البحوث

الرعاية الصحية في دولة الكويت

دراسة تحليلية في جغرافية الخدمات الصحية

د. غانم سلطان أمان*

مقدمة:

لاشك أن تخطيط الخدمات الصحية يعتبر من الموضوعات الهامة ضمن مفهوم التخطيط الإقليمي الذي يعتبر أحد مفرزات الفكر الجغرافي المعاصر الذي يسعى إلى تسخير الجغرافيا وتوظيفها لخدمة التنمية سواء كانت اقتصادية أو خدماتية . وتواجه الخدمات الصحية في الدول النامية مشكلات متعددة لاسيما في مجال النقص الشديد في عناصر الخدمات الصحية العائد أساسا إلى قلة الإنفاق في المجال الصحي[١] . ويلاحظ أن القسم الأكبر من الخدمات الصحية تميل إلى التركز في مناطق التجمعات السكانية الكبرى ، مما يترتب عليه حرمان المدن الصغيرة والمناطق الريفية من تلك الخدمات . ومن هنا تأتي أهمية وضرورة التخطيط الإقليمي للخدمات الصحية وفق أسلوب علمي يأخذ بعين الاعتبار مبدأ التوزيع الجغرافي المتوازن للخدمات الصحية على جميع أنحاء الدولة .

ويعرف التخطيط الصحي بأنه رسم سياسة مفصلة لتوفير الخدمات للمواطنين على شكل برامج ومشروعات تستهدف بلوغ المستوى الصحي المطلوب للفرد والمجتمع . وله خصائص محددة في فترة زمنية معينة ، وذلك بحسن استغلال الإمكانات المادية والبشرية المتاحة ، مع ضرورة مراعاة مبدأ التوزيع العادل والمتوازن لعناصر الخدمات الصحية على جميع مناطق الدولة[٢] .

ويحاول المخططون وضع حلول لمشكلات عدم التوازن في تقديم الخدمات الصحية وعدم تكافؤ الفرص ، للاستفادة منها بغية تصحيح الوضع القائم ، وتحقيق نوع من العدالة في التوزيع الجغرافي المتوازن لكل السكان في جميع أنحاء الدولة لخدمة جميع السكان ، بغض النظر عن مواقع السكان قريبة كانت أو بعيدة عن عاصمة البلاد[٣] .

وتهتم هذه الدراسة برصد واقع الخدمات الصحية بالكويت مع مقارنة بعض عناصر هذا الواقع الصحي بالوضع السائد في بعض دول العالم . إضافة إلى التوزيع الإقليمي المكاني للرعاية الصحية في مختلف مناطق الكويت الصحية والتي تمثل حدودها الإدارية إلى حد بعيد

* عضو هيئة تدريس بقسم الجغرافيا بكلية التربية الأساسية - الكويت

حدود محافظات الكويت الخمس (العاصمة ، حولي ، الفروانية ، الأحمدي ، الجهراء) ، إضافة إلى منطقة الصباح الصحية التخصصية ، والتي تتركز فيها المستشفيات التخصصية التي تخدم كافة مناطق الدولة بتحويل الحالات إليها من مراكز الرعاية الصحية الأولية أو المستشفيات الحكومية العامة في كافة المناطق .

وعلى الرغم من أن الكويت قد عرفت بسجلها الصحي المتميز في منطقتها ومن بين العالم النامي بتقديم رعاية صحية جيدة لكل سكانها منذ زمن بعيد ودون مقابل سواء للمواطنين أو المقيمين بشهادة الأطراف ذات العلاقة في منظمة الصحة العالمية W.H.O..[٤] . فإن هذه الدراسة تسعى لتأكيد هذه الفرضية أو عدم الاتفاق معها فور الخروج بالنتائج . ويمكن القول إن مفهوم الرعاية الصحية الحديثة في الكويت يعود إلى سنوات مبكرة من القرن العشرين ، حيث بدأ في عام ١٩١٢ عندما تم إنشاء أول عيادة طبية حديثة . بيد أن النظام الصحي في الكويت قد دخل مرحلته الجديدة إبان استقلال الكويت عام ١٩٦١ ، بإنشاء وزارة الصحة . ومنذ ذلك الحين أخذ التطور في الرعاية الصحية مساراً متسارعاً بشكل لم تشهده دول كثيرة في العالم النامي ، ففي خلال العقود الثلاثة الماضية تم تأسيس بنية تحتية صحية Health Infrastructure ، حديثة تشمل إنشاء مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات والوحدات Polyclinc والمناطق الصحية واعتماد التكنولوجيا الطبية الحديثة ، وتوفير العنصر البشري كماً ونوعاً ورفع مستوى وكفاءة الكوادر الطبية المحلية إضافة إلى تحديث التشريعات الطبية .

وقد أثر الغزو العراقي على مجمل خريطة الرعاية الصحية والخدمات الطبية في الكويت ، فقد ترتب عليه خسائر بالغة في الجسم الصحي وإمكاناته المادية والبشرية . وقد تطلبت عملية إعادة التأهيل وإعادة إعمار هذا القطاع جهوداً مضنية مازالت مستمرة حتى اليوم ، وتعتبر مرحلة ما بعد التحرير حقبة جديدة في تاريخ الخدمات الصحية حيث تطلب التخطيط لهذه المرحلة أموراً جديدة لابد من وضعها في الاعتبار . وهي التغيرات في الانماط الديموجرافية للمجتمع الكويتي التي أثرت على مراكز الكثافة في التوزيع السكاني في البلاد بعد التحرير نتيجة لمغادرة أعداد كبيرة من الوافدين مغادرة نهائية[٥] .

هذا ولم تكن عملية جمع مادة الدراسة سهلة ميسرة نتيجة لتعدد جهات البيانات والمصادر من جهة وعدم توفر المطلوب من البيانات من جهة أخرى ، مما حدا بالباحث في كثير من الأحيان إلى اللجوء إلى الحاسب الآلي للحصول على البيانات والإحصاءات العالمية المقارنة من خلال

الاستعانة بشبكة الانترنت Internet . أما أهم الجهات التي جمع الباحث بيانات دراسته منها فقد كانت على النحو التالي :

١ ـ إدارة الإحصاءات الصحية والحيوية بوزارة الصحة بالكويت .

٢ ـ مراقبة القوى البشرية بوزارة الصحة .

٣ ـ معهد الكويت للاختصاصات الطبية . KIMS

٤ ـ الجمعية الطبية الكويتية . .K.M.S.

٥ ـ معهد الكويت للأبحاث الطبية . .K.I.S.R

٦ ـ مكتبة الأمم المتحدة (كلية العلوم الإدارية) جامعة الكويت .

٧ ـ بيانات منظمة الصحة العالمية . .W.H.O

٨ ـ مكتبة الجمعية الجغرافية الكويتية .

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤلات التالية :

١- ما مدى وجود تناسب بين نمو عدد السكان والتطور الكمي للخدمات الصحية؟

٢- ما مدى وجود تناسب بين السكان وعناصر الخدمات الصحية وفقا للمعايير العالمية وبشكل مقارن ، وما موقع الكويت بين دول العالم في هذا المجال؟

٣- هل تشمل خريطة الرعاية الصحية على تراتب في مستويات مراكز الخدمة الصحية وفقا للحالات المرضية (مستوصف ، مجمع صحي ، مستشفى . . إلخ) وما مدى التنوع في الخدمات المقدمة من خلال هذا المركز؟

٤- هل يعتبر نمط التوزيع المكاني (الجغرافي) لمناطق الرعاية الصحية متوازياً بحيث تشمل محافظات الدولة الخمس بشكل عادل ومتكافىء بالنظر إلى عدد السكان وعدد المحلات العمرانية في المحافظة الواحدة؟

فروض الدراسة:

تفترض الدراسة أن الرعاية الصحية في الكويت بجميع عناصرها تتناسب كمياً مع معدلات النمو السكاني ، وتغطي احتياجات السكان من الخدمات الصحية . كما تفترض أن المستوى

الصحي في الكويت بعناصره ومؤشراته يقترب من المستويات العالمية ، نتيجة سخاء الحكومة في الإنفاق على القطاع الصحي. وتفترض الدراسة كذلك أن التوزيع المكاني (الجغرافي) لعناصر الخدمات الصحية يتجانس جغرافياً مع الحيز المكاني والسكاني الذي تمثله محافظات البلاد ، بحيث تصل هذه الخدمة لكل السكان القاطنين بعيداً أو قريباً من العاصمة .

منهج الدراسة وأساليبها:

تسير الدراسة وفق المنهج الوصفي التحليلي التقويمي ، فهي تعتمد المنهج الوصفي في دراسة التطور التاريخي للخدمات الصحية بالكويت ، كما تعتمد المنهج التحليلي التقويمي عند دراسة واقع الخدمات الصحية في الكويت ومقارنتها ببعض دول العالم وكذلك عند دراسة التوزيع المكاني لهذه الخدمات مستعينة ببعض الأساليب الكمية الإحصائية مثل :

استخدام أسلوب النسب لقياس التوزيع النسبي لتركز الأطباء والهيئة التمريضية والموظفين الفنيين ومراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات . . إلخ وذلك لتعدادين مختلفين على سبيل المثال من أجل توضيح التباين بين تعداد وآخر أو مدى التركز عن منطقة لأخرى وذلك باتباع المعادلة التالية :

$$\frac{\text{عدد عناصر المتغير في منطقة}}{\text{عدد عناصر المتغير في جميع المناطق}} \times ١٠٠$$

وكذلك استخدام أسلوب التغير لقياس حجم التغيرات أو التباين من منطقة لأخرى في الكويت سواء من حيث عدد الأطباء ، المستشفيات عدد المراكز الصحية ، عدد الأسرة . . إلخ لسنتين مختلفتين أو تعدادين مختلفين وذلك باتباع المعادلة التالية :

$$ز = \frac{ك١ - ك}{ك} \times ١٠٠$$

حيث إن : ز= نسبة التغير خلال الفترة المطلوبة .

ك = العدد في التعداد السابق .

ك١ = العدد في التعداد اللاحق .

إضافة إلى استخدام معامل ارتباط سبيرمان لبيان علاقة الارتباط بين متغيرين في فترة زمنية

معينة ، وتوضيح نوع درجة الارتباط أي بيان نوع الارتباط من حيث كونه طردياً أو عكسياً وقوة هذا الارتباط من حيث كونه قوياً أو متوسطاً أو ضعيفاً ، وتتمثل معادلة معامل ارتباط سبيرمان في المعادلة التالية :

$$ر = ١ - \frac{٦ (مجـ ف^{٢})}{ن (ن^{٢} - ١)}$$

حيث إن : ر = الارتباط .

مجـ = مجموع مربع فروق الرتب .

ن = عدد مفردات المتغيرين .

ن ١ = مربع عدد المفردات .

واستخدم الباحث أيضاً مقاييس التشتت والتركز (الانحراف المعياري) انظر في ملحق الدراسة .

مصطلحات الدراسة:

١- معدل وفيات الرضع Infant Mortality Rate (I.M.R.)وهو عدد وفيات الرضع في سنة معينة لكل ١٠٠٠ من المواليد خلال نفس السنة وتأتي عن طريق المعادلة التالية :

$$\text{معدل وفيات الرضع} = \frac{\text{عدد الوفيات لأقل من سنة}}{\text{عدد المواليد أحياء في نفس السنة}} \times ١٠٠ = \frac{\text{و}}{\text{م}} \times ١٠٠$$

حيث إن : و = الوفيات لأقل من سنة في سنة معينة .

م = عدد المواليد أحياء في نفس السنة .

٢- معدل وفيات الأمومة Maternal Mortality Rate (M.M.R.)وهو عدد وفيات الأمهات الناتجة عن مضاعفات الحمل والولادة والنفاس في سنة معينة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي في نفس السنة .

$$\text{معدل وفيات الأمومة} = \frac{\text{ون}}{\text{م}} \times ١٠٠,٠٠٠$$

حيث (ون) = عدد وفيات الأمهات في سنة معينة .

م = عدد المواليد الأحياء في نفس السنة .

٣- متوسط مدة الإقامة في المستشفى (A.L.S.) Average Length Of Stay:

$$= \frac{\text{مجموع عدد أيام إقامة المرضى (بما فيهم الوفيات خلال الفترة}}{\text{مجموع عدد خروج المرضى (بما فيهم الوفيات) خلال نفس الفترة}} \times ١٠٠$$

٤- نسبة إشغال الأسرة (B.O.R.) Bed Occupancy Ratio :

$$= \frac{\text{مجموع عدد الأسرة المشغولة في فترة زمنية معينة}}{\text{مجموع عدد الأسرة المتوفرة خلال الفترة}} \times ١٠٠$$

٥- معدل دوران السرير (T.O.R.) Turn Over Rate :

$$= \frac{\text{عدد حالات الخروج (ترخيص المرضى) أو نقلهم أو وفاتهم في فترة زمنية}}{\text{عدد الأسرة المتوفرة خلال الفترة (الأسرة الثابتة)}}$$

٦= فترة فراغ السرير (T.O.I.) Turn Over Rate :

$$= \frac{\text{مجموع أيام الأسرة الشاغرة خلال الفترة}}{\text{مجموع حالات الخروج (بما فيهم الوفيات) خلال نفس الفترة}}$$

الدراسات السابقة:

لعل من أهم الاتجاهات الحديثة في علم الجغرافيا الاهتمام بدراسة التوزيع المكاني للخدمات العامة ، حيث أولى الجغرافيون هذا الاتجاه اهتماماً متزايداً خلال العقدين الأخيرين ، وذلك بالتركيز على مشكلة التباين في توزيع الخدمات العامة وسهولة الوصول إلى هذه الخدمات خاصة في المناطق الريفية التي تواجه مشكلات وعقبات في الحصول على قدر كاف من الخدمات ويتضح ذلك من خلال دراسات (Marshall, 1988), (Mosely, 1979), (Massam, 1974,1980)[٦] .

ولما كانت الخدمات الصحية تعتبر أهم أنواع الخدمات العامة التي يحتاج إليها الفرد فقد عالج العديد من الجغرافيين توزيع الخدمات الصحية في المناطق الحضرية والريفية على حد سواء .

واستخدم هؤلاء العديد من الأساليب والمعادلات الإحصائية في دراسة توزيع وتخطيط مواقع الخدمات الصحية والمشكلات التي تؤثر في كفاءة وفاعلية هذه الخدمات . وأهم الدراسات التي عالجت هذا النحو دراسات (Phillips1990), (Hetzel, 1978)[٧] .

وهناك العديد من الدراسات التي عنيت بالتوزيع المكاني للخدمات الصحية وربطت بين معدلات نمو السكان وتطور أعداد مراكز الخدمات وقوة العمل في مجال الرعاية الصحية . وعالجت مشكلات النقص في مؤشرات وعناصر القطاع الصحي إضافة إلى معدلات الوفاة وتوقعات العمر . وعنى قسم آخر من الدراسات بتخطيط مواقع مراكز الخدمة الصحية والمسافات المقطوعة بين المناطق السكنية ومواقع الخدمة وكذلك التوزيع الجغرافي لمراكز الرعاية الصحية الاولية P.H.C. والمستشفيات ومراكز الخدمة الصحية المتخصصة . ولعل أهم هذه الدراسات دراسة (Taylor 1982), (Shannam 1987) وتعتبر هذه الدراسات من الدراسات المبكرة في هذا المجال [٨] .

وكان للوضع الصحي وخدماته في الدول النامية نصيب من الدراسات التي قام بها الباحثون لدراسة وضع الخدمات الصحية في كل من تنزانيا وإقليم السند في باكستان وجواتيمالا ونيجيريا وأندونيسيا وغيرها وتجلى ذلك من خلال دراسات,(Annis 1981), (Hgynes, 1987) (Gesler 1984), (Fiedler, 1981), (Chernichovsky, 1986), (Siddiqi, 1980) ، وغيرهم وتناولت دراسات هؤلاء أنماط الخدمات الصحية في المناطق الريفية وتأثير الرعاية الصحية على معدلات الوفاة بالمقارنة مع الدول المتقدمة [٩] .

وتجدر الإشارة إلى أن بعض الباحثين في أقطار الوطن العربي قد نشطوا في التصدي لمثل هذه الدراسات كدراسة جمعة (١٩٧٨) ودراسة ,(Al Ribdi 1990),(AI Zahrani 1989) (AI Kahtani 1991) حول موضوعات التخطيط الصحي وأنماط التوزيع المكاني للإمكانات الصحية . وكذلك دراسة (القحطاني ١٩٩٤) في التنمية المكانية لمراكز الرعاية الصحية الأولية بإقليم عسير في المملكة العربية السعودية[١٠] .

وقد سبقهم إلى ذلك الباحث السيد البشرى EI Bushra في ثلاث دراسات منفصلة الأولى عام ١٩٨٠ حول تناسق التوزيع السكاني والخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية والثانية عام ١٩٨٥ حول نفس الموضوع في جمهورية اليمن والثالثة عام ١٩٨٩ حول الرعاية الصحية ، تخطيطها وأنماطها في المملكة العربية السعودية[١١] .

ومن الدراسات الخاصة بالرعاية الصحية والمنشورة باللغة العربية هناك دراسة (الوليعي ١٩٨٦) في التوزيع الجغرافي للأمراض بالمملكة العربية السعودية والعوامل المؤثرة في هذا التوزيع . أما الدراسات الأحدث فمنها دراستان الأولى (للقحطاني ١٩٩٤) والتي سبقت الإشارة إليها والثانية (للجار الله ١٩٩٧) حول التباين الإقليمي للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية والتي استفاد الباحث منها كثيراً في هذه[١٢] الدراسة سواء ما يتعلق بالمنهجية أو ما يتعلق بالتوزيع الإقليمي للخدمات .

ويمكن القول أن الباحثين في الكويت لم يتصدوا بشكل ناشط لموضع الخدمات والرعاية الصحية من منظورها الجغرافي كتوزيعاتها المكانية وارتباطها بتوزيع السكان وتركز أو تبعثر مراكز الخدمات ومدى تركز أو تشتت مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى غير ذلك من الأبعاد الجغرافية في موضوع الخدمات الصحية . بيد أن بعض جهات الإحصاءات الحيوية والصحية قد نشطت في إجراء دراسات تتعلق بهذا الموضوع وقد استفاد منها الباحث كثيراً حيث إنها دراسات أجريت في فترة التسعينيات وصدرت عن إدارة الإحصاءات الحيوية والصحية بوزارة الصحة الكويتية[١٣] .

التطور التاريخي للخدمات الصحية في الكويت:

يذكر المؤرخون أن الكويت كانت تتمتع بسمعة طيبة من الناحية الصحية بين بلدان الخليج العربي ، ولهذا فقد اختارها هارفورد جونز .John H أحد أعضاء الوكالة التجارية الإنجليزية بالبصرة لقضاء فترة نقاهة من مرض ألم به ، وكان ذلك في عام ١٧٩٠ . ووصفها الكولونيل بيلي .Pelly L في تقريره عام ١٨٦٥ بأنها بلدة صحية للغاية ، ولا تكاد تعرف أمراض التهاب العيون الشائعة في منطقة الخليج على مدار السنة . ولم تكن الكويت تعرف كذلك مرض الجدري[١٤] .

وتعزز الدكتورة اليانور كالفرلي التي كانت أول طبيبة تعمل في الكويت منذ عام ١٩١٢ الشواهد السابقة عن وضع الكويت الصحي . وقد عينت د . اليانور من قبل الإرسالية التبشيرية الأمريكية في فترة مبكرة من تاريخ الكويت الصحي ، ومن بين ما ذكرته أن الكويت كانت مكاناً نظيفاً وصحياً مقارنة بمناطق الجوار . وكل ما كان يظهر من مرض جديد كالملاريا مثلاً يدل على أن مصدره خارجي[١٥] .

ولم يعرف الكويتيون الطب الحديث إلا في مطلع القرن العشرين عندما عين الإنجليز طبيباً

في دار الاعتماد عام ١٩٠٤ . ثم أدخل أطباء الإرسالية الأمريكية خدماتهم إلى البلاد عام ١٩١٠ ، أما قبل ذلك فقد كان الطب الشعبي هو الشائع والمتداول للعلاج والاستشفاء[١٦] . ولما كانت الكويت قديماً عرضة للأوبئة الوافدة والأمراض المنقولة بواسطة القادمين إليها من البحر (نظراً لخصوصية موقعها الجغرافي) فكان لابد من إدخال خدمة الحجر الصحي التي جعلها البريطانيون إجراء إجبارياً عام ١٩٠٤ ، وتجدر الإشارة إلى أن أول مستوصف في تاريخ الكويت قد تم افتتاحه في دار المعتمد البريطاني في ٣٠ أكتوبر عام ١٩٠٤ ، حيث كان العلاج مجانياً لكل وافد على هذا المستوصف . ويؤخذ من تقارير أجنبية أن هذا المستوصف قد عالج عام ١٩١٧ نحو ٢٦١٥ حالة وقدم تطعيماً Vaccine لنحو ٦٠ حالة وأجري ٢٩٢ عملية جراحية[١٧] وإلى جانب ذلك كان هناك نشاط مستشفى الإرسالية الأمريكية الذي استقبل فيما بين نوفمبر ١٩١٧ ونوفمبر ١٩١٨ أكثر من ٨٦٦٥ حالة قدم لها خدمات طبية مختلفة للرجال بينما قدم خدماته إلى أكثر من ٢٣٨٠ من النساء .

وبحلول عام ١٩٣٥ أنشأت شركة نفط الكويت قسماً للصحة العامة يهدف إلى تقديم الخدمات الصحية لموظفي الشركة وعائلاتهم . ثم أنشأت الشركة مستشفى المقوع (شمال مدينة الأحمدي وجنوب موقع المطار الدولي حالياً) عام ١٩٤٨ ثم مستشفى الأحمدي عام ١٩٥٤ ويضم جميع الخدمات العلاجية .

