محـــددات اختـيار الطبيب المعالــج فـي ضوء بعض المتغـيرات الديموجرافية والعيادية لعينة من ذوي مرضى الأمراض المزمنة "دراسة استكشافية"

د. هناء أحمد محمد شويخ

قسم علم النفس

كلية الآداب – قنا

ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الراهنة إلى استكشاف محددات اختيار الطبيب المعالج من ناحية، وتوضيح مدى تباينها في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية والعيادية لعينة من ذوي مرضى الأمراض المزمنة من ناحية أخرى.

وقد أجريت الدراسة على 200 مريض بأمراض مزمنة مختلفة [مرضى الفشل الكلوي (ن=57)، ومرضى السكري (ن=53)، ومرضى ضغط الدم (ن=40)، ومرضى الكبد المزمن (ن=50)]، ويتراوح المدى العمري لهم ما بين 20 إلى 74 سنة، بمتوسط مقداره 41.45 سنة، وانحراف معياري يقدر بـ ±14.59 سنة، وكان متوسط طول فترة الإصابة بالمرض 90.62 شهرًا، وقد طبق على العينة استخبار لأسباب اختيار المرضى لطبيبهم المعالج، واستمارة بيانات الحالة، كما روعي التحقق من الكفاءة السيكومترية للاستخبار من خلال التطبيق على عينة مكونة من خمسين مريضًا.

وأظهرت نتائج التحليل العنقودي انتظام أسباب اختيار المرضى لطبيبهم المعالج في ثلاث فئات رئيسية هي: (1) **فئة عامل الشهرة:** وتنقسم إلى محددين فرعيين، هما: محدد شهرة الطبيب، ومحدد شهرة العيادة، **(2) فئة العامل الديموجرافي:** وتحتوي على محددين فرعيين، هما: المحدد الشكلي للطبيب، والمحدد المادي، **(3) فئة عامل الكفاءة:** وتتمثل في محددين فرعيين، هما: محدد الكفاءة العلمية، ومحدد الكفاءة المهنية.

كما أوضحت النتائج أن ثمة علاقة جوهرية تبدو بين المتغيرات الديموجرافية والعيادية للمريض ومحددات اختياره لطبيبه المعالج، **وأن** هذه العلاقة تنحو في اتجاه تدني المحددات الشكلية في اختيار الطبيب، والتركيز على المحددات المهنية والعلمية مع استمرار المرض وتدهور الصحة، والعكس صحيح.

وقد نوقشت النتائج في ضوء الدلالات النظرية والتطبيقية لنتائج الدراسة، ومدى اتساقها مع الدراسات السابقة في المجال.

محددات اختيار الطبيب المعالج في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية والعيادية لعينة من ذوي مرضى الأمراض المزمنة "دراسة استكشافية"

د. هناء أحمد محمد شويخ
قسم علم النفس
كلية الآداب – قنا

مقدمة:

تهدف الدراسة الراهنة إلى استكشاف المحددات التي تقف وراء اختيار مرضى الأمراض المزمنة لأطبائهم المعالجين من ناحية، كما تهدف إلى توضيح إلى أي مدى تتباين هذه المحددات في ظل تباين بعض المتغيرات الديموجرافية والعيادية للمرضى من ناحية أخرى.

لقد أصبحت الأمراض المزمنة اليوم من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان، حتى إنها تصدرت اهتمامات كثير من المؤسسات الطبية والنفسية، ومن معالم تلك الأهمية أنها أصبحت موضوعًا بارزًا للدراسة داخل فرع علم النفس الطبي، الذي يرتكز على دراسة المتغيرات النفسية المرتبطة بالأمراض المزمنة، ويتضح كذلك هذا الاهتمام من خلال تشجيع الجمعية الأمريكية لعلم النفس الباحثين على القيام بالأبحاث وتطبيقها في مجال الأمراض المزمنة، وصولاً إلى تحقيق هدفين:

1- اكتشاف المتغيرات النفسية التي لها دور مهم، سواء للوقاية من المرض، أم للتحكم فيه والسيطرة عليه، أم للتوافق معه.

2- تدريب النفسانيين العياديين على تقديم خدمة علاجية نفسية متخصصة، هدفها رفع قدرتهم على التعامل الأفضل مع هذه المتغيرات النفسية، وعلى نحو يساعدهم على تقديم الخدمة الصحية بشكل أكفأ، وبالتالي ينعكس ذلك على تحسين صحة المرضى الجسمية والنفسية ***(Redd, 1995)***.

فأغلب الأفراد – سواء المرضى منهم والأصحاء – لا يفكرون في اختيار الطبيب إلا في ظل وجود ظروف مرضية أو التعرض للإصابة، وتُعد هذه طريقة خاطئة في التفكير؛ لأنه بمجرد التعرض لحادث مرضي مفاجئ، لا يوجد الوقت الكافي للبحث عن الطبيب الملائم، مما يضطر المريض إلى الذهاب إلى أقرب عيادة طبية، ربما تكون غير متخصصة لعلاج مثل هذه الحالة الصحية على وجه الخصوص، أو غير مؤهلة على مستوى الكفاءة المطلوبة، مما قد يعرض حياته للتهلكة، فالطريقة الأنسب لعدم التعرض لمثل هذا الموقف هو عمل قائمة لعدد من الأطباء، نلجأ إليهم عند التعرض لأي حادث مرضي، فهذه الطريقة تتميز بمعرفة مسبقة بإمكانيات الأطباء وتخصصاتهم من ناحية، وإمكانية الاعتماد عليهم دون خوف من ناحية أخرى، لذا فأفضل وقت لتحديد الأطباء الذين نلجأ إليهم عند التعرض لحادث مرضي طارئ، هو الوقت الذي لا نكون في حاجة إليهم ***(HowStuffWorks,***

.2008)

قد تتسم طريقة التفكير السابقة بالمثالية إلى حد ما؛ لأنه عادةً ما يكون تعرُّض الفرد لمشكلة صحية هو الخطوة الأولى وراء بحثه عن الطبيب الملائم، ويذكر "بير"***(Baer, 1994)*** أن اختيار الطبيب لدى أغلب المرضى الأمريكيين يتم بنفس الطريقة التي يلجئون إليها عند شراء سيارة جديدة، فهم يبحثون ويسألون المحيطين بهم من الأهل والأصدقاء، ويقع الاختيار على من اتفقت حوله أغلب الآراء، ومن ثم يصبح هذا هو الاختيار الصحيح.

وكشفت الدراسات الطبية النفسية أن أسباب اختيار المرضى لطبيبهم المعالج تتم وفقًا للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي ***Biopsychosocial Model***، بمعنى أن ليس نوع المرض وكفاءة الطبيب وتخصصه فقط هي المحرك الأساسي لاختيار الطبيب المعالج، فهناك أسباب أخرى نفسية كشعور المريض بالراحة والثقة، وأخرى اجتماعية يدخل فيها الإطار الثقافي والأمور المادية للمريض ***.(Epstein et al., 2005; Margalit, Glick, Benbassat & Cohen, 2004)***

وترجع أهمية خطوة الاختيار إلى ما أوضحته بعض الدراسات من أنها تُعد البنية الأساسية لبداية مشوار العلاج الطبي، فإذا تمت هذه الخطوة بشكل صحيح، ووقع الاختيار على الطبيب المناسب، فهذا يضمن أن المريض سوف يحصل على الخدمة العلاجية الفعالة، كما أن حرية المرضى في اختيار أطبائهم ترفع من معدلات رضاهم عن الخدمة الطبية المقدمة بوجه عام، وعن الطبيب بوجه خاص في: التزامه بالمواعيد، وكفاءته العلمية، وفعالية علاجه الموصوف، وتوضيح المصطلحات الطبية، وذلك عند مقارنتهم بالمرضى الذين ليست لديهم هذه الحرية في الاختيار ***(Kalda, Polluste & Lember, 2003; Kersnik, 2001).***

ومن المأمول أن تمتد تطبيقات الدراسة الراهنة إلى عمليات التأهيل، بدءًا بعمل توعية وتدريب للمرضى على أسس وشروط اختيارهم لأطبائهم المعالجين، ومرورًا بإمكانات التنبؤ بمآل هؤلاء المرضى على ضوء هذه الأسس التي يتبنونها بالفعل، ووصولاً إلى إمكانات خفض مستوى المعاناة الناجمة عن المرض المزمن والعلاج. وفي ضوء هذه التطبيقات وضعت العديد من البرامج التأهيلية للمرضى لتوعيتهم بعدد من النقاط الضرورية التي يجب على المريض أخذها في اعتباره عند اختياره لطبيبه المعالج، وهي:

1- كون الطبيب ضمن قائمة الأطباء العاملين بالتأمين الصحي الخاص بعمله.

2- جنس الطبيب وديانته.

3- الموقع الجغرافي لعيادة الطبيب.

4- مدى سهولة المواصلات.

5- استشارة المحيطين من الأهل أو الأصدقاء أو الأطباء بخصوص هذا الطبيب المُختار.

6- الاتصال بالعيادة، والحصول على معلومات خاصة من القائمين بمعاونة هذا الطبيب، من قبيل:

- عدد ساعات العمل.	- طول فترة الانتظار.
- تكلفة الكشف.	- مؤهلات وشهادات الطبيب.
- إمكانية استخدام أدوية بديلة.	- مدى جاهزيَّة الطبيب في حالة الطوارئ.

7- اتخاذ القرار بالذهاب للطبيب، واختبار الجو العام، والإحساس بالراحة والثقة معه.

