

تقدير احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة ودور مقترح للأخصائي الاجتماعي في إشباعها
إعداد

د/محمد أبو الحمد سيد أحمد
أستاذ مساعد بقسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع
كلية التربية - جامعة الأزهر بالقاهرة

د/مصطفى محمد أحمد الفقي
أستاذ مشارك بجامعة الأزهر والإمام عبد
الرحمن بن فيصل

الملخص:

تستهدف الدراسة تحديد احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة النفسية، والاجتماعية، والروحية، والاقتصادية، والمعرفية، وعلاقتها بمتغيرات: (النوع، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الدخل) ثم محاولة توصيف جملة من الأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي في هذا المجال في ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة والأطر النظرية للخدمة الاجتماعية. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك احتياجات ضرورية لأسر مرضى الرعاية المركزة جاءت على الترتيب: روحية، معرفية، اجتماعية، نفسية، ثم مادية، كما وجدت علاقة ذات دلالة احصائية بين تلك الاحتياجات وبعض المتغيرات، وانتهت الدراسة إلى وضع توصيف لجملة متكاملة من الأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية أسر مرضى الرعاية المركزة.

Abstract:

The study aims at identifying the needs of the families of patients with mental, social, spiritual, economic, and cognitive care, and their relation to variables (gender, age, educational level, social status, income) and Trying to characterize a number of professional roles of the social worker in this field in light of the results of the study and theoretical frameworks of social work. The study found that there are essential needs for the families of intensive care patients, respectively: spiritual, cognitive, social, psychological, and physical, and also found a statistically significant relationship between these needs and some variables. The study ended with a description of an integrated set of professional roles for the social worker in the care of families of intensive care patients

أولاً : مدخل لمشكلة الدراسة :

عرفت الإنسانية أساليب مختلفة للجهود الإنسانية في نطاق الرعاية الاجتماعية، عبر العصور، والتي أصبحت- فيما بعد - نظاماً أساسياً لا غنى عنه لأي مجتمع بعد إنشاء منظمات الأمم المتحدة منذ العام ١٩٤٥م وبعد إقرار الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ١٩٤٨ م.

وإذا كانت الرعاية الاجتماعية نسقاً من المنظمات والخدمات الاجتماعية المصممة لتزويد الأفراد والجماعات بمستويات مناسبة من الصحة والمعيشة وغيرها بما يمكنهم من تنمية قدراتهم (١) ؛ فقد تنامي اهتمام مهني الخدمات الإنسانية - ومن بينها الخدمة الاجتماعية - باحتياجات الأفراد، والأسر، والجماعات والمجتمعات ذات المستويات الحياتية المعقدة، لمساعدتهم على الحياة بصورة أفضل في محاولة لتحقيق التنعيم الإنساني (٢).

ويساهم الأخصائيون الاجتماعيون في توفير خدمات الرعاية الصحية الوقائية والصحة العامة والأولية والمتخصصة للأفراد والأسر، وإعادة التأهيل ، والرعاية الصحية للمسنين ، ومعالجة مجموعة كاملة من القضايا البيولوجية والنفسية والاجتماعية والروحية والبيئية التي تؤثر على الرفاه ، وتركز الخدمة الاجتماعية على مفهوم الشخص في البيئة والرعاية المرتكزة على الأسرة والعميل (٣)

وتسعى الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية إلى المساهمة في تحقيق الرعاية الاجتماعية الصحية من خلال محاولة تحقيق مجموعة من الأهداف ، منها : اكتشاف الضغوط الاجتماعية وتأثيرها على حالة المريض ، وتوضيح وإبراز الجوانب التي تتصل باجتماعيات المرض ، والاهتمام بتدعيم علاقات المريض ببيئته والقائمين على عملية علاجه ، والعمل على إجراء تعديلات جزئية أو كلية في أحوال المريض وبيئته بقصد إعادته للإسهام الإيجابي في الوسط الذي يعيش فيه (٤) إلا أن ثمة مجالاً مستحدثاً من مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية لازال بحاجة إلى تكثيف الاهتمام بالدراسة وهو مجال الحالات الحرجة وأسرهـم ويرتبط ذلك بوحدات الرعاية المركزة والتي ترتبط تعقيداتها بتعدد أنماطها وتصنيفاتها والتخصصات المتباينة في هذا المجال .

حيث ثمة حاجة إلى إجراء مزيد من التحقيقات لتأكيد الارتباط بين العمليات المهنية للتدخل المهني وبين قياس النتائج ذات الأهمية بالنسبة للمرضى المصابين بأمراض خطيرة في الرعاية المركزة ولأسرهـم فضلاً عن الجوانب الأخرى للصحة ، ويمكن لوحدة الرعاية المركزة بمستشفى ما أن تكون مجالاً ذا دلالة للممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين ، ووفقاً لفلسفة التدخل القائمة على أساس (هنا والآن) فإن الأسرة في أكثر من أزمة يمكن التعامل معها أكثر من تلك الأسر التي تواجه صدمة مع مرض أحد أعضائها بمرض مهدد للحياة (الحالات الحرجة)، ومن خلال التدخل المهني باستخدام نموذج الأزمة، يمكن للأخصائيين الاجتماعيين أن يقللوا إلى حد كبير من الصدمة التي تعاني منها تلك الأسر، بالإضافة إلى ذلك، فإنهم

يستطيعون تطوير الموارد الداعمة الأخرى مثل العمل مع جماعات الأسر والخدمات التطوعية للمساعدة في تلبية احتياجاتهم (٥).

وتوصلت دراسة (شيك وآخرون، ٢٠١١، sheak, et al) إلى ضعف دور الدراسات التجريبية في توصيف دور الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الحرجة وخاصة فيما يتعلق بتقديم المشورة، دور الأخصائي كمييسر للاتصال، وكوكيل للموارد الداعمة؛ فهناك حاجة لمزيد من البحوث لتحديد أدوات معتمدة لتقييم الممارسات المهنية، وتوفير تقنيات إرشادية، وما إلى ذلك من دراسات ستوفر بيانات هامة عن المبادئ التوجيهية لأفضل الممارسات في المجال (٦).

وتشير (جونز، Jones, 2015) : إلى أن ثمة مسئوليات حاسمة على الأخصائي الاجتماعي في تسهيل فهم وإدراك المرضى وأسرهم داخل مراكز الرعاية المركزة للأومومة للظروف الطبية ومساعدة أعضاء فريق العمل على الفهم غير الحكمي المسبق للأسرة، وتقديم النصح والإرشاد لكل من الفريق متعدد التخصصات والأسر فيما يتعلق بقضايا: الحالة النفس اجتماعية والثقافية والروحية وتيسير الاتصالات بين فريق العمل وأسر المرضى وتزويد أعضائها بالدعم والمشورة وتيسير حصولهم على موارد الدعم المادي، وتنسيق جهود تقديم أوجه الرعاية والمدافعة عن احتياجات تلك الأسر وخياراتهم ورغباتهم، وتقديم الدعم الروحي والتعامل مع القضايا الأخلاقية المتعلقة بالشفافية، واعتبارات إيقاف العلاج، وجهود الرعاية التلطيفية. (٧) ولعل من دواعي حتمية الاهتمام بالممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع مرضى الرعاية المركزة وأسرهم؛ ما يعانيه مريض الرعاية المركزة من أزمات صحية شديدة قد تفضي إلى الموت؛ فقد تتدهور وظائف عدد من أجهزة الجسم. Multiple organ failure في الوقت نفسه عند دخوله أو خلال وجوده بالعناية، إما أن يكون ذلك بسبب وجود عدد من الأمراض السابقة أو حدوث ذلك كمضاعفات لفشل وظائف عضو هام بالجسم، مما يتطلب تدخلاً شاملاً لدعم وظائف الأعضاء لمنع حدوث مزيد من التدهور، كما يتم إدخال المريض ما بعد الجراحات الكبرى للعناية المركزة وذلك لعدم استقرار حالتهم خلال الساعات أو الأيام الأولى الحاسمة ما بعد العمليات الكبرى أو الخطيرة (٨)، وكذلك طبيعة وخصائص بيئة غرف الرعاية المركزة - حيث إن بيئة الرعاية المركزة بيئة أقل ما توصف بأنها بيئة مخيفة للمرضى وأقاربهم، حيث يجدون أنفسهم فجأة وبلا مقدمات محاطين بوجوه غريبة وأصوات مزعجة وتجارب مريرة، رغم أن المرضى أحياناً يكونون غائبين عن الوعي تحت تأثير المرض أو التخدير أو المهدئات، إلا أن أقارب المرضى يعانون من إقحامهم المفاجئ في وضع يرون فيه مريضهم محاطاً بالأجهزة المختلفة، ومستقبله يحوطه الغموض (٩)، كما أن القضايا الاجتماعية والإكلينيكية المعقدة التي تنشأ في مراكز وحدات الرعاية المركزة `Settings` CU تتطلب من الأخصائي الاجتماعي القيام بدور تكاملي في رعاية المريض وأسرته وقد تتشابه خدماته أحياناً بتلك المراكز

للمرضى وأسره مع نفس الخدمات التي تقدم خارج تلك المراكز أو لغير المرضى، وقد يعمل بمثابة منتق لمقدمي الخدمات ومفسر لاحتياجات المرضى وأسره وتسهيل الاتصالات بشأن الرعاية الإكلينيكية، وتوقعاتها، وأهدافها من خلال تبادل المناقشات مع أسر المرضى^(١٠)

ويمكن للأخصائيين الاجتماعيين في وحدة الرعاية المركزة تقييم ومعالجة العديد من الظروف النفسية والاجتماعية المعقدة، ويمكنهم توضيح المفاهيم الخاطئة المحتملة، وتعزيز التواصل بين المرضى وأسره، وأعضاء الفريق الطبي إذا كانوا مؤهلين لذلك؛ هذا يمكن أن يساعد ليس فقط تحسين نوعية الحياة للمرضى في وحدة الرعاية المركزة وأسره، ولكن أيضا في تخفيض احتمال الصراعات في صنع القرار في بدايته، وهناك حاجة لدراسات أخرى يتعين القيام بها لتحقيق فعالية التدخلات في الخدمة الاجتماعية في الحد من الأزمات التي تواجهها الأسرة، وتجنب جهود الرعاية غير المرغوب فيها من قبل المرضى، وإظهار الفوائد لتوفير التكاليف^(١١)

وقد خلصت دراسة تحليلية لمجموعة من البحوث في مجال الرعاية المركزة إلى ارتفاع عبء القلق، والاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد أسرة المريض بوحدات الرعاية المركزة في كثير من الأحيان، ويشترك الأخصائيون الاجتماعيون في إعداد أفراد الأسرة لهذا إضافة للمساعدة في عملية صنع القرار؛ هذه العملية غالبا ما تتطلب من الأخصائيين الاجتماعيين استحضارا لمشاعر القلق والرغبة في تقديم الرعاية للأسرة، ومعالجة مشاكل الاتصال التي يستشهد بها باستمرار من قبل أفراد الأسرة، فقد يكون للأخصائيين الاجتماعيين فرصة هامة للعب دور فاعل في تحسين الخبرات العائلية لمرضى الرعاية المركزة في صنع القرار^(١٢) ومن ثم يجب على الطاقم الطبي والإداريين الاعتراف بأن عائلات المرضى ذوي الحالات الحرجة لديهم احتياجات معينة إن تشبع فقد تساعدهم على التأقلم مع وجود أحبائهم في وحدة الرعاية المركزة. أن التغييرات البسيطة في الفلسفة والسياسة في التعامل مع أسر المرضى تقلل كثيرا من القلق الذي تعانيه هذه الأسر^(١٣).

وبتحليل وتقييم الاحتياجات المحددة لأسر المرضى الذين يموتون في وحدة الرعاية المركزة من خلال مؤتمر عقد لهذا الهدف فقد برزت الرعاية المرتكزة على الأسرة، وحثية تنفيذ اتصالات مكثفة واستباقية تمكن أفراد أسر المرضى من المشاركة في المناقشات والقرارات، وأهمية دور الممرضات والأخصائيين الاجتماعيين، وفرق الرعاية الملطفة في الحد من العبء الأسري، حيث خلص المؤتمر إلى مبادئ توجيهية تأخذ في الاعتبار الاحتياجات المحددة للأسرة، بما في ذلك الاطمئنان إلى أن أعراض المريض سوف تدار على نحو كاف. وتوفير معلومات واضحة صادقة عن حالة المريض والعلاج؛ وتوافر الرغبة من جانب الأطباء

للاستماع والرد على أفراد الأسرة، ومعالجة عواطفهم. والانتباه إلى تفضيلات المريض وإبداء تفسيرات واضحة حول عملية صنع القرار وبدائله . والاهتمام المستمر والكفاءة الفنية لاحتياجات المريض^(٤) وقد أوصت دراسة (أزولاي ، وآخرون 2001، Azoulay ,etal) بضرورة أن يسعى مقدمو خدمات الرعاية بوحدة الرعاية المركزة (ICU) إلى تنمية علاقات التعاون مع أفراد أسر مرضاهم، على أساس التبادل الحر للمعلومات والتي تهدف إلى مساعدة أفراد الأسرة على مواجهة محنة المريض والسماح لهم بالتحدث نيابة عنه إذا لزم الأمر^(٥)

وأوصت دراسة (مك كورميك وآخرون ،McCormick, etal,2010) بضرورة تقدير الاحتياجات الروحية لأسر مرضى الرعاية المركزة واستشارة المستشار الروحاني إذا رغبت الأسرة في ذلك ، وإجراء المزيد من البحوث لوضع مدخل شامل لرعاية مرضى وحدة الرعاية المركزة وأسره بما يشبع لا سيما الاحتياجات الجسدية و أيضا الاحتياجات النفسية والاجتماعية والروحية ، نظراً لارتفاع عبء القلق، والاكتئاب ، واضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد أسرة المريض بوحدات الرعاية المركزة في كثير من الأحيان ، ويشترك الأخصائيون الاجتماعيون في إعداد أفراد الأسرة لهذه المسؤوليات المعقدة من صنع القرار ، هذه العملية غالباً ما تتطلب من الأخصائيين الاجتماعيين استحضاراً لمشاعر القلق بين الأخصائيين الاجتماعيين في مجال رعاية الأسرة ، كما أن الاعضاء تعالج أيضا مشاكل الاتصال التي يستشهد بها باستمرار من قبل أفراد الأسرة قد يكون الأخصائيين الاجتماعيين فرصة للعب دوراً هاماً في تحسين الخبرات العائلية في صنع القرار أكثر من غيرها من العائلات التي لم تتعرض لجهود رعاية نهاية الحياة^(٦)

ومن ثم فقد أكدت تلك المحاولات البحثية على أهمية تحديد مشكلات واحتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة من ناحية وتأکید التنمية المهنية المتواصلة للأخصائيين الاجتماعيين في هذا التخصص من الممارسة، خاصة في ظل التغيرات المهنية المعاصرة في هذا المجال مثل الرعاية الصحية المرتكزة إلى الأسرة ، والتشاركية Participatory في صنع القرارات المتعلقة بصحة المريض، وفي ظل ما قد تعانيه تلك الأسر من مشكلات مترتبة على قصور في إشباع احتياجات متعددة تظراً بعد دخول أحد أعضائها الرعاية المركزة.

وتناولت دراسات أخرى هذه القضية ومنها:

دراسة (السيد، ٢٠٠٠) التي أكدت أن أكثر الفئات تردداً على غرفة الطوارئ هم ذوى الدخل المنخفض ، وأن مشكلاتهم وأسرهم تزداد نتيجة غلق مؤسسات المجتمع أبوابها ليلاً ، وارتفاع أسعار المستلزمات الطبية التي تطلب من الخارج ، والخوف والانقباض والتوتر واضطراب التفكير وتعطل أجهزة الأشعة مما يضطر

المرضى لعملها خارج المستشفى، كما بين الأخصائيون الاجتماعيون أن أهم مشكلات المرضى وأسره هي: عدم وجود من يرشدهم إلى مكان تلقى الرعاية أو الاستفادة من المؤسسات الأخرى، وضيق المكان، وقلة عدد الأسرة، والاعتماد على أطباء الامتياز والتشخيص الخاطئ، وعدم مراعاة الفريق الطبي للظروف النفسية لأسرة مريض الطوارئ؛ خاصة في حالات الحوادث والوفاة، ثم ضعف علاقة المريض بأعضاء الفريق الطبي^(١٧).

دراسة (ديرك وآخرون، Dirk, et al, 2002) توصلت إلى تحديد احتياجات ومستويات القلق و التوتر الذي يواجه أقارب مرضى الرعاية الحرجة في المستشفى تبعاً لمتغيرات العمر والجنس والمستوى التعليمي ونوع القرابة مع المريض وخصائص القبول وحالة المريض. وكان المشاركون ٢٠٠ من الأقارب، لـ ١٢٠ مريض من الرعاية المركزة، وقد تم تحديد احتياجات الأقارب والتي كانت معقدة للغاية مما أثر على قراراتهم نحو رعاية مرضاهم، ومستويات القلق كانت مرتفعة، كما أنها تتصل إلى حد كبير بالمتغيرات الديموغرافية، ونوع القرابة مع المريض، والآثار المترتبة على الممارسة السريرية^(١٨).

دراسة (ديفيدسون وآخرون 2007 Davidson JE, et al) استهدفت تحديد مدى اختلاف رضا أعضاء أسر مرضى الرعاية المركزة الذين يتلقون رعاية روحية عن غيرهم من الأسر التي تهمل هذه الرعاية، وتحديد العوامل المحتملة لدرجة الرضا المرتفعة لدى الأسر عن الرعاية الروحية في وحدة الرعاية المركزة. وهي دراسة مستعرضة، وذلك باستخدام بيانات من عينة عشوائية، وقد انطلقت الدراسة من وجود اعتراف متزايد بأهمية الرعاية الروحية في مجال تحقيق جودة رعاية المرضى ذوي الحالات الحرجة وأسره، وأن هناك ندرة في البحوث لتوجيه تحسين نوعية هذا المجال، وتوصلت في نتائجها إلى أن (٧٣٪) رأوا أن الرعاية الروحية جعلت أثر الصدمة أقل مقارنة بأفراد الأسر الذين لم يتلقوا هذه الرعاية وأن الأولى كانت أكثر ارتياحاً وشعوراً بالرضا من خلال الرعاية الروحية إذا كانت مستشاراً روحياً في الأربع وعشرين ساعة الأخيرة من حياة المريض وبالإضافة إلى ذلك، كان هناك علاقة قوية بين الرضا عن الرعاية الروحية والارتياح مع مجموع الخبرة بتجربة الرعاية المركزة توصلت إلى وضع مبادئ توجيهية للممارسة السريرية لدعم الأسرة في وحدة الرعاية المركزة التي تركز على المريض من خلال تشكيل فريق عمل متعدد التخصصات في ممارسة الرعاية، خاصة فيما يرتبط بصنع القرار، رعاية الأسرة، إجهاد الموظفين المتعلق بالتفاعلات الأسرية، الدعم الثقافي، الدعم الروحي / الديني، والزيارات العائلية، وجود أفراد العائلة في الإنعاش، والرعاية البيئية الأسرية، والرعاية التلطيفية، كما استخلص منها ما يدل على الحاجة إلى إجراء مزيد من البحوث تغطي (٤٣) توصية للحد من توتر الأسرة وتحسين التفاعلات والاتصالات، وتلبية طلبات الملاءمة الثقافية والدعم الروحي وتوعية العاملين بوحدات الرعاية الحرجة^(١٩).

