

المشكلات التي تواجه المرضى السعوديين المنتقلين من مناطق المملكة إلى مدينة الرياض للعلاج في المستشفيات الحكومية

علي أحمد السالم

أستاذ مساعد في علم اجتماع الصحة، واستشاري اجتماعي في المدينة الطبية، بجامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية

(قدم للنشر في ١٩/٧/١٤٣٧هـ، وقبل للنشر في ١/١/١٤٣٨هـ)

الكلمات المفتاحية: المشكلات، المرضى، الانتقال، المستشفيات الحكومية.

ملخص البحث: هدفت هذه الدراسة إلى محاولة تحديد حجم المشكلات التي تواجه المرضى السعوديين المنتقلين من مختلف مناطق المملكة العربية السعودية إلى مدينة الرياض لتلقي العلاج في المستشفيات الحكومية، ومن ثمَّ المقارنة بين نوع المنطقة التي ينتمي إليها المرضى والمشكلات التي تواجههم. وتعدُّ هذه الدراسة الأولى من نوعها في المجتمع السعودي حسب علم الباحث، ومن الدراسات الاستطلاعية مستخدمة منهج المسح الاجتماعي بالحصص الشامل.

وبينت نتائج الدراسة - بوجه عام - أنَّ هناك مشكلات تواجه هؤلاء المرضى تمثلت في المعاناة الإنسانية، حيث بلغت نسبتها (٤٩,٨٪) عند مستوى المعاناة المتوسطة، و(٣٠,١٪) عند مستوى المعاناة العالية، و(١٨,٧٪) عند مستوى المعاناة المنخفضة. أمَّا الخسائر الاقتصادية فقد بلغت نسبتها (٤٦,٤٪) عند مستوى الخسائر المتوسطة، و(٢٩,٩٪) عند مستوى الخسائر العالية، و(٢٢,٦٪) عند مستوى الخسائر المنخفضة. في حين بلغت نسبة المعوقات التنظيمية (٤٤,٤٪) عند مستوى المعوقات العالية، و(٣٧,٩٪) عند مستوى المعوقات المتوسطة، و(٢٢,٦٪) عند مستوى المعوقات المنخفضة. كما أنَّ هناك نسبة ضئيلة من الباحثين لا تتجاوز (٤٪) لم تواجه أيَّ مشكلات، وقد جاءت منطقة عسير كأعلى منطقة بين مناطق المملكة العربية السعودية يواجه مرضاها معاناة إنسانية. أمَّا الخسائر الاقتصادية فجاءت في منطقة الجوف، وفي المعوقات التنظيمية جاءت منطقة الباحة. وفيما يُخصُّ الحلول والمقترحات فقد نال خيار وجود جمعية أو إدارة تهتم وترعى شؤون المرضى المرتبة الأولى من حيث الأهمية.

Challenges facing Saudi patients who move from other regions of the Kingdom to Riyadh City for medical treatment at government hospitals

Ali Ahmed Al Salem

*PhD Sociology of Health and Social Consultant, the Medical City of King Saud University,
Riyadh, Riyadh, Saudi Arabia*

(Received 5/7/1437H; Accepted for publication 1/1/1438H)

Keywords: Challenges, Patients, Moving in, Government Hospitals.

Abstract: This study aims at trying to determine the size of the challenges facing Saudi patients who are compelled move from different regions of Saudi Arabia to Riyadh for treatment at government hospitals, and then to investigate the link between the areas from which patients come and the type of challenges they face during their medical trip to Riyadh. To the knowledge of the researcher, this study is the first of its kind in Saudi society.

The results have revealed that among the challenges these patients encounter is the human suffering: (49.8%) of respondents classify the level of this suffering as medium, (30.1%) as high, and (18.7%) as low. As for the economic losses, (46.4%) of the respondents classify them as medium level losses, (29.9%) as high level losses, and (22.6%) as low level losses. As for the organizational challenges, (44.4%) of respondents said they had faced high-level challenges, (37.9%) said that the challenges were medium, (22.6%) said they had faced low-level challenges and (4%) of the respondents had not faced any challenges. The data has revealed that the patients who endured most in terms of human suffering are those coming from the region of Asir. The patients from the Jouf region suffered most economic losses while Al Baha region patients suffered most in terms of organizational challenges. Regarding the solutions and recommendations, the overall majority of respondents suggested the founding of an association to manage the affairs and to take care of these patients when they move to Riyadh for medical treatments.

تمهيد

وبالرغم من تلك الجهود تواجه وزارة الصحة مشكلة زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية بصورة مطردة في مناطق المملكة العربية السعودية كافة، وذلك لعدة عوامل ديموغرافية واجتماعية واقتصادية وجغرافية، ومن أبرزها زيادة حجم السكان بمعدلات مرتفعة، إذ تشير التقديرات الإحصائية للسكان إلى أنه حتى عام ١٤٤٤/١٤٤٥هـ، (٢٠٢٤م)، سوف تستمر الزيادة السكانية بالمملكة بمعدل نمو مرتفع، وذلك بسبب ارتفاع معدل الخصوبة وانخفاض معدلات الوفيات، وستطلب هذه الزيادة متطلبات إضافية من مرافق وقوى بشرية صحية تتواءم مع الاحتياجات السكانية، وبما يحافظ على معدلات الخدمة الصحية، كما أن نسبة عدد السكان من الذين تزيد أعمارهم عن (٦٠) سنة سترتفع في إجمالي عدد السكان بحلول عام ١٤٤٠/١٤٤١هـ (٢٠٢٠م)، وأن متوسط العمر المتوقع قد يرتفع (من ٩٠، ٧١ إلى ٧٧)، سنة بنهاية المدة نفسها، يضاف إلى ذلك أن خريطة الحالة الصحية ومعدلات الإصابة بالأمراض تستمر في التغير بالمملكة العربية السعودية، مما أدى إلى تحسن مستمر في خفض معدلات الإصابة بالأمراض السارية نتيجة لبرامج الوقاية والتوعية الصحية التي جرى تنفيذها ضمن نشاطات الرعاية الصحية، ومن ثم تتجه نسبتها في إجمالي عبء المراضة إلى الانخفاض.

تمثل المستشفيات في الدولة الحديثة البيئة الطبيعية المناسبة لمعالجة الأمراض، وهي المعالجة التي تعتمد على تضافر عدة عناصر من بينها التقنية والمعالجة بالأدوية والجراحة. ولم تصل المستشفيات الحديثة إلى ما وصلت إليه إلا بتطورات تاريخية تعود جذورها إلى الحضارات القديمة التي جسدت محاولات الإنسان المستمرة، لتوفير أماكن لعلاج المرضى وإنقاذ المصابين. وفي المملكة العربية السعودية اهتم النظام الصحي بضمن توفير الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة الوقائية والعلاجية والتأهيلية والتعزيزية لكافة أفراد المجتمع. كما أن الخدمات العلاجية حظيت باهتمام كبير سواء في القطاع الحكومي أو الخاص، ويبدو ذلك في المستشفيات الثانوية والتخصصية، والعمل على تطويرها كمًا وكيفًا، ليرتفع معها مستوى الخدمات العلاجية، والهدف من هذا الاهتمام هو تلبية احتياجات المواطن من الرعاية الصحية في أرجاء المملكة كافة، وذلك بواسطة نشر مراكز الرعاية الصحية وسط التجمعات السكانية الكثيرة والمتناثرة، لتقديم الخدمات العلاجية الشاملة لجميع المواطنين، ونشر المستشفيات التخصصية في جميع المناطق (الحزام الصحي)، لتوفر على المواطنين عناء السفر لمراجعة المستشفيات الحكومية في المدن الرئيسة.

لا شك أن انتقال المرضى من مختلف مناطق المملكة العربية السعودية لتلقي العلاج في المستشفيات الكبرى والمتخصصة في مدينة الرياض صاحبه العديد من المشكلات، وعليه؛ فإن مشكلة هذه الدراسة تسعى إلى تحقيق بعض الأهداف، والإجابة عن بعض التساؤلات.

أهداف الدراسة

- ١- التعرف على الخصائص السكانية للمرضى السعوديين المنتقلين من مختلف مناطق المملكة العربية السعودية إلى مدينة الرياض للعلاج في المستشفيات الحكومية.
- ٢- تحديد حجم المشكلات التي تواجه المرضى السعوديين المنتقلين من مختلف مناطق المملكة العربية السعودية إلى مدينة الرياض للعلاج في المستشفيات الحكومية، والمتمثلة في المعاناة الإنسانية والحسائر الاقتصادية والمعوقات التنظيمية.
- ٣- المقارنة بين نوع المنطقة التي ينتمي إليها المرضى والمشكلات التي تواجههم.
- ٤- تقديم بعض الحلول والتوصيات التي يمكن أن تسهم في معالجة تلك المشكلات.

تساؤلات الدراسة:

- ١- ما الخصائص السكانية للمرضى السعوديين المنتقلين من مختلف مناطق المملكة العربية السعودية إلى

أما في مجال الأمراض غير السارية وإصابات الحوادث فإن نسبتها في إجمالي عبء المراضة يتجه إلى الارتفاع بسبب ظهور أنماط جديدة من الأمراض والإصابات المصاحبة للنمو الحضري والتطور الصناعي مع زيادة الكثافة السكانية وتغير نمط الحياة، إذ سيؤدي ذلك إلى التطور في نوعية الاحتياجات من الخدمة الصحية التي تتطلبها هذه التغيرات، ومن ثم ضرورة التوسع في توفيرها لمقابلة الطلب المتزايد عليها (وزارة الاقتصاد والتخطيط، ٢٠٠٥م).

مشكلة الدراسة

إن تركز المستشفيات الحكومية ذات التقنية العالية والكوادر الطبية والصحية والإدارية المتميزة في مدينة الرياض العاصمة شكّل عبئاً على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع، وذلك نتيجة الضغط المتزايد على تلك المستشفيات، وانتقال المرضى من محل إقامتهم وابتعادهم عن أسرهم وانقطاعهم عن أعمالهم وتحملهم مشقة السفر وتكاليف الإقامة والإعاشة والمواصلات، ففي آخر إحصائية لوزارة الصحة بلغ إجمالي عدد المحولين عام ٢٠١٤م (٥٨٥٤٥) حالة، كان نصيب مدينة الرياض (١١٨٠٤) حالة (وزارة الصحة، ٢٠١٤م). لكن هناك أعداداً من المرضى لم تشملهم الإحصائية، بسبب أنهم تلقوا علاجهم من غير تحويل (طريقة غير رسمية).

الصحة العالمية فترى المشكلة على أنها اعتلال الصحة داخل المجتمع، لذلك تُعرّف الصحة بأنها "حالة من المعافاة الكاملة جسمياً ونفسياً واجتماعياً، لا مجرد انتفاء المرض أو العجز" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥م).

عموماً اختلفت التعريفات السابقة في نقاط واتفقت في نقاط، وهذا يبدو أساسياً في معالجة الظاهرة موضع الدراسة، فمن جهة الاختلاف فهناك من عدّ المشكلة على أنها حالة من الشدة تواجه الفرد، ومنهم من عدّها على أنها ظاهرة غير واضحة، ومنهم من عدّها على أنها علة، أمّا من جهة الاتفاق فإنّ جميع التعريفات السابقة تتفق على أنّ مفهوم المشكلة هو وضعٌ يحتاج إلى الإدراك والفهم والحل أو العلاج من أجل فائدة ورفاهية الإنسان.

مفهوم المشكلات إجرائياً: يُقصد بالمشكلات في هذه الدراسة بأنها: مجموعة من المعاناة الإنسانية والخسائر الاقتصادية والمعوقات التنظيمية التي تواجه المريض السعودي المنتقل من محل إقامته بمنطقته إلى مدينة الرياض للعلاج في المستشفيات الحكومية.

٢- مفهوم الانتقال لغةً واصطلاحاً:

المفهوم اللغوي: جاء في المعجم الوسيط مفهوم الانتقال بمعنى "هَجَرَ هَجْرًا: تَبَاعَد، وَيُقَالُ: هَجَرَ الْفَحْلُ: تَرَكَ الضَّرَابَ، وَالْمَرِيضُ: هَدَى، وَيُقَالُ هَجَرَ فِي مَرَضِهِ وَفِي نَوْمِهِ" (أنيس، وآخرون، ١٩٧٣م. ص

مدينة الرياض للعلاج في المستشفيات الحكومية؟

٢- ما حجم المعاناة الإنسانية التي تواجه هؤلاء المرضى، وهل تختلف باختلاف نوع المنطقة؟

٣- ما حجم الخسائر الاقتصادية التي تواجه هؤلاء المرضى، وهل تختلف باختلاف نوع المنطقة؟

٤- ما حجم المعوقات التنظيمية التي تواجه هؤلاء المرضى، وهل تختلف باختلاف نوع المنطقة؟

٥- ما الحلول والاقترحات والتوصيات التي يمكن أن تُقدّم بين يدي صانعي السياسات الصحية في المملكة العربية السعودية؟

مفاهيم الدراسة

١- مفهوم المشكلات لغةً واصطلاحاً:

المفهوم اللغوي: ورد في معجم لسان العرب المشكلة بمعنى "العضل وأصل العضل المنع والشدة"، ويقال: أعضل بي الأمر، إذا ضاقت عليك فيه الحيل" (ابن منظور، ٢٠٠٤م. ص ١٨٦).