وتعود البدايات الأولى للخدمات الصحية بمفهومها الحديث عام ١٩٣٠ حين تأسس المجلس البلدي ودائرة البلدية ، ثم أعقبها إنشاء دائرة الصحة العامة في عام ١٩٣٦ . ومن هذه الفترة حتى منتصف الأربعينيات تم إنشاء بعض المستوصفات واستقدام عدد قليل من الأطباء والممرضين والصيادلة الفنيين لسد احتياجات العمل الصحي . وفي الثلاثين من يوليو عام ١٩٤٤ صدر أول قانون تنظيمي للعمل الصحي تضمن ١٤ مادة ، واشتمل على الأمور التنظيمية لدائرة الصحة واختصاصات المجلس الطبي . ويعتبر هذا القانون أول تشريع تنظيمي للصحة العامة بالكويت تبعه بعد ذلك عدة تشريعات في أواخر عقد الخمسينيات[١٨] وفي ١٨ أكتوبر عام ١٩٤٩ تم افتتاح المستشفى الأميري الذي احتوى على ٤٥ سريراً ، بالإضافة إلى الأجنحة والعيادات وغرف العمليات والمختبر والصيدلية .

ويعد اكتشاف النفط وتصديره شهدت فترة الخمسينيات طفرة نوعية هائلة في جميع مجالات الحياة في الكويت ، حيث صاحب ذلك زيادة عدد السكان بتنامي معدلات الهجرة إلى

الكويت ، وتطلب ذلك إعادة النظر في هيكل الخدمات الطبية . ومشاركة الكوادر الطبية العربية في إدارة الطب الوقائي والتثقيف الصحي وإدارة العمل في المستوصفات والمراكز الصحية . وشهدت تلك الفترة تقدماً ملحوظاً في إنشاء المستشفيات والوحدات الصحية وتأمين العمالة الفنية المتخصصة في فروع الطب والتمريض والخدمات الفنية المساعدة ، وكذلك البدء في إيفاد الكويتيين لدراسة العلوم الطبية في الخارج . كما حظيت المناطق الخارجية بخدمات صحية عن طريق العيادات المتنقلة (سيارات) وتبع ذلك إقامة مراكز الاسعاف بالعديد من القرى . ثم إنشاء المستوصفات في هذه المناطق البعيدة(١٩) .

وإلى جانب ذلك تم التوسع في إنشاء الخدمات الصحية النوعية مثل مراكز الأمومة والطفولة وتنظيم وتطوير الطب الوقائي وصحة البيئة والصحة المدرسية وخدمات طب الأسنان وبعثة الحج الطبية التي شكلت في عام ١٩٥٦ . هذا بالإضافة إلى الاهتمام بالتثقيف الصحي . وفي عام ١٩٦١ (عام الاستقلال) افتتح مستشفى الولادة بمنطقة شرق المدينة وبنك الدم ثم أنشىء مستشفى الصباح أكبر المستشفيات في المنطقة في ذلك الوقت . وفي عام ١٩٦٢ وصل معدل الأطباء إلى طبيب لكل ١١٧٣ نسمة من السكان بعد أن كان عام ١٩٥٧ طبيب لكل ١٢٧٤ نسمة من السكان . ووصل عدد الأسرة في المستشفيات في الفترة ٦١/ ١٩٦٢ نحو ٢١٨٥ سريراً وعدد المرضى الذين أدخلوا للمستشفيات ٢٣٨٧٠ مريضاً والمترددون على المستوصفات ١٥٥٠٨٩٢ مراجعاً . كما وصل عدد المترددين على عيادات الأسنان ١٨٤٧٦٠ مراجعاً(٢٠) .

وشهدت فترة السبعينيات توسعاً نوعياً في الخدمات الصحية استجابة للنمو السكاني والعمراني في البلاد ، إذ تنامي عدد المستوصفات والمراكز الصحية ، إضافة إلى التطور الكمي والنوعي في قوة العمل الصحية . وفي الثمانينيات تم إنشاء المستشفيات الحديثة لتغطي كافة المحافظات (مستشفى مبارك الكبير في محافظة حولي ، مستشفى الفروانية في محافظة الفروانية ، مستشفى العدان في محافظة الأحمدي ، مستشفى الجهراء في محافظة الجهراء) . كما شهدت منطقة الصباح الطبية التخصصية إنشاء عدة مستشفيات متخصصة مثل ابن سينا والرازي والطب الطبيعي ومركز أمراض الحساسية ومركز للسرطان ومركز الحروق وجراحة التجميل وغيرها . كما تم تطوير إدارة الرعاية الصحية باستحداث المناطق الصحية التي تشرف على الخدمات الصحية وفقا للتوزيع الجغرافي لمحافظات الدولة .

غير أن هذه الاتجاهات الطبية التي حققتها الكويت قد تأثرت تأثراً بالغاً من جراء الغزو

العراقي للكويت وكان على الكويتيين تأهيل هيكل الخدمات الصحية بعد التحرير والذي استعاد عافيته في فترة زمنية قياسية بداية من عام ١٩٩٢ . ففي عام ١٩٩٥ بلغ عدد المستشفيات ١٦ مستشفى والوحدات الصحية والمراكز ٧١ مركزاً ، ووصل عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية إلى ٤٤٠٩ أسرة ، بينما وصل عدد الأطباء البشريين إلى ٢٧٨٨ طبيباً وأطباء الأسنان إلى ٤٠٩ طبيباً كما وصل عدد المراجعين للمستشفيات الحكومية إلى ما يقرب من مليون وربع المليون مراجع[٢١] .

واقع الخدمات الصحية في الكويت:

سنتعرف على هذا الواقع من خلال دراسة بعض المؤشرات الإحصائية حول الرعاية الصحية في الكويت ثم تطور القوى العاملة من أطباء وهيئة تمريضية وصيادلة وفنيين وإداريين ثم تطور عدد مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات ثم تشغيل الأسرة وتكلفة الرعاية الصحية بالكويت .

وفيما يلي جدول يوضح المؤشرات الإحصائية للخدمات في الكويت بين عامي ١٩٨٩ و١٩٩٥ .

جدول رقم (١) بعض المؤشرات الإحصائية للخدمات الصحية في الكويت بين عامي ١٩٨٩و١٩٩٥

المؤشرات الصحية	في القطاعين الحكومي والأهلي		في القطاع الحكومي	
	١٩٨٩	١٩٩٥	١٩٨٩	١٩٩٥
طبيب بشري لكل ١٠٠٠ من السكان	١,٤٤	١,٨٧	١,٣١	١,٦٥
السكان لكل طبيب بشري	٦٩٢	٥٣٧	٧٦٤	٦٠٦
طبيب أسنان لكل ١٠٠٠ من السكان	٠,١٩	٠,٢٨	٠,١٧	٠,٢٤
السكان لكل طبيب أسنان	٥٣٤٣	٣٥٤٤	٦٠٢١	٤١٣٣
الممرضات لكل ١٠٠٠ من السكان	٤,٤٦	٥	٤,٠٨	٤,٥١
السكان لكل ممرضة	٢٢٤	٢٠٢	٢٤٥	٢٢٢
الأسرة لكل ١٠٠٠ من السكان	٢,٩٦	٢,٩٠	٢,٧	٢,٦
السكان لكل سرير	٣٣٨	٣٤٤	٣٧٠	٣٨٣
الممرضات لكل سرير	١,٥٠	١,٧٠	٢	١,٧٣
الأطباء لكل سرير	٠,٥٥	٠,٦٤	٠,٥٥	٠,٦٣

مصدر الجدول : وزارة الصحة مراقبة الإحصاءات الصحية والحيوية صحة الكويت العدد ٣٢ (١٩٩٥) ص ٩٣ .

وأهم ما يعكسه هذا الجدول هو الزيادة الطفيفة على معدلات المؤشرات الصحية الواردة فيما بين عامي ١٩٨٩ و١٩٩٥ وتعزى زيادة هذه المعدلات على الرغم من تأثر القطاع الصحي بكارثة الغزو إلى أمرين : **أولهما** اهتمام الدولة بتأهيل قطاع الخدمات الصحية في وقت قياسي **وثانيهما** انخفاض جملة عدد السكان في الكويت من ٢,٠٥٤,٥٧٨ إلى ١,٦٩٠,٥٣٥ أي بنسبة بلغت نحو ١٨٪ (٢٢) نتيجة للمغادرة النهائية أثناء الاحتلال العراقي للكويت .

ويمكن استثناء عدد الأسرة من هذه الزيادة حيث انخفض المعدل انخفاضاً طفيفاً ليصبح ٢,٩٠ سرير لكل ١٠٠٠ من السكان في عام ١٩٩٥ مقابل ٢,٦٩ سرير لكل ١٠٠٠ من السكان عام ١٩٨٩ . وبالبحث عن سبب ذلك بالاتصال بذوي العلاقة بوزارة الصحة أفادوا أن ذلك لا يعني نقصاً في عدد الأسرة فهناك أسرة عاملة (موضوعة في الخدمة) وأخرى تشكل رصيداً احتياطياً في أجنحة غير عاملة يتم استخدامها عند الضرورة وفي حالات الطوارىء .

والجدول التالي يوضح توزيع القوى العاملة في القطاع الصحي الحكومي في الفترة ١٩٨٩-١٩٩٦ .

جدول (٢) تطور توزيع القوى العاملة في القطاع الصحي الحكومي بالكويت للسنوات ١٩٨٩، ١٩٩٣، ١٩٩٦

القوى العاملة	١٩٨٩		١٩٩٣		١٩٩٦	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أطباء بشريون	٢٦٧٠	٨,٥٣	٢٤٦٤	١٠	٢٩٣٨	١٠,٧٠
أطباء أسنان	٣٣٩	١,١	٣٤٢	١,٤	٤٣٧	١,٥٩
الهيئة التمريضية	٨٣٣٥	٢٦,٦٣	٦١٨٥	٢٥,٢	٧٧٥٧	٢٨,٢٦
صيدلي ومساعد صيدلي	٨٤٦	٢,٧	٨١٩	٣,٣٤	١٠١٦	٣,٧
فنيون	٤٧٩٨	١٥,٣٣	٢٧٧٨	١١,٣	٢٢٧٥	٨,٣
إداريون	٦٧٢٣	٢١,٤٨	٦٨٣٠	٢٧,٨٤	٧٢٣٠	٢٦,٣٤
وظائف أخر	٧٥٨١	٢٤,٢٣	٥١١٣	٢٠,٨٤	٥٧٩٤	٢١,١١
الجملة	٣١٢٩٢	١٠٠	٢٤٥٣١	١٠٠	٢٧٤٤٧	١٠٠

مصدر الجدول : صحة الكويت (١٩٩٥) وبيانات ١٩٩٦ وزارة الصحة مراقبة الإحصاءات الصحية والحيوية ، ملخص الإحصاءات الحيوية والصحية لعام ١٩٩٦ ص١٨ .

ويتضح من الجدول والشكل (١) أن العدد الإجمالي للقوة العاملة في وزارة الصحة قد انخفض بين عامي ٨٩ و ١٩٩٦ بنسبة بلغت ١٢,٣٪ بيد أن هذا الانخفاض لم يمس الأطباء والصيادلة وإنما جاء في المقام الأول عام حساب الفنيين والوظائف الأخرى . كما حدث انخفاض طفيف في أعداد الهيئة التمريضية بعد الغزو ، وتم استكمال العدد الذي يفي بالحاجة بداية من عام ١٩٩٣ وحتى ١٩٩٦ عن طريق استقدام هيئة تمريضية من دول عربية وآسيوية ، وعلى الرغم من أن عدد الهيئة التمريضية في عام ١٩٩٦ (٧٧٥٧) يقل عن عددها في عام ١٩٨٩ وبنسبة تقدر بنحو ٧٪ إلا أنه يلبي حاجة النمو المستمر في الخدمة الصحية بالنظر إلى انخفاض عدد سكان الكويت في السنوات التي أعقبت التحرير بسبب مغادرة أعداد من الوافدين مغادرة نهائية .

وبحساب الارتباط (معامل ارتباط سبيرمان) بين نمو عدد السكان والهيئة الطبية في الفترة ١٩٨٥ - ١٩٩٥ يتضح ما يلي :

(انظر حساب معاملات الارتباط كاملة في ملحق الدراسة) .

$$ر = \frac{٦ \times ٦٢}{١٠(١٠٠-١)} \qquad ر = ١ - \frac{٣٧٢}{٩٩٠}$$

$$ر = ١ - ٠,٤ = ٠,٦$$

بمعنى وجود ارتباط فوق المتوسط بين عدد السكان في الكويت والهيئة الطبية .

أما حساب الارتباط بين نمو السكان والهيئة التمريضية لنفس الفترة فيتضح من خلال ما يلي :

$$ر = \frac{٦ \times ٢٠}{١٠(١٠٠-١)} \qquad ر = ١ - \frac{١٢٠}{٩٩٠}$$

$$ر = ١ - ٠,١ = ٠,٩$$

بمعنى وجود ارتباط قوى جداً (طردي) بين عدد السكان وعدد الهيئة التمريضية .

وعن حساب الارتباط بين الهيئة الطبية التمريضية للفترة ذاتها (٨٥ - ١٩٩٥) يتضح من المعادلة التالية :

$$ر = \frac{٦ \times ٧٨}{١٠(١٠٠-١)} \qquad ر = ١ - \frac{٤٦٨}{٩٩٠}$$

$$ر = ١ - ٠,٥ = ٠,٥$$

وهو ارتباط متوسط بين أعداد الهيئة الطبية والهيئة التمريضية .

أما الجدول التالي فيوضح تطور أعداد المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الاولية .P.H.C.

جدول (٣) أعداد المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية في الكويت للسنوات ١٩٨٩ ـ ١٩٩٣ ـ ١٩٩٦

الوحدة الصحية	١٩٩٣	١٩٨٩	١٩٩٦	نسبة التغير بين عامي ١٩٨٩ ، ١٩٩٦
المستشفيات (العامة والتخصصية)	١٦	١٦	١٦	صفر
مراكز الرعاية الصحية				
الطب العام	٦٨	٦٧	٧١	٤,٤
عيادة طب أسنان	٢٢٢	٣١٢	٤٤٣	٩٩,٥
رعاية الامومة	٢٤	٢٣	٢٣	٤,٢
رعاية الطفولة	٤٣	٣٥	٦٤	٤٨,٨
الطب الوقائي	٣٠	١٧	٥٦	٨٦,٧
عدد الأسرة	٥٤٥٦	٤٠٩٣	٤٤٢٥	١٨,٩

مصدر الجدول : صحة الكويت (١٩٩٥) ص٩٤ ، وملخص الإحصاءات الحيوية ١٩٩٦ ص١٧ .

ويظهر من الجدول أنه لم تطرأ أية زيادة على أعداد المستشفيات العامة أو التخصصية التي تم تأهيلها بعد الغزو . بينما طرأت زيادة طفيفة على مراكز الطب العام وزيادة كبيرة على مراكز الطب الوقائي ورعاية الطفولة وعيادات الأسنان (قاربت الزيادة نسبة ١٠٠٪) انخفضت بشكل طفيف أعداد مركز رعاية الأمومة وكذلك عدد الأسرة . وحسب إفادة أحد كبار المسؤولين المختصين فإن عدد الأسرة في عام ١٩٩٦ هو العدد الموضوع في الخدمة فعلاً ، حيث هناك عدد استراتيجي من الأسرة للطوارىء مختزن في الأجنحة غير العاملة في المستشفيات الحكومية . ومعنى ذلك أن عدد أسرة عام ١٩٩٦ لا يقل بأي حال عن عدد الأسرة في عام ١٩٨٩ على الرغم من الانخفاض النسبي في عدد السكان بين العامين نتيجة للمغادرة النهائية لبعض شرائح الوافدين[٢٣] .

أما عن تطور عدد الزيارات لمراكز الرعاية الأولية والمستشفيات الحكومية فتوضحها الجداول الثلاثة التالية :

جدول (٤) يوضح تطور عدد الزيارات لمراكز الرعاية الصحية الأولية P.H.C. للسنوات ١٩٨٩ـ١٩٩٣ـ ١٩٩٥م

نوع الخدمة الصحية	١٩٨٩		١٩٩٣		١٩٩٥	
	عدد الزيارات	٪	عدد الزيارات	٪	عدد الزيارات	٪
طب عام	٩,٩٣٩,٢٠١	٦٦,٧	٧,٥٦١,٥١٢	٦٢,٧٣	٨٤٨٨١٧٧	٦٠
طب أسنان	١,٥٥٧,٩٦٢	١٠,٤٦	٩٨٩,١٧١	٨,٢١	١١٦٠٩٧٥	٨,٢
رعاية أمومة	٤٨٢٣٩٦	٣,٢٤	٣٣٢,٥٣٨	٢,٧٦	٤٠٣٢٠٨	٢,٨٥
رعاية طفولة	٢٩١٨٦٨٥	١٩,٦	٢٧١٧٦٢٤	٢٢,٥٤	٣٤٥٥٦٤٧	٢٤,٤
طب وقائي	--	--	٤٥٤٠٤٦	٣,٧٦	٦٤٤٢٥٣	٤,٥٥
الجملة	١٤٨٩٨٢٤٤	١٠٠	١٢٠٥٤٨٩١	١٠٠	١٤١٥٢٢٦٠	١٠٠

مصدر الجدول : صحة الكويت ١٩٩٥ ص ١٠٣ .

يتضح من الجدول أن أكبر عدد من الزيارات إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية بالكويت جاءت في العام ١٩٨٩ ثم انخفض العدد في عام ١٩٩٣ بنسبة ١٩,١٪ ثم عاود الارتفاع في عام ١٩٩٥ إلى ١٤١٥٢٢٦٠ زيادة بفارق بسيط لم يتعد ٥٪ عن عام ١٩٨٩ . ويمكن أن يعزى انخفاض عدد الزيارات في الأعوام التالية لتحرير الكويت إلى المغادرة لعدد من الوافدين بلغت نحو ٤٠٠,٠٠٠ وافد .

كما يتضح من الجدول أن زيارات الطب العام في مراكز الرعاية الصحية بالكويت تستحوذ على النصيب الأكبر من الزيارات إذ تصل إلى نحو الثلث في ذلك زيارات رعاية الطفولة ثم طب الأسنان .

(جدول ٥) حساب نسبة التغير لعدد الزيارات في العامين ١٩٨٩، ١٩٩٥

نوع الخدمة الصحية	عدد الزيارات ١٩٨٩	عدد الزيارات ١٩٩٥	نسبة التغير٪
طب عام	٩٩٣٩٢٠١	٨٤٨٨١٧٧	-١٤,٦
طب أسنان	١٥٥٧٩٦٢	١١٦٠٩٧٥	-٢٥,٥
رعاية أمومة	٤٨٢٣٩٦	٤٠٣٢٠٨	-١٦,٤
رعاية طفولة	٢٩١٨٦٨٥	٣٤٥٥٦٤٨	-١٨,٤

مصدر الجدول : من عمل الباحث اعتماداً على البيانات المتاحة .

ويتضح من الجدول والشكل (٢) أن نسبة التغير في عدد الزيارات لأنواع الخدمة الطبية قد تراوحت بين ٥,٢٥٪ و ١٤,٦٪ بالسالب مما يدل على تناقص أعداد الزيارات بين العامين ويرتبط ذلك بنقص عدد سكان الكويت فيما بين العامين المذكورين كنتيجة من نتائج غزو العراق للكويت عام ١٩٩٠م بيد أن الملاحظ أن نسبة التغير في رعاية الطفولة قد جاءت موجبة وبنسبة بلغت ١٨,٤٪ وربما عاد ذلك إلى تنامي الوعي الصحي وتكرار الزيارات لأقسام رعاية الطفولة .

جدول (٦) يوضح تطور عدد الزيارات في المستشفيات الحكومية تبعاً للتخصص في السنوات ١٩٨٩، ١٩٩٣، ١٩٩٥

التخصص	١٩٨٩		١٩٩٣		١٩٩٥	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
الحوادث (الطوارىء)	١٣٠٠٧٤٧	٤٨,٤٨	١٧٠٨٦٤١	٦١	٢٣٥٢٥٠٧	٦٥,٨٤
جراحة عامة	١١١٤٥٨	٤,١٥	٥٩٩٢٤	٢,١٤	٧٤٧٤١	٢,٠٩
باطنية	١١٨٨٣١	٣,٤٣	٨٧١٩٢	٣,١١	١٠٢٥٨٩	٢,٨٧
أمراض القلب	٤٢٩٣٥	١,٦١	٢٧٣١٢	١,-	٤٦٨٧٩	١,٣١
أطفال	٦٨٩٩٩	٢,٥٧	٤٣١٧٤	١,٥٤	٥٣٢٩٢	١,٤٩
جلدية	٢١٨٩٩٥	٨,١٦	١٩٠٢٠٧	٦,٨٠	١٧٧٧٤٠	٤,٩٧
الحساسية	٦٠٠٢٣	٢,٢٤	٣٥١٦٢	١,٢٥	٤٨٢٢١	١,٣٥
العظام	١٣٩٣٤١	٥,١٩	٣٥٥٦٢	١,٢٦	٤٥٠٦٠	١,٢٦
نساء وولادة	١٥٩٦٩٥	٥,٩٥	١٠٥١٨٤	٣,٧٥	١٢٧٣٧٧	٣,٥٦
علاج طبيعي	٨٦٤٨٠	٣,٢٢	٥٣٥٦٢	١,٩١	٢٧٧٦٩	٠,٧٨
طب أسنان	٣٠٥٧٩	١,١٤	٣١٤٥٨	١,١٢	٢٩٩١٨	٠,٨٤
الطب النفسي	٦٢٦٨٦	٢,٣٤	١٥١٩٥٨	٥,٤٢	٤٩٥٢٥	١,٣٩
أخرى*	٢٨٢٣٥٧	١٠,٥٢	٢٢١٠١٣	٩,٧	٤٣٧٦٥٥	١٢,٢٥
الجملة	**٢٦٨٣١٢٦**	**١٠٠**	**٢٨٠١٢٢٠**	**١٠٠**	**٧٣٢٧٣**	**١٠٠**

مصدر الجدول : صحة الكويت (١٩٩٥) ص ١٠١ . * تشمل التخصصات الأخرى أنف وأذن ، عيون ، تجميل ، أعصاب ، كلى ، جراحة ، سرطان ، مسالك . إلخ .