(American Medical Association, 2008; Eunjee, 2000; Haines, 2005; Henderson, 1992; Maine Health Management Coalition, 2008; Medicine Net, 2008; Medline Plus Trusted Health Information for you, 2008; National Institute on Aging, 2008; The Partnership for Health Care Excellence, 2008)

ويكتسب موضوع اختيار الطبيب المعالج ***Choosing Doctor*** أهمية تطبيقية وعملية كبيرة في مجال الأمراض المزمنة ومجال الرعاية الصحية؛ حيث أشارت دراسات متعددة إلى شيوع تغيير المرضى لأطبائهم المعالجين أكثر من مرة في السنة لعدم وجود أسباب محددة عند الاختيار، منها: جنس الطبيب، ودرجة توفره وجاهزيَّته عند الطوارئ، والقرب المكاني للعيادة الطبية من منزل المريض، وكفاءة العلاج وجودته، كما كشفت أيضًا أن توفير مثل هذه الأسباب يضمن بدرجة ما وجود علاقة جيدة بين المريض وطبيبه، وتولد درجة من الرضا والثقة بالطبيب ***(Jonshon, 2008; Tanne, 2008)***. من ناحية أخرى نبه بعض الباحثين إلى الدور المهم لمثل هذه الأسباب كمتغير وسيط لتفضيل المرضى للذهاب إلى أقسام الطوارئ عن تحديد موعد مع طبيبهم المعالج ***(Howard, Davis, Anderson, Cherry, Koller & Shelton, 2005)***، من هنا بدت تحديد أسباب اختيار المريض لطبيبه المعالج بمثابة الخطوة الأولى التي تكفل ضمان حصول المريض على الرعاية الصحية المناسبة، وبالتالي قد تخفف من وطأة هذا المرض المزمن.

لذا جاءت الدراسة الراهنة كخطوة أولية في استكشاف المحددات التي تقف وراء اختيار المرضى المصريين لأطبائهم المعالجين، وإلى أي مدى تتأثر هذه الأسباب بالعوامل الديموجرافية والعيادية للمريض.

مشكلة الدراسة:

من خلال النظرة السابقة على التراث البحثي والفكري في الموضوع، تتخلق مشكلة الدراسة الراهنة في الأسئلة الآتية:

(1) ما نسب شيوع كل سبب من أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين؟

(2) ما المحددات التي تنتظم فيها أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين؟

(3) هل يتباين إسهام هذه المحددات بتباين المتغيرات الديموجرافية للمريض (من قبيل مستوى التعليم، والعمر، والنوع، والمهنة، وموطن الإقامة) والمتغيرات العيادية للمريض (من قبيل طول فترة الإصابة بالمرض، والدرجة المدركة لخطورة المرض)؟

الدراسات السابقة:

يُعد هذا الموضوع من الموضوعات المهمة في الإنتاج النفسي الطبي الحديث والمعاصر، وذلك لما له من دور بارز في مجال علم النفس الإكلينيكي (العيادي) بوجه عام، ومجال علم النفس الصحة بوجه خاص، ولكن بالرغم من الاهتمام المتزايد بهذا الموضوع في التراث الأجنبي، تبين لنا من خلال المسح الشامل الذي أجريناه بواسطة الحاسب الآلي للدوريات النفسية والطبية المتخصصة، عدم تناول أية دراسة عربية لهذا الموضوع.

ويحكم استعراضنا للدراسات السابقة إطار تصنيفي يشتمل على محورين رئيسين، هما:

المحور الأول: الدراسات التي عُنيت بتحديد أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين.

المحور الثاني: الدراسات التي اهتمت برصد إسهام المتغيرات الديموجرافية والعيادية للمرضى في تشكيل أسباب اختيارهم لأطبائهم المعالجين.

وفيما يتعلق بالدراسات التي تناولت تحديد أسباب اختيار المريض لطبيبه المعالج: فتتصدرها جهود الدراسة المسحية لـ "كايسير" ***(Kaiser, 1996)*** عن أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين أو لطلب الخدمة الطبية من خلال الاتصال بالتليفون، بعينة قوامها 2006 راشدين، فوجد أن 60٪ من المرضى ذكروا أنهم أكثر ثقة بنصيحة الأصدقاء والأسرة في اختيارهم للطبيب بالمقارنة بنصيحة العاملين في المجال الطبي، كما سجل 15٪ منهم أنهم يفضلون الطبيب المشهور بالمقارنة بطبيب آخر غير مشهور، أما دراسة "سشنيك" ***(Schneck, 1998)*** فاستخلصت – من خلال سؤال عينة من المرضى قوامها 468 مريضًا – أن اختيار المريض لطبيبه المعالج يعتمد على أسباب متعددة منها: سُمعة المعالج ***Prestige***، ومهارته ***Skill***، ونزاهته ***Fairness***، وعطفه ***Compassion***، ولطفه ***Subtle***، ومدى كونه متاحًا ومتوفرًا ***Availability***، وتوصل "هاوارد" وآخرون ***(Howard et al., 2005)*** من خلال دراستهم الكيفية بسؤال 31 مريضًا، يتراوح أعمارهم ما بين 22 – 43 سنة، إلى أن المرضى يفضلون الذهاب لأقسام الطوارئ بالرغم من عدم خطورة حالتهم عن تحديد موعد مع طبيب معالج للأسباب الآتية: (1) صعوبة الحصول على موعد قريب مع الطبيب المعالج بخلاف ما يحدث في أقسام الطوارئ، (2) الانتظار الطويل لمقابلة الطبيب المعالج لا يحدث في أقسام الطوارئ، (3) يتوفر في أقسام الطوارئ أطباء أكفاء مما لا يثير الشك في كفاءتهم العلمية على العكس من الطبيب المعالج. واستطاع "سيبلاد"

(Sibbald, 2006) – من خلال المسح القومي للطبيب ***National Physician Survey*** لعينة قوامها (250) مريضًا – أن يرصد عددًا من أسباب اختيار المرضى لأطبائهم، منها: الفطنة أو التوقع ***Predictability***، والعمل المكثف ***Workload***، والسُمعة أو المقام، وإمكانية العمل البحثي ***Research Potential***، والتحدي ***Challenge***، والإمكانية المادية ***Earning Potential***. وجاءت نتائج دراسة "جونسون"***(Jonshon, 2008)*** لتسجل أسبابًا مشابهة للدراسات السابقة، وذلك من خلال عمل دراسة استطلاعية لعينة من المرضى (ن=350) مريضًا، وحصرت الأسباب في: أن يكون الطبيب متوفرًا ومتاحًا، وقرب مكان العيادة للمنزل، وكفاءة العلاج وجودته، كما أضافت الدراسة أن عدم توفر هذه الأسباب في الطبيب المعالج تجعل المريض يغير طبيبه أكثر من مرة في السنة، وعلى العكس من ذلك فتوفرها يحقق علاقة جيدة بين المريض والطبيب. وأضاف "جوبتا" ***(Gupta, 2008)*** – من خلال اتصاله بعينة من المرضى (ن=250) – أن سُمعة الطبيب من أهم العوامل المساهمة في اختيار المريض لطبيبه، ويليها في الأهمية ترشيح الأهل والأصدقاء للطبيب، ومساعدة الهيئة المعاونة للطبيب في توفير المعلومات اللازمة للمريض، وسهولة الحصول على موعد، وقصر الفترة الزمنية للانتظار.

أما فيما يختص بالمحور الثاني الخاص بدراسة إسهام المتغيرات الديموجرافية والعيادية في تشكيل أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين، فقد كشفت دراسة "رويان"***(Ryan, 1984)*** – من خلال عينة (ن=500) مريض – أن مستوى التعليم وجنس المريض من العوامل الديموجرافية التي ترتبط باختلاف أسباب اختيار المريض لطبيبه المعالج. وأضاف "بير"***(Baer, 1994)*** أن المرضى الأمريكان ذوي الطبقة الاقتصادية المتوسطة يعتمدون على سؤال المحيطين بهم من الأهل والأصدقاء في اختيار الطبيب بالمقارنة بالطبقات الاقتصادية المرتفعة. كما وجد "كلادا" وآخرون ***(Kalda et al., 2003)*** أن للمتغيرات الديموجرافية (النوع، ومستوى التعليم، والجنسية، وموطن الإقامة، والدخل، والمهنة) دورًا تنبُئيًا في تباين أسباب اختيار المريض لطبيبه المعالج. وتوصلت دراسة "تاني" ***(Tanne, 2008)*** – من خلال عينة (ن=2720) مريضًا، تتراوح أعمارهم ما بين 18 إلى 48 سنة– إلى أن 52٪ من العينة اختارت أن يكون الطبيب المعالج من البيض الأمريكان، و21٪ منهم اختارت أن يكون من الأمريكان الأفارقة، و19٪ منهم أن يكون أمريكيًا أسبانيًا، وجاءت جميع هذه الاختيارات بناءً على التطابق بين المريض وطبيبه في النوع والعنصرية، وارتأى الباحث أن المرضى يميلون إلى اختيار الطبيب من نفس النوع والعنصرية؛ لأن ذلك يجعلهم أكثر راحة ورضاء وثقة بالطبيب.

تعقيب على الدراسات السابقة:

على ضوء ما سبق يمكننا أن نخلص إلى بضع ملاحظات مهمة، هي:

(1) أن هناك تباينًا في أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين، وهذا التباين بوجه عام مرتفع

بين فئات المرضى سواء المزمن منها والحاد، وأن هذا المستوى المرتفع المستمر من عدم تحديد مثل هذه الأسباب يشكل مشكلة طبية كبرى.

(2) تفاوت أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين – كما كشفت عنها الدراسات السابقة – يبدو في حاجة إلى إعادة استكشاف لتبين أكثرها شيوعًا وتنبؤًا بين المرضى في ضوء الثقافة العربية بوجه عام، والمصرية بوجه خاص.

(3) أن تحديد دور هذه الأسباب له أولويته التي تسبق أية إجراءات للتدخل الطبي؛ لما لها من أهمية في حصول المريض على الخدمة العلاجية المطلوبة، وفي تحديد درجة رضا المرضى عن هذه الإجراءات المطلوبة منهم في الأصل.