المفهوم الاصطلاحي: جاء مفهوم المشكلة في مصطلح العلوم الاجتماعية بأنها "ظاهرة تتكون من عدة أحداث أو وقائع متشابكة ومتمزجة بعضها ببعض لفترة من الوقت ويكتنفها الغموض واللبس تواجه الفرد أو الجماعة ويصعب حلها قبل معرفة أسبابها والظروف المحيطة بها وتحليلها للوصول إلى اتخاذ قرار بشأنها" (بدوي، ١٩٨٦م: ٣٢٧). أمّا منظمة

ثانياً: الإطار النظري

تمهيد:

تُعَدُّ النظرية محوراً أساسياً لأي علمٍ من العلوم، وتتضح أهميتها في كونها على مستوى عالٍ من العمومية والتجريد للعديد من المبادئ والقوانين الخاصة والعامّة التي تُعَدُّ بمنزلة تلخيص للوقائع والعلاقات بين الأشياء والظواهر المختلفة، إضافة إلى أنّها تُقدّم إطاراً تصورياً يسترشد به الباحثون عند جمع الحقائق وتحليلها، وتساعدهم في التنبؤ بما يمكن أن يحدث من ظواهر في المجتمع، وتحديد أوجه النقص في المعرفة الحالية وترشدهم في تطبيق هذه المعرفة تطبيقاً سليماً (تياشيف، ١٩٨٢م. ص ٣٦)، و من هذا المنطلق نلاحظ أنّ هناك العديد من المداخل والاتجاهات النظرية التي يمكن أن تُسهّم في تفسير مشكلة الدراسة الحالية، وأبرزها ما يأتي:

١- المدخل الاجتماعي

ترى النظرية الوظيفية أنّ المجتمع يعمل بطريقة سلسلة اجتماعياً، والمرضى يُمثل نوعاً من الخلل الذي يؤدي إلى اضطراب انسياب هذه الحالة الاجتماعية الاعتيادية، والفرد في حالة مرضه لا يستطيع أن يؤدي أدواره المتوقعة، أو لا يكون أداؤه على ما عُهد فيه من كفاءة. ونظراً؛ لأنّ المرضى لا يستطيعون القيام بأدوارهم المعتادة، فإنّ حياة من حولهم يعثرها الاضطراب والارتباك، فمُهمات العمل خارج البيت

(٩٧٢). وفي معجم العلوم الاجتماعية جاءت الهجرة على أنّها "ظاهرة رافقت البشرية منذ نشأتها، وهي تعني انتقال فرد أو مجموعة بشرية معينة من إطار جغرافي إلى آخر" (معتوق، ٢٠٠١م. ص ٢٣٣).

المفهوم الاصطلاحي: تُعرّف الأمم المتحدة الهجرة بأنّها "انتقال السكان من منطقة جغرافية إلى أخرى، وتكون عادة مصاحبة، تغير في محل الإقامة ولو لفترة محدودة" (ابراهيم، ٢٠٠٨م. ص ١٤٢).

عموماً يمكن أن تُصنّف التعريفات السابقة إلى:

أ. تفسير ذو بعدٍ عددي: وذلك بوصفه انتقال فردي يقوم به أفراد، أو انتقال جماعي ومن مكان لآخر. كما ورد في معجم العلوم الاجتماعية.

ب. تفسير ذو بعد زمني: وذلك بوصفه الانتقال وقتي؛ أي: لمدة محددة من الزمن أو انتقال دائم من منطقة لأخرى، كما جاء في مفهوم الأمم المتحدة.

ونلاحظ أنّ التعريفات السابقة اتفقت على أنّ الانتقال اصطلاحاً للدلالة على التحركات الجغرافية، وأنّ المنتقل هو الشخص الذي ينتقل ويقيم في محل غير إقامته.

مفهوم الانتقال إجرائياً: يُقصد بالانتقال في هذه الدراسة بأنّه: انتقال المريض السعودي داخل حدود المملكة السياسية من مكان إقامته، سواء كانت مدينة أو قرية أو هجرة أو بادية إلى مدينة الرياض والإقامة فيها لتلقي العلاج في المستشفيات الحكومية.

منطقة أخرى للعلاج، فإن دوره سوف يتعطل داخل الأسرة ومجتمعه المحلي، ويترك فراغاً للأدوار التي كان يقوم بها، فوظيفة الأسرة واتزانها تتوقف في البديل الذي يجب أن يؤدي الأدوار التي كان المريض يقوم بها، إضافة إلى أن المرض يؤدي إلى مزيد من المال بسبب تكاليف العلاج والانتقال إلى المستشفى، وقد تكون هناك حاجة إلى مصروفات إضافية لإنفاقها على الأجهزة الطبية أو الأغذية الخاصة أو الملابس أو غيرها، لذا نجد أن أكثر من يحس بالخسائر المادية الناتجة عن المرض هو المريض والقريبون منه اجتماعياً، إلا أن تأثيرها يصل إلى المجتمع ككل، حيث يفقد المجتمع عضواً عاملاً منتجاً، والوظائف التي كان يقوم بها قد تحتاج على شخص آخر الأمر الذي قد يحتاج إلى ترتيبات خاصة.

٢- المدخل الصحي

تتضح أهمية المدخل الصحي في تحديد أولويات الاحتياجات والمطالب الصحية داخل المجتمع، فمعظم الناس قد لا يكونوا على دراية بالحاجة للخدمات الصحية، ولكنه يبدو للعيان متمثلاً في أعداد المراجعين للعيادات والأقسام الخارجية، إن الاحتياجات الصحية لا تؤثر في الأشخاص المعنيين فقط، ولكنها تؤثر أيضاً في الذين يرتبطون بهم اجتماعياً، فالمريض وعائلته والمجتمع والخدمات الصحية لابد أن يؤخذوا جميعاً في الحسبان عند دراسة

تظل تبحث عنم يؤديها والواجبات والمسؤوليات داخل المنزل تظل غير مكتملة، وقد طرح عالم الاجتماع الأمريكي (تالكوت بارسونز) فكرة (دور المريض) لتفسير أنماط السلوك التي يسلكها المريض لتخفيف الآثار الضارة المربكة التي يُخلفها المرض، حيث يرى أن الناس يتعلمون دور المريض في تنشئتهم الاجتماعية الأولى، ثم يمارسونه بمساعدة الآخرين عندما يُصيبهم المرض، وهناك ثلاثة عناصر أساسية لهذا الدور، وهي: أ- إن المريض ليس مسؤولاً بصفة شخصية عن حالة المرض التي يعانها، فهو نتيجة لأسباب بدنية فوق طاقته، ولا علاقة بين بدايات المرض وسلوك الإنسان وأفعاله الشخصية.

ب- إن للمريض حقوقاً وامتيازات معينة، منها التخلي عن مسؤولياته الاعتيادية، ومن ثم يستحق الإعفاء من واجبات أو أدوار أو أنماط سلوك معينة. ت- يعمل المريض على استعادة صحته باستشارة خبير طبي، وأن يُعطي مرضه طابع الشرعية بشهادة أو تقرير يُعطيه له خبير طبي مهني بعد الكشف عليه (غندنز، ٢٠٠٥م. ص. ٢٤١).

يمكن تفسير الظاهرة المدروسة من هذا المدخل الاجتماعي، إذ الإصابة بالمرض تؤثر على دور المريض، حيث تتضاءل قدرته في الوفاء بواجباته والتزاماته الأسرية والمجتمعية، فعندما يصاب أحد أفراد الأسرة على سبيل المثال بمرض وينتقل من محل إقامته إلى

عندما تعدُّ منخفضة، وعندما لا تنطبق الميزة فإنها تُعطي صفرًا. فالقيمة الإنسانية تساوي مجموع نقاط (المعانة الجسمية + المعانة النفسية + العجز + التمزق الاجتماعي). أيضًا القيمة الاقتصادية فلها تأثير على الاحتياجات الصحية داخل المجتمع؛ لأنَّ الأمراض والعجز يؤدِّيان إلى مزيد من الحاجة للمال بسبب تكاليف العلاج والنقل للمستشفى، وقد تكون هناك حاجة إلى مصروفات إضافية لإنفاقها على الأغذية الخاصة أو الملابس أو المريض في المنزل، فالقيمة الاقتصادية للاحتياجات الصحية تعتمد على الخسائر التي ربما وازنتها المكاسب جزئيًا، وقد تخصُّ هذه الخسائر المريض وأسرته والمجتمع والخدمات الصحية، ولتقليل القيمة الاقتصادية، فإنَّ المكاسب والخسائر يمكن أن تقيَّم باستخدام نظام النقاط المبسط نفسه الذي استعمل للقيمة الإنسانية (بينيت، ٢٠٠١م. ص. ١٥٩).

يمكن النظر إلى المدخل الصحي عند تفسير الظاهرة المدروسة بأنَّ المشكلات التي تواجه المرضى المنتقلين من مناطقهم ومحل إقامتهم لتلقي العلاج في مدينة الرياض بواسطة عدة عوامل تؤثر في طلب الخدمة العلاجية، وتعتمد هذه المعلومات عمَّا يُقدَّم من خدمات وأين وكيف ومتى ومن الذي يقوم بتقديمها، وما تكلفتها؟ كما أنَّ طلب الخدمة لا يعتمد على معرفة المجتمع فقط، ولكنَّه يعتمد على آراء المجتمع وموقفهم

حجم الاحتياجات الصحية، ويمكن التعبير عن حجم الاحتياجات الصحية وفق النموذج الذي وضعه (شوراتز) (بينيت، ٢٠٠١م. ص ١٥٥) على شكل المعادلة الآتية: ح = ت × (ق س + ق ص).

(ح) حجم المشكلة - (ت) تكرار المشكلة - (ق) القيمة الإنسانية - (ق ص) القيمة الاقتصادية. يرى (شوراتز) أنَّ تكرار إصابة الأشخاص بالمرض والمدة التي يقضونها وهم مرضى، يبدو أنَّه أفضل مقياس لتكرار المشكلة، كما أنَّ القيمة الإنسانية تؤثر في الاحتياجات الصحية داخل المجتمع، وتكون على ثلاثة مستويات مختلفة هي: المريض، والأسرة، والمجتمع، ولهذا فإنَّه عند حساب القيمة الإنسانية، فلا بدَّ من اعتبار أربعة جوانب هي:

- أ- المعانة الجسمية (عدم الارتياح، الألم، والانزعاج والارتباك)، وتشمل المريض بمفرده.
- ب- المعانة النفسية (الخوف، القلق، الوصمة الاجتماعية)، وتشمل المريض والأسرة.
- ت- خطر العجز الدائم ويشمل المريض والأسرة والمجتمع.
- ث- التمزق الاجتماعي ويكون على مستوى (شخصي، أسري، مجتمعي).

هذه الجوانب الأربعة تقيِّم قوة كل ميزة على ثلاثة مستويات، بإعطاء ثلاث نقاط عندما نعدُّ المعانة عالية، ونقطتان عندما تعدُّ متوسطة، ونقطة واحدة

القرارات واتخاذها وفي مستوى الخدمة المقدمة.
 ب- المركزية: توجد مركزية إدارية شديدة في الدول النامية في الجهاز الإداري على اختلاف مستوياته وتنظيماته، وللنظام الاجتماعي والقبيلة والعائلة دور في ذلك، فتمركز الخدمات الصحية في المدن الرئيسة يشل قدرة المناطق النائية في تقديم الخدمات للأفراد مما يجعلهم عاجزين في التعامل مع الحالات المرضية، ويتنظرون موافقة من السلطات المركزية في نقل أو تحويل المرضى إلى تلك المدن، فكلما تجاهلت المنظمة العوامل البيئية؛ واجهت أزمات وصعوبات (ساعاتي، ٢٠٠٠م، ص ٣٨).

يمكن تفسير الظاهرة الحالية بواسطة المدخل الإداري إذا كان في العمل الإداري داخل المنظمات الصحية محسوبة (واسطة) في التعامل مع الحالات المرضية، وتقديم مريض على حساب مريض آخر في أمس الحاجة إلى الرعاية العلاجية أو التحويل إلى المستشفيات التخصصية، فإن ذلك سوف يؤدي إلى تفاقم مشكلات المرضى أيضاً، كلما كان التنسيق فعّالاً بين المرافق الصحية وإجراءات التحويل واضحة لدى المرضى؛ زادت انسيابية العمل داخل المستشفيات والمنظمات الصحية، أما إذا اتسمت الإدارة الصحية بالمركزية الشديدة في اتخاذ قرارات تحويل المرضى من محل إقامتهم إلى مدينة الرياض فسيكون ذلك على حساب حالة الصحية لهم.

وتجاربهم السابقة، والمدخل الصحي يفسر حاجة المريض إلى الخدمات العلاجية في محل إقامته عن طريق المعاناة الإنسانية والخسائر الاقتصادية التي تواجهه في أثناء انتقاله لتلقي العلاج في المستشفيات الكبرى بمدينة الرياض.

٣- المدخل الإداري

يعتمد المنهج البيئي في دراسة الإدارة إلى أيّ منظمة في أيّ مجتمع، وعلى أنها جزء من ذلك المجتمع تتفاعل مع مكوناته السياسية والاقتصادية والاجتماعية والجغرافية والمناخية والثقافية المحيطة بالمنظمة، بمعنى إنَّ المنهج البيئي ينطلق من قاع المجتمع إلى قمته من عناصر المناخ والموقع إلى الأفراد الذين يعيشون فيه من حيث حجم السكان وعلاقاتهم ومعلوماتهم وتوزيعهم الجغرافي وطرق التعامل الاجتماعي وأساليب حياتهم. وقد ذكر (فريد يجز) بعض الصفات التي يتصف بها النظام الإداري في المجتمعات النامية الانتقالية، ومنها:

أ- المحسوبة: إذ تؤثر صلة القرابة على القرارات الإدارية؛ وذلك عندما يقدم الموظف لقريبه مميزات لا يقدمها للشخص العادي، ويتجاوز الأنظمة واللوائح أو تكييفها لصالح قريبه، ويعطي أولوية في منح الخدمة التي يتولاها للمستفيدين؛ ممن يرتبط بهم بروابط أسرية أو روابط صداقة أو روابط جغرافية، وهذه العلاقات أثر واضح في سير العمل الإداري وفي صنع

الدراسات السابقة

مشكلات المرضى السعوديين المتقنين من مناطق المملكة إلى مدينة الرياض للعلاج في المستشفيات الحكومية من المشكلات التي لم تلقَ اهتمام الباحثين في المجتمع السعودي، مع أنَّها من الموضوعات البالغة الأهمية، ويتضح ذلك من عدم وجود دراسات سابقة لها في حدود علم الباحث.