يتضح من الجدول أن أكبر عدد من الزيارات في المستشفيات الحكومية من نصيب أقسام الحوادث إذ إنها تستحوذ على نسبة كبيرة وصلت في عام ١٩٩٥ إلى حوالي ٦٦٪ من جملة الزيارات ، يلي ذلك الأمراض الجلدية والعظام والنساء والولادة ثم الجراحة فالباطنية والعلاج الطبيعي وتأتي زيارات الأقسام الأخرى بنسب أقل .

وبحساب نسبة التغير في عدد الزيارات لبعض التخصصات فيما بين عامي ٨٩ - ١٩٩٥ والتي يعكسها الجدول التالي (جدول٧) يتضح ما يلي :

(جدول ٧) نسبة التغير في عدد الزيارات لبعض التخصصات فيما بين عامي ٨٩ـ١٩٩٥

التخصص	١٩٨٩	١٩٩٥	نسبة التغير بين العامين٪
حوادث الطوارىء	١٣٠٠٧٤٧	٢٣٥٢٥٠٧	٨٠
أمراض القلب	٤٢٩٣٥	٤٦٨٤٩	٩,٢
جراحة عامة	١١١٤٥٨	٧٤٧٤١	٣٣-
أطفال	٦٨٩٩٩	٥٣٢٩٢	٢٢,٨-
نساء وولادة	١٥٩٦٩٥	١٢٧٣٧٧	٢٠,٢-
أمراض باطنية	١١٨٨٣١	١٠٢٥٨٩	١٣,٧-
طب أسنان	٣٠٥٧٩	٢٩٩١٨	٢,٢-

مصدر الجدول : عن المصدر السابق ونسبة التغير من حساب الباحث .

أنه بخلاف زيارات الطوارىء التي زادت بنسبة ٨٠٪ وأمراض القلب التي زادت بنسبة ٩,٢٪ فإن باقي عدد الزيارات الأخرى في الأقسام والتخصصات الموضحة قد شهد تناقصاً بنسب متفاوتة . وقد يعزى ذلك إلى تناقص عدد سكان الكويت نسبياً في عام ١٩٩٥ عنه في عام ١٩٨٩ نتيجة لمغادرة بعض شرائح الوافدين في أعقاب غزو الكويت عام ١٩٩٠ (انخفض عدد سكان الكويت فيما بين العامين بنسبة ٢١٪) .

أما عن قياس استخدام الأسرة بالمستشفيات الحكومية الجدول التالي :

جدول (٨) يوضح قياس استخدام الأسرة بالمستشفيات الحكومية للفترة بين عامي ٨٥ - ١٩٩٥

السنة	عدد أسرة المستشفيات	نسبة الإشغال ٪	نسبة الفراغ ٪	سرير لكل ١٠٠٠ من السكان	طبيب لكل سرير	ممرض أو ممرضة لكل سرير
١٩٨٥	٥١٣٨	٧١,٩	٢٨,١	٣,٤	٠,٤٩	١,-
١٩٨٦	٥١٥١	٧١,-	٢٩	٣,٣	٠,٤٩	١,-
١٩٨٧	٥١٨٣	٦٩,١	٣٠,٩	٣,١	٠,٤٩	١,١
١٩٨٨	٥٤٢٥	٦٧,٤	٣٢,٦	٣,١	٠,٤٩	١,٤
١٩٨٩	٥٤٥٦	٦٨,٢	٣١,٨	٢,٧	٠,٥٥	٢
١٩٩٢	٤٠٥٣	٦٣,٨	٣٦,٢	٢,٩	٠,٦٣	١,-
١٩٩٣	٤٠٩٣	٦٥,٩	٣٤,١	٢,٨	٠,٦٨	١,٦
١٩٩٤	٤٢٧١	٦٦,٣	٣٣,٧	٢,٦	٠,٧٢	١,٧
١٩٩٥	٤٤٠٩	٦٧,٦	٣٢,٤	٢,٦	٠,٦٣	١,٧

المصـــــدر : M. Of Health and vital statistics Division Annual Reports (1985-1995).

يتضح من الجدول الانخفاض المفاجئ في عدد الأسرة بين عامي ١٩٨٩ و ١٩٩٢ (وهو العام الذي بدأت فيه نتائج تأهيل مستلزمات المستشفيات بعد الغزو) بيد أن العدد بدأ بالارتفاع قليلاً وبمعدلات حتى عام ١٩٩٥ غير أنها تلبي الاحتياجات الحالية بالنظر إلى انخفاض عدد السكان في الفترة بين عامي ١٩٨٩ و ١٩٩٥ . كما أن نسبة الإشغال قد انخفضت من ٩ , ٧١٪ عام ١٩٨٥ إلى ٦ , ٦٧٪ عام ١٩٩٥ يقابلها زيادة في نسبة فراغ السرير للفترة ذاتها ، ويلاحظ كذلك انخفاض طفيف في معدل الأسرة بالنسبة لكل ألف من السكان وكذلك بالنسبة لكل سرير في الوقت الذي نلاحظ فيه زيادة في معدل الممرضين بالنسبة لكل سرير في ذات الفترة (٨٥-١٩٩٥) .

وبحساب نسبة التغير في عدد أسرة المستشفيات في الفترة ٨٥-١٩٩٥ نجد أن نسبة التغير فيما بين عامي ٨٥-١٩٨٨ بلغت ٦ , ٥٪ موجب وفيما بين عامي ٨٨-١٩٩٢ انخفضت سلباً بنسبة بلغت - ٣ , ٢٥٪ أما في الفترة بين عامي ١٩٩٢ - ١٩٩٥ فقد بلغت إيجاباً ٨ , ٨٪ ويمكن تفسير النقص الذي حدث ٨٨-١٩٩٢ أنه نتج عن غزو الكويت أما الزيادة بين عامي ١٩٩٢و١٩٩٥ فيمكن تفسيرها بسرعة إعادة إعمار وتأهيل القطاع الصحي عقب التحرير .(٢٦)

وبحساب معامل الارتباط (سبيرمان) بين تطور عدد الأسرة ونمو السكان في الكويت في الفترة ٨٥-١٩٩٥ يتضح الآتي :

(انظر حساب معاملات الارتباط كاملة في الملحق في نهاية هذه الدراسة)

$$\text{الارتباط ر} = ١ - \frac{٦ \text{ مجـ ف}^٢}{\text{ن (ن}^٢ - ١)}$$

حيث إن : ر = الارتباط ومجـ ف^٢ = مجموع مربع فروق الرتب .

ون = عدد المفردات ون^٢ = مربع عدد المفردات .

$$\text{ر} = ١ - \frac{٤٩٢}{٩٩٠} \qquad \text{ر} = ١ - ٠,٥$$

$$\text{ر} = ٠,٥$$

بمعنى أن الارتباط بين تطور عدد الأسرة ونمو السكان ارتباط متوسط طردي .

أما الارتباط بين تطور عدد الأسرة والهيئة التمريضية في نفس الفترة (٨٥-١٩٩٥) فيتضح من خلال الآتي :

$$\text{ر} = ١ - \frac{٦ \times ٧٤}{١٠ (١٠٠ - ١)} \qquad \text{ر} = \frac{٤٤٤}{٩٩٠}$$

ر=٠,٥

ر= ١- ٠,٤

ر= ٠,٦

بمعنى أن الارتباط طردي فوق المتوسط بين الهيئة التمريضية وعدد الأسرة .

أما الارتباط بين عدد الأسرة وعدد الأطباء لنفس الفترة فيتضح من خلال ما يلي :

$$\text{ر} = ١ - \frac{٦ \times ١٤٠}{١٠ (١٠٠ - ١)} \qquad \text{ر} = ١ - \frac{٨٤٠}{٩٩٠}$$

ر= ١- ٠,٨

ر= ٠,٢

وهو ارتباط ضعيف جداً بين عدد الأسرة وبين عدد الأطباء .

مؤشر المواليد والوفيات في الكويت:

أوردت الإحصاءات أن عدد المواليد الأحياء في الكويت في الفترة ١٩٩١ ، ١٩٩٥ قد بلغ ٢٠٥٠٩١ مولوداً كان أعلاها في عام ١٩٩٥ (٥٢٨٥٨) بنسبة وصلت إلى ٢٥,٨٪ وأدناها كان ذلك في عام ١٩٩٢ (٣٤٨١٧) وبنسبة بلغت ١٧٪ من جملة المواليد الأحياء .

وتجدر الإشارة إلى أن هناك ارتباطا بين تطور عدد المواليد ونمو السكان في الفترة المذكورة بمعنى أنه كلما زاد عدد السكان زاد عدد المواليد الأحياء وبحساب معامل الارتباط يتضح الآتي :

$$\text{ر} = ١ - \frac{٦ \times \text{صفر}}{٥(٢٥٦ - ١)} \qquad \text{ر} = \frac{\text{صفر}}{١٢٠} = \text{صفر}$$

ر = ١- صفر = ١

أي أن هناك ارتباطا قويا جداً وفي أعلى مستوى درجاته بين المتغيرين المذكورين .

(انظر تفاصيل معاملة الارتباط في الملحق) .

أما عن الوفيات في الكويت فيمكن القول أن مسببات الوفاة تتفق مع طبيعة الحياة العصرية التي يعيشها المجتمع الكويتي من مظاهر الوفرة التي تساعد على الخمول والكسل والاعتماد على استخدام السيارات كوسيلة نقل حتى في المسافات القصيرة ، علاوة على سلبيات الحياة الحضرية وتعقيداتها وتسارع إيقاعاتها التي تولد التوتر والقلق والإجهاد النفسي والعصبي في غياب حقائق صحية لمواجهة أخطار المرض كالاهتمام بالرياضة ورفع مستوى الوعي الغذائي والكشف الدوري الصحي المنتظم .

وفيما يلي جدول (٩) يوضح معدل الوفيات في الكويت الناتجة عن بعض المسببات .

جدول (٩) يوضح معدل الوفيات الناتجة عن الأمراض المسببة للوفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان في الكويت (أهم عشرة أسباب مرتبة) لعام ١٩٩٦

الأمراض ومسببات الوفاة	المعدل لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان	ترتيب مسببات الوفاة
الجهاز الدوري والأوعية الدموية	٣٧,٤	١
الأورام الخبيثة	١١	٢
حوادث الطرق	٨,٥	٣
العيوب الخلقية (أطفال)	٦,٨	٤
أمراض الجهاز التنفسي	٥	٥
أمراض الغدد الصماء	٤,٩	٦
الأمراض المعدية والطفيلية	٢,٥	٧
أمراض القناة الهضمية والكبد	٢,٢	٨
الأمراض البولية والتناسلية	٢	٩
أمراض الجهاز العصبي	١,١	١٠

المصدر : وزارة الصحة ، ملخص الإحصاءات الحيوية والصحية لعام (١٩٩٦) ص١٥ .

ويلاحظ من الجدول أن أمراض الجهاز الدوري (القلب والأوعية الدموية) تحتل المرتبة الأولى بين الأسباب العشرة الأهم للوفاة في الكويت لعام ١٩٩٦ وتجدر بالإشارة إلى أن عدد المراجعين لعيادات القلب وجراحة الصدر قد بلغوا في ذات العام ٦٧٨٣١ مراجعاً بنسبة ٢٤,٥٪ من جملة المراجعين للمستشفيات . يلي ذلك الأمراض الخبيثة ثم حوادث الطرق ، وعلى الرغم من أن حوادث الطرق تأتي في المرتبة الثالثة كسبب للوفاة في الكويت إلا أن ما ينجم عنها من عاهات وتشوهات وعجز جزئي أو كلي يخلق مشكلة اجتماعية جديرة بالاهتمام إذا ما وضعنا في الاعتبار أن هذه النتائج الخطيرة تحدث وبشكل كبير في الشريحة الشابة من شرائح المجتمع الكويتي ، ويكفي القول أن عدد جراحات العظام قد وصل في عام ١٩٩٦ إلى ٧٨٢١٨ جراحة بنسبة تقترب من ١٠٪ من جملة الجراحات في كافة التخصصات الطبية في ذات العام .

وتحتل المرتبة الرابعة كسبب للوفاة العيوب الخلقية يليها أمراض الجهاز التنفسي وأمراض الغدد والسكري التي وصل عدد مراجعيها في ذلك العام ٣٨٨٠٨ بنسبة ٣٪ من المراجعين(٢٦) .

وإذا كان مسببات الوفاة السابقة (والتي تحتل فيها أمراض القلب والأوعية الدموية المرتبة الأولى) تعود لعام ١٩٩٦ يمكن القول أن هذه المسببات غير ثابتة الترتيب فهي متغيرة بين سنة وأخرى ، بيد أن الحقائق تشير إلى أنه وبغض النظر عن الترتيب أن أمراض القلب وحوادث المرور والأورام الخبيثة تحتل دائماً قائمة المسببات من خلال قراءات معدلات سنوات مختلفة .

ويحسن بنا أن نلقي مزيداً من الضوء على أمراض القلب والأوعية الدموية مادامت تحتل في كل عام المراتب الأولى لمسببات الوفاة . ففي عام ١٩٨٠ كانت معدلات الوفاة بهذا المسبب للذكور الكويتيين ١٦٩ وللإناث ١١٩ لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان ولغير الكويتيين ٨٨ للذكور و ٥٦ للإناث . أما في عام ١٩٩٣ فنجد انخفاضاً ملحوظاً في هذه المعدلات التي كانت للذكور الكويتيين ١٢٧ وللإناث ٩٢ بينما كانت للذكور غير الكويتيين ٨٢ وللإناث ٤٦ لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان .

واتضح من بعض الدراسات[٢٧] أن نسبة التغير في معدلات الوفاة لهذا المسبب (أمراض القلب في الفترة ٨٨-١٩٩٣ قد ارتفعت في المجموعة العمرية (١٥-٤٤ سنة) بين الذكور بنسبة ١٩٪ بينما انخفضت للإناث في نفس المجموعة العمرية بنسبة ٤٨٪ كما انخفضت نسبة التغير في نفس الفترة للمجموعة العمرية (٤٤-٦٤ سنة) للذكور بنسبة ٢٨٪ وللإناث بنسبة ٣٢٪ وانخفضت كذلك للمجموعة العمرية ٦٥ سنة فأكثر بنسبة ٤٢٪ للذكور و٢٦٪ للإناث .

ويتضح مما سبق أن أمراض القلب والأوعية الدموية تمثل سبباً للوفاة عند الذكور بنسب أكبر من الإناث في الكويت كما يتضح أن هناك انخفاضا ملحوظا في نسبة الوفيات لكلا الوفيات لكلا الجنسين في فئات الأعمار المختلفة (فيما عدا الفئة العمرية ١٥-٤٤) في الفترة بين عامي ٨٨ و ١٩٩٣ كما تعكس نسبة التغير وقد يعود ذلك إلى اتباع أساليب غذائية صحية والامتناع عن التدخين وممارسة الرياضة والمشي وخفض الوزن وتقدم المستوى العلاجي والجراحي في عمليات القلب والأوعية الدموية . ونذكر في هذا المجال أن عمليات جراحة القلب المفتوح Open Heart Surgery قد بلغت في عام ١٩٨٠ نحو ١٨٥ عملية شكلت ٢٣ر٪ من جملة العمليات الجراحية ثم ارتفع العدد في عام ١٩٩٣ إلى ٣٨٥ عملية شكلت ٢٦ر٪ من جملة العمليات[٢٨] .

وفي مجال نسبة وفيات أمراض القلب والأوعية الدموية من جملة مسببات الوفاة نجد أن

الكويت تحتل المرتبة الثالثة بين الدول المتقدمة حيث تشكل نسبة وفيات أمراض القلب فيها ٣٦٪ من جملة الوفيات بعد كل من كندا وفرنسا ولكل منهما ٣٢٪ وتتقدم الكويت عدداً من الدول المتقدمة في هذا المجال مثل اليابان (٣٨٪) واستراليا (٤٨٪) والنمسا (٥٢٪) وإيطاليا (٤٤٪) والنرويج (٤٦٪) وإسبانيا (٤٢٪) والسويد (٥٠٪) والولايات المتحدة (٤٤٪) والمملكة المتحدة (٤٥٪)[٢٩] .

ولما كانت أعراض تصلب الشرايين وضغط الدم المرتفع وزيادة نسبة الكولسترو في الدم والسمنة المفرطة هي المسببات الرئيسية لأمراض القلب والأوعية الدموية التي تمثل السبب الرئيسي للوفيات في الكويت فإن الواجب يقتضي ضرورة نشر الوعي الصحي لتفادي هذه الأمراض بشتى الوسائل والطرق مع العناية بالابتعاد عن الضغوط اليومية للحياة المعاصرة والامتناع عن التدخين والكحوليات واتباع أساليب غذائية صحية وممارسة الرياضة وأقلها المشي والسباحة لإنقاص الوزن الزائد . إضافة إلى الاهتمام بخفض مستوى الكوليسترول في الدم وفحص ضغط الدم والعناية بالكشف الطبي الدوري المنتظم[٣٠] .

تكلفة الرعاية الصحية في الكويت:

بلغت ميزانية وزارة الصحة عام ١٩٨٩ نحو ٢٢٠٥٥٠ ألف دينار كويتي وارتفعت إلى نحو ٢٧٩٥٥١ ألف دينار عام ١٩٩٥ بنسبة تغير وصلت إلى ٢٦,٧٪ ، ووصلت نسبة ميزانية وزارة الصحة عام ١٩٨٩ إلى ٣٦,٦٪ من الميزانية العامة للدولة وارتفعت في عام ١٩٩٥ إلى ٧٪ من جملة الميزانية . أما تكلفة الفرد فقد بلغت عام ١٩٨٩ نحو ١٠٨ دنانير وارتفعت إلى ١٦٥ ديناراً عام ١٩٩٥ بنسبة تغير وصلت إلى ٥٣٪[٣١] .

أما عن متوسط تكلفة المريض في اليوم من الأدوية على مستوى المستشفيات الحكومية فقد بلغ عام ١٩٩٥ (٤,٦ دينار) ، وسجل مستشفى الصباح أعلى مستوى في تكلفة الدواء للمريض حيث بلغ المتوسط ٨,٩ دنانير ، تلاه مستشفى مكافحة السرطان ٨ دنانير ، ثم المستشفى الأميري وابن سينا ولكل منهما ٧,٩ دنانير . وسجلت أدنى متوسط لتكلفة الأدوية للمريض يومياً مستشفيات الأمراض الصدرية والولادة (ولكل منهما ديناران) والطب الطبيعي (١,٥ دينار) والطب النفسي (نصف دينار)[٣٢] .

أما فيما يتعلق بمتوسط التكلفة اليومية للسرير بأجنحة المستشفيات الحكومية فيمكن القول إن

معدل تكلفة السرير في اليوم في عموم المستشفيات عام ١٩٩٥ بلغ ٧٥ ديناراً . بينما سجلت أجنحة مستشفى الصباح المتخصصة في نفس العام ٩٥ ديناراً (مقابل ٩١ عام ١٩٩٢) ، وقد يعزي ذلك إلى طبيعة التخصصات وارتفاع تكلفة العلاج فيها . أما المستشفيات الأخرى فقد كان معدل تكلفة السرير في الفروانية ٤ , ٧١ دينارا والعدان ٧٤ دينارا والجهراء ٣٠ , ٧٨ دينارا والأميري ٨٩ دينارا وابن سينا التخصصي ١١٣ دينارا والأمراض السارية ٧٣ دينارا ومركز مكافحة السرطان ١١٣ دينارا والرازي ١٢٤ دينارا ومبارك الكبير ٩٨ دينارا والولادة ٥٩ دينارا والمستشفى الصدري ٩١ دينارا[٢٣] .

ويلاحظ من تتبع متوسط تكلفة السرير اليومية في المستشفيات الحكومية لسنوات مختلفة ارتفاع في متوسط التكلفة وقد يعود ذلك إلى أمور منها :

١- ارتفاع أسعار الأدوية للمريض المقيم .

٢- ارتفاع أسعار الأجهزة والآلات الطبية المتطورة المستخدمة في الكشف والعلاج في الأجنحة .

٣- ارتفاع تكلفة الاستشارين المتخصصين .

مكانة الكويت بالنسبة لدول العالم في مجال الرعاية الصحية من خلال بعض المؤشرات الصحية:

تعتبر الكويت واحدة من الدول النامية التي سجلت معدلات للخدمات الصحية تقترب أو تماثل تلك المسجلة في دول متقدمة . وفيما يلي موقع الكويت بالنسبة لبعض المؤشرات العامة للخدمات الصحية في بعض البلدان النامية .

ويعكس جدول (١٠) الحقائق التالية : (انظر الشكل ٣) .

١- تأتي الكويت في المرتبة الأولى بين الدول الموضحة في الجدول سواء من حيث عدد السكان لكل ممرضة أو من حيث نسبة الإنفاق على الصحة .

