

رضا النساء الأردنيات عن سلوكات مقدمي ومقدمات خدمة الرعاية
الصحية في فترة ما حول الولادة في المستشفيات الأردنية

إعداد

فداء كامل شحاده المصاروه

المشرف

الدكتورة

ريما رفيق الصفدي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في

دراسات المرأة

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع: التاريخ: ٢٠٠٩/٥/٢٠

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

أيار ، ٢٠٠٩

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة (رضا النساء الأردنيات عن سلوكيات مقدمي ومقدمات خدمة الرعاية الصحية في فترة ما حول الولادة في المستشفيات الأردنية) وأجيزت بتاريخ ٢٠١٠/٥/٢

التوقيع

أعضاء لجنة المناقشة

.....

الدكتوره ريما رفيق الصفدي، مشرفاً

استاذ مساعد - دكتوراة تمريض/ أمومة وطفولة

.....

الدكتور معتز الرمحي، عضواً

استاذ - أخصائي نسائية وتوليد

.....

الدكتورة شادية حميدو محاسب، عضواً

استاذ - دكتوراة تمريض/ أمومة

.....

الدكتورة لبنى أبو شيخة، عضواً

استاذ مشارك - دكتوراة تمريض/ أمومة

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع: التاريخ:/...../.....

٢٠١٠

الإهداء

أهدي هذه الدراسة إلى كل من: زوجي العزيز الذي كان مسانداً لي معنوياً ومادياً
طيلة فترة الدراسة وأثناء إعداد هذه الأطروحة.

وإلى والديّ الحبيبين أطال الله في عمرهما واللذين كانا من أوائل المشجعين لي.

وإلى كل من روان ، وسام، زيد ، ليث والتي أرجو أن تكون هذه الرسالة حافزاً
لهم لاستكمال دراساتهم العليا.

وإلى الحبيبة أم عيسى والدة زوجي التي كان تشجيعها ومساندتها لي ولأولادي
أثناء فترة دراستي حافزاً لي للمضي قدماً لنيل هذه الشهادة.

شكر وتقدير

أقدم بالشكر والامتنان إلى المشرفة على رسالتي الدكتورة ريما الصفدي التي لم تبخل بجهدا ووقتها متابعة مراحل إنجاز هذه الأطروحة المتواضعة.

وكذلك لايفوتني أن أتوجه بالشكر الجزيل إلى لجنة المناقشة وإلى جميع المحكمين الذين أبدوا التوجيهات القيمة، وكان لهم الفضل في ظهور رساله بهذه الصوره .

وكما أتوجه بالشكر إلى صديقتي ريما والأستاذة سهيلة اللتان استطعت بمساعدتهما تذليل المصاعب التي واجهتني في الإعداد والكتابة.

وأيضاً إلى شقيقتي الدكتورة خالدة التي كانت ملهمتي للتقدم لنيل شهادة الماجستير.

وفي الختام لايمكنني أن أغفل الدور الكبير لمركز دراسات المرأة متمثلاً بإدارتها وطاقمها التعليمي الذين كانوا نعم المشجعين لي لإنجاز هذه الرسالة.

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
قرار لجنة المناقشة	ب
الإهداء.....	ج
شكر وتقدير.....	د
فهرس المحتويات.....	هـ
فهرس الجداول.....	ح
قائمة الملاحق.....	ي
الملخص باللغة العربية.....	ك
الفصل الأول	1
المقدمة.....	1
مشكلة الدراسة.....	3
أهمية الدراسة.....	5
هدف الدراسة.....	6
أسئلة الدراسة.....	6
الفرضيات.....	7
مصطلحات الدراسة.....	7
محددات الدراسة.....	10
الفصل الثاني(الدراسات السابقة ذات الصلة)	11
الأدب النظري	11
مفهوم الصحة العامة وتطورها.....	12

13	واقع القطاع الصحي في الأردن.....
15	خدمات الرعاية الصحية ورضا المريض.....
18	أهمية الصحة الإنجابية.....
20	خدمات الصحة الإنجابية.....
21	النظريات ذات الصلة.....
28	الأخلاقيات الطبية.....
31	الدراسات السابقة.....
42	ملخص الدراسات السابقة.....
44	الفصل الثالث.....
44	مجتمع الدراسة.....
44	عينة الدراسة.....
46	أداة الدراسة.....
46	صدق الأداة.....
47	ثبات الأداة.....
47	إجراءات الدراسة.....
48	المعالجة الإحصائية.....
48	صعوبات الدراسة.....
48	الفصل الرابع.....
49	نتائج الدراسة.....
67	الفصل الخامس.....
67	مناقشة النتائج.....
74	خلاصة المناقشة.....
75	التوصيات.....

76	المراجع
76	المراجع العربية
81	المراجع الأجنبية
85	الملاحق
98	الملخص بالانجليزية

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
49	التكرارات والنسب المئوية للخصائص الديموغرافية.	1
51	التكرارات والنسب المئوية للأحمال.	2
53	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للخصائص الديموغرافية	3
54	مضاعفات الولادة في الأحمال السابقة	4
55	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة لمستوى سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة.	5
57	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة لمدى رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية في فترتي المخاض والولادة.	6
58	اختبار (t-test) لإيجاد التباين في سلوكيات الكوادر الصحية أثناء المخاض والولادة بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة.	7
59	اختبار (t-test) لإيجاد التباين في درجة رضا النساء عن الخدمات الصحية المقدمة لهن أثناء المخاض والولادة بين المستشفيات الحكومية والخاصة.	8
60	التكرارات والنسب المئوية لإجابات النساء عن الفقرات التي تتحدث عن مشاركة المرأة الأردنية في اتخاذ القرار فيما يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض والولادة.	9
61	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والقيمة التائية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مشاركة المرأة الأردنية في اتخاذ القرار فيما يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض والولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة.	10

62	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والقيمة التائية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن طبيعة سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة.	11
64	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والقيمة التائية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مدى رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية في فترتي المخاض والولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة.	12

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
85	الاستبانة	1
95	الميثاق الأردني للمعايير الأخلاقية	2

رضا النساء الأردنيات عن سلوكات مقدمي ومقدمات خدمة الرعاية الصحية في فترة ما
حول الولادة في المستشفيات الأردنية

إعداد

فداء كامل شحادة المصاروه

المشرف

الدكتورة

ريما الصفدي

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى وصف نوعية الرعاية المقدمة من قبل كوادر الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء الولادة، في المستشفيات الخاصة والعامة، وهدفت أيضاً إلى معرفة مدى العلاقة ما بين ممارسات الكوادر الصحية ورضا المرأة خلال الولادة، ولمعرفة مدى التحكم والمشاركة لدى المرأة في عملية اتخاذ القرار أثناء الولادة، وتأثيرها على درجة الرضا لدى المرأة أثناء الولادة.

تكون مجتمع الدراسة من النساء الأردنيات في مرحلة الولادة، في المستشفيات الأردنية، بمدينة عمان وضواحيها بقطاعيه الخاص والعام. تكونت العينة من (320) امرأة أخترن بالطريقة القصدية، وضمن فئة عمرية (18-45) سنة. جمعت البيانات ما بين (شهر آب- كانون أول /2009).

وقد صممت استبانة خاصة، تكونت من عدة أقسام:

1. القسم الأول شمل (المعلومات العامة، وأسئلة حول الحمل والولادة وعددها (23) سؤالاً).
2. القسم الثاني (تضمن أربعة أسئلة تدور حول قدرة المرأة على التحكم بذاتها أثناء الولادة).

3. والقسم الثالث (طبيعة سلوكات الكوادر الصحية تجاه المرأة الولادة وحسب معايير المهنة وعددها (15 سؤالاً)).
4. والقسم الرابع (الرضا لدى المرأة أثناء الولادة وعددها (20 سؤالاً)).

أظهرت نتائج الدراسة أن إجابات النساء عن طبيعة سلوكات مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية للمرأة أثناء الولادة، وعن مستوى الرضا عن المستشفيات الخاصة والحكومية كانت متفاوتة من متوسطة إلى مرتفعة، وأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات الخاصة والحكومية، عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$). كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين المستشفيات الحكومية والخاصة في مشاركة المرأة الأردنية في اتخاذ القرار، ووجود فروق بين المستشفيات الحكومية والخاصة من حيث طبيعة سلوكات مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة ولصالح القطاع الخاص.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

المقدمة

إن المواضيع المتعلقة بالصحة مميزة ومختلفة التجارب بالنسبة للمرأة، وخصوصاً في مجال الصحة الإنجابية، بالإضافة إلى الخطط الصحية والأنظمة العالمية التي تعمل على توسيع وتحسين مستوى الأداء الصحي والوقاية من الأمراض بين السكان. لكن من المؤسف وجود حالات وتباينات صارخة متعلقة بنوع الجنس الاجتماعي في الدول النامية والدول العربية كالتنشئة الاجتماعية والثقافة السائدة والعادات والتقاليد والتميز القائم على النوع الاجتماعي الذي يعيق التقدم في مجال الصحة العامة، وخصوصاً الصحة الإنجابية مما يزيد من تدني مكانة الفتيات والنساء، وتهميش أدوارهن، وضعف صحتهن البدنية والنفسية مما يترتب عليه تدني مستوى تحكمهن في شؤون حياتهن وخصوصاً الجنسية والإنجابية، وعدم قدرتهن على اتخاذ القرارات المتعلقة بالجنس والإنجاب مع تدني القيم المعطاة لصحة المرأة (منظمة الصحة العالمية، 2001)

تم التركيز في الأردن، ومنذ سنوات عديدة، على مشاريع تقديم رعاية الأمومة خاصة بعد التوقيع على معاهدة المآتا في المؤتمر الدولي الذي عقدته منظمة الصحة العالمية في مدينة المآتا بجمهورية كازاخستان في الثاني عشر من سبتمبر عام (1978) والذي يمثل مجموعة من المبادئ المهمة لتطوير الخدمات الصحية، ويشكل استراتيجية واضحة لإحداث التغيير الاجتماعي القادر على معالجة القيود السياسية والاقتصادية التي تحول دون تطوير الخدمات الصحية. وقد أكد المجتمع الدولي في هذا الإعلان بكل وضوح على أن الرعاية الصحية الأولية جزء لا يتجزأ من المنظومة الوطنية للصحة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة، كما أنها تمثل حجر الزاوية لكل جهد يبذل من أجل تطوير وتنظيم الخدمات الصحية وتحديد الأولويات لبلوغ الهدف الأسمى وهو الصحة للجميع، كما دعا الإعلان ضمن أمور أخرى إلى تعزيز المشاركة الفاعلة لجميع الأفراد وقطاعات المجتمع العامة والخاصة من أجل تحسين الصحة ورفع جودة الخدمات الصحية، وطالب أيضاً بالعمل على تنمية الرعاية الصحية الأولية من خلال تعزيز سبل التعاون الدولي والإقليمي والاستفادة من استخدامات التقنيات والمستجدات الحديثة في تنمية هذا الجانب الصحي والأساسي من جوانب العمل

(محامو قطر، 2002)، وعليه فقد تم تقديم الرعاية الصحية الأولية من خلال المراكز الصحية التي انتشرت مع مراكز الأمومة والطفولة بشكل كبير في جميع أنحاء المملكة، لتقدم الرعاية الأولية للأم والطفل من خلال زيارات ما قبل الولادة وتقديم المطاعيم وغيرها. فكان لإنشاء هذه الخدمات تأثير جيد في تقدم المستوى الصحي للأم والطفل كما تظهر ذلك الإحصاءات، فقد كان معدل وفيات الأمهات حوالي (150) لكل (100.000) في منتصف السبعينات، وفي فترة (1997-2005) بلغ معدل وفيات الأمهات (41) لكل (100.000) ولادة حية، ووصلت إلى (30) لكل (100.000) ولادة حية في عام (2007) (دائرة الإحصاءات العامة، 2007). ومع تطور الأوضاع الصحية في الأردن ارتفع معدل العمر المتوقع: للذكور (70.6) وللإناث (72.4) وكان المعدل العام (71.5) (الاستراتيجية الصحية، وزارة الصحة، 2004). وبلغ معدل الإنجاب وفق أحدث إحصائية لمسح السكان والصحة الأسرية لعام (2007)، (3.6) مولود لكل امرأة على المستوى الوطني، بيد أن هذا المعدل يرتفع في بعض المناطق ليصل إلى (4.1) مولود ويتفاوت من منطقة إلى أخرى على مستوى المملكة (العزة، 2006). إن هذه الإنجازات والأهداف تدعو إلى التفاؤل وتُظهر مدى التحسن في النتائج الإحصائية التي هي نتيجة التحسن والتطور في نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرأة الأردنية. ولكن ما يدعو إلى التساؤل؟ هل هذا كل ما يهمنا في ما يتعلق بصحة المرأة؟

هل المرأة مجرد جسد فقط أو مجرد رقم في إحصائية؟!

لقد عرّفت منظمة الصحة العالمية الصحة الإيجابية: "بأن تجتاز المرأة عمرها الإيجابي في إطار صحي ونفسي واجتماعي سليم"، بمعنى أن الصحة الإيجابية لا تشمل فقط عدم حدوث حالات مرضية أثناء الإنجاب بل تشمل الجوانب الوقائية التي تهتم بالنواحي النفسية والاجتماعية للمرأة. كما عرّف مؤتمر السكان العالمي الذي انعقد في القاهرة عام (1994) الصحة الإيجابية بأنها: "حالة رفاه كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليس مجرد السلامة من المرض والإعاقة" وتعني أيضاً "قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية وأمومة، وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده، والحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة، التي تمكن المرأة من أن تختار بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب

وليد متمتع بالصحة" (منظمة الصحة العالمية، 2004)، إن خدمات تنظيم الأسرة لا ينبغي أن تكون معزولة عن الخدمات الأخرى التي تحقق الصحة الإنجابية على اعتبار أن الصحة الإنجابية مفهوم ومقاربة تستدعي عوامل ومتغيرات اجتماعية واقتصادية وثقافية، وأن هذا المفهوم لم يختزل الصحة في بعد بيولوجي أو بدني وإنما امتد بالصحة إلى أبعادها ومستوياتها النفسية والعقلية والاجتماعية (عبد المعطي، 2004) فالمرأة كلٌّ متكامل والإنجاب والصحة الإنجابية جزء من هذا الكل البيولوجي والنفسي والاجتماعي الذي يحتاج إلى الرعاية المثلى لتحقيق أفضل مستويات من الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية وتحقيق الرضا خلال تلك السنوات الحساسة من حياتها.

هذه الدراسة تتطرق إلى الولادة وعوامل الرضا عند المرأة، ولأن الولادة، بلا شك، حدث كبير هامٌ ورائع، ويرتبط بجملة من العادات والتقاليد والسلوكات وتختلف باختلاف البيئة والمجتمع والزمن. فقدم طفل إلى الأسرة يرتبط بالفرح والبهجة، وأيضاً يرتبط بالقلق والمخاوف المتعددة كالموت واحتمالاته بالنسبة للأم أو المولود، وتحفيز هذه المواقف بإيجابياتها أو سلبياتها يعتمد بشكل كبير على عدة عوامل كالالتقيف الصحي أثناء الحمل، واستعداد المرأة لتقبل الحمل والإنجاب، وطبيعة الممارسات والسلوكات لمقدمي الخدمة الصحية أثناء الولادة ومدى تقبل المرأة لهذه السلوكات. فمهمة الكوادر الصحية تقديم الإرشاد والدعم للمرأة أثناء المخاض والولادة منعاً لحدوث أية مضاعفات والعمل على طمأننتها واحتواء مخاوفها مما يقلل من تأثير العامل النفسي الذي يلعب دوراً مهماً وخطيراً في حدوث التوتر الذي يساعد على زيادة حدة الألم ويدخل المرأة في حالة من القلق وتوتر الأعصاب ويكون له دور كبير في تعسر الولادة وحوادث المضاعفات (Tabib.com 2009)

مشكلة الدراسة

إن فترة المخاض والولادة التي تتراوح ما بين (5-22) ساعة تشكل فترة حرجة للمرأة تكون فيها بأشد الحاجة للرعاية والدعم المعنوي والنفسي من قبل أسرتها ومن قبل الكوادر الصحية التي تشرف على عملية الولادة (women's health&beyond,2009) والتي قد تجهل المرأة أهدافها وطريقة إجراءاتها مما يزيد من قلقها ومخاوفها واعتمادها على من حولها، فتبدو المرأة في حالة من انعدام السيطرة على هذه المخاوف وفقدان الشعور بحرية اتخاذ القرار أو استقلالية، لذا تصبح معتمدة على الآخرين وخاصة الفريق الصحي الذي يسلبها

تفتتها بالقدرة على التعامل مع الولادة بشكل تلقائي وطبيعي، ويتجلى ضعفها عندما تصبح الأداة التي تزاوّل عليها جميع الإجراءات الطبية التي يعتقد الجهاز الصحي بأنها ضرورية لا غنى عنها، وكثيراً ما يكون ذلك من دون استشارتها أو التنسيق المسبق معها والاتفاق عليها. وبناءً عليه تخضع المرأة للسلطة الأبوية التي يتبناها مقدمو الخدمة الصحية آنذاك، وتكون هي المتلقية المسلوّبة الإرادة التي تجهل طرق التعامل مع الألم، مما يزيد من صعوبة التكيف مع من حولها وتستسلم كلياً لمن يعطي لها النذر القليل من الإرشادات، أو القيام بإعطائها مسكنات الألم التي ربما تفقدها الوعي حتى نهاية عملية الولادة، فتصبح غير واعية لما يجري حولها خلال تلك الفترة التي تعتبر من أهم الفترات التي تتذكرها المرأة الأم والتي تترك آثارها الإيجابية عليها كالثقة بالنفس والقدرة على التحكم بالذات، أو السلبية كفقدان الثقة بالقدرة على اجتياز هذه المرحلة الشاقّة بنجاح (Mozingo, et al (2002).

إن معايير المهنة تشكل الضابط المتحكم بسلوكات مقدمي الخدمة الصحية، وبالتالي فإن التزام مقدم الخدمة بهذه المعايير من المفترض أن يحقق رضا أعلى عند مستهلك الخدمة الصحية (عبد المالك، 2008). فالخبرات الجيدة من قبل المشرفين على حالات الولادة والقدرة على التحري والكشف المبكر عن المضاعفات الطارئة، تعمل على حماية حياة الكثير من الأمهات ومولودهن وتقي من الإصابة بإعاقات قد ترافق الأم ومولودها مدى الحياة، وتأتي هنا ضرورة اتخاذ المشرفين على عملية الولادة موقفاً متعاطفاً مع الأم وخصوصاً الأمهات الصامتات أو قليلات الخبرة، وذلك باحترام خصوصيتهن، وإشراكهن في اتخاذ القرارات الصحية المتعلقة بحالتهم، وتوفير البيئة المريحة للأم كنظافة المحيط والأسرة، وقرب الغرفة من دورات المياه، وخدمات تقديم الطعام، والخصوصية، والشعور بالأمان، والمعاملة الجيدة، وكفاية الكادر الصحي مع وجود الأجهزة الطبية المتطورة، كل ذلك يلعب الدور الكبير في تحقيق الراحة والطمأنينة للمرأة أثناء فترة الولادة. لكن على الرغم من أهمية توفر العوامل السابقة إلا أن اهتمام المرأة في تلك المرحلة يكون متمحوراً حول كيفية تقديم الخدمات في المستشفى وكيفية تعامل مقدمي الخدمة التمريضية والطبية وتواصلهم معها، فلا يسترعي انتباهها الكماليات في غرفة الولادة كالأدوات والأجهزة الطبية، بل نجد أن اهتمامها ينصب على نوعية خدمة الرعاية المقدمة والتواصل مع من حولها والذي بدوره يلعب الدور الأكبر في اجتيازها تلك المرحلة الحساسة بأقل السلبيات وأعلى مستوى من الرضا (خطاب، 1993).

وتأتي أهمية البحث في هذه المشكلة لتعرّف طبيعة الخدمات والرعاية المقدمة وانسجامها مع معايير المهنة من قبل الكوادر الصحية ودورها في بعث الرضا أو عكس ذلك لدى المرأة في فترة ما حول الولادة. من جانب آخر تم تناول نوعية الخدمات المقدمة للأم في مرحلة المخاض والولادة وما بعد الولادة في القطاعين الصحيين العام والخاص، ومقارنة نوعية الخدمة بين القطاعين. فمن الملاحظ عامة بأن القطاع الصحي العام يتحمل أعباء كبيرة في تقديم خدمات صحية لأعداد كبيرة من الناس وبكلفة مادية أقل بكثير من القطاع الخاص، والعكس من ذلك فإن القطاع الخاص يتميز بالخدمة الفندقية الأعلى وبنسبة أقل من أعداد المرضى وبالتالي بكلفة أعلى على مستهلك هذه الخدمة. وهنا تبرز أهمية تعرّف طبيعة الخدمة المقدمة في القطاعين للوقوف على مدى انعكاس هذه الميزة من الإجراءات الطبية والمداخلات على مستوى الرضا لدى متلقي الخدمة، ولكي نتعرّف أيضاً الفروقات في درجة الرضا عن الخدمة المقدمة ما بين القطاعين، إن وجدت، وما أسبابها.

وانطلاقاً من تلك الأهمية للخدمات الصحية هدفت الباحثة في هذه الدراسة الوقوف على واقع الخدمات الصحية ومعرفة مدى رضا النساء الأردنيات عن سلوكيات مقدمي ومقدمات خدمة الرعاية الصحية في فترة ما حول الولادة في عدد من المستشفيات الأردنية في منطقة عمان وضواحيها.

أهمية الدراسة

إن أهمية الدراسة تكمن في أنها الأولى في الأردن من حيث تناولها تقييماً لنوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة بما لها من أبعاد إيجابية أو سلبية على صحة المرأة وعلى سير عملية الولادة. وتعرّف طبيعة سلوكيات الكوادر الصحية (أطباء/ طبيبات، ممرضون/ ممرضات، وقابلات) ومدى التزامهم بمعايير المهنة الصحية في محاولة لصياغة تصور لمستوى خدمات الرعاية المقدمة، والعمل على تطويرها لتقديم خدمة ذات نوعية جيدة تحظى برضا المرأة وتنعكس بالتالي على صحة مولودها وأسرته، وكذلك تعرّف - من خلال المقارنة - نوعية خدمات الرعاية الصحية المقدمة في كلا القطاعين العام والخاص ومدى تأثيرها في رضا المرأة الأردنية المستفيدة.

هدف الدراسة

من المعروف أن الجهات الرسمية تتولى أمور الشؤون الإنجابية من حيث التكاثر السكاني ومعدلات الوفيات والمرض، ولكن كون الباحثة ممارسة لمهنة الطب وامرأة قبل كل شيء فقد إهتمت ببيان درجة الرضا وتأثيرها النفسي على المرأة أثناء مرحلة المخاض والولادة، ومعرفة الجوانب المؤثرة في الولادة.

وتسعى هذه الدراسة إلى:

- الكشف عن طبيعة السلوكات ونوعية الخدمات المقدمة من قبل كوادر الرعاية الصحية للمرأة الأردنية في كل من مستشفيات القطاعين العام والخاص.
- تعرّف مدى ارتباط هذه السلوكات برضا المرأة المستهدفة وعلاقتها بالآثار المنعكسة بعملية الولادة على المرأة.
- تعرّف مدى التحكم والمشاركة لدى المرأة في عملية اتخاذ القرار أثناء المخاض والولادة وتأثيرها في درجة الرضا.

أسئلة الدراسة

انبثق عن هذه الدراسة ومشكلتها الأسئلة الآتية:

1. ما طبيعة سلوكات مقدمي ومقدمات خدمة الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة؟
2. ما مدى رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية في فترة ما حول الولادة؟
3. ما مدى التباين في مستوى تقديم خدمات الرعاية الصحية بين القطاعين العام والخاص؟
4. هل تشارك المرأة الأردنية في اتخاذ القرار فيما يخصها وبما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة؟

الفرضيات

انبثقت عن هذه الدراسة أنفة الذكر الفرضيات الآتية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في متوسط درجات أداء مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية المبنية على المعايير المهنية أثناء الإنجاب.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في متوسط درجات رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية في فترة ما حول الولادة.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في متوسط درجات مستوى تقديم خدمات الرعاية الصحية بين القطاعين العام والخاص.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في متوسط درجات مشاركة المرأة الأردنية في اتخاذ القرار الذي يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي في فترة ما حول الولادة.

مصطلحات الدراسة

المخاض والولادة: Labor & Childbirth

هي " أحداث متسلسلة من انقباضات رحمية متتابعة بهدف لفظ الجنين خارجاً، ويصاحب ذلك الأم تقلصية منتظمة و متزايدة تكون مصحوبة بالشعور بالضعف العام، والتوتر، والقلق، وعدم الإرتياح. وتتراوح الفترة الزمنية ما بين (8) ساعات للمرأة ذات الولادات المتعددة و(12) ساعة أو أكثر في الولادات البكرية، وتتكون من ثلاث مراحل متتالية تنتهي بخروج الجنين من الرحم إلى الحياة الخارجية، ومن بعدها خروج المشيمة بفترة تتراوح من ربع ساعة إلى نصف الساعة تقريباً" (Simon&Schuster, 1973)

فترة ما حول الولادة: Perinatal Period

يشير مصطلح "Prenatal Period" ما يوجد أو يحدث قبل الولادة. ويشير مصطلح "Perinatal Period" إلى الفترة الوجيزة قبل الولادة وبعدها (وفقاً للإحصاءات الطبية تبدأ هذه الفترة عند إتمام (28) أسبوعاً من بداية الحمل وبتراوح تعريف نهايتها ما بين الأسبوع

الأول والرابع بعد الولادة. ويشير مصطلح "ما بعد الولادة" إلى كل ما يحدث بعد الولادة (وثيقة الأمم المتحدة، 2000)

الصحة الإنجابية: Reproductive Health

"حالة سلامة كاملة بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد عدم وجود مرض أو إعاقة، وهي قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية وأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، والحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تتيح للمرأة اجتياز مراحل الحمل والولادة وما بعد الولادة، بصورة أمونة، وتوفير أفضل الفرص للزوجين لإنجاب طفل يتمتع بالصحة والعافية" (المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، 1999)

الحقوق الإنجابية: Reproductive Rights

تشمل حقوق الإنسان المعترف بها في القوانين الوطنية، والمواثيق الدولية لحقوق الإنسان، وغيرها من الوثائق التي تظهر توافقاً دولياً في الآراء، وتستند هذه الحقوق إلى "الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أولادهم، وفترة التباعد فيما بينهم، وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية، وفي إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الكافية بما في ذلك الأساليب المأمونة والفعالة لتنظيم الأسرة والرعاية في حالات التوليد الطارئة، وإن من حق المرأة التحكم بخصوبتها وقدرتها على ذلك وضمان سرية التعامل والخصوصية والاحترام، والتي تشكل أساساً هاماً للتمتع بالحقوق الأخرى" (ملتقى عالم التطوع العربي، 2008)

والتعريف الإجرائي للحقوق الإنجابية هو: قياس السلوكيات المتعلقة بمقدمي ومقدمات الرعاية المبنية على أسس ومعايير المهن الصحية إجرائياً، بناء على الدرجة الكلية التي حصل عليها مقدم الرعاية في ضوء الأداة (الاستبانة).