كما استهدفت دراسة (تشيلدر وآخرون 2013Schleder, et al) تقييم مدى التأقلم الروحي/الديني لدى أقارب المرضى في وحدة الرعاية المركزة في مستشفيات، وهي دراسة وصفية كمية. وقد تم جمع البيانات من ٤٥ مفردة من الأسر (٨٠٪ إناث و ٢٠٪ ذكور، متوسط أعمارهم ٣٧.٥ سنة) باستخدام استبيان حول المواجهة الدينية الروحية. وتوصلت الدراسة إلى أن قيمة إجمالي حجم طاقة المواجهة والتحمل الدينية والروحية لأسر المرضى المشاركة بلغت متوسط ٠.٧، وهو متوسط قوي ويفسر أن تلك الأسر كانت تستخدم في كثير من الأحيان استراتيجيات المواجهة الدينية الروحية SRC الإيجابية في كثير من الأحيان أكثر من السلبية في المستشفى خلال وجود أحد أفراد الأسرة في وحدة الرعاية المركزة، وأنهم جميعاً يؤمنون بالله ومعظمهم يعتقد أن الروحانية تساعدهم على التعامل مع الضغوط المرتبطة بالمستشفى^(٢٠)

واستهدفت دراسة (سليمان، ٢٠١٤) تقييم الأداء المهني للخدمة الاجتماعية في التعامل مع الضغوط الأسرية لأمهات الأطفال مرضى السرطان وهي دراسة تقييمية استخدمت منهج المسح الاجتماعي بنوعيه الشامل وبالعين، وطبقت على عينة من الأخصائيين الاجتماعيين وعددهم ٢٥ أخصائياً اجتماعياً، وعينة عشوائية من الأمهات الأطفال مرضى السرطان وانتهت بوضع تصور مقترح لأدوار الممارس العام للخدمة الاجتماعية في التعامل مع الضغوط الأسرية لأمهات الأطفال مرضى السرطان (٢١)

بتحليل الدراسات السابقة يتضح أنها:

- ١- حددت الدراسات السابقة عدداً من المشكلات النفسية والاجتماعية والمادية والإدارية والمرتبطة بالفريق الطبي التي تواجه المرضى وأسرههم بغرف الطوارئ (دراسة السيد، ٢٠٠٠)
- ٢- ركزت على تحديد الاحتياجات النفسية لأسر مرضى الرعاية المركزة مثل القلق والتوتر وربطهما بالمتغيرات الديموغرافية (ديرك وآخرون 2002, Dirk, et al)
- ٣- أكدت على حتمية العمل على تحديد احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة واشباعها (Lautrette, et al, 2006، كما اهتمت بوضع مبادئ توجيهية للممارسة السريرية لدعم أسر مرضى وحدة الرعاية المركزة (Davidson JE , et al, 2007).
- ٤- أشارت إلى نقص خبرات ومعارف أسر المرضى بوحدات الرعاية المركزة الأمر الذي يزيد من حدة القلق والتوتر لديهم حال وجود أي شخص يهتم بتلك الوحدات .
- ٥- أفادت بعدم تلقى الأخصائيين الاجتماعيين التدريب الكافي للعمل بوحدات الرعاية المركزة .
- ٦- أكدت على أهمية تحديد الاحتياجات الروحية لأسر مرضى الرعاية المركزة، وأوصت بأهمية التدخلات المهنية لتحسين الرعاية المقدمة من فريق العمل بوحدات الرعاية المركزة وبخاصة الأخصائيين الاجتماعيين (مك كورميك وآخرون ،2010، McCormick, et al)

٧- أفادت بعدم رضا أسر مرضى الرعاية المركزة عن أداء فريق العمل متعدد التخصصات وكذا عن مشاركتها في اتخاذ وصنع القرار، وتأكدت الحاجة إلى إجراء مزيد من البحوث تتضمن توصيات عدة للحد من توتر الأسرة وتحسين الاتصالات، وتلبية طلبات الملاءمة الثقافية والدعم الروحي (ديفدسون وآخرون Davidson JE, et al, 2007).

٨- اهتمت بالمتغير الروحي وأهميته في الرعاية التلطيفية بوحدات الرعاية المركزة (جونز، 2015 Jones) ٩- أوضحت أهم مسؤوليات الاخصائي الاجتماعي المتوقعة بوحدة الرعاية المركزة، ومن أهمها: مساعدة أعضاء فريق العمل على فهم احتياجات الأسر، و تقديم النصح والإرشاد لكل من الفريق متعدد التخصصات والأسر فيما يتعلق بقضايا: الحالة النفس اجتماعية والثقافية والروحية وتيسير الاتصالات بين فريق العمل وأسرة المرضى وتزويد أعضائها بالمعلومات والمشورة وتيسير حصولهم على موارد الدعم المادي، وتنسيق جهود تقديم أوجه الرعاية والمدافعة عن احتياجات تلك الأسر وخياراتهم و رغباتهم، وتقديم الدعم الروحي والتعامل مع القضايا الأخلاقية المتعلقة بالشفافية، واعتبارات إيقاف العلاج، وجهود الرعاية التلطيفية (جونز، 2015 Jones)

ثانياً: مبررات الدراسة:

- ١- ما أوصت به بعض الدراسات السابقة من ضرورة إجراء مزيد من الدراسات لتحديد احتياجات ومشكلات أسر مرضى الرعاية المركزة.
- ٢- ما أثبتته نتائج بعض الدراسات من نقص المعارف والخبرات لدى الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الطبي حول متطلبات التعامل مع أسر مرضى الرعاية المركزة.
- ٣- ندرة الدراسات العربية في مجال الخدمة الاجتماعية التي تناولت القضية المدروسة (في حدود علم الباحثين)
- ٤- قد تفيد الدراسة في وضع توصيف لدور مهني متكامل للأخصائي الاجتماعي بالمجال الطبي للتعامل مع أسر مرضى الرعاية المركزة كأحد المجالات المستحدثة للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية في المجتمع العربي .
- ٥- قد تسهم نتائج الدراسة في تحسين الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي بصفة عامة وبوحدات الرعاية المركزة بصفة خاصة.
- ٦- يعد المرضى وأسرة خاصة بوحدات الرعاية المركزة من الفئات الأولى بالرعاية التي توليها مهنة الخدمة الاجتماعية اهتماماً خاصاً حيث ارتبطت نشأتها بهذا المجال.

٧- لم تتناول أي من الدراسات السابقة تقدير احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة من منظور الخدمة الاجتماعية وما ينبغي أن يكون عليه دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل معها ؛ وهو ما تنفرد به الدراسة الراهنة .

٨- خبرة الباحثين في التدريب الميداني بقسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع وملاحظة العديد من الاحتياجات المعقدة لأسر مرضى الرعاية المركزة، وهو ما يعكس ضرورة الانطلاق من مجالات الممارسة الميدانية في تحديد المشكلات البحثية الأكثر أولوية .

ثالثا : مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

في ضوء العرض السابق يتضح أن أسر مرضى الرعاية المركزة بالمستشفيات يعانون من مشكلات نفسية، واجتماعية، ومادية ، ومعرفية مصاحبة لوجود مرضاهم بالرعاية المركزة في الوقت الذي تتعدد فيه الصعوبات الإدارية والمهنية كغياب التوجيه والإرشاد بأنواعه، وصعوبة الاتصال وقلة المعلومات التي ينبغي توفيرها وتقديمها للأسر، وعدم الاهتمام بالتدخل المهني السريع مع الأزمات الحادة التي قد يتعرض لها أحد أفراد الأسرة وغيرها من المشكلات التي تستوجب تحديد احتياجات تلك الأسر بدقة وترتيب أولوياتها، والوقوف على معوقات التعامل مع هذا النسق، ووضع تصور للأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي (الوقائية، العلاجية، الإنمائية) بهدف اشباع احتياجات تلك الأسر والتخفيف من مشكلاتها، ويعطي تفرداً للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية مع مثل هذه النوعية من المشكلات، ومنثم فإن الدراسة الراهنة تحاول الإجابة على التساؤلات الآتية:

١- ما احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة؟ وينبثق منه التساؤلات الفرعية الآتية :

أ- ما الاحتياجات الروحية لأسر مرضى الرعاية المركزة؟

ب- ما الاحتياجات النفسية لأسر مرضى الرعاية المركزة ؟

ج - ما الاحتياجات الاجتماعية لأسر مرضى الرعاية المركزة ؟

د- ما الاحتياجات الاقتصادية لأسر مرضى الرعاية المركزة ؟

هـ - ما الاحتياجات المعرفية لأسر مرضى الرعاية المركزة؟

٢- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات: (النوع، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الدخل)؟

٣- ما الأدوار المهنية المقترحة للأخصائي الاجتماعي لإشباع احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة؟

رابعاً : أهداف الدراسة:

١- تحديد احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة.

٢-ترتيب أولويات احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة حسب الأهمية والأسبقية الزمنية (Importance & Urgency) في ضوء مخرجات المقياس .

٣- توصيف جملة من الأدوار المهنية المتكاملة للأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي للعمل مع أسر مرضى الرعاية المركزة.

خامساً: التراث النظري للدراسة.

١- تقدير الحاجات: المفهوم والأهمية **Needs Assessment:** يشير لفظ التقدير

لغة إلى مصدر الفعل المضعف الوسط (قَدَّرَ) أي حسب بالتقريب مستعينا بخبرته وما لديه من معطيات ، وهو "حكم فكري أو أخلاقي يعقب فحصا انتقاديا ، وقادر بين شيئين أي قاييس بينهما ليعرف مقدار الواحد من الآخر^(٢٢)، وهو تخمين أو تقييم الممتلكات أو الدخل أو تعيين أهمية شيء أو قيمته^(٢٣). يتضح مما سبق أن مفهوم التقدير يرتبط لغوياً بقيمة الحكم على الأشياء سلباً أو إيجاباً لتحديد حجمها أو قدرها في ضوء معايير محددة مسبقاً.

ويعرفه ترويمان Tropman بأنه " كل من : تحديد طرق قياس ، وحساب وتقييم ظروف الحاجات Needs

لوضع أولويات بين الحاجات ؛ إذ ليس كل الحاجات قابلة للإشباع في نفس الظروف^(٢٤) ويرى هانسن () Hansen 1991 أن تقدير الاحتياجات نشاط عام وشامل لمختلف مجالات الحياة صحياً واجتماعياً وتربوياً وغير ذلك وتعبر الحاجة عن مواقف فرعية تشمل معاني : المشكلة ، الفجوة ، النقص ، التناقض وكذلك القضايا والاهتمامات ، وبالعكس ذلك مدى أهمية الحاجة إذ تجعلنا ندرك العوامل ذات الخطورة المتعلقة بعدم إشباعها^(٢٥) . ويعرف تقدير الاحتياجات بأنه " مجموعة من العمليات الفنية التي تهدف إلى التعرف على الحاجات وتحديد أولوياتها وتقديم الحلول المتنوعة والممكنة لتخفيف وطأة المشكلات المجتمعية^(٢٦) .

ويشير هذا التعريف إلى أن تقدير الحاجة عبارة عن مجموعة من العمليات الفنية التي تبدأ بدراسة الحاجات وتحديدها وترتيب أولويات إشباعها ، ثم وضع الحلول الملائمة لتخفيف حدة المشكلات المترتبة على الحاجات غير المشبعة ومن ثم فالتعريف يشير ضمناً إلى ثمة علاقة بين الحاجة والمشكلة .

لذا يرتبط تقدير الحاجة بتحليل المشكلة فوظيفتهما واحدة ، ولا يمكن فصل مفهومهما بسهولة ، ويعتمد كل منهما على الآخر ويتكامل معه ويتحدد بالرجوع إلى الآخر^(٢٧) وينظر إليه البعض باعتباره " إحدى " الأدوات الفنية الهامة في مهنة الخدمة الاجتماعية لتحديد الحاجات وذلك عندما تتسع الفجوات بين الخدمات القائمة وفي حالة عدم إشباع المتطلبات الأساسية للأفراد ، وفي حالة تعرض جماعات معينة في المجتمع لمشكلات خاصة بهم وهو عملية منظمة لجمع البيانات وتحليلها باعتبارها مدخلات لتوزيع الموارد مع رؤية معينة لاستكشاف وتحديد الموارد

والخدمات التي تنقص المجتمع^(٢٨)؛ لذا فإن تقدير الاحتياجات يساهم في توفير الخدمات الإنسانية في المستقبل على أساس من التنبؤ بما يحتاجه المجتمع من تلك الخدمات^(٢٩).

ويجب وضع خطة لتقدير الاحتياجات تكون بمثابة بناء لجهود تجميع البيانات بحيث يصف : إجراءات ، وموضوعات ، وأهداف البحث والمتغيرات الرئيسية **key Variables**، كما يجب مشاركة النتائج الأولية مع أصحاب المصلحة الرئيسيين **key stakeholder**، وإعطائهم الفرصة لطرح تساؤلاتهم بشأن القضايا المثارة^(٣٠) ومن ثم تطبيق أحد أدوات قياس الاحتياجات أو تطبيق مجموعة متناسقة من هذه الأدوات على المنطقة أو المجال المطلوب قياس احتياجاته ، ثم تحليل المعلومات التي تم جمعها ، وتقدير أهميتها حتى يمكن تقدير أولويات هذه الاحتياجات تمهيداً للتعاطي معها^(٣١)

ب- أهمية تقدير الحاجات: يحدد (تقدير الحاجات) المشكلة والفرص محل الاهتمام ، ويؤسس علاقات بين الناس والجماعات المعنية بالقضية محل الاهتمام ، ويمدنا بأساس لتخطيط العمل بما يحسن التعليم والتدريب والأداء ، وبشكل واضح فانه يستطيع موازنة الموارد مع الاستراتيجية الملائمة ، وإقامة علاقات بين المتأثرين بالموقف ، وحشد الموارد ونقاط القوة في صناعة التغيرات المستهدفة وتأسيس أنشطة للمبادرات وترتيب أولويات العمل ومن ثم تحديد قوائم بالمتضمنين في خطط التنمية^(٣٢)

ويريكوفمان وآخرون Kaufman et al., (2003) أن أسباب حتمية تقدير الحاجات تتراوح بين: أسباب ضخمة **Mega**، وكبيرة **Macro** وصغيرة **Micro** وأسباب أخرى شبهعملية **Needs Quasi**؛ حيث يحدد تقدير الحاجات ويضع المشكلات والحاجات في مصطلحات قابلة للقياس ويوضح اتجاه ومسار الفعل وحل مشكلات الأداء التنظيمية والإنسانية المتعلقة بالتوجهات الاستراتيجية والتكتيكية والإجرائية ويساهم في الوصول إلى معنى مشترك بشأن الغايات ووسائل تحقيقها تأسيساً على شواهد إمبريقية، وتحقيق مبدأ الاستباقية **Proactive**، فهو أساس للخطط الاستباقية وابتكار أهداف وغايات للتغيير الخلاق^(٣٣)

وهذا يعني أن التخطيط للخدمات الإنسانية يبدأ بالتعرف على المشكلات المحلية وتحديدًا تحديداً علمياً عن طريق الحصول على البيانات والمعلومات الحديثة و اللازمة لتقدير الاحتياجات ، ويجب التأكد من أن هذه البيانات دقيقة وكافية للاستخدام الأمثل في عملية اتخاذ القرارات^(٣٤).

٢- **مفهوم الحاجات: Needs:** والحاجة لغة من مادة (ح . وَحَج) وجمعها (حاج) و(حاجات) و(حوج) و(حوائج) ، وحاج و(أحوج الرجل) إذا احتاج^(٣٥) ما يفتقر إليه الانسان ويطلبه ويكون ضرورياً ولازماً ، لفظ يعبر عن العوز وحالة الفقر.، و(الاحتياج) مصدر احتاج وجمعه (احتياجات) ما يفتقر إليه المرء^(٣٦) والحاجة أيضاً " ضرورة أو حالة من الافتقار أو الإحساس بوجود نقص فيشيء ما يكون مرغوب فيه ويتطلب الإشباع"^(٣٧)، وتكون ناتجة عن " ضيق أو شدة أو عوز تؤدي إلى وجود مطلب ملح، أو عاجل لإشباعها"^(٣٨)

واصطلاحاً، يعرفها حامد زهران ٢٠٠٠م : بأنها " الافتقار إلى شيء إذا وجد حقق الإشباع والرضا والارتياح لدى الكائن الحي فالحاجة شيء ضروري لاستقرار الحياة نفسها وحاجة فسيولوجية أو للحياة بأسلوب أفضل حاجة نفسية^(٣٦) وتعرف الحاجة في العلوم الاجتماعية بأنها " الميل الفطري الذي يدفع الإنسان إلى تحقيق غاية ما داخلية كانت أو خارجية ، شعورية أو لا شعورية ، وتنقسم " إلى : حاجات أولية Primary وحاجات مشتقة Derived : أي الناتجة عن التواجد في جماعة لها خصائصها الاجتماعية كاللغة والتربية والتعليم والقيادة والضبط الاجتماعي وحاجات تكاملية Integrative: وهى التي تحقق قدرأ أكبر من الانسجام الاجتماعي وتربط بين أعضاء الجماعة كالمعتقدات والممارسات الدينية ونواحي النشاط الترفيهي^(٣٧)، وعند تحديد الحاجة- اجتماعيا- فإنه يتم الرجوع إلى النظم الاجتماعية الموجودة بالمجتمع؛ فكل نظام اجتماعي يشبع جانبا من الحاجات الاجتماعية الأساسية للفرد^(٣٨)

وعرفت الحاجات بأنها" متطلبات جسمية ونفسية واجتماعية واقتصادية لتحقيق الرفاهية والإنجاز^(٣٩) وتهتم الخدمة الاجتماعية بالتعرف على الاحتياجات المجتمعية ودراستها سواء أكانت تلك الاحتياجات متعلقة بالأفراد أو الجماعات أو المجتمعات^(٤٠).

كما عرفت بأنها" هي حالة عدم استقرار أو عدم اتزان أو خلل يصيب التركيب البنائي أو وظائف النسق (فرد - جماعة - منظمة - مجتمع) بسبب مواجهة النسق لموقف طارئ أو مستمر أو متوقع يهدد بعض أو كل المعوقات أداء النسق لدوره أو وظائفه داخل النسق الأكبر أو دوره ووظائفه تجاه الأنساق الأصغر^(٤١)ومن ثم فهي" حالة عدم توازن يشعر بها فرد أو جماعه أو مجتمع نتيجة الإحساس بالرغبة في تحقيق هدف معين يحتاج تحقيقه إلى توافر إمكانيات أو موارد معينة" أما الفاروق ذكى يونس فيرى أنها" الموارد التي يحتاجها الناس كأفراد من أجل الحياة والبقاء ومن أجل الأداء الاجتماعي المناسب في المجتمع^(٤٢)، و تتباين حاجات أسر مرضى الرعاية المركزة بتباين فئات العمر لدى مرضاهم ، وفيما يلي تفصيل لذلك .

٣- أسر مرضى الرعاية المركزة :

يعد طب الرعاية المركزة أو طب العناية الفائقة (Intensive & critical care medicine) أحد أحدث فروع الطب وهو معني بتقديم دعم متقدم للحياة أو لأعضاء الجسم المصابة للمرضى ذوي الحالة الصحية الحرجة ويتم ذلك داخل وحدة الرعاية المركزة^(٤٣).

ويمارسه أطباء وممرضون متخصصون يطلق عليهم بالإنجليزية.(Intensivists) وهو أكثر فروع الطب استهلاكاً للموارد وارتفاعاً لتكلفة العلاج ومن أكثرها اعتماداً على التكنولوجيا الحديثة ، ويهتم أطباء الحالات الحرجة بمتابعة أجهزة الجسم الرئيسة^(٤٤) وتعد وحدة الرعاية المركزة (ICU) مركزا يتم بداخله تداول مخرجات الاجتماعات الأسرية باعتبارها جزءا محتملا من الرعاية اليومية للمريض لذا ؛ فقد ركزت العديد من الأبحاث على الرعاية التلطيفية Palliative Care وجهود نهاية الحياة End-Of- Life في تلك الوحدة وكذلك ضرورة

التواصل مع أسر المرضى، ويفيد التدخل المهني للخدمة الاجتماعية تلك الأسر التي تواجه وتكتشف قرارات متعلقة بتوجيهات أو مناقشة الحاجات العملية أو تحديد أوجه عناصر المعاناة من الألم كما أن التدخل المهني للخدمة الاجتماعية مع تلك الأسر من المحتمل أن يؤثر في خطط العلاج الراهنة (٤٨).

