

تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى

العاملين في دور المسنين في الأردن بناءً على الواقع

الحالي وتجارب الدول المتقدمة وبيان فاعليته

إعداد

نجاح محمد سلامة

إشراف

الأستاذ الدكتور عدنان الجادري

قدمت هذه الأطروحة إستكمالاً لمتطلبات منح درجة دكتوراة فلسفة في

التربية، تخصص مناهج علوم التمريض وطرق تدريسها

كلية الدراسات التربوية العليا

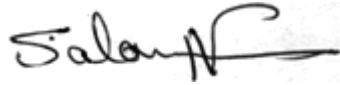
جامعة عمان العربية للدراسات العليا

2007

تفويض الجامعة

أفوض جامعة عمان العربية للدراسات العليا بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

الاسم: نجاح محمد سلامة

 التوقيع:

التاريخ: 2007/01/24

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة وعنوانها " تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين في الأردن. بناءً على الواقع الحالي وتجارب الدول المتقدمة" وبيان فاعليته.

و أجيّزت بتاريخ 24 / 1 / 2007

التوقيع		أعضاء لجنة المناقشة
	رئيساً	الأستاذ الدكتور يعقوب أبو حلو
	عضوا	الأستاذ الدكتور رؤوف العاني
	عضوا	الأستاذ الدكتور منيف قطيشات
	عضوا و مشرفاً	الأستاذ الدكتور عدنان الجادري

شكر وتقدير

الحمد لله حمداً يوافي النعم، على ما أعطاني من نعمة المعرفة وعزيمة البحث، وأمدني بالصبر والجد على

مشاق البحث.

يجمل بي وقد انتهيت من إنجاز عملي هذا، أن أتقدم بجزيل الشكر والإمتنان للأستاذ الدكتور عدنان الجادري المشرف على هذه الدراسة بروح العالم، وقلب الأخ الحاني والذي ما بخل بجهد أو وقت، فكان أيضاً من العطاء لا ينضب، منحني رعايته وشجعني وسدد خطاي ونهلت من علمه الكثير، فله مني أصدق الشكر وأخلص العرفان و الوفاء.

كما أقدم الشكر والثناء للأساتذة الفاضلين أعضاء لجنة المناقشة، الأستاذ الدكتور يعقوب أبو حلو ، والأستاذ الدكتور رؤوف العاني ، والأستاذ الدكتور منيف قطيشات على ما أضافوه من ملاحظات و توجيهات قيمة، أسهمت في إثراء هذه الأطروحة.

والشكر الكبير للأساتذة الفاضلين في جامعاتنا الأردنية لما بذلوه من جهود في تحكيم أدوات الدراسة. و لا يفوتني الإشادة إلى العون الذي يوجب علي الشكر للمسؤولين العاملين في دار الضيافة لرعاية المسنين لما أبدوه من تعاون شكّل محطة رئيسة في إنجاز هذه الأطروحة، ولما بذلوه في الإستجابة لكل أدوات الدراسة وتطبيق البرنامج التدريبي المقترح.

كما أتقدم بالشكر والتقدير الخاص للأخ الدكتور أحمد العزام لما بذله من جهد في تدقيق الأطروحة لغوياً. وأتقدم بالشكر الجزيل للأخوات (أسماء ورائية و منال) لما بذلن من جهد في طباعة وتنسيق الأطروحة. ولرفيق دربي، وأحبائي كل الشكر، فقد عدّوا معي الأيام، وانتظروني ليال طوال بمعين لا ينضب من الصبر، وبسمات دافئة تحطمت على عتباتها كل الصعاب.

هذا جهد المقلّة نتقرب به إلى الله، الذي أسأله العفو إن زللت، والثواب إن أصبت، إنه نعم المولى

والنصير.

نجاح

الاهداء....

الى روح والدي رحمه الله ...

الى أمي الغالية ...

الى رفيق دربي ووالد أجبائي وسياج المودة والسكينة لي (ناجح العزام) ...

الى أجبائي: قصي، اماندا، سارة، حمودة، عمر...

الى عمي الحنون أبو يحيى...

يامن منحتوني دون انتظار، وأعطيتموني دون منته ...

دعمكم كان مصدر طمأنينة لي، وحنانكم زاد الأمل الذي أحيا به، وصبركم كان

الحافز الحقيقي لإخراج هذه الأطروحة الى حيز الوجود ...

إليكم جميعا أهدي جهدي ومحبتي

نجاح

فهرس المحتويات

و	فهرس المحتويات
ط	قائمة الجداول
ك	قائمة الملاحق
ل	الملخص
س	Abstract
1	الفصل الأول خلفية الدراسة وأهميتها
1	مقدمة
5	مشكلة الدراسة
5	عناصر الدراسة
6	فرضيات الدراسة
6	أهمية الدراسة
8	محددات الدراسة :
8	مصطلحات الدراسة
10	الفصل الثاني الأدب النظري والدراسات ذات الصلة
10	أولاً: الأدب النظري
44	ثانياً: الدراسات ذات الصلة
69	ثالثاً : تعقيب على الدراسات
73	الفصل الثالث الطريقة والإجراءات
73	مجتمع الدراسة و العينة:

76	..... منهج الدراسة
76	..... أدوات الدراسة
82	..... متغيرات الدراسة :
83	..... إجراءات الدراسة:
84	..... المعالجة الإحصائية:
88	..... منهج الدراسة
88	..... أدوات الدراسة
94	..... متغيرات الدراسة :
95	..... إجراءات الدراسة:
96	..... المعالجة الإحصائية:
98	..... الفصل الرابع نتائج الدراسة
98	..... النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول:
99	..... النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:
110	..... النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:
118	..... النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:
143	..... النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الخامس:
146	..... الفصل الخامس مناقشة النتائج والتوصيات
146	..... مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول
148	..... مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

158	مناقشة النتائج المتعلقة السؤال الثالث:
162	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:
164	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:
165	التوصيات
167	المراجع
167	المراجع العربية
177	المراجع الأجنبية
191	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	المحتوى	الصفحة
1	دور المسنين وطاقتها الإستيعابية وعدد العاملين فيها حسب معلومات وزارة التنمية الاجتماعية.	103
2	أعداد العاملين والمسنين في دور الرعاية على الواقع الميداني	104
3	توزيع أفراد العينة ونسبهم المئوية وفقا لمتغيرات الدراسة	105
4	معامل الإتفاق بين الباحثة والملاحظتين المرافقتين للعاملين في عينة الثبات	111
5	أعداد المهارات ضمن المجالات الرئيسة ونسبها المئوية	120
6	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين لمجالات مهارات الرعاية الصحية الأداية	122
7	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين لمهارات النظافة الشخصية	123
8	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين للمهارات المتعلقة بمجال التغذية	124
9	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين للمهارات المتعلقة بمجال إعطاء الأدوية	125
10	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين للمهارات المتعلقة بمجال المعاينة الشاملة	126
11	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين للمهارات التمريض المنزلي	127

128	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين لمهارات حماية المسن من الحوادث والإصابات	12
129	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين للمهارات المتعلقة بالحركة البدنية للمسن	13
130	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات كل مجال من المجالات السبعة والأداة ككل وفقا لمتغير الجنس.	14
131	اختبار "ت" لأداء العاملين بدور المسنين لمجالات مهارات الرعاية الصحية على انفراد، والأداة ككل وفقا لمتغير الجنس	15
132	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات كل مجال من المجالات السبعة، والأداة ككل حسب متغير المؤهل العلمي.	16
134	تحليل التباين الأحادي لأداء العاملين في دور المسنين لمجالات مهارات الرعاية الصحية على انفراد، والأداة ككل وفقا لمتغير المؤهل العلمي.	17
135	اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لكافة مجالات مهارات الرعاية الصحية الأداة	18
137	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات كل مجال من المجالات السبعة، والأداة ككل حسب متغير عدد سنوات الخبرة.	19
138	اختبار "ت" لأداء العاملين بدور المسنين لمهارات الرعاية الصحية للأداة ككل، ولكل مجال على انفراد وفقا لمتغير عدد سنوات الخبرة.	20
139	توزيع أعداد المهارات ونسبها المئوية حسب مستويات أدائها	21
140	توزيع أعداد المهارات على مستويات الأداء لكل مجال من مجالات أداء المهارات الصحية	22
142	خلاصة للمهارات التي ستضمن في البرنامج التدريبي من المستويين المتوسط والمتدني.	23
158	محتوى البرنامج التدريبي المقترح من الموضوعات الفرعية وعدد ساعاتها التدريبية.	24
165	البرنامج الزمني للقاءات التدريبية	25
170	نتائج الملاحظة القبليّة والبعدية لوحدة مجال التمريض المنزلي ذات الأداء المتوسط والمتدني لدى العاملين في دار الضيافة لرعاية المسنين	26

قائمة الملاحق

الرقم	المحتوى	الصفحة
1	مهارات الرعاية الصحية الأدائية من وجهة نظر مسؤولي رعاية المسنين والعاملين في وزارة التنمية الاجتماعية ودور الرعاية والخبراء المختصين بتقديم الرعاية الصحية	226
2	أسماء بعض الخبراء في تقديم الرعاية الصحية وبعض مسؤولي رعاية المسنين والعاملين في وزارة التنمية الاجتماعية ودور المسنين	227
3	بطاقة ملاحظة لتقدير درجة أداء العاملين في دور المسنين للمهارات الصحية الادائية الشاملة الواجب توافرها لرعاية المسنين	228
4	أسماء أساتذة الجامعات والخبراء المختصين والمحكمين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية	234
5	دليل المقابلة	235
6	كتاب موجه من جامعة عمان العربية للدراسات العليا الى وزير التنمية الاجتماعية	238
7	كتاب وزير التنمية الاجتماعية لدور المسنين في الأردن لتسهيل مهمة الباحثة	239
8	تعليمات وشروط ترخيص دور المسنين رقم (2) لسنة 2001	240
9	نظرة شمولية تقييميه لدور المسنين في الأردن	243
10	البرنامج التدريبي المقترح	253
11	الدليل التعليمي	266
	الوحدة الأولى: العلامات الحيوية	277
	الوحدة الثانية: الإسعافات الأولية	315
	الوحدة الثالثة: منع العدوى وتمرينات متنوعة لرعاية المسن المريض	361
12	إجابات الإختبار الموضوعي للوحدة الأولى	397
13	إجابات الإختبار الموضوعي للوحدة الثانية	397
14	إجابات الإختبار الموضوعي للوحدة الثالثة	397
15	فقرات مجال التمريض المنزلي ذات الأداء المتوسط والمتدني	398
16	دليل المقابلة المتعلق بفقرات مجال التمريض المنزلي ذات الأداء المتوسط والضعيف	399

تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى

العاملين في دور المسنين في الأردن، بناءً على الواقع الحالي

وتجارب الدول المتقدمة وبيان فاعليته

إعداد

نجاح سلامة

إشراف

الاستاذ الدكتور عدنان حسين الجادري

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين في الأردن، بناءً على الواقع الحالي وتجارب الدول المتقدمة. ولتحقيق هذا الهدف، أجابت الدراسة عن الأسئلة الآتية:

ما مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن؟

ما درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة؟

هل تختلف درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة وفقاً لمتغير الجنس والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة؟

ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين؟

ما فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية أداء مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين؟

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مراكز رعاية المسنين في الأردن للقطاعات التطوعي والخاص، وتكونت عينة الدراسة من (50) عاملاً، حيث تم دراسة المجتمع بكامله وذلك لصغر حجمه على الواقع الميداني.

ولتحقيق أهداف الدراسة أعدت الباحثة الأدوات الآتية:

بطاقة ملاحظة لقياس أداء العاملين في دور المسنين.

دليل مقابلة العاملين في دور المسنين.

وقد جرى التأكد من صدق و ثبات الأدوات البحثية

برنامجا تدريبيا مقترحا في ضوء الإحتياجات التدريبية للعاملين في دور المسنين.

المعالجات الإحصائية : تم استخدام المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية، واختبار "ت"، وتحليل التباين الأحادي، فضلاً عن إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية كمعالجات احصائية لدرجات أداء العاملين لمجالات مهارات الرعاية الصحية الأداية للأداة ككل، ثم لكل مجال على حدة، وكذلك حسب متغيرات الدراسة.

خلصت الدراسة الى النتائج الآتية:

مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين هي (96) مهارة موزعة على سبعة مجالات وهي: النظافة الشخصية، التغذية، إعطاء الأدوية، المعاينة الشاملة، التمريض المنزلي، حماية المسن من الحوادث والإصابات، والحركة البدنية للمسن.

حصول مجال التمريض المنزلي على أدنى متوسط حسابي يقدر بـ (2.90) درجة من اصل (5) درجات، وهذا يعبر عن تدن مستوى أداء العاملين في دور المسنين لمهارات التمريض المنزلي.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) في أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداية يعزى لمتغير الجنس وسنوات الخبرة.

وجدت فروق دالة إحصائية في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداية يعزى لمتغير المؤهل العلمي ولصالح العاملين من حملة تخصص التمريض بكافة مستوياته.

وجدت فروق دالة إحصائية في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداية بين القياسين القبلي والبعدي يعزى لأثر البرنامج التدريبي المنفَّذ من قبل الباحثة.

وفي ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، خرجت الباحثة بجملة من التوصيات يؤمل منها الإسهام في تحقيق التنمية المهنية وتطوير أداء العاملين، و تدريبهم في ضوء التوجهات العالمية لتحقيق الصحة للجميع ومنها:

بناء وتصميم دورات تدريبية مهنية لإكساب العاملين في دور المسنين الخبرة والمهارة اللازمة لرعاية المسنين
رعاية شاملة خاصة بمجالات الرعاية الصحية والتي لم يتضمنها البرنامج التدريبي في هذه الدراسة، مما يترتب
عليه وضع سياسات لإعداد وتدريب الكوادر القائمة على رعاية المسنين.
تضمن المناهج الدراسية بموضوعات دراسية خاصة عن الشيخوخة واحتياجاتها، لأن ذلك يُحفِّز الفرد لاختيار
مجال رعاية المسنين مهنة مستقبلية له ليستعد لها بالدراسة التخصصية والتدريب المناسب.
الحصول على تخصص في علم التمريض هو شرط أساسي للقبول للعمل في دور المسنين.

**Development of a Training Program to Enhance the Comprehensive Psychomotor
Health Care performance of Nursing Home Workers
In Jordan According To Current Situation And The
Experience of Developed Countries, And
An Assessment of Its Effectiveness.**

Abstract

Prepared by

Najah M.Salameh

Supervisor

Professor Adnan AL JADRY

This research aimed at developing a training program to enhance the comprehensive psychomotor health care performance of nursing home workers in Jordan according to current situation and the experience of the developed countries, in addition to an assessment of its effectiveness through answering the following questions:

- 1- What is the required comprehensive psychomotor health care (CPHC) skills for workers in nursing homes in Jordan?**
- 2- How well the nursing home workers perform the CPHC skills?**
- 3-Does the performance of CPHC skills by nursing home workers vary according to certain variables like gender, qualifications and years of experience?**
- 4-What are the components of the recommended training program designated to enhance the performance of CPHC skills by nursing home workers in Jordan?**
- 5-How efficient is the recommended training program in enhancing the performance of CPHC skills by nursing home workers?**

The population of the research consisted of all workers of nursing homes in Jordan in both sectors, private and charitable; the sample consisted of 50 workers equal to the whole population, due to the limited size of the population.

To achieve the goals of this research, the researcher used the following tools:

- 1- Inventory card to measure the performance of workers in nursing homes,
- 2- Manual for interviews with nursing home workers.

The reliability and validity of the tools used were tested.

3-training program was designated in light of professional needs of nursing home workers.

Statistical Analysis.

Tools used: means, standard deviation, t-test, ANOVA analysis, sheffe analysis. The above tools were used to measure the performance of instruments in general and each category individuality according to research variables.

The Research Concluded:

* CPHC skills that must exist for the nursing home workers counted 96 skills divided into the following domains:

Personal hygiene, nutrition, administration of medication, home nursing, precautionary protection from domestic accidents, physical mobility of the elderly.

* Lowest performance rate was found at home nursing category, participant performance didn't exceed 2. 90/5 on the scale used

* Gender and years of experience variable didn't lead to any statistically significant differences in performance at $\alpha = 0.05$ level.

* Qualification proved to be a significant variant affecting the performance of nursing

home worker for the benefit of workers who hold nursing majors in aggregate level.

* The training program instigated by the researcher was also found to be an effective variant affecting the performance of nursing home workers.

In light of the results of the research, the researcher recommended a number of measures that are hoped to improve, develop the worker's performance, and train them according to international trends as:

Design and form vocational training programs (courses) for workers in nursing homes to gain experience and skills needed for elder's care, especially in the field of health care which was not included in the training course.

Include subjects in the curriculum specialized in old people's needs to motivating individuals to choose nursing as a future career based on the appropriate specialized education and vocational training.

A major in nursing should be a primary requirement to be accepted to work in nursing homes.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

مقدمة

اهتمت العلوم الإنسانية بعامة وعلم الاجتماع بخاصة في العقدين الماضيين بدراسة ظاهرة الشيخوخة، والتعرف على ماهيتها، وما يصاحبها من تغيرات جسمية ونفسية واجتماعية واقتصادية وما ينتج عنها من مشكلات، وقد ازداد الاهتمام بها بشكل واضح نتيجة الزيادة الحادة في أعداد المسنين في المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء، وذلك بفضل التقدم العلمي والحضاري والرقمي في شتى الميادين والذي أدى الى تحسين مستوى الصحة العامة، والخدمات الطبية، والسيطرة على الأمراض، وفمو الوعي الصحي، وتحسن طرق التغذية، وزيادة متوسط عمر الإنسان.

يتجه علماء النفس في وقتنا المعاصر الى تقسيم حياة الإنسان إلى مراحل عمرية في ضوء مظاهر النمو والتطور التي تتسم بها كل مرحلة وتميزها عن المراحل الأخرى، إذ نالت فئة الشباب كونها الفئة المنتجة والفاعلة اهتماماً بالغاً مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، فعلماء الاقتصاد يعدون مرحلتي الطفولة والشيخوخة مرحلتي استهلاك يعيش أفرادها عالة على غيرهم، أما مرحلة الشباب والرشد فهما مرحلتا الإنتاج الإنساني في ميادين الحياة كافة (الهاشمي، 1980؛ اسعد، 2000؛ إبراهيم، 1997).

" أضف إلى ذلك أن الكثير من المفكرين والكتّاب الاجتماعيين يعدون الشيخوخة مرحلة نضوب المعين الصحي والفكري والأدائي، ومن ثم فهي مرحلة غير مغرية لهم بالبحث كما تغريهم مراحل العمر الأخرى، وعلى هذا فإن إسهاماتهم بالكتابة عنها قليلة وعابرة إذ لا تجد كتابا يتناسب كما وكيفا مع أهمية هذه الفئة العمرية وخصوصية مناحيها، وكثرة مشكلاتها الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية ومهارات الرعاية الصحية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين لمواجهة هذه المشكلات ". ومن هنا يأتي اهتمام الدراسة بهذه الفئة العمرية (فهمي، 1999، ص:10).

وتعد دراسة المسنين من الموضوعات الجديرة بالاهتمام، وتحتاج لتظافر جهود العلماء في مختلف التخصصات لفهم الأبعاد المتعددة والمتنوعة لهذه الفئة، إذ أصبحت قدراتهم محدودة و لا تسمح لهم بالتكيف مع التغيرات الجسمية والنفسية الاجتماعية والاقتصادية، بالإضافة إلى ما يترتب على هذه التغيرات من أمراض الشيخوخة، ومتاعب صحية ونفسية واجتماعية مما يزيد من حدة معاناتهم (إبراهيم، 1997). "وعلى الرغم من الإحساس بأهمية مرحلة الشيخوخة فإن أغلبية الناس يشيخون بوجوههم عن تلك المرحلة من حياتهم بل يسقطوها من حساباتهم تماما، وكأنها شيء مستبعد الوقوع به، وبخاصة إذا كانوا شبابا مفعمين بالحيوية والنشاط" (فهيمي، 1984، ص:9).

ولا تزال فئة المعمرين في البلدان النامية محرومة من الاهتمام الذي تستحقه، والرأي السائد أن هذه الفئة لا تثير أي مشكلات خطيرة في المجتمعات التقليدية، لأن هذه المجتمعات أخذت على عاتقها من خلال العائلة أمور المسنين ورعايتهم، ولكن ما طرأ من تغيرات جذرية في تحسين مستوى الصحة الوقائية التي تهدف إلى منع انتشار الأوبئة والسيطرة على الأمراض، وارتفاع مستوى الصحة العلاجية التي تهدف إلى تزويد الفرد والمجتمع بالدواء المناسب لكل الأمراض المعروفة، فضلاً عن ارتفاع مستوى الصحة النفسية واكتشافها لأهم الخواص الرئيسة للنمو في مراحل العمر المختلفة، والاهتمام بالتغذية الجيدة، وزيادة الخدمات الاجتماعية وتحسين نوعيتها، سهّل على المسن تحمل أعباء الشيخوخة وبالتالي امتداد العمر وزيادة أعداد المسنين (إبراهيم، 1997).

ففي البلدان المتقدمة تتراوح نسبة المسنين بين 13% إلى 17% من مجموع السكان، ومن المتوقع أن ترتفع هذه النسبة لتصل إلى 20% في بعض البلدان في حين لا تتعدى 4% في البلدان النامية التي توصف شعوبها أنها فتية، غير أن هذه النسبة غير ثابتة إذ تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أنه من المتوقع أن يعيش أكثر من 60% من مجموع السكان في العالم بحلول العام 2025 في الدول النامية لما فوق الستين عاماً، وذلك نتيجة الارتقاء بمستوى الخدمات في تلك البلدان (أبو ناعمة، 1985؛ إبراهيم، 1997؛ السلطان، 2003). وكما هو معروف فإن الأردن يُعد بلدا ناميا يشهد تطورا علميا وتكنولوجيا على المستوى الصحي والطبي وبشكل مستمر، يهدف إلى إيجاد حياة ترفل بالسعادة والصحة لابنائهم، وبالأخص في مجالات توفير الوقاية والعلاجات للأمراض، وتعديل النظام الغذائي،

وبرامج التوعية الصحية، مما انعكس على زيادة أعداد كبار السن، إذ وصل عدد المسنين حسب ما ورد في تقرير دائرة الإحصاءات العامة إلى (282660) مسن في الأردن وهذا يعادل ما نسبته (5.18%) من المجموع الكلي لسكان الأردن (دائرة الإحصاءات العامة، 2005). وهذا الارتفاع في نسبة عدد المسنين يؤشر إلى هبوط نسبه الأفراد المنتجين (الشباب) الذين يجب أن يؤهلوا لتقديم الخدمات للمستهلكين (كبار السن) ورعايتهم.

ارتفاع نسبة الطاعنين بالسن يتطلب خدمات أكبر في المجالات الصحية والإجتماعيه. وبحكم القيم والعادات الراسخة في البيئة الاجتماعية الأردنية، فإن المسنين كانوا يعاملون بكثير من الاحترام والتكريم، ويستفيدون من حماية واهتمام الاسرة والمجتمع المحلي لهم، إذ يشكلون رصيذا هاما من مصادر الخبرة والمعرفة للعائلة. ولكن طبيعة هذه العلاقة أصبحت ضعيفه نتيجة لاستمرار تفكك البناء التقليدي المحافظ للمجتمع، فتوسع العائلة وتشتيتها بضغط من التحديث والانتشار والتباعد، وتغير القيم والاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية، وازدياد عدد النساء العاملات في المجتمع أدى إلى ظهور تحديات وصعوبات في وضع المسنين في المجتمعات عامة و منها المجتمع الأردني (إبراهيم، 1997؛ فهمي، 1999؛ الوخيان، 2001). وهذا يستوجب تبني برامج رعاية صحية واجتماعية شاملة لكبار السن خارج إطار العائلة في مؤسسات ودور الرعاية، كون المسن هو إنسان له جميع الحقوق الانسانية ويستحق جميع الخدمات وإجراءات الحماية والمساعدة والتأهيل، كما أن العجز للمسن قد يتسبب بوجود مشكلات نفسية وعاطفية واجتماعية نتيجة شعوره بالحرمان، فضلاً عن أن رعاية المسن وتأهيله تجعل منه انسانا قادرا على إعالة نفسه وتطوير إمكاناته الشخصية المتبقية، وهذا يتطلب إعداد وتأهيل كوادر قادرة ومسلحة بمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة لتؤدي دورا فاعلا ومؤثرا في التجاوب مع الوضع الصحي والنفسي والوجداني لهذه الشريحة الاجتماعية.

وقماشيا مع الاتجاهات الحديثة بزيادة الاهتمام العالمي بظاهرة كبر السن والتي ترجع إلى توافر الإسهامات العلمية والخبرات العملية التي يمكن الاستفادة منها في تخطيط وتنفيذ برامج رعاية المسنين، وانتشار فلسفة التعليم المستمر، وظهور نظريات في مجال تعليم الكبار، غيّرت من الأفكار التربوية المطروحة بشأن قدرة الفرد المسن على التعلم والدعوة إلى تنمية الموارد البشرية، وضرورة الاستفادة منها في المجتمع، إذ يمثل كبار السن عنصرا مهما في تلك الموارد (الشربيني، 1997؛ اسعد، 2000؛ Glass & al, 1999؛ Biddington & al, 1999).

إضافة إلى أن موضوع المسنين يُعد من أهم القضايا الإنسانية التي أكدت عليها كافة الرسائل السماوية و قوانين حقوق الإنسان (عبد الغفار، 2003؛ تقرير منظمة حقوق الإنسان، 1995).

إن الطرح المعاصر لقضايا المسنين لا يستند إلى اعتبارات إنسانية فحسب، وإنما يستند إلى اعتبارات تتعلق بعملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية ، ويترتب على ذلك أن الاهتمام بالمسنين ليس مجرد اهتمام بفترة عمرية، أو اهتمام بدراسة تغيرات ديموغرافية واحتياجات سكانية، لكنه أبعد من ذلك بكثير، فالحديث عن ظاهرة متحركة ودينامية، تترتب عليها مسؤوليات اجتماعية واقتصادية تنعكس على عملية تخصيص الموارد، كما تترتب عليها اثار عميقة على عملية التنمية، وذلك بخروج شريحة سكانية من سوق العمل، وتداعيات ذلك على الموارد البشرية والاقتصادية (العصفور وآخرون، 1999).

على الرغم من أهمية الرعاية الصحية، وما تعود به من مردود إيجابي في تعزيز البناء النفسي والوجداني للمسنين فإن الواقع الحالي يؤشر إلى ضعف القدرات والتأهيل لفئة العاملين وعدم قدرتهم على تلبية احتياجات الشيخوخة في الأردن، إذ إن معظم هؤلاء العاملين يلجأون إلى العمل في دور المسنين وذلك لضعف تأهيلهم وعدم قدرتهم في الحصول على عمل في مكان آخر، لذا لا بد من العمل على تطوير مهاراتهم المتخصصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية الشاملة التي تحتل جانبا مهما من جوانب رعاية المسنين في الأردن.

ومن دون إعداد العاملين بدور رعاية المسنين و تدريبهم تدريبا علميا مدروسا ، لا يمكن تطوير نتائج عملهم والارتقاء بهم ، فالإعداد المتضمن التعرف الى مهارات الرعاية الصحية الشاملة وتنميتها وفقا لاحتياجات المسنين يمثل جزءا من الإعداد الوطني والعالمي لإعداد وتدريب كوادر تؤدي واجبها بفاعلية ، فضلا عن تنمية الثقة بين العامل والمؤسسة التي يعمل بها، وزيادة إحساسه بالاستقرار الوظيفي ، وتدعيم اسس الترقية في وظيفته، والمرونة في حركة تنقله بين المراكز الوظيفية المختلفة ، وضمان استعداده لمواجهة التكنولوجيا المتسارعة وكسبه آفاقا جديدة في مجال ممارسة عمله من معارف ومهارات واتجاهات، تساعده على تطوير أدائه مما ينعكس إيجابا على مخرجات عمله (الطعاني،2002؛ درة، 1991؛ Australian Aged Care Nursing Assosiation,2005).

ونظراً لأهمية دور العاملين في دور المسنين، و الذي يرفع المسن في حالتي الصحة والمرض، واستجابة لعوامل التغيير المتسارعة، كان لا بد من النهوض بمهارات الرعاية الصحية الأداية من المنظور المعرفي والوجداني الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، مما أظهر أهمية تدريب العاملين و تأهيلهم لأن توفير العامل الكفاء لتأدية دور ريادي في دور رعاية المسنين يشكل مساهمة إيجابية في نهضة المجتمع والمحافظة على استمرار تراثه وتطوره. يضاف الى هذا أنّ المهارات المستحدثة للعاملين في دور رعاية المسنين ارتبطت باستخدام التقنيات الحديثة، مما دفع الباحثة إلى المحاولة الجادة لتحديد وتصنيف مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين لتمكّن العاملين من التعرف على هذه المهارات وإتقانها وبناء برنامج تدريبي لتنميتها وفقاً للاستقصاء الميداني والاتجاهات العالمية المعاصرة في هذا الميدان.

مشكلة الدراسة

يفتقر الأردن وغيره من الدول في الوطن العربي إلى الأبحاث والدراسات التي تهتم بإعداد العاملين في دور المسنين وتدريبهم، كما وليس هناك ما يشير إلى تصميم برامج تدريبية للعاملين في دور المسنين تقوم على تحديد الاحتياجات التدريبية. وقد لاحظت الباحثة بصفتها مشرفة على طلبة الجامعة الأردنية في مساق تمرير صحة المجتمع، خلال زياراتها الإشرافية لدور المسنين تدنيا في مستوى أداء العاملين لعدد من مهارات الرعاية الصحية، الذي أثر سلباً على مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمسنين، الأمر الذي دفع الباحثة إلى القيام بدراسة لتحديد مهارات الرعاية الصحية الأداية، وخاصة المهارات التي لا يتقنها العاملون وتحتاج إلى التدريب عليها، وعليه فإن الغرض من هذه الدراسة هو: تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين في الأردن بناءً على الواقع الحالي وتجارب الدول المتقدمة، وتقييم مدى فاعلية البرنامج التدريبي المقترح.

عناصر الدراسة

ولأجل معالجة المشكلة سعت الدراسة للإجابة عن الاسئلة الآتية:

ما مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن؟

ما درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة؟

هل تختلف درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة وفقاً لمتغير الجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة؟

ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين؟

ما فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية أداء مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين؟

فرضيات الدراسة

في ضوء مشكلة الدراسة وأسئلتها حاولت الدراسة اختبار صحة الفرضيات الآتية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة يعزى لمتغير الجنس (للعاملين).

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الادائية الشاملة يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الادائية الشاملة يعزى لمتغير سنوات الخبرة.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) في متوسط درجات الأداء لمهارات الرعاية الصحية الادائية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين بين القياسين القبلي والبعدي تعزى لاثر البرنامج التدريبي.

أهمية الدراسة

تعد هذه الدراسة محاولة لإلقاء الضوء على أحد المدخلات المهمة في تدريب العاملين في دور المسنين، وفي حدود علم الباحثة، لم يُتناول هذا الموضوع في الدراسات الوطنية أو العربية، ويمكن اعتباره من أوائل الدراسات التي تنفذ في الأردن والوطن العربي.

وتنبع أهمية هذه الدراسة من الدور المميز الذي يقوم به العاملون في دور المسنين من تقديم الرعاية الصحية الادائية المثلى لشريحة من المجتمع هم بأمس الحاجة إليها، كما أن تدريب العاملين على مهارات الرعاية الصحية الأداية يفترض أن يزيد وعيهم بالمهارات الصحية الأداية المطلوب التركيز عليها، فضلاً عن أن تحديد المهارات الصحية الأداية المهمة والمطلوبة لتقديم الرعاية الصحية للمسنين أمر بالغ الأهمية لأنه سيساعد في تحديد نقاط القوة والضعف لديهم ومن ثم معالجتها.

وتبرز أهمية الدراسة في ضوء الاعتبارات الآتية:

تقدم هذه الدراسة نموذجاً يتضمن مهارات الرعاية الصحية الأدائية من المنظور المعرفي والوجداني الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، بحيث يمكن الاستفادة منها ميدانياً في تقديم الرعاية الصحية للمسنين. تقدم هذه الدراسة نموذجاً لكيفية بناء برنامج لتدريب العاملين في دور المسنين قائم على مهارات الرعاية الصحية الادائية.

تساعد هذه الدراسة في تعزيز النمو المهني للعاملين في دور المسنين من خلال تطوير مهارات الرعاية الصحية الأدائية لديهم، وذلك في ضوء النتائج التي تمخض عنها تطبيق البرنامج التدريبي.

تعد هذه الدراسة حافزاً لإجراء المزيد من الدراسات والأبحاث في مجال رعاية المسنين متضمناً مهارات الرعاية الصحية الأدائية والمعرفية والوجدانية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن.

يؤمل أن تقدم هذه الدراسة معلومات إثرائية لصانعي القرار والمهتمين بظاهرة الشيخوخة في وزارة التنمية الاجتماعية، ووزارة الصحة، ووزارة التربية والتعليم، والجامعات الأردنية تساعد على إعداد العاملين بدور المسنين وتدريبهم تدريباً مهنياً متكاملًا لمهارات الرعاية الصحية الشاملة.

يؤمل أن يكون لهذه الدراسة أهمية علمية معرفية في ميدان اختصاص التمريض، وذلك من خلال لفت النظر نحو مشكلة الرعاية الصحية الشاملة للمسنين وضرورة البحث عن أدوار جديدة للممرضين انسجاماً مع الاتجاهات الحديثة في تقديم الرعاية الصحية الشاملة المبنية على أسس علمية واضحة مع التركيز على الجانب الأدائي (من منظور معرفي ووجداني) في تقديم الرعاية الصحية وإدخال مواد دراسية متخصصة في علم الشيخوخة كما يحصل في علم النسائية وعلم الأطفال وغيرها من العلوم.

يؤمل أن تكون لهذه الدراسة قيمة اجتماعية وأهمية في إشاعة الوعي لتركيز إهتمام المجتمع لربط وإدماج المسنين بالمجتمع بصفة مستمرة من خلال الندوات والمحاضرات مما يساهم في تعميق المفاهيم والاتجاهات الإيجابية نحو كبار السن وبث روح الاحترام والتكريم لهم، والعمل على المطالبة بإعداد وتدريب العاملين في دور المسنين لتقديم الرعاية الصحية الشاملة للمسنين على أكمل وجه.

محددات الدراسة :

إن نتائج هذه الدراسة وإمكانية تعميمها مرتبطة بالحدود الآتية:

اقتصرت الدراسة على الجانب الأدائي (من المنظور المعرفي والوجداني) لمهارات الرعاية الصحية الشاملة. حددت الدراسة بالزمن الذي نفذت فيه، وبالتالي فإن نتائج الدراسة قد لا يمكن تعميمها في أزمان أخرى. اقتصر البرنامج التدريبي على مهارات مجال التمريض المنزلي الواقعة في المستوى المتوسط والمتدني، وبالتالي فإن نتائج الدراسة قد لا يمكن تعميمها على مهارات المجالات الأخرى.

مصطلحات الدراسة

تتضمن هذه الدراسة العديد من المصطلحات والتي تحتاج إلى تعريفات إجرائية وهي:

المسن : هو الإنسان الذي تجاوز الستين عاما من العمر.

العاملون في دور المسنين : هم الأشخاص (ذكورا أو إناثا) الذين يقومون على تقديم الرعاية الصحية الأداية للمسنين في دور الرعاية في الأردن.

البرنامج التدريبي : هو البرنامج التدريبي الذي أعدته الباحثة لهذه الدراسة، وهو مجموعة من الأنشطة والفعاليات المخططة والمنظمة بشكل علمي ومنطقي متضمنا في محتواه مجموعة من المهارات الصحية الأداية (أخذا بعين الاعتبار المنظور المعرفي والوجداني) التي تشكل في مجموعها مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة المطلوبة من العاملين في دور المسنين لتقديم الرعاية الصحية بإتقان وفاعلية، ومتضمنا سلسلة من التدريبات والتطبيقات العملية بناءً على درجات أداء العاملين المتوسطة والمتدنية لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة.

مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة: قدرات خاصة في الجانب الحركي الأداي للقيام بمجموع الإجراءات الصحية والطبية والوقائية التي لا بد أن يمتلكها العامل القائم على تقديم الرعاية الصحية الأداية في دور الرعاية بفاعلية، التي تم تحديد درجة أدائها وفقا لبطاقة الملاحظة ودليل المقابلة التي أعدت من قبل الباحثة.

درجة أداء المهارة: هي قيمة معبّرة عن تقدير الملاحظ والمقابل للمهارات الأدائية المختلفة التي على مقدم الرعاية أن يؤديها، وتتصل بالمهارات المتضمنة في بطاقة الملاحظة ودليل المقابلة.

المؤهل العلمي: الدرجة العلمية التي يحملها العامل القائم على تقديم الرعاية الصحية الأدائية في دور المسنين في الأردن وتشمل درجة أساسي، ثانوي عام، ثانوي تمريض، دبلوم عام، دبلوم تمريض بكالوريوس تمريض.

الفصل الثاني

الأدب النظري والدراسات ذات الصلة

يتناول هذا الفصل الذي يشكل الخلفية النظرية للدراسة، الأدب النظري والدراسات ذات الصلة.

أولاً: الأدب النظري

يتناول الأدب النظري مفهوم كبر السن من حيث تعريفه وإيجاز لمحة تاريخية عن نشأته وتطوره، والتغيرات المصاحبة له وما يترتب عليها من مشكلات وحاجات ومطالب كبار السن ورعايتهم، والمعايير العالمية المتعلقة برعايتهم، كما ويتناول هذا الفصل مفهوم الرعاية الصحية، الشاملة ومجالاتها المختلفة، فضلاً عن عرض بعض التجارب العالمية لرعاية المسنين.

مفهوم كبر السن

تستعمل كلمة (المسن) للدلالة على الإنسان الكبير فيقال أسن المرء: كبر وكبرت سنه، يسن اسنانا فهو مسن (الزمخشري، 1972). كما تستخدم العرب ألفاظاً مرادفة للمسن فتقول (شيخ)، وهو من تقدمت فيه السن وظهر عليه الشيب (الفيروز ابادي، 1987). وبعضهم يطلقها على من جاوز الخمسين، وقد تقول هرم، وهو (أقصى الكبر)، وتقول كذلك (كهل) وجميع هذه الألفاظ تدل على كبر السن (ابن فارس، 1991).

ويمكن ترتيب مراحل عمر الإنسان استظهاراً من معاجم اللغة بعد مرحلة المراهقة كالتالي: شاب، ثم كهل، ثم شيخ، ثم هرم، فكل من تجاوز مرحلة الشباب - وهي إلى الأربعين - فهو مسن في اللغة (الفخر الرازي، 1981). إن آخر هذه المراحل هي مرحلة الهرم، وهو الزيادة في كبر السن الذي هو أرذل العمر، كما عدّ رسول الله صلى الله عليه وسلم هذه المرحلة آخر مرحلة قبل الموت.

ويستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحياناً مفهوم الشيخوخة، وأحياناً أخرى مفهوم التقدم في العمر (Aging) على أنهما مترادفان ويشيران إلى المعنى نفسه. واختيار الأمم المتحدة كلمة الكبر (Aging) تشير إلى عملية مستمرة من التغيرات التي تصاحب المرحلة الأخيرة من حياة الإنسان أكثر من أن تشير إلى فترة ثابتة من حياته (العصفور وآخرون، 1999).

وعلى الرغم من ذلك فإن الاتجاه العام يرمي للأخذ بالتعريف الزمني للشيخوخة، وهو ما تتبعه الحكومات والمؤسسات وأصحاب العمل في تحديد موعد إحالة الموظفين والعمال إلى التقاعد (الغزاوي، 1988). ويؤيد فهمي (1999) هذا الاتجاه ويقصد بالمسن

كل من بلغ سن الستين فأكثر ويرى تقسيم المسنين من خلال مدخل العمر الزمني إلى فئات أكثر تخصصا تشمل الكهل (60-75 عاما)، الشيخ (75-85 عاما)، الهرم (85-100 عاما) والمعمر (من بلغ 100 عام فأكثر). وترى الغروي (1993) أن الشيخوخة هي بداية الانسحاب من عملية الإنتاج أو بشكل أدق الانسحاب من عداد القوى العاملة.

أما شريم (1992) فيعرف الشيخوخة على أنها مرحلة من مراحل النمو، تحدد خصائصها وصفاتها مجموعة من متغيرات حتمية لها علاقة بمرور الزمن، وهذه التغيرات بطيئة الحركة متدرجة الحدوث متداخلة العناصر تراكمية الطابع، كما و يرى الشيخوخة بأنها عملية قصور متزايد لقابلية التكيف ونقص مستمر في القدرة على التوافق والبقاء، وهي ناجمة عن تراكم وتداخل الأخطار والآثار الضارة التي قد تسبب تدهورا وظائفا وعضويا.

ويرى إبراهيم (1997) أن الشيخوخة عملية لا مفر منها من القصور المتزايد في القدرة على التكيف والتوافق والبقاء، أي أنها حالة من القصور البيولوجي العام، تؤدي إلى موت الإنسان نتيجة لانهايار العمليات العضوية الحيوية، كما أنها تزيد من احتمالات الموت بسبب تزايد تعرض المسنين لأنواع مختلفة من العدوى و المضاعفات.

ويرى السيد (1975) مرحلة الكبار بأنها "مرحلة النضج و اكتمال الشخصية وانحدارها، و هي تشمل ربيع العمر و خريفه" (ص:334).

فليس من السهل الخروج بتعريف شامل للشيخوخة، ولكن اجمع كل من (شريم، 1998؛ الشربيني، 1997؛ الغروي، 1993؛ شريم، 1992؛ إبراهيم، 1997؛ فهمي، 1999) على أن الشيخوخة هي مرحلة من التقهقر والانحدار في النواحي الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، وما ينتج عن هذا الانحدار من مشكلات وأمراض الشيخوخة مما يظهر مدى حاجة كبار السن إلى الرعاية الفائقة وإعداد عاملين يقومون بالمساعدة ومسلحين بمهارات شاملة، واضحة ومحددة، وتدريبهم عليها، خصوصا في مجال الرعاية الصحية لما فيه من مصلحة كبرى للمسنين بشكل خاص والمجتمع بشكل عام.

أما الموقف الذي تبنته الباحثة فهو اعتبار سن الستين بداية للشيخوخة نظرا لتحديده من قبل المؤتمر العالمي للشيخوخة، واتفاق عدد كبير من العلماء على ذلك (قطوم،1982)، وحسب ما ورد في نظام الخدمة المدنية الأردني اعتبار سن (60) عاما هو السن القانوني للتقاعد.

لمحة تاريخية عن نشأة مفهوم كبر السن وتطوره

من الجدير بالذكر أن الاهتمام بهذه المرحلة العمرية ليس حديثا، حيث بدأ البحث والاهتمام بالمسنين والشيخوخة منذ زمن بعيد ترجع بداياته إلى التصورات الفلسفية الإغريقية واليونانية القديمة، أي أن الاهتمام بالمسنين يرجع إلى القرن الأول قبل الميلاد، ويعد الخطيب الروماني (سيشرون) أول من اهتم بالخواص السلوكية للكبار، وقد ترجمت رسالته إلى الإنجليزية عام 1959 (العصفور وآخرون، 1992).

كما وتوصل أفلاطون إلى أن الإنسان الذي حقق مستوى عالي من التكيف في الحياة يمكنه مواجهة مشكلات الشيخوخة بشكل منطقي ومقبول، أما أرسطو فيتلخص رأيه في أن الإنسان السليم بدنيا، الميسور ماديا، يمكنه أن يستمتع بشيخوخة أفضل (العصفور وآخرون، 1992).

وفي القرون الوسطى سادت المعتقدات الخرافية حول تأخير سن الشيخوخة حيث ساد الاعتقاد بأن الممارسات الجنسية مع صغار الإناث يؤدي لتأخير سن الشيخوخة، وكان يكمن وراء هذه المعتقدات محاولات لإعادة الشباب (الشرييني، 1997).

في القرن التاسع تنبه العرب إلى أهمية دراسة الشيخوخة فكتب أبو حاتم (السجستاني) كتابه المعمرين عام 864 م (السيد، 1975؛ يوسف، 1999).

وتطرق ابن سينا بالشرح والتحليل لدورة الحياة بما فيها مرحلة الشيخوخة وعوامل أخرى مثل العوامل البيئية (المناخ)، ووظائف الأمعاء كإفراز البول وعمليات الإخراج، وعوامل التغذية (العصفور وآخرون، 1999).

وخلال القرنين الخامس عشر والسادس عشر عادت المفاهيم الإغريقية والرومانية المتعلقة بحالتي الرشد والشيخوخة إلى الظهور، حيث قدم فرانسيس بيكون (Frances Beacon) في كتابه تاريخ الحياة والموت (History Of Life And Death) والذي نشر عام 1658م، تمايزاً واضحاً بين الشباب وكبار السن في قدراتهم وصفاتهم الشخصية، وقدم مفهوماً بديلاً عنها يتمثل في وجود تمايز في معدل سرعة إصلاح الأنسجة الجسمية (العكروش، 1999).

أما في القرن التاسع عشر، فكان لظهور علم المسنين (Gerontology) في مجال العلوم الطبية تأثيرٌ كبيرٌ في توجيه أنظار الباحثين في المجالات العلمية الأخرى لدراسة هذه الشريحة من المجتمع. وفي عام 1922 كان ظهور مؤلف الشيخوخة (Senescence) ويقصد به تقدم العلم البيولوجي للكائن الحي لستانلي هول، دافعا للباحثين السيكولوجين للاهتمام بهذه المرحلة الختامية في حياة الإنسان (عبد الغفار، 2003).

واستمر هذا الاهتمام بدرجات متفاوتة حتى النصف الثاني من القرن العشرين حيث تطور الاهتمام العالمي بدراسة الشيخوخة بشكل واضح، وتجلّى هذا الاهتمام في زيادة عدد الكتب والمجلات العلمية العالمية التي تبحث مشكلات ورعاية كبار السن ومطالبها (العكروش، 1999).

أما على الصعيد الإسلامي فيحتل المسنون مكانة متميزة ورفيعة، فهو يعامل المسن بكل احترام وتوقير بتوجيهه الهى أولاً ثم بتوجيهه نبوي من رسول الله صلى الله عليه وسلم، فضلا عن ممارسات الرسول عليه السلام مع المسنين، وتوجيه أصحابه نحو العناية بهم وتوقيرهم واحترامهم وتقديرهم في أمور الحياة انقياداً لتعاليم دينهم وإتباعاً لسنة رسوله. وحينما تعجز الأسرة عن تقديم الرعاية اللازمة للمسن، ولا يكون هناك ثمة راع أو معين لذلك المسن، فتنقل مسؤولية رعاية المسن إلى الأسرة الكبيرة وهي المجتمع متمثلة بالدولة، وقد برز في المجتمع الإسلامي قديماً ما يسمى (بالأربطة) وهي أماكن تهيئ وتعد لسكن المسنين. وظهر مثل هذه المؤسسة الاجتماعية لرعاية كبار السن أمرٌ ثابتٌ شرعاً، فعن ابن عمر رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: (كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته)، وهكذا سارت الدولة الإسلامية تطبق مبدأ التكافل الاجتماعي، فتساعد كل محتاج وترعى كل عاجز (السرحان، 2000).

والأصل في رعاية المسن أن يكون من مسؤولية الأسرة، فعلى الأسرة مد يد العون للمسن وتوفير حياة كريمة له وتوفير ما يحتاجه من الملبس والمأكل والتنظيف، وقد أوجب الإسلام مسؤولية رعاية أفراد الأسرة للمسنين من باب الإحسان والعطف عليهم (الطعيمات، 2001).

وإن كانت هذه الرعاية التي تقدمها الدولة الإسلامية للعجزة والمسنين من رعاياها عبر عهودها المختلفة، فإن أسلوب الرعاية للدول المعاصرة لا يخرج فيما تقدمه لمثل هؤلاء عن هذه المظاهر إلا بما يتعلق بتطور الدول المعاصرة من تقنيات العصر الحديث بما تقدمه لهم من رعاية.

وعلى الصعيد الأردني فما زال تواجد بعض المسنين في دور الرعاية وخارج نطاق الأسرة أمرا غير مقبول اجتماعيا، ويواجه بالرفض من قبل المسن وأسرته ومجتمعة نتيجة للمعتقدات الدينية والتقاليد العربية والقيم العشائرية. إلا أن الرعاية الاجتماعية لكبار السن في الأردن أصبحت الآن حاجة تفرضها ظروف العصر وملابساته، نظرا للعلاقات الإنسانية المعقدة، وتأثر المجتمع الأردني بالحضارات الأخرى، بحيث أصبح كبير السن لا يجد من أفراد أسرته من يهتم بخدمته ويسهر على راحته (الوخيان، 2001). لذا أنشئت في الأردن دورا لرعاية المسنين وذلك من خلال جهود القطاع الخاص والتطوعي، وتقوم الحكومة الأردنية بدعم هذه الجهود ماديا ومعنويا، وتعود بدايات فكرة إنشاء دورا لرعاية المسنين في الأردن إلى ملاجئ العجزة التي كانت تشرف عليها المؤسسة الدينية في القدس العربية خلال عقد الخمسينات، وفي عام 1967م انتقلت هذه الفكرة إلى الأردن، حيث أقامت الجمعية الأرثوذكسية أول ملجأ للعجزة في مدينة الزرقاء عام 1970م، وسمي فيما بعد مركز الأميرة منى للمسنين. كما أنشئت إرسالية المحبة ودار السلام في عمان بهدف رعاية المرضى النفسيين والمقعدين، وهكذا توالى إنشاء مراكز رعاية المسنين لتصبح (11) مركزا في الأردن (وزارة التنمية الاجتماعية، 2005).

التغيرات المصاحبة للشيخوخة

إن احتياج الإنسان للرعاية يزداد بازدياد العمر، فكلما تقدم الإنسان بالعمر أصبح أكثر تعرضا للأمراض المختلفة سواء الجسمية منها أم النفسية، ويكاد يجمع معظم الكتاب و المفكرين مثل (شريم، 1998؛ الشربيني، 1997؛ الغروي، 1993؛ ابراهيم، 1997؛ فهمي، 1999؛ Margino, 2000؛ Merrie, 2001) على أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث عند كل إنسان بعد اكتمال نضجه، وهذه التغيرات المصاحبة لتقدم العمر تعتري كل أجهزة الجسم، وهي تغيرات حتمية شاملة لكل كبار السن بغض النظر عن الزمان والمكان والعرق والجنس واللون. وفي محاولة لإلقاء نظرة على التغيرات الفسيولوجية التي يعاني منها المسنون، فإنه يتضح وجود العديد منها يتمثل بحالة من الضعف العام يشمل ضعف العضلات والمهارات الحركية وضعف الحواس خاصة حاستي البصر والسمع (السيد، 1975؛ Merrie, 2001؛ ابراهيم، 1997؛ الشربيني، 1997).

كما تتمثل بالمشيب وظهور التجاعيد وتساقط الشعر وتساقط الأسنان ونقص وزن الجسم واضطرابات في الجهاز الدوري، فضلاً عن انخفاض الكفاءة الفسيولوجية لأجهزة الجسم الحيوية مثل قوة القلب، والإصابة بالأمراض الناجمة عن زيادة نسبة السكر في الدم، وفشل بعض الأعضاء الداخلية في أداء وظائفها (فهمي، 1984؛ عبد الحميد، 1986).

ويظهر تدهور في القدرات الحسية كبطء الاستجابات الحس حركية، وتضاؤل حاستي الشم والتذوق ، فضلاً عن محدودية الحركة بسبب ضعف العظام وتأكلها (شرودر، 1993؛ الشربيني، 1997؛ Krispin، 2000)، وفيما يلي توضيح بعض التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ على جسم المسن والمشكلات الصحية المترتبة عليها وهي كالآتي:

حاسة البصر: إن حاسة البصر وما يصاحبها من تغيرات تُعد من أبرز التغيرات المصاحبة للشيخوخة وذلك لأن هذه الحاسة هي أدق الحواس نظراً لشدة ارتباطها بنوعية الحياة، ولعمق تأثيرها، حيث تفقد العين الكثير من مرونتها مما يؤدي إلى صعوبة في الرؤية ، كما وتصاب عدسة العين بالهرم وتصبح غير قادرة على التكيف مما يؤثر على عمليات التوافق الاجتماعي والاقتصادي، فضلاً عن ارتخاء جفون العين، وضمور الشبكية مع قلة الإمداد بالدم، وفقدان شفافية القرنية ، وقصور في تمييز الألوان، وحدوث تهدلات وتجاعيد حول العين (شرودر، 1993؛ شريم، 1992؛ Murray، 2001).

يترتب على هذه التغيرات حدوث مخاطر متعددة كحوادث السقوط وحوادث السير وعدم التمتع بالحياة مع مضاعفاتها الخطيرة.

حاسة السمع: يبدأ تناقص السمع بشكل تدريجي ملحوظ وذلك نتيجة وجود خلل في مسار انتقال الموجات الصوتية من الأذن الخارجية وحتى المركز السمعي بالدماغ، مما يؤدي إلى ضعف أو انقطاع الاتصال مع الآخرين ، كما أن طبلة الأذن تصبح أكثر سماكة مما يؤدي لضعف السمع عند الكبار، لذا فإن بعض المسنين يتكلمون بصوت مرتفع كي يسمعون أصواتهم، وهذا دليل على تدني قدرة السمع عند المسن (شريم، 1998؛ شرودر، 1993؛ الشربيني، 1997؛ Kozier، 2004).

يترتب على هذه التغيرات تعريض المسن الى إرباكات اجتماعية ومشكلات اقتصادية ومواقف محرجة بسبب عدم إدراك المسن فحوى الكلام والأحاديث الدائرة حوله (شريم، 1992).

حاستا الشم والتذوق: تضعفان بدورهما، حيث يحدث تناقص في عدد حلقات التذوق باللسان مما يؤدي إلى تناقص الإحساس بالحلو والمالح والحامض والمر. إن اضطراب حاسة التذوق يؤثر على قابلية المسن لتمييز الذوق والطعم، مما يسبب ضعف في شهيته نحو الطعام أو زيادة كمية أكله ليستطيع أن يتذوق الأكل مما يؤدي في كلتا الحالتين إلى مشكلات غذائية لدى المسن (شريم، 1998؛ شرودر، 1993؛ الشربيني، 1997). وبالنسبة لحاسة الشم فتتعرض البصيلة الشمية المسؤولة عن الإحساس بالشم إلى الضمور مما يؤدي إلى ضعف حاسة الشم والذي يشكل عامل خطورة على حياة المسنين وصحتهم، فقد لا يتمكنون من شم حريق حولهم مما يعرضهم للهلاك، وعدم شم رائحة كريهة مما يعرض صحتهم للخطر (إبراهيم، 1997؛ الشربيني، 1997؛ شريم، 1998؛ Margino, 2000).

حاسة اللمس: إن إحساسات اللمس وإدراك الحركة والذبذبات تتعرض للانحدار مع التقدم بالعمر، أما حول إدراك الألم والإحساس بالحر والبارد فهذه الإحساسات بدورها تتعرض للتدهور بسبب ارتفاع عتبة الإحساس لمعظم الحواس مع التقدم بالعمر (شريم، 1998؛ شرودر، 1993؛ Kozier, 2004). النطق: تتناقص مرونة غضاريف الحنجرة وتضمحل عضلاتها وتحدث تغيرات في الغشاء المخاطي لها وترتفع طبقة الصوت كلما تقدم الإنسان بالعمر، ولكن الصوت يصبح أقل قوة ومداه أكثر تحديداً، كما وتتدهور القدرة على الخطابة والغناء - وهي قدرات تفرض مطالب عالية على النطق، ويصبح الكلام أكثر بطئاً، وذلك بسبب تدهور الجهاز العصبي، ويكثر حدوث التوقف خلال الكلام، ويمكن أن يحدث نوع من إدغام الكلام، وقد تتكون صور مختلفة من اضطرابات الكلام بسبب ما يصيب المخ من تغيرات مرضية (Kozier, 2004؛ إبراهيم، 1997).

الجهاز العصبي: يحدث ضمور في خلايا الدماغ ويموت عدد كبير منها مما يؤدي إلى نقص وزن المخ وحجمه، إذ يصبح وزن دماغ إنسان بلغ (75) عاماً من العمر يعادل 92% من وزن دماغ إنسان في الثلاثين من العمر، ويصاب الحبل الشوكي بالضمور، ويتم فقدان العديد من الخلايا العصبية، كما ويحدث تغير شكلي في الأعصاب الطرفية (إبراهيم، 1997).

يترتب على هذه التغيرات ضعف الذاكرة، وضعف القدرة على التفكير المجرد، وتصلب الاتجاهات والمواقف وبطء الاستجابة للمثيرات مما يعرض المسنون للسقوط والحوادث، وتناقص الثقة بالنفس خاصة فيما يتعلق بقدرته على إدارة شؤونه الخاصة في بيئة عصرية سريعة الإيقاع ، فضلاً عن خلق الإرباك عند المسن في استعمال أدوات المطبخ أو أثناء التسوق واستعمال وسائل النقل (فهمي،1999؛الشربيني،1997).

الجهاز الهضمي: يبدأ بالفم حيث أن اللثة تتقلص وتبتعد عن الأسنان، ويفقد الإنسان الكثير منها ، مما يؤدي إلى صعوبة مضغ الطعام، ويحدث نقص في إفراز عصارات المعدة والأمعاء مما يؤدي إلى حدوث خلل في هضم الطعام، أما البلعوم فيصبح أقل قدرة على العمل بانتظام وسهولة وتصبح عملية البلع، وكذلك يصغر حجم الكبد وسائر الغدد الصماء في جدار المعدة والأمعاء مما يترتب عليه ضعف الشهية وعدم الاستمتاع بتذوق الأكل وحرمان المسن من تناول الفواكه والخضراوات التي هي مصدر جيد للألياف وتساعد في حركة الأمعاء وتسهيلها مما يؤدي لإصابة المسن بالإمساك، والإمساك يؤدي إلى مضاعفات مزعجة كانسداد الأمعاء وتكوين الغازات، ويمثل الإمساك موقعا متميزا في عالم الشيخوخة، ولهذا فإن 50% من المسنين مدمنون على استعمال الملينات (إبراهيم،1997؛ Alison, 1987; Murray, 2001).

الجهاز العظمي والعضلي: يتغير التركيب الكيميائي للعظام وتصبح أقل كثافة وأقل تماسكا كبناء قابل للتحطم والتكسر وذلك لازدياد معدل نقص الكالسيوم في العظام، وبخاصة عند المرأة، إذ تعاني المرأة المسنة من مرض هشاشة العظام بنسبة أعلى من الرجل المسن، وذلك بسبب انخفاض إفراز هرمون الاستروجين، ولذا فمن الممكن حدوث قدر من التناقص بطول القامة بعد سن الستين بمعدل 3-5 سم عنه في سن الشباب، وذلك بسبب ضمور الغضاريف بين الفقرات الشوكية، وهذا التناقص يكون مصحوبا بتحدب وانحناء في العمود الفقري إلى الأمام مرجعة ضعف عضلي (إبراهيم،1997؛ شرودر،1993؛ شريم، 1998).

كما وتكلس المفاصل خاصة عند الورك والركبة، ويترتب على هذه التغيرات صعوبة الحركة للمسن أو عدم القدرة على القيام بها، وما ينتج عنها من مضاعفات خطيرة على صحة المسن مثل حوادث الوقوع والانزلاق بمصاحباتها من الكسور ، والتهاب الصدر، والتقرحات الجلدية، وغيرها (الشربيني، 1997؛ شريم،1998) .

بالنسبة للعضلات الإرادية التي تقع على طول الذراعين والساقين تضر مع تقدم السن وتضعف وتترهل، ويصبح الجهد العضلي أكثر تحديدا بسبب تصلب وتحديد حركات المفاصل. أما العضلات اللاإرادية أو الملساء: فتقع في جدار المعدة والأمعاء والقنوات الهوائية وفي معظم الأحشاء الداخلية والأوعية الدموية، وهي لا تقع عادة تحت الضبط الإرادي، وإنما تعمل تحت تأثير الجهاز العصبي الذاتي، وتقوم بوظيفتها بشكل سوي حتى نهاية الشيخوخة (Murray, 2001؛ ابراهيم، 1997؛ شريم، 1998، 2004، Kozier).

الجهاز التنفسي: تصبح السعة الحيوية للرئتين أقل مما كانت عليه الحال، مما يؤدي إلى ضعف التنفس، وشعور المسن باضطرابات تنفسية بعد أي تدريب بدني قصير، فالقفص الصدري يتقلص مع الزمن ويصبح ضعيفاً وغير قادر على العمل بانتظام (Anne, 1993; Kozier, 2004).

الجهاز الدوراني والقلب: لقد توصل ليوناردو دافنشي في القرن الخامس عشر إلى أن سبب الشيخوخة هو ببطء انقباض الأوعية الدموية، بحيث لا تساعد على تغذية الجسم. وهذه حقيقة تأكدت بعد ذلك، حيث يؤدي ببطء انقباض القلب إلى زيادة زمن الدورة الدموية، فضلا عن تركيز الكلسترول وتراكمه حول القلب والشريان الأورطي، مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، وهناك رأي بأن العامل الرئيس الذي يؤدي إلى هذه التغيرات هو حدوث تغيرات كيميائية على مادة الكولاجين وهي المادة البروتينية التي توجد في جميع أجزاء الجسم مثل النسيج العام والعظام والخلايا والألياف العضلية وجدران الأوعية الدموية، فهذه المادة تفقد مرونتها مع تقدم السن وتفقد الأعضاء نتيجة لذلك قدرتها على استعادة حجمها وشكلها، مما يؤدي إلى النقص في كفاءة الكليتين، فضلاً عن حدوث الاضطرابات وتصلب الشرايين واضطرابات المفاصل وتجعد الجلد (إبراهيم، 1997؛ الشرييني، 1997؛ Murray, 2001).

الجهاز التناسلي والحياة الجنسية لدى المسنين: يفترض أن الوظيفة الجنسية شأنها شأن بقية وظائف الجسم الحيوية يدركها التباطؤ والتناقص مع التقدم بالعمر، كما ويحدث تغيرات على الأعضاء التناسلية مثل بقية أجهزة الجسم، وتحدث بدرجات متفاوتة بين الرجل والمرأة، إلا أن هذه التغيرات لا تمنع كبار السن من الاستمرار على الممارسة الجنسية الطبيعية، فقد أثبتت الدراسات أن ما يزيد عن ثلثي المسنين من الرجال فوق سن السبعين يمارسون الجنس مرة واحدة كل شهر على أقل تقدير، أما في سن الثمانين فما فوق فإن أكثر من ربع عددهم يظل محتفظاً بممارسة جنسية منتظمة في هذه السن، ويعتمد ذلك على الحالة الصحية العامة والظروف المعيشية الملائمة، والتفاهم بين الزوجين، وغياب الاضطرابات النفسية التي تؤدي إلى آثار سيئة على الناحية الجنسية، أما بالنسبة للمرأة

فعلى الرغم من انقطاع الطمث، إلا أن الرغبة تزداد وتقوى لتثبت أنها لا تزال شريك نشيط في الحياة الزوجية (الخولي،1992؛ الشربيني، 1997؛ العكروش، 1999)

الجلد: يفقد المسن كمية الدهون المخزنة تحت الجلد مما يؤدي إلى ظهور التجعدات وفقدان النضارة، ويبدو الجلد شاحبا وفاقدا لمرونته وصفائه ، كما وتحدث تغيرات أخرى مثل تساقط الشعر وظهور الشيب وحدوث الصلع ، ويظهر النمش على الأجزاء المعرضة لأشعة الشمس (شريم، 1998؛ Murray, 2001).
التغيرات العقلية: يتعرض الإنسان مع تقدمه بالعمر إلى التدهور في القدرات العقلية. وأشارت معظم الأبحاث إلى أن هناك هبوطا وانحدارا عاما في القدرة على النجاح في إتمام المهمات التي تعتمد على الممارسة والسرعة مما يؤدي إلى مواجهة كبار السن صعوبات في المهمات التي تتطلب الربط والتنسيق ما بين الفعاليات البصرية والحركية، التي تتضمن تحويل المعلومات البصرية إلى استجابات حركية جديدة (Solomon, 1999؛ السيد، 1975).

أما التذكر فهو من العمليات المعرفية الهامة التي درست من قبل الباحثين وتوصلوا إلى أن التذكر قصير الأمد يتأثر بالشيخوخة أكثر من التذكر طويل الأمد، وعلى هذا يجد كبار السن صعوبة في تخزين واسترجاع معلومات مكتسبة جديدة، والنوع الثاني هو التذكر طويل الأمد ويتضمن الخبرات المتراكمة والمعرفة خلال امتداد الحياة، ولا يظهر انه يتأثر بشكل كبير مع تقدم العمر إلا في حالة تعرض المسن للمرض (العصفور وآخرون، 1999).

ومن القدرات العقلية التي درست من قبل الباحثين هي القدرات العقلية الأولية كالقدرة العددية واللفظية والقدرة على الاستدلال والقدرة على الإدراك المكاني، ووجدوا أن أكثر القدرات انحدارا في مرحلة الشيخوخة هي القدرة على الاستدلال لحاجتها إلى العمليات العقلية العليا، وقد دلت دراسة سبيكمان (Speakman) والتي أوردتها (السيد، 1975) على أن القدرة الاستدلالية تظل في موهها حتى يصل عمر الإنسان إلى (50) سنة ثم تبدأ بعد ذلك بالانحدار وخاصة بالنسبة للعمليات الاستدلالية المعقدة، أما القدرة العددية واللفظية فلا تتأثر كثيرا بتقدم السن، ويمكن تفسير ذلك اعتماد الإنسان على الأرقام والألفاظ بحياته، كما وتشير الدراسات التجريبية لوجود انحدار نسبي في نشاط الدماغ المقاس بواسطة مقياس النشاط الالكتروني للدماغ.

ويتعرض المسن للكثير من المشكلات نتيجة هذه التغيرات العقلية منها ضعف الذاكرة والنسيان، والاضطراب في بعض وظائف المخ مثل القدرة على التركيز والابتكار، وحل المشكلات، وعدم القدرة على استخدام المفردات اللغوية، والشعور بالضيق بسبب الأفكار الغريبة التي لا يستطيع طردها من ذهنه (ربيع، 1988؛ زهران، 1985؛ فهمي، 1984).

يترتب على ما ورد في التغيرات الفسيولوجية والعقلية، وما نتج عنها من مجموعة المشكلات الصحية، سهولة تعرض كبار السن للكثير من الأمراض المستعصية، وذلك لأن الشيخوخة ليست مرضاً وإنما تربة صالحة للأمراض، بسبب التدهور الوظيفي العام الذي يحدث لدى المسنين في أجهزة الجسم دون استثناء ومن هذه الأمراض: الالتهاب الرئوي، هبوط القلب، وارتفاع ضغط الدم، والسكري، والأورام الخبيثة، والتهاب المفاصل "الروماتيزم المفصلي"، والنقرس، والحالات العصبية مثل: الشلل النصفي، اضطرابات المعدة والأمعاء، والأمراض الجلدية وأمراض الجهاز التناسلي، والنسيان وتدهور ذكاء المسن واضطراب ذكائه، فضلاً عن إصابة المسنين وبنسبة عالية بمرض ذهان الشيخوخة وغيرها.

وبالنسبة للتغيرات الاجتماعية: فتصاحب المسنين مظاهر حتمية من التغيرات في السياق الاجتماعي للإنسان، ومن مظاهر هذه التغيرات فقدان العلاقات الاجتماعية واقتصارها إلى حد كبير على الأصدقاء القدامى والذين يعيشون قريباً من المسن بعد زواج الأبناء والتقاعد عن العمل، وفقدان العديد من الأنشطة والاهتمامات، والاعتماد على الآخرين، والانسحاب من السياق الاجتماعي. مما يؤدي إلى العزلة والفرغ، وتدهور المشاركة الاجتماعية والتي بدورها تؤدي إلى بروز التغيرات النفسية (السرحان، 2000).

وقد بين الكثير من المفكرين والكتاب مثل (فهمي، 1999؛ اسعد، 2000؛ مناصفي، 1986؛ سلامة، 1985؛ إبراهيم، 1997) أن الشيخوخة هي مشكلة اجتماعية قبل أن تكون مشكلة بيولوجية صحية، فالصعوبات التي يواجهها كبار السن ناجمة عن الوضع الاجتماعي الذي يعكس أفكار واتجاهات ومواقف الناس والمجتمع حيال الشيخوخة التي على أساسها يتم التعامل معهم، ومما يزيد في حدة ظهور هذه المشكلات هو ظهور الأسرة النووية التي لم تعد مهياً لرعاية المسنين أو السماح لهم بأخذ مكانتهم الاجتماعية أو أدوارهم السابقة

حيث يعاني المسن في هذه الأسرة من الوحدة والفراغ و حياة الرتابة والجمود و التجرد من السلطة والخضوع و التبعية التي يفرضها عليه ذويه بسبب ضيق السكن وخروج المرأة للعمل مما يدعوه للعزلة والاكنتاب (سلامة، 1985؛ عبد الغفار، 2003؛ الوحيان، 2001).

إن التغيرات الحيوية التي تطرأ على سن الشيخوخة تخلق مشكلات اجتماعية كبيرة منها: الشعور بالوحدة والعزلة عن حياة المجتمع وذلك نتيجة الانسحاب التدريجي المتبادل بين المسن والمجتمع، إذ لا يكاد المرء يشعر به في البداية إلى أن يصل إلى عزلة تكاد تكون تامة.

مشكلة الفراغ حيث يعاني المسنون من الانخفاض التدريجي في المجال الكلي للنشاط وهي نتيجة حتمية لتفرق الأولاد في شؤون الحياة وانفصالهم بعد الزواج، وتفرق أصدقاء الشباب، وموت شريك العمر، وقد يضطر المسن للعيش مع الأولاد المتزوجين، وهنا تبرز مشكلة الاحتكاك بأزواج الأولاد والأحفاد والخضوع والتبعية بعد السلطة والسيادة.

ضيق المجال الاجتماعي حتى يكاد يقتصر على أفراد الجيل نفسه من الشيوخ والذين يتناقصون يوماً بعد يوم بالوفاة.

علاقة المسن بأصدقائه والتي أصبحت تقتصر على الجلوس في المقهى. وهناك مشكلة انخفاض الدخل عند التقاعد أو ثباته في الوقت الذي تتزايد فيه ارتفاع الأسعار مع زيادة التضخم، وهذا يؤدي إلى العوز المادي مما يوجب تحولا في النمط الاستهلاكي لكبار السن وقد يكون هذا التحول ضارا بحالتهم الصحية.

وبالنسبة للتغيرات النفسية: فإن التغيرات الفسيولوجية لكبار السن وما يصاحبها من مظاهر الضعف

الجسمي، وما يعانيه المسن من التغيرات العقلية يجعله عرضة للخوف والقلق الدائمين. وتعد المشكلة النفسية مشكلة خطيرة تهدد المسنين وتتضمن الشعور باليأس وفقدان الأمل وانتقاص الذات ووساوس المرض والشعور بعدم الفائدة، وغالبا ما تكون مصاحبة للأمراض المختلفة أو الصدمات العاطفية والتي تزيد من مستوى القلق لدى المسنين ، كما ويصحبها أعراض فسيولوجية تتمثل في اضطرابات في النوم والشهية ووظيفة الأمعاء والمزاج المتقلب (الهاشمي، 1986).

وكثيرا ما يعاني المسن من حالات الاكتئاب والانطواء نتيجة لما يصيبه من التدهور الجسمي وضعف الحواس او نتيجة لفقد شريك الحياة وما يصاحبها من طول فترة التعلق الوجداني . وتُعد مشكلة الاكتئاب من المشكلات الخطيرة التي يعاني منها المسنون عامة، ونزلاء دور الرعاية خاصة، لما ينتج عنها من أعراض نفسية مثل القلق والشعور باليأس ووساوس المرض وأعراض فسيولوجية مثل فقدان الشهية وقلة النوم، كما وتظهر الحساسية الزائدة على المسنين إذ يعبرون عنها بالحب والكراهية، فضلا عن افتقارهم الى المرونة النفسية مما يؤدي الى الجمود النفسي ويجعل من الصعب تعديل السلوك الذي انخرطوا فيه (زهرا، 1985؛ اسعد، 2000؛ فهمي، 1999)

ومن الخصائص النفسية التي يتسم بها المسن هو تعصبه لماضيه وللعادات والتقاليد التي نشأ في ظلها، فالمسنون يقفون موقفا عدوانيا من كل جديد وكذلك نجدهم في صراع دائم مع أبنائهم وأحفادهم وهذا احد مصادر تشكيل القلق لديهم (إبراهيم، 1997).

وبالنسبة للتغيرات الاقتصادية فتتمثل بنقص دخل التقاعد وثباته في الوقت الذي تزداد به الأسعار بشكل كبير مما يؤدي للفقر المادي، والذي يترتب عليه مستوى معيشة متدنية ، وتكون هناك صعوبات كبيرة في إيجاد عمل يوفر دخل مناسب في هذه المرحلة العمرية ، مما يترتب على ذلك الاعتماد على الأسرة والأبناء في الإنفاق على الغذاء والمأوى والرعاية الصحية، حيث أن تكاليف العلاج والدواء أصبحت تشكل عبئا على الجانب الاقتصادي في حياة المسن وأسرته، أما الجوانب الترويحية فيكاد الإنفاق عليها يكون معدما، ويزداد الأمر سوءا في حالة عدم وجود أسرة تعتني بذلك المسن فتصبح حياته مأساوية لعدم توفر مؤسسات كافية وملائمة بكلفة مادية متناسبة مع الدخل (الغزوي، 1988؛ اسعد، 2000؛ إبراهيم، 1997).

أما التغيرات في المجال الترويحي والتي تتمثل بقضاء وقت الفراغ الذي يشعر به المسن، ونقص البرامج والإمكانات لتنمية هوايات منزلية هادئة تبعده عن الهموم وانتظار ساعة الخلاص ، وتوضح هذه المشكلات في تفشي الأمية بين المسنين في الأردن، مما يقلل من إمكانية شغل أوقات الفراغ بالمطالعة، كما أن عدم توفر

النوادي الخاصة بالمسنين والحدائق العامة والتسهيلات المناسبة لهذه الفئة العمرية في المجتمع، أدى إلى ظهور هذه المشكلة (القدومي، 1991؛ الهاشمي، 1980؛ فهمي، 1984).

حاجات كبار السن

من خلال التحليل الوصفي لمجموعة التغيرات والمشكلات التي تطرأ على كبار السن يمكن استنتاج أهم الحاجات بالنسبة لهم، وقد يكون من الصعب الوصول إلى تحديد دقيق وشامل لكل حاجات المسنين إذ إنها تختلف باختلاف المجتمعات والعصور، كما أن المسنين ليسوا جماعة متجانسة متفقة على كل الحاجات، ولكن هذا لا يمنع من أن هناك حاجات أساسية مشتركة ترتبط بمرحلة الشيخوخة، وذلك حسب ما يطرأ على حالتهم الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية من تغيرات جذرية تبنى عليها مجموعة المشاكل التي يتعرضون

لها، ويمكن القول بأن "حاجات المسنين عبارة عن ضرورات فردية مترتبة على الخصائص البيولوجية والنفسية والعلاقات الشخصية المميزة لمرحلة الشيخوخة، وأن إشباع تلك الحاجات كفيل بتحقيق توافق اجتماعي أفضل للأفراد وتحقيق الأهداف المجتمعية في الوقت نفسه". (إبراهيم، 1997، ص:171).

إن الحاجات الإنسانية هي حاجات نسبية، أي لا توجد وسيلة للإشباع المطلق لهذه الحاجات ولا تقف حاجات الإنسان عند حد حتى يتوفاه الموت (العصفور وآخرون، 1999).

ويمكن تلخيص أهم هذه الحاجات كالآتي:

الحاجات الصحية وضرورة التفريق بين مظاهر الشيخوخة والحالات المرضية ، وتتمثل بالحاجة لتقديم الرعاية الصحية على أكمل وجه من قبل فريق صحي متخصص بعلم الكبار، ووضع برامج للرعاية الصحية الأولية عبر توفير مراكز صحية متطورة، إلى جانب إنشاء مؤسسة ملائمة لتلبية الحاجات الاجتماعية والنفسية والعاطفية للمسنين (إبراهيم، 1997؛ العصفور وآخرون، 1999؛ شريم، 1998).

الحاجات الاجتماعية وتتمثل بمراقبة دور رعاية المسنين وما تقدمه من خدمات وضرورة وضع معايير لتطوير وتحسين مستوى الخدمات التي توفرها هذه الدور، والعمل على إنشاء مؤسسات صغيرة لتقديم الخدمات الاجتماعية مما يؤدي إلى تساند الخدمات المقدمة لكبار السن ويمكن أن يتم إنشاء مؤسسات ذات برامج صحية اجتماعية ترفيهية في آن واحد (إبراهيم، 1997).

الحاجات النفسية وتتمثل بإعداد المسنين لمرحلة الكبر، ويذكر منصور (1987) بأن مطالب المسن غالباً ما تحدد وفقاً لحاجاته العاطفية والفطرية، وأن أهم مطلب يسعى المسنون إلى تحقيقه هو الإحساس بالتكامل وتجنب الإحساس باليأس الذي ينتاب معظمهم إذ إن إحساس الإنسان بالتكامل يساعده في تدعيم مكانته الاجتماعية بين الناس والاستفادة مما تراكم من معارف وخبرات وتجارب خلال حياته.

كما أن مرحلة الشيخوخة تفرض مطالب أساسية تدور حول فكرة التوافق مع الضعف، التوافق مع وفاة الشريك، وفقد الأصدقاء وتعديل الأدوار واتخاذ أدوار جديدة غير تلك التي تعودها الفرد، فالأوضاع الجديدة التي تطرأ على نفسية المسن وشخصيته تفرض عدداً من المتطلبات الملحة للتكيف الضروري لمواجهة التدهور الصحي والجسمي وظروف العجز والوحدة، وهذا يقتضي راحة جسمية لا تتحقق إلا بالابتعاد عن الأعمال التي تتطلب جهداً بدنياً وراحة نفسية واستقراراً عاطفياً لأن أشد ما يؤذي المسن ويضر بصحته الانفعال الشديد والأزمات النفسية (سلامة، 1985).

الحاجات الترويحية وتتمثل بمحاولة إدخال الرضا والسرور إلى نفس المسن عن طريق الإسهام في بعض ألوان النشاط المحبب له والذي يعبر فيه عن مشاعره (إبراهيم، 1997).

الحاجات الاقتصادية: وتتمثل في معاونة المسن على الموازنة بين موارده وحاجاته، ومنحه تيسيرات في تكاليف الخدمات التي يحتاجها والاستفادة من الجهود التطوعية والجمعيات التعاونية، والحاجة إلى وضع نظم كفيلة بإدراج المسنين في عمليات التنمية والاستفادة من خبراتهم في مجال تخصصاتهم، إضافة إلى الحاجة إلى نظام يكفل للمسنين الحصول على دخل مناسب يتناسب مع زيادة الأسعار (فهيم، 1999).

الحاجات الثقافية وتتمثل بحاجتهم لتوفير مكتبات عامة ملحقة بدور المسنين تناسب مختلف الميول والمستويات الثقافية والروحية لديهم (إبراهيم، 1997).

إن العرض السابق للتغيرات المصاحبة للشيخوخة وما نتج عنها من مشكلات وحاجات ليس الهدف منه الاستفاضة من الوجهة الطبية عن هذه التغيرات، ولكن التكامل الموضوعي للدراسة يحتم الإشارة إليها حتى يتم التركيز بصفة خاصة على أوجه الرعاية والخدمة التي تقدم للمسنين ومستويات تقديم هذه الخدمة.

وقد لمست الباحثة من خلال هذا العرض أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين تلك المشكلات، أي أنها تؤثر وتتأثر بعضها ببعض، فالتقدم بالعمر يصاحبه عادة ضعف عام في الصحة وفقدان المقدرة على العمل ثم التقاعد، وهذا بدوره يؤدي إلى فقد العلاقات الاجتماعية حيث ينتقل الفرد من حالة النشاط المثمر إلى حالة الركود والرتابة والفراغ الاجتماعي والنفسي مما يؤدي إلى عدم توازن المسن نفسياً واجتماعياً، الأمر الذي يتطلب

ضرورة التدخل المهني لتوفير الرعاية الاجتماعية لهذه الشريحة السكانية المهمة، فعندما يفقد المسن القدرة على رعاية نفسه، وتكون أسرته في موقف لا تستطيع معها التمكن من رعايته، فإنه لا بد من إيجاد بيئة تحميه وتقيه وتقدم له الرعاية المتقدمة، وقد لا يكون توفير مأوى لكبار السن هو الوسيلة المثلى للتعامل مع مشكلات وحاجات المسنين، ولكن يجب أن تتوافر فضلا عن ذلك مراكز مؤهلة لرعاية المسنين، وإيجاد أفضل أنواع الرعاية الأسرية البديلة، مع تدعيم هذه الرعاية بالكفاءات الطبية والتمريضية، حيث إن رعاية المسنين فن وعلم لا يقلان دقة وتعقيدا عن رعاية الطفولة، مما يوضح مدى حاجة المسنين إلى بناء برامج وتطويرها وتقديم خدمات الرعاية الاجتماعية التي يمكن أن تسهم في تخفيف حدة المشكلات التي يواجهونها وتخفف من معاناتهم.

رعاية المسنين

"وتعني مجموعة الأنشطة المنظمة التي تمارسها هيئات حكومية وأهلية وتطوعية من أجل توفير الحماية والوقاية والحد من آثار المشكلات الاجتماعية، والعمل على علاجها، بإيجاد الحلول المناسبة لها، كما تتم بتحسين مستوى معيشة الأفراد والجماعات والمجتمعات، وتستند هذه الأنشطة لجمهور المتخصصين المهنيين كالأخصائيين الاجتماعيين والمحللين النفسيين والمعالجين والأطباء والممرضات ومقدمي الرعاية". (ابراهيم، 1997، ص:225).

وقد أجمل تقرير منظمة الصحة العالمية للشيخوخة كما أورده شريم (1998، ص:53) بشكل رائع نوعية ومستوى العناية الصحية التي يجب أن تقدم للمسنين بشكل مختصر، إلا أنه شامل ومعبر وقد جاء فيه ما يلي: "ينبغي أن تتجاوز رعاية المسنين الاتجاهات العلاجية للمرض، وأن تشمل رفايتهم الكاملة، مع مراعاة الترابط القائم بين العوامل: البدنية والعقلية والاجتماعية والروحية، ومن ثم ينبغي أن تشمل الرعاية الصحية القطاعين الصحي والاجتماعي، وكذلك الأسرة لتحسين نوعية حياة المسن، كما ينبغي توجيه الجهود المبذولة في المجال الصحي لا سيما مجال الرعاية الصحية الأولية بوصفها إستراتيجية، بحيث يمكن للمسنين أن يحيوا حياة مستقلة في أسرهم ومجتمعهم، إلى أطول وقت ممكن بدل من عزلهم وإبعادهم عن جميع أنشطة المجتمع".

والهدف الأسمى لخدمات الرعاية للمسنين هو تحسين حياة المسن، وجعلها أكثر رقياً ومتعة وذلك من خلال التركيز على الوقاية والعلاج، وإعادة التأهيل لما قد يصيب المسن، بهدف زيادة الاستمتاع بفرص الحياة المتاحة أمامه، وهي بذلك تعمل على توفير أنشطة الحياة اليومية وتطوير وتحسين الصحة النفسية ومستوى المعيشة للمسن (Sharwood،1975).

والسمة الأولى والأهم لرعاية المسنين هي الشمول، وتشتمل هذه الخدمات على البرامج الطبية المتكاملة لمواجهة الخلل الجسمي والعقلي وتوفير الوجبات الغذائية اليومية والحصول على سكن مناسب للحالة الصحية وتوفير الإشراف المهني المناسب والاهتمام بالأنشطة الرياضية والترفيهية وتنمية الهوايات وتشجيع ممارسة أنشطة إنتاجية (إبراهيم، 1997؛ شريم، 1998).

بالرجوع إلى القراءات الكثيرة المرتبطة بموضوع الشيخوخة تبين أن الخدمات المقدمة لكبار السن كثيرة ومتعددة بتعدد صور الرعاية التي يحتاجون إليها وقد تمحورت رعاية المسنين في المجالات الآتية:
مجال الرعاية الصحية أو الإشراف الصحي:

إن الرعاية الصحية بالمسنين هي إجراء تنظيمي قائم بذاته، وهي عملية متخصصة لها ركائزها ومقوماتها وتفرعاتها، وتشكل مشكلات المسنين الصحية التحدي الأكبر لكل الأنظمة الصحية وذلك للأسباب الآتية:
إن المريض المسن يعادل أكثر من مريض في الفئات العمرية الأخرى بسبب تعدد أمراضه، وما يصيبه من ضعف وعجز أكثر من غيره من الفئات العمرية الأخرى مما يجعلهم بحاجة إلى عناية صحية أكثر من غيرهم. "حدوث عدة أمراض في الوقت نفسه لدى المسن يؤدي إلى تعقيدات ومشكلات مزعجة في خطة العلاج، فالمسن المصاب بجلطة قلبية ودماعية يحتاج إلى رعاية متناقضة، الجلطة القلبية تستدعي الراحة، أما الجلطة الدماغية فتستدعي مباشرة التأهيل والعلاج الطبيعي.

تعدد الأدوية لدى المسن قد يؤدي إلى إرباك وتشويش باستعمال الأدوية وحدوث تفاعلات مضادة بينها، فالتفاعل بين الدواء المضاد للتخثر وأدوية علاج المفاصل قد تؤدي إلى النزيف الحاد مما يسبب خطورة على حياة المسن إضافة إلى احتمالية الإصابة بالآثار السميّة للدواء" (شريم، 1998، ص: 48-49).

وتعرّف الرعاية الصحية الشاملة على أنها مجموع الخدمات والإجراءات الطبية والوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لأفراد المجتمع عامة، بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، كالاهتمام بصحة البيئة وسلامة المياه والغذاء وتصريف الفضلات وتقديم المطاعيم ضد الأمراض المعدية والكشف المبكر عن المرض وتقديم العلاج، وذلك من أجل حفظ صحة الفرد وتحسينها ليتمتع بكامل قدراته الجسدية والعقلية والاجتماعية (قطيشات وآخرون، 2002؛ Kozier, 2004). فضلاً عن تدريب الأطباء ومقدمي الرعاية تدريباً تخصصياً في مجال طب

الشيخوخة، والعمل على توفير الخدمات الطبية والمراكز المؤهلة لرعاية المسنين والتخطيط لخدمات سن الشيخوخة، والتوسع في مظلة الرعاية الطبية وإرشاد المسنين على كيفية الحصول عليها (إبراهيم، 1997؛ خضير، 2001).

وتصنف الرعاية الصحية في فترة الشيخوخة إلى الرعاية الصحية الأولية أو ما يسمى بالرعاية الوقائية وتهدف إلى منع حدوث المرض والوقاية منه، ورفع مستوى الصحة وكفايته (قطيشات وآخرون، 2002؛ Murray, 2001؛ خضير، 2001).

وتعرّف الرعاية الصحية الأولية حسب ما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية في الإعلان الذي تم في مدينة ألمآتا في كازاخستان عام 1978 كما أورده خضير (2001)، على أن الرعاية الصحية الأولية: هي الرعاية التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكل الأفراد، حيث تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس وتشتمل على: نشر التثقيف الصحي، وتوفير الغذاء المتوازن، والإمداد بالمياه النقية للشرب، والتحصين ضد الأمراض والوقاية منها، والعلاج الملائم لها، وتوفير العقاقير الأساسية. كما وتشتمل على توفير المصادر المختلفة لرعاية كبار السن صحياً.

واضاف هانكوك (Hancock, 2002) إن الرعاية الصحية الأولية تشتمل على تدريب القائمين على رعاية المسنين تدريباً تخصصياً في مجال طب وتمرير الشيخوخة لأن كفاءة ونوعية الخدمات المقدمة تُعد أساساً للصحة، وكذلك العمل على توفير الخدمات الطبية والتوسع في مظلة الرعاية الطبية وإرشاد المسنين عن كيفية الحصول على هذه الرعاية والخدمات، فضلاً عن توفير الأجهزة التعويضية والعلاج الطبيعي والمهني والعلاج بالأدوية والعقاقير.

وتتمثل الرعاية الصحية الأولية في: بعد المسن عن المواد الغذائية الضارة بحالته، وإتباع نظام غذائي متوازن (Thomas & et al, 1985). وحضه على القيام بالتمارين الرياضية والوقوف على التاريخ الصحي للمسن منذ الطفولة (أسعد، 2000). فضلاً عن تنظيم زيارات للأطباء المتخصصين وعقد الندوات لنشر الثقافة الصحية بين المسنين والكشف الدوري ومواعيد ثابتة لحالة المسن الصحية والنفسية (فهمي، 1984). والعناية بنظافته ومساعدته على القيام بنشاطات الحياة اليومية (Ribbe،1993).

