Journal of Scientific and Human Dimensions
مجلة الأبعاد العلمية والإنسانية
ISSN: 3106-1702
Volume 2, Issue 4, 2026 Pages: 133-149
Journal homepage: https://jshd.com.ly/index.php/jshd/en

Quality of Nursing Care During Normal Childbirth at Tsawa Hospital

Al-Saidi Abu Al-Qasim Al-Saidi*
Department of Public Health, College of Medical Technology - Murzuq, University of Fezzan, Murzuq, Libya

جودة العناية التمريضية أثناء الولادة الطبيعية في مستشفى تساوة

السعيدي أبو القاسم السعيدي *
قسم الصحة العامة، كلية التقنية الطبية مرزق، جامعة فزان، مرزق، ليبيا

*Corresponding author: alsaidiyusef@gmail.com

Received: July 29, 2026	Accepted: September 25, 2026	Published: October 08, 2026

Copyright: © 2026 by the authors. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Abstract:
Background: Quality intrapartum nursing care includes both safe practice and women's experience of communication, privacy, and responsiveness. Objective: To assess perceived nursing care and women's satisfaction during normal childbirth at Tsawa Hospital. Methods: A descriptive analytical field study was conducted from 19 June 2024 to 19 June 2025. Twenty women completed a five-point response questionnaire; the final analysis included 13 items across nursing-care and satisfaction domains. Overall Cronbach's alpha was 0.822. Results: Eighty percent agreed or strongly agreed that nursing care was excellent. Positive responses reached 90% for comfort during care, 85% for continuous follow-up, and 85% for respect for women's rights. Positive responses were lower for the availability of emergency tests and medicines (50%) and food services (35%); 50% gave a negative response regarding food services. The association between the nursing-care and satisfaction domains was not statistically significant (r=0.319, p=0.170). Conclusion: Women reported favourable experiences for most interpersonal aspects of care, while emergency supplies and food services were priority areas for improvement. Findings should be interpreted cautiously because of the small, single-centre sample and self-reported measurement.

Keywords: Nursing care; Normal childbirth; Quality of care; Women's satisfaction; Maternity care; Tsawa Hospital.

الملخص
الخلفية: ترتبط جودة العناية أثناء الولادة بسلامة الممارسة وبخبرة المرأة في التواصل والخصوصية والاستجابة لاحتياجاتها. الهدف: تقييم العناية التمريضية ورضا النساء أثناء الولادة الطبيعية في مستشفى تساوة. المنهج: أجريت دراسة ميدانية وصفية تحليلية خلال الفترة من 19 يونيو 2024 إلى 19 يونيو 2025. شملت عينة الدراسة 20 امرأة، وجمعت البيانات باستبيان خماسي الاستجابة؛ وتناول التحليل النهائي 13 بنداً موزعة على محور العناية التمريضية ومحور الرضا. بلغ معامل ألفا كرونباخ للأداة ككل 0.822. النتائج: وافق 80% من المشاركات أو وافقن بشدة على أن العناية التمريضية المقدمة ممتازة، وبلغت الاستجابات الإيجابية 90% للشعور بالراحة أثناء العناية، و85% للمتابعة المستمرة، و85% لاحترام حقوق المرأة. في المقابل بلغت الاستجابات الإيجابية 50% لتوفر التحاليل والأدوية اللازمة للطوارئ، و35% للخدمات الغذائية، بينما بلغت الاستجابات السلبية عن الخدمات الغذائية 50%. لم تكن العلاقة بين محوري العناية والرضا دالة إحصائياً (r=0.319، p=0.170). الاستنتاج: أظهرت المشاركات تقييماً إيجابياً لمعظم جوانب التعامل التمريضي، مع أولوية لتحسين توفر التحاليل والأدوية والخدمات الغذائية، وتفسير النتائج في ضوء صغر العينة واعتمادها على تقرير المشاركات.

المقدمة:

تمثل الولادة حدثاً سـريرياً وإنسـانياً في نفس الوقت، فالمرأة تحتاج خلال المخاض إلى متابعة دقيقة لحالتها وحالة الجنين، وإلى استجابة مناسبة عند ظهور علامات الخطر، لكنها تحتاج أيضاً إلى معلومات واضحة وشعور بالأمان والخصوصية والدعم، ويؤثر أي خلل في هذه العناصر في سلامة الرعاية وفي الطريقة التي تتذكر بها المرأة تجربة الولادة.

قدمت منظمة الصـحة العالمية تصـوراً للجودة يقوم على بعدين متكاملين هما تقديم الرعاية وتجربة الرعاية، ويرتبط تقديم الرعاية بالممارسـة المبنية على الدليل، ونظم الإحالة والمعلومات، بينما ترتبط التجربة بالتواصـل والاحترام والكرامة والدعم العاطفي، ويحتاج البعدان إلى موارد بشـرية مؤهلة وبيئة مادية قادرة على دعم الخدمة [1].

يربط إطار منظمة الصـحة العالمية بين البنية والعمليات والنتائج، فتوفر جهاز أو بروتوكول لا يثبت وحده أن الرعاية نُفذت بصورة صحيحة، كما أن سلامة النتيجة لا تعني بالضرورة أن المرأة حصلت على معلومات أو معاملة محترمة، لذلك ينبغي أن يضم التقييم مؤشرات تتناول ما هو متاح في القسم، وما يفعله العاملون، وما تختبره المرأة، وما ينتج عن الرعاية [2].

انتقلت التوصـيات الحديثة من التركيز على منع الوفاة والمضـاعفات وحده إلى دعم تجربة ولادة إيجابية، وتؤكد أن الرعاية أثناء المخاض ينبغي أن تراعي الإيقاع الطبيعي للولادة، وتقلل التدخلات غير الضرورية لدى النساء منخفضات الخطورة، وتدعم الحركة واختيار الوضعية والتواصل والمشاركة في القرار ضمن حدود السلامة [3].

يترجم دليل رعاية المخاض هذه المبادئ إلى متابعة منظمة تشـمل حالة الأم والجنين وتقدم المخاض والرعاية الداعمة والأدوية والسوائل والقرارات السريرية، فتساعد طريقة التسجيل الموحدة على ملاحظة التغيرات وربطها بالقرار، وتحد من الاعتماد على الذاكرة أو الملاحظات المتفرقة بين أعضـاء الفريق [4].

يتعامل الكادر التمريضي والقابلات بحسب توزيع الاختصاصات في المرفق مع المرأة لفترات طويلة خلال المخاض، ولهذا تؤثر كفاءتهم في المراقبة والتوثيق ومكافحة العدوى والتواصل والتثقيف والتعرف المبكر إلى المضـاعفات، وتعرض كفاءات الاتحاد الدولي للقابلات هذه الجوانب كممارسـة متكاملة تجمع المعرفة والمهارة والسلوك المهني [5].

لا تُفهم جودة الرعاية بمعزل عن ظروف العمل فقد يعرف مقدم الخدمة الممارسـة الصـحيحة لكنه يواجه عدداً كبيراً من الحالات أو نقصـاً في المسـتلزمات أو تعطل بعض المعدات أو غموضـاً في توزيع المسؤوليات، ويؤثر ذلك في انتظام المراقبة وسرعة الاستجابة ووقت التواصل مع المرأة ومن ثم يصبح تقييم البيئة التنظيمية جزءاً من تقييم الجودة نفسها [1].

ما زالت الأدلة المنشورة عن جودة الرعاية التمريضية في أقسام النساء والولادة في ليبيا محدودة، وقد أظهر تقييم في مركز بنغازي الطبي وجود انخفاض في رضـا المريضـات عن جوانب من الرعاية التمريضـية مع توصـية باستخدام التقييم الدوري في تحسين الخدمة [6]. ولا تمثل نتيجة مرفق واحد بقية المرافق الليبية، وهو ما يبرر دراسة بيئات أخرى تختلف في الموقع والموارد وحجم الخدمة.