ويشير لفظ العميل "الفرد أو جماعة أو الأسرة أو المجتمع الذي يسعياً ويتم توفير خدمات الخدمة الاجتماعية ، أما مصطلح "المريض" هو أكثر استخداماً من قبل الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الرعاية الصحية (٤٩)

وتعرف الأسرة في موقف تقييمي Family Assessment بأنها "كيان يتكون من أشخاص يوجد لديهم تاريخ ، وخبرات ، ودرجة معينة من الروابط العاطفية ، ويشتركون في مجموعة أهداف وأنشطة ، تتضمن احتياجات البقاء لمادي ، الحماية الاجتماعية، التعليم، التنمية ، متضامين معاً في التقبل ، والحنو ، والاستحسان ، والانتماء والدعم والنمو لأفرادها أو أعضائها (٥٠) ، وقد صنف برادشوا الاحتياجات الاجتماعية إلى أربع فئات: الاحتياجات المعيارية Needs Normative وهكيفية الموارد التي ينبغي تكريسها لمقابلة إشباع الحاجات وهي ما يحدده الخبراء والمهنيون والعلماء الاجتماعيون كحاجة في أي موقف • الاحتياجات الملوسة الشعورية Need Felt : هي

ما يشعر الناس أنهم في حاجة إليه ولكن تلك العملية تزيد توقعات حاجات الأفراد إذا المينفذ المخططون ما وعدوا به من خدمات تفان هذا ليس بواجباً طويلاً يضعف الثقة بين الجهاز وبين الذين يشعرون بالحاجة- كما أن هذه العملية تتأثر بعوامل اجتماعية كمعرفة وإدراك العملاء للخدمات الموجودة فعلاً، الاحتياجات المعبر عنها Expressed needs وهي الحاجة المحسوسة المصحوبة بفعل من خلال طلب العميل لها وهنقمة الحاجات التي تسهل للمخططين مهمة تقديرها أولاً ثم التخطيط للإشباع الكافي والمناسب لها و • الاحتياجات المقارنة. الحاجة المقارنة Comparative Need: وتعد دراسة سمات هؤلاء الناس المتلقين للخدمات فيمنطقة وأفراد آخرى فيمنطقة أخرى لا يتلقون نفس الخدمة أو وضع أو حالة معينة وكذلك هي مستويات مرغوبة تم إقرارها ثم وضعها ومقارنتها بالمستوى الموجود فعلاً فإذا كان هناك فرداً أو جماعة في وضع أقل من المستويات المرغوبة فإنهم يجدوا بأنهم في حاجة ولقد استخدمت الجمعية البريطانية الطبية مستوى التغذية كمقياس للحاجة ، إلى الغذاء ، واستكشف برادشون نظاماً يمكن أن تكون فيها الاعتبارات المتداخلة للمقاربات الأربع في "الحاجة" (٥١).

سادساً : الموجهات النظرية للدراسة :

نظرية الحاجات بين الفكر الوضعي والفكر الإسلامي :

١- الحاجات من هرم ما سلو إلى تجاوز الذات: فيما بين الأربعينيات والخمسينيات من القرن

العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية طور ابراهام ما سلو الهرم الشهير بهرم الحاجات الانسانية

انتهت قمته بتحقيق الذات والذي نشره عام ١٩٥٤ م في كتابه " الدافعية والشخصية " (٥٢)، ثم قام

بتعديله " في عام ١٩٦٩م حيث قدم تصورا جديدا لهرم الحاجات الإنسانية الأساسية التقليديمضيفا إليه نتائج أبحاثه العلمية الأخيرة ، وجاء هذا التصور الجديد في مقال بعنوان " نظرية ما بعد الدافعية في الأصل البيولوجي لقيمة الحياة .حيث أشار " ماسلو " في مقدمة المقال إلي أن تحقيق ذوات الأفراد " الأكثر نضجاً وتاماً للإنسانية " من خلال التحديد المسبق " المناسب " والمُرضي لحاجاتهم الأساسية لا يكون إلامدفعاً بطرق أرقى " أعلى " أخرى يمكن أن تُسمى دوافع أعلى " أرقى " أي أن تحقيق الذات بشكل كامل إنما يتكامل مع تحقيق ذوات الآخرين وهذا يقود إلي تجاوز الذات " حاجات التسامي Transcendence^(٣) ، ويمكن عرض هرم الحاجات لماسلو والذي تضمن حاجات تجاوز الذات كما في الشكل التالي^(٤)



شكل رقم (١) يوضح هرم ما سلو للحاجات وتعديله في ضوء ما نشره من تعديلات نظرية بعد عام ١٩٦٩م

٢- الحاجات الروحية :

ويؤكد " ماسلو " أن الحياة الروحية تعد جزء من جوهر الإنسان ، والخاصية التي لا تكتمل الطبيعية البشرية بدونها ، فهي جزء من كينونة الإنسان ، ومن إنسانيته ، ورغم أنها قد استبعدت من نطاق الحقيقة الواقعة من جانب العلم الكلاسيكي المحايد قيمياً الذي يسير وفق نموذج العلوم الطبيعية ، فإن باستطاعتنا أن نستردها مرة أخرى لتصبح موضوعاً للدراسة والتطبيق في نطاق العلوم الإنسانية ، ولكن " ماسلو " بنزعتة التطورية المتطرفة لا يستطيع إلا أن يري أن الحياة القيمية والروحية للبشر هي أحد جوانب الحياة البيولوجية

للإنسان ، فهي فرع من الحيوانية الأرقى ، وهو يرى أن نظريته هذه تقدم الحل للمشكلات التي يحاول الدين مواجهتها^(٥٥)، ولقد أضاف (George Norwood , 1996م) لما سبق من تصنيف " Maslow " : الحاجات الروحية طويلة المدى وتتمثل في الحاجة إلى: (الكمال والاتحاد - والقرب من الله- الطهارة - الصدق-وجود صديق حقيقي وصالح - إنعاش الضمير - البعد عن المشكلات) (٥٦)

وتعنى العوامل الروحية في مفهومها الأوسع بأنها " جوهر " الوجود الإنساني الذي يعطى معنى للحياة والذي يستمد من علاقة الإنسان بنفسه وبالآخرين من حوله وبربه^(٥٧) ، ويشير هذا التعريف إلى أن لكل إنسان مكون روحي يعطى معنى للحياة ويؤثر في طرق تفاعله في الحياة ، ويجعل له هدفاً يعيش ويموت من أجله ومن ثم يدفعه ويعطى له الأمل.

ويمكن تقسيم الحاجات الإنسانية الأساسية من منظور إسلامي إلي نوعين هما (٥٨) : الحاجات المادية Material Needs مثل " الطعام ، المسكن ، الملابس ، سهولة التوصل للماء ، الصحة والأحوال المؤدية إليها " ، الحاجات غير المادية Non material needs ومن أمثلتها " الحقوق الإنسانية الأساسية بمعناها الواسع الذي يشمل مثلاً الحق في العمل ، والحق في الاشتراك في إصدار القرارات السياسية والمشاركة في الحياة الثقافية القومية " ، والحاجات غير المادية مفهوم مرادف نسبياً للحاجات الروحية والتي تعرف بأنها " مصطلح روحانية مستمد من سبيريتوس spiritus اللاتينية التي تعني "جزء أساسياً من الشخص الذي يسيطر على العقل والجسم"، كلما يجلب معنوه هدف في حياة الناس (٥٩)، وتعتبر أيضاً عن تلك العملية الانتقالية التي تتكامل من خلالها مختلف حلقات الشخصية الإنسانية : الجسمية والانفعالية ، والوظيفية والعقلية الذكائية وتشمل ترابط الإنسان مع كل ممن : ذاته ، والمعنى العام للوجود ، وتتحد بقوة مع الإبداع ، والتسامح ، والتعويض ، والثقة والإيمان ، والعطاء والحكمة وجوهر الوحدانية (٦٠) ، ومفهوم الروحية يمكن أن يكون جانباً هاماً بالنسبة لأولئك الذين يعانون من مرض خطير في وحدة الرعاية (ICU) المركز وأساساً أو هو علو شك الموت ، لأنه يساعد على التأقلم وقبول الأمل والمعاناة ،

فالعلاقة جيدة مع الله والاعتقاد بقوة علياً تسمح للمريض وعائلاتهم بمفهوم قبول المعاناة الإنسانية، بغض النظر عن المعتقد الديني المعلن.، أي إن الحاجة إلى الارتباط بالذات أو القوى التي تعلو الإنسان باعتبارها باعث على الأمل والرضا بالقضاء والتسليم لأمر الله من المنظور الإسلامي مردها الفطرة التي فطر الله الناس عليها .

ومن خلال دراسة أجراها " جورج كوينج Koenig " على مجموعة من المسنين توصل إلى مجموعة من الحاجات الروحية يمكن عرضها باختصار على النحو التالي^(٦١): الحاجة للمعنى والهدف والأمل، والحاجة لتجاوز الظروف والأحداث الصعبة، الحاجة للتدعيم في مواجهة الأزمات، الحاجة للتواصل، الحاجة للتأييد والتشجيع لإقامة الشعائر، الحاجة إلى من يجذبه إلى ممارسة تلك الشعائر الدينية، الحاجة إلى التوفير

الذاتي والإحساس بالجدارة والاهتمام من الآخرين، الحاجة إلى الإحساس بالحب غير المشروط دون انتظار مقابل، الحاجة إلى التعبير عن الغضب والشك والخلص منهما، الحاجة للإحساس بأن الله بجانبه، الحاجة إلى خدمة الآخرين بحب دون نفور، الحاجة لأن يكون مشكوراً. The need for being thankful ، الحاجة للتسامح. Forgiveness، الحاجة لمواجهة حقيقة الموت The need to confront the reality of death، وتجر الإشارة إلى أن الباحثين قد استرشدا بهذه الحاجات الروحية في إعداد مقياس الاحتياجات لأسر مرضى الرعاية المركزة

وعلى المستوى الإجرائي فإنه " يمكن تحديد مفهوم احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة في هذه الدراسة بتلك الاحتياجات (النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية، الروحية، المعرفية) كما يشعر بها هؤلاء الأسر جراء وجود أحد أعضائهم بالرعاية المركزة " .

سابعاً: الإجراءات المنهجية:

١- نوع الدراسة ومنهجها: تنتمي الدراسة الحالية لنمط الدراسات الوصفية، وقد استخدمت المنهج الوصفي التحليلي.

٢- أداة الدراسة: اعتمدت الدراسة على مقياس بعنوان: (احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة)، من إعداد: الباحثين.

- إجراءات ضبط وتقنين المقياس : مر ضبط وتقنين هذه الأداة بالمراحل الآتية:
في سبيل إعداد المقياس تم الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، وكذا أهم الأدوات البحثية المستخدمة، بالإضافة إلى أدبيات الدراسة وكل من الدراسات السابقة المرتبطة بالرعاية الاجتماعية في المجال الطبي وكذا الدراسات التي تناولت الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية عموماً ومقياس التدين لدى المسنين من إعداد مصطفى الفقي ٢٠٠٦م ، وبالرجوع للأدبيات المرتبطة بهذا الموضوع وبعض الأدوات البحثية وكذلك نظرية الحاجات فقد تم تحديد أبعاد المقياس ومؤشراته على النحو الآتي:

أ- يتكون المقياس من الأبعاد الآتية:

- ١- الاحتياجات الروحية لأسر مرضى الرعاية المركزة
- ٢- الاحتياجات النفسية لأسر مرضى الرعاية المركزة
- ٣- الاحتياجات الاجتماعية لأسر مرضى الرعاية المركزة
- ٤- الاحتياجات الاقتصادية لأسر مرضى الرعاية المركزة
- ٥- الاحتياجات المعرفية لأسر مرضى الرعاية المركزة

ب- الصدق الظاهري للمقياس : للتحقق من صدق المقياس تم اتباع الخطوات الآتية:
الصدق الظاهري للأداة(صدق المحكمين):

- تم إعداد المقياس في صورته المبدئية مشتملاً على (٦٨) عبارة موزعة على الأبعاد السابقة.
- تم عرض المقياس في صورته المبدئية على عدد (١٠) محكمين من أساتذة الخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع ، وبناء على التغذية الراجعة تم التعديل في صياغة بعض العبارات، وكذا حذف أخرى وإضافة ما اقترحه المحكمون من عبارات إضافية ، ومن ثم وصلت العبارات إلى (٤٨) عبارة، موزعة على النحو التالي:

- ١- تقدير الاحتياجات الروحية لأسر مرضى الرعاية المركزة ويشتمل على(٩) عبارات.
- ٢- تقدير الاحتياجات النفسية لأسر مرضى الرعاية المركزة ويشتمل على(٩) عبارات.
- ٣- تقدير الاحتياجات الاجتماعية لأسر مرضى الرعاية المركزة ويشتمل على(١٠) عبارات.
- ٤- تقدير الاحتياجات الاقتصادية لأسر مرضى الرعاية المركزة ويشتمل على(٩) عبارات.
- ٥- تقدير الاحتياجات المعرفية لأسر مرضى الرعاية المركزة ويشتمل على(١١) عبارات.

ليصبح مجموع عبارات المقياس (٤٨) عبارة. وقد تم تحديد الاستجابات على عبارات المقياس والأوزان

كما يلي: هامة جداً(٥) ، هامة (٤) هامة إلى حد ما(٣) ، غير هامة (٢) غير هامة مطلقاً (١).

ج - ثبات المقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية : نظراً لتغير وعدم ثبات المجتمع الإحصائي وتوقع حدوث تغيرات مفاجئة بسبب اضطراب الحالة الصحية لمرضى الرعاية المركزة ، فقد تم اختيار عينة ممن تم التطبيق عليهم من المجتمع الإحصائي قوامها ١٠٠ مفردة فقط ثم تم عمل الثبات بتقسيم الدرجات على العبارات أو البنود إلى درجات خاصة بالأسئلة الزوجية ودرجات خاصة بالأسئلة الفردية، وكانت معاملات الثبات بين الجزئين كالتالي :

جدول رقم (١) يوضح قيم معامل ثبات المقياس باستخدام ألفا كرونباخ

Cronbach's Alpha ألفا كرونباخ	الجزء الأول	القيمة	.554
		N of Items	3 ^a
	الجزء الثاني	Value	.375
Correlation Between Forms الارتباط بين الجزئين			.659
Spearman-Brown –Coefficient معامل ثبات سبيرمان ، براون	Equal Length		.794
	Unequal Length		.794

يتضح من الجدول السابق أن معامل ثبات المقياس قوي حيث بلغ معامل الارتباط بين جزئي المقياس ٠.٦٥٩، ومعامل الثبات الإجمالي باستخدام طريقة سبيرمان ٠.٧٩٤، ومن ثم فهو معامل ارتباط يمكن التحويل عليه ويجعل المقياس صالح لجمع البيانات من الميدان.

د- صدق الاتساق الداخلي للمقياس :

جدول رقم (2) يوضح معاملات الارتباط الخاصة بالاتساق الداخلي لمحاور المقياس

باستخدام معامل ارتباط بيرسون

Correlations							
		١م	٢م	٣م	٤م	٥م	مجك
١م	Pearson Correlation	1	-.205**	.005	-.017-	.383**	.249**
	Sig. (2-tailed)		.002	.937	.803	.000	.000
٢م	Pearson Correlation	-.205**	1	.498**	.168	-.131-	.605**
	Sig. (2-tailed)	.002		.000	.011	.047	.000
٣م	Pearson Correlation	.005	.498**	1	.233**	-.012-	.723**
	Sig. (2-tailed)	.937	.000		.000	.855	.000
٤م	Pearson Correlation	-.017-	.168	.233**	1	-.094-	.646**
	Sig. (2-tailed)	.803	.011	.000		.155	.000
٥م	Pearson Correlation	.383**	-.131-	-.012-	-.094-	1	.266**
	Sig. (2-tailed)	.000	.047	.855	.155		.000
مجك	Pearson Correlation	.249**	.605**	.723**	.646**	.266**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	

وتوضح معاملات الارتباط بالجدول السابق وجود اتساق داخلي بين محاور المقياس والمقياس ككل، مما يشير إلى صلاحيته للتطبيق على عينة الدراسة.

٣-مجالات الدراسة:

- المجال المكاني: تم تطبيق الدراسة بوحدة الرعاية المركزية بمستشفى القصر العيني بالدور السابع بالقصر

العيني " المبنى القديم " وقوامهم "٢٢" مفردة وقد تم اختيارها للأسباب الآتية:

- ما شهدته مستشفى القصر العيني من ريادة في مصر والعالم العربي في الرعاية الصحية والخدمات الطبية المتكاملة كما أنها تعد أقدم مستشفى ومدرسة طبية في مصر وهي أول مدرسة قومية للطب في مصر، وألحقت بالمستشفى العسكري في "أبو زعبل"، وكان الفضل في ذلك إلى (أنطوان كلوت) الطبيب الفرنسي المشهور، الذي كان يشغل في ذلك الوقت منصب كبير أطباء وجراحي الجيش المصري. ١٨٢٧ م.، نقلت مدرسة الطب من " أبو زعبل "إلى "قصر العيني" في السنة ١٨٣٧ م. وقد سمي بهذا الاسم نسبة إلى صاحبه أحمد بن العيني الذي كان قد شيده في عام ١٤٦٦م.، ضمت مدرسة الطب ومستشفى قصر العيني إلى الجامعة المصرية وعين الدكتور ولسن مديرا لها، في السنة ١٩٢٥ م ، كذلك اكتسبت المستشفى مكانة في نفوس المصريين لأنها تلائم جميع المستويات السوسيو اقتصادية وتتهض دليلا على مسئولية قومية تجاه المواطنين المصريين

- يلجأ إليها المواطنون المصريون من جميع أنحاء الجمهورية لما تتمتع به من إمكانات عالية تفوق العديد من المستشفيات الأخرى

- تضم مختلف الأنماط الثقافية ومختلف المستويات السوسيو اقتصادية مما يعكس وجود عينة من أسر

مرضى الرعاية المركزة يمكن التعويل عليها باعتبارها عينة ممثلة لمختلف طبقات المجتمع .

