٢	٠,٨٨

الأطباء السعوديين لتكاليف الرعاية الطبية وتأثير ذلك في معدلات الاستخدام، يرى Mufti (1999) أنه من الضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لزيادة الوعي بالتكاليف بين الأطباء.

وخروج المرضى من المستشفى بدون ضوابط مشددة على مدة بقاء المريض وحرية طلب الفحوصات والتحاليل والإجراءات العلاجية المختلفة بدون ضوابط مشددة على معدلات استخدام هذه الإمكانيات.

ثانياً - اختلاف مستوى الاستقلالية المهنية بين القطاعين الحكومي والخاص

لتعرف مدى الاختلاف في الشعور بالاستقلالية المهنية لدى الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية مقارنة بالأطباء العاملين في المستشفيات الخاصة فقد تم إجراء مجموعة من اختبارات (ت) لهذا الغرض تظهر نتائجها في الجدول (٤).

وتؤكد هذه النتائج ما ذهب إليه Mufti (1999) من أن السيطرة على استخدام الموارد الصحية في مستشفيات المملكة ما تزال محدودة مما يؤدي من وجهة نظره إلى سوء الاستخدام. وأخذاً في الاعتبار الدور المهم الذي يؤديه الأطباء في تكوين تكاليف الرعاية الصحية من خلال أوامر إجراء الفحوصات واستخدام إمكانيات المستشفى واعتباراً لمحدودية إدراك

جدول ٤

نتائج اختبارات للفروق في مستوى الاستقلالية المهنية وفقاً لنمط المستشفى

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القدرة على استخدام إمكانيات المستشفى حكومي خاص	٣,٧٨ ٤	٠,٨٧ ٠,٧٢	٢,٢٢١٩	٠,٠٢٨٧
القدرة على التحكم في جدولة العمل حكومي خاص	٣,٣٣ ٣,٦٣	٠,٨٩ ٠,٨٥	٢,٥٠٧١	٠,٠١٣٩
تنخل الآخرين في قرارات الرعاية الطبية حكومي خاص	٣,٦ ٣,٧	٠,٧١ ٠,٥٩	١,٢٦٥٩	٠,٢٠٨
القدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة حكومي خاص	٣,١٢٢ ٣,٤٩	٠,٨٩ ٠,٨٢	٣,٠٨٤٨	٠,٠٠٢٧
تأثير النواحي المالية حكومي خاص	٣,٣٥ ٣,٤	٠,٨٨ ٠,٨٦	٠,٤١٦٧	٠,٦٧٩
الاستقلالية المهنية (المؤشر العام) حكومي خاص	٣,٤٣ ٣,٦٤	٠,٤٦ ٠,٤٥	٢,٩٩	٠,٠٠٣

ومن أكثر الفروق وضوحاً بين القطاعين هي مدى الشعور بالقدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة والتي تزيد لدى الأطباء العاملين في القطاع الخاص عنها لدى العاملين في القطاع الحكومي، حيث بلغ المتوسط الحسابي للفئة الأولى (٣,٤٩) وللثانية (٣,١٢) وبلغ مقدار الدلالة (٠,٠٠٢٧). وقد يكون ذلك ناتجاً عن صغر حجم المستشفيات الخاصة التي شملتها الدراسة بالمقارنة بالمستشفيات الحكومية، إذ يبلغ عدد الأطباء وعدد الأسرة في بعض هذه المستشفيات الحكومية عدة أضعافه في المستشفيات الخاصة، وبالتالي فإن الشعور بالقدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة تكون أكبر كلما صغر حجم المنظمة وقل عدد العاملين فيها. ويتفق ذلك مع ما وجدته (Engel, 1969) من أن حجم المنظمة قد يؤثر في إدراك الأطباء لمقدار الاستقلالية التي يتمتعون بها، إذ إنه من الطبيعي أن تكون المنظمات الكبيرة أكثر تعقيداً من الصغيرة مما يوجد شعوراً بالتجرد من المشاعر الشخصية وبالتالي بعدم الانتماء إلى المنظمة.

كذلك هي الحال بالنسبة إلى القدرة على التحكم في الجدولة والتي تزيد في المستشفيات الخاصة عنها في الحكومية، حيث بلغت المتوسطات الحسابية (٣,٦٣) للقطاع الخاص و(٣,٣٣) للحكومي وبلغت دلالة الفروق (٠,٠٠١٣٩) مما يؤكد شعور الأطباء في القطاع الخاص بحرية أكبر في اتخاذ القرارات المتعلقة بجدولة العمل

من هذه النتائج يتبين وجود فروق بين الأطباء العاملين في القطاع الحكومي والخاص في الشعور بالاستقلالية المهنية بشكل عام، إذ تزيد درجة الشعور بالاستقلالية المهنية لدى الأطباء العاملين في القطاع الخاص مقارنة بزملائهم في القطاع الحكومي، وقد بلغت المتوسطات الحسابية (٣,٤٣) لأطباء القطاع الحكومي، و(٣,٦٤) لأطباء القطاع الخاص، وبلغت دلالة الفروق (٠,٠٠٣). وتتفق هذه النتائج مع ما وجدته Burns et al (1993) من أن الأطباء العاملين في مستشفيات القطاع العام يشعرون بدرجة أقل من الاستقلالية المهنية عن زملائهم العاملين في القطاع الخاص. ويعد ذلك مؤشراً إلى قلة الضوابط الإدارية على الاستخدام وعلى قرارات الرعاية مما يعزى لانخفاض درجة البيروقراطية في مستشفيات القطاع الخاص. وهذا ما يؤكد مطر (١٩٩٧) إذ يشير إلى عدم وجود سياسات ملائمة لاستخدام الإمكانيات في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية.