الرعاية الصحية الثانوية أو ما يسمى بالرعاية العلاجية، وتعرف على أنها الرعاية التي تقوم على تقديم العلاج للحالات المرضية والإصابات التي تحتاج لرعاية طبية غير متوفرة في الأساس الأول وفي هذه الحالة تقع المسؤولية كاملة على العاملين المدربين الذي يقومون بتقديم الرعاية الصحية للمسن (خضير، 2001) وتشتمل الرعاية الصحية الثانوية على تشخيص حالة المسن في حالة وقوعه بالمرض فعلاً، وتقييم سير الحالة المرضية وعمل الفحوصات الإكلينيكية والمخبرية له (أسعد، 2000). وتقديم العلاج المناسب وإجراء مهارات الرعاية الصحية والتمريضية بما يتناسب مع حالة المسن المرضية وفق المعايير الطبية العالمية، وتحويل المسن المريض إلى الجهات المختصة إذا لزم الأمر (العصفور وآخرون، 1999).

وفي مجال تقديم الخدمات العلاجية للمسن يقتضي الانتباه على أن عناصر معالجة المسن تتضمن أيضاً المعالجة الحكيمة، والمعالجة النفسية، والمعالجة المهنية وذلك حسب ما تقتضيه حالة المسن المرضية من حيث نوعها وحدتها، وعليه يكون نظام الرعاية الصحية للمسنين هو نظام يتعامل مع الأمراض وقاية ومعالجة وتأهلاً، وهو نظام يمتد إلى المستشفى، والمراكز الصحية والمنزل والمجتمع والمؤسسات الصحية وغير الصحية المعنية برعاية المسنين (Douglas،2000).

وعادة تكون الرعاية العلاجية في نطاق ومسؤولية أعضاء الفريق الطبي أو مقدمي الرعاية في دور المسنين، وهذا يتطلب تنمية العديد من المهارات لدى مقدمين هذه الخدمات مثل المهارة في التخاطب والاستماع والقدرة على تحمل المسن، والحالات التي تكون مصاحبة لاختلال النوم أو الاختلال الذهني أو التبول اللاإرادي، والإطلاع المستمر وصلابة الخلفية العلمية الحديثة لتنمية المقدرة على تقييم الحالات المرضية بصورة أدق وكذلك القدرة على معرفة نوع الاحتياج والمساعدة المطلوبة للمسن، والقدرة على تلافي التطرق إلى مواضيع حساسة من شأنها مساعدة المسن على طرح جميع مشاكله دون تردد (العصفور وآخرون، 1999).

كل ذلك لأن إعداد هؤلاء العاملين بدور المسنين هو ليس إعداداً خاصاً بنطاق معين أو بعضو من أعضاء الجسم، ولكنه إعداد متكامل لرعاية المسن من جميع الجوانب (أسعد، 2000).
الرعاية التأهيلية: وهي الرعاية التي يحتاجها الشخص بعد ثبوت واستقرار الحالة الصحية والجسمية والعقلية عند مستوى معين من درجات الصحة من الناحية التشريحية والوظيفية وتشتمل على الرعاية النفسية والاجتماعية والمهنية والترويحية. وتهدف لتقديم خدمات ورعاية تأهيلية متخصصة، وهي عملية يقصد منها مساعدة الأفراد المصابين بإعاقة أو عجز ما، كي يدركوا طاقاتهم ويحفظوا أهدافهم في الحياة وذلك من خلال توفير كوادر مؤهلة بمهارات الرعاية الصحية (خضير، 2001؛ Douglas، 2000).

مجال الرعاية النفسية: قد تظهر الكثير من الصعاب أمام أي فرع من فروع التوجيه النفسي خاصة إذا كان ذلك الفرع متصلاً بالمشنين، ذلك أن المسن ينخرط في إطار مجموعة عمرية يصعب رعايتها شأنها بذلك شأن الطفولة، فإذا كانت الطفولة هشة ضعيفة سريعة التحول من حال إلى حال فإن الشيخوخة جامدة متحجرة بحيث يصعب القيام بتحويل الأفراد الواقعيين في نطاقها إلى المسار السليم بعد أن يكونوا قد انصرفوا عنه (أسعد، 2000).

إن رعاية المشنين النفسية بحاجة إلى جهود كبيرة تبذل من أجل تنمية الجو المحيط بالمسن وذلك بسبب ما يعتري هذه الحالة من حساسية شديدة. مما يستدعي توعية المتعاملين مع المسن لتوفير الجو الاجتماعي المناسب له، وذلك إن وعي العاملين مع الشيخوخة في غاية الأهمية لتوفير الظروف المناسبة لإحداث تفاعلات جيدة داخل نفس المسن تبعث على السعادة له. والواقع أن التعامل مع المسن صعب وبحاجة إلى تدريب معين لا يتوافر بغير توجيه وتوعية مستمرة شريطة أن تكون من طرف مستقل عاطفياً عن المسن ليظل متمتعاً بالموضوعية، لذا لا بد للعاملين من المحافظة على الفواصل النفسية حيث إن مهمة من يعطي الرعاية تقتضي بأن يحافظ على تلك الكلفة ويبقى واثقاً بنفسه وذلك ليستطيع أن يحرك ويوجه الطاقة الوجدانية لدى المسن (أسعد، 2000؛ فهمي، 1984).

وثمة جانب آخر في الرعاية النفسية هو التحرر من التحيز وجدانياً إلى جانب المسن، أو التفرقة بالمعاملة بين شيخ وآخر، أو اتخاذ موقف عدواني. لذا على مقدم الرعاية النفسية أن يجتهد في صقل نفسيته ويتوخى العدالة ويكون محباً للناس ويوجه كل الحب والاهتمام والحنان للمشنين ويتجنب المناقشات التي تعمل على إثارة أعصابهم، وتجنب توجيه النقد لهم، وتشجيعهم على الاعتماد على النفس (أسعد، 2000؛ فهمي، 1984).

مجال الرعاية الاجتماعية:

يستند مفهوم الرعاية الاجتماعية إلى الإيمان بمبادئ الحرية والاستقلال والممارسات الحرة للأفراد ومبادئهم للتخطيط لحياتهم وإدراكها على المستوى الشخصي. لذا على العامل القائم على رعاية المسنين أن يعمل على تنظيم دورات دينية وثقافية في مختلف مجالات الحياة، وتوفير وسائل النقل للمسنين إلى مراكز العلاج، وتوفير الوسائل الترفيهية كالرحلات ومشاهدة المسارح والإقامة في المصايف والمشاتي، وتوفير المكتبات، وتنظيم تطوع المسنين في مؤسسات الخدمة الاجتماعية، وتنظيم الزيارات المنزلية للمسنين لمنزلهم لتشجيعهم على الاندماج بالمجتمع وتخفيف متاعبهم النفسية، وتنظيم المشاركة لممارسة الخدمات المنزلية بدور الرعاية، وتشجيع ممارسة الهوايات والمهارات، والعمل على توفير جو أسري سليم للنزلاء مما يساعدهم على التكيف، والاستفادة من خبرات النزلاء عن طريق استثمار طاقاتهم في مشروعات إنتاجية استثمارية فاعلة، والعمل على إقامة معارض وأسواق خيرية لعرض منتجات كبار السن، وتشجيع اشتراك الشباب في توفير الخدمات والرعاية والإسهام في الأنشطة التي تنظم لصالح كبار السن (فهيم، 1984؛ إبراهيم، 1997).

فضلاً عن توفير المناخ الاجتماعي السليم لتفهم حاجات كبار السن وقضاياهم، والعمل على إنشاء أندية ترويجية خاصة بكبار السن ليمارسوا نشاطهم ويجددوا علاقاتهم الاجتماعية وصدقاتهم مع ضمان توفير الإشراف الفني الملائم في تلك الأندية. كما وتشمل مساعدة النزلاء على اختيار الأعمال والمناشط التي يمكن أن تعوضهم عن فقدهم لأعمالهم الوظيفية وتحقق حد أدنى من الإشباع والرضا (إبراهيم، 1997).

مجال الرعاية الاقتصادية:

إن المسنين بحاجة إلى زيادة مواردهم المالية، وهذا يتطلب تدخل الحكومة وإصدار التشريعات المختلفة التي تحفظ لهؤلاء الأفراد حداً أدنى من الدخل يواجهون به أعباء المعيشة، وقد شهدت المجتمعات ظهور بعض القوانين التي ترفع من الحد الأدنى للمعاشات، ووجوب مساعدة المسنين على مواجهة أعباء الحياة سواء من حيث الرعاية الصحية أم إشباع حاجاتهم المادية والمعنوية، الأمر الذي يسهم في تخفيف الضغوط التي تنجم عن نقص الدخل، وعلى مقدم الرعاية أن يعمل على استثمار خبرات المسنين ومهاراتهم في أعمال مناسبة يحصلون منها على أجور، والعمل على توفير حاجات المسن من علاج وغذاء ومسكن وملبس (فهيم، 1984).

فضلاً عن قيام مقدمي الرعاية الصحية الشاملة باسم مؤسسة رعاية كبار السن بالحث والتشجيع على إمداد المسنين بالرعاية الاقتصادية في مجال العلاج والدواء وتوفير المواصلات للمسنين لسد حاجات المسنين التي لم يعد في استطاعتهم سدّها بأنفسهم، وذلك عن طريق جمع التبرعات المادية والعينية، والحرص على تقديم الخدمات من الأطباء والصيدالة مجاناً لكبار السن (إبراهيم، 1997).

مجال الرعاية الترويحية:

تُعد الرعاية الترويحية الأكثر ضرورة للمسن لحاجته الماسة لتكوين صداقات مع الأقران والشعور بالاعتبار والأهمية (جاد الله، 1985).

وتشمل الرعاية الترويحية على: " إعداد برنامج للرحلات إلى الأندية والحدائق، والقيام بالمعسكرات الصيفية والمشاتي، وتنظيم حفلات للترفيه عن كبار السن، وتنظيم زيارات للأماكن السياحية، وتوثيق الصلة وتبادل المعونة بين مؤسسات رعاية المسنين وغيرها من المؤسسات الاجتماعية الأخرى في المجتمع، ووضع برامج متكاملة للتأهيل لتنمية ما تبقى من قدرات للمسنين، والعمل على تغيير نظرة كبار السن من حياة خالية من الحركة والنشاط إلى نشاط وأمل في الحياة، والعمل على تقوية الإحساس لدى كبار السن بحاجة المجتمع لخبراتهم وقدراتهم، فضلاً عن تنظيم حلقات الوعظ الديني والإرشاد وإقامة الندوات الدينية وتوفير الكتب والمجلات الدينية والعمل على تيسير ممارسة فريضة الحج والعمرة " (إبراهيم، 1997، ص:242).

مجال الرعاية الثقافية:

وتعمل على تقديم خدمات تعليمية لهم من خلال " توفير الكتب اللازمة للقراءة كالكتب المطبوعة بالخط الكبير والعدسات المكبرة لضعاف البصر، وتوفير مختلف الكتب لمختلف الميول والمستويات الثقافية " (إبراهيم، 1997، ص:181).

مبادئ ومعايير الممارسة المتعلقة برعاية المسنين

أشارت مجالات رعاية المسنين إلى ضرورة أن تكون الرعاية المقدمة للمسنين متطابقة ومتفاعلة مع خصائص الشيخوخة نفسها وتتناول جميع جوانبها المتداخلة، أي تكامل المعالجة حتى تحقق أهدافها بمستوى عالٍ من الأداء، ولذا ارتأت المنظمات العالمية وضع معايير لرعاية المسنين، لا بد لمقدمي الرعاية من الالتزام بها. وقد ارتأت منظمة تمريض الشيخوخة الكندية كتابة معايير الممارسة وتقديم الرعاية للمسنين وفقاً لمجالات الممارسة التمريضية.

وذلك لأن ما يقدم من رعاية في دور المسنين هي حقيقة ما تقوم بعمله الممرضة أثناء عملها في المستشفيات أو المراكز الصحية بأنواعها المختلفة. وتهدف معايير منظمة الشيخوخة الكندية بشكل عام إلى المحافظة على مستوى عال يكفل نوعية عالية من الحياة للمسن من خلال:

تقديم الرعاية الصحية الأولية من خلال دعم الحركة والنشاطات الرياضية وتقديم التغذية المناسبة والمحافظة على النظافة الشخصية للمسن، ونظافة البيئة، والعمل على موازنة السوائل للمسن، فضلاً عن القيام بالمعاينة الشاملة للمسن وبشكل دوري لتقييم الحالة الصحية والنفسية والعقلية من خلال قيام مقدمي الرعاية بالفحص السريري للمسن، وتسجيل التاريخ الصحي له بملف طبي خاص (Bonnie & et al, 1996).

تقديم الرعاية النفسية للمسن في حالة حدوث تغيرات في نمط حياته نتيجة لما يعترية من تغيرات مصاحبة لتقدمه بالسن مثل التصرفات الشاذة والأمراض النفسية، والعمل على دعم قناة اتصال مع الآخرين والحث على استخدام إستراتيجيات التكيف وتعليم المسنين (Bonnie & et al, 1996).

تقديم الرعاية الاجتماعية بالعمل على وجود علاقة علاجية بين المسن ومقدم الرعاية وفتح طرق التواصل. والتعرف إلى حاجات المسن التي تحتاج إلى رعاية مستمرة، واحترام رغبات المسن، ومراقبة المخاطر طول الوقت، والاهتمام بالعبارات الأخلاقية (Bonnie & et al, 1996).

وقد اتفقت جمعية المسنين البريطانية ، في وضع معايير الممارسة لرعاية كبار السن مع ما قدمته منظمة تمريض الشيخوخة الكندية بما يختص بالتركيز على تقديم الرعاية الصحية الأولية والرعاية النفسية والاجتماعية بتفرعاتها (British Geriatrics Society,2003).

أما بالنسبة لمبادئ الأمم المتحدة المتعلقة برعاية كبار السن حسب ما أوردته الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة التي تم عقدها في مدريد، اسبانيا 2002 فقد تضمنت الآتي:

استفادة كبار السن من رعاية وحماية الأسرة والمجتمع المحلي، وفقاً لنظام القيم الثقافية في كل مجتمع. أن تتاح لهم إمكانية الحصول على الرعاية الصحية لمساعدتهم على حفظ أو استعادة المستوى الأمثل من السلامة الجسدية والذهنية والعاطفية، ولوقايتهم من المرض أو تأخير إصابتهم به. أن تتاح لهم إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية والقانونية لتعزيز استقلاليتهم وحمايتهم ورعايتهم.

تمكينهم من الانتفاع بالمستويات الملائمة من الرعاية المؤسسية التي تؤمن لهم الحماية والتأهيل والحفز الاجتماعي والذهني في بيئة إنسانية ومأمونة.

تمكينهم من التمتع بحقوق الإنسان والحريات الأساسية عند إقامتهم في أي مأوى أو مرفق للرعاية أو العلاج، بما في ذلك الاحترام التام لكرامتهم ومعتقداتهم وحاجاتهم وخصوصياتهم وحقهم في اتخاذ القرارات المتصلة برعايتهم ونوعية حياتهم.

أن تتاح لهم إمكانية الحصول على ما يكفي من الغذاء والماء والمأوى والملبس والرعاية الصحية، بان يوفر لهم مصدر للدخل ودعم اسري ومجتمعي ووسائل للعون الذاتي.

أن يستمر دمجهم في المجتمع المحلي، وان يشاركوا بنشاط في صوغ وتنفيذ السياسات التي تؤثر مباشرة في رفاهتهم، وان يقدموا للأجيال الشابة معارفهم ومهاراتهم.

تمكينهم من العيش في كنف الكرامة والأمن، ودون خضوع لأي استغلال أو سوء معاملة جسدياً أو ذهنياً. من جانب آخر أكدت منظمة حقوق الإنسان في دورتها الثالثة عشرة عام (1995) على ما جاءت به المعايير والمبادئ العالمية والمحلية فيما يتعلق برعاية كبار السن، فضلاً عن تأكيد المؤتمرات الدولية على هذه المعايير ومنها: المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والذي عقد في القاهرة عام 1994، والمؤتمر الآسيوي الرابع الذي عقد في بالي عام 1992، والمؤتمر الذي عقده قادة الدول في مجال التنمية الاجتماعية عام 1995 في كوبنهاجن ومن المهم ان معايير مهنة التمريض في الأردن تنسجم مع كل الذي ذكر سابقاً حيث تتضمن المعايير التمريضية الأردنية:

المسؤولية المهنية والمساءلة: فالمرض القانوني مسؤول عن أداء الممارسة التمريضية متفقاً مع دليل آداب مهنة التمريض، و يتحمل المسؤولية الشخصية للسلوك المهني.

استناد الممارسة التمريضية على المعارف المستمدة من علم التمريض والعلوم الأساسية والإنسانية لتساعد في تقديم الرعاية التمريضية المناسبة للمسنين.

استعمال المعرفة الحديثة والمهارات والاتجاهات والأحكام المناسبة في الممارسة التمريضية لينفذ المدخلات التمريضية بطريقة آمنة وصحيحة، و يقيّم نتائج عمله ويعدل المدخلات بناء على التقييم.

التواصل والتعاون مع المستفيدين والفريق الصحي في تقديم الرعاية التمريضية من خلال توثيق المعلومة والإبلاغ عنها، والمشاركة الفاعلة في حل القضايا المتعلقة بالممارسة المهنية والتواصل مع المستفيدين والفريق التمريضي في تقديم رعاية آمنة بمهارة.

تقديم الرعاية التمريضية بما يتماشى مع أخلاقيات المهنة ودليل آداب مهنة التمريض من خلال إيجاد علاقة علاجية مهنية مع المستفيد مرتكزة على الاحترام المتبادل والأهداف المشتركة. توفير بيئة آمنة للمستفيد والعاملين في إطار السلامة العامة والتي تشمل ضبط العدوى والحماية من المخاطر وإدارة النقابات الطبية.

اعتماد فلسفة إدارة الجودة الشاملة كإطار عام لتطوير الرعاية التمريضية والصحية لكل مؤسسة. الاعتماد على البحث العلمي في تطوير الرعاية التمريضية.

المشاركة في نشاطات التطوير والتعليم (برامج التوعية التعليم الداخلي، والتعليم المستمر) ودعمها كإطار عام للمعارف والمهارات التمريضية والحفاظ على المعلومات، وكفاءة تمريضية حديثة (لجنة معايير مهنة التمريض، 2005).

التدريب والتعليم المستمر لمقدمي الرعاية للمسنين

إن مفهوم الرعاية الأولية، يؤكد على شمولية العناية الصحية لكل الناس والفئات، والمسنون هم إحدى هذه الفئات ولهم الحق في الحصول على نصيب عادل من الخدمات الصحية بما يتناسب مع حاجاتهم. ويستدعي الأمر التذكّر بأن الشيخوخة لا تُعد مؤشراً يستدعي وجود طبيب اختصاصي في طب الشيخوخة على مستوى الرعاية الصحية الأولية، ولكن هذا يستوجب توفير المعارف والمهارات والتكنولوجيا لضمان تقديم هذا النوع من الخدمات بمستوى لائق لدى مقدمي الرعاية. ويتم تحقيق ذلك من خلال بناء برامج تدريبية لتنمية مهارات الرعاية الصحية لدى مقدمي الرعاية، مع التركيز على إدراك حاجات ومشكلات المسنين، وكيفية التعامل معها، وإجراء المداخلة الفاعلة والإمام بالعلامات والأمراض المبكرة (شريم، 1998).

إن التدريب الملائم والتعليم المستمر لتطوير مهارات مقدمي الرعاية يحمي المسنين من الممارسات الخطأ، ويُعد المفتاح الرئيس في تقديم الرعاية للمسنين لإعطائهم الأولوية والتركيز على تقديم رعاية على مستوى عالٍ في دور الرعاية، كما تعطي العاملين فرصة للتطور المهني والإشباع الوظيفي وتزيد من اقتناعهم بأداء وظائفهم وتحسين اتجاهاتهم نحو كبار السن ورعايتهم، كما ويزيد التدريب من دافعية العاملين وحماسهم للعمل، مما يسد العجز بوجود مقدمي رعاية أكفاء (ممرضين مؤهلين).

كما يؤدي التدريب للعاملين بدور المسنين إلى تطوير المعرفة والمهارات وتحسين خبرات المشاركين في تقديم الرعاية التمريضية لكبار السن من منظور الرعاية الشاملة، وتحسن قدرة العامل على تقييم حالة المسن والقيام بالمعاينة الشاملة، ووضع الخطط وتوثيق إجراءات ممارسات الرعاية للمسن (Biddington & et al, 1999). ويحسن تدريب العاملين مستوى الرعاية المتعلقة بمختلف التغيرات التي تطرأ على المسن من الناحية الجسمية والنفسية والعقلية. وتؤدي إلى تطوير مهارات العاملين في استخدام وتوزيع الأدوية، ومراعاة قواعد التغذية حسب الحالة الصحية للمسن، وتقديم الرعاية المثلى لما يصيب المسن من اعتلالات مفاجئة. فضلاً عن التفاعل السليم مع التصرفات الشاذة لكبار السن (Glass & et al, 1999).

كما أن تدريب مقدمي الرعاية في ضوء حاجات المسنين يؤدي إلى تطوير مهارة حل المشكلة والانتباه للاعتبارات الأخلاقية وتطوير مهارات التفاعل والتواصل، وتطوير الوعي بالحقائق المهنية والسياسات المتعلقة بكبار السن في المجتمع (Mckinna&Connors,1999).

كما يؤدي التدريب إلى تفهم التغيرات المصاحبة لكبر السن وما يترتب عليها من مشكلات وتوفير الأمان بتجنب السقوط، وتفهم مشكلات عدم الحركة مما يؤدي إلى رفع كفاءة العامل والذي يؤثر بدوره على رفع مستوى ونوعية الرعاية المقدمة، فالكفاءة ونوعية الخدمات المقدمة تُعد أساساً للصحة وتجنب المضاعفات (Hancock & et al, 2002).

ولتحقيق ذلك يقتضي الأمر توضيح بعض المهام المنوطة لمقدمي الرعاية الصحية للمسنين في دور الرعاية كما يقترحها (العصفور وآخرون، 1999؛ قطيشات وآخرون، 2002؛ فهمي، 1984؛ حسين، 1992؛ فهمي، 1999؛ خضير، 2001؛ الشرييني، 1997؛ إبراهيم، 1997) وذلك لأخذها بعين الاعتبار عند بناء البرامج التدريبية للعاملين في دور المسنين وهي كالآتي:

المساعدة في تجنب الحوادث بمساعدة المسن على النزول من السرير، والدخول والخروج من المنزل ومساعدته في الحمام لمنع الانزلاق ومساعدته بنزول الدرج.

تشجيع المسن على إتباع نظام غذائي معين في الأكل والنوم والرياضة مما يجعل الجسم يعمل بشكل أفضل.

تشجيع المسن على المحافظة على صحة الفم ومساعدته بتنظيف طقم الأسنان إن وجد لتجنب التهابات الفم.

تشجيع وتسهيل استمرار اتصال المسن بأهله وأصدقائه، مما يساعد على احتفاظه بحالة نفسية جيدة.

القيام ببعض الإجراءات الوقائية البسيطة للمسنين مثل قياس ضغط الدم، ووزن الجسم، وتشجع تناول السوائل بكميات مناسبة، وتناول الأغذية المتوازنة والكافية.

القيام بعمل تثقيف صحي للمسن عن أعراض بعض الأمراض، والتوصية بطلب طبيب عند حدوث أي عرض يثير القلق.

المهارة والعلمية في إعطاء الأدوية للمسن بمختلف الطرق.

العمل على إيصال وجبات غذائية متوازنة والعمل على إكثار الخضراوات.

الحث على تجنب التدخين.

تعليم الكبار على بعض المهارات التي تساعد على الاعتماد على أنفسهم مثل الطبخ وغسل الملابس أو العمل بالحديقة أو أداء بعض الألعاب الرياضية.

العمل على توفير وظائف تطوعية للمسنين للاستفادة من خبراتهم الطويلة وحكمتهم.

المساعدة على تقديم خدمات ترفيهية ضمن برنامج يشارك في إعداد المسنون أنفسهم وقد تشمل تنظيم رحلات وحفلات وغيرها.

تأمين خدمات إدخال مؤقت إلى المستشفيات.

العمل على توفير متطوعين للتحدث والجلوس مع المسنين.

العمل على خلق وعي اجتماعي عن المسنين بعرض مشاكلهم وإبراز دورهم من خلال وسائل الإعلام.

توفير خدمات طبية وتمريضية للمسنين وتوفير القدرة على إجراء المهارات التمريضية اللازمة كغير الجروح، وعمل المغاطس والكمادات، وإجراء الإسعافات الأولية للحوادث الشائعة. تثقيف المسن وزواره صحياً.

الإشراف على توفير الماء والكهرباء والتدفئة والتبريد والتهوية والإضاءة الجيدة. إجراء المعاينة الشاملة والفحص الجسمي المبدئي لكل مسن وبفترات ثابتة. مساعدة المسن بالمحافظة على النظافة الشخصية.

حث المسن على الانخراط في نشاطات الحياة اليومية. استيفاء بيانات الملف الصحي للنزيل وبيان التطورات الصحية التي تطرأ على حالة النزيل طول فترة إقامته في الدار.

القدرة على تقديم الإسعافات الأولية للنزلاء. متابعة سجل العيادة الطبية وتدوين الكشف الطبي الدوري لإعداد الإحصاءات. إعداد سجل العيادة الطبية الذي يشمل على جانب إحصائي عن الكشف الدوري والكشف الخاص وأنواع العلاجات والفحوص الطبية التي تجري للحالات بالدار.

الإشراف على الطعام وتوزيعه على النزلاء في المواعيد المحددة. الإشراف على نزلاء الدار طول فترة العمل اليومي.

الإشراف العام على النظافة الشخصية ونظافة غرف النزلاء بصفة دورية. الاتصال الطارئ بالطبيب إذا استدعى الأمر. تيسر برامج العلاج الطبيعي بمختلف فروعها.

توفير الدواء اللازم والمهارة بتوزيعه. الكشف الدوري للتعرف على الحالة الصحية والنفسية للمسن. عقد الندوات لنشر الثقافة الصحية بين المسنين.

تنظيم برامج التغذية بحيث يستطيع المسن الحصول على الوجبة المناسبة لظروفه الصحية (الحمية الغذائية).

العمل على توفير الأجهزة التعويضية. تنظيم الزيارات المنزلية للمسنين والتخفيف من متاعبهم النفسية.

فضلاً عن أن هناك متطلبات أساسية لأداء الدور المهني لمقدمي الرعاية مع المسنين تتضمن الدراية التامة بخصائص مراحل النمو المختلفة وما لها من اثر بالغ في القدرة على تفهم مواقف الحياة التي يمر بها الإنسان، لذلك فإدراكنا لأبعاد مفهوم الشخصية يساعدنا على رؤية الجانب الحيوي كأحد العناصر الأساسية التي يتكون منها مفهوم الشيخوخة، فضلاً عن أهمية إدراك مقدمي الرعاية إلى أهمية الدور الكبير الذي يمكن للمسن ان يلعبه في تهيئة عوامل النجاح لعمليات المساعدة، وان مسؤوليته كمهني تفرض عليه مساعدة عملية للقيام بدوره المطلوب. "ويجب على مقدم الرعاية أن يرتقي إلى مستوى المهنية الكاملة ويقدم الرعاية لكل مسن بغض النظر عن أصله وجنسه وعقيدته وحالته الصحية وسنه". (إبراهيم، 1997، ص: 284).

بناء على الموجز السابق للمهام والمهارات الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين وتنوعها، خلصت الباحثة إلى أدوار مقدمي الرعاية في دور المسنين كالآتي:

دور المداوي والمريح.

دور الاتصال: ويشتمل على الاستماع وغيره

دور المخطط: ليوجه ويحقق التغير المطلوب في أسلوب الرعاية.

دور المحامي: ليطالب بتكليف وتعديل البيئة المحيطة بالمسن ويعمل على إيجاد توازن حياتي للكبار.

دور المعلم والمرشد: لتوعية المسنين وتزويدهم بالمعلومات وتعزيزها.

دور المصلح: لإنشاء طريقة للتفاهم مع الأسرة لصالح المسن.

دور المنسق: منسق المسؤوليات والأنشطة مع الاعتبار للوقت والطاقة والتكلفة.

بعض التجارب العالمية لرعاية المسنين

تكتسب قضية كبار السن أبعاداً خاصة في ضوء ازدياد الأعداد بشكل كبير، وارتفاع تكاليف الخدمات الطبية الحديثة، بالإضافة إلى تزايد رياح تيارات التغير الحديثة مثل: زيادة النزعات الفردية وانفلات الطموحات التي لا تعرف حدوداً عند الكثيرين، من ذلك يتضح أن مشكلة كبار السن تتفاقم كماً ونوعاً في الوقت نفسه الذي تزداد الهوة في مستوى الخدمة والرعاية بين الدول النامية و الدول المتقدمة اتساعاً، مما يفرض في حقيقة الأمر أعباء مضاعفة وذلك بسبب تدهور مستوى الرعاية المقدمة للمسنين كما لمستة الباحثة على الواقع الميداني نسبة إلى المعايير العالمية ومستوى الرعاية في الدول المتقدمة.

وعلى الرغم من أن نظرة التراث الشعبي والمعتقدات الدينية والعادات الاجتماعية العربية تعطي كبار السن مكانة عالية والكثير من التوقير والإجلال وتعد مسؤولية رعايته تابعة لأسرته وأقاربه، ولكنها نظرة متوارثة تردد دون وعي. وقد يكون الاعتماد عليها كأساس لرعاية المسنين هو قصور في إدراك متغيرات العصر الحديث وما يشهده من تطور، وعدم إدراك لما تعانیه أجهزة رعاية المسنين في المجتمعات العربية من قصور وتعثر، فضلاً عن ظهور بعض المعوقات مثل ظهور بؤر نظرة سلبية لدى البعض تجاه كبار السن واعتبارهم عبئاً، وظهور بعض الاتجاهات الأسرية السلبية في وجود جليس للمسن، وارتفاع تكاليف رعايته، وتواضع الإمكانيات المادية للمسنين، والنقص الشديد في البحوث والدراسات المتعلقة بقضية كبار السن والتي يحتاجها المسؤولون عن السياسة الاجتماعية (حسين، 1992).

خلاصة الرأي إن الموقف الاجتماعي العام يدفعنا لأن نأخذ مأخذ الجد الانتقال برعاية المسنين من إطار التراث التقليدي إلى الإطار العلمي المنظم والذي يكون مرشداً للرعاية التقليدية وموازيًا للرعاية المقدمة في دول العالم المتقدمة وليس ناقضاً لموقف التراث.

وفيما يلي عرض لنماذج وبرامج ومشروعات رعاية المسنين في بعض دول العالم المختلفة:

السويد: عرفت السويد بأنها صاحبة أفضل نظام للرعاية الاجتماعية في العالم فقد حظي نموذج رعاية المسنين في السويد باهتمام كبير من دول العالم، حيث يقدم هذا النموذج نظاماً للخدمة في المناطق الريفية والحضرية على حد سواء، ويسمى البرنامج السويدي باسم الرعاية المفتوحة للمسنين، ويقصد به العيش في الفنادق الترفيهية أو خدمات المنازل وهو ما يعني العيش في وسط من الخدمات، ويشتمل هذا البرنامج على خمس خدمات أساسية للمسنين تشمل خدمات المساعدة البيئية، وخدمات بيوت التمريض، وخدمات بيوت المسنين، وخدمات الغرف، وخدمات الرعاية الطبية طويلة الأمد، ومن مميزات هذا البرنامج اعتباره أن غالبية المسنين من الفئات المعتمدة على الآخرين ويتضح ذلك في الخدمات التي تقدمها بيوت التمريض وخدمات المساعدة المنزلية وغرف الخدمات، وتنوع برامج رعاية المسنين بحيث شملت الخدمات الطبية والاقتصادية والتسهيلات المعيشية إضافة إلى اعتبار السويد أنها كدولة اشتراكية مسؤولة عن توفير رعاية المسنين كحقوق أساسية للمواطنين (حسين، 1992).

الولايات المتحدة الأمريكية: تنوعت برامج رعاية المسنين في المجتمع الأمريكي فشملت جوانب متعددة من حياة المسنين بحيث شملت: توفير الأمن الاقتصادي للمسنين، الرعاية الصحية، برامج التغذية، تسهيلات المواصلات والمساكن وأخيراً المساندة القانونية للمسنين كما ويقدم القانون الفدرالي التأمين الاجتماعي للمسنين من خلال برامج المساعدة الحكومية، بجانب برامج توفير الإقامة للمسنين مع الخدمة الصحية وهي تطوير (قرى المتقاعدين) وتدعيمها حكومياً مع منح الفرصة للقطاع الخاص بإقامة هذه المشروعات، ومن النماذج لبرامج رعاية المسنين في المجتمع الأمريكي: البرامج طويلة الأمد لرعاية المسنين وتشتمل على الخدمات الوقائية والتأهيلية للمسنين، كما يوفر البرنامج رعاية طبية على مستوى عالٍ فضلاً عن برامج المساعدات المالية لكبار السن وبرامج الحق الشرعي في المساعدة، وقانون العاملين المتقاعدين (حسين، 1992).

كما ظهرت العديد من البرامج في الولايات المتحدة الأمريكية لتدريب مقدمي الرعاية في دور المسنين منها ما تناول رعاية خرف الشيخوخة (NYAHS، 2000).

ومنها ما تناول تدريب العاملين على مهارات الرعاية الواجب تقديمها للمسنين (Melendez، 2001). وبعضها تناول تدريب مقدمي الرعاية على كيفية استخدام جسمه في حال قيامه بأداء الرعاية لتجنب الشد العضلي، والبعض الآخر تناول تدريب العاملين على طرق العناية بجلد المسن وعمل غيار على التقرحات الجلدية، فضلاً عن تناول بعض البرامج تدريب العاملين على مهارات الاتصال (Ncdfs، 2000). الاتحاد السوفييتي: يعيش معظم المسنين في الاتحاد السوفييتي مع أسرهم حيث يعيشون في منازل مشتركة، ويقوم المسن فيها بدور مفيد في الرعاية الأسرية للأبناء وشراء متطلبات المنزل، أما بالنسبة لبرامج رعاية المسنين؛ تشمل الخدمات الآتية:

خدمات التأمين الاجتماعي من خلال توفير مجموعة من المساعدات المالية لكبار السن، كما ويعمل الاتحاد السوفييتي لبقاء المسنين في العمل لفترة أطول للاستفادة من خبراتهم، وتقوم برامج رعاية المسنين على توفير المساكن مقابل 5% من دخل المسن وتوفير خدمات صحية مجانية، وخدمات تعليمية متنوعة بدون مقابل كما ويتم تنظيم وقت فراغ المسنين بإحاقهم بالمنظمات التطوعية، وتقوم برامج الاتحاد السوفييتي بالتركيز على المعالجة الوقائية للحالة الصحية والاستخدام المتسع للعلاج الطبيعي والعمليات الجراحية، ومع ما تقدمه الدولة من خدمات للمسنين

إلا أن الاتجاه العام هو الاتجاه إلى التقليل من الخدمات التي تقدم للمسنين السوفيت بمقارنتها بالخدمات التي تقدم للشباب عملاً على تحقيق مبدأ تفاني الجيل الحالي لصالح الأجيال القادمة (حسين، 1992).

الصين: الصين أكبر دول العالم تعداداً للسكان، مما يتيح لها قوة بشرية هائلة، وعلى الرغم من ذلك فالمحافظة التقليدية على رعاية كبار السن فيها من أخلاقيات المجتمع الصيني الذي تبرز فيه رعاية المسنين على أشكال متنوعة منها: قيام الأسرة بدورها الأساسي لرعاية مسنيها، إنشاء لجان قومية لتقديم التسهيلات للمسنين، إنشاء مراكز تعليمية وتدريبية للمسنين يقوم العمل فيها على مبدأ تعليم المسنين يعود بالنفع على المجتمع كله (حسين، 1992).

الخلاصة

خلصت الباحثة إلى إمكانية الاستفادة من الخبرات العالمية للدول المتقدمة والمتعلقة برعاية المسنين من خلال الآتي:

تتجه غالبية دول العالم بالتمسك بأداء بعض الواجبات تجاه رعاية المسنين مع إفساح المجال إلى أقصى حد أمام القطاع التطوعي والخاص للمشاركة في رعاية المسنين مما أدى إلى زيادة عدد الدور الخاصة لرعاية المسنين، ومن أهم هذه الواجبات تأهيل مقدمي الرعاية المتخصصين ومنحهم الترخيص بالعمل ومراقبة أدائهم.

ضرورة التنسيق بين الهيئات المختلفة المسؤولة عن تقديم الرعاية للمسنين، نذكر منها: وزارت الصحة والشؤون الاجتماعية والتأمينات، والإسكان، والمالية والعمل وغيرها وذلك بإنشاء مجلس أعلى لرعاية المسنين على المستوى القومي.

تقديم الخدمات للمسن في بيته نموذج مهم وجميل لرعاية المسن لما له من أهمية بالمحافظة على استقلالية المسن في بيته من جهة، وتخفيف الضغط عن دور المسنين وتوجيه خدماتها للأفراد الأشد احتياجاً من جهة أخرى، وتكون هذه الخدمات مشتركة بين الأجهزة المحلية والجمعيات التطوعية بحيث تضطلع أجهزة الحكم المحلي بمسؤولية مراقبة عمليات تقديم هذه الرعاية للمسنين في بيوتهم، ومن هذه الخدمات: التمريض المنزلي لمن يحتاجه، وتقديم وجبات الغذاء، ومجالسة المسن للتخفيف عنه وتسليته أو القراءة له.

توفير الشقق الفندقية للمسن والتي توفر أعباء المسكن المستقل، وتضمن خصوصية المسن وتعفيه من عبء إدارة المنزل كالصيانة والتنظيف، ويصلح هذا النموذج لرعاية المسنين الأثرياء.

الإقامة في مؤسسات الرعاية وتشمل: دور المسنين العامة، ودور الرعاية الصحية (التمريضية) لكبار السن، والمستشفيات، وأجنحة مخصصة لكبار السن في المستشفيات.

وعالمياً اتجهت دور المسنين العادية إلى دعم وتوسيع الخدمات الصحية بها بحيث تستطيع أن تلبي حاجات نزلائها، وأن تستعين بفريق طبي متخصص للمساعدة في تقديم تلك الخدمات، مما أسهم في خفض نفقات إنشاء مستشفيات أو مصحات متخصصة للمسنين، أي توسيع قاعدة الدور المتطورة لرعاية المسنين، وهذا ما يحتاجه العالم العربي من دفع علوم وفنون رعاية المسنين إلى دائرة التخصص والاحتراف والتنظيم العلمي الجاد، وذلك بتأهيل وتدريب العاملين في دور المسنين لتقديم أفضل أنواع الرعاية للمسنين على أكمل وجه. أهمية الاستفادة من معطيات العلم في ما يتعلق بتقديم خدمات رعاية المسنين وأولها أن يسير إنشاء دور المسنين حيث توجد الحاجة الفعلية لها سواء في المدن أم القرى.

ضرورة وضع معايير ومواصفات للأداء داخل دور الرعاية منبثقة من المعايير العالمية لرعاية المسنين والانتباه إلى أن هذه المعايير لا يجوز أن تنقل من مجتمع إلى آخر كما هي، بل يجب توظيفها حسب الواقع الحالي وما ينتج عنه من احتياجات تدريبية لدى العاملين في دور المسنين.

العمل على تنظيم عمليات التطوع في بلادنا، أو تدريب من يريد الخدمة تدريباً متخصصاً من خلال إقامة مركز متكامل لرعاية كبار السن من أهم واجباته تدريب جليس المسن ومقدمي الرعاية مما يتيح توفير خدمة

أفضل للمسنين.

من خلال العرض السابق لبعض النماذج العالمية لبرامج رعاية المسنين المتنوعة، حاولت الباحثة أن تجمل هذه البرامج في برنامج متكامل للرعاية المتكاملة للمسنين، وفقاً للمجتمع الأردني والوضع الراهن في دور المسنين، والمعايير العالمية المتعلقة بكبار السن، وخبرات الدول المتقدمة، وذلك لتحسين الخدمات المقدمة للمسنين، من خلال تطوير وتنمية مهارات الرعاية الصحية الأدائية من منظور معرفي ووجداني، والواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين للارتقاء بنوعية حياة المسن، وذلك لأن تأهيل المجتمع مع قضية رعاية كبار السن لا تتم إلا من خلال التعليم المستمر والفهم والتدريب.

ثانياً: الدراسات ذات الصلة

يعد موضوع الشيخوخة من الموضوعات الحديثة نسبياً، التي لاقى اهتماماً على الصعيد العالمي في العقدين الأخيرين، أما على الصعيد العربي والمحلي، فتعتبر الدراسات السابقة التي تناولت فئة المسنين من الدراسات القليلة، وقد واجهت الباحثة صعوبة كبيرة في هذا الموضوع، حيث تبين أن تلك الدراسات كانت تتعلق بمحاولة تحديد خصائص وحاجات ومطالب مرحلة الشيخوخة، والمشكلات التي قد تنجم عنها، أو دراسات تتعلق بتحديد اتجاهات أفراد المجتمع نحو هذه الفئة العمرية، وحقيقة الأمر أن الباحثة لم تتمكن من العثور على أي دراسة تمكنها من الإطلاع على ماهية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين بدور المسنين.

وقد رأت الباحثة تصنيف الدراسات ذات الارتباط بموضوع المسنين وفقاً لتسلسلها الزمني العربية منها أو الأجنبية على حد سواء.

أجرى هاين (Hyun,2005) دراسة بعنوان: استعداد كبار السن لاستخدام خدمات الرعاية البيئية التمريضية.هدفت الدراسة إلى استكشاف الاستعداد الأمثل لاستخدام خدمات الرعاية البيئية التمريضية بين كبار السن، ومناقشة الدلالات لسياسات الرعاية البيئية التمريضية، وتقييم احتياجات كبار السن، وتقدير القوى العاملة والمرافق المطلوبة لتلبية احتياجاتهم في جنوب كوريا.

وقد تضمنت الدراسة العناصر الرئيسة للرعاية البيئية التمريضية الشاملة والتي تشمل كما أوردها هاين على: تقديم المساعدة للمسن في نشاطات الحياة اليومية مثل الاستحمام، وارتداء الملابس، وتقديم الغذاء، والمساعدة للذهاب إلى دورة المياه، وخدمات العمل المنزلي، وإعطاء الأدوية، والأوكسجين، وقياس العلامات الحيوية، وإسعاف الحالات الطارئة.

وشملت عينة الدراسة على 1834 مسناً، وبعد تحليل البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: المسنون من ذوي الدخل المحدودة اظهروا استعداداً لاستخدام الخدمات التمريضية بدون دفع اشتراك، بينما المسنون من ذوي الدخل المرتفعة اظهروا استعداداً كبيراً لاستخدام الخدمات حتى بدفع اشتراك، وأوصت الدراسة بضرورة تقديم الخدمات البيئية التمريضية للمسنين الذين هم في حاجة ماسة لها بغض النظر عن دفع الاشتراك، كما وأوصت بأن على مقدمي الرعاية أن يقدموا الخدمات التمريضية

كحقول اختصاصية لتلبية احتياجات المسنين، إضافة إلى ضرورة تحسين الممارسة التمريضية لتساير التقدم العلمي الكبير الذي تشهده حقول الرعاية الصحية الأولية ومنها علوم رعاية الشيخوخة، و التوصية بفتح تخصص دقيق في تمريض الشيخوخة لما له من حاجة مستقبلية في ظل تسارع أعداد المسنين عالمياً.

واجري هيوهان (Heuiahn,2004) دراسة بعنوان: احتياجات الرعاية الصحية لكبار السن في مجتمع ريفي في كوريا. هدفت الدراسة إلى بحث الحاجة إلى دعم اجتماعي وصحي لكبار السن الذين عاشوا لوحدهم في مجتمع ريفي في كوريا.

وشملت العينة 97 مسناً، عاشوا في 32 مجتمع، حيث تم إجراء مقابلات منظمة معهم باستخدام طرح سؤال لتقييم حالتهم المرضية، وقدرتهم البدنية والمعرفية وحالتهم العاطفية، وقدرتهم الوظيفية، وحالتهم الغذائية باستخدام مقاييس خاصة للتقييم. وبعد تحليل الاستجابات توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

إن التهاب المفاصل هو أكثر الأمراض شيوعاً لدى كبار السن يليه ارتفاع ضغط الدم، ثم الاضطرابات المعوية، ثم السكري ومرض القلب.

بالنسبة للتاريخ الصحي، أظهرت الدراسة أن الكسور هي الأكثر تكراراً ثم السقوط وحوادث الوقوع ثم السكتة والساد والمرض النفسي.

بالنسبة للاضطرابات الأكثر شيوعاً، كانت في المقدمة اضطرابات الجهاز العصبي والعضلي ثم القلبي الوعائي، ثم القصي ثم التنفسي والهضمي.

بالنسبة للقدرة الوظيفية حيث تم تقييمها من خلال معايشة النشاطات اليومية، أظهرت الدراسة أن المساعدة اللازمة جداً كانت في استخدام الهاتف والمساعدة في الاستحمام والتغذية.

بالنسبة للحالة الغذائية: أظهرت الدراسة مستوى مرتفع من القصور الغذائي.

بالنسبة لحالة البيئة: أظهرت بيئة ضعيفة جداً، إذ لم يكن هناك أية مرافق للطوارئ والتي يمكن أن تساعد في إسعاف الحوادث الطارئة.

كما توصلت الدراسة إلى أن خدمات الرعاية البدنية هي الأكثر احتياجاً للمسنين تبعثها الخدمات المالية والنفسية والثقافية والاستجمامية، وأوصت الدراسة بضرورة إيجاد آلية لتقديم رعاية صحية شاملة لكبار السن.

أجرى بلي وآخرون (Paley & et al,2004) دراسة بعنوان: توقعات المختصين برعاية المسنين وطرق الرعاية بصحتهم الفموية ، وهدفت الدراسة إلى الحكم على قدرات مقدمي الرعاية ومقدرتهم على التعامل مع الصحة الفموية وقضايا خدمة الأسنان ورعايتها للنزلاء داخل بيوت الرعاية في غرب استراليا.

شملت عينة الدراسة على 12 مركزا لرعاية المسنين ومن جميع المستويات (مستوى رعاية عالٍ / ومستوى رعاية متدنٍ)، إضافة إلى مقابلة 14 مدير مركز رعاية و40 مختص يعملون كمقدمي رعاية في دور المسنين. وبعد تحليل البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

اعتبرت صحة النزلاء الفموية كواحدة من أهم قضايا رعاية المسنين، مع أن الدراسة أظهرت عدم حصول النزلاء في دور الرعاية عالية المستوى ومدنية المستوى على فحوصات لأسنانهم بشكل منتظم، ويعزى ذلك إلى أسباب المخاوف المالية، وقلة التعاون العائلي، وعدم القابلية للتحرك، وعدم الاهتمام من قبل اختصاصي الأسنان.

وأوصت الدراسة بإجراء تحسينات لهذه الخدمة تتضمن تحديد مواعيد زيارات منظمة لطبيب الأسنان، وتطوير وتدريب مقدمي الرعاية واختصاصي الأسنان في كيفية التعامل مع هذه الفئة من خلال برامج تدريبية يتم اختيارها بدقة وعناية، إضافة إلى ضرورة تطوير برامج العناية الفموية الملائمة للمسنين المقيمين في دور الرعاية، على أن يشرف عليها مجموعة من الخبراء في التعامل مع المسنين.

أجرى حجازي (2004) دراسة بعنوان : كبار السن في مصر / مسح بالعينة لنزلاء دور المسنين، وهدفت الدراسة إلى إجراء دراسة مسحية للأوضاع الاجتماعية، وملامح ومشكلات كبار السن، واهم أساليب رعايتهم لرسم صورة شاملة وتوفير قاعدة بيانات وافية وصلبة عن قطاع كبار السن في مصر. تكونت العينة من نزلاء دور المسنين وكان عددهم 542 مسنا في ثلاثين دارا توزعت بين خمس محافظات (القاهرة، الإسكندرية، الغربية، الدقهلية، الفيوم)، إضافة إلى الأشخاص الذين كانوا يترددون على أندية المسنين وبلغ عددهم 356 مسنا.

ولأغراض جمع البيانات صمم حجازي استمارة بيانات أولية عن الدار ذاتها، واستمارة للمسن نزيل الدار أو المسن الذي يتردد على النادي إضافة إلى استمارة لاستطلاع الرأي لبعض المسؤولين في الدور والأندية. وبعد تحليل استجابات أفراد العينة خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

تدني مستوى الرعاية الصحية التي يجدها المسن في الدار، وتدني الخدمة الصحية التي توفرها مختلف نظم التأمين الصحي والتي توفرها الدولة.

عدم كفاية التجهيزات والإمكانات المتوافرة في الدار والخدمات التي تقدمها.

تدني مستوى الوجبات الغذائية المقدمة للمسن.

نقص خدمات الصحة النفسية ونقص في الخدمات الثقافية.

التسليم على غير أساس علمي بأن ما يعاني منه كبار السن هو في أغلب الأحيان أمراض الشيخوخة التي لا يمكن تفاديها ولا البرء التام منها، وان كان يمكن تخفيف وطأتها وتهوين المعاناة منها، وهو اقتناع لا يتفق مع النتائج الحديثة للتقدم العلمي.

الاقتناع الظالم بأنه في توزيع للموارد المتاحة بين مطالب واحتياجات الفئات السكانية المختلفة يأتي كبار السن في مرتبة متدنية، مما يؤدي إلى تزايد المشكلات الصحية وحدتها، وارتفاع كلفة الرعاية الصحية لكبار السن، مما يؤدي إلى حرمان كثيرين من كبار السن من تفادي المشكلات الصحية.

سوء معاملة المسؤولين عن الدار والعاملين فيها للنزلاء.

إلحاق الأذى بالمسن من بعض النزلاء.

وأوصت الدراسة بضرورة القيام بمراجعة شاملة جادة للأسس التي تقوم عليها الرعاية المؤسسية لكبار السن وأساليب توفيرها، وذلك عن طريق تحديد الفلسفة التي تنشأ الدور وتعمل على أساسها، وإعادة صياغة الأهداف التي تسمى لتحقيقها وتطوير مفهوم تجهيزها وتحديث أساليب العمل فيها.

و أجرى هيلسترون (Hellstron,2003) دراسة بعنوان: نوعية الحياة وأعراض كبر السن بين المسنين في دور الرعاية في السويد، وهدفت الدراسة إلى مقارنة البيانات الاجتماعية والديموغرافية ونوعية الحياة وأعراض كبر السن للمسنين الذين يعيشون في دور الرعاية بمساعدة أو بدون مساعدة.

تكونت العينة من 1248 مسن يحصلون على رعاية بيتية تمريضية، و 793 مسن لا يحصلون على رعاية بيتية تمريضية.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن عدم حصول المسن على مساعدة في نشاطات الحياة اليومية وغيرها من أنواع الرعاية يرتبط بشكل ذي دلالة بتدني نوعية الحياة، ويصاحبه عدد من الأعراض المرضية التي تصيب المسن نتيجة تقدمه بالعمر، وان المسنين الذين يحصلون على إشباع حاجاتهم وتقدم لهم المساعدة في نشاطات

الحياة اليومية، كانت لديهم حياة أفضل وبشكل ذات دلالة نوعية واضحة.

وتوصلت الدراسة إلى انه بالتقييم والتدخل المنظم لرعاية المسنين والتركيز على معاينة ورعاية ما يصيب المسن من أعراض كبر السن، يمكن لمقدم الرعاية أن يساهم بشكل فاعل في تحسين نوعية حياة الكبار. وأجرت روثرا (Rothera,2003) دراسة بعنوان: الحالة الصحية واحتياجات كبار العمر في بيوت التمريض ودور الرعاية العامة في نوتنجهام/بريطانيا، هدفت الدراسة إلى دراسة التكاليف والحالة الصحية لفئة من كبار العمر المقبولين في بيوت رعاية التمريض ودور الرعاية العامة، ومقارنة هذه النتائج مع التقييم الذي أجرى من قبل أقسام الخدمات الاجتماعية قبل الدخول لدور الرعاية.

تكونت العينة من 205 نزيل، وبعد إجراء التحليل الإحصائي توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: أن الضعف المعرفي والعجز البدني للنزلاء كانا يشكلان دلالة أعلى عند نزلاء بيوت رعاية التمريض نسبة إلى دور الرعاية العامة.

مزيح الحالة الذي يشمل مقيمين ذوي اتكاليف أعلى في بيوت الرعاية العامة، ومقيمين ذوي اتكاليف أدنى في بيوت التمريض من المحتمل أن يعكس تغيرات في الحالة الصحية للمقيمين بعد الدخول لدور الرعاية، وقد يشير إلى أن سلسلة من معايير الدخول جرى استخدامها معاً، وليس مؤشرات فردية للاحتياجات، وعلى الرغم من أن إجراءات الدخول للعجز والأتكاليف كانت قد دعمت من خلال تقييم المتابعة، فانه من الضروري أن يتم مراقبة وإدارة احتياجات النزلاء في دور الرعاية طويلة الأمد بشكل كاف وخاص.

وأجرت المحاسنة (Mahasneh, 2003) دراسة بعنوان: استطلاع الصحة لكبار السن في الأردن. هدفت الدراسة إلى وصف الحالة الصحية لكبار السن في الأردن، حيث إن بلداً نامياً مثل الأردن بحاجة إلى فهم أفضل لصحة كبار السن من أجل تقديم خدمات صحية تلبي هذه الاحتياجات.

وكانت عينة الدراسة ممثلة لكافة المستويات الاقتصادية في مدينة عمان، تم التعرف عليها وتم تسمية البلوكات، ثم تحديد البيوت في كل بلوك، ومن ثم زيارة كل بيت والتأكد إن كان شخص من كبار السن يعيش فيه أم لا، والعودة في يوم آخر للبيوت حيث يوجد كبار السن ومقابلتهم.

وبعد تحليل البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

38% من العينة يستخدمون نظارات ووسائل مساعدة للمشي، و 4.8% يستخدمون وسائل مساعدة للسمع، و 20% أشاروا إلى أنهم يحتاجون إلى وسائل مساعدة ولكنهم غير قادرين على الحصول عليها.

26% اعتقدوا أن صحتهم ضعيفة، والنشاطات الرئيسة التي تمت للمحافظة على صحتهم كانت تناول غذاء متوازن، والحصول على راحة كافية، والفحص المنتظم، وربع العينة كانت تعاني من أمراض وعدم مقدرة لأداء نشاطات الحياة اليومية.

تمحورت المشكلات الصحية بنظر أفراد العينة حول التهاب المفاصل ثم ضغط الدم، والسكري، ومشكلات القلب، والسقوط والحوادث.

ثلاثة أرباع أفراد العينة يتناولون الأدوية

ثلاثة أرباع أفراد العينة يعانون من الأرق والقلق والاكتئاب.

نصف أفراد العينة يحتاجون لتناول حمية غذائية.

معظم أفراد العينة من فئات الدخل المتدني.

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز الرعاية الصحية الأولية بالتدريب على إشباع الاحتياجات والرعاية الصحية لكبار السن وتقديم خدمات صحية شاملة للمسنين في الأردن.

أجرى روبنسون (Robinson,2003) دراسة بعنوان: تحسين شبكات التفاعل والاتصال بين ممرضي الرعاية الحادة وفريق تقويم رعاية المسنين في استراليا، وهدفت الدراسة إلى البحث في إمكانية تسهيل انتقال كبار السن من المستشفى إلى دور الرعاية من خلال تحسين علاقة العمل والتفاعل مع الممرضين في المستشفى وأعضاء فريق تقويم رعاية المسنين.

وقد تم اختيار البحث الإجرائي بسبب تركيزه على تطوير المعرفة والعمل إضافة إلى انه يقود إلى الحلول العملية للمشكلات السريرية، وقد شمل على مننديات تفاعلية صممت لتسهيل التعاون الفاعل بين الممرضين وفريق التقويم في تنفيذ خطط ما بعد الشفاء لكبار السن وانتقالهم لدور المسنين.

ولأغراض جمع البيانات تم استعمال شرائط سمعية لمناقشة مسؤوليات فريق تقويم رعاية المسنين والتي تتضمن (تقييم الحالة الصحية والنفسية والاجتماعية والوظيفية للمسن، وتحديد أهلية المسن للدخول إلى دور الرعاية، وتسهيل التعاون والتنسيق بين مقدمي الرعاية وسهولة وصولهم إلى الخدمات، والمشاركة في وضع خطط ما بعد الشفاء)، إضافة إلى إتباع طرق الملاحظات، والوثائق وأدوات التقييم كطرق لجمع البيانات.

وتوصلت الدراسة إلى أن الممرضين الذين يعملون في المستشفيات اظهروا معرفة محدودة لنظام رعاية المسنين ووظيفته، أو كيفية الوصول للخدمات، وهم بحاجة إلى مساعدة لتطوير معرفتهم بالخدمات المتوافرة لدعم

المسنين بعد الشفاء. أوصت الدراسة بإجراء منتديات تفاعلية والتي تستخدم مدخل دراسة الحالة لتطوير مثل هذه المعرفة لديهم ليصبحوا أكثر انخراطا في تخطيط ما بعد الشفاء للمسن، ولإيجاد شراكة تعاونية جديدة بين الممرضين في المستشفيات وفريق تقويم رعاية المسنين الأمر الذي يعزز التخطيط الفاعل للمسنين ما بعد الشفاء.

و أجرت عبد الغفار (2003) دراسة بعنوان: رعاية المسنين في مصر هدفت إلى:

بيان الدور الذي يمكن أن تلعبه المؤسسات التربوية غير النظامية في المجتمع في رعاية المسنين.

بيان مدى رعاية الإسلام لكبار السن.

تفعيل دور المدرسة في توعية التلاميذ للقيام بدورهم في رعاية مسنيهم.

زيادة الاهتمام بمرحلة الشيخوخة في المناهج والمقررات الدراسية المقدمة للطالب والمعلم في كليات التربية ومراحل التعليم قبل الجامعي.

تبني توصيات لوضع منظور مستقبلي يساعد على حسن رعاية كبار السن داخل الأسرة المصرية وخارجها.

وتكونت عينة الدراسة من (32) عضوا من أعضاء هيئة التدريس بكليات التربية المسئولين عن المقررات والموضوعات المقترح تضمينها لمناهج إعداد الطالب المعلم في كليات التربية والمتعلقة بموضوع المسنين، وخلصت الدراسة إلى النتائج والتوصيات الآتية:

تحقيق رعاية شاملة صحية واجتماعية ونفسية لكبار السن ضرورة واجبة على الأسرة والمجتمع.

يقع على المدرسة المسؤولية الكبرى في بث روح الاحترام للشيخوخة وحمل الناشئين على الاعتراف بضرورة تكريم الشيوخ ورعايتهم وإقامة صلات وعلاقات معهم سواء داخل بيوتهم أم في المؤسسات الرعوية وذلك بوساطة المناهج المدرسية اللامنهجية مثل الإذاعة والتلفزيون والصحافة المدرسية.

إن اغلب مناهج التربية لإعداد الطالب المعلم لا تهتم بمرحلة الشيخوخة، لذلك توصي الباحثة بضرورة تضمين مناهج إعداد الطالب المعلم كل الموضوعات الدراسية الخاصة بمرحلة الشيخوخة مثل المشكلات الاجتماعية والنفسية ورعاية كبار السن.

أجرى السلطان (2003) دراسة بعنوان: المتقاعدون في المملكة العربية السعودية دراسة أوضاعهم، وإدارة خدماتهم، والاستفادة من خبراتهم، هدفت الدراسة إلى:

التعرف على اتجاهات المتقاعدين نحو معاشات التقاعد وما توفره وما يتوقعه المستفيدون من خدمات اجتماعية وصحية وترفيهية.

دراسة اتجاهات المتقاعدين نحو اقتراح تأسيس جمعية لخدمتهم في السعودية.

دراسة مدى ملاءمة التقاعد المدني الإجباري (60) عاما والعسكري (42) عاما في ظل التطور الصحي وارتفاع العمر المتوقع للفرد.

دراسة مدى استفادة الدولة والمجتمع من معارف وخبرات المتقاعدين لسد بعض الاحتياجات إلى الموارد البشرية المؤهلة.

وتكونت العينة من (2765) متقاعدا، وتم استخدام العينة الصدفية في جمع البيانات وذلك لتعذر توافر عناوين للمبحوثين.

ولأغراض الدراسة صمم السلطان استمارة راعى في تصميمها أهداف البحث، وبعد تحليل استجابات أفراد العينة خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

إن 88% من المتقاعدين يرون أن المعاشات توفر حد الكفاية المعيشية.

إن 90% من المتقاعدين يرون أن الخدمات الصحية تأتي في مقدمة الخدمات المطلوبة والمرغوبة لدى كبار السن.

إن 90% من المتقاعدين يطالبون بتأسيس جمعية للمتقاعدين كبار السن، ويؤكدون ضرورة إيجاد مركز معلومات يوفر ما يلزم عن مؤهلات وخبرات وطرق الاتصال بالراغبين بالعمل من كبار السن.

53.6% من عينة البحث يرون ضرورة توحيد نظام التقاعد المدني والعسكري مع نظام المعاشات وتوحيد سن التقاعد إلى (65) عاما والمرأة (60) عاما، وذلك لان التقاعد الإجباري يحد من الاستفادة من الكفاءات والخبرات الوطنية في مجال التعليم والتدريب لقصر فترة الخدمة.

و أجرى مكيني وآخرون (Mckinlay & et al,2003) دراسة بعنوان: اتجاهات الممرضين الطلاب تجاه العمل مع المرضى كبار السن في بريطانيا.

وشملت العينة على توزيع استبيانات على 172 ممرض طالب، يباشرون مسافات تمريض ما قبل الاعتماد في المملكة المتحدة عام 2001. وبعد تحليل البيانات، توصلت الدراسة إلى أن الممرضين الطلبة الأكثر خبرة وعلمًا يحملون آراء أكثر إيجابية تجاه العمل مع المرضى كبار السن، كما وأشارت نتائج الدراسة إلى أن المطلوب هو مدخل أكثر صراحة وأكثر تركيزًا لدراسة مثل هذه الاتجاهات وصلتها بقضية العمل مع المرضى كبار السن.

وفي دراسة قام بها كوبر (Cooper,2001) بعنوان: رعاية كبار السن: استكشاف، تصورات واستخدام نظرية البناء. هدفت الدراسة إلى استكشاف تصورات كبار السن للرعاية المقدمة لهم في بريطانيا. وتكونت العينة من (240) نزيل في أربعة أقسام في مستشفى إعادة تأهيل كبار السن، ومن 10 ممرضين، و12 مساعد رعاية صحية واستخدم الباحث طريقة كيلي (Kelly) لاستدعاء البنى الشخصية، وطلب من كل واحد الاهتمام بثلاثة مسنين، والتفكير بخصائص يشترك فيها اثنان من ثلاثة.

توصلت الدراسة إلى استخلاص بناء يصف خصائص المسن واحتياجاته مكون من أربع نقاط رئيسية هي: الشخصية، الحالة العقلية، الحالة البدنية، والظروف الاجتماعية، وكانت أكبر البنى التي تم استدعاؤها ظهورًا وأهمية هي الحالة البدنية للمسن مثل قدرته على الحركة وتلتها الحالة العقلية للمسن، وارتبطت كلاهما بالاتكالية، كما وتوصلت الدراسة إلى أن مقدمي الرعاية الصحية الذين يقومون بأداء الكثير من الواجبات البدنية كان لديهم النسبة الأقل من البنى البدنية، والنسبة الأعلى من بنى الشخصية ويرجع ذلك إلى أنهم قضوا وقتًا أكبر في الاتصال المباشر مع المسنين، ولديهم واجبات إدارية أقل من المشرفين، ولأن بعض مهماتهم غير سارة، لذلك فهم يرغبون بالتركيز على الفرد أكثر من المهمات.

وأوصت الدراسة إلى أنه في ضوء الحاجة الماسة إلى الممرضين للعمل في رعاية المسنين، يلزم المزيد من العمل لشرح هذه النتائج، واكتشاف كيفية تحقيق مزيد من الاتجاهات الإيجابية نحو العمل مع كبار السن، والتخصص في علم تمريض الشيخوخة.

وفي دراسة قام بها لي وميزي (Lee & Mezey,2001) بعنوان: العوامل التي تؤثر على الاستخدام طويل الأمد للرعاية البيتية من قبل كبار السن في نيويورك / الولايات المتحدة الأمريكية. هدفت الدراسة إلى استكشاف العوامل التي تؤثر على اختيار وسائل الرعاية طويلة الأمد لدى شريحة من كبار السن، ومناقشة الشريحة المستهدفة الملائمة لخدمات الرعاية الصحية في نطاق نظام الرعاية طويل الأمد.

وتكونت العينة من 134 مسن، ممن كانوا يحصلون على رعاية طويلة الأمد من برنامج طويل الأمد للرعاية البيتية العامة أو بيوت الرعاية التمريضية في مدينة نيويورك.

وبعد تحليل البيانات أشارت نتائج الدراسة إلى أن برنامج الرعاية الصحية طويل الأمد المستخدم من قبل كبار السن، كان يتميز بضعف معرفي، وتحديد أقل لنشاطات الحياة اليومية، ودعم أقل من المرضى الأكبر سنا والذين كانوا يقيمون في بيوت الرعاية التمريضية، وبالتالي في ندرة اختيار وسائل رعاية مختلفة وتدني مستوى الرعاية.

وأوصت الدراسة بالتركيز على برامج الرعاية طويلة الأمد بتقديم رعاية بشكل أفضل وبأسلوب اقتصادي التكلفة.

و قام شيمونكي وآخرون (Shimanouchi & et al, 2001) بدراسة بعنوان : تطوير أداة تقييم للرعاية البيتية في اليابان. هدفت الدراسة إلى إجراء المزيد من البحث والمراجعة لضمان صدق وثبات الأداة التي طورتها مؤسسة التمريض اليابانية عام 1993، وقد عكست هذه الأداة احتياجات المسنين وربطتها مع تقديم طرق الرعاية وذلك لضمان جودة عالية من الرعاية.

وشملت العينة زيارة أولية إلى 112 نزيل مسن في 48 مؤسسة من قبل ممرض خبير لمساعدة المسن على تعبئة ورقة التقييم، وجدول الاحتياجات، حيث تضمنت مجالات الاحتياجات على الرعاية الفموية، رعاية قرحة الفراش/ العناية بالجلد، النظافة، نشاطات الحياة اليومية (والتي تم قياسها من خلال الملاحظة)، اللباس، الذهاب لدورة المياه، الهنّام، الاستحمام، غسل الوجه واليدين، تصفيف الشعر، تقليم الأظافر. وإدارة الدواء، والسيطرة على الألم، وإسعاف حالات الدوخة والنزيف، والحركة في السرير، والتنقل والتجوال. وبعد تحليل الاستجابات، توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

تم دمج مجالات مشكلات و حاجات المسنين، وتم تلخيص المعالجة الطبية وإضافة المعالجة المنزلية والنهائية، والتوصل إلى 30 مجال للحاجات والمشكلات يحتوي على 324 فقرة بدل 665 فقرة، مما أدى إلى سهولة استعمال الأداة بشكل عملي.

إعادة تهذيب فقرات التقييم من خلال اختبار الفقرات والبحث عن آراء الخبراء.

استخدام أداة التقييم المعدلة من قبل 92 مقدم رعاية في حالات خاصة لهم في جلسة تدريبية لتخطيط الرعاية لزيادة القابلية التطبيقية للأداة.

وأشارت الدراسة إلى أن هذه القائمة سهلة الإستخدام، وأوصت باستخدامها في تدريب مقدمي الرعاية وتقييم أدائهم في دور الرعاية.

وقام رينولد وآخرون (Reynolds & et al,2000) بدراسة بعنوان: تقييم كامبرويل لاحتياجات كبار السن في لندن / بريطانيا. هدفت الدراسة إلى تطوير أداة تأخذ بعين الاعتبار آراء المسنين، ومقدمي الرعاية حول احتياجات المسنين، وبعد تطوير أداة التقييم تم إخضاعها للاختبار وإعادة الاختبار والثبات بين المحكمين، كما تم تناول جوانب الصدق للأداة خلال التطوير ومع البيانات التي قدمتها مواقع في المملكة المتحدة والسويد

والولايات المتحدة الأمريكية.

وتوصلت الدراسة إلى تقويم كامبرويل لاحتياجات كبار السن بشكله النهائي، وقد تألفت من 24 فقرة شملت (الإيواء، والمهارات المنزلية، والتغذية، والرعاية الذاتية، ورعاية الآخرين، والنشاطات النهارية، والذاكرة، والبصر، والسمع، والحركة، والصحة البدنية، والأدوية والعقاقير، والأعراض الذهنية، والهموم النفسية، والمعلومات، والسلامة من أذى النفس المقصود، والسلامة من أذى الذات غير المقصود، والسلامة من إساءة الاستخدام والإهمال، والسلوك، وشرب الكحول، والعلاقات الحميمة، والمال، والامتيازات والفوائد، والنشاط الجنسي)، بالإضافة إلى فقرتين لاحتياجات مقدمي الرعاية شملت المعلومات، والهموم النفسية لمقدمي الرعاية، وقد أظهرت هذه الأداة بناء محتوى ملائم، وصدق اتفاقي، وصدق معياري ملائم، وكان الثبات بشكل عام مرتفعاً جداً.

إن الخصائص السيكمترية لتقويم كامبرويل لاحتياجات كبار السن بدت مقبولة بدرجة عالية، وتم استخدامها بسهولة من قبل سلسلة واسعة من المهنيين، وكانت ملائمة للممارسة السريرية الروتينية والبحث، وهي قابلة للتطبيق إحصائياً على مدى واسع من المجتمعات والسياقات، وهي شاملة تقيس كلا من الاحتياجات التي تم تلبيتها أو لم يتم تلبيتها لكبار السن، وتدمج آراء المسنين ومقدمي الرعاية حول احتياجات المسنين بشكل رئيس وحول احتياجات مقدمي الرعاية بشكل عام، فضلاً عن أنها تقيس مستوى المساعدة التي تم الحصول عليها من مقدمي الرعاية والخدمات القانونية.

وفي دراسة قامت بها دن وآخرون (Dunn & et al,2000) بعنوان: معايير الكفاية لممرضي الرعاية الحرجة المتخصصة في جنوب استراليا. هدفت الدراسة إلى تحديد معايير الكفاية للممرضين المتخصصين في الرعاية الحرجة، وتوضيح الفروق بين معايير الدخول إلى الممارسة، والممارسة المتقدمة للممرض المتخصص. شملت العينة على 57 مستشفى في استراليا، وبعد تحليل البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: عشرون كفاية تم تجميعها في خمسة مجالات هي: الممارسة المهنية، الممارسة التأملية، وحل المشكلات السريرية، والقيادة، وعمل الفريق، وكانت النتيجة مثيرة للإعجاب والتقدير الذي أعطوه للطبيعة العريضة للممارسة التمريضية المتخصصة والمجالات الخمسة ذات العشرون كفاية، حيث ضمت مدى الاتجاهات والمعرفة، والمهارات السريرية، والنظرية، وهذه النتيجة تدعم الأبحاث السابقة في الاحتراف بوجود الابتكار ومهارات الاتصال والإشراف في الممارسة التمريضية المؤهلة، وتضم المهارات النفس حركية في أداء المسؤوليات الفنية إلى جانب سرير المريض والمهارات العاطفية ومهارات حل المشكلات السريرية. كما أجرت والترز وآخرون (Walters & et al,2000) دراسة بعنوان : تقييم الاحتياجات من منظور المسنين ومقدمي الرعاية والمهنيين: تقييم كامبرويل لاحتياجات المسنين في الرعاية الأولية في لندن / بريطانيا. هدفت الدراسة إلى إجراء دراسة جدوى لتقييم كامبرويل لاحتياجات كبار السن في الرعاية الأولية، ومقارنة الاحتياجات التي حددها المسنون ومقدمو الرعاية، ومهنو الصحة بسبب عدم وجود أداة منظمة لتقييم الاحتياجات يمكن استعمالها على مستوى واسع المدى. وقد تضمنت الدراسة النقاط الرئيسة لتقويم كامبرويل لاحتياجات كبار السن وهي كالآتي: (الإيواء، المهارات المنزلية، التغذية الرعاية الذاتية، رعاية الآخرين، النشاطات النهارية، الذاكرة، البصر، السمع، الحركة، الصحة البدنية، الأدوية والعقاقير، الأعراض الذهانية، الهموم النفسية، المعلومات، السلامة من أذى النفس المقصود، السلامة من أذى النفس غير المقصود، السلامة من إساءة الاستخدام، الإهمال، السلوك، شرب الكحول، العلاقات الحميمة، المال، الامتيازات والفوائد، النشاط الجنسي، المعلومات لدى مقدمي الرعاية، هموم مقدمي الرعاية النفسية).

تكونت العينة العشوائية بنسبة (5%) من كافة المسنين الذين أعمارهم 75 سنة فما فوق في أربعة دور رعاية عامة في لندن، حيث تم مقابلتهم، كما وطلب من مقدمي الرعاية استخدام تقييم كامبرويل لاحتياجات المسنين، وبعد تحليل البيانات توصلت نتائج الدراسة إلى أن استخدام أداة تقييم كامبرويل كان ذو جدوى وفاعلية عالية لاستخدامه في مجال الرعاية الصحية الأولية لكبار السن، إذ انه حدد الاحتياجات الملاحظة وغير المعروفة من قبل مقدمي الرعاية، كما انه يركز على مستوى مرتفع من الاحتياجات والتي هي أساسية لكبار السن في الرعاية الأولية، إضافة إلى أن أداة تقييم كامبرويل حددت الاحتياجات التي تم تلبيتها والتي لم تلب، لذلك تُعد أداة تقييم كامبرويل لتقييم احتياجات كبار السن أداة سريعة الاستخدام، ومتعددة الاختصاصات، والتي يمكن أن تؤدي إلى معلومات هامة وسريعة.

وأجرى تشارلوس وآخرون (Charlus & et al,2000) دراسة أخرى بعنوان : الاتكالية لدى المسنين المقبولين حديثا في دور الرعاية في بريطانيا . هدفت الدراسة إلى البحث في الاتكالية والحالة الصحية العامة لفئة كبار السن المقبولين للإقامة في بيوت التمريض من اجل رعاية طويلة الأمد.

شملت العينة 308 مسن فوق سن الستين خلال أسبوعين من قبولهم في دور الرعاية التمريضية في إنجلترا، وتم تقييم الاتكالية من خلال استخدام مؤشر "بارثيل" لنشاطات الحياة اليومية، وتم جمع المعلومات من سجلات البيوت حول حالات المسنين التي تم تشخيصها والوضع الراهن لحالتهم الصحية. وأشارت الدراسة إلى مكونات مؤشر "بارثيل" لنشاطات الحياة اليومية والذي يتكون من:

مساعدة المسن على غسل وجهه، وحلاقة ذقنه، وتنظيف أسنانه، وترتيب شعره (النظافة الصباحية اليومية)، و مساعدة المسن في الذهاب إلى دورة المياه، و مساعدة المسن في إطعامه، و مساعدة المسن في التنقل بأرجاء الدار، والنزول والصعود للدرج، المساعدة في تحريك المسن من جانب لآخر، و مساعدة المسن على المشي، ومساعدة المسن على الاستحمام، و مساعدة المسن على ارتداء ملابسه.

وبعد تحليل البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

نسبة مرتفعه من المقبولين الجدد في دور الرعاية كانوا ذوي احتياجات اتكالية متدنية. وجود مجموعة هامة من ذوي التمويل الذاتي والاتكالية المتدنية والمقبولين حديثا في دور رعاية التمريض، يشير إلى الحاجة إلى تقديم خدمات تقييم أفضل لأولئك المستقلين ماليا.

إن العديد من المسنين المقبولين حديثا كان لهم ظروف والتي قد تستفيد من التأهيل، ولكن لم تكن هناك أية معالجة أو كادر في البيوت التي تم دراستها.

وفي بعض الحالات كان الضعف المعرفي الشديد واضحا، ولم يكن هناك دليل على أن نتيجة أي تقييم صحي ونفسي رسمي ما قبل القبول كان قد تم توصيلة إلى موظفي الرعاية التمريضية.

أن المقيمين في بيوت التمريض كانوا أكثر اتكالية من المقيمين في بيوت الرعاية العامة.

أن المعلومات التشخيصية الهامة وتفاصيل التقييم للمسنين حسب مؤشر بارثيل لنشاطات الحياة اليومية قبل الدخول لدور الرعاية، لا يتم توصيلها إلى موظفي بيوت التمريض ودور الرعاية للمسنين، أي أن الدراسة تقدم دليلا على عدم كفاية التشخيص والتقييم للمسنين قبل الدخول لدار الرعاية.

وفي دراسة قام بها ديفيز وآخرون (Davies & et al,2000) بعنوان: تشجيع الاستقلال الذاتي والاستقلالية لدى كبار السن في نطاق مؤسسة تمريضية: دراسة ملاحظة في بريطانيا. هدفت الدراسة إلى تقييم تعليم الرعاية التمريضية لكبار السن واستكشاف مدى فاعلية البرامج التعليمية في أعداد الكادر التمريضي وتمكين الممرضين من تشجيع الاستقلال الذاتي والذاتية لدى كبار السن.

وشملت العينة 30 ممرضة في أربع مدن في إنجلترا، حيث تم تحديد العينة من خلال احتياجات مكونات الدراسة التي قامت بتقييم 941 برنامج تمريضي تعليمي من خلال ملاحظة الممرض داخل بيئة الممارسة، ثم تطوير بروتوكول لمعاينة المدخل مع كل ملاحظة.

وأشارت الدراسة إلى أن كل مرحلة ملاحظة شملت الأحداث الآتية: الاتصال، الإخراج، الشرب، الصحة العامة، الهدام، اللباس، التحريك، الاستحمام، الرعاية الفنية. وفي ضوء إبعاد الاستقلال الذاتي تم ملاحظة تقديم الاختيار بالنسبة إلى نشاطات الحياة اليومية، وتقديم معلومات وإرشادات للمسن، واستدعاء التغذية الراجعة من كبار السن بالنسبة لمقدمي الرعاية، حيث تظهر تبادليا علاقة مقدم الرعاية بالمسن وتشجيع مشاركتهم في تخطيط الرعاية.

وبعد تحليل البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

أن التفاعلات السلبية بين مقدمي الرعاية وكبار السن ينتج من نقص عدد مقدمي الرعاية بالنسبة لعبء العمل ونقص التجهيزات الأساسية في دور الرعاية.

أن برنامجا تعليميا ما يركز على المفاهيم المجردة والأفكار النظرية على حساب التدريبات العملية لتطبيق المعرفة في السياق العملي، قد ينتج عنه قلة الوقت الذي يلزم لتدريب مقدمي الرعاية من قبل المدربين، ولذا فهناك حاجة ليُعد المدربون المثل العليا في تدريب مهارات الرعاية الصحية عمليا لتحقيق الأهداف العريضة من تشجيع الاستقلالية لكبار السن عمليا.

أن الاستقلالية الذاتية والاستقلال هي أهداف شاملة لرعاية كبار السن، ولكن هناك فجوة في المعرفة بالنسبة لمدى أهمية الاستقلال الذاتي كهدف للرعاية بالنسبة لكافة كبار السن.

وأجرى كوين وآخرون (Quinn & et al,1999) دراسة بعنوان : الخصائص الصحية للنزلاء في بيوت رعاية المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية. هدفت الدراسة إلى استكشاف الخصائص الصحية وتقديم فهم أفضل لاحتياجات كبار السن المقيمين في بيوت الرعاية. وتكونت العينة من 80 مسن من المقيمين في دور الرعاية، وبعد التحليل الإحصائي خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

أن احتياجات المسنين الأكثر تكرارا هي الصحة الشخصية، الاستحمام، اللباس، تنظيف الأسنان، الذهاب لدورة المياه، المساعدة في إعطاء الدواء.

أن مؤشرات الصحة البدنية واحتياجات المسنين التي تم الإشارة إليها في هذه الدراسة تشبه تلك المشار إليها في بعض الدراسات السابقة مثل دراسة ولايون (1991)، ودراسة هاوز (1995) و من مؤشرات الصحة البدنية: المساعدة في إعطاء الدواء، والاستحمام، والذهاب لدورة المياه، والأكل، وارتداء الملابس، والتنقل داخل الدار، وتنظيف الفراش، والنزول من السرير، والحماية من الحوادث والإصابات، وإسعاف حالات الدوخة،

ومشكلة التوازن، واستخدام الكرسي المتحرك، وتحريك الأطراف، ومساعدة حالات ضعف البصر والسمع، أما مؤشرات الصحة النفسية فمنها الاكتئاب، القلق، العجز المعرفي، مشكلة فهم الآخرين ومشكلة جعل الذات مفهومة، بالإضافة إلى الرقابة الصحية المتواصلة للمقيم.

وأوصت الدراسة بالحاجة الماسة إلى العديد من التداخلات التمريضية والتي يجب أن يمتلكها مقدمو الرعاية في دور المسنين بسبب تعرض المسنين للكثير من المشكلات الصحية لما يطرأ عليهم من تغيرات فسيولوجية حتمية، فضلا عن أهمية تدريب مقدمي الرعاية فيما يتعلق بالطرق الملائمة لرعاية المسنين والتواصل معهم، كما وأوصت الدراسة بإيجاد أجندة للرعاية الصحية، وضرورة إعداد الممرضين إعدادا أكاديميا متضمنا تقديم الرعاية الصحية الأولية بما تقدمه من خدمات علاجية ووقائية وتأهيلية ورقابة الحالات الصحية المزمنة وتعزيز مهارات المواجهة، وذلك لأن الممرضين ذوي التعليم والتدريب الملائم في علم الشيخوخة قد يكونون مستشارين ومدافعين لتشجيع الرعاية لكبار السن بناء على نموذج الاستقلال والخيار.

وأجرى واد (Wade, 1999) دراسة بعنوان: زيادة نوعية رعاية كبار السن: تطوير اتجاهات ايجابية للعمل مع كبار السن في بريطانيا. هدفت الدراسة إلى تقديم ملخصا للسياق الذي برزت فيه الخدمات التي يتم تقديمها خاصة في نطاق الرعاية الصحية وتقديم استراتيجيات للمستقبل. واتبع الباحث منهجية الاعتماد على الأدبيات السابقة لتعطي فكرة عن العوامل التي يمكن ان تعزى إلى تطوير الاتجاهات والتصورات المعاصرة، وحول رعاية كبار السن، والتي تركز بشكل خاص على الرعاية الصحية والممرضين حيث تم مراجعتها.

وبعد تحليل البيانات أشارت نتائج الدراسة إلى:

دور التثقيف البالغ الأهمية في التأثير على تكوين الاتجاهات الإيجابية نحو رعاية كبار السن، مما يؤثر بالتالي على الارتقاء بنوعية الخدمات المقدمة للمسنين.

بروز عدد من المجالات المختلفة من أجل البحث والتطوير المستقبلي لرعاية كبار السن والتي تتناول احتياجات ومشاكل المسنين.

تطوير خدمات الرعاية التمريضية البيئية ضرورة ملحة لتقابل الاحتياجات المتغيرة لكبار السن مما يساعد بتخفيف انكاليتهم وخروجهم من المستشفى بأسرع وقت لتخفيف التكاليف، وما يؤيد ذلك مبادرات وسياسات الرعاية الصحية الأولية، وبرامج التحسينات الصحية، والمعهد الوطني للتميز السريري.

أوردت الدراسة في نتائجها وجود ندرة في الأبحاث التي تشرح بوضوح المهارات والمهام المطلوبة والواجب توافرها لدى مقدمي الرعاية في دور المسنين في المملكة المتحدة، إذ إن العامل الذي لا يميز ولا يعترف باحتياجات المسنين والمهارات المطلوب منه أدائها لإشباع هذه الحاجات، سيكون غير قادر على أداء رعاية صحية ذات مستوى عال، وقد يعزى ذلك إلى شعور مقدمي الرعاية في دور المسنين بالدونية نسبة إلى المهنة الأخرى.

التعليم له دور كبير في إعداد مقدمي الرعاية إعدادا أكاديميا تخصصيا دقيقا في علم تمريض الشيخوخة، إذ أن تخصص التمريض شرط أساسي للعمل في دور المسنين. وفي الواقع فإن تخصص التمريض يتعلق بمجالات التقنية العالية كالعمل في وحدات الرعاية الحثيثة وغيرها، وعليه لا بد من وجود تخصص يقابل احتياجات المسنين الناجمة عن التغيرات الطبيعية التي تنتج عن التقدم بالعمر.

ضرورة انخراط مقدمي الرعاية في استمرارية التعليم والتطوير المهني، ووضع مساقات الشيخوخة في المناهج الدراسية والجامعية مع شرط وجود مساق تعليمي متخصص للعاملين مع المسنين كما في مجالات الاختصاص الأخرى مما يساعد في زيادة الوعي، حيث إن رعاية المسنين تتطلب فعليا مهارة وخبرة. مع تنامي الاعتماد على عاملين غير مؤهلين للعمل بدور المسنين، يبدو أمرا بالغ الأهمية أن يتم تناول الاحتياجات التعليمية والتطويرية لهذه المجموعة من العاملين بشكل جدي، وتدريبهم التدريب الملائم والقائم على الممارسة العملية، مع ضرورة وجود فرص تعليمية أكثر تقدما لتمكين هؤلاء العاملين من التقدم والنمو في ممارساتهم ومسؤولياتهم، حيث إن رعاية المسنين هي رعاية شاملة ومعقدة وتتطلب أداء مهارات اتصال شخصية خبيرة.

وأجرت فارجستم (Fagerstrom & et al,1998) دراسة بعنوان: احتياجات الرعاية من وجهة نظر المسنين كرسالة معاناة في فنلندا. هدفت الدراسة إلى التوصل إلى فهم أعمق لخبرة المسنين مع احتياجات الرعاية، أي مشكلاتهم واحتياجاتهم ورغباتهم، وذلك من خلال دراسة واستكشاف كيف سيتم التعبير عنها وصياغتها في علاقة رعاية، وتوضيح دلالاتها للرعاية الصحية. شملت عينة الدراسة 38 مسن في القسم الطبي و 37 مسن في قسم الجراحة في مستشفى بفنلندا، حيث تم مقابلتهم في المستشفى، وسئلوا عن احتياجاتهم للرعاية.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن نتيجة احتياجات رعاية كبار السن كرسالة معاناة يمكن إجمالها كالآتي: تصور المسنين لاحتياجات الرعاية هي رسالة مشكلات واحتياجات ورغبات لديهم. إن احتياجات الرعاية الأشد كانت تتعلق بتجربة الثقة في كفاية الممرضين، والتوجيه، والراحة والتي يمكن أن نجد تعبيرا لها عند مستويات المشكلات والرغبات والتمنيات.

عبروا عن حاجاتهم للرعاية كوصفه للكيفية التي تقابل بها علاقة مقدمي الرعاية مع المسنين. عبروا عن أن احتياجاتهم يمكن أن تحتوي إمكانيات جديدة من النمو والتطور. وتوصلت الدراسة إلى أن مقدمي الرعاية الأكثر وعيا ومعرفة باحتياجات المسنين ورغباتهم، هم الأقدر على التفاعل وفهم رسالة المسنين بالحاجة إلى رعاية صحية عالية المستوى لتحسد من معاناتهم. كما وأوصت الدراسة بضرورة تطوير أداء مقدمي الرعاية بالإعداد الأكاديمي التخصصي بعلم التمريض وبالتدريب المستمر، لأن مشكلات واحتياجات المسنين تشكل وثيقة بالمهام والمهارات التي على مقدم الرعاية أن يمتلكها ويطورها للارتقاء بنوعية حياة المسن ومساعدته.

وفي دراسة أخرى قام بها دنجان وآخرون (Dungan & et al,1996) بعنوان: المحافظة على الصحة لمسن ضعيف: هل يمكن أن تحسن الرفاه العقلي والبدني؟ في هنولولو / الولايات المتحدة الأمريكية. هدفت الدراسة إلى دراسة النتائج المقاسة لبرنامج المحافظة على الصحة بتمرين منتظم أو تعليم صحي ومشاركة جماعية حول الصحة العقلية والبدنية.

وتضمنت الدراسة مؤشرات الصحة البدنية وتشمل (قوة اليد، ومدى الحركة وقياس ضغط الدم)، ومؤشرات الصحة العقلية وتشمل (تقييم الذات والرضا عن الحياة).

شملت العينة على 59 مسن ضعيف، وبعد تحليل البيانات توصلت نتائج الدراسة إلى أن تدخل التمرين المنتظم واستراتيجيات التنشئة الاجتماعية على المساعدة الذاتية والمعلومات الصحية، كان لها تأثير سريري إيجابي على الصحة العقلية والبدنية، فضلاً عن انخفاض ضغط الدم والتحسين في حركة الكاحل كانت واضحة. وأجرى لتنين (Laitinen,1994) دراسة بعنوان: كبر السن وتصورات مقدمي الرعاية غير الرسميين للرعاية المقدمة في فنلندا . هدفت الدراسة إلى دراسة كلا من تصورات المسنين ومقدمي الرعاية غير الرسميين للرعاية بين قسم الدراسة والقسم الضابط في مستشفيات مختلفة.