٢- تأتي الكويت في المرتبة الثانية بين هذه الدول من حيث عدد السكان لكل طبيب تسبقها في ذلك الأرجنتين وبعدد ٣٢٩ نسمة لكل طبيب مقابل ٥٦٢ لكل طبيب في الكويت .

٣- تفوق الكويت الأرجنتين من حيث عدد السكان لكل ممرضة وبفارق كبير جداً وينطبق ذلك على الإنفاق العام على الصحة .

٤- من الدول البارزة في نسبة الإنفاق العام على الصحة والتي تحتل مواقع متقدمة (بخلاف موقع الكويت المتميز في هذا الجانب) كل من الأرجنتين وتونس والسعودية .

جدول (١٠) يوضح المؤشرات العامة للخدمات الصحية في بعض البلدان النامية (ذات التنمية البشرية العالية والمتوسطة) حسب دليل التنمية البشرية للأمم المتحدة في الفترة ١٩٩٠ – ١٩٩٤

البلـــد	عدد السكان لكل طبيب	عدد السكان لكل ممرضة	الإنفاق العام على الصحة	
			٪ من الناتج القومي الإجمالي	٪ من الناتج المحلي الإجمالي
الأرجنتين	٣٢٩	١٧٨٦	١,٣	٢,٥
سنغافورة	٧٢٥	١٨٢٠	١,–	١,١
كولومبيا	١٠٦٤	٢٦٢٢	٠,٤	١,٨
الكويت	٥٦٢	٢٠٦	٤,٩٥	٨,٣
الإمارات العربية المتحدة	١٠٤٢	٥٦٨	–	–
ماليزيا	١١٧٦	٣٩٨	١,٥	–
البرازيل	٨٤٧	٣٤٤٨	٠,٦	٣,٨
المملكة العربية السعودية	٧٠٤	٣١٠	٠,٦	٣,١
الأردن	٦٤٩	٦٤١	٠,٦	١,٨
تونس	١٨٥٢	٤٠٧	١,٦	٣,٣
تركيا	١١٧٦	–	٠,٨	١,٥
سوريا	١٢٢٠	١٠٣١	٠,٤	٠,٤
لبنان	١٤١٣	٢١٧٤	–	–
أندونيسيا	٧١٤٣	٨٢٥٧	٠,٣	٠,٧
جمهورية مصر العربية	–	–	٠,٦	١,–

مصدر الجدول : برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٦ نيويورك ص٢١٧ .

أما عن توقعات الحياة ومؤشرات أخرى في بعض بلدان العالم فيعكسها الجدول التالي :

جدول (١١) يوضح مكانة الكويت من حيث معدلات توقعات الحياة ووفيات الرضع ووفيات الأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ من المواليد الأحياء

البلـــــد	توقعات الحياة (معدلات) Life Expectany		معدل وفيات الأطفال الرضع Infant Mortality	
	ذكور	إناث	لكل ١٠٠,٠٠٠ من المواليد الأحياء	لكل ١٠٠,٠٠٠ من المواليد الأحياء
الدول المتقدمة				
الولايات المتحدة الأمريكية	٧٢,٥	٧٩,٣	٩	١٢
المملكة المتحدة	٧٣,٦	٧٨,٧	٧	٩
فرنسا	٧٣	٨٠,٨	٧	١٥
الدنمارك	٧٢,٥	٧٨,٢	٧	٩
اليابان	٧٦,٤	٨٢,٥	٤	١٨
السويد	٧٥,٤	٨١,١	٥	٧
الدول النامية				
الجزائر	٦٦	٦٨,٣	٥٥	١٦٠
مصر	٦٢,٤	٦٤,٨	٦٧	١٧٠
تونس	٦٦,٩	٦٨,٧	٤٣	١٧٠
المكسيك	٦٧,٨	٧٣,٩	٣٦	١١٠
الأرجنتين	٦٨,٦	٧٥,٧	٢٤	١٠٠
البرازيل	٦٤	٦٨,٧	٥٨	٢٢٠
البحرين	٦٩,٨	٧٤,١	١٨	٦٠
الكويت	٧٣,٣	٧٧,٢	١٨	٢٩
ماليزيا	٦٨,٧	٧٣	١٣	٨٠
سلطنة عمان	٦٧,٧	٧١,٨	٣٠	١٩٠
قطر	٦٨,٨	٧٤,٢	٢٠	–
السعودية	٦٨,٤	٧١,٤	٢٩	١٣٠

مصدر الجدول : United Nations Statitical Yearbook 4 issue N.Y. (1996) P.P. 83-89.

ويتضح من الجدول والشكل (٤) أن الكويت تحتل المرتبة الأولى في هذه المؤشرات بين بعض دول العالم النامي الواردة في الجدول والتي تتميز بخدمات طبية جيدة . كما يوضح الجدول أن معدلات الكويت ليست ببعيدة عن معدلات الدول المتقدمة .

جدول (١٢) يوضح معدلات الوفيات الناتجة عن الأمراض المسببة للوفاة (حسب التصنيف الدولي للأمراض) لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان في الكويت مقارناً بمعدل الدول المتقدمة

الأمـــــراض	فرنسا (١٩٩٢)	الدنمارك (١٩٩٣)	الولايات المتحدة (١٩٩٣)	اليابان (١٩٩٣)	المملكة المتحدة (١٩٩٣)	الكويت (١٩٩٣)
الأمراض المعدية والطفيلية	٢٤,١	٢٠,٥	٢٤,٤	٢٢,٩	١٠,٦	٢,٥
الأورام الخبيثة والحميدة (ما عدا اللوكيميا)	٤٧٠	٥٦٧,٤	٣٧٥,٢	٣٧٢	٥١٤	١١
أمراض الدم	٤٥,٤	٥٠,٤	٤٦,٧	٢٨,٩	٤٤,٤	٠,٣
أمراض سوء التغذية	٧,٩	–	٢,٤	١,١	٠,٢	٠,٥
أمراض الجهاز الدوري والأوعية الدموية	٥٩٥,٥	١٠٢٧,٤	٧٢٩,٩	٥١٠,٣	٩٤٦,٣	٣٧,٤
أمراض الجهاز التنفسي	١٣١,٩	١٩٧,٩	١٥٥,٣	٢٧,١	٣١١	٥
أمراض القناة الهضمية والكبد	٩١,١	٨٦,٦	٦٠	٦٤,٦	٧٢,٧	٢,٢
حوادث الطرق	٣٠,٩	٢١,٧	٣٤,١	٢٢,٨	١٢,٩	٨,٥
الأمراض البولية والتناسلية	٢٤	٢١	٣١,٣	٣٣,٥	٢٦,٩	٢
أمراض الجهاز العصبي	٨١,٤	٩٦,٨	٥٣,٦	١٦,٨	٦٦,٦	١,١
العيوب الخلقية	٩,٥	١٥,٦	٢٣,٦	٧,٩	١٥,٢	٦,٨
أمراض الغدد الصماء	٥٢	٤٨,٥	٧٣,٧	٢٠,٧	٣٠,١	٤,٩
مشاكل الحمل والولادة	٠,٤	٠,٢	٠,٢	٠,١	٠,١	٠,١

مصدر الجدول : W.H.O. World Health Statistics Annual, Geneva (1995) P.110
W.H.O. World Health Statistics Annual, Geneva (1996) P.P. 625-626.
بيانات الكويت عن مراقبة الإحصاءات الصحية والحيوية ، ملخص الإحصاءات الصحية والحيوية لعام ١٩٩٦ .

ويؤخذ من الجدول السابق أن الكويت تحتل المرتبة الأولى من حيث معدلات الوفيات الناتجة عن الأمراض المسببة للوفاة بالمقارنة بالدول المتقدمة ولا يكاد يستثنى من ذلك سوى أمراض سوء التغذية التي تحتل الكويت فيها المرتبة الثانية بين الدول الواردة في الجدول لا يسبقها في ذلك إلا المملكة المتحدة . (انظر الشكل ٥) .

التوزيع الجغرافي (الإقليمي) للخدمات الصحية في الكويت:

توجد في الكويت خمس مناطق صحية تتوزع جغرافياً على المحافظات وتكاد حدودها الإدارية أن تتشابه مع حدود محافظات الكويت انظر الخريطة شكل (٦) ، (إضافة إلى منطقة الصباح الصحية التخصصية وتدخل في نطاق محافظة العاصمة) . وسندرس تحت هذا العنوان توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية .P.H.C والمستشفيات وقوة العمل داخل هذه المناطق الصحية بقصد التعرف على مدى تكافؤ التوزيع في الخدمات المقدمة للسكان على مستوى المحافظات . ونبدأ بمراكز الرعاية الصحية الأولية .

جدول (١٣) توزيع مراكز أنواع الرعاية الصحية (الحكومية) في الكويت حسب المناطق الصحية لعام ١٩٩٥

المناطق الصحية*	الرعاية الصحية الأولية .P.H.C					عيادة سكر	مستشفى
	طب عام	طب أسنان	رعاية أمومة	رعاية طفولة	صحة وقائية		
منطقة العاصمة الصحية	١٨	١٤	٥	١٥	١١	٣	١
منطقة حولي الصحية	١٢	١١	٣	١٢	١١	٣	١
منطقة الفروانية الصحية	١٦	١٣	٦	١٤	١٤	٥	١
منطقة الأحمدي الصحية	١٣	١١	٣	١٣	١١	٢	١
منطقة الجهراء الصحية	٩	٧	٦	٨	٨	٢	١
الجملة	٦٨	٥٦	٢٣	٦٢	٥٤	١٥	٥

مصدر الجدول: Ministry of Health, Depertment of statistic, Health care in Kuwait at the regional level, A Comparative study (February 1996) P.8.

يتضح من الجدول أن أكثر مراكز الرعاية الصحية في الكويت تمثل في مراكز الطب العام يليها مراكز رعاية الطفولة ثم الأسنان فالصحة الوقائية كما يتضح أيضاً أن أكثر تركز لمراكز الطب العام يقع في منطقة العاصمة الصحية ويليها الفروانية والأحمدي ثم حولي والجهراء .

* يلاحظ أن المناطق الصحية في الكويت تقدم الرعاية لسكان المحافظة التي تقع فيها ويتفق اسم المنطقة الصحية مع اسم المحافظة .

(جدول ١٤) ويعكس الجدول التالي مدى توافق عدد مراكز الطب العام مع عدد المراكز العمرانية وأعداد السكان في كل منطقة .

المنطقة الصحية	عدد مراكزها العمرانية	عدد السكان فيها حسب عام ١٩٩٥	عدد مراكز الطب العام
العاصمة	١٨	١٩٢,٨٠٠	١٨
حولي	١٣	٤٦٦,٩٢٣	١٢
الفروانية	١٦	٤٢٨,٢٤٩	١٦
الأحمدي	١٥	٢٦٣,٨٠٦	١٣
الجهراء	٩	٢٢٤,٢٠٥	٩

مصدر الجدول : من عمل الباحث اعتماداً على بيانات من المصدر السابق ص٨ والمجموعة الاحصائية السنوية لعام (١٩٩٥) ص٢٧ ، ص٢٩ .

ويتضح من الجدول أن هناك نوعا من التوافق بين عدد المراكز العمرانية وعدد السكان ومراكز الطب العام (المستوصفات والمجتمعات العمرانية) بصفة عامة بيد أنه يمكن ملاحظة الآتي :

١) أن عدد المراكز الصحية تتفق مع عدد مراكز العمران في منطقة العاصمة (١٨ مركز عمراني و ١٨ مركز صحي) كما أن فيها أكبر عدد من المراكز الصحية على الرغم من قلة عدد السكان فيها بالمقارنة بباقي المحافظات .

٢) أن عدد المراكز الصحية في منطقة حولي يقل عن عدد مراكزها العمرانية إذ لا يتوفر فيها إلا ١٢ مركزاً صحياً مقابل ١٣ مركزاً عمرانياً كما أنها أكبر المحافظات من حيث عدد السكان وأقل المحافظات من حيث مراكز الطب العام وربما أدى ذلك إلى إرباك العمل في الخدمة الصحية بالمحافظة .

٣) يلاحظ كذلك أن عدد مراكز الطب العام في الأحمدي ينخفض قليلاً عن عدد مراكز العمران التي تخدمها المنطقة الصحية . وربما يؤدي ذلك إلى خلل في الخدمة الصحية ويحتاج ذلك بالطبع إلى دراسة استطلاعية تقوم بها وزارة الصحة لتأكيد هذا الفرض أو نفيه .

وبحساب مقاييس الانحراف المعياري (التركز والتشتت) اتضح أن هناك تجانسا بين توزيع المراكز العمرانية في المناطق الصحية التي تمثل المحافظات كما أنه هناك تجانس واضح بين توزيع المراكز الصحية في التقسيم الإداري الصحي (المناطق الصحية) . أما عن أعداد زيارات المرضى لمراكز الرعاية الصحية الأولية والوحدات الصحية Polyclinics فتوضحها الجداول التالية :

جدول (١٥) يوضح توزيع أعداد زيارات المرضى لمراكز الرعاية الصحية الأولية P.H.C. على المناطق الصحية بالكويت تبعاً لعام (١٩٩٥)

المنطقة الصحية	مجموع الزيارات	٪ من جملة الزيارات	المعدل اليومي
العاصمة	١٤٨٧٧٥٤	١٣	٤٠٧٦
حولي	٢١٠٧٣١٦	١٩	٥٧٧٣
الفروانية	٢٨٨٧٥٦٦	٢٦	٧٩١١
الأحمدي	٢١٥٠٧٨٩	١٩	٥٨٩٣
الجهراء	٢٦٤٥١٧٦	٢٣	٧٢٤٧
الجملة	١١٢٧٨٦٠	١٠٠	٣٠٩٠٠

مصدر الجدول : Ministry of Health care in Kuwait at the Regional level, Acomporative study.(1996) P.5.

يوضح الجدول أن منطقة الفروانية الصحية تتحمل العبء الأكبر من الزيارات التي تصل نسبتها إلى ٢٦٪ من جملة الزيارات ، بينما لا تتحمل العاصمة الصحية سوى نصف هذا العبء وبنسبة ١٣٪ ، ويلي الفروانية في ذلك محافظة الجهراء وبنسبة ٢٣٪ ثم محافظتا حولي والأحمدي وبنسبة ١٩٪ لكل منها ويتطلب ذلك جهداً في حل مشكلة تكدس المرضى في منطقة دون أخرى .

(جدول ١٦) مقارنة المعدل اليومي للزيارات مع عدد مراكز الطب العام (الرعاية الأولية) في المناطق الصحية

المنطقة الصحية	عدد مراكز الطب العام	المعدل اليومي للزيارات	المعدل اليومي للزيارات لكل مركز
العاصمة	١٨	٤٠٧٦	٢٢٦,٤
حولي	١٢	٥٧٧٣	٤٨١,١
الفروانية	١٦	٧٩١١	٤٩٤,٤
الأحمدي	١٣	٥٨٩٣	٤٥٣,٣
الجهراء	٩	٧٢٤٧	٨٠٥,٢

المصدر : من عمل الباحث اعتماداً على بيانات جداول سابقة .

وبمقارنة المعدل اليومي للزيارات مع عدد مراكز الطب العام (الرعاية الأولية) في المناطق الصحية يتضح الآتي :

١- أن أقل معدل يومي للزيارات للمركز الواحد تمثل في منطقة العاصمة الصحية ، حيث يوجد فيها ١٨ مركزاً ، وهو أكبر عدد للمراكز في المناطق الصحية ، بينما نجد العكس في منطقة الجهراء الصحية التي يصل المعدل اليومي لزيارات المركز الواحد إلى ٢ , ٨٠٥ زيارة يتعدى عدد المراكز فيها ٩ مراكز فقط . مما يتطلب إعادة النظر في توزيع المراكز الصحية بشكل عادل يتفق مع الكثافات السكانية منعاً للزحام وإرباك العمل الصحي وظهور المشكلات .

٢- يعتبر المعدل اليومي لزيارة مركز الطب العام في الجهراء لافتا للنظر فهو يفوق معدل العاصمة بحوالي ثلاث مرات ونصف .

ويكاد يصل إلى ضعفي باقي المحافظات كل على حده وربما عاد السبب إلى مجموعة من العوامل فيها :

١- النقص الفعلي في عدد مراكز الطب العام في المحافظة .

٢- انخفاض مستوى الوعي الصحي مما ترتب عليه ظهور مشكلات مرضية .

٣- عدم اتباع تعليمات الأطباء والصيادلة في استعمال الدواء واستمراريته بدقة مما يترتب عليه استمرار الأعراض المرضية .

٤- ظهور حالات المتمارضين للحصول على إجازات مرضية .

٥- عدم استخدام الدواء بعد صرفه من صيدلية المركز الطبي .

٦- احتمال توفر نسبة ولو ضئيلة من الخطأ في تشخيص الطبيب المعالج لحالة المريض نتيجة للتسرع المترتب على ضخامة عدد المراجعين مما يؤدي إلى استمرارية أعراض المرض واضطرار المريض إلى تكرار زياراته .

جدول (١٧) المعدل اليومي لزيارات المرضى ومعدل نصيب الطبيب في مراكز الرعاية الصحية الأولية موزعة حسب المناطق الصحية ١٩٩٥

المنطقة الصحية	المعدل اليومي للزيارات في مركز الرعاية الصحية الأولية	عدد الأطباء	معدل نصيب الطبيب من المرضى
العاصمة	٤٠٧٦	١٢٩	٢٢
حولي	٥٧٧٣	١٣٥	٤٣
الفروانية	٧٩١١	١٢١	٦٥
الأحمدي	٥٨٩٣	١١٩	٤٩
الجهراء	٧٢٤٧	٩٢	٧٩
الجملة	**٦١٨٠**	**٥٦٩**	**٥٤**

مصدر الجدول : عن الجدول رقم ٣ بتصرف في : Health care in Kuwait at the Regional level. A Comparative Study P.5.

ويعكس الجدول والشكل (٦) أن أقل معدل يومي للزيارات ظهر في منطقة العاصمة وأعلى معدل ظهر في الجهراء ويتفق ذلك مع معدل نصيب الطبيب من المرضى في المنطقتين ومما تجدر الإشارة إليه أن منطقة حولي وهي الواقعة في أكثر المحافظات ازدحاماً بالسكان ينخفض فيها المعدل اليومي للزيارات وكذلك معدل نصيب الطبيب من المرضى وربما يفسر ذلك بارتفاع الوعي الصحي عند سكان المنطقة ، ويتضح كذلك انخفاض عدد الأطباء في الجهراء مقارنة بالمناطق الأخرى على الرغم من ارتفاع المعدل اليومي للزيارات في مراكزها وقد ترتب على ذلك ارتفاع معدل نصيب الطبيب من المرضى الذي يعتبر أعلى معدل على مستوى المناطق الصحية .

جدول (١٨) يوضح تنوع خدمات الرعاية الصحية الأولية في القطاع الحكومي موزعاً على المناطق الصحية

المناطق الصحية	الرعاية الصحية الأولية وعدد المراكز					عيادة سكر
	طب عام	طب أسنان	رعاية أمومة	رعاية طفولة	صحة وقائية	
العاصمة	١٨	١٤	٥	١٥	١١	٣
حولي	١٢	١١	٣	١٢	١١	٣
الفروانية	١٦	١٣	٦	١٤	١٤	٥
الأحمدي	١٣	١١	٣	١٣	١١	٢
الجهراء	٩	٧	٦	٨	٨	٢
الجمـــلة	٦٨	٥٦	٢٣	٦٢	٥٤	١٥

مصدر الجدول : Health Care in Kuwait at the Regional Level, P.8

يعكس الجدول والشكل (٧) أن هناك تنوعا في أنماط الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في القطاع الحكومي بشكل يمكن أن يلبي الاحتياجات الصحية البسيطة وذات الطبيعة الملحة في مناطق السكن المختلفة دون الحاجة إلى الانتقال إلى المستشفيات مما يترتب عليه تخفيض الضغط عليها . ويتضح من الجدول أيضا أن أكبر عدد لمراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق يتمثل في مراكز الطب العام يليها مراكز رعاية الطفولة وعيادات الأسنان ثم مراكز الصحة الوقائية التي تسهم من جانبها في الحد من انتشار الوبائيات ورفع مستوى الوعي الصحي لدى المواطنين .

ومن الجدول يمكن ملاحظة أمرين :

الأول : هو ارتفاع عدد مراكز رعاية الطفولة في منطقة العاصمة الصحية التي تفوق أعدادها في المحافظات الأخرى بنسبة ٢٥٪ لمنطقة حولي ٧٪ لمحافظة الفروانية و١٥٪ للأحمدي و ٨٧,٥٪ للجهراء . وهو عدد تعتقد الدراسة أنه يفوق الحاجة بالنظر إلى أن منطقة العاصمة تخدم محافظة العاصمة التي يقل فيها عدد الأسر مقارنة بالمحافظات الأخرى فعدد الأسر فيها لا يزيد عن ٦٤١ ,٢٧ أسرة مقارنة بمحافظة حولي التي يرتفع فيها عدد الاسر إلى ٦٩٢ ,٩١ . كما أن الاسر التي تقطن محافظة العاصمة يقل متوسط عدد أفرادها عن الأسر في المحافظات الأخرى

لأنها أسر تمثل الأب والأم وعدد قليل من الأبناء غير المتزوجين ، حيث إن معظم أبناء هذه الأسر في محافظة العاصمة قد تزوج وانتقل إلى المناطق الجديدة في محافظتي حولي والفروانية على وجه الخصوص مما قلل من أعداد الأسر الممتدة في الكويت بداية من السبعينيات . ويعزز هذا القول انخفاض عدد مدارس رياض الأطفال في محافظة العاصمة (٢٧ مدرسة) مقابل ارتفاع العدد في محافظة حولي على سبيل المثال (٤٣ مدرسة) وانخفاض أعداد الأطفال الرياض في العاصمة (حوالي ٦ آلاف طفل) مقارنا بحولي (أكثر من عشرة آلاف) .

