دراسة أسباب عزوف المواطنين من إجراء العمليات في المستشفيات الحكومية والتوجه الى القطاع الخاص

A study on the reluctance of citizens to conduct operations in governmental hospitals and conducting them in the private sector

أ. م. د. ناظم جواد الزيدي
جامعة بغداد، كلية الإدارة
والاقتصاد، قسم إدارة الأعمال

الباحث: علاء حبيب عبدالرحمن
جامعة بغداد، كلية الإدارة
والاقتصاد، قسم إدارة الأعمال

**Alaa Habib Abdul Rahman,
University of Baghdad, Faculty of Management and
Economics, Department of Business Administration
Nazem Jawad Al Zaidi,
University of Baghdad, Faculty of Management and
Economics, Department of Business Administration**

المستخلص

يهدف البحث الى دراسة أسباب عزوف المواطنين من إجراء العمليات جراحية في المستشفيات الحكومية والتوجه الى المستشفيات في القطاع الخاص ولغرض معرفة الأسباب وتشخيصها وتحليلها ، تم اختيار عدد من المستشفيات الخاصة العاملة في بغداد وبجانب الكرخ والرصافة وبالشكل التالي:

- جانب الرصافة: مستشفيات الجراح الأهلي وحيات الراهبات والمستنصرية الأهلي والبنوك الأهلية والراهبات ومستشفى دجلة الأهلي والفردوس الأهلي ومستشفى بغداد.
- جانب الكرخ: مستشفيات المسرة الأهلي ومستشفى الضرغام الأهلي ومستشفى الكاظمية الأهلي.

ومقابلة المرضى الذين أجريت لهم عمليات جراحية مختلفة وأخذ آرائهم من خلال إعداد قائمة فحص أعدت لهذا الغرض إذ تم الوصول الى (٦٥) مريض، وقد تم استخراج التكرارات والأوساط الحسابية والنسب المئوية لتحديد إجابات عينة البحث حول أسباب العزوف. وتم التوصل الى مجموعة من استنتاجات أهمها هو استشعار المواطن بضعف الأداء والاستجابة من قبل الملاكات الموجودة في المستشفيات الحكومية، كما بينت الدراسة ومن خلال آراء المرضى أن سلوك الطبيب الجراح في المستشفيات الخاصة هو أكثر ملائمة وإنسانية مما هو في المستشفيات الحكومية وأن الملاكات الموجودة في المستشفيات الخاصة يتمتعون بالسيطرة على الانفعالات واحتواء غضب المريض بطريقة أفضل مما هي عليها في المستشفيات الحكومية.

Abstract

This research aims to study the reasons for the reluctance of citizens from having surgical operations in governmental hospitals and their desire to go to hospitals in the private sector. To know the causes and their analysis, a number of private hospitals operating in Baghdad in both Karkh and Rusafa has been selected as follows:

- Rusafa: Jarrah Hospital, Hayat Al Rahibat Hospital, Mostanserya Hospital. Bunuk Hospital, Rahibat Hospital, Dijlah Hospital, Firdos Rahibat Hospital, Baghdad Hospital.
- Karkh: Meserra Hospital, Dhergham Hospital, Kadhumya Hospital.

Patients who had various surgeries were interviewed, and their views and opinions were taken via a checklist which has been prepared for this purpose. 65 patients were reached, statistical data were processed through calculation frequencies, means, and percentages to know the answers of the sample of patients about the reasons of their reluctance. A set of conclusions were reached, among which: The citizens felt weakness in the performance and responsiveness of staffs in governmental hospitals, the surgeons behavior in private hospitals was more appropriate, respectful, and humane than that in governmental hospitals, the private hospital staff can better handle the patients' emotions.

المبحث الاول: منهجية البحث ودراسات سابقة

أولاً: منهجية البحث

١- مشكلة البحث:

تتجلى مشكلة البحث في الكشف عن أهم الأسباب التي أدت بالمواطن الى العزوف عن إجراء العمليات الجراحية في المستشفيات الحكومية وقد تكون المعايير المتعلقة بشكل مباشر بالعملية الجراحية أو معايير الخدمة التمريضية والفندقية فضلاً عن نظافة المستشفى من أهم هذه الأسباب إن معرفة الأسباب الحقيقية لهذه المشكلة كفيل بمعرفة نقاط القوة والضعف في استقطاب المستشفى للمرضى وبالتالي وضع الحلول المناسبة لهذه الظاهرة، ويمكن أن تتلخص مشكلة البحث بحسب التساؤلات الآتية:

١. ما هو توقع متلقي الخدمة لمستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات الأهلية.
٢. ما مدى تحقيق أبعاد جودة الخدمة في المستشفيات الحكومية والمستشفيات الأهلية.
٣. ما هي أبعاد التنافس بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الأهلية.
٤. هل تحقق ولاء متلقي الخدمة الطبية في المستشفيات الأهلية.
٥. هل تحقق رضا متلقي الخدمة الطبية عن مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات الأهلية.
٦. هل ستنكرر زيارة المستفيد من الخدمة؟ وهل سينصح الاهل بزيارتها؟.

٢- أهمية البحث:

يعتبر تقديم الرعاية الصحية بالشكل الأمثل من التحديات التي تواجه أغلب المسؤولين في جميع الحكومات، كون الإنسان هو اللبنة الأساسية للمجتمع وصحته هو الغاية الأسمى التي تسعى الى تحقيقها المنظمات الصحية الحكومية، وظهرت أهمية البحث في تقليل الفجوة بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الأهلية على صعيد جودة الخدمات الطبية المقدمة للارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة الى المواطن وكسب رضا المستفيد من الخدمة الصحية للمستشفيات الحكومية لتحقيق رضا المجتمع، وبالتالي السعي في بناء جسور الثقة بين المواطن والمستشفى لبناء مجتمع سليم ومعافى.

٣- أهداف البحث :

يسعى البحث الى معرفة أسباب تنامي الفجوة بين المواطن والمستشفيات الحكومية التي وُجدت أساساً لخدمته فمن المعلوم أن المستشفيات لا تُنشأ من أجل وجود المستشفيات وحسب بل وجدت لخدمة المرضى، وعليه يهدف البحث إلى:

١. معرفة أسباب عزوف المرضى عن إجراء العمليات الجراحية في المستشفيات الحكومية لمعالجة حالة عدم الاطمئنان السائدة في الوقت الحاضر من قبل مرضانا تجاه المستشفى الحكومي.
٢. تحديد مواطن الضعف في المستشفيات الحكومية للمساهمة في تقويم عمل هذه المستشفيات.
٣. الاستفادة من تحديد نقاط القوة في المستشفيات الخاصة ومحاولة تفعيلها في المستشفيات الحكومية لكسب رضى المريض وخلق حالة من الولاء للمستشفيات الحكومية.
٤. الخروج بجملة من التوصيات التي تهدف الى تحسين مستوى الخدمات الصحية ومنها خدمة العمليات الجراحية في المستشفيات الحكومية.

٤- منهجية البحث (Research method)

وجد الباحث ولطبيعة الدراسة موضوع البحث وبعد الإطلاع على بعض المصادر العلمية التي تناولت الموضوع إن المنهجية المناسبة في تقديم دراسته هي الاعتماد على مسح ميداني لدراسة آراء المرضى المعنيين بموضوع الدراسة ومن خلال قائمة فحص أعدت لبيان أسباب عزوفهم عن إجراء العمليات الجراحية في المستشفيات الحكومية بعد الإشارة الى جانب نظري يحدد المؤشرات العلمية اللازمة لتقديم نوع من أنواع الخدمات الطبية ألا وهي التداخلات الجراحية للمواطن وبجودة عالية.

٥- أسلوب وأداة جمع البيانات والمعلومات (Method and tool of data and information collection)

تم جمع البيانات والمعلومات الخاصة بالبحث بجانبها النظري والعملية باستخدام أساليب عدة للوصول للنتائج المتوخاة من إجراء الدراسة وشملت:

١. الجانب النظري: تم جمع الكثير من المصادر من بحوث ودراسات وكتب عربية وأجنبية، وكانت هناك زيارات الى مكتبة كلية الإدارة والاقتصاد في جامعة بغداد.
٢. الجانب العملي: كان الاعتماد على المعاينة الموقعية والمسوحات والزيارات الميدانية لعدد من المستشفيات واللقاء بالمرضى المعنيين شخصياً. وتم تنظيم قائمة فحص (Check list) ونُظمت الفقرات الواردة فيها بالشكل الذي يهدي المعنيين على التساؤلات موضوعة البحث وأعدت قائمة الفحص اعتماداً على ما ورد في المراجع العلمية المستخدمة في الجانب النظري من البحث. وكانت للمقابلات الشخصية دوراً مهماً في جمع البيانات وذلك من خلال مقابلة المعنيين وقد تم الاعتماد على قائمة الفحص بعد ملئها طبقاً للأجوبة التي تم الحصول عليها من العينة ومن ثم القيام بتحليلها إحصائياً.

٦- مجتمع وعينة البحث (Society and sample of research)

كان مجتمع البحث عدد من المستشفيات الخاصة العاملة في بغداد بجانبه الكرخ والرصافة وبالشكل التالي:

- جانب الرصافة: مستشفيات الجراح الأهلي وحيات الراهبات والمستوصية الأهلي والبنوك الأهلية والراهبات ومستشفى دجلة الأهلي والفردوس الأهلي ومستشفى بغداد.
- جانب الكرخ: مستشفيات المسرة الأهلي ومستشفى الضرغام الأهلي ومستشفى الكاظمية الأهلي.

ليتمكن من خلالها الباحث على شمول شرائح مختلفة في المجتمع من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية واعتمدت دراسة الحالة على عينة من (٦٥) مريض والذين تمت مقابلتهم من خلال قائمة الفحص، حيث سبق وأن أجريت لهم عمليات جراحية بمختلف الاختصاصات مثل جراحة الجملة العصبية وجراحة القلب والأوعية الدموية وجراحة الأنف والأذن والحنجرة

وجراحة العيون وغيرها من الجراحات، ليتسنى للباحث على كشف الإمكانيات المتوفرة في المستشفيات الخاصة من تقنيات وخبرات وطبيعة الخدمات المقدمة من قبل هذه المستشفيات اعتماداً على نوع العملية الجراحية التي تم إجرائها للمريض.

٧- الأساليب الإحصائية المستخدمة (Statistical methods used)

تم معالجة البيانات المستحصلة من مقابلة المرضى الذين أجريت لهم عمليات جراحية مختلفة والبالغ عددهم (٦٥) مريضاً ومن خلال استخراج التكرارات والأوساط الحسابية والنسب المئوية تم تحديد إجابات عينة البحث حول سبب العزوف.

ثانياً: دراسات سابقة

١- الدراسات العربية

أ- دراسة التويجري ٢٠٠٧

(المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض في بيئة العمل)

برزت مشكلة الدراسة من التساؤل القائل " ماهي أبرز المشكلات التي يعاني منها ممارسو مهنة التمريض في بيئة العمل وأكثرها أهمية من وجهة نظر المبحوثين " . هدفت الدراسة الى التعرف على أهم المشكلات التي يعاني منها ممارسو مهنة التمريض في بيئة العمل وكذلك التعرف على طبيعة العلاقة بين رؤية أفراد العينة للمشكلات ومتغيراتهم الشخصية مثل (العمر، المؤهل العلمي، مدة الخدمة العملية، عدد الدورات التدريبية، مستوى اللغة الانكليزية، الراتب الشهري).

ب- دراسة خيون ٢٠١١

(تصميم المستشفى الموجه لسلامة المريض)

هدفت الدراسة الى تصميم مستشفيات تخدم سلامة المرضى والخروج بنتائج علمية لغرض وضع الحلول المناسبة للتصاميم القديمة وكذلك لغرض العمل على بناء مستشفيات حديثة تهتم وتعزز سلامة المرضى. ومعرفة التصاميم الحالية للمستشفيات للوقوف على نقاط القوة والضعف فيها.