(4) ركزت الدراسات السابقة على حصر أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين، دون أدنى اهتمام بمحاولة جمع هذه الأسباب في فئات محددة، وهذا قد يكون أصدق في ظل عدم اعتماد المريض على سبب واحد، بل مجموعة من الأسباب متحدة معًا لاختياره هذا الطبيب على وجه الخصوص.

(5) يتضح من الدراسات السابقة تركيز الباحثين على تحديد دور إسهام المتغيرات الديموجرافية في تشكيل أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين، وهم في ذات الوقت يقللون من التركيز على دور المتغيرات العيادية بشكل عام.

(6) تنبه بعض الدراسات إلى أن اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين في ميدان المرض المزمن لا يقتصر فقط على تأثيره في المريض، وإنما يشمل أيضًا مدى امتثاله للنصح الطبي، وكفاءة المختص بالعلاج، وهذا يعني أن الأضرار المتوقعة من الاختيار غير السليم تفوق حدود المريض ذاته، وهو ما يتطلب مزيدًا من الجهد البحثي لاستكشاف مدى خطورة تلك المشكلة، ومدى حاجتها إلى وضعها على قائمة عوامل الاستهداف الداعية للإجراءات الوقائية.

(7) ومما يزيد من القيمة التطبيقية لهذه الدراسة أن عملية التأهيل ووضع برامج لتعليم المرضى وتدريبهم علي الطرق الصحيحة في اختيارهم لأطبائهم إنما تقع علي عاتق الاختصاصي النفسي الإكلينيكي (العيادي) في السياق الطبي.

ويمكن صياغة الفروض – من خلال ما سبق عرضه من دراسات سابقة – كما يأتي:

(1) يوجد تباين في نسب شيوع كل سبب من أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين.

(2) توجد مجموعة من المحددات التي تنتظم فيها أسباب اختيار المريض لطبيبه المعالج.

(3) يتباين إسهام كل محدد من محددات اختيار المريض لطبيبه المعالج وفقًا لتباين بعض المتغيرات الديموجرافية والعيادية.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

(1) العينة: تكونت عينة الدراسة من 200 مريض بأمراض مزمنة مختلفة [مرضى الفشل الكلوي (ن=57)، ومرضى السكري(ن=53)، ومرضى ضغط الدم (ن=40)، ومرضى الكبد المزمن (ن=50)] من المترددين على العيادات الخارجية بمستشفى عين شمس الجامعي (الدمرداش) التابع لكلية الطب بجامعة عين شمس، ومستشفى عين شمس التخصصي، والعيادات الخارجية للأطباء البشريين، ويتراوح المدى العمري لهم ما بين 20 إلى 74 سنة، بمتوسط مقداره 41.45 سنة، وانحراف معياري يقدر بـ ±14.59 سنة، وكان متوسط طول فترة الإصابة بالمرض 90.62 شهرًا، بانحراف معياري 68.15 شهرًا. والجدول الآتي [جدول (1)] يوضح توزيع أفراد العينة وفقًا للخصائص الديموجرافية لها.

جدول (1) الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة (ن=200)

النوع		المستوى التعليمي				الحالة المهنية		موطن الإقامة	
إناث	ذكور	ابتدائية	إعدادية	متوسطة	جامعية	يعمل	لا يعمل	حضر	ريف
80	120	18	17	94	71	130	70	131	69

وفي إطار توزيع أفراد العينة على المتغيرات الديموجرافية أمكن تكوين مجموعات فرعية على كل متغير منها، وذلك لاستكشاف مدى علاقتها بالمفهوم الرئيسي للدراسة الراهنة، وهو محددات اختيار الطبيب المعالج.

(2) **الأدوات:** اشتملت بطارية الأدوات على ما يأتي:

[أ] استمارة بيانات الحالة: وهي تحتوي على بنود البيانات الديموجرافية للمريض، والتي تشمل: النوع، والسن، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والحالة المهنية، وموطن الإقامة؛ وبعض بنود البيانات العيادية للمريض، مثل نوع المرض، والفترة الزمنية لبدء ظهور المرض، والخطورة المدركة للمرض.

[ب] استخبار محددات اختيار الطبيب المعالج: ويتكون من 35 بندًا، يشير كل بند منها إلى سبب قد يساهم أو لا يساهم في اختيار الطبيب المعالج، ومن الجدير بالإشارة أنه تم إعداد هذا الاستخبار استنادًا إلى طريقتين؛ الأولى: تمثل الإجراء الأساسي في تكوين هذا الاستخبار، حيث تم توجيه أسئلة مفتوحة إلى عينة مكونة من 50 مريضًا، والسؤال المفتوح كان عن أسباب اختيار الطبيب المعالج، والثانية: تم فيها استعراض عدد من المقاييس الأجنبية (لم تجد الباحثة أية مقاييس عربية ذات صلة بمتغير الدراسة) منها على سبيل المثال لا الحصر: مقياس اختيار

الطبيب[1] (2008)، ومقياس اختيار الطبيب الملائم[2](2008).

وتتطلب الإجابة عن الاستخبار ككل أن يحدد الفرد مدى إسهام البند في اختياره لطبيبه، باختيار واحد من بدائل ثلاثة تمثل مقياس شدة انطباق العبارة (لم يسهم – ساهم بدرجة متوسطة – ساهم بدرجة كبيرة)، وتقدر الدرجة بمنح البند الواحد درجة من ثلاثة بدائل هي: درجة واحدة (لم يسهم)، ودرجتان (ساهم بدرجة متوسطة)، وثلاث درجات (ساهم بدرجة كبيرة)، أما الحد الأقصى للدرجة على الاستخبار ككل فتبلغ 105 درجات (35 بندًا X 3 درجات).

ولتقدير الكفاءة القياسية للاستخبار:

أولاً:– الصدق

حسبت معاملات صدق الاستخبار – على عينة قدرها 50 مريضًا، بمتوسط عمري قدره (41.12) وانحراف معياري قدره ± 14.14 سنة، من المترددين على العيادات الخارجية بمستشفى عين شمس الجامعي (الدمرداش) التابع لكلية الطب بجامعة عين شمس، ومستشفى عين شمس التخصصي، والعيادات الخارجية للأطباء البشريين – بالطرق الآتية:

(1) طريقة المحكمين: عرض الاستخبار على مجموعة من الخبراء في مجال الرعاية الصحية (خمسة أطباء بشريين، وثلاثة أخصائيين نفسيين) للحكم على مدى تمثيل البنود لما وضع لقياسه، وبناء على نتائج فحصهم للاستخبار وملاحظاتهم، تم إدخال بعض الأسباب المساهمة في الاختيار، وبعض التعديلات في صياغة البنود بصورة تجعلها أكثر وضوحًا ودقة وسهولة في الفهم والاستيعاب، وجاءت تقديرات المحكمين بنسب تتراوح بين 75٪ و100٪.

(2) طريقة تقدير الاتساق الداخلي: من خلال حساب معامل ارتباط الدرجة على كل بند على حدة بالدرجة المجمعة على المقياس الكلي، وكانت معاملات ارتباطها دالة عند مستوى 0.05 ، 0.01. وفيما يأتي نعرض لنتائج هذا الإجراء في الجدول الآتي (2).

جدول (2) معاملات الارتباط بين كل بند على حدة بالدرجة الكلية

البنود	معامل ارتباط البند	البنود	معامل ارتباط البند	البنود	معامل ارتباط البند	البنود	معامل ارتباط البند	البنود	معامل ارتباط البند
1 2	**0.41	8 9	*0.32	15 16	*0.34	22 23	**0.53	29 30	*0.29

(1) Office of the Patient Advocate (OPA) (2008). Choose a Doctor. Available on: www.opa.ca.gov.

(2) Family Care American (2008). Choosing the Right Doctor. Available on: www.FCA.org.

3	**0.51	10	*0.29	17	*0.29	24	**0.47	31	**0.44
4	**0.50	11	*0.31	18	**0.46	25	**0.48	32	**0.45
5	*0.29	12	**0.53	19	*0.38	26	**0.48	33	**0.54
6	*0.33	13	*0.29	20	*0.30	27	**0.53	34	*0.39
7	*0.30	14	**0.42	21	*0.39	28	**0.62	35	*0.31
	*0.37		**0.44		**0.46		*0.29		*0.36

ثانيًا:- الثبات

استخدمت الدراسة الراهنة الطريقتين الآتيتين للاستدلال على مدى ثبات أدواتها:

1- حساب معامل ألفا كرونباخ ***Cronbach Alpha Coefficient***: وبلغ معامل ألفا كرونباخ للاستخبار ككل 0.87.

2- إعادة الاختبار ***Retest – Test***: وجاء معامل الثبات الناتج عن هذا الإجراء 0.98، حيث تم إعادة الاختبار على عينة قدرها (ن=15) مريضًا، مما يشير إلى تمتع استخبار الدراسة بمؤشرات ثبات جيدة.

خطة التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة:

بعد إجراءات بيانات العينة الأساسية للدراسة (ن=200)، أجريت لهذه البيانات التحليلات الإحصائية الآتية:

(1) نسب شيوع كل سبب من أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين.

(2) رصد محددات (أبعاد) اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين من خلال استخدام أسلوب التحليل العنقودي ***Clustering Analysis***.

(3) إجراء تحليل التباين في اتجاه واحد ***One – Way ANOVA*** بين المجموعات الفرعية المصنفة على أساس كل متغير ديموجرافي وعيادي على حدة لاستكشاف مدى وجود تباين بينها في إسهام كل محدد من المحددات في اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين من خلال قيمة "ف".

