" المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب وبرنامج مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للحد منها "

Obstacles facing the palliative care team when dealing with heart patients and a proposed program from the perspective of generalist practice in social work to reduce them

إعداد

الدكتورة/ أحلام فرج عليان عبدالمنعم

مدرس بقسم مجالات الخدمة الاجتماعية

جامعة أسيوط

Email; ahlamfarag@aun.edu.eg

Mobil: 01115274721

الملخص:

تعتبر الرعاية التلطيفية نوع من أنواع الرعاية الصحية والتي تقدم للمريض وللقائمين على رعايته من ذويه بهدف الحد أو التخفيف من معاناتهم في مواجهة المرض، تستهدف تحسين نوعية حياة الأفراد الذين يعانون من مرض مزمن، حيث يتم تقديم خدمات الرعاية التلطيفية من خلال فريق متخصص يسعى إلى تحقيق التكامل في تقديم الخدمات للمرضى، ويعتبر الاخصائى الاجتماعى أحد أعضاء فريق الرعاية التلطيفية، والذي يجب العمل علي تنمية قدراته المهنية ليقدم خدمات الرعاية التلطيفية للمرضي بشكل أكثر كفاءة وفاعلية، وقد استهدف هذا البحث تحديد المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب، والتوصل إلى برنامج مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للحد من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب. وتنتمي هذه الدراسة وفقاً لأهدافها إلى نمط الدراسات الوصفية، وقد اعتمدت الدراسة على المنهج العلمي باستخدام منهج المسح الاجتماعي الشامل، لأعضاء فريق الرعاية التلطيفية بمستشفى القلب الجامعى وعددهم(٥٣) عضو، وتمثل المجال الزمني للدراسة في فترة جمع البيانات من الميدان والتي بدأت خلال الفترة من ٢٠٢٣/١٢/٢٠ : ٢٠٢٤/١/٨.

الكلمات الدالة: المعوقات، فريق الرعاية التلطيفية، مرضى القلب، الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.

Abstract:

Palliative care is a type of health care that is provided to the patient and his family caregivers with the aim of reducing or alleviating their suffering in the face of illness. It aims to improve the quality of life of individuals who suffer from chronic illness, as palliative care services are provided by a specialized team that seeks to achieve Integration in providing services to patients, and the social worker is considered a member of the palliative care team, who must work to develop his professional capabilities to provide palliative care services to patients more efficiently and effectively. This research aimed to identify the obstacles facing the palliative care team when dealing with with heart patients and arriving at a proposed program from the perspective of generalist practice in social work to reduce the obstacles facing the palliative care team when dealing with heart patients. According to its objectives, this study belongs to the type of descriptive studies. The study relied on the scientific method using a comprehensive social survey method, for (**53**) members of the palliative care team at the University Heart Hospital. The time frame of the study represents the period of collecting data from the field, which began during the period from **20 /12/2023: 8/1/2024.**

Key words: Obstacles, the palliative care team, heart patients, generalist practice in social work.

أولاً : مشكلة البحث:

تشكل الرعاية الصحية منظومة متكاملة من البرامج والخدمات والمشروعات الصحية التي تستهدف في الأساس تمكين الإنسان من الأداء الأفضل لأدواره الاجتماعية.**(صالح، ٢٠٠٩ ، ٧)**

ويعتبر المجال الطبي أحد أهم مجالات الخدمة الاجتماعية، حيث نجد أن الاتجاه الحديث في الطب هو ما يطلق عليه الرعاية الشاملة للمريض ويقصد به الاهتمام بالمريض كوحدة متكاملة جسمياً ونفسياً وعقلياً واجتماعياً وكذلك مراعاة كافة الظروف المحيطة بحياته طالما أن هذه الظروف تؤثر في حالته الصحية وتتسبب في اصابته بالأمراض.**(قاسم، ٢٠١٠ ،١٧)**

ولظهور الحاجة لدراسة الابعاد الاجتماعية للمرض فقد دخلت الخدمة الاجتماعية في المستشفيات العامة عام ١٩٤٥ وبدأت الخدمة الاجتماعية الطبية بوزارة الصحة عام ١٩٤٧ في محيط الامراض الصدرية، وتحظي الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي باهتمام من جانب القطاعين الحكومي والاهلي حيث انتشرت في المستشفيات نتيجة التقدم العلمي والتطور الحديث الذي يجعلها ضرورة ملحة وملزمة للعمل مع باقي التخصصات في المجالات المختلفة. **(ابوالمعاطى، ٢٠٠٣، ١٧٠)**

فالخدمة الاجتماعية ميدانياً لها أهمية كبيرة حيث تهتم بالمريض كإنسان له احتياجاته النفسية والاجتماعية التي يعمل علي اشباعها حتي يستفيد من العلاج الطبي، ويتطلب ذلك ضرورة النظر اليه نظره كلية من خلال الاخصائي الاجتماعي وفريق العمل الذي يشترط فيه أكثر من تخصص في العملية العلاجية حيث تتصهر هذه التخصصات في وحدة واحدة تنتهي باتخاذ قرارات موحدة يتفق عليه الجميع بشأن علاج المريض، وعلاقة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية لا يتوقف عند حد علاقته بالمريض، بل يتعدى ذلك العلاقة بأعضاء الفريق العلاجي. **(عبدالهادى، ٢٠٠٨، ٨٩)**

وتعتبر الأمراض المزمنة من العوامل الرئيسية المسببة لحدوث الوفيات، فهى تؤثر على جانب كبير من حياة الإنسان وتظل فترة طويلة قبل أن تكتشف لأنه ليس هناك أعراض في المراحل المبكرة من المرض. **(محمد، ١٩٩٩، ٦٥)** ، ومن هذا الأمراض أمراض القلب.

وما تزال أمراض القلب الوعائية السبب الرئيسي للوفيات في العالم على الرغم من توسع المجال الصحي في ابتكار العلاجات. وقد اهتم الطب بعلاج أمراض القلب مثل عمليات الزرع، والمضخات البديلة لحجيرات القلب وعلاجات الأنسجة التالفة، خاصة وأن نسبة الوفيات من جراء أمراض القلب والأوعية الدموية تبلغ نحو ٣٣%، أي نحو تسعة عشر مليون حالة وفاة كل عام، وذلك وفق بيانات الاتحاد العالمي للقلب. وتحدث ثلاثة أرباع من الوفيات الناجمة عن الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، مما يؤكد أهمية الوقاية.

(**https://cutt.us/q١Oly**)

وهذا ما أكدته دراسة(**Lisa, 2014**) والتي أوضحت أن أمراض القلب هي السبب الرئيسى للوفاة في معظم دول العالم. وفى مصر فالوفيات الناتجة عن أمراض القلب ٥ أضعاف الدول الأخرى. بواقع ٥٠٠ حالة لكل ١٠٠ ألف مصرى. حيث أن ٤٧% من المصريين مدخنين و٤٨ % مصابين بالسمنة و ٨ مليون مريض سكر و ٢٦% لديهم ضغط وكلها تسبب الإصابة. وبمناسبة اليوم العالمى للقلب الموافق يوم ٢٩ سبتمبر من كل عام، تعتبر أمراض القلب هى السبب الأول للوفاة على مستوى العالم، وهي تحصد سنوياً أرواح الناس أكثر من سواها من الأمراض وتشير احصائيات منظمة الصحة العالمية أن أمراض القلب تمثل ٣١ % من مجموع الوفيات في العالم.(**https://cutt.us/uXaTc**)

ويواجه مرضى القلب الكثير من المشكلات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والأسرية والمجتمعية وهذا ما أكدته دراسة (**آيه،٢٠١٨**). فلابد من الاهتمام وررفع مستوى الوعي بعوامل الخطر المؤدية لأمراض القلب والشرايين، وأهمية إجراء فحوص طبية دورية، حيث يواجه قلب الفرد العديدَ من التهديدات. كما أشارت دراسة(**حسن،٢٠١٧**) أهمية دور الاخصائى الاجتماعى في تحقيق المساندة الاجتماعية لمرضى القلب.

وفي الآونة الأخيرة ظهر العديد من الاتجاهات الحديثة التي تسهم في التخفيف من الآلام المزمنة ومن أهم هذه الاتجاهات الرعاية التلطيفية، والتي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة، وتدبر الآلام المزمنة لتخفيف من معاناتهم، والتي تعتبر من الأعراض الرئيسية للمرض والمهددة للحياة وعلى هذا دعت منظمة الصحة العالمية إلى توسيع مفهوم الرعاية التلطيفية لتشمل رعاية تكاملية، تحوي الجوانب النفسية، والاجتماعية، والجسدية، وإدماجها في جميع مستويات الرعاية الصحية باعتبارها ضرورة صحية تهدف إلى تحسين نوعية الحياة، وتوفير الراحة من الضغوطات الناتجة عن الأمراض الخطيرة للمرضى وأسرهم. وهذا ما أكدته دراسة (**زكريا، ٢٠٢١**) حيث استهدفت تحديد المقصود الرعاية التلطيفية، وتسكين الألم، والعيادات النبوية، وتوصلت نتائجها إلى أن الرعاية التلطيفية تتناغم مع أخلاق الإسلام؛ سيما الرفق، والإتقان، والإعانة، وعيادة المريض التي حض النبي صلى الله عليه وسلم؛ تمثل وجهاً من وجوه الرعاية التلطيفية، وعياداته صلى الله عليه وسلم تبرز منهجاً نبوياً فريداً في الرعاية التلطيفية وتسكين ألم المريض.

