

فعاليّة استخدام نموذج العلاج الواقعي في حلّ مشكلات
حالات رفض الإجراء الطبي دراسةً مُطبَّقةً على عينةٍ من
المَرَضَى بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض

**Effectiveness of Reality Therapy in Dealing with Cases of
Refusal of Medical Procedure: An Applied Study on King
Khaled University Hospital in Riyadh**

لطيفة بنت محمد بن عبد الرحمن بن حميد

باحثة دكتوراة بقسم علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

-كلية اللغة العربية والدراسات الاجتماعية-

- جامعة القصيم -

ملخص:

هدفت الدراسة إلى تحديد فعالية استخدام العلاج الواقعي، في حلّ مشكلات رفض الإجراءات الطبي للحالات التي ترفض الإجراءات الطبي بمستشفى الملك خالد الجامعي. اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي الذي يعتمد على القياسين: القبلي والبعدى لمجموعتين: تجريبية وضابطة، أختيرت عينة الدراسة من (20) مريضاً رفضوا الإجراء الطبي، يراجعون بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض، مقسمين على مجموعتين: تجريبية وضابطة، قوام كل مجموعة (10) مرضى، من الذين حالتهم تستدعي تدخلاً عاجلاً من المرضى المنومين بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض لعام 1445هـ، وقد أختيروا بالطريقة العشوائية البسيطة، وطُبق عليهم مقياس رفض الإجراء الطبي المُعدّ خصيصاً لهذه الدراسة من قبل الباحثة، قبل البدء في تطبيق برنامج التدخل المهني المستند إلى العلاج الواقعي، وقُدِّمَ برنامج التدخل المهني المكون من ثماني جلسات؛ ومن ثمّ طُبِّقَ مقياس رفض الإجراء الطبي للقياس البعدى للمقارنة بين نتائج القياسين؛ لتحديد فعالية برنامج التدخل المهني. أظهرت نتائج الدراسة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدى بين متوسطات رتب المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية على البعد المعرفي، والبعد النفسي، والبعد الاجتماعي، والبعد البيئي على مقياس رفض الإجراء الطبي للحالات التي ترفض الإجراءات الطبي بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض بممارسة العلاج الواقعي، وأشارت النتائج أيضاً إلى أنّ أثر استخدام العلاج الواقعي في حلّ مشكلات رفض الإجراءات الطبي، للحالات التي ترفض الإجراءات الطبي بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض، له أثر كبير وفق الاستجابات بعد التدخل المهني. في ضوء النتائج، أوصت الدراسة بتطبيق العلاج الواقعي مع الحالات الفردية والجماعية، وفق أوضاعها الصحية والاجتماعية، إعداد سياسات توضح للفريق الطبي الذي يضم الأخصائيين الاجتماعيين آلية التعامل مع حالات رفض الإجراءات الطبي؛ لاحتواء المريض وتقليل نسبة حالات رفض الإجراءات الطبي. إمكانية تطبيق مزيد من النماذج العلاجية المختلفة على حالات من المرضى وفقاً لطبيعته الفردية. إمكانية تطبيق مزيد من النماذج العلاجية على حالات من المرضى في مؤسساتٍ طبية واجتماعية مختلفة.

الكلمات المفتاحية: العلاج الواقعي، رفض الإجراءات الطبي، المرضى.

Abstract

The study aimed to assess the effectiveness of using virtual reality therapy in addressing refusal of medical procedures among patients at King Khalid University Hospital. It employed an experimental methodology with pre-test and post-test measurements for both experimental and control groups, each comprising 10 patients who exhibited medical procedure refusal. These patients were randomly selected from those requiring urgent intervention and sedation at King Khalid University Hospital in Riyadh for the year 1445 AH. The study utilized a refusal of medical procedure scale designed specifically for this purpose by the researcher. An eight-session professional intervention program based on virtual reality therapy was implemented and then compared using the refusal of medical procedure scale to measure the intervention's effectiveness. The study found statistically significant differences favoring the experimental group in cognitive, psychological, social, and environmental dimensions of refusal of medical procedure compared to the control group, indicating the substantial impact of virtual reality therapy on addressing refusal of medical

procedures. In light of these findings, the study recommended the application of virtual reality therapy for individual and group cases based on their health and social circumstances. It also suggested developing policies to guide medical teams, including social workers, in dealing with cases of medical procedure refusal to manage patient concerns and reduce refusal rates. Moreover, the study proposed exploring additional therapeutic models tailored to individual patient needs and extending the application of such models to patients across various medical and social institutions.

Keywords: Medical procedure, Reality therapy, The patients.

المقدمة:

لقد أصبحت الفكرة العلاجية الحديثة تنظر إلى المريض كوحدة متكاملة، قوامها العوامل الجسمية والاجتماعية والنفسية والعقلية، وتقوم على فكرة الربط بين العوامل الذاتية للمريض والبيئة المحيطة به؛ وذلك بهدف المساعدة والمساهمة في إنجاح العلاج الطبي، ومساعدة المرضى لمعالجة مشكلاتهم الاجتماعية وتوفير احتياجاتهم الأساسية، والتغلب على الصعوبات والمعوقات التي تواجههم، والتي لها صلة وثيقة بالمرض والعلاج، سواء أكانت هذه المشكلات تتبع من ذات المريض أو بيئته المحيطة (أبو رمان وآخرون، 2018، 7).

كما أشار جلاسر (Glasser, 2005) وهو مؤسس أحد نموذج العلاج الواقعي، أن العلاج الواقعي يُعدُّ امتداداً لمجموعة من الأساليب العلاجية التي تهتم بالعالم الظاهري للمريض (Phenomenological World) وتشمل: العلاج الوجودي، والعلاج الجشطلتي، وهذه الأساليب تركز على الجانب الذاتي للأفراد من خلال قدرتهم على فهم وإدراك المحيط الذي يعيشون فيه من وجهة نظره؛ لذا فالسلوك الذي يصدر ما هو إلا محاولة لاستخدام القدرات والخبرات التي يمتلكونها في فهم وإدراك متغيرات المحيط الواقعي بما يُشبع احتياجات المحيط المدرك؛ وهذا يعني أن الفرد مسؤولٌ عن أفعاله، والطريقة التي يُفكر بها والمشاعر التي يشعر بها، والخبرات الحركية الصادرة منه.

والتدخلات الطبية الواقعة على بدن الإنسان تسبقها موافقة المريض على هكذا نوع من الأعمال، وتمثل موافقة المريض هنا الشرط الأساسي والقبلي في أي عملٍ يمسُّ بجسمه، ويتجسّد دور القانون في وضع الأطر القانونية للممارسة الطبية، وفي مقدمتها موافقة ذلك المريض على تلك التصرفات الطبية، من هنا تشتت مختلف التشريعات المقارنة الحصول

على موافقة المريض على الأعمال الطبية؛ بوصفه شرطاً قانونياً لمشروعية التصرفات الطبية، ووسيلة لإشراكه في اتخاذ القرار المرتبط بحالته الصحية (مخوف، 2018، 395).

ويقوم حقُّ المريض في رفض الرعاية الصحية على أحد المبادئ الأخلاقية الأساسية للطب، وهو الاستقلالية، وينصُّ هذا المبدأ على أنَّ لكلِّ شخصٍ الحق في اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الرعاية الصحية الخاصة به، وأنَّ المتخصصين في الرعاية الصحية يجب ألاَّ يفرضوا معتقداتهم أو قراراتهم على مرضاهم (Taylor, 2013). والخطوة الأولى في أيِّ موقفٍ يتعلَّق برفض الرعاية، وهي تحديدُ قدرة المريض على الرفض، وتعرُّف القدرة على أنَّها قدرة الشخص على معالجة المعلومات، واتخاذ قرار مستنير بشأن رعايته بطريقة تتوافق مع معتقداته وقيمه وتفضيلاته (Leo, 1999).

وترى الباحثة أنَّه غالباً ما تعيقُ الأوضاع الطبية والنفسية للمرضى قدرتهم على قبول الرعاية الطبية، وهنا يأتي دور الأخصائي الاجتماعي والعلاج الواقعي في محاولة تهيئة المريض نفسياً، وإقناعه بقبول الإجراءات الطبية التي تتناسب مع وضعه الصحي والاجتماعي.

أولاً: مشكلة الدراسة:

يؤدي الأخصائيون الاجتماعيون دوراً مهماً؛ حيث يقع على عاتقهم مسؤولية مشاركة معرفتهم وخبراتهم ومشورتهم فيما يتعلق بالقرار الطبي المطروح، وقد لا يكون الهدف من هذا الجهد هو تغيير رأي المريض، أو الضغط عليه لقبول الرعاية، بل التأكد من أنَّ المريض يتخذُ قراراً مستنيراً، ومعرفة خياراته، ومعالجة مخاوفه؛ في بعض الأحيان، يمكن لسدِّ الثغرات في المعرفة أو طمأننة المريض بشأن مخاطر الإجراء أن يؤثر إيجاباً على قرارات المريض، ويسهل رعاية أفضل للمريض (Pirrotte & Benson, 2022). إن هؤلاء المرضى عادةً ما يتخذون هذه القرارات في بيئة غير مألوفة ومرهقة، وفي بعض الأحيان تكون أفضل رعاية يمكن أن يُقدِّمها الأخصائي الاجتماعي الطبي في تلك المواقف، هي السماح للمريض بالحفاظ على استقلاليتته، ويمكن أن يكون لهذه الرعاية تأثيرات حاسمة على مسار الرعاية الصحية المُقدَّمة للمريض (Silveira, Kim & Langa, 2010).

ولقد ثبت في الدراسات السابقة أهمية وفعالية العلاج الواقعي في حلِّ المشكلات الصحية والنفسية التي تواجه الأفراد، فقد أشارت نتائج دراسة (الربيعي، 2021؛ عبد الوهاب

وأخرين، 2018؛ الحمد والمومني، 2014) إلى أنّ الإرشاد والعلاج الواقعي له فعالية في خفض اكتئاب المرضى. كما توصلت دراسة (التخاينة، 2015) إلى فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى العلاج الواقعي لتحسين جودة الحياة، والصلابة النفسية، والتفاؤل لدى أفراد الأسر المفككة. كما توصلت دراسة (المناحي، 2020) إلى فعالية العلاج الواقعي في تخفيف الضغوط النفسية وتحسين الاتزان الانفعالي لدى الأفراد. كما توصلت دراسة كل من: (سكران ونصر، 2007؛ السيد، 2017) إلى فعالية العلاج الواقعي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة القلق الاجتماعي لديه.

ومن خلال عمل الباحثة كأخصائية اجتماعية في المجال الطبي بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض، فقد لوحظت زيادة تصاعديّة في نسب حالات رفض الإجراء الطبي بنسبة 66% مقارنةً بالأعوام السابقة؛ حيث بلغت النسبة 42%، فقد جرى الإبلاغ عن (950) حالة لرفض الإجراء الطبي سنة 2022، فكل (991) حالة دخول تنويم في الشهر، يقابلها (99) حالة ترفض الإجراء الطبي بنسبة 10%؛ حيث بلغ عدد حالات رفض الإجراء الطبي خلال سنة 2021 (1225) حالة، وبلغ عدد حالات الرفض للإجراء الطبي حسب الإحصائية خلال سنة 2023 (895) وكانت النسب آخر ثلاث سنوات متقاربة؛ وقد يُعزى ذلك لتغيُّب الأخصائي الاجتماعي، وجهل الفريق الطبي لدوره المهم مع حالات رفض الإجراء الطبي؛ ممّا يدفع الفريق الطبي إلى التعامل مع المريض بشكلٍ مباشرٍ وإعطائه حرية تقرير مصيره دون إحالته للأخصائي الاجتماعي، لدراسة وتقييم الوضع الاجتماعي والأسري والنفسى الذي يمنعه من إكمال علاجه؛ ليتمكن الأخصائي الاجتماعي من إزالة المخاوف التي تعترى المريض؛ ومن ثمّ إقناعه وإيجاد الأساليب المناسبة التي تُبصره وتُوجّهه وتُوعيه، وقد تُخلى مسؤولية الفريق الطبي من المسائلة عند وجود خطرٍ يُهدد حياة المريض؛ نتيجة قرار رفضه الإجراء الطبي. وعليه، تبرز مشكلة الدراسة التي تأتي لتبحث في فعالية استخدام نموذج العلاج الواقعي في حلّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي دراسةً مُطبَّقةً على عينةٍ من المرضى بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض.

ثانيًا: أهمية الدراسة:

❖ الأهمية النظرية للدراسة:

- 1- أهمية الفئة المستهدفة وهم المرضى في المستشفيات، وتطوير أفكارهم نحو أهمية الإجراءات الطبية وخطر رفضها.
 - 2- تتمثل أهمية البحث في أنه يعمل في سياق تطوير دور الأخصائي الاجتماعي الطبي والعلاج الواقعي، الذي يستخدمه في تغيير نظرة المريض نحو الإجراءات الطبية.
 - 3- توفير معلوماتٍ وحقائقٍ علميةٍ تفيّدُ الباحثين والمختصين والجهات ذات الصلة؛ للاستفادة من نتائج هذه الدراسة.
 - 4- يمكن فتح الباب من خلال هذه الدراسة؛ لإجراء المزيد من الدراسات المرتبطة بالعلاج الواقعي، واستخدامه بصورة أكبر في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية.
- ❖ الأهمية التطبيقية للدراسة:

- 1- يمكن أن تفيّد الدراسة الحالية المختصين وأصحاب القرار في المنشآت الصحية، في معرفة فعالية استخدام نموذج العلاج الواقعي في التعامل مع حالات رفض الإجراءات الطبي.
- 2- يمكن أن توفر الدراسة الحالية طريقة فعّالة باستخدام نموذج العلاج الواقعي، تعمل على التعامل الأمثل مع حالات رفض الإجراءات الطبي من قبل المرضى.
- 3- تأتي هذه الدراسة استجابةً لتطوير إستراتيجيات التعامل مع حالات رفض الإجراءات الطبي والتعامل مع المرضى، فهي من الطرق والأساليب التي أثبتت فعاليتها في مختلف المجالات وأغلبية الفئات.
- 4- يمكن أن تُسهم الدراسة في تنمية قدرة المريض على اتخاذ القرار المناسب، فيما يخصّ الإجراءات الطبي من خلال استخدام العلاج الواقعي.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تهدفُ الدراسةُ الحاليةُ إلى تحديد فعالية العلاج الواقعي، في حلّ مشكلات حالات رفض الإجراءات الطبي على النحو الآتي:

- 1- تحديد فعالية العلاج الواقعي في حلّ مشكلات حالات رفض الإجراءات الطبي من الناحية المعرفية.

- 2- تحديدُ فعالية العلاج الواقعي في حلِّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي من الناحية النفسية.
- 3- تحديدُ فعالية العلاج الواقعي في حلِّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي من الناحية الاجتماعية.
- 4- تحديدُ فعالية العلاج الواقعي في حلِّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي من الناحية البيئية.

