المدخل الروحي في الخدمة الاجتماعية وتحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة .

The Spiritual Approach in Social Work and Achieving Social Support for Mothers of Children with Burns in Intensive Care.

ا.م.د/ حكيمة رجب علي زيدان
استاذ مجالات الخدمة الاجتماعية المساعد
Hrz00@fayoum.edu.eg

١٤٤٥هـ – ٢٠٢٤م

المدخل الروحي في الخدمة الاجتماعية وتحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة.

ملخص: استهدفت الدراسة الحالية اختبار فعالية برنامج التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي في الخدمة الاجتماعية في تحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة " وفي ضوء ذلك تم التطبيق على عينة (١٢ مفردة) من الأمهات المرافقات لأطفالهن المصابين بحوادث حروق بمركز استقبال الحروق – مستشفى الجمعية الشرعية للأورام والحروق – فرع أحمد عرابي. طبق عليهن استمارة قياس المساندة الاجتماعية في القياس القبلي قبل تنفيذ برنامج التدخل المهني ،وبعد تنفيذ جلسات برنامج التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي تم إجراء القياس البعدي لقياس فعالية البرنامج ، **وتوصلت نتائج الدراسة إلى** صحة الفرض الرئيس وهو "وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأمهات عينة الدراسة في التطبيق القبلي والبعدي على استمارة قياس"**المساندة الاجتماعية**" لصالح التطبيق البعدي.

الكلمات المفتاحية:(المدخل الروحي– المساندة الاجتماعية – مصابي الحروق) .

The Spiritual Approach in Social Work and Achieving Social Support for Mothers of Children with Burns in Intensive Care.

Abstract: The current study aimed to test the effectiveness of the professional intervention program using the spiritual approach in social work in achieving social support for mothers of children with burns in intensive care. In light of this, the application was applied to **(12 individuals)** of mothers accompanying their children with burn accidents at the burns reception center - the Sharia Association Hospital for Tumors and Burns - Ahmed Orabi Branch. The social support scale was applied to them in the pre-measurement before implementing the professional intervention program, and after implementing the sessions of the professional intervention program using the spiritual approach, the post-measurement was conducted to measure the effectiveness of the program. The results of the study reached the validity of the main hypothesis, which is "the existence of statistically significant differences between the average scores of the mothers of the study sample in the pre- and post-application on the "social support" scale in favor of the post-application.

.Key words : (**Spiritual Approach – Social Support – Burn victims**)

أولاً: مشكلة الدراسة:

تعاني أسر الأطفال المصابين بحوادث الحروق بمختلف أنواعها من مشاكل اجتماعية واضطرابات سلوكية كثيرة تمثل ضغطًا علي كل فرد من الأسرة وبخاصة الأم.

حيث إن تجارب أفراد أسرة مصابي الحروق تجارب شديدة وقاسية من جميع جوانبها الاجتماعية والنفسية والاقتصادية ، مما يجعل رعاية أفراد الأسرة مهمة معقدة لممارسي الخدمة الاجتماعية الموجودين مع فريق العمل بالرعاية المركزة وخاصة أقسام رعاية حروق الأطفال ،وهو ما يستدعي ضرورة وأهمية دور الخدمة الاجتماعية في تحقيق المساندة الاجتماعية القائمة على فنيات المدخل الروحي، حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بأنشطة المساندة الاجتماعية والرعاية التي تتمحور حول الأسرة، من خلال نظرته إلى الطفل المصاب كجزء من نسق الأسرة الذي يتأثر بشكل كبير بالإصابة والعلاج ،حيث يشترك أفراد الأسرة في تحمل معاناة الطفل ويكونون بحاجة للمساندة والدعم الذي يحقق لهم حصول الطفل على الظروف المناسبة للتعافي النفسي والاجتماعي الذي ينعكس بطبيعة الحال على الجوانب الجسدية وسرعة تماثل الطفل للشفاء.

وقد أشارت لذلك دراسة **جونفير (JENNIFER, 2020)** إلى أهمية تقديم المعلومات الداعمة والمستنيرة من المحيطين للأسرة التي بها طفل تعرض للحروق لأن المساندة تمثل عنصرًا جذابًا في دعم الأمهات للتكيف مع الظروف الطارئة.

وإصابات الحروق الشديدة معقدة وغالبًا ما يتم علاجها في وحدات الرعاية المركزة المخصصة للحروق لمدة تتراوح من بضعة أيام إلى عدة أشهر، يتبعها العلاج الطبيعي والعمليات التجميلية التي قد تستمر لأكثر من عامين .، حيث لا تقتصر عواقب الحروق الشديدة على الأخطار الجسدية فحسب بل هناك عواقب نفسية واجتماعية طويلة الأمد مثل اضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب ، والمشاكل المتعلقة بالجلد، والألم والمشكلات الأسرية لأن أصابات الحروق تجربة مؤلمة ليس فقط للشخص المصاب ولكن أيضًا لأفراد الأسرة، الذين يعتبر دخولهم إلى المستشفى مؤلمًا بشكل خاص بالاضافة إلى بعض العواقب الاجتماعية والنفسية.

وأكدت على ذلك دراسة **ريمر وآخرون،(Rimmer et al.2015)** إلى أنه فضلًا عن كون العلاج مؤلما، فإنه غالبا ما يستغرق وقتًا طويلًا، فعدم اليقين من النتيجة يمكن أن يؤدي إلى معاناة مستمرة للمريض والأسرة .

فعندما يتعرض الطفل لحادث حريق ويتم تشخيص درجة الحروق للطفل فأن الوالدين والأطفال أنفسهم يدخلون في عملية صراع مع الأثار النفسية والاجتماعية والجسدية التي تصاحب فترة العلاج الطبي.

وهذا ما أكدت عليه **دراسة مورلي وآخرون (Morley.et al, 2017)** إلى أن الضيق الناتج عن رعاية حروق الأطفال لا يعاني منه المريض فحسب، بل أيضًا الوالدان و في أغلب الأحيان الأم.،وتشير الدراسة أيضًا أن أمهات الأطفال الذين يعانون من حروق سجلوا درجات أعلى في مقياس القلق والاكتئاب أثناء فترة تواجدهم مع الطفل بالمستشفى.

فحالة الحروق التي يعاني منها الطفل قد تجعل الوالدين عامة والأمهات خاصة بأعتبارهن في أغلب الحالات هن المرافقات للطفل يكن مشوشات الفكر ومجهدات وبحاجة إلى مختلف أنماط المساندة الاجتماعية الانفعالية والمعرفية من جانب الأخصائيين الاجتماعيين لكي يساندونهم بصورة دائمة ودورية من أجل تقبل حالة الطفل ومحاولة التعامل مع تأثيراتها المختلفة حتى تمام شفائه.

حيث ينظر الأخصائيون الاجتماعيون إلى الطفل المصاب بالحريق على أنه جزء من نظام الأسرة كما أن فريق العناية المركزة يرى أن الأمهات المرافقات للطفل كثير ما يكونون بحاجة إلى الدعم والمساندة من جانب الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين لتسهيل عملية تعافي الطفل لأن العواقب الناتجة عن الحروق الشديدة لها تأثير كبير ليس فقط على الشخص المصاب ولكن أيضًا على أفراد الأسرة وخاصة المرافق للطفل,،ومن ثم، فإن اتباع الأخصائيين الاجتماعيين لجلسات التوجيه والأرشاد الروحاني من خلال تركزه على المرافقين للطفل باستخدام تكنيكات وفنيات العلاج الروحاني بطرق مبتكرة، يمكن أن يكون لها آثار إيجابية في تخطي الأسرة لأزمة حروق الطفل .

وقد أوضحت نتائج دراسة **باكسروم (Bäckström, 2018)** أن رعاية أفراد أسرة الأشخاص المصابين بالحروق عملية معقدة لفريق الرعاية الصحية، والاجتماعية وتؤكد نتائج الدراسة أيضًا على أهمية تطبيق برامج للدعم النفسي والاجتماعي للأسرة وتوفير الرعاية التي تركز على احتياجات المرافقين للطفل للحصول على الظروف المثلى لتعافي الطفل المصاب بالحروق.

فيما أشارت دراسة **جوتي (Goyte, Rossi, 2009)** إلى أن أسر مصابي الحروق غالبًا ما يعانون من مشاكل صحية عقلية حادة مثل الاكتئاب والقلق.

والمساندة الاجتماعية عن طريق الدعم الروحاني والعاطفي التي يحتاج إليها مرضى الحروق وأسرهم تمثل أهم مصادر الدعم الرئيسة لذلك يقع على عاتق الأخصائيين الاجتماعيين مسئولية كبيرة ضمن فريق العمل باقسام الرعاية المركزة للحفاظ على كرامة المرضى وأسرهم من خلال المساعدة على التواصل الاجتماعي والتكيف مع الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تصاحب تعرض الطفل للحادث لأن الأسرة يحدث لديها تغيير في ترتيب أولوياتها نتيجة الظروف الصحية الطارئة التي أحلت بأحد أطفال الأسرة وفي بعض الأحيان قد ينتج عن حادث الحريق إصابة أكثر من طفل في الأسرة الواحدة وفي مثل هذه الحالات تتعدد وتتنوع الاحتياجات التي تسعى الأسرة إلى إشباعها .حيث أشارت دراسة **الفقي ، أحمد (٢٠٢١)** إلى أن أسر مرضى الرعاية المركزة تتنوع احتياجاتهم نتيجة الظروف الطارئة التي تمر بها الأسر وأشارة الدراسة إلى أن هذه الاحتياجات تتفاوت في ترتيبها ما بين احتياجات" روحية ، معرفية، اجتماعية، نفسية، ثم مادية .

كما أظهرت دراسة **كاسيا(CAISA, 2014)** أن تجارب الوالدين أثناء إعادة التأهيل بعد إصابة طفلهم بالحروق بحاجة إلى الرعاية النفسية الوقائية بما في ذلك المعلومات حول ردود الفعل النفسية الطبيعية وما يمكن توقعه عند العودة من المستشفى إلى المنزل ،والتي يمكن أن تكون ذات قيمة في تسهيل الحياة اليومية للوالدين خلال الدعم الاجتماعي اليومي للأسرة خلال هذه الفترة الصعبة.

وهذا ما يستهدفه المدخل الروحي في الخدمة الاجتماعية ، حيث يرتكز على حماية الأفراد من الظروف المعاكسة، وتقديم خدمات المساندة والدعم، والحد من المشكلات التي تعيق الأفراد، ووضع العملاء في وضع يسمح لهم بالنجاح في الحياة.

حيث تتعرض الأسر وخاصة الأم أثناء فترة علاج الطفل وتأهيله لخطر عواقب نفسية واجتماعية طويلة الأمد تمثل نتائج لشعورهن بالذنب والمسئولية عن حدوث ما أصاب الطفل من حروق. حيث أشارت لذلك دراسة **ماكسول(Maxwell, 2007)** أن الآباء غالبًا ما يشعرون بالخوف والذنب والحزن وانعدام الأمان والفوضى والصدمة. مما يستدعي دعمهن عاطفيًا وتوجيهن حول كيفية التعامل مع الشعور بالذنب الناجم عن حروق الطفل في جميع مراحل العلاج .

وعليه يمثل الاهتمام بإجراء جلسات التدخل المهني للخدمة الاجتماعية باستخدام المدخل الروحي مع الأمهات المرافقات لأطفالهن في وحدات الرعاية المركزة وخاصة حالات حروق الأطفال الشديدة سواء من الدرجة الثانية العميقة أو الدرجة الثالثة عاملا مهما في تحقيق المساندة الاجتماعية والتكيف الإيجابي للأمهات والذي ينعكس أيضًا على الأداء الأسري والبيئة الأسرية ككل من خلال تدعيم التكيف النفسي والاجتماعي الإيجابي للطفل المصاب بالحروق ، حيث إن تأثير الحرق على الطفل يمكن أن يكون له عواقب نفسية وعاطفية عميقة على الوالدين نتيجة الشعور بالذنب والاكتئاب والقلق على الصورة الجسدية لمظهر الطفل والتي ينتج عنها كثير من مشاعر الذنب والتأنيب.

وقد أثبتت دراسة **فيليبس** ، **رومسي(Phillips & Rumsey, 2008)** أن قلق الوالدين والاكتئاب نتيجة إصابة الطفل بحوادث الحروق أثناء مرحلة تواجده في العيادات الداخلية لتلقي العلاج اللازم بحاجة لتوفير المساندة والدعم النفسي والاجتماعي بمختلف أنماطه.

والمدخل الروحي يرتكز على فكرة أساسية مؤداها أن القصور في إشباع الحاجات الدنيوية (المادية –النفسية– الاجتماعية) يمثل سببًا قويًا ، لوقوع الفرد في المشكلات وبالتالي فإن هناك تزايد في الحاجة إلى تطبيق المدخل الروحي وذلك لتعرض الفرد إلى تزايد الضغوط في مختلف نشاطات الحياة **(أبو المعاطي، ٢٠١٠ ، ص١٢٣)** .

والمساندة الاجتماعية باستخدام فنيات المدخل الروحي في الدراسة الحالية، تهتم بالتركيز على بناء جو من الثقة والأمان للأمهات المرفقات لأطفالهن بوحدات الرعاية المركزة من خلال مساعدتهن تدريجيًا على مواجهة الرعب والفزع الذي يمرون به نتيجة تذكرهن تفاصيل الحادث حيث تظهر مشاعر الخسارة، والكَرب، والغضب نتيجة كثرة التفكير في الأسباب التي أدت إلى إصابة الطفل وهنا تستهدف جلسات برنامج التدخل المهني تحقيق أكثر اشكال المساندة الاجتماعية التي تكون الأمهات بحاجة لها وهي المساندة الانفعالية والمعرفية من خلال مساعدة الأمهات للتخلي عن الماضي وتغيير النظرة المتشائمة عن حالة الطفل الصحية والتوجه نحو المستقبل بشكل أكثر تفاؤل ورضا بالقدر والتعامل الإيجابي مع الظروف الصحية للطفل .

وهذا ما أشارت إليه دراسة **جاجو(Gage, 2024)** إلى فائدة تصميم برامج تقدم المشورة والدعم النفسي والاجتماعي المستمر لأسر الأطفال المرضى طوال فترة مرض أطفالهم بالأضافة لتحديد احتياجات الدعم الخاصة بهم بشكل فعال، والبحث عن أنساق القرابة الأكثر ملاءمة لتقديم

بعض أنماط المساندة الاجتماعية من خلال القيام بمهام محددة تساعد من خلالها أسرة الطفل المريض .

ويؤكد ذلك اهتمام مهنة الخدمة الاجتماعية بالجوانب الإنسانية والروحية والأخلاقية والتي أشار إليها العديد من المتخصصين في الخدمة الاجتماعية على أنها مهمة ويجب أن تأخذها المهنة في الاعتبار على كافة مستويات الممارسة المهنية.