يركز البحث الحالي على تقييم النسـاء للعناية التمريضـية أثناء الولادة الطبيعية في مسـتشـفى تسـاورة وعلى رضـاهن عن جوانب التواصـل والخصـوصـية والمتابعة والاستجابة ووسـائل الراحة وتوفر بعض الخدمات، ويعبر القياس عن خبرة المشـاركات كما سـجلها الاسـتبيان ولا يمثل ملاحظة مباشـرة للأداء السريري.

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة في محدودية البيانات المحلية المنشورة عن تجربة النساء مع العناية التمريضية أثناء الولادة الطبيعية في مستشفى تساوة، ويصعب في غياب هذا القياس تحديد الجوانب التي تحظى بتقييم إيجابي والجوانب التي تستدعي التحسين من وجهة نظر المستفيدات.

ركزت الدراسة لذلك على تقييم النساء للعناية التمريضية ورضاهن عن الخدمات المرتبطة بتجربة الرعاية، مع فحص العلاقة بين محوري العناية والرضا.

أسئلة الدراسة:

السؤال الرئيس: كيف تقيم النساء العناية التمريضية المقدمة أثناء الولادة الطبيعية في مستشفى تساوة؟

- ما مستوى رضا النساء عن العناية التمريضية والخدمات المرتبطة بها؟
- ما أبرز جوانب القوة والضعف في بنود العناية والرضا؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات محور العناية التمريضية ودرجات محور رضا النساء؟

أهداف الدراسة:

الهدف العام: تقييم العناية التمريضية ورضا النساء أثناء الولادة الطبيعية في مستشفى تساوة.

- وصف الخصائص الأساسية للنساء المشاركات.
- عرض تقييم المشاركات لبنود العناية التمريضية.
- قياس رضا المشاركات عن الخدمات المرتبطة بتجربة الرعاية.
- تحديد البنود ذات أعلى وأدنى نسب الاستجابة الإيجابية.
- فحص العلاقة بين محوري العناية التمريضية والرضا.

فرضيات الدراسة:

اختبرت الدراسة الفرضية الصفرية الآتية:

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات محور العناية التمريضية ودرجات محور رضا النساء المشاركات.

أهمية الدراسة:

تقدم الدراسة وصفاً محلياً لتجربة مجموعة من النساء في مستشفى تساوة، وتبين الجوانب التي حظيت باستجابات إيجابية والجوانب التي ظهر فيها حياد أو عدم رضا، ويمكن أن تستخدم هذه النتائج في توجيه مراجعة الخدمات وفي بناء دراسة لاحقة على عينة أكبر.
تنبع أهميتها التطبيقية من تحويل استجابات النساء إلى مؤشرات قابلة للمتابعة، مع مراعاة أن الاستبيان يقيس الرأي والخبرة المدركة ولا يغني عن الملاحظة السريرية أو مراجعة السجلات.

الإطار النظري:

مفهوم جودة العناية التمريضية:

تشير جودة العناية التمريضية إلى مدى توافق الرعاية المقدمة مع المعايير المهنية والأدلة المتاحة واحتياجات المرأة، بحيث تحافظ على السلامة وتدعم الاستمرارية وتحترم الحقوق، ولا يقاس هذا المفهوم بمهارة فنية واحدة لأنه يضم التقييم والمراقبة والتوثيق والتواصل والتثقيف والعمل الجماعي والاستجابة للتغير في الحالة.

يفيد تقسيم الجودة إلى بنية وعملية ونتيجة في تنظيم التقييم، تشمل البنية عدد العاملين ومؤهلاتهم والأدوية والأجهزة والبروتوكولات، وتشمل العملية ما يحدث أثناء الرعاية من مراقبة وإجراء وتواصل وتوثيق، أما النتيجة فتشمل سلامة الأم والمولود ورضا المرأة، ويمنع هذا التقسيم تفسير أي مؤشر منفرد على أنه حكم شامل [2].

تبنت منظمة الصحة العالمية ثمانية مجالات مترابطة لتحسين جودة رعاية الأم والوليد في المرافق، تتناول ثلاثة منها تقديم الرعاية، وثلاثة تجربة الرعاية، ويختص مجالان بالموارد البشرية والمادية التي تسمح بتنفيذ المعايير، وتتحول هذه المجالات إلى عبارات جودة ومقاييس يمكن استخدامها في التقييم والتحسين [1].

جدول 1 مجالات جودة رعاية الأم والوليد وفق إطار منظمة الصحة العالمية

المجال	مضمونه في بيئة الولادة	أمثلة لمؤشرات قابلة للقياس
الممارسة المبنية على الدليل	تقييم الحالة ومتابعة المخاض وتنفيذ التدخل المناسب	اكتمال المراقبة والالتزام بالبروتوكولات
نظم المعلومات	تسجيل البيانات وإتاحتها لاتخاذ القرار	اكتمال السجل ودقة وقت التوثيق
الإحالة	التعرف إلى الخطر والتواصل والنقل في الوقت المناسب	وضوح معايير الإحالة وزمن الاستجابة
التواصل	معلومات مفهومة ومشاركة المرأة في القرار	شرح الإجراءات والإجابة عن الأسئلة
الاحترام والكرامة	الخصوصية والسرية والموافقة والمعاملة اللائقة	الحفاظ على الخصوصية وطلب الموافقة
الدعم العاطفي	وجود مساندة وطمأنة واستجابة للاحتياجات	تقديم الدعم وإتاحة المرافق وفق السياسة
الموارد البشرية	كادر كفء ومتوافر ومحفز	نسبة الكادر للحالات والتدريب والإشراف
الموارد المادية	بيئة آمنة وأدوية وأجهزة ومستلزمات	التوفر والصيانة ومكافحة العدوى

العناية عند الاستقبال والتقييم الأولي:

يبدأ مسار الجودة منذ استقبال المرأة، إذ يحتاج الفريق إلى التحقق من هويتها وتاريخها الولادي والحالة الحالية، وقياس العلامات الحيوية وتقييم الألم والنزف وحركة الجنين وعلامات الخطر، ويحدد التقييم الأولي ما إذا كانت المرأة ستواصل الرعاية في القسم أو تحتاج إلى تدخل عاجل أو إحالة.

تؤثر طريقة الاستقبال في شعور المرأة بالأمان وفي تعاونها مع الفريق، ويشمل ذلك التعريف بمقدم الرعاية وشرح ما سيحدث والحفاظ على الخصوصية أثناء الفحص وطلب الموافقة قبل الإجراءات، ولا ينفصل هذا السلوك عن السلامة لأن التواصل الجيد يساعد في الحصول على معلومات صحيحة وملاحظة التغيرات التي تصفها المرأة [7]. ويجب أن يعكس السجل وقت الوصول ونتيجة التقييم والقرار الأولي بوضوح، ويحد التوثيق المنظم من تكرار الأسئلة والفحوص دون داع، ويساعد الفريق التالي على فهم مسار الحالة ويوفر أساساً لمراجعة الجودة عند حدوث تأخر أو مضاعفة [4].

العناية خلال المرحلة الأولى من المخاض:

تمتد المرحلة الأولى من بدء المخاض إلى الاتساع الكامل لعنق الرحم، وتحتاج إلى متابعة تقدم المخاض وحالة الأم والجنين مع مراعاة اختلاف السرعة الطبيعية بين النساء، وتعرّف توصيات منظمة الصحة العالمية المرحلة النشطة ابتداء من اتساع خمسة سنتيمترات، وتحذر من استخدام معدل واحد لتقدم المخاض أساساً للتدخل الروتيني [3]. فيشمل دور الكادر التمريضي قياس العلامات الحيوية وملاحظة الألم والنزف والسوائل ومتابعة الجنين وفق مستوى الخطورة وتسجيل الانقباضات وتقدم المخاض وتقديم

السوائل والغذاء والحركة بحسب الحالة والسياسة السريرية، وينبغي أن تقود أي علامة غير طبيعية إلى إعادة تقييم وقرار موثق في الوقت المناسب [4].