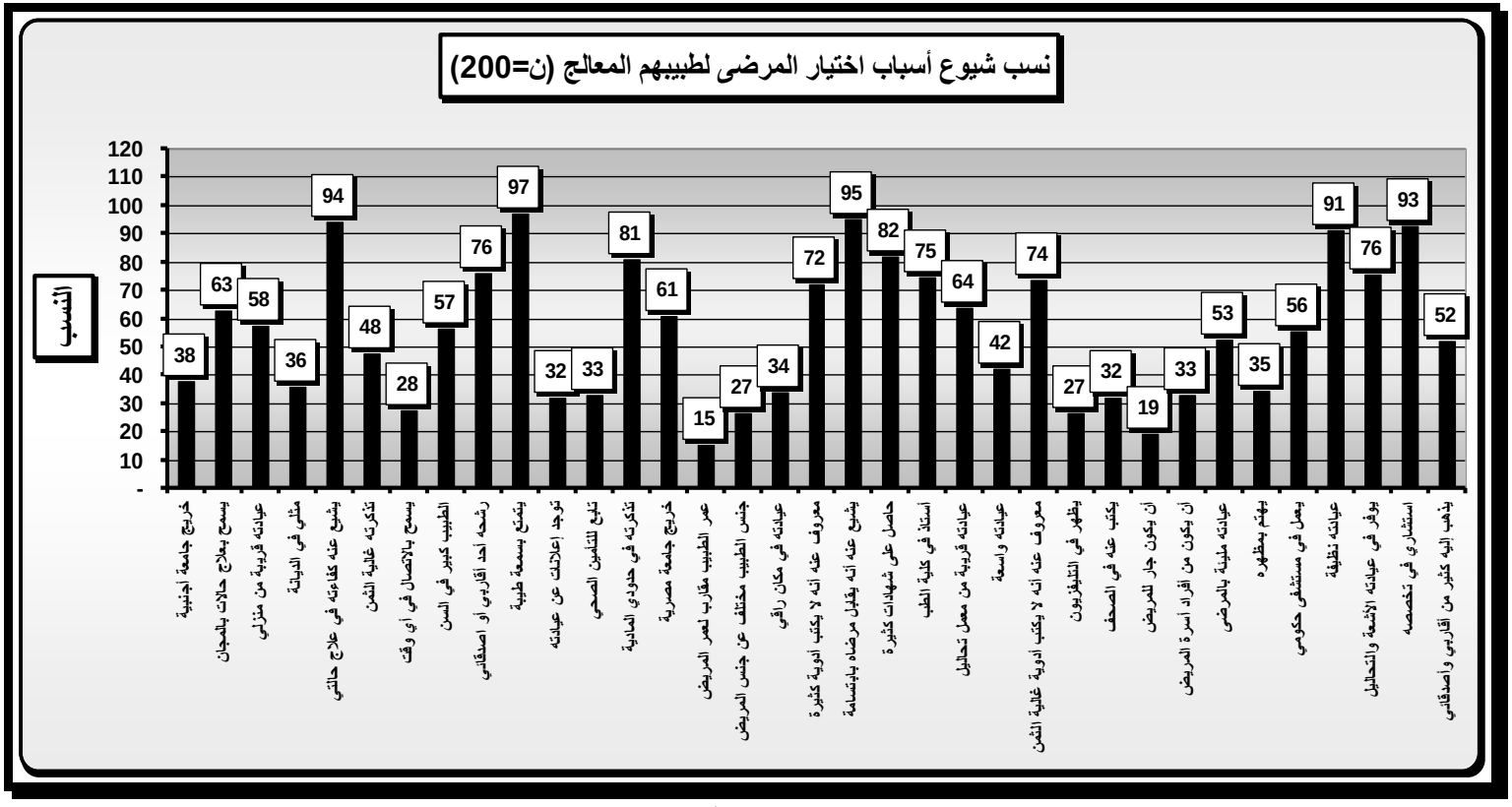
(4) ثم حساب قيم المتوسط والانحراف المعياري ودلالة الفروق بين المتوسطات بين كل اثنتين من مجموعات المقارنة المتعددة لاستكشاف مواضع التباين بين المجموعات واتجاهاتها.

النتائج :

سوف يتم تنظيم العرض في ثلاثة أقسام على أن تُعنى نتائج كل قسم منها بأحد الأسئلة الرئيسية للدراسة.

(1) نتائج تحليلات القسم الأول: والخاصة بتحديد نسب شيوع كل سبب من أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين، فقد أظهرت النتائج وجود تباين ملحوظ في نسب شيوع هذه الأسباب بين المرضى، ويوضح الشكل (1) ذلك الإجراء.

حيث يتضح من الشكل (1) أن هناك تباينًا في نسب شيوع أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين، فقد جاءت كل من الأسباب الآتية: أن يكون الطبيب استشاريًّا في تخصصه، ويشيع عنه كفاءته في علاج حالتي، ويقابل مرضاه بابتسامة، ويتمتع بسمعة طيبة، وعيادته نظيفة – من أكثر الأسباب التي يعتمد عليها المرضى عند الاختيار، ويتضح هذا من خلال نسب شيوعها التي تراوحت ما بين 91٪ إلى 97٪ بين أفراد العينة، في حين ظهرت مجموعة أخرى من الأسباب تُعد أقل شيوعًا عند الاختيار، وهي: أن يكون الطبيب جارًا للمريض، وجنسه وعمره متطابقًا مع المريض، ويظهر في التليفزيون، ويسمح بالاتصال في أي وقت، وكانت نسب شيوعهم ما بين 15٪ إلى 27٪، أما عن باقي الأسباب فقد توزعت ما بين هاتين الفئتين؛ الأكثر شيوعًا والأقل شيوعًا.



شكل (1) نسب شيوع كل سبب من أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين

(2) النتائج الخاصة بالسؤال الثاني: ويختص بالوقوف على محددات اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين، حيث تم إدراج هذه الأسباب (35 سببًا) في التحليل العنقودي، وتم التعامل معها كمتغيرات منفصلة، حيث يكون كل سبب من هذه الأسباب متغيرًا مستقلاً ***(Anastas & MacDonald, 1994; Vaus, 2002)***، وتم استخدام طريقة العنقدة الهرمية ***Hierarchical Clustering Analysis***، حيث تعمل على تصنيف المتغيرات أو المشاهدات وفق مقارنة أوجه التشابه ***Similarity*** بين كل زوج من المتغيرات من خلال إيجاد المسافة ***Distance*** بين المتغيرات، ومن ثم إيجاد المجموعات التي تنظم كل مجموعة من الأسباب داخلها، وهناك عدة طرق إحصائية لاستخراج المسافات بين المتغيرات المقاسة بمقياس فتري ***Interval Scaled Variables***، منها مقياس "مربع اكليديان للمسافة"[3] ***Square Euclidian Distance***(عاشور & سالم، 2005، ص ص 184-185)، وهو المستخدم في البحث الحالي، كما استخدم أسلوب "وارد" ***Ward*** لقدرته على دمج العنقودين اللذين لهما أصغر زيادة بالنسبة لمجموع المربعات داخل مسافات العنقود ***(Landau & Everitt, 2004; Romesburg, 2004)***.

ويوضح الجدول الآتي (3) نتائج التحليل العنقودي لأسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين، تمهيدًا للوصول إلى شكل يوضح توزيع هذه الأسباب على مجموعة من الفئات العنقودية.

جدول (3) نتائج التحليل العنقودي

المرحلة	عناصر التحليل		المعاملات	المرحلة	عناصر التحليل		المعاملات
	العنقود الأول	العنقود الثاني			العنقود الأول	العنقود الثاني	
1	25	26	25.000	18	20	21	1122.350
2	10	34	62.500	19	8	29	1213.350
3	17	23	109.000	20	22	33	1306.350
4	5	10	156.167	21	14	18	1399.683
5	15	30	204.167	22	12	25	1502.733
6	27	28	252.667	23	2	13	1608.733
7	19	32	305.167	24	8	11	1715.567
8	7	15	366.500	25	1	8	1835.233
9	16	17	428.000	26	9	20	1956.567
10	2	3	489.500	27	2	35	2080.767
11	18	24	533.500	28	4	12	2206.467
12	5	19	627.933	29	14	22	2339.333