والاعتماد على فنيات واستراتيجيات المدخل الروحي لتحيقيق المساندة الاجتماعية تمنح إجراءً وقائيًا للحد من التحديات والضغوط الاجتماعية لأمهات الأطفال المصابين بالحروق، بل يجب أن يتم التخطيط لتقديم المساندة والدعم لجميع أفراد أسرة الطفل المصاب.

ولأفراد الأسرة أهمية كبيرة في عملية تعافي الأشخاص المصابين بحروق شديدة؛ ومع ذلك، فقد ركزت القليل من الدراسات السابقة على الاهتمام بالأسرة والعواقب النفسية والاجتماعية التي تتعرض لها الأسرة.

وهذا ما أشارت إليه دراسة **ريمل وآخرون (Rempel.et al,2013)** أشارت الدراسة إلى أنه نادرًا ما تمت دراسة لكيفية قيام أفراد الأسرة بتقديم الرعاية والدعم لأطفالهم المصابين، حيث تعاني الأسرة من الصدمة مع طفلهم المصاب بالحروق، بالإضافة لمعاناة الحفاظ على بقاء طفلهم على قيد الحياة، وحماية الطفل من الوصمة المرتبطة بالتندب والتشوه. وأوصت الدراسة لأهمية تمكين وتأهيل الوالدين لتحقيق رعاية فعالة طويلة الأمد بشأن تربية الأطفال المصابين بالحروق .

فيما أشارت نتائج دراسة **باكستروم (Backstrom ٢٠١٣.)** أن الأمهات تحتاج إلى معلومات ودعم عاطفي وتوجيهات حول كيفية التعامل مع الشعور بالذنب الناجم عن الحروق في جميع مراحل العلاج وتكون الأمهات في خطر متزايد عند استيفاء هذه المتطلبات لأنهن يبقين مع الطفل طوال فترة الإقامة الطويلة في المستشفى، ويلعبن دورًا نشطًا في إجراءات العلاج والرعاية، ويُنظر إليهن عمومًا على أنه من مقدمات الرعاية الأولية.

ومن خلال العرض السابق لمشكلة الدراسة والدراسات المرتبطة بها فإن هذا البحث يهدف إلى تصميم وتنفيذ جلسات للتدخل المهني في الخدمة الاجتماعية باستخدام المدخل الروحي لتحقيق الدعم والمساندة الاجتماعية من جانبين مهمين وهما الجانب الانفعالي العاطفي والجانب المعرفي المعلوماتي لعينة الدراسة من أمهات الأطفال المصابين بحوادث الحروق وذلك للتخفيف من بعض أعراض الأكتئاب والقلق ووساوس الشعور بالذنب والحزن الذي يصاحب إصابات الطفل

الخطيرة بالحروق ، وكذلك الحد من التحديات الانفعالية والعاطفية للأمهات ومساعدتهن للمشاركة في إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي للطفل، و وقايته من الشعور بالوصم الاجتماعي في المستقبل.

وفي ضوء ما اسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة التي تم الرجوع إليها واتفقت على أن أسر الأطفال مصابو الحروق بحاجة للدعم والمساندة في هذا الموقف الصعب لتمكينهم من تحقيق الرعاية الاجتماعية الشاملة للطفل أثناء فترة علاجه، واتفقت أيضًا على أهمية تصميم برامج لتمكين وتأهيل الوالدين لتحقيق رعاية فعالة طويلة الأمد بشأن تربية الأطفال المصابين بالحروق.

و**اختلفت** الدراسات السابقة فيما بينها عن الدراسة الحالية أن معظمها دراسات وصفية وتقييمية ، لكنها أوصت في نتائجها بإجراء دراسات تجريبية تعتمد على وضع برامج وأنشطة للتدخل المهني مع أسر الأطفال المصابين بالحروق،وقد أكدت ذلك **دراسة باكسروم (Bäckström .2018) دراسة جاجو(Gage, 2024) ريمل وآخرون (Rempel.et al,2013)** أكدت على أهمية تطبيق برامج للدعم النفسي والاجتماعي للأسرة وتوفير الرعاية التي تركز على احتياجات المرافقين للطفل للحصول على الظروف المثلى لتعافي الطفل المصاب بالحروق وهو ما يدعم أهمية إجراء الدراسة الحالية.

وفيما يتعلق بالدراسة الحالية فإنها اختلفت عن الدراسات السابقة في نوعيتها وطبيعة برنامج التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي الذي يهتم بحماية الأفراد من الظروف المعاكسة، وتقديم خدمات المساندة والدعم، والحد من المشكلات التي تعيق الأفراد، ووضع العملاء في وضع يسمح لهم بالنجاح في الحياة.

وبناء على ما سبق فأن الدراسة الحالية تستهدف اختبار فعالية برنامج التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية باستخدام المدخل الروحي في تحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة.

ثانيًا: أهمية الدراسة:

- ما أشارت إليه إحصائيات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بالتقرير السنوى لحوادث الحريق في مصر عام 2023 وكان من أهم مؤشراته أن بلغ عدد حوادث الحريق على مستوى الجمهورية 45435 حادثة عام 2023 ،و وفقًا للحالة الجنائية كان الحريق بسب الأهمال

للأطفال بعدد 4991 حادثة خلال هذا العام أيضًا.*(**الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء .التقرير السنوي لحوادث الحروق في مصر لعام ٢٠٢٣**)

تسهم فنيات المدخل الروحي في تحقيق التماسك النفسي للأمهات ومحاولة التخلص من مشاعر الخوف وتدعيمهن ليصبحوا أكثر إيجابية وشعورًا بالرضا واحترام الذات والتفاؤل.

- قد يسهم التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي في التعرف علي المشكلات التي يعاني منها أسر الأطفال مصابي الحروق وأساليب المساندة الاجتماعية التي يحتاجون إليها.
- استخدام الدراسة الحالية المدخل الروحي مع الأمهات يعزز لهن القدره على التسامح مع الذات والآخرين لأنه يركز على نقاط الضعف والتوتر والذنب المسببة للمشكلة.
- تدعم فرضيات المدخل الروحي قدرات الأمهات للتعامل مع التحديات والمصاعب التي تواجهن أثناء مرافقتهن للطفل خلال فترة تلقي الطفل للعلاج الطبيعي وعمليات التجميل.
- تطرق الدراسة الحالية لتنفيذ برنامج تدخل مهني للخدمة الاجتماعية مع عينة الدراسة والعينات المماثلة لها يمثل إثراء للجانب النظري والتطبيقي في الخدمة الاجتماعية.

ثالثًا : مفاهيم البحث:

تناولت الدراسة الحالية المفاهيم التالية:

١- **مفهوم المدخل الروحي:** عرف بأنه مدخل علاجي يعتمد على فاعلية القيم الروحية والدينية في تعديل اتجاهات العميل وأنماطه الجامحة كقوة دافعة ترفض بشدة كافة أشكال السفه الإنساني وتعيد الاستقرار الاجتماعي للفرد والجماعة والمجتمع لتحقيق أقصى حالات النضج والنمو الإنساني (**عثمان، ٢٠٠٤، ص٢٠٢**).

والمدخل الروحي يرتكز على مسلمة أساسية وهي أن انقطاع صلة الإنسان بالله عز وجل عامل أساسي وكافي لوقوع الفرد في المشكلات الشخصية والاجتماعية في الحياة الدنيا وسبب للخسران المبين في الآخرة . (**رجب، ٢٠٠٥، ص١٢١-١٢٩**)

ويعرف المدخل الروحي أيضًا بأنه " البحث عن حكمة جديرة بالثقة والتي من شأنها أن تربطنا بالأهداف الحقيقية والمعنى الأكبر للحياة اليومية. **(Gratton, 1995, p16)**

وتعرف الباحثة المدخل الروحي إجرائيًا :

- مجموعة من الفنيات والاساليب المهنية في الخدمة الاجتماعية مثل "**تدعيم الإيمان بالله –التبصير والتبشير – التثبيت والتأثير – الدعاء والاستغفار – روح التفاؤل والثقة بالله – التعاطف – تقديم المعلومات والاستشارات**" .
- يعتمد على تدعيم وتعزيز الطاقة الإيمانية لأمهات الأطفال مصابو الحروق .
- يستهدف مساندة الأمهات انفعاليًا ومعرفيًا للتخفيف من مشاعر الذنب والحزن ولوم النفس .
- يدعم التفكير والتوقعات الإيجابية لأمهات الأطفال بشأن تحسن شكل جسم الطفل في المستقبل.

أهداف المدخل الروحي في ضوء الدراسة الراهنة :

تتمثل أهداف المدخل الروحي في مجموعة من النقاط التي تتمثل في :

– مساعد الشخص على التخلص من آلامه ومشكلاته تحقيقًا لكرامته وسعادته، **(السنهوري، ١٩٩٢، ص٣٥٢)**

وفي الدراسة الحالية فإن شعور الحزن والذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بالحروق يعتبر من الاشكلات الرئيسة التي يعاني منها الغالبية العظمى من الأمهات ويكن غير قادرات على التخلص من شعور الذنب وتأنيب الضمير بشكل يؤثر على رعاية واهتمام الأم بالطفل.

– تصحيح بعض الأفكار الخاطئة لدى الفرد عن نفسه والآخرين. **(النوحي،٢٠٠٧،ص٣٠٨)**

في الدراسة الحالية معظم الأمهات يرون أنهن السبب في إصابة الطفل بالحروق أو أن إصابة الطفل ناتجة عن اهمال من الأم وهذا ما يوجه فيه الآخرين الوم إلى الأم.

– مساعدة العميل على رفع مستوى أدائه لأدواره خاصة الأدوار ذات الصلة بالمشكلات.**(زيدان،٢٠٠٥،ص٣٤٣ .٣٤٢)**.

في الدراسة الراهنة تؤدي شدة الإصابة التي يعاني منها الطفل أن بعض الأمهات يكن غير قادرات على القيام بأبسط أدوارهن الاجتماعية أثناء تواجدهن مع الطفل فيما يتعلق بالقدرة على التكيف والتوافق مع الوضع شديد الخطورة الذي يعاني منه الطفل.

– **مبادئ المدخل الروحي: (علي.٢٠١٠.ص٤٠٥)**

تتمثل تلك المبادئ التي لابد من مراعاتها أثناء جلسات التدخل المهني في :

١– **الالتزام الديني.** من خلال الاعتماد على بعض فنيات المدخل الروحي التي تدعم الجوانب الإيمانية لدى الأمهات. مثل " الاستغفار –الصلاة –الدعاء– الصبر– التفاؤل والثقة بالله...الخ.

٢- **الالتزام الأخلاقي** والتحلى بمكارم الأخلاق.

٣- الحب في الله.

- أهمية استخدام المدخل الروحي في الدراسة الحالية:(Bryan,2015,p74:78)

- المدخل الروحاني يمثل عاملًا وقائيًا ضد الشعور بالذنب والاكتئاب لأنه يشعر الشخص بمعنى الحياة والتسامح مع ذاته والإيمان بشيء اعظم من الذات.

أيضًا من مميزات استخدام لمدخل الروحي في تحقيق المساندة لأمهات الأطفال مصابي الحروق:(Belcher & Mellinger,2016)

- المدخل الروحاني يمثل أداة يضعها العملاء في عدسة لفهم الصورة الأكبر والتفكير في حل مشكلاتهم بتكوين صورة إيجابية عن ذاته من خلال ارتباطه بواقع حياته المجتمعية.

- استخدام المدخل الروحي يجعل العملاء ينظرون للحياة نظرة إيمانية و إيجابية ومفيدة بعيدًا عن التشاؤم والاحباط.

-يفضل استخدام المدخل الروحي مع اعملاء الذين فقدوا أفراد من عائلاتهم أو تعرض أحد أفرادهم لحادث آليم.**(Krysinska, Andriessen, Corveleyn, 2014)**

-أنظمة الدعم الاجتماعي الإيجابية يمكن أن تعزز المرونة النفسية عن طريق زيادة الثقة بالنفس أو تنشيط الجهاز العصبي السمبتاوي والآليات العصبية الحيوية الأخرى.(**Costa ALS, et al., (2017, p60:352**

- أساليب وفنيات المدخل الروحي في ضوء الدراسة الحالية

لكل مرحلة من مراحل علاج الأطفال المصابين بحوادث الحروق تأثيرها على الأسرة وقد يتأثر الأطفال أيضًا، وبالتالي تحتاج الأمهات المرافقات لأطفالهن إلى فريق مهني متكامل لمساندتهن و تدعم التكيف الإيجابي لهن من أجل استعادة وتطوير المهارات اللازمة ليصبحوا أفرادًا قادرين على جعل أطفالهن مستقلين وواثقين في أنفسهم ولديهم القدرة على مواجهة الواقع الاجتماعي دون الشعور بالعزلة والخجل الاجتماعي ويمكن تحقيق ذلك من خلال الدور المهني للأخصائي الاجتماعي باستخدامه للأساليب والفنيات التي يعتمد عليه ا المدخل الروحي والتي يمكن عرض من خلال بعض النقاط التالية:**(رجب ، ٢٠٠٠، ص.٢١٣)**

١- العلاج بالعبادات (الصلاة، الاستعاذة من الشيطان، تلاوة الكتب المقدسة، الاستغفار، الذكر، الدعاء).

٢- مساعدة العميل على النظر إلى الحياة نظرة واقعية وأن يتذكر أن إرضاء الناس كلهم غاية لا تدرك، وتجنب النظرة المثالية.

٣- الإيحاء للعميل للاستعانة بالخالق وطلب العون والتوفيق منه.

٤- التذكير بنعم الخالق وشكره عليها والإقرار بالنعمة.

أيضًا هناك بعض الأساليب في المدخل الروحي التي يمكن استخدامها مع العملاء وهي: (السنهوري ، ٢٠٠٧ ، ص.٢٣٣).

- مساعدة العميل على التحرر من عقدة الذنب ،وفي عينة الدراسة التي تم التطبيق عليها في هذه الدراسة فإن الغالبية العظمى من الأمهات يسيطر عليها شعور الذنب وتأنيب الضمير وأنهن السبب في ما الم بالطفل من أصابات .
- مساعدة العميل للتحلي بالقيم الإيجابية في المواقف الحياتية.
- تشجيع العميل على الوصول لمستوى الارتقاء الروحي.