وشملت العينة على 45 مسن مريض و 147 مقدم رعاية. وبعد التحليل الإحصائي توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

المسنون المرضى في القسم الضابط للدراسة في المستشفى الجامعي كانوا راضين جدا عن الرعاية المقدمة لهم، وان كافة احتياجاتهم تؤخذ بعين الاعتبار بشكل جيد وبدرجة متساوية بالمقارنة مع تقييمات المسنين المرضى في القسم الدراسي و الذين كانوا أكثر انتقادا من المسنين في القسم الضابط.

المسنون ومقدمو الرعاية كانوا أكثر رضا عن إشباع الاحتياجات ذات المستوى الأدنى (البدني) وكذلك عن الاتصال والتفاعل مع مقدمي الرعاية.

نوعية الرعاية في وحدات الشيخوخة من وجه نظر المسنين ومقدمي الرعاية كان مرتفعا في مجموعة الدراسة والمجموعة الضابطة.

وأوضحت الدراسة أن هدف التمريض هو مساعدة الفرد والأسرة على المحافظة واسترداد أقصى مستوى من الصحة لديهم بشكل أساسي يعني تحديد الاحتياجات الإنسانية، واستخدام الموارد لتلبية تلك الاحتياجات، مما يعني أن مقدم الرعاية المعد أكاديميا وحاصل على تخصص في علوم التمريض له القدرة على تناول الاحتياجات البدنية للمسنين بسهولة وشمولية، مع ان الاحتياجات النفسية للمسنين اقل وضوحا خاصة عندما لا يستطيع المسن التعبير عنها، فيستطيع مقدم الرعاية المتخصص بالتمريض إيجاد وسائل أخرى لجمع البيانات النفسية لتلبية تلك الاحتياجات وتفهمها بشكل أفضل، فضلا عن أن الممرضين في موقع هام وعليهم مواجهة التحديات المستقبلية لرعاية كبار السن.

وفي دراسة قام بها بول وروات (Poole & Rowat,1994) بعنوان: تصورات كبار السن لرعاية مقدمي الرعاية البيئية في كندا . هدفت الدراسة إلى دراسة ما يتصوره كبار السن في المجتمع من سلوكيات راعية لمقدمي الرعاية البيئية في سياق الرعاية التمريضية.

وشملت العينة خمسة مسنين وجميعهم حصلوا على رعاية بيتية تمريضية، ومن خلال استخدام المنهجية المقارنة الثابتة للتحليل النوعي توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

إن السلوكيات الراعية للمسنين تتضمن:

خصال الممرض وتشمل المزاج الجيد، والتنظيم، والصبر، والتفهم، والاحترام.

الدعم العاطفي ويشمل الإصغاء، وإعطاء الأمل، وقضاء الوقت.

تقديم المساعدة البدنية: وتشمل القيام بمهام بدنية كقياس ضغط الدم، وإعطاء الدواء، وتقديم الإرشادات، وتنسيق الخدمات والمساعدة في الاستحمام، وتغيير الملابس، وتقديم الغذاء، والحركة.

كما وأشارت الدراسة إلى أن مقدمي الرعاية الذكور يميلون لتثمين تقديم الرعاية البدنية والأداء الفني للمسنين على السلوكيات العاطفية.

أجرى يورشك وبرور (Yurchuck & Brower,1994) دراسة بعنوان: التحضير الأكاديمي في الكليات لتخصص تمريض الشيخوخة في جنوب الولايات المتحدة الأمريكية. هدفت الدراسة إلى الإجابة عن السؤال

الآتي: هل يستطيع المدرسون المؤهلون تعليم تخصص تمريض الشيخوخة لطلاب التمريض في الجامعة؟

وشملت العينة 211 برنامج تمريضي لطلاب الجامعة ممثلة ما نسبته 48% من البرامج الجامعية الـ 438.

وبعد تحليل البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

هناك عدد محدود من المدرسين القادرين على إجراء الإعدادات في علم رعاية الشيخوخة، وان نسبة المدرسين القادرين على إجراء الإعدادات في علم رعاية الشيخوخة بما فيها إعداد الإجراءات الرسمية والتعليم المستمر تقدر فقط بحوالي 12%، و 5% فقط نسبة الحاصلين على ماجستير في علم رعاية الشيخوخة، وهذا يعني أن نسبة المدرسين المؤهلين القادرين على تدريس علم الشيخوخة اقل بكثير من نسبة المدرسين المؤهلين في التخصصات الطبية الأخرى.

أن العجز الواضح لعدم وجود مدرسين مؤهلين لعلم رعاية الشيخوخة له تأثير على صحة المسنين وتطور مجال رعاية المسنين، علما بأن تجربته السريرية مقنعة في منهاج التمريض والرعاية التمريضية. وأجرت شويكة (1994) دراسة بعنوان: دَوْر طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الحاجات الاجتماعية للمسنين: دراسة مطبقة على المسنين بمدينة جدة. هدفت الدراسة إلى تحديد الاحتياجات الاجتماعية الفعلية للمسنين في المجتمع السعودي، وتوضيح وسائل إشباعها، و تحديد الصعوبات التي تواجهها، و اقتراح طريقة لتنظيم المجتمع في إشباعها باستخدام نموذج التخطيط الاجتماعي لجاك روتمان.

وشملت العينة على 51 مسنا من دار الرعاية الاجتماعية في الرياض، و52 مسنا من المستشفيات الحكومية، و40 مسنا يعيشون مع أسرهم، إضافة إلى مقابلة 17 خبيرا في رعاية المسنين، وقد اعتمدت الباحثة في جمع البيانات على استمارة بحث مقننة ومقابلات معمقة مع الخبراء المختصين. وبعد تحليل استجابات أفراد العينة خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

لكل المسنين المستفيدين من خدمات مؤسسات رعاية المسنين وغيرهم من غير المستفيدين احتياجات اجتماعية ونفسية وصحية واقتصادية منها:

الاحتياجات الصحية وتشمل: الحاجة إلى طول فترة العلاج، وعدم الخوف من المرض، وضرورة الكشف المبكر المستمر، والتشخيص السليم، والاهتمام بالحالة الصحية للمسنين.

الاحتياجات الاجتماعية وتشمل: الرغبة في الاتصال بالأسرة، وتكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين، والحاجة لوجود أشخاص يستمعون للمسن، والمشاركة في المناسبات المختلفة، والحاجة للقيام بعمل نافع لشغل وقت الفراغ.

الاحتياجات الاقتصادية وتشمل: الحصول على السكن، والغذاء، والملبس، وزيادة الدخل الثابت والخاص للمسن.

الاحتياجات النفسية وتشمل: الشعور بالاهتمام، والراحة النفسية، والطمأنينة، والشعور بالرضا عن النفس. وشخصت الدراسة بعض الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في إشباع حاجات المسنين والتي منها: لوائح المؤسسات، عدم كفاية الأعداد المهني لمقدمي الرعاية، صعوبة التعامل مع المسنين، ومحدودية الخدمات المقدمة لهم.

وأجرى تشيه و مون (Cheah & Moon,1993) دراسة بعنوان: التخصصية في التمريض: حالة الرعاية التمريضية لكبار السن في إنجلترا. هدفت الدراسة إلى استكشاف ما إذا كان العمل مع كبار السن يحتاج إلى تخصص في علوم التمريض أم لا. وللبحث في هذا الهدف تناول الباحث هذه القضية من خلال ثلاثة مباحث: مناقشة نظرية للمفهوم العام للتخصصية

تقييم للمناهج التاريخية

الممارسة والاتجاهية والتعليم حول رعاية كبار السن كمجال خاص في اختصاص التمريض، ودراسة لدلالات إعلان رعاية كبار السن كاختصاص مهني.

وأورد تشيه ومون في دراستهم أن رعاية كبار السن تهمل مفهوم التخصصية بسبب أن هذا المجال لم يستطع أن يجذب الممرضين المؤهلين للعمل في ظله، علما بأن مجال رعاية المسنين يتطلب مستوى من المهارة الفنية والتي يمتلكها الممرضون في اختصاصات أجهزة الجسم في المجالات الطبية، لذا فعندما يتم تمريض مسن في دار رعاية تمريضية متقدمة، فإن المسن يحصل على رعاية أفضل بسبب أن الممرضين يمتلكون فهما عميقا ومتخصصا لاحتياجات المسنين وما يطرأ عليهم من تغيرات حتمية نتيجة تقدمهم بالعمر، فضلا عن معرفتهم العلمية وإعدادهم الأكاديمي والتدريب المستمر على مهارات الرعاية الصحية الأدائية الضرورية للعناية بالمرضى.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تمريض رعاية الشيخوخة يعتبر كتخصص دقيق في نطاق مهنة التمريض، حيث إن تمريض رعاية المسنين يمتلك عددا كبيرا من السمات التي تمكنه من أن يتم تعريفه كاختصاص في كل من المعنى السوسولوجي، وذلك الذي يسود داخل التمريض، حيث ينشأ عن ذلك الكثير من الفوائد الواضحة من حيث توفر المعرفة والمهارات الخاصة فيما يتعلق باحتياجات كبار السن، مما يعزز بقوة صحة المسنين وضمان نوعية حياة أفضل لهم.

وفي دراسة قام بها تورجان وآخرون (Torjan & et al,1993) بعنوان: تطوير علاقات واثقة وراعية بين ممرضي الرعاية البيتية والعملاء كبار السن في كندا.

هدفت الدراسة إلى وصف نتائج نظرية مجذرة، والتي ركزت على تطوير علاقات واثقة بين ممرضي الرعاية البيتية والنزلاء، وأجابت الدراسة عن السؤال الآتي: ما هي عملية تطوير علاقة واثقة بين ممرضي الرعاية البيتية والعملاء كبار السن؟

وشملت العينة على سبعة ممرضين رعاية بيتية وستة عملاء كبار السن حيث تم مقابلتهم، وتم تحليل البيانات باستخدام منهجية النظرية المجذرة، وفرزها باستخدام برمجية مايكروسوفت.

وخلصت نتائج الدراسة إلى أن العلاقة الوثيقة والراعية تشتمل على:

الثقة الأولية وتشمل: القبول والاحترام، وثقة العامل في مهاراته.

الربط ويشمل: المعرفة، وتقييم الاتصال.

التفاوض ويشمل: السيطرة ووضع الأهداف.

المساعدة وتشمل: الدفاع، الدعم، تقديم المعالجات، تقديم الإرشادات والتثقيف الصحي، تقديم أجهزة تعويضية للمسنين.

كما وأشارت النتائج إلى أن العلاقات الوثيقة والراعية تضم الثقة التي تتطور والرعاية التمريضية التي سيتم تقديمها.

وحاولت دراسة محافظة (1993) تحديد المشكلات التي يعاني منها المسنون في دور الرعاية في الأردن، واهم مجالاتها، ومدى اختلاف شعورهم بها باختلاف جنسهم وعمرهم ومدة إقامتهم في تلك الدور، تكونت عينة الدراسة من 60 مسناً منهم 26 ذكور و 34 إناث، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة، قامت محافظة بتطوير استبانة مؤلفة من جزأين: الجزء الأول يشتمل على معلومات من المسنين حول متغيرات الدراسة، أما الجزء الثاني فيشتمل على مجالات المشكلات وهي المجال الصحي والنفسي والاجتماعي وتقديم الخدمات والمجال الترويحي.

أظهرت نتائج الدراسة أن ترتيب المشكلات حسب الأهمية على النحو التالي: المجال الترويحي، ثم المجال الاجتماعي، ثم المجال الصحي، ثم مجال تقديم الخدمات، ثم المجال النفسي، كما وأظهرت النتائج أن أهم المشكلات التي يعاني منها المسنون في دور رعاية المسنين في الأردن من وجهة نظرهم هي مشكلة قضاء وقت

الفراغ والملل والإحباط الذي يعانيه المسن نتيجة تواجده في دور الرعاية، ثم مشكلة عدم توفر الصحف اليومية للنزلاء لمتابعة الأحداث، وعدم توفر أفلام الفيديو، وعدم توفر بعض الألعاب الفكرية مثل الشطرنج، ثم تناول نظام الحمية بالغذاء، كما وأظهرت النتائج عدم وجود اختلاف في درجة شعور المسنين بالمشكلات سواء طالت مدة إقامتهم في تلك الدور ام قصرت.

وأجرت هيلين (Hillan,1993) دراسة بعنوان: تمريض كبار السن الخرفين: قضايا أخلاقية في اسكتلندا. هدفت الدراسة إلى فحص ودراسة بعض القضايا الأخلاقية التي نشأت لدى مقدمي الرعاية أثناء تقديم الرعاية لكبار السن الخرفين.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن:

مهنة التمريض هي الأكبر من تخصصات الرفاه الاجتماعي والصحي، حيث يعمل الممرض كشبكة اتصال بين المريض ومقدمي الرعاية الآخرين، وبشكل خاص المهنة الطبية وشبه الطبية في تقديم رعاية صحية للعامة. وجود ثلاث قيم أساسية ترتبط بالمريض في مهنة التمريض وهي:

فهم وتقدير كل مريض كشخص كامل و احترام أساسي للفرد والاعتراف أن كل شخص له حق إنساني في حسن المعاملة. و احترامه كرامة المسن وحقه في الاحترام والتقدير وجود خمس قيم ترتبط بالممرض وهي:

الممرض المحترف مسؤول عن ممارسته في نطاق السلوك المهني

يعمل الممرضون كجزء من فريق متعدد التخصصات وبسبب علاقتهم مع المرضى كأفراد، فإن لديهم دوراً رئيساً في التنسيق الكلي لتوصيل الرعاية.

إن إيجاد تمريض كفؤ ورحيم ذي جودة عالية بغض النظر عن عرقية المريض أو عقيدته وحالته الاجتماعية والاقتصادية هو الهدف، والنشاط المحوري للتمريض المهني.

للتأهيل والاستمرار في الممارسة، على الممرضين الحصول على التعليم والتدريب الملائم، وهذا التعليم والتدريب ينبغي أن يعزز اتجاهات الرعاية الماسة، ويحدث ويوسع من المعرفة والمهارات والممارسة، ويمكنهم من اكتساب مهارات جديدة ويساهم في تطبيق ممارسات تمريضية قائمة على الأبحاث.

أن البيئة التي يعمل بها الممرضون يجب أن تكون بيئة يتم فيها تنمية مناخ من الثقة والاحترام المتبادل والهدف المشترك بين مجموعات العاملين، ولكل ممرض الحق في توقع الدعم في الأمور المهنية والشخصية، وتوفر له سهولة الوصول إلى الإرشاد والفحص الملائم.

وفي دراسة قامت بها القدومي (1991) في الأردن هدفت إلى تقصي المشكلات التي يعاني منها المسنون ومجالاتها في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة في درجة شعورهم بهذه المشكلات، تكونت عينة الدراسة من (100) من الذكور والإناث تم اختيارهم بصورة عشوائية طبقية بحيث اشتملت على مسنين من أحياء مختلفة في المدينة والقرية في الأردن. قامت القدومي بتطوير استبانة من جزأين: يتضمن الجزء الأول جمع معلومات من المسنين أنفسهم حول متغيرات الدراسة: الجنس، الحالة الاجتماعية، ومكان الإقامة، ويتضمن الجزء الثاني فقرات الاستبانة وعددها 59 فقرة. وتم استخدام أسلوب المقابلات الفردية للإجابة عن فقرات الاستبانة.

وبعد تحليل البيانات أظهرت نتائج الدراسة أن أهم أربع مشكلات تواجه المسنين هي: الظروف السكنية غير المناسبة، عدم الذهاب إلى الحدائق والنوادي، عدم تقدير الاحترام الكافي للآباء من قبل الأبناء، الانفعال السريع وكره الذهاب للأطباء. كما وأظهرت النتائج ترتيب المشكلات تنازلياً على النحو الآتي: مجال الترويح عن النفس وقضاء أوقات الفراغ، ثم المجال المادي، المجال الصحي، المجال الاجتماعي و أخيراً المجال النفسي.

كما وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) يعود لمتغير الجنس، بينما كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة الدراسة على مستوى ($\alpha \leq 0.05$) يعود لأثر الحالة الاجتماعية واثراً مكان الإقامة.

و أجرى أبا الحيل (1991) دراسة بعنوان: الشيخوخة ومراكز العناية بالمسنين في العالم. هدفت الدراسة إلى تصميم نموذج لمركز اجتماعي صحي لسد احتياجات المسنين في المملكة العربية السعودية والذين تأثروا بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي طرأت على السعودية وتطوير ما هو قائم في مراكز الرعاية الاجتماعية لرعاية المسنين والعمل على الارتقاء بخدمات وأنشطة وبرامج مراكز الرعاية في السعودية. وشملت الدراسة 27 مركزاً للعناية بالمسنين في ثماني دول (الدمارك، السويد، هونج كونج، اليابان، تايوان، مصر، الكويت، كاليفورنيا)، وبعد تحليل استجابات أفراد العينة خلصت الدراسة إلى نتائج مهمة منها:

إن 26 مركزاً تقدم بعضاً من الخدمات الصحية بالإضافة إلى الخدمات الاجتماعية والتي وصفوها بدورها خدمات اجتماعية صحية بينما هناك مركزٌ واحدٌ لا يقدم خدمات صحية.

بالنسبة لعدد العاملين فإن 10 مراكز تعمل باستخدام عدد قليل من العاملين بنظام اليوم الكامل أو جزء من الوقت وهناك 13 مركزاً تعتمد أعداداً كبيرة من المتطوعين. ويحمل 21 مسئولاً في المراكز شهادات جامعية أو درجات مشابهة، ويحمل 15 مسئولاً تخصصاً في علم الاجتماع أو الخدمة الاجتماعية.

تبين أن 10 من المراكز تعمل طيلة الأسبوع، و8 مراكز تعمل 6 أيام، وتستمر ساعات العمل في 22 مركزاً من الساعة (4-8) أو من (9 صباحاً-5 مساءً).

تبين أن غالبية المسنين في هذه المراكز من المسنين الأصحاء المتقاعدين ممن يبلغون سن الستين فما فوق وأن بعض المراكز تشترط سن الستين كحد أدنى للقبول فيها.

واستناداً للنتائج المذكورة أعلاه، قام أبو الحيل بتصميم إستبانه ثانية موجهة للمسنين في مراكز الرعاية الاجتماعية في السعودية بهدف معرفة احتياجاتهم مثل تلك المراكز أو عدم احتياجهم لها ومدى إمكانية استخدامهم للمراكز في حال إنشائها.

وشملت العينة 692 مسناً في السعودية، وبعد التحليل الإحصائي توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

أفاد أفراد العينة بالإيجاب لإنشاء مراكز اجتماعية صحية في السعودية، كما وأفادوا أن النموذج للمركز المطلوب هو المركز الاجتماعي الصحي بحيث يتضمن الأنشطة الاجتماعية والصحية والدينية والترفيهية والنشاطات الرياضية.

وتنتهي الدراسة بتصميم نموذج مركز اجتماعي صحي للمسنين في السعودية بحيث يكون هذا النموذج المقترح مثلاً يمكن إتباعه واعتماده بما يتناسب مع ظروف واحتياجات المسنين ويشتمل على التعريف بالمركز وأهدافه، والسن، والشروط المطلوب توافرها، بالإضافة إلى تبعية المركز، والمرافق والمعدات التي ينبغي توافرها، فضلاً عن تحديد مؤهلات وعدد العاملين ومسؤولياتهم حسب اختصاصهم والخدمات والأنشطة التي ينبغي أن يقدمها المركز.

و أجرى إيسن (Essen & et al, 1991) دراسة بعنوان: أهمية السلوكيات الراحية للمريض من وجهة نظر مرضى المستشفيات/ السويد، وكادر التمريض. هدفت الدراسة إلى دراسة ماهية السلوكيات الراحية التي يتصور المرضى أنها الأكثر أو الأقل أهمية في جعلهم يشعرون أنهم تحت الرعاية، وما هو سلوك الرعاية الذي يتصور كادر التمريض انه الأكثر أو الأقل أهمية في جعل المرضى يشعرون أنهم تحت الرعاية.

وشملت الدراسة كل شخص ينتمي إلى الكادر الوظيفي والمرضى في ستة أقسام من المستشفى. وبعد تحليل البيانات، أظهرت الدراسة فروق بارزة بين المرضى والكادر الوظيفي في ترتيب أهمية السلوكيات الراحية من قبل الممرض والتي تجعل المريض يشعر انه تحت الرعاية. حيث إن المرضى يتصورون أن إظهار الممرض للكفاية الأدائية مثل إعطاء الحقن والأدوية ومعرفة ما يستدعي له الطبيب وتقديم استجابة سريعة لنداء المريض وتقديم رعاية بدنية ملائمة على أنها الأكثر أهمية، بينما يرى الكادر الوظيفي أن السلوك العاطفي التعبيري مثل لمس المريض وملاطفته والإصغاء إليه هي الأهم.

أما البشير (1989) فقامت بدراسة هدفت إلى رصد المشكلات التي تواجه كبار السن من اجل تذليلها ليتمكنوا من العيش في ظروف صحية واجتماعية ونفسية تحافظ على قدراتهم الذهنية والجسمية والإنتاجية وأمنهم النفسي بصورة أفضل. تم استخدام مجموعات من طالبات كلية التمريض بالجامعة الأردنية لاستطلاع مشكلات المسنين في المجتمع الأردني.

تكونت عينة الدراسة من 270 فرداً، وبعد تحليل البيانات أظهرت نتائج الدراسة ما يأتي:
أن المسنين يعانون من القلق النفسي، وأنهم بحاجة ضرورية لتوفير الشعور بالأمن النفسي.
أن المسنين يشعرون بانتهاء دورهم الحيوي في الحياة وقرب نهايتهم ولذا فهم يعيشون في حياة قلقه ومكتئبة.

ثالثاً : تعقيب على الدراسات

اهتم الأدب النظري بأوجه الرعاية المختلفة لكبار السن بشكل عام من حيث شموليتها وضرورة تقديمها للمسنين في دور الرعاية. إلا أن اهتمام الأدب النظري وحسب علم الباحثة بمهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى مقدمي الرعاية في دور المسنين محدود جداً.

أما الدراسات السابقة، فمنها ما تناول مشكلات المسنين واحتياجاتهم، ومنها ما تناول محاولات لتطوير أداة لتقييم هذه المشاكل والاحتياجات، ومنها ما تناول توضيح العلاقة المباشرة بين مهنة التمريض والمهام المنوطة بمقدمي الرعاية، ومنها ما تناول تصورات المسنين لسلوكيات الرعاية، فضلا عن تناول بعضها أهمية إدخال مساقات خاصة بالمسنين للمناهج المدرسية والكليات والجامعات وأهمية التعليم والتدريب لمقدمي الرعاية، ولكن بدون بحث مباشر في ماهية هذا التعليم والتدريب المتخصص برعاية المسنين. وجاءت هذه الدراسة الحالية لتبحث بشكل مباشر وتفصيلي في مهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين من خلال تطوير برنامج تدريبي بناءً على الواقع الحالي وتجارب الدول المتقدمة تم إعداده لهذه الغاية، وقد شكّلت مجموعة الدراسات السابقة والأدب النظري مرجعا مهما في هذه الدراسة.

واتفقت هذه الدراسة مع (Heuiahn, 2004)، و(Rothera, 2003)، و(Mahasneh, 2003)، و(السلطان، 2003)، و(Cooper, 2001)، و(Quinn, 1999)، و(شويكة، 1994)، على وجود العديد من المشكلات والاحتياجات الصحية لدى المسنين مع إبرازها لأهمية مجال احتياجات المسنين للرعاية الصحية البدنية، وقد اتفق ذلك مع آراء (العصفور وآخرون، 1999)، و(إبراهيم، 1997)، و(منصور، 1987)، و(Merrie, 2001)، و(السيد، 1975)، و(Krispin, 2000)، و(Alison, 1987). واختلفت مع (محافظة، 1993)، و(القدومي، 1991)، و(البشير، 1989)، في إبرازها لأهمية رعاية مجال احتياجات المسنين الترويحية على مجال الرعاية الصحية البدنية. واتفقت هذه الدراسة مع (Paly & et al, 2004)، و(Dungan & et al, 1996)، و(Hellstron, 2003) على اعتبار الرعاية الفموية، والتمارين المنتظمة، والإرشادات الصحية، والمساعدة في نشاطات الحياة اليومية للمسن، هي مكونات أساسية في مجال الرعاية الصحية البدنية والذي يشكل إحدى أهم مجالات الاحتياجات لدى المسنين. ويرفع مستوى نوعية حياتهم. واتفقت مع (Shimanouchia & et al, 2001) و(Reynolds & et al, 2000)، و(Walters & et al, 2000)، في أهمية تطوير أداة لتقييم الرعاية البيتية تعكس مجالات احتياجات المسنين الشاملة، حيث إن هذه الاحتياجات تشكل وثيقة بالمهارات التي يجب أن يمتلكها مقدمو الرعاية.

واتفقت مع (Hyun,2005) ، و(Charlus & et al,2005) ، و(Macdonald & Remus,1994)، و(برهوم،1993)، و(Essen, 1991)، و(Poole & Rowat, 1994)، و(Quinn & et al,1999) في تحديد العناصر الرئيسية لرعاية المسنين في دور الرعاية، وشملت بشكل عام على مجالات النظافة الشخصية، التغذية، وإعطاء الأدوية، والتمريض المنزلي، والمعاناة الشاملة، وحماية المسن من الحوادث والإصابات، وحركة المسن البدنية.

واتفقت مع (Hellstron, 2003)، و(Davies&et al, 2000)، و(Robinson&et al,2003)، و(Charlus & et al, 2000)، و(حجازي،2004) على ملاحظة تدني مستوى الخدمات المقدمة في بيوت الرعاية، مما اثر سلبا على نوعية حياة المسنين وإرجاع سبب تدني الخدمة المقدمة إلى عدم كفاية الأعداد المهني للعاملين، والنقص الحاد في الدورات التدريبية لمقدمي الرعاية، وضرورة القيام بمراجعة شاملة للأسس التي تقوم عليها الرعاية المؤسسية.

واتفقت مع توصيات (Bass & et al, 1999)، و(Fagerstrom & et al, 1998)، و(Laitinen, 1994)، و(Cheah & moon, 1993)، و(Dunn & et al, 2000)، و(Quinn & et al, 1999) بالتأكيد على وجود علاقة مباشرة ومتداخلة بين تخصص التمريض ومهام ومسؤوليات مقدمي الرعاية في دور المسنين، إذ إن مهام مقدمي الرعاية ما هي في الواقع الاجزاء أساسية من مهام الممرضة، وذلك لافتراض هذه الدراسات بان الطبيعة العريضة لتخصص التمريض يضم المهارات المعرفية، والأدائية، والوجدانية، ومهارات الاتصال، والمسؤوليات الفنية إلى جانب سرير محتاج يعاني من مشاكل صحية بغض النظر عن عمره، وينبع ذلك من الهدف المشترك بين تخصص التمريض ومقدمي الرعاية في مساعدة الفرد بغض النظر عن عمره، وجنسه، وعرقه في الحصول على أقصى مستوى من الصحة وإشباع حاجاته، واعتبار مؤهل التمريض كشرط قبول للعمل في دور المسنين، وقد اتفق ذلك مع (لجنة معايير مهنة التمريض، 2005)؛ و مع توجهات منظمة تمريض الشيخوخة الكندية (Bonnic& et al, 1996)؛ ومع (British Geriatrics Society, 2003). واتفقت مع توصيات (Hyun, 2005)، وتوصيات (Mahasneh ,2003)، وتوصيات (Bass&et al,1999)،

(Robinson, 2003)، و(Hillan, 1993)، و(Yurchuck & Brower, 1994)، و(wades, 1999)، و(Cheah & moon, 1993) على أهمية إعداد وتدريب العاملين في دور المسنين إعدادا تخصصيا دقيقا في علوم تـمريض الشيخوخة، والعمل والتطور المهني، واتفق ذلك مع توجهات منظمة تـمريض الشيخوخة الكندية (Bonnie & et al, 1996)، و(Brithish geriatrics society, 2003)، وتوجهات المؤتمرات العالمية لرعاية كبار السن. واتفق كل من (Davies & et al, 2000)، و(wades, 1999)؛ و(عبد الغفار، 2003) على أهمية نشر الوعي والثقافة بمجال رعاية المسنين عن طريق إدخال مساقات خاصة بالمسنين في المناهج المدرسية والجامعات، وذلك لأثره البالغ في التأثير على تكوين اتجاهات ايجابية نحو العمل برعاية المسنين كمهنة مستقبلية يتم الإعداد لها أكاديميا. واختلفت هذه الدراسة مع ما تم الإطلاع عليه من دراسات سابقة في مجال رعاية المسنين، في تناولها لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها للعاملين في دور المسنين بشكل تفصيلي مباشر بصيغة (مهام) وترتيبها في سبعة مجالات، وتطوير برنامج تدريبي لتنمية هذه المهام والمهارات، وبيان مدى فاعليته، مما يساعد بإيجاد وصف وظيفي تفصيلي للعاملين في دور المسنين، وإيجاد معايير للأداء، فضلا عن وضع شروط أساسية للقبول بالعمل في دور المسنين والتي هي أصلا غير متوفرة في مراكز رعاية المسنين في الأردن حسب علم الباحثة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً للطريقة والإجراءات التي تم اتباعها في تحديد مجتمع الدراسة والعينة، وكذلك خطوات إعداد أدوات الدراسة المستخدمة في جمع البيانات وتطويرها، والتحقق من صدقها وثباتها، والإجراءات المتبعة في تطبيق الدراسة، والبرنامج التدريبي والتحليلات الإحصائية التي تم بموجبها معالجة البيانات واستخراج النتائج.

مجتمع الدراسة و العينة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مراكز رعاية المسنين في الأردن للقطاعات التطوعي والخاص والبالغ عددها (11) مركزاً، والجدول التالي يوضح أسماء المراكز وطاقاتها الاستيعابية من المسنين، وأعداد العاملين (مقدمي الرعاية) فيها.

جدول (1) : دور المسنين و طاقتها الاستيعابية و عدد العاملين فيها حسب معلومات

وزارة التنمية الاجتماعية

المركز	الطاقة الاستيعابية	عدد العاملين
دار الضيافة للمسنين	150	22
مركز الأميرة منى للمسنات	60	12
دار السلام للعجزة	70	10
دار عمان للمسنين	20	10
بيت الأمل للمسنين	14	5
الدار الحديثة للمسنات	8	5

10	60	بيت الزيارة للمسنات
5	12	النورس لرعاية المسنين
16	80	بيت العناية الإنسانية
5	20	دار الزهراء للمسنين
-	-	دارات سمير شما للمسنين
100	494	المجموع

* وزارة التنمية الاجتماعية ، قسم برامج رعاية المسنين لعام 2005 .

حيث يبلغ عدد مقدمي الرعاية في دور المسنين (100) عاملٍ. وبعد الزيارات الميدانية لدور المسنين في الأردن تبين للباحثة أن أعداد مقدمي الرعاية على الواقع أقل من الأعداد المسجلة لدى وزارة التنمية الاجتماعية كما هو موضح في (الجدول، 2).

جدول (2): أعداد العاملين والمسنين في دور الرعاية على الواقع الميداني

عدد المسنين	عدد العاملين	المركز
120	22	دار الضيافة للمسنين
26	6	مركز الأميرة منى للمسنات
41	6	دار السلام للعجزة
17	5	دار عمان للمسنين
30	2	بيت الأمل للمسنين
5	3	الدار الحديثة للمسنات
26	5	دار الزهراء للمسنين
-	-	بيت الزيارة للمسنات

-	-	النورس لرعاية المسنين
27	6	بيت العناية الإنسانية
-	-	دارات سمير شما للمسنين
292	55	المجموع

حيث يبلغ عدد مقدمي الرعاية في دور المسنين في الأردن على الواقع (55) عاملاً. وقد تم إختيار (5) منهم لإجراء الدراسة الإستطلاعية، وبذلك أصبحت عينة الدراسة (50) مبحوثاً، حيث تم دراسة المجتمع بكامله، وذلك لصغر حجمه على الواقع الميداني.

ويبين (الجدول 3) وصفا لأفراد الدراسة حسب متغيراتها المستقلة حيث كانت النسبة الأعلى من أفراد الدراسة هم من (الإناث) والتي مثلت (72%) من أفراد الدراسة، أما بالنسبة للمستوى العلمي فكانت النسبة الأعلى من أفراد الدراسة هم من (فئة حملة ثانوي عام) ومثلت (30%)، أما بالنسبة لسنوات الخبرة فكانت النسبة الأعلى من أفراد الدراسة هم من العاملين من (فئة أقل من 5 سنوات) ومثلت (58%).

جدول (3) توزيع افراد العينة ونسبهم المئوية وفقاً لمتغيرات الدراسة

متغيرات الدراسة	الفئات	التكرار	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	14	28
	أنثى	36	72
	المجموع	50	100
المؤهل العلمي	أساسي	11	22
	ثانوي عام	15	30
	ثانوي تمريض	5	10
	دبلوم عام	7	14
	دبلوم تمريض	7	14
	بكالوريوس تمريض	5	10
	المجموع	50	100

58	29	اقل من خمس سنوات	سنوات الخبرة
42	21	خمس سنوات فأكثر	
100	50	المجموع	

منهج الدراسة

اعتمدت الباحثة في دراستها على مناهج البحث الآتية:

- المنهج الوصفي: الذي يقوم على وصف أداء العاملين في دور المسنين للمهارات الواجب توافرها لرعاية المسنين، وتم بناء قائمة من المهارات اللازمة لمقدمي الرعاية في دور المسنين، وذلك لاستخدامها في بناء البرنامج التدريبي للعاملين، واستخدم أسلوب الملاحظة بالمشاركة، لتشخيص نواحي القصور والضعف في أداء المهارات الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، وتقييم أثر البرنامج التدريبي على أدائهم.
- المنهج شبه التجريبي: وهو المنهج الذي تم إعماده لدراسة أثر البرنامج التدريبي المقترح على درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الواجب توافرها لديهم.

أدوات الدراسة

تضمنت أدوات الدراسة الآتي:

أداة الملاحظة

لتحقيق هدف الدراسة في تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين بناءً على الواقع الحالي وتجارب الدول المتقدمة، صممت الباحثة بطاقة ملاحظة، لأن الملاحظة وسيلة من وسائل جمع البيانات للظواهر المراد تفسيرها، وإيجاد العلاقات التي تربط بينها، ويستفاد منها في جمع البيانات والحقائق ذات الصلة بسلوك الأفراد الفعلي في المواقف الحياتية المختلفة، ولا تقتصر الملاحظة على مجرد الحواس بل يستعان بأدوات علمية دقيقة للقياس ضماناً للنتائج

وموضوعيتها، كما أن الملاحظة كأسلوب للبحث يجب أن تكون منظمة وأن تسجل بدقة. وقد تم بناء بطاقة الملاحظة

استنادا إلى الآتي:

- تحديد المجالات الرئيسية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية بشكلها الأولي وذلك بإجراء مقابلات مع عدد من مسؤولي رعاية المسنين والعاملين في وزارة التنمية الاجتماعية ودور الرعاية وعدد من الخبراء المختصين في تقديم الرعاية الصحية.
- الإطلاع المعمق على الدراسات السابقة والكتب والأبحاث ذات العلاقة برعاية المسنين والاستفادة منها في تحديد المجالات الرئيسية والفرعية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين.
- الإطلاع على المعايير الدولية لرعاية المسنين والاستفادة منها.
- الاستفادة من الخبرات المكتسبة للباحثة نتيجة خصوصية عملها المتعلق بتقديم الرعاية الصحية الأولية لأفراد المجتمع.
- وفي ضوء ما تضمنته المصادر السابقة فقد تم التوصل إلى المجالات الرئيسية الآتية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين بدور المسنين.
- المجال الأول: النظافة الشخصية للمسن
 - المجال الثاني: التغذية
 - المجال الثالث: إعطاء الأدوية
 - المجال الرابع: المعاينة الشاملة
 - المجال الخامس: التمريض المنزلي
 - المجال السادس: حماية المسن من الحوادث و الإصابات
 - المجال السابع: الحركة البدنية للمسن

وقد جرى إعداد نموذج خاص (الملحق، 1) لتحديد المهارات الفرعية التي تقع ضمن كل مجال رئيس لمهارات الرعاية الصحية الأدائية وتوزيعه على عدد من مسؤولي رعاية المسنين والعاملين في وزارة التنمية ودور الرعاية وعدد من الخبراء المختصين بتقديم الرعاية الصحية (الملحق، 2)، وذلك بعد مقابلتهم ومناقشتهم في الهدف من توزيع النموذج وذلك من أجل أن تكون مهارات الرعاية الصحية الأدائية الفرعية المكتوبة في النموذج مستقاة من وجهة نظر جماعية ورأي مشترك، من قبل أكبر عدد ممكن من المعنيين بتقديم الرعاية الصحية ورعاية المسنين، فضلاً عن المراجعة المعمقة للدراسات السابقة والأبحاث والمراجع والمعايير الدولية لرعاية المسنين. وأعقب ذلك دراسة المهارات الفرعية المكتوبة ضمن كل مجال رئيس في النماذج الموزعة والتي وصلت نسبة الرد عليها (100%) بهدف التوصل إلى قائمة للمهارات الرئيسة والفرعية التابعة لها، حيث تم صياغتها بصورة إجرائية وعبارات تصف السلوك الملاحظ وقياسه.

وقد تم استخدام أسلوب الملاحظة بالمشاركة، حيث أتاح هذا الأسلوب تسجيل الأنشطة والمهارات التي قام بها مقدمو الرعاية لرعاية المسنين، باستخدام بطاقة الملاحظة التي أعدها الباحثة، حيث تهيئ فرصة ملاحظة السلوك الفعلي لمقدمي الرعاية في صورته الطبيعية، ولغايات تحديد درجة أداء مقدمي الرعاية للمهارات اللازمة لهم، فقد تم بناء بطاقة وفق تدرج خماسي المستوى (عال جداً، عال، متوسط، متدن، متدن جداً)، وقد أعطيت الدرجات الآتية لهذه المستويات وهي: عال جداً (5) درجات، عال (4) درجات، متوسط (3) درجات، متدن (2) درجة، متدن جداً (درجة واحدة)، ليتمكن الملاحظ من تسجيل الأداء بوضع إشارة (✓) أمام الدرجة التي تعبر عن رأيه فيما يتعلق بدرجة أداء المهارة.

أما البطاقة من حيث الشكل فتألفت من ست صفحات: الأولى احتوت على عنوان البطاقة، وإرشادات خاصة باستعمالها، والثانية تضمنت الجزء الأول من البطاقة والذي احتوى على بيانات خاصة عن مقدم الرعاية، أما الصفحة الثالثة والرابعة والخامسة والسادسة فتضمنت (96) مهارة من المهارات الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، موزعه على سبعة مجالات على مقياس خماسي، (الملحق، 3)، حيث تُعد البطاقة الأداة التي تحدد درجة أداء المهارات اللازمة لمقدمي الرعاية.

و لتحقيق صدق بطاقة الملاحظة المعدة، تم عرضها في صورتها الأولية على (16) محكماً من أساتذة الجامعات والخبراء الفنيين المختصين في تقديم الرعاية الصحية والرعاية التمريضية والتربية (الملحق، 4) والذي روعي في اختيارهم خبرتهم وصله تخصصاتهم بموضوع الدراسة، وذلك لبيان مدى صدق بطاقة الملاحظة وملاءمتها لقياس ما وضعت لقياسه.

وقد طلب من المحكمين إبداء ملاحظاتهم واقتراحاتهم حول مناسبة الفقرات لأهداف الدراسة ودرجة الوضوح والصيغة اللغوية والانتماء للمجال الذي وضعت فيه وتركت مساحة كافية في الاستمارة للتعديل وتدوين الملاحظات من قبل المحكمين. وبعد استرداد الاستمارات من المحكمين درست ملاحظاتهم، وأجريت التعديلات اللازمة لبعض الفقرات، واعتمدت الفقرات التي أجمع عليها أكثر من (80%) من المحكمين. وبذلك أصبحت بطاقة الملاحظة في صورتها النهائية مكونة من (96) فقرة بعد أن كانت (100) فقرة، توزعت على سبعة مجالات تضم مهارات الرعاية الصحية الأدائية. وتم إعادة عرض بطاقة الملاحظة المعدلة مرة أخرى على المحكمين السابقين وأخذ موافقتهم على القائمة النهائية وبذلك تم التحقق من صدق بطاقة الملاحظة.

أما بالنسبة لثبات بطاقة الملاحظة الذي يعني دقة الأداة في قياس الظاهرة المحددة، والحصول على النتائج نفسها بتغير الزمن والأشخاص، والثقة بنتائجها والاعتماد عليها، وبأنها لن تتغير بتغير الأشخاص (الشيخ، 2002)، فقد تم استخدام طريقة الثبات عبر الأشخاص (inter-rater) عند زيارة العاملين في دور المسنين وإجراء الملاحظة المباشرة لأداء العاملين، ورافق الباحثة ملاحظتان محايدتان مساعدتان لها، تم الاتفاق معهما مسبقاً على كيفية استخدام بطاقة الملاحظة المعدة، وقد قامتا بتسجيل الملاحظات وتقدير أداء العامل لكل مهارة من المهارات دون تدخل من الباحثة في عملهما، فكل ملاحظة تعمل وحدها وبمعزل عن الأخرى، إذ تم ملاحظة خمسة عاملين تم اختيارهم بطريقة عشوائية ومن خارج عينة الدراسة. وبعد الانتهاء من تقدير الأداء لكل عامل من العاملين الخمسة من قبل الباحثة وزميلتيها، تم احتساب معامل الاتفاق بين تقدير الباحثة وكل من الملاحظتين لكل عامل من العاملين الخمسة. فكان للعامل الواحد معامل اتفاق: الأول بين الباحثة والملاحظة الأولى، والثاني بين الباحثة والملاحظة الثانية، وفقاً لمعادلة معامل الاتفاق (Holisty) وبعدها تم حساب المتوسط الحسابي لمعامل الاتفاق مع الملاحظتين لكل عامل كما في (الجدول، 4).

جدول (4) : معامل الاتفاق بين الباحثة والملاحظتين المرافقتين للعاملين في عينة الثبات

رقم العامل	معامل الاتفاق مع الملاحظة (1) %	معامل الاتفاق مع الملاحظة (2) %	متوسط معامل الاتفاق مع الملاحظتين %
العامل الأول	87.5	82.3	84.9
العامل الثاني	90.6	79.2	84.96
العامل الثالث	80.2	87.5	83.9
العامل الرابع	92.7	84.4	88.6
العامل الخامس	83.3	80.2	81.8
المتوسط العام لمعامل الاتفاق			84.8

حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لمعامل الاتفاق (84.8 %) وعُدَّت هذه النتيجة معبرة عن اتصاف أداة الملاحظة بالثبات، ويمكن الاعتماد على نتائجها.

المقابلة

أداة لجمع البيانات، وتعني محادثة بين القائم بالمقابلة وبين شخص آخر، ولا تقتصر على التبادل اللفظي بينهما، وإنما تستخدم تعبيرات الوجه والإيماءات والسلوك العام، حيث قامت الباحثة بتسجيل الاستجابات التي حصلت عليها في دليل المقابلة الذي سبق إعداده، وتم استخدام طريقة المقابلة للتأكد من البيانات والمعلومات التي حصلت عليها الباحثة من مصادر أخرى. وبوساطة المقابلة استطاعت الباحثة أيضا الحصول على معلومات تُعد سرية عند مقدمي الرعاية تتعلق في أداء بعض المهارات الواجب توافرها لديهم وذلك لتوافر الثقة بين الباحثة والمبحوث.

دليل المقابلة

ويمثل الموضوعات التي حددت مسبقا، وترتيب الأسئلة والصيغة المستخدمة في طرحها، بهدف استكمال جمع البيانات الخاصة في هذه الدراسة، ودعم نتائج الدراسة الكمية التي حصلت عليها الباحثة من بطاقة الملاحظة. وقد روعي في إعداد دليل المقابلة أن تكون الأسئلة واضحة ومختصرة، وترتبط بأهداف الدراسة، وأن تكون نقاطها مشتركة بين أدوات الدراسة الرئيسة (بطاقة الملاحظة، والمقابلة) مما يسهل إجراء المقابلة

،

ويُدعم نتائج الدراسة الكمية. ويتألف دليل المقابلة من جزأين رئيسيين هما: الجزء الأول يتضمن معلومات عامة عن مقدم الرعاية. والجزء الثاني ويتضمن عشرين سؤالاً موجهاً لمقدمي الرعاية في مجالات النظافة الشخصية، التغذية، إعطاء الأدوية، المعاينة الشاملة، التمريض المنزلي، حماية المسن من الحوادث والإصابات، والحركة البدنية للمسّن

ولتحقيق صدق دليل المقابلة تم إعداد دليل المقابلة في صورته الأولية حيث تضمن (23) سؤالاً، تم عرضه على المحكمين الذين عرضت عليهم بطاقة الملاحظة، وذلك للحكم على درجة مناسبة فقراته وأسئلته لقياس ما سعت لقياسه، وقد عدّل دليل المقابلة بناءً على ملاحظات المحكمين، حيث أصبح يتضمن (20) سؤالاً (الملحق، 5).

أما بالنسبة لثبات دليل المقابلة فقد تم تدريب زميل (طبيب) وزميلة (ممرضة)، للمساعدة في إجراء المقابلات حيث قاما بتدوين استجابات العاملين الخمسة والذين تم ملاحظتهم في عينة الثبات لبطاقة الملاحظة ثم أطلعوهم عليها للتأكد من مطابقتها لأقوالهم، ثم قاما بإعادة النظر فيما كتب من استجابات، وتحليله وتنظيمه، وقد تم التعديل في ضوء آراء الزملاء المشاركين، وقد حُلل محتوى كل ما تم تدوينه في اليوم الذي تمت فيه المقابلة وفق المنهجية الآتية:

- القراءة المعمقة لما تم تدوينه، بحثاً عن العلاقات بين العبارات وارتباطاتها بوجهة نظر المقابل وعلاقتها بأهداف الدراسة وفقرات بطاقة الملاحظة.

- تحليل المقابلة من حيث العبارات التي تصف الفقرات الواردة في دليل المقابلة.

وقد أجريت المقابلات مع مقدمي الرعاية خلال الفترة الواقعة بين 2005/7/21-2005/10/7، حيث تم إجراء المقابلة بعد مشاركة مقدم الرعاية بتقديم الرعاية للمسنين وملاحظته خلال العمل في اليوم نفسه، واستغرقت المقابلة الواحدة ما بين 25-35 دقيقة، حيث تم تسجيل المقابلات كتابياً وفق الخطة الآتية:

1. توضيح أهداف المقابلة وإطلاعهم على أسئلة المقابلة
2. الإصغاء أثناء المقابلة لكل ما يقدمه الشخص المقابل من معلومات، حيث دُقت البيانات التي جمعت منهم وحللت أقوالهم، وآراؤهم من قبل الباحثة وزميلها الملاحظين ليتم استثمارها في الدراسة ودعم بنود بطاقة الملاحظة.

متغيرات الدراسة :

1- المتغيرات المستقلة (Independent-Variables) وتشمل :

النوع الاجتماعي (للعاملين):

• ذكر

• انثى

المؤهل العلمي:

• أساسي

• الثانوية العامة:

✓ عام

✓ تمريض

• دبلوم

✓ عام

✓ تمريض

• بكالوريوس تمريض

سنوات الخبرة:

• اقل من خمس سنوات

• خمس سنوات فأكثر

2. المتغيرات التابعة (Dependent Variables) وتشمل :

○ مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة.

إجراءات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة، اتبعت الإجراءات الآتية:

- إعداد بطاقة ملاحظة بالمهارات الأدائية آخذين بعين الاعتبار (المنظور المعرفي والوجداني) الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، وبلغ عدد المهارات (96) مهارة توزعت على
- سبعة مجالات.
- التحقق من صدق وثبات بطاقة الملاحظة.
- إعداد دليل مقابلة.
- التحقق من صدق دليل المقابلة وثباته.
- تحديد مجتمع الدراسة، والحصول على كتاب رسمي موجه من جامعة عمان العربية للدراسات العليا الى وزارة التنمية الاجتماعية لتسهيل مهمة الباحثة (الملحق، 6)، ثم الحصول على موافقة رسمية من وزارة التنمية الاجتماعية موجه الى مسؤولي دور المسنين في الأردن لتسهيل مهمة الباحثة (الملحق، 7).

جمع البيانات عن أداء مقدمي الرعاية للمهارات الواجب توافرها، إذ تم الاتصال والتنسيق مع مسؤولي دور الرعاية لتحديد موعد زيارة الدار، وعند الزيارة التقت الباحثة المدير المسؤول في كل دار، وتم تزويده بكتاب وزير التنمية لتسهيل مهمة الباحثة، كما وتم اعطاؤه فكرة عامة عن موضوع الدراسة وبأنها ليست تقييمية للدار، ولن تستخدم بياناتها إلا لأغراض البحث والدراسة، وبعدها تم الاتفاق مع مسؤولي دور الرعاية الذين أبدوا استعدادا لإتمام إجراءات الدراسة في مراكزهم على البدء بجمع البيانات عن طريق الملاحظة بالمشاركة، أي قيام الباحثة ومساعدتها بالزيارات الميدانية والعمل فعليا مع مقدمي الرعاية بتقديم الرعاية الصحية للمسنين وإجراء المقابلات باليوم نفسه لكل عامل.

وقد استغرقت الزيارات الميدانية لمقدمي الرعاية مدة عشرة اسابيع من 2005/7/21 إلى 2005/10/7

والطريقة المتبعة في جمع البيانات هي:

الملاحظة بالمشاركة : وتمت من خلال العمل المباشر من قبل الباحثة ومساعدتها مع مقدمي الرعاية بتقديم الرعاية للمسنين في الفترات الصباحية والفترات المسائية ولعشرة أسابيع، والتأشير في المستوى المناسب لأداء كل مهارة على المقياس المعد، وذلك بعد المناقشة التحليلية التفصيلية عن كامل فعاليات المهارة بين الباحثة ومساعدتها وحساب المتوسط الحسابي لتقدير كل من الباحثة والمساعد لمستوى أداء كل عامل على المقياس المعد للمهارات للحصول على تقدير واحد لكل مهارة من المهارات.

■ المقابلة (interview) : وتمت من قبل الباحثة ومساعدتها.

■ تحليل الوثائق: (Documents Analysis) : تم بصعوبة الإطلاع على الأعمال الكتابية التي يقوم بها مقدمو الرعاية في عملهم مثل السجل التراكمي لتدوين الملاحظات اليومية عليه، للتمكن من التأشير في المكان المناسب للمهارات التي يستدل عليها من خلال الأعمال الكتابية لمقدمي الرعاية.

■ الإطلاع على البناء التنظيمي ومعدات وتجهيزات دور المسنين، وذلك إستكمالاً لملاحظة أداء العاملين في دور المسنين. وبهدف التعمق في تحليل وتقييم المهارات الأدائية والتأكد من المعلومات التي حصلت عليها الباحثة اطلعت الباحثة على تعليمات وشروط ترخيص دور المسنين رقم (2) لسنة 2001 (الملحق، 8)، وتكونت لدى الباحثة نظرة شمولية تقييمية لكل دار من الدور وذلك من خلال زيارتها الميدانية ومشاركتها بتقديم الرعاية للمسنين (الملحق، 9).

■ الملاحظة غير المباشرة لسلوكات مقدمي الرعاية وتعاملهم مع المسنين

وقد تم تقدير مستوى أداء كل مقدم رعاية من قبل الباحثة ومساعدتها وتثبيته على بطاقة الملاحظة المعدة في اليوم نفسه الذي تمت فيه الزيارة الميدانية.

المعالجة الاحصائية:

استخدمت الطرق الاحصائية الآتية:

■ قياس ثبات أداة الملاحظة من خلال حساب المتوسط الحسابي العام لمعامل الاتفاق عبر الأشخاص بين تقدير كل من الباحثة وزميلها المساعدين لمهارات العاملين للعينة الإستطلاعية (العاملين الخمسة).

- حساب المتوسط الحسابي لتقدير كل من الباحثة والمساعدة لمستوى أداء كل عامل على المقياس الخماسي للمهارات (عال جداً، عال، متوسط، متدن، متدن جداً)، للحصول على تقدير واحد لكل مهارة من مهارات المقياس في ضوء الملاحظة والمقابلة معاً.
 - وقد تم استخدام الأسلوب الإحصائي المناسب للإجابة عن أسئلة الدراسة كما هو موضح كالآتي:
 - للإجابة عن السؤال الثاني: ما درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة؟ تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجال من مجالات الرعاية ولكل مهارة من مهارات المجالات السبعة والنسب المئوية ورتبة كل مهارة عند تحليل نتائج بطاقة الملاحظة، والبيانات النوعية للمقابلة. وتم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة حسب كل من متغيرات (الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة) كل على حده.
 - للإجابة عن السؤال الثالث: هل تختلف درجات ممارسة العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة وفقاً لمتغير (الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة)؟ فقد تم استخدام اختبار "ت" وتحليل التباين الأحادي لتحديد إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى أداء مهارات الرعاية الصحية الأدائية تعزى لتلك المتغيرات.
 - للإجابة عن السؤال الخامس: ما فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين؟
- فقد تم استخدام اختبار "ت" لتحديد إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء مهارات الرعاية الصحية في الأذنين القبلي والبعدي في ضوء الملاحظة والمقابلة معاً.
- حيث يبلغ عدد مقدمي الرعاية في دور المسنين (100) عاملاً. وبعد الزيارات الميدانية لدور المسنين في الأردن تبين للباحثة أن أعداد مقدمي الرعاية على الواقع أقل من الأعداد المسجلة لدى وزارة التنمية الاجتماعية كما هو موضح في (الجدول، 2).

جدول (2): أعداد العاملين والمسنين في دور الرعاية على الواقع الميداني

المركز	عدد العاملين	عدد المسنين
دار الضيافة للمسنين	22	120
مركز الأميرة منى للمسنات	6	26
دار السلام للعجزة	6	41
دار عمان للمسنين	5	17
بيت الأمل للمسنين	2	30
الدار الحديثة للمسنات	3	5
دار الزهراء للمسنين	5	26
بيت الزيارة للمسنات	-	-
النورس لرعاية المسنين	-	-
بيت العناية الإنسانية	6	27
دارات سمير شما للمسنين	-	-
المجموع	55	292

حيث يبلغ عدد مقدمي الرعاية في دور المسنين في الأردن على الواقع (55) عاملاً. وقد تم إختيار (5) منهم لإجراء الدراسة الاستطلاعية، وبذلك أصبحت عينة الدراسة (50) مبحوثاً، حيث تم دراسة المجتمع بكامله، وذلك لصغر حجمه على الواقع الميداني.

ويبين (الجدول،3) وصفاً لأفراد الدراسة حسب متغيراتها المستقلة حيث كانت النسبة الأعلى من أفراد الدراسة هم من (الإناث) والتي مثلت (72%) من أفراد الدراسة، أما بالنسبة للمستوى العلمي فكانت النسبة الأعلى من أفراد الدراسة هم من (فئة حملة ثانوي عام) ومثلت (30%)، أما بالنسبة لسنوات الخبرة فكانت النسبة الأعلى من أفراد الدراسة هم من العاملين من (فئة أقل من 5 سنوات) ومثلت (58%).

جدول (3) توزيع أفراد العينة ونسبهم المئوية وفقاً لمتغيرات الدراسة

النسبة المئوية %	التكرار	الفئات	متغيرات الدراسة
28	14	ذكر	الجنس
72	36	أنثى	
100	50	المجموع	
22	11	أساسي	المؤهل العلمي
30	15	ثانوي عام	
10	5	ثانوي تمريض	
14	7	دبلوم عام	
14	7	دبلوم تمريض	
10	5	بكالوريوس تمريض	
100	50	المجموع	
58	29	اقل من خمس سنوات	سنوات الخبرة
42	21	خمس سنوات فأكثر	
100	50	المجموع	

منهج الدراسة

اعتمدت الباحثة في دراستها على مناهج البحث الآتية:

المنهج الوصفي: الذي يقوم على وصف أداء العاملين في دور المسنين للمهارات الواجب توافرها لرعاية المسنين، وتم بناء قائمة من المهارات اللازمة لمقدمي الرعاية في دور المسنين، وذلك لاستخدامها في بناء البرنامج التدريبي للعاملين، واستخدم أسلوب الملاحظة بالمشاركة، لتشخيص نواحي القصور والضعف في أداء المهارات الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، وتقييم أثر البرنامج التدريبي على أدائهم. المنهج شبه التجريبي: وهو المنهج الذي تم اعتماده لدراسة أثر البرنامج التدريبي المقترح على درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الواجب توافرها لديهم.

أدوات الدراسة

تضمنت أدوات الدراسة الآتي:

أداة الملاحظة

لتحقيق هدف الدراسة في تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين بناءً على الواقع الحالي وتجارب الدول المتقدمة، صممت الباحثة بطاقة ملاحظة، لأن الملاحظة وسيلة من وسائل جمع البيانات للظواهر المراد تفسيرها، وإيجاد العلاقات التي تربط بينها، ويستفاد منها في جمع البيانات والحقائق ذات الصلة بسلوك الأفراد الفعلي في المواقف الحياتية المختلفة، ولا تقتصر الملاحظة على مجرد الحواس بل يستعان بأدوات علمية دقيقة للقياس ضمانا للنتائج وموضوعيتها، كما أن الملاحظة كأسلوب للبحث يجب أن تكون منظمة وأن تسجل بدقة. وقد تم بناء بطاقة الملاحظة استنادا إلى الآتي:

تحديد المجالات الرئيسية لمهارات الرعاية الصحية الأداية بشكلها الأولي وذلك بإجراء مقابلات مع عدد من مسؤولي رعاية المسنين والعاملين في وزارة التنمية الاجتماعية ودور الرعاية وعدد من الخبراء المختصين في تقديم الرعاية الصحية.

الإطلاع المعمق على الدراسات السابقة والكتب والأبحاث ذات العلاقة برعاية المسنين والاستفادة منها في تحديد المجالات الرئيسية والفرعية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين.

الإطلاع على المعايير الدولية لرعاية المسنين والاستفادة منها.

الاستفادة من الخبرات المكتسبة للباحثة نتيجة خصوصية عملها المتعلق بتقديم الرعاية الصحية الأولية لأفراد المجتمع.

وفي ضوء ما تضمنته المصادر السابقة فقد تم التوصل إلى المجالات الرئيسية الآتية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين بدور المسنين.

المجال الأول: النظافة الشخصية للمسن

المجال الثاني: التغذية

المجال الثالث: إعطاء الأدوية

المجال الرابع: المعاينة الشاملة

المجال الخامس: التمريض المنزلي

المجال السادس: حماية المسن من الحوادث و الإصابات

المجال السابع: الحركة البدنية للمسن

و قد جرى إعداد نموذج خاص (الملحق،1) لتحديد المهارات الفرعية التي تقع ضمن كل مجال رئيس لمهارات الرعاية الصحية الأدائية وتوزيعه على عدد من مسؤولي رعاية المسنين والعاملين في وزارة التنمية ودور الرعاية وعدد من الخبراء المختصين بتقديم الرعاية الصحية (الملحق، 2)، وذلك بعد مقابلتهم ومناقشتهم في الهدف من توزيع النموذج وذلك من أجل أن تكون مهارات الرعاية الصحية الأدائية الفرعية المكتوبة في النموذج مستقاة من وجهة نظر جماعية ورأي مشترك، من قبل أكبر عدد ممكن من المعنيين بتقديم الرعاية الصحية ورعاية المسنين، فضلاً عن المراجعة المعمقة للدراسات السابقة والأبحاث والمراجع والمعايير الدولية لرعاية المسنين. وأعقب ذلك دراسة المهارات الفرعية المكتوبة ضمن كل مجال رئيس في النماذج الموزعة والتي وصلت نسبة الرد عليها (100%) بهدف التوصل إلى قائمة للمهارات الرئيسية والفرعية التابعة لها، حيث تم صياغتها بصورة إجرائية وعبارات تصف السلوك الملاحظ وقياسه.

وقد تم استخدام أسلوب الملاحظة بالمشاركة، حيث أتاح هذا الأسلوب تسجيل الأنشطة والمهارات التي قام بها مقدمو الرعاية لرعاية المسنين، باستخدام بطاقة الملاحظة التي أعدتها الباحثة، حيث تهيئ فرصة ملاحظة السلوك الفعلي لمقدمي الرعاية في صورته الطبيعية، ولغايات تحديد درجة أداء مقدمي الرعاية للمهارات اللازمة لهم، فقد تم بناء بطاقة وفق تدرج خماسي المستوى (عال جداً، عال، متوسط، متدن، متدن جداً)، وقد أعطيت الدرجات الآتية لهذه المستويات وهي: عال جداً (5) درجات، عال (4) درجات، متوسط (3) درجات، متدن (2) درجة، متدن جداً (درجة واحدة)، ليتمكن الملاحظ من تسجيل الأداء بوضع إشارة (✓) أمام الدرجة التي تعبر عن رأيه فيما يتعلق بدرجة أداء المهارة.

أما البطاقة من حيث الشكل فتألفت من ست صفحات: الأولى احتوت على عنوان البطاقة، وإرشادات خاصة باستعمالها، والثانية تضمنت الجزء الأول من البطاقة والذي احتوى على بيانات خاصة عن مقدم الرعاية، أما الصفحة الثالثة والرابعة والخامسة والسادسة فتضمنت (96) مهارة من المهارات الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، موزعه على سبعة مجالات على مقياس خماسي، (الملحق، 3)، حيث تُعد البطاقة الأداة التي تحدد درجة أداء المهارات اللازمة لمقدمي الرعاية.

و لتحقيق صدق بطاقة الملاحظة المعدة، تم عرضها في صورتها الأولية على (16) محكماً من أساتذة الجامعات والخبراء الفنين المختصين في تقديم الرعاية الصحية والرعاية التمريضية والتربية (الملحق، 4) والذي روعي في اختيارهم خبرتهم وصلته تخصصاتهم بموضوع الدراسة، وذلك لبيان مدى صدق بطاقة الملاحظة وملاءمتها لقياس ما وضعت لقياسه.

وقد طلب من المحكمين إبداء ملاحظاتهم واقتراحاتهم حول مناسبة الفقرات لأهداف الدراسة ودرجة الوضوح والصيغة اللغوية والانتماء للمجال الذي وضعت فيه وتركت مساحة كافية في الاستمارة للتعديل وتدوين الملاحظات من قبل المحكمين. وبعد استرداد الاستمارات من المحكمين درست ملاحظاتهم، وأجريت التعديلات اللازمة لبعض الفقرات، واعتمدت الفقرات التي أجمع عليها أكثر من (80%) من المحكمين، وبذلك أصبحت بطاقة الملاحظة في صورتها النهائية مكونة من (96) فقرة بعد أن كانت (100) فقرة، توزعت على سبعة مجالات تضم مهارات الرعاية الصحية الأدائية. وتم إعادة عرض بطاقة الملاحظة المعدلة مرة أخرى على المحكمين السابقين وأخذ موافقتهم على القائمة النهائية وبذلك تم التحقق من صدق بطاقة الملاحظة.

أما بالنسبة لثبات بطاقة الملاحظة الذي يعني دقة الأداة في قياس الظاهرة المحددة، والحصول على النتائج نفسها بتغير الزمن والأشخاص، والثقة بنتائجها والاعتماد عليها، وبأنها لن تتغير بتغير الأشخاص (الشيخ، 2002)، فقد تم استخدام طريقة الثبات عبر الأشخاص (inter-rater) عند زيارة العاملين في دور المسنين وإجراء الملاحظة المباشرة لأداء العاملين، ورافق الباحثة ملاحظتان محايدتان مساعدتان لها، تم الاتفاق معهما مسبقاً على كيفية استخدام بطاقة الملاحظة المعدة، وقد قامت بتسجيل الملاحظات وتقدير أداء العامل لكل مهارة من المهارات دون تدخل من الباحثة في عملهما، فكل ملاحظة تعمل وحدها وبمعزل عن الأخرى، إذ تم

ملاحظة خمسة عاملين تم اختيارهم بطريقة عشوائية ومن خارج عينة الدراسة. وبعد الانتهاء من تقدير الأداء لكل عامل من العاملين الخمسة من قبل الباحثة وزميلتيها، تم احتساب معامل الاتفاق بين تقدير الباحثة وكل من الملاحظتين لكل عامل من العاملين الخمسة. فكان للعامل الواحد معاملاً اتفاقاً: الأول بين الباحثة والملاحظة الأولى، والثاني بين الباحثة والملاحظة الثانية، وفقاً لمعادلة معامل الاتفاق (Holisty) وبعدها تم حساب المتوسط الحسابي لمعاملي الاتفاق مع الملاحظتين لكل عامل كما في (الجدول، 4).

جدول (4) : معامل الاتفاق بين الباحثة والملاحظتين المرافقتين للعاملين في عينة الثبات

رقم العامل	معامل الاتفاق مع الملاحظة (1) %	معامل الاتفاق مع الملاحظة (2) %	متوسط معامل الاتفاق مع الملاحظتين %
العامل الأول	87.5	82.3	84.9
العامل الثاني	90.6	79.2	84.96
العامل الثالث	80.2	87.5	83.9
العامل الرابع	92.7	84.4	88.6
العامل الخامس	83.3	80.2	81.8
المتوسط العام لمعامل الاتفاق			84.8

حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لمعامل الاتفاق (84.8 %) وعُدَّت هذه النتيجة معبرة عن اتصاف أداة الملاحظة بالثبات، ويمكن الاعتماد على نتائجها.

المقابلة

أداة لجمع البيانات، وتعني محادثة بين القائم بالمقابلة وبين شخص آخر، ولا تقتصر على التبادل اللفظي بينهما، وإنما تستخدم تعبيرات الوجه والإيماءات والسلوك العام، حيث قامت الباحثة بتسجيل الاستجابات التي حصلت عليها في دليل المقابلة الذي سبق إعداده، وتم استخدام طريقة المقابلة للتأكد من البيانات والمعلومات التي حصلت عليها الباحثة من مصادر أخرى. وبوساطة المقابلة استطاعت الباحثة أيضا الحصول على معلومات تُعد سرية عند مقدمي الرعاية تتعلق في أداء بعض المهارات الواجب توافرها لديهم وذلك لتوافر الثقة بين الباحثة والمبحوث.

دليل المقابلة

ويمثل الموضوعات التي حددت مسبقاً، وترتيب الأسئلة والصيغة المستخدمة في طرحها، بهدف استكمال جمع البيانات الخاصة في هذه الدراسة، ودعم نتائج الدراسة الكمية التي حصلت عليها الباحثة من بطاقة الملاحظة. وقد روعي في إعداد دليل المقابلة أن تكون الأسئلة واضحة ومختصرة، وترتبط بأهداف الدراسة، وأن تكون نقاطها مشتركة بين أدوات الدراسة الرئيسية (بطاقة الملاحظة، والمقابلة) مما يسهل إجراء المقابلة، ويدعم نتائج الدراسة الكمية. ويتألف دليل المقابلة من جزأين رئيسيين هما: الجزء الأول يتضمن معلومات عامة عن مقدم الرعاية. والجزء الثاني ويتضمن عشرين سؤالاً موجهاً لمقدمي الرعاية في مجالات النظافة الشخصية، التغذية، إعطاء الأدوية، المعاينة الشاملة، التمريض المنزلي، حماية المسن من الحوادث والإصابات، والحركة البدنية للمسن

ولتحقيق صدق دليل المقابلة تم إعداد دليل المقابلة في صورته الأولية حيث تضمن (23) سؤالاً، تم عرضه على المحكمين الذين عرضت عليهم بطاقة الملاحظة، وذلك للحكم على درجة مناسبة فقراته وأسئلته لقياس ما سعت لقياسه، وقد عدل دليل المقابلة بناءً على ملاحظات المحكمين، حيث أصبح يتضمن (20) سؤالاً (الملحق، 5).

أما بالنسبة لثبات دليل المقابلة فقد تم تدريب زميل (طبيب) وزميلة (ممرضة)، للمساعدة في إجراء المقابلات حيث قاما بتدوين استجابات العاملين الخمسة والذين تم ملاحظتهم في عينة الثبات لبطاقة الملاحظة ثم أطلعوهم عليها للتأكد من مطابقتها لأقوالهم، ثم قاما بإعادة النظر فيما كتب من استجابات، وتحليله وتنظيمه، وقد تم التعديل في ضوء آراء الزملاء المشاركين، وقد حُلل محتوى كل ما تم تدوينه في اليوم الذي تمت فيه المقابلة وفق المنهجية الآتية:

- القراءة المعمقة لما تم تدوينه، بحثاً عن العلاقات بين العبارات وارتباطاتها بوجهة نظر المقابل وعلاقتها بأهداف الدراسة وفقرات بطاقة الملاحظة.

- تحليل المقابلة من حيث العبارات التي تصف الفقرات الواردة في دليل المقابلة.

وقد أجريت المقابلات مع مقدمي الرعاية خلال الفترة الواقعة بين 2005/7/21-2005/10/7، حيث تم إجراء المقابلة بعد مشاركة مقدم الرعاية بتقديم الرعاية للمسنين وملاحظته خلال العمل في اليوم نفسه، واستغرقت المقابلة الواحدة ما بين 25-35 دقيقة، حيث تم تسجيل المقابلات كتابياً وفق الخطة الآتية:

توضيح أهداف المقابلة وإطلاعهم على أسئلة المقابلة

الإصغاء أثناء المقابلة لكل ما يقدمه الشخص المقابل من معلومات، حيث دُقت البيانات التي جمعت منهم وحللت أقوالهم، وآراؤهم من قبل الباحثة وزميلها الملاحظين ليتم استثمارها في الدراسة ودعم بنود بطاقة الملاحظة.

متغيرات الدراسة :

المتغيرات المستقلة (Independent-Variables) وتشمل :

النوع الاجتماعي (للعاملين):

ذكر

انثى

المؤهل العلمي:

أساسي

الثانوية العامة:

عام

تمريض

دبلوم

عام

تمريض

بكالوريوس تمريض

سنوات الخبرة:

اقل من خمس سنوات

خمس سنوات فأكثر

المتغيرات التابعة (Dependent Variables) وتشمل :

مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة.

إجراءات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة، اتبعت الإجراءات الآتية:

إعداد بطاقة ملاحظة بالمهارات الأداية آخذين بعين الاعتبار (المنظور المعرفي والوجداني) الواجب توافرها

لدى العاملين في دور المسنين، وبلغ عدد المهارات (96) مهارة توزعت على سبعة مجالات.

التحقق من صدق وثبات بطاقة الملاحظة.

إعداد دليل مقابلة.

التحقق من صدق دليل المقابلة وثباته.

تحديد مجتمع الدراسة، والحصول على كتاب رسمي موجه من جامعة عمان العربية للدراسات العليا إلى

وزارة التنمية الاجتماعية لتسهيل مهمة الباحثة (الملحق، 6)، ثم الحصول على موافقة رسمية من وزارة

التنمية الاجتماعية موجه إلى مسؤولي دور المسنين في الأردن لتسهيل مهمة الباحثة (الملحق، 7).

جمع البيانات عن أداء مقدمي الرعاية للمهارات الواجب توافرها، إذ تم الاتصال والتنسيق مع مسؤولي

دور الرعاية لتحديد موعد زيارة الدار، وعند الزيارة التقت الباحثة المدير المسؤول في كل دار، وتم تزويده

بكتاب وزير التنمية لتسهيل مهمة الباحثة، كما وتم إعطاؤه فكرة عامة عن موضوع الدراسة وبأنها ليست

تقييمية للدار، ولن تستخدم بياناتها إلا لأغراض البحث والدراسة، وبعدها تم الاتفاق مع مسؤولي دور

الرعاية الذين أبدوا استعدادا لإتمام إجراءات الدراسة في مراكزهم على البدء بجمع البيانات عن طريق

الملاحظة بالمشاركة، أي قيام الباحثة ومساعدتها بالزيارات الميدانية والعمل فعليا مع مقدمي الرعاية بتقديم

الرعاية الصحية للمسنين وإجراء المقابلات باليوم نفسه لكل عامل.

وقد استغرقت الزيارات الميدانية لمقدمي الرعاية مدة عشرة أسابيع من 2005/7/21 إلى 2005/10/7.

والطريقة المتبعة في جمع البيانات هي:

الملاحظة بالمشاركة : وقيمت من خلال العمل المباشر من قبل الباحثة ومساعدتها مع مقدمي الرعاية بتقديم الرعاية للمسنين في الفترات الصباحية والفترات المسائية ولعشرة أسابيع، والتأشير في المستوى المناسب لأداء كل مهارة على المقياس المعد، وذلك بعد المناقشة التحليلية التفصيلية عن كامل فعاليات المهارة بين الباحثة ومساعدتها وحساب المتوسط الحسابي لتقدير كل من الباحثة والمساعد لمستوى أداء كل عامل على المقياس المعد للمهارات للحصول على تقدير واحد لكل مهارة من المهارات.

المقابلة (interview): وقيمت من قبل الباحثة ومساعدتها.

تحليل الوثائق: (Documents Analysis): تم بصعوبة الإطلاع على الأعمال الكتابية التي يقوم بها مقدمو الرعاية في عملهم مثل السجل التراكمي لتدوين الملاحظات اليومية عليه، للتمكن من التأشير في المكان المناسب للمهارات التي يستدل عليها من خلال الأعمال الكتابية لمقدمي الرعاية.

الإطلاع على البناء التنظيمي ومعدات وتجهيزات دور المسنين، وذلك إستكمالاً لملاحظة أداء العاملين في دور المسنين. وبهدف التعمق في تحليل وتقييم المهارات الأدائية والتأكد من المعلومات التي حصلت عليها الباحثة اطلعت الباحثة على تعليمات وشروط ترخيص دور المسنين رقم (2) لسنة 2001 (الملحق، 8)، وتكونت لدى الباحثة نظرة شمولية تقييمية لكل دار من الدور وذلك من خلال زيارتها الميدانية ومشاركتها بتقديم الرعاية للمسنين (الملحق، 9).

الملاحظة غير المباشرة لسلوكات مقدمي الرعاية وتعاملهم مع المسنين

وقد تم تقدير مستوى أداء كل مقدم رعاية من قبل الباحثة ومساعدتها وتثبيتته على بطاقة الملاحظة المعدة في اليوم نفسه الذي قمت فيه الزيارة الميدانية.

المعالجة الإحصائية:

استخدمت الطرق الإحصائية الآتية:

قياس ثبات أداة الملاحظة من خلال حساب المتوسط الحسابي العام لمعامل الاتفاق عبر الأشخاص بين تقدير كل من الباحثة وزميلها المساعدين لمهارات العاملين للعينة الاستطلاعية (العاملين الخمسة).

حساب المتوسط الحسابي لتقدير كل من الباحثة والمساعدة لمستوى أداء كل عامل على المقياس الخماسي للمهارات (عال جداً، عال، متوسط، متدن، متدن جداً)، للحصول على تقدير واحد لكل مهارة من مهارات المقياس في ضوء الملاحظة والمقابلة معاً.

وقد تم استخدام الأسلوب الإحصائي المناسب للإجابة عن أسئلة الدراسة كما هو موضح كالآتي:
للإجابة عن السؤال الثاني: ما درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأداة الشاملة؟
تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجال من مجالات الرعاية ولكل مهارة من
مهارات المجالات السبعة والنسب المئوية ورتبة كل مهارة عند تحليل نتائج بطاقة الملاحظة، والبيانات
النوعية للمقابلة. وتم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات ممارسة العاملين
لمهارات الرعاية

الصحية الأداة الشاملة حسب كل من متغيرات (الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة) كل على حده.
للإجابة عن السؤال الثالث: هل تختلف درجات ممارسة العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداة الشاملة
وفقاً لمتغير (الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة)؟ فقد تم استخدام اختبار "ت" وتحليل التباين الأحادي
لتحديد إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى أداء مهارات الرعاية الصحية الأداة تعزى
لتلك المتغيرات.

للإجابة عن السؤال الخامس: ما فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية مهارات الرعاية الصحية الأداة
الشاملة لدى العاملين في دور المسنين؟

فقد تم استخدام اختبار "ت" لتحديد إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء
مهارات الرعاية الصحية في الأداة القبلي والبعدي في ضوء الملاحظة والمقابلة معاً.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرض النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة التي هدفت إلى تحديد مهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن، وكذلك تحديد درجة أداء العاملين لهذه المهارات وفقاً لمتغيرات الجنس، والمؤهل العلمي، وعدد سنوات الخبرة، وذلك من أجل بناء برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأدائية وبيان مدى فاعليته.

وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة وفق تسلسل أسئلتها:

النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول:

ما مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن؟ للإجابة عن هذا السؤال، تم تحديد المجالات الرئيسية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين بشكلها الأولي، وذلك بإجراء مقابلات مع عدد من مسؤولي رعاية المسنين والعاملين في وزارة التنمية الاجتماعية ودور الرعاية، وعدد من الخبراء المختصين بتقديم الرعاية الصحية، ومراجعة الدراسات السابقة والمراجع والأبحاث والمعايير العالمية، وخبرة الباحثة.

وتم التوصل إلى سبعة مجالات رئيسية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية. ولتحديد المهارات الفرعية ضمن كل مجال رئيس، تم إعداد نموذج خاص بالمهارات الرئيسية (الملحق، 1)، وتم توزيعه على عدد من مسؤولي رعاية المسنين ومقدمي الرعاية وخبراء مختصين بتقديم الرعاية الصحية الأدائية (الملحق، 2)، وطلب منهم اقتراح عدد من المهارات الفرعية ضمن كل مجال رئيس، و تم دراستها وتحليلها وصياغتها بصورتها الأولية، ثم عرضها على عدد من أساتذة الجامعات والخبراء الفنيين المحكمين لغرض التحقق من صدق الأداة (الملحق، 4)، وبعدها تم دمج وحذف وتعديل وصياغة المجالات الرئيسية والمهارات الفرعية التابعة لها، وأعدادها بصورتها النهائية (الملحق، 3)، والتي شملت (96) مهارة موزعة على سبعة مجالات رئيسية للمهارات، وقد أدرجت المهارات الفرعية ضمن المجالات السبعة الرئيسية على مقياس خماسي المستويات، وقد أعطيت الدرجات الآتية لهذه المستويات وهي: عال جداً (5) درجات، عال (4) درجات، متوسط (3) درجات، متدن (2) درجة، متدن جداً (درجة واحدة). ويوضح (الجدول، 5)، أعداد المهارات موزعة على المجالات الرئيسية ونسبها المئوية.

الجدول (5): أعداد المهارات ضمن المجالات الرئيسة ونسبها المئوية

المجالات	عدد المهارات	النسبة المئوية
المجال الأول: النظافة الشخصية للمسن	18	18.75
المجال الثاني: التغذية	11	11.45
المجال الثالث: إعطاء الأدوية	9	9.37
المجال الرابع: المعاينة الشاملة	15	15.62
المجال الخامس: التمريض المنزلي	11	11.45
المجال السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات	15	15.62
المجال السابع: الحركة البدنية للمسن	17	17.7
المجموع	96	100

ملاحظة: تفاصيل المهارات الفرعية وأعدادها وردت في الملحق (3).

تشير النتائج في (الجدول، 5)، إلى أن مهارات النظافة الشخصية قد احتلت أعلى نسبة مئوية من مجمل مهارات العاملين وبلغت (18.75%)، ثم تلتها مهارات الحركة البدنية للمسن وبلغت (17.7%)، ثم مهارات المعاينة الشاملة ومهارات حماية المسن من الحوادث والإصابات وبلغت (15.62%)، ثم المهارات المتعلقة بمجال التغذية ومجال التمريض المنزلي وبلغت (11.45%)، أما مهارات إعطاء الأدوية فقد احتلت أقل نسبة من مجمل مهارات العاملين حيث بلغت نسبتها (9.37%).

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ما درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة؟
تم رصد درجة أداء العاملين لكل مهارة من المهارات الفرعية وفقاً لمقياس خماسي المستويات (عال جداً، عال، متوسط، متدن، متدن جداً)، وذلك بعد ملاحظة أداء العاملين من خلال مشاركتهم الفعلية بتقديم الرعاية للمسنين، وإجراء المقابلات وفق دليل مقابلة تم إعداده مسبقاً، وتحليل الأعمال الكتابية لكل عامل من عينة الدراسة البالغ عددهم (50) عاملاً، وذلك بحساب المتوسط الحسابي لتقدير كل من الباحثة والمساعد لمستوى أداء كل عامل على المقياس المُعد للمهارات في ضوء الملاحظة والمقابلة معاً، للحصول على تقدير واحد لكل

مهارة من مهارات المقياس، و ذلك اعتمادا على الوسط الحسابي للتقديرين.
 ولتحديد درجة أداء العاملين في دور المسنين مهارات الرعاية الصحية الأداة الشاملة، تم استخراج
 المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجال من المجالات السبعة بشكل عام ثم لكل مهارة فرعية
 من مهارات كل مجال على انفراد.
 يشير الجدول التالي إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجالات السبعة لمهارات الرعاية
 الصحية الأداة.

الجدول (6) : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين لمجالات
 مهارات الرعاية الصحية الأداة.

رقم المجال	اسم المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المجال
1	النظافة الشخصية للمسن	3.69	0.31	1
2	التغذية	3.35	0.46	3
3	إعطاء الأدوية	3.05	0.72	6
4	المعاينة الشاملة	3.34	0.43	4
5	التمريض المنزلي	2.90	0.82	7
6	حماية المسن من الحوادث والإصابات	3.55	0.68	2
7	الحركة البدنية للمسن	3.33	0.41	5
	الأداة ككل	3.32	0.48	

تشير نتائج التحليل الإحصائي في (الجدول، 6)، إلى أن المتوسط الحسابي العام لدرجة أداء العاملين لمهارات
 الرعاية الصحية الأداة للمجالات السبعة هو (3.32) درجة، وانحراف معياري مقداره (0.48). وأن أعلى
 متوسط حسابي هو لمجال النظافة الشخصية وبلغ (3.69) درجة وانحراف معياري قيمته (0.31). وأن أقل
 متوسط حسابي هو لمجال التمريض المنزلي وبلغ (2.90) درجة وانحراف معياري قيمته (0.82). وقد
 تراوحت المتوسطات الحسابية للمجالات الباقية بين هاتين الدرجتين.

أما بالنسبة لنتائج التحليل الإحصائي لدرجات أداء العاملين لمهارات كل مجال من المجالات السبعة على انفراد فتبينها الجداول الآتية:

المجال الأول: النظافة الشخصية

الجدول (7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين لمهارات النظافة الشخصية.

رتبة المهارة في المجال	مهارات الرعاية الصحية الأدائية مجال النظافة الشخصية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المهارة
1	توضيح وشرح ما سيتم تقديمه من رعاية للمسن	3.70	0.65	10
2	مساعدة المسن على الاستحمام باستخدام الحوض	4.70	0.51	3
3	مساعدة المسن على الاستحمام في الفراش	4.24	0.69	7
4	تدليك وتطهير ظهر المسن وفخذه لمنع التقرحات	3.16	0.77	12
5	مساعدة المسن على العناية الخاصة بعينه	2.38	0.92	15
6	مساعدة المسن على العناية بفمه وأسنانه	1.54	0.65	17
7	مساعدة المسن على العناية بأسنانه الاصطناعية	4.48	0.65	5
8	مساعدة المسن على العناية بشعره وأظافره	3.90	0.58	9
9	مساعدة المسن على العناية بقدميه	3.14	0.58	13
10	مساعدة المسن على الذهاب إلى دورة المياه	4.96	0.20	1
11	مساعدة المسن على استعمال كرسي المرحاض عند الضرورة	4.94	0.24	2
12	تغيير الحفاضة للمسن غير القادر على الحركة	4.08	0.57	8
13	مساعدة المسن على غسل يديه عند الضرورة	2.720	0.9	14

6	0.50	4.280	العناية بملابس المسن وفرشه	14
4	0.50	4.68	إعداد سرير المسن غير المشغول	15
8	0.34	4.08	إعداد سرير المسن المشغول	16
11	0.59	3.460	تهويه غرفة المسن وتطهيرها	17
16	0.81	2.100	تزويد المسنين بإرشادات حول النظافة الشخصية والتثقيف الصحي	18
	0.31	3.69	المجال ككل	

تشير نتائج التحليل الإحصائي في (الجدول، 7)، إلى أن المتوسط الحسابي العام لدرجات أداء العاملين لمهارات المجال الأول: النظافة الشخصية بلغ (3.69) درجة بانحراف معياري بلغ (0.31) درجة. وأن أعلى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (4.96) درجة لمهارة مساعدة المسن على الذهاب إلى دورة المياه. وأدنى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (1.54) درجة لمهارة مساعدة المسن على العناية الخاصة بفمه وأسنانه. وتوزعت المتوسطات الحسابية لباقي المهارات لهذا المجال بين هاتين الدرجتين.

المجال الثاني: التغذية

الجدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين للمهارات المتعلقة بمجال التغذية.

رتبة المهارة في المجال	مهارات الرعاية الصحية الأدائية مجال التغذية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المهارة
1	تقديم الأطعمة المرغوبة والمحبة لدى المسن	4.00	0.45	2
2	ترتيب طاولة الطعام بشكل جذاب مع وضع بعض الزهور عليها	3.72	0.75	4
3	مساعدة المسن على تناول طعامه بشكل منتظم وحسب حالته	4.44	0.61	1
4	تزويد المسنين بإرشادات حول فوائد الغذاء الصحي (ألبان، خضروات، فواكه)	2.90	0.71	7

8	0.86	2.78	تقديم وصفات الحمية العلاجية للمسن حسب حالته	5
9	0.94	2.08	تزويد المسنين بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية حسب الحالة	6
10	0.90	1.88	تزويد زوار المسن بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية الخاصة بالمسن	7
5	0.90	3.40	عدم مساعدة المسن في الحصول على الطعام غير المناسب لحالته من خارج الدار	8
1	0.54	4.44	ملاحظة وجود صعوبة في مضغ الطعام لدى المسن والإخبار عنها	9
3	0.66	3.88	مراقبة وجود ضعف في شهية المسن والإخبار عنها	10
6	0.57	3.28	مراقبة مدى رضى المسن عن الأطعمة المقدمة	11
	0.46	3.35	المجال ككل	

تشير نتائج التحليل الإحصائي في (الجدول، 8)، إلى أن المتوسط الحسابي العام لدرجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداة لمهارات المجال الثاني: التغذية، بلغ (3.35) درجة وبانحراف معياري (0.46)، وأن أعلى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (4.44) درجة لمهاري (مساعدة المسن على تناول طعامه بشكل منتظم وحسب حالته، ومهارة ملاحظة وجود صعوبة في مضغ الطعام لدى المسن والإخبار عنها). وأدنى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (1.88) لمهارة تزويد زوار المسن بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية الخاصة بالمسن. وتوزعت المتوسطات الحسابية لباقي مهارات هذا المجال بين هاتين الدرجتين.

المجال الثالث: إعطاء الأدوية

الجدول (9) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين للمهارات

المتعلقة بمجال إعطاء الأدوية

رتبة المهارة في المجال	مهارات الرعاية الصحية الأدائية مجال إعطاء الأدوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المهارة
1	إعطاء المسن الأدوية عن طريق الفم عند الضرورة	3.02	1.17	4
2	إعطاء المسن قطرة العين عند الضرورة	2.70	1.27	6
3	إعطاء المسن حقنة الأنسولين عند الضرورة	1.72	1.16	9
4	إعطاء الأدوية بالكميات المحددة	2.28	1.47	8
5	إعطاء الأدوية بالأوقات المحددة	2.78	1.22	5
6	إبعاد الأدوية عن أيدي المسنين	4.40	0.54	1
7	ملاحظة مضاعفات الأدوية التي قد تحدث للمسن كالقيء والإسهال وحساسية الجلد وضيق التنفس والإخبار عنها	2.68	0.62	7
8	مراقبة المسن لمنعه من الاستعمال الخطأ للأدوية	4.26	0.63	2
9	عدم مساعدة المسن على شراء الأدوية من خارج الدار	3.62	0.97	3
	المجال ككل	3.05	0.72	

تشير نتائج التحليل الإحصائي في (الجدول، 9)، إلى أن المتوسط الحسابي العام لدرجة أداء العاملين لمهارات المجال الثالث: إعطاء الأدوية، بلغ (3.05) درجة بانحراف معياري بلغ (0.72) درجة. وأن أعلى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (4.40) درجة لمهارة إبعاد الأدوية عن أيدي المسنين. وأدنى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (1.72) درجة لمهارة إعطاء المسن حقنة الأنسولين عند الضرورة. وتوزعت المتوسطات الحسابية لباقي مهارات هذا المجال بين هاتين الدرجتين.