وفيما يتعلق بمكونات الاستقلالية المهنية وجدت فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أطباء القطاع الخاص في معظم هذه المكونات عدا اثنين منها: الأولى هي مقدار تدخل الآخرين في قرارات الرعاية الصحية، والثانية هي مدى تأثير الأرباح والتكاليف في قرارات الرعاية الصحية، إذ كانت المتوسطات الحسابية لهذين المتغيرين متقاربة جداً لدى الأطباء في القطاعين.

زيادة معدلات الاستخدام وغياب سياسة جيدة للتنويم هي أحد أسباب هذه الظاهرة في القطاع الخاص، إضافة إلى غياب الجهات أو الهيئات الرقابية التي تضغط على هذه المستشفيات لترشيد الاستخدام وتخفيض التكاليف.

من ناحية أخرى فإن الإمكانيات في المستشفيات الحكومية أقل من حجم الطلب عليها وفي ظل شح الموارد فإن الضوابط على الاستخدام أكثر في المستشفيات الحكومية منها في المستشفيات الخاصة. ويشير (Mufti 1999) إلى أن الأطباء في القطاع الصحي الحكومي يعملون وفقاً لنظم رواتب ثابتة لا تتأثر بمعدل الاستخدام، وبالتالي فإن الدافع لضبط التكاليف لديهم يكون محدوداً، كما يرى أن عدم وجود حوافز مالية لتخفيض التكاليف، وقصور الوعي بأهمية ترشيد الاستخدام في القطاع الحكومي، وحرص الأطباء على القيام بكل ما بوسعهم لصالح المريض يؤدي إلى المبالغة في استخدام الإمكانيات المتاحة بالرغم من محدودية الفائدة المرجوة من ذلك.

ثالثاً: اختلاف مستوى الاستقلالية المهنية باختلاف الخصائص المهنية والشخصية

اختلاف الاستقلالية المهنية وفقاً للجنس
لتعرف مدى الاختلاف في مستوى الاستقلالية المهنية وفقاً للجنس تم إجراء اختبار (ت) المبينة نتائجه في الجدول (٥).

وتحديد المدة التي يقضونها مع المريض مقارنة بالأطباء في القطاع الحكومي. وقد يكون ذلك مرتبطاً بأن العمل في القطاع الخاص يسير على وتيرة ثابتة تقل فيها الضغوط على وقت الطبيب مقارنة بالقطاع الحكومي والذي يزيد فيه عدد المرضى والحالات المرضية الطارئة مما يحد من قدرة الطبيب على التحكم في جدول العمل والوقت الذي يقضيه مع المريض.

وأخيراً تشير النتائج إلى الأطباء في القطاع الخاص يتمتعون بحرية أكبر في استخدام إمكانيات المستشفى كالأُسرة والخدمات التشخيصية والعلاجية المساندة مقارنة بزملائهم العاملين في المستشفيات الحكومية. وقد بلغت المتوسطات الحسابية (٣,٣٣) للقطاع الحكومي و(٣,٦٣) للقطاع الخاص وبلغت دلالة هذه الفروق (٠,٠٢٨٧). ويمكن تفسير ذلك بأن المستشفيات الخاصة بطبيعتها تسعى إلى زيادة استخدام إمكانيات المستشفى لارتباط ذلك بزيادة أرباحها وبالتالي تقل القيود على استخدام هذه الإمكانيات. وقد وجد مطر (١٩٩٧) أن إدراك الأطباء في المستشفيات الخاصة لوجود حالات تنويم غير ضرورية أقل من زملائهم في القطاعات الحكومية، وأن لذلك مبرراً واضحاً هو أن المريض يقوم بدفع كامل التكاليف بغض النظر عن ارتفاعها أو المغالاة، إضافة إلى أن إيرادات التنويم وما يصاحبه من إيرادات إضافية نتيجة للإجراءات الطبية المختلفة يمثل مصدراً للدخل في المستشفيات الخاصة، ومن ثم فإن زيادة حالات التنويم تحقق زيادة في الدخل والأرباح. ويرى مطر (١٩٩٧) أن الرغبة في

