مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة1 المجلد (21)– العدد (02)(ديسمبر، 2020) - ص 239 - 260
ISSN 1111-5149 /E.ISSN 2430-2588

الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية لدى مرضى القصور الكلوي

Adherence to treatment and Satisfaction with health services among patients with renal failure

سارة بخوش[1]، مخبر بنك الاختبارات النفسية والمدرسية والمهنية، (جامعة باتنة 1)
b.sarah@windowslive.com
لبنى أحمان، مخبر بنك التطبيقات النفسية في الوسط العقابي (جامعة باتنة 1)
loubnaahmane@yahoo.fr

تاريخ الاستلام	تاريخ القبول
2019-10-25	2020-12-09

ملخّص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية، وكذا العلاقة بينهما لدى مرضى القصور الكلوي، وأيضا الكشف عن الفروق بين المصابين في مستوى المتغيرين تعزى للعمر، الجنس والمستوى التعليمي.

وقد أجريت هذه الدراسة على عينة متكونة من 52 مريضا يتابعون علاجهم بكل من المستشفى الجامعي باتنة قسم تصفية الدم، وعيادة تصفية الدم مغرب، باستخدام مقياسين من تصميم الطالبة، الأول خاص بقياس الالتزام بالعلاج والثاني يقيس الرضا عن الخدمات الصحية، بعد التأكد من قدرتهما على القياس واتباع المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والفارقي وباستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، تم التوصل للنتائج الآتية -ارتفاع مستوى كل من الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية لدى أفراد عينة البحث. -لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الالتزام بالعلاج، والرضا عن الخدمات الصحية لدى أفراد العينة.- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية تعزى لمتغير الجنس، العمر والمستوى التعليمي.

الكلمات المفتاحية:

الالتزام بالعلاج، الرضا عن الخدمات الصحية، القصور الكلوي.

Abstract

This study aimed to identify the level of adherence to treatment and satisfaction with health services and the relationship between them among patients with renal failure, and statistically significant differences in the two variables due to age, sex, educational level.

The study was conducted on 52 patients followed their treatment at the Blood Filtration Department in Batna Hospital and clinic Maghreb, using two questionnaries which were designed by the researcher; the first was for the adherence to treatment and the second was for satisfaction with health services, after ensuring their ability to measure, following the descriptive approach and using statistical appropriate methods, the results are

High level of both adherence to treatment and satisfaction with health services among patients with renal failure, there is no statistically significant correlation between satisfaction with health services and adherence to treatment among patients with renal failure, there were no statistically significant differences in both adherence to treatment and satisfaction with health services in sample due to age, gender, educational level.

Key words

adherence to treatment, satisfaction with health service, Renal failure

[1] - سارة بخوش

مقدّمة

أدى ظهور تخصص جديد في علم النفس يعنى بالقضايا الصحية إلى لفت انتباه المختصين والعاملين في الميدان الصحي إلى الأهمية والدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية في صحة الأفراد، هذا التخصص يهتم بدراسة العمليات النفسية في الصحة والمرض والرعاية الصحية، والعوامل السلوكية المرتبطة بالحفاظ على الصحة وكيفية مساعدة المرضى على التوافق مع مرضهم والشفاء منه.

يعرف هذا التخصص باسم "علم نفس الصحة" وهو الدراسة العلمية التي تهتم بالكشف عن منظومة العلاقات بين العوامل النفسية، وكل من الصحة والمرض على حدةٍ.(شويخ، 2009، ص 15)، وقد اعتمد على أحد أهم وأحدث النماذج في تفسير الصحة والمرض وهو "النموذج البيونفسي اجتماعي" الذي يعتمد في تفسير الصحة والمرض على النظرة المتكاملة؛ إذ ينظر للإنسان على أنه وحدة واحدة تتضمن ثلاث أبعاد: بعد عضوي، بعد نفسي، وبعد اجتماعي؛ حيث إذا اضطرب أحد هذه الأبعاد تضطرب البقية.

ولأن علم نفس الصحة يعتبر علم ذو صلة وثيقة بمشاكل العصر الذي نعيش فيه لهذا فهو يهتم بدراسة أبرز المشاكل الصحية المعاصرة مثل الأمراض المزمنة، والتي شهدت السنوات الأخيرة زيادة ملحوظة في نسبة الإصابة بها حيث يعاني 50٪ من الأمريكيين من مرض مزمن، وثلث هذه الحالات تتراوح أعمارهم بين 18 و 44 سنة. (تايلور، 2008، ص 619)، وهي تنتج عن إصابة دائمة أو خلل وظيفي دائم في أحد الأعضاء، أو الأجهزة في الجسم مما يؤدي إلى اختلال التوازن العضوي ويؤثر على مختلف جوانب حياة المصاب: المهنية، الاجتماعية، الشخصية وعلى الحياة اليومية مما يجعل من الضروري إحداث تغييرات دائمة على أنشطة المريض في مختلف المجالات.

الإشكالية

تتضمن الأمراض المزمنة مجموعة كبيرة من الأمراض منها القصور الكلوي إذ يعتبر من بين أهم الأمراض المزمنة التي حظيت باهتمام العديد من الباحثين في مجال علم نفس الصحة؛ حيث تزيد نسب الإصابة به في العالم -حسب دراسة أسترالية- إلى أكثر من 49 مليون مصاب منهم 2.3 مليون يموتون سنويا بسبب عدم قدرتهم على تلقي العلاج المناسب. (الجزيرة، 2015). أما في الجزائر ففي ظل غياب أرقام رسمية حول عدد المصابين إلا أنه حسب المعهد الوطني للكلى وزراعة الأعضاء الكائن مقره في مستشفى فرانز فانون في البليدة أن هناك 3.5 مليون مصاب يضاف إليهم سنويا 4500 حالة إصابة جديدة سنويا. (جريدة جزايرس، 2017) .

ويرجع القصور الكلوي إلى عجز الكلى عن أداء وظائفها المختلفة فينتج عن ذلك اختلال كبير في الجسم يجعله عاجزا عن طرح فضلاته ومخلفات عمليات الأيض التي يقوم بها، وكذا يجعله عاجزا عن الحفاظ على توازنه؛ مما يجعل المصاب بحاجة دائمة إلى مساعدة تقدمها آلة غسيل دم يضطر لاستعمالها ثلاث مرات أسبوعيا لمدة أربع ساعات كل مرة، فيجد المصاب نفسه في صراع بين آلة؛ ارتباطه بها يحد من نشاطاته ويجعله يغير العديد من مشاريعه ويعيد ترتيب أولوياته بما يناسب

وضعه الجديد، وآلة ارتباطه بها يبقيه على قيد الحياة، وهذا ما يجعل الالتزام بالعلاج و الالتزام بالخطة التي يقترحها الطبيب المعالج فيما يتعلق بسيرورة العلاج لدى هذه الفئة من المرضى المزمنين يعد عاملا حاسما ومهما لأنه يعمل على الحد من تفاقم الأعراض ويمنع تطور المرض، وكذا الحفاظ على مستوى ثابت ومستقر في صحة المريض. وهذا ما يجعل مشكلة الالتزام بالعلاج من أهم القضايا المطروحة في الأمراض المزمنة عموما والقصور الكلوي على وجه التحديد لأنها تتطلب علاجات معقدة وطويلة الأمد تتدخل في الكثير من نشاطات المريض المرغوبة أو ذات الصلة بأسلوب حياته.