المجال الرابع: المعاينة الشاملة

الجدول (10): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين للمهارات

المتعلقة بمجال المعاينة الشاملة

رتبة المهارة في المجال	مهارات الرعاية الصحية الأدائية مجال المعاينة الشاملة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المجال
1	تحية المسن عند لقائه	3.90	.61	5
2	مراعاة خصوصية المسن ومساعدته على خلع ملابسه	4.16	.42	4
3	العناية بملابس و حاجيات المسن	4.44	.64	2
4	توضيح وشرح ما سيتم تقديمه من رعاية للمسن	3.42	.78	9
5	المراجعة الدورية لملف المسن وتفقد وضعه الصحي	1.92	1.16	14
6	مراقبة حركات المسن غير الطبيعية (الرعاش، عدم الاتزان)	3.62	0.60	7
7	ملاحظة وجه المسن(شاحب، أزرق -مشاكل نفسية، اصفر- أمراض كبد وحرارة)	3.20	0.81	10
8	تفقد بول المسن وبرازه (اللون، الشكل)	2.42	0.78	13
9	ملاحظة القيء عند حدوثه (لونه، عدد مراته)	4.20	0.49	3
10	ملاحظة وجود تورم في الوجه وفي الأيدي والأرجل	2.84	0.79	11
11	ملاحظة علامات الجفاف والحمى	3.44	0.84	8
12	ملاحظة الحالة النفسية والعقلية للمسن (الاكتئاب، العزلة، درجة النسيان، الخرف)	3.68	0.79	6
13	تفقد المسن أثناء نومه	2.58	0.78	12
14	عمل سجل تراكمي للملاحظات اليومية وتدوينها لكل مسن	1.66	0.98	15
15	إخبار الطبيب في الوقت المناسب	4.62	0.57	1
	المجال ككل	3.34	0.43	

تشير نتائج التحليل في (الجدول، 10)، إلى أن المتوسط الحسابي العام لدرجة أداء العاملين لمهارات المجال الرابع: المعاينة الشاملة بلغ (3.34) درجة، بانحراف معياري بلغ (0.43). وأن أعلى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (4.62) درجة لمهارة إخبار الطبيب في الوقت المناسب. وأدنى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (1.66) درجة لمهارة عمل سجل تراكمي للملاحظات اليومية وتدوينها لكل مسن. وتوزعت المتوسطات الحسابية لباقي مهارات هذا المجال بين هاتين الدرجتين.

المجال الخامس: التمريض المنزلي

الجدول (11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين لمهارات التمريض المنزلي

رتبة المهارة في المجال	مهارات الرعاية الصحية الأداية مجال التمريض المنزلي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المهارة
1	قياس نبض المسن	2.44	1.61	8
2	قياس تنفس المسن	2.52	1.42	7
3	قياس درجة حرارة المسن	2.080	1.47	10
4	قياس ضغط المسن	1.92	1.44	11
5	تقديم الإسعاف الفوري للحالات المرضية الطارئة (الحمى، نوبات الصرع، غيبوبة السكري، الدوخة، توقف القلب والرئتين... الخ	2.580	0.90	5
6	تقديم الإسعاف الفوري للمسّن عند تشردقه بالطعام	4.54	0.50	2
7	استخدام الكمادات بأنواعها	3.34	0.63	3
8	عمل مغاطس بالماء الدافئ	2.16	0.87	9
9	غيار الجروح الناتجة عن التقرحات الجلدية	2.54	1.34	6
10	الاستدعاء الطبيب في الوقت المناسب	4.66	0.48	1
11	إتباع إجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية	3.08	0.7	4
	المجال ككل	2.90	0.82	

تشير نتائج التحليل الإحصائي في (الجدول، 11)، إلى أن المتوسط الحسابي العام لدرجة أداء العاملين لمهارات المجال الخامس: التمريض المنزلي بلغ (2.90) درجة بانحراف معياري بلغ (0.82) درجة. وأن أعلى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (4.66) درجة لمهارة استدعاء الطبيب في الوقت المناسب، وأدنى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (1.92) درجة لمهارة قياس ضغط المسن. وتوزعت المتوسطات الحسابية لباقي مهارات هذا المجال بين هاتين الدرجتين.

المجال السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات

الجدول (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين لمهارات حماية المسن من الحوادث والإصابات

رتبة المهارة في المجال	مهارات الرعاية الصحية الأدائية مجال حماية المسن من الحوادث والإصابات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المهارة
1	تزويد المسن بالأجهزة اللازمة لمساعدته في التنقل داخل الدار بسهولة	3.68	0.47	3
2	مراقبة وصيانة الأجهزة اللازمة لمساعدة المسن	3.60	0.61	5
3	مراقبة المسن أثناء تنقله داخل الدار	3.48	0.71	6
4	مراقبة المسن أثناء تعامله مع الموقد والماء الساخن	3.30	0.79	8
5	مراقبة جفاف أرضية الدار لمنع الانزلاق	3.70	0.68	2
6	وضع حواجز يرتكز عليها المسن خاصة على السرير والأدراج	3.66	0.80	4
7	عدم ترك المدافئ مشتعلة أثناء النوم	3.44	0.54	7
8	عدم ترك المسن أثناء التدخين لوحدة	2.54	0.79	12
9	تزويد المسن بتثقيف صحي عن مضار التدخين	2.22	1.02	13

11	0.94	2.94	مراقبة مدى التزام المسن بعدد السجائر المسموحة له في الدار	10
10	1.14	3.0	عدم مساعدة المسن في الحصول على السجائر من خارج الدار	11
3	0.68	3.68	وضع الأسرة والكراسي المريحة والمخصصة للمسّن في الأماكن المناسبة	12
1	0.67	3.72	إبعاد الأدوات الخطرة كالسكين عن أيدي المسنين	13
14	0.83	2.18	استخدام طفايات الحريق عند الضرورة	14
9	0.69	3.26	توفير التهوية والإضاءة الطبيعية	15
	0.68	3.55	المجال ككل	

تشير نتائج التحليل الإحصائي في (الجدول، 12)، إلى أن المتوسط الحسابي العام لدرجة أداء العاملين لمهارات المجال السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات بلغ (3.55) درجة بانحراف معياري (0.68) درجة. وأن أعلى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (3.72) درجة لمهارة إبعاد الأدوات الخطرة كالسكين عن أيدي المسنين. وأدنى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (2.18) درجة لمهارة استعمال طفايات الحريق عند الضرورة. وتوزعت المتوسطات الحسابية لباقي مهارات هذا المجال بين هاتين الدرجتين.

المجال السابع: الحركة البدنية للمسّن

الجدول (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين للمهارات المتعلقة بالحركة البدنية للمسّن.

رتبة المهارة في المجال	مهارات الرعاية الصحية الأداةية مجال الحركة البدنية للمسّن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المهارة
1	مساعدة المسن على الجلوس	4.34	0.48	5
2	مساعدة المسن على الوقوف	4.38	0.49	4

7	0.42	4.16	مساعدة المسن على المشي الاعتيادي	3
1	0.64	4.58	مساعدة المسن على الصعود والنزول من الدرج	4
6	0.60	4.26	مساعدة المسن في نزوله من السرير	5
3	0.81	4.42	مساعدة المسن على المشي بالعصا والعكاز	6
13	0.90	2.26	تدريب المسن على المهارات الحركية والتمارين الرياضية المناسبة لحالته	7
15	0.75	2.08	البدء التدريجي لتدريب المسن على التمارين الرياضية	8
10	0.75	3.26	تدريب المسن على الحركة من جانب لآخر على السرير	9
12	0.72	2.66	تدريب المسن على تحريك أطرافه	10
17	0.84	1.56	تدريب المسن على إجراء تمرين التنفس العميق	11
8	0.62	3.76	تدريب المسن على الجلسة الصحيحة	12
2	0.50	4.44	وضع فراش طري تحت الفقرات العجزية أو كرسي مقعر من الوسط ارتفاعه اقل من طول عظام ساق المسن	13
11	0.62	2.98	وضع جسم صلب لسند فقرات الظهر والصدر	14
9	0.67	3.40	تغيير جلسة المسن بين الحين والآخر	15
14	0.91	2.16	متابعة التزام المسن بأداء التمارين المحددة من قبل المعالج الطبيعي	16
16	0.86	1.96	مراقبة انتظام المسن في جلسات العلاج الطبيعي واستفادته منها	17
	0.41	3.33	المجال ككل	

تشير نتائج التحليل الإحصائي في (الجدول، 13)، إلى أن المتوسط الحسابي العام لدرجة أداء العاملين لمهارات المجال السابع: الحركة البدنية للمسن بلغ (3.33) درجة بانحراف معياري (0.41) درجة. وأن أعلى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (4.58) درجة لمهارة مساعدة المسن على الصعود والنزول من الدرج. وأدنى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (1.56) درجة لمهارة تدريب المسن على إجراء التنفس العميق. وتوزعت المتوسطات الحسابية بين هاتين الدرجتين.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

- هل تختلف درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة وفقاً لمتغيرات:

أولاً: الجنس

ثانياً: المؤهل العلمي

ثالثاً: سنوات الخبرة

وفيما يلي عرض للنتائج المتعلقة بكل متغير من المتغيرات المستقلة:

أولاً: الجنس

الجدول (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات كل مجال من

المجالات السبعة والأداة ككل وفقاً لمتغير الجنس.

أنثى (ن = 36)		ذكر (ن = 14)		الجنس ترتيب المجال
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.30	3.73	0.34	3.62	الأول: النظافة الشخصية للمسئ
0.29	3.43	0.39	3.14	الثاني: التغذية
0.74	3.11	0.66	2.91	الثالث: إعطاء الأدوية
0.43	3.40	0.39	3.18	الرابع: المعاينة الشاملة
0.37	3.00	0.65	2.64	الخامس: التمريض المنزلي
0.77	3.62	0.32	3.35	السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات
0.40	3.38	0.39	3.22	السابع: الحركة البدنية للمسئ
0.51	3.38	0.38	3.15	المجموع ككل

ملاحظة: ن = عدد العاملين

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات المجالات السبعة وفقا لمتغير الجنس كما في (الجدول، 14)، أن تقدير المتوسط الحسابي الأعلى كان لصالح العاملين (الإناث) حيث بلغت (3.38) درجة، وأن تقدير المتوسط الحسابي الأدنى كان لصالح العاملين (الذكور) حيث بلغت (3.15) درجة. ولتحديد دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأداء على الأداة ككل، و لكل مجال من مجالاتها، اجري اختبار " ت " و التي أظهرت نتائجها في الجدول (15).

الجدول (15): اختبار "ت" لأداء العاملين بدور المسنين لمجالات مهارات الرعاية الصحية على انفراد، والأداة ككل وفقا لمتغير الجنس .

المجال	اختبار "ت"	مستوى الدلالة
الأول: النظافة الشخصية للمسن	1.11	0.28
الثاني: التغذية	2.08	*0.04
الثالث: إعطاء الأدوية	0.85	0.4
الرابع: المعاينة الشاملة	1.71	0.09
الخامس: التمريض المنزلي	1.41	0.17
السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات	1.27	0.21
السابع: الحركة البدنية للمسن	1.23	0.22
الأداة ككل	1.54	0.13

* : ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$)

أظهرت نتيجة التحليل كما في (الجدول، 15)، أن قيمة "ت" للأداة ككل (1.54) وان مستوى الدلالة بلغ (0.13)، وهو أكبر من (0.05) وبذلك تقبل الفرضية الصفرية وتعد فرضية صحيحة وتعبر عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداة الشاملة تعزى لمتغير الجنس.

أما بالنسبة لمستوى الدلالة لكل مجال من المجالات السبعة فقد أظهرت نتائج التحليل عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية

الأدائية لكافة المجالات وفقاً لمتغير الجنس عدا المجال الثاني

(مجال التغذية) حيث بلغ مستوى الدلالة (0.04) و هو أصغر من (0.05) و بما أن "ت" المحسوبة

(2.08) أكبر من "ت" الجدولية (1.65) فترفض الفرضية الصفرية و تعد فرضية غير صحيحة و تعبر عن

وجود فرق ذات دلالة إحصائية لتأثير متغير الجنس على مجال التغذية ولصالح الإناث .

ثانياً: المؤهل العلمي:

الجدول (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات كل مجال من

المجالات السبعة والأداة ككل حسب متغير المؤهل العلمي:

المؤهل العلمي المجال	أساسي (ن=11)		ثانوي عام (ن=15)		ثانوي تمريضي (ن=5)		دبلوم عام (ن=7)		دبلوم تمريضي (ن=7)		بكالوريوس تمريض (ن=5)	
	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري
لنظافة الشخصية	3.41	0.24	3.55	0.17	3.87	0.31	3.79	0.15	3.9	0.33	4.12	0.23
التغذية	2.90	0.25	3.16	0.25	3.69	0.08	3.52	0.23	3.57	0.63	3.98	0.22
إعطاء الأدوية	2.51	0.32	2.65	0.23	3.91	0.21	2.84	0.19	3.86	0.77	3.8	0.72
المعاينة الشاملة	2.92	0.23	3.12	0.12	3.61	0.26	3.33	0.15	3.87	0.36	3.93	0.33
التمريض المنزلي	2.27	0.31	2.38	0.36	3.60	0.19	2.58	0.23	4.06	0.38	3.91	0.83
حماية المسن من الحوادث	3.24	0.33	3.24	0.21	4.03	1.15	3.44	0.18	3.76	0.31	4.49	1.28

0.17	3.9	0.26	3.72	0.19	3.29	0.13	3.60	0.28	3.11	0.31	3.03	الحركة البدنية للمسن
0.42	4.03	1.19	3.82	0.32	3.26	0.38	3.75	0.08	3.02	0.04	2.90	الأداة ككل

ملاحظة: ن = عدد العاملين

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمجالات المهارات السبعة حسب متغير المؤهل العلمي في (الجدول، 16)، أن القيمة الأعلى للمتوسط الحسابي كانت لصالح العاملين من حملة مؤهل بكالوريوس تمريض، وبلغت (4.03) درجة، ثم تلتها قيمة المتوسط الحسابي للعاملين من حملة دبلوم تمريض وبلغت (3.82)، ثم العاملين من حملة مؤهل ثانوي تمريض وبلغت قيمة المتوسط الحسابي (3.75)، ثم حملة دبلوم عام وبلغت قيمة المتوسط الحسابي (3.26)، ثم حملة ثانوي عام وبلغت قيمة المتوسط الحسابي (3.02)، وان القيمة الأدنى كانت لصالح العاملين من حملة مؤهل أساسي وبلغت (2.90) درجة. ولتحديد مستوى دلالة الفروق في درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية وفقا لمتغير المؤهل العلمي للأداة ككل ولكل مجال، أجرى تحليل التباين الأحادي، والتي أظهرت نتائجه في (الجدول، 17).

جدول (17): تحليل التباين الأحادي لأداء العاملين في دور المسنين لمجالات مهارات الرعاية الصحية على أفراد و الأداة ككل وفقا لمتغير المؤهل العلمي.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
المجال الأول: النظافة الشخصية	بين المجموعات	2.75	5	0.55	12.19	* 0.000
	داخل المجموعات	1.99	44	0.05		
	المجموع	4.74	49	-		
المجال الثاني: التغذية	بين المجموعات	5.93	5	1.19	11.95	* 0.000
	داخل المجموعات	4.37	44	0.10		
	المجموع	10.29	49	-		
المجال الثالث: إعطاء الأدوية	بين المجموعات	17.72	5	3.54	20.51	* 0.000
	داخل المجموعات	7.60	44	0.52		
	المجموع	25.31	49	-		
المجال الرابع: المعاينة الشخصية	بين المجموعات	6.73	5	1.35	25.03	* 0.000
	داخل المجموعات	2.37	44	0.05		
	المجموع	9.10	49	-		
المجال الخامس: التمريض المنزلي	بين المجموعات	26.18	5	5.24	33.81	* 0.000
	داخل المجموعات	6.81	44	0.16		
	المجموع	32.99	49	-		
المجال السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات	بين المجموعات	8.37	5	1.68	5.15	* 0.001
	داخل المجموعات	14.35	44	0.33		
	المجموع	22.74	49	-		

* 0.000	15.73	0.99	5	4.95	بين المجموعات	المجال السابع: الحركة البدنية للمسئ
		0.06	44	2.78	داخل المجموعات	
		-	49	7.72	المجموع	
* 0.000	27.74	1.71	5	8.56	بين المجموعات	الأداة ككل
		0.06	44	2.72	داخل المجموعات	
			49	11.28	المجموع	

* ذات دلالة إحصائية عند $\alpha = 0.05$

أظهرت نتيجة هذا التحليل كما في (الجدول، 17)، أن قيمة ف المحسوبة للأداة ككل (27.74) وأن مستوى الدلالة بلغ (0.000*) وهو أقل من (0.05) وبذلك ترفض الفرضية الصفرية وتعد فرضية غير صحيحة، وهناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأداة تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

أما بالنسبة لكل مجال من المجالات السبعة فقد أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروق عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لدرجة أداء العاملين لكافة مجالات مهارات الرعاية الصحية .

ولتحديد مصدر الفروق للأداة ككل، اجري (اختبار شيفيه) للمقارنات البعدية كما في الجدول الآتي:

جدول (18): اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لكافة مجالات مهارات الرعاية الصحية الأداة

بكالوريوس تمريض	دبلوم		ثانوي		أساسي	المؤهل	الأداة ككل
	تمريض	عام	تمريض	عام			
*1.14	*0.94	0.37	*0.87	0.13	-	أساسي	
*1.01	*0.80	0.23	*0.74	-	0.13-	ثانوي عام	
0.27	0.07	0.50-	-	*0.74-	*0.87-	ثانوي تمريض	

*0.77	*0.57	-	0.50	0.23-	0.37-	دبلوم عام
0.20	-	*0.57-	0.07-	*0.80-	*0.94-	دبلوم تمريض
-	0.20-	*0.77-	0.27-	*1.01-	*1.14-	بكالوريوس تمريض

يتضح من (الجدول، 18)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة أداء العاملين لكافة مهارات مجالات

الرعاية الصحية الأداية بين العاملين كالتالي:

بين حملة درجة أساسي و(حملة درجة ثانوي تمريض، دبلوم تمريض، بكالوريوس تمريض) ولصالح درجة

ثانوي تمريض، دبلوم تمريض، بكالوريوس تمريض.

بين حملة ثانوي عام و(حملة ثانوي و دبلوم و بكالوريوس تمريض) ولصالح حملة (ثانوي ودبلوم

وبكالوريوس تمريض).

بين حملة ثانوي تمريض و (حملة أساسي و ثانوي عام) ولصالح حملة ثانوي تمريض.

بين حملة دبلوم تمريض و (حملة أساسي، ثانوي عام، و دبلوم عام) ولصالح حملة دبلوم تمريض.

بين حملة بكالوريوس تمريض و (أساسي، ثانوي عام ودبلوم عام) ولصالح حملة بكالوريوس تمريض.

بناءً على التحليل السابق توصلت الباحثة إلى أن أداء العاملين لكافة مهارات المجالات وفقاً لمعيار أداء

المهارات من العالي إلى المتدني كالتالي:

بكالوريوس تمريض

دبلوم تمريض

ثانوي تمريض

دبلوم عام

ثانوي عام

أساسي

ثالثاً: سنوات الخبرة:

الجدول (19): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات كل مجال من المجالات السبعة والأداة ككل حسب متغير عدد سنوات الخبرة.

سنوات الخبرة		اقل من 5 سنوات (ن=29)		خمس سنوات فأكثر (ن=21)	
المجال		الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
الأول: النظافة الشخصية للمسئ		0.34	3.64	0.26	3.77
الثاني: التغذية		0.54	3.25	0.37	3.48
الثالث: إعطاء الأدوية		0.71	2.98	0.74	3.15
الرابع: المعاينة الشاملة		0.43	3.29	0.44	3.41
الخامس: التمريض المنزلي		0.83	2.88	0.83	2.92
السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات		0.39	3.43	0.92	3.76
السابع: الحركة البدنية للمسئ		0.45	3.27	0.31	3.41
المجموع ككل		0.47	3.24	0.27	3.41

ملاحظة: ن = عدد العاملين.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات المجالات السبعة حسب متغير سنوات الخبرة، كما في (الجدول، 19)، أن تقدير المتوسط الحسابي الأعلى كان للعاملين في فئة (خمس سنوات فأكثر) حيث بلغ (3.41) درجة، وأن تقدير المتوسط الحسابي الأدنى كانت للعاملين في فئة (اقل من خمس سنوات) إذ بلغت (3.24) درجة. ولتحديد دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأداء على الأداة ككل و لكل مجال من مجالاتها اجري اختبار "ت"، والتي أظهرت نتائجه في (الجدول، 20).

الجدول (20): "اختبار ت" لأداء العاملين بدور المسنين لمهارات الرعاية الصحية للأداة ككل ولكل مجال على انفراد وفقا لمتغير عدد سنوات الخبرة .

المجال	اختبار ت	مستوى الدلالة
الأول: النظافة الشخصية للمسن	1.43	0.16
الثاني: التغذية	1.75	0.09
الثالث: إعطاء الأدوية	0.85	0.42
الرابع: المعاينة الشاملة	0.97	0.34
الخامس: التمريض المنزلي	0.19	0.85
السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات	1.90	0.06
السابع: الحركة البدنية للمسن	1.24	0.22
الأداة ككل	1.25	0.22

أظهرت نتيجة التحليل كما في (الجدول، 20)، أن اختبار "ت" المحسوبة للأداة ككل (1.25) وأن مستوى الدلالة بلغ (0.22) وهو أكبر من (0.05) وبذلك تقبل الفرضية الصفرية وتعد فرضية صحيحة وتعتبر عن عدم وجود فروق ذوي دلالة إحصائية بين متوسطات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداة الشاملة تعزى لمتغير الخبرة.

أما بالنسبة لمستوى الدلالة لكل مجال من المجالات السبعة، فقد أظهرت نتائج تحليل اختبار "ت" عدم وجود فروق عند مستوى الدلالة بين متوسطات درجات أداء العاملين لمهارات كل مجال على انفراد وفقا لمتغير الخبرة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداة الشاملة لدى العاملين في دور المسنين؟

قبل البدء بعرض مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، لا بد من تحديد المهارات التي سيتضمنها البرنامج التدريبي والتي تعد بمثابة موجّهات لتحديد مكونات البرنامج التدريبي وعناصره.

وقد تم تصنيف مستويات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية للمجالات كما يلي:

المستوى المتدني: وهو المجال الذي يحصل على متوسط حسابي بين (1-2.33).

المستوى المتوسط: وهو المجال الذي يحصل على متوسط حسابي بين (2.34-3.66).

المستوى العالي: وهو المجال الذي يحصل على متوسط حسابي بين (3.67-5).

وقد تم تحديد هذه المستويات الثلاثة اعتماداً على أعلى قيمة رقمية للمقياس الخماسي وهي (5) وأدنى

قيمة وهي (1)، حيث طرح الحد الأدنى (1) من الحد الأعلى (5) وقسم النتائج على (3) لتحديد مدى أو

طول الفئة لكل مستوى من المستويات الثلاثة ويساوي (1.33).

ويخلص (الجدول، 21)، توزيع أعداد المهارات ونسبها المئوية على المستويات الثلاثة.

الجدول (21): توزيع أعداد المهارات ونسبها المئوية حسب مستويات أدائها

النسبة المئوية %	عدد المهارات	فئات المهارات حسب متوسطاتها الحسابية	مستوى أداء المهارة
18.75	18	2.33-1	متدني
41.66	40	3.66-2.34	متوسط
39.58	38	5-3.67	عالي
100	96		المجموع

ويخلص الجدول التالي توزيع أعداد المهارات على المستويات الثلاثة لكل مجال من المجالات السبعة.

جدول (22): توزيع أعداد المهارات على مستويات الأداء لكل مجال من مجالات أداء المهارات الصحية

المجال	العدد الكلي للمهارات	المستوى المتدني	المستوى المتوسط	المستوى العالي
الأول: النظافة الشخصية للمسن	18	2	5	11
الثاني: التغذية	11	2	4	5
الثالث: إعطاء الأدوية	9	2	5	2
الرابع: المعاينة الشاملة	15	2	7	6

2	6	3	11	الخامس: التمريض المنزلي
4	9	2	15	السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات
8	4	5	17	السابع: الحركة البدنية للمسن
38	40	18	96	المجالات ككل

إذ أن المجال الأول: مهارات الرعاية الصحية الأداية المتعلقة بمجال النظافة الشخصية، وعددها "18" مهارة، وبالرجوع الى (جدول، 22)، فإن "11" مهارة منها تقع في المستوى العالي للأداء، و"5" مهارات تقع في المستوى المتوسط للأداء ، و "2" مهارة تقع في المستوى المتدني للأداء وتكون ضمن مكونات البرنامج التدريبي.

المجال الثاني: مهارات الرعاية الصحية الأداية المتعلقة بجانب التغذية، وعددها "11" مهارة، وبالرجوع الى (الجدول، 22)، فإن "5" مهارات تقع في المستوى العالي للأداء، و "4" مهارات تقع في المستوى المتوسط للأداء، و "2" مهارة تقع في المستوى المتدني للأداء وتكون ضمن مكونات البرنامج التدريبي.

المجال الثالث: مهارات الرعاية الصحية الأداية المتعلقة بإعطاء الأدوية، وعددها "9" مهارات، وبالرجوع الى (الجدول، 22)، فإن "2" مهارة تقع في المستوى العالي للأداء، و"5" مهارات تقع في المستوى المتوسط للأداء، و "2" مهارة تقع في المستوى المتدني للأداء وتكون ضمن مكونات البرنامج التدريبي.

المجال الرابع: مهارات الرعاية الصحية الأداية المتعلقة بالمعاينة الشاملة وعددها "15" مهارة، وبالرجوع الى (الجدول، 22)، فإن "6" مهارات تقع في المستوى العالي للأداء، و "7" مهارات تقع في المستوى المتوسط للأداء ، و "2" مهارة تقع في المستوى المتدني للأداء وتكون ضمن مكونات البرنامج التدريبي.

المجال الخامس: مهارات الرعاية الصحية الأداية المتعلقة بمجال التمريض المنزلي وعددها "11" مهارة، وبالرجوع الى (الجدول، 22)، فإن "2" مهارة تقع في المستوى العالي للأداء و "6" مهارات تقع في المستوى المتوسط للأداء ، و "3" مهارة تقع في المستوى المتدني للأداء وتكون ضمن مكونات البرنامج التدريبي.

المجال السادس: مهارات الرعاية الصحية الأداية المتعلقة بحماية المسن من الحوادث والإصابات

وعددها "15" مهارة، وبالرجوع الى (جدول، 22)، فان "4" مهارات منها تقع في المستوى العالي للأداء و "9" مهارات تقع في المستوى المتوسط للأداء ، و "2" مهارة تقع في المستوى المتدني للأداء وتكون ضمن مكونات البرنامج التدريبي.

المجال السابع: مهارات الرعاية الصحية الأدائية والمتعلقة بالحركة البدنية للمسن وعددها "17" مهارة، وبالرجوع الى (الجدول، 22) فان "8" مهارات منها تقع ضمن المستوى العالي للأداء و "4" مهارات تقع ضمن المستوى المتوسط للأداء ، و "5" مهارات تقع ضمن المستوى المتدني للأداء وتكون ضمن مكونات البرنامج التدريبي.

ونتيجة لذلك فإن عدد المهارات التي تضمنها البرنامج التدريبي بلغت "58" مهارة من أصل "96" مهارة، وهي تقع في المستويين المتوسط "40" مهارة، والمتدني "18" مهارة، وقد ارتأت الباحثة أن تكون مهارات العاملين التي تقع ضمن المستويين المتوسط والمتدني هي بمثابة الاحتياجات التدريبية الفعلية للعاملين، والتي يبنى على أساسها البرنامج التدريبي للعاملين في دور المسنين في ضوء توجهات الدول المتقدمة.

و تورد الباحثة خلاصة للمهارات التي ستضمن في البرنامج التدريبي من المستويين المتوسط والمتدني كالآتي:

جدول (23): خلاصة للمهارات التي ستضمن في البرنامج التدريبي من المستويين المتوسط والمتدني

المجال	المستوى المتوسط	المستوى المتدني
النظافة الشخصية	<ul style="list-style-type: none"> - تدليك وتطهير ظهر المسن وفخذه لمنع التقرحات. - مساعدة المسن على العناية الخاصة بعينه. - مساعدة المسن على العناية بقدميه. - مساعدة المسن على غسل يديه عند الضرورة. - تهوية غرفة المسن وتطهيرها. 	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة المسن على العناية بفمه وأسنانه. - تزويد المسن بإرشادات حول النظافة الشخصية والتثقيف الصحي
التغذية	<ul style="list-style-type: none"> - تزويد المسن بإرشادات حول فوائد الغذاء الصحي (ألبان، خضراوات، فواكه، سوائل). - تقديم وصفات الحمية العلاجية للمسن حسب حالته. - عدم مساعدة المسن في الحصول على الطعام غير المناسب لحالته من خارج الدار. - مراقبة مدى رضا المسن عن الأطعمة المقدمة 	<ul style="list-style-type: none"> - تزويد المسن بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية حسب حالته. - تزويد زوار المسن بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية حسب حالته.

<p>- إعطاء المسن الأدوية عن طريق الفم عند الضرورة.</p> <p>- إعطاء المسن قطرة العين عند الضرورة.</p> <p>- إعطاء الأدوية بالأوقات المحددة.</p> <p>- إعطاء حقنة الأنسولين عند الضرورة.</p> <p>- إعطاء الأدوية بالكميات المحددة</p>	<p>- إعطاء المسن الأدوية عن طريق الفم عند الضرورة.</p> <p>- إعطاء المسن قطرة العين عند الضرورة.</p> <p>- إعطاء الأدوية بالأوقات المحددة.</p> <p>- ملاحظة مضاعفات الأدوية التي قد تحدث للمسن كالقيء والإسهال وحساسية الجلد وضيق التنفس والأخبار عنها.</p> <p>- عدم مساعدة المسن على شراء الأدوية من خارج الدار.</p>	<p>إعطاء الأدوية</p>
<p>- المراجعة الدورية لملف المسن وتفقد وضعه الصحي.</p> <p>- عمل سجل تراكمي للملاحظات اليومية وتدوينها لكل مسن.</p>	<p>- توضيح وشرح ما سيتم تقديمه من رعاية للمسن.</p> <p>- مراقبة حركات المسن غير الطبيعية (الرعاش، عدم الاتزان).</p> <p>- ملاحظة وجه المسن (شاحب، ازرق، مشاكل تنفسية، اصفر، أمراض كبد وحرارة).</p> <p>- تفقد بول المسن وبرازه (لونه، عدد مراته).</p> <p>- ملاحظة عدم وجود تورم في الوجه وفي الأيدي والأرجل.</p> <p>- ملاحظة علامات الجفاف والحمى.</p> <p>- تفقد المسن أثناء نومه.</p>	<p>المعاينة الشاملة</p>
<p>- قياس درجة حرارة المريض.</p> <p>- قياس ضغط المريض.</p> <p>- عمل مغاطس بالماء الدافئ</p>	<p>- قياس نبض المريض.</p> <p>- قياس تنفس المريض.</p> <p>- تقديم الإسعاف الفوري للحالات المرضية الطارئة (الحمى، نوبات الصرع، غيبوبة السكري، الدوخة، توقف القلب والرئتين).</p> <p>- استخدام الكمادات بأنواعها.</p> <p>- غيار الجروح الناتجة عن التقرحات الجلدية.</p> <p>- اتباع إجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية.</p>	<p>التمريض المنزلي</p>
<p>- تزويد المسن بتثقيف صحي عن مضار التدخين.</p> <p>- استخدام طفايات الحريق عند الضرورة</p>	<p>- مراقبة وصيانة الأجهزة اللازمة لمساعدة المسن.</p> <p>- مراقبة المسن أثناء تنقله داخل الدار.</p> <p>- مراقبة المسن أثناء تعامله مع الموقد والماء الساخن.</p> <p>- وضع حواجز يرتكز عليها المسن خاصة على السرير والإدراج.</p> <p>- عدم ترك المدافئ مشتعلة أثناء النوم.</p> <p>- عدم ترك المسن أثناء التدخين وحده.</p> <p>- مراقبة مدى التزام المسن بعدد السجائر المسموحة له في الدار، عدم مساعدة المسن في الحصول على السجائر من خارج الدار.</p> <p>- توفير التهوية والإضاءة الطبيعية.</p>	<p>حماية المسن من الحوادث والإصابات</p>

<ul style="list-style-type: none"> - تدريب المسن على المهارات الحركية والتمارين الرياضية المناسبة لحالته. - البدء التدريجي لتدريب المسن على التمارين الرياضية. - تدريب المسن على إجراء التنفس العميق. - متابعة التزام المسن بأداء التمارين المحددة من قبل المعالج الطبيعي. - مراقبة انتظام المسن في جلسات العلاج الطبيعي واستفادته منها 	<ul style="list-style-type: none"> - تدريب المسن على الحركة من جانب لآخر على السرير. - تدريب المسن على تحريك أطرافه. - وضع جسم صلب لسند فقرات الظهر والصدر. - تغيير جلسة المسن بين الحين والآخر. 	<p>الحركة البدنية للمسن</p>
--	--	-----------------------------

مكونات البرنامج التدريبي

عنوان البرنامج : تنمية مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين في الأردن
بناء على الواقع الحالي وتجارب الدول المتقدمة.

أولاً: مقدمة ومبررات

يتزايد الاهتمام بالتدريب بشكل مطرد، إذ يُعد التدريب أداة التنمية ووسيلتها الفاعلة في المؤسسات التعليمية والمهنية والصحية، فهو الجهد التعاوني المنظم والمخطط والقابل للتنفيذ والذي يهدف الى تزويد العاملين بالمعارف والمهارات والاتجاهات التي يحتاجونها ليحقق النمو المهني المستمر، ورفع مستوى أداء العاملين وزيادة طاقتهم الإنتاجية، وإعداد الكوادر الوطنية المدربة في شتى التخصصات، وقد أظهرت نتائج العديد من الأبحاث أن للتدريب دوراً أساسياً في تطور الثقافة، وبناء الحضارة عامة، وتبرز أهمية ذلك باعتباره أساس كل تعلم وتطوير وتنمية للعنصر البشري، ومن ثم تقدم المجتمع وبنائه (درة، 1991؛ شوق وآخرون، 2001).

وعن طريق التدريب يستمر الإعداد للمهنة طالما أن متطلباتها متغيرة بتأثير عوامل التغيير المتسارعة المتمثلة في التقدم الثقافي في جميع مجالات الحياة، والتدريب أثناء العمل هو الأساس الذي يحقق تنمية العاملين بصفة مستمرة، وبشكل يضمن القيام بمهامهم ومسؤولياتهم وبما يتناسب مع مستجدات أعمالهم، فالتدريب يعمل على تنمية المهارات، وصقل القدرات، وزيادة المعارف وتغيير السلوك وتطوير الأساليب وتعزيز الاتجاهات، والربط بين النظرية و التطبيق، كما يعمل التدريب على زيادة تمكن العامل من مواكبة أحدث المعلومات العلمية والعملية حسب تخصصه، فضلاً عن اكتسابه أساليب الاتصال مع الآخرين، وزيادة صلته وارتباطه بمجتمعه المحلي وأساليب تنميته وتطويره Biddington & et al, (1999; Hancock,2002).

ومن جهة أخرى، يشهد هذا العصر زيادة مضطردة في تقديم الرعاية الصحية ناتجة عن التقدم العلمي السريع والمستمر، واكتشاف الطرق الحديثة للتشخيص، وتقديم العلاج سواء باستخدام الأجهزة والأدوية الحديثة، أم بطرق العلاج المبتكرة، والتي كان لها الأثر الكبير في زيادة أعداد العاملين في القطاع الصحي وتنوع تخصصاتهم التي تُعد سببا في زيادة العبء على الكادر الصحي (مقدمي الرعاية الصحية)، ليقوموا بأداء المهارات والإجراءات الصحية التي استحدثتها التقدم العلمي والطبي والتكنولوجي الحديث، فتقديم الرعاية الصحية الأداة لكبار السن يُعد أساسا في الرعاية الصحية الشاملة، ويلعب دورا فاعلا في نوعية الحياة وتدعيم الصحة للجميع (طنطاوي، 1989؛ خضير، 2001؛ فهمي، 1999).

ويؤكد الشربيني (1997) ان ارتباط هذه العوامل كلها وتأثير كل منها على الآخر، يستلزم تعليم وتثقيف كبار السن والمهتمين بشؤونهم في حالة الصحة والمرض على كيفية العناية بهم، فضلاً عن المشاركة في وضع خطط صحية لاستعادة صحة المسن، سواء على الصعيد المحلي أم حتى على الصعيد العالمي. وكل هذه العوامل تتداخل في عملية تقديم الرعاية الصحية الشاملة، ويقوم بها العامل الكفاء المدرب و المؤهل والذي يكون مقدم الرعاية ينبوعاً ينبثق منه جميع أنواع الرعاية والعناية التي تتيح للإنسان سواء أكان سليماً أم مريضاً، وفي أي فئة عمرية كان، كل المقومات اللازمة لشخصه وشخصيته.

إن أهمية تنظيم التعليم والممارسة في مجال تقديم الرعاية الصحية لمختلف المراحل العمرية، أخذ يزداد بفعل أوجه التقدم الكبيرة التي أحرزها الطب والعلم والصحة العامة، وما نجم عنها من حاجة إلى إعادة توجيه إجراءات الرعاية الصحية والتمريضية والتدريب عليها، وإدراك فاعلية الرعاية الصحية وكفاءتها، الأمر الذي يفرض على جميع العاملين الصحيين المهنيين أن يؤديوا مهامهم بأقصى طاقاتهم، وأن يوسعوا نطاق التعليم النظري والتطبيقي في مجال تقديم الرعاية الصحية، مما سيؤدي إلى زيادة كفاءة القائمين على تقديم الرعاية الصحية، وذلك بسبب قيام منظمة الصحة العالمية والمؤتمر الدولي لرعاية الصحة الأولية عام 1997 باعتماد

هدف توفير الصحة للجميع بحلول عام ألفين (منظمة الصحة العالمية، 1999). ولتحقيق أهداف التدريب أشار جيرالد كمب (1990) إلى عدة نقاط تلخصت في الآتي: اتصاف البرنامج التدريبي بالواقعية وإمكانية التنفيذ حيث جاءت مبرراته ومضامينه وأنشطته التدريبية ملبية للحاجات الحقيقية لفئات المتدربين. شمولية التدريب، بحيث يتضمن مهارات الرعاية الصحية الأدائية من منظور معرفي ووجداني التي أظهر العاملون ضعفا في أدائها.

تأكيد البرنامج التدريبي على ضرورة الربط بين ما هو نظري وعملي، فكان برنامجا عمليا تطبيقيا استهدف إحداث تغييرات أدائية من المنظور المعرفي والوجداني في تقديم الرعاية الصحية، وإعداد الخطط والأنشطة، وتدريب المتدربين ليظهر أثره فعليا في أدائهم أثناء تقديم الرعاية الصحية للمسنين. اتصاف البرنامج التدريبي بمرونته واتساعه، وقابليته للتطور والنماء، واكتشاف الأساليب الجديدة لتنمية السلوك وتحقيق الأهداف الإنسانية، معتمدا في ذلك على التغذية الراجعة من المتدربين أنفسهم وما تظهره نتائج الزيارات التوجيهية والتقييمية للمتدربين وهم يؤدون مهامهم التدريبية بشكل فعلي.

تلبية للحاجات العامة والخاصة بين المتدربين، اتفاقا مع ما جاء في توصيات مؤتمر اليونسكو في الدورة الخامسة والعشرين عام 1988، حيث أكد على ضرورة توفر تدريب مستمر للعاملين المهنيين والقائمين بالتدريب، وتزويدهم بأحدث المعلومات، وكذلك التدريب في مجال التجديدات لكل تخصص. التدرج والواقعية في تنفيذ التدريب، بحيث تلبى الاحتياجات الأكثر أهمية أولا ثم تليها الأقل أهمية وهكذا. التعريف المسبق بأهداف التدريب، مما يزيد من التزام المتدربين ببرنامج التدريب ومساهمته في إنجاحه وحماهم لتطبيقه فيما بعد.

تقديم التغذية الراجعة للمتدربين عن مستوى أدائهم وتعريفهم بالمستوى الحقيقي الذي وصلوا إليه في التدريب.

إتاحة الفرصة أمام المتدربين لتطبيق الأفكار الجديدة والتي يتضمنها البرنامج التدريبي، والعمل على تكرارها بطرائق متنوعة، وتشجيع المتدربين على إنجازاتهم الحقيقية أثناء التطبيق.

ثانياً: الأساس النظري للبرنامج التدريبي المقترح

اعتمدت الباحثة في بناء البرنامج التدريبي للعاملين في دور المسنين على نموذج (Kemp) لبناء البرامج التدريبية ، ونظرية نولز Knowles في تعليم الكبار، وفي هذا السياق قدم نولز Knowles مصطلح اندراغوجي

Andragogy والذي استعمل أول مرة في العقد السادس من القرن الماضي ليصف كيفية العملية التعليمية للكبار، ويقصد بـ اندراغوجي فن وعلم مساعدة الكبار على التعلم. وشدد على أن الكبار يوجهون ذاتياً للتعلم ويتحملون مسؤولية قراراتهم. وتوجد أمور رئيسة تؤخذ بعين الاعتبار في تعلم الكبار منها : يحتاج الكبار إلى التعلم بطريقة تجريبية وبأسلوب حل المشكلات بدل الاستذكار.

يتعلم الكبار بشكل أفضل عندما يكون موضوع التعلم ذا قيمة بالنسبة لهم ويتناسب مع احتياجاتهم واهتماماتهم.

يحتاج الكبار في تعلمهم إلى التركيز على العملية أكثر من التركيز على المحتوى الذي يتم تعلمه. يمتلك الكبار خبرة، حيث يربط التعلم بخبراتهم السابقة ويكون ذا معنى أكبر في اكتساب وتنمية المعرفة الجديدة.

يقبل الكبار على التعلم حينما يدركون مدى ارتباطه بالحياة العملية. احترام العاملين، وإتاحة المجال لإبداء الرأي، وتقديم النقد البناء في جو من الديمقراطية، وتوجيه الأسئلة ومناقشة الأفكار المؤيدة والمعارضة والحوار البناء للتوصل إلى اتفاق.

التنوع في استعمال أساليب التدريب، ومراعاة الفروق الفردية.

إيجابية المتدرب ونشاطه والتركيز على دوره أثناء التدريب.

تقديم تغذية راجعة مستمرة.

دور المدرب في تعليم الكبار هو المزود والمسهل والميسر للتعلم بدلا من المحاضر والمقيم، إذ إن عملية تعليم الكبار هي عملية تفاعل موجه صممت على أساس سبع خطوات إجرائية عملية منها: "بناء جو تعاوني.

إيجاد آليات للتخطيط المشترك.

تشخيص احتياجات المتعلمين واهتماماتهم.

صياغة أهداف التعلم بناء على الاحتياجات والاهتمامات المحددة مسبقا.

تصميم الأنشطة لتحقيق الأهداف المحددة.

اختيار الأساليب والمواد والمصادر المناسبة لموضوع التعلم.

تقييم خبرة التعلم ومن ثم إعادة تشخيص الاحتياجات لمزيد من التعلم" (البطارسة، 2005، ص104) .

وأضاف نولز إلى أن معلم الكبار يجب أن لا يفرض عليهم شيئا، إذ يحتاج الكبار للانخراط في تخطيط وتقييم تعلمهم، وأن الهدف من تعلمهم هو تشجيعهم على استعمال أسلوب التوجه الذاتي والتعليم ليصبحوا ذوي كفايات متطورة تعينهم في حياتهم (Knowles, 2002).

ثالثا: تحديد الاحتياجات التدريبية للمتدربين.

تعد عملية تحديد الاحتياجات التدريبية للفئة المستهدفة الخطوة الأساسية التي يبنى عليها العناصر الأخرى المكونة للبرنامج التدريبي، ومن وجهة نظر درة والصباغ (1986) فإن الحاجة التدريبية تعني: وجود نقص أو اختلال حالي أو مستقبلي بين وضع قائم وبين وضع مرغوب فيه، في أداء منظمة أو وظيفة أو أفراد في أي من المعارف أو المهارات أو الاتجاهات، أو في هذه النواحي جميعا.

ويمكن معالجة هذا النقص وتقليل الفجوة من خلال برامج التدريب المنظمة والمخطط لها.

وتتضح أهمية الاحتياجات التدريبية في الأمور الآتية:

إن تلبية الاحتياجات التدريبية تؤدي إلى زيادة فاعلية أداء العامل في عمله.

يمكن الاعتماد عليها مؤشراً لتحقيق أهداف التدريب وقياس فاعليته.

تقلل الوقت، والجهد، والمال في تنفيذ البرامج التدريبية.

تساعد في اختيار المادة التدريبية، وأساليب التدريب وأنشطته ومتطلباته التنفيذية.
تعد الاحتياجات التدريبية الأساس الذي يتم بموجبه تخطيط البرنامج التدريبي وتنفيذه.
تساعد عملية تحديد الاحتياجات التدريبية على تحديد الاتجاه الذي سيتبعه البرنامج التدريبي وتحديد
نوع الخدمات المطلوبة، ووضع قائمة بالأولويات (الدوسري، 1985).

وفي هذه الدراسة تم تحديد الاحتياجات التدريبية من خلال الملاحظة بالمشاركة للأداء الفعلي لمقدمي
الرعاية في دور المسنين وإجراء المقابلات مع مقدمي الرعاية وفق دليل المقابلة الذي أعدته الباحثة، وتحليل
الوثائق والسجلات التي يعدها العامل، وتم رصد ذلك في السلم المتدرج اللفظي الخماسي لتقدير درجة أداء
العاملين، لمهارات الرعاية الصحية الأدائية. ولغرض تحديد المستوى الأدائي لمهارات الرعاية الصحية الأدائية
تم توزيع الفقرات الى ثلاثة مستويات (عال، متوسط، متدن)، واعتبار كل مهارة وقعت ضمن المستويين
المتوسط والمتدني والتي بلغ مجموعها (58) مهارة من أصل (96) مهارة هي ضمن الاحتياجات التدريبية،
ليصار الى بناء برنامج تدريبي للعاملين في دور المسنين في مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة من
(منظور معرفي ووجداني)،

حيث تم اشتقاق فقرات البرنامج التدريبي من خلال أدوات الدراسة (بطاقة الملاحظة، ودليل المقابلة).

رابعاً: أهداف البرنامج التدريبي المقترح

تُعد الأهداف الخطوط العريضة التي تشكل إطار العمل، ومن أهم المستجدات التربوية التي رافقت حركة
الكفايات وهو التوجه نحو الأهداف التعليمية ودراسة كيفية تحديدها.
والهدف التعليمي هو الناتج المتوقع من المتعلم أن يحققه بعد فترة زمنية محددة ومن خلال الأنشطة
المطلوبة، ويصاغ بشكل يستطيع الدارس أن يظهره بصورة سلوك ملاحظ وبالتالي يمكن قياسه، وينبغي أن
تراعى عند صياغة أهداف البرنامج عملية تحديد واضحة ودقيقة لها، وأن تكون واقعية وقابلة للتطبيق،
ومنسجمة مع الأهداف العامة للتدريب، وأن تكون ذات قيمة وتعالج مشكلات حقيقية.

وتتمثل فائدة تحديد الأهداف التعليمية في برامج التدريب بالنقاط الآتية:

تشكل دليلاً للمدرب والمتدرب في السير قدماً بالبرنامج التدريبي.

تشكل معياراً للتحقق، فتكون مرجعاً لتعزيزياً.

تفيد في تحديد الأساليب التقويمية التي تعتمد لأغراض الحكم على درجة تحقق المهارة. ولتحديد أهداف البرنامج التدريبي، تم اعتماد الاحتياجات التدريبية التي تم الكشف عنها وتحديدها في إجراءات الدراسة وتعرض أهداف البرنامج المقترح على مستويين:

المستوى الأول: الأهداف الخاصة بالبرنامج التدريبي

يهدف البرنامج التدريبي إلى تنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة (من المنظور المعرفي والوجداني) الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن وبخاصة في الجوانب الآتية:

إكساب العامل القائم على تقديم الرعاية الصحية المهارات المعرفية التمهيديّة والأداية المتعلقة في مجال تعزيز النظافة الشخصية للمسنين في دور الرعاية.

إكساب العاملين في دور المسنين المهارات المعرفية التمهيديّة والأداية المتعلقة في مجال تغذية المسنين في دور الرعاية.

إكساب العاملين في دور المسنين المهارات المعرفية التمهيديّة والأداية المتعلقة في مجال إعطاء الأدوية للمسنين في دور الرعاية عند الضرورة.

إكساب العاملين في دور المسنين المهارات المعرفية التمهيديّة والأداية المتعلقة في مجال المعاينة الشاملة لرعاية المسنين في دور الرعاية.

إكساب العاملين في دور المسنين المهارات المعرفية التمهيديّة والأداية المتعلقة في مجال التمريض المنزلي لرعاية المسنين في دور الرعاية.

إكساب العاملين في دور المسنين المهارات المعرفية التمهيديّة والأداية المتعلقة في مجال حماية المسن من الحوادث والإصابات لرعاية المسنين في دور الرعاية.

إكساب العاملين في دور المسنين المهارات المعرفية التمهيديّة والأداية المتعلقة في مجال الحركة البدنية للمسن لرعاية المسنين في دور الرعاية.

المستوى الثاني: الأهداف التعليمية التعليمية

استند البرنامج التدريبي المقترح إلى إمكانية تحديد الأهداف تحديدا دقيقا حتى أن المهارات الفرعية المتضمنة في المجال الأساسي التي يسعى البرنامج التدريبي إلى تحقيقها، ما هي في الحقيقة إلا مجموعة الأهداف التعليمية التعليمية التي يراد الوصول إليها، ومن هنا فإن نجاح التعليم يعتمد بشكل كبير على مدى صياغة الأهداف التعليمية الخاصة مسبقا، وبشكل واضح وبصيغة أداية، وتتحقق بعد إتمام المتدربين للبرنامج التدريبي ولكل مجال من مجالاته.

والأهداف التعليمية التعلمية للبرنامج التدريبي المقترح هي:

يتوقع من العامل في دور المسنين القائم على تقديم الرعاية الصحية الأداية الشاملة بعد إتمام البرنامج

التدريبي بمجالاته السبعة أن يكون قادرا على أن:

المجال الأول: النظافة الشخصية:

يكتسب القدرة على القيام بتدليك وتطهير ظهر المسن وفخذه لمنع التقرحات.

يكتسب القدرة على القيام بالعناية بالعينين.

يكتسب القدرة على القيام بالعناية بالقدمين.

يشجّع المسنين على غسل اليدين عند الضرورة.

يطبّق الإجراءات الصحية المناسبة لتهووية غرفة المسن وتطهيرها.

يكتسب القدرة على تقديم العناية بالفم والأسنان.

يزوّد المسن بإرشادات حول النظافة الشخصية والتنظيف الصحي.

المجال الثاني: التغذية:

يزوّد المسن بإرشادات حول فوائد الغذاء الصحي.

يقدم وصفات الحمية العلاجية للمسن حسب حالته.

يقدر أهمية عدم مساعدة المسن في الحصول على الطعام غير المناسب لحالته من خارج الدار.

يقيم مدى رضا المسن عن الأطعمة المقدمة.

يزوّد المسن بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية.

يزوّد زوار المسن بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية حسب حالته.

المجال الثالث: إعطاء الأدوية:

يكتسب القدرة على القيام بإعطاء الأدوية عن طريق الفم.

يكتسب القدرة على القيام بإعطاء المسن قطرة العين.

يثمن أهمية إعطاء الأدوية بالأوقات المحددة.

يلم بالمعرفة العلمية الأكاديمية لمضاعفات الأدوية التي قد تحدث للمسن.

يقدر أهمية عدم مساعدة المسن على شراء الأدوية من خارج الدار.

يكتسب القدرة على القيام بإعطاء حقنة الأنسولين.

يكتسب القدرة على القيام بإعطاء الأدوية بالكميات المحددة.

المجال الرابع: المعاينة الشاملة:

يشرح ما سيتم تقديمه من رعاية للمسن.

يُميّز حركات المسن غير الطبيعية.

يحلّل ملاحظاته لوجه المسن (شاحب، أزرق مشاكل نفسية، اصفر، أمراض كبد وحرارة).

يقوم بتفقد بول المسن وبرازه (لونه، عدد مراته)

يلم بالمعرفة العلمية لعلامات الجفاف والحمى.

يقدر أهمية تفقد المسن أثناء نومه.

يُميّز وجود تورم في وجه المسن ويديه ورجليه.

يقوم بالمراجعة الدورية لملف المسن وتفقد وضعه الصحي.

ينظّم سجل تراكمي للملاحظات اليومية ويدونها لكل مسن.

المجال الخامس: التمريض المنزلي:

يكتسب القدرة على قياس نبض المسن

يكتسب القدرة على قياس تنفس المسن

يقوم بإجراء الإسعافات الفورية للحالات المرضية الطارئة (صرع، غيبوبة سكري، دوخة، توقف القلب

والرئتين).

يكتسب القدرة على استخدام الكمادات بأنواعها.

يكتسب القدرة على غيار الجروح الناتجة عن التقرحات الجلدية.

يطبّق قواعد إجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية.

يكتسب القدرة على قياس درجة الحرارة للمسن.

يكتسب القدرة على قياس ضغط المسن.

يكتسب القدرة على عمل مغاطس بالماء الدافئ.

المجال السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات:

يقدم الخدمة اللازمة للأجهزة والمعدات المستخدمة من قبل المسنين لتحافظ على جاهزيتها للعمل باستمرار.

يتابع المسن أثناء تنقله داخل الدار.

يتابع المسن أثناء تعامله مع الموقد والماء الساخن.
يستخدم حواجز يرتكز عليها المسن خاصة على السرير والأدراج.
يقدر أهمية عدم ترك المدافئ مشتعلة أثناء النوم.
يتابع مدى التزام المسن بعدد السجائر المسموحة له في الدار.
يثمن أهمية عدم مساعدة المسن في الحصول على السجائر من خارج الدار.
يشارك بفاعلية بتوفير التهوية والإضاءة الطبيعية.
يزود المسن بتثقيف صحي عن مضار التدخين.
10. يتقن المهارات الأساسية في استخدام طفايات الحريق.
المجال السابع: الحركة البدنية للمسن:
يدرّب المسن على الحركة من جانب لآخر على السرير.
يدرّب المسن على تحريك أطرافه.
يقدر أهمية وضع جسم صلب لسند فقرات الظهر والصدر.
يقوم بتغيير جلسة المسن بين الحين والآخر.
يدرّب المسن على المهارات الحركية والتمارين المناسبة لحالته.
يثمن أهمية البدء التدريجي لتدريب المسن على التمارين الرياضية.
يكتسب مهارة إجراء التنفس العميق وتدريب المسن عليها.
يتابع التزام المسن بأداء التمارين المحددة من قبل المعالج الطبيعي.
يتابع انتظام المسن في جلسات العلاج الطبيعي واستفادته منها.
خامسا: محتوى البرنامج التدريبي المقترح

يعد تحديد محتوى البرنامج التدريبي ومادته التعليمية من المهمات غير السهلة في إعداد البرامج التدريبية، ولا بد لمصمم البرامج التدريبية من مراعاة الأمور الآتية عند القيام بإعدادها:
مراعاة أن تكون المصوغات بمستوى المتدربين، وأن تزود موضوعات البرنامج المتدربين بمهارات ومعلومات واتجاهات جديدة في ميدان العمل، والاستفادة من المستجدات العلمية في تناول محتوى التدريب، وأنشطته واطلاع المشاركين على كل جديد في هذا المجال (سعادة، 1993).

مراعاة مناسبة محتواه لخصائص المتدربين النفسية، ومراعاة حاجتهم وميولهم واتجاهاتهم، وأن يتيح البرنامج التدريبي مجالاً للمتدرب في استعمال ما تعلمه من مواقف تواصلية شفوية وتحريرية، وأن يتكون من أهداف تعليمية لكل مهارة، وأن تصاغ هذه الأهداف بشكل سلوكي، وأن يهتم بالمفردات والتراكيب الوظيفية بشكل كبير، وأن تعتمد اللغة العربية الفصيحة.

تحديد أسماء المتدربين ووضع موازنة البرنامج ومكانه، ووضع المعايير التي ستعتمد في التقويم، وإعلام المتدربين بها قبل مباشرتهم التدريب، وهذه الأمور من شأنها أن توفر قدراً من الوضوح للمتدربين، وتجعل الإدارة مهيأة بشكل مناسب للقيام بواجباتها، ويوفر مستلزمات نجاح البرنامج، وضمان تحقيق أهدافه (سعيد، 1994).

التوازن من حيث العمق والاتساع في المحتوى التعليمي بما يتناسب مع مستوى العاملين والزمن المحدد لتنفيذ البرنامج.

مراعاة الحداثة والتكامل والتتابع في اختيار المحتوى وتنظيمه.

الاعتماد على الأهداف التعليمية التعلمية المحددة للبرنامج التدريبي المقترح عند وضع مادته التدريبية، لأن المحتوى إنما وجد لخدمة تحقيق الأهداف.

تنوع الخبرات والمهارات التي يشتمل عليها البرنامج.

تنوع الأنشطة التي ينفذ وفقها المحتوى بالشكل الذي يتناسب وقدرات المتعلمين (تحقيق مبدأ الفروق الفردية).

تعديل المادة التدريبية بناء على آراء المحكمين و ملاحظاتهم لتصبح بصورتها النهائية قبل استعمالها في البرنامج التدريبي للعاملين في دور المسنين.

حددت الباحثة عدد الساعات التدريبية لكل مجال في ضوء الأهداف التعليمية التعلمية للبرنامج التدريبي المبني على الاحتياجات التدريبية المحددة مسبقاً، وكذلك حسب تقدير الباحثة وخبرتها في هذا المجال، إذ إن بعض هذه الأهداف تحتاج إلى تخصيص عدد ساعات تدريبية أطول من غيرها، وذلك بسبب طبيعة هذه الأهداف وما تحتويه من مهارات فرعية عديدة في مضمونها يجب التدريب عليها للحصول على الأداء النهائي للمهارة كما في المهارات المتعلقة بمجال التمريض المنزلي. وبلغ عدد الساعات التدريبية (100) ساعة تدريبية، ثم توزيع عدد الساعات التدريبية على الموضوعات الفرعية على البرنامج كما في الجدول (24)

جدول (24): محتوى البرنامج التدريبي المقترح من الموضوعات الفرعية وعدد ساعاتها التدريبية.

عدد الساعات	الموضوعات الفرعية	المجال
1	تدليك وتطهير ظهر المسن وفخذه.	الأول: النظافة الشخصية
1	العناية بالعينين	
1	العناية بالقدمين	
1	تشجيع المسن على غسل يديه	
1	تطبيق الإجراءات الصحية لتهوية الغرفة وتطهيرها	
2	العناية بالفم والأسنان	
2	إرشادات حول النظافة الصحية والتثقيف الصحي	
9		المجموع
1	إرشادات حول فوائد الغذاء الصحي	الثاني: التغذية
1	صفات الحمية العلاجية المختلفة	
1	أهمية عدم مساعدة المسن بالحصول على الطعام غير المناسب لحالته	
1	تقييم مدى رضا المسن عن الأطعمة المقدمة له	
1	إرشادات للمسن حول وصفات الحمية العلاجية	
1	إرشادات لزوار المسن حول وصفات الحمية العلاجية	
6		المجموع
2	إعطاء الأدوية عن طريق الفم	الثالث: إعطاء الأدوية
1	إعطاء قطرة العين	
1	أهمية إعطاء الأدوية بالأوقات المحددة.	
1	مضاعفات الأدوية.	
1	أهمية عدم مساعدة المسن على شراء الأدوية من خارج الدار	
5	إعطاء حقنة الأنسولين	
1	إعطاء الأدوية بالكميات المحددة	

12	المجموع	
30 دقيقة	الشرح والتوضيح للمسند قبل إجراء المهارة	الرابع: المعاينة الشاملة
30 دقيقة	تمييز حركات المسند الغير طبيعية	
1	تحليل تغيرات لون وجه المسند	
1	تفقد بول المسند وبرازه	
1	علامات الجفاف والحمى	
1	أهمية تفقد المسند أثناء نومه	
1	تورم وجه المسند ويديه ورجليه	
2	مراجعة ملف المسند وتفقد وضعه الصحي	
2	تنظيم سجل تراكمي وتدوين الملاحظات عليه	
10	المجموع	
1	قياس النبض	الخامس: التمريض المنزلي
1	قياس التنفس	
18	إجراء الإسعافات الفورية للحالات المرضية الطارئة (صرع، غيبوبة سكري، دوخة، توقف القلب والرئتين	
2	استخدام الكمادات بأنواعها	
10	غيار الجروح	
2	إجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية	
4	قياس درجة الحرارة	
4	قياس ضغط الدم	
1	عمل مغاطس دافئة	

42	المجموع	
3	صيانة الأجهزة والمعدات المستخدمة من قبل المسن	السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات
30 دقيقة	متابعة تنقل المسن	
30 دقيقة	متابعة المسن أثناء تعامله مع الموقد والماء الساخن	
30 دقيقة	استخدام حواجز للسريير والأدراج	
30 دقيقة	أهمية عدم ترك المدافئ مشتعلة أثناء النوم	
30 دقيقة	التزام المسن بعدد السجائر المسموحة له في الدار	
30 دقيقة	أهمية عدم مساعدة المسن في الحصول على السجائر من خارج الدار	
1	أهمية التهوية والإضاءة الطبيعية	
1	التثقيف الصحي عن مضار التدخين	
5	المهارات الأساسية في استخدام طفايات الحريق	
13	المجموع	
1	تحريك المسن من جانب لآخر على السريير	السابع: الحركة البدنية للمسن
1	تحريك أطراف المسن	
30 دقيقة	أهمية وضع جسم صلب لسند فقرات الظهر والصدر	
1	تغيير جلسة المسن بين الحين والآخر	
2	تدريب المسن على المهارات الحركية والتمارين المناسبة لحالته	
30 دقيقة	أهمية البدء التدريجي لتدريب المسن على التمارين الرياضية	
1	إجراء تمارين التنفس العميق	
30 دقيقة	التزام المسن بأداء التمارين المحددة من قبل المعالج الطبيعي	
30 دقيقة	انتظام المسن في جلسات العلاج الطبيعي واستفادته منها	
8	المجموع	

ولكي يكون البرنامج التدريبي المكون من سبعة مجالات رئيسة جاهزاً للتنفيذ من قبل الجهات المعنية بالتدريب، لا بد من إعداد محتواه التعليمي كاملاً، إلا أنه تم إعداد المحتوى التعليمي لمجال التمريض المنزلي بفقراته ذات الأداء المتوسط والمتدني فقط وذلك للأسباب الآتية:

الحاجة لوقت طويل لإعداد المحتوى التعليمي للبرنامج كاملاً.

الحاجة إلى مصادر بشرية متخصصة لكتابة بعض الموضوعات كما في صيانة الأجهزة واستعمال المطافئ.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن 9 مهارات من مهارات مجال التمريض المنزلي البالغ عددها 11 كفاية، قد صنفت ضمن المستوى المتوسط والمتدني (جدول، 23)، حيث حصلت على أكبر نسبة في التدني بالأداء وبما نسبته 78.5% بالنسبة لباقي المجالات، مما يوضح الحاجة الماسة للعاملين في دور المسنين للتدريب على مهارات التمريض المنزلي

كبر حجم وضخامة محتوى البرنامج التدريبي كاملاً.

بروز أهمية التمريض المنزلي من منطلق أن الرعاية الفورية هي الخطوة الضرورية في الحالات الطارئة التي قد تهدد حياة المسن، وتؤكد الحقائق العلمية أن المسنين هم الأشخاص الذين تقدم بهم العمر، وأخذت وظائف خلايا أجسامهم وأنسجتها وأعضائها وأجهزتها بالتناقص التدريجي من الناحية الجسدية والعصبية وبدرجات متفاوتة بين الخفيفة والمتوسطة والشديدة، مما يجعلهم عرضة وبشكل كبير لحوادث الاعتلال المفاجئ لصحة أحدهم كتوقف القلب والرئتين، الصدمة، الدوخة، هبوط الضغط،... الخ، وتصبح الاعتلالات المفاجئة أمراً طارئاً إذا هددت حياة المسن أو تسببت في ألم أو تطور عنها مشاكل ذات خطر جسدي أو نفسي، وعليه فمهمة المسعف حساسة وخطرة لأن العناية بالمسن المصاب بشكل صحيح أثناء إسعافه ونقله إلى المستشفى في الوقت المناسب يتوقف عليها نجاح العلاج وحياة المسن الصحية، لذا يجب اعتبار كل مقدم رعاية بدور المسنين مسعفاً يجب أن ينال قسطاً من التدريب، ويلم بجميع المعلومات الأساسية عن العناية بالمسن وتقديم الإسعافات الفورية والرعاية الصحية، إضافة إلى أن التمريض المنزلي أو تقديم الخدمة المنزلية المدربة داخل دور الرعاية يُعد امتداداً للعناية داخل المستشفى، إذ إن وجود المسن داخل المستشفى ومتمتع بالخدمات المتوفرة يكون مكلفاً بالعادة، فهناك أجور النوم والخدمات العلاجية التي يمكن توفيرها للمسن داخل دور الرعاية وبذلك يرفع العبء المادي المتضاعف الذي قد لا يكون في متناول يد المسن وأهله، مع الاطمئنان بأن المسن في أيدي مدربة وأمينة.

وتم كتابة محتوى البرنامج التدريبي لمجال التمريض المنزلي على شكل دليل تعليمي كما هو مبين في (الملحق، 11)، حيث قدم مثالا لكيفية كتابة محتوى المجالات الأخرى.

سادساً: الطرق والأنشطة والوسائل التعليمية والتدريبية:

تُعد الوسائل التعليمية القنوات التي يتم من خلالها التعلم، واستخدامها لتحسين عملية التعلم والتعليم مهارة لا بد منها للمدرب، حيث تُعد الوسيلة عوناً في توضيح المفهوم، وإزالة الغموض واللبس بين مفهوم وآخر، وتُعد مدى ملائمة اختيار الطرق والوسائل التعليمية من المكونات الأساسية لعرض الدرس التدريبي، ولذا لا بد من ضرورة اتباع المدرب للأسس الصحيحة لاختيار الوسائل والأنشطة المناسبة حيث يعمل الاختيار الصحيح للوسائل التعليمية على توفير الجهد والوقت في التدريس، وتنوع الخبرات التي تهيؤها، وتربط الخبرة الواقعية الحياتية مع الخبرة النظرية، وتعمل على تقديم الأفضل للمتدربين على اختلاف مستوياتهم العمرية والعقلية كما أنها توضح وتوصل المعلومات عن طريق الحواس.

ومن الأسس التي تم مراعاتها عند اختيار الطرق والوسائل التعليمية لتنفيذ البرنامج المقترح الآتي:
اختيار الوسائل والأدوات التعليمية في ضوء الأهداف المحددة للدرس من أجل تحقيق هذه الأهداف.
اختيار الوسائل والأدوات التعليمية في ضوء توافرها في أماكن التدريب العملي (مكان تنفيذ البرنامج: دار الضيافة لرعاية المسنين)، وإمكانية استعمالها من قبل المتدربين.
اختيار الوسائل التي تعني بالغرض وبأقل التكاليف.
اختيار الوسيلة المطابقة للواقع والمسيرة للتغير والتقدم العلمي.
اختيار الوسائل المناسبة لخبرات المدربين والمتدربين.

أولاً: طرق التدريس والأنشطة التعليمية في البرنامج التدريبي المقترح تشمل الآتي:

أ- وسائل العرض المرئية: وهي ما تؤثر في القوى العقلية بوساطة الحواس مثل:
نماذج مجسمة: كنموذج لمريض (دمية) أو أجهزة الجسم مثل مجسم القلب وغيرها، لإجراء التطبيقات العملية عليها.

الصور: وينتفع بها في الأمور التفصيلية للمهارة كما في النماذج المجسمة.
السموعة: وأهميتها واضحة وذلك لأنها تتيح للمتدرب أن يستخدم حاسة البصر برؤية الحقائق بعد أن استخدم حاسة السمع في تلقيها بالأذن عن نطق المدرب.

شفافيات، أقلام خاصة بالشفافيات، أقلام ملونة لعرض المعلومات النظرية.
قاعة صفية مجهزة بكراسي.

الأجهزة الطبية الخاصة بكل مهارة، و سيتم ذكرها في أثناء عرض وحدات البرنامج التدريبي.
ب- الوسائل اللغوية: وهي التي تؤثر في القوى العقلية بوساطة الألفاظ، كإعطاء أمثلة وقصص وحكايا لتنمية خيال المتدرب وتزويدهم بالأفكار والمفردات والأساليب، لأن الوصف وصفا دقيقا يمكن أن يعرض باللفظ صورة واضحة تقترب من الصور الحسية. ومن الوسائل أيضا عرض فيلم يتعلق بهذه المهارات.
ثانيا: الأنشطة التعليمية: إن الأنشطة التعليمية تبنى على الأهداف التعليمية وتتداخل مع محتوى المادة ويمكن ممارستها بصور جماعية أو فردية، فتحليل المهارة موضوع الدرس إلى عناصرها، واستخراج الأفكار والمفاهيم الرئيسة والفرعية والكشف عن المصطلحات الجديدة، والاستعانة بالمراجع لفهم ما جاء في الموضوع من إجراءات تفصيلية وخطوات منطقية وتمثيل المتدربين المهارة على المجسمات، والتدريبات والواجبات التي كلف بها الطلبة كلها تُعد من الأنشطة التعليمية في هذا البرنامج التدريبي المقترح.

ثالثا: الأنشطة التدريبية وتتضمن:

إعداد نشرات توعوية.

تنفيذ بعض المهارات على المسنين أنفسهم في دار الضيافة لرعاية المسنين.

رابعا: الطرق التعليمية : أما بالنسبة للطرق والإستراتيجيات التعليمية التي تم إتباعها لتنفيذ محتوى هذا البرنامج التدريبي المقترح فتشمل:

التركيز على الجوانب التطبيقية والنشاطات التي قام بها المتدربون على كل موضوع من موضوعات البرنامج التدريبي المقترح، إذ خصصت المدربة الوقت الأكبر لإجراء التطبيقات العملية المتعلقة بموضوع التدريب طريقة عرض المادة النظرية بوساطة المحاضرة والمناقشة والحوار.

طريقة عرض المادة العملية بوساطة العروض العملية التطبيقية استنادا إلى نماذج التدريب العملي.

سابعا: الخطة التنفيذية للبرنامج التدريبي المقترح وتتضمن:

مكان تنفيذ البرنامج: كان مكان تنفيذ البرنامج في دار الضيافة لرعاية المسنين وللأسباب الآتية:

كبر مساحته حيث يشتمل على العديد من الصالات الكبيرة الممكن تهيئتها لعقد الدورة.

يتوافر في هذه الدار معظم مستلزمات التدريب مثل عيادة طبية مع كامل تجهيزاتها، وغرفة للعلاج الطبيعي، فضلاً عن توفير الظروف البيئية المناسبة كالتدفئة أو التبريد وغيرها.

يوجد بهذه الدار أكبر عدد من العاملين القائمين على تقديم الرعاية نسبة للمراكز الأخرى حيث يبلغ (22) عاملاً. أما بالنسبة لأعداد المسنين، فدار الضيافة تحوي أكبر طاقة استيعابه نسبة للمراكز الأخرى إذ تبلغ طاقتها الاستيعابية إلى 150 مسناً من مختلف مناطق المملكة.

سهولة التعامل والتسهيلات المقدمة من المسؤولين في دار الضيافة اختلافاً عن بقية الدور.

أما في مجال التدريب على المهارات الصحية الأدائية المتعلقة بالتمريض المنزلي، فتم التدريب عليها في دار الضيافة على المتدربين والمسنين أنفسهم مثل أخذ العلامات الحيوية، أما إجراءات الإسعافات الأولية وغيار الجروح وعمل كمادات ومغاطس فتم التدريب عليها في دار الضيافة على المجسمات التي تم توفيرها.

مدة البرنامج: بلغ عدد الساعات التدريبية للبرنامج المقترح لمهارات مجال التمريض المنزلي (42) ساعة تدريبية موزعة على (3) أسابيع بواقع (4) أيام لكل أسبوع، بمعدل 4 ساعات تدريبية كل يوم وفق الجدول الآتي:

الجدول (25) البرنامج الزمني للقاءات التدريبية

اليوم والتاريخ	الجلسة	الزمن	اسم الموضوع	القاعة	اسم المدرب
السبت	الأولى	10.30-8.30	ذكر اسم الموضوع	القاعة رقم ()	ذكر اسم المدرب
	استراحة	11-10.30	استراحة	استراحة	استراحة
	الثانية	1-11	ذكر اسم الموضوع	القاعة رقم ()	ذكر اسم المدرب
وهكذا لبقية أيام التدريب					

أما عند التدريب على المهارات العملية فكانت الساعات التدريبية الأربع متواصلة.

إدارة البرنامج:

أشرفت الباحثة على تنفيذ البرنامج التدريبي المقترح للعاملين في دار الضيافة لرعاية المسنين بمساعدة زميلاتها مدرسات التمريض، المدرسة ناهدة سلامة، و المدرسة خديجة الدسوقي.

ساهمت دار الضيافة لرعاية المسنين في البرنامج التدريبي بتوفير الأدوات والأجهزة وتهيئة المكان المناسب لعقد الدورة.

المدرّبون:

يُعدّ المدرّب أهمّ عناصر تنفيذ البرنامج، لذا لا بدّ من تمتعه بكفاءة في إدارة المواقف التعليمية ومعلومات علمية فنية واسعة وشخصية واثقة متزنة. كان المدرّب هو الباحثة نفسها وبعض زميلاتها، إذ توفر لديهن الخبرة العلمية العملية في مجال تخصص التمريض ولمدة عشرين عاماً تقريباً.

المتدربون:

بلغ عدد المتدربين (20) متدرب ومتدربة (العاملون في دار الضيافة لرعاية المسنين).

ملاحظة: لم تستطع الباحثة الحصول على موافقة من مسؤولي مراكز رعاية المسنين لتنفيذ البرنامج التدريبي المقترح على العاملين فيها، عدا دار الضيافة لرعاية المسنين، حيث سُـمِحَ للباحثة بتنفيذ البرنامج التدريبي المقترح على العاملين فيها وفي رحابها، فضلاً عن تطوع الدار بتوفير الأدوات الطبية اللازمة لتنفيذ البرنامج التدريبي المقترح.

تقويم البرنامج التدريبي المقترح:

تظهر فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في ضوء محتوى البرنامج التدريبي المنفذ، وكانت طرق التقويم المستخدمة في هذا البرنامج التدريبي كالآتي:

- أولاً: تقويم أداء المتدربين: وكان ذلك من خلال استخدام طرق التقويم الآتية:

التقويم القبلي التشخيصي (Diagnostic Evaluation): بهدف اختبار مستوى أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية في دار الضيافة لرعاية المسنين قبل البدء بدراسة الدليل التعليمي، وكان ذلك من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين بالاعتماد على بطاقة الملاحظة ودليل المقابلة التي قامت بإعدادهما الباحثة. التقويم التكويني (Formative Evaluation): بهدف معرفة مدى إمكانية تقدم المتدرب في التدريب، وكان ذلك من خلال عرض أوضاع، واستخدام أسلوب حل المشكلات، وتمارين وأسئلة متنوعة حول الأنشطة المطلوب أدائها أثناء الشرح والتدريب، مما ساعد ذلك على تشخيص مدى التقدم في التدريب

وتحديد جوانب القصور والضعف.

التقويم النهائي (Summative Evaluation): وهو تقويم شامل بهدف الوقوف على مستوى أداء العاملين ومقارنتها بالأهداف المحددة مسبقاً، وكان ذلك من خلال الملاحظة البعيدة لأداء العاملين بالاعتماد على بطاقة الملاحظة ودليل المقابلة.

- ثانياً: تقويم البرنامج التدريبي المقترح بشكل عام: بعد الاطلاع على نماذج تقويم البرامج التدريبية المختلفة، ترتأى الباحثة الاستفادة من نموذج استفليم (Stufflebeam) لتقويم البرنامج التدريبي المقترح، وذلك بعد أن يتم استكمال البرنامج التدريبي بشكل شامل لكل محاوره ومحتوياته. حيث يحتوي نموذج استفليم على أربعة أنواع شاملة من أنواع التقويم كالآتي:

تقويم بيئة البرنامج إذ يوفر هذا النوع معلومات عن بيئة البرنامج، وأهدافه التعليمية التعلمية، والفئة المستهدفة للتدريب وحاجاتها، وتشخيص المشكلات التي تواجه تلبية هذه الحاجات.

تقويم المدخلات: إذ يوفر هذا النوع معلومات عن الإمكانيات المادية والبشرية، واختيار البدائل والإستراتيجيات التي تسهم في تحقيق الأهداف، وكذلك وضع الخطط الزمنية لتنفيذ البرنامج.

تقويم العمليات: يطبق هذا النوع عند البدء بتنفيذ البرامج التدريبية لتحديد مواطن القصور والضعف، كما يقيّم علاقات الأفراد داخل البرنامج، و يعمل على مراقبة نشاط المتدربين للحصول على معلومات حقيقية مستمرة ومتفاعلة مع تجارب الآخرين.

تقويم المخرجات: ويطبق هذا النوع في نهاية البرنامج التدريبي و يشمل جمع المعلومات وتفسيرها ومدى ارتباط المخرجات، وكذلك الآراء والأحكام التي يمكن الحصول عليها من المتدربين كما ونوعاً من خلال مجموعة

التغيرات في المعارف والمهارات والاتجاهات مما ينعكس على أسلوب التفكير أو الأداء، وفي ضوء العمليات الأربع السابقة يمكن تحديد الفجوة بين الأداء الحالي والأداء المرغوب فيه، حيث توضع خطة لمعالجة هذه الفجوة.

وقد عرض البرنامج بصورته الأولية على المحكمين لإبداء آرائهم حول فقراته، وأهدافه العامة والخاصة، واستراتيجيات وأساليب التعليم، وطرق التقييم، وقد تم تعديل البرنامج بناء على آراء المحكمين وملاحظاتهم وأصبح بصورته النهائية كما هو مبين في (الملحق، 10).

النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الخامس:

ما فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تحسين أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية في الأردن؟

للإجابة على هذا السؤال أعدت بطاقة ملاحظة قبلية وبعديّة لملاحظة أداء العاملين في دور المسنين متعلقة بفقرات مجال التمريض المنزلي ذات الأداء المتوسط والمتدنٍ، مكونة من (9 فقرات (الملحق، 15)، ولكل فقرة عدد النماذج الخاصة بها. تم تصنيفها في ثلاث وحدات رئيسية بناء على وجود نقاط مشتركة بين محتوياتها وهي وحدة العلامات الحيوية، وحدة الإسعافات الأولية، ووحدة منع العدوى وتمارين متنوعة لرعاية المسن، فضلا عن إعداد دليل المقابلة القبليّة البعديّة والمتعلق بفقرات مجال التمريض المنزلي ذات الأداء المتوسط والمتدني (الملحق، 16)، وذلك لدعم نتائج الدراسة الكمية التي حصلت عليها الباحثة من بطاقة الملاحظة.

وعليه تراوحت الحدود العليا والدنيا لمجال التمريض المنزلي ككل بين (9-45) بعد أن كانت تتراوح ما بين (11-55) وذلك لاستثناء الفقرات ذات الأداء العالي من البرنامج التدريبي المقترح لهذا المجال.

ملاحظة: يعزى سبب تطبيق الباحثة لمجال التمريض المنزلي دوناً عن غيره من مجالات البرنامج التدريبي الستة المتبقية للأسباب نفسها والتي تم مناقشتها لتبرير إعداد المحتوى التعليمي لمجال التمريض المنزلي فقط (أنظر ص 160).

وقد طبقت الباحثة بطاقة الملاحظة القبليّة مدعّمة بالمقابلة، ثم قامت بتطبيق البرنامج التدريبي المقترح على الأفراد أنفسهم وأوجدت الملاحظة البعديّة مدعّمة بالمقابلة لأدائهم، حيث تم دمج نتائج كلٍ من المقابلة والملاحظة عن طريق إيجاد المتوسط الحسابي بينهم. وجاءت نتائج الملاحظة القبليّة والبعديّة كما هو مبين في الجدول الآتي :

جدول (26): نتائج الملاحظة القبليّة والبعدية لوحّدات مجال التمرّيب المنزلي ذات أداء متوسط ومتمدّن لدى العاملين في دار الضيافة لرعاية المسنين.

نسبة التحسن %	مستوى الدلالة	قيمة " ت " المحسوبة	الأداء البعدي		الأداء القبلي		الأداء المهاري وحدات التمرّيب المنزلي
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
26.4	*0.005	1.9	,45	2.99	,66	2.29	العلامات الحيوية
12.8	*0.001	3.8	,42	3.14	,60	2.5	الإسعافات الأولية
10.20	*0.000	4.8	,31	3.19	,64	2.68	منع العدوى وتمارين متنوعة
16.6	*0.000	4.65	,22	3.11	,54	2.49	كلي

* ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.05$)

يتضح من (الجدول، 26) نتيجة أفراد الدراسة في الاديّين القبلي والبعدي، ومقدار التحسن في أداء المهارات الصحية لدى العاملين في دور المسنين لمجال التمرّيب المنزلي ككل، ولكل وحدة من وحدته، إذ تشير النتائج إلى تفوق أفراد الدراسة في الأداء البعدي بمتوسط حسابي مقداره 3.11 درجة، على الأداء القبلي بمتوسط حسابي 2.49 درجة، وكان نسبة التحسن للمجال ككل تقدر بـ (16.6%) تقريباً. وتراوحت الحدود الدنيا لوحدة العلامات الحيوية بين (4-20)، حيث تشير النتائج إلى تفوق أفراد العينة في الأداء البعدي بمتوسط حسابي 2.99 درجة، على الأداء القبلي بمتوسط حسابي (2.29 درجة)، وكانت نسبة التحسن لوحدة العلامات الحيوية تقدر بـ (26.4%). كما تراوحت الحدود الدنيا والعليا لوحدة الإسعافات الأولية بين (1-5)، حيث تشير النتائج إلى تفوق أفراد العينة في الأداء البعدي بمتوسط حسابي 3.14 درجة، على الأداء القبلي بمتوسط حسابي 2.5 درجة، وكان مقدار التحسن لهذه الوحدة يقدر بـ (12.8%).

أما وحدة منع العدوى وتمرين متنوعة لرعاية المسن فتراوحت الحدود الدنيا والعليا لهذه الوحدة بين (4-20)، حيث تشير النتائج إلى تفوق أفراد العينة في الأداء البعدي بمتوسط حسابي 3.19 درجة على الأداء القبلي

بمتوسط حسابي 2.68 درجة، وكانت نسبة التحسن تقدر ب (10.20%).

ولتحديد دلالة الفروق بين نتائج الملاحظة في الأدائين القبلي والبعدي لمجال التمريض المنزلي ككل، ولكل وحدة من وحداته، أجري اختبار "ت" والذي أظهرت نتاجه في (الجدول، 26)، حيث أظهرت نتائج التحليل أن "ت" المحسوبة للأداء ككل (4.65)، وأن مستوى الدلالة بلغ (0.000) وهو أصغر من (0.05) وبذلك ترفض الفرضية الصفرية والتي تنص على أنه (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 $\alpha =$ في متوسط درجات الأداء لمهارات الرعاية الصحية الأداية لدى العاملين في دور المسنين بين الأدائين القبلي والبعدي تعزى لأثر البرنامج التدريبي)، وتعد فرضية غير صحيحة وذلك لظهور فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج الملاحظة القبلي والبعدي تعبر عن وجود أثر للبرنامج التدريبي المقترح في تحسين المستوى الأداي لدى العاملين مما يؤكد فاعلية البرنامج المقترح في تنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية. أما بالنسبة لمستوى الدلالة لكل وحدة من وحدات مجال التمريض المنزلي، فقد أظهرت نتائج تحليل اختبار "ت" وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين نتائج الملاحظة القبلي والبعدي لكل وحدة على انفراد.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين في الأردن بناءً على الواقع الحالي وتجارب الدول المتقدمة، وبيان مدى فاعليته، ويتناول هذا الفصل مناقشة نتائج أسئلة الدراسة التي تضمنها الفصل الرابع، كذلك عرض التوصيات التي توصلت لها الدراسة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

ما مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن؟ للإجابة عن السؤال استخلصت الباحثة ستا وتسعين مهارة غطت مجالات مهارات الرعاية الصحية الأداية والواجب توافرها لدى مقدمي الرعاية في دور المسنين اشتقت من الأدب النظري والدراسات السابقة، ومن المعايير الدولية للعديد من المنظمات العالمية التي تهتم برعاية كبار السن فضلا عن خبرات بعض المختصين والمسؤولين في مجال رعاية كبار السن وبعض العاملين (مقدمي الرعاية) في دور المسنين، حيث تم تصنيفها في سبعة مجالات كالآتي:

- | | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| النظافة الشخصية للمسن | 5. التمريض المنزلي |
| التغذية | 6. حماية المسن من الحوادث والإصابات |
| إعطاء الأدوية | 7. الحركة البدنية للمسن |
| المعاينة الشاملة | |

وفي ضوء ما تناولته الباحثة من دراسات وجدت أن هذه المجالات السبعة تشكل الإطار الأساسي لإعداد العاملين في دور المسنين، كما تعتبر هذه المجالات الإطار المرجعي لبرنامج تدريب العاملين في دور المسنين على مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة اخذين بعين الاعتبار (المنظور المعرفي والوجداني). وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة في معظمها مع الأدب النظري، إذ اتفقت مع توجهات منظمة تمريض الشيخوخة الكندية (Bonnic & et al, 1996)، لتقديم الرعاية للمسنين وفقا لمجالات الممارسة التمريضية خاصة في مجالات التغذية والنظافة الشخصية وإعطاء الأدوية والقيام بالمعاينة الشاملة للمسن وبشكل دوري، وتوثيق المعلومات بملف طبي خاص لكل مسن،

وذلك لأن ما يقدم للمسنين من رعاية هي حقيقة

ما تقوم بعمله الممرضة أثناء عملها في المراكز الصحية بأنواعها المختلفة، ومع ما ورد في تقرير جمعية المسنين البريطانية والمتعلق بوضع معايير الممارسة لرعاية كبار السن (British Geriatrics Society, 2003)، حيث ركز التقرير على معايير الممارسة المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية الأولية والرعاية النفسية والاجتماعية بتفرعاتها المختلفة، ومع مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة برعاية كبار السن حسب ما أوردته الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة التي تم عقدها في مدريد 2002، ومع معايير مهنة التمريض في الأردن (لجنة معايير مهنة التمريض، 2005) والتي ركزت بدورها على تقديم الرعاية الصحية الأداية مع الأخذ بعين الاعتبار المنظور المعرفي والوجداني، ومع ما جاءت به منظمة حقوق الإنسان في دورتها الثالثة عشر عام 1995، والمؤتمرات العالمية في التأكيد على ضرورة تقديم الرعاية للمسنين وفقاً لاحتياجاتهم الناتجة عن ما يعتريهم من تغيرات مصاحبة للشيخوخة مما يتطلب تدخل مهني عالي الجودة لإشباع هذه الاحتياجات كحق لهم.

كما اتفقت مع آراء كل من (قطيشات وآخرون، 2002)، و (إبراهيم، 1997)، و (خضير، 2001)، (Murrier, 2001)، و (فهيم، 1984)، و (أسعد، 2003)، و (Ribbe, 1993)، و (العصفور وآخرون، 1999)، (Thomas & et al, 1985) في بعض أو معظم مهارات الرعاية الصحية الشاملة بشكل عام ومهارات الرعاية الصحية الأداية بشكل خاص.

واتفقت هذه الدراسة مع تجارب بعض الدول المتقدمة في رعاية المسنين مثل تجربة السويد لرعاية المسنين (حسين، 1992) في اعتبار أن غالبية المسنين من الفئات المعتمدة على الآخرين مما يتطلب التركيز على الخدمات التي تقدمها بيوت التمريض، ومع تجربة الولايات المتحدة بتنوع برامج رعاية المسنين لتشمل الرعاية الصحية المتطورة، وبرامج التغذية، وبرامج الرعاية الصحية طويلة الأمد لرعاية المسنين وتتضمن الخدمات الوقائية والتأهيلية للمسنين، ومع تجربة الاتحاد السوفييتي التي ركزت على المعالجة الوقائية للحالة الصحية للمسن والاستعمال المتسع للعلاج الطبيعي.

ويؤكد اتفاق هذه الدراسة مع الأدب النظري والدراسات السابقة دقة تحديد مجالات الرعاية الصحية الأدائية و صدقها، والمهارات الفرعية لها لتكون هي مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، وترى الباحثة أن جملة مهارات الرعاية الصحية الأدائية التي تتضمنها هذه الدراسة شاملة ومتكاملة وبالمقارنة مع الدراسات السابقة، فقد شملت هذه الدراسة مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة التي تتصل بعمل مقدمي الرعاية في دور المسنين أسوة بتجارب الدول المتقدمة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

ما درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة؟
للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ورتبة الكفاية بغرض تحديد درجة ممارسة العاملين في دور المسنين في الأردن لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة. يوضح (الجدول، 6) أن المتوسط الحسابي العام لمجالات مهارات الرعاية الصحية الأدائية السبعة هو (3.32)، ويقع هذا ضمن المستوى المتوسط الذي اعتمد في تصنيف المهارات كما توضح في الفصل الرابع، والذي اشتمل المهارات التي متوسطاتها الحسابية من (2.34-3.66) درجة، وهذا قد يؤكد بشكل عام أهمية إجراء الدراسة لتطوير وتنمية مهارات مقدمي الرعاية المهنية، أما الإنحراف المعياري العام للمجالات فبلغ (0.48) درجة، وهذا يشير إلى التشتت الطبيعي لدرجات ممارسة العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية، وأن العاملين في دور المسنين قد اتفقوا على المهارات التي يعرفونها بمستوى عال، وكذلك المهارات ذات المستوى المتوسط والمستوى المتدني الذين هم بحاجة إلى تطوير برنامج تدريبي لتنمية وتطوير أدائهم بها.

