



مؤسسة لجان العمل الصحي

مدى رضى النساء المنتفعات من خدمات برنامج صحة المرأة المقدمة في
المراكز الصحية التابعة للجان العمل الصحي في الضفة الغربية

دراسة ميدانية

إعداد: د. سحر حسان

أيلول ٢٠١٤

فريق البحث:

- الباحث الرئيسي: د. سحر حسان.
- بناء الاستمارة: د. سحر حسان.
- مراجعة الاستمارة وتجربتها وإعادة تنقيحها: د. سحر حسان، حنان أبو غوش.
- بناء دليل مجموعات النقاش: د. سحر حسان.
- العمل الميداني لمجموعات النقاش: حنان أبو غوش.
- تدريب المتطوعات على جمع البيانات: د. سحر حسان.

العمل الميداني لجمع المعلومات باستخدام الاستمارة:

- بيسان حسن سلامة.
- رند رياض عواد.
- كوثر فريد خويرة.
- سماح محمد السعدة.
- سمر صويلح.
- سهير أكرم زبلح.
- نداء أنيس الشامي.
- ترميز وإدخال البيانات لبرنامج التحليل الإحصائي: د. سحر حسان، رشا ريماوي وسمر صويلح.
- تحليل المعلومات (الإحصائي ومجموعات النقاش): د. سحر حسان.
- كتابة التقرير: د. سحر حسان.
- مراجعة التقرير: حنان أبو غوش، رنين الخواجا، د. ابراهيم أبو عياش، شذى عودة.
- التدقيق اللغوي: خالد الفقيه.

مقدمة

شكر

ما كان لهذه الدراسة أن تتم، لولا تعاون العديد من الأشخاص الذين تود الباحثة أن توجه لهم كلمة شكر، للجهد الذي بذلوه لإنجاز هذه الدراسة.

بداية، كل الشكر لمؤسسة لجان العمل الصحي والقائمين عليها لاهتمامهم بالبحث لاستنباط آراء النساء حول الخدمات، واهتمامهم بتقديم خدمات ذات جودة للنساء، وهذا يصب ضمن نهج المؤسسة المتمثل في مشاركة وتمكين المنتفعات. وأخص بالذكر حنان أبو غوش مديرة برنامج صحة المرأة في المؤسسة على تعاونها، وسرعة تواصلها في أي وقت وخارج ساعات الدوام الرسمي، وإنجازها لمجموعات النقاش البؤرية الثلاث، ومشاركتها في تجربة الاستبيان قبل الاستخدام، وجهودها في توفير ما يلزم من وثائق وإحصائيات للمؤسسة، والتنسيق مع المراكز للعمل الميداني. كذلك، «شكرا جزيلا» لكل من رشا الريماوي وسمر صويلح لمساعدتهن في إدخال المعلومات على البرنامج الإحصائي. وبدون مساعدة حنان، ورشا، وسمر ما كان إنجاز هذه الدراسة ليتم في الوقت الزمني المحدد.

ولا أنسى شكر جميع متطوعات مؤسسة لجان العمل الصحي من مختلف محافظات الضفة الغربية اللواتي شاركن في جمع المعلومات من المراكز، حيث ما كان لهذه الدراسة أن تتم بدون مشاركتهن الفاعلة والملتزمة والجيدة في إنجاز العمل الميداني كما يلزم وحسب الجدول الزمني المتفق عليه.

وأولاً وأخيراً، الشكر والتقدير لجميع النساء المنتفعات اللواتي شاركن في مجموعات النقاش البؤرية والمقابلات قبل مغادرتهن للعيادة في الإدلاء بآرائهن حول خدمات صحة المرأة المقدمة في المراكز الصحية لمؤسسة لجان العمل الصحي. ونثمن مشاركتهن كثيراً، ونتمنى لهن وافر الصحة دوماً.

(فهرس المحتويات)

٨	← الملخص التنفيذي
١٠	← خلفية الدراسة ومبرراتها
١٢	← أهداف الدراسة
١٢	← الإطار المفاهيمي لمفهوم الرضى
١٦	← سياق الدراسة
٢٠	← المنهجية
٢١	← منهجية جمع المعلومات
٢٢	← تصميم أدوات الدراسة
٢٤	← الدراسة التجريبية
٢٤	← مجتمع وعينة الدراسة
٢٧	← خصائص العينة الكمية
٣٠	← تدريب فريق العمل الميداني
٣١	← آلية العمل الميداني وجمع المعلومات
٣١	← تدقيق المعلومات وترميزها وإدخالها وتحليلها
٣٢	← المعايير الأخلاقية للدراسة
٣٢	← الصعوبات التي واجهتها هذه الدراسة
٣٣	← نتائج الدراسة وتحليلها
٣٣	← أولاً: نتائج آراء المنتفعات من المجموعات البؤرية المركزة
٣٦	← ثانياً: نتائج آراء المنتفعات من دراسة العينة الكمية
٥٤	← مناقشة النتائج العامة
٦٠	← التوصيات

- ٦٥ ← قائمة المراجع العربية .
- ٦٦ ← قائمة المراجع باللغة الإنجليزية .
- ٧١ ← ملخص تنفيذي (باللغة الإنجليزية) .

(قائمة الجداول)

- جدول ١: المراكز الصحية المستهدفة في التقييم والوسيلة المستخدمة
٢١ ← لجمع المعلومات من كل مركز .
- جدول ٢: توزيع العينة الطبقيّة للمراكز المستهدفة حسب المنطقة،
٢٦ ← والتجمع السكاني وعبء العمل .
- جدول ٣: التوزيع النسبي للعينة حسب الموقع والمنطقة .
٢٧ ←
- جدول ٤: توزيع أسباب زيارة المنتفعات للمراكز المستهدفة .
٢٩ ←
- جدول ٥: توزيع أسباب زيارة المنتفعات للمركز الصحي حسب
٣٠ ← المنطقة الجغرافية .
- جدول ٦: توزيع مجموعات النقاش البؤرية المركزة بحسب الموقع
٣٣ ← والفئة المستهدفة .
- جدول ٧: توزيع المشاركات في مجموعات النقاش البؤرية المركزة
٣٤ ← بحسب الفئة العمرية .
- جدول ٨: التوزيع النسبي للخصائص الديمغرافية للنساء المنتفعات .
٣٧ ←
- جدول ٩: التوزيع النسبي للخصائص الإيجابية والصحية للنساء
٣٨ ← المنتفعات .
- جدول ١٠: التوزيع النسبي لوصول المنتفعات للمركز الصحي في يوم
٤٠ ← الدراسة .

- جدول ١١: توزيع رضى المنتفعات عن طريقة والزمن اللازم لوصولهن للعيادة حسب طريقة الوصول في يوم الدراسة. ٤١ ←
- جدول ١٢: التوزيع النسبي لرضى المنتفعات عن التواصل والتفاعل مع مقدمي الخدمات أثناء تلقي خدمات صحة المرأة في يوم الدراسة. ٤٤ ←
- جدول ١٣: رضى المنتفعات عن البيئة الداخلية للمركز الصحي في يوم الدراسة. ٤٥ ←
- جدول ١٤: التوزيع النسبي لمؤشرات الرضى العام للمنتفعات. ٤٧ ←

(قائمة الأشكال البيانية)

- شكل ١: التوزيع النسبي للعينة حسب تصنيف مكان سكن المنتفعات. ٢٨ ←
- شكل ٢: التوزيع النسبي لأسباب زيارة المنتفعات للمركز الصحي. ٢٩ ←
- شكل ٣: التوزيع النسبي لمؤشرات رضى المنتفعات حول سهولة الوصول لموقع الخدمة. ٤١ ←
- شكل ٤: التوزيع النسبي لمؤشرات رضى المنتفعات عن موقع المركز الصحي. ٤٢ ←
- شكل ٥: التوزيع النسبي لمؤشرات رضى المنتفعات عن مرافق المركز الصحي. ٤٢ ←
- شكل ٦: التوزيع النسبي لمدى ملائمة أيام دوام المركز الصحي للمنتفعة. ٤٣ ←
- شكل ٧: التوزيع النسبي لمدى ملائمة ساعات دوام المركز الصحي لإحتياجات المنتفعة. ٤٣ ←

- شكل ٨: التوزيع النسبي لدى رضى المنتفعات عن الكفاءة الفنية لمقدمي الخدمات أثناء تلقي خدمات صحة المرأة في يوم الدراسة. ٤٤ ←
- شكل ٩: التوزيع النسبي لمبلغ المال الذي دفعته المنتفعات مقابل الخدمة في يوم الدراسة. ٤٥ ←
- شكل ١٠: التوزيع النسبي لدى رضا المنتفعات عن مبلغ المال الذي دفع مقابل الخدمة في يوم الدراسة. ٤٦ ←
- شكل ١١: التوزيع النسبي للمنتفعات الحوامل اللواتي أجن بنعم لبعض مواضيع التثقيف الصحي الأساسية للمرأة الحامل (عدد الحوامل ٣٦). ٤٩ ←
- شكل ١٢: التوزيع النسبي للمنتفعات اللواتي أجن بنعم لمواضيع التثقيف الصحي الأساسية لتنظيم الأسرة والنسائية. ٥٠ ←
- شكل ١٣: التوزيع النسبي لإجابات المنتفعات عن أسئلة في أمور الصحة الإنجابية. ٥١ ←
- شكل ١٤: التوزيع النسبي لدى معرفة النساء عن خدمات صحة المرأة المقدمة في المركز الصحي. ٥٢ ←

لقد تم إعداد هذه الدراسة التقييمية لرضى المنتفعات من خدمات صحة المرأة المقدمة في المراكز الصحية لمؤسسة لجان العمل الصحي وفقاً لمنهجية علمية اعتمدت أدوات بحث كمية ونوعية، حيث تمت مراجعة الأدبيات والإحصائيات للسنوات السابقة للمراكز، وعمل الإستبيان، وعقد مجموعات نقاش بؤرية، ومقابلات وجه لوجه مع المنتفعات قبل مغادرتهن للعيادة، للحصول على المعلومات اللازمة لهذا التقييم.

وهدفت هذه الدراسة إلى فحص مدى رضى النساء المنتفعات من خدمات صحة المرأة المقدمة من قبل المراكز الصحية التابعة لمؤسسة لجان العمل الصحي العاملة في منطقة الضفة الغربية وعن المراكز بشكل عام، وذلك من حيث: سهولة الوصول للمراكز والحصول على الخدمة، أيام وساعات الدوام، التواصل والتفاعل مع مقدمي الخدمة، الكفاءة الفنية، البيئة الداخلية للمركز وأسعار الخدمات. وحيث أن الهدف الأساسي من هذا الفحص هو تحسين جودة خدمات برنامج صحة المرأة، وتقديم توصيات ومقترحات من وجهة نظر النساء المنتفعات، وهدفت الدراسة أيضاً إلى تحديد بعض الفجوات المحتملة في نوعية الخدمة المقدمة من خلال التحليل الكمي والنوعي لخدمات برنامج صحة المرأة المقدمة للمنتفعات، وفحص مدى إدراك المنتفعات لبعض هذه الجوانب كالتثقيف الصحي من خلال تقييم معرفي للمنتفعات، وأمور أخرى تتعلق بالمركز الصحي. وأخيراً، هدفنا أثناء إجراء الدراسة إلى تمكين النساء في القرى والتجمعات الفلسطينية التي تعمل فيها مراكز مؤسسة لجان العمل الصحي من خلال إشراكهن واستنباط آرائهن حول الخدمات والمراكز وتوسيع معارفهن حول أمور عديدة تتعلق بالصحة الإنجابية وطرق تقديم الخدمات.

وعلى الرغم من رضى المنتفعات بشكل عام عن الخدمات، حيث كانت نسبة الرضى عالية لبعض المحاور مثل مواقع المراكز بشكل عام، وأيام وساعات الدوام، وسهولة الوصول إليها، وسرعة تقديم الخدمة حيث أن وقت الإنتظار كان مناسباً للمنتفعات وقصير نسبياً، والمحافظة على خصوصية المنتفعات، والتعامل الجيد، وكفاية الوقت مع مقدمي الخدمات من وجهة نظر المنتفعات، إلا أنه ما زالت هناك حاجة لتحسين التواصل والتفاعل حتى تحقق المنتفعات أكبر قدر من الاستفادة والاستخدام من خدمات صحة المرأة مما يعود بالنفع على صحتهن. وتحسين

التواصل والتفاعل مع المنتفعات يضمن عملية تثقيف صحي ومشورة ناجحة للمنتفعات التي هي إحدى أعمدة الصحة الإنجابية. كذلك، توجد فرصة لتحسين مرافق بعض المراكز بما فيها خدمات المختبر، والأدوات.

وتشير النتائج إلى أن المراكز تستقطب منتفعات يبحثن عن رعاية الحمل بشكل كبير، يليها الباحثات عن خدمات تنظيم الأسرة، وأقل نسبة كانت الباحثات عن العلاج أو الوقاية من الأمراض النسائية المختلفة، مما يضع مسؤولية أكبر على المراكز لرفع وعي النساء في تلك التجمعات السكنية لأهمية الإجراءات الوقائية. أما رعاية ما بعد الولادة فتكاد تكون بلا منتفعات، وهذه أيضاً فرصة للوصول لعدد أكبر من المنتفعات بعد الولادة من خلال برنامج الزيارات المنزلية (على الأقل تغطية جميع النساء الحوامل اللواتي يتلقين رعاية حمل في المركز الصحي).

كذلك تشير النتائج إلى أن المنتفعات هن في الغالب فقيرات ومن مناطق مهمشة، مما يعني أن تكاليف الخدمة هي أيضاً أمر مهم ينبغي النظر إليه بجدية من حيث عدم رفع الأسعار، وزيادة الإعفاءات، والبحث عن مصادر تمويل تغطي تكاليف المنتفعات الفقيرات، حتى يتسنى لهن الوصول لخدمات صحة المرأة، وهي إحدى توصيات هذه الدراسة.

ومن أهم توصيات الدراسة: تحسين التثقيف الصحي والمشورة والتواصل والتفاعل مع المنتفعات ومأسسة التثقيف الصحي، كهدف هام تتوقعة المنتفعات عند قدومهن للمركز الصحي. كذلك التركيز على الوصول للمنتفعات بعد الولادة من خلال الزيارات المنزلية في الأسبوع الأول من بعد الولادة. وأخيراً، الاهتمام ببيئة المركز من حيث خدمات المختبر، والمرافق، ومكان الانتظار، من وجهة نظر المنتفعات.

تواجه المرأة في العالم العربي تحديات كبيرة فيما يتعلق بصحتها وخاصة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية بسبب العديد من المعتقدات الاجتماعية المتحيزة والتي تعكس آثارها السلبية على المرأة وصحتها بشكل خاص وعلى الرجل والعائلة والمجتمع بشكل عام. وعلى الصعيد العالمي، ما زال العالم يولي قضايا صحة المرأة والصحة الإنجابية أهمية بإعتبارها أولوية في ظل التغيرات الديموغرافية والصحية. وظل هذا الاهتمام واضحاً في مخرجات المؤتمرات الدولية منذ عقد المؤتمر السكاني العالمي سنة ١٩٨٤ حيث أخذت الدول تهتم بالبعد السكاني لتنظيم الأسرة، ثم مؤتمر نيروبي للأمم المتحدة عام ١٩٨٧ بهدف خفض معدلات وفيات ومراساة الأمهات، والمؤتمر العالمي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام ١٩٩٤ والذي يعتبر مفصلاً مهماً في تاريخ الصحة الإنجابية، حيث تم اعتماد مفهوم الصحة الإنجابية بمفهومها الشامل.

وقد تم تعريف الصحة الإنجابية: «الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بوظائف الجهاز التناسلي وعملياته وليس فقط الخلو من الأمراض أو الإعاقة»^[١]. ويعد مفهوم الصحة الإنجابية جزءاً أساسياً من الصحة العامة ويعكس المستوى الصحي للرجل والمرأة في سن الإنجاب. كذلك، لا يشغل هذا المفهوم بالمرأة خلال سنوات الإنجاب (١٥-٤٥) فقط، بل هو شاغل يستمر طوال الحياه (من المراهقة إلى الشيخوخة) للمرأة والرجل على حدٍ سواء. كذلك يتضمن المفهوم دور ومشاركة الرجل في تحقيق هذه الحالة من الرفاه الكامل، حيث أن الأمور المتعلقة بالحمل وتنظيم الإنجاب والأمراض المنقولة جنسياً جميعها أمور يشارك فيها الرجل مشاركة فعلية. ويشمل مفهوم الصحة الإنجابية العناصر التالية: رعاية الحوامل، الأمومة الآمنة، ورعاية ما بعد الولادة، تنظيم الأسرة، المشورة والتثقيف الصحي، العدوى المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس المناعة المكتسبة/الإيدز، الاكتشاف المبكر والعلاج لأورام الثدي والجهاز التناسلي، العقم، سن الأمان، صحة المواليد الجدد والأطفال وصحة المراهقين والشباب. وبمفهومه الشمولي، يستهدف مفهوم الصحة الإنجابية المرأة خلال دورة حياتها، والرجل في سن الإنجاب، المراهقين والشباب، والطفل بعد الولادة.

1. World Health Organization.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-073833/ar/>

وعلى الصعيد المحلي، شهدت الخدمات الصحية في فلسطين تطوراً ملموساً في العقدين الماضيين وذلك تمشياً مع التزام القطاعات الصحية المقدمة للخدمات بإنتهاج السياسات العالمية من أجل تحقيق مبادئ «الصحة للجميع» و«الحق في الصحة» اللذين أطلقتها منظمة الصحة العالمية. فبذلت المؤسسات الصحية الحكومية والمنظمات غير الحكومية على السواء جهوداً كبيرة لنشر الوعي وتسهيل وصول النساء إلى جميع خدمات الصحة الإنجابية من خلال تبني مفهومها الشامل، خاصةً أنه وبرغم انخفاض معدلات الخصوبة في فلسطين، إلا أنها ما زالت مرتفعة وتعد ضمن المعدلات العالية في الوطن العربي، حيث بلغ معدل الخصوبة الكلية ٤,٦ مولوداً لكل امرأة^[٦٧] مما يشكل عبئاً على الخدمات الصحية ويعرض النساء في سن الإنجاب للمعاناة من عوارض الحمل والإنجاب. وتزداد هذه المعاناة بعوامل الفقر وانخفاض دخل الأسرة وارتفاع معدلات البطالة وارتفاع حجم الأسرة (٥,٨ في عام ٢٠١٠^[٦٧]) بالإضافة إلى عدم استقرار الوضع السياسي وإستمرار الإغلاقات والحوادث التي تشكل تحدياً حقيقياً تجاه الاستمرارية في عمليتي التطور والتنميه في المجال الصحي في الأراضي الفلسطينية.

وعلى الرغم من التطورات في هذا المجال، كزيادة مراكز الرعاية الأولية وانخفاض معدلات الخصوبة وارتفاع سن الزواج وزيادة الاهتمام بالأمراض التي تتعرض لها النساء على وجه التحديد مثل سرطانات الثدي والرحم والمبيضين وازدياد الوعي بضرورة الكشف المبكر عن هذه الأمراض إلا أن هذا لا يعني أنها بالضرورة تلي حاجات النساء المستفيدات وتطلعاتهن. ومن هنا، تتبع الحاجة إلى تنفيذ دراسات ميدانية تقييمية من منظور المستفيدات من خدمات صحة المرأة والقائمين عليها. كذلك تشكل هذه الدراسات تمكيناً للمرأة باعتبارها شريكة وليس متلقية للخدمات، من خلال تفعيلها وإشراكها واستنباط رأيها في خدمات الصحة الإنجابية، مما قد ينعكس إيجابياً على سلوكها الصحي.

تنفذ هذه الدراسة الميدانية بناءً على طلب القائمين على مؤسسة لجان العمل الصحي وحرصاً منهم على الاستمرار في تطوير وتحسين خدمات برنامج صحة المرأة الذي شهد تطوراً وإضافات مهمة وملحوظة في السنوات الأخيرة وكان أهمها إضافة نوعية لصحة المرأة على المستوى الوطني في مجال الوقاية والكشف المبكر عن سرطان الثدي من خلال مركز دنيا التخصصي لأورام النساء. وتركز هذه الدراسة على تقييم خدمات صحة المرأة المقدمة في المراكز والعيادات المنتشرة في الضفة الغربية للنساء الفلسطينيات في البلدات والقرى الفلسطينية من منظور النساء المنتفعات.

٢. الجهاز المركزي للأحصاء الفلسطيني، ٢٠١٣. المرأة والرجل في فلسطين، قضايا وأحصاءات. رام الله، فلسطين

٣. الجهاز المركزي للأحصاء الفلسطيني، ٢٠١٣. المرأة والرجل في فلسطين، قضايا وأحصاءات. رام الله، فلسطين

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

١. فحص مدى رضى النساء المنتفعات من خدمات صحة المرأة المقدمة من قبل المراكز الصحية التابعة لمؤسسة لجان العمل الصحي العاملة في منطقة الضفة الغربية ومن المراكز بشكل عام، وذلك من حيث: سهولة الوصول للمراكز والحصول على الخدمة، أيام وساعات الدوام، التواصل والتفاعل مع مقدمي الخدمة، الكفاءة الفنية، البيئة الداخلية للمركز وأسعار الخدمات.
٢. تحديد بعض الفجوات المحتملة في نوعية الخدمة المقدمة من خلال التحليل الكمي والنوعي لخدمات برنامج صحة المرأة المقدمة للمنتفعات، وفحص مدى إدراك المنتفعات لبعض هذه الجوانب كالتثقيف الصحي من خلال تقييم معرفي للمنتفعات، وأمور أخرى تتعلق بالمركز الصحي.
٣. تمكين النساء في القرى والتجمعات الفلسطينية التي تعمل فيها مراكز مؤسسة لجان العمل الصحي من خلال إشراكهن واستنباط آرائهن حول خدمات صحة المرأة المقدمة لهن من قبل المراكز الصحية التابعة لمؤسسة لجان العمل الصحي.

الإطار المفاهيمي لمفهوم الرضى

تتناول هذه الدراسة مفهوم الرضى عن خدمات برنامج صحة المرأة المقدمة من وجهة نظر النساء بصفتهم منتفعات من هذه الخدمات آخذين بعين الاعتبار التجارب الحقيقية التي مررن بها أثناء تلقيهن خدمات صحية، بهدف معرفة مدى رضى النساء عن هذه الخدمات وتقديم توصيات لتحسين الجودة.