خامساً: حدود الدراسة:

- ❖ **الحدود الموضوعية:** اقتصرَت الدِّراسة على اختبار "فعالية العلاج الواقعي في حلِّ مشكلات رفض الإجراء الطبي"، وتطبيقه ميدانيًّا على الحالات التي ترفض الإجراء الطبي بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض.
- ❖ **الحدود البشرية:** تم إجراء الدراسة في مستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض.
- ❖ **الحدود المكانية:** اقتصرَت الدراسة على عدد (20) مفردة مقسمة على مجموعتين ضابطة ومجموعة تجريبية كل منهما (10) مفردات من الحالات التي ترفض الإجراء الطبي بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض.
- ❖ **الحدود الزمانية:** تم إجراء الدراسة بين عامي 2022 - 2024م.

سادساً: مفاهيم الدِّراسة:

❖ **العلاج الواقعي Realistic therapy:**

يُعرَّف محمدٌ وآخرون (2018، 216) العلاج الواقعي بأنَّه: "علاجٌ قائمٌ على الحوار العقلاني بين المعالج والعميل، يقوم المعالجُ من خلاله بتوجيه الأسئلة المتعلقة بحياته الحاليَّة وسلوكه وميوله، حتى يكون العميل على درجة عالية من الوعي وسلوكه ويكون قادرًا على تقييمها؛ ومن ثمَّ وضعُ خطة لتطوير سلوكيات أكثر مسؤولية".

ويُعرِّفه كوري (Corey, 1990, 7) بأنَّه: "أسلوبٌ إرشادي يهدفُ إلى مساعدة الأفراد على التحكم بحياتهم، وإشباع رغباتهم الواقعية وحاجاتهم النفسية".

وتُعرِّف الباحثةُ العلاج الواقعي إجرائيًّا بأنَّه: مجموعة من الأساليب العلاجية التي يستند إليها الأخصائي الاجتماعي الطبي؛ لتقديم المساعدة لحالات رفض الإجراء الطبي؛

بحيث يُمكن المريض من المواجهة الإيجابية للواقع والتكيف معه، وإشباع حاجاته بدرجة عالية من الوعي، لتحقيقهم، التوافق النفسي.

❖ رفضُ الإجراء الطبي **Reuse the medical procedure**:

عرّفه حسني (2018، 182) بأنّه: "رفض النشاط الذي يتفق في كفيته وظروف مباشرته مع القوانين المقررة في علم الطب، واتجه في ذلك وفق المُجرى العادي للأمر إلى شفاء المريض، والأصل في الإجراء الطبي أن يكون علاجياً أي: يستهدف التخلص من المرض أو تخفيف حدّته أو تخفيف آلامه، ويعدّ من قبيل الأعمال الطبية، ما يستهدف الكشف عن أسباب سوء الصحة أو مجرد الوقاية من الأمراض".

كما يُعرّفه ستيدمان (Stedman's, 2011, 1446) بأنّه: "رفضُ أيّ إجراء طبي يهدف إلى تحديد أو قياس أو تشخيص حالة المريض، والأنواع الشائعة الأخرى من الإجراءات العلاجية مثل استعادة الوظيفة أو الهيكل، مثل إجراءات إعادة التأهيل الجسدي والجراحي".

وتُعرّفه الباحثة إجرائياً بأنّه: رفضُ حالات الإجراء الطبي التي تهدف إلى تحسين الحالة الصحية للمريض؛ وذلك لأسباب (معرفية، نفسية، اجتماعية، بيئية)، سواءً من الطبيب أم شخصٍ آخر متخصص، وفقاً للأصول والقواعد الطبية المتعارف عليها بين أهل مهنة الطب، وما يرتبط بها من المهن المساعدة المُطبقة على المرضى في مستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض.

الإطار النظري:

المبحث الأول: نموذج العلاج الواقعي مع حالات رفض الإجراء الطبي:

أولاً: مفهوم العلاج الواقعي:

يُعرّف جلاسر العلاج الواقعي بأنّه: "علاجٌ يقود المرضى نحو الواقع والالتزام بالنجاح في الجوانب المادية وغير المادية للعالم الحقيقي، من خلال مساعدتهم على مواجهة الواقع وتلبية احتياجاتهم بطرقٍ مسؤولة" (الصرارية، 2016).

وعرّف كوري (Corey, 2009) العلاج الواقعي على أنّه: "طريقةٌ إرشادية تهدفُ إلى مساعدة الأفراد على التحكم في حياتهم، وإشباع رغباتهم الواقعية واحتياجاتهم النفسية. تدعم

النظرية الواقعية فكرة أنّ الإنسان لديه القدرة الكاملة على الإبداع، على الرغم من أنّ العوامل البيئية تؤثر على أحكامنا وسلوكنا، إلا أنّها ليست السبب التأثيري الرئيسي. ويُعرّفه الخرافي والقحطاني (2016، ص488) بأنّه: "طريقة الإرشاد والعلاج النفسي لمساعدة الأفراد على التحكم في مشاكلهم السلوكية، وتقييم سلوكهم، ومعرفة احتياجاتهم، والتخطيط لإرضائهم بطريقة مقبولة اجتماعياً".

ويُعرّفه الصرايرة (2016، 7) بأنّه: "العلاج الذي يقود المرضى نحو الواقع والالتزام بالنجاح في الجوانب المادية وغير المادية للعالم الواقعي، من خلال مساعدتهم على مواجهة الواقع وتلبية احتياجاتهم بطرقٍ مسؤولة".

ويُعرّفه علي (2011، 125) بأنّه: "عملية علاجية تُمكن الفرد من اكتشاف احتياجاته غير المُلبّاة، والتعرف على المشاكل الشخصية والاجتماعية الناتجة؛ ومن ثمّ مساعدته على تكوين مجموعة من الصور الذهنية الإيجابية لما يريد بطرقٍ مشروعة وفقاً لقدراته وقدرات البيئة المحيطة به، ودعمه لوضع خططٍ مجدية".

كما ويُعرّفه درادكة (2020، 25) بأنّه: "عملية علاجية تُمكن الفرد من اكتشاف احتياجاته غير المُلبّاة، وتحديد المشاكل الناتجة على المستويين الشخصي والاجتماعي؛ ومن ثمّ مساعدته على تكوين مجموعة من الصور الذهنية الإيجابية لما يريده بطرقٍ مشروعة".

ثانياً: مُسلّمات نموذج العلاج الواقعي:

يستند العلاج الواقعي على مجموعة من المُسلّمات الأساسية التي يمكن تلخيصها في العناصر الآتية (صالح، 2008):

1. يأتي السلوك من داخل الفرد لتلبية احتياجاته: تعتقد نظرية العلاج الواقعي أنّ احتياجات الإنسان تتمثل في خمسة احتياجات أساسية: احتياجات البقاء، والحاجة إلى الانتماء، والحاجة إلى القوة، والحاجة إلى الحرية، والحاجة إلى المتعة أو الترفيه؛ وهذه الاحتياجات تعمل داخل الشخص كقوى دافعة تدفعه إلى السلوك.
2. تعتقد نظرية العلاج الواقعي أنّ الفرد هو الذي يختار سلوكه، وأنّه يُؤدّي السلوك لتلبية احتياجاته الداخلية. ويُمكنه اختيار السلوك الطبيعي أو غير الطبيعي، والسلوك المُدْمَر للذات هو اختيار الفرد، ويمكنه الإقلاع عن هذا السلوك أو الاستمرار فيه.

- على هذا الأساس، الاكتئاب والقلق أو الفرح والتفاؤل والطمأنينة هي سلوكيات يختارها الفرد، وهي ليست سلوكيات ثابتة، ولكن يمكن للفرد تغييرها إذا أراد.
3. ترى نظرية العلاج الواقعي أنَّ المرضَ العقلي هو وهمٌ غير موجود. بدلاً من ذلك، هناك خيارٌ سلوكي غير لائقٍ اختاره الشخص؛ لذلك اتخذ خيارًا خاطئًا. اختار أن يتصرفَ (دون مسؤولية) لذلك نفى الواقع؛ من أجل العيش مع الوهم والخطأ.
4. مكونات السلوك ذات الطبيعة المترابطة والتفاعلية: تُعدُّ نظرية العلاج الواقعي أنَّ السلوك الكلي للشخص يتكون من: (الأفعال، والمشاعر، والتفكير، والعمليات الفسيولوجية الداخلية) وهذه المكونات مترابطة وتؤثر على بعضها البعض بشكلٍ إيجابي أو سلبي، ويمكن للفرد جعلها ذات طبيعة إيجابية إذا كانت أفعاله (إيجابية) أو بناءة، في سياق سلوكه، فإنَّ القيام بأعمال بناءة (أفعال) سينعكس على المشاعر والتفكير والوظائف العضوية الداخلية، الذي يصبح الفرد في حالة نفسية أفضل.
5. يرتبطُ السلوك بمجموعة من الصور في العقل: يتضمن العقل البشري صورًا لجميع الاحتياجات والرغبات. لما يريده الفرد. هناك صورٌ لاحتياجات البقاء والانتماء والحرية والقوة والمتعة. وكذلك صور الرغبات المرتبطة بكل من هذه الاحتياجات، وعندما يشعر الفرد بحاجة معينة. فإنه يستدعي صورة هذه الحاجة، وهناك وعيٌ وإدراكٌ للحاجة، ثم هناك عملية استدعاء.

ثالثاً: أهمية نموذج العلاج الواقعي:

- يشرح أبو حامد (2018) أهمية العلاج الواقعي، على النحو الآتي:
1. يتعاملُ العلاجُ الواقعي مع السلوكيات السلبية التي يقوم الشخص باختيارها بمحض إرادته، والتي قد لا تُلبّي احتياجاته أو قد ترضيها بطرقٍ خاطئة، في الوقت الحالي الذي يحدث فيه التفاعل بين الممارس والمريض.
 2. يساعدُ العلاجُ الواقعي الشخصَ على تعديل خياراته السلوكية السلبية، وتحويلها إلى خياراتٍ سلوكية جيدة تُلبّي احتياجاته الأساسية الخمسة من خلال الوسائل المشروعة؛ ومن ثمَّ تحقيق الاستقرار العاطفي والاستقرار النفسي الذي يرغب فيه.

- 3.يساعدُ العلاج الواقعي الشخص على إشباع حاجته الأساسية للانتماء، والتي تشمل: الحب والتواصل والتعاون والاهتمام والرعاية والتعاطف والتآزر بطريقةٍ تدعم علاقته الاجتماعية وتفاعلاته الثنائية مع الآخرين، وتجعله لا يشعر بالوحدة أو العزلة.
- 4.يساعدُ العلاج الواقعي الشخصَ على ألا يكون ضحيةً لماضيه وما حدث له فيه؛ لذلك فهو لا يركز على اختياراته السابقة، والمشاعر السلبية والسلوكيات التعيسة التي نتجت عنها، ولكنه يركز على اختياراته الحالية والمشاعر والسلوكيات الناتجة، وما يُمكنه من الاستفادة من التجارب السابقة لدعم الحاضر واستكشاف المستقبل.
- 5.يساعدُ العلاج الواقعي الشخصَ على تعلُّم خياراتٍ جديدة لسلوكه بوجهٍ عام في حياته اليومية.
- 6.تستغرقُ العملية العلاجية باستخدام العلاج الواقعي أسرع وأقصر وقتٍ ممكن.
- 7.يتعاملُ العلاج الواقعي، الذي يعتمد على البنية النظرية لنظرية الاختيار، مع ما يُسمى بحالات عدم التطابق. وتشمل هذه الحالات عدم التطابق الزوجي، وتستند إلى سوء اختيار الفرد للسلوك مع الأفراد الذين يتعامل معهم في الأوضاع التي يمرُّ بها.
- 8.يساعدُ العلاج الواقعي الشخصَ على إدراك الأشياء، كما هي مع الإدراك الذاتي الحقيقي وليس إدراكًا غير عادي أو أقل من هذا المستوى في الإدراك الحقيقي، أي: إهمال الأمور أو المبالغة فيها.

رابعاً: الأهداف العلاجية لاستخدام نموذج العلاج الواقعي:

إنَّ الهدف الأساسي في العلاج باستخدام المنهج الواقعي هو مساعدة المريض على تطوير نفسه أو أسلوب حياته؛ مما يساعد الفرد على أن يُصبح ناجحاً. يُحقَّقُ هذا الهدف من خلال مساعدته على الوصول إلى الاستقلالية، ومساعدته على تطوير خطط حياة مسؤولة، ومساعدته على تطوير مهاراته العامة والمعرفية في الوقت نفسه (Christensen & Gray, 2002). يركز العلاج الواقعي أيضاً على حقيقة أنَّ الشخص لديه احتياجات أساسية: الحاجة إلى أن يكون محبوباً من قبل الآخرين، ولكي يشعر بالنجاح، يجب أن يشعر أن هناك شخصاً واحداً على الأقل يشارك الحياة معه، وهاتان الحاجتان مرتبطتان ببعضهما البعض؛ حيث إنَّ تحقيق إحداهما يؤدي بالضرورة إلى تحقيق الآخر، هذا بالإضافة إلى الحاجة إلى تلبية

الاحتياجات المهمة الأخرى: المسؤولية والاستقلال والهوية والانتماء والمتعة (Farnoodian, 2016).

يهدفُ العلاجُ الواقعي أيضًا إلى تغيير سلوك المريض غير المتسق، وتعليمه طريقة حياة أفضل يُمكنه من خلالها تلبية احتياجاته. وبالمثل، فإنَّ الهدف الرئيس من العلاج الواقعي هو مساعدة المرضى على الوصول إلى هوية ناجحة، والتي عدَّها جلاسر أعلى حاجة نفسية لدى الأفراد؛ لذلك، من الضروري تغيير سلوك الفرد من أجل تغيير هويته (Duba, 2009). يهدف العلاج الواقعي إلى مساعدة الأفراد على تحمل المسؤولية التي تدفعهم إلى التصرف بطريقةٍ تُلبي احتياجاتهم لتشكيل الذات الناجحة، وتغيير سلوكهم؛ حيث يعتقد جلاسر أنَّ المشاعر والمواقف تنمو من سلوك الفرد وليس العكس. يمكن التعامل معها بمعزلٍ عن هذا السلوك؛ لكي يغير الفرد نفسه، يجب عليه أولاً تغيير سلوكه. هذا هو السبب في أنَّ جلاسر (Glasser, 1985) يعتقد أنَّه كلما بدأ المرضى في أداء إجراءات مختلفة، ينعكس ذلك في شعورهم؛ ومن ثمَّ بدأ التغيير في الظهور. مما سبق، يمكن القول: إنَّ الهدف من العلاج الواقعي هو مساعدة المرضى على إدراك سلوكهم، وإصدار أحكامٍ تقييمية على هذا السلوك، واعتماد خططٍ للتغيير، مع اكتساب المهارات التي تساعدهم على النجاح.