من هذا المنطلق حاول الباحث استعراض بعض الدراسات المتاحة في العقدين الماضيين، وقد صنَّفها حسب محاور الدراسة الحالية، وفي نهاية عرض تلك الدراسات قدَّم الباحث تعقيباً نقدياً لها لتوضيح جوانب القوة والضعف، وما يمكن أن تقدمه الدراسة الحالية من معالجة بعض القصور، وتسدُّ فجوة علمية قدر المستطاع في هذا الجانب وفيما يلي عرض لهذه الدراسات:

١- الدراسات التي اهتمت بالخصائص السكانية

للمرضى

دراسة الخليفة وآخرون (١٩٩٣ م). إذ هدفت إلى تحديد العوامل الاجتماعية والشخصية المؤثرة للاستفادة من خدمات المؤسسات العلاجية الخاصة بالمقارنة بالمؤسسات الحكومية في المملكة العربية السعودية، وقد اعتمدت على بيانات من عينة مسح للمرضى والمراجعين بالمستشفيات الحكومية والمستشفيات والمستوصفات الخاصة، ومسح

مديري تلك المستشفيات والمستوصفات في ثمان عشرة مدينة، وعينة المسح الأسري لمدينة الرياض. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنَّ نسبة الذين يتجهون للعلاج في المستشفيات الحكومية تزداد مع انخفاض المستوى التعليمي للمبحوثين، والعكس صحيح لدى المستشفيات ومستوصفات القطاع الخاص، وأنَّ المبحوثين الذين يستفيدون من خدمات القطاع الصحي الحكومي ويعملون في المهن الزراعية تفوق نسبتهم من يعملون في قطاع الإنتاج والخدمات، وعلى العكس في القطاع الصحي الخاص، وكلَّمًا ارتفعت كمية الدخل الشهري للمبحوث ومتوسط الدخل الشهري لأفراد أسرته التي ينتمي إليها، كان أكثر ميلًا لطلب الخدمة العلاجية في المستشفيات والمستوصفات الخاصة والعكس صحيح لدى القطاع الحكومي، وأشارت نتائج البحث إلى أنَّ المولودين في المناطق الأكثر تحضرًا كمنطقة الرياض والقصيم والشرقية والمدينة المنورة ومكة المكرمة وتبوك والقريات، والمولودين خارج المملكة أكثر استفادة من الخدمات العلاجية الخاصة، في حين المولودين في مناطق الجوف والحدود الشمالية والباحة ونجران وحائل وجيزان وعسير أكثر إقبالاً على العلاج في المستشفيات الحكومية، كما أظهرت النتائج أنَّ المستفيدين من الخدمات العلاجية الحكومية يأتون إليها في الغالب من مسافات بعيدة،

الفلسطيني، إذ اعتمدت على عينة عشوائية من مرضى السرطان شملت جميع فئات مرضى السرطان الذين تردوا على المستشفى الوطني بمدينة نابلس، وهو المستشفى الوحيد في محافظة نابلس الذي يعالج مرض السرطان، كذلك شملت العينة بعض مرضى السرطان الواردين إلى مركز فحص الأنسجة التابع لجمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى بعض الخصائص لمرضى السرطان، حيث إنَّه يصيب جميع الفئات، إلاَّ أنَّه أكثر انتشارًا مع تقدم عمر الإنسان، حيث بلغت النسبة (٤, ٤٢٪)، للمرضى التي تتراوح أعمارهم بين (٤٠-٦٠ سنة)، وتزداد الإصابة بالسرطان لدى الإناث، حيث بلغت النسبة ثلثي العينة (٩, ٦٢٪) مقابل (١, ٣٧٪) من المرضى الذكور، وأنَّ نسبة الإصابة تقلُّ تدريجيًّا كلما ارتفع المستوى التعليمي للشخص، حيث يُوجد (١, ٣٠٪) من مجموع العينة من المرضى الأميين، ثم تنخفض حتى تصل إلى (٥, ١٪) من المرضى الجامعيين.

أمَّا دراسة الراوي (٢٠٠٢م) فبعنوان (المشكلات الديمغرافية في الوطن العربي)، حيث استعرض الواقع الصحي في الوطن العربي ومقدار ما تحقق من تقدّم ومقارنة ذلك بدول العالم الأخرى النامية والمتقدمة منها على السواء من في عرض إحصائي تحليلي، واعتمدت تلك الدراسة على بيانات المسح الدولي

في حين تستقطب المستشفيات الخاصة المرضى والمراجعين من الأحياء المجاورة. وفي دراسة (المهنا، ٢٠٠٥م.) التي استهدفت تقييم رضا المستفيدين عن برنامج الرعاية الصحية المنزلية المقدمة لكلِّ من مستشفى الملك فيصل التخصصي ومستشفى الملك فهد للحرس الوطني بمدينة الرياض. فقد كان إجراء هذه الدراسة في منازل المرضى التابعين لكلا المستشفيات، وشملت العينة كل المستفيدين (المرضى وذوهم) من هذه الخدمة ممن تنطبق عليهم معايير الدراسة، وقد وصل عدد العينة إلى (٣٣٠) فردًا (٦٤) مريضًا و(٢٦٦) مقدم للرعاية من ذوي المرضى)، وتوصلت نتائج تلك الدراسة إلى خصائص المستفيدين، حيث إنَّ أكثر من نصف العينة (٩, ٥٧٪) كانوا إناثًا. أمَّا بقية العينة (١, ٤٣٪) فكانوا ذكورًا، وأكثر من ثلثي العينة (٨, ٦٥٪) كانوا أميين، في حين نجد أنَّ أكثر من ثلث العينة (٤, ٣٩٪) كانوا متزوجين، واتضح أنَّ غالبية العينة (١, ٩٦٪) لا يعملون، وأنَّ غالبية العينة (٨, ٨٥٪) دخلها الشهري كافٍ ويغطي الاحتياجات الأساسية، وقد ساد نمط الأسرة الممتدة على أفراد العينة، حيث إنَّ أكثر من (٧, ٦٢٪) كانوا من الأسر التي تراوح عدد أفرادها ما بين (٣) إلى (٦) أفراد.

وفي دراسة أبو زنت (١٩٩٦م.) عن العوامل الاجتماعية وتأثيرها على مرضى السرطان في المجتمع

بكثير مما يشكو منه أفراد الفئات المهنية العليا؛ إضافة إلى أن الأمراض المزمنة أو الطويل الأمد في الفئة الأولى تزيد (٥٠٪) عما هي في الثانية (غندنز، ٢٠٠٥م).

٢- الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين المرضى والمعاناة الإنسانية

إن المرض ليس مجرد إحساس فردي بالألم والخوف والتكد والحيرة والارتباك، بل إنه يؤثر في الآخرين حوله. كما أن الناس الذين حول المريض أو يتعاملون معه يواجهون الحالة المرضية بالتعاطف أو بمد يد المساعدة أو تقديم الرعاية والمساندة، وهم يبذلون الجهد لفهم مشاعر المريض ومحاولة استيعاب هذه المشاعر وترتيب آثارها على حياتهم، كما أن ردود الفعل التي تصدر تجاه المريض من الذين يتعاملون أو يتفاعلون معه تُسهم في التأثير على تصور الفرد لنفسه ولأهميته بالنسبة إلى الآخرين.

لقد أشارت دراسة البنيان (٢٠٠٠م) بعنوان (المشكلات الاجتماعية لمريضات الصرع)، وهدفت إلى التعرف على المشكلات الأسرية والتعليمية والمهنية، وقد طبقت الدراسة على جميع المريضات بالصرع العضوي المتكررات على عيادات المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، وقد بلغ عددهن ١٣٩ مبحوثة، فأهم المشكلات الأسرية هي خوف المريضة من رؤية أفراد الأسرة لها في أثناء النوبة الصرعية؛ وذلك لما تسببه النوبة من قلق وفرع أفراد العائلة؛ لذلك فالمريضة

والعربي، وكان من أهم نتائجها أن أكثر من ثلث سكان الوطن العربي محرومون من الخدمات الصحية العامة، وأكثر من نصف سكان الوطن العربي هم من دون خدمات للصرف الصحي، وهي نسب تفوق السائد في عموم الدول النامية، كما أن هناك تفاوتاً واتساعاً في الفجوة التنموية بين الأقطار العربية النفطية وغير النفطية وبين سكان الأرياف والمدن.

ومن الدراسات الأجنبية دراسة (براون وبوتزل عام ١٩٩٩م) عن نواحي اللامساواة الصحية في عدة مجتمعات، فقد توصلت نتائج تلك الدراسة إلى أن العمال اليدويين غير المهرة في الفئات الاجتماعية المهنية الدنيا، وتكون نسبة الوفيات بينهم قبل سن التقاعد ضعفي النسبة لدى فئة المهنيين ذوي الياقات البيضاء في الطبقة المهنية الاجتماعية العليا، وكانت نسبة الأطفال الذين يولدون موتى أو في الأسبوع الأول من ولادتهم في العائلات التي تكون أرباب البيت فيها من العمال غير المهرة تعادل ضعف أمثالهم في عائلات كبار المهنيين، و عمر أبناء الطبقة الاجتماعية العليا من المهنيين يزيد بمعدل سبع سنوات عن أمثالهم في الطبقة الدنيا من العمال اليدويين غير المهرة، كما يمثل نحو (٩٠٪) من الأسباب المؤدية إلى الموت كانت أكثر انتشاراً في الطبقة الاجتماعية الدنيا قياساً على ما هي عليه في الطبقات الأخرى، وكان أفراد الطبقة العاملة يُراجعون الأطباء لمعالجة مجموعة من الأمراض أوسع

ومقياسين متدرجين، وتوصّلت أنّ عجز المسنين عن خدمة أنفسهم بأنفسهم وعزلتهم عن الآخرين هو من أقوى الأسباب المؤدّية إلى تحويلهم إلى دور الرعاية، وأنّ المشكلات النفسية والاجتماعية وخصوصاً شعور المسنين بالحزن والكآبة الناجم عن تفكيرهم بأحفادهم والاشتياق إليهم، وعن فقدانهم لمكانتهم في الأسرة والمجتمع من أشدّ المشكلات التي تبعث على الألم والمعاناة في دور الرعاية، تليها من حيث الأهمية المشكلات الصحية وخاصة الأمراض التي تصحب الشيخوخة.

وبينت نتائج دراسة بومدين (٢٠٠٥م). بعنوان (التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر حالة مدينة سكيكدة). وقد استهدفت تحديد العلاقة بين ممارسات التراث الشعبي في مجال الصحة والمرض وبين البيانات الديموغرافية للمبحوثين، ومحاولة الكشف عن علاقة نظام القيم والتصورات والممارسات المتعلقة بالصحة والمرض في ضوء إدراك الأفراد ومواقفهم واستجاباتهم في الحياة اليومية، وتوصّلت إلى أنّ نسبة (٦٤, ٤٦٪) من أفراد العينة يرون أنّ التعب النفسي والمعنوي أهمّ العلامات التي تشير أنّ شخصاً ما مريض، كما عدّوا الارتياح النفسي والجسدي أفضل تعريف للصحة وذلك بنسبة (٢٣, ٥٢٪)، لذا نجد أنّ أفضل طريقة للمحافظة على الصحة هي مراقبتها

ترغب أن تكون في مكان معزول إلى أن تنتهي النوبة، كما أنّ غالبية المريضات يرفضن الخروج من المنزل خشية تكرار النوبة، وشعورهن بالذنب لأنّهن يحملن أهلهنّ وذويهنّ مشاق المرض، والإحساس بالوصمة نتيجة المرض تجاه الأسر الأخرى بسبب أنّ المجتمع يربط مرض الصرع بالمعتقدات والأفكار الخاطئة، ويعدّون مريضة الصرع إنسانة غير عادية. كذلك من المشكلات الخوف من الطلاق لدى المتزوجات، أمّا غير المتزوجات فإنّهنّ يخفن من عدم الزواج عند معرفة الزوج بالمرض، والخوف من الإنجاب خشية أن يحمل الأبناء المرض نفسه. أمّا المشكلات التعليمية فهي قلة تكوين الصداقات في المدرسة، وكثرة الغياب عن المدرسة، والإقلال من التحصيل العلمي، وفيما يخصّ المشكلات المهنية الشعور بالألم والحسرة من نظرات الزميلات في العمل والحساسية الزائدة في تعاملها معهنّ، والتفكير في الانسحاب عن العمل.

وكشفت نتائج دراسة درويش (٢٠٠٣م). عن المسنين ومشكلاتهم، وهي دراسة مسحية أُجريت على جميع المسنين المقيمين في دور الرعاية في دولة الإمارات العربية المتحدة (باستثناء ٦٦ حالة لم يكن بالإمكان مقابلتهم بسبب سوء حالتهم الصحية)، وهدفت إلى التعرف على الأسباب التي تؤدّي إلى تحويل المسنين إلى دور الرعاية وعلى المشكلات التي يعانون منها من وجهة نظرهم، وقد صُمّمت استبانة مكونة (٣٧) فقرة

باستمرار، حيث أقرَّ بذلك ما نسبته (٦٨, ٣٢٪) ومجتمع ككل، وقد اهتمت بعض الدراسات ببحث العلاقة بين المريض والخسائر الاقتصادية.

ففي دراسة الدلقان (١٩٩٣م). بعنوان (الأبعاد المكانية لخدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية في مدينة الرياض). بينت نتائج الدراسة أنَّ عامل الدخل الشهري له تأثير كبير على مدى تردد المستفيدين على مراكز الرعاية الصحية الأولية، حيث بلغت قيمة المتغير (- ٩٧, ٠) وبمستوى دلالة (٠, ٠١).

أمَّا دراسة استنبولي (١٩٩٥م). بعنوان (تأثير المشكلات الاجتماعية والاقتصادية في التوازن الأسري)، وهدفت إلى التعرف على تأثير غياب الأب وما يرتبط بذلك من انقطاع أو انخفاض الدخل، كذلك على أداء الأسرة لوظائفها المفترضة، ومدى معاناة هذه الأسر من الحاجة وطلبها للمساعدات من المؤسسات الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنَّ الأسر التي يتغيب عنها الأب تعاني من اختلال التوازن أكثر من الأسر التي يتواجد فيها الأب، ومن صور اختلال التوازن الأسري البطالة والانحراف والتراكم للديون.

