

الرضا عن الخدمة الصحية بم دولة الكويت لدى كل من الجمهور المستفيد والأطباء

معصومة أحمد إبراهيم*
غانم سلطان**

• حصلت على الدكتوراه في علم النفس التربوي من جامعة كاليفورنيا - بيركلي عام 1982م.
تعمل أستاذة مساعداً بقسم علم النفس - كلية التربية الأساسية - الكويت.
•• حصل على الدكتوراه في الجغرافيا البشرية من جامعة الإسكندرية عام 1988م.
تعمل أستاذة مساعداً بكلية التربية الأساسية - الكويت.

الملخص

يعرف التخطيط الصحي بأنه رسم السياسة المفصلة لتوفير الخدمات الصحية للمواطنين على شكل برامج ومشروعات، تستهدف بلوغ المستوى الصحي المطلوب للفرد والمجتمع، وتتصف بأن لها خصائص محددة في فترة زمنية معينة، وذلك بالاستغلال الأفضل للإمكانات المادية والبشرية المتاحة، مع ضرورة مراعاة مبدأ التوزيع العادل والمتوازن لعناصر الخدمات الصحية على جميع مناطق الدولة. واستهدفت هذه الدراسة معرفة مستوى الرضا عن مجالات الخدمات الصحية بالكويت للمستفيدين والعاملين، ومعرفة مستوى التقبل لدى الجمهور للعلاج المقدم، وكذلك معرفة مدى تحمس العاملين في المجال الصحي في أداء عملهم، علاوة على معرفة المشكلات التي تواجه الجمهور أثناء طلب الخدمات الصحية، والمشكلات التي تواجه الهيئة الطبية عند القيام بتقديم هذه الخدمات.

وسارت الدراسة وفق منهج وفروض محددة، وبإطارين: أولهما نظري والآخر عملي ميداني اشتمل على: إجراءات الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة، واشتملت عينة الدراسة على استبانتين أولاهما للجمهور، والثانية لشريجة الأطباء، حيث بلغ حجم المبحوثين في الأولى 395 شخصاً وفي الثانية 306 طبيباً. وتمثلت المحاور الأساسية لأسئلة استبانة الجمهور والأطباء في مستوى الخدمة الصحية، والعلاقات الإنسانية، ومدى التقبل والرضا عن الخدمة، والمشكلات التي تواجه المستفيدين.

وبعد تحليل مستوى الرضا عن طبيعة الخدمات الصحية في الكويت ومستوى العلاقات الإنسانية والتقبل والمشكلات التي يواجهها المستفيدون من خلال جداول المتغيرات والمتوسطات والانحراف المعياري وقيم ت - خرجت الدراسة بمجموعة من النتائج لعل أهمها أن الذكور من المستفيدين كانوا أكثر رضىً من الإناث عن بعض مجالات الخدمة. وفي مجال العلاقات الإنسانية اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة بين الكويتيين وغير الكويتيين ولا بين الموظفين والطلبة، ولم تظهر كذلك فروق ذات دلالة بين متغيرات الجنس والجنسية والوظيفة، حيث تساوى الجميع في نظرهم وحكمهم على المشكلات التي تواجههم كمستفيدين. وقد أبرز الباحثان جانباً من هذه المشكلات.

أما على مستوى تحليل التباين فقد أكدت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مجال الرضا عن الخدمة الصحية، بين مجموعة الأعمار الثلاثة بين كل من الكويتيين وغير الكويتيين، وذلك لصالح الشريحة العمرية 30 سنة فأكثر. وكان المستوى التعليمي الثانوي هو الأكثر رضا عن الخدمات الصحية. وفي مجال العلاقات الإنسانية ظهرت فروق بين مستوى التعليم الثانوي الذين أكدوا وجود هذه العلاقات.

وكانت المجموعة العمرية (30 سنة فأكثر) هي الأكثر تعبيراً عن وجود مشكلات يواجهونها عند طلب الخدمة. أما الأطباء فقد ظهر من الدراسة عدم وجود فروق واضحة في مجال الرضا عن الخدمات الصحية، بمعنى أن جل عينة الأطباء قد أكدت على وجهات نظر متقاربة. وعلى مستوى العلاقات الإنسانية كان الأطباء غير الكويتيين أكثر تأييداً وتحمساً لوجود مثل هذه العلاقات. وكان الأطباء الذكور أكثر تقبلاً ورضاً عن الخدمات من الإناث، كما كان هؤلاء أيضاً أكثر تعبيراً عن طبيعة المشكلات التي يواجهونها.

أما في مجال تحليل مستويات الرضا والعلاقات الإنسانية والتقبل والمشكلات، فقد اتضح أن الأطباء الذين أمضوا في الخدمة أكثر من عشر سنوات هم الأكثر رضا عن الخدمة، وفي مجال العلاقات الإنسانية كانت وجهات نظر الأطباء متقاربة، كما أبدوا جميعاً درجة من التقبل عن الخدمة، وتقارب وجهات نظرهم فيما يتعلق بالمشكلات.

هذا، وقد انتهت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات وضعها الباحثان أمام صناع القرار في قطاع الخدمات الصحية بدولة الكويت.

يعد تخطيط الخدمات الصحية من الموضوعات المهمة ضمن مفهوم التخطيط الإقليمي. وتواجه الخدمات الصحية في الدول النامية مشكلات متعددة، خاصة في مجال النقص الشديد في عناصر الخدمة الصحية الذي ترتب أساساً على قلة الإنفاق في المجال الصحي. ويلاحظ هنا الاهتمام الواضح في تركيز القسم الأكبر من الخدمات الصحية في مناطق التجمعات السكانية الكبرى، وحرمان المدن الصغيرة ومناطق الأرياف من تلك الخدمات. ومن هنا تأتي أهمية التخطيط للخدمات الصحية وفق أسلوب علمي، يأخذ بعين الاعتبار مبدأ التوزيع الجغرافي المتوازن للخدمات الصحية في جميع أنحاء الدولة أينما كانت⁽¹⁾.

ويحاول المخططون وضع حلول لمشكلات عدم التوازن في تقديم الخدمات الصحية، وعدم تكافؤ الفرص للاستفادة منها بغية تصحيح الوضع القائم، وتحقيق العدالة في التوزيع لكل السكان في جميع أنحاء الدولة، وتقديم أفضل الخدمات في حدود الإمكانيات المتاحة. كما يستفيد المخططون كذلك من درجة ومستوى الرضا الجماهيري من خلال نتائج الدراسات التي تجري في إطار استطلاع الرأي، لمعرفة ردود الفعل تجاه الخدمات وعلى رأسها الخدمات الصحية⁽²⁾.

ويعرّف التخطيط الصحي بأنه رسم السياسة المفصلة لتوفير الخدمات الصحية للمواطنين على شكل برامج ومشروعات تستهدف بلوغ المستوى الصحي المطلوب للفرد والمجتمع، وتتصف بأن لها خصائص محددة في فترة زمنية معينة، وذلك بالاستغلال الأفضل للإمكانات المادية والبشرية المتاحة، مع ضرورة مراعاة مبدأ التوزيع العادل والمتوازن لعناصر الخدمات الصحية على جميع مناطق الدولة⁽³⁾.

ويمكن القول إن قطاع الصحة يسهم في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية بطريق غير مباشر، وذلك عن طريق توفير الصحة والعافية للإنسان (العنصر المهم في عملية التنمية)، حيث إن مسئولية هذا القطاع تتركز في توفير الخدمات الصحية والعلاجية للإنسان، إضافة إلى مكافحة الأمراض والأوبئة (الصحة الوقائية)، وبهذا يسهم قطاع الصحة في توجيه الطاقات البشرية لعملية الإنتاج والتطوير بإيجاد الإنسان السليم القادر على العمل والإنتاج بكافة مراحله⁽⁴⁾.

وتجدر الإشارة إلى أن مفهوم الرعاية الصحية في الكويت يعود إلى سنوات مبكرة من القرن العشرين، حيث بدأ في عام 1912 عندما تم إنشاء أول عيادة طبية في دار المعتمد البريطاني. ودخل النظام الصحي في الكويت مرحلة جديدة عند الكشف عن النفط في أراضيها وزيادة مواردها المالية، ثم غداة استقلالها في عام 1961 بإنشاء وزارة الصحة (بدلاً من دائرة الصحة العامة). وعندما وضع دستور البلاد نص في مواده أرقام (9، 10، 11، 12) على ضرورة توفير الرعاية الصحية الشاملة للمواطنين، وحمايتهم من الإهمال الجسماني والنفسي والاجتماعي، حتى يتسنى لهم المشاركة بقوة وفاعلية في بناء المجتمع الحديث. ومنذ ذلك الحين أخذ التطور في الرعاية الصحية في الكويت يأخذ مساراً متسارعاً بشكل لم تشهده دول كثيرة في العالم النامي. ففي خلال العقود الثلاثة الماضية تم تأسيس بنية تحتية صحية Health Infrastructure حديثة، شملت إنشاء مراكز الرعاية الصحية الأولية، والوحدات الصحية المجمع Polyclinic، والمستشفيات، والمراكز الصحية المتخصصة ضمن المناطق الصحية في البلاد⁽⁵⁾.

ووفرت الإمكانيات والقدرات العلاجية بحيث تضاهي ما هو متوافر في الكثير من الدول المتقدمة، وذلك بشهادة المنظمات الدولية المعنية، ومن خلال ما أوضحت الدراسات.

وقد اهتمت بعض الدراسات بإبراز مبادئ السياسة الصحية في الكويت، والتي تمثل القواعد الأساسية للخطة الصحية في البلاد، والتي تشمل على بنود كثيرة نختار منها ما يلي⁽⁶⁾:

- 1 - وجوب تمتع كل فرد في الكويت بمستوى صحي لائق، يمكنه من أن يعيش حياة منتجة اقتصادياً واجتماعياً.
- 2 - توفير الخدمات الصحية لكل مواطن، لكي يتحقق الوصول إلى المستويات الصحية دون عوائق مادية أو طبيعية.
- 3 - إعطاء الأولوية للاحتياجات الرئيسة التي تحقق العوائد في مجال تحسين الصحة، مثل تحسين السلوك الصحي السليم، وتقديم الخدمات الوقائية التي تقي من الأمراض.

- 4 - تُعطى الأولوية لأفراد المجتمع الكويتي الذين هم بحاجة أكثر للخدمات، وهم شرائح الأطفال والأمهات والمسنين والمعوقين ومحدودي الدخل.
- 5 - تشجيع المجتمع على حماية الصحة الشخصية بالاشتراك في صياغة السياسات الصحية، وتوفير تدعيم الخدمات الصحية.
- 6 - يجب أن تتصف الخدمات الصحية بالشمولية وسهولة المنال والاستمرارية والجودة.
- 7 - استخدام التخطيط الصحي العلمي الشامل، لترشيد الخدمات الصحية ونموها وتطويرها. وتكون الخطط الصحية مستقبلاً جزءاً أساسياً من خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد.
- 8 - استخدام مبادئ إدارة الخدمات الصحية العلمية كوسيلة لتقديم الخدمة، بهدف تحقيق الاستخدام الأفضل للإمكانات المتاحة، والتكامل بين الخدمات، وإلغاء المركزية بشكل ملائم، والوصول إلى مستويات عالية من الفاعلية والكفاءة والجودة للرعاية الصحية.
- 9 - التركيز على إعداد الأطباء وجميع العاملين في المجال الصحي لتحقيق أهداف الرعاية الصحية وتوفير الخدمات الأساسية للفرد والأسرة والمجتمع.
- 10 - تتحمل الدولة بشكل رئيسي تمويل الخدمات الصحية بجميع أشكالها مع إمكانية إدخال نظام للمشاركة من جانب الأفراد في تكلفة الخدمات الصحية، لتخفيف العبء على الدولة من جانب، ولضمان السلوك الإيجابي للمتفعين وترشيد الاستخدام من جانب آخر.
- 11 - خضوع القطاع الأهلي للتنظيم والرقابة من الدولة، وقصر دوره إلى أدنى حد على خدمة من يرغبون في استخدامه كبديل للخدمات الصحية الحكومية، مع ضمان عدم تحوله إلى قطاع تجاري يهدف أولاً وأخيراً للربح.
- 12 - تعمل الدولة على تشجيع وتنمية التعاون والمشاركة في المجال الصحي من مقدمي الخدمة الصحية والمتفعين منها. كما تهدف إلى التعاون وتنسيق الجهود لمواجهة المشاكل الصحية والأمراض السائدة من خلال التنسيق في مجالات الصحة مع دول مجلس التعاون الخليجي والدول العربية والهيئات الدولية.

وإذا كان ما سبق عرضه هو القواعد الأساسية لمبادئ السياسة الصحية في الكويت، فما أهم أهداف هذه السياسة؟
يمكن القول إن الأهداف الصحية في البلاد تتمثل في البنود الرئيسة التالية⁽⁷⁾:

- 1 - توفير الخدمات الصحية الكافية بتسهيل الحصول على الخدمات، وشمولية هذه الخدمات (تنوعها)، واستمراريتها، مع ضمان جودتها العالية من خلال التطوير المستمر وتنمية القوى العاملة.
- 2 - التشخيص المبكر للأمراض وتقديم العلاج المفيد.
- 3 - الوقاية من الأمراض ومكافحتها، ويشمل ذلك الإرشاد الوراثي، وفحوص ما قبل الزواج ورعاية الأمومة والطفولة، ورعاية الصحة المهنية، وبرامج التحصين Vaccination ضد الأمراض ومكافحة الأمراض المعدية Infectious Diseases وغير المعدية، ومكافحة الحشرات والقوارض، ومراقبة المواد الغذائية والمياه.
- 4 - الارتقاء بمستوى الصحة عن طريق التثقيف الصحي.
- 5 - حماية البيئة بمكافحة التلوث والأخطار البيئية التي تؤثر على حياة الإنسان والحيوان والنبات.

وقد انتهت أحدث الدراسات الخاصة بمستوى وكفاية الخدمات الصحية في الكويت (دراسة سلطان 1997) إلى نتائج عديدة يمكن ذكر أهمها فيما يلي⁽⁸⁾:

- 1 - هناك تنوع في الخدمات الصحية في الكويت شمل جميع فروع الطب على وجه التقريب.
- 2 - هناك كفاية عددية في المستوصفات ومراكز الرعاية الصحية الأولية P.H.C. والوحدات الصحية والمستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة على وجه التقريب.
- 3 - هناك تطور في قوة العمل في المجال الصحي يتناسب مع تطور ونمو السكان في الكويت. فقد ثبت أن هناك علاقة ارتباط قوية بين تطور عدد السكان ونمو أعداد الهيئة الطبية (07)، وهناك علاقة ارتباط قوية جداً بين

تطور عدد السكان وتطور عدد الهيئة التمريضية (09)، وذلك في الفترة بين عامي 1985-1995.

4 - هناك زيادة في عدد زيارات المرضى للمراكز الصحية، وكذلك زيادة في نسبة إشغال الأسرة في الفترة نفسها.

5 - من نتائج الدراسة السابق الإشارة إليها أن الكويت تحتل مرتبة متقدمة جدًا بين دول العالم النامي في بعض المؤشرات الصحية، مثل معدل عدد السكان لكل طبيب وممرضة، ومجال الإنفاق الصحي، وتكلفة الرعاية الصحية. وتحتل الكويت كذلك موقعاً متقدماً بالنسبة لمعدلات توقعات الحياة - Life Expectancy بين الدول المتقدمة، كالسويد وفرنسا وبريطانيا والولايات المتحدة وسويسرا، إذ بلغ المعدل العام 73,3 سنة للذكور و77,2 سنة للإناث، متفوقة بالطبع على سائر الدول النامية.

6 - اتضح أن التنوع في أنماط الخدمات الصحية يلبي بشكل واضح الاحتياجات الصحية الأولية الملحة للمواطن في مناطق السكن المختلفة، في مجالات الطب العام، وطب الأسنان ورعاية الأمومة والطفولة، وصحة البيئة، ورعاية مرضى السكر.

ويؤخذ من الدراسة السابقة ومن غيرها من الدراسات⁽⁹⁾ التي أجريت في فترات مختلفة أن مستوى الرعاية الصحية في الكويت مستوى متقدم بمقارنته بدول المنطقة والشرق الأوسط والعالم النامي.

بيد أن موضوع هذه الدراسة الأساسية لا تهتم في أساسها بنتائج الدراسات النظرية والتحليلية القائمة على إحصاءات وأرقام عكست كفاية الخدمات الصحية ومستواها في الكويت، بل إنها تهتم بالجانب الآخر للخدمات الصحية بدولة الكويت حيث تعتمد على استطلاعات الرأي الجماهيري كمتلقٍ أو مستفيد من هذه الخدمات لقياس مستوى الرضا عند المستفيدين. وهي بذلك تتكامل مع الدراسات السابقة في حالة وجود مستوى جيد للرضا، وتحاول تحليل التناقض بين الدراسات الإحصائية الرقمية التي تظهر مدى الكفاية والمستوى الجيد، وبين عدم وجود مستوى معقول من الرضا. وتحاول هذه الدراسة وضع بعض المؤشرات الخاصة بعدم الرضا في محاور مختلفة من الدراسة أمام صانعي القرار في مجال

الخدمات الصحية بالكويت، لا سيما في مجالات التواصل أو العلاقات الإنسانية بين العاملين في المراكز الصحية المختلفة، والجمهور المستفيد، والمشكلات التي يواجهونها للحصول على الخدمة الصحية المطلوبة.

وفي مجال الرضا يمكن حصر مفهومه بأنه تعبير عن الموقف الذي يتخذه الفرد تجاه الخدمات الصحية (على سبيل المثال)، وهو موضوع الدراسة بصورة تعكس نظرة هذا الفرد وتقييمه لعنصر أو أكثر من عناصر الخدمة الصحية، ومدى ما تحققه هذه العناصر من وفاء وإشباع لحاجاته الصحية. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الحاجات وطرائق إشباعها تتباين كمّاً ونوعاً من إنسان إلى آخر، بمعنى أن النظرة إلى الخدمة الصحية ستباين في هذه الدراسة من إنسان إلى آخر بحسب التجارب الشخصية، وردود الفعل العاطفية للمواقف، وأنواع الخدمة، وأنماط التعامل كمجال للعلاقات الإنسانية.