تدعم الرعاية الجيدة الحركة واختيار الوضع المريح وأساليب التخفيف غير الدوائي للألم متى كانت الحالة تسمح، ولا توصي الأدلة بالتدخلات الروتينية لمجرد تسريع المخاض لدى المرأة منخفضة الخطورة بل تربط التدخل بسبب سريري واضح ومناقشة مناسبة مع المرأة [8]. ويمثل الدعم المستمر جزءاً عملياً من الرعاية، فالطمأنة وتفسير تقدم المخاض والاستجابة للأسئلة تساعد المرأة على التعامل مع الألم والخوف وتقلل شعورها بالعزلة، ويتأثر هذا الدعم بعدد الحالات التي يتابعها كل فرد وبمدى تنظيم المهام داخل القسم [3].

العناية خلال المرحلتين الثانية والثالثة:

تتطلب المرحلة الثانية مراقبة أقرب لحالة الأم والجنين، الاستعداد للولادة ودعم الوضعية المناسبة والمحافظة على بيئة آمنة ونظيفة، ويحتاج الفريق إلى التعرف المبكر إلى بطء التقدم أو الإرهاق أو تغير حالة الجنين، مع إبلاغ المسؤول واتخاذ الإجراء وفق البروتوكول [5]. ولا يقتصر دور الممرضة أو القابلة على تنفيذ التعليمات اذ يشمل تنظيم الأدوات والتحقق من الجاهزية للطوارئ وتوثيق الأوقات والإجراءات ومساندة المرأة وحفظ خصوصيتها، كما يتطلب تعاوناً واضحاً بين أعضاء الفريق حتى لا تتكرر المهام أو تُترك مراقبة أساسية دون مسؤول محدد.

بعد ولادة الطفل تتركز الرعاية في الوقاية من النزف ومراقبة العلامات الحيوية ودرجة الوعي وتقلص الرحم وكمية الدم المفقود مع الانتباه إلى أي تغير يستلزم تدخلاً فورياً، فتحتاج هذه المرحلة إلى توثيق دقيق لأن التدهور قد يحدث خلال فترة قصيرة [3].

الرعاية المباشرة بعد الولادة:

تستمر المراقبة بعد انتهاء الولادة وتشمل حالة الأم والنزف والألم والراحة والتبول، بالإضافة إلى دعم التلامس المباشر والرضاعة المبكرة عندما تكون حالة الأم والمولود مستقرة، ويجب ألا تنشغل الخدمة بإتمام إجراءات القسم على حساب المتابعة في الساعات الأولى، وتحتاج المرأة إلى معلومات مختصرة وواضحة عن علامات الخطر والعناية الشخصية والرضاعة ومتى تطلب المساعدة، ويزداد احتمال نسيان المعلومات عندما تقدم دفعة واحدة بعد تجربة مرهقة، لذلك يفيد تقسيمها والتأكد من الفهم وإشراك المرافق المناسب عند موافقة المرأة.

يساعد تسليم الحالة بين المناوبات في استمرارية الرعاية عندما يتضمن المعلومات المهمة والقرارات المعلقة وما يحتاج إلى متابعة، أما التسليم الشفهي غير المنظم فقد يؤدي إلى فقد تفاصيل تتعلق بالنزف أو الدواء أو الفحص أو تثقيف المرأة [4].

السلامة ومكافحة العدوى:

تتطلب سلامة الولادة نظافة اليدين واستخدام وسائل الحماية المناسبة، وتحضير الأدوات بطريقة آمنة، والتخلص السليم من النفايات والأدوات الحادة، وتنظيف البيئة بين الحالات، ويحتاج الالتزام إلى توفر المستلزمات وسهولة الوصول إليها، وإلى متابعة عملية لا تكتفي بوجود تعليمات مكتوبة.

يسهم تجهيز عربة الطوارئ ومراجعة صلاحية الأدوية وعمل الأجهزة في تقليل التأخير عند حدوث مضاعفة، وتظهر مسؤولية الإدارة في وضع نظام للجرد والصيانة والإبلاغ عن النقص، بينما تظهر مسؤولية الكادر في الفحص الدوري والتبليغ وعدم استخدام معدات غير آمنة [1].

تتصل السلامة أيضاً بصحة تعريف المرأة والدواء والجرعة والوقت والتوثيق وتقلل إجراءات التحقق المزدوج والتواصل الواضح عند تسليم الأدوية أو العينات من الأخطاء التي قد تنشأ في فترات الازدحام أو تغير المناوبة.

التواصل والرعاية المحترمة:

تؤكد الرعاية المحترمة حق المرأة في الكرامة والخصوصية والسرية والموافقة والحصول على المعلومات وعدم التمييز، وقد نبهت منظمة الصحة العالمية إلى أن الإهانة أو الإهمال أو تنفيذ إجراءات دون موافقة يضر بالثقة في الخدمة ويخالف الحقوق الأساسية للمرأة [9]. فصنفت مراجعة عالمية إساءة معاملة النساء أثناء الولادة في سبعة مجالات تشمل الإساءة الجسدية واللفظية والتمييز، وعدم الالتزام بالمعايير المهنية، وضعف العلاقة بين المرأة ومقدم الخدمة، والقيود المرتبطة بالنظام الصحي [10]. فقد تنشأ المشكلة من السلوك الفردي أو من بيئة تضع العامل والمرأة معاً تحت ضغط مستمر.

يشمل التواصل الجيد استخدام لغة مفهومة وتقديم المعلومات في الوقت المناسب، والإصغاء إلى مخاوف المرأة، وشرح سبب الفحص أو التدخل، ومنحها فرصة للسؤال، ويحتاج التواصل إلى التحقق من الفهم بدلاً من الاكتفاء بإعطاء تعليمات سريعة [7]. وتحمي الخصوصية الجسدية باستخدام الحواجز المناسبة وتقليل عدد الموجودين غير الضروري، وتحمى السرية بعدم مناقشة المعلومات أمام الآخرين دون موافقة.

التثقيف الصحي والدعم النفسي:

يبدأ التثقيف منذ الدخول إذ تحتاج المرأة إلى فهم ما يحدث في المخاض وما المتوقع منها ومتى تبلغ عن تغير أو ألم غير معتاد، ويختلف المحتوى بحسب المرحلة فلا يكفي تقديم معلومات عامة لا ترتبط بحالتها الحالية.

يتطلب الدعم النفسي الانتباه إلى الخوف والتوتر والخبرة السابقة في الولادة وطريقة الأسرة في تقديم المساندة، فقد تحتاج بعض النساء إلى شرح متكرر أو وجود مرافق تختاره المرأة ضمن سياسة المرفق، بينما تحتاج أخريات إلى قدر أكبر من الهدوء والخصوصية، ويمكن تقييم التثقيف والدعم من خلال أسئلة مباشرة للمرأة وملاحظة طريقة التواصل ومراجعة ما وُثق في السجل، فيعطي الجمع بين هذه المصادر صورة أدق من الاعتماد على رأي مقدم الخدمة وحده.

التوثيق واستمرارية الرعاية:

يعمل التوثيق كأداة تواصل وقرار ومساءلة وينبغي أن يعكس وقت الملاحظة والنتيجة والإجراء والاستجابة واسم من قام به، وأن يميز بين ما لوحظ وما أُبلغ به وما تقرر، أما التسجيل المتأخر أو العام فيضعف القدرة على متابعة التغير.

يساعد دليل رعاية المخاض على جمع المعلومات السريرية والداعمة في سجل واحد، ويوجه الانتباه إلى الملاحظات التي تحتاج قراراً، ولا تحقق الأداة فائدتها إذا استُخدمت كاستمارة تعبأ بعد انتهاء الرعاية إذ تعتمد قيمتها على التسجيل في الوقت المناسب ومراجعة الاتجاهات [4]. ويمكن استخدام اكتمال السجل كمؤشر للجودة، لكنه لا يثبت وحده أن الرعاية حدثت فيستحسن ربط مراجعة السجلات بالملاحظة أو مقابلة المرأة أو تدقيق عينة من الحالات، مع مراعاة الخصوصية وعدم تحويل التوثيق إلى عبء يستهلك وقت الرعاية المباشرة.