وأكدت نتائج دراسة أبو زنت (١٩٩٦م). التي سبق الإشارة إليها بظهور مشكلات مادية بالغة الصعوبة تواجه مرضى السرطان، حيث إنَّ حوالي ثلثي العينة أشاروا أنَّهم لا يستطيعون توفير مصاريف

ومن الدراسات الأجنبية دراسة (نيكي بريتن عام ١٩٩١م). بعنوان (رؤية المرضى للاستشاريين)، حيث أخذت الباحثة عينة من (٢٤) فردًا من استشاريي المستشفى، كما أُجريت معهم مقابلات عن آرائهم في الطريقة المحتملة لدخول مرضاهم إلى المستشفى، وقد جرى تحليل بيانات هذه السجلات، وأُجريت مقابلات أخرى مع (٢٠) مريض لمعرفة آرائهم في هؤلاء الاستشاريين، وقد حُلِّت بيانات تلك المقابلات، واستخلصت الباحثة أنَّ هناك نموذجين مختلفين لكلا الفريقين، فالاستشاريون ينظرون لمرضاهم عبر نموذج بيولوجي للاعتلال، والمرضى ينظرون للاستشاريين عبر نموذج اجتماعي نفسي للاعتلال، ويريدون منهم الامتثال لهم (عبدالعزير، ٢٠٠٩م. ص. ٤٣).

٣- الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين المرضى والخسائر الاقتصادية

تتوقف استجابة الفرد نحو المرض بدرجة كبيرة على مركزه المالي، فإنَّ قدرته على التخطيط لمواجهة المرض من الأمور العسيرة، ولا يوجد شخص يستطيع أن يتنبأ بموعد المرض، أو نوعه أو مدى استمراره أو نتائجه، كما أنَّ الخسائر الاقتصادية التي تنتج من المرض لا تلحق بالمريض وحده، بل تصل إلى الأسر

الخدمة، سواء في شكل ضرائب أو في صورة أقساط شهرية أو سنوية، واستفادتهم منها رغم أنها ضعيفة، ولهذا رأى الباحثان ضرورة البحث في هذا النظام التأميني المدفوع الأجر، خصوصاً للفئات الاجتماعية التي لا تستطيع دفع أجور علاجها فيها، وكيفية اتخاذ القرار في الانتقال من الخدمة المجانية أو الزهيدة الأجر للخدمة المدفوعة الأجر، وقد استعانا بمتغيري المكانة الصحية والحدود الوظيفية، وبعض المتغيرات الأخرى كالعمر، والعرق، والدخل، والتعليم، وعدد أفراد الأسرة في توضيح كيفية اتخاذ قرار الاستعانة بالمستشفيات التأمينية (العزير، ٢٠٠٩م).

٤- الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين المرضى

والمعوقات التنظيمية

كشفت نتائج دراسة الخليفة وآخرون (١٩٩٣م) التي سبق إشارة إليها أن هناك معوقات تنظيمية للاستفادة من خدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، حيث ظهر من مسح مديرو المستوصفات والمستشفيات؛ أن مديري المستشفيات الخاصة أكثر اعتقاداً بتفشي مشكلة المحسوبية (الواسطة) في المستشفيات القطاع الصحي الحكومي، ومن جانب المبحوث إذ إنه كلما اعتقد أن بعض المرضى والمراجعين يعاملون معاملة خاصة تحت تأثير المحسوبية (الواسطة) في المستشفيات الحكومية، كان أكثر ميلاً للعلاج في المستشفيات والمستوصفات الخاصة، في

العلاج كلياً أو حتى جزئياً. إضافة إلى عدم القدرة على توفير مصاريف الأسرة وأشار إلى ذلك ما نسبته (٢٢٪) من المرضى. أيضاً تكاليف السفر، حيث إنه لا يوجد في الضفة الغربية أو قطاع غزة أي مستشفى لإجراء عمليات دقيقة، لذلك يضطر المريض إلى السفر إما إلى خارج الوطن أو إلى مستشفيات إسرائيل.

وفي دراسة أبو ليلى والعموش (٢٠٠٩م) عن مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات المتحدة، وذلك عبر محاولة رصد وتحليل مجموعة من المؤشرات الدالة، على مدى الإدراك والوعي الصحي المتجسدة في مجموعة من القضايا المتعلقة بالممارسات والإجراءات السلوكية الصحية وعلاقتها بمجموعة من المتغيرات السكانية وغيرها، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الأزمة المالية التي عاشتها دولة الإمارات في إحداث المرض، حيث كان ذلك أكثر انتشاراً لدى فئات الدخل المنخفض مما هو لدى فئات الدخل المرتفع.

وفي بحث (فريجيينا ولكوكس وجيفري روبن عام ١٩٩٤م) بعنوان (التأمين الصحي لدى المسنين). الذي أوضح فيه إن برامج الرعاية الطبية في الولايات المتحدة تُقدّم تأميناً صحياً أساسياً يعطي ما نسبته (١٠٪) من جملة السكان، وتستهلك ما نسبته (٢٠٪) من جملة ما يُصرف على الصحة في الولايات المتحدة، في مقابل ذلك يدفع المستهلكون بعضاً من تكلفة هذه

الاستشاري في المستشفى، وعدم توافر أية معلومات للمركز الصحي عن المرضى الذين ينوون بالمستشفى من المحوّلين، وإصرار بعض المراجعين على الإحالة إلى المستشفى (وزارة الصحة، ٢٠٠٨م).

وفي دراسة الخمشي (٢٠٠٣م) عن فعالية خدمات الرعاية الصحية في القطاعين الحكومي والخاص، التي هدفت إلى تحديد مدى قدرة المستشفيات في القطاعين الحكومي والخاص على مواجهة احتياجات المستفيدين من الخدمات التي تقدمها هذه المستشفيات، ومدى توافق الخدمات التي تقدمها المستشفيات في القطاعين الحكومي والخاص مع توقعات المستفيدين من خدمات تلك المستشفيات، وقد طبقت الدراسة على بعض المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض، وشملت عينة الدراسة على (٣٠٪) من المرضى النّمّين في تلك المستشفيات في أثناء جمع البيانات: رؤساء الأقسام في كل من المستشفيات الحكومية والخاصة، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود فروق ذات دلالات إحصائية بين متوسطي المرضى النّمّين بالمستشفيات الحكومية، والمرضى النّمّين بمستشفيات القطاع الخاص عن قدرة المستشفيات على مواجهة احتياجات المستفيدين من خدمات هذه المستشفيات، وذلك لصالح متوسط المرضى النّمّين بمستشفيات القطاع الخاص، كما تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المرضى

حين يميل المبحوثون الذين يعرفون أحد العاملين من غير الأطباء في المستشفيات الحكومية إلى العلاج فيها ويقلُّ ميلهم للعلاج في المستشفيات والمستوصفات الخاصة، ومن المعوقات التنظيمية في المستشفيات الحكومية مقارنة بالمستشفيات الخاصة بُعد المسافة، وكثرة المراجعين، وطول مدة المواعيد، وعدم كفاءة الأطباء والجهاز الإداري، وتأخر تقديم الخدمة العلاجية، وكثرة المشكلات الإدارية والتنظيمية، وكثرة المشكلات مع المستفيدين.

وقدّمت المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة عسير في المملكة العربية السعودية (دراسة عام ١٩٩٤م)، عن المشكلات والمعوقات التي تواجه نظام الإحالة ووضع الحلول المناسبة لها، وكانت أبرز النتائج أنّ متوسط الردود الراجعة من المستشفيات (١٧٪)، وتقارير الإحالة المكتملة والواضحة كانت (١٢٪)، إمّا الإحالة بناءً على طلب المريض فكانت (١٦٪)، وتقارير المستشفيات غير المكتملة كانت (٤٪). أمّا أبرز المشكلات في نظام الإحالة التي أظهرتها الدراسة فهي تأخير الردود من المستشفيات، وقلة اللقاءات والندوات لمناقشة برنامج الإحالة، وعدم معرفة أطباء المستشفيات ببرنامج الرعاية الصحية الأولية وأهدافه وأهمية نظام الإحالة، وعدم الثقة المتبادلة بين الأخصائيين في المستشفى وأطباء الرعاية الصحية في المراكز الصحية، وعدم تمكن المريض المحوّل من مقابلة

عدت التدرج الاجتماعي عنصرًا مهمًا لنوعية الرعاية الصحية المقدمة، فعادة ما يحدد حصول المريض على العلاج، وتؤثر على مدى فعالية الرعاية، إذ ترى الباحثة أن الدول النامية عادةً ما تأخذ القليل من دلالات التدرج الاجتماعي لمرضاها، وقد لا تهتم بذلك في التخطيط العلاجي والوقائي، وهذا ما ينتج عنه مجموعة مشكلات كالتى تنتج عن انخفاض جودة الرعاية الطبية المقدمة، وهذا يرجع لفشل التنظيم الطبي والعاملين فيه في فهم طبيعة المرضى الاجتماعية وطبيعة الأدوية التي يجب أن تصرف لهم، وترى (لوسي جلسن) أن الرعاية الصحية التي تقدمها الكنائس عبر المراكز الصحية الملحقة بها أفضل من الرعاية الصحية الحكومية، والمراكز الصحية أفضل قليلًا عن المستوصفات الطبية، مع الوضع في الاعتبار الاختلاف في الأحكام المجتمعية والدلالات الواضحة للنوعية الفقيرة من الرعاية التي تقدمها هذه المراكز الصحية الملحقة بالكنائس، لهذا ترى الباحثة أن استخدام كلمات القرويين ذاتهم، وخبراتهم سيضعنا إزاء بؤرة اهتمام بالمشكلات والخبرات المتصلة بالرعاية الصحية، ويحدد لنا الدروس التي يجب تعلمها والتخطيط في ضوءها لهذه المراكز (العزير، ٢٠٠٩م).

مناقشة الدراسات السابقة

اتفقت هذه الدراسات على التأثيرات المتبادلة بين المرضى والمشكلات التي تواجههم في أثناء تلقي

المرضى بالمستشفيات الحكومية، والمرضى المنومين بمستشفيات القطاع الخاص عن مدى توافق الخدمات التي تقدمها المستشفيات مع توقعات المستفيدين من هذه الخدمات وذلك لصالح متوسط المرضى المنومين بمستشفيات القطاع الخاص.

أما دراسة الشريف (٢٠٠٨م) بعنوان (مدى رضا المرضى عن الخدمات في المستشفيات الحكومية والخاصة بنابلس في فلسطين). فقد هدفت لقياس رضا المرضى عن الخدمات، وتحديد العوامل المؤثر فيه بما في ذلك خدمات غرف المرضى، والنواحي الفنية والمهارات الذاتية للقائمين على تقديم الخدمات الصحية، إضافة إلى مدى توافرها وسهولة تواجدها، وقد أجريت مقابلات مع (٣٦٥) مريضًا منومًا، جرى اختيارهم عشوائيًا بالعينة الطبقة العشوائية، حيث استخدمت استبانة شاملة لقياس مستوى الرضا المتعلق بالخدمات وفق تدرج (ليكرت الخماسي)، وتوصلت النتائج إلى أن المرضى في المستشفيات غير الحكومية أكثر رضا منهم في المستشفيات الحكومية، حيث إن (٩٠٪) من المرضى كانوا راضين عن الخدمات في المستشفيات غير الحكومية، في المقابل أن (٧٠٪) من المرضى كانوا راضين عن الخدمات في المستشفيات الحكومية.

ومن الدراسات الأجنبية دراسة (لوسي جلسن عام ١٩٩٤م) في منطقة (موروجو) في تنزانيا، حيث

المنطقة التي ينتمي إليها المرضى، أيضًا حاولت الدراسة ربط المدخل العلمية والدراسات السابقة بالظاهرة المدروسة، كذلك لم تقتصر على جزء من المجتمع أو المدينة، وإنما على جميع المناطق المملكة العربية السعودية. إضافة إلى أنها استخدمت الحصر الشامل في جمع البيانات من المجتمع المدروس.

ثالثاً: الإطار المنهجي

١- نوع الدراسة

نوع الدراسة الحالية دراسة استطلاعية وصفية تحليلية تقوم على التكامل المنهجي مستفيدة من المعطيات والمعلومات كافة، التي جرى جمعها عن المرضى السعوديين المنتقلين من مناطق المملكة إلى مدينة الرياض للعلاج في المستشفيات الحكومية.

٢- منهج الدراسة

نظراً لطبيعة البحث في العلوم الاجتماعية التي تقتضي غالباً استخدام أكثر من منهج واحد للبحث، ونظراً لطبيعة وخصوصية مجتمع الدراسة، فقد قامت هذه الدراسة على المزوجة بين المناهج الكيفية والكمية في تحديد حجم المشكلات التي تواجه المرضى السعوديين المنتقلين من مناطق المملكة إلى مدينة الرياض للعلاج في المستشفيات الحكومية، والمقارنة بين المشكلات ونوع المنطقة التي ينتمي إليها الباحثون، وقد تمثل الجانب الكيفي في تلك

العلاج، غير أن كل دراسة عاجلت موضوعها بطريقة تحدم هدفها، واتفقت الدراسة الحالية مع تلك الدراسات في جوانب واختلفت في جوانب أخرى، يمكن أن نذكر منها ما يأتي:

١- معظم هذه الدراسات ركزت على طبيعة المشكلات والعوامل المؤثرة فيها.

٢- بعض الدراسات لم تربط الظاهرة المدروسة بسياقها الثقافي والاجتماعي في مجتمعات الدراسة.

٣- معظم الدراسات ركزت على دراسة مدينة بعينها، وعلى عينة من المجتمع المدروس، ومن ثم فإن محاولة قياس حجم المشكلات قد لا يعطي القدرة على تعميم نتائج البحث؛ مما قد يقلل من أهمية النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات.

٤- دراسة الخليفة وآخرون أقرب الدراسات السابقة إلى الدراسة الحالية، إلا أنها تختلف في نواحي كثيرة، فضلاً عن أنها ركزت على المعوقات التنظيمية في الاستفادة من الخدمات الصحية دون النظر إلى المعاناة الإنسانية والخسائر الاقتصادية التي تواجه المرضى.