خامساً: إجراءات وأساليب العلاج الواقعي:

أشار جلاسر إلى ثماني قواعد في نظريته ورتبها بتسلسل للعمل في ضوءها مع حالات العلاج، هي (الأحمد، 2017):

1. الاندماج (العلاقة الشخصية): الخطوة الأولى في العلاج هي إقامة علاقة مهنية مع المريض، وإنشاء اتصال يكون أساس العلاقة العلاجية، وهي أهم مرحلة في العلاج في غياب التكامل والاندماج، يصبح العلاج أقل فعالية؛ لأنَّه لا يوجد تكامل صادق يمكن أن يبني الثقة اللازمة للمريض، ولكي يحدث التكامل، يجب أن يتمتع الممارس بصفات شخصية مثل: الاهتمام، والتفاهم، والقبول، واحترام المريض؛ وأفضل طريقة للقيام بذلك هي الاستماع إلى المريض.
2. التركيز على السلوك بدلاً من المشاعر: يؤمن العلاج الواقعي بفكرة أن سيطرة الشخص على مشاعره وأفكاره محدودة، بينما سيطرته على سلوكه أكبر؛ لذلك يركِّز الممارس الواقعي على السلوك أكثر من تركيزه على المشاعر.

3. التركيز على الحاضر: ينصبُّ التركيز في العلاج الواقعي على الحاضر؛ لأنَّه يمكن تغييره، لكن الماضي انتهى ولا يمكن إرجاعه أو تغييره.
4. الحكم على السلوك: يتطلَّبُ العلاج الواقعي من كلِّ مريضٍ إصدار حكم على سلوكه، بمعنى أنَّه يقوم بإجراء تقييم له من حيث مسؤوليته ومدى فائدته له، أو لمن يرتبط بهم، وهذا التقييم يساعد في عملية تغيير السلوك.
5. التخطيط: مساعدة المريض على بناء خطة محدَّدة وواقعية لتغيير السلوك غير المرغوب فيه، هي عملية أساسية في العمل العلاجي، وعند إعداد خطة جيدة يجب تنفيذها، وأن تكونَ هناك خططٌ بديلةٌ وعدم الاكتفاء بواحدة.
6. الالتزام: يساعد الممارس في العلاج الواقعي المريض على الالتزام بتنفيذ الخطة، ويبدل جهوده في ذلك، والالتزام يساعد في تحقيق التكامل وتحمل المسؤولية؛ ومن ثمَّ تحقيق هوية النجاح للمريض، ويكتسبُ المريض إحساسًا بقيمته وأهميته.
7. لا أعدار أو تبريرات: يجبُ على الممارس عدم قبول الاعتذارات، وعدم البحث عن سبب فشل الخطة؛ لأنَّ هذا يُعزِّز هوية الفشل لدى المريض، ومن الأفضل مساعدته في إعداد خطة جديدة بدلاً من مناقشة أسباب فشل الخطة القديمة معه.

المبحث الثاني: الإذن الطبي

أولاً: مفهوم الإذن الطبي:

يُعرَّف الإذن الطبي بأنَّه: "إقرارُ المريض بالموافقة على إجراء ما يراه الطبيب مناسباً له؛ من حيث الفحص السريري والفحوصات المخبرية، ووصفة الدواء والإجراءات الطبية الأخرى اللازمة لتشخيص المرض وعلاجه" (التفاق، 2019).

وهو: "إقرار المريض بالموافقة على إجراء ما يراه الطبيب مناسباً له، مثل: الفحص السريري والفحوصات المخبرية ووصف الدواء والإجراءات الطبية الأخرى" (خرخاش، 2012).

ويُعرِّفه إدريس وهزاع (2010) على أنَّه: "تعبيرٌ عن الرضا بأخذ ما هو مناسبٌ لإجراء الفحوصات اللازمة للبحث عن المرض، ومعرفة ما هو عليه واتخاذ ما سيعالجه، سواء كان بالأدوية أو العلاج الجراحي".

وقام بتعريفه طُعيمات (2009) على أنه: "إباحةً للشخص ذو القدرة الكاملة طبيب أو هيئة طبية محدّدة أن يقوم بتنفيذ الإجراءات الطبية اللازمة لعلاج، أو علاج شخص يخضع لولايته القضائية".

ثانياً: أنواع الإذن الطبي:

هناك العديد من أشكال وأنواع الأذونات الطبية؛ إذ يتنوعُ الإذن الطبي باعتبارِ مختلفة، وهي كما يلي (النشاشيبي، 2015):

❖ أولاً: باعتبار ما يُؤدّن فيه، ويُقسّم إلى نوعين:

- (1) **الإذن المطلق:** الذي يصدره المريض، أو مَنْ له الحق في التصريح، والذي بموجبه يقوم الطبيب بالتدخل الطبي المناسب دون قيود.
- (2) **الإذن المقيد:** هو الإذن الصادر عن المريض، أو مَنْ له الحق في التصريح بتدخل طبي معين، مثل: إزالة الزائدة الدودية، على سبيل المثال، أو أي مكانٍ معين من الجسم دون توسع. هذا النوع من الإذن هو أصل الإذن الطبي.

❖ ثانياً: باعتبار صيغته، ويُقسّم إلى ثلاثة أقسام:

- (1) **الإذن الكتابي:** رأى أغلب الفقهاء أنّ صحة التعبير عن الإرادة والتصريح يجب أن يكون بالكتابة، خصوصاً إذا كان الشخص الذي يُعبر عنها قادراً على النطق، وهذا هو رأي الحنفيين والشافعيين والحنابلة. يجب الحصول على إذن العمل الطبي الصادر عن مريضٍ بالغٍ عاقل، أو إذن الوصي على مريضٍ قاصر أو مجنون أو فاقدٍ للوعي في الأمور الآتية:

- أيّ عملية جراحية غير قلع الأسنان، وعلاج الفم تتم في العيادة دون الحاجة إلى دخول المستشفى أو التخدير.
- إعطاء أي تخدير، خصوصاً إذا كان التخدير عاماً أو موضعياً.
- إجراء أي فحوصات تشمل جسم المريض، مثل: التنظير الداخلي للجهاز الهضمي أو البولي أو التناسلي؛ لأخذ عينة من الكبد أو الكلى أو الأمعاء أو الرئتين، وكأشعة سينية تدخل جسم المريض.
- الخضوع لأي علاج كيميائي؛ لعلاج السرطان، أو العلاج الإشعاعي.

- تصويرُ المريضِ بآلة تصوير أو فيديو، خصوصاً إذا كانت الصورة تتضمن الوجه.
 - أمّا تصوير العمليات الجراحية التي لا تظهر وجه الشخص فلا يحتاج إلى إذن.
 - إذنُ المريض للاستفادة من الأنسجة التي أُزيلت أثناء العملية، أو عقب الولادة.
- (2) **الإذن بالإشارة:** إنَّها إحدى وسائل التعبير عن الإرادة، ويشترط فهمها؛ لذلك إذا جرى إصدار الإشارة من قبل المريض وجرى فهمها، فسيكون اعتبارها في الإذن أم لا.
- (3) **الإذن اللفظي/ الشفهي:** إنَّ التلفظ أو النطق هو وسيلة للتعبير عن الرضا عمّا يتم أخذه، وهو أصل أشكال التعبير، وهو أحد طرق التعبير عن الإذن إذا أُصدر من قبل شخص له الحق في أداء العمل الطبي.

ثالثاً: الأدوار المهنية للممارس مع حالات القصر وفاقدى الأهلية:

تُحدّد أدوارُ الممارس في العلاج الواقعي، من خلال الدخول في علاقة علاجية مع المرضى تُحدّد تحقيق أهداف عملية المساعدة. من خلال العلاقة العلاجية يُؤدّي الممارسُ المحترف دور المعلم لتعليم المرضى كيفية التفكير في واقعهم بطريقة فاعلة. حتى تتضح الرؤية يدخل الممارس في مواجهة معهم من خلال طرح سؤال محوري: "هل يحقق ما تختاره ما تريد؟" إنَّ الإجابة على هذا السؤال تفتح آفاقاً جديدة يمكن من خلالها لأصحاب الحالات أو المرضى، إيجاد طرقٍ ووسائل جديدة للاختيار بناءً على ما يريدونه حقاً القيام به وتحقيقه في الواقع.

قدّم كوري (Corey, 1996) مجموعةً من الأدوار التي يجبُ على الممارس القيام بها، وهي:

1. التحضيرُ الجيد لجلسات العلاج من خلال تحديد الأهداف والوقت بدقة؛ لتكون واضحة للمرضى.
2. تكوينُ علاقة علاجية مع المرضى تقوم على الرعاية والاحترام والقبول.
3. التركيزُ على نقاط القوة (الإيجابيات) للمرضى التي تُؤدّي إلى النجاح، وتُجنب نقاط الضعف (السلبيات) التي تُؤدّي إلى الفشل والإحباط.
4. تعزيزُ الحوار مع المرضى حول سلوكهم الحالي وحثهم على مناقشته؛ من أجل مساعدتهم على الخروج من عدم المسؤولية واللامبالاة.

5. مساعدة المرضى على ممارسة عملية التقييم المستمر لرغباتهم، وإمكانية تحقيقها في الواقع.
6. تعليم المرضى صياغة وتنفيذ خطط التغيير المطلوبة؛ لتلبية احتياجاتهم وتشجيعهم على الامتناع عن التوقف عن المساعدة حتى عندما يشعرون بالإحباط واليأس.

رابعاً: أطراف الإذن الطبي:

بالنظر إلى الإذن الطبي، سواءً كان صادراً عن المريض أو ولي أمره، نجد أنه في واقعه: عقد بين المريض أو ولي أمره وبين الممارس الذي يمثله الطبيب. والعقد، كما حدّده الفقهاء، هو ربط أجزاء التصرف في الشريعة بالعرض والقبول، أو هو التزام الأطراف المتعاقدة وعزمها على شيء ما؛ لذلك فهو رابطٌ بين العرض والقبول. هذا ما يحدث بين الطبيب المعالج والمريض أو ولي أمره، وأركان الإذن الطبي أربعة، هي كما يلي (السهلي، 2016):

1. الآذن: هو الذي يُعطي الإذن للعلاج، المريض أو ولي أمره.
2. المُخوّل أو المأذونُ له: الشخصُ المسموح له بالتصرف؛ هو الطبيب الذي يُجري العلاج.
3. المصرحُ به أو المأذونُ به: العمل الذي أذن به؛ المرض المراد علاجه.
4. نموذج التفويض أو صيغة الإذن: شكلُ الإذن الصادر من الآذن إلى الشخص المُخول.

الدّراسات السابقة:

أولاً: الدّراسات المرتبطة بالعلاج الواقعي:

دراسة إمامي وآخرون (Emami, et al., 2022) بعنوان: "تأثير العلاج الواقعي على الاكتئاب والقلق لدى مرضى سرطان الثدي الذين يخضعون للعلاج الكيميائي في مستشفى علي بن أبي طالب" في العراق. واستخدم الباحثون المنهج شبه التجريبي لتحقيق أهداف الدراسة. وهي تقييم تأثير العلاج الواقعي على الاكتئاب والقلق لدى مرضى سرطان الثدي الذين يخضعون للعلاج الكيميائي في مستشفى علي بن أبي طالب، كما استخدم الباحثون أداة مقياس القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى برنامج علاج واقعي. وتكوّنت العينة من

24 فردًا بشكلٍ عشوائي تنقسم إلى مجموعتين. وتلقت مجموعة التجربة العلاج الواقعي في 10 جلسات مدتها 90 دقيقة. أظهرت النتائج أنّ العلاج الواقعي يُؤدّي إلى تقليل الاكتئاب والقلق لدى مرضى سرطان الثدي الذين يخضعون للعلاج الكيميائي.

دراسة غانم (2021) بعنوان: "استخدام العلاج الواقعي في خدمة الفرد في إكساب التفكير الإيجابي للشباب"، الدراسة من النوع التجريبي؛ وذلك عن طريق التجربة القلبية البعدية باستخدام مجموعتين، إحداهما: تجريبية، والأخرى ضابطة، تشمل كل مجموعة (15) مفردة من طلاب المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالمنصورة، وهدفت الدراسة إلى محاولة التحقق من مدى فاعلية برنامج للتدخل المهني، في إطار العلاج الواقعي في خدمة الفرد في إكساب التفكير الإيجابي للشباب، وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أنّ هناك تأثيرًا إيجابيًا لبرنامج التدخل المهني في إطار العلاج الواقعي في خدمة الفرد في إكساب التفكير الإيجابي للشباب.

دراسة أوكمان وآخرون (Okmen et al, 2019) بعنوان: "تأثير العلاج بالواقع الافتراضي على التطور الوظيفي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ويعانون من عدم التكيف النفسي": دراسة أحادية التعمية، مستقبلية، عشوائية، مضبوطة الدراسة. هدفت لتحقيق تأثير علاج الواقع الافتراضي (VR) على التطور الحركي والوظيفي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي (CP) في تركيا ويعانون من عدم التكيف النفسي؛ حيث تكوّنت العينة من (41) مريضًا، فُسّموا إلى مجموعتين: تجريبية (21) مريضًا وضابطة (20) مريضًا، أُختبروا بطريقة عشوائية؛ إذ طُبّق العلاج الواقعي بواقع ثلاث جلسات أسبوعيًا، مدة الجلسة (50) دقيقة، ولمدة أربعة أسابيع. وعليه؛ أوضحت النتائج أنّ العلاج الواقعي هو طريقة علاج مفيدة يمكن استخدامها في إعادة تأهيل الشلل الدماغي مع تحسّن وظيفي للحركة.

دراسة مصطفى (2021) بعنوان: "دراسة حالة لعلاج الاكتئاب وفقًا للعلاج الواقعي"، واستُخدم المنهج شبه التجريبي في الدراسة، كما استُخدم (مقياس بيك)، وبناء وتطبيق برنامج إرشادي علاجي تضمن (10) جلسات إرشادية وجلسة افتتاحية وأخرى ختامية، ومدة الجلسة (90) دقيقة وبواقع جلستين أسبوعيًا. وهدفت الدراسة إلى التعرف إلى دور الإرشاد والعلاج بالواقع في خفض الاكتئاب بدراسة حالة فردية تعاني من اكتئابٍ شديد جرى انتقاؤها من مستشفى ابن رشد بالمغرب. توصّلت نتائج الدراسة إلى وجود أثرٍ إيجابي للإرشاد والعلاج

بالواقع وفق "نموذج WDEP" في خفض الاكتئاب لدى تلك الحالة؛ حيث انخفضت من اكتئابٍ شديدٍ إلى اكتئابٍ بسيطٍ.