٢- **مفهوم المساندة الاجتماعية :** هي مزيج من الموارد العاطفية والمادية التي يقدمها مقدمو الرعاية والطاقم الطبي والشبكات الاجتماعية الأخرى، وهو أحد العوامل الاجتماعية التي تؤثر على المرونة النفسية للفرد. **(Cohen, 2004, p84:676)**

وتعرف المساندة أيضًا بأنها " الخبرة الأساسية التي يحتاجها الناس للبقاء في صحة جيدة جسديًا وعقليًا، والحصول على المساعدة والراحة المناسبة ، والاندماج أخلاقيًا وسلوكيًا في الجماعة أو المجتمع.**(Petra Buchwald .p 435)**

والمساندة الاجتماعية في الدراسة الحالية تعرف بأنها "كل ما تتلقاه أمهات الأطفال المصابين بالحروق من دعم نفسي اجتماعي وروحي ومعرفي أثناء مرافقتهن لأطفالهن داخل وحدات الرعاية المركزة، خاصة عندما تواجه أحداثًا او مواقف يمكن أن تثير لديها الحزن والمشقة وتسبب لها المتاعب بمختلف أنواعها مما يستدعي معه أهمية مساندتهن ودعمهن بشكل يحقق إدراكهن وتقبلهن لهذا الدعم .

من خلال العرض السابق لمفهوم المساندة الاجتماعية فأن استخدام المدخل الروحي في الخدمة الاجتماعية قد يساهم في الدعم الروحي ومساندة أمهات الأطفال مصابي الحروق من خلال :

- اعتماد الأخصائي الاجتماعي على أساليب الدعم والمساندة الاجتماعية التي يقدمها مع فريق العمل بالمستشفى بالإضافة إلى المساندة العاطفية والأنفعالية التي يستعين فيها

الأخصائي بالأفراد المقربين من أسرة الطفل المصاب سواء كان هؤلاء الأشخاص من العائلة والأصدقاء يشكل حافزًا مهمًا وضروريًا لمقابلة الاحتياجات النفسية والاجتماعية وحل المشكلات التي تمر بها أسرة الطفل المصاب.

- تحقيق المساندة الاجتماعية من العوامل الداعمة في تخطي أسرة الطفل المصاب لضغوطات ما بعد صدمة الحروق وذلك لأن الدعم والمساندة لها تأثير كبير في تحسين حالة الطفل وسرعة التعافي لأن المساندة الأنفعالية للأم يكون لها تأثير كبير على الحالة الصحية للطفل ، وبالتالي يؤثر على التعافي النفسي والاجتماعي والجسدي.

- **أشكال المساندة الاجتماعية:**

تتنوع أشكال وأنماط المساندة الاجتماعية التي يمكن من خلالها أن يتم تحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق ولقد تم عرض بعض هذه الأنماط في ضوء ما تم تطبيقه على عينة البحث والتي تمثلت في الآتي : **(Edmund H et al . P53;59)**

١- **المساندة الانفعالية "الوجدانية":** والتي تتمثل في الدعم العاطفي ، مثل التعبير عن مشاعر الإعجاب أو التعاطف أو القلق، أو توفير فرص للتنفيس أو التعبير عن المشاعر بشكل علني.،كما تشمل على الرعاية والثقة .

٢- **المساندة المعرفية :** وتشمل على المساندة من خلال الدعم المعلوماتي ، مثل تقديم النصائح أو المعلومات ذات الصلة، مهارات حل المشكلة ، وتقديم الارشادات والتوجيه والنصح.

٣- **المساندة الأدائية** :وتتمثل في تقديم المساعدات العينية، والمادية ، وما إلى ذلك.

٣- مفهوم الأطفال مصابي الحروق.

لعرض مفهوم الأطفال مصابي الحروق تستعرض الباحثة في البداية **لمفهوم الحروق والتي تعرف بأنها**" نوع من الجروح المؤلمة الناجمة عن الطاقة الحرارية أو الكهربائية أو الكيميائية أو الكهرومغناطيسية ويُعد الماء المغلي هو السبب الرئيس لإصابة الأطفال بالحروق. ويعتبر كل من الرضع وكبار السن هم الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالحروق.**(Burns. www.who.int)**

الأطفال مصابو الحروق هم " فئة الأطفال بالمرحلة العمرية من عمر سنة إلى٨ سنوات وأصيبت بحروق جسدية نتيجة تعرضه "لانسكاب مياه بدرجة غليان عالية ،ماس كهربائي،

حرائق نيران ملتهبة" تصنف هذه الحروق طبيًا بحروق الدرجة الثانية العميقة والثالثة يترتب عليها خضوع الطفل المصاب للملاحظة الدقيقة بوحدات الرعاية المركزة نتيجة لخطورة الحالة الصحية.

- **أنواع الحروق التي يتعرض لها الأطفال:** (Treating-and-Preventing-Burns.aspx)

١. **الحروق الحرارية.** تحدث هذه الحروق بسبب مصادر الحرارة التي ترفع درجة حرارة الجلد والأنسجة وتسبب موت خلايا الأنسجة أو تفحمها.

٢. **حروق الإشعاع .** تنجم هذه الحروق عن التعرض لفترات طويلة لأشعة الشمس فوق البنفسجية، أو لمصادر الإشعاع الأخرى مثل الأشعة السينية.

٣. **الحروق الكيميائية.** تحدث هذه الحروق بسبب ملامسة الأحماض القوية أو القلويات أو المنظفات أو المذيبات للجلد أو العينين.

٤. **الحروق الكهربائية .**تكون هذه الحروق نتيجة للتيار الكهربائي، إما التيار المتردد (AC)أو التيار المباشر.(DC)

- **مراحل وخطوات التعامل مع الطفل المصاب داخل وحدات الرعاية المركزة:**

هناك سبع مراحل للعلاج، يتم وصف كل مرحلة من هذه المراحل بإيجاز فيما يلي : – (Hettiaratchy & Dziewulski, 2004, p1366-1368)

(١) **الإنقاذ الأولي.** مباشرة بعد وقوع الإصابة، قد يكون الأصدقاء أو الأقارب أو خدمات الطوارئ هم من ينقذون المريض في البداية. إن القرارات المتخذة والعلاج المقدم في مكان الحادث، وخاصة جودة أي إسعافات أولية.

(٢) **الإنعاش.** عندما تكون الإصابة أكبر حجمًا، في أقسام الطوارئ ولاحقًا في أجنحة المستشفيات، يمكن أن تشتمل الرعاية على أكثر أشكال العناية المركزة تعقيدًا، بما في ذلك ضخ السوائل (للإصابات التي تبلغ مساحتها ١٠ بالمائة من إجمالي مساحة سطح الحروق أو أكثر عند الأطفال)، ودعم الجهاز التنفسي والقلب. والجهاز الكلوي والعناية التمريضية المكثفة للبشرة.

(٣) **الاسترجاع.** قد يحتاج المرضى إلى نقلهم من موقع تقييم قسم الطوارئ الأساسي إلى قسم الرعاية المركزة لتقديم علاج أكثر تعقيدًا وتخصصًا للحروق ،وهذا قد يعني أنهم يتلقون علاجهم بعيدًا عن المنزل وعائلاتهم وأصدقائهم.

(٤) **إعادة الظهور**: في بعض حالات الحروق، يكون الدخول إلى بيئة العناية المركزة ضروريًا لفترات طويلة، بما يتجاوز مدة الإقامة النموذجية لأشكال أخرى من الصدمات التي تحتاج إلى دعم مماثل. وهذا له أيضًا عواقب نفسية واجتماعية على المريض وعائلته.

(٥) **التأهيل**: الهدف من العلاج هو تمكين الفرد من البقاء على قيد الحياة والتعافي ، ويتضمن هذا عادةً العلاج الطبيعي والعلاج المهني والدعم النفسي لكل من الفرد وأسرته،ومع ذلك فإن طبيعة إصابات الحروق يمكن أن تجعل هذا الهدف المثالي بعيد المنال.

(٦) **إعادة البناء**: غالبًا ما تتطلب ندبات ما بعد الحروق تدخلًا جراحيًا ترميميًا. تهدف هذه الجراحة إلى تحسين التأثير الوظيفي أو البصري للتندب، وإزالة المناطق غير المستقرة من الجلد وتقلص الأنسجة الندبية، واستعادة الخصائص الجمالية للمنطقة المصابة. وقد يتم ذلك بعد أشهر أو سنوات من الإصابة الأولية، ورغم ذلك يتطلب إعادة البناء رأيًا جراحيًا ودراسة التأثير النفسي. على الرغم من أنه يمكن تحسين الندبات عن طريق الجراحة، إلا أنها لا تختفي وتترك تذكيرًا دائمًا بأن الشخص قد أصيب.

(٧) **المراجعة والمتابعة**. بعد الإصابة بالحروق وإعادة البناء، هناك فترة متابعة طويلة حيث تتم مراجعة التقدم بشكل دوري ،وبالنسبة للأطفال الذين يعانون من إصابات معقدة، يمكن أن تستمر فترة المراجعة حتى مرحلة البلوغ وقد يتم فحصهم بشكل متقطع بواسطة خدمة الحروق لسنوات عديدة.

رابعًا: أهداف الدراسة :

الهدف الرئيس: اختبار فعالية برنامج للتدخل المهنى باستخدام المدخل الرحي لتحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة.

الأهداف الفرعية :

١. اختبار فعالية برنامج للتدخل المهنى باستخدام المدخل الرحي لتحقيق المساندة النفسية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة.

٢. اختبار فعالية برنامج للتدخل المهنى باستخدام المدخل الرحي لتحقيق المساندة المعرفية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة.

سادسًا– الإجراءات المنهجية للدراسة :

١- **نوع الدراسة** : تنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات التجريبية والتي تعتمد على تطبيق برنامج التدخل المهني خلال مدة زمنية بحد أقصى ست شهور وحد إدنى ثلاث شهور ،وذلك من خلال الاعتماد على التصميم التجريبي لجماعة تجريبية واحدة .

٢- **المنهج المستخدم**: تم استخدام المنهج التجريبي اتفاقًا مع نوع الدراسة باستخدام جماعة تجريبية واحدة بهدف دراسة تأثير المتغير المستقل وهو برنامج التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي على المتغير التابع وهم أفراد الجماعة التجريبية (عينة قدرها ١٢ مفردة) من الأمهات المرافقات لأطفالهن المصابين بحوادث حروق من الدرجة الثانية العميقة نسبة حروق فوق الخمسين بالمائة وكذلك الدرجة الثالثة وتم حجزهم بوحدات العناية المركزة نظرًا لخطورة حالتهم.

٣- فروض الدراسة:-

الفرض الرئيس :"توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأمهات عينة الدراسة في التطبيق القبلي والبعدي لمقياس " المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة .

وقد انبثق منه مجموعة من الفروض الفرعية كما يلي :-

١- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأمهات عينة الدراسة في التطبيق القبلي والبعدي لبعد المساندة النفسية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة .

٢- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأمهات عينة الدراسة في التطبيق القبلي والبعدي لبعد المساندة المعرفية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة .

٤- **ادوات الدراسة** :اعتمدت الدراسة الحالية على اداتين هما :

(أ)- "**استمارة قياس** "**المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق**" إعداد الباحثة من خلال اطلاعها على المحتوى النظري لهذه الدراسة بالاضافة إلى الأدوات التي اعتمدت عليها الدراسات السابقة.

(ب)- **دليل مقابلة** " **تجربة أمهات الأطفال مصابي الحروق**" إعداد الباحثة من خلال اطلاعها على الأدوات التي اعتمدت عليها الدراسات السابقة.

(ج)- **برنامج التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية باستخدام المدخل الروحي** إعداد الباحثة.

***- الصدق والثبات لأداة الدراسة:**

قد تم إختبار ثبات الاداة بإستخدام معامل قياس التجانس الداخلي للاداة (Consistency) من أجل فحص ثبات أداة الدراسة، وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين عبارات في الاداة، ومن أجل تقدير معامل التجانس استخدمت الباحثة طريقة (كرونباخ ألفا)، حيث إن بلغ معامل الثبات الكلي (الفا) **لأبعاد** الاداة (٠.٧٨) وهذا يعد معامل ثبات مرتفعاً ومناسباً لأغراض البحث الحالية.

جدول رقم (1)

نتائج اختبار الصدق البنائي وثبات أداة الدراسة

م		عدد العبارات	قيمة الارتباط	الحالة	قيمة معامل ألفا كرونباخ	الحالة
	المحور الأول – المساندة النفسية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة					
	المؤشر الأول: الرعاية.	٥	٠.٦٩	صادق	٠.٧٨	**ثابت**
	المؤشر الثاني: الثقة.	٥	٠.٧٤	صادق	٠.٧٨	**ثابت**
	المؤشر الثالث : التعاطف.	٥	٠.٥٨	صادق	٠.٧٥	**ثابت**
	المحور الثاني : المساندة المعرفية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة.					
	المؤشر الأول : اعطاء المعلومات.	٥	٠.٨٠	صادق	٠.٧٨	**ثابت**
	المؤشر الثاني: مهارة حل المشكلات.	٥	٠.٧٢	صادق	٠.٧٦	**ثابت**
٣	**المؤشر الثالث: تقديم الارشادات.**	٥	٠.٧١	صادق	٠.٧٧	**ثابت**
	الاجمالي الاداة	**٣٠**			٠.٧٨	**ثابت**

أظهرت بيانات الجدول رقم (1) والذي يوضح نتائج الصدق الذاتي للاداة، حيث تبين أن معاملات الارتباط بين درجات كل محور من محاور الاداة السابق الإشارة إليه، ودرجة جميع محاور الاداة إجمالاً، تتراوح بين (٠.٥٨ و ٠.٨٠) وبهذا يتضح الاتساق الداخلى بين محاور الأداة الحالية، مما يؤكد الصدق البنائى للأداة ككل .

٥- مجالات الدراسة :

(أ) **المجال البشري** : تكونت عينة الدراسة من (١٢ مفردة) من الأمهات المرافقات لأطفالهن المصابين بحوادث حروق. بمركز استقبال الحروق – مستشفى الجمعية الشرعية لعلاج الاورام والحروق– فرع أحمد عرابي –القاهرة.

تم اختيارهم بطريقة عمدية. وفقًا للشروط الآتية .

١- أن تكون الأم هي المرافق الوحيد المسموح له بالبقاء مع الطفل في الرعاية المركزة بشكل دائم.

٢- أن تكون درجة حروق الطفل المرافقة له الأم مصنفة طبيًا من الدرجة الثانية العميقة أو الثالثة لأن تلك الحالات أصابتها تشكل صدمة بالنسبة للأسرة و بحاجة للرعاية المركزة.

٣- أن تستدعي حالات الطفل التردد على المستشفى لمدة طويلة للمتابعة وإجراء العمليات التجميلية والعلاج الطبيعي مما يساهم في تحقيق هدف جلسات برنامج التدخل المهني مع الأم.

٤- أن تستدعي حالة الأم الدعم الروحي والمساندة وفقًا لرأي فريق العناية المتابع لحالة الطفل .

٥- الاستعداد والرغبة من الأم للتطوع والمشاركة لحضور جلسات الدعم الروحي والمساندة الاجتماعية.