فقد عرف (Rand)و (Hayns) الالتزام بالعلاج على أنه توافق سلوكيات الفرد (تناول الدواء، اتباع نظام غذائي و/أو تنفيذ تغيرات في نمط الحياة مع التوصيات المتفق عليها مع مقدمي الرعاية الصحية. (Sabate, WHO, 2003)

ويختلف عدم الالتزام بالعلاج عند مريض القصور الكلوي بين نسيان موعد التصفية أو إنقاص مدتها المحددة من تلقاء نفسه أو الانقطاع الإرادي عن حضور حصة التصفية، كما قد يختلف باختلاف المستوى التعليمي والجنس، فقد وجدت دراسة أن المرضى المزمنين الذين لا يلتزمون بالعلاج عن طريق القطع يتميزون بمستوى تعليمي مرتفع، كما أن المرضى الذين لا يلتزمون بالعلاج بنسيان الدواء أو إنقاص الجرعة أغلبهم من النساء. (Regaudie, 2015, p 13)

وبما أن مريض القصور الكلوي يتلقى العلاج داخل المستشفيات أو العيادات؛ التي تقدم مجموعة من الخدمات الصحية للعناية بالمريض وهذه الأخيرة تعتبر من أكثر أنواع الخدمات أهمية للإنسان لارتباطها الوثيق بكيانه النفسي والجسدي، والتي يعرفها (زكي خليل المساعد) على أنها "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للفرد المستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية العقلية والإجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل". (المساعد، 1998، ص 87).

وتعد الخدمات الصحية الجيدة هدفا من أهداف التنمية الاجتماعية فكل العيادات والمستشفيات تسعى إلى تقديم أفضل الخدمات للمرضى والحصول على رضاهم، فرضا المريض عن هذه الخدمات يكتسي أهمية بالغة فمفهوم الرضا له بعد شخصي يمكن أن يكون مستقلا عن مفهوم الجودة الذي تميزه معايير موضوعية عامة، كما يرى توماس (1984) أن مفهوم الرضا يعتمد على وجهة نظر المريض واعتقاداته الشخصية. (الفراج، 2009، ص 58). كما يعد رضا المريض أحد المعايير المستخدمة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة له فكلما تحقق رضا المريض عن خدمات الطبيب أو الممرض أو الخدمات التنظيمية أو الفندقية كلما تم التعرف أكثر على الجوانب الإيجابية والسلبية، ومحاولة تحسين جوانب النقص في الخدمات الصحية المقدمة وكلما كان ذلك مؤشرا على نجاح السياسات الصحية المسطرة، وهذا كله من أجل تعزيز صحة الأفراد والمجتمعات والارتقاء بالسياسات الصحية.

ومن هنا تطرح هذه الدراسة مشكلة بحثية تتجلى معالمها في محاولة التعرف على مستوى الالتزام بالعلاج وكذا الرضا عن الخدمات الصحية والكشف عن العلاقة بينهما لدى هذه الفئة من المرضى من خلال البحث عن إجابات على الأسئلة الآتية:

- ما مستوى الالتزام بالعلاج عند مرضى القصور الكلوي؟
- ما مستوى الرضا عن الخدمات الصحية عند مرضى القصور الكلوي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الرضا عن الخدمات الصحية والالتزام بالعلاج عند مرضى القصور الكلوي؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في الالتزام بالعلاج لدى عينة الدراسة تعزى لمتغيرالعمر، الجنس، والمستوى التعليمي ؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في الرضا عن الخدمات الصحية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير العمر، الجنس، والمستوى التعليمي؟

أهداف الدراسة

الهدف الرئيس للدراسة هو الوصول إلى إجابة على الإشكالية المطروحة من خلال ما يلي:

- معرفة مستوى كل من الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية عند مرضى القصور الكلوي.
- معرفة فيما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الرضا عن الخدمات الصحية والالتزام بالعلاج عند مرضى القصور الكلوي.
- معرفة فيما إذا كان هناك فروق في كل من الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير العمر، الجنس والمستوى التعليمي.

أهمية الدراسة: تكتسب الدراسة التالية أهميتها من خلال الأهداف التي يرمي الوصول إليها، حيث إنها تسعى لمعرفة مستوى الالتزام بالعلاج وعلاقته بالرضا عن الخدمات عند مرضى القصور الكلوي.

- تدعيم التراث الأدبي في موضوع القصور الكلوي من أجل إثارة المزيد من التساؤلات وطرح مشكلات حول هذا الموضوع مما يؤدي إلى فتح آفاق جديدة، ودفع باقي المختصين لدراسته كل حسب تخصصه.
- توجيه انتباه المتخصصين في المجال الصحي إلى الدور الذي تلعبه العوامل النفسية من خلال الرضا عن الخدمات التي تقدمها المستشفيات والعيادات في الالتزام بالعلاج عند مرضى القصور الكلوي؛ وبالتالي تحسين جوانب القصور في هذه الخدمات من أجل تحسين مستوى التزام المرضى بالعلاج المقترح وبالتالي تعزيز صحة الافراد والارتقاء بصحة المجتمع.

فرضيات الدراسة:

- نتوقع ارتفاع مستوى الالتزام بالعلاج عند مرضى القصور الكلوي.
- نتوقع ارتفاع مستوى الرضا عن الخدمات الصحية عند مرضى القصور الكلوي.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الرضا عن الخدمات الصحية والالتزام بالعلاج عند مرضى القصور الكلوي.

- توجد فروق دالة إحصائيا في الالتزام بالعلاج لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير العمر، الجنس والمستوى التعليمي.
- توجد فروق دالة إحصائيا في الرضا عن الخدمات الصحية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير العمر، الجنس والمستوى التعليمي.

التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

- **الالتزام بالعلاج** :هو أحد أنماط السلوك المتكيف والفعال الذي يحدد مدى التزام مريض القصور الكلوي بتحقيق ما تم الاتفاق عليه مع الطبيب المعالج حول كيفية العلاج والالتزام بتناول الدواء كما هو موصوف واتباع نصائح الطبيب ...إلى غير ذلك من متطلبات علاج القصور الكلوي، ويستدل به في الدراسة الحالية من خلال الدرجة التي يحصل عليها الفرد المريض على استبيان الالتزام بالعلاج المصمم من طرف الباحثة، الذي يتضمن أربعة أبعاد هي: الالتزام بحصص التصفية، الالتزام بالعلاج بالأدوية، الالتزام بنصائح الطبيب و الالتزام الغذائي .
- **الرضا عن الخدمات الصحية** :هو مفهوم ذو بعد شخصي يعبر على درجة التوافق بين ما يتوقعه المريض وبين واقع الخدمات الصحية التي يتلقاها، وهو مفهوم مستقل عن مفهوم الجودة الذي يعبر عن معايير موضوعية لتقييم الخدمات الصحية، ويستدل به في هذه الدراسة من خلال الدرجة التي يحصل عليها الفرد على استبيان الرضا عن الخدمات الصحية المصمم من طرف الباحثة والذي يتضمن الأبعاد التالية :خصائص وكفاءة الإطارات العاملة في المستشفى /العيادة، الخصائص الفندقية والخصائص التنظيمية.

الجانب النظري

الالتزام بالعلاج

عرف المشاركون في ملتقى منظمة الصحة العالمية في (جوان2001) الالتزام أي سلوك يبحث عن العناية الطبية، إملاء الوصفات، تناول الدواء بشكل مناسب، التلقيح، الالتزام بالمواعيد الطبية، تنفيذ التغييرات السلوكية التي تهتم بالنظافة الشخصية، السلوكات الجنسية الخطرة، النظام الغذائي الصحي، مستويات مرتفعة من النشاط الجسمي، .... (Sabate .WHO, 2003)، فهو سلوك متكيف وفعال يقوم به المريض يهدف للوصول إلى الأهداف العلاجية المتفق عليها مع مقدمي الرعاية، استنادا إلى التآلف بين المريض والمعالج حول الدواء الموصوف في الوقت المناسب وأيضا استمرار المريض في المتابعة بطريقة مرضية لمدى طويل . (Petermans & al, 2010, P1)

فالالتزام بالعلاج هو أحد أنماط السلوك المتكيف والفعال الذي يحدد مدى تحقيق المريض لما تم الاتفاق عليه مع الطبيب المعالج حول كيفية العلاج ومساره والاتباع الكامل لنصائح الطبيب، تجنب السلوكيات الخطرة، الاهتمام بإكمال العلاج والالتزام بمواعيد المتابعة الطبية كل ذلك من أجل تحسين الصحة ومنع تفاقم المرض.