وكانت نتائج الدراسة إن سوء تصميم البيئة المادية للمستشفى يؤثر على سلامة المريض وذلك بسبب :-

١. وجود أكثر من مريض في الردهة ومحطة تمريض مركزية واحدة قد يؤدي الى صعوبة في تلبية إحتياج أكثر من مريض في آن واحد بمعنى ضعف مستوى تقديم الخدمات الصحية وعدم رضا المريض في المستشفيات العامة .
٢. تباعد الأقسام الحيوية فيما بينها مثال على ذلك بعد وحدة الطوارئ عن صالة العمليات وعن وحدة العناية المركزة وعن وحدة إنعاش القلب وعن وحدة الأشعة التشخيصية وكذلك بعد الردهات عن هذه الوحدات مما يؤدي الى تأخر فحص ومعالجة المريض وبالتالي التأثير على سلامته.
٣. كثرة وطول الممرات والطرق الخارجية التي تربط بين الأبنية والوحدات الطبية يؤدي إلى التأثير على سلامة المريض من خلال تأخر وصول المريض الى الوحدات المطلوبة.
٤. عدم الإهتمام الواضح بخصوصية المريض وراحته ونومه من خلال إزدحام المرضى الراقدن في الغرفة وكثرة الضجيج وبالتالي عدم الحصول على رضا المريض.
٥. عدم الإهتمام الواضح بإختيار الألوان بطريقة مدروسة ومالها من الأثر البالغ في تحسين مزاج المريض والمساعدة في تسريع العملية الشفائية وأيضا تأثيرها على بقية الأشخاص من الأطباء والعاملين وأثرها على تخفيف الضغوط النفسية وإزالة التوتر والإجهاد.

ج- دراسة الحيايلى ٢٠١١

(ديناميكيات التنافس في اداء الخدمة الصحية المتطورة بين القطاع العام و القطاع الخاص/ دراسة حالة)

يهدف البحث الى دراسة واقع المنظمات الصحية العراقية في كلا القطاعين الحكومي والأهلي، وما تقدمه من خدمات صحية وعلاجية وتشخيصية بالغة الأهمية للمجتمع، فضلاً عن معرفة دور الأسبقيات التنافسية في تحقيق أداء متفوق للخدمة الصحية، وهل هناك منافسة حقيقية بين القطاعين، وأين تبدأ.

ومن أجل تحقيق هدف البحث والإجابة عن تساؤلات المشكلة تم إستعمال أسلوب دراسة الحالة، والتي من خلالها تم جمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالوضع الحالي، إذ تم تسليط الضوء على أهم الاختلافات بين مستشفيات القطاعين، من خلال المتغيرات المبحوثة، والتي تتضمن متغير التنافس الذي تضمن ابعاد (الكلفة، الجودة، المرونة، التسليم، والإبداع)، ومتغير متطلبات أداء الخدمة، والذي تضمن أبعاد (رعاية المريض، الإدارة الناجحة، مشاركة العاملين، التحسين المستمر، والتركيز على العملية) وقد خلص البحث إلى مجموعة من النتائج أهمها:

1. تفوق المستشفيات الأهلية على المستشفيات الحكومية في أبعاد المرونة وسرعة الإستجابة لمتطلبات الزبائن (المرضى)، وكذلك في الإتجاهات الإبداعية، فضلاً عن التفوق بكل ما يتعلق بمشاركة العاملين وتحفيزهم.
2. تفوق المستشفيات الحكومية على المستشفيات الأهلية في جانب الجودة وتبني معايير أداء متقدمة، فضلاً عن الميزة التنافسية عبر تخفيض الكلفة.
3. وجود دور لمتطلبات التنافس مع الأداء في المستشفيات الأهلية على عكس المستشفيات الحكومية.

٢- الدراسات الأجنبية

أ- دراسة دوغلاس ودوغلاس (Douglas and Douglas) ٢٠٠٥.

(Improvement in the health care environment by making the patient the focus, study of the perspective of patients and Design.) (UK)

(التحسين في بيئة الرعاية الصحية من خلال جعل المريض محور التركيز، دراسة لمنظور المرضى والتصميم.)

تهدف الدراسة إلى تحديد مجموعة من مؤشرات جعل المريض محور التركيز في الرعاية الصحية لغرض تقويم تصاميم الرعاية الصحية في المستقبل.

وإعتمدت الدراسة على اخذ عينات من المرضى والتركيز على المقابلات الشخصية. وتم التوصل إلى أن المرضى يعتقدون انه من المهم والمؤثر الشعور بالسعادة والرفاهية من خلال السيطرة على بيئتهم الخاصة والتحكم بها من خلال وجودهم في الغرف المفردة التي توفر الخصوصية واحتياجاتهم كما في بيوتهم. وكذلك إمكانية الدخول الى حدائق المستشفى والتمتع بمناظرها وتوفير بيئة تلبي احتياجاتهم واحتياجات عوائلهم من السكن والطعام وموقف للسيارات، وكذلك توفير الهدوء والراحة وبخاصة في الليل وسهولة إيجاد الطريق داخل المستشفى بواسطة لوحات دلالة واضحة.

ب- دراسة أولرك وكوان (Ulrich and Quan) ٢٠٠٤.

(The role of the physical environment in the hospital and the 21th century: one chance of life.) (USA)

(دور البيئة المادية في المستشفى والقرن ٢١: فرصة واحدة للحياة.)

تهدف الدراسة إلى تقويم بحوث التصميم واختيار التصميم المناسب لمستشفى القرن الواحد والعشرين الذي يعزز فيه سلامة المريض ومن أهم توصيات هذه الدراسة :-

١. توفير الغرف المفردة وتحسين سلامة المريض من خلال تقليل العدوى وتحسين نظام التهوية وتعقيم وغسل الأيدي قبل وبعد التعامل مع المريض .
٢. تقليل الأخطاء الطبية من خلال تقليل الإجهاد على العاملين، وتقليل مسافات السير للعاملين، يؤدي الى توفير الوقت للعاملين وتقليل مدة مكوث المريض وتقليل الكلف.
٣. تحسين الخصوصية و ومنح الثقة للمريض.
٤. الدعم الاجتماعي للمريض من خلال توفير الغرف المفردة.
٥. توفير الضوء الطبيعي والحدائق في المستشفى من خلال التصميم.
٦. استخدام أرضيات مرنة لتقليل حوادث السقوط وإستخدام موانع الضجيج في الأرضيات والجدران والسقوف.

ب- دراسة مروكزك ، مايكتاريان وآخرون (Mroczek, Mikitarian et al.) (2005).
(Hospital design and evaluate the views and observations of health care providers. Exploratory analysis.) (USA)

(تصميم المستشفى وتقييم آراء وملاحظات مقدمي الرعاية الصحية. تحليل إستكشافي.)
 تهدف الدراسة الى معرفة تأثير عناصر التصميم المحددة على سلامة المريض من خلال تقييم ملاحظات مقدمي الرعاية الصحية لغرض تعزيز مقومات البيئة الشفائية.
 وتم التوصل إلى أن مميزات التصميم التي تؤثر بصورة كبيرة وإيجابية على المريض هي :-
 ١. الغرف المفردة الهادئة والمريحة وإحساس المريض كأنما في بيته، يتم تقييمها من قبل مقدمي الرعاية الصحية .

٢. نظام التهوية .
 ٣. فصل ممرات نقل المرضى عن المناطق المزدهمة بالمراجعين .
 ٤. توفير الضوء الطبيعي من خلال التصميم .
 ٥. توفير الموسيقى الحية في الردهة .
- وان أهم توصيات الدراسة هو توفير ردهة لانتظار للمراجعين والزائرين مع توفير غرف هادئة ومريحة للمريض وتوفير أثاث مريح واستخدام ألوان هادئة .
 وكذلك توفير طرق خاصة للمرضى تكون غير مزدهمة بالمراجعين والزائرين وتوفير نظام تهوية فعال .

٣- مجالات الإفادة من الدراسات السابقة:

- أ- توضيح أبعاد التنافس بين القطاع العام و المتمثل بالمستشفيات الحكومية و القطاع الخاص المتمثل بالمستشفيات الأهلية.
- ب- القاء الضوء على أهمية رضا متلقي الخدمة الطبية.
- ت- البحث في أبعاد الإظهار المادي للخدمات الصحية ودورها في رضا الزبون.
- ث- ساعدت الدراسات السابقة الباحث على الاطلاع والتعرف على بعض المصادر والبحوث و مواقع الشبكة العنكبوتية (الإنترنت).
- ج- التعرف على مواطن القوة، في واقع الخدمات الطبية في العراق، لتعزيزها ومواطن الضعف لتلافيها .
- ح- المضي قُدماً لتحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى بالشكل الذي يتناسب مع أهداف المؤسسات الصحية الحكومية والأهلية.

المبحث الثاني/ الجانب النظري

أولاً: العمليات الجراحية

١- مفهوم الجراحة (Concept of surgery)

هو الأثر أو الشق أو القطع في البدن بالسلاح أو بالحديد ونحوهما فهي شق الجلد وقطع اللحم بألة الجراح أو ما في حكم السلاح وأثره، كما عرفها كنعان: بأنها فن من فنون الطب يعالج

الأمراض بالاستئصال أو بالإصلاح أو بالزراعة أو غيرها من الطرق التي تعتمد كلها على الجرح والشق والخياطة (كنعان، ٢٠٠٠: ٢٣٤).

٢- مفهوم العملية الجراحية (Concept of surgical operation)

لفظ عملية التي جمعها عمليات، فهي نتيجة العمل أو العمل نفسه، وهي جملة أعمال تُحدث أثراً خاصاً يقال عملية جراحية أو حربية أو مالية. ولقد استعملت هذه الكلمة للدلالة على مجموعة أعمال وإجراءات مُرتبة تحدث أثراً معيناً لتحقيق أهداف منشودة (مصطفى، ١٩٧٨: ٦٢٨).

"العملية الجراحية" تعتبر إحدى فروع الطب المختصة بعلاج الأمراض بالعمل الجراحي، وما يستلزمه من عناية بعده. وقد جاء تعريفها في الموسوعة الطبية التي أشرف على تأليفها مجموعة من الأطباء المختصين بما يلي: (إجراء جراحي يقصد إصلاح عاهة، أو رتق تمزق، أو عطب أو بقصد إفراغ صديد أو سائل مَرَضِي آخر أو استئصال عضو مريض، أو شاذ) قولهم "إجراء جراحي" أي عمل جراحي، وقد تقدم تعريف الجراحة. وقولهم "جراحي" قيد يُخرج الفروع الأخرى التي يتم فيها علاج الأمراض بغير الجراحة، وقولهم "يقصد إصلاح عاهة" الباء للتعليل أي لقصد، وقصد الشيء طلبه، والإصلاح ضد الفساد، والعاهة الآفة (الموسوعة الطبية الحديثة، ١٩٧٠: ٤٥٠). وقد عرّف البستاني العملية الجراحية بأنها مجموعة من الإجراءات التي يقوم بها فريق طبي جراحي متخصص تبدأ بالفحص السريري للمريض وتقييم حالته مروراً بتقرير العمل الجراحي ثم البدء بالعملية الفعلية بالتعقيم والتخدير فالشق الجراحي فالإصلاح وبعدها غلق الجرح، ثم المتابعة بالأدوية المناسبة والمراجعات والكشف على الشق الجراحي وغير ذلك مما تستلزمه صحة المريض (بستاني، ١٩٩٤: ٤٣٣).