برغم تعقيده وصعوبة فهمه، إلا أن استخدام مفهوم الرضى ازداد في السنوات الأخيرة،^[4] لدوره الحساس في تحسين جودة الخدمات الصحية والنظام الصحي. وازداد استخدامه في الدول النامية تأثراً بالدول المتقدمة، حيث أوضحت نتائج تلك التقييمات مقياساً لنوعية خدمات

4. Fitzpatrick R., Hopkins A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness*; Vol. 5 (3): 297 – 311.

الرعاية الصحية. ويتصف مفهوم الرضى بكونه مفهوم غير موضوعي، فهو مفهوم ذاتي وإدراكي، يعكس موقف أو توجه عام تجاه تجربة عايشها الشخص أثناء تلقيه خدمات صحية في موقع ما، ويتضمن المظاهر الإدراكية والفكرية والعاطفية المتعلقة بخبرات سابقة وتوقعات وعلاقات اجتماعية.^[5] ورضى الناس له طبيعة متعددة الأبعاد ويتأثر بتوقعاتهم وحاجاتهم الفردية ورغباتهم. فمثلاً، قد تكون فرص المعرفة للمنتفعات محدودة، وتوقعاتهن لجودة الخدمات منخفضة، ومع ذلك فقد يعطين نسبة رضى عالية بالرغم من تدني مستوى الخدمة. كذلك قد يكون المرضى لشخص ما، غير مرضي لشخص آخر.^[6] إذن فرضى المريض يشير إلى إتجاه نحو الرعاية الصحية، والإتجاه يشير لوعي الشخص. ويتحقق الرضى عند الإدراك الإيجابي لنوعية الخدمات الطبية والصحية في المؤسسات الصحية. وما زال هذا الغموض المحيط بمفهوم الرضى مثير للجدل بين الباحثين، والنقاد، ومقدمي الخدمات، وواضعي السياسات. والتعريف البسيط للرضى عن الخدمات الصحية: هو التقييم الشخصي للمنتفعة للخدمات المقدمة ومقدمي الخدمات.^[7] وبذلك يعكس الرضى التقييم الشخصي، والتوقعات والخدمة الحقيقية المقدمة للمنتفعين / ات.

ويؤخذ على دراسات رضى المرضى بشكل عام عدم وجود تعريف أو مقياس موحد.^[8] فبينما بعض دراسات الرضى تركز على الرضى عن جودة ونوعية الخدمات الصحية^[9]، هناك دراسات تركز على النظام الصحي بشكل عام.^[10] وبالمقابل، إن غياب الإطار المفاهيمي ومعيار موحد لقياس رضى المرضى، أفرز في السنوات العشر الأخيرة، دراسات كثيرة تركز على خبرة المريض أثناء تلقي الخدمات الصحية مثل فترة الإنتظار، جودة المرافق الأساسية، نوعية

5. The Health Boards Executive. (2003). Measurement of Patient Satisfaction Guidelines: Health Strategy Implementation Project. Irish Society for Quality and Safety in Healthcare.
6. Avis M, Bond M, Arthur A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. J Adv Nurs;22:316-22.
7. Ware JE Jr, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Eval Program Plann. 6 (3-4), 247-263.
8. Sitzia J, Wood N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med. 12:1829-1843.
9. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al., et al. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess; 6. 1-244.
10. Kane RL, Maciejewski M, Finch M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. Med Care; 35: 714-30.
11. Blendon RJ, Benson JM, DesRoches CM, Weldon KJ. (2003). Using opinion surveys to track the public's response to a bioterrorist attack. J Health Commun; 8: 83-92.

الإتصال والتواصل مع مقدمي الخدمات، جميعها شكلت محاور معقولة نوعاً ما لإستكشاف جودة الخدمات الصحية. ولاحقاً، طورت منظمة الصحة العالمية مفهوم «إستجابة النظام الصحي» والذي يشير للطريقة والظروف التي يعامل فيها الناس عند طلب الرعاية الصحية.^[12] كذلك، أستخدمت دراسات الرضى لفهم خبرات وتجارب المنتفعين، تعزيز إلزامهم بالعلاج، وإستكشاف مواطن الضعف في الخدمات من أجل تحسينها وتقييم الإداء.^[13] ويشكك النقاد بمقدرة المنتفعين / ات على تقييم الأمور التقنية المقدمة في الخدمة الصحية،^[14] حتى لو كانت مستويات الرضى عالية وذلك بسبب تحفظ المنتفعين / ات في بعض الأحيان عن التعبير أو إنتقاد أو التشكيك بقدرات مقدمي الخدمات.

في دراسة إستكشافية نشرتها مجلة منظمة الصحة العالمية في حوض البحر الأبيض المتوسط للتعرف على العوامل التي تؤثر على رضى الناس عن النظام الصحي وجدت من هذه العوامل: الحالة الصحية للمريض، نوع العناية، نوع شخصية المريض ونسبة تغطية الخدمات.^[15] وإستنتجت هذه الدراسة أن رضى الناس عن النظام الصحي لا يعني بالضرورة جودة الخدمات الصحية المقدمة وقد لا تكون هذه هي الطريقة المثلى لإصلاح النظام الصحي، وهو عكس ما هو موثق في دراسات أخرى.^[16] وقد تم تأكيد سوء الفهم هذا في الربط المباشر بين رضى الناس وجودة الخدمة، ونوقش بإسهاب أكثر في تقرير المؤسسة الكندية لتحسين الرعاية الصحية، حيث شرح التقرير بالتفصيل القيود التي تحد من إستخدام دراسات الرضى خصوصاً عندما تقتصر هذه الدراسات على السؤال عن رضى المرضى بمعزل عن محاولة فهم ودمج خبرة المرضى patient experience في تلقي الرعاية الصحية كجزء أساسي وملموس في تلك الدراسات.^[17]

12. Bleich S, Özaltin E, Murray C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bulletin of the World Health Organization;87:271-278.

13. Fitzpatrick R. (1984). Satisfaction with health care. In The experience of Illness, ed. R. Fitzpatrick, Tavistock, London; pp. 154 – 175.

14. Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. (2006). Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. BMJ;333: 19-22.

15. Bleich S, Özaltin E, Murray C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bulletin of the World Health Organization; 87:271-278.

16. Health Quality Ontario (2011). Quality Improvement Plans: An Analysis for learning. Toronto, Canada: HQO

17. Canadian Foundation for Healthcare Improvement. (2012). Myth: high patient satisfaction means high quality care. October 2. ISSN: 1923-1253

وبالرغم من الجدل القائم بخصوص إستخدام رضى المنتفعين / ات كمقياس لنتيجة العلاج، إلا أن الدراسات أكدت أن المرضى الراضين عن الخدمات هم أكثر إلتزاماً ومشاركة في العلاج.^[18] كذلك، وثقت بعض الدراسات أن رضى المنتفعين / ات يزداد بقوة كلما كانت الخدمة المقدمة أقرب إلى الإجراءات والمعايير الإكلينيكية القياسية (standard clinical procedures).^[19] بالإضافة إلى جميع ما سبق، معرفة رضا المنتفعين / ات عن الخدمات المقدمة يساعد المدراء وواضعي السياسات العلاجية على إدخال تقنيات وأساليب جديدة في علاج المرضى.^{[20][21]}

من ناحية أخرى، يتفق الباحثون والنقاد وواضعوا السياسات الصحية عند قياس جودة الأداء مع تعريف العالم الشهير دونابيديان لجودة الخدمات الصحية منذ عام ١٩٨٨ (الهيكل والتنظيم وعملية الرعاية) (structure, organization, process of care) ورضى المنتفعين / ات. وتشمل مؤشرات رضى المنتفعين / ات عن الخدمات الصحية المجتمعية ما ورد في أحد نظم تقييم الأداء الإيطاليه (Tuscan Performance Evaluation System): تنظيم تقديم الخدمات، ساعات وأيام الدوام، حسن معاملة مقدمي الخدمات والإداريين، مهاره مقدمي الأداء، خدمات متخصصة، وتشخيصية وإدارية.^[22]

18. Stewart M. (1989). Which facets of communication have strong effects on outcome – a meta-analysis. In: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park, CA. SAGE; p. 183-96.

19. Marchisio S., Ferraccioli K., Barbieri a., Porcelli a., Panella m. (2006). Care pathways in obstetrics: the effectiveness in reducing the incidence of episiotomy in childbirth Journal of Nursing Management, 14, 538-543.

20. Dunlop L. (2003). Umstad M., Mcgrath G., ReidyK, Brennecke S., Cost effectiveness and patient satisfaction with pregnancy day care for hypertensive disorders of pregnancy, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology; 43: 207-212

21. Hopkins A., Gabbay J., Neuberger J., (1994). Role of users of health care in achieving a quality Service. Quality in Health Care;3:203-209

22. Nuti S., Bonini A., Murante A.M., Vainieri M. (2009). Performance assessment in the maternity pathway in Tuscany Region, Health Service Management Research, Vol.22, pp115-121

ولإستخدام مفهوم رضى المنتفعات عن خدمات الصحة الإنجابية المقدمة لهن، لا بد من وضع هذا المفهوم ضمن سياق الخدمات المقدمة، وهي خدمات صحة المرأة. فلنأخذ مثلاً رعاية الحوامل والتي هي من أكثر خدمات الصحة الإنجابية إستخداماً من قبل النساء. تتوقع المرأة الحامل ما يلي عند ذهابها باحثة عن الرعاية الصحية أثناء الحمل: أن يتم تزويدها بالمعلومات والدعم النفسي ودعم القضايا الصحية الخاصة بحالتها ورعاية صحية مهنية ذات جودة عالية.^[٢٣] وتعتبر جودة الرعاية الصحية المقدمة أثناء الحمل محدداً أساسياً لنتيجة الحمل وركن مهم من أركان الأمومة الآمنة.^[٢٤] ويعرف رضى المرأة عن جودة الرعاية أثناء الحمل لأي مدى تستطيع هذه الرعاية ومقدميها التوافق مع التوقعات والتفضيلات والأهداف الشخصية للمرأة الحامل.^[٢٥] أي أن الرضى أو عدم الرضى يعكسان حكم المنتفعة الشخصي عن الخدمات ومقدميها. فمثلاً من أسباب عدم رضى النساء عن خدمات رعاية الحمل الإنتظار لوقت طويل قبل تلقي الرعاية، عدم كفاية الأدوية المعطاة والموقف أو المعاملة السلبية من قبل مقدمي الرعاية.^{[٢٦][٢٧]}

وضمن هذا السياق، بينت دراسة أجريت ما بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٢^[٢٨]، هدفت إلى تحسين خدمات الصحة الإنجابية في غزة والضفة الغربية أن هناك إزدياد في إستخدام وسائل تنظيم الأسرة بعد دمجها ضمن سلة متكاملة لخدمات الصحة الإنجابية الأساسية في الضفة الغربية وغزة وظل إستخدام خدمات ما بعد الولادة محدوداً جداً. كما وأشارت الدراسة إلى تحسن

23. Douglas. S., Cervin. C., Bower. K.N. (2007). What women expect of family physicians as maternity care providers. *Can Fam Physician*. 53(5), 875-9.

24. Cohen. J.R. (2005). Patient satisfaction with prenatal care provider and the risk of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 192. 2029-34.

25. Debono. D., Travaglia. J. (2009). Complaints and patient satisfaction: A comprehensive review of the literature. University of New South Wales. Centre for Clinical Governance Research in Health. 4. 5.14.15. 27. 38.

26. Amooti-kaguna. B.F., Nuwaha. F. (2002). Factors influencing choice of delivery sites in Rakai District of Uganda. *Soc Sci Med*. 50(2), 203-213.

27. Oladapo. O.T., Osiberu. M.O. (2008). Do Socio-demographic characteristics of pregnant women determine their perception of antenatal care? *Matern. Child Health J*. 10(2), 200-204.

28. Nawar. Laila, Dale Huntington, Ibrahim Kharboush, Nancy Ali and Mahmoud Shaheen. (2003). "Assessment of pilot health project outcome indicators: West Bank/Gaza". FRONTIERS Final Report. Washington DC: Population Council.

بسيط في معلومات السيدات المنتفعات بخصوص سماعهن عن علامات الخطر (٩٪-٢٠٪ عند الحامل، ومن ٤٪-٢٤٪ بعد الولادة) وهي نسب بقيت ضئيلة حتى بعد تحسنها. وأوردت نفس الدراسة أن فقط تقريباً ربع المنتفعات (٢٧٪) قلن أنهن يعرفن كيفية إجراء الفحص الذاتي للثدي قبل دمج الخدمات وإرتفعت هذه النسبة إلى ٦٠٪ حيث قلن أنهن يجرين فحصاً ذاتياً منتظماً للثدي. وإستخلصت الدراسة إلى ضرورة دمج خدمات الكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم ضمن خدمات الصحة الإنجابية الروتينية ومواصلة الجهود لتحسين معلومات السيدات في تلك المواضيع إضافةً إلى المباشرة بين الولادات والحصول على رعاية ما بعد الولادة.

وأشارت دراسة تقييمية لمعهد الصحة العامة والمجتمعية في جامعة بيرزيت لخدمات الصحة الإنجابية في المراكز الصحية الحكومية والممولة من صندوق الأمم المتحدة للسكان^[٢٩] في مناطق الضفة الغربية وغزة (٢٠٠٥)، إلى وجود ثغرات مهمة في الخدمات المقدمة وجودتها، بالرغم من الرضى العام للمنتفعات حيث أن فقط ١١٪ من المنتفعات في الضفة الغربية و٢٪ من المنتفعات في غزة أشرن إلى عدم رضاهن عن خدمات الصحة الإنجابية المقدمة في تلك العيادات. بينما وثقت الدراسة من خلال مجموعات نقاش بؤرية مركزة عديدة وشهادات حية للمنتفعات عدم رضى النساء والرجال عن خدمات الصحة الإنجابية من نواحي نقص الأدوية اللازمة، وعدم التشخيص الدقيق، ومحدودية الساعات التي تقدم فيها الخدمات، وطول وقت الإنتظار لتلقي الخدمة، والمعاملة السلبية للمنتفعات، ونقص الأخصائيين، وتعهد تقديم الأطباء لخدمات صحية بمستوى متدني في العيادات الحكومية لتبرير تحويل النساء للقطاع الخاص.

في دراسة د. محمد أبو زينه (٢٠١٠) بعنوان «تحليل خدمات قطاع الصحة الحكومي من منظور النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية من وجهة نظر الفئات المستفيدة»^[٣٠] التي أجريت ضمن مشروع «مأسسة موازنة عامة مستجيبة للنوع الاجتماعي»، أبرزت الدراسة القضايا والتحديات التي تواجه المرأة في القطاع الصحي والوصول إلى الخدمات الصحية. وأشارت الدراسة إلى ارتفاع معدلات وفيات الأمهات أثناء الولادة بالمقارنة مع دول أخرى مشابهة،

29. Institute of Community and Public Health. (2006). Evaluation of the UNFPA Reproductive Health Sub Program: Occupied Palestinian Territory (OPT), 2001-2005. Institute of Community and Public Health. Birzeit University. Birzeit. Occupied Palestinian Territory.

٣٠. د. محمد أبو زينه، ٢٠١٠، «تحليل خدمات قطاع الصحة الحكومي من منظور النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية من وجهة نظر الفئات المستفيدة». منشورات مفتح، رام الله.

وزيادة نسب النساء اللواتي يعانين من الأمراض خاصةً المزمنة بالمقارنة مع الرجال، حيث أشار الباحث إلى أن ذلك قد يعني أنهم يحصلن على مستويات أقل من العناية الصحية. وكذلك إستنتج الباحث، أنه وبالرغم من إظهار النساء مستويات رضى عالية، إلا أن الدراسة أشارت إلى إحتياج أكبر في المجال الصحي لهذه النساء، وتحديات عديدة ما زلن يواجهنها للوصول إلى المرافق الصحية وعدم توفر جميع الخدمات الصحية التي يحتجن إليها. ونوهت الدراسة إلى أن محدودية مشاركة النساء في المواقع الإدارية والإشرافية إنعكس سلباً على إيجاد سياسات متوازنة نوعياً فيما يخص قضايا النوع الاجتماعي الصحية.

وعلى صعيد آخر، وفي دراسة وصفية إستكشافية^[٢٦] تعنى بفئة الشباب (شبان وشابات) المهمشين والمنتفعين من مراكز الرعاية الإجتماعية والتأهيل التابعة لوزارة الشؤون الإجتماعية، بهدف تقدير إحتياجاتهم المعرفية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية، كشفت عن فجوات معرفية لدى الطاقم المقدم للخدمات الذين أفادوا بأنهم لا يملكون المعلومات الكافية ولم يسبق لهم أن تلقوا أي تدريب حول موضوعات الصحة الإنجابية والجنسية، علماً بأنها من أكثر المواضيع الحساسة التي يتعرضون لها من قبل الشباب المنتفعين. وعلى عكس التوقعات، بينت نتائج الدراسة أن الشباب في تلك المراكز يملكون بعض المعلومات الخاصة بقضايا الصحة الإنجابية، وقليل من المعلومات حول الصحة الجنسية، ورغبتهم في تحسينها والتحقق من صحتها.

٣١. د. عائشة الرفاعي ود. سميرة صايح، ٢٠٠٦، «تقدير الإحتياجات المعرفية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية للشباب المنتفعين من مراكز الرعاية الإجتماعية والتأهيل التابعة لوزارة الشؤون الإجتماعية- فلسطين». وزارة الشؤون الإجتماعية و معهد القدس للإنماء الصحي والبحثي، فلسطين.

نبذة عن مؤسسة العمل الصحي

تعمل مؤسسة لجان العمل الصحي في فلسطين منذ عام ١٩٨٥، حيث بدأت كـلجان طوعية جماهيرية، تقدم خدمات صحية للبلدات والقرى الفلسطينية المهمشة والفقيرة. وخلال العقدين الماضيين، تطور عمل اللجان لتصبح من أحد المؤسسات الصحية الفلسطينية التي تقدم خدمات صحية شاملة ضمن مفهوم الحق في الصحة للجميع. على الصعيد الصحي، بالإضافة إلى تطوير نموذج للرعاية الثانوية المجتمعية، تهدف المؤسسة إلى تقديم خدمات صحية نوعية فعالة شاملة للفئات المهمشة والفقيرة لتمكين صمود الشعب الفلسطيني، من قبل كوادر مهنية متميزة.

تقدم المؤسسة خدماتها الصحية من خلال ٤ برامج: برنامج صحة المرأة، برنامج السكري، برنامج الطفل السليم وبرنامج الصحة المدرسية. وتتبنى تقديم هذه الخدمات من خلال مراكز صحية ثابتة وعيادات متنقلة موزعة في شمال ووسط وجنوب الضفة الغربية. وتركز المؤسسة في عملها على تعزيز مفاهيم المشاركة والجودة والحق في الصحة للجميع، إضافةً إلى الحقوق الاجتماعية والتنمية للمجتمع الفلسطيني. وتتبنى المؤسسة في عملها مفهوم الحق في الصحة والذي يستند إلى المعايير العالمية الأربع التالية: التوافر، إمكانية الوصول ويتضمن (عدم التمييز، إمكانية الوصول الجغرافي، إمكانية الاقتصادية للحصول على الخدمات، إمكانية الوصول إلى المعلومات)، المقبولية، الجودة.^[٣٢]

بدأ برنامج صحة المرأة في مؤسسة لجان العمل الصحي في تقديم خدماته في عام ١٩٩٠ بثلاثة مراكز وتطور ليصل تقديم هذه الخدمات في ١٤ مركزاً صحياً، إضافةً إلى عيادات متنقلة تصل ١٩ موقعاً في مختلف مناطق الضفة الغربية.^[٣٣] يهدف البرنامج إلى تمكين النساء بحقوقهن الإنجابية والجنسية وتعزيز دورهن في المجتمع^[٣٤] من خلال تقديم خدمات في الصحة الإنجابية والجنسية للنساء من قبل كادر صحي مكون من مديرة البرنامج، و ١٠ طبيبات و ١٥ ممرضة.

٣٢. موقع مؤسسة لجان العمل الصحي على الانترنت، على الرابط / <http://www.hwc-pal.org> ar_page.php?id=fdIjzQ3wEKa60864AAGPvtUdVj6

٣٣. نفس المصدر السابق.

٣٤. نفس المصدر السابق.

ويستهدف جميع النساء. وتشمل خدمات البرنامج ما يلي^[٣٥]:

١. خدمات وقائية: رعاية حمل، رعاية ما بعد الولادة، تنظيم الأسرة والمشورة، رعاية سن الأمان، التقصي والكشف المبكر عن أورام الثدي وعنق الرحم.
٢. خدمات علاجية: للأمراض النسائية ومضاعفات الحمل، العقم.
٣. خدمات التعزيز والتثقيف الصحي: إرشادات فردية، محاضرات أسبوعية، زيارات منزلية وتعاون مع المؤسسات المحلية وإستهداف الذكور وإدماجهم في برامج التثقيف الصحي.
٤. تمكين وتعزيز دور النساء من خلال: دورات تدريبية في الصحة الإنجابية، حقوق الإنسان والنوع الاجتماعي، إسعافات أولية، مرحلة المراهقة وإحياء المناسبات الوطنية للمرأة، وتشكيل مجموعات نسائية مجتمعية لتمكين وتعزيز مشاركة النساء.
٥. خدمة الكشف عن النساء اللواتي يتعرضن للعنف وتقديم المساعدة الأولية لهن وتوثيق الحالات وتحويلها إلى المؤسسات المختصة.

المنهجية

هذه دراسة وصفية تحليلية طبقية لمعرفة مدى رضى النساء المنتفعات من خدمات برنامج صحة المرأة. مرّت الدراسة بمرحلتين أساسيتين خلال إعدادها، تلخصت فيما يلي: مراجعة شاملة للأدبيات (كما سبق تلخيصها) ولبرنامج صحة المرأة في مراكز لجان العمل الصحي وجمع المعلومات.