وبين الجدول ذاته أن أعلى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (3.69) درجة لمجال النظافة الشخصية، وهذا المتوسط يقع في المستوى المرتفع الذي اعتمد تصنيف المهارات، والذي اشتمل المهارات التي متوسطاتها الحسابية من (3.67-5) درجة، وقد يعزى ذلك إلى اعتقاد مقدمي الرعاية في دور المسنين بأن أداءهم لمهارات النظافة الشخصية يعني أنهم قاموا بتقديم رعاية متكاملة للمسن، فضلا عن أن المسؤولين في دور المسنين يقومون بتفقد أداء مقدمي الرعاية من خلال ملاحظتهم لنظافة المسن الظاهرة عليه، فإذا كان المسن نظيفا فهذا يعني لهم أن أداء العاملين جيد

وأهم قاموا بتقديم الرعاية الصحية الأداية الشاملة للمسنين بمستوى لائق، وهذا ما لمستته الباحثة على ارض الواقع، لذا يحرص مقدمو الرعاية بالتركيز على أداء مهارات النظافة الشخصية للمسنين بشكل رئيس وبمستوى عال من الأداء.

في حين أن ستة مجالات هي: مجال التغذية، ومجال إعطاء الأدوية، ومجال المعاينة الشاملة، ومجال التمريض المنزلي، ومجال حماية المسن من الحوادث والإصابات، ومجال الحركة البدنية للمسن، قد وقعت متوسطاتها الحسابية في المستوى المتوسط الذي اعتمد في تصنيف المهارات والذي اشتمل المهارات التي متوسطاتها الحسابية من (2.34-3.66)، ويمكن أن يعزى ذلك إلى ضعف تأهيل العاملين في دور المسنين أكاديميا، حيث وجد أن ما نسبته 34% فقط من العاملين يحملون درجة أكاديمية متخصصة في التمريض (ثانوي، دبلوم، بكالوريوس)، وما نسبته 66% منهم يحملون درجة أكاديمية عامة (أساسي، ثانوي، دبلوم) ولا يوجد لديهم أي

خلفية تمريضية للعناية بالمسنين، وسبب أنضمامهم للعمل في دور المسنين هو عدم قدرتهم في الحصول على عمل في مكان آخر، وليس رغبة في العمل بمجال رعاية المسنين، وقد يعزى أيضا لعدم وجود معايير عامة لمستوى الممارسة الفعلية في تقديم الرعاية للمسنين، فضلا عن عدم وجود وصف وظيفي للعاملين في دور المسنين، فكما لاحظت الباحثة يقوم العاملين في بعض دور الرعاية بأعمال التنظيف والطبخ وغيرها، مما يشكل خلط في دور العاملين في بيوت الرعاية في الأردن، وقد يعزى أيضا إلى زيادة أعداد المسنين الكبيرة في دور الرعاية وغير المتناسبة مع الأعداد والكوادر القائمة على رعايتهم، مما يشكل لديهم حاجزا للعمل على تطوير مهاراتهم، فضلا عن النقص الحاد في تنظيم الدورات التدريبية المتخصصة للعاملين، وأن كل ما يحظون به من متابعة فنية هي زيارات إشرافية متباعدة من المسؤولين في معظمهم لا يحملون مؤهلات متخصصة برعاية المسنين.

وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (حجازي، 2004) و (شويكة، 1994)، و(عبد الغفار، 2003)، و آراء (إبراهيم، 1997). على عدم كفاية الإعداد المهني للعاملين في دور المسنين وعلى تدني مستوى الرعاية الصحية التي يجدها المسن في الدار، وعدم كفاية التجهيزات والإمكانات المتوافرة في دور الرعاية. مجال النظافة الشخصية:

حصل هذا المجال على المرتبة الأولى من بين مجالات الدراسة، وحصل على متوسط حسابي يقدر ب(3,69)، إذ أدى العاملون (11) فقرة بدرجة عالية الأداء، و (5) فقرات في المستوى متوسط الأداء، و (2) فقرة في المستوى متدني الأداء في مجال النظافة الشخصية.

وأشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن الفقرة التي تتضمن (مساعدة المسن على الذهاب إلى دورة المياه) قد حازت على أعلى متوسط حسابي وذلك بسبب حاجة المسن الملحة والطارئة لقضاء حاجته، وعدم مساعدته في قضائها بالسرعة الممكنة قد يؤدي إلى أن يُخرج المسن على ملابسه مما يستدعي المزيد من ساعات العمل والجهد الإضافي من العامل لتنظيفه، أما الفقرة التي تتضمن مساعدة المسن على العناية بفمه وأسنانه فقد حصلت على أدنى متوسط حسابي، وقد يعزى ذلك إلى ما تسببه عملية تنظيف أسنان المسن من إزعاجات له بسبب ما يطرأ على لثة المسن من تغيرات فيسيولوجية مصاحبة لتقدم العمر، فضلاً عن عدم وضوح نتائج عمل مقدمي الرعاية سواء أقاموا بمساعدة المسن على تنظيف أسنانه أم لا. وأن المهارات الخمس في المستوى المتوسط تتعلق بتقديم العناية الخاصة بعيني المسن وقدميه وتدليك ظهره وفخذه لمنع التقرحات، وتهوية غرفة المسن وتطهيرها ومساعدة المسن على غسل يديه عند الضرورة، وأن

المهارتين في المستوى الضعيف تتعلق بمساعدة المسن على العناية بفمه وأسنانه وتزويد المسن بإرشادات حول النظافة الشخصية والتثقيف الصحي، ويعزى ذلك إلى عدم امتلاك معظم مقدمي الرعاية أصلاً لتخصص تمريض الشيخوخة فضلاً عن ندرة فرص التدريب التي تلقاها مقدمو الرعاية في دور المسنين والتي يمكن أن تلبي حاجاتهم المهنية، وفي هذا المستوى المتوسط المتدني تعبير حقيقي على أن أهم حقوق المسن كإنسان بتلقيه مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة والمتعلقة بنشاطات الحياة اليومية لا يمتلكها مقدمو الرعاية بالمستوى المطلوب، وبالتالي فإن مقدمي الرعاية يقومون بعملهم بشكل روتيني تقليدي لن يؤدي إلى تحقيق أهداف تقديم الرعاية الصحية الأدائية الشاملة المنشودة في ضوء التقدم العلمي الذي طرأ على شتى ميادين الصحة العامة ومنها رعاية المسنين وتجارب الدول العالمية التي لها السبق في رعاية المسنين. مجال التغذية:

حصل هذا المجال على المرتبة الثالثة من مجالات الدراسة، وحصل على متوسط حسابي يقدر ب(3,35)، حيث أدى العاملون (5) فقرات بدرجة عالية الأداء و (4) فقرات بدرجة متوسطة الأداء و (2) فقرة بدرجة متدنية الأداء.

و أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن الفقرة التي تتضمن (ملاحظة وجود صعوبة في مضغ الطعام لدى المسن والأخبار عنها) والفقرة التي تتضمن (مساعدة المسن على تناول طعامه بشكل منتظم) قد حازتا على أعلى متوسط حسابي وقد يعزى ذلك إلى طبيعة هاتين المهارتين واللتين تُعدان من الخبرات اليومية الروتينية المتكررة في عمل مقدمي الرعاية.

وأن الفقرات الأربع في المستوى المتوسط تتعلق بتزويد المسنين بإرشادات حول فوائد الغذاء الصحي، وتقديم وصفات الحمية العلاجية للمسن حسب حالته، وعدم مساعدة المسن في الحصول على الطعام غير المناسب لحالته، ومراقبة مدى رضا المسن عن الأطعمة المقدمة، وأن الفقرتين في المستوى الضعيف تتعلق بتزويد المسن بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية حسب حالته وتزويد زوار المسن بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية حسب الحالة، وقد يعزى ذلك لضعف تأهيل العاملين في دور المسنين وضعف مخزونهم المعرفي وخلفيتهم العلمية نتيجة لعدم تلقيهم تخصص التمريض المناسب لطبيعة عملهم، فضلا عن عدم حضورهم لدورات تدريبية تخصصية تزودهم بالمعلومات الضرورية وتعمل على تطوير مهاراتهم الأدائية وتنميتهم المهنية. إن عدم قدرة العاملين على تزويد المسنين وزوارهم بإرشادات عن التغذية هي نتيجة حتمية توضح مدى ضعفهم في أداء مهامهم الأساسية لرعاية المسنين.

مجال إعطاء الأدوية:

حصل هذا المجال على المرتبة السادسة من بين مجالات الدراسة، وحصل على متوسط حسابي يقدر ب(3,05)، إذ أدى العاملون (2) فقرة بدرجة عالية الأداء و (5) فقرات بدرجة متوسطة الأداء، و (2) فقرة بدرجة متدنية الأداء، وأشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن الفقرة التي تتضمن (إبعاد الأدوية عن أيدي المسنين) قد حازت على أعلى متوسط حسابي ويعزى ذلك إلى توفر معرفة عامة لدى العاملين بخطورة وجود الأدوية بين أيدي المسنين، فضلا عن الفطرة الإنسانية بالإحساس بمصادر الخطر وإبعادها.

أما الفقرة التي تتضمن (إعطاء المسن حقنة الأنسولين عند الضرورة) فقد حصلت على أدنى متوسط حسابي ويعزى ذلك إلى ضعف إعداد وتأهيل العاملين بدور المسنين، إذ إن أداء هذه المهارة يحتاج إلى إعداد أكاديمي متخصص والكثير من التدريب عالي المستوى في علوم التمريض ورعاية المسنين.

وأن المهارات الخمس في المستوى المتوسط تتعلق بإعطاء المسن الأدوية عن طريق الفم وإعطاء المسن قطرة العين ، وإعطاء الأدوية في الأوقات المحددة وملاحظة مضاعفات الأدوية التي قد تحدث للمسن، وعدم مساعدة المسن على شراء الأدوية من خارج الدار، وأن الفقرتين في المستوى الضعيف تتعلق بإعطاء حقنة الأنسولين عند الضرورة، وإعطاء الأدوية بالكميات المحددة ويعزى ذلك إلى أن مهارات إعطاء الأدوية من المهارات المهمة التي تتطلب إعدادا أكاديميا تخصصيا دقيقا في مجال دراسة التمريض، إذ أن مهارات إعطاء الأدوية تعتبر من المهام الأساسية في عمل الممرضة التي عليها أن تتقنها لما لها من مضاعفات و آثار سلبية على صحة الإنسان وحياته، فضلا عن ضرورة عقد الدورات التخصصية التدريبية للعاملين غير المؤهلين أكاديميا لأداء مهارات إعطاء الأدوية، في حين نجد أن 66% من العاملين في دور المسنين لم يحظوا بمثل هذا التأهيل الأكاديمي والدورات التدريبية وتمثل ذلك بضعف أدائهم لمهارات إعطاء الأدوية للمسنين. مجال المعاينة الشاملة:

حصل هذا المجال على المرتبة الرابعة من بين مجالات الدراسة، وحصل على متوسط حسابي يقدر بـ (3,34)، حيث أدى العاملون (6) فقرات بدرجة عالية الأداء، و (7) فقرات بدرجة متوسطة الأداء، و (2) فقرة بدرجة متدنية الأداء، و أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن الفقرة التي تتضمن (إخبار الطبيب في الوقت المناسب) قد حازت على أعلى متوسط حسابي، وقد يعزى ذلك إلى ضعف تأهيل العاملين وضعف قدرتهم على تقديم الرعاية المناسبة في الوقت المناسب للأزمات البسيطة التي قد تحدث للمسنين، مما يحفزهم بالإسراع بإخبار

الطبيب عن كل ما يحدث.

أما الفقرة التي تتضمن (عمل سجل تراكمي للملاحظات اليومية وتدوينها لكل مسن) فقد حصلت على أدنى متوسط حسابي ويعزى ذلك إلى عدم إلمام مقدمي الرعاية بأسس تدوين الملاحظات وتوثيقها وأهمية ذلك من توفير معلومات متكاملة كقاعدة بيانات لكل مسن عن التاريخ الصحي له لإمكانية علاجه ومساعدته في حال مرضه، وعدم معرفتهم بأهمية توفير هذه السجلات واستعمالها في الإحصاءات والأبحاث العلمية والتي يجب وضعها بين أيدي المسؤولين ومتخذي القرارات ليأخذوا أوضاع المسنين بعين الاعتبار بناءً على دلائل علمية ملموسة عند وضع قراراتهم.

وأن الفقرات السبع في المستوى المتوسط تتعلق بتوضيح وشرح ما يتم تقديمه من رعاية للمسنين، ومراقبة حركات المسن غير الطبيعية، وملاحظة وجه المسن، وتفقد بول المسن وبرازه وملاحظة عدم وجود تورم في الوجه والأيدي والأرجل، وملاحظة علامات الحمى والجفاف، وتفقد المسن أثناء نومه، والفقرتين في المستوى المتدني تتضمن المراجعة الدورية لملف المسن وتفقد وضعه الصحي وعمل سجل تراكمي للملاحظات اليومية وتدوينها لكل مسن ويعزى ذلك إلى عدم إلمام العاملين بالمعرفة التمريضية الكاملة بمهارات معاينة المسن الشاملة و إلى عدم تلقيهم دورات تدريبية متخصصة من قبل متخصصين بعلم التمريض بشكل عام وتمريض الشيخوخة بشكل خاص، فضلا عن عدم إدراك العاملين لأهمية أداء هذه المهارات بجودة عالية، لما لها من اثر كبير على سير الحالة الصحية للمسن واكتشاف الأمراض والأزمات في وقت مبكر ليسهل علاجها ويخفف مضاعفاتها على صحة المسن ونوعية حياته فيما بعد، علما بأن مهارات المعاينة الشاملة هي جزء أساسي في إعداد الممرضة المؤهلة للعمل في مختلف المستشفيات والمراكز الصحية ودور الرعاية الاجتماعية.

مجال التمريض المنزلي:

حصل هذا المجال على المرتبة السابعة والأخيرة من مجالات الدراسة، وحصل على أدنى متوسط حسابي يقدر بـ (2.90) درجة، حيث أدى العاملون (2) فقرة بدرجة عالية، و(6) فقرات بدرجة متوسطة و (3) فقرات بدرجة متدنية، وأشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن الفقرة التي تتضمن (استدعاء الطبيب في الوقت المناسب) قد حازت على أعلى متوسط حسابي، ويعزى ذلك إلى السبب ذاته الذي تم مناقشته في السؤال نفسه في مجال المعاينة الشاملة ، أما الفقرة التي تتضمن (قياس ضغط المريض) فقد حصلت على أدنى متوسط حسابي ويعزى ذلك إلى السبب ذاته الذي تم مناقشته في السؤال نفسه في مجال إعطاء الأدوية. وأن الفقرات الستة في المستوى المتوسط تتعلق بقياس النبض، والتنفس، وتقديم الإسعافات الأولية، واستخدام الكمادات، وغيار الجروح، وإتباع إجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية، أما الفقرات الثلاث في المستوى المتدني تتعلق بقياس درجة الحرارة وضغط الدم، وعمل مغاطس للمسّن، ويعزى ذلك إلى ضعف إعداد وتأهيل العاملين في دور المسنين، إذ أن مهارات التمريض المنزلي تتطلب إعدادا تخصصيا دقيقا في علوم التمريض والذي لم يحظَ به 66% من العاملين في دور المسنين، إذ إن ما يجب تقديمه من رعاية صحية للمسنين في دور الرعاية، ما هي في الواقع إلا ما تقوم به الممرضة (والتي تم إعدادها أكاديميا) من مهارات أثناء عملها في المراكز الصحية بأنواعها المختلفة.

مجال حماية المسن من الحوادث والإصابات:

حصل هذا المجال على المرتبة الثانية من مجالات الدراسة، وحصل على متوسط حسابي يقدر بـ (3.55) درجة، إذ أدى العاملون (4) فقرات بدرجة عالية الأداء، و (9) فقرات بدرجة متوسطة الأداء، و (2) فقرة بدرجة متدنية الأداء، وأشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن الفقرة التي تتضمن (إبعاد الأدوات الخطرة كالمسكين عن أيدي المسنين) قد حازت على أعلى متوسط حسابي وقد يعزى ذلك إلى الفطرة الإنسانية بالإحساس بمصادر الخطر والعمل على إبعادها.

وأن الفقرة التي تتضمن (استعمال طفايات الحريق عند الضرورة) قد حصلت على أدنى متوسط حسابي ويعزى ذلك إلى عدم وجود دورات تدريبية تخصصية على استعمال طفايات الحريق وبالتالي عدم معرفة العاملين بكيفية استعمالها عند الضرورة.

وأن الفقرات التسع في المستوى المتوسط تتعلق بمراقبة وصيانة الأجهزة اللازمة لمساعدة المسن، ومراقبة تنقل المسن في الدار، ومراقبة المسن أثناء تعامله مع الموقد والغاز، ووضع حواجز يركز عليها المسن، وعدم ترك المدافئ مشتعلة وعدم ترك المسن أثناء التدخين وحده، ومراقبة مدى التزامه بعدد السجائر المسموحة وعدم مساعدته في الحصول على السجائر من خارج الدار، وتوفير التهوية والإضاءة الطبيعية، وأن الفقرتين في المستوى المتدني تتعلق بتزويد المسن بتثقيف صحي عن مضار التدخين، واستعمال طفايات الحريق عند الضرورة، وقد يعزى ذلك إلى عدم إلمام مقدمي الرعاية بالتغيرات المصاحبة لكبر السن وما يترتب عليها من احتياجات ومشاكل تعيق سير حياة المسن العملية من حيث صعوبة التنقل والحركة وصعوبة استعمال أدوات المطبخ، وشراسة التدخين لقتل وقت الفراغ وغيرها، وقد يعزى أيضا إلى عدم تأهيل العاملين وتدريبهم في دورات تخصصية تركز فيها على مفهوم كبر السن والتغيرات المصاحبة لها، وما يترتب عليها من احتياجات، وكيفية إشباع هذه الاحتياجات، فضلا عن عدم تدريب العاملين على المهارات التي تحتاج تدريب تخصصي من قبل جهات آخر مثل الدفاع المدني.

مجال الحركة البدنية للمسن:

حصل هذا المجال على المرتبة الخامسة من مجالات الدراسة، بمتوسط حسابي مقداره (3.33) درجة، إذ أدى العاملون (8) فقرات بدرجة عالية و (4) فقرات بدرجة متوسطة الأداء، و (5) فقرات بدرجة متدنية الأداء، وأشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن الفقرة التي تتضمن (مساعدة المسن في الصعود والنزول من الدرج) قد حازت على أعلى متوسط حسابي وقد يعزى ذلك إلى طبيعة هذه المهارة إذ تكون ظاهرة للعيان وبالتالي وضوح نتائج أدائها أمام المشرفين.

و أن الفقرة التي تتضمن (تدريب المسن على إجراء تمرين التنفس العميق) قد حصلت على أدنى متوسط حسابي ويعزى ذلك إلى عدم معرفة العاملين بمهية التنفس العميق وفوائده وطريقة عمله بسبب عدم تأهيلهم وتدريبهم على مثل هذه المهارة.

وأن الفقرات الأربع في المستوى المتوسط تتعلق بتدريب المسن على الحركة من جانب لآخر على السرير، وتدريب المسن على تحريك أطرافه، ووضع جسم صلب لسند فقرات الظهر، وتغيير جلسة المسن بين الحين والآخر، وأن الفقرات الخمس في المستوى المتدني تتعلق بتدريب المسن على المهارات الحركية والتمارين الرياضية المناسبة لحالته، والبدء التدريجي لتدريب المسن على التمارين الرياضية، وتدريب المسن على إجراء التنفس العميق، ومتابعة مدى التزام المسن بأداء التمارين المحددة من قبل المعالج الطبيعي، ومراقبة إنتظام المسن في جلسات العلاج الطبيعي، ويعزى ذلك إلى عدم معرفة العاملين بالتغيرات المصاحبة لكبر السن وما يترتب عليه من احتياجات على العاملين أن يشبعوها، كما ويعزى إلى عدم إلمام العاملين بأسس وأهمية العلاج الوقائي والتأهيلي والعلاج التنفسي والعلاج الطبيعي التي تعمل في نفس الأهمية لوقاية المسن من المشاكل الصحية وتخفيف المضاعفات التي يتعرض لها المسن، فضلا عن عدم وجود دورات وبرامج تدريبية تعمل على تسليح العاملين بالمهارة والمعرفة اللازمة للقيام بهذه المهارات الوقائية والتأهيلية الهامة للحفاظ على نوعية حياة صحية جيدة للمسن.

لقد اتفقت نتائج المجالات السبع والتي تم مناقشتها سابقا مع دراسة (Dunn & et al.2000) في أهمية امتلاك مقدمي الرعاية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية بشكل خاص والمتضمنة القيام بالمهارات المتعلقة بنشاطات الحياة اليومية من مهارات النظافة الشخصية والتغذية وإعطاء الأدوية والمعاينة الشاملة، والحركة

البدينية وحماية المسن من الحوادث والإصابات.

واتفقت مع دراسة (Reynolds & et al, 2000)، ودراسة (Walters & et al, 2000)، في أهمية امتلاك العاملين في دور المسنين لنموذج تقييم لاحتياجات المسنين التي على مقدم الرعاية إشباعها، ويتضمن هذا النموذج مهارات نشاطات الحياة اليومية، والعناية بالمسن والنظافة الشخصية، وتقديم التغذية المناسبة ودعم حركة المسن، وإعطاء الأدوية، والمحافظة على المسن من الحوادث والإصابات وفتح طرق اتصال مع الآخرين.

واتفقت مع دراسة (Quinn & et al, 1999)، في أهمية امتلاك العاملين في دور المسنين لمهارات مساعدة المسن في الاستحمام والمحافظة على النظافة العامة والذهاب لدورة المياه، وتقديم الطعام وعمل غيار للجروح، والتنقل، وحمايتهم من الوقوع، والدقة في إعطاء الأدوية، وتقديم الإسعافات الأولية للأزمات الطارئة.

واتفقت مع دراسة (Davies & et al, 2000)، في أهمية تدريب وتأهيل العاملين على امتلاك مهارات الاتصال ومشاركة المسنين في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم، وتعزيز الخصوصية للمسن وتشجيعهم للقيام ببعض نشاطات الحياة اليومية بأنفسهم، والمساعدة بتقديم النظافة الشخصية وتغيير الملابس والحركة والتنقل والذهاب لدورة المياه في ضوء الاستقلالية.

واتفقت مع دراسة (Shimanouchi & et al, 2001)، في أهمية وجود نموذج لتقييم حالة المسن في دور الرعاية يتضمن الاحتياجات والمشاكل التي يتعرض لها المسنون مثل (طرق الاتصال والتواصل، تدهور الحواس، نشاطات الحياة اليومية والمتضمنة (حركة المسن في سريره، تنقل المسن وتحريكه، الذهاب لدورة المياه، غيار الجروح، تغيير الملابس، تنظيف الشعر والحمام)، مظاهر التدهور العقلي، الاكتئاب، الاعتزال، التغذية المتوازنة، صحة الفم والأسنان، صحة الجلد، التقرحات الجلدية، النوم، إعطاء الأدوية، الصحة التنفسية، العلاج الطبيعي، إسعاف حالات الحمى والدوخة وغيوبة السكري وتوقف القلب والرئتين، والتي تعتبر بدورها مهام على مقدم الرعاية أن يتقنها لدعم نوعية حياة أفضل للمسنين.

واتفقت مع دراسة (Fagerstrom,1998)، في اعتبار أن ما قد يواجه المسن من تغيرات حتمية وما يترتب عليها من احتياجات ومشاكل ما هي إلا رسالة معاناة يبعث بها المسنون إلى مقدمي الرعاية لحثهم على تطوير مهاراتهم ومهماتهم في تقديم الرعاية الصحية الأداية الشاملة لإشباع احتياجات المسنين بمستوى عال، إذ أن احتياجات ومشاكل المسنين تترجم إلى مهارات ومهمات لمقدمي الرعاية.

واتفقت مع دراسة (Dungan & et al, 1996)، في أهمية امتلاك وممارسة العاملين في دور المسنين لمهارات تمارين العلاج الطبيعي والتمارين الرياضية المناسبة لحالة المسن والبدء التدريجي بها بأوقات منتظمة لما لها

من أثر ايجابي على تدعيم الصحة العقلية والجسمية للمسنين.

واتفقت مع دراسة (Poole & Rowat, 1994)، في أن المهارات الواجب على مقدمي الرعاية أن يمتلكوها تتمثل بدعم الصحة الجسدية من خلال الحركة وتنقل المسن وغيار الجروح و إعطاء الأدوية والتغذية المتوازنة والتواصل الاجتماعي.

واتفقت مع دراسة (Essen, 1991)، في اعتبار أن أهم الكفايات الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين هي القدرة على إعطاء الحقن، وتحضير الأدوات الضرورية للمهارة، ومعرفة متى نستدعي الطبيب والقدرة على إعطاء الأدوية بمختلف الطرق، والقدرة على القيام بالمعاينة الشاملة للمسن.

واتفقت مع دراسة (السلطان، 2003) في أهمية امتلاك العاملين لمهارات الرعاية الصحية، إذ خلصت نتيجة الدراسة إلى أن الخدمات الصحية تأتي في مقدمة الخدمات المطلوبة والمرغوبة لدى كبار السن.

واتفقت مع دراسة (برهوم، 1993) على أن الخدمات المقدمة في دور المسنين تتضمن الخدمات الصحية وتشمل الفحوصات الطبية وتقديم الخدمات العلاجية والعلاج الطبيعي، وخدمات دورية يومية وتشمل الاهتمام بأمور النظافة ونظافة الملابس وتقديم الطعام.

مناقشة النتائج المتعلقة السؤال الثالث:

هل تختلف درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة وفقا لمتغيرات:

أولاً: الجنس

ثانياً: المؤهل العلمي

ثالثاً: سنوات الخبرة

أولاً: الجنس:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي كما في (الجدول، 15)، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ في درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة للمجالات ككل تعزى لمتغير الجنس، إذ بلغ مستوى الدلالة (0.13) ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن كل من العاملين والعاملات يعملون في بيئات متشابهة، ويتأثرون بالعوامل نفسها، ويطلب منهم التقيد بسياسات مراكز الرعاية المختلفة كل مركز حسب سياساته دون أي مبادرات ذاتية للتطوير المهني في التخصص، إلا أن نتائج التحليل الإحصائي قد أظهرت فروق عند مستوى الدلالة $(\alpha = 0.05)$ لدرجة امتلاك العاملين والعاملات للمهارات المتعلقة بجانب التغذية حيث بلغ مستوى الدلالة (0.04) ولصالح العاملات الإناث، ويمكن النظر إلى هذه النتيجة الفرعية على أنها طبيعية وحتمية إذ إن المهارات المتعلقة بجانب تغذية المسن وما تحتاجه من صبر وحلم ومراعاة ولطف هي في الحقيقة من طبيعة الأنثى، فلا بد وأن تكون لدى العاملات الإناث أعلى مما هي لدى العاملين الذكور، علماً بأن هذه النتيجة الرقمية كانت ضعيفة التأثير على النتيجة العامة لمتغير الجنس.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة (القدومي، 1991) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير

الجنس في درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة.

وتعارضت مع دراسة (Poole & Rowat، 1994) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس

في درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية لصالح الذكور إذ أنهم يميلون لتثمين تقديم الرعاية

البدنية والأداء الفني في رعاية المسنين.

ثانياً: المؤهل العلمي:

أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي كما في (الجدول، 17)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة للمجالات السبعة ككل تعزى لمتغير المؤهل العلمي، إذ بلغ مستوى الدلالة (0.00)، كما وأظهرت نتائج التباين الأحادي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لدرجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية لكل مجال من المجالات السبعة، ويعزى ذلك إلى عدم توفر تخصصات في تمرريض الشيخوخة على مستوى كليات المجتمع والجامعات، إذ أن رعاية المسنين فن وعلم متخصص يحتاج إلى دراسة تخصصية في علم تمرريض الشيخوخة، وأن المهام والمهارات الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين ما هي في الواقع إلا جزء أساسي وحيوي من الإعداد الأكاديمي والعلمي للممرضة المؤهلة لرعاية المسنين. ولدى إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية للمجالات السبعة ككل، تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأثر متغير المؤهل العلمي في درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية بين حملة (درجة أساسي) وحملة (درجة ثانوي ودبلوم وبكالوريوس تمرريض) ولصالح حملة درجة (ثانوي ودبلوم وبكالوريوس تمرريض)، وبين حملة (درجة ثانوي عام) وحملة درجة (ثانوي ودبلوم وبكالوريوس تمرريض) ولصالح حملة (ثانوي ودبلوم وبكالوريوس تمرريض) وبين حملة (ثانوي تمرريض) وحملة (أساسي وثنانوي عام) ولصالح حملة (ثانوي تمرريض) وبين حملة (دبلوم تمرريض) وحملة (أساسي وثنانوي عام) ولصالح حملة (دبلوم تمرريض)، وبين حملة (بكالوريوس تمرريض) وحملة (أساسي وثنانوي ودبلوم عام) ولصالح حملة (بكالوريوس تمرريض)، وتوضح هذه النتيجة إلى أن أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية من حملة تخصص التمريض بدرجاته المختلفة أفضل من أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية من حملة الدرجات الأكاديمية العامة، وتُعد هذه النتيجة طبيعية وحتمية إذ إن درجة أداء العاملين المؤهلين بتخصص التمريض لا بد وأن يكون أفضل بكثير من العاملين بدون هذا التخصص، وذلك بسبب أن إعداد العاملين بتخصص التمريض يتضمن تأهيلهم وتدريبهم على أداء مهارات الرعاية الصحية على مستوى عال مما يؤكد على ضرورة وجود خلفية ترميضية لدى العاملين كشرط للقبول بالعمل في دور المسنين.

واتفقت نتائج هذه الدراسة مع توجهات منظمة تمريض الشيخوخة الكندية (Bonnie& et al , 1996) على أن مبدأ تقديم الرعاية للمسنين يجب أن يكون وفقا لمجالات الممارسة التمريضية الشاملة. ومع ما ورد في تقرير جمعية المسنين البريطانية حيث ركز التقرير على أهمية امتلاك مقدمي الرعاية لمهارات الرعاية الصحية الأولية الشاملة وتدريبهم عليها (British Geriatrics Society, 2003).

كما وافقت نتائج هذه الدراسة مع آراء (العصفور وآخرون، 1999)، و (Murrier,2001)، و (Ribbe, 1993)، و (Thomas &et al, 2002)، في أهمية امتلاك العاملين لمهارات الرعاية الصحية الشاملة بشكل عام ومهارات الرعاية الصحية الأدائية بشكل خاص وتدريبهم عليها.

واتفقت مع دراسة (Hyun, 2005)، في اعتبار أن الرعاية في دور المسنين هي رعاية تمريضية شاملة ومتقدمة، وفي أهمية امتلاك العاملين في دور المسنين للمهارات التمريضية العلاجية والوقائية والتأهيلية اللازمة.

واتفقت مع دراسة (Heuiahn, 2004)، في اعتبار أن احتياجات المسنين التي تنتج عن التغيرات المصاحبة لكبر السن من تدهور بيولوجي وعقلي ونفسي بتفرعاتها المتشعبة ما هي في الواقع إلا عبارة عن مهام ومهارات على مقدم الرعاية أن يتدرب عليها ويتقنها.

واتفقت مع دراسة (Cheah & Moon, 1993)، في اعتبار أن العمل في دور رعاية المسنين يتطلب تحضيرا أكاديميا متخصصا في علم التمريض، وذلك لأن ما يقوم به العاملون في دور المسنين ما هو في الواقع إلا المهام والتي يجب على الممرضة أن تقوم بها في مختلف أماكن عملها.

واتفقت مع دراسة (Laitinen, 1994)، في أن مهنة التمريض تهدف إلى مساعدة الإنسان والعائلة والمجتمع للمحافظة على صحته وعلاجه في حالة مرضه ومنع أو تخفيف المضاعفات التي قد تؤثر على حياته، ويتحقق ذلك من خلال التعريف باحتياجات المسن والقدرة على إشباع هذه الاحتياجات، وحقائق الأمر الذي أشارت إليه الدراسة إلى أن الممرضة المؤهلة هي الأقدر على تمييز وفهم هذه الاحتياجات وإشباعها، وهي الأقدر على التفاعل ومواجهة التحدي الناتج عن التقدم العلمي بمجال الصحة العامة.

ثالثاً: سنوات الخبرة

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي كما في (الجدول، 20)، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha = 0.05$) في درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة تعزى لمتغير سنوات الخبرة إذ بلغ مستوى الدلالة (0.22)، وتشير هذه النتيجة إلى عدم تلقي العاملين في دور المسنين أي نوع من التدريب خلال عملهم الوظيفي يلبي احتياجاتهم الحقيقية في تقديم مهارات الرعاية الصحية الأداية، وبذلك لم ترتق خبراتهم ومهاراتهم في العمل، و أن عدد سنوات الخدمة بالنسبة لهم هي تكرر للخبرات والمهارات التي بدأوا العمل بها كمقدمي رعاية دون أي تطوير أو تحسين فيها، مع احتمالية تناقصها إذا لم يتم تنشيطها وتحفيزها باستمرار، حيث إن روح المبادرة تفقد بمرور الزمن بفعل الروتين، وقد تشير إلى ضعف كفاية برامج الإشراف من المسؤولين في وزارة التنمية في تحقيق النمو المهني للعاملين واكتفائهم بالزيارات الإشرافية المتباعدة التي تنتهي دون تقديم المساعدة الحقيقية لرفع مستوى أداء مقدمي الرعاية في دور المسنين، وقد يضاف إلى ذلك رغبات أرباب العمل في معظم المراكز الخاصة بعدم تطوير أداء العاملين وتدريبهم، وإصرارهم على عدم وعي العاملين بحقوقهم وواجباتهم وما يدور حولهم، وذلك لإبقائهم في الخدمة لساعات طويلة ومضنية برواتب متدنية، والاستفادة منهم في عدة أدوار آخر، إذ أن مقدم الرعاية يقوم بدور عامل النظافة والطباخ والحارس وأعمال السكرتارية في آن واحد.

وتؤكد هذه النتيجة أهمية تدريب العاملين في دور المسنين تدريباً حقيقياً مخططاً له مبنياً على الاحتياجات الوظيفية لهم للارتقاء بمستوى مهاراتهم وأدائهم الوظيفي.

ملاحظة: طُبق البرنامج التدريبي المقترح على العاملين في دار الضيافة لرعاية المسنين بغض النظر عن سنوات الخبرة والجنس والمؤهل العلمي، وذلك بسبب صغر حجم العينة الذي قد يساعد على ظهور الأخطاء الإحصائية، ويعزى صغر حجم العينة لرفض أرباب العمل تطبيق البرنامج التدريبي المقترح على العاملين في دور الرعاية التابعة لهم.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

ما مكونات البرنامج التدريبي المقترح لتطوير مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين؟

أظهرت نتائج الدراسة المتعلقة بالسؤال الرابع كما ورد في الفصل الرابع أن (58) مهارة من مجموع المهارات البالغ عددها (96) مهارة هي ضمن البرنامج التدريبي وهي موزعة على المجالات السبعة، إذ جاءت هذه المهارات ضمن المستويين المتوسط والمتدني وفق التصنيف الذي اعتمد في هذه الدراسة لتصنيف المهارات، وعدّ هذان المستويان في درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداية لا يليان متطلبات رعاية المسنين، لذا فإن المهارات التي وردت ضمنهما هي بمثابة الاحتياجات التدريبية للعاملين في دور المسنين، والتي تبنى عليها سائر مكونات وعناصر البرنامج التدريبي، وجاءت هذه الدراسة متفقة مع آراء كل من (أسعد، 2003)، و(حسين، 1992)، و(العصفور وآخرون، 1999)، و(شريم، 1998)، و(Bonnie 1996) & et al, و(خضير، 2001) في إبراز أهمية تدريب العاملين على المهارات اللازمة لرعاية المسنين، والضعف بأدائها يعتبر حاجة تدريبية للعاملين يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار.

واتفقت مع تجارب البرامج العالمية لرعاية المسنين (NCDFs، 1999)، و(Nyahsa، 2000)، و(Melendez & et al، 2001) في إبراز أهمية تدريب العاملين حسب الحاجة (أي في المهارات التي أظهر العاملون ضعفاً في أدائها، أو في حالة وجود التقنيات الحديثة في رعاية المسنين والتي تحتاج لتدريب العاملين عليها).

وحتى يحقق البرنامج التدريبي التنمية المهنية للعاملين في دور المسنين لا بد أن يخطط له بدقة، إذ يتضمن جميع المكونات اللازمة لتطبيقه، وقد تم عرض هذه المكونات بالتفصيل في الفصل الرابع واشتملت على ما يلي:

مقدمة

الأساس النظري للبرنامج التدريبي المقترح

تحديد الحاجات التدريبية للمتدربين

الأهداف الخاصة بالبرنامج التدريبي المقترح

الأهداف التعليمية التعلمية للبرنامج

محتوى البرنامج (الموضوعات الفرعية موزعة على الساعات التدريبية)

الطرق والأنشطة والوسائل التعليمية والتدريبية

الخطة التنفيذية للبرنامج وتتضمن:

مكان تنفيذ البرنامج

مدة البرنامج

إدارة البرنامج

المدرسين

المتدربين

تقويم البرنامج التدريبي

وقد أعد دليل تعليمي مكون من ثلاث وحدات رئيسة غطت مجال التمريض المنزلي الوارد في الدراسة، ويعتبر محتوى البرنامج محور عمل مقدمي الرعاية في دور المسنين، ومن الضروري أن تتضمن برامج إعداد العاملين في دور المسنين وتدريبهم على هذا المحتوى.

واتفقت هذه النتائج مع افكار (kemp, 1990)، و(Bevis, 1992)، و(الحيله،1999)، و(الطعاني، 2002) في شمولية بناء وتصميم البرامج التدريبية ومع (جرادات، 1983)؛ و(الجادري، 2002)؛ و(أبو مغلي، 1997)؛ و(الطويسى، 2003)، في إبراز أهمية الأهداف التعليمية وأساليب التدريس عند بناء البرامج التدريبية. ومع (عبد الهادي، 2000)؛ و(سلامة، 1995)؛ و(جامل،2001)، في إبراز أهمية تقويم البرامج التعليمية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

ما فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية أداء مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين؟

تشير نتائج التحليل الإحصائي في (الجدول، 26)، إلى تفوق عينة الدراسة في الأداء البعدي عنه في القبلي، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في متوسط درجات أداء المهارات بين الملاحظة القبلية والبعدية تعزى لأثر البرنامج التدريبي، وترى الباحثة أن ذلك يعود إلى: معرفة المتدرب بالأهداف المتوقع إنجازها بعد دراسة كل وحدة من وحدات الدليل التعليمي يوجه انتباه المتدرب ويوفر له دراسة منظمة.

أن تقسيم المادة العلمية على مقاطع صغيرة وطرح الفكرة على شكل سؤال لاستثارة فكر المتدرب وتنشيط اهتمامه، أدى إلى تأثير تعليمي ايجابي وزاد من رغبة المتدرب بتعلم المادة العلمية. عرض المادة العملية أمام الطلبة مباشرة والطلب من أحد المتدربين المتميزين بعرض المهارة أمام زملائه أدى إلى خلق روح المبادرة والدافعية عند المتدربين.

استعمال أنشطة متنوعة ومجسمات ورسومات توضيحية وأفلام متلفزة وفر للمتدرب أكبر قدر من المدركات الحسية، مما أدى إلى تشجيعه وإقدامه على التعلم فضلا عن تعزيز المادة العلمية. أن حل فقرات الاختبار الذاتي للوحدات التدريبية للبرنامج المقترح، وفر للمتدرب فرصة واسعة للإفادة من التغذية الراجعة بصورة أنية ومباشرة كما أن هذه الاختبارات جعلت المتدرب يشعر بالسرور والرغبة في حلها.

وفر البرنامج فرصا للتعاون بين المتدربين أنفسهم في أثناء عملية التعلم، وتعزيز الثقة بالنفس هذا كله كان له اثر زيادة فاعلية التعلم

دور الباحثة وزميلاتها في شرح تعليمات البرنامج التدريبي المقترح، وطرح الأسئلة ورجوع المتدرب إلى الباحثة عند مواجهة أية صعوبة في فهم المادة التعليمية له أثر كبير في حل المشكلات والمعوقات التعليمية. واتفقت هذه النتائج مع آراء (Biddington & et al, 1999)، (Glass & et al, 1999) في

أهمية تدريب وتأهيل العاملين الذي يؤدي بدوره لرفع كفاءتهم وتطوير معارفهم وخبراتهم في تقديم الرعاية التمريضية للمسنين، مما يعمل على زيادة الإقبال والدافعية والحماس للعمل مع كبار السن.

التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة توصي الباحثة بما يأتي:

تطوير أداء العاملين في دور المسنين عن طريق تحديث مناهج وبرامج ونظم التعليم والتدريب المستمر، للعمل على تهيئة العاملين في دور المسنين سلوكا وتعلّما وتدريباً، ورفع كفاءتهم، وحفزهم على تحمل مسؤولياتهم كاملة في سبل رعاية المسنين، بما ينسجم مع المضامين الحقيقية لاحتياجات المسنين ومشاكلهم، مع الاستعانة بالخبرات العربية والأجنبية والتكنولوجيا الحديثة لإعداد العاملين الأكفاء، وذلك من خلال تصميم وتنظيم دورات وبرامج تدريبية مهنية لإكساب العاملين في دور المسنين الخبرة والمهارة اللازمة لاستعمال الأجهزة والمعدات الطبية المستحدثة لرعاية المسنين رعاية شاملة لكل مجالات الرعاية الوقائية والعلاجية، مما يترتب عليه وضع سياسات لإعداد وتدريب الكوادر العاملة القائمة على رعاية المسنين.

اعتماد البرنامج التدريبي المقترح من قبل وزارة التنمية الاجتماعية لتدريب العاملين في دور المسنين في الأردن، ولتحقيق التنمية المهنية لهم في ضوء توجهات المنظمات العالمية لرعاية الشيخوخة وتجارب الدول المتقدمة، و مما يدعم ذلك تفوق المتدربين في القياس البعدي على القياس القبلي بنسبة تحسن تقدر بحوالي 16.6%.

تزويد العاملين في دور المسنين بقائمة مهارات الرعاية الصحية التي تم حصرها في هذه الدراسة، للاستفادة منها في تقييم أدائهم ذاتياً، واعتبارها وصفاً وظيفياً لما يجب أن يقوموا بعمله في دور الرعاية. التحقق من طبيعة الأوضاع القائمة داخل الدور فيما يتعلق بنوعية الخدمات ودرجة ازدحام المسنين فيها نسبة إلى إعداد العاملين ومستوى أداء مهارات الرعاية الصحية داخلها، مع إجراء مراجعة شاملة للأسس والمعايير التي تقوم عليها الرعاية المؤسسية لكبار السن وأساليب توفيرها عن طريق تحديد فلسفة وأهداف دور المسنين وتطوير مفهوم تجهيزها وتحديث أساليب العمل بها، مع توفير الإشراف الفني المستمر على مؤسسات دور الرعاية والاستفادة من مهارات الرعاية الصحية التي تم حصرها في هذه الدراسة في تطوير تقارير الإشراف المستخدمة من قبل وزارة التنمية الاجتماعية في تقييم أداء العاملين، لتوجيه أنظار وزارة التنمية الاجتماعية بالتركيز على قضايا تحسين كفاءة فعالية الخدمات الرعائية.

مراعاة تكوين اتجاهات ايجابية لدى أفراد المجتمع نحو الرغبة بالعمل في مجال رعاية المسنين وذلك بتضمين المناهج المدرسية بموضوعات دراسية خاصة بمفهوم الشيخوخة واحتياجاتها، لأن ذلك قد يحفز الفرد لاختيار مجال رعاية المسنين مهنة مستقبلية له ليستعد لها بالدراسة التخصصية والتدريب المناسب.

إدخال علوم المسنين في المساقات الدراسية لكليات الطب والتمريض والخدمة الاجتماعية، واستحداث تخصص دقيق في دراسات علم الشيخوخة مثل تمريض الشيخوخة.

دعم البحث العلمي في مجالات رعاية المسنين لتكون حافزا قويا لمساعدة واضعي السياسات العامة على اتخاذ قرار ذي أبعاد اجتماعية واقتصادية وسياسية تتعلق بما يجب أن تكون عليه دور رعاية المسنين أسوة بتجارب الدول المتقدمة ليرتفع بها في النهاية إلى مستوى المسؤولية بجانب غيرها من المهن الإنسانية.

التعاون والتنسيق بين وزارة التنمية الاجتماعية ووزارة الصحة ووزارة العمل والجامعات الأردنية وقطاعات سوق العمل لتدريب العاملين ، ورفع مستوى مهاراتهم العملية الأدائية في تخصص رعاية المسنين وتنظيم ملفات البحث والمناقشة حول الموضوعات المهمة في مجال رعاية المسنين، على أن يعطى العامل شهادة معتمدة لحضوره التدريب العملي الأدائي.

تدبير الطرق والوسائل وتحسين ظروف العمل والرواتب التي يمكن عن طريقها اجتذاب أخصائيين في تمريض الشيخوخة بمستوى عال من الكفاءة والمهارة والرغبة في الالتزام بالعمل على تقديم الرعاية الصحية المثلى للمسنين.

الحصول على تخصص في علم التمريض هو شرط أساسي للقبول في العمل في دور المسنين.

إجراء المزيد من الدراسات وبناء البرامج التدريبية في ضوء الواقع الحالي و التوجهات العالمية لتحديد مهارات الرعاية الصحية المعرفية والوجدانية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن.

اعتماد قائمة المهارات الأدائية في برامج إعداد وتدريب العاملين في دور المسنين.

تصميم وتنظيم البرامج التدريبية لمجالات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة والتي لم يتضمنها البرنامج التدريبي في هذه الدراسة مثل مجال التغذية، مجال إعطاء الأدوية، مجال المعاينة الشاملة، مجال حماية المسن من الحوادث والإصابات، مجال الحركة البدنية للمسن.

المراجع

المراجع العربية

- أبا الحيل، راشد محمد (1991). الشيخوخة ومراكز العناية بالمسنين في العالم: نموذج مركز اجتماعي صحي للمسنين في المملكة العربية السعودية: مطابع الشريف.
- إبراهيم، سيد سلامة (1997). رعاية المسنين: قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة، الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
- ابن فارس (1991). معجم مقاييس اللغة، الطبعة الأولى بيروت: دار الجيل.
- أبو غزالة، هيفاء (1988). مشكلات التكيف لدى كبار السن، رسالة المعلم، 59(5)، 22-32.
- أبو زيد، أحمد (1975). مقدمة عن الشيخوخة، عالم الفكر، المجلد السادس، العدد الثالث.
- أبو مغلي، سميح وآخرون (1997). قواعد التدريس في الجامعة، دليل عمل لأعضاء هيئة التدريس في الجامعات ومؤسسات التعليم العالي، الطبعة الأولى عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- أبو ناعمة، هانية (1985). تحديد مشكلات المسنين في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، عمان: الجامعة الأردنية.
- أحمد، علي فؤاد (1991). الأبعاد الاجتماعية لرعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية.
- إدارة التدريب والتطوير (2000). مبادئ الإسعافات الأولية، السعودية: جمعية الهلال الأحمر السعودي.
- الإدارة العامة للمعاهد والكليات الصحية (2002). تذكرة تهيئة صحة المجتمع، السعودية: المعهد الصحي للبنين.
- أسعد، يوسف ميخائيل (2000). رعاية الشيخوخة القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- إسماعيل، عزت سيد (1984). التغيرات السيكولوجية المصاحبة للشيخوخة، الطبعة الأولى الكويت: دار القلم .
- أنيس ، فهمي (1982). السينما والمسرح والشيخوخة، مصر: دار المعارف.

الأوزملي، أحمد (1992). الشيخوخة: دراسات اجتماعية بيولوجية فيسولوجية ، القاهرة: دار الشرق الأوسط.
باركر، ستانلي (تعريب) سلامة، ممدوحة محمد (1988). العمل والتقاعد، القاهرة: الهيئة المصرية العامة
للكتاب.

باول، دوغلاس (تعريب) نابلسي، هالة (2001). تسع خرافات عن الشيخوخة، السعودية: مكتبة العبيكان.
برهوم، محمد (1993). أوضاع المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة، الأمم المتحدة: اللجنة الاقتصادية
والاجتماعية لغربي آسيا (الأسكوا).

البشير، هيفاء (1989). المشاكل التي تواجه السادة كبار السن في المجتمع الأردني "الحلقة الدراسية نحو غد
أفضل للسادة كبار السن" عمان: الإتحاد العام للجمعيات الخيرية بالتعاون مع الجامعة الأردنية.
البطارسة، منيرة عيسى (2005). بناء برنامج تدريبي قائم على كفايات الاقتصاد المعرفي للتنمية المهنية
لمعلمات الاقتصاد المنزلي، رسالة دكتوراة غير منشورة عمان: جامعة عمان العربية.
جابر، سميح أحمد (2001). تدريب وإعداد مدربي التدريب المهني، الطبعة الأولى طرابلس: المركز العربي
للتدريب المهني وإعداد المدربين.

جاد الله، فوزي (1985). الصحة العامة والرعاية الصحية، مصر: دار المعارف.

الجادري، عدنان (2003). الإحصاء الوصفي في العلوم التربوية، الطبعة الأولى عمان: دار المسنين للنشر
والتوزيع والطباعة.

الجادري، عدنان (2002). طرائق وأساليب تدريس التربية المهنية، محاضرات ألقيت على طلبة الدكتوراه /
أساليب تدريس التربية المهنية، جامعة عمان العربية.

جامل، عبد الرحمن (2001). الكفايات التعليمية في القياس والتقويم، الطبعة الثانية عمان: دار المناهج.
جامل، عبد الرحمن (2001). الكفايات التعليمية واكتسابها بالتعليم الذاتي، الطبعة الثانية عمان: دار
المناهج.

جامعة القدس المفتوحة (1994). برنامج البيت والتنمية الأسرية - الإسعافات الأولية والسلامة في المنزل،
عمان: منشورات جامعة القدس المفتوحة.

جرادات، عزت وآخرون (1984). التدريس الفعّال، عمان: مطابع دار الأوقاف الأردنية.

الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة. (2002). تقرير الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، إسبانيا: مدريد، من 8-12 أبريل.

جوهر، عادل مرسي (1980). دراسة المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب رعايتهم اجتماعيا بالمؤسسات، رسالة ماجستير، القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية.

الجوهري، عبد الهادي (2002). علم الاجتماع والرعاية الاجتماعية، الطبعة الأولى، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية.

حتوت، حسان ومحمد، عبد الحافظ (1997). معجم الطب، الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم الطبي.

حجازي، عزت (2004). كبار السن في مصر: مسح بالعينة لنزلاء دور المسنين، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

حجازي، أحمد توفيق (2003). موسوعة العناية بالصحة والشيخوخة، عمان: دار أسامة.

حسين، مدحت فؤاد فتوح (1992). تنظيم مجتمع المسنين، حلوان: الطبعة التجارية الحديثة.

الحيلة، محمد محمود (1998). التربية المهنية وأساليب تدريسها، الطبعة الأولى عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الحيلة، محمد محمود (1999). التصميم التعليمي : نظرية وممارسة، الطبعة الأولى عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

خضير، محمد توفيق (2001). مبادئ في الصحة والسلامة العامة، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

خطاب، محمد عبد المنعم (1981). كفاءة التدريب وفاعليته. الأسس العملية والمداخل الإجرائية، ورقة عمل منشورة مقدمة إلى ندوة تخطيط البرامج التدريبية، الرياض: معهد الإدارة العامة.

الخطابية، ماجد محمد وبني حمد، علي (2002). التربية العملية: الأسس النظرية وتطبيقاتها، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الخطيب، عبد الله (1989). الاتجاهات والجهود الدولية والإقليمية والوطنية نحو السادة كبار السن، "ورقة عمل مقدمة إلى الحلقة الدراسية نحو غد أفضل للسادة كبار السن، عمان: الإتحاد العام للجمعيات الخيرية بالتعاون مع الجامعة الأردنية.

- الخطيب، عماد الدين (1987). مبادئ في التمريض، عمان: الأردن.
- خليفة، إبراهيم محمد (1990). علم الشيخوخة الاجتماعي وانعكاساته على تعليم الكبار، مجلة التربية (1)4، 67-54.
- الخولي، سناء (1992). الأسرة و المجتمع، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية .
- دائرة الإحصاءات العامة (2005). الكتاب الإحصائي السنوي، عمان: دائرة الإحصاءات العامة.
- الدسوقي، كمال (1974). علم الأمراض النفسية والتصنيفات والأعراض، بيروت: دار النهضة العربية.
- درة، عبد الباري والصباغ، زهير (1986). إدارة القوى البشرية، عمان: دار الندوة للنشر والتوزيع.
- درة، عبد الباري وبلقيس، احمد ومرعي، توفيق (1988)، الحقائق التدريبية، الطبعة الأولى، منظمة الأقطار العربية المصدرة للبتزل، معهد النفط العربي للتدريب، بيروت: الدار العربية.
- درة، عبد الباري (1991). التدريب: مفهومه ومدخل نظمي، رسالة المعلم، العددان الأول والثاني، المجلد الثاني و الثلاثون، حزيران (1991)، عمان: وزارة التربية والتعليم
- دوجيجر، كريستوف (تعريب) هالة، فؤاد (2001). تقنيات مقاومة الشيخوخة، بيروت: لبنان.
- الدوسوري، صالح جاسم (1985). الاتجاهات العلمية في تخطيط برامج التوجيه والإرشاد، رسالة الخليج العربي، مكتبة التربية الغربي لدول الخليج العربي، الرياض، المجلد الخامس، العدد الخامس عشر.
- الرأي، أيار (2002). نحو شيخوخة سعيدة، عدد 11563، عمان: الأردن.
- الرأي، أيلول (2002). دارات سمير شما: قرية ريفية لإيواء كبار السن بمواصفات عالمية، عدد 11680، عمان: الأردن.
- ربيع، محمد شحاتة (1988). أثر السن على الوظائف النفسية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- رمضان، فائزة سعد الدين (1985). تحديد مشكلات المسنين في الأردن وجه النظر الرسمية. مركز اليونسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية، عمان: الأردن
- الزمخشري (1972). أساس البلاغة، بيروت: دار الفكر.
- زهران، حامد عبد السلام (1985). التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة عالم الكتب.
- الزيّات، لطيفة (1986). الشيخوخة وقصص أخرى، القاهرة: دار المستقبل العربي.
- زيادات، عامل (1993). الصحة في الأردن، عمان: المكتبة الوطنية/ لجنة تاريخ عمان.
- زيتون، عايش محمود، أساسيات الإحصاء الوصفي، عمان: دار عمار للنشر والتوزيع.

السباسي، هيفاء (1983). أثر أسلوب الرعاية في مشكلات التكيف والشخصية لدى كبار السن في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، عمان: الجامعة الأردنية.

السجستاني، أبو حاتم وعطا، مصطفى (1997). كتاب المعمرين، بيروت: مؤسسة المعارف للطباعة.

سعادة، يوسف جعفر (1993). التدريب: أهميته والحاجة إليه، أمهاته، تحديد احتياجاته، بناء برامجه والتقويم المناسب له، الطبعة الأولى، القاهرة: الدار الشرقية.

سعيد، صالح عودة (1994). إدارة الأفراد، طرابلس: الجامعة المفتوحة.

السرطان، عبد الله ناصر (2000). رعاية المسنين في الإسلام، القاهرة: الأزهر.

سليمان، عبد الله محمود (1999). نحو تصور إجرائي لبرنامج علم النفس الإرشادي في المدرسة، الشؤون الاجتماعية، السنة السادسة عشر، العدد 62.

سلامة، صبحي خميس (1995). أساليب التقويم في التربية المهنية، ورقة عمل مقدمة إلى الحلقة الإقليمية لرفع كفايات مشرفي ومعلمي التربية المهنية في مرحلة التعليم الأساسي، عمان: الأردن.

سلامة، ممدوحة محمد (1985). الإرشاد النفسي: منظور نمائي، جمهورية مصر العربية: مطبوعات جامعة الزقازيق.

السلطان، علي بن محمد وطالب، إبراهيم بن عمر (2003). المتقاعدون في المملكة العربية السعودية، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.

السيد، فؤاد البهي (1975). الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دمشق: دار الفكر العربي.

شريم، محمد بشير (1992). الشيخوخة: أسباب- تطور- جوانب، عمان: الإتحاد العام للجمعيات الخيرية.

شريم، محمد بشير (1998). الشيخوخة تعريفها وأمراضها، عمان: مؤسسة البلسم للنشر والتوزيع.

الشلبي، فاهوم (1999). بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة: واقع وآفاق مستقبلية، رام الله: معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية.

شلش، صبحي عمران (2000). مؤسسة الإسعافات الأولية في السلم والحرب، الطبعة الأولى عمان: مؤسسة المجلس العربي للعلوم والطب والتكنولوجيا.

الشرييني، لطفي (1997). الشيخوخة / دليل المسنين إلى أسرار الشباب الدائم. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر و النشر و التوزيع.

شرودر، ستيفن ترجمة عطار، احمد (1993) . طب الشيخوخة و المريض المسن، سوريا : دار القلم العربي بحلب

الشيشاني، أحمد موسى (2005). أمراض نقص الحركة ودور النشاط البدني في الوقاية والعلاج، محاضرات القيت في الجامعة الهاشمية.

الشوا، سائدة فريد محمد (1995). العلاقة بين أسلوب رعاية المسنين ومستوى الإكتئاب عندهم، رسالة ماجستير غير منشورة، عمان: الجامعة الأردنية

شوق، محمود ومحمود، محمد (2001). معلم القرن الحادي والعشرين، القاهرة: دار الفكر العربي.

شويكة، منى محمد (1994). دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين: دراسة مطبقة على المسنين في جدة، رسالة دكتوراه غير منشورة، الرياض: كلية الخدمة الاجتماعية للبنات.

الصاوي، محمد حسن (1977). دراسة للحاجات النفسية للمتقاعدين من رجال التربية والتعليم، رسالة ماجستير، القاهرة: جامعة عين شمس.

صبورة، محمد صادق (2000). المسنون بين الصحة والمرض، كيف نزيد حلاوة سنوات النضج، الطبعة الأولى القاهرة: دار الشروق.

الصحاب، خالد (1989). نظرة مستقبلية حول رعاية المسنين في خصائصهم النفسية، عمان: ندوة الأسرة المتغيرة في الشرق الأوسط.

صيداوي، أحمد (1989). التعليم الإتيقاني، المنامة، المؤتمر التربوي الخامس.

الطعاني، حسن أحمد (2002). التدريب: مفهومة وفعالياته، بناء البرامج التدريبية وتقويمها، الطبعة الأولى عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الطعيقات، هاني سليمان (2001). حقوق فئات ذات أوضاع خاصة، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الطويسي، أحمد (2003). أساسيات في التربية المهنية، الطبعة الأولى عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

طنطاوي، محمود (1989). التربية وأثرها في رفع المستوى الصحي. الكويت، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

عبد الحميد، عبد المحسن (1987). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين في الوطن العربي: النظرية والممارسة، القاهرة: مكتبة نهضة الشرق.

عبد السلام، حسن (1952). نحن المعمرين، القاهرة: دار المعارف.

عبد الغفار، أحلام (2003). رعاية المسنين، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

عبد العال، سيد والعرقان، محسن (1996). تقييم أندية المسنين، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية / قسم رعاية المسنين.

عطا الله، كوكب (1998). وضع المرأة المسنة في المجتمع الأردني المتغير، رسالة ماجستير غير منشورة، عمان: الجامعة الأردنية.

عبد الهادي، نبيل (2000). المدخل إلى القياس والتقييم التربوي، الطبعة الأولى عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

العصفور، خلف وحميدان، جميل و الزيرة، فهمية (1999). التخطيط الاجتماعي الرصد وتلبية احتياجات كبار السن، الطبعة الأولى المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية.

العصفور، خلف وحميدان، جميل والزيرة، فهمية (1992). رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة (قضايا واتجاهات)، المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية.

العصفور، خلف وحميدان، جميل و الزيرة، فهمية (1999). قضايا المسنين بين متطلبات العصر ومسؤوليات المجتمع، الطبعة الأولى المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية.

العصفور، خلف وحميدان، جميل والزيرة فهمية (1999). كبار السن عطاء بلا حدود، الطبعة الأولى المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية.

العكروش، لبنى جودة (1999). مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني/ مقارنة سوسولوجية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، بيروت: الجامعة اللبنانية.

العكل، محمد (2004). كبار السن: التغيرات، الأعراض الوقاية، العلاج، القاهرة: دار الهلال.

عودة، أحمد (1993). القياس والتقييم في العملية التربوية، الطبعة الثانية عمان: دار الأمل للنشر والتوزيع.

عيسوي، عبد الرحمن (1995). سيكولوجية الشيخوخة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

الغروي، رشيقة (1993). أوضاع المسنين في سوريا، القاهرة: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، بالتعاون مع الأمم المتحدة.

الغزاوي، جلال الدين (1988). دراسة سوسولوجية حول ظاهرة الشيخوخة ودور الخدمة الاجتماعية، الكويت: حولية كلية الآداب التاسعة.

الفاعوري، خليل (1989). دور صندوق المعونة الوطنية في تأمين مستقبل أفضل للسادة كبار السن في الأردن، ورقة عمل مقدمة إلى الحلقة الدراسية الخيرية، بالتعاون مع الجامعة الأردنية.

الفتلاوي، سهيله محسن (2003). كفايات التدريس، المفهوم، التدريب، الأداء، الطبعة الأولى، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الفخرالرازي (1981). التفسير الكبير، بيروت: دار الفكر.

فهيمي، محمد سيد (1984). رعاية المسنين اجتماعيا، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

فهيمي، محمد سيد (1996). مدخل إلى الرعاية الاجتماعية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

فهيمي، محمد سيد وفهيمي، نورهان (1999). الرعاية الاجتماعية للمسنين، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

الفيروز أبادي (1987). القاموس المحيط، بيروت: مؤسسة الرسالة.

القاضي، دلال وعبد الله، سهيلة والبياتي، محمود (2004). الإحصاء، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

القاضي، مشعل سعود (1998). دور التدريب المهني في إعداد القوى العاملة، الطبعة الأولى عمان: مكتبة مدبولي.

قدومي، خولة (1991). مشكلات المسنين في الأردن في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن: جامعة اليرموك.

قطوم، ربحي (1982). ورقة عمل حول إيجاد إستراتيجية عربية للمسنين، عمان وزارة التنمية الاجتماعية.

قطيشات، تالا والبياري، نهلة وأبازة، إبراهيم ونزال، شذى (2002). مبادئ في الصحة العامة، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

قناوي، هدى (1988). اتجاهات المسنين نحو رعايتهم النفسية والاجتماعية وعلاقتها بتوافقهم النفسي، القاهرة: المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر لكلية الطب.

الكيلاي، يوسف عبد الله زيد (1993). الشيخوخة والصحة، الكويت: ذات السلال.

كمب جيرولد (1990). تصميم البرامج التعليمية: ترجمة كاظم أحمد خيرى، القاهرة: دار النهضة العربية (الكتاب الأصلي منشور عام 1985).

لجنة معايير مهنة التمريض (2005). معايير مهنة التمريض في الأردن، عمان: الجامعة الأردنية / كلية التمريض.

اللقاني، أحمد حسين (1984). " حول تحديث طرق وأساليب تعليم الكبار"، مجلة التربية المستمرة، العدد الثامن، يونيو، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، البحرين.

ماضي، سحر (2002). التغيير في الأدوار الاجتماعية لكبيرات السن في مدينة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، عمان: الجامعة الأردنية.

محافظة، وجيه (1993). مشكلات المسنين في دور الرعاية في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن: جامعة اليرموك.

محمود، أسامي (1993). لا للشيخوخة المبكرة، القاهرة الدار المصرية.

محمود، حلمي حسين (1990). الرياضة للمسنين، قطر، حولية كلية التربية.

مسعود، سامي والريماوي، أحمد شكري (1997). مقدمة في علم الإحصاء الوصفي والتحليلي، عمان: دار حنين.

مصباح، عبد الهادي (1994). شباب بلا شيخوخة، القاهرة: دار الأمين.

المصري، منذر واصف (1982). الإشراف على برامج التدريب العملي مكتب اليونسكو الإقليمي في الدول العربية، عمان: الأردن.

مصطفى، أحمد (1988). الطريقة الأدائية، عمان: مؤسسة التدريب المهني.

مرعي، توفيق ومصطفى، شريف (1996). التربية العملية، الطبعة الأولى عمان: دار الفكر للطباعة، والنشر والتوزيع.

مرعي، توفيق والحيلة، محمد (1998). تفريد التعليم، الطبعة الأولى عمان: منشورات جامعة القدس المفتوحة.

مرعي، توفيق (2003). شرح الكفايات التعليمية، الطبعة الأولى عمان: دار الفرقان للنشر والتوزيع.

مرعي، توفيق والحيلة، محمد (2002). طرائق التدريس العامة، الطبعة الأولى عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة

منظمة حقوق الإنسان (1995). الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لكبار السن، الدورة الثالثة عشر، جامعة منيسوتا.

ملاوي، حسن (1984). مبادئ الإسعاف الأولي، عمان: دار عمار لنشر والتوزيع.

مناصفي، زهير (1986). الشيخوخة من الاندماج إلى العزلة، دراسات عربية، 22(6)، 106-114.

منشورات جامعة القدس المفتوحة (1994). برنامج البيت/ التنمية الأسرية/ الإسعافات الأولية والسلامة في المنزل، عمان: جامعة القدس المفتوحة.

منصور، طلعت (1987). دراسة في الاتجاهات النفسية نحو المسنين لدى بعض الفئات العمرية في المجتمع الكويتي باستخدام الأمثال الشعبية الكويتية، الكويت: مجلة العلوم الاجتماعية.

منظمة الصحة العالمية (2000). تعليم التمريض في إقليم الشرق الأوسط، دلائل إرشادية للاتجاهات المستقبلية، القاهرة: سلسلة المنشورات رقم 26.

منظمة الصحة العالمية (1999). الوسائل التنظيمية للتدريب على التمريض وممارسته، تلبية احتياجات الرعاية الصحية الأولية. القاهرة: سلسلة التقارير رقم 738.

نصر الله، علي (1994). أسس تخطيط وتنظيم عملية التعليم والتدريب المهني، طرابلس: منظمة العمل العربية، المركز العربي للتدريب المهني وإعداد المدرسين.

الهاشمي، عبد الحميد (1986). التوجيه والإرشاد: الصحة النفسية الوقائية، جدة: دار الشروق.

الهاشمي، عبد الحميد (1980). علم النفس التكويني: أسسه وتطبيقاته من الولادة إلى الشيخوخة، القاهرة: مكتبة الخانجي.

الهوري، نوال عبد الرحمن، وآخرون (2005). تقرير لجنة التطوير الأدائي دار الضيافة للمسنين، عمان: وزارة التنمية الاجتماعية.

الهيئة العليا لحقوق الإنسان (1998). حقوق الإنسان في تونس: خيارات وإنجازات، تونس: الهيئة العليا لحقوق الإنسان والحريات الأساسية.

وزارة التربية والتعليم (1993). دليل المهارات الأساسية لتدريب المعلمين، عمان: الأردن.

الوخيان، نهار علي (2001). حواء في دار المسنين، عمان: دائرة المطبوعات والنشر.

يوسف، عبد التواب (1999). المسنون وبيع العمر الجميل، الطبعة الأولى، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية للنشر.

Algera, M (2003). Home Care Needs Of Patients With Long- Term Condition: Literature Review, Journal Of Advanced Nursing, (46), 4, PP: 417-429

American Nurses Association (1987). Standards Of Scope Of Gerontological Nursing Practice, Kansas City, Mo: Auther.

American Geriatrics Society Core Writing Group (2005). Caring For Older Americans the Future Of Geriatric Medicine, Journal Of American Geriatrics Society,(53), PP: 245-256.

American Association Of Colleges Of Nursing (1998). Essentials Of Baccalaureate Education For Professional Nursing Practice, Washington D.C.

American Association Of Homes And Services For The Aging (2000). Lessons Learned In The Staffing Shortage Trenches, Currents Journal, (15), 6, PP:1-9.

Alison, M (1987). Geriatric Nursing, 3rd Edition, Philadelphia, Hong Kong.

Anne, Mc (1993). Community Health Nursing: Primary Health Care In Practice, 2nd Edition, Churchill Living Stone.

Atwa, A And Caldwell, K (2005). Older People: The Enigma Of Satisfaction Surveys, Australian Occupational Therapy Journal, (52), PP: 10-16.

Australian Aged Care Nursing Association (2005). A Critical Review Of Education, Training, Recruitment And Retention In Residential And Community Setting, www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Austagedcare/4.Htm

Barry, J (1980). Counselling The Aging, Personal And Guidance Journal, (59), 2, Pp: 122-124.

Bassett, C (2002). Nurses Perceptions Of Care And Caring, International Journal Of Nursing Practice, (8), PP: 8-15.

Bass, D; Noelker, L; Mccarthy, C (1999). The Influence Of Formal And Informal Helpers In Primary Care Giver's Perceptions Of Quality Of Care, Journal Of Applied Gerontology, (18), 2, PP: 177-200

Bechingham, A and Dugas, B (1993). Promoting Healthy Aging: A Nursing And Community Perspective, Toronto, On: Mosby.

Biddington, M; TARRIER, R, Peterson, E; Prazil, F (1999). Continuing Education And Professional Development .

www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Austagedcare14.Htm

British Geriatrics Society (2003). Standards Of Medical Care For Older People, Expectation And Recommendation, British Geriatrics Society, London.

Bevis, E (1992). Curriculum Building In Nursing Process, 3rd Edition, National League Of Nursing, New York.

Boggatz, T and Dassen, T (2005). Aging Care Dependency, And Care Of Older People In Egypt: Areview Of The Literature, International Journal Of Older People Nursing Association With Journal Of Clinical Nursing, (14), PP: 56-63.

Bonnie, H; Wells, C; Doyon, J; Cosway, S (1996). The Canadian Gerontological Nursing Association Standards Of Practice. The Canadian Gerontolog Nursing Association.

www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Austagedcare14.Htm

Brangman, S (2004). Caring For Our Older: Multicultural Experiences With Nursing Home Placement, *American Geriatrics Society Journal*, (52), PP: 1391-1392.

British Geriatrics Society (2002). Standards Of Care For Specialist Services For Older People, British Geriatrics Society, London.

Canadian Gerontological Nursing Association (1993). Gerontological Nursing Standards Draft, CGNA Newsletter, Insert.

Charlus, D; God Love, C; Sutcliffe, C (2000). Dependency In Older People Recently Admitted To Care Homes, *Age And Aging Journal*, (29), PP: 255-260.

Cheah, Y and Moon, G (1993). Specialism In Nursing: The Case Of Nursing Care For Olderly People, *Journal Of Advanced Nursing*, (18), PP: 1610-1616.

College Of Nurses of Ontario (1990). Standards of Nursing Practice, Toronto, ON: Author. Cooper, S and Goleman, P (2001). Caring For Older Person: An Exploration Of Perceptions Using Personal Construct Theory, *Age And Aging Journal*, (30), PP: 399-402.

Corr, D and Corr, C (1990). *Nursing Care in An Aging Society*, New York.

Courtney, M; Tong, S; Walsh, a (2000). Acute – Care Nurses Attitude Towards Older Patients: A Literature Review, *International Journal Of Nursing Practice*, (6), PP: 62-69.

Clark, M (1988). Services For Elderly People By The Year 2000: Education And Training Issues, *Journal Of Advanced Nursing*, (13), PP: 416-424.

Davies, L (1981). **Three Score Years and Then? A Study of the Nutrition and Well-Being Of Elderly People At Home**, London Heinemann Medical.

Davies, S;Ellis,L;Laker,S (2000). **Promoting Autonomy And Independence For Older People Within Nursing Practice: An Observation Study**, *Journal Of Clinical Nursing* (9), PP: 127-136.

Degeest, S (2002). **Nursing Care Quality Initiative For Hospitalized Elders And Their Families: A Demonstration And Quality Improvement Model Of Nursing Care**, *Journal Of Applied Nursing Research*,. (15), 1, PP: 48-51.

De Wit, S (1994). **Nursing Skills For Clinical Practice**, 4th Edition, Philadelphia: WB Sawnders Company.

Dellasega, C (1994). **Nursing Process: Teaching Elderly Clients**, *Journal Of Gerontological Nursing*, PP: 31-37.

Department, Of Health and Human Services Administration on Aging (2005). **Home Health Hospice And Elder Care**.

www.Mmhs.Com/Clinical/Adult/English/Homehealth/Elder.Htm.

Department Of Health (2001). **The National Service Frame Work for Older People**, London: Her Majesty's Stationery Office.

Dogan, H and Deger, M (2004). **Nursing Care Of Elderly People At Home And Ethical Implications: An Experience From Istambul**, *Nursing Ethics Journal*, (11), 6, PP: 553-565.

Douglas, B and Muran, S (2000). **The Graying Work Force Public Risk**, (14), 4, PP: 22-24.

- Douglas, C and Conaway, D (1988). *Geriatrics*, John Wiley: New York.
- Douglas, J (2000). *Integrated Disability Management: An Employer's Guide*, Brook Field, Wis Consin: International Foundation Of Employee Benefits.
- Dunn, S; Lawson, D; Robertson, S; Underwood, M; Clark, R; Valentine, T (2000). The Development Of Competency Standars Of Specialist Critical Care Nurses, *Journal Of Advanced Nursing*, (31), 2, PP: 339-346.
- Dungan, J; Brown, A, Mildred,A (1996). Health Maintenance For The Independent Frail Older Adult: Can It Improve Physical And Mintal Well-Being? *Journal Of Advanced Nursing*, (23), PP: 1185-1193.
- Ellis, J (1999). Nursing Care Of Older People: A Personal Construct Theory Perspective, *Journal Of Advanced Nursing*, (29), 1, PP: 160-168.
- Expert Group in Health Care Of Older People (2002). *Adding Life To Years*, Report, Scotland.
- Essen, L and Sjoden, P (1991). The Importance Of Nurse Caring Behaviors As Perceived By Swedish Hospital Patients And Nursing Staff, *International Journal Of Nursing Studies*, (28), 3, PP: 267-281.
- Fagerstrom, L (1999). The Patients Perceived Caring Need: Measuring the Unmeasrable, *International Journal of Nursing Practice*, (5), PP: 199-208.
- Fagerstrom, L; Eriksson, B (1998). The Patient's Perceived Caring Needs As Amessage Of Suffering, *Journal Of Advanced Nursing*, (28), 5, PP: 978-987.
- Forbes, K (1999). Hope An Essential Human Need In The Elderly, *Journal Of Georutological Nursing* (20), 6, Pp: 194-196.
- Ford, P; McCormak, B (1999). Betermining Older Peoples Need For Registered Nursing In Continuing Health Care: The Contribution Of The Royal College Of

Nursing Older People Assessment Tool, Journal Of Clinical Nursing, (8), PP: 731-741.

Glass, C; Todd, M; Timms, E; Ford, D (1999). The Learning Need of Aged Care Nurses.

www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Austagedcare/4.Htm.

Godfrey, M (2000). Prevention: Developing A Frame Work For Conceptualizing And Evaluating Outcomes Of Preventive Services For Older People, Health And

Social Care In The Community,(9), 2, PP: 89-99.

Gowley, S (2000). Ataxonomy Of Need Assessment Elicited From Amultiple Case Study Of Community Nursing Education And Practice, Journal Of Advanced Nursing, (31), PP: 988-996.

Gubrium, J; Holstein, J (1999). The Nursing Home as Discursive Anchor for the Aging Body, Aging and Society Journal, (19), PP: 260-266.

Hannan, S and Norman, I (2001). Care Work Quality of Care for Older People: A Review Of the Research Literature, Journal of Clinical Gerontology, (11), PP: 189-203.

Hancock, K; Chang, E; Chenoweth, L; Clarke, M; Carroll, a (2002). Nursing Needs of a Cultly Ill Older People Journal of Advanced Nursing, (4), 5, PP: 507-516.

Hall, B; Wells, C; Doyon, J; Martyn, B, Cosway, S (1996). The Canadian Gerontological Nursing Association Standars of Practice, Standars Task Force.

www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Austagedcare/4.Htm.

Harris, P (1987). Leader Ship and Quality of Patient Care in Nursing Homes: A Path-Goal Model of Leader-Ship, Doctoral Dissertation, Case Western, Reserve University.

Helen, L (1987). *Teaching Process, Theory And Practice In Nursing*, Prentice Hall, USA.

Hellstron, G; Person, G; Hallberg, I (2003). *Quality Of Life And Symptoms Among Older People Living At Home*, *Journal Of Advanced Nursing*, (48), 6, PP: 584-593.

Hendel, T; Kidron, D (2000). *Staff Nurses Role In Long-Term Care Hospitals In Israel: Nurses Perspective*, (6), PP: 324-332

Henton, F; Hays, B; Walker, S; Awood, J (2002). *Determinats Of Medicare Home Health Care Service Use Among Medicare Recipients*, *Journal Of Nursing Research*, (51), 6, PP: 355-362.

Heuiahn, Y and Kim, M (2004). *Health Care Needs Of Elderly In A Rural Community In Korea*, *Public Health Nursing Journal*, (21), 2, Pp: 153-161.

Hillan, E (1993). *Nursing Dementing Elderly People: Ethical Issues*, *Journal Of Advanced Nursing*, (18), PP: 1889-1894. Hillan, E (1993). *Nurses Attitudes Older People: A Comparison Between Nurses Working In A Cute Medical And A Cute Care Of Elderly Patient Settings*, *Journal Of Advanced Nursing*, (20), PP: 605-612.

Hwan, K; Kyun, Y (2004). *Health Care for Older Persons: A Country Profile-Korea*, *American Geriatrics Society*, (52), 1, PP: 1199-1204.

Hweidi, M and Al Hassan, M (2005). *Jordanians Nurses Altitudes toward Older Patient in a Cute Care Sitting*, *Journal of International Council of Nurses*, (52), PP: 225-232.

Hyun, S (2005). *Older People Willingness To Use Home Care Nursing Services*, *Journal Of Advanced Nursing*, (51), 2, PP: 166-173.

Jacinthe, I (1992). *Family Caring And Caring In Nursing*, *Journal Of Nursing Scholarship*, (24), 2., Pp: 223-227.

James, D and Manney, J (1975). *Aging in American Society, an Examination of Concepts and Issues*, Mictigan: A Nnarbor.

Janforum, M (1988). *Services for Elderly People by the Year 2000: Education and Training Issues*, *Journal Of Advanced Nursing*, (13), PP: 416-424.

Janice, D and Grist (2002). *Mexican American Elders Use Of Skilled Home Care Nursing Services*, *Journal Of Public Health Nursing*, (19),5, PP: 366-376.

Johansson, P and Oleni, M (2002). *Patient Satisfaction With Nursing Care In The Contex Of Health Care: A Literature Study*, *Nordic College Of Caring Science, Scand J Caring Sci*, (7), PP: 337-345.

Kaufman, a (1980). *Social Policy And Long Term Care Of The Aged In Social Work*, *Journal Of National Association Of Social Workers*, (25), 2, Pp: 36-44.

Kemp, J (1990). *The Instructional Design Process*, Happer and Row Publishers, New York.

Killinger, L (2001). *Integrated Care Of Older Patient, Topics In Clinical Chiro Practice Journal*, (8), PP: 46-54.

Kurki, P and Heikkinen, R (1994). *Two Approaches to the Study of Experience Of Health And Old Age: The Thematic Interview And The Narrative Method*, *Journal Of Advanced Nursing*, (20), PP: 418-421.

Krispin, K (2000). *Working Into the Golden Years, Safty and Health Journal*, (162), 5, PP: 36-41.

Knowles, M (2002). *The Adult Learner: Aneglected Species*, 3rd Edition, Houston, TX: Gulf Publishing Company.

Kozier, B (2000). *Techniques in Clinical Nursing*, 6th Edition, California: Addison-Wesley Publishing Company.

- Kozier, B (2004). *Fundamentals of Nursing*, 7th Edition, Prentice Hall.
- Laitinen, P (1994). *Elderly Patients and Their Informal Care Givers Perceptions of Care Given: The Study-Control Ward Design*, *Journal Of Advanced Nursing*, (20), PP: 71-76.
- Lee, T and Mezey, M (2001). *Factor;S Influencing Long Term Home Care Utilization By The Older Population: Implications For Targeting*, *Journal Of Public Health Nursing*, (18), 6, PP: 443-449.
- Leeu Wen, R (2004). *Nursing Competencies for Spiritual Care*, *Journal of Advanced Nursing*, (48), 3, PP: 234-246.
- Macdonald, M & Remus, G (1994). *The Link between Housing and Health in the Elderly*, *Journal Of Gerontological Nursing*, July, PP: 5-11.
- Maclenan, J (1986). *Geriatric Nursing*, 3rd Edition, Philadelphia, Hong Kong.
- Mahasneh, S (2003). *Survey Of Health Of Elderly In Jordan*, Jeddah: Nursing Program, Dar Al Hekma College, P.O. Box 34801
- Mager, R (1984). *Preparing Instructional Objectives*, 3rd Edition, Blemont, CA, Publishers Inc. USA
- Martin, M (2002). *An Evaluation of Needs in Elderly Continuing-Care Setting*, *International Psychog/ Geriatrics*, (14), 4, PP: 379-388.
- Mckinlay, A; Cowan, S (2003). *Student Nurses Altitudes Towards Working With Older Patients*, *Journal Of Advanced Nursing*, (43), 3, PP: 298-309.
- Margino, M (2000). *The Aging Employee: Impaction Occupational Health*, *AAOHN Journal*, (48),7, Pp: 349-357.
- Mckinna, N; Conners, F (1999). *An Interdisciplinary Approach To Education And Training*.

www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Instagedcare/4.Yhm.

Melendez, E and Suarez, C (2001). Opening College Doors For Disadvantaged His Panics: An Assessment Of Effective Programs And Practice, Paper Presented At The Work Force Investment Institute Conference, Phoenix, Z, January 24-27.

Murray, R and Zentner, J (2001). Health Promotion Strategies through the Life Span, Upper Saddle River, New Jersey: Practice Hall.

Merrie, L and Healy (2001). Management Strategies for an Aging Work Force, Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, (79), 11, Pp: 202-209.

Mehrotra, C (1996). Enhancing Of Aging through Faculty Development Educational Gerontology, Age and Aging Journal, (22), 1, Pp: 235-239.

Mcclellan, W; Moore, S; Presley, R (2003). The Quality of Care For Elderly Georgians: Crisis Or Challenge? A Perspective on National and Regional Quality of Care Profiles, Georgia Medical Care Foundation. Email: Bmcclell@Gmcf.Org.

New York Association of Homes and Services for Aging - NYAHS - (2000). The Staffing Crisis In New York Continuing Care System, Albany, NY: New York Association Of Homes And Serviced For The Aging.

North Carolina Division of Facility Services "NCDFS" (1999). Comparing State Efforts to Address the Recruitment and Retention of Nurse Aide and Other Paraprofessional Aid Workers, North Carolina Division of Facility Services.

Norman, R and Henderson, M (2003). Aging: An Overview, Journal Of Dermatologic Therapy, (16), 2, Pp: 1225-1232.

Paley, G; Sith, L, M (2004). Aged Care Staff Perspectives on Oral Care for Residents: Western Australia, The Gerodontology Association, Gerodontology, (21), PP: 149-154.

Peltola, P and Saaristo, K (2004). Oral Health and Treatment Needs of The Long-Term Hospitalized Elderly, The Gerodontology Association, Gerodontology, (21), PP: 93-99.

Poole, G and Rowat, K (1994). Elderly Clients Perceptions of Caring Of a Home-Care Nurse, Journal of Advanced Nursing, (20), PP: 422-429.

Pepin, J (1992). Family Caring and Caring In Nursing, Journal of Nursing Scholarship, (24), 2, PP: 127-131.

Quinn, M; Johnson, M, Andress, E; Ramesh, M (1999). Health Characteristics Of Elderly Personal Care Home Residents, Journal Of Advanced Nursing, (30), 2, PP: 410-417.

Reed, J; Charlotte, C (1999). Nursing Older People: Constructing Need and Care. Nursing Inquiry Journal, (6), PP: 208-215.

Reed, J; Robbins, I (1991). Models of Nursing: Their Relevance to the Care of Elderly People, Journal of Advanced Nursing, (16), PP: 1350-1357.

Reynolds, T, Thornicroft, G, Abas, M, Woods, B (2000). Camberwell Assessment Of Need For The Elderly, British Journal Of Psychiatry, (176), PP: 444-452.

Ribbe, M (1993). Care Of The Elderly, The Role Of The Nursing Home In The Butch Health Care System, International Psychogeriatrics Journal, (5), 2, PP: 213-222.

Robinson, A; Street, A (2003). Improving Networks Between Acute Care Nurses And Aged Care Assessment Team, Journal Of Clinical Nursing, (13), PP: 486-496.

Robert, C; Fried, E (1966). Comparative Political Institution, N.Y; Macmillan.

Rothera, I ; Jones, R; Harwood, R (2003). Health Status And Assessed Need For A

Cohort Of Older People Admitted To Nursing And Residential Homes, Aged And Aging Journal, (32), PP: 303-309.

Routasalo, P (1996). No-Necessary Touch in the Nursing Care Of Elderly People, Journal of Advanced Nursing, (23), PP: 904-911.

Sarah, B and Forbes, T (1994). Hope: An Essential Human Need In the Elderly, Journal of Gerontological Nursing, (20), 6, PP: 5-11.

Schroll, M (2003). Physical Activity In An Aging Population, Journal Of Medicine And Science In Sports, (13), PP: 63-69.

Shimanouchi, S; Uchida, E; Kami, T; Sasaki, a (2001). Development of an Assessment Sheet for Home Care, International Journal of Nursing Practice, (7), PP: 140-145.

Staff Members of the Community Health Nursing Department (1994). Community Health Nursing, Faculty Of Nursing, University Of Alexandria.

Stanhope, L (1992). Community Health Nursing, 3rd Edition, Mosby.

Sally, B; Hardin, R (1994). Extended Care and Nursing Home Staff Attitudes toward Restraints, Journal of Gerontological Nursing, PP: 23-33.

Sharwood, S (1975). Long Term Care, a Hand Book For Research, Planners, N.Y, Spectrum Puplication.

Sitzman, K (2003). Working With Older Employees, Nursing Outlook Journal, (49), 5, Pp: 203-209.

Smeltzer, S and Bare, B (2000). Medical Surgical Nursing, 9th Edition, Philadelphia: Lipincott Company.

Suliman, W and Nabulise, M (1990). Behavioural Check List of Nursing Skills, Amman: University Of Jordan.

- Smeltzer, S and Bare, B (1987). *Medical – Surgical Nursing*, 7th Edition, Mosby.
- Smith, S; Duell, D (1992). *Clinical Skills*, 3rd Edition, New York: Appleton and Lange Company.
- Storrs, a (1987). *Geriatric Nursing*, 3rd Edition, British Library Cataloguing, London.
- Solomon, C (1999). Elder- Care Issues Shake The Work Place, *Work Force Journal*, (78), 10, PP: 58-67.
- Thomas, L (1985). *Learning To Care For Elderly People*, Hodder and Stoughton, London.
- Trojan, L; Yonge, O (1993). Developing Trusting, Caring Relationship: Home Care Nurses and Elderly Clients, *Journal Of Advanced Nursing*, (18), PP: 1903-1910.
- Taylor, C and Lillis, P (2001). *Fundamentals of Nursing, the Art and Science of Nursing Care*, 4th Edition, Lippincott Company.
- Vetter, N (2002). Needs, Supply And Demand For Health Care By Elderly People In The NHS, *Clinical Gerontology Journal*, (12), Pp: 163-169.
- Wade, S (1999). Promoting Quality of Care for Older People Developing Positive Attitude to Working with Older People, *Journal of Nursing Management*, (7), PP: 339-347.
- Waltaers,K; Life, S; Seetai, S; Orrill, M (2000). Assessing Needs from Patients, Care and Professional Perspectives: The Camber Well Assessment of Need for Elderly People in Primary Care, *Age and Aging Journal*, (29). PP: 505-510.
- Weman, K (2003). Older People Living In Nursing Homes Or Other Community Care Facilities: Registered Nurses Views Of Their Working Situation And Co-Operation With Family Members, *Journal Of Clinical Nursing*, (13), PP: 617-626.
- Whetstone, W and Reid, J (1991). *Health Promotion of Older Adult: Perceived*

Barriers, *Journal of Advanced Nursing*, (16), PP: 1343-1349.

Yin, T (2002). Burden Of Family Members: Caring For Frail Elderly: A Meta- Analysis Of In Terventions, *Journal Of The Estern Nursing Research Society And Western Institute Of Nursing*, (5),3, PP: 199-207.

Yurchuck, M & Brower, T (1994). Faculty Preparation For Gerontological Nursing, *Journal Of Gerontological Nursing*, January.

