جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

الموضــوع:

الضيق النفسي وتقييم الرضا عن تلبية الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

من إعداد:
-شلال صبرينة
- مشاي عزيز

تحت إشراف الأستاذة:
وندلوس نسيمة

السنة الجامعية: 2022- 2023

كلمة الشكر

الحمد لله الذي أنعمنا بالجهد و القوى لإتمام هذه الدراسة و يسر لنا السبل لانجازها على أكمل وجه ممكن.

نتقدم بجزيل الشكر إلى جامعة مولود معمري لكلية العلوم الاجتماعية عامة و قسم علم النفس خاصة، و إلى كل أعضاء الهيئة التدريسية على رأسهم مشرفتنا الأستاذة "وندلوس نسيمة" "الأستاذ جيلالي سليمان"، و "الأستاذة زواني نزيهة"، كما نتقدم بجزيل الشكر لرؤساء مصالح الإنعاش الذين قدموا لنا الرخصة لإنجاز عملنا على مستوى مصالح الإنعاش كل من السيد البروفسور "سالمي" رئيس قسم مصلحة الإنعاش الطبي بمستشفى مصطفى باشا، والسيد البروفسور "بن حسين" رئيس مصلحة الإنعاش الطبي بتيزي وزو و كذلك السيدة "أوكيد" رئيسة قسم الإنعاش ما بعد العمليات، و شكرا إلى أعضاء طاقم الإنعاش الودودين.

شكر خاص لكل أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش من تفهموا و أعطوا أهمية لدراستنا و كل من ساهم في تحقيقها، كما أترحم على أقاربهم المتوفين و أتمنى الشفاء العاجل لمن مازال في الإنعاش.

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى نفسي التي لم تستسلم أبدا رغم الصعاب ضلت تحاول، و إلى العائلات التي آمنت بمحتوى عملي و دراستي، و إلى سندي في الدنيا أبي و أمي "بلعيد و سامية" أطال الله في عمريهما، و إلى إخوتي "ماسينيسا، ديهية، سعاد، سعيد" و عمي أكلي شفاه الرحمان، و إلى أصدقائي "وهيبة، سيهام، مريم، زينب"، و إلى روح عمتي العزيزة رحمها الرحمان و أسكنها فسيح جناته.

اللهم أحفظهم و أنصرهم في كل عمل صالح يسعون له.

صبرينة.ش

الإهداء

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى من أحسنت تربيتي و التي دائما ما شجعتني على المضي قدما في دراستي أمي العزيزة " زعباط سعدية " و إلى والدي رحمة الله عليه "رابح" الذي ما كان دائما يساندني في كل أعمالي و قراراتي، راجي من الله أن يتغمده برحمته و يوسع عليه قبره و إلى كل أستاذة علم النفس العيادي بكلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية جامعة مولود معمري بتيزي وزو و على رأسهم الأستاذة الفاضلة "وندلوس نسيمة".

إلى كل أخواتي الذين كانوا سندا لي و شجعوني على إكمال ما تبقى من دراستي خاصة بعد موت أبي رحمة الله عليه.

إلى كل زملائي الجامعيين، دفعة علم النفس العيادي 2022 / 2023.

وفي الختام أقدم بجزيل الشكر إلى كل تلك العائلات التي ساعدتنا في الدراسة الميدانية لانجاز هذه المذكرة راجيا من الله أن يشفى مرضاهم و مرضى المسلمين أجمعين.

عزيز.م

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي و التعرف على مستوى تقييم الرضا عن تلبية الحاجيات المقدمة لهذه العائلات و استكشاف طبيعة العلاقة الموجودة بين مستوى الضيق النفسي و مستوى تقييم الحاجيات، و لتحقيق أهداف الدراسة و الوصول لأجوبة لتساؤلاتنا استخدمنا المنهج الوصفي الإحصائي و المنهج العيادي، حيث تكونت عينة الدراسة من 197 فرد من أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي الذين يراجعون المريض في مستشفى ندير محمد بتيزي وزو و مستشفى برج منايل و مستشفى مصطفى باشا بساحة أول ماي الجزائر، و قد اعتمدنا في هذه الدراسة على المقابلة النصف موجهة لإجراء دراسة حالة و جمع معطيات كيفية و تم استخدام مقياسان لجمع البيانات الكمية و هما: مقياس الضيق النفسي ل(Lovibond لوفيبوند1955)، و مقياس تقييم الحاجيات ل(جونسون و كولياك، (Johnson and colleagues,1998)

و قمنا بعد ذلك بمعالجة البيانات الكمية باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS، و من خلاله قمنا بتطبيق الاختبارات الإحصائية التالية: معامل ألفا كروم باخ، معامل الارتباط بيرسون، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، التكرارات، النسب المؤوية.

توصلت الدراسة إلى:

-يعاني أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي من مستوى ضيق نفسي مرتفع.

-هناك مستوى متوسط من تقييم الرضا عن تلبية الحاجيات من طرف عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي.

-لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضيق النفسي و تقييم الرضا عن تلبية الحاجيات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي.

الكلمات المفتاحية: الضيق النفسي، تقييم الرضا عن تلبية الحاجيات، عائلات المرضى المتواجدين في مصلحة الإنعاش الطبي، مصلحة الإنعاش الطبي.

Résumé de l’étude :

L'étude visait à connaître le niveau de détresse psychologique des familles des patients de services de réanimation médicale, à identifier le niveau d'évaluation de la satisfaction des besoins fournis à ces familles et à explorer la relation entre le niveau de détresse psychologique et le niveau d'évaluation des besoins. Pour atteindre les objectifs de l'étude et obtenir des réponses à nos questions, nous avons utilisé la méthode descriptive statistique et la méthode clinique.

L'échantillon de l'étude était composé de 197 membres de familles de patients des services de réanimation médicale qui consultaient le patient dans les hôpitaux de : Neddir Mohammed à Tizi Ouzou, de Bordj Menaïel et de Mustapha Pacha à la place du 1er mai a Alger.

Dans cette étude, une entrevue semi-directifs a été utilisée pour mener une étude de cas et deux échelles ont été utilisées, à savoir : l'échelle de détresse psychologique de « Lovibond » (1955) et l'échelle d'évaluation des besoins de « Johnson et Colleagues » (1998).

Nous avons traité les données statistiques à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS. Grâce à cela, nous avons appliqué les tests statistiques suivants : coefficient alpha de Cronbach, coefficient de corrélation de Pearson, moyenne, écart-type, fréquences, pourcentages.

D'où nous concluons que :

-Les membres des familles des patients des services de réanimation médicale souffrent d'un niveau élevé de détresse psychologique.

-Le niveau de satisfaction des familles des patients des services de réanimation quant à la satisfaction de leurs besoins est moyen.

-Il n'existe pas de relation significative entre la détresse psychologique et le niveau de satisfaction des familles des patients des services de réanimation quant à la satisfaction de leurs besoins

Les mots clé :

- Détresse psychologique
- Evaluation de Satisfaction des besoins
- Familles des patients des services de réanimation
- Service de réanimation médicale

فهرس المحتويات

المحتوى	الصفحة
كلمة الشكر	
الإهداء	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول	
قائمة الملاحق	
مقدمة	01
الإطار العام للإشكالية	
الإشكالية	05
تساؤلات الدراسة	13
فرضيات الدراسة	13
أسباب اختيار الموضوع	13
أهمية الدراسة	14
أهداف الدراسة	15
تحديد المفاهيم الإجرائية	16
الفصل الأول: الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي	
مفهوم العائلة	19
مفهوم الضيق النفسي	19

محددات الضيق النفسي	21
مظاهر الضيق النفسي	24
أعراض الضيق النفسي	25
العوامل التي تساهم في الضيق النفسي	27
النظريات المفسرة للضيق النفسي	28
تأثير الإنعاش على عائلات مرضى الإنعاش على المدى القريب و البعيد	34
قلق و اكتئاب أفراد عائلات المرضى المتواجدين في العناية المركزة	35
الفصل الثاني:حاجات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي	
تمهيد	38
تعريف الحاجات	39
أنواع الحاجيات	40
خصائص الحاجيات	41
النظريات المفسرة للحاجات	42
ماهية حاجيات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش	46
أنواع حاجات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي	47
كيفية التحسين من فهم المعلومات المعلنة لعائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش	49
الفصل الثالث: الإنعاش الطبي	
تعريف الإنعاش	52

لمحة تاريخية عن ظهور مصالح الإنعاش	52
معايير وحدة العناية المركزة	53
الموظفون الموجودون في مصالح الإنعاش	54
أنواع مصالح الإنعاش	54
الحالات التي تستوجب الاستشفاء في مصالح الإنعاش	55
معايير القبول في مصلحة الإنعاش	55
المراقبة في وحدة العناية المركزة	56
أخطار و صعوبات في وحدة الإنعاش	57
تجربة طاقم الإنعاش	58
المقاربة المركزة حول العائلة في مصلحة الإنعاش	59
خلاصة	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
الدراسة الاستطلاعية	63
نتائج الدراسة الاستطلاعية	64
منهج الدراسة	64
مكان و زمان إجراء الدراسة	5
عينة الدراسة الأساسية	65
معاير انتقاء و إقصاء عينة الدراسة	65
خصائص عينة الدراسة	66
أدوات الدراسة	66
الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	72
طريقة إجراء البحث	84
خلاصة الفصل	84

الفصل الخامس: عرض و تحليل النتائج	
تمهيد:	88
عرض و تحليل دراسة حالة	89
عرض و تحليل نتائج الدراسة الإحصائية	111
المناقشة العامة	128
الاستنتاج العام	131
اقتراحات	133
الخلاصة	133

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	جدول يمثل لتوزيع أفراد العينة حسب بعض المتغيرات	66
2	أرقام بنود كل مقياس فرعي لمقياس الضيق النفسي	**73**
3	طريقة تنقيط الاستجابة من طرف المفحوص و طريقة تنقيط مقياس الضيق النفسي	**73**
4	معاملات ارتباط بين البنود و الأبعاد التي تنتمي إليها في مقياس الضيق النفسي	**77**
5	معاملات ارتباط بين الأبعاد و بين الأبعاد و الدرجة الكلية لمقياس الضيق النفسي	**77**
6	معاملات الثبات "ألفا" للتناسق الداخلي لدرجات الأبعاد و درجات المقياس الكلي	**78**
7	تنقيط مقياس تقييم الحاجيات	**79**
8	الصيغة الأولية و المعدلة لعبارات مقياس تقييم الحاجيات	**81**
9	معاملات الارتباط بين البنود و الدرجة الكلية لمقياس تقييم الحاجيات	**82**
10	معاملات ثبات درجات مقياس تقييم الحاجيات	**83**
11	المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس ليكارت لمقياس تقييم الحاجيات	**83**
12	نتائج مقياس الضيق النفسي للحالة "ج"	**90**
13	نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة "ج"	**91**
14	نتائج مقياس الضيق النفسي للحالة "ب"	**94**
15	نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة"ب"	**95**
16	نتائج مقياس الضيق النفسي للحالة"ف"	**100**

17	نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة"ف"	101
18	نتائج مقياس الضيق النفسي للحالة"ل"	106
19	نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة"ل"	107
20	النتائج المتحصل عليها للحالات الأربع على مقياسي الضيق النفسي و تقييم الحاجيات	109
21	نتائج الإحصاءات الوصفية للضيق النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)	111
22	نتائج الإحصاءات الوصفية للرضا من الحاجيات	113
23	ترتيب العبارات و المتوسطات الحسابية حسب مستوى تقييم التلبية لكل بند من الأكثر تلبية للأقل تلبية	115
24	المستوى الكلي لتقييم تلبية الاحتياجات و دلالته	116
25	مستويات مقياس الضيق النفسي و أبعاده و مستوى مقياس تقييم الحاجيات	117
26	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الضيق النفسي و تقييم الحاجيات	117

قائمة التمثيل البياني و الدوائر النسبية

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	رسم بياني يمثل المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لعينة الدراسة	68
2	دائرة نسبية تمثل نسبة الذكور و الإناث التي تتكون منها عينة الدراسة	68
3	دائرة نسبية تمثل نسب المستويات التعليمية لدى عينة الدراسة	69
4	دائرة نسبية تمثل نسبة كل قرابة أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي	69
5	دائرة نسبية تمثل نسب أفراد العائلات الذين يعيشون مع المريض و الذين لا يعيشون معه	70
6	دائرة نسبية تمثل نسب عدد الزيارات التي يقوم بها أفراد عائلات المرضى	70
7	دائرة نسبية تمثل نسب وجود خبرة سابقة لزيارة و تواجد قريب مريض في مصلحة الإنعاش الطبي	71

جدول الملاحق

رقم الملحق	العنوان
1	دليل المقابلة النصف موجهة
2	Test d’évaluation des besoins CCFNI-14
3	مقياس تقييم الحاجيات (بعد الترجمة)
4	مقياس الضيق النفسي Arabic DASS-21
5	قائمة المعلومات العامة
6	مقياس تقييم الحاجيات بعد التحكيم و بعد اختبار الصدق و الثبات

مقدمـــة

مقدمة:

تعد الحياة اليومية بتعقيداتها المختلفة منشأ للكثير من الصراعات و الضغوطات نتيجة الأحداث الخارجية المختلفة التي يتعرض لها الأفراد و التي تكون سببا في حدوث العديد من الأمراض الجسمية و النفسية، كما تؤثر بشكل سلبي على الصحة النفسية فالحوادث الخارجية التي يتعرض إليها الأفراد كالحوادث مرورية مثلا أو أمراض خطيرة قد تدخلهم إلى المستشفي لمدة معينة، و هذه الخطورة يمكن أن تدخلهم أيضا في غيبوبة و للتواجد داخل مصالح الإنعاش الطبي، مما يخلق حالة نفسية متباينة لدى عائلات هؤلاء الأفراد، كما يمكن أن يُشكل و ينتج لدى هذه العائلات مشاكل في الصحة النفسية و الجسمية بسبب تواجد أحد هؤلاء الأقارب داخل مصلحة الإنعاش، و دائما ما نجدها هذه العائلات داخل قاعات الانتظار التابعة لمصلحة الإنعاش الطبي تستفسر عن حالة المريض و نوعية الخدمات المقدمة من طرف مصلحة الإنعاش.

يمكن أن يصيب عائلات مرضى المتواجدون داخل مصالح الإنعاش ضيق نفسي بعد ارتفاع مختلف أعراض الاكتئاب، القلق و الضغط نفسي، و نحن كباحثين قمنا بدراسة الضيق النفسي لدى هذه العائلات و تقييم مستوى الرضا عن تلبية الحاجات المقدمة من طرف الطاقم الطبي التابع لمصلحة الإنعاش.

و من خلال هذه المحاولة البحثية التي قمنا بها في الميدان حاولنا تسليط الضوء على هذه العائلات و البحث عن أعراض و مستوى الضيق النفسي لديها هل هو مرتفع أو منخفض أو متوسط، كما بحثنا أيضا على مستوى تقييم الحاجات التي تقدم من طرف مصلحة الإنعاش لهذه العائلات من معلومات حول الحالة الصحية للمريض و الرعاية الصحية له... الخ.

و لبلوغ ذلك تطرقنا إلى جانب نظري و جانب تطبيقي قسمت إلى عدة فصول جاءت كالأتي :

مقدمة الدراسة ثم الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية الذي يتضمن إشكالية الدراسة وتساؤلاتها و المفاهيم الإجرائية الخاصة بالدراسة، بعدها نجد الفصل الثاني معنون "الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي" يتضمن مفهوم العائلة و الضيق النفسي وعناوين تخص ماهية الضيق النفسي لدى عائلات مرضى الإنعاش،أما الفصل الثالث فيتضمن حاجيات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي ويشتمل على ماهية الحاجيات وتفسيرها النظري وتم تحديد حاجيات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش، ويليه الفصل الرابع الذي عنوانه مصلحة الإنعاش الطبي حيث يتكون من عناوين تعريفية لمصلحة الإنعاش وكيف هي بيئة وحدة الإنعاش والجانب السيكولوجي لموظفيها، ومقاربة نظرية تخص وتجمع بين عمل موظفي مصلحة الإنعاش وما يمكن فعله للتخفيف عن العائلات.

ثم ننتقل للفصل التطبيقي الذي يبتدئ بفصل منهجي توجد فيه كل الخطوات المنهجية المتبعة لإجراء الدراسة الميدانية وانجاز هذا البحث، ثم فصل عرض ومناقشة نتائج دراسات الحالات الأربع ونتائج التحليل الإحصائي للبيانات المتحصل عليها، وتم عرض استنتاج عام واقتراحات يمكن أن تكون دراسات مستقبلية وأفكار لخطط تساهم في تحسين خدمات الإنعاش وتطويرها ثم خاتمة.

الجانب النظري

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1-الإشكالية

2-تساؤلات الدراسة

3-فرضيات الدراسة

4-أسباب اختيار الموضوع

5-أهمية الدراسة

6-أهداف الدراسة

7-تحديد المفاهيم الإجرائية

الإشكالية:

يسعى الإنسان منذ القديم لفهم نفسه و طبيعة سلوكه و دوافعه، ديناميكية علاقاته والوسط الذي يعيش فيه في وقتنا الحالي أكثر من أي وقت مضى، هذا من أجل مواكبة العصر و التكيف بصورة سوية مع التطورات و التغيرات الحادثة في شتى ميادين حياته اليومية للوصول إلى تحقيق توازن أو رفاه نفسي و مادي، لذا فهو يدرس كل حالاته النفسية الانفعالية و السلوكية المختلفة الخاضعة لقانون حتمية التضاد في الوجود و الكون: فرح، حزن- أمل، يأس- تعقل، انفعال- خوف، اطمئنان-... و هذه السلوكيات و الحالات النفسية تشكل ما يسمى بالمعاش النفسي "الذي هو مجموعة المشاعر و الأحاسيس التي يشعر بها الفرد في حالة نفسية ما،و فيه يستجيب الفرد بردود أفعال انفعالية أو سلوكية تجاه المثير". (سيغموند فرويد، ترجمة عثمان النجاتي،1985، ص18).

و هذه المثيرات نوعان:داخلية تتمثل في الجانب الإيبستيمولوجي و طبيعة المعالجة المعرفية لمعطيات المثيرات التي يتلقاها الفرد وطريقة عمل الجهاز النفسي لديه، مضمرة تشمل حوادث لا يمكن الاستدلال عليها مباشرة كاستدعاء معلومات أو خبرات، أما المثيرات الخارجية أو الظاهرة فهي موجودة في الوسط الذي يعيش فيه الفرد و هي حوادث يمكن ملاحظتها على نحو مباشر كمشاهدة حدث و الاستماع لكلام أو خبر إلى جانب لغة الجسد، كذلك كيفية إدراك وتفسير الفرد للحركات الطبوغرافية السلوكية التي يقوم بها أو يتعرض لها الفرد،أي كل تواصل لفظي أو غير لفظي قابل للملاحظة أقوال أو أفعالٌ، حيث أن المثيرات سواء كانت ظاهرة أو مضمرة تؤدي إلى حدوث استجابات معينة، فلاستماع إلى خبر ما قد يحدث استجابات إنتباهية موجهة تؤدي لاستدعاء بعض المعلومات التي مرت كخبرة سابقة و تجارب مشابهة قد تكون إيجابية أو سلبية، وبشكل شامل هذه المثيرات هي" عوامل بيولوجية، نفسية، اجتماعية" و كلها تساهم في خلق التوازن النفسي لدى الفرد واختلال أو تغير واحدة منها يسبب تغيرات في عدة

مستويات، فمثلا العامل أو المثير البيولوجي يحتوي على مؤشري الصحة و المرض،فعند إحساس الفرد بالمرض أو ألم في عضو جسدي ما و بالدرجة الأولى تثار استجابة انتباهية فتتأثر كل مكونات الفرد العضوية والمزاجية فهي مترابطة ومتداخلة وظيفيا،أما بالدرجة الثانية مرض الفرد يؤثر على الوسط و النسق العلائقي الذي ينتمي إليه سواء الأقارب أو الأصدقاء، فقد يحدث في الفرد تغيرات تؤثر عليه هو و على من حوله من أفراد، فهو ينتمي لنسق عائلي الذي هو مجموعة أفراد في تفاعلات ديناميكية تجمعهم علاقات متداخلة متبادلة، حيث أن حالة كل عنصر فيها يساهم و له القدرة في تحديد حالة كل العناصر الأخرى اشتراطا بسلوكياته و حالته البيونفسية اجتماعية، وفي الحياة اليومية قد تحدث ظروف و مواقف تؤدي بالفرد إلى المرض الشديد أو التعرض لحادث ما يتطلب علاجات مكثفة فينقل المريض إلى مصلحة الإنعاش الطبي التي هي مجهزة بشكل خاص و يتم علاج المرضى الذين يعانون من مضاعفات خطيرة تهدد حياتهم كالجلطة الدماغية أو التعرض لحادث مرور مميت، مضاعفات تمس الجهاز التنفسي... ، ما يستدعي رعاية مكثفة لإنعاش و دعم الوظائف الحيوية كالتنفس و عمل القلب و الكلى لدى المريض الذي هو آنيا في غيبوبة و جسده يحاول أن يقاوم تلك المضاعفات و التعافي منها، وتعد هذه التجربة صعبة ومؤلمة بالنسبة للعائلات و تلاحظ على شكل حالات نفسية مختلفة، و وُجدَ أن أغلب أفراد العائلات يعانون من أعراض القلق و الاكتئاب التفكير الشديد و الخوف و اضطرابات النوم و التغذية...، فقريبهم بين الحياة و الموت و لا يعرفون مصيره ما يدخلهم في حالة تناقض فكري انفعالي، ينتظرون كيف سيكون و يتساءلون حتى وإن استيقظ ما هو مآل صحته وكيف ستكون الأوضاع البين شخصية المستقبلية، فتنتج أحاسيس كالخوف و التوتر التي قد تسبب اضطرابات نفسية كلقلق، و الاكتئاب، و اضطراب ما بعد الصدمة.

(Noom, Beneken and Evert-van, 2016)

فتكون هنا العائلة في متابعة مستمرة لحالة قريبهم ويراجعون المريض يوميا للاطمئنان عليه، والتواصل مع الأطباء للاستفسار عن علاجاته و سيروراتها، و يمكن القول أنها حالة أزمة بالنسبة للأطباء و الطاقم الطبي في هذه الوضعية الضاغطة ففي ذلك مسؤولية كبيرة تجاه المريض من حيث العلاج والقرارات العلاجية، و تجاه العائلة في إعلامهم و إخبارهم عن تطورات حالة قريبهم سواء مفرحة أو محزنة، فهنا تظهر أهمية كيفية الإعلان بشكل ملائم في هذه المواقف بحيث أن الإعلان هو إخبار طبيب المريض و إعلانه لأفراد عائلة المريض أو وليه عن مدى تجاوب المريض للعلاج و مستجدات حالته الصحية، و يشمل الإخبار عن التشخيص و خطوات العلاج و مآل حالة المريض التي هي تفاصيل أساسية و شرحها حسب مستوى استيعاب أفراد العائلة هو البؤرة، أولا لكونه حق للعائلات و كذلك لأن المريض في حالة غيبوبة و يعتبرون المصدر الجيد للمعلومات عن السوابق المرضية للمريض، ما يساهم في تحسين و تخفيف خبرة العائلة في مصلحة الإنعاش و القدرة على التفاهم لأخذ قرارات علاجية ذات فعالية و في هذا السياق أجريت دراسة من طرف (Mosleh, Alja'afreh and Lee,2015) عن تقييم فعالية أعضاء العائلات و الأصدقاء بصفتهم مفوضين للمريض مقارنة بمدى الرضا تجاه العلاجات و اتخاذ القرارات العلاجية الخاصة بالمريض باستخدام مقياس Familly satisfaction (FS-ICU) و وجدوا أن هناك رضا تام عن العلاجات المقدمة للمريض لكن كانت تقييمات نوعية التواصل مع الفريق الطبي منخفضة، و كانوا أقل رضا عن اتخاذ القرارات العلاجية و نتائج منخفضة أكثر عن العلاقة مع عناصر الفريق الطبي لرغبتهم في مشاركتهم بالخطة العلاجية و إعلامهم عنها، فمعرفة تفاصيل ما يحدث و ما قد يحدث من تغيرات تخص حالة المريض يعطيهم قدرة تحكم كونهم مزودون بمعطيات عن بيئة مصلحة الإنعاش و هناك تهيئة للمآل المنتظر، و حسب (Lautrette,2013)" فإن المعلومات يجب أن يتم الإخبار عنها في مقابلة فردية و يمكن أن لا يتم ذلك في الحالات الحرجة التي تستدعي تدخل علاجي سريع

و يتم لإخبار العائلات عن التفاصيل فيما بعد كما يجب أن يكون الأطباء المعالجين لديهم قدرة تواصلية جيدة فالإعلان مسؤولية " (Lautrette,2013, p9) ، و الإعلان عن تفاصيل حالة المريض يدخل ضمن الحاجات الرئيسية لدى أفراد عائلات المرضى، و عامل محدد لحالتهم البيونفسية اجتماعية هو من يحدد موقف العائلات ففي هذه الوضعية تكون الأفكار السلبية أكثر كثافة لدى العائلات فهي بين تماسك و صلابة لفعل ما يجب فعله لقريبهم وانهيار لما أثارته التجربة فيهم من معاش نفسي سلبي مسبب للضيق النفسي حيث عرف (بكر، 2020) الضيق النفسي أنه مشاعر سلبية من الحزن و الكرب و المعاناة نتيجة ظروف ضاغطة و إجهاد شديد يتعرض له الفرد مما يؤثر سلبا على جوانب حياته الجسدية و النفسية و الاجتماعية و الأسرية. فتأثير الموقف يمتد لكل ميادين حياة أفراد العائلة على نفسيتهم أولا ومزاجهم، تركيزهم و أدائهم في العمل و أخذ المبادرة بعمل الأشياء، و كيف يكونون في علاقاتهم البين شخصية سواء في العمل أو علاقاتهم الأخرى، و تترجم تجربة الأقارب على شكل قلق و اكتئاب و حالة نفسية متباينة ذات أعراض شائعة كالخوف و الارتباك حيث بينت " دراسة لمجموعة Famiréa الفرنسية التي أجريت على 544 قريب باستخدام مقياس HADS(Hospitalisation anxiety depression scale) بعد خروج المريض سواء شفائه أو وفاته أن 3/2 من العائلات تعاني من أعراض القلق و الاكتئاب، و نسبة 73,4% يعانون من القلق و 35,3% يعانون من الاكتئاب، كما أن الأزواج هم الأكثر تأثرا من الأشخاص الذين يراجعون المريض عادة، و أن 82,7% من الأزواج يعانون من أعراض القلق و الاكتئاب و ترتفع نسبة الأعراض عند وفاة المريض ل48,2% بعدما كانت 32,7% عند تواجد المريض في مصلحة الإنعاش". (Boulgué, Mira et Duranteau, 2014, p742 -743)

و من بين العوامل المؤثرة كذلك على الحالة النفسية لدى العائلات نوعية العلاجات المقدمة لقريبهم و كيفية التكفل النفسي بهم فأول مقصد للعائلات هو العلاجات المقدمة لقريبهم،

نوعيتها و متابعة الأطباء و الممرضين لحالته، خاصة الإعلان عن المستجدات الصحية للمريض وتزويدهم بالمعطيات، هذا ما ينشئ نوع من التواصل بين عائلة المريض و الطاقم الطبي لمصلحة الإنعاش، و الذي يدرج كذلك كمثير آخر مهم في تحديد نوعية المعاش النفسي و مستوى الضيق النفسي لدى الأقارب،و في هذا الصدد أجريت دراسة من طرف(Carlson, David, Spain, Kathryn and Macia, 2015) تهدف إلى تقييم عائلات المرضى لجودة الرعاية في وحدة العناية المركزة و تحديد مستوى الضيق النفسي و تصوراتهم حول مهارات الموظفين و التواصل و الدعم العاطفي للعائلات، حيث توصلت الدراسة إلى أن تقييمات كفاءات و مهارات الموظفين أعلى بكثير من تصنيفات تكرار التواصل و تلبية الاحتياجات من المعلومات و الدعم النفسي العاطفي، كما كان تكرار احتياجات الاتصال و المعلومات التي يتم تلبيتها مرتبطا ارتباطا وثيقا بتقييمات الدعم و مهارات الموظفين و أظهرت جوانب الرضا و التواصل علاقات سلبية مع أعراض الاكتئاب، و فيما يخص اضطراب ما بعد الصدمة فعلى الرغم من أن الرضا كان مرتفعا إلى حد ما إلا أن الضيق النفسي لدى أفراد الأسرة كان مرتبطا سلبا بالعديد من متغيرات الرضا.

فالرضا يتمثل في القناعة والقبول لنوعية مجهود الطاقم الطبي من علاجات للمريض، و إخبار عن تفاصيل حالته و التطورات الحاصلة بالكيفية التواصلية المناسبة تعاطفا مع العائلة وتوجيهها بنصائح و إرشادات دعما لوضعهم النفسي و التخفيف من حدة الموقف بالتواصل و إتاحة الفرصة لهم للتعبير عن أفكارهم التي قد يساهمون بها في البروتوكول العلاجي لمساعدة قريبهم و أنفسهم والقيام بذلك كمجهود وواجب قد يريح ضميرهم و يخفف معاناتهم وضيقهم النفسي من حالة انتظار المجهول فقط، وحسب المنظرة الكندية Moyra) allen, 2005)«تتمنى أن تعطى للعائلات قدرة الفعل لتحقيق شعور السيطرة على الظرف المعاش،فالعائلات يدرجون معتقداتهم و قيمهم و مشاعرهم و انفعالاتهم و أيضا مخاوفهم و احتياجاتهم لكي يكونوا جزء مكمل للعلاج»

ودائما يأتي هذا بعد نوع من الاشتراط الذي يتمثل في عوامل الوسط، حيث تناولت دراسة (Lotfy Abdel-Aziz, Eid Sayed Ahmed and Abd El-Hakeem Younis, 2017)

كيف يفهم و يدرك ممرضي وحدة العناية المركزة احتياجات عائلات المرضى و كيف يستجيبون لها، حيث توصلت الدراسة إلى أن معظم الاحتياجات المهمة التي ينظر إليها أعضاء العائلات لميتم الوفاء بها دائما، هذا لسبب ظهور معيقات كسلوك بعض الموظفين اتجاه العائلات و التفاعلات السلبية بين أعضاء وحدة العناية المركزة، غياب أطر الحديث للتقرب من العائلات، و هناك من يحتسب زياراتهم المتكررة بغير الايجابي، لكن في الحقيقة هم يلعبون دور مركزي في تطبيق العلاجات دعمهم يساعد المرضى على العيش بشكل أقل صدمة تجاه المرض بعد الاستيقاظ من الغيبوبة، لكن الباحث

قام بدراسة عن كيفية (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau and Mcvey, 2010) تلقي عائلات لمرضى الدعم المعلوماتي مستوى القلق و الرضا عن العلاجات و العلاقات الموجودة في النسق العلاجي و توصل لوجود رضا تام عن العلاجات المقدمة للمرضى و إلى وجود علاقة إيجابية بين الدعم المعلوماتي و الرضا عن العلاجات و لا توجد علاقة إيجابية بين هذه المتغيرات مع القلق، وغالبا ما نجد العائلات تجري هنا و هناك بحثا عن تلبية ذات جودة لرعاية قريبهم و حاجياتهم من معرفة معطيات عن قريبهم و ما سيحتاج من علاجات و يتم ذلك بالاحتكاك مع الطاقم الطبي و الطبيب و الممرض المسئولين عن المريض، وأهم بنود العلاقة الأولية هو عمل بناء ثقة بين الطاقم الطبي و العائلة، حيث يكون ذلك بالتواصل التفاعلي مع العائلات و التقرب منها عبر الأطر المتاحة كقاعات الانتظار أو مكتب الطبيب للحديث عن حالة قريبهم و البروفايل الصحي ومعرفة احتياجاتهم كأسرة لها مريض في مصلحة الإنعاش،و هذه الاحتياجات تتمثل في وضع

الأسرة كل آمالها في قدرات الأطباء لإنقاذ قريبهم،و الحاجة لتلقي معطيات دقيقة صادقة عن وضعية المريض و التعاطف معهم،...

وتلبية هذه الاحتياجات هي من تصنع مصطلح الرضا أي القناعة وتقييم لمستوى الإشباع للحاجيات المادية و المعنوية لدى هذه العائلات، وقد توصلت دراسة (Akdagli, Banu Akinci, Gulsun Pamuk, Kilicaslan and Su Aslan Kav, 2020) إلى وجود رضا مرتفع في الثقة، التجهيزات، التقرب من العائلات و التواصل معهم، مساندتهم و فهمهم و الإحساس بمشاعرهم. فالحاجة شيء ضروري سواء بشكل واعي أو غير واعي و الفرد هو من يحددها حسب ذاتيته، حيث أكدت دراسة (Bandari, 2015) أن هناك حاجة للحصول على إجابات و معلومات صادقة باعتبارها أهم حاجة لدى العائلات الإيرانية، و يلعب الرضا عن الخدمات المقدمة من طرف موظفي مصلحة الإنعاش الطبي دور كبير في تحديد مستوى الضيق النفسي (ارتفاع وانخفاض مستوى الضيق النفسي) لدى عائلات مرضى مصلحة الإنعاش، و نجد تكرار حاجة الحصول على إجابات ومعلومات صادقة كأهم حاجة خاصة ما يتعلق بالقرارات العلاجية وما تحدثه من نتائج،فبعد تلقي المعطيات تكون هناك خيارات و قرارات علاجية تعرض على الأقارب وغالبا ما يتركون القرار للأطباء و هذا ليس بالسهل فهو نوع من تحميل مسؤولية النتائج اشتراطا بقرار الطبيب و أداءه، و قد توصلت دراسة (Giulia, 2020)التي أجريت في خمس وحدات للعناية المركزة بإيطاليا إلى أن الرضا مرتبط بالقرارات العلاجية و ما تحدثه من نتائج.

من خلال الدراسات المستعرضة أظهرت أن كل من الحاجات و الرضا مفاهيم متداخلة و يتمحوران في نفس المفهوم الذي هو مدى الإشباع و التلبية و كل واحد يساهم في بناء الآخر و تقيمه، كلاهما أساسيان لضبط و تحديد نوعية المعاش النفسي لدى الفرد و مستوى الضيق النفسي لدى أقارب المريض المتواجد في مصلحة الإنعاش الطبي.

وانطلاقا من كل الدراسات السابقة الذكر التي تناولت كل من الضيق النفسي والحاجات بأنواعها و مدى الرضا عن تلبيتها و تقييمها من طرف عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي، ونظرا لأهمية دراسة الحالة النفسية لهذه العائلات و شعورهم بالضيق النفسي قمنا باختياره كموضوع دراستنا،وهذا بهدف التعمق والكشف عن طبيعة مستوى الضيق النفسي لدى هذه العائلات و مستوى تقييم الحاجيات من طرف عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي.

بعد الإطلاع و عرض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات دراستنا استنتجنا ما يلي:

نستنتج في حدود بحثنا توصلنا إلى أن غلب الدراسات التي تناولت موضوع دراستنا أجنبية و معظمها أنجزت من طرف باحثين في ميدان التمريض و قلة منها دراسات نفسية، و لم يتم الربط و دراسة العلاقة بين متغيري الضيق النفسي و تقييم الرضا عن تلبية الحاجيات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي و اللذين هم تحديدا في حالة غيبوبة.