دراسة إبراهيم (2018) بعنوان: "ممارسة العلاج الواقعي في خدمة الفرد وتحسين نوعية الحياة للمسنين" باستخدام المنهج التجريبي، وتمثلت أدوات الدراسة في استخدام مقياس نوعية الحياة للمسنين، والاعتماد على المقابلات الفردية، وأجريت على عينة قوامها (15) مفردةً من دار الأمل للمسنين بالمنصورة، هدفت إلى تحديد العلاقة بين ممارسة العلاج الواقعي في خدمة الفرد وتحسين نوعية الحياة للمسنين، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج الواقعي في خدمة الفرد وتحسين الحياة لدى المسنين.

دراسة بروجي (Vahidiborji, 2017) بعنوان: "فعالية العلاج الواقعي على التكيف لدى المراهقات المصابات بالقلق"، وكانت طريقة البحث تجريبية مع الاختبار القبلي والبعدي والمجموعة الضابطة. وتكوّنت عينة الدراسة من (20) طالبة من طالبات الثانوية العامة في مدينة شبروان، ممن حصلوا على درجات عالية من القلق في مقياس الاكتئاب والقلق والتوتر، وتلقت المجموعة التجريبية ثمان جلسات من العلاج الواقعي لمدة ساعتين، الهدف منها تقييم فعالية العلاج الواقعي على التكيف لدى المراهقات المصابات بالقلق، ودلت النتائج على فعالية العلاج الواقعي بوجه عام، في زيادة التناسق والتكيف العاطفي والاجتماعي والتربوي في المجموعة التجريبية مقارنةً مع المجموعة الضابطة.

ثانيًا: الدراسات المرتبطة برفض الإجراء الطبي:

دراسة الإلفي (2023) بعنوان: "مبدأ الموافقة المستنيرة على التدخل الطبي": دراسة قضائية مقارنة بين القوانين، اعتمد فيها الباحث على المنهج المقارن في ضوء القانونين الأمريكي والإنجليزي، مع الاستعانة بالسوابق القضائية ضمن تشريعاتها، وكانت من أهم نتائج الدراسة: أن يتضمن الموافقة المستنيرة عنصرين يكمل أحدهما الآخر، الإفصاح عن المعلومات ذات الصلة بالتدخل الطبي، موافقة المريض عليها.

دراسة (Al-Wathinani et al, 2023) بعنوان: "الحق في الرفض: فهم وجهات نظر مُقدّمي الرعاية الصحية بشأن استقلالية المريض في الرعاية الصحية الطارئة". وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعمق في مواقف مُقدّمي الخدمات الصحية تجاه رفض العلاج،

والكشف عن الإستراتيجيات التي يستخدمونها في التغلب على مثل هذه المواقف الصعبة أثناء العمل في الخدمات الصحية الطارئة، واتبعت الدراسة المنهج الاستقرائي، وتوصّلت النتائج إلى: أنّه مع زيادة عُمر المشاركين وخبرتهم، يزداد ميلهم إلى احترام استقلالية المريض وتجنّب إقناعهم بتغيير قرارهم بشأن العلاج، كما أنّ الأطباء والممارسين الصّحيين في قسم الطوارئ أظهروا فهمًا أعمقَ لحقوق المرضى مقارنةً بغيرهم من المتخصصين الطبيين

دراسة الجبوري (2022) بعنوان: "الالتزام بتبصير المريض: دراسة مقارنة"؛ استخدم الباحثُ المنهجَ التحليلي والمقارن، من خلال عرض وتحليل النصوص القانونية والآراء الفقهية المتعلقة بالدراسة محل البحث. تهدف الدراسة إلى بيان تبصير الطبيب والمعالج للمريض بماهية العلاج وبدائله؛ للحصول على موافقة تُعبر عن إرادته السليمة، وفي حالة امتناع الطبيب عن تبصير المريض فإنّه يتعرّضُ إلى مُساءلة تأديبية. وانتهت نتائج الدراسة إلى: أنّ الالتزام بعقد التبصير كأحد مستلزمات عقد العلاج الطبي، يرقى إلى مصاف الواجب الأخلاقي الذي يحرص المشرع على صيانتها في الشريعة الإسلامية، ليس فقط لمصلحة المريض، ولكن لضبط منهة الطب كمنشأٍ إنساني.

دراسة (Moodley et al, 2022) بعنوان: "المتنبئون برفض العلاج لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من تنبؤات رفض العلاج لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم. واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أنّ العوامل الديموغرافية للمريض والعوامل السريرية، والعوامل التي تؤثر على الوصول إلى خدمات الرعاية للمرضى تُسهم في رفض العلاج لدى مرضى سرطان القولون، وأوصت الدراسة بضرورة النظرة في تطوير نماذج التنبؤ بالمخاطر المرتبطة برفض العلاج، وضرورة عمل دراسات مستقبلية حول رفض العلاج لدى مرضى سرطان القولون.

دراسة (Barrington et al, 2022) بعنوان: "أكثر من رفض العلاج: تحليل قاعدة بيانات السرطان الوطنية لرفض العلاج المساعد، وفوارق البقاء على قيد الحياة بين النساء المصابات بسرطان بطانة الرحم"؛ وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد ما إذا كان رفض المريض للعلاج الكيميائي أو الإشعاع يختلف بين النساء السود والبيض، وما إذا كان رفض العلاج له دور في البقاء على قيد الحياة بين النساء المصابات بسرطان بطانة الرحم وفقاً للعرق. كما أوصت الدراسة بأنّه يجب توضيح أسباب الرفض بدرجة أكبر للمرضى، من شأنه

أن يُؤدِّي إلى تحسين فهم مُقدِّمي الرعاية لعملية اتخاذ القرار لدى المريض، وقد تسمَّح للأطباء ونظام الرعاية الصحية بتحسين الامتصاص الفعَّال للتوصيات الحاسمة.

دراسة نفخة (2021) بعنوان: "التراضي في العلاج الطبي في القانون الفرنسي والسعودي"؛ حيث استخدم الباحث المنهج التأليفي، بطريقة سردية وصفية ونقدية للنصوص القانونية والآراء الفقهية في المادة الطبية، تهدف الدراسة إلى توضيح أن العلاج الطبي يقتضي توفير رضا المرضى في حالات معينة. وتوصَّلت الدراسة إلى نتيجة مفادها أنه على الطبيب أن يبيِّن للمريض في كلِّ المراحل جدوى العلاج، ومدى نجاحه قبل كل تدخل طبي.

التعقيب على الدراسات السابقة:

إنَّ الدِّراسات السابقة تتفق مع الدراسة الحالية المرتبطة بالعلاج الوقعي في تطبيقها للتدخل المهني استناداً على نموذج العلاج الواقعي، وقد أثبتت الدراسات السابقة فعاليته في معالجة المشكلات في مختلف المجالات، وفي ضوء الدراسات السابقة التي عرضها البحث نستخلص أنَّ العلاج الواقعي أحد النماذج العلاجية المهمة التي تستخدمها العلوم الإنسانية بوجه عام، والخدمة الاجتماعية بوجه خاص، لمواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية والبيئية المحيطة والجوانب المعرفية لدى الفرد، والتي أكَّدت فاعليته في تدخلاتها المهنية في تغيير المعتقدات والأفكار غير منطقية التأثير على القرارات غير المسؤولة، كما يمكن استخدامه في جميع المجالات، ومع الفئات العمرية كافة؛ للإسهام في زيادة المعارف، وتصحيح الأفكار الخاطئة، وتحقيق الفرد لذاته والتغلب على الصعوبات التي تواجهه؛ نتيجة مشكلات تتعلق بذاته أو محيطه أو مجتمعه، كما يمكن للأخصائي الاجتماعي ممارسة أساليب العلاج الواقعي في جميع مجالات عمله، من خلال تطبيق فنِّيات وتكنيكات العلاج.

الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: منهج الدراسة:

استخدمت الدِّراسة المنهج التجريبي، انطلاقاً من طبيعة وخصائص مجموعة الدِّراسة وفروضها والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، والقائم على مجموعتين (ضابطة-تجريبية) وقياسين (قبلي-وبعدي).

ثانياً: مجتمع الدِّراسة وعينتها:

تم تحديد مجتمع الدراسة من جميع الحالات التي رفضت الإجراء الطبي بمستشفى الملك خالد الجامعي لعام (2023)؛ ولم يتم التدخل المهني معها، والتي بلغ عددهم (950) حالة. وقامت الباحثة باختيار العينة الأساسية: الممثلة لمجتمع الدراسة من القائمة بأسلوب العينة العشوائية، وعددهم (100) حالة، التي حُدِّت لآخر ثلاثة أشهر من القوائم الحديثة، وقامت الباحثة بوضع شروطٍ لاختيار عينة الدراسة، وتطبيقها.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

حُدِّت أدوات الدراسة وَفَقَ طبيعة الدراسة التي جَرى تناولها، والمنهج المتبع على مجموعة من الأدوات الآتية:

1- المقابلة المهنية:

تُعَدُّ المقابلة من الطرق الرئيسة لجمع المعلومات؛ حيث تستخرج المقابلة المهنية معلومات مختلفة عما نحصل عليه في المقاييس والاستبانات، فعن طريق المقابلة سوف تستطيع الباحثة معرفة أفكار ومشاعر ووجهات نظر المرضى في رفضهم للإجراء الطبي؛ حيث تمكَّنت الباحثة من إعادة بناء الأحداث الاجتماعية التي لم تلاحظ مباشرة، وهذا ما حقق أهداف الدراسة الحالية.

2- مقياس رفض الإجراء الطبي:

تم الاطلاع وتحليل الكتابات والدراسات والأبحاث المرتبطة بمفهوم الإجراء الطبي والمصطلحات المرتبطة به وصوره في العلوم الاجتماعية؛ من أجل التعرف على مستوى رفض الإجراء الطبي لدى الحالات المنومين بمستشفى الملك خالد الجامعي. ويتكون المقياس مما يأتي:

- الجزء الأول: يشمل البيانات الأولية لأفراد عينة الدراسة.
 - الجزء الثاني: طبيعة العلاقة مع الأسرة.
 - الجزء الثالث: طبيعة مراجعات المريض.
 - الجزء الرابع: يشمل أبعاد المقياس، ويتكون ممَّا يأتي:
- وتضمَّن المقياس عبارة تتعلق بأبعاد معرفية، وعبارة تتعلق بأبعاد نفسية، وعبارة تتعلق بأبعاد اجتماعية، وأخيراً عبارة تتعلق بأبعاد بيئية، وفيما يلي وصف لهذه الأبعاد:

- **البُعد الأول: المعرفي:** والذي يتعلق بالمعلومات الخاطئة لدى الحالة من معتقدات وأفكار الفرد، والذي يُعبر عن قدرة الفرد على الإدراك واتجاهاته وما يدفعه لرفض الإجراء الطبي، ويتضمن هذا البُعد (9) عبارات.
 - **البُعد الثاني: النفسي:** ويُعبر عن حالة الفرد ومشاعره، وما يتعلق بمخاوفه والجانب النفسي الذي يدفعه لرفض الإجراء الطبي، ويتضمن (10) عبارات.
 - **البُعد الثالث: الاجتماعي:** ويُعبر عن علاقات الفرد الطبيعية ومحيطه الاجتماعي والأسري الذي يؤثر عليه ويدفعه لرفض الإجراء الطبي، ويتضمن (10) عبارات.
 - **البُعد الرابع: البيئي:** والذي يتعلق بالمواقف والأوضاع التي يتعرض لها المريض في بيئته، ويتسبب في رفض المريض للإجراء الطبي، ويتضمن (10) عبارات.
- حيث راعت الباحثة في صياغتها لعبارة المقياس، أن تكون اللغة بسيطةً وواضحةً ومفهومةً لعامة أفراد العينة.

3- أسلوبُ دلفي لتحكيم الخبراء Delphic Poll: (إبراهيم، 2010: 309):

يحتاج الباحث إلى رأي الخبراء في مشكلة معينة، ومن خلال هذا الأسلوب ممكن التعرف على آراء الخبراء حتى تستخدمه الباحثة في هذه الدراسة؛ حيث يعتمد هذا الأسلوب على وجود اتصالاتٍ سريعة بين الباحثة وبين الخبراء؛ وذلك عن طريق اختيار عددٍ من الأخصائيين الاجتماعيين؛ بحيث يمثلون لإجمالي الخبراء، وتُجري الباحثة الاتصال عليهم وتشرح لهم أهداف الدراسة؛ ومن ثم تُدوّن الإجابات وتقوم بإرسال الاستبانة للجولة الثانية ويعدّها مناقشة النتائج معهم، وقد اختارت الباحثة عدد (25) من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات بالمدينة الطبية بمستشفى الملك خالد الجامعي، ومستشفى الملك عبدالعزيز الجامعي.

4- برنامج التدخل المهني:

برنامج التدخل المهني باستخدام (العلاج الواقعي):

نموذج العلاج الواقعي في حلّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي:

هذا البرنامج جرى إعداده لهذه الدراسة ذات المنحى التطبيقي؛ إذ قامت الباحثة ببناء برنامج التدخل معتمد على نموذج للعلاج الواقعي في التعامل مع حالات رفض الإجراء الطبي؛ بغرض تطبيقها على العينة المستهدفة لتحقيق أهداف الدراسة. وطُبّق على عينة من

حالات رفض الإجراء الطبي من المستهدفين قوامها (10) حالات؛ بهدف رفع مستوى الوعي وتصحيح الأفكار الخاطئة، والخروج بتوصية من شأنها معالجة مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي. وفيما يلي خطوات إعداد برنامج التدخل المهني:
أولاً: إعداد الصورة النهائية للبرنامج:

لأغراض الدراسة الحالية، استعانت الباحثة في إعداد جلسات برنامج التدخل المهني بمراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بتطبيق العلاج الواقعي؛ ومنها: (درادكة، 2020)، (الرماضين، 2018)، (أبو حامد، 2018)، (مصطفى، الربيعي، 2021)، (فيود، 2022)، (محمد، 2019)، (عبيدات، 2020)، (أبو لوم، 2020).
تم بناء برنامج علاجي يتكون من 8 جلسات، مدة الجلسة الواحدة من (45) إلى (60) دقيقة وهذه الجلسات متصلة، فكل جلسة منها تؤدي إلى التي تليها، وتُكمل التي سبقتها في الشأن الذي يحقق الهدف النهائي من البرنامج.