تحاول الدراسة الحالية الاستفادة من الدراسات السابقة في بعض جوانبها، ومعالجة بعض النقص والقصور في تلك الدراسات، فمن ناحية الموضوع لم تقتصر على التعرف بطبيعة المشكلات، بل امتد إلى تحديد حجمها، والمقارنة بين هذه المشكلات ونوع

متميزة، وواحدة من أهم المدن الرئيسة التي يحول المرضى إليها من جميع مناطق المملكة العربية السعودية.

جدول رقم (١). مجتمع الدراسة حسب نوع المستشفى.

اسم المستشفى	التكرار	النسبة المئوية
مجمع الملك سعود الطبي	٣٧	٩,٠
الملك خالد التخصصي للعيون	٤٣	١٠,٤
قوى الأمن	٢٦	٦,٣
الملك فيصل التخصصي	٦٦	١٦,٠
مدينة الملك فهد الطبية	٦٢	١٥,٠
مدينة الملك عبدالعزيز الطبية	٦٩	١٦,٧
الملك خالد الجامعي	٤٤	١٠,٧
الملك عبدالعزيز الجامعي	٢٣	٥,٦
القوات المسلحة	٤٢	١٠,٢
المجموع	٤١٢	١٠٠,٠

٤ - طريقة اختيار عينة الدراسة

نظرًا لعدم وجود قوائم مخصصة لدى جميع المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض تحصر هؤلاء

المعلومات التي جرى جمعها من ملاحظات الباحث في عدة أزمته، تمثّلت أولها في الدراسة الاستطلاعية التي قام بها الباحث قبل عام ونصف، حيث رصد جملة من المشكلات الإنسانية والاقتصادية والتنظيمية وغيرها، أمّا الجانب الكمي فقد قامت الدراسة على استخدام المنهج الوصفي بطريقة المسح الاجتماعي الشامل لجميع مفردات الدراسة، بهدف الوصول إلى تعميمات على الواقع المادي الملموس وهو أنسب المناهج لتحقيق الأهداف المنشودة للدراسة.

٣ - مجتمع الدراسة

مجتمع الدراسة جميع المرضى السعوديين المتنقلين من مناطق المملكة والمنومين للعلاج في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض كما هو مبين في جدول رقم (١) وقد اعتمدت هذه الدراسة على الحصر الشامل لجميع المرضى في مدة جمع البيانات التي امتدت ثلاثة شهور، كعينة ممثلة لجميع المرضى في السنة، وقد أُستبعد مرضى الأمراض العقلية والنفسية ومرضى النساء والتوليد ومرضى العزل، واعتذر قسم الأطفال في مستشفى الملك فيصل التخصصي بسبب أوضاعهم الخاصة وصعوبة إجراء الدراسة معهم، ولقد أُخترت المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض إطارًا لمجتمع الدراسة لعدة اعتبارات، منها: أنّ مدينة الرياض هي العاصمة، ويوجد بها مستشفيات حكومية ثانوية وتخصصية ذات تقنية عالية وبكوادر طبية وإدارية

- المرضى؛ ولأنَّ طريقة مراجعة هؤلاء المرضى لتلك المستشفيات تكون بصورة غير منتظمة؛ أي: حسب خطة العلاج، لذا أَعتمدتُ هذه الدراسة على الحصر الشامل لجميع المرضى السعوديين المتقنين من مناطق المملكة إلى مدينة الرياض للعلاج في المستشفيات الحكومية في مدة جمع البيانات كعينة ممثلة لجميع المرضى في السنة، ونظرًا لتعدد التخصصات والأقسام داخل المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، فقد اقتصر الباحث على المرضى المنومين لسببين هما:
- أ- المريض المنوم قد مرَّ بمراحل متعددة منذ انتقاله من منطقته إلى أن نُومَ، لذا فإنَّ الصورة لديه مكتملة وواضحة بجميع المشكلات التي واجهته.
- ب- ضعف الإمكانيات المادية والبشرية المتوافرة لدى الباحث.
- ٥- أداة الدراسة
- من أجل تحقيق الهدف العام من الدراسة، فقد جرى قياس حجم المشكلات التي تواجه المرضى، وفقًا للمقياس الذي وضعه (شوراتز) وذلك بالنظر إلى الإطار النظري المدخل الصحي عند تحديد حجم الاحتياجات الصحية. إلاَّ أنَّه حصل تطوير هذا المقياس ليتناسب مع طبيعة هذه الدراسة، وذلك بإضافة المعوقات التنظيمية إلى المعاناة الإنسانية والخسائر الاقتصادية، وبنفس حساب النقاط على أربعة مستويات، وهي:
- أ- ثلاث نقاط عندما يكون مستوى حجم المشكلات عال، وتكون ما بين أكثر من (٢) إلى (٣).
- ب- نقطتان عندما يكون مستوى حجم المشكلات متوسط، وتكون ما بين أكثر من (١) إلى (٢).
- ت- نقطة واحدة عندما يكون مستوى حجم المشكلات منخفض، وتكون ما بين أكثر من (٠) إلى (١).
- ث- صفرًا عندما يكون مستوى حجم المشكلات لا ينطبق (لا توجد مشكلات).
- ج- وقد جرى اختيار ستة وثلاثين بُعدًا للمشكلات، وقام الباحث بإعادة صياغة بعضها، بما يتلاءم مع طبيعة مجتمع الدراسة، وكذلك ملاحظات المحكمين وجرى تجريب المقياس، وقد جرى توزيع (٤٥٧) استبانة، وأستبعد منها (٤٥) استبانة لعدم اكتمالها، وتبقى (٤١٢) استبانة.
- ٦- نتائج اختبار ثبات مقياس الدراسة (المشكلات).
- توضح بيانات جدول رقم (٢) نتائج اختبار ثبات مقياس المشكلات (المعاناة الإنسانية، والخسائر الاقتصادية، والمعوقات التنظيمية)، إذ جميع المتغيرات بصفة عامة قد حصلت على درجات عالية نسبيًا، حيث بلغت قيمة (معامل ألفا) للمعاناة الإنسانية (٠,٨٣٥) وللخسائر الاقتصادية (٠,٨١٣) وللمعوقات التنظيمية (٠,٨٤٨) ويبدو من هذه

ولعل ذلك عائد لمقدرة الذكور على الانتقال من مكان إلى آخر بحثاً عن العلاج أكثر من الإناث. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الابتعاد عن الأسرة والإقامة في مدينة أخرى يصاحبه مشكلات أسرية، وخصوصاً إذا كان الشخص البعيد زوج أو زوجة ولديها أبناء، إلا أن غياب المرأة أكثر تأثيراً على الأسرة من الرجل، كما أن المرأة تحتاج إلى مرافق في السفر، وبدلاً من أن يكون الغياب لشخص واحد يكون لشخصين مما يؤدي إلى اضطراب داخل الأسرة، وهذا ما أكدته نظرية دور المريض (لتالكوت بارسونز)، انظر إلى الإطار النظري المدخل الاجتماعي، بأن المرضى لا يستطيعون القيام بأدوارهم المعتادة، لذا نجد أن حياة من حولهم من الناس يعثرها الاضطراب والارتباك: فأمهات العمل خارج البيت تظل تبحث عن مؤدّيها والواجبات والمسؤوليات داخل المنزل تظل ناقصة غير مكتملة، وقد أشارت دراسة (استنبولي، ١٩٩٥م)، إلى تأثير غياب الأب في التوازن الأسري وما يرتبط بذلك من معاناة الأسرة.

العمر، أعلى نسبة حسب الفئات العمرية كبار السن ستين سنة فأكثر، وقد يُعزى ذلك لإصابتهم بأمراض الشيخوخة، حيث بلغت (٧, ٢٥٪)، تليها من أعمارهم ما بين خمسة عشر سنة إلى أقل من ثلاثين سنة وهم الشباب، وقد يدل ذلك كثرة تعرض تلك الفئة للحوادث المرورية والأخطار، حيث بلغت النسبة

النتائج أن درجة الثبات عالية لجميع متغيرات الدراسة.

جدول رقم (٢). نتائج ثبات مقياس المشكلات.

المحور	درجة الثبات ^(١)
المعانة الإنسانية	٠,٨٣٥
الخسائر الاقتصادية	٠,٨١٣
المعوقات التنظيمية	٠,٨٤٨

٧- التحليل الإحصائي

أستخدم برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، كما جرى استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية لعرض خصائص مجتمع البحث باستخدام التكرارات والنسب المئوية، كما أستخدم الوسط الحسابي لقياس متوسط إجابات أفراد مجتمع البحث، وغيرها من المقاييس الإحصائية.

رابعاً: نتائج الدراسة ومناقشتها

١- نتائج التساؤل الأول: ما الخصائص السكانية للمرضى السعوديين المتقنين من مناطق المملكة للعلاج في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض؟
أ- الخصائص الاجتماعية:

الجنس، أغلبية المبحوثين من الذكور وبلغت نسبتهم (٥, ٦٧٪)، ونسبة الإناث بلغت (٥, ٣٢٪)،

(١) درجة الثبات للمتغيرات، وهي ألفا بعد حذف العبارة.

ينطبق عليهم السؤال فقد بلغت نسبتهم (٦, ١٤٪)، وكانوا أطفالاً دون سن الزواج.

عدد أفراد الأسرة، عدد أفراد الأسرة الذين يقيمون مع المبحوث تراوح ما بين ستة إلى عشرة أفراد، وبلغت النسبة (١, ٤٥٪)، وهي أعلى من بين الفئات الأخرى، وهذا العدد كبير بنسبة للمجموعات الأخرى، ولكن بنسبة للمجتمع السعودي فهو عدد طبيعي؛ لأنَّ الأسر السعودية تتميز بأنَّها أسر ممتدة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (المهنا، ٢٠٠٥م)، كذلك يمكن تفسير هذه النتيجة بأنَّ بُعد المرضى عن محل إقامتهم يشعرهم بالعزلة والوحدة والمعاناة الإنسانية، وخصوصاً إذا كانت عدد أفراد الأسرة كبير، هذا ما أشار إليه المدخل الصحي في الإطار النظري عند تحديد القيمة الإنسانية بحساب التمزق الاجتماعي كعامل أساسي في تحديد الاحتياجات الصحية، وما أكَّده دراسة (درويش، ٢٠٠٣م). بأنَّ العزلة من أهم الأسباب المؤدِّية على سوء الحالة الصحية.

الدخل الشهري، أعلى نسبة دخل للمبحوثين بلغت (٤, ٢٧٪)، وقد تراوحت ما بين ألفين إلى أقل من أربعة آلاف، وهذا يعني ضعف الدخل الشهري للأسرة، ولا تستطيع تحمل أعباء السفر ومصاريف الإقامة والإعاشة في المدن الرئيسية من أجل تلقي العلاج، وقد أشارت دراسة (أبو زنت، ١٩٩٦م)، إلى

(٨, ٢٤٪)، وكلا المرحلتين تحتاج إلى عناية ورعاية طبية، حيث إنَّ الشباب في مقتبل العمر وتعتمد الأمة على جيل الشباب، فكلَّمَا كان شباب المجتمع صحيحاً وقوياً كان ذلك دافعاً قوياً لبناء المجتمع، أمَّا مرحلة الشيخوخة فهي تحتاج إلى عناية طبية خصوصاً عرفاناً من المجتمع بدور الذي قاموا به اتجاه مجتمعهم، وهم في أمس الحاجة لتخفيف عليهم معاناة المرض فالفرد والانتقال من مكان إلى آخر بحثاً عن العلاج فيه مشقة بالغة عليهم في هذا السن، أيضاً بلغت نسبة من كان أعمارهم أقل ١٥ سنة (٣, ١٤٪)، وهي الأقل بين جميع النسب، وقد يُعزى ذلك إلى أنَّ هذه الفئة أقل الفئات العمرية عرضة للأمراض، وقد يكون السبب اعتذار قسم الأطفال بمستشفى الملك فيصل التخصصي عندما أجرى الدراسة على تلك الفئة انظر إلى صفحة رقم ١٧.

الحالة الاجتماعية، نسبة المتزوجين بلغت (٦, ٥٣٪) وهي أعلى نسبة من بين المبحوثين، وهذا يشير إلى أنَّ المتزوجين غالباً ما تكون مسؤوليات اتجاه أسرهم أكثر من الفئات الأخرى، وخصوصاً إذا كان لديهم أطفال، أمَّا الذين لم يسبق لهم الزواج فقد بلغت نسبتهم (٦, ٢٢٪). تليهم فئة الأرملة وبلغت نسبتهم (٨, ٥٪). ثم المطلقين وبلغت نسبتهم (٤, ٣٪) وهم في أمس الحاجة إلى المساعدة وتخفيف مشقة السفر والانتقال عليهم، وخاصة إذا كانوا نساء، أمَّا الذين لا

بالمناطق الأخرى، وتقع جنوب المملكة وتبعد آلاف الكيلومترات عن مدينة الرياض، وهذا مؤشر خطير، حيث يوضح حاجة تلك المناطق إلى مستشفيات ومراكز متخصصة للتخفيف على المرضى الانتقال ومشقة السفر، كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (الخليفة وآخرون، ١٩٩٣م.)، بأن منطقة عسير ومنطقة جيزان ومنطقة نجران أكثر مناطق المملكة إقبالاً على العلاج في المستشفيات الحكومية، وأنهم يأتون من مسافات بعيدة، ومن الملاحظ أن منطقة الشؤون الصحية بالقفزة لم تدخل ضمن القائمة ويعود السبب إلى عدم وجود مبحوثين من هذه المنطقة في أثناء مدة جمع البيانات.