- خصائص عينة الدراسة :

تقوم هذه الدراسة على عدد من المتغيرات المتعلقة بالخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة ، وفي ضوء هذه المتغيرات يمكن تحديد خصائص أفراد عينة الدراسة كالتالي:

جدول (٢)

البيانات الأولية لعينة الدراسة

الصفة	الاستجابة	التكرار	النسبة المئوية (%)
نوع الطفل	أنثي	٧	% 58
	ذكر	٥	%42
سن الطفل	أقل من سنة	١	%8
	من سنه لأقل من ٣سنوات	٧	%58
	من ٣سنوات لأقل من ٦ سنوات	٢	%17
	٦ سنوات فأكثر	٢	%17
	الإجمالي	١٢	٪١٠٠
سبب الحرق	سوائل مغلية	٨	%66
	ماس كهرباء	٢	%17
	لهب	٢	%17
تشخيص درجة حروق الطفل	الثانية العميقة	٨	%66
	الثالثة	٤	%34
	الإجمالي	١٢	٪١٠٠
مكان اصابة الطفل	الرأس	١	%8
	الرقبه والصدر	٨	%66
	البطن	٩	%75
	الساقان	٨	%66
	القدمان	٤	%34
	الظهر	٢	%17

الصفة	الاستجابة	التكرار	النسبة المئوية (%)
مكان السكن	الريف	٩	%75
	الحضر	٣	%25
المحافظه التابع لها	القاهرة	١	%8
	الجيزة	٢	%17
	المنوفية	١	%8
	الفيوم	٣	%25
	بني سويف	٢	%17
عدد أفراد الأسرة	اقل من ٥ أفرد	٥	%42
	من ٥ : ٧ افراد	٧	%58
	الإجمالي	12	%100
المستوى التعليمي للأم	لتقرأ وتكتب	٤	%34
	مؤهل متوسط(دبلوم)	٧	%58
	مؤهل عال	١	%8
	الإجمالي	١٢	%100
وظيفة الأب	عمل حر باليومية	5	%42
	موظف حكومي	4	%34
	موظف قطاع خاص	3	%25
	الإجمالي	12	%100
وظيفة الام	ربة منزل	٩	%75
	موظف قطاع خاص	٣	%25
	الإجمالي	١٢	%100

يوضح الجدول السابق البيانات الأولية لعينة الدراسة وفق المتغيرات المتعلقة بالخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة طبقًا لفئات السن نجد أن (٥٨٪) من الأطفال المرافق لهم أمهاتهن أعمارهم من سنه لأقل من ثلاث سنوات وهو سن يكون فيه الأطفال بحاجة لمرافق لهم نظرًا لأن أغلبه سن الرضاعة ولذلك لا يتمكن أحد غير الأم من مرافقة الطفل بسبب عملية الرضاعة الطبيعية .،حيث تبقى الأمهات مع أطفالهن طوال اليوم في وحدة الرعاية المركزة ويشاركن في الرعاية كأحد الأشخاص الأساسيين المشاركين في دعم شفاء الطفل طوال مدة بقائه في الرعاية المركزة.

اتضح أيضًا من الجدول السابق أن الغالبية العظمى بنسبة (٤٢٪) الأب يعمل باليومية مما يدل على أن وضعهم الأقتصادي بسيط ومحدود وتأثر بظروق الحادث الذي تعرض له الطفل بسبب تكاليف زيارة رب الأسرة للطفل والأم للأطمئنان عليه.، ويوضح الجدول السابق كذلك أن نسبة (٦٦٪) من إصابات الأطفال نتيجة لحوادث منزلية تمثلت أغلبها في انسكاب السوائل المغلية على جسد الطفل و كان نتيجة ذلك أن المنطقة المصابة في الغالبية العظمى من

الأطفال شملت أغلب مناطق الجسم وخاصة منطقة الرقبة والصدر والساقين والبطن .،أيضًا نفس النسبة (٦٦٪) من الأطفال صنفت درجة حروقهم من الدرجة الثانية العميقة بنسبة حروق أكثر من ٦٠٪ من حجم جسم الطفل، وعن مدة الإقامة الدائمة في وحدة الرعاية بالمستشفى كان أقل مدة لبعض الأطفال حوالي ٣٠ يومًا متصلًا بقسم الرعاية المركزة وأكثر مدة حوالي ٤٠ يومًا تقريبًا. ثم يقضي بعدها الطفل فتره أخرى في القسم الداخلي تحت الملاحظة لمدة خمسة عشر يومًا كحد أدنى وثلاثون يومًا أو أكثر كد أقصى قبل أن يسمح له بالخروج والرجوع إلى المنزل مع استلامه بطاقة متابعة لاستكمال باقي إجراءات العلاج الطبيعي والعمليات التجميلية التي قد تستمر لسنوات

(ب) المجال المكاني: مركز استقبال الحروق – مستشفى الجمعية الشرعية – فرع أحمد عرابي – محافظة القاهرة.

(ج) المجال الزمني: فترة إجراء الدراسة الميدانية من شهر مايو ٢٠٢٣ إلى شهر ديسمبر ٢٠٢٣. بمعدل ٤٨ ساعة منهم ١٢ ساعات في المرحلة التمهيدية والتخطيطية و٣٦ ساعة أثناء جلسات برنامج التدخل المهني بمعدل ما يقارب ٩٠ دقيقة اسبوعيًا .

- الأساليب الإحصائية المُستخدمة

١. **اختبار (ت)** لعينتين متطابقتين.

٢- **حجم التأثير** (تأثير استخدام البرنامج) وذلك وفق المعادلة التالية :

$$D=\frac{T}{\sqrt{N}}$$

حيث إن : d = حجم التأثير T= قيمة (فروق المتوسطات) N = حجم العينة

٣- **مربع إيتا** لمعرفة حجم تأثير المتغير المستقل في إحداث الفرق الحاصل للمتغير التابع ، من قيمة الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي كما يلي :

$$d = \frac{2\sqrt{\eta\,2}}{\sqrt{1-\eta\,2}}$$

٤- **نسبة الكسب المعدل لبلاك** لحساب استخدام فاعلية البرنامج والمتمثلة في المعادلة التالية:

ص س ص+ س

نسبة الكسب المعدل لبلاك = +

د س د

سابعًا : برنامج التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي وتحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق.

١ – الأسس التي يقوم عليها برنامج التدخل المهني:

استندت جلسات برنامج التدخل المهنى لتحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بوحدات العناية المركزة على **فنيات المدخل الروحي في الخدمة الاجتماعية** بجانب:

(أ)– نتائج الدراسات والبحوث السابقة المرتبطة بمشكلة الدراسة .

(ب)– تصميم المحتوى النظري الذي يرتبط بكل هدف من أهداف الدراسة.

٢ – أهمية جلسات برنامج التدخل المهني:

وتأتى أهمية البرنامج تحديدًا فيما يلى :

(أ)– المتغير الذى يناقشه البرنامج وهو المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق .

(ب)– العينة التي سوف يطبق عليها البرنامج وهن أمهات الأطفال مصابي الحروق.

(ج)– الإطار النظري الذى يستند عليه البرنامج وهو المدخل الروحي .

(د)– إثراء الممارسة المهنية بفنيات وجلسات هذا البرنامج المصمم للتعامل مع من يعانى من صدمات ومشكلات اجتماعية وذلك باستخدام تكنيكات المدخل الروحي.

٣– أهداف برنامج التدخل المهنى :

يهدف برنامج التدخل المهنى إلى تحقيق هدف رئيس " هو تحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق باستخدام المدخل الروحي .

وينبثق من هذا الهدف مجموعة من الأهداف الفرعية التالية :

(أ)– تحقيق المساندة النفسية لأمهات الأطفال مصابي الحروق .

(ب)– تحقيق المساندة المعرفية لأمهات الأطفال مصابي الحروق .

٤- أنساق العمل في برنامج التدخل المهني :

تتمثل الأنساق برنامج التدخل المهني للدراسة الحالية في الآتي :

(أ) نسق محدث التغيير :

الباحثة التي تقوم بتنفيذ جلسات برنامج التدخل المهني بالإضافة إلى فريق العمل من المستشفى وهم (الأخصائية النفسية – الأجتماعي الاجتماعي – رجل دين).

(ب) أنساق العميل " نسق الهدف":

(الأمهات المرافقات لأطفالهن بالرعاية المركزة) المستهدفين بالتغيير .

٥- محتوى برنامج التدخل المهنى :

بناء على التراث النظري والدراسات السابقة لبعدي الدراسة الحالية تم وضع الأساس التطبيقي للبرنامج على النحو الاتي:

أولاً : مرحلة الإعداد : وهى الخطوة الأولى لإعداد خطوات جلسات التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي ، والذى يتم تطبيقه على العينة المستهدفة ، وإعداد أداة الدراسة وهي مقياس المساندة الاجتماعية ، أيضًا إعداد مراحل تنفيذ البرنامج القائم على فنيات المدخل الروحي وتفصيلاته وأساليبه ومكوناته .

ثانيًا : مرحلة البدء والتقدير: هذه المرحلة تتكون من الجلسات الأولى للبرنامج الذى تقوم بتنفيذه الباحثة ، والذي يهدف لإجراء تقييم لأمهات الأطفال مصابي الحروق من خلال تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية ، وذلك من خلال القياس القبلي ، والتأكد من مناسبة المشاركين لتلقى جلسات البرنامج ، وتعتبر هذه الجلسة تعرفيه لتكوين التعاقد والاتفاق الأمن بين الباحثة وعينة الدراسة ، وبناء علاقة مهنية مبنية على الثقة والتقبل والاحترام ، وكذلك معرفة توقعات عينة الدراسة بعد تنفيذ البرنامج ، والتمهيد لتطبيق جلسات البرنامج ومعرفة أهدافه ، والذى يجعل الأمهات المشاركات يشكلن مشاعر إيجابية نحو العلاقة التي ستقوم خلال اجراء جلسات برنامج التدخل المهنى.

ثالثًا : مرحلة التنفيذ:

جدول رقم (٣)

أنشطة جلسات برنامج التدخل المهني لتحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق .

م	مراحل البرنامج	النشاط المطلوب	هدف النشاط	التكنيكات المستخدمة	المدة الزمنية
١	التمهيد	" لقاء تمهيدي"	– إذابة الجليد. – بناء الثقة والتعارف. – تكوين الانطباع.	– التوضيح. – المناقشة. – الإقناع.	٦٠ دقيقة
	التعاقد	" خطة البرنامج "	– التعاقد مع الأمهات وتأسيس العلاقة المهنية. – التأكيد على أهمية الخصوصية والسرية للمعلومات. – تطبيق القياس القبلي.	– الاقناع . – التفاوض . – المناقشة والحوار.	٦٠ دقيقة
٢	التنفيذ	الجلسة الأولى "تخفيف والغاء المقاومة"	– أن يعرف أفراد العينة أهمية ومحتوى وأهداف الجلسات والفائدة المتوقعة منها.	– المناقشة والحوار – الاستغفار والدعاء . – التبشير والاطمئنان. – غرس روح التفاؤل.	٦٠دقيقة
٣		الجلسة الثانية "تخطي صدمة الحادث"	– المساعدة في تجاوز الحادث. – أن يكتسب الأمهات مهارات للسيطرة على أعراض الصدمة والتعايش الأمن معها والابتعاد عن الأفكار السلبية التي تودي للشعور بالحزن والذنب.	– التعزيز الايجابي. –تدعيم الإيمان بالله. –الافراغ الوجداني.	٦٠ دقيقة
٤	التنفيذ	الجلسة الثالثة "الرضا بالقضاء والقدر"	– دعم وتعزيز العلاقة الإيمانية بالله ومجاهدة النفس و التسليم لقضاء الله وقدره والرضا به.	– التدعيم والإرشاد. – المناقشة والحوار. – التثبيت والتأثير..	٦٠ دقيقة
٥	التنفيذ	الجلسة الرابعة "تقبل الوضع والتكيف معه.	– تهيئة الأمهات لتكن قادرات على التواجد مع طفلها داخل غرف العناية المركزة دون معاناة القلق والاكتئاب .	– المناقشة والحوار. – المحافظة على الاذكار اليومية. – المواساةوتخفيف المعاناة.	٩٠ دقيقة

م	مراحل البرنامج	النشاط المطلوب	هدف النشاط	التكنيكات المستخدمة	المدة الزمنية
٦	التنفيذ	الجلسة الخامسة "كيفية التواصل مع فريق العمل داخل غرف الرعاية"	– تبصير الأمهات باسلوب التواصل الفعال مع فريق الرعاية المركزة والوقوف على تطورات الحالة الصحية للطفل.	– التبصير والإرشاد. – المناقشة والحوار. – إعطاءالنصائح. – التفكير الايجابي.	٦٠ دقيقة
٧	التنفيذ	الجلسة السادسة "التعامل مع صدمة حروق الطفل بقلب راضًا"	– أن تتعامل الأمهات مع الحالة الصحية للطفل بقلب راضًا في ضوء الروابط الإيمانية والعقائدية.	– التعزيز الايجابي. –الدعاء والاستغفار. –التعاطف. – بناء الثقة. – غرس روح التفاؤل.	٩٠ دقيقة
٨	التنفيذ	الجلسة السابعة "تخطي الحواجز الاجتماعية"	–تدعيم الأمهات ليصبحوا أكثر إيجابية مع الآخرين. – دعم الأمهات للتعامل مع التحديات والمصاعب الناتجة عن اصابة الطفل .	–المواجهة والتوجيه. –المناقشة والحوار. –تقديم المشورة.	١٢٠دقيقة
٩	التنفيذ	الجلسة الثامنة " تخطي اضطرابات ما بعد الحادث "	– تحفيز الأمهات على التماسك ومحاولة الابتعاد عن الخبرات السيئة . – تخفيف الإحساس بالذنب. –تحقيق التواصل الفعال مع الانساق الاجتماعية.	التعزيز والتعاطف . تقبل الوضع. قراءة القرآن الكريم.	٩٠ دقيقة
١٠	التنفيذ	الجلسة التاسعة " التعايش الإيجابي مع صعوبة حالة الطفل.	– تحقيق المساندة النفسية والتماسك للأمهات ليصبحون أكثر تفاؤلاً للحياة.	المناقشة والحوار. التدعيم و المساندة. الصمود النفسي.	٦٠ دقيقة
١١	التنفيذ	الجلسة العاشرة "تدعيم إرادة المواجهة والتغيير وضبط النفس"	– أن يتمكن الأمهات من السيطرة على المواقف والمشاعر المزعجة و تنظيم الأفكار، والعواطف والسلوك.	–التثقيف الديني. المناقشة والحوار. تقديم الاستشارات.	٩٠دقيقة
١٢	التنفيذ	الجلسة الحادية عشر	– تذكير الأمهات وتبصيرهن بكيفية وأهمية دوام ذكر الله على كل حالٍ وفي كل وقت والثقة واليقين	المجموعات المتجانسة. غرس روح التفاؤل.	٩٠ دقيقة