نموذج العلاج الواقعي في حل مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي

- 1) الهدف العام للنموذج: يتمثل الهدف العام للنموذج، في التعرف على فعالية استخدام نموذج العلاج الواقعي في حل مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي؛ وذلك من خلال تطوير وبناء نموذج للعلاج الواقعي في التعامل مع حالات رفض الإجراء الطبي، وسوف يُطبق على عينة من المرضى المستهدفين.
- 2) الأهداف الفرعية للنموذج: هناك العديد من الأهداف الفرعية المختلفة لنموذج العلاج الواقعي، ويمكن توضيح هذه الأهداف على النحو الآتي:
 - معرفة درجة قبول المرضى للإجراء الطبي في مستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض.
 - التعرف على قبول المرضى للإجراء الطبي قبل وبعد تطبيق نموذج العلاج الواقعي.
 - توضيح أثر استخدام نموذج العلاج الواقعي؛ لتحسين مستوى قبول الإجراء الطبي لدى عينة المرضى في مستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض.
- 3) الأسس التي يقوم عليها النموذج: تتمثل الأسس التي يقوم عليها النموذج فيما يلي:
 - الاستفادة من مبادئ النظريات ذات العلاقة.

- الاعتمادُ على العلاج بالواقع لويليام جلاسر William Glasser كأسلوب علاج لأفراد المجموعة التجريبية لحلّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي.
 - رفعُ المستوى الخاص بمشاركة المرضى عينة الدراسة؛ لتوضيح أسبابهم في رفض الإجراء الطبي.
 - تحقيقُ تقبل وجهات النظر المختلفة في استخدام نموذج العلاج الواقعي.
 - أن يتناسبَ نموذج العلاج الواقعي، مع خصائص المرضى العُمريّة والعقلية والمهارية.
 - مراعاةُ خصائص المرضى عينة الدراسة، وحاجاتهم واستعداداتهم وميولهم وقدراتهم ورغباتهم.
- (4) مصادر إعداد برنامج العلاج الواقعي:** يمكن توضيح المصادر المختلفة لإعداد برنامج العلاج الواقعي على النحو الآتي:
- الأدبياتُ العربية والأجنبية التي تناولت الاختيار والعلاج بالواقع، مثل: كوري Corey (2008)، الرشيدى والسهل (2000).
 - الدُّرُاساتُ التي تناولت إعداد برامج علاجية قائمة على العلاج بالواقع؛ للتغلب على المشكلات المختلفة مثل دراسة: بارك (Park, 2008).
- (5) النظريات التي يعتمد عليها نموذج العلاج الواقعي:** يعتمدُ نموذج العلاج الواقعي على نظرية العلاج بالواقع Reality therapy لويليام جلاسر William Glasser، والذي يركز على ما يلي: (خفاجة، 2020، ص379):
- **الاندماج:** يُقدِّمُ العلاج بالواقع نموذجًا من خلال توجيه المعالجين (المساعدين)؛ لبناء بيئةٍ تلبي احتياجات المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي؛ والاحتياجات الأساسية الخمسية لكلِّ فرد هي: البقاء، الحب، القوة، الحرية، المرح؛ وذلك في علاقة المساعدة التي تقوم بين المُعالج والمرضى الذين يرفضون الإجراء الطبي، يجب أن يخلق المعالج بيئةً يُمكن أن يُشعر المرضى من خلالها بالأمان والارتباط بالمعالج، فيستمع إليه ويحترمه وأن يتيح له الاختيار، ويسوده المرح والتعلم من شخصية المعالج، وبعد خَلْق هذه البيئة التي تُرضي المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي، والعمل الجاد على الحفاظ عليها وعلى سلامتها، وللعلاقة

القائمة بينهم يبدأ المُعالج في الانتقال نحو المشكلة الحقيقية بعد سماع قصة المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي، يحتاج المعالج إلى تحديد الحل الأمثل والهيئة التي يجب أن يكون عليها، من وجهة نظر المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي.

– **نظرية الاختيار (العلاج بالواقع لجلاسر):** تقترح نظرية الاختيار لجلاسر أن النفس البشرية تُؤدّ جينياً، من خلال تلبية عدد من الاحتياجات الأساسية التي لا غنى عنها للبقاء، وهي: (الحبُّ والاندماج، السلطة، الحرية، المتعة والبقاء)، وهذه الاحتياجات هي التي تقود حياتنا للأبد، وكلُّ منّا لديه تلك الاحتياجات ولكن تختلف في قوتها من شخصٍ لآخر، وترتكز نظرية الاختيار على أن النفس البشرية بطبيعتها اجتماعية تحتاج إلى الحبِّ والشعور بالحب، وهذه الحاجة يراها جلاسر أولى تلك الاحتياجات، والتي من خلالها يتحقق إرضاء باقي الاحتياجات، وفي الوقت نفسه يصعبُ تلبية أو إشباع تلك الحاجة؛ فالعلاقة هنا أخذٌ وعطاء.

(6) **مبررات استخدام نموذج العلاج الواقعي في حلِّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي:** يمكن توضيح المبررات المختلفة لاستخدام نموذج العلاج الواقعي، في حلِّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي على النحو الآتي:

- يُقدِّم نموذج العلاج بالواقع فنيّات نظرية واضحة، وممارسات يمكن تطبيقها.
- نظراً لكون نموذج العلاج بالواقع نظرية نفسية بوجهٍ عام، أكثر من كونه استشارة نفسية تخصُّ أو تتعلق بحالةٍ معينة بذاتها؛ فيمكن تطبيقه على كلِّ أنواع السلوك الإنساني.
- لا يرتبطُ نموذج العلاج بالواقع بسلوكٍ خاص غريب الأطوار، وإنما يستمد الشعور العام الذي يشترك فيه البشر جميعاً.
- يركِّز نموذج العلاج الواقعي على الجانب الواقعي العملي للمرضى في مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي.
- نظراً لإمكانية تطبيق أفكار هذا العلاج داخل كل جلسات العلاج؛ فإنّه يساعد المعالج بتحديد الدور الذي يمكن أن يقوم به، وفي الاستشارات النفسية التي تهدف للنصح والتوجيه والإرشاد في جلسات العلاج.

- يتميز نموذج العلاج الواقعي بكفاءته وفعاليته في حل المشاكل بوجه عام؛ من أجل تغيير سلوك المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي.
 - يمكن تطبيق أفكار وفلسفة العلاج بالواقع في المجالات المختلفة.
 - يحتوي على سلسلة من النماذج العلاجية، والتي تتناسب مع طبيعة المرضى واختلاف مشكلاتهم.
- (7) **الفنّيات التي سوف تُستخدم في نموذج العلاج الواقعي لحلّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي:** يمكن توضيح الفنّيات التي سوف تُستخدم في نموذج العلاج الواقعي لحلّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي، على النحو الآتي:
- **فنية المناقشة والحوار:** مناقشة السلوك يمكن أن يكون فعّالاً مع بعض المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي؛ حيث يستطيع المُعالج في تغيير السلوك غير المرغوب فيه بمناقشة المرضى، فهم يستجيبون على نحوٍ جيد لمثل هذه المناقشة سواء بالمهارات اللفظية أو المهارات الاجتماعية؛ لذا فعلى المُعالج تشكيل علاقة طيبة بالمرضى حتى يوافق المريض على محاولة عمل بعض التغييرات السلوكية في تقبله للإجراء الطبي.
 - **فنية التركيز على الواقع الحالي:** يساعد المُعالج المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي في أن يتعاملوا مع مشكلاتهم في الحاضر، والطرق التي تُمكنهم من تلبية احتياجاتهم ومساعدتهم، وأن يقوموا بتقبل الإجراء الطبي المُتخذ من قبلهم.
 - **فنية مواجهة الواقع:** وفيه يكون إبلاغ المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي بسلوكياتهم غير المسؤولة، حتى يمكن دفعه للقيام بسلوكٍ أكثر مسؤولية؛ ومن ثمّ لابدّ من التعامل مع المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي بفهم وإدراك وإقناع؛ بحيث يُواجه بخطائه عن رفض هذا الإجراء، حتى يستطيع أن يتخلّى بمسؤوليته عن هذا السلوك من خلال وضعه في مواقف واقعية.
 - **فنية تقبل الواقع:** وفيه يساعد المُعالج المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي على تقبل الإجراء الطبي، ويساعد المُعالج المرضى على أن يذكر أمثلة من واقع الحياة لمساعدتهم، والاعتراف بأنّه أمرٌ واقع، وتساعده على قبول تحمّل المسؤولية لكلّ اختياراته وسلوكياته التي يقوم بها في حياته اليومية.

- **فنية توفير البدائل:** من المهم أن تكون البدائل المتوفرة مرتبطة بالحقائق والبيئة المحيطة بالمريض، وإذا لم يكونوا كذلك فقد يعدُّ المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي مجرد تظمين لا جدوى منه.
- **فنية التشكيل:** التشكيل يتضمنُ البدء بتعزيز السلوكيات الموجودة والتعديل شيئاً فشيئاً لهذه السلوكيات، من خلال التعزيز والسلوكيات المعقدة.
- **تحليل المهمة:** هي تجزئة المهمة المطلوبة من المرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي إلى الأجزاء الصغيرة التي تتكون منها، والتي تُمثل استجابات يمكن ترتيبها بشكلٍ متسلسل، وبعد ترتيب الاستجابات تقوم المعالجة بتعليم الاستجابة الأولى ثم الثانية ثم الثالثة، هكذا إلى أن يقوم المرضى بإكمال المهمة المطلوبة منهم.
- (8) **تطبيق نموذج العلاج الواقعي لحلّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي:** سوف يُطبق النموذج على أربع مراحل، وهي كما يلي:
 - **بداية النموذج:** يحصلُ التعارف بين الباحثة والمرضى الذين يقومون برفض الإجراء الطبي، وتحقيقُ قدرٍ من الألفة والتماسك بين أفراد المجموعة، وكذلك رفع الروح المعنوية بينهم، والاتفاق على كيفية التعامل أثناء تطبيق النموذج.
 - **مرحلة تطبيق النموذج:** يحصل من خلال هذه المرحلة تدعيم العلاقة بين المشاركين في النموذج؛ حيث يجري مساعدتهم على فهم حل مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي، ونموذج العلاج بالواقعي والفنيات المستخدمة، وكيفية تنفيذها من خلال تدريبهم على هذه الفنيات التي تساعدهم على تعديل سلوكياتهم وتنمية الثقة بأنفس لديهم.
 - **مرحلة تقييم النموذج:** ويحصلُ فيها معرفة الإنجازات التي يحققها النموذج ومدى فاعليته؛ لحل أو التقليل من مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي ومدى تأثيره على ثقة المرضى بأنفسهم؛ وذلك من خلال تطبيق القياس البعدي الأول، ومقارنة الدرجات التي يُطبق النموذج عليها.

- **مرحلة المتابعة:** وفيها يحصلُ التأكيد من مدى استمرارية فعالية النموذج القائم على فئيات العلاج الواقعي؛ لحل أو التقليل من مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي، وتمامية الثقة بالنفس لدى المرضى الذين يرفضون الإجراء الطبي.

(9) **صدق نموذج العلاج الواقعي:** للتحقق من صدق نموذج العلاج الواقعي وصلاحيته تمَّ عرضه في صورته الأولية على مجموعة من المختصين والمحكمين من خبراء الإرشاد والبرامج التدريبية العلاجية؛ وذلك لغرض أهداف ومحتوى نموذج العلاج الواقعي وصلاحيته، وتم تعديل بعض عناصر البرنامج بناءً على الملاحظات التي أُفترحت من قبل المحكمين.

(10) **الجلسات الإرشادية:** الفترة الزمنية: جرى تطبيق النموذج المقترح من (8) جلسات طُبقت على المجموعة التجريبية، بينما لم تتلقَّ المجموعة الضابطة أي جلساتٍ خلال الفترة من عام (2023 - 2024م) ومن 29 / 11 / 2023 إلى 29 / 2 / 2024م، واستمرت الجلسات ما يقارب ثلاثة أشهر شملت التقارير والمتابعة؛ بحيث بُدئت الجلسات العلاجية من شهر (11) وحتى شهر (1)، وعُقدت الجلسات بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض؛ حيث كانت مدة الجلسة من (45) إلى 60 دقيقة، واستُخدمت عدة وسائل، منها: الأقلام، الأوراق، عرضٌ تقديمي، أنشطة وتمارين، حوارٌ ومناقشة.

رابعاً: صدق أدوات الدراسة وثباتها:

إنَّ صدقَ الأداة يعني التأكيد من أنَّها سوف تقيسُ ما أعدت لقياسه، كما يُقصد بالصدق "شمول الاستبانة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية أخرى؛ بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها (الجعيد، 2023)، وقد قامت الباحثة بالتأكد من صدق أداة الدراسة، من خلال القيام بما يأتي:

❖ الخصائص القياسية لمقياس مشكلات رفض الإجراء الطبي:

صدق المحتوى (Content validity): عُرض المقياس في صورته المبدئية على عددٍ من السادة المحكمين في التخصصات الآتية: (أستاذ الخدمة الاجتماعية - أستاذ علم النفس)؛ وذلك للتأكد من (مدى ارتباط مضمون العبارات بأبعاد المقياس، ومدى سلامة صياغتها اللغوية، وترتيب العبارات وسهولتها، مع حذف بعض أو إضافة بعض العبارات إن أمكن

مجلة الخدمة الاجتماعية

ذلك؛ حيث تفضّل كلُّ منهم بإجراء التعديلات المناسبة على المقياس؛ ليكون صالحاً لقياس ما وُضِعَ من أجله، والبعضُ بكتابة بعض المقترحات والتوصيات، وفي ضوء الإجابات التي وردت من السادة المحكمين، بناءً على تلك الإجابات التي وردت من السادة المحكمين، وفي ضوء ملحوظاتهم، قامت الباحثة بإجراء التعديلات المتعلقة بالصياغة اللغوية للعبارات، واستبعاد العبارات المتكررة، وقامت الباحثة في ضوء التعديلات السابقة بصياغة المقياس في شكله النهائي.

❖ صدق الاتساق الداخلي لأداة الدّراسة Internal Consistency:

قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط لبيرسون (Pearson) لمعرفة صدق البناء للمقياس؛ حيث جرى حساب معامل الارتباط بين درجة كلّ عبارة من عبارات المقياس، والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة، على النحو الآتي:

الجدول رقم (1) معاملات الارتباط بين كلّ بندٍ والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي له.

البُعد المعرفي		البُعد النفسي		البُعد الاجتماعي		البُعد البيئي	
معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند
*0.81	1	*0.45	1	*0.43	1	*0.42	1
**0.66	2	*0.61	2	*0.43	2	**0.64	2
*0.60	3	*0.43	3	**0.62	3	**0.56	3
**0.64	4	*0.48	4	*0.43	4	*0.39	4
*0.45	5	**0.64	5	**0.92	5	**0.63	5
*0.43	6	*0.43	6	**0.77	6	*0.42	6
*0.44	7	*0.42	7	*0.43	7	*0.48	7
**0.69	8	*0.43	8	*0.47	8	*0.45	8
*0.46	9	*0.43	9	*0.49	9	**0.88	9
	10	*0.46	10	*0.49	10	**0.67	10

** دال عند مستوى دلالة 0.01. و * دال عند مستوى دلالة 0.05.

جاءت جميع معاملات الارتباط دالة وموجبة، وتراوح بين (0.43-0.81) للبعد المعرفي، وبين (0.42-0.64)، للبعد النفسي، وبين (0.43-0.92) للبعد الاجتماعي، وأخيراً البعد البيئي الذي تراوح بين (0.39-0.88)، وجميعها معاملات صدق مقبولة ودالة

مجلة الخدمة الاجتماعية

إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، 0.01، ما يُشير إلى توافر معاملات صدق لبند كل بُعدٍ من أبعاد المقياس.

وقامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين كل بُعدٍ والدرجة الكلية للمقياس، وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (1) معاملات الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية للمقياس.

الأبعاد	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية
البُعد المعرفي.	**0.79
البُعد النفسي.	**0.65
البُعد الاجتماعي.	**0.81
البُعد البيئي.	*0.49

** دال عند مستوى دلالة 0.01. و * دال عند مستوى دلالة 0.05.

تراوحت معاملات الارتباط بين كلِّ بُعدٍ، والدرجة الكلية للمقياس بين (0.49-0.81)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05، 0.01)، وموجبة ما يدل على أنَّ معاملات صدق أبعاد المقياس مقبولة إلى مرتفعة.

❖ ثبات أداة الدراسة Reliability:

جرى التأكد من ثبات أداة الدراسة لكل بُعدٍ من أبعاد المقياس وللدرجة الكلية للمقياس، باستخدام معادلة ألفا كرو نباخ (Alpha Cronbach's)؛ وذلك بعد تطبيقها على عينة الدراسة. والجدول الآتي يوضح معاملات الثبات حسب معادلة ألفا كرو نباخ Alpha (Cronbach's) لمختلف محاور المقياس كالآتي:

الجدول رقم (3) معاملات الثبات بين كلِّ بُعدٍ والدرجة الكلية للمقياس.

الأبعاد	ن	ألفا كرونباخ
البُعد المعرفي.	9	0.74
البُعد النفسي.	10	0.62
البُعد الاجتماعي.	10	0.76
البُعد البيئي.	10	0.62
الدرجة الكلية	39	0.82

تشير نتائج الجدول السابق أنَّ معاملات الثبات بطريقة ألفا كرو نباخ كانت مناسبة لأغراض البحث العلمي، ولتوضيح ذلك تشير النتائج التي تراوحت بين (0.62-0.74) إلى

مجلة الخدمة الاجتماعية

مقبولية معاملات الثبات ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس؛ حيث بلغت الدرجة الكلية للمقياس (0.82). وهو معامل مرتفع، ما يدل على توافر معاملات ثبات مقبولة للمقياس بأبعاده؛ ومن ثمّ يمكن التوصل إلى أنّ الأداة تمتاز بالثبات؛ ممّا يجعل الباحثة مطمئنة لإجابات أفراد العينة على المقياس، ومن ثمّ، وبناءً على ذلك فإنّ النتائج التي سيجري التوصل إليها من خلال المقياس ستكون موثوقة، ويُعتمد عليها في الوصول إلى استنتاجات وحقائق واقعية. وبناءً على ذلك؛ يمكن القول: إنّ المقياس تمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات، تُبرر استخدامه لأغراض الدراسة.

❖ الصدق الداخلي والخارجي لتجربة البرنامج:

يُعدُّ كلُّ من الصدق الداخلي والخارجي متلازمين وغير مستقلين؛ مما يعني أنّه يجب على الباحثة تحقيق نوعٍ من التوازن الداخلي والخارجي.

- الصدق الداخلي:

يعني درجة خلو البحث من المؤثرات الداخلية؛ بحيث تُعزى الفروق إلى المعالجة (الجعيد، 2023).

الجدول رقم (4) العوامل المؤثرة في الصدق الداخلي.

العامل	تأثيره	ضبطه
تباعد عدد الجلسات.	يوجد حالات تحتاج اتخاذ قرارٍ سريع، وقد يؤثر تأخرها على حالتها الصحية.	عُملت جلستين في الأسبوع؛ لتكون الجلسات الأخيرة لتعبئة المقياس وإغلاق الجلسات.
البحث عن المبحوثين.	يتأثر في تأخر الباحثة في التدخل وتطبيق البرنامج.	جرى الاستعانة بالحالات المُسجّلة آخر ثلاثة أشهر، وكذلك بمدير الحالة للاتصال بالباحثة فور وجود حالات مناسبة للعينة.
البرنامج الجماعي.	يوجد حالات مناسبة للعينة إلا أنّها انتكست حالتها الصحية، ولا تستطيع الانضمام للبرنامج الجماعي.	جرى استبعادها واستبدالها بحالة أخرى؛ حيث إنّها تحتاج إلى برنامج فردي، وسيتم إدرجها في التوصيات.
التردد في اتخاذ القرار.	التغيّرات النفسية والمعرفية التي تطرأ على الفرد وقد تؤثر على النتائج.	عينة ضابطة.

- الصدق الخارجي:

الدرجة التي تستطيع الباحثة من خلالها تعميم النتائج على مواقف تجريبية مماثلة (الجعيد، 2023).

الجدول رقم (5) العوامل المؤثرة في الصدق الخارجي.

مجلة الخدمة الاجتماعية

العامل	تأثيره	ضبطه
تفاعل الأوضاع مع المتعالج.	زيادة درجة الضبط التجريبي حرصاً على الصدق الداخلي على حساب الصدق الخارجي.	قدر الإمكان، السعي بأن تكون أوضاع التجربة طبيعية.

❖ الخصائص القياسية للاستبانة:

صممت الباحثة استبانة مغلقة تضمنت محورين هما: دور الأخصائي الاجتماعي مع حالات رفض الإجراء الطبي (15 عبارة)، ودور الأخصائي الاجتماعي باستناده على مجموعة من نماذج التدخل المهني، ومنها نموذج العلاج الواقعي (15 عبارة). ويندرج تحت كل محور مجموعة من العبارات تقيس دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع تلك الحالات، وطلبت منهم إبداء الرأي حول درجة الموافقة عليها، من خلال مقياس يكون من خماسي الاستجابات (أوافق بشدة - أوافق - محايد - لا أوافق - لا أوافق بشدة)؛ بحيث يضع الخبير علامة (✓) أمام درجة الاستجابة الذي يراها مناسبة، مع إضافة ما يروونه مناسباً؛ وتعرض الباحثة أهم المحاور وما يندرج من عبارات منها.

1- الصدق:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة الخبراء، وقامت بحساب الصدق البنائي للاستبانة بوساطة معامل الارتباط بين كل بند والمحور الذي ينتمي له، وجاءت النتائج كما بالجدول الآتي:

الجدول رقم (6) معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للمحور الذي ينتمي له.

المحور الأول: دور الأخصائي الاجتماعي مع حالات رفض الإجراء الطبي.		المحور الثاني: دور الأخصائي الاجتماعي باستناده على مجموعة من نماذج التدخل المهني، ومنها نموذج العلاج الواقعي.	
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
1	**0.73	1	**0.84
2	**0.62	2	**0.75
3	**0.59	3	**0.92
4	**0.79	4	**0.89
5	**0.80	5	**0.93
6	**0.67	6	**0.91

مجلة الخدمة الاجتماعية

المحور الثاني: دور الأخصائي الاجتماعي باستناده على مجموعة من نماذج التدخل المهني، ومنها نموذج العلاج الواقعي.		المحور الأول: دور الأخصائي الاجتماعي مع حالات رفض الإجراء الطبي.	
معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند
**0.65	7	**0.83	7
**0.90	8	**0.82	8
**0.89	9	**0.86	9
**0.93	10	**0.62	10
**0.89	11	**0.68	11
**0.85	12	**0.89	12
**0.77	13	**0.86	13
**0.78	14	**0.67	14
**0.73	15	**0.56	15

** دال عند مستوى دلالة 0.01.

جاءت جميع معاملات الارتباط دالة وموجبة، وتراوحت للمحور الأول بين (0.56-0.86)، وللمحور الثاني بين (0.65-0.93)، وجميعها معاملات صدق مقبولة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01، ما يشير إلى توافر معاملات صدق لبند كل محور من محاور الاستبانة.

وقامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية للاستبانة، وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (7) معاملات الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية للاستبانة.

معاملات الارتباط بالدرجة الكلية	المحور
**0.97	المحور الأول: دور الأخصائي الاجتماعي مع حالات رفض الإجراء الطبي.
**0.98	المحور الثاني: دور الأخصائي الاجتماعي باستناده على مجموعة من نماذج التدخل المهني، ومنها نموذج العلاج الواقعي.

** دال عند مستوى دلالة 0.01.

مجلة الخدمة الاجتماعية

تراوحت معاملات الارتباط بين كلِّ محور والدرجة الكلية للاستبانة بين (0.97-0.98)، وجميعها دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.01) وموجبة، ما يدل على أنَّ معاملات صدق محاور الاستبانة مرتفعة.

2- الثبات:

قامت الباحثة بحساب معامل الثبات لكلِّ محور من محاور الاستبانة، والدرجة الكلية للاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وجاءت النتائج كما بالجدول الآتي:

الجدول رقم (8) معاملات الثبات بين كلِّ محور والدرجة الكلية للاستبانة.

ألفا كرونباخ	ن	المحور
0.93	15	المحور الأول: دور الأخصائي الاجتماعي مع حالات رفض الإجراء الطبي.
0.97	15	المحور الثاني: دور الأخصائي الاجتماعي باستناده على مجموعة من نماذج التدخل المهني، ومنها نموذج العلاج الواقعي.
0.97	30	الدرجة الكلية

تشيرُ معاملات الثبات التي تراوحت بين (0.93-0.97) إلى ارتفاع معاملات الثبات ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة، وبلغت للدرجة الكلية للاستبانة (0.97)، وهو معامل مرتفع، ما يدل على توافر معاملات ثبات مرتفعة للاستبانة.

ثامناً: إجراءات تطبيق الدراسة:

قامت الباحثة بمجموعة من الخطوات لجمع بيانات الدراسة، وإجراء برنامج التدخل المهني من خلال ما يلي:

- 1- تواصلت الباحثة مع إدارة الجودة، وطلبت الاطلاع على إحصائيات آخر ثلاث سنوات لحالات رفض الإجراء الطبي لعام (2021، 2022، 2023).
- 2- الحصول على موافقة لجنة أخلاقيات البحوث بجامعة الملك سعود؛ وذلك لأنها المرجع لمستشفى الملك خالد الجامعي وهو يتبع لها، وكمطلب للحصول على موافقة إجراء الدراسة على عينة الدراسة.
- 3- الحصول على موافقة إدارة مستشفى الملك خالد الجامعي على إجراء الدراسة، وتوضيح الهدف منها؛ وذلك بعد تقديم خطاب رسمي لتسهيل مهمة الباحثة.

- 4- مناقشة أهداف التدخل المهني وإستراتيجياته ووسائله، والأنشطة التي يمكن عن طريقها تنفيذ برنامج التدخل المهني مع جماعة المرضى وأخذ موافقتهم.
- 5- توزيع استمارة استطلاع رأي الخبراء على الأخصائيين الاجتماعيين بمستشفى الملك خالد الجامعي.
- 6- قامت الباحثة بالحصول على قائمة أسماء الحالات لأخر ثلاثة أشهر من سنة 2023م من قسم الجودة، وبدأت بالتواصل معهم لاختيار أفراد العينة التي تنطبق عليهم الشروط، بالإضافة إلى الحالات المنومة في قسم الطوارئ؛ ومن ثم الاتفاق معهم على موعد لشرح البرنامج لهم.
- 7- قامت الباحثة باختيار مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية ممن تنطبق عليهم شروط العينة، وفرزهم بالطريقة العشوائية، فقام كل مجموعة 10 حالات.

تاسعاً: المعاملات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي جُمعت، استُخدم برنامج الخزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية المناسبة، والتي يُرمز لها بالرمز SPSS V.26 كما استُخدمت الأساليب الآتية:

- استُخدمت التكرارات والنسب المئوية (Percentage & Frequencies)؛ للتعرف على الخصائص الديموغرافية لأفراد عينات الدراسة.
- لتحليل الاستبانة الخاصة بالخبراء، استُخدمت التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لأداء أفراد العينة على بنود الاستبانة.
- المتوسطات الحسابية (Mean) الموزونة؛ لتحديد الاتجاه العام لفقرات وأبعاد الاستبانة.
- المتوسطات والانحرافات المعيارية (Standard Deviation): لوصف أداء المجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس في الأداءات القبلية والبعديّة.
- معامل ارتباط بيرسون (Pearson): لقياس الاتساق الداخلي بين عبارات الأداة (المقياس)، وكل محور تنتمي إليه.
- معامل الثبات ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha-a) لحساب معامل ثبات أداة الدراسة.

- اختبار مان ويتي لتحديد الفروق بين العينتين التجريبية والضابطة في الأداء القبلي والبعدي، وهو بديل اختبار (ت) للعينتين المستقلتين.
- اختبار ويلكوسون للأداء المترابطة؛ لتحديد الفروق بين الأداء القبلي والبعدي داخل المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.
- قانون حجم الأثر كوهين (d) لحساب مقدار أثر فعالية استخدام البرنامج المهني المستند على العلاج الواقعي، في حلّ مشكلات رفض الإجراء الطبي على المرضى الذين يرفضون الإجراء الطبي بمستشفى الملك خالد الجامعي.

عرض وتحليل النتائج:

أولاً: عرض نتائج الجولة الأولى لأسلوب دلغاي لآراء الخبراء:

بعد أن جمعت الباحثة استبانات الجولة الأولى البالغ عددها 25 استبانة، قامت الباحثة بتفريغها وتصنيفها من خلال نظام التكرارات، وجاءت نتائج كل محور وفقاً لآراء عينة الخبراء كما يلي بكل محور على حدة، والتي رأى الخبراء أنها مهمة في ضرورة التعامل مع الحالات الراضة للتدخل الجراحي، وفيما يلي عرض لتلك الأدوار، كل محور مرتبة ترتيباً تنازلياً، وفقاً لاستجابات عينة الدراسة وتحليل أهم النتائج.

المحور الأول: دور الأخصائي الاجتماعي مع حالات رفض الإجراء الطبي:

الجدول رقم (9) يوضح استجابات عينة الدراسة عن المحور الأول: دور الأخصائي الاجتماعي مع حالات رفض الإجراء الطبي.