ومن أشكال الالتزام بالعلاج كما حددها (Meichenbaum و Turk) هي: تناول الدواء، الحضور للعلاج والمشاركة فيه وتغيير السلوكات الصحية . (Russo, 2011, p 14)، فرق (Azrin و Terehner

) بين أنواع مختلفة من اللالتزام هي: إنهاء سابق لأوانه للعلاج، نسيان الجرعة وإنقاص الجرعة (2001 , Gasquet)، أما (Rand) فقد ميز بين ثلاث أشكال من عدم الالتزام هي: الالتزام غير المنتظم مرتبط بتأثيرات الحياة اليومية، عدم الالتزام غير المتعمد نتيجة لعدم فهم المريض للتعليمات المقدمة وكذا عدم الوعي بفائدة العلاج وعدم الالتزام الإرادي الناتج عن إنكار المرض ورفض العلاج. (Le blic et al , 2007, p 420)

ويخضع الالتزام بالعلاج لمجموعة من العوامل منها:

- **عوامل مرتبطة بالمريض:** خلصت (Horne و Wernman) (1998) من أن هناك ثلاثة عوامل تحدد غالبية الفروق في الالتزام هي معتقدات المريض حول العلاج، نوع المرض والعمر (2001, gasquet)؛ حيث ثبت أن الالتزام يقل عند كبار السن مقارنة مع الصغار(2010, 3 P. & al Scheen)، وأن الإناث أكثر ميلا للالتزام بالعلاج، وكذا الذين يتمتعون بمساندة إجتماعية . (Sudeep , 2007, p 16)

كما قد يلعب القلق والحالات الانفعالية دورا في الالتزام واللا التزام بالعلاج حيث أن المرضى المكتئبين أقل التزاما بتناول الأدوية بصفة عامة 2010, 4 P). Scheen &, al). وقد يرتبط الالتزام بالعلاج بالمستوى التعليمي حيث يرى الباحثون أن عدم الالتزام بالعلاج يرتبط بمستوى تعليمي أعلى(2001 , gasquet)، وكذا بمستوى اقتصادي واجتماعي أدنى.(2003 ,WHO, sabate) .

- **عوامل مرتبطة بالعلاج:** تتضمن تعقد وطول مدة العلاج لأنه يعرقل أسلوب حياة المريض ويتطلب تغيير العادات الشخصية . (تايلور ، 2008، ص 450)، والآثار الجانبية كما أثبتت ذلك دراسة (Leventhal) (1986) على عينة من مريضات سرطان الثدي اللواتي إنقطعن عن العلاج بسبب حدة الآثار الجانبية . (Gauchet, 2008, p42)، غياب تعليمات واضحة حول طريقة العلاج كلها ترتبط بالتزام ضعيف، في حين أن المتابعة عند طبيب واحد لها تأثير إيجابي على الالتزام. (2003 ,WHO, sabate)، كما يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار نقاط خاصة بالدواء مثل شكل القرص ونكهة الشراب وتكاليف العلاج الذي يعتبر من العوامل المحددة للالتزام. 2010, P5) . Scheen (

- **عوامل مرتبطة بالطبيب:** تتضمن نوعية العلاقة بين الطبيب والمريض فكلما كانت إيجابية كلما كان معدل الالتزام أعلى وأيضا إشراك المريض في العملية العلاجية وتعاطف الطبيب. (2003 WHO, sabate).

وقد حاولت العديد من النماذج النظرية تفسير الالتزام بالعلاج منها:

نموذج المعتقدات الصحية (Becker): حسب هذا النموذج تعمل دافعية الفرد على دفعه لبلوغ هدف ثابت متعلق بصحته. (Regaudie, 2015, p 26) وأن احتمال انخراط الفرد في سلوك صحي يتحدد من خلال إدراكهم للتهديد الصحي وتقييمهم للسلوك الموصى به. ويتكون هذا النموذج من العناصر الأساسية الآتية:

- **القابلية المدركة للإصابة** بمعنى اعتقاد الفرد الذاتي بوجود احتمال بأنه قد يصاب بمرض معين.
- **الخطورة المدركة للمرض**؛ أي مدى المترتبات السيئة إذا ما أصيب بالمرض أو العجز.

- **الفوائد المدركة للفعل** وهي الفوائد المتوقعة التي تتحقق إذا مارس الفرد السلوك الصحي.
- **التكاليف المدركة للفعل**؛ بمعنى ما الأشياء التي تحدث أثناء التوافق مع السلوك المحدد.
- **الدافعية الصحية** تفسر واقع أن الأفراد يختلفون في رغبتهم في المشاركة في أنشطة تعزيز الصحة.
- **الهاديات للتصرف** وهي الحدث الذي يؤدي إلى السلوك وقد تكون داخلية أو خارجية. (شويخ، 2009، ص 60)

حيث توصل بيكر إلى أن التقدير الذي يجريه المريض حول خطورة المرض هو عامل منبئ للالتزام بالدواء الموصوف؛ حيث يفترض أن وجود أعراض جسدية يرفع الشدة المدركة للمرض ويدفع المريض لإتباع تعليمات الطبيب، في حين هذه الدافعية لا تحضر إلا في فترة استمرار الأعراض، ففي فترة التحسن الجزئي ينخفض عنده معدل الالتزام أو يتوقف عن العلاج.

فيما يتعلق بإدراك المزايا والتكاليف، أظهر بيكر ارتباط دال بين المعتقدات حول فعالية الدواء والالتزام، وأيضا بين المعتقدات حول كفاءة الأطباء وتمكنهم والالتزام بمواعيد المعالجة، وأن إدراك الاختلاف الممكن للتكاليف يرتبط سلبيا بالالتزام.

نموذج الالتزام الصحي: وهو أول نموذج أخذ بعين الاعتبار الطريقة التي يعيش بها الأفراد ويشعرون بها إزاء التزامهم انطلاقا من تأثيرات النتائج الآنية أو المستقبلية على حياتهم، ويحتوي على ثلاث متغيرات هي:

- **السوابق أو الوضعيات** التي تحتوي على عدة جوانب منها: خصائص العلاج (الجرعة، الذوق، مقادير الأدوية)، نوعية المعارف حول طبيعة وأهداف العلاج، التكيف مع أسلوب الحياة والمساندة الإجتماعية، نوع التعليمات (مكتوبة أو شفهية) ومدى وضوحها وسهولة فهمها، الاتصال المناسب ونوعية العلاقة طبيب/مريض.
- **العوامل الذاتية** وتشتمل على إدراك المريض لحالته، المعتقدات وإدراك فعالية العلاجات ودرجة الرضا، التكلفة المدركة وتقييم الخطورة والتهديد.
- **النتائج الخاصة بإيجابيات وسلبيات الإلتزام:**

الإيجابيات: ويمكن أن تكون اجتماعية (التأييد من الآخر)، شخصية (تحسن الحالة الصحية) أو مالية (جراء التوقف عن التدخين مثلا).

السلبيات: قد تكون جسدية (تدهور الحالة الصحية أو زيادة الأعراض الجانبية)، مالية (انعكاس اقتصادي على العلاج) أو اجتماعية (وصمة المرض). (Gustave N, 2006, p 172)

نموذج التقرير الذاتي والدافعية الداخلية: عرفها (Deci و Ryan) أنها منظور متعدد الأبعاد للدافعية، تفترض أنماطا متعددة من الأسباب الكامنة وراء سلوك الفرد، التي يمكن ترتيبها على متصل التقرير الذاتي؛ أحد طرفيه الدافعية الداخلية (تتضمن القيام بسلوكات بسبب المتعة والرضا) والثاني هو الدافعية الخارجية (الانخراط في نشاط ما لأسباب خارج ذلك النشاط). وبين ديسي وريان أن الفرد بحاجة إلى الشعور بالكفاية والحرية في الاختيار، وأن الأنشطة المدفوعة داخليا تشبع هاتين الحاجتين على عكس الأنشطة المدفوعة خارجيا. (نوفل، 2011، ص 283)

اهتم (William) وشركاؤه بالتقرير الذاتي والدافعية الداخلية وعلاقتهما بالالتزام بالعلاج طويل المدى، وافترضوا أن إدراك المريض لحرية الإختيار الذي يمنحه الطبيب المعالج يرتبط بالالتزام الطويل المدى، وهو ما يفسر 68 ٪ من الالتزام. (Regaudie, 2015, p 34)

ويتم قياس الالتزام بنوعين من المقاييس: المقاييس الموضوعية مثل المحددات البيولوجية أو العد الآلي و المقاييس الذاتية مثل التقارير الذاتية للمريض. (Regaudie ,2015, p23))، بالاضافة إلى طرق غير مباشرة مثل مواعيد المتابعة التي التزم بها المريض بالفعل. (تايلور، 2008، ص 458)

الخدمات الصحية:

تعرف الخدمات الصحية على أنها الخدمات التشخيصية، العلاجية، التأهيلية، الإجتماعية والنفسية المتخصصة التي يقدمها أقسام المساندة وما يرتبط بها من الفحوصات المعملية (المخبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والصيدلانية. (مخيمر، 2003، ص 8) سواءا كانت علاجية موجهة للأفراد، وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو انتاجية مثل إنتاج الأدوية أو الأجهزة الطبية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض. (مريزق، 2008، ص 195).

فالخدمات الصحية هي مجموعة من الخدمات الطبية والشبه طبية، التشخيصية، العلاجية، الاجتماعية، التأهيلية وخدمات التثقيف الصحي التي تقدم لأفراد المجتمع والتي ترمي إلى تحسين صحة الأفراد والإرتقاء بصحة المجتمع.

رضا المريض عن الخدمات الصحية: يعرف(Risser) رضا المريض بأنه درجة التطابق بين توقعات المريض لأفضل الرعاية وإدراكه للرعاية الحقيقية التي يتلقاها. (Net, 2007, p9)، وأشار (Keegan) (2003) أن رضا المريض يعبر عن موقف شخصي نحو تجربته مع المؤسسة الصحية التي يتعامل معها، وهذا الرضا يتضمن كلا من الجوانب المعرفية والعاطفية المرتبطة بالتجارب السابقة. (Keegan, 2003, p56).

وترى الباحثة أنه المشاعر الإيجابية أو السلبية للمريض تجاه الخدمة المقدمة له وأخذت تتزايد أهميته باعتباره أحد المؤشرات الأساسية لقياس جودة الرعاية الصحية وتحديد الجوانب التي تحتاج إلى تحسين في مجالات الرعاية الصحية.

ويؤكد (Al-Assaf) أن أسباب الاهتمام برضا المرضى هي:

- الإتجاه العام نحو الاهتمام وبشكل شمولي لإحتياجات ومتطلبات المرضى والتركيز على تحسين إجراءات الرعاية الصحية .
- زيادة التكاليف التي تتحملها المؤسسات الصحية .
- زيادة إمكانية وصول المريض للمعلومات عن حالته والخيارات المتاحة. (بوعباس، 2010، ص 37)

وهناك العديد من العوامل المؤثرة في رضا المرضى حسب (Crow) وهي:

- توقعات المريض والتجارب السابقة للمريض؛ فتجربة المريض في التعامل مع مؤسسة صحية يعكس مستوى الرضا لديه.
- العمر؛ حيث إن المرضى الكبار يعطون تقييما أفضل لمستوى رضاهم مقارنة بالمرضى الصغار، الجنس، العرق، الحالة الاقتصادية والاجتماعية
- طبيعة المرض؛ فالأمراض التي تتميز بصعوبتها من الممكن أن تؤثر على مستوى الرضا.
- العلاقات مع المريض؛ فالتواصل مع المريض خلال وبعد مرضه يعزز من مستوى رضاه على المدى البعيد. (Crow, 2003, p 509)

الدراسات السابقة: في حدود إطلاع الباحثة لا توجد دراسات تناولت الرضا عن الخدمات الصحية والالتزام بالعلاج لدى عينة من مرضى القصور الكلوي أو أي مرض مزمن آخر، إلا أنه توجد دراسات تناولت كل متغير على حدة، سنعرض ما توفر في متناول الباحثة وما هو قريب من أهداف الدراسة منها:

1. الدراسات التي تناولت الالتزام بالعلاج:

- **دراسة ريم عرفات ووليد صويلح (2006):** هدفت الدراسة إلى تقييم وجهة نظر الفلسطينيين في الدواء بشكل عام، لأن التأثير العلاجي الدوائي يؤثر على الالتزام العلاجي للمريض والذي يتأثر بدوره بمفهوم ورأي المريض في الدواء، كانت الدراسة مسحية مبنية على استبيان وزع على عينة متكونة من 573 فرد. بينت النتائج أن 79.9٪ من أفراد العينة اعتبروا أن الدواء شيء إيجابي يساعد على الشفاء، و 15.4٪ اعتبروا أن الدواء شر لابد منه في حين 4.7٪ اعتبروا أن الدواء شيء سلبي.
- **دراسة (Bezie & al)(2006):** حاولت التعرف على مختلف العوامل المؤثرة في الالتزام بالعلاج لدى عينة من مرضى السكري النوع 2 في فرنسا، استعانت الدراسة باستبيان مكمل طبق على 94 مريض سكري من النوع 2 تتراوح أعمارهم بين 41- 89 سنة، واعتمد تقييم العوامل المؤثرة على معطيات ديمغرافية، العلاج المستعمل والمعطيات الطبية والبيولوجية، وكانت النتائج كالتالي:

- معدل عدم الالتزام بالعلاج لدى أفراد العينة كان مرتفعا؛ و33 منهم لا يلتزمون بشكل منتظم بالعلاج.
- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الالتزام بالعلاج تعزى لمتغير العمر والمستوى الاجتماعي؛ حيث تميز الأفراد غير الملتزمين بكونهم أقل عمرا مقارنة بالأفراد الملتزمين، كما تميزوا بمستوى اجتماعي منخفض.

- **دراسة ناجي فريال عزيز واخرون (2007):** هدفت الدراسة إلى معرفة التزام مرضى السكري في المركز التخصصي للغدد الصم والسكري في بغداد بالعلاج ، وتقييم أي ترابط بين الالتزام والمتغيرات السريرية الوبائية المختلفة للمريض.

شملت الدراسة 340 مريض بالسكري من النوع 2 باستعمال استبيان معد لهذا الغرض، وأيضا ملفات المرضى في المركز، وكشفت النتائج أن 6.47٪ من المرضى يتمتعون بالتزام ممتاز و 18.24٪ مريض ملتزم بشكل جيد، 75.29٪ مرضى بالتزام مقبول أو سيء، كما وجدت الدراسة ارتباطات دالة إحصائيا

بين الالتزام ومتغيرات مثل العمر، الجنس، عدد الأطفال، مستوى التعليم، التدخين، مدة المرض ووجود مضاعفات للمرض.

- **دراسة عدودة صليحة (2015)** هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية وكل من الالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى القصور الشرياني التاجي، وتمت على عينة متكونة من 129 مريض وأسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج منها:

- يتمتع مرضى القصور الشرياني بمستوى التزام بالعلاج عالٍ.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام بالعلاج لدى مرضى القصور التاجي وفقا لمتغيرات السن والجنس والمستوى التعليمي ومدة المرض.

2. الدراسات التي تناولت الرضا عن الخدمات الصحية:

- **دراسة (Lim P) (2000):** هدفت إلى إجراء مقارنة بين توقعات المرضى وانطباعاتهم عن الخدمات الصحية المقدمة وتحليلها، تمت على 252 مريض بمستشفيات سنغافورة، وأسفرت عن وجود فجوة بين التوقعات المسبقة للمرضى عن جودة الخدمات الصحية وانطباعاتهم بعد الاستفادة منها.
- **دراسة منصور حسين (2006):** التي هدفت الى التعرف على الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية للمرضى المنومين بمدينة إربد، ومدى رضا المريض عنها، شملت الدراسة عينة متكونة من 224 مريض في ثلاث مستشفيات حكومية في مدينة إربد و أظهرت النتائج ما يلي:

- يوصف الرضا العام للمرضى المنومين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم أنه رضا متوسط.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في الرضا عن الخدمات الصحية تبعا للجنس، المستوى التعليمي والعمر.

- **دراسة الفراج أسامة (2009):** هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الرعاية الصحية في المستشفيات السورية من وجهة نظر المرضى، تمت الدراسة على 474 مريض مقيم في أكبر أربع مستشفيات تعليمية في سوريا بتوزيع استبيان يبين الآراء والانطباعات الشخصية والموضوعية حول الرضا عن خدمات المستشفى فأظهرت النتائج أن 75٪ من المرضى عبروا عن رضاهم عن الخدمات التي تقدمها هذه المستشفيات.
- **دراسة الطاهر محمد نور (2015):** هدفت الدراسة إلى قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، حيث أجريت في المستشفيات التعليمية الكبرى في الخرطوم على عينة من 586 مريض منوم ومراجع باستخدام استبيان لقياس جودة الخدمات الصحية، وأسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج أهمها:

- يوجد إدراك تام لدى المرضى والمراجعين للمستويات المطلوب توفرها في المستشفيات عند تقديم الخدمات الصحية.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في جودة الخدمات تبعا لمتغير النوع، العمر، التعليم، الدخل و السكن.

3. تعقيب عام على الدراسات السابقة:

نظرا لتعذر الحصول على دراسات كافية، ارتأت الطالبة الاكتفاء بما توفر من دراسات، والتي يلاحظ عليها أنها تنوعت بين دراسات عربية وأجنبية واعتمدت على عينات كبيرة الحجم، كما أن أغلبها إستعملت المنهج الوصفي نظرا لأنه الأنسب لمثل هذه الدراسات، واتفقت أغلبها على انخفاض معدل الالتزام بالعلاج لدى المرضى المزمنين، أما الدراسات التي تناولت متغير الرضا عن الخدمات الصحية فقد اثبتت وجود مستوى متباين في رضا المريض ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا الخدمات تبعا لمتغير النوع، العمر، والتعليم.

ويمكن إيجاز ما يميز الدراسة الحالية عن باقي الدراسات أنها تهدف الى الكشف عن العلاقة بين الرضا عن الخدمات والالتزام بالعلاج لدى عينة من مرضى القصور الكلوي باستعمال المنهج الوصفي بشقيه الفارقي والارتباطي الذي يعد الأنسب في الكشف عن العلاقات بين المتغيرات.

الجانب الميداني

المنهج :اتبعت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والفارقي و ذلك لأنه الأنسب لمثل هذه الدراسات لأنه يوضح العلاقة بين الظواهر المختلفة و الفروق بين المتغيرات في الظاهرة نفسها.

حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية** : تمت الدراسة في قسم تصفية الدم بالمستشفى الجامعي باتنة وعيادة المغرب.
- **الحدود الزمانية** : تم إجراء الدراسة في الفترة الممتدة بين شهري جانفي وأفريل 2018.

العينة : تكونت العينة الإجمالية للدراسة من 52 مريض تم إختيارهم بطريقة عرضية إنطلاقا من المرضى المصابين بقصور كلوي مزمن المتواجدين بالمستشفى الجامعي باتنة وعيادة المغرب، وقد انقسمت عينة الدراسة حسب المتغيرات التصنيفية كالآتي:

- **حسب العمر:**

الجدول رقم 01: توزيع العينة حسب العمر.

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
20-30	14	٪ 26.9
31-40	10	٪ 19.2
41-50	15	٪ 28.8
51-70	13	٪ 25
المجموع	52	٪ 100

يتضح من خلال الجدول أن العينة التي أجريت عليها الدراسة تتكون من 14 مريض تتراوح أعمارهم بين 20 و 30 ما يمثل نسبة 26.9٪ أما المرضى بين 31 و40 سنة بلغت نسبتهم 19.2 ٪

والمرضى بين 41 و 50 سنة كان عددهم 15 مريض بنسبة 28.8 ٪ وأخيرا بلغت نسبة المرضى الذين أعمارهم بين 51 و 70 سنة 25 ٪.

- **حسب الجنس:**

الجدول رقم 02: توزيع العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	31	٪ 59.6
اناث	21	٪ 40.4
المجموع	52	٪ 100

يتضح من خلال الجدول ان العينة التي أجريت عليها الدراسة تتكون من31 من الذكور وهو ما يمثل نسبة 59.6 ٪ ، بينما بلغ عدد الإناث 21 وهو ما يمثل نسبة 40.4 ٪ من أفراد العينة.

- **حسب المستوى التعليمي**:

الجدول 03: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
إبتدائي	7	٪ 13.5
متوسط	19	٪ 36.5
ثانوي	19	٪ 36.5
جامعي	7	٪ 13.5
المجموع	52	٪ 100

يلاحظ من خلال الجدول أن عدد المرضى ذوي المستوى الابتدائي وكذلك الجامعي بلغ7 أفراد في كل فئة ما يمثل نسبة 13.5 ٪ لكل منهما بينما بلغ عدد المرضى من ذوي المستوى المتوسط والثانوي 19مريض بنسبة 36.5 ٪ . كما يذكر أنه قد تم استبعاد المرضى الأميين لعدم قدرتهم على الإجابة على بنود الإستبيانين بمفردهم.

4.8. أدوات الدراسة :وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على الأدوات التالية:

- **استبيان الالتزام بالعلاج** :هو استبيان تم تصميمه من قبل الباحثة ويهدف لقياس درجة التزام مريض القصور الكلوي بالعلاج المتفق عليه مع الطبيب المعالج، يتكون من 20 بند موزع بطريقة عشوائية على أربع أبعاد كل منها يقيس مجالا محددا من مجالات الالتزم بالعلاج وهي:

- **البعد الأول** :الالتزام بحصص التصفية ويتضمن البنود التالية: 02،05،07،10،17،18،20.
- **البعد الثاني** :الالتزام بالعلاج بالأدوية ويتضمن البنود التالية: 01، 06، 08، 12، 16، 19.

- **البعد الثالث** :الالتزام بنصائح الطبيب ويتضمن البنود التالية: 09، 14، 15
- **البعد الرابع** :الالتزام الغذائي ويتضمن البنود التالية: 03 ، 04، 11، 13.

ويذكر أن بعض بنود هذا الاستبيان إيجابية الطرح وبنود أخرى سلبية وهي كالآتي:

- **البنود الإيجابية:**03 ، 04، 05، 06، 09، 11، 13، 14، 15، 18، . 19
- **البنود السلبية:** 01 ، 02، 07، 08، 10، 12، 16، 17، 20.

وتصحح وفقا للأوزان التالية :

الجدول رقم 04: طريقة تصحيح استبيان الالتزام بالعلاج.

البنود الايجابية	دائما ← 2	أحيانا ← 1	نادرا ← 0
البنود السلبية	دائما ← 0	أحيانا ← 1	نادرا ← 2

حيث أنه كلما ارتفع مجموع الدرجات المتحصل عليها ارتفع مستوى الالتزام بالعلاج عند المريض.

حساب الخصائص السيكومترية

الثبات : تم حسابه باستعمال طريقة التجزئة النصفية فبعد تطبيق الاستبيان على عينة من مرضى القصور الكلوي تم تقسيمه إلى بنود فردية وأخرى زوجية واستخراج درجات كلا النصفين ثم حساب معامل الارتباط بينهما وهو ما يشير إلى ثبات نصف الاختبار ثم تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون فكان المعامل يقترب من 0.86 وهو دال على ثبات المقياس.

الصدق: باستعمال طريقة المقارنة الطرفية حيث بعد ترتيب الدرجات ترتيبا تصاعديا، تؤخذ 27٪ من الدرجات الدنيا و 27٪ من الدرجات العليا ثم تستخرج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين الطرفين، فكانت هذه القيمة تساوي 1.16 وهي قيمة دالة عند 0.05 مما يدل على صدق الاستبيان.