رضا المريض: Patient Satisfaction

الرضا: هو تقبل المريض واقتناعه ورضاه بمستوى الخدمات المقدمة له من قبل الكوادر الصحية في المستشفيات مما يخلق لديه الطمأنينة والثقة وحب التعاون بهدف التغلب على المرض. وإن النموذج الأمثل الذي يحقق أقصى رضا للمريض هو مزيج من ثلاثة أبعاد هي جوهر الخدمة ، ومصداقية الخدمة، والتعاطف في الخدمة. فأشعار المريض بالاهتمام والعناية الذاتية به تولد لديه قدراً كبيراً من الرضا والولاء والثقة. ويمكن قياس درجة رضا المرضى من خلال استعمال مقياس درجة تقبل الخدمات الصحية التي يتلقونها من منظمة ما أو من مستشفى أو مركز للرعاية الصحية الأولية أو من طبيب أو مقدم للرعاية الصحية" (مجلة بحوث، 2007)

والتعريف الإجرائي هو: قياس مدى رضا المرأة الأردنية عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة لها، بناء على الدرجة الكلية التي أظهرتها الاستبانة.

مقدمو الخدمة الصحية: Health Care Providers

هم مجموع الأفراد المهنيين المشاركين في تقديم الخدمة للمستفيدين، والمؤثرين على مدى تقبل المستفيد للخدمة الصحية (كالأطباء، والإدارة، والملاك التمريضي، والعاملين). فعليهم تقع مسؤولية خلق الرضا عن الخدمة وخلق الثقة فيها، ومن ثم السعي لخلق الولاء للمستشفى (Mosby's, 2009)

المعايير المهنية: Professional Standards

يوجد لكل مهنة معايير أخلاقية تتبع المعايير العالمية وترتكز على بعض الأسس الهامة مثل الكفايات المهنية، والشفافية، وجودة الخدمات المقدمة. والتي بدورها تحقق استمتاع المريض بحقه بالعناية الجيدة، وتسعى إلى المحافظة على حقوق المرضى. أنظر إلى ملحق رقم (2) الذي يتعلق بالميثاق الرسمي الأردني (1999) لحقوق المريض.

Desicion Make : صنع القرار

القرار: هو البت النهائي والإرادة المحددة لصانع القرار بشأن ما يجب وما لا يجب فعله للوصول إلى وضع معين وإلى نتيجة محددة ونهائية.

أما اتخاذ القرار فهو عملية أو أسلوب الاختيار الرشيد بين البدائل المتاحة لتحقيق هدف معين. كما يعرف بأنه (سلسلة الاستجابات الفردية أو الجماعية التي تنتهي باختيار البديل الأنسب في مواجهة موقف معين، وإن مفهوم صنع القرار لا يعني اتخاذ القرار فحسب وإنما هو عملية معقدة للغاية تتداخل فيها عوامل متعددة: نفسية، وسياسية، واقتصادية واجتماعية وتتضمن عناصر عديدة (منتدى العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 2009)

والتعريف الإجرائي هو: قياس درجة تحكم المرأة أثناء فترة ما حول الولادة، بناء على الدرجة الكلية التي حصلت عليها في ضوء الأداة (الاستبانة).

محددات الدراسة

- **حدود موضوعية:** تحدد موضوع الدراسة بمدى رضا النساء الأردنيات عن سلوكيات مقدمي ومقدمات خدمة الرعاية الصحية في فترة ما حول الولادة في عدد من المستشفيات الأردنية.

- **حدود مكانية:** تحددت الدراسة ببعض المستشفيات العامة والخاصة في منطقة عمان وضواحيها، وغرف الولادة في كلا القطاعين. وقامت الباحثة بنفسها وبمساعدة ممرضتين في إحدى المستشفيات وذلك بعد تدريبهما على طريقة جمع المعلومات، بالتواصل مع السيدات المستهدفات في أربع مستشفيات خاصة، ومستشفيين حكوميين في مدينة عمان، وفي الضواحي: في مادبا مستشفى حكومي ومستشفى خاص، في الزرقاء مستشفيين حكوميين ومستشفى خاص، في السلط مستشفى حكومي فقط، نظراً لعدم وجود مستشفى خاص.

- **حدود زمنية:** أجريت الدراسة في الفترة الواقعة ما بين شهر (آب وكانون أول/2009).

الفصل الثاني

الأدب النظري والدراسات السابقة

الأدب النظري

تحتل الخدمات الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية مكانة بارزة في اهتمامات الجميع نظراً لاعتبارها الأساس في المحافظة على سلامة الإنسان وزيادة قدرته على البناء والتنمية، وهي بذلك تمثل أهم ما يمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، ولا يمثاتها في ذلك إلا الغذاء والتعليم، فهي وإن كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضاً تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وعند الحديث عن خدمة الرعاية الصحية فإننا نتناول موضوعاً غاية في الأهمية إذ يعني أننا نتعامل مع أشياء غير ملموسة لا يمكن تملكها أو حيازتها عند شرائها، بل يمكن الحصول على منافعها وفوائدها، وفي هذا المعنى فالخدمة عبارة عن أنشطة أو فعاليات غير ملموسة ونسبية سريعة الزوال وهي تمثل نشاطاً أو أداء يحدث من خلال عملية تفاعل هادفة إلى تلبية توقعات العملاء أو إرضائهم (الضمور، 2002)

إن خدمات الرعاية الصحية تعد مظهراً مهماً من مظاهر التنمية الاقتصادية والاجتماعية في أي بلد من البلدان لأنها تسهم بصورة واضحة في بناء إنسان قادر على الأداء والعطاء. وبجانب خصوصيتها الإنسانية فإن لها خصوصية شرعية واقتصادية وأخلاقية تزيد من أهميتها وقيمتها. فالشريعة الإسلامية اهتمت كثيراً بسلامة جسم الإنسان والمحافظة عليه فقد ورد في قوله تعالى (ولاتقوا بأيديكم إلى التهلكة) (سورة البقرة، آية 195) وتعني بذلك الابتعاد عن كل ما يعرض سلامة الإنسان وصحته إلى الخطر لكي يكون قادراً على أداء تكاليفه الشرعية، وفي ذلك يقول الرسول صلى الله عليه وسلم (المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف) (رواه مسلم) وعليه، فإن تقديم خدمات الرعاية الصحية المناسبة يساعد الإنسان على أداء تكاليفه الشرعية. أما بعدها الاقتصادي فيتمثل بالحفاظ على صحة الإنسان القائم بالعملية الإنتاجية والمنفذ لبرامج التنمية الاقتصادية، فوجود الإنسان المفعم بالصحة والعافية عنصر هام من عناصر نجاح العملية التنموية في البلاد، وفي هذا المعنى يعتبر الإنفاق على الخدمات الصحية إنفاقاً استثمارياً. وبعدها الأخلاقي يتمثل بالتخفيف من معاناة الإنسان وعذاباته وخلق روح الأمل فيه بالبقاء معافى مما يفتك به من أمراض تهدده وتذهب

بأدميته وعنفوانه. ومن هنا فإن خدمات الرعاية الصحية لهذه الأبعاد جميعاً تمثل أرقى ما يمكن تقديمه للبشرية، ولامغالاة في اعتبار القائمين على تقديمها ملائكة الرحمة (عبود وآخرون، 2009)

مفهوم الصحة العامة Health Concept

مفهوم الصحة وتطورها:

للصحة مفهوم واسع يتضمن جملة كبيرة من المعاني لن نخوض فيها كلها بل سنقتصر على تعريف وضعته منظمة الصحة العالمية لها منذ عام (1946) وينص على ما يلي : "الصحة حالة العافية التامة المتكاملة جسدياً ونفسياً واجتماعياً ، وليست مجرد غياب المرض أو العجز."

ويذهب بعض المؤلفين إلى أنّ الصحة ذات مفهوم شمولي يضم مجموعة من الأبعاد المحيطة والاجتماعية والبيئية ، ويجب أخذ كل واحد منها بعين الاعتبار، وتتأثر هذه الأبعاد فيما بينها مؤثرة على بعضها بعضاً (ملتقى العالم العربي، 2010)

كان الإنسان في العصور الوسطى والقديمه غير قادر على إدراك حقيقة الأمور، وغير قادر على تحليل الظواهر والأمراض بشكل علمي، حيث كان يعزو أسباب المرض إلى أشياء خفية محيطة به، ولكن مع مرور الزمن تطور الإنسان وتطورت قدرته على التحليل والإدراك، وظهر الطب في كل من مصر وبابل والهند، وفي بلاد ما بين النهرين، في عصر حمورابي الذي حكم بابل، فقد ظهر في شريعته أول نص يشير إلى أهمية الطب وضرورة فصل الطب عن الجراحة، وإيقاع عقوبة على الأطباء والجراحين في حالة الإهمال (رجائي، 1988)

وعرفت سلوى عثمان الصحة بأنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وهي علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من المجهودات المنظمة من قبل المجتمع.

ويعرف الدكتور محمد طنطاوي الصحة على أنها "توفير الظروف الصحية في البيئة التي يعيش فيها مجتمع معين كتوفير مياه الشرب، والأغذية المناسبة والمساكن ذات التهوية الحسنة، والمستشفيات والعيادات الصحية والأطباء والممرضين القائمين عليها، بالإضافة إلى توفير العلاج المناسب، إلى غير ذلك من أسباب الصحة العامة" (عثمان، 1999)

واقع القطاع الصحي في الأردن

لقد وجد اهتمام كبير بالرعاية الصحية على مستوى العالم والدول والأفراد لارتباطها بالحياة البشرية، ومن هذا المنطلق تم تأسيس المؤسسات والوزارات التي ترعى تقديم الخدمات الصحية، وتم السعي لإيجاد المعاهد والكليات المتخصصة في تدريس الاختصاصات الطبية المختلفة سعياً نحو تحقيق المستوى الصحي الذي يضمن الحياة الكريمة لجميع الأفراد. وتعد الأردن من إحدى الدول التي تسعى إلى تقديم الخدمات الطبية بمستوى عالٍ فقد سعت إلى تطوير القطاع الصحي العام، وزيادة حجم الإنفاق عليه.

تقدّم الخدمات الصحية في الأردن من خلال عدة قطاعات متخصصة، تتعاون فيما بينها بهدف تحقيق الأمن الصحي وتقديم الخدمات الصحية إلى جميع المواطنين.

وتتكون الخدمات الصحية في الأردن من مجموعة قطاعات هي:

أولاً. القطاع العام: يتكون من وزارة الصحة، والخدمات الطبية الملكية، والخدمات الطبية في الجامعات الرسمية وتشمل (مستشفى الجامعة الأردنية، ومستشفى الملك المؤسس عبدالله بن الحسين في جامعة العلوم والتكنولوجيا)، والخدمات الصحية في الوزارات والمؤسسات الحكومية التي تشمل (أمانة عمان الكبرى والبلديات في محافظات المملكة، وقسم الصحة المدرسية). ومن أكبر قطاع الخدمات الصحية في الأردن هي وزارة الصحة التي تشكلت عام (1950) متمثلة بمستشفياتها المنتشرة في أنحاء المملكة، وتقدم الخدمات الصحية في المراكز الصحية مثل مراكز الرعاية الأولية، ومراكز الصحة في القرى، ومراكز الأمومة والطفولة، ومراكز الأسنان ومراكز الأمراض الصدرية. والوزارة معنية أيضاً بتقديم البرامج التثقيفية والتدريبية للأطباء، والممرضين، والقابلات القانونيات. وتستقبل الكم الأكبر من أعداد المراجعين في المملكة.

لقد سجلت المؤشرات والقياسات في وزارة الصحة تطوراً ملحوظاً في الأعوام العشرة الماضية في المجالات كافة، حيث ارتفعت أعداد المستشفيات من (23) إلى (30) ، وارتفع عدد الأسرة في المستشفيات من (3222) إلى (4333)، وانتشرت المراكز الشاملة من (46) إلى (68)، وازداد عدد المراكز الأولية من (335) إلى (375)، وعدد مراكز الأمومة من (337) إلى (419)، وعدد الممرضين والممرضات القانونيات من (1882) إلى (4404)، وعدد القابلات القانونيات من (716) إلى (1168)، كما ارتفعت ميزانية الوزارة من

(000.000.121) دينار إلى (556.384) مليون دينار (مؤشرات قياسية لتطور الوزارة من العام (1999) إلى العام (2008).

الخدمات الطبية الملكية

بدأت بتقديم الخدمات الصحية للقوات المسلحة وامتدت بخدماتها لتشمل عائلاتهم، أما المستفيدون من خدماتها فهم أفراد القوات المسلحة والأجهزة الأمنية المختلفة، العاملون منهم والمتقاعدون، بالإضافة إلى أفراد عائلاتهم والوزراء وأعضاء مجلس الأمة وغيرهم. تقدم الخدمات الطبية الملكية بشكل أساسي لجميع خدمات الرعاية الصحية من خلال مستشفياتها المتخصصة في جميع التخصصات على أعلى مستوى. وتضم (1917) سريراً وتشكل (20%) من مجموع أسرة المستشفيات في المملكة. وكذلك تضم مدرسة تريض هي كلية الأميرة منى التي تأسست عام (1962). وتستقبل الخدمات الطبية الملكية حوالي (23%) من مجموع المراجعين في المملكة، بالإضافة إلى تقديم خدماتها الصحية لرعايا الدول العربية المجاورة.

مستشفيات الجامعة

تضم مستشفيين رئيسيين هما: الجامعة الأردنية، والملك المؤسس - إربد.

مستشفى الجامعة الأردنية

وهو شبه عام وافتتح في عام (1973) وكان تحت إشراف وزارة الصحة حتى عام (1975). يقدم مستشفى الجامعة الأردنية جميع مراحل الرعاية الصحية ذات الجودة العالية للأردنيين المنتفعين فيها ولرعايا الدول المجاورة أيضاً. كما يقوم بتقديم خدمة التنقيف والتدريب الطبي لطلبة الطب والتمريض المنتسبين للجامعة الأردنية. ويضم مستشفى الجامعة الأردنية (540) سريراً ويشكل (5%) من مجموع الأسرة في المملكة.

مستشفى الملك المؤسس - إربد : يخدم مناطق شمال المملكة ويقدم جميع مراحل الرعاية الصحية، وهو مستشفى تعليمي وتدريب لطلبة الطب والتمريض وطب الأسنان في جامعة العلوم والتكنولوجيا. ويعمل مستشفى الملك المؤسس حالياً بطاقة (283) سريراً مشكلاً بذلك (3%) من مجموع الأسرة في المملكة.

ثانياً. القطاع الخاص: يتكون من المستشفيات الخاصة، وعيادات الأطباء الخاصة، والمراكز التشخيصية والمهن الطبية المساندة في القطاع الخاص. وهو ثاني أكبر قطاع صحي في الأردن، ويقدم خدمات الرعاية الصحية المتميزة من خلال (56) مستشفى تضم (3534) سريراً، ويشكل (% 36) من مجموع أسرة المستشفيات في المملكة، وحوالي (2600) عيادة طبية خاصة، بالإضافة إلى المختبرات الطبية والعيادات المتخصصة والصيدليات وخدمات التمريض المنزلي. ويقدم خدمات الرعاية الصحية لأكثر من نصف المجتمع الأردني (إحصاءات وزارة الصحة 2009)

ثالثاً. القطاع الدولي والخيري: يتألف القطاع الدولي والخيري من وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA) والذي تأسس بعد الحرب العربية الإسرائيلية في عام (1948)، وعدد من الجمعيات الخيرية الأخرى مثل جمعية الكاريتاس الأردنية، وجمعية المراكز الإسلامية الخيرية، وعيادات الحسين الطبية التابعة لنقابات العمال، وجميعها تقدم الرعاية الصحية الأولية، وخدمات رعاية الأسنان فقط في مراكزها، مع تقديم خدمات المختبرات الطبية والأشعة.

خدمات الرعاية الصحية ورضا المريض

على الرغم من أن خدمات الرعاية شأنها شأن الخدمات الأخرى من حيث التقارب في المعنى والمفهوم إلا أنها تمتاز بخصوصية معينة كونها ترتبط ارتباطاً مباشراً بحياة الإنسان وصحته، وهي شيء لا يقدر بثمن، كما أنها تعتبر المدخل الحقيقي لإحداث التنمية الشاملة في أي مجتمع من المجتمعات، ولا نبالغ عندما نقول إن خدمات الرعاية الصحية تمثل مظهراً اجتماعياً بارزاً للتنمية، لأنه لا يمكن تصور تنمية حقيقية مع نقشي الأمراض التي تفتك بالإنسان الصانع للتنمية، لذا فإن الإنفاق على الخدمات الصحية يزيد من إنتاجية الفرد وقدرته على تنفيذ برامج التنمية ويطلق الاقتصاديون على هذا النوع من الإنفاق مصطلح "اقتصاديات الصحة". وفي ضوء ما تقدم فإن خدمات الرعاية الصحية تتميز بسهولة الحصول عليها أي أنها تكون بالمتناول، متوافرة ومستمرة، فإذا ماكانت المستشفيات مطالبة بأن تجعل خدماتها الصحية سهلة الحصول والوصول إليها فإنها مطالبة أيضاً بإدامة واستمرارية تلك الخدمة، واستمرارية الجودة في علاقة المريض بمقدمي ومقدمات الخدمة الصحية (بواعنة، 2004)

إن رضا المريض مؤشر لجودة الخدمات الصحية المقدمة وخصوصاً في المستشفيات، حيث أشارت **Donabedian (1980)** في دراستها بأن تحقيق أعلى معدلات الرضا هو أحد أهداف الرعاية الصحية بجانب كون رضا المريض هدفاً للرعاية الصحية في حد ذاته، ويمكن النظر إليه أيضاً باعتباره وسيلة لتحقيق أهداف أخرى، فمن المتوقع أن يكون المريض الراضي أكثر تعاوناً مع الأطباء وجهاز التمريض وأكثر قبولاً لتنفيذ توصياتهم وتوجيهاتهم من المريض غير الراضي الأمر الذي يؤدي إلى الوصول إلى التشخيص السليم والعلاج الملائم. أما المريض غير الراضي عن الخدمات الطبية المقدمة له فلن يكون متعاوناً بالصورة المطلوبة، بل يصعب التعامل معه ومعالجته. ومن أجل تقديم خدمات طبية فعالة يتطلب وجود مشاركة ومسؤولية من قبل المواطنين المتقنين لهذه الخدمات، حيث يحتاج الأمر إلى وجود قناة اتصال فعالة بين مقدمي ومقدمات هذه الخدمات. إن استطلاع آراء المرضى حول هذه الخدمات وبصورة دورية يمثل الخطوة الأولى الصحيحة والضرورية لتطور قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمات الصحية وبين مقدميها من أجل الاستمرار والنمو ولكي تؤدي مهامها بفعالية. وتحتاج جميع المنظمات بما في ذلك المستشفيات إلى بيئة آمنة، وحيث إن المرضى يمثلون أهم عناصر البيئة الخارجية للمستشفيات فينبغي عليها عند قيامها بدراسة بيئتها الخارجية أن تعطي اهتماماً أكبر لجمهور المستفيدين باعتبارهم أهم عناصر هذه البيئة.

ورضا المريض مهم جداً كمقياس لجودة الرعاية الصحية في المستشفيات لأنه يوفر المعلومات حول مدى نجاح مقدمي ومقدمات الخدمات في العمل وفق قيم المرضى ومدى تحقيقها لتوقعاتهم. ولهذا فمعرفة آراء وانطباعات المرضى ومحاولة قياس مستوى رضاهم عن الخدمات وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها. وترى الباحثة أن هناك عنصرين أساسيين تقاس بهما جودة الرعاية الطبية وهما: العنصر التقني ويتمثل بإدارة الجانب التقني وذلك بتطبيق العلم وتكنولوجيا الطب وغيره من العلوم الصحية في مواجهة المشكلات الصحية، ويمكن قياس درجة الجودة في هذا المجال بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي قد يتعرض لها المريض. والعنصر الإنساني ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى، وذلك عن طريق العمل وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام، ويمكن قياس درجة الجودة في مجال إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي ومدى عمل مقدمي الخدمات الصحية وفق القيم الاجتماعية ومدى تلبية احتياجات وتوقعات المستفيدين. وتضيف Donabedian إلى هذا العنصر

بعض الجوانب المتعلقة بمستلزمات الراحة والمتعة، مثل توفر غرف الانتظار المريحة، ونظافة غرف النوم، والغذاء الجيد، وتوفر الهاتف.. الخ باعتبارها مكملة للجوانب الاجتماعية والنفسية. وانطلاقاً من هذا التناول قدمت دونا بيدان ثلاثة تعريفات لجودة الرعاية الصحية هي: 1. التعريف المطلق لجودة الرعاية الصحية وتتمثل بحسن إدارة الرعاية الصحية نفسها (الجانب التقني) للحصول على أفضل توازن بين المنافع الصحية ومخاطرها، 2. تعريف الفرد بجودة الرعاية الصحية وتتعلق بحكم المستفيد من جودة الخدمات التي تقدمها المستشفيات، وذلك من خلال استطلاع آراء المستفيدين ورغباتهم وتوقعاتهم وتقييمهم لهذه الخدمات. 3. تعريف المجتمع لجودة الرعاية الصحية التي تتعلق بحكم المجتمع بجودة الخدمات التي تقدمها المستشفيات، وذلك من خلال استطلاع آراء المجتمع ورغباته وتقييمه لهذه الخدمات، هذا بالإضافة إلى توفير العدالة في توزيع الخدمات الصحية بين فئات المجتمع المختلفة (Donabedian, 1980)

ولتحقيق مستوى عال من الجودة لخدمات الرعاية الصحية فلا بد من تحقيق مجموعة من المتطلبات من أبرزها: - الكفاية المهنية للأشخاص الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية بحيث يتمتع القائم على خدمة المريض بالمعرفة والمهارة المتعلقة بحقل تخصصه ومهارته بامتلاكه الرغبة في تقديم الخدمة الصحية، وأن يتحلى بأعلى مستويات السلوك الأخلاقي، وأن يهتم بتنمية قدراته ومهاراته وصولاً إلى تحسين أدائه. - الرضا والقبول من جانب المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية لأنه بدون الرضا لن تكون خدمات الرعاية الصحية ذات جدوى وفاعلية ، فتقبل المريض وذويه للإجراء الطبي يمثل حجر الأساس في الخدمة الصحية. - خدمات الرعاية الصحية يجب أن تلبي على الأقل أدنى مقاييس ومعايير النوعية التي قررها المجتمع الدولي من خلال التشريعات والأنظمة والتعليمات، فالمؤسسات الصحية والمنظمات والهيئات التطوعية والمجالس الطبية المتخصصة جميعها تعمل وفق معايير لمستويات الجودة في الخدمة الصحية تلزم مقدمي تلك الخدمة الالتزام بها (بواعنة، 2004)

وفي الحديث عن خدمات الرعاية الصحية في هذه الدراسة فإنها تشمل خدمة الصحة الإنجابية وخصوصاً فترة ما حول الولادة.

أهمية الصحة الإيجابية للمرأة

تعمّر المرأة غالباً أكثر من الرجل، وتختلف أسباب وفاتها عن أسباب وفاته، والهموم الصحية التي تواجهها تختلف عن الهموم الصحية له، وذلك نتيجة للتهديدات المختلفة التي تواجهها المرأة خلال حياتها. وبحكم طبيعتها فإن الحمل والولادة يعرضان المرأة لمجموعة من الأخطار الصحية، وغالباً ما تشكل مضاعفات الحمل والولادة سبباً رئيساً من أسباب وفيات النساء، خاصة في المجتمعات النامية بسبب نقص الخدمات اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية المتصلة بالحمل والولادة (Macintyre, 2005)

أظهرت معظم التقارير العالمية أن في العالم ما يزيد على (585 ألف) امرأة تموت سنوياً نتيجة الحمل والولادة، وما يقرب من (50) مليون امرأة تعاني بعض الآثار الصحية بعد الولادة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1999)

إن الصحة الإيجابية لأي أم تشكل نوعية حياتها اليومية وحياتها أسرتها المستقبلية، فسلامة المولود وتمتعه بصحة جيدة ليس مرهوناً فقط بأخالية من الأمراض المرتبطة بالإنجاب، التي تكون قد صاحبها خلال مرحلة الحمل والولادة ولكنه مرتبط أيضاً بالقدرة على فهم حاجاتها وحاجات أسرتها. ولا يرتبط تدني مستوى الصحة الإيجابية بالأم فقط أو يقلل من أهميتها بل يقلل من قدرة أسرتها ومجتمعها أيضاً، لأن شعورها بالقلق وعدم الإطمئنان يحرمانها من التمتع بحياتها وتوفير الرعاية اللازمة لأطفالها والاهتمام بصحة وسلامة أسرتها (خطاب، 1993) ويتضح مما سبق أن الصحة الإيجابية سلسلة ترتبط حلقاتها ببعض وأي خلل أو ضعف في إحداها يؤثر سلباً على الصحة. وتهتم خدمات الصحة الإيجابية بالمرأة في مراحل عمرها كافة، فالفتاة المعتلة ستكون حاملاً ولكنها ضعيفة الجسم مما يؤثر سلباً في الجنين، والشابة التي لم تتلق معلومات كاملة قد تكون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المنقولة بالجنس والتي قد تؤدي للعقم أو الوفاة، أو عدم تكوين أسرة أو تطبيق أي تنظيم عليها، وهذا كله وما ينتج عنه هو وضع غير نموذجي للأسرة بالعموم. فالصحة الإيجابية لا تقتصر على مفهوم تنظيم الأسرة فقط وإنما تهتم بعدة جوانب أخرى هي: الرعاية ما قبل الزواج، والولادة الآمنة، والرعاية بعد الولادة (الرضاعة الطبيعية- رعاية الرضع- صحة الأم)، وتنظيم الأسرة، والوقاية والعلاج للعقم، والوقاية من مخاطر الإجهاض، والوقاية والعلاج للأمراض المنقولة بالجنس، وسرطان الثدي وسرطان الرحم (السبعة، 2009)

إن العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية تؤثر وتتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، إذ تتأثر سلباً بانتشار الأمية والبطالة وبتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته وقيمه، وكذلك تتأثر بالبيئة الأسرية والعلاقات المتشابكة بين أفرادها كعلاقة الأم بالأب، وعلاقة كليهما بالأبناء والبنات وعلاقة الأخوة ذكوراً وإناثاً. وأيضاً تتأثر بمكانة المرأة في المجتمع ففي كثير من أنحاء العالم تتعرض الإناث للتمييز فيما يتعلق بتوزيع الموارد العائلية والحصول على الرعاية الصحية، كما يتأثر مستوى الصحة الإنجابية بتوافر خدمات صحية ذات جودة عالية لتلبي الاحتياجات الصحية لفئات مختلفة يسهل الوصول إليها (السبعة، 2009)

إن التنشئة الاجتماعية والثقافات المختلفة في الدول العربية تقوم على معتقدات عدة حول طبيعة المرأة التكوينية بدءاً من خصوصيتها البيولوجية وانتهاء بدورها الجندي وفق الطبقة التي تعيش فيها وتنتمي إليها. فالتنشئة الاجتماعية تتمحور في الثقافة السائدة ومكوناتها من قيم وعادات وتقاليد تساهم في تشكيل وبناء نمط الشخصية وطريقة التفكير والسلوك، وبالتالي توجيه التصورات السائدة حول الذات، فترسخ بذلك القيم والعلاقات الاجتماعية التي يحتاج إليها المجتمع لترجيح كفة الرجل وإعطائه جواز السلطة، فالتأثيرات السلبية التي تنعكس على المرأة أثناء عملية الولادة ما هي إلا انعكاسات لعدم معرفتها بحقوقها مما أكسبها صفة السلبية والخضوع وتقبل كل ما يملى عليها من مقدمي الخدمة الصحية دون اعتراض وخصوصاً في وضعها الصحي آنذاك (لحيدري، 2003)

