

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية - دراسة تطبيقية على مجمع

الشفاء الطبي - غزة - فلسطين

أ.د. صبري محمد حمدان و أ. رولا إبراهيم حبيب

أستاذ الجغرافيا الطبيعية والخرائط

الجامعة الإسلامية - غزة

ملخص: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى رضى المرضى الراقدين في مجمع الشفاء الطبي عن الخدمات المختلفة المقدمة لهم بشكل عام وعلى مستوى المحاور المختلفة، هل تختلف مستويات رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم تبعاً للجنس والحالة الاجتماعية والعمر والدخل الشهري والقسم الطبي ونوع المرض والمهنة؟

تم بناء أداة الدراسة لتحقيق الأهداف العامة والخاصة، إذ تكونت من 64 سؤالاً وفقرة، منها 10 أسئلة خاصة بالمرضى و48 فقرة موزعة على خمسة محاور تخضع لمقياس ليكرت الخماسي، و6 فقرات ثنائية تكون الإجابة عليها بنعم أو لا. وقد تم فحص صدق الاتساق الداخلي فكان الارتباط بين المحاور قويا وطرديا وذا دلالة إحصائية بمستوى أقل من 0.01، ثم تم حساب ثبات الأداة بطريقة التجزئة النصفية وطريقة ألفا كرونباخ وقد بلغ معامل ألفا لمعدل الرضى 0.826 وارتفع لمستوى الرضى إلى 0.881. وقد تم توزيع الأداة على 211 مريضاً خلال شهر صيف 2011م.

سجل معدل الرضى العام تقديراً عالياً نسبته (71.6%) وقد اختلفت المحاور فيما بينها فكان الأفضل في معدل الرضى المحور الرابع (75%) والأقل المحور الخامس بنسبة (68.8%).

بناءً على اختبار الفرضيات فقد تم قبول بعض فرضيات العدم إذ تم قبول الفرضيات القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين مستوى رضى المرضى الراقدين تعزى إلى الحالة الاجتماعية، والعمر، والدخل الشهري، والمهنة، وأن الاختلافات في معدل الرضى ترجع إلى الصدفة. أما الفرضيات التي تم رفضها وتم قبول الفرضيات البديلة القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رضى المرضى عن الخدمات الصحية ترجع إلى الجنس. وكانت النتائج لصالح الإناث والقسم الطبي وكانت النتيجة أن الفروقات لصالح قسم النساء والولادة مقابل قسم الجراحة ونوع المرض وكانت النتيجة أن الفروقات لصالح أصحاب الأمراض المزمنة.

The Satisfaction of Hospitalized Patients with Health Care at Al-Shifa Hospital, Gaza, Palestine

Abstract: This study aimed at measuring the satisfaction of hospitalized patients with health care. This study also aimed to know whether the satisfaction of patients with health care differs from one patient to another. Satisfaction amongst patients correlated with sex, social status, age, monthly income, medical department of treatment, type of disease, and job.

A study tool was manipulated to comprehend all general and special aims and all possible questions. This 48-paragraph-study-tool was distributed to

five points on Likert Scale, and 6 paragraphs of yes- or- no- questions. The internal consistency was checked. The liaison between points was strong and extrusive with a level of less than 0.01. The consistency of the study tool was checked by using the Split-Half-method and Alpha Cronbach, the Alpha factor was 0.826 and rose to 0.881. The study tool was distributed to 211 patients during the summer of 2011.

The satisfaction reached 71.6 %, and the points differed; the best point was the fourth (75%) and the lowest was the fifth (68.8%).

According to the test of the Hypotheses, some Null Hypotheses were accepted. The hypotheses stating that there are no static differences on the level 0.05 of the satisfaction of hospitalized patients according to factors of social status, age, monthly income, and job. The differences of satisfaction could be random. Some alternative hypotheses stating that there are static differences of the satisfaction of patient with health care due to sex were accepted. The results were for females and the medical department. The results were in favor of women treatment department and Maternity department against surgery department and type of disease. The results were in favor of chronicle diseases patients.

المقدمة:

لقد جذب اهتمام الجغرافيين في العقود المعاصرة عدة ظواهر اجتماعية وموضوعات متباينة جديرة بالاهتمام والدراسة ومنها جغرافية الخدمات، والتي تتناول النمط والتوزيع المكانيين للخدمات الدينية والتعليمية والاقتصادية والخدماتية والصحية . واستناداً إلى أن جغرافية الخدمات تُعدُّ اتجاهاً حديثاً في الجغرافيا والخدمات باعتبارها ظاهرةً جغرافيةً تشمل مساحات إرضاء محددة فإنها جذبت اهتمام العديد من العلوم والتخصصات، منها: الجغرافية التي تتعامل معها وفق منهج وطريقة خاصة بالجغرافية إلى جانب اعتبار دراسة الخدمات إحدى الدراسات التطبيقية في مجال الجغرافية التي تعد ركيزة مهمة من ركائز التنمية والتخطيط في العديد من الدول، ورافداً أساسياً من روافد العمليات التخطيطية والإقليمية، كما أن الاهتمام بالخدمات يعني الاهتمام بالإنسان، وأن دراسة الخدمات المقدمة للمرضى الراقدين في المستشفيات الحكومية، ومعرفة الأسباب والدوافع عن مستوى رضاهم أو عدم رضاهم يعد من الأهمية بمكان.

تعد الخدمات الصحية هدفاً من أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية وخاصة بعد أن أقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948م، والذي عدَّ الصحة حقاً أساسياً لجميع الأفراد والشعوب، وبذلك أصبحت عملية توفير الخدمات الصحية المنظورة لمحتاجيها مسؤولية أساسية للحكومات لا بد أن توفرها لمواطنيها. وإذا كان هذا هو موقع الصحة

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

بالنسبة للعالم أجمع، فإنه يحتل في المجتمعات النامية مكانة أكثر تميزاً حيث تؤكد سياسات هذه المجتمعات على المواطن باعتبارها هدفاً ووسيلة.

لذلك فإن الخدمات الصحية المقدمة للمرضى الراقدين في المستشفيات الحكومية يمثل أحد أهداف الرعاية الطبية، ومن المستحسن تعريف الخدمة الطبية: فهي نشاط أو عمل ينجز من أجل غرض معين، قد يكون هذا النشاط استشارةً طبيةً أو عملاً طبياً أو حلّ مشكلةً فنيةً في المجال الصحي، أو إجابةً على استفسار، لذا فإن الخدمة الطبية هي نشاط معنوي أو عملي وغير نمطي في الغالب، وتنتج وتستهلك في الوقت نفسه، وتتطلب تفاعلاً واتصالاً بالمريض أو ذويه، وأن ملكيتها لا تتغير ولا تنتقل، ولا يمكن إعادة بيعها ولا تخزينها، ولكن نظام تقديم الخدمة يمكن أن ينقل أو يصدر، أما الجودة فهي حكم على إدراك المريض أو ذويه في كيفية مقابلة الخدمة لحاجاتهم، فجودة الخدمات هي التي تقابل الحاجات الحقيقية في الوقت الصحيح بالطرق الصحيح (Sheaff et al, 2002)، فالدين الإسلامي الحنيف أعطى اهتماماً واسعاً في التأكيد على العمل الجاد والنافع، وهو ما نصت عليه الآية الكريمة ﴿ قُلْ اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون ﴾ (التوبة 105). كذلك نجد السيرة النبوية الشريفة غنية بالأحاديث الشريفة التي تعظم العمل، روي عن الرسول محمد صلى الله عليه وسلم: " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه"¹ ، هذا إلى جانب أنه كلما تحقق الرضى لدى المريض عن خدمات الطبيب أو التمريض أو الخدمات الفندقية فإنه مؤشر على مدى نجاح مقدمي الخدمات في العمل وفق قيم المرضى ومدى تحقيقها لتوقعاتهم. كما أن دراسة رضى المرضى الراقدين يعد وسيلة مهمة في مجال الدراسات المتعددة ومنها الجغرافية للنهوض بالخدمات ووضع السياسات المناسبة للرعاية الصحية والاهتمام بالمواطن.

مشكلة الدراسة:

كثر الحديث في الآونة الأخيرة عن عدم اهتمام الكوادر الطبية والإدارية بالمرضى، وكثرت الحوادث التي تم تداولها بين السكان من جراء ذلك وادت في بعض الحالات إلى الوفاة، لذلك جاءت هذه الدراسة لتلقي الضوء وتفسر ذلك الادعاء ، لذا تم صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس وهو: ما مستوى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في مجمع

¹ رواه الطبراني في الأوسط

² سوف يشار الى مجمع الشفاء الطبي بالشفاء

أ.د. صبري حمدان و أ. رولا حبيب

الشفاء الطبي؟² ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة الثانوية التالية: ما مستوى رضى المرضى الراقدين عن كل مجال من مجالات الخدمات الصحية المختلفة والمتمثلة ب: الوصول والاستفادة من الخدمة والبيئة الداخلية للمشفى، وتوقعات المريض، والتفاعل والمعلومات والخدمات المقدمة. أما الأسئلة المرتبطة بالفرضيات، فهي: هل تختلف مستويات رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في مجمع الشفاء الطبي تبعاً ل: للجنس؟ الحالة الاجتماعية؟ العمر؟ الدخل الشهري؟ القسم الطبي؟ نوع المرض؟ المهنة؟

أهداف الدراسة وأسئلتها:

جاءت أهداف الدراسة منسجمة مع مشكلة الدراسة المتمثلة في معرفة مستوى الرضى عند الراقدين في الشفاء ، وهي كما يأتي:

1- التعرف على مستويات رضى المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في الشفاء.
2- التعرف على طبيعة العلاقة بين بعض المتغيرات الشخصية لأفراد العينة (الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، الدخل الشهري، القسم الطبي، نوع المرض، المهنة) والرضى عن الخدمات الصحية.