وتشير الدلائل إلى أن الإناث الممارسات لهذه المهنة في المملكة العربية السعودية يحتلن مواقع مختلفة عن زملائهن الذكور سواء من حيث نمط المنظمة أو التخصص أو المرتبة الوظيفية، إذ تتركز الإناث في مستشفيات وزارة الصحة ومراكز الرعاية الصحية الأولية دون المستشفيات التخصصية أو العسكرية أو الجامعية، وفي تخصصات الطب العام والأطفال والنساء والولادة دون التخصصات الجراحية، وفي مرتبة طبيب مقيم أو أخصائي دون مرتبة استشاري (وزارة الصحة، ١٤١٨هـ). لذلك يمكن تفسير تدني الشعور بالاستقلالية المهنية باحتلال النساء مواقع تقل من حيث المكانة

وكما تبين نتائج الجدول (٥)، توجد فروق جوهريّة بين الجنسين في مقدار الاستقلالية المهنية التي يشعرون بها بشكل عام، إذ تزيد درجة الاستقلالية المهنية لدى الذكور مقارنة بالإناث، وقد بلغت المتوسطات الحسابية (٣,٤٩) للذكور، و(٣,٣٦) للإناث، وبلغت دلالة الفروق (٠,٠١٩). وتتفق هذه النتائج مع ما ذهب إليه (Lorber 1993) من أن الإناث والذكور الممارسين لمهنة الطب يتحملون درجة متماثلة من المسؤولية عن نتائج رعاية المرضى، إلا أن الإناث يملكن درجة أقل من الصلاحيات المهنية.

جدول ٥

نتائج اختبارات للفروق في مستوى الاستقلالية المهنية وفقاً للجنس

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القدرة على استخدام إمكانيات المستشفى	٣,٨٣	٠,٧٨	١,٠٠٠٩	٠,٣١
	٣,٧٣	٠,٧٤		
القدرة على التحكم في جدول العمل	٣,٤١	٠,٩	١,٧٩٥٨	٠,٠٧٤٩
	٣,٢١	٠,٨٥		
تدخل الآخرين في قرارات الرعاية	٣,٦٣	٠,٧١	٠,٨٧٧٨	٠,٣٨١٥
	٣,٥٦	٠,٦١		
القدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة	٣,٢	٠,٩	١,٥٨٨٩	٠,١١٤٦
	٣,٠٤	٠,٨٤		
تأثير النواحي المالية	٣,٣٩	٠,٨٨	١,١٨٨١	٠,٢٣٧٢
	٣,٢٦	٠,٨٦		
الاستقلالية المهنية (المؤشر العام)	٣,٤٩	٠,٤٧	٣,٣٧٨	٠,٠١٩
	٣,٣٦	٠,٤		

والذكور فيما يتعلق بمقدار الاستقلالية المهنية التي يتمتعون بها.

المهنية عن تلك التي يحتلها زملاؤهم من الذكور.

اختلاف الاستقلالية المهنية وفقاً للجنسية

لتعرّف مدى الاختلاف بين السعوديين وغير السعوديين في الشعور بالاستقلالية المهنية بمختلف مكوناتها، تم إجراء اختبار (ت) المبينة نتائجه في الجدول (٦).

وكما يتضح من هذا الجدول، فإن هناك فروقاً جوهرية بين السعوديين وغير السعوديين فيما يتعلق بالشعور بالاستقلالية المهنية بشكل عام، إذ يزيد

أما إذا نظرنا إلى مكونات الاستقلالية المهنية ممثلة في القدرة على استخدام إمكانات المستشفى، القدرة على التحكم في جدول العمل، تدخل الآخرين في قرارات الرعاية، القدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة، وتأثير النواحي المالية، نجد أن النتائج تشير إلى عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين فيما يتعلق بجميع هذه المكونات. وتتفق هذه النتائج مع ما وجدته Burns et al (1993) من عدم وجود فروق جوهرية بين الإناث

جدول ٦
نتائج اختبارات للفروق في مستوى الاستقلالية المهنية وفقاً للجنسية

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القدرة على استخدام إمكانات المستشفى	٣,٧٨	٠,٨٣	٠,٥٠١٣	٠,٦١٦٧
غير سعودي	٣,٨٣	٠,٧٤		
القدرة على التحكم في جدول العمل	٣,٣٨٩	٠,٨٦	٠,٠٣٠٤	٠,٩٧٥٨
غير سعودي	٣,٣٨٦	٠,٩		
تدخل الآخرين في قرارات الرعاية	٣,٦	٠,٧٧	٠,٤٤٥١	٠,٦٥٦٥
غير سعودي	٣,٦٣	٠,٦٥		
القدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة	٣,١	٠,٩٥	٠,٧٩١٠	٠,٤٢٩٨
غير سعودي	٣,٢	٠,٨٦		
تأثير النواحي المالية	٣,١	٠,٨٨	٣,٨٨٦	٠,٠٠٠١
غير سعودي	٣,٤٩	٠,٨٥		
الاستقلالية المهنية (المؤشر العام)	٣,٤	٠,٤٩	٣,٨٨٦	٠,٠٠٠١
غير سعودي	٣,٥	٠,٤٤		