ما تزال المرأة في الدول العربية كما في الدول النامية تلد ما معدله خمسة ولادات حية في حياتها، وغالبية النساء والبالغ عددهن أكثر من (60) مليون امرأة متزوجة في سن مبكرة لا يمتلكن سوى قدر محدود من المعرفة عن وسائل تنظيم الأسرة وسبل الوصول إليها، وفترة ما حول الولادة. فنتيجة الافتقار للخدمات والمعلومات الصحية الجيدة وبسبب الاتجاهات التقليدية السلبية تصبح النساء أكثر عرضة للوفاة والمرض بسبب الحمل والإنجاب. ومعظم النساء تميل إلى السكوت عن المعاناة وتحمل المرض والألم وعدم الراحة الناجمة عن الإنجاب وتكراره، وتتعلم الفتيات منذ نعومة أظفارهن أن عليهن المعاناة الجسدية والتوعك الناجمين عن الحيض والحمل والولادة، وكل ذلك مرتبط بمسؤولياتها ومشكلاتها في حياتها كالخصوبة والإنجاب داخل الأسرة. ويعزى هذا إلى حد كبير إلى عملية اجتماعية تخضع لها المرأة وهي في سن مبكرة تجبرها على عدم إعطاء أولوية متقدمة لوضعها الصحي (رسلان، 2007)

وفي هذه المجتمعات ينظر إلى المرأة على أنها ذات وضع مُتَدَنَّ، فالسياسات الصحية غالباً ما تنظر إلى صحة المرأة نظرة أقل مما تستحقه، ولا تجعلها ضمن الأولويات، مما يجعل نظام الرعاية الصحية أقل استجابة لاحتياجات المرأة (التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية، 2006)

خدمات الصحة الإيجابية

إن تمتع المرأة بحقوقها الإيجابية ورضاها عن الخدمات التي تقدم لها في فترات المخاض والولادة وما بعد الولادة تأتي بالمرتبة الأولى من الأهمية لأن فترة - ما حول الولادة - هي الأساس الذي تعتمد عليه تجربة الولادة ونفسية المرأة واحتمالية تكرار الحمل مستقبلاً (Kitzenger, 1989)، ولقد أولت منظمة الصحة العالمية لصحة الأمومة والطفولة أهمية خاصة، فالأم تشكل ضلعاً أساسياً في قوام الأسرة، ولها دورها الاجتماعي الهام والمتميز في حياة المجتمع وتنميته، والنساء القادرات على الإنجاب يشكلن ركناً أساسياً في عملية إعادة إنتاج المجتمع، وفي بناء وحدته الأساسية وهي الأسرة نواة المجتمع. فضمن حقوق المرأة ورعايتها وحمايتها من قبل الدولة والحكومة يعني رعاية وحماية المجتمع برمته، وتعتبر الأمومة، بحق، أسمى مهنة اجتماعية، مشتملة على مراحل: الحمل، والولادة، والنفاس، والرضاعة، ورعاية الطفل وتربيته في المراحل التالية من نشأته. لذا فهي تستحق الاهتمام، والرعاية الخاصة، والحماية اللازمة المتواصلة. وقد أكدت الدراسات والأبحاث العلمية، الطبية والاجتماعية، ذات المستوى العالمي، بما لا يقبل الشك، ومنذ عشرات السنين، الصلة العضوية الوثيقة بين صحة وحياة الأم وفلذة كبدها. فكلما كانت المرأة -أم- سليمة متعافية، بعيدة عن تأثير العوامل البيولوجية والاجتماعية والبيئية الضارة، أنجبت أطفالاً أصحاء، موضحة العلاقة العضوية الوثيقة بين جسم الأم وطفلها والحساسية العالية للجنين إزاء تأثيرات تلك العوامل، ولهذا لا يمكن معالجة كل مشكلة على انفراد (مقادي، 2005)

إن ولادة الطفل هي اللحظة المرتقبة والمنتظرة من قبل الزوجين اللذين يحاولان التأقلم مع تغيرات جسدية ونفسية تسبقها وتليها، ويحاولان النضج للوصول إلى دورهما الوالدي الجديد. وتلعب درجة الدعم والثقة التي يقدمها كل طرف للآخر خلال الحمل دوراً رئيساً في الطريقة التي سيستجيبان بها لأزمات الولادة. ومن العوامل الأساسية في تجربة ولادة الطفل هي الدرجة التي تستطيع بها الحامل أن تسترخي وتعطي نفسها الراحة للاستجابة لحاجات جسمها الطبيعية أثناء المخاض والوضع. فإذا كانت الحامل مرتبكة أو تشعر بدرجة من الإهانة

والتصغير أثناء الولادة، فإنها، كنتيجة حذف طبيعية، ستحارب تجربة الولادة، وستصاب بالتوتر الذي بدوره يزيد الألم ويطيل فترة المخاض. وفي المستشفى تشعر الحامل أنها أمام عرض عام حيث يتواجد الكثير ممن لم يسبق لها معرفتهم يشاركون في عملية فحص أكثر أجزاء جسمها خصوصية، وأي موقف غير ودي من الكادر الصحي يقلل من قدرة المرأة على الاسترخاء ويزيد من إصابتها بالتوتر. من هنا تبرز ضرورة وجود أشخاص تعرفهم المرأة وتتق بهم (مثل الزوج والوالدة) خلال المخاض وأثناء الولادة مما يساعد على إزالة التوتر السابق لتأخذ تجربة الولادة مسارها الطبيعي دون عوائق إضافية، فعلى الكوادر الصحية المقدمة للرعاية أن تكون واعية للتأثير اللاإنساني للمستشفى على المرأة المقبلة على الولادة "الحامل" خاصة في تلك التي تقدم الخدمات الصحية لذوي المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، حيث تفصل الحامل عن عائلتها وتستبدل حاجاتها الشخصية وثيابها بأخرى وتمنحها قليلاً من العناية الشخصية، وفي جوّ كهذا لا يمكن للمرأة أن تندمج بسهولة لتحقيق الاسترخاء المطلوب (عبد الرحمن، 2008)

من النظريات التي لها صلة بهذه الدراسة هي النظرية النفسية المرتبطة بالضغط Stress ، وكما يفسرها علماء النفس "بأن الأزمات الشديدة أو الصدمات الانفعالية العنيفة أو أي اضطراب في علاقة الفرد مع غيره من الأفراد على مستوى الأسرة والمدرسة والعمل والمجتمع الصغير الذي يعيش فيه، وغير ذلك من المشكلات أو الصعوبات التي يجابهها الفرد في حياته قد تدفعه إلى حالة الضيق والتوتر والقلق وهي بحد ذاتها ضغوط حياتية تهزكيان الإنسان واتزانه النفسي" (الامارة، 2006)، فالضغط موضوع مهم جداً يؤثر في صحة المرأة و نفسيته وفي نتائج الولادات وخصوصاً في فترة الحمل والمخاض والولادة. فما تواجهه المرأة في غرفة الولادة من ممارسات وتعامل وخوف وصعوبات تزيد من الضغوط النفسية لديها وبالتالي تؤثر في سير العملية التوليدية بإيجابية أو سلبية. فالبرامج التي تسعى دائماً إلى تحسين صحة المرأة لا تقتصر فقط على البعد التقني الطبي من حيث تقديم تكنولوجيا الطب والعلاج ولكن هناك أبعاداً اجتماعية ونفسية لها الأهمية نفسها لتقديم رعاية شمولية للمرأة في مرحلة الحمل والمخاض والولادة وما بعد الولادة، إذ إن التفاعل بين العوامل النفسية والاجتماعية مع عوامل الهرمون قد يؤدي إلى رفع عوامل الخطورة لحدوث اكتئاب أثناء الحمل والولادة. وقد ثبت أن التوتر النفسي والخوف الشديد قد يسببان عدم انتظام الانقباضات الرحمية اللازمة لدفع الجنين أثناء المخاض، مما يترتب عليه صلابة عنق الرحم وعدم تمدده ليسمح بمرور الجنين، ويؤدي إلى حدوث مضاعفات محتملة على سير عملية الولادة. وإن

توقع الألم والموت بسبب الولادة يرسخان الشعور بالقلق، وبالتالي يؤدي إلى زيادة الألم (منظمة الصحة العالمية، 2004). وتختلف تعريفات الضغوط من قاموس لآخر، ففي قاموس التراث الأمريكي (American Heritage Dictionary, 1994)، الضغط يعني "حالة من الصعوبة والقسوة والشدة أو الإجهاد". وأيضاً الضغوط تعني "القلق والعصبية". وحسب كاسيدي (Cassidy, 1999) فإن لتعريف الضغط ثلاثة معانٍ مختلفة مرتكزة على ثلاثة نماذج :

أولاً: النموذج المؤثر: يعرف الضغط بأنه "شيء يحدث في البيئة ومتطلباته تقع على عاتق الشخص".

ثانياً: نموذج رد الفعل (التجاوب): ويركز على خبرات الشخص مع الضغوط وترجع إلى نتائج الضغوط المتضمنة سلوك الشخص والأعراض العاطفية والجسدية.

ثالثاً: التعامل ما بين الشخص والبيئة المحيطة ودمج المؤثر ووجهات النظر كجزء من العملية (الشلبي، 1999)

وأيضاً من النظريات التي لها علاقة بالبحث نظرية التمكين وفي هذه الدراسة تعني بالمرأة التي هي على وشك الولادة، لمعرفة وضعها ولكي تكون على دراية مما قد تواجهه أثناء المخاض والولادة مع الكادر الصحي في المستشفيات، ولتكون قادرة على المشاركة في اتخاذ القرارات التي تخصها، وهذا لن يتحقق إلا بواسطة تمكينها من ذلك.

مفهوم التمكين Empowerment

يشق مفهوم التمكين Empowerment لغة من الفعل "يمكن" في قاموس وبستر (Websters, 2002) ويعني عملية منح السلطة القانونية، أو تحويل السلطة إلى شخص ما، أو أن يتاح للفرد الفرصة للقيام بعمل ما. وينظر مفهوم التنمية البشرية المستدامة إلى الناس باعتبارهم فاعلين في عملية التغيير الاجتماعي، وليسوا مجرد مستفيدين يتلقون النتائج دون مشاركة نشيطة. وبهذا المعنى، فإن مفهوم التمكين هو أيضاً من المكونات الأساسية للتنمية، وهو يعني أن يتمكن الناس من ممارسة الخيارات التي صاغوها بإرادتهم الحرة (جريدة الصباح، 2010)

يعتبر مفهوم التمكين من المفاهيم التي اكتسبت أهمية متزايدة منذ مطلع التسعينات لا سيما مع تصاعد التيارات الليبرالية التي تهدف إلى تفعيل دور المجتمع المدني، وكذلك الحركات

النسائية الساعية إلى دعم مشاركة المرأة في الحياة العامة والسياسية. فالتمكين لغوياً يعني التقوية أو التعزيز، ولقد وردت كلمة التمكين في القرآن الكريم في قوله تعالى "وعد الله الذين آمنوا منكم وعملوا الصالحات ليستخلفنهم في الأرض كما استخلف الذين من قبلهم وليمكنن لهم دينهم الذي ارتضى لهم وليبدلنهم من بعد خوفهم أمناً" (سورة النور، آية 55)

وقد تعددت التعريفات الإجرائية لمفهوم التمكين واختلفت باختلاف السياق والشرائح الاجتماعية، إلا أنها دارت جميعاً حول القضاء على أشكال عدم المساواة كافة وضمن الفرص المتكافئة للأفراد. وقد أضحت التمكين بين عشية وضحاها المفهوم "الأولى بالرعاية" عالمياً حتى أصبح لدى بعضهم هدفاً في حد ذاته.

ويعرّف بعضهم التمكين على أنه "توسيع قدرات الناس من أجل اتخاذ اختيارات الحياة الاستراتيجية". وتكون القدرات في سياق لم يكن متاحاً من قبل. ويشمل التمكين معرفة الفرد بظروفه، وقدرته والإيمان أنه من الممكن أن يعمل بنجاح على المستوى الشخصي والاجتماعي من أجل تحسين قدراته. ويرى آخرون أن التمكين هو عملية من خلالها يكسب الضعفاء التحكم (Control) في أحوال حياتهم. ويشمل التمكين التحكم في الموارد (جسدية، بشرية، عقلانية، مالية) وأيضاً التحكم الأيديولوجي (معتقدات، قيم، اتجاهات). فالتمكين لا يعني فقط قدرة أكبر على التحكم، ولكن يعني أيضاً ثقة أكبر في النفس وتغلب الشخص على الحواجز الخارجية من أجل الحصول على الموارد أو لتغيير الأيديولوجية التقليدية (Agnou, 2004) ويشير هذا المفهوم، وبغض النظر عن اختلاف الرؤى حول تعريفه وتأصيله نظرياً، إلى تغيير هياكل القوة السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي يعيش فيها الأفراد بما يتضمنه ذلك من ضرورة توافر ثقة الفرد بنفسه وبقدراته وإمكاناته ومن ثم استعداده النفسي للاختيار بين البدائل المختلفة (الفاقي، 2000)

أما المحاور الرئيسية التي يقوم عليها مفهوم التمكين فتكمن في:

1. إزالة العقبات كافة التي تعوق عملية التمكين سواء كانت قانونية أم تشريعية أم اجتماعية تتعلق بالعادات والتقاليد والأعراف المتبعة أو غيرها من السلوكيات النمطية التي تضع الفئات المهمشة أو الأقل حظاً في مراتب أدنى، ويقصد بالفئات المهمشة أي فئة في المجتمع لا تحظى بالامتيازات والحقوق والفرص التي تتمتع بها الفئات أو الجماعات الأخرى.

2. تبني سياسات وإجراءات وتشريعات، وإقامة هياكل ومؤسسات تقضي على مظاهر الإقصاء والتهميش وتتولى عملية التمكين.

3. تزويد الفئات المهمشة بالمعارف والمعلومات، والمهارات والموارد والقدرات على النحو الذي يكفل لها مشاركة فعالة وفرص متكافئة اقتصادياً واجتماعياً وسياسياً (حلمي، 2000)

وعلى الرغم من كثرة تداول مفهوم التمكين والحديث عنه إلا أنه من الصعوبة بمكان أن نجد اتفاقاً حول تعريف واضح لما يعنيه التمكين بشكل عام، فهناك تمكين المرأة وتمكين الفقراء وتمكين العاملين في أية مؤسسة. ولقد ارتبط مفهوم التمكين بالحركات النسائية، ومشروعات التنمية والتعليم وبرامج الرفاه الاجتماعي، وبجانب كل ذلك هناك التمكين النفسي الذي يتضمن ثلاثة مكونات للتمكين هي:

1. **التمكين العاطفي Emotional** : وهو شعور المرء بالتحكم في حياته، والشعور بالكفاية الذاتية والجدارة والدافع لممارسة التحكم.

2. **الإدراكي Cognitive** : هو فهم طبيعة القوى السياسية والاجتماعية التي تؤثر في توزيع القوة والموارد في البيئة المحيطة.

3. **السلوكي Behavioral** : الذي يشير إلى اتخاذ فعل المشاركة (Perterson,2002)

وتشير معظم الأدبيات السابقة أن مصادر القوة التي يمكن منحها للأفراد والجماعات ثلاثة تتضمن: امتلاك المعرفة للذات، وامتلاك الثقة الضرورية للعمل والإنجاز، وأن يكون الفرد جزءاً من جماعة أو مجتمع يشعر فيه بالمواطنة ويمكنه من تحرير طاقاته كاملة وهذا بدوره يتطلب: بناء الوعي، والقدرات، والقاعدة المعرفية، والاتجاهات الواضحة المحددة للفرد ذاته، وبين البيئة المحيطة به (World Bank,2002)

أن المشاركة والتمكين **Empowerment** هما وجهان لعملة واحدة. أي أن المشاركة لا تستهدف فقط تنمية المجتمع وصنع مستقبله بل تستهدف أيضاً تنمية الذات المشاركة وتطوير قدراتها وامكانياتها ووجودها الفاعل والمؤثر في الحياة الاجتماعية على أصعدتها المختلفة. ومن هنا فإن درجة مشاركة النساء في الجوانب المختلفة للواقع الاجتماعي تقف كمؤشر أساسي على وضع المرأة ومشكلاتها، ومكانتها وقوتها وتمكنها في المجتمع.

تكتسب "المشاركة" أهميتها ودلالاتها بالنسبة للمرأة وقضاياها من حيث كونها آلية أساسية لتنمية الذات (المرأة ذاتها) وتنمية الموضوع (المجتمع والواقع الاجتماعي) وهما بعدان يرتبطان ارتباطاً جديلاً، فالذات أو الشخصية المتفتحة، القوية والمزدهرة والفاعلة هي القادرة على تحقيق النمو الاجتماعي والاقتصادي والسياسي، كما أن النمو الاجتماعي بدوره يمكن أن يقاس بمدى الفرص التي يتيحها لتحقيق مشاركة القطاعات المختلفة وتفتحها وازدهارها وفعاليتها.

إن المشاركة بهذا المعنى تسير إلى مدى القدرة على الفعل وصنع الظروف ومقاومة الضغوط وصولاً إلى تحقيق الذات وتحقيق القوة أو التمكن بإزاء الظروف ذاتها (الكواري، 2009)

وقد أكدت وثيقة منهاج عمل بيجين (1995) في محاورها على أن سلامة الصحة هي أمر أساسي في التمكين، وهو ضروري لتمتع المرأة بحياة منتجة ومرضية، كما أنه من حق جميع النساء السيطرة على جميع جوانب صحتهن، وعلى الأخص خصوبتهن. وتمكين المرأة يتطلب تمتعها بالتمكين الصحي الذي يمكنها من الوصول لأنواع التمكين الأخرى، منها الاجتماعي والسياسي والاقتصادي. وعند الحديث عن صحة النساء فلا بد من التركيز على الصحة الإيجابية التي تشكل محوراً أساسياً من صحة النساء على امتداد أعمارهن، وتستمد أهميتها من كونها مدخل للصحة العامة، لذلك لا بد من الاستثمار في الصحة الإيجابية الذي يساهم في تحسين صحة الأمهات والأطفال وتخفيض معدلات الوفيات بنسب كبيرة ويضمن تحسين الوضع الاقتصادي والاجتماعي للمرأة، حيث يوفر لها خيارات أوسع في التعليم والعمل ويمكنها من أداء دورها في الأسرة والمجتمع، لذلك يتم الربط بين صحة المرأة الإيجابية والمستوى الذي وصلت إليه (السبعة، 2009)

استراتيجية تمكين المرأة

عادة ما يستخدم مصطلح التمكين للتعبير عن عدة مفاهيم أخرى متضمنة فيه، كالمشاركة والتحكم، إلى جانب وصف مخرجات مرغوب فيها، وغالباً ما تدافع الناشطات في مجال حقوق المرأة عن التمكين ولكنهن يختلفن في تعريفه. والحديث عن تمكين المرأة تحفه عدة تحفظات منهجية:

أولاً: النساء لسن جماعة متجانسة وكتلة واحدة تختلف عن الجماعات الأخرى التي بحاجة للتمكين، فهن يمثلن قطاعاً يتقاطع مع هذه الجماعات كافة. وبالتالي عند الحديث عن تمكين المرأة يكون من الصعب الاخذ في الاعتبار كافة التباينات بين النساء.

ثانياً: إن مستوى العلاقات الأسرية والحياة العائلية تؤثر في درجة تمكين المرأة في المجتمع. فكلما كان مستوى العلاقات الأسرية أكثر ترابطاً إزداد تمكن المرأة.

ثالثاً : يرى الكثير من الباحثين أن تمكين المرأة يتطلب تحولاً منتظماً في مؤسسات الدولة كافة يسمح بمشاركة المرأة ولا سيما تلك التي تدعم أسس ذكورية (فنديل، 2004)

لقد أصبح الحديث عن تمكين المرأة يتضمن قدرة المرأة على اتخاذ القرارات والتأثير في المخرجات ذات الأهمية بالنسبة لها ولأسرتها، أو بعبارة أخرى القدرة على السيطرة على حياتها ومواردها. كما لا يمكن إغفال تمكين المرأة الجمعي على المستوى المبكر الذي يضم الرجال والنساء للتحكم في الظروف الاجتماعية والاقتصادية وإحداث التغيير المجتمعي من خلال دعمهن بالامكانيات والمهارات والمصادر للمساهمة بدور فاعل في الحياة العامة والخاصة. ويعتبر الاتجاه النسوي التمكين بالأساس عملية أكثر منه مفهوم إذ إن هناك عاملاً آخر في غاية الأهمية يميز التمكين وهو الـ (Agency) ويعني أن تكون المرأة بنفسها فاعل في العملية وليست مجرد متلقية لها. فمن خلال الاقتدار الذاتي يتحقق التمكين، إذ يرتبط بحدوث تحول نفسي داخل المرأة وتغيير في رؤيتها للأمور. وأي تمكين للمرأة فإنه يخاطب الجانب الإدراكي لديها وهوبذلك يهدف إلى إيجاد المرأة القادرة على تحديد مصالحها واختياراتها بنفسها، فهي ليست قادرة على اتخاذ قراراتها فحسب بل لها كامل الحق في أن تتخذ القرارات، وهذا يعني أن تكون قادرة على التفكير خارج إطار النظام المتواجد حولها وبشكل مستقل عنه إن لم تكن في كثير من الأحيان تتحداه (William,2005)

يوجد علاقة وطيدة بين الطب وعلوم الاجتماع، فبما إن الطب يهتم بقضايا الصحة والمرض، وعلم الاجتماع يدرس البناء الاجتماعي، وعليه فإن علم الاجتماع الطبي يمثل حلقة الوصل بين العلمين، الاجتماع والطب. بمعنى أنه يدرس قضايا الصحة والمرض في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية (الدويبي، 2006). وعلم الاجتماع الطبي هو الدراسة السوسيوولوجية لقضايا الصحة والمرض، وتناول المستشفى كنسق اجتماعي وثقافي، وفحص علاقة المريض بالقوى العاملة الطبية والمؤسسات العلاجية كما يحددها البناء

الاجتماعي والوضع الطبقي (جلبي، 2005)، ومن موضوعات علم الاجتماع الطبي تدريس العوامل الاجتماعية للمرض، وعلاقة الطبيب بالمريض، والطبقة الاجتماعية والخدمات الصحية، والتنظيم الاجتماعي للمستشفى، وأساليب الاتصال، والالتحاق بالعمل الطبي والدافعية، والتعليم الطبي وغيرها. فالمؤسسة الصحية التي تقدم الخدمة هي نفسها عبارة عن نسق اجتماعي يحوي مجموعة من الأدوار وتسوده أنماط معينة من العلاقات وتحكمه ضوابط ومعايير وبناءات سلطة وبه جماعات ضاغطة، علاوة على علاقاته بالمجتمع المحلي، والمجتمع الأكبر. وفي ضوء هذه الأبعاد الاجتماعية المعقدة يتحدد مدى كفاية المؤسسة في أداء الخدمة للجمهور (محمد علي، 2007). والواقع أن الطب الحديث تعرض للانتقادات واسعة من جانب الصحافة والمحللين الاجتماعيين والجمهور وحتى الأطباء أنفسهم. وتمثلت هذه الانتقادات فيما يتصل بالتنشئة الطبية لدارسي الطب والسيادة المهنية لهذه الجماعة والتكنولوجيات المستخدمة في الممارسة الطبية وأثرها في الأداء المهني، بالإضافة إلى تأثير البناء الاجتماعي والثقافي في الطب ذاته. وعلى ذلك ظهر الإجماع العام من الأطباء وأصحاب القرار على أن التأهيل الاجتماعي للطبيب ضرورة لا بد منها لتحسين التعامل مع المجتمع وتعرف حاجاته الصحية ومواجهتها بكفاية، وبالتالي فإذا أدرك الطبيب صورة الواقع الاجتماعي والخريطة الاجتماعية للمؤسسة الصحية، والقيم والتصورات الاجتماعية لدى الجمهور طالب الخدمة، وجماعات الضغط والمصلحة في المجتمع المحلي... إلخ، وصل إلى مستوى كفي في الأداء المهني. ومن زاوية أخرى عندما يتم الوقوف على الوضع الاجتماعي للطبيب ومدى تلاؤم المثال مع الواقع بالنسبة لهذا الوضع، أمكن اكتشاف مواطن الخلل في النسق الطبي الرسمي، وعلاجه. ويصدق ذلك على الأطباء، والفنيين، والمرضات والعمال... إلخ، وعليه يتحدد مستوى الرضا عند متلقي الخدمة، المرضى (الدويبي، 2006). ومن هنا تجسدت الحاجة الأكاديمية في كليات الطب وكليات التمريض إلى تدريس علم الاجتماع والأنثروبولوجيا وتقديم إطار اجتماعي ثقافي يفيد طلبة الطب والتمريض ويبصرهم بالأداء السليم لدورهم في المجتمع، بعد أن أثبت الواقع الطبي بعض القصور في الخدمات الصحية، ووجود عوائق ثقافية واجتماعية تحول دون الأداء المهني الأفضل، ولذلك بادرت هذه الكليات بإدخال العلوم الاجتماعية والسلوكية ضمن مناهجها الدراسية، وطالبت بإجراء دراسات اجتماعية طبية تفيد دارسي الطب والتمريض، وعقد ندوات حول هذا الموضوع، كان أولها في الإسكندرية في عام (1977) وآخرها في عام (1982) في القاهرة حول "دور العلوم الاجتماعية والسلوكية في بحوث الخدمات الصحية".