فالعلاقات الإنسانية في مجال العمل يمكن تعريفها بأنها «مجال من مجالات الإدارة، يعني بدمج الأفراد في موقع العمل بطريقة تحفزهم إلى العمل معاً بأكبر إنتاجية، مع تحقيق التعاون بينهم وإشباع حاجاتهم الاقتصادية والنفسية والاجتماعية» (عمر 1979)⁽¹⁰⁾ وإن أي منظمة عمل تغيب فيها العلاقات الإنسانية تعجز عن القيام بمهامها بنجاح، وإن إحساس الفرد وشعوره بالانتماء لهذه المنظمة يدفعه ويحفزه للعمل والعطاء ورفع الروح المعنوية، وإن الوحدة الصحية تواجه أنماطاً عديدة من السلوك الاجتماعي، وأسلوب التعامل مع الناس يحتاج لمهارات عديدة، وعليه يتوقف توثيق العلاقات بين هؤلاء المستفيدين المترددين وبين الهيئة الإدارية والطبية.

أهداف الدراسة

تستهدف الدراسة تحقيق مجموعة من الأهداف هي:

- 1 - معرفة مستوى الرضا عن بعض مجالات الخدمات الصحية بالكويت للمستفيدين والعاملين في قطاع الصحة.
- 2 - معرفة مستوى الرضا والتقبل لدى الجمهور للعلاج المقدم.
- 3 - معرفة مدى تحمس العاملين في المجال الصحي في أداء عملهم.

- 4 - معرفة مستوى العلاقات الإنسانية بين المستفيدين والأطباء وبين قوة العمل في قطاع الخدمات بعضهم ببعض، وانعكاسات ذلك على الخدمة الصحية.
- 5 - معرفة المشكلات التي قد يواجهها الجمهور أثناء طلب الخدمات الصحية.
- 6 - معرفة المشكلات التي قد تواجه الهيئة الطبية أثناء تأدية العمل.

منهج الدراسة

تسير الدراسة وفق المنهج الوصفي التحليلي القائم على الإحصاء المقارن بين عينات مختلفة.

فروض الدراسة

تفترض الدراسة أن الخدمة الصحية بدولة الكويت تتمتع بسمعة حسنة من خلال المستوى الجيد الذي تظهر عليه هذه الخدمة. ويترتب على ذلك توافر مستوى لا بأس به من الرضا الجماهيري لهذه الخدمة. كما أن الجهود المبذولة والإمكانات المتاحة لخدمة صحية جيدة تعمل على التقليل من ظهور المشكلات التي تعترض سبيل الحصول على الخدمة في أحسن مستوى وأقل وقت.

وقد صاغ الباحثان فروض الدراسة بطريقة صفيرية جاءت على النحو التالي:

- 1 - لا توجد فروق في مستوى الرضا عن بعض مجالات الخدمات الصحية بدولة الكويت من جانب المستفيدين (الجمهور) والأطباء، وذلك حسب المتغيرات التصنيفية التالية: (الجنس، الجنسية، السن، العمل، الحالة الاجتماعية والتعليمية، الخبرة الوظيفية، المحافظة الصحية).
- 2 - لا توجد فروق في مستوى العلاقات الإنسانية بين المستفيدين والأطباء وبين قوة العمل في قطاع الخدمات وذلك حسب المتغيرات التصنيفية التالية: (الجنس، الجنسية، السن، العمل، الحالة الاجتماعية والتعليمية، الخبرة الوظيفية، المحافظة الصحية).
- 3 - لا توجد فروق في مستوى الرضا والتقبل لدى المستفيدين (الجمهور) والأطباء من الخدمات الصحية المقدمة وذلك حسب المتغيرات التصنيفية

التالية: (الجنس، الجنسية، السن، العمل، الحالة الاجتماعية والتعليمية، الخبرة الوظيفية، المحافظة الصحية).

4 - لا توجد فروق في مواجهة المشكلات الناتجة عن تقديم الخدمات الصحية بالنسبة للمستفيدين والهيئة الطبية حسب المتغيرات التصنيفية التالية: (الجنس، الجنسية، السن، العمل، الحالة الاجتماعية والتعليمية، الخبرة الوظيفية، المحافظة الصحية).

الإطار النظري للدراسة

الدراسات السابقة

بالرغم من محاولات الباحثين في الكشف عن دراسات سابقة أكثر صلة بموضوع الدراسة إلا أن هذه المحاولات لم تسفر عن نتائج إيجابية، على الرغم من تعدد الدراسات التي تم الاطلاع عليها. وفيما يلي أهم هذه الدراسات التي يعتقد الباحثان أنها أكثر صلة بدراستهما.

لقد ركزت دراسة عبد الخالق (1982) حول الرضا الوظيفي عند العمالة الوافدة في دولة الكويت، وأثر الرضا على إنتاجية العمل. واحتوت عينة الدراسة على (1310) موظفين حكوميين وجاءت النتائج على النحو التالي: أن 59% من عينة الدراسة ترى أن المناخ السائد في العمل جيد، وأن هناك ارتباطاً موجباً بين الرضا الوظيفي والراتب والمستوى الوظيفي، كما أن الذكور كانوا أكثر رضا من الإناث عن ظروف العمل والعلاقات مع الآخرين.

وقد احتل عامل الإحساس بتقدير الآخرين لما يتم عمله وإنجازه المركز الأول، في حين احتل عامل الأجور والحوافز المركز الثاني في الأهمية لتحديد الرضا الوظيفي⁽¹¹⁾. وهناك دراسة أجراها السالم (1984) لتعرف درجة كفاءة الأداء في كل قطاع من قطاعات الخدمات العامة في دولة الكويت، ومن بينها قطاع الصحة، حسب اتجاهات أو وجهات نظر المستفيدين من هذا النظام المتكامل من الخدمات، ولتحديد الأسباب التي تكمن وراء ارتفاع تلك المستويات أو تدهورها. وقد طبقت استبانة احتوت على 46 بنداً تخص كل الخدمات على عينة مكونة من

(500) فرد ومن فئات عمرية مختلفة، جرى استطلاع آرائهم في مختلف مناطق الكويت. وقد دلت نتائج هذه الدراسة الميدانية على أنه كلما زاد سن الفرد ازدادت ثقته بالعناية الطبية التي يتلقاها عند زيارته للمستشفى. فعلى سبيل المثال، ذكر 66% من الشريحة العمرية (31-40 سنة) أن مستوى الخدمات الصحية في الكويت جيد. ووصف ما يقارب 60% من مجموع العينة على اختلاف دخولها (المستوى الاقتصادي الاجتماعي) النظام الصحي بأنه ضعيف، وللوساطة دور فعال في الحصول على العلاج الأفضل. وكشفت نتائج الدراسة أيضاً أنه بازدياد مستوى الثقافة يزداد الناس وعياً، ومن ثم المطالبة بخدمات صحية أفضل، وبازدياد المستوى أيضاً الثقافي (العلمي) يزداد الشعور بتواجد الوساطة، وهذا ما ذكره 25% من مجموع العينة الكلي⁽¹²⁾.

وبينت دراسة وستكوت (1977 Westcott) أنه بخصوص تقديم الاستشارات الطبية المقدمة للمستفيدين كانت واحدة بالنسبة للذكور والإناث منهم. وبينت النتائج أن الاستشارات الطبية كانت قصيرة المدة للمراجعين الذين تراوحت أعمارهم بين 15-29 سنة، بينما كانت طويلة المدة بالنسبة للمراجعين الذين يقعون ضمن فئة 45-64 سنة، وبالأخص الذين يعانون من المشاكل العصبية أو الأزمات العصبية. وقد كان واضحاً إن هناك ميلاً من قبل الأطباء المعالجين لتقديم استشارات طبية قصيرة المدة وسريعة للمراجعين الذين ينحدرون من مستويات اقتصادية - اجتماعية منخفضة. ومن المعروف أن الاستشارة الطبية الطويلة المدة تؤدي إلى رفع مستوى الرضا لدى المراجع⁽¹³⁾.

كما أشارت نتيجة دراسة بارتلت جريسون وبيكر Bartlett, E., Grayson, M. and Baker R. (1984) إلى اختلاف المعاملة تبعاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي وطبقاً لنوع الجنس⁽¹⁴⁾.

وأظهرت نتائج دراسة مورل، إيفانز، موريس ورولان Morrell D.C., Evans, M. Morris R. & Roland M.O. (1986) أن الوقت الذي يقضيه الطبيب مع المراجع لمتابعة علاجه وتقديم استشاراته المفيدة يتأثر بالخصائص الشخصية للمراجع مثل سنه ومستواه الاقتصادي والاجتماعي⁽¹⁵⁾.

علاوة على ذلك وجدت دراسة ولكن، هوجكن ومتكالف Wilkin D., Hodgkin P. and Meta Calfe (1986) أن الطبيبات يقدمن استشارات طبية بشكل أقل من الأطباء الذكور، ويعملن عدد ساعات عمل أقل، كما أن لديهن قائمة من المراجعين أقل مقارنة بالأطباء الذكور، ويستدل من ذلك على أن نوعية العلاقة الموجودة بين الطبيب والمراجع تتأثر بضغط العمل.

ولم تجد هذه الدراسة أية علاقة بين سن الطبيب ومستوى ضغط العمل⁽¹⁶⁾، فبالنسبة لسن الطبيب بينت دراسة آرمسترونج وجرفن (1987) Armstrong D. & Griffin أن الطبيب الأصغر سنًا يقل حجم قائمة مراجعيه عن الأطباء الأكبر سنًا، إلا أن متغير السن لا يؤثر في درجة تقديم الاستشارات الطبية للمراجعين، ولكن الأكبر سنًا يقضي وقتاً أطول في تقديم النصائح والمشورات للمراجعين بدرجة أكبر من الوقت الذي يقضيه في تشخيص المرض⁽¹⁷⁾.

وفي دراسة قام بها كل من فيرانس، استونج، بورز وكاش Ferrans - Carol Estwing, Powers, M. & Kasch-c. (1987) هدفت إلى بيان درجة الرضا ومستوى الرعاية الصحية المقدمة لمرضى الغسيل الكلوي فكانت العينة حوالي (416) فرداً، اختيرت عشوائياً من ضمن قائمة المرضى المعالجين في المستشفى. وقد أبدى هؤلاء الرضا تجاه الرعاية الصحية المقدمة لهم من قبل الطبيب المعالج والهيئة التمريضية. ودلت النتائج على وجود علاقة ضعيفة بين مستوى الرضا عن الرعاية الصحية والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للمرضى. كما دلت أيضاً على أن المرضى الذين يعالجون لمدة قصيرة بالمستشفى وهم من مستوى تعليمي (ثقافي) منخفض كانوا أكثر رضا عن الرعاية من غيرهم من المرضى من المستويات الثقافية الأخرى⁽¹⁸⁾.

وأشارت دراسة كالنان وبتلر Calnan, M. and Butler, J.R. (1988) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد المراجعين من المرضى وبين عبء العمل، بالإضافة إلى ظهور معاملات إحصائية إيجابية بين عدد مرات الاستشارات الطبية والوقت اللازم والكافي لتقديم هذه الاستشارة الطبية للمراجع؛ فعندما يزيد عدد المراجعين من المرضى يقل الوقت اللازم لتقديم الاستشارة الطبية لهم بشكل عام⁽¹⁹⁾؛

بمعنى أن عبء العمل بالنسبة للطبيب يتأثر بحجم قائمة المراجعين وبخصائصهم الشخصية ومشاكلهم الصحية. وفي هذا المجال أوضح ريتشارد سن، واستريد وبورك Burke, Ronald J., Richardsen & Astrid, M. (1991) عند دراسة العلاقة بين ضغط العمل والرضا الوظيفية وبين الخصائص الشخصية عند تطبيقها على عينة عددها (2584) طبيياً - بينت النتائج وجود علاقة بين ضغط العمل والرضا الوظيفي فكلما كان مضغوطاً ومرهقاً في العمل تكونت لديه اتجاهات سلبية نحو نظام الرعاية الصحية، خصوصاً عندما يواجه حالات الإحباط من الأنظمة واللوائح الطبية المطبقة من قبل الحكومة. وعلى الرغم من ذلك أثبتت النتائج أن العلاقة التي تربط الأطباء بزملائهم في العمل هي المصدر الرئيس للرضا الوظيفي⁽²⁰⁾.

واهتمت دراسة بورك ريتشارد سن وأستريد Burke, Richardsen (1991) and Astrid M. بدراسة الاختلاف الجنسي من ناحية المعدل والمصدر للضغط والإجهاد لدى كل من الأطباء الممارسين من الذكور والإناث، البالغ عددهم (1859) ذكراً و(228) أنثى عندما طبقت عليهم الاستبانة، فكانت النتيجة هي ظهور المعدل نفسه والمصدر للضغط في العمل بالنسبة للجنسين. هذا وكان اهتمام الذكور بالناحية المادية أكثر من الإناث حيث إن الذكور لديهم في العادة قائمة من المراجعين أكبر من قائمة المراجعين عند الطبيبات في الأسبوع الواحد. وأبدت الطبيبات اتجاهات سلبية نحو الرعاية الصحية بشكل عام، ويعزى ذلك لانشغالهن بشئون الحياة اليومية وارتباطهن العائلي بالأسرة⁽²¹⁾.

وتتأثر درجة الرضا بتوقعات المستفيدين، فعندما لا تتحقق توقعاتهم يكونون في العادة غير راضين. وقد أشارت دراسة سيح، ودونر كاجل Mei-Ohsieh & Jill Doner Kagle (1991) إلى أن الذين لديهم توقعات إيجابية حيال الرعاية الصحية يكونون قادرين على التعبير عن رضاهم عنها، فاستجابات المرضى مؤشر لمستوى رضاهم. وقد جمعت بيانات هذه الدراسة الميدانية من عينة كبيرة من العاملين في المجال الأكاديمي الإداري وعددهم (650) موظفاً، فبينت النتائج أن الاستجابات تختلف درجتها من مجموعة إلى أخرى. مثلاً كانت توقعات مجموعة الإناث ومستوى رضاها أكبر من مجموعة الذكور بالنسبة للرعاية الصحية، وكن أكثر

اهتماما بمستوى هذه الخدمة ومحاولة تطويرها مستقبلا. أما عن مجموعة الفئات العمرية فقد أبدت فئة الكبار في السن الذين هم أكثر من 55 سنة والمجموعة العمرية الأقل من 25 سنة الرضا بالنسبة للرعاية الصحية بشكل أكبر من المجموعات الأخرى، مع العلم أنهم كانوا أقل المجموعات رضا بالنسبة لدرجة السهولة في الحصول على الخدمة الصحية⁽²²⁾. ولقد بات معروفا عندما تكون الاستجابات لدى المستفيدين إيجابية تكون الخدمة الصحية بالنسبة لهم ملائمة، بل إن ثقتهم بالطبيب تزيد فيحرصون على متابعة العلاج، ومن هنا كان من الضروري الاهتمام برود فعل المستفيدين وبمستوى رضاهم عن الخدمة الصحية المقدمة لهم.

هذا، وقد حاولت دراسة العتيبي (1992) تعرّف طبيعة الفروق في درجة الرضا الوظيفي بين العمالة الوطنية والعمالة الوافدة بدولة الكويت عن طريق تأثير بعض المتغيرات الشخصية (مستوى التعليم، والعمر، والراتب ومدة الخدمة) ففي درجة الرضا الوظيفي لدى العمالة الوطنية والعمالة الوافدة طبقت على (378) موظفا في ثماني منظمات حكومية وهي (وزارة الصحة العامة، والأشغال، والمالية، والمواصلات، والشئون الاجتماعية والعمل، وديوان الموظفين، والتجارة والصناعة وبلدية الكويت). وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن متوسط الرضا الوظيفي لدى العمالة الوافدة أعلى من متوسط الرضا الوظيفي لدى العمالة الوطنية، وأنه كلما زاد المستوى التعليمي عند أفراد العمالة الوطنية قلّ رضاهم الوظيفي. ولم ترتبط متغيرات الدراسة الشخصية السابقة الذكر بالرضا الوظيفي، سواء عند العمالة الوطنية أو عند العمالة الوافدة. أما عن أهم العناصر التي تحقق الرضا الوظيفي فقد جاءت على النحو التالي:

بالنسبة للعمالة الوطنية ترى أن الترقّيات والمكافآت من العوامل التي تحقق الرضا الوظيفي في المرتبة الأولى، يليها الشعور بالأمن والاستقرار الوظيفي، وأخيرا مدى ملاءمة الوظيفة للخبرات الشخصية. بينما كانت بالنسبة للعمالة الوافدة من أهم العوامل التي تحقق الرضا الوظيفي وتكون في المرتبة الأولى بالنسبة لهم هي الشعور بالأمن والاستقرار الوظيفي، يليها الترقّيات والمكافآت، وأخيرا حجم العمل وملاءمته للقدرات الشخصية⁽²³⁾.

ولقد توصل مارن، وميرا، وآراناز وفيتالر (1992) Marin R. Mira, Jose, Aranaz & Viraller في دراستهم إلى أن الأطباء يكونون أكثر توترا أثناء تأدية عملهم، ولكنهم أكثر تحملا للمسؤولية من الطبيبات اللاتي ظهرن أكثر رضا عن وظيفتهن، وأقل جهدا وتوترا في العمل بالنسبة للأطباء الذكور⁽²⁴⁾.