فالرعاية التلطيفية هى حق الإنسان في التمتع بالصحة وينبغي أن تقدَم في إطار خدمات صحية متكاملة محورها الإنسان تولي اهتماماً خاصاً لاحتياجات كل فرد وتفضيلاته. وتُلتمس الرعاية الملطفة لمجموعة واسعة من الأمراض. ومعظم البالغين الذين يحتاجون إلى الرعاية الملطفة يعانون من أمراض مزمنة مثل الأمراض القلبية الوعائية (٣٨,٥) والسرطان (٣٤) والأمراض التنفسية المزمنة (١٠,٣) والإيدز (٥,٧) وداء السكري (٤,٦)%. وقد تتطلب العديد من الاعتلالات الأخرى رعاية ملطفة، بما فيها الفشل الكُلوي والأمراض الكبدية المزمنة والتصلب المتعدد وداء باركنسون والتهاب المفاصل الروماتويدي والأمراض العصبية والخرف وحالات الشذوذ الخلقي والسل المقاوم للأدوية. (**منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٠**)

وترجع نشأة مفهوم الرعاية التلطيفية إلي (آدم سميث) حيث أشار إلي أنه يمكن أن يحدد بطرق متعددة طالما أنه يستخدم بشكل واضح، حيث يمكن تقسيم الدراسات التي تناولت هذا المصطلح الي مجموعتين: الدراسات التي تقيس الرعاية كمتغير موضوعي يشمل: التعليم والصحة والدخل والوظيفة، ويعتمد هذا النوع علي النوعية المادية للحياة، والدراسات التي تقيس الرعاية كمتغير ذاتي يشمل: الرعاية النفسية، والخبرات الاجتماعية ونوعية الحياة والسعادة، والصحة النفسية الجيدة، والرفاه الاجتماعية، ويعتمد هذا النوع علي العناصر العاطفية أو الوجدانية والمكون المعرفي. **(Rodrı´guez & Tselios, 2013, 185)**

وتعود الرعاية التلطيفية الي النصف الثاني من القرن الرابع عندما فتحت فابيولا نزل الي الحجاج والمرضي، ثم اصبحت النزل في المستشفيات، وفي عام ١٨٤٢ تم افتتاح أول مسكن للمعرضين للموت من قبل (جان غارنييه) الذي فقد اثنين من الاطفال الصغار في فرنسا، وفي عام ١٨٩٧ وعام ١٩٠٥ بدأت الاخوات الايرلندية الخيرية في تأسيس نزل خيرية للمعرضين للموت في مدينة لندن. (**Palliative Care Association oF Malawi, 2011, 22)**

والرعاية التلطيفية هي نموذج علاجي يهدف الي تخفيف معاناة المريض وتحسين نوعية الحياة، وهي بالضرورة بالنسبة لأولئك الذين يعيشون مع الامراض المزمنة، ومع ذلك فإن معظم حالات الرعاية التلطيفية تقدم لهم كملاذ أخير عندما يفشل عندما تفشل جميع الخيارات العلاجية الاخرى، وللأخصائيين الاجتماعيين دوراً هاماً في المناقشات المبكرة للرعاية التلطيفية بسبب مجموعة من المهارات والمعارف والممارسات الفريدة من نوعها يتم من خلالها تناول تقنيات الادخال المبكر للرعاية التلطيفية. **(Gerbino, 2015, 74)** وهناك انتشار متزايد من الأمراض المزمنة وزيادة الحاجة الي الرعاية التلطيفية، لذلك يجب أن نركز علي تحسين نوعية حياة المريض من خلال الرعاية التلطيفية عن طريق تحسين نوعية حياة المرضي وعائلاتهم التي تواجه المشكلة المرتبطة بالأمراض المزمنة التي تهدد الحياة من خلال منع وتخفيف المعاناة عن طريق الكشف المبكر، وتقييم وعلاج الألم وغيرها من المشاكل المادية والروحية والنفسية، لذلك هناك ضرورة للتركيز علي الجانب النفسي للمريض وتحسين علاقته بالبيئة المحيطة، ويتجلى ذلك من خلال التمسك ببرامج الرعاية التلطيفية، وينبغي أن تكون الرعاية التلطيفية جزء أساسي من الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية. **(El–Lithy, 2013, 97)** وهذا ما أكدته دراسة **(دعاء &عادل ، ٢٠١٧)** حيث استهدفت التعرف على فاعلية برنامج إرشادي مبني على الرعاية التلطيفية في تحسين نوعية الحياة وخفض الأعراض الاكتئابية لدى السيدات المصابات بمرض السرطان ومرض التصلب اللويحي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس نوعية الحياة بدلالته الكلية وأبعاده الفرعية لصالح المجموعة التجريبية، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي للصورة المعربة من مقياس بيك للاكتئاب.

وكذلك دراسة **(Rajmohan & Suresh, 2013)** حيث استهدفت معرفة مدي انتشار الأمراض النفسية لدي المرضي المصابين بمرض السرطان، وعلاقة ذلك بإدراك الالم والحالة الوظيفية من خلال الرعاية التلطيفية، وتوصلت نتائج الدراسة ان ٦٧% من المرضي لديهم أمراض نفسية تتمثل في فقدان النشاط واضطراب المزاج والنوم وفقدان الشهية وضعف العلاقات الاجتماعية، وان ارتفاع مستوي اصابة المريض بالأمراض النفسية مرتبط بزيادة الاحساس بالألم وضعف النشاط وفقدان الحالة الوظيفية.

والخدمة الاجتماعية هي واحدة من عدد من المهن التي تسهم في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية، من خلال الاخصائي الاجتماعي الممارس العام للمهنة، والذي يجب العمل علي تنمية قدراته المهنية ليقدم خدمات الرعاية التلطيفية للمرضي بشكل أكثر كفاءة وفاعلية.

ويتم تطبيق الخدمة الاجتماعية للرعاية التلطيفية كجزء من التخصص الطبي الذي يعتمد علي فريق فني متعدد التخصصات ذلك من خلال تحقيق هدفها وهو اشباع الاحتياجات الاجتماعية والعملية والنفسية والجسدية والروحية للمرضي المقبلين على الموت وأسرهم. **(Watts, 2013, 23)**

والاخصائي الاجتماعي كممارس عام يقوم بدور كبير في العمل الفريقى في مختلف الأوقات، وذلك من خلال الأدوار التي يمارسها كقائد، كتابع، كموجه للتفاعل، كوسيط اتصالي، كمبتكر، كميسر، كمعالج، كممكن، حيث يمارس جميع الأدوار المهنية، وهذا يعني أن للأخصائي الاجتماعي نشاط أولي وثانوي بالإضافة الي برامج الرعاية المتخصصة والمساهمة في التخطيط لبرامج الوقاية والعلاج، وترجع أهمية دور الاخصائي الاجتماعي في العمل الفريقي مع مشاكل المريض إلي أحواله الطبية والنفسية والاجتماعية متداخلة. **(غازى، ٢٠٠٣، ١٧٧)**

كما استهدفت دراسة **(عليوة & برغوتى، ٢٠٢٢)** توضيح العلاج التلطيفي، ومبادئه، وأهدافه، ودور الأخصائي الاجتماعي في الرعاية التلطيفية مع مرضى السرطان، وتوصلت نتائجها إلى أن خدمات الرعاية التلطيفية يمكنها التخفيف من آلام أعراض المرض وأساليب التداوي، فضلاً عن إتاحة الفرصة للمرضى لاستغلال فترة احتضارهم بشكل أفضل، وغالبا ما يكون ذلك لتحديد الأهداف، وتخطيط أسلوب الرعاية ومناقشة الأطباء في كيفية تحقيق التوازن بين آلام المرض والتمتع بالحياة.

فالاخصائى الاجتماعى له دور فعال في فريق الرعاية التلطيفية مع المرضى وهذا ما أكدته دراسة **(مجيدة، ٢٠١٧)** حيث استهدفت تقديم توصيف للكفايات المهنية بالاخصائى الاجتماعي عضو فريق الرعاية التلطيفية. وذلك باستطلاع رأي مجموعة من الأكاديميين المتخصصين في مهنة الخدمة الاجتماعية في بعض الجامعات السعودية حول الكفايات المهنية للاختصاصي الاجتماعي عضو فريق الرعاية التلطيفية المستمدة من دراسات وأبحاث محلية وعالمية؛ ويمكن من ثم الاستناد إليها في تحديد دور الاخصائى الاجتماعي في برامج الرعاية التلطيفية المقدمة في المستشفيات المحلية، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أنه هناك شبه اتفاق على مناسبة معظم عناصر الكفايات المهنية للاخصائى الاجتماعي عضو فريق الرعاية التلطيفية عالمياً

للتطبيق محلياً. كما استهدفت دراسة **(مصطفي، ٢٠٢١)** تحديد الاحتياجات المعرفية والقيمية والمهارية اللازمة للأخصائيين الاجتماعيين العاملين باستخدام الرعاية التلطيفية مع أسر أطفال التوحد، وتحديد الصعوبات التي تواجه الاخصائيين الاجتماعيين العاملين باستخدام الرعاية التلطيفية مع أسر اطفال التوحد، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن تلك الاحتياجات والتي جاءت مرتبة تصاعدياً علي النحو الآتي الاحتياجات القيمة ثم الاحتياجات المعرفية واخيراً الاحتياجات المهارية. وكذلك دراسة **(نجوى، ٢٠٢٣)** والتي هدفت إلى تحديد متطلبات تنمية الأداء المهنى للاخصائى الاجتماعى بفريق الرعاية التلطيفية مع المسنين (متطلبات معرفية، ومتطلبات قيمية، ومتطلبات مهارية)، وتعد الدراسة من الدراسات الوصفية التى استخدمت منهج المسح الاجتماعى للاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل بمؤسسات رعاية المسنين بمحافظة أسيوط وتوصلت إلى أن المتطلبات ككل كانت بمتوسط حسابى (٢.٣٢) وهو مستوى متوسط.

وقد يواجه الاخصائى الاجتماعى كعضو ضمن أعضاء فريق الرعاية التلطيفية العديد من المعوقات التي تحد من دوره مما يؤثر على تقديم الخدمات للمرضى، وبالتالي نظراً لحداثة وجود أقسام للرعاية التلطيفية في المستشفيات الخاصة بالأمراض المزمنة فقد نجد العديد من المعوقات التي تواجه الفريق العلاجى وفريق الرعاية التلطيفية ككل. وهذا ما يتفق مع دراسة **(ناهد، ٢٠١٧)** حيث استهدفت تحديد معوقات دور الاخصائى الاجتماعى في أقسام الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان حيث توصلت إلى وجود معوقات خاصة بالإدارة ومعوقات خاصة بفريق العمل ومعوقات خاصة بالمريض وأسرته ثم معوقات راجعة لأسباب شخصية ومعوقات راجعة للمجتمع.

وبناء على ما سبق تتحدد إشكالية البحث في التساؤل التالي: ما المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب؟ وينبثق من هذا التساؤل الرئيسى مجموعة من التساؤلات الفرعية وهى:

١- ما المعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب؟

٢- ما المعوقات المهنية التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب؟

٣- ما المعوقات الخاصة بالمستشفى والتى تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب؟

٤- ما المعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب؟

٥- ما المقترحات اللازمة للحد من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب؟

ثانياً: أهمية البحث:

١- تزايد خطورة أمراض القلب عالمياً ومحلياً فقد كشفت منظمة الصحة العالمية عن تقديراتها لعام ٢٠١٩ فيما يتعلق بأسباب الوفاة والعجز حول العالم، وبيّنت أن الأمراض غير السارية، مثل أمراض القلب والسكري والسرطان والجهاز التنفسي، تحتل حالياً سبعة من الأسباب العشرة الأولى للوفاة في العالم، وهو ما يشكل زيادة

مقارنة بعام ٢٠٠٠ حين كانت الأمراض غير السارية تشكل أربعة من الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة.(**الأمم المتحدة، ٢٠٢٠**)، كما تستقبل مستشفى القلب الجامعى أعداداً كثيرة من المرضى وبناءاً على آخر إحصاء للمستشفى وصلت أعداد الحالات خلال شهر أكتوبر الماضي (**٣٥٥٠**) متردداً بالعيادات الخارجية.(**إحصاء مستشفى القلب الجامعى، أكتوبر ٢٠٢٣**) **كما هو موضح بالجدول التالى:**

جدول (١) يوضح أعداد المرضى بمستشفى القلب الجامعى (أكتوبر ٢٠٢٣)

العيادات الخارجية	٣٥٥٠
أعداد الدخول	٣٠٠
عمليات قلب وأوعية دموية	٤٢٣
عمليات جراحة قلب وصدر	١٠١

2- تكمن أهمية الدراسة في إبراز الدور الفعال لمهنة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي وخاصة مجال الأمراض المزمنة.