الملاحق

الملحق (1)

مهارات الرعاية الصحية الأدائية من وجهة نظر مسئولو رعاية المسنين والعاملين في وزارة التنمية

الاجتماعية ودور الرعاية والخبراء المختصين بتقديم الرعاية الصحية

بحكم عملك كمسؤول عن تقديم الرعاية في دور المسنين أو كمقدم للرعاية أو كخبير في تقديم الرعاية

الصحية. فمن وجهة نظرك ما هي مهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توفرها لدى العاملين في دور

المسنين والتي تتطلبها رعاية المسنين في المجالات الآتية:

1-المجال الأول: النظافة الشخصية للمسن

2- المجال الثاني: التغذية

3- المجال الثالث: إعطاء الأدوية

4- المجال الرابع : المعاينة الشاملة

5- المجال الخامس : التمريض المنزلي

6- المجال السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات

7- المجال السابع: الحركة البدنية للمسن

8- أية مجالات أو مهارات أخرى

مع جزير الشكر

الباحثة: نجاح سلامة

الملحق (2)

أسماء بعض مسؤولي رعاية المسنين والعاملين (مقدمي الرعاية) وبعض الخبراء في تقديم الرعاية الصحية في وزارة التنمية الاجتماعية ودور المسنين.

الدكتور ياسر سلامة	- جامعة الملك سعود/ كلية الطب
الدكتورة فريهان برغوثي	- رئيسة قسم طب الأسرة/ الجامعة الأردنية
السيدة هيفاء البشير	- المدير العام/ دار الضيافة للمسنين
السيدة ناهدة سلامة	- معهد التمريض العالي/ أبو ظبي
الدكتورة فريال هياجنة	- كلية التمريض/ الجامعة الأردنية
الآنسة هيفاء زلوم	- مسؤولة قسم رعاية المسنين / وزارة التنمية الاجتماعية
السيد محمد الخرابشة	- رئيس قسم الدفاع الاجتماعي / وزارة التنمية الاجتماعية
الدكتور نصير عبد الجبار	- طبيب مسؤول / دار الضيافة للمسنين
السيدة مها عبيدات	- مديرة دار الضيافة للمسنين
السيدة جهيان الرفاعي	- رئيسة لجنة النزلاء والتقاضي/ دار الضيافة للمسنين
الآنسة ابتهاج محمد	- مقدمة رعاية/ دار الأمل للمسنات
الآنسة عبير احمد	- مقدمة رعاية/ دار الضيافة للمسنين
السيدة منوى مفلح	- مقدمة رعاية/ دار الضيافة للمسنين

الملحق (3)

بطاقة ملاحظة لتقدير درجة أداء العاملين في دور المسنين للمهارات الصحية الأدائية الواجب توافرها

لرعاية المسنين

مقدمة

بين يدي الباحثة هذه الأداة، والتي تشكل بطاقة ملاحظة تشمل مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، حيث ستقوم الباحثة بملاحظة أداء العاملين على الواقع الميداني في دور المسنين. ومن ثم مقارنتها مع ما تضمنته هذه البطاقة من إرشادات ومهارات تم بناءها بالرجوع إلى المراجع العلمية المتخصصة وآراء ذوي الخبرة والاختصاص ومسؤولي الرعاية في دور المسنين والعاملين بها.

وتم تقسيم هذه البطاقة إلى سبعة مجالات للملاحظة تشمل المهارات الصحية الأدائية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين.

والباحثة لا تدعي الكمال في هذه البطاقة ، ولا تزعم أنها تقول الكلمة الأخيرة في هذا المجال فعالم المهارات الأدائية واسع معطاء. ونسأل الله أن يوفقنا جميعاً لما فيه الخير والنجاح، إنه سميع مجيب الدعاء.

الباحثة نجاح سلامة

الجزء الأول: البيانات الشخصية

اسم العامل:.....

النوع الاجتماعي (للعاملين):

ذكر

أنثى

المؤهل العلمي:

أساسي

الثانوية العامة:

عام

تمريض

دبلوم

عام

تمريض

بكالوريوس تمريض

سنوات الخبرة:

اقل من خمس سنوات

خمس سنوات فأكثر

الجزء الثاني: مهارات الرعاية الصحية الأدائية

درجة أداء المهارة					مهارات الرعاية الصحية الأدائية	فقرات الاستبانة
متدّن جداً	متدّن	متوس ط	عالٍ	عالٍ جداً		
الجانب الأول: النظافة الشخصية للمسن						
					1	توضيح وشرح ما سيتم تقديمه من رعاية للمسن
					2	مساعدة المسن على الاستحمام باستخدام الحوض
					3	مساعدة المسن على الاستحمام في الفراش
					4	تدليك وتطهير ظهر المسن وفخذه لمنع التقرحات
					5	مساعدة المسن على العناية الخاصة بالعينين
					6	مساعدة المسن على العناية بفمه وأسنانه
					7	مساعدة المسن على العناية بأسنانه الاصطناعية
					8	مساعدة المسن على العناية بشعره وأظفاره
					9	مساعدة المسن على العناية بقدميه
					10	مساعدة المسن في الذهاب إلى دورة المياه
					11	مساعدة المسن على استعمال كرسي المرحاض عند الضرورة
					12	تغيير الحفاظ للمسن غير القادر على الحركة
					13	مساعدة المسن على غسل يديه عند الضرورة
					14	العناية بملابس المسن وفراشه
					15	إعداد سرير المسن غير المشغول
					16	أعداد سرير المسن المشغول
					17	تهوية غرفة المسن وتطهيرها

					تزويد المسنين بإرشادات حول النظافة الشخصية والتثقيف الصحي	18
الجانب الثاني : التغذية						
					تقديم الأطعمة المرغوبة والمحبة لدى المسن	1
					ترتيب طاولة الطعام بشكل جذاب مع وضع بعض الزهور عليها	2
					مساعدة المسن على تناول طعامه بشكل منتظم و حسب حالته	3
					تزويد المسن بإرشادات حول فوائد الغذاء الصحي (ألبان، خضراوات وفواكه، سوائل)	4
					تقديم وصفات الحمية العلاجية للمسن حسب حالته	5
					تزويد المسنين بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية حسب الحالة	6
					تزويد زوار المسن بإرشادات حول وصفات الحمية العلاجية الخاصة بالمسن	7
					عدم مساعدة المسن في الحصول على الطعام غير المناسب لحالته من خارج الدار	8
					ملاحظة وجود صعوبة في مضغ الطعام لدى المسن والإخبار عنها	9
					مراقبة وجود ضعف في شهية المسن والإخبار عنها	10
					مراقبة مدى رضا المسن عن الأطعمة المقدمة	11
الجانب الثالث :إعطاء الأدوية						
					إعطاء المسن الأدوية عن طريق الفم عند الضرورة	1
					إعطاء المسن قطرة العين عند الضرورة	2

					إعطاء المسن حقنة الأنسولين عند الضرورة	3
					إعطاء الأدوية بالكميات المحددة	4
					إعطاء الأدوية بالأوقات المحددة	5
					إبعاد الأدوية عن أيدي المسنين	6
					ملاحظة مضاعفات الأدوية التي قد تحدث للمسن كالقيء والإسهال وحساسية الجلد وضيق التنفس و الأبخار عنها	7
					مراقبة المسن لمنعه من الاستعمال الخاطئ للأدوية	8
					عدم مساعدة المسن على شراء الأدوية من خارج الدار	9
الجانب الرابع : المعاينة الشاملة						
					تحية المسن عند لقائه	1
					مراعاة خصوصية المسن ومساعدته في خلع ملابسه	2
					العناية بملابس وحاجيات المسن	3
					توضيح وشرح ما سيتم تقديمه من رعاية للمسن	4
					المراجعة الدورية لملف المسن وتفقد وضعه الصحي	5
					مراقبة حركات المسن غير الطبيعية (الرعاش، عدم الاتزان)	6
					ملاحظة وجه المسن (شاحب، أزرق -مشاكل تنفسية، أصفر، أمراض الكبد و حرارة)	7
					تفقد لون بول المسن و برازه (اللون والشكل)	8
					ملاحظة القيء عند حدوثه (لونه، عدد مراته)	9
					ملاحظة وجود تورم في الوجه وفي الأيدي والأرجل	10
					ملاحظة علامات الجفاف والحمى	11
					ملاحظة الحالة النفسية والعقلية للمسن (الاكتئاب، العزلة، درجة النسيان، الخرف)	12

					تفقد المسن أثناء نومه	13
					عمل سجل تراكمي للملاحظات اليومية وتدوينها لكل مسن	14
					إخبار الطبيب في الوقت المناسب	15
الجانب الخامس : التمريض المنزلي (تدبر الحالات المرضية بالمنزل والمتعلقة بكيفية):						
					قياس نبض المسن	1
					قياس تنفس المسن	2
					قياس درجة حرارة المسن	3
					قياس ضغط المسن	4
					تقديم الإسعاف الفوري للحالات المرضية الطارئة (الحمى، نوبات الصرع، غيبوبة السكري، الدوخة، توقف القلب والرئتين، ...الخ).	5
					تقديم الإسعاف الفوري للمسن عند تشردقه بالطعام	6
					استخدام الكمادات بأنواعها	7
					عمل مغاطس بالماء الدافئ	8
					غيار الجروح الناتجة عن التقرحات الجلدية	9
					استدعاء الطبيب في الوقت المناسب	10
					اتباع إجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية	11
الجانب السادس : حماية المسن من الحوادث والإصابات						
					تزويد المسن بالأجهزة اللازمة لمساعدته في التنقل داخل الدار بسهولة	1
					مراقبة وصيانة الأجهزة اللازمة لمساعدة المسن	2
					مراقبة المسن أثناء تنقله داخل الدار	3

					مراقبة المسن أثناء تعامله مع الموقد والماء الساخن	4
					مراقبة جفاف أرضية الدار لمنع الانزلاق	5
					وضع حواجز يرتكز عليها المسن خاصة على السرير والأدراج	6
					عدم ترك المدافئ مشتعلة أثناء النوم	7
					عدم ترك المسن أثناء التدخين لوحده	8
					تزويد المسن بتثقيف صحي عن مضار التدخين	9
					مراقبة مدى التزام المسن بعدد السجائر المسموح له في الدار	10
					عدم مساعدة المسن في الحصول على السجائر من خارج الدار	11
					وضع الأسرة والكراسي المريحة والمخصصة للمسن في الأماكن المناسبة	12
					إبعاد الأدوات الخطرة كالسكين عن أيدي المسنين	13
					استخدام طفايات الحريق عند الضرورة	14
					توفير التهوية والإضاءة الطبيعية	15

الجانبة السابع : الحركة البدنية للمسن

					مساعدة المسن على الجلوس	1
					مساعدة المسن على الوقوف	2
					مساعدة المسن على المشي الاعتيادي	3
					مساعدة المسن على الصعود والنزول من الدرج	4
					مساعدة المسن في نزوله من السرير	5
					مساعدة المسن في المشي بالعصا والعكاز	6

					تدريب المسن على المهارات الحركية والتمارين الرياضية المناسبة لحالته	7
					البدء التدريجي لتدريب المسن على التمارين الرياضية	8
					تدريب المسن على الحركة من جانب لآخر على السرير	9
					تدريب المسن على تحريك أطرافه	10
					تدريب المسن على إجراء تمرين التنفس العميق	11
					تدريب المسن على الجلسة الصحية	12
					وضع فرش طري تحت الفقرات العجزية أو كرسي مقعر من الوسط ارتفاعه أقل من طول عظام ساق المسن	13
					وضع جسم صلب لسند فقرات الظهر والصدر	14
					تغيير جلسة المسن بين الحين والآخر	15
					متابعة التزام المسن بأداء التمارين المحددة من قبل المعالج الطبيعي	16
					مراقبة انتظام المسن في جلسات العلاج الطبيعي و استفادته منها	17

الملحق (4)

أسماء أساتذة الجامعات والخبراء الفنيين والمحكمين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية

الأستاذ الدكتور ياسر سلامة	- جامعة الملك سعود
الأستاذ الدكتور عبد الرحمن عدس	- جامعة عمان العربية
الأستاذ الدكتور سامي خوري	- الجامعة الأردنية
الدكتورة ديانا مسعد	- الجامعة الأردنية
الدكتورة فريهان برغوثي	- الجامعة الأردنية
السيدة هيفاء البشير	- دار الضيافة للمسنين
الدكتور منيف قطيشات	- الجامعة الأردنية
الأستاذ الدكتور قسيم الشناق	- الجامعة الأردنية
الدكتور ناصر الخوالدة	- جامعة عمان العربية
الأستاذة الدكتورة صفاء الكيلاني	- الجامعة الأردنية
الدكتورة فريال هياجنة	- الجامعة الأردنية
السيدة ناهدة سلامة	- معهد التمريض / أبو ظبي
الدكتور نصير عبد الجبار	- دار الضيافة للمسنين
الآنسة هيفاء زلوم	- وزارة التنمية الاجتماعية
السيد محمد الخرابشة	- وزارة التنمية الاجتماعية

الملحق (5)

دليل المقابلة

الجزء الأول: معلومات عامة

النوع الاجتماعي (للعاملين):

ذكر

أنثى

المؤهل العلمي:

أساسي

الثانوية العامة:

عام

تمريض

دبلوم

عام

تمريض

بكالوريوس تمريض

سنوات الخبرة:

اقل من خمس سنوات

خمس سنوات فأكثر

الجزء الثاني: الأسئلة المقترحة لمهارات الرعاية الصحية الأدائية

الأسئلة المقترحة	مجالات مهارات الرعاية الصحية الأدائية
ما هي النصائح والإرشادات التي تزود بها المسنين حول النظافة الشخصية	النظافة الشخصية
ماذا تعني لك وصفات الحماية العلاجية؟ ما هي النصائح والإرشادات التي تزود بها المسنين والزوار حول وصفات الحماية العلاجية	التغذية
هل لديك القدرة على إعطاء إبرة الأنسولين للمسن؟ كيف؟ هل لديك القدرة على إعطاء الأدوية عن طريق الفم للمسن؟ كيف؟ هل لديك القدرة على إعطاء الأدوية بالقطارة للمسن؟ كيف؟	إعطاء الأدوية

<p>كيف تقيّم الحالة النفسية للمسن؟</p> <p>كيف تقيّم الحالة العقلية للمسن؟</p> <p>ما الأشياء التي تتفقدتها أثناء نوم المسن؟</p> <p>هل لديك القدرة على قياس العلامات الحيوية (حرارة، ضغط، نبض، تنفس)؟ كيف؟</p> <p>ما هي الملاحظات التي تراها غير طبيعية ومن الضروري إخبار الطبيب عنها؟</p>	<p>المعاينة الشاملة</p>
<p>ماذا تعني لك كلمة الصرع، غيبوبة، السكري، توقف القلب والرئتين، الحمى، الدوخة؟ وما الأعراض المصاحبة لكل منها؟</p> <p>ما الإسعاف الفوري الذي تقدمه للمسن في حالة حدوث الصرع، غيبوبة السكري، توقف القلب والرئتين، الحمى، الدوخة؟</p> <p>ما الإسعاف الفوري الذي تقدمه عند تشردق المسن بالطعام؟</p> <p>وضّح كيف تقوم بعمل الكمادات للمسن؟</p> <p>وضح كيف تقوم بعمل مغاطس للمسن؟</p> <p>وضح كيف تقوم بعمل غيار للجروح الناتجة عن التقرحات الجلدية للمسن؟</p> <p>ما هي إجراءات النظافة التي تتبعها لمنع العدوى بين المسنين.</p>	<p>مجال التمريض المنزلي</p>
<p>وضّح كيف تستخدم طفاية الحريق؟</p>	<p>مجال حماية المسن من الحوادث والإصابات</p>
<p>كيف تُشرف على المسن أثناء أدائه التمارين الرياضية؟</p>	<p>مجال الحركة البدنية للمسن</p>

الملحق (6)

كتاب موجه من جامعة عمان العربية للدراسات العليا إلى وزير التنمية الاجتماعية

جامعة عمان العربية للدراسات العليا
Amman Arab University For Graduate Studies

كلية الدراسات التربوية العليا

معالي الأستاذ الدكتور عبد الله عويدات المحترم،
وزير التنمية الاجتماعية
عمان : المملكة الاردنية الهاشمية

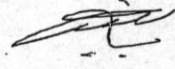
311168
2005/7/26م


معالي الأستاذ الدكتور عويدات
تحية طيبة وبعد،

تقوم الطالبة ~~XXXXXXXXXX~~ المسجلة في برنامج الدكتوراه في تخصص
(مناهج وطرق تدريس التمريض) ويتضمن برنامج الطالبة قيامها بدراسة حول " تطوير
برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الشاملة لدى العاملين بدور المسنين في
الأردن، بناء على الواقع الحالي وتجارب الدول المتقدمة " وتتضمن الدراسة قيام الطالبة
بملاحظة أداء العاملين لرعاية المسنين في دور الرعاية . وذلك استكمالاً لمتطلبات درجة
الدكتوراه، ارجو التكرم بتسهيل مهمة الطالبة المذكورة.

وبهذه المناسبة انوه بجهود وتعاون وزارة التنمية الاجتماعية الموقرة مع المؤسسات
الوطنية الزميلة.

وتفضلوا معاليكم بقبول فائق الإحترام،،




الرئيس
سعيد التلا

الملحق (7)

كتاب وزير التنمية الاجتماعية لدور المسنين في الأردن لتسهيل مهمة الباحثة

THE HASHEMITE KINGDOM
OF JORDAN
MINISTRY OF
SOCIAL DEVELOPMENT
Amman



المملكة الأردنية الهاشمية
وزارة التنمية الاجتماعية
عمان

رقم
التاريخ
الدفتر
٢٠٠٥/٧/٢٦
١٤٢٦/١
٢٠٠٥/٧/٢٦

السادة دار /مركز/ بسبت. لبر. لبر. لرعاية المسنين

إشارة الى كتاب رئيس جامعه عمان العربيه للدراسات العليا رقم ٣١١٦٨
تاريخ ٢٠٠٥/٧/٢٦ م.

ارجو تسهيل مهمه الطالبه ~~.....~~ في اعداد دراسه حول تطوير
برنامج تدريب لتنمية مهارات الرعاية الصحيه الشامله لدى العاملين بدور المسنين
في الاردن خلال الفتره الصباحيه والمبانيه.

مع الاحترام ،،،

الدكتور عبدالله عويدات

وزير التنمية الاجتماعية

نسخه/ رئيس قسم الدفاع الاجتماعي
نسخه/ مسؤول برنامج المسنين
نسخه/ لـ
هـ/ ز ن ع
٢٠٠٥/٧/٢٧

الملحق (8)

تعليمات وشروط ترخيص دور المسنين رقم (2) لسنة 2001

المبني:

أن يكون مستقلاً وبعيداً عن مصادر الإزعاج والضوضاء كالمصانع والكراجات.

أن لا تقل المساحة المخصصة للنزيل الواحد عن (5) متر مربع ولا يزيد عدد النزلاء عن خمسة.

أن يكون المبنى ملائم لقدرات المسنين الجسمية، بحيث يمكنهم من أداء نشاطاتهم والتنقل فيه بسهولة.

تقسيم المبنى إلى أقسام تتناسب وأوضاع المسنين الصحية والنفسية، والفصل بين الجنسين ليسهل تصنيفهم

والإشراف عليهم

أن يكون له مدخل رئيسي ومخرج للطوارئ لغايات السلامة العامة، وحديد حماية على جميع الشبابيك

والشرفات

أن يشتمل على حديقة مناسبة بمقاعد ومظلات مريحة، وسور مرتفع، ويكون مزود بالتدفئة المركزية.

أن يحتوي على صالة عامة لجلوس المسنين، وغرفة للزائرين، وصالة طعام، ومرافق صحية مزودة بالمعدات

الخاصة بالمسنين، وغرفة تأهيل.

أن يحتوي على غرفة للعناية الصحية الأولية للحالات المرضية التي تستدعي المراقبة، ويكون مجهزاً

بالمستلزمات الطبية الضرورية كافةً.

أن تتوفر المصاعد اللازمة إذا كان المبنى يشتمل على أكثر من طابق واحد.

التقليل من النتوءات والأدراج والمنحدرات والزوايا المظلمة والممرات الضيقة، وتكون الإضاءة والتهوية كافية

وسهلة.

الجهاز العامل: أن يتمتع العامل بنشاط وصحة جسمية ونفسية وعقلية جيدة، وأن يكون متواضعاً وحسن

الخلق، وأن يعطف على المسنين ويتحمل تصرفاتهم ويصبر عليها، ويظهر مرونة في التعامل معهم، وأن يظهر

شعوراً بالالتزام، ورغبةً صادقة وتحمساً للعمل مع المسنين، وأن يكون مستمعاً جيداً، يرشد المسن، ويراعي

الفروق الفردية بين المسنين، ويساعد المسن ويظهر التقدير والاحترام له، وأن يكون لديه القدرة على اتخاذ

القرار، وأن يظهر اهتماماً باهتمامات المسن، ويقوم على تقديم الرعاية المناسبة لحالة

المسن، وأن يراعي قواعد النظافة، وإجراءات منع العدوى، وأن يقوم على توفير النظام والهدوء والراحة

للمسن.

المستوى التعليمي لمقدمي الرعاية: يشترط توفير ممرض قانوني، وطبيب وأخصائي اجتماعي ونفسي ومشرفين، وأن تناسب عدد العاملين مع عدد النزلاء في الدار (بنسبة عامل واحد لكل خمسة نزلاء).

3- الالتزام بشروط الإيواء: أن يكون المسن قد أكمل الستين أو تجاوزها، وأن يكون خالياً من الأمراض السارية والمعدية وفق تقرير طبي، وأن يكون خالياً من الأمراض العقلية والنفسية وفق تقرير طبي، وأن يثبت عدم وجود معيل أو من يقوم على رعايته قبل دخول المؤسسة، وأن تُجرى للمسن دراسة اجتماعية، اقتصادية شاملة يتقرر على ضوءها مدى حاجة المسن للرعاية المؤسسية الدائمة ومدى قدرة أسرته على المساهمة.

4. الخدمات المقدمة داخل الدار: تقديم خدمات الإيواء والطعام والشراب والملبس بمستوى صحي وغذائي عالٍ، وتقديم خدمات شخصية (النظافة العامة والشخصية، المساعدة والمعونة على ارتداء الملابس والاستحمام وتناول الطعام واستخدام الحمام وتناول العلاج)، وتقديم رعاية صحية شاملة وتوفير الملفات الصحية لكل مسن وسجل لتدوين الملاحظات اليومية، وتقديم برامج التعليم والتثقيف (محو أمية، مطالعة، كتابة، ندوات)، وتوفير مسلتزمات جسمية وتأهيلية (كالعصا، العكاز، الكرسي المتحرك، الفرشة الطبية)، وتوفير خدمات العلاج الطبيعي لذوي الاحتياجات الخاصة، وتوفير برامج التسلية والترفيه (ألعاب، تلفاز، حفلات، إحياء مناسبات)، وتقديم خدمات التأهيل المجتمعي (دمج المسنين في المجتمعات المحلية).

ملحق (9)

نظرة شمولية تقييمية لدور المسنين في الأردن

- مركز النورس للمسنين/ الدوار السابع خلف مكدونالدز

ألغى في أيار من سنة 2005، علماً بأنه مسجل لدى وزارة التنمية الاجتماعية كدارٍ للمسنين في عمان.

- دار السلام للعجزة/ شارع الجاردنز

رفض التعاون نهائياً لإجراء الدراسة أو إعطاء أية معلومة، بالرغم من وجود تصريح من وزير التنمية الاجتماعية لإجراء الدراسة.

- بيت الزيارة للمسنات/ الفحيص

بعد الزيارة الميدانية تبين للباحثة بأنه مبنى ضخم لاستقبال الوفود الأجنبية والاجتماعات الدينية المسيحية والقيام بالرياضة الروحية وليس داراً لرعاية المسنين، علماً بأنه مسجل لدى وزارة التنمية الاجتماعية بأنه إحدى دور المسنين في الأردن.

- بيت العناية الإنسانية/ الفحيص

المبنى: مبنى مستقل وحديث، بعيد عن مصادر الإزعاج والضوضاء، يشتمل على حديقة بمقاعد ومظلات مريحة وسور مرتفع، له مدخل رئيسي ومخرج للطوارئ، يوجد حديد حماية على جميع النوافذ والشرفات، مطل على مناظر طبيعية جميلة، يتكون من طابقين: الطابق الأول يحتوي على صالونات واسعة وغرف استقبال ومطبخ وغرفة غسيل وغرفة للعاملين، أما الطابق الثاني: فيحتوي على غرفة لتناول الطعام وغرفة جلوس مجهزة بالتلفاز وغرفة لاداء الصلاة، بالإضافة لوجود المرافق الصحية النظيفة والمزودة بالمعدات الخاصة لمساعدة المسنين، وغرفة مجهزة بالمستلزمات الطبية الضرورية كافة اللازمة لتقديم الرعاية الصحية الأولية للحالات المرضية وغرفة لتحضير الأدوية، بالإضافة لغرف المسنين والتي تتدرج من الدرجة الأولى لمسن واحد، والدرجة الثانية لمسنين اثنين، والدرجة الثالثة لستة مسنين بالغرفة، ويتضمن المبنى تدفئة مركزية ومساعد، كما وتوجد المكافئ المثبتة على الجدران والمرافق الصحية لمساعدة المسن على الحركة وهذا يوافق شروط ترخيص دور المسنين في الأردن.

الجهاز العامل: يتمتع العاملون بهذا المركز بنشاط وصحة نفسية وجسدية جيدة، على درجة عالية من التواضع والخلق الحسن، يظهرون شعورا بالالتزام، ورغبة صادقة وتحمسا للعمل مع المسنين، يتقبلون المسنين وملاحظاتهم ويظهرون مرونة في التعامل معهم، يظهرون الاحترام والتقدير للمسنين ويعطفون عليهم، مستمعين جيدين لهم يرشدون المسنين، ويراعون الفروق الفردية بينهم، كما ويظهرون درجة عالية في مراعاة قواعد النظافة العامة والشخصية وتوفير النظام والهدوء للمسنين داخل الدار، وكان اهتمام العاملين واضحا بتقديم الوجبات والأدوية في مواعيدها. بالنسبة لعدد العاملين بهذه الدار فيبلغ (ست) راهبات، حيث يقمن على تقديم الرعاية للمسنين في الفترات الصباحية والمسائية والبالغ عددهم (سبعة وعشرون) مسنا، علما بأن الدار مجهزة لاستقبال (ستة وثلاثين) مسناً.

الالتزام بشروط الإيواء: لاحظت الباحثة وجود بعض المسنين الذين لم يتجاوزوا الخمسين من العمر ويعانون من الأمراض النفسية والعقلية، كما ولاحظت عدم الفصل بين المسنين حسب حالتهم الصحية والنفسية. الخدمات المقدمة داخل الدار: يقوم بيت العناية الإنسانية بتقديم خدمات الإيواء والطعام والشراب والملبس بمستوى صحي وغذائي عالٍ، ويقدم الخدمات الشخصية كالنظافة العامة والشخصية والمساعدة والمعونة على الاستحمام وارتداء الملابس وتناول الطعام والدواء واستخدام الحمام، كما ويقوم على توفير المستلزمات التأهيلية كالعصا والعكاز والكرسي المتحرك والفرشة الطبية، ويقوم المركز بتوفير الملف الصحي والاجتماعي لكل مسن، وسجل عام لكل مسن لتدوين الملاحظات اليومية عليه، وإخبار الطبيب في الوقت المناسب، كما ويهتم المركز بتوفير برامج الترفيه والتسلية من تلفاز وحفلات وإحياء مناسبات، أما بالنسبة لخدمات العلاج الطبيعي فيقوم مقدمو الرعاية بعمل التمارين اللازمة للمسن وقت الحاجة.

- دار الحديثة للمسنات: عمان/ الشيميساني

المبنى: شبه فيلا مستقلة تشتمل على حديقة صغيرة أمامها لا يسهل للمسن التنقل بها بسهولة، لها مدخل رئيسي، وحديد حماية على النوافذ مكون من طابق أرضي يضم ثلاث غرف، كل منها تحوي سريرين، أما الغرفة الرابعة فتحوي ستة أسرة، ويحتوي على صالة طعام صغيرة ومطبخٍ واسع و باحة للجلوس وغرفة للعاملين، بالإضافة إلى المرافق الصحية، والتدفئة المركزية، وينقص المبنى غرفة مجهزة بالمستلزمات الطبية الضرورية لتقديم العناية الصحية الأولية للمسنين.

الجهاز العامل: تتمتع العاملات بصحة جسمية جيدة ولكن الباحثة لمست شعورهن بالضجر لعدم السماح لهن بمغادرة الدار إلا مرة كل شهر ولمدة يوم واحد، ولكنهن على خلق حسن، يتقبلن المسنين وملاحظاتهم ويظهرن شعوراً بالالتزام نحو المسنين ويعطفن عليهم، كما وأظهرت العاملات درجةً عاليةً في مراعاة قواعد النظافة الشخصية والعامة. ويعملن على توفير النظام والهدوء والراحة للمسنين داخل الدار، والاهتمام بتقديم الوجبات والأدوية في مواعيدها، بالنسبة لعدد العاملات بهذه الدار فيبلغ ثلاث عاملات حيث يقمن على تقديم الرعاية على الفترات الصباحية والمسائية للمسنين والبالغ عددهم خمسة، علماً بأن الدار مجهزة لاستقبال إثني عشر مسناً.

الالتزام بشروط الإيواء: تجاوزت أعمار المسنين بهذه الدار الستين عاماً، ويعانون من الأمراض النفسية والعقلية.

الخدمات المقدمة داخل الدار: تقوم الدار بتقديم خدمات الإيواء والطعام والشراب والملبس وخدمات النظافة الشخصية والنظافة العامة والمساعدة على الاستحمام وارتداء الملابس وتناول الطعام والعلاج في الأوقات المحددة، وتقوم الدار بعمل الفحوصات الطبية الجسمية والنفسية للنزلاء وبشكل دوري من قبل الطبيب المسؤول، ويوجد ملف طبي اجتماعي لكل نزيل، أما سجل الملاحظات اليومية فهو غير متوفر لديهم حيث يقومون بإخبار الطبيب بملاحظاتهم عن المسنين مباشرة، وتقوم الدار على توفير العصا والعكاز والكرسي المتحرك والفرشة الطبية لاستعمالها عند الحاجة، أما بالنسبة لمدى توافر برامج الترفيه والتسلية فلم تلاحظ الباحثة غير وجود التلفاز.

- دار الزهراء للمسنين / مرج الحمام

المبنى: مبنى مستقل على تلة عالية يشتمل على ثلاث حدائق منظمة واسعة وجميلة يسهل للمسن التنقل بها حسب حالته، بعيد عن مصادر الإزعاج والضوضاء، له مدخل رئيسي، وحديد حماية على النوافذ والشرفات جميعها، يتألف المبنى من طابق أرضي يضم جناحين للرجال والنساء، وغرفة جلوس واسعة، ومطبخ يحتوي على طاولة طعام للمسنين القادرين، بالإضافة إلى المرافق الصحية التابعة لجناح الرجال وجناح النساء، لاحظت الباحثة عدم توفر غرفة مجهزة بالمستلزمات الطبية اللازمة لتقديم الرعاية الصحية الأولية للحالات المرضية، حيث تم تثبيت خزانة صغيرة (صيدلية) على جدار غرفة الجلوس تحوي أدوية المسنين، وعدم توفر المكافئ المثبتة على الجدران لمساعدة المسنين كما لمست الباحثة وجود الرطوبة العالية على حائط الغرف.

الجهاز العامل: يتمتع العاملون بهذه الدار بنشاط وصحة جسمية ونفسية جيدة ويظهرون رغبة صادقة وتحمسا للعمل مع المسنين، وشعورا بالالتزام والمسؤولية لشعورهم بأن هذه الدار هي ملجأ وبيت لهم بسبب ضعف حالتهم المادية حيث لا يملكون مكانا آخر للعيش به، كما ويظهرون مرونة واحتراماً وتقديراً في التعامل مع المسنين ويعطفون عليهم، وكان اهتمامهم واضحاً بتقديم الوجبات والأدوية للمسنين في مواعيدها، لمست الباحثة وجود خلط في الوصف الوظيفي، حيث لا يوجد ممرض مسؤول، ولا يحمل أيّاً من العاملين

شهادة في التمريض ويقومون بتقديم الأدوية والحقن بمختلف أنواعها للمسنين، كما ويقوم العاملون بدور المعالج الطبيعي والمتمثل بعمل التمارين الرياضية لهم. بالنسبة لعدد العاملين بهذه الدار فيبلغ خمسة عاملين، حيث يقومون بتقديم الرعاية للمسنين على الفترات الصباحية والمسائية والبالغ عددهم (سته وعشرون) مسناً.

الالتزام بشروط الإيواء: هناك بعض المسنين لم يتجاوزوا الأربعين من العمر، والبعض الآخر في الخمسين والستين من العمر ويعانون من الأمراض النفسية والعقلية، وهناك مسنة واحدة مقعدة ولا تعاني من الأمراض النفسية والعقلية، ولا يتم الفصل بينها وبين المسنين المرضى.

الخدمات المقدمة داخل الدار: تقوم هذه الدار بتقديم خدمات الإيواء والطعام والشراب والملبس وخدمات النظافة العامة، والمساعدة على الاستحمام وارتداء الملابس، وتناول الطعام، واستخدام الحمام، وتناول العلاج في الأوقات المحددة، وتوفر الدار زيارات دورية للطبيب النفسي والطبيب العام لإجراء الفحوصات الدورية للمسنين، كما ويتوفر ملف صحي واجتماعي لكل مسن، ولا يتوفر سجل لتدوين الملاحظات اليومية عن كل مسن حيث يقومون باستدعاء الطبيب وقت الحاجة، وتوفر الدار التلفاز والقيام بعمل حفلات للمسنين، أما بالنسبة للعلاج الطبيعي فيقوم العاملون بعمل التمارين للمسنين وقت الحاجة وحسب أوامر الطبيب فقط.

- مركز الأميرة منى للمسنات / الزرقاء

المبنى: مبنى مستقل له مدخل رئيسي ومخرج للطوارئ لغايات السلامة العامة ويوجد شبك حماية على النوافذ جميعها، لا يشتمل المبنى على حديقة، يتكون المبنى من طابقين: طابق التسوية للخدمات العامة مثل المطبخ وغرفة الغسيل وصالة لإحياء المناسبات واستقبال الوفود الزائرة، أما الطابق الأول: فيحتوي على غرف المسنين حيث تضم الغرفة الواحد ستة أسرة، ويحتوي على غرفة صغيرة لتناول الطعام لا تتسع للمسنين كلهم في الوقت نفسه، كما وتعتبر غرفة جلوس. ويوجد غرفة لتحضير الأدوية تنقصها المستلزمات الطبية الضرورية لتقديم الرعاية الصحية للحالات المرضية، كما ويحتوي المبنى على المرافق الصحية والضرورية للعناية بالمسنين.

الجهاز العامل: لاحظت الباحثة أن التعاملات بهذه الدار يعانين من حالة اكتئاب وانحطاط نفسي نتيجة طبيعة عملهن وعدم تقديم تحفيزات نفسية ومادية لهن، وبالرغم من ذلك تقوم العاملات بعملهن لإحساسهن بالمسؤولية والالتزام الديني والخلقي تجاه المسنين، ويتقبلن المسنين، وقد أظهرن درجة متوسطة في مراعاة قواعد النظافة وتوفر النظام والهدوء، ولكن اهتمامهن كان واضحاً بتقديم الوجبات في مواعيدها، ويبلغ عدد العاملات بهذه الدار ست عاملات، حيث يقمن بتقديم الرعاية في الفترات الصباحية والمسائية للمسنات والبالغ عددهن (ست وعشرون) مسنة.

الالتزام بشروط الإيواء: مما يلفت النظر بهذه الدار أن أعمار المسنين تتراوح بين أربع وعشرين إلى تسعين سنة، وتعاني الأغلبية منهن وبنسبة عالية من الأمراض العقلية والنفسية. الخدمات المقدمة داخل الدار: تقوم الدار بتقديم خدمات الإيواء والطعام والشراب والملبس وخدمات النظافة الشخصية، والمساعدة على الاستحمام وارتداء الملابس، وتناول الطعام والعلاج في أوقاته، ويتوفر ملف طبي اجتماعي لكل مسنة، أما سجل الملاحظات فهو غير متوفر لديهن، وتقوم الدار على توفير العصا والعكاز للمسنات، أما بالنسبة لتوفير برامج الترفيه والتسلية فلم تلاحظ الباحثة غير وجود التلفاز بغرفة طعام صغيرة، كما لاحظت أن مجال العلاج الطبيعي والتمارين الرياضية مهملاً بهذه الدار.

- بيت الأمل للمسنات / الجندويل

المبنى: فيلا مستقلة حديثة، لها مدخل رئيسي منظم وجميل، يشتمل على حديقة يسهل للمسن التنقل بها، يوجد شبك حماية على النوافذ، يتكون من طابقين: طابق التسوية للخدمات العامة مثل المطبخ وغرفة الغسيل، أما الطابق الأول: فيشتمل على غرف المسنين حيث لا يوجد فصل بين الجنسين، وهناك بعض الغرف تحوي سريرا وبعضها سريرين والبعض الآخر على ستة أسرة، وتشتمل الدار على المرافق الصحية العامة، وغرفة للجلوس مجهزة بتلفاز تتناثر فيها الورود، وغرفة لتناول القهوة الصباحية، ولا يتوفر بهذه الدار غرفة للمستلزمات الطبية وتحضير الأدوية.

الجهاز العامل: يتمتع العاملون بصحة نفسية وجسمية جيدة، على خلق حسن يتقبلون المسنين وملاحظاتهم، ويظهرون شعورا بالالتزام والتحمس الصادق بالعمل مع المسنين كما واطهروا درجة عالية في مراعاة قواعد النظافة وتوفير الهدوء والنظام لراحة المسن والاهتمام بتقديم الوجبات والأدوية في مواعيدها، ويبلغ عدد العاملين بهذا المركز عاملتان، حيث تقومان بتقديم الرعاية على الفترات الصباحية والمسائية وبشكل متواصل للمسنين والبالغ عددهم (ثلاثون) مسنا ومسنة.

الالتزام بشروط الإيواء: هناك بعض المسنين لم يتجاوزا الأربعين من العمر، وتم إيواؤهم بسبب مشاكل وأوضاع اجتماعية خاصة، أو بسبب معاناتهم من الأمراض النفسية والعقلية. الخدمات المقدمة داخل الدار: تقدم الدار خدمات الإيواء والطعام والشراب والملبس وخدمات النظافة العامة، والمساعدة على الاستحمام وارتداء الملابس، وتناول الطعام والعلاج في الأوقات المحددة. ويتوفر في الدار ملف طبي اجتماعي لكل مسن ولا يسمح للعاملين بالأطلاع عليه، أما سجل الملاحظات فهو غير متوفر لديهم، وتوفر الدار العصا والعكاز والكرسي المتحرك والفرشة الطبية للمسنين. وتقوم الدار بإحياء المناسبات وإقامة الحفلات بشكل مستمر.

- دارات سمير شما للمسنين / شفا بدران

المبنى: منتجع ضخم وجميل يقع على مساحة عشرين دونماً ويعتبر أكبر مبنى لرعاية المسنين في الشرق الأوسط يشتمل على سبع فلل و إحدى وستين شقة مجهزة بكامل المعدات ويشتمل على مبنى منفصل لإقامة الأطباء والممرضين ومسبح كبير وصالة واسعة للتمارين الرياضية وصالات جلوس وصالات لإقامة الحفلات ومكتبة.

الجهاز العامل: لا يوجد عاملين بهذه الدار وذلك بسبب عدم وجود أي نزيل فيها.

- دار الضيافة للمسنين / الجويذة

المبنى: مبنى مستقل بعيد عن مصادر الإزعاج والضوضاء، مكون من ثلاثة طوابق: طابق التسوية للخدمات ويشتمل على غرفة غسيل ومطبخ كبير، والطابق الأول يشتمل على جناح للرجال وجناح للنساء، يفصل بين الجناحين قاعة كبيرة للجلوس مزودة بمقاعد مريحة وتلفاز، بالإضافة إلى غرفة واسعة مجهزة بكل المستلزمات الطبية والأدوية اللازمة لتقديم الرعاية الصحية للحالات المرضية، بالإضافة لوجود المرافق الصحية. أما الطابق الثاني فيشتمل على جناح للرجال وجناح للنساء، تفصل بينهما صالة واسعة لإقامة الحفلات وإحياء المناسبات، والمبنى مزود بالتدفئة المركزية.

الجهاز العامل: يتمتع العاملون بهذه الدار بنشاط وصحة جسمية ونفسية جيدة، على خلق حسن، يتقبلون المسنين وملاحظاتهم، ويظهرون رغبة صادقة وتحمساً بالعمل، كما ويظهرون شعوراً بالالتزام والمسؤولية ومرونة في التعامل مع المسنين، يعطفون عليهم ويقدمون التعزيز اللازم لهم، مستمعين جيدين، يرشدون المسنين ويراعون الفروق الفردية بينهم، أظهروا درجة جيدة في مراعاة قواعد النظافة الشخصية والعامه، وكان اهتمامهم واضحاً بتقديم الوجبات والأدوية في مواعيدها. يبلغ عدد العاملين بهذه الدار إثنان وعشرون عاملاً وعاملة، حيث يقومون بتقديم الرعاية للمسنين والبالغ عددهم مئة وعشرون نزيلًا. الالتزام بشروط الإيواء: هناك العديد من المسنين في الأربعين والخمسين من العمر، يعانون من الأمراض النفسية والعقلية، لا يتم الفصل بين المسنين الأسوياء والمرضى، معظم المسنين بهذه الدار على نفقة وزارة التنمية الاجتماعية لضعف حالتهم المادية، حيث تجري وزارة التنمية دراسة اجتماعية للرعاية المؤسسية الدائمة.

الخدمات المقدمة داخل الدار: تقوم الدار بتقديم خدمات الإيواء والطعام والشراب والملبس وخدمات النظافة الشخصية، والمساعدة على الاستحمام وارتداء الملابس، وتناول الطعام والعلاج في الأوقات المحددة، وتقوم الدار بعمل الفحوصات الطبية الجسمية والنفسية للنزلاء وبشكل دوري من قبل الطبيب المسؤول، ويوجد ملف طبي اجتماعي لكل نزيل، أما سجل الملاحظات اليومية فهو غير متوفر لديهم حيث يقومون بإخبار الطبيب بملاحظاتهم عن المسنين مباشرة، وتقوم الدار على توفير العصا والعكاز والكرسي المتحرك والفرشة الطبية لاستعمالها عند الحاجة، كما ويهتم المركز بتوفير برامج الترفيه والتسلية من تلفاز وحفلات وإحياء مناسبات، أما بالنسبة لخدمات العلاج الطبيعي فيقوم المعالج الطبيعي بعمل التمارين اللازمة للمسن و بشكل دوري منتظم.

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي / المحتوى
5 ساعات	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبلية لأداء العاملين لمهارة قياس درجة الحرارة. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعدية لأداء العاملين لمهارة قياس درجة الحرارة.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة بخطوة باستخدام الشفافيات مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، وإثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل الأنشطة التعليمية عرض اللوحات والصور التوضيحية لدعم الشرح إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرس بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة أمام المتدربين استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرس من العرض طلب متدرب متطوع لإجراء المهارة عليه (أداء في موقف عملي) استخدام الأجهزة الطبية الآتية: ميزان حرارة فموي وشرجي، قطن، شاش، مطهر، صينية، حالة لميزان الحرارة، مادة عطرية، قلم، نموذج تدوين العلامات الحيوية. مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المنارة ممارسة المهارة والتدريب عليها باستخدام أسلوب التدريب التعاوني (كل متدرب يقيس الحرارة لزميله)	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن: يعرف درجة الحرارة يحدد مناطق قياس درجة الحرارة على جسم الانسان يوضح اهمية قياس درجة الحرارة يصنف العوامل التي تسبب في ارتفاع وانخفاض درجة الحرارة يذكر مكونات ميزان الحرارة الزئبقي يوضح مبدأ عمل موازين الحرارة يحدد موانع قياس درجة الحرارة عن طريق الفم، الإبط، الشرج يخبر المسؤول عن أية تغيرات في درجة الحرارة ويتخذ الإجراءات المناسبة يحضر الأدوات اللازمة لقياس درجة الحرارة عن طريق الفم، الإبط، الشرج يقيس درجة الحرارة عن طريق الفم، الإبط، الشرج مع ذكر الخطوات يدون درجة الحرارة على نموذج تدوين العلامات الحيوية يتعرف على معدل درجة الحرارة الطبيعية	أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيديّة والادائيّة المتعلقة بقياس درجة حرارة المسن عن طريق الفم، الإبط، الشرج، مستخدماً ميزان الحرارة الزئبقي بطريقة آمنة وفاعلة.	الجزء الأول: قياس درجة الحرارة المحتوى: تعريف درجة الحرارة تحديد مناطق قياس درجة الحرارة (الفم، الإبط، الشرج) العوامل المسببة بزيادة وانخفاض درجة الحرارة مكونات ميزان درجة الحرارة الزئبقي مبدأ عمل موازين الحرارة موانع قياس درجة الحرارة عن طريق الفم، الإبط، الشرج خطوات قياس درجة الحرارة عن طريق الفم، الإبط، الشرج تدوين درجة الحرارة معدل درجة الحرارة الطبيعي

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الاولى: العلامات الحيوية

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
1 ساعة	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارة قياس نبض المريض. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعديّة لأداء العاملين لمهارة قياس نبض المريض.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة بخطوة باستخدام الشفافيات مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، وإثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل. الأنشطة التعليمية عرض اللوحات والصور التوضيحية لدعم الشرح إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة امام المتدربين استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرب من العرض طلب متدرب متطوع لإجراء المهارة عليه (أداء في موقف عملي) استخدام الأدوات الآتية: ساعة ذات عقرب ثواني، قلم، نموذج تدوين العلامات الحيوية مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة ممارسة المهارة والتدريب عليها باستخدام أسلوب التدريب التعاوني (كل متدرب يقيس النبض لزميله)	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على أن: يعرف النبض يحدد أهداف قياس وتقييم النبض يعدد العوامل المؤثرة على معدل النبض يحدد الخصائص التي يجب ملاحظتها عند قياس النبض يحضر الأدوات اللازمة لقياس النبض يحدد موقع الشريان الكعبري يعد النبض من الشريان الكعبري بالطريقة الصحيحة مع ذكر الخطوات يدون معدل قياس النبض على نموذج تدوين العلامات الحיוية	أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بقياس نبض المريض بطريقة آمنة وفاعلة.	الجزء الثاني: قياس نبض المريض المحتوى: تعريف النبض وأهداف قياسه العوامل المؤثرة على النبض خصائص وصفات النبض الأدوات المستعملة مواقع جس النبض قياس النبض تدوين معدل النبض

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الاولى: العلامات الحيوية

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
1 ساعة	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارة قياس تنفس المريض. تقويم تكوييني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعديّة لأداء العاملين لمهارة قياس تنفس المريض.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة بخطوة باستخدام الشفافيات مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل. الأنشطة التعليمية عرض اللوحات والصور التوضيحية لدعم الشرح إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة امام المتدربين استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرب من العرض طلب متدرب متطوع لإجراء المهارة عليه (أداء في موقف عملي) استخدام الأدوات الآتية: ساعة ذات عقرب ثواني، قلم، نموذج تدوين العلامات الحيوية مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة ممارسة المهارة والتدريب عليها باستخدام أسلوب التدريب التعاوني (كل متدرب يقيس التنفس لزميله)	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على أن: يعرّف التنفس يعدّد العوامل المؤثرة في معدل التنفس يقيس تنفس المريض كاملة يُبلغ عن أية تغيرات في تنفسه يدوّن معدل التنفس على نموذج تدوين العلامات الحيوية	أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيديّة والادائية المتعلقة بمهارة تقييم تنفس المريض دقيقة بطريقة آمنة وفاعلة.	الجزء الثالث قياس تنفس المريض المحتوى: العوامل المؤثرة في التنفس تقييم تنفس المريض تدوين معدل التنفس على نموذج العلامات الحيوية الإبلاغ عن أية تغيرات في تنفس المريض

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الأولى: العلامات الحيوية

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
4 ساعات	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارة قياس ضغط الدم. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعديّة لأداء العاملين لمهارة قياس ضغط الدم.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة بخطوة باستخدام الشفافيّات مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل. الأنشطة التعليمية عرض اللوحات والصور التوضيحية لدعم الشرح إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة امام المتدربين استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرب من العرض طلب متدرب متطوع لإجراء المهارة عليه (أداء في موقف عملي) استخدام الأدوات والاجهزة الطبية اللازمة مثل (جهاز ضغط الدم الزئبقي، سماعة طبية، وعاء يحتوي قطنًا مبللا بالكحول، قطن جاف، صحن كلوي، قلم حبر، نموذج تدوين العلامات الحيوية) مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة ممارسة المهارة والتدريب عليها باستخدام أسلوب التدريب التعاوني (كل متدرب يقيس ضغط دم زميله)	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرًا على أن: يعرّف ضغط الدم يصنف العوامل المؤثرة في ارتفاع وانخفاض ضغط الدم يحضر الأدوات اللازمة لقياس ضغط الدم يقيس ضغط الدم بالطريقة الصحيحة يدوّن قياس ضغط الدم على نموذج تدوين العلامات الحيوية يميّز أية تغيرات في معدل ضغط الدم ويخبر عنه	أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والادائية المتعلقة بمهارة قياس ضغط الدم باستخدام مقياس الضغط الزئبقي بطريقة آمنة وفاعلة.	الجزء الرابع: قياس ضغط الدم المحتوى: تعريف ضغط الدم ومعدله الطبيعي العوامل المؤثرة على ارتفاع وانخفاض ضغط الدم الأدوات اللازمة لقياس ضغط الدم قياس ضغط الدم الإخبار عن أية تغيرات في معدل ضغط الدم

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الثانية: الإسعافات الأولية

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
1 ساعة	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمبادئ وإجراءات الإسعافات الأولية. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعديّة لأداء العاملين لمبادئ وإجراءات الإسعافات الأولية.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة بخطوة باستخدام الشفافية مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض لحقيبة الإسعاف ومحتوياتها الأنشطة التعليمية استخدام الصور واللوحات التوضيحية اثناء الشرح مشاهدة فيلم متلفز حول الإسعافات الأولية مناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على أن: يعرف الإسعافات الأولية ويحدد اهدافها يحدد اساسيات الإسعاف الأولي ومبادئه يوضح اولويات إجراءات الإسعافات الأولية السريعة للاصابات المختلفة يعرف المسعف ويحدد صفاته ومسؤولياته يصنّف المعدات والأدوات المطلوبة للاسعاف يذكر محتويات حقيبة الإسعاف	أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بالإسعافات الأولية وما يلزم من أدوات الإسعاف بشكل مفصل صفاته، ومسؤولياته حقيبة الإسعاف ومحتوياتها	الجزء الأول: مبادئ الإسعافات الأولية المحتوى: تعريف الإسعاف الأولي وأهدافه أولويات الإسعافات الأولية تعريف المسعف، صفاته، ومسؤولياته حقيبة الإسعاف ومحتوياتها

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الثانية: الإسعافات الأولية

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
10 ساعات	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعديّة لأداء العاملين لمهارة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة بخطوة باستخدام الشفافية مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل. الأنشطة التعليمية عرض اللوحات والصور التوضيحية لدعم الشرح إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة امام المتدربين استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرب من العرض مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على ان: يعدد اجزاء الجهاز التنفسي يعرّف التنفس يعدّد اساسيات اسعاف القصور التنفسي يحدّد اعراض القصور التنفسي يطبّق إجراءات الإسعاف الأولي لحالات انسداد المسالك التنفسية في حالة كان المصاب: أ- واعى ب- غير واعى يتعرّف على طرق إجراء التنفس الاصطناعي يكتسب معرفة تمهيدية عن الجهاز الدوراني يذكر اسباب توقف القلب يحدد اعراض توقف القلب يطبّق مهارة الانعاش القلبي الرئوي للشخص البالغ باستخدام النماذج يتجنب حدوث المضاعفات للمصاب	أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بإجراءات الانعاش القلبي الرئوي بطريقة آمنة وفاعلة..	الجزء الثاني: إجراء الانعاش القلبي الرئوي المحتوى: اجزاء الجهاز التنفسي تعريف التنفس أسباب القصور التنفسي أساسيات اسعاف القصور التنفسي أعراض القصور التنفسي الإسعاف الأولي لحالات انسداد المسالك التنفسية في حالة وعي وعدم وعي المصاب طرق إجراء التنفس الاصطناعي نبذة عن الجهاز الدوراني أعراض توقف القلب الإسعاف الأولي لحالات توقف القلب إجراء الانعاش القلبي الرئوي بوجود منقذ واحد أو اثنين

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الثانية: الإسعافات الأولية

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
1 ساعة	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارة إسعافات حالات غيبوبة السكري. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعديّة لأداء العاملين لمهارة إسعاف حالات غيبوبة السكري.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة بخطوة باستخدام الشفافية مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل. الأنشطة التعليمية إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة امام المتدربين باستخدام النماذج استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرب من العرض مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على ان: يتعرف إلى كيفية حدوث غيبوبة السكري يحدد أعراض نقص سكر الدم يطبق إجراءات اسعاف حالة نقص سكر الدم مع ذكر الخطوات يحدد اعراض زيادة سكر الدم يطبق إجراءات اسعاف حالة زيادة سكر الدم مع ذكر الخطوات	أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والادائية المتعلقة باسعاف حالات غيبوبة السكري بطريقة آمنة وفاعلة.	الجزء الثالث: غيبوبة السكري المحتوى: تعريف غيبوبة السكري نقص سكر الدم، أسبابه، أعراضه، إجراءات اسعافه زيادة سكر الدم، أسبابه، أعراضه، إجراءات اسعافه

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الثانية: الإسعافات الأولية

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
2 ساعة	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبلي لأداء العاملين لمهارة الإسعافات الأولية لحالة الدوخة. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعدي لأداء العاملين لمهارة الإسعافات الأولية لحالة الدوخة.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة بخطوة باستخدام الشفافية مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل. الأنشطة التعليمية إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة امام المتدربين باستخدام النماذج استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرب من العرض طلب متدرب متطوع لإجراء المهارة عليه (أداء في موقف عملي) مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على أن: يعرّف الدوخة يذكر أعراض الدوخة يطبق إجراءات إسعاف حالات الدوخة	أن يطبق المتدرب إجراءات الإسعافات الأولية الصحيحة لحالة الدوخة بطريقة آمنة وفاعلة.	الجزء الرابع: الدوخة المحتوى: تعريف الدوخة أعراض الدوخة إجراءات إسعاف حالات الدوخة

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الثانية: الإسعافات الأولية

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
2 ساعة	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارة إسعاف حالات الحمى. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعديّة لأداء العاملين لمهارة إسعاف حالات الحمى.	طرق التدريس إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عليها ومناقشة وعصف ذهني لما تم عرضه الأنشطة التعليمية مشاهدة فيلم متلفز حول الموضوع مناقشة الفيلم المتلفز الطلب من المتدربين حل التدريبات والأنشطة المرافقة	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على ان: يعرّف معدل درجة الحرارة الطبيعية يحدد أعراض الحمى يذكر خطوات إسعاف حالات الحمى	أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيديّة والأدائية المتعلقة بإجراءات إسعاف حالات الحمى بطريقة آمنة وفعالة	الجزء الخامس: الحمى المحتوى: معدل درجة الحرارة الطبيعية أعراض الحمى إسعاف حالات الحمى بطريقة آمنة وفعالة

<p>2 ساعة</p>	<p>تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبلية لأداء العاملين لمهارة إسعاف حالات الصرع. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعدية لأداء العاملين لمهارة إسعاف حالات الصرع.</p>	<p>طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة خطوة باستخدام الشفافية مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل. الأنشطة التعليمية عرض اللوحات والصور التوضيحية لدعم الشرح إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة امام المتدربين باستخدام المجسمات استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرب من العرض طلب متدرب متطوع لإجراء المهارة عليه (أداء في موقف عملي) مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة</p>	<p>عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على أن: يعرّف الصرع يتعرف إلى تصنيفات الصرع وأنواعه يذكر العوامل المساعدة على حدوث الصرع يحدد اعراض وعلامات الصرع يطبق إجراءات إسعاف حالات الصرع مع وصف الخطوات</p>	<p>أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بإسعاف حالات الصرع بطريقة آمنة وفعّالة.</p>	<p>الجزء السادس: الصرع المحتوى: تعريف الصرع، تصنيفات الصرع العوامل المساعدة على حدوث الصرع علامات وأعراض الصرع إسعاف حالات الصرع</p>
---------------	---	---	---	---	--

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الثالثة: منع العدوى وتطبيقات مختلفة لرعاية المسن

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي / المحتوى
2 ساعة	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارة إجراءات النظافة وطرق مكافحة الأمراض المعدية. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعدية لأداء العاملين لمهارة إجراءات النظافة وطرق مكافحة الأمراض المعدية.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة خطوة باستخدام الشفافية مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل الأنشطة التعليمية إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة أمام المتدربين استخدام الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة لعزل المريض مثل (ماء نظيف، صابون سائل مطهر، ورق تنشيف قرب المغسلة، سلة مهملات، سلة غسيل مخصصة للعزل). طاولة لوضع الأدوات عليها كجهاز الضغط وميزان الحرارة، حمام خاص للمريض، مكان لاستحمام المريض مخصص له، الأدوات الخاصة بالمريض (يفضل ان تكون مستهلكة)، علاقة لتعليق المربول العازل، وعاء على باب الغرفة يحوي مادة مطهرة، لوحة مكتوب عليها عزل ممنوع الزيارة. مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن: يعرف الأمراض المعدية يحدّد مراحل سلسلة العدوى يعرف ماذا يحصل بعد العدوى يطبق طرق مكافحة العدوى يحدّد الأسباب التي تقلل فاعلية إجراءات النظافة الشخصية ونظافة البيئة يطبق إجراءات النظافة الشخصية ووقاية المجتمع يؤمن إجراءات عزل وحدة المريض	أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية لإجراءات النظافة وطرق مكافحة الأمراض المعدية بطريقة آمنة وفاعلة.	الجزء الأول: إجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية المحتوي: تعريف الأمراض المعدية سلسلة العدوى مكافحة الأمراض ومنع العدوى أسباب تقلل فاعلية إجراءات العزل الصحي إجراءات النظافة والتطهير وسائل المكافحة إجراءات النظافة الشخصية إجراءات وقاية المجتمع

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الثالثة: منع العدوى وتطبيقات مختلفة لرعاية المسن

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
10 ساعات	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارة إجراءات الغيار الجراحي للمسن. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعدية لأداء العاملين لمهارة إجراءات الغيار الجراحي.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة خطوة باستخدام الشفافية مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل. الأنشطة التعليمية عرض اللوحات والصور التوضيحية لدعم الشرح إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة امام المتدربين استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرب من العرض استخدام الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة مثل (محلول مطهر، وعاء معقم لصب المطهر فيه، سلة مهملات وكيس بلاستيكي، طقم غيار الجروح المعقم والمغلف، شريط لاصق، قفازات مستهلكة، قفازات معقمة، شاش وقطن اضاقي، مقص، مادة لازالة اللاصق، كمادة حسب الحاجة، نموذج الملاحظات) مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة استخدام المجسمات (الدمى) لإجراء المهارة تطبيق ما تم شرحه بعرض بعض الاوضاع (situation) واستخدام أسلوب حل المشكلة لاجابة اسئلتها	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على ان: يعرف الجروح يميز انواع الجروح المختلفة يحدّد مخاطر ومضاعفات الجروح يذكر الأسس الواجب مراعاتها عند التعامل مع الجروح يحضر الأدوات والمواد اللازمة لغيار الجروح يصب المحلول المطهر بالطريقة الصحيحة يهيء المريض ومنطقة الجرح يرتدي القفازات المعقمة بطريقة معقمة يطبق خطوات مهارة غيار الجروح مع ذكر الخطوات حسب اسس التعقيم	أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بإجراء الغيار الجراحي للمريض بطريقة آمنة وفاعلة	الجزء الثاني: غيار الجروح المحتوي: تعريف الجروح أنواع الجروح المختلفة مخاطر الجروح أسس التعامل مع الجروح الأدوات اللازمة لغيار الجروح صب المحلول المعقم لبس القفازات المعقمة تهيئة المريض ومكان الجرح خطوات مهارة غيار الجروح التبليغ عن أية تغيرات بالجروح تدوين الملاحظات عن الجروح

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الثالثة: منع العدوى وتطبيقات مختلفة لرعاية المسن

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
2 ساعة	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارة استخدام الكمامات بأنواعها المختلفة. تقويم تكويني من خلال ملاحظة أداء المتدربين في البيئة التعليمية التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعديّة لأداء العاملين لمهارة استخدام الكمامات بأنواعها المختلفة.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة بخطوة باستخدام الشفافيات مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل. الأنشطة التعليمية عرض اللوحات والصور التوضيحية لدعم الشرح إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة أمام المتدربين استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرب من العرض استخدام الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة مثل (ماء ساخن حراره 52 س°، ميزان حرارة مائي، منشفة، وعاء ماء ساخن، مشمع، قطع قماش، قفازات واقية، ميزان حرارة زئبقي، وعاء يحتوي ماء، نموذج ملاحظات) مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة استخدام المجسمات (الدمى) لإجراء المهارة عليها	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على أن: يحضر الأدوات اللازمة لتحضير الكمامات بأنواعها المختلفة. يستعمل الكمامات الساخنة والباردة باتقان وفاعلية. يدوّن ملاحظاته العلمية عن أية تغيرات	أن يحضر المتدرب الكمامات بأنواعها المختلفة ويستعملها بطريقة آمنة وفاعلة.	الجزء الثالث: استخدام الكمامات بأنواعها المحتوي: الكمامات الساخنة واستعمالاتها الكمامات الباردة واستعمالاتها

البرنامج التدريبي المقترح

الوحدة الثالثة: منع العدوى وتطبيقات مختلفة لرعاية المريض

الزمن	التقويم	طرق التدريس والأنشطة التعليمية	الأهداف التعليمية	الأهداف العامة	الدليل التعليمي/ المحتوى
2 ساعة	تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارة عمل المغاطس.	طرق التدريس استخدام استراتيجية المحاضرة عن طريق عرض المادة العلمية خطوة بخطوة باستخدام الشفافيات مع إجراء المناقشة والحوار والعصف الذهني لما يشرح، و إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة. استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل. الأنشطة التعليمية إعداد نماذج التدريب العملي واضحة ومعززة برسوم توضيحية توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين وتعليقها في مكان بارز تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة تلخيص المهارة من قبل المدرب بعد العرض الأولي لتظهر بالصورة النهائية الشاملة أمام المتدربين استخدام استراتيجية العرض التطبيقي من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء المدرب من العرض استخدام الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة مثل (وعاء كبير/ مغطس بلاستيك يوضع في الحمام، بطاقة مكتوب عليها مشغول، ماء ساخن بدرجة حرارة 40-43 س°، الدواء الموصوف، مطهر أو ملح (ملعقة ملح طعام لكل لتر ماء)، ميزان حرارة مائي، كرسي، منشفة) مشاهدة فيلم متلفز عن المادة عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة استخدام المجسمات (الدمى) لإجراء المهارة عليها	عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على أن: يعدّد استعمالات المغطس يحضّر الأدوات اللازمة لتحضير المغطس يساعد المريض على استعمال المغطس بطريقة آمنة وفاعلة. يراقب المريض اثناء عمل المغطس يدوّن ملاحظاته عن إجراء المهارة ونتائجها	أن يحضر المتدرب المغطس ويساعد المريض على استعماله بطريقة آمنة وفاعلة.	الجزء الرابع: عمل المغاطس المحتوى: استعمالات المغاطس وأهدافها الأدوات اللازمة لعمل المغطس مساعدة المريض على استعمال المغطس مراقبة المريض اثناء عمل المغطس تدوين الملاحظات

انطلاقاً من كون التدريب عملية مستمرة خلال حياة الفرد وفقاً لاحتياجاته العملية واحتياجاته كأحد أفراد المجتمع، وسعي التدريب إلى إحداث تغييرات في الأنماط السلوكية من خلال تعريف الفرد المتدرب أساليب ووسائل تدريبية متطورة، وانطلاقاً من القناعة بأن التدريب وسيلة وليس غاية في حد ذاته، علاوة على إعطاء الفرصة الكاملة للأفراد المتدربين لتأدية الأعمال المطلوبة منهم بكفاية وفاعلية عالية، فهو لذلك وسيلة لتنمية قدرات الفرد المهنية، وإمكانية توظيف هذه القدرات وصولاً إلى أكبر نفع للشخص والمجتمع (الطعاني، 2002).

فمن السهل إعداد الكوادر البشرية في مؤسسات التعليم العالي من الجامعات والكليات ومؤسسات العمل المختلفة، ولكن ليس من السهل تأهيل هذه الكوادر للقيام بأداء أعمالها على أكمل وجه وهم على رأس العمل، لأن الصعوبة تكمن بمدى تقبل هذه الكوادر المؤهلة لموضوع التدريب، نظراً لتقدم العمر والإحساس بمعرفة كل شيء وبالخبرة الطويلة في مجال العمل، ولكن في الوقت نفسه تحتاج هذه الكوادر البشرية إلى مواكبة التطور عن طريق تنمية واكتساب مهارات جديدة بعيداً عن الأساليب الاعتيادية والروتينية في الأداء (أبو مغلي، 1997).

تم بناء هذا البرنامج التدريبي في ضوء تحديد الاحتياجات التدريبية لدى العاملين في دور المسنين في الأردن إلى مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة تحت عنوان: دليل تعليمي/ تنمية مهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين في الأردن بناءً على الواقع الحالي وتجارب الدول المتقدمة. وبالتالي فإن هذا البرنامج التدريبي له

خصوصية علاجية لتطوير مهارات الرعاية الصحية الأداية لدى العاملين في دور المسنين وإثراء عطائهم، ولكي تكون المخرجات التدريبية لمقدمي الرعاية في دور المسنين في المستوى الذي يدعم نوعية حياة المسن ويحقق الصحة للجميع، وحرصاً على تمرير الخبرات التدريبية الإثرائية للعاملين في دور المسنين، فقد تم تقديم هذا الدليل التعليمي من خلال ترجمة المعادلة التدريبية الناجحة: مدرب ماهر، مؤهل علمياً وعملياً،

وَمُتَدَرِّبٍ مَهِيأً، وَلَهُ الرِّغْبَةُ فِي التَّدْرِيبِ، وَخُطَّةٌ تَدْرِيبِيَّةٌ سَلِيمَةٌ، وَأَدَوَاتٌ تَدْرِيبٌ فَاعِلَةٌ، وَبِيئَةٌ تَدْرِيبِيَّةٌ خَصَبَةٌ. وَقَدْ تَمَّ إِعْدَادُ الدَّلِيلِ التَّعْلِيمِيِّ لِكُلِّ مِنَ المَدْرَبِ وَالمُتَدَرِّبِ (العاملين في دور المسنين). وَيَحْتَوِي هَذَا الدَّلِيلُ مَهَارَاتِ الرِّعَايَةِ الصَّحِيَّةِ الأَدَائِيَّةِ الوَاجِبِ تَوَافُرِهَا لَدَى العَامِلِينَ فِي دَوْرِ المَسْنِينِ وَالمُتَعَلِّقَةِ بِمَجَالِ التَّمْرِيبِ المُنزَلِي موزعة على ثلاث وحدات رئيسة وهي العلامات الحيوية، الإسعافات الأولية ومنع العدوى وقمارين متنوعة لرعاية المسن.

الفئة المستهدفة: الفئة المستهدفة في هذا البرنامج هم العاملون القائمون على تقديم الرعاية الصحية الأَدَائِيَّةِ الشَّامِلَةِ فِي دَارِ الضِّيَافَةِ لرعاية المسنين في الأردن بغض النظر عن الجنس، الخبرة، والمؤهل العلمي. الأهداف الخاصة بالبرنامج التدريبي: اكساب العاملين في دار الضيافة لرعاية المسنين المهارات المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بمجال التمريض المنزلي لأداء مهامهم المهنية بفاعلية وإتقان. الأهداف التعليمية التعلمية: في نهاية هذا البرنامج يتوقع أن يكون كل مقدم رعاية في دار الضيافة لرعاية المسنين قادراً على:

أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بقياس درجة حرارة المسن عن طريق الفم، الإبطن، والشرج مستخدماً ميزان الحرارة الزئبقي بطريقة آمنة وفاعلة.

أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بقياس النبض الكعبري للمسّن بطريقة آمنة وفاعلة.

أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بقياس تنفس المسن بطريقة آمنة وفاعلة. أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية و الأدائية المتعلقة بقياس ضغط دم المسن بطريقة آمنة وفاعلة.

أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بتقديم الإسعافات الأولية للحالات المرضية الطارئة (الحمى، الصرع، غيبوبة السكري، الدوخة، توقف القلب والرئتين) بطريقة آمنة وفاعلة.

أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية لاجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية بطريقة آمنة وفاعلة.

أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بإجراء الغيار الجراحي بطريقة آمنة وفاعلة.

أن يحضر المتدرب والكمادات الساخنة والكمادات الباردة ويستعملها بطريقة آمنة وفاعلة.
أن يحضر المتدرب المغطس ويساعد المريض على استعماله بطريقة آمنة وكافية.
مدة البرنامج: ثلاثة أسابيع تدريبية.

الوقت المتوقع للتدريب: 4-5 ساعات يومياً بواقع أربعة أيام في الأسبوع.

مستوى الأداء المطلوب: أن يصل العامل القائم على تقديم الرعاية الصحية للمسنين إلى إتقان هذه الأهداف بنسبة 100%، لأن مجال الرعاية الصحية لا يحتمل أية نسبة خطأ لما له من آثار سلبية على حياة الإنسان.

الوسائل التعليمية المساعدة: تدريبات وتطبيقات عملية، ووسائل العرض المرئية/ مجسمات، واختبارات تقويمية.

الطريقة التدريسية: التعليم الإتيقاني والهدف هو الوصول إلى الإتقان التام لمهارات الرعاية الصحية الأدائية المتضمنة بهذا البرنامج، لذلك على كل متدرب أن يحدد سرعته في التعليم بما يحقق هذا الغرض وبما يتناسب مع الوقت المتاح.

إرشادات عامة للمدرب لتنفيذ البرنامج

أختي/ أخي المدرب: ليحقق هذا البرنامج التدريبي أكبر فائدة ممكنة في تنمية وتطوير مهارات المتدربين وقدراتهم، وانطلاقاً من أن المدرب أهم عناصر تنفيذ البرنامج، لذا لا بد من تمتعه بكفاءة في إدارة المواقف التعليمية وحيازته على معلومات عملية وعلمية فنية واسعة، وشخصية واثقة متزنة ولتحقيق ذلك، لابد من اتباعك عدد من الإرشادات التي عليك عزيزي المدرب أن تقرأها قراءة معمقة وتلتزم بها أثناء العمل في هذا البرنامج، وهي كالآتي:

على المدرب أن يسعى دائماً إلى تنويع المثيرات في الموقف التعليمي التدريبي، وذلك ليزيل الملل والسأم من نفوس المتدربين ليقبلوا على التعليم بكل جد ونشاط من خلال:

تغيير المدرب لموقعه داخل غرفة التدريب، فلا يظل طيلة الوقت واقفاً أو جالساً، بل عليه أن يتحرك بالقرب من السبورة وبين مجموعات المتدربين، لأن ذلك يغير الرتابة التي تسود الدرس وتساعد على انتباه المتدربين مع عدم المبالغة في الحركات.

استعمال المدرب لمزيج من مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية لجذب انتباه المتدربين عن طريق هز الرأس وحركات اليدين والابتسامة ونظرات العين وحركات الجبين.

إثراء التفاعل مع المتدربين لدمجهم بالمناقشة وإحداث تفاعلات بين متدرب وآخر وذلك عند طرح أحد المتدربين سؤالاً، فبدلاً من أن يجيب المعلم يحول الإجابة إلى متدرب آخر.

استخدام الصمت برهة وفي الوقت المناسب لأن ذلك يثير المستمع ليعرف ما وراء هذا الصمت، وصمت المتكلم دلالة على أهمية ما يأتي بعده.

استخدام التعزيز في المواقف التعليمية لأن هذا يعني الدعم والرضا لاستجابة صدرت من متدرب مما يثير دافعية المتدرب ليقوم في الجلسات المقبلة بالتحضير والمشاركة.

عند عرضك للمادة النظرية التابعة لهذا البرنامج عليك أن تتذكر أن من طرق وأساليب التدريب هي المحاضرة والمناقشة، وهما طريقتان فعالتان مرتبطتان معا على شكل تفاعل لفظي بينك وبين المتدرب، وتستطيع أن تستخدم هذه الطريقة مع كل طرق التعليم الأخرى، إذ أن هذا الأسلوب يركز على الجانب النظري والجوانب الفنية لإجراء المهارة، بالإضافة إلى أن طريقة المحاضرة والمناقشة تساعد المتدربين على التفكير البناء والتفسير (الحيلة، 1999).

فاحرص عزيزي المدرب على إثراء المناقشة والحوار، وإبداء الرأي وإثارة التساؤلات واتباع الأسلوب العلمي لحل المشكلات، فضلاً عن أن طريقة المحاور والمناقشة تؤدي إلى تنمية الإتجاهات العملية والأنماط السلوكية الإيجابية مثل احترام آراء الآخرين والاستماع، والتعاون لحل المشكلات.

ج. عند عرضك للمادة العملية (المهارات الأدائية) تذكر دائماً أن هذه الطريقة تعتبر من أفضل الطرق في مجال التعليم المهني لإكساب المتدربين المهارات الأدائية، وهي الطريقة التدريسية الرئيسة التي تخدم مستويات التهيئة والاستكشاف والإعداد، وهي تساعد العامل في الحقل الصحي أن يصف تفاصيل الإجراءات خطوة خطوة، ويوضح الإجراءات والأساليب الفنية الموجودة في المهمات والمهارات العملية المتعلقة بما تخدمه مادة العرض، وتعتمد على تجزئة العملية التدريبية إلى مراحل وإعطاء المتدربين فرصة للتطبيق وممارسة المهارات من خلال تنفيذ تمارين عملية.

ويأتي تعليم المهارات الأدائية بهذه الطريقة كما أوردتها البطارسة (2005) في عدة خطوات كالآتي:

التهيئة (الإعداد والتحضير) وتشمل:

إعداد الأدوات والتجهيزات اللازمة لتنفيذ العمل، ويعتمد عدد وكمية ونوع هذه الأدوات والتجهيزات على عدد المتدربين ونمط التطبيق الذي سيتبع في الممارسة و تحديد أسلوب التطبيق، فردي أم جماعي.

تحديد وقت عرض المهارة، بحيث لا تزيد مدة عرض المهارة من قبل المدرب على (20) دقيقة.

توفير الوسائل التعليمية التي ستستخدم في أثناء العمل، كالشفاقيات والصور والرسوم وغيرها، حيث تستخدم أثناء الشرح من قبل المدرب.

تحديد الأهداف والنتائج التعليمية التي يتوقع تحقيقها في نهاية التدريب.

إعداد وتهيئة المكان لأداء العمل من حيث ترتيب الجلسة والإضاءة وحرية الحركة والتهوية وغيرها.

استثمار الموارد المحلية المتوافرة في البيئة.

تحضير نماذج التدريب العملي بحيث تكون واضحة ومعززة بالرسوم التوضيحية لتساعد المتدرب في اتباعها وتنفيذ خطواتها الأدائية.

التقديم ويتضمن:

تهيئة المتدربين وإثارة دافعيتهم من خلال:

توزيع جلوس المتدربين بشكل يمكن كلا منهم من رؤية ما يقوم المدرب بعرضه ومتابعته وسماعه.

إعداد وترتيب مكان العرض وعدم تكديس المواد والأدوات التي قد تحجب رؤية المتدربين.

إثارة دافعية المتدربين واهتمامهم بالموضوع، وذلك من خلال البدء بمقدمة قصيرة تثير انتباههم وتشوقهم للدرس، وربط موضوع التطبيق بخبرات المتدربين الحياتية.

تفسير المصطلحات الفنية التي تساعد المتدرب على الفهم وتتبع خطوات العمل.

وصف المهارة: على المدرب أن يوضح للمتدرب لماذا عليه أن يتعلم المهارات ومتى يستخدمها، وعليه أن يقوم بتحليل المهارات إلى مهمات صغيرة ويفيد التحليل هذا بدرجة كبيرة، لأن التحليل يصف حقيقة ما يتم عمله، والترتيب الذي تنفذ في كل مرحلة، ويفضل كتابة المهارة للطلبة على شكل قائمة تعليمات (نموذج التدريب العملي) تبين بوضوح معايير الأداء المتوقعة.

عرض المهارة: يتم عرض المهارة بعدما يصفها المدرب، وأحياناً يكون العرض توافيقاً مع الوصف، وعند عرض المهارة على المدرب مراعاة ما يلي:

تقديم خطوات الأداء خطوة بخطوة بدقة ووضوح وتسلسل منظم مما يساعد المتدربين على تتبع العمل بسهولة ويسر وملاحظة النقاط الحاكمة في كل خطوة. أن يكون العرض صحيحاً، وأن يقدم الشرح المناسب لكل خطوة من الخطوات بحيث يكون متزامناً مع تنفيذها، ويكون الشرح بلغة مناسبة وواضحة ومفهومة، وأن يقوم المدرب بالتركيز على النقاط المهمة والحاكمة ومعايير الأداء السليم.

أن يتعد المدرب عن ذكر الممارسات الخاطئة في تقديم المهارة. أن يكون العرض منظوراً، وأن يكون المتدربون جميعاً قادرين على مشاهدة المدرب. اتخاذ احتياطات الأمن والسلامة المهنية ومراعاة التركيز عليها. تقديم خطوات العمل بسرعة مناسبة تميل إلى البطء لتوضيح كل منها بهدف تمكين المتدربين من متابعة العرض، ويراعي المدرب أن يقوم بالعمل بثقة واتزان، ويمكنه تجريب العمل مسبقاً للتأكد من نجاحه في تنفيذه.

توجيه أسئلة للطلبة بحيث تكون هادفة ومنظمة ومعد لها مسبقاً لتتم الإجابة عنها في أثناء التنفيذ. عرض الخطوات المترابطة معاً كمجموعة واحدة قبل الانتقال إلى خطوات أخرى. الحرص على رؤية المتدربين للمنتج النهائي للعمل في صورة متكاملة وواقعية، وذلك بقيام المدرب بتقديم ملخص سريع للمهارة بعد انتهاء العرض، وهذا التلخيص يساعد المتدرب كثيراً حيث يعطيه صورة شمولية بالمراحل التي تهتمه لتكوين المهارة ورؤية المنتج النهائي بصورة متكاملة. إعطاء المتدربين فرصة لكتابة ملاحظاتهم.

التطبيق تحت الإشراف: بعد تقديمك عرض خطوات الأداء العملي ينصح باتباع الآتي: قيام أحد المتدربين بإعادة خطوات الأداء العملي أمام بقية المتعلمين وبإشراف من المدرب والمتدربين الآخرين، وفي أثناء ذلك يقوم المدرب بتصويب الأخطاء حال وقوعها، وتعزيز الأداء الجيد والمتقن، وفي هذه المرحلة لا بد للمدرب أن يختار متدرباً متميزاً يرغب في أداء العمل مقلداً المدرب، لأن هذا يقلل من فرص الفشل التي قد يقوم بها المتدربون في أداء العمل، وزيادة حماسهم ودافعيتهم للعمل عند رؤية زميلهم قام بأداء العمل بنجاح.

قيام متدربين آخرين بأداء العمل، فإذا ما لاحظ المدرب صعوبة في أداء بعض المهارات وتكرار الخطأ في تنفيذها، يمكن أن يعيد المدرب أداءها أمام المتدربين مع تركيزه على النقاط الحاكمة في كل مهارة. ممارسة المهارة: وتعني الممارسة: تكرار المهارة للوصول إلى مستوى الأداء المطلوب، وحتى تكون الممارسة هادفة ومنظمة يقوم المدرب بإعداد (نموذج التدريب العملي) مسبقاً، ويعلقها في مكان بارز أو يوزعها على المتدربين، وخلال هذه المرحلة يتركز دور المدرب على متابعة الطلبة والإشراف عليهم. ويشتمل نموذج التدريب العملي على بيانات تعريفية مثل: اسم التمرين، والأهداف التدريبية، وخطوات التنفيذ المطلوبة لإنجاز التمرين، مع توضيح النقاط الحاكمة لكل خطوة من الخطوات، مع رسوم توضيحية، وكذلك معايير التقويم التي تعبر عن الدقة ودرجة الإتقان المطلوبة والسرعة، وتتم صياغة نموذج التدريب العملي ليخاطب المتدرب مباشرة؛ لأنه يمكن أن يستخدمها بمفرده، وتوجد نماذج التدريب العملي في كتب أساسيات التمريض/ عملي، أجنبية كانت أم عربية. أما بطاقة المعلومات: فتشتمل على المعلومات النظرية المرتبطة بالأداء العملي، ويمكن للمراجع أن تحل محلها.

وتتم الممارسة والتدريب بالأسلوب الفردي أو الجماعي. إرشادات عامة للمتدرب يجب مراعاتها لتنفيذ البرنامج: أخي/ أختي المتدربة: ليحقق هذا البرنامج التدريبي أكبر فائدة مرجوة، عليك عزيزي المتدرب تنفيذ الخطوات التالية علماً بأن دراسة كل وحدة تعتمد على جهدك الشخصي في البيت ومكان التدريب وحسب سرعتك التي تستطيع.

اقرأ عنوان الوحدة جيداً. اطلع على الأهداف الخاصة بالبرنامج والأهداف التعليمية التعليمية. أجب على أسئلة الاختبار القبلي قبل الدخول إلى المادة التعليمية. قم بتصحيح الإختبار القبلي بنفسك بمفتاح التصحيح الموجود في الملاحق. إذا كانت إجابتك على الإختبار صحيحة بنسبة 80% فما فوق فهذا دليل على إتقانك تلك الوحدات، وعدم نجاحك في الإجابة عن جزء منها يستدعي منك إعادة دراسة الوحدة.

أعد دراسة الوحدة التي يعتقد المدرب أنك لم تتقنها أو يرى انها على درجة من الصعوبة.

ركز على أهمية التعاون و الإنضباط أثناء التدريب

راعي ميكانيكية الجسم عند القيام بتطبيق المهارات العملية

اطلع على أية تعليمات محددة من قبل المدرب والإلتزام بها

اتبع الطريقة الصحيحة في التعامل مع الأدوات والمجسمات وتجنبها من الكسر والتلف

حضر الأدوات كاملة قبل البدء بتطبيق المهارة

اغسل اليدين قبل وبعد أداء المهارات

اهتم بتسلسل الخطوات عند أداء المهارة

أعد الأدوات إلى مكانها المخصص بعد استعمالها

تعرف على أسلوب التقييم الذي يتبعه المدرب

الأساس في هذا البرنامج التدريبي هو التعلم الذاتي، والهدف هو الوصول إلى الإتقان التام لمهارات الرعاية

الصحية الأداة المتضمنة في هذا البرنامج، ولذلك على كل متدرب أن يحدد سرعته في التعلم بما يحقق هذا

الغرض وبما يتناسب مع الوقت المتاح.

وقد روعي في هذا الدليل التعليمي التدريبي أن يتكون من المكونات الآتية استنادا إلى نموذج كيمب (kemp)

ونظريات تعليم الكبار:

الأهداف العامة للوحدة.

الأهداف السلوكية الاجرائية للوحدة بحيث تصف السلوك المطلوب من المتدرب.

المحتوى التدريبي.

التقويم القبلي: ويهدف إلى اختبار مدى كفاية العاملين في دور المسنين قبل البدء بدراسة الدليل التدريبي.

الوسائل والأنشطة: ويهدف إلى تنظيم محتوى الدليل التعليمي، وتحديد الوسائل والأنشطة التي تساعد

العاملين في دور المسنين على تنمية مهاراتهم الأدائية من المنظور المعرفي والوجداني.

التقويم البعدي: ويهدف إلى معرفة مدى تحقيق الأهداف الموضوعية لكل وحدة تدريبية، وتستخدم في

التقويم البعدي الأدوات نفسها التي تستخدم في التقويم القبلي، وتكون التغذية الراجعة مستمرة لتعديل

سلوك المتدرب.

الوحدة الأولى

العلامات الحيوية

Vital signs

مكونات الوحدة:

تتكون هذه الوحدة من أربعة أجزاء رئيسية:

- الجزء الأول: قياس درجة الحرارة عن طريق الفم/ الإبط/ الشرج وتدوينه.

- الجزء الثاني: تقييم النبض من الشريان الكعبري وتدوينه.

- الجزء الثالث: تقييم تنفس المسن وتدوينه.

- الجزء الرابع: قياس ضغط الدم الشرياني وتدوينه.

أهداف الوحدة:

- أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيديّة والأدائية المتعلقة بقياس درجة حرارة المسن عن طريق

الفم، الإبط، والشرج مستخدماً ميزان الحرارة الزئبقي بطريقه آمنة وفاعلة.

- أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيديّة والأدائية المتعلقة بقياس النبض الكعبري للمسن بطريقة

آمنة وفاعلة.

- أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيديّة والأدائية المتعلقة بقياس تنفس المسن بطريقة آمنة

وفاعلة.

- أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية و الأدوات المتعلقة بقياس ضغط دم المسن بطريقة آمنة وفاعلة.

أما الأهداف التعليمية التعلمية فسيتم التعرض لأهداف كل جزء من أجزاء الوحدة على حدة.
متطلبات الوحدة

عزيزي المتدرب: ما تحتاج اليه لدراسة هذه الوحدة: أن تكون مستعدا للتعلم، وتقوم بقراءة الوحدة قراءة ذاتية، وإتقان جميع الأنشطة والتدريبات المرافقة، ومن ثم الحصول بما لا يقل عن 80% من الإجابات الصحيحة في الإختبار التقويمي، فاحرص على أن تتبع الإرشادات الواردة في الوحدة، وأن تحل التدريبات وتجب عن الأسئلة المعطاة في التقويم الذاتي، ولا تتردد في مراجعة المدرب كلما شعرت بحاجة لمناقشة بعض الموضوعات أو طرح بعض الأسئلة.

طرق التدريس والأنشطة التعليمية:

سيتم استخدام استراتيجية المحاضرة والمناقشة والحوار

وسيتم استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل ووضوح.

تلخيص المهارة من قبل المدرب لتظهر بالصورة النهائية أمام المتدربين

إثارة التساؤلات و طرح الأسئلة و الإجابة على الأسئلة المطروحة

إعداد (نماذج التدريب العملي) واضحة ومعززة برسوم توضيحية.

توزيع مواد مطبوعة (نماذج التدريب العملي) على المتدربين، وتعليقها في مكان بارز.

استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي المباشر من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء عرض المدرب للمهارة.

قيام متدربين آخرين بعرض المهارة.

استخدام الأجهزة الطبية اللازمة حسب المهارة مثل (جهاز ضغط، سماعة، ميزان حرارة فموي و شرجي، قطن،

شاش، مطهر، صينية، حامله لميزان الحرارة، مادة مطرية، قلم، نموذج تدوين العلامات الحيوية، ساعة ذات

عقرب ثواني).

مشاهدة فيلم متلفز.

جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة.

ممارسة المهارة والتدريب عليها باستخدام الأسلوب الفردي.

التقويم : سيتم استخدام أنواع التقويم الآتية في هذه الوحدة:

تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارات قياس العلامات الحيوية للمسّن.

التقويم التكويني من خلال ملاحظة أداء المتدرب أثناء التدريب.

التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعدية لأداء العاملين لمهارات قياس العلامات الحيوية لمسّن، آخذين

بعين الاعتبار أسلوب الأداء، سرعة الإنجاز، دقة الأداء، القدرة على معالجة الأخطاء، و مراعاة النقاط الحاكمة.

- الجزء الأول: قياس درجة الحرارة عن طريق الفم وتدوينها

- الهدف العام: أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بقياس درجة حرارة المسّن

عن طريق الفم، الإبط، والشرح مستخدماً ميزان الحرارة الزئبقي بطريقه آمنة وفاعلة.

الأهداف التعليمية التعلمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن:

يعرّف درجة الحرارة.

يحدّد مناطق قياس درجة الحرارة على جسم الإنسان.

يوضّح أهمية قياس درجة حرارة جسم الإنسان.

يصنّف العوامل التي تسبب في زيادة درجة حرارة الجسم.

يصنّف العوامل التي تسبب في انخفاض درجة حرارة الجسم.

يذكر مكونات ميزان الحرارة الزئبقي.

يوضّح مبدأ عمل موازين الحرارة.

يحدّد موانع قياس درجة الحرارة عن طريق الفم، الإبط، الشرح.

يخبر المسؤول عن أية تغيرات في درجة الحرارة ويتخذ الإجراءات المناسبة.

يحضّر الأدوات اللازمة لقياس درجة الحرارة عن طريق الفم/ الإبط/ الشرح.