ب- المجال البشرى: تم حساب معدل التردد الشهري على الوحدة خلال الفترة من ٢٠١٦/٩/١٥م إلى الفترة ٢٠١٧/٠٢/١٥م من واقع سجلات الإقامة والخروج قد بلغ حجم التردد نصف السنوي بالوحدة المدروسة حوالي ٢٣٠٠ نزيلا ، تم اختيار عينة تمثل نسبتها ١٠% من حجم التردد نصف السنوي ، ومن ثم فقد تم تطبيق أداة الدراسة على عينة ميسرة للباحثين قوامها (٢٣٠) مفردة من أرياب أسر مرضى الرعاية المركزة (الراغبين من الأقارب في تطبيق البحث) ، وقد تم اختيارها في ضوء معدل التردد الشهري وفيما يلي وصف لعينة الدراسة

جدول رقم (٣) يوضح خصائص عينة الدراسة من أرياب أسر مرضى الرعاية المركزة: ن = ٢٣٠

النسبة	التكرار	البيانات الأساسية	
65.2	150	ذكر	النوع
34.8	80	أنثى	
100.0	230	الإجمالي	
34.3	79	من ١٥ لأقل من ٣٠	
48.3	111	من ٣٠ لأقل من ٤٥	
17.4	40	من ٤٥ لأقل من ٦٠	
100.0	230	الإجمالي	
20.9	48	أعزب	الحالة الاجتماعية
73.5	169	متزوج	
5.6	13	أرمل / مطلق	
100.0	230	الإجمالي	
10.4	24	أمي	المؤهل الدراسي
10.4	24	يقراً ويكتب	
17.0	39	أقل من المتوسط	
20.9	48	متوسط	
41.3	95	عالي	
100.0	230	الإجمالي	
3.5	8	أقل من ١٠٠٠	
58.7	135	من ١٠٠٠ لأقل من ٢٠٠٠	
37.8	87	من ٢٠٠٠ فأكثر	
100.0	230	الإجمالي	
27.4	63	من ٣٥ لأقل من ٦٠	سن مريض العناية
72.6	167	٦٠ فأكثر	
100.0	230	الإجمالي	
37.8	87	أب / أم	الصلة بالمريض

10.9	25	ابن / بنت
34.3	79	زوج / زوجة
17.0	39	اخ / اخت
100.0	230	الإجمالي

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- بالنسبة لخصائص عينة الدراسة من حيث النوع (ذكر - أنثى) فقد بلغ عدد المرضى الذكور (150) بنسبة مئوية (٦٥.٢%) بينما بلغ عدد المريضات الإناث (٨٠) بنسبة مئوية (٣٤.٨%)، ويمكن تفسير ذلك طبيعة السياق الثقافي بحيث يكون المرافق ذكراً حفاظاً على خصوصية المرأة ومراعاة لتعذر قدرتها أحياناً على تحمل مشاق رفقة المريض .
- بالنسبة لخصائص عينة الدراسة من حيث السن فإن ٤٨.٣% من العينة يقعون في الفئة العمرية من ٣٠ لأقل من ٤٥ سنة، ثم الفئة من ١٥ لأقل من ٣٠ سنة بنسبة مئوية ٣٤.٣%، وأخيراً تلي ذلك الفئة من ٤٥ سنة لأقل من ٦٠ بنسبة مئوية ١٧.٤%، ويمكن تفسير ذلك في ضوء فإن مهام ومسئوليات المرافق لمريض الرعاية المركزة تتطلب قدراً من الفتوة بحيث يكونوا أكثر نضجاً وتوافقاً مع سرعة تقلبات الحالات المرضية المرافقين لها، وسرعة الاستجابة لتلك التغيرات .
- بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية لدى عينة الدراسة فقد جاء في الترتيب الأول المتغير متزوج بنسبة مئوية ٧٣.٥% ثم متغير أعزب بنسبة مئوية ٢٠.٩% وأخيراً متغير أرملة/ مطلق بنسبة مئوية ٥.٦%، وهو ما يتسق ومتغير السن وقد يعكس ذلك أن ثمة ضغوطاً أسرية تواجه عينة الدراسة من أرباب الأسر لوجود حالة مريض رعاية مركزة وهو ما قد يمثل عبئاً إضافياً على كاهل أرباب الأسر .
- بالنسبة لمتغير المؤهل الدراسي لدى مفردات عينة الدراسة فقد جاءت الفئة مؤهل عال في الترتيب الأول بنسبة مئوية ٤١.٣%، ثم فئة تعليم متوسط بنسبة ٢٠.٩% تليها فئة أقل من المتوسط بنسبة مئوية ١٧.٠%. ولعل ذلك في حين جاءت الفئتان أمي ويقراً يكتب في نفس الترتيب والنسبة المئوية .
- بالنسبة لمتغير الدخل الشهري لعينة الدراسة فإن ٥٨.٧% من العينة تتراوح دخولهم بين ١٠٠٠- وأقل من ٢٠٠٠ جنيه مصري، تلي ذلك من دخولهم أكثر من ٢٠٠٠ جنيه مصري ، في حين كانت فئة أقل من ١٠٠٠ جنيه مصري هي أقل نسبة ٣.٥% وهو ما قد يعكس اتساقاً مع توزيع مفردات عينة الدراسة بحسب متغيرات السن والمؤهل الدراسي فكلما ارتفع مستوى الحالة التعليمية ارتفعت مستويات المعيشة والحالة السوسيو اقتصادية .
- أما بالنسبة لمتغير سن مريض الرعاية المركزة فإن نسبة ٧٢.٦% من العينة تقع أعمار مرضاهم في الفئة العمرية أقل من ٦٠ سنة في حين أن نسبة ٢٧.٤% من العينة تتراوح أعمار مرضاهم بين الفئة العمرية

٣٥ لأقل من ٦٠ سنة ويعكس ذلك اتساقا نسبيا مع فئات السن من أرباب الأسر وكذلك متغير الصلة بالمريض فالصلة القرابية أب / أم كانت أعلى نسبة ٣٧.٨% تليها الصلة زوج / زوجة بنسبة ٣٤.٣% تليها الصلة القرابية أخ / أخت بنسبة ١٧% وأخيرا الصلة القرابية ابن / ابنة بنسبة ١٠.٩%

ج- المجال الزمني: استغرق تطبيق الدراسة الميدانية ما يقرب من ثلاثة أشهر (الفترة من الأول من فبراير ٢٠١٧ وحتى نهاية شهر أبريل ٢٠١٧م)

١- أساليب المعالجة الإحصائية:

تم استخدم برنامج SPSS الإحصائي لمعالجة بيانات الدراسة ، حيث استخدمت المعاملات الإحصائية الآتية :

التكرارات والنسب المئوية- المتوسط الوزني المرجح- الانحراف المعياري- معامل ارتباط بيرسون- تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) - اختبار T-test - كا ٢. اختبار المقارنات البعدية.

ثامناً: نتائج الدراسة:

١- تحليل وتفسير نتائج الدراسة الخاصة بالتساؤل الرئيس الأول:

ونصه كالتالي: - ما احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة؟

ويمكن الإجابة على هذا التساؤل من خلال الجداول الإحصائية الآتية:

جدول رقم (٤) يوضح مجموع الأوزان والمتوسطات والنسب المئوية لاستجابات عينة الدراسة حول مجموع أبعاد مقياس

احتياجات أسر مرضى الرعاية المركزة .

الترتيب	النسبة الترجيحية	المتوسط الوزني من ٥	المتوسط بالنسبة للعينة	مجموع الأوزان	الدرجة المعيارية الاجمالية	المحور	٤
١	٩٢,٩٨	٤.٦٤	٤١,٨٤	٩٦٢٣,٠٠	١٠٣٥٠	الاحتياجات الروحية	١
٤	٨٤,٨٥	٤.٢٤	٣٨,١٨	٨٧٨٢,٠٠	١٠٣٥٠	الاحتياجات النفسية	٢
٣	٨٧,٣٨	٤.٣٦	٤٣,٦٩	١٠٠٤٩,٠٠	١١٥٠٠	الاحتياجات الاجتماعية	٣
٥	٨٣,٩٦	٤.١٩	٣٧,٧٨	٨٦٩٠,٠٠	١٠٣٥٠	الاحتياجات المادية	٤
٢	٩١,١٤	٤.٥٦	٥٠,١٣	١١٥٣٠,٠٠	١٢٦٥٠	الاحتياجات المعرفية	٥
	٨٨,١٨	٤.٤١	٢١١,٦٢	٤٨٦٧٤,٠٠	٥٥٢٠٠	مجموع المحاور الخمسة	مج

يتضح من الجدول السابق أن هناك احتياجات ضرورية لأسر مرضى الرعاية المركزة الأمر الذي بدى واضحاً سواء في النسبة المئوية للمقياس الكلي (٨٨,١٨%)، أو المحاور الفرعية التي أتى على رأسها محور الاحتياجات الروحية بنسبة مئوية بلغت (٩٢,٩٨ %) ثم محور الاحتياجات المعرفية بنسبة

(٩١,١٤%) بينما أتت الاحتياجات المادية في الترتيب الأخير بنسبة (٨٣,٣٨%) ، وتؤكد تلك النتائج أهمية الاحتياجات الروحية والمعرفية والاجتماعية الأمر الذي يعزز من دور الاخصائي الاجتماعي في هذا المجال ويؤكد أهمية العمل على إشباع تلك الاحتياجات من خلال الخطط العلمية و العمل الفرقي داخل المستشفيات بصفة عامة ووحدات الرعاية المركزة بصفة خاصة.

،وباستقراء تلك النتائج وتحليلها وفق نظرية الحاجات يتضح ما يأتي :أن الحاجات الروحية جاءت في الترتيب الأول وهو ما يؤكد ما ذهب إليه ما سلو من حيث أن الحياة الروحية تعتبر جزء من جوهر الإنسان ، والخاصية التي لا تكتمل الطبيعية البشرية بدونها ، فهي جزء من كينونة الإنسان ، ومن إنسانيته وهو ما يسبق أيضا مع ما أضافه (George Norwood) لتصنيف " Maslow " الحاجات الروحية طويلة المدى وتتمثل في الحاجة إلى (الكمال والتوحد- القرب من الله- الطهارة - الصدق -وجود صديق حقيقي وصالح - إنعاش الضمير - البعد عن المشكلات) ولعل هذه المؤشرات تميط اللثام عن كنه ما يعتري أسر مرضى الرعاية المركزة من احتياجات ، ومنا المنظور الإسلامي للحاجات فقد جاءت الحاجات غير المادية في الترتيب الأول ، وهو ما يعكس أهمية العوامل الروحية لأسر مرضى الرعاية المركزة، وكذا أهمية دور الاخصائي الاجتماعي في تقديم الدعم الروحي لأسر مرضى الرعاية المركزة ، وبالنسبة للمرتبة الثانية فقد كانت الحاجات المعرفية وهو ما يتسق أيضا ونظرية ماسلو فتحقيق الذات رهن بتوافر وإشباع قدر معين من المعارف .

ويمكن تناول النتائج المجملية الواردة في الجدول السابق بصورة تفصيلية من خلال الإجابة على التساؤلات الفرعية الآتية:

التساؤل الفرعي الأول: ما أهم الاحتياجات الروحية لأسر مرضى الرعاية المركزة ؟ ويمكن الاجابة عليه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٥) يوضح التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية وكا ٢ لعبارات محور (الاحتياجات

الروحية) ن = ٢٣٠

م	العبارة	الاستجابة					
		ك	ك	ك	ك	ك	ك
١	أحتاج للرضا حال الأزمة	١٥١	٧١	٨	-	-	-
		٦٥.٧%	٣٠.٩%	٣.٥%	-	-	-
٢	أرغب في أن أكون أكثر قرباً من الله.	١٧٥	٥٥	-	-	-	-
		٧٦.١%	٢٣.٩%	-	-	-	-

م٣	22.539 ^a	.47591	4.65	1071.00	-	-	-	79	151	ك	أفتقد لقدراً أكبر من الصبر على البلاء
					-	-	-	34.3	65.7	%	
م٤	13.635 ^a	.48601	4.62	1063.00	-	-	-	87	143	ك	أحتاج لحسن الظن بالله .
					-	-	-	37.8	62.2	%	
م٣	22.539 ^a	.47591	4.65	1071.00	-	-	-	79	151	ك	أحتاج لكثرة الاستغفار.
					-	-	-	34.3	65.7	%	
م٥	6.957 ^a	.49345	4.58	1055.00	-	-	-	95	135	ك	أحتاج لمستوى أقوى من الإيمان .
					-	-	-	41.3	58.7	%	
2	47.026 ^a	.44694	4.72	1087.00	-	-	-	63	167	ك	أرغب في تذكيري بنعم الله علي أثناء الأزمة
					-	-	-	27.4	72.6	%	
م٥	118.965 ^b	.55979	4.58	1055.00	-	-	8	79	143	ك	أحتاج لبث الأمل حال الأزمة.
					-	-	3.5	34.3	62.2	%	
م٤	133.991 ^b	.55324	4.62	1063.00	-	-	8	71	151	ك	أحتاج لمزيد من التفاؤل.
					-	-	3.5	30.9	65.7	%	

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

- جاءت العبارة (٢) (أرغب في أن أكون أكثر قرباً من الله) في الترتيب الأول للاحتياجات الروحية لأسر مرضى العناية المركز بمجموع أوزان ١٠٩٥ ومتوسط وزني ٤,٧٦ وانحراف معياري ٠,٤٢٧٤٨، كما أوضحت قيمة كا ٢ (٦٢,٦٠٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١، بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٧٦,١% من العينة على رغبتهم الهامة جداً في أن يكونوا أكثر قرباً من الله وهم يمرون بهذه الأزمة ما يعني أن القرب من الله في هذه الأزمات من وجهة نظر عينة الدراسة يعد مطلباً ضرورياً قد يهون ويخفف عليهم الآثار السلبية المرتبطة بالأزمة.

- جاءت العبارة (٧) (أرغب في تذكيري بنعم الله علي أثناء الأزمة) في الترتيب الثاني بمجموع أوزان (١٠٨٧) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٧٢) وانحراف معياري (٠,٤٤٦٩٤)، وقد بلغت قيمة كا ٢ (٤٧,٠٢٦) ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى ٠,٠١، بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٧٢,٤% من العينة عن حاجتهم الهامة جداً لتذكيرهم بنعم الله عليهم أثناء الأزمة ليزيد ذلك من صبرهم ورضاهم ويجنبهم الوقوع في الأزمات النفسية.

- جاءت العبارتان (٦، ٨) في الترتيب الخامس والأخير ففي العبارة (٦) (أحتاج لمستوى أقوى من الإيمان) بلغ مجموع الأوزان (١٠٥٥) والمتوسط الوزني (٤,٥٨) والانحراف المعياري (٠,٤٩٣٤٥)، وقد بلغت قيمة كا ٢ (٦,٩٥٧)، حيث أكد بأهمية عالية جداً ٥٨,٧% من

عينة الدراسة الحاجة لمستوى أقوى من الإيمان ،وعضد ذلك بأهمية عالية باقي العينة بنسبة ٤١,٣% . أما العبارة رقم (٨) (أحتاج لبث الأمل حال الأزمة) فقد بلغ مجموع أوزان استجابات عينة الدراسة عليها (١٠٥٥) وبمتوسط وزني (٤,٥٨) وانحراف معياري (٠,٥٥٩٧٩)، وقد بلغت قيمة كا ٢ (١١٨,٩٦٥) ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة تجاهها، حيث أوضح ٦٢,٢% من عينة الدراسة حاجتهم الهامة جداً لبث الأمل في نفوسهم أثناء الأزمة، كما أكد أهمية ذلك ٣٤,٣% من العينة.

التساؤل الفرعي الثاني: ما أهم الاحتياجات النفسية لأسر مرضى الرعاية المركزة؟ ويمكن الاجابة عليه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٦) يوضح التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية وكا ٢ لعبارة محور (بعد الاحتياجات النفسية) ن = ٢٣٠

م	العبارة	الاستجابة					مجموع الأوزان	المتوسط	الانحراف	ومستوى الدلالة كا ٢	الترتيب
		ك	هامة جداً	هامة	إلى حد ما	غير هامة					
١٠.	أحتاج لحب من حولي في أزمتي.	ك	119	87	16	8	-	4.3783	.76521	153.478 ^c	2
		%	51.7	37.8	7.0	3.5	-	991.00	.75079	144.574 ^c	3
١١.	أحتاج للتحكم في انفعالاتي أثناء المواقف الصعبة .	ك	103	103	16	8	-	4.1391	.73451	147.391 ^c	8
		%	44.8	44.8	7.0	3.5	-	952.00	.78991	99.530 ^c	9
١٢.	أحتاج لأكون أقل خوفاً عند الأزمات .	ك	72	126	24	8	-	4.0696	.83860	87.843 ^c	7
		%	31.3	54.8	10.4	3.5	-	960.00	.80929	102.870 ^c	6
١٣.	أفتقد للقدرة على ضبط النفس حال الأزمة.	ك	72	110	40	8	-	4.2435	.82103	105.652 ^c	5
		%	31.3	47.8	17.4	3.5	-	976.00	.81023	151.287 ^c	1
١٤.	أفتقد للطمأنينة حال الأزمة.	ك	96	86	40	8	-	4.3826	.81023	151.287 ^c	1
		%	41.7	37.4	17.4	3.5	-	1008.00	.81023	151.287 ^c	1
١٥.	أفتقد لمن يرفع من روحي المعنوية حال الأزمة.	ك	96	94	32	8	-	4.3826	.81023	151.287 ^c	1
		%	41.7	40.9	13.9	٣.٥	-	968.00	.80929	102.870 ^c	6
١٦.	أفتقد لمن يخفف عني ما أمر به من ضغوط أثناء الأزمة .	ك	104	86	32	8	-	4.2435	.82103	105.652 ^c	5
		%	45.2	37.4	13.9	٣.٥	-	976.00	.82103	105.652 ^c	5
١٧.	أحتاج لتقوية الذات	ك	128	70	24	8	-	4.3826	.81023	151.287 ^c	1
		%	55.7	30.4	10.4	3.5	-	1008.00	.81023	151.287 ^c	1

4	122.904 ^c	.78799	4.2783	984.00	-	8	24	94	104	ك	أحتاج للتخلص من مظاهر الحزن التي انتابتي مع الأزمة	.١٨
					-	3.5	10.4	40.9	45.2	%		

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

- جاءت العبارة رقم (١٧) (أحتاج لتقوية الذات) في الترتيب الأول مجموع أوزان (١٠٠٨) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٣٨) وانحراف معياري (٠,٨١٠٢٣) وبلغت قيمة كا ٢ (١٥١,٢٨٧) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٥٥,٧% من عينة الدراسة أن هناك حاجة هامة جدا لتقوية ذواتهم كما أوضح ٣٠,٤% من العينة أهمية ذلك بالنسبة لهم ، ويمكن تفسير ذلك في ضوء ما قد ينتاب أسر مرضى الرعاية المركزة من ضعف أو انهيار الذات ، وضعف قدرتها على تحمل أو مواجهة الأزمة.
- جاءت العبارة رقم (١٠) (أحتاج لحب من حولي في أزمتي) في الترتيب الثاني بمجموع أوزان (١٠٠٧) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٣٧) وانحراف معياري (٠,٧٦٥٢١) وبلغ قيمة كا ٢ (١٥٣,٤٧٨) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٥١,٧% من عينة الدراسة أن هناك حاجة هامة جدا لإشعارهم بالحب ممن حولهم خلال الأزمة ، كما أوضح أهمية ذلك أيضاً ٣٧,٨% من العينة ولعل ذلك يرجع إلى إحساس من لديه مريض بالرعاية المركزة بأهمية الدعم النفسي من قبل الآخرين من الأصحاب والأهل والمعارف أكثر من أي وقت آخر.
- جاءت العبارة رقم (١١) (أحتاج للتحكم في انفعالاتي أثناء المواقف الصعبة) في الترتيب الثالث بمجموع أوزان (٩٩١) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٣٠) وانحراف معياري (٠,٧٥٠٧٩) وبلغ قيمة كا ٢ (١٤٤,٥٧٤) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٤٤,٨% من عينة الدراسة احتياجهم الهام جدا للتحكم في انفعالاتهم أثناء المواقف الصعبة، وأوضحت نفس النسبة ٤٤,٨% من العينة احتياجهم الهام لذلك وهو ما يمكن تفسيره في ضوء ما واجهته عينة الدراسة من صعوبات حين دخول مرضاهم الرعاية المركزة وما صاحب ذلك من انفعالات سلبية
- جاءت العبارة رقم (١٨) (أحتاج للتخلص من مظاهر الحزن التي انتابتنيمعاً لأزمة) في الترتيب الرابع بمجموع أوزان (٩٨٤) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٢٧) وانحراف معياري (٠,٧٨٧٩٩) وبلغت قيمة كا ٢ (١٢٢,٩٠٤) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة

الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٤٥,٢% من عينة الدراسة احتياجاتهم الهام جداً للتخلص من مظاهر الحزن التي انتابتهم أثناء أزمة دخول مرضاهم وحدة الرعاية المركزة، كما أكد أهمية ذلك ٤٠,٩% من عينة الدراسة، ويمكن تفسير ذلك في ضوء ما قد تواجه أسر مرضى الرعاية المركزة من مشاعر حزينة أثناء تلك الأزمة وحاجتهم لمساعدتهم على تجاوزها.