ت- نوع المرض

مرض الأورام بلغ نسبة (٧، ١٧٪)، وجاء في المرتبة الأولى بين الأمراض أخرى، ويدل ذلك أن مرض الأورام من الأمراض الحديثة والتي تحتاج إلى مستشفيات متخصصة التي تفتقر إليها مستشفيات المناطق النائية. أمّا المرتبة الثانية فنجد نسبتين متقاربتين هما: الجراحة وبنسبة (٨، ١٤٪) والعيون بنسبة (١، ١٤٪)، وفي المرتبة الثالثة الباطنة وبنسبة (٦، ١٣٪). في حين جاءت أمراض أخرى في المرتبة الرابعة، والتي تشمل عدة أمراض منها: الكبد والمخ والأعصاب والشلل وغيرها من الأمراض التي ذكرها المبحوثون وبنسبة (٦، ١٢٪). والمرتبة الخامسة نجد

عدم القدرة المالية للمرضى على تحمل مصاريف السفر للعلاج، في حين نجد أن من كان دخل أسرته أقل من ستة آلاف بلغت نسبة (٥، ٥٩٪)، ومن كان دخل أسرته أكثر من ست آلاف بلغت نسبة (٦، ٣١٪). أيضًا هناك تقارب في النسب بين من دخل الأسرة أقل من ألفين بنسبة (٦، ١٤٪)، ومن دخل الأسرة أكثر من عشرة آلاف وبنسبة (٨، ١٥٪)، وقد يعزى هذا إلى أن مجتمع البحث قد شمل مختلف الطبقات الاجتماعية، كذلك من الملاحظ أن من لم يجب على هذا السؤال بلغ سبعة وثلاثين مبحثاً وهذا العدد كبير إلى حد ما، وقد يعود السبب إلى تحفظ بعض المبحوثين على ذكر الدخل الشهري للأسرة.

ب- نوع منطقة الشؤون الصحية

منطقة الرياض حصلت على أعلى نسبة ينتسب إليها المبحوثون، حيث بلغت (٧، ٢٧٪)، وقد يعزى ذلك إلى الكثافة السكانية وكثرة عدد المحافظات بمنطقة الرياض، وقد يكون السبب القرب المكاني لمجتمع البحث، حيث إن الدراسة طبقت بمدينة الرياض، في حين نجد أن منطقة القصيم جاءت في المرتبة الثانية، وبلغت النسبة (٢، ٩٪)، وقد يعزى ذلك أيضًا للقرب المكاني بين منطقة القصيم ومنطقة الرياض، إلا أننا نجد أن نسبة منطقة عسير بلغت (٥، ٧٪) ومنطقة جيزان، بلغت (٥، ٧٪) ومنطقة نجران (٣، ٦٪) هي بنسب مرتفعة إذا جمعت مقارنة

تلك المدن. كما تتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي قامت بها المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة عسير (١٩٩٤م)، والتي أشارت إلى أن أبرز مشكلات نظام الإحالة بين المرافق الصحية هي تأخير الردود من المستشفيات.

التحويل من المستشفى أو الهيئة الطبية

المرضى الذين جرى تحويلهم من مستشفى أو هيئة طبية من مناطقهم إلى مدينة الرياض لتلقي العلاج في المستشفيات الحكومية بلغت نسبتهم (٠, ٥٨٪)، أكثر من نصف بقليل، في حين الذين لم يجر تحويله بطريقة رسمية بلغت نسبتهم (٠, ٤٢٪) وهي نسبة عالية ومؤشر خطير، ويدل ذلك على أن الإحصائية السنوية لوزارة الصحة لا تمثل واقع المرضى المنتقلين من مناطق المملكة إلى المدن الرئيسة لتلقي العلاج في المستشفيات الحكومية. ممَّا يتطلب إعادة النظر في تلك الإحصائيات، وآلية التحويل بين المرافق الصحية.

ج- مدى وجود مرافق مع المريض في أثناء

التحويل

الغالبية العظمى وبنسبة بلغت (٢, ٨٥٪)، من الباحثين يوجد مرافق مع المريض في أثناء التحويل، في حين الباحثين الذين لا يوجد معهم مرافق بلغت نسبتهم (٦, ١٤٪)، وهذا يدل على أن وجود مرافق أو أكثر مع المريض لمساعدته وتسهيل شؤونه شيء مهم

نسبتين متقاربتين أيضًا هما: القلب وبنسبة (٤, ١٠٪) والعظام وبنسبة (٢, ١٠٪)، وخيرًا مرض الكلى وبنسبة (٨, ٥٪) كأقل نسبة بين الأمراض. بصورة عامة نلاحظ تجانس بين مجتمع البحث في نوع المرض، ممَّا يعني أن الأمراض التي يجري منها مراجعة المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض من الأمراض، التي تحتاج إلى تقنية عالية وبكوادر طبية متميزة، كما نوِّد الإشارة هنا إلى أن ذكر هذه الأمراض بعينها في استبانة البحث جاء برصد التقرير الصحي السنوي للأمراض التي تقوم الهيئات الطبية بتحويل المرضى للعلاج في المدن الرئيسة في العشرين سنة الماضية.

ث- الحالة المرضية

أكثر من النصف بقليل من الباحثين كانت حالتهم المرضية طارئة وبنسبة (٦, ٥٦٪). في حين نجد أن البقية كانت حالتهم المرضية غير طارئة (عادية) وبنسبة (٠, ٤٢٪)، وقد يعني ذلك أن المرضى في المناطق النائية أو ضاعفهم الصحية سيئة، ومنتظرون حتى تُحوَّل من مستشفيات مناطقهم إلى المدن الرئيسة لتلقي العلاج، أو أنهم ينتقلون بدون تحويل لتدارك حالتهم المرضية، وقد أشار المدخل الإداري لهذه الدراسة إلى وجود مركزية إدارية شديدة في الدول النامية. فتمركز الخدمات الصحية في المدن الرئيسة يشل قدرة المناطق النائية في تقديم الخدمات للأفراد ممَّا يجعلهم ينتظرون موافقة السلطات المركزية في نقل أو تحويل المرضى إلى

بنتيجة بنوع الحالة المرضية، وهذا مؤثر مهم يتطلب إعادة النظر في إجراءات تأمين وسيلة نقل الإخلاء الطبي. أمّا من استخدم نقل الجماعي كوسيلة نقل فقد بلغت نسبة (٥, ١٪)، وهي نسبة ضئيلة وقد يعود السبب في ذلك لوجود بدائل أخرى أسهل لدى الباحثين.

خ- مدى تأمين وسيلة النقل

أكثر من النصف بقليل من مجتمع الدراسة وبنسبة بلغت (٥٩, ٠٪)، لم تؤمّن وسيلة النقل لهم، في حين الذين جرى تأمين وسيلة النقل لهم بلغت نسبتهم (٤٠, ٥٪) وهي نسبة لا بأس بها، إذا أخذنا في الحسبان أن عددًا من الباحثين لم يجرّ تحويلهم عن طريق هيئة طبية أو مستشفى من مناطقهم، إلا أن الفارق بين نسبة الذين حوّلوا وأمّنوا لهم وسيلة نقل ناقص (٥, ١٧٪)، وهي نسبة تحتاج إلى إعادة النظر في آلية صرف التذاكر للمحولين من مناطقهم إلى المدن الرئيسة لتلقي العلاج في المستشفيات الحكومية عن طريق الهيئات الطبية.

د- مدى صرف مساعدة مالية

الغالبية العظمى من الباحثين وبنسبة (٩١, ٠٪)، لم يصرف لهم مساعدة مالية من قبل شؤون الصحية بمناطقهم، في حين نجد نسبة ضئيلة من الباحثين (٨, ٧٪) جرى صرف مساعدة مالية لهم، وهذا يعني أن الباحثين في أمس الحاجة للمساعدة المالية نظرًا

ويرفع من الحالة المعنوية للمريض، إلا أن ذلك قد يؤدي إلى خسائر اقتصادية على المريض والأسرة والمجتمع، فبدلاً من أن يصرف مالياً على شخص واحد سوف يصرف على شخصين أو أكثر، وبدلاً من أن تفقد الأسرة والمجتمع شخصاً واحداً سوف تفقد شخصين خصوصاً إذا كان المريض والمرافق بعيدين عن محل إقامتهما، كما تتفق هذه النتيجة مع نتيجة تحليل متغير الجنس.

ح- نوع وسيلة النقل في أثناء التحويل

نصف الباحثين تقريباً (٤٩, ٠٪) استخدموا السيارة كوسيلة نقل للوصول إلى مدينة الرياض لتلقي العلاج في المستشفيات الحكومية، وقد يعزى ذلك إلى صعوبة دفع قيمة أجرة الطائرة أو عدم وجود حجوزات على الطيران أو القرب المكاني من مدينة الرياض، حيث بلغت النسبة (٢٧, ٧٪)، من الباحثين من منطقة الرياض الأمر الذي دفعهم إلى استخدام السيارة، غير أن مساحة المملكة شاسعة وامتداد الأطراف وتباعد المدن والقرى آلاف الكيلومترات، واستخدام سيارة فيه مشقة على المريض والمرافقين، في حين نجد الباحثين الذين استخدموا الطائرة بلغت نسبة (٣٤, ٥٪) وجاءت في المرتبة الثانية، أمّا الباحثين الذين جرى نقلهم عن طريق الإخلاء الطبي سواء بالطائرة أو سيارة الإسعاف فقد بلغت النسبة (١٤, ٣٪) وهي نسبة ضئيلة مقارنةً

ر- الاعتماد على الواسطة في أثناء عملية التحويل وفيه نسبة (٧, ٦٦٪) من المبحوثين لم تعتمد على واسطة، وقد يُعزى ذلك إلى أن أكثر من نصف المبحوثين بقليل كانت حالتهم طارئة ولا تستدعي التأخير أو إيجاد واسطة انظر إلى نتيجة جدول رقم (٧) في متغير الحالة المرضية، كما أن البعض ربما أخفوا الإجابة الصحيحة عن السؤال ظناً منهم أن ذلك قد يؤثر على وضعهم في أهلية العلاج ومن ثم حرمانهم من الخدمة؛ لأنهم دخلوا بواسطة، أما الذين أجابوا بأنهم اعتمدوا على الواسطة لتلقي العلاج في المستشفى الحكومي فبلغت النسبة (٥, ٣٢٪)، وهذا مؤشر خطير ورقم كبير، حيث إن ثلث مجتمع الدراسة دخلوا بالواسطة، وتتفق هذه النتيجة مع المدخل الإداري في الإطار النظري لهذه الدراسة بأن المجتمعات النامية تنتشر بها الواسطة وقائمة على علاقات القربى، كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة الخليفة وآخرون (١٩٩٣ م). إشارة إلى تفشي الواسطة في المستشفيات الحكومية.

٢- نتائج التساؤل الثاني: ما حجم المعاناة الإنسانية للمرضى السعوديين المنتقلين من مناطق المملكة للعلاج في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، وهل تختلف باختلاف نوع المنطقة؟

لبعدهم من أسرهم وأماكن إقامتهم وغلاء المعيشة في المدن الرئيسية وتدني مستوى دخل الأسرة، إلا أنه قد يُعزى عدم صرف المساعدة المالية بسبب أن البحث طبق على المرضى (المنومين) في المستشفيات وليس هناك حاجة إلى المساعدة المالية أو أن عدد من المرضى لم يجر تحويلهم بطريقة رسمية، وبصرف النظر عن السبب في عدم صرف المساعدة المالية فإن نسبة من لم تصرف لهم مساعدة مالية عالية جداً تحتاج إلى إعادة النظر في آلية صرف هذه المساعدة من قبل الهيئات الطبية.

ذ- مراجعة مستشفى حكومي بمدينة الرياض

إن نحو (٥, ٥٧٪) من المبحوثين لم يسبق لهم مراجعة مستشفى حكومي قبل هذه المرة، وهي نسبة أعلى من النصف بقليل، في حين الذين سبق لهم المراجعة بلغت النسبة (٢, ٤٢٪)، وهي نسبة تقرب من النصف، ومؤشر مهم ويُعطي دلالات متعددة منها أن كثرة المراجعة تتطلب مصاريف إضافية على المبحوث وأسرته هذا من جانب، وزيادة الضغط على المستشفيات في المدن الرئيسية من جانب آخر، وقد أشار المدخل الصحي في الإطار النظري لهذه الدراسة عند تحديد الحاجة للخدمات الصحية إلى أن الناس قد لا يكون على دراية بالحاجة للخدمات الصحية، ولكنه يبدو للعيان متمثلاً في أعداد المراجعين للعيادات والأقسام الخارجية.

النظري لهذه الدراسة إلى التمزق الاجتماعي الذي يحصل عندما يحصل المرض، وأن دور المريض يتعطل وتتضرر الأسرة، بل المجتمع بأكمله كما تنفق هذه النتيجة مع دراسة البنيان (٢٠٠٠م) ودراسة أبو زنت (١٩٩٦م)، ودراسة درويش (٢٠٠٣م)، عن المعاناة الإنسانية التي تنتج عن المرض إلا أن في هذه الدراسة تضاعفت المعاناة الإنسانية نتيجة البعد عن أفراد الأسرة ومحل الإقامة والتمزق الاجتماعي الذي يحدث على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع.

جدول رقم (٣). المقارنة بين نوع المنطقة والمعاناة الإنسانية (المتوسطات والانحرافات المعيارية).

نوع المنطقة	التكرار	المتوسط	الانحراف المعياري
الرياض	١١٤	١,٧٦٤٠	٠,٧٠٣٩٢
مكة المكرمة	١١	١,٧١٩٧	٠,٦٣٨٢٢
جدة	٧	٠,٩١٥٦	٠,٨٦١٨٩
الطائف	١٦	١,٤٤٣٢	٠,٩٠٤٣٨
المدينة المنورة	٢٠	١,٥٤١٧	٠,٥٣١٥٣
القصيم	٣٨	١,٤٥٤٣	٠,٦١٥٠٢
الشرقية	١٩	١,٤٤٣٠	٠,٧٩٤٠٠
الأحساء	٨	١,٧٥٦٦	٠,٦٠٠٧٧
حفر الباطن	٧	١,٤٥٧١	٠,٦٧٣٥٠
عسير	٣٣	١,٨١٧٠	٠,٥٩٤٦٥
بيشة	٨	١,٧٦٠٤	٠,٧٢٩٨٠

جدول رقم (٢). التوزيع المبحوثين حسب حجم المعاناة الإنسانية (التكرارات والنسب المئوية).