كفاءة الكادر والتدريب وعبء العمل:

تشمل الكفاءة القدرة على جمع المعلومات وتفسيرها، وتنفيذ المهارة بأمان، والتواصل والعمل ضمن الفريق، والتصرف عند الطوارئ، وتتغير هذه القدرة بالممارسة والتدريب والتغذية الراجعة فلا يكفي الاعتماد على المؤهل أو سنوات الخبرة وحدهما [5]. فيكون التدريب أكثر فائدة عندما يرتبط بفجوة ظهرت في التقييم ويتضمن ممارسة وتغذية راجعة ومتابعة في بيئة العمل، أما المحاضرة المنفصلة عن الواقع فقد تزيد المعرفة دون أن تغير التسجيل أو التواصل أو الاستجابة اليومية، يؤثر عبء العمل في الوقت المتاح لكل امرأة وفي انتظام المتابعة، ويقاس العبء بعدد العاملين وعدد الحالات وشدتها وتوزيع

المناوبات والمهام غير السريرية والغياب وتوفر الدعم، فأن تفسير العلاقة بين العبء والجودة يحتاج إلى مقياس واضح دون انطباع عام.

يرتبط نقص الموارد بعبء إضافي عندما يضطر العاملون إلى البحث عن مستلزم أو مشاركة جهاز أو تعويض تعطل نظام، وقد يحسن التنظيم بعض الجوانب مثل توحيد مكان الأدوات، وتحديد مسؤولية الجرد، وتبسيط النماذج، ووضع مسار واضح للإبلاغ.

العمل الجماعي والقيادة السريرية:

تتوزع رعاية المرأة أثناء المخاض بين أكثر من عضو في الفريق، وقد تتغير المسؤولية مع المناوبات أو تطور الحالة فتحتاج الجودة إلى تحديد واضح لمن يتابع المؤشرات الأساسية، ومن يراجعها، ومن يتخذ القرار عند ظهور تغير، ويقلل وضوح الأدوار احتمال افتراض كل فرد أن المهمة أنجزها شخص آخر، كما يسهل تحديد نقطة الاتصال عند الحاجة إلى مساعدة عاجلة. ويعد تسليم الحالة لحظة عالية الأهمية لأنه يجمع معلومات عن تقدم المخاض وحالة الأم والجنين والأدوية والفحوص والقرارات المعلقة واحتياجات المرأة، ويفيد استخدام ترتيب ثابت للمعلومات في تقليل السهو، مع إتاحة وقت للسؤال والتأكد من فهم الأولويات، ولا يعوض التسليم الشفهي عن السجل بل يكمله ويحول البيانات المكتوبة إلى خطة متابعة واضحة.

تظهر القيادة السريرية في تنظيم العمل اليومي، وتقديم الدعم عند الحالات الصعبة، ومراجعة الالتزام، والاستجابة للمشكلات التي يبلغ عنها العاملون، ولا تقتصر القيادة على رئيس القسم إذ يمكن للممرضة أو القابلة المسؤولة عن المناوبة أن تعزز السلامة من خلال توزيع المهام ومتابعة الموارد وتشجيع الإبلاغ المبكر عن التغير أو الخطأ من دون تأخير. وتحتاج بيئة العمل الآمنة إلى تواصل يسمح لأعضاء الفريق بالتنبيه إلى الخطر بصرف النظر عن الدرجة الوظيفية، وإلى قواعد واضحة للتصعيد عندما لا تصل الاستجابة المطلوبة، ويساعد ذلك في منع الصمت أمام قرار غير واضح أو تأخر محتمل، كما ينبغي أن تتلقى الملاحظات المهنية استجابة تحافظ على الاحترام وتوجه النقاش إلى سلامة المرأة والمولود.

يمكن قياس العمل الجماعي من خلال اكتمال التسليم، ووضوح المسؤوليات، وسرعة الاستجابة للتصعيد، ومراجعة الحوادث أو حالات التأخر، وتزداد فائدة هذه المؤشرات عندما تقترن بأمثلة من سير العمل وملاحظات الفريق، لأن الدرجة الكمية وحدها قد لا تفسر سبب ضعف التنسيق أو المرحلة التي يحدث عندها فقد المعلومات.

قياس جودة الرعاية ورضا النساء:

يتطلب قياس الجودة اختيار مؤشرات تمثل البنية والعمليات والنتائج وتجربة الرعاية، وقد وجدت مراجعة لأدوات تقييم المرافق أن التغطية تختلف كثيراً بين الأدوات، وأن نظم المعلومات وتجربة المريضة من أقل المجالات قياساً، وتدعم هذه النتيجة ضرورة توضيح ما تقيسه كل أداة وما تتركه خارج نطاقها [11]. وطُور مقياس الرعاية المتمحورة حول المرأة لقياس الكرامة والاحترام والتواصل والاستقلالية والرعاية الداعمة، ويضم المقياس الأصلي ثلاثين بنداً، وأظهر خصائص قياس مناسبة في بيئات ريفية وحضرية بكينيا، لكنه يحتاج إلى تكييف لغوي وثقافي والتحقق من الصدق والثبات قبل استخدامه في بيئة جديدة [12].

لا يساوي الرضا جودة الرعاية بالكامل فقد تعطي المرأة تقييماً إيجابياً لأنها تتوقع مستوى منخفضاً من الخدمة أو لأن النتيجة السريرية كانت جيدة، مع بقاء قصور في التواصل أو الخصوصية كما قد ينخفض الرضا لأسباب لا تعكس خطأ سريرياً فيفسر الرضا مع مؤشرات أخرى، وتتأثر الإجابة بتوقيت السؤال ومكانه ومن يجمع البيانات، فقد تتردد المرأة في النقد داخل المرفق أو أمام مقدم الرعاية، وقد تتغير رؤيتها بعد العودة إلى المنزل، ويساعد ضمان السرية واستخدام صياغة محايدة وتدريب جامع البيانات على تقليل هذا التحيز.

تكامل مؤشرات البنية والعملية والنتائج:

تصف مؤشرات البنية قدرة القسم على تقديم الخدمة، مثل عدد العاملين ومؤهلاتهم وتوافر أجهزة المراقبة والأدوية والنماذج المكتوبة، وتعد هذه المؤشرات شرطاً مهماً للرعاية لكنها لا تبين وحدها ما إذا كان الجهاز استُخدم عند الحاجة أو إذا كان العامل المتاح يمتلك الوقت والمهارة لتنفيذ المتابعة فينبغي ألا يتحول تقييم الموارد إلى جرد منفصل عن واقع الممارسة، وتوضح مؤشرات العملية ما نُفذ فعلياً أثناء الرعاية، مثل توقيت التقييم الأولي وانتظام متابعة الأم والجنين وشرح الإجراء والحفاظ على الخصوصية وتسجيل القرار والاستجابة، وتمتاز هذه المؤشرات بأنها أقرب إلى السلوك القابل للتغيير لكنها تحتاج إلى تعريف دقيق يحدد من يقوم بالفعل ومتى وكيف يحسب الالتزام، فعبارة عامة مثل تقديم رعاية جيدة لا تصلح للقياس ما لم تتحول إلى ممارسات يمكن ملاحظتها أو توثيقها، وتعبر مؤشرات النتائج عن الأثر الذي ظهر لدى الأم أو المولود أو في تجربة المرأة. وقد تكون النتيجة سريرية، مثل حدوث مضاعفة أو استقرار الحالة، أو خبراتية مثل الشعور بالاحترام والقدرة على فهم المعلومات. وتتأثر النتائج بعوامل كثيرة تسبق دخول المستشفى أو تقع خارجه؛ ولهذا لا يجوز تفسير كل نتيجة باعتبارها أثراً مباشراً لأداء التمريض من دون فحص شدة الحالة وبقية العوامل ذات الصلة.