و من خلال كل ما سبق نطرح التساؤلات التالية:

- هل مستوى الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي مرتفع ؟
- هل مستوى تقييم الرضا عن تلبية الحاجات من طرف عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي منخفض؟
- هل توجد علاقة إرتباطية بين مستوى الضيق النفسي و مستوى تقييم الرضا عن تلبية الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي ؟

فرضيات الدراسة:

-يوجد مستوى مرتفع من الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي

-يوجد مستوى منخفض من تقييم الرضا عن تلبية الحاجات من طرف عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي

-توجد علاقة إرتباطية بين مستوى الضيق النفسي و مستوى تقييم الرضا عن تلبية الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي

<u>أسباب اختيار الموضوع:</u>

- التعاطف مع عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش التي تواجه خبرة صعبة و تعاني من أعراض و مشاكل نفسية جسمية و كذلك بينشخصية (مآل العلاقة مع المريض التي هي مهددة بالزوال أو التغير لأسباب صحية).
- عدم وجود دراسات تناولت فئة عائلات المرضى خاصة عائلات مرضى الإنعاش و معاشهم النفسي المسبب للضيق النفسي و مجموعة اضطرابات ذات الصلة كالاكتئاب، القلق، الضغط النفسي و اضطراب ما بعد الصدمة، حيث أن العائلات تعيش مواقف من القلق المشحون و الصدمات و الخوف.
- الرغبة في لفت الانتباه لفئة عائلات مرضى الإنعاش و ماهية حاجاتهم و مدى ضرورة أخذهم بعين الاعتبار في فترة تواجد المريض في الإنعاش على الأقل فهي تجربة صعبة بالنسبة لهم، و أهمية برمجة أعمال و أشغال تسهل لهم تجربة الإنعاش.

- الرغبة في الإفادة و الاستفادة من التجربة في ميدان جديد "مصلحة الإنعاش" يمكن للأخصائي النفسي العمل فيه.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في أصالتها حيث أن الفئة المدروسة لم يسلط عليها الضوء من قبل في الجزائر ولم تنجز من قبل هذا ما تم استنتاجه في حدود بحثنا، وفي دراستنا الحالية سنتطرق لمستوى الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي وإبراز مختلف حاجات العائلات ومدى الرضا عن تلبيتها، ويمكن تقسيم هذه الأهمية إلى:

الأهمية النظرية:

- ❖ تسليط الضوء على موضوع الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي، حاجاتهم نوعيتها و كذا مدى الرضا عن تلبيتها، والتعرف على البر وفيل السيكولوجي للعينة في مثل هذه المواقف والوضعية.
- ❖ إثراء المكتبة العلمية بمعارف جديدة فيما يخص موضوع الدراسة الذي يركز على فئة عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش خاصة مع انعدام دراسة هذه الفئة في بلادنا و متغيرات الدراسة.
- ❖ مساهمة نتائج دراستنا للفت الانتباه لهذه الفئة للقيام بدراسات أخرى مماثلة و التكفل بها نفسيا و طرق المساندة الأمثل لها.
- ❖ أهمية العينة التي تتناولها دراستنا(عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي) كون هذه العائلات تمر بخبرة تواجد قريبهم في الإنعاش.

الأهمية التطبيقية:

- ❖ التعرف واقعيا على مستوى الضيق النفسي وأهم حاجات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي و دراسة السببية بين متغير الضيق النفسي و تقييم الرضا عن تلبية الحاجيات.
- ❖ الاستفادة من نتائج دراستنا بتقديم توصيات قد تعمم على كامل وحدات الإنعاش في بلادنا، و تأكيد ضرورة التكفل النفسي و المادي بعائلات المرضى و تلبية حاجاتهم و كذلك تحسين الخدمات المقدمة للمرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش.

أهداف الدراسة:

تهدف دراستنا إلى التعرف على:

- الكشف عن مستوى الضيق النفسي ونوعية حاجات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي و مستوى الرضا عن تلبيتها.
- الكشف عن طبيعة العلاقة الموجودة بين درجات الضيق النفسي وتقييم الرضا عن تلبية الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي.
- تسليط الضوء على الحالة النفسية لعينة الدراسة و تحديدا مستوى الضيق النفسي الذي تعيشه عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي.

تحديد المفاهيم الإجرائية:

- **الضيق النفسي:** حالة انفعالية تظهر فيها أعراض الاكتئاب و القلق و الضغط النفسي لدى أفراد عائلة بعد تواجد قريبهم في مصلحة الإنعاش الطبي(الشعور بالقلق و الاكتئاب لدرجة لا يوجد شيء يمكن أن يهدئهم بالإضافة للشعور باليأس و انعدام القيمة الذاتية)، و يعرف إجرائيا على أنه مجموعة الدرجات التي يتحصل عليها كل فرد من أفراد عائلات المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي و الأشخاص اللذين

يراجعون المريض باستمرار و انتظام على(مقياس الضيق النفسي) مقياس الاكتئاب- القلق- الضغط النفسي-DASS

.21

- **تقييم الرضا عن تلبية الحاجات:** مجموعة الدرجات على مقياس تقييم الحاجيات (CCFNI-14) يساعد على تحديد مستوى تقييم الرضا عن تلبية الحاجات المقدمة من طرف فريق مصلحة الإنعاش لعائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي فيما يخص الرعاية الطبية ومتابعة حالة المريض، التواصل، التعاطف مع العائلات و التزويد بالمعلومات.... و يعكس هذا المقياس مدى الرضا عن تلبيتها.
- **عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي:**كل أفراد العائلة اللذين يراجعون المريض المتواجد في مصلحة الإنعاش الطبي.
- **مصلحة الإنعاش الطبي:** قسم في مستشفى يستقبل مرضى في حالة حرجة خطيرة وبحاجة لعلاجات مركزة وعناية مشددة و يقوم الفرق الطبي بإجراءات لدعم الوظائف الحيوية كالتنفس و عمل القلب و الكلى.

الفصل الثاني

الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي

تمهيد:

1- مفهوم العائلة

2- مفهوم الضيق النفسي

3- محددات الضيق النفسي

4- مظاهر الضيق النفسي

5- أعراض الضيق النفسي

6- العوامل التي تساهم في الضيق النفسي

7- النظريات المفسرة للضيق النفسي

8- تأثير الإنعاش على عائلات مرضى الإنعاش في المدى القريب و البعيد

9- قلق و اكتئاب أفراد عائلات المرضى المتواجدين في العناية المركزة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يمر الإنسان في حياته اليومية بعدة مواقف ووضعيات منها الإيجابية و السلبية و المتباينة التي قد تسبب تغيرات في حالته البيونفسية اجتماعية، و هو بدوره يؤثر على من تربطه بهم علاقة ديناميكية تفاعلية، فقد يتعرض الفرد لحادث أو مرض يؤدي به للتواجد في مصلحة الإنعاش الطبي ما يسبب القلق للأقارب و الاكتئاب و كذا التعرض لضغط نفسي، و يتشكل معاش نفسي سلبي لديهم مسبب للضيق النفسي جراء الوضعية الضاغطة الغير المألوفة أو المفاجئة.

1-مفهوم العائلة:

1-1-لغة:"من يعيشون في بيت واحد من الآباء و الأبناء و الأقارب، أسرة جمعها أسر، أي عائلة"(معجم الكافي، 2015، ص222)

1-2-اصطلاحا: "حسب متولي قنديل و صافي ناز شلبي (2006) هناك عدة تعريفات اصطلاحية للأسرة و من بينها نجد "الأسرة هي أقدم جماعة أولية تكونت على وجه الأرض، حيث تلعب دورا هاما في التأثير على أفرادها هذا ما يدفعهم للالتزام بمعاييرها فهي جماعة اجتماعية بيولوجية نظامية بتزاوج جنسين و ترابطهما برابطة زوجية، و من بين وظائف الأسرة إشباع الحاجيات العاطفية و تهيئة المناخ الاجتماعي و الثقافي الذي تراه يتناسب لرعاية و تنشئة الأبناء".(ص28)

2-تعاريف الضيق النفسي:

2-1-لغة: "ضيق هو سوء حال، شدة، ما ضاق عنه الصدر من حزن أو هم"(معجم الكافي، 2015، ص212)

2-2-ذكر حكيمي 2018 أنه يقصد به العواطف والمشاعر السلبية التي تصيب الفرد عندما يشعر بالتعب والإرهاق والتي يمكن أن تكون كمعيقات في حياة الفرد اليومية وتؤثر على ديناميكية العلاقات البين الشخصية(حكيمي، 2018).

وكما يشير الضيق النفسي حسب Cuijeprs, Smith, Donker, Have and Graaf,) 2009)إلى أعراض غير محددة من التوتر، القلق والاكتئاب ويؤدي ارتفاع مستوى الضيق النفسي إلى اختلال وتراجع في الصحة العقلية كما ينتج عن ذلك اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب.(Cuijeprs, Smith, Donker, Have and Graaf, 2009)

و حسب (Viertio, Kiviruusu, Piirtola, Kaprio, Korhonen, Marttunem and Suvisaari, 2021) الضيق النفسي هو حالة نفسية تشير إلى المفهوم العام للأداء النفسي الغير القادر على التكيف عند مواجهة مواقف الحياة.

(Sullivan, Murphy and Blacker, 2009) ذكر أن الضيق النفسي عبارة عن حالة نفسية صحية شائعة في المجتمع وهي معاناة عاطفية تتميز بأعراض الاكتئاب والقلق، وغالبا ما تظهر أعراض سيكوسوماتية ملاحظة وظاهرة لدى الفرد نتيجة وضعية ضاغطة التي يحاول الفرد مقاومتها فتكون هنالك استجابات كسلوكيات القلق و الاكتئاب أو اضطرابات معرفية (ضعف الذاكرة، نقص التركيز خاصة في الحياة العملية"العمل و العلاقات الأخرى", نقص في الإرادة و إدراك الأشياء...). (Boterfas, 2014) .

-محددات الضيق النفسي:

7-1- المحدد الأول "الاكتئاب":

تعاريف حول الاكتئاب:

عرفه هوفمان و آخرون أنه نتاج استراتيجيات المواجهة اللاتكيفية للضغوط مع وجهة النظر و الأفكار السلبية عن الذات و عن المستقبل و التركيز الإنتباهي المكثف على المظاهر السلبية للمثير (الزدامة الزروق،2018)

- هو اضطراب مزاجي يعاني فيه الشخص من الشعور الدائم بالحزن و المشاعر السلبية و فقدان الاهتمام و صعوبة أخذ المبادرة لعمل الأنشطة التي يستمتع بها الفرد عادة، ما يؤثر على سلوكيات الفرد و دوافعه.(Awad ,2018)
- كما عرف في الدليل التشخيصي و الإحصائي و للاضطرابات النفسية DSM5: بأنه مزاج متكدر أو فقدان الاهتمام و المتعة في معظم أوكل الأنشطة المعتادة، و يشتمل فقدان الشهية، تغيير في الوزن، الشعور بالذنب و صعوبة التركيز، أفكار حول الموت أو أفكار

انتحارية، و الشخص الذي يعاني من الزملة الاكتئابية Syndrome dépressive يوصف مزاجه بأنه مكتئب، حزين، يائس، حائر،... (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux(DSM5)2015)

إجرائيا:

هو مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص على السلم الفرعي لمقياس-DASS) 21).

و من خلال هذه التعريفات نرى أن الاكتئاب هو اضطراب انفعالي يمس الجانب الوجداني لدى الفرد يظهر على شكل أعراض معرفية، انفعالية، جسمية و بين شخصية اجتماعية تعيق سير حياة الفرد اليومية.

7-2-المحدد الثاني "القلق":

تعاريف حول القلق:

هو اضطراب نفسي وظيفي يتخذ أعراض كشعور المريض بالخوف من مثيرات ليس من شأنها أن تثير القلق لدى الغالبية من الناس و ذلك لأنها لا تتضمن خطرا و تهديدا لحياة الفرد، و مع علم المريض بذلك، إلا أنه يشعر بالخوف و القلق الشديدين عندما يتعرض لمثل هذه المثيرات إضافة إلى آلام في الصدر، ارتفاع ضغط الدم و سرعة التنفس و جفاف الحلق. (عبد العزيز،2015)

و يعرفه بديع القشا عله على أنه" شعور مبهم يؤدي إلى الخوف و التوتر يصاحبه بعض الأعراض الفيزيولوجية كالشعور بالضيق في التنفس و الصداع و كثرة الحركة". (بديع القشا عله، 2018 ،ص14)

كما عرفه "روثي و ريدز و جيرلد ماثيوس" أنه حالة نفسية فيها يشعر الفرد بالاضطراب و الانزعاج لسبب ظروف غامضة غير مألوفة، أي أن القلق يشير إلى مشاعر عامة من

الاضطراب و الكدر بشأن أمر غير محدد و شائع و غير مؤكد". (روثي و جيرالد، 2016 ،ص23)

- وفي الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية يشتمل القلق على سبعة فئات فرعية و هي كما يلي :

1-اضطراب قلق الانفصال

2-الصمات الانتقائي

3-الرهاب النوعي

4-اضطراب القلق الاجتماعي-الرهاب الاجتماعي

5-اضطراب الهلع

6-رهاب الساح

7-اضطراب القلق المعمم

وهناك أنواع أخرى تكون بسبب دواء أو لحالة طبية، محدد أو غير محدد. (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux(DSM5)2015)

التعريف الإجرائي للقلق:

هي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على سلم القلق الفرعي في مقياس (DASS-21).

7-3-المحدد الثالث "الضغط النفسي":

استجابة طبيعية لتحد بدني أو عاطفي يحدث نتيجة فقدان التوازن و التوافق بين ما هو مطلوب(المطالب أو الحاجات) و موارد التكيف أي عوامل(مادية أو معنوية)تساعد على التكيف و التأقلم مع الوضعية الضاغطة، و هو نوع من شعور ناتج عن عدم القدرة على

تلبية المطلب المفروض ما يسبب في النهاية اضطرابات نفسية و فزيولوجية.(Spielberger, Strlav, Sarason and Brebner, 2014)

إجرائيا:

هي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على السلم الفرعي للضغط النفسي في مقياس (DASS-21).

7-4-اضطراب ما بعد الصدمة:

"حسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي في (Mini DSM5, 2016) اضطراب ما بعد الصدمة (DSM5)309.81(FA4310) Post traumatique stress disorderمصنف تحت اضطرابات مرتبطة بالصدمات، و هي تنتج من أسباب القلق، و يعرف بأنه مجموعة الأعراض التي تتبع التعرض لضغط صدمي شديد يشمل خبرة مباشرة للشخص الذي يتعرض للحدث، حيث يتضمن تهديد حقيقي أو متخيل أو جرح خطير و أي تهديد آخر لجسد الشخص أو مشاهدة حدث يشمل الموت أو تأذي فرد من أفراد العائلة حيث تستمر الأعراض مدة ستة أشهر أو أكثر".(P133)

- يعرف أيضا" أنه حادث يهاجم الإنسان و يخترق الجهاز الدفاعي لديه، و قد يسبب تغيرات في الشخصية و أمراض عضوية قد تكون مزمنة (كمرض السكري، ضغط الدم، القولون العصبي...) و إن لم يتم التحكم في تلك الانفعالات و التعامل معها بسرعة و فاعلية يمكن أن تحدث بالنتيجة نوبات هلع لدى الفرد لكونها عامل مسبب للخوف العميق".(مزوز و بوليفة، 2016)

3-مظاهر الضيق النفسي:

3-1-المظاهر الوجدانية:

عبارة عن تقلبات وتغيرات مزاجية كأعراض القلق والاكتئاب كالغضب، اليأس، انعدام القيمة الذاتية أو التفكير بالانتحار والانسحاب الاجتماعي، الخوف من الانفصال... (Lotay, 2016)

3-2- المظاهر المعرفية:

يشمل الجانب المعرفي للفرد و تظهر كضعف في الأداء، صعوبة التركيز، سرعة النسيان وأيضا فقدان الاهتمام بالمحيط الخارجي إلى جانب التفكير في الانتحار، حيث يقوم الفرد بالتفكير في آليات تساعده على التخلص من الضيق النفسي والتي تشمل آليات سلبية(التخطيط في الانتحار) وآليات إيجابية (الضحك، التعبير و قول كل ما يشعر به الفرد)(Pinto, Luna, Sivla-ade, Pinheiro and Braga, 2014)

3-4-المظاهر البدنية: أعراض سيكوسوماتية:

ومن بين المظاهر البدنية التي تظهر عند الفرد المصاب بالضيق النفسي مشاكل في التنفس، عدم انتظام ضربات القلب(ارتفاع أو انخفاض)، الربو، الصداع النصفي، حموضة المعدة، اضطرابات في القولون، مشاكل في الإخراج و نوبات الإسهال و الإمساك، قد تستمر هذه الأعراض لفترات طويلة نسبيا واحتمال أن تصبح مزمنة (Ashurst and Hall, 2001) .

نستنتج أن الفرد الذي يعاني من الضيق النفسي تظهر عليه أعراض سيكوسوماتية فيزيولوجية نتيجة ضغوطات نفسية وتغيرات في تصور الفرد عن ذاته وسرعة الاستثارة، و إن لم يتم التكفل به نفسيا هناك إمكانية إصابته بمرض مزمن كالسكري، ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب،...

4-أعراض الضيق النفسي:

"قامت منظمة الأمن المدني بكبيك ORGANISATIONDE LA SECURITI CIVIL DE QUEBEC بتصنيف أعراض الضيق النفسي إلى أربعة أنواع وهي كالتالي:

4-1-أعراض جسمية: (التعب – العصبية – آلام الظهر – الصداع – الشعور بالثقل في الصدر – الزيادة في ضربات القلب – التوترات العضلية و الأرق)

4-2- أعراض معرفية: التردد و صعوبة اتخاذ القرارات –حالات تشتت الانتباه و لذاكرة كالنسيان –مشاكل في التركيز، و أفكار سلبية تسبب التشاؤم.

4-3-أعراض انفعالية: القلق- الاكتئاب-الغضب و الاستثارة بسهولة.

4-4-أعراض سلوكية: التشاجر- العدوانية- تقلبات المزاج-العزلة- المواقف المتصلبة- السلبية- سوء استعمال القهوة و الكحول و المخدرات-الإفراط في استهلاك الأدوية)".**(زواني، 2021، ص317).**

من هنا نستنتج أن الضيق النفسي مفهوم ينطوي على شعور الفرد بالقلق و الاكتئاب و الضغط النفسي لدرجة أنه لا يوجد شيء يمكن أن يهدئه، بالإضافة إلى الشعور باليأس و عدم الارتياح و انعدام القيمة الذاتية، و يشتمل الضيق النفسي على القلق والاكتئاب والاضطرابات المزاجية الأخرى و السبب الرئيسي لحدوث الكرب النفسي هو التعرض لصدمات خارجية و خبرات غير مألوفة و ضاغطة لا يعرف الفرد كيف يتعامل معها.

5-العوامل التي تساهم في الضيق النفسي:

5-1-العوامل المؤثرة في الضيق النفسي:

من بين هذه العوامل نجد الأنماط الاجتماعية التي تؤثر في الضيق نفسي وهي كالآتي:

- الجنس: حيث وجد أن النساء أكثر عرضة لضيق نفسي من الرجال.
- ثانيا الحالة الاجتماعية: بينت أن المتزوجين هم أكثر مقاومة الضيق النفسي من الأفراد غير متزوجين.

– ثالثا أحداث الحياة: حدوث تغيرات غير مرغوب فيها و عيش وضعيات ضاغطة.

–رابعا الطبقة الاقتصادية الاجتماعية التي ينتمي لها الفرد: فكلما ارتفع الوضع الاجتماعي والاقتصادي للفرد التعليم العمل والدخل انخفض مستوى الضيق النفسي لكن نجد أن الدراسات التي أجريت على الطلاب وجدت أن الطلاب هم أكثر شعورا بالضيق نفسي(نور،2023، ص 1053)

و قد وجد أن النساء أكثر عرضة للضيق النفسي من الرجال، كما أن الأفراد المتزوجين يميلون لمقاومة الضيق النفسي مقارنة بالأفراد غير المتزوجين (Goldend, Levin, Mizrahi and Biebel, 2018)

6-2-العوامل البيولوجية النفسية الاجتماعية(البيونفسية الإجتماعية) :BIOPSYCOSOCIAL

تشمل العوامل الوراثية والعوامل الاجتماعية، الأدوار و التوقعات المختلفة في العمل و الأسرة. (Greenhaus and powell, 2006)

6-3-عامل إجهاد العمل العقلي و الجسدي:يؤثر إجهاد العمل العقلي و الجسدي على الصحة العقلية فهو يزيد من خطر الإرهاق العاطفي و الضيق النفسي، أوجد أن الإجهاد البدني له تأثير قوي على الصحة العقلية لدى الرجال أكثر من النساء. (Hiesinger and Tophoven, 2019)

6-4-الدعم الاجتماعي: هو شعور الشخص بوجود دعم عاطفي عملي من الآخرين عند الحاجة، ويعد نقص الدعم الاجتماعي دافع كبير إلى ظهور الاضطرابات النفسية لدى الفرد. (Kendler, Myers and Prescott, 2005)

6-5-الوحدة العاطفية: تتمثل في دعم فرد لآخر، في صورة وجود شخص ليجأ إليه الفرد في وقت الحاجة، بينما الوحدة الاجتماعية عبارة عن عدم وجود شبكة اجتماعية، حيث أن النساء تعاني من الوحدة أكثر من الرجال، و ترتبط الوحدة العاطفية ارتباطا وثيقا بالضيق

النفسي و الاضطرابات النفسية أكثر من ارتباطها بالوحدة الاجتماعية.(Hyland, p1099 (Shevlin, Cloitre, Karatzia, Vallierés, MC Ginty and Power, 2019,

6-6-الحالة الاجتماعية: و يقصد بها الحالة بين الزوجين إذ أن الزواج مقارنة بالطلاق و الترمل مرتبط ارتباطا وطيدا بالحالة النفسية و الصحة العقلية لدى كلا النساء و الرجال، وأما بالنسبة للترمل فله آثار طويلة الأمد بين الرجال أكثر من النساء، حيث أن العيش وحيدا غالبا ما يثير مشاكل نفسية و عقلية، و كذلك الأبوة و الأمومة عامل خطر و وقائي فقد يرتبط بمشكلات صحية و عقلية فوجود الأم و الأب يؤثر بصفة أقل على الصحة النفسية و العقلية مقارنة بغياب الأهل (Ben-Zur, 2012)

8-النظريات المفسرة للضيق النفسي:

هناك عدة نظريات فسرت الضيق النفسي منذ بداية علم النفس بالظهور و من الأوائل الأب الروحي لعلم النفس "سيغموند فرويد" و تليه عدة توجهات نظرية أخرى قامت بتفسير الضيق النفسي كالآتي:

8-1-النظرية البيولوجية (الطبية):

يرى رواد هذا التيار أن الموارد البيولوجية تُستهدف في المواقف الضاغطة، و الأجهزة الأساسية هي التي تُمكن من مواجهة التحديات التي تهدد الفرد، و سواء أن هرب أو واجه الفرد الوضعية الضاغطة فإن جسمه في كلتا الحالتين بحاجة للطاقة التي تكون على حساب الأجهزة البيولوجية بارتفاع الإفرازات الهرمونية عند الإحساس بالتهديد فيتم إيصال الأكسجين للدماغ و العضلات الرئيسة و عمل الأعضاء بشكل متسارع (إفراط) أو ناقص(تفريط) حسب نوعية الإفراز الهرموني و كميته، كما يرى الاتجاه الطبي أن الضيق النفسي عبارة عن خلل عصبي يسبب اضطرابات معرفية و سلوكية.(عزيز، 2005)

8-2-نظرية التحليل النفسي:

حسب فرويد الضيق النفسي ناجم عن صراع بين مكونات الفرد النفسية بعدها يحاول الفرد التصدي للوضعية الضاغطة باستخدام ميكانيزمات دفاعية اعتاد لفرد استخدامها (كالإنكار) التي قد لا تكون فعالة في وجود مواقف مختلفة، كما أن هذه الصراعات اللاشعورية هي امتداد لنزاعات و صراعات الطفولة و هي السبب في الاضطرابات التي تصيب الفرد كالضيق النفسي.(Athinson, 1996)

ذكر صالح 1998أن "كون ردود هذه الأفعال مؤلمة فإن الفرد يلجأ إلى كبت الأفكار الخاصة بالحادث الصدمي وقمعها عمدا غير أن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلة لان الفرد يكون غير قادر على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدمي تندمج مع المعلومات الأخرى وتشكل بالنسبة له جزء من الإحساس بذاته"(ص43)

8-3-المنظور السلوكي:

ذكرت نجم صفر2014 نقلا عن (صالح ،2002) أنه" معروف عن العلماء السلوكيين أنهم يهملون العوامل الوراثية والسمات الاستدعائية والخبرات اللاشعورية عند تحدثهم عن الشخصية والاضطرابات النفسية، ويؤكدون أكثر على العوامل البيئية عوامل المحيط وأهمية التعلم بنوعيه الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي في تحديد السلوك النوعي السوي والغير السوي اللذان يخضعان لقانون واحد وهو التعلم"(ص66).

8-4-العجز المتعلم:

حسب صالح(2002)" هي نظرية طرحها (Seligmanسنة2000) وتقوم على نظرية العزو التي يعرفها علماء النفس الاجتماعيون بأنها مجموعة من النظريات التي تتعلق بالكيفية التي ننظر بها إلى أنفسنا و الآخرين والأحداث، وتحاول هذه النظرية تفسير عملية العزو التي يمكن تعريفها بأنها العملية التي تحدد من خلالها ما إذا كان سلوك الفرد يحددها الموقف الذي هو فيه أو الخصائص الثابتة الفردية للشخص،و أن أسباب العزو هي اعتقاد الفرد العاجز أن الفعل لا جدوى منه،أي أن الفرد يؤمن أو يتعلم أو يعتقد بعدم قدرته في

السيطرة على المتغيرات التي تؤثر في حياته والحصول على الرضا والسرور، حيث بينت هذه النظرية أن الأفراد عند مواجهتهم لأحداث معينة فإنهم يتساءلون لماذا حدثت تلك الأحداث وما الذي تعنيه لهم،وإجاباتهم وتفسيراتهم الذاتية هي العامل الذي يؤثر في ردود أفعالهم وكيفية تعاملهم مع الأحداث". (ص298)

8-5-النظرية المعرفية: يؤكد رواد هذا التيار أن طريقة تفكير الإنسان هي من تحدد التغيرات النفسية و الجسدية التي ستحدث له، فلآراء و الأفكار السلبية شائعة لدى الأفراد اللذين يعانون من ضيق نفسي و لديهم أفكار (كانعدام القيمة الذاتية و عدم النفع كشخص...) كما أن التشوهات المعرفية التي يُعني بها تفسير الأقوال و الأفعال بشكل مغاير و سلبية (معالجة معرفية غير سليمة) يؤدي لانفعالات و مشاعر سلبية مع زيادة تضخيمها ينتج ضيق نفسي.(نفس المرجع السابق، ص301)

نستنتج حسب المنظور المعرفي فإن الطريقة التي يفكر بها الإنسان هي عامل مؤثر في الظواهر النفسية وتساهم في حدوث عدة تغيرات، وحسب" بياجي" فهو يرى أن الإنسان بوصفه جزءا من بيئته فهو يؤثر فيها ويتأثر بها.

8-6-نظرية التفاعل البين شخصي(العلاقات): حسب Carson1996 الإنسان كائن اجتماعي و العلاقات البين شخصية قد تنتج ضيق نفسي، و وجود كل سلوك لا يتيح التكيف هو مؤشر و عامل لنمط العلاقات البين شخصية، و التفاعل المضطرب سبب رئيسي للضيق النفسي، و ذكر أن تعلم مهارة التعامل في العلاقات يساهم على التخفيف من مستوى الضيق النفسي.(Carson, 1996)

9-ماهية تجربة أقارب المرضى في وحدة العناية المركزة:

يمثل دخول أحد أفراد الأسرة إلى وحدة العناية المركزة للعائلة انقطاعا حقيقيا و صدمة و فقدانا للمعايير مهما كانت أسباب القبول في وحدة العناية المركزة فإنها دائما تظل قاسية

على بالنسبة لأفراد الأسرة التي تجد نفسها أمام احتمال وفاة أحد أفراد الأسرة، و يصاحب الشعور بالانقطاع عن المريض الشعور بعدم الواقعية و هو عدم تصديق ما يحدث وبعد السماح للعائلة برؤية المريض يحدث لهم صدمة أخرى فهم لا يقدرون التعرف على المريض و لا يميزونه كالسابق، في الغالب هو فاقد للوعي في حالة غيبوبة محاط بالآلات و الأنابيب لم يعد يشبه ذلك الشخص الذي كان الأخ أو الأب أو الأم...و العائلات لا تعرف كيف تتصرف مع المريض في تلك الوضعية سواء التحدث إله، هنا يظهر نوع من العنف الرمزي للمكان و تأثيره على العلاقة بين المريض و عائلته (Boulgé, Mira et Duranteau, 2014)

10-تأثير الإنعاش على عائلات مرضى الإنعاش على المدى القريب و البعيد:

تتعرض معظم العائلات لاضطراب ما بعد الصدمة(ESPT) جراء تواجد قريبهم في الإنعاش أو بعد وفاته هناك، حيث أننا نجد من بين العوامل المساهمة في حدوث هذا الاضطراب لدى هذه الفئة هي:

- عامل نوعية المعلومات: كلما كانت الأقارب غير راضين زادت احتمالية إصابتهم بالاضطرابات النفسية و خاصة اضطراب ما بعد الصدمة.

- عامل وفاة المريض: يزداد تدهور الوضع النفسي للعائلات بعد قيامهم بالمشاركة في أخذ القرارات العلاجية للمريض ثم وفاته بعد ذلك و هذا يسبب لهم لوم الذات و الشعور بالندم.

و هنا تظهر أهمية الحذر في كيفية إدراج العائلات لأخذ القرارات العلاجية و الرعاية، يجب إتباع مجموعة معايير كاختيار فرد تكون شخصيته تقدر على تلك المهام، و من الضروري توفير الإرشاد و المرافقة خلال أداءه و العمل على الاندماج معه و إعطاء عمله معنى و تقدير ما يساعد في التخفيف من أثر التجربة السلبي. (Boulgé, Mira et Duranteau, 2014)

"و ينتج الضيق النفسي عن مخاوف الفقد و التي يجب على مقدمي الرعاية تخفيفها للقدرة على مواصلة الالتزام تجاه المريض، و وجود خلل في التواصل مع العائلات قد يسبب ضيق نفسي لهم و يؤثر على حياتهم اليومية ما يستوجب تكفل نفسي لهم". (Chahraoui, Laurent, Boiy, Quenot et Capellier, 2015, P21)

11-القلق و الاكتئاب لدى أقارب المرضى المتواجدين في العناية المركزة:

تترجم تجربة أفراد عائلات المرضى في وحدة العناية المركز على شكل حالات نفسية مختلفة، و تعاني العائلات من أعراض الاكتئاب و القلق حيث أظهرت دراستان متعددتي المراكز لمجموعة Famiréa أن الأقارب يعانون من هذه الأعراض في الفترات الأولى من دخول المريض لوحدة العناية المركزة و كذلك في نهايتها و بعد تطبيق مقياس القلق و الاكتئاب HADS بعد خروج المريض سواء لسبب الوفاة أو الشفاء تبين أن ثلثا العائلات تعاني من أعراض القلق و الاكتئاب، و صنفت فئة الأزواج كأكثر فئة حساسة و تؤثرا من تجربة العناية المركزة و يحتاجون لدعم و تكفل نفسي طوال تواجد المريض في المستشفى(Boulgé, Mira et Duranteau, 2014)

الفصل الثاني

حاجات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي

تمهيد

1-تعريف الحاجات

2-أنواع الحاجيات

3-خصائص الحاجيات

4-النظريات المفسرة للحاجات

5-ماهية حاجيات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش

6-أنواع حاجات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي

7-كيفية التحسين من فهم المعلومات المعلنة لعائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش

خلاصة الفصل

تمهيد:

عادة ما يتم إرجاع المفهوم العام للحاجات إلى نظرية الدافع البشري وفقا لأبهام ماسلو، حيث أن الفرد يسعى دائما وراء تلبية حاجاته كالحاجة للأمن، التقدير و المكانة الاجتماعية و تحقيق الذات...و كلها تفسر دوافع الإنسان و شخصيته، و الحاجات عند فئة عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي غالبا ما تكون غير مستقرة فهم في وضع نفسي متأزم، وحاجاتهم تتميز بدافعية أكثر و تلبيتها شيء أساسي للوصول إلى حالة نفسية مستقرة إلى حد ما، و نحن سنحاول من خلال هذه الدراسة استعراض أهم حاجات هذه العائلات و مستوى تلبيتها استنادا لدراسات.

1-تعريف الحاجات:

1-1-مفهوم الحاجة لغة:"جاء من كلمتي حاج واحتاج، بمعنى افتقر ويقال حاج إليه و أحوج فلانا إلى كذا أي جعله محتاجا إليه، والحاجة هي ما يفتقر الإنسان ويطلبه"(مجمع اللغة العربية، 1994)

"حاجة وحاجات وحوج وحوائج، ما يحتاج إليه الإنسان ويطلبه"(عبد الوهاب، 2006، ص21)

1-2-اصطلاحا: عرفه السكري 2013 من منظور التخطيط الاجتماعي على أنها حالة من عدم التوازن يشعر بها الفرد أو مجموعة الأفراد والمجتمع نتيجة إحساس بالرغبة في تحقيق هدف ما و لتحقيقه يجب زيادة كفاءة التنظيم الاجتماعي في المجتمع.(السكري، 2013)

و حسب أبرهام ماسلو

« Un besoin est l'absence de quelque chose d'utile »

الحاجة هي غياب شيء مفيد

حسب بحرة، (2015) عرفها Momn" أنها مطلب أو رغبة ضرورية أساسية لدى الفرد و يريد الوصول إليها للحفاظ على البقاء و التفاعل داخل المجتمع الذي يعيش فيه و أداء دوره الاجتماعي"(ص125)

- الحاجة حالة داخلية نفسية شعورية أو لا شعورية لدى الفرد قد تظهر من خلال التوتر عند شعور الفرد بالنقص في شيء ما، و كنتيجة فإن حاجات الشخص تحفز و تشكل دافع الرغبة في إشباعها.(Balakovoivaldi miras Grazulis, vulnuis, 2009)
- "الحاجة نوع من الافتقار و الحرمان الذي يعاني منه الفرد في حياته، فيصاب الفرد بضيق و انزعاج شديد عند شعوره بعدم القدر على إشباعها".(بوعالية، 2019)

2-أنواع الحاجيات:

❖ **الحاجات الاجتماعية:**و هي حاجة ضرورية تشمل مختلف المهارات الاجتماعية التي تُساعد الفرد على التكيف و التواصل مع الآخرين و البيئة المحيطة و بناء علاقات اجتماعية سوية، و في هذا النوع يكون سبب نشأة الحاجة هو عدم التوافق مع البيئة الاجتماعية(عباس و خوان، 2019). لسبب اختلاف في الأفكار مع الجماعة أو إحساس الفرد بعدم الانتماء، عدم الاحتواء و التعاطف...