- جاءت العبارات أرقام (١٦-١٥-١٤-١٢-١٣) على الترتيب لتعبر عن احتياج أسر مرضى الرعاية المركزة الهام جداً والهام لمتطلبات نفسية مثل الافتقاد لمن يرفع الروح المعنوية حال الأزمة، الافتقاد لمن يخفف الضغوط أثناء الأزمة، الحاجة للطمأنينة، وعدم الخوف، والقدرة على ضبط النفس أثناء أزمة دخول أحد أفراد الأسرة الرعاية المركزة. وتشير تلك الاستجابات في مجملها إلى وجود حاجات نفسية متنوعة هامة جداً وضرورية من وجهة نظر عينة الدراسة ممن مروا بتجربة دخول أحد أعضاء أسرهم الرعاية المركزة الأمر الذي يبرز أهمية العمل على مساعدة هذه الأسر على إشباع تلك الاحتياجات. التساؤل الفرعي الثالث: ما أهم الاحتياجات الاجتماعية لأسر مرضى الرعاية المركزة؟ ويمكن الاجابة عليه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٧) يوضح التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية وكا ٢ لعبارة محور (بعد الاحتياجات الاجتماعية) ن=٢٣٠

م	العبارة	الاستجابة					مجموع الأوزان	المتوسط	الانحراف	مستوى الدلالة كا	الترتيب
		ك	ك	ك	ك	ك					
١٩.	أحتاج مؤازرة الأهل في أزمتي.	ك	٨٨	٩٥	٢٤	٢٣	٩٣٨.٠٠	٤.٠٧٨٣	.٩٤٠٥٧	٨٠.٨٥٢ ^c	٧
		%	٣٨.٣	٤١.٣	١٠.٤	١٠.٠					
٢٠.	أحتاج من يسأل عنى وقت الشدة.	ك	٨٧	٩٦	٢٤	٢٣	٩٣٧.٠٠	٤.٠٧٣٩	.٩٣٨٦٠	٨١.١٣٠ ^c	٨
		%	٣٧.٨	٤١.٧	١٠.٤	١٠.٠					
٢١.	أحتاج من يبادر بمساعدة أفراد أسرتي وقت الأزمة.	ك	١١٨	٨٠	١٦	١٦	٩٩٠.٠٠	٤.٣٠٤٣	.٨٧٨٤١	١٣٢.٣٦٥ ^c	٦
		%	٥١.٣	٣٤.٨	٧.٠	٧.٠					
٢٢.	أرغب في المساندة الاجتماعية من قبل فريق العمل بالمستشفى.	ك	١٤٢	٨٠	٨	-	١٠٥٤.٠٠	٤.٥٨٢٦	.٥٦٠٤٥	١١٧.٣٢٢ ^b	٢
		%	٦١.٧	٣٤.٨	٣.٥	-					
٢٣.	أحتاج للتوعية بكيفية التعامل مع الأزمات الصحية.	ك	١٥٩	٥٥	٨	٨	١٠٥٥.٠٠	٤.٥٨٧٠	.٧٢٣١٧	٢٦٤.٥٠٤ ^c	١
		%	٦٩.١	٢٣.٩	٣.٥	٣.٥					
٢٤.	أفتقد للتفاعل مع فريق العمل	ك	١٢٧	٧٩	١٦	٨	١٠١٥.٠٠	٤.٤١٣٠	.٧٦٩٩٦	١٦٤.٦٠٩ ^c	٤

م					-	٣.٥	7.0	34.3	55.2	%	بالمستشفى.	
5	149.304 ^c	.80958	4.3783	1007.00	-	8	24	71	127	ك	أحتاج لتواصل فريق العمل بالمستشفى مع أسرتي.	٢٥.
					-	3.5	10.4	30.9	55.2	%		
4	167.113 ^c	.81407	4.4130	1015.00	-	8	24	63	135	ك	أرغب في مقابلات مع أسر مرضى مصابين بأمراض مشابهة.	٢٦.
					-	3.5	10.4	27.4	58.7	%		
4	164.609 ^c	.76996	4.4130	1015.00	-	8	16	79	127	ك	أحتاج لتيسير التعامل مع القائمين على الرعاية المركزة.	٢٧.
					-	3.5	7.0	34.3	55.2	%		
3	180.191 ^c	.77311	4.4478	1023.00	-	8	16	71	135	ك	أرغب في التزام فريق العمل بالمستشفى بالقيم الاجتماعية حين تعامله معي.	٢٨.
					-	3.5	7.0	30.9	58.7	%		

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

- جاءت العبارة رقم (٢٣) (أحتاج للتوعية بكيفية التعامل مع الازمات الصحية) في الترتيب الأول بمجموع أوزان (١٠٥٥) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٥٨) وانحراف معياري (٠,٧٢٣١٧) وبلغت قيمة كا ٢ (٢٦٤,٥٠٤) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٦٩,١% من عينة الدراسة أن هناك حاجة هامة جدا لتوعيتهم بكيفية التعامل مع الأزمات الصحية، كما أكد أهمية ذلك أيضاً ٢٣,٩% من العينة وهو ما يشير إلى افتقاد أسر مرضى الرعاية المركزة إلى التوعية بكيفية التعامل مع الأزمات الصحية بصفة عامة وعند دخول أحد أفراد الأسرة وحدة العناية بصفة خاصة.
- جاءت العبارة رقم (٢٢) (أرغب في المساندة الاجتماعية من قبل فريق العمل بالمستشفى) في الترتيب الثاني بمجموع أوزان (١٠٥٤) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٥٨) وانحراف معياري (٠,٥٦٠٤٥) وبلغت قيمة كا ٢ (١١٧,٣٢٢) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٦١,٧% من عينة الدراسة أن هناك حاجة هامة للمساندة الاجتماعية من قبل فريق العمل بالمستشفى، كما أكد أهمية ذلك أيضاً ٣٤,٨% من العينة مما يشير إلى أهمية تقديم الدعم الاجتماعي لأسر مرضى الرعاية المركزة في تلك الظروف الحرجة الأمر الذي قج يترك أثراً إيجابياً على الحالة النفسية للأسر ويخفف ممن وقع الأزمة.
- جاءت العبارة رقم (٢٨) (أرغب في التزام فريق العمل بالمستشفى بالقيم الاجتماعية حين تعامله معي) في الترتيب الثالث بمجموع أوزان (١٠٢٣) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٤٤) وانحراف معياري (٠,٧٧٣١١) وبلغت قيمة كا ٢ (١٨٠,١٩١) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى

٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٥٨,٧% من عينة الدراسة أن هناك حاجة للالتزام فريق العمل بالمستشفى بالقيم الاجتماعية ، كما أكد أهمية ذلك أيضاً ٣٠,٩% من العينة.وقد يرجع ذلك إلى طريقة معاملة بعض العاملين داخل المستشفى مع أسر مرضى الرعاية المركزة والتي تتسم في بعض الأحيان بعدم الاهتمام أوالتأثر أو الاكتراث بالموقف أو التفاعل مع أسرة المريض.

- جاءت العبارات أرقام(٢٤-٢٦-٢٧) في الترتيب الرابع(أفتقد للتفاعل مع فريق العمل بالمستشفى، أرغب في مقابلات مع أسر مرضى مصابين بأمراض مشابهة، أحتاج لتيسير التعامل مع القائمين على الرعاية المركزة) حيثوجدت فروق ذات دلالة إحصائية هند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة تجاه هذه العبارات،ففي العبارة (٢٤) أكد ٥٥,٢% من العينة افتقادهم الشديد جداً للتفاعل مع فريق العمل بالمستشفى، وعضد ذلك ٣٤,٣% من العينة، أما العبارة (٢٦) فقد أفصح ٥٨,٧% عن حاجتهم الهامة جداً لإجراء مقابلات مع أسر مرضى مصابين بأمراض مشابهة، كما أكد أهمية ذلك أيضاً ٢٧,٤% من العينة. وفي العبارة ٢٧ عبر ٥٥,٢% من العينة عن احتياجهم الشديد لتيسير التعامل مع القائمين على الرعاية المركزة، كما أكد أهمية ذلك أيضاً ٣٤,٣% من العينة. وتشير تلك الاستجابات إلى ضرورة الاهتمام بالتفاعل مع أسر مرضى العناية المركزة من قبل القائمين عليها، وكذا أهمية ترتيب بعض المقابلات بين هذه الأسر وبعض الأسر التي لديها أمراض مشابهة كوسيلة لتوضيح وشرح التغيرات المرتبطة بالحالات لبث الاطمئنان والأمل، إضافة إلى تأكيد عينة الدراسة على ضرورة تيسير وتسهيل إجراءات التعامل مع الأسر خاصة في هذه الحالة التي يمرون فيها بالأزمة

- جاءت العبارة رقم (٢٠) (أحتاج من يسأل عنى وقت الشدة)في الترتيب الثامن والأخير بمجموع أوزان(٩٣٧) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٠٧) وانحراف معياري (٠,٩٣٨٦٠) وبلغت قيمة كا ٢ (٨١,١٣٠) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث رأى ٣٧,٨% من عينة الدراسة أنهم يحتاجون بأهمية عالية جدا لمن يسأل عنهم وقت الشدة، ورأى أهمية ذلك أيضاً ٤١,٧% من العينة.

وتشير تلك الاستجابات في مجملها إلى وجود احتياجات اجتماعية تتسم بأهمية عالية جداً من وجهة نظر عينة الدراسة كالمساندة الاجتماعية من قبل فريق العمل بالمستشفى وأهمية التزامه بالقيم الاجتماعية في التعاملات مع الأسر وتدعيم التفاعل بين الطرفين وتسهيل الإجراءات المرتبطة بذلك

هذا شق أما الشق الثاني فهو مرتبط بالتفاعلات الاجتماعية بين تلك الأسر وبعضها وبينها وبين الأنساق الاجتماعية الأخرى في الوسط الاجتماعي المتمثل في الأهل والأصدقاء والزملاء وغيرهم.

التساؤل الفرعي الرابع: ما أهم الاحتياجات المادية لأسر مرضى الرعاية المركزة؟ ويمكن الاجابة عليه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٨) يوضح التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية وكا ٢ لعبارات محور (بعد الاحتياجات المادية) ن=٢٣٠

م	العبارة	الاستجابة						مجموع الأوزان	المتوسط	الانحراف	مستوى الدلالة كا ٢	الترتيب
		لبنع %	هامة جدا	هامة	إلى حد ما	غير هامة	غ مطلقا					
٢٩.	أحتاج المساعدة المادية لتجاوز الأزمة.	ك	119	71	16	24	-	975.00	4.2391	.97535	118.417 ^c	3
		%	51.7	30.9	7.0	10.4	-					
٣٠.	أحتاج من يساعدني في تخفيض تكاليف الرعاية الصحية.	ك	103	79	24	24	-	951.00	4.1348	.97752	83.078 ^c	8
		%	44.8	34.3	10.4	10.4	-					
٣١.	أفتقد من يرشدني لمصادر تقديم الدعم المادي.	ك	111	63	31	24	-	952.00	4.1391	1.00988	82.243 ^c	6
		%	43.3	27.4	13.5	10.4	-					
٣٢.	أرغب في تنوع مصادر دخلي لمواجهة الأزمات	ك	103	72	31	24	-	944.00	4.1043	.99671	71.391 ^c	9
		%	44.8	31.3	13.5	10.4	-					
٣٣.	أفتقد من يرشدني لمراكز رعاية صحية قليلة التكلفة.	ك	119	63	24	24	-	967.00	4.2043	1.00086	105.339 ^c	4
		%	51.7	27.4	10.4	10.4	-					
٣٤.	أفتقر للدخل الذي يغطي تكاليف العلاج	ك	103	87	16	24	-	959.00	4.1696	.95393	100.609 ^c	5
		%	44.8	35.5	7	10.4	-					
٣٥.	أفتقر لبرنامج تأمين صحي يراعي ظروفى المادية.	ك	119	80	15	16	-	992.00	4.3130	.87533	135.948 ^c	2
		%	51.7	30.9	6.5	7.0	-					
٣٦.	أرغب في برامج صحية تطوعية تراعى الأسر غير القادرة.	ك	95	95	16	24	-	951.00	4.1348	.94111	98.383 ^c	7
		%	41.3	41.3	7.0	10.4	-					
٣٧.	أحتاج لمن يمكنني من الحصول على حقوقي في الرعاية المادية.	ك	127	71	16	16	-	999.00	4.3435	.88625	147.078 ^c	1
		%	51.7	44.8	7.0	7.0	-					

من الجدول السابق يتضح مايلي :

- جاءت العبارة رقم (٣٧) (أحتاج لمن يمكنني من الحصول على حقوقي في الرعاية المادية.) في الترتيب الأول بمجموع أوزان (٩٩٩) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٣٤) وهو متوسط قوي ، وانحراف معياري (٠,٨٨٦٢٥) وبلغت قيمة كا ٢ (١٤٧,٠٧٨) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٥١,٧ % من عينة الدراسة أن هناك حاجة هامة جدا لتمكينهم من الحصول على حقوقهم في الرعاية أو المساعدات المادية ، كما أكد أهمية ذلك إلى حد ما أيضاً ٤٤.٨ % من العينة وهو ما يشير إلى افتقاد أسر مرضى الرعاية المركزة إلى التمكين بأسباب الرعاية المادية وقد يرجع ذلك إلى نقص الامكانيات وضعف أوجه الرعاية والمساعدات المادية المخصصة لأسر مرضى الرعاية المركزة ، فضلا عن نقص معارف الأخصائي الاجتماعي باستراتيجية التمكين وآليات استخدامها.

- جاءت العبارة رقم (٣٥) (أفتقر لبرنامج تأمين صحي يراعي ظروف المادية.) في الترتيب الثاني بمجموع أوزان (٩٩٢) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٣١) وهو قوي ، وانحراف معياري (87533) وبلغت قيمة كا ٢ (١٣٥,٩٤٨) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٥١,٧ % من عينة الدراسة أن هناك حاجة هامة لبرنامج تأمين صحي يراعي ظروف أسر مرضى الرعاية المركزة ، كما أكد أهمية ذلك أيضاً ٣٠.٩ % من العينة ذلك إلى حد ما مما يشير إلى أهمية تقديم برنامج تأمين صحي مناسب لإمكانات أسر مرضى الرعاية المركزة في تلك الظروف الحرجة الأمر الذي أكدته المقابلات المفتوحة مع بعض مفردات عينة الدراسة من وجود أدوية لا تتحملها الدولة في العلاج لمرضى الرعاية المركزة وهو ما يترك عبئاً اقتصادياً إضافياً على أرباب أسر، وهو ما يتسق والعبارة رقم (٢٩) (أحتاج المساعدة المادية لتجاوز الأزمة) حيث جاءت في الترتيب الثالث بمجموع أوزان (٩٧٥) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٢٣) وانحراف معياري (٠,٩٧٥٣٥) وبلغت قيمة كا ٢ (١١٨,٤١٧) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٥١,٧ % من عينة الدراسة الحاجة للمساعدة المادية ، كما أكد أهمية ذلك أيضاً ٣٠,٩ % من العينة. وقد يرجع ذلك إلى ارتباط العلاج والرعاية المركزة للمرضى بأدوية مستوردة وباهظة الثمن فضلا عن ارتفاع سعر الدواء بنسب تراوحت من ١٥ % إلى ٢٥ % والتي وصلت إلى ٤٠ % مؤخراً وهو ما يؤكد تراكم العبء الاقتصادي على أرباب أسر المرضى عموماً وأسر مرضى العناية بوجه خاص حيث أكدت مخرجات وصف عينة الدراسة من أرباب أسر مرضى الرعاية المركزة حيث أن النسبة الغالبة ٥٨.٧ % تقل دخولهم عن ٢٠٠٠ جنيه ، وهو ما يتسق أيضاً والعبارة رقم (٣٤) ومؤداها (أفتقر للدخل الذى يغطى تكاليف العلاج) وقد جاءت في الترتيب الخامس ؛ حيث أشار ٤٤.٨ % من عينة الدراسة تلك الحاجة كما

أبدت نسبة ٣٥.٥% تلك الحاجة نسبياً بمتوسط حسابي مرجح قوي (٤.١٦٩) وبالنسبة لمعامل كا ٢ يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠.٠٠١).

- جاءت العبارة رقم (٣٣) في الترتيب الرابع (فتقد من يرشدني لمراكز رعاية صحية قليلة التكلفة). حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين استجابات عينة الدراسة تجاه هذه العبارة حيث أكد ٥١,٧% من العينة افتقارهم لمن يرشدهم إلى مراكز صحية أقل تكلفة ، وعضد ذلك ٢٧,٤% من العينة، بمجموع أوزان (٩٦٧) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٢٠) وانحراف معياري (١,٠٠٠٨٦) وقد يرجع ذلك إلى توافر أجهزة وتجهيزات ضخمة بمستشفى القصر العيني لما لها من تاريخ بارز يعود إلى منشئها كلوت بيك ، وكذلك قوة وتوافر التخصصات الطبية بها وهي أقدم مستشفى جامعي في مصر ، وكذلك ضعف معارف الأخصائيين الاجتماعيين بالمراكز الصحية الأقل تكلفة، وهو ما يتسق والعبارة رقم (٣١) ومؤداها (أفتقد من يرشدني لمصادر تقديم الدعم المادي) فقد جاءت في الترتيب السادس بمجموع أوزان (٩٥٢) ومتوسط حسابي مرجح (٤,١٣٩) وهو متوسط قوي وانحراف معياري (١.٠٠٠٩٨٨) وبلغت قيمة كا ٢٤٣ (٨٢,٢٤٣) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث رأى ٤٣,٣% من عينة الدراسة أنهم يحتاجون إرشاداً بأهم مصادر تقديم المساعدات الاقتصادية لهم ، وعضد ذلك أيضاً ٢٧,٤% من العينة، وقد يرجع ذلك إلى ارتباط حادثة أو مسببات دخول مرضاهم الرعاية المركزة بالطوارئ غير المخطط لها وتزامن ذلك مع تعدد مصادر الانفاق وقلة مصادر الدخل وهو ما يعكس أيضاً نقص معارف الأخصائي الاجتماعي بأمكان توفير مساعدات اقتصادية لأرياب تلك الأسر.

- جاءت العبارة رقم (٣٢) (أرغب في تنويع مصادر دخلي لمواجهة الأزمات) في الترتيب التاسع والأخير بمجموع أوزان (٩٤٤) ومتوسط حسابي مرجح (٤,١٠) وانحراف معياري (٠,٩٩٦٧١) وبلغت قيمة كا ٢ (٧١,١٣٠) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث رأى ٤٤,٨% من عينة الدراسة أنهم يحتاجون تنويعاً لمصادر دخولهم ، ورأى أهمية ذلك أيضاً ٣١.٣% من العينة وهو ما يعكس مدى ضغط الحاجات الاقتصادية على أسر مرضى الرعاية المركزة وتشير تلك الاستجابات في مجملها إلى وجود احتياجات اقتصادية تتسم بأهمية عالية جداً من وجهة نظر عينة الدراسة ويتزامن ذلك مع نقص معارف الأخصائي الاجتماعي بأهم بدائل اشباع الحاجات الاقتصادية لأسر مرضى الرعاية المركزة وأهمها مصادر توفير الدعم المادي و المراكز الصحية الأقل تكلفة.

التساؤل الفرعي الخامس: ما أهم الاحتياجات المعرفية لأسر مرضى الرعاية المركزة؟ ويمكن الإجابة عليه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٩) يوضح التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية وكا ٢ لعبارات محور (بعد الاحتياجات المعرفية) ن=٢٣٠

م	العبارة	الاستجابة								
		ك	ك	ك	ك	ك	ك			
الترتيب	ومستوى الدلالة كا ٢	الانحراف	المتوسط	مجموع الأوزان	غ ه مطلقا	غير هامة	إلى حد ما	هامة	هامة جدا	ك
8	93.922 ^b	.55979	4.4130	1015.	-	-	8	119	103	ك
					-	-	3.5	51.7	44.8	%
7	93.922 ^b	.56627	4.4826	1031.00	-	-	8	103	119	ك
					-	-	3.5	44.8	51.7	%
7	.278 ^a	.50079	4.4826	1031.00	-	-	8	119	111	ك
					-	-	3.5	51.7	48.3	%
6	106.052 ^b	.56450	4.5478	1046.00	-	-	8	88	134	ك
					-	-	3.5	38.5	58.3	%
4	106.052 ^b	.56450	4.5478	1046.00	-	-	8	88	134	ك
					-	-	3.5	38.5	58.3	%
5	91.026 ^b	.62503	4.5130	1038.00	-	-	16	80	134	ك
					-	-	7	34.8	58.3	%
2	133.991 ^b	.55324	4.6217	1063.00	-	-	8	71	151	ك
					-	-	3.5	30.9	65.7	%
3	6.957 ^a	.49345	4.5870	1055.00	-	-	58.7	95	135	ك
					-	-	-	41.3	58.7	%
2	13.635 ^a	.48601	4.6217	1063.00	-	-	-	87	143	ك
					-	-	-	37.8	62.2	%
1	22.539 ^a	.47591	4.6565	1071.00	-	-	-	79	151	-
					-	-	-	34.3	65.7	-
1	22.539 ^a	.47591	4.6565	1071.00	-	-	-	79	151	-
					-	-	-	34.3	65.7	-

- جاءت العبارتان رقم (٤٨) ومؤداها (أحتاج للتخلص من الأفكار السلبية المصاحبة للأزمة) و (٤٧) (أفتقد لمعرفة حقوق أسرة المريض بالرعاية المركزة) في الترتيب الأول بمجموع أوزان (١٠٧١) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٦٦) وهو متوسط قوي للغاية ، وانحراف معياري (٠,٤٧٥٩١) وبلغت قيمة كا ٢ (٢٢,٥٣٩) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هاتين العبارتين ، حيث أكد ٦٦.٧ % من عينة الدراسة أن هناك حاجة هامة لمن يخلصهم من الأفكار السلبية المصاحبة للأزمة كتوقع حتمية وفاة القريب نزول وحدة الرعاية المركزة أو حتمية تدني الحالة الصحية عما كانت قبيل دخول المستشفى ، كما أكد أهمية ذلك إلى حد ما أيضاً ٣٤.٣ % من العينة وقد أكدت العبارة رقم (٤٧) أيضاً احتياج أسر مرضى الرعاية المركزة لمن يمددهم بمعارف حول حقوقهم وهو ما يشير إلى افتقاد أسر مرضى الرعاية المركزة إلى المعونة النفسية والعلاج المعرفي المتعلق بالمشاعر السلبية المصاحبة للأزمة والوعي بحقوقهم وقد يرجع ذلك إلى نقص معارف ومهارات الأخصائي الاجتماعي المتعلقة بالعلاج المعرفي ، ومداخل العلاج الحديثة قصيرة المدى مثل العلاج الأسري والعلاج النفسي الاجتماعي .