3- التعرف على أهم المجالات التي تحقق الرضى عن الخدمات الصحية

4- تزويد صانعي القرار بالمعلومات المفيدة حول الخدمات الصحية

أهمية الدراسة:

إن دراسة رضى المرضى الراقدين بوصفه موضوعاً تتناوله جغرافية الخدمات تعد رافداً قوياً لمعرفة النواحي الإيجابية والسلبية في خدمات المشفى، إذا كان الاهتمام بدراسة رضى المرضى والتعرف على آرائهم حول خدمات المشفى العامة حديثاً نسبياً فإن معظم الدراسات في هذا الحقل أكثر تركيزاً في الدول المتقدمة والتي تعتمد على عنصر المنافسة فيها حيث إن الربح يلعب دوراً مهماً في استمرارية هذه المؤسسات ونموها وتحسن خدماتها. من هنا جاءت أهمية الدراسة بتوجيه رسائل الى كل من:

- وزارة الصحة ممثلة بوزيرها بالوقوف على مستويات رضى المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في الشفاء بالإضافة الى معرفة مواقع الخلل إذا كان موجوداً في الخدمات التي تقدمها الوزارة من خلال الشفاء.
- إدارة الشفاء بالتعرف على أهم المجالات التي تحقق الرضى عن الخدمات الصحية عند المرضى، ومستوى هذا الرضى.

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

فرضيات الدراسة:

انبثقت فرضيات الدراسة عن جميع أسئلتها، وهذا نصها "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين مستوى رضى المرضى الراقدين تعزى إلى: الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، الدخل الشهري، القسم الطبي، نوع المرض، المهنة.

حدود الدراسة:

لها حدان، وهما: الحد المكاني والبشري: سوف تنحصر عينة الدراسة في المرضى الراقدين في الشفاء أثناء تعبئة الأداة، غزة، فلسطين، والحد الزماني: تحددت نتائج هذه الدراسة بزمن تطبيقها من 15 مايو الى 30 يوليو 2011.

مصطلحات الدراسة :

مجمع الشفاء الطبي: يُعدُّ الشفاء هو أكبر مؤسسة صحية طبية داخل قطاع غزة. تم إنشاؤه عام 1946 وأقيم على مساحة 42 دونماً، يقع في الناحية الغربية الوسطى لمدينة غزة، كان آنذاك عبارة عن أكشاك صغيرة، بعد ذلك تم تطوير هذه الأكشاك إلى أقسام داخلية (الباطنة والجراحة) وإضافة أقسام تخصصية وبعض الوحدات المهمة. تقوم إدارة الشفاء بالإشراف والمتابعة على الخدمات الصحية التي تقدم للمواطنين من خلال ثلاثة مشافي (الجراحة- الباطنة - الولادة) وتضم مختلف المرضى المحولين عن طريق أقسام الاستقبال والطوارئ أو عن طريق عيادات الرعاية الأولية، حيث يتم تحويلهم إلى الأقسام الداخلية أو مراجعة العيادات الخارجية، إذ بلغ عدد العاملين به حوالي 1377 موظفاً ما بين طبيب (418) وممرض (513) والباقي (إداري وفني) بالإضافة الى وجود 521 سريراً موزعة على ثلاثة مشافي (مشفي الجراحة 172 سرير، والباطنة 163، الولادة 186) بالإضافة إلى 183 من أسرة الرعاية مقسمة على الثلاثة مشافي).
التعريف الإجرائي لرضى المرضى: هو الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على استبانة الرضى المعدة من قبل الباحثين.

الدراسات السابقة:

تنوعت أهداف الدراسات التي تناولت رضى المرضى عن الخدمات الطبية، لنجد منها ما اهتم برضى المرضى عن أداء المشافي بشكل عام مثل دراسات (Quintana et al, 2006) و(الهيبي، 2007) و(Peytremann-Bridevaux, 2006) و(Chin & Amir, 2008) و(Wolf et al, 2012) و(مصلح، 2012)، ودراسات هدفت إلى تقييم المشافي للذين دخلوا المشفى ليوم واحد فقط (Kleefstra et al, 2012)، أو الرعاية المنزلية ليوم واحد كذلك مثل (Swedberg et al, 2012)، وزاد تخصص الدراسات لتقييم أداء قسم واحد من أقسام المشافي من وجهة نظر

المرضى مثل الرضى عن خدمات أقسام الطوارئ (Bernard et al, 2007) أو عن أداء العيادات الخارجية مثل (Yousef & Naeem, 2010) و (Kagashe & Rwebangila,) و 2011 و (Iloh, 2012)، أو أقسام الولادة (Tayelgn et al, 2011)، وامتد التخصص في دراسات الرضى عن الخدمات الصيدلانية (Afolabi et al, 2012)، وخدمات الغذاء (AbLatiff et al, 2013)، وأداء العيادات الخارجية وخدماتها (Abdelhafez et al, 2012)، ورضى المساجين عن الخدمات الطبية (Bj rngaard et al, 2009)، ولدراسة مدى رضى المرضى عن أداء بعض فئات العاملين في المجال الطبي مثل: رضى المرضى عن الممرضين، مثل (Ksykiewicz–Dorota et al, 2011) و (Stoddart, 2012)، وأخرى اهتمت بطرق التواصل بين الأطباء والمرضى حول طرق علاجية معينة، مثل (Hirsch, 2011) و (Zanini & Rubinelli, 2012)، ليصل الحد في مجال الرضى إلى درجة أعمق من الرضى العام فقط إلى رضى المرضى عن علاج مرض معين مثل علاج البدانة (Padwal et al, 2012)، وعلاج مرضى القلب (Aikat & Biswas, 2011) واستئصال المرارة بعد مشاهدة شريط مصور (Thanapongsathorn et al, 2012)، وعلاج مرضى السرطان مثل دراسة كل من (Nguyen et al, 2011) و (Charalambous & Adamakidou, 2012)، ومرضى السكر مثل (Tabrizi (2009) و (Saatci et al, 2010) و (Bradley et al, 2011) و (Kontodimopoulos et al, 2012)، ومرضى السل الرئوي (Babikako et al, 2011)، ومرضى الإيدز (Wouters et al, 2008) وعلاج الأسنان ومظهرها العام (Tin–Oo et al, 2011)، وعلاج الحساسية (Glass & Harper, 2003)، هناك دراسات أخرى لمعرفة رضى المرضى عن الآثار المترتبة على طريقة علاجية (ما) مثل دراسة تأثير الختان على الوضع الجنسي عند الرجال (Hosseini & Mohseni, 2011) وتأثير إبطالة القدم (R der et al, 2012)، وأخيراً دراسات تناولت الرضى عن الخدمات الطبية بشكل عام مثل: (Al–Adham, 2004) و (Ofili & Ofovwe, 2005)، أو السياسات الطبية العامة (Tang, 2011) أو الرضى عن خدمات التأمين الصحي (Mohammed et al, 2011) .

المنهجية والأدوات:

منهجية الدراسة: اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعني ما هو قائم في الواقع ومحاولة تفسيره وهو يهتم بتحديد الظروف والعلاقات التي توجد بين الوقائع ومن ثم تحليلها وتفسيرها حيث يستخدم في هذا المنهج أساليب القياس والتصنيف والتفسير واستنتاج

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

العلاقات ذات الدلالة بالنسبة للمشكلة المطروحة للبحث وتحليلها للوصول إلى إدراك طبيعتها ومحاولة وضع الحلول التي تساهم في حلها.

تصميم وصدق أداة الدراسة:

أدوات الدراسة: بعد الاطلاع على الخصائص النفسية والاجتماعية للمرضى والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأي عينة من المرضى عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي تم بناء أداة الدراسة لتحقيق الأهداف العامة والخاصة، وبعد أن تمت صياغة أسئلة الأداة، وعرضها على مختصين في المجال الجغرافي والطبي والإحصائي وموظفين في الشفاء وتطبيقها على عينة من عشرة مرضى لمعرفة نقاط الضعف والغموض لمعالجتها، وأخذت شكلها النهائي، إذ تكونت من 64 سؤالاً وفقرة، منها 10 أسئلة خاصة بالمرضى، و48 فقرة موزعة على خمسة محاور تخضع لمقياس ليكرت الخماسي، و6 فقرات ثنائية الإجابة بنعم أو لا، تم اعتماد الدليل الآتي لوضع تقدير للنسب المئوية المستخرجة من الإجابات على الأداة: أقل من 36% ضعيف جداً، ومن 36 - 52% ضعيف، ومن 52 - 68% متوسط، ومن 68 - 84% عالي، وأخيراً أكثر من 84% عالي جداً.

صدق الاتساق الداخلي: يشير إلى قوة ارتباط درجة الفقرة أو البند من الأداة والدرجة الكلية، وتم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للأداة، بتطبيقه على عينة استطلاعية بلغت 100 مريض وتم حساب معامل ارتباط بين محاور الدراسة والدرجة الكلية وكذلك بين درجات كل فقره من فقرات الأداة وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS. (الجدول 1)

جدول(1): معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحاور المختلفة مع الدرجة الكلية لمحورها³

رضى المرضى عن خدمات							
الخدمات الطبية			التفاعل والمعلومات	توقعات المريض	البيئة الداخلية	الوصول والاستفادة	رقم الفقرة
**0.55	10	**0.41	**0.55	**0.45	**0.64	**0.45	1
**0.58	11	**0.37	**0.70	**0.62	**0.74	**0.65	2
**0.24	12	**0.61	**0.60	**0.56	**0.69	**0.67	3

³ ** مستوى الدلالة 0.00 * مستوى الدلالة 0.0

**0.51	13	**0.62	**0.60	**0.64	**0.64	**0.63	4
**0.39	14	**0.41	**0.58	**0.63	**0.63	**0.69	5
**0.47	15	**0.47	**0.71	**0.60	**0.59	**0.63	6
**0.55	16	**0.45	**0.66	**0.43	**0.75		7
**0.40	17	**0.50	**0.20	**0.57			8
**0.59	18	0.50	**0.71				9
**0.74			**0.79	**0.77	**0.78	**0.79	الكل

يتضح من الجدول (1) أن الارتباط بين المحاور قوي وطردي وذو دلالة إحصائية بمستوى أقل من 0.01، وهذا يدل على مدى الارتباط الكبير بين محاور الأداة، وأن فقرات الأداة دالة إحصائياً عند المستوى نفسه، وهذا يؤكد أن فقرات الأداة تتمتع بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي. ثبات الأداة: تم حساب ثبات الأداة بأسلوبين، وهما:

1- طريقة التجزئة النصفية: تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية وعددها (100) مريض لحساب ثبات الأداة بطريقة التجزئة النصفية، حيث احتسبت درجة النصف الأول للأداة وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون فكانت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية قبل التعديل ومعامل الثبات بعد التعديل. (الجدول 2)

جدول (2): معامل ارتباط بيرسون وسبيرمان براون

اسم المحور	معامل بيرسون	معامل سبيرمان براون
مدى (معدل) الرضى	0.714	0.833
مستوى الرضى	0.505	0.671

معامل سبيرمان براون = $2r / (r + 1)$ ، ر: معامل الارتباط بيرسون.
تبين أن معامل ارتباط سبيرمان براون لكل من مدى الرضى ومستوى الرضى عالٍ، وهذا يؤكد أن الأداة تتمتع بدرجة عالية من الثبات يطمئن إلى تطبيقها على عينة الدراسة.
2- طريقة ألفا كرونباخ: تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ لإيجاد معامل ثبات الأداة لكل من (معدل الرضى، ومستوى الرضى) وتبين أن معامل ألفا كرونباخ لكل من معدل الرضى (0.904)، ومستوى الرضى (0.725) عالٍ جداً، إذ إنه سجل معدلاً أعلى من 0.70، وهذا يدل

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

على أن الأداة تتمتع بدرجة جيدة من الثبات يطمئن إلى تطبيقها على عينة الدراسة (Iacobucci and Adam Duhachek 2003 Maydeu-Olivares 2007 Kleefsra et al 2012).