للأطباء. ويؤكد (Mufti 1999) أن اختلاف الممارسة المهنية يسبب نمطا من الرعاية المكلفة وغير الملائمة في مستشفيات المملكة. لذلك فإن المرء يتوقع في ظل هذا التعدد في جنسيات الأطباء أن تكون هناك مساح أكثر جدية لتقنين الممارسة الطبية من خلال بروتوكولات الممارسة لضمان حد معين من الجودة في الخدمات المقدمة، إلا أن نتائج هذه الدراسة تشير إلى إرتفاع مستوى الاستقلالية المهنية لدى الأطباء غير السعوديين وعدم وجود اختلاف كبير بينهم وبين زملائهم السعوديين في حرية الممارسة مما يدل على ضعف الجهود الساعية إلى القضاء على فروق الممارسة لدى الأطباء العاملين في المستشفيات محل الدراسة.

اختلاف مستوى الاستقلالية المهنية وفقاً للمرتبة الوظيفية

لقياس اختلاف مستوى الاستقلالية المهنية وفقاً للمرتبة الوظيفية تم إجراء سلسلة من اختبارات التباين لهذا الغرض كما هو مبين في الجدول (٧).

تشير النتائج إلى أن هناك فروقاً جوهرية وفقاً للمرتبة الوظيفية بالنسبة إلى الشعور بالاستقلالية المهنية وإلى جميع مكوناتها، إذ تزيد الاستقلالية كنتيجة طبيعية للتقدم الوظيفي للأطباء. وتتفق هذه النتائج مع ما وجدته Engel (1969) من أن الأطباء في المراتب الوظيفية الأعلى يتمتعون بدرجة أعلى من الاستقلالية المهنية، إضافة إلى أن مدة العمل في

لدى غير السعوديين مقارنة بزملائهم السعوديين. وبالنظر إلى مكونات الاستقلالية المهنية، لا توجد فروق جوهرية بين السعوديين وغير السعوديين في معظمها فيما عدا ما يتعلق منها بتأثير النواحي المالية في قرارات الرعاية الصحية إذ تقل لدى الطبيب السعودي عنها لدى غير السعودي، فقد بلغ المتوسط الحسابي للسعوديين (٣,١) ولغير السعوديين (٣,٤٩)، وكان الفرق دالاً عند مستوى (٠,٠٠١). وتشير هذه النتيجة إلى أن الأطباء السعوديين يجدون أن الضوابط المالية تمثل قيوداً على حرية قراراتهم العلاجية. وقد يرتبط ذلك بما أشار إليه Umeh (1996) من أن درجة الوعي الاقتصادي لدى الأطباء السعوديين منخفضة نتيجة لعدم تعرضهم لمفاهيم ترشيد الاستخدام خلال دراستهم. إلا أنه من المتوقع أن يكون هذا الاختلاف ناتجاً عن أن معظم السعوديين (٩٤٪) وفقاً لإحصائيات وزارة الصحة للعام ١٤١٦هـ يعملون في المستشفيات الحكومية التي تعاني من شح الموارد وكثرة عدد المرضى، إضافة إلى أنها كما يشير مطر (١٩٧٧) تتسم بدرجة أكبر من البيروقراطية مقارنة بمستشفيات القطاع الخاص.

وتجدر الإشارة إلى أن لتعدد جنسيات الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة في المملكة العربية السعودية أثراً سلبياً في الجودة والتكلفة نظراً لاختلافات أساليب الممارسة الطبية نتيجة لاختلاف الخلفية العلمية والعملية

جدول ٧
نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لقياس الفروق في مستوى الاستقلالية المهنية وفقاً للمرتبة الوظيفية

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	بين	داخل	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
القدرة على استخدام مقيم إمكانات المستشفى	٣,٥٦	٠,٧٧	٧,٧٧	٠,٥٤	١٤,٣	٠,٠٠٠١
					٩	
أخصائي	٣,٧٤	٠,٦٧				
استشاري	٤	٠,٧٤				
القدرة على التحكم في جدولة العمل	٣,٢٦	٠,٨٢	٣,٠٠٥	٠,٧٧٩	٣,٨٦	٠,٠٠٢
أخصائي	٣,٢٧	٠,٨٣				
استشاري	٣,٥٢	٠,٧٥				
تدخل الآخرين في قرارات مقيم الرعاية الطبية	٣,٥٢	٠,٥٧	١,٦١٠	٠,٤٧٥	٣,٣٩	٠,٠٣٤
			٤	٤		
أخصائي	٣,٥٥	٠,٧١				
استشاري	٣,٧٢	٠,٧٤				
القدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة	٣	٠,٨٦	٣,٨٠٩	٠,٧٨	٥,٠١	٠,٠٠٧٢
أخصائي	٣,١١	٠,٨٥				
استشاري	٣,٣٥	٠,٩				
تأثير النواحي المالية	٣,١٨	٠,٩	٣,٠٤	٠,٧٦٥	٣,٩٧	٠,٠١٩٧
أخصائي	٣,٣٤	٠,٨٩				
استشاري	٣,٥	٠,٨٤				
الاستقلالية المهنية (المؤشر العام)	٣,٣	٠,٤٣	٣,٤٩	٠,١٩	١٨,١	٠,٠٠٠١
أخصائي	٣,٤	٠,٣٧				
استشاري	٣,٦	٠,٤٨				