ففي نظرية علم الاجتماع الطبي نجد أن الصحة العامة ليست مقتصرة على النسق الطبي فقط وإنما مرتبطة بمجموعة من العوامل الاجتماعية والثقافية والنفسية التي تسهم بالتأثير إيجاباً أم سلباً فيها، وترتبط بدور كل من الكوادر الصحية والمرضى عند عملية التفاعل الاجتماعي. فعلم الاجتماع الطبي يتناول الظاهرة الصحية باعتبارها ظاهرة اجتماعية، والمريض يجب أن يعامل في الجوانب الاجتماعية أثناء مرضه وليس فقط بيولوجياً (عراي، 1993)

لقد انفتحت شرائح المجتمع - وعلى رأسهم أهل العلم - على شرف مهنة الطب ونبيلها، فالطبيب مؤتمن على صحة النفس البشرية وهي أثنى ما لدى الإنسان، ومؤتمن على أسرار المرضى وأعراض الناس، وهاهو الإمام الشافعي رحمه الله في القرن الثاني الهجري يعبر عن ذلك بقوله: "صنفان لا غنى للناس عنهما: العلماء لأديانهم، والأطباء لأبدانهم"، وذكر الرازي من علماء القرن الثالث الهجري في فضل الأطباء: "أنهم قد جمعوا خصالاً لم تجتمع لغيرهم، منها اتفاق أهل الأديان والملوك على تفضيل صناعتهم، واعتراف الملوك والسوقة بشدة الحاجة إليهم، ومجاهدتهم الدائمة باكتشاف المجهول في المعرفة وتحسين صناعتهم، واهتمامهم الدائم بإدخال السرور والراحة على غيرهم". فإن عرف الطبيب قدر مهنته وعظيم شرفها لم يسعه إلا أن يتصرف بما يليق بقدرها ومكانتها، فعلى الطبيب أن يتصف بكل صفة حسنة تليق بالشرف الرفيع الذي حباه الله عز وجل لمن يقضون حوائج الناس ويمسحون الآلام ويفرجون كربهم، كما عليه بالمقابل أن يسمو بنفسه عن ارتكاب كل ما لا يليق به وبمهنته، كالخداع، والكذب، والتزيف، وإخلاف المواعيد، والتكبر، وادعاء ما لا يعرف، وأكل أموال الناس بالباطل (الوزان، 2006)

الأخلاقيات الطبية

إن أخلاقيات المهن الصحية تمس مصالح المواطنين، ولها ضوابط معينة لمزاوتها، تهدف إلى الارتقاء بها وحماية المجتمع من أخطاء ممارستها ومن الدخلاء عليها ورعاية مصالح الممارسين لها أنفسهم. وينطبق هذا بشكل خاص على مهنة الطب باعتبارها تمس الناس في أعلى ما لديهم وهو حياتهم وصحتهم كما تمس أسرارهم وأعراضهم وأموالهم. وهي المهنة التي قال عنها الإمام الشافعي رحمه الله "لا أعلم بعد الحلال والحرام أنبل من مهنة الطب". ويشكل الالتزام بأخلاقيات مهنة الطب عنصراً مهماً من عناصر تعزيز ثقة المجتمع بمأمونية الرعاية الصحية التي يتلقاها وسلامتها وجودتها، إذ من الطبيعي أن تهتز نظرة المريض

وأسرته والمجتمع إلى مهنة الطب - وهي في مجملها نظرة احترام و عرفان - عند اكتشافهم بأن الطبيب أو معاونيه أو مؤسسته قد أخلوا بأخلاقيات هذه المهنة.

ولقد حظيت أخلاقيات مهنة الطب بالاهتمام منذ القدم خاصة على عهد الحضارة الإغريقية التي أنجبت العالم الطبيب أبو قراط (الملقب بأبي الطب) والذي اشتهر القسم الذي يحمل اسمه، حتى جعلته الأمم اللاحقة من أساسيات مزاوله مهنة الطب وأسمته (إنجيل الأطباء)، وقد أدخلت عليه تعديلات ليواكب مختلف الأعراف والتقاليد والأديان وتطور الطب. وقد احتلت أخلاقيات الممارسة الطبية موقعا بارزا في الحضارة الإسلامية أيضاً فقد اعتمدت قبل سنوات صيغة لقسم أبوقراط في إطار (الدستور الإسلامي لأخلاقيات مهنة الطب) في مؤتمر عقد بدولة الكويت (2004) (عبد المالك، 2008)

مفهوم الأخلاقيات

إن كلمة خُلُق، خُلُقٌ جمعها أخلاق، وتعني في اللغة الطباع والعادات والطبيعة، وكذلك الدين والمرورة (المروءة)، وعند الحكماء وعلماء الأخلاق فإن (الخلق) صفة ثابتة أو هي الحالة الراسخة في النفس والتي تشكل العامل الأساس للممارسات الحسنة والسيئة.

يعلل الخواجة نصير الدين الطوسي العالم والفيلسوف الشيعي الإمامي (1209-1284) عندما يعرف الخلق على أنه: (الملكة النفسية التي تستوجب عفوية صدور الأفعال وبلا رجوع إلى الفكر أو التريث والتأمل) بأمرين أو عاملين هما الطبيعة والعادة. هكذا يرى الخواجة نصير الدين الطوسي سبب تكون الأخلاق في المكونات الطبيعية للإنسان من جهة؛ ومن جهة أخرى يعزوها إلى التكرار والتمرن والتألف مع الأعمال والسلوكيات حتى تصبح عنده ملكة خاصة تسمى عندئذ الأخلاق (دادبة، 2001)

ويعرف إصلاحاً: بأنه القوة الراسخة في الإرادة تنزع إلى اختيار ما هو خير أو ما هو شر (أبو حزمة، 1997). ويعرف علم الأخلاق بأنه: العلم المعياري لسلوك الكائنات البشرية التي تحيا في المجتمعات (ليلي، 1991). ويرى بعضهم أن الأخلاق هي "مجموع قواعد سلوك الأفراد التي تنظم علاقاتهم مع بعضهم، كما أن هذه القواعد يراعى فيها ضرورة أن تكون متوافقة مع باقي النظم الاجتماعية الأخرى (القماطي، 1991)

أهمية الأخلاقيات في الرعاية الصحية

تؤكد القوانين والانظمة المعمول بها في جميع دول العالم أهمية الأخلاقيات في الرعاية الصحية كونها تمس شريحة مهمة من المجتمع. وبذلك نجد أنه ورد في إعلان الجمعية الطبية في جنيف فيما يتعلق بالخدمات الطبية المقدمة للمرضى، والتي ركزت على خدمة الانسانية أولاً، وممارسة المهنة بكرامة وشرف، والاهتمام بالمريض وجعله من أولويات العمل الطبي ضمن العمل بأقصى طاقة، واحترام التقاليد والأعراف الطبية، وكذلك احترام القوانين والعمل على المتابعات العلمية لصقل الخبرات والمعارف للطواقم الطبي للنهوض بالمجتمع، إضافة إلى تنفيذ هذه الاخلاقيات بصرف النظر عن الدين أو العرق أو الجنس، أو السياسة أو الوضع الاجتماعي (Beauchamp,1993)

أسس أخلاقيات الطب

إن أخلاق الطبيب والقضايا المتعلقة بها تعرف باسم أخلاقيات المهنة الطبية، والتي لقيت اهتماماً كبيراً منذ ظهور الطب، وسجل ذلك في البرديات المصرية القديمة والكتابات المسمارية الحامورية البابلية، ولقد اهتم بها الإغريق وخاصة أبوقراط، حيث اشتهر قسم أبوقراط حتى أن الأمم المختلفة التي جاءت بعده على مدى (2300) عام جعلته من أساسيات المهنة الطبية بعد إدخال تعديلات عليه من حذف أو إضافة. واهتم الأطباء بقسم أبوقراط كونه يشكل أساساً للعديد من الأخلاقيات وأعمدها والتي تقوم عليها المهنة الطبية وهي على النحو التالي - **النفع وتقديم الفائدة:** بحيث يعمل الطبيب أو الممرض/الممرضة على مساعدة المريض من أجل التخلص من آلامه وأمراضه، والدفاع عن حياته. - **عدم الإضرار:** حيث يعد أحد الأركان الأساسية في موضوع العلاج، والأمراض الناتجة عن التداوي بالجراحة والأشعة والعقاقير. - **المحافظة على السر:** وهو أمر أساسي في الحياة وفي الطب إذ يطلع الطبيب على كثير من أسرار المريض، فلا يجوز له أن يفشيها إلا في حالات نادرة محددة حيث يمكن أن ينتج عن عدم كتمان السر ضرر بالغ بالآخرين، إضافة إلى - **العدالة:** والتي تتمثل في توزيع الخدمات الصحية بحيث لا تكون مقصورة على أصحاب المال والجاه بينما يحرم منها الفقراء والضعفاء والمساكين. ومن الخطأ التركيز في الخدمات الطبية والصحية على المستشفيات الضخمة المكلفة والتي تستهلك ميزانيات وزارة الصحة والقطاع الخاص، وهي إن كانت تقدم خدمات طبية مهمة، إلا أن هذه الخدمات لا تصل إلا لعدد محدود من أفراد المجتمع وبكلفة عالية جداً، بينما لا تصل أي خدمة على الإطلاق للملايين في

الأرياف وإذا وصلت فهي خدمة رديئة ضئيلة محدودة. - الاستقلالية والذاتية: ويقصد بها أن كل فرد في المجتمع بالغ عاقل راشد يتمتع بالحق في قبول أو رفض أي علاج طبيعى أو أي إجراء طبي. ولا ينتهك هذا الحق إلا في حالات الإنقاذ وخاصة عند فقدان الشخص المصاب لإدراكه ووعيه أو عند اضطراب هذا الوعي. - وأخيراً المسؤولية الطبية: حيث إن الطبيب يكون مسؤولاً عن عمله، وقد فصل علماء الإسلام في ذلك تفصيلاً دقيقاً فكان موقفهم وسطاً بين الإفراط والتفريط الذي تعاني منه البشرية (البار، 2009)

الدراسات السابقة ذات الصلة

قسمت الدراسات السابقة إلى ثلاثة محاور: الأول تناول الدراسات المتعلقة بالرضا عن السلوكيات والأخلاقيات، والثاني الدراسات المتعلقة بموضوع التحكم والمشاركة، والثالث متعلق بالمستشفيات.

الدراسات المتعلقة بالرضا عن السلوكيات والأخلاقيات

أجرى الحمد والشهيب (1991) دراسة مسحية هدفت إلى الإطلاع على رضا المستفيدين من خدمات المستشفيات والعلاقة بين المريض وجهازي التطبيب والتمريض في المملكة العربية السعودية، ومحاولة الحكم على الجوانب الفنية في الرعاية الصحية، حيث ركزت الدراسة على العنصر الإنساني لها. أظهرت النتائج انخفاض رضا جمهور المستفيدين من معاملة موظفي التسجيل في بعض المستشفيات، وانشغال الأطباء عن أعمالهم في بعض المستشفيات، ورضا أعلى في احترام معظم الأطباء لخصوصيات المرضى عند مناقشة أوضاعهم الصحية، إذ تقوم غالبية الأطباء بمناقشة مرضاهم عن حقيقة وطبيعة العمليات الجراحية قبل إجرائها.

كما أجرت ميوزك (Musick, 1997) دراسة هدفت إلى إيجاد تعريف وصيغة رسمية للأخلاقيات الطبية وتهذيبها إذ أنها ما زالت تبحث عن هوية مقبولة نوعاً ما من خلال المدارس الطبية في الولايات المتحدة. بينت الدراسة بأنه لا يوجد هناك إجماع حقيقي على تعريف التربية الطبية الأخلاقية، ذلك أن التربويين والأطباء يتصارعون في هذا المضمار على كيفية تدريس الأخلاق للأطباء. وتكونت عينة الدراسة من جميع العمداء الأكاديميين في مدارس الطب الأمريكية، وأيضاً من عينة عشوائية من الأطباء الذين تخرجوا من جامعة كنتاكي. احتوت الدراسة على متغيرات الجنس، ونوع التخصص، ومدة الدراسة والخبرة

العملية. وأظهرت النتائج أن كلية الطب شعرت بأهمية التعليمات الأخلاقية والهامة للطلبة وإن ما مجموعه (12) محتوى اصطلاحياً يجب أن يكون بمثابة الجوهر لسيرة الطلبة الأخلاقية في المستقبل، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بالجنس والأخلاق، ووجدت الدراسة أن المربين التربويين يتفقون فيما بينهم بضرورة إيجاد مفهوم الأخلاق الطبية وإصرارهم على إنشاء سيرة جوهرية في التأديب والتهديب الوظيفي.

وقام **شن (Chen,2001)** بدراسة بعنوان "إدراك المرأة للسلوكيات النافعة وغير النافعة للممرضات أثناء الولادة". هدفت إلى تقييم فهم النساء التايوانيات حول النقائهم بممرضات التوليد أثناء الولادة. وقد تم إجراء مقابلات مع عينة مكونة من خمسين أم حظيت بتجربة الولادة الطبيعية في تايوان. وتم تسجيل المقابلات والملاحظات بدقة على شريط ، جرى تحليلها من أجل تفسير الفئات وتحديد الموضوعات. أظهرت نتائج الدراسة أن ما نسبته (60%) من المشاركات أبلغن بأنهن حظين بتمريض جيد، في حين قالت (38%) منهن أنهن حصلن على رعاية تمريضية متوسطة. وقد تضمنت إجراءات الولادة الجيدة التي قيمتها المشاركات في أدوار تنفيذية لمقدمي الدعم العاطفي ومقدمي المعلومات والنصح ومقدمي المهارات المهنية الفنية والاستشاريين. وقال ما نسبته (40%) من المشاركات أن بعض الممرضات أعقن القدرة على التأقلم مع الولادة من خلال الفشل في تقديم الدعم العاطفي أو إجراءات الراحة أو المعلومات والنصح الصحيحين أو الدقيقين أو تنفيذ المهام الفنية. وخلصت الدراسة إلى أن الصورة المثالية للتمريض تشتمل على أدوار مقدمي الدعم العاطفي ومقدمي المعلومات والنصح ومقدمي المهارة الاحترافية الفنية والاستشاريين. وأفادت الدراسة بأن النتائج التي توصلت إليها تساعد أعضاء فريق التوليد على فهم إحتياجات المرضى وتمكينهم من تقديم دعم أفضل أثناء الولادة والحيلولة دون التسبب في سلوكيات تمريضية غير ذات نفع.

وفي دراسة قام بها **جونى (Johnie, 2002)** بعنوان "تجربة النساء للولادة وارتباطها بالغضب". حيث أجريت مقابلات مفتوحة مع عشر نساء تطوعن للمشاركة. وكانت جميع النساء قد حظين بتجربة الولادة المهبلية على المدى القريب دون مضاعفات. وجرى تسجيل المقابلات على شريط صوتي، وتدوينها حرفياً وتحليل المواضيع على يد مجموعة متخصصة من الباحثين. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك انتهاكاً لعقدن الضمني مع مقدمي الرعاية الصحية لهن. وقد تم التركيز على بعض المواضيع التي تؤدي إلى غضب النساء مثل: لم تتم تلبية توقعاتهن فيما يتعلق بالثقة والسلطة والتحكم والاستمرار ولم يكن على دراية بما يحصل

من إجراءات. كما بينت نتائج الدراسة أن هناك حاجة إلى توعيتهن قبل الولادة فيما يتعلق بحملهن وولادتهن، عن طريق تأسيس علاقات لتوصيل الرعاية والعناية بهن، والتي تعمل على إبقاء النساء على دراية بالأحداث والممارسات، وعلى معاملة النساء على اعتبار أنهم مشاركات في عملية صنع القرار.

وركزت دراسة قامت بها الين (Aline,2002) في توريننتو أوننتاريو- كندا، كانت بعنوان "رضا النساء عن تجاربهن الشخصية أثناء عملية الولادة الطبيعية" وتضمنت أربع عوامل هي:- التوقعات الشخصية للنساء الولادات - نسبة الدعم من قبل مقدمي الخدمة - نوعية العلاقة بين المرضى ومقدمي الخدمة - المشاركة في صنع القرار. وبينت نتائج الدراسة أن هذه العوامل تغلبت على غيرها من العوامل الأخرى المؤثرة في رضا النساء أثناء الولادة مثل العمر، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والعرق، وتحضيرات الولادة، والوسط التي تتم فيه الولادة الطبيعية، وتقيد الحركة أثناء المخاض، والتدخلات الطبية، ومتابعة الرعاية الصحية، وتأثير الألم والمداخلات الطبية أثناء الولادة والتي لم تكن ذات أهمية كأهمية وقوة تأثير مواقف وتصرفات مقدمي الخدمة، والشعور بالأمان نتيجة وجود مرافقين لهن من اختيارهن.

وقامت الصفدي (Safadi,2005) بدراسة بعنوان " المرأة الأردنية، المفاهيم والممارسات للحمل الأول". شملت الأمهات اللواتي انجبن الطفل الأول وكان عددهن (67) امرأة. وأظهرت نتائج الدراسة أن الكادر الطبي لم يعطهن الدعم المعنوي الذي احتجن إليه أثناء الولادة، حيث كان دوره مقتصرًا على العناية الطبية فقط وينقصه الدور التثقيفي للعناية بالمرأة الحامل. وقد أظهرت الدراسة أن السيدات أعربن عن ارتياحهن للولادة في المستشفى لاعتقادهن بأنها أكثر أمانًا من الولادة المنزلية، ومن هنا تتحول المرأة إلى "الشيء" الذي يصبح تحت سيطرة الكادر الصحي وتفقد التحكم بذاتها وتصبح خاضعة للقرارات التي يصيغها لها الجهاز الطبي من حقن ومراقبة أجهزة، هذا بالإضافة إلى عدم تواجد الأهل والأقارب في الوقت الذي تكون فيه بأشد الحاجة لمن تثق به ليكون بجانبها في الساعات الصعبة في هذه التجربة. وأوصت الدراسة بضرورة أن تقوم الممرضات والقابلات القانونيات بتفهم حاجات المرأة ومزج ما هو ثقافي ومعتقدات سائدة وما تحتاجه المرأة من تطور التكنولوجيا الطبية للاستفادة من الجانبين معاً في مصلحة الرعاية الصحية والنفسية للمرأة الوالدة.

وأجرى أوليفو (Olivo,2005) دراسة بعنوان رعاية الممرضة: دراسة وصفية لرضا المرأة الحامل عن خدمات الرعاية التوليدية التي يوفرها الأطباء والقابلات المؤهلات، وقد استخدمت الطريقة المسحية لمعرفة مدى رضا الأم عن القائمين على الرعاية الصحية التي تختارهم. أظهرت نتائج الدراسة عدم رضا النساء أثناء فترة ما حول الولادة عن مستوى الرعاية الصحية المقدمة لهن من قبل الكوادر الصحية، حيث إن معظم النساء لا يجدن الراحة النفسية في المستشفيات من حيث التعامل من قبل الأطباء، والقابلات، والأدوات المستخدمة في عملية الولادة.

وفي دراسة أخرى قامت بها الباحثة حسان لمستشفى رام الله الحكومي في الفترة الواقعة ما بين نيسان (2005 - آذار 2006) تناولت فيها التركيبة الإنشائية الهندسية لأقسام الولادة، والممارسات الروتينية خلال فترتي المخاض والولادة، والموارد البشرية وآراء الأمهات حول الخدمات المقدمة لهن أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة. كان الهدف من هذه الدراسة فحص جودة الخدمات المقدمة في مستشفى رام الله ، وتحديد وفهم الثغرات في خدمات الأمومة لضمان جودة أفضل، وإيجاد قاعدة بيانات أساسية من أجل استخدامها لرفع مستوى خدمات الأمومة المقدمة، ولمعرفة مدى الرضا الوظيفي. وأجريت هذه الدراسة على عينة من النساء ومقدمي الخدمة في أقسام الولادة في المستشفى باستخدام استبانة شبه منظمة . وبينت نتائج الدراسة ممارسات لا تتوافق مع الممارسات المبنية على الأدلة العلمية الحديثة مثل عدم الحركة والمشي، وعدم السماح بالأكل أو الشرب أثناء المخاض، وحقن عقار الأوكسيتوسين في المحاليل بالوريد بشكل روتيني لتعجيل المخاض، وعدم السماح بوجود أحد أفراد الأسرة للدعم، وشق العجان الروتيني بالنسبة للأمهات اللاتي يلدن للمرة الأولى، وإجراء الفحوص المهبيلية العديدة ولكنها لم تكن توثق باستمرار في السجلات، إلى غير ذلك من الممارسات التي لم تتماشى مع الممارسة الأفضل، وكانت الرعاية أقل من المستوى الأمثل . فكانت نسبة عدم رضا الأمهات عن الخدمات المقدمة وعن الممارسات في أقسام الولادة تفوق نسبة الرضا لمعظم العوامل.

وفي دراسة أجريت في جامعة دمشق (2006) حول أسباب وفيات الأمهات في الجمهورية السورية، شملت (129) حالة وفاة أمومية، وبينت أن أكثر من (92%) من الوفيات كان من الممكن تجنبها لو توافرت لهن الرعاية الصحية الجيدة، وكن تحت رعاية مشرفين صحيين ذوي كفاية. كما أضافت الدراسة بأن هناك القليل من النساء اللواتي يتابعن الرعاية

الصحية المناسبة بعد الولادة. وكان من أهم الاستنتاجات أن ما يفوق (90%) من حالات الوفيات كانت قابلة للوقاية، وأن المشكلة القائمة لا يمكن تلافيها من خلال برنامج صحي فالبرامج الصحية متوافرة وقيد التطبيق إلا أنها بحاجة إلى نظام صحي متكامل. وفي النتائج الخاصة بالوفيات وأسبابها، تبين أن حوالي (45.3%) من حالات الوفاة كانت أثناء المخاض والولادة، وأن النزيف الغزير كان السبب الرئيس للوفاة عند ثلثي الحالات المدروسة، وعند تحليل الأسباب غير الطبية للنزوف تبين أن التشخيص والعلاج الخاطئ وعدم تقدير الخطورة كانت من الأسباب الرئيسة لحدوث النزف، وهي أسباب تتعلق بمهارات المشرفين على الولادة (أطباء- ممرضات- قابلات). كما لاحظت الدراسة وجود إهمال طبي وسوء تدبير واضح في بعض الحالات، إضافة إلى أن بعض الحالات كان السبب فيها عدم توافر الأخصائيين الأكفاء أو عدم حضور الأخصائي وإعطاء الأمر هاتفياً. ومن الأسباب أيضاً تأخر الأهل في طلب الرعاية، وغياب العناية المجهزة، وإمكانات نقل الدم كانت من الأسباب الرئيسة للوفاة. ولخصت الدراسة أسباب الوفيات بتلك المنطقة بالنزيف، والتوتر الشرياني، والخثرات، والجراحة، والتخدير، والإنتانات النفاسية. وخلصت الدراسة إلى ضرورة إعداد بروتوكولات وطنية شاملة للرعاية التوليدية الطارئة وتطبيق تلك البروتوكولات على جميع المستويات والقطاعات التي تقدم الخدمات التوليدية، ووضع قائمة بالمهارات الأساسية والإضافية المطلوبة من الشخص المشرف على الولادة، وضرورة تعميم هذه القائمة بشكل واسع، ومتابعة العمل في مجال تحسين جودة الخدمات الصحية عموماً والتوليدية خصوصاً، وإعادة النظر في نوعية خدمات الرعاية أثناء الحمل، والتأكيد على وجود الرعاية الشاملة والمستمرة قدر الإمكان.

وفي دراسة هودنت (Hodnet ED et al,2007) والتي كانت ضمن مراجعتين، كوكرين (Cochrain) ففي المراجعة الأولى (1) والتي حُدثت عام (2007)، تعزز فوائد الدعم المستمر شخصاً - لشخص للنساء أثناء الولادة. وبشكل أكثر تحديداً، تستنتج المراجعة أن الدعم المستمر يفضي إلى مخاض أقصر قليلاً واحتمالية أكبر للولادة المهبلية العفوية ونقص الحاجة للمسكنات أثناء الوضع. إضافة لذلك، فإن النساء اللواتي يتلقين دعماً مستمراً هن أقل احتمالاً لأن يذكرن عدم رضاهن عن تجربة الولادة. وتشمل المراجعة المحدثّة (2)- تجربة جديدة- تتضمن (600) امرأة ما يجعل العدد الكلي للتجارب (16) والعدد الكلي للنساء المشاركات في التجارب (13391). إن ضم الـ (600) امرأة الإضافيات للتحليل الكلي قد بدلّ النتيجة التي لا يعتد بها سابقاً بشأن طول المخاض إلى مخاض أقصر قليلاً يعتد به

إحصائياً (فرق المتوسط أقل بـ (0.43) ساعة بالدعم المستمر أثناء الوضع). قيمت كل التجارب المشمولة الآثار على الأمهات وأطفالهن للدعم المستمر شخصاً لشخص أثناء الوضع مقارنة مع الرعاية المعتادة، تُظهر المراجعة أن النساء اللواتي يتلقين دعماً مستمراً شخصاً لشخص هن أقل احتمالاً لأن يحتجن للتخدير أو الولادة المهبلية بالأدوات أو العملية القيصرية. كانت جميع هذه الفروق يعند بها إحصائياً، مع أنها هامشية فقط. (مكتبة الصحة الإنجابية، 2007)

وفي تقرير صدر عن اليونيسيف (2008) بعنوان "التقدم من أجل الأطفال" أظهرت النتائج بأن وفيات الأمهات هي الأسوأ في أفريقيا، وجنوب الصحراء الكبرى، وجنوب آسيا، وعزت الأسباب إلى عدم الحصول على الرعاية الصحية الأساسية قبل الولادة وخلالها وما بعدها. كما أن المواقف الاجتماعية ولا سيما تدني مستوى المرأة تؤدي إلى إعاقة حصولها على الرعاية التي تحتاج إليها. وأشار التقرير إلى ضرورة معالجة الأسباب الكامنة وراء زيادة عدد الوفيات ومنها مستويات تعليم الفتيات، وبذل كل ما في الوسع لزيادة تمكين المرأة، ورفع مستوى الخدمات الصحية التي يعتمد عليها لتحقيق الهدف الإنمائي للألفية في عام (2015) المتمثل في تخفيض وفيات الأمهات بنسبة (75%). ويشدد تقرير "التقدم من أجل الأطفال" على أن تحسين صحة المرأة ليس مجرد واجب أخلاقي بل ينطوي على ميزة اقتصادية أيضاً لأن الأطفال الذين تتمتع أمهاتهم بصحة جيدة يرجح أن يتمتعوا هم أيضاً بصحة جيدة.

كما أجرى نانباكش (Nanbakhsh et al,2008) دراسة بعنوان "تقييم رضا العاملات في جامعة أورميا للعلوم الطبية عن خدمات الصحة الإنجابية" في عام (2003) تناولت الدراسة مقدار رضا العاملات التام في مختبر الجامعة، عن مجمل خدمات الصحة الإنجابية. وقد استوفت عينة عشوائية مؤلفة من (600) عاملة متزوجة تتراوح أعمارهن بين (15-49) عاماً، وطبقت استبانة حول الرضا. وقد أبدى (76.2%) منهن رضاهن عن خدمة الرعاية، و(15.8%) منهن رضاهن التام عن مجمل خدمات الصحة الإنجابية، في حين أبدى (34.0%) منهن عدم رضاهن أو سخطهن التام على مقدمي الرعاية الصحية الذين اخترنهن بأنفسهن.

وأجرت الغزو (2009) دراسة هدفت إلى الكشف عن العوامل المرافقة لاكتئاب ما حول الولادة بين النساء الأردنيات. ومن هذه العوامل هو رضا النساء عن رعاية ما حول

الولادة، وسعت الدراسة إلى الكشف عن الحالة النفسية للمرأة بعد الولادة. تكون مجتمع الدراسة من (353) امرأة أردنية تتراوح أعمارهن من (18-45) سنة جرى اختيارهن من مراكز العناية بالأمومة ومستشفى في مدينة إربد في الأردن. وتمت متابعة حالتهم في فترة امتدت من (6-8) أسابيع قبل الولادة وستة أشهر بعد الولادة. استخدمت الباحثة مقياس أنديرغ لقياس الاكتئاب في فترة ما حول الحمل، ومقياس الدعم الاجتماعي للأمومة، واستبانة تقديم الرعاية في فترة الولادة وما بعد الولادة. وتم جمع البيانات في فترة امتدت من (تشرين الثاني 2005 - آب 2006) وأظهرت نتائج الدراسة أن مقدمي الخدمة نادراً ما يقدمون الرعاية العاطفية أو التنقيف الصحي قبل وما بعد الولادة، وأن ارتفاع مستويات التدخل الطبي مع عدم وجود استمرارية في الرعاية والخصوصية وفتور في العلاقة بين القائم على الرعاية والمريض وانعدام الرعاية العاطفية من شأن ذلك كله أن يسهم في إحداث قلق في فترة ما بعد الولادة. كما أظهرت نتائج الدراسة أن النساء غالباً ما يتأثرن ببعض الثقافات والاجتماعيات غير المقبولة لهن للتعبير عن الحالات العاطفية السلبية المرافقة للحمل أو الولادة. كما أن الضعف في تقديم الدعم الاجتماعي وتجارب الولادة المريرة، وعدم الرضا عن العناية التي تقدم أثناء الحمل والولادة، جميعها، كانت مرتبطة بالاكتئاب في فترة ما حول الولادة. وأكدت النتائج أن عدم رضا النساء عن الرعاية التي يحصلن عليها أثناء الحمل والولادة والاحساس المرتبط بعدم وجود رقابة والشعور بالخوف قد زادت من خطر زيادة الاكتئاب في فترة ما حول الولادة. وكانت أبرز التوصيات تنقيف النساء قبل الحمل، وتنقيف مقدمي العناية بالأمومة بأهمية تنقيف المرأة أثناء فترة الحمل، وضرورة إشراك النساء في صنع القرارات التي تتعلق برعايتهن واحترام اختياراتهن.