تتضح قيمة القياس عندما تربط الدراسة بين المستويات الثلاثة، فإذا كان مستلزم أساسي متاحاً باستمرار وفُحص استخدامه في الممارسة ثم ربط ذلك بمؤشر النتيجة، أمكن تحديد موضع الخلل بدقة أكبر، أما إذا ظهر انخفاض في النتيجة وحدها فلن يعرف القسم هل يحتاج إلى مورد أو تدريب أو تعديل في الإجراء أو تحسين في التوثيق، ويؤكد إطار منظمة الصحة العالمية هذه العلاقة بين المدخلات وعمليات الرعاية والنتائج [1].

يفيد هذا التكامل أيضاً في تفسير الفروق بين المناوبات أو الفئات فقد تبدو درجة القسم مقبولة في المتوسط بينما تتركز المشكلة في فترة ازدحام محددة أو في بند واحد عالي الخطورة، لذلك يفضل عرض درجات المجالات والبنود الأساسية بجانب الدرجة الكلية، واستخدام العدد والنسبة أو المتوسط مع مقياس التشتت المناسب، حتى لا تخفي القيمة الإجمالية تفاوتاً مهماً داخل الخدمة.

جدول 2 مصفوفة تفسير مؤشرات جودة العناية أثناء الولادة

مستوى المؤشر	ما الذي يصفه؟	مثال في قسم الولادة	دلالة النتيجة
البنية	القدرة التنظيمية والمادية	توافر كادر مؤهل وأجهزة ونماذج ومستلزمات	يبين الاستعداد لتقديم الرعاية ولا يثبت تنفيذها
العملية السريرية	ما نُفذ أثناء الرعاية	التقييم والمراقبة والاستجابة والتوثيق	يكشف الالتزام بالممارسة وتوقيتها
تجربة الرعاية	ما اختبرته المرأة أثناء الخدمة	الاحترام والخصوصية والمعلومات والدعم	يبين جودة العلاقة وحقوق المستفيدة
النتيجة	الأثر السريري أو الخبراتي	استقرار الحالة والرضا وفهم علامات الخطر	يُفسر مع خصائص الحالة والبنية والعملية

إدارة المخاطر والإحالة والاستجابة للطوارئ:

تظل الولادة الطبيعية حالة تحتاج إلى الاستعداد لاحتمال التغير السريع، ولا يعني تصنيف المرأة منخفضة الخطورة عند الدخول أن الخطر لن يظهر لاحقاً فتقوم السلامة على إعادة التقييم المنتظم والتعرف إلى العلامات التي تتجاوز حدود الاستمرار في المسار المعتاد والقدرة على استدعاء المساعدة من دون تأخير، ويشمل ذلك وضوح الأدوار ومعرفة من يتخذ القرار وكيف تصل إليه المعلومة، وتبدأ الاستجابة الجيدة قبل حدوث الطوارئ من خلال تحديد مسؤولية فحص الأجهزة والأدوية، وتوحيد مكان المستلزمات، والتأكد من صلاحيتها، ومراجعة مسار الاتصال والإحالة، وعند ظهور علامة خطر يحتاج

الفريق إلى توثيق وقت اكتشافها، والإجراء الأولي، ووقت إبلاغ المسؤول، والاستجابة التي تمت، فتساعد هذه الأزمنة في فهم التأخير وتحسين النظام، بدلاً من الاكتفاء بتسجيل النتيجة النهائية.

تتطلب الإحالة نقل معلومات مختصرة وكاملة عن حالة المرأة وتطور المخاض وما نُفذ من إجراءات وأدوية وسبب النقل. ويؤدي غياب نموذج موحد أو وسيلة اتصال واضحة إلى تكرار التقييم أو تأخر القرار في الجهة المستقبلة، فيعد مسار الإحالة جزءاً من جودة القسم حتى لو نُقلت الحالة إلى مرفق آخر، لأن مسؤولية الاستمرارية تبدأ من لحظة التعرف إلى الحاجة إلى مستوى أعلى من الرعاية [1].

تدعم المحاكاة الدورية قدرة الفريق على توزيع الأدوار والتواصل في الحالات الحرجة، لكنها تكون أكثر فائدة عندما تراجع الأخطاء والمشكلات التي ظهرت في القسم نفسه، ويمكن بعد كل تدريب أو حالة حرجة عقد مراجعة قصيرة تركز على ما نجح وما تعطل والإجراء المحدد الذي سيعدل، وينبغي أن تتم المراجعة في بيئة تعلم آمنة تميز بين الخطأ الفردي ومشكلة النظام مع الحفاظ على المساءلة المهنية، فتعد سلامة المرأة محوراً مشتركاً بين المراقبة والموارد والتوثيق والتواصل، فقد تكون الملاحظة السريرية صحيحة لكن فائدتها تضيع إذا لم تُنقل في الوقت المناسب، وقد يصل القرار إلى الفريق لكن يتعذر تنفيذه لغياب مورد، وقد ينفذ التدخل دون أن تفهم المرأة سببه، لذلك ينبغي أن يقيس التقييم سلسلة الاستجابة كاملة لا نقطة واحدة منها.

من القياس إلى التحسين المستمر:

لا يحقق قياس الجودة غايته بمجرد استخراج نسبة أو تصنيف، تبدأ الاستفادة العملية باختيار عدد محدود من المشكلات التي تجمع بين الأهمية السريرية وإمكان التعديل، ثم تحديد سبب كل مشكلة والجهة المسؤولة والزمن اللازم للتنفيذ والمؤشر الذي سيستخدم في المتابعة، ويساعد هذا الأسلوب على تحويل التوصيات العامة إلى مهام يمكن التحقق من إنجازها، ويفضل أن يراجع فريق القسم النتائج حسب المجالات والبنود، مع التمييز بين مشكلة معرفة، ومشكلة مهارة، ومشكلة تنظيم، ومشكلة مورد، فإذا كان العاملون يعرفون الإجراء لكنهم لا يجدون النموذج أو الجهاز، فلن يعالج التدريب وحده السبب، وإذا كان المورد متاحاً لكن الاستخدام غير منتظم، فقد تحتاج الخدمة إلى توضيح المسؤولية أو الإشراف أو تبسيط خطوات العمل.

يمكن استخدام دورة قصيرة للتحسين تبدأ بتحديد الهدف، ثم تجربة تغيير صغير في مناوبة أو فترة محددة، وقياس أثره، وتعديله قبل التوسع، ومن أمثلة ذلك تجربة نموذج تسليم موحد، أو قائمة فحص لعربة الطوارئ، أو تسجيل تقديم معلومات الخروج، فيقلل الاختبار المحدود مخاطر التغيير الواسع، ويكشف العقبات العملية التي قد لا تظهر في التخطيط المكتبي [13]. وتحتاج المتابعة إلى مؤشر واضح له بسط ومقام أو طريقة احتساب ثابتة، ومصدر بيانات معروف، ودورية مناسبة، ويجب ألا يزداد عبء التسجيل بصورة تدفع العاملين إلى تعبئة النماذج بعد انتهاء الرعاية، ويمكن اختيار مؤشرات قليلة عالية القيمة، واستخدام عينة دورية من السجلات أو الملاحظات، ثم عرض النتائج بصورة بسيطة تسمح للفريق برؤية التحسن أو التراجع.

تظهر خبرة إدماج معايير الجودة في بنغلاديش وغانا وتنزانيا أن التحسن في ترسيخ المعايير ممكن، لكنه يتأثر بإدارة الموارد البشرية وصيانة المعدات واستمرار المتابعة [14]. وتفيد هذه النتيجة في تجنب التعامل مع التحسين كنشاط تدريبي لمرة واحدة؛ إذ يحتاج إلى قيادة محلية ومسؤوليات محددة وبيانات راجعة وتوفير الحد الأدنى من الموارد.