الاستقلالية المهنية وجدنا أن الأطباء الاستشاريين يتمتعون بدرجة عالية من الاستقلالية في هذا المجال إذ بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفئة (٤) ويليهما الأطباء الأخصائيون والمقيمون بمتوسط حسابي (٣,٧٤) و(٣,٥٦) على التوالي، وبلغت

المنظمة تؤثر في الشعور بالاستقلالية المهنية نتيجة لتناقص الشعور بغموض الدور مع الخبرة الناتجة عن طول مدة العمل في المنظمة.

وإذا ما نظرنا إلى حرية استخدام إمكانات المستشفى بوصفها أولى مكونات

مما يؤكد أن التقدم الوظيفي يمنح الأطباء درجة من القدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة بما في ذلك تغيير طرق العمل والمشاركة في القرارات المهمة على مستوى المنظمة وذلك بحكم أن الفرصة متاحة لهؤلاء أكثر من غيرهم للمشاركة في لجان الهيئة الطبية التي تسهم في اتخاذ معظم القرارات في المنظمات الصحية.

وتقل درجة تأثير النواحي المالية في قرارات الرعاية التي يتخذها الأطباء الاستشاريون مقارنة بالأطباء الأخصائيين والمقيمين إذ بلغت المتوسطات الحسابية (٣,٥)، (٣,٣٤)، (٣,١٨) على التوالي بدلالة قدرها (٠,٠١٩٧). وتتركز هذه الفروق بين الأطباء الاستشاريين والمقيمين وفقاً لنتائج اختبار توكي.

كما تقل درجة تدخل الآخرين في قرارات الرعاية التي يتخذها الأطباء الاستشاريون مقارنة بالأطباء الأخصائيين والمقيمين إذ بلغت المتوسطات الحسابية (٣,٧٢)، (٣,٥٥)، (٣,٥٢) على التوالي بدلالة قدرها (٠,٠٣٤). وتشير نتائج اختبار توكي مرة أخرى إلى تميز الأطباء الاستشاريين في هذا الجانب مقارنة بالأطباء المقيمين.

بالنظر إلى النتائج السابقة يمكن استنتاج أن الأطباء الاستشاريين يتمتعون بدرجة أكبر من الاستقلالية المهنية مقارنة بزملائهم في المراتب الوظيفية الأقل مما يتفق مع نتائج الدراسات السابقة حول زيادة درجة الاستقلالية المهنية مع التقدم الوظيفي وزيادة درجة التخصص وسنوات الخبرة (Burns et al, 1993).

دلالة هذه الفروق (٠,٠٠٠١). وتشير نتائج اختبار المقارنات البعدية توكي (Tukey) إلى تركز الفروق بين فئة الأطباء الاستشاريين وكل من الأطباء الأخصائيين والمقيمين، مما يؤكد أن الأطباء الاستشاريين يملكون حرية أكبر في استخدام إمكانات المستشفى دون غيرهم من الأطباء.

وفيما يتعلق بالقدرة على التحكم في جدولة العمل نجد تميز الأطباء الاستشاريين في هذا الجانب مقارنة بالأخصائيين والمقيمين إذ بلغت المتوسطات الحسابية (٣,٥)، (٣,٢٧)، (٣,٢٦) على التوالي وبلغ مستوى دلالة هذه الفروق (٠,٠٠٢). وتشير نتائج اختبار توكي إلى وجود فروق جوهرية بين فئة الأطباء الاستشاريين والمقيمين دلالة على أن التقدم الوظيفي يرتبط بدرجة أعلى من حرية الجدولة وخاصة لأن ساعات العمل والمناوبات الليلية تتناقص مع تقدم المرتبة الوظيفية، إلى جانب أن التقدم الوظيفي يرتبط بتخصص الأطباء في مجالات دقيقة تتطلب بطبيعتها قضاء وقت أطول مع المريض مقارنة بالأطباء في المراحل الوظيفية المبكرة.

كذلك نجد أن القدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة تزيد لدى الأطباء الاستشاريين مقارنة بالأطباء الأخصائيين والمقيمين إذ بلغت المتوسطات الحسابية (٣,٣٥)، (٣,١١)، (٣) على التوالي وبدلالة قدرها (٠,٠٠٧٢). وتشير نتائج اختبار توكي إلى وجود فروق جوهرية بين فئة الأطباء الاستشاريين والمقيمين على وجه التحديد،

ملخص النتائج

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق جوهرية بين الإناث والذكور الممارسين لمهنة الطب فيما يتعلق بالشعور بالاستقلالية المهنية بشكل عام مما قد يكون نتيجة لاختلاف خصائصهم المهنية ومواقعهم من حيث التخصص والمرتبة الوظيفية ونمط المنظمة. بينما لم يكن هناك فروق جوهرية بين السعوديين وغير السعوديين فيما عدا ما يتعلق بتأثير النواحي المالية في قرارات الرعاية، إذ يشعر غير السعوديين بدرجة أعلى من الاستقلالية في هذه الناحية. ويدل ذلك على أن الأطباء السعوديين يشعرون بدرجة أقل من الحرية في اتخاذ قرارات الرعاية مما قد يكون ناتجاً عن أن معظمهم يعمل في المستشفيات الحكومية التي تتسم بشح الموارد والإمكانات وازدياد عدد المرضى. هذا، كما أن الدلائل تشير إلى انخفاض الوعي لدى الأطباء السعوديين بأهمية ترشيد الاستخدام واحتواء التكاليف.