الدراسات المتعلقة بموضوع التحكم والمشاركة

في دراسة أجريت في كلية التمريض في جامعة نيو مكسيكو قام بها Sedler et al (2005) بعنوان "تخفيف نتائج التمزقات التي تصيب منطقة العجان عند الولادة الفجائية التي تحدث غالباً أثناء المرحلة الثانية من المخاض لتسهيل خروج الجنين". وذلك باستعمال مقاييس محددة مبنية على براهين لم تعرف باستعمالها بعد، وطبقت على عينة عشوائية مقسمة على ثلاث مجموعات مكونة من (1211) سيدة لا تشكو من أي مرض. تضمنت الدراسة استعمال كمادات دافئة على منطقة العجان والتدليك بالكريمات المطرية وعدم المساس بمنطقة العجان إلا عند ظهور رأس الجنين. وكان الهدف من استعمال هذه الإجراءات تقليل استعمال بعض

الممارسات كشق العجان والذي يستعمل بكثرة فترة خروج الجنين، ولمعرفة إذا كانت أي من هذه الطرق تصاحب النسبة الأقل من التمزقات التوليدية في المسالك التناسلية والتي تحدث غالباً في هذه المرحلة من المخاض وتعاني منها المرأة بعد كل ولادة. وسجلت النتائج متضمنة البيانات المعطاة لكل حالة العمر، الرعاية الإكلينيكية، وصف الجرح الناتج، شكله، موضعه وامتداده في منطقة العجان. وقد كان لوضع الجلوس للام أثناء الولادة والرعاية المستمرة المدعمة باللطف والتفهم مع التحكم برأس الجنين عند حدوث الانقباضات أثرها في الحد من استعمال شق العجان، وتقليل حدوث التمزقات في المسالك التناسلية، مما أسهم في إضفاء نتائج ذات مستوى عالٍ وتقبل من عدد كبير من الأمهات أثناء الولادة. فكانت التوصيات بأن يترك قرار استعمال هذه الطرق إلى المرأة المستهدفة والطبيب المشرف للمساعدة في تأمين راحة الأمهات عند الولادة.

كما أجرى غابرييش وزملاؤه بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية (1999) - (2008) دراسة طولية للكشف عن التكيف الثقافي لخدمات الولادة في منطقة ريف أيا كوشو، البيرو. بينت الدراسة ارتفاع معدل وفيات الأمهات بشكل خاص بين النساء الفقيرات من السكان الأصليين في ريف البيرو، ويساهم في ارتفاعه الاستخدام المتواضع لمرافق الرعاية الذي يعود جزئياً لعدم مراعاة نظام الرعاية الصحية للحساسية الثقافية. وسعت هذه الدراسة إلى تطوير نموذج للرعاية أثناء الولادة في مجتمعات ريفية معزولة وفقيرة بحيث يكون مناسباً. تضمن النموذج بعض الميزات مثل حبل ومقعد طويل من أجل الوضعية العمودية للولادة، ووجود أحد أفراد العائلة أو القابلة خلال عملية الولادة، واستخدام لغة قبائل الغيوشيا. تزايدت نسبة الولادات التي تمت في المرافق الصحية من (6%) في عام (1999) إلى (83%) في عام (2007)، وترافقت الزيادة مع مستوى رضا عالٍ. وتم في عام (2000) تنفيذ نماذج الولادة العمودية المكيفة ثقافياً في المركز الصحي في سان خوسيه دي سيس. تم إجراء ثلثي الولادات في عام (2000) بالطرق المعدلة ثقافياً وازدادت النسبة إلى (94%) في عام (2004). وأظهر مسح التقييم بأن (49%) من النساء من السكان الأصليين قد علمن بوجود الخدمة المعدلة ثقافياً، وكذلك (72%) من النساء اللواتي استخدمن الخدمة أجمعن كلهن على شعورهن بالراحة في غرفة الولادة، ولولادتهن في ثيابهن الخاصة بوجود أزواجهن، كما عبرت (90%) منهن عن رضاهن عن الخدمة وبأنهن مستعدات لاستخدامها مجدداً كما يوصين الأخريات بها.

وهدفت دراسة أجرتها الزين (2009) بعنوان "تبعات ما بعد الولادة بما له علاقة بعوامل الخطر وشق العجان"، إلى تعرّف على أثر بعض العوامل والمداخلات الطبية مثل استخدام التخدير، ووضع المريضة أثناء الولادة، والوسيلة التي استخدمت أثناء الولادة إن كانت طبيعية أو بواسطة الشفط، وتأثيرها في شق العجان وفي مدى الرضا لدى النساء الأردنيات. أظهرت نتائج الدراسة أن النساء اللواتي أنجبن الأطفال بولادة مهبلية طبيعية وبشكل سليم كانت نسبة الرضا لديهن (48.27%). أما نسبة رضا النساء اللواتي أنجبن الأطفال وحصلت لديهن مضاعفات أثناء الولادة فكانت (39.43%)، وكانت نسبة الرضا متدنية جداً لاختيار المرأة الوضع الملائم لها أثناء الولادة وذلك لأنه لم يكن لها الخيار أو المشاركة في أخذ القرار.

الدراسات المتعلقة بالمستشفيات

أعد العدوان وعبد الحليم (1997) دراسة تناولت العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمريض في المستشفيات الأردنية وشملت الدراسة (800) مريضاً من المقيمين في المستشفيات الحكومية والخاصة والبالغ عددها (62) مستشفى. وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط بين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية ومدى اهتمام الطبيب أثناء المعالجة وفترة الانتظار ومعاملة موظفي المستشفى للمرضى. وبيّنت الدراسة بأن عاملي نظافة المستشفى ونوع المستشفى كان لهما الأثر الأكبر في تحقيق الرضا لدى أفراد العينة. كما أظهرت الدراسة تباين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة بين المحافظات حسب نوع المستشفى، إذ كان مستوى الرضا متقارباً لكلا النوعين من المستشفيات في محافظة عمان فقط، وكان الرضا أعلى بدرجة ملحوظة في باقي المحافظات بالنسبة للمستشفيات الخاصة عنها في الحكومية.

أجرت دونابيديان (Donabedian,1980) دراسة بعنوان "رضا المريضة عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة خلال فترتي المخاض والولادة، ومدى فعالية وجودة الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات". في مستشفى الضاحية في القسم الجنوبي من تايلاند. وكان الهدف من الدراسة معرفة العوامل المؤثرة على رضا النساء التايلانديات عن خدمات الرعاية الصحية أثناء الولادة. وأشارت هذه الدراسة إلى أسباب القيام بالدراسات والبحوث المتعلقة بمدى رضا المرضى عن الخدمات الصحية، كما بينت أوجه ومجالات الاستفادة من نتائج الدراسات في مجال تطوير الخدمات الصحية، وكان أهم الأسباب هو ضمان الصحة الجسدية

والنفسية للمريض، حيث أن رضا المريض عنصر أساسي من عناصر الصحة النفسية ودليل مهم على جودة خدمات الرعاية الصحية. قامت الدراسة باستطلاع آراء وانطباعات المستفيدين حول بعض الجوانب التي يمكن للمستفيدين إصدار أحكام حولها، وانطلاقاً من معرفة الباحثة بأنه من الصعب جداً على المستفيدين الحكم على الجوانب الفنية والتقنية في الرعاية الطبية لعدم توافر المعلومات لديهم حول هذه الجوانب التخصصية الدقيقة، لذلك لم تتناول هذه الجوانب، واكتفت بالتركيز على العنصر الإنساني للرعاية الطبية، بتناول الجوانب المتعلقة بالعلاقات الإنسانية والاتصالات وبيئة المستشفى الداخلية والخارجية، وإجراءات ونظم العمل، وخاصة الراحة والمتعة. كانت عينة الدراسة من (310) سيدة. أظهرت الدراسات الأولية لبعض النساء بعد الولادة أنهن لم يكن راضيات عن الرعاية، وعن تجربة الولادة كلياً. وأظهرت النتائج أيضاً قصور الوعي بمفهوم الجودة لدى العاملين في القطاع الصحي، والذي بدوره يؤثر سلباً في رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لهم، كما أن هناك العديد من العمليات التي تسعى إلى التحسين والتطوير في الخدمات الصحية التي لا تلقى الاهتمام الكافي من قبل الجهات المعنية. وأظهرت النتائج أيضاً عدم وجود نظام متكامل يعمل على توثيق ومراجعة نظام الجودة بما يحقق كفاية الأداء، وعدم توافر نظام للعمليات والسياسات والإجراءات التنظيمية في المستشفيات مطابقاً للمواصفات التي يتم وضعها من قبل وزارة الصحة، وكذلك ضعف مشاركة جميع الأفراد في مسؤولية التنسيق والتوجيه والمتابعة المنهجية الشاملة لنشاطات الجودة داخل المستشفيات. فكان من توصياتها زيادة عدد مقدمي الخدمة الصحية، ومعرفة العوامل المرافقة والمؤثرة في رضا المريضة عن الرعاية الصحية أثناء الولادة والتي ستساعد النساء في الحصول على خبرة إيجابية عن الولادة وتقبل فكرة الحمل مجدداً.

وفي دراسة قام بها الباحثان **سويدان ومحفوظ (2008)** اهتمت بالسياسات والممارسات الظاهرة للولادة الطبيعية في المستشفيات الأردنية وإذا ما كانت المرأة تعطي خيارات عند الولادة أم لا. كانت العينة ضمن مجموعة المستشفيات المستهدفة- الخاضعة للدراسة- وعددها (30) مستشفى، تمت عن طريق مقابلات، واستبانة، فكانت النتيجة أن بعض المستشفيات مجهزة للعمل كطوارئ للتوليد، وعدد كبير من المستشفيات مجهزة بإجراءات روتينية أخرى تهتم بالرعاية الإنجابية، و(20%) من المستشفيات لا يوجد لديها إجراءات التقييم الداخلي، وأن بعض الإجراءات غير الضرورية تمارس بكثرة في بعض المستشفيات مثل: تقييد حركة المرأة أثناء الولادة، عمل الحقنة الشرجية، حلاقة شعر العانة

وغيرها، وبعض المستشفيات لا تسمح بوجود دعم اجتماعي أسري لتشجيع المرأة أثناء الولادة. فكانت التوصية بدعم المعرفة والتوعية بهذه الإجراءات والمعلومات، وإعطاء المرأة الخيارات لتمارس حقها باختيار الأفضل.

كما أجرى كارلتون (Carlton et al, 2009) دراسة بعنوان "صنع القرار عند المرأة الحامل، قضايا إثنية للممرضات في فترة الولادة" حيث بين الباحثون في دراستهم أن عملية صنع القرار عند المرأة الحامل فيما يتعلق بأولويات الولادة تزيد من المشكلات الإثنية/العرقية ذات العلاقة بالاهتمام بالمرأة أثناء الولادة. إذ إن عملية الولادة تمثل حدثاً قوياً يتحدى الحياة والذي يترك تأثيراً دائماً في المرأة الحامل. وقد يتم تصور تجربة الولادة إيجابياً أو سلبياً أو قد يصاحبها شعور بالتناقض. إن هذه الدراسة النوعية الوصفية طرحت سؤالاً مفاده: ما العوامل التي تؤثر في تحدي المرأة في أولوية ولادتها المذكورة بدءاً من الولادة غير المعالجة وانتهاء بالولادة المعالجة؟ تكونت عينة الدراسة من (33) امرأة أنجبن للمرة واحدة ونساء أنجبن عدة مرات كن قد غيرن أولوية الولادة المذكورة خاصتهن بسبب الألم أثناء الولادة، وقد تمت المقابلات التي أجريت مع النساء الوالدات في غضون شهر واحد من الولادة. وقد اشتملت المواضيع الرغبة في ولادة غير معالجة تحدياً موجهاً للولادة المعالجة، وشعور بالإحباط أو الارتياح أو الرضا، والتفكير في التغيير. بينت نتائج الدراسة أن تأثير الدعم المهني الذي ينشأ على يد الممرضات هو السبب في تكرار عملية الولادة، وأن المبادئ الإثنية مثل الاستقلال والصدق والخير والموافقة الواعية ومبدأ المصلحة الفضلى والالتزامات يجب أن يتم تطبيقها عند الاهتمام بالمرأة الوالدة بما تحكمه أخلاقيات الرعاية.

ملخص الدراسات السابقة

وجدت الباحثة من خلال إطلاعها على الدراسات السابقة ذات الصلة أن معظم الدراسات بينت انخفاض رضا النساء الوالدات عن مستوى الرعاية الصحية في المستشفيات، فالكادر الصحي قليلاً ما يقدم ما تحتاجه النساء من الرعاية العاطفية أو التنقيف قبل وما بعد

الولادة. كما أظهرت بعض الدراسات ارتفاع مستويات التدخل الطبي مع عدم وجود استمرارية في الرعاية والخصوصية، وفتور في العلاقة بين القائمين على الرعاية والمريض، وانعدام الرعاية العاطفية والتي من شأنها أن تعمل على إحداث قلق في فترة ما بعد الولادة. كما أظهرت نتائج بعض الدراسات أن النساء غالباً ما يتأثرن ببعض الثقافات والاجتماعيات غير المقبولة لهن للتعبير عن الحالات العاطفية السلبية المرافقة للحمل أو الولادة. كما أن الضعف في تقديم الدعم الاجتماعي وتجارب الولادة المريرة، وعدم الرضا عن العناية التي تقدم أثناء الحمل والولادة، جميعها، كانت مرتبطة بالاكنتاب في فترة ما حول الولادة. وأكدت النتائج أن عدم رضا النساء عن الرعاية التي يحصلن عليها أثناء الحمل والولادة والاحساس المرتبط بعدم وجود رقابة والشعور بالخوف تضاعف من خطر زيادة الاكنتاب في فترة ما حول الولادة. كما في دراسة (Safadi,2005)، و(Olivo , 2005)، و(الغزو، 2009)، ودراسة جامعة حلب (2006)، وحسان(2005-2006)، و(Carlton, 2009). كما أظهرت نتائج بعض الدراسات ضرورة الالتزام بالمعايير والاخلاقيات الطبية، وضرورة تعليمها للطلبة كما في دراسة (Musick, 1997). وأظهرت بعض نتائج الدراسات أن العديد من الممرضات قد أعقن القدرة على التأقلم مع الولادة من خلال الفشل في تقديم الدعم العاطفي أو إجراءات الراحة أو المعلومات والنصح الصحيحين أو الدقيقين أو تنفيذ المهام الفنية كما في دراسة (Chen, 2001) والغزو(2009) و(Safadi,2005)، وأن هناك حاجة ماسة إلى توعية النساء قبل الولادة فيما يتعلق بحملهن وولادتهن، عن طريق تأسيس علاقات لتوصيل الرعاية والعناية بهن، والتي تعمل على إبقاء النساء على دراية بالأحداث والممارسات، وعلى معاملة النساء على اعتبار أنهن مشاركات في عملية صنع القرار كما في دراسة (Johnie, 2002)، كما بينت بعض الدراسات أن الدعم المستمر للمرأة يؤدي إلى تسهيل عملية الولادة، وكذلك احتمالية أكبر للولادة الطبيعية، فالنساء اللواتي يتلقين دعماً مستمراً هن أقل احتمالاً لأن يذكرن عدم رضاهن عن تجربة الولادة كما في دراسة (Hodnett ED,2007). وأظهرت النتائج أيضاً عدم توافر نظام للعمليات والسياسات والإجراءات التنظيمية في المستشفيات مطابقاً للمواصفات التي يتم وضعها من قبل وزارة الصحة، وكذلك ضعف مشاركة جميع الأفراد في مسؤولية التنسيق والتوجيه والمتابعة المنهجية الشاملة لنشاطات الجودة داخل المستشفيات كما في دراسة جامعة دمشق (2006)، وأن (20%) من المستشفيات لا يوجد لديها إجراءات التقييم الداخلي، وبعض الإجراءات غير الضرورية تمارس بكثرة في بعض المستشفيات كما في دراسة سويدان ومحفوظ (2008). كما بيّنت

بعض الدراسات بأن نوع المستشفى كان له الأثر الأكبر في تحقيق الرضى لدى المرضى، وبينت بعض الدراسات أن عدم تمكين المرأة يسبب إعاقة في الحصول على الرعاية المناسبة وازدياد في وفيات الأمهات كما في دراسة اليونيسيف (2008)، وأظهرت النتائج تفوق مستشفيات القطاع الخاص على القطاع الحكومي كما في دراسة (Donabedian, 1980)، والعدوان وعبد الحليم (1997).

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل عرضاً لمنهج الدراسة ومجتمعها وعينتها والأدوات التي استخدمت فيها، والطريقة التي تم فيها إيجاد الصدق والثبات والخطوات التي طبقت فيها الدراسة والأساليب الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات التي تم الحصول عليها.

تكفلت الباحثة بمراعاة المعايير الأخلاقية والمهنية من سرية المعلومات، من حيث عدم ذكر اسم المريضة، وعدم ذكر اسم المستشفى، واستئذان إداريو المستشفيات بتعبئة الاستبانة لديهم بكتاب رسمي من قبل مركز دراسات المرأة / الجامعة الأردنية ولغايات البحث العلمي فقط، وكذلك الاستئذان من المريضة نفسها بالقيام بتعبئة الاستبانة.

منهج الدراسة

تم استخدام كل من:

- **المنهج المسحي الوصفي:** لقياس مدى رضا النساء الأردنيات عن الخدمات الصحية المقدمة لهن أثناء المخاض والولادة ودرجة تمكين المرأة في هذا المجال.
- **المنهج المقارن:** لإظهار مدى التباين في مستوى الرضا عن تقديم خدمات الرعاية بين مستشفيات القطاعين العام والخاص.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من النساء الأردنيات في مرحلتي المخاض والولادة في المستشفيات الأردنية بمدينة عمان وضواحيها بقطاعيه العام والخاص، والبالغ عددهن (320) امرأة. وضمن فئة عمرية (18-45) سنة، من شهر آب - كانون أول/2009 .

عينة الدراسة

- تكونت عينة الدراسة من (320) امرأة من النساء الأردنيات في مرحلتي المخاض والولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة عمان وضواحيها. حيث قامت الباحثة بنفسها بالتواصل مع السيدات المستهدفات في أربع مستشفيات خاصة، ومستشفين حكوميين في مدينة عمان، وفي الضواحي: في مادبا مستشفى حكومي ومستشفى خاص، في الزرقاء مستشفين حكوميين ومستشفى خاص، في السلط مستشفى حكومي فقط نظراً

لعدم وجود مستشفى خاص. وقد استخدمت الباحثة ممرضتين في إحدى المستشفيات وذلك بعد تدريبهما على طريقة جمع المعلومات.

حيث تم اختيار العينة بالطريقة القصدية، بما نسبته (50%) تقريباً من مجتمع الدراسة. بواقع (25%) امرأة من مستشفيات القطاع العام و(25%) امرأة من مستشفيات القطاع الخاص.

معادلة حجم العينة Sample Size

باستخدام t- test ، effect size = (0.3) medium size ، $\alpha = (0.05)$ ، power (0.80)

$$n = \frac{((Z * \sigma)^2 / (e)^2)}{1 + ((1/N) * (Z * \sigma)^2 / (e)^2)}$$

$$1 + ((1/N) * (Z * \sigma)^2 / (e)^2)$$

كرونباخ ألفا للسلوكات = (0.93)، عدد البنود (15)، حجم العينة (320).

كرونباخ ألفا للمشاركة = (0.53)، عدد البنود (4)، حجم العينة (320).

كرونباخ ألفا للرضا = (0.95)، عدد البنود (20)، حجم العينة (319).

Effect size (0.15) medium to small, $\alpha = 0.05$, Power = (0.86) = Total Sample Size (320).

الدخول إلى المستشفى خلال شهر

Using t-test. $\alpha = (0.05)$

Effect size = (0.3) medium size

Power = (0.80) = Total Sample Size (64)

N= حجم المجتمع

n = حجم العينة المطلوبة

Z= مستوى الثقة عند (0.95)

σ = الانحراف المعياري

e = مقدار الخطأ

أداة الدراسة

استخدمت الباحثة أداة صممتها لغاية البحث وتكونت من الأقسام التالية:

القسم الأول تكون من جزئين، الجزء الأول من الأسئلة الني تشمل المعلومات الديموغرافية الشخصية للمرأة، وتناول الجزء الثاني أسئلة تدور حول الحمل والولادة وكان عددها (23) سؤالاً.

القسم الثاني تضمن أربعة أسئلة تدور حول قدرة المرأة على التحكم بالذات أثناء المخاض والولادة. وكانت الدرجات تتراوح بين دائماً، غالباً، أحياناً، أبداً، ولاحتماب درجة التحكم تم عكس السؤال رقم (2) ليأخذ الجواب أبداً قيمة تساوي (4) درجات وبذلك تكون الدرجة لدى المرأة التي تتمتع بكامل القدرة على التحكم على مجريات المخاض والولادة تساوي (16).

القسم الثالث تكون من (15) سؤالاً، يدور حول طبيعة سلوكات الكوادر الصحية تجاه المرأة أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة ولمدة (24) ساعة وحسب معايير المهنة. وصممت هذه الأسئلة بالرجوع إلى نصوص معايير المهن الطبية والاستفادة منها للكشف عن مدى التزام الكوادر التي تقدم الرعاية الصحية للمرأة أثناء المخاض والولادة ومباشرة بعد الولادة خلال (24) ساعة.

القسم الرابع يتألف من (20) سؤالاً، تم اختيارها بعد الرجوع إلى القراءات البحثية حول موضوع الرضا لدى المرأة أثناء المخاض والولادة والاستفادة من بعض الأسئلة، وتدرّج وفق مقياس ليكرت الخماسي.

صدق الأداة

تم عرض الاستبانة بصيغتها الأولية على عدد من المحكمين بلغ عددهم (8) من ذوي الاختصاص في مجال الصحة الإنجابية من أطباء وممرضين وأكاديميين من الجامعات الأردنية، ومن عدة اختصاصات أخرى ذات صلة بموضوع الدراسة، وقد طلب من المحكمين إبداء ملاحظاتهم وآرائهم حول مدى ملاءمة الفقرة لقياس المتغير الخاص بها ومناسبة صياغتها اللغوية، وإضافة أية فقرة يرونها مناسبة وحذف أية فقرة يرونها غير مناسبة، ولم يبد أي محكم أي اعتراض على انتماء الفقرات لمجالاتها بينما تم تعديل بعض الصياغات اللغوية، واختصار عدد الأسئلة الكلي ليتلاءم مع ظروف المرأة، التي اقترحتها بعض المحكمين. وتم أخذ التعديلات بعين الاعتبار وتغيير ما هو مطلوب من حيث الصياغة، وطريقة طرح الأسئلة.

ثبات الأداة

لقياس ثبات أداة الدراسة، تم تطبيق أداة الدراسة على عينة استطلاعية تكونت من (22) امرأة من خارج أفراد عينة الدراسة، ثم استخرجت معاملات ثبات الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) وبلغ معامل الثبات (0.86) وهو مناسب لأغراض البحث العلمي. وقياس معامل الثبات لأقسام الأداة المختلفة لعينة الدراسة، فقد تم إيجاد كرونباخ ألفا لكل مقياس، وكانت النتائج: معامل الثبات لقياس (درجة الرضا) كرونباخ ألفا (0.95) ، عدد البنود (20)، وعدد الحالات (319). وفي مقياس (درجة التحكم) كان معامل الثبات كرونباخ ألفا (0.53) ويعتبر هذا الرقم منخفضاً ويعزى ذلك لعدد الأسئلة القليلة. وكان عدد البنود (4) وعدد الحالات (320). ومعامل الثبات لقياس معايير السلوكيات فقد كان (0.93) وعدد البنود (15) وعدد الحالات (320).

إجراءات الدراسة

اتبعت الخطوات الآتية:

بعد أن تم تطوير أقسام الأداة، والتأكد من صدقها وثباتها وضعت في استبانة واحدة.

1. اختيرت عينة قصدية تكونت من (320) امرأة من النساء الأردنيات في مرحلتي المخاض والولادة وما بعد الولادة لمدة (24) ساعة في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة عمان وضواحيها.
2. أعطيت فترة خمسة أشهر للإجابة عن فقرات الاستبانة، وجمعت الاستبانات التي اكتملت تعبئتها.
3. تم ترميز (تصحيح) الاستجابات عن استبانة الدراسة بحيث أعطيت البدائل المختلفة أرقاماً تراوحت بين (1-5) درجات، حيث أعطيت (5) درجات للإجابة دائماً، و(4) درجات للإجابة غالباً، و(3) درجات للإجابة أحياناً، ودرجتان للإجابة نادراً، ودرجة واحدة للإجابة أبداً. وتم ترميز جميع أسئلة الديموغرافية وذلك لإدخالها إلى برنامج الحاسوب (SPSS version 15).

المعالجات الإحصائية المستخدمة:

- للإجابة عن أسئلة الدراسة تم استخدام (t- test) ، للمقارنة بين مستشفيات القطاع العام والخاص لكافة متغيرات الدراسة الواردة في الاستبانة واحتساب المعلومات الوصفية من متوسطات حسابية وانحرافات معيارية.
- وتم استخدام التكرارات والنسب المئوية.
- واجهت الباحثة بعض الصعوبات أثناء العمل الميداني وهي كالآتي:**
- رفض بعض المستشفيات الحكومية والخاصة استقبال الباحثة وعدم إعطائها المعلومات التي تحتاج لها من أجل اتمام عملية البحث.
- صعوبة تجول الباحثة بمفردها عند تعبئة النماذج.
- أعداد النساء لم تكن كافية في الزيارة الأولى مما ترتب على ذلك مراجعة المستشفى نفسها أكثر من مرة.
- عدم قدرة النساء على تعبئة الاستبانة وحدهن نظراً لوضعهن الصحي مما زاد العبء على الباحثة بتعبئة أكثر البيانات.
- ردود المستشفيات بالموافقة على إجراء البحث الميداني استغرق وقتاً طويلاً على الرغم من وجود كتاب رسمي من الجامعة الأردنية يؤكد أن هذه الاستبانة لغاية البحث العلمي فقط.
- بعض المستشفيات كانت تنقصها النظافة والترتيب وغير مرتبة إنشائياً.
- ازدحام النساء الوالدات في غرفة واحدة مع المرافقات ومع أطفالهن الجالسات على الأسرة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

تناول هذا الفصل عرض النتائج المتعلقة بالدراسة، حيث هدفت هذه الدراسة إلى تعرّف طبيعة سلوكيات مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة، ومدى رضا المرأة المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية المقدمة لها، والتباين في مستوى خدمات الرعاية الصحية بين القطاعين العام والخاص، ودرجة رضا النساء عن الخدمات المقدمة بين القطاعين.