وتسهم مشاركة النساء في تحسين الخدمة عندما تُجمع آراؤهن بطريقة تحفظ الأمان والسرية، ثم تناقش مع المؤشرات السريرية، وقد تكشف تجربة المرأة عن تأخر أو نقص في المعلومات لا يظهر في السجل، بينما تكشف المراجعة السريرية جوانب لا تستطيع المرأة تقييمها، ويعطي الجمع بين المنظورين أساساً أكثر توازناً لاختيار التغيير المطلوب.

الدراسات السابقة:

أجرى لازيريني وزملاؤه تقييماً في مستشفى مرجعي بإيطاليا باستخدام معايير منظمة الصحة العالمية، جمعت الدراسة آراء 1050 أماً و105 من العاملين، وأظهرت ارتفاعاً في الرضا العام لدى عدد كبير من الأمهات، مع استمرار فجوات في الحركة أثناء المخاض والمعلومات المتعلقة بعلامات الخطر وتوفر البروتوكولات والتدريب، وتبين النتيجة أن الرضا العام لا يكفي للحكم على الممارسة [15].

قيّم بلال وزملاؤه جودة الرعاية أثناء الولادة في 15 مرفقاً حكومياً في بنغلاديش بالاستناد إلى معايير كل أم وكل مولود. جمع التقييم بين فحص البنية والتجهيزات، ومراجعة السجلات، وملاحظة الرعاية، ومقابلة مقدمي الخدمة، وأظهر أن توفر بعض الموارد لا يضمن تنفيذ الممارسة الموصى بها بصورة منتظمة [16].

كما راقب بوهرن وزملاؤه الرعاية في اثني عشر مرفقاً في غانا وغينيا وميانمار ونيجيريا، وجمعوا أيضاً بيانات مجتمعية من النساء بعد الولادة، تعرض أكثر من ثلث النساء لشكل من أشكال إساءة المعاملة، وكانت الفترة القريبة من الولادة أكثر حساسية، وتبرز الدراسة قيمة الجمع بين الملاحظة المباشرة وتقارير النساء [17].

حلل أفولاني وزملاؤه بيانات 3625 امرأة في كينيا وغانا والهند باستخدام مقياس الرعاية المتمحورة حول المرأة. ظهرت أدنى الدرجات في مجال التواصل والاستقلالية عبر المواقع، مع فروق واضحة بين البيئات، وتؤكد الدراسة أن المقارنة تحتاج إلى أداة موحدة مع تفسير النتائج في ضوء السياق [18].

اختبر مانو وزملاؤه إدماج معايير تحسين جودة رعاية الأم والوليد في بنغلاديش وغانا وتنزانيا، شملت الدراسة 19 مرفقاً للتدخل و24 للمقارنة، واستخدمت بيانات قبل التنفيذ وبعد ثمانية عشر شهراً، وارتفعت درجة ترسيخ المعايير من 61% إلى 80%، بينما اختلف التغير في مؤشرات الوفيات بين البلدان، وظلت إدارة الموارد البشرية وصيانة المعدات من التحديات [14].

راجعت بريزويلا وزملاؤها قدرة أدوات واسعة الاستخدام على قياس معايير منظمة الصحة العالمية، وتراوحت تغطية المقاييس بين الأدوات بدرجة كبيرة، ولم تغط الأدوات مجتمعة عدداً من مقاييس المدخلات والعمليات، خصوصاً تجربة الرعاية ونظم المعلومات، وتفيد هذه النتيجة في تفسير اختلاف الدراسات بحسب ما تقيسه أدواتها [11].

درست عمر وزملاؤها رضا 300 مريضة في قسم النساء والولادة بمركز بنغازي الطبي باستخدام عينة ملائمة وأداة لقياس الرضا عن الرعاية التمريضية، وأشارت النتائج إلى انخفاض الرضا عن جوانب من الرعاية، وأوصت بالتقييم الدوري. وضمت العينة مريضات من خدمات النساء والولادة معاً لذلك تختلف عن دراسة تقتصر على الولادة الطبيعية [6].

قيّمت البيرق معلومات 160 قابلة في ثلاثة مستشفيات بمدينة اللاذقية حول العناية التمريضية خلال الدور الثاني من المخاض، وأظهرت الدراسة الحاجة إلى التعليم المستمر والإشراف الدوري على الممارسة [19].

وقيّم دونا وزاهر وبدور أداء 30 ممرضة في أقسام الحواضن بثلاثة مستشفيات باستخدام قائمة ملاحظة للإجراءات التمريضية، ووجدوا أن 67% من أفراد العينة كن في مستوى أداء ضعيف، وتوضح هذه النتيجة قيمة الملاحظة المباشرة إلى جانب استبيانات الرضا [20].

وفي السودان، استخدم محمد وعلي استبانة شملت 150 مريضاً من مستشفيات عامة وخاصة، وكشفت الدراسة فروقاً في مؤشرات جودة الرعاية التمريضية المدركة باختلاف نوع المستشفى وبعض الخصائص الفردية [21].

وتعرض المراجع المهنية العربية نطاق عمل القابلة وكفاءاتها وأخلاقيات الممارسة [22]، كما تؤكد السياسات الإرشادية أهمية الدعم النفسي والجسدي واحترام الخصوصية خلال المخاض والولادة [23].

التعقيب على الدراسات السابقة:

توضح الدراسات السابقة أن تقييم جودة رعاية الولادة قد يعتمد على تجربة النساء أو الملاحظة أو السجلات أو تقييم الموارد، أما الدراسة الحالية فاعتمدت على استجابات النساء، ولذلك تفسر نتائجها بوصفها تقييماً مدركاً للعناية والخدمات، لا قياساً مباشراً للالتزام السريري، وتختلف الدراسات في عيناتها وأدواتها ووحدات القياس، كما أن دراسة بنغازي شملت خدمات النساء والولادة عموماً ولم تقتصر على الولادة الطبيعية، لذلك تفيد المقارنة في فهم الاتجاهات، مع تجنب المقارنة الرقمية المباشرة بين أدوات وسياقات مختلفة.

وتتميز الدراسة الحالية بتركيزها على مستشفى تساوة وبعرض استجابات النساء لكل بند، بما يكشف جوانب محددة يمكن متابعتها محلياً، مثل الراحة والمتابعة والخصوصية ووضوح الإرشادات وتوفر الخدمات.

جدول 3 مقارنة موجزة بين الدراسات الأكثر ارتباطاً بالبحث

الدراسة	المكان والتصميم	عينة الدراسة	صلة الدراسة الحالية
Lazzerini et al. 2019	إيطاليا؛ تقييم وفق معايير المنظمة	أمهات وعاملون	التمييز بين الرضا العام والممارسات المحددة
Billah et al. 2019	بنغلاديش؛ تقييم 15 مرفقاً	بنية وسجلات وملاحظة ومقدمو خدمة	الجمع بين مصادر متعددة للجودة
Bohren et al. 2019	أربع دول؛ مقطعية	ملاحظة الولادة ومسح مجتمعي	قياس المعاملة وتجربة المرأة
Afulani et al. 2019	كينيا وغانا والهند؛ مقطعية	3625 امرأة	قياس الرعاية المتمحورة حول المرأة
Manu et al. 2022	ثلاث دول؛ شبه تجريبي	مرافق وعاملون وسجلات ونساء	ربط المعايير بالتنظيم والاستدامة
عمر وآخرون 2023	بنغازي؛ مقطعية	300 مريضة	مقارنة ليبية مع اختلاف نطاق العينة
البيرق 2016	سوريا؛ وصفية	160 قابلة	معارف القابلات في المرحلة الثانية من المخاض
دونا وآخرون 2014	سوريا؛ تقييم أداء	ملاحظة 30 ممرضة	إبراز الفرق بين التقرير الذاتي والأداء المشاهد
محمد وعلي 2020	السودان؛ وصفية	استبانة 150 مريضاً	قياس جودة الرعاية من منظور المستفيدين
الدراسة الحالية	تساوة؛ وصفية تحليلية	استجابات 20 امرأة	تركيز محلي على الولادة الطبيعية

المواد والطرق:

- **تصميم الدراسة:**

اتبعت الدراسة منهجاً ميدانياً وصفياً تحليلياً، واعتمدت على استبيان يصف تقييم النساء للعناية التمريضية ورضاهن عن الخدمات المقدمة.