٣- الجراحة الحديثة (Modern surgery)

بلغت الجراحة الطبية في العصر الحاضر درجة عالية من الدقة والمهارة والنبوغ الذي لم يسبق له مثيل، وتم تحقيق الكثير من الآمال في علم الجراحة، والتي كانت منذ عهد قريب يعد تحقيقها ضرباً من ضروب الخيال والمستحيل، ووصل العمل الجراحي الى أعماق جسم الإنسان، والى أخطر شيء فيه وهو القلب (فاعور، ١٩٨٦: ١١). كل ذلك تحقق بفضل التخصص الجراحي الذي كان له أعظم الأثر في تطور الجراحة نظرياً وتطبيقياً، وذلك لأنه يمكن للطبيب الاستيعاب التام، والتصور الشامل لما تخصص فيه، الأمر الذي يثمر الإتقان، ويساعد على الإلمام بالجوانب المهمة ذات الصلة، ويمهد السبيل أمامه لاكتشاف الجديد المفيد. وقد تتوسع بعض المستشفيات فتفرد بعض الأمراض فتفرد بعض الأمراض الجراحية بقسم خاص، مثل الأمراض السرطانية يتم إفراد جراحاتها بمسمى "جراحة السرطان"، وإن كانت في الحقيقة مندرجة في كل فروع الجراحة وبحسب الموضع الذي يوجد فيه السرطان فتكون مندرجة في جراحة البطن إذا كان السرطان موجوداً في المعدة مثلاً، ونحو ذلك، إلا إنهم يفردها بالتخصص فيها نظراً لأهميتها والتخصص بهذه الدرجة لا يوجد إلا في بعض الدول المتطورة (الشنقيطي، ١٩٩٣: ٦٩).

٤- صالة العمليات (Operating room):

ان صالة العمليات تعد من ركائز اي مستشفى لذا نجدها تظهر في كل تشكيلات المستشفى بغض النظر عن حجمها وعدد الأسرة. ونظراً لأهمية وخطورة العمليات الجراحية التي تجرى فيها فإن المنظمات الدولية قد وضعت معايير واسس لأبعادها وموقعها ومكوناتها واعطت وصفاً للكوادر العاملة وطبيعة عمل كل منها وحدود مسؤولياتها. وان الالتزام بالشروط امر واجب وفي حالة وجد استثناءات فهي لا بد ان تكون ذات فائدة (Guidline, 2009: 62).

٥- الفريق الجراحي (Surgical team):

تستلزم الجراحة وجود الطبيب الجراح الذي يقوم بالعمل الجراحي، فضلاً عن أشخاص آخرين يقومون بمساعدته بأداء مهام أخرى لها صلة وثيقة بعمله الجراحي، وهم اختصاصي التخدير، والمرضون أو الممرضات (الموسوعة الطبية الحديثة، ١٩٧٠: ٩٨٣).

والطبيب الجراح هو الذي يتحمل المسؤولية كاملة عن العمل الجراحي ولا يعد اختصاصياً له حق إجراء الجراحة ونحمل مسؤولياتها إلا بعد أن يمضي سنوات معينة في حقل التعليم الطبي والتطبيق، حيث يمضي سنة كاملة يتدرب فيها بعد دراسته الطبية، ثم سنتين أو ثلاث طبيباً مقيماً بقسم الجراحة في المستشفى يحصل أثنائها على دبلوم التخصص، ويعد بعد ذلك اختصاصياً جراحياً لكن ليس له الحق في القيام بالعمل الجراحي وحده إلا بعد مدة أخرى يقضيها تحت إشراف أحد الجراحين القدامى حسب العادة المتبعة في العرف الطبي (التكريتي، ١٩٨١: ١٤٣).

وأما اختصاصي التخدير فإنه يعتبر عضواً من أعضاء الفريق الجراحي، ويتم تأهيله لذلك عن طريق التعليم الطبي، حيث يقوم بدراسة علم التخدير والإنعاش الذي يعتبر من فروع التعليم الطبي في الكليات والمعاهد الطبية حالياً. ويقوم اختصاصيو التخدير بفحص المريض قبل إجراء الجراحة وتخليده ليتعرف من خلال ذلك على حالة المريض الصحية ومدى كفاءة الجهاز التنفسي، وحساسيته تجاه المواد المخدرة، ليستطيع بعد ذلك أن يحدد نوعية المخدر وكميته التي سيعطيها للمريض، وله الحق في إبداء رأيه عن عدم صلاحية المريض، وامتناعه من تخديره بناء على ذلك. وإذا قام بتخدير المريض فإنه يتحمل المسؤولية عن مراقبته وملاحظة حركات التنفس وقياس ضغط الدم، ويتخذ الحيطة اللازمة دون حصول أي تغير يضر بالمريض ويعرض حياته إلى الهلاك، فيمنع لسان المريض من الاندفاع للخلف لئلا يختنق فيموت ويتخذ الاستعدادات الكافية للحيلولة دون الهبوط المفاجئ في ضغط الدم عند المريض وفي حالة توقف عمل القلب يقوم بتدليكه عن طريق خارجي، أو من خلال الحجاب الحاجز (التكريتي، ١٩٨١: ٢٥٥). وبعد أن تنتهي العملية الجراحية تبدأ مرحلة أخرى لعمل طبيب التخدير، وهي إفاقة المريض وإعادته إلى حالته الطبيعية. وتستمر رعاية طبيب التخدير لمريضه لمدة أربع وعشرين ساعة على الأقل بعد إجراء الجراحة، بحيث يمكن تلافي أي مضاعفات قد تحدث للمريض بعد إجراء الجراحة (رفعته، ١٩٨٥: ٢٤).

سادساً: ضوابط العمليات الجراحية (Qualifications of surgical operations)

لا يكون العمل الجراحي مباحاً، ولا يجوز الإقدام عليه ولا يجوز للمريض طلب إجراءه إلا إذا توفرت فيه الشروط والضوابط التالية:

١. أن تكون الجراحة مشروعة أصلاً: فلا تصح العمليات الجراحية إذا كانت على شيء محرم في الشريعة الإسلامية (كنعان، ٢٠٠٠: ٢٣٥).

٢. ألا يترتب على هذه الجراحة ضرر أكبر من الضرر المراد دفعه بها: للقاعدة أن الضرر يزال، ولكن بضرر أخف منه لا مساو ولا أكبر منه (السبكي، ١٩٩١: ٤٦٦). والعمل الجراحي فيه من المصالح والمفاسد المرغبة لأنه ما من دواء إلا وله آثاره الجانبية السلبية، ومع ما يحققه من منفعة الشفاء من الأمراض، إلا أن شرط الجراحة أن تكون فيها المصلحة المراد تحقيقها أعظم من المفسدة المترتبة عليها، فلا يجوز تعريض البدن لعمل جراحي يترتب عليه ضرر أكبر من الضرر المراد دفعه به (الشنقيطي، ١٩٩٣: ١٢٤).

٣. أن تتعين الجراحة علاجاً دون غيرها: ولا يوجد البديل الذي هو أخف ضرراً منها، ويحقق ما تحققه الجراحة دون مخاطرة بالجسم كالعلاج بالأعشاب والأدوية النافعة. ولأن الجراحة وأن كانت علاجاً إلا أنه يترتب عليها أضراراً وتحوم حولها مخاطر، ولا يجوز الإقدام عليها إلا إذا تعينت حيث لا يتوفر البديل، ولأنه لا يعتمد على الأدوية المركبة مع وجود

- الأدوية البسيطة، فإن أمكن دفع المرض نفسه بعلاج أخف من الجراحة، فلا يجوز الجراحة حينئذ (الشنقيطي، ١٩٩٣: ١٢٤).
٤. أن يكون الطبيب المعالج مؤهلاً وإلا كان معتدياً ضامناً للضرر الناتج: (الشنقيطي، ١٩٩٣: ١١٢). قال ابن القيم "إذا تعاطى علم الطب وعمله، تلاف الأنفس، ولم يتقدم له بعد معرفة فهو ضامن فقد هجم بجهله على إتلاف الأنفس، وأقدم بالتهور على ما لم يعلمه" (ابن القيم، ١٩٩٤: ١٣٩).
٥. أخذ إذن المريض بالعلاج: وهو إقرار المريض بالموافقة على إجراء ما يراه الطبيب مناسباً من كشف سريري وتحاليل مخبرية وصور إشعاعية ووصف الدواء، ويعد مجيء المريض الى الطبيب في عيادته إذن منه بعلاجه (كنعان، ٢٠٠٠: ٦٥٣).
- ويستثنى من أخذ الإذن حالتان يقاس عليهما ما شابههما، فيجوز عدم أخذ الإذن فيهما قبل العلاج وهما:
- أ- حالات الإسعاف المستعجلة الخطرة: كالنزف الحاد أو الولادة المتعسرة والتي تكون قد وصلت لحد الخطر.
- ب- الحالات التي تقتضيها المصلحة العامة: كالأمراض المعدية التي تهدد المجتمع بانتشار الوباء.
٦. أن يغلب على الظن نجاح العملية الجراحية: بأن تكون نسبة نجاح العملية ونجاة المريض من أخطارها أكبر من نسبة عدم نجاحها وهلاك المريض، أما إذا غلب على المريض هلاكه بسببها فإنه لا يجوز إجراؤها (الشنقيطي، ١٩٩٣: ١١٧).
٧. حفظ الأسرار: إن الطبيب ومن معه من فريق طبي قد يطلع على ما لا يطلع عليه غيرهم من الناس، فلا يجوز لهم أن يفشوا سراً للمريض لأنهم مؤتمنون على السر، ولا يُسأل المريض عن ما لا علاقة له بالمرض ولا يُسجل في ملفه الصحي ما يسوؤه وأن تحفظ هذه الملفات بعيداً عن متناول الآخرين. ولكن يجوز كشف الأسرار إذا أدى كتمانها الى ضرر يفوق إفشائها، والحالات التي يكون في إفشائها مصلحة تترجح على مصلحة كتمانها كإفشاء السر لذوي المريض إذا كان مفيداً لعلاج، أو بغرض تقديم مشورة أو بحث علمي دون تشهير ولا تعريض بصاحب السر مع مراعاة الآداب الشرعية والأعراف الطبية المتبعة، أو عندما يتعلق إفشاء السر بحقوق الآخرين كإبلاغ السلطات الصحية المسؤولة أن المريض مصاب بمرض وبائي (كنعان، ٢٠٠٠: ٥٥٧).

٧- أنواع العمليات الجراحية (Types of surgical operations)

- أنواع العمليات الجراحية في جسم الإنسان هي كالاتي: (بستاني، ١٩٩٤: ٤٣٥).
١. عمليات جراحية لتصحيح التشوهات الخلقية وعلاج الأمراض المكتسبة: مثل الكلية المهاجرة، الفتحات بين فجوات القلب، تشوهات الوجه المختلفة، والخلل في الأوعية الدموية، واستخراج الحصوات الكلوية، وإصلاح الفتوق، واستبدال الصمامات الإكليلية المصابة بانسداد الأوردة.
٢. عمليات جراحية لاستبدال وبيتر وزراعة الأعضاء: مثل استئصال الأعضاء المصابة، زراعة الأسنان، زراعة الكلى، زراعة الكبد والقلب، وغير ذلك....
٣. عمليات جراحية للأمور التجميلية: مثل إزالة القدم الزائدة والأصابع الزائدة، والجراحات التجميلية المختلفة التي ليست فيها تشوهات.
- وقد عرفت الجراحة التجميلية بعدة تعريفات منها:

- عرفها كنعان: هي فن من فنون الجراحة يرمي الى تصحيح التشوهات الخلقية، أو تعديل شكل الأعضاء المشوهة، أو لتصحيح التشوهات الناجمة عن الحوادث المختلفة كالجروح والحروق (كنعان، ٢٠٠٠: ٢٣٧).
 - عرفها البستاني: أنها جراحة تجري لتحسين منظر جزء من أجزاء الجسم الظاهرة، أو وظيفته إذا ما طرأ عليه نقص أو تلف أو تشوه (بستاني، ١٩٩٤: ٤٥٤).
- من خلال التعريفات السابقة يتضح أن جراحات التجميل تنقسم الى قسمين هما:
١. الجراحات التجميلية التقويمية التصحيحية: وهي جراحات الإصلاح وإعادة البناء والتي تجري لتغيير شكل أعضاء غير طبيعية في الجسم، كانت نتيجة عيوب خلقية، أو عيوب في النمو، أو إصابات حوادث أو أمراض أو أورام، وهي عادة ما تستخدم لتحسين الأداء الوظيفي للعضو زيادة على إعطاء الشكل الخارجي شيئاً من الجمال.
 ٢. الجراحات التجميلية التحسينية: وهي التي تجرى لتغيير شكل أعضاء طبيعية في الجسم من أجل تحسين شكل شخص وزيادة ثقته بنفسه، وهي إما أن تكون جراحية مثل عمليات الأنف وشفط الشحوم وتكبير الثدي وشد الوجه، أو غير جراحية مثل الحقن بالبوتكس (Botox Injection) والكولاجين (Collagen) والمواد الكيماوية (Lipoplasty) الأخرى التي تزيل التجاعيد.