مجتمع وعينة الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة من المرضى الراقدين في الشفاء القادرين على الإجابة على أسئلة الأداة لمن أراد ذلك من المرضى. اشتملت عينة الدراسة من (211) مريضاً من المرضى الراقدين في الشفاء لمن أجابوا على الأداة طواعية، إذ كان جميع المرضى في غرف المشفى معرضين دون استثناء للسؤال، فمنهم من يقبل أو يرفض الإجابة، وشكلت العينة التي قبلت تعبئة الأداة عن طريق المقابلة الشخصية حوالي 40% من إجمالي عدد المرضى الراقدين، وقد تمت المقابلات بالتعاون مع الإدارة المعنية في الشفاء من 15 مايو الى 30 يوليو 2011 وفي كل زيارة يتم زيارة قسم كامل.

متغيرات الدراسة: تشمل متغيرات الدراسة على خصائص المرضى وهي سبعة متغيرات مستقلة وتشمل: الجنس، والحالة الاجتماعية، والقسم الطبي، والعمر، والدخل الشهري، ونوع المرض، والمهنة، والمتغير التابع: وهو رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في الشفاء.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

السؤال الرئيس:

ينص السؤال الرئيس على: ما مستوى الرضى لدى المرضى الراقدين عن الخدمات الطبية المتاحة في الشفاء؟ للتحقق من هذا التساؤل تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لهذا التساؤل (الجدول 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9) بناءً على النتائج التي ظهرت في الجدول (3) فإن معدل الرضى العام سجل تقديرًا عاليًا (71.6%) ولم يتباين كثيرًا معدل الرضى في الخمس محاور الفرعية إذ سجل المحور الرابع أعلى (75%) بينما سجل المحور الخامس أدنى معدل (68.8%). وتوافق المعدل العام لهذه الدراسة مع معدل الرضى العام لدراسات كل من مصلح (2012)، و(2009) Tabrizi و(2011) Nguyen et al، وانخفض المعدل إلى معدلات غير متوقعة في دراسات أخرى، مثل (2004) Al-Adham في نابلس و(2009) Babikako et al في المشافي العامة في أوغندا، و(2009) Bj rngaard في النرويج، (2012) Charalambous & Adamakidou في اليونان (64%)، بينما انخفض المعدل في دراسة الجيش والكاراري (2010) Aljeesh & Al Kariri في نفس الشفاء لكن الدراسة أجريت على قسم الاستقبال (63.9%) كذلك انخفض إلى تقدير متوسط في دراسة Al Sharif (2007)، بينما ارتفع معدل الرضى العام في بعض الدراسات، مثل: Ksykiewicz-

(2011) Dorota et al ومصلىح (2012)، ويمكن تفسير ارتفاع المعدل في هذه الدراسة إلى زيادة اهتمام حكومة غزة بالنظام الطبي بشكل عام بالرغم من الحصار الذي يفرضه الاحتلال الإسرائيلي على القطاع منذ 2008. بينما ارتفع المعدل إلى (81%) مقارنة بالمحور الرابع في دراسة (2012) Charalambous & Adamakidou .

الجدول (3): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي⁴ والتقدير لكل المحاور

رقم المحور	اسم المحور	س ⁻	ع	ن	ق
الأول	الوصول والاستفادة الخدمة	3.64	0.76	72.8	عالٍ
الثاني	البيئة الداخلية للمشفى	3.61	0.87	72.2	عالٍ
الثالث	توقعات المريض	3.73	0.57	74.6	عالٍ
الرابع	التفاعل والمعلومات	3.75	0.56	75	عالٍ
الخامس	الخدمات المقدمة	3.44	0.57	68.8	عالٍ
كل المحاور	المعدل العام	3.58	0.51	71.6	عالٍ

لمقارنة المحاور كل على حدة نجد ارتفاع معدل الرضى عن المحور الأول في دراسات مثل (2004) Al-Adham و(2012) Kleefstra et al، بينما قل المعدل في دراسة Aljeesh & (2010) Al Kariri عن المعدل الحالي، لنجد العكس بالنسبة للمحور الثاني إذ إن معظم الدراسات سجلت معدل رضى منخفض عن معدل هذه الدراسة، مثل: (2004) Al-Adham و(2011) Nguyen et al و(2011) Tayelgn et al و(2011) Tang و(2012) Iloh، وسجلت معدلاً مرتفعاً عن المحور الثاني عند (2012) Kleefstra et al بينما تساوى المعدل مع ما سجل في دراسة مصلىح (2012). انخفض معدل الرضى عن المحور الثالث في هذه الدراسة وسجل 68.8% (Aljeesh & Al Kariri 2010)، وبمقارنة المحور الرابع نجد أن المعدل انخفض في بعض الدراسات مثل (2004) Al-Adham وارتفع في بعضها الآخر عن ما سجل في هذه الدراسة، مثل: دراسات (2012) Kleefstra et al و(2012) Iloh .

⁴ سوف تستخدم الرموز التالية للدلالة على معناها (س⁻ = المتوسط الحسابي، ع = الانحراف المعياري، ون = الوزن النسبي، و ق = التقدير)

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

المحور الأول (الوصول والاستفادة من الخدمة): يتضح من الجدول (4) أن: رضى المرضى الراقدين عن الخدمات في الوصول والاستفادة من الخدمة في الشفاء قد جاء في مستويين، وهما: الأول: الرضى المرتفع وتمثل في الخمس فقرات الأولى إذ سجل أعلى معدل في الفقرة الأولى (76.9%)، وأقل معدل في الفقرة الرابعة (73.7%) وهذا يعني أن معدل الرضى في الخمس فقرات كان عالياً وفي الوقت نفسه كان متقارباً، ويمكن تفسير ذلك بما يأتي:

سهولة الوصول سواء كان بسيارات الإسعاف أو السيارات الخاصة أو الأجرة إذ إن الشفاء يقع في منتصف المدينة تقريباً، وجاهزية الأطباء والمرضى في صالة الاستقبال، وإن كان هذا الأمر لا يتم بصورة دائمة، ولكن الأغلب هو الحصول على هذه الخدمة في كثير من الأحيان. بالرغم من توفر الكوادر الطبية إلا أن الحصار المفروض على القطاع منذ تولي حركة حماس الحكومة في غزة أدى إلى عدم استطاعة الحكومة توفير كثير من المعدات الطبية اللازمة للتشخيص، مثل: جهاز المسح الذري بالإضافة إلى عدم إمكانية تحليل جميع أنواع التحاليل الطبية مما يجبر المرضى الذهاب إلى المختبرات الخارجية إجراء تلك التحاليل، بالإضافة إلى ذلك اشتكى بعضهم من عدم وجود دم كافٍ لإجراء عمليات جراحية أو تأخيرها إلى وقت طويل مما يضطره إلى التعامل مع الأطباء خارج الشفاء ثم يعمل ذلك في داخل الشفاء، وكانت الفقرة الرابعة هي الأقل ضمن هذه المجموعة إذ اتفق الأغلبية على طول فترة ظهور نتائج التحاليل الطبية، تساوت النتائج في بعض فقرات هذا المحور مع نتائج دراسات أخرى مثل الفقرة الأولى (Iloh, 2012) والرابعة (Ofili & Ofovwe, 2005). بينما انخفض المعدل في دراسات أخرى عن بعض الفقرات مثل الفقرة الرابعة عند Tang (2011) سجل الرضى 64%، كذلك انخفضت نسبة الرضى بدرجة كبيرة إذ سجل 52.8% من العينة و4.6% عالية جداً فقط (Al Sharif,) 2008، وعن الخدمات الصيدلانية في نيجيريا إلى 56% (Ofili & Ofovwe 2005) بينما ارتفع المعدل عن الفقرة السادسة في دار السلام إلى 71.4% في مستشفى أمانه (Amana) العام (Kagashe & Rwebangila 2011).

الثاني: الرضى المتوسط وتمثل في الفقرة رقم 6 إذ انخفض معدل الرضى فيها إلى مستوى متدنٍ (58.7%) وهذا يعني أن المريض لا يستطيع الحصول على العلاج كما يريد من الصيدلية، وتجدر الإشارة في هذا المقام إلى سوء سلوكيات بعض سكان قطاع غزة تجاه الأدوية إذ إنهم يحاولون دائماً تخزين الدواء مثل المواد الغذائية لحين الحاجة، لم لا؟ ونحن دائماً في حصار وأزمات خلقت مبدأ التخزين عند السكان، بينما ارتفع التقدير إلى جيد عن 73.3% من المرضى و4.8% جيد جداً في دراسة (Al Sharif 2008).

الجدول (4): خصائص فقرات المحور الأول

الرقم	الفقرة	س	ع	ن	ق
1	تصل إلى المستشفى بسهولة	3.844	1.03	76.9	عالٍ
2	الطاقم الصحي كافي وجاهز للعمل	3.834	1.19	76.7	عالٍ
3	الخدمات الصحية اللازمة لك متوفرة	3.763	1.19	75.3	عالٍ
4	تظهر نتائج الفحوصات بسرعة	3.687	1.22	73.7	عالٍ
5	إجراء التشخيص اللازمة لك متوفرة	3.801	1.10	76.0	عالٍ
6	وجود صيدلية لصرف العلاج	2.934	1.41	58.7	متوسط

المحور الثاني (البيئة الداخلية للمشفى): يتضح من جدول (5) أن هناك تبايناً في رضى الراقيدين عن البيئة الداخلية للشفاء إذ ارتفع معدل التباين إلى حوالي 17% ما بين أعلى نسبة رضى وأدناها، إلا أن معدل الرضى انحصر في مستويين، وهما: الأول: الرضى العالي وتمثل في أربع فقرات (3، 4، 5، 6) إذ احتلت الفقرة الرابعة أعلى نسبة (82.5%) يأتي بعدها الفقرة الخامسة (80.8%) وإن دل هذا فإنه يدل على ما تبديه الحكومة ومن ثم إدارة المشفى من اهتمام واضح بالنظافة والإضاءة، ففي ذلك راحة نفسية للمريض والطبيب وقد لوحظ ذلك أثناء توزيع الأداة، إذ كان المشفى ينظف ثلاث مرات يومياً، ارتفع مستوى الرضى عن الفقرة الخامسة إلى معدل عالٍ جداً إذ سجل 96% في وحدة القلب بينما انخفض بشكل غير عادي ليصل إلى 15% في المشفى بشكل عام (Aikat & Biswas, 2011)، كذلك سجل معدلاً منخفضاً في دراسة الشريف عن الفقرات 3 و4 و5 بمعدل عالٍ عند 36% من العينة و2.5% عالٍ جداً عن الفقرتين (3 و4) و5.6% عن الفقرة الخامسة (Al Sharif, 2008)، أما فيما يتعلق بنظافة الحمامات فبالرغم من أنها تنظف ثلاث مرات إلا أن شكلها غير مريح، ويرجع ذلك إلى أسباب تتعلق بالمريض الراقد نفسه، أو من الزوار أو حتى المرافقين للمريض، أما لجهلهم بالنظافة العامة أو لكون المريض راقداً بمشفى عام، أو لتدني الوعي عند المريض وزواره، مما يتسبب في إهمال النظافة من جانب، وتعديه على مواد النظافة المتوفرة في دورات المياه من جانب آخر، لذلك يجب تعيين

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

موظف لكل قسم خاص بنظافة الحمامات. أما بخصوص التهوية تختلف الغرف في ذلك فهناك غرف التهوية فيها شبه معدومة إلا من شباك صغير يطل على حديقة ولا يوجد بالغرفة ما يساعد على الشعور بارتياح أكثر، لذلك يضطر المرضى إلى جلب مراوح خاصة بهم لتلطف الجو وفي المقابل هناك غرف إن دخلتها تشعر أنك في غرفة أحد المشافي الخاصة!

الجدول (5): خصائص فقرات المحور الثاني

الرقم	الفقرة	س	ع	ن	ق
1	مستوى الراحة وعدم الازعاج أثناء النوم	3.265	11.4	65.3	متوسط
2	يوجد في المشفى متنوع لحركة المرضى بحرية	3.318	71.3	66.4	متوسط
3	التهوية داخل المشفى جيدة	3.493	41.3	69.9	عال
4	الإضاءة في الغرفة كافية ومريحة للنظر	4.123	0.95	82.5	عال
5	تهتم الإدارة بنظافة المشفى	4.038	1.13	80.8	عال
6	مستوى الشعور بالأمان في غرفة المريض	3.692	1.30	73.8	عال
7	مستوى رضى المريض عن غرفته بشكل عام	3.322	1.38	66.4	متوسط

الثاني: الرضى المتوسط وتمثل في ثلاث فقرات (1، 2، 7) وقد تقارب الرضى في الثلاثة فقرات حول المعدل (66%)، إذ يقصد بالفقرة السابعة هو رضى المريض عن دهانات الغرفة والستائر والكومدينة وأرضية الغرفة والسريير، إلخ، حيث تواجه بعض مباني، مثل: الباطنة في الشفاء مشكلة حقيقية داخل أروقتهم؛ لأن جدرانهم متهالكة، ومباني قديمة، وقد تغلغل الصدا في كل مكان، فالشفاء تأسس في عهد الإدارة المصرية لقطاع غزة حتى 1967، ثم جاء الاحتلال الاسرائيلي الذي أهمل أعمال التطوير في مباني الشفاء حتى عام 1994 إذ أصبحت غزة تحت حكم السلطة الفلسطينية التي بادرت إلى تطوير القطاع الصحي في القطاع سواء بإنشاء الجديد أو ترميم القديم، لكنها لم تستطع تغيير المباني القديمة كلها، لذا يلاحظ تآكل الجدران وتلف المباني وتحتاج لإعادة ترميم من جديد. أما فيما يخص دهانات الغرف والستائر والأسرة وأنباب المياه والكومديانات بداخل الغرفة فهنا حدث ولا حرج! فهي تحتاج بالفعل إلى تبديل تام حيث إن البيئة الداخلية للغرفة من ترتيب وألوان ونظافة ومتانة ونظافة وحدثة تؤثر على نفسية المريض

أ.د. صبري حمدان و أ. رولا حبيب

وقابلتيه للعلاج سلباً أو إيجاباً. احتلت الفقرة (2) المرتبة نفسها مع الفقرة (7) والتي تهتم بمساحة الغرف، إذ تحتوي بعض الغرف على ستة أسرة والقليل جداً يحتوي على ثلاثة أسرة، إذن كيف سيكون الوضع خاصة إذا احتاج المرضى إلى مرافقين، كيف سيكون هناك متسعاً للحركة؟ وأخيراً احتلت الفقرة (1) المرتبة الأخيرة، ولعل السبب الأكبر في تدني عدم الرضى عن هذه الخدمة هو تكديس المرضى وزيادة عددهم بالغرفة الواحدة، الأمر الذي يجعل تناوب الزوار طوال اليوم على الغرفة أمراً مزعجاً لا يطاق! لذلك يجب على إدارة الشفاء بالتعاون مع الحكومة أن تغير من المباني القديمة جداً مثل مباني الباطنة التي أصبحت من القدم بحيث إنه لا يمكن صيانتها، مع الأخذ بعين الاعتبار زيادة عدد السكان وتقليل عدد الأسرة في الغرفة الواحدة، وإن كان من إجراء سريع تحديد مواعيد الزيارة والتي لا يوجد لها نظام، الأمر الذي يجعل الزوار لا ينقطعون ليل نهار ومن ثم إزعاج المرضى.

المحور الثالث (توقعات المريض): تباين رضى الرافدين في محور توقعات المريض إذ ارتفع معدل التباين إلى حوالي 16% ما بين أعلى نسبة رضى وأدناها، إلا أن معدل الرضى كان في سبع فقرات من ثمانية بمستوى عالٍ والثامنة جاءت في الفئة المتوسطة. (الجدول 6) الأول: الرضى المتوسط وتمثل في فقرة واحدة (الفقرة 2) ومنها نستنتج عدم وجود موظفين عملهم مساعدة المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة وإذا كان هناك معينين فهم في غياب.

الجدول (6): خصائص فقرات المحور الثالث

الرقم	الفقرة	س-	ع	ن	ق
1	حصلت على إرشادات كافية للمكان الذي تريده	3.735	0.95	74.7	عالٍ
2	رأيت أنه يوجد من يساعد المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة	3.294	1.29	65.9	متوسط
3	شعرت أن المواعيد والتسجيل يتم بعدالة	3.436	1.17	68.7	عالٍ
4	رأيت أن العاملين يحترمون الوقت	4.057	0.87	81.1	عالٍ
5	وجدت أن جميع المرضى يتم معالجتهم بدرجة واحدة	3.754	1.24	75.1	عالٍ

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

6	العاملين يحترمون المرضى أثناء مبيتهم في المشفى	3.995	1.03	79.9	عالٍ
7	يتم فحصك بصورة منفصلة عن بقية المرضى	3.635	1.08	72.7	عالٍ
8	وجدت أن الطاقم الطبي متعاون وذو	3.995	0.89	79.9	عالٍ

الثاني: الرضى العالي وتمثل في السبع فقرات الأخرى، إذ احتلت الفقرة (4) أعلى نسبة (81.1%) وهذا يدل على مدى احترام الطاقم الطبي للمواعيد من كشف أو علاج، ثم جاءت الفقرتان (6 و8) لتؤكد مدى احترام الطاقم الطبي (الأطباء والممرضين) للمرضى، بالإضافة إلى أن الشفاء غني بكارهه الطبي حيث إنه يحوي نخبة من الأطباء الذين نقشوا أسماءهم بأحرف من ذهب على صفحات تاريخ أطباء غزة خلال الفترات العصيبة التي مر بها القطاع بداية من الانتفاضة المباركة التي اندلعت 1987 ثم انتفاضة الأقصى سنة 2000 وما تلاها من حرب الفرقان 2008 وأخيراً حرب حجارة السجيل 2011. ومع كل الثقة بأطبائنا إلا أن هناك بعض التجاوزات أو إن صح التعبير بعض الأخطاء الطبية من بعضهم التي تحدث بشكل شبه واضح في الشفاء، وربما يرجع ذلك إلى حداثة الطبيب المعالج أو إهمال شخصي من الطبيب وعدم تركيزه في الحالة، والأمثلة على ذلك كثيرة! انخفض مستوى الرضى في الفقرة 5 إلى 75.1% لتصف حالة عدالة الأطباء ومساواتهم بين المرضى، فبصورة عامة فإن كثيراً منهم يرى أن المساواة في طريقة المعالجة هو أحد مبادئ التعامل بين الطبيب والمريض، إلا أن بعض المرضى أوضح أن هناك من الأطباء ذوي العيادات الخاصة يقومون بمعاملة مرضيهم الذين يزورونهم في العيادات الخاصة بطريقة مختلفة من الاحترام والتقدير والعلاج وكل التسهيلات الطبية وهذه لا يمكن محاسبة الطبيب عليها؛ لأنه تمثل علاقة الطبيب بخالقه. اتضح بناءً على إجابة الفقرة (1) أن نظام الاستعلامات إذا كان موجوداً فهو لا يؤدي دورة على أكمل وجه. بخصوص طريقة الفحص كما تنص الفقرة (7) انخفض فيها المعدل إلى (72.7%) وهذا شرعاً لا يجوز إذ تجب المحافظة على خصوصية المرضى بقدر المستطاع. وعودة ثانياً إلى عدالة الموظفين بناءً على الفقرة (3) التي احتلت ذيل القائمة في هذه المجموعة (68.7%) فهناك عدم عدالة واضحة بين المرضى في عملية التسجيل.

المحور الرابع (التفاعل والمعلومات): يتضح من الجدول (7) أن: تباين رضى الراقدين في محور التفاعل والمعلومات ارتفع إلى حوالي 18% ما بين أعلى نسبة رضى وأدناها، إلا أن

أ.د. صبري حمدان و أ. رولا حبيب

معدل الرضى كان في ثماني فقرات من تسعة بمستوى عالٍ والتاسعة جاءت في الفئة المتوسطة. الاول: الرضى المتوسط وتمثل في فقرة واحدة (الفقرة 1) إذ انخفض معدل الرضى إلى (66.5%) ومنها نستنبط عدم تعريف/ تقديم الأطباء أو الممرضين أنفسهم إلى المرضى ومن هنا نرى أن يضع كل موظف في الشفاء بطاقة يكتب عليها الاسم والمهنة.

الجدول (7): خصائص فقرات المحور الرابع

الرقم	الفقرة	س	ع	ن	ق
1	يقدم الطاقم الصحي نفسه إليك	3.327	1.00	66.5	متوسط
2	يشرح العاملون لك بطريقة مفهومة	3.602	1.00	72.0	عالٍ
3	تلقيت إجابة مرضية عن أسئلتك	3.853	0.87	77.1	عالٍ
4	يعطيك العاملون انطباعاً أن خدمتك من أولوياتهم	3.787	0.93	75.7	عالٍ
5	الطاقم الطبي يحترمك كإنسان	4.199	0.81	84.0	عالٍ
6	يعمل العاملون على تخفيف قلقك وتوترك	3.844	1.09	76.9	عالٍ
7	راضي عن التواصل من الطاقم	3.668	50.9	73.4	عالٍ
8	الطبيب يستخدم مصطلحات طبية دون توضيحها	3.607	1.17	72.1	عالٍ
9	الطاقم الطبي يعمل على جعل إقامتك في مريحة	3.787	0.90	75.7	عالٍ

الثاني: الرضى العالي وتمثل في الثماني فقرات الأخرى، إذ احتلت الفقرة (5) أعلى نسبة (84%) وهذا يدل على مدى احترام الطاقم الطبي للمرضى أثناء تعاملهم مع مرضىهم أثناء الكشف أو العلاج، وفي السياق نفسه جاءت الفقرات (3، 4، 6، 9) لتؤكد مدى تفاني الكادر الطبي في السهر على راحة المرضى وحسن التعامل معهم أثناء إقامتهم في الشفاء، بالرغم من كل هذا التفاني من الأطباء والممرضين في خدمة المرضى إلا أنهم اشتكوا من أن الكادر الطبي

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

يستخدم مصطلحات طبية لا يفهمها المرضى لذلك انخفض مستوى الرضى إلى (72%) عن الفئتين الثانية والثامنة، وفي هذا يمكن معذرة الكادر الطبي جزئياً؛ لأن تعليمهم بلغة أجنبية، وهكذا تعلموا هذه المصطلحات حتى إن بعضهم لا يفهمها باللغة العربية. مقارنة ببعض الدراسات تساوى معدل الرضى عن الفقرة الثالثة مع دراسة (Ksykiewicz-Dorota 2011)، بينما ارتفع المعدل عن الفقرة السابعة في دراسة (Iloh 2012)، إلا أن المعدل انخفض عن الفقرات الثانية (33%) والثالثة (40%) والسابعة (57) عند (Bj rngaard 2009)، وانخفض إلى 33% عن التواصل بشكل عام وارتفع إلى 70% في وحدة القلب في مشفى تعليمي في غرب البنغال الهند (Aikat & Biswas 2011)، ارتفع المعدل عند مصلح إلى 77.6% و77.2% عن الفئتين الثانية والرابعة مقارنة بهذه الدراسة (مصلح، 2012)، كذلك سجل 86.8% من العينة رضى عاليًا عند الشريف عن الفقرة الثانية، بينما انخفضت النسبة إلى حوالي 46% عن الفقرات الثلاثة (Al Sharif 2008) (4 و5 و8).

المحور الخامس: مستوى الخدمات المقدمة: يتضح من الجدول (8) أن: تباين رضى الراقدين في محور الخدمات المقدمة إذ ارتفع معدل التباين إلى حوالي 20% ما بين أعلى نسبة رضى وأدناها، ويُعدُّ هذا أكبر محور به تباين في رضى المرضى، وجاء تقدير معدل الرضى في ثلاثة فئات اشتملت فئة التقدير العالي على 10 فقرات، وسبع فقرات احتلت التقدير المتوسط وفقرة واحدة أخذت تقديرًا ضعيفاً، سيتم إلقاء الضوء على المستويات الثلاثة من الرضى كما يأتي: أولاً: الرضى العالي وتمثل في الفقرات (1، 14، 17، 7، 5، 16، 2، 6، 8، 12)، جاءت الفقرتان رقمي (1 و14) في مقدمة هذه المجموعة بمعدل (82.7%) وهما خاصتان بعمل الممرضين لذا فلا غبار على عمل الممرضين في الشفاء. أما عند الحديث عن الأطباء انخفض المعدل إلى مستوى متدنٍ في الفئتين السابعة والحادية عشر إلى معدل (78% و70%) على التوالي، إذ كانت الشكوى من عدم الثقة بالأطباء كما في الفقرة (7) وعدم وجود تنوع في التخصص الفقرة (11)، وفي السياق نفسه انخفض المعدل في الفقرة (18) ليصف الوضع الطبي بشكل عام ليسجل 70% من الرضى عند المرضى.

الجدول (8) : خصائص فقرات المحور الخامس

الرقم	الفقرة	س	ع	ن	ق
1	مستوى تنفيذ الخدمات الطبية من قبل المرضى	4.137	0.79	82.7	عال
2	آلية تركيب الكانيولات	3.673	1.16	73.5	عال
3	سهولة رؤيتك للطبيب متى أردت	2.986	1.07	59.7	متوسط
4	سهولة رؤيتك للطبيب عند الحاجة لذلك	3.237	1.07	64.7	متوسط
5	مستوى وجبات الطعام المقدمة	3.801	1.24	76.0	عال
6	تناسب وجبات الطعام المقدمة مع حالتك الصحية	3.569	1.35	71.4	عال
7	المهارة والكفاءة التي يتمتع بها الطبيب وثقتك به	3.900	1.10	78.0	عال
8	مستوى توفير الأجهزة والأدوات الطبية الحديثة	3.114	1.29	62.3	متوسط
9	وجود نظام متابعة لأصحاب الأمراض المزمنة	2.863	1.54	57.3	متوسط
10	تدريب المريض على استخدام الأجهزة	3.047	1.32	60.9	متوسط
11	وجود أطباء بكافة التخصصات في المشفى	3.517	1.44	70.3	عال
12	سهولة الحصول على تحويلات خارجية	2.118	1.03	42.4	ضعيف
13	مستوى العناية والتدقيق الطبي للمولود المشفى	3.01	1.51	60.2	متوسط
14	مدى حضور التمريض ليلاً	4.133	1.01	82.7	عال
15	مدى حضور الأطباء ليلاً	2.867	1.20	57.3	متوسط
16	سهولة إجراء الأشعة والفحوصات المخبرية	3.74	1.27	74.8	عال
17	موقع المشفى التي تتلقي فيه العلاج مناسب ومريح	84.05	0.87	81.2	عال
18	بشكل عام راضٍ عن الخدمات الطبية المتاحة	3.536	1.08	70.7	عال

انخفض الرضى في عمل التمريض في مجال الصور والأشعة إلى (74.8%) كما في الفقرة (16)، كذلك انخفض المعدل إلى (73.5%) في مجال تركيب الكانيولات (الفقرة 2)، يمكن

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

إعطاء تفسير لهاتين الفقرتين بما يأتي: الفقرة (16) تعاني جميع التجهيزات في الشفاء من عدم توفر أجهزة جديدة بشكل عام، إضافة إلى ضعف عمليات الصيانة لما هو موجود، الأمر الذي يعقد سير العملية الطبية بشكل أكبر، كل ذلك بسبب الحصار المفروض على غزة من قبل الاحتلال الإسرائيلي منذ استلام حكومة حماس زمام الأمور في القطاع، أما بخصوص تركيب الكانيولات ربما بسبب كثرة المرضى الجدد الذين وظفتهم حكومة حماس في غزة بعد أن استتف كثير من الكادر الطبي المدرب على إثر سيطرت حكومة حماس بغزة، وأخيراً ضمن هذه المجموعة انخفض رضى المرضى عن وجبات الطعام التي تقدم للمرضى بأنها لا تناسبهم (الفقرتان 5، 6).

للمقارنة بنتائج بعض الدراسات التي وجدت بها الفقرات نفسها، فمنها ما اتفق مع نتائج هذه الدراسة، ومنها ما اختلف مقارنة بالدراسات التي انخفض مستوى الرضى فيها عن فقرات هذه الدراسة، لنجد انخفاض معدل الرضى الى 73.6% عن الفقرة الأولى عند (Tang 2011)، وعند مقارنة الفقرة الثامنة كان المعدل 41%، وفي الفقرة الحادية عشرة إلى 41% عند Aikat (2011) وBiswas (2011)، كذلك ارتفع معدل الرضى عن الخدمات الطبية عند Kleefstra et al (2012) إلى 81.4% بالمقارنة مع الفقرة 18، بينما تعادلت النتيجة مع نتائج دراسات أخرى مثل الفقرة الخامسة إذ سجل المعدل 78.8% عند (Abdelhafez et al 2012).
ثانياً: الرضى المتوسط وتمثل في الفقرات (4، 8، 10، 13، 3، 9، 15): زاد الأمر سوءاً عند الحديث عن الأطباء إذ انخفض المعدل إلى مستوى أكثر تدنياً في الفقرات (3، 4، 15) إذ كانت الشكوى من عدم سهولة رؤية الطبيب عند الحاجة وفي الليل، وهذا الوضع ملاحظ ميدانياً أن الأطباء يزورون المرضى في الصباح ثم لا يمكن أن ترى كثيراً منهم بسهولة، لذلك يجب وضع نظام مراقبة على الأطباء أثناء العمل. وللمقارنة مع دراسات أخرى نجد ارتفاع المعدل عن التواصل مع الأطباء إلى 88.8% في دراسة (Iloh 2012)، بينما انخفض المعدل عند (Grimholt et al 2012) إلى 66%، وانخفض المعدل إلى 58% عند (Al-Adham 2004)، كذلك اشتكى المرضى من عدم وجود عناية طبية بالمواليد (الفقرة 13)، وضعف نظام متابعة النساء الحوامل، وأصحاب الأمراض المزمنة (الفقرة 9)، أما بخصوص الفقرة (8) فقد سبقت الإشارة إلى أسباب عدم توفر الأجهزة الحديثة، كذلك انخفض المعدل في دراسة (Al Sharif 2008) إذ سجل 53.5% من أفراد العينة معدلاً جيداً، وبشكل عام كان معدل الرضى أقل من 50% جيد في خمس فقرات أخرى أرقام (1 و 5 و 6 و 7 و 18)، وارتفع المعدل إلى 68.2% و83.4% عن الفقرتين الثامنة والتاسعة عند مصلح (2012).