منهجية مراجعة شاملة لبرنامج صحة المرأة في مراكز لجان العمل الصحي: وتتلخص مرحلة المراجعة الشاملة لبرنامج صحة المرأة في مراكز لجان العمل الصحي من خلال طريقتين:

١. إجتماعات تحضيرية: تم عقد عدة إجتماعات تحضيرية مع مشرفين وقيمين على المشروع، تم من خلالها جمع معلومات حول المراكز، خصائصها الإدارية والفنية، مواقعها، طريقة عملها، الخدمات المقدمة، أهميتها للمنطقة الموجودة فيها، وعلاقة المراكز ببعضها البعض. وساعد جمع وفهم هذه المعلومات حول المراكز على تصميم عينة الدراسة وإختيار المراكز، ولاحقاً أيضاً ساعد في التخطيط لجمع معلومات الدراسة.
٢. مراجعة الأدبيات والمنشورات والتقارير المتعلقة ببرنامج صحة المرأة: قامت الباحثة

٣٥. نفس المصدر السابق

بمراجعة عامة ودراسة للوثائق والمنشورات والتقارير المتعلقة ببرنامج صحة المرأة الصادرة عن البرنامج والمؤسسة، وذلك للإطلاع على سير العمل ومدى تطابقه مع الخطط الموضوعية، وتحقيق الأهداف المرجوة من هذا التقييم.

منهجية جمع المعلومات

نظراً للإختلاف المتباين بين المراكز من حيث توزيعها ضمن مناطق الضفة الغربية (شمال، وسط، جنوب) ومواقعها (ريف، مدينه) وإستخدامها من قبل النساء، تنوعت طريقة جمع المعلومات وذلك لضمان إشراك أكبر عدد من النساء المنتفعات من مناطق مختلفة تقدم فيها هذه الخدمات. وقد تم إتباع منهجيتين مختلفتين: كيفية (نوعية) بإستخدام مجموعات بؤرية معمقة مع النساء المنتفعات وغير المنتفعات، وكمية بإستخدام مقابلة مع المنتفعة بعد تلقيها الخدمة وقبل مغادرتها المركز الصحي عن طريق تعبئة إستمارة (إستبيان). ويوضّح الجدول التالي المراكز الصحية التي أستهدفت في الدراسة التقييمية والوسيلة التي أستخدمت لجمع المعلومات في كل مركز:

جدول ١: المراكز الصحية المستهدفة في التقييم والوسيلة المستخدمة لجمع المعلومات من كل مركز

المركز الصحي	وسيلة جمع المعلومات
١. مركز حلحول	مجموعه بؤرية مركزة
٢. مركز المزرعه الشرقيه	مجموعه بؤرية مركزة
٣. مركز عورتا	مجموعه بؤرية مركزة
٤. مركز البلده القديمه / الخليل	مقابله منتفعات قبل مغادرة من المركز
٥. مركز سعير	مقابله منتفعات قبل مغادرة من المركز
٦. مركز رنتيس	مقابله منتفعات قبل مغادرة من المركز
٧. مركز راس كركر	مقابله منتفعات قبل مغادرة من المركز
٨. مركز مجمع نابلس	مقابله منتفعات قبل مغادرة من المركز
٩. مركز طوباس	مقابله منتفعات قبل مغادرة من المركز
١٠. مركز سالم	مقابله منتفعات قبل مغادرة من المركز
١١. مركز قلقيليه	مقابله منتفعات قبل مغادرة من المركز
١١. مركز كفر نعمه	تجربة استماره مقابله المنتفعات

وقد مرت مرحلة جمع المعلومات بعدة خطوات:

١. تصميم أدوات الدراسة

كما هو موضح في الجدول السابق تم استخدام طريقتين مختلفتين لجمع المعلومات من المراكز الصحية المستهدفة في الدراسة، وهما: المجموعات البؤرية المركزة ومقابلة المنتفعات قبل مغادرتهم المركز باستخدام إستمارة. وقد إحتوت الأدوات على أسئلة ومؤشرات مختلفة، تقيس مدى رضى النساء المنتفعات عن خدمات برنامج صحة المرأة. وفيما يلي ملخص لمحتويات كل أداة:

المجموعات البؤرية المركزة: بالإستعانة بالأهداف المرجوة من هذه الدراسة، والاجتماعات التحضيرية، ومراجعة الوثائق والمنشورات الصادرة عن مؤسسة لجان العمل الصحي، تم إعداد دليل موحد لإستخدامه في كافة مجموعات النقاش البؤرية في مختلف المناطق. تناولت مجموعات النقاش مواضيع تتعلق فيما يلي:

- ما يقلق النساء في تلك المنطقة من النواحي الصحية بشكل عام.
- مدى معرفة النساء عن خدمات صحة المرأة المقدمة في المركز الصحي.
- أسباب تجعل النساء يتلقين الخدمة أو لا يتلقينها في المركز الصحي.
- آراء النساء في الخدمة المقدمة في المركز الصحي وطرق تحسينها.

وقد تم إجراء ما مجموعه ٣ مجموعات بؤرية مع النساء المنتفعات من برنامج صحة المرأة، بحيث تغطي كل مجموعة بؤرية إحدى مناطق الضفة الغربية (شمال، وسط، جنوب)، وتحديداً مناطق نابلس (عورتا)، رام الله (المزرعة الشرقية)، والخليل (لحلول). وقد بلغ عدد النساء المشاركات في هذه المجموعات البؤرية ٣٢ منتفعة. وقد حاولنا بقدر الإمكان إشراك نساء من مختلف الأعمار، والخدمات التي يتلقينها حسب ما توفر في اليوم الذي أجريت فيه مجموعات النقاش.

إستماره مقابلة المنتفعات قبل مغادرة المركز: قامت الباحثة بمراجعة أدبيات شاملة حول الأدوات البحثية التي تم إستخدامها في دراسات عالمية ومحلية مشابهة سابقة. وبناءً عليه، تم تطوير إستماره تركز على أهم المحاور المتعلقة بمفهوم الرضى عن الخدمات الصحية بشكل عام، ورضى النساء عن خدمات الصحة الإنجابية بشكل خاص. وإحتوت الإستمارة على ٥٠ سؤالاً، تغطي المحاور المفاهيمية التالية للرضى:

- معلومات ديمغرافية وصحية عن المنتفعات.
- سهولة الوصول والحصول على الخدمة.
- التواصل والتفاعل.
- المعرفة والمعلومات حول مواضيع التثقيف الصحي وخدمات صحة المرأة المقدمة في المركز الصحي.
- الكفاءة الفنية.
- ملائمة الخدمة والإستجابة لحاجات المنتفعة.
- البيئة الداخلية للمركز الصحي.
- الرضى العام.

تكونت أداة الدراسة في صورتها النهائية من ٨ مجالات، بالتسلسل التالي:

- أولاً: أهلية المنتفعة.
 - ثانياً: معلومات عن المنتفعة.
 - ثالثاً: الوصول الى العيادة.
 - رابعاً: الخدمة: رعاية حوامل، تنظيم أسرة، رعاية واضعات، نسائية.
 - خامساً: التثقيف الصحي بما يتناسب مع الخدمة المقدمة.
 - سادساً: تقييم معرفة المنتفعة.
 - سابعاً: التواصل والتفاعل.
 - ثامناً: البيئة الداخلية للمركز الصحي.
- يعتبر إستخدام المقابلة وجها لوجه لجمع المعلومات أكثر مصداقية، وأقرب لجمع معلومات أكثر دقة، حيث أنه أعطى مجالاً للمنتفعات أن يسألن عن الأسئلة غير الواضحة لديهن، وأعطى فرصة لكل منتفعة أن تعبر أكثر عن رأيها بخصوصية. كذلك، ساهم إستخدام الإستمارة وتعبئتها وجها لوجه في تمكين المنتفعات حيث كان يتم تصحيح معلومات النساء الصحية بعد الإنتهاء من تعبئة الإستمارة.

أخيراً، حيث أن الهدف من هذه الدراسة تحسين خدمات صحة المرأة والإستجابة لحاجات النساء المستفيدات، تم بناء الإستمارة بشكل يضمن دمج النساء بشكل فعال في المقابلة عند إستنباط آراءهن، وإعطائهن حرية التعبير والحديث والتفسير وإعطاء الأمثلة على إجاباتهن. فلم تقتصر الإجابات في الإستمارة على نعم أو لا فقط، وإنما شجعنا النساء على التفاعل وإبداء الرأي من خلال إستخدام تعابير مثل: فسري، لماذا... الخ. كذلك، قصدنا بإستخدام الإستمارة تمكين النساء وذلك بتشجيعهن بالتحدث عن آرائهن في الخدمة المقدمة بشكل حر بعيداً عن الأسئلة المغفلة بإستخدام نعم / لا، وبعيداً عن المقياس المدرج بإستخدام تعابير مثل (أوافق بشدة، أوافق، لا رأي، لا أوافق، لا أوافق بشدة) أو (ممتاز، جيد جداً، جيد، مقبول، لا رأي) الذي يعطي إجابات محدودة نوعاً ما.

٢. الدراسة التجريبية

بعد أن صُممت إستمارة جمع المعلومات بصورتها شبه النهائية من خلال النقاش والتشاور مع أصحاب العلاقة والخبرة في مؤسسة لجان العمل الصحي، قامت الباحثة ومديرة برنامج صحة المرأة في المؤسسة بتجربتها في مركز صحي كفر نعمة على عينة من مجتمع الدراسة حجمها ٧ منتفعات، كل على حدة. وقد هدفت الدراسة التجريبية إلى تحديد الأسئلة التي قد تكون سبباً في خفض مستوى صدق أداة البحث، إما بسبب غموض أو عدم وضوح لغوي أو مفهومي أو غير ذلك. كما هدفت إلى إستكشاف مدى وضوح تعليمات تعبئة الإستمارة، ومدى ملائمة الفترة الزمنية المحددة لذلك. وبعد الإنتهاء من الدراسة التجريبية، تم نقاش حول الأسئلة التي كان فيها غموض لغوي، ثم تعديل الإستمارة وتنقيحها، وإعدادها بشكلها النهائي وإعتمادها كأداة للدراسة. وأخيراً، تم عرض الإستمارة النهائية على مجموعة خبراء في العمل الصحي المجتمعي في مؤسسة لجان العمل الصحي لأخذ آرائهم وإجراء تعديلات حسب ما يلزم، ولم تكن هناك أي تعديلات تذكر.

٣. مجتمع وعينة الدراسة

تستهدف الدراسة جميع النساء المنتفعات من خدمات برنامج صحة المرأة المقدمة في المراكز الصحية التابعة لمؤسسة لجان العمل الصحي. وتعتبر المنتفعة مؤهلة للمشاركة في هذه الدراسة إذا زارت المركز الصحي بحثاً عن إحدى الخدمات التالية في يوم جمع المعلومات:

- رعاية الحوامل (لأول مرة أو زيارة متكررة).
- تنظيم الاسرة (لأول مرة أو زيارة متكررة).
- رعاية ما بعد الولادة.
- زياره نسائية وتشمل فحص الثدي، مسحة عنق الرحم، التحويل لتصوير الثدي بالماموغراف، تشخيص وعلاج الإلتهابات والعدوى المهبلية، فحص الحمل، إنقطاع الطمث، وأي أمور نسائية أخرى).

تم استخدام قاعدة البيانات والإحصائيات المتوفرة في مؤسسة لجان العمل الصحي حول الخدمات المقدمة في المراكز الصحية في المناطق المختلفة لأغراض تصميم وإختيار عينة الدراسة. وبناءاً على الإحصائيات المتوفرة، تم تقسيم المراكز الصحية المستهدفة وعددها ١٤ مركزاً إلى نوعين حسب عبء العمل: مراكز ذات عبء عالي (high workload) ومراكز ذات عبء عمل منخفض (low workload)^[٣٦] وذلك بمقارنة الإحصائيات الشهرية للمراكز لآخر سنتين.

ثم تم إختيار عينة طبقية متباينة من المراكز الصحية حسب المنهجية التالية:

- إشتملت العينة على مراكز من مختلف مناطق الضفة الغربية (شمال، وسط، جنوب).
 - إشتملت العينة على مراكز من مختلف التجمعات السكانية (مدينة، قرية).
 - إشتملت العينة على مراكز مختلفة من حيث عبء العمل (عالي، منخفض).
- تم جمع المعلومات من ٨ مراكز صحية، حاولنا إختيار المراكز الأكثر إنشغالاً، بواقع يوم واحد لكل مركز (اليوم الأكثر إنشغالاً)، وتم إستهداف جميع النساء اللواتي قصدن المركز الصحي في ذلك اليوم باحثات عن خدمات تتعلق بصحة المرأة. والجدول التالي يبين خصائص وتوزيع عينة المراكز المستهدفة حسب المنطقة، والتجمع السكاني وعبء العمل.

36. Quick Investigation of Quality (QIQ) A User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning. MEASURE Evaluation Manual Series. No. 2. MEASURE Evaluation. Carolina Population Center. University of North Carolina at Chapel Hill. February 2001.

جدول ٢: توزيع العينة الطبقيّة للمراكز المستهدفة حسب المنطقة، والتجمع السكاني وعبء العمل^[٣٧].

المنطقة	جميع المراكز الصحية	تصنيف المركز من حيث عبء العمل	عينة الدراسة الكمية	عينة الدراسة النوعية
الشمال	نابلس	عبء عمل عالي	نابلس	
	طوباس	عبء عمل عالي	طوباس	
	عورتا	عبء عمل عالي		عورتا
	قلقيلية	عبء عمل منخفض	قلقيلية	
	سالم	عبء عمل منخفض	سالم	
	البازان	عبء عمل منخفض		
المجموع	٦ مراكز		٤ مراكز	مركز واحد
الوسط	كفر نعمة	عبء عمل عالي	عينه تجريبية	
	رنتيس	عبء عمل عالي	رنتيس	
	المزرعة الشرقية	عبء عمل عالي		المزرعة الشرقية
	راس كركر	عبء عمل منخفض	راس كركر	
	اللبن	عبء عمل منخفض		
المجموع	٥ مراكز		مركزين	مركز واحد
الجنوب	البلدة القديمة، الخليل	عبء عمل عالي	البلدة القديمة، الخليل	
	سعير	عبء عمل عالي	سعير	
	حلحول	عبء عمل منخفض		حلحول
المجموع			مركزين	مركز واحد
مجموع العينة			٨ مركز	٣ مراكز

٣٧. تم التصنيف بعد مراجعة الاحصائيات الشهرية والسنوية من التقارير الروتينية للمراكز الصحية في مؤسسة لجان العمل الصحي وذلك للسنوات ٢٠١٢ و ٢٠١٣ .

٤. خصائص العينة الكمية

وصل عدد المنتفعات المؤهلات للمشاركة في الدراسة ٨٣ منتفعة من مختلف المراكز، ٩ منتفعات رفضن المشاركة لضيق وقتهن وإضطرارهن للمغادرة فوراً، ومنتفعتين غادرتا المركز دون أن تنتبه لهن العاملة الميدانية وبالتالي لم يطلب منهن المشاركة. بلغ عدد المنتفعات اللواتي شاركن في الدراسة ٧٢ منتفعة. الجدول التالي يوضح توزيع العينة بين مناطق الشمال والوسط والجنوب، وتوزيعها حسب تصنيفها المدن والريف. ونلاحظ أنه وبالرغم من قلة الأعداد، إلا أن العينة تعكس أعداد النساء ليوم واحد، وتعكس التفاوت الواضح بين إنشغال المراكز وإستخدامها من قبل النساء، وهذا جزء من الحقيقة الذي لوحظت عند مراجعة إحصائيات المراكز للسنوات السابقة. فمثلاً مركز صحي مجمع نابلس هو في الحقيقة الأكثر إستخداماً من بين جميع المراكز.

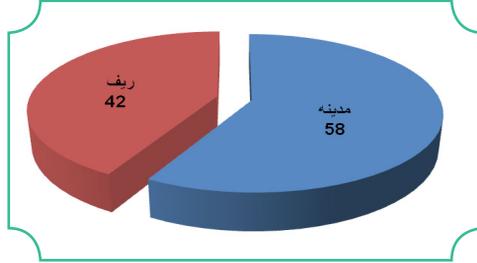
جدول ٣: التوزيع النسبي للعينة حسب الموقع والمنطقة^[٣٨].

المنطقة	الموقع	التصنيف ^٢	عدد المنتفعات	(%)
الشمال	مجمع نابلس	مدينة	١٧	٢٤
	طوباس	مدينة	١٣	١٨
	قلقيلية	مدينة	٢	٣
	سالم	ريف	٢	٣
الوسط	رنتيس	ريف	١٤	١٩
	راس كركر	ريف	٧	١٠
الجنوب	الخليل	مدينة	١٠	١٤
	سعير	ريف	٧	١٠
المجموع	٨ مراكز	٤ ريف / ٤ مدينة	٧٢	١٠٠

كذلك، تركزت المراكز الصحية في مناطق ريفية في الوسط، على عكس مناطق الشمال والجنوب. وكان توزيع المنتفعات المشاركات مناصفة تقريباً بين المناطق الريفية ٤٢٪، والمدينة ٥٨٪ كما يوضح شكل ١ أدناه.

٣٨. تم التصنيف حسب التصنيف المستخدم من قبل الجهاز المركزي للأحصاء الفلسطيني.

شكل ١: التوزيع النسبي للعيينة حسب تصنيف مكان سكن المنتفعات



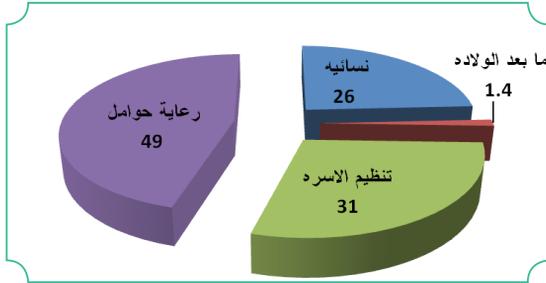
وتوزعت عينة النساء المنتفعات (٧٢ منتفعة) على ٤ خدمات رئيسية لصحة المرأة وهي: رعاية الحوامل، تنظيم الأسرة، رعاية ما بعد الولادة، وفحوصات أو علاج يتعلق بصحة المرأة بشكل عام مثل فحص الثدي، مسحة عنق الرحم، تشخيص وعلاج التهابات نسائية، فحص الحمل، إنقطاع الطمث أو أي أمور نسائية أخرى. وتتوزع المنتفعات كما يلي حسب سبب الزيارة للمركز الصحي (علماً بأن هناك بعض المنتفعات حضرن للمركز لأكثر من سبب): كان سبب زيارة المركز لنصف المنتفعات (٤٨,٦٪) تقريباً لتلقي خدمة رعاية الحوامل، وثالث المنتفعات (٣٠,٦٪) جئن باحثات عن وسائل تنظيم الأسرة، بينما ٢٦٪ من المنتفعات جئن لتلقي خدمات تتعلق بشؤون نسائية (مثلاً علاج، فحص ثدي، مسحة عنق الرحم،.... الخ)، وأخيراً كان هناك منتفعة واحدة فقط للبحث عن رعاية ما بعد الولادة كما يوضح الجدول التالي والشكل الذي يليه.

جدول ٤: توزيع أسباب زيارة المنتفعات للمراكز المستهدفة

الموقع	رعاية حوامل	تنظيم أسرة	رعاية ما بعد الولادة	نسائية
مجمع نابلس	١٢	٣	٠	٢
طوباس	٥	٦	٠	٣
قلقيية	١	١	٠	٠
سالم	١	١	٠	١
رنتيس	٨	٣	٠	٦
راس كركر	٣	١	٠	٣
الخليل	٤	٣	١	٢
سعير	١	٤	٠	٢
المجموع	٣٥	٢٢	١	١٩

المجموع أكثر من عدد المنتفعات لأن هناك منتفعات حضرن للمركز الصحي لأكثر من سبب (عدد المنتفعات ٧٢، وأسباب الزيارة للمركز الصحي ٧٧).

شكل ٢: التوزيع النسبي لأسباب* زياره المنتفعات للمركز الصحي



* المجموع أكثر ١٠٠٪ لأن هناك منتفعات حضرن للمركز الصحي لأكثر من سبب (عدد المنتفعات ٧٢، وأسباب الزيارة للمركز الصحي ٧٧).

ويوضح جدول ٥ توزيع أسباب زيارة المنتفعات للمركز الصحي في المناطق في يوم الدراسة. ومن الملاحظ أن نسبة المنتفعات من خدمة رعاية الحوامل جاءت أكبر في منطقة الشمال (وبالتحديد نابلس) والوسط (بالتحديد رنتيس) بالمقارنة مع الجنوب. وقد يعود ذلك لكون المركزين الصحيين من الشمال والوسط فيهما نسبة إستخدام عالية ويقعان في تجمعات سكنية مختلفة (البلدة القديمة في نابلس وطوباس). بينما نسبة المنتفعات من خدمات تنظيم الأسرة كانت أكبر في الشمال (طوباس تحديداً) والجنوب بالمقارنة مع الوسط، والمنتفعة الوحيدة من خدمة ما بعد الولادة كانت من منطقة الخليل. ومع صغر أعداد المنتفعات، إلا أن أكبر نسبة منتفعات من خدمات تتعلق بالأمر النسائية المختلفة كانت في منطقة الوسط (رنتيس).

جدول ٥: توزيع أسباب* زيارة المنتفعات للمركز الصحي حسب المنطقة الجغرافية

المنطقة	رعاية حوامل	تنظيم أسرة	رعاية ما بعد الولادة	نسائية
الشمال	١٩	١١	٠	٦
الوسط	١١	٤	٠	٩
الجنوب	٥	٧	١	٤
المجموع	٣٥	٢٢	١	١٩

*المجموع أكثر من عدد المنتفعات لأن هناك منتفعات حضرن للمركز الصحي لأكثر من سبب (عدد المنتفعات ٧٢، وأسباب الزيارة للمركز الصحي ٧٧).