- **مكان الدراسة وفترتها:**

أجريت الدراسة في مستشفى تساوة العام، وهو مرفق تابع لوزارة الصحة يقدم خدماته لسكان المنطقة والمناطق المحيطة، خلال الفترة من 19 يونيو 2024 إلى 19 يونيو 2025.

- **مجتمع الدراسة والعينة:**

شملت الدراسة 20 امرأة من المترددات على مستشفى تساوة ضمن خدمات الولادة الطبيعية خلال فترة الدراسة.

- **أداة جمع البيانات:**

استخدم استبيان بخمس فئات للاستجابة: أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة، وشمل التحليل 13 بنداً؛ ستة بنود في محور العناية التمريضية وسبعة بنود في محور رضا النساء، إلى جانب العمر والمؤهل العلمي وترد البنود الداخلة في التحليل في الملحق 1.

- **ثبات الأداة:**

بلغ معامل ألفا كرونباخ 0.775 لمحور العناية التمريضية، و0.703 لمحور رضا النساء، و0.822 للأداة ككل، وهي قيم تشير إلى اتساق داخلي مقبول في عينة الدراسة.

- **إجراءات جمع البيانات:**

وزع الاستبيان على المشاركات، ثم جمعت الاستمارات ورمزت الاستجابات وفرغت للتحليل، وتضمن غلاف الأداة بياناً بأن المعلومات سرية وتستخدم للأغراض العلمية.

- **التحليل الإحصائي:**

عرضت المتغيرات والاستجابات بالتكرارات والنسب المئوية، وقُيّم الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ، واستخدم معامل ارتباط بيرسون لفحص العلاقة بين محوري العناية التمريضية والرضا، وبالاستناد إلى $r=0.319$ وحجم العينة 20، بلغت قيمة الاختبار $t=1.428$ وبلغ مستوى الدلالة ثنائي الطرف $p=0.170$.

- **الاعتبارات الأخلاقية:**

رُوعيت سرية المعلومات وقصر استخدامها على الأغراض العلمية وفق البيان المثبت في مقدمة الاستبيان.

النتائج:

شارك في الدراسة 20 امرأة، كانت أكبر فئة عمرية هي 36 سنة فأكثر بنسبة 40%، وحملت جميع المشاركات مؤهلاً جامعياً وفق البيانات الواردة في الجداول.

جدول 4 الخصائص الأساسية للمشاركات

المتغير	الفئة	العدد	النسبة
العمر	21-30 سنة	5	%25
العمر	31-35 سنة	7	%35
العمر	36 سنة فأكثر	8	%40
المؤهل العلمي	جامعي	20	%100

استجابات المشاركات لبنود العناية والرضا:

بلغت نسبة الموافقة والموافقة الشديدة 80% على أن العناية التمريضية المقدمة ممتازة، وظهرت أعلى الاستجابات الإيجابية في الشعور بالراحة أثناء العناية بنسبة 90%، والمتابعة المستمرة واحترام حقوق المرأة بنسبة 85% لكل منهما.

كانت أقل الاستجابات الإيجابية في الخدمات الغذائية بنسبة 35%، مقابل 50% من الاستجابات السلبية، كما بلغت الاستجابات الإيجابية لتوفر التحاليل والأدوية اللازمة للطوارئ 50%، مع اختيار 40% للاستجابة المحايدة.

جدول 5 توزيع استجابات المشاركات على بنود العناية والرضا

البند	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
العناية التمريضية المقدمة ممتازة	9 (%45)	7 (%35)	2 (%10)	2 (%10)	0
توضيح المعلومات الطبية	4 (%20)	12 (%60)	4 (%20)	0	0
التجاوب مع احتياجات المريضة	8 (%40)	8 (%40)	1 (%5)	3 (%15)	0
الشعور بالراحة أثناء العناية	10 (%50)	8 (%40)	2 (%10)	0	0
المتابعة المستمرة للحالة	9 (%45)	8 (%40)	3 (%15)	0	0
توفر التحاليل والأدوية للطوارئ	4 (%20)	6 (%30)	8 (%40)	2 (%10)	0
جودة العناية المقدمة ممتازة	7 (%35)	9 (%45)	4 (%20)	0	0
توفير الخصوصية أثناء الفحوص	5 (%25)	10 (%50)	3 (%15)	2 (%10)	0
سرعة الاستجابة للطوارئ	7 (%35)	7 (%35)	5 (%25)	1 (%5)	0
وضوح الإرشادات الطبية	8 (%40)	7 (%35)	4 (%20)	1 (%5)	0
توفر وسائل الراحة	6 (%30)	9 (%45)	4 (%20)	1 (%5)	0
احترام حقوق المرأة	6 (%30)	11 (%55)	3 (%15)	0	0
جودة الخدمات الغذائية	2 (%10)	5 (%25)	3 (%15)	5 (%25)	5 (%25)

الثبات والعلاقة بين المحورين:

بلغ معامل الثبات الكلي 0.822، وظهر ارتباط موجب بين محوري العناية والرضا مقداره 0.319، لكنه لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية في عينة الدراسة ($p=0.170$)، وبذلك لم ترفض الفرضية الصفرية.

جدول 6 مؤشرات الثبات والارتباط

المؤشر	القيمة	التفسير
ألفا كرونباخ لمحور العناية التمريضية	0.775	اتساق داخلي مقبول
ألفا كرونباخ لمحور رضا النساء	0.703	اتساق داخلي مقبول
ألفا كرونباخ للأداة ككل	0.822	اتساق داخلي جيد
الارتباط بين محوري العناية والرضا	r=0.319؛ p=0.170	ارتباط موجب ضعيف إلى متوسط وغير دال إحصائياً

المناقشة:

أظهرت النتائج اتجاهاً إيجابياً في تقييم المشـــاركات لمعظم بنود التعامل التمريضـــي والخدمات المرتبطة بتجربة الرعاية، فقد وافقت 80% من المشاركات أو وافقن بشدة على أن العناية التمريضية ممتازة، وهي نسـبة تعكس تجربة مدركة إيجابية لدى أغلبية العينة، لكنها لا تكفي وحدها للحكم على المطابقة السـريرية للمعايير.

برز الشعور بالراحة والمتابعة المستمرة واحترام حقوق المرأة بوصفها أقوى الجوانب، وتتفق أهمية هذه الجوانب مع إطار الرعاية المحترمة الذي يربط الجودة بالتواصـل والكرامة والخصـوصـية والدعم، إلى جانب سلامة الممارسة [1،7،9].

في المقابل أظهرت النتائج مجالين يحتاجان إلى مراجعة، الأول توفر التحاليل والأدوية اللازمة للطوارئ، إذ بلغت الاسـتجابات الإيجابية 50% واختارت 40% الاسـتجابة المحايدة، والثاني الخدمات الغذائية التي لم تتجاوز فيها الاستجابات الإيجابية 35%، بينما بلغت الاستجابات السلبية 50%. وتشير هذه النسب إلى أن تحسين تجربة المرأة لا يرتبط بالتعامل المباشر فقط بل يشمل جاهزية الخدمات المساندة.

كانت نسبة الاستجابات الإيجابية عن الخصوصية 75%، وعن وضوح الإرشادات 75%، وعن سرعة الاسـتجابة للطوارئ 70%. ويمكن تفسير هذه النتائج بوصـفها جوانب مقبولة من منظور المشـاركات مع بقاء مساحة للتحسين، ولا سيما أن نسب الحياد تراوحت بين 15% و25% في هذه البنود.