❖ **الحاجة للعطف:**و هي الحاجة الأساسية عند الإنسان منذ يومه الأول و يزداد احتياجه للعطف في حياته، حيث أن عواقب حرمان الطفل من العطف و الحنان و المحبة في سنواته الأولى قد يسبب عدم قدرته على محبة الآخرين و تلقي المحبة منهم في المستقبل(مليكة و كامل، 1998)

❖ **حاجة الفهم و المعرفة:**وهي السعي المستمر للفهم و المعرفة و تظهر في ميادين و نشاطات استكشافية –استطلاعية وفي البحث عن المزيد من المعرفة و الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات(Williams, 2020).كما نقصد بها كذلك عملية تحليل الخبرة و تأملها و التوافق بين الأفكار(أبو أسعد، 2015)

❖ **كما أضاف ماسلو الحاجات المعرفية** التي تمكن من تحقيق المعرفة و الدراية المساهمة في القدرة على التكيف و شرط أساسي لتحقيق الحاجات الأساسية و قاعدة أساسية لمعرفة حل المشاكل.(أحمد، 2003)

❖ **الحاجة للإرشاد:"حسب** بوطبال، (2014) تشمل رغبة الفرد في التعبير عن مشاكله قصد إشباع حاجة ما و التي لا يعرف كيف يشبعها و لم يهيأ لها لسبب أنها لم تكن ضمن خبراته السابقة و لا يعرف كيف يشبعها، كما يساعد التعبير عن مشكلاته في تخفيف أثرها و التفاعل مع بيئته و القدرة على لتكيف معه".(ص50–51)

❖ **حاجة التكيف مع البيئة المحيطة: حسب** بركات(2014) تقوم على فعالية الفرد في بيئته يؤثر و يتأثر أي هو عملية تحقيق التوازن بين إمكانية تأثيره على البيئة و تؤثره منها.(ص87)

3-خصائص الحاجات:

تتميز الاحتياجات بمجموعة من الخصائص التي تمثل ماهيتها و من ضمنها نجد:

- أن الحاجات لانهائية: أي غير قابلة للتوقف عند حد معين و هي في تطور و ازدياد مستمر.

- قابلة للإشباع: تكون الحاجات ممكنة الإشباع بصفة مباشرة أو غير مباشرة و بطرق معينة و مختلفة.

- لها صلة بالقيم: أساس و مصدر الحاجة هي دافع إنساني و يسعى الفرد لتحقيقه كغاية يريد الوصول إليها.

- متباينة التصنيف: بحيث تخضع للترتيب من طرف المعني أو الفرد حسب أولوياته و قيم و قواعد المجتمع و الجماعة التي ينتمي إليها و كذلك حسب عمر الفرد فحاجيات الطفل يختلف ترتيب أولويتها عن ترتيبها عند شخص راشد.(عبد الوهاب، 2006)

4-النظريات المفسرة للحاجات:

4-1-نظرية الحاجات لأبراهام ماسلو:

حسب ماسلو هناك تدرج للحاجات من الأساسية للثانوية و صنفها في هرم بداية من الحاجات الفسيولوجية الأساسية لضمان البقاء حيا وصولا لحاجة تحقيق الذات أسمى حاجة يسعى لها الفرد، و نجدها في الهرم ورتبة من القاعدة إلى قمته كالآتي:

1. الحاجات الفسيولوجية: تتمثل في الأكل و الشرب و الهواء و هي تهدف للمحافظة على حياة الإنسان، و حسب ماسلو إشباعها يمكن من الانتقال إلى للحاجة التالية(الحاجة للأمن)، و نفس الشيء مع الحاجات الأخرى و العكس يعيق و لا يمكن من الوصول أو إشباع الحاجة التالية.

2. الحاجة للأمن: و هو تجنب كل ما يهدد و يشعر بعدم الأمن.

3. الحاجة للحب و الانتماء: و هي حاجة متبادلة بين الأفراد تقوم على مبدأ الأخذ و العطاء، و عدم إشباعها يؤدي بالفرد للعزلة و الوحدة.

4. الحاجة للاحترام و التقدير: من أسسها احترام الذات و تقدير القدرات الشخصية و استحسان الآخرين، و عدم إشباعها يترجم عدم فعالية الفرد و عدم مشاركته و أداء دوره الاجتماعي.

5. الحاجة لتحقيق الذات: و هي وصول الفرد في لتحقيق إنجازات و صقل مواهبه ووصوله للتكامل من منظوره الشخصي.

و حسب ماسلو فقد صنفها إلى حاجات أساسية (فسيولوجية، الأمن)، و حاجات نفسية اجتماعية (الحب و الانتماء، تقدير الذات، تحقيق الذات).(سرسي و عبد المقصود، 2000)

4-2-نظرية هانري موراي:

حسب موراي فإن الحاجيات تشمل: حاجة الجوع و العطش،الجنس، ضيق التنفس و إزالة الأوضاع الجسمية غير المريحة، الحاجة لتسكين الألم أو تجنبه كالحرارة و البرودة و الأذى، و الحاجة بالنسبة لموراي هي نقطة بداية في أي سلوك إنساني فالشخص يسعى دائما لإشباع حاجاته الأساسية في الحياة اليومية، حيث تدفع الحاجة بالإنسان لتحقيق اللذة الناتجة عن اختزال الحاجات الغير المشبعة بدلا من النزعة إلى التوازن البدني (الهميوستازيا) فلدى الإنسان استعداد لتعلم أنشطة كثيرة لتطوير مستويات أكبر من التوتر و جعل إشباع

الدافع المؤجل أكثر إمتاعا، معظم الناس يعملون أشياء عديدة كل يوم و لا يهدفون من ورائها للحصول على المتعة و مثل هذه الحالة تعكس أن الفرد قرر بصورة شعورية أو لا شعورية بأن هناك أشياء غير سارة مثل(الألم، النقد، اللوم، تحقير الذات) ربما تحدث إذا لم يفعل ما يجب فعله، و وفقا لموراي هذه هي قائمة الحاجات بالأنماط السلوكية و الانفعالات المصاحبة لها:

1. الحاجة للسيطرة: أي قدرة الفرد للسيطرة على محيطه الذي ينتمي إليه بهدف التأثير أو توجيه سلوك الأفراد و يتم ذلك عن طريق تقديم مقترحات أو إغراءات أو أوامر سواء بالإقناع أو الإجبار، و يكون السلوك و الانفعال المصاحب هو الشعور بالثقة بالنفس.

2. الحاجة للتبعية: و هو إظهار الإعجاب و التأيد و مدح الآخر كرؤساء مثلا و الاستسلام لهم و لنفوذهم برضا، و تصحبه سلوكيات الاحترام و الإعجاب و التوقير و الحيرة.

3. الحاجة للاستقلال: و هو الدافع للتحرر و التخلص من القيود و المسؤوليات و تحدي التقاليد و قيم المجتمع المفروضة، تصحبه سلوكيات الغضب عند التقيد و اللامسئولية عند التحرر.

4. الحاجة للعدوان: و تكون بتخطي العقبات باستعمال القوة و العدوان، و تصحبه سلوكيات التردد و الغضب و الكراهية.

5. الحاجة للانصياع و الاستسلام: و هو مؤشر استسلام سلبي للمؤثرات الخارجية و الشعور بالدونية و الخطأ و يقوم الفرد بتحقير ذاته و التهرب من المسئولية.

6. الحاجة للإنجاز: حب الفرد العمل على تحقيق هدف و نتائج جيدة و التميز و لديه طموح و رغبة و دافع للفهم.

7. الحاجة للجنس: إقامة علاقة جنسية صحيحة مع الآخر.

8. الحاجة للاستمتاع الحسي: و تكون باستعمال الحواس الخمس و ممارسة أنشطة فنية رياضية تولد مشاعر و عواطف حسية.

9. الحاجة للاستعراض: يظهر بمحاولة لفت الانتباه و محاولة إدهاشهم بالسلوكيات.

10. الحاجة للعب: تحويل كل شيء للعب و متعة تظهر على شكل تقلبات انفعالية.

11. الحاجة للانتماء: و يكون بالاقتراب من الآخرين و الاندماج معهم ما يعزز التعاطف و الثقة و الإخلاص.

12. الحاجة المساعدة من الغير: و هو سعي الفرد للحصول على العون و المساندة عن طريق الشكوى و إلتماس النصح و العطف و التوجيه و التقرب ممن يحقق له الحماية.

13. الحاجة للعطف: منح التعاطف لمن يحتاجها.

14. الحاجة للدفاع عن النفس: أي الدفاع غن الذات من المؤثرات و الانتقادات الخارجية.

15. الحاجة للتعويض أو التعادلية: محاولة السيطرة على نقاط الضعف و تحقيق نجاحات.

16. الحاجة لتجنب الوضاعة أو ما يحط من القدر: تجنب كل ما يسبب انحطاط الشأن.

17. الحاجة لتجنب الأذى: و هو تجنب كل ما يسبب ضررا جسديا.

18. الحاجة للتنظيم: حيث ترتبط بالحاجة لتجنب الأذى و التعويض و اللوم و تنتج من الخوف و الكبح الذي سلطة المجتمع.

19. الحاجة للرفض: يكون بالتخلي عن شيء و عدم الاكتراث.

20. الحاجة للفهم: و تتضمن توجيه أسئلة للحصول على أجوبة و مناقشة المعلومات.

و حسب موراي فإن كل هذه الحاجيات تتفاعل مع بعضها البعض بشكل واضح و مستمر.(محمد السيد، 1998)

4-3-نظرية (SDT) Self determination theory:

تعد الحاجات النفسية أساسية لضمان نمو صحي و أداء فعال للوظائف و المهمات و إن لم يتم إشباعها قد تحدث اختلال و تغيرات فسيولوجية على الفرد، و الحالة النفسية لديه.

و تعتبر نظرية(SDT) أساس نظرية التقييم المعرفي – Cognitive evaluation theory) (–CET التي تفسر تأثير العوامل الاجتماعية في دوافع الفرد الذاتية.

بخلاف تصريح باحثين أن الإنسان يمكن له الأداء بشكل أحسن مع تمتع الفرد بصحة جيدة و جسم سليم. كما بينت نظرية التكامل العضوي Organismic interogation) (–theory–OIT أن" العوامل الذاتية و عوامل الوسط الاجتماعي و عنصر النمو السليم يوجد بينهم علاقة استنادا إلى نظرية السببية و يظهر التأثير بشكل مباشر على الصحة النفسية و أداء الفرد، حيث أنه من الضروري تلبية الحاجات الإنسانية في كل مراحل نمو الفرد لتحقيق الصحة النفسية".(Deci, 2008, P666)

❖ و حسب موضوع دراستنا سنتطرق للحاجات **الأساسية التي تبحث عنها عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي و ماهيتها و هي كالتالي:**

5_ماهية حاجات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي:

تعد مصلحة الإنعاش محيط جديد بالنسبة لمعظم العائلات و غالبا ما نجدهم قلقين و لهم تساؤلات كثيرة تعبر عن عدة حاجيات و في هذا الصدد أجريت عدد من أبحاث أجنبية للتعرف عن ماهية حاجيات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي، و ذكر Durand) (2010 , في دراسته نقلا عن مولتر Nancy Molter 1979 بطاقة تحدد حاجيات أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش و تتمثل فيما يلي:

- الحاجة للحصول على شعور الأمل
- الحاجة للشعور أن الفريق الطبي يهتم جيدا بالمريض

- توفير قاعة انتظار مريحة
- أن يتم الاتصال بهم في حال إذا تطورت حالة قريبهم
- أن يقوموا بإعلانهم و إخبارهم عن التشخيص و المآل
- الحصول على أجوبة صريحة و صادقة لأسئلتهم
- الإعلان و الإخبار عن تفاصيل حالة المريض بشكل يومي
- الحصول على معلومات واضحة و مفهومة
- أن يرخصوا و يتم السماح لهم برؤية المريض عادة و غالبا

و صنفت الحاجة للشعور بالأمل كحاجة مهمة جدا، بينما كانت الحاجة للتحدث عن المشاعر السلبية كالشعور بالذنب و الغضب هي الأقل أهمية، و أسفرت نتائج عدة دراسات على أن الحاجيات الأساسية للعائلات تصنف لخمسة و هي: الدعم، الراحة، المعلومات، القرب من المريض، الضمان و الشعور بالثقة(Lee and Lau, 2003)

1. الحاجة للقرب و التواجد بجانب المريض:

أغلب أفراد عائلات المرضى يرغبون في التواجد و البقاء بالقرب من المريض فذلك يمكنهم من الحصول على معلومات عن حالته ويشاركون في تقديم الرعاية له، و حسب دراسة Fridh 2009التي هي دراسة في ميدان التمريض نتج عنها أن تواجد أفراد العائلات بجانب سرير المريض يساعد في التقليل من القلق لدى العائلات(Gundo, 2010)

2. الحاجة للراحة:

حسب Verhaeghe 2005 الحاجة للراحة تتعلق بشعور الأفراد بالراحة و التي تكون بتوفير غرفة انتظار مريحة و أثاث مريح، بخلاف دراسة (Agard and Harder, 2007

التي أظهرت أن الحاجة للراحة تصنف كأقل حاجة أهمية فالعائلات تعطي أولوية لاحتياجات المريض و هي الأكثر أهمية بالنسبة لهم(Gundo, 2010)

3. الحاجة للدعم:

يعد الدعم النفسي المعنوي لأفراد عائلات مرضي وحدة الإنعاش من بين أهم حاجياتهم فهم في حالة قلق دائم و شكوك تراودهم من حين لآخر ما يجعل بعضهم يصلون لفقدان قيمة الذات و خاصة لما يكون الفرد متكفل بقريبه المريض هنا يحتاج للشعور أكثر بالثقة من طرف الأطباء و الممرضين و الدعم كشخص و قريب للمريض و يريد أفراد عائلات المرضى أن يشعروا بالاهتمام، كما يحتاجون للدعم من طرف أفراد العائلة.(نفس المرجع السابق)

4. حاجة الحصول على المعلومات و فهم المعلومات:

يحتاج أفراد عائلات المرضى لمعرفة ما يحدث للمريض و ما قد يحدث له و هي عامل مهم، و تأثر المعلومات على مشاعر أفراد العائلات بطرق سلبية و إيجابية حسب نوعيتها و أكدت دراسة (Soderstron, 2009) أن المعلومات مهمة جدا لكي تتمكن العائلات من التكيف في بيئة العناية المركزة و عدم تلقي المعلومات يخفض من نسبة قدرتهم على التكيف.(Gundo, 2010) ، وقد إبتكرت مجموعة البحث Famiréa

(un livre d'accueil) الذي يقدم للعائلات بعد دخول قريبهم للإنعاش، حيث اختبر هذا الكتيب على 175 عائلة و أحدث تغير كبير من عدم فهم المعلومات من 40% إلى 12% و تحسن مستوى الرضا بعد فهم ما يحدث للمريض ما هي مصلحة الإنعاش. (Durand, 2010)

فواجب الطاقم الطبي العمل على أن تفهم العائلات الوضع الصحي للمريض أولا، و للأقارب الحق في معرفة المستجدات عن مريضهم، و كذلك لسبب أن المريض في غيبوبة و

الأقارب هم مصدر جيد للمعلومات لذا يجب أن يكون التواصل بين الفريق الصحي و العائلات يمتاز بالشفافية و المصداقية كي يساهم ذلك في تحسين تجربة العائلات و أخذ القرارات العلاجية الخاصة بالمريض.

"كما وجد أن معظم الأقارب لا يفهمون المعلومات التي تقدم سواء تشخيص، علاج، مآل، هذا لسبب استخدام أغلب الأطباء لغتهم الأكاديمية و مصطلحات الطب، و من الضروري تقديم معلومات دقيقة و سهلة الفهم تراعي و تتماشى مع المستوى التعليمي للفرد و يجب أن تشمل التشخيص و العلاجات المقدمة للمريض". (Boulgué, Mira et Duranteau, 2014, p743)

الحاجة للتأكيد:

و هو معرفة حالة المريض و عمل الفريق الطبي على طمأنة العائلات أن حالة المريض تتحسن، ما يساعد على التخفيف من شدة قلقهم و يمنحهم الإحساس بالثقة في مقدم الرعاية للمريض و الأمل،" و بينت دراسة (Al-Hassan and Hweidi, 2004) أن احتياج التأكيد كان مصنف بدرجة عالية و من بين أهم حاجيات العائلات".(Gundo, 2010)

6-كيفية التحسين من فهم المعلومات المعلنة لعائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي:

توجد مجموعة من الضوابط و الخطوات التي تستحسنها عائلات المرضى و نفعية للعلاقة العلاجية الثلاثية و هي:

- تخصيص أطر للحديث مثلا: مكتب، برمجة محاضرات مثلا كمحاضرة "لعيش أحسن في الإنعاش،(2009)Mieux vivre la réa " و تهدف لتخفيف معانات العائلات و محاولة مساعدتهم على تقبل ما يحدث.

- مقابلات مبرمجة في أماكن خاصة « Débriefings » التي يقوم بها مختص نفساني

و تكون بحضور الممرض و الطبيب المسئول عن المريض و كل طرف يقوم بالتعبير عن تجربته في الإنعاش و يناقشون تلك الأفكار ما يمهد للوصول إلى فهم ما يحدث و إدراكه بطريقة عملية إنتباهية، و يتم تسجيل المعلومات المعلن عليها للعائلات و كيف كانت ردة فعلهم و كل هذه التفاصيل تكون ضمن ملف المريض لأخذ حالة العائلات بعين الاعتبار لمعرفة كيفية التعامل معهم و مراعاة معاشهم النفسي طول تواجد المريض في الإنعاش.

- يجب إعلام عائلة المريض عندما تحدث تغيرات (كنقل المريض لجراحة مستعجلة، تأزم حالته) لكي لا يصدموا بعد قدومهم لزيارته و لا يجدونه.

- تقديم كتيب استقبال يمكن من القدرة على الفهم بشكل جيد للمعلومات و بيئة المصلحة، حيث أثبتت دراسة مقارنة عن فهم و رضا العائلات التي تلقت كتيب الاستقبال و أخرى لم تتلقى و بينت أن الكتيب يحسن من فهم التشخيص و العلاجات المقدمة لدى العائلات و تراجعت نسبة عدم الفهم من 40,9% إلى 11,5% بفضل الكتيب، و كما أنه ساهم في رفع مستوى الرضا لدى العائلات عن مجهود الطاقم الطبي و حسن من التفاعل و التواصل بين الطرفين. (Boulgué, Mira et Duranteau, 2014)

الفصل الثالث

الإنعاش الطبي

1-تعريف الإنعاش

2-لمحة تاريخية عن ظهور مصالح الإنعاش

3-معايير وحدة العناية المركزة

4-الموظفون الموجودون في مصالح الإنعاش

5-أنواع مصالح الإنعاش

6-الحالات التي تستوجب الاستشفاء في مصالح الإنعاش

7-معايير القبول في مصلحة الإنعاش

8-المراقبة في وحدة العناية المركزة

9-أخطار و صعوبات في وحدة الإنعاش

10- تجربة طاقم الإنعاش

11- المقاربة المركزة حول العائلة في مصلحة الإنعاش

خلاصة الفصل

1-تعريف الإنعاش:

1-1-لغة:" تنشيط و تقوية، أنعش إنعاش أي أنهض و نشط و قوى".(معجم الكافي،2015، ص41)

1-2- تعريف الإنعاش في معجم المصطلحات الطبية:

هي مجموعة الإجراءات الطبية المركزة التي تتخذ لإعادة و دعم عمل الوظائف و الأعضاء الحيوية(كالقلب و التنفس...) لمباشرة عملها من جديد بعد أن تكون قد توقفت أو على وشك التوقف(معجم الوجيز في طب الأطفال، بدون سنة)

و تعرف كذلك أنها عملية استخدام مجموعة من الأدوات و التقنيات التي يوظفها أطباء التخدير و الإنعاش لإعادة ضبط أو مراقبة الوظائف الحيوية التي قد توقفت أو تراجع عملها لمدة معينة و يتم مساعد جسم الفرد بالقيام بها بواسطة أجهزة تهدف لنقل الدم و غسيل الكلوي، التهوية الميكانيكية،...(منظمة الصحة العالمية،OMS)

2-لمحة تاريخية:

ظهرت مصلحة الإنعاش الطبي في 1950 بعد ظهور مرض الشلل الذي يصيب الأطفال في أوروبا الشمالية، أين كان التكفل لفئة مرضى الأمراض الصدرية في طور الاختبار. (société française de l'anesthésie et de réanimation (La SFAR))

"و يعد الإنعاش علم طبي حديث أسسه الرواد اللذين ساروا على خطى الأطباء العسكريين وقد نشأ في النصف الثاني من القرن العشرين، كانت بداياته ممارسات شبه تجريبية مصحوبة بعدد وفيات مرتفع ما أثار تساؤلاتهم ح ول تعريف الموت و كيفية حدوثه و ما هي الآثار المترتبة من تواجد المرضى في العناية المركزة، و أدى تفشي الشلل لدى الأطفال و الأمراض المعدية مثل التهاب السحايا و الرئتين الحاد و السل و أمراض الجهاز التنفسي المزمنة مثل أمراض الرئة الناتجة عن تعرض عمال المناجم للغبار أدت كل هذه الأحداث

لتطوير هياكل متخصصة للرعاية الآلية و في الوقت نفسه أدى التقدم التكنولوجي إلى تحسين إدارة المرضى بواسطة استخدام معدات تمكن من معرفة حالة المريض بشكل عملي كمعدات مراقبة النشاط القلبي و أنظمة غسيل الكلى خارج الجسم، و قد تطور الإنعاش منذ عدة عقود و تطورت من ممارسة شبه تجريبية ذات معدل وفيات مرتفع إلى تخصص طبي ناجح ساعد في إنقاذ حياة الملايين من المرضى، و ستؤدي إدخال العلوم الإنسانية و فهم التحديات التي تطرحها بيئة المريض سواء كانت تقنية أو نفسية أو اجتماعية إلى تغير قواعد التشغيل فلقد تم إدراج معالجين فيزيائيين و نفسانيين و معالجين مهنيين للعمل كفريق متعدد التخصصات يعمل بشكل متكامل لرعاية المريض و عائلته". (Chahraoui, Laurent, Boiy, Quenot et Capellier, 2015, p10)

3-معايير وحدة العناية المركزة:

يجب أن تتميز وحدة العناية المركزة بخمسة معايير و هي:

-مواقع خاصة مصممة و تحتوي على عدد أسرة بين ثمانية و عشرين سريرا حسب قدرة استيعاب المصلحة و مساحتها.

-الرعاية و العلاج: يتم بأجهزة و أدوات خاصة يتم تجديدها دوريا: أجهزة التهوية، تصفية الدم، ..

-المراقبة: أجهزة تخطيط نبضات القلب، التنفس، عصبية..

-التشخيص: يتم بمساعدة أجهزة محمولة لتصوير الأشعة، تخطيط القلب، أجهزة مخبرية للطوارئ للكشف عن (غازات الدم، اللاكتات، الأيونات، نسبة السكر في الدم، الهيماتوكريت..)

-رعاية طبية دائمة 24/24 ساعة(Ben said, Hamel, 2010,2013)

4-الموظفون الموجودون في وحدة الإنعاش:

"- مختص في التخدير و الإنعاش، طبيب داخلي

-مختص نفسي

-ممرضين لديهم شهادة دولة في تخصص العناية المركزة

-مختص فيزيائي

-موظف تقني لصيانة و لمراقبة عمل أجهزة الإنعاش

_السكرتير"(نفس المرجع السابق، ص8)

5-أنواع مصالح الإنعاش:

هناك العديد من مصالح الإنعاش منها: مصلحة إنعاش متعددة الخدمات، و أخرى متخصصة مثلا مصلحة إنعاش لحديثي الولادة، مصلحة الإنعاش الجراحية، مصلحة إنعاش الأمراض المعدية، مصلحة إنعاش طب الأعصاب، مصلحة الإنعاش الطبي...

يتم تمييز أنواع مالح الإنعاش حسب حالة المرضى:

- مصلحة إنعاش طبي: يتواجد فيها مرضى يعانون من مضاعفات صحية كما يمكن أن يتم استقبال حالات بعد قيامها بعملية جراحية.

- مصلحة إنعاش جراحية: فيها يقومون برعاية مرضى يحتاجون لعمليات جراحية و هي كذلك يمكن أن تستقبل حالات طبية كما مصلحة الإنعاش الطبي.

- مصلحة إنعاش طبية و جراحية أو تسمى بمتعددة الخدمات تستقبل كل الحالات المختلفة التي تستوجب الإنعاش و العناية المركزة.

- مصلحة إنعاش خاصة بالأطفال: تتكفل بالأطفال و المراهقين الذين يحتاجون عناية مركزة.(نفس المرجع السابق)

6-الحالات التي تستوجب الاستشفاء في مصلحة الإنعاش:

المرضى المتواجدون في مصلحة الإنعاش فئة من الحالات الحرجة حيث توجد حالات مرضية عديدة: مرضى الأمراض الصدرية، الأمراض العصبية...بحيث يحتاجون عناية ومراقبة مستمرة لمؤشرات وظائفهم الحيوية(الأكسجين، ضغط الدم، دقات القلب...) بواسطة أجهزة خاصة، حيث أن أغلب الحالات موصلة بأجهزة تنفس اصطناعي وغيره من الأجهزة.

و يكون تحويل المرضى إلى هذه المصلحة بصفة مباشرة كحالة طارئة أو تحويل من طرف وحدات أخرى في المستشفى أو بعد الخضوع لجراحة، أغلب أعضاء مصلحة الإنعاش من أطباء و ممرضين متخصصون في التخدير و الإنعاش و يعملون بشكل مشترك مع مختصين في ميادين مختلفة كالمختصين من قسم الأشعة و الجراحة... (Berthet, 2020)

7-معايير القبول في مصلحة الإنعاش:

تعتبر مصلحة الإنعاش آخر محطة تحول إليها الحالات الحرجة التي تستوجب عناية مشددة و التي لها بروفيل صحي قد يتضمن الآتي حسب Jacque et Nicolas:2013 :

- "تأزم الوضع العصبي الذي يستدعي التهوية الميكانيكية.
- وجود عوامل مهددة للدماغ.
- عدم القدرة على التنفس.
- تضرر أو عجز أعضاء الإنسان عن العمل.
- المراقبة للتدخل في حالة تستدعي جراحة للأعصاب و أشعة للأعصاب".

حالات الموت دماغيا أو الالتهاب الدماغي".(p60)

8-المراقبة في وحدة العناية المركزة:

يقوم الفريق الطبي لمصلحة الإنعاش بعدة مراقبات لأداء العلاجات المركزة و هي أساسية لسيرورة العمل و هي حسب محمد عبد الرحمان،(2005):

- "المراقبة الأساسية و مراقبة الحالة الديناميكية الدموية.
- مراقبة نقل الأكسجين.
- قياس غازات الدم و التشبع بالأكسجين.
- قياس ضغط ثاني أكسيد الكربون المزفور.
- المراقبة العصبية و مراقبة الضغط داخل القحف.
- مراقبة التهدئة.
- قياس توتر الكربون المعدي."
- تقييم حالة التغذية. (ص171)

9-أخطار في مصلحة الإنعاش:

من بين عوامل الخطر لدى المرضى المتواجدين في مصلحة الإنعاش الطبي حسب Berthet, 2020 نجد:

"-عمر المريض

-الوزن و الجنس

-استهلاك الكحول

-التغذية

-مشاكل في الكلى"(p2)

نذكر بعض المخاطر الشائعة كذلك :

مخاطر ميكانيكية متعلقة بالأجهزة:

عندما يواجه المريض صعوبات في التنفس يستعين الطبيب بالتهوية الميكانيكية لكن تسبب في بعض الأحيان مضاعفات صحية كالصدمة الحيوية و الصدمة الكهربائية...بالنسبة للصدمة الحيوية فهناك خلايا مؤيدة للالتهابات تسمى السيتوكينات و التي تعمل على تضخيم الارتخاء الرئوي و بمرور الوقت تنتقل السيتوكينات إلى الدم ما يؤدي إلى حدوث فشل أعضاء متعددة.(Sedgwick, 2011)

صعوبات متعلقة بعدم الاستقرار:

تتمثل في حدوث تراجع غير ثابت و توقف في واحدة أو جميع الأنشطة الحيوية و قد تكون سبب أولي في تحديد مصير حياة المريض، و تصنف حسب(Pars 2014إلى:

"-مضاعفات القلب و الأوعية الدموية

-مضاعفات تنفسية

-مضاعفات جلدية

-مضاعفات هضمية

-مضاعفات المسالك البولية و العضلة العاصرة

-مضاعفات متعلقة بالمفاصل و العظام و العضلات

-مضاعفات عصبية عضلية"(P46-51)

10-تجربة طاقم الإنعاش:

يمر معظم أفراد الفريق الصحي بأعراض القلق و الإجهاد المهني

(Burn out syndrom–BOS) الذي يتمحور على 3 معايير:

- الإجهاد الانفعالي.
- عدم الإنسانية في العلاقات.
- فقدان اكتمال الذات في العمل.

كما أثبتت دراسة في فرنسا (BOS–REA) "الإجهاد المهني في مصالح الإنعاش" أن هناك إجهاد مهني عند (27%) من الممرضين و أن (11%) منهم يعانون من الاكتئاب الشديد لأسباب و عوامل تتمثل في:

– عدد الوفيات، التكفل بالحالات الحرجة جدا، وجود صراعات أو خلافات، عدم التقدير المهني و الشخصي، بحيث أن 46,5% من أطباء الإنعاش يعانون من الإجهاد المهني و أن الإناث أكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة من الرجال. 1\4 من الأطباء تظهر لديهم أعراض الاكتئاب و أكثر من نصفهم يتمنون ترك العمل، و كنتيجة هذه الأعراض و المعاناة تسبب:

- التواصل غير الجيد مع عائلات المرضى و الإخلال من نوعية العلاجات (الأداء المهني)...

و منه فإن مقدمي الرعاية و الأقارب و المرضى معرضون لمواقف و قرارات معقدة و مخيفة و أن صون العلاقات و التواصل و القدرة على التعاطف و التقيد بالقيم يجب أن تكون متبادلة إلى حد ما لخلق نوع من التراحم و يجب أخذها بعين الاعتبار في العلاقة

الثلاثية تماما كأهمية المحافظة و الالتزام بالعلاج و هذا ما يحسن المعاش النفسي للعائلات و الطاقم الطبي و ما يحفزهم على الأداء المهني الأمثل. (Boulgué, Mira et Duranteau, 2014)

11-المقاربة المركزة حول العائلة (The family centred care):

طورت هذه المقاربة في أمريكا الشمالية، و هي مقاربة عامة تهتم بحاجات العائلات و لها دور مهم خلال تواجد المريض في المستشفى، حيث أن العائلات بإمكانها أن تؤدي دورها تجاه المريض، و البقاء معه و يتمكنون من المشاركة في بعض أنواع الرعاية كالتدليك، تغيير جلسة المريض أو نقليه... و بالنتيجة فإن كل هذه الخطوات تساهم في الاندماج مع الطاقم الطبي و تحقق شروط العلاقة العلاجية الثلاثية "عائلة، المريض، طاقم طبي" (نفس المرجع السابق، ص744)

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

1-الدراسة الاستطلاعية

2-نتائج الدراسة الاستطلاعية

3-منهج الدراسة

4-مكان و زمان إجراء الدراسة

5-عينة الدراسة الأساسية

6-معاير انتقاء و إقصاء عينة الدراسة

7-خصائص عينة الدراسة

8-أدوات الدراسة

9-الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

10-طريقة إجراء البحث

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد القيام بعرض المعطيات النظرية حول موضوع دراستنا في الجانب النظري التي مكنتنا من معرفة كيفية بناء عملنا منهجيا، هنا سيتم عرض أدوات البحث التي نحتاجها و تحديد خطوات العمل الميداني بداية من الدراسة الاستطلاعية التي أتاحت لنا انتقاء عينة دراستنا و اختبار مدى صلاحية الأدوات البحثية مع تفاصيل أخرى سنتطرق إليها في هذا الفصل.

1-الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة منهجية في غاية الأهمية تهدف إلى الوقوف على بعض الأخطاء التي قد تؤثر على مصداقية و موضوعية الدراسة و نتائجها، انطلاقا من التحقق من وفرة عينة البحث و الرخصة الميدانية و كذا التحقق من فاعلية أدوات الدراسة و اكتساب خبرة عن تطبيقها.

و كأول خطوة قمنا بالحصول على عدة رخص للبحث الميداني في المستشفيات التالية: (المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، مستشفى مصطفى باشا بالجزائر، و مستشفى برج منايل)، ثم توجهنا إلى وحدات الإنعاش الطبي أين تم التواصل مع رئيس كل مصلحة بهدف الاتفاق و تعريفنا على النظام المعمول به و معطيات كأوقات الزيارات، كم من المرضى يوجد و ما هي حالاتهم الصحية، أين نجد أفراد عائلات المرضى و أين بإمكاننا إجراء دراسة حالة (المكتب) ...، و بعد التأكد من توفر عينة دراستنا طبقا لمجموعة من المعاير الواجب التركيز عليها في دراستنا: السن، المستوى التعليمي، القرابة و الزيارة المستمرة... قمنا بعدها بمقابلة عدد منهم وأجرينا اختبار أولي لكل من مقياس الضيق النفسي و مقياس تقييم الحاجيات، ذلك بعد ترجمة مقياس تقييم الحاجيات و عرضه على أساتذة محكمين لغرض التحكيم اللغوي ثم طبقنا كلا المقياسين على عينة مؤلفة من 50 حالة و كان هدفنا هو التأكد أن العينة لها سهولة في فهم التعليمة و البنود و مدى وضوحها و سهولة الإجابة على محتوى المقاييس و كذلك بهدف تكيف المقياسين، و بناءا على ملاحظاتنا و نتائج التحليل الإحصائي لثبات و صدق المقياسين بطريقة الصدق الداخلي و أقوال المفحوصين تأكدنا أن المقياسين ذات فعالية مما دفع بنا للاستمرار في الدراسة.

2-نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد ترجمة مقياس تقييم الحاجيات من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية قمنا بعرضه على 2 أساتذة محكمين و مختصين في علم النفس لإجراء التحكيم اللغوي، و بناءا على آرائهم و ملاحظاتهم قمنا بتعديل النسخة و تم تطبيقها على 50 فردا اللذين تتراوح أعمارهم من 19 سنة فما فوق لحساب ثبات و صدق المقياس، أما مقياس الضيق النفسي فقد كان متوفرا باللغة العربية فقمنا فقط بحساب الخصائص السيكومترية له بعد تطبيقه على نفس العينة و توصلنا لوجود صدق و ثبات لكلا المقياسين.

3-الدراسة الأساسية:

3-1-منهج الدراسة:

يتحدد منهج الدراسة من خلال طبيعة المشكلة و أهدافها الرئيسية فيمكن أن تقبل مشكلة واحدة أكثر من منهج واحد، و المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي الإحصائي الذي يمكن من تحليل البيانات و دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة و إثباتها كميا، كما اعتمدنا على المنهج العيادي في دراسة الحالات للتوصل لمعطيات كيفية.

4-مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية:

4-1-مكان إجراء الدراسة الأساسية:

أجريت الدراسة الميدانية في مستشفيات بولايتي تيزي وزو و الجزائر : المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، مستشفى مصطفى باشا بالجزائر(ساحة أول ماي بالجزائر العاصمة)، مستشفى برج منايل، و تحديدا على مستوى وحدات مصالح الإنعاش الطبي.

4-2-زمان إجراء الدراسة الأساسية:

قمنا بإجراء الدراسة الميدانية و خطواتها في الفترة الممتدة من أواخر شهر جانفي2023 إلى أواخر شهر أوت 2023.

5-مجموعة الدراسة الأساسية:

تكونت مجموعة الدراسة الأساسية من عينة أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي،عددهم 197 فردا من أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي اللذين تراوحت أعمارهم من 19 سنة فما فوق.

طريقة اختيار العينة:

قمنا باختيار عينة الدراسة باستخدام الطريقة القصدية و هو القيام بعرض المشاركة في دراستنا على أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي، و هذه الطريقة سمحت بإعطاء فرص متساوية لكل فرد من أفراد العينة للمشاركة في الدراسة.

وقد تم اختيار هذه العينة وفقا لمجموعة من الخصائص و المعايير التي تخدم الدراسة و تتمثل فيما يلي:

5-1-معايير انتقاء عينة الدراسة:

-أن يكون سن أفراد عينة الدراسة (18 سنة فمافوق).

-أن يكون المريض في حالة غيبوبة و ما يزال متواجدا في مصلحة الإنعاش.

-مراعاة متغير الدراسة المرتبط بالقرابة للمريض المتواجد في مصلحة الإنعاش الطبي.

-أن يكون الفرد يأتي لزيارة المريض منذ تواجده في مصلحة الإنعاش من 24إلى 72 ساعة.

-أن يكون الفرد موافقا على المشاركة في الدراسة.

5-2-معايير إقصاء عينة الدراسة الأساسية:

-استبعاد كل شخص أو فرد لا يقرب أو لا يزور المريض عادة.

-استبعاد كل من يجيب أو يريد المشاركة بعد وفاة المريض، و من عرضت عليه المشاركة في الدراسة ووافق لكن توفي المريض قبل أن يجيب.

-استبعاد كل فرد يعاني من مرض نفسي أو عقلي.

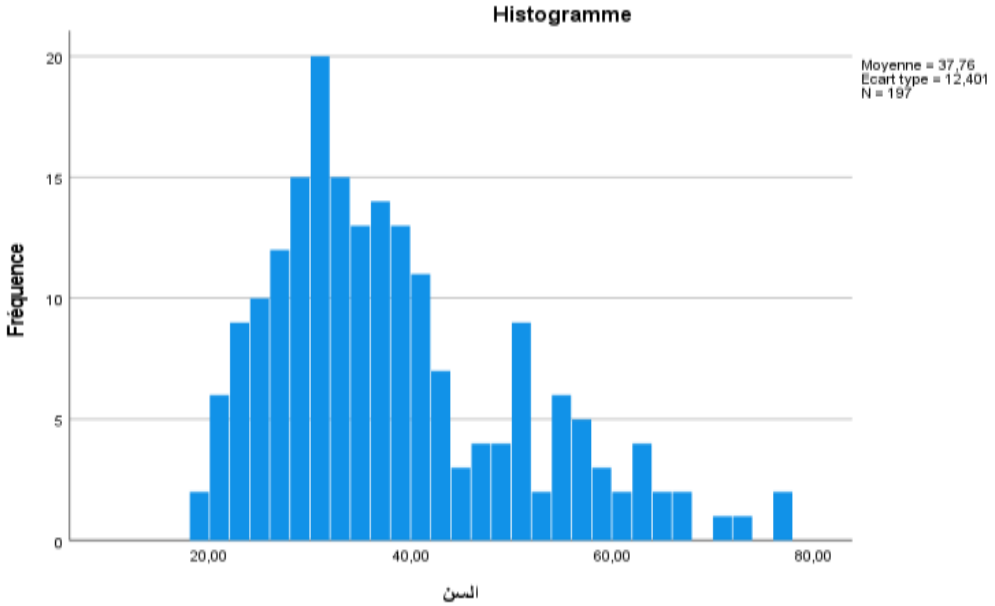
خصائص عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (197)أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي، و اختيروا من فئة عمرية تتراوح أعمارهم بين (19- 76) سنة بمتوسط (37,76) سنة وانحراف معياري يقدّر بـ (12,40). حيث يتوزع أفراد العينة حسب بعض المتغيرات كما هو موضح في الجدول (1).

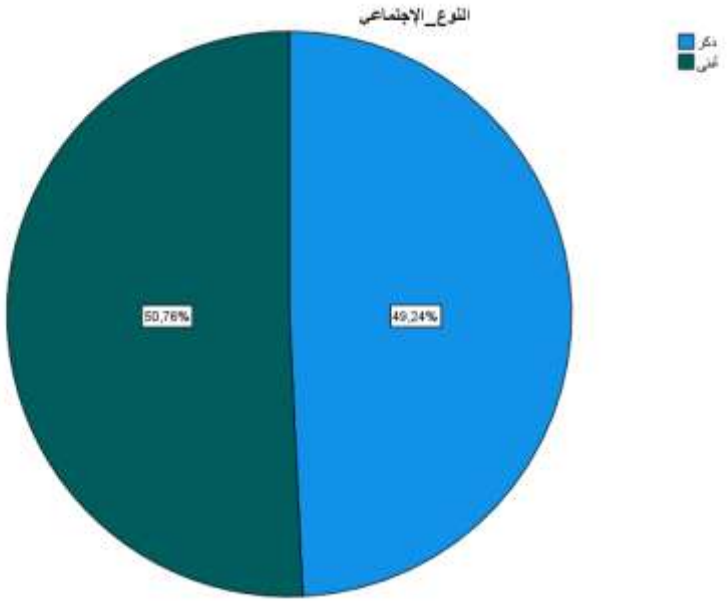
جدول (1): توزيع أفراد العينة حسب بعض المتغيرات

المتغيرات	الفئات	عدد الأفراد	النسبة %
النوع الاجتماعي	ذكر	97	49,2
	أنثى	100	50,8
	المجموع	197	100,0
المستوى التعليمي	ابتدائي	2	1,0
	متوسط	25	12,7
	ثانوي	73	37,1
	جامعي	97	49,2
	المجموع	**197**	**100,0**
	زوج	17	8,6
	زوجة	15	7,6
	أب	18	9,1

القرابة	أم	26	13,2
	ابن	37	18,8
	ابنة	14	7,1
	أخ	26	13,2
	أخت	18	9,1
	عضو آخر من العائلة	11	5,6
	آخرون	15	7,6
	المجموع	**197**	**100,0**
العيش مع المريض	نعم	119	60,4
	لا	78	39,6
	المجموع	**197**	**100,0**
عدد الزيارات	مرة في اليوم	69	35,0
	مرتين في اليوم	72	36,5
	مرة في الأسبوع	20	10,2
	مرتين في الأسبوع	16	8,1
	أكثر من مرتين في الأسبوع	16	8,1
	متكفل بالمريض	4	2,0
	المجموع	197	100,0
وجود خبرة سابقة	نعم	63	32,0
	لا	134	68,0
	المجموع	197	100,0

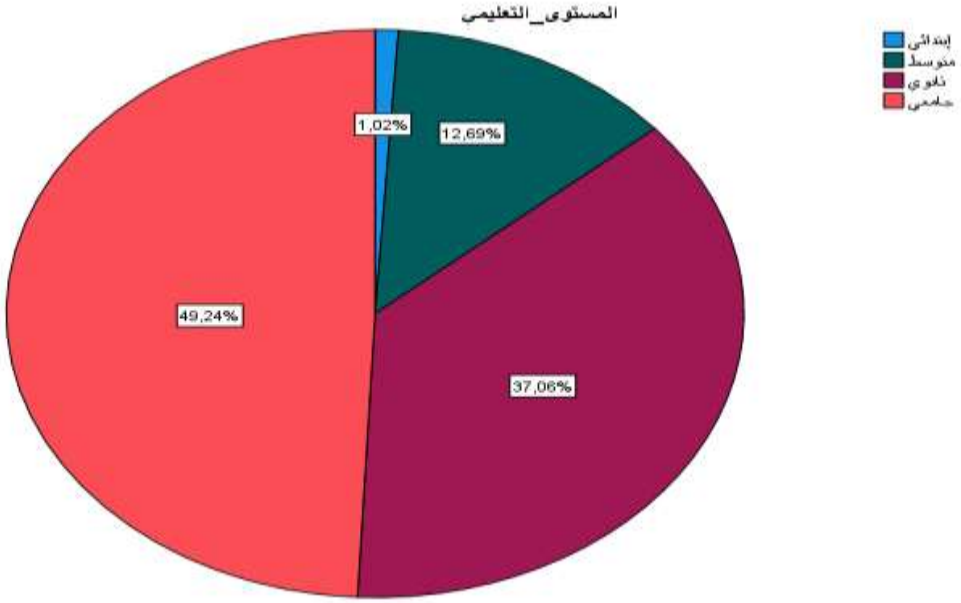


رسم بياني يمثل المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لعينة الدراسة



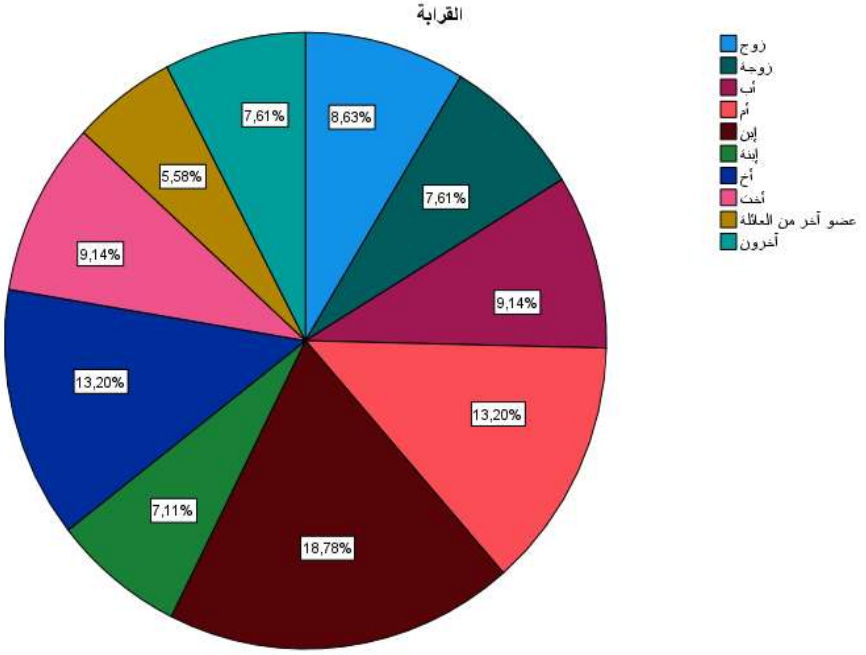
دائرة نسبية تمثل نسبة الذكور و الإناث التي تتكون منها عينة الدراسة

نلاحظ من خلال الدائرة النسبية أن عينة الدراسة تتكون من 49,24% من الذكور و 50,76% من الإناث.



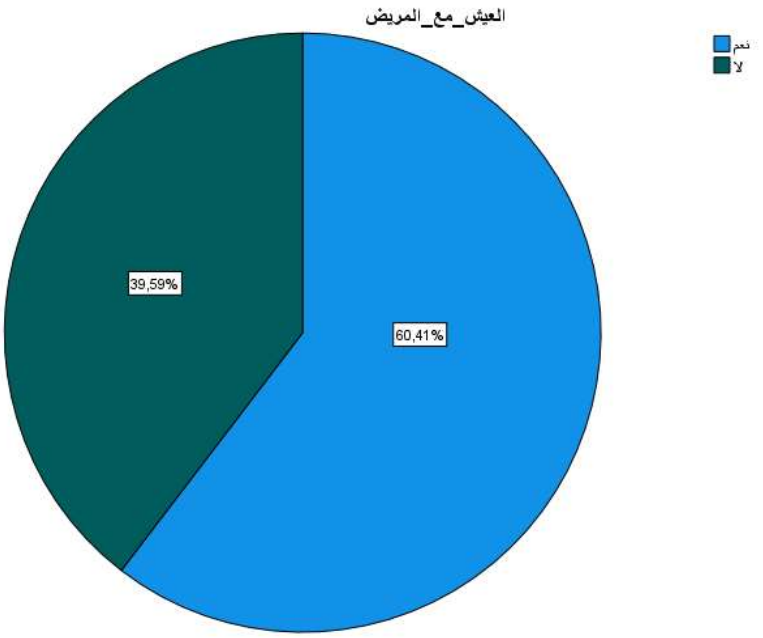
دائرة نسبية تمثل نسب المستويات التعليمية لدى عينة الدراسة

نلاحظ من خلال الدائرة النسبية أن نسبة 49,24% من عينة الدراسة لدسهم مستوى تعليمي جامعي و أن 37,06% لديهم مستوى تعليم ثانوي، أما 12,69% فلديهم مستوى تعليم ثانوي و أقل نسبة هي 1,02% و هي تمثل الأشخاص ذات مستوى تعليم إبتدائي.



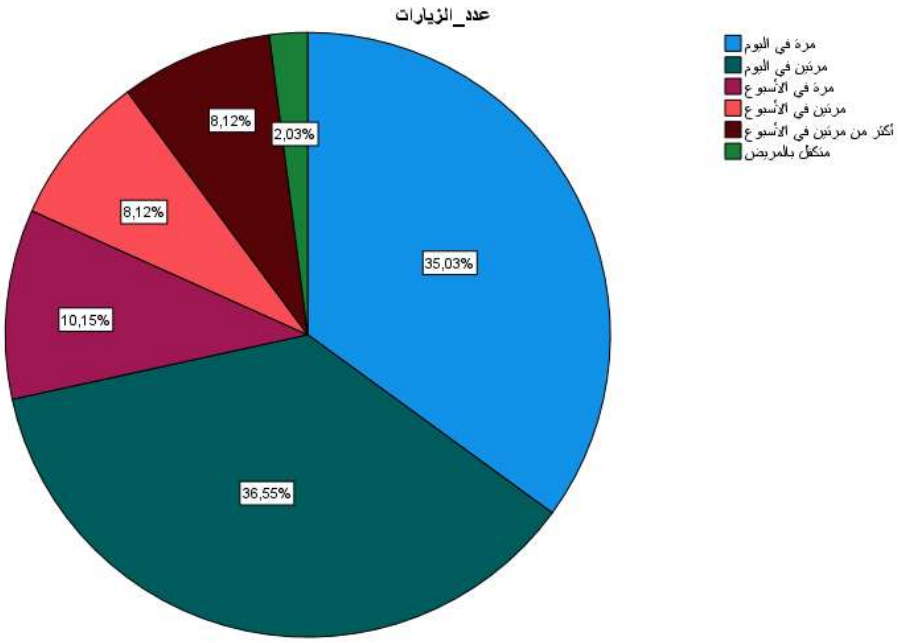
دائرة نسبية تمثل نسبة كل قرابة أفراد العائلات للمريض المتواجد في مصلحة الإنعاش الطبي

توضح الدائرة النسبية نسب كل قرابة للمريض و كانت أكبر نسبة لصالح الأبناء الذكور بنسبة 18,78% و أقل نسبة 5,58% التي تمثل الأقارب من العائلة الكبيرة.



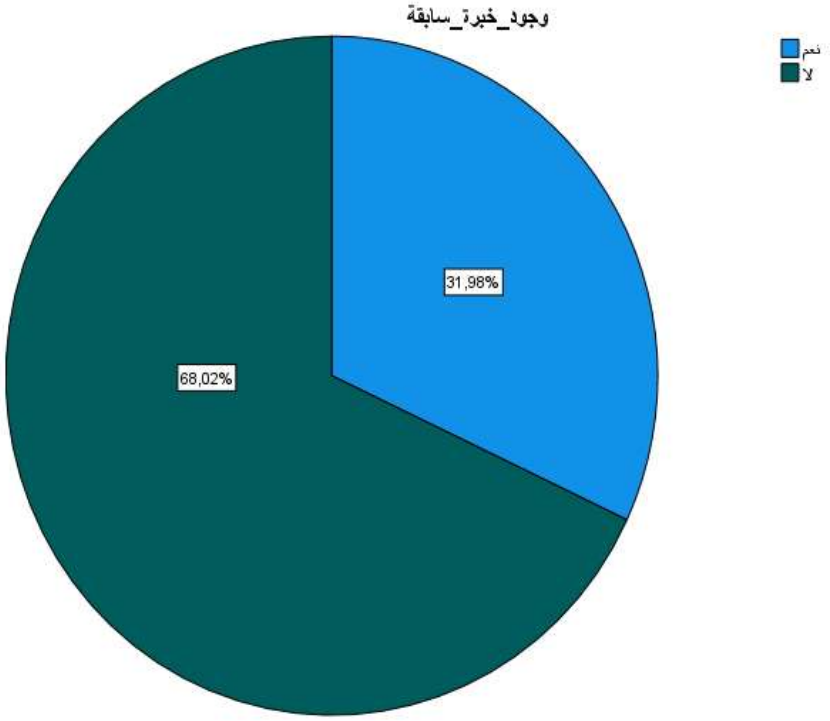
دائرة نسبية تمثل نسب أفراد العائلات الذين يعيشون مع المرضى و اللذين لا يعيشون معهم

نلاحظ من خلال الدائرة النسبية أن نسبة 60,41% من الأقارب يعيشون مع المريض و أن نسبة 30,59% لا يعيشون معه، منه نستنتج أن الأغلبية تعيش مع المريض.



دائرة نسبية تمثل نسب عدد الزيارات التي يقوم بها أفراد عائلة المريض

نلاحظ من خلال الدائرة النسبية أن أكبر نسب الزيارة تعود لمرة في اليوم بنسبة 35,03% و مرتين في اليوم بنسبة 36,55%.



دائرة نسبية تمثل نسب وجود خبرة سابقة لزيارة و تواجد قريب مريض في مصلحة الإنعاش الطبي

من خلال الدائرة النسبية نلاحظ أن نسبة 68,02% ليس لديهم خبرة و تجربة سابقة لزيارة قريب متواجد في مصلحة الإنعاش الطبي و 31,58% لديهم خبرة سابقة.

6-أدوات الدراسة الأساسية:

من الأدوات المستخدمة في الدراسة نذكر:

6-1-المقابلة النصف موجهة: حوار بين فاحص و مفحوص يتضمن أسئلة مفتوحة و مغلقة تتيح للفرد التعبير بحرية نسبية و عدم تقيد إجاباته بنعم أو لا فقط، كما تستخدم للحصول على معطيات تخص حالة الفرد المفحوص، و يتم القيام بالملاحظة البسيطة التي

هي عملية مشاهدة ردود أفعال المفحوص و جميع السلوكيات الخارجية القابلة للملاحظة و أقوال المفحوص بطريقة منهجية و منظمة.

6-3-المقاييس الخاصة بالدراسة:

تم استخدام مقياس الضيق النفسي و مقياس تقييم الحاجيات و هي مقاييس خاصة تستعمل لفئة عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش.

-مقياس الضيق النفسي: DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress scale-21items)

قام بإعداد هذا المقياس لوفيبوند Lovibond سنة(1995) وهي النسخة المختصرة من أصل النسخة الأسترالية ذات 42 بند، حيث يقوم المفحوص بالاستجابة على بنود المقياس بناءا على حالته المزاجية خلال الأيام السبع الماضية، و يتألف المقياس من 3 مقاييس فرعية تقيس الأعراض الأساسية للانفعالات الوجدانية السلبية (الاكتئاب،القلق،الضغط النفسي)، يتكون المقياس من 7 بنود لكل بعد أو مقياس فرعي و هي كالآتي:

جدول رقم (2) يمثل أرقام بنود كل مقياس فرعي

الأبعاد	أرقام البنود	العدد الإجمالي
مقياس الاكتئاب	(3، 5، 10، 13، 16، 17، 21)	7
مقياس القلق	(2، 4، 7، 9، 15، 19، 20)	7
مقياس الضغط النفسي	(1، 6، 8، 11، 12، 14، 18)	7

-طريقة تصحيح المقياس:

يطلب من المفحوص تقييم مدى الحالة التي كانت خبرة خلال الأسبوع الماضي من خلال استعمال أرقام مقابلة لتقديرات بطريقة مقياس ليكارت الرباعي النقط كما يلي:

جدول رقم (3) يوضح طريقة تقدير الاستجابة من طرف المفحوص و طريقة تنقيط مقياس الضيق النفسي

الاستجابة أو البدائل	التنقيط
لا ينطبق علي أبدا	0
ينطبق علي بعض الشيء أو قليلا من الأوقات	1
ينطبق علي كثيرا أو لفترة جيدة من الأوقات	2
ينطبق علي كليا أو معظم الأوقات	3

يجب ضرب مجموع العناصر السبعة في كل مقياس فرعي (× 2)للحصول على النتيجة الإجمالية التي إذا تجاوزت 100 درجة فإن ذلك يدل على ارتفاع الضيق النفسي، و يتم تقييم مجموع الدرجات على كل مقياس فرعي كالآتي:

مقياس الاكتئاب الفرعي إلى:

-اكتئاب طبيعي(0_9)، اكتئاب خفيف(10_12)، اكتئاب متوسط(13_20)، اكتئاب شديد(21_26)، اكتئاب شديد جدا(28_42).

كما تم تقييم الدرجة الفرعية للقلق إلى:قلق طبيعي(0_6)، قلق خفيف(7_9)، قلق متوسط(10_14)، قلق شديد(15_19)، قلق شديد جدا(20_42).

وقد تم تقييم مجموع الدرجات على مقياس الضغط الفرعي إلى:الضغط الطبيعي(0_10)، الضغط الخفيف(11_18)، الضغط المتوسط(19_26)، الضغط الشديد(27_34)، الضغط الشديد جدا(35_42) (Pelling and Burton, 2017)

-الخصائص السيكومترية لمقياس الاكتئاب و القلق و الضغط النفسي(DASS-21):

"قام Lovibond 1995 بدراسة الخصائص السيكومترية للنسخة الأصلية و الكاملة المبتكرة من طرفه، حيث طبقه على عينة قدرت ب717 من الأستراليين و قد توصل إلى أن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة و وجد أن معامل الارتباط مع قائمة بيك للقلق هو0,81، و الاكتئاب بلغ ارتباطه 0,74، كما أجرى موسى و لوفيبند (Moussa, Lovibond, and Laube,2001) نسخة عربية للمقياس و قيمت خصائصه السيكومترية بواسطة تطبيق المقياس على عينة تقدر ب220 من المهاجرين العرب القاطنين بأستراليا من الجنسين من سن 18 فما فوق، كما قاموا بمقارنتها بالنسخة الأصلية الإنجليزية و أظهرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي أنه يتمتع بمؤشرات المطابقة، ومعاملات الارتباط كانت0,92،0,91.

و قد طبق المقياس في المملكة المتحدة من طرف (Crawford and Henry,2003) على عينة 1771 لفئة عمرية من 15 إلى 91 سنة لكلا الجنسين و اختبر البناء العاملي و الصدق و توصل إلى أن المعاملات تتمتع بصدق كاف و مرتفع.

و في إسبانيا(في برشلونة تحديدا) اختبر المقياس من طرف (Bados, Salmsand Andrées,2005) على عينة تكونت من طلاب و طالبات عاديين و 360 من مرضى القلق و الاكتئاب حيث توصل لوجود مطابقة نسبية.

إلى جانبها نجد النسخة التركية (Akin and Cetin, 2007) دراسة على عينة 590 من طلاب الجامعة (121) من المعلمين و 136 من المضطربين انفعاليا و توصلت لصدق المقياس.

في 2012 أجرى (Osman, 2012) دراستين لخصائص المقياس على عينة أولية اللذين هم طلبة عددهم 887 و العينة الثانية 410 فتوصل لوجود مطابقة لكن أوصى الباحثون بالاستقصاء أكثر.

النسخة الفرنسية(Ramasawmy, 2015) طبق المقياس على عينة (1002) من المراهقين في موريتانيا لكلا الجنسين تراوحت أعمارهم ما بين (11-19) سنة، تحصل المقياس على مؤشرات مطابقة مقبولة و النموذج الثلاثي كان الأفضل من حيث الثبات و الاتساق الداخلي.

و نجد رشد سنة 2017 أجرى تحقق للنسخة الجزائرية على عينة 404 من طلبة المرحلة الثانوية من كلا الجنسين و قد دعمت النتائج البنية العاملية الثلاثية من الدرجة الثانية دون الأولى.

دراسة سعودية (Alga, Hassan, 2021) على عينة 704 من المجتمع السعودي سن18 فما فوق قيم ألفا كروم باخ لمقاييس الاكتئاب و القلق و الضغط النفسي و الدرجة الكلية:0,94،0,89،0,81،0,88 على التوالي".(سامية، 2021، ص107-117)

-ثبات المقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة متكونة من 50 فردا من أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي، و بعد تفريغ البيانات المتحصل عليها تم استعمال برنامج (spss)

لحساب صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي، إذ تم حساب معاملات ارتباط بيرسون لكل فقرة بالبعد أو المقياس الفرعي الذي تنتمي له و بالدرجة الكلية للمقياس، و كذلك ارتباط درجات الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس.

-عينة الصدق والثبات:

عدد الأفراد = 50 تتراوح أعمارهم بين (23- 76) سنة بمتوسط عمر بلغ (36,92) سنة، وانحراف معياري (11,44)، حيث أن بلغت نسبة الذكور (48%)، والإناث (52%).

-الصدق:

تم التحقق من صدق مقياس الضيق النفسي باستخدام طريقة الصدق الداخلي بتقدير معاملات الارتباط "بيرسون" بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها، وبين الأبعاد (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) فيما بينها، وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (4): معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها

الاكتئاب		القلق		الضغط النفسي	
البنود	معامل الارتباط	البنود	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
3	0,86**	2	0,76**	1	0,84**
5	0,81**	4	0,76**	6	0,52**
10	0,81**	7	0,79**	8	0,83**
13	0,92**	9	0,31**	11	0,84**
16	0,83**	15	0,88**	12	0,85**
17	0,78**	19	0,87**	14	0,76**
21	0,74**	20	0,79**	18	0,85**

** دال عند **0,01**

يتضح من الجدول (4) أن معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها مرتفعة تتراوح ما بين (0,31- 0,88)، ودالة إحصائيا عند مستوى 0,01. وهذا ما يؤكد على تمتع البنود باتساق داخلي مع الأبعاد التي تنتمي إليها، وبالتالي فان بنود مقياس الضيق النفسي صادقة.

جدول (5): معاملات الارتباط بين الأبعاد، وبين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضيق النفسي

الأبعاد	(1)	(2)	(3)	الدرجة الكلية
الاكتئاب (1)	---	0,91**	0,92**	0,98**
القلق (2)	---	---	0,91**	0,96**
الضغط النفسي (3)	---	---	---	0,96**

** **دال عند 0,01**

يتضح من الجدول (5) أن معاملات الارتباط بين الأبعاد فيما بينها، وبين الأبعاد والدرجة الكلية مرتفعة جداً تتراوح بين (0,91_ 0,98)، ودالة إحصائيا عند مستوى 0,01، وهذا ما يؤكد على اتساق الأبعاد فيما بينها، واتساقها مع الدرجة الكلية للمقياس، مما يؤكد على تمتع مقياس الضيق النفسي بالصدق الداخلي.

الثبات: للتأكد من ثبات درجات مقياس الضيق النفسي بأبعاده (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)، تم استخدام طريقة "ألفا" للتناسق الداخلي بين بنود الأبعاد، وبين بنود المقياس الكلي.

جدول (6): معاملات الثبات "ألفا" للتناسق الداخلي لدرجات الأبعاد و درجات المقياس الكلي

الأبعاد	عدد البنود	معامل ألفا
الاكتئاب	7	0,92
القلق	7	0,87
الضغط النفسي	7	0,91
المقياس الكلي	21	0,96

توضح نتائج الجدول (6) أن معامل الثبات "ألفا"لدرجات المقياس الكلي مرتفع بلغ (0,96)، كما جاءت معاملات الثبات "ألفا" لدرجات الأبعاد مرتفعة تتراوح بين (0,87_ 0,92)، مما يثبت بأن مقياس الضيق النفسي يتمتع بدرجات ثبات عالية.

-مقياس تقييم الحاجات لدى العائلات:

يتكون من 14 بند أعد من طرف جونسون و كولياك(Johnson and colleagues) سنة1998، حيث أن النسخة الأصلية تحتوي على 45 بند، وهو يقيس تقييم حاجات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش و مدى الرضا عن تلبيتها لهم.

و يكشف هذا المقياس عن كيفية استقبال العائلات و التواصل معهم و ما إذا كان فريق الصحة يتعاطفون و يتقربون للعائلات ، هل هناك تقديم معلومات واضحة و صادقة عن حالة المريض و وجود الثقة بين فريق الصحة و العائلات ، شرح سياسة الزيارة و ساعات الزيارة، التواصل بين الموظفين و العائلات، الشعور بالإيواء أثناء الزيارات أو في غرفة الانتظار و الشعور بالراحة، التعاطف.

فعندما تكون الإجابة بالبدائل 1أو 2 (تقريبا كل الأوقات، معظم الأوقات) تدل على الرضا و تنقط 1، أما إذا أجاب الفرد بالبدائل 3 أو 4 (فقط من وقت لآخر، أبدا) فذلك يدل على عدم الرضا و أن تقييم الحاجيات منخفض أو معدوم و ينقط 0. باستثناء الفقرتين 11 و 14

اللتان صاغتا بطريقة تجعل الإجابات 1 و2 تدل على عدم الرضا تنقط (درجة 0) و (درجة 1) للبديلين 3 و4.

يحسب مستوى الرضا كمجموعة من النقاط أصغر تنقيط هو 0 يدل على عدم الرضا و أكبر تنقيط هو 14 يدل على الرضا التام. (Eelie, Frédéric, Sylvie, François and Mustafa, Jean-rouger and Jean François and Benoît, 2001,p 136)

جدول رقم(7) يوضح تنقيط مقياس تقييم الحاجيات

الاستجابة أو البدائل	التنقيط
تقريبا كل الأوقات	**1**
معظم الأوقات	**1**
فقط من وقت لآخر	**0**
أبدا	**0**

أما البندين أو الفقرتين 11 و 14 فيكون تنقيطهما معكوس كالآتي:

الاستجابة أو البدائل	التنقيط
تقريبا كل الأوقات	**0**
معظم الأوقات	**0**
فقط من وقت لآخر	**1**
أبدا	**1**

الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتأكد من مصداقية و صلاحية أداة الدراسة الحالية تم إتباع الخطوات التالية:

الصدق الظاهري:

- **صدق المحكمين:**

قمنا بترجمة مقياس تقييم الحاجيات من اللغة الفرنسية للغة العربية و عرضناه على 4 من الأساتذة المحكمين المتخصصين في علم النفس لغرض التحكيم اللغوي، بهدف التأكد من مدى صحة الترجمة و سلامة الصياغة اللغوية، و بناءا على ملاحظاتهم قمنا بإجراء تعديلات حيث أشاروا لإعادة صياغة بعض البنود.

جدول رقم (8) الصيغة الأولية و المعدلة لعبارات مقياس تقييم الحاجيات

رقم البند	صياغة البند قبل التحكيم	صياغة البند بعد التحكيم
01	هل لديك إحساس أن العلاجات الممتازة و الممكنة قدمت للمريض؟	هل لديك إحساس أن العلاجات الأفضل و الممكنة قدمت للمريض؟
02	هل لديك انطباع أن الطاقم الطبي للمستشفى يهتم بالمريض ؟	لم يتم تغيرها
03	التوضيحات التي قدمت لك عن حالة المريض كانت مصاغة بكلمات تستطيع فهمها؟	التوضيحات التي قدمت لك عن حالة المريض هل كانت مصاغة بكلمات تستطيع فهمها؟
04	هل لديك إحساس أنك استلمت معلومات صادقة عن حالة المريض ؟	لم تتغير
05	هل تفهم ما الذي يحدث للمريض و لماذا يقومون بتلك الأشياء ؟	لم تتغير
06	هل أعضاء الطاقم الطبي مؤدبون معكم؟ هل كان الطاقم الطبي لطفاء معكم؟	هل كان أعضاء الطاقم الطبي لطفاء معكم؟
07	هل أظهر بعض أفراد الطاقم الطبي اهتماما لحالتك ؟	لم تتغير
08	هل تفكر أن شخصا ما سيهاتفك في حالة تغيير كلي أو مهم في حالة المريض ؟	هل تفكر أن شخصا ما سيهاتفك في حالة تحسن حالة المريض ؟
09	هل زودك الفريق الطبي للمستشفى بتوضيحات حول الأجهزة المستخدمة ؟	لم تتغير
10	أنا جدا راض عن العلاجات المقدمة للمريض	لم تتغير
11	هناك بعض الجوانب فيما يخص العلاجات الطبية التي يتلقاها المريض و التي يمكن	هناك بعض الأمور المتعلقة

	تحسينها.	بالرعاية الطبية التي يحصل عليها المريض يمكن تحسينها
12	هل تشعر بالارتياح عندما تأتي لزيارة المريض في وحدة العناية المركزة ؟	لم تتغير
13	هل قاعة الانتظار مريحة ؟	لم تتغير
14	هل تشعر أنك وحدك و معزول في قاعة الانتظار؟	لم تتغير

الصدق الداخلي للمقياس:

بعد التحقق من الصدق الظاهري قمنا بتطبيق المقياس على عينة متكونة من 50 فردا من أفراد من عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي اللذين يتراوح سنهم من 18 سنة فما فوق، و بعد تفريغ البيانات المتحصل عليها تم استخدام برنامج (spss) لحساب الصدق الداخلي الذي يبين صدق البناء و ذلك بحساب علاقة ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس و تحصلنا على ما يلي:

مقياس تقييم الحاجات لدى العائلات:

الصدق: تم التحقق من صدق مقياس تقييم الحاجات لدى العائلات باستخدام طريقة الصدق الداخلي بتقدير معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس، والنتائج تم عرضها في الجدول التالي:

جدول (9): معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمقياس تقييما لحاجات لدى العائلات

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	0,74**	8	0,76**
2	0,71**	9	0,98**
3	0,81**	10	0,83**
4	0,94**	11	0,85**
5	0,54**	12	0,95**
6	0,85**	13	0,98**
7	0,98**	14	0,60**

** **دال عند مستوى 0,01**

يتضح من الجدول (9) أن معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس جاءت مرتفعة تتراوح بين (0,54–0,98)، ودالة إحصائيا عند مستوى 0,01، حيث أنها تتعدى الحد الأدنى (0,30). وبالتالي تتمتع بنود مقياس تقييم الحاجات لدى العائلات ببنية داخلية متسقة، مما يؤكد على صدقه الداخلي.

الثبات: تم تقدير ثبات درجات مقياس تقييم الحاجات لدى العائلات باستخدام طريقة التناسق الداخلي (ألفا) وطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان–براون).

جدول (10): معاملات ثبات درجات مقياس تقييم الحاجات لدى العائلات

عدد البنود	معامل ألفا	معامل سبيرمان–براون
14	0,93	0,90

يتضح من الجدول (10) أن معاملات ثبات درجات مقياس تقييم الحاجات لدى العائلات مرتفعة، حيث بلغ معامل "ألفا" (0,93)، وبلغ معامل "سبيرمان–براون" (0,90)، وهذا ما يؤكد على تمتع مقياس تقييم الحاجات لدى العائلات بثبات عالي.

جدول رقم (11) المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس لكارت

المتوسط المرجعي	المستوى
من 0 إلى 0,25	تقريبا كل الأوقات
من0,26 إلى 0,51	معظم الوقت
من0,52 إلى 0,77	فقط من وقت لآخر
من 0,78 إلى 1,03	أبدا

8-الأساليب الإحصائية المستعملة:

بعد جمع البيانات و تفريغها في برنامج (spss) قمنا بتحليلها بالأساليب الإحصائية التالية:

- حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان_براون) و ألفا كرومباخ.
- حساب معاملات الارتباط بيرسون للتحقق من الصدق الداخلي للمقياس.

9-كيفية إجراء البحث:

بعد إجراء بحث عن أدوات الدراسة التي تمثلت في مقياس الضيق النفسي و مقياس تقييم الحاجيات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش اللذان يتماشيان مع موضوع بحثنا، و بعد تأكدنا من المصادر عن تفاصيل تحديثهما و للتأكد من صلاحيتهما و مستوى الثبات و الصدق قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة بحثنا التي قدرت ب 8 أفراد من عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي، و لسبب قلة العينة اقترحت علينا مشرفتنا الحصول على أفراد عينتنا في مستشفيات أخرى كمستشفى مصطفى

باشا، فتنقلنا إليها أين تم الموافقة على إجراء دراستنا الميدانية، و لكن بطبيعة مصالح الإنعاش التي هي تواجد حالات حرجة جدا و وفاة معظم المرضى بعد يوم أو يومين من تواجده في المصلحة، و الحالة المزاجية لدى بعض أفراد العائلات التي لا تسمح بالحديث معها حتى، و كذلك تم الرفض في المشاركة في دراستنا من طرف البعض لأسباب عدة و أساليب عديدة، كما كان المؤزر الأبيض الطبي أحيانا عاملا مساعدا للحصول على انتباه و قبول المشاركة في دراستنا و العكس حين تكون هناك مشاكل مع الأطباء فنقابل نحن أيضا بالرفض بأساليب عديدة، و ضاعت إجابات العينة الأولى من محاولتنا فقمنا بإجراء مقياس إلكتروني ب (Googl forme) الذي تحصلنا من خلاله على 22 إجابة، لكن أغلب من وافق على الإجابة بعضهم غير رأيه و تحجج بأنه مشغول و الآخرون توفي مريضهم لهذا لم يتمكنوا من الإجابة و استبعدناهم عن عينة الدراسة وفق معايير انتقاء و إقصاء عينة الدراسة، و قد شكلت هذه العوامل عائقا لإتمام بحثنا، و ما جعل الحصول على القدر الكافي من عينتنا في فترة زمنية قصيرة أو متوسطة غير ممكن.

واصلنا إجراء بحثنا في المستشفيات التالية: مستشفى مصطفى باشا ساحة أول ماي الجزائر العاصمة، مستشفى ندير محمد بتيزي وزو، مستشفى برج منايل حتى أواخر شهر أوت و قد تحصلنا على 197 إجابة من أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي و هو عدد جدا كاف لإتمام دراستنا.

خلاصة الفصل:

عرضنا في هذا الفصل خطوات إجراء الدراسة الميدانية و أهم مجرياتها و خصائص عينة الدراسة، و أدوات الدراسة التي قمنا بالتحقق من صلاحيتها بإجراء التحليل الإحصائي من حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية و معامل ألفا و الصدق بمعامل بيرسون للكشف عن الارتباطات الخاصة بكل مقياس، بعدها اعتمدنا على المنهج الوصفي الإحصائي لتحليل البيانات المتحصل عليها و لاختبار فرضيات الدراسة التي سيتم عرض نتائجها في الفصل اللاحق.

الفصل الخامس

عرض و تحليل النتائج

تمهيد:

1-عرض و تحليل دراسة حالة

2-عرض و تحليل نتائج الدراسة الإحصائية

3-المناقشة العامة

4-الاستنتاج العام

5-اقتراحات

الخلاصة

تمهيد:

يشتمل هذا الفصل على عرض و تحليل النتائج التي تحصلنا عليها بعد إجراء الدراسة الميدانية من تطبيق مقاييس و دراسة حالات عيادية، سنقوم بعرض نتائج البيانات المعالجة إحصائيا و تحليل معطيات و استجابات دراسة أربع حالات.

2-عرض و تحليل دراسة الحالة:

1. الحالة الأولى :

- تقديم الحالة :

الحالة "ج" يبلغ من العمر 31 سنة لديه مستوى تعليمي جامعي و هو يعمل، أمه متواجدة آنيا في مصلحة الإنعاش الطبي في حالة غيبوبة.

- عرض وتحليل مضمون المقابلة :

قمت بإجراء المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة (ج) داخل مكتب تابع لمختص نفسي داخل مصلحة الإنعاش و ذلك كان بموافقة الحالة و قوله " نعم أنا مستعد لذلك ".

في أول المقابلة بدأت بالاستفسار عن سبب دخول أمه لمصلحة الإنعاش فأجاب " أنا كنت خدام d'un seule coup عيطولي من الدار قالولي يما طاحت داوها les pompiers "، " يما عندها l'attention " "جريت لوبيتال لقيت طلعوها Service هذا "

بمعنى " أنا كنت في العمل و فجأة تم الاتصال بي من البيت و أخبروني أن أمي قد أغمي عليها و نقلها الإسعاف للمستشفى و هي تعاني من ضغط الدم و بعدها أتيت للمستشفى ووجدت أنها نقلت لمصلحة الإنعاش"

من خلال أقوال و السلوك الظاهري للحالة يتبين أنه في حالة صدمة فقد جاءه الخبر فجأة و حولت أمه لمصلحة الإنعاش بسرعة مما يزيد من القلق و التوتر عليها، كان يتكلم و هو يظهر سلوكيات و حركات طبوغرافية قوية و تعكس شدة الانفعال كفتح العينين كثيرا و استخدام اليدين عند الحديث...

من ثم استفسرت عن مدة تواجد المريض داخل مصلحة الإنعاش و قال لي " عندها 15 يوم هنا و الله فشلت جات ليا surprise ما كنت نسنا راهي بليماشن راقدة " بمعنى " هي متواجدة هنا منذ 15 يوم، و الله تعبت لقد جاءتني كمفاجأة لم أتوقع ذلك هي نائمة بالآلات" ما يعني أن الحالة تعرضت لوضعية ضاغطة فجأة و المريض متواجد في الإنعاش منذ مدة معتبرة لذا كانت الحالة جد قلقة، و قد كان يريد البكاء أثناء الحصة و يبدوا عليه القلق و الحزن الشديد على حالة أمه قائلا:" راني خايف تروح و تخلينا عندي 10 أيام هاذي مارقدتش نصلي و ندعيلها " بمعنى " أنا خائف أن تتركنا أمي، أنا لم أنم منذ عشرة أيام دائما ما أصلى و أدعي لها" ، و هذا يوضح أن الحالة دائم التفكير في مصير والدته ما يسبب له اضطراب النوم و عدم القدرة على النوم حتى.

تعاني أغلب عائلات مرضى الإنعاش من قلق الانفصال عن المريض بحيث أن عوامل الانفصال و الوفاة ترتفع بتواجده في الإنعاش فذلك دال على خطورة حالته و عدم استقرارها.

و كانت الحالة تبدو عليه أعراض الاكتئاب كضعف في التركيز و اليأس و الشعور بالتعب و أعراض القلق للارتعاش و الرجفان في الصوت و الحركة، و قد ظهرت عليه أيضا أعراض ضغط نفسي شديدة من صداع و ضربات قلب سريعة بقوله " قلبي يخبط بزاف "بمعنى" قلبي يخفق بسرعة"، ما يعكس أن الحالة لديها أفكار و مخاوف مزمنة و على حافة أعصابها و ربما تتطور لاضطرابات سيكوسومتية قد تكون مؤقتة أو مزمنة.

تحدث عن الرضا عن الخدمات أو حاجات العائلات و المريض هل تلبى من طرف مصلحة الإنعاش فقال " مكاش اصلا وين نسناو رانا واقفين " بمعنى" لا يوجد حتى أين ننتظر نحن واقفون" ما يدل على عدم وجود قاعة انتظار و عدم الشعور بالراحة عند انتظار وقت الزيارة.

و أما من ناحية الاستفسار و عن تواصل العائلة مع الطاقم الطبي للمصلحة فقال " يمدولنا استفسارات بصح صعيبة باش تفهم " " راك تشوف من 30: 12 رانا قاعدين برا نسنا و مكاش وين تريح، ان شاء الله تشفى الوالدة و يتسقمو المستشفيات خالوطة صايرة " بمعنى" هم يقدمون لنا معلومات لكن صعب أن تفهم، نحن هنا منذ 12:30 و نحن هنا بالخارج لا يوجد أين تجلس، أتمنى أن تشفى والدتي و تتطور المستشفيات في غير منظمة" ومن الإجابة تبين أن الحالة لم تكن راضية عن الخدمات المقدمة للعائلة و للمريض و لا يفهمون في الغالب المعلومات التي تقدم عن حالة المريض، كما ذكر أن رغم كل ذلك فهو فقط يريد شفاء أمه في أسرع وقت و يرى بأن ذلك هو الأهم و يتمنى أن يحدث تطور في القطاع الصحي للبلاد فهو وضع دائم الغموض.

- **عرض و مناقشة الحالة الأولى :**

جدول رقم (12) يوضح نتائج مقياس الضيق النفسي للحالة (ج) :

أبعاد المقياس	التنقيط كل بعد لدى الحالة	المستوى
الاكتئاب	17	متوسط
القلق	19	شديد
الضيق النفسي	29	شديد
الدرجة الكلية على مقياس الضيق النفسي	130	مرتفع

من خلال الجدول رقم (12) و من خلال تقديم المقياس المتعلق بالحالة (ج) و ذلك بالإجابة عليه و أوضحت النتائج أن مستوى الضيق النفسي مرتفع حيث تحصلت الحالة (ج) في البعد و المقياس الفرعي الأول على 17 درجة و التي تقع في المجال (13 – 20) الذي يدل على وجود اكتئاب متوسط و على درجة قلق قدرت ب 19 و التي تقع في

المجال (15 – 19) و هو قلق شديد. كما تحصلت على درجة 29 على المقياس الفرعي الخاص بالضغط النفسي الدرجة في المجال (27 – 34) و هو ضيق نفسي شديد أما الدرجة الكلية للضيق النفسي فقد تحصلت الحالة (ج) على 130 و هو مستوى يتجاوز ل 100 درجة مما يدل على ضيق نفسي مرتفع.

- **عرض و مناقشة مقياس الحاجيات للحالة الأولى (ج) :**

جدول رقم (13) يوضح نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة :

المقياس	الدرجة المتحصل عليها	المستوى
مقياس تقييم الحاجيات	1	منخفض

من خلال الجدول (13) تم الإجابة على نتائج المقياس المتحصل عليها و المطبق على الحالة (ج) و قد كانت إجابتها كالآتي: النتيجة الكلية على المقياس كانت تقدر ب 1 و هو مستوى منخفض جدا و استجابة الحالة (ج) 1 على البند رقم (14) و الذي يدل على عدم الإحساس بالوحدة عند التواجد في غرفة الانتظار و تحصلت على درجة صفر في البنود (1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13) ما يدل على أن الحالة (ج) لا تشعر أن العلاجات قد تم تقديمها للقريب أو المريض الموجود داخل مصلحة الإنعاش و هذا بسبب عدم تحسن الحالة طيلة هذه المدة.

خلاصة الحالة :

بالمقارنة بين نتائج الحالة و المقابلة و استجابات الحالة على مقياس الضيق النفسي و تقييم الحاجات تبين أن الحالة (ج) تعاني من ضيق نفسي شديد بلغ درجة 130 درجة و هذا ما يدل على تدهور الحالة النفسية للحالة و ظهور أعراض الاكتئاب و القلق و أعراض الضيق النفسي. الحالة (ج) تعاني من إرهاق نفسي شديد تصاحبه أعراض الاكتئاب من حزن شديد على حالة المريضة و التعب و اليأس على مستقبل أمه الخوف من موت الأم و

أعراض للقلق من ارتجاف و الرعشة و كذا التعرق و العصبية و زيادة في ضربات القلب و صداع و مشاكل في المعدة.

و بالمرجعية لطريقة تصحيح مقياس تقييم الحاجيات نجد أن تقييم الرضا عن تلبية حاجيات منخفض جدا و قد ظهر ذلك من خلال المقابلة و الاستبيان و ذلك لان الطاقم الطبي لم يقوم بتلبية حاجيات الحالة.

2. الحالة الثانية :

- **تقديم الحالة :**

"الحالة ر" طالبة جامعية تبلغ من العمر 22سنة غير متزوجة و هي أخت المريض المتواجد داخل مصلحة الإنعاش الطبي.

-عرض و تحليل مضمون المقابلة :

قمنا بإجراء المقابلة النصف الموجهة مع الحالة (ر) داخل مكتب تابع لمختص نفساني موجود داخل مصلحة الإنعاش، و ذلك بموافقة الحالة على ذلك بقولها " نعم مكاش مشكل " بمعنى "نعم لا يوجد مشكل".

في أول المقابلة بدأت بالحديث عنها و قرابتها بالمريض" أنا أخت المريض عندي 2 frère و أنا الطفلة الوحيدة في الدار" بمعنى "أنا أخت المريض و عندي أخوين و أنا البنت الوحيدة"

و قالت أن سبب دخول المريض لمصلحة الإنعاش هو حادث إذ قالت " دار accident مع بابا، بابا سلك في les urgences أما خويا تكسر رجلو و راسو فتح شوية يسيل الدم و دخلوه ديريكت ل bloc opératoire دوكا راهو هنا في la réanimation 13 يوم

depuis راه هنا " بمعنى " لقد عمل حادث مع أبي، و قد نجا أبي لكن أخي لديه كسر و جرح في الرأس لذلك تم إدخاله مباشرة للعمليات و هو الآن في الإنعاش منذ 13 يوم"

إذ تم نقل الحالة بعد تعرضها لحادث و مس الحادث الرأس فنقل للإنعاش أين يتم إجراء جراحة و عناية مركزة للحالة، و قد كانت كيفية تعاملهم مع الخبر و الحدث بشكل عام فأجابت الحالة " يخاه كي عيطو الحماية المدنية ليما، يما طاحت و أنا تشوكيت قعدت نبكي حرت واش ندير après روحنا L'Hôpital ديريكت " بمعنى" لقد إنصدمنا أنا و أمي عندما اتصلت بنا الحماية المدنية و بكينا لم أعرف ماذا علي أن أفعل بعدها أتينا للمستشفى"، كان الحدث جد صدمي للحالة إذ لم تتوقع أن يحدث ذلك.

كما أنها تشعر بالخوف الشديد و تبين ذلك في قولها " كننا بزاف خايفين خويا و بابا يموتو، دخلت في دوامة تاع الحزن و البكاء جاتنا صعيبة و ما كناش نسناو ايديرو accident " و الله تشوكيت كرشي وجعت فيا في le moment هذاك حسيت بالفشلة، 5 après jours طبيب خفف علينا و الله 5 أيام تاع souffrance " بمعنى" كننا خائفين جدا أن يموت أخي و أبي، لقد دخلت في دوامة حزن و بكاء فقد كان الأمر صعب علينا لم نكن ننتظر أن يعملو حادثا، و الله تعرضت لصدمة" ما يدل أن الطاقم الطبي قام بطمأنة الحالة و عائلتها عن حالة المريضين و تم التواصل معهم بعد استقرار حالته.

و أضافت "كنا كامل مقلقين و أنا دخل فيا الشك بلي خويا راح يموت " بمعنى " كننا قلقين و كننا نشك أن أخي سيموت" مرت الحالة بوضعية قلق شديد لحد الشعور بوجود احتمال الانفصال و موت الأخ كونه في وضع سيئ، و حسب دراسة (Lee and Lay, 2013) فإن أفراد الأسر الذين لديهم قريب في وحدة العناية المركزة يمرون بوضعية أزمة و تظهر لديهم أعراض القلق و الشعور بعدم اليقين و التأكيد في ما إذا سيعيش المريض أم لا، لذا

فإن الحاجة للطمأنة هي أكثر حاجة أساسية لديهم و يكون ذلك بالحصول على معلومات واضحة عن حالة المريض.

و من ثم قمت بالاستفسار عن الاتصال المتبادل بينهم و بين الطاقم الطبي للمصلحة، فقالت لنا " oui كانت نورمال، كنا علبالنا بلي accident كانو يقولونا بارك حالته ضعيفة بصح إن شاء الله يفيق و يخرج مل الغيبوبة " بمعنى " كان التواصل عادي، كننا نعلم أنه قام بحادث و قد كانوا يقولون لنا أن حالته ضعيفة لكن إن شاء الله سيستيقظ من الغيبوبة" أي أن هناك إعلان عن تقدم حالة المريض و تغيراتها و طمأنة العائلة أنه سيتحسن.

و قمنا بإفصاح المجال أمام الحالة و قلنا لها بأن تتحدث لنا عن الدعم اللازم الذي يمكن للعائلات أن تحتاجه فأجابت الحالة " comme tout les hôpitaux مكاش les salles d'attentes لازم ايديروها للغاشي باش au moins يرتاحوا فيها " بمعنى " كجميع المستشفيات يجب أن يتم توفير قاعات الانتظار للناس على الأقل ليرتاحوا فيها"

أما بالنسبة للدعم المعنوي فأجابت " le morale تاعنا طاح صراحة نحتاج للدعاء راني خايفة يولي عندي مرض نفسي " بمعنى " صراحة نحن متعبون نفسيا و معنوياتنا منخفضة نحن نحتاج للدعاء و أخاف أن أصاب بمرض نفسي"، ما يشير لأهمية وجود أخصائي نفساني للتكفل بعائلات المرضى و دعم معنوياتهم و مساندتهم من الجانب النفسي.

أما بالنسبة للتوصيات و الاقتراحات التي طلبنا الحالة بالإجابة عليها فكانت بالسكوت ثم قولها " و الله ما عندي ما نقول إن شاء الله بارك ربي يشفي خويا " بمعنى" و الله ليس لدي ما أقوله إن شاء الله فقط أن يشفى أخي"، نلاحظ أنه تعطي الحالة أولوية أكثر لحاجة رعاية المريض و تنظر شفائهم فقط و لم ترد التعبير و قول أشياء تخص العلاقة "عائلة و طاقم طبي و مستشفى" ربما يفسر أنهم يخافون من حدوث شيء سلبي للمريضين أو لا

يعلمون حقوقهم كمواطنين و عائلات لها مريض في الإنعاش و ربما لا تأخذ أقوالهم و طلباتهم بعين الاعتبار.

- **عرض و مناقشة نتائج مقياس الضيق النفسي للحالة الثانية (ب) :**

جدول رقم (14) يوضح نتائج مقياس الضيق النفسي للحالة (ب) :

أبعاد المقياس	التنقيط على كل بعد للحالة	المستوى
الاكتئاب	15	متوسط
القلق	19	قلق شديد
الضيق النفسي	32	ضغط نفسي جديد
الدرجة الكلية على مقياس الضيق النفسي	132	ضيق نفسي مرتفع

بعد الإجابة على المقياس من طرف الحالة (ب) و من خلال الجدول رقم (14) أوضحت النتائج أن هناك ضيق نفسي مرتفع و هذا بعد تجميع مجموع الأبعاد و إتباع طريقة التصحيح الخاصة بالمقياس و التي تنص على ضرب كل مجموع بعد في اثنين و تم تجميعهم لتحصيل المستوى و المجموع الكلي للمقياس حيث تحصلت في البعد و المقياس الفرعي الأول على درجة 15 التي تقع في المجال (13 – 20) الذي يدل على وجود اكتئاب متوسط و على درجة 19 التي تقع في المجال (15 – 19) و هو قلق شديد كما تحصلت على درجة 32 على المقياس الفرعي الخاص بالضغط النفسي الدرجة تقع في المجال (27 – 34) و هو ضغط نفسي شديد أما الدرجة الكلية للضيق النفسي فقد تحصلت الحالة على 132 درجة و هو مستوى يتجاوز 100 درجة مما يدل على ارتفاع الضيق النفسي للحالة.

- **عرض و مناقشة نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة (ب) :**

جدول رقم (15) يوضح نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة "ب"

المقياس	الدرجة المتحصل عليها	المستوى
مقياس تقييم الحاجيات	2	منخفض

تم الإجابة على المقياس من طرف الحالة (ب) و بإتباع التعاليم المنصوص عليها في المقياس و كانت استجابتها كالآتي: النتيجة الكلية على المقياس كانت تقدر ب 2 و هو مستوى منخفض جدا يقترب من واحد حيث كانت اكبر درجة اكبر و أدنى درجة صفر عن كل بند حسب طريقة التصحيح و ما أجابت عنه الحالة تحصلت على علامة واحد في البنود (3 – 14) و ذلك يدل على أن هناك رضا تجاه فهم المعلومات التي قدمت من طرف الطاقم الطبي عن حالة القريب الموجود داخل مصلحة الإنعاش و أيضا الإحساس بالوحدة داخل غرفة الانتظار. وتحصلت على صفر في البنود (1 – 2 – 4 – 5 – 6 – 7– 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13). و هذا يدل على أن الحالة لا تشعر أن العلاجات الممكنة قد تم تقديمها للمريض و لم تتغير حالته من وقت دخوله لمصلحة الإنعاش.

خلاصة الحالة :

من خلال نتائج المقياس و المقابلة النصف الموجهة و استجابات الحالة (ب) تبين أن الحالة تعاني من ضيق نفسي مرتفع يبلغ درجته 132 درجة و السبب في ذلك يعود إلى تدهور الصحة النفسية للحالة و تعرضه لأعراض القلق و الاكتئاب و القلق و الضيق النفسي التي تشمل كل من الحزن و الخوف و الشك و الآلام في المعدة و الفشل و فقدان الأمل و اليأس و اضطرابات الشهية. و هذا كما جاء في تصريحات الحالة و بالمرجعية إلى

مقياس تقييم الحاجيات نجد عن الرضا عن كلية الحاجيات من طرف الحالة (ب) منخفض جدا و هذا بسبب وجود اختلال في التواصل بين الحالة و الطاقم الطبي أي الطاقم الطبي لم يلبي حاجيات الحالة.

عرض وتحليل الحالة الثالثة:

تقديم الحالة:

الحالة " ف" سيدة تبلغ من العمر 39 سنة لها مستوى تعليمي جامعي وأختها متواجد آنيا في مصلحة الإنعاش الطبي وفي حالة غيبوبة منذ شهر بعد تعرضها لجلطة دماغية مفاجئة، و تقوم بزيارتها مرتين يوميا و لم يسبق لها أن كان لديها تجربة تواجد أحد أفراد عائلتها في مصلحة الإنعاش الطبي.

عرض و تحليل مضمون المقابلة:

تم التواصل مع الحالة قبل وقت زيارة المريضة و عرضت عليها المشاركة في الدراسة حيث وافقت وأظهرت اهتماما كبيرا وأعجبت بموضوع دراستنا، و بعد انتهاء الزيارة أجريت معها مقابلة نصف موجهة في المكتب.

كانت علامات الخوف و القلق بادية على وجه الحالة و ظهر ذلك من خلال الوضعية الطبوغرافية لجسدها غالبا ما تقوم بتكرار تربيع اليدين و إيماءات الرأس و التحدث بصوت خافت يرتجف و بنبرة حزينة.

من خلال إجراء المقابلة صرحت أن أختها متواجدة في وحدة الإنعاش بسبب تعرضها لجلطة دماغية مفاجئة ومنذ ذلك الوقت وهي تحس بالقلق والخوف لأن أختها لم يسبق لها أن مرضت من قبل أبدا، من خلال قولها: (elle lui arrivait un AVC soudainement on est toujours dans le la panique la peur et le stress car jamais elle

(a été malade بمعنى لقد حدثت لها جلطة دماغية مفاجئة نحن نعيش دائما في الخوف والقلق لأن أختنا لم تمرض من قبل أبدا) و كونها تجربة أولى في الإنعاش سبب هذا خوف و قلق لهم.

وفي الأيام الأولى طلبت الحالة "ف" معرفة حالة أختها المريضة وما الذي حصل لها ليقوموا بنقلها لمصلحة الإنعاش الطبي لكن لم يرضى الطاقم الطبي بإخبارها عن السبب أو تفسير شيء، وكان التواصل معهم صعبا جدا،إذ قالت: on a demandé pour savoir ce) que c'est arrivé mais ils n'ont pas voulu nous informer au début le contact est difficile)، بمعنى (لقد طلبنا معرفة ما الذي حدث لكن لم يرغبوا بإخبارنا، لقد كان التواصل في البداية صعبا) ما سبب لها قلقا و خوف شديدين فكل شيء تقريبا مجهول و لا يعرفون تفاصيل عن حالتها، كما أظهرت رغبة كبيرة في الاقتراب من أختها و لمسها و التحدث إليها خاصة أنها تعاني من هلوسات من حين لآخر و تحرك أحد عينيها منذ عدة أيام لكن بقيت على حالها و لم يحدث أي تطور ما جعلها تخاف أكثر على فقدها، كما أضافت: Normalement ils doivent nous parler de l’état du patient et) nous dire comment sera l’évolution et nous dire tout ce qu’il font pour le patient chaque jour, il doivent nous parler de son état son qu’on demande, et il ya certain personnes qui sont gentils il nous donne des informations et nous écoute, et des fois pourquoi il nous laisse pas entrer à l’intérieur avec une tenue spéciale pour parler avec le patient au moins une fois par semaine ou deux fois pour ,aider le patient à se réveiller en entendant la voix d’un proche) بمعنى:(أن على المسئولين إعلامنا بكل التفاصيل يوميا و يحدثوننا عن حالتها من دون أن نطلب، لكن هناك بعض الأشخاص الجيدين اللذين يخبروننا عن حالتها و يسمعوننا، و لماذا

لا يتركوننا ندخل و نقترب من المريضة لنساعدها لتنهض من الغيبوبة بواسطة سماعها لصوتنا)، وحسب الدراسات التي استشهد بها (Fred 2009) فقد توصلت إلى أن أفراد العائلات يرغبون في التواجد بالقرب من سرير المريض حتى وإن كان في حالة غيبوبة ويحتضر هم يريدون إقامة تواصل مع المريض معتقدين أن المريض يعلم ويشعر بوجودهم.

كما أن الحالة "ف" غالبا ما تعاني من اضطرابات النوم و تشعر بالخوف والقلق الشديد من كثرة التفكير فيما سيحدث وغالبا ما تشعر بالأرق نتاج ذلك وتقول: (toujours je suis stressé faible parfois pas de sommeil des coupures de sommeil j'arrête pas de penser à ce qui va y arriver pour ma sœur comment elle va être demain)، بمعنى: (أنا قلقة كل يوم و أشعر بانخفاض طاقتي الجسدية أحيانا لا أنام أو ينقطع نومي لا أتوقف عن التفكير فيما سيحدث لأختي و كيف سيكون حالتها غدا).

و حسب خبرتها خلال هذه الأيام في مصلحة الإنعاش لاحظت أن الإعلان عن الوفاة يتم بشكل مباشر و غالبا ما ترى العائلات تنهار و تصدم من الإعلان المفاجئ بوفاة المريض بعدما كانوا ينتظرون وقت الزيارة لرؤيته وقد قالت: (Normalement ils doivent mettre un ou une psychologue qui discutera avec les familles des patients pour les aider à accepter ce qui arrive à leur malades même en cas de mauvaise nouvelle on n'annonce pas directement c'est brutal et chaque personne est fragile dans son corps un avec un AVC un diabète et autre chose peuvent arriver à l'annonce donc il faut savoir comment parler aux proches c'est important) بمعنى:(أن من المهم توفير وتواجد أخصائية نفسية لتتحدث مع عائلات المرضى وتساعدهم على تقبل ما يحدث لمرضاهم خاصة في حالة المستجدات السيئة عن حالته لا يجب أن لا يصرحوا

ويعلنوا مباشرة بخصوص وفاة المريض فكل فرد وإنسان حساس وربما هو مريض بمرض مزمن كالسكري أو شيء آخر قد يحدث له شيء عند الإعلان عن الوفاة لذا يجب أن يعرفوا كيف يتم التصريح بذلك فهذا جدا مهم).

لاحظت أن الحالة المزاجية للحالة متباينة تعاني من الخوف والقلق وعدم تصديق ما يحدث وهي تحاول التحكم في حالتها النفسية دائما و تقبل ما يحدث وظهر هذا عند قولها: (je vis dans un rêve ou une réalité chaque jour je sens de l'angoisse en entrant à l'hôpital et en sortant la vérité est chez le bon dieu qui peut faire un miracle ou une exception autrement nous les humains c'est rare de se mettre à la place du patient ou de ses proches jamais)، بمعنى: (أعيش في حلم أم حقيقة أشعر كل يوم بالحزن و القلق عندما أدخل للمستشفى و عندما أخرج منه الحقيقة عند الخالق هو يقدر أن يصنع معجزة أو استثناء غير ذلك فإن الإنسان قليلا ما يضع نفسه في مكان المريض أو أقاربه أبدا) كما يعكس المعاناة النفسية التي تعيشها و مدى صعوبة التكيف مع الوضعية، أظهرت الحالة رغبة كبيرة في التعبير والتفريغ عن إحساسها بالمعاناة والقلق تجاه الوضعية قائلة: (je parle pour me défouler car j'ai le cœur plein de douleurs et je peux rien faire)، بمعنى.(أتحدث للتنفيس عن نفسي لأن قلبي مليء بالآلام و لا أستطيع أن أفعل شيئا).

تحاول الحالة "ف" تقبل وضعية أختها و ما حدث لها فجأة لكنها غالبا ما تقوم بقمع مشاعرها و لا تعبر عنها بشكل ما لأقاربها، غالبا ما تقوم هي بمواساتهم و التكفل بأمور المنزل ما أدى لظهور ردود أفعال تدل على قمع أحاسيسها و شعورها بخوف و قلق شديدين اللذان ظهرا على شكل أعراض اضطرابات النوم و كثرة التفكير و ظهر الحزن في ملامح وجهها و الخوف على مآل أختها.

عرض و مناقشة نتائج مقياس الضيق النفسي:

فيما يلي عرض لنتائج مقياس الضيق النفسي للحالة:

الجدول رقم (16) نتائج مقياس الضيق النفسي للحالة"ف"

أبعاد المقياس	تنقيط كل بعد لدى الحالة	المستوى
الاكتئاب	**13**	**متوسط**
القلق	**18**	**قلق شديد**
الضغط النفسي	**29**	**ضغط نفسي شديد**
الدرجة الكلية على مقياس الضيق النفسي	**120**	**ضيق نفسي مرتفع**

تم تقديم المقياس للحالة وشرح ما عليها فعله وقامت بالإجابة عليهم بصفة فردية بعد إجراء المقابلات النصف موجهة،بينت النتائج أن مستوى الضيق النفسي مرتفع هذا بعد تجميع مجموع الأبعاد وإتباع طريقة التصحيح الخاصة بالمقياس التي تنص على ضرب كل مجموع بعد في اثنين و ثم جمعهم لتحصيل للمستوى و المجموع الكلي للمقياس، حيث تحصلت في البعد و المقياس الفرعي الأول على 13 درجة التي تقع في المجال(13_20) الذي يدل على وجود اكتئاب متوسط، و على درجة قلق قدرت ب 18 التي تقع في المجال (15_19) و هو قلق شديد، كما تحصلت على درجة 29 على المقياس الفرعي الخاص بالضغط النفسي و تقع هذه الدرجة في المجال(27_34) و هو ضغط نفسي شديد، أما بالنسبة للدرجة الكلية للضيق النفسي فقد تحصلت الحالة على 120 و هو مستوى يتجاوز 100

درجة و يدل على وجود ضيق نفسي مرتفع.ويعكس هذا التأثر الشديد بخبرة الإنعاش و الحالة الآنية لأختها.

عرض و مناقشة نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة:

جدول رقم(17) يوضح نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة"ف"

	الدرجة المتحصل عليها	المستوى
مقياس تقييم الحاجيات	**2**	**منخفض**

تم الإجابة على المقياس من طرف المفحوصة بعد المقابلة وبإتباع التعليمة المنصوص عليها في المقياس وكانت استجاباتها كالأتي:

النتيجة الكلية على المقياس كانت تقدر ب 2 وهو مستوى منخفض جدا يقترب من واحد حيث كانت أكبر درجة واحد وأدنى درجة صفر عند الإجابة على كل بند حسب طريقة التصحيح وما استجابة به المفحوصة تحصلت على علامة واحد في البنود (3 و 14) و تدل على أن هناك رضا تجاه فهم المعلومات التي قدمت من طرف الأطباء عن حالة المريض و عدم الإحساس بالوحدة عند التواجد في غرفة الانتظار، و تحصلت على صفر في البنود (1_2_4_5_6_7_8_9_10_11_12_13) ما يدل على أن الحالة لا تشعر أن العلاجات الممكنة قد تم تقديمها للمريضة و ربما هذا راجع لتواجدها منذ شهر و لم تتغير حالتها، و أن الفريق الصحي لم يقدم معلومات كافية عن حالة المريضة و عن ما يحدث ما يعكس عدم الرضا عن تلبية حاجيات عائلة المريضة من تواصل و دعم و تعاطف معهم و أن التواصل يتم بشكل صعب.

خلاصة الحالة:

بالمقارنة بين نتائج الحالة في المقابلات النصف الموجهة واستجابات الحالة على مقياس الضيق النفسي وتقييم الحاجيات، يتبين أن الحالة"ف" تعاني من ضيق نفسي شديد الذي يبلغ درجته 120 ما يدل على وجود حالة نفسية تمتاز بأعراض القلق والاكتئاب والضغط النفسي التي تشمل الخوف والقلق الدائم و اضطرابات النوم وفقدان الشغف في أداء المهام وملامح الحزن كما جاء في تصريحات الحالة عند إجراء المقابلات، و بالمرجعية لطريقة تصحيح مقياس تقييم الحاجيات نجد أن تقييم الرضا عن تلبية الحاجيات من طرف الحالة منخفض جدا وظهر ذلك أيضا في المقابلات التي أجريناها مع الحالة حيث صرحت بأن هناك اختلال في التواصل بين طرفي العائلة والطاقم الطبي وأنهم يريدون الحصول على أجوبة لتساؤلاتهم واستفساراتهم عن حالة المريضة و يسعون لذلك لكن لا يلبى طلبهم.

عرض و تحليل الحالة الرابعة:

الحالة"ل" أم لطفلين تعيش مع زوجها تبلغ من العمر 40 سنة ماكثة في البيت و لديها مستوى تعليمي جامعي،أمها حاليا متواجد في مصلحة الإنعاش الطبي في غيبوبة منذ أسبوعين.

عرض وتحليل مضمون المقابلة:

رحبت الحالة"ل" بالمشاركة في دراستنا وإجراء مقابلة معنا وأظهرت رغبة كبيرة في الحوار والتعبير عن معاناتها النفسية والأحداث التي أدت لتواجد والدتها في مصلحة الإنعاش الطبي(lh vghigh ad ttkigh dg unadi agi nwn) بمعنى:(أريد المشاركة في دراستكم نعم)

كانت الحالة"ل" بحاجة ماسة للتفريغ والتعبير و قول كل ما في عقلها و وجدانها عن الوضعية التي تعيشها، كما لاحظت أنها تتكلم بسرعة وتعيد صياغة الجمل بشكل مختلف في كل مرة لوصف الحدث ومعايشتها له وتدقق على كل التفاصيل، و غالبا ما تظهر عليها ملامح الخوف والحزن وتراقب من حين لآخر الساعة إن وصل وقت الزيارة أم لا رغم أن هناك متسع من الوقت بساعة تقريبا.

صرحت الحالة "ل"أن والدتها متواجدة هنا بعد مرضها الشديد و ازدياد حالتها سوءا، كانت في الفترات الأولى تعاني من سعال قوي بعدها راجعت الطبيب الذي بدوره وصف لها أدوية لكن لم تتحسن حالتها بل تزداد سوءا إلى أن أغمي عليها ونقلت للمستشفى وأدخلت بعدها مباشرة لمصلحة الإنعاش الطبي أين اكتشفوا أن لديها التهاب رئوي شديد ودخلت في غيبوبة.

السيدة"ل" هي الكبيرة من بين إخوتها السبعة تحس بالمسؤولية اتجاههم و دائما ما و تسأل عن مكانهم والتفاصيل حياتهم ومشاكلهم وتحاول التخفيف عنهم خاصة بعد وفاة والدهم منذ عدة أشهر.

ولقد كانت أغلب الأوقات مشوشة وتذكر تقلب حال والدتها المفاجئ وأنها لم تتوقع أبدا أن تتواجد في الإنعاش وظنت أنها مجرد وعكة صحية طفيفة، و قد كان حديثها عن أمها جعلها تتأثر وتمتلئ عينيها بالدموع التي تقوم بقمعها مرارا وتكرارا ما يدل على حبها وتعلقها بوالدتها ومدى تأثرها بتواجدها في الإنعاش حيث قالت: (Tella tseha di dqiqa tqleb lhalas tughal tettusu ghilegh tswi3t ad t3eddi am i3dan ur ghilegh ara ad tegri dagi) بمعنى:(كنت أظن أنه وعكة صحية طفيفة و تزول كما سبق و لم أوقع أبدا أنها ستتواجد في وحدة الإنعاش الطبي)، ما يدل على عدم تقبلها الوضعية الآنية و صعوبة التجربة بالنسبة لها و أن الأم كانت السند ومدى أهميتهاوأنهاأساسية في حياتها حيث

قالت:(di dunith ulach am tyemmatt ma truhak ulach acu ig d iqimn) بمعنى:(لا يوجد كالأم في الحياة إن فقدتها فاعتبر أنه لم يبقى لك شيء).

و قد تحدثت عن مصلحة الإنعاشو تجربتها هناك حيث أن السيدة "ل" امرأة واعية و مثقفة و رغم حالتها النفسية المتدهورة إلا أنها تعلم ماذا يعنى بمفهوم مصلحة الإنعاش و ما قد يحدث فيها و أن إمكانية الوفاة مرتفعة و معروف حدوثها بنسب مرتفعة في مصالح الإنعاش حيث قالت: (zrigh d akken tagi d la réanimation et toutes est possible izmr ad ihlu umudin assa après ad yawd l3fu rebbi, les medecin khdmn tazmrt nsn je les comprends pour eux aussi c'est une situation difficile) بمعنى: (أعلم جيدا أن هذه مصلحة إنعاش ورغم تلقي أخبار جيدة هناك إمكانية تدهور حالة المريض فجأة، والأطباء يعملون ما بوسعهم ونادرا ما يخبروننا عن حالة أميأتفهم وضعهم إنها وضعية صعبة لهم كذلك)، حيث أثبتت دراسة فرنسية عن الإجهاد المهني لدى فريق الإنعاش أن الأطباء و الممرضين معرضون للإصابة بأمراض نفسية جراء الإجهاد المهني و تزايد عدد الوفيات (Boulgé, Mira et Duranteau, 2014, p746-747)

لكن رغم ذلك فإن السيدة "ل" ترغب في معرفة تفاصيل حالة أمها و صرحت أنها تشك في صحة المعلومات المعلن عليها و يوجد بعض التصرفات التي يقوم بها بعض من أفراد الفريق الطبي تسبب في عدم الراحة حيث قالت: (thasghtn yella acu ttfren akka id swhayn, macha lan digh kra ikhdamn w3rn il sont pas gentil t3wqin angh di lwqth ma ad nzr amudin, lan digh wiyad lah ibark il sont courtois avec nous)بمعنى:(غالبا ما أحسهم يخبئون ربما شيئا عنا وجوههم توحي بذلك، رغم هذا هناك أفراد من الفريق الصحي للمصلحة مؤدبون معنا و لطفاء ويوجد فقط البعض طباعهم حادة ولا يشعروننا بالراحة)

تشعر الحالة بتدهور شديد و حزن و لا تقدر على أداء مهامها و التزاماتها تجاه عائلتها الصغيرة و الاعتناء حتى بنفسها، كما تعاني من اضطرابات التغذية كفقدان الشهية إلى جانب اضطرابات النوم فهي تعاني من إقطاع دورة النوم منذ تواجد والتها في الإنعاش، و أصيبت بالحمى و الأرق نتيجة ذلك و قالت: (sgmi id kchem ghr dagi ur nthenna ula d arawiw ak urgaziw shzagh dgsn, ula shaw ughalgh ur gangh ur tettgh fchlgh) بمعنى: (منذ دخول أمي للإنعاش و نحن غير مرتاحين حتى أني لم أعد أستطيع أن أهتم بأبنائي وزوجي وأهملتهم طوال هذه الفترة حتى صحتي لم تعد كالسابق لا أنام و لا أتناول الطعام و دائما ما أحس بالتعب)

كما ذكرت أن المعلومات لا تقدم لهم حتى يقوموا بالسؤال و هم دائما من يبادر بالتواصل مع الأطباء و عبرت عن مدى خوفها الذي يزداد عندما لا يوجد و لا يصرح عن أخبار حالة أمها حيث قالت: (d nkni ig sqsyen ghf lihala n yemma ur d qren ara amk tga f anchta nzga ntqlq lghib ystqliq iswhach axater ur nzri ara taktiwin f lhals ur d qaren ara) بمعنى:(في معظم الأوقات نحن من يسأل عن حالة والدتي و نحن من يبادر بالتواصل مع الأطباء والمعالجين لذلك نحن دائما قلقين لأن عدم معرفة المعلومات شيء يخيف والمجهول مخيف)، و تتخوف الحالة "ل" أكثر عندما تتذكر أنهم قد فقدوا والدهم منذ عدة أشهر و تفكر بمصير إخوتها كيف سيعيشون من دون ولي و هي كذلك لا تريد عيش نفس صدمة الفقد فقد توفي والدها كذلك بسبب المرض.

السيدة"ل" خائفة من فراق والدتها و خاصة أنهم قليلا ما يعلمون تفاصيل عن حالتها ما أدى بها للعيش في قلق وخوف، بكت وهي تستمر في الحديث ثم مسحت دموعها قائلة: (iw3r ma tvdl di dqiqa dunith ngh ula z3af ughlgh z3fgh ttrugh blkhf) بمعنى: (إنه من الصعب أن يتغير مجرى حياتك في لحظات حتي أنني أصبحت أغضب بسرعة و أبكي غالبا)، ظهر لدى الحالة أعراض سهولة الاستثارة و التأثر و الانفعال لأبسط الأشياء و

تبكي في الغالب و كان ذلك ملاحظا على وجههما و عينيها المحمرتين من كثرة البكاء و هي من أعراض الاكتئاب والقلق والخوف الشديد من الفقد.

كما ترجوا السيدة " ل" أن يتم استقبال العائلات والتعامل معها بتعاطف، وخاصة يجب إعلامهم و إخبارهم عن تفاصيل حالة المريض، فذلك ينقص من مخاوفهم ويجعلهم بدراية بما يحدث و بما سيحدث لوالدتهم لكي لا يصدموا بشكل مفاجئ إن حدث شيء ما لها حيث قالت: (saramegh ad ughalen ad hasen yisngh ad agh d qaren ayn ilan akhatr ma tzrd kra ad tgd lhsavid ad tilid tvnid f lhaja ni s yiss itnqas lkhuf) بمعنى: (أتمني أن يشعروا بنا و أنه من الضروري التصريح عن تفاصيل حالة المريض فمعرفة شيء ما يهيئ للحدث و ينقص من خوفنا)

عرض و مناقشة نتائج مقياس الضيق النفسي:

فيما يلي عرض لنتائج مقياس الضيق النفسي للحالة:

الجدول رقم (18) نتائج مقياس ضيق النفسي للحالة"ل"

أبعاد المقياس	تنقيط كل بعد لدى الحالة	المستوى
الاكتئاب	**21**	**شديد**
القلق	**21**	**شديد جدا**
الضغط النفسي	**16**	**ضغط نفسي خفيف**
الدرجة الكلية على مقياس الضيق النفسي	**116**	**ضيق نفسي مرتفع**

م تقديم المقياس للحالة بعد إجراء المقابلات النصف موجهة، وأوضحت النتائج أن مستوى الضيق النفسي مرتفع عندها، حيث تحصلت في البعد الأول على 21 درجة التي تقع في المجال(21_26) الذي يدل على وجود اكتئاب شديد، و على درجة قلق قدرت ب21 التي تقع في المجال (20_42) و هو قلق شديد جدا، كما تحصلت على درجة 16 في البعد الخاص بالضغط النفسي و تقع هذه الدرجة في المجال (11_18) و هو ضغط نفسي خفيف، أما بالنسبة للدرجة الكلية للضيق النفسي فقد تحصلت الحالة على 116 و هو مستوى يتجاوز 100 درجة و يدل على وجود ضيق نفسي مرتفع ما يعكس أن الحالة "ل" تمر بمعاش نفسي سلبي يمتاز بأعراض القلق و الاكتئاب.

عرض و مناقشة نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة الأولى "ل":

جدول رقم(19) يوضح نتائج مقياس تقييم الحاجيات للحالة"ل"

	الدرجة المتحصل عليها	المستوى
مقياس تقييم الحاجيات	**10**	**مرتفع**

تم الإجابة على المقياس من طرف المفحوصة بعد المقابلة وكانت استجاباتها كالأتي: النتيجة الكلية على المقياس كانت تقدر ب 10 وهو مستوى مرتفع يقترب من 14 أي الحد الأقصى، تحصلت المفحوصة على علامة واحد (1) في البنود (1_2_6_7_8_9_10_13_14) و تدل على أن هناك رضا تجاه الرعاية المقدمة للمريضة و في نفس الوقت هناك قناعة بتحسين الرعاية استنادا على استجابتها على البند 11 النقطة 0، و تحصلت على صفر في البنود (3_4_11_12) ما يدل على عدم فهم المعلومات التي قدمت من طرف الأطباء عن حالة المريض و الإحساس بعدم الراحة عند

المجيء لزيارة المريضة، ما يؤكد أقولها التي صرحت بها في المقابلة على أن الفريق الصحي لم يقدم معلومات كافية عن حالة المريضة.

خلاصة الحالة:

بالمقارنة بين نتائج الحالة في المقابلات النصف الموجهة واستجابات الحالة على مقياس الضيق النفسي وتقييم الحاجيات يتبين أن الحالة"ل" تعاني من ضيق نفسي شديد الذي يبلغ درجته 116ما يدل على وجود حالة نفسية تمتاز بأعراض القلق بنسبة مرتفعة و التي ظهرت على شكل اضطرابات النوم و الأكل و تراجع في أداء المهام وملامح الحزن و أعراض سيكوسوماتية كالحمى، و حسب النتائج المتحصل عليها في مقياس تقييم الحاجيات نجد أن تقييم الرضا عن تلبية الحاجيات من طرف الحالة مرتفع.

مناقشه عامة لنتائج المقابلات الأربع:

من خلال الدراسة الميدانية و خطوات دراسة الحالة وإجراء المقابلات النصف موجهة وتطبيق المقاييس النفسية "مقياس الضيق النفسي ومقياس تقدير الحاجيات على أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي" وما تحصلنا عليه من معطيات كيفية وبيانات إحصائية كمية نتوصل إلى أن تساؤلات البحث الثلاثة التي تنص على:

_هل مستوى الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي مرتفع؟

_هل مستوى تقييم الاحتياجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي منخفض؟

_هل هناك علاقة ارتباطية ما بين الضيق النفسي و تقييم الحاجيات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي؟

جدول رقم(20) يمثل النتائج المتحصل عليها للحالات الأربع على مقياس الضيق النفسي و على مقياس تقييم الحاجيات

الحالات	درجة الضيق النفسي	المستوى	الحالات	درجة تقييم الحاجيات	المستوى
الحالة الأولى	130	مرتفع	الحالة الأولى	1	منخفض جدا
الحالة الثانية	132	مرتفع	الحالة الثانية	2	منخفض جدا
الحالة الثالثة	120	مرتفع	الحالة الثالثة	2	منخفض جدا
الحالة الرابعة	116	مرتفع	الحالة الرابعة	10	مرتفع

لاحظنا أن الحالة الأولى أن لديها اكتئاب متوسط و هذا لظهور أعراض الاكتئاب عند الحالة كاليأس و الشعور بالتعب و اضطراب النوم إلى جانب التفكير المستمر على حالة أمه و ما قد يحدث لها، و دائما ما عنده أفكار سلبية كان يفكر على موت أمه و لديه قلق شديد و تمثلت أعراضه "صعوبة النوم و الإرهاق و توتر العضلات و ارتجافها"، تعاني الحالة أيضا من ضغط نفسي شديد إذ أنه كان قد شعر بصداع و زيادة في ضربات القلب جراء حالة الأم.

أما بالنسبة للرضا عن الخدمات المقدمة أو تقييم الحاجات فجاء منخفض جدا لديها فالحالة لم يحس بأن هناك خدمات تم تقديمها أو تلبيتها.

و كل هذه الاضطرابات و الأعراض المصاحبة و مستوى الحاجات المنخفض نتج عنها ضيق نفسي مرتفع لدى الحالة، و هذه النتيجة تكدها مخرجات المقابلة النصف الموجهة و تطبيق المقاييس.

- الحالة الثانية لديها اكتئاب أيضا متوسط ظهر على شكل أعراض ضعف في تقدير الذات و التعب، و قد ظهر عند هذه الحالة قلق شديد و هو يعني من الإرهاق النفسي و توتر و تعرق و هذا بسبب التفكير المستمر و الخوف الشديد على أخيها، و كانت تشك في وفاة أخايها و تتوقع أنه سيموت في أي لحظة (أفكار سلبية). و أيضا ظهرت أعراض الضغط النفسي الشديدة من مشاكل في المعدة (وجع في المعدة) و الصداع بسبب كثرة البكاء الشديد عن حالة أخيها.

و أما بالنسبة لتقييم الحاجات المقدمة من طرف الطاقم الطبي للمصلحة فالحالة أجابت بانخفاض بمستوى تقييمها و تقييم هذه الحاجات و كانت تشك في تلك الخدمات و نقص في المعلومات المقدمة عن أخيها الموجود داخل مصلحة الإنعاش.

والحالة الثالثة شعرت بالخوف والقلق الشديد لعدم معرفة تفاصيل حالة المريضة وتعاني من التفكير الزائد واضطراب النوم، وعدم التعبير عن إحساسها أدى بها لحالة الذعر وخوف مزمن فهي لا تعرف مصير أختها كما أن الأطباء يرفضون تقديم معلومات لهم والتواصل معهم، وغالبا ما تفكر كيف ستجدها في الغد وتضع عدة احتمالات سلبية التي قد سببت لها القلق الدائم وما تزال تعاني من صدمة دخول أختها للإنعاش ولا تصدق ما يحدث لها كون الحدث حدث فجأة وهي تجربة أولى لها ووضعية غير مألوفة بالنسبة لها.

الحالة الرابعة لديها ضيق نفسي مرتفع وهذا يرجع للخوف من فقد والدتها خاصة أنها لم تتوقع أن تتواجد في مصلحة الإنعاش، وتشعر بالقلق على ما سيحدث لإخوتها الستة بعد وفاة والدتها فهم كذلك قد فقدوا والدهم منذ عدة أشهر، كما أنها لا تقدر على أداء المهام اليومية التي اعتادت على القيام بها، كما تعاني من اضطرابات الأكل كفقدان الشهية واضطرابات النوم فهي لا تنام تقريبا ما يسبب لها الأرق وأعراض سيكوسوماتية كالزكام والسعال وعانت أكثر من أعراض الاكتئاب والقلق.

2.عرض و تحليل نتائج الدراسة الإحصائية:

1.2.مستوى الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي مرتفع

لاختبار الفرضية الأولى التي تنص على أن "مستوى الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي مرتفع"، تم استخدام الإحصاءات الوصفية التالية: (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) لحساب درجة الضيق النفسي بأبعاده (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي. وقد تم تحديد مستويات كل من الاكتئاب والقلق والضغط النفسي من خلال مقارنة المتوسطات الحسابية المحصلة بالمستويات المحددة في مقياس الضيق النفسي.

جدول رقم (21): نتائج الإحصاءات الوصفية للضيق النفسي (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)

المتغيرات	عدد الأفراد	القيمة الدنيا	القيمة القصوى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معيار الحكم	المستوى
الاكتئاب	197	0,00	42,00	22,08	7,90	(21-26)	اكتئاب شديد
القلق	197	0,00	40,00	21,25	6,60	(20-42)	شديد جدا
الضغط النفسي	197	4,00	42,00	23,28	7,35	(19-26)	ضغط متوسط
الضيق النفسي	**197**	**12,00**	**116,00**	**65,30**	**19,73**	**(50- 80)**	**مرتفع**

يوضح الجدول (21) أن مستوى الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي مرتفع، حيث أن المتوسط الحسابي بلغ (65,30) الذي جاء في المستوى المرتفع"50- 80" المحددة في المقياس، بانحراف معياري يقدّر بـ (19,73).

وجاء مستوى الاكتئاب لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي شديد لأن المتوسط الحسابي قدر ب(22,08) الذي يندرج ضمن اكتئاب شديد (21- 26) بانحراف معياري (7,90). أما مستوى القلق شديد جداً باعتبار أن المتوسط الحسابي (21,25) الذي جاء في المستوى "شديد جداً" (20- 42) بانحراف معياري يقدّر بـ (6,60). في حين أن مستوى الضغط النفسي جاء متوسطاً، حيث بلغ المتوسط الحسابي لدرجات عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي (23,28) الذي يتواجد ضمن المستوى المتوسط (19- 26) بانحراف معياري (7,35).

2.2.مستوى تقييم الحاجات من طرف عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي منخفض.

للتحقق من الفرضية الثانية التي تنص على أن "مستوى تقييم الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي منخفض"، تم حساب الإحصاءات الوصفية التالية: (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية) لدرجة تقييم الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش ومدى الرضا عن تلبيتها لهم. وقد تم مقارنة المتوسط الحسابي لدرجات تقييم الحاجات بالمستويين التاليين:

جدول رقم (22): نتائج الإحصاءات الوصفية للرضا عن الحاجات

المتوسطات المرجحة و الانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي على العبارات المكونة لمقياس تقييم الحاجيات.

العبارات		فقط من وقت لآخر/أبدا	معظم الأوقات/تقريبا كل الأوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النتيجة أو التقدير
1	التكرار	41	156	0,791	0,407	أبدا
	النسبة%	20,8	79,2			
2	التكرار	78	199	0,604	0,490	فقط من وقت لآخر
	النسبة%	39,6	60,4			
3	التكرار	92	105	0,533	0,500	فقط من وقت لآخر
	النسبة%	46,7	53,3			
4	التكرار	67	130	0,659	0,474	فقط من وقت لآخر
	النسبة%	34	66			
5	التكرار	98	98	0,548	0,841	فقط من وقت لآخر
	النسبة%	49,7	49,7			
6	التكرار	72	125	0,634	0,482	فقط من وقت لآخر
	النسبة%	36,5	63,5			
7	التكرار	101	96	0,487	0,501	معظم الأوقات
	النسبة%	51,3	48,7			
8	التكرار	69	128	0,649	0,478	فقط من

	النسبة%	35	65			وقت لآخر
9	التكرار	98	99	0,502	0,501	معظم الأوقات
	النسبة%	49,7	50,3			
10	التكرار	80	177	0,593	0,492	فقط من وقت لآخر
	النسبة%	40,6	59,7			
11	التكرار	91	106	0,538	0,499	فقط من وقت لآخر
	النسبة%	46,2	53,8			
12	التكرار	97	100	0,507	0,501	معظم الأوقات
	النسبة%	49,4	50,8			
13	التكرار	93	104	0,527	0,500	فقط من وقت لآخر
	النسبة%	47,2	52,8			
14	التكرار	89	108	0,548	0,498	فقط من وقت لآخر
	النسبة%	45,2	54,8			
الدرجة الكلية				8,12	4,09	متوسط

جدول رقم (23) ترتيب العبارات و المتوسطات الحسابية حسب مستوى تقييم التلبية لكل بند من الأكثر تلبية للأقل تلبية

رقم العبارة	المتوسط الحسابي	النتيجة أو التقدير
7	**0,487**	**معظم الأوقات**
9	**0,502**	**معظم الأوقات**
12	**0,507**	**معظم الأوقات**

13	**0,527**	**فقط من وقت لآخر**
3	**0,533**	**فقط من وقت لآخر**
11	**0,538**	**فقط من وقت لآخر**
5	**0,548**	**فقط من وقت لآخر**
14	**0,548**	**فقط من وقت لآخر**
10	**0,593**	**فقط من وقت لآخر**
2	**0,604**	**فقط من وقت لآخر**
6	**0,634**	**فقط من وقت لآخر**
8	**0,649**	**فقط من وقت لآخر**
4	**0,659**	**فقط من وقت لآخر**
1	**0,791**	**أبدا**

جدول رقم (24) يمثل المستوى الكلي لتقييم تلبية الحاجيات و دلالته

المتغيرات	عدد الأفراد	القيمة الدنيا	القيمة القصوى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معيار الحكم	المستوى
تقييم الحاجات	197	0,00	18,00	**8,12**	**4,09**	أصغر نتيجة ممكنة 0 (عدم الرضا الشديد) أعلى درجة ممكنة 14 (الرضا التام)	**متوسط**

يوضح الجدول (24) أن مستوى تقييم الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي مرتفع، فقد جاء المتوسط الحسابي (8,12) ضمن المستوى المرتفع"أكبر أو يساوي 7" المحددة في المقياس، بانحراف معياري يقدّر (بـ**4,09**).

توصلت نتائج الفرضية الثانية إلى أن مستوى تقييم الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي مرتفع، وبالتالي فان أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش راضون عن الحاجات وتلبيتها، ما يكشف عن الراحة، وتقديم المعلومات، ومساندة فريق الصحة للعائلات، والثقة بين فريق الصحة والعائلات.

3.2.توجد علاقة ارتباطية بين الضيق النفسي وتقييم الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي.

لاختبار الفرضية الثالثة التي تنص على أنه "توجد علاقة ارتباطية بين الضيق النفسي وتقييم الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي"، تم تقدير معامل الارتباط "بيرسون" الخطي للكشف عن دلالة العلاقة الارتباطية بين الضيق النفسي وتقييم الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي، حيث تم عرض نتائج الفرضية في الجدول (26).

جدول رقم (25) يمثل مستويات مقياس الضيق النفسي و أبعاده و مستوى مقياس تقييم الحاجيات

المقاييس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
بعد الاكتئاب	22,08	7,90	اكتئاب شديد
بعد القلق	21,25	6,60	شديد جدا
بعد الضغط النفسي	23,28	7,35	ضغط متوسط
مقياس الضيق النفسي ككل	**65,30**	**19,73**	**مرتفع**
مقياس تقييم الحاجيات	**8,12**	**4,09**	**متوسط**

جدول (26): نتائج معامل الارتباط "بيرسون" بين الضيق النفسي وتقييم الحاجات

المتغيرات	تقييم الحاجات		
	عدد الأفراد	معامل بيرسون	القيمة الاحتماليةp
الضيق النفسي	197	−0,08	0,255

يوضح الجدول (26) أن العلاقة الارتباطية بين الضيق النفسي وتقييم الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي سالبة ضعيفة، وغير دالة إحصائيا عند مستوى 0,05. حيث أن معامل الارتباط "بيرسون" الخطي بين الضيق النفسي وتقييم الحاجات سالب ضعيف بلغ (0,08−) وغير دال إحصائيا لأن القيمة الاحتمالية (0,255) أكبر من 0,05.

أظهرت نتائج الفرضية الثالثة أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى 0,05 بين الضيق النفسي وتقييم الحاجات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي، بمعنى أنه كلما زاد تقييم الحاجات انخفض الضيق النفسي بدرجة ضعيفة، والعكس كلما انخفض الضيق النفسي زاد تقييم الحاجات بدرجة منخفضة لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي.

تفسير و مناقشة الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على: يعاني أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي من مستوى ضيق نفسي مرتفع.

يعاني أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي من أعراض اكتئابية ويخوضون تجربة و وضعية جديدة ضاغطة، ولتحديد الأعراض الأكثر شيوعا لدى هذه العائلات ومستوى الضيق النفسي لديها قمنا بكشفها بواسطة مقياس الضيق النفسي الذي يتكون من البعد الأول"مقياس فرعي للاكتئاب، كما يعانون من القلق بسبب حالة قريبهم، وساهم البعد الثاني للمقياس في تحديد أعراضه عند العائلات، وسمح لنا البعد الثالث من اكتشاف مدى وجود ضغط نفسي، وتمثل هذه الأبعاد الثلاثة استجابات انفعالية سلوكية قد يقوم بها الفرد وتكون كردود أفعال لوضعية تواجد قريبهم في الإنعاش، وهذه الوضعية تساهم جدا في ارتفاع مستوى الضيق النفسي لديهم وكانت الأعراض الشائعة "أعراض الخوف و التفكير الزائد"،وقد توصلت نتائج الفرضية الأولى إلى أن مستوى الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي مرتفع، وبالتفصيل فإن مستوى الاكتئاب شديد، والقلق شديد جداً بينما مستوى الضغط النفسي متوسط لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي.

و اتضح من خلال دراستنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الضيق النفسي لدى أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي تعزى لمتغير" السن، المستوى التعليمي، وجود خبرة سابقة، العيش مع المريض"

و توجد فروق ذات دلالة في مستوى الضيق النفسي لصالح "الإناث، و القرابة لصالح البنات و الأمهات"

تتفق نتائج دراستنا مع دراسة Famiréa التي توصلت" لوجود أعراض القلق و الاكتئاب لدى عائلات المرضى المتواجدين في وحدة الإنعاش حيث أن 73,4% يعانون من أعراض القلق و 35,3% يعانون من الاكتئاب، و لا تتفق في أن الأزواج هم الأكثر تأثرا بتجربة الإنعاش حيث أن 82,76% منهم يعانون من أعراض القلق و الاكتئاب، و بلغت نسبة القلق لديهم 32,7% عند تواجد المريض في مصلحة الإنعاش". (Boulgé, Mira, Duranteau, 2014, p742)

كما تلعب أحداث الحياة الضاغطة التي هي حسب (Maquet,2020) تغيرات فجائية و خبرات تخرج الفرد من منطقة الراحة و تأثر في شعوره بالاستقرار النفسي و الجسدي و تدفع الفرد للقيام بعدة ردود أفعال للتكيف مع الوضعية و إعادة التوازن، كما هي الحالة لدى عائلات المرضى هم يمرون بوضعية مفاجئة غير مألوفة و غير مرغوبة سببت لهم تأثير يمتد للنسق العلائقي و نتج عنها عدم قلق و شعور بالضغط النفسي من كثرة التفكير في الوضعية الحالية و المستقبلية فتضعف مقاومة الفرد و تظهر لديه اضطرابات سيكوسوماتية أو حتى أمراض مزمنة كالسكري و ضغط الدم...

وقد يكون الضيق النفسي راجع لسبب عدم معرفة معلومات كافية عن حالة المريض أو تأكيد وجود تطورات إيجابية فيبقى مصيره مجهول، وهناك إمكانية الوفاة في أي لحظة فهو متواجد في مصلحة أين حدث الوفاة شائع فيها كونها وحدة تحول إليها حالات حرجة جدا تعاني من

مضاعفات خطيرة تهدد حياة المريض وتمس وظائفه الحيوية الأساسية كالتنفس، وعمل الأعضاء كالكلى والقلب والدماغ إلى غير ذلك، كما كان تكرار زيارات العائلات لمرضاهم في الإنعاش مسموحا به مرة واحدة في اليوم فقط ولوقت محدود قد يصل لخمسة دقائق أو 10 دقائق كأقصى حد ما قد ساهم في ازدياد أعراض القلق لديهم والشعور بالضيق النفسي والضغط.

كما يجد الأفراد أنفسهم بين أداء التزاماتهم اليومية كموظفين وأهالي إلى جانب الحضور لزيارة مريضهم، ما يخلق نوع من الامتلاء بالضغوط وأداء وتفكير أوتوماتيكي روتيني التكرار مع كل الالتزامات،إلى جانب وجود وضع آخر محبط وهو احتمال الفقد في أي لحظة للقريب،فتنتج أفكار سلبية ومعاش نفسي سلبي يشجع ارتفاع مستوى الضيق النفسي لدى هذه العائلات، و حسب ما بينت "دراستين متعددة المراكز لمجموعة Famiréa أن الأقارب يعانون من أعراض القلق و الاكتئاب في الفترات الأولى من تواجد المريض في مصلحة الإنعاش و في نهايتها كذلك سواء بعد وفاة المريض أو خروجه".(Boulgé, Mira, Duranteau, 2014, p742.

تفسير و مناقشة الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على: وجود مستوى منخفض من تقييم الرضا عن تلبية الحاجيات من طرف عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي.

وبعد القيام بالتحليل الإحصائي وتحديد المتوسط الحسابي للمتغير توصلنا لوجود مستوى تقييم حاجيات متوسط إذ بلغ المتوسط الحسابي 8,12 وهو مستوى يتوسط معيار الحكم الذي ينص أن اصغر درجة هي الصفر وتدل على عدم الرضا الشديد و أكبر درجة هي 14 وتدل على الرضا التام عن تلبية الحاجيات.

واستنادا لتكرارات و نسب الإجابات على كل بند وتقييمها نجد أن هناك عدم رضا تجاه تلبية الحاجيات المقدمة من طرف أعضاء الطاقم الطبي في مصلحة الإنعاش الطبي، و ذلك فيما يخص الرضا تجاه الرعاية المقدمة ومدى اهتمامهم بالمريض، وهناك تواصل لا باس به وإعلان عن المعلومات، كما يعطي أفراد عائلات المرضى الأولوية لحاجيات المريض فهو الأكثر حاجة للرعاية وينتظرون شفاؤه.

كشف ترتيب متوسطات تقييم الحاجيات على أن هناك رضا تجاه التعاطف، و تفهم للعائلات و تزويد بمعلومات حول الأجهزة المستخدمة لرعاية المريض، و شعور بالارتياح عند المجيء لزيارة المريض في وحدة الإنعاش، كما تبين وجود عدم رضا أو رضا نسبي بنسبة ضئيلة متعلق بعدم وجود قاعة انتظار مريحة و هو عامل قد يجعل العائلات أقل رضا عن وحدة الإنعاش و هذا عكس واقع دول الغرب أين توجد غرف انتظار في معظم الوحدات،و يظهر عدم رضا في الإعلان عن المعلومات إذ لم يتم شرحها و توضيحها حسب قدرة الفهم و الاستيعاب لدى عائلات المرضى، و يوجد إشارة لضرورة تحسين الرعاية التي يتلقاها المريض، كما أن العائلات لا تفهم كل تفاصيل رعاية المريض و هدف القيام بنوع من الرعاية، حيث توصلت دراسة فرنسية أحادية المركز إلى أن نصف المحاورين الرئيسين كالأزواج الذين يمثلون 62% من المحاورين و المفوضين للمرضى في العناية المركزة لمدة أكثر من 48 ساعة أن لديهم فهم سيئ للتشخيص و المآل و العلاج، وقد كان عدم الفهم الجيد لهذه المعلومات مرتبطا بمدة المقابلة الأولى التي مدتها 10 دقائق فقط و هي غير كافية لشرح المعلومات الطبية، و لم يتم تقديم كتيب استقبال لهم إلى جانب ميزة "أصلهم الأجنبي" فأفراد العائلات غير ناطقين بالفرنسية و كان هذا عامل مساهم في عدم فهم المعلومات المقدمة (Azoulay, Chevret, Leleu, 2000)

و غالبا ما تحس العائلات بالعزلة في قاعة الانتظار و عدم الرضا عن العلاجات المقدمة للمريض و الاهتمام به، إلى جانب عدم اللطف عند التواصل و عدم انتظار أن الطاقم

سيقوم بإخبارهم و مهاتفتهم في حال تطور حالة المريض و تغيرها، كذلك هم يشعرون بعدم استلام معلومات صادقة عن حالة المريض، و برز عدم رضا تام عن تلقي المريض رعاية و علاجات ممتازة و ممكنة فقد كان متوسطه الحسابي أكبر متوسط دال عن عدم الرضا.

و يلخص كل هذا نسبة متوسطة من الرضا عن تلبية الحاجيات المقدمة لعائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش، و أن أهم الحاجات تشمل الحاجة لرعاية المريض جيدا، الاتصال بهم هاتفيا بالعائلات في حال تغير حالة المريض، المعلومات، الراحة، و التواصل بلطف.

ما يتفق مع دراسة (Kohi,Obogo and Mselle, 2016) التي توصلت لضرورة وجود شخص معين للاتصال به في المستشفى عندما لا يكون أحد أفراد الأسرة موجودا في المستشفى، و كانت في التصنيف الأعلى وهناك تصنيف للحاجة للاتصال بالمنزل للإعلان عن التغيرات التي حدثت للمريض، كما يحتاجون لرؤية المريض بشكل متكرر و الإجابة على الأسئلة بشكل صريح، و قد يرجع تصنيف أفراد الأسرة لهذه الاحتياجات الأكثر أهمية إلى القلق من أن يموت المريض وقت غيابهم عنه، و نجد أن الأفارقة يفضلون البقاء بقرب مرضاهم الذين يحتضرون لأن الكلمات الأخيرة للموتى تؤخذ على محمل الجد ربما لسبب عدم كتابة معظمهم وصاياهم و يصرحون بها في لحظات حياتهم الأخيرة، ما يفسر أهمية إعطاء معلومات و إعطاء الأولوية لها، كما تبين أن العائلات تحتاج لمعرفة كيفية علاج المريض و ما يحدث له، و هناك عدم تواصل و تصريح عن تفاصيل حالة المريض و إجراءات رعايته التي قد يفسر من طرف الأطباء بالاعتقاد أن معظم أفراد العائلات ليسوا مضطرين و لا توجد ضرورة لمعرفة كل التفاصيل عن حالة المريض، كما أن تصنيف الحاجيات يتوافق نسبيا مع نتائج دراستنا حيث توصلت هذه الدراسة لترتيب الحاجيات كالآتي: الحصول على إجابات صادقة للأسئلة، معرفة التشخيص، معرفة سبب القيام بأشياء معينة للمريض، الاتصال بالمنزل عند حدوث أي تغيير في حالة المريض، تلقي المعلومات

يوميا، التأكد من أن المريض يتلقي رعاية جيدة، حصول على شرح المعلومات بأسلوب مفهوم، الشعور بالأمل.(Kohi,Obogo and Mselle, 2016)

و من خلال تحليل المعلومات العامة التي تم جمعها من خلال الاستجابة على الاستبيانات من طرف عينة البحث توصلنا ل:

أن هناك فروق بين الذكور و الإناث في مستوى تقيم الحاجيات و كان الفرق لصالح الذكور إذ بلغ المتوسط الحسابي 8,60 و هو أكبر نسبيا على متوسط تقييم الإناث 7,67 مع العلم أن عدد الذكور أقل ب 3 أشخاص من مجموع عينة الإناث، و كان متوسط تقييم الحاجيات للآباء الذكور أكبر من تقييم الفئات الأخرى رغم أنه كذلك لا يشتمل على عدد كبير من الآباء بمتوسط 12,22 و كان أدنى تقييم لفئة (ابنة) المريض و الأخوات الإناث بمتوسط 4,15، و قام أصحاب التعليم الثانوي بتقييم الحاجيات بشكل مرتفع عن المستويات التعليمية الأخرى بمتوسط 10,60 و يليها أصحاب المستوى التعليمي المتوسط بمتوسط 8,29 ، أما أصحاب التعليم الجامعي فقد كان تقييمهم 6,30 وهو مستوى قريب من المتوسط لعدد 98 من المبحوثين ما يفسر المستوى المتوسط الكلي لتقييم الحاجيات فالعديد من أفراد العائلات لديهم مستوى تعليمي جامعي ولهم قدرة أكبر على فهم المعلومات المقدمة من طرف الطاقم الطبي و تفسيرها وهم بدراية أكثر عن حقوقهم كأسرة مريض، و حسب دراسة (Kohi,Obogo and Mselle, 2016) فإن هناك علاقة ارتباطية عكسية ما بين المستوى التعليمي و الحاجة لمعرفة المعلومات بصفة يومية و كيفية الرعاية و تزداد حاجة المعرفة كلما زاد المستوى التعليمي و هذا ما تبين في دراستنا بحيث أن ارتباط بنود المعلومات بالمستوى التعليمي سالب عكسي مثال ذلك البند 9 بارتباط –0,37 و البند 5 بالارتباط – 0,11، و تتفق كذلك مع دراستنا في أن الذكور أكثر رضا عن تلبية الحاجيات.

كما كان تقييم الرضا عن تلبية الحاجيات مرتفع بقليل عند من ليس لديه خبرة سابقة في مصلحة الإنعاش بمتوسط 8,60 لعينة 135 فرد ليس لديهم خبرة سابقة في الإنعاش، و متوسط 7,09 لعينة 62 فرد لديهم تجربة سابقة في الإنعاش.

و قد أوضحت نتائج التكرارات أن متوسط عدد الزيارات كان أكبر عند خيار "مرتين في اليوم" بمتوسط 36,5 و متوسط 35 "لزيارة واحدة في اليوم" و ما تم التأكد منه من خلال المقابلات أن عدد الزيارات المسموح به هو مرة أو مرتين في اليوم فقط.

تتعارض نتائج دراستنا مع دراسة (Mosleh and Aljafreh, 2015) التي توصلت لوجود رضا تام عن العلاجات المقدمة للمريض، لكن كانت تقييمات نوعية التواصل مع الفريق الطبي منخفضة أكثر، كما كان أفراد العائلات أقل رضا عن اتخاذ قرارات الرعاية و تقييمات منخفضة أكثر عن العلاقة مع الموظفين لسبب رغبة العائلات و الأصدقاء المفوضين للمريض في المشاركة بالخطة العلاجية و إعلامهم عنها.

كما تتعارض دراستنا مع دراسة (Akdagli Ekici, Banu Akinci, Gulsun Pamuk, Kilicaslan, Aslan Kav, 2020) التي توصلت لوجود رضا مرتفع في الثقة، التجهيزات، التواصل مع العائلات و تتفق مع دراستنا في وجود تعاطف و مساندة.

و حسب دراسات الحالة و التحليل الإحصائي و ترتيب الحاجات حسب مستوى متوسطاتها فإن أكثر حاجة تبحث عن تلبيتها العائلات هي حاجة رعاية المريض جيدا و الإعلان عن المعلومات بصراحة ووضوح و الراحة و التعاطف، وتتفق نتائجنا مع نتائج دراسة (Bandari, Heravi-Karimooi, Rejeh and Zayeri, 2015) توصلت أن حاجة الحصول على معلومات صادقة و إجابات لتساؤلات هي أهم حاجة لدى العائلات الإيرانية و بلغ المتوسط الحسابي للمعلومات في دراستنا ب 0,65 الذي تقديره ("فقط من وقت لآخر" و يدل على عدم الرضا استنادا لطريقة تصحيح المقياس)

تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على: توجد علاقة ارتباطية بين الضيق النفسي وتقييم الحاجيات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي.

أظهرت نتائج الجدول رقم(26) عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية.

بحيث بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون(0,08 –) وهي ضعيفة جدا وسالبة" ارتباط غير دال إحصائيا" عند مستوى 0.05 وهذا يعني أنه كلما زاد تقييم الحاجيات انخفض ضيق النفسي بدرجة ضعيفة أو قليلة، والعكس صحيح كلما انخفض الضيق النفسي زاد تقييم الحاجيات بدرجة منخفضة كذلك.

نستنتج أن تلبية الاحتياجات لا تؤثر على مستوى و مدى شعور العائلات بالضيق النفسي بنسبة كبيرة نظرا لتوجه انتباه أفراد العائلات إلى حالة المريض وإعطاء كل الأولوية لاحتياجاته، كما أن معظم التكرارات بينت أن معظم الاحتياجات تم تلبيتها وهناك رضا متوسط لا باس به حيث تعطي العائلات أهمية كبيرة لاحتياجات قريبهم ورعايته و ينتظرون فقط شفاؤه هذا ما يتفق مع دراسة

(Agard and Harder, 2007) التي أظهرت أن "الحاجة للراحة تصنف كأقل حاجة أهمية فالعائلات تعطي أولوية لاحتياجات المريض و هي الأكثر أهمية بالنسبة لهم"(Gundo, 2010, p22)

و يمكن تفسير الضيق النفسي الذي تعاني منه العائلات أنه نتيجة التواجد قريبهم في مصلحة الإنعاش الطبي،فهي وضعية ضاغطة تستهلك طاقتهم العصبية ما يؤدي لعدم تكيفهم مع الوضعية الجديدة وتراجع الأداء في ميادين الحياة اليومية وتظهر لديهم اضطرابات نفسية وسيكوسوماتية اضطرابات معرفية" كفقدان التركيز والانتباه عند القيام

بالمهام المعتادة وهذا ناتج عن الإجهاد الفكري إلى جانب اضطرابات النوم و الأكل و حسب دراسة (Day, Haj-Bakri, Lubchansky, Mehta, 2013)فإن أفراد عائلات المرضى المتواجدين في العناية المركزة يعانون من اضطرابات النوم بمستوى متوسط أو شديد بنسبة 43,5% من أصل 94 فرد مشارك في الدراسة و تصاحبها أعراض التعب و القلق.

إذ أن مصلحة الإنعاش وحدة مخصصة لحالات خطيرة تواجه خطر الموت لسبب تضرر الأعضاء الأساسية التي تساهم في الحفاظ على الحياة، كما نجد أن العائلات تعاني من اكتئاب وخوف شديدين نتيجة الأفكار والاحتمالات السلبية التي تنشئ من كثرة الخوف على مآل المريض أو قلة الزيارات المسموح بها فتنشئ لديهم أفكار وتفسيرات تأويلية سلبية طوال فترة تواجد المريض في الإنعاش، وغالبا ما يشعرون بالعجز تجاه الوضعية ولا يستطيعون فعل أي شيء لإنقاذ حياة المريض غير الانتظار ومحاولة زرع الأمل في نفوسهم والدعاء لعلها تحدث معجزة من عند الله، ما يسبب لهم الشعور بانعدام القيمة الذاتية وعدم النفع والفاعلية فيشعرون بالإنهاك وتنتج كذلك سرعة استثارة وانفعال تجاه أي شيء يضايقهم وقد يظهر كذلك هذا العرض و السلوك عند التواصل مع الأطباء وعند تلقي أخبار سلبية عن حالة المريض وهذه الأخبار قد تساهم كذلك في بناء أفكار سلبية عن الأطباء وعدم فعالية مجهودهم في رعاية أو عدم القيام بالرعاية الممكنة والممتازة للمريض هذا ما بينته

دراسة من طرف (Mosleh & Alja'afreh & Lee,2015) عن تقييم فعالية أعضاء العائلات و الأصدقاء بصفتهم مفوضين للمريض مقارنة بمدى الرضا تجاه العلاجات و اتخاذ القرارات العلاجية الخاصة بالمريض باستخدام مقياس Familly (FS-ICU) satisfaction و وجدوا أن هناك رضا تام عن العلاجات المقدمة للمريض لكن كانت تقييمات نوعية التواصل مع الفريق الطبي منخفضة، و كانوا أقل رضا عن اتخاذ القرارات العلاجية و نتائج منخفضة أكثر عن العلاقة مع عناصر الفريق الطبي لرغبتهم في مشاركتهم بالخطة العلاجية و إعلامهم عنها.

و هناك إمكانية الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد العائلات لسبب تناقض أحداث الوضعية بين واقع المريض و المعلومات، و في هذا السياق نجد مجموعة Famiréa قد قامت بدراسة العلاقة بين وجود أعراض القلق و الاكتئاب و اضطراب ما بعد الصدمة لدى أقارب المريض، و توصلت إلى أن 33% من أصل 242 من الأقارب يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة(Azoulay, Pochard, Kentish-Barnes, 2005)، و قد يكون مرتبطا بالشعور بتلقي معلومات غير مكتملة و المشاركة في اتخاذ قرارات الرعاية و إيقاف العلاج و عدم السماح للعائلات في اتخاذ هذه القرارات (Poncet, Toullic, Papazian, 2007)

وقد ترجع هذه الحالة لعدم كفاءة الطبيب في كيفية الإعلان عن ماهية حالة المريض هذا ما بينته كذلك دراسات الحالات الأربع،أو حتى أن الأطباء هم كذلك يعانون من اضطرابات نفسية كتبلد المشاعر و هذا بسبب التعود على تلك الوضعيات والأحداث فيصبحون فاقدين للإنسانية ولا يتعاطفون مع العائلات.

و تتفق نتائج دراستنا مع دراسة (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau, McVey, 2010)التي توصلت لعدم وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين متغيرات" الدعم المعلوماتي، جودة الرعاية" مع القلق.

كما تتفق كذلك مع دراسة (Carlson and David, 2015) التي توصلت لوجود تقييم عالي لكفاءات الطاقم الطبي و هي أعلى بكثير من تقييمات التواصل و تلبية الحاجات الخاصة ب "المعلومات، الدعم النفسي العاطفي"، و هناك ارتباط بين تقييمات الحاجة للاتصال و المعلومات التي يتم تلبيتها بتقييمات الدعم و مهارات الفريق الطبي"، و هناك علاقة سلبية بين الرضا و التواصل مع أعراض الاكتئاب، و علاقة أخرى سالبة بين الضيق النفسي بعدة متغيرات للرضا.

يمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية إلى أن الضيق النفسي قد ينشأ من عدم معرفة معلومات عن حالة المريض بالتفصيل و بصفة مستمرة وليس لعدم التعاطف فالزيارات المسموح بها غالبا هي زيارة واحدة أو اثنتين لمدة قصيرة جدا في اليوم وهي ليست بالكافية للحكم عن وجود تعاطف أو تواصل دال ومساهم في الحالة النفسية للعائلات،والإعلان لا يتم دائما ومعظم وحدات الإنعاش لا تتوفر على مرافق للنقاش كغرفة انتظار أو مكان للنقاش والتواصل الفعال بين العائلات ومقدمي الرعاية، وفي الغالب من غير الممكن التواصل بشكل مستمر مع الأطباء، هذا بسبب الانشغال المستمر لمقدمي الرعاية في التكفل بالمريض ففي مصلحة الإنعاش الرعاية ليس لها وقت محدد وإنما تتحدد بحالة المريض فقط ومن أجل ذلك يقومون بمراقبة مستمرة لمؤشرات أعضائه الحيوية وحالته السوماتية بمساعدة أجهزة كهربائية و ميكانيكية.

هذا ما ينشأ أفكار أوتوماتيكية احتمالية عند العائلات لمآل المريض وهي متناقضة فيعيشون في عدم استقرار عاطفي سعادة عند الإعلان عن أخبار ايجابية وتقدم ايجابي في حالة المريض وحزن شديد غضب وخوف عند الإعلان عن أخبار سلبية ما يؤدي إلى عدم قدرة العائلات على التحكم في عواطفهم وتصعب أكثر فأكثر الوضعية المعاشة وتظهر كاضطرابات الأكل والنوم وفقدان التركيز في الأداء تقلبات مزاجية وتدهور الصحة الجسدية.

مناقشة النتائج:

أجرينا دراستنا في مستشفى ندير محمد بتيزي وزو ومستشفى برج منايل، ومستشفى مصطفى باشا بساحة أول ماي الجزائر العاصمة في مصالح الإنعاش الطبي على عينة 197 من أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي، ومن خلال نتائج التحليل الإحصائي المتحصل عليها لمقياس الضيق النفسي ومقياس تقييم الحاجيات تبين لنا أن الضيق النفسي لدى عينة الدراسة مرتفع حيث قدر متوسطه الحسابي ب 65.30 الذي يقع

في المجال 60 و 80، وهذا بسبب أن تجربة الإنعاش قد كانت تجربة جديدة بالنسبة ل 135 حالة، فهم ليس لديهم خبرة سابقة في الإنعاش وبسبب خطورة حالة المريض كذلك، فالضيق النفسي هو حالة ارتفاع شديد لأعراض الاكتئاب وصعوبة التكيف مع الموقف.

يمر أفراد عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي بمعاناة نفسية جراء مشاهدة أحد من أقاربهم في حالة خطيرة ولا يستطيعون مساعدته ولا يعرفون مصيره،إذ لا يعرفون تفاصيل كافية عن حالته فالإعلان قليلا ما يقوم به الأطباء ولا يقدمون تفاصيل دقيقة تحدد حالته الآنية أو مآله أو مفهومة حسب مستواهم التعليمي و قدرتهم المعرفية هذا ما تؤكده دراسة Famiréa التي قامت بدراسة عدم الرضا و أعراض القلق و الاكتئاب لدى عائلات مرضى الإنعاش حيث وجدوا أن عدم الرضا يرتبط بوجود عضو عائلة ناطق بالفرنسية، حيث كان الأفراد الذين يتحدثون الفرنسية أكثر رضا عن المعلومات المقدمة لهم، و يؤثر كذلك وجدود ممرضة لكل 3 مرضى كحد أقصى و إعطاء المعلومات من قبل طبيب مبتدئ و مساعدة من الطبيب المعالج فقد كان أفراد العائلات أكثر رضا عند تلقي معلومات من طرف طبيب لديه خبرة، و من بين العوامل التي تتحدد و التي أدت لعدم الرضا نجد: تقديم معلومات متناقضة، عدم تحديد مقدم الرعاية الخاص بالمريض، قصر وقت المقابلة و التواصل مع مقدمي الرعاية لطرح أسئلتهم و الحصول على إجابات، عدم وجود غرفة انتظار (Azoulay, Pochard, chevret, 2001) ، ما يشعرهم بعدم التأكيد لما يحدث له وعدم وجود تواصل كاف يزيد من قلق وخوف العائلات حيث أن التواصل لا يقل أهمية عن تقديم الرعاية للمريض وهو من بين العوامل المؤثرة في الحالة النفسية للعائلات، ما يعكس عدم وجود علاقة إنسانية وتعاطف في العلاقة الثلاثية" مريض، طبيب، عائلة"خاصة و أن أطباء الإنعاش قد اعتادوا على حدث الوفاة المفاجئ والمتكرر، كما تستمر زيارات العائلات اليومية للمريض وهم لا يعلمون كيف ستكون حالته من حين لآخر كما أن وقت الزيارات محدد جدا يصل إلى 15 دقيقة كأقصى حد وفي مصالح أخرى تصل

إلى ساعة من الوقت ما يجعلهم يشعرون بانقطاع الروابط بينهم وبين المريض، وما يسبب أيضا ارتفاع الضيق النفسي وهذا ما تم التأكد منه من خلال نتائج التحليل الإحصائي حيث قدر معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة ناقص 0.08 – وهو غير الدال إذا لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ضيق النفسي وتلبية الحاجيات، وقد كان تركيز العائلات أكثر على تقديم الرعاية اللازمة للمريض ومعرفة حالته بالتفصيل ما أدى بهم إلى حالة التخوف من فقدان أملأن يعيش المريض وإرهاق نفسي، و ما يجعلهم لا يركزون على حياتهم اليومية خارج مصلحة الإنعاش ولا يقومون بأداء أعمالهم كالمعتاد إلى جانب الفروق الفردية في سمات شخصية كل فرد فهي تساهم في كيفية الاستجابة و التكيف مع الوضعية، وقد كان أغلب الأفراد يستجيبون بردود افعل اكتئابية حيث بلغ المتوسط الحسابي للاكتئاب 22.08 ومستوى القلق 21.25 أما الضغط النفسي فقد كان متوسط بلغ متوسطه الحسابي 23.28 هذا حسب معيار الحكم، و قد أثبتت كذلك دراسة (Azoulay, Pochard, chevret, 2001) أن 69% من أفراد عائلات مرضى الإنعاش يعانون من أعراض القلق.

وقد كان الطاقم الطبي يقوم بتزويد العائلات بمعلومات عن الأجهزة المستخدمة للعلاج فغالبا ما يطلب من العائلات إحضار بعض الأدوية التي لا توجد في البلد والتي يحتاجها المريض وإجراء تحاليل خارج المستشفى، ويشعر أفراد العائلات بالارتياح عند القدوم لزيارة المريض كونهم سيطمئنون أن قريبهم لا يزال على قيد الحياة ويشعرون بالعزلة في قاعة الانتظار لسبب عدم وجود تواصل تفاعلي مع موظفي الإنعاش ما يؤكد عدم وجود علاقة بين متغير الضيق النفسي وتقييم الحاجيات إذ أنهم ينتظرون غالبا شفاء المريض ومعرفة معلومات عن حالته، لكن رغم ذلك فإن مستوى الرضا عن تلبية الحاجيات كان متوسط فمعظم الحاجيات لا تلبى غالبا ما تؤكده نتائج دراسة الحالات الأربعة فقد قيمت الحالات الثلاثة الأولى أن هناك عدم رضا عن مستوى تلبية الحاجيات منخفض جدا،أما الحالة الثالثة فقد قيمته بأنه مرتفع بقيمة 10، ونتائج التحليل الإحصائي بلغ تقييمها 8.12، كما أنه لا توجد أطر

وهياكل يتم من خلالها التواصل وتقديم الحاجيات للعائلات كقاعة الانتظار المريحة مكتب،أخصائي نفسي، و حسب الدراسات التي استشهد بها (Azoulay, Pouhard, Chevret, Lemaire, 2001) فإنه قد تختلف حاجيات عائلات مرضى العناية المركزة باختلاف البلدان و تأثير العوامل الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية حتى من حيث توقعات ما الذي ستقدمه وحدة العناية المركزة لهم، فقد تكون بعض العائلات تريد البقاء قرب المريض معظم الأوقات و أخرى لا و مع اختلاف المستوى الاقتصادي كذلك تختلف متطلبات العائلة. كما أن تنشئة و ثقافة طلب حقوق الفرد عامل مؤثر فمثلا نجد أن أغلب دول العالم الثالث لا تطلب حقوقها عكس شعوب دول الغرب، و قد لا تتاح الفرصة حتى للتواصل مع موظفي الإنعاش أو المستشفى لطلب معلومات أو نقاش و يكون هذا صورة تعكس تقلص و تصلب و تباعد في العلاقة بين مقدمي الرعاية و العائلات بصفة تنافر طرف سواء بصفة مباشرة أو غير مباشرة.

استنتاج عام:

تم دراسة متغيري الضيق النفسي و الرضا عن تلبية الحاجيات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي وقمنا بالبحث للتحقق من التساؤلات التالية:

-هل يوجد مستوى ضيق نفسي مرتفع لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي؟

-هل يوجد مستوى تقييم تلبية حاجيات منخفض لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي؟

-هل توجد علاقة إرتباطية بين الضيق النفسي و تقييم الحاجيات لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي؟

ومن أجل الحصول على أجوبة ونتائج إحصائية وكيفية قمنا ببحث ميداني الذي اعتمدنا فيه على المقابلة النصف موجهة ومقياس الضيق النفسي و مقياس تقييم الحاجيات اللذان قمنا بتكييفهما في البيئة الجزائرية.

توصلت الدراسة إلى:

تحققت الفرضية الأولى التي نصت على:"يوجد مستوى مرتفع من الضيق النفسي لدى عائلات المرضى المتواجدين في مصالح الإنعاش الطبي"

هذا ما تبين عند دارسة الحالات الأربع وعند القيام بالدراسة الإحصائية الوصفية

حيث كان مستوى الضيق النفسي مرتفعا جدا وكان مستوى القلق والاكتئاب أكثر ارتفاعا من الشعور بالضغط النفسي هذا حسب ما أسفرت عنه نتائج حساب أبعاد المقياس، وكانت الأعراض الأكثر وضوحا عند الحالات الأربع أعراض الخوف اضطرابات النوم والأكل انعدام القيمة الذاتية اضطرابات معرفية كنقص التركيز والانتباه والنسيان.

وتوصلنا إلى عدم تحقق الفرضية الثانية لم تتحقق في دراسات الحالات و التحليل الإحصائي حيث أن مستوى تلبية الحاجيات متوسط في نتائج التحليل الوصفي و كانت أكثر حاجة تريدها العائلات حسب التصنيف و الترتيب للمتوسطات الحسابية هي حاجة تقديم رعاية ممتازة للمريض و معلومات صادقة، مهاتفة العائلات في حالة تغير الوضع الصحي للمريض و التعاطف معهم، و كان مستوى تقييم الحاجيات منخفضا جدا عند الحالات الثلاث الأولى و مرتفع عند الحالة الرابعة،و وجدنا أن العائلات تريد فقط أن يشفى المريض وأن يتم إعلانهم عن كل تفاصيل حالة المريض و رعايته في كل الأوقات والسماح لهم برؤية المريض لفترات أطول.

أما الفرضية الثالثة فهي فرضية لم تتحقق بحيث لا توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية عند 0.05 وتم التأكد من ذلك من خلال دراسة الحالات التي توضح أن الضيق النفسي يتعلق أكثر بحالة المريض وليس أشياء أخرى فهم يعطون الأولوية لحاجات المريض أكثر.

خلاصة:

خلال الآونة الأخيرة برزت فئة عائلات المرضى المتواجدين في الإنعاش بشكل كبير و لوحظ معاشهم وتجربتهم بشكل واضح ما يساعد لإدراك مدى تهميش فئة عائلات المرضى خاصة في وحده الإنعاش حيث أن تواجد أحد أفراد العائلة هناك قد يسبب اضطرابات نفسية أو سيكوسوماتية.

كان الهدف من دراستنا توضيح أن عائلات المرضى تعاني في صمت وضيق نفسي لديها و قليلا ما يتم تلبية حاجياتهم من طرف فريق الصحة التي هي حقوقهم ونوع من الإنسانية و واجب من طرف مقدمي الرعاية نحوهم، وتوصلنا لوجود ضيق نفسي مرتفع جدا ومستوى تلبية حاجيات متوسط، كما أظهرت دراسة الحالات أن معرفة تفاصيل حالة المريض والاطمئنان عليه هي أهم حاجة بالنسبة لهم وكانت الأعراض الشائعة هي أعراض الاكتئاب الشديد والقلق و ضغط نفسي متوسط،و هذا حسب ما بينته عملية التحليل الإحصائي ودراسات الحالات.

الاقتراحات:

-ضرورة العمل على التواصل المستمر والمنظم بين عائلات المرضى ومقدمي الرعاية.

-إدماج العائلات في أخذ القرارات العلاجية الخاصة بالمريض

-إدماج مختص نفسي للتكفل بالعائلات ليساعدهم على تقبل الوضعية ويساهم في سير عملية الإعلان عن حالة المريض سواء الايجابي آو السلبي خاصة أو تدريب موظفي مصلحة الإنعاش على كيفية التواصل بشكل فعال مع أفراد عائلات المرضى و تخصيص وقت كاف للمقابلة.

-إدماج العائلات في رعاية المريض.

-عمل des débriefings للعائلات ولمقدمي الرعاية.

-انجاز كتيب استقبالun livre d'accueilيقدم للعائلات حيث يتحدث عن تفاصيل تخص ما هي مصلحة الإنعاش وكيف يتم التكفل بالمريض ورعايته.

_التصريح بمعطيات عن المريض بمستوى لغوي ومصطلحات تتوافق مع المستوى التعليمي لعائلات المرضى والحرص على فهم المعلومات جيدا وتوضيحها، وكذلك الإعلان عنها بتعاطف.

-دراسة عملية الإعلان و كيف تتم و توخي الحذر عند الإعلان فالإنعاش مصلحة حدث الوفاة فيها شائع، وممكن أن تتحسن حالة المريض ثم يموت ربما بعد فصله عن الأجهزة التي تدعم عمل أعضائه الحيوية أو لأسباب عدة.

-دراسة فئة المتكفلين بالمريض أو الأشخاص الوحيدين اللذين يزورون المرضى الذين ليس لديهم أهل كفئة الأصدقاء.

قائمة المراجع

المراجع بالغة العربية:

- احمد الباز، ن (2023). الضيق النفسي وعلاقته برضا الأكاديمي والتحكم الذاتي والتوجيه نحو المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة قسم علم النفس كلية الدراسات الإنسانية جامعة الأزهر صفحة 1053

- أحمد، س، (2003), سيكولوجية الشخصية، مركز الإسكندرية للكتاب مصر.

- عبد الرحمان، س (2000).الذواتية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر، سيغموند فرويد (1989): الكف و العرض و القلق ، ترجمة محمود نجاتي، الطبعة الأولى، دار الشروق، القاهرة.

-السكري، أ (2013).قاموس الخدمة الاجتماعية و الخدمات الاجتماعية، درا الوفاء لدنيا الطباعة و النشر،ط1، الإسكندرية.

- الزروق، ال ، بلعيد ،ف (2018).اضطراب ما بعد الصدمة و علاقتهما بالاكتئاب لدى طلاب الجامعة، مجلة البحث العلمي في الأدب، الجزء الأول العدد 19.

-بركات ،ع، أ و الحكماني ن، ع،(2014).الحاجات الإرشادية لدى طلبة الجامعات الخاصة بسلطنة عمان، مجلد إتحاد الجامعات العربية للتربية و علم النفس، المجلد الثاني عشر

-بكر، ش، ح، س. (2020).القدرة التنبؤية للاستقراء الالكتروني و الكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية(رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة اليرموك.

-بوطبال س، ال،(2014).دراسة تحليلية للحاجات الإرشادية لدى طلاب الجامعة، مجلة الشباب العربي و المشكلات الاجتماعية، المركز الجامعي غليزان الجزائر، العدد الأول.

-بوعالية، ش (2019).الطلاب الجامعي و الحاجة للمرافقة البيداغوجية، دراسة ميدانية على طلبة جامعة الوادي شعبة علم النفس، جامعة سطيف، يوسف بن تيشة جامعة الوادي

-بحرة، ك (2015). دراسة ميدانية بولاية الجزائر جامعة وهران الحاجات النفسية و علاقتها بالإغتراب النفسي لدى العاملين و العاطلين عن العمل.

لوادي-مجلة أنسنة للبحوث و الدراسات، المجلد 10.

- بركو، م و بوليفة، ب (2016).علم النفس الصدمي، دار خانة للنشر و التوزيع باتنة الجزائر.

-محمد السيد، ع،ال.(1996)، نظريات الشخصية، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع(القاهرة).

-معجم الكافي(2015).عربي عربي، ط6.

-معجم الوجيز في طب الأطفال، بدون سنة.

_منظمة الصحة العلمية (OMS)

-مجمع اللغة العربية(1994).المعجم الوجيز، العمة لشؤون المطابع الأميرية مصر.

-منتدى الجمعية التونسية للعلوم الشرعية http://at scrmken.Frundatif.com/106-topic

- نجم صفر، ش،(2014).علم النفس الشخصية"تشظي الذات و تحلل الشخصية و علاقتها بالكرب النفسي، المكتب الجامعي الحديث الأزاريطة الاسكندرية.

- سرسي، أ و عبد المقصود، أ ،(2000).دراسة الحاجيات النفسية لدى الأطفال في مراحل تعليمية متباينة، مجلة كلية التربية العدد 24، جامعة عين الشمس مصر.

– عبد الحليم ،أ ، عبد اللطيف عريبات ،أ، أ ،(2015).نظريات الإرشاد النفسي و التربوي، ط3، درا المسيرة عمان.

–عباس، س، خوان، أ ،الحاجات النفسية الإرشادية لطلبة الجامعة و مدى إستجابة المرافقة البيداغوجية لها(دراسة ميدانية لجامعة المدية) مجلة أنسنة للبحوث و الدراسات، جامعة يحي فارس المدية(1)العدد 10.

–عتوتة، ص، خنيش، ي ،دس الحاجات النفسية و الاجتماعية للعمال و جودة الحياة من منظور العمل، جامعة سطيف2 الجزائر.

–عبد الوهاب، م، أ(2006).تقدير الاحتياجات لدى سكان المناطق العشوائية كمؤشرات تخطيطية لتنميتها، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية و العلوم الإنسانية، مصر21،ج4.

–فاضل عباس، إ، (بدون سنة).الوحدة النفسية و علاقتها بالحاجات النفسية عند موظفي جامعة بغداد، كلية التربية للبنات، مجلة البحوث التربوية و النفسية قسم رياض الأطفال العدد 32 جامعة بغداد.

المراجع بالغة الفرنسية:

-Azoulay E,Pochard F,chevret S. et al(2001), meeting the needs of intensive care unite patient families : a multicenter study. Am J Respir crit care Med 163(1) :135-9.

- Arzu Akdagali Ekici,Seda Bamu Akinci,Alnila Gulsum Pamuk, Banu Kilicaslan, Ezgi Su Aslam Rav, (2020).Assessment of family satisfaction in anesthesiology and reanimation intensive care unite, journal crite intensive care ;11 :(1) 15-20.

-Ashurst,P ,Hall.Z(2001).Understandino women in distress,Taylo and francise library, New Yourk ,motes,12(1),1-5.

-Awad ,H.(2018).Mental illness is the first enemy of modern man.Arab press agency-Egypt109.

- Boulgé ,A . Mira, JP. Duranteau, J. (2014).le livre de l'interne « Réanimation ».medecine science,edition Lavoisier Paris,WWW.Livremedecine.com.

-Ben said, A, R and Hamel,S(2010,2013), mémoire professionnel de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de infirmier de santé public « l'infirmier devant les exigences de la manipulation des dispositifs médicaux(machines), Biskra.

- Broccared ,A. Schaller, MD. (2000).Lésions induite par la ventilation mécanique :Quelles leçon pour le clinicien ?.Medecine et hygiene.

-Bailey,J.Sabbagh,M.Loiselle, CG, Boileau,J McVey,L(2010),Supporting famillies in the ICU :a descreptive correlation study of internationnal support, anxiety and satisfaction with care. Intensive and critical care nursing.

_Ben-Zur,H.(2012).Loneliness, optimim and well-being among married, divorced and widowed individuals. The gournal of psychology 146(1-2).

- Balkovoivalidamiras Gazulis,M Vulimuis(2009).Motivation of human potential theory and practice « manograph », My kolasiomeri university ZILIANA UNV.

- Bonenfant,J. lacroix,J.(2016). Ress oar ces pour les ensignent et les formateur en français des affaires centrales de la langue direction des relations notionnelles de l'ensiegnement.

- Berthet ,J(2020), la mobilistion précoce en service de reanimation :une plus-value dans la prise en charge des patients, ecole des sciences de la réadaptation formation en Masso-Kinésithérapie, Marseille.

-Cuijeper,P.Smits,N.Danker,T.TenHave,M.and Graaf,R.(2009).Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two item Mental health.

- Carlson, Eve B. (2015).Care and caring in the ICU :Family members distress and perception about staff skills, communication and emotionnel support, journal of critical care, 30-557-561.

- Chahraooui, Kh. Laurent, A . Bioy, A . Quenot,JP. Capllier,G .(2014).Vulnérabilité psychique et clinique de l'extreme en réanimation.Dunod,Paris.

-Day,A,Haj-Bakri S,Lubchansky,S,Mehta S :Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unite : a questionnaire study.crit care.

-Deci,E.L@Rayan.R.m.(2008).faciliting optima motivation and psychological well-being a cross life's domains, Canadian psychological .vol(49)

-Kendler,K.S,Meyers,J. Prescott,C.A.(2005). Sex differencesin the relationship between social support ad risk for major depressin : a langitudianl study of opposite-sex twin pairs.American journal of psychiatery , 162(2),250-256.

-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux(DSM5)2015)

-Mini DSM5(2016)

-Noom,M.Beneken genaamd Konler, D.M,Evert,Leeuwen.Dijkstra.BM and volet, L,C,M(2016).The nursing role during and of life care in the intensive care unite related to the interaction between patient, family and professionnel :an integrative review scandinavian journal of carung sciences 30-645,661 doi :10.1111/Scs.12315.

-.Lautrette .A,(2013).urgence chapitre 66.Les attentes des familles, les réponses à apporter.Sfmu confondateur.

-Lovibond,P.(1995).the stucture of negative emotion states :comparaison of the deppression anxiety stress scales(DASS)with the beck depression and anxiety inventrious behaviors resarch and therapy,33(3).

-Lee .L.Lau(2003).immediate needs of adulte family members of adult intensive care patient in Hong kong,journal of critical nursing 12(4).

-Lotay,A.(2016).Disclosure of psychological distress by university students on an anonymous social media application an online ethnographic study.

- Lotfy Abdel-aziz,A, (2017).Family needs of criticaly ill patients admites to the intensive care unite, comparaison of nurses and family perception. Faculty of nursing ,Tanta university, Tanta Eygpt, American journal of nursing science.vol.6.No.4.

-.Pars, P .Bouaziz, D Tordieux, P. and Bailleux, S. (2014).Pratique cinique syndrome d'immoblisation :conséquences et stratégies préventives vol.5,no366-064.

-Pinto,A.Luna,I Sivla-Ade,A.Pinheiro,P, and Braga V.(2014) Risk factors associated with mental health issues in adolescents :A integrative review.Revest da escola enfermagem da us, 48,555-564.

- Pelling,N.J.Burhonton,L.J.(2017).The elemants of applied psychologiacl practice in australia.Boutledge.London and New yourk 51-52.

-Sullivan,P,Murphy,J and Blacker,M(2019).The level of mental health literacy among athletic staff in interollegiate sport. Journal of critical sport psychology, 13(3),440-450.

-Spielberger.CH.SAASON, I, STRLAV, J.BBREBNER.J(2014).Stress and anxiety.V(13)Routledge.New yourk.

-Sedgwick.P and al,(2011). Reciver operating charactiristic cures, chest, vol 100,no2

-Société française de l'anesthésie et de réanimation (La SFAR).

-Hiesigner,K, and Tophoven, S.(2019).Job requirement level , work,92(8),1139-1149.

_Hayland,P.Shevlin,M,Cloitre,M,Karatzia,T.Vallierés,F,McGinty,G and Power,J.M.(2019).Quality not quantity :loneliness subtypes,psychological trauma, and mental health in US adult population,Social psychiatery and psychiateric epidemology,54(9).1089-1099.

- Hotckiss,J.R and al (2000).Effects of decreased respiratory frequencey on ventilation-induced lung injury Am. J Respir. Crit care medecine, vol 161no 2.

-Hakimi.R (2018).Prevalence of psychological disstress among under graduate students at Jazan university : Across section study. Soudi journal of medecine and medical sciencies, 6(2), 82-88.

- Gundo,R.(2010). Cpmparaison of nurces and families perception of family needs in intensive care unite at Ateriary public sector hospital, faculty of health sciences, univercity of the witnaterssond, joh mesburg in partial fulifliment of requirements for the degree of master of science nursing.

-Golden,L.Levin,L,Mizrahi ;R.Biebel,K,(2018).college to career :supporting mental health.

-Greenhaus,J.H and Powell,N.(2006).When work and family are allies : Atheory of work family enrechisment. Academey of managment review,31(1),72-92.

- wiliams,N.(2020)Abraha m maslow hierarchy of needs : a diffirent kind of pyramid schenne.

الملاحق

ملحق(1)

دليل المقابلة النصف موجهة

المحور الأول: البيانات الشخصية

-الجنس:

-السن:

-المستوى التعليمي:

-القرابة للمريض:

-المحور الثاني: ظروف إحالة المريض لمصلحة الإنعاش الطبي

-ما هو السبب الذي أدى لدخول المريض في مصلحة الإنعاش الطبي(مرض/حادث)؟

-منذ متى و قريبك متواجد في مصلحة الإنعاش الطبي و في غيبوبة؟

المحور الثالث: الظروف في مصلحة الإنعاش الطبي

-كيف هي الظروف العامة لمصلحة الإنعاش الطبي(الراحة، الأمان، التواصل مع مقدمي الرعاية، الثقة...؟

-كيف تشعر بعد دخول قريبك لمصلحة الإنعاش الطبي و (الغيبوبة)؟

-هل قام الطاقم الطبي بمساندتك؟

-كيف يتم تواصل العائلة مع الأطباء و الممرضين، و كيف يتصرفون حيال مخاوفكم؟

المحور الرابع: النظرة المستقبلية للحياة

-ما هي وجهة نظرك للمستقبل؟

-ما هي رغباتك و ملاحظاتك فيمل يخص الخدمات و التواصل في مصلحة الإنعاش الطبي؟

-ما هو الدعم المادي و المعنوي الذي يمكن للعائلات أن تحتاجه قبل و بعد خروج المريض من مصلحة الإنعاش سواء بعد وفاة المريض أو شفائه نسبيا لسبب مضاعفات صحية قد ترافقه مدى الحياة أو لمدة معينة؟

ملحق(2)

مقياس تقييم الحاجيات قبل الترجمة

Evaluation des besoins

Numéro	Items	Presque tout le temps	La plupart du temps	Seulement de temps en temps	Jamais
1	Avez-vous le sentiment que les meilleurs soins possibles sont donnés au patient ?				
2	Avez-vous l'impression que le personnel de l'hôpital se soucie du patient ?				
3	Les explications qui vous ont été données sur l'état du patient ont-elles été formulées en des termes que vous pouvez comprendre ?				
4	Avez-vous le sentiment d'avoir reçu des informations sincères sur l'état du patient ?				
5	Comprenez-vous ce qui arrive au patient et pourquoi les choses sont-elles faites ?				
6	Les membres du personnel ont-ils été courtois avec vous ?				
7	Certains membres du personnel se sont-ils montrés intéressés par votre état ?				
8	Pensez-vous que quelqu'un vous téléphonera en cas de changement majeur ou important de l'état du patient ?				

9	Le personnel de l'hôpital vous a-t-il donné des explications sur le matériel utilisé ?				
10	Je suis très satisfait des soins médicaux reçus par le patient.				
11	Il y a certains aspects à propos des soins médicaux que le patient reçoit qui pourraient être améliorés.				
12	Vous sentez-vous à l'aise en rendant visite au patient dans l'unité de soins intensifs ?				
13	La salle d'attente est-elle confortable ?				
14	Vous sentez-vous seul et isolé dans la salle d'attente ?				

ملحق(3)

مقياس تقييم الحاجيات بعد الترجمة

- **التعليمة:**

الأسئلة التالية موجهة لكم بخصوص التواجد الحديث أو الحالي لقريبكم في العناية المركزة (وحدة الإنعاش الطبي). يهمنا التعرف على حاجياتكم وحالتكم النفسية. نطلب منكم ملئ استبيانين في مدة قد تصل إلى 10دقائق. أجوبتكم ستأخذ بعين الاعتبار و تعالج بمصداقية.

بالمشاركة في هذه الدارسة يمكنكم المساهمة في تطوير العلم الذي يحسن من التكفل بالمرضى و عائلاتهم في مصالح الإنعاش الطبي.

ضع علامة في الخانة التي تعكس رأيك:

مقياس الحاجات

الرقم	البنود	تقريبا كل الأوقات	معظم الأوقات	فقط من وقت لآخر	أبدا
1	هل لديك إحساس أن العلاجات الممتازة و الممكنة قدمت للمريض؟				
2	هل لديك انطباع أن الطاقم الطبي للمستشفى يهتم بالمريض ؟				
3	التوضيحات التي قدمت لك عن حالة المريض كانت مصاغة بكلمات تستطيع فهمها؟				
4	هل لديك إحساس أنك استلمت معلومات صادقة عن حالة المريض ؟				
5	هل تفهم ما الذي يحدث للمريض و لماذا يقومون بتلك الأشياء ؟				

6	أعضاء الطاقم الطبي مؤدبون معكم؟ هل كان الطاقم الطبي لطفاء معكم؟				
7	هل أظهر بعض أفراد الطاقم الطبي اهتماما لحالتك ؟				
8	هل تفكر أن شخصا ما سيهاتفك في حالة تغيير كلي أو مهم في حالة المريض ؟				
9	هل زودك الفريق الطبي للمستشفى بتوضيحات حول الأجهزة المستخدمة ؟				
10	أنا جدا راض عن العلاجات المقدمة للمريض				
11	هناك بعض الجوانب فيما يخص العلاجات الطبية التي يتلقاها المريض و التي يمكن تحسينها.				
12	هل تشعر بالارتياح عندما تأتي لزيارة المريض في وحدة العناية المركزة ؟				
13	هل قاعة الانتظار مريحة ؟				
14	هل تشعر أنك وحدك و معزول في قاعة الانتظار؟				

ملحق(4)

مقياس الضيق النفسيArabic DASS21

اقرأ كل من النصوص التالية ثم ضع دائرة حول الرقم، 1، 2، 3، 0 الذي يبين درجة انطباق هذا الشعور عليك في الأسبوع الماضي. لا يوجد إجابات صحيحة أو خاطئة. لا تقضي وقتاً طويلاً في أي منها.

استعمل التقديرات التالية:

0 لا ينطبق عليّ أبدا

1 ينطبق عليّ بعض الشيء أو قليلاً من الأوقات

2 ينطبق عليّ كثيرا أو بعض الأوقات

3 ينطبق عليّ كثيراً جداً، أو معظم الأوقات

1	وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	0	1	2	3
2	شعرت بجفاف في حلقي	0	1	2	3
3	لم يبدو لي أن بإمكاني الإحساس بمشاعر إيجابية على الإطلاق	0	1	2	3
4	شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع، اللهث بدون القيام بمجهود جسدي مثلاً)	0	1	2	3
5	وجدت صعوبة في أخذ المبادرة بعمل الأشياء	0	1	2	3
6	كنت أميل إلى ردة فعل مفرطة للظروف والأحداث	0	1	2	3
7	شعرت برجفة (باليدين مثلاُ)	0	1	2	3
8	شعرت بأنني أستهلك الكثير من الطاقة العصبية (شعرت بأنني أستهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	0	1	2	3

9	كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابي وأسبب إحراجاً لنفسي	0	1	2	3
10	شعرت بأن ليس لدي أي شيء أتطلع إليه	0	1	2	3
11	شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	0	1	2	3
12	أجد صعوبة في الاسترخاء	0	1	2	3
13	شعرت بالحزن والغم	0	1	2	3
14	كنت لا أستطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما أرغب في القيام به	0	1	2	3
15	شعرت بأنني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	0	1	2	3
16	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	0	1	2	3
17	شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص	0	1	2	3
18	شعرت بأنني أميل إلى الغيظ بسرعة	0	1	2	3
19	شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل الدقات، أو غياب دقة قلب، مثلاً)	0	1	2	3
20	شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	0	1	2	3
21	شعرت بأن الحياة ليس لها معنى	0	1	2	3

ملحق(5)

قائمة المعلومات العامة

1. **العمر:**
2. **الجنس:** أنثى □ ذكر□
3. **المستوى التعليمي:** ابتدائي□ متوسط□

ثانوي □ جامعي □

4. **العلاقة مع المريض :** زوج(ة)□ ابن(ة)□ (أخ(ة)□

عضو آخر من العائلة□

5. **هل تعيش مع المريض حاليا :** نعم□ لا□

6. **إلى أي وتيرة تقوم بزيارة المريض:**

- مرة واحدة في اليوم □

- مرتين في اليوم □

- مرة واحدة في الأسبوع □

- مرتين في الأسبوع □

- أكثر من مرتين في الأسبوع □

- متكفل بالمريض □

7. **هل لديك تجربة سابقة مع مريض أو العلاج في الإنعاش:**

نعم □ لا□

ملحق

قائمة الأساتذة المحكمين

أسماء المحكمين	الدرجة العلمية
زواني نزيهة	أستاذة محاضرة "أ"
مصاور دليلة	أستاذة محاضرة

ملحق(6)

مقياس تقييم الحاجات بعد التحكيم و اختبار الصدق و الثبات

الرقم	البنود	تقريبا كل الأوقات	معظم الأوقات	فقط من وقت لآخر	أبدا
1	هل لديك إحساس أن العلاجات الأفضل و الممكنة قدمت للمريض؟				
2	هل لديك انطباع أن الطاقم الطبي للمستشفى يهتم بالمريض ؟				
3	التوضيحات التي قدمت لك عن حالة المريض هل كانت مصاغة بكلمات تستطيع فهمها؟				
4	هل لديك إحساس أنك استلمت معلومات صادقة عن حالة المريض ؟				
5	هل تفهم ما الذي يحدث للمريض و لماذا يقومون بتلك الأشياء ؟				
6	هل كان أعضاء الطاقم الطبي لطفاء معكم؟				
7	هل أظهر بعض أفراد الطاقم الطبي اهتماما لحالتك ؟				
8	هل تفكر أن شخصا ما سيهاتفك في حالة تحسن حالة المريض ؟				
9	هل زودك الفريق الطبي للمستشفى بتوضيحات حول الأجهزة المستخدمة ؟				
10	أنا جدا راض عن العلاجات المقدمة للمريض				

11	هناك بعض الأمور المتعلقة بالرعاية الطبية التي يحصل عليها المريض يمكن تحسينها				
12	هل تشعر بالارتياح عندما تأتي لزيارة المريض في وحدة العناية المركزة ؟				
13	هل قاعة الانتظار مريحة ؟				
14	هل تشعر أنك وحدك و معزول في قاعة الانتظار؟				

ملحق صدق و ثبات مقياس الضيق النفسي

Descriptives

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
السن	37	23,00	76,00	36,9189	11,43916
N valide (liste)	37				

Fréquences

Statistiques

النوع_الإجتماعي

N	Valide	50
	Manquant	0

النوع_الإجتماعي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	24	48,0	48,0	48,0
	أنثى	26	52,0	52,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Corrélations

		لم يبدو لي أن بإمكاني الإحساس بمشاعر إيجابية على الإطلاق	وجدت صعوبة في أخذ المبادرة بعمل الأشياء	شعرت بأن ليس لدي أي شيء أتطلع إليه
لم يبدو لي أن بإمكاني الإحساس بمشاعر إيجابية على الإطلاق	Corrélation de Pearson	1	,671**	,608**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	50	50	50
وجدت صعوبة في أخذ المبادرة بعمل الأشياء	Corrélation de Pearson	,671**	1	,605**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	50	50	50
شعرت بأن ليس لدي أي شيء أتطلع إليه	Corrélation de Pearson	,608**	,605**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	50	50	50
شعرت بالحزن والغم	Corrélation de Pearson	,775**	,697**	,789**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	Corrélation de Pearson	,706**	,643**	,533**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص	Corrélation de Pearson	,595**	,569**	,528**

	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
شعرت بأن الحياة ليس لها معنى	Corrélation de Pearson	,605**	,457**	,638**
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,000
	N	50	50	50
الاكتئاب	Corrélation de Pearson	,863**	,811**	,814**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50

Corrélations

		شعرت بالحزن والغم	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص
لم يبدو لي أن بإمكاني الإحساس بمشاعر إيجابية على الإطلاق	Corrélation de Pearson	,775**	,706**	,595**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
وجدت صعوبة في أخذ المبادرة بعمل الأشياء	Corrélation de Pearson	,697**	,643**	,569**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
شعرت بأن ليس لدي أي شيء أتطلع إليه	Corrélation de Pearson	,789**	,533**	,528**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
شعرت بالحزن والغم	Corrélation de Pearson	1	,720**	,629**

	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	50	50	50
فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	Corrélation de Pearson	,720**	1	,753**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	50	50	50
شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص	Corrélation de Pearson	,629**	,753**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	50	50	50
شعرت بأن الحياة ليس لها معنى	Corrélation de Pearson	,693**	,422**	,424**
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,002
	N	50	50	50
الاكتئاب	Corrélation de Pearson	,922**	,826**	,776**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50

Corrélations

		شعرت بأن الحياة ليس لها معنى	الاكتئاب
لم يبدو لي أن بإمكاني الإحساس بمشاعر إيجابية على الإطلاق	Corrélation de Pearson	,605**	,863**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
وجدت صعوبة في أخذ المبادرة بعمل الأشياء	Corrélation de Pearson	,457**	,811**
	Sig. (bilatérale)	,001	,000

	N	50	50
شعرت بأن ليس لدي أي شيء أتطلع إليه	Corrélation de Pearson	,638**	,814**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
شعرت بالحزن والغم	Corrélation de Pearson	,693**	,922**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
فقدت الشعور بالحماس لأي شيء	Corrélation de Pearson	,422**	,826**
	Sig. (bilatérale)	,002	,000
	N	50	50
شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص	Corrélation de Pearson	,424**	,776**
	Sig. (bilatérale)	,002	,000
	N	50	50
شعرت بأن الحياة ليس لها معنى	Corrélation de Pearson	1	,741**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
الاكتئاب	Corrélation de Pearson	,741**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,919	7

Corrélations

Corrélations

		شعرت بجفاف في حلقي	شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع، اللهث بدون القيام بمجهود جسدي (مثلاً	شعرت برجفة ((باليدين مثلاً
شعرت بجفاف في حلقي	Corrélation de Pearson	1	,594**	,571**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	50	50	50
شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع، اللهث بدون القيام بمجهود جسدي مثلاً	Corrélation de Pearson	,594**	1	,675**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	50	50	50
(شعرت برجفة (باليدين مثلاً	Corrélation de Pearson	,571**	,675**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	50	50	50
كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابي واسبباإحراجاً لنفسي	Corrélation de Pearson	,060	,069	,158
	Sig. (bilatérale)	,678	,632	,272
	N	50	50	50
شعرت بأنني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	Corrélation de Pearson	,570**	,616**	,695**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل (الدقات، أو غياب دقة قلب، مثلاً	Corrélation de Pearson	,646**	,565**	,597**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50

شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	Corrélation de Pearson	,505**	,398**	,397**
	Sig. (bilatérale)	,000	,004	,004
	N	50	50	50
القلق	Corrélation de Pearson	,761**	,757**	,791**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50

Corrélations

		كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابي واسببإحراجاً لنفسي	شعرت بأنني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل الدقات، أو غياب دقة قلب، (مثلاً
شعرت بجفاف في حلقي	Corrélation de Pearson	,060	,570**	,646**
	Sig. (bilatérale)	,678	,000	,000
	N	50	50	50
شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع، اللهث بدون القيام (بمجهود جسدي مثلاً	Corrélation de Pearson	,069	,616**	,565**
	Sig. (bilatérale)	,632	,000	,000
	N	50	50	50
(شعرت برجفة (باليدين مثلاً	Corrélation de Pearson	,158	,695**	,597**
	Sig. (bilatérale)	,272	,000	,000
	N	50	50	50
كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابي	Corrélation de Pearson	1	,091	,110

واسبباإحراجاً لنفسي	Sig. (bilatérale)		,528	,447
	N	50	50	50
شعرت بأنني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	Corrélation de Pearson	,091	1	,769**
	Sig. (bilatérale)	,528		,000
	N	50	50	50
شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل (الدقات، أو غياب دقة قلب، مثلاً	Corrélation de Pearson	,110	,769**	1
	Sig. (bilatérale)	,447	,000	
	N	50	50	50
شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	Corrélation de Pearson	,200	,720**	,774**
	Sig. (bilatérale)	,163	,000	,000
	N	50	50	50
القلق	Corrélation de Pearson	,305*	,876**	,873**
	Sig. (bilatérale)	,032	,000	,000
	N	50	50	50

Corrélations

		شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	القلق
شعرت بجفاف في حلقي	Corrélation de Pearson	,505**	,761**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
شعرت بصعوبة في التنفس (شدة التنفس السريع، اللهث بدون القيام بمجهود جسدي	Corrélation de Pearson	,398**	,757**
	Sig. (bilatérale)	,004	,000

(مثلاً	N	50	50
(شعرت برجفة (باليدين مثلاً	Corrélation de Pearson	,397**	,791**
	Sig. (bilatérale)	,004	,000
	N	50	50
كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابي واسببإحراجاً لنفسي	Corrélation de Pearson	,200	,305*
	Sig. (bilatérale)	,163	,032
	N	50	50
شعرت بأنني على وشك الوقوع في حالة من الرعب المفاجئ بدون سبب	Corrélation de Pearson	,720**	,876**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
شعرت بضربات قلبي بدون مجهود جسدي (زيادة في معدل الدقات، أو غياب دقة (قلب، مثلاً	Corrélation de Pearson	,774**	,873**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
شعرت بالخوف بدون أي سبب وجيه	Corrélation de Pearson	1	,788**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
القلق	Corrélation de Pearson	,788**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,866	7

Corrélations

Corrélations

		وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	كنت أميل إلى ردة فعل مفرطة للظروف والأحداث	شعرت بأنني أستهلك الكثير في الطاقة العصبية (شعرت بأنني أستهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي
وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	Corrélation de Pearson	1	,371**	,573**

	Sig. (bilatérale)		,008	,000
	N	50	50	50
كنت أميل إلى ردة فعل مفرطة للظروف والأحداث	Corrélation de Pearson	,371**	1	,560**
	Sig. (bilatérale)	,008		,000
	N	50	50	50
شعرت بأنني أستهلك الكثير في الطاقة العصبية (شعرت بأنني أستهلك الكثير من قدرتي على (تحمل التوتر العصبي	Corrélation de Pearson	,573**	,560**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	50	50	50
شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	Corrélation de Pearson	,616**	,446**	,757**
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,000
	N	50	50	50
أجد صعوبة في الاسترخاء	Corrélation de Pearson	,625**	,494**	,750**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
كنت لا أستطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما أرغب في القيام به	Corrélation de Pearson	,521**	,301*	,562**
	Sig. (bilatérale)	,000	,034	,000
	N	50	50	50
شعرت بأنني أميل إلى الغيظ بسرعة	Corrélation de Pearson	,728**	,499**	,586**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
الضغط_النفسي	Corrélation de Pearson	,836**	,523**	,829**

	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50

Corrélations

		شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	أجد صعوبة في الاسترخاء	كنت لا أستطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما أرغب في القيام به
وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	Corrélation de Pearson	,616**	,625**	,521**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
كنت أميل إلى ردة فعل مفرطة للظروف والأحداث	Corrélation de Pearson	,446**	,494**	,301*
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,034
	N	50	50	50
شعرت بأنني أستهلك الكثير في الطاقة العصبية (شعرت بأنني أستهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي	Corrélation de Pearson	,757**	,750**	,562**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	Corrélation de Pearson	1	,654**	,650**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	50	50	50
أجد صعوبة في الاسترخاء	Corrélation de Pearson	,654**	1	,589**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	50	50	50

كنت لا أستطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما أرغب في القيام به	Corrélation de Pearson	,650**	,589**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	50	50	50
شعرت بأنني أميل إلى الغيظ بسرعة	Corrélation de Pearson	,587**	,708**	,592**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
الضغط_النفسي	Corrélation de Pearson	,840**	,846**	,762**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50

Corrélations

		شعرت بأنني أميل إلى الغيظ بسرعة	الضغط_النفسي
وجدت صعوبة في الاسترخاء والراحة	Corrélation de Pearson	,728**	,836**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
كنت أميل إلى ردة فعل مفرطة للظروف والأحداث	Corrélation de Pearson	,499**	,523**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
شعرت بأنني أستهلك الكثير في الطاقة العصبية (شعرت بأنني أستهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	Corrélation de Pearson	,586**	,829**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	Corrélation de Pearson	,587**	,840**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000

	N	50	50
أجد صعوبة في الاسترخاء	Corrélation de Pearson	,708**	,846**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
كنت لا أستطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما أرغب في القيام به	Corrélation de Pearson	,592**	,762**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	50	50
شعرت بأنني أميل إلى الغيظ بسرعة	Corrélation de Pearson	1	,848**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	50	50
الضغط_النفسي	Corrélation de Pearson	,848**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0

	Exclu[a]	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,905	7

Corrélations

Corrélations

		الاكتئاب	القلق	الضغط_النفسي	الكلي
الاكتئاب	Corrélation de Pearson	1	,911**	,917**	,975**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	50	50	50	50
القلق	Corrélation de Pearson	,911**	1	,914**	,965**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	50	50	50	50
الضغط_النفسي	Corrélation de Pearson	,917**	,914**	1	,965**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000

	N	50	50	50	50
الكلي	Corrélation de Pearson	,975**	,965**	,965**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,965	21

ملحق

صدق و ثبات مقياس تقييم الحاجيات

Corrélations

Corrélations

		هل لديك إحساس أن لعلاجات الأفضل الممكنة قدمت للمريض؟	هل لديك إنطباع أن الطاقم الطبي للمستشفى يهتم بالمريض؟	التوضيحات التي قدمت لك عن حالة المريض هل كانت مصاغة بكلمات تستطيع فهمها؟	هل لديك إحساس أنك إستلمت معلومات صادقة عن حالة المريض؟	هل تفهم ما الذي يحدث للمريض و لماذا يقومون بتلك الأشياء؟	هل كان أعضاء الطاقم الطبي لطفاء معكم؟
هل لديك إحساس أن لعلاجات الأفضل الممكنة قدمت للمريض؟	Corrélation de Pearson	1	,475**	,578**	,663**	,335*	,690**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,017	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل لديك إنطباع أن الطاقم الطبي للمستشفى يهتم بالمريض؟	Corrélation de Pearson	,475**	1	,505**	,670**	,388**	,567**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,005	,000

	N	50	50	50	50	50	50
التوضيحات التي قدمت لك عن حالة المريض هل كانت مصاغة بكلمات تستطيع فهمها؟	Corrélation de Pearson	,578**	,505**	1	,760**	,376**	,763**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,007	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل لديك إحساس أنك إستلمت معلومات صادقة عن حالة المريض؟	Corrélation de Pearson	,663**	,670**	,760**	1	,432**	,843**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,002	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل تفهم ما الذي يحدث للمريض و لماذا يقومون بتلك الأشياء؟	Corrélation de Pearson	,335*	,388**	,376**	,432**	1	,162
	Sig. (bilatérale)	,017	,005	,007	,002		,261
	N	50	50	50	50	50	50
هل كان أعضاء الطاقم الطبي لطفاء معكم؟	Corrélation de Pearson	,690**	,567**	,763**	,843**	,162	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,261	
	N	50	50	50	50	50	50
هل أظهر بعض أفراد الطاقم الطبي إهنماما لحالتك؟	Corrélation de Pearson	,718**	,700**	,801**	,961**	,452**	,881**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,001	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل تفكر أن شخصا ما سيهاتفك في حالة تحسن حالة المريض؟	Corrélation de Pearson	,672**	,499**	,561**	,723**	,089	,736**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,537	,000

	N	50	50	50	50	50	50
هل زودك الفريق الطبي للمستشفى بتوضيحات حول الأجهزة المستخدمة؟	Corrélation de Pearson	,718**	,700**	,801**	,961**	,452**	,881**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,001	,000
	N	50	50	50	50	50	50
أنا جدا راض عن العلاجات المقدمة للمريض	Corrélation de Pearson	,608**	,557**	,720**	,800**	,129	,806**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,371	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هناك بعض الأمور المتعلقة بالرعاية الطبية التي يخصل عليها المريض يمكن تحسينها	Corrélation de Pearson	,690**	,567**	,683**	,843**	,162	,840**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,261	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل تشعر بالإرتياح عندما تأتي لزيارة المريض في وحدة العناية المركزة؟	Corrélation de Pearson	,690**	,650**	,763**	,923**	,445**	,840**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,001	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل قاعة الإنتظار مريحة؟	Corrélation de Pearson	,718**	,700**	,801**	,961**	,452**	,881**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,001	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل تشعر أنك وحدك و معزول في قاعة الإنتظار؟	Corrélation de Pearson	,269	,309*	,479**	,559**	,073	,565**
	Sig. (bilatérale)	,059	,029	,000	,000	,616	,000

	N	50	50	50	50	50	50
الاحتياجات	Corrélation de Pearson	,749**	,715**	,818**	,946**	,540**	,855**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50

Corrélations

		هل أظهر بعض أفراد الطاقم الطبي إهتماما لحالتك؟	هل تفكر أن شخصا ما سيهاتفك في حالة تحسن حالة المريض؟	هل زودك الفريق الطبي للمستشفى بتوضيحات حول الأجهزة المستخدمة؟	أنا جدا راض عن العلاجات المقدمة للمريض	هناك بعض الأمور المتعلقة بالرعاية الطبية التي يخصل عليها المريض يمكن تحسينها	هل تشعر بالإرتياح عندما تأتي لزيارة المريض في وحدة العناية المركزة؟
هل لديك إحساس أن لعلاجات الأفضل الممكنة قدمت للمريض؟	Corrélation de Pearson	,718**	,672**	,718**	,608**	,690**	,690**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل لديك إنطباع أن الطاقم الطبي للمستشفى يهتم بالمريض؟	Corrélation de Pearson	,700**	,499**	,700**	,557**	,567**	,650**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
التوضيحات التي قدمت لك عن حالة المريض هل كانت مصاغة بكلمات	Corrélation de Pearson	,801**	,561**	,801**	,720**	,683**	,763**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000

تستطيع فهمها؟	N	50	50	50	50	50	50
هل لديك إحساس أنك إستلمت معلومات صادقة عن حالة المريض؟	Corrélation de Pearson	,961**	,723**	,961**	,800**	,843**	,923**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل تفهم ما الذي يحدث للمريض و لماذا يقومون بتلك الأشياء؟	Corrélation de Pearson	,452**	,089	,452**	,129	,162	,445**
	Sig. (bilatérale)	,001	,537	,001	,371	,261	,001
	N	50	50	50	50	50	50
هل كان أعضاء الطاقم الطبي لطفاء معكم؟	Corrélation de Pearson	,881**	,736**	,881**	,806**	,840**	,840**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل أظهر بعض أفراد الطاقم الطبي إهتماما لحالتك؟	Corrélation de Pearson	1	,770**	1,000**	,843**	,881**	,961**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل تفكر أن شخصا ما سيهاتفك في حالة تحسن حالة المريض؟	Corrélation de Pearson	,770**	1	,770**	,759**	,818**	,736**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل زودك الفريق الطبي للمستشفى بتوضيحات حول الأجهزة المستخدمة؟	Corrélation de Pearson	1,000**	,770**	1	,843**	,881**	,961**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,000

	N	50	50	50	50	50	50
أنا جدا راض عن العلاجات المقدمة للمريض	Corrélation de Pearson	,843**	,759**	,843**	1	,806**	,806**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هناك بعض الأمور المتعلقة بالرعاية الطبية التي يخصل عليها المريض يمكن تحسينها	Corrélation de Pearson	,881**	,818**	,881**	,806**	1	,840**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل تشعر بالإرتياح عندما تأتي لزيارة المريض في وحدة العناية المركزة؟	Corrélation de Pearson	,961**	,736**	,961**	,806**	,840**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50
هل قاعة الإنتظار مريحة؟	Corrélation de Pearson	1,000**	,770**	1,000**	,843**	,881**	,961**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
هل تشعر أنك وحدك و معزول في قاعة الإنتظار؟	Corrélation de Pearson	,602**	,597**	,602**	,678**	,565**	,565**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
الاحتياجات	Corrélation de Pearson	,986**	,768**	,986**	,830**	,855**	,951**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000

	N	50	50	50	50	50	50

Corrélations

		هل قاعة الإنتظار مريحة؟	هل تشعر أنك وحدك و معزول في قاعة الإنتظار؟	الاحتياجات
هل لديك إحساس أن لعلاجات الأفضل الممكنة قدمت للمريض؟	Corrélation de Pearson	,718**	,269	,749**
	Sig. (bilatérale)	,000	,059	,000
	N	50	50	50
هل لديك إنطباع أن الطاقم الطبي للمستشفى يهتم بالمريض؟	Corrélation de Pearson	,700**	,309*	,715**
	Sig. (bilatérale)	,000	,029	,000
	N	50	50	50
التوضيحات التي قدمت لك عن حالة المريض هل كانت مصاغة بكلمات تستطيع فهمها؟	Corrélation de Pearson	,801**	,479**	,818**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
هل لديك إحساس أنك إستلمت معلومات صادقة عن حالة المريض؟	Corrélation de Pearson	,961**	,559**	,946**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
هل تفهم ما الذي يحدث للمريض و لماذا يقومون بتلك الأشياء؟	Corrélation de Pearson	,452**	,073	,540**
	Sig. (bilatérale)	,001	,616	,000
	N	50	50	50
هل كان أعضاء الطاقم الطبي لطفاء معكم؟	Corrélation de Pearson	,881**	,565**	,855**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000

	N	50	50	50
هل أظهر بعض أفراد الطاقم الطبي إهتماما لحالتك؟	Corrélation de Pearson	1,000**	,602**	,986**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
هل تفكر أن شخصا ما سيهاتفك في حالة تحسن حالة المريض؟	Corrélation de Pearson	,770**	,597**	,768**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
هل زودك الفريق الطبي للمستشفى بتوضيحات حول الأجهزة المستخدمة؟	Corrélation de Pearson	1,000**	,602**	,986**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
أنا جدا راض عن العلاجات المقدمة للمريض	Corrélation de Pearson	,843**	,678**	,830**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
هناك بعض الأمور المتعلقة بالرعاية الطبية التي يحصل عليها المريض يمكن تحسينها	Corrélation de Pearson	,881**	,565**	,855**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
هل تشعر بالارتياح عندما تأتي لزيارة المريض في وحدة العناية المركزة؟	Corrélation de Pearson	,961**	,565**	,951**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	50	50	50
هل قاعة الانتظار مريحة؟	Corrélation de Pearson	1	,602**	,986**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000

	N	50	50	50
هل تشعر أنك وحدك و معزول في قاعة الانتظار؟	Corrélation de Pearson	,602**	1	,605**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	50	50	50
الاحتياجات	Corrélation de Pearson	,986**	,605**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	50	50	50

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,933	14

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,819
		Nombre d'éléments	7[a]
	Partie 2	Valeur	,960
		Nombre d'éléments	7[b]
		Nombre total d'éléments	14

Corrélation entre les sous-échelles		,823
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale	,903
	Longueur inégale	,903
Coefficient de Guttman		,901

a. Les éléments sont : هل لديك إحساس أن لعلاجات الأفضل الممكنة قدمت للمريض؟, هل لديك إنطباع أن الطاقم الطبي للمستشفى يهتم بالمريض؟, التوضيحات التي قدمت لك عن حالة المريض هل كانت مصاغة بكلمات تستطيع فهمها؟, هل لديك إحساس أنك إستلمت معلومات صادقة عن حالة المريض؟, هل تفهم ما الذي يحدث للمريض و لماذا يقومون بتلك الأشياء؟, هل كان أعضاء الطاقم الطبي لطفاء معكم؟, هل أظهر بعض أفراد الطاقم الطبي إهتماما لحالتك؟.

b. Les éléments sont : هل تفكر أن شخصا ما سيهاتفك في حالة تحسن حالة المريض؟, هل زودك الفريق الطبي للمستشفى بتوضيحات حول الأجهزة المستخدمة؟, أنا جدا راض عن العلاجات المقدمة للمريض, هناك بعض الأمور المتعلقة بالرعاية الطبية التي يخصل عليها المريض يمكن تحسينها, هل تشعر بالإرتياح عندما تأتي لزيارة المريض في وحدة العناية المركزة؟, هل قاعة الإنتظار مريحة؟, هل تشعر أنك وحدك و معزول في قاعة الإنتظار؟.

ملحق خصائص العينة

Descriptives

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
السن	197	19,00	76,00	37,7563	12,40069
N valide (liste)	197				

Fréquences

Statistiques

		النوع_الإجتماعي	المستوى_التعليمي	القرابة	العيش_مع_المريض	عدد_الزيارات
N	Valide	197	197	197	197	197
	Manquant	0	0	0	0	0

Statistiques

وجود_خبرة_سابقة

N	Valide	197
	Manquant	0

Table de fréquences

النوع_الإجتماعي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	97	49,2	49,2	49,2
	أنثى	100	50,8	50,8	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

المستوى_التعليمي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	إبتدائي	2	1,0	1,0	1,0
	متوسط	25	12,7	12,7	13,7
	ثانوي	73	37,1	37,1	50,8
	جامعي	97	49,2	49,2	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

القرابة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	زوج	17	8,6	8,6	8,6
	زوجة	15	7,6	7,6	16,2
	أب	18	9,1	9,1	25,4
	أم	26	13,2	13,2	38,6
	إبن	37	18,8	18,8	57,4
	إبنة	14	7,1	7,1	64,5
	أخ	26	13,2	13,2	77,7
	أخت	18	9,1	9,1	86,8
	عضو آخر من العائلة	11	5,6	5,6	92,4
	آخرون	15	7,6	7,6	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

العيش_مع_المريض

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	119	60,4	60,4	60,4
	لا	78	39,6	39,6	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

عدد_الزيارات

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé

Valide	مرة في اليوم	69	35,0	35,0	35,0
	مرتين في اليوم	72	36,5	36,5	71,6
	مرة في الأسبوع	20	10,2	10,2	81,7
	مرتين في الأسبوع	16	8,1	8,1	89,8
	أكثر من مرتين في الأسبوع	16	8,1	8,1	98,0
	متكفل بالمريض	4	2,0	2,0	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

وجود_خبرة_سابقة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	63	32,0	32,0	32,0
	لا	134	68,0	68,0	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

ملحق نتائج الفرضيات

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
الاكتئاب1	197	,00	42,00	22,0812	7,89946
القلق1	197	,00	40,00	21,2487	6,60273
الضغط_النفسي1	197	4,00	42,00	23,2792	7,35320

الضيق_النفسي1	197	12,00	116,00	65,2995	19,73024
N valide (liste)	197				

Descriptives

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
الاحتياجات	197	,00	18,00	8,1269	4,09693
N valide (liste)	197				

Corrélations

Corrélations

		الضيق_النفسي 1	الاحتياجات
الضيق_النفسي 1	Corrélation de Pearson	1	-,081
	Sig. (bilatérale)		,255
	N	197	197
الاحتياجات	Corrélation de Pearson	-,081	1
	Sig. (bilatérale)	,255	
	N	197	197