م	مراحل البرنامج	النشاط المطلوب	هدف النشاط	التكنيكات المستخدمة	المدة الزمنية
		مناقشة "شحن القوة الإيمانية"	في شفاء الطفل وتحسن حالته.		
١٣	التنفيذ	الجلسة الثانية عشر " كيف تتواصل مع فريق العناية المركزة"	توجيه الأمهات لأفضل وسائل التواصل الفعال مع فريق العمل في العناية المركزة . تبصير الأمهات لكيفية طلب شرح الخطة العلاجية المقدمة للطفال من قبل فريق العناية المركزة . تبصير الأمهات بكيفية معرفة وفهم التفاصيل حول حالة الطفل مع فريق العناية.	المناقشة والحوار. التعزيز الإيجابي. التفكير الايجابي.	٦٠ دقيقة
١٤	التنفيذ	الجلسة الثالثة عشر "كيفية بناء الأم الدعم النفسي لطفلها"	– تدعيم الأمهات بالمهارات اللازمة لإنشاء علاقة صحية مع أطفالهن لترسيخ الشعور بالأمن والحماية لديهم . – تدريب الأمهات على كيفية إدراك انفعال الطفل وعدم استهجانه.	التعزيز والأمل. المناقشة والحوار. إعطاء التوجيهات.	٦٠ دقيقة
١٥	التنفيذ	الجلسة الرابعة عشر " تفريغ وجداني عن طريق الرسم"	– تنمية روح التعاون لديهم واستماع كل منهم لأفكار الآخر والتواصل مع بعضهم في الألم والخروج منه من خلال الرسم.	– الافراغ الوجداني. – فرق الحوار. – التغذية الراجعة.	٩٠ دقيقة
١٦	التنفيذ	الجلسة الخامسة عشر لا تستسلم لليأس كن قويًا لأجل صحة طفلك"	– تبصير الأمهات لجعل الأمور النافعة لصحة طفلهن نصب العينين والعمل على تحقيقها وعدم الالتفات إلى الأمور الضارّة فلا يشغلهن بها فكرهن وذهنهن .	المناقشة والحوار. الصمود النفسي. الرعاية والاهتمام.	١٢٠ دقيقة
١٧	التنفيذ	الجلسة السادسة عشر	– الدعم الإيماني للأمهات لتخطي ونسيان ما مضى عليهن من المكاره التي لا يُمكنهن ردَّها	– الإرشاد والتوجيه. –التثقيف الديني	٩٠ دقيقة

م	مراحل البرنامج	النشاط المطلوب	هدف النشاط	التكنيكات المستخدمة	المدة الزمنية
		"الصبر عند المصيبة يسمى إيمانًا"	وعدم التفكير فيها مطلقاً.		
١٨	التنفيذ	الجلسة السابعة عشر "أحسن الظن بالله"	– بث الثقة بالنفس في الأمهات واعتماد التوكل على الله وحسن الظن به سبحانه وتعالى، وعدم التأثر بالأوهام.	–المناقشة والحوار. –فرق الحوار.	١٢٠ دقيقة
١٩	التنفيذ	الجلسة الثامنة عشر "عودة الأبطال"	– تهيئة وتأهيل الأمهات للخروج بالطفل من المستشفى والعودة إلى المنزل . – تبصير الأمهات بكيفية التعامل والتواصل بين الطفل ومحيطه الاجتماعي في البيئة التي يعيش فيها. – تعريف الأمهات ببعض المؤسسات الأهلية التي تقدم مساندة مادية للأسرة	–تكاتف الجهود –التنسيق –التشبيك –التواصل – البناء الأسري.	٩٠ دقيقة
٢٠	الأنهاء	اغلاق ملف الحالة	– التهيئة لأنهاء العلاقة المهنية مع الأمهات. – تشجيع الأمهات على أهمية المتابعة المستمرة لجلسات العلاج الطبيعي التي تحتاج إليها حالة الطفل. – تعريف الأمهات بخدمات وعناوين بعض المؤسسات الاجتماعية التي يمكن أن تساهم في تقديم الدعم المادي والطبي اثناء فترة العلاج الطبيعي لحالة الطفل بعد خروجه من المستشفى.	–تحويل الخدمات. –النمذجة .	٩٠ دقيقة
٢١	التقييم	"قياس عائد جلسات برنامج التدخل المهني"	– تطبيق القياس البعدي لمقياس المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال المصابين بحروق.	–"مقياس"المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق "	٩٠ دقيقة

تاسعًا: نتائج الدراسة:

عرض ومناقشة جداول حساب اختبار (ت) بين القياسين القبلي والبعدي لأبعاد أداة القياس للتحقق من صحة أو عدم صحة فروض الدراسة.

١. النتائج الخاصة بالفرض الأول

" توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأمهات عينة الدراسة في التطبيق القبلي والبعدي لبعد المساندة الانفعالية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة.

جدول رقم(٤)

قيمة (ت) ودلالتها الإحصائية للفرق بين بين متوسطي درجات افراد المجموعة التجريبية فى التطبيق القبلى والبعدى لمؤشرات المحور الأول: المساندة النفسية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة .

البيانات الإحصائية / التطبيق		المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	درجة الحرية	قيمة(ت)	مستوى الدلالة الإحصائية	حجم التأثير (d)
المؤشر الأول : الرعاية.	القبلي	8.9091	1.44600	١١	4.457	0.001	١.٣
	البعدي	12.0000	1.34164				
المؤشر الثانى : الثقة.	القبلي	9.3636	1.28629	١١	0.585	0.572	٠.٢
	البعدي	9.7273	1.67874				
المؤشر الثالث : التعاطف.	القبلي	8.0000	1.48324	١١	10.381	0.000	٣.١
	البعدي	11.7273	1.10371				

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح ارتفاع متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية فيما يتعلق بنتائج القياس القبلي والبعدي للمؤشر الأول الرعاية عن متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي، حيث بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي (١٢.٠٠٠٠) بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي (٨.٩٠٩١) وبلغت قيمة (ت) (٤.٤٥٧) عند مستوى معنوية ٠.٠١ وكذلك يتضح أن حجم التأثير (١.٩) وبذلك يعتبر حجم التأثير كبير، حيث أنه أكبر من ٠.٨. مما سبق يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي، وعليه نلاحظ حاجة الأمهات الضرورية للرعاية والاهتمام كأحد اشكال المساندة الاجتماعية التي يحتاج إليها الأمهات حيث كان الملاحظ على رود فعل وتصرفات الأمهات أنهن بحاجة إلى الرعاية والدعم النفسي لانعكاس ذلك على الأهتمام بصحة الطفل النفسية والمساهمة في سرعة تعافي الطفل وتماثله للشفاء حيث أن ضغوط ما بعد صدمة الحروق التي تمر بها الأمهات تؤثر على تفاعلاتهن مع جميع من حولهن وتؤثر أيضًا على درجة أهتمام ورعاية الأمهات للأبناء الآخرين الموجودين بالمنزل وقالت الأمهات أنهن راضين عن مستوى الرعاية و الخدمات الصحية والعلاجية التي يقدمها فريق عناية الحروق خلال فترة

تواجد الطفل داخل قسم الرعاية المركزة . وعليه كان التركيز خلال جلسات التدخل المهني توعية وتبصير وتشجيع الأمهات على أن يكون مصدر لتحقيق الرعاية والاهتمام لبعضهم من خلال جلسات التنفيس النفسي والأفراغ الوجداني كما أقترحت الباحثة على الأمهات أن يتم مدهن بتجارب بعض الأمهات اللآتي يحضرن بأطفالهن للعيادات الخارجية لتلقي العلاج الطبيعي والليزر وعمليات الحقن حيث يكن لهن بمثابة نظام الساعد الذي تستفيد منه الأمهات المرافقين لأطفالهن في التعايش والتأقلم مع ضغوطات ما بعد صدمة أصابة الطفل بالحروق .، أيضًا كان يتم دعم الأمهات بالرعاية والأهتمام من أكثر الأقارب المقربين إليهن أثناء الزيارات المستمرة ،ومن خلال المكالمات الهاتفية حيث يكون لهؤلاء الأقارب تأثيرات إيجابية على شعور الأمهات بالرعاية والاهتمام من حولهم وهذا **ما أشارت له دراسة جونفير ٢٠٢٠** .أشارت لأهمية تقديم المعلومات الداعمة والمستنيرة من المحيطين للأسرة التي بها طفل تعرض للحرق لأن المساندة تمثل عنصرًا جذابًا في دعم الأمهات للتكيف مع الظروف الطارئة .

أما فيما يتعلق بنتائج القياس القبلي والبعدي للمؤشر الثاني الثقة كأحد ابعاد المساندة الانفعالية لأمهات الأطفال مصابي الحروق تبين أن متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي عن متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي لم يكن كبيرًا بدرجة كبيرة ،حيث بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي (١.٦٧٨٧٤) بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي (١.٢٨٦٢٩) وبلغت قيمة (ت) (٠.٥٨٥) عند مستوى معنوية ٠.٠١

ويمكن للباحثة أن ترجع تفسير ذلك إلى أن الشعور بالندم والذنب والاهمال والتسبب في إصابة الطفل بالحروق تؤدي بالأمهات إلى "عدم الثقة واليقين في تمام شفاء الطفل وتحسن وضع الجسم بشكل كلي " وذكرت الأمهات أنهن غير متأكدات من تحسين صورة جسم الطفل بعد فترة العلاج، وأنه أثناء عملية تعافي أطفالهن، وتحسين صورة أجسادهن، وتحدثت بعض الأمهات أن شعورهن بعدم الثقة يجعلهن لا يستطعن الإجابة على استفسارات الأطفال في بعض الأحيان عن رجوع اجسامهم لشكلها الطبيعي، تقول بعض الأمهات في أحيان كثيرة يكون ردي على الطفل بأنه سوف يكون جسمه جيد وأفضل ويرجع لوضعة الطبيعي.، ولكن لا يكون هذا هو ثقتي واقتناعي بكلامي لطفلي لأنه ربما حتمًا سيكون هناك بعض الآثار الناتجة عن الحادث. وهذ ما أشارت إليه **دراسة ريمر وآخرون.٢٠١٥** إلى أنه فضلًا عن كون العلاج مؤلما، فإنه غالبا ما يستغرق وقتا طويلًا، وعدم اليقين من النتيجة يمكن أن يؤدي إلى معاناة مستمرة للمريض والأسرة. **وفيما يتعلق بالتطبيق البعدي وجدت الباحثة أن نسبة تحسن** استجابات المبحوثين

بعد تطبيق جلسات برنامج التدخل المهني تكاد لا تذكر برغم من أن محتوى جلسات البرنامج فيما يتعلق بهذا المؤشر شملت على كثير من الموضوعات التي تتعلق بالثقة في الله في تمام شفاء الطفل وأهمية الرضا بقضاء الله في ما حدث ولكن ترجع الباحثة تفسيرها في عدم التحسن في استجابات المحوثين في التطبيق البعدي عن القبلي في أن حوادث الحروق دائمًا ما تترك آثر على الصورة الجسمية للشخص المصاب وأن عمليات التجميل والحقن والليزر البارد والساخن هو محاولات تجميلية للوصول بشكل جسم الطفل إلى الوضع الأقرب للطبيعي ولكن في بعض الحالات وخاصة حروق الدرجة الثانية العميقة والثالثة يكون هناك بعض الآثار ما بين المتوسطة والخفيفة التي تترك آثرًا نفسيًا في نفوس الأسرة خاصة مع شعور الأسرة بأن أصابة الطفل كانت نتيجة الأهمال منها.،أيضًا وجود بعض الحالات التي يحدث لها انتكاسة نتيجة تلوث الجروح والحروق وتصبح فيها حياة الطفل مهددة وهناك بعض الحالات التي يتوفى فيها الطفل نتيجة هذا التلوث تلك الحالات تؤدي بالأمهات الآخريات المرافقين لأطفالهم إلى تراجع الشعور بالثقة والأمل خاصة في المراحل الأولى لأصابة الطفل.، بالأضافة لبعض الحالات التي تلاحظها الأمهات اثناء زيارات المتابعة وتجد فشل لبعض عمليات التطعيم " الترقيع بالجلد" لبعض الحالات وحينها تفكر ماذا سيحدث بعد ذلك،وهل من الممكن أن يحدث ذلك لطفلي إذا تطلب الأمر منه مثل هذه العمليات .

أما فيما يتعلق بنتائج القياس القبلي والبعدي للمؤشر الثالث التعاطف كأحد ابعاد المساندة الانفعالية لأمهات الأطفال مصابي الحروق تبين ارتفاع متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي حول عن متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي، حيث بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي (11.7273) بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي **(8.0000)** وبلغت قيمة (ت) **(10.381)** عند مستوى معنوية ٠.٠٠١. ويتضح من ذلك أن الأمهات يكن في بداية صدمة أصابة الطفل بالحروق بحاجة إلى المساندة العاطفية للتغلب على الضغوطات والانفعالات النفسية المرتبطة بصدمة أصابة الطفل بالحروق . وفيما يتعلق بنتائج التطبيق البعدي يوجد تحسن في مستوى استجابات عينة الدراسة عن التطبيق القبلي حيث كانت جلسات برنامج التدخل المهني تستهدف تدعيم ومساندة الأمهات من خلال مساعدة الأمهات على التواصل بجميع أفراد الأسرة والأقارب الذين لهم تأثير إيجابي في تغيير الحالة النفسية ومساندهن وحصولهن على معظم دعمهن الاجتماعي من أزواجهن وأفراد الأسرة الآخرين والأقارب ، أيضًا تدعيم علاقات التفاعل والتواصل الاجتماعي مع الأمهات الأخريات الموافقات لأطفالهن بالرعاية المركزة .وأشارت الأمهات إلى أن هذا التعاطف والمساندة النفسية من المحيطين بهم ساهمت في

تحسن ظروفهم النفسية ورفعت آمالهن في هذه الظروف الصادمة، وجعلهن يشعرن بالتحسن.،وقد أكدت دراسة **جونفير (JENNIFER, 2020)** أهمية تقديم المعلومات الداعمة والمستنيرة من المحيطين للأسرة التي بها طفل تعرض للحروق لأن المساندة تمثل عنصرًا جذابًا في دعم الأمهات للتكيف مع الظروف الطارئة.

نتائج حساب فعالية استخدام البرنامج :

جدول رقم (٥)

النسب المعدلة للكسب لمؤشرات المحور الأول : المساندة النفسية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة.