م	الاستجابات	
	ك	%
1	24	96%
2	24	96%
3	23	92%
4	23	92%
5	23	92%
6	23	92%
7	22	88%
8	22	88%
9	22	88%

مجلة الخدمة الاجتماعية

10	يساعدُ المريض فيخطئى المخاوف المصاحبة للإجراء الطبي.	21	%84
11	يسهمُ في تعزيز ثقة المريض بالمؤسسة الطبية.	21	%84
12	مناقشة المريض عن المخاوف المتوقعة للإجراء الطبي للتأكد من فهمها.	21	%84
13	تشكيل جماعات الدعم والمساندة للمرضى الذين يشتركون في بعض المخاوف؛ بهدف مساعدتهم على تخطيها.	21	%84
14	يساعدُ المريض على اتخاذ القرار المناسب بشأن الإجراء الطبي.	20	%80
15	تصميم برامج وأدلة إرشادية موجّهة للفريق الطبي؛ لسهولة التعامل مع حالات رفض الإجراء الطبي.	19	%76

يلاحظ من الجدول السابق: استجابات عينة الدراسة بنسبٍ موافقة مرتفعة عن معظم

عبارات الاستبانة، ولكن تُوجد بعض العبارات التي لم تحظَ بتلك الموافقة المرتفعة؛ ومنها:

- يساعدُ المريض على اتخاذ القرار المناسب بشأن الإجراء الطبي.
- تصميمُ برامج وأدلة إرشادية موجّهة للفريق الطبي لسهولة التعامل مع حالات رفض الإجراء الطبي.

المحور الثاني: دور الأخصائي الاجتماعي باستناده على مجموعة من نماذج التدخل المهني؛ ومنها نموذج العلاج الواقعي:

الجدول رقم (10) دورُ الأخصائي الاجتماعي باستناده على مجموعة من نماذج التدخل المهني؛ ومنها نموذج العلاج الواقعي.

م	الدور	الاستجابات	
		ك	%
1	يساعدُ على تقليل مستوى التوتر النفسي الناجم عن الإجراء الطبي.	24	%96
2	يساعدُ في زيادة ثقة المريض بالفريق الطبي.	24	%96
3	يمنح المريض وأسرته فرصة التحدث والاستماع لرأي طبي متخصص.	24	92%96 %
4	يساعدُ المريض على تطوير مهارات التعامل مع الإجراء الطبي.	23	%92
5	يساعدُ على إقامة علاقة علاجية إيجابية وداعمة بين الفريق الطبي والمريض.	23	%92
6	يساعدُ المريض على فهم الآثار السلبية على حياته في حالة رفض الإجراء الطبي.	23	%92
7	يسهمُ على تحسين جودة حياة المريض بوجه عام.	23	%92
8	يسهمُ بفاعلية في حلّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي.	23	%92
9	توعية الفريق الطبي بضرورة تهيئة المريض نفسياً وما له من أثرٍ إيجابي لقبول الإجراء الطبي.	23	%92
10	يساعدُ المرضى على تغيير المعتقدات السلبية المتعلقة بالإجراء الطبي.	22	%88

مجلة الخدمة الاجتماعية

%88	22	يساعدُ المريض على مواجهة المخاوف المرتبطة بالإجراء الطبي بشكلٍ فعّال.	11
%88	22	يُساعدُ المريض على التحكم في مشاعره السلبية تجاه الإجراء الطبي.	12
%88	22	تشجّعُ المريض على مواجهة الواقع والتعامل معه.	13
%88	22	يُسهّمُ في تحسين التواصل بين المريض وفريق الرعاية الصحية.	14
%88	22	يمكن أن يسهم في زيادة مستوى التزام المريض بالعلاج الطبي المُقدّم.	15

من الجدول السابق يلاحظ: أنّ استجابات عينة الدّراسة بنسبٍ موافقة مرتفعة على كلّ عبارات الاستبانة، ولكن هناك بعض العبارات كانت الأقل في نسبة الموافقة، وهي يمكن توضيحها كما يلي:

- يساعدُ المرضى على تغيير المعتقدات السلبية المتعلقة بالإجراء الطبي.
 - يساعدُ المريض على مواجهة المخاوف المرتبطة بالإجراء الطبي بشكلٍ فعّال.
 - يساعدُ المريض على التحكم في مشاعره السلبية تجاه الإجراء الطبي.
 - تشجّعُ المريض على مواجهة الواقع والتعامل معه.
 - يسهمُ في تحسين التواصل بين المريض وفريق الرعاية الصحية.
 - يمكن أن يسهم في زيادة مستوى التزام المريض بالعلاج الطبي المُقدّم.
- وبناءً على نتائج هذه الجولة؛ ونظرًا لارتفاع درجة الموافقة بين الخبراء على دور العلاج الواقعي في التعامل مع حالات الرفض للإجراء الطبي بين المرضى اكتفت الباحثة بتلك الجولة، وأرادت استيضاح مدى موافقة الخبراء على دور الأخصائي الاجتماعي مع تلك الحالات، ودور نماذج التدخل المهني في مواجهتها كما بالجدول الآتية:
- وئيّنت التصنيفات للمتوسطات الحسابية، وفقًا لطول الفئة وعدد الفئات كما بالجدول الآتي:

الجدول رقم (11) تصنيف المتوسطات الحسابية.

المتوسط الحسابي	درجة الموافقة
5.00-4.21	موافق بشدة.
4.20-3.41	موافق.
3.40-2.61	محايد.
2.60-1.81	غير موافق.
1.80-1.00	غير موافق بشدة.

مجلة الخدمة الاجتماعية

- قامت الباحثة بحساب التكرارات والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لبنود الاستبانة، وفقاً لآراء الخبراء، وكانت النتائج كما يلي:
الجدول رقم (12) الإحصاءات الوصفية لأداء عينة الخبراء في المحور الأول: دور الأخصائي الاجتماعي مع حالات رفض الإجراء الطبي.

الرقم	العبارة	ك/ %	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الموافقة بشدة
			أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة				
1	يساعدُ المريض في مناقشة الأسباب التي تدفعه لرفض الإجراء الطبي بهدف حلها.	ك	12	11	2	0	0	4.40	0.64	1	موافق بشدة
		%	48	44	8	0					
2	يساعدُ المريض فيتخطى المخاوف المصاحبة للإجراء الطبي.	ك	9	12	3	0	1	4.16	0.80	9	موافق
		%	36	48	12	4					
3	يساعدُ المريض في حلّ المشكلات الاجتماعية التي يتوقع حدوثها بعد الإجراء الطبي.	ك	9	14	1	0	1	4.24	0.72	7	موافق بشدة
		%	36	56	4	4					
4	يساعدُ في تحسين التواصل بين المريض والفريق الطبي.	ك	10	13	2	0	0	4.32	0.62	4	موافق بشدة
		%	40	52	8	0					
5	يساعدُ الفريق الطبي بتهيئة المريض لقبول الإجراء الطبي.	ك	7	15	2	0	1	4.12	0.72	10	موافق
		%	28	60	8	4					
6	يساعدُ المريض على اتخاذ القرار المناسب بشأن الإجراء الطبي.	ك	8	12	5	0	0	4.12	0.72	10	موافق
		%	32	48	20	0					
7	يسهم في تعزيز ثقة المريض	ك	9	12	4	0	0	4.20	0.71	8	موافق

مجلة الخدمة الاجتماعية

درجة الموافقة	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة					ك/ %	العبارة	الرقم
				لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة			
				0	0	16	48	36			
				0	0	16	48	36	%	بالمؤسسة الطبية.	
موافق بشدة	6	0.61	4.28	0	0	2	14	9	ك	تقديم الدعم النفسي الاجتماعي اللازم لحالات رفض الإجراء الطبي.	8
				0	0	8	56	36	%		
موافق بشدة	5	0.69	4.32	0	1	0	14	10	ك	توجيه حالات رفض الإجراء الطبي إلى الموارد المناسبة الدّاعمة.	9
					4	0	56	40	%		
موافق بشدة	5	0.69	4.32	0	0	3	11	11	ك	تحسين جودة الحياة لدى حالات رفض الإجراء الطبي وأسرهـم.	10
				0	0	12	44	44	%		
موافق بشدة	6	0.61	4.28	0	0	2	14	9	ك	مناقشة المريض عن المخاوف المتوقعة للإجراء الطبي للتأكد من فهمها.	11
				0	0	8	56	36	%		
موافق بشدة	2	0.70	4.36	0	0	3	10	12	ك	تقييم المريض وأسرته لفهم العوامل التي تؤثر على قرارهم الطبي.	12
				0	0	12	40	48	%		
موافق بشدة	3	0.55	4.32	0	0	1	15	9	ك	حلقة وصل بين الفريق الطبي والمريض للبحث عن حلّ لمساعدة المريض.	13
				0	0	4	60	36	%		
موافق	12	0.73	4.04	0	1	3	15	6	ك	تشكيل جماعات الدعم والمساندة للمرضى الذين يشتركون في بعض المخاوف؛ بهدف مساعدتهم على تخطيها.	14
				0	4	12	60	24	%		

مجلة الخدمة الاجتماعية

الرقم	العبارة	ك/ %	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الموافقة
			لا أوافق بشدة	أوافق بشدة	محايد	لا أوافق	أوافق بشدة				
15	تصميم برامج وأدلة إرشادية موجهة للفريق الطبي لسهولة التعامل مع حالات رفض الإجراء الطبي.	ك	6	14	5	0	0	4.04	0.67	11	موافق
		%	24	56	20	0	0	4.23	0.67	موافق بشدة	
المتوسط العام للمحور											

جاء المتوسط العام لمحور دور الأخصائي الاجتماعي مع حالات رفض الإجراء الطبي نحو (4.23) وانحرافٍ معياري (0.67)، ما يشيرُ إلى الموافقة بشدة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على ما اقترحتهُ الباحثة من أدوار يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لمواجهة حالات رفض الإجراء الطبي، ما يشيرُ إلى اتفاقٍ بين الخبراء على تلك الأدوار؛ حيث جاءت (9) عبارات بفئة الموافقة بشدة، بينما جاءت (6) عبارات في فئة الموافقة، ويمكن ترتيبها كما يلي:

البنود التي لاقت موافقة بشدة:

جاء بالمرتبة الأولى بند (1) "يساعدُ المريض في مناقشة الأسباب التي تدفعه لرفض الإجراء الطبي؛ بهدف حلها" بمتوسطٍ حسابي (4.40)، وانحرافٍ معياري (0.64)، ما يعني أنّ الأخصائيين الاجتماعيين يدركون أنّ دورهم الأساسي مساعدة المرضى، ومناقشة أسباب رفضهم الإجراء الطبي حتى يستطيع حلها.

جاء بالمرتبة الثانية بند (12) "تقييمُ المريض وأسرته لفهم العوامل التي تؤثر على قرارهم الطبي" بمتوسطٍ حسابي (4.36)، وانحرافٍ معياري (0.70)، ما يعني أنّ الأخصائيين الاجتماعيين يقومون بتقييم المريض وأسرته لفهم العوامل التي هي سببُ الرفض للإجراء الطبي، ومحاولة تذليل تلك الأسباب.

جاء بالمرتبة الثالثة بند (13) "حلقةُ وصلٍ بين الفريق الطبي والمريض للبحث عن حلٍّ لمساعدة المريض" بمتوسطٍ حسابي (4.32)، وانحرافٍ معياري (0.55)، ما يعني أنّ

الأخصائيين يدركون كونهم حلقة وصل تعمل على حلّ مشاكل المريض مع الفريق الطبي، والبحث عن وسائل لمساعدة المريض.

جاء بالمرتبة الرابعة بند (4) "يساعدُ في تحسين التواصل بين المريض والفريق الطبي" بمتوسطٍ حسابي (4.32) وبانحرافٍ معياري (0.62)، ما يعني أنّ الأخصائيين الاجتماعيين يرون أنّ الأخصائي يساعِدُ في تحسين أساليب التواصل بين المريض والفريق الطبي؛ ممّا يساعِدُ على فهم كلّ منهم للآخر واحتياجاته واتجاهه نحو قبول الإجراء الطبي.

جاء بالمرتبة الخامسة بند (9، 10) "توجيهُ حالات رفض الإجراء الطبي إلى الموارد المناسبة الداعمة"، و"تحسين جودة الحياة لدى حالات رفض الإجراء الطبي وأسره" بمتوسطٍ حسابي (4.32)، وبانحرافٍ معياري (0.69)، ما يعني أنّ الأخصائي الاجتماعي دوره مهمٌ في توفير مصادر دعم، تساعِدُ المريض في اتخاذ قرارٍ يخدم مصلحته بشأن الإجراء الطبي، وأن يصلَ المرضى وأسره بالنهاية للشعور بجودة الحياة.

جاء بالمرتبة السادسة بند (11) "إجراء مناقشة مع المريض عن المخاوف المتوقعة للإجراء الطبي للتأكد من فهمها"، وبند (6) "تقديم الدعم النفسي الاجتماعي اللازم لحالات رفض الإجراء الطبي" بمتوسطٍ حسابي (4.28) وبانحرافٍ معياري (0.61)، ما يعني أنّ دور الأخصائي هو تذليل مخاوف المرضى من الإجراء الطبي؛ وذلك بمناقشة المريض لمخاوفه المتوقعة وفهمها بشكلٍ صحيح. وكذلك تذليل مخاوف المرضى عن طريق كل ما لديه من وسائل الدعم المتاحة والمهمة؛ لدعم اتخاذهم لقرارٍ صائب بشأن الإجراء الطبي سواء النفسي أو الاجتماعي.

جاء بالمرتبة السابعة بند (3) "يساعدُ المريض في حلّ المشكلات الاجتماعية التي يتوقّع حدوثها بعد الإجراء الطبي" بمتوسطٍ حسابي (4.24) وبانحرافٍ معياري (0.72)، ما يعني أنّ الأخصائيين الاجتماعيين عليهم تقديم مساعدة في حل المشكلات الاجتماعية التي تواجه المرضى التي قد يتوقّع حدوثها.

بينما جاءت البنود الآتية في فئة الموافقة، ويمكن ترتيبها كما يلي:

جاء بالمرتبة الثامنة بند (7) "يسهمُ في تعزيز ثقة المريض بالمؤسسة الطبية" بمتوسطٍ حسابي (4.20) وبانحرافٍ معياري (0.71)، ما يعني أنّ الأخصائيين الاجتماعيين يدركون

مجلة الخدمة الاجتماعية

أن من مهامهم الأساسية أن يُعزّزوا ثقة المريض بالمستشفى؛ كي يتخذَ قرارَ الإجراء الطبي المناسب دونما خوفٍ من عواقب ذلك الإجراء.

جاء بالمرتبة التاسعة بند (2) "يساعدُ المريض في تخطي المخاوف المصاحبة للإجراء الطبي" بمتوسط حسابي (4.16) وانحرافٍ معياري (0.80)، ما يعني أن الأخصائي الاجتماعي عليه مساعدة المريض؛ لتخطي المخاوف التي قد تصاحبُ الإجراء الطبي وتمنعه من اتخاذ قراره.