٣- تستمد الدراسة الحالية أهميتها من أهمية موضوع الرعاية التلطيفية، فهي من أهم انواع الرعاية الطبية المتخصصة التي تعمل علي تحسين نوعية حياة المرضى، حيث تشير التقديرات إلى أن ٤٠ مليون شخص يحتاجون سنويا ًإلى الرعاية التلطيفية، وأن ٧٨% من هؤلاء يعيشون في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.(**منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٠**)

٤- قد يساهم البحث في التوصل إلى المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب والوقوع على دور الاخصائى الاجتماعى ضمن أعضاء الفريق.

ثالثاً: أهداف البحث: تتحدد أهداف البحث في الهدف الرئيسى التالي: تحديد المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب. وينبثق من هذا الهدف الرئيسى مجموعة من الأهداف الفرعية وهى:

١- تحديد المعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب.

٢- تحديد المعوقات المهنية التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب.

٣- تحديد المعوقات الخاصة بالمستشفى كمؤسسة التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب.

٤- تحديد المعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب.

٥- التوصل لبرنامج مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للحد من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب.

رابعاً: مفاهيم البحث:

١- مفهوم المعوقات

الأصل اللغوي لكلمة المعوقاتObstacles مشتقة من الفعل عوق وعاقه عن كذا أي حبسه عنه.(**البعلبكى** ، ١٩٩٧، ٢٦٦) ويعرفها قاموس Webster بأنها " العثرات أو الأشياء التي تحول دون التقدم نحو الشيء ." **(Webster, ١٩٩٩, 1558)**

وتعرف فريق المعوقات إجرائياً بأنها:

هي مجموعة من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب وهذه المعوقات قد ترجع إلي:

- المعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب.
- المعوقات المهنية التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب.
- المعوقات الخاصة بالمستشفى والتى تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب.
- المعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب.
- تلك المعوقات تحد من قيام فريق الرعاية التلطيفية بدوره ومسؤلياته.
- مما يحول دون تقديم الخدمات لهؤلاء المرضى.

٢- مفهوم فريق الرعاية التلطيفية

يعتبر فريق العمل نظام يعتمد على تقديم الخدمات الاجتماعية بواسطة مجموعة من من المختصين فى جوانب أو مجالات مختلفة، ويعمل الفريق بالتعاون والتنسيق فيما بينهم لإنجاز أهداف واضحة ومحددة، حيث يقوم أعضاء الفريق عادة بمناقشة أهداف العمل والاتفاق عليها ومناقشة جميع الأنشطة اللازمة، لتحقيق الأهداف المتفق عليها وتحديد دور ومسئولية كل عضو فى الفريق.(**نيازى** ، ٢٠٠٠ ،٢٤٩)، والفرق ما هى إلا جماعات عمل رسمية تتكون من أشخاص يعملون معاً لتحقيق أهداف مشتركة.**(149 , 2008, Sherblom)**

ويقصد بالعمل الفريقى Team Workذلك العمل الذى يشترك فيه عدد من المهنيين ذوى التخصصات المختلفة، بقصد مناقشة موضوع أو موضوعات معينة بحيث تنصهر فى وحدة واحدة تنتهى بإتخاذ قرارات موحدة بشأن هذه الموضوعات التى يتفق عليها الجميع والعمل مع الأفراد غير العاديين يتطلب عمل الفريق والتعاون فى سبيلهم.(**فهمى** ، ١٩٩٦ ،٤١)

والرعاية التلطيفية هي أسلوب يحسن نوعية حياة المرضى، وحياة أسرهم، بمواجهة المشاكل المرتبطة بأمراض تهدد الحياة، من خلال الوقاية، وتخفيف المعاناة في وقت مبكر، مع تقييم الحالة بشكل مستمر، مع التنويع في طرق عالج الألم، المتصلة بالمشكلات الجسدية والنفسية والروحية.(**Tester, 2008, 13)**

كما تعرف الرعاية التلطيفية علي أنها " الطريقة التي تعمل على تحسين نوعية حياة المرضى وعائلاتهم، التي تواجه مشاكل مرتبطة بأمراض تهدد الحياة، من خلال منع وتخفيف المعاناة عن طريق تحديد مبكر، وتقييم دقيق، وعلاج الألم والمشاكل الجسدية، والنفسية، والاجتماعية، والروحية **(Jeroen & Sheila, 2016, 23)**."

كما عرفت منظمة الصحة العالمية الرعاية التلطيفية بأنها " مجموعة الجهود الطبية المقدمة من فريق متعدد الخبرات للمرضي الذين يواجهون أمراضاً مزمنة، بهدف تحين نوعية الحياة ورفع المعاناة عنهم وعن عائلاتهم، مع الاخذ بعين الاعتبار الحاجات البدنية والنفسية والاجتماعية والروحانية.(**Vadivelu, 2013, 8)**

– خدمات الرعاية التلطيفية تتمثل فيما يلي: (مطر ، ٢٠٢٠ ،١٦)

يمكن تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى القلب من مجموعة من الخدمات الآتية:

– تقديم المشورة للفريق المعالج، وهنا يتولى الرعاية الصحية الاساسية للمريض فريق آخر غير فريق الرعاية التلطيفية، ولكنه يطلب مشورة فريق الرعاية التلطيفية للمساعدة في التعامل مع مشكلات محدد.

– أن يتولى فريق الرعاية التلطيفية بشكل مباشر واساسي رعاية المريض ويمكنه طلب مشورة أي فريق طبي آخر عند الحاجة وهذا الوضع يحدث في حالة وجود خيارات آخرى متاحة(في الطب الحديث) لعلاج المرض الاساسي أو الحد من تطوره.

– الإدخال إلى المستشفى، وهذا يكون فقط عندما توجد حاجة ماسة لتقديم خدمة طبية لا يمكن تقديمها للمريض إلا بإدخاله إلى المستشفي، وفي هذه الحال يبقى هدف الفريق الصحي محاولة تكثيف الجهود لتقصير فترة إبعاد المريض عن بيته ومحيطه الأسري والذي سيكون له أثر إيجابي كبير على راحته.

– المتابعة في العيادة الخارجية، وفي هذه الحال يعطى المريض مواعيد منتظمة لزيارة الفريق الصحي في العيادة الخارجية.

– خدمة الرعاية الصحية المنزلية قد تكون متوفرة ضمن بعض البرامج، وهنا يقوم الفريق الصحي بجدولة زيارات صحية للمريض وهو في منزله وذلك للاطمئنان على راحته وتقويم حاله بشكل دوري ومن ثم اتخاذ الإجراء المناسب للتعامل مع أي مشكلات قد تطرأ.

ويعتبر العمل الجماعي هو أحد معايير الرعاية في مجال الرعاية التلطيفية وهو ما تؤكد عليه المنظمات الرائدة، عندما تقوم فرق متعددة التخصصات بتوصيل تقييماتها المتنوعة، قد تكون النتائج أكثر من مجرد إضافة مستحقة لتوليف المعلومات. فالتداخل المهني لا يضمن تعدد الأبعاد في الرعاية الصحية ومع ذلك، قد تكون هناك تساؤلات بشأن التدخلات وأن الفرق المشتركة بين التخصصات تعمل على تعزيز التعاون.**(Klarare & et al,2013,1062)**

وتعد مشاركة الفريق متعدد التخصصات أمرًا شائعًا في العديد من أماكن الرعاية التلطيفية عبر العالم. حيث ينظر العديد من الخبراء إلى العمل الجماعي باعتباره وظيفة لا غنى عنها في فرق الرعاية التلطيفية. وتختلف السمات الهيكلية والوظيفية بشكل كبير لهذه الفرق بين السياقات الإقليمية والتنظيمية يمكن أن تكون بمثابة نقاط قوة ونقاط الضعف تجاه إنتاجيتهم بشكل عام. فاستدامة ومرونة الفريق لها تأثيرًا غير مباشر على أداء الفريق.

(Fernando& Hughes,2019)

ويتكون فريق الرعاية التلطيفية من: (Donald & et al, 2015)

١- أطباء الرعاية التلطيفية.

٢- الممرضات.

٣- الاخصائيين الاجتماعيين.

٤- الاخصائيين النفسيين.

- لمن تقدم الرعاية التلطيفية:

(https://www.moh.gov.sa/awarenessplateform/Patientsrights/Pages/PalliativeTreatment.aspx)

توفر الرعاية التلطيفية للأفراد من كافة الأعمار المصابين بمرض خطير أو يهدد الحياة مثل:

١- السرطان

٢- الأمراض العصبية المستعصية

٣- الخرف

٤- الزهايمر

٥- مرض باركنسون

٦- السكتة الدماغية

٧- الفشل الكلوي

٨- الفشل الكبدي

٩- أمراض القلب المزمنة

١٠- أمراض الرئة المستعصية

١١- التليف الكيسي

١٢- اضطرابات نخاع العظم والدم التي تتطلب زراعة الخلايا الجذعية

١٣- نقص المناعة المكتسب

- أماكن تقديم الرعاية التلطيفية: (Beresford & et al, 2007)

تقدم الرعاية التلطيفية للمريض وللقائمين على رعايته من ذويه بهدف الحد أو التخفيف من معاناتهم في مواجهة المرض علاج الأعراض كالألم وضيق التنفس، وعلاج المشاكل الطبية الأخرى بحسب حالة المريض، والدعم النفسي والاجتماعي للمريض وأسرته، وتقديم المشورة للمرضى الذين لايزالون تحت العلاج، والرعاية المنزلية، ومواساة ودعم الأسرة بعد الفقد. **ومن أماكن تقديم خدمات الرعاية التلطيفية ما يلى:**

١- العيادات الخارجية

٢- الرعاية الصحية المنزلية.