٥. تدريب فريق العمل الميداني

تم عقد يوم تدريبي لفريق العمل الميداني والذي تكون من مجموعة متطوعات لدى مؤسسة لجان العمل الصحي من مختلف المناطق المستهدفة وعددهن ٨ متطوعات. وقد تم الإقتصار على متطوعات إناث نظراً لحساسية أسئلة البحث وكونها تستهدف النساء فقط في مناطق مختلفة. وقد تم في الحلقة التدريبية شرح أهداف الدراسة، وتوضيح معنى مصطلحات ومؤشرات الصحة الإنجابية بشكل خاص، والطرق المختلفة والمهارات اللازمة لجمع المعلومات الخاصة بالأبحاث. كذلك إستعرضت كافة الأسئلة التي تضمنتها الدراسة وتم التركيز على عنصر

الجودة أثناء جمع المعلومات لأهميته في تحقيق هدف الدراسة وضرورة التأكد من فهم إجابة المنتفعة ومراجعة الإستمارة قبل مغادرتها المركز.

٦. آلية العمل الميداني وجمع المعلومات

تم عمل برنامج زمني لجمع المعلومات من المراكز التي تم إختيارها بحيث يخصص يوم واحد لكل مركز. وتم التواصل مع المراكز الصحية لمعرفة أكثر أيام الاسبوع إنشغالاً لكل مركز ليكون هذا اليوم هو يوم جمع المعلومات. تم إعتقاد منهجية «مقابلة جميع المنتفعات» (Take all) اللواتي جئن إلى المركز الصحي لتلقي خدمات مختلفة في صحة المرأة في ذلك اليوم الذي تم إختياره. تم جمع المعلومات عن طريق تعبئة الإستمارة بإستخدام التفاعل المباشر مع المنتفعات (وجهاً لوجه)، الأمر الذي يزيد من مصداقية المعلومات وفعاليتها في تقييم الواقع. تم جمع المعلومات بشقيها الكيفي والكمي من كافة المراكز المستهدفة في الفترة الواقعة ما بين ٢٠/٧/٢٠١٤ و ٣١/٨/٢٠١٤.

٧. تدقيق المعلومات وترميزها وإدخالها وتحليلها

خضعت كافة الإستمارات إلى التدقيق للتأكد من تعبئتها بشكل كامل أولاً في الميدان، من قبل العاملة الميدانية التي قامت بتعبئة الإستمارة، وثانياً في المكتب قبل إدخالها للبرنامج الإحصائي للتأكد من عدم وجود نواقص ومنطقية الإجابات وترميزها. بعد الإنتهاء من عملية التدقيق، تم ترميز الإستمارات، بالرجوع إلى أدلة الترميز المعدة مسبقاً، حيث تم تجهيز الإستمارة بشكلها النهائي من أجل إدخال بياناتها. وأخيراً، بعد الإنتهاء من عملية إدخال البيانات، قامت الباحثة بإستخراج جداول تكرارية أولية لمؤشرات الدراسة للتأكد من سلامة البيانات المدخلة وعدم وجود حالات لافتة للنظر، وفي حالة وجود أخطاء كان يتم إستخراج الإستمارة الاصلية ومقارنتها مع المعلومات المدخلة.

تم إدخال المعلومات على برنامج التحليل الإحصائي SPSS version 18، والذي أيضاً أستخدم أثناء تحليل البيانات، حيث تم إستخراج الجداول التكرارية والجداول التقاطعية حسب المفاهيم والمؤشرات ونوع الخدمة المقدمة والمنطقة.

المعايير الأخلاقية للدراسة

لقد تمت دراسة الأسئلة والتأكد من ملائمتها للمنتفعات وتحقيق الأهداف المرجوة وذلك من خلال إشراك إدارة مؤسسة لجان العمل الصحي والمشرفين على المشروع. كذلك تم تجربة الأسئلة في أحد المراكز من قبل الباحثة ومديرة برنامج صحة المرأة في لجان العمل الصحي لإستكشاف أي غموض والتأكد من ملائمة الأسئلة لجمهور المنتفعات. ثم تم تدريب الفريق الميداني على ضرورة عدم إظهار أي إنفعال أو إستغراب لأي جواب وعدم مناقشة أي حالة بصورة شخصية مع الآخرين.

هذا وقد قام فريق العمل الميداني بشرح أهداف الدراسة للمنتفعات وتم التأكيد على حرية المنتفعة للمشاركة أو عدمها دون أن يؤثر ذلك بأي شكل من الأشكال على العناية الصحية التي تتلقاها في المركز الصحي. كما تم التوضيح مسبقاً للمنتفعات بأنه لن يُطلب منهن تمييز أنفسهن لضمان السرية وكي يشعرن بالراحة لإعطاء الأجوبة دون الإحساس بالخوف أو الحرج وأن المعلومات ستستخدم فقط لأغراض البحث وأهدافه. هذا وقد تم سؤال كل منتفعة عن موافقتها على الإشتراك في الدراسة بشكل منفرد لضمان قبولها الإشتراك فيها دون التعرض للضغط أو أي تأثير خارجي.

الصعوبات التي واجهتها هذه الدراسة

صعوبة توقيت جمع المعلومات أثناء شهر رمضان، حيث أنه من المتعارف عليه أن النساء لا يفضلن التوجه لتلقي خدمات صحة المرأة أثناء الصيام إلا ما ندر. وقد أثر ذلك على الأعداد المشاركة في مجموعات النقاش البؤرية حيث كانت قليلة نسبياً مع ما كان متوقع في أحد المواقع. كذلك، حالت دون إستكمالها، حيث تم تأجيل مجموعة النقاش البؤرية لمركز حلحول لما بعد عيد الفطر لعدم التمكن من إيجاد عدد مناسب من المنتفعات أثناء أيام شهر رمضان. ولكن كان لا بد من إجراء جزء مجموعات النقاش البؤرية هذه قبل البدء بجمع المعلومات وذلك لأخذ آراء النساء المشاركات أثناء بناء الإستمارة. بعد مراجعة آراء المنتفعات من مجموعات النقاش البؤرية، لم يكن هناك أي داع لإضافة أو حذف أي من مؤشرات الإستمارة.

ولنفس السبب المذكور أعلاه (شهر رمضان)، كان عدد النساء الباحثات عن خدمات تتعلق بصحة المرأة أقل من المتوقع في مراكز نابلس، قلقيلية والخليل عندما تم جمع المعلومات الكمية. حيث حضرت معظم النساء للمراكز مباشرة بعد عطلة العيد، مما جعل العدد أقل بكثير في اليوم الذي تلاه، برغم أن جمع المعلومات تم خلال الأسبوع الأول بعد عيد الفطر مباشرة. وقد أثر هذا كله على عدد العينة حيث كانت أقل من العدد المتوقع والمرجو إشراكه (العدد النهائي للعينة ٧٢) والمتوقع كان ١٠٠ فأكثر.

نتائج الدراسة وتحليلها

– أولاً: نتائج آراء المنتفعات من المجموعات البؤرية المركزة

تم تنظيم وعمل ٣ مجموعات نقاش بؤرية مركزة، ضمت في مجموعها ٣٢ من النساء المنتفعات، بواقع مجموعة واحدة في كل محافظة: نابلس، رام الله والبيرة والخليل، إستهدفت النساء المنتفعات من خدمات صحة المرأة في المراكز الصحية. أما المحاور التي تم تناولها في مجموعات النقاش فيما يتعلق بآراء المنتفعات بالمشاكل الصحية والعيادة فقد تمثلت في التالي:

- زيادة المعرفة بالمشاكل الصحية في القرية.
- فحص معرفة السيدات عن العيادة وخدماتها.
- إستنباط آراء السيدات حول جودة العناية في العيادة.
- معرفة آراء السيدات حول العوائق الموجودة في العيادة.
- معرفة آراء السيدات حول سبل تحسين الخدمات المقدمة.

جدول ٦: توزيع مجموعات النقاش البؤرية المركزة بحسب الموقع والفئة المستهدفة

المحافظة	الموقع	التاريخ	الفئة المستهدفة	عدد المشاركات
نابلس	عورتا	١٦,٧,٢٠١٤	نساء منتفعات	٧
رام الله	المزرعة الشرقية	١٩,٧,٢٠١٤	نساء منتفعات	١١
الخليل	ححول	٣١,٨,٢٠١٤	نساء منتفعات	١٥

جدول ٧: توزيع المشاركات في مجموعات النقاش البؤرية المركزة بحسب الفئة العمرية

الفئات العمرية	عدد المشاركات
أقل من ٢٥ سنة	١٠
٢٥-٣٥ سنة	٣
٣٦-٤٥ سنة	٥
أكبر من ٤٥ سنة	١٤
المجموع	٣٢

يوجد مشاركة من عورتا لم يدون عمرها.

المشاكل الصحية التي تقلق النساء: طرحت المنتفعات من مختلف المناطق عدد من المشاكل الصحية التي تشكل قلق لديهن بشكل عام، منها: فقر الدم، الإلتهابات المهبلية، الضغط والسكري، أكياس على المبايض، التعب والهزال بسبب النقص في فيتامين ب١٢، إلتهابات في الرحم، الأمراض السرطانية (سرطان عنق الرحم و سرطان الثدي)، المشاكل المصاحبة لسن الأمان مثل هشاشة العظام والخوف من نتائج الفحوصات بشكل عام. وجدير بالذكر أن المشاكل المصاحبة لسن الأمان قد تم ذكرها من قبل مجموعة حلول، حيث أنها تضمنت عدد أكبر من المنتفعات في سن الأمان (١٣ سيدة أعمارهن أكبر من ٤٥ من أصل ١٥ منتفعة شاركن في مجموعة النقاش).

أسباب استخدام المنتفعات لهذه العيادات: أما بالنسبة للأسباب التي تجعل المنتفعات يستخدمن هذه العيادات فتمثلت فيما يلي: سهولة الوصول للخدمات من حيث توفير الوقت والجهد والمال، وسهولة إجراء إتصال هاتفي بالعيادة، وفترة الإنتظار قصيرة نسبياً حيث يتم الإلتزام بالمواعيد ما أمكن. كذلك، أشارت النساء إلى كون العيادة نظيفة، ووجود طبيبة في بعض العيادات وأخصائين، فإن طريقة التعامل الجيدة بشكل عام من قبل الطاقم والأطباء، والخدمة السريعة، ويقدم الطاقم ما يلزم من علاج ومعلومات، ولا يتوانى عن الإجابة عن أسئلة المنتفعات.

الخدمات التي تقدمها العيادة: وبخصوص الخدمات، ذكرت المشاركات الخدمات التي تقدمها العيادة للمنتفعات ضمن برنامج صحة المرأة مثل: الفحوصات المخبرية، متابعة المرأة قبل الولادة وبعد الولادة والعناية بعد الولادة، فحص مسحة عنق الرحم وفحص الثدي، تحويل

النساء لعمل صورة للثدي، زيارات منزلية بعد الولادة، الوالدات والاهتمام بفترة الحمل بالثدي والرضاعة الطبيعية.

العوائق الموجوده في هذه العيادات: أشارت المشاركات إلى العوائق الموجودة في هذه العيادات والتي قد تحد من إستخدامهن لها. وتتمثل هذه العوائق بشكل رئيسي في عدم توفر بعض الأدوية والفحوصات المخبرية والتي تضطرهن للذهاب إلى المدينة أو مختبرات خارجية لإجراءها مثل: فحص الهرمونات، فحص الأعضاء، وتصوير الأشعة. وأضافت النساء بعض الأسباب الأخرى التي تعيق إستخدام العيادة مثل تغيير الأطباء باستمرار مما يعيق مواصلة المتابعة عند نفس الطبيب/ة، ونقصان بعض التخصصات، وعدم وجود طبيبة في بعض العيادات مما قد يؤدي إلى منع الأزواج لزوجاتهم من إستخدام العيادة، والنساء أيضاً يفضلن وجود طبيبة. وإعتبرت المشاركات أن إغلاق العيادة الساعة ٢ بعد الظهر هو وقت مبكر يقلل من إمكانية إستخدامهن للعيادة عند الحاجة. كذلك، أشارت المنتفعات إلى أن النساء يتأثرن بأراء بعضهن البعض حول مهارة الأطباء مما يؤثر على إستخدامهن العيادة. وتفضل بعض النساء في القرية عدم إستخدام العيادة لإيجاد فرصة للذهاب والتسوق في المدينة. وبرغم إشادة بعض المنتفعات بطريقة التعامل الجيدة للطواقم العاملة في هذه المراكز، إلا أن هناك بعض الصعوبات التي تواجهها المنتفعات من ناحية التعامل من بعض أفراد الطاقم الصحي، حيث نوهت المنتفعات إلى بعض التصرفات مثل التعامل الجاف، عدم الإبتسامه، وأكل المسكة. كذلك، نوهت المنتفعات إلى أن تكلفه الخدمات تعتبر عالية لبعض الأفراد.

إقتراحات لتحسين خدمات العيادة: قدمت المنتفعات إقتراحات عديدة من شأنها تحسين خدمات العيادة، وخدمات صحة المرأة بشكل خاص. أما الإقتراحات لتحسين خدمات صحة المرأة فأهمها زيادة التثقيف الصحي خاصة في مواضيع العناية بعد الحمل، طرق تنظيم الأسرة مع التركيز على المباعده بين الأطفال، التغذية الجيدة للحوامل، الإلتهابات، سن الأمان، وأعراض الدورة الشهرية. ونوهت المشاركات إلى أهمية إلتزام الأطباء ببرنامج الدوام الأسبوعي، خاصة أن خدمات صحة المرأة لا تقدم بشكل يومي، وبذلك تنتظر النساء ليوم العياده لتلقي الخدمة التي يحتجنها. أما في حال عدم الإلتزام، فتضطر المرأة للبحث عن الخدمة في مكان آخر، لأن هذا قد يؤثر سلباً على صحة المرأة خصوصاً في حال كونها ترغب بوسيلة لمنع الحمل مثلاً.

وفي نفس السياق، إقترحت المشاركات زيادة الأيام التي تقدم فيها خدمات صحة المرأة فمثلاً يوم يكون للطبيب ويوم آخر للطبيبة، وتوفير فحوصات دورية مجانية للمنتفعات. ونوهت المنتفعات إلى ضرورة توفير الأدوية اللازمة، والفحوصات الناقصة، وتوفير جهاز ألتراساوند حديث لفحص الجنين. ونوهت مجموعة حلحول إلى ضرورة الأخذ بعين الاعتبار تواجد أخصائية تغذية في العيادة، وهذه أمور ترغب المنتفعات بتحسينها /إضافتها.

- ثانياً: نتائج آراء المنتفعات من دراسة العينة الكمية

للإجابة عن هدف الدراسة الرئيسي المتعلق بمدى رضى المنتفعات عن خدمات صحة المرأة المقدمة في المراكز الصحية لمؤسسة لجان العمل الصحي، لا بد بالإضافة إلى فحص خصائص هؤلاء المنتفعات الديمغرافية والصحية والإنجابية، وفحص نوعية وجودة خدمات صحة المرأة الحقيقية والمدركة من قبل عينة المنتفعات.

١ - خصائص النساء المنتفعات

- الخصائص الديمغرافية:

تعيش غالبية المنتفعات في مناطق ريفية (٦٧٪)، وغالبيةن (٧٤٪) ضمن فئة عمر (١٨-٣٤) حيث بلغ متوسط عمر المنتفعات ٢٩ سنة. من الملاحظ أن تقريباً ربع المشاركات (٢٦٪) من عمر ٣٥ فما فوق. كذلك، أكثر من الثلث يتمتعن بمستوى تعليمي أعلى من توجيهي (غالبيةن من منطقتي الشمال والوسط) وخمس المنتفعات بدون تعليم (أميات) من سعير ومنتفعة واحدة من رنتيس. وملفت للإنتباه أنه لم تعكس المعلومات المتوفرة عدد المنتفعات غير المتزوجات، قد يرجع ذلك لحساسية السؤال لبعض المنتفعات. ولكن، هناك منتفعتين ممن لم تدون لهن الحالة الزوجية من منطقة الخليل وقد يكن غير متزوجات (عزباوات، مطلقات، أرامل) حيث أنهم بعمر صغير ١٩ سنة، ليس لديهم تأمين صحي، وليس لديهم أطفال، جئن باحثات عن خدمات تتعلق بصحة المرأة. ويوضح الجدول التالي هذه الخصائص.

جدول ٨: التوزيع النسبي للخصائص الديمغرافية للنساء المنتفعات

المتغير	خصائص ديمغرافية	العدد	التوزيع النسبي
العمر	أقل من ٢٥ سنة	٢٤	٣٣,٣
	٢٥-٣٤ سنة	٢٩	٤٠,٣
	٣٥-٤٤ سنة	١٦	٢٢,٢
	٤٥ سنة فما فوق	٣	٤,٢
مكان الإقامة	قرية	٤٨	٦٦,٧
	مدينة	٢٤	٣٣,٣
	مخيم	٠	٠,٠
المستوى التعليمي	أمية (لا تقرأ ولا تكتب)	٥	٦,٩
	أساسي (١-١٠)	٢٢	٣٠,٦
	ثانوي (١١-توجيهي)	١٨	٢٥
	أعلى من توجيهي (كلية أو جامعة)	٢٧	٣٧,٥
الحالة الزوجية	متزوجة	٦٧	٩٣,١
	مطلقة	٠	٠,٠
	أرملة	١	١,٤
	لم يسبق لها الزواج	٠	٠,٠
	مفقود (لم تسجل حالتها الزوجية)	٤	٥,٦
الحالة العملية	تعمل	١٢	١٦,٧
	لا تعمل	٦٠	٨٣,٣

الخصائص الإيجابية والصحية

تعكس الخصائص الإيجابية للمتنتعات في الجدول، بأن ما يقارب ٢٨٪ من المتنتعات لديهن ٥ أطفال فأكثر، وأكثر من نصف النساء لديهن ١-٤ أطفال. وكان متوسط عدد الأطفال ٣ أطفال لكل منتفعة، وهو أقل من معدل الخصوبة الوطني الصادر عن جهاز الإحصاء المركزي (٤,٢) طفل لكل امرأة). وتشكل المتنتعات الحوامل النصف، غالبيةهن (٧٨٪) راجعن المراكز الصحية بعدد زيارات لمتابعة الحمل تراوحت بين زيارة واحدة و٨ زيارات.

كذلك تعكس المعلومات الواردة في الجدول ٩، بأن ربع المتنتعات ليس لديهن تأمين صحي، معظمهن من منطقة الجنوب (سعير والخليل) والمناطق الريفية ونصفهن حوامل. وقيمت ١٦ منتفعة حالتهم الصحية بالمتوسطة أو السيئة وجميعهن نساء ريفيات، لديهن أطفال، ونصفهن حالياً حوامل، وغالبيةهن (١٠ منتفعات) أميات أو بمستوى تعليمي لا يزيد عن ١٠ سنوات.

جدول ٩: التوزيع النسبي للخصائص الإيجابية والصحية للنساء المتنتعات

المتغير	خصائص إيجابية	العدد	التوزيع النسبي
عدد الأطفال الأحياء	لا يوجد أطفال	٨	١١,١
	١-٤	٤٤	٦١,١
	٥-٧	١٧	٢٣,٦
	أكثر من ٧	٣	٤,٢
تلقيت خدمات أخرى في صحة المرأة سابقاً في هذا المركز	نعم	٤٠	٥٥,٦
	لا	٣٢	٤٤,٤
توفر التأمين الصحي (عدد المتنتعات = ٧١)	نعم، حكومي	٥٠	٧٠,٤
	نعم، خاص	٢	٢,٨
	نعم، وكالة الغوث	١	١,٤
	لا	١٨	٢٥,٤

٧٧,٨	٥٦	منيحة (جيدة)	الحالة الصحية (حسب تقييم المنتفعة)
٢٠,٨	١٥	وسط	
١,٤	١	سيئة	
٥٠	٣٦	حامل	الحمل
٥٠	٣٦	ليست حامل	
٤١,٧	١٥	شهر-٣ أشهر	عدد أشهر الحمل (للحوامل) (عدد الحوامل=٣٦)
١٦,٦	٦	٤-٦ أشهر	
٤١,٧	١٥	٧-٩ أشهر	
٢٢,٢	٨	لا يوجد زيارات سابقة	عدد زيارات رعاية الحمل السابقة (للحوامل) (عدد الحوامل = ٣٦)
٣٦,١	١٣	١-٣ زيارات	
١٩,٤	٧	٤-٧ زيارات	
٢٢,٢	٨	٨ زيارات فما فوق	

٢- مؤشرات رضى المنتفعات

فيما يلي، سيتم عرض نتائج مؤشرات رضى المنتفعات من عدة محاور قد تؤثر على رضى المنتفعات وتساعدنا في تكوين صورة شاملة عن حقيقة الخدمة المقدمة، ومدى وكيفية إدراك المنتفعات لجوانب هذه الخدمات.

وفيما يلي الإجابة على السؤال الأول: ما مدى رضى النساء المنتفعات من خدمات صحة المرأة المقدمة من قبل المراكز الصحية التابعة لمؤسسة لجان العمل الصحي العاملة في منطقة الضفة الغربية عن مقدمي الخدمات في المراكز الصحية، وعن المراكز بشكل عام، وذلك من حيث: سهولة الوصول للمراكز والحصول على الخدمة، أيام وساعات الدوام، التواصل والتفاعل مع مقدمي الخدمة، الكفاءة الفنية، البيئة الداخلية للمركز، أسعار الخدمات، والرضى بشكل عام.

• الرضى عن سهولة الوصول والحصول على الخدمة

أفادت أكثر من نصف المنتفعات بأن الوقت المستغرق للوصول للمركز الصحي هو أقل من ١٥ دقيقة، والمنتفعات اللواتي حضرن مشياً على الأقدام استغرقهن الوصول من ٥ دقائق لنصف ساعه كما يوضح جدول ١٠. أما اللواتي واجهن حواجز أثناء توجهن للمركز فكن من مناطق الخليل وقرى في منطقة نابلس (قصرة وعزون العتمة).