- جاءت العبارتان رقمي (٤٤) ومؤداها (أفتقد للمعلومات الصحيحة عند دخول أحد أفراد أسرتي الرعاية المركزة) و (٤٦) (أفتقد لمعرفة حقوق أسرة المريض بالرعاية المركزة) في الترتيب الثاني ، فبالنسبة للعبارة رقم (٤٤) جاءت بمجموع أوزان (١٠٦٣) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٦٢) وهو متوسط قوي ، وانحراف معياري (٠,٤٨٦٠١) وبلغت قيمة كا ٢ (١٣,٦٣٥) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هاتين العبارتين ، حيث أكد ٦٥.٧ % من عينة الدراسة حاجاتهم لمن يندهم بالمعلومات الصحيحة حول مرض ذويهم ، كما أكد أهمية ذلك إلى حد ما أيضاً ٣٧.٨ % من العينة أما بالنسبة للعبارة رقم (٤٦) أيضاً فقد أكدت احتياج أسر مرضى الرعاية المركزة لمن يمددهم بمعارف حول حقوق مريض الرعاية المركزة ومن ثم الوقوف على واجبات أنساق الرعاية الصحية والأسرية تجاههم وهو ما يشير إلى افتقاد أسر مرضى الرعاية المركزة إلى التمكين بأسباب المعونة النفسية والعلاج المعرفي المتعلق بالشفافية حول طبيعة ودرجة خطورة الحالات المرضية لذويهم وكذلك ما يتعلق بحقوق مرضاهم وقد يرجع ذلك إلى نقص معارف ومهارات الأخصائي الاجتماعي المتعلقة بالعلاج المعرفي ، ومداخل العلاج الحديثة قصيرة المدى مثل العلاج الأسري والعلاج النفسي الاجتماعي، والعمل الفرقي.

- جاءت العبارة رقم (٤٥) (أحتاج لمعرفة طبيعة الخدمات التي تقدمها الرعاية المركزة) في الترتيب الثالث بمجموع أوزان (1055.0) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٥٨٧) وهو قوي للغاية ، وانحراف معياري (٠.٤٩٣٤٥) وبلغت قيمة كا ٢ (٦,٩٥٧) ومن ثم فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى

٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث أكد ٥٨,٧% من عينة الدراسة أن هناك حاجة هامة لمعرفة طبيعة الخدمات التي تقدمها وحدة الرعاية المركزة ، كما أكد أهمية ذلك أيضاً ٤١.٣% من العينة ذلك إلى حد ما مما يشير إلى أهمية تقديم دليل إرشادي بأهم الخدمات التي تقدم لهم ولمرضاهم وذلك تخفيفاً للعبء بشأن البحث عن مصادر خدمات قد تكون متاحة من خلال فريق العمل بالمستشفى ومن ثم تقليل الهدر في الوقت والجهد والنفقات عن كاهل أرباب أسر أو مرافقي مرضى الرعاية المركزة ، وقد أكدت المقابلات المفتوحة مع بعض مفردات عينة الدراسة تلك الحاجة ، وهو ما يتسق والعبارة رقم (٤٣) ومؤداها (أحتاج لدليل توعية خاص بالرعاية المركزة) فقد جاءت في الترتيب الخامس بمجموع أوزان (١٠٣٨) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٥١٣) وهو متوسط قوي للغاية وانحراف معياري (٠,٦٢٥٠٣) وبلغت قيمة كا ٢ (٩١,٠٢٦) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث رأى ٥٨,٣% من عينة الدراسة أنهم يحتاجون دليلاً إرشادياً بأهم جوانب خدمات الرعاية المركزة وإجراءات التحكم في العدوى Infection Control وكذلك إجراءات الوقاية Preventive Procedures وكذلك أهم الوحدات التي يمكن التعامل معها ، وعضد ذلك أيضاً ٣٤,٨% من العينة، وقد يرجع ذلك إلى نقص الإمكانيات المخصصة لمكتب الخدمة الاجتماعية الطبية وهو ما أكدته المقابلات المفتوحة مع الأخصائيين الاجتماعيين فضلاً عن ضعف التعاون بين أعضاء فريق العمل بشأن محتويات الدليل وعدم توافر الوقت الكافي أمامهم لاجتماع أو لعقد ورش عمل بشأن محتويات الدليل .

- جاءت العبارة رقم (٤٢) في الترتيب الرابع (أرغب في المساعدة على اتخاذ القرارات المرتبطة بحالة الرعاية المركزة) حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين استجابات عينة الدراسة تجاه هذه العبارة حيث أبدى ٥٨,٣% من العينة رغبتهم في مساعدة ذويهم في اتخاذ قرارات متعلقة بحالة الرعاية المركزة بل إن البعض لا يتوانى في ضوء ما لديه من خبرات سابقة في مساعدة رفقاء مرضى آخرين حال طلبهم المشورة ، وعضد ذلك ٣٨.٥% من العينة، بمجموع أوزان (١٠٤٦) ومتوسط حسابي مرجح (٤.٥٤) وهو قوي للغاية وانحراف معياري (٠,٥٦٤٥٠) وقد يرجع ذلك إلى نقص معارف الاخصائي الاجتماعي بآليات إدارة الحالة Case Management ودعم أسر المرضى بشأن الفرار المناسب .

- جاءت العبارة رقم (٤١) (أحتاج لشرح التغيرات المصاحبة لحالة الرعاية المركزة) في الترتيب السادس بمجموع أوزان (١٠٤٦) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٥٤٧٨) وهو قوي وانحراف معياري (٠,٥٦٤٥٠) وبلغت قيمة كا ٢ (٢١٠٦,٠٥) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث رأى ٥٨,٣% من عينة الدراسة أنهم يحتاجون ، ورأى أهمية ذلك أيضاً ٣٨٥% من العينة وهو ما يعكس مدى أولوية الحاجات المعرفية المتعلقة بالتغيرات التي تعترض حالة مريض

الرعاية المركزة ومن ثم تقدير درجة الخطورة في الإهمال أو التجاهل لبعض جوانب رعاية المرضى وإدارة الحالة وخو ما يوضح أيضا نقص الاتجاهات الإيجابية نحو أفراد أسر مرضى الرعاية المركزة وضعف اهتمامهم بالملاحظات الواجب مراعاتها عند التعامل معهم من قبل الأطباء وخاصة ما يتعلق بمعارف الرعاية الطبية والواجبات الأسرية

- وفي الترتيب السابع جاءت العبارتان (٣٩) والعبارة (٤٠) ؛ فبالنسبة للعبارة رقم (٣٩) ومؤداها " أحتاج للتدريب على التعامل مع الحالة المرضية بعد الخروج" جاءت بمجموع أوزان (١٠٣١) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٤٨) وهو قوي وانحراف معياري (٥٦٦٢٧ .) وبلغت قيمة كا ٢ (٩٣,٩٢٢) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث رأى ٥١,٧% من عينة الدراسة أنهم يحتاجون للتدريب على التعامل مع الحالة المرضية بعد الخروج ، ورأى أهمية ذلك أيضاً ٤٤.٨% من العينة وهو ما يعكس مدى أولوية الحاجات المعرفية المتعلقة بمهام إدارة الحالة والتعامل مه حالة مريض الرعاية المركزة بعد الخروج ومن ثم تقدير درجة الخطورة في الإهمال أو التجاهل لبعض جوانب رعاية المرضى وإدارة الحالة بعد الخروج ما يوضح أيضا نقص معارف الاخصائي الاجتماعي بآليات ربط الأطباء باحتياجات أسر المرضى بمعارف حول العناية بمرضاهم بعد خروجهم ، وقد يتدخل عنصر المادة حيث ربط أفراد الأسر بالتردد على عيادات الأطباء بعد الخروج ما قد يمثل عبئا اقتصاديا إضافيا ، أما العبارة رقم (٤٠) ومؤداها " أرغب في معرفة لوائح العمل داخل المستشفيات" جاءت بمجموع أوزان (١٠٣١) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٤٨) وهو قوي وانحراف معياري (٥٠٠٧٩ .) وبلغت قيمة كا ٢ (٢٧٨) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث رأى ٤٨,٣% من عينة الدراسة أنهم يحتاجون لمعارف بشأن لوائح العمل داخل المستشفيات ، ورأى أهمية ذلك أيضاً ٥١.٧% من العينة وهو ما يعكس مدى أولوية الحاجات المعرفية المتعلقة بلوائح العمل داخل المستشفى ومن ثم تقدير تقليل الفاقد أو الهدر في الوقت والجهد والنفقات على أسر مرضى الرعاية المركزة فيما يتعلق باختصاصات مختلف الوحدات بالمستشفى ومسئوليات كل تجاه مرضى الرعاية المركزة ، وكذلك توفير العناية المطلوبة في الوقت المناسب وهو ما يقلل احتمال خطورة تأخر المريض عن خدمات وحدة ما ما يوضح أيضا نقص معارف الاخصائي الاجتماعي بآليات ربط أفراد أو أرباب أسر المرضى باللوائح والقانون ، فضلا عن ضعف العمل بثقافة الشفافية لدى معظم تنظيمات خدمات الرعاية الاجتماعية ، وقد لاحظ الباحثان أثناء التطبيق وجود لوحات إعلانات على بعض الجدران بشأن قواعد عامة للمريض والمرافق ، وكذلك بشأن الزيارات ، وبشأن حقوق المرضى وأسرههم ، كما يوجد خريطة تنظيمية

توضح التسلسل الهريراركي ووحدات العمل بالمستشفى وفي أماكن بارزة إلا أن توفير دليل إرشادي وتوعية الأميين من أرباب أسر المرضى لا زال دون الاهتمام اللائق.

- جاءت العبارة رقم (٣٨) (أحتاج لمعرفة معلومات عن حالة مريضى الصحية) في الترتيب الثامن والأخير بمجموع أوزان (١٠١٥) ومتوسط حسابي مرجح (٤,٤١) وانحراف معياري (٠,٥٥٩٧٩) وبلغت قيمة كاسم (٩٣,٩٢٢) ومن ثم توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين استجابات عينة الدراسة على هذه العبارة ، حيث رأى ٤٤,٨% من عينة الدراسة أنهم يحتاجون معلومات حول حالة مرضاهم الصحية ، ورأى أهمية ذلك أيضاً ٥١.٧% من العينة وهو ما يعكس مدى ضغط الحاجات المعرفية المتعلقة بحالة المريض الصحية على أسر مرضى الرعاية المركزة ونقص الشفافية من قبل الأطباء في توضيح مدى خطورة حالات المرضى الصحية وبيان بشأنها أمامهم .، وهو ما يعكس نقص مهارات الأخصائي الاجتماعي بمعارف ومهارات استراتيجيات التمكين والمدافعة عن الحق في المعرفة بالنسبة لأسر المرضى وتشير تلك الاستجابات في مجملها إلى وجود احتياجات معرفية تتسم بأهمية عالية جداً من وجهة نظر عينة الدراسة ويتزامن ذلك مع نقص معارف الاخصائي الاجتماعي بأهم بدائل اشباع الحاجات المعرفية واستراتيجيات التمكين المعرفي لأسر مرضى الرعاية المركزة وأهمها معارف حول الحالات الصحية لمرضاهم وكيفية رعايتهم أثناء وبعد الخروج من المستشفى .

3- تحليل وتفسير نتائج الدراسة الخاصة بالتساؤل الثالث :

ونصه كالتالي: هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات: النوع، الاقليم الجغرافي للكلية، تخصص الكلية، السن، المؤهل، الدورات التدريبية؟ ويمكن الاجابة على هذا التساؤل من خلال التساؤلات الفرعية الآتية:

١- التساؤل الفرعي الأول : هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات عينة الدراسة تبعاً للنوع؟

ويمكن الاجابة عليه من خلال الجدول التالي:

جدول (١٠) يوضح قيمة (ت) لدرجات عينة الدراسة تبعاً ل (النوع) باستخدام Test T (ن=٢٣٠)

المتغير	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة t.test	مستوى الدلالة .
الذكور	150	213.2933	13.15756	18.636	.000
الإناث	80	208.5000	15.84897		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات عينة الدراسة من الذكور والإناث لصالح الذكور ، حيث بلغت قيمة (ت) (١٨,٦٣٦) بمستوى دلالة (٠,٠٠٠) وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ .وعليه فإن الذكور من أسر مرضى الرعاية المركزة أكثر احتياجاً من الإناث للدعم النفسي والروحي والاجتماعي والمعرفي والمادي .

التساؤل الفرعي الثاني: هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة الدراسة تبعاً للسن؟

جدول (١١) يوضح قيمة (ف) لدرجات عينة الدراسة تبعاً ل (السن) باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه One Way An ova (ن=٢٣٠)

مستوى الدلالة .	F قيمة (ف)	مربع المتوسطات	درجة الحرية	مجموع المربعات	التباين
.000	19.389	3195.752	3	9587.255	بين المجموعات
		164.826	226	37250.589	داخل المجموعات
			229	46837.843	الإجمالي

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة تبعاً للسن، حيث بلغت قيمة (ف) ١٩,٣٨٩، بدلالة ٠,٠٠٠ ، وللتعرف على اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شافيه كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٢) يوضح المقارنات المتعددة بين المتغيرات باستخدام اختبار شافيه Scheffe لمتغير السن

مستوى الدلالة .	الخطأ المعياري	الفروق بين المتوسطات	السن (ج)	السن (ل)
.882	3.51966	2.86709	من ١٥ لأقل من ٣٠	أقل من ١٥
.049	3.43315	-9.70721*	من ٣٠ لأقل من ٤٥	من ١٥ لأقل من ٣٠
.624	4.14359	5.50000	من ٤٥ لأقل من ٦٠	من ٣٠ لأقل من ٤٥
.882	3.51966	-2.86709	من ١٥ لأقل من ٣٠	أقل من ١٥
.000*	1.88979	-12.57430*	من ٣٠ لأقل من ٤٥	من ١٥ لأقل من ٣٠
.856	2.99235	2.63291	من ٤٥ لأقل من ٦٠	من ٣٠ لأقل من ٤٥
.049	3.43315	9.70721*	من ١٥ لأقل من ٣٠	من ٣٠ لأقل من ٤٥
.000	1.88979	12.57430	من ٣٠ لأقل من ٤٥	من ١٥ لأقل من ٣٠
.000*	2.89010	15.20721*	من ٤٥ لأقل من ٦٠	من ٣٠ لأقل من ٤٥
.624	4.14359	-5.50000	من ١٥ لأقل من ٣٠	من ٤٥ لأقل من ٦٠
.856	2.99235	-2.63291	من ٣٠ لأقل من ٤٥	من ١٥ لأقل من ٣٠
.000*	2.89010	-15.20721*	من ٤٥ لأقل من ٦٠	من ٣٠ لأقل من ٤٥

بالنظر للجدول أعلاه اتضحت اتجاهات الفروق بين فئات السن ؛ ففي مجال المقارنة بين الفئة أقل من ١٥ سنة وباقي الفئات كانت الفروق دالة لصالح الفئة من ٣٠- لأقل من ٤٥ وهو ما يعكس وعياً أكثر دلالة بالاحتياجات بالنسبة لتلك الفئة أكثر من غيرها ، وفي مجال المقارنة بين الفئة من ١٥- لأقل من ٣٠ جاءت الفروق دالة لصالح الفئة من ٣٠- لأقل من ٤٠ وهو ما اتضح جلياً في مجال مقارنة تلك الأخيرة وباقي الفئات ، وبالنسبة لمقارنة الفئة من ٤٥- لأقل من ٦٠ جاءت الفروق دالة لصالح الفئة ٣٠ لأقل من ٤٥ سنة .

التساؤل الفرعي الثالث: هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات عينة الدراسة تبعاً للمستوى التعليمي؟

ويمكن الإجابة عليه من خلال الجدول التالي:

جدول (١٣) يوضح قيمة (ف) لدرجات عينة الدراسة تبعاً ل (المستوى التعليمي) باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه One Way An ova (ن=٢٣٠)

مستوى الدلالة.	F قيمة (ف)	مربع المتوسطات	درجة الحرية	مجموع المربعات	التباين
.031	2.719	539.884	4	2159.537	بين المجموعات
		198.570	225	44678.306	داخل المجموعات
			229	46837.843	الإجمالي

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ ، بين استجابات عينة الدراسة تبعاً للمستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة (ف) ٢,٧١٩ ، بدلالة ٠,٠٣١ ، وللتعرف على اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شافيه كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٤) يوضح المقارنات المتعددة بين المتغيرات باستخدام اختبار شافيه Scheffe لمتغير المستوى

التعليمي

مستوى الدلالة	الخطأ المعياري	الفروق بين المتوسطات	(I) المستوى التعليمي	(J) المستوى التعليمي
.787	4.06786	5.33333	أمي	يقرأ ويكتب
.994	3.65586	-1.74359	أقل من المتوسط	أقل من المتوسط
.999	3.52287	-1.16667	متوسط	متوسط
.697	3.21931	-4.78596	عالي	عالي
.787	4.06786	-5.33333	يقرأ ويكتب	أمي
.443	3.65586	-7.07692	أقل من المتوسط	أقل من المتوسط

متوسط	-6.50000	3.52287	.494
عالي	-10.11930*	3.21931	.046
أقل من المتوسط	1.74359	3.65586	.994
يقرأ ويكتب	7.07692	3.65586	.443
متوسط	.57692	3.03783	1.000
عالي	-3.04238	2.67988	.863
متوسط	1.16667	3.52287	.999
يقرأ ويكتب	6.50000	3.52287	.494
أقل من المتوسط	-5.7692	3.03783	1.000
عالي	-3.61930	2.49541	.717
عالي	4.78596	3.21931	.697
يقرأ ويكتب	10.11930*	3.21931	.046
أقل من المتوسط	3.04238	2.67988	.863
متوسط	3.61930	2.49541	.717

بالنظر للجدول أعلاه اتضحت اتجاهات الفروق بين فئات المستوى التعليمي : ففي مجال المقارنة بين الفئة "أمي" وباقي الفئات كانت الفروق غير دالة ، وفي مجال المقارنة بين الفئة يقرأ ويكتب وباقي الفئات جاءت الفروق دالة لصالح الفئة مؤهل عالي ، وبالنسبة لباقي المقارنات لم تظهر دلالات فروق ، وهو ما يعكس فاعلية المؤهل العالي في إدراك أكثر وضوحاً للاحتياجات المختلفة مقارنة بفئة يقرأ ويكتب

التساؤل الفرعي الرابع : هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة تبعاً لسن المريض ؟

جدول (١٥) يوضح قيمة (ف) لدرجات عينة الدراسة تبعاً (الحالة الاجتماعية) (ن=٢٣٠)

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	مربع المتوسطات	df	مجموع المربعات	التباين
.083	2.514	507.439	2	1014.878	بين المجموعات
		201.863	227	45822.965	داخل المجموعات
			229	46837.843	الإجمالي

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات عينة الدراسة من أسر مرضى الرعاية المركزة تبعاً للحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة (ف) ٢,٥١٤ ، بدلالة ٠,٠٨ ، وهي غير دالة إحصائياً.