وأخيراً وجدت الدراسة أن جميع مكونات الاستقلالية المهنية تختلف باختلاف المرتبة الوظيفية حيث تزداد الاستقلالية المهنية كلما زادت المرتبة الوظيفية كنتيجة طبيعية للتقدم الوظيفي الذي يرتبط بزيادة الثقة في قدرة الطبيب على اتخاذ القرار الصحيح دون الحاجة إلى التدخل الخارجي. هذا، بالإضافة إلى أن الأطباء في المراتب الوظيفية المتقدمة يشاركون بطبيعة الحال في اللجان التابعة لمجلس الإدارة والهيئة الطبية التي تقوم بصنع القرارات المهمة في المستشفى.

بالنظر إلى نتائج هذه الدراسة نجد أن الأطباء بشكل عام يتمتعون بدرجة متوسطة إلى عالية من الاستقلالية المهنية، تزيد فيما يتعلق باستخدام إمكانات المستشفى دلالة على مرونة ضوابط استخدام هذه الإمكانيات والممثلة في قرارات الدخول، ومدة بقاء المريض بالمستشفى وقرارات إجراء الفحوصات والتحليل والعلاجات المختلفة، بينما تقل درجة الاستقلالية عندما يتعلق الأمر بجدولة ساعات العمل والتحكم في مدة البقاء مع المريض بما يتماشى مع رؤية الطبيب.

وفيما يتعلق بالفروق بين القطاعين الحكومي والخاص، تشير النتائج إلى أن الأطباء في القطاع الخاص يشعرون بدرجة أعلى من الاستقلالية المهنية مقارنة بزملائهم في القطاع الحكومي وكانت هذه الفروق جوهرية بالنسبة إلى الشعور بالقدرة على التأثير في مجريات الأمور في المنظمة والتحكم في الجدولة واستخدام إمكانات المستشفى مما قد يكون ناتجاً عن زيادة درجة البيروقراطية في القطاع الحكومي ممثلة بتشديد الضوابط والإجراءات الإدارية الخاصة باستخدام إمكانات المستشفى إضافة إلى اختلاف المستشفيات التابعة للقطاعين من حيث الأهداف والحجم وعدد الأطباء العاملين فيها وجنسياتهم وعدد المرضى وطبيعة المشكلات الصحية التي تعالجها.

التوصيات

إن الضوابط الإدارية والمالية على الممارسات المهنية للأطباء تهدف إلى تحقيق أهداف مُهمّة بالنسبة إلى المنظمات الصحية من أهمها ترشيد الإنفاق وتوفير الخدمات الصحية لكل من يحتاجها مع الحفاظ على مستوى معين من الجودة، إلا أن تشديدها أو وضعها بمعزل عن مشاركة الأطباء يُوجد قيوداً على الاستقلالية المهنية للأطباء ويؤثر سلباً في جودة الرعاية.

لذلك تؤكد هذه الدراسة أهمية المحافظة على الاستقلالية المهنية للأطباء - والتي تعد أحد السمات الأساسية لمهنة الطب - أخذاً بالاعتبار نتائج الدراسات السابقة التي تحذر من أن لزيادة الضوابط الإدارية والمالية آثاراً سلبية في جودة الرعاية المقدمة ومستوى الرضا الوظيفي للأطباء نتيجة لعدم امتلاك الطبيب للحرية الكاملة لاتخاذ قرارات الرعاية وفقاً للمعايير والاعتبارات المهنية (Burns *et al*, 1993; Baker and Cantor, 1993; Buchbinder, 1997). هذا بالإضافة إلى ما يشير إليه Hilton (2000) من أن الضوابط الإدارية والحصول على أنونات مسبقة لإجراء الفحوصات والعلاجات والإجراءات المختلفة هي في الواقع غير ضرورية إذا ما تسلح الطبيب بالمعرفة اللازمة لاتخاذ القرارات السليمة بما لا يتعارض مع صالح المريض أو المنظمة. وأخذاً بالاعتبار ما يشير إليه Burns *et al* (1993) من أن تزايد الاهتمام بوضع السياسات الخاصة بالرعاية الصحية سيصاحبه تزايد في حدة