٨- أقسام المسؤوليات في العمليات والجراحية (Types of responsibilities in surgical operations)

تنقسم المسؤولية الطبية والجراحية الى قسمين: (الشنقيطي، ١٩٩٣: ٤٤٥-٤٤٦).

القسم الأول: المسؤولية الأخلاقية (الأدبية) (Moral responsibility)

فإنه يُسأل فيه الطبيب ومساعدوه عن القضايا المتعلقة بسلوكهم، وأدابهم، ومن أمثله: قضايا الغش، والكذب الذي يصدر ضد الأطباء، ومساعدتهم، فيتهم الطبيب بغش المريض بأن يدعي إصابته بمرض جراحي، أو يقوم المحلل أو المصور بالأشعة أو المناظير الطبية بالتزوير والكذب في التقارير التي قام بكتابتها كل ذلك طلباً لأغراض ومطامع شخصية. فهذه القضايا وأمثالها تجب فيها مسائلة الطبيب ومساعديه عن صحة دعواها، وعند ثبوتها يحكم بإدانتهم أخلاقياً فيتم تعزيرهم بما يستحقون، كما يحكم بتضمينهم، أو القصاص منهم، إذا ترتبت أضرار على تزويرهم وكذبهم.

القسم الثاني: المسؤولية المهنية (العملية) (Professional responsibility)

فإنه يُسأل فيه الطبيب ومساعدوه عن القضايا المتعلقة بأعمالهم الطبية، وما ترتب عليها من أضرار ومن أمثله: قضايا الخطأ الطبي سواء كان واقعاً من الطبيب الفاحص أو الطبيب الجراح، أو من المساعدين لهما، أو كان مشتركاً من الجميع. فيتهم هؤلاء مثلاً بكونهم خرجوا في أثناء قيامهم بمهامهم عن الأصول المتبعة عند أهل الاختصاص، فنتج عن خروجهم الضرر الموجود في جسم المريض المدعي. فهذه القضايا وأمثالها تجب فيها مسائلة الأطباء ومساعدتهم عن صحة الدعوى، وإذا ثبتت يحكم بالقصاص منهم، أو تضمينهم.

ثانياً: أسباب عزوف المريض عن إجراء العمليات الجراحية في المستشفيات الحكومية

❖ أسباب تتعلق بالمستشفى.

❖ أسباب تتعلق بالمريض.

❖ أسباب تتعلق بالمستشفى (Reasons related to the hospital)

١- مفهوم المستشفى (The concept of the hospital)

أطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات" أي دور المرضى، والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين "بيمار" بمعنى عليل و"أستان" بمعنى الدار. وقد خطا العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعمول بها في العصر الحديث. ويأتي من بين هذه القواعد أو النظم ما يلي: (حرساني، ١٩٩٠: ٢٠).

١. عدم السماح للمرضى أو المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.
٢. اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى.
٣. وجود مستشفى متنقل وإرساله الى المناطق النائية بصفة دورية.
٤. إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة.
٥. الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى.
٦. التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.
٧. إجازة مزاولة مهنة الطب والصيدلة بواسطة الإمتحان.

يعتبر المستشفى العمود الفقري لأي نظام صحي، وذلك لقدرته على توفير كافة أنواع الرعاية الصحية وهو ما تعجز عن تقديمه أي مؤسسة صحية أخرى، كالوحدات الصحية، الأقسام الإستعجالية وغيرها. فالمستشفى هو المكان المفضل بالنسبة للمريض لتلقي العلاج، ومكان العمل المفضل للطبيب وباقي القوى العاملة الإستشفائية الأخرى، كما يعتبر الواجهة الحضارية التي تبرز تقدم البلد الصحي والعلمي والاجتماعي.

المبحث الثالث/ الجانب العملي

أولاً: وصف عينة البحث

١- جمع البيانات

لمعرفة أسباب تنامي الفجوة بين المواطن والمستشفيات الحكومية التي وجدت أساساً لخدمته، وتحديد مواطن الضعف في المستشفيات الحكومية للمساهمة في تقويم عملها، والإستفادة من نقاط القوة في المستشفيات الخاصة ومحاولة تفعيلها في المستشفيات الحكومية، وبعد زيارات ميدانية عديدة ومتكررة لعدد من المستشفيات الخاصة العاملة في محافظة بغداد بجانبه الكرخ والرصافة وبالشكل التالي:

- **جانب الرصافة:** مستشفيات الجراح الأهلي وحياة الراهبات والمستنصرية الأهلي والبنوك الأهلية والراهبات ومستشفى دجلة الأهلي والفردوس الأهلي ومستشفى بغداد.
- **جانب الكرخ:** مستشفيات المسرة الأهلي ومستشفى الضرغام الأهلي ومستشفى الكاظمية الأهلي.

تم اللقاء بالمرضى عينة البحث شخصياً وأخذ آرائهم بموضوع الدراسة ومن خلال قائمة فحص أعدت لبيان أسباب عزوفهم عن إجراء العمليات الجراحية في المستشفيات الحكومية، ونُظمت الأسئلة الواردة فيها بالشكل الذي يهدي المعنيين على التساؤلات موضوعة البحث وملئها طبقاً للأجوبة التي تم الحصول عليها من العينة والبالغ حجمها (٦٥) مريض، ومن خلال الإختيار العشوائي للعينة حاول الباحث شمول شرائح مختلفة في المجتمع من الناحية الإقتصادية والإجتماعية والثقافية وإعتمدت دراسة الحالة على عينة من المرضى أجريت لهم عمليات جراحية بمختلف الإختصاصات، ومن ثم القيام بتحليلها إحصائياً ليتسنى للباحث على كشف الإمكانيات المتوفرة في المستشفيات الخاصة من تقنيات وخبرات وطبيعة الخدمات المقدمة من قبل هذه المستشفيات اعتماداً على نوع العملية الجراحية المجرى للمريض.

٢- التحليل الإحصائي واستخراج النتائج والمؤشرات الإحصائية

تم التحليل الإحصائي من خلال استخراج التكرارات والنسب المئوية لأجوبة العينة على قائمة الفحص الخاصة بالمرضى المتواجدين في المستشفيات الخاصة، وبالشكل الآتي:
كانت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات الأولية للمريض هي:

الجدول (١) توزيع أفراد العينة حسب نوع الجنس

نوع الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	٢٧	٤١.٥%
أنثى	٣٨	٥٨.٥%
المجموع	٦٥	١٠٠%

نلاحظ ان عينة المرضى من الذكور هو (٢٧) أي بنسبة مئوية ومقدارها (٤١.٥%) ومن الاناث هو (٣٨) أي بنسبة مئوية ومقدارها (٥٨.٥%)، مما يعطي الفرصة للباحث لمعرفة رأي كلا الجنسين في الأسباب المتعلقة بالدراسة.

جدول (٢) توزيع أفراد العينة حسب العمر

عدد أفراد العينة	٦٥

معدل الأعمار	٣٦.٦٨
أقل الأعمار	١٧
أكبر الأعمار	٧٠

تراوحت أعمار المرضى في عينة الدراسة من (١٧) سنة الى (٧٠) سنة، وبمتوسط مقداره (٣٦.٦٨) سنة. ومن خلال استعراض الفئات العمرية للعينة يتضح أن النسب كانت غير متقاربة فيما بينها، مما يبين للباحث أن المستشفيات الخاصة لا تُستهدف من قبل فئة عمرية معينة.

الجدول (٣) توزيع أفراد العينة بتفصيل الأعمار العمر

أعمار المرضى	التكرار	النسبة المئوية	النسبة المئوية التراكمية
١٧ - ٢٥ سنة	١٦	%٢٤.٦	%٢٤.٦
٢٦ - ٣٥ سنة	٢٣	%٣٥.٤	%٦٠
٣٦ - ٤٥ سنة	١٢	%١٨.٥	%٧٨.٥
٤٦ - ٥٥ سنة	٧	%١٠.٦	%٨٩.١
٥٦ - ٦٥ سنة	٢	%٣.٢	%٩٢.٣
٦٦ سنة وأكثر	٥	%٧.٧	%١٠٠

وبتفصيل الأعمار يتبين أن المرضى الذين تراوحت أعمارهم من (١٧ - ٣٥ سنة) والبالغ عددهم (٣٩) مريض كانوا يشكلون (%٦٠) من المرضى الذين فضلوا إجراء عملياتهم الجراحية في المستشفيات الخاصة، وإن المرضى من متوسطي العمر (٣٦ - ٤٥ سنة) والبالغ عددهم (١٢) مريض كانوا يشكلون نسبة (%١٨.٥) فقط من العينة التي شملتها الدراسة، أما المرضى الذين تجاوزت أعمارهم ٤٥ سنة فكان عددهم (١٤) مريضاً أي بنسبة (%٢١.٥) من العينة التي شملتها الدراسة.

الجدول (٤) توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية

الحالة الزوجية	التكرار	النسبة المئوية
متزوج	٥٠	%٧٦.٩
أعزب	٨	%١٢.٣
مطلق	٢	%٣.١
أرمل	٥	%٧.٧
المجموع	٦٥	%١٠٠

أما الحالة الزوجية للمرضى فكانت (٥٠) مريض متزوج و (٨) مرضى من العزاب و(٢) مريض مطلق و (٥) مرضى من الأراامل.

الجدول (٥) توزيع أفراد العينة حسب التحصيل الدراسي

التحصيل الدراسي	التكرار	النسبة المئوية	النسبة التراكمية
أمي	٣	%٤.٦	%٤.٦
يقرأ ويكتب	٨	%١٢.٣	%١٦.٩
إعدادية فأدنى	١٨	%٢٧.٧	%٤٤.٦
بكالوريوس	٢٩	%٤٤.٦	%٨٩.٢
شهادة عليا	٧	%١٠.٨	%١٠٠
المجموع	٦٥	%١٠٠	

وكان التحصيل الدراسي للمرضى في عينة الدراسة هي (٣) مرضى أمي و (٨) مرضى يقرأون ويكتبون و(١٨) مريض إعدادية فأدنى و(٢٩) مريض بكالوريوس و(٧) مرضى كانوا من حملة الشهادات العليا. وتدل النسب السابقة على النضج الفكري لدى عينة الدراسة، إذ جاءت نسبة كبيرة منهم من حملة الشهادات مما يؤهلهم لكي يكونوا على ثقة ودراية كبيرة في عرض آرائهم حول الأسباب موضوع الدراسة. وتشير الإحصائية أن (٢٩) مريضاً كانت تحصيلاتهم الدراسية (أمي - إعدادية) أي بنسبة (%٤٤.٦) في حين كان (٣٦) مريضاً أي بنسبة (%٥٥.٤) من أصحاب شهادات (البكالوريوس- الدراسات العليا).

الجدول (٦) توزيع أفراد العينة حسب المهنة

المهنة	التكرار	النسبة المئوية
موظف	٣٧	%٥٦.٩
كاسب	١٣	%٢٠
عاطل	١٥	%٢٣.١
المجموع	٦٥	%١٠٠

أما مهنة المرضى كانت (٣٧) مريض موظف و (١٣) مريض كاسب و (١٥) مريض كانوا عاطلين عن العمل. وتدل النسب السابقة على تنوع العينة ما بين موظف وغير موظف مما يعطي فرصة أكبر من أجل إستعراض أكبر عدد من العينات المتنوعة.

الجدول (٧) توزيع أفراد العينة حسب محل السكن الدائم

النسبة المئوية	التكرار	محل السكن الدائم
٨٩.٢%	٥٨	بغداد
١٠.٨%	٧	خارج بغداد
١٠٠%	٦٥	المجموع

وبخصوص محل السكن الدائم للمرضى في عينة الدراسة وجد انه (٥٨) مريض يسكنون داخل بغداد و (٧) مرضى الباقين يسكنون خارج بغداد، مما يؤشر بأن أغلبية المراجعين للمستشفيات المبحوثة هم من سكنة محافظة بغداد.