- **استبيان الرضا عن الخدمات الصحية** :هو استبيان من تصميم الباحثة ويهدف لقياس درجة رضا مريض القصور الكلوي عن الخدمات الصحية التي يتلقاها، فتضمن الاستبيان المصمم 28 بندا موزعة بطريقة عشوائية على ثلاثة أبعاد كل منها يقيس مجالا محددا من الخدمات الصحية وهي:

- **البعد الأول**: ويتناول خصائص وكفاءات الإطارات العاملة في: يقصد بها مدى سيطرة الأطباء والممرضين على معارفهم وقدراتهم وخبراتهم وسلوكياتهم في تقديم الخدمات الصحية، وتتضمن البنود التالية: 02 ، 04، 09، 12، 15، 22، 26.
- **البعد الثاني**: ويتناول الخصائص الفندقية: ويقصد به كل الخدمات الفندقية التي يوفرها المستشفى /العيادة للمريض مثل الإطعام، النظافة، الهدوء، التجهيزات....، وتتضمن البنود التالية: 03، 05، 06، 11، 13، 14، 18، 19، 21، 28.
- **البعد الثالث:** فيتناول الخصائص التنظيمية :ويقصد بها مجموعة الصفات التي يتميز بها المستشفى /العيادة من حيث الموقع، المساحة، إحترام المواعيد، ....، وتتضمن البنود التالية: 01، 07، 08، 10، 16، 17، 20، 23، 24، 25، .27

وتصحح وفقا للأوزان التالية:

الجدول رقم 05 :طريقة تصحيح استبيان الرضا عن الخدمات الصحية .

موافق ←2	محايد ← 1	غير موافق ←0

حيث إنه كلما ارتفع مجموع الدرجات المتحصل عليها ارتفع مستوى رضا المريض عن الخدمات الصحية .

حساب الخصائص السيكومترية :

الثبات: باستعمال طريقة التجزئة النصفية وتصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون حيث بلغ المعامل 0.88 وهو معامل مرتفع يدل على ثبات الاستبيان.

الصدق : تمت بطريقة المقارنة الطرفية حيث بلغت قيمة ت 4.05 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.05 مما يدل على صدق الاستبيان.

5.8. الأساليب الإحصائية المستخدمة: تم الاستعانة بالحزمة الإحصائية (SPSS 20.00) ، لحساب كل من:

- **النسب المئوية** :لحساب النسب المئوية لأفراد العينة.
- **المتوسط الحسابي** :لحساب متوسط عمر العينة، متوسط استجابات المرضى على الاستبيانين
- **الانحراف المعياري**.
- **معامل الارتباط بيرسون** :لحساب الثبات وحساب درجة الإرتباط بين استجابات المرضى على كلا الاستبيانين.
- **اختبار "ت" لدلالة الفروق** :لحساب دلالة الفروق بين متوسطات الذكور والإناث.
- **تحليل التباين الأحادي** : ANOVA لحساب دلالة الفروق في كلا الاستبيانين تبعا لمتغير العمر والمستوى التعليمي.

1. عرض نتائج الدراسة: يمكن تلخيص نتائج الدراسة وفقا لترتيب الفرضيات كما يلي:

- **الفرضية الأولى:** نتوقع ارتفاع مستوى الالتزام بالعلاج عند مرضى القصور الكلوي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للدرجات المتحصل عليها ومقارنته بالمتوسط الفرضي لاستبيان الالتزام بالعلاج ، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم 06 : نتائج الفرضية الأولى.

المتغير	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الالتزام بالعلاج	20	30.98	6.05

من خلال الجدول نلاحظ رتفاع المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة الذي بلغ 30.98 بانحراف معياري قدره 6.05 عن المتوسط الفرضي؛ وبالتالي تتحقق الفرضية الأولى.

- **الفرضية الثانية:** نتوقع ارتفاع مستوى الرضا عن الخدمات الصحية عند مرضى القصور الكلوي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للدرجات المتحصل عليها ومقارنته بالمتوسط الفرضي لاستبيان الرضا عن الخدمات الصحية وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم 07: نتائج الفرضية الثانية.

المتغير	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الرضا عن الخدمات الصحية	28	41.34	8.67

من خلال الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي لدرجات المرضى على مقياس الرضا عن الخدمات الصحية بلغ 41.34 بانحراف معياري قدره 8.67 وهي قيمة عالية مقارنة بالمتوسط الفرضي الذي بلغ 28؛ وبالتالي تتحقق الفرضية الثانية.

- **الفرضية الثالثة:** توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الرضا عن الخدمات الصحية والالتزام بالعلاج لدى أفراد العينة.

للتحقق من الفرضية قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط (بيرسون) بين الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية، النتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 08 : نتائج الفرضية الثالثة.

المتغيرات	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة
الالتزام بالعلاج	0.21	غير دال
الرضا عن الخدمات الصحية		

نلاحظ من الجدول أن معامل الارتباط لبيرسون بلغ 0.21 وهو غيردال مما ينفي وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الرضا عن الخدمات الصحية والالتزام بالعلاج لدى العينة وهذا يعني أن الفرضية الثالثة لم تتحقق.

- **الفرضية الرابعة:** توجد فروق دالة إحصائيا في الالتزام بالعلاج لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير العمر، الجنس، والمستوى التعليمي.

- **تبعا لمتغير العمر:** للتحقق من صحة هذه الفرضية الجزئية قامت الباحثة بحساب تحليل التباين الأحادي ANOVA والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم 09: دلالة الفروق في الالتزام بالعلاج حسب العمر.

مصدر التباين	مجموع المربعات	د. الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة	الدلالة
بين المجموعات	32.071	3	10.69	0.28	0.84	غير دال
داخل المجموعات	1836.91	48	38.26			
المجموع	1868.98	51				

من خلال الجدول يلاحظ أن قيمة التباين بلغت 0.28 كما أن مستوى الدلالة بلغ 0.84 وهي قيمة أكبر من 0.05 وهي قيمة غير دالة مما ينفي وجود فروق في مستوى الالتزام بالعلاج تعزى لمتغير العمر.

- **تبعا لمتغير الجنس:** للتحقق من صحة هذه الفرضية الجزئية قامت الباحثة باستخدام إختبار "ت" لدلالة الفروق والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم 10 : دلالة الفروق في الالتزام بالعلاج حسب الجنس.

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	31	30.83	6.25	0.04	0.94	غير دال
اناث	21	31.19	5.89			

من خلال الجدول يلاحظ غياب فروق في مستوى الالتزام بالعلاج تعزى لمتغير الجنس بين أفراد العينة حيث بلغت قيمة ت 0.04 وبلغ مستوى الدلالة 0.94 أي أنها أكبر من 0.05 وهي قيمة غير دالة .

- **تبعا لمتغير المستوى التعليمي:** للتحقق من صحة هذه الفرضية الجزئية قامت الطالبة بحساب تحليل التباين الأحادي ANOVA والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم 11: دلالة الفروق في الالتزام بالعلاج حسب المستوى التعليمي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	د. الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة	الدلالة
بين المجموعات	236.59	3	78.8	2.31	0.087	غير دال
داخل المجموعات	1632.39	48	34			
المجموع	1868.98	51				

يلاحظ من الجدول أن قيمة التباين بلغت 2.31 كما أن مستوى الدلالة بلغ 0.087 وهي قيمة أكبر من 0.05 وهي قيمة غير دالة مما ينفي وجود فروق في مستوى الالتزام بالعلاج تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- **الفرضية الخامسة:** توجد فروق دالة إحصائيا في الرضا عن الخدمات الصحية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغيرالعمر، الجنس، والمستوى التعليمي.

- **تبعا لمتغير العمر:** للتحقق من صحة هذه الفرضية الجزئية قامت الباحثة بحساب تحليل التباين الأحادي ANOVA والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم 12: دلالة الفروق في الرضا عن الخدمات الصحية حسب العمر.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة	الدلالة
بين المجموعات	48.71	3	16.23	0.2	0.86	غير دال
داخل المجموعات	3785.05	48	78.85			
المجموع	3833.76	51				

من خلال الجدول يلاحظ أن قيمة التباين بلغت 0.2 كما أن مستوى الدلالة بلغ 0.86 وهي قيمة أكبر من 0.05 وهي قيمة غير دالة مما ينفي وجود فروق في مستوى الرضا عن الخدمات الصحية تعزى لمتغير العمر.