حجم المعاناة الإنسانية	التكرار	النسبة المئوية
لا تنطبق (المعاناة = صفر)	٦	١,٥
منخفض (أكثر من صفر إلى ١)	٧٧	١٨,٧
متوسط (أكثر من ١ إلى ٢)	٢٠٥	٤٩,٨
عالي (أكثر من ٢ إلى ٣)	١٢٤	٣٠,١
المجموع	٤١٢	١٠٠,٠

توضح بيانات جدول رقم (٢) توزيع المبحوثين حسب حجم المعاناة الإنسانية، إذ الغالبية العظمى من المبحوثين تواجه معاناة إنسانية تتراوح ما بين متوسطة، وبلغت نسبة (٤٩,٨٪) قرابة نصف مجتمع البحث، ومعاناة عالية بلغت نسبة (٣٠,١٪)، ومنخفضة وبلغت نسبة (١٨,٧٪). أمّا الذين لا تُوجد لديهم معاناة من المبحوثين، فقد بلغت النسبة (١,٥٪) وهي نسبة ضئيلة جداً لا تكاد تذكر، وهذا مؤشر مهم إذ يوضح أن المرض ليس معاناته جسدية بيولوجية على المريض فقط، بل إن مدها يصل إلى نفسية المريض نتيجة القلق والملل والعزلة، كما يصيب الأسرة للارتباك والاضطراب الذي يحدث لها، بل إن المجتمع بأكمله يصله أثر المرض، حيث يفقد عضو من أعضائه، وقد أشار المدخل الصحي والمدخل الاجتماعي في الإطار

تابع جدول رقم (٣).

نوع المنطقة	التكرار	المتوسط	الانحراف المعياري
تبوك	١١	١,٧٣٠٠	٠,٣٦٥٧٠
حائل	٢٥	١,٦٥٠٠	٠,٦٧٤٠٩
الحدود الشمالية	١١	١,٦٤٣٩	٠,٦٣٨٠٢
جازان	٣١	١,٦٧٤٩	٠,٦٩٦٨٣
نجران	٢٦	١,٧٤٨٨	٠,٧٣٢٥٢
الباحة	٥	١,٤٥٠٠	٠,٩١٥٩١
الجوف	١٤	١,٧١٣١	٠,٧٨٨٧١
القريات	٦	١,٧٦١١	٠,٥٧٥١٠
المجموع	٤١٠	١,٦٥٥٨	٠,٦٩١٧٥

*لم يجب = ٢

(١,٧٦) و قد يُعزَى ذلك إلى كثرة محافظات ومراكز تلك المناطق، وقد يكون كبر حجم أفراد الأسر، حيث يغلب على تلك المناطق أهل القرى الذين يمتازون بالأسر الممتدة، أيضًا قد يكون سبب ذلك ضعف مستويات الرعاية الصحية في تلك المناطق.

٣- نتائج التساؤل الثالث: ما حجم الخسائر الاقتصادية للمرضى السعوديين المتقلين من مناطق المملكة للعلاج في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، وهل تختلف باختلاف نوع المنطقة؟

جدول رقم (٤). التوزيع المبحوثين حسب حجم الخسائر الاقتصادية (التكرارات والنسب المئوية).

النسبة المئوية	التكرار	حجم الخسائر الاقتصادية
١,٢	٥	لا تنطبق (الخسائر = صفر)
٢٢,٦	٩٣	منخفض (أكثر من صفر إلى ١)
٤٦,٤	١٩١	متوسط (أكثر من ١ إلى ٢)
٢٩,٩	١٢٣	عالي (أكثر من ٢ إلى ٣)
١٠٠,٠	٤١٢	المجموع

تُقدّم بيانات جدول رقم (٤) توزيع المبحوثين حسب حجم الخسائر الاقتصادية، إذ الغالبية العظمى من المبحوثين واجهتهم خسائر اقتصادية وتفاوتت حجم هذه الخسائر ما بين متوسطة وقد

تشير بيانات جدول رقم (٣) أنّ أغلب متوسط إجابات المبحوثين على مختلف مناطق المملكة العربية السعودية تقع في المعاناة المتوسطة، ممّا يدل على التجانس الواضح بين مختلف أفراد مجتمع البحث، وبالرغم ذلك يوجد اختلاف بين المناطق، حيث جاء متوسط الحسابي وقدره (١,٨٢) لإجابات المبحوثين بمنطقة عسير كأعلى منطقة تواجه معاناة إنسانية، تليها منطقة الرياض عند متوسط إجابات المبحوثين قدره (١,٧٦) ثم منطقة القريات عند متوسط إجابات المبحوثين قدره (١,٧٦)، تليها منطقة بيشة عند متوسط إجابات المبحوثين قدره (١,٧٦)، ثم منطقة الأحساء عند متوسط إجابات المبحوثين قدره

جدول رقم (٥). المقارنة بين نوع المنطقة والخسائر الاقتصادية (المتوسطات والانحرافات المعيارية).

نوع المنطقة	التكرار	المتوسط	الانحراف المعياري
الرياض	١١٤	١,٥٠١٢	٠,٧٨٣٤٥
مكة المكرمة	١١	١,٧٤٢٤	٠,٧٧٩٤٧
جدة	٧	١,٦٦٦٧	٠,٦٤٧٢٩
الطائف	١٦	١,٤٧١١	٠,٨٤٩١٢
المدينة المنورة	٢٠	١,٧٥٦١	٠,٥٥٦٩٨
القصيم	٣٨	١,٢٧٣٢	٠,٦٥٢٢٩
الشرقية	١٩	١,٠٧٤٦	٠,٦٢٣٥٤
الأحساء	٨	١,٧٧٠٨	٠,٥٦٦٥١
حفر الباطن	٧	١,٣٤٥٢	٠,٨٢٦٩٦
عسير	٣٣	١,٨٩٦٢	٠,٥٤١٩٥
بيشة	٨	١,٦٦٦٧	٠,٦٥٠٠٩
تبوك	١١	١,٨٣٣٧	٠,٦٤٩٦٠
حائل	٢٥	١,٦٤٧٣	٠,٦٨١٣٧
الحدود الشمالية	١١	١,٥٢٢٧	٠,٥١٩٢٠
جازان	٣١	١,٦٢٣٢	٠,٧٤٥٢٦
نجران	٢٦	١,٨٦٧٩	٠,٦١٤٥٨
الباحة	٥	١,٤٣٣٣	٠,٧٦٠١٢
الجوف	١٤	١,٩١٦٧	٠,٥٩١٩٧
القريات	٦	١,٦٣٠١	٠,٤٢٣٣٩
المجموع	٤١٠	١,٥٨٤٦	٠,٧١١٦٤

* لم يجب = ٢

بلغت نسبة (٤,٤٦٪) وعالية وبلغت نسبة (٩,٢٩٪) ومنخفضة وبلغت نسبة (٦,٢٢٪)، في حين نجد نسبة قليلة جدًا (٥,١٪) تكاد تكون معدومة من المبحوثين لم يتعرضوا إلى خسائر اقتصادية، وهذا يعني أنّ الخسائر تكون على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع، حيث إنّ المريض قد يتحمل الدين من أجل السفر والانتقال للعلاج وقد يكون دخله ضعيفاً، ومن ثمّ تتأثر ميزانية أسرته، كما أنّ صرف المساعدات المالية من قبل وزارة الصحة لهؤلاء المرضى تزيد من مصروفات الوزارة، وقد أشار المدخل الصحي لهذه الدراسة إلى ذلك، والنتائج التي توصلت إليها دراسة الدلقان (١٩٩٣م) ودراسة استنبولي (١٩٩٦م) ودراسة باقديم (٢٠٠٢م) بتأثير العامل الاقتصادي على معاناة المرضى، إلّا أنّ هذه الدراسة تختلف من حيث أنّ مدى الخسائر الاقتصادية يتضاعف نتيجة انتقال المريض من مكان إلى آخر بحثاً عن العلاج، وقد أشارت دراسة أبو زنت (١٩٩٦م) إلى صعوبة السفر من أجل العلاج، الأمر الذي يتطلب إعادة النظر في السياسية الصحية عند توزيع الخدمات الصحية بين المناطق بدرجة متساوية هذا من جهة، وإعادة النظر في آلية صرف المساعدات المالية للمرضى في غير محل إقامتهم من جهة أخرى.

تابع جدول رقم (٦).

النسبة المئوية	التكرار	حجم المعوقات التنظيمية
٣٧,٩	١٥٦	متوسط (أكثر من ١ إلى ٢)
٤٤,٤	١٨٣	عالي (أكثر من ٢ إلى ٣)
١٠٠,٠	٤١٢	المجموع

يلاحظ من بيانات جدول رقم (٦) أن غالبية مجتمع الدراسة يواجه معوقات تنظيمية بنسبة عالية، حيث بلغت نسبة حجم المعوقات التنظيمية عند مستوى عالي (٤, ٤٤٪)، وبلغت النسبة عند مستوى متوسط (٩, ٣٧٪)، وعند مستوى منخفض بلغت نسبة (٥, ١٧٪)، في حين الذين لا توجد لديهم معوقات تنظيمية فهي نسبة تكاد تكون معدومة حيث بلغت (٢, ٠٪)، مما يشير إلى ضخامة حجم المعوقات التنظيمية التي تواجه الباحثين، وقد يفسر ذلك إلى المركزية الشديدة وتفشي الوساطة داخل المستشفيات الحكومية، حيث أشار المدخل الإداري في الإطار النظري لهذه الدراسة بأن المجتمعات النامية يوجد بها مركزية إدارية شديدة في الجهاز الإداري على اختلاف مستوياته وتنظيماته، وقد يكون للنظام الاجتماعي وهيكل نظام القبيلة والعائلة وسلطة الرجل في الأسرة دور في ذلك، إضافة إلى أن الصداقة والوساطة لها أثر في سير العمل الإداري وفي صنع القرارات الإدارية، كما أن نسبة الثلث من الباحثين قد أجابوا بأنهم اعتمدوا على الوساطة لتلقي العلاج، وبالنظر إلى نتيجة

يتضح من بيانات جدول رقم (٥) أن أغلب متوسط إجابات الباحثين على مختلف مناطق المملكة العربية السعودية تقع في الخسائر الاقتصادية المتوسطة. مما يدل على التجانس الواضح بين مختلف أفراد مجتمع البحث، وبالرغم من ذلك يوجد اختلاف بين المناطق، حيث جاءت منطقة الجوف كأعلى منطقة تواجه خسائر اقتصادية بمتوسط إجابات الباحثين قدره (٩٢, ١)، تليها منطقة عسير بمتوسط إجابات الباحثين قدره (٩٠, ١)، ثم منطقة نجران بمتوسط إجابات الباحثين قدره (٨٧, ١)، تليها منطقة تبوك بمتوسط إجابات الباحثين قدره (٨٣, ١)، ثم منطقة الأحساء بمتوسط إجابات الباحثين قدره (٧٧, ١). ويعزى ذلك إلى بُعد المسافة بين تلك المناطق ومدينة الرياض هذا من جهة، ومن جهة أخرى قد يكون قلة دخل الأسرة أدّى إلى زيادة حجم الخسائر الاقتصادية لتلك المناطق.

٤- نتائج التساؤل الرابع: ما حجم المعوقات التنظيمية للمرضى السعوديين المنتقلين من مناطق المملكة للعلاج في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، وهل تختلف باختلاف نوع المنطقة؟

جدول رقم (٦). توزيع الباحثين حسب حجم المعوقات التنظيمية (التكرارات والنسب المئوية).

النسبة المئوية	التكرار	حجم المعوقات التنظيمية
٠,٢	١	لا تنطبق (المعوقات = صفر)
١٧,٥	٧٢	منخفض (أكثر من صفر إلى ١)

تابع جدول رقم (٧).

الانحراف المعياري	المتوسط	التكرار	نوع المنطقة
٠,٨١٧٣٨	١,٨٩٢٧	٢٥	حائل
٠,٦٠٠٢٩	١,٥٧٥٨	١١	الحدود الشمالية
٠,٧٩١٤٦	١,٨٥١٢	٣١	جازان
٠,٦٦١٦٧	١,٨٩٧٣	٢٦	نجران
٠,٣٠٢٧٧	٢,١٥٠٠	٥	الباحة
٠,٧٤٣٤٦	٢,١٠٧٥	١٤	الجوف
٠,٦٧٦٥١	١,٨٥٣٥	٦	القريات
٠,٧٤٠٩٤	١,٨٤٠٣	٤١٠	المجموع

تكشف بيانات جدول رقم (٧) أن أغلب متوسط إجابات الباحثين على مختلف مناطق المملكة العربية السعودية تقع ما بين المعوقات المتوسطة، والمعوقات العالية، مما يدل على التفاوت بين المناطق، حيث جاءت منطقة الباحة كأعلى منطقة تواجه معوقات تنظيمية بمتوسط إجابات الباحثين قدره (١٥, ٢) عند مستوى المعوقات العالية، تليها منطقة الجوف بمتوسط إجابات الباحثين قدره (١١, ٢) عند مستوى المعوقات العالية، ثم منطقة عسير بمتوسط إجابات الباحثين قدره (٠٧, ٢) عند مستوى المعوقات العالية، تليها منطقة تبوك بمتوسط إجابات الباحثين قدره (٠٦, ٢) عند مستوى المعوقات العالية، ثم منطقة مكة المكرمة بمتوسط إجابات

جدول رقم (١٠) في متغير وجود الواسطة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الخليفة وآخرون (١٩٩٣م.) ودراسة لوسي جلسن (١٩٩٤م.) ودراسة المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة عسير (١٩٩٤م.) ودراسة الخمشي (٢٠٠٤م.) ودراسة الشريف (٢٠٠٨م.)، على وجود معوقات تنظيمية في المستشفيات الحكومية إلا أنها تختلف نسبة هذه المعوقات التنظيمية بأنها عالية جداً، مما يتطلب إعادة النظر في السياسة الصحية في المملكة.

جدول رقم (٧). المقارنة بين نوع المنطقة والمعوقات التنظيمية (متوسطات وانحرافات معيارية).