أما **الأمر الثاني** الملاحظ في الجدول : فهو انخفاض أعداد مراكز الخدمة الصحية في الرعاية الأولية في منطقة الجهراء مما ينتج عنه ارتفاع المعدل اليومي للزيارات وارتفاع نصيب الطبيب من المرضى المراجعين وقد يترتب على ذلك تذمر المرضى وزيادة العبء على الطبيب مما يؤثر على نوع الخدمة .

جدول (١٩) يوضح توزيع أعداد الوفيات (سنة ـ أكثر من ٦٥) على المناطق الصحية لعام ١٩٩٥

المنطقة الصحية	عدد الوفيات	٪	النـــوع	
			ذكـــور	إنـاث
العاصمة	٤٢٠	٢٢, ٣	٢٣٥	١٨٥
حولي	٤٤٧	٢٣, ٧	٢٤٩	١٩٨
الفروانية	٣٨٢	٢٠, ٣	٢٣٤	١٤٨
الأحمدي	٣٢٦	١٧, ٣	١٩٨	١٢٨
الجهراء	٣١١	١٦, ٤	١٧٧	١٣٤
الجمـــلة	**١٨٨٦**	**١٠٠**	**١٠٩٣**	**٧٩٣**

مصدر الجدول : صحة الكويت (١٩٩٥) ص ٥١ .

يتضح من الجدول والشكل (٨) ما يلي :

١ ـ أن منطقة حولي الصحية تحتل قائمة المناطق الصحية من حيث عدد الوفيات ، وقد يرجع ذلك إلى ارتفاع عدد السكان في محافظتها ، يلي ذلك منطقة العاصمة الصحية التي تخدم محافظة العاصمة المعروفة بتركز كبار السن فيها (نظرا لهجرة الأجيال الجديدة إلى المناطق العمرانية الأحدث) .

٢ ـ أن أكبر عدد للوفيات في المناطق الصحية على الإطلاق كان من نصيب الذكور وهذا ما يتفق مع حقائق معدلات توقع الحياة Life Expectancy الذي يرتفع في الكويت إلى ٢ , ٧٧ سنة للإناث مقابل ٣ , ٧٣ سنة للذكور وبمعدل عام يبلغ ٢ , ٧٥ سنة[٣٤] .

أما فيما يتعلق **بتوزيع قوة العمل في المناطق الصحية** فيمكن القول إن الكويتيين يشكلون حوالي نصف حجم العمل في المناطق الصحية إذ وصل عددهم في نهاية عام ١٩٩٥ نحو ١٢٨١٩ فردا بنسبة بلغت ٠٩ , ٤٨٪ . يليهم في ذلك الجنسيات العربية حيث وصل عددهم ٦٩٢٦ بنسبة بلغت ٨٩ , ٢٥٪ ثم الجنسيات الآسيوية التي بلغ عددها ٦٦٥٩ بنسبة ٩٨ , ٢٤٪ . وفيما يشكل المصريون ٤٤ , ٦٦٪ من نسبة العمالة العربية يليهم السوريون بنسبة ٨٪ فإن الهنود يشكلون غالبية الجنسيات الآسيوية بنسبة بلغت ٨ , ٥٦٪ يليهم الفلبينيون وبنسبة ٤٥ , ٢٣٪ ،

جدول (٢٠) يوضح نصيب السكان من قوة العمل في القطاع الصحي موزعا على المناطق الصحية حسب إحصاء (١٩٩٥)

المنطقة الصحية	عدد السكان لكل			
	طبيب	ممرض أو ممرضة	فني	صيدلي
منطقة الصباح التخصصية	٢٣٣	٧٢	١٥٠	٢٢٤٢
العاصمة (الأميري)	٤٤٩	١٩٩	٤٧٥	٣٢١٣
حولي (مبارك الكبير)	٩٨٣	٤٨٠	١٠١٧	٨٤٨٩
الفروانية	٩٦٩	٤٩٤	١٠٧١	٧٠٢٠
الجهراء	٧٤٠	٣٠٥	٧١٦	٣٦٧٥
الأحمدي	٦١٦	٢٨٥	٥٩٨	٥٠٧٣

مصدر الجدول : من عمل الباحث اعتمادا على إحصاءات القوى العاملة ، العدد ٦ (١٩٩٥) ص : ٤٤ ، وكذلك المجموعة الإحصائية السنوية لعام (١٩٩٥) ، ص : ٢٧ ـ ٢٩ .

ويلي الجنسيات الآسيوية الجنسيات الأوروبية بنسبة ٧٨ , ٠٪ يشكل البلغاريون واليوغسلاف والبولنديون والرومانيون غالبيتهم . أما الجنسيات الأمريكية والأسترالية والأفريقية فتأتي في ذيل القائمة وبنسب بسيطة هي على التوالى ٠٥ , ٠٪ و٠١ , ٠٪ و١١ , ٠٪ . (انظر الشكل ٩) .

جدول (٢١) يوضح توزيع الأطباء في المناطق الصحية بالكويت حسب التخصص لعام ١٩٩٥ *

المناطق الصحية / الأطباء حسب التخصص	الصباح التخصصية	حولي	العاصمة	الفروانية	الجهراء	الأحمدي	خارج المناطق	المجموع	٪
صحة عامة	٤	٢	٢	٥	٣	٣	١٦	٣٥	١, ١٢
ممارس عام	٣٤	١٠٩	١١٦	١١٧	٩٢	١٢٥	٣٨	٦٣١	٢٠, ١٨
جراحة	١٤٥	١٢٣	٩٠	٩٠	٢٩	٦٨	٩	٥٥٤	١٧, ٧٢
باطنية	٦٥	٦٧	٥٣	٤٤	٢٨	٤٢	٤	٣٠٣	٩, ٦٩
عيون	٢٩	١	١	٢	٢	٤	-	٣٩	١, ٢٥
أطفال	٧١	٢٧	٢٣	٣٧	٣٠	٣٥	٤	٢٢٧	٧, ٢٦
جلدية وتناسلية	٢٢	-	٩	٢	٤	٥	١	٤٣	١, ٣٧
نساء وولادة	٣٠	٣	١	٢٤	٢٧	٢٥	-	١١٠	٣, ٥٢
عصبية ونفسية	٣٦	-	-	-	-	-	-	٣٦	١, ١٥
أسنان	١	٦٠	٤٦	٥٧	٣٥	٤١	١٦٩	٤٠٩	١٣, ٠٥
جراحة عظام	٧١	٣	-	-	٤	١	-	٧٨	٢, ٥٥
أنف وأذن وحنجرة	٣٢	١	-	١	٥	٨	-	٤٧	١, ٥٠
تخصصات أخرى **	٢٦١	٧٧	٨١	٥٨	٣٨	٦٥	٣٤	٦١٤	١٩, ٦٤
المجموع الكلي	٨٠١	٤٣٧	٤٢٢	٤٣٧	٢٩٧	٤٢١	٢٧٥	٣١٢٦	١٠٠
٪	٢٥, ٦٢	١٥, ١٣	١٣, ٤٩	١٣, ٩٨	٩, ٥١	١٣, ٤٧	٨, ٨٠	١٠٠	-

مصدر الجدول : وزارة الصحة مراقبة تخطيط القوى العاملة ، إحصاءات القوى العاملة ، العدد ١٦ ، الكويت ١٩٩٥

* هذا لا يشمل الأطباء في الوظائف الإشرافية العليا مثل وكلاء الوزراء ومديري المناطق الصحية ومديري المستشفيات والمجالس الصحية ورؤساء الأقسام والوحدات الطبية ويصل عددهم إلى نحو ٧٠ .

** هناك تخصصات متنوعة ومتعددة اختصرها الباحث في تخصصات أخرى حتى لا يتضخم الجدول ومن هذه التخصصات الأمراض السارية ، الأمراض الصدرية ، المسالك البولية ، التخدير ، التحليلات ، الأشعة ، أمراض الدم ، العلاج الطبيعي ، أمراض السكر ، أمراض القلب ، الكلى الصناعية ، الطب النووي ، الغدد الصماء ، زراعة الأعضاء ، جراحة المخ والأعصاب ، أمراض الحساسية ، التغذية . . ألخ .

ويتضح من الجدول والشكل (١٠) ما يلي :

١ ـ أن أكبر نسبة للأطباء تتمثل في الممارسين العامين حيث تصل إلى (١٨,٢٠٪) من جملة الأطباء ، يليهم أطباء الجراحة بنسبة (٧٢,١٧٪) ، ثم أطباء الأسنان (٠٥,١٣٪) ، ثم الباطنة (٦٩,٠٪) ، ثم الأطفال (٢٦,٧٪) ، أما ارتفاع نسبة التخصصات الأخرى (٦٤,١٩٪) فيرجع إلى أنها تمثل نسبة أكثر من ٢٠ تخصصا بنسب ضئيلة .

٢ ـ أن أكبر نسبة للأطباء في التخصصات المختلفة تمثل في منطقة الصباح الطبية بنسبة (٦٢,٢٥٪) ، وهي المنطقة التي تتجمع فيها مراكز الكويت الطبية المتخصصة ، يليها منطقة حولي الأكثر سكانا بنسبة ١٣,١٥٪ وتكاد تتساوى نسب التركز للأطباء في مناطق العاصمة والفروانية والعدان ، بينما ظهرت أقل نسبة في منطقة الجهراء الصحية . مما يستوجب إعادة النظر في توزيع الأطباء أو تخصيص عدد أكبر لهذه المحافظة .

وعن زيارات المرضى المترددين على العيادات الخارجية لمستشفيات المناطق الصحية ، يتضح أن جملة هذه الزيارات قد بلغت ٥٦٥٦٠٦[٣٥] زيارة وأن أكبر عدد من المترددين على العيادات الخارجية تمثل في منطقتي الفروانية والأحمدي وبنسبة ٢,٢٥٪ على التوالي .

بينما لم يتردد على العيادة الخارجية لمستشفى مبارك الكبير (منطقة حولي الصحية) سوى ٤,١٣٪ من جملة الزيارات على الرغم من وقوعه في أكبر المحافظات من حيث السكان ، وكذلك الحال بالنسبة للعيادة الخارجية بمستشفى الجهراء الذي لم يتردد عليه سوى ٤,١٥٪ من جملة الزيارات ، وربما يعود ذلك لأسباب منها :

١ ـ توفر أعداد من مراكز الرعاية الصحية الأولية أو الوحدات الصحية التي تقدم الخدمة الطبية في ساعات متأخرة من الليل في كل من الجهراء وحولي ، بينما ربما لا يتوفر مثل هذا العدد في كل من الفروانية والأحمدي مما يترتب عليه الضغط على العيادات الخارجية في المستشفيات في المناطق الأخرى لاسيما الأحمدي والفروانية .

٢ ـ عدم توفر حالات مرضية تستدعي التحويل إلى العيادات الخارجية لمستشفيات الجهراء وحولي ، بينما توفرت مثل هذه الحالات في كل من الأحمدي والفروانية .

أما عن توزيع قياس استخدام الأسرة في المستشفيات الحكومية لعام ١٩٩٦ فيمكن القول إن نسبة الإشغال بلغت ٨٠,٦٥٪ ومتوسط مدة الإقامة للمريض بلغت ٩٩,٤ يوما وفترة فراغ السرير كانت ٤٧,٢ يوما أما معدل دوران السرير (وهو عدد حالات خروج المرضى من المستشفى في فترة زمنية مقسوما على عدد الأسرة المتوافرة في نفس الفترة) فكان ٠٧,٥١ .

ويؤخذ من جداول قياس استخدام الأسرة في المستشفيات الحكومية[٣٦] أن أعداد الأسرة في مستشفى العدان والفروانية والجهراء تفوق مثيلاتها في المستشفيات الأخرى . ويمكن تفسير ذلك بارتفاع أعداد السكان في المحافظات التي تخدمها تلك المستشفيات (محافظة حولي ، الفروانية ، الجهراء) وبنسب ٦٠ , ٢٩٪ ، ١٧ , ٢٧٪ ، ٢ , ١٤٪ من جملة السكان على التوالي . في الوقت الذي يخدم فيه كل من مستشفى الأميري والصباح منطقة العاصمة الصحية داخل محافظة العاصمة والتي لا يتعدى نسبة السكان فيها ٢ , ١٢٪ فقط لعام ١٩٩٥ .

ويؤخذ كذلك من جداول قياس استخدام الأسرة أن المجموع العام لهذه الأسرة في المستشفيات الحكومية في سائر المناطق الصحية بلغت ٢٤٣١ سريرا ، وفي منطقة الصباح الصحية التخصصية ١٩٩٤ سريرا ليصبح إجمالي الأسرة في عام ١٩٩٦ نحو ٤٤٢٥ سريرا وصلت نسبة إشغالها إلى ٨٠ , ٦٥٪[٣٧] ويعني ذلك أن هناك رصيدا واحتياطيا من الإشغال نسبته ٢٠ , ٣٤٪ .

ويعني ذلك أيضا أن ما يتوفر من أسرة في تلك المستشفيات يتناسب واحتياجات ومتطلبات السكان وربما لفترة في المستقبل القريب . كما أن الرصيد المتبقي يفي باحتياجات الطوارىء ، هذا بالطبع إن لم تطرأ تغيرات غير عادية في معدلات نمو السكان نتيجة لسياسات الهجرة واستقدام العمالة المقيدة بضوابط صارمة بعد التحرير .

أما عن تطور العمليات الجراحية الكبرى في الكويت فقد بلغت في الفترة بين عام ١٩٨٠ ، ١٩٩٥ نحو ٤٦٤٤ عملية جراحية كبيرة كان أدناها في عام ١٩٨٠ (١٨٥) بنسبة ٤٪ من جملة العمليات وأعلاها في عام ١٩٩٥ (٤٢٣) بنسبة ١١ , ٩٪ من العمليات وبحساب معامل الارتباط بين نمو السكان وتطور أعداد العمليات الجراحية الكبرى يتضح ما يلي :

$$ر = ١ - \frac{٦ (مجـ ف^٢)}{ن (ن^٢ - ١)} = ١ - \frac{٦ \times ١٥٨}{١٤ (١٩٦ - ١)}$$

$$ر = ١ - \frac{٩٤٨}{١٤ (١٩٥)} = ١ - \frac{٩٤٨}{٢٧٣٠} = ٠,٣$$

$$ر = ١ - ٠,٣ = ٠,٧$$

إن هناك ارتباطا طرديا قويا بين نمو عدد السكان وعدد العمليات الجراحية الكبرى التي

أجريت في مستشفيات الكويت في الفترة ١٩٨٠ـ ١٩٩٥ . (انظر حساب معامل الارتباط في الملحق) .

وإذا ما تطرقنا إلى موضوع المسافات المقطوعة بين المناطق السكنية والمستشفيات فيمكن القول إن المسافات المقطوعة بين مناطق السكن والمستشفيات تمثل أحد أهم العوامل المؤثرة في سهولة الوصول إلى الخدمة الصحية ، بالإضافة إلى أهميتها كحلقة وصل في نظام تقديم الرعاية الصحية بين موفري الخدمات ومستخدميها أو كما يذكر جسلتر Gestler بين الحالة المرضية والطبيب والمعالج(٣٨) . ويمكن القول إن المسافات المقطوعة بين مناطق السكن ومستشفيات الكويت ليست بالمسافات الطويلة ، لذا فإن ذلك العامل قد أسهم في تسهيل سرعة تقديم العلاج والرعاية الطبية للحالات المرضية .

وعلى سبيل المثال وفي زمام منطقة العاصمة الصحية نجد أن عدد المناطق السكنية (المحلات العمرانية) التي تقل المسافة بينها وبين المستشفى الأميري عن ٥كم يبلغ ٦ مناطق يقطنها ٨٠٤٦٤ نسمة وعدد المناطق التي تبلغ المسافة بينها وبين المستشفى من ٥ ـ ١٠كم تبلغ ٣ مناطق أيضا ويقطنها ٤٨٨٥١ نسمة ، في حين نجد أن عدد المناطق التي تزيد المسافة بينها وبين المستشفى عن ١٠ كيلومترات لا تزيد على ثلاثة فقط وبعدد سكان لا يتجاوز ٣٠٤٤٦ نسمة .

وفي زمام منطقة حولي الصحية التي يخدمها مستشفى مبارك الكبير نجد أن عدد المناطق التي تقل المسافة بينها وبين المستشفى عن ٥كم تبلغ ٤ مناطق ويسكنها ١١٢٦١٢ نسمة ، وعدد المناطق التي تصل المسافة بينها وبين المستشفى بين ٥ ـ ١٠ كم تبلغ ٣ مناطق وبعدد سكان يبلغ ١٨٥٥٢٦ نسمة بينما يبلغ عدد المناطق التي تزيد المسافة بينها وبين المستشفى على ١٠كم ٣ مناطق وبعدد سكان لا يجاوز ٧٥٤١٦ نسمة .

وفي زمام منطقة الفروانية الصحية التي يخدمها مستشفى الفروانية يبلغ عدد المناطق التي تقل المسافة بينها وبين المستشفى عن ٥ كم ٦ مناطق بمجموع سكاني يبلغ ١٠٢٩٣٠ نسمة ، كما يبلغ عدد المناطق التي تتراوح المسافة بينها وبين المستشفى من ٥ ـ ١٠كم ٦ مناطق وبمجموع سكان يبلغ ٢٤٠٢٢٧ نسمة ، بينما لا يتجاوز عدد المناطق التي يفصلها عن المستشفى أكثر من ١٠كم ٣ مناطق وبعدد سكان لا يجاوز ٢٥٦٩٣ نسمة .

وفي زمام منطقة الأحمدي الصحية والتي يخدمها مستشفى العدان نجد أن عدد المناطق التي تقل المسافة بينها وبين المستشفى عن ٥كم تصل إلى ٧ مناطق وبعدد سكان يبلغ ١٠٢٩٣٠

نسمة ، وعدد المناطق التي تتراوح فيها المسافة بينها وبين المستشفى من ٥ ـ ١٠ كم تبلغ ٥ مناطق وبعدد سكان ١٢٧١٣٦ نسمة ، بينما لا يتجاوز عدد المناطق التي يفصلها عن المستشفى أكثر من ١٠ كم ٤ مناطق وبعدد سكان لا يتجاوز ٣٣٧٤٩ نسمة .

وبالمثل وفي زمام منطقة الجهراء الصحية ، والتي يخدمها مستشفى الجهراء نجد أن عدد المناطق التي تقل المسافة بينها وبين المستشفى عن ٥ كم تبلغ ٦ مناطق وبإجمالي عدد سكان يبلغ ١٦٦٠٣٣ نسمة ، والمناطق التي تفصلها عن المستشفى مسافة تتراوح بين ٥ ـ ١٠كم منطقتين وبعدد سكان يبلغ ٥٨١٧٢ بينما لا يتعدى عدد المناطق التي يفصلها عن المستشفى مسافة أكبر من ١٠كم منطقة واحدة ولا يتجاوز عدد سكانها ٨٠٤٩ نسمة .

ومن العرض السابق يتأكد أن المسافات المقطوعة بين المناطق السكنية التي تخدمها مستشفيات الكويت وهذه المستشفيات مسافات بسيطة معظمها لا يزيد على ١٠ كم مما يترتب عليه سرعة تقديم الخدمة وسرعة وصول الحالة المرضية للطبيب المعالج .

كما يتضح من ذلك العرض ما يلي :

١ ـ كلما قلت المسافة بين المنطقة السكنية والمستشفى زاد عدد المناطق التي يخدمها المستشفى وكلما زادت المسافة قل عدد المناطق السكنية .

٢ ـ كلما قلت المسافة بين المنطقة السكنية والمستشفى زادت أعداد السكان في المناطق السكنية وكلما زادت المسافة قلت أعداد السكان في المناطق السكنية .

الخاتمة (النتائج والتوصيات)

لعل من أبرز نتائج هذه الدراسة أن العدد الإجمالي لقوة العمل في القطاع الصحي قد انخفض في الفترة بين عامي ١٩٨٩ ، ١٩٩٥ بنسبة ٣ , ١٢٪ . بيد أن هذا الانخفاض لم يمس الأطباء والصيادلة وإنما جاء على حساب الفنيين والوظائف الإدارية . وثبت من الدراسة أن هناك علاقة ارتباط فوق المتوسط (٠٦ ,) بين عدد السكان والهيئة الطبية . وعلاقة ارتباط قوية جدا بين نمو عدد السكان والهيئة التمريضية (٩ , ٠) وعلاقة ارتباط متوسطة بين نمو أعداد الهيئة الطبية والهيئة التمريضية (٥ , ٠) وذلك في الفترة بين عام ١٩٨٩ ، ١٩٩٥ .

وفي الوقت الذي لم تطرأ فيه زيادة على عدد المستشفيات الكبرى (١٦ مستشفى) في الفترة ١٩٨٩ ـ ١٩٩٦ فإن هناك تطورا كبيرا في أعداد عيادات الأسنان بلغت نسبته ٥ , ٩٩٪ ووحدات

الطب العام بنسبة ٤ , ٤٪ ووحدات رعاية الطفولة بنسبة ٤٩٪ والطب الوقائي بنسبة ٧ , ٨٦٪ .

واتضح من الدراسة أن عدد زيارات المرضى لمراكز الرعاية الصحية في الفترة ١٩٨٩ ـ ١٩٩٥ قد تناقصت بنسبة طفيفة لم تتعد ٥٪ ، وربما كان لذلك علاقة بالانخفاض النسبي لعدد السكان في أعقاب غزو الكويت . أما عدد زيارات المرضى لأقسام المستشفيات الحكومية فقد ارتفعت بين عامي ١٩٨٩ و١٩٩٥ ، ففي السنة الأولى كان العدد ٢٦٨٣٢١٦ وارتفع إلى ٣٥٧٣٢٧٣ زيارة . وقد تعزى هذه الزيادة في زيارات أقسام المستشفيات الحكومية إلى زيادة عدد المستشفيات النوعية المتخصصة (كمركز السرطان ، الحروق والتجميل ، الحساسية ، الجهاز الهضمي ، الطب الطبيعي . . إلخ) .

وأوضحت الدراسة أن أكثر هذه الزيارات تركزت في أقسام الحوادث (الطوارىء) بنسبة وصلت إلى ٤٩٪ عام ١٩٨٩ و ٦١٪ عام ١٩٩٣ و٦٦٪ عام ١٩٩٥ من جملة الزيارات في هذه الأعوام .

ومن نتائج الدراسة أن نسبة إشغال الأسرة قد انخفضت من ٧٢٪ عام ١٩٨٥ إلى ٧ , ٦٧٪ عام ١٩٩٥ ، وقد يرجع ذلك إلى تناقص حالات الدخول Admission التي تستدعي العلاج تحت إشراف طبي مباشر أو إجراء عمليات جراحية أو إلى زيادة أعداد الأسرة بعد فترة التحرير . ويستفاد من هذه النتيجة أن هناك رصيدا كافيا من الأسرة لمواجهة حالات الطوارىء وتلبية احتياجات المستقبل القريب . وثبت من الدراسة أن هناك ارتباطا متوسطا بين نمو السكان في الكويت وعدد الأسرة العاملة (٥ , ٠) وارتباطا فوق المتوسط بين نمو الهيئة التمريضية وعدد الأسرة (٦ , ٠) وارتباطا ضعيفا جدا بين نمو عدد الأطباء وعدد الأسرة (٢ , ٠) .

واتضح من الدراسة أيضا أن هناك ارتباطا قويا جدا بين ارتفاع عدد المواليد ونمو السكان في الفترة (١٩٨٩ ـ ١٩٩٥) (بلغ واحدا صحيحا) ومن بين العشرة أسباب للوفاة في الكويت جاءت أمراض الجهاز الدوري والأوعية الدموية في المرتبة الأولى وبمعدل ٤ , ٣٧ لكل ١٠٠ , ٠٠٠ من السكان ، واحتلت الأورام الخبيثة المرتبة الثانية ، ثم جاءت حوادث الطرق في المركز الثالث . وأكدت الدراسة على وجود ارتفاع في ميزانية وزارة الصحة بين عامي ١٩٨٩ ، ١٩٩٥ بنسبة تغير بلغت ٧ , ٢٦٪ وبلغت تكلفة الفرد من الرعاية الصحية في عام ١٩٨٩ نحو ١٠٨ دنانير ارتفعت في عام ١٩٩٥ إلى ١٦٥ دينارا وبنسبة وصلت إلى ٥٣٪ . أما متوسط تكلفة المريض في اليوم من الأدوية فقد بلغت عام ١٩٩٥ (٦ , ٤) دنانير وبلغ متوسط التكلفة اليومية

للسرير بأجنحة المستشفيات الحكومية ٧٥ دينارا .

ومن نتائج الدراسة الهامة أن الكويت تحتل مرتبة متقدمة بين دول العالم النامي في بعض المؤشرات الصحية مثل معدل عدد السكان لكل طبيب ولكل ممرضة ، وفي مجال الإنفاق الصحي ، وتكلفة الرعاية الصحية . وكذلك تحتل موقعا متقدما بالنسبة لمعدلات توقعات الحياة بين الدول المتقدمة ، إذ بلغ المعدل ٣ , ٧٣ سنة للذكور و٢ , ٧٧ سنة للإناث متفوقة بذلك على سائر الدول النامية في هذا المجال . وأظهرت النتائج أن معدلات الوفيات الناتجة عن الأمراض المسببة للوفاة حسب التصنيف الدولي للأمراض لكل ١٠٠ , ٠٠٠ من السكان تقل عن مثيلاتها بالدول المتقدمة والمذكورة في الجدول (١٢) مما يعني ارتفاع مستوى الوعي الصحي من ناحية وتقدم عناصر الخدمات الصحية في الدولة من جهة ثانية .

أما بالنسبة لتوزيع مراكز أنواع الرعاية الصحية الأولى P.H.C. حسب المناطق الصحية لعام ١٩٩٥ فقد اتضح أن أكثر مراكز الرعاية في الكويت تتمثل في مراكز الطب العام تليها رعاية الطفولة ثم الأسنان فالصحة الوقائية . وتجدر الإشارة إلى وجود توافق بين عدد المراكز العمرانية وعدد السكان ومراكز الطب العام . وظهر من الدراسة أن هناك تركزا عدديا للمراكز الصحية في منطقة العاصمة يتفق مع عدد المراكز العمرانية فيها على الرغم من قلة كثافة عدد السكان في هذه المنطقة ، بينما يقل عدد المراكز الصحية في منطقة حولي عن عدد المراكز العمرانية فيها مع أنها تمثل (محافظة حولي) أكبر محافظات الكويت من حيث عدد السكان . وكذلك الحال بالنسبة لمنطقة الأحمدي ولكن بمستوى أقل مما يظهر في حولي . وربما أدى عدم التناسق بين عدد المراكز الصحية وعدد المراكز العمرانية في هاتين المحافظتين إلى وجود خلل في الخدمة الصحية .

واتضح من الدراسة أن منطقة الفروانية الصحية تحتل العبء الأكبر من زيارات المرضى لمراكز الرعاية الصحية الأولية وبنسبة ٢٦٪ من جملة زيارات المراكز في المناطق المختلفة . بينما لا تتحمل منطقة العاصمة الصحية إلا نصف هذه النسبة (١٣٪) بوجود وفرة عدد المراكز فيها . ويلي الفروانية منطقة الجهراء بنسبة ٢٣٪ ثم الأحمدي بنسبة ١٩٪ ويعتبر المعدل اليومي لزيارات مراكز الطب العام في منطقة الجهراء الصحية ملفتا للنظر ، فهو يفوق معدل العاصمة بحوالي ثلاثة أضعاف (٢ , ٨٠٥ زيارة للمركز الواحد) في الجهراء مقابل ٤ , ٢٢٦ للمركز في العاصمة علما بأن عدد مراكز الطب العام في العاصمة يبلغ ١٨ وفي الجهراء لا يزيد على ٩) .

ومن نتائج الدراسة أن أعلى معدل لنصيب الطبيب من الحالات المرضية في مراكز الطب

العام يوميا ظهر في منطقة الجهراء الصحية (٧٩ حالة) مقابل ٣٢ حالة في العاصمة ويلي الجهراء الفروانية بنحو ٦٥ حالة ثم الأحمدي بحوالي ٥٠ حالة .

وظهر هناك تنوع في أنماط الخدمات الصحية الأولية في القطاع الحكومي بالكويت بشكل يلبي الاحتياجات الصحية الأولية الملحة للمواطن في مناطق السكن المختلفة من طب عام وأسنان ورعاية أمومة وطفولة وصحة بيئة ورعاية مرضى السكر . وفي هذا المجال يلاحظ ارتفاع عدد مراكز رعاية الطفولة في منطقة العاصمة الصحية التي تفوق المناطق الأخرى بنسبة ليست بسيطة مع أنها ليست المنطقة التي يظهر فيها العدد الأكبر في شريحة الأطفال في المجتمع إذ تفوقها في ذلك كافة المناطق الصحية الأخرى في المحافظات المختلفة . ولاحظت الدراسة انخفاض أعداد المراكز الصحية للرعاية الأولية في منطقة الجهراء مما ينتج عنه ارتفاع المعدل اليومي للزيارات وارتفاع نصيب الطبيب من المرضى المراجعين يوميا . ويترتب على ذلك بالطبع تذمر المرضى من طول الانتظار وتردي مستوى تقديم الخدمة نتيجة للتكدس في الحالات .

وظهر من الدراسة أن منطقة حولي تحتل رأس القائمة من حيث عدد الوفيات تليها منطقة العاصمة . وكان أكبر عدد للوفيات على الإطلاق من نصيب الذكور وهذا ما يتفق مع حقائق معدلات توقعات الحياة في الكويت Life Expectancy الذي يرتفع إلى ٧٧,٢ للإناث مقابل ٧٣,٣ سنة للذكور .

وتتمثل أكبر نسبة من الأطباء في التخصصات المختلفة في منطقة الصباح التخصصية وبنسبة ٢٥,٦٢٪ يليها حولي بنسبة ١٥,٣٪ وتكاد أن تتساوى النسب في باقي المناطق الصحية الأخرى ، بينما ظهرت أقل نسبة للأطباء في منطقة الجهراء مما يستلزم ضرورة إعادة النظر في توزيع الأطباء وتخصيص عدد أكبر لهذه المحافظة التي تعاني دون غيرها من نقص ملحوظ في عناصر الخدمة لا يتفق مع أعداد الزيارات وضغط المراجعين . وقد تطور عدد العمليات الجراحية في الكويت من ١٨٥ عملية عام ١٩٨٩ إلى ٤٢٣ عملية في عام ١٩٩٥ بنسبة تغير بلغت ١٢٨,٦٪ واتضح من الدراسة أن هناك ارتباطا قويا بين نمو عدد السكان وتطور عدد العمليات الجراحية (٠,٧) في الفترة ١٩٨٠ـ ١٩٩٥ . ومن نتائج الدراسة أنه كلما قلت المسافة المقطوعة بين المنطقة السكنية والمستشفى كلما زاد عدد المحلات العمرانية التي يخدمها هذا المستشفى في نطاق هذه المسافة وارتفعت أيضا كثافات السكان ، وكلما زادت المسافة قل عدد المحلات العمرانية التي يخدمها المستشفى وانخفضت الكثافة السكانية .

ويمكن القول إن الدراسة قد حققت أهدافها بالإجابة عن التساؤلات الواردة في مقدمتها بشكل إيجابي كما تحققت الفروض بأن عناصر الرعاية الصحية في الكويت تتناسب كميا وإلى حد كبير مع معدلات النمو السكاني وتغطي احتياجات السكان في سائر مناطق الكويت . كما أن المستوى الصحي في الدولة بعناصره ومؤشراته يفوق معدلات العالم النامي ويقترب كثيرا من معدلات الدول المتقدمة . أما التوزيع المكاني (الجغرافي) للخدمات الصحية على مستوى المناطق الصحية (التي تمثل المحافظات) فهو متوازن في معظم المناطق فيما عدا منطقة الجهراء التي ربما احتاجت إلى إعادة نظر في توزيع مراكز الرعاية وزيادة قوة العمل لاسيما الأطباء لضمان تقديم خدمة أفضل .

وتوصي الدراسة بما يلي:

١ ـ لما كان عدد المراكز الصحية في منطقة حولي يقل عن المحلات العمرانية فيها مع أنها أكبر المحافظات بالنسبة لعدد السكان فيستلزم ذلك مراجعة الوضع من قبل المسؤولين بوزارة الصحة ، لإيجاد توزان بين عدد المراكز الصحية في منطقة حولي والمحلات العمرانية بها .

٢ ـ لما كان هناك تفاوت في عدد زيارات المرضى لمراكز الرعاية الصحية بين منطقة العاصمة الصحية وباقي المناطق فإن الدراسة توصي بإعادة النظر في إيجاد توازن في عدد المراكز الصحية في المستقبل ، فعلى سبيل المثال تتحمل منطقة الفروانية العبء الأكبر من هذه الزيارات بنسبة ٢٦٪ بينما لا تتحمل منطقة العاصمة إلا نصف هذه النسبة (١٣٪) .

٣ ـ يلاحظ أن هناك بعض الصعاب التي تعترض العمل الصحي في منطقة الجهراء ، فعلى سبيل المثال ظهر فيها أعلى معدل لنصيب الطبيب من المرضى في مراكز الطب العام يوميا (٧٩ مريضا) مقابل ٣٢ مريضا للعاصمة كما أن مراكز الرعاية الصحية الأولية فيها تنخفض بمقدار النصف عن منطقة العاصمة ، وظهرت في منطقة الجهراء أقل نسبة للأطباء مما يستلزم دراسة الوضع من أجل توفير خدمة تتجانس مع باقي المناطق الصحية .

٤ ـ لما كانت أمراض الجهاز الدوري (القلب والأوعية الدموية) تشكل السبب الرئيسي للوفاة في الكويت فإن الدراسة توصي بوضع خطة قومية لنشر الوعي الصحي للتعريف بأسبابها لتجنب الإصابة بها بالتأكيد على الكشف الطبي عند الشعور بأي عارض صحي قد يكون ذا صلة بالمرض مع التعود على الكشف الدوري المنتظم Medical Ckeckup وممارسة الرياضة

بأشكالها لاسيما المشي والسباحة والابتعاد عن التوتر والقلق والعادات السيئة (التدخين والكحوليات والإفراط في تناول المنبهات) وذلك لتلافي الإصابة بضغط الدم المرتفع Hyper-tension وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم والسمنة المفرطة ، وارتفاع السكر في الدم نتيجة عوامل بيئية وسلوكيات غذائية خاطئة إلى جانب عامل الوراثة .

٥ ـ لما كانت حوادث الطرق (المرور) من الأسباب الرئيسية للوفاة في الكويت وفقا لنتائج الدراسة وجب التأكيد على تكثيف نشر الوعي المروري وضرورة الحد من تفاقم ظاهرة حوادث المرور بشتى الوسائل والطرق .

٦ ـ عند تخصيص ميزانيات وزارات الخدمات يجب أن يكون لقطاع الصحة دائما الأهمية القصوى في توفير ما تحتاج إليه أجهزته ومناطقه الصحية من ميزانيات كافية ، تسمح بتطوير هذه الخدمة الصحية بما يواكب النمو السكاني .

٧ ـ من أجل تقديم خدمة صحية أفضل توصي الدراسة بإجراء استطلاعات للرأي بين فترة وأخرى بقصد التعرف إلى رأي المواطنين والمقيمين بمستوى الخدمات الصحية في البلاد ، من أجل الحصول على مؤشرات تعكس مدى الرضا الجماهيري في مجال هذه الخدمات ، وهي استطلاعات كثيرا ما تكون مفيدة جدا لمتخذي القرارات بما يحقق درجة كفاءة عالية للخدمات الصحية .

الملاحق

معاملات الارتباط (ارتباط سبيرمان) الواردة في الدراسة

١ ـ علاقة الارتباط بين نمو عدد السكان وعدد الهيئة الطبية في الفترة ٨٥ ـ ١٩٩٥ بالكويت (لا يشمل عام ١٩٩١)

عدد السكان س	رتب السكان رس	عدد الهيئة الطبية ص	رتب الهيئة الطبية رص	فروق الرتب ف	مربع فروق الرتب ف٢
١٥٦٥٧٣٨	٧	٢٨٣٢	٩	٢ –	٤
١٦٣٧٢٦٢	٦	٢٩٠٣	٧	١ –	١
١٧١٢١٣٣	٥	٣٠١٨	٦	١ –	١
١٧٩٠٥١٣	٤	٣١١٥	٤	صفر	—
١٨٧٢٥٦٩	٣	٣١١٤	٥	٢ –	٤
١٩٥٨٤٧٧	٢	٣١٦٥	٣	١ –	١
٢٠٤٨٤٢٢	١	٣٢٧٦	٢	١ –	١
١٣٩٨٠٥٩	١٠	٢٦٨١	١٠	صفر	—
١٤٣٣٢٠٥	٩	٢٨٤٧	٨	١	١
١٤٦٨٩٠٢	٨	٣٢٨٣	١	٧	٤٩
					٦٢

حيث إن :

ر = الارتباط

مجـ ف = مجموع فروق الرتب

ن = عدد المفردات (١٠)

ن٢ = مربع عدد المفردات (١٠٠)

$$ر = ١ - \frac{٦ \times ٦٢}{١٠ (١٠٠ - ١)}$$

$$ر = ١ - \frac{٣٧٢}{٩٩٠} = ١ - ٠,٤ = ٠,٦$$

ر = ٠,٦

بمعنى أن هناك ارتباطا متوسطا (طرديا) بين عدد السكان والهيئة الطبية .

٢ ـ علاقة الارتباط بين نمو عدد السكان والهيئة التمريضية (٨٥ ـ ١٩٩٥)

رس	ص	رص	ف	ف٢
٧	٨٥٨٣	٧	صفر	صفر
٦	٨٦٦٤	٦	صفر	صفر
٥	٨٧٧٤	٥	صفر	صفر
٤	٩٠٠٣	٤	٣	٩
٣	٨٩٣٧	٣	١	١
٢	٨٩١٤	٢	١ -	١
١	٨٨٤١	١	٣ -	٩
١٠	٥٣٦٦	١٠	صفر	صفر
٩	٧٢٣٠	٩	صفر	صفر
٨	٧٦٥٢	٨	صفر	صفر
				٢٠

$$ر = ١ - \frac{٦ \times ٢٠}{١٠(١٠٠ - ١)} = ١ - \frac{١٢٠}{٩٩٠}$$

= ١ - ٠,١ إذا ر = ٠,٩

ومعنى ذلك أن الارتباط قوي جدا (طردي) بين عدد السكان وعدد الهيئة التمريضية بمعنى أن أية زيادة في السكان تقابلها زيادة واضحة في عدد الممرضين والممرضات .

٣ ـ العلاقة بين نمو أعداد الهيئة الطبية والهيئة التمريضية في الفترة ٨٥ ـ ١٩٩٥

الهيئة الطبية س	رتب الهيئة الطبية رس	الهيئة التمريضية رص	رتب الهيئة التمريضية	فروق الرتب ف	مربع فروق الرتب ف٢
٢٨٣٢	٩	٨٥٨٣	٧	٢	٤
٢٩٠٣	٧	٨٦٦٤	٦	١	١
٣٠١٨	٦	٨٧٧٤	٥	١	١
٣١١٥	٤	٩٠٠٣	١	٣	٩
٣١١٤	٥	٨٩٣٨	٢	٣	٩
٣١٦٥	٣	٨٩١٤	٣	صفر	صفر
٣٢٧٦	٢	٨٨٤١	٤	٢ -	٤
٢٦٨١	١٠	٥٣٦٦	١٠	صفر	صفر
٢٨٤٧	٨	٧٢٣٠	٩	١ -	١
٣٢٨٣	١	٧٦٥٣	٨	٧ -	٤٩
					٧٨

$$ر = ١ - \frac{٦ \times ٧٨}{١٠ (١٠٠ - ١)} = ١ - \frac{٤٦٨}{٩٩٠}$$

ر = ١ - ٠,٥

ر = ٠,٥

بمعنى أنه يوجد ارتباط متوسط بين نمو عدد الهيئة الطبية والهيئة التمريضية .

٤ ـ علاقة الارتباط بين نمو عدد السكان وعدد الأسرة في الكويت في الفترة بين عامي ١٩٨٥ ـ ١٩٩٥

عدد السكان س	رتب السكان رس	عدد الهيئة الطبية ص	رتب الهيئة الطبية رص	فروق الرتب ف	مربع فروق الرتب ف٢
١٥٦٥٧٣٨	٧	٦٠٥٤	٥	٢	٤
١٦٣٧٢٦٢	٦	٦٥٦٠	١	٥	٢٥
١٧١٢١٣٣	٥	٦١٧٨	٢	٣	٩
١٧٩٠٥١٣	٤	٦٠٩٩	٣	١	١
١٨٧٢٥٦٩	٣	٦٠١٢	٦	٣ –	٩
١٩٥٨٤٧٧	٢	٥٩٩٩	٧	٥ –	٢٥
٢٠٤٨٤٢٢	١	٦٠٧٩	٤	٣ –	٩
١٣٩٨٠٥٩	١٠	٤١٨١	١٠	صفر	—
١٤٣٣٢٠٥	٩	٤٥٦٦	٩	صفر	—
١٤٦٨٩٠٢	٨	٤٦٦١	٨	صفر	—
					٨٢

$$\text{الارتباط } ر = ١ - \frac{٦ (\text{مجـ } ف^٢)}{ن (ن^٢ - ١)}$$

حيث إن ر = الارتباط . ومجـ = مجموع مربع فروق الرتب

ون = عدد المفردات (١٠) . ون٢ = مربع عدد المفردات (١٠٠) .

$$\text{إذا } ر = ١ - \frac{٤٩٢}{٩٩٠} = ١ - ٠,٥$$

إذا ر = ٠,٥

ومعنى ذلك أن هناك ارتباطا متوسطا (طرديا) بين عدد السكان وعدد الأسرة .

٥ ـ العلاقة بين نمو عدد الأسرة والهيئة التمريضية في الفترة ٨٥ ـ ١٩٩٥

رتب الأسرة رس	رتب الهيئة التمريضية رص	فروق الرتب ف	مربع فروق الرتب ف^{٢}
٥	٧	-٢	٤
١	٦	-٥	٢٥
٢	٥	-٣	٩
٣	١	٢	٤
٦	٢	٤	١٦
٧	٣	٤	١٦
٤	٤	صفر	صفر
١٠	١٠	صفر	صفر
٩	٩	صفر	صفر
٨	٨	صفر	صفر
			٧٤

$$ر = ١ - \frac{٦ \times ٧٤}{١٠(١٠٠ - ١)} = \frac{٤٤٤}{٩٩٠}$$

$$ر = ١ - ٠,٤ = ٠,٦$$

إذا الارتباط بين نمو عدد الهيئة التمريضية والأسرة ارتباط طردي فوق المتوسط .