([3]) Distance (X, Y) = $\sum (Xi-Yi)^2$

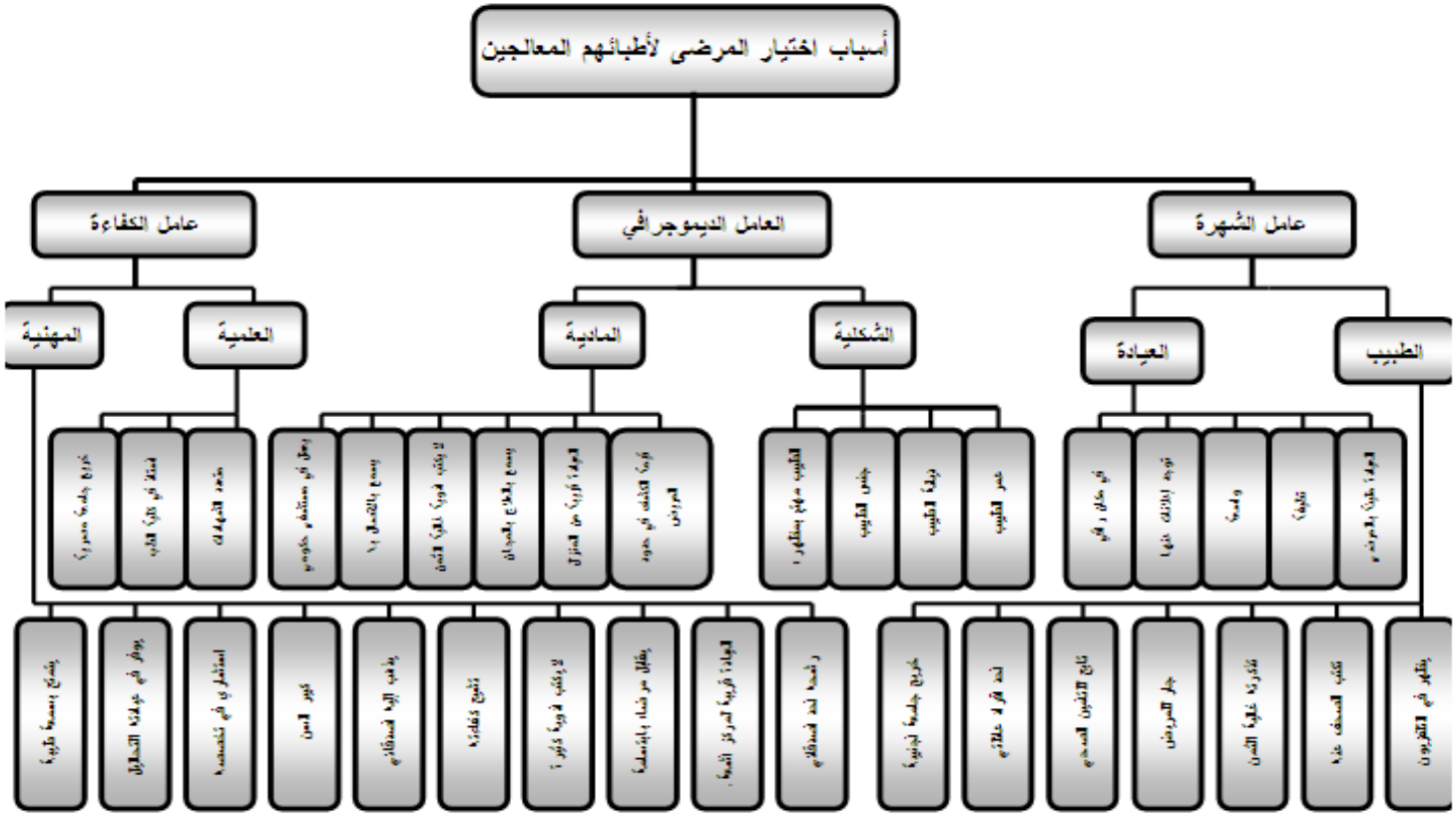
2498.300	14	9	30	704.183	27	25	13
2693.138	9	2	31	784.183	6	1	14
2922.197	4	1	32	866.350	7	4	15
3324.948	5	2	33	950.850	16	11	16
4517.943	2	1	34	1036.350	31	13	17

ويتضح من الجدول السابق انتظام أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين في ثلاث فئات رئيسية، وتتفرع كل منهما إلى محددين فرعيين(*)، كالآتي:

(1) فئة عامل الشهرة، وتنقسم إلى محددين فرعيين، هما: محدد شهرة الطبيب (يظهر في التليفزيون، وتكتب الصحف عنه، وخريج جامعة أجنبية... إلخ) ومحدد شهرة العيادة (تكون في مكان راقٍ، ومليئة بالمرضى، ويوجد إعلانات عنها... إلخ)، (2) فئة العامل الديموجرافي، وتحتوي على محددين فرعيين، هما: المحدد الشكلي للطبيب (عمره، وديانته، وجنسه، ومظهره)، والمحدد المادي (قيمة الكشف في حدود المريض المادية، ويسمح الطبيب بعلاج بعض الحالات بالمجان، ولا يكتب أدوية غالية الثمن... إلخ)، (3) فئة عامل الكفاءة، وتتمثل في محددين فرعيين، هما: محدد الكفاءة العلمية (متعدد الشهادات،وأستاذ في كلية الطب،وخريج جامعة مصرية)، ومحدد الكفاءة المهنية(رشحه أحد أصدقائي، واستشاري في تخصصه، وتشيع كفاءته في علاج حالتي، ويتمتع بسمعة طيبة... إلخ).

ويوضح الشكل الآتي نتائج التحليل العنقودي، وانتظام أسباب اختيار المرضى لأطبائهم في ستة محددات رئيسية:

(*) تندرج الأسباب تحت ستة محددات فرعية، هي: (1) محدد شهرة الطبيب وتتضمن أسباب رقم: 1،6،12،25،26،27،28 (2) محدد شهرة العيادة:11،17،23، 29،32 (3) محدد الخصائص الشكلية للطبيب:4،15،16،30 (4) محدد الجانب المادي:2،3،7،13،24،31 (5) محدد الكفاءة العلمية:14،20،21 (6) محدد الكفاءة المهنية:5،8،9،10،18،19،22،32،34،35.



شكل (٢) يوضح نتائج التحليل العنقودي للأسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين

(3) النتائج الخاصة بالسؤال الثالث: ويختص بعرض محددات اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين في ظل تباين بعض المتغيرات الديموجرافية المتمثلة في (مستوى التعليم، والعمر، والنوع، والمهنة، وموطن الإقامة)، والعيادية المتمثلة في (طول فترة المرض، والخطورة المدركة له) ونعرض لنتائج السؤال الثالث في الجدول (4) الآتي:

جدول (4) نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه للكشف عن تباين محددات اختيار المريض لطبيبه المعالج بتباين بعض المتغيرات الديموجرافية والعيادية

محددات الاختيار		مجموع المربعات	درجات حرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
(1) مستوى التعليم	محدد شهرة الطبيب	18.75	3	6.25	0.91	0.44
	محدد شهرة العيادة	46.09	3	15.36	2.97	0.04
	محدد الجانب الشكلي	8.39	3	2.79	1.09	0.35
	محدد الجانب المادي	0.81	3	0.27	0.03	0.99
	محدد الكفاءة العلمية	6.71	3	2.24	0.66	0.58
	محدد الكفاءة المهنية	94.71	3	31.57	2.77	0.05
(2) العمر (*)	محدد شهرة الطبيب	9.44	2	4.72	0.69	0.50
	محدد شهرة العيادة	38.82	2	19.41	3.53	0.03
	محدد الجانب الشكلي	2.86	2	1.43	0.56	0.57
	محدد الجانب المادي	65.62	2	32.81	3.36	0.04
	محدد الكفاءة العلمية	12.98	2	6.49	1.94	0.15
	محدد الكفاءة المهنية	86.69	2	43.35	3.63	0.03
(3) النوع	محدد شهرة الطبيب	0.03	1	0.03	0.04	0.95
	محدد شهرة العيادة	0.05	1	0.05	0.01	0.92
	محدد الجانب الشكلي	21.60	1	21.60	8.76	0.003
	محدد الجانب المادي	48.40	1	48.40	4.94	0.03
	محدد الكفاءة العلمية	5.74	1	5.74	1.70	0.19
	محدد الكفاءة المهنية	30.08	1	30.08	2.47	0.12

(*) تم تقسيم المرحلة العمرية لعينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات حسب درجات الربيع، فالمجموعة (1) تمثل الربيع الأدنى (أقل من 28 سنة)، والمجموعة (2) تعكس الربيع الأوسط (الذي يتراوح ما بين 29 سنة إلى 51 سنة)، والمجموعة (3) تحتوي على درجات الربيع الأعلى (أكثر من 52 سنة).

محددات الاختيار		مجموع المربعات	درجات حرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
(4) المهنة	محدد شهرة الطبيب	23.65	1	23.65	3.75	0.05
	محدد شهرة العيادة	0.02	1	0.02	0.03	0.96
	محدد الجانب الشكلي	0.01	1	0.01	0.01	0.96
	محدد الجانب المادي	19.71	1	19.71	1.98	0.16
	محدد الكفاءة العلمية	4.85	1	4.85	1.44	0.23
	محدد الكفاءة المهنية	55.49	1	55.49	4.61	0.03
(5) موطن الإقامة	محدد شهرة الطبيب	0.12	1	0.12	0.02	0.89
	محدد شهرة العيادة	90.33	1	90.33	17.33	0.001
	محدد الجانب الشكلي	79.43	1	79.43	36.55	0.001
	محدد الجانب المادي	81.44	1	81.44	8.46	0.004
	محدد الكفاءة العلمية	39.39	1	39.39	12.31	0.001
	محدد الكفاءة المهنية	3.12	1	3.12	0.25	0.62
(6) طول فترة المرض(*)	محدد شهرة الطبيب	42.99	2	21.49	3.21	0.04
	محدد شهرة العيادة	24.85	2	12.43	3.01	0.05
	محدد الجانب الشكلي	19.81	2	9.91	3.98	0.02
	محدد الجانب المادي	21	2	10.50	1.05	0.35
	محدد الكفاءة العلمية	3.59	2	1.79	0.53	0.59
	محدد الكفاءة المهنية	27.23	2	13.62	1.11	0.33
(7) الخطورة المدركة للمرض	محدد شهرة الطبيب	15.11	2	7.55	1.11	0.33
	محدد شهرة العيادة	12.38	2	6.19	1.09	0.34
	محدد الجانب الشكلي	14.19	2	7.09	2.92	0.05
	محدد الجانب المادي	0.95	2	0.47	0.05	0.95
	محدد الكفاءة العلمية	41.80	2	20.90	6.25	0.002
	محدد الكفاءة المهنية	171.86	2	85.93	7.46	0.001

بالنسبة للمتغيرات الديموجرافية: نستخلص من الجدول السابق (4) أن ثمة تباينًا مرتفع الدلالة يبدو ناتجًا عن اختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية، وهي النوع، والمستوى التعليمي، والمهنة،

(*) تم تقسيم مدة الإصابة بالمرض لعينة الدراسة إلى ثلاث فترات حسب الربيع الأدنى (أقل من 36 شهرا)، والربيع الأوسط (الذي يتراوح ما بين 37 شهرا إلى 120 شهرا)، والربيع الأعلى (أكثر من 121 شهرا).