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية مع تحديد الرتبة، والأخذ بالاعتبار، أن الفقرة ذات المتوسط الحسابي الذي يتراوح بين (1- 2.33) تعني درجة ضعيفة، والفقرة ذات المتوسط الحسابي الذي يتراوح بين (2.34- 3.67) تعني درجة متوسطة، والفقرة ذات المتوسط الحسابي الأعلى من (3.67) تعني درجة عالية، وذلك اعتماداً على المدى القياسي للفقرة الذي تتراوح درجاتها بين (1 - 5).

تم عرض النتائج للقسم الأول من أداة الدراسة والمتعلق بالخصائص الديموغرافية كما تظهرها الجداول (1) و(2) و(3)

الجدول (1)

التكرارات والنسب المئوية للخصائص الديموغرافية

البند	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
العمر	19-29	87	42.2
	30-39	81	39.3
	40-50	38	18.5
العمل	تعمل	113	35.3
	ربة بيت	201	62.8
	متقاعدة	6	1.9

	44	غير معروف	
22.5	72	أقل من ثانوية عامة	المستوى التعليمي للأم n=320
25.3	81	ثانوية عامة	
15.6	50	دبلوم	
30.0	96	بكالوريوس	
6.6	21	دراسات عليا	
11.9	38	أقل من ثانوية عامة	المستوى التعليمي للزوج n=320
31.6	101	ثانوية عامة	
21.9	70	دبلوم	
29.0	93	بكالوريوس	
5.6	18	دراسات عليا	
28.8	92	قرية	مكان السكن n=320
71.2	228	مدينة	
9.7	31	أقل من 200 دينار	الدخل الشهري n=320
28.8	92	200-499 دينار	
23.8	76	500-999 دينار	
9.0	29	1000-1499 دينار	
11.5	37	1500-1999	
17.2	55	2000 فأكثر	
6.6	21	لا يوجد	عدد الولادات السابقة n=320
34.4	110	ولادة واحدة	
59.0	189	ولادتان أو أكثر	
23.4	75	نعم	التعرض للإجهاض n=320
76.6	245	لا	
68.0	51	واحدة	عدد الإجهاضات n=75
18.7	14	عدد اثنتان	
9.3	7	عدد ثلاثة	
4.0	3	أكثر من أربعة	
	245	غير معروف	
28.5	72	واحد	العدد الكلي للأولاد الأحياء n=198
67.5	126	اثنتان وأكثر	
	122	غير معروف	
42.7	97	واحد	عدد الذكور n=227
57.3	67	اثنتان وأكثر	
	93	غير معروف	
47.0	71	واحدة	عدد الإناث n=151
53	80	اثنتان وأكثر	
	169	غير معروف	

الجدول (2)

التكرارات والنسب المئوية للأحمال

50.0	121	مستشفى عام	مكان الولادات السابقة -الولادة الأولى- n=242
45.5	110	مستشفى خاص	
4.5	11	البيت	
	78	غير معروف	
44.4	72	مستشفى عام	الولادة الثانية n=162
51.2	83	مستشفى خاص	
4.3	7	البيت	
	158	غير معروف	
63.8	74	مستشفى عام	الولادة الثالثة n=116
25.9	30	مستشفى خاص	
10.3	12	البيت	
	204	غير معروف	
80.3	61	مستشفى عام	الولادة الرابعة n=76
13.2	10	مستشفى خاص	
6.6	5	البيت	
	244	غير معروف	
80.9	38	مستشفى عام	الولادات الأخرى n=47
8.5	4	مستشفى خاص	
10.6	5	البيت	
	273	غير معروف	
84.1	269	نعم	تلقي معلومات عن الحمل والولادة(الأحمال السابقة) n=319
	1	غير معروف	
85.3	273	نعم	تلقي معلومات عن الحمل والولادة (الحالي) n=320
14.7	47	لا	
	1	غير معروف	
40.3	129	الطبيب	الجهة التي قدمت المعلومات عن الولادة أثناء الحمل n=243
7.8	25	الممرض	
.6	2	طلبة التمريض	
19.4	62	الأم أو العائلة	
2.5	8	الصدقات/الجيران	
2.2	7	وسائل الإعلام	
2.8	9	قراءة الذاتية	
0.3	1	غير ذلك	
	77	غير معروف	
78.0	248	نعم	كانت المعلومات كافية n=318
33	70	لا	
	2	غير معروف	
68.1	218	نعم	التخطيط للحمل الحالي مع الزوج n=320
31.9	102	لا	
33	70	نعم	متابعة خدمات الحمل والأمومة بانتظام أثناء الحمل
20.6	66	لا	

			n=320
49.4	158	عيادة خاصة	n=320 مكان متابعة خدمات الحمل والأمومة
34.7	111	عيادة مركز صحي	
10.6	34	مستشفى حكومي	
1.6	5	مستشفى جامعي	
3.8	12	جمعية تنظيم الأسرة	
45.6	115	الطبيب	n=252 الإشراف على العناية أثناء المخاض
34.1	86	القابلة القانونية	
17.5	44	المرمضة القانونية	
1.2	3	مساعدة التمريض	
0.8	2	أفراد من أسرتي	
0.8	2	لا اعرف	
	168	غير معروف	
69.8	150	الطبيب	n=215 الإشراف على العناية أثناء الولادة
22.3	48	القابلة القانونية	
6.0	13	المرمضة القانونية	
.9	2	مساعدة التمريض	
.9	2	لا اعرف	
	105	غير معروف	
32.2	65	الطبيب	n=202 الإشراف على العناية بعد (24) ساعة من الولادة
13.9	28	القابلة القانونية	
42.1	85	المرمضة القانونية	
4.5	9	مساعدة التمريض	
5.9	12	أفراد من أسرتي	
1.5	3	لا اعرف	
	118	غير معروف	

جدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للخصائص الديموغرافية

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
32	7.0	العمر
3	1.6	الدخل الشهري
2	1.5	عدد الولادات السابقة
3	1.4	عدد الولادات الحية
2	1.2	عدد الإناث
1	1.2	عدد الذكور

لقد تم حساب التكرارات والنسب المئوية لجميع البنود. ونظراً لوجود بعض البيانات الناقصة وضعت خانة جديدة تحت عنوان غير معروف، ويرجع ذلك إلى وضع المرأة أثناء المخاض والولادة، وصعوبة أخذ البيانات كاملة.

الجدول رقم (4)

مضاعفات الولادة في الأحمال السابقة

9	8	7	6	5	4	3	2	1		
غير ذلك n(%)	عسر ولادة n(%)	ولادة متأخرة n(%)	ولادة مبكرة n(%)	نزيف n(%)	التهابات n(%)	اجهاضات n(%)	ارتفاع الضغط n(%)	سكري الحمل n(%)	الحمل	الرقم
12(12.4)	24(24.7)	8(8.2)	7(7.2)	12(12.4)	13(13.4)	12(12.4)	6(6.2)	3(3.1)	الأول	1
4(10.8)	12(32.4)	4(10.8)	3(8.1)	-	4(10.8)	10 (27.0)	-	-	الثاني	2
2(7.4)	-	4(14.8)	4(14.8)	11(40.7)	-	6(22.2)	-	-	الثالث	3
2(18.2)	2(18.2)	2(18.2)	2(18.2)	3(27.3)	-	-	-	2(18.2)	الرابع	4
-	3(16.7)	-	-	6(33.3)	-	2(11.1)	-	7(38.9)	أحمال أخرى	5

n = عدد التكرارات ، النسبة المئوية (%)

وحول الإجابة عن أسئلة الدراسة وحساب المعدلات والانحرافات المعيارية واستخدام t-test لإجراء المقارنة بين مستشفيات القطاعين العام والخاص نورد النتائج الآتية:

نتائج السؤال الأول "ما طبيعة سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعرفة طبيعة سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة.

يلاحظ من الجدول (5) أن إجابات النساء عن طبيعة سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة كانت متفاوتة من مرتفعة إلى متوسطة بمتوسط حسابي يتراوح ما بين (2.51-4.00) وبانحراف معياري تراوح ما بين (1.14-1.41)، إذ جاءت الفقرة (6) وتنص على "أشعر بالارتياح لقيام أطباء مهرة بالعناية بي أثناء المخاض والولادة ولفترة 24 ساعة بعد الولادة." بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.00) وبانحراف معياري (1.14)، ثم جاءت الفقرة (4) وتنص على "تم مخاطبتي باستعمال اسمي الشخصي باحترام." بالمرتبة الثانية بمتوسط حسابي (3.93) وبانحراف معياري (1.17)، في حين جاءت الفقرة (3) وتنص

على " هل شعرت بأنك تلقيت خدمة أفضل من غيرك " بالمرتبة قبل الأخيرة بمتوسط حسابي (2.70) وبانحراف معياري (0.89)، وجاءت الفقرة (10) وتنص على " تم السماح لزوجي (أو أي شخص آخر أختاره) بالتواجد معي في غرفة الولادة." بالمرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.51) وبانحراف معياري (1.41).

الجدول (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة لمستوى سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة

رقم الفقرة	الفقرة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى السلوك
6	أشعر بالارتياح لقيام أطباء مهرة بالعناية بي أثناء المخاض والولادة ولفترة 24 ساعة بعد الولادة.	1	4.00	1.14	مرتفع
4	تم مخاطبتي باستعمال اسمي الشخصي باحترام.	2	3.93	1.17	مرتفع
11	تم معاملتي باحترام خلال فترة المخاض والولادة وما بعد الولادة.	3	3.91	1.13	مرتفع
2	لقد تم احترام مبادئ الدينونة واتباعي طقوسها بشكل جيد.	4	3.78	0.76	مرتفع
7	أشعر بالارتياح لقيام ممرضات كفيات بالعناية بي أثناء المخاض والولادة ولفترة 24 ساعة بعد الولادة.	4	3.78	1.22	مرتفع
8	أشعر بالأطمئنان من حيث تقديم العلاجات والاجراءات الطبية بشكل سليم.	6	3.71	0.98	مرتفع
12	تم مراعاة الخصوصية والسرية باستخدام غرفة خاصة لي أو باستخدام الوسائل مثل الستارة أو الحواجز الفاصلة.	7	3.70	1.49	مرتفع
1	أشعر بأن الخدمة المقدمة لي ولطفلي أثناء المخاض والولادة على مستوى مهني عالٍ.	8	3.68	1.16	مرتفع
5	لم أجد إعاقة حين دخولي إلى المستشفى أثناء ترتيبات الأمور المالية مع قسم الدخول.	9	3.57	1.11	متوسط
15	كان لي الخيار برفض أو قبول أي إجراء طبي تم عرضه علي.	10	3.46	1.19	متوسط
9	قام الكادر الصحي بتقديم الدعم النفسي لي من خلال الاستماع لاحتياجاتي وتلبيتها وتشجيعي	11	3.42	1.45	متوسط

				على تحمل آلام الولادة.	
متوسط	1.25	3.40	12	تم أخذ رأيي واستشارتي في بعض القرارات التي تخصني أثناء فترة المخاض والولادة وما بعد الولادة.	14
متوسط	1.16	3.25	13	قام الكادر الصحي بتقديم شرح واف لي على جميع استفساراتي أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة.	13
متوسط	0.89	2.70	14	هل شعرت بأنك تلقيت خدمة أفضل من غيرك؟	3
متوسط	1.41	2.51	15	تم السماح لزوجي (أو أي شخص آخر أختاره) بالتواجد معي في غرفة الولادة.	10
متوسط	0.82	3.51			الدرجة الكلية

نتائج السؤال الثاني " ما مدى رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية في فترتي المخاض والولادة وما بعد الولادة؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعرفة مدى رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية في فترتي المخاض والولادة.

يلاحظ من الجدول (6) أن إجابات النساء على مقياس الرضا، كانت متفاوتة من مرتفعة إلى متوسطة بمتوسط حسابي يتراوح بين (3.05-3.95)، وبانحراف معياري تراوح ما بين (0.77-0.94)، إذ جاءت الفقرة (14) وتتص على " كانت سياسة المستشفى بعدم السماح بحضور من يخصني (زوجي، والدتي، الخ) الولادة مفضلة." بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.95) وبانحراف معياري (0.94)، ثم جاءت الفقرة (17) وتتص على " كان الطبيب أو القابلة متواجدين معي دائماً أثناء مرحلة المخاض والولادة." بالمرتبة الثانية بمتوسط حسابي (3.91) وبانحراف معياري (1.33)، في حين جاءت الفقرة (12) وتتص على " كانت تكلفة خدمات الرعاية التوليدية مناسبة." بالمرتبة قبل الأخيرة بمتوسط حسابي (3.28) وبانحراف معياري (1.25)، وجاءت الفقرة (1) وتتص على " كان مستوى الضجيج في غرفة الولادة مقبولاً." بالمرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.05) وبانحراف معياري (0.77).

الجدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة لمدى رضا المرأة الأردنية المستفيدة
من خدمات الرعاية الصحية في فترتي المخاض والولادة

رقم الفقرة	الفقرة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مدى الرضا
14	كانت سياسة المستشفى بعدم السماح بحضور من يخصني (زوجي، والدتي، الخ) الولادة مقنعة.	1	3.95	0.94	مرتفع
17	كان الطبيب أو القابلة متواجدين معي دائماً أثناء مرحلة المخاض والولادة.	2	3.91	1.33	مرتفع
3	كانت درجة حرارة الغرفة مريحة بشكل عام.	3	3.89	0.99	مرتفع
15	لا يطلب الأطباء الجراحة (عملية قيصرية) إلا إذا كانت خيارهم الوحيد لحل المشكلة.	4	3.88	1.01	مرتفع
10	كان مكان الحصول على الرعاية التوليدية (غرفة الولادة) مناسباً.	5	3.80	1.31	مرتفع
11	إذا كان لدي استفسار طبي، أستطيع طلب المساعدة من الكوادر الطبية من دون أي إشكال.	5	3.80	1.26	مرتفع
16	يوجد بهذا المستشفى جميع المستلزمات الضرورية لتقديم رعاية صحية أثناء الولادة بشكل كامل.	7	3.74	0.97	مرتفع
4	كانت الرائحة جيدة.	8	3.72	1.15	مرتفع
20	كانت لي تجربة إيجابية في فترة ما حول الولادة الحالية.	9	3.70	1.38	مرتفع
5	كانت صينية الطعام وبقية الأدوات نظيفة.	10	3.66	1.05	مرتفع
8	كانت الحمامات والمرافق العامة نظيفة طوال الوقت.	11	3.63	1.25	متوسط
2	كان مستوى الإضاءة ملائماً.	12	3.62	1.12	متوسط
7	كانت الأسرة مريحة ونظيفة.	12	3.62	1.14	متوسط
6	كانت وحدة المخاض والولادة نظيفة دائماً.	14	3.59	0.95	متوسط
13	كانت سياسة المستشفى للزيارة جيدة.	15	3.58	1.03	متوسط
9	كانت الملابس والشراشف في غرفة الولادة نظيفة.	16	3.50	1.18	متوسط
18	تعطي الممرضة دائماً شروحات كافية عن الفحوصات وعن السبب في طلبها.	17	3.39	1.41	متوسط

متوسط	1.37	3.35	18	كانت الممرضة تتواصل مع الممرضين الآخرين والأطباء لإطلاعهم على وضعي الصحي واحتياجاتي وبهذا فإن كل مقدمي الخدمة يعملون معاً لرعاية مرضاهم .	19
متوسط	1.25	3.28	19	كانت تكلفة خدمات الرعاية التوليدية مناسباً.	12
متوسط	0.77	3.05	20	كان مستوى الضجيج في غرفة الولادة مقبولاً.	1
متوسط	0.81	3.63		الدرجة الكلية	

نتائج السؤال الثالث "ما مدى التباين في مستوى تقديم خدمات الرعاية الصحية بين القطاعين العام والخاص؟"

أولاً: التباين في سلوكيات الكوادر الصحية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة لمدة (24) ساعة

تم استخدام اختبار (t-test) لمعرفة التباين في سلوكيات الكوادر الصحية أثناء المخاض والولادة بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة والجدول (7) يوضح ذلك

الجدول (7)

اختبار (t-test) لايجاد التباين في سلوكيات الكوادر الصحية أثناء المخاض والولادة بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة.

نوع المستشفى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
حكومي	160	2.95	0.69	318	16.487	0.05 > 0.00
خاص	160	4.07	0.51			

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في سلوكيات الكوادر الصحية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة استناداً إلى قيمة (ت) إذ بلغت (16.487) وبمستوى دلالة (0.00)، لصالح المستشفيات الخاصة.

ثانياً: التباين في درجة رضا النساء عن الخدمات الصحية المقدمة لهن أثناء المخاض والولادة

الجدول (8)

اختبار (t-test) لإيجاد التباين في درجة رضا النساء عن الخدمات الصحية المقدمة لهن أثناء المخاض والولادة بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة

نوع المستشفى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
حكومي	160	3.13	0.80	318	13.858	0.05 > 0.00
خاص	160	4.13	0.42			

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية أقل من مستوى الدلالة

($\alpha \geq 0.05$) في درجة رضا النساء عن الخدمات الصحية المقدمة لهن أثناء المخاض والولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة استناداً إلى قيمة (ت) إذ بلغت (13.858) وبمستوى دلالة (0.00)، لصالح المستشفيات الخاصة.

نتائج السؤال الرابع "هل تشارك المرأة الأردنية في اتخاذ القرار فيما يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض والولادة؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للفقرات التي تتحدث عن مشاركة المرأة الأردنية في اتخاذ القرار وعددها (4) فيما يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض والولادة والجدول (9) يوضح ذلك.

الجدول (9)

التكرارات والنسب المئوية لاجابات النساء عن الفقرات التي تتحدث عن مشاركة المرأة
الأردنية في اتخاذ القرار فيما يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض
والولادة

#	الفقرة	دائماً		غالباً		أحياناً		أبداً	
		النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار
1	هل كان بإمكانك التحكم بما يقوم به مقدمو الخدمة لك أثناء المخاض والولادة؟	19.4	62	28.4	91	33.4	107	18.8	60
2	هل كان بمقدورك اختيار الوضعية المريحة لك أثناء المخاض والولادة؟	15	48	29.1	93	34	109	21.9	70
3	هل شعرت بأنك تتحكمين بنفسك أثناء الانقباضات الرحمية؟	13.4	43	37.2	119	35	112	14.4	46
4	هل شعرت بأنك فقدت السيطرة على تصرفاتك أثناء المخاض والولادة؟	9.4	30	33.1	106	48.4	155	9.1	29

يلاحظ من الجدول السابق أن إجابات النساء عن مشاركة المرأة الاردنية في اتخاذ القرار بما يقوم به مقدمو الخدمة لها أثناء المخاض والولادة كانت أعلى تكرار للكلمة (أحياناً) حيث حصلت على تكرار (107) وبنسبة مئوية (33.4)، وكان أدنى تكرار كلمة (أبداً) حيث حصلت على تكرار (60) وبنسبة مئوية (18.8).

وأن إجابات النساء عن فقدان السيطرة على تصرفاتهن أثناء المخاض والولادة إذ كانت معظم إجاباتهن (أحياناً) إذ حصلت على تكرار (155) وبنسبة مئوية (48.4)، في حين كان أقل إجابات لهن (أبداً) حيث حصلت على تكرار (29) وبنسبة مئوية (9.1).

كما أن إجابات النساء عن التحكم بأنفسهن أثناء الانقباضات الرحمية كانت معظم إجاباتهن (غالباً) إذ حصلت على تكرار (119) وبنسبة مئوية (37.2)، في حين كان أقل إجابات لهن (دائماً) حيث حصلت على تكرار (43) وبنسبة مئوية (13.4).

كما يلاحظ من الجدول السابق أن اجابات النساء عن اختيار الوضعية المريحة لهن أثناء المخاض والولادة كانت معظمها (أحياناً) إذ حصلت على تكرار (109) وبنسبة مئوية (34)، في حين كان أقل إجابات لهن (دائماً) حيث حصلت على تكرار (48) وبنسبة مئوية (15.0).

والفرق في مشاركة المرأة الأردنية في اتخاذ القرار فيما يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض والولادة في المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة والفرق بينهما، الجدول (10) يبين ذلك

الجدول (10)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والقيمة التائية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مشاركة المرأة الأردنية في اتخاذ القرار فيما يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض والولادة في المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة

الفقرة	نوع المستشفى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
التحكم بما يقوم به مقدمو الخدمة لك أثناء المخاض والولادة.	حكومي	2.21	1.01	318	5.13	0.00
	خاص	2.76	0.92			
هل شعرت بأنك فقدت السيطرة على تصرفاتك أثناء المخاض والولادة.	حكومي	2.48	0.77	318	2.22	0.027
	خاص	2.67	0.79			
هل شعرت بأنك تتحكمين بنفسك أثناء الانقباضات الرحمية؟	حكومي	2.31	0.90	318	4.35	0.00
	خاص	2.74	0.85			
هل كان بمقدورك اختيار الوضعية المريحة لك أثناء المخاض والولادة؟	حكومي	2.04	0.84	318	6.43	0.00
	خاص	2.71	1.01			

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية أقل من مستوى الدلالة

($\alpha \geq 0.05$) بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة في مشاركة المرأة الأردنية في اتخاذ القرار فيما يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض والولادة، كما يلاحظ أن النساء في المستشفيات الخاصة كن قادرات على التحكم بأنفسهن أثناء المخاض والولادة، كما كن قادرات على اختيار الوضعية المريحة لهن أثناء المخاض والولادة أكثر من النساء اللواتي أنجبن في المستشفيات الحكومية.

الفرق في طبيعة سلوكيات مقدمي خدمة الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة.

الجدول (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والقيمة التائية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن طبيعة سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة

رقم الفقرة	الفقرة	نوع المستشفى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
6	أشعر بالارتياح لقيام أطباء مهرة بالعناية بي أثناء المخاض والولادة ولفترة 24 ساعة بعد الولادة.	حكومي	3.21	1.07	16.92	.000
		خاص	4.76	0.47		
4	تم مخاطبتي باستعمال اسمي الشخصي باحترام.	حكومي	3.24	1.06	12.62	.000
		خاص	4.59	.827		
11	تم معاملتي باحترام خلال فترة المخاض والولادة وما بعد الولادة.	حكومي	3.23	1.09	13.17	.000
		خاص	4.56	.66		
2	لقد تم احترام مبادئ الدينونة واتباعي طقوسها بشكل جيد.	حكومي	3.58	0.83	4.530	.000
		خاص	3.95	.64		
7	أشعر بالارتياح لقيام ممرضات كفيات بالعناية بي أثناء المخاض والولادة ولفترة 24 ساعة بعد الولادة.	حكومي	3.13	1.17	11.08	.000
		خاص	4.41	.86		
8	أشعر بالاطمئنان من حيث تقديم العلاجات والإجراءات الطبية بشكل سليم.	حكومي	3.34	.91	6.91	.000
		خاص	4.05	0.92		

.000	21.71	1.26	2.54	حكومي	تم مراعاة الخصوصية والسرية باستخدام غرفة خاصة لي أو باستخدام الوسائل مثل الستارة أو الحواجز الفاصلة.	12
		0.43	4.83	خاص		
.000	16.77	1.02	2.88	حكومي	أشعر بأن الخدمة المقدمة لي ولطفلي أثناء المخاض والولادة على مستوى مهني عال .	1
		.60	4.46	خاص		
.000	5.85	1.07	3.21	حكومي	لم أجد إعاقة حين دخولي إلى المستشفى أثناء ترتيبات الأمور المالية مع قسم الدخول.	5
		1.03	3.90	خاص		
.000	12.55	1.13	2.77	حكومي	كان لي الخيار برفض أو قبول أي إجراء طبي تم عرضه علي.	15
		0.78	4.13	خاص		
.000	9.92	1.29	2.71	حكومي	قام الكادر الصحي بتقديم الدعم النفسي لي من خلال الاستماع لاحتياجاتي وتلبيتها وتشجيعي على تحمل آلام الولادة.	9
		1.23	4.11	خاص		
.000	13.09	1.14	2.65	حكومي	تم أخذ رأيي واستشارتي في بعض القرارات التي تخصني أثناء فترة المخاض والولادة وما بعد الولادة.	14
		.85	4.13	خاص		
.000	9.92	.95	2.69	حكومي	قام الكادر الصحي بتقديم شرح وافٍ لي على جميع استفساراتي أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة.	13
		1.05	3.80	خاص		
.086	1.72	0.93	2.79	حكومي	هل شعرت بأنك تلقيت خدمة أفضل من غيرك؟	3
		.82	2.62	خاص		
.002	3.07	1.35	2.28	حكومي	تم السماح لزوجي (أو أي شخص آخر أختاره) بالتواجد معي في غرفة الولادة.	10
		1.41	2.76	خاص		

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية أقل من مستوى الدلالة

($\alpha \geq 0.05$) بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة من حيث طبيعة سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة، بحيث كانت سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية في المستشفيات الخاصة أفضل من المستشفيات الحكومية، كما يلاحظ من الجدول السابق أن الخدمة المقدمة في المستشفيات الحكومية والخاصة كانت لجميع النساء واحدة لا تفضل لإمرأة عن أخرى.