ثالثاً: الرضى الضعيف، وتمثل في فقرة واحدة (12): وتخص التحويلات الخارجية، وهذا موضوع شائك جداً إذ كانت التحويلات في عصر الحكومة السابقة في غزة سهلة، ويمكن الحصول عليها ضمن آلية عمل بسيطة، إلا أن الوضع الحالي شهد تعقيدا غير مسبوق لاستخراج التحويلات للعلاج بالخارج، وإذا كان لا بد من كلمة يجب على حكومة غزة مراعاة سكان القطاع وتخفيف العبء عنهم وتسهيل عمل التحويلات بقدر المستطاع.

مستوى الرضى العام:

انخفض مستوى الرضى العام عن الخدمات الطبية في الشفاء وسجل 66.6%، (الجدول 9)، وشابه في ذلك نتيجة دراسة (2004) Al-Adham و (2011) Aikat & Biswas، إلا أن المعدل العام يتباين بين المحاور المختلفة، بينما ارتفع ليصل الى أقصى معدل له (88.8%) عن خدمات التمريض، كان في ذلك أفضل من نتائج دراسات أخرى، إذ انخفض إلى 45% عند (2001) Aikat & Biswas، بينما ارتفع إلى 72.5% عند (2011) Nguyen et al و 75% عند (2012) Grimholt et al و 77.8% عند (2011) Ksykiewicz-Dorota وسجل معدل 81.6% عند (2012) Kleefstra et al، وارتفع ليعادل المعدل الحالي في هذه الدراسة، وسجل معدل 88.2% عند (2012) Iloh، بينما تساوى مع ما سجل في مستشفى Mmana الحكومي 64.3% إلا أن المعدل ارتفع كثيراً (95.3%) في مستشفى Muhimbili عند Kagashe & Rwebangila (2011). واحتل الرضى عن الأطباء المرتبة الثانية بمعدل 72.7%، وتساوى في ذلك مع دراسة (2011) Nguyen et al وفي مستشفى Mmana الحكومي إذ سجل 69.2% (2011) Kagashe & Rwebangila و (Al Sharif, 2008)، بينما انخفض المعدل عن دراسات أخرى إذ ارتفع المعدل إلى 95% في وحدة القلب عند (2011) Aikat & Biswas و 95.3% في مستشفى Muhimbili عند (2011) Kagashe & Rwebangila، و 93.6% في نيجيريا عند (2005) Ofili & Ofovwe و إلى 88.8% عند (2012) Iloh، انخفض معدل الرضى إلى أدنى مستوى له في الرضى عن زيارة المشفى، كذلك النصيحة للآخرين بدخول المشفى انخفض إلى 58.6%، بينما سجل المعدل عن الفقرة نفسها 95.4% عند Babikako et al (2011)، كذلك 87.5% عند (2011) Ksykiewicz-Dorota et al.

مدى رضی المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

الجدول (9): مستوى الرضى العام

الفقرة	نعم		لا		الفقرة
	العدد	%	العدد	%	
1	150	71.8	59	28.2	هل أنت راض عن خدمات النظافة
2	184	88.5	24	11.5	هل أنت راض عن التمريض
3	152	72.7	57	27.3	هل أنت راض عن الأطباء
4	118	57.0	89	43.0	هل أنت راض عن البيئة الداخلية للمشفى
5	107	51.0	103	49.0	هل أنت راض عن زيارتك للمشفى
6	123	58.6	87	41.4	تصح أصدقائك بدخول هذه المشفى
	139	66.6	70	33.4	المعدل مستوي العام

ثانيا: تحقيق الفرضيات وإجابة الاسئلة المرتبطة بها:

الخصائص العامة للعينة

جدول (10): توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغيرات الدراسة ومتوسط الرضى.

المتغير	العدد	النسبة	متوسط الرضى القيمة النسبية	المتغير	العدد	النسبة	متوسط الرضى القيمة النسبية
القسم				الاجتماعية			
اعزب	42	19.9	3.493	الباطنة	77	36.5	3.715
متزوج	146	69.2	3.595	الجراحة	89	42.2	3.387
أرمل	23	10.9	3.625	نساء وولادة	45	21.3	3.732
للعم				الدخل الشهري			
30-15	77	36.5	3.460	اقل من 200	91	43.1	3.456
45-30	47	22.3	3.593	200 - 400	72	34.1	3.468
60-45	46	21.8	3.653	400 - 600	35	16.6	3.275
أكثر من 60	41	19.4	3.671	أكثر من 600	13	6.2	3.723
لنوع المرض				للمهنة			
مزمن	57	36.1	3.747	موظف حكومي	17	8.1	3.359
حاد	31	19.6	3.692	موظف وكالة	6	2.8	3.68
اصابة	70	44.3	3.391	عمل حر	18	8.5	3.348
				بطالة	36	17.1	3.6
				ربة بيت	134	63.5	3.624

أ.د. صبري حمدان و أ. رولا حبيب

السؤال الأول والفرضية الأولى : يتضح من الجدول (11) ارتفاع المتوسط الحسابي لمعدل الرضى عند الإناث (3.67) عن الذكور (3.42). وبعد فحص الفرضية تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية بالشفاء تعزى إلى الجنس، وكانت لصالح الإناث، لذلك ترفض فرضية العدم وتقبل الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رضى المرضى عن الخدمات الصحية ترجع إلى الجنس.

جدول(11): نتائج اختبار "ت" بين مستويات الرضى والجنس

اتجاه الفروقات لصالح	الدلالة	قيمة ت	ع	س-	العدد	الجنس	
الإناث	0.001	3.294	0.55	3.42	74	ذكر	المعدل
			0.46	3.67	131	أنثى	العام

تباينت نتائج الدراسات في مدى رضى الجنس عن الخدمات الطبية فتوافقت نتائج هذه الدراسة مع دراسات أخرى، مثل: (Hall & Dornan (1990) و (Abdelrhman & Saeed (2000) و (Al Sharif (2008 و (Tabrizi (2009) و (Aljeesh & Alkariri (2010) و (Abdelhafez et al (2012) و (Afolabi et al (2012)، بينما حدث العكس وكان الرضى لصالح الذكور عند (2012) و (Gonzalez-Valentin et al (2005) و (Babikako et al (2011) و (Ab Latiff et al (2013) ومصلح (2012)، بينما لم يظهر اختلاف في معدل الرضى عن Al-Adham (2004).

السؤال الثاني والفرضية الثانية: يتضح أن هناك تقارباً في متوسط الرضى بين المجموعات الثلاث إذ تراوح المدى بين أعلى متوسط رضى عند الأرامل (2.5%) وأدنى معدل (69.9%) عند العزبان كان (2.6%) وسجل المتروجون المعدل 71.9%. (جدول 10)

دلت نتائج فحص الفرضية الثانية أنه لا توجد خلافاً حقيقية بين متوسط الرضى تبعاً للحالة الاجتماعية، الذي سجل تقديراً مرتفعاً، لذلك نقبل فرضية العدم الثانية القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين مستوى رضى المرضى الراقدين تعزى إلى

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

الحالة الاجتماعية" (جدول 12) في جميع المحاور⁵، وافقت النتيجة هنا مع دراسات أخرى (Aljeesh & Alkariri 2010) ومصالح (2012)، أظهرت دراسة (Quintana et al (2006) ارتفاع مستوى الرضى عند المتزوجين في خمسة محاور من ستة، وهو محور النظافة. كذلك وجد الهيتي (2007) فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (12): نتائج اختبار "ف" بين المعدل العام لرضى المرضى تعزى إلى الحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع ⁶ المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بين	0.4	2	0.198	0.754	0.472
داخل	53.56	204	0.263		
المجموع	53.95	206			

السؤال الثالث والفرضية الثالثة: تشير النتائج إلى ارتفاع بسيط كان لصالح فئة الشيوخ (أكثر من 60 سنة) إذ ارتفع المعدل عن الخدمات الطبية ليسجل (73.4%) وتقارب ذلك مع الفئة الثالثة (45- 60) التي سجلت (73.1%)، بينما انخفض عند الشباب إلى أدنى معدل (69.2%)، (جدول 10) ويلاحظ مع زيادة العمر عند الراقدين يرتفع مستوى الرضى عندهم ، توصلت نتائج دراسات أخرى إلى النتيجة نفسها، مثل: (Hargraves et al, 2001) و (Jaipaul et al, 2003) و (Quintana et al, 2006)، بينما حدث العكس عند (Nguyen et al, 2011) و (Abdelhafez et al, 2012).

دلت نتائج فحص الفرضية الثالثة أنه لا توجد خلافات حقيقية بين متوسط الرضى تبعا للفئة العمرية والذي سجل تقديراً مرتفعاً بشكل عام، لذلك تقبل فرضية العدم الثالثة القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين مستوى رضى المرضى الراقدين تعزى إلى العمر" (جدول 13) واتفقت النتيجة مع دراسة مصالح (2012)، بينما وجد (Al Sharif, 2008) اختلافاً ظاهرياً لصالح كبار السن (بدون ثقة)، إلا في المحور الثاني وهو البيئة الداخلية للمشفى إذ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05، ولمعرفة لصالح أي من فئات العمر المختلفة تعزى تلك الفروق تم استخدام اختبار LSD للمقارنات البعدية تبعا للعمر.