- **تبعا لمتغير الجنس:** للتحقق من صحة هذه الفرضية الجزئية قامت الباحثة بحساب إختبار "ت" لدلالة الفروق والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم 13: دلالة الفروق في الرضا عن الخدمات الصحية حسب الجنس.

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	31	40.09	9.36	0.56	0.45	غير دال
اناث	21	43.19	7.35			

من خلال الجدول يلاحظ غياب فروق في مستوى الرضا عن الخدمات الصحية تعزى لمتغير الجنس بين أفراد العينة حيث بلغت قيمة ت 0.56 وبلغ مستوى الدلالة 0.45 أي أنها أكبر من 0.05 وهي قيمة غير دالة .

تبعا لمتغير المستوى التعليمي: للتحقق من صحة هذه الفرضية الجزئية قامت الباحثة بحساب تحليل التباين الأحادي ANOVA والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم 14: دلالة الفروق في الرضا عن الخدمات الصحية حسب المستوى التعليمي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة	الدلالة
بين المجموعات	670.05	3	223.35	3.38	0.25	غير دال
داخل المجموعات	3163.71	48	65.91			
المجموع	3833.76	51				

يلاحظ من الجدول أن قيمة التباين بلغت 3.38 بمستوى الدلالة بلغ 0.25وهي قيمة أكبر من 0.05 وهي قيمة غير دالة مما ينفي وجود فروق في مستوى الرضا عن الخدمات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

تفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

- **تفسير الفرضية الأولى:** تنص الفرضية الأولى على ما يلي: "نتوقع ارتفاع مستوى الالتزام بالعلاج لدى مرضى القصور الكلوي". وبعد المعالجة الإحصائية تبين إرتفاع مستوى الالتزام بالعلاج لدى أفراد العينة.

يمكن تفسير هذه النتيجة بالنظر إلى طبيعة المرض ومتطلباته؛ فمرض القصور الكلوي من الأمراض المزمنة التي تفرض قيودا تجعل المريض يبذل كل جهده للتحكم فيها والتخفيف من الأعراض والسيطرة على المرض و إعادة ترتيب أولوياته بما يناسب وضعه الصحي والحد من تفاقم المرض.
فالرغبة في البقاء على قيد الحياة وإدراك المرضى لخطورة الوضع والقيود التي يفرضها وأيضا إدراكهم أنه لا يوجد حل آخر لمواجهة هذا المرض والتخفيف من حدة الأعراض إلا الالتزام بالعلاج بأبعاده المختلفة وهي: الالتزام بحصص التصفية، الالتزام الدوائي، الالتزام الغذائي والتنفيذ الكامل لنصائح الطبيب هو ما يفسر ارتفاع مستوى الالتزام بالعلاج لدى هذه الفئة من المرضى، وهذا ما يؤكده قول معظم المرضى " باه نبقاو حيين لازم نبقاو لاصقين في هذ المشينة".
وهذه النتيجة تتعارض مع نتائج دراسة (Bezie) (2006) حيث وجدت أن معدل عدم الالتزام بالعلاج كان مرتفعا لدى مرضى السكري، وكذا دراسة ناجي فريال عزيز التي خلصت إلى أن أغلب مرضى السكري لديهم مستوى مقبول أو سيء .
كما يمكن تفسير النتيجة بالنظر إلى أن النظرة الإيجابية للدواء قد تساعد على الالتزام بالعلاج كما أثبتت دراسة ريم عرفات حيث عبر 79.9٪ من أفراد العينة على أن الدواء شيء إيجابي ويساعد على الشفاء.

- **تفسير الفرضية الثانية:** تنص هذه الفرضية على ما يلي: "نتوقع إرتفاع مستوى الرضا عن الخدمات الصحية لدى مرضى القصور الكلوي".

أظهرت المعالجة الإحصائية ارتفاع مستوى الرضا عن الخدمات الصحية لدى أفراد العينة.
وهذا ما يدل على أن نوعية الخدمات الصحية قد لاقت قبولا وارتياحا لدى أفراد العينة وتفي باحتياجاتهم، لأن هذه الخدمات الصحية تخضع لمعايير وزارة الصحة، ويمكن تفسير هذه النتيجة اعتمادا على ما أكده معظم المرضى أثناء إجراء الدراسة الاستطلاعية حيث قالوا " هذا ما يقدروا يديرولنا والباقي في يد ربي"، فأغلب الخدمات التي يحتاجها مريض القصور الكلوي هي قاعات للتصفية مجهزة بآلات حديثة، وفي حالة جيدة والأطباء والممرضين؛ الذين يقومون بعناية المريض.
ويجدر الذكر أنه خلال الإجابة على مقياس الرضا عن الخدمات يلاحظ بعض التردد على بعض المرضى مع تكرار عبارة " الأسئلة تاعكم صعيبة" رغم أن عبارات البنود كانت سهلة بأسلوب مناسب للجميع مع التأكيد على أن ما يدلي به المرضى من إجابات ستبقى سرية وستوظف لغرض البحث العلمي فقط؛ فيمكن تفسير هذه الملاحظة أن خوف المريض من غضب الفريق القائم على رعايته أثر على إجاباته حيث جعلها تتضمن نوع من المجاملات والتحفظ وهذا ما أثر على نتائج الدراسة.

- **تفسير الفرضية الثالثة:** تنص الفرضية الثالثة على ما يلي: " توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الرضا عن الخدمات الصحية والالتزام بالعلاج عند مرضى القصور الكلوي". بعد المعالجة الإحصائية أوضحت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين كلا المتغيرين.

تشير هذه النتيجة أن الالتزام بالعلاج كسلوك صحي لا يتأثر بنوعية الخدمات الصحية ورضا المريض عنها، وبالرجوع إلى الجانب النظري يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية المعتقدات الصحية وإسقاط مكوناتها على التزام مريض القصور الكلوي بالعلاج ، نجد أن قابلية المريض المدركة للإصابة بالعجز وإدراكه لخطورة التهاون في العلاج الذي قد يؤدي إلى تفاقم الأعراض التي قد تصل إلى حد الوفاة، وكذا إدراكه للفوائد المتوقعة التي قد تتحقق إذا مارس سلوك الالتزام بالعلاج و أخيرا الاعتماد على هاديات التصرف مثل إدراك خطورة الأعراض أو الاعتماد على ما تقدمه حملات التوعية والتثقيف الصحي من زيادة وعي المرضى بضرورة الالتزام، كل هذا قد يجعل سلوك الالتزام بالعلاج لدى مرضى القصور الكلوي لا يتأثر بمتغير الرضا عن الخدمات الصحية التي يتلقونها في المستشفيات أو العيادات.

- **تفسير الفرضية الرابعة:** تنص هذه الفرضية على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية للالتزام بالعلاج تعزى لمتغير العمر، الجنس، المستوى التعليمي". وقد أسفرت النتائج على ما يلي: لا توجد فروق دالة إحصائيا في الالتزام بالعلاج تعزى لمتغيرات السابقة.

هذه النتائج تدل على أن أفراد العينة كانوا متمسكين بتنفيذ توصيات الفريق المعالج فيما يخص العلاج والذي يتمظهر في الالتزام بحصص التصفية والالتزام بحمية مناسبة والالتزام التام بنصائح الطبيب فيما يخص الدواء والعلاج.

وهي تتفق مع نتائج دراسة "عدودة صليحة" (2012) التي أثبتت غياب فروق دالة إحصائيا في الالتزام بالعلاج تعزى لكل المتغيرات سابقة الذكر لدى عينة من مرضى القصور الشرياني التاجي، وتختلف مع دراسة (Bezie)(2006) التي كشفت وجود فروق دالة إحصائيا في الالتزام بالعلاج تعزى لمتغير العمر والمستوى الاجتماعي، ودراسة ناجي فريال عزيز التي كشفت عن وجود فروق دالة بين الالتزام ومتغيرات: العمر، الجنس، مستوى التعليم ومدة المرض.