يقيس درجة الحرارة عن طريق الفم/ الإبط/ الشرح.

يتعرف على درجة الحرارة الطبيعية للإنسان البالغ.

يُميّز بين ميزان الحرارة الفموي والشرجي.

يدوّن درجة الحرارة على ورقة العلامات الحيوية.

تمهيد: أخي المتدرب: تعتبر حرارة جسم الإنسان من العلامات الحيوية والهامة والتي تعكس التغيرات التي تحدث في انسجة الإنسان وأعضائه المختلفة، فهل تستطيع أن توضح ماذا تعني حرارة جسم الإنسان؟
الإجابة هنا:

نعم، تعرف حرارة جسم الإنسان على أنها حالة التوازن الناتجة بين الحرارة الناتجة عن عملية الانقلاب - وهي قدرة الجسم على تحويل المواد الغذائية المركبة إلى مواد يسهل امتصاصها من قبل الجسم - والحرارة المفقودة من الجسم بالطرق الفيزيائية كالتبخير والحمل والتوصيل، أي أن حرارة الجسم تعكس التغيرات التي تحدث في أنسجته وأعضائه المختلفة واستجابتها للعلاج، أو تطور الحالة المرضية، وقد تتأثر بعوامل خارجية لا علاقة لها بالمرض.

والآن، هل تعرف من أي المناطق يمكن أن تقيس درجة الحرارة في جسم الانسان؟

الإجابة هنا:

نعم، يمكن أخذ درجة الحرارة عن طريق الفم أو الإبط أو الشرج كما وأن هناك طرق أخرى عديدة، ولكن الطرق التي تم ذكرها هي الطرق الأكثر انتشارا.

أخي المتدرب: إن طريقة قياس الحرارة عن طريق الفم تعد أكثر الطرق استخداما، علما بأن أفضل الطرق هي ما يتلائم مع الحالة المرضية للمسن ومدى سلامة حواسه، ولهذه الطريقة بعض المحاذير التي تحول دون استخدامها في بعض الحالات المرضية التي قد تؤدي إلى مضاعفات وعدم الدقة في القراءة.

ولكن، ما هي درجة الحرارة الطبيعية أخي المتدرب؟

إن درجة حرارة جسم الإنسان البالغ تتراوح بين (36,7-37,3) درجة سيلسيوس في الحالات الطبيعية.

ولنسأل انفسنا : ما أهمية قياس درجة الحرارة؟

الإجابة هنا:

إن أهمية قياس درجة الحرارة ينبع من أنها تعمل على تقييم حالة المريض المسن وتوفر لنا قاعدة معلومات أساسية للمقارنة معها في المراحل اللاحقة من المرض، وتوفر لنا معرفة أي تغيير في درجة الحرارة، وتعطي فكرة تقييمية لردة فعل جسم المريض لأي إجراء أو دواء موصوف، ولمراقبة الأفراد الأكثر عرضة للإصابات والإلتهابات والعدوى.

إن هذه الأهمية عزيزي المتدرب تقودنا إلى توضيح العوامل التي تسبب زيادة في درجة حرارة الجسم فهل تذكرها لنا؟

الإجابة هنا:

هناك العديد من العوامل يذكر منها (التمارين والجهد العضلي، الانفعالات، تناول الطعام، ارتفاع درجة حرارة البيئة المحيطة).

وهل هناك عوامل أخرى تسبب في التقليل من إنتاج حرارة الجسم؟

نعم، هناك العديد منها مثل قلة الحركة والخمول، النوم، تأثير بعض الأدوية المخدرة، حالات الهدوء والإسترخاء، البعد عن الانفعالات.

تدريب: والآن هل تستطيع أخي المتدرب أن تميز بين العوامل المسببة لارتفاع حرارة الجسم والعوامل المسببة لانخفاضها؟

أخي المتدرب، عليك أن تتذكر أن الحرارة المتولدة تتوازن مع الحرارة المفقودة بالجسم في حالة الصحة، وعدم توازنها (ارتفاعها أو انخفاضها) يعني حالة عدم إتران (مرض)، ولهذا لا بد لنا من التعرف على مهارة قياس درجة حرارة الجسم.

وقبل قياس درجة الحرارة لا بد لنا أن نضع بعين الإعتبار تحضير الأدوات الخاصة بالمهارة وتتضمن: ميزان حرارة زئبقي فموي.

صينية عليها وعاء [يحتوي قطناً مبللاً بمحلول مطهر - وعاء يحتوي صابوناً - وعاء فارغ أو صحن علوي - حافظة لوضع الميزان عليها - وعاء يحتوي ماء - قطن أو شاش جاف].

ساعة يد 4. قلم حبر 5. نموذج العلامات الحيوية.

أخي المتدرب: أنظر إلى هذه الأدوات، امسكها بيدك، وتعرف عليها بدقة وتفصيل.

والآن هل ترى ميزان الحرارة، هل تعرف ما مكوناته ومبدأ عمله؟

الإجابة هنا:

نعم، إن ميزان الحرارة مهما كان نوعه يتكون من:

المستودع وبداخله كمية من السائل (عادة تكون الزئبق).

الساق (زجاجي أو معدني أو بلاستيكي) وبداخله أنبوب مدرج إلى درجات كل منها مقسمة إلى 10 أجزاء وعادة يبدأ التدرج من (35-42م°) وكل درجة تقسم إلى 10 أجزاء (خطوط).

أخي المتدرب، أنظر إلى هذه الأنواع المختلفة من موازين الحرارة سواء كانت فموية أو شرجية، هل هناك أي اختلاف في مكوناتها؟

نعم، إن ميزان الحرارة الفموي يتميز بأن مستودعه أقل سمكا وأطول ويتيح سطح أكبر للإتصال بالفم، أما ميزان الحرارة الشرجي فيكون مستودعه أكثر سمكا وأقصر، وقد يكون كروي الشكل ويستخدم لقياس درجة الحرارة من الشرج أو من تحت الإبطن.

تدريب: أخي المتدرب أمسك ميزان حرارة فموي، وآخر شرجي وانظر إليها، هل تستطيع أن تميز بينهما؟
وضح ذلك؟

الإجابة هنا:

وماذا عن الأنواع الأخرى من موازين الحرارة؟

كما ذكرنا سابقا إن موازين الحرارة الطبية الزئبقية تصنف حسب المكان الذي يوضع فيه الميزان لقياس درجة حرارة الإنسان، وتقسم إلى ميزان الحرارة الفموي، وميزان الحرارة الشرجي، كما ويوجد هناك موازين لقياس درجة الحرارة من الأذن، أو من الجبهة.

هل يستطيع أحدكم توضيح مبدأ عمل موازين الحرارة؟

نعم، فمبدأ عملها يعتمد على قاعدة زيادة حجم السائل (الزئبقي) وتمدهه بارتفاع درجة الحرارة التي يتعرض لها في حالة ثبوت الضغط الواقع عليه.

والآن لعل من خبرتك في تقديم الرعاية الصحية للمسنين في دور الرعاية تستطيع أن تميز الحالات المانعة لقياس درجة الحرارة عن طريق الفم أو الإبطن أو الشرج؟

ربما تتفق كتابتك لهذه الحالات المذكورة مع ما ستفروه في الأسطر الآتية حيث أن:

الحالات المانعة لقياس درجة الحرارة من الفم هي:

حالات الإغماء، الأطفال دون السادسة من العمر، المرضى الذين يتنفسون من الفم، ذوي الأمراض العقلية والنفسية، وفي جراحات الفم والأنف.

الحالات المانعة لقياس درجة الحرارة من الشرح هي:

الإسهال، التهاب الجزء السفلي من الأمعاء والمستقيم، التهاب الأوردة في منطقة الشرح، الإصابات في منطقة الشرح.

أخي المتدرب انتبه!! إن قياس درجة الحرارة من تحت الإبط لا تؤخذ إلا عندما تتعذر إمكانية أخذ الحرارة من الفم أو الشرح لأنها تعتبر أقل دقة وذلك لإمكانية تعرضها للجو الخارجي بشكل كبير ولطول فترة وضعها تحت الإبط (10 دقائق).

والآن سننتقل للعرض العملي التطبيقي لمهارة قياس درجة الحرارة عن طريق الفم وتدوينها. وأول ما سيقوم به المدرب بعد هذا الشرح الوافي والمتعلق بحرارة جسم الإنسان وقياسها لا بد من القيام بتحضير الأدوات كاملة كما أشير إليها في (نموذج التدريب العملي). ثم يقوم المدرب بعد ذلك بعرض المهارة خطوة خطوة بشكل واضح ومتسلسل بحيث لا يمكن القفز من خطوة قبل الأخرى بشكل عشوائي وذلك بالإعتماد على (نموذج التدريب العملي) الآتي مع مراعاة كل الإرشادات الخاصة بالمدرب في بداية الدليل التعليمي عند قيامه بشرح المهارة لإتمام مهمته بنجاح.

تمرين قياس درجة الحرارة عن طريق الفم						
اسم المتدرب:					اسم المدرب:	
الأدوات والمواد اللازمة						
ميزان حرارة زئبقي فموي، وصينية عليها: (وعاء يحتوي قطنا مبللا بمحلول مطهر، حافظه لوضع الميزان فيها، وعاء يحتوي صابونا، وعاء يحتوي ماء، وحن كلوي، قطن او شاش جاف)، وساعة يد، وقلم حبر، ونموذج العلامات الحيوية						
مستوى أداء المهارة					الرقم	خطوات العمل
5	4	3	2	1		
						اتبع خطوات بداية التمرين
					1	راجع أوامر الطبيب وخطة الرعاية التمريضية. شكل(1-1)
					2	اغسل يديك بالطريقة الصحيحة. شكل(2-1)
					3	تحقق من هوية المسن المريض وشرح له ما ستقوم به. شكل(1-3 و1-4)
					4	حضر الأدوات بالترتيب بجانب السرير. شكل(5-1)
					5	اسدل الستارة حول المريض. شكل(6-1)
					6	تحقق من أن المريض لم يتناول غذاءا باردا أو حارا أو سوائل أو قام بالتدخين

				تناول الميزان من محفظته وامسحه بشكل دائري مستخدما قطعة مبللة بالماء والصابون، من المستودع الزئبقي باتجاه الطرف الزجاجي للميزان، وذلك لتحقيق مبدأ التعقيم (المسح من المنطقة الأكثر نظافة إلى الأقل نظافة)، ثم امسحه بالماء وجففه وذلك لإزالة طعم الصابون والمطهر. . شكل(1-7)	7
				امسك الميزان بأطراف الأصابع الثلاثة (السبابة والإبهام والوسطى) بشكل ثابت ثم اقرأ درجة الحرارة على الميزان). . شكل(1-8)	8
				رج الميزان بحذر (لكي لا ينكسر) حتى ينخفض مستوى الزئبق إلى أقل من 35 درجة وذلك للدقة بالقياس. . شكل(1-9)	9
				اطلب من المريض فتح فمه ورفع لسانه ثم ضع الميزان بلطف تحت لسان المريض واطلب منه أن يطبق شفثيه فوقه دون أسنانه حتى لا يتأثر بحرارة الجو الخارجي. شكل(1-10)	10
				اترك الميزان في فم المريض لمدة (2-3) دقائق	11
				اخرج الميزان من فم المريض ثم جففه بقطعة قماش أو شاش مبتدئا من الطرف الزجاجي باتجاه مستودع الزئبق (الاتجاه من الأكثر نظافة إلى الأقل نظافة).	12
				امسك الميزان بالإبهام والسبابة أفقيا على مستوى النظر لتسهيل عملية قراءة امتداد الزئبق في الميزان. شكل(1-8)	13
				اقرأ درجة الحرارة	14*
				امسح الميزان بالقطن المبلل بالماء والصابون، ثم بالماء البارد مسحا دائريا مبتدئا من الطرف الزجاجي وباتجاه مستودع الزئبق، وتخلص من القطن	15
				رج الميزان حتى يعود الزئبق دون درجة حرارة 35 درجة ثم جففه	16
				أعد الميزان إلى محفظته التي تحتوي المحلول المطهر	17
				دون درجة الحرارة وطريقة قياسها على نموذج العلامات الحيوية	18
				اتبع الخطوات الأساسية في نهاية التمرين	

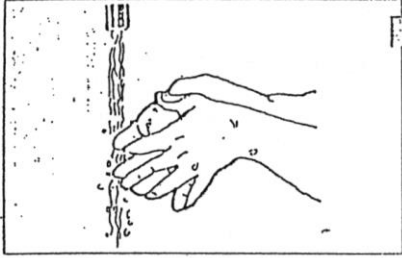
					ضع المريض في وضع مريح وغطه. شكل(11-1)	19
					افتح الستائر الموجودة حول المريض. شكل(12-1)	20
					اجمع الأدوات المستخدمه، نظفها وأعدّها إلى مكانها. شكل(13-1)	21
					تخلص من المواد المستهلكة وبالطريقة الصحيحة. شكل(14-1)	22
					اغسل يديك بالطريقة الصحيحة. شكل(15-1)	23
					أخبر المسؤول عند ملاحظتك أي تغيير في درجة الحرارة. شكل(16-1)	24

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جدا 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جدا

النجمة= خصم نصف العلامة الكلية في حال اخفاق المتدرب بأداء هذه الخطوة



اغسل يديك، كما في التمرين الأول .
شكل (٣-١)



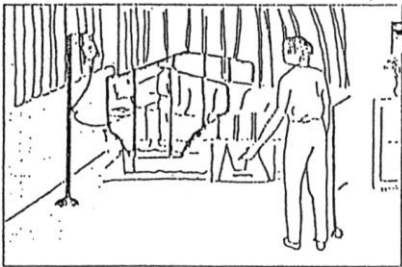
راجع أوامر الطبيب وخطة الرعاية التمريضية .
شكل (١-١)



إشرح للمريض ما ستقوم به .
شكل (٤-١)



تحقق من هوية المريض .
شكل (٣-١)



اسدل الستارة حول سرير المريض .

شكل (٦-١)



جهز الأدوات بالترتيب بجانب السرير .

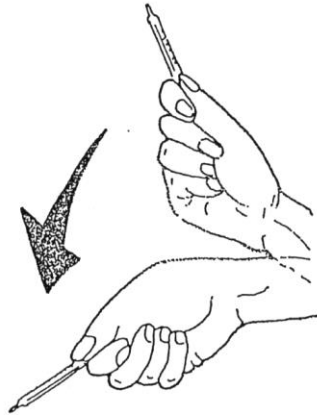
شكل (٥-١)



شكل (٧.١)



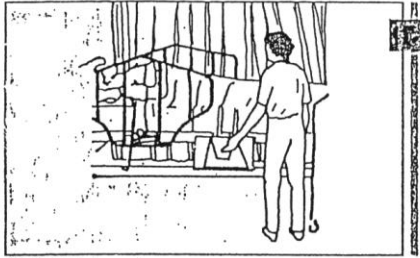
شكل (٨-١)



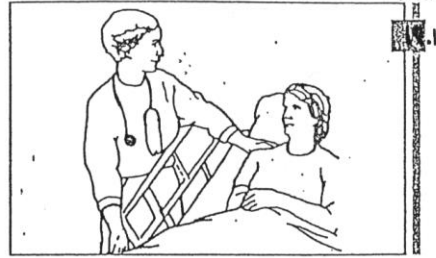
الشكل (٩-١)



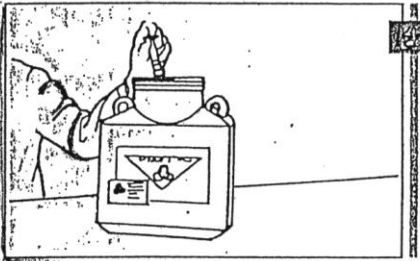
الشكل (١-١٠)



افتح الستائر الموجودة حول سرير المريض
شكل (١٣-١)



ضع المريض في وضع مريح وغطه .
شكل (١١-١)



تخلص من المواد المستهلكة بالطريقة الصحيحة
شكل (١٤-١)

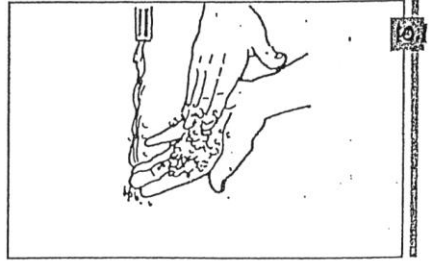


اجمع الأدوات المستخدمة ،
نظفها ، وأعدّها إلى مكانها .
شكل (١٣-١)



أخبر المرضة المسؤولة عن
ملاحظاتك في أثناء التمرين .

شكل (١٦-١)



اغسل يديك ، كما في التمرين الأول .

شكل (١٥-١)

والآن سننتقل لعرض مهارة قياس درجة الحرارة عن طريق الإبط وتدوينها:

تمرين قياس درجة الحرارة عن طريق الإبط						
					اسم المتدرب:	اسم المدرب:
الأدوات والمواد اللازمة						
يجب تحضير الأدوات والمواد نفسها المستخدمة في التمرين الأول						
مستوى أداء المهارة					الرقم	خطوات العمل
5	4	3	2	1		
						اتبع خطوات بداية التمرين
					1	راجع أوامر الطبيب وخطة الرعاية التمريضية
					2	اغسل يديك بالطريقة الصحيحة
					3	تحقق من هوية الممسن المريض وشرح له ما ستقوم به
					4	حضر الأدوات بالترتيب بجانب السرير
					5	اسدل الستارة حول المريض
					6	اكشف عن منطقة الإبط
					7	امسح منطقة الإبط دون فرك بقطعة من القماش الجاف؛ لتجفيف العرق وعدم تأثير وجوده في دقة القياس
					8	ضع الميزان في منتصف الإبط واثن عضد المريض فوق صدره لتثبيت ميزان الحرارة وعدم تأثر القراءة بالمحيط الخارجي شكل (2-1)
					9	اترك الميزان لمدة 9 دقائق للبالغين
					10	ارفع الميزان من مكانه واجعل المريض في وضع مريح وغطه
					11	امسح الميزان بقطعة قطن جافة بشكل دائري من الطرف الزجاجي الأكثر نظافة وباتجاه مستودع الزئبق الأقل نظافة
					12	امسك الميزان بالإبهام والسبابة أفقياً على مستوى النظر لتسهيل عملية قراءة امتداد الزئبق في الميزان

					اقرأ درجة الحرارة	13*
					امسح الميزان بالقطن المبلل بالماء والصابون، ثم بالماء البارد مسحاً دائرياً مبتدئاً من الطرف الزجاجي وبتجاه مستودع الزئبق، وتخلص من القطن في الصحن الكلوي	14
					رج الميزان حتى يعود الزئبق دون درجة حرارة 35 درجة ثم جففه	15
					أعد الميزان إلى محفظته التي تحتوي المحلول المطهر	16
					دوّن درجة الحرارة وطريقة قياسها على نموذج العلامات الحيوية	17
					ضع المريض في وضع مريح وغطه	18
					افتح الستائر الموجودة حول المريض	19
					اجمع الأدوات المستخدمه، نظفها وأعدّها إلى مكانها	20
					تخلص من المواد المستهلكة وبالطريقة الصحيحة	21
					اغسل يديك بالطريقة الصحيحة	22
					أخبر المسؤول عند ملاحظتك أي تغيير في درجة الحرارة	23

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً

النجمة= خصم نصف العلامة الكلية في حال اخفاق المتدرب بأداء هذه الخطوة

والآن سننتقل لعرض مهارة قياس درجة الحرارة عن طريق الشرح وتدوينها:

تمرين قياس درجة الحرارة عن طريق الشرح						
					اسم المتدرب:	
					اسم المدرب:	
الأدوات والمواد اللازمة						
يجب تحضير الأدوات والمواد نفسها المستخدمة في التمرين الأول مع إضافة مادة مطرية (فازلين)						
مستوى أداء المهارة					الرقم	خطوات العمل
5	4	3	2	1		
						اتبع خطوات بداية التمرين
					1	راجع أوامر الطبيب وخطة الرعاية التمريضية
					2	اغسل يديك بالطريقة الصحيحة
					3	تحقق من هوية الممسّن المريض واطرح له ما ستقوم به
					4	حضر الأدوات بالترتيب بجانب السرير
					5	اسدل الستارة حول المريض
					6	ضع المريض على الجانب الأيسر مع مد الساق اليسرى وثني الساق اليمنى بشكل زاوية قائمة
					7	ارتدِ القفازات المستهلكة
					8	نظف الشرج بقطعة قطن أو شاش جاف لإزالة أي فضلات عالقة على الشرج
					9	ضع الفازلين على قطعة قماش وامسح به الميزان لمسافة إدخال الميزان إلى الشرج دون إيذاء شكل (1-3)
					10	اطلب من المريض اخذ نفس عميق لأنه يساعد في رخي العصره الخارجية مما يسهل عملية إدخال الميزان ثم أبعد الأليتين عن بعضهما ثم أدخل الميزان ببطء ولطف داخل الشرج مسافة 4 سم للكبار

				اترك الميزان مدة (2-3) دقائق مع تثبيته وأمسك الميزان إذا كان المريض عاجزاً	11
				أخرج الميزان من مكانه وامسح فتحة الشرج لإزالة بقايا المادة المطرية	12
				اجعل المريض بوضع مريح وغطه	13
				امسك الميزان بالإبهام والسبابة أفقياً على مستوى النظر لتسهيل عملية قراءة امتداد الزئبق في الميزان	14
				اقرأ درجة الحرارة	15*
				امسح الميزان بالقطن المبلل بالماء والصابون، ثم بالماء البارد مسحاً دائرياً مبتدئاً من الطرف الزجاجي وباتجاه مستودع الزئبق، وتخلص من القطن في الصحن الكلوي	16
				رج الميزان حتى يعود الزئبق دون درجة حرارة 35 درجة ثم جففه	17
				أعد الميزان إلى محفظته التي تحتوي المحلول المطهر	18
				دون درجة الحرارة وطريقة قياسها على نموذج العلامات الحيوية	19
				ضع المريض في وضع مريح وغطه	20
				افتح الستائر الموجودة حول المريض	21
				اجمع الأدوات المستخدمة، نظفها واعدّها إلى مكانها	22
				تخلص من المواد المستهلكة وبالطريقة الصحيحة	23
				اغسل يديك بالطريقة الصحيحة	24
				أخبر المسؤول عند ملاحظتك أي تغيير في درجة الحرارة	25

ملاحظة هامة: عادة تكون درجة الحرارة بهذه الطريقة أعلى بمقدار (0.5) نصف درجة مئوية عن درجة الحرارة الفموية، فإذا كان التدرج يشير إلى قياس الحرارة الشرجية 38.5م⁵ فمعنى ذلك أن درجة الحرارة الفموية هي 38 م⁵.

ثم يقوم المدرب بالطلب من المتدربين بالتدريب على أداء المهارة باستخدام الأسلوب الفردي حيث يقوم كل متدرب بتطبيق المهارة على زميله إذا كانت عن طريق الفم وعلى المجسمات إذا كانت عن طريق الإبط والشرح.

الجزء الثاني: تقييم النبض pulse

- الهدف العام: أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بقياس النبض الكعبري للمسن بطريقة آمنة وفاعلة.

- الأهداف التعليمية التعليمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن:

يعرّف النبض

يوضّح الهدف من تقييم النبض

يعدّد العوامل المؤثرة على معدل النبض

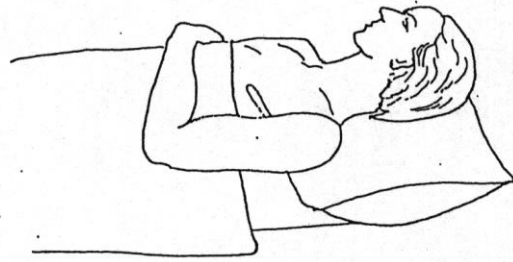
يحدّد الخصائص التي يجب ملاحظتها عند قياس النبض

يحضّر الأدوات المستعملة في تقييم النبض

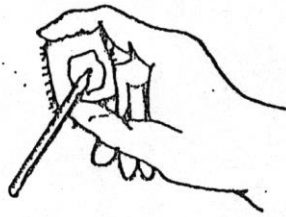
يحدّد موقع الشريان الكعبري

يعد النبض من الشريان الكعبري بالطريقة الصحيحة

يدوّن عدد النبضات في الدقيقة على موج العلامات الحيوية.



الشكل (١-٣)



الشكل (١-٣)

أخي المتدرب: يعتبر النبض من العلامات الحيوية المهمة للإنسان، ويعرّف بأنه القدرة على استشعار تمدد الوعاء الشرياني الناجم عن قوة الموجة الدموية الآتية من القلب ورجوعه (الوعاء الشرياني) إلى حالته الأولية بتأثير خاصية المرونة.

فهل لديك فكرة عن الهدف من تقييم النبض عزيزي المتدرب؟

الإجابة هنا:

نعم، إن الهدف من تقييم النبض يتضمن جمع معلومات بحيث تشكل قاعدة معلومات للمقارنة مع المرات المتتالية، والمعرفة إذا كانت سرعة النبض ضمن المعدل الطبيعي أو منتظمة، ومتابعة تقييم التغيرات في حالة المريض حيث يعتبر النبض مؤشر هام على صحة الجسم وانتظام أعماله البيولوجية. والآن ومن خبرتك السابقة، هل تستطيع أن توضح لنا ما هي العوامل المؤثرة على النبض؟ نعم، فهناك العديد من العوامل تتضمن:

العمر: حيث أن النبض عند الاطفال من 1-6 سنوات يكون 110-120 نبضة بالدقيقة، وللشباب يكون ما بين 80-90 نبضة / دقيقة، وللمسنين يصل إلى 60-70 نبضة / دقيقة.

درجة الحرارة: حيث لوحظ أن ارتفاع درجة الحرارة درجة مئوية واحدة يقابلها زيادة 10 نبضات. أمراض القلب والشرايين، وزيادة هرمونات الغدة الدرقية أو النزف الشديد وتتصاحب مع سرعة في النبض. الحالة العاطفية. 5. الخوف والغضب. 6. السمّة. 7. الإسهالات والجفاف

ولنسأل أنفسنا الآن، ما هي المواقع التي تستطيع من خلالها جس نبض المريض؟

الإجابة هنا:

إن هذه المواقع تتضمن الآتي:

الشريان الكعبري، والشريان الصدغي، وشريان ظهر القدم، والشريان الفخدي، واستعمال الأذن أو سماعة الطبيب فوق صدر المريض على الجهة اليسرى من عظمة القص يمكن سماع ضربات القلب (النبض). وللتأكد من عدم ضياع إحدى النبضات نتيجة خلل في عمل أحد الشرايين يقاس النبض باليد عند الشريان المعني وبالسماعة توضع على القلب للمقارنة في العدد والصفات الأخرى.

انظروا إخواني المتدربين إلى هذه الصورة الكبيرة والتي تشير كما ترون إلى مناطق جس النبض في جسم الإنسان.

تدريب: هل تستطيع الآن الإشارة إلى مناطق جس النبض كما في الصورة؟

الإجابة هنا:

طبق ما تعلمته الآن بالإشارة إلى هذه المواقع على جسمك.

ويجدر بك أن تعرف أخي المتدرب أن الشريان الكعبري هو أسهل الأماكن لتقييم النبض وذلك لموقعه السطحي نسبياً في أسفل الجهة الامامية من الذراع، الأمر الذي لا يتسبب في إزعاج المريض عند تقييم نبضه. والآن لننتقل إلى الخصائص (characters) أو الصفات المميزة للنبض لنقرأ الآتي:

إن ملاحظة الفاحص لخصائص النبض تعتبر مؤشرات مهمة وحيوية لقياس النبض، ويجب على كل من قام بقياس النبض أن يشير إلى هذه الخصائص لأن هناك مغزى حيوي هام لكل منها.

لعلنا نتفق معا حول هذه الصفات والخصائص، دعونا نرى ما تشمله هذه الخصائص:

* عدد النبضات في الدقيقة * معدل سرعتها * مدى انتظامها

* قوتها * مدى تمدد الشريان ومرونته * حجم الدم في الشريان

والآن لنحلل هذه الخصائص باعتبارها مؤشرات مهمة لقياس النبض حيث أشارت العديد من الكتب العلمية إلى أنه:

إذا كان النبض سريعاً وضعيفاً فإن الشخص يعاني من صدمة.

إذا كان النبض سريعاً جداً أو بطيئاً جداً أو غير منتظم فإن ذلك يشير إلى مرض في القلب.

إذا كان النبض بطيئاً عند مريض يعاني من ارتفاع درجة الحرارة، فذلك يشير إلى إصابته بالتيفوئيد عكس المتوقع وهكذا.

والآن لا بد لنا من أن نتعرف على مهارة كيفية تقييم نبض المريض وسيتم عرضها بالاعتماد على نموذج التدريب العملي، وهو كالآتي:

تمرين تقييم النبض من الشريان الكعبري وتدوينه					
اسم المتدرب:					
اسم المدرب:					
الأدوات والمواد اللازمة					
ساعة ذات عقرب ثوان					
2- نموذج تدوين العلامات الحيوية					
3- قلم حبر					
مستوى أداء المهارة					
الرقم					
خطوات العمل					
5	4	3	2	1	
					اتبع الخطوات الأساسية في بداية التمرين
					راجع أوامر الطبيب وخطة الرعاية التمريضية
					1

					اغسل يديك بالطريقة الصحيحة	2
					تحقق من هوية المسن المريض واطرح له ما ستقوم به	3
					حضر الأدوات بالترتيب بجانب السرير	4
					اسدل الستارة حول المريض	5
					اجعل المريض يستلقي على ظهره واثن ذراعه بلطف فوق صدره بزاوية 90°، على أن تكون راحة اليد متجهة إلى الأسفل.	6
					ضع أصابعك الثلاث (السبابة والوسطى والبنصر) فوق الشريان الكعبري، واضغط ضغطاً خفيفاً على العظم الكعبري (لمنع حدوث لبس بين نبضك ونبض المريض) شكل (1-4)	7
					عند احساسك بالنبض، ابدأ بالعد واستمر دقيقة كاملة مراعي عدم الضغط بشدة لأنه قد يوقف النبض شكل (1-4)	8*
					لاحظ سرعة النبض وانتظامه	9
					اجعل المريض بوضع مريح وغطه	10
					سجل النبض على نموذج العلامات الحيوية	11
					افتح الستائر الموجودة حول المريض	12
					اجمع الأدوات المستخدمه، نظفها واعدّها إلى مكانها	13
					تخلص من المواد المستهلكة بالطريقة الصحيحة	14
					اغسل يديك بالطريقة الصحيحة	15
					أخبر المسؤول عند ملاحظتك أي تغيير في نبض المريض	16

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً

النجمة= خصم نصف العلامة الكلية في حال اخفاق المتدرب بأداء هذه الخطوة

الجزء الثالث: قياس تنفس المريض وتدوينه

- الهدف العام: - أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بقياس تنفس المسن بطريقة آمنة وفاعلة.

- الأهداف التعليمية التعليمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن:

يعرّف التنفس

يعدّد العوامل المؤثرة في التنفس

يقيم تنفس المريض

يدوّن سرعة التنفس على نموذج العلامات الحيوية

يبلّغ عن أية تغيرات في تنفس المسن

أخي المتدرب: والآن إلى المهارة الثالثة من مهارات العلامات الحيوية وهي قياس تنفس المريض وتدوينه.

لعلك تتفق معي أن التنفس يقسم إلى قسمين: التنفس الخارجي: وهو تبادل الهواء بين الجسم والمحيط

الخارجي، أما القسم الثاني: فهو التنفس الداخلي، وهو تبادل غازات الأكسجين وثنائي أكسيد الكربون، الذي

يتم ما بين الدورة الدموية وأنسجة الجسم المختلفة، فهل لك أن تتذكر ما هو القسم الذي نستطيع تقييمه؟

نعم إنه التنفس الخارجي الذي يتضمن الشهيق والزفير.

فماذا عن الأهداف لتقييم التنفس؟

الإجابة هنا:.....

إن تقييم التنفس يهدف إلى بناء قاعدة معلومات للمقارنة المستقبلية لتقييم حالة المريض عامة، لمعرفة أي

تغير في التنفس، لتقييم حالة الصدر والرئتين عند إجراء الفحص الجسماني



(i)



(ب)

الشكل (٤-١)

وتقييم ردة فعل المريض لدواء موصوف ومراقبة المرضى المدخنين للإصابة بالأمراض التنفسية مثل الحمى والإلتهابات.

إليك عزيزي المتدرب هذه الملاحظة الهامة: يجب عليك حساب عملية التنفس بتحفظ دون إشعار المريض بذلك حتى لا يعمل على تغيير معدل تنفسه ويمكن أن يتم ذلك بعد قياسك نبض المريض مباشرة.

تدريب: علل ضرورة عدم إشعار المريض بقياسك لمعدل تنفسه؟

الإجابة هنا:

أخي المتدرب عليك أن تعرف أن معدل التنفس الطبيعي للشخص البالغ يتراوح ما بين 14-24 مرة/ دقيقة. والآن أذكر الأمور الواجب عليك كفاحص ملاحظتها عند قياسك لتنفس المريض؟

الأجابة هنا:

من الأمور الواجب على الفاحص ملاحظتها عند قياس التنفس الآتي:

* معدل التنفس: كم نفس بالدقيقة

*عمقه: هل هو عميق أم سطحي

*انتظامه: هل هو منتظم أم لا

لعلك تتفق معي على أهمية هذه الملاحظات، فإذا اتفقنا، دعنا ننتقل لإجراء مهارة قياس التنفس بالإعتماد على نموذج التدريب العملي الخاص بهذه المهارة وهو كالآتي:

تقييم تنفس المريض وتدوينه						
اسم المتدرب:					اسم المدرب:	
الأدوات: 1- ساعة ذات عقرب ثوان يد		2- نموذج تدوين العلامات الحيوية		3- قلم حبر		
الرقم	خطوات العمل	مستوى أداء المهارة				
		5	4	3	2	1
	اتبع خطوات بداية التمرين					
1	راجع أوامر الطبيب وخطة الرعاية التمريضية					
2	اغسل يديك بالطريقة الصحيحة					
3	تحقق من هوية المسن المريض واطرح له ما ستقوم به					

					4	حضر الأدوات بالترتيب بجانب السرير
					5	اسدل الستارة حول المريض
					6	أخبر المريض بأنك ستقيس نبضه وليس تنفسه لتجنب محاولة تحكّم المريض به.
					7	ساعد المريض باتخاذ وضع مريح بأن يستلقي على ظهره واثن ذراعه بلطف فوق صدره بزاوية 90° على أن تكون راحة اليد متجهة إلى الاسفل
					8	ضع أصابعك على الشريان الكعبري، وكأنك تقيس النبض
					9*	عدّ مرات التنفس مدة دقيقة واحدة (التنفس الواحد يعادل الشهيق والزفير معا)
					10	اجعل المريض بوضع مريح
					11	سجل التنفس على نموذج العلامات الحيوية وابلغ المسؤول عن أية تغيرات
					12	افتح الستائر الموجودة حول المريض
					13	اجمع الأدوات المستخدمة، نظفها وأعدّها إلى مكانها
					14	تخلص من المواد المستهلكة وبالطريقة الصحيحة
					15	اغسل يديك بالطريقة الصحيحة
					16	أخبر المسؤول عند ملاحظتك أي تغيير في تنفس المريض

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً

* النجمة= خصم نصف العلامة الكلية في حال اخفاق المتدرب بأداء هذه الخطوة

الجزء الرابع: قياس ضغط الدم وتدوينه

- الهدف العام: أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيديّة والأدائيّة المتعلقة بقياس ضغط دم المسن بطريقة آمنة وفاعلة.

- الأهداف التعليميّة التعليميّة: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن:

يعرّف ضغط الدم

يحدّد معدل الضغط الطبيعي

يصنّف العوامل المؤثرة في ارتفاع وانخفاض ضغط الدم

يحضّر الأدوات اللازمة لقياس ضغط الدم

يقيس ضغط الدم بالطريقة الصحيحة.

يدوّن قياس ضغط الدم على ورقة العلامات الحيوية.

يبلّغ المسؤول عن أية تغيرات في قياس ضغط الدم.

أخي المتدرب: يبدو أن الموضوع أثقل عليك ولكن لا بأس، فالموضوع يستحق هذا الجهد ومزيديا من النشاط، والآن إلى المهارة الرابعة والأخيرة من العلامات الحيوية وهي: (قياس ضغط الدم الشرياني وتدوينه). يعتبر ضغط الدم من العلامات الحيوية الهامة التي تعكس حالة القلب وعمله، و يعرف على أنه الضغط الجانبي على جدران الشرايين الناشئ عن مرور الدم فيها مسببا تمددها ويتذبذب ما بين ضغط عالٍ ومنخفض يسمى انقباضا وانبساطا حيث يكتب الضغط الشرياني على شكل بسط للضغط الانقباضي ومقام للضغط الانبساطي.

والآن هل تعرف ما معدل الضغط الطبيعي عند الانسان؟

الإجابة هنا:

نعم إن معدل الضغط يبدأ متواضعا عند الصغار ثم يزداد تدريجيا إلى أن يصل في سن البلوغ 100-140/70-90 ملم زئبقي، أما معدل الضغط المثالي فهو 120/80 ثم يزداد مع تقدم العمر لذا فان 140/90 مثلا مرتفع في سن الشباب ولكنه عادي في سن الشيخوخة.

إن ما يكتب من رقم على شكل كسر يمكن تفسيره على أن.

البسط = الضغط الانقباضي (أعلى ضغطه على جدران الشريان مع الانقباض)

المقام = الضغط الانبساطي (أعلى ضغط على جدران الشريان مع الانبساط)

إن الرقم في المقام له مغزى أكثر من الرقم في البسط، وأن المقام لا يتغير إلا إذا كان هناك مرض عضوي، أما البسط فيتأثر بعدة عوامل أخرى مثل الخوف والغضب والانفعال العاطفي، وبالتالي يكون مؤقتا، ولذلك فان 160/80 قد لا تعطي الأهمية بينما 160/95 يحتاج إلى علاج بعد معرفة السبب.

ولنسأل أنفسنا، ما أهمية قياس معدل الضغط؟

إن لقياس ضغط الدم أهمية كبيرة فهو يعطينا فكرة عن حالة القلب والتحقق من الجهاز الدوراني للمرضى المصابين بأمراض القلب والسكري، ونحصل على قاعدة معلومات للمقارنات المستقبلية ومتابعة أية تغيرات في ضغط الدم الناتجة عن الحالة المرضية وتقييم حالة المريض بشكل عام. كما ترى أخي المتدرب فمن المهم جداً أن تتعرف إلى العوامل المؤثرة على ضغط الدم فهل تعرف أيًا من هذه العوامل؟

نعم، هناك عوامل مباشرة تؤثر في ارتفاع وانخفاض ضغط الدم ومنها: حالة عضلة القلب الصحية وأمراضها.

المقاومة الطرفية للشرايين وهذه تعتمد بدورها على حالة كل من:

* الصمامات على الشرايين * مرونة جدران الشرايين * مقدار الترسبات الدهنية والكوليسترول عليها * العيوب الخلقية في تواصل الشرايين * كمية الدم التي تضخ في هذه الدورة (تناسب طردي) * لزوجة الدم الذي يتم ضخه في الدورة الدموية (تناسب طردي).

أما العوامل المؤثرة غير المباشرة على ضغط الدم تتضمن:

العمر، الجنس، بنية الجسم (السمنة)، الرياضة، العوامل النفسية والعاطفية وما يصاحبها من توتر وقلق نفسي * العامل الوراثي * أمراض الغدد الصماء وغيرها من الأمراض الحادة والمزمنة.

تدريب: ولكن هل لك أن توضح كيف تؤثر هذه العوامل على ضغط الدم؟

نعم فبالنسبة لـ:

الجنس: يكون الضغط عند الرجال أعلى منه عند النساء حتى سن اليأس وبعدها يصبح عند النساء أعلى بسبب تأثير الهرمونات.

العمر: يتناسب طردياً مع العمر، فعند الولادة يكون منخفضاً ويبدأ بالازدياد مع تقدم العمر بنسبة زيادة تبلغ 0.40 ملم زئبقي في السنة.

الوزن: يتناسب الضغط طردياً مع السمنة، فكلما زاد الوزن زاد الضغط.

الطعام: يرتفع الضغط بعد تناول الطعام بما يقرب من 5-10 ملم زئبقي.

الرياضة: يزداد الضغط أثناء ممارسة الرياضة ويعود لوضعه السابق خلال 5 دقائق.

الانفعالات: تؤدي بسبب تأثير إفراز هرمون الأدرينالين والنورأدرينالين إلى ارتفاع التوتر الشرياني، أما النوم والوضعية المريحة فإنها تقلل من ضغط الدم.

انتبه أخي المتدرب: عند قياسك لضغط الدم عليك عدم ترك الكيس الضاغط على عضد المريض فترة طويلة من الوقت وعدم تكرار القياس لعدة مرات متتالية لتغير القراءة.

والآن سننتقل لتطبيق مهارة قياس ضغط الدم، وسيتم عرضها بطريقة عرض مهارات الجزء الأول والثاني والثالث نفسها والاعتماد على نموذج التدريب العملي وهو كالآتي:

تمرين قياس ضغط الدم الشرياني وتدوينه						
اسم المتدرب:					اسم المدرب:	
الأدوات اللازمة						
جهاز قياس الضغط الزئبقي/ كيس ضاغط بحجم مناسب 2- سماعة طبية						
3- وعاء يحتوي قطناً مبللاً بالكحول، قطن جاف، صحن كلوي 4- قلم حبر 5 نموذج تدوين العلامات الحيوية						
الرقم	خطوات العمل	مستوى أداء المهارة				
		1	2	3	4	5
	اتبع خطوات بداية التمرين					
1	راجع أوامر الطبيب وخطة الرعاية التمريضية					
2	اغسل يديك بالطريقة الصحيحة					
3	تحقق من هوية المسن المريض وشرح له ما ستقوم به					
4	حضر الأدوات بالترتيب بجانب السرير					
5	اسدل الستارة حول المريض					
6	ساعد المريض في اتخاذ وضع مريح مستلقياً أو جالساً					
7	ضع ذراع المريض على مستوى القلب على أن يكون اتجاه راحة اليد إلى الأعلى (بظراً ارتفاع بسيط على ضغط الدم عندما يكون الذراع تحت مستوى القلب)					
8	ارفع كم المريض إلى الأعلى					
9	اضغط على الكيس الضاغط جيداً لتفريغه من الهواء					

				قس حجم الكيس الضاغط إذا كان ملائماً للمريض (عرض الكيس يجب أن يساوي 40% من محيط الذراع) شكل (5-1)	10
				ضع جهاز الضغط بجانب المريض على مستوى القلب	11
				لف الكيس الضاغط حول ذراع المريض، بحيث يرتفع مسافة 2.5 سم عن منطقة النبض الشرياني العضدي (شكل (5-2)	12
				ضع أصابعك الثلاثة (السبابة والوسطى والبنصر) فوق الشريان الكعبري (شكل (5-3)	13
				أغلق صمام مضخة الهواء بتحريكه في اتجاه عقارب الساعة	14
				إضغط على المضخة ليرتفع الزئبق، واستمر في الضغط حتى ينخفض نبض الشريان الكعبري، حدد نقطة اختفاء الضغط الانقباضي (لتحديد ضغط الدم الانقباضي، وعدم ضخ المضخة أكثر من ذلك عند قياس الضغط)	15
				إفتح صمام الهواء كاملاً وانتظر 1-2 دقيقة للسماح بمرور الدم المحبوس بالشريان	16
				إمسح طرفي السماعة وقرصها بقطن مبلل بمحلول مطهر	17
				ضع السماعة في اذنيك واطرق على قرص السماعة للتأكد من صلاحية السماعة	18
				حدد مكان نبض الشريان العضدي بطرف اصابعك	19
				ضع قرص السماعة فوق مكان النبض وثبتها بالإبهام والسبابة والوسطى (شكل (5-4)	20
				أغلق صمام مضخة الهواء بتحريكه في اتجاه عقارب الساعة	21
				اضغط على المضخة حتى يرتفع الزئبق لمسافة 30 مم زئبقي فوق نقطة الإختفاء المحددة في البند 15	22
				افتح الصمام ببطء حتى تسمع أول ضربة، حددها على الجهاز فهذا هو الضغط الانقباضي (شكل (5-5)	23*
				استمر في فتح الصمام بمعدل 2-3 مم زئبقي/ ثانية حتى تختفي الضربات، وحدد مستوى الزئبق، وهذا يشكل الضغط الانبساطي	24*

					افتح الصمام تماماً لتحرير الدم المنحبس	25
					فك الكيس الضاغط عن ذراع المريض بلطف	26
					ارفع السماعة عن اذنيك	27
					أنزل كم المريض وساعده في اتخاذ وضع مريح	28
					أعد الكيس الضاغط إلى علبيه	29
					سجل ضغط الدم على نموذج العلامات الحيوية	30
					ضع المريض في وضع مريح وغطه	31
					افتح الستائر الموجودة حول المريض	32
					اجمع الأدوات المستخدمه، نظفها وأعدّها إلى مكانها	33
					تخلص من المواد المستهلكة وبالطريقة الصحيحة	34
					اغسل يديك بالطريقة الصحيحة	35
					أخبر المسؤول عند ملاحظتك أي تغيير في ضغط الدم	36

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً

* النجمة= خصم نصف العلامة الكلية في حال اخفاق المتدرب بأداء هذه الخطوة

مشاهدة الشريط التلفزيوني

أخي المتدرب: والآن سننتقل إلى مشاهدة شريط تلفزيوني حول موضوع (قياس العلامات الحيوية)، مدة عرضه 30 دقيقة، مع التنويه أن هذا الفيلم لا يعتبر بديلاً عن شرح وتدريب المدرب والذي تم التكلم عنه سابقاً للأجزاء الأربعة، بل هو مكملٌ ومعزّزٌ له، والآن قبل أن نبدأ بمشاهدة الشريط التلفزيوني، إليك بعض من الأفكار الرئيسة التي سيدور حولها:

* درجة الحرارة: قياسها وتدوينها

* النبض: قياسه وتدوينه

التنفس: قياسه وتدوينه

* ضغط الدم: قياسه وتدوينه

وقبل البدء بمشاهدة الفيلم التلفزيوني المطلوب التركيز والانتباه، لأن بعد نهايته المطلوب الإجابة على أسئلة نهاية الوحدة الآتية:

تدريب: المطلوب منك أن تقرأ الجمل الآتية وتحللها، وذلك بكتابة التبريرات والتفسيرات اللازمة أمام كل جملة:

الطلب من المسن إطباق شفثيه فوق ميزان الحرارة دون إطباق أسنانه:

تعد قياس درجة الحرارة عن طريق الإبط الأقل دقة:

وضع مادة مطرية على ميزان الحرارة قبل وضعه في الشرج:

عدم استخدام إصبع الإبهام لجس النبض:

وضع ذراع المريض على مستوى القلب عند قياس الضغط:

تدريبات عملية

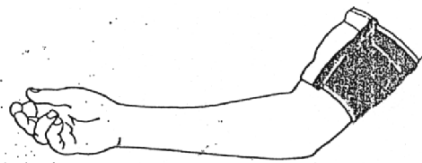
أخي المتدرب: بعد أن تمت مناقشة وشرح الوحدة وشاهدت الشريط التلفزيوني وقمت بحل التدريبات و الأنشطة المرافقة، عليك الآن أن تطبق ما تعلمته من مهارات قياس العلامات الحيوية تطبيقاً عملياً وذلك من خلال إجابتك على أسئلة نهاية الوحدة الآتية:

قم بقياس درجة حرارة المسن عن طريق الفم مستنداً إلى نموذج التدريب العملي

قم بقياس نبض المسن مستنداً إلى نموذج التدريب العملي

قم بقياس تنفس المسن مستنداً إلى نموذج التدريب العملي

قم بقياس ضغط دم المسن مستنداً إلى نموذج التدريب العملي



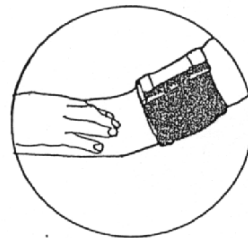
الشكل (٢-٥)



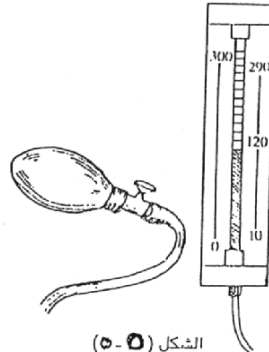
الشكل (١-٥)



الشكل (٤-٥)



الشكل (٣-٥)



الشكل (٥-٥)

الإختبار الموضوعي التقويمي

أخي المتدرب: بعد أن أتممنا الدرس. المطلوب الإجابة على أسئلة الإختبار الموضوعي الآتي، وذلك لمعرفة مدى تقدمك في هذه الوحدة.

يتكون هذا الإختبار من (10) أسئلة، المطلوب الإجابة عليها جميعاً. وبعد الإنتهاء من الإجابة على الأسئلة جميعها، عليك تصحيح الإختبار مستعيناً بصفحة الإجابات الواردة في الملحق (12)، فإذا حصلت على (8) إجابات من أصل (10) إجابات فهذا حسن، وإلا فمن المحتمل أنك لم تتناول الوحدة بروية. المطلوب في هذه الحالة أن تعيد قراءة الوحدة من بدايتها. وإليك الإختبار الموضوعي....

ضع دائرة على رمز العبارة الأقرب إلى الصواب في كل سؤال من الأسئلة الآتية:

يعتبر قياس ضغط الدم الآتي طبيعياً في سن الشيخوخة ومرتفعاً في سن الشباب:

80/120 ملمتر زئبق

80/130 مامتر زئبق

90/140 ملمتر زئبق

100/150 ملمتر زئبق

أي من الجمل الآتية تعتبر جملة صحيحة عن ضغط الدم:

يتأثر الضغط بالجنس حيث يكون عند النساء أعلى منه عند الرجال

يتأثر الضغط بالعمر حيث يتناسب عكسياً مع العمر

يتأثر الضغط بالوزن حيث يتناسب طردياً مع السمنة، كلما زاد الوزن زاد الضغط

يتأثر بالطعام حيث ينخفض الضغط بعد تناول الطعام بما يقرب 10 ملم زئبقي

من العوامل المؤثرة غير المباشرة على ضغط الدم:

العامل الوراثي

مرونة جدران الشرايين

مقدار الترسبات الدهنية

العيوب الخلقية في تواصل الشرايين

عند قياسك لنبض مريض ما، وجدته سريعاً وضعيفاً، هذا يشير إلى أن المريض يعاني من:

مرض في القلب

الصدمة

إصابته بالتيفوئيد

إصابته باسهال وتقيؤ

تعتبر الآتية من الخطوات التي يجب عليك القيام بها قبل البدء بتنفيذ أي مهارة ما عدا:

راجع أوامر الطبيب وخطة الرعاية التمريضية.

اغسل يديك بالطريقة الصحيحة

تحقق من هوية المسن المريض، وشرح له ما ستقوم به

تخلص من المواد المستهلكة بالطريقة الصحيحة

موقع الشريان الآتي يعتبر من أسهل المواقع لتقييم النبض وذلك لموقعه السطحي نسبيا في أسفل الجهة

الأمامية من الذراع، الأمر الذي لا يسبب ازعاج المريض عند تقييم نبضه هو:

الشريان الصدغي

الشريان الكعبري

شريان ظهر القدم

الشريان الفخدي

من المؤشرات الهامة والتي يجب عليك أن تلاحظها عند قياسك للنبض الآتي:

معدل سرعة النبضات وقوتها ومدى انتظامها

مدى تمدد الوريد ومرورته

حجم الدم في الوريد

ب + ج فقط

من أهداف تقييم التنفس للمريض:

لا قيمة لقياس التنفس بتقييم ردة فعل المريض لدواء موصوف

لتقييم حالة الصدر والرئتين عند إجراء الفحص الجسماني

بناء قاعدة معلومات للمقارنة المستقبلية مع مريض آخر

لا قيمة لقياس التنفس في حالة الإصابة بالأمراض التنفسية

يعرف الضغط الشرياني على أنه:

الضغط العمودي على جدران الأوردة الناشئ عن مرور الدم فيها مسبباً تمددها

الضغط الأفقي على جدران الشرايين الناشئ عن مرور الدم فيها مسبباً تمددها

الضغط الجانبي على جدران الشرايين الناشئ عن مرور الدم فيها مسبباً تمددها

الضغط العمودي على جدران الشرايين الناشئ عن مرور الدم فيها مسبباً تمددها

عند قياس ضغط الدم لمريض ما كان يساوي 80/120 ملمتر زئبق، الضغط الانقباضي لهذا المريض هو:

120

80

122

82

مراجع الوحدة:

الخطيب، عماد الدين (1987). مبادئ في التمريض، عمان: الأردن.

شلس، صبحي عمران (2000). مؤسسة الإسعافات الأولية في السلم والحرب، الطبعة الأولى، عمان: مؤسسة المجلس العربي للعلوم والطب والتكنولوجيا.

De Wit, S (1994). Nursing Skills For Clinical Practice, 4th Edition, Philadelphia: Wb Sawnders Company.

Kozier, B (2004). Fundamentals Of Nursing, 7th Edition, Prentice Hall.

Suliman, W and Nabulsie, M (1990). Behavioural Ccheck List Of Nursing Skills, Amman: University Of Jordan.

Taylor, C and Lillis, P (2001). Fundamentals Of Nursing, The Art & Sience Of Nursing Care, 4th Edition, Lippinctt Company.

الوحدة الثانية

الإسعافات الأولية

First Aids

مكونات الوحدة: تتكون الوحدة من ستة أجزاء تبحث في المواضيع الآتية:

الجزء الأول: مبادئ الإسعافات الأولية.

الجزء الثاني: الإنعاش القلبي، الرئوي / إسعاف حالات توقف القلب والرئتين.

الجزء الثالث: إسعاف حالات غيبوبة السكري.

الجزء الرابع: إسعاف حالات الدوخة.

الجزء الخامس: إسعاف حالات الحمى.

الجزء السادس: إسعاف حالات الصرع.

أهداف الوحدة:

أن يكتسب المتدرب مهارات المعرفية التمهيديّة والأدائيّة المتعلقة بإجراء الإسعافات الأولية وأهميتها، أسسها، أولوياتها وما يلزم من أدوات الإسعاف بشكل مفصل.

أن يكتسب المتدرب المهارات المعرفية التمهيديّة والأدائيّة المتعلقة بإجراءات الإنعاش القلبي الرئوي بطريقة آمنة وفاعلة.

أن يكتسب المتدرب المهارات المعرفية التمهيديّة والأدائيّة المتعلقة بإجراءات الإسعافات الأولية لحالات غيبوبة السكري بطريقة آمنة وفعالة.

أن يطبق المتدرب إجراءات الإسعافات الأولية الصحيحة لحالات الدوخة بطريقة آمنة وفاعلة

أن يكتسب المتدرب المهارات المعرفية التمهيديّة والأدائيّة لإجراءات الإسعافات الأولية لحالات الحمى بطريقة آمنة وفاعلة.

أن يكتسب المتدرب المهارات المعرفية التمهيديّة والأدائيّة لإجراءات الإسعافات الأولية لحالات الصرع بطريقة آمنة وفاعلة.

الأهداف التعليمية التعليمية: سيتم عرض الأهداف الخاصة لكل جزء على حدة لاحقاً.

متطلبات الوحدة

عزيزي المتدرب: ما تحتاج إليه لدراسة هذه الوحدة أن تكون مستعداً للتعلم كما وتحتاج إلى قراءة الوحدة قراءة ذاتية وإتقان جميع الأنشطة والتدريبات المرافقة، ومن تم الحصول بما لا يقل عن 80% من الإجابات الصحيحة في الاختبار التقويمي في نهاية الوحدة.

فاحرص على أن تتبع الإرشادات المعطاة في الوحدة، ولا تتردد في مراجعة المدرب كلما شعرت بحاجة لمناقشة بعض الموضوعات أو طرح بعض الأسئلة التي تثير اهتمامك.

طرق التدريس والأنشطة التعليمية: سيتم استخدام الأساليب و الأنشطة الآتية لتنفيذ شرح هذه الوحدة منها:

استخدام الشفافية لعرض المادة العلمية.

استخدام استراتيجية المحاضرة والمناقشة والحوار والوصف الذهني لما تم شرحه.

إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة.

استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل.

إعداد "نماذج التدريب العملي" واضحة و معززة برسوم توضيحية.

توزيع مادة مطبوعة "نماذج التدريب العملي"، على المتدربين وتعليقها في مكان بارز.

عرض صور ولوحات توضيحية أثناء تقديم المهارة.

تقديم تلخيص سريع من المدرب يقدم فيها المهارة بشكلها المتكامل النهائي.

استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي المباشر من قبل أحد المتدربين المتميزين بعد انتهاء عرض المدرب أمام باقي المتدربين.

تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة والتحضير المسبق للدرس.

استخدام مجسمات (دمى) أو مجسمات لبعض أجهزة الجسم مثل القلب والرئتين.

استخدام الأجهزة الطبية اللازمة لإجراء مهارات الإسعافات الأولية مثل [حقيبة الإسعاف ومحتواها كاملاً كما هو الموضح في الجزء الأول من الوحدة].

مشاهدة فيلم متلفز.

عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة.

ممارسة المهارة وتطبيقها بعرض بعض الأوضاع واستخدام أسلوب حل المشكلة.

التدرب على المهارة بالأسلوب الفردي

التقويم : سيتم استخدام أنواع التقويم الآتية في هذه الوحدة:
تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين لمهارات إجراءات الإسعافات الأولية للمسن.
التقويم التكويني من خلال ملاحظة أداء المتدرب أثناء التدريب.
التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعدية لأداء العاملين لمهارات إجراءات الإسعافات الأولية للمسن،
آخذين بعين الاعتبار أسلوب الأداء، سرعة الإنجاز، دقة الأداء، القدرة على معالجة الأخطاء، و مراعاة النقاط
الحاكمة.

الجزء الأول: مبادئ الإسعافات الأولية.

الهدف العام: أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والمهارة الأدائية المتعلقة بالإسعافات الأولية،
وأهميتها، أسسها، وأولوياتها وما يلزم من أدوات الإسعافات الأولية بشكل مفصل.

الأهداف التعليمية التعليمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن:

يعرّف معنى الإسعاف الأولي ويعدد أهدافه.

يحدّد أساسيات الإسعاف الأولي ومبادئه.

يوضّح أولويات إجراءات الإسعاف الأولي السريع للإصابات المختلفة.

يعرّف المسعف الأولي وتحدد صفاته ومسؤولياته.

يصنّف المعدات والأدوات المطلوبة للإسعاف.

يذكر محتويات حقيبة الإسعاف

تمهيد

إن الموضوع الرئيسي الذي تتناوله هذه الوحدة هو: الإسعافات الأولية لبعض الحالات الطارئة؛ حيث أن
الأمراض والنوبات المفاجئة تعتبر أماً طارئاً إذا هددت الحياة، أو تسببت في ألم أو تطورت عنها مشاكل
ومضاعفات ذات خطر جسدي ونفسي على المصاب في مختلف المراحل العمرية، ويعتمد الشخص المصاب
على الآخرين في أن يقدموا له المساعدة اللازمة، والواقع أن المهنيين الصحيين (مثل الأطباء والممرضين)
مدربون للتعامل مع الحالات الطارئة، إلا أنه يندر أن يكون هؤلاء المهنيون أول من يقدم المساعدة
للمصابين، لذا سنراجع معاً هذه الوحدة التي تعتبر إن الرعاية الفورية هي الخطوة الضرورية في الحالات
الطارئة، وأيضاً يعتبر الموضوع ضرورياً لأنه الأساس الذي ستبنى عليه الدروس اللاحقة، والتي تهدف من
ورائها تنمية المهارات اللازمة للقيام بالإسعافات الأولية.

وستتبع في شرح هذه الوحدة بأجزائها المختلفة الخطوات نفسها التي تم ذكرها سابقاً الإرشادات.
أخي المتدرب: كثير من الناس لا يدري كيف يتعرف على الحالات الطارئة، لذا يتكون عندهم حالة ارتباك في بادئ الأمر، يتبعه حالة من الخوف وذلك غالباً من جراء عدم المعرفة ولكن بالتدريب الصحيح يمكنك تعلم كيفية التغلب على ذلك، إضافة إلى تقديم الرعاية المناسبة التي تحافظ على الحياة، لحين وصول فريق الإسعاف وهو الهدف الرئيسي لهذه الوحدة.

لنتعرف معاً على :

ماهية الإسعاف الأولي ومبادئه وأهدافه:

تعرف الرعاية الطارئة على أنها سلسلة من الأحداث يقوم بها عدد من الأشخاص لحل مشكلة أو مواجهة ظرف يهدد الحياة، والعنصر الأول في هذه السلسلة هو الإسعاف الأولي، وتوفر شخص مدرب يعتبر المفتاح لهذا العنصر، أما العنصر الثاني فهو الرعاية الطبية الطارئة ومتابعة الحالة الصحية.

ودائماً يقال الإسعاف قبل الطبيب ويعني ذلك التدخل المباشر الفوري و التصرف المطلوب بسرعة والعناية المبدئية اللازمة بالمصاب لإنقاذه قبل أن يصل الطبيب أو قبل نقل المصاب إلى المستشفى، ويقصد به الحفاظ على حياة المصاب وتحاشي تدهور حالته الصحية ومساعدته على الإفاقة. والإسعاف الأولي لا يعني الحل النهائي لمشكلة لإصابة ولا يعتبر العلاج الكامل له، ولكنه همزة الوصل في تدبر الإصابة والمرض المفاجئ لذا فإتقانك للإسعاف الأولي كمقدم رعاية في دور المسنين يساعد على:

إنقاذ حياة المسن من خطورة الموت، وتخفيف حدة الإصابة تمهيداً لنجاح علاجها بعد ذلك، والوقاية من تفاقم الحالة التي قد تؤدي إلى العجز والإعاقة، والمساعدة في شفاء المصاب والتخفيف من آلامه.
من هنا تبدو أهمية الإسعاف الأولي الفوري، وأهمية عامل الزمن وسلامة التصرف في حالات كثيرة مثل: أزمات القلب حيث تكون الدقائق الخمس الأولى الحاسمة بين الحياة والموت، أو بين الشفاء التام وبين استمرار المرض والعجز، لذا فمعرفة كمقدم رعاية في دور المسنين بفنون الإسعافات الفورية ضرورة حياتية لكل إنسان.

تدريب: بعد قراءتك لما سبق، أكمل الفراغ الآتي:

تكمُن أهمية الإسعاف الأولي في أنه يعمل على.....

أساسيات الإسعافات الأولية

هناك قواعد وأسس لا بد من مراعاتها و أخذها بعين الاعتبار من قبل المسعف ومقدم الرعاية وذلك لأنها تعينك على اتخاذ الإجراءات المناسبة عند حدوث أي طارئ، ومن هذه الأسس الآتي:

على المسعف أن يعرّف على نفسه وأن يتصرف بهدوء ويمنح الثقة للآخرين والمصاب.

إبعاد المصاب عن مكان الخطر.

أخي المتدرب: انتبه للقاعدة الذهبية الآتية: لا تحرك المصاب ما لم يكن هناك خطرٌ محدقٌ به إذا كانت المنطقة خطيرة، وإصابة المصاب غير خطيرة، ويستطيع الحركة، أطلب منه التحرك إلى منطقة آمنة حيث يمكنك مساعدته بسهولة، أما إذا كانت المنطقة خطيرة والمصاب غير قادر على الحركة حاول تحريك المصاب بدون أن تتسبب في تدهور حالته، مع ضمان سلامتك الشخصية.

- على المسعف أن يعرف مسببات الحادث بأخذ المعلومات من المصاب نفسه أو الأشخاص الموجودين مكان الحادث.

على المسعف مراقبة وفحص العلامات الحيوية للمصاب مع ملاحظة لون الجلد وحدقتا العين.

على المسعف تقديم الإسعافات الأولية حسب الإمكانيات المتوفرة مع الأخذ بعين الاعتبار الأولويات في الإسعاف وهي إسعاف إصابات الجهاز التنفسي أولاً ثم الغيبوبة، ثم النزيف ثم الصدمة ثم باقي الإصابات.

نقل المصاب إلى المستشفى بالسرعة الممكنة

إعداد تقرير عن حالة المصاب وتسليمه للجهات المختصة يشرح فيه أسباب الحادث والإصابة ويكون التقرير مختصراً ومكتوباً بلغة واضحة ومفهومة.

إبلاغ الأقارب عما حدث للمصاب.

أولويات إجراءات الإسعاف الأولي السريع للإصابات المختلفة:

إن أولويات إجراءات الإسعافات الأولية السريعة للإصابات المختلفة يجب أن تتم وفقاً للترتيب الآتي:

التأكد من فتح مجرى الهواء، ثم التأكد من أن المصاب يتنفس، ثم التأكد من أن قلب المريض ينبض.

حيث أن الحقائق العلمية تؤكد أن الموت السريري هو توقف القلب والتنفس، إلا أن خلايا الجسم لا تموت فوراً، ولكنها تبدأ بالتلف بسبب عدم وصول الأكسجين إليها لذا فإن توقف القلب والرئتين يؤدي إلى وفاة المصاب في فترة تتراوح ما بين 4-6 دقائق فقط ما لم يسارع المسعف إلى إسعاف المصاب بإنعاش القلب والرئتين.

نزيف الدم الحاد ثم الصدمة وفقدان الوعي.

الإصابات الأخرى كالكسور والجروح والحروق والتسمم وإصابات الحرارة

ملاحظة: يجب على المسعف أن يتأكد من أن المصاب واعٍ أم لا، وذلك بهز كتفه برفق وسؤاله هل أنت بخير؟ لأن المصاب الذي يمكنه التحدث إليك يكون واعياً و مجرى الهواء إليه مفتوحا ويتنفس وقلبه ينبض. المسعف، صفاته، مسؤولياته

تعريف المسعف: إن المسعف هو الشخص الذي يقوم على تقديم المساعدة ويأخذ على عاتقه مسؤولية حياة

شخص مصاب معتمداً بذلك على معرفة ما يجب عمله متبعاً خطوات إرشادية متعارف عليها ويتم تدريبه بفضل مقررات دراسية خاصة وتوجيهات مرشد مؤهل.

وتلخص مسؤوليات المسعف كما يأتي:

التقييم السليم للموقف بعيداً عن الانفعالات العاطفية ويتضمن التأكد من قدرة المصاب على التنفس وطمأننته إذا كان واعياً وإبعاد المصاب عن مصدر الخطر وجلب المساعدة من الآخرين الحاضرين وطلب المساعدة الطبية اللازمة.

تشخيص الحالة ومعرفة كيفية حصول الحادث من المصاب إذا كان واعياً أو من الموجودين في مكان الحادث. فحص المصاب بشكل عام وقياس العلامات الحيوية وإرخاء رابطة ملابس المصاب المشدودة على جسمه، وتحديد الأولويات في تقديم الإسعاف وتقديمه.

حقيبة الإسعاف

إن الإحتفاظ بمثل هذه الحقيبة في البيت والسيارة أمر ضروري لأنه يحوي الكثير من الأشياء التي تساعد المسعف على مواجهة الحادث.

ويراعى عند انتقاء حقيبة الإسعاف أن تكون واسعة وقابلة للحمل دون عناء ويمكن نقلها عند الحاجة، ويجب أن تكون مصنوعة من مواد صلبة و غطاؤها محكم الإغلاق وقابل للفتح بسهولة، ويستحسن أن تكون تحت نظر الجميع، مع تجنب وضعها في الأماكن الرطبة، ومراعاة عدم وصول الأطفال إليها، أو إمكانية فتحها من قبلهم.

محتويات حقيبة الإسعاف:

الأدوات وتشمل: ملاقط طبية، مشارط طبية، ميزان حرارة زئبقي جهاز لقياس الضغط الدموي- مقص طبي، رباطات، ضاغطة، قطن طبي، خيوط معقمة، إبر معقمة بأحجام مختلفة، شاش معقم، أربطة شاش، ضادات مثلثة، أشرطة لاصقة.

الأدوية وتشمل: مطهرات مثل كحول- يود- بيتادين، مضادات حيوية مثل امبيسلين كبسولات 500 ملغرام، أدوية ضد الطفيليات مثل flagyl، vitamin c، أدوية للسعال الجاف مثل Bissolvon، viodopin، أدوية ضد الحساسية مثل polarmine، مسكنات ألم ومخفضات حرارة مثل Aspirin، أدوية للحموضة والتهاب المعدة مثل malox، أدوية ضد القيء مثل Primperan، كريم ضد الحساسية مثل Eurax، أدوية السكر مثل Glucophage، نشادر.

الجزء الثاني: الإنعاش القلبي الرئوي

الهدف العام: أن يكتسب المتدرب المهارات المعرفية التمهيدية والمهارات الأدائية والمتعلقة بإجراءات الإنعاش القلبي الرئوي بطريقة آمنة وفعّالة.

الأهداف التعليمية التعلمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن: يُعدّد أجزاء الجهاز التنفسي.

يُعرف التنفس.

يذكر أسباب إسعاف القصور التنفسي.

يعدّد أساسيات إسعاف القصور التنفسي.

يحدّد أعراض القصور التنفسي.

يطبّق إجراءات الإسعاف الأولي لحالات انسداد المسالك التنفسية في حالة كون المصاب واعٍ أو غير واعٍ.

يتعرف على طرق إجراء التنفس الاصطناعي.

يكتسب معرفة تمهيدية عن الجهاز الدوراني.

يذكر أسباب توقف القلب.

يحدّد أعراض وعلامات توقف القلب.

يطبّق مهارة الإنعاش القلبي الرئوي كاملة للشخص البالغ.

يتجنب حدوث المضاعفات للمصاب.

تمهيد

أخي المتدرب: يتفق الجميع على أهمية التنفس وعمل القلب للإنسان إذا أن إي خلل في عملية التنفس وعمل القلب قد يهدد حياة المصاب ويؤدي بحياته، لذا فموضوع هذا الجزء مهم وحيوي ويجب على المواطنين عامة وعلى العاملين في المراكز الصحية، ودور المسنين خاصة أن يتقنوا مهارة الإنعاش القلبي الرئوي، وما يحتاجه أي إنسان لإتقانها هو التدريب على إجراء هذه المهارة الهامة، والإلمام ببعض المعلومات المتعلقة بها، وعليه سنبدأ الآن بالشرح والتوضيح لهذه المهارة.

وقبل البدء أخي المتدرب لا بد لنا من معرفة أجزاء الجهاز التنفسي، إن الجهاز التنفسي يتكون من جزئين رئيسيين هما كما ترو بالصورة التوضيحية التي أمامكم شكل (1-2).

الجهاز التنفسي العلوي ويتكون من

: الأنف - ويتم عن طريقه التنفس الطبيعي وتوجد فيه زوائد شعرية تساعد على تنقية الهواء.

الحنجرة - وهي الفتحة العليا للقصبة الهوائية، ويحتوي الحلق على الأوتار الخاصة بالصوت.

القصبة الهوائية - وتمتد من الحلق إلى منتصف العنق داخل التجويف الصدري وتنقسم إلى شقين أحدهما للثة اليمنى والأخر للجهة اليسرى.

الجهاز التنفسي السفلي ويتكون من : الشعب الرئوية - تنقسم الشعبتين التي تفرعت عن القصبة الهوائية إلى شعب صغيرة، وتستمر بالتفرع وينتهي كل تفرع بالحوصلات الهوائية وهذه بدورها محاطة بأوعية دموية ملاصقة بها تسمح بتبادل الغازات بينها وبين الدم المار بها.

فالتنفس أخي المتدرب هو عملية طبيعية يتم عندما تتقلص عضلات الصدر والحجاب الحاجز مسبباً توسع في القفص الصدري للسماح بدخول الهواء إلى الرئتين، وهذه العملية تعرف بالشهيق، وعند عودة العضلات والحجاب الحاجز إلى وضعهما الطبيعي يقل حجم التجويف الصدري مما يساعد على خروج الهواء من الأنف والفم وهذه العملية تُعرف بالزفير.

ولكن هل ترى أن احتياج الإنسان للأكسجين متساوي؟

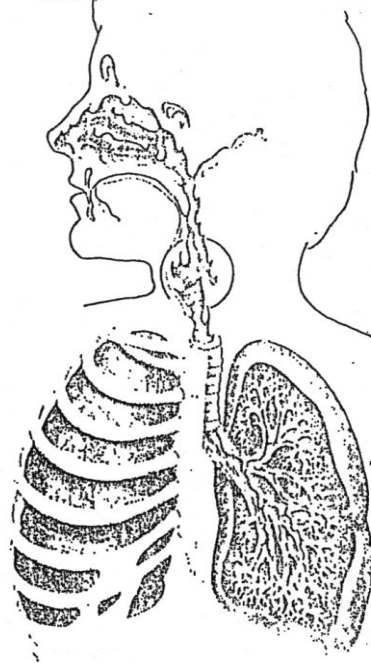
الإجابة هنا:.....

أعتقد أن احتياج الإنسان للأكسجين مختلف من شخص لآخر حسب فئته العمرية، فالإنسان البالغ يتنفس بين 16-18 مرة/ دقيقة، بينما الأطفال والرضع بين 20-60 مرة/ دقيقة، ويزداد هذا العدد عند الإجهاد غالباً أو عند ممارسة التمارين الرياضية، يمكن ملاحظة تنفس المريض من خلال مراقبة حركة صدره. أخي المتدرب: قد تتفق معي بأن التنفس من العمليات الحيوية التي لا يستطيع الإنسان أن يحيا دونها، فإذا توقف التنفس أكثر من خمس دقائق يتبعه توقف لنشاط المخ والقلب ويؤدي إلى الوفاة، لذا فالحفاظ على تنفس المصاب يأتي في المرتبة الأولى من عملية الإسعاف.

ونسأل أنفسنا ومن خلال مشاهدتنا اليومية ما هي أسباب القصور التنفسي؟
الإجابة هنا

إن من أسباب القصور التنفسي هي:

انسداد المسالك التنفسية : باللسان في حالات فقدان الوعي، أو بجسم غريب في حالات الاختناق والشرذقة حيث يعاني المسنون صعوبة في المضغ وذلك لعدم وجود أسنان كافية،



(شكل ٣٠)



شكل (٣٠-٣) وضع اليدين عند انسداد مجرى التنفس

إضافة إلى ضعف الإحساس لديهم في سقف الحلق، مما يؤدي إلى ابتلاعهم طعاماً غير ممضوغ، أو ابتلاع أحدهم أسنانه الاصطناعية.

الأدوية والعقاقير التي تسبب هبوط التنفس مثل النوبات والمخدرات.
إصابة المراكز التنفسية العليا في الدماغ في حالات الصدمة الكهربائية والسكتة الدماغية وإصابة الدماغ في الحوادث.

توقف القلب

هل لك أخي المتدرب أن تذكر لنا أعراض وعلامات القصور التنفسي.

الإجابة هنا:.....

نعم إن أعراض القصور التنفسي تختلف باختلاف درجة الإنسداد كالاتي:

انسداد جزئي: كحة شديدة

انسداد كلي: عدم القدرة على النطق وتشنج عضلات الرقبة في محاولة للتنفس، ومن الأعراض الأخرى:
وضع اليدين حول الرقبة شكل (2-2). تغير لون الجلد وازرقاقه، تشنج الأوعية الدموية في الرقبة، تسارع النبض والضغط وهبوطهما في المراحل المتأخرة، توسع حدقة العينين ثم فقدان الوعي.
عند تعرضك أخي المتدرب لمثل هذه الحالات، ما هي الأسس الواجب عليك إتباعها لمساعدة المصاب؟ هل لك أن تذكرها؟

نعم فهي تتضمن:

وضع المصاب في مكان آمن وجيد التهوية مستلقياً على ظهره، وفك الملابس الضيقة والأربطة حول الصدر والعنق، وتفقد المجاري التنفسية، وإعادة اللسان إلى وضعه الطبيعي مع تنظيف الفم والأنف من أية مواد تعيق التنفس، وفحص نفس المصاب إذا كان قد عاد بصورته الطبيعية أو غير ذلك، ثم إجراء التنفس الاصطناعي.

تدريب: أخي المتدرب تصور وأنت منهمك بأداء عملك، فإذا بأحد المسنين أصابه انسداد في المسالك التنفسية فما هي إجراءات الإسعافات الأولية والتي عليك إتباعها لمساعدة المصاب؟

سأقوم بإتباع الخطوات الآتية استناداً إلى نموذج التدريب العملي والذي يتضمن:

إسعاف حالات انسداد المسالك التنفسية					
اسم المتدرب					اسم المدرب
مستوى أداء المهارة					الرقم
5	4	3	2	1	خطوات العمل
					<p>أ</p> <p>إذا كان المصاب واعياً</p> <p>اطلب من المصاب أن يسعل إذا كان قادراً على ذلك ، (قد يكون ذلك كافياً لإخراج الجسم الغريب)</p> <p>إذا لم يستطع المصاب السعال، فقم بضربه باليد عند وسط ظهره بين كتفيه عدة ضربات متتالية. شكل (2-3)</p> <p>إذا لم يخرج الجسم الغريب فاطلب من المصاب أن ينحني بجسمه، بحيث يكون رأسه في مستوى منخفض عن وركه، وقم بضربه عدة ضربات متتالية بين كتفيه، شكل (2-4).</p> <p>إذا لم يخرج الجسم الغريب فقم بما يأتي شكل (2-5):</p> <p>قف خلف المصاب</p> <p>لف يديك حول خصره (فوق مستوى المعدة)</p> <p>اغلق واحدة من يديك على شكل قبضة وامسكها باليد الأخرى.</p> <p>شد فجأة على بطن المصاب إلى الداخل وإلى الأعلى.</p>
					<p>ب</p> <p>ذا كان المصاب فاقداً للوعي:</p> <p>في حالة انسداد المسالك التنفسية باللسان.</p> <p>انحني بجانب رأس المصاب إذا كان مضجعاً على الأرض أو خذ وضع الوقوف إذا كان المصاب على المنضدة.</p> <p>ارفع ذقن المصاب بإحدى يديك باستعمال السبابة الوسطى واضغط على جبهة المصاب إلى الوراء بباطن يدك الأخرى وهكذا يدفع الفك لسان المصاب إلى الأمام وبالتالي يفتح مسلك الهواء شكل (2-6).</p> <p>تحقق من تنفس المصاب كما ورد في نقطة (7).</p>

				<p>ج في حالة انسداد المسالك التنفسية بجسم غريب. ضع المصاب بعناية على الأرض، شكل، (2-7). اضرب المصاب على ظهره ضربات متتالية شكل، (2-8). اتبع ذلك بعدة دفعات على البطن شكل، (2-9). أدر رأس المصاب إلى الجانب وأبقيه مرفوعاً من الخلف . افتح قم المصاب، شكل (2-10). مد إصبعك (السبابة والوسطى) لاستخراج المواد الموجودة في الفم أو البلعوم مع الإلتباه إلى عدم دفع إي شئ نحو الحلق، شكل (2-11). تحقق من تنفس المصاب وذلك بوضع أذنك فوق فم المصاب والنظر لصدره وبطنه، فإذا كان المصاب يتنفس فإنك ستسمع نفس المصاب وتحس به وتلاحظ حركة في صدره وبطنه. . إذا لم يسترجع المصاب تنفسه الطبيعي قم بإجراء التنفس الاصطناعي.</p>
--	--	--	--	---

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جدا 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جدا

إن شرح وتطبيق هذا النموذج يقودنا لأن يكون التطبيق والشرح مباشرة بعده لنموذج التدريب العملي الخاص بالتنفس الاصطناعي.

والآن عزيزي المتدرب: هل تعرف أن التنفس الاصطناعي هو عملية دفع الهواء إلى الرئتين عن طريق الفم أو الأنف في حالات توقف التنفس الطبيعي أو أثناء عملية التخدير، وتستمر



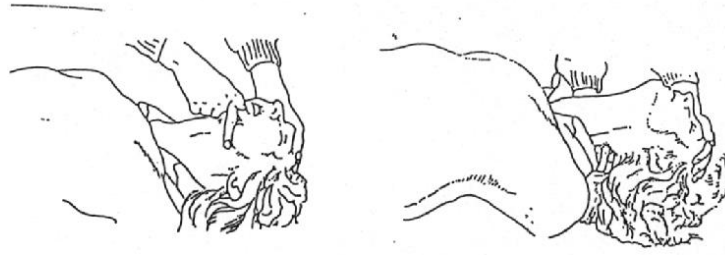
شكل (٣٠) ا.



شكل (٣١) ا.



(شكل ٣٢) ا.



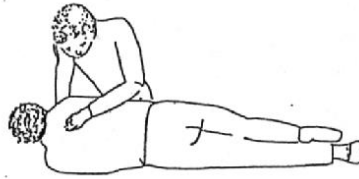
وضع الفك السفلي للمصاب

وضع رأس المصاب

شكل (٦-٢)



شكل (٧-٢)



شكل (٨-٢)



شكل (٩-٢)



شكل (١٠ - ٢)



شكل (١١ - ٢)

عملية التنفس الاصطناعي في حالات الإصابة والحوادث حتى يستعيد المصاب تنفسه الطبيعي، وهل تعرف أخي المتدرب أن هناك عدة طرق لإجراء التنفس الاصطناعي؟ لنقرأ سوياً الفقرة الآتية:

هناك عدة طرق لإجراء التنفس الاصطناعي منها:

طريقة التنفس من الفم إلى الفم: وتعرف بقبلة الحياة نظراً لسهولة تطبيقها، وهي أفضل طرق التنفس

الاصطناعي وأسهلها، وتناسب هذه الطريقة معظم المصابين وعلى اختلاف أعمارهم، وإذا تعذر استخدام

الفم فيمكن إجراء التنفس عن طريق:

التنفس من الفم إلى الأنف والفم معاً لدى الأطفال الرضع.

أو عن طريق التنفس من الفم إلى الأنف.

والآن هل تستطيع أخي المتدرب وصف خطوات التنفس الاصطناعي؟

نعم، وسأستند بذكر هذه الخطوات إلى نموذج التدريب العملي الآتي:

التنفس الاصطناعي					
اسم المتدرب					اسم المتدرب
مستوى أداء المهارة					الرقم
5	4	3	2	1	خطوات العمل
					1 مدد المصاب على ظهره على الأرض أو على منضدة
					2 فك ملابس المصاب أو أي شئ ضاغط حول رقبته.
					3 ارفع عنق المصاب واحن رأسه إلى الخلف أقصى ما يمكن وذلك بإمساك الجبهة باليد للخلف وذلك لفتح الفم، شكل (2-12).
					4 اقبض على الفك السفلي للمصاب بين إبهام وسبابة يدك اليمنى، وإبهام يدك اليسرى انف المصاب حتى لا يخرج منه الهواء، شكل (2-13).
					5 افتح فمك بقدر المستطاع، وخذ شهيقاً عميقاً، وطبق شفثيك حول فم المصاب
					6 انفخ في رثتي المصاب مع مراقبة صدره إلى أن تشاهده يرتفع إلى أعلى، وفي حالة عدم ارتفاع صدر المصاب، فإن مجرى الهواء يكون غير مفتوح، شكل (2-14).
					7 ارفع فمك بعيداً عن فم المصاب وازفر الهواء المتبقي من رثتيك أثناء مراقبتك لانخفاض صدر المصاب.

8	كرر العملية بأخذ نفساً (شهيقاً) وإعادة النفخ أربع نفخات سريعة ولا ينتظر تقلص الصدر بين كل نفخة.
9	تحقق من النبض وخفقان القلب بعد تكرار النفخ.
10	واصل النفخ بمعدل 12-16 مرة في الدقيقة إلى أن يعود التنفس إلى حالته الطبيعية.
11	إذا لم ينجح التنفس من الفم إلى الفم، وتوقف القلب عن النبض، فلا بد من عملية تدليك القلب وإنعاشه.

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

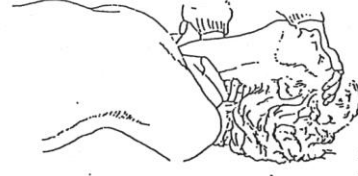
1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً

أخي المتدرب: والآن ننتقل لتتعرف على القلب (الجهاز الدوراني):

وفي حالات توقف القلب لا بد من إجراء تدليك القلب وإنعاشه، فماذا تعرف عن الجهاز الدوراني؟

الإجابة هنا:.....

أعرف، وكما هو متفق عليه بين الجميع أن القلب يوجد بين الرئتين في التجويف الصدري، ويعمل كمضخة دموية بدفع الدم إلى جميع أجزاء الجسم كاملة، مما يؤدي إلى تزويد الأنسجة بحاجتها من الأكسجين وتخليصها من ثاني أكسيد الكربون والفضلات الناتجة عن أنشطة خلايا الجسم، كما ويعمل على نقل المواد الغذائية إلى أجزاء الجسم المختلفة، ويبعث على الدفء الأنسجة وثبوت درجة الحرارة.



شكل (٢- ١٢)



شكل (٢- ١٣)



شكل (٢- ١٤)

إذاً عزيزي المتدرب نستطيع أن نقول بكل تأكيد بأن وظيفة القلب من الوظائف الحيوية التي لا يستطيع أن يحيا الإنسان بدونها والتي يجب الحفاظ عليها من الإصابات المختلفة التي تسبب التوقف القلبي. فما هو التوقف القلبي؟

إن التوقف القلبي يعني التوقف المفاجئ لحركة عضلة القلب المنتظمة وبالتالي توقف الدورة الدموية. ومن الأهمية لنا أن نحدد أسباب توقف القلب لأن معرفة سبب الشيء يؤدي إلى منعه أو علاجه. المطلوب منك أخي المتدرب أن تحدد لنا أسباب توقف القلب؟

الإجابة هنا:.....

إن أسباب توقف القلب كالآتي:

احتشاء عضلة القلب ونقص التروية لعضلة القلب، أو الحساسية المفرطة والتسمم والصدمات الكهربائية، أو اختلال التوازن الحامضي والقاعدي، أو تناول بعض الأدوية.

هل صادفت حالة توقف قلب يوم ما؟ إذا حدث فَصِفْ لنا أعراض توقف القلب التي رأيتها؟ نعم إن هذه الأعراض تشتمل على: اختفاء النبض في العنق أو أعلى الساق، و توقف عملية التنفس و الإغماء التام بشكل مفاجئ، و توسع حدقة العين، وعدم سماع دقات القلب، وشحوب لون الجلد وازرقاقه.

أخي المتدرب: والآن إلى إجراء تدليك القلب مستنديين الى نموذج التدريب العملي الآتي:

تدليك القلب						
اسم المتدرب						
اسم المدرب						
مستوى أداء المهارة					الرقم	خطوات العمل
5	4	3	2	1		
					1	ضع المصاب ممدداً على ظهره فوق سطح صلب أو على الأرض.
					2	راقب تنفسه إذا كان يستطيع التنفس.
					3	جس نبض الشريان السباتي في العنق، وذلك بإدارة الرأس قليلاً وجس الشريان بالأصابع مباشرة تحت شحمة الأذن، شكل (2-15).
					4	إذا لم يوجد نبض فمن الضروري عمل تدليك خارجي للقلب لأنقاذ حياة المصاب.
					5	ابحث عن اتصال حد الأضلاع بأسفل عظم القبض على بعد إصبعين من طرفها الأسفل مع رفع أصابعك عن الأضلاع، شكل (2-16).
					6	ضع يدك الأخرى فوق اليد الأولى واشبك أصابعك بعضها ببعض، شكل (2-17).
					7	حافظ على ذراعيك مستقيمين وكتفيك فوق عظم قص المصاب، واضغط عمودياً على النصف السفلي لعظم القص بحيث ينخفض مقدار 4-5 سم بالنسبة للشخص البالغ مما يدفع عظمة الصدر الوسطى أسفل وتضغط على القلب فيعصر الدم المتجمع شبه متدفقاً إلى الشرايين)، شكل (2-18).
					8	استمر بالضغط لمدة ثانية واحدة، شكل (2-19).
					9	توقف عن الضغط لتمسح بتمدد الصدر مرة أخرى.
					10	كرر عملية الضغط 15 مرة، على أن يكون الضغط متقطعاً وهادئاً، لا يتبدل ولا تختلف قوته.

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً

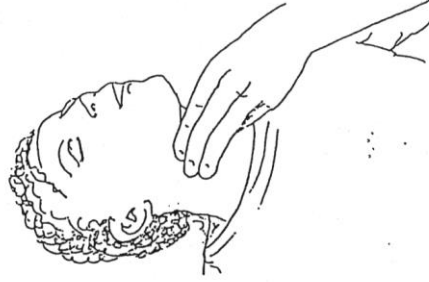
4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط

2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً

أخي المتدرب: في حالة توقف القلب والرئتين معاً فلابد لك أن تقوم بإنعاش القلب الرئوي في وقت واحد بواسطة اثنين من المسعفين أحدهما يضغط القلب ويدلكه، والأخر يجري التنفس



شكل (١٥-٢)



شكل (١٦-٢)



شكل (١٨-٢)



شكل (١٧-٢)

الإصطناعي، على أن يدلك القلب خمس مرات مقابل كل مرة من مرات التنفس الاصطناعي، أو يتم بواسطة مسعف واحد على أن يدلك القلب خمسة عشر ضغطة ثم يترك القلب ويجري التنفس الصناعي مرتين متتاليتين ثم يعود إلى تدليك القلب وهكذا.

إليك إخواني مهارة إنعاش القلب الرئوي اعتماداً على نموذج التدريب العملي الذي تم إعداده.