مؤشرات المحور الأول	متوسط درجات التطبيق القبلي	متوسط درجات التطبيق البعدي	النهاية العظمى	النسبة المعدلة للكسب
المؤشر الأول: الرعاية.	٨.٩	١٢	١٥	٢.٢
المؤشر الثاني : الثقة.	٩.٤	٩.٧	١٥	١.١
المؤشر الثالث : التعاطف.	٨	١١.٧	١٥	٢.١
الاجمالي	٢٦.٣	٣٣.٥	٤٥	٢.١

باستقراء الجدول السابق يتبين فعالية التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي في تحقيق المساندة النفسية لأمهات الأطفال مصابي الحروق . حيث جاء متوسط درجات التطبيق القبلي (٩٤.٣) أما متوسط درجات التطبيق البعدي (١٤٥.٥)، وهي نسبة كبيرة حيث إنها تقترب من النهاية العظمى للمقياس ككل (١٦٠)، وتؤكد علي ذلك النسبة المعدلة للكسب وهي(٢.٣).

وللتحقق من حجم تأثير البرنامج تم حساب قيمة " ت" ، η2 ، d، والجدول (٦) يعرض ما تم التوصل إليه من نتائج:

جدول (٦)

قيمة " ت" ، η2 ، d وحجم التأثير

مؤشرات المحور الأول	قيمة " T"	قيمة "η2"	قيمة d	حجم التأثير
المؤشر الأول: الرعاية.	4.457	٠.٧	١.٤	كبير جدا
المؤشر الثاني : الثقة.	0.585	٠.٠	٠.٠٢	ضعيف
المؤشر الثالث : التعاطف.	10.381	٠.٩	٣.٣	كبير جدا
الدرجة الكلية	9.594	٠.٩	٣	كبير جدا

يبين جدول (٦) أن قيمة η^2 لمستوى **برنامج التدخل** (٠,٩) وقيمة (d) تساوي (٣)، مما يشير إلى أن حجم تأثير برنامج التدخل كانت بنسبة تأثير (٩٠٪) في المتغير التابع " التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي وهي نسبة مرتفعة تقع في نطاق حجم التأثير الكبير لمستويات حجم التأثير سالفة الذكر.

٢. النتائج الخاصة بالفرض الثاني

"توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأمهات عينة الدراسة في التطبيق القبلي والبعدي لبعد المساندة المعرفية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة.

جدول رقم(٧)

قيمة (ت) ودلالتها الإحصائية للفرق بين بين متوسطي درجات افراد المجموعة التجريبية فى التطبيق القبلى والبعدى لكل مؤشر من مؤشرات المحور الثاني: المساندة المعرفية لأمهات الأطفال مصابي الحروق .

البيانات الإحصائية / التطبيق		المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	درجة الحرية	قيمة(ت)	مستوى الدلالة الإحصائية	حجم التأثير (d)
المؤشر الأول : إعطاء معلومات	القبلي	7.4545	1.03573	١١	10.864	0.000	٣.٣
	البعدي	12.2727	1.00905				
المؤشر الثانى : مهارة حل المشكلات	القبلي	6.8182	1.32802	١١	9.604	0.000	٢.٩
	البعدي	11.9091	1.22103				
المؤشر الثالث : تقديم الاستشارات	القبلي	7.1818	1.88776	١١	8.027	0.000	٢.٤
	البعدي	12.0000	1.09545				

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح ارتفاع متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي للمؤشر الأول في البعد الثاني وهو إعطاء المعلومات كأحد ابعاد المساندة المعلوماتية لأمهات الأطفال مصابي الحروق عن متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي، حيث بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي (12.2727) بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي (7.4545) وبلغت قيمة (ت) (10.864) عند مستوى معنوية ٠.٠١ .

وعليه فأن نتائج القياس القبلي تشير إلى حاجة الأمهات إلى إعطاء مزيد من المعلومات بشكل دائم خلال ٤٨ ساعة الأولى عن حالة الطفل وخطة العلاج الحالية ، والعمليات الجراحية التي قد يخضع لها طفلهن، واحتمال حدوث أي ضرر جسدي دائم أو ندبات يمكن أن تؤثر على صورة جسم طفلهن.، حيث إن معرفة الأمهات بهذه المعلومات المتعلقة بحالة الطفل تخفف من حدة الضغوطات النفسية والاكتئاب ،وتزيد من حاجة الأمهات للدعم النفسي والاجتماعي .وهذا ما أشارت إليه **دراسة فيليبس** ، **رومسي(Phillips & Rumsey, 2008)** إلى أن قلق الوالدين

والاكتئاب نتيجة إصابة الطفل بحوادث الحروق أثناء مرحلة تواجده في العيادات الداخلية لتلقي العلاج اللازم بحاجة لتوفير الدعم النفسي والاجتماعي.

وعليه كانت أنشطة وجلسات البرنامج فيما يتعلق بمؤشر إعطاء المعلومات تستهدف دعم ومساندة الأمهات بالمعلومات الصحية الصحيحة حول المراحل الأولى لدخول الطفل الرعاية المركزة وأنه من الصعب أن تكون المعلومات الطبية عن حالة الطفل ثابتة لأن جسم الطفل ونسبة السوائل وانسجة الجسم تتأثر بشكل كبير بالحروق وتكون في حالة عدم استقرار وتحدث مضاعفات كثيرة تتعلق بمستوى الوعي ونبض القلب وضغط الدم ونسبة الأكسجين ودرجة حرارة الجسم،ومستوى البلازما والهيموجلوبين في الدم . ومدى قدرة جسم الطفل على امتصاص السوائل التي تدعم حالته الصحية .، أيضًا تم مد الأمهات بمعلومات حول ضرورة وأهمية تجنب الطفل للمرضى الجدد لتجنب حالات العدوى التي تؤدي في بعض الاحيان لانتكاسة بعض الأطفال المرضى في مرحلة النقاهة.

كذلك تم خلال جلسات البرنامج دعم الأمهات من خلال التكيف الروحي مع الظروف الطارئة وتجنب الشعور بالذنب وتأنيب الضمير ودعم مهارات حل المشكلات لديهن وتجنب ما يفكرن بشكل أسوأ وأهمية أن يعبرن عن شكرهن لظروفهن والتحلي بالصبر، وأن يأملون أن يكافأهم الله، ويزيدون توقعاتهم الإيجابية بشأن المستقبل والتقرب إلى الله من خلال الصلاة والدعاء وكثرة الأستغفار ، وأشارت كثير من الأمهات إلى أنهن وجدن ملجأ في التقرب إلى الله بالدعاء والصدقة والأستغفار من أجل أن يجبرهن الله في مصابهم لمواجهة التحديات التي واجهتهن منذ بداية إصابة طلفلهن بالحروق.

أما فيما يتعلق بنتائج القياس القبلي والبعدي للمؤشر الثاني في المحور الثاني وهو مؤشر حل المشكلات كأحد ابعاد المساندة المعلوماتية لأمهات الأطفال مصابي الحروق تبين ارتفاع متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي عن متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي، حيث بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي (11.9091) بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي (6.8182) وبلغت قيمة (ت) (9.604) عند مستوى معنوية ٠.٠١ .

وبذلك يتضح فعالية جلسات برنامج التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي في مساندة الأمهات من خلال تنمية مهارات حل المشكلات والتحلي بالإيجابية والقدرة على اتخاذ القرار للتغلب على ما يهوجهن من صعوبات وتحديات مرتبطة بحالة الطفل الصحية بصورة أفضل حيث تم خلال جلسات البرنامج تنمية مهارات حل المشكلات للأمهات للتعامل مع التحديات

العاطفية والانفعالية لهذه الظروف الصحية الطارئة ، وأيضًا دعم الثقة بالنفس لدى الأمهات للقيام بالافراغ الوجداني والتخلص من كبت مشاعرهن وتجنب إزعاج أفراد الأسرة، ويصبح لدى الأم القدرة على تحمل مسئولية طفلها وأن تركز على مساعدة فريق الرعاية المركزة في أن توفير رعاية متميزة لطفلها دون وجود أي مشكلات .، حيث كانت هناك بعض الأمهات يكن غير قادرات على تحمل وضع الطفل الصحي ويصبن بحالة من الفزع والبكاء الهستيري بشكل يؤثر سلبًا على حالة الطفل داخل غرفة الرعاية المركزة.

أما فيما يتعلق بنتائج القياس القبلي والبعدي للمؤشر الثالث في المحور الثاني وهو تقديم الاستشارات كأحد ابعاد المساندة المعرفية لأمهات الأطفال مصابي الحروق تبين ارتفاع متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي عن متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي، حيث بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي (12.0000) بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي(7.1818) وبلغت قيمة (ت)(8.027)عند مستوى معنوية ٠.٠١ .ويشير ذلك لفعالية جلسات برنامج التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي وفي هذا السياق تم تنفيذ جلسات التدخل المهني بحيث تحقق للأمهات تقديم الاستشارات والاقتراحات التي تساعدهن في تلبية احتياجتهن إلى التعاطف والدعم النفسي والاجتماعي بهدف رفع معنوياتهن وتقوية إرادتهن لمواجهة تحديات إصابة الطفل بالحروق خاصة أنهن مرافقات لأطفالهن بالرعاية المركزة لفترة طويلة، حيث كان معظم الأمهات محولين بأطفالهن من محافظات بعيدة.، أيضًا تم أرشاد وتوجيه الأمهات خلال جلسات البرنامج إلى بعض المؤسسات الخيرية حيث كان هناك الكثير من الحالات غير قادرة على شراء بعض العلاجات الطبية التي سوف يعتمد عليها الطفل بعد خروجه من المستشفى لمدة طويلة قد تستمر لسنوات مثل المراهم والكريمات الطبية التي قد لا تقدر الأسرة على شرائها نظرًا لأرتفاع سعرها لأن أغلب هذه المراهم تكون مستوردة وباظة الثمن .، وقامت الباحثة بتوجيه بعض الأسر غير القادرة للمؤسسات الخيرية في المحافظات التابعين لها ولبعض الصيدليات التي كانت لتقدم لهم هذه الأدوية بأسعار مخفضة .

نتائج حساب فعالية استخدام البرنامج

جدول رقم (٨)

النسب المعدلة للكسب لمؤشرات المحور الثاني : المساندة المعرفية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة

مؤشرات المحور الثاني	متوسط درجات التطبيق القبلي	متوسط درجات التطبيق البعدي	النهاية العظمى	النسبة المعدلة للكسب
المؤشر الأول: اعطاء المعلومات.	٧.٥	١٢.٣	١٥	٢.١
المؤشر الثاني : مهارة حل المشكلات.	٦.٨	١١.٩	١٥	٢
المؤشر الثالث : تقديم الاستشارات.	٧.٢	١٢	١٥	٢.١
الاجمالي	٢١.٥	٣٦.٢	٤٥	٢.١

باستقراء الجدول السابق يتبين فعالية برنامج التدخل المهني باستخدام المدخل الروحي لتحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال المصابين بالحروق ككل، حيث جاء متوسط درجات التطبيق القبلي (٢١.٥) أما متوسط درجات التطبيق البعدي (٣٦.٢)، وهي نسبة كبيرة حيث إنها تقترب من النهاية العظمى للمقياس ككل (٤٥)، وتؤكد علي ذلك النسبة المعدلة للكسب وهي(٢.١).

وللتحقق من حجم تأثير البرنامج قامت الباحثة بحساب قيمة " ت" ، η2 ، d، والجدول () يعرض ما تم التوصل إليه من نتائج:

جدول (٩)

قيمة " ت" ، η2 ، d وحجم التأثير

مؤشرات المحور الثاني	قيمة " T"	قيمة "η2"	قيمة d	حجم التأثير
المؤشر الأول: اعطاء المعلومات.	10.864	٠.٩	١	كبير جدا
المؤشر الثاني : مهارة حل المشكلات.	9.604	٠.٩	١	كبير جدا
المؤشر الثالث : تقديم الاستشارات.	8.027	٠.٩	١	كبير جدا
الدرجة الكلية	13.236	٠.٩	١	كبير جدا

يبين جدول (٩) أن قيمة η^2 لمستوى **برنامج التدخل** (٠,٩) وقيمة (d) تساوي (١)، مما يشير إلى أن حجم تأثير برنامج التدخل كانت بنسبة تأثير (٩٠٪) في المتغير التابع " المساندة

المعرفية. وهي نسبة مرتفعة تقع في نطاق حجم التأثير الكبير لمستويات حجم التأثير سالفة الذكر.

جدول رقم(١٠)

قيمة (ت) ودلالتها الإحصائية للفرق بين بين متوسطي درجات افراد المجموعة التجريبية فى التطبيق القبلى والبعدى لكل محور من محاور استمارة قياس المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق.

البيانات الإحصائية / التطبيق		المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	درجة الحرية	قيمة(ت)	مستوى الدلالة الإحصائية	حجم التأثير (d)
المحور الأول: المساندة النفسية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة	القبلي	26.2727	1.95402	١١	9.594	0.000	٢.٩
	البعدي	33.4545	2.06706				
المحور الثاني : المساندة المعرفية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة	القبلي	21.4545	2.97871	١١	13.236	0.000	٤
	البعدي	36.1818	1.60114				

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح ارتفاع متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي لمحاور الأداة (المحور الأول: المساندة النفسية) عن متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي، حيث بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي (33.4545) بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي (26.2727) وبلغت قيمة (ت) (9.594) عند مستوى معنوية ٠.٠١ وكذلك يتضح أن حجم التأثير (٢.٩) وبذلك يعتبر حجم التأثير كبير، حيث أنه أكبر من ٠.٨. مما سبق يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي لمستوى.

وبناء على النتائج السابقة فيما يتعلق بنتائج القياس القبلي للمحور الثاني : المساندة المعرفية تبين ارتفاع متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي عن متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي، حيث بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي (36.1818) بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي (21.4545) وبلغت قيمة (ت) (13.236) عند مستوى معنوية ٠.٠١ وكذلك يتضح أن حجم التأثير كبير، حيث أنه أكبر من ٠.٨ وهو يساوي (١.٩). مما سبق يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي.

جدول رقم (١١)

قيمة (ت) ودلالتها الإحصائية للفرق بين متوسطي درجات افراد المجموعة التجريبية فى التطبيق القبلى والبعدى على استمارة قياس المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق.

البيانات الإحصائية / التطبيق	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	درجة الحرية	قيمة(ت)	مستوى الدلالة الإحصائية	حجم التأثير (d)
القبلـي	47.7273	3.95198	١١	14.992	0.000	٤.٥
البعـدي	69.6364	2.54058				

بالنظر إلي بيانات الجدول السابق يتضح ارتفاع متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي للقياس عن متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي، حيث بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي لمقياس المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال المصابين بالحروق (69.6364) بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي (47.7273) وبلغت قيمة (ت) (14.992) عند مستوى معنوية ٠.٠١ وكذلك يتضح أن حجم التأثير كبير حيث أنه أكبر من ٠.٨ وهو يساوي (٤.٥). مما سبق يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي لاستمارة قياس المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق.