وموطن الإقامة على كل محدد من محددات اختيار المريض لطبيبه المعالج، حيث اتضح انخفاض قيمة (ف) بالنسبة لمستوى التعليم إلى مستوى أدنى من حد الدلالة المقبول على كل محددات الاختيار باستثناء محددي شهرة العيادة والكفاءة المهنية، حيث ارتفعت قيمة (ف) عليهما بصورة دالة، أما عن متغير العمر فجاءت الفروق بين المجموعات العمرية دالة على ثلاثة محددات هي: محدد الدعاية العيادية، ومحدد الجانب المادي، ومحدد الكفاءة المهنية، أما عن باقي المحددات فكانت غير دالة، وظهرت الفروق على متغير النوع على محددي الجانب الشكلي والجانب المادي، وأما الحالة المهنية فقد اقتصر تأثيرها على محددي شهرة الطبيب والكفاءة المهنية، وجاءت باقي المحددات غير دالة في التأثير، وأخيرًا متغير موطن الإقامة الذي أظهر فروقًا دالة على أغلب محددات اختيار الطبيب، ما عدا محددي شهرة الطبيب والكفاءة المهنية.

أما بالنسبة للمتغيرات العيادية فكشفت نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه أن قيم "ف" كانت دالة، وذلك بالنسبة لمتغيري طول فترة الإصابة بالمرض، وتقدير الخطورة المدركة، حيث جاء متغير طول فترة الإصابة بالمرض دالا على محددات ثلاثة لاختيار الطبيب المعالج، وهي: شهرة الطبيب، وعيادته، والجانب الشكلي له، في حين اشترك معه متغير تقدير الخطورة المدركة للمرض في محدد الجانب الشكلي، وانضاف إلى هذا محددًا الكفاءة العلمية والمهنية للطبيب، وهذه النتائج في مجملها تشير إلى وجود علاقة جوهرية بين كل من طول فترة الإصابة بالمرض وتقدير خطورته ومحددات اختيار المريض لطبيبه.

وهذه القيم الدالة لـ (ف) تنقلنا إلى متابعة نتائج الإجراء التالي، وذلك بفحص المتوسطات والانحرافات المعيارية، ودلالة الفروق واتجاهاتها بين كل مجموعتين على حدة.

جدول (5) الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الفرعية لكل متغير ديموجرافي وعيادي دال التأثير على محددات اختيار المريض لطبيبه المعالج

المحددات		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (2/1)	متوسط الفروق (3/1)	متوسط الفروق (4/1)	متوسط الفروق (3/2)	متوسط الفروق (4/2)	متوسط الفروق (4/3)
(1) مستوى التعليم	شهرة العيادة	(1) ابتدائية	18	1.16	*1.17	**1.47	0.006	0.580	0.574
		(2) إعدادية	17						
		(3) ثانوية	94						
		(4) جامعية	71						

المحددات		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (2/1)	متوسط الفروق (3/1)	متوسط الفروق (4/1)	متوسط الفروق (3/2)	متوسط الفروق (4/2)	متوسط الفروق (4/3)
	الكفاءة المهنية	(1) ابتدائية	18	-3.04**	-2.04*	-2.25*	0.99	0.79	0.21
		(2) إعدادية	17						
		(3) ثانوية	94						
		(4) جامعية	71						

المحددات		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (2/1)	متوسط الفروق (3/1)	متوسط الفروق (3/2)
(2) متغير العمر	شهرة العيادة	مجموعة (1)	47	-0.83*	-1.21**	-0.37
		مجموعة (2)	95			
		مجموعة (3)	58			
	الجانب المادي	مجموعة (1)	47	-0.20	-1.39*	-1.18*
		مجموعة (2)	95			
		مجموعة (3)	58			
	الكفاءة المهنية	مجموعة (1)	47	-1.39*	-1.72**	-0.32
		مجموعة (2)	95			
		مجموعة (3)	58			

تابع جدول (5)

المحددات		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفرق
(3) متغير النوع	الجانب الشكلي	الذكور	80	2.96**
		الإناث	120	
	الجانب المادي	الذكور	80	2.22*
		الإناث	120	

المحددات		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق
(4) متغير المهنة	شهرة الطبيب	يعمل	130	*1.94
		لا يعمل	70	
	الكفاءة العلمية	يعمل	130	*2.15
		لا يعمل	70	
المحددات		**مجموعات المقارنة**	**عدد الأفراد**	**متوسط الفرق**
(5) موطن الإقامة	شهرة الطبيب	حضر	131	***4.16
		ريف	69	
	الجانب الشكلي	حضر	131	***6.05
		ريف	69	
	الجانب المادي	حضر	131	**2.91
		ريف	69	
	الكفاءة العلمية	حضر	131	***3.51
		ريف	69	

تابع جدول (5)

المتغيرات		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (2/1)	متوسط الفروق (3/1)	متوسط الفروق (3/2)
(6) طول فترة الإصابة بالمرض	شهرة الطبيب	(1) قصيرة	59	0.83	**1.13	0.29
		(2) متوسطة	70			
		(3) طويلة	71			
	شهرة العيادة	(1) قصيرة	59	0.66	*0.85	0.19
		(2) متوسطة	70			
		(3) طويلة	71			
	الجانب الشكلي	(1) قصيرة	59	*0.65	**0.72	0.07
		(2) متوسطة	70			
		(3) طويلة	71			

المتغيرات		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (2/1)	متوسط الفروق (3/1)	متوسط الفروق (3/2)
(7) الخطورة المدركة للمرض	الجانب الشكلي	(1) ليست خطيرة	45	1.91	*0.78	*0.58
		(2) بدرجة متوسطة	115			
		(3) بدرجة شديدة	40			
	الكفاءة العلمية	(1) ليست خطيرة	45	0.35	-*0.84	-***1.91
		(2) بدرجة متوسطة	115			
		(3) بدرجة شديدة	40			
	الكفاءة المهنية	(1) ليست خطيرة	45	-**1.70	-***2.79	1.08
		(2) بدرجة متوسطة	115			
		(3) بدرجة شديدة	40			

* دال عند مستوى 0.05 ** دال عند مستوى 0.01 *** دال عند مستوى 0.

وعلى الرغم من ضعف احتمال تدخل التعليم لتحديد محددات اختيار المريض لطبيبه المعالج، باستثناء محددي شهرة العيادة، والكفاءة المهنية، فقد ظهرت علاقة واضحة بينهما وبين مستوى التعليم في اتجاه انخفاض الاهتمام بدعاية وشكل العيادة مع ارتفاع مستوى التعليم، إلا أننا نجد أن التركيز على الكفاءة المهنية للطبيب يزداد مع ارتفاع مستوى التعليم. أما عن متغير العمر، فقد اتضح أنه دال التأثير في كل من محدد الدعاية العيادية ومحدد الجانب المادي ومحدد الكفاءة المهنية، حيث يزداد الاهتمام بهذه المحددات الثلاثة في اختيار الطبيب مع زيادة عمر المريض. أما عن متغير النوع، فقد تبين لنا أنه يتدخل ليسهم بدرجة ما في تحديد اختيار الطبيب المعالج، حيث تبدو الإناث أقل اهتمامًا من الذكور بالجانب الشكلي والمادي للطبيب. وجاء متغير الحالة المهنية مقتصر التأثير فقط على محددي شهرة الطبيب والكفاءة المهنية، حيث كان العاملون أكثر اهتمامًا بالطبيب ذي الدعاية والشهرة والكفاءة العلمية من غير العاملين. وأخيرًا يبدو متغير موطن الإقامة لافتًا للنظر، حيث يكشف عن فروق عالية الدلالة على أغلب محددات اختيار الطبيب المعالج، وبدا واضحًا من خلال فحص قيم المتوسط، تفوق ساكني المدن على ساكني الريف في اعتمادهم عند اختيارهم لطبيبهم على مظهر العيادة، والجانب الشكلي والمادي للطبيب، والكفاءة العلمية.

كما اتضح أن معظم التباين بين المجموعات ناجم عن الفروق بين المجموعتين (1) فترة الإصابة بالمرض قصيرة، والمجموعة (3) فترة الإصابة بالمرض طويلة، حيث يميل المرضى مع قصر فترة

الإصابة بالمرض إلى الاعتماد على الطبيب المشهور، ذي العيادة المشهورة أيضًا، وله خصائص ديموجرافية محددة، في حين أن إدراك المريض لمرضه على أنه ليس خطيرًا يجعله يركز على الجانب الشكلي للطبيب، ولكن مع تقديره بأن مرضه خطير يركز على خصائص الكفاءة العلمية والمهنية للطبيب تاركًا أية محددات أخرى.

عمومًا تسلمنا نتائج الجدولين السابقين (4) و(5) إلى استنتاجين مهمين؛ أولهما أن ثمة علاقة جوهرية تبدو بين المتغيرات الديموجرافية والعيادية للمريض ومحددات اختياره لطبيبه المعالج، والاستنتاج الثاني أن هذه العلاقة تنحو في اتجاه تدني المحددات الشكلية في اختيار الطبيب والتركيز على المحددات المهنية والعلمية مع استمرار المرض وتدهور الصحة، والعكس صحيح.

مناقشة النتائج:

أولاً:- نتائج نسب شيوع كل سبب من أسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين:

أوضحت نتائج الفرض الأول أن هناك تباينًا ملحوظًا في نسب شيوع هذه الأسباب بين المرضى، حيث جاءت نسب أسباب المرضى لاختيارهم لأطبائهم مرتفعة بشكل جوهري على: أن يكون الطبيب استشاريًا في تخصصه، ويشيع عنه كفاءته في علاج حالتي، ويقابل مرضاه بابتسامة، ويتمتع بسمعة طيبة، وعيادته نظيفة، وهذا يتضح من خلال نسب شيوعها التي تراوحت ما بين 91٪ إلى 97٪ بين أفراد العينة، في حين ظهرت مجموعة أخرى من الأسباب منخفضة الشيوع بين المرضى، وهي: أن يكون الطبيب جارًا للمريض، وجنسه وعمره متطابقين مع المريض، ويظهر في التليفزيون، ويسمح بالاتصال في أي وقت، وكانت نسب شيوعهم ما بين 15٪ إلى 27٪، أما باقي المتغيرات فقد تباينت نسبها بين هذه الأسباب.