إنعاش القلب الرئوي					
اسم المدرب					اسم المتدرب
مستوى أداء المهارة					الرقم
5	4	3	2	1	خطوات العمل
					1 هز المصاب بلطف ثم ناد عليه بصوت عالي لتتعرف على مستوى وعيه؟
					2 اطلب مساعدة شخصاً آخر إذا وجد أو من فريق الإنعاش داخل المستشفى/المركز.
					3 ضع المصاب على ظهره فوق سطح مستوى صلب كالأرض أو لوح خشب.
					4 افتح مجرى التنفس بالإجراء الآتي:- احن رأس المصاب للخلف بوضع إحدى يديك فوق جبهة المصاب، ثم اسحب مفصل الفك الأعلى باليد الأخرى. أدخل إصبعك في فم المصاب، وأزل أي جسم غريب داخله كالطعام أو القيء.
					5 املاً رئتيك بالهواء بأخذ نفس عميق، ثم انفخ في فم المصاب مرتين بعدد إغلاق أنفه.
					6 راقب ارتفاع صدر المصاب وانخفاضه وفي الوقت نفسه استمع لصوت التنفس والإحساس بنفس المصاب بوجنتيك.
					7 طبق إجراء التنفس الاصطناعي، إذا لم يتنفس المصاب قم بالأجراء الآتي: املاً رئتيك بالهواء. انفخ الهواء في رئتي المصاب عن طريق فمه بمعدل 12-15 مرة في الدقيقة.
					8 حس النبض الشرياني السباتي من جهة واحدة في المصاب.

					9	إذا كان النبض طبيعياً، تابع التنفس الاصطناعي للمصاب.
					10	طبق إجراء تدليك القلب، إذا لم تحس بوجود النبض، قم بإجراء الآتي: ضع راحة يدك فوق الجزء السفلي من عظمة القص وأصابعك باتجاه رأس المصاب، ثم ضع راحة يدك الأخرى فوقها وتجنب ملامسة أصابعك لصدر المصاب. اضغط على صدر المصاب بشكل ثابت مراعيًا استقامة ساعديك في أثناء الضغط وذلك لخفض عظمة القص مسافة 4-5 سم. استمر بالضغط بمعدل 60 ضغطة/دقيقة.
					11	تابع عملية الإنعاش بمعدل نفختين كل 5 ثواني بالتنفس و15 تدليك قلبي، إذا لم يتوافر منقذ آخر.
					12	في حالة عودة النبض، توقف عن الإنعاش القلبي، واستمر بالإنعاش الرئوي.
					13	في حال وجود منقذين اثنين يتم الإنعاش بأن يقوم الأول بالنفخ مرة واحدة في فم المصاب، والآخر يقوم بالتدليك خمس مرات لكل نفخة بالتناوب.
					14	توقف عن إجراء الإنعاش في الحالات الآتية:- عودة التنفس والنبض. وصول الفريق الطبي الخاص بالإنعاش. مرور ساعة منذ بدء الإنعاش دون تحسن ملحوظ على المصاب.

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً

4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط

2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً

تدريب: أذكر خطوات الإنعاش القلبي الرئوي متضمناً خطوات فتح المجرى التنفسي وتدليك القلب مستنداً
إلى نموذج التدريب العملي مع تطبيق المهارة عملياً على النماذج.

الجزء الثالث: غيبوبة السكري

الهدف العام: أن يكتسب المتدرب مهارة المعرفة التمهيدية والمهارة الأدائية المتعلقة بإجراءات الإسعافات الأولية لحالات غيبوبة السكري.

الأهداف التعليمية التعلمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء، يكون المتدرب قادراً على أن: يتعرف إلى كيفية حدوث غيبوبة السكري.

يحدّد أعراض حالة نقص السكر في الدم.

يطبّق إجراءات الإسعافات الأولية لحالة نقص السكر في الدم مع ذكر الخطوات.

يحدّد أعراض حالة زيادة السكر في الدم.

يطبّق الإسعافات الأولية لحالة زيادة السكر في الدم مع ذكر الخطوات.

أخي المتدرب: إن من أكثر الأمراض شيوعاً في الأردن وخاصة بين كبار السن هو مرض السكري وما ينتج عنه من مضاعفات. فماذا تعني لك غيبوبة السكري هل تستطيع أن تشاركنا بأفكارك؟

نعم: إن غيبوبة السكري، هي حالة تنشأ عندما يطرأ خلل على الطريقة التي ينظم الجسم بواسطتها تركيز السكر في الدم. فإذا طالت فترة إحدى الحالتين، قد ينجم عنها فقدان الوعي وربما موت المصاب.

والآن دعنا عزيزي المتدرب أن نتعرف إلى هاتين الحالتين:

نقص سكر الدم: إن حالة نقص سكر الدم، غالباً ما تحدث نتيجة إعطاء المصاب بالسكري كمية كبيرة من الأنسولين - خطأ - ، أو أكل قدر قليل جداً من الطعام أو حرق ما لدى المصاب من السكر نتيجة الحركة مما يؤدي إلى انخفاض تركيز السكر في الدم.

ولكن ما تأثيرات انخفاض السكر بالدم؟

إن له تأثيرات هامة، حيث إن انخفاض سكر الدم يؤثر على الدماغ، وإذا طال أمده أو كان انخفاضه شديداً فإنه يؤدي إلى حدوث فقدان الوعي لدى المصاب، وربما موته.

تدريب: هل سبق لك أخي المتدرب أن واجهت حالة مريض سكري وأصيب بالغيبوبة، إذا واجهت تلك الحالة، فهل تستطيع أن تميز سبب هذه الغيبوبة هل هي زيادة أو نقصان السكر في الدم.

فإذا قررت أن الحالة هي حالة نقص سكر الدم، فما هي الأعراض والعلامات التي اعتمدت عليها لتكوين قرارك؟

الإجابة هنا:.....

إنها حالة نقص سكر الدم، وذلك لظهور الأعراض الآتية: ارتباك المصاب وشعوره بأنه كالتائه وربما يصبح عدونياً، وشعوره بالوهن والدوار، وادراك المصاب أن مستوى السكر لديه منخفض، وشحوب لونه مع (تعرق شديد)، وارتعاش أطرافه، وزيادة سرعة نبضه، ويصبح تنفسه سطحياً ويفقد النفس رائحته. بعد تشخيصك لحالة نقص سكر الدم، ما هي إجراءات الإسعافات الأولية، التي ستقوم بعملها للمصاب للحفاظ على حياته؟

إليك مهارة إسعاف حالة نقص سكر الدم اعتماداً على نموذج اتدريب العملي.

إسعاف حالة نقص سكر الدم						
اسم المتدرب					اسم المدرب	
الرقم	خطوات العمل	مستوى أداء المهارة				
		1	2	3	4	5
1	إذا كان المصاب واعياً: - أعطِ المصاب فوراً قطعاً من السكر أو شراب محلى أو قطعة شكولاته، أو أي نوع من الحلويات لكي يرفع مستوى السكر في الدم.					
2	إذا كان المصاب غير واعي: - أطلب المعونة الطبية فوراً (لحين حضور المساعدة الطبية). - تكلم مع المصاب بصوت مرتفع وهز كتفيه بلطف. - إذا لم يرد المصاب فقم بالتأكد من أنه يتنفس.					
3	إذا كان المصاب يتنفس: - استعمل محول النشادر عن طريق الإستنشاق. - ضع المصاب بوضع الإفاقة.					
4	إذا كان المصاب لا يتنفس: - قم بإجراء التنفس الاصطناعي. ملاحظة: تذكر دائماً أن لا تعطي المصاب أي شئ عن طريق فمه حتى يستعيد وعيه كاملاً.					

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً

زيادة سكر الدم: إن حالة زيادة سكر الدم تنتج غالباً نتيجة لخلل بعمل البنكرياس، بحيث لا تنتج الكمية الكافية من الأنسولين للتخلص من سكر الدم الزائد أو أن كمية الأنسولين المنتجة تكون غير فعّالة أو قد لا تفرز البنكرياس الأنسولين.

ولكن ما تأثيرات زيادة السكر في الدم؟

إن زيادة السكر في الدم له تأثيرات ومضاعفات كبيرة على جسم الإنسان، منها تأثيراته على القلب والأوعية الدموية، وعلى وظيفة الكلى، وعلى الأعصاب، وعلى سلامة وصحة جلد وأنسجة الإنسان، وعلى عيني المصاب مما يؤدي إلى أن يصاب المريض بمضاعفات كبيرة قد تؤدي بحياته.

والآن هل لك عزيزي المتدرب أن تحدّد لنا ما هي الأعراض والعلامات لحالة زيادة سكر الدم؟

نعم إنها تشتمل على ظهور رائحة أسيتون بالفم (رائحة تفاح تالف)، ويسبق الإغماء ألام حادة في البطن وقيء، وتزداد سرعة التنفس، ويحدث جفاف وغور في العينين، ويظهر ضعفاً في النبض.

تدريب: هل تستطيع عزيزي المتدرب أن تسعف مثل هذه الحالة؟ كيف؟

الإجابة هنا:.....

نعم ما علينا الآن أن ننقل المصاب إلى المستشفى فوراً أو نستدعي الطبيب ليعطي المصاب أنسولين بالوريد.

تدريب : اذكر الخطوات الواجب إتباعها عند إسعاف مريض مصاب بغيبوبة السكري الناتجة عن نقصان سكر الدم؟

الجزء الرابع: الدوخة

الهدف العام: أن يطبق المتدرب إجراءات الإسعافات الأولية الصحيحة لحالات الدوخة بطريقة آمنة وفعّالة.

الأهداف التعليمية التعلمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء، يكون المتدرب قادراً على أن:

يُعرف الدوخة.

يذكر أعراض الدوخة.

يطبق إجراءات الإسعافات الأولية في حالة الدوخة.

تهيد

أخي المتدرب: قد تتفق معي على أن الدوخة هي فترة من الإغماء (فقدان مؤقت للوعي) لا يدم أكثر من

بضع دقائق ولكن هل تعرف لماذا يحدث فقدان الوعي المؤقت؟

نعم يحدث نتيجة لانخفاض مؤقت في كمية الدم الواصل إلى الدماغ وبشكل مؤقت، حيث تكون الإفاقة سريعة وكاملة، وتسمى أيضاً بالصدمة العصبية نتيجة رد فعل عصبي من جراء الألم أو الخوف أو نتيجة لاضطراب الحالة العاطفية أو التعب أو نقص في الغذاء، كما أنه قد يحدث كنتيجة لقلّة النشاط الجسماني في الجو الحار مما يؤدي إلى تراكم الدم في الأجزاء السفلية من الجسم، مما يؤثر على كمية الدم المتاحة للدوران وقد يدور بخلدك السؤال الآتي: ما هي أعراض وعلامات الدوخة؟ هل لك أن تذكرها من خلال خبرتك العملية؟

نعم إنها تشتمل على: شحوب الجلد واصفراره، ويكون نبض المريض بطيئاً، و شعور الشخص المصاب بضعف عام ورغبة في التقيؤ.

والآن أخي المتدرب إليك هذا التدريب: إذا واجهتك حالة دوخة في مكان ما، فما هي الإجراءات التي يجب

عليك أن تقوم بها كمسعف؟ هل لك أن تذكرها؟

إليك مهارة إسعاف حالات الدوخة اعتماداً على نموذج التدريب العملي:

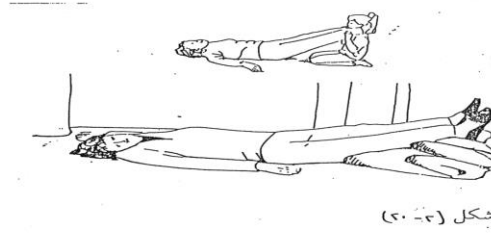
إسعاف حالات الدوخة						
اسم المدرب					اسم المتدرب	
مستوى أداء المهارة					خطوات العمل	الرقم
5	4	3	2	1		
					مدد المصاب المغمى عليه بحيث تكون قدميه أعلى من مستوى صدره، شكل (2-20)	1
					حافظ على مسلك الهواء مفتوحاً لديه	2
					أرخ الملابس الضاغطة على رقبته وصدره وخصره وذلك لمساعدة دوران الدم والتنفس	3
					ضع المصاب في تيار من الهواء المنعش، وذلك بفتح النوافذ أو استعمال مروحة.	4
					ضع المصاب في الظل.	5
					اطلب من الناس عدم التجمع.	6
					طمئن المصاب بينما يستعيد وعيه	7
					تحقق من سرعة النبض والتنفس حتى يستعيد وعيه	8

					9 إذا لم يستعد وعيه، ضعه في وضعية الإفاقة.
					10 أطلب المساعدة الطبية.

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً



الجزء الخامس: ارتفاع درجة الحرارة (الحمى).

الهدف العام: أن يكتسب المتدرب مهارات المعرفة التمهيديّة والأدائيّة المتعلقة بإجراءات الإسعافات الأولية لحالات الحمى.

الأهداف التعليميّة التعليميّة: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون، المتدرب قادراً على أن:
يعرّف معدل درجة الحرارة الطبيعيّة.
يحدّد أعراض الحمى.

يذكر خطوات إسعاف حالات الحمى.

مقدمة: إن حرارة جسم الإنسان كما تعلمنا في الوحدة الأولى ما هي إلا حالة التوازن بين الحرارة المفقودة من الجسم والحرارة المتكونة داخل الجسم. وتتراوح حرارة جسم الإنسان في الظروف الطبيعية ما بين 36,7-37,3 درجة مئوية، وأي ارتفاع أو انخفاض في حرارة الجسم تعتبر حالة من عدم التوازن في الجسم، ولذا لا بد من العمل على إعادة الجسم إلى حرارته الطبيعية.

أخي المتدرب عند قياسك لدرجة حرارة المسن وجدت أن حرارته مرتفعة ويعاني من الحمى، فما هي الأعراض والعلامات التي ظهرت على المريض وجعلتك تقوم بقياس حرارته؟

إن هذه الأعراض تشتمل على: آلام في الرأس، تقيؤ، تشنجات عصبية، هذيان، سخونة جبين المريض، جفاف. وفي هذه الحالة قد تتفق معي أخي المتدرب ومن خلال خبراتك السابقة أن إجراءات الإسعافات الفورية لحالات الحمى تتضمن: تخفيف الأغذية عن المريض، والإكثار من السوائل قدر الإمكان، وعمل كمادات ماء للرأس أو حماما بارد للجسم، وإعطاء مخفضات الحرارة، وحث المريض على مراجعة الطبيب لمعرفة السبب، وطمأننة المريض.

الجزء السادس: الصرع

الهدف العام: أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بإجراءات الإسعافات الأولية لحالات الصرع بطريقة آمنة وفعالة.

الأهداف التعليمية التعليمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن: يعرف الصرع.

يتعرف إلى تصنيفات الصرع وأنواعه.

يذكر العوامل المساعدة على حدوث الصرع.

يحدد أعراض وعلامات الصرع.

يطبق إجراءات الإسعافات الأولية لحالة الصرع على النماذج مع وصف الخطوات.

تمهيد

أخي المتدرب: كثيراً من الناس لا يحسن التصرف في حال حدوث نوبات الصرع المفاجئة، لذا نجدهم في حالة ارتباك في بادئ الأمر يتبعه حالة من الخوف وذلك غالباً من جراء عدم المعرفة، ولكن بالتدريب

الصحيح يمكنك تعلم كيفية التغلب على ذلك إضافة إلى تقديم الرعاية المناسبة التي تحافظ على الحياة وتجنب المضاعفات التي قد تهدد الحياة لحين وصول فريق الإسعاف.

لنتعرف معاً على ماهية الصرع:

إن الصرع هو حالة اختلال في وظائف الجهاز العصبي يؤثر على وظائف العديد من أجهزة الجسم بشكل أو بآخر، وتظهر في صورة نوبات تشنجية متكررة، مع أن بعض نوبات الصرع قد لا تكون مصحوبة بتشنجات بل التواء في بعض العضلات، ويبدو المصاب شارد الذهن لفترة وجيزة.

لنسأل أنفسنا... هل الصرع يأتي بشكل واحد أم له أشكال وأنواع مختلفة، هل لك عزيزي المتدرب أن تذكر لنا أنواع الصرع التي تعرفها؟

نعم. إن للصرع تصنيفات وأنواع متعددة فهناك من يصنفه إلى : حاد، ومزمن متكرر، وآخرون يصنفونه حسب الأسباب المؤدية له إلى غير معروف السبب، أو ثانوي لمرض معين، وآخرون يصنفونه إلى نوعين آخرين (صرع كبير، وصرع صغير).

ولكن أخي المتدرب: هل هناك عوامل تؤدي إلى حدوث الصرع؟ أذكرها إذا كنت تعرف؟

الإجابة هنا:.....

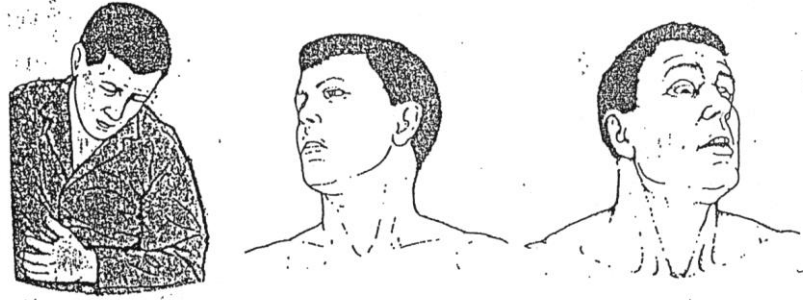
نعم إن هناك العديد من العوامل التي تشترك في إحداث حالة الصرع منها: الوراثة، الإصابات، والنزيف الدماغي، والأورام، والخراجات الدماغية، والسحايا، والتسمم الكيميائي، والاختناق ونقص الأكسجين، الأمراض الباطنية العامة مثل نقص السكر بالدم، والحميات، وارتفاع درجة حرارة الجسم.

ولكي تستطيع كمتدرب إتقان هذه المهارة وتنمية قدراتك اللازمة للقيام بإسعاف حالات الصرع يجب أن

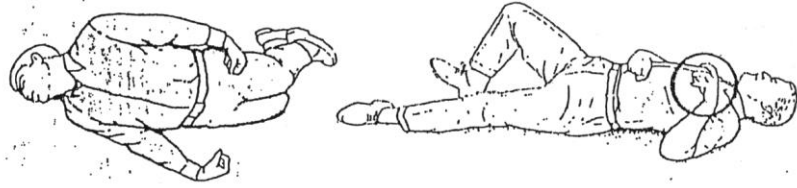
تحدد مسبقاً ما هي علامات وأعراض الصرع؟ اذكرها؟

نعم إن علامات الصرع تبدأ وتنتهي في 3 مراحل مميزة وهي:

المرحلة التحذيرية: وفيها يشعر المصاب بوخز إبر في جسمه وآلم في البطن وغثيان، وتترأى له بعض الصور، وينظر أمامه وهو مشدوه ويتصرف بشكل غريب كالعض على الشفاه أو قول أشياء غير مفهومة أو العبث بملابسه، شكل (2-21).



شكل (٢١-٢)



شكل (٢٢-٢)



حالة المصاب بالصرع

مرحلة فقدان الوعي : حيث يفقد المصاب وعيه ويسقط على الأرض ويخرج اللعاب من فمه وتتحرك عينيه في كل اتجاه وتتشنج عضلات جسمه ويعض لسانه ويشحب لونه ثم يزرق نتيجة صعوبة التنفس وقد يخرج البراز والبول، شكل (2-22).

مرحلة ما بعد النوبة: حيث يستعيد المصاب وعيه ولكن مع عدم القدرة على التركيز ويشكوا من الصداع ويظهر عليه الاكتئاب، وترتخي عضلات جسمه المرهق فينام.

ولكن أخي المتدرب يجب أن تلاحظ أنه قد تتكرر النوبة الواحدة أكثر من مرة في اليوم وتستمر كل مرة لعدة دقائق، وقد تكون النوبة من النوع المستمر الحدوث تؤدي إلى الجفاف الشديد ثم الوفاة.

والآن لننتقل أخي المتدرب إلى إسعاف حالة الصرع استناداً إلى نموذج التدريب العملي الآتي:

إسعاف حالات الصرع						
اسم المتدرب					اسم المدرب	
تعليمات للمسعف						
ابق هادئاً، لا تنقل المصاب أو تحركه إلا إذا كان في مكان خطر، تذكر أن الهدف الأساسي من إسعاف المريض هو وقايته من إيذاء نفسه أثناء الغيبوبة، لا تعطِ المصاب أي شيء عن طريق الفم حتى تتأكد من عودة وعيه، لا تقاوم حركات المصاب غير الإرادية.						
الرقم	خطوات العمل	مستوى أداء المهارة				
		1	2	3	4	5
1	أسند المصاب إذا كان على وشك السقوط على الأرض للتخفيف من شدة سقوطه					
2	أزل العوائق المحيطة بالمصاب أثناء النوبة وضع وسادة إذا أمكن؟					
3	ابق هادئاً وامنع أي شخص من الإندفاع نحو المصاب ودع النوبة تأخذ مجراها، شكل (2-23)					
4	ابق المجاري التنفسية مفتوحة وذلك بإزالة العوائق (كفتح الأزرار وإزالة طقم الأسنان) شكل (2-24).					
5	ضع منديل طري أو قطعة مطاط بين أسنان المصاب لمنع إمكانية عض لسانه.					

6	عند توقف التشنجات ضع المصاب في وضع الإفاقة، شكل (2-25).
7	ابعد الأدوات إذا كانت حول المصاب.
8	وفّر تهوية طبيعية أو صناعية وأبعده عن الازدحام.
9	اشرح له عندما يفيق أهمية مراجعة الطبيب.
10	أطلب سيارة إسعاف إذا كانت النوبات متواصلة ومضى عليه أكثر من 10 دقائق ولم يستعيد وعيه.
11	انقل المصاب للمستشفى لإعطائه الأدوية المناسبة.
12	اكتب تقريراً مختصراً بما حدث وسلّمه للمسؤول في المستشفى.

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً

مشاهدة الشريط التلفزيوني

والآن أعزائي المتدربين بعد أن انتهينا من شرح ومناقشة وحدة الإسعافات الأولية، دعونا نشاهد معاً شريطاً تلفزيونياً حول الإسعافات الأولية، مدة عرضه 30 دقيقة مع التنويه هنا أن هذا الفيلم لا يعتبر بديلاً عن ما تم شرحه ومناقشته، بل مكملًا ومعززاً له والآن قبل أن نبدأ مشاهدة الشريط التلفزيوني ... إليكم بعض الأفكار الرئيسية التي سيدور حولها.

* ما هية الإسعافات الأولية وأهميتها. * قواعد وأسس تقديم الإسعافات الأولية.

* ترتيب أولويات إجراءات الإسعافات الأولية. * تعريف المسعف وصفاته ومسؤولياته.

* عرض محتويات حقيبة الإسعاف. * إسعاف حالات توقف القلب والرئتين.

* إسعاف حالات الصرع، الدوخة، غيبوبة السكري، الحمى.



شكل (٢٢-٢)



شكل (٢٣-٢)



شكل (٢٥-٢)

كما أن التركيز والانتباه ضروري جداً لأنه وبعد نهاية العرض، المطلوب الإجابة عن الأسئلة الآتية:

أهمية الإسعافات الأولية تكمن في أنها تساعدعلى

محتويات حقيبة الإسعاف تشمل.....

تطبيقات عملية

أخي المتدرب: بعد أن تمت مناقشة وشرح الوحدة ومشاهدة الشريط التلفزيوني وقمت بحل التدريبات المرافقة، عليك الآن تطبيق بعض ما تعلمته وذلك بقراءة الموقف الآتية والإجابة عن الأسئلة التي تليه: بينما أنت منهمك بأداء عملك في ترتيب تخت المسن، فإذا بك تسمع صوت ارتطام قوي، فهرعت لترى ما حدث، فإذا بأحد المسنين قد وقع على الأرض وارتطم بها بشدة ورأيت دمائه تسيل على الأرض ولا يحرك ساكناً وكونك مقدم رعاية في دور المسنين وواظبت على حضور هذه الدورة التدريبية، فلا بد أنك تعرفت على أولويات الإسعاف التي يجب إتباعها للإصابات المختلفة، فحاول ترتيب أولويات إسعاف هذا المسن حسب الحالات الآتية:

1: أ- ينزف من الرأس ب- توقف نفسه

ج- أصيب بكسر في ساعده د- توقفت دورته الدموية (دقق القلب).

2: ما هي إجراءات الإسعافات الأولية الواجب عليك تطبيقها لإسعاف مثل هذه الحالات وحسب أهمية الترتيب لكل منها وقم بتطبيقها عملياً باستخدام نماذج التدريب العملي.

الاختبار الموضوعي التقويمي

أخي المتدرب: بعد أن أتمنا الدرس. المطلوب الإجابة على أسئلة الاختبار الموضوعي الآتي، وذلك لمعرفة مدى تقدمك في هذه الوحدة.

يتكون هذا الإختبار من (10) أسئلة، المطلوب الإجابة عليها جميعاً. وبعد الانتهاء من الإجابة على الأسئلة جميعها، عليك تصحيح الاختبار مستعيناً بصفحة الإجابات الواردة في الملحق (13)، فإذا حصلت على (8) إجابات من أصل (10) إجابات فهذا حسن، وإلا فمن المحتمل أنك لم تتناول الوحدة الثانية بروية. المطلوب في هذه الحالة أن تعيد قراءة الوحدة من بدايتها، وإليك الاختبار الموضوعي...

ضع دائرة على رمز العبارة التي تعتقد أنها أقرب للإجابات إلى الصواب في كل سؤال من الأسئلة الآتية:

تشتمل سلسلة الرعاية الطارئة على العديد من العناصر، ويعتبر الإسعاف الأولي:

العنصر الأول.

العنصر الثاني.

العنصر الثالث.

العنصر الرابع.

من السمات المميزة للمسعف:

أنه مجرد شخص يرغب في تقديم المساعدة لإنقاذ حياة الآخرين.

يتم تدريب المسعف من خلال قراءة كتب الإسعاف.

الهدف من عمل المسعف أن يقوم مقام الطبيب في تقديم الرعاية.

يتم تدريب المسعف من خلال فقرات دراسية خاصة ودورات تدريبية وتوجيهات مرشد مؤهل، ليتصرف

بهدهوء ويمنح الثقة للآخرين وللمصاب.

تعتبر من مسؤوليات الشخص المسعف.

تقيم الموقف.

التشخيص

تحديد الأولويات في تقديم الإسعاف و ثم تقديمه.

أ + ب + ج

الأسلوب السليم لحفظ حقيبة الإسعاف هو:

أن تكون تحت نظر الجميع بغض النظر عن فئاتهم العمرية.

تجنب وضعها في الأماكن الرطبة.

إمكانية فتحها من قبل كل الفئات العمرية المختلفة.

أن تكون متوسطة الحجم ومصنوعة من مواد لينة.

من أسس وقواعد الإسعافات الأولية:

على المسعف تقديم الإسعافات الأولية حسب الإمكانيات المتوفرة بغض النظر عن أولويات الإسعاف حسب

الإصابات المختلفة.

عدم تحريك المصاب غير القادر على الحركة بغض النظر عن مدى خطورة المنطقة.

على المسعف مراقبة وفحص العلامات بحيوية للمصاب مع ملاحظة لون الجلد وحدقتي العين.

إعداد تقرير مفصل عن حالة المصاب وحفظه بالملف الصحي.

تحتوي حقيبة الإسعاف على:

ملاقط طبيب، مشارط ضمادات رابطة شاش.

الأدوية مثل أدوية القلب.

ميزان حرارة وجهاز لقياس الضغط.

أ + ج.

يعتبر الترتيب الصحيح لتقديم الإسعاف للإصابات المختلفة حسب أولويات الإسعاف:

توقف التنفس، توقف القلب، النزيف الحاد، كسر في الساعد والفخذ.

كسر في الساعد والفخذ، نزيف حاد، توقف القلب، توقف التنفس.

توقف القلب، كسر في الساعد والفخذ، نزيف حاد، توقف التنفس.

نزيف حاد، توقف التنفس كسر في الساعد والفخذ.

الأدوية التي تحتويها حقيبة الإسعاف تتضمن:

أدوية كيميائية لعلاج السرطان.

أدوية القلب والشرابين التخصصية.

أدوية السكري والضغط.

مطهرات وأدوية للحموضة والحساسية وأدوية ضد التقيؤ ونشادر.

أولويات إجراءات الإسعاف الأولي السريع للإصابات المختلفة يجب أن يتم وفق الترتيب الآتي:

.ABC

A تعني Airway - التأكد من فتح مجرى الهواء.

.CAB

B تعني Breathing - التأكد من أن المصاب يتنفس.

.ACB

C تعني Circular - التأكد من أن المصاب قلب ينبض.

.CBA

لا تحرك المصاب ما لم تكن هناك خطورة مثل:

النزيف.

أسلاك الكهرباء الواقفة على الأرض، حركة المرور، الحريق، البنايات غير الثابتة.

العظام المهشمة.

المصاب المختل عقلياً.

مراجع الوحدة:

ملكوي، حسن (1984). مبادئ الإسعاف الأولي، عمان: دار عمار للنشر والتوزيع.
إدارة التدريب والتطوير (2000). مبادئ الإسعافات الأولية، السعودية: جمعية الهلال الأحمر السعودي.
جامعة القدس المفتوحة (1994). برنامج البيت والتنمية الأسرية - الإسعافات الأولية والسلامة في المنزل،
عمان: منشورات جامعة القدس المفتوحة.

خضير، محمد توفيق (2001). مبادئ في الصحة والسلامة العامة، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
شلش، صبحي عمران (2000). مؤسسة الإسعافات الأولية في السلم والحرب، الطبعة الأولى، عمان: مؤسسة
المجلس العربي للعلوم والطب والتكنولوجيا.

Smeltzer, S And Bare, B (1987). Medical - Surgical Nursing, 7th Edition, Mosby.

Smith, S And Duell, D (1992). Clinical Skills, 3rd Edition, Newyork: Appleton And
Lange Company.

الوحدة الثالثة

منع العدوى وتمرينات مختلفة لرعاية المسن المريض

- مكونات الوحدة: تتكون هذه الوحدة من أربعة أجزاء رئيسة تبحث في المواضيع الآتية:

- الجزء الأول: إجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية

- الجزء الثاني: تمرين غيار الجروح

- الجزء الثالث: استخدام الكمادات بأنواعها

- الجزء الرابع: عمل المغاطس واستعمالاتها

- أهداف الوحدة:

أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية لإجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية
بطريقة آمنة وفاعلة.

أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بإجراء الغيار الجراحي بطريقة آمنة
وفاعلة.

أن يحضر المتدرب الكمادات الساخنة والباردة ويستعملها بطريقة آمنة وفاعلة.

أن يحضر المتدرب المغطس ويساعد المريض على استعماله بطريقة آمنة وكافية.

الأهداف التعليمية التعلمية: سيتم عرض الأهداف الخاصة لكل جزء على حدة لاحقاً. متطلبات الوحدة: عزيزي المتدرب: ما تحتاج إليه لدراسة هذه الوحدة أن تكون مستعداً للتعلم، كما وتحتاج إلى قراءة الوحدة قراءة ذاتية وإتقان جميع الأنشطة والتدريبات المرافقة، ومن ثم الحصول بما لا يقل عن 80% من الإجابات الصحيحة في الإختبار التقويمي في نهاية الوحدة، فاحرص على أن تتبع الإرشادات الواردة في الوحدة، وأن تحل التدريبات، وتجب على الأسئلة المعطاه في الوحدة، ولا تتردد في مراجعة المدرب كلما شعرت بحاجة لمناقشة بعض الموضوعات أو طرح بعض الأسئلة التي تثير اهتمامك.

طرق التدريس والأنشطة التعليمية:

سيتم استخدام الأساليب والأنشطة الآتية لتنفيذ وشرح هذه الوحدة منها:

استخدام الشافيات لعرض المادة العلمية.

استخدام استراتيجية المحاضرة والمناقشة والحوار والعصف الذهني لما تم شرحه.

إثارة التساؤلات وطرح الأسئلة والإجابة عن الأسئلة المطروحة.

استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي للمهارة بدقة وتسلسل.

إعداد (نماذج التدريب العملي) واضحة ومعززة برسوم توضيحية

توزيع مادة مطبوعة (نماذج التدريب العملي) وبطاقة المعلومات على المتدربين وتعليقها في مكان بارز.

عرض صور ولوحات توضيحية أثناء تقديم المهارة

تقديم تلخيص سريع من المدرب يقدم فيها المهارة بشكلها المتكامل النهائي.

استخدام استراتيجية العرض العملي التطبيقي المباشر من قبل باقي المتدربين.

تكليف المتدربين بقراءة المادة المطبوعة والتحضير المسبق للدرس.

استخدام مجسمات (دمى) او مجسمات لبعض اجهزة الجسم مثل القلب والرئتين.

استخدام الأجهزة الطبية اللازمة لاجراء مهارات الإسعافات الأولية مثل (حقيبة الإسعاف ومحتواها كاملاً

كما هو موضح في الجزء الاول من الوحدة).

مشاهدة فيلم متلفز عن الإسعافات الأولية.

عقد جلسة لمناقشة الفيلم المتلفز والإجابة عن الأسئلة المثارة.

ممارسة المهارة وتطبيقها بعرض بعض الأوضاع situation واستخدام أسلوب حل المشكلة.

التدرب على المهارة بالأسلوب الفردي.

استخدام الأجهزة والأدوات الطبية اللازمة مثل (محلول مطهر، وعاء معقم لصب المحلول فيه، سلة مهملات وكيس بلاستيكي، طقم غيار الجروح المغلف ومحتوى على (وعاء كلوي، ملقط تشريحي، اوعية صغيرة عدد 2، ملقط شرياني، قطن مكور، شاش 4×4، قطعة قماش) شريط لاصق، قفازات مستهلكة قفازات معقمة، مقص نموذج ملاحظات، ماء ساخن، مناشف، قطع شاش، ميزان حرارة مائي، ميزان حرارة زئبقي، وعاء يحتوى ماء باردا، وعاء كبير مغطس بلاستيك، بطاقة مكتوب عليها مشغول، كرسي، ملح، صابون سائل مطهر، ورق تنشيف، سلة غسيل للعزل، طاولة، جهاز ضغط، حمام خاص، علاقة لتعليق المريول العازل).

التقويم : سيتم استخدام أنواع التقويم الآتية في هذه الوحدة:

تقويم قبلي تشخيصي من خلال الملاحظة القبليّة لأداء العاملين للمهارات المتعلقة بمنع العدوى وتمارين متنوعة لرعاية المسن.

التقويم التكويني من خلال ملاحظة أداء المتدرب أثناء التدريب.

التقويم النهائي من خلال الملاحظة البعدية لأداء العاملين للمهارات المتعلقة بمنع العدوى وتمارين متنوعة لرعاية المسن، آخذين بعين الاعتبار أسلوب الأداء، سرعة الإنجاز، دقة الأداء، القدرة على معالجة الأخطاء، و مراعاة النقاط الحاكمة.

الجزء الأول: إجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية.

- الهدف العام: أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيديّة والمهارة الأدائية المتعلقة بإجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية بطريقة آمنة وفاعلة.

- الأهداف التعليمية التعليمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن:

يعرّف الأمراض المعدية.

يحدّد مراحل سلسلة العدوى.

يعرّف ماذا يحصل بعد العدوى.

يطبّق طرق مكافحة العدوى.

يحدّد الأسباب التي تقلل فاعلية إجراءات العزل الصحي.

يطبّق إجراءات النظافة الشخصية والتطهير بالطرق الطبيعية أو الكيماوية.

يؤمّن إجراءات عزل وحدة المريض.

المقدمة:

على العاملين في المجال الصحي والتمريضي ومقدمي الرعاية في دور المسنين وغيرها العمل على توفير بيئة بيولوجية آمنة خالية من الجراثيم المسببة للأمراض، وتعد إجراءات التعقيم والتطهير والعزل من الإجراءات التي تعمل على توفير مثل هذه البيئة، وهي ملازمة لعمل مقدمي الرعاية اليومي، لذلك فعامل الرعاية والطاقم الطبي يجب أن يعملوا جاهدين للسيطرة على انتقال الجراثيم والحد من انتشارها في البيئة التي يعملون بها باتباعهم كثيرا من الإجراءات التي سنتناولها في هذه الوحدة والتقيد بها وتنفيذها بالطريقة الصحيحة يؤدي إلى القضاء على الجراثيم، والحد من انتشارها وانتقالها إليه وإلى باقي المسنين.

ولذا يعتبر علم الوبائيات (مكافحة الأمراض) من العلوم الأساسية في الصحة العامة، فهو يوفر الطريقة والأسلوب لاكتشاف الحقائق العلمية في الصحة العامة، ويعرّف على أنه عملية استخدام كل الوسائل المتاحة من أجل تأكيد توزيع ودينامية المرض، مع استخلاص النتائج التي تؤدي لفهم العمليات المرضية، وهذه الوسائل هي الملاحظات الاكلينيكية والمعملية والميدانية، وتشتمل الملاحظة الاكلينيكية على التاريخ المرضي فيما يتعلق بالتعرض للعدوى وفترة الحضانة والمهنة ومكان الإقامة، أما الإختبارات المعملية فتساعد على تأكيد التشخيص وخاصة في الحالات المشتبهة أو غير الظاهرة ويكون الاهتمام موجبا في كل الظروف للحالات المصابة في المجتمع ككل وليس كحالات فردية.

اخي المتدرب بناءً على ما تقدم تعرّف الأمراض المعدية بأنها الأمراض التي يمكن ان تنتقل من شخص لآخر، إما مباشرة أو بوسيط، وتنشأ عن فعل الميكروبات والطفيليات.

ولنسأل انفسنا كيف تتم عملية نقل العدوى من شخص إلى آخر؟

حتى تتم العدوى واصابة الجسم السليم بالمرض المعدي لا بد من توفر ستة عوامل، هي عبارة عن حلقات في سلسلة العدوى واصابة الجسم السليم بالمرض المعدي، ولا بد من توافر حلقات هذه السلسلة حتى تتم العدوى، لذا فمعرفةك عزيزي المتدرب بحلقات هذه السلسلة ضروري جدا حتى يمكنك تحديد مكان وزمان العدوى وطريقة الوقاية والمكافحة، لمنع أو الحد من العدوى وهذه الحلقات هي:

وجود المسبب النوعي المعدي: مثل البكتيريا والفيروسات والفطريات والطفيليات.

مصادر العدوى ومستودعاتها: ويكون المصدر اما:

كائن حي (الإنسان أو الحيوان) مريض أو في حالة النقاهة أو حاملا للميكروب قبل ظهور أعراض المرض عليه.

أو يكون جماد غير حي مثل التربة والماء والفضلات.

أما المستودع للعدوى فقد يكون:

أ- كائن حي (إنسان، حيوان، أو نبات) ب- جماد غير حي (تربة أو مادة) ج- أ+ب

وقد يكون المصدر مستودعا، وقد يكون المستودع مصدرا.

مخارج العدوى: وهي الأماكن والفتحات في جسم الإنسان أو الحيوان مصدر العدوى، التي يتم خروج المسبب النوعي عن طريقها وهي الجهاز التنفسي، والجهاز الهضمي، والجهاز البولي، والجروح والبثور الجلدية.

وسائل نقل العدوى وتكون عن طريق:

أ- الاتصال المباشر: بين الشخص السليم ومصدر العدوى مثل الملامسة بين شخصين أو ملامسة إفرازات المريض...الخ.

ب- الاتصال غير المباشر: وفي هذه الحالة لا بد من توفر وسيط قد يكون كائن حي (ذباب، حشرات، قوارض) أو قد يكون جماد غير حي مثل (الطعام الملوث والشراب والملابس والأواني الملوثة).

مداخل العدوى: وهي فتحات في جسم العائل المضيف الجديد تسمح بدخول المسبب النوعي إلى جسم الإنسان السليم، وهي نفس مخارج العدوى نفسها المشار إليها آنفا، (حيث أن المدخل قد يكون مخرجا والعكس صحيح).

العائل المضيف: وهو الكائن الحي الذي يدخل إليه حسب العدوى

تدريب: هل لك أخي المتدرب أن تقوم بإعادة شرح وتوضيح سلسلة العدوى أمام زملائك باستخدام طريقة إبداعية خاصة بك؟

والآن وبعد دخول المسبب النوعي لجسم الإنسان السليم، لا بد وأن تحدث مجابهة حادة بين الميكروب الداخل وعوامل مقاومة جسم الإنسان فما النتيجة التي تتوقعها؟

تتغلب عوامل المقاومة في جسم الإنسان على عوامل المسبب النوعي ويحمي الجسم.

أو يتغلب المسبب النوعي على مقاومة الجسم فيحدث المرض، ولكن عند دخول المسبب النوعي للجسم، هل تظهر أعراض المرض مباشرة؟ ما رأيك؟

تشير الكتب العلمية إلى أن هناك فترة ما بين دخول المسبب النوعي لجسم الإنسان وبين ظهور أعراض

المرض، ويختلف طولها حسب نوع المسبب النوعي وتسمى بفترة الحضانة وهي مؤشر على مكان وزمان

وشدة العدوى وتفيد في دراسة وبائيات الأمراض.

وبعد هذا الشرح الموجز عن الأمراض المعدية، فما هو الدور الذي يجب أن تقوم به خلال أداء عملك

كمقدم رعاية في دور المسنين لمكافحة الأمراض وعدم انتقال العدوى؟

الإجابة هنا:.....

حتى نستطيع ان نوضح هذا الدور لا بد لنا من معرفة المصطلحات الآتية:

الوقاية: وذلك باتباعك إجراءات النظافة العامة قبل حدوث المرض.

المكافحة: للحد من انتشار المرض بعد حدوثه.

استئصال: القضاء التام على وجود المرض، ولأن الأمراض عديدة ومتنوعة في مجموعاتها وأنواعها وأشكالها

ودرجة تطورها وتأثيرها على جسم الإنسان، فإن وسائل وطرق مكافحتها وإمكانية الحد من انتشارها

واستئصالها والقضاء على المسبب النوعي للمرض، هي أمور متشابكة وعديدة، ولذا سيقصر حديثنا على

دورك كمقدم رعاية بتطبيق إجراءات النظافة.

بعد فهمك للمصطلحات آنفة الذكر، قد تتفق معي أخي المتدرب على أن إجراءات مكافحة الأمراض المعدية

التي يجب عليك تحديدها وتطبيقها خلال عملك تقسم إلى: منع انتشار الأمراض المعدية، وزيادة مقاومة

المضيف الجديد ويتم هذا بالتحصين، والإقلال من أثر الحالات التي يمكن منع ظهورها بالرعاية الطبية

التمريضية الصحيحة.

أخي المتدرب: هل تعلم أن إجراءات منع انتشار العدوى تتركز حول بناء حاجز مناسب حول مصدر العدوى.

ويمكنك تحقيق هذا الهدف من خلال قدرتك على القضاء على مصدر العدوى وخفض القدرة على نقل

العدوى وقيامك بتطبيق إجراءات العزل والحجر الصحي.

تدريب: أخي المتدرب إذا كان لديك مسن مريض بمرض مُعدٍ فما هي إجراءات العزل الواجب عليك اتخاذها

لمنع انتشار العدوى؟

سأتبع إجراءات العزل اعتماداً على نموذج التدريب العملي الخاص بهذه المهمة كالتالي:

اسم المتدرب:						اسم المدرب:					
مستوى أداء المهارة						الرقم					
5	4	3	2	1	خطوات العمل						
					1 ساعد المريض وعائلته على فهم إجراءات العزل						
					2 رتب الأدوات الخاصة بالمريض بحيث يستطيع استعمالها بسهولة						
					3 اشرح لعائلة المريض وزواره بلطف الإجراءات والممارسات الواجب اتخاذها عند الدخول لغرفة العزل						
					4 اشرح الإجراءات للمريض داخل غرفة العزل						
					5 جهّز غرفة العزل بالأدوات والأجهزة التي تحتاجها						
					6 حضّر الأنشطة التي ستساعد المريض على تجاوز فترة العزل						
					7 بلغ المسؤول عن إجراءات العزل التي تم اتخاذها						
					8 سجل ملاحظتك عن إتمام العزل						
					9 راقب في أثناء عملية العزل، حالة المريض من حيث ظهور أعراض مثل السأم، زيادة فترات النوم، القلق، الرعب، أحلام اليقظة، وأخبر عنها المسؤول						

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جدا

4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط

2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جدا

والآن المطلوب منك أن تذكر الأسباب التي تقلل من فاعلية إجراءات العزل على المخالطين؟

الإجابة هنا:.....

من هذه الأسباب: 1- عدم التبليغ تجنباً لإجراءات العزل

2- الحالات المفتقدة وهي الحالات البسيطة مما يساعد على عدم اكتشافها، وهذا يؤدي إلى انتشار العدوى في غفلة من الإدارة الصحية بسبب مخالطتهم للآخرين.

3- حاملي الميكروب: حيث لا يتم اكتشافهم ويقوموا بنشر العدوى.

أخي المتدرب: لا بد من وجود إجراءات عليك فهمها واتباعها لمكافحة العدوى فما هي؟

لنقرأ سوياً الفقرة الآتية ونتعرف من خلالها على طرق ووسائل مكافحة العدوى، هيا بنا.....

تتم مكافحة الأمراض باتباع الخطوات الآتية:

اكتشاف الحالات المصابة، وتقديم العلاج المناسب للشخص المصاب وأفراد أسرته (علاج جماعي).

اتباع إجراءات النظافة الشخصية وتشمل: غسل الأيدي بعد التبرز وقبل تناول الطعام على الأقل بالماء والصابون، وقص الأظافر وعدم إطالتها باستمرار ولجميع الأفراد، وعدم مشاركة الآخرين لتناول الطعام بالأيدي، و تغيير الملابس الشخصية وشرشف أغطية النوم وغسلها يوميا.

اتباع إجراءات وقاية المجتمع وصحة البيئة وتشمل: توفير دورات مياه نظيفة ومعقمة، وتوفير أماكن ترفيه نظيفة بيئياً، و التثقيف الصحي لأفراد المجتمع حول وصول طريقة العدوى وحثهم على الاهتمام بأمور النظافة الذاتية، ومكافحة البعوض والذباب والحشرات الطائرة لأنها تعتبر ناقل للأمراض المعدية، وشمول شبكة التصريف الصحي (المجاري العامة) "للتجمعات السكنية كافة، وغسيل الخضراوات قبل تناولها وعدم تناول الخضراوات المروية بالمياه العادمة، وعدم استعمال المياه غير المعالجة جيداً للشرب أو الاستخدام المنزلية الأخرى وحماية وتنقية موارد المياه، و توفير المساكن الصحية والأغذية المتوازنة والمياه الصالحة للشرب والخدمات الصحية والبيئية، وتوفير التهوية والإضاءة الجيدة.

الجزء الثاني: تمرين غيار الجروح

- الهدف العام: أن يكتسب المتدرب المهارة المعرفية التمهيدية والأدائية المتعلقة بإجراء الغيار الجراحي للمريض بطريقة آمنة وفاعلة.

- الأهداف التعليمية التعليمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادراً على أن:
يعرّف الجروح.

يُميّز أنواع الجروح المختلفة.

يحدّد مضاعفات الجروح.

يذكر الأسس الواجب اتباعها عند التعامل مع الجروح.

يحضّر الأدوات والمواد اللازمة لغيار الجروح.

يصب المحلول المطهر في الوعاء الخاص بالطريقة الصحيحة.

يهيئ المريض ومنطقة الجرح للغيار الجراحي.

يرتدي القفازات المعقمة وينزعها بطريقة آمنة.

يطبّق مهارة غيار الجروح بطريقة آمنة مع ذكر الخطوات حسب أسس التعقيم.

يبلّغ المسؤول عن أيّ تغيرات بالجرح.

يدوّن ملاحظاته على نموذج الملاحظات.

تمهيد: أخي المتدرب تُعرّف الجروح على أنها إصابة تؤدي إلى قطع الجلد وتباعداً اتصال الأنسجة الحيوية نتيجة عوامل مادية كالتعن، أو عوامل داخلية كالقرحة، وينتج عنها خروج الدم من الجسم ودخول الجراثيم إليه.

أخي المتدرب: يتفق الجميع على أن للجروح أشكالاً وأنواعاً مختلفة فهل لك أن تذكرها؟

نعم، يوجد نوعين رئيسيين للجروح هما:

الجروح المغلقة: وهي التي تصيب أعضاء الجسم الداخلية دون أن يكون هناك تمزق ظاهر في الجلد.

الجروح المفتوحة: وهي التي يكون فيها تمزق الجلد ظاهراً ومنها عدة أنواع:

السحجات: ويحدث نتيجة احتكاك الجلد بسطح صلب مما يؤدي إلى تلف الطبقة الخارجية للجلد، وفي هذا النوع يكون هناك خطر من تلوث هذه الجروح والتهابها.

جروح قطعية: وتحدث نتيجة قطع الأنسجة بواسطة آلة حادة أو حواف معدنية خشنة، وتتميز هذه

الجروح بأنها تنزف بسرعة وبشدة.

جروح بترية: وتحدث نتيجة حوادث المركبات، الطلقات النارية، الانفجارات، وتؤدي إلى بتر جزء من الجسم كاليد.

جروح تهتكية: وتحدث نتيجة وقوع قوة كبيرة على الجسم وتتميز بوجود حواف مشرشرة غير منتظمة وتنزف بسرعة، ويكون التلوث عميقاً.

الجروح الوخزية: ويحدث نتيجة أداة معدنية مثل المسامير والدبابيس والطلقات، تخترق طبقات الجلد وتسبب فتحة صغيرة في الجلد، وتتميز بقلّة النزيف الخارجي إلا أنها تسبب تلفاً في الأنسجة الداخلية وخطورة هذا الجرح بدخول التلوث عميقاً في الجسم.

ومن خبراتك العامة هل تستطيع أن تحدد لنا ما هي مضاعفات ومخاطر الجروح؟

نعم، تتلخص خطورة الجروح ومضاعفاتها فيما يأتي:

النزف الشديد: مما يشكل خطراً على جسم الانسان.

إصابة أنسجة هامة مثل قطع أعصاب أو أوتار عضلية أو تلف أعضاء هامة في الجسم مثل الكبد والطحال. تلوث الجروح وتسبب الالتهابات وقد يؤدي لأمراض خطيرة مثل مرض الكزاز، الذي قد يؤدي إلى الغرغرينا مما قد ينتج عنه الوفاة.

فلا بد لك أخي المتدرب ان تتقمص الدور الفاعل في تقديم إسعافات الجروح بغض النظر عن أنواعها وذلك محاولة لمنع حدوث المخاطر والمضاعفات الناتجة عنها.

ويجب أن تتذكر دائماً عند إسعافك للجروح أن عليك مراعاة واتباع القواعد الآتية، لنقرأها سوياً:

تجنب لمس الجرح بالأيدي العادية أو الملابس أو أية مواد غير نظيفة.

دفع السائل خارج الجرح عند غسله مع عدم دفعه داخل الجرح.

إزالة الجلطات الدموية السطحية فقط حتى لا يحدث نزيف من جديد.

تجنب استخدام مشمع لاصق مباشرة على الجرح دون وضع شاش عليه.

ابتعد عن استخدام صبغة اليود بالقرب من العين أو فتحات الجسم أو في الحروق.

ضع الرباط الضاغط بشكل ظاهر في حالة استعماله حتى لا يترك طويلاً لخطورة ذلك.

تجنب استخدام غيارات شاش مبللة في الجروح.

استعمل رباط محكم غير ضاغط وغير رخو وعدم اللجوء إلى أربطة رخوة أو غير مشدودة جيداً.

سيطر على النزف الحاد بالضغط مباشرة على الجرح بالأصابع أو براحة اليد على ضمادة.
 10. إذا كان الجرح في أحد الأطراف وكان الضغط المباشر ورفع الطرف غير مجديين، يضغط ضغطاً غير مباشر على الشريان الرئيسي الذي يغذي هذا الطرف، وانقل المصاب إلى المستشفى.
 مما سبق هل تستطيع ان تستنتج ما هي أهداف إسعاف الجروح؟
 نعم إن أهداف عملية إسعاف الجروح تتضمن:
 1- وقف النزيف ب- تطهير الجروح ج- تضميد الجروح
 والآن سوف نقوم بشرح مهارة غيار الجروح استناداً إلى نموذج التدريب العملي الآتي:

اسم المتدرب:						اسم المدرب:					
الادوات اللازمة											
طقم غيار الجروح المعقم والمغلف ويحتوي على: (وعاء كلوي، ملقط تشريحي، قطعة قماش، شاش 4×4 سم، أوعية صغيرة عدد 2، ملقط شرياني، قطن مكور)، وشريط لاصق، وسائل مطهر، وشاش وقطن اضافي باحجام مختلفة حسب الحاجة، ومقص، وسلة مهملات وكيس بلاستيكي، ومادة لإزالة أثر اللاصق، وكمامة (حسب الحاجة)											
الرقم	خطوات العمل	مستوى أداء المهارة									
		1	2	3	4	5					
1	راجع أوامر الطبيب وخطة الرعاية التمريضية. شكل (1-1)										
2	اغسل يديك بالطريقة الصحيحة. شكل (2-1)										
3	تحقق من هوية المسن المريض واطرح له ما ستقوم به. شكل (3-1 و 4-1)										
4	حضر الأدوات بالترتيب بجانب السرير. شكل (5-1)										
5	اسدل الستارة حول المريض. شكل (6-1)										
6	ساعد المريض في اتخاذ وضع مناسب ومريح يساعد في الكشف عن الجرح										
7	اكشف عن منطقة الجرح فقط وغط المناطق الاخرى										

					ضع الأدوات على سطح مستو قريبة من المريض لتسهيل استعمالها	8
					افتح الغلاف الخارجي للزرمة بمسك الجهة الخارجية فقط شكل (1-3)	9
					التي بالطقم بلطف على مكان ترتيب الأدوات شكل (2-3)	10
					الصق الكيس الورقي على حافة السطح المستوي بقطعة من الشريط اللاصق لوضع الغيار المستعمل فيه شكل (3-3)	11
					قص قطعتين من الشريط اللاصق بأطوال مناسبة لاستعمالهما في تثبيت الغيار فيما بعد	12
					البس القفازات المستهلكة	13
					أزل الشريط اللاصق عن الغيار الموجود بلطف وذلك باتباع الخطوات الآتية: شد الجلد واسحب الشريط إلى الخلف. اسحب الشريط اللاصق القريب من الجرح وبتجاه الجرح. إذا كان اللاصق شديد الالتصاق يمكن وضع قليل من محلول الملح الفيسيولوجي لتخفيف التصاقه بالجلد وتسهيل إزالته.	14
					أزل الغيار القديم ولاحظ وجود أي مفرزات عليه شكل (4-3)	15
					اثن الغيار القديم بتطبيق الحافات فوق بعضها بعضا	16
					انزع القفازات فوق الغيار القديم ثم ضعهم في الكيس لتجنب التلوث	17
					أغلق الكيس وضعه في سلة المهملات	18
					قيم الجرح ولاحظ حجمه، والمفرزات التي تخرج منه ورائحتها ودرجة التئامه والمنطقة المحيطة به	19
					اغسل يديك بالطريقة الصحيحة	20
					افتح طقم الغيار بلامسة الجهة الخارجية منه فقط لتجنب تلوث ما بداخله، ورتب المجال المعقم حسب اولوية استخدام الأدوات	21

				<p>صب المحلول المطهر في أحد الأوعية الصغيرة كالآتي:</p> <p>اقرأ اللاصقة على زجاجة المحلول المعقم</p> <p>وجه اللاصقة نحو الشخص الآخر الذي تساعدته لقراءة اسم السائل المعقم</p> <p>انزع غطاء الزجاجة وضعه مقلوبا على السطح</p> <p>اسكب قليلا من السائل من فوق حافة الزجاجة في وعاء النفايات</p> <p>اطلب إلى من يلبس القفازات المعقمة ان يضع الوعاء في حقل المجال المعقم</p> <p>احمل الزجاجة فوق الوعاء بـ 10-15 سم</p> <p>اسكب كمية مناسبة من المطهر داخل الوعاء (تجنب ان ينسكب خارجه</p> <p>أبعد الزجاجة بسرعة عن المجال المعقم</p> <p>أمسك الجزء الخارجي لغطاء الزجاجة واغلقها جيدا</p> <p>أعد الزجاجة إلى مكانها في الرف السفلي</p>	22
				<p>افتح مغلفات الشاش أو القطن الإضافي واستخدم الطريقة نفسها التي فتحت</p> <p>بها الرزمة المعقمة</p>	23

				<p>* البس القفازات المعقمة:</p> <p>افتح الغلاف الخارجي لكيس القفازات مع مراعاة عدم لمس القفازات المعقمة اثناء ذلك</p> <p>ضع القفازات بغلافها الداخلي على سطح مستو نظيف وجاف شكل (3-5)</p> <p>افتح طرفي الغلاف الداخلي بلمس الجهة الخارجية للغلاف فقط</p> <p>أمسك سوار احد القفازات عند الطرف المثني بالابهام والسبابة، واحرص على أن لا تلامس الجهة الخارجية للقفازات. شكل (3-6)</p> <p>أخرج القفاز من الغلاف وارفعه بحذر</p> <p>أدخل اليد الاخرى داخل القفاز مع لمس الجهة الداخلية فقط واسحبه إلى جهة رسغ اليد، وابق ابهام اليد باتجاه كفها خلال ادخاله. شكل (3-7)</p> <p>اترك الطرف مثنيا كما هو</p> <p>أخرج القفاز الثاني من الغلاف لوضع اطراف يدك التي بها القفاز تحت السوار الثاني، والحفاظة على الابهام باتجاه كفة اليد ومرفوعا إلى الخلف شكل (3-8)</p> <p>اسحب القفاز الثاني بحرص محافظا على ابهام اليد التي بها القفاز بعيدا عن كفها الاخرى</p> <p>رتب القفازات بحيث تصح ثنيتها، واقلب السوار المثني، وملامسة الجهة الخارجية للقفازات. شكل (3-9)</p> <p>ارفع يديك واجعلها امام عينيك مع تجنب لمس أي سطح غير معقم</p>	24*
				ضع قطعة قماش أو قطن حول الملقط الشرياني	25
				اغمس القطعة بالمحلول المطهر، واعصرها بالضغط على حافة الإناء أو باستعمال الملقط التشريحي	26

					<p>* امسح الجرح كما يأتي: شكل (3-10)</p> <p>من المنطقة الأقل تلوثا إلى المنطقة الأكثر تلوثا</p> <p>من المنطقة العليا إلى المنطقة المنخفضة</p> <p>إذا كان الجرح طويلا ونظيفا امسح منطقة الجرح من الأعلى إلى الأسفل</p> <p>مسحة واحدة، من غير الرجوع إلى المنطقة بقطعة الشاش نفسها.</p> <p>ضع الشاش المستعمل في سلة المهملات</p>	27*
					<p>استعمل قطعة شاش اخرى، واغمسها بالمطهر، ونظف حول الجرح للحد من وصول الجراثيم إلى الجرح</p> <p>ملاحظة: في كل مرة استعمل قطعة شاش جديدة واغمسها بالمطهر</p>	28
					<p>كرر الخطوات السابقة حتى ينظف الجرح وما حوله</p> <p>إذا كان الجرح غير منتظم مثل جرح تقرحات الفراش، فنظفه من المركز إلى الخارج بحركة دائرية وغير قطعة القماش في كل مرة. شكل (3-11)</p> <p>إذا كان الجرح ملتهدا، فنظف المنطقة المحيطة بالجرح لتجنب تلوثها ثم الجرح نفسه</p>	29
					<p>جفف الجرح بطريقة تنظيفه نفسها، وإذا كان بجانب منزع فنظف حوله بطريقة دائرية، وبقطعة أخرى وامسح المنزع من الأسفل إلى الأعلى لمنع دخول الجراثيم إلى داخل الجسم من حول المنزع او من خلاله</p>	30
					<p>غط الجرح بالشاش وكذلك المنزع (تعتمد كمية الشاش على حجم المفززات التي تخرج من الجرح)</p>	31

					انزع القفازات أمسك طرف القفاز الأيمن بيدك اليسرى من الجهة الخارجية عند منطقة الرسغ شكل (12-3) اسحب القفازات إلى الخارج، مع قلبها بحيث تصبح الجهة الداخلية للقفاز إلى الخارج. أمسك القفاز المنزوع وهو مقلوب بأصابع يدك اليمنى التي ما يزال بها القفاز ضع أصابع يدك اليمنى داخل قفاز يدك اليسرى عند الرسغ ثم اقلب القفاز فوق الأول. شكل (13-3) ارم القفازات في سلة المهملات شكل (14-3) اغسل يديك	32
					ضع الشريط اللاصق على الشاش لتثبيت الغيار بشكل مناسب ومرتب	33
					اتبع الخطوات الاساسية في نهاية التمرين	34
					ضع المريض في وضع مريح وغطه. شكل(11-1)	35
					افتح الستائر الموجودة حول المريض. شكل(12-1)	36
					اجمع الأدوات المستخدمه، نظفها وأعدّها إلى مكانها. شكل(13-1)	37
					تخلص من المواد المستهلكة وبالطريقة الصحيحة. شكل(14-1)	38
					اغسل يديك بالطريقة الصحيحة. شكل(15-1)	39
					اتبع أسس التعقيم في كل خطوة في المهارة	40*

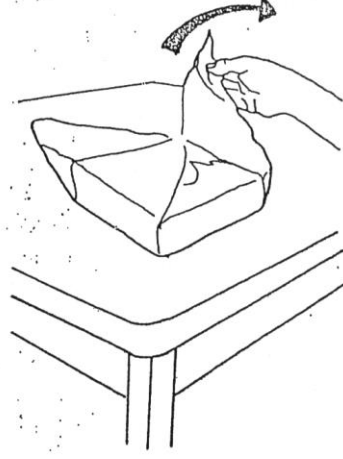
المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جدا 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

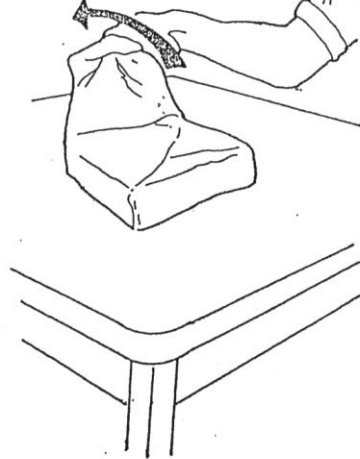
1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جدا

* النجمة= خصم نصف العلامة الكلية في حال اخفاق المتدرب بأداء هذه الخطوة

تدريب: اذكر خطوات غيار الجروح مع تطبيقها على النموذج أمام زملائك؟



الشكل (١-٣)

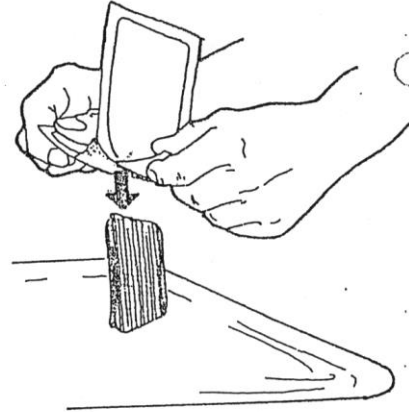


الشكل (١-٣)



الصق الكيس

الشكل (٣-٣)

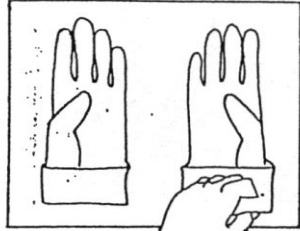


الشكل (٣-٣)

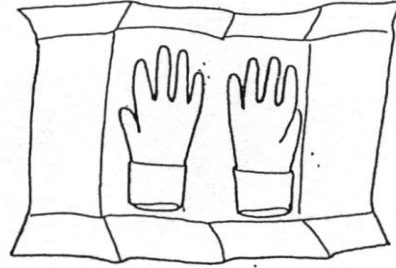


إزالة الغيار القديم

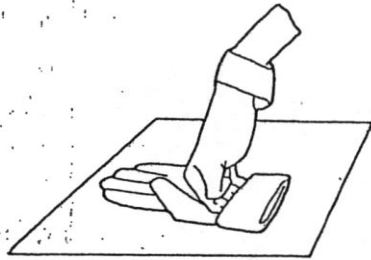
الشكل (٤-٣)



الشكل (٦-٣)



الشكل (٥-٣)



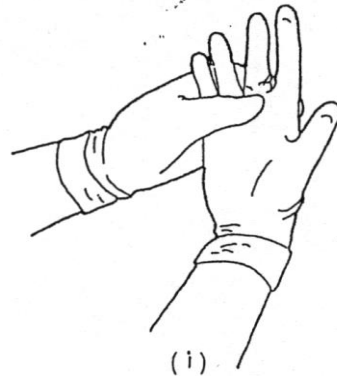
الشكل (٨-٣)



الشكل (٧-٣)



(ب)



(i)

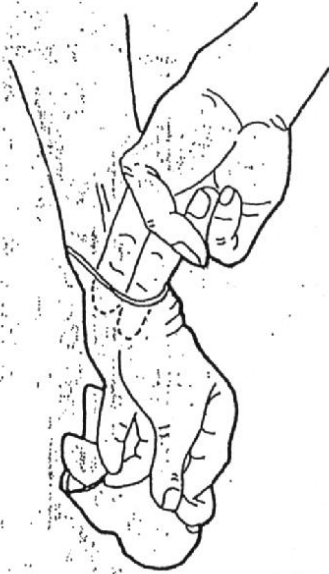
الشكل (٩-٣)



الشكل (١٠-٣)



الشكل (١١-٣)



الشكل (١٣-٣)



الشكل (١٤-٣)



الشكل (١٥-٣)

الجزء الثالث: استخدام الكمادات بأنواعها

- الهدف العام: أن يحضّر المتدرب الكمادات الساخنة، الكمادات الباردة، ويستعملها بطريقة آمنة وفعالة.

- الأهداف التعليمية التعليمية: عندما تكتمل دراسة هذا الجزء يكون المتدرب قادرا على أن:

يُميّز بين استعمال كل من الكمادات الساخنة و الكمادات الباردة .

يحضّر الأدوات اللازمة لتحضير أنواع الكمادات آنفة الذكر.

تستعمل الكمادات الساخنة و الكمادات الباردة بإتقان وفاعلة.

يدوّن ملاحظاته عن أي تغير حدث.

أخي المتدرب: كثيرا ما سمعت عن الكمادات بمختلف أنواعها وقد يحدث اللبس أحيانا عندنا لتعدد أنواع

الكمادات ولمزيد من التوضيح سنتعرض لشرح كل نوع على حدة.

و الآن إلى الكمادات الساخنة:

إن الكمادات الساخنة تعمل على تدفئة الجسم، ورفع درجة حرارته، وتنشيط الدورة الدموية وتخفف الألم

عند المريض.

كما ويمكن استعمالها على الجروح، ولكن يجب أن تكون معقمة عند الاستعمال خوفا من حدوث مضاعفات

عند المريض.

وتذكر أخي المتدرب دائما أن تضع المريض في حالة راحة ومراقبة مستمرة عند تطبيق هذه المهارة.

والآن سنقوم بشرح مهارة تحضير الكمادات الساخنة استنادا إلى نموذج التدريب العملي الآتي:

تحضير الكمادات الساخنة						
اسم المتدرب:					اسم المدرب:	
الادوات اللازمة:						
1- وعاء ماء ساخن		2- مشمع		3- ميزان حرارة زئبقي لقياس درجة حرارة الجسم -4		
قطع شاش		5- قفازات		6- ميزان حرارة مائي لقياس درجة حرارة الماء 7- منشفة		
الرقم	خطوات العمل	مستوى أداء المهارة				
		5	4	3	2	1
1	اتبع الخطوات الأساسية في بداية التمرين					
2	ضع المشمع تحت المنطقة المراد علاجها لحماية الشراشف من البلل					

				ضع المنشفة فوق المشمع بحيث يغطيه كاملا حتى لا يلامس المشمع الجلد مباشرة	3
				اجعل المريض في وضع مريح، واكشف عن المنطقة المراد علاجها	4
				ارتد القفازات الواقية لحماية يديك من الماء الساخن	5
				ضع قطعة الشاش في الماء الساخن واعصرها جيدا ويمكن استخدام الملقط لذلك شكل (3-19)	6
				ضع الشاش المبلل بلطف فوق المنطقة المراد علاجها بحيث يغطيها كاملة شكل (3-20)	7
				غط قطعة الشاش المبللة بقطعة جافة، لحفظ الحرارة داخل الشاش شكل (3-21)	8
				أزل الكمادة بعد دقيقة او دقيقتين، واستبدل بها اخرى مع التأكد من حرارة الماء، يقل مفعول الكمادة بعد دقيقتين ولا يستفيد منها الجسم.	9
				استمر بوضع الكمادات مدة لا تزيد على 30 دقيقة.	10
				تفقد جلد المريض إن كان به إحمرار أو تسلخ وتفقد حرارة الماء	11
				قس درجة حرارة الجسم	12
				كرر العملية بعد 30 دقيقة إذا تطلب الأمر	13
				أزل الكمادات وجفف المنطقة جيدا	14

					أزل المشمع والمنشفة، واجعل المريض بوضع مريح وغطه	15
					تخلص من قطع الشاش المستعمله، بوضعها في سلة النفايات	16
					اتبع الخطوات الاساسية في نهاية التمرين	
					ضع المريض في وضع مريح وغطه. شكل(11-1)	17
					افتح الستائر الموجودة حول المريض. شكل(12-1)	18
					اجمع الادوات المستخدمة، نظفها واعدتها إلى مكانها. شكل(13-1)	19
					تخلص من المواد المستهلكة وبالطريقة الصحيحة. شكل(14-)	20
					اغسل يديك بالطريقة الصحيحة. شكل(15-1)	21
					أخبر المسؤول عند ملاحظتك أي تغيير في درجة الحرارة. شكل(16-1)	22

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جدا 4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط 2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جدا

تدريب: قم بتحضير كمادات الماء الساخنة مع شرح خطوات التطبيق.

والآن سننتقل إلى تحضير الكمادات الباردة والتعريف باستعمالاتها.

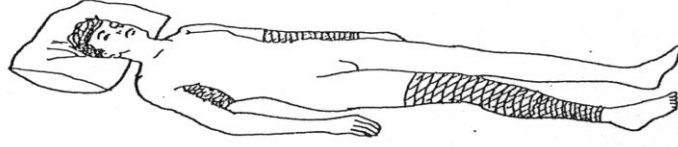
قد تتفق معي أخي المتدرب بأن استعمال الكمادات الباردة شائعاً بين الناس عند ارتفاع درجة حرارة المريض،

لأنه يجب تخفيض الحرارة بالسرعة الممكنة تلافياً لحصول مضاعفات مثل التلف في الجهاز العصبي.

وكما في الكمادات الساخنة عليك أخي المتدرب أن تقيّم حالة المريض وتقيس درجة حرارته قبل البدء

باستخدام الكمادات الباردة.

أخي المتدرب: هل تستطيع أن تشرح لنا كيف يمكنك تحضير الكمادات الباردة وشرح خطوات تطبيقها؟



الشكل (٣-٤٣)
أماكن وضع الكمادات الباردة

والآن سنقوم بشرح مهارة تحضير الكمادات الباردة استنادا إلى نموذج التدريب العملي الآتي:

تحضير الكمادات الباردة					
اسم المتدرب:					اسم المدرب:
الأدوات اللازمة:					
1- وعاء يحتوي ماء باردا/ ثلج		2- مشمع		3- منشفة	
5- ميزان حرارة		6- ميزان زئبقي			
الرقم		خطوات العمل			
		مستوى أداء المهارة			
		5 4 3 2 1			
1	اتبع الخطوات الاساسية في بداية التمرين				
2	قس درجة حرارة المريض				

					3	ضع المشمع تحت المنطقة المراد وضع الكمادات عليها
					4	ضع المنشفة فوق المشمع
					5	ارفع الأغشية عن المريض مع إبقاء الشرف العلوي فقط
					6	اجعل المريض في وضع مريح واكشف عن المنطقة
					7	ضع قطعة القماش / الشاش في الماء البارد واعصرها جيدا
					8	ضعها على المناطق الآتية: 1- جبهة الرأس 2- الاطراف السفلية 3- الاطراف العلوية 4- تحت الإبط شكل (3-22)
					9	غط قطعة الشاش المبللة بقطعة جافة وثبتها بالاربطة
					10	أزل الكمادة بعد دقيقة أو دقيقتين
					11	استمر بوضع الكمادات مدة لا تزيد عن 30 دقيقة مع تفقد جلد المريض كل 10 دقائق
					12	قس درجة حرارة المريض وقارنها بدرجة حرارته قبل تطبيق الكمادات إذا كان الهدف خفض درجة حرارته
					13	كرر العملية اذا تطلب الامر
					14	أزل الكمادات وجفف المنطقة جيدا
					15	أزل المشمع واجعل المريض بوضع مريح وغطه
					16	اتبع الخطوات الاساسية في نهاية التمرين
					17	ضع المريض في وضع مريح وغطه. شكل(1-11)
					18	افتح الستائر الموجودة حول المريض. شكل(1-12)
					19	اجمع الادوات المستخدمه، نظفها واعد لها إلى مكانها. شكل(1-13)
					20	تخلص من المواد المستهلكة وبالطريقة الصحيحة. شكل(1-14)
					21	اغسل يديك بالطريقة الصحيحة. شكل(1-15)
					22	أخبر المسؤول عند ملاحظتك أي تغيير في درجة الحرارة. شكل(1-16)

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جداً

4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط

2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جداً

الجزء الرابع: عمل المغطس واستعمالاتها

- الهدف العام: أن يحضر المتدرب المغطس ويساعد المريض على استعماله بطريقة آمنة.

- الأهداف التعليمية التعلمية: بعد أن تكتمل دراسة هذا الجزء على المتدرب أن يكون قادراً على أن:

يعدّد استعمالات المغطس

يحضّر الأدوات اللازمة لتحضير المغطس

يساعد المريض على استعمال المغطس بطريقة آمنة وفاعلة

يراقب المريض في أثناء عمل المغطس

يدوّن ملاحظاته عن إجراء المهارة ونتائجها على المريض

تمهيد: أخي المتدرب لعلك تفق معي أن هناك بعض العمليات الجراحية في منطقة الحوض تتطلب عناية

خاصة بعد إجرائها مثل المغطس.

ولكن ما هدف قيامنا بعمل المغطس؟ هل تستطيع من خبرتك ذكر أي من هذه الأهداف؟

نعم، تستعمل المغطس: لتخفيف الالتهابات والعدوى وخاصة في منطقة العجان، وتساعد المغطس

بتنشيط الدورة الدموية مما يساعد على التئام الجروح، ويعطي المريض شعوراً بالراحة والانتعاش، ويمكن

وضع أدوية معنية في المغطس تساعد على التئام الجروح أو إزالة إفرازات غير مرغوب فيها من منطقة

العملية.

والآن سوف نقوم بشرح مهارة تحضير المغاطس استنادا إلى نموذج التدريب العملي الآتي:

تحضير واستعمال المغاطس						
اسم المتدرب:					اسم المدرب:	
الأدوات اللازمة:						
وعاء كبير/ مغطس بلاستيك يوضع في الحمام، وبطاقة كتب عليها مشغول، وماء ساخن بدرجة حرارة 40-43 س، والدواء الموصوف/ مطهر/ ملح (ملعقة ملح طعام/ لتر ماء)، وميزان حرارة مائي لقياس درجة حرارة الماء، وكروسي، ومنشفة						
الرقم	خطوات العمل	مستوى أداء المهارة				
		1	2	3	4	5
	اتبع الخطوات الاساسية في بداية التمرين					
1	راجع اوامر الطبيب وخطة الرعاية التمريضية. شكل(1-1)					
2	اغسل يديك بالطريقة الصحيحة. شكل(2-1)					
3	تحقق من هوية المسن المريض وشرح له ما ستقوم به. شكل(1-3 و 1-4)					
4	حضر الادوات بالترتيب بجانب السرير. شكل(1-5)					
5	أسدل الستارة حول المريض. شكل(1-6)					
6	نظف وعاء المغطس جيدا					
7	اغسل يديك بالطريقة الصحيحة					
8	حضر الأدوات، واحضرها إلى الحمام					
9	ضع بطاقة مشغول على باب الحمام من الخارج لحماية عزل المريض					
10	ساعد المريض في سكب الماء على المنطقة المراد عمل مغطس لها وذلك لتقليل الجراثيم المتواجدة					

					املاً 1/3 إلى 1/2 حجم المغطس بالماء الساخن وتأكد من الحرارة باستعمال الميزان المائي	11
					ضع الدواء/ المطهر او الملح في المغطس حسب ارشادات الطبيب (ملعقة ملح طعام/ لتر ماء مغلي)	12
					ضع كرسيًا قرب المغطس لإجلال المريض في حالة شعوره بالدوخة	13
					اشرح للمريض بلطف ما ستقوم به	14
					أحضِر المريض إلى الحمام واقفل الباب	15
					اطلب من المريض نزع ملابسه وساعده عند الحاجة	16
					ساعد المريض على الجلوس في المغطس	17
					غَطِّ جسم المريض بالمنشفة	18
					اترك المريض وحده اذا طلب ذلك	19
					تفقد المريض كل خمس دقائق وقس نبضه	20
					بعد 20 دقيقة اجلس المريض على الكرسي وجففه جيدا بالمنشفة	21
					ساعد المريض على ارتداء ملابسه وحذائه وأعدّه إلى السرير وغطه	22
					اتبع الخطوات الاساسية في نهاية التمرين	
					ضع المريض في وضع مريح وغطه. شكل(11-1)	23
					افتح الستائر الموجودة حول المريض. شكل(12-1)	24
					اجمع الادوات المستخدمة، نظفها واعدها إلى مكانها. شكل(13-1)	25
					تخلص من المواد المستهلكة وبالطريقة الصحيحة. شكل(14-1)	26
					اغسل يديك بالطريقة الصحيحة. شكل(15-1)	27

المفتاح: 5= أداء المهارة بمستوى عالٍ جدا

4= أداء المهارة بمستوى عالٍ

3= أداء المهارة بمستوى متوسط

2= أداء المهارة بمستوى متدنٍ

1= أداء المهارة بمستوى متدنٍ جدا

تدريب: اشرح كيف يمكن أن تقوم بعمل المغاطس بطريقة آمنة وفاعلة؟
والآن اعزائي المتدربين بعد أن انتهينا من شرح ومناقشة وحدة مكافحة العدوى وتمارين مختلفة لرعاية المريض، دعونا نشاهد معا شريطا تلفزيونيا حول موضوع الوحدة مدة عرضه ساعة، مع التنويه هنا أن هذا الفيلم المتلفز لا يعتبر بديلا عن ما تم شرحه ومناقشته، بل مكملا ومعززا له.
والان قبل أن نبدأ بمشاهدة الشريط التلفزيوني، إليكم بعضا من الأفكار الرئيسية التي سيدور حولها:
الأمراض المعدية والإجراءات اللازمة لمكافحة العدوى ونقل الأمراض
غيار الجروح والاسس الواجب اتباعها عند التعامل مع الجروح وأنواعها وعرض مهارة غيار الجروح
عرض الكمادات بأنواعها المختلفة مع ذكر استعمالها
عمل المغاطس مع ذكر استعماله
إن التركيز والانتباه ضروري، لأنه سيطلب منك بعد العرض الإجابة عن الأسئلة الآتية:
اكمل الفراغات الآتية:

إجراءات النظافة الشخصية تشمل:.....

سلسلة العدوى تشتمل على ست مراحل وهي كالتالي:.....

من المخاطر والمضاعفات الناتجة عن الجروح الآتي:.....

اذكر أنواع الكمادات المختلفة مع ذكر استعمال كل منها:.....

تطبيقات عملية

أخي المتدرب: بعد أن تمت مناقشة وشرح الوحدة وشاهدت الشريط التلفزيوني، وقمت بحل التدريبات المرافقة، عليك الآن تطبيق بعض ما تعلمته وذلك بقراءة الحالات التالية والإجابة عن الأسئلة التي تليها.
الحالة الأولى: بينما أنت منهمك بحمام المسن، لاحظت وجود تقرحات جلدية ملتهبة في أسفل ظهره بينما بدأ المسن يشير إليها ويتأوه بشدة ماذا تفعل؟

الحالة الثانية: بينما تتفقد المسنين أثناء عملك وإذا بك تسمع احد المسنين يصرخ من آلام في راسه ويهذي، وعندما ذهب لرؤيته وجدته يتقيأ، وعند لمس جبينه وجدته ساخنا بدرجة عالية ماذا تفعل؟

الحالة الثالثة: نادى عليك أحد المسنين وهو يبكي، وقال أنا لا أستطيع النوم أو المشي أو الجلوس، أنا غير مرتاح اني اتالم كثيرا من الباسور حيث أعاني من الباسور ولم يهتم لأمرى أحد، ماذا تفعل؟

كونك مقدم رعاية في دور المسنين، وواظبت على حضور هذه الدورة التدريبية، فما هي إجراءات المهارات

التمريضية التي ستقوم بعملها في مثل هذه الحالات المختلفة؟ (قم بإجرائها باستخدام النماذج) أمام زملائك.

الإختبار الموضوعي التقويمي

أخي المتدرب: بعد أن أتمنا الدرس. المطلوب الإجابة عن الأسئلة الإختبار الموضوعي الآتي، وذلك لمعرفة مدى تقدمك في هذه الوحدة.

يتكون هذا الإختبار من (10) أسئلة، المطلوب الإجابة عليها جميعاً. وبعد الإنتهاء من الإجابة عن الأسئلة جميعها، عليك تصحيح الإختبار مستعيناً بصفحة الإجابات الواردة في الملحق (14)، فإذا حصلت على (8) إجابات من أصل (10) إجابات فهذا حسن، وإلا فمن المحتمل أنك لم تتناول الوحدة بروية. المطلوب في هذه الحالة أن تعيد قراءة الوحدة من بدايتها، و الآن إليك الإختبار الموضوعي.

ضع دائرة على رمز العبارة التي تعتقد أنها أقرب الاجابات إلى الصواب في كل سؤال من الأسئلة الآتية:

يعتبر الترتيب الصحيح لمراحل سلسلة العدوى حسب الحقائق العلمية الآتية:

وجود المسبب النوعي، المستودع، مخارج العدوى، نقل العدوى، مداخل العدوى، العائل

المستودع، مخارج العدوى، وجود المسبب النوعي، نقل العدوى، مداخل العدوى، العائل

نقل العدوى، مداخل العدوى، العائل، وجود المسبب النوعي، المستودع، مخارج العدوى

العائل، مخارج العدوى، نقل العدوى، مداخل العدوى، وجود المسبب النوعي، المستودع

نتيجة المجابهة التي تحدث عند دخول المسبب النوعي لجسم الإنسان السليم هي أن:

تتغلب عوامل المقاومة في جسم الانسان على عوامل المسبب النوعي

يتغلب المسبب النوعي على عوامل المقاومة في جسم الانسان

أ+ب

تتساوى عوامل المقاومة على عوامل المسبب النوعي.

من اجراءات مكافحة الأمراض المعدية التي يجب أن تطبقها خلال عملك:

منع انتشار الأمراض المعدية

زيادة مقاومة المضيف الجديد عن طريق التحصين

الإقلال من أثر الحالات التي يمكن منع ظهورها بالرعاية التمريضية

كل ما ذكر صحيح

من الأسباب التي تقلل فاعلية إجراءات عزل الحالات والحجز على المخالطين:

التبليغ عن أية حالة لمصلحة الوطن

الحالات المفتقدة وهي الحالات التي تضيع خارج محيط المستشفى

حاملي الميكروب حيث لا يتم اكتشافهم ويقوموا بنشر العدوى

أ + ب فقط

ينظف الجرح إذا كان طويلا ونظيفا ب:

مسح منطقة الجرح من الأعلى إلى الأسفل مسحة واحدة.

مسح منطقة الجرح من الأسفل إلى الأعلى مسحة واحدة

مسح منطقة الجرح من الجوانب

مسح منطقة الجرح من الأعلى إلى الأسفل مسحتين متتاليتين

ينظف الجرح غير المنتظم الأطراف مثل التقرحات الجلدية من:

المنطقة المحيطة بالجرح أولا لتجنب تلوثها ثم مركز الجرح

مركز الجرح إلى الخارج بحركة دائرية وتغير قطعة الشاش في كل مرة

المنطقة المحيطة بالجرح بشكل أفقي يقطع مركز الجرح

مركز الجرح إلى الخارج بحركة طولية وتغير قطعة القماش كل مرتين

عند تقييمك للجرح يجب أن تلاحظ:

حجم الجرح ودرجة التئامه فقط

المفرزات التي تخرج منه ورائحتها فقط

المنطقة المحيطة بالجرح فقط

كل ما ذكر صحيح

سمعت أحد زملائك يشرح لزميله الآخر عن القفازات المعقمة فأى الجمل الآتية من شرحه يعتبر صحيحا:

ضع القفازات عند ارتدائها على أي سطح تراه مناسباً

تحققك أو عدمه من غلاف القفازات المعقمة سيات

لا يهم قراءة تاريخ تعقيم القفازات المعقمة قبل ارتدائها

رفع اليدين أمام العينين بعد ارتداء القفازات المعقمة

الجميل الآتية عن مهارة خلع القفازات المعقمة صحيحة ما عدا:
أمسك طرف القفاز الأيمن بيدك اليسرى من الجهة الخارجية عند منطقة الرسغ
اسحب القفازات إلى الخارج مع مراعاة عدم قلبها للجهة الداخلية للقفازات
امسك القفاز المنزوع وهو مقلوب بأصابع يدك اليمنى
ضع أصابع يدك اليمنى داخل قفاز يدك اليسرى عند الرسغ ثم اقلب القفاز فوق الأول.
الجميل الآتية عن مهارة صب السائل المطهر صحيحة ما عدا:
يوضع غطاء الزجاجات التي تحتوي على المحلول المطهر مقلوبا على السطح
ترفع الزجاجات عند صب المحلول المطهر 5سم
توجيه اللاصق نحو الشخص الذي سيقوم بالتنظيف
مسك الجزء الخارجي لغطاء الزجاجات عند اغلاقها
مراجع الوحدة:
جاد الله، فوزي (1985). الصحة العامة والرعاية الصحية، مصر: دار المعارف.
خضير، محمد توفيق (2001). مبادئ في الصحة والسلامة العامة، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
الخطيب، عماد الدين (1987). مبادئ في التمريض، عمان: الأردن.
زيادات، عامل (1993). الصحة في الأردن، عمان: المكتبة الوطنية / لجنة تاريخ عمان.
قطيشات، تالا والبياري، نهله وأباطة، ابراهيم ونزال، شذى (2002). مبادئ في الصحة العامة، عمان: دار
المسيرة للنشر والتوزيع.
Kozier, B (2004). Fundamentals Of Nursing, 7th Edition, Prentice Hall.
Suliman, W and Nabulsie, M (1990). Behavioural Ccheck List Of Nursing Skills,
Amman: University Of Jordan.

الملحق (12)

إجابات الإختبار الموضوعي للوحدة الأولى

الرقم	الرمز	الرقم	الرمز
1	ج	6	ب
2	ج	7	أ
3	أ	8	ب
4	ب	9	ج
5	د	10	أ

الملحق (13)

إجابات الإختبار الموضوعي للوحدة الثانية

الرقم	الرمز	الرقم	الرمز
1	أ	8	د
2	د	9	أ
3	د	10	ب
4	ب		
5	ج		
6	د		
7	أ		

الملحق (14)

إجابات الإختبار الموضوعي للوحدة الثالثة

الرقم	الرمز	الرقم	الرمز
1	أ	6	ب
2	ج	7	د
3	د	8	د
4	ج	9	ب
5	أ	10	ب

الملحق (15)

فقرات مجال التمريض المنزلي ذات الأداء المتوسط والضعيف

الفقرات ذات الأداء المتوسط:

- قياس نبض المريض.
- قياس تنفس المريض.
- تقديم الإسعاف الفوري للحالات المرضية الطارئة (الحمى، نوبات الصرع، غيبوبة السكري، الدوخة، توقف القلب والرئتين).
- استخدام الكمادات بأنواعها.
- غيار الجروح الناتجة عن التقرحات الجلدية.
- اتباع إجراءات النظافة ومكافحة الأمراض المعدية.

الفقرات ذات الأداء المتدني:

- قياس درجة حرارة المريض.
- قياس ضغط المريض.
- عمل مغاطس بالماء الدافئ

الملحق (16)

دليل المقابلة المتعلق بفقرات مجال التمريض المنزلي ذات الأداء المتوسط والضعيف
ماذا تعني لك كلمة الصرع، غيبوبة، السكري، توقف القلب والرئتين، الحمى، الدوخة؟ وما الأعراض

المصاحبة لكل منها؟

ما الإسعاف الفوري الذي تقدمه للمسن في حالة حدوث الصرع، غيبوبة السكري، توقف القلب والرئتين،

الحمى، الدوخة؟

ما الإسعاف الفوري الذي تقدمه عند تشردق المسن بالطعام؟

وضّح كيف تقوم بعمل الكمادات للمسن؟

وضح كيف تقوم بعمل مغاطس للمسن؟

وضح كيف تقوم بعمل غيار للجروح الناتجة عن التقرحات الجلدية للمسن؟

ما هي إجراءات النظافة التي تتبعها لمنع العدوى بين المسنين؟