التساؤل الفرعي الخامس : هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة تبعاً للدخل؟

جدول (١٦) يوضح قيمة (ف) لدرجات عينة الدراسة تبعاً (للدخل) باستخدام تحليل التباين أحادي

الاتجاه One Way An ova (ن=٢٣٠)

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	مربع المتوسطات	df	مجموع المربعات	التباين
.002	5.026	976.438	3	2929.314	بين المجموعات
		194.286	226	43908.529	داخل المجموعات
			229	46837.843	الإجمالي

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ ، بين استجابات عينة الدراسة تبعاً لمستوى الدخل، حيث بلغت قيمة (ف) ٥,٠٢٦ ، بدلالة ٠,٠٠٢ ، وللتعرف على اتجاه الفروق تم استخدام اختبار LSD كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١٧) يوضح المقارنات المتعددة بين المتغيرات باستخدام اختبار LSD للمتغير الدخل

مستوى الدلالة .	الخطأ المعياري	الفروق بين المتوسطات	(I) متوسط الدخل	(J) متوسط الدخل
.006*	5.07197	14.07407	من ١٠٠٠ الأقل	من ٢٠٠٠ الأقل
.098	5.23160	8.69841	من ٢٠٠٠ الأقل	من ٣٠٠٠ الأقل
.220	5.69042	7.00000	من ٣٠٠٠ فأكثر	
.006*	5.07197	-14.07407	من ١٠٠٠ الأقل	من ٢٠٠٠ الأقل
.012*	2.12675	-5.37566	من ٢٠٠٠ الأقل	من ٣٠٠٠ الأقل
.023	3.08778	-7.07407	من ٣٠٠٠ فأكثر	
.098	5.23160	-8.69841	من ٢٠٠٠ الأقل	من ١٠٠٠ الأقل
.012	2.12675	5.37566	من ١٠٠٠ الأقل	من ٢٠٠٠ الأقل
.612	3.34352	-1.69841	من ٣٠٠٠ فأكثر	
.220	5.69042	-7.00000	من ١٠٠٠ الأقل	من ٣٠٠٠ فأكثر
.023	3.08778	7.07407	من ١٠٠٠ الأقل	من ٢٠٠٠ الأقل
.612	3.34352	1.69841	من ٢٠٠٠ الأقل	من ٣٠٠٠ فأكثر

بالنظر للجدول أعلاه اتضحت اتجاهات الفروق بين فئات الدخل ؛ ففي مجال المقارنة بين الفئة " أقل من ١٠٠٠ " وبين الفئات " من ١٠٠٠ الأقل من ٢٠٠٠ " ، و " من ٢٠٠٠ الأقل من ٣٠٠٠ " ، و " ٣٠٠٠ فأكثر " جاءت الفروق دالة عند مستوى معنوية (٠.٠١) لصالح الفئة أقل من ١٠٠٠ ، وفي مجال المقارنة بين

الفئة " من ١٠٠٠ الأقل من ٢٠٠٠ " والفئة من ٢٠٠٠ لأقل م ٣٠٠٠، الفئات جاءت الفروق دالة لصالح الفئة من ١٠٠٠ الأقل من ٢٠٠٠ " وبالنسبة لباقي المقارنات لم تظهر دلالات فروق ، وهو ما يعكس أثر الدخول المنخفضة في إدراك أكثر وضوحاً للاحتياجات المختلفة مقارنة بفئة يقرأ ويكتب

تاسعاً: النتائج العامة:

١- بالنسبة للنتائج المتعلقة بالتساؤل الرئيس الأول والتساؤلات الفرعية المنبثقة منه اتضح ما يلي:

- فقد حصل المقياس ككل على نسبة ترجيحية إجمالية قوامها (٨٨.١٨ %)) بمتوسط وزني إجمالي قدره (٤.٤١) من أصل ٥ درجات هي مجموع أوزان استجابات عينة الدراسة حول عبارات المقياس (وهو ما يعبر عن درجة تحقق قوية ؛ ما يعني أن مجمل احتياجات عينة الدراسة من أسر المرضى لازالت في حاجة إلى المزيد من البرامج المتعلقة بالرعاية الاجتماعية المتكاملة لهم ، وفي معرض التساؤلات الفرعية للتساؤل الرئيس جاءت نتائج الدراسة مرتبة وفقاً لأهمية نوع الاحتياج على النحو التالي :

- جاءت الاحتياجات الروحية لمرضى الرعاية المركزة في المرتبة الأولى؛ حيث جاءت استجابات عينة الدراسة نحو الاحتياجات الروحية مرتفعة بنسبة ترجيحية (٩٢,٩٨%) مع تحقق البعد ككل في إطار محوره بمتوسط وزني (٤.٦٤ من ٥.٠٠) وهي درجة قوية ما يعني أن ثمة شعوراً كبيراً لديهم بنقص إشباع الاحتياجات الروحية ويعكس ذلك أن ثمة معوقات مهنية تتعلق بحاجة الأخصائي الاجتماعي الطبي إلى الإلمام بالمعارف والمهارات والقيم المتعلقة بالممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية المنطلقة من الاتجاهات الروحية وضعف مستويات التدين وأنماط العبادات والذكر لدى معظم أرباب الأسر ، وضعف برامج التوعية الدينية والإرشاد النفسي المنطلق من منظور ديني ، وقد جاءت أولى هذه الاحتياجات : عبارة رقم (٢) ومؤداها " أرغب في أن أكون أكثر قرباً من الله "، تليها العبارة رقم (٧) ومؤداها " أرغب في تذكيري بنعم الله علي أثناء الأزمة" تليها العبارة رقم (٥) ومؤداها " أحتاج لكثرة الاستغفار " وهو ما يتفق ونتائج الدراسات السابقة حيث أشارت دراسة اندرو ما كرومك وآخرون (McCormick, 2010 et al) إلى ارتفاع عبء القلق، والاكتئاب ، واضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد أسرة المريض بوحدة الرعاية المركزة في كثير من الأحيان وأوصت بضرورة تقدير الاحتياجات الروحية لأسر مرضى الرعاية المركزة واستشارة المستشار الروحاني إذا رغبت الأسرة في ذلك، كما أكدت دراسة (دافيدسون وآخرون Davidson JE, 2007 et al ,) وجود اعتراف متزايد بأهمية الرعاية الروحية في مجال تحقيق جودة رعاية المرضى ذوي الحالات الحرجة وأسرهم، وأن الرعاية الروحية جعلت أثر الصدمة أقل قليلاً مقارنة بأفراد الأسر الذين لم يتم تقييم رضاهم عن أوجه الرعاية وفق هذا الجانب من الرعاية وأن الأولى كنت أكثر ارتياحاً وشعوراً بالرضا من خلال الرعاية الروحية إذا كانت متضمنة قسا أو مستشاراً روحياً في الأربع وعشرين ساعة الأخيرة من حياة المريض وبالإضافة إلى

ذلك، كان هناك علاقة قوية بين الرضا عن الرعاية الروحية والارتياح مع مجموع الخبرة بتجربة الرعاية المركزة .، ويتفق ذلك مع دراسة (تشيلدر وآخرون ، 2013، Schleder: et al) حيث أوضحت أن إجمالي قيمة حجم طاقة المواجهة والتحمل الدينية والروحية لأسر المرضى المشاركة بلغت متوسط ٠.٧، وهو متوسط قوي ويفسر أن تلك الأسر كانت تستخدم في كثير من الأحيان استراتيجيات المواجهة الدينية الروحية SRC الإيجابية في كثير من الأحيان أكثر من السلبية في المستشفى خلال وجود أحد أفراد الأسرة في وحدة الرعاية المركزة، وأنهم جميعاً يؤمنون بالله ومعظمهم يعتقد أن الروحانية تساعدهم على التعامل مع الإجهاد من المستشفى.

- جاءت الاحتياجات المعرفية لمرضى الرعاية المركزة في المرتبة الثانية بالنسبة لباقي أبعاد المقياس حيث جاءت استجابات عينة الدراسة نحو الاحتياجات المعرفية مرتفعة بنسبة ترجيحية (٩١.١٤ %) مع تحقق البعد ككل في إطار محوره بمتوسط وزني (٤.٥٦ من ٥.٠٠) وهي درجة قوية ما يعني أن ثمة شعوراً كبيراً لديهم بنقص إشباع الاحتياجات المعرفية ويعكس ذلك أن ثمة معوقات فنية تتعلق بحاجة الفريق الطبي إلى إدراك أهم الملاحظات الواجب مراعاتها في التعامل مع أسر مرضى الرعاية المركزة من حيث إمدادهم بالمعلومات الضرورية لاتخاذ ، وقد جاءت أولى هذه الاحتياجات : عبارة رقم (٤٨) ومؤداها " أحتاج للتخلص من الأفكار السلبية المصاحبة للأزمة"، وكذلك العبارة رقم (٤٧) ومؤداها " أفقد لمعرفة حقوق أسرة المريض بالرعاية المركزة." والعبارة رقم (٤٤) ومؤداها " أفقد للمعلومات الصحيحة عند دخول أحد أفراد أسرتي الرعاية المركزة " ، وهو ما يتفق والتراث النظري للخدمة الاجتماعية الطبية في مجال وحدات الرعاية المركزة والعبارة رقم (٤٦) ومؤداها " أفقد لمعرفة حقوق مريض الرعاية المركزة "، ويؤكد ذلك الحاجة إلى تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي المدافع ، والتربوي ، والقائم بالاتصال حيث يمارس مهاماً توعوية لأسر المرضى حول حقوقهم وحقوق ذويهم، والمدافعة عنها والتوسط والتفاوض بشأنها ، كما أوضحت نتائج دراسة نكاه عبد الرؤوف ، ٢٠٠٠م أن أهم المشكلات التي تواجه المرضى وأسرهـم بغرف الطوارئ هي عدم وجود من يرشدهم إلى مكان تلقي الرعاية أو الاستفادة من المؤسسات الأخرى ، وعدم مراعاة الفريق الطبي والعاملين لظروف الأسرة النفسية خاصة في حالات الحوادث والوفاة ، وضعف العلاقة بين المريض وأعضاء الفريق الطبي.

- جاءت الاحتياجات الاجتماعية لمرضى الرعاية المركزة في المرتبة الثالثة : حيث جاءت استجابات عينة الدراسة نحو الاحتياجات الاجتماعية مرتفعة بنسبة ترجيحية (٨٧,٣٨%) مع تحقق البعد ككل في إطار محوره بمتوسط وزني (٤.٣٦ من ٥.٠٠) وهي درجة تحقق قوية ما يعني أن ثمة شعوراً كبيراً لديهم بنقص إشباع الاحتياجات المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية مع الأفراد ، الفريق الطبي ، السياق البيئي المحيط بأسرة المريض عموماً ويعكس ذلك أن ثمة معوقات مهنية تتعلق بحاجة الأخصائي الاجتماعي الطبي إلى

الإلمام بالمعارف والمهارات والقيم المتعلقة بالممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية المتعلقة بالنظم الاجتماعية وأدوارها وعلاقتها بالبناء الأسري والقيم الاجتماعية وعلاقتها بالرعاية الاجتماعية لأسر مرضى الرعاية المركزة ، وآليات تدعيمها اجتماعيا وتفعيل علاقاتها الاجتماعية القائمة والتدخل لتنميتها ، وقد جاءت أولى هذه الاحتياجات : عبارة رقم (٢٣) ومؤداها " أحتاج للتوعية بكيفية التعامل مع الازمات الصحية."، تليها العبارة رقم (٢٢) ومؤداها " أرغب في المساندة الاجتماعية من قبل فريق العمل بالمستشفى " تليها العبارة رقم (٢٨) ومؤداها " أرغب في التزام فريق العمل بالمستشفى بالقيم الاجتماعية حين تعامله معي." واشتركت العبارتان (٢٤) ومؤداها "أفتقد للتفاعل مع فريق العمل بالمستشفى."، والعبارة رقم (٢٦) ومؤداها " أرغب في مقابلات مع أسر مرضى مصابين بأمراض مشابهة."، " في الترتيب الرابع في حين جاءت العبارة رقم (٢٥) ومؤداها " أحتاج لتواصل فريق العمل بالمستشفى مع أسرتي."، " في الترتيب الخامس " وهو ما يتفق ونتائج الدراسات السابقة حيث أوصت دراسة (أزولاي وآخرون ، ٢٠٠١ ، Azoulay ,etal) بضرورة أن يسعمقدومخدماتالرعايةبوحدةالرعاية المركزية (ICU) إلى تنمية علاقاتالتعاونمعأفرادأسرمرضاهم،مساعدةأفرادالأسرةعلمواجهةمحنةالمرضىوالسماحلهمبالتحدثثيابةعنهاالزمالأمراً .

- جاءت الاحتياجات النفسية لأسر مرضى الرعاية المركزة في المرتبة الرابعة بالنسبة لباقي أبعاد المقياس حيث جاءت استجابات عينة الدراسة نحو الاحتياجات النفسية مرتفعة بنسبة ترجيحية (٨٤.٨٥ %) مع تحقق البعد ككل في إطار محوره بمتوسط وزني (٤.٢٤ من ٥.٠٠) وهي درجة قوية ما يعني أن ثمة شعورا كبيرا لديهم بنقص الاحتياجات النفسية ، وقد جاءت أولى هذه الاحتياجات : عبارة رقم (١٧) ومؤداها " أحتاج لبرامج لتقوية الذات لمواجهة الأزمة "، تليها العبارة رقم (١٠) ومؤداها " أحتاج لحب من حولي في أزمتي . " تلتها العبارة رقم (١١) ومؤداها " أحتاج للتحكم في انفعالاتي أثناء المواقف الصعبة " ، وهو ما يتفق والتراث النظري للخدمة الاجتماعية الطبية في مجال وحدات الرعاية المركزة حيث أشارت دراسة ما كرومك وآخرون (McCormick 2010, et al) إلى ارتفاع عبء القلق، والاكتئاب ، واضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد أسرة المريض بوحدات الرعاية المركزة في كثير من الأحيان ، كما أكدت دراسة شيلتون ، وروز (Susannah L. Rose 2008 Wayne Shelton & م) أن الأخصائيين الاجتماعيين فيوحدةالرعاية المركزية يجب أن يكونوا مؤهلين

بشكلفريدلتقييمومعالجةالعديدمنالظروفالنفسيةوالاجتماعيةالمعقدة،وتوضيحالهماالخطئةالمحتملة،وتعزيزالتواصل بينالمرضىوأسرهم،وأعضاءالفريقالطبي فإذا كانوا مؤهلين لذلكإنهميتمكنونأيضاعدواليسفقطتحسينوعيةالحياةللمرضىفيوحدةالرعاية المركزة وأسرههم،ولكنأيضا في تخفيض احتمالاتالصراعاتفي صنعالقرارفي بدايته ، ودراسة ديرك (Dirk etal, 2002) حول احتياجاتومستوياتالقلق

الرعاية الحرجة في المستشفى أحد أفراد الأسرة تتبع العمر والجنس والمستوى التعليمي والأقاربون نوع القرابة مع المريض وفي العلاقة مع صائصالقبولوحالة المريض. وكانالمشاركون ٢٠٠ أقارب ١٢٠ مختلفةمرضاالرعاية المركزة وقد تمالعثورعلنتحديد احتياجاتالأقاربوالتي كانت معقدة للغاية بما يؤثر على قراراتهم نحو رعاية مرضاهم ،

-**جاءت الاحتياجات المادية لأسر مرضى الرعاية المركزة في المرتبة الخامسة؛** حيث جاءت استجابات عينة الدراسة نحو الاحتياجات المادية أقل ارتفاعاً من باقي الأبعاد ككل بنسبة ترجيحية (٨٣.٩٦ %) مع تحقق البعد ككل في إطار محوره بمتوسط وزني (٤.١٩ من ٥.٠٠) وهي درجة التحقق الأقل مقارنة بباقي الأبعاد ، وقد جاءت أولى هذه الاحتياجات : عبارة رقم (٣٧) ومؤداها " أحتاج لمن يمكنني من الحصول على حقوقي في الرعاية المادية." وهو ما يعكس الحاجة المهنية المتعلقة بتطوير دور الأخصائي الاجتماعي حتى يشمل دليله المهني دور الممكن ، ودور الميسر ، تليها العبارة رقم (٣٥) ومؤداها " أفقر لبرنامج تأمين صحي يراعي ظروف المادية.. " وهو ما يعكس أهمية تنمية المعارف والمهارات المتعلقة بممارسة السياسة والمدافعة السياسية لدى الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الطبي ليشاركوا ضمن القوى السياسية المعنية بصنع سياسة الرعاية الصحية ، فالأخصائي الاجتماعي : باعتباره ممثلاً للتغيير يساهم في تغيير التشريعات واللوائح والقوانين لمصلحة أسر المرضى ، ويشارك في تطوير السياسات أو العمل في تغيير الخدمات أو العمل من أجل تغيير سياسة المنظمة التي يعمل بها ، وكذلك إمداد صانعي السياسات بالمعلومات والخبرات التعليمية المطلوبة ، وهو ما يتفق ونتائج الدراسات السابقة وخاصة التي طبقت في المجتمع المصري ؛ حيث أشارت دراسة (ذكاء عبد الرؤف السيد، ٢٠٠٠) : إلى أن أكثر الفئات تردداً على غرفة الطوارئ هم ذوى الدخل المنخفض وأن نسبة التردد تزداد في المساء عنها في الصباح وتزداد مشكلات المرضى وأسرهـم نتيجة لغلق مؤسسات المجتمع أبوابها ليلا ، ويواجه المرضى وأسرهـم بغرف الطوارئ العديد من المشكلات أهمها ارتفاع أسعار الأدوية والمستلزمات الطبية التي تطلب من الخارج خاصة وأنهم من محدودى الدخل ومشكلات الخوف والانتقاض والتوتر وعدم القدرة على التفكير وتأخر في حصول المريض في كثير من الأحيان على الرعاية الطبية العاجلة، وتعطل أجهزة الأشعة مما يضطر المرضى لعملها خارج المستشفى، وتقصير كل من الطبيب والمرضة في أداء الواجب تجاه المريض وأسرته ، وعدم توفر العدد الكافي من الأسرة بما يفي بحاجة مرضى الطوارئ الأمر الذي يتطلب دوراً ملموساً وأكثر فاعلية من قبل الاخصائي الاجتماعي لتقديم المساعدة المهنية في هذه الجوانب.

٢- بالنسبة للنتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني ومواده :

هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات: (النوع، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الدخل)؟ اتضح ما يلي:

أ- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات عينة الدراسة من الذكور والإناث لصالح الذكور. وعليه فإن الذكور من أسر مرضى الرعاية المركزة أكثر احتياجاً من الإناث للدعم النفسي والروحي والاجتماعي والمعرفي والمادي .

ب- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة تبعاً للسن، ، وللتعرف على اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شافيه اتضحت اتجاهات الفروق بين فئات السن ؛ ففي مجال المقارنة بين الفئة أقل من ١٥ سنة وباقي الفئات كانت الفروق دالة لصالح الفئة من ٣٠- لأقل من ٤٥ وهو ما يعكس وعياً أكثر دلالة بالاحتياجات بالنسبة لتلك الفئة أكثر من غيرها ، وفي مجال المقارنة بين الفئة من ١٥- لأقل من ٣٠ جاءت الفروق دالة لصالح الفئة من ٣٠- لأقل من ٤٥ وهو ما اتضح جلياً في مجال مقارنة تلك الأخيرة وباقي الفئات ، وبالنسبة لمقارنة الفئة من ٤٥- لأقل من ٦٠ جاءت الفروق دالة لصالح الفئة ٣٠ لأقل من ٤٥ سنة .

ج- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين استجابات عينة الدراسة تبعاً للمستوى التعليمي، ، وللتعرف على اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شافيه اتضحت اتجاهات الفروق بين فئات المستوى التعليمي ؛ ففي مجال المقارنة بين الفئة "أمي" وباقي الفئات كانت الفروق غير دالة ، وفي مجال المقارنة بين الفئة يقرأ ويكتب وباقي الفئات جاءت الفروق دالة لصالح الفئة مؤهل عالي ، وبالنسبة لباقي المقارنات لم تظهر دلالات فروق إحصائية ، وهو ما يعكس فاعلية المؤهل العالي في إدراك أكثر وضوحاً للاحتياجات المختلفة مقارنة بفئة يقرأ ويكتب.

د- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين متوسطات درجات عينة الدراسة تبعاً لسن المريض.

هـ- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين استجابات عينة الدراسة تبعاً للمستوى التعليمي، وللتعرف على اتجاه الفروق تم استخدام اختبار LSD ، اتضحت اتجاهات الفروق بين فئات الدخل ؛ ففي مجال المقارنة بين الفئة " أقل من ١٠٠٠ " وبين الفئات " من ١٠٠٠ إلى ٢٠٠٠ " ، و" من ٢٠٠٠ إلى ٣٠٠٠ " ، و" ٣٠٠٠ فأكثر " جاءت الفروق دالة عند مستوى معنوية (٠,٠١) لصالح الفئة أقل من ١٠٠٠ ، وفي مجال المقارنة بين الفئة " من ١٠٠٠ إلى ٢٠٠٠ " والفئة " من ٢٠٠٠ إلى ٣٠٠٠ " ، جاءت الفروق دالة لصالح الفئة من ١٠٠٠ إلى ٢٠٠٠ .