وهذه النتائج بصورتها الراهنة قد نجد بينها وبين نتائج الدراسات السابقة شبه اتفاق حول بعض الأسباب، فعلى سبيل المثل نجد دراسة "سشنيك"***(Schneck, 1998)*** تشير إلى أن اختيار المريض لطبيبه المعالج يعتمد على أسباب متعددة منها: سُمعة المعالج، والكفاءة، والعطف، ومدى كونه متاحًا ومتوفرًا. وتوصل "هاوارد" وآخرون***(Howard et al., 2005)*** إلى أن المرضى يبحثون عن الطبيب الكفء والسهل الوصول إليه. واستطاع "سيبلاد"***(Sibbald, 2006)*** أن يرصد عددًا من أسباب اختيار المرضى لأطبائهم، منها: السُمعة أو المقام، وإمكانية العمل البحثي، والتحدي، والإمكانية المادية. وجاءت نتائج دراسة "جونسون"***(Jonshon, 2008)*** لتحصر أسبابًا مشابهة للدراسات السابقة، في: أن يكون الطبيب متوفرًا ومتاحًا، وقرب مكان العيادة للمنزل، وكفاءة العلاج وجودته. وأضاف "جوبتا"***(Gupta, 2008)*** أن سُمعة الطبيب، وترشيح الأهل والأصدقاء

له، وسهولة الحصول على موعد، وقصر الفترة الزمنية للانتظار من أسباب اختيار المريض لطبيبه.

هذه النتائج – في صورتها الراهنة – يتضح أنها اتفقت حول وجود مجموعة من الأسباب تقف وراء اختيار المريض لطبيبه المعالج، كما كان العامل المشترك بينهم هو كفاءة الطبيب، فقد جاء من أكثر الأسباب شيوعًا بين نتائج الدراسات السابقة والدراسة الراهنة، ولكنها في الوقت نفسه تباينت في بعض الأحيان في ترتيب هذه الأسباب من حيث الأهمية، فعلى سبيل المثال استخلصت دراسة "كايسير" ***(Kaiser, 1996)*** سببين لاختيار الطبيب هما دعم الأصدقاء والأسرة له، وكونه طبيبًا مشهورًا، ولكن بالرجوع إلى نتائج الدراسة الراهنة، نجد أن نسب شيوع هذين السببين على التوالي هي 76٪ و 26٪، وقد يفسر هذا التباين اختلاف عينة المرضى وطبيعة مرضهم من ناحية، والعوامل الثقافية والاجتماعية الخاصة بالمجتمع المصري من ناحية أخرى.

لذا سعت الدراسة إلى النقل نحو خطوة أعم دون التركيز على الأسباب بشكل فردي، وهي محاولة استخلاص مجموعة من المحددات تضم بعض الأسباب ذات الهدف المشترك، حتى يمكن تقريب الصورة إلى الذهن، كما أنها تتسق أيضًا مع الدراسات السابقة التي أشارت إلى اعتماد المريض في اختياره لطبيبه على مجموعة من الأسباب، لا على سبب واحد، ومن ثم فمن السهل إدراج مثل هذه الأسباب في عدد من المحددات.

ثانيًا:- نتائج التحليل العنقودي لأسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين:

أسفرت نتائج التحليل العنقودي لأسباب اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين عن وجود ستة محددات فرعية تقف خلف عملية الاختيار، وهي: محدد شهرة الطبيب، ومحدد شهرة العيادة، ومحدد الخصائص الشكلية للطبيب، ومحدد الجانب المادي، ومحدد الكفاءة العلمية، ومحدد الكفاءة المهنية. وفي هذا إجابة واضحة عن سؤال الدراسة الثاني حول وجود مجموعة من المحددات تقف وراء اختيار المريض لطبيبه المعالج، ويندرج تحت كل محدد عدد من الأسباب العاكسة له. وعلى الرغم من عدم وجود دراسات سابقة – في حدود علم الباحثة – مهتمة باستخراج مثل هذه المحددات، بل انصب تركيزها فقط على الأسباب، إلا أن الهدف الثاني للدراسة الراهنة هو إدراج مثل هذه الأسباب تحت مُسمى عدد من المحددات، وذلك للنقطتين الآتيتين: (1) لأن من السهل تدريب المرضى على مجموعة من المحددات الفاعلة في الاختيار بالمقارنة بالتدريب على مجموعة من الأسباب المتباينة، (2) توضيح صورة هذه المحددات في ظل تباين الخصائص الديموجرافية والعيادية للمريض، لتكون هذه المحددات بذلك خطوة نحو توجيه الانتباه للنظر إلى مجموعة من الأسباب المجتمعة معًا لاختيار المريض طبيبًا دون غيره.

خلاصة القول من كل ما سبق أن ما أوحت به معظم الدراسات الحديثة حول أسباب اختيار المريض لطبيبه المعالج قد ينحصر في أكثر من سبب في الاختيار، ولذا ركزت الدراسة الراهنة على

عدد من المحددات، يحتوي كل منها على مجموعة من الأسباب قد تكون مساهمة معًا في الاختيار أو قد يتحد محدد ما مع غيره من المحددات ليقع الاختيار على الطبيب، فما زالت الصورة حتى الآن غامضة حول أي من هذه المحددات قد ساهمت بدرجة أكبر في الاختيار لدى مرضى عينة الدراسة، ولكي تتضح الصورة لا بد من استعراض نتائج الفرض الثالث لبيان إلى أي مدى تتباين محددات الاختيار مع تباين الخصائص الديموجرافية والعيادية للمرضى.

ثالثًا:- محددات اختيار الطبيب المعالج والخصائص الديموجرافية والعيادية للمريض:

تقود نتائج الدراسة الراهنة حول هذه النقطة إلى استنتاج وجود علاقة جوهرية تبدو بين المتغيرات الديموجرافية والعيادية للمريض ومحددات اختياره لطبيبه المعالج، وأن هذه العلاقة تنحو في اتجاه تدني المحددات الشكلية في اختيار الطبيب والتركيز على المحددات المهنية والعلمية مع استمرار المرض وتدهور الصحة، حيث جاءت النتائج لتشير إلى أن المتغيرات الديموجرافية والعيادية ذات أثر ملحوظ في تباين محددات اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين، وهذه النتائج في مجملها تشير إلى:

1- ازدياد التركيز على المحددات الثلاثة: شهرة العيادة والجانب المادي والكفاءة المهنية في اختيار الطبيب مع زيادة عمر المريض.

2- تبدو الإناث أقل اهتمامًا بالجانب الشكلي للطبيب (الجنس، والعمر، والمظهر)، والجانب المادي (تكون قيمة الكشف في حدودهن المادية) بالمقارنة بالذكور المرضى في اختيار الطبيب المعالج.

3- يفضل العاملون عند اختيارهم لطبيبهم المعالج أن يكون ذا شهرة (يظهر في التليفزيون، وتكتب الصحف عنه...) وكفاءة علمية (متعدد الشهادات، وأستاذ في كلية الطب...)، وذلك عند مقارنتهم بغير العاملين.

4- اعتمد ساكنو المدن عند اختيارهم لطبيبهم المعالج على شهرة العيادة (في مكان راقٍ، وواسعة، ويوجد عليها إعلانات...)، والجانب الشكلي للطبيب والجانب المادي، وكفاءته العلمية، أكثر من ساكني الريف.

5- يميل المرضى مع بداية ظهور المرض إلى الاعتماد عند اختيارهم للطبيب المعالج على محددات شهرة الطبيب والعيادة، والخصائص الشكلية للطبيب، بخلاف المرضى ذوي الفترات المتوسطة والطويلة للإصابة بالمرض.

6- يركز المرضى ذوو الإدراك لخطورة المرض على محددي الكفاءة العلمية والمهنية للطبيب تاركين أية محددات أخرى، وكأنهم مع إدراكهم لخطورة المرض يسعون فقط إلى التخفيف من معاناتهم، والذي لا يتحقق إلا مع طبيب كفء علميًا ومهنيًا، دون النظر إلى عيادته أو خصائصه الشكلية

أو الجوانب المادية، ويؤكد ذلك أن المرضى غير المدركين لخطورة المرض يركزون على الجانب الشكلي للطبيب عند اختياره.

وهذه النتائج في مجملها تتسق مع الدراسات السابقة، فعلى سبيل المثال كشفت دراسة "رويان" ***(Ryan, 1984)*** أن مستوى التعليم وجنس المريض من العوامل الديموجرافية التي ترتبط باختلاف أسباب اختيار المريض لطبيبه المعالج، وأضاف "بير" ***(Baer, 1994)*** أن المرضى الأمريكان ذوي الطبقة الاقتصادية المتوسطة يعتمدون على سؤال المحيطين بهم من الأهل والأصدقاء في اختيار الطبيب بالمقارنة بالطبقات الاقتصادية المرتفعة، كما وجد "كلادا" وآخرون ***(Kalda et al., 2003)*** أن للمتغيرات الديموجرافية دورًا تنبُّئيًا في تباين أسباب اختيار الطبيب المعالج، وتوصلت دراسة "تاني" ***(Tanne, 2008)*** إلى أن 52٪ من العينة اختارت أن يكون الطبيب المعالج من البيض الأمريكان، و21٪ منهم اختارت أن يكون الطبيب من الأمريكان الأفارقة، و19٪ منهم أن يكون الطبيب أمريكيًا أسبانيًا، وجاءت جميع هذه الاختيارات بناءً على التطابق بين المريض وطبيبه في النوع والعنصرية، وارتأى الباحث أن المرضى يميلون إلى اختيار الطبيب من نفس النوع والعنصرية؛ لأن ذلك يجعلهم أكثر راحة ورضاء وثقة بالطبيب.