وفي دراسة أخرى قام بها كل من بورك وريتشارد سن واسترد (1993) Burke, Richardsen & Astrid M. وطبقوها على (303) طبيبة كندية، وتوصلوا إلى أن عدد ساعات العمل تعتبر من المؤشرات الرئيسة لعدم الرضا الوظيفي. وهذا كان واضحا عند الأطباء الممارسين أكثر من الأطباء الاختصاصيين، وظهرت عوامل أخرى مؤثرة تأثيرا إيجابيا على مستوى الرضا الوظيفي لعمل الطبيب الممارس، مثل التمتع بالثقة بالنفس من ناحية نظرة الجمهور له، والعلاقة الإيجابية بينه وبين العاملين في العمل وبينه وبين المراجعين من المرضى⁽²⁵⁾.

إن رضا الطبيب مثل رضا المريض أو المستفيد يساعد على التعرف على قوة العلاقة الموجودة بين الطبيب والمستفيد، ومستوى الرعاية الصحية، ففي دراسة أجراها كل من سشمان، وروتر، وجرين ولبكن (1993) Suchman, A, Roter, D, Green M. 7 Lipkin, M. وطبقت على عينة من الأطباء وعددهم (98) طبيبا، 79% منهم ذكور والمتوسط العمري لهم 34 سنة، وعلى عينة أخرى من المستفيدين حجمها (527) 58% منهم إناث، حيث أجابوا على استبانة تتعلق بالنواحي النفسية والجسدية للمراجع أو المستفيد في يوم الزيارة، مثل (حالات القلق، والتوتر، والاكتئاب والاهتمامات). وقد طبقت هذه الاستبانة بعد 550 زيارة للمستشفى الذي يعالج فيه المستفيد، وبينت النتائج في هذه الدراسة أن رضا الطبيب الوظيفي المتعلق بالعلاقة بينه وبين المريض (المستفيد) عامل مؤثر في نجاح التشخيص وقدرته على تقديم العلاج اللازم للمستفيد، كما بينت النتائج أيضا أن ضغط العمل وضيق الوقت كلها عوامل ذات علاقة قوية ترتبط بدرجة الرضا الوظيفي⁽²⁶⁾.

وإلى جانب ذلك فقد هدفت دراسة المسلم (1993) إلى التعرف على أثر كل من المتغيرات التالية: (الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، وسنة التخرج، والحالة الاجتماعية، ومنطقة السكن، ونوع السكن وعدد أفراد الأسرة، وقطاع

العمل والدخل الشهري) على الرضا الوظيفي بين القوى العاملة الوطنية في الكويت، فطبقت استبانة على (2300) فرد من القوى العاملة الكويتية، موزعة على القطاع العام والخاص والمشارك، وعلى جميع المحافظات في دولة الكويت. وأهم ما توصلت إليه الدراسة أن الذكور كانوا أكثر رضا عن أعمالهم من الإناث، وكلما ازداد العمر ازداد الرضا الوظيفي، وكلما ارتفع المستوى التعليمي قل الرضا الوظيفي. وبينت الدراسة أن سكان محافظة الجهراء كانوا أقل رضا عن وظائفهم من سكان المحافظات الأخرى، كما كان الأفراد العاملون في القطاع الأهلي أكثر رضا من الأفراد العاملين في القطاعين الحكومي والمشارك، وأن الحاصلين على أعلى الدخل الشهري كانوا أكثر رضا عن وظائفهم من أصحاب الدخل الدنيا⁽²⁷⁾.

واطلع الباحثان كذلك على دراسة هول وجوديث ميلبورن وأبستين Hall, Judith, Milburn, M. & Epstein A. (1993) التي حاولت تعرّف العلاقة بين مستوى الرضا عند المرضى وبين حالتهم الصحية، فقد تم مقابلة عدد من المرضى الكبار في السن وهم (590) مريضاً أعضاء في منظمة المحافظة على الصحة، وبعد مرور سنة واحدة تمت مقابلتهم مرة أخرى، وعندئذ كان عددهم (526) مريضاً وهؤلاء كانوا يعالجون من بعض الأعراض المرضية المزمنة. وقد أوضحت النتائج أن درجة الرضا كانت لديهم معقولة في المرة الأولى، وبعد مقابلتهم مرة أخرى بعد مرور عام تبين أن مستوى الرضا لديهم قد انخفض. ويمكن أن يعزى هذا الانخفاض إلى طول فترة العلاج والمعاناة مع الألم، خاصة وأن أغلبهم يعاني من أمراض مزمنة Chronic Diseases، وكشفت هذه الفترة عن الشعور بالإحباط من نتائج العلاج. ويتبين من هنا أن للحالة النفسية أثرها في الحكم على نوع الخدمة وتأثر مستوى رضا المستفيدين⁽²⁸⁾.

ومن بين الدراسات كذلك هناك دراسة قام بها كل من جلسون، وأليليو، وهيغن هوجان Gilson Lucy, Alilio Martin & Heggen Hougen Kris (1994) والتي هدفت إلى تقييم مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الأولية في تنزانيا، حيث تم استطلاع الرأي للمستفيدين من هذه الخدمات الصحية في (17) قرية عن طريق استخدام أسلوب المقابلة الشخصية. ودلت نتائجها على تدني مستوى الرضا لديهم

بالنسبة لهذه الخدمات، وخصوصا الخدمات الخاصة بالولادة ورعاية الأمومة التي قيمت من قبلهم على أنها ذات مستوى ونوعية منخفضة، كما أشاروا إلى تدني مستوى الخدمة الإدارية أيضا في المراكز الصحية. ومن بين ما ذكره هؤلاء «أنهم يفضلون التعامل مع موظف مهذب يصرف لهم الدواء الخطأ بدلاً من التعامل مع موظف غير مهذب يصرف لهم الدواء الصحيح»⁽²⁹⁾.

وفي دراسة مماثلة طبقت بواسطة كل من كيوراتا، وتانيب، ماكبرج كاواي واندرسون Kurata, J., Watanebe. Y.Y. Mcbridge, Kawai, K. & Andersen (1994) للمقارنة بين مستوى رضا المستفيدين عن الرعاية الصحية في كل من الولايات المتحدة واليابان، والمتمثلة بالرضا العام عن الرعاية، والوقت المستغرق في الانتظار للدخول على الطبيب. ولقد طبقت على عينة مكونة من (895) مستفيدا أمريكيا وعدد (856) مستفيدا يابانيا. وظهرت النتائج موضحة أن الأغلبية من المستفيدين كانوا على درجة جيدة من الرضا عن الرعاية الصحية المقدمة لهم، وكانت النسب على النحو التالي في اليابان (11%) كانوا راضين جدًا عن الرعاية الصحية و(61% راضين) أما بالنسبة للولايات المتحدة فكانت النسبة حوالي (44% راضين جدًا و44% راضين)، ولقد كان الاختلاف واضحا بالنسبة لوقت الانتظار للدخول على الطبيب بين الأمريكيين واليابانيين، حيث كانت النسبة لعدم الرضا بالنسبة للأمريكيين 7,9%، في حين كانت لليابانيين 8,4%. وعلى الرغم من أن اليابانيين قد أشاروا إلى درجة من عدم الرضا بالنسبة لوقت الانتظار للدخول على الطبيب إلا أن النتيجة بعد إجراء التحليل العاملي لم يكن لها تأثير واضح على النتائج الكلية بالنسبة لمستوى الرضا لدى المستفيدين، لأن اليابانيين لا يهتمون كثيرا بفترة الانتظار طالأت أو قصرت، وفي الوقت الذي يكون فيه نصيب الطبيب من المراجعين في الياباني بين 49-64 مراجعا في اليوم، تستغرق مدة الكشف عليهم 3-5 دقائق يعالج الطبيب الأمريكي 16 مراجعا، ولكل 20 دقيقة⁽³⁰⁾.

كما تم التحقق من رضا المستفيدين من الرعاية الصحية الأولية في أربع مدن أوروبية في دراسة قام بها كالنان، كاتسيا نوبولس، أوفجاروف وبروكهورا سكاس Calnan, M. Katsouyianno poulos, Ovcharov, V. & Prokhorskas, R. (1994) حيث

طبقت على حوالي (454) مواطنا في كانتربري - إنجلترا، وعلى (408) مواطنا من ايونينا اليونان، وعلى (235) مواطنا من بلغراد - يوغوسلافيا، وعلى عدد (554) مواطنا من موسكو - روسيا. وبينت النتائج أن مستوى الرضا لدى المواطنين بالنسبة للخدمات التي يقدمها الطبيب (الممارس العام) كانت بنسب عالية، وظهرت مرتبة كما هي على النحو التالي:

في كانتربري - إنجلترا 95%، آيونينا - اليونان 87%، بلغراد - يوغوسلافيا 85%، وأخيرا موسكو - روسيا بنسبة 62%. وكان الاتفاق في المدن الأوروبية الأربع على أن مستوى الرضا لدى المستفيد أو ثقته تنحصر في مهارات الطبيب الفنية الخاصة بالعلاج في المرتبة الأولى، يليها علاقته الإنسانية بالمرضى وذلك في المرتبة الثانية، وأن هذا الجانب يعني الكثير للمريض ويشمل جوانب الراحة النفسية، ومنه إلى الرضا عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة⁽³¹⁾.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة قام بها كل من بدرمان، كارمل وياهسكل Biderman, A. Carmel, S. Yaheskel Ayala (1994) لقياس مستوى الرضا عن الرعاية الصحية في إسرائيل⁽³²⁾.

أما ليرنر Lerner (1971) فقد ذكر: «أن معدل الرضا يشير إلى مدى توافر التخطيط السليم لتوفير الخدمة التي يحتاجها المريض، فالرضا يساوي الإنجاز والطموح»، كما أنه من المهم تدريب الأطباء على أساليب للتعامل مع المراجعين، ويكمن ذلك في أسلوب اللطافة واللباقة وفي درجة الاهتمام والتقبل وإظهار العاطفة والتفاهم والاستماع والتجاوب معهم بشكل جيد.

وفي دراسة ميدانية قامت بها الرشدان (1994) حول تقييم مستوى الخدمات الصحية طبقت على عينة من الأسر الكويتية وعلى المسؤولين بقطاعات الخدمة. أشارت إلى أن أهم المشاكل التي يعاني منها قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من هذه الخدمة، وكذلك من وجهة نظر المسؤولين عن قطاع الخدمات الصحية كما حددها البحث الميداني هي انخفاض مستوى تقديم الخدمة، وعدم وجود كفاءات طبية متخصصة، والزحام الشديد على تلقي الخدمة الصحية⁽³³⁾.

ومن بين الدراسات هناك دراسة شميم كازمب (Shameim Kazmib 1995) التي أجريت في باكستان، وتم فيها استطلاع رأي الإناث حول مستوى الرعاية الصحية الأولية المتعلقة بأمراض النساء والولادة ورعاية الطفولة في كل من الريف والمدينة. وقد كان حجم العينة في الريف (400) مستفيد، أما حجم العينة في المدينة فكان (800) مستفيد وأغلبهم من الفقراء والأميين. وقد تناولت هذه الدراسة فئات عمرية مختلفة تتراوح بين 21-45 سنة، وكانت النتائج واضحة بالتقبل والرضا عن مستوى الرعاية الصحية المقدمة من قبل الحكومة مع قلة عدد الأطباء المتخصصين خاصة في المناطق الريفية. فهذا إن دل على شيء فإنه يدل على مدى الارتباط بين ردود الفعل والتقبل، فكلما كانت ردود الفعل للمستفيدين عالية انعكس ذلك على درجة التقبل لمستوى الرعاية الصحية المتوافرة⁽³⁴⁾.

وهذا ما أوضحته أيضاً دراسة وليامز، واينمان، جيرمي ونيومان Williams, S. Weinman J. Dale - Jeremy & Newman, S. (1995) التي حاولت التحقق من درجة الرضا لدى المراجعين وذلك قبل العلاج وبعده. فقد تم مقابلة (504) مراجعين، تتراوح أعمارهم بين 17-85 سنة، التقوا بنحو (25) طبيباً ممارساً للحصول على العلاج اللازم.

وقبل حصولهم على علاجهم كانت توقعاتهم (ردود الفعل) بالنسبة لنوعية الرعاية الصحية عالية، مما أدى إلى تقبل هذه الخدمة بشكل جيد⁽³⁵⁾.

هذا وقد وجد بيلز Linder Pelz (1982) علاقة ذات دلالة إحصائية بين توقعات المراجع لتصرف وسلوك الطبيب تجاهه وبين درجة الرضا أو عدمه من خلال هذا السلوك⁽³⁶⁾.

وأشارت دراسة أخرى طبقت في المملكة العربية السعودية قام بها كل من الشمري، وخوجة والصبي (AL-Shamari S. Khoja, T. & Subaie A. 1995) للتعرف على مستوى الرضا الوظيفي لدى الأطباء العاملين في المراكز الصحية بالسعودية وهم من جنسيات مختلفة، في محاولة تعرف مسببات الإجهاد أثناء العمل وكيفية تداركه. وكان حجم العينة (515) مستفيداً، مقسمة على النحو التالي (361) ذكراً (154) أنثى ومن فئات عمرية مختلفة من 35-50 سنة. وبينت النتائج

أنه عند التقدم في السن يزيد الإجهاد النفسي وضغط العمل لدى الأطباء، وقد يكون ذلك بسبب قيامهم بممارسة الأعمال الإدارية (باستثمار خبرتهم الطويلة)، إلى جانب القيام بممارسة عملهم كأطباء، مما يسبب لهم الكثير من الجهد والتعب نتيجة كثرة عدد المراجعين (نصيب الطبيب الممارس العام أكثر من 30 مراجعاً في اليوم الواحد في ساعات العمل الثماني)، وبالتالي فإن ذلك يؤثر على قدرته على تقديم الاستشارة الطبية المطلوبة، أو حتى التشخيص بصورة جيدة⁽³⁷⁾.

وتضمنت دراسة قام بها كل من يونج، ثروكمورتن، مكداول وسشلك (Young, L. Throckmorton, E. Mc Dowell. E. 1996) استبانة طبقت في ولاية مينسوتا الأمريكية في المراكز الصحية في عام 1993 على عدد (188) مراجعاً، وفي عام 1994 طبقت مرة أخرى على عدد (215) مراجعاً. وتراوحت أعمار هؤلاء المراجعين بين 18-80 سنة، وذلك لتوضيح العلاقات بين الأطباء النفسيين ومرضاهم حول مدى الرضا عن الطبيب المعالج، وقدرته على تفهم مشاكلهم، ومدى اهتمامه بهم، واحترام مشاعرهم وآرائهم، وإلى جانب ذلك تم قياس العلاقة بين المريض المراجع وبين الإداريين العاملين في المراكز الصحية مثل (سهولة الحصول على مواعيد الزيارة، والاستقبال الجيد، ومقدار الوقت المستغرق في الانتظار).

وكانت النتيجة في عام 1993 أن درجة الرضا عند المراجعين بلغت 80%، وارتفعت هذه النسبة في عام 1994 إلى 86%. ويعزى هذا الارتفاع إلى اهتمام الأطباء المعالجين بالمراجعين وتعاونهم معهم، وقد تعود أيضاً إلى مدى الاتصال والتعاون بين الأطباء⁽³⁸⁾.

ويعني ذلك أنه يمكن رفع مستوى الرضا عند المراجعين من خلال تطوير الاتصالات والأنظمة المتبعة في المراكز الصحية.

هذا وقد توصلت دراسة جاد الرب ودراسة مارشال، هيز وميزل (Marshall, Hayes, R. & Rand R. 1996) إلى نتائج تشير إلى وجود خلل في العلاقات الإنسانية بين الأطباء والفئات الأخرى من العاملين بالمراكز الصحية وبين المراجعين من المرضى، ربما يكون مرجعها التعالي من جانب الأطباء،

وتفضيلهم القيام بالأعمال الخاصة بدلاً من أدائهم العمل الطبي الحكومي. أما عن استياء المراجعين فقد كان سببه الصعوبات التي تعترضهم عند الاستقبال بسبب سوء معاملة الهيئة التمريضية وتراخي الأطباء في عملهم⁽⁴⁰⁾ ⁽³⁹⁾.

وأخيراً هناك دراسة إدريس (1996) الذي حاول قياس وتقييم جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية في دولة الكويت من، خلال ردود فعل المرضى وعددهم (500)، ومدى إدراك المديرين وعددهم (322) لردود الفعل هذه عن طريق توزيع استبانة واحدة خاصة بالمرضى وأخرى مختلفة للمديرين. وكشفت نتائج التحليل الإحصائي للدراسة عن وجود فجوة سلبية بين ردود فعل المرضى لبعض مظاهر جودة الخدمة الصحية المتمثلة (بالشعور بالأمان، والتعاطف مع المريض، وتفهم احتياجات المرضى، والعناية الشخصية بكل مريض والروح المرحية والصدقة في التعامل مع المرضى)، وبين مدى إدراك الإدارة في هذه المؤسسات الصحية لمثل هذه الاستجابات، مما يعكس عجز الإدارة عن تلبية احتياجات المرضى ورغباتهم الأمر الذي أدى إلى قصور واضح في مستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة بالفعل، لأنها لم تكن قادرة على الوفاء بمتطلبات المرضى فيما يتعلق بهذه الخدمة ومن ثم انخفاض مستوى جودتها⁽⁴¹⁾.

الطريقة والإجراءات

إجراءات الدراسة

أ - عينة الدراسة

تألف عينة البحث من مجموعتين من الباحثين وهما: الجمهور المستفيد والأطباء العاملين.

وقد بلغ حجم عينة الباحثين على مستوى الجمهور (395) شخصاً كويتيين وغير كويتيين ذكوراً وإناثاً، ومن شرائح عمرية مختلفة بدأت بأقل من 20 سنة، وانتهت بأكبر من 30 سنة، ومن الطلبة والموظفين. وروعي في العينة الحالة الاجتماعية والحالة التعليمية، ووزع هؤلاء على محافظات دولة الكويت (كما سيتبين ذلك من خلال عرض التوزيع العددي والنسبي لحالة الباحثين).