٣- وحدة الرعاية التلطيفية

٤- النزل الصحية.

ويعرف فريق الرعاية التلطيفية إجرائياً بأنه:

- فريق متعدد التخصصات.
- يقدم خدمات علاجية ووقائية وتنموية لدعم مرضى القلب طبياً ونفسياً واجتماعياً.
- بهدف تحسين نوعية حياة المرضى.

٣- مفهوم مرضى القلب

يعتبر القلب هو أنشط أعضاء الجسم على الإطلاق(**الصايغ، ١٩٨٣، ١٧**)، فهو عبارة عن قطعة قوية مكانه في القفص الصدرى ويحاط من الخارج بما يسمى غشاء التامور الذى يسهل حركته ووظيفته. **(مهران، ٧)**

وتعرف أمراض القلب بأنها " أنواع مختلفة من العلل التي تؤثر على عضلة القلب والأنسجة المتاخمة له والتي تشمل جهاز الدورة الدموية.**(السكرى، ٢٠٠٠، ٢٣٩)**

كما تؤثر أمراض القلب على أي من وظائف القلب وعلى أي من أجزاء القلب، وتعرف أمراض القلب والشرايين بأنها " مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر في القلب والأوعية الدموية وتهدد حياة المريض".**(الشهرى، ٢٠١٩، ٣٥٧)**

ويعرف مرض القلب على أنه " خلل في وظيفة القلب مسؤولاً عن فشل القلب عن ضخ الدم بمعدل يتناسب مع متطلبات الأنسجة الأيضية " . وهو مرض خطير ومزمن وغير قابل للشفاء. **Luttik & et al, (2005,162)**

- **مضاعفات أمراض القلب: (https://cutt.us/ApJ9Z)**

- **فشل القلب:** يمثل فشل القلب إحدى المضاعفات الأكثر شيوعًا لأمراض القلب، ويحدث عندما لا يتمكن القلب من ضخ ما يكفي من الدم لتلبية احتياجات الجسم.

- **النوبة القلبية:** قد تحدث النوبة القلبية عندما تكون هناك جلطة دموية عالقة في وعاء دموي يغذي القلب.
- **السكتة الدماغية:** يمكن أن تسبب عوامل الخطر التي تؤدي إلى الإصابة بأمراض القلب أيضًا السكتة الدماغية الإقفارية ويحدث هذا النوع من السكتة الدماغية عند تضيُّق الشرايين التي تغذي الدماغ أو انسدادها، حيث تصل كمية قليلة جداً من الدم إلى الدماغ، والسكتة الدماغية هي حالة طبية طارئة، تبدأ فيها أنسجة الدماغ في الموت خلال دقائق قليلة من حدوثها.
- **تمدد الأوعية الدموية:** تمدد الأوعية الدموية هو انتفاخ في جدار أحد الشرايين، وإذا انفجرت الأوعية الدموية المتمددة، فقد تواجه نزيفًا داخليًا مهددًا للحياة.
- **مرض الشريان المحيطي:** عندما تُصاب بمرض الشريان المحيطي، لا تتدفق كمية كافية من الدم إلى الذراعين أو الساقين، وخاصة الساقين، ويسبب ذلك في ظهور بعض الأعراض، أبرزها ألم الساق عند المشي، ويمكن أن يُسبب تصلب الشرايين مرض الشريان المحيطي.
- **توقف القلب المفاجئ:** توقف القلب المفاجئ هو فقدان مفاجئ لوظيفة القلب والتنفس والوعي، ويحدث غالبًا بسبب مشكلة في النظام الكهربائي للقلب، وتوقف القلبي المفاجئ هو حالة طبية طارئة، ويؤدي إلى موت القلب المفاجئ إذا لم يعالج على الفور.

وتعتبر الوقاية أولى الخطوات في إدارة الأمراض المزمنة حيث يمكن الوقاية منها عن طريق الرعاية الصحية للطفل قبل الولادة والرضاعة الطبيعية والاهتمام بالتطعيمات وإجراء الفحوصات اللازمة كل فترة وكذلك ممارسة التمارين الرياضية ومراقبة النظام الغذائي، وتعتمد الوقاية الأولية على معرفة سبب المرض وبدون هذه المعرفة تصبح الوقاية الأولية صعبة، ولان الكثير من امراض القلب لم تعرف أسبابها الأساسية حتى الان فالأمل في استئصالها صعباً ولكنه ليس مستحيلاً. **(آيه،٢٠١٨،٧٢،٧٣)**

٤- مفهوم الممارسة العامة

تعرف الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية بأنها " قدرة الممارس العام علي التعامل مع كافة أنساق العملاء سواء كانوا أفراد وأزواج وأسر وجماعات ومجتمعات ولديه القدرة على توظيف مختلف طرق الخدمة الاجتماعية ". **(Philip, R, & et al, 2002,118)**

والممارسة العامة هى أنشطة مهنية ذات منظور شامل تتعامل مع الإنسان فى الموقف الذى يواجهه مستخدماً فى ذلك الطرق والنظريات والإستراتيجيات الملائمة فى ضوء علاقة نسق التعامل بالأنساق الأخرى. **(فهمى،٢٠١٣،١٩)**

كما تعنى الممارسة العامة أيضاً اتجاه يتضمن الاهتمام بالإنسان وحاجاته وأهدافه وأساليب تفكيره وبيئته وهذا الاتجاه يتيح للأخصائى الاجتماعى إستخدام كل ما يتوفر لديه من أدوات ونظريات وأساليب عمل فى ضوء حاجات ومشكلات العملاء على كل المستويات.**(حبيب& حنا،٢٠١١،٢٢٨)**

وتعرف الممارسة العامة إجرائياً بأنها:

– إتجاه يعتمد على العمل الفريقي (فريق الرعاية التلطيفية) الذي يعتمد على إشتراك المهنيين ذوى التخصصات المختلفة مع الاخصائي الاجتماعي بهدف مساعدة مرضى القلب على التكيف مع المرض وتقديم كافة أوجه الرعاية.

– إتجاه يركز على مساعدة أعضاء فريق الرعاية التلطيفية على تنمية المعارف والمهارات والاتجاهات التى تسهم فى تحقيق ونجاح التعامل مع مرضى القلب.

– يركز هذا الاتجاه على التكامل بين أعضاء فريق العمل (فريق الرعاية التلطيفية) في التعامل مع مرضى القلب باعتباره نسق من أنساق التعامل فى الخدمة الاجتماعية ألا وهو نسق الفعل.

خامساً: الموجهات النظرية للبحث:

– نظرية الدور:

تعتمد نظرية الدور على منطلق أساسى مؤداه ان أي إنسان يحتل العديد من المكانات الاجتماعية في أي فترة من حياته ويترتب على شغله لهذه المكانات عدة أدوار ينبغي عليه أن يؤديها وأثناء شغله لهذه الأدوار يوجد مشاركين له في أدائه لأدواره الاجتماعية المختلفة.**(عبدالعال & مغازى،١٩٩٨،٢٣٠)**

وفى الخدمة الاجتماعية فإن نظرية الدور تعتبر من النظريات الهامة حيث أشارت العديد من كتب الخدمة الاجتماعية إلى أهمية نظرية الدور وتقوم هذه النظرية على محور التفاعل بين الذات والدور وفى نظرية الدور يعد الشخص بمثابة الوحدة العامة للتفاعل وتضاف إليه وحدة أدق وهى الدور فهى تقوم على أساس الفعل المتبادل بين الأشخاص ولكن هذه الأفعال تنتظم في أدوار**(السنهورى،١٩٩٨،٣)**، فهى تقوم على الإعتماد المتبادل بين الأفراد والتخصص وتقسيم العمل.**(الصديقى،٢٠٠١،٤٢)**

وترجع أهمية نظرية الدور في ممارسة الخدمة الاجتماعية إلى أن المؤسسات الاجتماعية بتهتم بإستخدام نظرية الدور بأن تأخذ بعين الإعتبار متطلبات الدور لكل من العملاء والاخصائيين الاجتماعين وفريق العمل الذى يعمل معه كما يتم توضيح أدوار كل من نسق العميل وفريق العمل.**(السنهورى،٢٠٠١،١٢٤)**

أوجه الإفادة من نظرية الدور فى هذه الدراسة:

١– الإفادة منها فى وضع الإطار النظرى للدراسة ومحتوياتها وكذلك تفيد فى تناول الدراسة لبعض العناصر الهامة فى الإطار النظرى مثل دور فريق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب.

٢– الإفادة منها فى الجانب الميدانى للدراسة حيث تستعين بها الباحثة عند تصميم أدوات جمع البيانات لمعرفة الأدوار التى يقوم بها فريق العمل مع مرضى القلب بالتالى الإستعانة بها فى التوصل لبرنامج مقترح للتخفيف من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب.

٣- كما يمكن الاستفادة من نظرية الدور في تحديد الأدوار الفعلية والمتوقعة للاخصائى الاجتماعى في فريق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب.

سادساً: الإجراءات المنهجية للبحث:

١- **نوع البحث:** ينتمى هذا البحث إلى نمط البحوث الوصفية التي يتم من خلالها تحديد المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب، والتوصل رؤية مقترحة للتخفيف من هذه المعوقات من منظور االممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.

٢- **المنهج المستخدم:** تم استخدام منهج المسح الاجتماعى الشامل لجميع أعضاء فريق الرعاية التلطيفية لمرضى القلب بمستشفى القلب الجامعى بأسيوط.

٣- **مجالات البحث:**

أ- **المجال المكانى:** تم تطبيق البحث بمستشفى القلب الجامعى بأسيوط.

جدول (٢) يوضح أعضاء فريق الرعاية التلطيفية بمستشفى القلب الجامعى ٢٠٢٤

م	أعضاء الفريق	العدد
١	الأطباء	٣٠
٢	التمريض	٢٢
٣	اخصائى الرعاية الاجتماعية وخدمة المواطنين	١١
	المجمـوع	٦٣

ب- المجال البشرى: تم تطبيق الاستبيان على جميع أعضاء فريق الرعاية التلطيفية لمرضى القلب بمستشفى القلب الجامعى بأسيوط وعددهم ٦٣ عضو وتم أخذ ١٠ أفراد لثبات الاستبيان حيث أصبحت عينة الدراسة ٥٣ عضو.

ج- المجال الزمنى: وهو فترة جمع البيانات من الفترة ٢٠-١٢- ٢٠٢٣ : ٨-١-٢٠٢٤.

٤- **أدوات البحث:** استمارة استبيان لفريق الرعاية التلطيفية بمستشفى القلب الجامعى بأسيوط.