ومن ثم يتضح مدى التباين الملحوظ بين اختلاف محددات اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين في ظل تباين المتغيرات الديموجرافية والعيادية لهم، وهذا التباين في حد ذاته مشكلة تظهر أهمية توجيه اهتمام هؤلاء المرضى للمحددات الفعالة عند الاختيار؛ لأن ذلك يضمن وصول المريض للخدمة العلاجية المطلوبة، بعيدًا عن أية مظاهر أخرى مشتتة، ولعل ذلك اتضح من خلال نتائج الدراسة الراهنة التي توصلت إلى أن المرضى مع بداية فترة الإصابة بالمرض يميلون إلى الاعتماد عند اختيارهم للطبيب المعالج على الجوانب غير الفعالة من قبيل شهرة الطبيب وعيادته، والخصائص الديموجرافية له، في مقابل عدم تركيزهم على أهم محددين فعاليين عند الاختيار، وهما محدد الكفاءة العلمية ومحدد الكفاءة المهنية.

وبنظرة عامة لمجمل ما توصلت إليه نتائجنا الراهنة بشأن وجود مجموعة من المحددات يستعين بها المرضى لاختيارهم لأطبائهم المعالجين، نخلص إلى أن تلك النتائج تبدو مؤيدة للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي في تفسيره لهذه المحددات، والذي يرسي نظرة متعددة لمحددات الاختيار، تشمل – إلى جانب نوع المرض وكفاءة الطبيب وتخصصه – محددات أخرى نفسية (من قبيل أن يكون الطبيب وجنسه متفقين مع المريض) واجتماعية (خاصة بالإطار الثقافي والجانب المادي للمريض).

وللحكم على كون مثل هذه المحددات فعالة أم لا عند الاختيار السليم للطبيب، كانت الحاجة

ضرورية لعمل مقارنة بين ما توصلت إليه نتائج دراستنا الراهنة وما استخلصته برامج التأهيل للمرضى ***(Eunjee, 2000; Haines, 2005; Henderson, 1992; Maine Health Management Coalition, 2008; Medicine Net, 2008; Medline Plus Trusted Health Information for you, 2008; National Institute on Aging, 2008; The Partnership for Health Care Excellence, 2008)*** عن ضرورة وجود عدد من المحكات عند الاختيار، من أهمها: مؤهلات وشهادات الطبيب، وكون الطبيب ضمن قائمة الأطباء العاملين بالتأمين الصحي الخاص بعمل المريض، وجنس الطبيب وديانته، واستشارة المحيطين من الأهل أو الأصدقاء أو الأطباء بخصوص هذا الطبيب المُختار، ومدى جاهزيَّة الطبيب في حالة الطوارئ... إلخ، وكل ذلك لتوعية المرضى منذ بدء المرض بأسس الاختيار الصحيح، حتى يصل المريض لطبيبه الكفء، دون التخبط وضياع الوقت والمال وتدهور الصحة، ناهيك عن المعاناة النفسية التي يمر بها.

التوصيات:

من خلال نتائج البحث، تستخلص الباحثة عددًا من التوصيات على النحو الآتي:

1- الاهتمام ببيان النواتج النفسية والجسمية والاقتصادية المترتبة على اختيار المرضى لأطبائهم المعالجين في ظل كل محدد على حدة، سواء الفعال منها وغير الفعال.

2- أهمية وضع برامج للمرضى هدفها هو توعيتهم في كيفية اختيارهم لطبيبهم الكفء، وما هي الأسس التي يجب وضعها نصب أعينهم عند الاختيار، خاصة في ظل الثقافة المصرية.

3- أهمية تدريب الأخصائيين النفسيين في مجال الرعاية الصحية على وضع خطط تأهيلية للمرضى تبدأ مع بداية المرض، ومرورًا بكيفية اختيار الطبيب المعالج، ووصولاً إلى الحصول على الخدمة العلاجية المطلوبة.

4- الاهتمام بإجراء البحوث التتبعية للمرضى وتقييم مثل هذه البرامج التأهيلية، للتحقق من الفوائد المطلوبة من قبيل عدم ضياع المال والجهد، وخفض المعاناة النفسية، وتقليل درجة تدهور الصحة.

5- تدريب الأطباء نحو التركيز على توفير هذه المحددات الفعالة (الكفاءة العلمية والمهنية) فيهم، والبعد عن استخدام المحددات غير الفعالة والخادعة (شكل العيادة ومظهر الطبيب وشهرته) لجذب المرضى.

المراجـــــع

1- عاشور، سمير كامل ؛ سالم ، سامية أبو الفتوح (2005). العرض والتحليل الإحصائي باستخدام ***SPSSWIN***: الإحصاء التطبيقي المتقدم. جامعة القاهرة: معهد الدراسات والبحوث الإحصائية.

2- *American Medical Association (2008). Health Care – Choosing a Doctor. Available on: http://healthFinder.gov.*
3- *Anastas, J., & MacDonald, M., (1994). Research Design for Social Work and the Human Services. New York: Lexington Books.*
4- *Baer, K., (1994). Between Patient and Doctor. Harvard Health Letter, 19(6), 1-6.*
5- *Epstein, R., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C., Meldrum, S., Kravitz, R., & Duberstein, P., (2005). Measuring Patient – Centered Communication in Patient – Physician Consultations: Theoretical and Practical Issues. Social Science & Medicine, 61, 1516-1528.*
6- *Eunjee, J., (2000). Tips for Choosing a Doctor. The Department of Human Development and Family Science, the Ohio State University, Available on: www.ohioline.osu.edu.*
7- *Family Care American (2008). Choosing the Right Doctor. Available on: www.FCA.org.*
8- *Gupta, S., (2008). Rating Your Doctor. Time, 171(2), 62-70.*
9- *Haines, C., (2005). Digestive Diseases: Choosing a Doctor, Better Information – Better Health. Available on: www. WbMD.org.*
10- *Henderson, N., (1992). Choosing a Doctor when Your Choices are Limited. Kiplinger's Personal Finance Magazine, 46(1), 78-80.*
11- *Howard, M., Davis, B., Anderson, C., Cherry, D., Koller, P., & Shelton, D., (2005). Patients' Perspective on Choosing the Emergency Department for Nonurgent Medical Care: A Qualitative Study Exploring one Reason for Overcrowding. Journal of Emergency Nursing, 31(5), 429-435.*
12- *HowStuffWorks (2008). How to choose a Doctor: Tips and Guideline. Avaliable on:http://health.HowStuffWorks.com/how-to-choose-a-doctor.htm.*
13- *Jonshon, B., (2008). Selecting a Doctor. EMedicine Health Practical Guide to Health, Available on: www. EMedicineHealth.com*
14- *Kaiser, J., (1996). Friends, Family Come first when choosing A Doctor or Health plan. Health Care & Marketing News, Nov 14(1), 14-22.*
15- *Kalda, R., Polluste, K., & Lember, M., (2003). Patient Satisfaction with Care is associated with Personal Choice of Physician. Health Policy, 64, 55-62.*
16- *Kersnik, J., (2001). Determinants of customer satisfaction with the Health Care System, with the possibility to choose a personal*

Physician and with a family doctor in a transition Country. Health Policy, 57, 155-164.

17- *Landau, S., & Everitt, B., (2004). A Handbook of Statistical Analysis Using SPSS. Boca Raton: Chapman & Hall.*

18- *Maine Health Management Coalition (2008). A Checklist for Choosing your Primary Care Doctor. Available on: www. mhmc.info.*

19- *Margalit, A., Glick, S., Benbassat, J., & Cohen, A., (2004). Effect of a Biopsychosocial Approach on patient Satisfaction and patterns Care. Journal of General Internal Medicine, 19(5), 485-491.*

20- *Medicine Net (2008). How to choose a Doctor. Available on: www. Medicine Net.com.*

21- *Medline Plus Trusted Health Information For You (2008). Choosing a Doctor on Health Care Services. Available on: www. NIH.com.*

22- *National Institute on Aging (2008). Choosing a Doctor. Available on: www. Nia.nih.gov/healthinformation.org.*

23- *Office of the Patient Advocate (OPA) (2008). Choose a Doctor. Available on: www.opa.ca.gov.*

24- *Redd, H., (1995). Behavioral Research in Cancer as a Model for Health Psychology. Health Psychology, 14(2), 99-100.*

25- *Romesburg, C., (2004). Cluster analysis for Researcher. North Carolina: Lulu Press.*

26- *Ryan, M., (1984). Choosing and Changing Doctors. British Medical Journal, 288(28), 1299-1300.*

27- *Schneck, S., (1998). "Doctoring" Doctors and their Families. JAMA, 280(23), 2039-2042.*

28- *Sibbald, B., (2006). Factors Influencing Second – Year Residents' Choice of Residency Training. CMAJ, 174(6), 757-801.*

29- *Tanne, J., (2008). Patients are more Satisfied with care from doctors of same race. BMJ, 325, 1057.*

30- *The Partnership for Health Care Excellence (2008). What you can do to choose the right doctor for you. Available on: www. Partnershipfor HealthCare.org.*

31- *Vaus, D., (2002). Analyzing Social Science Date. London: Sage.*

The Reasoning perceived for Choosing Doctors By patients with Chronic Diseases "Pilot Study"

By
Dr. Hanaa Ahmed Mohamed Showikh

The present study aimed to discover the reasoning perceived for choosing doctors and examined the roll of some demographic and clinical variables to determine those reasons in patients with chronic diseases.

In order to verify the hypotheses of study, opening interview had been used to collect many reasons for choosing doctor by meeting 30 patients with chronic diseases.

After that by the using of "choosing doctor questionnaire" among 200 patients with chronic diseases (kidney failure, diabetes, hypertension and chronic liver) with mean age 41.45, SD ±14.59 chosen from some of the Egyptian hospital and clinic centers for treatment of chronic diseases.

The findings indicated that:

1- The more spread reasons for choosing doctors were to be professional and efficiency in treatment those patients, meeting their patients with smile, prestige and cleaning clinic.
2- There were many factors for choosing patients their doctors, mainly famous doctor, clinic, demography, monetary, scientific and professional efficacy.
3- It also indicated that there were significant differences between the subgroups, according to demographic and clinical variables, had been observed.

Implications and future directions for research on patients with chronic diseases were discussed.