وبناء على النتائج المستخلصة من جدولي(٤-٥) أثبت الباحثة صحة الفرض الرئيس للدراسة الذي مؤداه .

جدول رقم (١٢)

نسب التحسن بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد القياس على محاور استمارة قياس المساندة الاجتماعية.

رقم الحالة	متوسط درجات القياس القبلي	متوسط درجات القياس البعدي	نسبة التحسن	رقم الحالة	متوسط درجات القياس القبلي	متوسط درجات القياس البعدي	نسبة التحسن
١	٥٠	٧٤	٣٢.٤	٧	٤٩	٦٥	٢٤.٦
٢	٤٧	٦٧	٢٩.٩	٨	٤٩	٧١	٣١
٣	٤٨	٧٣	٣٤.٢	٩	٤٣	٧٠	٣٨.٦
٤	٥٤	٦٩	٢١.٧	١٠	٤٢	٧٠	٤٠
٥	٤٩	٧٠	٣٠	١١	٤٢	٦٩	٣٩.١
٦	٥٢	٦٧	٢٢.٤	١٢	٤٨	٧٤	٣٤.٤

باستقراء الجدول السابق والذي يوضح نسب التحسن بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد القياس على كل محور من محاور استمارة قياس المساندة الاجتماعية، حيث تبين أن نسب التحسن تراوحت بين (٢١.٧٪ إلى ٤٠٪) ومن الجدول السابق وجد أن أقل نسبة تحسن كانت للحالة رقم (٤) وهي حالة أم كانت مرافقة لطفليها (ولد ، بنت) كانت حروقهما نتيجة ماس كهربائي وترجع الباحثة انخفاض نسبة التحسن للحالة بسبب سوء حالة الأم وشعورها بالذنب والحزن والبكاء المستمر على حالة طفليها، فيما كانت أعلى نسبة تحسن للحالة رقم (١١) وهي حالة أم كانت حروق ابنتها ناتجة عن انسكاب الماء المغلي على جسدها وهذه الحالة من أكثر الحالات التي تأثرت بشكل إيجابي بجلسات برنامج التدخل المهني حيث قالت الأم أنها تقربت من الله وازدات قوتها الإيمانية وثقتها بالله في شفاء طفلتها وتابعت الأم كانت ثقافتي الدينية ضعيفة والتزام بالصلاة والتقرب من الله متقطع ولكن هذا الموقف الذي تعرضت له طفتي كان بمثابة اختبار من الله .

ثالثًا: نتائج التحليل النوعي المتعلق بدليل المقابلة.

تم جمع البيانات الكيفية باستخدام دليل مقابلة مقنن" دليل مقابلة " تجربة أمهات الأطفال مصابو الحروق " في الفترة من شهر مايو ٢٠٢٣وحتى شهر ديسمبر ٢٠٢٣ بمركز استقبال الحروق وحدة الرعاية المركزة بمستشفى أحمد عرابي التابعة للجمعية الشرعية بمحافظة القاهرة ، نسبة كبيرة من مرضى الحروق بهذا المركز من الأطفال الذين يحتاجون إلى علاج ومتابعة طويلة الأمد وقد تركزت الأسئلة الرئيسة التي تم توجيهها إلى الأمهات المرافقات لأطفالهن حول الآتي:

جدول (١٣)

التحليل النوعي المتعلق بدليل المقابلة " دليل مقابلة تجربة الأمهات أطفال مصابي الحروق بالرعاية المركزة.

م	السؤال	الاستجابة
١	هل يمكنك التحدث عن اللحظات التي تعرض له طفلك للحروق؟	تحدثت بعض الأمهات عن وصفها للحظات الأولى لتعرض طفلها للحادث بأنها كانت لحظة مفجعة وصعبة جسديًا ونفسيًا وهذا ما أشارت إليه دراسة جوتي(Gotye ٢٠٠٩)أن أسر مصابي الحروق غالبًا ما يعانون من مشاكل صحية عقلية حادة مثل الاكتئاب والقلق. ،وقالت بعض الأمهات رغم أن ذلك هو بمثابة ابتلاء واختبار من الله إلا أنهن لا يحبون تذكر تلك اللحظة التي وصفتها بعض الأمهات بالكارثة السوداء .، وكان الملاحظ للباحثة على الأمهات أن الغالبية العظمى منهن لم يكن لديهن القدرة على

		التكيف مع صدمة الحروق بسبب الشعور بالذنب وتأنيب الضمير عما تعرض له الطفل وقالت بعض الأمهات : أنهن في أشد الحاجة إلى الدعم النفسي والمساندة العاطفية والمعلوماتية للتكيف مع حالة الصدمة التي يمرون بها نتيجة حروق الطفل.، وقد أكدت أهمية برامج الدعم والمساندة لأسر الأطفال مصابي الحروق دراسة باكسروم (Bäckström .2018) على أهمية تطبيق برامج للدعم النفسي والاجتماعي للأسرة وتوفير الرعاية التي تركز على احتياجات المرافقين للطفل للحصول على الظروف المثلى لتعافي الطفل المصاب بالحروق.، وهذا ماتم مراعاة في أنشطة جلسات برنامج التدخل المهني حيث استهدفت الجلسة الثانية بعنوان "تخطي صدمة الحادث" مساعدة الأمهات في تجاوز الحادث وأن يكتسبن مهارات حل المشكلات والضغوطات الطارئة للسيطرة على أعراض الصدمة والتعايش الأمن معها والابتعاد عن الأفكار السلبية التي تودي للشعور بالحزن والخوف وتحريرهن من مشاعر الذنب والاهمال. كما ذكرت الأمهات أنهن أقمن علاقات اتسمت بالثقة فيما بينهن نتيجة تفاعلهن طويل الأمد مع بعضهن البعض هنا، نتحدث معًا، ونتابع وضع تحسن الطفل بأنفسنا ، نبدوا في تفاعل ونتعامل كما لو أننا عائلة همومها واحزانها واحدة.
٢	كيف حدث ذلك؟	قالت كثير من الأمهات أنهن لا يرغبن أطلاقًا في تذكر لحظة الحادث لأنهن يلمن أنفسهن ويشعرن بالندم حيث قالت أحدهن أن سبب حروق طفلتها هو سحب الطفله لسخان الشاي عليها حيث كانت الأمه تضعه في مكان يسهل للطفلة الوصول إليه رغم صغر عمرها الذي لا يتعدى عام وشهرين وأنها كثيرًا ما تندم وتقول لماذا وضعته في هذا المكان؟ ولماذا وضعته في تلك اللحظة ؟ أشعر بالندم وتأنيب الضمير، أريد أن أعاقب نفسي وادعي على نفسي كلما تعبت بنتي وتألمت لأني كثيرًا ارى طفلتي وهي في لحظات الموت ولا يقدر الأطباء على فعل أي شئ ينقذها وعندما اسرع إليهم لعمل اي شئ يخفف الآلم عنها يكون الرد لم يتبقى أي اسعاف أو علاج لم نقدمه وهي في عناية الله عز وجل ويقول البعض ادعي الله لها ،حالتها متأخرة قد تكون وفاتها في أي لحظة.، وقد يغير الله حالها للأفضل. ،وعليه نلاحظ أن تلك الحوادث دائمًا ما تشعر الأمهات بالذنب وتأنيب الضمير بسبب أن الطفل في سن صغير وغير مسئول عن تصرفاته .، وقد أشارت لذلك دراسة ماكسول أن الآباء غالبًا ما يشعرون بالخوف والذنب والحزن وانعدام الأمان والفوضى والصدمة. مما يستدعي دعمهن عاطفيًا وتوجيهن حول كيفية التعامل مع الشعور بالذنب الناجم عن حروق الطفل في جميع مراحل العلاج.، وقد تم ذلك خلال جلسات برامج التدخل المهني التي دعمت لدى الأمهات التخلص من الشعور بالذنب والإهمال وتأنيب الضمير وأهمية الرضا بالقضاء والقدر والصبر على هذا الابتلاء والتضرع إلى الله بالدعاء والرجاء في شفاء الطفل.،وقد أكدت على أهمية وجود بعض الأنشطة التي تساهم في تحقيق المساندة الاجتماعية دراسة مورلي أن أمهات الأطفال الذين يعانون من حروق سجلوا درجات أعلى في مقياس القلق والاكتئاب أثناء فترة تواجدهن مع الطفل بالمستشفى.
٣	ماذا فعلت في تلك اللحظة ؟	قالت أحدى الأمهات وهي تعبر عن صدمة حادث حروق طفلتها " فجأة سمعت صراخ غير عادي لطفلتي أسرعت إليها ونظرت لأجد بخار الماء المغلي (الشربة) يخرج من ملابسها صرخت على الفور وخرجت بها مسرعه للشارع ، نزع جيراني عنها ملابسها التي كان جلد جسمها يجرج معها .، ثم نظرت لها وأنا مستمرة في الصراخ لأجد منطقة الصدر والبطن وقد انتزع جلدها مع نزع الملابس عنها انهارت دنياي على رأسي!.،

		وتابعت قائله بجد إحساس صعب اكتئاب وحزن لا يمكن وصفه لا أستطيع أن أشرح ذلك؛ من الصعب مهما كانت قوة أي إنسان أن يعيش تلك اللحظه ! لقد عشت تلك اللحظة المؤلمة بكل معاني وأشكال الآلم ، لكن من الصعب معرفة الوصف إلا إذا عشته لا قدر الله. ويشر ما سبق وأوضحته بعض مفردات الدراسة إلى أن الأمهات في المرحلة الأولى من إصابة الطفل يكن بحاجة إلى برامج دعم ومساندة اجتماعية تعتمد على الدعم الروحي بشكل اساسي بسبب شدة ضغوطات ما بعد الصدمة والتي يفقد فيها كثير من الأمهات صوابهن وتضعف قوتهن الإيمانية ويكن بحاجة إلى تدعيم قواهم الإيمانية لتجنب الصراعات النفسية ،وهذا ما أكدت عليه دراسة (نيكولا ،كلير) إلى أن قلق الوالدين والاكتئاب نتيجة اصابة الطفل بحوادث الحروق أثناء مرحلة تواجده في العيادات الداخلية لتلقي العلاج اللازم بحاجة لتوفير الدعم النفسي والاجتماعي.، وقد أهتمت الباحثة بذلك خلال جلسات برنامج التدخل المهني بالجلسة الحادية عشر "شحن القوة الإيمانية" والتي استهدفت تذكير الأمهات وتبصيرهن بكيفية وأهمية دوام ذكر الله على كل حالٍ وفي كل وقت والثقة واليقين في شفاء الطفل وتحسن حالته.
٤	وكيف شعرتي؟	تحدثت إحدى الأمهات عن شعورهن وقت تعرض طفلها للحادث وقالت كنت أعاني من ضيق في التنفس لا استطيع التنفس، الموقف صعب وخاصة عندما يتعلق الأمر بالأبناء هم عقلي وقلبي، لقد جن عقلي شعرت بذنب وندم شديد صاحبه إنكار وحجج كي أتهرب وأخلي مسئوليتي عن ما حدث حتى لا يلومني أحد. ، ولوحظ أن بعض الأمهات يجدن صعوبة في وصف شدة الألم الذي يعانين منه، وأكدن أن هذا الوضع لا يشبه أي شيء آخر!..،وكأن العالم توقف في تلك اللحظة .، حيث قالت إحدى الأمهات حالة أطفالي الاثنين بنتي وابني كانت بسبب ماس كهربائي ناتج عن لعبهم في الكهرباء وانفجر مفتاح الكهرباء في وجههم، إنه شعور لا يمكن وصفه ولا تفسيره الموقف صعب للغاية.
٥	ما الصعوبات التي واجهتهن خلال هذه المحنة؟	تحدث كثير من الأمهات عن أنهن واجهن العديد من الصعوبات النفسية والمادية ، والتحديات الجسدية والعقلية لعملية علاج الحروق، وقالت أحدى الأمهات أن أصعب المواقف لديها عند وصولها للمستشفى وطلبت إدارة المستشفى منها التوقيع على أقرار أنه قد يتخذ الأطباء بغرفة العمليات قرار لبتر أيدي طفلتها بسبب عمق درجة الحروق ووصولها إلى أنسجة الجسم . وعن الخوف من فقدان الطفل تحدثت بعض الأمهات عن خوفها في أعقاب الحادثة مباشرة من فقدان طفلها بسبب شدة الإصابة ، ثم ذكرت بعض الأمهات أن من الصعوبات الشديدة وفاة طفل داخل الرعاية المركزة بعد دخولي بطفلتي بيوم أو قد يكون بساعات كنت خائفة جدًا لدرجة أنني شعرت بأني سأخسر طفلتي عندها تعرضت لنوبة ذعر شديدة لدرجة أن إدارة المستشفى قامت بالاتصال بزوجي وقالت له بأنه سوف يتم طردي من المستشفي بسبب حالة الذعر والبكاء الشديد مني ، وعدم قدرتي على التماسك ورعاية طفلتي ، فهم قد يأخذونها مني ويطردوني، ثم تابعت وقالت كل ذلك كان غصب عني أنا أم عندي عشرون عامًا تزوجت مبكرًا لأول مرة في حياتي أكون خارج بيتي وفي ظروف صعبة للغاية وتقول كانت حالتي أشبه ما أكون في غيبوبة عن العالم كانت أم زوجي (حماتي) تنتظر ليلًا في الشارع لأني كنت دئمًا أقول