حيث قامت الباحثة بتصميم استمارة الاستبيان، وذلك بالرجوع إلى التراث النظري والإطار التصوري الموجه للدراسة والرجوع إلى الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة لتحديد العبارات التي ترتبط بكل متغير من المتغيرات الخاصة بالدراسة.

١-**صدق الأداة (الصدق الظاهري):** تم عرض الأداة على عدد (٥) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية أسيوط وحلوان والمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بدمنهور، وبناءاً على رأى المحكمين فقد تم استبعاد بعض العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها إلى (٨٠%) وإعادة صياغة البعض الاخر وبناءاً على ذلك تم صياغة الاستمارة في صورتها النهائية.

٢-ثبات الأداة: تم التأكد من ثبات الأداة بتطبيقها على عينة قوامها (١٠) مفردة من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية لمرضى القلب بمستشفى القلب الجامعى بأسيوط، وإعادة تطبيقها بعد مرور فترة زمنية قدرها (١٥) يوماً وتم إيجاد معامل ارتباط سبيرمان بين التطبيقين الأول والثاني وتبين أن قيمة معامل الارتباط **0,89** وهذا يدل على ثبات الأداة وصلاحيتها للتطبيق.

- النتائج الخاصة بعينة البحث:

أولاً: النتائج الخاصة بالبيانات الأولية لعينة البحث:

جدول (٣) توزيع الفريق حسب النوع (ن=٥٣)

م	السن	ك	%
١	ذكر	**23**	**43.39**
٢	أنثى	**30**	**56.60**
المجمــوع		**٥٣**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول أن نسبة (43.39%)، من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية من الذكور، ونسبة (56.60%) من الآناث. وذلك لأن معظم أعضاء الفريق من التمريض هم من الآناث.

جدول (٤) توزيع الفريق حسب السن (ن=٥٣)

م	السن	ك	%
١	**أقل من ٣٠**	**١٢**	**22.64**
٢	**من ٣٠ إلى أقل من ٤٠**	**٣٥**	**٦٦**
٣	**من ٤٠ فأكثر**	**٦**	**11.32**
المجمــوع		**٥٣**	**%١٠٠**

يتضح من الجدول أن أكبر نسبة من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية في الفئة العمرية من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ بنسبة (٦٦%)، ثم الفئة من أقل من ٣٠ بنسبة (22.64%)، أما النسبة الأقل فهي الفئة من ٤٠ فأكثر بنسبة (11.32%). وهذا يوضح أن معظم أعضاء الفريق ذو خبرة نتيجة أنهم حديثى العمل ولديهم القدرة على التعامل مع المرضى.

جدول (5) توزيع الفريق حسب المؤهل العلمى (ن=٥٣)

م	المؤهل	ك	%
١	مؤهل متوسط	**١١**	**20.75**
٢	مؤهل عالى	**٣٣**	**62.26**
٣	دراسات عليا	**٩**	**16.98**
المجمــوع		**٥٣**	**%١٠٠**

يوضح الجدول السابق أن أكبر نسبة من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية حاصلين على مؤهل عالى بنسبة (**62.26**%)، ثم الحاصلين على مؤهل متوسط بنسبة (**20.75**%)، وأخيراً دراسات عليا بنسبة(**16.98**%). وهذا يشير أن معظم الفريق ذوى خبرات تكمنهم في التعامل مع المرضى.

جدول (٦) توزيع الفريق حسب سنوات الخبرة (ن=٥٣)

م	سنوات الخبرة	ك	%
١	أقل من ٥ سنوات	٣١	58.49
٢	من ٥ سنوات فأكثر	٢٢	41.50
	المجمــوع	٥٣	%١٠٠

يتضح من الجدول أن أكبر نسبة من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية لديهم خبرة أقل من ٥ سنوات بنسبة (58.49%)، أما نسبة (41.50%) لديهم خبرة من ٥ سنوات فأكثر. وقد يرجع ذلك إلى أن معظم أعضاء الفريق من الأطباء حديثى التخرج.

ثانياً: المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب:

جدول (7) يوضح المعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب (ن=٥٣)

م	العبارة	الاستجابات			مجموع الأوزان	الوزن النسبى	النسبة%	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
1	نقص الثقة بين أعضاء الفريق	45	36	20	101	1.9	63.33	8
٢	القدرة على التواصل مع باقى أعضاء الفريق	**96**	**30**	**6**	**132**	**2.49**	**83**	٢
٣	عدم فهم الأهداف والأغراض المنظمة لعمل الفريق بالمستشفى	60	48	19	127	2.39	79.66	3
٤	يعانى الفريق من وجود منازعات وصراعات أثناء تقديم خدمات الرعاية التلطيفية للمرضى	**60**	**40**	**13**	**113**	**2.13**	**71**	٤
٥	وجود تنافس بين أعضاء فريق الرعاية التلطيفية	**45**	**38**	**19**	**102**	**1.92**	**64**	٧
٦	القدرة على التعامل مع	**99**	**30**	**5**	**134**	**2.52**	**84**	١

	المرضى أثناء تقديم خدمات الرعاية التلطيفية						
٧	عدم وضوح الأدوار لكل عضو من أعضاء الفريق	48	30	22	100	1.8	60	٩
٨	وجود احترام متبادل بين أعضاء فريق الرعاية التلطيفية	96	22	10	128	2.4	80	٦
٩	الإحساس بالمسئولية تجاه تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى القلب	108	20	7	135	2.5	83.33	٥
١٠	التنسيق بين أعضاء الفريق لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية للمرضى	96	22	10	128	2.4	80	٦مكرر
	المجموع				**1200**	**2.24**	**74.66**	**متوسط**

يتضح من الجدول السابق أن المعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب، تمثلت فيما يلي:

جاء في الترتيب الأول القدرة على التعامل مع المرضى أثناء تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بوزن نسبى **(2.52)**، وجاء في الترتيب الثاني القدرة على التواصل مع باقى أعضاء الفريق بوزن نسبى **(2.49)**، ثم جاء في الترتيب الثالث عدم فهم الأهداف والأغراض المنظمة لعمل الفريق بالمستشفى بوزن نسبى (2.39)، ثم جاء في النهاية الترتيب التاسع والأخير عدم وضوح الأدوار لكل عضو من أعضاء الفريق بوزن نسبى**(1.8).**

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام **المعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب** بلغ **(2.24)**، وهو معدل متوسط، قد يرجع ذلك عدم التعاون والتنسيق بين أعضاء الفريق وتجاهل باقى أعضاء الفريق للمهام والمسئوليات التي يقوم بها الاخصائى الاجتماعى في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية والاتجاه نحو العمل الفردى وهذا ما يتفق مع نتائدج دراسة **(ناهد، ٢٠١٧)**.

جدول (8) يوضح المعوقات المهنية التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب (ن=٥٣)

م	العبارة	الاستجابات			مجموع الأوزان	الوزن النسبى	النسبة %	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	اهمال الفريق لدور الاخصائى الاجتماعى في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية	54	36	17	107	2.01	67	٢
٢	قلة ادراك الفريق لدور الاخصائى الاجتماعى مع مرضى القلب	63	30	17	110	2.07	69	١
٣	عدم ادراك أعضاء الفريق للمهام والمسئوليات المسندة إليهم	39	50	15	104	1.96	65.33	٣
٤	عدم الالتزام بالمبادىء المهنية أثناء التعامل مع مرضى القلب	30	42	22	94	1.7	56.66	٥
٥	ضعف التعاون بين أعضاء الفريق في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية	30	42	22	94	1.7	56.66	٥ مكرر
٦	نقص المعارف اللازمة حول طبيعة العمل مع مرضى القلب	63	30	17	110	2.07	69	١مكرر
٧	نقص الخبرات التدريبية لأعضاء الفريق واللازمة للعمل المهنى	27	30	29	86	1.6	53.33	٦
٨	نقص المهارات اللازمة للتعامل مع مرضى القلب	45	30	23	98	1.8	60	٤
٩	عدم المشاركة في الندوات أو المؤتمرات العلمية المرتبطة بالرعاية التلطيفية	12	76	8	96	1.8	60	٤مكرر
١٠	عدم الإلمام بالتشريعات والقوانين المنظمة للعمل	6	48	27	81	1.5	50	٧
	المجموع				980	1.82	60.66	منخفض

يتضح من الجدول السابق أن المعوقات المهنية التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب، تمثلت فيما يلي:

جاء في الترتيب الأول قلة ادراك الفريق لدور الاخصائى الاجتماعى مع مرضى القلب، نقص المعارف اللازمة حول طبيعة العمل مع مرضى القلب بوزن نسبى **(2.07)**، وجاء في الترتيب الثاني اهمال الفريق لدور الاخصائى الاجتماعى في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بوزن نسبى **(2.01)**، ثم جاء في الترتيب الثالث عدم ادراك أعضاء الفريق للمهام والمسئوليات المسندة إليهم بوزن نسبى **(1.96)**، ثم جاء في النهاية الترتيب التاسع والأخير عدم الإلمام بالتشريعات والقوانين المنظمة للعمل بوزن نسبى**(1.5)**.

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام **المعوقات المهنية التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب** بلغ **(1.82)**، وهو معدل منخفض، قد يرجع ذلك إغفال دور الاخصائى الاجتماعى مع مرضى القلب من جانب الفريق العلاجى، وكذلك نقص الإعداد النظرى والعملى لأعضاء فريق الرعاية التلطيفية مما يؤثر على مستوى تقديم الخدمات المقدمة للمرضى، وذلك لعدم وجود قوانين ولوائح منظمة لدور كل عضو من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية. لذا لابد من تنمية قدرات ومهارات الاخصائى الاجتماعى كأحد أعضاء فريق الرعاية التلطيفية وهذا ما أشارت إليه **(مصطفي، ٢٠٢١)** والتي استهدفت تحديد الاحتياجات المعرفية والقيمية والمهارية اللازمة للأخصائيين الاجتماعيين العاملين باستخدام الرعاية التلطيفية مع أسر اطفال التوحد، وتحديد الصعوبات التي تواجه الاخصائيين الاجتماعيين العاملين باستخدام الرعاية التلطيفية مع أسر اطفال التوحد، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن تلك الاحتياجات والتي جاءت مرتبة تصاعدياً علي النحو الآتي الاحتياجات القيمة ثم الاحتياجات المعرفية واخيراً الاحتياجات المهارية. وكذلك دراسة **(نجوى، ٢٠٢٣)** والتي هدفت إلى تحديد متطلبات تنمية الأداء المهنى للاخصائى الاجتماعى بفريق الرعاية التلطيفية مع المسنين (متطلبات معرفية، ومتطلبات قيمية، ومتطلبات مهارية)، وتعد الدراسة من الدراسات الوصفية التى استخدمت منهج المسح الاجتماعى للاخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل بمؤسسات رعاية المسنين بمحافظة أسيوط وتوصلت إلى أن المتطلبات ككل كانت بمتوسط حسابى (٢.٣٢) وهو مستوى متوسط.