الفرق بين رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية في فترتي المخاض والولادة في المستشفى الحكومي والخاص

الجدول (12)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والقيمة التائية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مدى رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية في فترتي المخاض والولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة

رقم الفقرة	الفقرة	نوع المستشفى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
1	كان مستوى الضجيج في غرفة الولادة مقبولاً.	حكومي	2.98	0.78	1.75	.081
		خاص	3.13	0.76		
2	كان مستوى الإضاءة ملائماً.	حكومي	3.16	1.22	7.91	.000
		خاص	4.07	0.79		
3	كانت درجة حرارة الغرفة مريحة بشكل عام.	حكومي	3.46	1.09	8.59	.000
		خاص	4.32	0.64		
4	كانت الرائحة جيدة.	حكومي	3.13	1.23	10.80	.000
		خاص	4.31	0.65		
5	كانت صينية الطعام وبقيّة الأدوات نظيفة.	حكومي	3.13	1.11	10.49	.000

0.05 >		0.65	4.19	خاص		
.000		0.99	3.19	حكومي	كانت وحدة المخاض والولادة نظيفة دائماً.	6
0.05 >	8.25	0.71	3.98	خاص		
.000		1.23	3.04	حكومي	كانت الأسرة مريحة ونظيفة.	7
0.05 >	10.66	0.64	4.21	خاص		
.000		1.27	2.85	حكومي	كانت الحمامات والمرافق العامة نظيفة طوال الوقت.	8
0.05 >	14.26	0.54	4.41	خاص		
.000		1.27	2.88	حكومي	كانت الملابس والشرائح في غرفة الولادة نظيفة.	9
0.05 >	11.09	0.63	4.13	خاص		
.000		1.47	3.09	حكومي	كان مكان الحصول على الرعاية التوليدية (غرفة الولادة) مناسباً.	10
0.05 >	11.28	0.54	4.49	خاص		
.000		1.26	3.11	حكومي	إذا كان لدي استفسار طبي، أستطيع طلب المساعدة من الكوادر الطبية بدون أي إشكال.	11
0.05 >	11.61	0.80	4.48	خاص		
.000		1.31	2.81	حكومي	كانت تكلفة خدمات الرعاية التوليدية مناسباً.	12
0.05 >	7.29	0.98	3.75	خاص		
.012		0.79	3.72	حكومي	كانت سياسة المستشفى للزيارة جيدة.	13
	2.52	1.21	3.43	خاص		
.000		1.10	3.75	حكومي	كانت سياسة المستشفى بعدم السماح بحضور من يخصني (زوجي، والدتي، الخ) الولادة مقنعة.	14
0.05 >	3.84	0.69	4.14	خاص		
.000		1.09	3.68	حكومي	لا يطلب الأطباء الجراحة (عملية قيصرية) إلا إذا كانت خيارهم الوحيد لحل المشكلة.	15
0.05 >	3.57	0.87	4.08	خاص		
.000		0.98	3.46	حكومي	يوجد بهذا المستشفى جميع المستلزمات الضرورية لتقديم رعاية صحية أثناء الولادة بشكل كامل.	16
0.05 >	5.23	0.87	4.01	خاص		
.000		1.44	3.21	حكومي	كان الطبيب أو القابلة متواجدين معي دائماً أثناء مرحلة المخاض والولادة.	17
0.05 >	10.97	0.69	4.60	خاص		

.000 0.05 >	12.60	1.22	2.58	حكومي	تعطي الممرضة دائماً شروحات كافية عن الفحوصات وعن السبب في طلبها.	18
		1.07	4.19	خاص		
.000 0.05 >	12.41	1.33	2.57	حكومي	كانت الممرضة تتواصل مع الممرضين الآخرين والأطباء لإطلاعهم على وضعي الصحي واحتياجاتي وبهذا فإن كل مقدمي الخدمة يعملون معا لرعاية مرضاهم.	19
		0.88	4.13	خاص		
.000 0.05 >	12.98	1.402	2.88	حكومي	كانت لي تجربة إيجابية في فترة ما حول الولادة الحالية .	20
		.735	4.51	خاص		

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية أقل من مستوى الدلالة

($\alpha \geq 0.05$) بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة من حيث رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية أثناء المخاض والولادة وما بعدها، وأظهرت النساء في المستشفيات الخاصة رضا عن الخدمات الرعاية الصحية في فترة ما حول الولادة أكثر من النساء اللواتي أنجبن في المستشفيات الحكومية.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

مناقشة النتائج المتعلقة بالخصائص الديموغرافية

أظهرت نتائج التحليل للخصائص الديموغرافية أن متوسط الأعمار للنساء في عينة الدراسة هو (32) عاماً، وهذا يدل على أن معظم النساء في المملكة الأردنية الهاشمية في هذه المرحلة يكن قد تزوجن، فقبل ذلك ترفض العديد من النساء وخاصة العاملات الزواج، حيث إن ارتفاع المستوى التعليمي للسكان في الأردن أدى إلى تأخر سن الزواج وبالذات للإناث، كما أنه قد يكون مرد هذه النتيجة إلى ارتفاع نسبة الملتحقين بالتعليم مما يؤدي إلى تفضيل التعليم على الزواج وبالذات للإناث لأن الزواج قد يحد من التحاقها بالتعليم في غالب الأحيان. ولكن بعد سن (30) نلاحظ أن أغلب النساء يقبلن على الارتباط.

كما لوحظ أن متوسط دخل الفرد هو (500-999) وقد يكون مرد هذه النتيجة إلى أن المجتمع الأردني هو من المجتمعات ذات الدخل المتوسطة، فهو يستند على عمل الزوج والزوجة لتغطية التكاليف المعيشية.

كما أظهرت نتائج الدراسة أن متوسط الولادات السابقة كانت (ولادتين)، وكان متوسط عدد الولادات الحية (ثلاث ولادات)، ومتوسط عدد الإناث (2) ومتوسط عدد الذكور (1)، وقد يكون مرد هذه النتائج إلى زيادة نسبة الوعي عند الرجل والمرأة بضرورة تنظيم النسل، والتباعد بين الأحمال، وكذلك زيادة وعي المرأة بضرورة الفصل بين الأحمال من أجل القدرة على استعادة صحتها بعد الولادات السابقة.

مناقشة نتائج السؤال الأول "ما طبيعة سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة؟"

تشير النتائج أن إجابات النساء عن طبيعة سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة كانت متفاوتة من مرتفعة إلى متوسطة، إذ جاءت الفقرة (6) وتنص على "أشعر بالارتياح لقيام أطباء مهرة بالعناية بي أثناء المخاض والولادة ولفترة (24) ساعة بعد الولادة". بالمرتبة الأولى، وقد يكون مرد هذه النتائج هو أن الطبيب الماهر يستطيع معرفة طبيعة المرأة، وطريقة علاجها، وطبيعة جسدها، ويستطيع ملاحظة حالة الجو الحاضرة وما ينسجم معها. كما أن وجود طبيب ماهر يمكنه من استخدام الأجهزة والمعدات الطبية بطريقة صحيحة وسليمة مما يؤدي إلى الحصول على نتائج فاعلة وتوفر كثيراً من

سبل الراحة والأمان للمرأة، وحيث أن الاستخدام غير السليم يزيد من نسب إمكانية حدوث مضاعفات لها.

كما أنه قد يكون مرد هذه النتائج هو أن المرأة بطبيعتها ذاتها عندما تقدم على عملية الولادة فإنها تشعر بطريقة لا واعية بالخوف فيكون ملازماً لها، ولكن في حين تمت عملية الإشراف عليها من قبل طبيب ماهر فإنها تشعر بالراحة والطمأنينة التي تقلل من وطأة الضغط النفسي، وبالتالي تسهل عملية الولادة. والنتائج السابقة تتفق مع دراسة الحمد والشهيب (1991)، و(Safadi,2005)، و(حسان، 2005)، ودراسة جامعة دمشق (2006)، ودراسة اليونيسيف و Nanbakhsh et al. (2008)، والغزو (2009).

كما وقد تعود النتائج إلى أن الأردن من البلدان المتطورة من الناحية الطبية، وأن المهن الطبية في الأردن تحظى بمكانة متميزة في التعليم، وتعد من طليعة البلدان العربية لذلك تزيد ثقة المرأة الأردنية بالأطباء المشرفين عليها.

في حين جاءت الفقرة (10) وتتص على " تم السماح لزوجي (أو أي شخص آخر اختاره) بالتواجد معي في غرفة الولادة." بالمرتبة الأخيرة وقد يعود السبب في ذلك إلى أن لحظة شعور المرأة " بطلق الولادة" من أسعد وأصعب اللحظات التي تمر بها ، فهي تشعر آنذاك بالضعف والألم، وتحتاج إلى من يقف بجانبها، ويواسيها ويخفف عنها معاناتها، لكن رغم وجود بعض أفراد أسرتها لمؤازرتها، تشعر المرأة غالباً أن الزوج هو خير معين لها في تلك اللحظة الحرجة والعصيبة. ولكن بعض الرجال الشرقيين ينظرون إلى هذه المسألة نظرة ملؤها الإشمئزاز من المناظر المصاحبة لعملية الولادة، ولأجل ذلك ترفض الكثيرات دخول أزواجهن معهن غرفة الولادة لما قد تطبعه في مخيلة الأزواج من مشاهد قد تؤثر سلباً في حياة الزوجين. وقلة من الرجال يفضلون الوقوف بجانب زوجاتهم في هذا الموقف الصعب. ويمكن تفسير رضا المرأة بعدم تواجد الزوج معها في غرفة الولادة لأسباب ثقافية واجتماعية حيث يخصص المجتمع أدواراً معينة للرجل وأخرى للمرأة كل على حدة، فلا يرى الرجل أو المرأة أن للزوج أي دور في هذا المضمار، إذ تعتبر الولادة شأنًا خاصاً بالمرأة ومن غير المقبول تواجده في محيط النساء.

كما أنه قد يعزى إلى أن جميع المستشفيات الحكومية تمنع دخول الزوج أو القريب من المرأة أثناء المخاض والولادة، إذ إن معظم الغرف الخاصة بعملية الولادة في الغالب ضيقة

ولا تنتسج لاستيعاب الأزواج، كما أن وجود أكثر من امرأة في الوقت نفسه يحول دون إدخال أي من الأقارب إلى غرفة الولادة للمحافظة على حرمتهم وخصوصياتهم.

كما أنه قد يكون مرد هذه النتائج إلى عدم الاعتياد على فكرة دخول الرجل أثناء عملية الولادة مع زوجته، أو لخوفه من غرفة عمليات، أو من رائحة البنج بكل بساطة، ولا يعتبر رفضه تخلياً، وإنما ضعفاً فيه. وهذا يتوافق مع دراسة (Musick,1997) والتي بينت أهمية التعليمات الأخلاقية للطلبة وضرورة غرس المفاهيم والأخلاق الطبية والتأديب والتهديب الوظيفي والأخلاقي الذي يشعر النساء بالراحة دون الحاجة إلى جلب أي مرافق معها وكذلك دراسة (Aline,2002)، ودراسة (Hodnet,2007).

نتائج السؤال الثاني "ما مدى رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية في فترتي المخاض والولادة وما بعد الولادة؟"

كانت إجابات النساء عن مدى رضا المرأة الأردنية المستفيدة من خدمات الرعاية الصحية في فترتي المخاض والولادة متفاوتة من مرتفعة إلى متوسطة ، إذ جاءت الفقرة (14) وتنص على " كانت سياسة المستشفى بعدم السماح بحضور من يخصني (زوجي، والدتي، الخ) الولادة مقنعة" بالمرتبة الأولى، وقد يكون ذلك للأسباب التي أوردناها سابقاً فالثقافة الاجتماعية لا تتقبل فكرة تواجد الزوج مع الزوجة في غرفة الولادة وخصوصاً في المستشفيات الحكومية. وأن الأطباء يمتلكون القناعة الكاملة بأن تواجد أحد أفراد الأسرة يعيق عملية العلاج والتشخيص، وأن كثرة الاسئلة والتدخل في عمل الأطباء يجعلهم رافضين لاستقبال أهل الزوجة وإدخالهم معها أثناء عملية الولادة. كما أن ردة فعل أحد أفراد الأسرة السلبية قد تؤدي إلى تدني مستوى الدافعية عند المرأة وبالتالي يزداد حجم الضغط النفسي الذي يقع عليها في التأثير سلباً في عملية الولادة بصورة كلية.

كما يعزى ذلك إلى أنه كلما كانت سلوكيات مقدمي خدمة الرعاية الصحية للمرأة أثناء الولادة ملتزمة بمعايير المهنة الأخلاقية فإن ذلك سينعكس على مستوى رضا المرأة بحيث يصبح أعلى وتشعر المرأة بالأمان. فالخبرات الجيدة من قبل المشرفين على حالات الولادة عند المرأة والقدرة على التحري والكشف المبكر عن المضاعفات الطارئة أثناء ذلك سوف يحقق الرضا عندها، ومن هنا فلا بد ممن يقومون على الرعاية الصحية أن يسعوا جاهدين للتخفيف من وطأة الألم والقلق النفسي الذي يحيط بالمرأة أثناء فترة حملها وولادتها، والتمتع

بأكبر قدر ممكن من الأخلاقيات الطبية والتي لا بد من اتسامها بالتكامل، وتكون الغاية منها هو تخفيف الألم وجاءت هذه الدراسة متوافقة مع دراسة الغزو (2009) والصفدي (2005)، وبالتالي التوضيح للمرأة بأن عدم السماح لزوجها بالحضور معها إلى غرفة الولادة يعود بالأثر الإيجابي عليها من وجهة نظرهم.

وجاءت الفقرة (1) وتنص على "كان مستوى الضجيج في غرفة الولادة مقبولاً". بالمرتبة الأخيرة وقد يعزى هذا إلى أن نوي المرأة الحامل يكونون متلهفين ومنتظرين رؤيتها قبل وبعد خروجها من عملية الولادة، لذا فإن الأعداد الكبيرة من أختها وأولادها وكل من له علاقة بها قد أتى لزيارتها دون التزام، ومن خلال الكم العددي الذي يأتي لزيارة المرأة يجعل الغرف تئن قبل أن تئن المرأة نفسها وتتمنى أن لا يقوم أحد بزيارتها. فرغم الراحة التي تطلبها وتحتاج إليها يزدحم أولئك الزوار حولها ويقفون راحتها فلا يكثرثون ولا يتقيدون ولا يلتزمون بالوقت المحدد للزيارة أو المغادرة من المستشفيات رغم التعليمات والتنبيهات من قبل المخولين بذلك، وإلى جانب ذلك وجود عدد كبير من الكادر في غرفة الولادة مما يؤدي إلى حدوث الضجيج.

وقد يكون مرد هذه النتائج إلى أن عملية الولادة عند المرأة صعبة وبصاحبها إصدار العديد من الأصوات العالية المزعجة ونظراً لوجود عدد كبير من النساء في الغرفة نفسها يؤدي ذلك إلى حدوث الضجيج وإفلاق الراحة العامة.

وكذلك قد يكون مرد هذه النتائج إلى استخدام الهواتف النقالة ذات الأصوات العالية داخل المستشفيات من قبل المرضى أنفسهم بصورة مفرطة مما يؤدي إلى إفلاق الراحة بصورة عامة وبشكل متكرر. وجاءت هذه الدراسة متوافقة مع دراسة (Chin,2001)،

ودراسة (Donabedian,1980)

وجدير بالذكر أن المرأة الأردنية في حالة المخاض والولادة لم تبد انزعاجاً من الضجيج حولها على الرغم من حاجتها الماسة إلى الراحة والهدوء النفسي، وتأتي هذه النتيجة عكس ما بينته Donabedian في دراستها.

نتائج السؤال الثالث "ما مدى التباين في مستوى تقديم خدمات الرعاية الصحية بين القطاعين العام والخاص؟"

تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية أقل من مستوى الدلالة

$(\alpha \geq 0.05)$ في سلوكات الكوادر الصحية أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة، وقد يعزى ذلك إلى أن المستشفيات الحكومية ضرورة إنسانية واجتماعية، ويوجد في بعضها أجهزة حديثة وخبرات عالية جداً (والتي تعمل في القطاع الخاص أحياناً)، ولكن الضغط عليها، ونقص عنصر التمريض والقابلات يؤثر ولو قليلاً في نوعية الخدمات التي تقدمها، كما أنها تستقبل طبقات المجتمع كافة الغنية والفقيرة على السواء، أي بمعنى آخر إن نوعية المرافقين تلعب دوراً كبيراً في نظافة المستشفيات الحكومية وتطبيق الأنظمة والقواعد الصحية فيها.

كما أن الممرضات في القطاع الخاص أبدن التزاماً في سلوكات المهنة ورعاية أفضل، لجعل المرأة قادرة على التأقلم مع الوضع العام أثناء الولادة، وبالتالي السعي إلى تقديم الدعم العاطفي، وإجراءات الراحة والمعلومات والنصح الصحيحين والدقيقين وتنفيذ المهام الفنية، مما يعكس رضا أعلى لدى النساء. وتعزى هذه النتائج أيضاً إلى أن القطاع الصحي العام يتحمل أعباء كبيرة في تقديم خدمات صحية لأعداد كبيرة من الناس، والعكس من ذلك فإن القطاع الخاص يتميز بالخدمة الفندقية الأعلى وبنسبة أقل من أعداد المرضى. كما أن المستشفيات الخاصة تحاول الحفاظ على سمعتها ومكانتها وكوادرها من خلال إعطاء الحوافز المشجعة والرواتب العالية، لذلك تحاول قدر الإمكان اختيار كوادر تتمتع بقدر كبير من الخبرة والالتزام بمعايير المهنة.

كما أن حرص العديد من المستشفيات الخاصة تقديم الخدمة من قبل نفس الشخص يؤدي إلى زيادة نسبة الرضا عند النساء، حيث إن رؤية المرأة للطبيب أو القابلة أو الممرضة المألوفه يعمل على زيادة شعورها بالراحة النفسية.

نتائج السؤال الرابع "هل تشارك المرأة الأردنية في اتخاذ القرار فيما يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض والولادة؟"

تشير النتائج إلى أن إجابات النساء عن مشاركة المرأة الأردنية في اتخاذ القرار بما يقوم به مقدمو الخدمة لها أثناء المخاض والولادة كانت أعلى تكرار للكلمة (أحياناً) وقد يعزى إلى فقدان النساء أحياناً السيطرة على تصرفاتهن أثناء المخاض والولادة، وإلى فقدان التحكم

بأنفسهن أثناء الانقباضات الرحمية مما يؤدي إلى عدم استجابة الكوادر الطبية لمطالب النساء أثناء الولادة. كما أنه قد يكون مرد هذه النتائج إلى أن هنالك العديد من الأطراف التي تمتلك الحق في اتخاذ القرار الطبي والتدخل به أهمهم الطبيب ومن ثم الزوج... وأن المرأة في جميع الظروف الولادية لا تتمتع عادة بقدرة كافية على اتخاذ القرار السليم فيؤدي ذلك إلى عدم أهليتها. وقد يعزى ذلك إلى عدم تمكن المرأة من اتخاذ القرار السليم نظراً لضعف ثقافتها التعليمية ودرايتها بحقوقها الإنجابية، وقلة الخبرة الصحية في عملية الولادة. وبينت نتائج الدراسة أن اجابات النساء عن اختيار الوضعية المريحة لها أثناء المخاض والولادة كانت معظمها (أحياناً) وقد يكون مرد هذه النتيجة إلى أن النساء أثناء عملية الولادة يكن تحت سيطرة الممرضات أو القابلات أو الطبيب الذين يختارون الوضعية المناسبة لعملية الولادة ولا يترك لها الخيار في اختيار وضعية الولادة الأنسب بل تفرض عليها حسب السياسات المتبعة في المستشفيات، كما أن العديد من النساء أثناء عملية الولادة يكن تحت تأثير الأدوية فلا يملكن السيطرة الكافية على أنفسهن باختيار الوضع المناسب لولادتهن. واتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Carlton, 2005)، ودراسة (Safadi,2005) ودراسة (سويدان ومحفوظ، 2008)، ودراسة الزين (2009)، ودراسة اليونيسيف (2008)، ودراسة (Johnie,2002).

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية أقل من مستوى الدلالة

($\alpha \geq 0.05$) بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة في مشاركة المرأة الأردنية في اتخاذ القرار فيما يخصها وما يتطلبه وضعها الصحي أثناء المخاض والولادة. ويلاحظ أن النساء في المستشفيات الخاصة كن قادرات على التحكم بذواتهن أثناء المخاض والولادة، كما كن قادرات على اختيار الوضعية المريحة لهن أثناء المخاض والولادة أكثر من النساء في المستشفيات الحكومية. وقد يعزى ذلك إلى أن الكوادر الطبية في المستشفيات الخاصة ينصب اهتمامها على المريض، حيث يلقي العناية والاهتمام والرعاية من قبل الطبيب والقابلات أو الممرضات، كما أنه في العادة تسمح بعض المستشفيات في القطاع الخاص للأزواج بمرافقة زوجاتهم، مما يساعد الزوجة على التحكم بذاتها.

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فرق بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة من حيث طبيعة سلوكات مقدمي الرعاية الصحية للمرأة الأردنية أثناء المخاض والولادة، بحيث جاءت هذه السلوكات لصالح المستشفيات الخاصة كما واتفقت النتائج مع

دراسة العدوان وعبد الحليم (1997). وقد يعزى ذلك إلى ارتفاع رواتب العاملين في القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام، فأطباء القطاع الحكومي المتميزون يتم اجتذابهم من خلال مستشفيات القطاع الخاص لأنهم أولاً وأخيراً يسعون وراء الكسب المادي بسبب ما تواجهه الأردن من ارتفاع في تكاليف المعيشة. كما أن حجم الثقل الذي يقع على عاتق الكوادر الطبية في المستشفيات الخاصة يكون أقل بكثير من الذي يقع على عاتق الأطباء في القطاع الحكومي، وقد يكون مرد هذه النتائج إلى قناعة الكوادر الطبية في المستشفيات الخاصة أن أهم عنصر داخل المستشفى هو المريض لأنه الأساس في جلب المردود المادي لها، فالطبيب يكون هاجسه الحذر والانتباه والخشية من الوقوع بأي خطأ لأنه أمام مسؤولية حياة المريض. ومن هنا يدرك الأطباء أهمية اتباع السلوكات الطبية مع المرضى، كما أن أي شكوى يمكن توجيهها إلى الكادر الطبي ستكون لصالح المريض وليس لصالح الكادر الطبي. ومن هنا يحرص الجميع على تقديم سلوكات طبية ممتازة مع حالات الولادة المختلفة. أما في المستشفيات الحكومية فدائماً ترجح الكفة لصالح الكوادر الطبية وليس المرضى، لذلك لا تهتم الكوادر الطبية بتحسين معاملتها مع معظم حالات الولادة.

ويمكن تفسير ترجيح الرضا لصالح القطاع الخاص إلى أن هدف العديد من المستشفيات الخاصة مادي، لذلك فإدارتها تهتم بظهور صورة حسنة لها أمام المرضى الذين يرتادونها، حتى يتم الترويج لها بين العملاء ومن هنا يكون حجم الاهتمام واضحاً بحالات الولادة في المستشفيات الخاصة مقارنة بالمستشفيات الحكومية. وقد تعزى هذه النتيجة أيضاً إلى عدة عوامل من أهمها اكتظاظ المستشفيات الحكومية وما تتركه من سلبيات كالنظافة العامة والبيئة غير المريحة.

خلاصة المناقشة

لقد أظهرت النتائج مستوى عالٍ من الرضا بالتزام الكوادر الصحية في السلوكات المهنية المناسبة، وكذلك فقد تبين من الدراسة تفوق المستشفيات الخاصة على الحكومية في مستوى الرضا العام للمرأة أثناء المخاض والولادة، وكذلك في سلوكات الكوادر الصحية مقدمة الخدمة.

وجدير بالذكر أن المرأة أعطت أولوية لقيام أطباء مهرة بالعناية بها، واحترام خصوصيتها،

بينما لم تعط اهتماماً خاصاً لتواجد الزوج أو المرافق لها في غرفة الولادة حيث حصلت على أدنى درجة في مستوى السلوكيات.

أما بالنسبة للرضا فقد كان مقبولاً من حيث الإشراف الصحي أثناء الولادة، وعن المحيط العام، ومستوى الخدمات المقدمة للمرأة في فترة ما حول الولادة.

وفد تبين بأن أغلب النساء لا يوجد لديهن درجة من الوعي بحقوقهن في المشاركة باتخاذ القرار الذي يخصهن، كطرق تقديم المعالجة أو اختيار الوضعية المناسبة عند الولادة.

التوصيات

- تطوير المستشفيات الحكومية من حيث الخدمات الصحية وتحديثها كي تخدم العملية الطبية والتعليمية، كتطوير الأجهزة الطبية ووفرتها، وزيادة غرف المخاض والولادة لتستوعب الأعداد الكبيرة من المرضى.
- العمل على تعرف دور المرأة وتمكينها للتحكم بالذات أثناء الولادة وذلك بمساعدتها في اتخاذ القرار بدلاً من إيقاعه عليها دون استشارتها.

- العمل على توعية المرأة بحقوقها وذلك باستخدام البرامج التثقيفية حول الصحة الإنجابية والولادة.
- تطبيق ومتابعة الرعاية الصحية والأخلاقيات السلوكية فعلياً في المستشفيات في فترة ما حول الولادة.
- تغيير السياسات الصحية كي تخدم منفعة المريض وتطبيق المساءلة الطبية.
- تعليم الكوادر الصحية فن الممارسات والسلوكات الأخلاقية والمهنية المناسبة لمساعدة النساء أثناء وبعد الولادة من خلال التعليم المستمر.
- إجراء الدراسات للبحث عن الأسباب التي تجعل الكوادر الصحية في المستشفيات الحكومية أقل أداء منها في الخاصة.
- إجراء المزيد من البحوث النوعية والكمية للاطلاع على تجربة المرأة أثناء الولادة وتأثيرها على صحة المرأة ووليدها.

المراجع

المراجع العربية

- أبو حزمة، عماد(1997)، قيم وأخلاقيات الإدارة العامة الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة؛ جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- إبراهيم، عبد الرحمن(2008)، الولادة وما بعدها والتفاعل بين الأهل والرضيع.

www.maganin.com/parents/articlesview.asp?key

- الإمارة، محمد (2006)، الضغوط النفسية وأثرها على المرأة الحامل.
<http://www.ibtesama.com>
- الأمم المتحدة (1995)، وثيقة منهاج عمل بيجين، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية
- البار، محمد علي (2009)، أساسيات أخلاق الطبيب المسلم. نحو طب إسلامي هادف.

<http://www.khayma.com/maalbar/MedicalEyhics.htm>

- البكري، ثامر ياسين (2005)، إدارة المستشفيات، (ط1)، عمان؛ دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- الحمد، فهاد بن معتاد، وصالح عبد الرحمن الشهيب (1991)، خدمات المستشفيات: استطلاع آراء المستفيدين، مجلة الإدارة العامة، معهد الإدارة العامة، العدد 71. السعودية.
- الدويبي، عبد السلام بشير (2006)، علم الاجتماع الطبي، الاستراتيجية الوطنية للمرأة الأردنية (2006-2010)، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- الزين، حنان (2008)، تبعات ما بعد الولادة بما له علاقة بعوامل الخطر وشق العجان، رسالة ماجستير (غير منشورة)، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- السبعة، ثناء (2009)، التمكين حول صحة المرأة، مقال منشور على الموقع [/http://nesasy.org/content/view/6914/96](http://nesasy.org/content/view/6914/96)

- السمان، غادة (1988)، القطاع الصحي بين الأمس واليوم، مجلة التنمية، مجلد 16: العدد 180، مصر 83-86.
- الشلبي، فيصل مرعي (1999)، مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة اليرموك، اردب.
- الضمور، هاني حامد (2002)، تسويق الخدمات، (ط1)، عمان: دار وائل للنشر.
- عرابي، بدر (1993)، العلاقات بين الأطباء والمرضى : دراسة في علم الاجتماع الطبي، مصر: دار المعرفة الجامعية.

- العزة ، غالب (2006)، ندوة تنمية المدن العربية - القاهرة (2006) / الوثيقة والخطة التنفيذية للاستراتيجية الوطنية للسكان في الأردن لتمثل السياسة السكانية للفترة (2002-2020).
- الغزو، ختام محمد(2009)، العوامل المرافقة لاكتتاب ما حول الولادة بين النساء الأردنيات، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة العلوم والتكنولوجيا، إربد، الأردن.
- الفقي، مصطفى(2000)، المواطنون والحقوق السياسية، في المرأة والمشاركة السياسية، القاهرة :المجلس القومي للمرأة.
- القماطي، هنية مفتاح(1991)، الأخلاق والعرف، جامعة قاريونس ، بنغازي، ليبيا.
- الكواري، عائشة(2009)، دور المرأة في الهيئات المانحة والمستفيدة، جريدة الإتحاد الإماراتية، المكتبة الإعلامية، مرصد الإعلاميات العربيات:قطر
- الوزان، خالد بن علي بن أحمد (2006)، من أخلاق الطبيب المسلم، أخلاقيات المهنة، . faculty.ksu.edu.sa / alwazzan / DocLib
- بواعنة ، عبدالمهدي (2004)، إدارة الخدمات والمؤسسات، مفاهيم ونظريات وأساسيات في الإدارة الصحية ، ط1 ، عمان؛ دار الحامد للنشر والتوزيع
- تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1999)، القاهرة، 5-13 أيلول / سبتمبر؛ الأمم المتحدة، نيويورك.
- جريدة الصباح (2010)، آفاق استراتيجية، التنمية البشرية...المفهوم والمكونات، عدد (1952). شبكة الإعلام العراقي:العراق
- حداد وسويدان، شفيق ونظام (1998)، اساسيات التسويق، (ط1)، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- حسان، سحر(2007)، التركيبة الإنشائية الهندسية لأقسام الولادة والممارسات الروتينية خلال فترتي المخاض والولادة والموارد البشرية وآراء الأمهات حول الخدمات المقدمة لهن أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة بير زيت. نابلس، فلسطين.

- حلمي، إجلال اسماعيل (2000)، إعادة الهيكلة الرأس مالية: تمكين أم تهميش للمرأة المصرية؟ اعتماد علام محررة: العولمة وقضايا المرأة والعمل، مركز الدراسات والبحوث الاجتماعية - كلية الآداب - جامعة القاهرة.
- حلوبي، ياسمين (2007)، قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم وتطبيق ذلك على المشافي السورية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية. مجلة بحوث ، رسالة ماجستير، جامعة حلب.
- خطاب، هند أبو السعود(1993)، المعاناة الصامتة، جوانب من الظروف المحيطة بصحة المرأة الإيجابية في ريف مصر، القاهرة، مجلس الكنائس العالمي.
- دادبه، أصغر(2001)الأخلاق ..المفاهيم والنظريات ،مجلة النبأ، عدد 64 ،ترجمة:عباس كاظم الشعري.
- رجائي، محمد(1988)، صفحات من تاريخ الطب، القاهرة :الزهراء للإعلام العربي.
- سوسن، رسلان(2007)، الصحة الإيجابية في سورية ، الواقع والتحديات،
www.nesasy.org/content/view/5006/96
- سابين روسا وغابرييش وكلوديا ليم وإدوارد و بيدرينانا وماركو بيوتيسستا و مالكا وأونامر كامبيل وج جيم ميراندا(2008)، التكيف الثقافي لخدمات الولادة في منطقة ريف أيا كوشو، البيرو، منظمة الصحة العالمية، DOI:
www.emro.who.int 10.2471/BLT.08.057794
- صندوق الامم المتحدة للسكان(1999)، حالة سكان العالم.
- عبد المعطي، محمد (2004)، السكان والصحة الإيجابية والفقير.عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- عبود علي سكر، عبود حمزة نجم، عبود فاطمة عبد الرزاق(2009)، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 11 العدد 3.
- عبد المالك، محمد عثمان(2008)، أخلاقيات مزاوله مهنة الطب، مجلة الصحافة العدد (5297)، ص1 ص2.

- عثمان، سلوى(1999)، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- © 2 محفوظة ©.(2009 Tabib.com)
- قنديل، أماني(2004)، المنظمات الأهلية العربية وتمكين المرأة: توجه استراتيجي للاحتياجات الضرورية في تمكين المرأة، التقرير السنوي الرابع للمنظمات الاهلية العربية، القاهرة : الشبكة العربية للمنظمات الأهلية.
- لحيدري، إبراهيم (2003)، النظام الأبوي وإشكالية الجنس عند العرب، (ط 1) ؛ دار الساقى للطباعة والنشر.
- ليلي، وليام(1991)، المدخل إلى علم الأخلاق، ترجمة علي عبد المعطي، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- محامو قطر . www.hmc.org.qa/hmc/health/.../Qadaia_Qanonia.htm
- مركز عفت الهندي للإرشاد الالكتروني - مركز المعلومات (2007)، مركز شؤون المرأة والأسرة.
www.ehcconline.org/information_center/index.php
- مقدادي،كاظم (2005)، الحوار التمدن ،حقوق الأطفال والشبيبة-العدد1161
- ملتقى العالم العربي(2010) مفهوم الصحة العامة، منظمة الصحة العالمية.
- ملتقى عالم التطور العربي للمرأة (2008)، الصحة الانجابية وتنظيم الأسرة وتحديد مفهوم الصحة الانجابية، اليمن، www.yemenvista.com
- ملتقى عالم التطوع العربي(2008)، الصحة الانجابية
<http://www.arabvolunteering.org/corner/avt658.html>
- منتدى العلوم السياسية والعلاقات الدولية (2009)، التقرير السنوي
- منظمة الصحة العالمية (2001)، حقوق المرأة في الشرق الأوسط وشمال افريقيا.
- منظمة الصحة العالمية (2004)، ملحق الصحة الإيجابية، مسودة استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية (ج 13/57) بند 10- 12 .
- منظمة الصحة العالمية (2005)، التقرير الخاص بالصحة في العالم. جنيف: ص65-

- منظمة الصحة العالمية (2006)، برامج ومشاريع - التقرير الخاص بالصحة في العالم.
- منظمة الصحة العالمية (2007)، مكتبة الصحة الإيجابية.
- منظمة اليونيسيف، وزارة الصحة (2007)، دراسة تغطية خدمات الرعاية الصحية الأولية في الأردن، عمان، الأردن.
- منظمة اليونيسيف (2008)، بقاء الطفل الصغير على قيد الحياة ونماؤه ، نايلز ، كريس تقرير "التقدم من أجل الأطفال"
- <http://www.unicef.org/arabic/health/childsurvival>
- وزارة الصحة، (1997)، تقرير (غير منشور)، عمان.
- وزارة الصحة، (1999)، التقرير السنوي، عمان.
- وزارة الصحة وجامعة دمشق كلية الطب، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (2006)، "أسباب وفيات الأمهات في الجمهورية العربية السورية".
/www.girl.alqaly.com.
- ياسر وعبد الحليم، احمد (1997)، العوامل المرتبطة بتحقيق الرضى عن الخدمات المقدمة للمريض في المستشفيات الأردنية، مجلة أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13، العدد (أ)، ص 303- 319

المراجع الأجنبية

- Agnou, Fatima (2004). **Gender, Literacy and Empowerment in Morocco.U.S.A:** Rutledge Press. P41-42.

- Aline, Houndet (2002). Women's satisfaction about their personal experiences during the process of natural birth, **American Journal of Obstetrics and Gynecology**: Volume 186(5). Supplement May (2002) pp S160-S172. E/ESCWA/ECW/2006/Technical Paper1.
- American Heritage Dictionary (1994). • Defines adaptation as: **Stress.**,By HA Studies web.as.ua.edu/ant/bindon/ant475/introduction/adaptation
- Beauchamp, (1993). **Ethical Theory and Business Practice**. Prentice – Hall, Inc, USA.
- Cassidy Dictionary (1999).
- Chen, Chung-Hey RN, PhD; Wang, Shing-Yaw MD, MPH; Chang, Mei-Yueh RN, MSN (2001). Women's Perceptions of Helpful and Unhelpful Nursing Behaviors during Labor: A Study in Taiwan. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 28(3):180-185.
- Donabedian, Avedis, (1980) **The Definition Of Quality and Approaches to its Assessment (Explo rations in Quality Assessment and Monitoring, Health Administration press,** (Ann Arbor: Michigan) 1(6):210-222.
- Graham. Jennifer E., Marci Lobel & Robyn Stein DeLuca (2002). Anger after Childbirth: An Overlooked Reaction to Postpartum Stressors. **Psychology of Women Quarterly**, Volume 26 Issue 3, Pages 222 – 233, Published Online: 17 Dec 2002
- Goldbort, Joanne Gerstner PhD, RN (2009). Women's Lived Experience of Their Unexpected Birthing Process. **MCN, The American Journal of Maternal / Child Nursing**: January/February 2009. Volume 34 - Issue 1 - p 57-62.

- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. **Continuous support for women during childbirth.** Cochrane Database of Systematic Reviews (2007); Issue 3. Art. No. CD003766; DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2
- Johnie, Mozingo, N. PhD, RN; Davis, Mitzi W. PhD, RN; Thomas, Sandra P. (2002). Women's Experience of Childbirth-Associated Anger **MCN, American Journal of Maternal Child Nursing.** 27(6):342-348, November/December 2002. PhD, RN, FAAN; Droppleman, Patricia G. PhD, RN
- Lunn, Clark & Carlton, Tory MSN, RN' Callister, Lynn Clark PhD, RN, FAAN' Stoneman, Eva MSN, RN (2005). Decision Making in Laboring Women: Ethical Issues for Prenatal Nurses. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing:** Vol 19 – Issue 2- P145 – 154 Feature Articles.
- Mary Sweidan, Ziyad Mahfoud, and Jocelyn DeJong
1 Technical Assistant, World Health Organization/Jordan. 2 Assistant Professor, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut. **Journal July-2008-BMC pregnancy & childbirth-V.B.18.**
- Mosby's Medical Dictionary, 8th edition. © 2009, Elsevier.
- Musick, D.W (1997). **Ethics Education at the University of Kentucky College of Medicine,** ph.D. Thesis, University of Kentucky, USA.
- Nanbakhsh .H Salarilak. S F. Islamloo and Aglemand. S (2008). Assessment of women's satisfaction with reproductive health services in Urmia University of Medical Sciences. **Health Journal,** Volume 14 No. 3 May - June, 2008.

- Olivo. B. Lisa, Freda Margaret, R.N., Ed.D, F.A.A Susan pining, R.n., C.N.M., Cassandra E. Henderson, M.D.(2005). Midwifery Care: A Descriptive Study of Patient Satisfaction **Journal of Woman Health**. Vol 3 – Issue 3- P361 – 371.
- Perterson.N Christiana, L (2002). Cognitive Empowerment of African and Caucasians: differences in Understanding of Power in Political Functioning and Shaping Ideology, **Journal of Black Studies**, Vol32, pp 336-351.
- Safadi, R. (2005). **Jordanian women: perceptions and practices of first-time pregnancy.**
- Sally Macintyre^{*}, Laura McKay and Anne Ellaway⁵ (2005), **International Journal of Nursing Practice**. 11, 269-276. Who is more likely to experience common disorders: men, women, or both equally? E-mail: Sally@msoc.mrc.gla.ac.uk
- Simon and Schuster (1973) **our bodies, ourselves / a book** by and for women. Boston Women's Health *Book Collective* New York
- The National Women's Health Information Center(2009),**Healthy Pregnancy:Childbirth &Beyond** U.S.Department of Health and Human Services Office on Women's Health
www.womenshealth.gov > ... > Childbirth and Beyond (2009)
- Webster, new college dictionary (2002), 4th.edition
- William, Jill (2005). **Measuring Gender & Women's Empowerment Using Confirmatory factor analysis**. Institute of Behavioral Science, University of Colorado, Boulder, April (Working paper).

- World Bank (2002). Empowerment and Poverty Reduction: A Soucboo; May, pp 10- 18. **American Journal of Maternal / Child Nursing.**
- Yudin, F.B. (1989). **The Ethics of Sciences, Issues and Controversies.** Progress Publishers, Moscow.

ملحق رقم (1)

الاستبانة

الجامعة الأردنية

كلية الدراسات العليا

مركز دراسات المرأة

أعدت هذه الدراسة كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في دراسات المرأة. وهذه الاستبانة جزء من الدراسة الميدانية لتعرف مدى درجة رضا النساء الأردنيات عن سلوكيات مقدمي ومقدمات خدمة الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية في فترة ما حول الولادة.

تهدف هذه الدراسة إلى تقديم معلومات حول رأي المرأة الأردنية المنتفعة من خدمات العناية بها أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة لفترة (24) ساعة، وتعرف نوعيتها وبالتالي العمل على تحسينها للحصول على درجة أعلى من الرضا، والاستفادة من خدمات الأمومة المقدمة للمرأة الأردنية.

جميع المعلومات التي تحصل عليها الباحثه ستعامل بسرية تامة وستكون فقط لغايات البحث العلمي.

الطالبة: فداء كامل شحادة المصاروة

مركز دراسات المرأة

تلفون: 0776597116

0777521714

القسم الأول من الاستبانة

أ- معلومات عامة

- 1- العمر:
- 2- العمل: 1. تعمل 2. ربة بيت 3. متقاعدة
- 3- المستوى التعليمي للأم: 1. أقل من ثانوية عامة 2. ثانوية عامة 3. دبلوم
4. بكالوريوس 5. دراسات عليا
- 4- المستوى التعليمي للزوج: 1. أقل من ثانوية عامة 2. ثانوية عامة 3. دبلوم
4. بكالوريوس 5. دراسات عليا
- 5- مكان السكن: 1. قرية 2. مدينة 3. بادية
- 6- الدخل الشهري للعائلة بالدينار: 1. أقل من 200 2. 200-499 3. 500-999
4. 1000-1499 5. 1500-1999 6. 2000 فأكثر

ب- * الأحمال السابقة

- 7- كم عدد الولادات السابقة؟ 1. ولادة واحدة 2. ولادتان 3. ثلاث ولادات
4. أربع ولادات 5. أكثر من أربع ولادات
- 8- هل تعرضت للإجهاض؟ 1. نعم 2. لا
- 9- كم عدد الإجهاضات؟ 1. واحد 2. إثنان 3. ثلاثة 4. أربعة
5. أكثر من أربعة
- 10- ما العدد الكلي للأولاد الأحياء؟ 1. واحد 2. اثنان 3. ثلاثة
4. أربعة 5. أكثر من أربعة
- 11- كم عدد الذكور؟ 1. واحد 2. إثنان 3. ثلاثة 4. أربعة 5. أكثر من أربعة
- 12- كم عدد الإناث؟ 1. واحدة 2. اثنتان 3. ثلاث 4. أربع

5. أكثر من أربع

13- هل واجهتك أية مضاعفات أثناء الولادات السابقة؟ 1. نعم 2. لا

14- إذا كانت الإجابة نعم، ما المضاعفات حسب كل حمل؟

9	8	7	6	5	4	3	2	1		
غير نالك	عسر ولادة	ولادة متأخرة	ولادة مبكرة	نزيف	التهابات	إجهادات	ارتفاع ضغط	سكري الحمل	الحمل	الرقم
									الأول	1
									الثاني	2
									الثالث	3
									الرابع	4
									أحمال أخرى	5

15 - مكان الولادات السابقة

5	4	3	2	1		
---	---	---	---	---	--	--

أحمال أخرى	غير ذلك	البيت	مستشفى خاص	مستشفى عام	مكان الولادة	رقم الولادة
					الأولى	1
					الثانية	2
					الثالثة	3
					الرابعة	4

16- هل تلقيت معلومات عن الحمل والولادة في الأحمال السابقة؟ 1. نعم 2. لا

17- هل تلقيت معلومات عن الحمل والولادة في الحمل الحالي؟ 1. نعم 2. لا

18- ما الجهة التي قدمت لك المعلومات عن الولادة أثناء الحمل؟

1. الطبيب / 2. الممرض/ة ، القابلة 3. طلبة التمريض

4. الأم أو العائلة 5. الصديقات / الجيران 6. وسائل الإعلام

7. القراءة الذاتية 8. غير ذلك

19- هل كانت المعلومات التي تلقيتها كافية؟ 1. نعم 2. لا

20- هل تم التخطيط لهذا الحمل مع زوجك؟ 1. نعم 2. لا

21- هل كنت تتابعين خدمات الحمل والأمومة بانتظام أثناء الحمل؟ 1. نعم 2. لا

22- إذا كانت الإجابة بنعم، أين كان ذلك؟

- 1.عيادة خاصة. 2.عيادة مركز الصحي 3.مستشفى حكومي 4.مستشفى جامعي
5. مستشفى للخدمات الطبية الملكية 6. جمعية تنظيم الاسرة

23- من أشرف على العناية بك في كل من المراحل التالية؟

8	7	6	5	4	3	2	1	المراحل
لا أعرف	أفراد من أسرتي	طلبة التمريض	طلبة الطب	مساعدة التمريض	المرمضة القانونية	القابلة القانونية	الطبيب/ة	الكوادر
								1 أثناء المخاض
								2 الولادة
								3 خلال (24) ساعة من الولادة

مدى تحكم المرأة بذاتها أثناء المخاض والولادة

24- هل كان بإمكانك التحكم بما يقوم به مقدمو الخدمة لك أثناء المخاض والولادة؟

1. دائماً 2. غالباً 3. أحياناً 4. أبداً

25- هل شعرت بأنك فقدت السيطرة على تصرفاتك أثناء المخاض والولادة؟

1. دائماً 2. غالباً 3. أحياناً 4. أبداً

26- هل شعرت بأنك تتحكمين بنفسك أثناء الإنقباضات الرحمية؟

1. دائماً 2. غالباً 3. أحياناً 4. أبداً

27- هل كان بمقدورك اختيار الوضعية المريحة لك أثناء المخاض والولادة؟

1. دائماً 2. غالباً 3. أحياناً 4. أبداً

طبيعة سلوكيات الكوادر الصحية تجاهك أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة لمدة (24) ساعة مع مراعاة واحترام معايير المهنة.

1	2	3	4	5	الفقرة	
لا اوافق بشدة	لا اوافق	محايدة	موافقة	موافقة بشدة		
					أشعر بأن الخدمة المقدمة لي ولطفلي أثناء المخاض والولادة على مستوى مهني عالٍ.	1
					لقد تم احترام مبادئ الدينية واتباعي طقوسها بشكل جيد.	2
					هل شعرت بأنك تلقيت خدمة أفضل من غيرك؟	3
					تم مخاطبتي باستعمال اسمي الشخصي باحترام.	4
					لم أجد إعاقة حين دخولي إلى المستشفى أثناء ترتيبات الأمور المالية مع قسم الدخول.	5
					أشعر بالارتياح لقيام أطباء مهرة بالعناية بي أثناء المخاض والولادة ولفترة (24) ساعة بعد الولادة.	6
					أشعر بالارتياح لقيام ممرضات كفيات بالعناية بي أثناء المخاض والولادة ولفترة (24) ساعة بعد الولادة.	7
					أشعر بالاطمئنان من حيث تقديم العلاجات والإجراءات الطبية بشكل سليم.	8
					قام الكادر الصحي بتقديم الدعم النفسي لي من خلال الاستماع لاحتياجاتي وتلبيتها وتشجيعي على تحمل آلام الولادة.	9
					تم السماح لزوجي (أو أي شخص آخر أختاره) بالتواجد معي في غرفة الولادة.	10

					11	تم معاملتي باحترام خلال فترة المخاض والولادة وما بعد الولادة.
					12	تم مراعاة الخصوصية والسرية باستخدام غرفة خاصة لي أو باستخدام الوسائل مثل الستارة أو الحواجز الفاصلة.
					13	قام الكادر الصحي بتقديم شرح وافٍ لي على جميع استفساراتي أثناء المخاض والولادة وما بعد الولادة.
					14	تم أخذ رأيي واستشارتي في بعض القرارات التي تخصني أثناء فترة المخاض والولادة وما بعد الولادة.
					15	كان لي الخيار برفض أو قبول أي إجراء طبي تم عرضه علي.

تهدف هذه الاستبانة الى تعرف مدى درجة الرضا عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة لك أثناء المخاض والولادة ولفترة قصيرة بعد الولادة في المستشفى. الرجاء الإجابة عن الأسئلة بانتباه بوضع إشارة (X) في المكان المخصص وحسب رأيك بالموافقة أو عدمها، حيث لا يوجد إجابات صح أو خطأ حول البنود الآتية:

إرشادات: أرجو وضع إشارة (x) في المربع الذي يتم اختياره

السؤال رقم	السؤال	لا أوافق بشدة	لا أوافق	غير متأكدة	موافقة	موافقة بشدة
1	كان مستوى الضجيج في غرفة الولادة مقبولاً.					
2	كان مستوى الإضاءة ملائماً.					
3	كانت درجة حرارة الغرفة مريحة بشكل عام.					
4	كانت الرائحة جيدة.					
5	كانت صينية الطعام وبقية الأدوات نظيفة.					
6	كانت وحدة المخاض والولادة نظيفة دائماً.					
7	كانت الأسرة مريحة ونظيفة.					
8	كانت الحمامات والمرافق العامة نظيفة طوال الوقت					
9	كانت الملابس والشراشف في غرفة الولادة نظيفة.					
10	كان مكان الحصول على الرعاية التوليدية (غرفة الولادة) مناسباً .					
11	إذا كان لدي استفسار طبي، أستطيع طلب المساعدة من الكوادر الطبية من دون أي إشكال.					
12	كانت تكلفة خدمات الرعاية التوليدية مناسبة.					
13	كانت سياسة المستشفى للزيارة جيدة.					
14	كانت سياسة المستشفى بعدم السماح بحضور من يخصني (زوجي، والدتي، الخ) الولادة مقنعة.					
15	لا يطلب الأطباء الجراحة (عملية قيصرية) إلا إذا كانت خيارهم الوحيد لحل المشكلة.					

					يوجد بهذا المستشفى جميع المستلزمات الضرورية لتقديم رعاية صحية أثناء الولادة بشكل كامل.	16
					كان الطبيب أو القابلة متواجدين معي دائماً أثناء مرحلة المخاض والولادة.	17
					تعطي الممرضة دائماً شروحات كافية عن الفحوصات وعن السبب في طلبها.	18
					كانت الممرضة تتواصل مع الممرضين الآخرين والأطباء لإطلاعهم على وضعي الصحي واحتياجاتي وبهذا فإن كل مقدمي الخدمة يعملون معاً لرعاية مرضاهم .	19
					كانت لي تجربة إيجابية في فترة ما حول الولادة الحالية .	20

تم اختيار بعض البنود التي استخلصت من الميثاق الرسمي الأردني، الذي صيغ في عمان في 1999/6/28 متضمناً حقوق المريض ومسترشداً بالمبادئ والمعايير الواردة فيه من كل ذي مصلحة، وتسعى الجهات التي أقرته إلى أعمال الحقوق الواردة فيه بكل الوسائل المشروعة والمتاحة، وهنا تلخيص بعض البنود التي لها علاقة بالدراسة:

أهم البنود التي تضمن وتخص الحقوق الإيجابية:

أولاً: لكل مريض الحق في تلقي عناية صحية يراعى فيها الاحترام لكرامته، ويشمل:

- احترام معتقداته الشخصية الدينية منها والثقافية وحرية ممارستها.
- تلقي العناية الصحية اللازمة دون تمييز أو تأخير.
- احترام شخصيته باستعمال اسمه الشخصي وعدم إعطائه أي تعريف آخر غير ذلك.
- تلقي العناية الصحية الملائمة واللازمة في الحالات المستعصية وأن يموت بكرامة ضمن حدود القانون.
- أن يتلقى العناية الصحية حتى شفائه التام من المرض.

ثانياً: لكل مريض الحق في:

الحصول على أعلى مستوى ممكن من العناية الصحية دون تمييز بسبب السن أو الجنس أو الدين أو العرق أو الجنسية أو الأصل أو الرأي أو المكانة الاجتماعية أو الاقتصادية أو الإعاقة أو الاحتياجات الخاصة أو أي نوع آخر.

- الحصول على العناية الصحية مجاناً أو بتكاليف ميسرة.
- عدم حرمانه من الرعاية الصحية اللازمة عند عدم قدرته على دفع تكاليفها.

ثالثاً: لكل مريض الحق في:

- الحصول على عناية صحية من قبل أطباء ومقدمي الخدمات الصحية المساندة والمؤهلين للقيام بهذا العمل.
- اختيار أو تغيير الطبيب المعالج أو مقدمي الخدمات الطبية المساندة أو المرفق الصحي ضمن حدود القانون.

- الحصول على رعاية شاملة تعنى بوضعه الجسدي والنفسي والاجتماعي.

رابعاً: لكل مريض الحق في العناية الصحية في بيئة نظيفة ومريحة ونفسية مناسبة.

خامساً: لكل مريض الحق في:

- الحصول على معلومات دقيقة عن حالته الصحية ويشمل ذلك الحق في: الحصول على المعلومات والتوجيه الصحي فيما يتعلق بتشخيص وعلاج حالته والتوقعات لمستقبل الحالة المرضية.
- الحصول على المعلومات الضرورية بهدف تمكينه من إعطاء الموافقة الشفهية أو الكتابية المبنية على علمه قبل البدء بأي إجراء صحية أو علاجية بما في ذلك: الإجراء الصحي أو العلاجي المقترح، والمخاطر الصحية المحتملة، والبدائل الصحية للعلاج المقترح وأماكن توافرها، ومعرفة الفترة المحتملة لاستمرار المرض أو الشفاء، ومعرفة أسماء الأشخاص المسؤولين عن تقديم العناية الصحية أو المشاركين فيها، والحصول على المعلومات بطريقة مبسطة وسهلة الفهم.

سادساً: لكل فرد حق الحصول على تعليم مناسب حول حقوقه الصحية، وحول الحقوق والمبادئ الواردة في هذا الميثاق.

سابعاً: لكل مريض الحق في:

- رفض العناية الصحية ضمن حدود القانون.
- تفسير النتائج المترتبة على هذا الرفض.
- إعلامه وإعطائه المشورة حول نية شخص أو مؤسسة ما القيام بأبحاث قد تؤثر في العناية الصحية به.
- الموافقة أو رفض المشاركة في هذه الأبحاث.

- إعلامه وإعطائه المشورة حول نية أي شخص أو مؤسسة ما بالقيام ببرامج تدريبية لطلاب مما قد يؤثر في علاجه، والموافقة أو رفض المشاركة في برامج تدريب الطلاب.

ثامناً: لكل مريض الحق في احترام كامل لخصوصيته، وبناء عليه:

- تعامل بالكرامة التام حتى بعد الوفاة جميع المعلومات الخاصة بوضعه الصحي، والحالة الطبية، والتشخيص والتوقعات لمستقبل الحالة المرضية والعلاج وأية معلومات أخرى ذات طبيعة شخصية.
- يمكن التصريح بهذه المعلومات السرية فقط بناء على موافقته الصريحة أو إذا أجاز القانون ذلك صراحة.
- تعتبر من قبيل الموافقة تبادل المعلومات بين المرافق الصحية للمشاركة في علاج المريض.

تاسعاً: المحافظة على صحة وحقوق المرضى الآخرين وتتضمن:

- احترام كرامة المرضى الآخرين.
- احترام الأطباء ومقدمي الخدمات الصحية المساندة. (مركز عفت الهندي للإرشاد الإلكتروني - مركز المعلومات).

Satisfaction of Jordanian Women with the Behavior of Health Care Service Providers During Perinatal Period in the Jordanian Hospitals.

by

Fida Kamel Shehadeh Al Masarweh

Supervisor

Dr. Reema Safadi

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe the quality of care provided by health care professionals to Jordanian women in birth, in private and public hospitals. It also aimed to examine the relationship between health care provider's practices and women's satisfaction during birth, and to understand whether women have control and decision making power during birth and the effect of that on women's satisfaction with birth.

The population consisted of Jordanian women giving birth in Jordanian hospitals, in Amman region and its surrounding areas, in both private and public hospitals.

The sample (320) women were selected by convenience sampling with an age of (18-45) years old. Data was collected between August to December (2009).

A specifically designed tool was prepared consistory of:

1. Demographic and Obstetric data (23 questions).
2. Control and Decision making (4 questions).
3. Health care provider's professional practices (15 questions).
4. Satisfaction with birth (20 questions).

The finding indicated that birthing women had moderate to high level of satisfaction with health provider's practices, there was a significant differences in the level of satisfaction between private and public hospitals.

It also showed significant differences in the level of control between women in private and public hospitals and significant differences, in the nature of care practices between health care providers in private and public hospitals.

Conclusion

Women in private hospitals were more satisfied, more control of themselves during birth, and health care providers had better health care practices than those in public hospitals.