التوتر بين الأطباء والقائمين على وضع هذه السياسات وتنفيذها نتيجة لنقص الاستقلالية المهنية، وهذا قد يمثل إشكالية بارزة للأنظمة الصحية على الصعيد الأخلاقي والقانوني والإنساني وقد ينعكس سلباً على مستوى الرضا الوظيفي للأطباء. وعليه فإن هذه الدراسة توصي بما يلي:

- ١ - الحد من تدخل غير الأطباء في القرارات المتعلقة بالرعاية الطبية لما قد يترتب على ذلك من آثار سلبية في الاستقلالية المهنية للأطباء وجودة الرعاية المقدمة.
- ٢ - تفعيل مشاركة الأطباء في المستشفيات الحكومية والخاصة في وضع السياسات والضوابط والمعايير والإجراءات التي تحكم تقديم الرعاية لضمان مستوى معين من الجودة وتعزيز الشعور بالاستقلالية المهنية.
- ٣ - المحافظة على الاستقلالية المهنية الجماعية أي استقلالية المنظمات والهيئات الطبية التي يقع على عاتقها وضع المعايير والضوابط المهنية، وتشديد القيود على الاستقلالية المهنية الفردية بحيث يعمل الأطباء في القطاعين الحكومي والخاص في إطار الإرشادات التي تضعها هذه المؤسسات المهنية.
- ٤ - أن تسعى الهيئات الطبية إلى وضع الإجراءات والبروتوكولات

الرعاية من تكلفة لمساعدتهم على اتخاذ القرارات الملائمة وبدرجة من الوعي والمسئولية، ومن ثم التخفيف من حدة مقاومتهم للضوابط الإدارية والمالية الخاصة باستخدام إمكانات المستشفى.

٨ - تزويد الأطباء بالمهارات الإدارية والمالية والاقتصادية بإدراج مواد متخصصة ضمن برامج تعليم الأطباء تمشياً مع المتغيرات الطارئة على بيئة الأنظمة الصحية.

٩ - إجراء دراسات مستقبلية حول الاستقلالية المهنية للأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية والعيادات الخاصة والجماعية لتعرّف تأثير نمط المنظمة في الاستقلالية المهنية لهؤلاء.

١٠ - نظراً لتوسع استخدام التأمين الطبي في المملكة العربية السعودية، فالمقترح إجراء دراسات مستقبلية حول تأثير سياسات وإجراءات التأمين الطبي في حرية قرارات الرعاية الطبية.

وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي للعام ١٤١٦هـ، المملكة العربية السعودية.
وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي للعام ١٤١٨هـ، المملكة العربية السعودية.

الإكلينيكية (Clinical Protocols) للقضاء على اختلافات الممارسة الطبية الناتجة عن تعدد جنسيات الأطباء العاملين في مستشفيات المملكة بما يسهم في ضبط مستوى الجودة والتكلفة في القطاعين الحكومي والخاص.

٥ - تفعيل دور الهيئات الرقابية والمهنية في السيطرة على تكاليف العلاج في مستشفيات القطاع الخاص من خلال سياسات ترشيد الاستخدام واحتواء التكاليف وتقنين الممارسة للحد من الزيادة غير المبررة في الاستخدام والمبالغة في تكاليف الرعاية.

٦ - زيادة درجة الوعي والاهتمام باحتواء تكاليف الرعاية الطبية لدى الأطباء من خلال برامج التعليم والتدريب المختلفة، إذ إن الاستقلالية المطلقة في اتخاذ قرارات العلاج بمعزل عن الاعتبارات المالية لا تتلاءم مع واقع الأنظمة الصحية اليوم.

٧ - توفير التغذية الراجعة للأطباء لمراقبة ما يترتب على قرارات

المراجع

محمود حسين مطر، ١٩٩٧، محدّات الهدر للموارد المالية في القطاع الصحي: دراسة ميدانية في المملكة العربية السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد ٤، العدد ٢: ٢٠٥ - ٢٤٢.

- Abbott, A. 1988. *The System of professions*. The University of Chicago press.
- Al-Ahmadi, H. 1995. *Determinants of Job Satisfaction among Saudi Male and Female Physicians: A Qualitative Study*, Doctoral Dissertation, University of Pittsburgh Graduate School of Public Health.
- Baker, L. and Cantor, J. 1993 Physician Satisfaction Under Managed Care, *Health Affairs*, Supplement, 259-270.
- Ben David, J. 1958. The Professional Role of the Physiann in Bureaucratized Medicine: A Study in Role Conflict. *Human Relations*, 2: 901-911.
- Buchbinder, S. 1997. *Primary Care Physicians Job Satisfaction and Turnover*, Prepared for the Agency for Health Care Policy and Research, National Technical Information Service, Order No. PB 97-19723 INH.
- Burns, L., Anderson, R., and Shortell, S. 1993. The Effect of Hospital Control Strategies on Physician Satisfaction and Physician- Hospital Conflict, *Health Services Research*, 25 (3): 527-557.
- Crocker, L. and Algina, J, 1986. *Introduction to Classical & Modern TestTheory*, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., Orlando, Florida 32887.
- Engel, G. 1969. The Effect of Bureaucracy on the Professional Autonomy of the Physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 10: 30 - 41.
- Fox, R. 1989. *The Sociology of Medicine: A Participant Observer's View*, Prentice Hall Foundation of Modern Sociology Series.
- Freidsen, E. 1980. *Doctoring Together: A study of Professional Social Control*. The University of Chicago presses.
- Freidsen, E. 1988. *Profesion of Medicine: The study of the sociology of Applied knowledge*. The University of Chicago presses.
- Hilton, L. 2000. Greater Physician Autonomy: A New Trend? *Dermatology Times*, January Issue.
- Jack, H., Michell, J.; and Sulmasy, D. 1999. Perceived Financial Incentives, HMO Market Penetration and Physician Practice Style and Satisfaction, *Health Services Research*, 34 (1); part II.
- Lemiewr- Charles, L. 1997. When Resources are Scare: The Impact of Three Organizational practices on Clinical Managers, 22 (1): 58-69.
- Lorber, J. 1993. *Why Women Physicians Will Never be True Equals in the American Medical Profession*, In "Gender, Work and Medicine: Women and the Medical Divisionn of Labor", Edited by Elian Riska and