جدول (9) يوضح المعوقات الخاصة بالمستشفى والتي تواجه بفريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب (ن=٥٣)

م	العبارة	الاستجابات			مجموع الأوزان	الوزن النسبى	النسبة %	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	تعقد اللوائح والقوانين المنظمة لعمل كل عضو من أعضاء الفريق في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية	78	30	12	120	2.2	73.33	٢
٢	نقص الموارد المالية اللازمة لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية	63	20	22	105	1.9	63.33	٥
٣	نقص الإمكانيات البشرية المؤهلة للتعامل مع مرضى القلب	48	40	18	106	2	66.6	٤
٤	ضعف اتصال إدارة المستشفى بمتخذى القرار بالوزارة	18	64	15	97	1.8	60	٦
٥	قلة التنسيق بين الإدارات المسئولة عن تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى القلب	36	70	6	112	2.1	70	٣
٦	فرض الإدارة مهام معينة على الاخصائى الاجتماعى	12	68	15	95	1.7	56.6	٧
٧	قلة الدورات التدريبية التي تنظمها المستشفى والمرتبطة بالعمل المهني	36	30	26	92	1.7	56.6	٧مكرر
٨	محدودية مهام الأخصائي الاجتماعى للتعامل مع مرضى القلب	45	66	5	116	2.1	70	٣مكرر
٩	انشغال بعض أعضاء الفريق بالاعمال الادراية	108	30	2	140	2.6	86.6	١
١٠	قلة اهتمام الفريق بمتابعة حالات مرضى القلب	48	6	34	88	1.6	53.3	٨
	المجموع				١٠٧١	1.97	65.66	منخفض

يتضح من الجدول السابق أن المعوقات الخاصة بالمستشفى والتي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب، تمثلت فيما يلي:

جاء في الترتيب الأول انشغال بعض أعضاء الفريق بالأعمال الادراية بوزن نسبى **(2.6)**، وجاء في الترتيب الثاني تعقد اللوائح والقوانين المنظمة لعمل كل عضو من أعضاء الفريق في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بوزن نسبى **(2.2)**، ثم جاء في الترتيب الثالث قلة التنسيق بين الإدارات المسئولة عن تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى القلب بوزن نسبى **(2.1)**، ثم جاء في النهاية الترتيب الثامن والأخير قلة اهتمام الفريق بمتابعة حالات مرضى القلب بوزن نسبى**(1.6)**.

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام **المعوقات الخاصة بالمستشفى والتي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب** بلغ **(1.97)**، وهو معدل منخفض.

جدول (10) يوضح المعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب (ن=٥٣)

م	العبارة	الاستجابات			مجموع الأوزان	الوزن النسبى	النسبة%	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	ضعف الاهتمام بتقديم خدمات الرعاية التلطيفية في السياسات والنظم الصحية	36	10	36	82	1.54	51.33	7
٢	عدم تدريب الفريق على تقديم خدمات الرعاية التلطيفية	36	10	36	82	1.54	51.33	7مكرر
٣	نقص التوعية بطرق التعامل مع مرضى القلب	21	46	23	90	1.69	56.33	6
٤	تحتاج الرعاية التلطيفية إلى تكاليف عالية	69	30	15	114	2.15	71.66	٤
٥	تعقد الإجراءات اللازمة لحصول المرضى على الأدوية والعقاقير اللازمة	72	30	14	116	2.18	72.66	2
٦	عدم تقبل المريض للعلاج	24	72	9	105	1.9	63.33	8
٧	نقص وعى الأسرة بأهمية الرعاية التلطيفية لمريض القلب	147	8	–	155	2.92	97.33	١

٨	تركيز المريض على الاستفادة من العلاج	108	10	12	130	2.4	80	3
٩	تتطلب الرعاية التلطيفية جهد أكبر من الفريق	147	8	–	155	2.92	97.33	١مكرر
١٠	صعوبة تطبيق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب	45	46	15	106	٢	66.66	٥
	المجموع				1135	2.12	70.66	متوسط

يتضح من الجدول السابق أن المعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب، تمثلت فيما يلي:

جاء في الترتيب الأول نقص وعى الأسرة بأهمية الرعاية التلطيفية لمريض القلب، تتطلب الرعاية التلطيفية جهد أكبر من الفريق بوزن نسبى **(2.92)**، وجاء في الترتيب الثاني تعقد الإجراءات اللازمة لحصول المرضى على الأدوية والعقاقير اللازمة بوزن نسبى **(2.18)**، ثم جاء في الترتيب الثالث تركيز المريض على الاستفادة من العلاج بوزن نسبى **(2.4)**، ثم جاء في النهاية الترتيب الثامن والأخير عدم تقبل المريض للعلاج بوزن نسبى**(1.9)**. لذا يجب ضرورة التوعية بخدمات الرعاية التلطيفية للمرضى وأسرهم وضرورة وجود مكان مخصص لتقديم الخدمات داخل المستشفى، وهذا ما أكدته دراسة **(عليوة & برغوتى، ٢٠٢٢)** والتي استهدفت توضيح العلاج التلطيفي، ومبادئه، وأهدافه، ودور الأخصائي الاجتماعي في الرعاية التلطيفية مع مرضى السرطان.

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام **المعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب** بلغ **(2،12)**، وهو معدل متوسط، قد يرجع ذلك عدم وجود مكان مخصص لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية يكون واضح للمريض وأسرته مما يؤثر على وعى الأسرة بالخدمات المقدمة للمرضى، وكذلك تعقد الإجراءات للحصول على الخدمات والعلاج وذلك لعدم وجود دعم مالى كاف مخصص لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية كما أنها تتطلب جهد كبير من جانب الفريق لضمان تقديم الخدمة وفعاليتها.

جدول (11) يوضح المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية ككل (ن=٥٣)

م	المعوقات	مجموع الأوزان	الوزن النسبي	%	الترتيب
١	المعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية ذاته	1200	2.24	74.66	1
٢	المعوقات المهنية	980	1.82	٦٠.٦٦	4
٣	المعوقات الخاصة بالمستشفى	1071	1.97	65.66	3
٤	المعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية	1135	2.12	70.66	2
المجموع		٤٣٨٦	2.03	%67.66	متوسط

تشير نتائج الجدول إلي أن المتوسط العام للمعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية ككل بلغ (2.03)، ونسبة (67.66%)، وهو معدل متوسط، حيث جاء في الترتيب الأول المعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية ذاته بوزن نسبى (2.24)، ثم الترتيب الثانى المعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية بوزن نسبى (2.12)، والترتيب الثالث المعوقات الخاصة بالمستشفى بوزن نسبى (1.97) ثم الترتيب الرابع والأخير المعوقات المهنية بوزن نسبى (1.82).

جدول (12) يوضح المقترحات اللازمة للحد من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب (ن=٥٣)

م	العبارة	الاستجابات			مجموع الأوزان	الوزن النسبي	النسبة %	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	دمج كل ما هو جديد من خدمات الرعاية التلطيفية ضمن السياسات والنظم الصحية للمستشفى	144	6	2	152	2.86	95.33	٢
٢	الاهتمام بكل ما هو جديد في مجال الرعاية التلطيفية لمرضى القلب	147	8	-	155	2.92	97.33	١
٣	ضرورة التعاون بين الاخصائي الاجتماعي وفريق	108	34	-	142	2.67	89	٥

	الرعاية التلطيفية							
٤	ضرورة وضوح دور كل عضو من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية داخل المستشفى	135	16	–	151	2.84	94.66	٣
٥	توجيه المرضى إلى الموارد والخدمات البينية للاستفادة منها	144	8	–	152	2.86	95.33	٢مكرر
٦	توسيع مهام الاخصائي الاجتماعي داخل المستشفى للتعامل مع مرضى القلب	45	72	2	119	2.24	74.66	١٠
٧	دعم العلاقات بين أعضاء فريق الرعاية التلطيفية بالمستشفى مما ينعكس ايجابياً على المرضى الذين يتعاملون معهم	72	48	5	125	2.35	78.33	٩
٨	توعية أسرة المريض بأهمية خدمات الرعاية التلطيفية	108	28	3	139	2.62	87.33	٦
٩	تنظيم ندوات ومؤتمرات علمية لنشر ثقافة الرعاية التلطيفية في التعامل مع المرض وطرق الوقاية	108	12	11	131	2.47	82.33	٨
١٠	الاهتمام بالتدريب المستمر لفريق الرعاية التلطيفية لمعرفة الجديد في مجال تقديم الخدمات	147	8	–	155	2.92	97.33	١مكرر
١١	توفير الموارد والإمكانيات اللازمة لخدمات الرعاية التلطيفية للمرضى	108	22	6	136	2.56	85.33	٧
١٢	العمل على نشر ثقافة تقبل اختلاف الثقافات والبيئات المختلفة عند التعامل مع للمرضى	135	12	2	149	2.81	93.66	٤
	المجموع				1706	2.67	89	مرتفع

يتضح من الجدول السابق أن المقترحات اللازمة للحد من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب، تمثلت فيما يلي:

جاء في الترتيب الأول الاهتمام بكل ما هو جديد في مجال الرعاية التلطيفية لمرضى القلب، الاهتمام بالتدريب المستمر لفريق الرعاية التلطيفية لمعرفة الجديد في مجال تقديم الخدمات بوزن نسبى (2.92)، وجاء في الترتيب الثاني دمج كل ما هو جديد من خدمات الرعاية التلطيفية ضمن السياسات والنظم الصحية للمستشفى، توجيه المرضى إلى الموارد والخدمات البينية للاستفادة منها بوزن نسبى (2.86)، ثم جاء في الترتيب الثالث ضرورة وضوح دور كل عضو من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية داخل المستشفى بوزن نسبى (2.84)، ثم جاء في النهاية الترتيب العاشر والأخير توسيع مهام الاخصائي الاجتماعي داخل المستشفى للتعامل مع مرضى القلب بوزن نسبى (2.24).

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام **للمقترحات اللازمة للحد من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب** بلغ **(2.67)**، وهو معدل مرتفع.

سابعاً: النتائج العامة للدراسة:

١- النتائج الخاصة بالبيانات الأولية لأعضاء فريق الرعاية التلطيفية:

أ- أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة **(43.39%)**، من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية من الذكور، ونسبة **(56.60%)** من الآناث. وهذا ما أوضحه جدول رقم (٣).