وقد تفسر هذه النتائج في ظل وجود عوامل أخرى قد تؤثرفي سلوك الالتزام بالعلاج مثل حملات التوعية والتثقيف الصحي للأمراض المزمنة وتوصيل المعلومة للمريض بأبسط الطرق و أسهلها باعتماد أساليب حديثة وبلغة يفهمها الجميع، وكذا الدور الذي يلعبه الطبيب المعالج وباقي فريق الرعاية في جعل المريض يتقبل العلاج ويلتزم به .

- **تفسير الفرضية الخامسة:** تنص هذه الفرضية على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن الخدمات الصحية تعزى لمتغير العمر، الجنس، المستوى التعليمي". وقد أسفرت النتائج على ما يلي: لا توجد فروق دالة إحصائيا في الرضا عن الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات السابقة.

تدل هذه النتائج على أن أفراد العينة متفقون في وجهة نظرهم حول الخدمات الصحية، تتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة حسين منصور (2006) التي أثبتت غياب فروق دالة إحصائيا في الرضا

عن الخدمات تعزى للمتغيرات السابقة وكذا دراسة نور محمد الطاهر (2015) التي أظهرت غياب فروق دالة إحصائيا في جودة الخدمات تبعا لمتغير النوع، العمر، التعليم.

يمكن تفسير هذه الفرضية بما أشير له سابقا في الفرضية الثانية من أن تحفظ بعض المرضى في الإدلاء بإجاباتهم أثر على نتائج الدراسة.

خاتمة ونتائج الدراسة

من خلال عرض موضوع الدراسة المتمثل في الالتزام بالعلاج وعلاقته بالرضا عن الخدمات الصحية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي، الذي انطلق من مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت كل متغير من متغيرات الدراسة على حدة، تأتي هذه الدراسة لتجمع بين المتغيرين لدى عينة من مرضى القصور الكلوي، ومن خلال النتائج المتوصل إليها تبين أن العينة التي أجري عليها البحث أظهرت ارتفاع مستوى كل من الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية، كما أظهرت غياب ارتباط بين الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية وهذا لاعتبارات كثيرة منها أن مرض القصور الكلوي من الأمراض المزمنة التي تتطلب اتخاذ قرار الالتزام بالعلاج للحد من تفاقم الإعراض والسيطرة على المرض وتجنب تطوره، بغض النظر عن نوعية الخدمات إذا كان المريض راضيا عنها أم لا .

واستنادا على هذه النتائج تعرض الباحثة مجموعة من الاقترحات يمكن ذكر بعضها فيما يلي:

- محاولة الاستفادة العملية من نتائج هذه الدراسة والدراسات المشابهة لها والتي تناولت الأمراض المزمنة لتحسين نوعية حياة المرضى.
- تطوير الدراسة و توسيع نطاقها من خلال الاعتماد على عينات من مختلف المناطق عبر التراب الوطني لتعميم النتائج والاستفادة منها أكثر
- ضرورة تحسين دور الأخصائي النفسي في التكفل الأمثل بالمرضى المزمنين مزامنة مع التكفل الطبي للوصول إلى أفضل النتائج.
- تحسيس القائمين بالرعاية الصحية الى ضرورة الاهتمام بالجوانب النفسية التي يمكن ان تؤثر على صحة الأفراد.
- التعمق في دراسة الرضا عن الخدمات الصحية ومحاولة ايجاد وسيلة لقياسه نظرا لأهميته تجنبا لتحفظ بعض المرضى في الإستجابة .
- أن تتم دراسة نفس المتغيرات مع عينات اخرى من مختلف الأمراض المزمنة.

قائمة المصادر والمراجع

أولا: المراجع باللغة العربية

- شويخ هناء احمد محمد (2009):علم النفس الصحي مكتبة الانجلو المصرية مصر .
- شيلي تايلور(2008): علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش، بريك وفوزي شاكر طعمة ، الاردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- الطاهر محمد نور (2015): قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4.
- عباس بوعباس أحمد يوسف (2010): أثر جودة الرعاية الصحية على رضا المرضى، دراسة مكملة لاجراءات الحصول على ماجستير اداة اعمال، الكويت: جامعة الشرق الاوسط.
- عدودة صليحة (2015): الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدة مرضى قصور الشريان التاجي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علم النفس العيادي، الجزائر:جامعة باتنة،.
- عزيز فريال ناجي (2007): نمط الالتزام بالعلاج لمرضى السكري الظين يراجعون المركز التخصصي لامراض الغدد الصماء والسكري في بغداد، المجلة الطبية العراقية، المجلد 53، العدد 2.
- الفراج أسامة (2009): تقييم جودة الرعاية الصحية في المستشفيات السورية من وجهة نظر المرضى (نموذج لقياس رضا المرضى)،مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية،المجلد 25، العدد 2.
- المساعد زكي خليل (1998): تسويق الخدمات الصحية، الاردن: دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1.
- منصور حسين(2006): الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية للمرضى المنومين بمدينة إربد، الأردن: مجلة المنارة، المجلد 13، العدد 1.
- نوفل محمد(2011): الفروق في دافعية التعلم المستندة الى نظرية تقرير الذات لدى عينة من طلبة كليات العلوم التربوبة في الجامعة الاردنية، الأردن: مجلة جامعة النجاح للابحاث، مجلد 25.

ثانيا: المراجع باللغة الاجنبية

- Arafat R, Souileh W :(2006) attitudes toward medications: a pilot study in palestine , the islamic university journal, vol 14 N 02, college of pharmacy Annajah University Nablus. Palestine.
- Bezie Y ,M Molina ,N Hernandez :(2006) Therapeutic compliance: a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabete .France.
- Crow R, Storey L, Page H :(2003) the measurement of patient satisfaction ,health technology assessment.
- DeBlic, G : (2007) Observance therapeutique chez l'enfant asthmatique ,Revue generale. ElsivierMasson SAS. Paris.
- Gasquet.I. Bloch. J (2002) : determinants de l'observancetherapeutique des antidepresseurs .France.
- Gauchet.A : (2008) l'observance therapeutique et VIH enquete sur les facteurs biologiques et psychosociaux .Edition l'harmattan. Paris
- Gustave, N & Cyril Taraquino : (2006) Les concept fondamentaux de la psychologie de la sante .Dunot. Paris .
- Keegan O, McDarby V :(2003) Community involvement in AE satisfaction survey.

- Lim.P, Tangg.K ,(2000) a study of patient's expectations and satisfaction in Singapore hospital, international journal of health care quality assurance .
- Net Ny :(2007) patient satisfaction towards health services at the out-patients departement clinic in Thailand.
- Petermans. J ,Samalea. S, VanHees .T : (2010) observance therapeutique en geriatrie ,CHU dame de Bruyeres, Belgique.
- Regaudie K : (2015) l'adherence au traitement pharmacologique comme element de la gestion du risque chez les detenus presentant des troubles de sante mentale, departement de criminologie ,university de montreal, kanada .
- Russo laura innamorato :(2011) does the quality of the patient-physician relationship moderate predictors of poor adherense in urban, unobserved andvulnerable patient with chronic illness ,philadelphia collegeof osteopathic medicine.
- Sabate :(2003) adhérence to long term therapy -world health organisation.
- Scheen. A. J. Giet non observance therapeutique : cause consequence et solution , 2010departement de medcine CHU de liege, Belgique.
- Sudeep Kumar :(2007) treatment adherence among tuberculosis patient under revised national tuberculosis control progamme in udupi district karnakata ,india.
- www.diabet-metabolism.com/article/S1262-3636(07)70316-6/fulltext (visité le21/02/2018)
- http://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/2015/3/14/2-3 إحصائيات حول القصور الكلوي(visité le 15/01/2018)
- https://www.djazairess.com/akhbarelyoum/225044