- Katirina Weager, Sage Publications.
- Mufti, M. 1999. A Need for Managed Care in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 21 (4): 321-323.
- O'Connor, S. And Lanning, J. 1992. The End of Autonomy? Reflections on the post Professional Physician. *Health Care Management Review*, 17 (1): 63- 72.
- Rakish, J., Longest, Jr., B., and Darr, K. 1992. *Managing Health Services Organizations*, Third Edition, Health professionals Press, Baltimore, Maryland.
- Reed, R.; and Evans, D. 1987. The Deprofessionalization of Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 258 (22): 3279-3282.
- Shultz, R. and Schultz, C. 1988. Management Practices, Physician Autonomy, and Satisfaction. *Medical Care*, 26: 7650-7653,
- Starr, P. 1982. *The Social Trans Formation of American Medicine*. Basic Book, Inc. Publishers, New York.
- Steven, E.; Diederilcs, J.; Philipens, H. 1992. Physician Satisfaction: Professional Characteristics and Behavior Formalization in Hospitals. *Social Science and Medicine*, 35 (3): 295-304.
- Succi, M; Lee, S. and Alexander, J. 1988. Trust between Managers and Physicians in Community Hospitals: The Effect of Power Over Hospital Decisions. *Journal of Healthcare Management*, 43 (5): 397-414.
- Umeh, J. 1996. The Prescription for Health Cost Control: Increased dose of Cost Consciouness in Saudi Public Sector Physicians. *Saudi Medical Journal*, 17 (30): 272-280.
- World Health Organization, European Forum of Medical Associations and WHO, Warso, Poland, 17-19 March 2000. *Declaration on Physicians' Autonomy*, <http://www.uems.be/who-auto.htm>
- World Medical Association: *Declaration on Professional Autonomy and Self Regulation* 2000. <http://www.nil.org.pl/ns1/wmaindepl.htm>.

ABSTRACT

**PROFESSIONAL AUTONOMY OF PHYSICIANS
IN RIYADH HOSPITALS: APPLIED STUDY**

HANAN A. AL-AHMADI

Institute of Public Administration

Riyadh- Saudi Arabia

The objective of this study is to identify level of professional autonomy among physicians on public and private hospitals in Riyadh Saudi Arabia. Professional autonomy was defined as the freedom to make clinical care decisions without external pressure or intervention, it was measured for purposes of this study through five indicators: freedom to use hospital resources, control of work schedule, ability to influence major decisions, absence of external intervention, and pressure of financial consideration. Results show that physicians enjoy a moderate to high degree of professional autonomy, and that there are significant differences according to hospital type, gender, nationality, and position.

حنان عبدالرحيم الأحمدى (دكتوراه في الصحة العامة، جامعة
بتسبرغ، الولايات المتحدة الأمريكية، ١٩٩٥)، أستاذ الإدارة
الصحية المساعد، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية
السعودية، لها اهتمامات بحثية في مجال الإدارة الصحية.

مجلة الحقوق

مجلة فصلية أكاديمية
محكمة تعنى بنشر البحوث
والدراسات القانونية والشرعية
تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

رئيس التحرير

الأستاذ الدكتور / إبراهيم السوقي أبو الليل

صدر العدد الأول في

يناير ١٩٧٧

الاشتراكات

في الكويت : ٣ دنانير للأفراد، ١٥ ديناراً للمؤسسات
في الدول العربية : ٤ دنانير للأفراد، ١٥ ديناراً للمؤسسات
في الدول الأجنبية : ١٥ دولاراً للأفراد، ٦٠ دولاراً للمؤسسات

المراسلات

توجه جميع المراسلات إلى رئيس
التحرير على العنوان التالي :

مجلة الحقوق . جامعة الكويت

ص ب : ٥٤٧٦ الصفاة 13055 الكويت

تلفون : ٤٨٣٥٧٨٩ . فاكس : ٤٨٣١١٤٣

Publication Council

مجلس النشر العلمي