جدول ١٠: التوزيع النسبي لوصول المنتفعات للمركز الصحي في يوم الدراسة

المتغير	وصول النساء المنتفعات للمركز الصحي	العدد	التوزيع النسبي
كيفية الحضور إلى المركز الصحي اليوم	مشي	٣١	٤٣,١
	سيارة خاصة / تاكسي	١٩	٢٦,٤
	مواصلات عامة	٢٢	٣٠,٥
الوقت المستغرق للوصول إلى المركز الصحي	أقل من ١٥ دقيقة	٤٣	٥٩,٧
	١٥ - ٣٠ دقيقة	١٧	٢٣,٦
	٣٠ - ٦٠ دقيقة	١٢	١٦,٧
	أكثر من ساعة	٠	٠,٠
وجود حواجز دائمة / مؤقتة في ذلك اليوم أثناء محاولة الوصول للعيادة	نعم	٥	٦,٩
	لا	٦٧	٩٣,١

تبين نتائج التحليل في الجدول ١١ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رضى المنتفعات عن طريقة وزمن الوصول للعيادة وطريقة وصولهن في يوم الدراسة (معامل بيرسون أكبر من ٠,٠٥). والجدير ذكره هنا أن غالبية المنتفعات غير الراضيات عن طريقة الوصول مشين لفته تراوحت من ١٠ - ٣٠ دقيقة ليصلن للمركز. والغالبية من المنتفعات غير الراضيات عن موقع ومرافق المركز الصحي كن من المنتفعات من المراكز التالية: نابلس، سعين، رنتيس. كذلك،

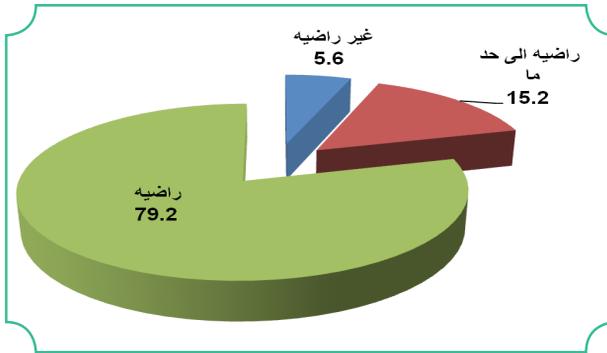
كانت الراضيات إلى حد ما (والذى قد يعكس شيء من عدم الرضى) كن من نفس هذه المراكز بالإضافة إلى طوباس. ويلاحظ كذلك، بأن رضى المنتفعات عن سهولة وصولهن لموقع الخدمة جاء متوافقاً إلى حد ما مع رضاهن عن موقع العيادة.

جدول ١١: توزيع رضى المنتفعات عن طريقة والزمن اللازم لوصولهن للعيادة حسب طريقة الوصول في يوم الدراسة

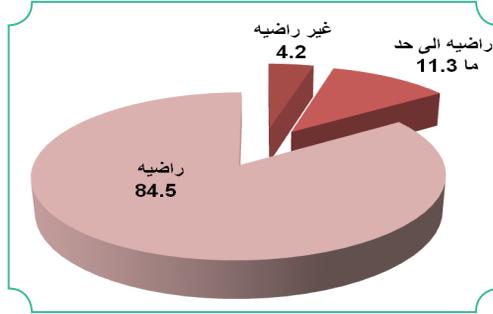
الرضى عن طريقة الوصول للعيادة / طريقة الوصول	مشي على الأقدام العدد (النسبة)	سيارة خاصة / تاكسي العدد (النسبة)	مواصلات عامة العدد (النسبة)
راضية	٢٤ (٧٧,٤)	١٧ (٨٩,٥)	١٦ (٧٢,٧)
غير راضية	٧ (٢٢,٦)	٢ (١٠,٥)	٦ (٢٧,٣)
المجموع	٣١ (١٠٠)	١٩ (١٠٠)	٢٢ (١٠٠)

توضح الأشكال التالية ٣، ٤ و ٥ مدى رضى المنتفعات عن طريقة وصولهن للمركز الصحي وموقع ومرافق المركز. ويمكن القول بأن غالبية المنتفعات أبدين رضى أكبر عن موقع المركز الصحي وسهولة الوصول إليه، من مرافق المركز مع إحتفاظ الرضى عن مرافق المركز بنسبة رضى عالية نوعاً ما.

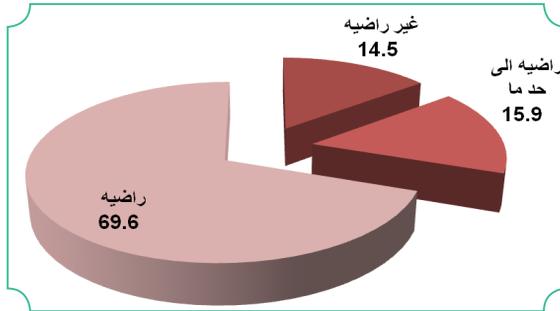
شكل ٣: التوزيع النسبي لمؤشرات رضى المنتفعات حول سهولة الوصول لموقع الخدمة



شكل ٤: التوزيع النسبي لمؤشرات رضى المنتفعات عن موقع المركز الصحي



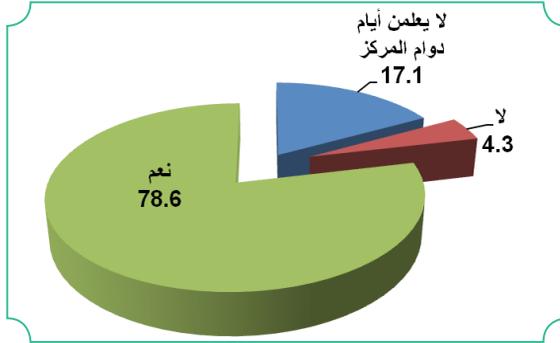
شكل ٥: التوزيع النسبي لمؤشرات رضى المنتفعات عن مرافق المركز الصحي



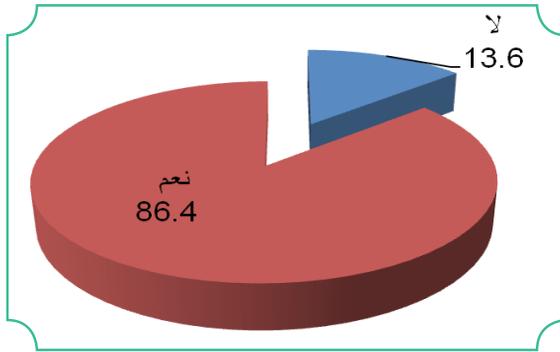
• الرضى عن أيام وساعات دوام المركز

تفيد النتائج أن أيام دوام المركز ملائمة لغالبية المنتفعات (شكل ٦)، بينما أفادت ١٧,١٪ من المنتفعات بأنهن لا يعلمن بأيام دوام المركز. كان هناك ٣ منتفعات ممن أفدن بعدم ملائمة ساعات تقديم الخدمة لإحتياجاتهن، غالبيتهن من رنتيس ورأس كركر (منطقة الوسط).

شكل ٦: التوزيع النسبي لدى ملائمة أيام دوام المركز الصحي للمتفحة



شكل ٧: التوزيع النسبي لدى ملائمة ساعات دوام المركز الصحي لاحتياجات المتفحة



• الرضى عن التواصل والتفاعل مع مقدمي الخدمات

بشكل عام، أفادت المتفحات بكفاية الوقت مع مقدمي الخدمات وبأنهن عوملن بإحترام وبخصوصية أثناء تلقي الخدمة. ولكن النسب كانت أعلى قليلاً من حيث كفاية الوقت والتعامل بإحترام لصالح الطبيب. كذلك، أفادت متفحعتين بأنهن شعرن بالحرص للسؤال عن موضوع ما من مقدمي الخدمة.

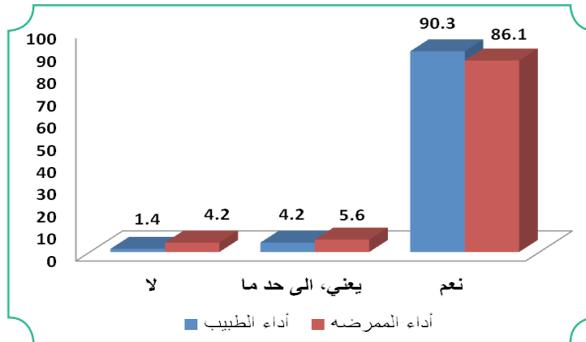
جدول ١٢: التوزيع النسبي لرضى المنتفعات عن التواصل والتفاعل مع مقدمي الخدمات أثناء تلقي خدمات صحة المرأة في يوم الدراسة

العدد (التوزيع النسبي)			التواصل والتفاعل والمعلومات
لا	يعني / إلى حد ما	نعم	
٣ (٤,٢)	٥ (٧)	٥٧ (٨٠,٣)	الوقت مع المريضة كاف للإجابة على أسئلة المنتفعة
٤ (٥,٦)	٢ (٢,٨)	٦٣ (٨٧,٣)	الوقت مع الطبيب كاف للإجابة على أسئلة المنتفعة
٠,٠	٢ (٢,٨)	٦٩ (٩٥,٨)	تعامل الطبيب باحترام مع المنتفعة
٢ (٢,٨)	١ (١,٤)	٦٦ (٩١,٧)	تعاملت المريضة باحترام مع المنتفعة
١ (١,٤)	٠,٠	٧٠ (٩٧,٢)	إحترام الخصوصية
٦٩ (٩٥,٨)	٠,٠	٢ (٢,٨)	شعرت بالخرج من مقدمي الخدمة للسؤال عن موضوع ما

• الرضى عن أداء مقدمي الخدمات

سألنا المنتفعات عن رضاهن عن أداء مقدمي الخدمات في يوم الدراسة وأفادت الغالبية بنسبة رضى عالية عن أداء كل من الطبيب والمريضة، بحيث أن النسبة كانت أعلى لصالح الطبيب (٩٠,٣٪)، مع بقاء نسبة الرضى عن أداء المريضة عالية أيضاً (٨٦,١٪). وبالمقابل، كانت أعداد المنتفعات اللواتي أبدين عدم رضى أو رضى إلى حد ما أكبر للمريضة، كما هو موضح في شكل ٨ أدناه مع بقاء نسب عدم الرضى هذه منخفضة نوعاً ما.

شكل ٨: التوزيع النسبي لدى رضى المنتفعات عن الكفاءة الفنية لمقدمي الخدمات أثناء تلقي خدمات صحة المرأة في يوم الدراسة



• الرضى عن البيئة الداخلية للمركز الصحي

ويوضح الجدول التالي مدى رضى المنتفعات عن بيئة المركز الصحي الداخلية من حيث الأجهزة والأدوات المتوفرة، الطاقم الصحي ونظافة المركز. من الواضح أن غالبية المنتفعات راضيات عن بيئة المراكز الصحية بشكل عام، مع وجود فرصة جيدة للتحسين في جوانب الأجهزة والأدوات وكفاية الطاقم الصحي بعد تقييم كم العمل لكل مركز.

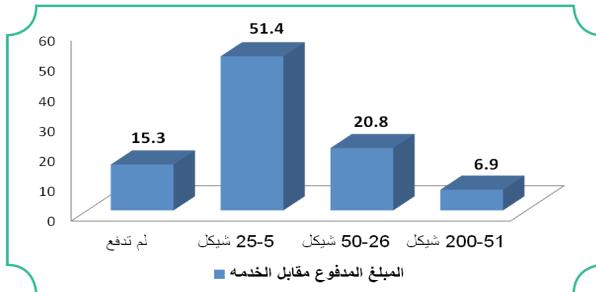
جدول ١٣: رضى المنتفعات عن البيئة الداخلية للمركز الصحي في يوم الدراسة

العدد (التوزيع النسبي)			البيئة الداخلية للمركز
لا	يعني، إلى حد ما	نعم	
٩ (١٢,٥)	١٣ (١٨,١)	٤٨ (٦٦,٧)	الأجهزة متوفرة وكافية
٤ (٥,٦)	١٢ (١٦,٧)	٥٥ (٧٦,٤)	الطاقم الصحي كافي
٢ (٢,٨)	١٠ (١٣,٩)	٥٨ (٨٠,٦)	المركز الصحي نظيف ومرتب

• الرضى عن أسعار الخدمات

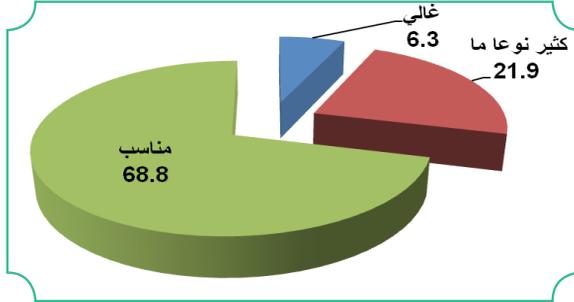
بالنسبة لأسعار الخدمات، تشير النتائج أن ١١ (١٥,٣٪) من المنتفعات لم يدفعن مال مقابل الخدمة التي تلقينها في يوم الدراسة، بينما الغالبية ٦٠ (٨٣,٣) دفعن مبلغاً من المال تراوح ما بين ٥-١٩٥ شيكلاً أي ما يعادل (١,٥-٥٥ \$) تقريباً. وكان متوسط ما دفعته المنتفعات مقابل الخدمة ٢٥,٨ شيكلاً (تقريباً \$٧). والشكل التالي يوضح المبلغ الذي دفعته المنتفعات مقابل الخدمة في يوم الدراسة.

شكل ٩: التوزيع النسبي لمبلغ المال الذي دفعته المنتفعات مقابل الخدمة في يوم الدراسة



أما عن درجة رضى المنتفعات عن المبلغ المدفوع مقابل الخدمة، فقد أفادت الغالبية (٦٩٪) أن المبلغ مناسب، بينما إعتبرت ٢٨٪ من المنتفعات بأن المبلغ هو كثير نوعاً ما أو غالي السعر. ومما يسترعي الإنتباه، أن المنتفعات اللواتي إعتبرن أن سعر الخدمة كثير / غالي نوعاً ما دفعن ما يتراوح بين ١٠-٦٦ شيكلاً، وهن منتفعات لا يعملن، وبدون تأمين أو لهن تأمين حكومي.

شكل ١٠ : التوزيع النسبي لدى رضى المنتفعات عن مبلغ المال الذي دفع مقابل الخدمة في يوم الدراسة



• الرضى العام

من خلال تحليل النتائج لمعرفة أي تأثير لبعض الخصائص الديمغرافية على الرضى العام، لم تظهر أية فروق ذات دلالة إحصائية بين مؤشر الرضى العام والخصائص الديمغرافية التالية: العمر، مستوى التعليم، مكان السكن، العمل، وجود / عدم وجود تأمين صحي، والحالة الصحية. والجدول التالي يوجز الرضى العام للمنتفعات من حيث الخدمة التي قدمت لهن في يوم الدراسة، ووقت الإنتظار، والتتقيف الصحي، وإن قدمت المنتفعة أية إقتراحات لتحسين خدمات المركز. وكما يوضح جدول ١٤، تشير النتائج بأن المنتفعات راضيات بشكل عام حيث أفادت ٧٦٪ منهن بأنهن راضيات، بينما ٢٤٪ كن راضيات إلى حد ما. كما وأفادت ٩٠٪ من المنتفعات بأن الخدمة كانت بمستوى توقعاتهن، و ٥ منتفعات إعتبرن الخدمة المقدمة أكثر مما يتوقعن، بينما منتفعة واحدة فقط إعتبرت الخدمة أقل من توقعاتها. وبالمقابل، يشير الجدول إلى ما هو مثير للإنتباه، أن ما يزيد على نصف المنتفعات (٥٧,٦٪) لم يحصلن على تتقيف صحي أثناء تلقيهن الخدمة في يوم الدراسة. كذلك، جدير بالذكر أن ٣٤,٨٪ من المنتفعات يزرن عيادات أخرى لنفس الخدمة.

جدول ١٤: التوزيع النسبي لمؤشرات الرضى العام للمنتفعات*

المتغير	مؤشرات الرضى العام للمنتفعات	العدد	التوزيع النسبي
الرضى العام (عدد المنتفعات = ٧٠)	راضية	٥٣	٧٥,٧
	يعني / راضية إلى حد ما	١٧	٢٤,٣
	غير راضية	٠	٠,٠
بشكل عام، الخدمة اللتي قدمت لك اليوم كانت	أقل من توقعاتك	١	١,٤
	بمستوى توقعاتك	٦٥	٩٠,٣
	أكثر من توقعاتك	٥	٦,٩
	لم يتم الحصول على الخدمة	١	١,٤
تزور عيادات أخرى لنفس الخدمة التي تلقيتها اليوم هنا (عدد المنتفعات = ٦٩)	نعم	٢٤	٣٤,٨
	لا	٤٥	٦٥,٢
وقت الإنتظار قبل الحصول على الخدمة (عدد المنتفعات = ٧١)	معقول	٥٩	٨٣,١
	طويل بعض الشيء	٤	٥,٦
	طويل جداً	٨	١١,٣
التثقيف الصحي المقدم اليوم كان (عدد المنتفعات = ٦٦)	أقل من توقعاتك	٢	٣,٠
	بمستوى توقعاتك	٢٥	٣٧,٩
	أكثر من توقعاتك	١	١,٥
	لم يتم الحصول على الخدمة	٣٨	٥٧,٦
هناك اقتراحات لتحسين الخدمة (عدد المنتفعات = ٧٠)	نعم	٤٠	٥٧,١
	لا	٣٠	٤٢,٩

* عدد المنتفعات = ٧٢، إلا إذا تم ذكر غير ذلك بسبب نقص عدد المنتفعات اللواتي جاوبن السؤال

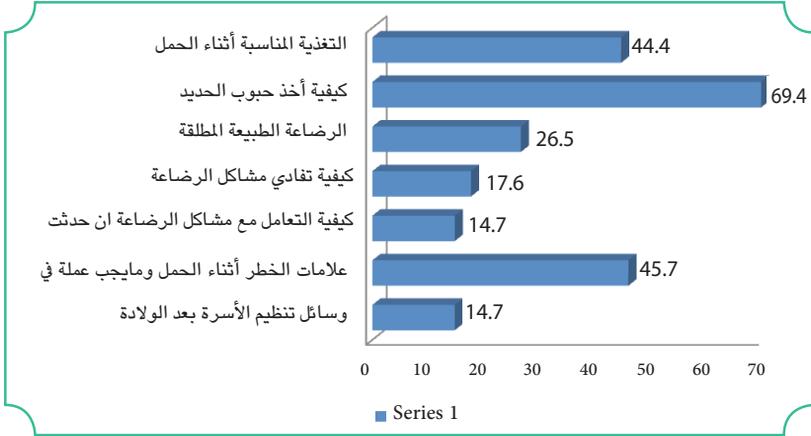
أما بالنسبة للنتائج المتعلقة بالسؤال الثاني للدراسة: تحديد بعض الفجوات المحتملة في نوعية الخدمة المقدمة من خلال التحليل الكمي والنوعي لخدمات برنامج صحة المرأة المقدمة للمنتفعات، و فحص مدى إدراك المنتفعات لبعض هذه الجوانب كالتثقيف الصحي، وأمور أخرى تتعلق بالمركز الصحي، وإجراء تقييم معرفي للمنتفعات.

• بعض جوانب التثقيف الصحي المقدم للمنتفعات

بالنظر إلى شكل ١١، نلاحظ وجود ثغرات واضحة في التثقيف الصحي. فلنأخذ مثلاً مجموعة المنتفعات الحوامل. بلغ عدد المشاركات الحوامل ٣٦ منتفعة. تقريباً أكثر من نصف الحوامل لم يتم تزويدهن بمعلومات حول علامات الخطر أو التغذية وتلتهن لم يزودن بمعلومات حول كيفية أخذ حبوب الحديد. أما نسبة الحوامل اللواتي تلقين إرشادات حول مواضيع الرضاعة الطبيعية ووسائل منع الحمل فكانت ضئيلة. حيث تم النظر بدقة للمعلومات المتوفرة، وأجرينا تحليل للمنتفعات اللواتي حملهن الآن ٧ أشهر فما فوق وكان عددهن ١٥. فمثلاً، وجدنا أن ٦ (أقل من النصف) منتفعات فقط تم إرشادهن حول التغذية وعلامات الخطر، ومنتفعتين فقط تم إرشادهن حول كل من الرضاعة الطبيعية المطلقة وكيفية تفادي مشاكل الرضاعة وكيفية التعامل معها ووسائل تنظيم الأسرة.

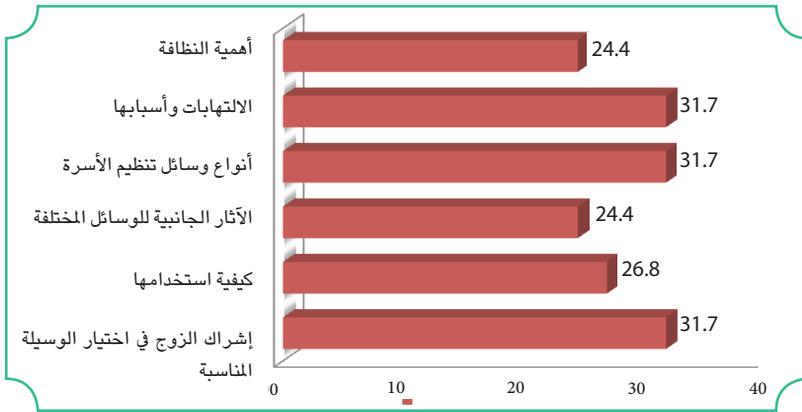
كذلك، ومن ناحية أخرى، قمنا بتقييم الإرشادات المقدمة للمنتفعات الحوامل اللواتي حضرن للمركز الصحي ٤ زيارات فأكثر وكان عددهن ١٥ منتفعة، ووجدنا أيضاً أن الثغرات في أمور التثقيف الصحي ما تزال واضحة حتى في حالة حضور المنتفعة لعدد من الزيارات للمركز. فمثلاً، تلقت ١١ منتفعة من ١٥ إرشادات حول التغذية (وهذه كانت أكبر نسبة)، بينما كان عدد المنتفعات اللواتي تلقين إرشادات في المواضيع الأخرى ضئيلاً (٣-٤ منتفعات في أمور الرضاعة و٧ منتفعات تلقين إرشادات حول علامات الخطر).