عاشراً: الأدوار المهنية المقترحة للأخصائي الاجتماعي في مساعدة أسر مرضى الرعاية المركزة:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج كان أبرزها وجود احتياجات هامة غير مشبعة لأسر مرضى وحدات الرعاية المركزة جاءت على الترتيب (روحية، معرفية ، اجتماعية، نفسية، مادية)، الأمر الذي يؤكد مواجهة الأسر المعنية لمشكلات عديدة تتطلب أدواراً متنوعة ومستحدثة للأخصائي الاجتماعي انطلاقاً من مسؤولياته المهنية ،وفي ضوء مراجعة الأدبيات ذات الارتباط بالممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الحديثة،يمكن عرض مجموعة من الأدوار المهنية التي قد تسهم في التعامل مع احتياجات ومشكلات هذه الأسر على النحو التالي:

١- دور المعالج: يتطلب هذا الدور قيام الاخصائي الاجتماعي بممارسة عمليات التدخل المهني مع بعض أفراد أسرة مريض الرعاية المركزة(تقدير المشكلة، التخطيط للتدخل المهني، التدخل المهني، التقييم والمتابعة) فقد يتفاعل أحد الأعضاء سلبياً مع تلك الأزمة الأمر الذي يترتب عليه فشل أو قصور في أداء الأدوار والوظائف الاجتماعية الأخرى، أو قد يواجه مشكلات نفسية واجتماعية ومادية تتطلب المساعدة، وهنا لابد من تمكن الاخصائي الاجتماعي من القدرة على ممارسة عدد من النماذج العلاجية مثل المدخل الروحي في خدمة الفرد الذي بدى أكثر أهمية مع ما أفرزته النتائج من مجيئ الاحتياجات الروحية لأسر مرضى الرعاية المركزة في الترتيب الأول بنسبة عالية جداً، أيضاً يمكن استخدام نموذج التدخل في الأزمات ، ثم تأتي أهمية استخدام النظرية المعرفية في خدمة الفرد والنماذج المنبثقة منها كالعلاج المعرفي والعلاج الواقعي والعلاج العقلاني الانفعالي خاصة في ظل الاحتياج المعرفي لأسر مرضى الرعاية المركزة والذي أتى في الترتيب الثاني مما يدل على أهمية إمداد تلك الأسر بالبيانات والمعلومات والحقائق اللازمة وتغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بالرعاية المركزة، نموذج التركيز على المهام، وغيرها من النماذج التي يتم اختيارها وفقاً لطبيعة الموقف الإشكالي الذي يمر به أي عضو من أعضاء أسرة مريض الرعاية المركزة؛ ولعل هذا يتطلب أولاً: الإلمام بتلك المداخل والنماذج العلاجية وثانياً: امتلاك المهارة الكافية لتطبيقها ، وعليه تتمثل أهم وظائف الاخصائي الاجتماعي انطلاقاً من هذا الدور في القدرة على تطبيق عمليات التدخل المهني مع أسرة المريض حال احتياجها لعملية المساعدة انطلاقاً من المداخل والنماذج العلاجية في خدمة الفرد.

٢- دور الوسيط: حيث يحاول الاخصائي الاجتماعي من خلال هذا الدور التعرف على احتياجات أسرة مريض الرعاية المركزة، ومستوى الدافعية لديها وقدرتها على استخدام المصادر والخدمات المتاحة في إشباع هذه الاحتياجات، وعليه تحديد ما لدى وحدة الرعاية الصحية من برامج وخدمات تلبي احتياجات تلك الأسر (الروحية، المعرفية، الاجتماعية، النفسية، المادية)، وأهم إيجابياتها ونواحي القصور بها، ليستطيع معالجتها وتوظيفها في إشباع احتياجات الأسر. ولتحقيق هذا الدور يتطلب الأمر قيام الاخصائي الاجتماعي بعدد من

المسؤوليات منها: تقدير ظروف الأسرة-تقدير المصادر والموارد المتاحة- تفهم أساليب تقديم الخدمة للأسرة- تحقيق الاتصال بين مقدمي الخدمة داخل وحدة الرعاية والأسرة- تقديم المعلومات والبيانات الكافية للأسرة حول كيفية الحصول على الخدمات التي تفي بإشباع احتياجاتهم سالفه الذكر.

٣- **دور المدافع:** يحاول الاخصائي الاجتماعي من خلال هذا الدور مساعدة أسرة مريض الرعاية المركزة على حماية حقها في الحصول على الرعاية والخدمات التي تشبع احتياجاتها غير المشبعة أو منقوصة الإشباع مثلما ظهر من نتائج الدراسة الحالية، وعليه فهناك مسؤولية مهنية وأخلاقية تلزم الأخصائي الاجتماعي بالعمل على تحسين وتطوير خدمات الرعاية المقدمة أو تغييرها لصالح تلك الأسر، ويتطلب القيام بهذا الدور مسؤوليات مهنية مثل: تطبيق مهارات التفاوض لمساعدة الأسرة على الحصول على حقوقها في الرعاية، والتدخل أو المواجهة مع مقدمي الخدمة حال اكتشاف القصور الواضح والمجحف في أشكال الرعاية التي ينبغي تقديمها وخاصة فيما يرتبط باحتياجات مثل التي أسفرت عنها الدراسة الحالية.

٤- **دور المعلم:** يحاول الاخصائي الاجتماعي من خلال هذا الدور إمداد أسرة مريض الرعاية المركزة بالمعلومات والحقائق والمعارف المرتبطة بكل ما يتعلق بالرعاية المركزة وأهم الأدوار التي ينبغي القيام بها حال استمرار وجود المريض داخل غرفة الرعاية المركزة، وعليه يتطلب القيام بهذا الدور مسؤوليات مثل تعليم أسرة مريض الرعاية المركزة بعض المهارات في كيفية التعامل مع الأزمات ومنها دخول أحد أعضائها غرفة الرعاية المركزة، وأساليب التعامل مع الموقف، وكيفية الحصول على الخدمات.

٥- **دور المنسق:** يمكن للإخصائي الاجتماعي ممارسة هذا الدور الذي يجعله منسق لأسرة مريض الرعاية المركزة ليتأكد من حصولها على خدمات الرعاية ومستمرة في الحصول عليها، ولا يتوقف الأمر عند التنسيق لحصول الأسرة على الخدمات أو مواجهة المشكلات من خلال تحديد الاحتياجات ووضع خطة لتنسيقها ومتابعة ذلك، بل يتضمن التنسيق أيضاً القدرة على التوفيق بين المهام والأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي نفسه أثناء عمله في المجال الطبي بصفة عامة وغرف الرعاية المركزة بصفة خاصة، الأمر الذي يتطلب بعض المسؤوليات مثل تنظيم الوقت، تقييم فاعلية الأداء المهني، تنظيم المعلومات، تخطيط الأنشطة والمهام.

٦- **دور المنمي:** ويتعلق هذا الدور بعملية التنمية المهنية لمقدمي الخدمة ذات الارتباط بوحدة الرعاية المركزة، الأمر الذي ينعكس على جودة الخدمات المقدمة لأسر المرضى ومستوى إشباع احتياجاتها، ويتطلب القيام بهذا الدور تنظيم برامج تدريبية لفريق العمل بوحدة الرعاية المركزة، تنظيم وإدارة الوظائف الشخصية، الإشراف المهني، والاستشارات الأسرية.

٧- **دور الممثل للتغيير:** حيث يتطلب هذا الدور مشاركة الاخصائي الاجتماعي في تحسين أوضاع أسر مرضي الرعاية المركزة، فظهور مستويات عالية من الاحتياجات التي أظهرتها نتائج الدراسة الحالية لأسر

مرضى الرعاية المركزة يظهر أوضاعاً سلبية مرتبطة بنوعية ومستوى الخدمات المقدمة وتحتاج للتغيير، ولا يحدث التغيير إلا بعدد من المتطلبات من أهمها خبرات ومهارات الاخصائي الاجتماعي وبخاصة في رصد وتحليل بيئة العمل واكتشاف المشكلات والتعاطي الايجابي معها. وتتطلب ممارسة هذا الدور مجموعة من الوظائف ، منها تحليل المشكلات والسياسات الخاصة ببرامج الرعاية الخاصة بوحدات الرعاية المركزة، وتنشيط الأنساق ذات العلاقة بالتغيير من خلال مشاركة الأسر المهمومة بمريضها داخل وحدة الرعاية همومها وأزماتها وتزويدها بالخبرات والمعارف اللازمة للتعبير عن وجهة نظرها واحتياجاتها، وبذل الجهد لتنمية وتنويع مصادر وموارد تقديم الخدمة وتنفيذ برامج الرعاية المقدمة لهذه الفئة.

-المراجع العربية والأجنبية-

- (^١) محمد سيد فهمي : مدخل إلى الرعاية الاجتماعية من منظور إسلامي ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ٢٠٠٠، ص : ١١٤
- ²)Marianne Woodside، Tricia McClam: An Introduction to the Human Services, USA, Cengage Learning., 2015, P:5
- ³)Angelo McClain, ed- in -Chief Executive Office : NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings ,USA, National Association of Social Workers 2016, p.5
- (٤) عبد المنصف حسن على رشوان : الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، ٢٠٠٧ م . ص ١٢٣ .
- ⁵)Williams CC, Rice DG. The intensive care unit: social work intervention with the families of critically ill patients, an article, Social Work Health Care. 1977 Summer;2(4):391-8. @ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/918819>
- ⁶)Hartman-Sheak, (et al) : The role of the social worker in the adult critical care unit: a systematic review of the literature, Soc Work Health Care. 2011;50(2):143-57. doi: 0.1080/00981389.2010.506411.
- ⁷)Barbara Jones: Social Work Practice in Pediatric Palliative and End-of-Life Care, USA, ,(New York , Routledge , Taylor & Francis,2015), Pp:31-32
- ⁸)Patricia A. Taylor Michael J. Holosko Social Work Practice in Health Care Settings ,Canda, Toronto , Canadian Scholars' Press, 2006, p:275
- (^٩) محمد الحيدر (تحقيق) «الرياض» تدخل غرف الإفاقة وتكشف مواقف مخيفة وأصوات مزعجة تقلق المرضى والعاملين النائمون في «العناية المركزة»: الخوف يسبق العودة للحياة ، مجلة الرياض الجمعة ١٧ ذي الحجة ١٤٢٥ هـ (١٨ ذي الحجة حسب الرؤية) - ٢٨ يناير ٢٠٠٥ م - العدد ١٣٣٦٧٣٣٦٧ <http://www.alriyadh.com/34536> 18th Jan,2017,5pm
- ¹⁰)Michael James Murray: Critical Care Medicine: Perioperative Management, New York, Lippincott Williams&Wilkins,2002,p: 18
- ¹¹)Susannah L. Rose & Wayne Shelton : The role of social work in the ICU: reducing family distress and facilitating end-of-life decision-making, an article, Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, Volume 2, - Issue 2, 20 , New York , Nov 2008, p:23 http://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1300/J457v02n02_02?scroll=top&needAccess=true
-)
- ¹²)Andrew J. McCormick,etal : Improving Social Work in Intensive Care Unit Palliative Care: Results of a Quality Improvement Intervention, an article, JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE. 2010 Mar); 13(3): 297-304
- ¹³)Alvarez, George F; Kirby, Ann S The perspective of families of the critically ill patient: their needs, an article, Current Opinion in Critical Care, December 2006 - Volume 12 - Issue 6, Pp. 614-618
- @ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17077697>
- ¹⁴) Lautrette A, et al : End-of-life family conferences: rooted in the evidence, an article, . 2006, .Nov;34(11.Suppl):S364-72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17057600>
- ¹⁵)Elie Azoulay (ed-in chief),etal : Meeting the Needs of Intensive Care Unit Patient Families ,A Multicenter Study, an article , AMERICAN JOURNAL OF RESPIRATORY AND CRITICAL CARE MEDICINE VOL 163 2001.
- ¹⁶)Andrew J. McCormick, Opcit

- ^{١٧}) ذكاء عبد الرؤف السيد: دور مقترح للتدخل المهني للخدمة الاجتماعية لمواجهة مشكلات المرضى وأسرههم بغرف الطوارئ رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ٢٠٠٠
- ¹⁸) Delva, Dirk et al: Needs and Feelings of Anxiety of Relatives of Patients Hospitalized in Intensive Care Units, an article, Journal of Social Work in Health Care, -v volume 35, 2002 - Issue 4, Rout ledge, 2002, UR - http://dx.doi.org/10.1300/J010v35n04_02 doi: 10.1300/
- ¹⁹) Davidson JE, Powers K et al : Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Article, journal of American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, Society of Critical Care Medicine 35(2):605-22.. Crit Care Med. 2007
- ²⁰) Letícia Preti Schleder, et al : Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit, an article, Acta Paulista de Enfermagem online]. 2013, vol.26, n.1, pp.71-78. ISSN 1982-0194.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100012>
- ^{٢١}) جيهان محمد عبد الغنى سليمان تقييم أدوار الممارس العام للخدمة الاجتماعية في التعامل مع الضغوط الاسرية لأهيات الأطفال مرضى السرطان رسالة ماجستير، غير منشورة، (كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان. ٢٠١٤)
- ^{٢٢}) أنطوان نعمة، وآخرون: المنجد في اللغة العربية المعاصرة، (بيروت، دار الشرق، ٢٠٠٠)، ص: ١١٣٠.
- ^{٢٣}) البعلبكي، منير: المورد، قاموس انجليزي عربي، (بيروت، دار العلم للملايين، ٢٠١٦)، ص: ٦٨.
- ²⁴) John E. Tropman: Community Needs Assessment : in : Richard L, Edwards, ed – in – chief : Encyclopedia of Social work , 19th (ed) , vol (1) , Washington DC, NASW press , 1995 , p.563
- ²⁵) Altschuld, James W. and David Devraj Kumar : Needs Assessment: An Overview. Thousand ISBN 978-1-4129-7584-1 Oaks: Sage 2009 , p. 12.
- ²⁶) Reginald O , York Human Services Planning : Concepts , Tools & Methods , (USA, the university of North Carolina Press , Chapel Hill , 1982) , p : 12
- ²⁷) Reginald O , York Human Services Planning : Concepts , Tools & Methods , (USA, the university of North Carolina Press , Chapel Hill , 1982) , p : 12
- ²⁸) John E. Tropman: Op cit , P p.563-568)
- ²⁹) Fred M, Cox, et al: Strategies of community Organization, (USA, F. E. Peacock Publishers , Inc, 19٧٦), p.73
- ³⁰) David Royse et al : Program Evaluation: An Introduction to an Evidence-Based Approach 6th ed , USA, Cengage Learning , 2016) , p:70-71
- ³¹) Herbert J. Rubin, Irene Rubin: Community Organizing and Development, (USA, Pearson/Allyn & Bacon, 2008) , Pp:162-163
- ³²) Kavita Gupta: A Practical Guide to Needs Assessment, 2nd ed , (USA. Library of congress cataloging – in- publication data, John Wiley & Sons .2011), p:20)
- ³³) Roger Kaufman, et al : Strategic Planning For Success: Aligning People, Performance, and Payoffs, (USA , Library of Congress Cataloging John Wiley & Sons Inc. 2003), pp: 123-124.
- ³⁴) Myron E, Weiner: Human services management: analysis and applications, USA, Wadsworth Pub. Co, The Dosery Press, 1990, p:135
- ^{٣٥}) محمد بن أبي بكر عبد القادر الرازي: مختار الصحاح، دائرة المعاجم في مكتبة لبنان، بيروت، طبعة جديدة، ١٩٩٥، ص : ١٦٠-١٦١.
- ^{٣٦}) أنطوان نعمة وآخرون : مرجع سبق ذكره، ص : ٣٤١
- ³⁷) The New Webster's Dictionary of English Language : Collage Edition, New York, Delaere Publishing Company, Inc, 1981, P: 391.
- ^{٣٨}) منير البعلبكي : المورد قاموس انجليزي عربي ، (بيروت ، دار العلم للملايين ، ١٩٩٨)، ص: ٦٠٧

- ^{٣٩}) حامد عبد السلام زهران ،: علم النفس الاجتماعي ، ط١، (القاهرة، عالم الكتب ، ٢٠٠٠)، ص ١١
- ^{٤٠}) أحمد ذكي بدوى : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (لبنان ، مكتبة بيروت، ١٩٨٦)، ص ٢٨٢
- ^{٤١}) أنور عطية العدل : التخطيط للتقدم الاجتماعي ، ، (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٧)، ص ٢٨٥
- ⁴²)Robert L.Barker: The Social Work Dictionary, (USA, National Association of Social Workers, 2003), p.105
- ⁴³)Armondo Morales and Bradford W, Shesfor: Social Work: A Profession of Many Faces, (USA,Boston, Pearson/A. and B, 2004)p.134
- ^{٤٤}) عبد العزيز مختار : عمليات التخطيط لتنمية المجتمع ، (طنطا ، مركز الخدمات الاجتماعية المتكاملة ، ١٩٨١)، ص ٢٥ .
- ^{٤٥}) الفاروق ذكي يونس : الخدمة الاجتماعية وقضايا الأمن الاقتصادي ، بحث منشور ، المؤتمر العلمي الثامن ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعه حلوان ، ١٦ - ١٨ مارس ، ١٩٩٥ م ، ص ص ٧ : ٨ .
- 46)Neil Soni Andrew D BerstenOh's Intensive Care Manual, 7th ed, , USA., Elsever Science ,Inc,2014, P.5
- ⁴⁷) Joseph E. Parrillo• &R. Phillip Dellinger: Critical Care Medicine: Principles of Diagnosis and Management in the Adult, USA.Saunders, Elsever,Inc,2014, P.218
- ⁴⁸) Terry Atilio and Nina Laing: Social work in palliative care , Chapter in Mery Nathan etal(Ed- Chief) Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press,2015,P167
- ⁴⁹)Robert L. Barker: . The social work dictionary(6th ed.). Washington, DC: NASW Press, 2014.,p 88.
- ⁵⁰) Barbara Thomlison : Family Assessment Handbook: An Introductory Practice Guide to Family Assessment,(4th ed), USA, Cengage Learning , 2015, P.3
- ⁵¹)George Torkildsen: Leisure and Recreation Management, 5thed, London & USA, Routledge, Taylore&?Francise,LTD, 2005,p:99- Page 97
<https://books.google.com/books?isbn=0415309964>
- 52)) Kevin John McGuire : Maslow's hierarchy of needs. An introduction, USA, GRIN, 2012, Pp:3-5.
- ⁵³) Edward R Canda (Editor) : Spirituality in Social Work: New Directions New York &London, Routledge, Taylore&?Francise,LTD, 2012,p:99.
- ⁵⁴)Susan P. Robbins, , etal :Contemporary Human Behavior Theory: A Critical Perspective for Social Work Allyn& Bacon, 2012 , P.363
- ^{٥٥}) إبراهيم عبد الرحمن رجب: التأصيل الإسلامي للعلوم الاجتماعية، المفهوم، المنهج، المرحل التطبيقية، دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع ، الرياض ، ١٩٩٦. ص ص : ١٧٠-١٧٢ .
- 56)Syed V. Ahamed :Intelligent Internet knowledge networks: processing of concepts and wisdom ,USA, the University of MichiganJohn Wiley & Sons, Ltd, 2007 , P: 442
- ⁵⁷)Albert Jewell : Aging ,Spirituality and well-being , London , Jessica Kingsley Publishers, 2004, p. 24.
- ^{٥٨}) عفاف إبراهيم الدباغ : المنظور الإسلامي لتفسير المشكلات الفردية (بحث مقدم إلى ندوة التأصيل الإسلامي للخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، الفترة من ١٠ - ١٣ أغسطس ، ١٩٩١ م) ، ص ١٦٩
- ⁵⁹)Clegg A. Gerontological care and practice: ask the experts spirituality in care. Nursing *Older People*, Frances Grant, 2006, 18(1):14-15
<http://dx.doi.org/10.7748/nop2006.02.18.1.14.c2408>
- ⁶⁰)Beth R. Crisp Spirituality and Social Work, London,&New York , Routledge, Taylore&?Francise,LTD, 2016,p:12
- ⁶¹) Harold George Koenig: Aging and God: Spiritual Pathways to Mental Health in Midlife and Later Years, New York, The Haworth Pastoral Press, 1994, pp. 284-293.