٦ ـ الارتباط بين نمو الأسرة والهيئة الطبية في الفترة ٨٥ ـ ١٩٩٥

رس	رص	ف	ف٢
٥	٩	٤ –	١٦
١	٧	٦ –	٣٦
٢	٦	٤ –	١٦
٣	٤	١ –	١
٦	٥	١	١
٧	٣	٤	١٦
٤	٢	٢	٤
١٠	١٠	صفر	صفر
٩	٨	١	١
٨	١	٧	٤٩
			١٤٠

$$ر = ١ - \frac{٦ \times ١٤٠}{١٠ (١٠٠ - ١)} = \frac{٨٤٠}{٩٩٠} \quad ٠,٨ = ١ - ٠,٨ = ٠,٢$$

والارتباط هنا ضعيف جدا بين عدد الأسرة وعدد الهيئة التمريضية .

٧ ـ الارتباط (معامل سبيرمان) بين نمو السكان وتطور عدد العمليات الجراحية في الكويت في الفترة بين ١٩٨٠ ـ ١٩٩٥

السنة	رتب السكان س	رتب س	عدد العمليات ص	رتب ص	ف	ف٢
١٩٨٠	١, ٣٦٩, ٦٩٠	١٤	١٨٥	١٤	صفر	
١٩٨١	١, ٤٣٢, ٦٨٩	١٢	٢١٢	١٣	١ -	١
١٩٨٢	١, ٤٩٦, ٥٦٥	١٠	٢٥١	١١	١ -	١
١٩٨٣	١, ٥٦٤, ٤٥٥	٩	٢٣٧	١٢	٣ -	٩
١٩٨٤	١, ٦٣٥, ٥٠٣	٧	٢٦٤	١٠	٣ -	٩
١٩٨٥	٧١٩, ٧٤١	٥	٣٢٨	٩	٤ -	١٦
١٩٨٦	١, ٨٠١, ٥٤٥	٤	٣٤٥	٨	٤ -	١٦
١٩٨٧	١, ٨٨٤, ٦١٩	٣	٣٦٤	٦	٣ -	٩
١٩٨٨	١, ٩٦٨, ٩٦٢	٢	٤٥١	٢	صفر	صفر
١٩٨٩	٢, ٠٥٤, ٥٧٨	١	٤٥٢	١	صفر	صفر
١٩٩٢	١, ٤٢٢, ١٩٩	١٣	٣٥١	٧	٦	٣٦
١٩٩٣	١, ٤٦٠, ٨٥٣	١١	٣٨٥	٥	٦	٣٦
١٩٩٤	١, ٦٢٠, ٠٨٦	٨	٣٩٦	٤	٤	١٦
١٩٩٥	١, ٦٩٠, ٥٣٥	٦	٤٢٣	٣	٣	٩
						١٥٨

$$\text{الارتباط } ر = ١ - \frac{٦ (\text{مجـ } ف^٢)}{ن (ن^٢ - ١)} = ر = ١ - \frac{٦ \times ١٥٨}{١٤ (١٩٦ - ١)}$$

$$ر = ١ - \frac{٩٤٨}{١٤ (١٩٥)} = ١ - \frac{٩٤٨}{٢٧٣٠} = ١ - ٠,٣$$

ر = ٠,٧

وهو ارتباط طردي قوي بين عدد السكان وبين عدد العمليات الجراحية الكبرى التي أجريت في مستشفيات الكويت في الفترة ١٩٨٠ ـ ١٩٩٥ .

٨ـ الارتباط بين تطور عدد المواليد الأحياء في الكويت ونمو عدد السكان في الفترة ١٩٨٩ ـ ١٩٩٥ (معامل ارتباط سبيرمان)

عدد السكان س	رتب السكان رس	عدد المواليد ص	رتب ص	ف	ف٢
١٨٨٤٦١٩	١	٥٢٨٥٨	١	صفر	صفر
١٤٢٢١٩٩	٥	٣٤٨١٧	٥	صفر	صفر
١٤٦٠٨٤٣	٤	٣٧٣٧٩	٤	صفر	صفر
١٦٢٠٠٨٦	٣	٣٨٨٦٨	٣	صفر	صفر
١٦٩٠٥٣٥	٢	٤١١٦٩	٢	صفر	صفر
					مجـ ف٢ = صفر

$$ر = ١ - \frac{٦ \times \text{صفر}}{٥ (٢٥ - ١)} = ١ - \frac{\text{صفر}}{١٢٠} = \text{صفـر}$$

ر = ١ - صفر = ١

أي أن هناك ارتباطا طرديا قويا جدا بين المتغيرين .

مقاييس التشتت (الانحراف المعياري)

١- بين توزيع عدد المراكز العمرانية في المناطق الصحية

س (عدد المراكز العمرانية)	ح س	ح٢ س
١٨	٣, ٨	١٤, ٤
١٣	١, ٢ –	١, ٤
١٦	١, ٨	٣, ٢
١٥	٠, ٨	٠, ٦
٩	٥, ٢ –	٢٧ –
٧١		

حيث إن س = المتوسط الحسابي

ع = الانحراف المعياري

ح^{٢} = مربع الانحراف

ن = عدد المفردات

$$س = \frac{٧١}{٥} = ١٤, ٢$$

$$ع = \frac{مجـ ح^{٢}}{ن} = ٤ \frac{٤٦,٦}{٥} = ع = ٩,٣٢ = ع = ٣,١$$

ويتضح وجود تجانس بين توزيع عدد المراكز العمرانية في المنطقة الصحية .

٢ـ بين توزيع عدد مراكز الرعاية الصحية في المناطق الصحية:

س (عدد المراكز العمرانية)	ح س	ح٢ س
١٨	٤, ٤	١٩, ٤
١٢	١, ٦ –	٢, ٦
١٦	٢, ٤	٥, ٨
١٣	٠, ٦ –	٠, ٤
٩	٤, ٦ –	٢١, ٢
٦٨		٢١, ٤

$$\text{س}\bar{} = \frac{٤٩,٤}{٥} = ١٣,٦$$

$$\text{ع} = \frac{\text{مجـ ح}^{٢}}{\text{ن}} = ٤ \frac{٤٩,٤}{٥} = ٩,٩$$

$$\text{ع} = ٣,١$$

أي أن التوزيع متجانس بين توزيع عدد مراكز الرعاية الصحية في المناطق الصحية .

الهوامش والمراجع

١ ـ Oscor G. "Health Planning in Developing Countries", *The Journal of Developing Studies*, Vol. 6 Wo, 4 July N.Y. (1970) P. 67.

٢ ـ د . أحمد جارالله الجارالله ، «التباين الإقليمي للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية» ، *دورية الجمعية الجغرافية الكويتية وقسم الجغرافيا* ـ جامعة الكويت ، العدد ٢٠٠ ، الكويت (١٩٩٧) ، ص ٥ .

٣ ـ المرجع السابق ص ٥ .

٤ ـ Ministry of Health, "Health and Vital Statistics Division", Kuwait Health Care, Past and Present, *A Statistical Analysis,* Kuwait, (1993), P.U.

٥ ـ Ibid, P.13 .

٦ ـ انظر في ذلك : د . محمد بن مفرح القحطاني ، «التنمية المكانية لمراكز الرعاية الصحية الأولية في منطقة أحد رفيدة بإقليم عسير بالمملكة العربية السعودية» ، *دورية الجغرافية الكويتية وقسم الجغرافية* ـ جامعة الكويت العدد (١٧٢) الكويت ، ١٩٩٤ ، ص ١٠ ـ ١١ .

وأيضـــا : Massam B. H., "Political Geography and The Provision of Service", *Progress in Geography*, Vol. 6, 179-210 (1974) Massam B. H., "Spatial Search", Oxford, Pesgamon Press (1980), P.112.

Mosely, M. J., "Accessibility, The Rural Challenge", London: Methuen (1979), p. 81 - 83.

وكذلك :

Marshall J. N., "Services and Uneven Development", Oxford University Press (1988), P. 65-67.

٧ ـ انظر في ذلك على سبيل المثال القحطاني ، مرجع سابق ، ص ١٠ .

وكـذلك : Hetzel, B. S., "Basic Health Care in Developing Countries", Oxford University Press (1988), P. 91. Phillips D. R., "Health and Health Care in The Third World", Essex, London (1990), P. 73.

٨ ـ انظر في ذلك : Shannan G. W., and Dver E. A., "Health Care Deliver" (Special Perspective), Mcgraw Hill New York (1974), P. 53.

Thomas F., and Al Fonso M., "Health Manpower Planning and Overview in Health Manpower Planning", Geneva (1987), P. 153.

Devise P., "Misused and Misplaced Hospitals and Doctors", Research Paper 22 Commission on College Geography Association of American Geographers, Washington D.C. (1973).

Taylor E. C., *"Health Services Forum"*, Vol. 3, No. 4, Geneva (1982), P. 395.

٩ ـ انظر في ذلك : Annis S., "Physical Access and Utilization of Health Services in Guatemala", *Social Science and Medicine*, Vol. 15, D.P. 515-523.

Siddiqi A. H., "Health Care Resources and Public Policy in Pakistan", *Social Science and Medicine*, Vol. 14 D. P. 291-296.

Cherni Chousky D. and Meesook O. A., "Utilization of Health Service in Indonesia", *Social Science and Medicine*, Vol. 23, No. 6, P. 611-620.

Gestler W. M., "Health Care in Developing Countries", *Association of American Geographers*, Washington D.C., U.S.A. (1984).

Fiedler J. L., "A Review of The Literature on Access and Utilization of Medical Care with Spatial Emphasis on Rural Primary Care", *Social Science and Medicine*, Vol. 15 C, 1984, P. 129-142.

١٠ ـ انظر في ذلك : رمسيس عبدالعليم جمعة ، «التخطيط الصحي لمجتمع الاشتراكية والتنمية» ، سلسلة دراسات اشتراكية ، الدار القومية للطباعة والنشر ، القاهرة (١٩٧٨) ، ص ١١٧ .

Al Kahtani, M. Sh., "The Spatial Pattern of Health Facilities in Saudi Arabia Developing and Planning", *Geog. Journal*, Vol.25, No.4,(1991), P. 423 - 433.

Al Zahrani R. A., "The Use of Health Care Facilities in Makka, Saudi Arabia", Unpublished Ph. D. Thesis, University of Ohaio, Kent U.S.A. (1989).

- Al Ribdi M. S., "The Geography of Health Care in Saudi Arabia, Provision

and Use of Primary of Health Facilities in Al Qussim Region", Unpublished Ph. D. Thesis, University of Southampton, England (1990).

ـ د . محمد القحطاني ، مرجع سابق (١٩٩٤) .

١١ ـ انظر في ذلك : دراسات البشرى التالية :

El Busrha, El-Sayed, "The Distribution of Population and Medicine Facilities in Saudi Arabia", *Erakunde*, Vol. 34, No. 3, P. 215-218. (1980).

- El Busrha, El-Sayed, "The Distribution of Population and Medicine Facilities in The Arab Republic of Yemen", *Geog. Journal,* Vol.11, No.2, P. 161-164.

- El Busrha, El-Sayed, "Health Care Pattern and Planning in Saudi Arabia", *Geog. Journal*, Vol. 18, No. 4, P. 361-368.

١٢ ـ انظر دراسة د . أحمد الجار الله (١٩٩٧) ، مرجع سابق ، وكذلك دراسة القحطاني (١٩٩٤) ، مرجع سابق .

١٣ ـ من هذه الدراسات التي أجرتها إدارة الإحصاءات الحيوية بوزارة الصحة ما يلي :

Kuwait Health Care, Past and Present, A Statical Analysis, (February 1993).

- Cardiovascular Mortality and Morbidity in Kuwait (1980 - 1993) September (1995).

- Health Care in Kuwait at the Regional Level, February (1996).

- Road Traffic Accident Mortality in Kuwait Trend and Differentials. July (1996).

- Use of Indicators in Monitoring and Evaluation of Health Services in Kuwait, (August 1992).

- Bed Utilization Performance of Kuwait's Government Hospitals, March (1997).

- Average Length of Stay in Government Hospitals of Kuwait, (1994).

١٤ ـ د . أحمد مصطفى أبو حاكمة ، «تاريخ الكويت الحديث» ، ذات السلاسل ، الطبعة الأولى ، الكويت (١٩٨٤) ، ص ٢٠٣ .

١٥ ـ إليانور كالفرلي ، «كنت أول طبيبة في الكويت» ، ترجمة عبدالله الحاتم ، دار الكتب ، القاهرة ، ١٩٨٦ ، ص ٢٠٣ .

١٦ ـ د . خالد فهد الجار الله ، «تاريخ الخدمات الصحية في الكويت منذ النشأة حتى الاستقلال» ، مركز البحوث والدراسات الكويتية ، الكويت (١٩٩٦) ، ص ٤٤ .

١٧ ـ المرجع السابق ، ص ٥٧ .

١٨ ـ نفس المصدر ، ص ٥٧ .

١٩ ـ أحمد عبدالعزيز المزيني ، «مجموعة القوانين الصحية ، الصادرة بدولة الكويت» ، مطبعة حكومة الكويت ، بدون تاريخ ، ص ٩٢ .

٢٠ ـ خالد الجار الله ، مرجع سابق ، ص ٢٢٨ .

٢١ ـ نفس المرجع ، ص ٢٧٣ ، ص ٢٣٤ .

٢٢ ـ وزارة التخطيط ، الإدارة المركزية للإحصاء ، اللمحة الإحصائية ، العدد ٢٠ ، الكويت (١٩٩٧) ، ص ١٩ .

٢٣ ـ وزارة التخطيط ، الإدارة المركزية للإحصاء ، المجموعة الإحصائية السنوية لعام ١٩٩٥ . عن الجدول رقم ١١ ، ص ٢٦ .

٢٤ ـ قابل الباحث الدكتور عبدالرحيم الزيد ، وكيل وزارة الصحة المساعدة للشئون الفنية للإجابة عن بعض أسئلة الدراسة وكان ذلك في يوم ٣/ ٦/ ١٩٩٧ .

٢٥ ـ حساب نسب التغير من عمل الباحث اعتمادا على بيانات سابقة .

٢٦ ـ وزارة الصحة ، مراقبة الإحصاءات الحيوية والصحية ، ملخص الإحصاءات الحيوية والصحية الكويت (١٩٩٦) ، ص ١٥ .

٢٧ ـ Ministry of Health, Cariovascular Mortality and Morbidity in Kuwait 1980 - 1993, Kuwiat (1995), P.P. 16-21.

٢٨ ـ Ibid, P. 35 .

٢٩ ـ Op. Cit. 36 .

٣٠ ـ انظر في ذلك العديد من المصادر التي تعنى بأمراض القلب والأوعية الدموية ، مثل :

د . مصطفى جوهر حيات ، الكوليسترول والغذاء والرياضة ، الكويت (١٩٩٥) ، ص ١١ .

د . مصطفى جوهر حيات ، الصحة مع كل خطوة رياضة المشي ، الكويت (١٩٩٧) ، ص

. ١٧٦

د . مصطفى جوهر حيات ، قلبك والتدخين ، مجلس شئون الأغذية بوزارة الصحة ، الكويت (١٩٩٦) ، ص ١٣٢ .

الصندوق الوقفي للتنمية الصحية ، ارتفاع ضغط الدم ، الكويت (١٩٩٧) ، ص ١٠ .

٣١ ـ صحة الكويت ، مرجع سابق (١٩٩٥) ، ص ١٠٤ .

٣٢ ـ نفس المرجع ، ص ٤٩ .

٣٣ ـ وزارة الصحة ، الإدارة المالية ، مراقبة التكاليف ، تقدير التكاليف للأعوام : ٩٢ ، ٩٣ ، ٩٤ ، ١٩٩٥ ، الكويت (١٩٩٦) ، صفحات متفرقة .

٣٤ ـ انظر : United Nations Statistical Yearbook, (1996), P. 85.

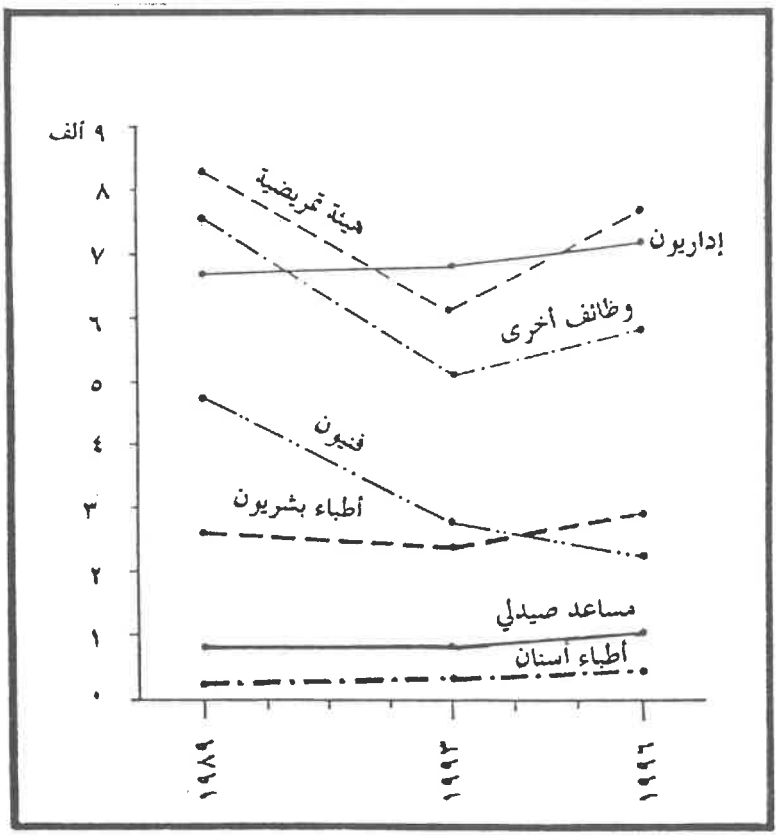
٣٥ ـ وزارة الصحة ، مراقبة الإحصاءات الحيوية والصحية ، ملخص الإحصاءات الحيوية والصحية ، الكويت (١٩٩٦) ، ص ١٨ .

٣٦ ـ Ministry of Health, Bed Utilization Performance of Kuwait Government Hospitals, March (1997), P. 19.

٣٧ ـ Ibid, P. 20 .

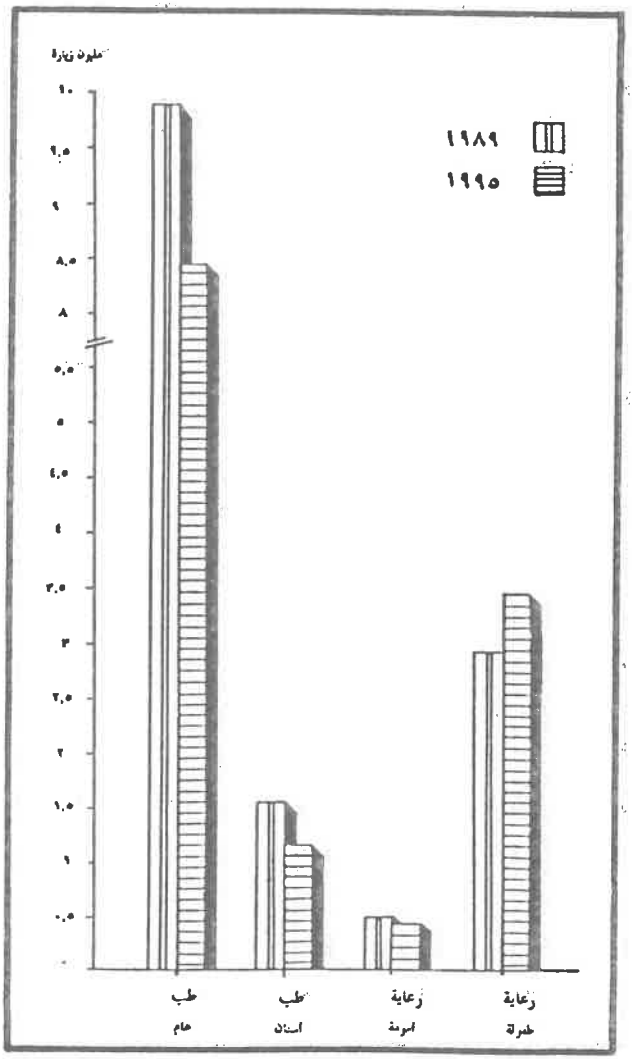
٣٨ ـ Gestler W. M., "Health Care in Developing Countries", Association of American Geographers, Washington D.C., U.S.A., P. 17.

٣٩ ـ قام الباحث بدراسة المسافات المقطوعة بين المستشفيات والمناطق السكنية بعمل جداول خاصة بها مستعينا بإحصاءات السكان لعام ١٩٩٥ وخرائط مواقع المناطق السكنية والخرائط العمرانية وخرائط المحافظات والمناطق الصحية ، وما جاء في الدراسة يعتبر تلخيصا لهذه الجداول . وتعمد الباحث استبعاد هذه الجداول لكثرة جداول الدراسة بهدف عدم تضخم البحث .