شكل ١١: التوزيع النسبي للمنتفعات الحوامل اللواتي أُجبن بنعم لبعض مواضيع التثقيف الصحي الأساسية للمرأة الحامل (عدد الحوامل ٣٦)



وبالنسبة لمواضيع التثقيف الصحي للمنتفعات الباحثات عن وسائل لتنظيم الأسرة أو لأمر نسائية أخرى وعددهن ٤١، فلم يكن التثقيف الصحي بأحسن حال. ويعكس الشكل ١٢ أدناه ثغرات في جوانب عديدة من المتوقع إرشاد المنتفعات إليها أثناء الزيارة للمركز. وقمنا بإجراء تحليل لمجموعة المنتفعات اللواتي جئن باحثات عن وسائل تنظيم الأسرة فقط، وكان عددهن ٢٢. وتبين أن ٤ منتفعات فقط تم إرشادهن إلى أهمية النظافة، و٧ منتفعات تم إرشادهن حول الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل، و٩ منتفعات تم إعلامهن عن أنواع وسائل منع الحمل المتوفرة. وهذا يعتبر قصور في أحد الأوجه المهمة لخدمات تنظيم الأسرة، حيث أن المشورة حول الوسائل عامل مهم ومحدد رئيسي للإستخدام وتمكين المنتفعة على أخذ قرار يتعلق بصحتها في هذا الجانب تحديداً.

شكل ١٢: التوزيع النسبي للمنتفعات اللواتي أجبين بنعم لمواضيع التثقيف الصحي الأساسية لتنظيم الأسرة والنسائية



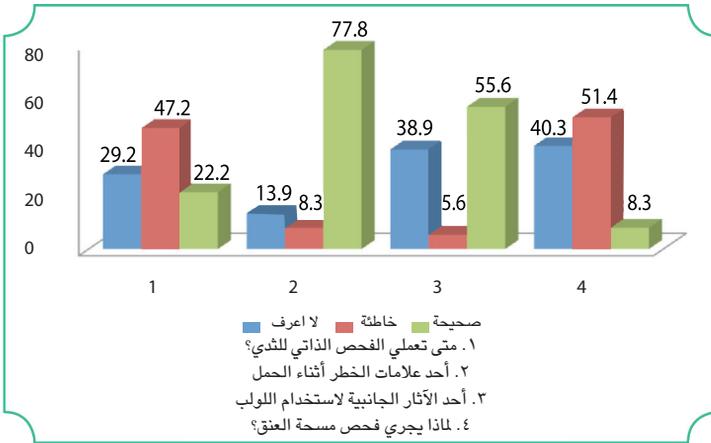
• التقييم المعرفي للمنتفعات

من ناحيه أخرى، تم تقييم معرفه المنتفعات من خلال طرح ٤ أسئلة مألوفة جداً، نتوقع أن يتم إرشاد جميع النساء إليها من خلال برامج صحة المرأة أينما كانت. وهذه الأسئلة متعلقة بالفحص الذاتي للثدي، علامات الخطر أثناء الحمل والتي تستوجب الذهاب للمستشفى، أثر جانبي لإستخدام اللولب كوسيلة لمنع الحمل (علماً بأن اللولب هو أكثر وسائل منع الحمل إستخداماً وتفضيلاً من قبل النساء في فلسطين)، وأخيراً، فحص مسحة عنق الرحم. والأسئلة هي:

١. كل قديش لازم تعملي الفحص الذاتي للثدي؟
٢. هل تعرفي مثلاً واحداً على علامات خطر أثناء الحمل تستوجب الذهاب إلى المستشفى فوراً؟
٣. هل تعرفي أي أثر جانبي لإستعمال اللولب كوسيلة منع حمل؟
٤. لماذا يجرى فحص مسحة عنق الرحم؟

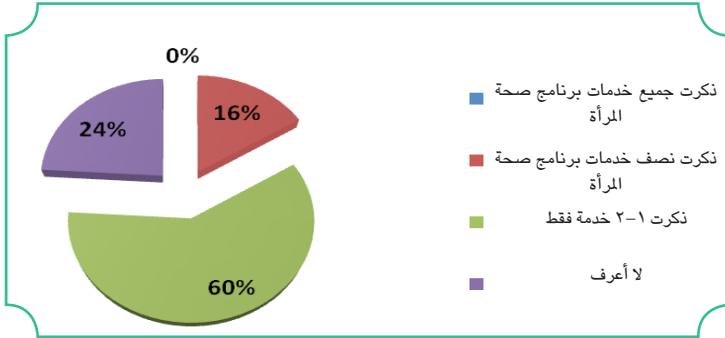
ويوضح شكل ١٣ التوزيع النسبي لإجابات المنتفعات عن الأسئلة الأربعة. ويلاحظ أن أكبر نسبة إجابات صحيحة للمنتفعات جاءت على السؤال المتعلق بعلامات الخطر أثناء الحمل (مع بقاء نسبة لا بأس بها كانت اجاباتهم خاطئة أو لا أعرف)، بينما ظهرت الفجوة المعرفية على شكل إجابات خاطئة أو «لا أعرف» للأسئلة المتعلقة بصحة المرأة (فحص الثدي ومسحة عنق الرحم). كذلك تبين أن ما يقارب من نصف المنتفعات لا يعرفن أثراً جانبياً واحداً للولب كوسيلة لمنع الحمل.

شكل ١٣: التوزيع النسبي لإجابات المنتفعات عن أسئلة في أمور الصحة الإنجابية



وفحصنا معرفة المنتفعات عن الخدمات المتعلقة بصحة المرأة والمتوفرة في المراكز، كما هو ملاحظ (شكل ١٤)، لا توجد منتفعة واحدة إستطاعت ذكر الخدمات الثماني الرئيسية الخاصة بصحة المرأة المقدمة في المراكز الصحية وهي: رعاية الحوامل، فحص ما بعد الولادة، تنظيم الأسرة، العيادة النسائية، فحص الثدي، مسحة عنق الرحم، تحويل لتصوير الثدي، تنقيف صحي. وتقريباً ربع المنتفعات أجبن «لا أعرف» ونسبة ضئيلة (١٦٪) إستطعن ذكر نصف الخدمات المتوفرة، والغالبية تمكنت من ذكر خدمة أو اثنتين فقط.

شكل ١٤: التوزيع النسبي لمدى معرفة النساء عن خدمات صحة المرأة المقدمة في المركز الصحي



أما بالنسبة للتوصيات والمقترحات لتحسين جودة خدمات برنامج صحة المرأة من وجهة نظر النساء المنتفعات، فقد تمكنت ٤٢ (٥٨,٣٪) منتفعة من المشاركة برأيها وتقديم إقتراحات لتحسين الخدمة، بينما ٣٠ (٤١,٧) لم يكن لديهن أية إقتراحات أو كانت اجابتهن بلا أعرف، وهذا قد يكون مؤشراً على مدى وعي المنتفعات لجودة خدمات صحة المرأة بشكل عام. أما الإقتراحات المقدمة، فكانت موزعة على جميع المواقع، مع تفاوت في كمية ونوعية الإقتراحات. وتلخصت إقتراحات المنتفعات فيما يلي:

- تحسين وتطوير مبنى المراكز الصحية وذلك من حيث زيادة سعة المكان (المجمع الطبي في نابلس، سعير) أو تغيير الموقع (سعير).
- مرافق المركز: زيادة عدد الحمامات وسعتها وفصل الخاصة بالرجال عن النساء (المجمع الطبي في نابلس)، الاهتمام بنظافة مرافق المراكز (الحمامات وأماكن الانتظار)، إصلاح الأظلال (الحمام، المغسلة، والماء)، وترتيبها وإضافة سلات للمهملات (المجمع الطبي في نابلس ورننيس)، وتوفير مراوح/ مكيفات في صالات الإنتظار لصغر حجم المركز والإنتظار لوقت طويل أحياناً (رننيس، المجمع الطبي، قلقيلية)، وإضافة مكان للصلاة (مجمع نابلس).
- الكوادر البشرية: وردت إقتراحات عديدة من مواقع مختلفة منها: زيادة عدد الكوادر البشرية من حيث العدد (زيادة عدد الأطباء في رننيس، وعدد العاملين في سعير والخليل

والمجمع الطبي)، ومن حيث النوعية (إضافة تخصصات مختلفة مثل الأطفال والأسنان في كل من سعير، رنتيس، المجمع الطبي، راس كركر، طوباس). كذلك إقترحت المنتفعات في أكثر من موقع ضرورة وجود مرشحات للحوامل / مثققات صحيات (الخليل، سعير / راس كركر).

- تسهيل إمكانية وصول المنتفعات لخدمات صحة المرأة وذلك من خلال زيادة عدد الأيام التي تقدم فيها خدمات صحة المرأة (رنتيس، الخليل)، وزيادة ساعات دوام العيادة (رنتيس، رأس كركر، المجمع الطبي)، مرونة في عملية التسجيل حيث أنها تقفل في موعد محدد في بعض المواقع (رنتيس). وأفادت المنتفعات بضرورة تحسين خدمات المختبر ليتسنى لهن إجراء ما يلزم من فحوصات والمتابعة والإعلان عن موعد وجود فني المختبر في العيادة والإلتزام بمواعيد فتح المختبر وإضافة الفحوصات غير المتوفرة حالياً ما يضطرهن لإجرائها خارج المركز مما يزيد التكلفة المادية ويعيق المتابعة (رنتيس، المجمع الطبي، سالم، سعير). كذلك، توفير صيدلية في المركز تسهل على المنتفعات الحصول على العلاج اللازم بجهد ووقت وتكلفة أقل وتوفير الأدوية (مجمع نابلس، رنتيس، الخليل).

- الأجهزة: أفادت المنتفعات بملاحظتهن على وجود نقص في الأجهزة المتوفرة مثل أجهزة الضغط، أو وجود أجهزة قديمة لا تفي بالحاجة مثل جهاز فحص الجنين (الألتراساوند) وجهاز سماع دقات قلب الجنين (سونيكيد)، وتطوير أدوات المختبر للتمكن من إجراء جميع الفحوصات المطلوبة في مختلف المواقع.

- مراعاة الظروف الاقتصادية السيئة للنساء وخاصةً الريفيات وتسهيل وتشجيع حصولهن على خدمات صحة المرأة من خلال عمل أيام علاج وخدمة مجانية في أيام العطل مثلاً (السبت / الجمعة)، تقليل الأسعار، وتسهيل الإعفاءات للنساء بشكل خاص.

- التثقيف الصحي: الاهتمام أكثر بأمور التثقيف الصحي من حيث زياده هذه النشاطات وتكثيفها في مختلف المواقع والاهتمام بالنوعية خصوصاً في أمور الحمل وتنظيم الأسرة، من خلال التوعية المجتمعية وإشراك النساء في إجتماعات دورية في المركز الصحي، تشكيل لجان مجتمعية مساندة ونشر مواضيع التثقيف الصحي، الإعلان في البلدة عن نشاطات التثقيف الصحي المخطط لها حتى يتسنى للمنتفعات حضورها.

١. المنتفعات:

يعكس توزيع المنتفعات على خدمات صحة المرأة في المراكز المستهدفة واقع خدمات صحة المرأة في فلسطين بشكل واضح من ناحيتين: الأولى، برغم الجهود التي بذلت في مجال الصحة الإنجابية من قبل المؤسسات الحكومية وغير الحكومية، ما زال الإقبال والإستخدام الأكثر لخدمات الصحة الإنجابية متعلق ومتحور حول أمور الإنجاب بشكل عام. حيث كان الإستخدام الأكثر للنساء الحوامل، يليها تنظيم الأسرة، وأقل نسبة كانت لخدمات صحة المرأة الوقائية. وهذا يشير إلى أن النساء في المجتمع الفلسطيني ما زلن يبحثن عن خدمات الصحة الإنجابية بما يلبي حاجاتهن الإنجابية والعلاجية، بعيداً قليلاً عن الحاجات الوقائية. وهذا ليس بمستغرب أبداً، حيث أن النساء الفلسطينيات هن جزء لا يتجزأ من المجتمع العربي وثقافته، الذي يعكس إهتمام أقل بالنواحي الوقائية مقارنةً بالنواحي العلاجية. كذلك، تشكل عملية الإنجاب بما فيها الحمل والولادة محوراً هاماً في حياة النساء في العالم العربي بشكل عام، والمجتمع الفلسطيني بشكل خاص لما تحمله أهمية وجود الأطفال للعائلة في مجتمعاتنا، وبشكل خاص للمجتمع الفلسطيني الذي ما زال يعيش كوارث الاحتلال.

أما الناحية الثانية المتعلقة بواقع خدمات صحة المرأة: وهو أنه ما زالت المتزوجات فقط يشكلن العدد الأكبر (أو الكلي) من المنتفعات من خدمات صحة المرأة المؤسساتية. وهذا أيضاً ظهر واضحاً في المنتفعات المشاركات، حيث لم نجد امرأة واحدة غير متزوجة في العينة. وهذا أيضاً يرجع إلى ثقافة المجتمع تجاه إستخدام المرأة غير المتزوجة لخدمات صحة المرأة والتي من الواضح أنها لم تتغير كثيراً، حيث أن إستخدام النساء غير المتزوجات لهذه الخدمات قد تشكل وصمة لهن في مجتمعهن، وفي حال حدوث أي عارض، يضطرن للبحث عن الخدمة في عيادة خاصة، حتى مع التكلفة العالية أحياناً. كما وأشارت المنتفعات إلى قلقهن من أمور صحية كثيرة ضمن مجموعات النقاش البؤرية، تراوحت ما بين أمور بسيطة مثل نقص فيتامين معين إلى السرطانات والأمراض المزمنة. إن هذا الواقع الذي ما زال سائداً، يلقي بعبء ومسؤولية أكبر على الجهات المقدمة لخدمات صحة المرأة الوقائية مثل مؤسسة لجان العمل الصحي وغيرها، بضرورة العمل أكثر لرفع وعي النساء إلى أهمية خدمات صحة المرأة الوقائية لما لها من أثر كبير على صحة المرأة بشكل عام، بما فيها الكشف المبكر عن السرطانات وبالتالي فرص نجاة أكبر.

٢. رضى المنتفعات عن خدمات صحة المرأة، والمراكز الصحية، والكوادر البشرية وعن العيادات إجمالاً:

من خلال إستعراضنا لنتائج الدراسة، تشير النتائج أن نسبة رضى عاليه للمنتفعات عن زيارتهن للمركز في يوم الدراسة بشكل عام، وعن وقت الإنتظار لتلقي الخدمة، وقد يعود ذلك إلى أن نسبة التعليم عالية بين المنتفعات (قد يكون لسبب أن المنتفعات الأكثر تعليماً، هن الأكثر إدراكاً)، والغالبية لا يعملن، ومكان إقامتهن هو نفس موقع العيادة وهذا يتفق مع نتائج دراستين من مصر^[٣٩] والعراق^[٤٠]. إلا أن هناك بينهن نسبة لا بأس بها يترددن على أماكن أخرى لتلقي نفس الخدمة، مما يدل، ربما بطريقة غير مباشرة، أن هؤلاء لربما لا يحصلن على ما يتوقعنه من هذه المراكز.

وأشارت النتائج إلى نسبة رضى عالية عند المنتفعات عن أداء الطبيب والممرضة، كما وقيمت الغالبية الساحقة من المنتفعات مستوى الخدمة كما هو متوقع بالنسبة لهن، بينما لم يحظ التثقيف الصحي كأحد أوجه الخدمة الملموسة من المنتفعات بنفس درجة الرضى. بل على العكس، هناك نسبة كبيرة (النصف) من المنتفعات لم تتلق أية إرشادات أو تثقيف صحي في ذلك اليوم، وهذا أمر يجب على مؤسسة لجان العمل الصحي الوقوف عنده والتحقق من أسبابه، من أجل إستمرارية هذه المراكز أولاً، فقد يكون هذا سبب للمنتفعات بعدم الرجوع للحصول على الخدمة في هذه المراكز، ولأنه يدل على وجود قصور في تقديم خدمات صحة المرأة ثانياً، (وتحديداً خدمات التثقيف الصحي). والأسباب قد تتعدد من كونها قد تتعلق بنقص في مهارات مقدمي الخدمات فيما يتعلق بمهارات التثقيف الصحي أو المعلومات المتعلقة بها، وتحديداً الممرضات، أو عبء العمل، أو آلية العمل في المراكز.

تشكك بعض الدراسات^[٤١] في مقدرة المنتفعات على تقييم كفاءة مقدمي الخدمات (كما أسلفنا

39. Montasser N., Mohamad R., Megahed W., Amin S., Adel Ibrahim A., Elmoneem H. Egyptian Women's Satisfaction and Perception of Antenatal Care. International Journal of TROPICAL DISEASE & Health 2(2): 145-156. 2012.

40. Habib. O.S. (2004). Client exit survey on satisfaction with primary health care services and perception of antenatal care and child care in Basrah, Iraq. A health center-based survey funded by a grant to Al-Wafa Society, provided through the I-HELP Small Grants Program managed by Abt Associates Inc. and funded by USAID through contract no. RAN-C-00-03-00010-00.

41. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. Stud Fam Plann 1990. 21(2):61-91

سابقاً)، إلا إذا كانت المنتفعات على علم ووعي ودراية مسبقة بما وكيف يتوجب على مقدمي الخدمات القيام به من إجراءات تقنية. لذا، غالباً ما ينحاز تقييم المنتفعات إلى مهارات مقدم الخدمة في التعامل والتواصل مع المنتفعات، ومدى إرتياحهن إلى الجو العام للعيادة، وكلا الأمرين لا يتعلق بالمهارة^[42]. لذا، يجب أخذ هذا الأمر بعين الاعتبار عند النظر لتقييم المنتفعات المرتفع لأداء مقدمي الخدمات.

أما فيما يتعلق برضى المنتفعات عن المراكز الصحية من حيث مواقعها وسهولة الوصول إليها وأيام وساعات الدوام ونظافتها، فيمكن القول، بأن المنتفعات راضيات بشكل عام. وأبدت بعض المنتفعات درجات متفاوتة من عدم الرضى أو رضىً إلى حد ما من موقع العيادة، ومع ذلك، لا زلن يستخدمنها برغم عدم الرضى، قد يكون ذلك مرده إلى كونها الوحيدة في القرية أو الأقرب / الأسهل / الأقل تكلفة بالنسبة لهن. ويمكننا القول بأن مواصلة استخدام العيادة من بعض المنتفعات، برغم عدم الرضى عن الموقع، هو مؤشر جيد، ويشير إلى أنه قد يكون من المجدي الأخذ بعين الاعتبار تحسين مواقع بعض المراكز مثل نابلس، سعير، رنتيس، وطوباس، إن سنحت الفرصة لذلك. ومن جانب آخر، نلاحظ أن رضى المنتفعات عن سهولة وصولهن لموقع الخدمة والذي حظي بنسبة عالية، جاء متوافقاً إلى حد ما مع رضاهن عن موقع العيادة. إن لموقع العيادة أهمية حيث يسهل الإقبال والإستخدام من قبل السكان المحليين، إن وجدوا فيها ما يليي طموحهم ورغباتهم. ومن الواضح أن غالبية المنتفعات راضيات عن بيئة المراكز الصحية مع وجود فرصة جيدة للتحسين في جوانب الأجهزة والأدوات وكفاية الطاقم الصحي بعد تقييم كم العمل ومدى إنشغال كل مركز.

كذلك، لوحظ عدم رضى بعض المنتفعات عن ساعات دوام المراكز الصحية أو المختبر فيها، حيث توافق هذا أيضاً مع ما جاء في المجموعات البؤرية خاصة في مراكز منطقة الوسط (رنتيس، راس كركر، والمزرعة). وهذا قد يكون أيضاً فرصة للأخذ بعين الاعتبار تمديد ساعات دوام تلك المراكز في الأيام التي تقدم فيها خدمات صحة المرأة (حتى الساعة الرابعة أو الخامسة) وربما هذا الخيار مناسب أكثر للنساء خاصة إذا كن من سكان نفس البلد / القرية، أو إضافة أيام أسبوعية / شهرية أخرى حسب ما يتوافق مع الإمكانيات المتاحة. ومن الممكن إشراك النساء

42. Hutchinson et al. Measuring client satisfaction and the quality of family planning services: A comparative analysis of public and private health facilities in Tanzania. Kenya and Ghana. BMC Health Services Research 2011. 11:203

في تلك المجتمعات وأخذ آرائهن حول ما المناسب أكثر لتلك المجتمعات: تمديد ساعات الدوام أم إضافة يوم آخر.

٣. أما فيما يتعلق برضى المنتفعات عن التواصل والتفاعل مع مقدمي الخدمات

فبينما تشير النتائج إلى رضى المنتفعات عن طريقه التعامل وكفاية الوقت للإجابة على أسئلتهن من قبل مقدمي الخدمات، إلا أن وجود منتفعتين أشرن إلى أنهن لم يعاملن بإحترام من قبل المريضة هو أمر مستهجن، حتى لو كان العدد لا يكاد يذكر، لأن المتوقع من المريضة أن تكون الداعم والسند الأول للمنتفعة أثناء تواجدها لتلقي خدمة تتعلق بصحة المرأة تحديداً. وقد تم تأكيد أهميه التواصل والتفاعل ومعاملة المنتفعات بإحترام وخصوصية بإعتباره أحد محددات رضى المنتفعات^[٤٣] كما أكدته المفاهيم الأساسية لجودة الخدمات الصحية^[٤٤]. مع أن أعداد المنتفعات التي تعكس عدم الرضى هنا، إلا أنها تعكس أيضاً وجود محدودية أو فجوات في التواصل والتفاعل مع المنتفعات إلى حد ما، كما تبين سابقاً أيضاً. كذلك، عدد المنتفعات اللواتي إعتبرن الوقت غير كافي مع المريضة كان أكبر بقليل بالمقارنة مع الطبيب، مما يثير تساؤلات حول الآلية التي تقدم فيها خدمات صحة المرأة في بعض المراكز. فمثلاً، هل تنفرد المريضة بالمنتفعة لبعض الوقت قبل أو بعد الطبيب، أم هو نفس الوقت مع الطبيب؟ قد يكون من المجدي لخدمات صحة المرأة أن تنفرد المريضة مع المنتفعة لبعض الوقت، الذي من خلاله تتاح للمنتفعة فرصة السؤال عما يقلقها ويتيح للمريضة تقديم بعض الإرشادات الفردية للمنتفعة.

وبالرغم من رضى المنتفعات عن الوقت مع مقدمي الخدمة، إلا أن النتائج أظهرت فجوة واضحة في التواصل مع المنتفعات مما قد يؤثر سلباً على رضى المنتفعات عن خدمات صحة المرأة في المستقبل كما جاء في دراسات من مصر^[٤٥] ومن تنزانيا^[٤٦]. فهناك نسبة لا بأس بها من المنتفعات

43. Abdel-Tawab N. Roter D: The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience. Soc Sci Med 2002. 54(9):1357-1368.

44. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. Studies in family planning. 1990. 21(2):61-91.

45. Megeid AA et al. Knowledge and attitudes about reproductive health and HIV/ AIDS among family planning clients. Eastern Mediterranean health journal. 1996. 2(3):459-69.

46. Stein K. Service quality among women receiving MCH and family planning services. African journal of fertility, sexuality, and reproductive health. 1996. 1(2):146-52.

أفدن بأنهن لا يعلمن أيام دوام المركز مما يشير إلى فجوة في التواصل ونشر المعلومات حول المركز بين مقدمي الخدمات والمنتفعات.

٤. أسعار خدمات صحة المرأة

أما أسعار خدمات صحة المرأة والتي تبدو للوهلة الأولى مناسبة نوعاً ما، إلا أن نسبة لا بأس بها (أكثر من ربع المنتفعات) أبدین عدم رضی وأعتبرت غاليه نوعاً ما. وهذا مؤشر على أن المستفيدات من خدمات المؤسسة في الغالب فقيرات، حيث وجدنا أن الغالبية العظمى لا تعمل، ونسبة لا بأس بها أيضاً بلا تأمين صحي. وبما أن الواقع الاقتصادي لهن انعكاس للوضع الاقتصادي المتردي في فلسطين بشكل عام، وبرغم تقديم المؤسسة للبعض الإعفاء من التكاليف، إلا أن هذا قد لا يكون كاف. لربما على المؤسسة تسهيل وصول النساء بشكل خاص للخدمات الصحية عن طريق البحث عن مصادر تمويل تتبنى/تدعم تكاليف علاج النساء الفقيرات، ومساعدة عدد أكبر من المنتفعات (بالإضافة إلى إستمرار الإعفاءات، إعتداً نسبة إعفاءات جزئية مثلاً بحيث تستفيد منها عدد أكبر من النساء الفقيرات) مثل فئة المنتفعات اللواتي إعتبرن دفع عشرة شواكل مبلغ كثير نوعاً ما بالنسبة لهن، مما يؤكد على أن المنتفعات من هذه الخدمات هن بشكل عام نساء فقيرات وبحاجة ماسة لهذه الخدمة من المؤسسة بإعتبار أن أسعار خدماتها أقل من القطاع الخاص، ولا يوجد لديهن بديل آخر.

٥. نوعية التثقيف الصحي المقدم للمنتفعات

وفيما يتعلق بنوعية التثقيف الصحي المقدم للمنتفعات كأحد محددات جودة خدمات صحة المرأة^[٤٧]، أظهرت النتائج قصوراً واضحاً في كم ونوع التثقيف الصحي المقدم للمنتفعات بغض النظر عن سبب زيارة المركز. وهذا جاء متوافقاً مع معلومات المنتفعات عن بعض الأمور المتعلقة بجوانب الصحة الإنجابية حيث كانت هناك نسب عالية لإجابات خاطئة أو معلومات غير معروفة لدى المنتفعات. إن هذا الأمر يسترعي الإنتباه، ويستحق التوقف عنده والتحري عن أسبابه، ودراستها، ومعالجتها من قبل المؤسسة بما يخدم مصالحها.

وتفيد الدراسات بأن المنتفعات الحوامل يتوقعن بأن يزودن بالإرشادات اللازمة لهن أثناء رعاية

47. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. Studies in family planning. 1990. 21(2).61-91.

الحمل، كما أسلفنا سابقاً. كما وأكدت دراسة أخرى بأن النساء يتوقعن ما يلي أثناء رعاية الحمل: تزويدهن بمعلومات وإرشادات كافية تتعلق بالحمل، الدعم النفسي والعام فيما يتعلق بمصالحهن، وتقديم رعاية حمل بكفاءة ومهنية^[48]. بينما أظهرت نتائج الدراسة الحالية بأن غالبية الحوامل لم يحصلن على الإرشادات الصحية، حتى في حال حضورهن لعدد لا بأس به من الزيارات، وهذا بدوره قد يؤثر على إستمرارية تقديم المؤسسة لهذه الخدمات والإقبال عليها مستقبلاً.

والتتقيف الصحي للباحثات عن خدمات تنظيم الأسرة لم يكن أحسن حالاً أيضاً (كما أسلفنا)، حيث أن نسبة قليلة من المنتفعات تم إخبارهن عن أنواع وسائل تنظيم الأسرة المتوفرة في العيادة، الآثار الجانبية، وطريقة الإستخدام، مما يشير إلى قصور في عملية المشورة التي هي محور أساسي في خدمات تنظيم الأسرة، تمكن المنتفعة من المشاركة الفعالة في الأمور المتعلقة بحالتها الصحية. وتشير هذه النتائج إلى أن العيادات تهتم بتقديم خدمة، ولا تحرص على تقديم المعلومات حول الخدمات. كذلك، إن تسهيل وصول المنتفعات للعيادة، وتقليل التكاليف، وتزويدهن بالمشورة حول تنظيم الأسرة يمكنهن من أخذ قرار مبني على المعرفة فيما يتعلق بصحتهن ويزيد من رضاهن عن الخدمة. من المهم أيضاً، إشراك الزوج في جلسة المشورة، حيث يخفف ذلك قليلاً عن كاهل المرأة التي ما زالت تعاني من الفكرة التقليدية السائدة عن الأدوار الجندرية للرجل والمرأة والتي تعتبر بأن الدور الإنجابي وجميع ما يتعلق به هو مسؤولية المرأة وحدها. إن معرفة المنتفعة المسبقة عن وسائل منع الحمل المتوفرة في المركز، وكيفية إستخدامها وآثارها الجانبية، ومميزاتها، وتقديمها من قبل مقدم /ة خدمة مدرب /ة ويمتلك هذه المعلومات جميعها تشكل محددات مهمة في جودة خدمات تنظيم الأسرة^[49]، ويمكن المنتفعة من إتخاذ القرار، ويعتبرها شريك في تقديم الخدمة وليس فقط متلقية لها، ويساعدها على الاستمرار في إستعمالها والتردد على العيادة وزيادة إستخدامها، وهذا كله، يصب في أحد أهداف المؤسسة بعيدة المدى وهو تمكين المرأة.

48. Douglas, S., Cervin, C., Bower, K.N. (2007). What women expect of family physicians as maternity care providers. *Can Fam Physician*. 53(5), 875-9

49. Mensch B. Arends-Kuening M. Jain A. (1996). The impact of the quality of family planning services on contraceptive use in Peru. *Stud Fam Plann*. 27(2):59-75.

يمكن القول أن هناك جوانب إيجابية في هذه المراكز الصحية لمستها وأقرتها المنتفعات وهي تسجل كنجاح لمؤسسة العمل الصحي. ومن هذه الجوانب الرضى العالي عن جوانب عدة مثل تعامل مقدمي الخدمات، المحافظة على الخصوصية، الإعفاءات والأسعار المناسبة للخدمات المقدمة.

وبالنظر إلى جميع ما تقدم، يمكن القول أن المراكز تتمتع بكاادر وظيفي مؤهل للقيام بواجبه تجاه المنتفعات، وهناك بعض الجوانب البسيطة التي لربما تستوجب مراعاة بصورة أكبر، حتى تزداد كفاءة هذه الكوادر للأفضل ولما فيه مصلحة المنتفعات والمؤسسة على السواء.

وفي ضوء هذه النتائج، فيما يلي أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة من أجل تحسين رضى المنتفعات من المراكز الصحية، والتي روعي فيها تحقيق إنسجام وتكامل بين محددات الرضى وجودة خدمات صحة المرأة (الصحة الإنجابية)، هذا بالإضافة إلى تحسين وتطوير بيئة المراكز المادية والإنسانية.

١. تحسين جودة خدمات صحة المرأة في المراكز التابعة للمؤسسة، وذلك في محورين رئيسيين:

- المشورة والتثقيف الصحي: تمكين مقدمي الخدمات في المراكز الصحية، وإيجاد السبل الكفيلة لبناء قدراتهم وتمكينهم من تقديم خدمات صحة إنجابية أكثر تكاملاً وشمولاً للنساء الباحثات عن هذه الخدمات لدى المؤسسة. فتوقعات النساء عالية (بغض النظر عن خصائصهن الديمغرافية) بالحصول على جميع ما يلزم من معلومات وإرشادات تتعلق بصحتهن عند قدومهن لتلقي خدمات صحة المرأة، وتحديداً رعاية الحمل وتنظيم الأسرة. ومهم هنا التركيز على دور المرضة / القابلة / المثقفة الصحية في المشورة نوعاً وكماً. فإن إهتمت المؤسسة بتحسين هذا الجانب لدى مقدمي الخدمات، ضمنت نسبة رضى عالية للمنتفعات، واستمرارية تفضيلهن للحصول على الخدمة من هذه المراكز.
- التواصل والتفاعل مع المنتفعات: أن تحسين طرق التواصل والتفاعل مع المنتفعات يتيح الفرصة لمقدمي الخدمات لسماح إحتياجاتهن، وبذلك يعملون على تقديم الخدمة وبرمجتها

بشكل يتوافق مع رغبات وواقع المنتفعات. وهذا أيضاً من شأنه ضمان رضى المنتفعات على المدى البعيد. كذلك، تحسين التواصل مع الأهالي والمنتفعات في مناطق الخدمة حول المراكز، وخدماتها، وأيام وساعات عملها، وما يميزها عن غيرها من العيادات المنتشرة في نفس المنطقة أو في المدينة قد يزيد من إستخدامها من قبل السكان المحليين في حال تأكدوا أنها تلي رغباتهم.

٢. مأسسة التثقيف الصحي ضمن البرامج المعمول بها في المراكز الصحية التابعة للمؤسسة، على أن يتم ذلك بشكل منظم وموحد ويتبع دليلاً واحداً لإتباعه في جميع المراكز. ويمكن عمل ما يلي:

- تطوير / تبني دليل موحد مفصل باللغة العربية لجميع مواضيع التثقيف الصحي اللازمة لخدمات صحة المرأة، بحيث يكون سهل الإستخدام، ويعتمد كمرجعية لمقدمي الخدمات في تلك المراكز.
- العمل على تدريب جميع مقدمي الخدمات على محتوى وكيفية إستخدام الدليل، حتى يتم توحيد وتنظيم هذه المعلومات لدى جميع مقدمي الخدمات في هذه المراكز.
- تقديم خدمات المشورة والتثقيف الصحي بما يتناسب وحاجات المنتفعات، بشكل تلقائي أو مخطط له ومعلن مسبقاً عنه في المركز أو في البلد. ويمكن تقديم خدمات المشورة والتثقيف الصحي بشكل تلقائي حسب حاجات النساء الباحثات عن خدمات في المركز الصحي بشقيها الفردي حسب الحاجة الصحية للمنتفعة عند تلقيها الخدمة، وجلسات المجموعات لمواضيع تهم مجموعة محددة من المنتفعات مثل حوامل لأول مرة، نساء واضعات،... الخ، والتأكد من وصول المعلومات من خلال قياس معارف النساء. بينما يمكن أيضاً التخطيط لجلسات لنشر الوعي الصحي لمجموعات أكبر من النساء المهتمات بمواضيع الصحة الإيجابية بشكل عام، وبشكل منتظم في العيادة، مثلاً كل أول يوم أحد / أو أي يوم آخر من كل شهر.
- إستخدام وسائل متنوعة ومبدعة في التثقيف الصحي بحيث تكون عاملاً مساعداً في نشر الوعي الصحي، وليس الطريقه الوحيدة والأساسية، فهي تدعم ما يقوم به مقدمي الخدمات

من تثقيف صحي، ولكنها لا تحل مكانه، مثل: توفير نشرات صحية وبروشورات تختص بمواضيع الصحة الإنجابية في المراكز وذلك من خلال التشبيك مع المؤسسات ووزارة الصحة التي تصدر هذه النشرات، استخدام ومضات إذاعية وتلفزيونية، استخدام رسومات كاريكاتيرية، وأفلام متخصصة في التثقيف الصحي.

- المساهمة الفاعلة في التوعية المجتمعية لشؤون الصحة الإنجابية: تتميز مراكز مؤسسة لجان العمل الصحي بإمتدادها ولامستها في عمق المجتمعات الفلسطينية المهمشة والفقيرة. وهذا يمكن المؤسسة ومراكزها من زيادة الوعي تجاه خدمات الصحة الإنجابية بشكل عام، والوقائية مثل الفحص الذاتي للثدي، ومسحة عنق الرحم بشكل خاص، من خلال نشاطات مجتمعية منتظمة، بحيث يتم فيها إشراك المتطوعين / ات لديها ومجموعات من النساء من تلك المجتمعات لتكون داعمة ومؤازرة لنساء أخريات في نفس القرية. كذلك، العمل على زيادة عدد المتطوعين / ات في التجمعات السكنية التي تتواجد فيها المراكز الصحية وبناء قدراتهم يمكن المؤسسة من تنظيم نشاطات مجتمعية منتظمة وفاعلة في توعية المجتمعات المحلية.

٣. **رعاية ما بعد الولادة** خدمة تكاد لا تذكر من حيث بحث المنتفعات عنها في المراكز الصحية، وهي تعكس واقع وحال رعاية الواضعات على المستوى الوطني، حيث أن ثلثي الواضعات في فلسطين لا يتلقين رعاية بعد الولادة بحسب الإحصائيات الوطنية، برغم حدوث وفيات للأمهات في فلسطين تتركز خلال هذه الفترة. وفترة ما بعد الولادة هي فترة حرجة ومهمة لصحة الأم والمولود، لا تقل أهمية عن رعاية الحمل. ولكن، ربما الإطار الذي تقدم فيه هذه الرعاية (في عيادة طبية، ومن قبل طبيب أحياناً) لا تتناسب مع حاجة ورغبة الأمهات في هذه الفترة. فالأم بعد الولادة بحاجة للدعم والمساندة والإرشاد والمؤازرة والمساعدة العملية، جميعها لا تتناسب وأجواء العيادة، التي تتطلب منها مغادرة المنزل وهي في حالة تعب وأرهاق من الولادة وما ينجم عنه من ترتيب لأمر الأطفال الآخرين الموجودين في المنزل، وكثير من الواضعات لا يفضلن مغادرة المنزل والتوجه للعيادة بعد الولادة. وبحسب توصيات منظمة الصحة العالمية، تعتبر الزيارة المنزلية خلال الفترة ما بين اليوم ٣-٧ بعد الولادة هي الأمثل لتلبية حاجات المنتفعة بعد الولادة، والتي على جميع القطاعات الصحية الفلسطينية إعادة النظر فيها وتبني هذا النهج مجدداً بعد ما كان الشائع سابقاً في المجتمع الفلسطيني خصوصاً في الأرياف والمخيمات

والمناطق المهمشة، وإختزل بسبب تبني نهج الحداثة والتطور والتكنولوجيا فيما يتعلق بأمور الولادة وممارساتها. وحيث أن المراكز الصحية في مؤسسة لجان العمل الصحي تقوم بعمل الزيارات المنزلية للواضعات، يبقى التركيز على محاولة الوصول لجميع المنتفعات اللواتي يتلقين رعاية الحمل في المراكز، والاهتمام أكثر بتوقيت الزيارة ومحتواها، حيث أن التوقيت والمحتوى من محددات جودة هذه الزيارة وفعاليتها حسب توصيات منظمة الصحة العالمية.

٤. تسهيل وصول النساء لخدمات صحة المرأة في المراكز المنتشرة وذلك من خلال مايلي:

- تمديد ساعات الدوام أو إضافة أيام أخرى في بعض المراكز، تقديم أيام خدمة مجانية (مرة بالشهر على سبيل المثال في يوم جمعة أو سبت) خصوصاً في المناطق الفقيرة والمهمشة والأبعد عن المدينة. إن تقديم أيام خدمة مجانية في مناطق الخدمة من شأنه أن يستقطب أعداداً من المنتفعات اللواتي ربما لا يعلمن عن خدمات المركز، خصوصاً إذا واكب ذلك تقديم جلسات منظمة للتثقيف الصحي يعلن عنها مسبقاً.
- تفعيل طرق مسح إجتماعي معتمدة في المراكز للكشف عن الفئات الفقيرة في مناطق الخدمات وإغنائهم كلياً أو جزئياً من التكاليف أو البحث عن مصادر تمويل لتغطية تكاليف العلاج.
- دراسة الأسعار وتسويتها بحيث تبقى في متناول المنتفعات والفئات المستهدفة، وعدم رفعها حتى لا ينخفض عدد المنتفعات أكثر مما لوحظ كما بينت النتائج. فرفع الأسعار سوف يحرم الفئة الفقيرة من المنتفعات اللواتي لا يمكن البحث عن بديل آخر، وبالتالي يؤثر سلباً في صحتهم الإنجابية.
- البحث عن وجلب مصادر تمويل لتغطية تكاليف علاج / إستخدام أكبر عدد ممكن من المنتفعات من خدمات صحة المرأة، خصوصاً أن المراكز منتشرة في مناطق مهمشة والنساء فيها فقيرات بشكل عام ولا يعملن.

٥. تطوير بيئة المراكز الصحية في التجمعات السكنية والتي قد تشكل عائقاً تجاه إستمرار المنتفعات في إستخدام خدمات صحة المرأة، كما أكدت عليها المنتفعات من خلال المجموعات البؤرية أيضاً، من حيث:

- كفاية المعدات والأجهزة وتوعية النواقص منها حسب أهمية وإستخدامات الأجهزة مثل أجهزة قياس ضغط الدم.
- تطوير بعض الأجهزة أو إستبدالها بأخرى تسهل عمل مقدمي الخدمات.
- تحسين المرافق الأساسية الموجودة في بعض المراكز والتي لا غنى عنها سواءاً للموظفين أو المنتفعات مثل إصلاح الأعطال في الحمامات والمغاسل، ووضع مقاعد كافية للإنتظار، الخ...

قائمة المراجع العربية

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (٢٠١٣). المرأة والرجل في فلسطين، قضايا وإحصاءات. رام الله، فلسطين.
- د. محمد أبو زينه (٢٠١٠). تحليل خدمات قطاع الصحة الحكومي من منظور النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية من وجهة نظر الفئات المستفيدة. منشورات مفتاح، رام الله.
- د. عائشة الرفاعي ود. سمية صايح (٢٠٠٦). تقدير الاحتياجات المعرفية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية للشباب المنتفعين من مراكز الرعاية الإجتماعية والتأهيل التابعة لوزارة الشؤون الإجتماعية- فلسطين. وزارة الشؤون الإجتماعية و معهد القدس للإنماء الصحي والبحثي، فلسطين.
- موقع مؤسسة لجان العمل الصحي على الإنترنت. على الرابط:
http://www.hwcpal.org/ar_page.php?id=fdIjjQ3wEKa60864AAGPVtUdVj6
- مؤسسة لجان العمل الصحي. نشرة برنامج صحة المرأة. البيرة، فلسطين.

- Abdel-Tawab N, Roter D. (2002). The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience. Soc Sci Med, 54(9):1357-1368.
- Amooti-kaguna, B.F., Nuwaha. F. (2002). Factors influencing choice of delivery sites in Rakai District of Uganda. Soc Sci Med. 50(2), 203-213.
- Avis M, Bond M, Arthur A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. J Adv Nurs;22:316-22.
- Blendon RJ, Benson JM, DesRoches CM, Weldon KJ. (2003). Using opinion surveys to track the public's response to a bioterrorist attack. J Health Commun ; 8: 83-92.
- Bleich S, Özaltin E, Murray C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bulletin of the World Health Organization ;87:271-278.
- Bruce J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. Stud Fam Plann, 21(2):61-91.
- Canadian Foundation for Healthcare Improvement. (2012). Myth: high patient satisfaction means high quality care. October 2012.

- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*; 6: 1-244.
- Cohen, J.R. (2005). Patient satisfaction with prenatal care provider and the risk of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 192, 2029-34.
- Debono, D., Travaglia, J. (2009). Complaints and patient satisfaction: A comprehensive review of the literature. University of New South Wales, Centre for Clinical Governance Research in Health.
- Douglas, S., Cervin, C., Bower, K.N. (2007). What women expect of family physicians as maternity care providers. *Can Fam Physician*, 53(5), 875-9.
- Dunlop L., Umstad M., Mcgrath G., Reidy K, Brennecke S., (2003). Cost effectiveness and patient satisfaction with pregnancy day care for hypertensive disorders of pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 43: 207-212.
- Fitzpatrick R. et al. (1984). Satisfaction with health care. In *The experience of Illness*, Tavistock, London; pp. 154 - 175.
- Fitzpatrick R., Hopkins A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness*; Vol. 5 (3): 297 - 311.

- Health Quality Ontario (2011). Quality Improvement Plans: An Analysis for learning. Toronto, Canada: HQO.
- Hopkins A., Gabbay J., Neuberger J. (1994). Role of users of health care in achieving a quality Service. *Quality in Health Care*; 3:203–209.
- Habib, O.S. (2004). Client exit survey on satisfaction with primary health care services and perception of antenatal care and child care in Basrah, Iraq. A health center-based survey funded by a grant to Al-Wafa Society, provided through the I-HELP Small Grants Program managed by Abt Associates Inc. and funded by USAID through contract no. RAN-C-00-03- 00010-00.
- Hutchinson et al. (2011). Measuring client satisfaction and the quality of family planning services: A comparative analysis of public and private health facilities in Tanzania, Kenya and Ghana. *BMC Health Services Research*, 11:203.
- Institute of Community and Public Health. (2006). Evaluation of the UNFPA Reproductive Health Sub Program: Occupied Palestinian Territory (OPT), 2001–2005. Institute of Community and Public Health. Birzeit University. Birzeit. Occupied Palestinian Territory. March 2006.
- Kane RL, Maciejewski M, Finch M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care*; 35: 714–30.