الجدول (٨) توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للعائلة

النسبة التراكمية	النسبة المئوية	التكرار	الدخل الشهري
١٨.٥%	١٨.٥%	١٢	أقل من ٧٥٠ الف دينار
٧٣.٨%	٥٥.٣%	٣٦	٧٥٠٠٠٠ - ١٠٠٠٠٠٠ دينار
٨٦.٣%	١٢.٥%	٨	١٠٠٠٠٠٠ - ١٥٠٠٠٠٠١ دينار
٩٧%	١٠.٧%	٧	١٥٠٠٠٠٠١ - ٢٠٠٠٠٠٠٠ دينار
٩٨.٥%	١.٥%	١	٢٥٠٠٠٠٠٠ - ٢٠٠٠٠٠٠٠١ دينار
١٠٠%	١.٥%	١	٣٠٠٠٠٠٠٠٠ دينار فأكثر
	١٠٠%	٦٥	المجموع

نلاحظ من الجدول (٨) أن أكثر فئة من المبحوثين كانت من ذوي الدخل (٧٥٠٠٠٠٠ - ١٠٠٠٠٠٠٠) دينار وبنسبة مئوية مقدارها (٥٥.٣%)، تليها الفئة (أقل من ٧٥٠٠٠٠٠) دينار وبنسبة مئوية مقدارها (١٨.٥%)، وتأتي الفئة (٧٥٠٠٠٠٠) دينار وبنسبة مئوية مقدارها (١٠.٨%) لتتظم ضمن سابقتها من أفراد العينة، ثم تأتي الفئة (١٥٠٠٠٠٠٠ - ٢٠٠٠٠٠٠٠٠) دينار وبنسبة مئوية مقدارها (١٠.٧%)، وهذا يدل على أن أصحاب الدخل من (٧٥٠٠٠٠٠ - ١٠٠٠٠٠٠٠٠) دينار هم أكثر المرضى الذين لجأوا الى المستشفيات الخاصة لإجراء عمليات جراحية وأن (٩٧%) من المرضى المبحوثين اللذين لجأوا الى المستشفيات الخاصة هم من الذين تتراوح دخولهم (أقل من ٧٥٠ الف - ٢٠٠٠٠٠٠٠٠) دينار، وكانت الفئة ذات الدخل العالي نسبياً والبالغ

(٢٠٠٠٠٠٠٠ - ٣٠٠٠٠٠٠٠ دينار فأكثر) هي أقل لجوءاً الى المستشفيات الخاصة وبواقع مريضين فقط وبنسبة (٣%) .

الجدول (٩) توزيع أفراد العينة حسب البيئة الاجتماعية

البيئة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
سكان مدن	٥٨	٨٩.٢%
سكان قرى وأرياف	٧	١٠.٨%
المجموع	٦٥	١٠٠%

وبخصوص البيئة الاجتماعية في عينة الدراسة وجد انه (٥٨) مريض هم من سكان المدن و (٧) مرضى الباقين هم من سكان القرى أو الأرياف، مما يؤشر بأن أغلبية الراغبين بإجراء العمليات الجراحية في المستشفيات الخاصة هم من سكنة المدن.

الجدول (١٠) توزيع أفراد العينة حسب دخول سابق لنفس المستشفى

دخول سابق لنفس المستشفى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	٣٠	٤٦.٢%
كلا	٣٥	٥٣.٨%

أما عن سؤال المريض في عينة الدراسة عن دخول سابق لنفس المستشفى فكانت الإجابة بدخول سابق لـ (٣٠) مريض وبنسبة (٤٦.٢%)، في الوقت الذي لم يسبق لـ (٣٥) مريض وبنسبة (٥٣.٨%) أن دخلوا نفس المستشفى الذي أجروا فيها عملياتهم الجراحية. مما يؤشر أن نسبة كبيرة تقارب نصف عدد العينة المبحوثة هم من الذين عادوا لإجراء عملياتهم الجراحية في نفس المستشفى الذي سبق وأن أجروا فيها عمليات جراحية سابقة.

الجدول (١١) توزيع أفراد العينة حسب عدد مرات الدخول

عدد المرضى	تكرار الدخول السابق	النسبة	النسبة التراكمية
٣٥	٠	٥٣.٨%	٥٣.٨%
٢٤	١	٣٦.٩%	٩٠.٨%
٣	٢	٤.٦%	٩٥.٤%
٣	٣	٤.٦%	١٠٠%
٦٥	٠	١٠٠%	المجموع

ويبين الجدول (١١) أن (٣٦.٩%) من المرضى سبق وأن أجروا عملية جراحية في المستشفى الذي تمت زيارتهم فيه ولمرة واحدة، وأن (٤.٦%) من المرضى سبق وأن أجروا عمليات جراحية في المستشفى الذي تمت زيارتهم فيه ولمرتين، وهناك (٤.٦%) من المرضى سبق وأن أجروا عمليات جراحية في المستشفى الذي تمت زيارتهم فيه ولثلاث مرات، إن معاودة المريض لإجراء العملية الجراحية في نفس المستشفى السابق الذي أجرى فيها عملياته الأولى يشير إلى رضى المريض عن الخدمات المقدمة له.

الجدول (١٢) توزيع أفراد العينة حسب مدة المكوث في المستشفى

عدد المرضى	عدد أيام المكوث	النسبة المئوية	النسبة التراكمية
٣٥	٠	٥٣.٨%	٥٣.٨%
١٩	١	٢٩.٤%	٨٣.٢%
٩	٢	١٣.٨%	٩٧%
١	٣	١.٥%	٩٨.٥%
١	٢٠	١.٥%	١٠٠%
٦٥			المجموع

يتبين من الجدول (١٢) أن (٣٥) مريضاً وبنسبة (٥٣.٨%) لم يمكثوا في المستشفى حتى ليوم واحد، وأن (١٩) مريضاً وبنسبة (٢٩.٤%) المريض مكثوا في المستشفى ليوم واحد فقط و(٩) مريضاً وبنسبة (١٣.٨%)، وهذا يعني أن (٩٧%) مكثوا في المستشفى لمدد تتراوح (٠-٢) يوم وهذا يشير على أن مدة مكوث المرضى هي قصيرة.

الجدول (١٣) توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المرض

عدد المرضى	التكرار	النسبة المئوية	النسبة التراكمية
٤٣	٤٣	٦٦.٢%	٦٦.٢%
٢٢	٢٢	٣٣.٨%	١٠٠%
٦٥			المجموع

وأخيراً كانت طبيعة المرض للمرضى في عينة الدراسة هي (٤٣) مريضاً أي بنسبة (٦٦.٢%) من الحالات الطارئة و (٢٢) مريضاً (٣٣.٨%) كانت من الحالات المزمنة. مما يؤشر إلى أن أكثر الحالات المرضية التي تردت إلى المستشفيات الخاصة هي من الحالات الطارئة.

ثانياً: تحليل ومناقشة آراء المرضى عينة البحث

من خلال إجراء التحليل الإحصائي للأجوبة التي تخص آراء المرضى حول إجراء العمليات الجراحية في المستشفيات الخاصة والتي تم الحصول عليها من خلال قائمة الفحص، وكانت لدينا الجداول الآتية:

الجدول (١٤) إجابات العينة المتعلقة بموقع المستشفى

نلاحظ أن عدد المرضى الذين كانت إجاباتهم بنعم هو (٣٧) إي بنسبة مئوية مقدارها

أولاً: موقع المستشفى					
ت	التفاصيل	نعم		لا	
		التكرار	%	التكرار	%
١	تقع المستشفى في مكان أقل ضوضاءً وازدحاماً من موقع المستشفى الحكومي	٣٧	٥٦.٩	٢٨	٤٣.١
٢	وصول السيارات الى المستشفى هو أكثر سهولة مما هو عليه الى المستشفى الحكومي	٣٧	٥٦.٩	٢٨	٤٣.١
٣	يوجد موقف للسيارات أوسع مما هو عليه في المستشفى الحكومي	٢٤	٣٦.٩	٤١	٦٣.١

(٥٦.٩%) على أنه تقع المستشفى الخاص في مكان أقل ضوضاءً وازدحاماً من موقع المستشفى الحكومي، وأيضاً (٣٧) مريض وبنسبة (٥٦.٩%) على أنه وصول السيارات الى المستشفى الخاص هو أكثر سهولة مما هو عليه الى المستشفى الحكومي، ويعتقد (٤١) مريضاً وبنسبة (٦٣.١%) أنه لا يوجد موقف للسيارات أوسع مما هو عليه في المستشفى الحكومي.

الجدول (١٥) إجابات العينة المتعلقة بجودة الخدمات

ثانياً: جودة الخدمات					
ت	التفاصيل	نعم		لا	
		التكرار	%	التكرار	%
١	هل تعتقد أن نتائج التحليلات والفحوصات الطبية هي أكثر دقة مما هي عليه في المستشفى الحكومي	٢٩	٤٤.٦	٣٦	٥٥.٤
٢	يتم توزيع وجبات الطعام في المستشفى	١٢	١٨.١	٥٣	٨١.٩

٥		٥		
١٢. ٣	٨	٨٧. ٧	٥٧	تعتقد أن ردهات المستشفى وغرف المرضى أنظف مما هي عليه في المستشفى الحكومي
١٨. ٥	١٢	٨١. ٥	٥٣	تعتقد أن دورة المياه في غرفتك الخاصة أنظف مما هي عليه في المستشفى الحكومي
١٥. ٤	١٠	٨٤. ٦	٥٥	تعتقد أن غرفة المريض مؤثثة بشكل أفضل مما هي عليه في المستشفى الحكومي

أما بخصوص جودة الخدمات المقدمة فإن (٣٦) مريضاً وبنسبة (٥٥.٤%) لا يعتقدون أن نتائج التحليلات والفحوصات الطبية هي أكثر دقة مما هي عليه في المستشفى الحكومي، و(٥٣) مريض وبنسبة (٨١.٥%) كانت إجابتهم بلا على أنه يتم توزيع وجبات الطعام في المستشفى، و(٥٧) مريض وبنسبة (٨٧.٧%) كانت إجابتهم بنعم على أنه تعتقد أن ردهات المستشفى وغرف المرضى أنظف مما هي عليه في المستشفى الحكومي، و(٥٣) مريض وبنسبة (٨١.٥%) كانت إجابتهم بنعم على أنه تعتقد أن دورة المياه في غرفتك الخاصة أنظف مما هي عليه في المستشفى الحكومي، و(٥٥) مريض وبنسبة (٨٤.٦%) كانت إجابتهم بنعم على أنه تعتقد أن غرفة المريض مؤثثة بشكل أفضل مما هي عليه في المستشفى الحكومي.

الجدول (١٦) إجابات العينة المتعلقة بالاعتبارات الاجتماعية

ثالثاً: الاعتبارات الاجتماعية				
ت	التفاصيل	نعم		لا
		التكرار	%	التكرار
١	هل تعتقد أن أغلب مراجعي المستشفيات الحكومية هم من الطبقات المتوسطة والفقيرة	٤٧	٧٢.٣	١٨
٢	هل تعتقد أن اللجوء الى المستشفيات الخاصة هو من المظاهر الاجتماعية الراقية	٢٧	٤١.٥	٣٨

وكان عدد المرضى الذين كانت إجابتهم بنعم هو (٤٧) وبنسبة (٧٢.٣%) على أنه هل تعتقد أن أغلب مراجعي المستشفيات الحكومية هم من الطبقات المتوسطة والفقيرة، و(٣٨) مريض وبنسبة (٥٨.٥%) لا يعتقدون أن اللجوء الى المستشفيات الخاصة هو من المظاهر الاجتماعية الراقية.