أما عينة الأطباء، فقد بلغت (306) طبيباً من الكويتيين وغير الكويتيين، من الممارسين العاميين والاختصاصيين والاستشاريين الموزعين على المناطق الصحية المختلفة بدولة الكويت، مع توزيع سنوات الخبرة العملية وسنوات العمل بالكويت لغير الكويتيين (وستبين ذلك من خلال التوزيع العددي والنسبي لحالة المبحوثين).

جدول (1) يوضح التوزيع العددي والنسبي للبيانات الأساسية المستمدة من الجمهور المستفيد من الخدمات الصحية بدولة الكويت (ن = 395)

الجنس	ذكور	إناث	المجموع			
العدد	161	234	395			
النسبة %	40,8	59,2	100			
الجنسية	كويتي	غير كويتي	المجموع			
العدد	316	79	395			
النسبة %	80	20	100			
السن	أقل من 20 سنة	20-30	أكثر من 30	المجموع		
العدد	45	223	127	395		
النسبة %	11,4	56,5	32,1	100		
العمل	طالب	موظف	المجموع			
العدد	180	215	395			
النسبة %	45,6	54,4	100			
الحالة الاجتماعية	أعزب	متزوج	أخرى	المجموع		
العدد	174	211	10	395		
النسبة %	44,1	53,4	2,5	100		
الحالة التعليمية	أقل من ثانوي	ثانوي	جامعي	فوق جامعي	المجموع	
العدد	31	98	257	9	395	
النسبة %	7,8	24,8	65,1	2,3	100	
المحافظات	العاصمة	حولي	الفروانية	الأحمدي	الجهراء	المجموع
العدد	85	117	113	53	27	395
النسبة %	21,5	29,6	28,6	13,4	6,8	100

جدول (2) يوضح التوزيع العددي والنسبي للبيانات الأساسية المستمدة من الأطباء العاملين بالخدمات الصحية بدولة الكويت (ن = 306)

الجنس	ذكر	أنثى	المجموع			
العدد	213	93	306			
النسبة %	69,6	30,4	100			
العمل	ممارس عام	أخصائي	استشاري	المجموع		
العدد	152	135	19	306		
النسبة %	49,7	44,1	6,2	100		
الجنسية	كويتي	غير كويتي	المجموع			
العدد	79	227	306			
النسبة %	25,8	74,2	100			
المناطق الصحية	العاصمة	حولي	الفروانية	الأحمدي	الجهراء	المجموع
العدد	82	84	52	52	36	306
النسبة %	26,8	27,5	17	17	11,8	100
الخبرة في العمل	أقل من 5 سنوات	5-10 سنوات	أكثر من 10 سنوات	المجموع		
العدد	40	86	180	306		
النسبة %	13,1	28,1	58,8	100		
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	5-10 سنوات	أكثر من 10 سنوات	كويتيون*	المجموع	
الوظيفية بالكويت لغير الكويتيين						
العدد	106	49	72	79	306	
النسبة %	34,6	16	23,5	25,8	100	

(*) لا تستقيم النسبة والعدد الإجمالي إلا بإدخال عدد ونسبة الكويتيين مع أن بياناتهم غير مطلوبة في هذا التوزيع.

جدول (3) وصف لعينة الجمهور (المستفيدين من الخدمة الصحية)

المجموع	غير كويتي	كويتي	المتغيرات	
395	58	103	ذكور	الجنس
	21	213	إناث	
395	9	36	أقل من 20 سنة	السن
	34	189	20-30 سنة	
	36	91	30 سنة فأكثر	
395	14	166	طالب	العمل
	65	150	موظف	
395	33	141	أعزب	الحالة الاجتماعية
	43	168	متزوج	
	3	7	أخرى	
395	4	27	أقل من ثانوي	الحالة التعليمية
	24	74	ثانوي	
	46	211	جامعي	
	5	4	فوق الجامعي	
395	9	76	العاصمة	المحافظة الصحية
	39	78	حولي	
	17	96	الفروانية	
	8	45	الأحمدي	
	6	21	الجهراء	
395	79	316	العدد الإجمالي لعينة المستفيدين	

جدول (4) وصف لعينة الأطباء

المجموع	غير كويتي	كويتي	المتغيرات	
306	167	46	ذكور	الجنس
	60	33	إناث	
306	109	43	ممارس عام	العمل
	106	29	أخصائي	
	12	7	استشاري	
306	8	32	أقل من 5 سنوات	سنوات الخبرة الوظيفية
	72	14	5-10 سنوات	
	147	33	10 سنوات فأكثر	
227	106	-	أقل من 5 سنوات	مدة العمل بالكويت لغير الكويتيين
	49	-	5-10 سنوات	
	72	-	10 سنوات فأكثر	
306	42	40	العاصمة	المحافظة الصحية
	64	20	حولي	
	41	11	الفروانية	
	47	5	الأحمدي	
	33	3	الجهراء	
306	227	79	العدد الإجمالي لعينة الأطباء	

(*) مدة العمل بالكويت يقصد بها لغير الكويتيين، وإذا أضيف لهم عدد الكويتيين وهو (79) يصبح المجموع (306) ويتساوى بذلك مع مجموع الخانات المختلفة.

ب - أدوات الدراسة⁽⁴²⁾

أعد الباحثان استبانتين: واحدة للجمهور وأخرى للأطباء، تكونت من (31) بنداً، لكل منهما عدد من المحاور الأساسية تمثل مضمون الدراسة وما يستهدفه الباحثان من آراء للمبحوثين التي تشكل أساس الدراسة الميدانية أو الجانب التطبيقي لها، وتتمثل فيما يلي:

أ - المحاور الرئيسة لأسئلة استبانة الجمهور:

- 1 - مستوى الخدمة الصحية Health Care (الأسئلة من 1-12).
- 2 - العلاقات الإنسانية Human Relations (الأسئلة من 13-18).
- 3 - مدى التقبل والرضا عن الخدمة Health Care Satisfaction (الأسئلة من 19-24).
- 4 - المشكلات التي تعترض حصولهم على الخدمة Health Care Problems (الأسئلة من 25-31).

ب - المحاور الرئيسة لأسئلة استبانة الأطباء:

- 1 - مستوى الخدمة المقدمة للجمهور Health Care (الأسئلة من 1-11).
- 2 - العلاقات الإنسانية Human Relations (الأسئلة من 12-17).
- 3 - مدى التقبل والرضا عن مستوى الخدمة Health Care Satisfaction (الأسئلة من 18-25).
- 4 - المشكلات التي تواجههم في تأدية العمل Work Problems (الأسئلة من 26-31).

صدق الأداة

تم الحصول على صدق الاستبانة عن طريق عرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين في المجال للتأكد من سلامة صياغة البنود من ناحية، ومدى مناسبتها للمجال المراد قياسه من ناحية أخرى.

ثبات الأداة

وقد تم حساب الثبات من خلال توظيف الفئتين الآتيتين:

- 1 - الثبات باستخدام معادلة كرونباخ الفا، وقد كان معامل الثبات بالنسبة لعينة الجمهور 0,65، أما بالنسبة لعينة الأطباء فقد كان معامل الثبات 0,54.
- 2 - مؤشر الصدق Index - Validity

ويعتبر هذا النوع من الصدق أقرب إلى كونه مؤشراً للصدق، حيث يتم

حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، وفي ضوء ما تقدم فإن مؤشر الصدق لاستبانة الجمهور يصبح 0,80 وهو معامل ثبات مرضٍ. أما بالنسبة لمؤشر صدق استبانة الأطباء فقد كان 0,73 وهو يعتبر مؤشرا للصدق ويعتقد أن الاستبانتين المستخدمتين تصبحان على درجة جيدة من الصدق.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

تمت المعالجة الإحصائية بواسطة استخدام الحاسب الآلي عن طريق الحزمة الإحصائية (Spss) وذلك على النحو التالي:

- 1 - تم استخراج النسب المئوية لكل بند من بنود الاستبانة بالنسبة لكل من الجمهور والأطباء.
- 2 - تم استخراج قيمة (ت) T-Test لمعرفة الفروق بين استجابات الفئات ذات المتغيرات الثنائية عند مستوى 0,05 و 0,01.
- 3 - تم استخراج تحليل التباين ANOVA لمعرفة دلالة الفروق بين استجابات الفئات ذات المتغيرات المتعددة عند مستوى 0,05 و 0,01.
- 4 - تم استخراج قيمة (كاي²) Chi² لكل بند من بنود الاستبانة لمعرفة الفروق بين استجابات الأفراد ومستوى دلالتها بالنسبة لمتغيرات الدراسة.
- 5 - استخدمت معادلة كرونباخ ألفا Cronbach Alpha لتحديد ثبات الأداة.

تحليل جداول الدراسة ونتائجها

التحليل الإحصائي لجداول المستفيدين من الخدمات الصحية

- باستخدام المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وقيم ت لتحليل متغيرات الدراسة.
- باستخدام أسلوب تحليل التباين لدرجات عينة المستفيدين لمتغيرات الدراسة.

التحليل الإحصائي لجداول الأطباء

- باستخدام المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وقيم ت لتحليل متغيرات الدراسة.
- باستخدام أسلوب تحليل التباين لدرجات عينة الأطباء لمتغيرات الدراسة.

نتائج الدراسة ومناقشتها

1 - تحليل مستويات الرضا عن مستوى الخدمة الصحية والعلاقات الإنسانية والتقبل والمشكلات التي يواجهها الجمهور من خلال جداول تبين المتغيرات والمتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم ت (استبانة الجمهور).

أولاً: مستوى الخدمة الصحية

فيما يلي جدول (5) يوضح المتغيرات والمتوسط والانحراف المعياري وقيم ت في مجال الخدمة الصحية

المتغير	القيم	المتوسط	الانحراف المعياري	قيم ت	الدلالة
الجنس	ذكور	34,57	4,36	2,946	**,003
	إناث	33,23	4,49		
الجنسية	كويتي	33,42	4,43	-3,151	**,002
	غير كويتي	35,18	4,45		
العمل	طالب	32,93	3,90	-3,450	**,001
	موظف	34,47	4,82		

*** دال عند مستوى 0,01.

يتضح من الجدول أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 بين درجات المستفيدين من كل الذكور والإناث من مستوى الرضا عن بعض مجالات الخدمة الصحية. ويعتبر المستفيدون الذكور أكثر رضا عن بعض مجالات هذه الخدمة الصحية المقدمة، وقد يرجع هذا إلى عدة أمور منها:

1 - أن الذكور أقل احتكاكاً من الإناث بالنسبة لعناصر الخدمة الصحية والعاملين فيها، خاصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية P.H.C. حيث يقتصر تعاملهم على مجال الطب العام (أو طب العائلة) والأسنان وعيادات

السكر أحياناً، في حين تتعامل الإناث إضافة إلى ما سبق ذكره مع عيادات رعاية الأمومة والطفولة وأمراض النساء وغيرها. وهن بذلك يتعاملن مع شريحة من عناصر الرعاية الصحية والعاملين بها أكبر من تلك التي يتعامل معها الذكور.

2 - ربما كانت مرات التردد على تلقي الخدمة الصحية للإناث أكثر منها عند الرجال لعلاقتهن بالأطفال والرعاية الصحية المقدمة لهم. وبالطبع فإن مرات التردد الأكثر ربما تفرز رصد العديد من السلبيات التي تراها الإناث. وهذه النتيجة قد اختلفت مع نتيجة دراسة سبيح وآخرون (1991). كما لاحظ الباحثان وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 بين متغير الجنسية (الكويتيون وغير الكويتيين) من المستفيدين من الخدمة الصحية. وذلك لصالح غير الكويتيين الذين أبدوا رضاهم عن مستوى هذه الخدمة. وتتفق هذه النتيجة ودراسة كل من عبدالحالق (1982) والعتيبي (1993) وقد يرجع ذلك إلى عدة أمور نرجح منها:

1 - أن معظم المستفيدين من غير الكويتيين ينتمون إلى جنسيات دول عربية أو العالم الثالث، التي تقل فيها مستويات الخدمة الصحية عن مثيلاتها في الكويت، مع توافر جميع عناصر الخدمة الصحية المتمثلة بمختلف التخصصات الطبية.

2 - ربما كان لتمتع شريحة غير الكويتيين بمجانية العلاج في أغلب عناصر الخدمات الصحية بالكويت أثره في مستوى القبول والرضا لديهم، حيث إنهم في الغالب لا يتمتعون بمثل هذا المستوى من الخدمات وبجميع عناصر الخدمة في بلادهم بالمجان.

3 - تربط بعض العائلات من شريحة غير الكويتيين علاقة قرابة أو معرفة جيدة بالعاملين بالمجال الصحي بالكويت (أطباء، ممرضون... الخ)

يقدمون لهم أفضل الخدمات الصحية عند الحاجة، مما قد يترتب عليه إظهار استجابة عالية لمستوى الرضا عن الخدمة.

4 - قد تكون ثقة هذه الشريحة بمستوى الخدمة الصحية نابعة مما يرونه من تكنولوجيا عالية (من خلال الأجهزة والأدوات الطبية المتطورة)، أو من خلال الاستراتيجية الصحية في الكويت التي تعتمد استقدام الفرق الطبية المتخصصة عالية الكفاءة لتقديم أفضل أنواع الخدمات.

واتضح من الجدول أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 لصالح الموظفين. وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة كيورانا، تاينب، ماكبرج، كاواي وأندرسون (1994)، كما اتفقت مع دراسة كالنان، كاتسيا نوبولس، أوفجاروف وبروكهورا سكاس (1994). وقد يرجع ذلك لأسباب منها:

- 1 - قد يكون طبيعة سن الموظف عاملاً من عوامل الدلالة، حيث إنه يكون أكثر نضجاً في حكمه على الأمور.
- 2 - المكانة الاجتماعية التي يتمتع بها الموظف، والتي تعود لمركزه الوظيفي مما تجعل منه محط اهتمام الطبيب بشكل أكبر. وخصوصاً أن الطبيب يرغب في التعامل مع من هم أكثر وعياً من المرضى.
- 3 - دائرة معارفة أوسع من الطالب مثلاً وقد تشمل علاقات ببعض العاملين في بعض قطاعات الصحة، مما يمكنه من نيل عناية أكبر في تقديم مثل هذه الخدمات. ومستوى الرضا يعتبر نتيجة أو محصلة للرعاية الصحية.
- 4 - يكون كثير التردد على الأطباء طلباً للخدمة الصحية لنفسه أو لأسرته.
- 5 - بسبب ترده على قطاع كبير من الأطباء من ذوي التخصصات المختلفة، وبالتالي يكون حكمه أشمل لمختلف قطاعات الخدمات.
- 6 - إلمامه بالحقائق والمعلومات الصحية (ثقافته الصحية) وإحساسه بالمسؤولية نحو صحته تمكنه من تفادي بعض الأمراض ومقاومتها، فمن المعروف أن فكرة المراجع الذي يتمتع بصحة جيدة أفضل من المراجع المريض الذي يشكو من أمراض عديدة.

7 - قد يكون عدد الموظفين في هذه الاستبانة (215) سببا في ظهور هذه الدلالة، حيث إن العدد الأكبر منهم ذكور (149) في حين كان (66) من الإناث. مما يترتب عليه أن الذكور ربما كانوا أقل تدمرا من الإناث بشكل عام.

ثانياً: العلاقات الإنسانية

وفيما يلي جدول (6) يوضح المتغيرات والمتوسط والانحراف المعياري وقيم ت في مجال العلاقات الإنسانية

المتغير	القيم	المتوسط	الانحراف المعياري	قيم ت	الدلالة
الجنس	ذكور	16,98	2,63	,892	,373
	إناث	16,74	2,74		
الجنسية	كويتي	16,78	2,65	-,746	,456
	غير كويتي	17,04	2,89		
العمل	طالب	16,57	2,82	-1,818	,070
	موظف	17,06	2,58		

يتضح من الجدول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة التالية: الجنس (الذكور/ الإناث) في مستوى العلاقات الإنسانية في مجال الخدمة الصحية، وكما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الكويتيين وغير الكويتيين من المستفيدين، ولا حتى بين الطلبة والموظفين في مستوى العلاقات الإنسانية في مجال الخدمة الصحية. وهذه النتائج تؤيد صحة فروض الدراسة.

وبالرجوع إلى جدول التوزيع العددي والنسبي لإجابات المشاركين في الاستبانة من الجمهور يتضح أن هناك اتفاقاً بين من أجابوا على أسئلة العبارات 13، 14، 15، 16، 17، 18. وهي التي تشكل محور العلاقات الإنسانية في أسئلة الاستبانة، بأنهم جميعاً موافقون إلى حد ما، وجاءت النسب 45,8%، 49,4%، 46,3%، 50,9%، 45,6% و 42% على التوالي لصالح «إلى حد ما».

ثالثاً: مستوى التقبل

يوضح الجدول التالي (7) المتغيرات والمتوسط والانحراف المعياري
وقيم ت في مجال مستوى التقبل:

المتغير	القيم	المتوسط	الانحراف المعياري	قيم ت	الدالة
الجنس	ذكور	18,48	2,67	-1,170	,243
	إناث	18,78	2,44		
الجنسية	كويتي	18,61	2,57	-,694	,488
	غير كويتي	18,84	2,40		
العمل	طالب	18,98	2,41	2,344	*,020
	موظف	18,39	2,61		

* دال عند مستوى 0,05.

يتضح من الجدول عدم وجود أية فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين من الذكور والإناث لأفراد عينة المستفيدين من الخدمة، ولا حتى بين الكويتيين وغير الكويتيين في درجة التقبل عن العلاج المقدم لهم، وهذه النتائج تحقق فروض الدراسة. ولكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05، بالنسبة لمستوى التقبل عن العلاج بين كل من الطلبة والموظفين من المستفيدين من الخدمة الصحية، وذلك كان أكثر وضوحاً عند الطلبة الذين كانوا أكثر تقبلاً عن العلاج المقدم من قبل الحكومة. واتفقت هذه النتيجة ودراسة كل من «سيح وآخرون» (1991) ودراسة يونج، ثروكمورتن مكحول وسشلك (1996). وقد يرجع هذا إلى أمور منها أن الطلبة أقل تردداً على مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الحكومية في الكويت، وأن إدراكهم لعملية تقييم الخدمة أقل منه عند الموظفين. كما أن إدراكهم لعناصر الخدمة المتنوعة ليس في مستوى إدراك الموظفين. هذا بالإضافة إلى أن الموظفين أكثر عرضة للعلل والأمراض (عامل السن) من الطلبة،

المجلة العربية للعلوم الإنسانية

مما يجعل ترددهم على مراكز الخدمة الصحية واحتكاكهم بالعاملين فيها أكثر. وربما يعود كثرة تردد الموظفين لطلب الخدمة منها عند الطلبة إلى أن الموظفين أكثر عرضة للتوتر والضغوط النفسية لأسباب مختلفة في المحيطين الوظيفي والأسري (وهي عوامل رئيسة لأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكر)، كما أنهم الشريحة المعيلة والمنتجة في المجتمع، بينما تظل شريحة الطلبة شريحة مستهلكة ومعالجة.

ويضاف إلى ذلك أن شريحة الطلبة أكثر ممارسة للرياضة والأنشطة البدنية والحركة من الموظفين، الذين تستدعي ظروف عملهم وحياتهم الاجتماعية عكس ذلك. مما يسهم في تدني المستوى الصحي لديهم الذي يترتب عليه ضرورة ترددهم على عيادات الأطباء، ومن ثم القدرة على الحكم على مستوى الخدمة.

رابعاً: المشكلات التي يواجهها الجمهور

يوضح الجدول التالي (8) المتغيرات والمتوسط والانحراف المعياري وقيم ت في مجال الكشف عن المشكلات التي يواجهها الجمهور من خلال الاستبانة:

المتغير	القيم	المتوسط	الانحراف المعياري	قيم ت	الدلالة
الجنس	ذكور	22,09	3,29	,499	,618
	إناث	21,92	3,15		
الجنسية	كويتي	22,14	3,11	1,819	,070
	غير كويتي	21,41	3,52		
العمل	طالب	21,72	3,29	- 1,522	,129
	موظف	22,21	3,12		

يتضح من الجدول أنه لا توجد أية فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة بالنسبة للجنس (ذكور وإناث) والجنسية (كويتيون وغير كويتيين)، ولا توجد أية فروق أيضاً بين متغير العمل بالنسبة لكل من الطلبة والموظفين. وهذه

النتائج تؤكد صحة فروض الدراسة، وذلك فيما يتعلق بالمشكلات التي يواجهونها أثناء طلب الخدمة الصحية، حيث إنهم تساوا في نظرهم وحكمهم على المشكلات التي يواجهونها أثناء تلقي العلاج اللازم لهم. ويبدو من ذلك أن بعض المشكلات التي قد تعترض الخدمة الصحية في الكويت، والتي يتم رصدها بين الحين والآخر عن طريق أحاديث الناس أو الشكاوي المقدمة لإدارات المستشفيات والمراكز الصحية، أو عن طريق وسائل الإعلام (لا سيما الصحف اليومية) مشكلات عامة يعاني منها الإناث والذكور، والكويتيون وغير الكويتيين، والطلبة والموظفون.

وتجدر الإشارة إلى أن الباحثين قد رصدوا العديد من هذه المشكلات المتعلقة بعناصر الخدمة الصحية من خلال متابعتهم للصحف المحلية، وما نشر فيها من تعليقات وملاحظات على الخدمة خلال جمع المادة العلمية لهذه الدراسة. وفيما يلي أهم هذه المشكلات المرصودة⁽⁴³⁾:

- 1 - تأخير العمليات عن مواعيدها بمستشفى الأمراض الصدرية.
- 2 - إهمال المسعفين الطبيين وحاجة سيارات الإسعاف إلى تجهيزات حديثة.
- 3 - المطالبة بزيادة عدد المراكز الصحية نتيجة لزيادة عدد السكان في مناطق محددة.
- 4 - طول فترة انتظار المرضى.
- 5 - عدم توافر أدوية مهمة.
- 6 - عدم توافر أسرة كافية للمرضى بالمستشفيات.
- 7 - عدم كفاية أعداد الأطباء في بعض المناطق الصحية النائية.
- 8 - الشكوى من عدم كفاية عيادات الأسنان ببعض المناطق الصحية.

2 - تحليل مستويات الرضا عن مستوى الخدمة الصحية، والعلاقات الإنسانية، ومستوى التقبل، والمشكلات التي يواجهها الجمهور من خلال جداول تحليل التباين بالنسبة للمتغيرات المختلفة

أولاً: مستوى الرضا عن الخدمة الصحية

يوضح الجدول التالي (9) تحليل التباين لمتغيرات العمر والحالة الاجتماعية والحالة التعليمية والمناطق الصحية

المتغير	القيم	مجموع المربعات		متوسط المربعات		درجات الحرية	قيم ت	الدلالة
		بين المجموعات	داخل المجموعات	بين المجموعات	داخل المجموعات			
العمر	أقل من 20 سنة 20-30 سنة 30 سنة فأكثر	219,903	7693,591	109,952	19,627	2	5,602	** ,004
الحالة الاجتماعية	أعزب متزوج أخرى	25,618	7887,875	12,809	20,122	2	,637	,530
الحالة التعليمية	أقل من ثانوي ثانوي جامعي فوق الجامعي	202,313	7711,181	67,438	19,722	3	3,419	* ,017
المنطقة الصحية	العاصمة حولي الفروانية الأحمدي الجهراء	142,098	7771,396	35,524	19,927	4	1,783	,131
المجموع								394

* دال عند مستوى 0,05 .

** دال عند مستوى 0,01 .

ويتضح من الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 بين مجموعات مستويات الأعمار المختلفة الثلاثة بين كل من الكويتيين وغير الكويتيين من المستفيدين من بعض مجالات وعناصر الخدمة الصحية . وباستخدام جداول

شافيه Scheffe اتضح أن هذه الفروق كانت لصالح المجموعة الثالثة (30 سنة فأكثر)، حيث بلغ متوسطها (1,63)، ويعني وجود درجة واضحة من الرضا عن مستوى الخدمة الصحية المقدمة. واتفقت هذه النتيجة مع دراسة «سيح وآخرون» (1991) ودراسة وليامز، وإينمان جيرمي ونيومان (1995) ودراسة يونج، ثروكمورتن، مكحول وسشلك (1996). وقد يرجع ذلك إلى أن هذه الشريحة تعتبر من أكبر المتعاملين مع عناصر الخدمة من المستفيدين في المراكز الصحية أو المستشفيات، ومع مختلف العاملين فيها، خاصة في مجال الإنث من هذه الشريحة التي تتردد لطلب الخدمة إما لهن وإما لأطفالهن. كما أن عامل السن لهذه الشريحة له دور في تكرار مرات الزيارات أكثر من الشرائح العمرية الأخرى.

ويتضح من الجدول أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 بين مجموعات المستويات التعليمية المختلفة، بين كل من الكويتيين وغير الكويتيين من الجنسين في مستويات الرضا عن بعض عناصر الخدمة الصحية.

وباستخدام جداول شافيه جاءت الفروق لصالح المجموعة الثانية، وهي المستوى التعليمي الثانوي، حيث بلغ متوسطها (1,63). وهذا يدل على وجود الرضا لديهم عن مستوى بعض مجالات الخدمة الصحية المقدمة.

وقد يعود ذلك إلى أمور نذكر منها اثنين على سبيل المثال:

- 1 - أن مقدرة هؤلاء على النقد وإصدار الأحكام أقل منها عند الجامعيين والمستويات فوق الجامعية، لذلك فإنهم يرون أن عناصر الخدمة المقدمة تحقق لديهم درجة كافية من الرضا والقبول.
- 2 - أن بعض هؤلاء لا يزالون طلبة على مقاعد الدراسة في المرحلة الثانوية، وأن احتكاكهم بعناصر الخدمات الصحية والعاملين فيها أقل من احتكاك المستويات التعليمية العليا، لذا فإن حكمهم بالرضا جاء نتيجة عدد مرات تردد أقل منها عند الشريحة التعليمية العليا، التي يجيء حكمها نتيجة ممارسة واحتكاك أكثر بعناصر الخدمة، لارتفاع الوعي من جهة، ولكثرة تردها واحتياجها للخدمة على اعتبار عامل السن من جهة أخرى.

ثانياً: العلاقات الإنسانية

أما الجدول التالي (10) فيوضح تحليل التباين لدرجات عينة الجمهور بالنسبة للمتغيرات المختلفة الواردة فيه

المتغير	القيم	مجموع المربعات		متوسط المربعات		درجات الحرية	قيم ت	الدلالة
		بين المجموعات	داخل المجموعات	خارج المجموعات	بين المجموعات			
العمر	أقل من 20 سنة 20-30 سنة 30 سنة فأكثر	14,582	2849,722	7,291	7,270	2 392	1,003	,368
الحالة الاجتماعية	أعزب متزوج أخرى	8,397	2855,907	4,199	7,285	2 392	,576	,562
الحالة التعليمية	أقل من ثانوي ثانوي جامعي فوق الجامعي	90,149	2774,155	30,050	7,095	3 391	4,235	,006**
المنطقة الصحية	العاصمة حولي القروانية الأحمدي الجهراء	65,672	2798,631	16,418	7,176	4 390	2,288	,059
المجموع								394

** دال عند مستوى 0,01.

ويتضح من الجدول عدم وجود أية فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات العمر المختلفة أو الحالة الاجتماعية للمستفيدين من الخدمة الصحية. وكذلك لم تكن هناك أية فروق واضحة وذات دلالة إحصائية بين مستفيدي المناطق الصحية المختلفة بالنسبة للعلاقات الإنسانية، وهذه النتائج تؤيد صحة فروض الدراسة. في حين ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات الحالة التعليمية. وباستخدام جداول شافيه جاءت النتيجة (وهي وجود الفروق) لصالح المجموعة

الثانية حيث بلغ متوسطها (1,13) واتفقت هذه النتيجة مع دراسة فيرانس، استونج، بورز وكاش (1987) وقد يرجع ذلك للأسباب التالية:

1 - عدم احتكاك هذه الشريحة التعليمية (المستوى التعليمي الثانوي) بعناصر الخدمة الصحية المقدمة وبالعاملين فيها احتكاكاً كافياً، وبالقدر الذي يتيح لهم إمكانية إطلاق الحكم، وبيان درجة الرضا عن تجربة، وذلك نتيجة قلة احتياج هذه الشريحة لعناصر الخدمة الصحية في هذه السن المبكرة إن كانوا طلبة، وعدم القدرة على تحليل عناصر الخدمة والعلاقات الإنسانية داخل مجالات الخدمة بالقدر الذي يتحقق عند المستويات التعليمية العليا التي تتطلب رضاؤها مستوى أفضل من العلاقات الإنسانية والمعاملة الحسنة التي تربط بين العاملين في الحقل الصحي، والتي تربطهم بالجمهور من المستفيدين من الخدمات الصحية.

2 - كذلك يمكن القول إنه ربما كانت إجابة هذه الشريحة (المستوى التعليمي الثانوي) على ورقة الاستبانة متسعة وبشكل متعجل أو دون دراية.

بيد أنه من اللافت للنظر عدم وجود أية دلالة إحصائية بين المستفيدين في المناطق الصحية المختلفة، في حين أن الواقع يصور لنا أن درجة التقبل والرضا عن الخدمة والعلاقات الإنسانية داخل مجالاتها المختلفة في بعض المناطق الصحية النائية كالجبراء تكون أقل من مثيلاتها في المناطق القريبة من العاصمة، وذلك من خلال رصد الباحثين للشكاوى والمشكلات التي تعترض سبيل الخدمة والعلاقات الإنسانية داخلها في هذه المنطقة من خلال الصحف ووسائل الإعلام الأخرى.

وقد يكمن السبب في عدم ظهور هذه الفروق أو الدلالة الإحصائية في إجابات المشتركين من المناطق النائية في أمور لعل أهمها ما يلي:

- 1 - قلة المشاركين من المناطق النائية في الإجابة على الاستبانة.
- 2 - أن هناك شريحة من القاطنين في المناطق البعيدة ما زالت تتعامل صحياً مع مراكز الخدمة في العاصمة أو المراكز الصحية في المناطق القريبة من العاصمة في مناطق سكنها الأولى مع عائلاتها وقبل تكوين أسر جديدة.

ثالثاً: مستوى التقبل

وفيما يلي جدول (11) يوضح تحليل التباين لدرجات عينة الجمهور بالنسبة للمتغيرات المختلفة

المتغير	القيم	مجموع المربعات		متوسط المربعات		درجات الحرية	قيم ت	الدلالة
		بين المجموعات	داخل المجموعات	بين المجموعات	داخل المجموعات			
العمر	أقل من 20 سنة 20-30 سنة 30 سنة فأكثر	48,518	2486,34	24,259	6,343	392	3,825	*,023
الحالة الاجتماعية	أعزب متزوج أخرى	14,296	2520,565	7,148	6,430	392	1,112	,330
الحالة التعليمية	أقل من ثانوي ثانوي جامعي فوق الجامعي	,291	2534,570	9,689	6,482	391	,015	,998
المنطقة الصحية	العاصمة حولي الفروانية الأحمدي الجهراء	55,691	2479,170	13,923	6,357	390	2,190	,069
المجموع								394

* دال عند مستوى 0,05.

يتضح من الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات العمر المختلفة بالنسبة لمستوى التقبل عن الخدمة الصحية بين المستفيدين منها عند مستوى 0,05. وباستخدام جداول شافيه اتضح أن الفروق كانت لصالح الفئة العمرية التي تقع بين (20-30 سنة)، حيث بلغ متوسطها (77)، بوجود درجة من التقبل عن مستوى الخدمة الصحية. وهذه النتيجة تتفق ودراسة كازمب (1995) ودراسة وليامز، وإينمان جيرمي ونيومان (1995)، وهذا قد يرجع إلى أمور منها:

- 1 - أن معظم أفراد هذه الشريحة قد نالوا قدراً كافياً من الاهتمام (خاصة في المناطق الصحية التي لا تعاني مشكلات فنية أو إدارية) جعلهم يعبرون عن درجة من التقبل والرضا.
- 2 - أن هذه الشريحة ربما كانت من الشرائح التي لا تتردد كثيراً على مراكز الخدمة

الصحية لعدم احتياجها المتكرر للخدمة مثل الأطفال وكبار السن، وبالتالي لا تستطيع إصدار حكم يتماثل مع أولئك المترددين كثيرا على مراكز هذه الخدمة.

3 - ربما أثر في درجة القبول والرضا لدى هؤلاء وجود علاقات ومعارف من بين العاملين في مجال الخدمة الصحية يوفرون لهم أعلى مستويات الخدمة والاهتمام.

هذا، ولم توجد أية فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الأخرى، مثل الحالة الاجتماعية، الحالة التعليمية، المناطق الصحية، حيث إنهم كانوا متقاربين أو متفقيين في رأيهم فيما يختص بدرجة تقبلهم ورضاهم عن الخدمة الصحية مما يحقق الفرض الصفري في الدراسة.

وبرجوع الباحثين إلى جدول توزيع النسب، اتضح أن غالبية المشاركين في الإجابة على الاستبانة بالنسبة لمتغيرات الحالة الاجتماعية والتعليمية والمناطق الصحية موافقون تماما أو إلى حد ما على مدى تقبلهم للعلاج والخدمة الصحية بصفة عامة.

رابعاً: المشكلات التي تواجه المستفيدين من الخدمات الصحية

يوضح الجدول التالي (12) تحليل التباين لدرجات عينة الجمهور بالنسبة للمتغيرات الموضحة فيه

المتغير	القيم	مجموع المربعات		متوسط المربعات		درجات الحرية	قيم ت	الدلالة
		بين المجموعات	داخل المجموعات	بين المجموعات	داخل المجموعات			
العمر	أقل من 20 سنة 20-30 سنة 30 سنة فأكثر	157,232	3886,72	78,616	9,915	2 392	7,929	0,000
الحالة الاجتماعية	أعزب متزوج أخرى	177,967	3865,993	88,983	9,862	2 392	9,023	0,000
الحالة التعليمية	أقل من ثانوي ثانوي جامعي فوق الجامعي	29,054	4014,905	9,685	10,268	3 391	9,943	0,420
المنطقة الصحية	العاصمة حولي الفروانية الأحمدي الجهراء	2,007	4041,953	502	10,364	4 390	9,048	0,996
المجموع								394

** دال عند مستوى 0,001.

ويتضح من الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 بين فئات العمر المختلفة بالنسبة للمشكلات التي يواجهها المستفيدون أثناء طلب الخدمة الصحية. وباستخدام جداول شافيه Scheffe اتضح أن الفروق كانت لصالح الفئة العمرية (30 سنة فأكثر)، حيث كان متوسطها (2,17) مما يعني وجود مشكلات تواجههم. وهذه النتيجة تتفق مع دراسة السالم (1984)، ودراسة سشمان، روتر، جرين ولبكن (1993)، ودراسة جاد الرب، ودراسة مارشال، هيز وميزل (1996). وقد يرجع ذلك إلى أمور لعل من أهمها ما يلي:

- 1 - أن هذه الفئة هي أكثر الفئات العمرية المتعاملة مع الخدمة الصحية بعناصرها المختلفة، بما في ذلك العاملين فيها، وهم أكثر الفئات قدرة على تسجيل حكم قاطع من خلال الرصد والتجربة التي جاءت من خلال مرات تردد عديدة على المراكز الصحية.
- 2 - هذه الفئة مسئولة عن شريحة أطفال بأمراضها المختلفة وحاجتها إلى العلاج، مما يتطلب تكرار الزيارات للمراكز وزيادة الاحتكاك بالعاملين فيها.
- 3 - من بين هذه الفئة إناث متزوجات، ولهن مشكلاتهن الصحية الخاصة (أمراض نساء وولادة، رعاية أمومة، رعاية طفولة... إلخ) مما يجعل إطار تعاملهن مع الخدمات الصحية أوسع وأرحب من غيرهن.
- 4 - يتوقع الفرد عند تقدمه في السن الاهتمام والعناية من قبل الطبيب من خلال إجراء حوار معه لمعرفة أسباب مرضه وتاريخه الصحي ومناقشته في مراحل العلاج، بدلاً من وصف المسكنات دون فحص للمريض ومعرفة حقيقة حالته، الأمر الذي يؤدي بالمريض إلى استشارة طبيب آخر، إما في عيادة حكومية أخرى وإما في عيادة خاصة. ومما لا شك فيه أن تغيير الطبيب للكشف على حالة واحدة يسبب الإرباك للعمل، والازدحام داخل المراكز الصحية، كما يدفع الأطباء إلى سرعة الكشف لضيق الوقت وكثرة أعداد المراجعين، مما ينشأ عنه مشاكل معقدة.
- 5 - قد تكون هذه الفئة العمرية هي الأكثر استخداماً للوحدات الصحية

والمستشفيات، وذلك كنوع من المبالغة في الحيلة والحذر بسبب ما يخالفهم من أوهام نتيجة الخوف من الأمراض أو ما يعرف بقلق المرض. وقد أكدت إحدى الدراسات عند تحليل خروج المرضى لفئات العمر المختلفة أن المجموعة العمرية (30-40 سنة) هي الأكثر استخداماً للمستشفيات، وتمثل هذه المجموعة أكثر من 28% من جملة الخروج بالنسبة للكويتيين و33% لغير الكويتيين.

6 - ومن بين المشكلات التي تواجه هذه الشريحة العمرية الانتظار الطويل لحين الدخول على الطبيب، أو تفشي الواسطة، وكذلك عدم دقة المواعيد.

واتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين مستويات الحالة الاجتماعية بين المستفيدين، وباستخدام جداول شافيه جاءت الفروق لصالح المستوى الثالث (أرمل / مطلق) حيث بلغ متوسطها (1.66) وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الرشدان (1994)، وكذلك دراسة إدريس (1996). وقد يعود ذلك إلى أن الأرامل أو المطلقات (المستوى الثالث)، يشعرن بالعديد من المشكلات، إما نتيجة لجهلن بقواعد الخدمة الصحية، وإما لعدم وجود العائل الذي يساهم بالمساعدة في هذا المجال. إضافة لتحملهن ربما مسئولية أطفال تستدعي توفير الخدمة الصحية لهم بشكل مستمر، أو لعدم توافر وساطات أو علاقات بين العاملين في المجال الصحي تقدم لهن العون والمساعدة.

واتضح من الجدول كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المستوى الثاني (المتزوجون). ويعتقد الباحثان أنه من المنطقي أن تكون هذه الشريحة من أكثر الشرائح الاجتماعية معرفة بالمشكلات التي يواجهها المستفيدون أثناء تلقي الخدمة الصحية، وذلك لأسباب منها: عامل السن والحاجة إلى الرعاية ووجود الأطفال وما تتعرض له هذه الشريحة من ضغوط نفسية واجتماعية في محيط الأسرة والعمل. وبالقسط فإن تكرار الزيارات للمراكز الصحية يجعلهم أكثر عرضة ومواجهة للمشكلات.

ولم يتضح من الجدول السابق وجود أية فروق ذات دلالة إحصائية واضحة بين متغيرات الدراسة الخاصة بالحالة التعليمية والمنطقة الصحية التي يعالج فيها المستفيدون من الخدمة الصحية، بمعنى أن المشاركين في الاستبانة على اختلاف

حالاتهم التعليمية ومناطق سكنهم التابعة للمناطق الصحية قد تساوا في نظرهم للمشكلات التي تواجههم. وقد مررنا عرض نماذج لهذه المشكلات التي تعترض المستفيدين من خلال رصد الباحثين لها في الصحافة المحلية.

أما بخصوص الفروق داخل عينة الجمهور المستفيد بصدد كل فقرة من فقرات الاستبانة فقد حسبنا باستخدام كا² ويوجد ذلك بملاحق الدراسة. وإنه يمكن التعليق على هذه القيمة الإحصائية بأن استجابات الجمهور المستفيدين لجميع المحاور الخاصة بالدراسة وهي (مستوى الرضا عن الخدمة الصحية، ومستوى العلاقات الإنسانية، ومستوى التقبل، بل في مواجهة المشكلات التي تعترضهم أثناء تلقي العلاج اللازم) وكانت الدلالات الإحصائية عند مستوى 0,001.

التحليل الإحصائي لجداول الأطباء

1 - تحليل مستويات الرضا عن مستوى الخدمة الصحية والعلاقات الإنسانية والتقبل والمشكلات التي يواجهها الجمهور من خلال جداول تبين المتغيرات والمتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم ت (في استبانة الأطباء).

أولاً: مستوى الرضا عن الخدمة الصحية

وفيما يلي جدول (13) يوضح المتغيرات والمتوسط والانحراف المعياري وقيم ت في مجال الخدمة الصحية

المتغير	القيم	المتوسط	الانحراف المعياري	قيم ت	الدلالة
الجنس	ذكور	32,85	3,66	1,079	,281
	إناث	32,34	4,12		
الجنسية	كويتي	33,11	3,74	1,124	,262
	غير كويتي	32,56	3,83		

ومن هذا الجدول يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الجنس (ذكور وإناث) في مستوى الرضا عن الخدمة الصحية، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسية (كويتي وغير كويتي) من الأطباء

تجاه مستوى الرضا عن بعض مجالات الخدمة الصحية؛ بمعنى أن جل الآراء كانت متقاربة وتكاد تتشابه، حيث إن هذه النتائج تؤيد صحة الفرض الصفري بعدم وجود فروق واضحة. ويعود ذلك إلى أن رؤية الطبيب للرعاية الصحية رؤية واحدة سواء كان ذكراً أم أنثى، كويتي أم غير كويتي، حيث إن مجال العمل واحد، ودرجة الوضوح لدى الجميع متشابهة بالنسبة لما ينتاب العمل الصحي من المشكلات، وجوانب النقص أو القصور، كما أن الإدراك بسبلات العمل ربما كانت على درجة واحدة من خلال الملاحظة ورصد الواقع بشكله اليومي.

ثانياً: العلاقات الإنسانية

فيما يلي جدول (14) يوضح المتغيرات والمتوسط والانحراف المعياري وقيم ت في مجال العلاقات الإنسانية

المتغير	القيم	المتوسط	الانحراف المعياري	قيم ت	الدالة
الجنس	ذكور	21,33	1,65	-1,584	,114
	إناث	21,65	1,50		
الجنسية	كويتي	21,05	1,80	-2,414	*,016
	غير كويتي	21,56	1,52		

* دال عند مستوى 0,05.

ومن الجدول يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 بين كل من الأطباء الكويتيين والأطباء غير الكويتيين لمستوى العلاقات الإنسانية بينهم. ويعتبر الأطباء غير الكويتيين أكثر تأييداً لوجود مثل هذه العلاقات الإنسانية. وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة ريتشارد سن، استريد وبورك (1991). وقد يعود ذلك إلى أمور عديدة نذكر منها ما يلي:

- 1 - الإحساس بالرغبة بالمساواة وعدم التفريق في التعامل بين طبيب وآخر، وكذلك جعل العلاقات الإنسانية في كامل المجال الصحي محوراً تدور حوله جميع أشكال العلاقات.

- 2 - يؤيد هؤلاء العلاقات الإنسانية بينهم ربما لتفادي الإحساس بالغربة، والعمل في جو من الأخوة والمحبة والمودة.
 - 3 - تأكيد العلاقات الإنسانية بينهم يعمل على توحيد توجهاتهم تجاه بعض المشكلات التي تعترض سبيل عملهم، مما يجعل موقفهم التفاوضي عند صانعي القرار أقوى وأفضل.
 - 4 - التأكيد على العلاقات الإنسانية قد يكون مصدره مهنة الطب وقَسَم الأطباء الذي ينطوي على التفاني في خدمة الآخرين.
 - 5 - قدمت هذه الشريحة من الأطباء إلى الكويت من أجل العمل وتحسين أوضاعها المعيشية مقابل تقديم خبراتهم لإخوانهم الكويتيين العاملين في القطاع نفسه. فالرضا عن العمل له تأثير إيجابي مباشر على الإنتاج فيه، خصوصاً عند العمل ضمن جماعة متماسكة وفريق عمل منسجم. فكلما كان الاتجاه النفسي إيجابياً ارتفع معدل الرضا عن العمل، ومن ثم الالتزام به، فالرضا عن العمل يجعلهم أكثر قدرة على التكيف مع بيئة العمل وتفادي الإحباط.
 - 6 - قد يشعر الأطباء من شريحة غير الكويتيين بإشباع لحاجاتهم من خلال ما يحصلون عليه من مكاسب تنظيمية في العمل، كالأجر والمكافأة والمكانة والتقدير الذي يعادل الجهد المبذول، فهذه كلها أمور يمكن اعتبارها المدخل الأساسي لفهم العلاقات الإنسانية التي تساعد على إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية.
 - 7 - لا شك أن شعور الطبيب بوجود مثل هذه العلاقات الإنسانية يعزز مفهوم الجانب الإنساني لوظيفته، حيث إن بيئة العمل الجيدة لها تأثيرها الواضح على الإنتاج كما ونوعاً، ولا يخفى تأثيرها السيكولوجي على العاملين فيها ومن ثم على اتجاهاتهم ومواقفهم تجاه أعمالهم.
- وتجدر الإشارة إلى أنه لم يتضح من الجدول السابق وجود أية فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء من الجنسين (الذكور والإناث) بالنسبة لمستوى

العلاقات الإنسانية وأساليب التعامل فيما بينهم. ويمكن أن تنطبق الأسباب في البنود السابقة على حالة الذكور والإناث، بالتأكيد على مستوى من العلاقات الإنسانية في التعامل فيما بينهم. ففي الوقت الذي تشعر فيه الطيبة أن تعاون الطبيب معها في مجال العمل (وكذلك الحال بالنسبة للهيئة التمريضية) وتذليل كل ما يعترض طريقها من مشكلات أو عقبات أمر ضروري - يشعر الطبيب كذلك أن من واجبه السعي لتشجيع زميلته الطبية لأداء مهمتها على الوجه الأكمل.

وقد روى بعض الأطباء للباحثين كيفية هذا التعامل من خلال إطار العلاقات الإنسانية الذي يحكم مستوى التعامل خاصة بين الأطباء القدامى وحديثي العهد بالمهنة من الإناث، حيث يسعى الأطباء لتنمية قدرات زميلاتهم علمياً، ومراعاة ظروفهن الاجتماعية ما أمكنهم ذلك.

ثالثاً: مستوى التقبل للخدمة

يعكس الجدول التالي (15) المتغيرات والمتوسط والانحراف المعياري وقيم ت في مجال مستوى التقبل للخدمة

المتغير	القيم	المتوسط	الانحراف المعياري	قيم ت	الدلالة
الجنس	ذكور	25,12	2,77	2,785	**,006
	إناث	24,17	2,68		
الجنسية	كويتي	24,75	3,15	-,321	*,748
	غير كويتي	24,86	2,64		

*** دال عند مستوى 0,01.

ومن الجدول يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 بين درجات كل من الأطباء الذكور والإناث بالنسبة لمستوى التقبل للخدمة الصحية. وقد تبين أن الأطباء الذكور كانوا أكثر تقبلاً عن الخدمة الصحية، وهذه النتيجة اتفقت مع دراسة عبدالحالقي (1982)، ودراسة بورك، ريتشارد سن واسترد (1991). وقد يعود ذلك لأمر منها أن الأطباء الذكور خاصة الأخصائيون والاستشاريون، لديهم الدراية الكافية بما يقدم من رعاية صحية تشتمل على كل الخدمات. وربما

قد أسهموا في جهود معينة في رسم الاستراتيجية الصحية وتقدير احتياجاتها في الكويت. هذا بالإضافة إلى أن الأطباء الذكور ربما كانت ظروفهم مواتية بدرجة أكبر من الإناث للحصول على درجات علمية عليا، وحضور المؤتمرات الطبية العالمية، والاحتكاك بمستجدات الخدمات الصحية في العالم، وبالتالي معرفة معايير التميز في هذه الخدمات، مما يمكنهم من مقارنة هذه الخدمات في الكويت بمثيلاتها في العالم، سواء المتقدم أو النامي. وربما كان ذلك سبباً في إظهارهم لدرجة إيجابية من الرضا والتقبل حيال هذه الخدمة، في الوقت الذي قد لا تمكن الظروف الطبييات من الوصول إلى درجة من الدراية الكافية (نتيجة ما سبق إيضاحه بالنسبة لنظرائهن الذكور) لإصدار حكم قاطع بالتقبل لمستوى الخدمة.

ويظهر من الجدول كذلك عدم وجود أية فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الأطباء الكويتيين وغير الكويتيين لمستوى التقبل لمستوى الخدمة الصحية المقدمة، مما يؤيد صحة فروض الدراسة. وربما يعود ذلك إلى توافر الاقتناع لدى هؤلاء الأطباء - سواء كانوا كويتيين أو غير كويتيين - بأن الخدمة المقدمة للمستفيدين تحظى لديهم بمستوى جيد من التقبل وذلك نتيجة لجملة أسباب نذكر منها ما يلي:

- 1 - أنهم مدركون كأطباء أكثر من غيرهم لمدى الإخلاص والوفاء الذي يقدمه الطبيب لمريضه من أجل التخفيف عنه، وإيجاد العلاج المناسب لحالته، خاصة وأنهم قد أقسموا «قَسَمَ الطبيب» الذي يشتمل على التفاني في خدمة المريض مهما كلفه الأمر.
- 2 - أنهم مدركون أكثر من غيرهم للمستوى المطلوب من الخدمة الصحية في ضوء الإمكانيات المتاحة.
- 3 - أنهم قادرون أكثر من غيرهم على المقارنة بين المستوى الصحي في الكويت وبين أمثاله في دول العالم المتقدم أو النامي، خاصة في صفوف الأطباء الأخصائيين والاستشاريين الذين سنحت لهم الظروف بالاحتكاك بأقرانهم في الخارج، والاطلاع على مجمل الخدمات الصحية، وطبيعة التطور في مجال التكنولوجيا الصحية.

رابعاً: المشكلات التي يواجهها الأطباء

يبين الجدول التالي (16) المتغيرات والمتوسط والانحراف المعياري وقيم ت في مجال المشكلات التي يواجهها الأطباء

المتغير	القيم	المتوسط	الانحراف المعياري	قيم ت	الدلالة
الجنس	ذكور	18,33	2,41	2,107	*,036
	إناث	17,70	2,46		
الجنسية	كويتي	18,63	2,52	2,097	*,037
	غير كويتي	17,97	2,39		

** دال عند مستوى 0,05.

ويتضح من الجدول أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05، بين درجات الأطباء من كل من الذكور والإناث بالنسبة للمشكلات التي يواجهونها عند تأدية عملهم. ويعتبر الأطباء الذكور أكثر تعبيراً عن هذه المشكلات من الطبيبات كما كشفت عنها جداول قيمة ت. وهذه النتيجة اتفقت مع دراسة ولكن، هوجكن، ومتكالف (1986) ودراسة كالنان وتبلر (1988)، ودراسة مارن، ميرا، آراناز وفيتالر (1992)، ودراسة الشمري، خوجه والصبي (1995). وقد يعود ذلك لأمر منها:

- 1 - طول ساعات العمل للأطباء الذكور وارتفاع نصيبهم من المراجعين، وبالتالي وجود فرصة أكبر للاحتكاك بالمستفيدين من طالبي الخدمة.
- 2 - الأطباء الذكور أكثر قدرة من الإناث على الدخول في حوارات ومناقشات مع المديرين وصانعي القرار في المجال الطبي، مما قد يترتب عليه الدخول في مشكلات.
- 3 - الأطباء الذكور أكثر تعرضاً للاعتداءات من قبل الجمهور. وقد سجلت الأحداث قضايا اعتداءات متكررة على أطباء من الذكور في حين يندر ذلك عند الإناث.
- 4 - لما كانت مسؤولية الأطباء الذكور أكبر منها عند الإناث خاصة من شريحة الأخصائيين والاستشاريين، فإن عملهم يتسم بطابع المسؤول المباشر عن أية أخطاء قد تتعرض لها صحة المريض، وبالتالي يكون أكثر عرضة للمساءلة مما يتولد عنه الضغوط النفسية.

ومن الجدول السابق يتضح كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 بين درجات كل من الأطباء الكويتيين وغير الكويتيين. ويعتبر الأطباء الكويتيون أكثر وضوحاً في التعبير عن المشكلات التي يواجهونها أثناء تأدية عملهم، وذلك بالنظر إلى كون الأطباء من غير الكويتيين لا يعتمدون إثارة المشكلات التي قد يساء فهمها، وبالتالي قد تؤدي إلى اتخاذ مواقف سلبية تجاههم، مما يؤثر على مسألة استمرارهم في العمل، وفقدانهم للاستقرار الوظيفي. أما الأطباء الكويتيون ففرصتهم أكبر في التعبير عن المشكلات، نظراً لأن هذا التعبير لن يؤثر في أمنهم الوظيفي.