		لها لا تتركيني لأن بنتي هتموت مني على أيدي وانا هموت عليها لوحدي هنا كنت خائفة جدًا لكن جلسات الدعم والمساندة خلال تلك الفترة كانت سبب من الله في التزامي في علاقتي بالله لأني شعرت أن تقربي وتضرعي إلى الله كان له كل الآثر في شفاء بنتي، لقد مرت بنتي بمرحلة صعبة في بداية وصولها المستشفي استنفذ خلالها الأطباء كل ما يمكن تقديمه لأنقاذها .! لكن العناية الآلهية كانت جابره لخاطري. وذكرت بعض الأمهات أنهن تأثرن اجتماعيًا ونفسيًا بسبب تغيرات في حياتهن الأسرية.، فيما قالت بعض الأمهات أن أصعب شيء "كوني أمًا أشاهد آلام طفلي ومعاناته بسبب هذا الألم ، وذكرت جميع الأمهات بلا استثناء أن أطفالهن تعرضوا لنوبات من الخوف والقلق بسبب صدمة الحروق بشكل أدى إلى اعتماد الطفل على الأم بشكل مبالغ فيه.، حيث قالت إحدى الأمهات أبني أصبح دائم التعلق بي لا يسمح أن أذهب إلى أي مكان واتركه حتى اذا ذهبت إلى الحمام.،ولو كان نائمًا يستيقظ مفزوع وينادي ويبكي بشكل هستيري أمي أمي أمي كأنه لحظة الحادث. وقالت إحداهن سلامتنا الجسدية والنفسية تعتمد بشكل كبير على صحة الطفل.، ولقد كان للباحثة أثناء جلسات برنامج التدخل المهني بعض المقترحات التي تقدمها للأمهات للتخفيف من حدة الصدمة التي تمر بها الأمهات من خلال تواصلها مع فريق العمل بالعناية المركزة لفهم بعض الأمور الصحية المتعلقة بحالة الطفل وتوضيحها للأمهات ودعمهن بالصبر والاحتساب والدعاء إلى الله حيث كانت بعض الجلسات تعمل على تحقيق بعض انماط المساندة المعرفية للأمهات من خلال توضيح بعض المعلومات المتصلة بحالة الطفل.، أيضًا تعريف الأمهات بكيفية التواصل مع فريق العناية ومعرفة المعلومات الهامة والضرورية بشكل منظم ومفيد لحالة الطفل ومن ضمن جلسات التدخل المهني التي تناولت ذلك الجلسة الثانية عشر" كيف تتواصل مع فريق العناية المركزة" استهفت الجلسة تبصير وتوجيه الأمهات لأفضل وسائل التواصل الفعال مع فريق العمل في العناية المركزة ، وتبصير الأمهات لكيفية طلب شرح الخطة العلاجية المقدمة للطفل من قبل فريق العناية المركزة ، وفهم ومعرفة التفاصيل عن تطور حالة الطفل.
٦	عندما تتذكري ما حدث لطفلك، ما الذي كنتي تحتاجي إليه في تلك اللحظات؟	قالت الأمهات عينة الدراسة أن كل ما يحتجن إليه هو الصبر على الابتلاء وأن الدعم الروحي يمثل العامل المهم والأساسي في الرجوع إلى الله والتماسك والصبر على الاختبار الصعب ، والرضا بقدر الله. وتقول بعض الأمهات أن جلسات البرنامج كان تدعمًا وتوجهنًا كثيرًا نحو الدعاء والتقرب إلى الله لقد دعونا كثيرًا وصبرًا فالصبر جميل"، الشيء المهم هو الصبر ،لأن هناك من الحالات من هو أسوأ من حالة طفلي ،انظر إليهم وأقول كان من الممكن أن يكون وضع طفلي حرقًا مختلفًا وأكبر، لا سمح الله. وتذكر بعض الأمهات أنهن تعلمنا وادركن فائدة أن يلجأ الإنسان إلى الله في وقت الشدة ،تقول أحداهن أثناء معاناة طفلتي دائمًا اتذكر الله بالصلاة والدعاء. ، أيضًا تحدثت بعض الأمهات عن أن المساندة بكل اشكالها أهم شئ معنوي نحتاج إليه في تلك اللحظة.، لأن المستشفي لا تدخر جهدًا في تقديم الخدمات والأسعافات والعمليات التي يحتاج إليها الطفل .،حيث قالت أحداهن " الاهتمام بالأطفال من جانب المستفي عالي الجودة وعلى أعلى مستوى من الرعاية الصحية

		للوصول بحالة الطفل إلى أفضل حال ". وتابعت بعض الأمهات نحتاج إلى احساس الثقة واليقين بشأن عملية علاج حروق الطفل خاصة أن بداية ال ٤٨ ساعة من أصابة الطفل يكون الوضع الصحي للطفل غير مستقر بنسبة مائة بالمئة داخل وحدة الرعاية المركزة.
٧	ما هي توقعاتك بعد خروج الطفل من الرعاية ؟	كان التفكير الغالب لمعظم الأمهات أن إصابة الحروق لها تأثير مدمر نفسيًا واجتماعيًا ويمثل تحديًا لكل من الأسرة والطفل.، وكان ذلك ناتجًا من ملاحظة الأمهات أثناء المتابعات اليومية للحالات التي تأتي للعيادات الخارجية حيث يجدوا أن بعض الأطفال بعد خروجهم قد يخضعوا للعمليات الجراحية والعلاجات بما في ذلك ترقيع الجلد، وجراحة تصحيح الندبات، واذابة الندبات بالكريمات والملابس الضاغطة (التشيرت الكتان للضغط على الندبات لعدم بروزها لأعلى)، والعلاج الطبيعي من خلال أشعة الليزر البارد والساخن .، أيضًا يلاحظ أنه برغم كل هذه الجهود لتحسين شكل جسم الطفل إلا أن الحالات الشديد تحتاج لكثير من العمليات على مدار سنوات من المتابعة .،وهنا كان تفكير وتوقعات الأمهات اللآتي أصابات أطفالهن شديدة يشوبهن شئ من الحزن والنظرة المتشائمة من المرحلة اللاحقة للرعاية واستكمال العلاجات والعمليات التجميلية اللازمة للوصول بحالة الطفل إلى الوضع الذي يرضيه نوعًا ما ولا يسبب له الشعور بالوصمة من المحيطين به .، وبشكل عام كانت توجيهات جميع الأمهات بأن جلسات برنامج التدخل المهني ساهمت بشكل فعال في تخطيهن لكثير من الصدمات والمواقف الصعبة والضغوطات النفسية والاجتماعية التي تعرضن لها سواء أثناء فترة الأقامة بالرعاية المركزة أو خلال مرحلة العلاج التجميلي والطبيعي.،ولم يكن هذا رأي الأمهات فقط ولكن الفريق الطبي المتابع للأطفال باقسام العناية كان من ارئهم أن الدعم والمساندة للأمهات من أهم العوامل المساعدة في استقرار حالة الطفل وانتباه الأم لأهمية دورها منذ بداية تعرض الطفل للأصابة بالحروق. ولكن كان هناك اقتراح لضرورة وأهمية استمرار عملية الدعم والمساندة الاجتماعية لأسر الأطفال لأطول فترة ممكنة خاصة مع الحالات التي يكون تأثير الحروق عليها شديد لأن الأسر قد تفاجئ ببعض الصدمات التي ترتبط بفشل بعض العمليات التجميلية لأكثر من مرة وتكون الأسر في تلك المواقف الصعبة في أشد الحاجة للمساندة والدعم لتخطي الصدمة والانتباه للمرحلة البديلة لعلاج الطفل.

عاشرًا : توصيات البحث:-

- إجراء المزيد من الدراسات التجريبية في الخدمة الاجتماعية باستخدام مداخل ونماذج الممارسة العامة لتحقيق الدعم العاطفي والمساندة لفئة الأطفال المصابون بالحروق فوق سن عشر سنوات لأن تلك المرحلة العمرية تكون بحاجة لمختلف أنماط المساندة الاجتماعية للتخفيف من معاناتهم الإنسانية ومساعدتهم لتقبل الصورة الجسمية لهم وتكيفهم مع المجتمع المحيط بهم.
- الاهتمام على المستوى الأكاديمي بمزيد من التنظير المعرفي والمهاري والقيمي للمداخل والنماذج النظرية التي تتعلق بالتعامل مع الحالات الحرجة وأسرهم مثل حالات إصابات الحروق الشديدة.

المراجع:

١. أبو المعاطي ،ماهر(٢٠١٠) .الاتجاهات الحديثة في الرعاية والخدمة الاجتماعية ،القاهرة ، نور الإيمان للطباعة.

٢. رجب، إبراهيم عبد الرحمن (٢٠٠٠): الإسلام والخدمة الاجتماعية.الخدمة الاجتماعية.مرجع سبق ذكره.

٣. رجب،إبراهيم عبد الرحمن(٢٠٠٥) الإسلام والخدمة الاجتماعية،جامعة الأزهر.القاهرة ، ١٢١ : ١٢٩.

٤. زيدان ، علي حسين(٢٠٠٥): خدمة الفرد نماذج ونظريات معاصرة، مطبعة المهندس القاهرة.

٥. السنهوري، أحمد محمد (٢٠٠٧) : موسوعة منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية. مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي .جامعة حلوان .القاهرة.

٦. السنهوري، أحمد محمد(١٩٩٢) : مدخل الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية مع بيان الأتجاهات الحديثة، دار السعيد للطباعة والنشر ، القاهرة.

٧. عثمان ، عبدالفتاح (٢٠٠٤):خدمة الفرد العربية بين التعددية العلمية المعاصرة ،القاهرة، مكتب عين شمس للنشر والتوزيع.

٨. علي، ماهر أبو المعاطي (٢٠١٠) :الاتجاهات الحديثة في الخدمة الاجتماعية .المكتب الجامعي الحديث. الأسكندرية.

٩. مصطفى محمد أحمد الفقي، محمد ابو الحمد سيد أحمد (٢٠٢١). تقدير احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة ودور مقترح للأخصائي الاجتماعي في إشباعيا.

١٠. النوحي،عبد العزيز فهمي (٢٠٠٧): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية ،عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي أيكولوجيي، جامعة حلوان . القاهرة.

11. American Association of Pediatrics. Burn Treatment and Prevention Tips for Families. (https://www.healthychildren.org/English/health-issues/injuries-emergencies/Pages/Treating-and-Preventing-Burns.aspx) Accessed 8/24/2020.
12. Belcher, John & Mellinger, Marcela (2016). Integrating spirituality with practice and social justice: The challenge for social work. Jou rnal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought. 35(4), 377-394.
13. Bryan, C., Graham, E., Roberge, E., Miller, L., & Sperry, L. (2015). Living a life worth living: Spirituality and suicide risk in military personnel. Spirituality in Clinical Practice, 2(1), 74-78.
14. Burns. www.who.int (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/). Accessed 8/24/2020.
15. Christine Schwarzer, Petra Buchwald. Social Support. Encyclopedia of Applied Psychology. 2004, Pages 435-441.
16. Claire Phillips،Nichola Rumsey.Considerations for the provision of psychosocial services for families following paediatric burn injury.A quantitative study. Journal of the International Society for Burn Injuries. Volume 34, Issue 1, February 2008, Pages 56-62.

17. Cohen S. Social relationships and health. Am Psychol. 2004;59(8):676–84.
18. Costa ALS, Heitkemper MM, Alencar GP, Damiani LP, Silva RMD, Jarrett ME. Social Support is a predictor of lower stress and higher quality of lifeand resilience in Brazilian patients with Colorectal Cancer. Cancer Nurs. 2017;40(5):352–60.
19. Edmund H. Duthie, . Malone Practice of Geriatrics.Chapter 5 - Social support. . Encyclopedia of Applied Psychology.2007.pages.53-59.
20. Gage EA. The dynamics and processes of social support: families' experiences coping with a serious paediatric illness. Sociol Health Illn. 2013 Mar;35(3):405-18.
21. Gratton, C. (1995). The art of spiritual guidance. New York: Crossroads.
22. Hettiaratchy, S., & Dziewulski, P. (2004). ABC of burns. Introduction. British Medical Journal (Clinical research ed.), 328(7452), 1366-1368.
23. JENNIFER HEATH; PEER-INFORMED SUPPORT FOR PARENTS OF BURN-INJURED CHILDREN. Bristol for the degree of Doctor of Philosophy. Faculty of Health and Applied Sciences, University of the West of England, Bristol .January 2020
24. Jessica Morley. et al .Dressing changes in a burns unit for children under the age of five: A qualitative study of mothers' experiences. Burns . Journal of the International Society for Burn Injuries .Volume 43, Issue 4, June 2017, Pages 757-765.
25. Josefin Backstrom. Family Members Of Patients With Burns. Acta Universitatis Upsaliensis Uppsala 2013.
26. Josefin Bäckström a d, Mimmie Willebrand a, Folke Sjöberg b c, Kristina Haglund a. Being a family member of a burn survivor – Experiences and needs. Volume 2, Issue 4, October 2018, Pages 193-198
27. K.E. Maxwell, D. Stuenkel, C. Saylor .Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions Heart Lung, 36 (2007), pp. 367-376.
28. Krysinska, K., Andriessen, K., & Corveleyn, J. (2014). Religion and spirituality in
29. online suicide bereavement. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and*
30. Ravindran, V., Rempel, G. R., & Ogilvie, L. (2013). Embracing survival: A grounded theory study of parenting children who have sustained burns. Burns, 39(4), 589-598.
31. Rimmer, R. B., Bay, R. C., Alam, N. B., Sadler, I. J., Richey, K. J., Foster, K. N., . . . Rosenberg, D. (2015). Measuring the Burden of Pediatric Burn Injury for Parents and Caregivers: Informed Burn Center Staff Can Help to Lighten the Load. *Journal of Burn Care & Research, 36*(3), 421-427
32. RN . Caisa Oster et al .Parents' Perceptions of Adaptation and Family Life After Burn Injuries in Children .Journal of the International Society for Burn Injuries Volume 29, Issue 6, November–December 2014, Pages 606-613.
33. S. Goyt, L. Rossi.Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs .Int J Nurs Terminol Classif, 20 (2009), pp. 16-24.

اللجنة العليا لأخلاقيات البحث العلمي بجامعة الفيوم
Fayoum University Supreme Committee for Scientific Research Ethics
(FU-SCSRE)
المسجلة في وزارة الصحة والسكان تحت رقم RHDIRB30012022001 في 30 يناير 2022

ملحق (5)

عنوان البحث

المدخل الروحي في الخدمة الاجتماعية وتحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال مصابي الحروق بوحدات العناية المركزة.

اسم المؤسسة / مستشفى أحمد عرابي لعلاج مصابي الحروق والاورام– الجمعية الشرعية– محافظة القاهرة

إنه في يوم الأحد الموافق / /2023 ، بعد عرض ومناقشة المشروع البحثي الموضح عاليه مع إدارة المؤسسة ومراجعة جميع المعلومات المرتبطة بالبحث بصورة تفصيلية، فإن مستشفى/ أحمد عرابي لعلاج مصابي الحروق – الجمعية الشرعية.، وعنوانها موضح عاليه، توافق طوعًا على المشاركة في الدراسة المحدد عنوانها عاليه، وفقاً للمعطيات الآتية:

- أتيحت للمؤسسة/المستشفى الفرصة للوقوف على موضوع البحث بصورة كاملة.
- لن يكون لنتائج الدراسة أي تأثير ضار/ مؤذي على المبحوثين (المفحوصين).
- يحق للمؤسسة/المستشفى سحب موافقتها على الاستمرار في البحث فور حدوث أي مخالفة لبروتوكول البحث، وإبلاغ الجامعة بخطاب رسمي بالمخالفة.
- الالتزام بالحفاظ على سرية البيانات الخاصة بالمبحوثين (المفحوصين).

وفي حالة الاستمرار في البحث، فقد فوضت المؤسسة/المستشفى الفريق البحثي في نشر نتائج الدراسة دون ذكر أسماء المبحوثين (المفحوصين)، شريطة ألا يضر نشر النتائج بأمن وسلامة البلاد.

مستشفى / أحمد عرابي لعلاج مصابي الحروق والأورام
مدير المستشفى :أ.د/ احمد محمد عبد الفتاح
التوقيع :

ختم المؤسسة أو المستشفى