⁵ تم حذف كل المحاور الفرعية مع بقاء المعدل العام في حالة عدم وجود دلالة إحصائية لها

⁶ سوف يشار إلى مجموع المربعات بـ المربعات، و درجة الحرية بـ الحرية و متوسط المربعات بـ المربعات و مستوى الدلالة بـ الدلالة

جدول(13): نتائج اختبار "ف" بين المعدل العام لرضى المرضى تعزى إلى العمر

الدلالة	قيمة "ف"	م	الحر	المربعات	مصدر التباين
0.098	2.128	0.544	3	1.63	بين المجموعات
		0.256	197	50.39	داخل المجموعات
			200	52.02	المجموع

يتضح من الجدول (14) أن إتجاه الفروقات كان لصالح فئة النضج العمري (45-60) ويمكن تحليل ذلك أن هذه الفئة قادرة على تقدير الأمور أكثر من غيرها سواء كانوا شباباً أو شيوخاً ولأنهم بشكل عام هم مرافقو المرضى.

جدول (14): نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية تبعا لمتغير العمر مع محور البيئة الداخلية

للمشفى لصالح العمود الأول

العمر	30-15
60-45	*0.419
أكثر من 60	*0.393

السؤال الرابع والفرضية الرابعة: لا يوجد اختلاف في مستويات رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في الشفاء تبعاً للدخل الشهري، إذ تقارب المعدل، وكان الحد الأعلى لصالح الفئة الرابعة (أكثر من 600 دينار) (74.5%)، والأدنى لصالح الفئة الأولى (أقل من 200 دينار) (69.1%)، (جدول 10) ولم يختلف كثيراً عن الفئة الثانية (من 200 الي 400) (69.4%)، وربما أن انخفاض مستوى الدخل يجعل الموظفين لا يهتمون بالمرضى الفقراء على العكس من ذلك يعطون بعض الاهتمام للمرضى الأغنياء؛ لأنهم في الأساس زاروا الأطباء في عياداتهم الخاصة قبل دخولهم الشفاء أو أثناء دخولهم. وبالمقارنة مع دراسات أخرى نجد أن درجة الرضى كانت لصالح الدخل المرتفعة (Al Sharif, 2008)، بينما العكس إذ زادت درجة الرضى مع قلة الدخل، مثل (Aljeesh & Alkariri, 2010) و(Tayelgn et al, 2011) و(Abdelhafez et al, 2012).

يتضح من الجدول (15) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين رضى المرضى الراقدين عن كل من محاور الخدمات الصحية بالشفاء تعزى إلى الدخل الشهري، لذلك تقبل فرضية العدم القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

يبين مستوى رضى المرضى الراقدين تعزى إلى الدخل الشهري وأن الاختلافات في معدل الرضى ترجع إلى الصدفة. بينما ارتفع معدل الرضى عن محور الخدمات الغذائية إلى 0.71 وبثقة عالية عن باقي المحاور (Abdelhafez et al, 2012).

جدول (15): نتائج اختبار "ف" بين المعدل العام لرضى المرضى تعزى إلى الدخل الشهري

الدلالة	قيمة "ف"	م المربعات	الحرية	المربعات	مصدر التباين
0.785	0.356	0.090	3	0.27	بين المجموعات
		0.253	50	12.66	داخل المجموعات
			53	12.93	المجموع

السؤال الخامس والفرضية الخامسة: يتضح ان رضى الراقدين في الجراحة كان هو الأدنى إذ سجلت نسبة الرضى (67.7%) بالمقارنة مع القسمين الأخيرين (الباطنة والنساء والولادة) إذ تساوى نسبة الرضى بهما وسجل (74.5%) (جدول 10)، وهذا ما أثبتته الفرضية أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين معدل رضى المرضى الراقدين تعزى إلى القسم الطبي، (جدول 16) لذلك ترفض فرضية العدم القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين مستوى رضى المرضى الراقدين تعزى إلى القسم الطبي.

جدول (16): نتائج اختبار "ف" بين رضى المرضى بالشفاء تعزى إلى القسم الطبي

الرقم	واسم المحور	قيمة "ف"	مستوى الدلالة	الفروقات
1	الوصول والاستفادة	7.101	0.001	نساء و الولادة
2	البيئة الداخلية للمشفى	5.525	0.005	نساء و الولادة
3	توقعات المريض	8.582	0.000	نساء و الولادة
4	التفاعل والمعلومات	9.938	0.000	نساء و الولادة
5	الخدمات المقدمة	8.978	0.000	نساء و الولادة
	المعدل العام	11.679	0.000	نساء و الولادة

ولمعرفة لصالح أي قسم تعزى تلك الفروق تم استخدام اختبار LSD للمقارنات البعدية تبعاً للقسم، وكانت النتيجة أن الفروقات لصالح قسم النساء والولادة مقابل قسم الجراحة، (جدول 17) وربما يرجع ذلك إلى أن معظم نزلاء قسم الجراحة هم من الجرحى لذلك لا يعجبهم عناية المشفى، ويتطلع معظمهم للسفر إلى الخارج، بينما قسم النساء والولادة لا تمكث فيه النساء الوالدات إلا يوم أو يومين على الأكثر، لذلك يكون تقييمهم أفضل لصالح العاملين على العكس من ذلك

أ.د. صبري حمدان و أ. رولا حبيب

الجرحي الذين يطول إقامتهم في المشفى لذلك هم الأكثر دراية في الحكم على معاملة الطاقم الطبي.

جدول (17): نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية تبعاً لمتغير القسم

المعدل العام	الخدمات المقدمة	التفاعل والمعلومات	توقعات المريض	البيئة الداخلية	الوصول والاستفادة	الجراحة مع
**0.328	**0.312	**0.371	**0.331	**0.394	*0.233	الباطنة
**0.344	**0.358	**0.230	**0.330	**0.411	**0.507	نساء والولادة

السؤال السادس والفرضية السادسة: أظهر التحليل أن رضى الراقدين أصحاب الأمراض المزمنة كان هو الأعلى إذ سجل نسبة رضى 74.9% واحتل المرتبة الأولى في معدل الرضى، وكان الأقل هم أصحاب الإصابات بنسبة 67.3% (جدول 10)، ولمعرفة هل الاختلافات حقيقية أو ترجع إلى الصدفة؟ تم فحص الفرضية السادسة التي أظهرت أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين مستوى رضى المرضى الراقدين تعزى إلى نوع المرض، لذا ترفض فرضية العدم القائلة بعدم وجود فروق، وتقبل الفرضية البديلة القائلة إن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين مستوى رضى المرضى الراقدين تعزى إلى نوع المرض، بينما في المحور الأول لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05. (جدول 18)

جدول (18): نتائج اختبار "ف" بين رضى المرضى بالشفاء تعزى إلى نوع المرض

الرقم	واسم المحور	قيمة "ف"	مستوى	الفروقات
2	البيئة الداخلية	6.597	0.002	المزمنة
3	توقعات المريض	6.916	0.001	المزمنة
4	التفاعل والمعلومات	6.603	0.002	المزمنة
5	الخدمات المقدمة	7.483	0.001	المزمنة
	المعدل العام	8.497	0.000	المزمنة

مدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

نتيجة اختبار LSD للمقارنات البعدية تبعا لنوع المرض كانت الفروقات لصالح أصحاب الأمراض المزمنة (جدول 19)، كذلك توصل إلى النتيجة نفسها في المشفى نفسه لكن في العيادات الخارجية (Aljeesh & Alkariri, 2010).

جدول (19): نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية تبعا لمتغير نوع المرض وكانت لصالح

المزمن والحاد ضد الإصابة

الإصابة مع	البيئة الداخلية	توقعات المريض	التفاعل والمعلومات	الخدمات المقدمة	الكل
مزمن	**0.526	**0.357	**0.348	**0.378	**0.356
حاد	*0.488	*0.304	*0.289	*0.279	*0.301

السؤال السابع والفرضية السابعة: لا يوجد اختلاف في مستويات رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في الشفاء تبعا لي المهنة، إذ تقارب المعدل، وكان الحد الأعلى لصالح موظفو الوكالة ربما لأنهم موظفي وكالة الغوث ويرضون بما هو موجود، وتقارب المعدل مع النسبة التي سجلت من ربات البيوت والبطالة، بينما كان موظفو الحكومة وأصحاب الأعمال الحرة في ذيل القائمة من حيث مستوى الرضى، ربما لأنهم موظفون في الحكومة، لذلك لا يقبلون قليلاً من الموظفين أقرانهم، أما أصحاب المهن الحرة فهم يتطلعون إلى خدمات أفضل.

يتضح من الجدول (20) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين رضى المرضى الراقدين عن كل من محاور الخدمات الصحية بالشفاء تعزى إلى المهنة، لذلك تقبل فرضية العدم القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين مستوى رضى المرضى الراقدين تعزى إلى المهنة.

جدول (20): نتائج اختبار "ف" بين رضى المرضى في الشفاء تعزى إلى المهنة

الرقم	واسم المحور	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
1	الوصول والاستفادة	1.074	0.365
2	البيئة الداخلية للمشفى	1.728	0.169
3	توقعات المريض	1.970	0.126
4	التفاعل والمعلومات	0.864	0.464

0.556	0.699	الخدمات المقدمة	5
0.175	1.695	المعدل العام	

النتائج

أظهرت الدراسة مجموعة من النتائج ، وهي كما يلي:

سجل معدل الرضى العام تقديراً عالياً (71.6%) وقد اختلفت المحاور فيما بينها فكان الأفضل في معدل الرضى المحور الرابع (75%) والأقل المحور الخامس بنسبة (68.8%). بناءً على اختبار الفرضيات فقد تم قبول بعض فرضيات العدم، إذ تم قبول الفرضيات القائلة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين مستوى رضى المرضى الراقدين تعزى إلى الحالة الاجتماعية والعمر والدخل الشهري ، والمهنة وأن الاختلافات في معدل الرضى ترجع إلى الصدفة.

اما الفرضيات التي تم رفضها ومن ثم قبول الفرضيات البديلة القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رضى المرضى عن الخدمات الصحية ترجع إلى الجنس. وكانت النتائج لصالح الإناث والقسم الطبي، كانت النتيجة أن الفروقات لصالح قسم النساء والولادة مقابل قسم الجراحة، ونوع المرض، كانت النتيجة أن الفروقات لصالح أصحاب الأمراض المزمنة.

التوصيات:

بناءً على النتائج يوصي الباحثين بما يلي:

1. وضع نظام مراقبة خاص بالأطباء والمرضى يضبط طريقة عملهم في التعامل مع المرضى. معاملة المرضى بالتساوي والعدل عند إدخالهم دون النظر إلى الوضع الاجتماعي للمريض. زيادة عدد الأطباء خاصة في الفترات الليلية.
2. إجراء مثل هذه الدراسة على مرضى راقدين في مشافي محافظات الوطن الأخرى، ومقارنة نتائج هذه الدراسة مع نتائج تلك الدراسات للحصول على صورة أوضح لمدى رضى المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية في المشافي الحكومية الفلسطينية.
3. رغم الحصار يجب زيادة عدد الغرف لتقليل الزحام في غرف نوم المرضى.
4. تنشيط عمليات الصيانة بشكل دائم خاصة لشبكات المياه والكهرباء وإعادة دهن الغرف بألوان تؤثر على نفسية المريض بشكل إيجابي وتبعث فيه روح التفاؤل.

مدى رضی المرضى الراقدين عن الخدمات الصحية

المراجع

1. الهيتي، صلاح (2007) جودة الخدمة في القطاع العام باستخدام مدخل SERVPERF (دراسة ميدانية في المستشفيات العامة جنوب الأردن)، مجلة الباحث الجامعي، جامعة الحديدية، يناير: 351 – 352.
2. مصلىح، عطية (2012) قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، ع 27: 11 – 48.
3. Abdelhafez, A. M., Al Qurashi, L., Al Ziyadi, R., Kuwair, A., Shobki, M., & Mograbi, H., (2012) Analysis of Factors Affecting the Satisfaction Levels of Patients Toward Food Services at General Hospitals in Makkah, Saudi Arabia, American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2(6):123-130.
4. Ab Latiff, D. S., Yunus, N. M., Din, S. C., & Ma'on, S. N., (2013) Patient Satisfaction and Service Quality with Access to Malaysia Clinic, Management, 3(2): 69-73.
5. Abdelrhman, B., & Saeed, A., (2000) Patients' Satisfaction with Physicians' Services in Primary Health care Centres in Kuwait City, Kuwait, The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 120: 170-174.
6. Aikat, A., & Biswas, R., (2011) In search of a new accountability: the voice of patients, The Health, 2(2):48-50.
7. Al- Adham M, (2004) Assessment of Perceived Health Care Service Quality at Palestinian Hospitals: A Model for Good Hospital Management Practice (GHMP). Master Theses An-Najah National University, Nablus.
8. Aljeesh, Y., & Alkariri, N., (2010) Patients' Satisfaction with the Quality of Health Services Provided at the Outpatient Department at Al-Shifa Hospital, The Islamic University Journal (Series of Natural Studies and Engineering), 18 (2): 111 – 121.
9. Al Sharrif , B., (2008) Patient's Satisfaction With Hospital Services At Nablus District, West Bank, Palestine. Master Theses An-Najah National University, Nablus.
10. Babikako, H. M., Neuhauser, D., Katamba, A., & Mupere, E., (2011) Patient satisfaction, feasibility and reliability of satisfaction questionnaire among patients with pulmonary tuberculosis in urban Uganda: a cross-sectional study, Health Research Policy and Systems, 9:6.

11. Bernard, A. W., Lindsell, C. J., Handel, D. A., Collett, L., Gallo, P., Kaiser, K.D., & Locasto, D., (2007) Postal survey methodology to assess patient satisfaction in a suburban emergency medical services system: an observational study, *BMC Emergency Medicine*, 7:5.
12. Bjørngaard, J. H., Rustad, Å., & Kjelsberg, E., (2009) The prisoner as patient - a health services satisfaction survey, *BMC Health Services Research*, 9:176.
13. Bradley, R., Sherman, K. J., Catz, S., Calabrese, C., Jordan, L., Grothaus, L., & Cherkin, D. C., (2011) Survey of CAM interest, self-care, and satisfaction with health care for type 2 diabetes at group health cooperative, *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11:121.
14. Charalambous, A., & Adamakidou, T., (2012) Risser patient satisfaction scale: a validation study in Greek cancer patients, *BMC Nursing*, 11:27.
15. Chin, L.Y., & Amir, L.H., (2008) Survey of patient satisfaction with the reastfeeding Education and Support Services of The Royal Women's Hospital, Melbourne, *BMC Health Services Research*, 8:83.
16. Gonzalez-Valentin, A., Padin-Lopez, S., & Ramon-Garrido, E., (2005) Patient Satisfaction with Nursing Care in a Regional University Hospital in Southern Spain, *Journal of Nursing Care Quality*, 20 (1): 63–72.
17. Grimholt, T.K., Bjornaas, M. A., Jacobsen, D., Dieserud, G., & Ekeberg, O., (2012) Treatment received, satisfaction with health care services, and psychiatric symptoms 3 months after hospitalization for self-poisoning, *Annals of General Psychiatry*, 11:10 .
18. Hall, J.A., & Dornan, M.C., (1990) Patient socio-demographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis, *Social Science & Medicine*, 30: 811–818.2.
19. Hargraves, J.L., Wilson, I.B., & Zaslavsky, A., (2001) Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care, *Medical Care*, 39: 635–641.
20. Hosseini, S.R.M., & Mohseni, M. G., (2011) Effect of Timing of Circumcision on Sexual Satisfaction and Function, *Open J of Urology*, 1, 8-10.
21. Iacobucci, D., & Duhachek, A., (2003) Advancing Alpha: Measuring Reliability G A R With Confidence, *J Cons Psyc*, 13(4):478–487.
22. Iloh, GUP, Ofoedu, J.N., Njoku, P.U., Odu, F.U., Ifedigbo, C.V., & Iwuamanam, K.D., (2012) Evaluation of patients' satisfaction with quality of care rovided at the National Health Insurance Scheme clinic

- of a tertiary hospital in South- Eastern Nigeria, *Nigerian J Clin Prac*, Oct-Dec, 15(4):469-474.
23. Jaipaul, C.K., & Rosenthal, G.E., (2003) Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal Gen Intern Med*, Jan,18(1):23-30.
 24. Kagashe, GAB, & Rwebangila, F., (2011) Patient satisfaction with health care services provided at HIV clinics at Amana and Muhimbili hospitals in Dar es Salaam, *African Health Sciences*, 11 Special Issue: s60- s66.
 25. Kleefstra, S.M., Kool, R.B., Zandbelt, L.C., & de Haes, JCJM, (2012) An instrument assessing patient satisfaction with day care in hospitals, *BMC Health Services Research*, 12:125.
 26. Kontodimopoulos, N., Arvanitaki,E.,Aletras,V. H., & Niakas,D.,(2012) Psychometric properties of the Greek Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire, *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:17.
 27. Ksykiewicz-Dorota, A., Sierpińska, L., Gorczyca, R., & Rogala-Pawelczyk, G., (2011) Polish Version of Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ), *Prog Health Sci*,(1): 51-56.
 28. Maydeu-Olivares, A., Coffman, D. L., & Hartmann, W. M., (2007) Asymptotically Distribution-Free (ADF) Interval Estimation of Coefficient Alpha, *Psychological Methods*, 12(2): 157–176.
 29. Mohammed, S., Sambo, M. N., & Dong,H., (2011) Understanding client satisfaction with a health insurance scheme in Nigeria: factors and enrollees experiences, *Health Research Policy and Systems*, 9:20.
 30. Nguyen, T. V. F., Bosset, J., Monnier, A., Fournier, J., Perrin, V., Baumann, C., Brédart, A., & Mercier, M., (2001) Determinants of patient satisfaction in ambulatory oncology: a cross sectional study based on the OUT-PATSAT35 questionnaire, *BMC Cancer*, 11:526.
 31. Padwal, R. S., Majumdar, S. R., Klarenbach, S., Birch, D. W., Karmali, S., McCargar, L., Fassbender, K., & Sharma, A. M., (2012) Health status, quality of life, *Health Services Research*,12:139.
 32. Peytremann-Bridevaux, I., Scherer, F., Peer, L., Cathieni, F., Bonsack, C., Cléopas, A., & Kolly, V.,(2006) Satisfaction of patients hospitalised in psychiatric hospitals: a randomised comparison of two psychiatric-specific and one generic satisfaction questionnaires, *BMC Health Services Research*, 6:108.
 33. Quintana, J.M., González1, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastián, J. A., de-la-Sierra, E., & Thompson, A.,

- (2006) Predictors of patient satisfaction with hospital health care, *BMC Health Services Research*, 6:102 .
34. Röder, C., Vogel, R., Burri, L., Dietrich, D., & Staub, L. P., (2012) Total hip arthroplasty: leg length inequality impairs functional outcomes and patient satisfaction, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13:95.
 35. Saatci, E., Tahmiscioglu, G., Bozdemir, N., Akpınar, E., Özcan, S., & Kurdak, H., (2010) The well-being and treatment satisfaction of diabetic patients in primary care, *Health and Quality of Life Outcomes*, 8:67.
 36. Sheaff, R., Pickard, S., & Smith, K., (2002) Public service responsiveness to users' demands and needs: theory, practice and primary healthcare in England, *public administration*, 80 (3): 435- 452.
 37. Stoddart, K. M., (2012) Social meanings and understandings in patient-nurse interaction in the community practice setting: a grounded theory study, *BMC Nursing*, 11:14.
 38. Swedberg, L., Chiriac, E. H., Törnkvist, L., & Hylander, I., (2012) Patients in 24-hour home care striving for control and safety, *BMC Nursing*, 11:9.
 39. Tang, L., (2011) The influences of patient's trust in medical service and attitude towards health policy on patient's overall satisfaction with medical service and sub satisfaction in China, *BMC Public Health*, 11:472.
 40. Tayelgn, A., Zegeye, D. T., & Kebede, Y., (2011) Mothers' satisfaction with referral hospital delivery service in Amhara Region, Ethiopia, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11:78.
 41. Tin-Oo, M. M., Saddki, N., & Hassan, N., (2011) Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics, *BMC Oral Health*, 11:6.
 42. Wolf, A., Olsson, L., Taft, C., Swedberg, K., & Ekman, I., (2012) Impacts of patient characteristics on hospital care experience in 34,000 Swedish patients, *BMC Nursing*, 11:8.
 43. Wouters, E., Heunis, C., Rensburg, D.V., & Meulemans, H., (2008) Patient satisfaction with antiretroviral services at primary health-care facilities in the Free State, South Africa – a two-year study using four waves of cross-sectional data, *BMC Health Services Research*, 8:210.
 44. Yousef, A., & Naeem, A., (2010) Patients' Satisfaction with the Quality of Health Services Provided at the Outpatient Department at Al-Shifa Hospital, *The Islamic University Journal (Series of Natural Studies and Engineering)*, 18(2): 111 – 121.