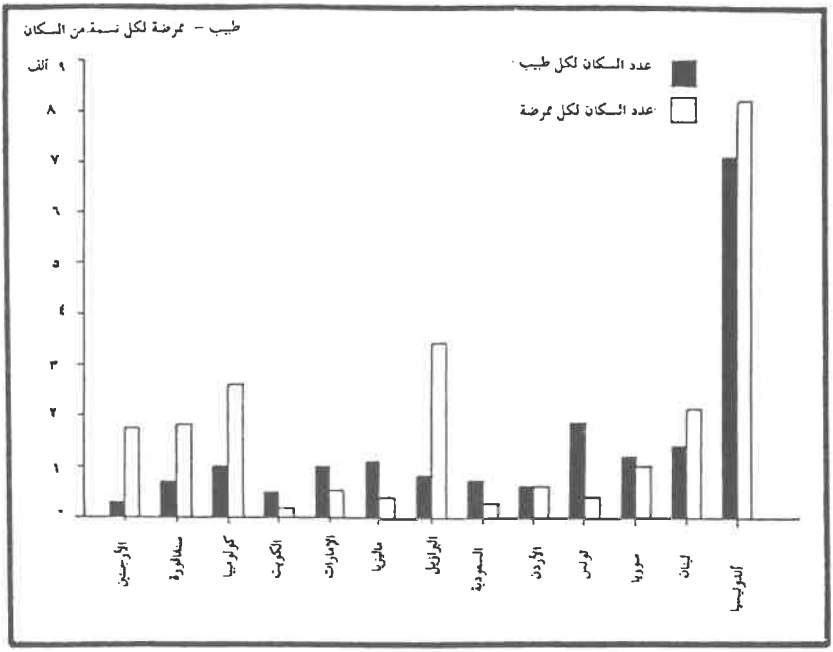
شكل (١)

تطور توزيع القوى العاملة في القطاع الصحي الحكومي في الكويت للسنوات ١٩٨٩، ١٩٩٣، ١٩٩٦.



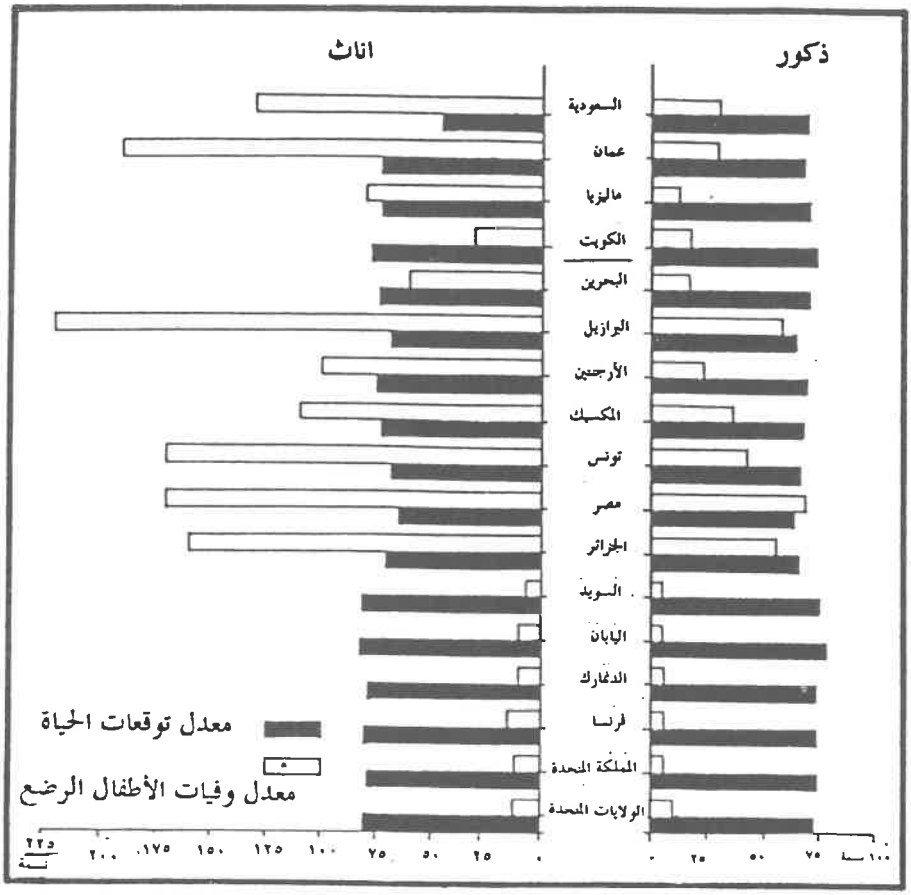
شكل (٢)

عدد زيارات المرضى في العامين ١٩٨٩ ، ١٩٩٥ في مراكز الصحة الأولية في الكويت



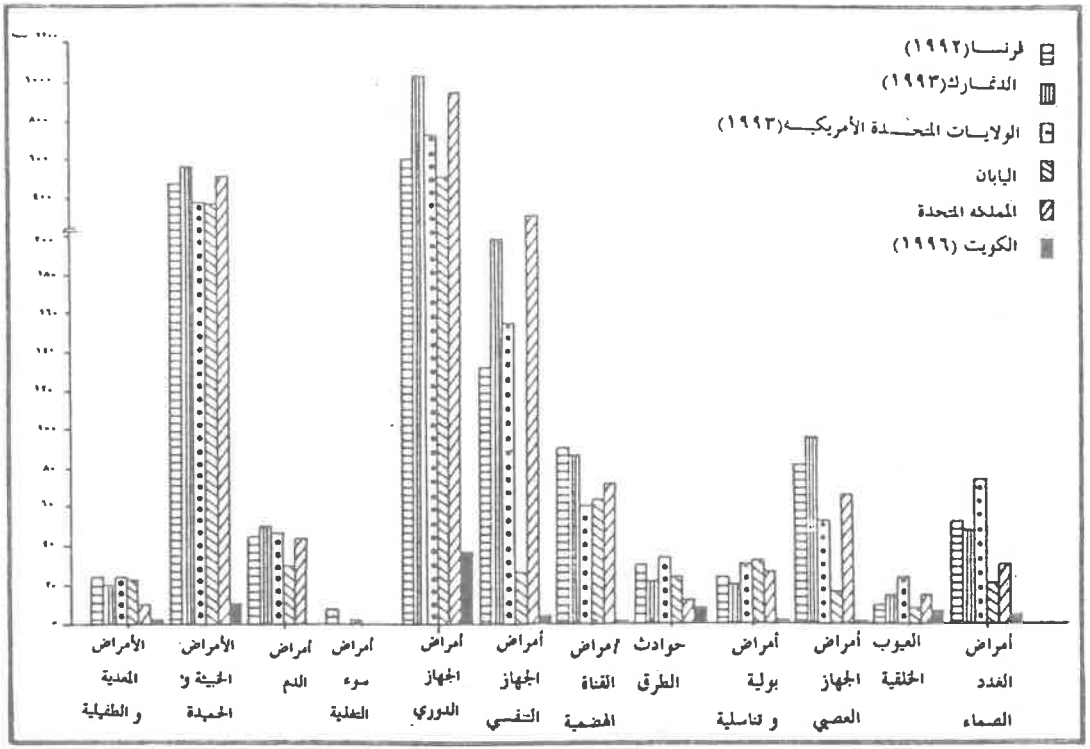
شكل (٣)

يوضح تطور عدد السكان لكل من الأطباء والممرضين في بعض البلدان النامية في الفترة ١٩٩٠ ـ ١٩٩٥



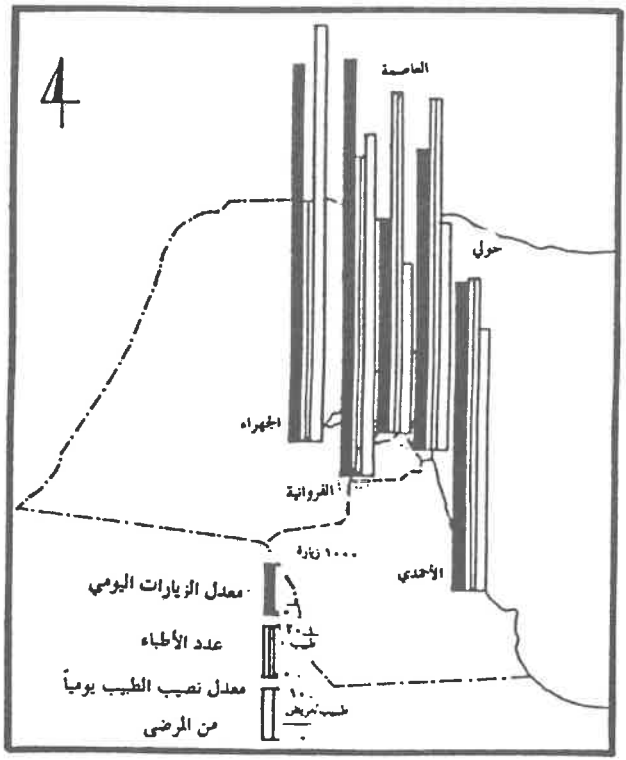
شكل (٤)

مكانة الكويت من حيث معدلات توقعات الحياة ووفيات الرضع بين بعض الدول المتقدمة والنامية لعام ١٩٩٣



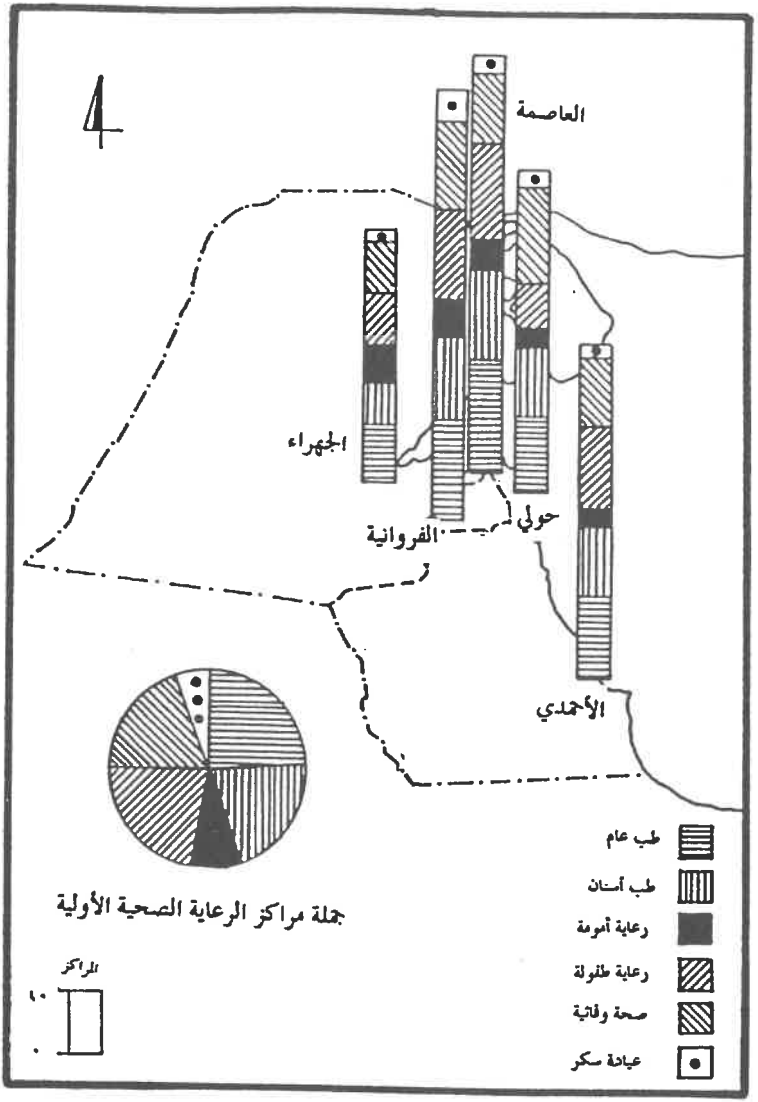
شكل (٥)

معدل الوفيات الناتجة عن الأمراض المسببة للوفاة (حسب التصنيف الدولي للأمراض) لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان في الكويت مقارنة بمعدلات الدول المتقدمة



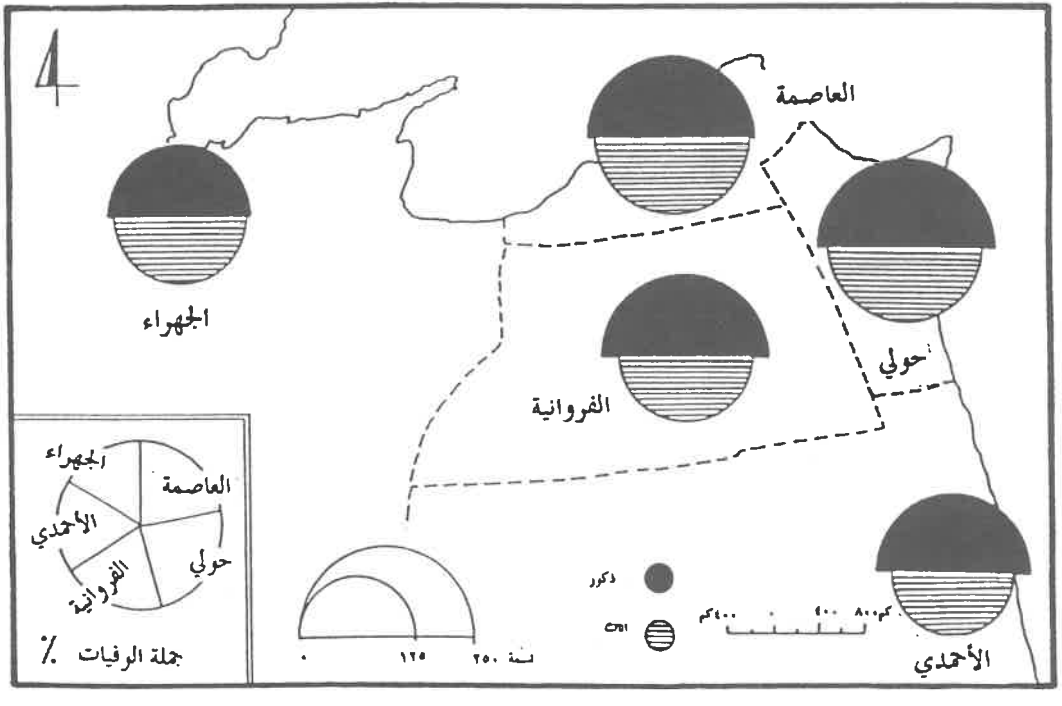
شكل (٦)

توزيع المعدل اليومي لزيارات المرضى وعدد الأطباء ومعدل نصيب الطبيب في مراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق الصحية في الكويت لعام ١٩٩٥



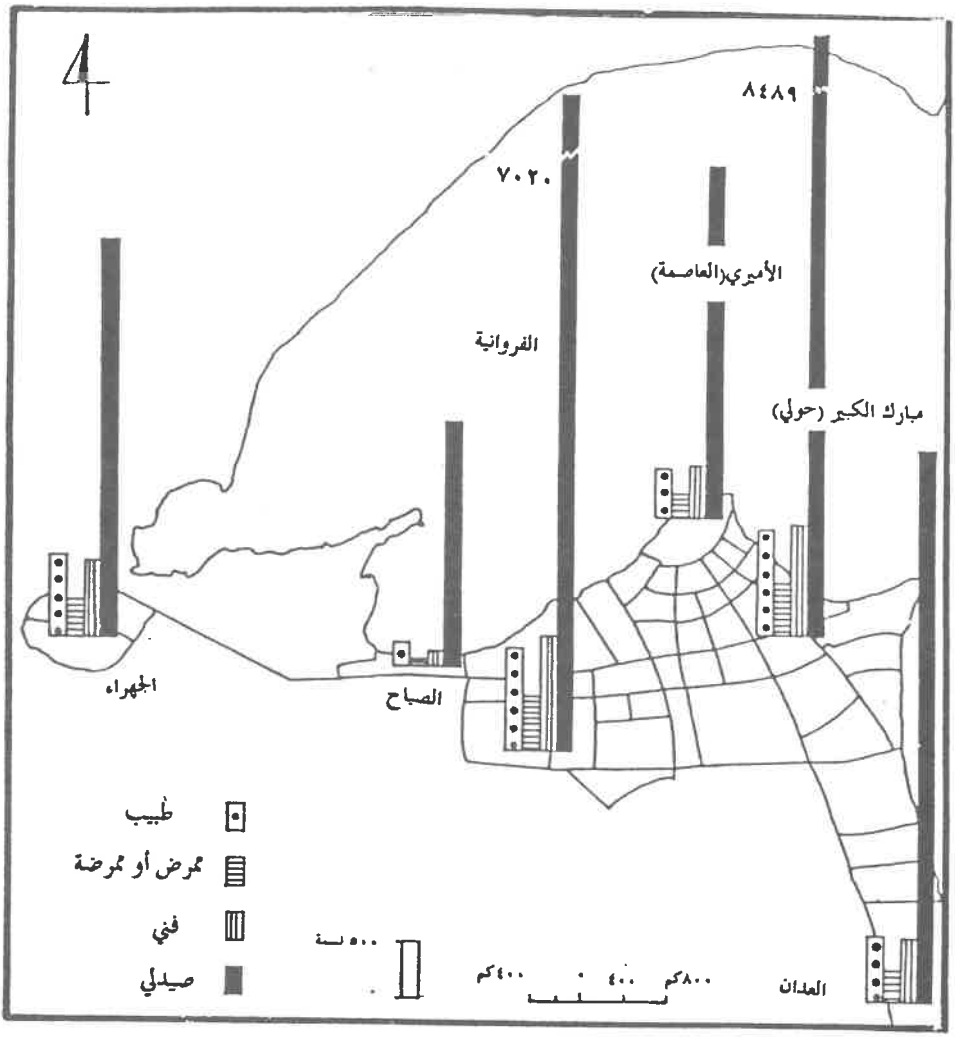
شكل (٧)

تنوع خدمات الرعاية الصحية الأولية في القطاع الحكومي موزعا على المناطق الصحية



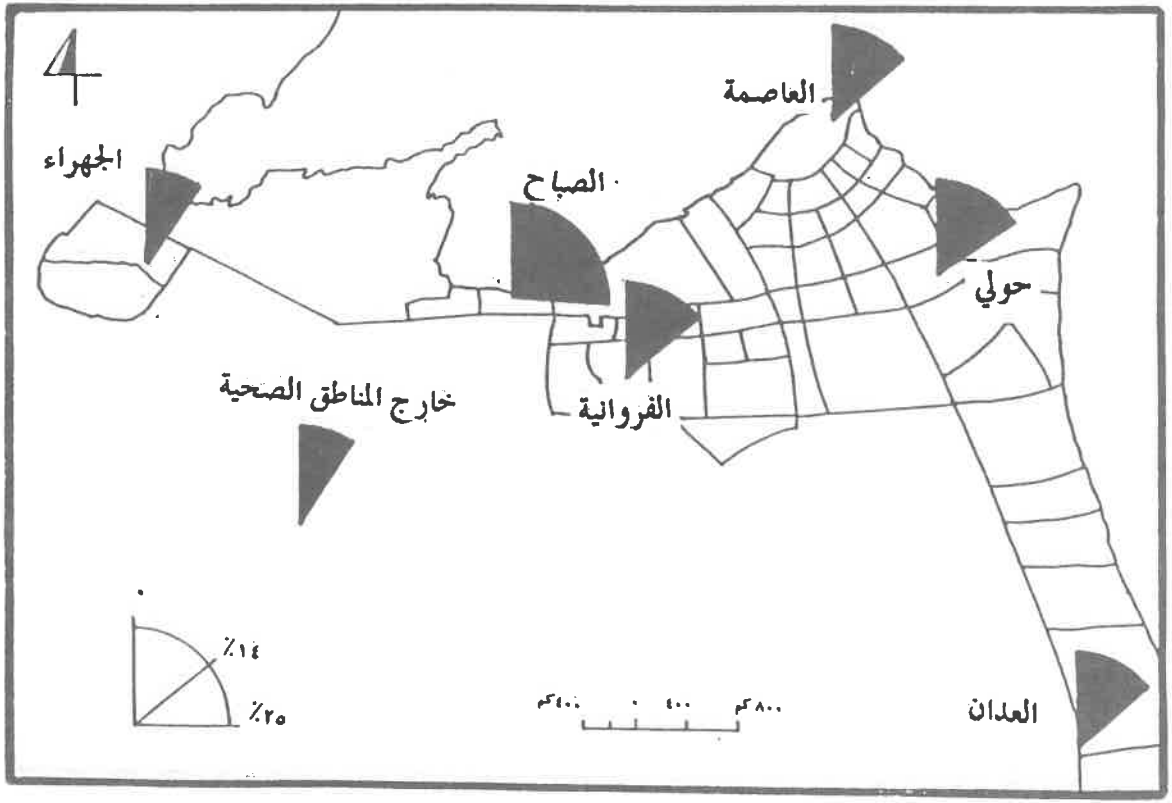
شكل (٨)

توزيع أعداد الوفيات (سنة ـ أكثر من ٦٥ سنة) على المناطق الصحية في الكويت لعام ١٩٩٥



شكل (٩)

نصيب السكان من قوة العمل في القطاع الصحي موزعا على مستشفيات المناطق الصحية حسب عام ١٩٩٥



شكل (١٠)

التوزيع النسبي للأطباء في المناطق الصحية في الكويت لعام ١٩٩٥

مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية

تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

بحوث العدد (٩١)

- الخطاب النقدي عند قاسم حداد وصلته بتجربته الشعرية. "رؤية نقدية" — د. عبد الله أحمد المهنا
- بعض ملامح الخريطة الصناعية لمدينة الجبيل الصناعية شرقي المملكة العربية السعودية خلال الربع الأخير من القرن العشرين. — د. فريال بنت محمد الهاجري
- مواصفات المياه الصناعية لبعض الصناعات الخفيفة السائدة وطرق التحكم فيها. — د. مشعل عبدالله المشعان، م. فرحات محروس أحمد
- التدريب الإداري للنساء: مداخل تطويرية لتعزيز الأدوار القيادية للنساء في منظمات الأعمال العربية. — د. عبد الرحمن بن أحمد بن هيجان
- اتجاهات سلوك السائح السعودي نحو السياحة الداخلية — د. حبيب الله محمد رحيم التركستاني
- تطبيق تحليل الأسعار - والتكلفة للعلاقات بين الصناعات في الإقتصاد الكويتي قبل وبعد حرب التحرير. — د. عيسى حاجي القيسي "باللغة الإنجليزية"