تختلف النتيجة العامة عن دراســـة مركز بنغازي الطبي التي أظهرت انخفاض الرضـــا عن جوانب من الرعاية التمريضـــية [6]. وقد يرجع الاختلاف إلى حجم العينة والأداة ونطاق الخدمة وتوقيت القياس، ولذلك لا تصـلح المقارنة الرقمية المباشـرة بين الدراسـتين. ولم تظهر علاقة دالة إحصـائياً بين محوري العناية والرضـا (r=0.319، p=0.170). وقد يرتبط عدم الدلالة بصـغر العينة وقلة القدرة الإحصـائية، كما أن تداخل مضـــمون بعض البنود واختلافها بين المحورين قد يؤثر في قوة الارتباط. وتحتاج هذه العلاقة إلى اختبار لاحق بأداة نهائية موحدة وعينة أكبر.

حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة على 20 مشاركة من مستشفى واحد، مما يحد من تعميم النتائج ويقلل القدرة على كشف العلاقات الإحصائية.

اعتمد القياس على اسـتجابات النسـاء دون ملاحظة مباشـرة للممارسـة السـريرية أو مراجعة السـجلات؛ ولذلك تعبر النتائج عن الخبرة المدركة للعناية والخدمات، كما لا يسـمح التصـميم الوصـفي بإثبات علاقة سببية.

الاستنتاج:

أظهرت المشـاركات تقييماً إيجابياً لمعظم جوانب العناية التمريضـية في مسـتشـفى تسـاوة، وبرزت الراحة والمتابعة المســـتمرة واحترام حقوق المرأة بوصـــفها أعلى الجوانب تقييماً، وفي المقابل ظهرت أولوية

لتحسين توفر التحاليل والأدوية اللازمة للطوارئ والخدمات الغذائية، ولم تثبت علاقة دالة إحصائياً بين محوري العناية والرضا في العينة المدروسة.

التوصيات:

- المحافظة على الممارسات التي دعمت شعور النساء بالراحة والمتابعة واحترام الحقوق، مع إدراجها في التقييم الدوري للخدمة.
- مراجعة آلية توفير التحاليل والأدوية اللازمة للحالات الطارئة، ومتابعة المخزون والجاهزية بصورة منتظمة.
- تقييم الخدمات الغذائية وأسباب عدم الرضا عنها ووضع إجراءات تحسين قابلة للقياس.
- تعزيز الخصوصية ووضوح الإرشادات وسرعة الاستجابة، مع استخدام رأي النساء في متابعة التحسن.
- استخدام أداة موحدة في الدراسات اللاحقة، وتكرار الدراسة بعينة أكبر ومن أكثر من مرفق، مع إضافة الملاحظة السريرية أو مراجعة السجلات إلى استجابات النساء.

المراجع:

[1] World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: WHO; 2016. ISBN 9789241511216.

[2] Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns: the WHO vision. BJOG. 2015;122(8):1045-1049. doi:10.1111/1471-0528.13451.

[3] World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. ISBN 9789241550215.

[4] World Health Organization. WHO labour care guide: user's manual. Geneva: WHO; 2020. ISBN 9789240017566.

[5] International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Midwifery Practice. The Hague: ICM; 2024.

[6] عمر فاطمة عبد الله عطية الله، مصطفى فتحي سعد، العمروني رندا محمود جاد الله. تقييم رضا المريضات عن الرعاية التمريضية في قسم أمراض النساء والتوليد بمركز بنغازي الطبي، ليبيا. مجلة العلوم الطبية والصيدلانية. 2023م.

[7] Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. BJOG. 2018;125(8):932-942. doi:10.1111/1471-0528.15015.

[8] American College of Obstetricians and Gynecologists. Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. Committee Opinion No. 766. Obstet Gynecol. 2019;133(2):e164-e173. doi:10.1097/AOG.0000000000003074.

[9] World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: WHO; 2014.

[10] Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. PLoS Med. 2015;12(6):e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.

[11] Brizuela V, Leslie HH, Sharma J, Langer A, Tunçalp Ö. Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? A review of facility assessment tools. Lancet Glob Health. 2019;7(5):e624-e632. doi:10.1016/S2214-109X(19)30033-6.

[12] Afulani PA, Diamond-Smith N, Golub G, Sudhinaraset M. Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population. Reprod Health. 2017;14:118. doi:10.1186/s12978-017-0381-7.

[13] World Health Organization. WHO labour care guide implementation resource package. Geneva: WHO; 2025. ISBN 9789240109346.

[14] . Manu A, Billah SM, Williams J, et al. Institutionalising maternal and newborn quality-of-care standards in Bangladesh, Ghana and Tanzania: a quasi-experimental study. BMJ Glob Health. 2022;7:e009471. doi:10.1136/bmjgh-2022-009471.

[15] Lazzerini M, Pessa Valente E, Covi B, Semenzato C, Ciuch M. Use of WHO standards to improve quality of maternal and newborn hospital care: a study collecting both mothers' and staff perspective in a tertiary care hospital in Italy. BMJ Open Qual. 2019;8:e000525. doi:10.1136/bmjoq-2018-000525.

[16] Billah SM, Chowdhury MAK, Khan ANS, et al. Quality of care during childbirth at public health facilities in Bangladesh: a cross-sectional study using WHO UNICEF Every Mother Every Newborn standards. BMJ Open Qual. 2019;8:e000596. doi:10.1136/bmjoq-2018-000596.

[17] childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. Lancet. 2019;394(10210):1750-1763. doi:10.1016/S0140-6736(19)31992-0.

[18] Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. Lancet Glob Health. 2019;7(1):e96-e109. doi:10.1016/S2214-109X(18)30403-0.

[19] البيرق كوكب. تقييم معلومات القابلات حول العناية التمريضية خلال الدور الثاني من المخاض. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية: سلسلة العلوم الصحية. 2016م.

[20] دونا عيسى عبود، زاهر عزيز، بدور إزدهار صالح. تقييم جودة الأداء التمريضي لحديثي الولادة في الحاضنة. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية: سلسلة العلوم الصحية. 2014;36(3) 203-224.

[21] محمد محمد الحسن شريف، علي عبد الغفار عبد الله حامد. تقييم جودة خدمة الرعاية التمريضية من وجهة نظر المرضى بالمستشفيات السودانية. المجلة العالمية للاقتصاد والأعمال. 2020 ;8(2) 209-227 .

[22] سندي إلهام أحمد. الكتاب الإرشادي للقابلات. الرياض: وزارة الصحة السعودية؛ 1440ه (2019م). ISBN 978-603-.

وزارة الصحة السعودية. سياسة المرافق في أقسام النساء والولادة. الرياض: وزارة الصحة السعودية؛ 2020م.

ملحق 1 بنود الاستبيان الداخلة في التحليل

تتضمن البيانات الأساسية العمر والمؤهل العلمي. وتجاب البنود الآتية وفق مقياس خماسي: أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة.

الرقم	المحور	البند
1	العناية التمريضية	العناية التمريضية المقدمة ممتازة
2	العناية التمريضية	توضح الممرضة المعلومات الطبية بصورة مفهومة
3	العناية التمريضية	تتجاوب الممرضة مع احتياجات المريضة
4	العناية التمريضية	أشعر بالراحة أثناء تقديم العناية
5	العناية التمريضية	توجد متابعة مستمرة للحالة
6	العناية التمريضية	تتوفر التحاليل والأدوية اللازمة للطوارئ
7	رضا النساء	جودة العناية المقدمة ممتازة
8	رضا النساء	تتوفر الخصوصية أثناء الفحوص
9	رضا النساء	تتم الاستجابة بسرعة في الحالات الطارئة
10	رضا النساء	الإرشادات الطبية واضحة
11	رضا النساء	تتوفر وسائل الراحة المناسبة

12	رضا النساء	تُحترم حقوق المرأة أثناء الرعاية
13	رضا النساء	الخدمات الغذائية المقدمة جيدة

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions, and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of **JSHD** and/or the editor(s). **JSHD** and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred to in the content.