- Marchisio S., Ferraccioli K., Barbieri a., Porcelli a., Panella m. (2006). Care pathways in obstetrics: the effectiveness in reducing the incidence of episiotomy in childbirth. *Journal of Nursing Management*, 14, 538–543.
- Montasser N., Mohamad R., Megahed W., Amin S., Adel Ibrahim A., Elmoneem H. (2012). Egyptian Women’s Satisfaction and Perception of Antenatal Care. *International Journal of Tropical Disease & Health* 2: 145–156. 2012.
- Megeid AA et al. (1996). Knowledge and attitudes about reproductive health and HIV / AIDS among family planning clients. *Eastern Mediterranean health journal*, 2(3):459–69.
- Mensch B, Arends–Kuenning M, Jain A. (1996). The impact of the quality of family planning services on contraceptive use in Peru. *Stud Fam Plann*, 27(2):59–75.
- Nawar, Laila, Dale Huntington, Ibrahim Kharboush, Nancy Ali and Mahmoud Shaheen. (2003). “Assessment of pilot health project outcome indicators: West Bank / Gaza”, FRONTIERS Final Report. Washington DC: Population Council.
- Nuti S., Bonini A., Murante A.M., Vainieri M. (2009). Performance assessment in the maternity pathway in Tuscany Region. *Health Service Management Research*, Vol.22, pp115–121.
- Oladapo, O.T., Osiberu. M.O. (2008). Do Socio–demographic characteristics of pregnant women determine their perception of antenatal care? *Matern. Child Health J*, 10(2), 200–2004.

- Quick Investigation of Quality (QIQ) (2001). User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 2. MEASURE Evaluation. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill. February 2001.
- Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. (2006). Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. *BMJ*;333: 19–22.
- Sitzia J, Wood N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med*, 12:1829–1843.
- Stewart M. (1989). Which facets of communication have strong effects on outcome – a meta – analysis. In: Stewart M, Roter D, editors. *Communicating with medical patients*. Newbury Park, CA: SAGE; p. 183– 96.
- Stein K. (1996). Service quality among women receiving MCH and family planning services. *African journal of fertility, sexuality, and reproductive health*, 1(2):146–52.
- The Health Boards Executive. (2003). *Measurement of Patient Satisfaction Guidelines: Health Strategy Implementation Project*. Irish Society for Quality and Safety in Healthcare.
- Ware JE Jr, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*. 6 (3-4), 247–263.
- World Health Organization. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-073833/ar/>

Executive Summary

Health Work Committees (HWC) was established in 1985 as a voluntary Palestinian group, in order to provide health services for Palestinians in remote marginalized Palestinian villages and towns in the West Bank and Gaza Strip. Their health services have developed in the past 20 years to provide holistic health services based on the “Rights-Based Approach” and “Health for All” concepts. Health services are provided in 17 health centers distributed throughout the West Bank and two mobile clinics reach 19 marginalized locations in the north and south of the West Bank, mainly located in Area C. The health services are provided through four programs: Women’s Health, Diabetic Care, Well-baby Care and School Health.

The women’s Health program was initiated in 1990, starting by 3 health centers, and was developed to reach 14 health centers, are now providing women’s health services for women of all ages. The women health program include the following women’s health services:

- Preventive care (antenatal care, family planning, postnatal care, counseling, menopause care, and early detection of breast and cervical cancer).
- Curative care: for diseases, infections, high risk pregnancy and infertility.
- Health education: including individualized and group teaching, home visits.
- Strengthening and empowering women through raising health awareness towards reproductive health issues, first aid, teenage, gender,...etc

- This study aims to improve the quality of the reproductive health services provided in the health centers of the HWC, through examining women's satisfaction in areas related to the structural, technical and process measures of quality.

The specific objectives were

1. To assess women's satisfaction with various aspects of reproductive health services including, accessibility, services, working days and hours, communication and interaction with the healthcare providers, technical performance, the internal environment of the health centers and the cost of the services.
 2. Identify gaps in the quality of reproductive health through examining the offered service, and women's awareness and knowledge on common health education topics.
 3. Empower women in the Palestinian villages and localities by engaging them into group discussions and exploring their individual opinions about women's health services offered in the health centers of the HWC.
- In order to assess women's satisfaction, we selected a representative stratified sample of 8 health centers, and used qualitative and quantitative research methods including 3 focus group discussions in 3 additional different health centers (one in each district: north, middle and south); and exit interviews with 72 women after they used any reproductive health services in the health centers; and a review of related documents and service statistics. For the exit interviews, we used a semi-structured

questionnaire as a data collection tool, and the descriptive ways to data analysis using SPSS statistical package.

Key Findings

- Women were generally satisfied with the health centers and services, to a certain extent. They reported high satisfaction levels with the location of the health centers as they were accessible to all women. the opening days and hours were mostly suitable. and the waiting hours were relatively short. They added that the health care providers were kind. protected their privacy during examination, and they spent enough time and were willing to answer their questions.
- The highest proportion of women were pregnant women among all service seekers, followed by women seeking family planning services and the least proportion were women who came for preventive care. This puts a huge responsibility on the health centers to focus their health education messages to raise women awareness regarding preventive care in these communities. It is worthnoting that only one woman came for postnatal. This also indicates that the home visiting programs should be continued and intensified in order to reach out at least all women who receive antenatal care in these health centers. The postnatal home visit should occur between day 3–7 after birth and the content should be focused on practical assistance on breastfeeding, health education and counseling according to women individual needs.
- The results also showed that women who benefit from health services were mostly poor and from marginalized residential

areas. This means that the cost of the health service is something crucial and may hinder women's access to health services. Thus, in addition to exemptions from payment that is already being offered to some women, prices of women's health services should not be increased and efforts should be geared towards securing funds that would cover the cost of treatment for another portion of women, so that they can access the health services that meet their health needs. Also, providing free cost days of health service for women in these villages may attract non-users women to seek healthcare in these health centers. i.e. once a month during the weekend.

- Health education and counseling are backbones of the reproductive health services, as they are the base that enable women to make their informed choices on their personal fertility issues. A major recommendation from this study is the need to improve the health education and counseling components of women healthcare by various ways. Health education should be offered for individuals and for groups, inside and outside the health centers. Teaching in groups can be done on regular basis in the health centers and within the community. Institutionalization of health education and counseling need to be considered. This implies development/ adoption of health education and counseling user-friendly guidelines, and to train all health care providers on its content. in order to standardize health education in all health centers and improve its quality.
- Communication and interaction with beneficiaries need to be improved by listening to women. which may help providers to respond to women needs and thus, increase their satisfaction. In

addition, improving interaction with people in local communities will spread more information about the available health services, and may increase users for various services especially women's health.

- There are some other improvements need to be considered mainly related to structures and availability of resources as suggested by women, such as availability of laboratory services (i.e. certain laboratory tests) and medications, sufficient medical equipments (i.e. Blood Pressure machines), regular maintenance (i.e. toilets and sinks) and improving the waiting area in some health centers (i.e. adding enough chairs and air conditions/ fans).

دليل مجموعات النقاش البؤرية

الهدف:

١. زيادة المعرفة بالمشاكل الصحية في القرية.
 ٢. فحص معرفة السيدات عن العيادة وخدماتها.
 ٣. إستنباط آراء السيدات حول جودة العناية في العناية.
 ٤. معرفة آراء السيدات حول سبل تحسين الخدمات المقدمة.
- المشاركات: نساء من أعمار مختلفة تلقين خدمات صحية متنوعة من العيادة.**
- محاوِر النقاش:**

- ١) شو يللي بشكل نوع من القلق لك في المجال الصحي؟
- ٢) شو بتعرفن عن خدمات صحة المرأة المقدمة في العيادة؟
 - كيف هالعيادة بتخدم القرية؟
 - بيقدمو لكم خدمات اخرى غير رعاية الحوامل وزيارة الطبيب مثلاً (تثقيف صحي، إرشادات تغذوية،...،)؟
 - بيقدمو لكم أي خدمات أخرى خارج العيادة (يعني مثلاً زيارات بيتية، مجموعات دعم، أو أي شيء آخر)؟
- ٣) شو الأسباب الي بتخليكم تيجوا لهاي العيادة وما تروحو لمكان آخر؟
- ٤) ما هي الأسباب اللي ممكن تخليكم ما تيجوا أو ما تستخدموا العيادة؟
- ٥) شو رأيكم بالخدمة المقدمة في العيادة؟ شو بتحبو فيها؟ و شو ما بتحبو فيها؟
- ٦) كيف ممكن العيادة تخدم القرية بطريقة أحسن؟ شو إقتراحاتكم لتحسين الخدمات المقدمة؟

مدى رضى النساء المنتفعتات من خدمات صحة المرأة المقدمة في عيادات لجان العمل الصحي

إستمارة آراء النساء قبل الخروج من العيادة

أسم المركز الصحي:.....

التاريخ:..... رقم الإستمارة:..... (للباحث)

مرحباً،

أنا اسمي أنا متطوعة في لجان العمل الصحي. أحب أن أسألك بعض الأسئلة عن الخدمة التي تلقيتها اليوم وعن انطباعك عن العيادة والعاملين فيها بشكل عام. الهدف من هذه الأسئلة هو معرفة الأشياء المنيحة والاشياء التي بحاجة لتحسين في العيادة، وكل هذا بيساعدنا نحسن خدمات العيادة في نهاية المطاف.

طبعاً كل شئ بنحكيه هو بيننا فقط ولن أطلع أحد من العيادة عليه وهو فقط لغرض البحث وتحسين الخدمات. وكوني متأكدة أن الخدمة التي بتأخذها في العيادة لن تتأثر سلباً بأجوبتك.

المقابلة ستأخذ حوالي ١٠-١٥ دقيقة. ممكن أكمل؟

أكمل / ي المقابلة في حال موافقة المنتفعة

قرار أهلية المنتفعة للمقابلة (Eligibility determination)

ما نوع الخدمة التي تلقيتها في المركز الصحي اليوم؟ (ضعي إشارة أمام كل ما ينطبق) سبب الزيارة للمركز الصحي

١.	رعاية حوامل (لأول مرة)
٢.	رعاية حوامل (متكررة)
٣.	رعاية ما بعد الولادة (post partum care)
٤.	زيارة تنظيم أسرة (لأول مرة)
٥.	زيارة تنظيم أسرة (مراجعة أو متكررة)
٦.	زيارة نسائية (فحص ثدي، مسحة عنق الرحم، تحويل لتصوير الثدي ماموغرام، تشخيص وعلاج الالتهابات، فحص حمل، انقطاع الطمث، أمور نسائية أخرى... الخ)
٧.	غيره، حددي:

القرار

إذا لم تكن نوع الخدمة أو الخدمات التي تلقتها السيدة من ضمن القائمة المذكورة أو إذا حددت سبب آخر للزيارة لا يتعلق بالصحة الجنسية أو الإيجابية فإن المنتفعة غير مؤهلة للمقابلة. إنهي المقابلة.

المنتفعة تلقت خدمة صحة إيجابية أي من المذكورة أعلاه.....أكملي المقابلة.

١. معلومات عن المنتفعة		Codes Leave empty
	العمر	V01
	مكان الإقامة (كتابة أسم البلد أو القرية)	V02
١. قرية / بلدة ٢. مدينة ٣. مخيم	نوع مكان الاقامة (لأستخدام الباحث) XXXX	V02a
١. أمية (لا تقرأ ولا تكتب) ٢. أساسي (١-١٠) ٣. ثانوي (١١-توجيهي) ٤. أعلى من توجيهي (كلية أو جامعة)	أعلى مستوى تعليمي	V03
١. متزوجة ٢. مطلقة ٣. أرملة ٤. لم يسبق لها الزواج (Skip next 2 question)	الحالة الزوجية (لا تسأل هذا السؤال للسيدة التي أتت إلى المركز لتنظيم الأسرة أو رعاية الحوامل. هذا السؤال للعيادات النسائية فقط)	V04
أولاد (ذكور) بنات (إناث)	عدد الأطفال الأحياء	V05a V05b
١. نعم، ما هي: ٢. لا	هل سبق وتلقيت خدمات أخرى في صحة المرأة سابقا في هذا المركز (غير الخدمة التي تلقيتها اليوم)	V06 V06a

هل لديك تأمين صحي؟ (اختاري جميع ما ينطبق)	V07	١. نعم، حكومي ٢. نعم، خاص ٣. نعم، وكالة الغوث ٤. لا
العمل: بتشتغلي مقابل أجر (موظفة، عمل خاص أو حر في البيت)	V08	١. نعم ٢. لا
كيف بتوصفي حالتك الصحية؟	V09	١. منيحه ٢. وسط ٣. سيئه
للحوامل فقط: كم شهر أنتي حامل؟ (بالاشهر)	V10	
للحوامل فقط: كم زيارة لمراجعة الحمل جيتي للمركز سابقا حتى الان؟ (بدون الزيارة الحالية)	V11	عدد الزيارات: (العدد بدون الزيارة الحالية)
٢. الوصول إلى المركز الصحي (Accessibility)		
كيف حضرت إلى المركز الصحي اليوم؟	V12	١. مشي ٢. سيارة خاصة / تاكسي ٣. مواصلات عامة ٤. غيره
كم من الوقت استغرقك الوصول إلى المركز الصحي تقريباً؟	V13	(دقيقة)

<p>١. نعم ٢. لا</p>	<p>هل كانت هناك حواجز دائمة / مؤقتة / طيارة اليوم في طريقك إلى المركز الصحي؟</p>	<p>V14</p>	
<p>١. راضية ٢. يعني / راضية إلى حد ما ٣. غير راضية لماذا:</p>	<p>هل أنت راضية عن طريقة وصولك للمركز من نواحي الوسيلة والوقت اللأزم للوصول</p>	<p>V15</p>	
<p>٣. الخدمة: رعاية حوامل / تنظيم الأسرة / رعاية واضعات / نسائية / Service</p>			
<p>١. رعاية حوامل ٢. تنظيم أسرة ٣. العيادة النسائية ٤. مسحة عنق الرحم ٥. فحص الثدي ٦. تحويل / تصوير الثدي ٧. فحص بعد الولادة ٨. تثقيف صحي ٩. غيره ١٠. لا أعرف</p>	<p>ما هي خدمات صحة المرأة المقدمة في المركز الصحي (لا تقرأي الخيارات وضعي دائرة على كل ما ينطبق). صياغة أخرى: ليش النساء يتجي لهذا المركز الصحي؟</p>	<p>V16</p>	
<p>١. نعم ٢. لا إذا لا، لا تسأل السؤال التالي V15</p>	<p>هل تعرفي في الساعات والأيام التي تقدم فيها خدمات صحة المرأة في المركز؟</p>	<p>V17</p>	
<p>١. نعم ٢. لا، فسري ٣. لا ينطبق</p>	<p>هل تعتقدي إن أيام دوام المركز الصحي مناسبة لك؟</p>	<p>V18</p>	

١. نعم ٢. لا، فسري	هل تعتقدي أن ساعات دوام المركز الصحي مناسبة لاحتياجاتك؟	V19	
١. نعم ٢. لا قديش:	هل دفعت مبلغ من المال مقابل الخدمة اليوم؟	V20 V20a	
١. مناسب الك ٢. يعني، كثير نوعا ما ٣. كثير / غالي	برأيك، هل هذا المبلغ؟	V21	
١. أقل من ١٥ دقيقة ٢. ١٥ - ٣٠ دقيقة ٣. ٣٠ دقيقة - ١ ساعة ٤. أكثر من ساعة	كم من الوقت انتظرت في الدور قبل تلقيك الخدمة اليوم؟	V22	
١. معقول ٢. طويل بعض الشيء ٣. طويل جداً	هل هذا الوقت برأيك؟	V23	
١. القابلة / الممرضة ٢. الطبيب / ٣. المثقفة الصحية ٤. غيره، حددي	من فحصك أو قدم لك الخدمة اليوم في العيادة (ضعي دائرة على كل ما ينطبق)	V24	
دقيقة	كم من الوقت قضيت مع الممرضة؟	V25a	
١. نعم ٢. يعني / إلى حد ما ٣. لا	هل شعرت أن الوقت كان كافي للإجابة على أسئلتك وشكواك	V25b	

دقيقة	كم من الوقت قضيت مع الطبيب / ؟	V26a	
١. نعم ٢. يعني / الى حد ما ٣. لا	هل شعرت أن الوقت كان كافي للإجابة على أسئلتك وشكواك	V26b	
١. نعم ٢. يعني / الى حد ما ٣. لا، فسري	أثناء الفحص وتلقي الخدمة اليوم: هل شعرت باحترام لخصوصيتك الشخصية من قبل مقدمي الخدمة؟ (اغلاق الباب أثناء الفحص، وجود حاجز / برداية للتحضير للفحص، طلب الاذن للفحص....)	V27	
١. أقل من توقعاتك ٢. بمستوى توقعاتك ٣. أكثر من توقعاتك ٤. لم يتم الحصول على الخدمة	بشكل عام، الخدمة التي قدمت لك اليوم كانت:	V28	
١. نعم ٢. يعني / الى حد ما ٣. لا، فسري	هل أنت راضية عن أداء الطبيب اليوم	V29	
١. نعم ٣. لا فسري	هل أنت راضية عن أداء الممرضة اليوم	V30	
١. نعم ٢. لا	هل تزورين عيادات أخرى لنفس الخدمة التي تلقيتها اليوم هنا؟	V31	

٤. التثقيف الصحي Health Education / Information

<p>خلال زيارتك اليوم: هل قام احد بالحديث معك أو تقديم إرشادات عن هذه المواضيع (اختاري خدمه واحده فقط A, B, C حسب الغرض من الزيارة من الصفحة الأولى)</p>			<p>Select A,B, or C</p>	<p>V32</p>
<p>(٢) لا</p>	<p>(١) نعم</p>	<p>الخدمة / رعاية الحوامل هل قام أحد بالحديث معك أو تقديم إرشادات عن هذه المواضيع</p>	<p>V32A</p>	<p>Codes</p>
		<p>التغذية المناسبة أثناء الحمل</p>		
		<p>كيفية أخذ حبوب الحديد</p>		
		<p>الرضاعة الطبيعية المطلقة</p>		
		<p>كيفية تفادي مشاكل الرضاعة</p>		
		<p>كيفية التعامل مع مشاكل الرضاعة ان حدثت</p>		
		<p>علامات الخطر أثناء الحمل وما يجب عمله في حال ظهورها</p>		
		<p>وسائل تنظيم الأسرة بعد الولادة</p>		

(٢) لا	(١) نعم	الخدمة / تنظيم الأسرة / نسائية هل قام أحد بالحديث معك أو تقديم إرشادات عن هذه المواضيع	V32B	Codes
		أهمية النظافة		
		الإلتهابات وأسبابها		
		أنواع وسائل تنظيم الأسرة		
		الآثار الجانبية للوسائل المختلفة		
		كيفية استخدامها		
		إشراك الزوج في اختيار الوسيلة المناسبة		
(٢) لا	(١) نعم	الخدمة / رعاية الواضعات هل قام احد بالحديث معك أو تقديم إرشادات عن هذه المواضيع	V32C	Codes
		العناية بالمولود		
		التغذية المناسبة في هذه الفترة		
		تنظيم الأسرة بعد الوضع		

	هل زارتك الممرضة في المنزل بعد الولادة	V33	
١. لك بشكل فردي ٢. ضمن مجموعة	التثقيف الصحي المقدم لك اليوم كان	V34	
٣. الاثنین معا ٤. لم يقدم تثقيف صحي	التثقيف الصحي المقدم لك اليوم كان	V35	
١. أقل من توقعاتك ٢. بمستوى توقعاتك	التثقيف الصحي المقدم لك اليوم كان	V35	
٣. أكثر من توقعاتك ٤. لم يتم الحصول على الخدمة			
٥. تقييم معرفة المنتفعة Client Knowledge: الان بدي أسألك بعض الأسئلة عن معلوماتك:			
١. ٢. لا أعرف	كل قديش لازم تعلمي الفحص الذاتي للثدي؟	V36 V36a	
١. نعم، أذكرى واحد ٢. لا أعرف	هل تعرفي مثال واحد على علامات خطر أثناء الحمل تستوجب الذهاب إلى المستشفى فوراً	V37 V37a	
١. نعم أنكرى واحد ٢. لا أعرف	هل تعرفي أي اثر جانبي لاستعمال اللولب كوسيلة منع حمل (أثر جانبي واحد)	V38 V38a	
١. نعم ٢. لا	هل سمعت عن فحص اسمه مسحة عنق الرحم؟	V39	
١. ٢. لا اعرف	هل تعرفي لماذا يجري هذا الفحص؟	V40 V40a	

6. Interpersonal / Communication

<p>٢. يعني / الى حد ما ١. نعم ٣. لا</p>	<p>هل شعرت أن الطبيب / عاملك اليوم باحترام</p>	<p>V41</p>	
<p>٢. يعني / الى حد ما ١. نعم ٣. لا</p>	<p>هل شعرت ان الممرضة عاملتك اليوم باحترام</p>	<p>V42</p>	
<p>١. نعم ما هو؟ ٢. لا</p>	<p>هل كان هناك موضوع ووددت أن تسألني عنه وشعرت بالحرع من مقدم / ة الخدمة</p>	<p>V43 V43a</p>	
<p>٧. أخيراً، بدي أسألك عن رأيك في المركز الصحي بشكل عام</p>			
<p>١. راضية ٢. يعني / راضية الى حد ما ٣. غير راضية لماذا؟</p>	<p>موقع المركز الصحي</p>	<p>V44</p>	
<p>١. راضية ٢. يعني / راضية الى حد ما ٣. غير راضية لماذا؟</p>	<p>مرافق المركز الصحي (مكان الانتظار الحمام الاستقبال غرف الفحص) مناسبة ونظيفة</p>	<p>V45</p>	
<p>٢. يعني، نوعا ما ١. نعم ٣. لا، فسري</p>	<p>الأجهزة والأدوات المتوفرة في المركز الصحي كافية</p>	<p>V46</p>	
<p>٢. يعني، نوعا ما ١. نعم ٣. لا، فسري</p>	<p>طاقم العاملين في المركز الصحي كافي</p>	<p>V47</p>	

المركز الصحي دائماً نظيف ومرتب	V48	١. نعم ٢. يعني، نوعاً ما ٣. لا، فسري
بالإجمال، كيف كان رضاك عن الزيارة اليوم؟	V49	١. راضية جداً ٢. يعني / راضية الى حد ما ٣. غير راضية لماذا؟
ماذا تقترحي لتحسين الخدمة في المركز الصحي؟	V50	

شكراً لوقتكم.

تم تدقيق الإستمارة في الميدان: نعم / لا-----

توقيع العاملة الميدانية: