

البحث الأول

درجة أداء العاملين في دور المسنين في الأردن لمهارات الرعاية الصحية الأدائية وعلاقتها ببعض المتغيرات

د. نجاح سلامة*

أ.د عدنان الجادري**

المخلص

تهدف هذه الدراسة الوصفية إلى تحديد درجة أداء العاملين في دور المسنين في الأردن لمهارات الرعاية الصحية الشاملة وعلاقتها بمتغير الجنس والمؤهل العلمي والخبرة. تكونت عينة الدراسة من (٥٠) مبحوثاً، وهذا مثل ٥٠٪ من المجتمع الأصلي. ولتحقيق أهداف الدراسة أعد الباحثان بطاقة ملاحظة لقياس أداء العاملين في دور المسنين. والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات تضمنت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" للمجموعات المترابطة والتباين الأحادي، فضلاً عن إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية. وقد توصلت الدراسة إلى أن مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين تكونت من (٩٦) مهارة موزعة على سبعة مجالات هي النظافة الشخصية والتغذية وإعطاء الأدوية والمعاينة الشاملة، وحماية المسن من الحوادث، والحركة البدنية للمسن، فضلاً عن مجال التمريض المنزلي والذي حصل على أدنى متوسط حسابي، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة يعزى إلى متغير المؤهل العلمي ولصالح حملة مختلف الدرجات الأكاديمية في اختصاص التمريض، إضافة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس وسنوات الخبرة. وخرجت الدراسة بعدد من المقترحات أهمها ضرورة تدريب العاملين وإعدادهم أكاديمياً في اختصاص تمريض الشيخوخة .

* كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، الأردن.

** كلية العلوم التربوية، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.

١- خلفية الدراسة:

اهتمت العلوم الإنسانية ولاسيما وعلم الاجتماع بدراسة ظاهرة الشيخوخة، وقد ازداد الاهتمام بها نتيجة الزيادة الحادة في أعداد المسنين في المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء، وذلك بفضل التقدم العلمي الذي أدى إلى تحسين مستوى الصحة العامة، والخدمات الطبية، والسيطرة على الأمراض، ونمو الوعي الصحي.

وتتراوح نسبة المسنين في العالم بين ١٣٪ إلى ١٧٪ من مجموع السكان، ومن المتوقع أن ترتفع هذه النسبة لتصل إلى ٢٠٪ في بعض البلدان في حين لا تتعدى ٤٪ في البلدان النامية التي توصف شعوبها أنها فتية، غير أن هذه النسبة غير ثابتة إذ تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أنه من المتوقع أن يعيش أكثر من ٦٠٪ من مجموع السكان في العالم بحلول العام ٢٠٢٥ في الدول النامية ما فوق الستين عاماً، وذلك نتيجة الارتقاء بمستوى الخدمات في تلك البلدان (أبو ناعمة، ١٩٨٥؛ إبراهيم، ١٩٩٧؛ السلطان، ٢٠٠٣).

أما في الأردن ووفق ما ورد في تقرير دائرة الإحصاءات العامة عام (٢٠٠٨)، وصل عدد المسنين إلى (٣٠٣٠٣٠) مسناً وهذا يعادل ما نسبته (١٨،٥٪) من المجموع الكلي للسكان (دائرة الإحصاءات العامة، ٢٠٠٨).

وبحكم القيم والعادات الراسخة في البيئة الاجتماعية الأردنية، فإن المسنين يعاملون بكثير من الاحترام والتكريم، إذ يشكلون رصيلاً مهماً من مصادر الخبرة والمعرفة للعائلة. ولكن طبيعة هذه العلاقة أصبحت ضعيفة نتيجة لاستمرار تفكك البناء التقليدي المحافظ للأسرة والمجتمع، فتوسع العائلة وتشثتها بضغط من التحديث والانتشار والتباعد، وتغير القيم والاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية، وازدياد عدد النساء العاملات في المجتمع أدى إلى ظهور تحديات وصعوبات في وضع المسنين في المجتمعات كافة ومنها المجتمع الأردني (الوخيان، ٢٠٠١). وهذا يوجب تبني برامج رعاية صحية واجتماعية شاملة لكبار السن خارج إطار العائلة في دور الرعاية، لأن رعاية المسن تجعل منه إنساناً قادراً على إعالة نفسه وتطوير إمكاناته الشخصية المتبقية، وهذا يتطلب إعداد وتأهيل كوادر قادرة ومسلحة بمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة لتؤدي دوراً فاعلاً في التجاوب مع الوضع الصحي والنفسي والوجداني لهذه الشريحة الاجتماعية.

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

ومن دون إعداد العاملين بدور رعاية المسنين و تدريبهم تدريباً علمياً مدروساً، لا يمكن تطوير نتائج

عملهم والارتقاء بهم، فالإعداد المتضمن تعرّف مهارات الرعاية الصحية الشاملة وتنميتها وفقاً لاحتياجات المسنين يمثل جزءاً من الإعداد الوطني والعالمي لإعداد وتدريب كوادر تؤدي واجبها بفاعلية، فضلاً عن تنمية الثقة بين العامل والمؤسسة التي يعمل بها، وزيادة إحساسه بالاستقرار الوظيفي، وإكسابه آفاقاً جديدة في مجال ممارسة عمله من معارف ومهارات واتجاهات، تساعده على تطوير أدائه مما ينعكس إيجاباً على مخرجات عمله (الطعاني، ٢٠٠٢؛ درة، ١٩٩١؛ Australian Aged Care Nursing Association, 2005). ونظراً لأهمية دور العاملين في دور المسنين، و الذي يرضى المسن في حالتي الصحة والمرض، واستجابة لعوامل التغيير المتسارعة، كان لا بد من النهوض بمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة لدى العاملين في دور المسنين، مما أظهر أهمية تدريب العاملين وتأهيلهم لتأدية دور ريادي في دور رعاية المسنين يشكل إسهاماً إيجابياً في نهضة المجتمع والحفاظة على استمرار تراثه وتطوره. فضلاً عن أنّ المهارات المستحدثة للعاملين في دور رعاية المسنين ارتبطت باستخدام التقنيات الحديثة، مما دفع الباحثان إلى المحاولة الجادة لتحديد درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة وفقاً إلى متغير الجنس، والمؤهل العلمي والخبرة.

٢- مشكلة الدراسة:

يفتقر الأردن والوطن العربي شأن الدول النامية إلى الأبحاث والدراسات التي تعنى بإعداد العاملين في دور المسنين وتدريبهم. وقد لوحظ التديني في مستوى أداء العاملين لعدد من مهارات الرعاية الصحية الشاملة، مما أثر سلباً في مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمسنين، وهذا كان دافعاً إلى القيام بدراسة لتحديد مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة، وتحديد درجة أدائها من العاملين وفقاً إلى متغير الجنس، والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة.

٣- أسئلة الدراسة:

ولأجل معالجة المشكلة سعت الدراسة للإجابة عن الأسئلة الآتية:

٣-١- ما مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن؟

٣-٢- ما درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة في الأردن؟

٣-٣- هل تختلف درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الشاملة وفقاً إلى متغير الجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة؟

٤- فرضيات الدراسة:

في ضوء مشكلة الدراسة وأسئلتها حاولت الدراسة اختبار صحة الفرضيات الآتية عند مستوى $(\alpha=0,05)$:

٤-١- الفرضية الأولى: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء العاملين

لمهارات الرعاية الصحية الشاملة تعزى إلى متغير الجنس (للعاملين).

٤-٢- الفرضية الثانية: لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أداء العاملين

لمهارات الرعاية الصحية الشاملة تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.

٤-٣- الفرضية الثالثة: لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أداء العاملين

لمهارات الرعاية الصحية الشاملة تعزى إلى متغير سنوات الخبرة.

٥- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة بشكل رئيس إلى تحديد درجة أداء العاملين في دور المسنين في الأردن لمهارات الرعاية الصحية الشاملة وعلاقتها بمتغير الجنس، والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة.

٦- أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة من الدور المميز الذي يقوم به العاملون في دور المسنين من تقديم الرعاية الصحية لشريحة من المجتمع هي بأمس الحاجة إليها، فضلاً عن أن تحديد المهارات الصحية المطلوبة لتقديم الرعاية الصحية للمسنين أمر بالغ الأهمية لأنه سيساعد في تحديد نقاط القوة والضعف لديهم ومن ثم معالجتها.

وتبرز أهمية الدراسة في ضوء الاعتبارات الآتية:

٦-١- تقدم هذه الدراسة نموذجاً يتضمن مهارات الرعاية الصحية في المجال المهاري، بحيث يمكن الاستفادة منها ميدانياً في تقديم الرعاية الصحية للمسنين.

٦-٢- تعد هذه الدراسة حافزاً لإجراء المزيد من الدراسات لتحديد مهارات الرعاية الصحية في المجال المعرفي والوجداني الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين.

٦-٣- يؤمل أن تقدم هذه الدراسة معلومات إثرائية لوزارة التنمية الاجتماعية، ووزارة الصحة تساعدهم على إعداد العاملين بدور المسنين وتدريبهم تدريباً مهنيّاً متكاملّاً لمهارات الرعاية الصحية الأداةية الشاملة.

٦-٤- يؤمل أن يكون لهذه الدراسة أهمية علمية معرفية في ميدان اختصاص التمريض، وذلك من خلال لفت النظر نحو مشكلة الرعاية الصحية الشاملة للمسنين و ضرورة البحث عن أدوار جديدة للممرضين انسجاماً مع الاتجاهات الحديثة في تقديم الرعاية الصحية الشاملة المبنية على أسس علمية واضحة، وإدخال مواد دراسية مختصة في علم الشيخوخة كما يحصل في علوم الطب النسائية والأطفال وغيرها من العلوم.

٧- محددات الدراسة:

إن نتائج هذه الدراسة وإمكان تعميمها مرتبطة بالحدود الآتية:

٧-١- اقتصرَت الدراسة على العاملين في دور المسنين في الأردن.

- ٢-٧- اقتصرَت الدراسة على الجانب المهاري للرعاية الصحية الشاملة.
- ٣-٧- اقتصرَت الدراسة على أداء مهارات الرعاية الصحية الأدائية التي تم تطويرها، وبالتالي فإن تعميم نتائج الدراسة يعتمد على صدقها وثباتها.
- ٤-٧- حددت الدراسة بالزمن الذي نفذت فيه، وبالتالي فإن نتائج الدراسة قد لا يمكن تعميمها في أزمان أخرى.

٨- التعريفات الإجرائية:

- تتضمن هذه الدراسة بعض المصطلحات والتي تحتاج إلى تعريفات إجرائية وهي:
- ١-٨- **المسن:** هو الإنسان الذي تجاوز الستين عاماً من العمر.
- ٢-٨- **العاملون في دور المسنين:** هم الأشخاص (ذكوراً أو إناثاً) الذين يقومون على تقديم الرعاية الصحية الأدائية للمسنين في دور الرعاية في الأردن.
- ٣-٨- **مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة:** قدرات خاصة في الجانب الحركي الأدائي للقيام بمجموع الإجراءات الصحية التي لا بد أن يمتلكها العامل القائم على تقديم الرعاية الصحية في دور الرعاية بفاعلية، والتي تم تحديد درجة أدائها وفقاً لبطاقة الملاحظة التي أعدت من الباحثين.
- ٤-٨- **سنوات الخبرة:** ويعبر عنها بعدد السنوات التي قضاها العاملون في دور المسنين في تقديم الرعاية الصحية.
- ٥-٨- **المؤهل العلمي:** ويعبر عنه بالدرجة العلمية التي يحملها العامل القائم على تقديم الرعاية الصحية الأدائية في دور المسنين في الأردن وتتضمن (أساسي، ثانوي عام، ثانوي تمريضي، دبلوم عام، دبلوم تمريضي، بكالوريوس تمريض).
- ٦-٨- **درجة أداء المهارة:** هي قيمة معبرة عن تقدير الملاحظ للمهارات الأدائية المختلفة، والتي على مقدم الرعاية أن يؤديها وتتصل بالمهارات المتضمنة في بطاقة الملاحظة.
- ٧-٨- **الطريقة والإجراءات:** يتناول هذا الجزء وصفاً للطريقة والإجراءات التي اتبعت في تحديد مجتمع الدراسة وعينتها، وكذلك خطوات إعداد أدوات الدراسة المستخدمة في جمع البيانات وتطويرها، والتحقق من صدقها وثباتها، والإجراءات المتبعة في تطبيق الدراسة، والتحليلات الإحصائية التي تم بموجبها معالجة البيانات واستخراج النتائج.
- ٨-٨- **مجتمع الدراسة والعينة:** تكوّن مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مراكز رعاية المسنين في الأردن للقطاعين التطوعي والخاص والبالغ عددها (١١) مركزاً. ويبلغ عدد مقدمي الرعاية في دور المسنين في الأردن على الواقع (٥٥) عاملاً من مجموع المسجلين لدى وزارة التنمية الاجتماعية في الأردن

والبالغ (١٠٠) عاملاً. وقد تم اختيار (٥) كعينة للتحقق من أداة الدراسة، وبذلك أصبحت عينة الدراسة (٥٠) مبحوثاً، وهذا يمثل (٥٠٪) من المجتمع الأصلي.

٨-٩- منهج الدراسة: اعتمد في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على وصف أداء العاملين في دور المسنين للمهارات الواجب توافرها لرعاية المسنين، وثبتت قائمة من المهارات اللازمة لمقدمي الرعاية في دور المسنين، واستخدم أسلوب الملاحظة بالمشاركة، لتشخيص نواحي القصور والضعف في أداء المهارات الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات.

- **أداة الدراسة:** صمم الباحثان بطاقة ملاحظة وقد تم بناء بطاقة الملاحظة استناداً إلى الآتي:

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

- الاطلاع المعمق على الدراسات السابقة والأبحاث ذات العلاقة، والاستفادة منها في تحديد المجالات الرئيسة والفرعية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين.

- الاطلاع على المعايير الدولية لرعاية المسنين والاستفادة منها.

- الاستفادة من الخبرات المكتسبة للباحثين نتيجة خصوصية عملهم المتعلق بتقديم الرعاية الصحية الأولية.

وفي ضوء ذلك تم التوصل إلى المجالات الرئيسة لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين بدور المسنين وهي مجال النظافة الشخصية للمسن، مجال التغذية، مجال إعطاء الأدوية، مجال المعاينة الشاملة، مجال التمريض المنزلي، مجال حماية المسن من الحوادث، ومجال الحركة البدنية للمسن.

وقد جرى إعداد نموذج خاص لتحديد المهارات الفرعية التي تقع ضمن كل مجال رئيس لمهارات الرعاية الصحية الأدائية، وتوزيعه على عدد من مسؤولي رعاية المسنين والعاملين في وزارة التنمية ودور الرعاية وعدد من الخبراء المختصين بتقديم الرعاية الصحية، وذلك بعد مقابلتهم ومناقشتهم في الهدف من توزيع النموذج، وذلك من أجل أن تكون مهارات الرعاية الصحية الأدائية الفرعية المكتوبة في النموذج مستقاة من وجهة نظر جماعية ورأي مشترك، ومن أكبر عدد ممكن من المعنيين بتقديم الرعاية الصحية ورعاية المسنين، فضلاً عن المراجعة المعمقة للدراسات السابقة والأبحاث والمراجع والمعايير الدولية لرعاية المسنين. وأعقب ذلك دراسة المهارات الفرعية المكتوبة ضمن كل مجال رئيس في النماذج الموزعة والتي وصلت نسبة الرد عليها (١٠٠٪) بهدف التوصل إلى قائمة للمهارات الرئيسة والفرعية التابعة لها، إذ تمت صياغتها بصورة إجرائية وعبارات تصف السلوك الملاحظ وقياسه.

وقد استخدم أسلوب الملاحظة بالمشاركة الذي تم بموجبه تحديد درجة أداء المهارات لدى مقدمي الرعاية للمسنين. ولغايات تحديد درجة أداء مقدمي الرعاية للمهارات اللازمة لهم، فقد تم بناء بطاقة وفق تدرج خماسي المستوى وهي: عال جداً (٥) درجات، عال (٤) درجات، متوسط (٣) درجات، متدن

(٢) درجة، متدن جداً (درجة واحدة)، ليتمكن الملاحظ من تسجيل الأداء بوضع إشارة (✓) أمام الدرجة التي تعبر عن رأيه فيما يتعلق بدرجة أداء المهارة.

أما البطاقة من حيث الشكل فتألفت من ست صفحات: الأولى احتوت على عنوان البطاقة، وإرشادات خاصة باستعمالها، والثانية تضمنت الجزء الأول من البطاقة والذي احتوى على بيانات خاصة عن مقدم الرعاية من حيث الجنس والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة، أما الصفحة الثالثة والرابعة والخامسة والسادسة فتضمنت (٩٦) مهارة من المهارات الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، موزعه على سبعة مجالات على مقياس خماسي، إذ تُعد البطاقة الأداة التي تحدد درجة أداء المهارات اللازمة لمقدمي الرعاية.

ولتحقيق صدق بطاقة الملاحظة المعدة، عُرضت في صورتها الأولية على (١٦) محكماً من أساتذة الجامعات والخبراء الفنين المختصين في تقديم الرعاية الصحية والرعاية التمريضية، والذي روعي في اختيارهم خبرتهم وصلة اختصاصهم بموضوع الدراسة، وذلك لبيان مدى صدق بطاقة الملاحظة وملاءمتها لقياس ما وضعت لقياسه.

وطلب من المحكّمين إبداء ملاحظاتهم واقتراحاتهم حول مناسبة الفقرات لأهداف الدراسة، ودرجة الوضوح والصيغة اللغوية والانتماء للمجال الذي وضعت فيه، وتركت مساحة كافية في الاستمارة للتعديل وتدوين الملاحظات من المحكّمين. وبعد استرداد الاستمارات من المحكّمين درست ملاحظاتهم، وأجريت التعديلات اللازمة لبعض الفقرات، واعتمدت الفقرات التي أجمع عليها أكثر من (٨٠٪) من المحكّمين، وبذلك أصبحت بطاقة الملاحظة في صورتها النهائية مكونة من (٩٦) فقرة بعد أن كانت (١٠٠) فقرة، توزعت على سبعة مجالات تضم مهارات الرعاية الصحية الأدائية. وأعيد عرض بطاقة الملاحظة المعدلة مرة أخرى على المحكّمين السابقين وأخذ موافقتهم على القائمة النهائية، وبذلك تم التحقق من صدق بطاقة الملاحظة.

أما بالنسبة لثبات بطاقة الملاحظة فقد استخدمت طريقة الثبات عبر الأشخاص (Rater Inter-Reliability) عند زيارة العاملين في دور المسنين وإجراء الملاحظة المباشرة لأدائهم، ورافق الباحثان مساعدتان تلاحظان بجدية جري الاتفاق معهما مسبقاً على كيفية استخدام بطاقة الملاحظة المعدة، وقد قامتا بتسجيل الملاحظات وتقدير أداء العامل لكل مهارة من المهارات دون تدخل من الباحثان في عملهما، فكل مساعدة تعمل على حدة وبمعزل عن الأخرى، إذ جرى ملاحظة خمسة عاملين تم اختيارهم بطريقة عشوائية ومن خارج عينة الدراسة. وبعد الانتهاء من تقدير الأداء لكل عامل من العاملين الخمسة، احتسب معامل الاتفاق بين تقدير الباحثين وكل من المساعدتين لكل عامل من العاملين الخمسة.

فكان للعامل الواحد معاملاً اتفاق: الأول بين الباحثين والمساعدة الأولى، والثاني بين الباحثين والمساعدة الثانية، وفقاً لمعادلة معامل الاتفاق (Holisty) وبعدها حسب المتوسط الحسابي لمعاملي

الاتفاق مع المساعدات لكل عامل كما في (الجدول، رقم ١).

الجدول (١)

معامل الاتفاق بين الباحثين والمساعدتين المرافقتين في عينة الثبات

رقم العامل	معامل الاتفاق مع المساعدة (١) %	معامل الاتفاق مع المساعدة (٢) %	متوسط معامل الاتفاق مع المساعدات %
العامل الأول	٨٧,٥	٨٢,٣	٨٤,٩
العامل الثاني	٩٠,٦	٧٩,٢	٨٤,٩٦
العامل الثالث	٨٠,٢	٨٧,٥	٨٣,٩
العامل الرابع	٩٢,٧	٨٤,٤	٨٨,٦
العامل الخامس	٨٣,٣	٨٠,٢	٨١,٨
المتوسط العام لمعامل الاتفاق	٨٤,٨		٨٤,٨

إذ بلغ المتوسط الحسابي العام لمعامل الاتفاق (٨٤,٨ %) وعُدَّت هذه النتيجة معبرة عن اتصاف أداة الملاحظة بالثبات، ويمكن الاعتماد على نتائجها.

٨-١٠- متغيرات الدراسة:

- المتغيرات المستقلة (Independent-Variables) وتشمل:

- النوع الاجتماعي (للعاملين): ذكر أنثى
- المؤهل العلمي: أساسي ثانوي عام ثانوي تمريض
- سنوات الخبرة: أقل من خمس سنوات دبلوم عام دبلوم تمريض بكالوريوس تمريض خمس سنوات فأكثر

- المتغيرات التابعة (Dependent Variables) وتشمل:

- أداء مهارات الرعاية الصحية الشاملة.
- إجراءات الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة، اتبعت الإجراءات الآتية:
- إعداد بطاقة ملاحظة بالمهارات الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، وبلغ عدد المهارات (٩٦) مهارة توزعت على سبعة مجالات.
- التحقق من صدق وثبات بطاقة الملاحظة.
- تحديد مجتمع الدراسة والحصول على موافقة رسمية من وزارة التنمية الاجتماعية ووجهت إلى مسؤولي دور المسنين في الأردن لتسهيل مهمة الباحثين.
- جمع البيانات عن أداء مقدمي الرعاية للمهارات الواجب توافرها، إذ جرى الاتصال والتنسيق مع مسؤولي دور الرعاية لتحديد موعد زيارة الدار، وعند الزيارة التقى الباحثان المدير المسؤول في كل دار، وزُوِّده بكتاب وزير التنمية لتسهيل مهمة الباحثين، كما وتم إعطاؤهم فكرة عامة عن موضوع الدراسة وبأنها ليست تقويمية للدار، ولن تستخدم بياناتها إلا لأغراض البحث والدراسة، وبعدها جرى الاتفاق مع

مسؤولي دور الرعاية الذين أبدوا استعداداً لإتمام إجراءات الدراسة في مراكزهم على البدء بجمع البيانات عن طريق الملاحظة بالمشاركة، أي قيام الباحثين بالزيارات الميدانية والعمل فعلياً مع مقدمي الرعاية بتقديم الرعاية الصحية للمسنين. وقد استغرقت الزيارات الميدانية لمقدمي الرعاية مدة عشرة أسابيع.

- المعالجة الإحصائية: استخدمت الطرق الإحصائية الآتية:

- قياس ثبات أداة الملاحظة من خلال حساب المتوسط الحسابي العام لمعامل الاتفاق عبر الأشخاص بين تقدير الباحثين وكل من الملاحظتين المحايدتين لمهارات العاملين للعينة الاستطلاعية (للعاملين الخمسة).
- للإجابة عن السؤال الثاني تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجال من مجالات الرعاية ولكل مهارة من مهارات المجالات السبعة، والنسب المئوية ورتبة كل مهارة عند تحليل نتائج بطاقة الملاحظة.

- للإجابة عن السؤال الثالث: استخدم اختبار "ت" وتحليل التباين الأحادي واختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتحديد إمكانية وجود فروق دالة إحصائية في مستوى أداء مهارات الرعاية الصحية الأداة تعزى إلى تلك المتغيرات.

- الأدب النظري والدراسات ذات الصلة:

- الأدب النظري:

يتناول هذا الجزء من الدراسة مراجعة للأدب النظري فيما يخص مفهوم كبر السن. إن حاجة الإنسان للرعاية يزداد بازدياد العمر، فكلما تقدم الإنسان بالمرحلة أصبح أكثر عرضاً للأمراض المختلفة سواء الجسمية منها أم النفسية، ويكاد يجمع معظم الكتاب و المفكرين مثل (شريم، ١٩٩٨؛ الشريبي، ١٩٩٧؛ الغروي، ١٩٩٣؛ إبراهيم، ١٩٩٧؛ فهمي، ١٩٩٩؛ Merrie, 2001؛ Margino, 2000) على أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث عند كل إنسان بعد اكتمال نضجه، وهذه التغيرات المصاحبة لتقدم العمر تعزى كل أجهزة الجسم، وهي تغيرات حتمية شاملة لكل كبار السن بغض النظر عن الزمان والمكان والعرق والجنس واللون.

وفي محاولة لإلقاء نظرة على التغيرات الفيزيولوجية التي يعاني منها المسنون، فإنه يتضح وجود العديد منها يتمثل بحالة من الضعف العام يشمل ضعف العضلات والمهارات الحركية، وضعف الحواس ولاسيما حاستي البصر والسمع (Merrie, 2001؛ إبراهيم، ١٩٩٧؛ الشريبي، ١٩٩٧). كما تتمثل بالمشيب وظهور التجاعيد وتساقط الشعر وتساقط الأسنان ونقص وزن الجسم واضطرابات في الجهاز الدوري، فضلاً عن انخفاض الكفاءة الفيزيولوجية لأجهزة الجسم الحيوية مثل قوة القلب، والإصابة بالأمراض الناجمة عن زيادة نسبة السكر في الدم، وفشل بعض الأعضاء الداخلية في أداء وظائفها (فهمي، ١٩٨٤؛ عبد الحميد، ١٩٨٦). إضافة إلى بطء الاستجابات الحس حركية، وتضاؤل حاستي الشم والتذوق، (شرودر، ١٩٩٣؛ الشريبي، ١٩٩٧؛ Krispin, 2000)، والانحدار في القدرات العقلية

(Solomon,1999). ويترتب على هذه التغيرات الفيزيولوجية مجموعة من المشاكل الصحية، والتي تترجم على شكل حاجات بالنسبة لهم. وقد يكون من الصعب الوصول إلى تحديد دقيق وشامل لكل حاجات المسنين تختلف باختلاف المجتمعات، ولكن هذا لا يمنع من وجود حاجات أساسية مشتركة ترتبط بمرحلة الشيخوخة. ومن هذه الحاجات: الحاجات الصحية والاجتماعية والنفسية والترويحية والثقافية والاقتصادية. (إبراهيم، ١٩٩٧، ص: ١٧١). وهذا يتطلب ضرورة التدخل المهني لتوفير الرعاية الشاملة لهذه الشريحة السكانية المهمة، من خلال توفير مراكز مؤهلة لرعاية المسنين، وإيجاد أفضل أنواع الرعاية الأسرية البديلة، مع تدعيم هذه الرعاية بالكفاءات العاملة، فرعاية المسنين فن وعلم لا يقلان دقة وتعقيداً عن رعاية الطفولة، مما يوضح مدى الحاجة إلى تحديد المهارات الصحية الأدائية لدى العاملين في دور المسنين ودرجة أدائها وفقاً إلى متغير الجنس، والمؤهل العلمي والخبرة.

رعاية المسنين: إن الهدف الأسمى للخدمات الرعاية للمسنين هو تحسين حياة المسن، من خلال التركيز على الوقاية والعلاج، وإعادة التأهيل لما قد يصيب المسن من ضعف (Sharwood,1975). والسمة الأولى والأهم لرعاية المسنين هي الشمول، وتشتمل هذه الخدمات على البرامج الطبية المتكاملة، وتوفير الغذاء المتوازن، والسكن المناسب، والإشراف المهني المناسب، والاهتمام بالأنشطة الرياضية والترفيهية وتنمية الهوايات وتشجيع ممارسة أنشطة إنتاجية (إبراهيم، ١٩٩٧؛ شريم، ١٩٩٨). إضافة إلى الاهتمام بصحة البيئة وسلامة المياه والغذاء وتصريف الفضلات وتقديم التطعيم ضد الأمراض المعدية والكشف المبكر عن المرض وتقديم العلاج، (قطيشات وآخرون، ٢٠٠٢؛ Kozier,2004). فضلاً عن تدريب الأطباء ومقدمي الرعاية تدريباً تخصصياً على مهارات الرعاية الصحية الشاملة، والعمل على توفير الخدمات الطبية وإرشاد المسنين على كيفية الحصول عليها (إبراهيم، ١٩٩٧؛ خضير، ٢٠٠١، Hancock,2002). وتصنف الرعاية الصحية في فترة الشيخوخة إلى:

- الرعاية الصحية الأولية أو ما يسمى بالرعاية الوقائية وتهدف إلى منع حدوث المرض والوقاية منه، ورفع مستوى الصحة (قطيشات وآخرون، ٢٠٠٢؛ Murray,2001؛ خضير، ٢٠٠١). وتعرف الرعاية الصحية الأولية وفق ما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية في الإعلان الذي تم في مدينة ألماتا في كازاخستان عام ١٩٧٨ كما أورده خضير (٢٠٠١) على أن الرعاية الصحية الأولية هي الرعاية التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكل الأفراد، وتشتمل على نشر التثقيف الصحي، وتوفير الغذاء المتوازن، والإمداد بالمياه النقية للشرب، والتحصين ضد الأمراض والوقاية منها، والعلاج الملائم لها، وتوفير العقاقير الأساسية. والوقوف على التاريخ الصحي للمسن منذ الطفولة (أسعد، ٢٠٠٠). فضلاً عن تنظيم زيارات للأطباء المختصين والكشف الدوري وبمواعيد ثابتة لحالة المسن الصحية والنفسية (فهمي، ١٩٨٤). والعناية بنظافة المسن ومساعدته على القيام بنشاطات الحياة اليومية (Ribbe,1993).

- الرعاية الصحية الثانوية أو ما يسمى بالرعاية العلاجية وتعرّف على أنّها الرعاية التي تقوم على تقديم العلاج للحالات المرضية والإصابات التي تحتاج لرعاية طبية غير متوافرة في الأساس الأول. (خضير، ٢٠٠١) فضلاً عن تشخيص حالة المسن في حالة وقوعه بالمرض فعلاً، وتقوم سير الحالة المرضية وإجراء الفحوصات الإكلينيكية والمخبرية له (أسعد، ٢٠٠٠). وتقدم العلاج المناسب وإجراء مهارات الرعاية الصحية والتمريضية بما يتناسب مع حالة المسن المرضية وفق المعايير الطبية العالمية، وتحويل المسن المريض إلى الجهات المختصة إذا لزم الأمر (العصفور وآخرون، ١٩٩٩). وهذا يتطلب تنمية العديد من المهارات لدى مقدمي هذه الخدمات مما يتطلب تحديد مهارات الرعاية الصحية وتحديد درجة أدائها وتدريب العاملين عليها تدريباً متكاملًا من جميع الجوانب (العصفور وآخرون، ١٩٩٩، أسعد، ٢٠٠٠). وتشير الرعاية الصحية للمسنين إلى ضرورة أن تكون الرعاية المقدمة لهم متطابقة ومتفاعلة مع خصائص الشيخوخة نفسها وتتناول جميع جوانبها المتداخلة، أي تكامل المعالجة حتى تحقق أهدافها بمستوى عالٍ من الأداء، ولذا ارتأت المنظمات العالمية وضع معايير لرعاية المسنين لا بد لمقدمي الرعاية من الالتزام بها. وقد ارتأت منظمة تمريض الشيخوخة الكندية كتابة معايير الممارسة وتقديم الرعاية للمسنين وفقاً لمجالات الممارسة التمريضية. وذلك لأن ما يقدم من رعاية في دور المسنين هي حقيقة ما تقوم بعمله الممرضة في أثناء عملها في المستشفيات أو المراكز الصحية بأنواعها المختلفة. وتهدف معايير منظمة الشيخوخة الكندية بشكل عام إلى المحافظة على مستوى عالٍ يكفل نوعية عالية من الحياة للمسن من خلال تقديم الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية الشاملة. وقد اتفقت جمعية المسنين البريطانية، على وضع معايير الممارسة لرعاية كبار السن مع ما قدمته منظمة تمريض الشيخوخة الكندية بما يختص بالتركيز على تقديم الرعاية الصحية الأولية والرعاية النفسية والاجتماعية بتفرعاتها (British Geriatrics Society، 2003).

من جانب آخر أكدت منظمة حقوق الإنسان في دورتها الثالثة عشرة عام (١٩٩٥) على ما جاءت به المعايير والمبادئ العالمية والمحلية فيما يتعلق برعاية كبار السن، فضلاً عن تأكيد المؤتمرات الدولية على هذه المعايير ومنها: المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والذي عقد في القاهرة عام ١٩٩٤، والمؤتمر الآسيوي الرابع الذي عقد في بالي عام ١٩٩٢، والمؤتمر الذي عقده قادة الدول في مجال التنمية الاجتماعية عام ١٩٩٥ في كورنيجان.

ولقد انسجمت معايير مهنة التمريض في الأردن مع معايير المنظمات العالمية للرعاية الصحية للمسنين. تدريب مقدمي الرعاية للمسنين: إن التدريب الملائم والتعليم المستمر لتطوير مهارات مقدمي الرعاية. هو المفتاح الرئيس في تقديم الرعاية للمسنين على مستوى عالٍ، كما تعطي العاملين فرصة للتطور المهني والإشباع الوظيفي وتزويد من اقتناعهم بأداء وظائفهم وتحسين اتجاهاتهم نحو كبار السن ورعايتهم، كما ويزيد التدريب من دافعية العاملين وحماسهم للعمل، مما يسد العجز بوجود مقدمي رعاية أكفاء (ممرضون مؤهلون). كما يؤدي التدريب للعاملين بدور المسنين إلى تطوير المعرفة والمهارات وتحسين خبرات المشاركين

في تقديم الرعاية التمريضية لكبار السن من منظور الرعاية الشاملة، وتحسين قدرة العامل على تقويم حالة المسن والقيام بالمعاينة الشاملة، ووضع الخطط وتوثيق إجراءات ممارسات الرعاية للمسن (Biddington & et al, 1999). كما ويحسن تدريب العاملين مستوى الرعاية المتعلقة بمختلف التغيرات التي تطرأ على المسن من الناحية الجسمية والنفسية والعقلية، فضلاً عن تطوير مهارات العاملين في توزيع الأدوية، ومراعاة قواعد التغذية المتوازنة، وتفهم التغيرات المصاحبة لكبار السن وما يترتب عنها من مشاكل، وتقديم الرعاية المثلى لما يصيب المسن من اعتلالات مفاجئة (Glass & et al، 1999، Hancock & et al 2002). إضافة إلى تطوير مهارة حل المشكلة والانتباه للاعتبارات الأخلاقية وتطوير مهارات التفاعل والتواصل، وتطوير الوعي بالحقائق المهنية والسياسات المتعلقة بكبار السن في المجتمع (Mckinna&Conners، 1999).

ولتحقيق ذلك يقتضي الأمر توضيح بعض المهام المنوطة بمقدمي الرعاية الصحية للمسنين في دور الرعاية كما يقترحها (العصفور وآخرون، ١٩٩٩؛ قطيشات وآخرون، ٢٠٠٢؛ فهمي، ١٩٨٤؛ حسين، ١٩٩٢؛ فهمي، ١٩٩٩؛ خضير، ٢٠٠١؛ الشربيني، ١٩٩٧؛ إبراهيم، ١٩٩٧) وهي كالآتي:

- تجنب الحوادث بمساعدة المسن في النزول من السرير، والدراج ومساعدته في الذهاب إلى دورة المياه.
- تسهيل اتصال المسن بأهله وأصدقائه، وتنظيم الزيارات المنزلية لهم.
- أداء بعض الإجراءات الوقائية البسيطة للمسنين مثل قياس العلامات الحيوية، ووزن الجسم، وتشجيع تناول السوائل بكميات مناسبة، وتناول الأغذية المتوازنة والاهتمام بالحماية الغذائية والإشراف على إعداد الطعام وتوزيعه.
- المهارة في إعطاء الأدوية للمسن بمختلف الطرق.
- تقديم خدمات ترفيهية ضمن برنامج يشارك في إعداده المسنون أنفسهم مثل تنظيم الحفلات والرحلات.
- القدرة على إجراء المهارات التمريضية اللازمة مثل إجراء المعاينة الشاملة والكشف الدوري وغيار الجروح، وعمل المغاطس والكمادات، وإجراء الإسعافات الأولية، واستدعاء الطبيب عند الحاجة.
- تثقيف المسن وزواره صحياً.
- الإشراف على توفير الماء والكهرباء والتدفئة والتبريد والتهوية والإضاءة الجيدة.
- استيفاء بيانات الملف الصحي للمسن وبيان التطورات الصحية التي تطرأ على حالته.
- الإشراف العام على نشاطات الحياة اليومية مثل الاستحمام، ارتداء الملابس.

٩- الدراسات السابقة:

يُعد موضوع الشيخوخة من الموضوعات الحديثة نسبياً، التي أخذت اهتماماً على الصعيد العالمي في العقدين الأخيرين، أما على الصعيد العربي والمحلي، فتعدّ الدراسات السابقة التي تناولت فئة المسنين من الدراسات القليلة، وقد واجه الباحثان صعوبة في هذا الموضوع، فلم يتمكنوا من العثور إلا على القليل من

الدراسات التي مكنتهما من الاطلاع على ماهية مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين بدور المسنين بشكل مباشر. وقد جرى تصنيف الدراسات ذات الصلة بموضوع المسنين وفقاً لتسلسلها الزمني العربية منها أو الأجنبية على حد سواء.

٩-١- الدراسات العربية:

- في دراسة قامت بها قدومي (١٩٩١) في الأردن هدفت إلى تقصي المشكلات التي يعاني منها المسنون ومجالاتها في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة في درجة شعورهم بهذه المشكلات، تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) مسن تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية، ولأغراض الدراسة قامت الباحثة بتطوير استبانة من جزأين: الجزء الأول جمع معلومات من المسنين أنفسهم حول متغيرات الدراسة، ويتضمن الجزء الثاني فقرات الاستبانة وعددها ٥٩ فقرة، واستخدم أسلوب المقابلات الفردية للإجابة عن فقرات الاستبانة، وتوصلت الدراسة إلى أن أهم مجالات المشكلات التي تواجه المسنين وعلى الترتيب هي مجال الترويح عن النفس، المجال المادي، المجال الصحي، المجال الاجتماعي وأخيراً المجال النفسي، كما توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية تعود إلى متغير الجنس، بينما توجد فروق دالة إحصائية تعود لأثر الحالة الاجتماعية وأثر مكان الإقامة.

- وأجرت شويكه (١٩٩٤) دراسة بعنوان طرق تنظيم المجتمع في إشباع الحاجات الاجتماعية للمسن: دراسة مطبقة على المسنين في مدينة جدة، هدفت إلى تحديد الاحتياجات الاجتماعية الفعلية للمسنين في المجتمع السعودي، ولأغراض الدراسة اعتمدت الباحثة استمارة بحث مقننة ومقابلات معمقة. وتوصلت الدراسة إلى أن جميع المسنين لديهم احتياجات صحية وتشمل الحاجة إلى العلاج والكشف المبكر عن المرض والتشخيص السليم والاهتمام بالحالة الصحية، واحتياجات اجتماعية وتشمل الرغبة في الاتصال بالأهل والحاجة إلى وجود أشخاص يستمعون لهم والمشاركة في المناسبات وشغل أوقات الفراغ، واحتياجات اقتصادية وتشمل توفير السكن والملبس والغذاء، واحتياجات نفسية وتشمل الحاجة للشعور بالاهتمام والطمأنينة والراحة النفسية. كما وشخصت الدراسة بعض الصعوبات لإشباع هذه الحاجات منها عدم كفاية الإعداد المهني لمقدمي الرعاية ومحدودية الخدمات المقدمة لهم.

- وأجرى حجازي (٢٠٠٤) دراسة بعنوان كبار السن في مصر مسح بالعينة لنزلاء دور المسنين. هدفت إلى إجراء دراسة مسحية لمشكلات كبار السن وأهم الأساليب لرعايتهم. شملت العينة ٥٤٢ مسناً في ثلاثين داراً للرعاية توزعت بين خمس محافظات، ولأغراض الدراسة صمم الباحث استمارة بيانات أولية عن الدار ذاتها واستمارة أخرى للمسن، إضافة إلى استمارة لاستطلاع الرأي لبعض المسؤولين في دور المسنين. توصلت الدراسة إلى وجود تدني في مستوى الرعاية الصحية التي يجلبها المسن في دور الرعاية وعدم كفاية التجهيزات في الدار وتدني في مستوى الوجبات الغذائية المقدمة للمسن. وأقترحت الدراسة ضرورة القيام بمراجعة شاملة جادة للأسس التي تقوم عليها الرعاية المؤسسية لكبار السن في مصر وتطوير مفهوم الرعاية المقدمة للمسنين.

٩-٢- الدراسات الأجنبية:

- وفي دراسة قام بها بول وروات (Poole & Rowat,1994) بعنوان: تصورات كبار السن لرعاية مقدمي الرعاية البيتية في كندا. هدفت الدراسة إلى دراسة ما يتصوره كبار السن في المجتمع من سلوكيات راعية لمقدمي الرعاية البيتية في سياق الرعاية التمريضية، شملت العينة خمسة مسنين وجميعهم حصلوا على رعاية بيتية تمريضية، وذلك من خلال استخدام المنهجية المقارنة للتحليل النوعي. توصلت الدراسة إلى أن حصول مقدمي الرعاية يجب أن تشمل المزاج الجيد، والتنظيم، والصبر، والتفهم، والاحترام، والإصغاء، وإعطاء الأمل فضلاً عن تقديم المساعدة البدنية: وتشمل القيام بمهام بدنية كقياس ضغط الدم، وإعطاء الدواء، وتقديم الإرشادات، وتنسيق الخدمات والمساعدة في الاستحمام، وتغيير الملابس، وتقديم الغذاء، والحركة. وأشارت الدراسة إلى أن مقدمي الرعاية الذكور يميلون لثمين تقديم الرعاية البدنية والأداء الفني للمسنين على السلوكيات العاطفية.

وأجرت فارجستروم (Fagerstrom & et al,1998) دراسة بعنوان: احتياجات الرعاية من وجهة نظر المسنين كرسالة معاناة في فنلندا. هدفت الدراسة إلى التوصل إلى فهم أعمق لخبرة المسنين مع احتياجات الرعاية، أي مشكلاتهم واحتياجاتهم ورغباتهم، وذلك من خلال دراسة واستكشاف كيف سيتم التعبير عنها وصياغتها في علاقة رعاية، وتوضيح دلالاتها للرعاية الصحية ولأغراض الدراسة جرى مقابلة خمسة وسبعين مسناً من قسم الباطني والجراحي في مستشفى في فنلندا حيث سئلوا عن احتياجاتهم للرعاية. وتوصلت الدراسة إلى أن مقدمي الرعاية الأكثر وعياً ومعرفة باحتياجات المسنين ورغباتهم، هم الأقدر على التفاعل وفهم رسالة المسنين بالحاجة إلى رعاية صحية عالية المستوى لتحد من معاناتهم. وأقترحت الدراسة ضرورة تطوير أداء مقدمي الرعاية بالإعداد الأكاديمي الاختصاصي بعلم التمريض والتدريب المستمر، لان مشكلات واحتياجات المسنين تشكل وثيقة بالمهام والمهارات التي على مقدم الرعاية أن يمتلكها ويطورها للارتقاء بنوعية حياة المسن ومساعدته.

وأجرى كوين وآخرون (Quinn & et al,1999) دراسة بعنوان : الخصائص الصحية للنزلاء في بيوت رعاية المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية. هدفت الدراسة إلى استكشاف الخصائص الصحية وتقديم فهم أفضل لاحتياجات كبار السن المقيمين في بيوت الرعاية. وقد توصلت الدراسة إلى أن احتياجات المسنين الأكثر تكراراً هي الصحة الشخصية، الاستحمام، اللباس، تنظيف الأسنان، الذهاب لدورة المياه، المساعدة في إعطاء الدواء والأكل، والتنقل داخل الدار، وتنظيف الفراش، والنزول من السرير، والحماية من الحوادث والإصابات، وإسعاف حالات الدوخة، ومشكلة التوازن، واستخدام الكرسي المتحرك، وتحريك الأطراف، ومساعدة حالات ضعف البصر والسمع. واقترحت الدراسة عدداً من التداخلات التمريضية الماسّة والتي يجب أن يمتلكها مقدمو الرعاية في دور المسنين بسبب تعرض المسنين للكثير من المشكلات الصحية لما يطرأ عليهم من تغيرات فيزيولوجية حتمية، فضلاً عن أهمية تدريب مقدمي الرعاية فيما يتعلق بالطرق الملائمة لرعاية المسنين والتواصل معهم، كما واقترحت الدراسة إيجاد

أجندة للرعاية الصحية، وضرورة إعداد المرضين إعداداً أكاديمياً متضمناً تقديم الرعاية الصحية الأولية بما تقدمه من خدمات علاجية ووقائية وتأهيلية ورقابة الحالات الصحية المزمنة وتعزيز مهارات المواجهة، وذلك لأن المرضين ذوي التعليم والتدريب الملائم في علم الشيخوخة قد يكونون مستشارين ومدافعين لتشجيع الرعاية لكبار السن بناءً على نموذج الاستقلال والخيار.

كما أجرت والترز وآخرون (Walters & et al,2000) دراسة بعنوان: تقويم الاحتياجات من منظور المسنين ومقدمي الرعاية والمهنيين: تقويم كامبرويل لاحتياجات المسنين في الرعاية الأولية في لندن / بريطانيا. هدفت إلى إجراء دراسة جدوى لتقويم كامبرويل لاحتياجات كبار السن في الرعاية الأولية، ومقارنة الاحتياجات التي حددها المسنون ومقدمو الرعاية، ومهنيو الصحة بسبب عدم وجود أداة منظمة لتقويم الاحتياجات يمكن استعمالها على مستوى واسع المدى. وقد تضمنت الدراسة النقاط الرئيسة لتقويم كامبرويل لاحتياجات كبار السن منها: (الإيواء، والتغذية الرعاية الذاتية، والنشاطات النهارية، والذاكرة، البصر، والسمع، والحركة، والصحة البدنية، والأدوية، والسلامة من أذى النفس المقصود وغير المقصود، والسلامة من إساءة الاستخدام، والإهمال، وشرب الكحول، والعلاقات الحميمة، والمال، والمعلومات لدى مقدمي الرعاية، وهموم مقدمي الرعاية النفسية. ولأغراض الدراسة تمت مقابلة ما نسبته ٥٪ من المسنين الذين أعمارهم ٧٥ سنة فما فوق في أربع دور رعاية في لندن. توصلت نتائج الدراسة إلى أن استخدام أداة تقويم كامبرويل كان ذا جدوى وفعالية عالية لاستخدامه في مجال الرعاية الصحية الأولية لكبار السن، فقد حددت الاحتياجات الملاحظة وغير المعروفة من قبل مقدمي الرعاية.

وقام رينولد وآخرون (Reynolds & et al,2000) بدراسة بعنوان: تقويم كامبرويل لاحتياجات كبار السن في لندن / بريطانيا. هدفت إلى تطوير أداة تأخذ بعين الاعتبار آراء المسنين، ومقدمي الرعاية حول احتياجات المسنين، وبعد تطوير أداة التقويم تم إخضاعها للاختبار وإعادة الاختبار والثبات بين المحكمين، كما تم تناول جوانب الصدق للأداة خلال التطوير ومع البيانات التي قدمتها مواقع في المملكة المتحدة والسويد والولايات المتحدة الأمريكية. توصلت الدراسة إلى تقويم كامبرويل لاحتياجات كبار السن بشكله النهائي، تألف من ٢٤ فقرة شملت (الإيواء، والمهارات المنزلية، والتغذية، والرعاية الذاتية، ورعاية الآخرين، والنشاطات النهارية، والذاكرة، والبصر، والسمع، والحركة، والصحة البدنية، والأدوية والعقاقير، والأعراض الذهنية، والمعلومات، والسلامة من أذى النفس المقصود وغير المقصود، والسلامة من إساءة الاستخدام والإهمال، وشرب الكحول، والعلاقات الحميمة، والمال)، بالإضافة إلى فقرتين لاحتياجات مقدمي الرعاية شملت المعلومات، والهجوم النفسية لمقدمي الرعاية، وقد أظهرت هذه الأداة بناء محتوى ملائماً، وصدقاً اتفاقياً، وصدقاً معيارياً ملائماً، وكان الثبات بشكل عام مرتفعاً جداً. كما والخصائص السيكومترية لتقويم كامبرويل لاحتياجات كبار السن بدت مقبولة بدرجة عالية، وتم استخدامها بسهولة من قبل سلسلة واسعة من المهنيين، وكانت ملائمة للممارسة السريرية الروتينية والبحث، وهي شاملة تقيس كلاً من

الاحتياجات التي تم أو لم يتم تلبيتها لكبار السن، وتدمج آراء المسنين ومقدمي الرعاية حول احتياجات المسنين بشكل رئيس وحول احتياجات مقدمي الرعاية بشكل عام.

وقام شيمونكي وآخرون (Shimanouchi & et al, 2001) بدراسة بعنوان: تطوير أداة تقييم الرعاية البيتية في اليابان. هدفت إلى إجراء المزيد من البحث والمراجعة لضمان صدق وثبات الأداة التي طورتها مؤسسة التمريض اليابانية عام ١٩٩٣، ولأغراض الدراسة نفذت زيارة أولية إلى ١١٢ نزياً في ٤٨ مؤسسة من قبل ممرض خبير لمساعدة المسن على تعبئة استبانة التقييم. وقد عكست هذه الأداة احتياجات المسنين وربطتها مع تقديم طرق الرعاية، وتضمنت أداة التقييم مجالات الرعاية الفموية، رعاية فرحة الفراش/ العناية بالجلد، اللباس، الذهاب لدورة المياه، الهنّام، الاستحمام، غسل الوجه واليدين، تصفيف الشعر، تقليم الأظافر. وإدارة الدواء، والسيطرة على الألم، وإسعاف حالات الدوخة والنزيف، والحركة في السرير، والتنقل والتجوال. توصلت الدراسة إلى أن هذه القائمة سهلة الإستخدام، واقترحت استخدامها في تدريب مقدمي الرعاية وتقييم أدائهم في دور الرعاية.

وأجرى هيوهان (Heuiahn,2004) دراسة بعنوان: احتياجات الرعاية الصحية لكبار السن في مجتمع ريفي في كوريا. هدفت إلى بحث الحاجة عن دعم اجتماعي وصحي لكبار السن الذين عاشوا وحدهم في مجتمع ريفي في كوريا. ولأغراض الدراسة تم إجراء مقابلات منظمة مع ٧٠ مسناً باستخدام مقاييس خاصة لتقييم حالتهم الصحية. توصلت الدراسة إلى أن خدمات الرعاية البدنية هي الأكثر احتياجاً للمسنين تبعثها الخدمات المالية والنفسية والثقافية والاستحمامية، واقترحت الدراسة ضرورة إيجاد آلية لتقديم رعاية صحية شاملة لكبار السن.

أجرى هاين (Hyun,2005) دراسة بعنوان: استعداد كبار السن لاستخدام خدمات الرعاية البيتية التمريضية. هدفت إلى استكشاف الاستعداد الأمثل لاستخدام خدمات الرعاية البيتية التمريضية بين كبار السن، وتقييم احتياجات كبار السن، وتقدير القوى العاملة والمرافق المطلوبة لتلبية احتياجاتهم في جنوب كوريا. وقد تضمنت الدراسة العناصر الرئيسة للرعاية البيتية التمريضية الشاملة وهي: تقديم المساعدة للمسن في نشاطات الحياة اليومية مثل الاستحمام، وارتداء الملابس، وتقديم الغذاء، والمساعدة للذهاب إلى دورة المياه، وإعطاء الأدوية، والأوكسجين، وقياس العلامات الحيوية، وإسعاف الحالات الطارئة. جاءت نتيجة الدراسة: المسنون من ذوي الدخول المحدودة أظهروا استعداداً لاستخدام الخدمات التمريضية بدون دفع اشتراك، بينما المسنون من ذوي الدخول المرتفعة أظهروا استعداداً كبيراً لاستخدام الخدمات حتى بدفع اشتراك، واقترحت الدراسة ضرورة تقديم الخدمات البيتية التمريضية للمسنين الذين هم بحاجة ماسة لها بغض النظر عن دفع الاشتراك إضافة إلى ضرورة تحسين الممارسة التمريضية لتساير التقدم العلمي الكبير الذي تشهده حقول الرعاية الصحية الأولية ومنها علوم رعاية الشيخوخة.

٩-٣- تعقيب على الدراسات:

اهتم الأدب النظري بأوجه الرعاية المختلفة لكبار السن بشكل عام، من حيث شموليتها وضرورة

تقديمها للمسنين في دور الرعاية. إلا أن اهتمام الأدب النظري والدراسات السابقة بمهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى مقدمي الرعاية في دور المسنين محدودة. واتفقت هذه الدراسة مع كل من (قطيشات وآخرون، ٢٠٠٢؛ Walters & et al, 2000; Shimanouchila & et al 2001؛ Hyun,2005; Heuiahn,2004; على أهمية تطوير أداة لتقويم الرعاية البيئية تعكس مجالات احتياجات المسنين الشاملة، واعتبارها معياراً لأداء خدمة رعاية المسنين، فهذه الاحتياجات تعد وثيقة بالمهارات التي يجب أن يمتلكها مقدمو الرعاية، وما هذه المهارات إلا جزءاً أساسياً من عمل الممرضة المعدة أكاديمياً. كما واتفقت مع كل من (Quinn & et al ,1999;Fargerstrom & et al,1998) على أهمية تطوير أداء العاملين بالتدريب المستمر والإعداد الأكاديمي المختص بعلم التمريض. واختلفت هذه الدراسة مع ما تم الاطلاع عليه من دراسات سابقة في مجال رعاية المسنين، في تناولها لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها للعاملين في دور المسنين بشكل تفصيلي مباشر بصيغة (مهام) وترتيبها في سبعة مجالات، مما يساعد بإيجاد وصف وظيفي تفصيلي للعاملين في دور المسنين، وإيجاد معايير للأداء، فضلاً عن إمكانية وضع شروط أساسية للقبول بالعمل في دور المسنين والتي هي أصلاً غير متوافرة في مراكز رعاية المسنين في الأردن وفق علم الباحثين.

١٠- نتائج الدراسة:

يتناول هذا الجزء عرض النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة التي تهدف إلى تحديد مهارات الرعاية الصحية الأدائية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن، وكذلك تحديد درجة أداء العاملين لهذه المهارات وفقاً إلى متغيرات الجنس، والمؤهل العلمي، وعدد سنوات الخبرة. وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة وفق تسلسل أسئلتها:

- النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول: ما مهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن؟

للإجابة عن هذا السؤال، حددت المجالات الرئيسية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة بشكلها الأولي، وذلك بإجراء مقابلات مع عدد من مسؤولي رعاية المسنين والعاملين في وزارة التنمية الاجتماعية ودور الرعاية، وعدد من الخبراء المختصين بتقديم الرعاية الصحية، ومراجعة الدراسات السابقة والمراجع والأبحاث والمعايير العالمية، وخبرة الباحثين.

وتم التوصل إلى سبعة مجالات رئيسية لمهارات الرعاية الصحية الأدائية. ولتحديد المهارات الفرعية ضمن كل مجال رئيس، وقد جرى إعداد نموذجاً خاصاً بالمهارات الرئيسية، وتم توزيعه على عدد من مسؤولي رعاية المسنين ومقدمي الرعاية وخبراء مختصين بتقديم الرعاية الصحية الأدائية، وطلب منهم اقتراح عدد من المهارات الفرعية ضمن كل مجال رئيس، وجرى دراستها وتحليلها وصياغتها بصورتها الأولية، ثم عرضها على عدد من أساتذة الجامعات والخبراء الفنيين المحكمين لغرض التحقق من صدق الأداة، وبعدها أُعدت وصياغة المجالات الرئيسية والمهارات الفرعية التابعة لها، وتم إعدادها بصورتها النهائية، وشملت (٩٦) مهارة

موزعة على سبعة مجالات رئيسة للمهارات، وقد أدرجت المهارات الفرعية ضمن المجالات السبعة الرئيسية على مقياس خماسي المستويات. ويوضح (الجدول رقم ٢)، أعداد المهارات موزعة على المجالات الرئيسية ونسبها المئوية.

الجدول (٢) أعداد المهارات ضمن المجالات الرئيسية ونسبها المئوية

المجالات	عدد المهارات	النسبة المئوية
المجال الأول: النظافة الشخصية للمسن	١٨	١٨,٧٥
المجال الثاني: التغذية	١١	١١,٤٥
المجال الثالث: إعطاء الأدوية	٩	٩,٣٧
المجال الرابع: المعاينة الشاملة	١٥	١٥,٦٢
المجال الخامس: التمريض المنزلي	١١	١١,٤٥
المجال السادس: حماية المسن من الحوادث	١٥	١٥,٦٢
المجال السابع: الحركة البدنية للمسن	١٧	١٧,٧
المجموع	٩٦	١٠٠

تشير النتائج في (الجدول رقم ٢)، إلى أن مهارات النظافة الشخصية قد احتلت أعلى نسبة مئوية من مجمل مهارات العاملين وبلغت (١٨,٧٥٪)، ثم تلتها مهارات الحركة البدنية للمسن وبلغت (١١,٤٥٪)، ثم مهارات المعاينة الشاملة ومهارات حماية المسن من الحوادث وبلغت (١٥,٦٢٪)، ثم المهارات المتعلقة بمجال التغذية ومجال التمريض المنزلي وبلغت (١١,٤٥٪)، أما مهارات إعطاء الأدوية فقد احتلت أقل نسبة من مجمل مهارات العاملين حيث بلغت نسبتها (٩,٣٧٪).

- النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة؟

لقد رصدت درجة أداء العاملين لكل مهارة من المهارات الفرعية وفقاً إلى مقياس خماسي المستويات، وذلك بعد ملاحظة أداء العاملين من خلال مشاركتهم الفعلية بتقديم الرعاية للمسنين، وتحليل الأعمال الكتابية لكل عامل من عينة الدراسة، وذلك بحساب المتوسط الحسابي لتقدير كل من الباحثين لمستوى أداء كل عامل على المقياس المعد للمهارات في ضوء الملاحظة للحصول على تقدير واحد لكل مهارة من مهارات المقياس، و ذلك اعتماداً على الوسط الحسابي للتقديرين.

ولتحديد درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة، استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجال من المجالات السبعة بشكل عام ثم لكل مهارة فرعية من مهارات كل مجال على انفراد. ويشير الجدول التالي إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجالات السبعة لمهارات الرعاية الصحية الأدائية.

الجدول (٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين في دور المسنين لمجالات مهارات الرعاية الصحية الأداة

رقم المجال	اسم المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المجال
١	النظافة الشخصية للمسن	٣,٦٩	٠,٣١	١
٢	التغذية	٣,٣٥	٠,٤٦	٣
٣	إعطاء الأدوية	٣,٠٥	٠,٧٢	٦
٤	المعاينة الشاملة	٣,٣٤	٠,٤٣	٤
٥	التمريض المنزلي	٢,٩٠	٠,٨٢	٧
٦	حماية المسن من الحوادث	٣,٥٥	٠,٦٨	٢
٧	الحركة البدنية للمسن	٣,٣٣	٠,٤١	٥
	الأداة ككل	٣,٣٢	٠,٤٨	

تشير نتائج التحليل الإحصائي في (الجدول رقم ٣)، إلى أن المتوسط الحسابي العام لدرجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداة للمجالات السبعة هو (٣,٣٢) درجة، وانحراف معياري مقداره (٠,٤٨). وأن أعلى متوسط حسابي هو لمجال النظافة الشخصية وبلغ (٣,٦٩) درجة وانحراف معياري قيمته (٠,٣١). وأن أقل متوسط حسابي هو لمجال التمريض المنزلي وبلغ (٢,٩٠) درجة وانحراف معياري قيمته (٠,٨٢). وقد تراوحت المتوسطات الحسابية للمجالات الباقية بين هاتين الدرجتين.

- أما بالنسبة لنتائج السؤال الثالث: فلقد عرضت النتائج بموجب فرضيات الدراسة كالاتي:
- متغير الجنس:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداة الشاملة تعزى إلى متغير الجنس (للعاملين).
الجدول (٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات كل مجال من المجالات السبعة والأداة ككل وفقاً إلى متغير الجنس.

أنثى (ن = ٣٦)		ذكر (ن = ١٤)		الجنس	ترتيب المجال
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
٠,٣٠	٣,٧٣	٠,٣٤	٣,٦٢	الأول: النظافة الشخصية للمسن	
٠,٢٩	٣,٤٣	٠,٣٩	٣,١٤	الثاني: التغذية	
٠,٧٤	٣,١١	٠,٦٦	٢,٩١	الثالث: إعطاء الأدوية	
٠,٤٣	٣,٤٠	٠,٣٩	٣,١٨	الرابع: المعاينة الشاملة	
٠,٣٧	٣,٠٠	٠,٦٥	٢,٦٤	الخامس: التمريض المنزلي	
٠,٧٧	٣,٦٢	٠,٣٢	٣,٣٥	السادس: حماية المسن من الحوادث والإصابات	
٠,٤٠	٣,٣٨	٠,٣٩	٣,٢٢	السابع: الحركة البدنية للمسن	
٠,٥١	٣,٣٨	٠,٣٨	٣,١٥	المجموع ككل	

ملاحظة: ن = عدد العاملين.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات المجالات السبعة وفقاً إلى متغير الجنس كما في (الجدول رقم ٤). أن تقدير المتوسط الحسابي الأعلى كان لصالح العاملين (الإناث)؛ إذ بلغت (٣,٣٨) درجة، وأن تقدير المتوسط الحسابي الأدنى كان لصالح العاملين (الذكور)، إذ بلغت (٣,١٥) درجة. ولتحديد دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأداء على الأداة ككل، و لكل مجال من مجالاتها، أجري اختبار " ت " و التي ظهرت نتائجها في الجدول (٥).

الجدول (٥)

اختبار "ت" لأداء العاملين بدور المسنين لمجالات مهارات الرعاية الصحية على انفراد، والأداة ككل وفقاً إلى متغير الجنس

المجال	اختبار "ت"	مستوى الدلالة
الأول: النظافة الشخصية للمسن	١,١١	٠,٢٨
الثاني: التغذية	٢,٠٨	٠,٠٤*
الثالث: إعطاء الأدوية	٠,٨٥	٠,٤
الرابع: المعاينة الشاملة	١,٧١	٠,٠٩
الخامس: التمريض المنزلي	١,٤١	٠,١٧
السادس: حماية المسن من الحوادث	١,٢٧	٠,٢١
السابع: الحركة البدنية للمسن	١,٢٣	٠,٢٢
الأداة ككل	١,٥٤	٠,١٣

* دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha = ٠,٠٥$)

أظهرت نتيجة التحليل كما في (الجدول رقم ٥)، أن قيمة "ت" للأداة ككل (١,٥٤) وأن مستوى الدلالة بلغ (٠,١٣)، وهو أكبر من (٠,٠٥) وبذلك تقبل الفرضية الصفرية وتعد فرضية صحيحة وتعبر عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً في درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداة الشاملة تعزى إلى متغير الجنس.

أما بالنسبة لمستوى الدلالة لكل مجال من المجالات السبعة فقد أظهرت نتائج التحليل عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ٠,٠٥ بين متوسطات درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداة لكافة المجالات وفقاً إلى متغير الجنس عدا المجال الثاني (مجال التغذية) إذ بلغ مستوى الدلالة (٠,٠٤) وهو أصغر من (٠,٠٥) و بما أن "ت" المحسوبة (٢,٠٨) أكبر من "ت" الجدولية (١,٦٥) فترفض الفرضية الصفرية و تعد فرضية غير صحيحة و تعبر عن وجود فرق دالٍ إحصائياً لتأثير متغير الجنس على مجال التغذية ولصالح الإناث .

- متغير المؤهل العلمي:

الفرضية الثانية: لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha = ٠,٠٥$) في متوسط درجات

أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.
الجدول (٦) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات كل مجال من المجالات السبعة والأداة ككل وفق متغير المؤهل العلمي:

المجال	أساسي (ن=١١)		ثانوي عام (ن=١٥)		ثانوي ترميزي (ن=٥)		دبلوم عام (ن=٧)		دبلوم ترميزي (ن=٧)		بكالوريوس ترميز (ن=٥)	
	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري		
لنظافة الشخصية	٣,٤١	٠,٢٤	٣,٥٥	٠,١٧	٣,٨٧	٠,٣١	٣,٧٩	٠,١٥	٣,٩	٠,٣٣	٤,١٢	٠,٢٣
التغذية	٢,٩٠	٠,٢٥	٣,١٦	٠,٢٥	٣,٦٩	٠,٠٨	٣,٥٢	٠,٢٣	٣,٥٧	٠,٦٣	٣,٩٨	٠,٢٢
إعطاء الأدوية	٢,٥١	٠,٣٢	٢,٦٥	٠,٢٣	٣,٩١	٠,٢١	٢,٨٤	٠,١٩	٣,٨٦	٠,٧٧	٣,٨	٠,٧٢
المعاينة الشاملة	٢,٩٢	٠,٣٣	٣,١٢	٠,١٢	٣,٦١	٠,٢٦	٣,٣٣	٠,١٥	٣,٨٧	٠,٣٦	٣,٩٣	٠,٣٣
التمريض المنزلي	٢,٢٧	٠,٦١	٢,٣٨	٠,٣٦	٣,٦٠	٠,١٩	٢,٥٨	٠,٣٣	٤,٠٦	٠,٣٨	٣,٩١	٠,٨٣
حماية المسن من الحوادث	٣,٢٤	٠,٣٣	٣,٢٤	٠,٢١	٤,٠٣	١,١٥	٣,٤٤	٠,١٨	٣,٧٦	٠,٣١	٤,٤٩	١,٢٨
الحركة البدنية للمسّن	٣,٠٣	٠,٣١	٣,١١	٠,٢٨	٣,٦٠	٠,١٣	٣,٢٩	٠,١٩	٣,٧٢	٠,٢٦	٣,٩	٠,١٧
الأداة ككل	٢,٩٠	٠,٠٤	٣,٠٢	٠,٠٨	٣,٧٥	٠,٣٨	٣,٢٦	٠,٣٢	٣,٨٢	١,١٩	٤,٠٣	٠,٤٢

ملاحظة: ن = عدد العاملين.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمجالات المهارات السبعة وفق متغير المؤهل العلمي في (الجدول رقم ٦)، أن القيمة الأعلى للمتوسط الحسابي كانت لصالح العاملين من حملة مؤهل بكالوريوس ترميز، وبلغت (٤,٠٣) درجة، ثم تلتها قيمة المتوسط الحسابي للعاملين من حملة دبلوم ترميز وبلغت (٣,٨٢)، ثم العاملين من حملة مؤهل ثانوي ترميز وبلغت قيمة المتوسط الحسابي (٣,٧٥)، ثم حملة دبلوم عام وبلغت قيمة المتوسط الحسابي (٣,٢٦)، ثم حملة ثانوي عام وبلغت قيمة المتوسط الحسابي (٣,٠٢)، وأدنى القيمة الأدي كانت لصالح العاملين من حملة مؤهل أساسي وبلغت (٢,٩٠) درجة. ولتحديد مستوى دلالة الفروق في درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية وفقاً إلى متغير المؤهل العلمي للأداة ككل ولكل مجال، أجري تحليل التباين الأحادي، والتي ظهرت نتائجه في (الجدول رقم ٧).

الجدول (٧)

تحليل التباين الأحادي لأداء العاملين في دور المسنين لمجالات مهارات الرعاية الصحية على انفراد والأداة ككل وفقاً إلى متغير المؤهل العلمي.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
المجال الأول: النظافة الشخصية	بين المجموعات	٢,٧٥	٥	٠,٥٥	١٢,١٩	*,٠٠٠٠
	داخل المجموعات	١,٩٩	٤٤	٠,٠٥		
	المجموع	٤,٧٤	٤٩	-		
المجال الثاني: التغذية	بين المجموعات	٥,٩٣	٥	١,١٩	١١,٩٥	*,٠٠٠٠
	داخل المجموعات	٤,٣٧	٤٤	٠,١٠		
	المجموع	١٠,٣٠	٤٩	-		
المجال الثالث: إعطاء الأدوية	بين المجموعات	١٧,٧٢	٥	٣,٥٤	٢٠,٥١	*,٠٠٠٠
	داخل المجموعات	٧,٦٠	٤٤	٠,٥٢		
	المجموع	٢٥,٣١	٤٩	-		

درجة أداء العاملين في دور المسنين في الأردن لمهارات الرعاية الصحية..... د. سلامة - د. الجادري

* ٠,٠٠٠	٢٥,٠٣	١,٣٥	٥	٦,٧٣	بين المجموعات	المجال الرابع: المعاينة الشخصية
		٠,٠٥	٤٤	٢,٣٧	داخل المجموعات	
		-	٤٩	٩,١٠	المجموع	
* ٠,٠٠٠	٣٣,٨١	٥,٢٤	٥	٢٦,١٨	بين المجموعات	المجال الخامس: التمريض المنزلي
		٠,١٦	٤٤	٦,٨١	داخل المجموعات	
		-	٤٩	٣٢,٩٩	المجموع	
* ٠,٠٠١	٥,١٥	١,٦٨	٥	٨,٣٧	بين المجموعات	المجال السادس: حماية المسن من الحوادث
		٠,٢٣	٤٤	١٤,٣٥	داخل المجموعات	
		-	٤٩	٢٢,٧٤	المجموع	
* ٠,٠٠٠	١٥,٧٣	٠,٩٩	٥	٤,٩٥	بين المجموعات	المجال السابع: الحركة البدنية للمسن
		٠,٠٦	٤٤	٢,٧٨	داخل المجموعات	
		-	٤٩	٧,٧٢	المجموع	
* ٠,٠٠٠	٢٧,٧٤	١,٧١	٥	٨,٥٦	بين المجموعات	الأداة ككل
		٠,٠٦	٤٤	٢,٧٢	داخل المجموعات	
		-	٤٩	١١,٢٨	المجموع	

* دالة إحصائياً عند $\alpha = ٠,٠٥$

أظهرت نتيجة هذا التحليل كما في (الجدول رقم ٧)، أن قيمة ف المحسوبة للأداة ككل (٢٧,٧٤) وأن مستوى الدلالة بلغ ($٠,٠٠٠^*$) وهو أقل من ($٠,٠٥$) وبذلك ترفض الفرضية الصفرية وتعد فرضية غير صحيحة، وهناك فروق دالة إحصائياً في درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدوات تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.

أما بالنسبة لكل مجال من المجالات السبعة فقد أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروق عند مستوى الدلالة ($\alpha = ٠,٠٥$) لدرجة أداء العاملين لكافة مجالات مهارات الرعاية الصحية. ولتحديد مصدر الفروق للأداة ككل، أجري (اختبار شيفيه) للمقارنات البعدية كما في (الجدول رقم ٨).

الجدول (٨)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لكافة مجالات مهارات الرعاية الصحية الأدوات

بكالوريوس تمريض	دبلوم		ثانوي		أساسي	المؤهل	الأداة ككل
	تمريض	عام	تمريض	عام			
*١,١٤	*٠,٩٤	٠,٣٧	*٠,٨٧	٠,١٣	-	أساسي	
*١,٠١	*٠,٨٠	٠,٢٣	*٠,٧٤	-	٠,١٣-	ثانوي عام	
٠,٢٧	٠,٠٧	٠,٥٠-	-	*٠,٧٤-	*٠,٨٧-	ثانوي تمريض	
*٠,٧٧	*٠,٥٧	-	٠,٥٠	٠,٢٣-	٠,٣٧-	دبلوم عام	
٠,٢٠	-	*٠,٥٧-	٠,٠٧-	*٠,٨٠-	*٠,٩٤-	دبلوم تمريض	
-	٠,٢٠-	*٠,٧٧-	٠,٢٧-	*١,٠١-	*١,١٤-	بكالوريوس تمريض	

يتضح من (الجدول رقم ٨)، وجود فروق دالة إحصائياً في درجة أداء العاملين لكافة مهارات مجالات الرعاية الصحية الأدوات بين العاملين كالتالي:

- بين حملة درجة أساسي و(حملة درجة ثانوي تمرير، دبلوم تمرير، بكالوريوس تمرير) ولصالح درجة ثانوي تمرير، دبلوم تمرير، بكالوريوس تمرير.
 - بين حملة ثانوي عام و(حملة ثانوي و دبلوم و بكالوريوس تمرير) ولصالح حملة (ثانوي ودبلوم وبكالوريوس تمرير).
 - بين حملة ثانوي تمرير و(حملة أساسي وثانوي عام) ولصالح حملة ثانوي تمرير.
 - بين حملة دبلوم تمرير و(حملة أساسي، ثانوي عام، و دبلوم عام) ولصالح حملة دبلوم تمرير.
 - بين حملة بكالوريوس تمرير و(أساسي، ثانوي عام ودبلوم عام) ولصالح حملة بكالوريوس تمرير.
- بناءً على التحليل السابق توصل الباحثان إلى أن أداء العاملين لكافة مهارات المجالات وفقاً إلى معيار أداء المهارات من العالي إلى المتدني كالآتي: بكالوريوس تمرير، ودبلوم تمرير، وثنانوي تمرير، ودبلوم عام، وثنانوي عام، وأساسي.
- متغير سنوات الخبرة:

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة تعزى إلى متغير سنوات الخبرة.

الجدول رقم (٩)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات كل مجال من المجالات السبعة والأداة ككل وفق متغير عدد سنوات الخبرة.

سنوات الخبرة		أقل من ٥ سنوات (ن=٢٩)		خمس سنوات فأكثر (ن=٢١)	
المجال		الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
الأول: النظافة الشخصية للمسئ		٠,٣٤	٣,٦٤	٠,٣٦	٣,٧٧
الثاني: التغذية		٠,٥٤	٣,٢٥	٠,٣٧	٣,٤٨
الثالث: إعطاء الأدوية		٠,٧١	٢,٩٨	٠,٧٤	٣,١٥
الرابع: المعاينة الشاملة		٠,٤٣	٣,٢٩	٠,٤٤	٣,٤١
الخامس: التمريض المنزلي		٠,٨٣	٢,٨٨	٠,٨٣	٢,٩٢
السادس: حماية المسن من الحوادث		٠,٣٩	٣,٤٣	٠,٩٢	٣,٧٦
السابع: الحركة البدنية للمسئ		٠,٤٥	٣,٢٧	٠,٣١	٣,٤١
المجموع ككل		٠,٤٧	٣,٢٤	٠,٢٧	٣,٤١

ملاحظة: ن = عدد العاملين.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أداء العاملين لمهارات المجالات السبعة وفق متغير سنوات الخبرة، كما في (الجدول رقم ٩)، أن تقدير المتوسط الحسابي الأعلى كان للعاملين في فئة (خمس سنوات فأكثر)؛ إذ بلغ (٣,٤١) درجة، وأن تقدير المتوسط الحسابي الأدنى كانت للعاملين في فئة (أقل من خمس سنوات) إذ بلغت (٣,٢٤) درجة. ولتحديد دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأداء على الأداة ككل و لكل مجال من مجالاتها أجري

اختبار"ت"، والتي أظهرت نتائجه في (الجدول رقم ١٠).

الجدول (١٠)

"اختبار ت" لأداء العاملين بدور المسنين لمهارات الرعاية الصحية للأداة ككل ولكل مجال على انفراد وفقاً إلى متغير عدد سنوات الخبرة .

المجال	اختبار ت	مستوى الدلالة
الأول: النظافة الشخصية للمسن	١,٤٣	٠,١٦
الثاني: التغذية	١,٧٥	٠,٠٩
الثالث: إعطاء الأدوية	٠,٨٥	٠,٤٢
الرابع: المعاينة الشاملة	٠,٩٧	٠,٣٤
الخامس: التمريض المنزلي	٠,١٩	٠,٨٥
السادس: حماية المسن من الحوادث	١,٩٠	٠,٠٦
السابع: الحركة البدنية للمسن	١,٢٤	٠,٢٢
الأداة ككل	١,٢٥	٠,٢٢

أظهرت نتيجة التحليل كما في (الجدول رقم ١٠)، أن اختبار "ت" المحسوبة للأداة ككل (١,٢٥) وأن مستوى الدلالة بلغ (٠,٢٢) وهو أكبر من (٠,٠٥) وبذلك تقبل الفرضية الصفرية وتعد فرضية صحيحة وتعبر عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداة الشاملة تعزى إلى متغير الخبرة.

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

- مناقشة النتائج والمقترحات: يتناول هذا الجزء مناقشة نتائج الدراسة، كذلك عرض المقترحات التي توصلت لها الدراسة.

- مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مهارات الرعاية الصحية الأداة الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن؟

للإجابة عن السؤال استخلص الباحثان ستاً وتسعين مهارة غطت مجالات مهارات الرعاية الصحية الأداة الواجب توافرها لدى مقدمي الرعاية في دور المسنين، اشتقت من الأدب النظري والدراسات السابقة، ومن المعايير الدولية للعديد من المنظمات العالمية التي تهتم برعاية كبار السن فضلاً عن خبرات بعض المختصين والمسؤولين في مجال رعاية كبار السن وبعض العاملين في دور المسنين. إذ تم تصنيفها في سبعة مجالات وهي: مجال النظافة الشخصية للمسن والتمريض المنزلي والتغذية وحماية المسن من الحوادث والإصابات وإعطاء الأدوية والحركة البدنية للمسن والمعاينة الشاملة. وفي ضوء ما تناوله الباحثان من دراسات وجدوا أن هذه المجالات السبعة تشكل الإطار الأساسي لإعداد العاملين في دور المسنين. وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة في معظمها مع الأدب النظري، إذ اتفقت مع توجهات منظمة تمريض

الشيخوخة الكندية (Bonnic & et al, 1996)، لتقدم الرعاية للمسنين وفقاً إلى مجالات الممارسة التمريضية ولاسيما في مجالات التغذية والنظافة الشخصية وإعطاء الأدوية والقيام بالمعاينة الشاملة للمسن وبشكل دوري، وتوثيق المعلومات بملف طبي خاص لكل مسن، وذلك لأن ما يقدم للمسنين من رعاية هي حقيقة ما تقوم بعمله الممرضة في أثناء عملها في المراكز الصحية بأنواعها المختلفة. ومع ما ورد في تقرير جمعية المسنين البريطانية والمتعلق بوضع معايير الممارسة لرعاية كبار السن (British Geriatrics Society, 2003)، إذ ركز التقرير على معايير الممارسة المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية الأولية والرعاية النفسية والاجتماعية بتفرعاتها المختلفة. ومع معايير مهنة التمريض في الأردن (لجنة معايير مهنة التمريض، ٢٠٠٥) والتي ركزت بدورها على تقديم الرعاية الصحية الأديائية مع الأخذ بعين الاعتبار المنظور المعرفي والوجداني. ومع ما جاءت به منظمة حقوق الإنسان في دورتها الثالثة عشرة عام ١٩٩٥، والمؤتمرات العالمية في التأكيد على ضرورة تقديم الرعاية للمسنين وفقاً لاحتياجاتهم الناتجة عن ما يعترضهم من تغيرات مصاحبة للشيخوخة مما يتطلب تدخلاً مهنيّاً عالي الجودة لإشباع هذه الاحتياجات كحق لهم.

ويؤكد اتفاق هذه الدراسة مع الأدب النظري والدراسات السابقة دقة تحديد مجالات الرعاية الصحية الأديائية وصدقها، والمهارات الفرعية لها لتكون هي مهارات الرعاية الصحية الأديائية الشاملة الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين، ويرى الباحثان أن جملة مهارات الرعاية الصحية الأديائية التي تتضمنها هذه الدراسة شاملة ومتكاملة وبالمقارنة مع الدراسات السابقة، فقد شملت هذه الدراسة مهارات الرعاية الصحية الأديائية الشاملة التي تتصل بعمل مقدمي الرعاية في دور المسنين.

- مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأديائية الشاملة؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ورتبة الكفاية بغرض تحديد درجة ممارسة العاملين في دور المسنين في الأردن لمهارات الرعاية الصحية الأديائية الشاملة. يوضح (الجدول رقم ٣) أن المتوسط الحسابي العام لمجالات مهارات الرعاية الصحية الأديائية السبعة هو (٣,٣٢)، ويقع هذا ضمن المستوى المتوسط الذي اعتمد في تصنيف المهارات، والذي اشتمل المهارات التي متوسطاتها الحسابية من (٣,٣٤-٢,٦٦) درجة، وهذا قد يؤكد بشكل عام أهمية إجراء الدراسة لتطوير وتنمية مهارات مقدمي الرعاية المهنية، أما الانحراف المعياري العام للمجالات فبلغ (٠,٤٨) درجة، وهذا يشير إلى التشتت الطبيعي لدرجات ممارسة العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأديائية، وأن العاملين في دور المسنين قد اتفقوا على المهارات التي يعرفونها بمستوى عال، وكذلك المهارات ذات المستوى المتوسط والمستوى المتدني الذين هم بحاجة إلى تطوير برنامج تدريبي لتنمية وتطوير أدائهم بها. ويبين الجدول ذاته أن أعلى قيمة للمتوسط الحسابي بلغت (٣,٦٩) درجة لمجال النظافة الشخصية، وهذا المتوسط يقع في المستوى المرتفع الذي اعتمد تصنيف المهارات، والذي اشتمل المهارات التي متوسطاتها الحسابية من (٥-٣,٦٧) درجة، وقد يعزى ذلك إلى اعتقاد مقدمي الرعاية في دور المسنين بأن

أداءهم لمهارات النظافة الشخصية يعني أنهم قاموا بتقديم رعاية متكاملة للمسن، فضلاً عن أن المسؤولين في دور المسنين يقومون بتفقد أداء مقدمي الرعاية من خلال ملاحظتهم لنظافة المسن الظاهرة عليه، فإذا كان المسن نظيفاً فهذا يعني لهم أن أداء العاملين جيد وأنهم قاموا بتقديم الرعاية الصحية الأدائية الشاملة للمسنين بمستوى لائق، لذا يحرص مقدمو الرعاية بالتركيز على أداء مهارات النظافة الشخصية للمسنين بشكل رئيس وبمستوى عالٍ من الأداء.

في حين أن ستة مجالات هي: مجال التغذية، ومجال إعطاء الأدوية، ومجال المعاينة الشاملة، ومجال التمريض المنزلي، ومجال حماية المسن من الحوادث والإصابات، ومجال الحركة البدنية للمسن، قد وقعت متوسطاتها الحسابية في المستوى المتوسط الذي اعتمد في تصنيف المهارات والذي اشتمل المهارات التي متوسطاتها الحسابية من (٣٤، ٢-٣٦، ٣)، ويمكن أن يعزى ذلك إلى ضعف تأهيل العاملين في دور المسنين أكاديمياً، إذ وجد أن ما نسبته ٣٤٪ فقط من العاملين يحملون درجة أكاديمية مختصة بالتمريض (ثانوي، دبلوم، بكالوريوس)، وما نسبته ٦٦٪ منهم يحملون درجة أكاديمية عامة (أساسي، ثانوي، دبلوم) ولا يوجد لديهم أي خلفية تمريضية للعناية بالمسنين، وسبب انضمامهم للعمل في دور المسنين هو عدم قدرتهم في الحصول على عمل مكان آخر، وليس رغبة بالعمل في مجال رعاية المسنين، وقد يعزى أيضاً لعدم وجود معايير عامة لمستوى الممارسة الفعلية في تقديم الرعاية للمسنين، فضلاً عن عدم وجود وصف وظيفي للعاملين في دور المسنين، فكما لوحظ يقوم العاملون في بعض دور الرعاية بأعمال التنظيف والطبخ وغيرها، مما يشكل خلطاً في دور العاملين في بيوت الرعاية في الأردن، وقد يعزى أيضاً إلى زيادة أعداد المسنين الكبيرة في دور الرعاية وغير المتناسبة مع الأعداد والكوادر القائمة على رعايتهم، مما يشكل لديهم حاجزاً للعمل على تطوير مهاراتهم، فضلاً عن النقص الحاد في تنظيم الدورات التدريبية المختصة للعاملين، وأن كل ما يحظون به من متابعة فنية هي زيارات إشرافية متباعدة من المسؤولين في معظمهم لا يحملون مؤهلات مختصة برعاية المسنين.

وقد اتفقت هذه الدراسة مع آراء (إبراهيم، ١٩٩٧؛ حجازي، ٢٠٠٤). على عدم كفاية الإعداد المهني للعاملين في دور المسنين وعلى تدني مستوى الرعاية الصحية التي يجدها المسن في الدار، وعدم كفاية التجهيزات والإمكانات المتوفرة في دور الرعاية. كما واتفقت نتائج المجالات السبع مع دراسات كل من (Shimanouchi & et al, 2001; Quinn & et al 1996; Walters & et al, 2000)؛ شويكة، ١٩٩٤) في أهمية امتلاك العاملين في دور المسنين لنموذج تقويم لاحتياجات المسنين والتي على مقدمي الرعاية إشباعها. واتفقت مع دراسة (Walters et al, 2000; Reynolds & et al, 2001; Shimanouchi & et al, 2000)، في اعتبار أن أهم الكفايات الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين هي القدرة على إعطاء الأدوية بمختلف الطرق، و القيام بالمعاينة الشاملة للمسن. أي القيام بالممارسات التمريضية.

- بالنسبة لمناقشة نتائج السؤال الثالث فتم عرضها بموجب فرضيات الدراسة كالاتي:

- متغير الجنس:

- الفرضية الأولى: لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة تعزى إلى متغير الجنس (للعاملين).
أظهرت نتائج التحليل الإحصائي كما في (الجدول، ٥)، عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة للمجالات ككل تعزى إلى متغير الجنس، إذ بلغ مستوى الدلالة (٠,١٣) ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن كلاً من العاملين والعاملات يعملون في بيئات متشابهة، ويتأثرون بالعوامل نفسها، ويطلب منهم التقيد بسياسات مراكز الرعاية المختلفة وكل مركز وفق سياساته دون أي مبادرات ذاتية للتطوير المهني في الاختصاص، إلا أن نتائج التحليل الإحصائي قد أظهرت فروقاً عند مستوى ($\alpha = 0,05$) لدرجة امتلاك العاملين والعاملات للمهارات المتعلقة بجانب التغذية؛ إذ بلغ مستوى الدلالة (٠,٠٤) ولصالح العاملات الإناث، ويمكن النظر إلى هذه النتيجة الفرعية على أنها طبيعية وحتمية إذ أن المهارات المتعلقة بجانب تغذية المسن وما تحتاجه من صبر وحلم ومراعاة ولطف هي في الحقيقة من طبيعة الأنثى، فلا بد وأن تكون لدى العاملات الإناث أعلى مما هي لدى العاملين الذكور، علماً بأن هذه النتيجة الرقمية كانت ضعيفة التأثير على النتيجة العامة إلى متغير الجنس.

وتعارضت هذه الدراسة مع (Poole & Rowat, 1994) في وجود فروق دالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس في درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداية لصالح الذكور إذ أنهم يميلون لثمين تقديم الرعاية البدنية والأداء الفني في رعاية المسنين.

- متغير المؤهل العلمي:

- الفرضية الثانية: لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة تعزى إلى متغير المؤهل العلمي.
أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي كما في (الجدول رقم ٧)، وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأداية الشاملة للمجالات السبعة ككل تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، إذ بلغ مستوى ($\alpha = 0,00$)، كما وأظهرت نتائج التباين الأحادي وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) لدرجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية لكل مجال من المجالات السبعة، ويعزى ذلك إلى عدم توافر اختصاصات في تمرير الشيوخوخة على مستوى كليات المجتمع والجامعات، فرعاية المسنين فن وعلم مختص يحتاج إلى دراسة مختصة، والمهام والمهارات الصحية الأداية الواجب توفرها لدى العاملين في دور المسنين هي في الواقع جزء أساسي وحيوي من الإعداد الأكاديمي والعلمي للممرضة المؤهلة لرعاية المسنين.

ولدى إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية للمجالات السبعة ككل، تبين وجود فروق دالة إحصائية

لأثر متغير المؤهل العلمي في درجة أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية ولصالح حملة درجة (ثانوي ودبلوم وبكالوريوس تمرير)، وتوضح هذه النتيجة إلى أن أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية من حملة اختصاص التمريض بدرجاته المختلفة أفضل من أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية من حملة الدرجات الأكاديمية العامة، وتُعد هذه النتيجة طبيعية وحتمية، إذ أن درجة أداء العاملين المؤهلين باختصاص التمريض لا بد وأن يكون أفضل بكثير من العاملين، وذلك لأن إعداد العاملين باختصاص التمريض يتضمن تأهيلهم وتدريبهم على أداء مهارات الرعاية الصحية على مستوى عالٍ مما يؤكد على ضرورة وجود خلفية تمريضية لدى العاملين كشرط للقبول بالعمل في دور المسنين. واتفقت نتائج هذه الدراسة مع توجهات منظمة الشيخوخة الكندية ودراسة كل من (Huun,2005، Heuiahn,2004، Quinn & et al,1999) على أن العمل في دور المسنين هي رعاية تمريضية شاملة تتطلب إعداداً أكاديمياً مختصاً، لأن ما يقوم به العاملون في دور المسنين ما هي إلا المهام والمهارات التي يجب على الممرضة القيام بها في أماكن عملها.

- متغير سنوات الخبرة:

- الفرضية الثالثة: لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في متوسط درجات أداء العاملين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة تعزى إلى متغير سنوات الخبرة. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي كما في (الجدول رقم ١٠)، عدم وجود فروق دالة إحصائية عند المستوى ($\alpha = 0,05$) في درجة أداء العاملين في دور المسنين لمهارات الرعاية الصحية الأدائية الشاملة تعزى إلى متغير سنوات الخبرة، إذ بلغ مستوى الدلالة (٠,٢٢)، وتشير هذه النتيجة إلى عدم تلقي العاملين في دور المسنين أي نوع من التدريب خلال عملهم الوظيفي يلي احتياجاتهم الحقيقية في تقديم مهارات الرعاية الصحية الأدائية، وبذلك لم ترتق خبراتهم ومهاراتهم في العمل، وعدد سنوات الخدمة بالنسبة لهم هي تكرار للخبرات والمهارات التي بدأوا العمل بها كمقدمي رعاية دون أي تطوير أو تحسين فيها، مع احتمالية تناقصها إذا لم يتم تنشيطها وتحفيزها باستمرار، وروح المبادرة تفقد بمرور الزمن بفعل الروتين، وقد تشير إلى ضعف كفاية برامج الإشراف من المسؤولين في وزارة التنمية في تحقيق النمو المهني للعاملين واكتفائهم بالزيارات الإشرافية المتباعدة التي تنتهي دون تقديم المساعدة الحقيقية لرفع مستوى أداء مقدمي الرعاية في دور المسنين، وقد يضاف إلى ذلك رغبات أرباب العمل في معظم المراكز الخاصة بعدم تطوير أداء العاملين وتدريبهم، وإصرارهم على عدم وعي العاملين بحقوقهم وواجباتهم وما يدور حولهم، وذلك لإبقائهم في الخدمة لساعات طويلة ومضنية برواتب متدنية، والاستفادة منهم في أدوار أخرى، إذ أن مقدم الرعاية يقوم بدور عامل النظافة والطباخ والحارس وأعمال السكرتارية في آن واحد. وتؤكد هذه النتيجة أهمية تدريب العاملين في دور المسنين تدريباً حقيقياً مخططاً له مبنياً على الاحتياجات الوظيفية لهم للارتقاء بمستوى مهاراتهم وأدائهم الوظيفي.

١١- المقترحات:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة يقترح الباحثان الآتي:

١١-١- تزويد العاملين في دور المسنين بقائمة مهارات الرعاية الصحية التي تم حصرها في هذه الدراسة، للاستفادة منها في تقويم أدائهم ذاتياً، واعتبارها وصفاً وظيفياً لما يجب أن يقوموا بعمله في دور الرعاية.

١١-٢- اعتماد قائمة المهارات الأدائية في برامج إعداد وتدريب العاملين في دور المسنين.

١١-٣- إجراء المزيد من الدراسات لتحديد مهارات الرعاية الصحية المعرفية والوجدانية الواجب توافرها لدى العاملين في دور المسنين في الأردن.

١١-٤- التحقق من طبيعة الأوضاع القائمة داخل الدور فيما يتعلق بنوعية الخدمات ومستوى أداء مهارات الرعاية الصحية داخلها، مع إجراء مراجعة شاملة للأسس والمعايير التي تقوم عليها الرعاية المؤسسية لكبار السن وأساليب توفيرها عن طريق تحديد فلسفة دور المسنين وأهدافها وتطوير، مفهوم تجهيزها وتحديث أساليب العمل بها، مع توفير الإشراف الفني المستمر على مؤسسات دور الرعاية والاستفادة من مهارات الرعاية الصحية التي تم حصرها في هذه الدراسة في تطوير تقارير الإشراف المستخدمة من وزارة التنمية الاجتماعية في تقويم أداء العاملين، لتوجيه أنظار وزارة التنمية الاجتماعية بالتركيز على قضايا تحسين كفاءة الخدمات الرعاية.

١١-٥- إدخال علوم المسنين في المساقات الدراسية لكليات الطب والتمريض والخدمة الاجتماعية، وإحداث اختصاص دقيق في دراسات علم الشيخوخة مثل تمرير الشيخوخة واعتباره شرطاً أساسياً لقبول للعاملين في دور المسنين.

المراجع

المراجع العربية:

- إبراهيم، سيد سلامة. (١٩٩٧). رعاية المسنين: قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
- أبو ناعمة، هانية. (١٩٨٥). تحديد مشكلات المسنين في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، عمان، الجامعة الأردنية.
- أسعد، يوسف ميخائيل. (٢٠٠٠). رعاية الشيخوخة. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- أنيس، فهمي. (١٩٨٢). السينما والمسرح والشيخوخة. مصر: دار المعارف.
- الأوزملي، أحمد. (١٩٩٢). الشيخوخة: دراسات اجتماعية بيولوجية فيزيولوجية. القاهرة: دار الشرق الأوسط.
- جاد الله، فوزي. (١٩٨٥). الصحة العامة والرعاية الصحية. مصر: دار المعارف.
- الجادري، عدنان. (٢٠٠٣). الإحصاء الوصفي في العلوم التربوية. (ط ١)، عمان: دار المسنين للنشر والتوزيع والطباعة.
- الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة. (٢٠٠٢). تقرير الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة. إسبانيا: مدريد، من ٨-١٢ أبريل.
- الجوهري، عبد الهادي. (٢٠٠٢). علم الاجتماع والرعاية الاجتماعية. (ط ١)، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية.
- حجازي، أحمد توفيق. (٢٠٠٣). موسوعة العناية بالصحة والشيخوخة. عمان: دار أسامة.
- حجازي، عزت. (٢٠٠٤). كبار السن في مصر: مسح بالعينة لنزلاء دور المسنين. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- حسين، مدحت فؤاد فتوح. (١٩٩٢). تنظيم مجتمع المسنين. حلوان: الطبعة التجارية الحديثة.
- خضير، محمد توفيق. (٢٠٠١). مبادئ في الصحة والسلامة العامة. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- الخطيب، عماد الدين. (١٩٨٧). مبادئ في التمريض. عمان: الأردن.
- دائرة الإحصاءات العامة. (٢٠٠٨). الكتاب الإحصائي السنوي. عمان: دائرة الإحصاءات العامة.
- درة، عبد الباري. (١٩٩١). التدريب: مفهومه ومدخل نظمي. عمان: وزارة التربية والتعليم، رسالة المعلم، ٣٢ (١) (٢).
- الرأي، أيار. (٢٠٠٢). نحو شيخوخة سعيدة. عمان: الأردن، (١٥٦٣).

- الرأى، أيلول. (٢٠٠٢). دارات سمير شما: قرية ريفية لإيواء كبار السن بمواصفات عالمية. عمان: الأردن، (١١٦٨٠).
- السجستاني، ابو حاتم وعطا، مصطفى. (١٩٩٧). كتاب المعمرين. بيروت: مؤسسة المعارف للطباعة.
- السرحان، عبد الله ناصر. (٢٠٠٠). رعاية المسنين في الإسلام. القاهرة: الأزهر.
- السلطان، علي بن محمد وطالب، إبراهيم بن عمر. (٢٠٠٣). المتقاعدون في المملكة العربية السعودية. السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- السيد، فؤاد البهي. (١٩٧٥). الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة. دمشق: دار الفكر العربي.
- الشريبي، لطفى. (١٩٩٧). الشيخوخة / دليل المسنين إلى أسرار الشباب الدائم. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر و التوزيع.
- شرودر، ستيفن. (عطار، احمد: مترجم)، (١٩٩٣). طب الشيخوخة و المريض المسن. سوريا : دار القلم العربي بحلب.
- شريم، محمد بشير. (١٩٩٢). الشيخوخة: أسباب- تطور- جوانب. عمان: الإتحاد العام للجمعيات الخيرية.
- شريم، محمد بشير. (١٩٩٨). الشيخوخة تعريفها وأمراضها. عمان: مؤسسة البلسم للنشر والتوزيع.
- شوق، محمود ومحمود، محمد. (٢٠٠١). معلم القرن الحادي والعشرين. القاهرة: دار الفكر العربي.
- شويكة، منى محمد. (١٩٩٤). دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين. دراسة مطبقة على المسنين في جدة. رسالة دكتوراه غير منشورة، الرياض: كلية الخدمة الاجتماعية للبنات.
- الشيشاني، أحمد موسى. (٢٠٠٥). أمراض نقص الحركة ودور النشاط البدني في الوقاية والعلاج. محاضرات أقيمت في الجامعة الهاشمية.
- صبورة، محمد صادق. (٢٠٠٠). المسنون بين الصحة والمرض، كيف نزيد حلاوة سنوات النضج. (ط١)، القاهرة: دار الشروق.
- الطعاني، حسن أحمد. (٢٠٠٢). التدريب: مفهومة وفعالياته، بناء البرامج التدريبية وتقييمها. (ط١)، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- الطعيمات، هاني سليمان. (٢٠٠١). حقوق فئات ذات أوضاع خاصة. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- عبد الحميد، عبد المحسن. (١٩٨٧). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين في الوطن العربي: النظرية والممارسة. القاهرة: مكتبة نضضة الشرق.

- عبد الغفار، أحلام. (٢٠٠٣). رعاية المسنين. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- العصفور، خلف وحميدان، جميل والزيرة، فهمية. (١٩٩٩). التخطيط الاجتماعي الرصد وتلبية احتياجات كبار السن. (ط ١)، المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية.
- العصفور، خلف وحميدان، جميل والزيرة، فهمية. (١٩٩٩). قضايا المسنين بين متطلبات العصر ومسؤوليات المجتمع. (ط ١)، الأولى المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية.
- العصفور، خلف، جميل والزيرة، فهمية. (١٩٩٢). رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة (قضايا واتجاهات). المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية.
- العصفور، خلف وحميدان، جميل والزيرة فهمية. (١٩٩٩). كبار السن عطاء بلا حدود. (ط ١)، المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية.
- العكل، محمد. (٢٠٠٤). كبار السن: التغيرات، الأعراض الوقاية العلاج. القاهرة: دار الهلال.
- الغروي، رشيدة. (١٩٩٣). أوضاع المسنين في سوريا. القاهرة: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، بالتعاون مع الأمم المتحدة.
- فهمي، محمد سيد. (١٩٨٤). رعاية المسنين اجتماعياً. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- فهمي، محمد سيد. (١٩٩٦). مدخل إلى الرعاية الاجتماعية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- فهمي، محمد سيد وفهمي، نورهان. (١٩٩٩). الرعاية الاجتماعية للمسنين. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- قدومي، خولة. (١٩٩١). مشكلات المسنين في الأردن في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة. رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن: جامعة اليرموك.
- قطيشات، تالا والبياري، نحلة وأباظة، إبراهيم ونزال، شذى. (٢٠٠٢). مبادئ في الصحة العامة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- لجنة معايير مهنة التمريض. (٢٠٠٥). معايير مهنة التمريض في الأردن. عمان: الجامعة الأردنية / كلية التمريض.
- محمود، أسامي. (١٩٩٣). لا للشيوخوخة المبكرة. القاهرة: الدار المصرية.
- محمود، حلمي حسين. (١٩٩٠). الرياضة للمسنين. قطر: حولية كلية التربية.
- مسعود، سامي والربماوي، أحمد شكري. (١٩٩٧). مقدمة في علم الإحصاء الوصفي والتحليلي. عمان: دار حنين.
- منظمة الصحة العالمية. (٢٠٠٠). تعليم التمريض في إقليم الشرق الأوسط، دلائل إرشادية للاتجاهات المستقبلية. القاهرة: سلسلة المنشورات رقم ٢٦.
- منظمة حقوق الإنسان. (١٩٩٥). الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لكبار السن. الدورة الثالثة عشر، جامعة منيسوتا.

- الهاشمي، عبد الحميد. (١٩٨٠). علم النفس التكويني: أسسه وتطبيقاته من الولادة الى الشيخوخة. القاهرة: مكتبة الخانجي.
- الهاشمي، عبد الحميد. (١٩٨٦). التوجيه والإرشاد: الصحة النفسية الوقائية. جدة: دار الشروق.
- الهويدي، نوال عبد الرحمن، وآخرون. (٢٠٠٥). تقرير لجنة التطوير الأدائي دار الضيافة للمسنين. عمان: وزارة التنمية الاجتماعية.
- الهيئة العليا لحقوق الإنسان. (١٩٩٨). حقوق الإنسان في تونس: خيارات وإنجازات. تونس: الهيئة العليا لحقوق الإنسان والحريات الأساسية.
- الوحيان، نهار علي. (٢٠٠١). حوار في دار المسنين. عمان: دائرة المطبوعات والنشر.
- يوسف، عبد التواب. (١٩٩٩). المسنون وربيع العمر الجميل. (ط١)، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية للنشر.

المراجع الأجنبية:

- Algera, M. (2003). Home Care Needs of Patients with Long- Term Condition: Literature Review. *Journal Of Advanced Nursing*, 46, 4, 417-429.
- American Nurses Association. (1987). *Standards of Scope of gerontological nursing practice*. Kansas City, Mo: Auther.
- American Geriatrics Society Core Writing Group. (2005). Caring For Older Americans the Future Of Geriatric Medicine, *Journal Of American Geriatrics Society*. 53, 245-256.
- Australian Aged Care Nursing Association. (2005). *A Critical review of education, training, recruitment and retention in residential and community setting*,
www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Austagedcare/4.Htm
- Barry, J. (1980). Counselling The Aging. *Personal And Guidance Journal*, 59, 2, 122-124.
- Bassett, C. (2002). Nurses Perceptions of Care And Caring, *International Journal of Nursing Practice*, 8, 8-15.
- Biddington, M., & Tarrier, R. (1999). *Continuing Education And Professional Development* .
www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Austagedcare14.Htm
- British Geriatrics Society. (2003). *Standards Of Medical Care For Older People, Expectation And Recommendation*. British Geriatrics Society: London.
- Boggatz, T., & Dassen, T. (2005). Aging Care Dependency, And Care Of Older People In Egypt: Areview Of The Literature. *International Journal Of Older People Nursing Association With Journal Of Clinical Nursing*, 14, 56-63.
- Bonnie, H., & Wells, C., & Doyon, J. (1996). *The Canadian Gerontological Nursing Association Standards Of Practice*. The Canadian Gerontolog Nursing Association.
www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Austagedcare14.Htm
- Brangman, S. (2004). Caring For Our Older: Multicultural Experiences With Nursing Home Placement. *American Geriatrics Society Journal*, 52, 1391-1392.
- British Geriatrics Society. (2002). *Standards Of Care For Specialist Services For Older People*. British Geriatrics Society: London.
- Canadian Gerontological Nursing Association. (1993). *Gerontological Nursing Standers Draft*. CGNA Newsletter, Insert.
- Charlus, D., & God Love, C., & Sutcliffe, C. (2000). Dependency In Older People Recently Admitted To Care Homes. *Age And Aging Journal*, 29, 255-260.
- Davies, L . (1981). *Three Score Years and Then? A Study of the Nutrition and Well- Being Of Elderly People At Home*. Heinemann Medical :London.
- Davies, S., & Ellis, L., & Laker, S. (2000). Promoting Autonomy And Independence For Older People Within Nursing Practice: An Observation Study. *Journal Of Clinical Nursing*, 9, 127-136.

- Degeest, S . (2002). Nursing Care Quality Initiative For Hospitalized Elders And Their Families: A Demonstration And Quality Improvement Model Of Nursing Care. *Journal Of Applied Nursing Research*, 15, 1, 48-51.
- Department, Of Health and Human Services Administration on Aging. (2005). *Home Health Hospice And Elder Care*.
www.Mmhs.Com/Clinical/Adult/English/Homehealth/Elder.Htm.
- Department Of Health . (2001). *The National Service Frame Work for Older People*. Her Majesty's Stationery Office :London.
- Dogan, H., & Deger, M. (2004). Nursing Care Of Elderly People At Home And Ethical Implications: An Experience From Istambul. *Nursing Ethics Journal*, 11, 6, 553-565.
- Douglas, J. (2000). *Integrated Disability Management: An Employer's Guide*, Brook Field, Wis Consin: International Foundation Of Employee Benefits.
- Expert Group in Health Care Of Older People. (2002). *Adding Life To Years*, Report, Scotland.
- Essen, L., & Sjoden, P. (1991). The Importance Of Nurse Caring Behaviors As Perceived By Swedish Hospital Patients And Nursing Staff. *International Journal Of Nursing Studies*, 28, 3, 267-281.
- Fagerstrom, L. (1999). The Patients Perceived Caring Need: Measuring the Unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 199-208.
- Fagerstrom, L., & Eriksson, B. (1998). The Patient's Perceived Caring Needs As Amessage Of Suffering. *Journal Of Advanced Nursing*, 28, 5, 978-987.
- Glass, C., & Todd, M., & Timms, E., & Ford, D. (1999). *The Learning Need of Aged Care Nurses*.
www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Austagedcare/4.Htm.
- Gowley, S. (2000). Ataxonomy Of Need Assessment Elicited From Amultiple Case Study Of Community Nursing Education And Practice. *Journal Of Advanced Nursing*, 31, 988-996.
- Hancock, K., & et al. (2002). Nursing Needs of a Cultly Ill Older People. *Journal of Advanced Nursing*, 4, 5, 507-516.
- Hall, B., & Wells, C., & Doyon, J. (1996). *The Canadian Gerontological Nursing Association Standars of Practice*, Standars Task Force.
www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Austagedcare/4.Htm.
- Hellstron, G., & Person, G., & Hallberg, I. (2003). Quality Of Life And Symptoms Among Older People Living At Home. *Journal Of Advanced Nursing*. 48, 6, 584-593.
- Heuiahn, Y., & Kim, M. (2004). Health Care Needs Of Elderly In A Rural Community In Korea, *Public Health Nursing Journal*, 21, 2, 153-161.
- Hyun, S. (2005). Older People Willingness To Use Home Care Nursing Services. *Journal Of Advanced Nursing*, 51, 2, 166-173.
- Janice, D., & Grist. (2002). Mexican American Elders Use Of Skilled Home Care Nursing Services. *Journal Of Public Health Nursing*, 19,5, 366-376.

- Killinger, L. (2001). Integrated Care Of Older Patient. *Clinical Chiro Practice Journal*, 8, 46-54.
- Krispin, K .(2000). Working Into the Golden Years. *Safy and Health Journal*, 162, 5, 36-41.
- Kozier, B. (2000). *Techniques in Clinical Nursing*, (6th ed.). California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Margino, M. (2000). The Aging Employee: Impaction Occupational Health. *AAOHN Journal*, 48,7, 349-357.
- Mckinna, N., & Conners, F. (1999). *An Interdisciplinary Approach To Education And Training*.
www.Dest.Gov.Au/Archive/Highered/Nursing/Pubs/Instagedcare/4.Yhm.
- Murray, R ., & Zentner, J. (2001). *Health Promotion Strategies through the Life Span*. Upper Saddle River, New Jersey: Practice Hall.
- Merrie, L ., & Healy, R. (2001). Management Strategies for an Aging Work Force. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 79, 11, 202-209.
- New York Association of Homes and Services for Aging – NYAHS - . (2000). *The Staffing Crisis In New York Continuing Care System*. Albany, NY: New York Association Of Homes And Serviced For The Aging.
- Norman, R., & Henderson, M. (2003). Aging: An Overview. *Journal Of Dermatologic Therapy*, 16, 2, 1225-1232.
- Poole, G., & Rowat, K. (1994). Elderly Clients Perceptions of Caring Of a Home-Care Nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 422-429.
- Quinn, M., & Johnson, M., & Andress, E., & Ramesh, M. (1999). Health Characteristics Of Elderly Personal Care Home Residents. *Journal Of Advanced Nursing*, 30, 2, 410-417.
- Reynolds, T., & Thornicroft, G., & Abas, M., & Woods, B. (2000). Camberwell Assessment Of Need For The Elderly. *British Journal Of Psychiatry*, 176, 444-452.
- Ribbe, M .(1993). Care Of The Elderly, The Role Of The Nursing Home In The Butch Health Care System. *International Psychogeriatrics Journal*, 5, 2, 213-222.
- Robinson, A., & Street, A. (2003). Improving Networks Between Acute Care Nurses And Aged Care Assessment Team. *Journal Of Clinical Nursing*, 13, 486-496.
- Shimanouchi, S., & Uchida, E., & Kami, T., & Sasaki, A. (2001). Development of an Assessment Sheet for Home Care. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 140-145.
- Sharwood, S. (1975). *Long Term Care, a Hand Book For Research, Planners*. N.Y, Spectrum Puplication.
- Solomon, C. (1999). Elder- Care Issues Shake The Work Place. *Work Force Journal*, 78, 10, 58-67.
- Trojan, L., & Yonge, O. (1993). Developing Trusting, Caring Relationship: Home Care Nurses and Elderly Clients. *Journal Of Advanced Nursing*, 18, 1903-1910.

-Wade, S. (1999). Promoting Quality of Care for Older People Developing Positive Attitude to Working with Older People. *Journal of Nursing Management*, 7, 339-347.

-Waltaers, K., & Life, S., & Seetai, S., & Orrill, M. (2000). Assessing Needs from Patients, Care and Professional Perspectives: The Camber Well Assessment of Need for Elderly People in Primary Care, *Age and Aging Journal*, 29. 505-510.

<< وصل هذا البحث إلى المجلة بتاريخ ١٧/١١/٢٠٠٩، وصدرت الموافقة على نشره بتاريخ ١٦/٣/٢٠١٠ >>