ب- أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية في الفئة العمرية من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ بنسبة **(٦٦%)**، ثم الفئة من أقل من ٣٠ بنسبة **(22.64%)**، أما النسبة الأقل فهي الفئة من ٤٠ فأكثر بنسبة **(11.32%)**. وهذا ما أوضحه جدول رقم (٤).

ح- أوضحت نتائج الدراسة أن أكبر نسبة من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية حاصلين على مؤهل عالى بنسبة **(62.26%)**، ثم الحاصلين على مؤهل متوسط بنسبة **(20.75%)**، وأخيراً دراسات عليا بنسبة**(16.98%)**. وهذا ما أوضحه جدول رقم (٥).

د- أوضحت نتائج الدراسة أكبر نسبة من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية لديهم خبرة أقل من ٥ سنوات بنسبة **(58.49%)**، أما نسبة **(41.50%)** لديهم خبرة من ٥ سنوات فأكثر. وهذا ما أوضحه جدول رقم (٦).

٢- النتائج الخاصة للإجابة على تساؤلات الدراسة:

- أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسط العام **للمعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب** بلغ **(2.24)**، وهو معدل متوسط، قد يرجع ذلك عدم التعاون والتنسيق بين أعضاء الفريق وتجاهل باقى أعضاء الفريق للمهام والمسئوليات التي يقوم بها الاخصائى الاجتماعى في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية والاتجاه نحو العمل الفردى حيث جاء في الترتيب الأول القدرة على التعامل مع

المرضى أثناء تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بوزن نسبى **(2.52)**، وجاء في الترتيب الثاني القدرة على التواصل مع باقى أعضاء الفريق بوزن نسبى **(2.49)**، ثم جاء في الترتيب الثالث عدم فهم الأهداف والأغراض المنظمة لعمل الفريق بالمستشفى بوزن نسبى (2.39)، ثم جاء في النهاية الترتيب التاسع والأخير عدم وضوح الأدوار لكل عضو من أعضاء الفريق بوزن نسبى**(1.8)**. وهذا ما أوضحه جدول رقم (٧).

– أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسط العام **للمعوقات المهنية التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب** بلغ **(1.82)**، وهو معدل منخفض، قد يرجع ذلك إغفال دور الاخصائى الاجتماعى مع مرضى القلب من جانب الفريق العلاجى، وكذلك نقص الإعداد النظرى والعملى لأعضاء فريق الرعاية التلطيفية مما يؤثر على مستوى تقديم الخدمات المقدمة للمرضى، وذلك لعدم وجود قوانين ولوائح منظمة لدور كل عضو من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية. حيث جاء في الترتيب الأول قلة ادراك الفريق لدور الاخصائى الاجتماعى مع مرضى القلب، نقص المعارف اللازمة حول طبيعة العمل مع مرضى القلب بوزن نسبى **(2.07)**، وجاء في الترتيب الثاني اهمال الفريق لدور الاخصائى الاجتماعى في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بوزن نسبى **(2.01)**، ثم جاء في الترتيب الثالث عدم ادراك أعضاء الفريق للمهام والمسئوليات المسندة إليهم بوزن نسبى **(1.96)**، ثم جاء في النهاية الترتيب التاسع والأخير عدم الإلمام بالتشريعات والقوانين المنظمة للعمل بوزن نسبى**(1.5)**. وهذا ما أوضحه جدول رقم (٨).

– أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسط العام **للمعوقات الخاصة بالمستشفى والتي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب** بلغ **(1.97)**، وهو معدل منخفض. حيث جاء في الترتيب الأول انشغال بعض أعضاء الفريق بالأعمال الادراية بوزن نسبى **(2.6)**، وجاء في الترتيب الثاني تعقد اللوائح والقوانين المنظمة لعمل كل عضو من أعضاء الفريق في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بوزن نسبى **(2.2)**، ثم جاء في الترتيب الثالث قلة التنسيق بين الإدارات المسئولة عن تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى القلب بوزن نسبى **(2.1)**، ثم جاء في النهاية الترتيب الثامن والأخير قلة اهتمام الفريق بمتابعة حالات مرضى القلب بوزن نسبى**(1.6)**. وهذا ما أوضحه جدول رقم (٩).

– أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسط العام **للمعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب** بلغ **(2،12)**، وهو معدل متوسط، قد يرجع ذلك عدم وجود مكان مخصص لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية يكون واضح للمريض وأسرته مما يؤثر على وعى الأسرة بالخدمات المقدمة للمرضى، وكذلك تعقد الإجراءات للحصول على الخدمات والعلاج وذلك لعدم وجود دعم مالى كاف مخصص لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية كما أنها تتطلب جهد كبير من جانب الفريق لضمان تقديم الخدمة وفعاليتها. حيث جاء في الترتيب الأول نقص وعى الأسرة بأهمية الرعاية التلطيفية لمريض القلب، تتطلب

الرعاية التلطيفية جهد أكبر من الفريق بوزن نسبى **(2.92)**، وجاء في الترتيب الثاني تعقد الإجراءات اللازمة لحصول المرضى على الأدوية والعقاقير اللازمة بوزن نسبى **(2.18)**، ثم جاء في الترتيب الثالث تركيز المريض على الاستفادة من العلاج بوزن نسبى **(2.4)**، ثم جاء في النهاية الترتيب الثامن والأخير عدم تقبل المريض للعلاج بوزن نسبى**(1.9)**. وهذا ما أوضحه جدول رقم (١٠).

– أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسط العام **للمعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية ككل** بلغ (2.03)، ونسبة (67.66%)، وهو معدل متوسط، حيث جاء في الترتيب الأول المعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية ذاته بوزن نسبى (2.24)، ثم الترتيب الثانى المعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية بوزن نسبى (2.12)، والترتيب الثالث المعوقات الخاصة بالمستشفى بوزن نسبى (1.97) ثم الترتيب الرابع والأخير المعوقات المهنية بوزن نسبى (1.82). وهذا ما أوضحه جدول رقم (١١).

– أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسط العام **للمقترحات اللازمة للحد من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب** بلغ **(2.67)**، وهو معدل مرتفع. حيث جاء في الترتيب الأول الاهتمام بكل ما هو جديد في مجال الرعاية التلطيفية لمرضى القلب، الاهتمام بالتدريب المستمر لفريق الرعاية التلطيفية لمعرفة الجديد في مجال تقديم الخدمات بوزن نسبى (2.92)، وجاء في الترتيب الثاني دمج كل ما هو جديد من خدمات الرعاية التلطيفية ضمن السياسات والنظم الصحية للمستشفى، توجيه المرضى إلى الموارد والخدمات البينية للاستفادة منها بوزن نسبى (2.86)، ثم جاء في الترتيب الثالث ضرورة وضوح دور كل عضو من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية داخل المستشفى بوزن نسبى (2.84)، ثم جاء في النهاية الترتيب العاشر والأخير توسيع مهام الاخصائي الاجتماعي داخل المستشفى للتعامل مع مرضى القلب بوزن نسبى (2.24). وهذا ما أوضحه جدول رقم (12).

ثامناً: برنامج مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للحد من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب:

١– الأسس التي يقوم عليها البرنامج المقترح:

اعتمدت الباحثة في وضع البرنامج المقترح على الأسس والمصادر التالية:

– تحليل نتائج الدراسات السابقة التي استعانت بها الباحثة في تحديد مشكلة الدراسة الحالية والوقوف على جوانبها المختلفة والاستفادة من توصيات تلك الدراسات.

– الاطلاع على الإطار النظري للخدمة الاجتماعية بصفة عامة والممارسة العامة بصفة خاصة وما تحتويه من نماذج ونظريات مهنية (نظرية الأنساق الايكولوجية – نظرية الدور) واستراتيجيات وتكنيكيات.

– نتائج الدراسة الحالية التي أجرتها الباحثة على جميع أعضاء فريق الرعاية التلطيفية بمستشفى القلب الجامعى.

٢- الأهداف التي يسعى إليها البرنامج المقترح:

وتتمثل في الحد من المعوقات التي تواجه فريق الرعاية التلطيفية عند التعامل مع مرضى القلب: من خلال

- التعاون والتنسيق بين الاخصائى الاجتماعى وباقى أعضاء فريق الرعاية التلطيفية.
- مراعاة التكامل بين تخصصات الفريق لضمان تكامل الخدمات المقدمة للمرضى.
- توفير الإمكانيات المادية اللازمة لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية بالمستشفى.
- تنمية مهارات الاخصائى الاجتماعى وكل أعضاء فريق الرعاية التلطيفية.
- توفير الدورات التدريبة الخاصة بالرعاية التلطيفية وكل ما هو جديد في تقديم الخدمات للمرضى.
- ضرورة وجود مكان مخصص لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية داخل المستشفى مما يسهل على المريض الحصول على الخدمات.
- وجود لوائح وقوانين منظمة لعمل الفريق داخل المستشفى.

٣- إجراءات تحقيق أهداف البرنامج المقترح:

للتغلب على المعوقات الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية يجب مراعاة:

- تنمية قدرة أعضاء الفريق على التعامل مع المرضى أثناء تقديم خدمات الرعاية التلطيفية.
- تنمية القدرة على التواصل لدى الاخصائى الاجتماعى مع باقى أعضاء الفريق.
- ضرورة فهم الأهداف والأغراض المنظمة لعمل الفريق بالمستشفى.
- ضرورة وضوح الأدوار لكل عضو من أعضاء الفريق.

للتغلب على المعوقات المهنية الخاصة بفريق الرعاية التلطيفية يجب مراعاة:

- ضرورة ادراك الفريق لدور الاخصائى الاجتماعى مع مرضى القلب.
- تنمية المعارف اللازمة حول طبيعة العمل مع مرضى القلب.
- فهم الفريق العلاجى لدور الاخصائى الاجتماعى في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية.
- ضرورة ادراك أعضاء الفريق للمهام والمسئوليات المسندة إليهم.
- الإلمام بالتشريعات والقوانين المنظمة للعمل.

للتغلب على المعوقات الخاصة بالمستشفى والتي تواجه فريق الرعاية التلطيفية يجب مراعاة:

- التنسيق بين أعضاء الفريق للتقليل من القيام بالأعمال الادراية.
- وجود اللوائح والقوانين المنظمة لعمل كل عضو من أعضاء الفريق في تقديم خدمات الرعاية.
- التنسيق بين الإدارات المسئولة عن تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى القلب.
- اهتمام الفريق بمتابعة حالات مرضى القلب.