الجدول (١٧) إجابات العينة المتعلقة بالأطباء والملاكات الطبية

رابعاً: الأطباء والملاكات الطبية

ت	التفاصيل	نعم		لا	
		التكرار	%	التكرار	%
١	هل يصغي الجراح الاختصاص على جميع أسئلتك ويجيبك بكل هدوء ولا يحصل ذلك في المستشفى الحكومي	٥٥	٨٤.٦	١٠	١٥.٤
٢	هل الجراح الاختصاص يشرح الإجراءات الجراحية ونتائجها بشكل واضح وصريح ولا يحصل ذلك في المستشفى الحكومي	٤٩	٧٥.٤	١٦	٢٤.٦
٣	هل تعتقد أن الملاكات الطبية أكثر مهارة مما هي عليه في المستشفى الحكومي	٥٢	٨٠	١٣	٢٠
٤	هل الدقة بتقديم الخدمة الطبية في وقتها المناسب أفضل مما هي عليه في المستشفى الحكومي	٤٩	٧٥.٤	١٦	٢٤.٦
٥	هل متابعة حالتك الصحية من قبل الملاك المتخصص أفضل مما هي عليه في المستشفى الحكومي	٥٢	٨٠	١٣	٢٠
٦	يشيع الملاك الطبي البهجة من خلال المظهر والتعامل الأنيق ولا توجد هذه الحالة في المستشفى الحكومي	٤٤	٦٧.٦	٢١	٣٢.٤
٧	يتمتع الملاك الطبي بالسيطرة على الإنفعالات وإحتواء غضب المريض بطريقة أفضل مما هو عليه في المستشفى الحكومي	٤٧	٧٢.٣	١٨	٢٧.٧

أما بخصوص الأطباء والملاكات الطبية فكان عدد المرضى (٥٥) وبنسبة (٨٤.٦%) كانت إجاباتهم بنعم على أنه هل يصغي الجراح الإختصاص على جميع أسئلتك ويجيبك بكل هدوء ولا يحصل ذلك في المستشفى الحكومي ، و(٤٩) مريض وبنسبة (٧٥.٤%) كانت إجاباتهم بنعم على أنه هل الجراح الإختصاص يشرح الإجراءات الجراحية ونتائجها بشكل واضح وصريح ولا يحصل ذلك في المستشفى الحكومي ، و(٥٢) مريض وبنسبة (٨٠%) كانت إجاباتهم بنعم على أنه هل تعتقد أن الملاكات الطبية أكثر مهارة مما هي عليه في المستشفى الحكومي ، و(٤٩) مريض وبنسبة (٧٥.٤%) كانت إجاباتهم بنعم على أنه هل الدقة بتقديم الخدمة الطبية في وقتها المناسب أفضل مما هي عليه في المستشفى الحكومي ، وكان المرضى والبالغ عددهم (٥٢) وبنسبة (٨٠%) كانت إجاباتهم بنعم على أنه هل متابعة حالتك الصحية من قبل الملاك المتخصص أفضل مما هي عليه في المستشفى الحكومي، و(٤٤) مريض وبنسبة (٦٧.٦%) كانت إجاباتهم بنعم على أنه يشيع الملاك الطبي البهجة من خلال المظهر والتعامل الأنيق ولا توجد هذه الحالة في المستشفى الحكومي، والمرضى والبالغ عددهم (٤٧) وبنسبة (٧٢.٣%)

كانت إجاباتهم بنعم على أنه يتمتع الملاك الطبي بالسيطرة على الإنفعالات وإحتواء غضب المريض بطريقة أفضل مما هو عليه في المستشفى الحكومي.

الجدول (١٨) إجابات العينة المتعلقة بالإعتبارات المالية

خامساً: الاعتبارات المالية

ت	التفاصيل	نعم		لا	
		التكرار	%	التكرار	%
١	كلفة إجراء العملية مناسبة في المستشفى	٣٠	٤٦.٢	٣٥	٥٣.٨
٢	يراعى الجانب الإنساني في استيفاء أجور الخدمة الطبية	٢٣	٣٥.٤	٤٢	٦٤.٦
٣	وضوح كلف العلاج	٣٨	٥٨.٥	٢٧	٤١.٥
٤	الجانب المالي سيحفز الطبيب للاهتمام بنتائج العملية الجراحية بشكل أكثر مما لو أجراها في المستشفى الحكومي	٥٨	٨٩.٢	٧	١٠.٨

أما بخصوص الإعتبارات المالية، فكان عدد المرضى (٣٥) وبنسبة (٥٣.٨%) الذين كانت إجاباتهم بلا على أنه كلفة إجراء العملية مناسبة في المستشفى، و(٤٢) مريض وبنسبة (٦٤.٦%) كانت إجاباتهم بلا على أنه يراعى الجانب الإنساني في إستيفاء أجور الخدمة الطبية ، و(٣٨) مريض وبنسبة (٥٨.٥%) كانت إجاباتهم بنعم على وضوح كلف العلاج ، و(٥٨) مريض وبنسبة (٨٩.٢%) كانت إجاباتهم بنعم على أنه الجانب المالي سيحفز الطبيب للإهتمام بنتائج العملية الجراحية بشكل أكثر مما لو أجراها في المستشفى الحكومي.

الجدول (١٩) إجابات العينة المتعلقة بالوعي الصحي وسلوك المريض

سادساً: الوعي الصحي وسلوك المريض

ت	التفاصيل	نعم		لا	
		التكرار	%	التكرار	%
١	تعتقد أن فرصة حدوث المضاعفات بشكل عام والتهابات العملية بشكل خاص هي أقل في المستشفى الخاص	٤٨	٧٣.٨	١٧	٢٦.٢
٢	تعتقد أن نتائج العمليات الجراحية في المستشفيات الخاصة أكثر نجاحاً من نظيراتها في المستشفيات الحكومية	٤٢	٦٤.٦	٢٣	٣٥.٤

٣	هل تعتقد إنك ستحصل على نتائج صحية أكثر توفيقاً لو لجأت الى مستشفى خاص يستحصل أجوراً أعلى من المستشفى الذي إختارته	٣١	٤٧.٧	٣٤	٥٢.٣
٤	قائمة الإنتظار الطويلة للعمليات في المستشفى الحكومي دفعتك الى اللجوء الى المستشفى الخاص	٣٨	٥٨.٥	٢٧	٤١.٥

وبخصوص الوعي الصحي وسلوك المريض، فكان عدد المرضى الذين كانت إجابتهم بنعم هي (٤٨) وبنسبة (٧٣.٨%) على أنه تعتقد أن فرصة حدوث المضاعفات بشكل عام وإلتهابات العملية بشكل خاص هي أقل في المستشفى الخاص، و(٤٢) مريض وبنسبة (٦٤.٦%) كانت إجابتهم بنعم على أنه تعتقد أن نتائج العمليات الجراحية في المستشفيات الخاصة أكثر نجاحاً من نظيراتها في المستشفيات الحكومية، و(٣٤) مريض وبنسبة (٥٢.٣%) كانت إجابتهم بلا على هل تعتقد إنك ستحصل على نتائج صحية أكثر توفيقاً لو لجأت الى مستشفى خاص يستحصل أجوراً أعلى من المستشفى الذي إختارته، و(٣٨) مريض وبنسبة (٥٨.٥%) كانت إجابتهم بنعم على إنه قائمة الإنتظار الطويلة للعمليات في المستشفى الحكومي دفعتك الى اللجوء الى المستشفى الخاص.

الجدول (٢٠) إجابات العينة المتعلقة برضا المريض

سابعاً: رضا المريض					
ت	التفاصيل	نعم		لا	
		التكرار	%	التكرار	%
١	هل كنت تتوقع مستوى الخدمة المقدمة قبل حصولك عليها	٣٨	٥٨.٥	٣٧	٤١.٥
٢	هل أنت راض على مستوى الخدمة المقدمة إليك	٤٢	٦٤.٦	٢٣	٣٥.٤
٣	هل مقدار المبلغ الذي دفعته لقاء الخدمة الطبية كانت مناسبة لك	٢٩	٤٤.٦	٣٦	٥٥.٤
٤	في حالة مرضك هل ستكرر زيارتك لهذه المستشفى	٤٤	٦٧.٧	٢١	٣٢.٣
٥	هل تنصح الآخرين بزيارة هذه المستشفى عند تعرضهم لمرض معين	٤٤	٦٧.٧	٢١	٣٢.٣

أما بخصوص رضا المريض فكان عدد المرضى (٣٨) وبنسبة (٥٨.٥%) الذين كانت إجابتهم بنعم على أنه هل كنت تتوقع مستوى الخدمة المقدمة قبل حصولك عليها، و(٤٢) مريض وبنسبة (٦٤.٦%) كانت إجابتهم بنعم على أنه هل أنت راض على مستوى الخدمة

المقدمة إليك، و(٣٦) مريض وبنسبة (٥٥.٤%) كانت اجابتهم بلا على أنه هل مقدار المبلغ الذي دفعته لقاء الخدمة الطبية كانت مناسبة لك، و(٤٤) مريض وبنسبة (٦٧.٧%) كانت اجابتهم بنعم على أنه في حالة مرضك هل ستكرر زيارتك لهذه المستشفى، وأيضاً كان عدد المرضى (٤٤) وبنسبة (٦٧.٧%) على أنه هل تتصح الآخرين بزيارة هذه المستشفى عند تعرضهم لمرض معين.

الجدول (٢١) الإجابات المتعلقة بمن أشار الى العينة للإقامة بالمستشفى الذي إختاره

من أشار عليك بالإقامة في هذه المستشفى؟				
ت	التفاصيل	نعم		لا
		التكرار	%	التكرار
١	الطبيب الجراح	٤٤	٦٧.٧	٣٢.٣
٢	أحد من ملاكات المستشفى الحكومي	١	١.٥	٩٨.٥
٣	أحد الأقرباء أو الأصدقاء	١٥	٢٣.١	٧٦.٩
٤	شاهدت أو قرأت ترويجاً لهذه المستشفى	٤	٦.٢	٩٣.٨
٥	كانت لديك تجربة ناجحة سابقاً في نفس المستشفى	١٢	١٨.٥	٨١.٥

وعند سؤال المريض في عينة الدراسة والبالغ عددها الكلي (٦٥) مريض عن من أشار عليك بالإقامة في هذه المستشفى؟

وُجد أنه (٤٤) مريض وبنسبة (٦٧.٧%) أشار عليهم الطبيب الجراح بالإقامة في هذه المستشفى الخاص، وأن (١) مريض اي بنسبة (١.٥%) أشار عليه أحد من ملاكات المستشفى الحكومي، وأن (١٥) مريض وبنسبة (٢٣.١%) أشار عليهم أحد الأقرباء أو الأصدقاء، وأن (٤) مرضى وبنسبة (٦.٢%) عن طريق مشاهدة أو قراءة ترويجاً لهذه المستشفى، أما (١٢) مريض وبنسبة (١٨.٥%) كانت لديهم تجربة ناجحة سابقاً في نفس المستشفى.

المبحث الرابع/ الاستنتاجات والتوصيات

أولاً: الاستنتاجات

من خلال ما سبق فقد توصل الباحث الى عدد من الاستنتاجات حول أسباب عزوف المواطنين من إجراء العمليات في المستشفيات الحكومية والتوجه الى القطاع الخاص ومن أهم هذه الاستنتاجات:

١. أظهرت الدراسة أن المستشفيات الخاصة ليست حكرراً لذوي الدخول العالية فقط.
٢. بينت الدراسة الى أن نسبة لا يستهان بها من المرضى عاودوا الدخول الى نفس المستشفى الخاص عند حاجتهم الى إجراء عمليات جراحية أخرى، وهذا يدل على نجاح

- المستشفيات الخاصة على كسب الزبائن من جهة وعلى تجذّر المشكلة موضوعة الدراسة وعدم صياغة الحلول الصحيحة من قبل المستشفيات الحكومية لإزالة أسباب العزوف.
٣. إن أغلب الحالات التي شملتها الدراسة كانت حالات طارئة مما يشير الى ثقة المواطن بالإجراءات العلاجية المقدمة له في المستشفيات الخاصة وسرعة الاستجابة للحالات الطارئة.
٤. تبين للباحث إن نسبة كبيرة من المستشفيات الخاصة تتمتع بمواقع أقل ضوضاء وازدحاماً من مواقع المستشفيات الحكومية، كما أن وصول السيارات الى المستشفيات الخاصة هو أكثر سهولة مما هو عليه الى المستشفيات الحكومية وبالرغم من أن هذان العاملان هما من الخصائص الضرورية في تصميم المستشفيات الحديثة إلا أنها ليست من الأسباب الجوهرية في موضوعة الدراسة.
٥. يعتقد الكثير من المواطنين أن الردهات وغرف المرضى ودورات المياه والحمامات في المستشفيات الخاصة هي أنظف مما هي عليه في المستشفيات الحكومية، كما يعتقدون أن غرفة المريض في المستشفيات الخاصة مؤثثة بشكل أفضل مما هي في المستشفيات الحكومية وهذه من الأسباب المهمة التي تدعو المريض بالعزوف في الدخول الى المستشفيات الحكومية لوعي المواطن أن النظافة العامة هي ركن أساسي من أركان نجاح العملية الجراحية وسرعة اكتساب الشفاء التام والحيلولة دون ظهور المضاعفات والعدوى.
٦. يعتقد أغلب المواطنين أن المرضى من مراجعي المستشفيات الحكومية هم من الطبقات المتوسطة والفقيرة، وهذا ما يدعو بعض المواطنين ميسوري الحال الى الشعور بالحرَج أمام المجتمع إذا ما دعته الحاجة الى زيارة المستشفى الحكومي حتى ولو لوهلة قصيرة للاستفادة من بعض خدماتها المخبرية أو العلاجية فما بالك أن يجروا فيها عملية جراحية.
٧. يعتقد الغالبية العظمى من المواطنين أن سلوك الطبيب الجراح في المستشفيات الخاصة هو أكثر ملائمة وإنسانية مما هي في المستشفيات الحكومية، فهم يُجيبون على جميع استفسارات المرضى ويشرحون لهم الإجراءات الجراحية ونتائجها بشكل واضح ولا يبدر منهم ذلك السلوك الحضاري والإنساني في المستشفيات الحكومية. كما أن الملاكات الموجودة في المستشفيات الخاصة يتمتعون بالسيطرة على الانفعالات واحتواء غضب المريض بطريقة أفضل مما هو عليه في المستشفيات الحكومية، ويرى الباحث أن السبب في كل ذلك هو كثرة المراجعين في المستشفيات الحكومية وكثرة المضايقات التي يتعرض لها الأطباء والملاكات العاملة في المستشفيات الحكومية نتيجة الوضع الراهن في البلد. و يعتقد المواطنون أن الملاكات الطبية في المستشفيات الخاصة هي أكثر مهارة ودقة في تقديم الخدمة الطبية ومتابعة حالتهم الصحية.
٨. يعتقد أغلب المواطنين أن كلف إجراء العمليات الجراحية في المستشفيات الخاصة هي غير مناسبة وأن الجانب الإنساني لا يُراعى في استيفاء أجور العمليات ولكنهم في الوقت ذاته يعتقدون بأن كلف العلاج هي واضحة في تلك المستشفيات، كما يرى الأغلبية الساحقة من المرضى أن الجانب المالي سيحفز الأطباء للاهتمام بنتائج العمليات الجراحية.
٩. بينت الدراسة أن المرضى يعتقدون أن فرص حدوث المضاعفات والتهابات العمليات الجراحية في المستشفيات الخاصة هي أقل من المستشفيات الحكومية، كما أنهم يعتقدون أن العمليات الجراحية في المستشفيات الخاصة هي أكثر نجاحاً من نظيراتها في المستشفيات الحكومية، ولا يعتقد الكثير من المرضى بضرورة اللجوء الى المستشفيات

التي تستحصل أجوراً أعلى من نظيراتها من المستشفيات الخاصة للحصول على نتائج صحية أكثر توفيقاً، وتشير الدراسة الى سبب مهم من أسباب عزوف المرضى من إجراء العمليات في المستشفى الحكومي ألا وهي قائمة الإنتظار الطويلة التي تدفع بالمرضى الى اللجوء للمستشفيات الخاصة طلباً للتعافي السريع من مرضه والحيلولة دون تفاقم حالته الصحية نتيجة التأخير في إجراء العملية الجراحية وهذا يشير الى وجود وعي صحي عالي لدى المواطن.

١٠. بينت الدراسة أن المواطنين بشكل عام هم راضون عن الخدمة المقدمة لهم في المستشفيات الخاصة.

١١. أشارت الدراسة أن الأطباء هم من الأسباب المهمة في توجيه المرضى الى المستشفيات الخاصة، وقد يكون السبب في ذلك هو المردود المالي الأعلى لأطباء الجراحة والتخدير في الحالات التي تُجرى بها العمليات في المستشفيات الخاصة قياساً لما يتقاضوه من دخل شهري ثابت في المستشفيات الحكومية.

ثانياً: التوصيات

١. التوجه الى إنشاء المستشفيات الحديثة ذات المعايير القياسية في مواقع بعيدة عن ازدحام الطرق وضوء الأماكن المكتظة بالسكان أو المناطق التجارية والصناعية، وتوفير مستلزمات تقليل الضجيج في بلاطات الأرضيات والسقوف والجدران. مع الاهتمام بإنشاء الحدائق الواسعة ومواقف السيارات، بدلاً من التوجه الى ترميم المستشفيات الذي لا يجدي نفعاً نظراً لقدّم هذه المستشفيات حيث أنشأت منذ عشرات السنوات ولا يمكنها أن تقدم خدماتها بشكل صحيح للزيادة السكانية الحاصلة خلال هذه الفترة.

٢. إستعمال أسلوب الترويج الصحي في المستشفيات الحكومية لكسب الزبائن، والترويج للعمليات النادرة والصعبة والتي تُجرى بين الحين والآخر لبناء الثقة في نفوس العاملين الحكومية من جهة، وإيصال رسالة مفادها أن الطبيب العراقي قادر على الإبداع في أصعب الظروف.

٣. تعيين ملاكات ذات قدرات وكفاءات عالية ومدربة لإستقبال الحالات الطارئة وقادرة على الإستجابة الفورية وفقاً لحالة المريض وبالشكل الذي يضمن رضا المريض وذويه.

٤. الإهتمام بتعزيز الخدمات الفندقية وتأثيث الردهات والغرف الخاصة للمستشفيات الحكومية بالشكل الذي يجعلها محط رضا المريض، وتدريب عمال الفندقية على يد متخصصين وخبراء في مجال الفندقية.

٥. إستعمال وسائل الإعلام المختلفة من مرئية وصوتية ومقروءة في إفهام المواطنين أن المستشفيات الحكومية وجدت لخدمة جميع أفراد الشعب بكافة شرائحه وهي لا تستهدف شرائح معينة دون أخرى، وتفعيل دور الخدمات الفندقية في المستشفيات بمستوى يوحى بالفخامة والرفاهية والإرتياح لجميع شرائح المجتمع.

٦. توعية الملاكات الطبية والتمريضية بضرورة التعامل مع المراجعين للمستشفى بشكل لائق، والعمل على إشراك هذه الملاكات في دورات تخص ذلك لما تخففه اللياقة من معاناة المراجع، وتطوير راس المال البشري من ملاكات طبية وتمريضية وإدارية وفنية لإدارة الذات وإملاك الغضب.

٧. التحفيز المادي والمعنوي للأطباء الجراحين وإختصاصيي التخدير والعمل على إجراء العمليات الجراحية بعد الدوام الرسمي بأجور مجزية للأطباء والكوادر الصحية المشاركة بالعمليات الجراحية بالشكل الذي يؤدي الى التقليل من عدد المرضى الموجودين في قائمة الإنتظار.

٨. العمل على تعيين عمال تنظيف وفندقة وإعداد برامج تأهيلية وتدريبية تخص مهارات العمل وتقليل الضوضاء عند إنجاز عملهم وكيفية التواصل السليم والحضاري مع المرضى الراقدين والتعاقد مع شركات تنظيف رصينة مجهزة بالتقنيات الخاصة لتنظيف المستشفيات.
٩. إنشاء صالات عمليات حديثة مجهزة بأحدث التقنيات للتقليل من قائمة الإنتظار، والإهتمام بنظافة صالات العمليات والأدوات والمستلزمات المستعملة في العمليات الجراحية وأخذ المسحات البايولوجية بشكل دوري للتأكد من سلامة معايير صالات العمليات وللوقاية من حالات العدوى.
١٠. تفعيل عاملي الرقابة والتفتيش في المستشفيات ومعاينة المقصر والمسيء.
١١. متابعة المقترحات التي تصل من المواطنين الى إدارة المستشفى والعمل على تطبيق المقترحات البناءة ذات الطابع العملي ليشعر المواطن بأنه من العناصر التي يمكن أن تطور المستشفى التي وُجدت أساساً لخدمته.
١٢. عدّ جميع الشكاوى الواردة من المرضى هي ذات طابع جدي ويجب النظر فيها بشكل سريع واتخاذ القرار المناسب بحق من أساء، سواء أن كان من الملاكات العاملة في المستشفى أو من المرضى ليأخذ كل ذي حق حقه.

المصادر

أولاً: المصادر العربية

أ: الكتب

١. ابن القيم، محمد بن أبي بكر بن أيوب (١٩٩٤) زاد المعاد في هدي خير العباد، ط٢٧، بيروت، مؤسسة الرسالة.
٢. الأندلسي، ابن جلجل (١٩٨٥) طبقات الأطباء والحكماء، بيروت، مؤسسة الرسالة.
٣. بابولي، رضوان ودولي، أنطوان (١٩٨٦) الجراحة الصغرى، دمشق، منشورات جامعة حلب.
٤. بازرعة، محمود صادق (١٩٨٧) إدارة التسويق، القاهرة، دار النهضة العربية.
٥. بستاني، رثيف (١٩٩٤) الموسوعة الطبية، ط١، بيروت، الشركة الشرقية للمطبوعات.
٦. البكري، ثامر ياسر (٢٠٠٥) إدارة المستشفيات، عمان، دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع.
٧. البكري، ثامر ياسر (٢٠١٠) إدارة المستشفيات، عمان، دار اليازوردي للنشر والتوزيع.
٨. البكري، ثامر ياسر، (٢٠٠٢) تسويق الخدمات الصحية، عمان، دار اليازوردي للنشر.
٩. بواعنة، عبد المهدي (١٩٠٠) إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، القاهرة، مصر العربية للنشر والتوزيع.
١٠. البياتي، حسين ذنون علي (٢٠٠٩) المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، ط٣، عمان، دار وائل.
١١. بيرم، عبد الحسين (١٩٨٤) الموسوعة الطبية العربية، ط١، بغداد، مطبعة دار القادسية.
١٢. التكريتي، عباس راجي (١٩٨١) السلوك المهني للأطباء، ط٢، بيروت، دار الأندلس.
١٣. جودة، محفوظ، والزغبى، حسن، والمنصور، ياسر (٢٠١٢) منظمات الأعمال- المفاهيم والوظائف، ط٣، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع.