الانحراف المعياري	المتوسط	التكرار	نوع المنطقة
٠,٧٥١٥٧	١,٩١٤١	١١٤	الرياض
٠,٧٣٠٩٠	٢,٠٠٤٨	١١	مكة المكرمة
١,١٠٦٢٥	١,٦٧٧٥	٧	جدة
٠,٨٠٢١٨	١,٥٣٦٥	١٦	الطائف
٠,٦٦٢٦٨	١,٨٣١٧	٢٠	المدينة المنورة
٠,٧١٨٠٩	١,٥٤٨١	٣٨	القصيم
٠,٧٩٧٩٠	١,٦١٩٢	١٩	الشرقية
٠,٥٥٣٢٤	١,٨٠٩٧	٨	الأحساء
٠,٧٢٢٠٥	١,٤٥٥٦	٧	حفر الباطن
٠,٦٩٦٥٥	٢,٠٧٥٠	٣٣	عسير
٠,٦٢٥٣٧	١,٦٣٧٣	٨	بيشة
٠,٦١٨٠٤	٢,٠٦٧٤	١١	تبوك

تابع جدول رقم (٨).

الترتيب	المتوسط	التكرار	الفقرة
٢	٣,٤٧	٢٩٢	تأمين نقل مجاني تحت إشراف فريق علاجي لنقل المرضى إلى المستشفيات في المدن الرئيسية.
٣	٣,٥٠	٢٨٠	تخصيص عيادة استشارية متنقلة بين مدن وقرى وهجر مناطق المملكة.
٤	٣,٧١	٢٩٥	تفعيل الوقف الصحي الإسلامي (بناء مساكن للمرضى المحولين للعلاج في المدن الرئيسية).
٥	٤,١٠	٢٨٨	التنسيق الجيد والفعال بين وزارة الصحة والخطوط الجوية في تسهيل حجوزات المرضى.
٦	٤,٣٩	٢٧٢	دعم مشروعات بناء المستشفيات والمراكز المتخصصة عن طريق رجال الأعمال.
٧	٥,٩٤	٢٥٤	تشغيل المستشفيات العامة الحكومية تشغيل ذاتي (تحويل القطاع الحكومي إلى خاص).
٨	٦,٢٧	٢٥٤	التأمين الصحي التعاوني (أخذ رسوم من الناس من أجل تحسين الرعاية الصحية).

المبحوثين قدره (٢,٠٠) عند مستوى المعوقات العالية، وقد يُعزى ذلك لقلّة الكفاءات الإدارية المتميزة في تلك المناطق، وقد يكون للعلاقات القرابة سبباً في تلك المعوقات التنظيمية.

٥- نتائج التساؤل الخامس: ما الحلول والاقتراحات والتوصيات التي يمكن أن تُقدّم بين يدي صانعي السياسات الصحية بالمملكة العربية السعودية؟
أ- الحلول والاقتراحات: طلب من المبحوثين ترتيب الحلول والمقترحات التي يرون بأنها مناسبة لمعالجة المشكلات التي تواجههم عند الانتقال من محل إقامتهم إلى مدينة الرياض للعلاج في المستشفيات الحكومية، وقد طلب منهم ترتيبها من رقم واحد إلى رقم ثمانية حسب الأهمية، فعند اختيار رقم واحد على أحد الحلول أو المقترحات فإنه لا يعني أنه أقل من رقم ثمانية على سبيل المثال، وإنما يمثل الخيار الأول المناسب له لمعالجة المشكلة التي تواجهه، فكلّمًا صغر رقم المتوسط الحسابي كلّما كان هو الخيار المناسب.

جدول رقم (٨). توزيع إجابات المبحوثين حسب أهمية الحل أو المقترح أو التوصية (التكرارات والمتوسطات الحسابية).

الترتيب	المتوسط	التكرار	الفقرة
١	٢,٨١	٢٩٣	وجود جمعية أو إدارة تهتم وترعى شؤون المرضى المحولين أو المنتقلين إلى المدن الرئيسية.

في المستشفيات الحكومية التي جرى تشغيلها ذاتياً، حيث بلغ مجموع متوسط إجابات مجتمع البحث (٩٤, ٥) نال المرتبة السابعة، وأخيراً جاء خيار التأمين الصحي في المرتبة الثامنة، حيث بلغ مجموع متوسط إجابات الباحثين (٢٧, ٦) ويدل ذلك على أن مجتمع البحث قد تكون الرؤية غير واضحة لديه عن التأمين الصحي التعاوني أو قد يكون لعدم الرغبة في دفع الرسوم وزيادة الأعباء المالية عليهم بوجه عام، يغلب على أهمية تلك الحلول والمقترحات أنها تصبُّ في خانة الجانب الإداري والصحي والاجتماعي كوجود جمعية أو إدارة مستقلة ترعى وتهتم بمشكلاتهم، وتأمين النقل المجاني، وتخصيص عيادات استشارية متنقلة، وتفعيل الوقف الصحي، وهذا يعني أنها تتفق مع المدخل النظرية التي اعتمدت عليها الدراسة الحالية.

ب- التوصيات: في ضوء نتائج هذه الدراسة، وفي ضوء ما عُرض في الإطار النظري يمكن طرح بعض التوصيات التي تهدف بالدرجة الأولى إلى محاولة الاستفادة القصوى من هذه الدراسة، وفيما يأتي بعض هذه التوصيات:

- هناك حاجة علمية لإجراء مثل هذه الدراسة على عينة أكبر بحيث تشمل جميع مراكز ومحافظات ومدن المملكة العربية السعودية بواسطة مجهود بحثي جماعي مؤسسي.

تُشير بيانات جدول رقم (٨) إلى توزيع آراء الباحثين حسب أهمية الحل أو المقترح أو التوصية، إلى أن متوسط مجموع إجابات مجتمع البحث الذين يرون وجود جمعية أو إدارة بلغ (٨١, ٢) وقد نال المرتبة الأولى، في حين نجد متوسط مجموع إجابات مجتمع البحث الذين يرون تأمين نقل مجاني بلغ (٤٧, ٣) وجاء في المرتبة الثانية، وفيما يتعلق بتخصيص عيادة استشارية متنقلة فقد بلغ متوسط مجموع إجابات مجتمع البحث (٥٠, ٣) وجاء في المرتبة الثالثة، وبنسبة أقل بقليل عن تأمين النقل المجاني، أمّا ما يخص تفعيل الوقف الإسلامي فقد بلغ متوسط مجموع إجابات مجتمع البحث (٧١, ٣)، ونال المرتبة الرابعة، ممّا يدل على أن الحلول والمقترحات التي نالت المرتبة الثانية والثالثة والرابعة تتوافق مع المدخل الإداري لهذه الدراسة، وفيما يتعلق بخيار التنسيق الجيد والفعال بين وزارة الصحة والخطوط الجوية فقد بلغ متوسط مجموع إجابات مجتمع البحث (١٠, ٤)، وجاء في المرتبة الخامسة أمّا خيار دعم مشروعات بناء المستشفيات والمركز المتخصصة فجاء قريب من الخيار الخامس، حيث بلغ مجموع متوسط إجابات مجتمع البحث ٣٩, ٤ ونال المرتبة السادسة، ونلاحظ أيضاً من البيانات الواردة في الجدول رقم (٨) أن مجتمع البحث لا يفضل خيار تحويل المستشفيات الحكومية إلى القطاع الخاص، وقد يُعزى ذلك لعدم ملاحظة تغير واضح

- هناك حاجة علمية لإجراء دراسات تتبعية لمشكلة التنقل من أجل العلاج في المستشفيات الكبرى والتخصصية لمعرفة مدى التغير الذي يطرأ عليها ضعفاً وقوة.
- كشفت نتائج هذه الدراسة أن منطقة الشؤون الصحية بعسير أعلى مناطق المملكة يواجه مرضاها معاناة إنسانية، تلتها منطقة الرياض، ثم منطقة القريات، تلتهم منطقة بيشة، ثم منطقة الأحساء، الأمر الذي تطلب على جميع المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض مراعاة تلك المناطق على وجه الخصوص عند الخطة العلاجية المقدمة لهم.
- أوضحت نتائج هذه الدراسة إلى أن منطقة الجوف أعلى مناطق المملكة يواجه مرضاها خسائر اقتصادية، تلتها منطقة عسير، ثم منطقة نجران، تلتهم منطقة تبوك، ثم منطقة الأحساء، الأمر الذي يتطلب إعادة النظر في آلية صرف المساعدات المالية للمرضى في غير محل إقامتهم ومراعاة لأوضاع تلك المناطق على وجه التحديد.
- بينت نتائج هذه الدراسة إلى أن منطقة الباحة أعلى مناطق المملكة يواجه مرضاها معوقات تنظيمية، تلتها منطقة الجوف، ثم منطقة عسير، تلتهم منطقة تبوك، ثم منطقة مكة المكرمة، الأمر الذي يتطلب مراجعة الكفاءة الإدارية في تلك المناطق.
- إنشاء جمعية أو إدارة تهتم وترعى شؤون المرضى في

- المناطق النائية من المملكة العربية السعودية ترتبط بالوزير مباشرة أو بالجمعية الوطنية لحقوق الإنسان.
- تفعيل الوقف الصحي الإسلامي عن طريق المحسنين، وذلك ببناء مساكن وقفية للمرضى الذي يأتون من المناطق النائية لتلقي علاج في المستشفيات الحكومية بالمدن الرئيسة.

المراجع

المراجع العربية

- إبراهيم، محمد. الهجرة غير الشرعية والمشكلات الاجتماعية. الإسكندرية: المكتب العربي الحديث، ٢٠٠٨م.
- ابن منظور، أبي الفضل جمال الدين، لسان العرب. بيروت: دار صادر، ٢٠٠٤م.
- أبو زنت، ماهر خالد. "العوامل الاجتماعية وتأثيرها على مرضى السرطان: دراسة ميدانية في المجتمع الفلسطيني". المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم، الكويت، (١٩٩٦م). ٥١٧ - ٥٤٤.
- أبو ليلي، يوسف والعموش، أحمد. "مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات: دراسة ميدانية". مجلة شؤون اجتماعية، العدد (١٠٢)، (٢٠٠٩م).

الخمشي، سارة صالح: فعالية خدمات الرعاية الصحية في القطاعين الحكومي والخاص، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية للبنات، الرياض، ٢٠٠٣م.

الدلقان، عبدالعزيز عبدالله: الأبعاد المكانية لخدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية في مدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٩٣م.

الراوي، منصور. سكان الوطن العربي: دراسة تحليلية في المشكلات الديمغرافية. بغداد: بيت الحكمة، ٢٠٠٢م.

زمزمي، ازدهار أحمد: العوامل الاجتماعية والاقتصادية وعلاقتها بقضايا الصحة والمرض في المجتمع السعودي: دراسة تطبيقية على حي قويزة بمدينة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الملك عبدالعزيز، ٢٠٠٠م.

ساعاتي، عبدالإله. مبادئ إدارة المستشفيات وتطبيقاتها في المملكة العربية السعودية. الرياض: غير موضح مكان النشر، ٢٠٠٠م.

الشريف، بشائر. مدى رضا المرضى عن الخدمات في المشافي في منطقة نابلس. المكتبة الإلكترونية، www.seminar.ps/library/view:6870 (٢٠٠٨م).

استنبولي، ابتسام عبدالقادر: تأثير المشكلات الاجتماعية والاقتصادية في التوازن الأسري، رسالة ماجستير غير منشورة، السعودية، قسم الدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود، ١٩٩٥م.

أنيس، إبراهيم، ومنتصر عبدالحليم، وعطية الصوالحي، ومحمد أحمد. المعجم الوسيط. ط ٢. مصر: دار المعارف، ١٩٧٣م.

بدوي، أحمد زكي. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان، ١٩٨٦م.

البنيان، أسماء محمد: المشكلات الاجتماعية لمريضات الصرع، رسالة ماجستير غير منشورة، السعودية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود، ٢٠٠٠م.

بومدين، سليمان. "التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر: حالة مدينة سكيكدة". مجلة شؤون اجتماعية، العدد (٨٨)، (٢٠٠٥م).

الخليفة، عبدالله، وعبدالباري، إسماعيل، والزهراني، عبدالرزاق، والخلف، عبدالله، والوليعي، عبدالله. عوامل الاستفادة من خدمات المؤسسات العلاجية الخاصة: دراسة ميدانية. الرياض: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، ١٩٩٣م.

- عبدالعزیز، عاطف. الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية. ذكر في الجوهری، محمد (محرر): كتاب علم الاجتماع الطبي. (ص ٢٥-٦٩) عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٩م.
- معتوق، فريد. معجم العلوم الاجتماعية، بيروت: أكاديا إنترناشيونال، ٢٠٠١م.
- منظمة الصحة العالمية. مفهوم الصحة، موقع منظمة الصحة العالمية، [/http://www.who.int/suggestions/faq/ar](http://www.who.int/suggestions/faq/ar) (٢٠١٥م).
- المهنا، اعتدال أحمد: تقييم رضا المستفيدين عن برنامج الرعاية الصحية المنزلية بمستشفيات في مدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التمريض، جامعة الملك سعود، الرياض، ٢٠٠٥م.
- وزارة الاقتصاد والتخطيط، ٢٠٠٥م: خطة التنمية الثامنة، الرياض.
- وزارة الصحة، ٢٠١٤م: الكتاب الإحصائي الصحي السنوي، الرياض.
- وزارة الصحة، ٢٠٠٨م: دليل نظام الإحالة بين المرافق الصحية، الرياض.
- المراجع المترجمة
- براون وبوتول، نواحي اللامساواة الصحية، ذكر في: غدنز، أنتوني (محرر): كتاب علم الاجتماع (ترجمة فايز الصباغ) ط ٤ (ص ٢٢٧) بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، ٢٠٠٥م.
- برتين، نيكى. رؤية المرضى للاستشاريين. ذكر في: الجوهری، محمد (محرر): كتاب علم الاجتماع الطبي. (ص ٤٣). عمان، دار المسيرة، ٢٠٠٩م.
- بينيت، ف. التشخيص المجتمعي والعمل الصحي: دليل للمناطق المدارية والريفية، ترجمة جمال الجار الله، الرياض، جامعة الملك سعود، ٢٠٠١م.
- تياشيف، نيقولا. نظرية علم الاجتماع: طبيعتها وتطورها، ترجمة حمود عودة ومحمد الجوهری ومحمد محمد والسيد الحسيني، القاهرة، دار المعارف، ١٩٨٢م.
- غدنز، أنتوني. علم الاجتماع، ترجمة فايز الصباغ، ط ٤، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، ٢٠٠٥م.