للتغلب على المعوقات الخاصة بتطبيق الرعاية التلطيفية والتي تواجه فريق الرعاية التلطيفية يجب مراعاة:

- تنمية وعى الأسرة بأهمية الرعاية التلطيفية لمريض القلب.
- تنمية مهارات أعضاء فريق الرعاية التلطيفية لضمان تقديم خدمات فعالة.
- تقسيم العمل بين أعضاء الفريق لأن الرعاية التلطيفية جهد أكبر من الفريق.
- تسهيل الإجراءات اللازمة لحصول المرضى على الأدوية والعقاقير اللازمة.
- ضمان حصول المريض على خدمات الرعاية التلطيفية والاستفادة من العلاج.
- مساعدة المرضى على تقبل العلاج.

٤- أنساق التعامل داخل البرنامج المقترح:

أ- **نسق الهدف:** وهم أعضاء فريق الرعاية التلطيفية بمستشفى القلب الجامعى.

ب- **نسق محدث التغيير:** ويتمثل فى برنامج التدخل المهنى.

ج- **نسق المؤسسة:** ويتمثل في مستشفى القلب الجامعى.

د- **نسق الموارد:** ويتمثل في التجهيزات والأدوات والامكانيات المتاحة داخل المستشفى والتي يمكن الاستفادة منها.

٥- الاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج:

- **استراتيجية التعاون:** من خلال تعاون ومشاركة كافة أعضاء الفريق معاً لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية.
- **استراتيجية الاقناع:** وتستخدم لتعديل اتجاهات ومعلومات أعضاء الفريق عن دور الاخصائى الاجتماعى وأهميته كأحد أعضاء فريق الرعاية التلطيفية.
- **استراتيجية التغيير:** من خلال تغيير أنماط السلوكيات السلبية التي قد تصدر من أحد الأعضاء نحو الاخصائى الاجتماعى وتجاهل الأدوار التي يقوم بها.
- **استراتيجية التنسيق:** من خلال معرفة كل عضو من أعضاء فريق الرعاية التلطيفية بالدور المخصص له حتى لا يحدث ازدواج في تقديم الخدمات للمرضى.

٦- التكنيكات المستخدمة في البرنامج:

- التعاون
- العمل المشترك
- الاتصال
- التعليم
- حل المشكلة

تاسعاً: توصيات البحث:

١- تعزيز دور الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي في العيادات والمستشفيات الخاصة بالأمراض المزمنة.

٢- تعزيز دور الاخصائى الاجتماعى ضمن فريق الرعاية التلطيفية مع مرضى القلب.

٣- توظيف دور الهيئات والمؤسسات العلاجية في كيفية التعامل مع المعوقات التي تواجه الفريق الطبي وفريق الرعاية التلطيفية في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية مع الأمراض المزمنة.

٤- ضرورة الاهتمام ببرامج التمويل المالى للمستشفيات الخاصة بالأمراض المزمنة لضمان تقديم خدمات الرعاية التلطيفية للمرضى.

٥- تسهيل الإجراءات الخاصة بتقديم خدمات الرعاية التلطيفية لضمان وصولها للمرضى.

٦- وجود لوائح وقوانين فعالة منظمة لعمل فريق الرعاية التلطيفية مع الامراض المزمنة.

مراجع البحث:

ابوالمعاطى(٢٠٠٣). **الخدمة الاجتماعية في مجال الممارسة المهنية**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

إحصاء مستشفى القلب الجامعى، جامعة أسيوط، أكتوبر ٢٠٢٣.

البعلبكى(١٩٩٧). **المورد**، دار العلم للملايين، لبنان.

السكرى(٢٠٠٠). **قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

السنهورى(٢٠٠١). **الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادى والعشرين** ، ط٤ المعدلة ، ج٢ ، دار النهضة العربية، القاهرة.

السنهورى(١٩٩٨). **مداخل ونظريات ونماذج الممارسة المعاصرة للخدمة الاجتماعية " منظور الممارسة العامة "** ، دار النهضة العربية، القاهرة.

الشهرى(٢٠١٩). **الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب**، مجلة البحث العلمى في التربية، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، ع٢٠، ج١٠، جامعة عين شمس.

الصديقى(٢٠٠١). **التكنيك النظرى والتطبيقى في طريقة العمل مع الأفراد**، المكتب الجامعى الحديث ، الإسكندرية.

آيه(٢٠١٨). **المشكلات الاجتماعية التي تواجه مرضى القلب ودور الخدمة الاجتماعية في التخفيف منها**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.

حبيب & حنا(٢٠١١). **الخدمة الاجتماعية المعاصرة**، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية.

حسن(٢٠١٧). **دور الاخصائى الاجتماعى في المساندة الاجتماعية لمرضى القلب: دراسة ميدانية بمستشفى عسير المركزى المملكة العربية السعودية منطقة عسير**، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للاخصائيين الاجتماعيين، ع٥٨، ج٢.

دعاء & عادل (٢٠١٧): **أثر برنامج مبني على الرعاية التلطيفية في تحسين نوعية الحياة وخفض الأعراض الاكتئابية لدى السيدات المصابات بمرض السرطان والتصلب اللويحي** ، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الاردنية، عمان.

زكريا (٢٠٢١). **الرعاية التلطيفية وتسكين الألم في العيادات النبوية: دراسة موضوعية**، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الإسلامية،ع١، مج٢٩.

صالح (٢٠٠٩).**الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في العولمة " الأطفال المساء معاملتهم – الكشف المبكر عن الأمراض – الجماعات البيئية – أندية المرأة** "، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية.

الصايغ(١٩٨٣). **القلب في الصحة والمرض**، دار العلم للملايين، بيروت.

عبدالعال & مغازى(١٩٩٨). **رعاية ذوى الأمراض العقلية والنفسية**، المكتب العلمى والنشر والتوزيع، الإسكندرية.

عبدالهادى(٢٠٠٨). **الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

غازى(٢٠٠٣). **أدوار الاخصائي الاجتماعي في المجال الطبي**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

عليوة & برغوتى (٢٠٢٢). **العلاج التلطيفي النفسي الاجتماعي في مرض السرطان**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع٢، مج٨.

فهمى (٢٠١٣). **الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية " مجالات تطبيقية** "، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية.

فهمى (١٩٩٦). **قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة الجزء الأول الإعاقة السمعية والحركية**، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.

قاسم(٢٠١٠). **ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي وتأهيل المعاقين**، الفيوم.

مجيدة (٢٠١٧). **الكفايات المهنية للاختصاصي الاجتماعي الطبي عضو فريق الرعاية التلطيفية: دراسة مطبقة على عينة من الأكاديميين المتخصصين في الخدمة الاجتماعية بمدينة الرياض**، مجلة العلوم الاجتماعية، ع٢، مج٤٥.

محمد (١٩٩٩). **العلاقة بين ممارسة الاتجاه المعرفى السلوكى في خدمة الفرد وتعديل أسلوب الحياة للأطفال المرضى بأمراض القلب المزمنة**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، القاهرة فرع الفيوم.

مصطفى (٢٠٢١). **الاحتياجات التدريبية المرتبطة بتنمية الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين باستخدام الرعاية التلطيفية مع أسر أطفال التوحد**. المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية – دراسات وبحوث تطبيقية، ع١٣، مج١.

مطر(٢٠٢٠). **الرعاية التلطيفية**، جامعة الملك عبد العزيز عمادة خدمة المجتمع والتعليم المستمر وحدة المسؤولية الاجتماعية سلسلة المطبوعات التوعوية، السعودية منظمة الصحة العالمية.

منظمة الصحة العالمية(٢٠٢٠).

مهران(د.ت). **أمراض العصر**، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.

ناهد (٢٠١٧). **معوقات دور الأخصائي الاجتماعي في أقسام الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان وتصور مقترح لمواجهة هذه المعوقات**، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للاخصائيين الاجتماعيين، ع٥٧، ج٧.

نجوى (٢٠٢٣). **متطلبات تنمية الأداء المهني للممارس العام في فريق الرعاية التلطيفية بمؤسسات رعاية المسنين**، رسالة مالجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط.

نيازى(٢٠٠). **مصطلحات ومفاهيم أنجليزية فى الخدمة الاجتماعية**، مكتبة العبيكان، الرياض.

Beresford & et al (2007). **Palliative Care Social work and Services Users**, library of Congress Cataloging in Publication Data, USA.
Donald & et al (2015). **High light From the National Palliative medical survey**, Canadian Society of Palliative Care physicians Human Resources Committee, Canada.
El-Lithy, (2013). **Palliative Care Provided by Family Physician to Elderly People**, Faculty of Medicine -family medicine.
Fernando& Hughes (2019). **Team approach in Palliative Care – a review of the literature,** International Journal of Palliative Nursing.
Gerbino, S, (2015). **chronic cancer, Bringing Palliative Care in to conversation**, Rout ledge, London.
Jeroen & Sheila (2016). **Integrated palliative care Publication Radboud University**, Medical Center Nijmegen the Netherlands.
Klarare & et al (2013). **Team Interactions in Specialized Palliative Care Teams: A Qualitative Study,** Journal of Palliative Medicine.
Lisa (2014). **knowiedge of the risks of heart disease uninsured and insured persons with diabetes in a rural community in southeastern united states**, master of science in nursing degree,Webb university school of nursing, faculty of gardner.
Luttik & et al (2005). **The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure,** Journal of Cardiovascular Nursing, University of Groningen.
palliative care Association of Malawi (2011). **International to palliative care, health care workers**, Services providers manual.
Philip, R, & et al (2002). **Social Work, social Welfare and American Society**, 5th ed, Ellyn and Bacon, USA.
Rajmohan & Suresh, K, (2013). **Psychiatric Morbidity, pain Perception and functional Status of Chronic pain patent in palliative care**, Indian journal palliative care.
Rodriguez, Tselios (2013). **Toward Inclusive Growth - Is There Regional Convergence in Social Welfare?** (London, International Regional Science Review, Vol. 38.
(2008). **Small Group and Team Communications**, 4th ed, Pearson, USA Sherblom
Tester (2008). **Palliative Care: A Practical Guide for the Health Professional Finding**, meaning and purpose in life and death Published, 1st Edition Elsevier Ltd.
Vadivelu, N (2013). **Essentials of Palliative Care, Library of Congress Control Number**, Springer, New York.
Watts, J, (2013). **Exploring the "SOCIAL" of social work palliative Care: Working with Diversity**, Bay wood Publishing London.

Webester (1999). **New World Dictionary**, USA.

الأمم المتحدة (٢٠٢٠). متاح على

https://news.un.org/ar/story/١٠٦٧٢٨٢/١٢/٢٠٢٠ – **12/10/2023, 4:50 pm**

https://www.moh.gov.sa/awarenessplateform/Patientsrights/Pages/PalliativeTreatment.aspx

https://cutt.us/q١OIy

https://cutt.us/uXaTc

https://cutt.us/ApJ9Z