١٤. حرسستاني، حسان محمد نذير (١٩٩٠) إدارة المستشفيات، الرياض، معهد الإدارة العامة.
١٥. حسن، سعاد حسين (١٩٨١) التمرير الجراحي والباطني وفروعهما، ط١، الكويت، دار القلم.
١٦. خليل، موسى، (٢٠١١) الإدارة المعاصرة- المبادئ- الوظائف- الممارسة، ط٢، بيروت، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
١٧. درة، عبد الباري، والمدهون، موسى، والجزراوي، إبراهيم (١٩٩٤) الإدارة الحديثة: المفاهيم والعمليات، منهج عملي تحليلي، ط١، عمان، المركز العربي للخدمات الطلابية.
١٨. الدفاع، علي عبد الله (١٩٨٥) أعلام العرب المسلمين في الطب، بيروت، مؤسسة الرسالة.
١٩. الدوري، زكريا مطلق (٢٠٠٥) الإدارة الإستراتيجية: مفاهيم وعمليات وحالات دراسية، عمان، دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع.
٢٠. ديسلر، جاري (٢٠١٠) إدارة الموارد البشرية، عبد المتعال، محمد سيد الأحمد، جودة، عبد المحسن عبد المحسن، الرياض، دار المريخ للنشر.
٢١. رفعت، محمد (١٩٨٥) العمليات الجراحية وجراحة التجميل، ط٤، بيروت، دار المعرفة للطباعة.
٢٢. الزهراوي، أبو القاسم (١٩٠٨) التصريف لمن عجز عن التأليف، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية.
٢٣. السالم، مؤيد سعيد (١٩٨٨) نظرية المنظمة، بغداد، مطبعة شفيق.
٢٤. السالم، مؤيد سعيد (٢٠٠٨) نظرية المنظمة- الهيكل والتصميم، ط٣، عمان، دار وائل.
٢٥. السامرائي، كمال (١٩٩٠) مختصر تاريخ الطب العربي، ط١، بيروت، دار النضال للطباعة.
٢٦. السكي، تاج الدين عبد الوهاب (١٩٩١) الأشياء والنظائر، ط١، بيروت، دار الكتب العلمية.
٢٧. سلامة، بهاء الدين إبراهيم (١٩٩٧) الصحة والتربية الصحية، ط١، القاهرة، دار الفكر العربي.
٢٨. الشاعر، عبد المجيد (٢٠٠٠) الرعاية الصحية الأولية، ط١، عمان، دار اليازوردي للنشر والتوزيع.
٢٩. الشطي، أحمد شوكت (١٩٩٤) تاريخ الطب وآدابه وعلومه، حلب، مطبعة طربين.
٣٠. الشماع، خليل محمد حسن (٢٠٠٧) مبادئ الإدارة، ط٥، عمان، دار المسيرة للنشر.
٣١. الشماع، خليل محمد حسن، وحمود، خضير كاظم (٢٠٠٩) نظرية المنظمة، عمان، دار المسيرة للنشر.
٣٢. الشمري، فهد عايش (٢٠٠٢) المدخل الإبداعي لإدارة الأزمات والكوارث، الرياض، شركة مطابع نجد التجارية.
٣٣. الشنقيطي، محمد بن محمد المختار (١٩٩٣) أحكام الجراحة الطبية والآثار المترتبة عليها، ط٢، جدة، مكتبة الصحابة.
٣٤. الطائي، حميد، والصميدعي، محمود، والعلاق، بشير، والقرم، إيهاب علي (٢٠٠٧) الأسس العلمية للتسويق الحديث، عمان، دار اليازوردي للنشر والتوزيع.
٣٥. الطعيمي، محمد عبد الرحمن (١٩٩٠) معوقات البناء التنظيمي للمستشفى، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
٣٦. عبيد، عاطف محمد، (٢٠٠٠) إدارة الأفراد من الناحية التطبيقية، القاهرة، دار النهضة العربية.

٣٧. عليوه، علاء الدين (١٩٩٩) الصحة في المجال الرياضي، الإسكندرية، منشأة المعارف.
٣٨. عمر، أيمن علي (٢٠٠٦) قراءات في سلوك المستهلك، الإسكندرية، الدار الجامعية.
٣٩. عمر، أحمد مختار (٢٠٠٨) معجم اللغة العربية المعاصرة، ط١، عالم الكتب، القاهرة.
٤٠. العميان، محمود سلمان (٢٠١٠) السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، ط٥، عمان، دار وائل للنشر.
٤١. العنزي، سعد علي (٢٠٠٩) الإدارة الصحية، ط١، عمان، دار اليازوردي للنشر والتوزيع.
٤٢. فاعور، محمود (١٩٦٨) الشفاء بالجراحة، ط١، بيروت، دار العلم للملايين.
٤٣. فرحان، غازي (١٩٩٩) خدمات الإيواء في المستشفيات، عمان، دار الزهران.
٤٤. الفيومي، أحمد بن محمد (١٩٨٧) المصباح المنير في غريب الشرح الكبير، بيروت، المكتبة العلمية ببيروت.
٤٥. قلعة جي، محمد رواس (١٩٩٦) معجم لغة الفقهاء، ط٣، بيروت، دار النفائس.
٤٦. كنعان، أحمد محمد (٢٠٠٠) الموسوعة الطبية الفقهية، بيروت، دار النفائس.
٤٧. كورتل، فريد (٢٠٠٩) تسويق الخدمات، ط١، عمان، دار كنوز المعرفة.
٤٨. كوهرننت، راندال (١٩٨٩) مراحل تطور الأمن الوظيفي، مخيمر، محمد، طنطا، دار غريب.
٤٩. مجموعة من الأطباء (٢٠٠٠) الموسوعة الطبية الحديثة، ط٢، القاهرة، لجنة النشر العلمي بوزارة التعليم العالي بجمهورية مصر العربية.
٥٠. محمد، محمود الحاج قاسم (١٩٨٦) الطب عند العرب والمسلمين، ط١، جدة، الدار السعودية للنشر.
٥١. مذكور، فوزي شعبان (١٩٩٨) تسويق الخدمات الصحية، القاهرة، إيثراك للنشر والتوزيع.
٥٢. المساعد، زكي خليل (٢٠٠٦) تسويق الخدمات وتطبيقاته، ط١، عمان، دار المناهج للنشر والتوزيع.
٥٣. مساعدة، ماجدة عبد المهدي (٢٠١٣) إدارة المنظمات - منظور كلي، ط١، عمان، دار المسيرة .
٥٤. مصطفى، إبراهيم وغيره (١٩٧٨) المعجم الوسيط، القاهرة، دار الدعوة.
٥٥. المؤذن، محمد صالح (٢٠٠٢) مبادئ التسويق، ط١، عمان، دار الثقافة.
٥٦. الموسوي، ضياء نوري حسن (١٩٨١) الطب القضائي وآداب المهنة، بغداد، وزارة التعليم العالي.
٥٧. هيرش، رشارد (١٩٩١) الأمن الوظيفي، عبد المتعال، سيد، القاهرة، دار النهضة العربية.
٥٨. الورد، باقر أمين (١٩٨٥) معجم العلماء العرب، ط١، بيروت، مكتبة النهضة العربية.
٥٩. النياغي، ياسر (١٩٨٢) جراحة الحرب الطارئة، ط١، معمر، نبيه، بيروت، مؤسسة الأبحاث العربية.
- ب: الرسائل والأطاريح**
١. جاسم، أيهم الحاجي وطه، عبادة (٢٠١٤) تأثير تصميم المستشفى على سلامة المريض، رسالة للحصول على درجة الإجازة في الهندسة الطبية، جامعة دمشق.
٢. الزكري، محمد (٢٠٠٦) جهود الصحافة في نشر المعرفة الصحية: دراسة تحليلية على الصفحات الإقتصادية، رسالة ماجستير مقدمة الى كلية الدعوة والإعلام: قسم الإعلام: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.

٣. سيف، أروى مصطفى (١٩٩٦) نمط السلطة ودورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير، كلية الدراسات العليا الجامعة الأردنية.

٤. العربي، عثمان (٢٠٠٧) العلم والبناء الثقافي والاجتماعي للمواطن العربي، بحث مقدم للمؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر، كلية العلم، جامعة القاهرة.

٥. قنديل، عبد الرحمن (١٩٩٠) التربية الغذائية وتطور الوعي الغذائي لدى أمهات المستقبل، المجلد الثاني، المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري تنشئته ورعايته، مركز دراسات الطفولة، مصر، جامعة عين شمس.

٦. النعيمي، أحمد غانم عبودي علي (٢٠١٠) بعض المحددات التنظيمية لفاعلية القرار الإداري، دراسة إستطلاعية مقدمة الى مجلس كلية الإدارة والإقتصاد / جامعة الموصل.

ج: الإنترنت

١. الشنطي، ناصر محمود عبد الرحيم إبراهيم (٢٠٠٦) أثر المناخ التنظيمي على أداء الموارد البشرية، دراسة ميدانية مقدمة الى مجلس كلية التجارة في الجامعة الإسلامية / غزة.

<http://library.iugaza.edu.ps/thesis/69196.pdf>

ثانياً: المصادر الأجنبية

A. Books

1. Chaudhury, H., Mahmood, A., and Valente, M. (2003) The Use of single patient rooms vs. multiple occupancy rooms in acute care environments, Simon Fraser University. A review and analysis of the literature.
2. Churchill, Gilbert, & Peter, Paul (1995) Marketing: Creating value for customer, Richard Irwin Inc.
3. Dean, Richard H., and Ripley, David E. (1997) Performance improvement for org- anizational learning system, Washington, DC: The international society for performa- nce improvement.
4. Dietrich (1985) Zentrale operationsabteilungen in Medizinischen hochschulbereichen, Dresden.
5. Hoffman, K. Douglas & Bastson, John (1997) Essentials of service marketing, Dryden press.
6. Jones, Lee (1999) A. Jacquerey , la qualité des soins infirmiers, Lmplantation, Evaluation, Accreditation Editions Maloine.
7. Kotler, P., Keller, K., Mancean, D., and Dubois, B. (2006) Marketing Management, Paris, Pearson education.
8. Kotler, Philip (1997) Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation & Control, New Delhi, Prentice Hall International Inc..
9. Kotler, Philip, and Clarke, Roberta N. (1987) Marketing for Health Care organizations, New Jersey, Prentice Hall.
10. Kotler, Philip, and Dubois, Burghardt (2000) Marketing Management, 10th edition, Paris, Public-Union.

11. Kraybill, Ken (2003) Creating and Maintaining a Healthy Work Environment, Wanda Shumaker, USA, WJS consulting group.
12. Lovelock, Christopher, and Lauren, Wright (1999), Principles of Service Marketing and Management, New Jersey, Prentice Hall.
13. Robbins, Stephen P. (2003) Organizational behavior, Prentice Hall, New Jersey, Pearson Education Inc.,
14. Sanchez, Carol M., Performance improvement in International Environments: Designing Individual performance Interventions to fit national cultures. Department of management Grand Vollej state University as seen in performance improvement quarterly, Florida, published by the learning systems institute, Florida state University in cooperation with the ISPI.
15. Sheth, Jadish, and Mittal, Banwari (2004) Customer Behavior: A Managerial Perspective, Ohio, Thomson, Southwestern.
16. Zeithaml, V. A., and Bitner, M. J. (1996), Services marketing, New York, McGraw Hill.

B. Government Report

1. American Institute of Architects (AIA) (2006) Guidelines for design and construction of health care facilities, Washington, DC: American Academy of Architecture.
2. DC Institute of medicine (2000) To err is human: building a safer health system, Washington.

C. Periodicals

1. Bartley, J., Olmsted, R., and Haas, J. (2010) Current views of health care design and construction: Practical implications for safer, cleaner environments, American Journal of Infection Control, Vol. 38 No. 5.
2. Parasuraman, A, Zeithaml, V. A, and Berry, L. L (1985) A Conceptual model of service Quality and its implications for future, Journal of marketing 49, (Fall), PP 41-50.
3. Parasuraman, A, Zeithaml, V. A, and Berry, L. L (1988) SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perception of service Quality, Journal of Retailing 64, Spring. PP 12.
4. Randy, Jacobs (1997) Evaluating Customer Satisfaction With Media Products and Services, European Management Review, Winter.

5. Reed, H, John & Hall, Nicholas (1997) Methods for Measuring Customer Satisfaction, Energy Evaluation Conference, Chicago.
6. Sanchez, Carol M., (2000) Performance improvement in International Environments : Designing Individual performance Interventions to fit national cultures. Department of management Grand Vollej state University. as seen in performance improvement quarterly, Florida, published by the learning systems institute , Florida state University in cooperation with the ISPI, Vol. 13 No. 2.
7. Sreenivas, Talluruk & Prasad, G. (2003) Patient satisfaction – a comparative study, health marketing quarterly, vol. 15, no. 2.
8. Taylor, Bakert (1997) Patient Satisfaction and Service Quality, Health Marketing quarterly, Vol.15, No.1.

D. Researches

1. Chaudhury.H., Mahmood.A.,and Valente. M. (2003) The Use of single patient rooms vs. multiple occupancy rooms in acute care environments, Simon Fraser University. Areview and analysis of the literature.
2. Guidline in designing and constrictions of hospitals and healthcare facilities(1997).
3. Lucia, Patricia R.,A., Otto,Tammy E., Palmier, Patrick A. (2009) Performance in Nursing, Reviews of Human Factors and Ergonomics.