أما عن طبيعة المشكلات التي قد يعبر عنها الأطباء الكويتيون فيمكن إيجازها فيما يلي:

- 1 - التوزيع غير العادل في عدد الأطباء على المراكز الصحية في المناطق الصحية المختلفة، مما يترتب عليه غياب العدالة في نصيب الطبيب من المراجعين المرضى يومياً.
- 2 - مركزية اتخاذ القرار، وعدم توزيع الصلاحيات وفقاً لمقتضيات مصلحة العمل.
- 3 - المطالبة بالدعم والتشجيع المادي عن طريق رفع الأجور والخوافز التي تتيح لهم حياة أفضل، خاصة وأن الفرصة غير سانحة للجميع أحياناً للعمل في عيادات خاصة، حيث يرتبط ذلك بشروط تقررها وزارة الصحة.
- 4 - المطالبة بالدعم والتشجيع المعنوي عن طريق الإيفاد في بعثات دراسية للحصول على درجات علمية في التخصصات المختلفة، والمشاركة في مؤتمرات ولقاءات علمية ترفع من المستوى العلمي، وفق مبدأ المساواة والعدالة وإتاحة الفرصة للجميع.
- 5 - المطالبة بالحماية من الاعتداءات على الأطباء بشكل متكرر والشهير بهم.
- 6 - إبداء وجهات النظر التي قد تصل إلى مستوى الرفض والاحتجاج على بعض القرارات التي يراها الأطباء مؤثرة على مستوى الخدمة، وربما كان

آخرها إجماع الأطباء على رفض قرار الوزارة بوقف صرف الأدوية المهمة باهظة الثمن لغير الكويتيين من المرضى، على اعتبار أن المريض إنسان يحتاج إلى رعاية طبية بغض النظر عن جنسيته.

2 - تحليل مستويات الرضا عن الخدمة الصحية، والعلاقات الإنسانية، ومستوى التقبل، والمشكلات التي يواجهها الأطباء من خلال جداول تحليل التباين لدرجات عينة الأطباء بين متغيرات الدراسة المختلفة

أولاً: مستوى الخدمة الصحية

فيما يلي جدول (17) يوضح تحليل التباين لدرجات عينة الأطباء بين متغيرات الدراسة في مجال مستوى الخدمات الصحية

المتغير	القيم	مجموع المربعات		متوسط المربعات		درجات الحرية	قيم ت	الدلالة
		بين المجموعات	داخل المجموعات	بين المجموعات	داخل المجموعات			
العمل	ممارس عام أخصائي استشاري	26,20	4394,139	13,100	14,502	2 303	,903	,406
سنوات الخبرة الوظيفية	أقل من 5 سنوات من 5-10 سنوات 10 سنوات فأكثر	59,417	4360,923	29,708	14,392	2 303	2,064	,129
مدة العمل بالكويت لغير الكويتيين	أقل من 5 سنوات من 5-10 سنوات 10 سنوات فأكثر	136,339	4284,001	45,446	14,185	3 302	3,204	,024 *
المنطقة الصحية	العاصمة حولي الفروانية الأحمدي الجهراء	81,819	4338,521	20,455	14,414	4 301	1,419	,228
المجموع								305

* دال عند مستوى 0,05.

ومن الجدول يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير مدة العمل بالكويت لغير الكويتيين عند مستوى 0,05 بين فئات سنوات العمل المختلفة من حيث مستوى الرضا عن الخدمة الصحية المقدمة. وباستخدام جدول شافيه Scheffe اتضح أن الفروق كانت لصالح فئة الذين قضوا في العمل عشر سنوات فأكثر، حيث كان متوسطها (1,58). ويدل هذا على وجود درجة واضحة من الرضا عن مستوى الخدمة الصحية. وهذه النتيجة قد اتفقت مع دراسة بورك، ريتشارد سن واسترد (1993). وقد يعود ذلك إلى قدرة هذه الفئة التي أمضت في الكويت سنوات طويلة، وتوافرت لديها التجارب والمعرفة بدقائق الأمور، وعاشت فترة التطور خلال سنوات الثمانينيات والسبعينيات وربما قبلها على إصدار الأحكام بالنسبة لتطور الخدمات الصحية في الكويت، وتميزها مقارنة بالوضع الإقليمي. كما أن لديها المقدرة على معرفة معايير التميز العالمية في مجال الخدمات الصحية وأشكال الرعاية الطبية المطلوبة. وذلك من خلال الاحتكاك بنظرائهم في الدول المتقدمة عن طريق اللقاءات والمؤتمرات والزيارات. أضف إلى ذلك أن معظم أفراد هذه الشريحة ربما كانت من غير الكويتيين الذين عملوا قبل استفادتهم إلى الكويت في المجال الصحي في بلدانهم، ويستطيعون من خلال تجاربهم السابقة الحكم على مستوى الخدمات الصحية في الكويت بالمقارنة بين مستوى هذه الخدمات في بلدانهم ومستواها في الكويت.

ولم يتضح من الجدول وجود فروق واضحة ذات دلالة إحصائية بالنسبة للمتغيرات الأخرى مثل: العمل وسنوات الخبرة الوظيفية والمنطقة الصحية، حيث إنهم كانوا متقاربين في وجهات النظر حول موضوع مستوى الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة في الكويت، مما أيد صحة الفرض.

بيد أنه من اللافت للنظر عدم وجود فروق ذات دلالة بالنسبة للمناطق الصحية المختلفة، خاصة أن الدراسات السابقة قد أظهرت أن مستوى الخدمة الصحية في المناطق الصحية في البلاد ليست متساوية كما ونوعا. ويمكن أن يرجع عدم وجود مثل هذه الفروق إلى أمور نذكر منها ما يلي:

1 - قلة عدد الأطباء المشاركين في الإجابة على الاستبانة في المناطق الخارجية

وعلى رأسها منطقة الجهراء الصحية التي لم يزد عدد مشاركيها عن 13% من جملة المشاركين في الإجابة على الاستبانة.

- 2 - عزوف الأطباء من غير الكويتيين عن الحديث عن تدني مستوى الخدمة التي تعاني منها المناطق الصحية الخارجية، خشية أن يؤثر ذلك على أوضاعهم الوظيفية.
- 3 - قد لا يشعر الأطباء بالمشكلات التي تعترض سبيل تقديم الخدمة الصحية، خاصة إذا كانت هذه المشكلات تتعلق بالروتين الإداري، في الوقت الذي يرصدها المستفيدون.

ثانياً: العلاقات الإنسانية

يوضح الجدول التالي (18) تحليل التباين لدرجات عينة الأطباء بين متغيرات الدراسة المختلفة في مجال العلاقات الإنسانية

المتغير	القيم	مجموع المربعات		متوسط المربعات		درجات الحرية	قيم ت	الدالة
		بين المجموعات	داخل المجموعات	بين المجموعات	داخل المجموعات			
العمل	ممارس عام أخصائي استشاري	989,	791,783	494,	2,613	2 303	189,	828,
سنوات الخبرة الوظيفية	أقل من 5 سنوات من 5-10 سنوات 10 سنوات فأكثر	3,598	789,174	1,799	2,605	2 303	691,	502,
مدة العمل بالكويت لغير الكويتيين	أقل من 5 سنوات من 5-10 سنوات 10 سنوات فأكثر	20,080	772,691	6,693	2,559	3 302	2,616	051,
المنطقة الصحية	العاصمة حولي الفروانية الأحدي الجهراء	5,606	787,165	1,402	2,615	4 301	536,	709,
المجموع								305

ويتضح منه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للمتغيرات التصنيفية للدراسة بالنسبة لمستوى العلاقات الإنسانية، حيث إنه لم تظهر فروق بين الأطباء على مستوى متغيرات الدراسة بالنسبة لوجهات نظرهم في موضوع العلاقات الإنسانية من خلال تعاملهم مع الجمهور (المستفيدين)، وهذه النتائج تؤيد صحة الفروض.

وعلى الرغم من عدم وجود الدلالة الإحصائية في متغير المناطق الصحية، فإن الباحثين قد وجدوا من خلال الدراسات السابقة وجداول توزيع النسب في هذه الدراسة ما يتعارض مع هذه النتيجة، فتشير دراسة سلطان على سبيل المثال إلى وجود مشكلات تعترض سبيل العمل الصحي في أبعاده الإنسانية من خلال الاعتداءات المتكررة على الأطباء قولاً وفعلاً⁽⁴⁴⁾.

وبالرجوع إلى جدول توزيع النسب تبين أن 84,3% من الأطباء المشاركين في الاستبانة يشعرون أن من معوقات العمل الصحي الاعتداءات المتكررة من قبل بعض المراجعين على الأطباء، وأن 93,1% منهم يؤيدون سن قوانين صارمة على من يعتدي على الطبيب أثناء تأدية عمله.

غير أن عدم وضوح تلك الدلالة الإحصائية في متغير المناطق الصحية ربما يعود إلى أمور نذكر منها على سبيل المثال ما يلي:

- 1 - قلة عدد المشاركين من الأطباء من المناطق الخارجية حيث أدى ذلك إلى عدم وجود دلالة واضحة بالنسبة لهذا المتغير.
- 2 - ربما خشي غير الكويتيين من الأطباء في المناطق الخارجية من إبداء رأيه بوضوح حيال المشكلات في مجال العلاقات الإنسانية، خاصة وأن ذلك قد يؤدي إلى أمر لا يحمد عقباه.

وتأكيداً لوجود مثل هذه المشكلات ذات الأبعاد الإنسانية نعرض هنا تصريحاً لمدير منطقة الجهراء الصحية (أحد المناطق الصحية الخارجية) عقب تعرض رئيس وحدة استشاريي الأطفال بمستشفى الجهراء إلى اعتداء من قبل أحد المراجعين أدى إلى إصابته بإصابات بالغة في العين والأذن وأصابع اليد، وذلك على أثر مشادة كلامية بين الطرفين حول كيفية علاج طفلة المراجع. قال التصريح: «نستنكر هذا

الاعتداء، ونطالب المراجعين باحترام الأطباء وجميع العاملين بالخدمات الصحية، وعدم التدخل في أعمالهم الطبية. إن الأطباء والعاملين في مجال الخدمات الصحية إنما وجدوا لخدمة المراجعين والمرضى، وتقديم الخدمات الإنسانية لهم. إلا أن البعض قد أساء فهم الدور الإنساني للأطباء والعاملين. وبدلاً من توجيه الشكر لهم أصبحوا يتعمدون إهانتهم، إما بالضرب أو بالألفاظ البذيئة وغير المناسبة⁽⁴⁵⁾.

ثالثاً: مستقبل التقبل

يعكس الجدول التالي (19) تحليل التباين لدرجات عينة الأطباء بين متغيرات الدراسة في مجال مستوى التقبل

المتغير	القيم	مجموع المربعات		متوسط المربعات		درجات الحرية	قيم ت	الدلالة
		بين المجموعات	داخل المجموعات	بين المجموعات	داخل المجموعات			
العمل	ممارس عام أخصائي استشاري	4,998	2343,502	2,499	7,734	2 303	,323	,724
سنوات الخبرة الوظيفية	أقل من 5 سنوات من 5-10 سنوات 10 سنوات فأكثر	22,341	2326,159	11,170	7,677	2 303	1,455	,235
مدة العمل بالكويت لغير الكويتيين	أقل من 5 سنوات من 5-10 سنوات 10 سنوات فأكثر	26,293	2322,207	8,764	7,689	3 302	1,140	,333
المنطقة الصحية	العاصمة حولي الفروانية الأحمدي الجهراء	30,402	2318,098	7,601	7,701	4 301	,987	,415
المجموع								305

ومن الجدول يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة الموضحة بالجدول بالنسبة لمستوى التقبل للخدمات الصحية المقدمة. وهذه النتائج تؤيد صحة الفروض. ويعود السبب في ذلك إلى أن العينة من الأطباء

المجلة العربية للعلوم الإنسانية

وجميعهم يدركون مدى أهمية هذه الخدمة وخطورتها بغض النظر عن مستوى الوظيفة (ممارس، أخصائي، استشاري) وسنوات الخبرة ومدة البقاء وكذلك المنطقة الصحية التي يعملون فيها. وبالرجوع إلى جدول توزيع النسب للإجابات يتضح أن الغالبية قد أجابت بالموافقة على العبارات ١٨، ١٩، ٢٢، ٢٤، ٢٥ وبنسب ٤٤,٨٪، ٧٧,١٪، ٥٢,٩٪، ٣٧,٦٪، ٣٩,٩٪ على التوالي. في حين أن الغالبية أجابت على العبارتين ٢٠، ٢١ بالموافقة إلى حد ما، وبنسب بلغت ٤٧,٤٪، ٤٢,٥٪ على التوالي. أما الغالبية في العبارة ٢٣ فقد أجابت بعدم الموافقة، وبنسبة وصلت إلى ٧٢,٩٪ (راجع جدول التوزيع العددي والنسبي لإجابات الأطباء).

رابعاً: المشكلات التي يواجهها الأطباء

يوضح الجدول التالي (٢٠) تحليل التباين لدرجات عينة من الأطباء بين متغيرات الدراسة الواردة في الجدول.

المتغير	القيم	مجموع المربعات		متوسط المربعات		درجات الحرية	قيم ت	الدلالة
		بين المجموعات	داخل المجموعات	بين المجموعات	داخل المجموعات			
العمل	ممارس عام أخصائي استشاري	2,880	1808,078	1,440	5,967	2 303	,241	,786
سنوات الخبرة الوظيفية	أقل من 5 سنوات من 5-10 سنوات 10 سنوات فأكثر	15,545	1795,413	7,772	5,925	2 303	1,312	,271
مدة العمل بالكويت	أقل من 5 سنوات من 5-10 سنوات 10 سنوات فأكثر	30,799	1,780,159	10,266	5,895	3 302	1,742	,158
الكويتيين	العاصمة حولي الفروانية الأحمدي الجهراء	23,425	1787,532	5,850	5,939	4 301	,986	,415
المجموع		305						

ومنه يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة التصنيفية الموضحة بالجدول بالنسبة للمشكلات التي يواجهها الأطباء عند تأدية عملهم، مما يدل على تقارب وجهات نظرهم بالنسبة لهذه المشكلات دون تمييز لمستوى التخصص والوظيفة وسنوات الخبرة ومدة العمل بالكويت لغير الكويتيين، وكذلك المنطقة الصحية. وهذه النتائج تؤيد صحة الفروض.

ويمكن للباحثين هنا التأكيد على أهم المشكلات التي يواجهها الأطباء بالتذكير فيما يلي: (حيث سبقت الإشارة إلى التعرض لبعضها)

1 - زيادة العبء على الطبيب الواحد بزيادة نصابه من زيارات المرضى في اليوم الواحد في المراكز الصحية المختلفة أو المستشفيات، خاصة في المناطق الصحية الخارجية. فقد أكدت دراسة سلطان وغيرها من الدراسات أنه في الوقت الذي وصل فيه المعدل اليومي لنصيب الطبيب من المرضى يومياً عام 1995 نحو 32 مريضاً في منطقة العاصمة الصحية يرتفع هذا العدد إلى 65 مريضاً في منطقة الفروانية، وإلى 79 مريضاً في منطقة الجهراء الصحية⁽⁴⁶⁾. هذا، وقد أوضحت إحدى المسؤولات في وزارة الصحة أن معدل تردد الفرد على عيادات الممارس العام خلال الفترة 1992-1995 تراوحت بين 4,5-7,6 مرات للفرد الواحد. كما بلغ متوسط عدد الزيارات السنوية للطبيب على مستوى جميع المناطق الصحية بنحو 18761 زيارة، أي بمتوسط يومي بلغ 75 زيارة⁽⁴⁷⁾.

2 - الاعتداءات المتكررة التي يواجهها الأطباء أثناء تأدية عملهم، خاصة في المناطق الخارجية من قبل المستفيدين. وقد سبق أن تطرقنا إلى ذلك عند دراسة مستوى الرضا عن العلاقات الإنسانية في مجال الأطباء.

3 - عدم تناسب مستوى التشجيع والحوافز المادية والأدبية مع ما يبذل من جهود تستهدف الحفاظ على صحة المستفيدين.

4 - تنامي مستوى الهدر في الميزانية، حيث أوضح أحد المسؤولين أن هناك

أجهزة ومعدات حديثة ومن مختلف الأنواع جلبت بآلاف الدنانير وتركت دون استخدام، حيث إن شراءها لم يكن يشكل ضرورة ملحة، مما ترتب عليه تلفها وتأثرها بسوء التخزين، في حين لم يتم شراء بعض الأدوية الضرورية، ووضع مسؤولية ذلك على نقص الميزانية⁽⁴⁸⁾.

أما بخصوص الفروق داخل عينة الأطباء، بصدد كل فقرة من فقرات الاستبانة فقد حسبت باستخدام كا². ويوجد ذلك بملاحق الدراسة وأنه يمكن التعليق على هذه القيم الإحصائية كالآتي:

لقد وضح الجدول استجابات الأطباء بمختلف المستويات الوظيفية لمحاور الدراسة بدلالات إحصائية عند مستوى 0,001، مما يدعم فرضيات الدراسة. وقد بدا الرضا عن الخدمة الصحية.

الخلاصة والتوصيات

بعد تحليل مستوى الرضا عن طبيعة الخدمات الصحية في الكويت ومستوى العلاقات الإنسانية والتقبل والمشكلات التي يواجهها المستفيدون (الجمهور متلقو الخدمة)، ومن خلال جداول المتغيرات والمتوسطات والانحراف المعياري وقيم تخرج الباحثان بمجموعة من النتائج نوردتها فيما يلي:

في مجال الرضا عن مستوى الخدمة اتضح أن المستفيدين من الذكور كانوا أكثر رضا من الإناث عن بعض مجالات الخدمة الصحية. وفي مجال العلاقات الإنسانية اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الكويتيين وغير الكويتيين ولا بين الموظفين والطلبة. وفي مستوى التقبل لم تظهر فروق بين المستفيدين الكويتيين وغير الكويتيين، في حين ظهرت الفروق في متغير الوظيفة أو العمل بين الطلبة والموظفين، حيث كان الطلبة أكثر تقبلاً ورضاً من الموظفين عن العلاج المقدم من خلال الرعاية الصحية الحكومية. وفي مجال المشكلات لم تظهر هناك أية فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الجنس والجنسية والعمل، حيث تساوى الجميع في نظرهم وحكمهم على المشكلات التي تواجههم كمستفيدين أثناء تلقي العلاج.

هذا، وقد حصر الباحثان بعض المشكلات التي تواجه المستفيدين وكان أبرزها طول فترة الانتظار لحين الدخول على الطبيب، وقلة عدد الأطباء في بعض المناطق الصحية الخارجية، والنقص في عيادات الأسنان، وعدم توافر بعض الأدوية المهمة، وتفشي الوساطة كظاهرة تؤثر على مبدأ العدالة والمساواة.

أما على مستوى تحليل التباين لمستويات الرضا عن الخدمة الصحية والعلاقات الإنسانية ومستوى التقبل والمشكلات التي يواجهها الجمهور، وذلك من خلال متغيرات الدراسة: (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة التعليمية، المنطقة) فقد أكدت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مجال الرضا عن مستوى الخدمة الصحية في مجموعات الأعمار الثلاثة بين كل من الكويتيين وغير الكويتيين من المستفيدين. وكانت الفروق لصالح الشريحة العمرية 30 سنة فأكثر، وهي الفئة الأكثر تردداً على مراكز الخدمات الصحية، على اعتبار أنهم المعلنون والأكثر سناً والأكثر شكوى من تدني الحالة الصحية من الشرائح العمرية الأخرى. واتضح كذلك أن المستوى التعليمي الثانوي كان الأكثر رضا عن الخدمات الصحية من الشرائح التعليمية الأخرى. وقد أعطى الباحثان تفسيرات لذلك من خلال وجهات نظرهما.

أما في مجال العلاقات الإنسانية فقد اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات العمر أو الحالة الاجتماعية والمناطق الصحية بالنسبة للعلاقات الإنسانية، في حين ظهرت فروق بين مستويات الحالة التعليمية، وكانت لصالح المستوى الثاني (التعليم الثانوي) الذين أكدوا وجود هذه العلاقات.

وفي مستوى التقبل أبدت المجموعة العمرية (20-30 سنة) درجة من التقبل والرضا عن مستوى الخدمة الصحية. أما في مجال المشكلات فكانت المجموعة العمرية (30 سنة فأكثر) أكثر تعبيراً عن هذه المشكلات التي تواجهها أكثر من أي شريحة عمرية أخرى، وقد أعطى الباحثان تفسيرات لذلك.

أما بعد التحليل الإحصائي للكشف عن مستوى الرضا عن الخدمات الصحية والعلاقات الإنسانية والتقبل والمشكلات من خلال جداول المتغيرات والمتوسطات والانحراف المعياري وقيم ت بالنسبة لاستمارة الأطباء، فقد أظهرت

الدراسة على مستوى الرضا عن الخدمة الصحية أنه لم تكن هناك فروق واضحة، بمعنى أن جل أطباء العينة قد أكدوا على وجهات نظر متقاربة، وكانوا على درجة واحدة من الإدراك مكنهم من الحكم على مستوى الخدمة بأنه جيد، وذلك من خلال المعيشة اليومية والرصد للإيجابيات والسلبيات.

وعلى مستوى العلاقات الإنسانية كان الأطباء غير الكويتيين أكثر تأييداً وتحمساً لوجود مثل هذه العلاقات التي من شأنها العمل على تفادي الإحساس بالغربة، والعمل في جو من الألفة والأخوة. أما فيما يتعلق بمستوى التقبل للخدمات الصحية فقد اتضح من الدراسة أن الأطباء الذكور كانوا أكثر تقبلاً ورضاً عن هذه الخدمات، ربما لدرائتهم الكافية بما يقدم من مستوى خدمة مقاربة بالدول الأخرى من خلال خبراتهم الماضية والحالية. وفي مجال المشكلات التي يواجهها الأطباء كان الأطباء الذكور أكثر تعبيراً عن هذه المشكلات من الإناث لأسباب بيئتها الدراسة وفق اجتهادات الباحثين.

أما فيما يتعلق بتحليل مستويات الرضا عن مستوى الخدمات الصحية والعلاقات الإنسانية ومستوى التقبل والمشكلات من منظور تحليل التباين فقد أظهرت الدراسة في مجال مستوى الخدمة الصحية أن الأطباء الذين أمضوا في الخدمة عشر سنوات فأكثر هم الذين كانوا أكثر رضا عن الخدمة من غيرهم؛ نتيجة ممارستهم الطويلة وخبرتهم بالوضع الصحي بالكويت. وفي مجال العلاقات الإنسانية كانت وجهات نظر الأطباء متقاربة، حيث اعتبروا أن مسألة تأكيد العلاقات الإنسانية وتغليب الجانب الإنساني في العمل بين العاملين أمر في غاية الأهمية. وفي مستوى التقبل أبدى الأطباء جميعاً (ودون وجود فروق ذات دلالة إحصائية) درجة من التقبل في مجال ما يقدم من خدمة. أما على صعيد المشكلات فقد تقاربت وجهات نظرهم أيضاً ودون تمييز بين المتغيرات المختلفة، بمعنى أن إحساسهم بالمشكلات المرصودة يكاد يكون واحداً.

وفي نهاية الدراسة يوصي الباحثان بما يلي:

1 - ضرورة إجراء الدراسات واستطلاعات الرأي لمعرفة مستوى درجات الرضا

والتقبل لدى المستفيدين من الخدمات الصحية عن هذه الخدمات. وكذلك معرفة مستويات العلاقات الإنسانية داخل النظام الصحي، وما قد يواجه المستفيدين من مشكلات تعترض وصول الخدمة بشكل أفضل، على أن تكون هذه الدراسات واستطلاعات الرأي بشكل دوري للمساعدة في تخطيط برامج صحية معتمدة على تلبية احتياجات ومتطلبات المستفيدين. كما أنه يمكن الاستفادة من مثل هذه الدراسات في وضع استراتيجيات صحية ناجحة، ويعتبر الباحثان دراستهما خطوة نحو تحقيق هذا الاتجاه.

2 - لما كانت شريحة الإناث والفئة العمرية (أكثر من 30 سنة) هم أكثر المستفيدين من الشرائح الأخرى تردداً على طلب الخدمة الصحية، وفقاً لما أظهرته الدراسة، لذلك كانوا أكثر تعبيراً عن غيرهم عن مستوى الرضا والتقبل، ولذا وجب الاستفادة من ملاحظاتهم وآرائهم على وجه الخصوص في استطلاعات الرأي القادمة.

3 - ضرورة إيجاد الحلول للمشكلات التي تواجه الجمهور، والتي أوردتها الدراسة ومن بينها طول فترة الانتظار للدخول على الطبيب، وطول مدة الانتظار لأخذ مواعيد لزيارة الاستشاريين، وتوفير عدد كاف من الأطباء خاصة في المناطق الصحية الخارجية للتخفيف من نصيب الطبيب من المرضى في اليوم ليتسنى للطبيب تقديم خدمة أفضل. كذلك توفير العدد الكافي من عيادات الأسنان وغيرها من المشكلات.

4 - إيجاد الحلول للمشكلات التي تواجه الأطباء، وتحد من مستوى تقديم خدمات أفضل، مثل تخفيف عبء العمل، والتصدي للاعتداءات المتكررة على الأطباء من قبل الجمهور، وتقدير جهود الأطباء بالحوافز والتشجيع المادي والمعنوي، وتخفيف مستويات المركزية في العمل وغيرها.

5 - ضرورة توجيه الاهتمام بالمناطق الخارجية، ومحاولة تلبية احتياجاتها من عناصر الخدمة الصحية للقضاء على ظاهرة النقص في الأطباء والأسرة والأدوية لصالح المستفيدين.

- 6 - ضرورة توجيه الاهتمام إلى تأكيد العلاقات الإنسانية في محيط العمل الصحي، بين العاملين والمستفيدين، وتوعية الجمهور بضرورة احترام العاملين في هذا المجال، بالنظر لما يقدمونه من أعمال جليلة، مع تنفيذ القوانين الصارمة بهذا الشأن دون تردد أو تهاون، بالإضافة إلى تأكيد العلاقات الإنسانية بين العاملين في المجال الصحي أنفسهم، ليتسنى توفير بيئة عمل يسودها الإخاء والمودة والتعاون.
- 7 - ضرورة مناشدة الأطباء المشاركة في إبداء الرأي في الخدمات الصحية بهدف التطوير وبشكل جريء (وبشكل سري إذا اقتضى الأمر) لتشجيع غير الكويتيين على الإسهام في طرح وجهات نظرهم دون خشية، حيث أظهرت الدراسة أن إسهاماتهم في طرح وجهات نظر بمستوى الخدمات وكذلك بالمشكلات التي قد تعترض سبيل العمل كانت ضئيلة للغاية، وربما عادت الأسباب إلى خشيتهم من إبداء وجهات النظر الصريحة والناقدة.

الهوامش والمراجع

- (1) - Ostor G., (1970) "Health planning in Developing Countries" **Journal of Development studies** Vol. 6 N. Y. P. 67.
- (2) - Hetzel B.S. (1978) **Basic Health Care in Developing Countries** 'Oxford univ. press, p.91.
- (3) - Ostor (1970) Op. cit p. 72.
- (4) - خالد عبدالله الهران: «قطاع الصحة في الكويت، البرنامج العام لتخطيط التنمية»، المعهد العربي للتخطيط، بالكويت، الكويت: 1987، ص2.
- (5) - Ministry of Health (1993) Health and vital statistics Divison, Kuwait Health care, Past and Present, A Statistical Analysis" p. 11.
- (6) - عدنان الكندري: السياسة الصحية والتخطيط الصحي في الكويت، البرنامج العام لتخطيط التنمية، المعهد العربي للتخطيط بالكويت، الكويت: 1985، ص6-9.
- (7) - السياسة الصحية والتخطيط الصحي في الكويت، ص10.
- (8) - د. غانم سلطان: «الخدمات الصحية في دولة الكويت، دراسة تحليلية في جغرافية الرعاية الصحية» بحث معد للنشر، الكويت: سبتمبر 1997، ص27-30.

- (9) انظر على سبيل المثال: د. خالد فهد الجار الله: «تاريخ الخدمات الصحية في الكويت منذ النشأة حتى الاستقلال»، مركز البحوث والدراسات الكويتية، الكويت: 1996.
- Kuwait Health Care: Past and Present, op.cit. Ministry of Health, Health Care in Kuwait at the Regional Level 1996
- (10) عبدالرحمن، عبد الرحمن، العلامة، الإثباتية، القاهرة: مكتبة عين شمس، 1979، ص 10.
- (11) الباحث: تأليف: «الرضا الوظيفي بين قوة العمل الوافدة في القطاع الحكومي الكويتي وأثره في إنتاجية العمل» بحث مقدم إلى المؤتمر السنوي لبحوث كلية التجارة والاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة الكويت (21، 22 فبراير 1982).
- (12) السالم، فيصل: «الخدمات الحكومية في دولة الكويت»، مطبوعات جامعة الكويت، 1984.
- (13) Westcott, R. (1977). The length of Consultations in General Practice. **J.R. College Gen. Practitioners**. V. 27. p. 552-555.
- (14) Bertlett, E.; Grayson, M. & Baker, R. (1984). The effect of physician communications skills on patient satisfaction, recall and adherence. **Journal chronic dis**. V. 37.
- (15) Morrell, D.C. Evans, M.; Morris R.W. and Rioland M.O. (1986). The five minute consultation: effect of time constraint on clinical content and patient Satisfaction. **Br. Med. J.** V. 292, p. 870-873.
- (16) Wilkin, D.; Hodgkin, P. and Meta Calfe, D. (1986). Factors affecting workload: Is received wisdom true? **In the Medical Annual**. The year book of general practice.
- (17) Armstrong, D. and Griffin, G.A. (1987). Patterns of work in general practice in the Bromley health district. **J. R. College gen. practitioners**. V. 37, p. 264-266.
- (18) Ferrans-carol, Estwing; Powers, M. Kasch-Chris R. (1987). Satisfaction with health care of hemodialysis patients. **Research in Nursing and health**. Dec. V. 10 (6) p. 367-374.
- (19) Calnan, M. and Butler, J. (1998). The economy of time in general practice: an assessment of the influence of list size. **Social science Medical**, 26, p. 435-441.
- (20) Burke, R.; Richardsen; Astrid M. (1991). Sex-differences among physicians. **Stress - Medicine**. Apr-June, V. 7 (2) p. 79-86.
- (21) Reichardsen: Astrid, M. Burke and Ronald, J. (1991). Occupational stress and jobs satisfaction among Canadian women physicians. **Work and stress**. orc-Dec., V. 5 (4) p. 301-313.
- (22) Mei - O Hsieh and Kagle jill Donner (1991). Understanding patient Satisfaction and dissatisfaction with health care. **Health and social work**, V. 16 N. (4) Nov.
- (23) العتيبي - آدم: «العلاقة بين المتغيرات الشخصية بالرضا الوظيفي» دراسة ميدانية مقارنة بين العمالة الوطنية والعمالة الوافدة في القطاع الحكومي بدولة الكويت» مجلة الإدارة العامة، العدد 76، السنة الثانية والثلاثون، سبتمبر 1992، ص 91 - ص 120.
- (24) Marin, Rodriguez; Mira, Jesus; Aranaz, Jesus and Vitaller, J. (1992). Satisfaction of health care providers and quality assurance in Spanish hospitals. **Work and stress**, V.6 (3) July - spring.
- (25) Astrid, M.; Richardsen and Burke, Ronald. (1993). Occupational stress and work satisfaction among Canadian women physicians. **psychological Reports**. V.72, p. 811-821.
- (26) Suchman, A.I Roter, D.; Green M. and lipkin, M. (1993). Physicians satisfaction with primary care office visits. **Medical care**, V. 31 N. 12 p. 1083-1092.

- (27) المسلم، بسامة: الرضا الوظيفي لدى القوة الوطنية العاملة في الكويت، مطبوعات جامعة الكويت، كلية التربية، 1993، ص5 - ص96.
- (28) Hall, J.; Milburn, M. and Epstein, A. (1993). A. Causal model of health status and satisfaction with medical care. **Medical care**, V.31, N.(1) Jan.
- (29) Gilson, L. Allio, M. and Hougen Heggen, K. (1994). Community satisfaction with primary health care services: An evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania.. **social science of medicine**, V.39 N.(6) p. 767-780.
- (30) Kurata, J.; watanebe, Y.; McBride, Ch.; kawai, K. and Andersen, R. (1994). A. Comparative study of patient satisfaction with health care in Japan and the United States. **social science of medicine**, V. N.(8) p. 1069-1076.
- (31) Calnan, M.; Poulos, K.; Ovcharov, V. and P, P. (1994). Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. **Family practice**, V. 11(4) p. 468-478. Dec.
- (32) Biderman, Aya; Carmel, Sara Yeheskel, Ayala. (1994). Measuring patient satisfaction in primary care: A joint project of community representatives. **clinic staff members and a social scientist**. V. 11(3) p. 287-291. Sep.
- (33) الرشيدان، أماني: «تطور الخدمات الصحية الحكومية بدولة الكويت خلال الفترة 1995/94-86/85م» المعهد العربي للتخطيط.
- (34) Kazmib, Shameim (1995). Pakistan: Consumer satisfaction and dissatisfaction with maternal and child health services. **World health statistics Quarterly**, V. 48(1).
- (35) Williams, S.; Weinman, J.; Jermy - Dale and Newman, S. (1995). Patient expectations what fo primary Care patients want from the G.P. and how far does meeting expectations affect patient satisfactions? **Family practice**, V. 12(2) p. 193-201. June.
- (36) Linder - Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satidaction. **social science and medicine**, V. 16 p. 583-589.
- (37) Al-Shammari, S.; Khoja. T. and Subaie A. (1995). Job satisfaction and occupational stress among primary health care center doctors. **International Journal of mental health**, V. 25. N. (4) p. 85-95 winter.
- (38) Young, Laura Throckmortons; Mc Dowell, E. and Schuelke David. (1996). Patient satisfaction: A Study in communication.
- (39) جاد الرب - سيد: تنظيم وإدارة المستشفيات، مدخل النظم، القاهرة: دون تاريخ. الناشر دار النهضة العربية.
- (40) Marshall, G.; Hayes, R. and Mazel, R. (1996). Health status and satisfaction with health care: Results from the medical outcomes study. **Journal of Consulting and clinical psychology**, V. 64 N.(2) p. 380-390.
- (41) إدريس ثابت: «قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات»: دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت، المجلة العربية للمعلوم الإدارية، مجلد 4، عدد 1، نوفمبر 1996، ص9-41.
- (42) تحتفظ إدارة المجلة بالملاحق الخاصة بأدوات الدراسة بناء على اقتراح محكمي هذه الدراسة.
- (43) انظر في ذلك: الصحف الكويتية على سبيل المثال لا الحصر: صحيفة القبس، العدد 8607 بتاريخ 97/6/9، والعدد 8615 بتاريخ 97/6/17، والعدد 8619 بتاريخ 97/6/21، والعدد 8624 بتاريخ 97/6/26،

- وصحيفة الأنباء العدد 7573 بتاريخ 97/6/19 وصحيفة الرأي العام في عددها 10943 بتاريخ 97/6/7،
ومجلة المجالس في عددها 1298 بتاريخ 97/6/21.
- (44) «الخدمات الصحية في دولة الكويت»، ص 41.
- (45) مركز الوطن للمعلومات والدراسات، جريدة الوطن الكويتية، تصريح نشر في 1996/1/7.
- (46) «الخدمات الصحية في الكويت»، ص 21. وكذلك انظر: Helath care in Kuwait at the Regional Level opcit p.5.
- (47) تصريح للدكتورة ليلي الدوسري مديرة الإدارة المركزية للرعاية الصحية الأولية P.H.C. لصحيفة القبس الكويتية بتاريخ 1997/6/20.
- (48) تصريح للدكتورة نعمة العوضي استشاري الجراحة بمستشفى الفروانية لصحيفة الوطن الكويتية نشر بتاريخ 1995/3/7.