جاء بالمرتبة العاشرة بند (5، 6) "يساعدُ الفريق الطبي بتهيئة المريض لقبول الإجراء الطبي"، و"يساعدُ المريض على اتخاذ القرار المناسب بشأن الإجراء الطبي" بمتوسطٍ حسابي (4.12) وانحرافٍ معياري (0.72)، ما يعني أن الأخصائيين عليهم تقديم مساعدة للفريق الطبي لتهيئة المرضى، ومساعدة المريض على اتخاذ القرار بتنفيذ الإجراء الطبي.

جاء بالمرتبة الحادية عشرة بند (15) "تصميمُ برامج وأدلة إرشادية موجّهة للفريق الطبي لسهولة التعامل مع حالات رفض الإجراء الطبي" بمتوسط حسابي (4.04)، وانحرافٍ معياري (0.67)، ما يعني أن الأخصائيين عليهم أن يقوموا بتصميم البرامج والأدلة الإرشادية، التي تساعدُ الفريق الطبي للتعامل بكفاءة مع المرضى الراضين للإجراء الطبي.

جاء بالمرتبة الأخيرة بند (14) "تشكيل جماعات الدعم والمساندة للمرضى الذين يشتركون في بعض المخاوف؛ بهدف مساعدتهم على تخطيها" بمتوسط حسابي (4.04) وانحرافٍ معياري (0.74)، ما يعني أنه على الأخصائيين الاجتماعيين تشكيل جماعات دعم للمرضى الذين لديهم المخاوف نفسها؛ كي تساعدهم تلك الجماعات على خفض المخاوف والتفكير بعقلانية بها وتخطيها.

الجدول رقم (13) الإحصاءات الوصفية لأداء عينة الخبراء في المحور الثاني: دور الأخصائي الاجتماعي باستناده على مجموعة من نماذج التدخل المهني، ومنها نموذج العلاج الواقعي.

الرقم	العبارة	ك/ %	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الموافقة
			لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة				
1	يساعدُ المرضى على تغيير المعتقدات السلبية المتعلقة	ك	0	0	3	12	10	4.28	0.67	4	موافق بشدة

مجلة الخدمة الاجتماعية

الرقم	العبارة	ك/ %	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الموافقة
			لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة				
	بالإجراء الطبي.	%	0	0	12	48	40				
2	يساعدُ المريض على تطوير مهارات التعامل للإجراء الطبي.	ك	1	0	2	13	9	4.16	0.89	11	موافق
		%	4	0	8	52	36				
3	يساعدُ المريض على مواجهة المخاوف المرتبطة بالإجراء الطبي بشكل فعّال.	ك	0	0	3	13	9	4.22	0.66	7	موافق بشدة
		%	0	0	12	52	36				
4	يساعدُ على تقليل مستوى التوتر النفسي الناجم عن الإجراء الطبي.	ك	0	0	1	17	7	4.24	0.52	5	موافق بشدة
		%	0	0	4	68	28				
5	يساعدُ في زيادة ثقة المريض بالفريق الطبي.	ك	0	0	1	15	9	4.32	0.55	1	موافق بشدة
		%	0	0	4	60	36				
6	يساعدُ على إقامة علاقة علاجية إيجابية وداعمة بين الفريق الطبي والمريض.	ك	0	0	2	16	7	4.20	0.58	8	موافق
		%	0	0	8	64	28				
7	يساعدُ المريض على التحكم في مشاعره السلبية تجاه الإجراء الطبي.	ك	0	0	3	16	6	4.12	0.60	12	موافق
		%	0	0	12	64	24				
8	يساعدُ المريض على فهم الآثار السلبية على حياته في حالة رفض الإجراء الطبي.	ك	0	0	2	13	10	4.32	0.63	2	موافق بشدة
		%	0	0	8	52	40				
9	تشجيعُ المريض على مواجهة الواقع والتعامل معه.	ك	0	0	2	14	9	4.28	0.61	3	موافق بشدة
		%	0	0	8	56	36				
10	يُسهّمُ في تحسين التواصل بين المريض وفريق الرعاية الصحية.	ك	0	0	3	14	8	4.20	0.64	9	موافق
		%	0	0	12	56	32				

مجلة الخدمة الاجتماعية

الرقم	العبارة	ك/ %	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الموافقة
			لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة				
11	يُسهم على تحسين جودة حياة المريض بوجهٍ عام.	ك	0	0	2	17	6	4.16	0.55	10	موافق
		%	0	0	8	68	24				
12	يُسهم بفاعلية في حلّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي.	ك	0	0	2	15	8	4.24	0.59	6	موافق بشدة
		%	0	0	8	60	32				
13	يمكن أن يُسهم في زيادة مستوى التزام المريض بالعلاج الطبي المُقدّم.	ك	0	0	2	13	10	4.32	0.63	2	موافق بشدة
		%	0	0	8	52	40				
14	يمنحُ المريض وأسرته فرصة التحدث والاستماع لرأي طبي متخصص.	ك	0	0	1	15	9	4.32	0.55	1	موافق بشدة
		%	0	0	4	60	36				
15	توعية الفريق الطبي بضرورة تهيئة المريض نفسياً وما له من أثرٍ إيجابي لقبول الإجراء الطبي.	ك	0	0	2	14	9	4.28	0.61	3	موافق بشدة
		%	0	0	8	56	36				
موافق بشدة			المتوسط العام للمحور					4.24	0.62		

جاء المتوسط العام للمحور الثاني: دور الأخصائي الاجتماعي باستناده على مجموعة من نماذج التدخل المهني ومنها نموذج العلاج الواقعي، يبلغ (4.24) وانحرافٍ معياري (0.62)، ما يشير إلى الموافقة بشدة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين على ما اقترحه الباحث من أدوار يقوم بها الأخصائي الاجتماعي، استناداً على النماذج المهنية لمواجهة حالات رفض الإجراء الطبي، ما يشير إلى اتفاق بين الخبراء على تلك الأدوار؛ حيث جاءت (10) عبارات بفئة الموافقة بشدة، بينما جاءت (5) عبارات في فئة الموافقة، ويمكن ترتيبها كما يلي:

البند التي لاقت موافقة بشدة:

جاء بالمرتبة الأولى بند (5) "يساعدُ في زيادة ثقة المريض بالفريق الطبي"، وبند(14) "يمنحُ المريض وأسرته فرصة التحدث والاستماع لرأي طبي متخصص" بمتوسط حسابي (4.32) وانحرافٍ معياري (0.55)، ما يعني أنَّ الأخصائيين الاجتماعيين يرون أنَّ استخدام برامج العلاج تُساعدُ في رفع ثقة المريض بنفسه، وتعيُنُ المريض في إيجاد فرصة للتواصل وأسرته مع المختصين لأخذ رأيهم الطبي المتخصص بحالاتهم، ما يُقللُ من رفضهم للإجراء الطبي.

جاء بالمرتبة الثانية بند (13) "يمكن أن يُسهم في زيادة مستوى التزام المريض بالعلاج الطبي المقدم"، وبند (8) "يساعد المريض على فهم الآثار السلبية على حياته في حالة رفض الإجراء الطبي" بمتوسط حسابي (4.32) وانحرافٍ معياري (0.63)، ما يعني أنَّ الأخصائيين الاجتماعيين يرون أنَّ تلك البرامج العلاجية تُسهم في زيادة التزام المرضى بالعلاج الطبي لاقتناعهم به، وكذلك يساعدهم على فهم ما هي الآثار السلبية للإجراء الطبي على حياته مستقبلاً والقدرة على التعامل معها.

جاء بالمرتبة الثالثة بند (15) "توعيةُ الفريق الطبي بضرورة تهيئة المريض نفسياً وما له من أثرٍ إيجابي لقبول الإجراء الطبي"، وبند (9) "تشجيع المريض على مواجهة الواقع والتعامل معه" بمتوسط حسابي (4.28) وانحرافٍ معياري (0.61)، ما يعني أنَّ الأخصائيين الاجتماعيين يرون أنَّ برامج العلاج قد تزيد من وعي الفريق الطبي بأهمية تهيئة المرضى نفسياً، قبل إبلاغهم بالإجراء الطبي حتى يتقبلوه، وكذلك تُشجع المرضى لمواجهة واقع حياته الجديدة والطرق الفعّالة للتعامل معه.

جاء بالمرتبة الرابعة بند (1) "يساعدُ المرضى على تغيير المعتقدات السلبية المتعلقة بالإجراء الطبي" بمتوسط حسابي (4.28) وانحرافٍ معياري (0.67)، ما يعني أنَّ البرامج العلاجية تساعدُ في تغيير المعتقدات السلبية تجاه الإجراء الطبي لدى المرضى، ما يعينُ في إقناعهم لتبني الإجراء الطبي لصالحهم.

جاء بالمرتبة الخامسة بند (4) "ساعد على تقليل مستوى التوتر النفسي الناجم عن الإجراء الطبي" بمتوسط حسابي (4.24) وانحرافٍ معياري (0.52)، ما يعني أنَّ البرامج التي ينفذها الأخصائيون الاجتماعيون تعمل على خفض مستوى القلق لدى المرضى الخائفين من الإجراء الطبي وعواقبه.

جاء بالمرتبة السادسة بند (12) "يسهم بفعالية في حلّ مشكلات حالات رفض الإجراء الطبي" بمتوسط حسابي (4.24) وانحرافٍ معياري (0.59)؛ ما يعني أنّ الأخصائيين الاجتماعيين يرون أنّ تلك البرامج تسهم بشكلٍ كافٍ في حلّ مشكلات المرضى الراضين للإجراء الطبي من واقع خبرتهم.

جاء بالمرتبة السابعة بند (2) "يساعدُ المريض على مواجهة المخاوف المرتبطة بالإجراء الطبي بشكلٍ فعّال" بمتوسط حسابي (4.22) وانحرافٍ معياري (0.66)، ما يعني أنّ البرامج تُعين الأخصائي في تعليم المرضى أساليب مواجهة ضغوط الإجراء الطبي، ومخاوفه بشكلٍ واقعي.

بينما جاءت البنود الآتية في فئة الموافقة، ويمكن ترتيبها كما يلي:

جاء بالمرتبة الثامنة بند (6) "يساعدُ على إقامة علاقة علاجية إيجابية وداعمة بين الفريق الطبي والمريض" بمتوسط حسابي (4.20) وانحرافٍ معياري (0.58)، ما يعني أنّ تطبيق تلك البرامج بكفاءة يساعد على بناء علاقة علاجية إيجابية وداعمة للمرضى، وتُيسر التواصل بين المريض والفريق الطبي.

جاء بالمرتبة التاسعة بند (10) "يسهم في تحسين التواصل بين المريض وفريق الرعاية الصحية" بمتوسط حسابي (4.20) وانحرافٍ معياري (0.64)، ما يعني أنّ تلك الجلسات العلاجية التي تطبق بتلك البرامج المهنية توفر وسائل تواصل فعّال، ما يُحسّن منه بين المريض وفريق الرعاية الصحية بالمؤسسة.

جاء بالمرتبة العاشرة بند (11) "يسهم على تحسين جودة حياة المريض بوجهٍ عام" بمتوسط حسابي (4.16) وانحرافٍ معياري (0.55)، ما يعني أنّ الهدف الأسمى من تطبيق تلك البرامج والذي يحاول الأخصائيون الاجتماعيون الوصول له؛ لتوفير حياة سعيدة للمريض بوجهٍ عام، وتحسين جودة حياته على المدى البعيد.

جاء بالمرتبة الحادية عشرة بند (2) "يساعدُ المريض على تطوير مهارات التقبل للإجراء الطبي" بمتوسط حسابي (4.16) وانحرافٍ معياري (0.89)، ما يعني أنّ تطبيق البرامج المهنية والعلاجية الإرشادية تُعين في تطوير مهارات التقبل لواقع الإجراء الطبي لدى المرضى.

مجلة الخدمة الاجتماعية

جاء بالمرتبة الأخيرة بند (7) "يساعدُ المريض على التحكم في مشاعره السلبية تجاه الإجراء الطبي" بمتوسط حسابي (4.12) وانحرافٍ معياري (0.60)، ما يعني أنّ تلك البرامج تُقدّم خطوات واضحة للمرضى؛ للتحكم في المشاعر السلبية لديهم تجاه الإجراء الطبي.

ثانياً: عرض نتائج الدراسة التجريبية:

قامت الباحثة بالتأكد من اعتدالية البيانات في العينة الضابطة والتجريبية باستخدام اختبار شابيرو- ويلك، وأشارت النتائج بالجدول الآتي إلى قيمة شابيرو ودلالته بكل مجموعة. الجدول رقم (14) نتائج اختبار الاعتدالية للبيانات للمجموعات (ن=10) للأداء الكلي للمقياس.

المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	القيم
0.963	0.836	شابيرو- ويلك.
0.05	0.05	الدالة.

وتشير النتائج أنّ هناك فرقاً دالياً إحصائياً بين أداء كل مجموعة والمجتمع، ما يشير إلى عدم اعتدالية البيانات، ويحتم استخدام الإحصاء اللابارامتري.

المقارنة بين القياسين: القبلي والبعدي:

للتأكد من صحة الفرض الأول للدراسة الذي ينصّ على "1-يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المرضى في المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب المرضى في المجموعة الضابطة في البُعد المعرفي لدى الحالات التي ترفض الإجراء الطبي لصالح المجموعة التجريبية".

قامت الباحثة باستخدام اختبار مان ويتي للفروق في متوسط الرتب، بين عينتين مستقلتين وجاءت النتائج بالجدول الآتي:

الجدول رقم (15) نتائج المقارنة في الأداء البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة على البُعد المعرفي.

الأبعاد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	حجم الأثر
البُعد المعرفي.	التجريبية	13.70	2.94	5.55	55.5	-3.75	دال عند 0.01	0.65 أعلى من المتوسط
	الضابطة	37.20	7.45	15.45	154.5			

تشير تلك النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في البُعد المعرفي بالأداء البعدي عند مستوى دلالة 0.01 لصالح المجموعة التجريبية؛ حيث جاءت قيمة $Z = -3.57$ ، ما يعني أنّه قد انخفضت درجات البُعد المعرفي لديهم لرفض

مجلة الخدمة الاجتماعية

الإجراء الطبي بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعي. وتشير درجة حجم الأثر للبرنامج على البُعد المعرفي لدى المرضى الراضين للإجراء الطبي، والتي تبلغ = 0.65 إلى أثر أعلى من المتوسط لدى العينة التجريبية.

للتأكد من صحة الفرض الثاني للدراسة الذي ينصُ على " 2- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المرضى في المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب المرضى في المجموعة الضابطة في البُعد النفسي لدى الحالات التي ترفض الإجراء الطبي لصالح المجموعة التجريبية ".

الجدول رقم (16) نتائج المقارنة في الأداء البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة على البُعد النفسي.

الأبعاد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	حجم الأثر
البُعد النفسي.	التجريبية	11.20	1.39	5.50	55.0	-3.80	دال عند 0.01	0.65 أعلى من المتوسط.
	الضابطة	45.40	5.35	15.5	155.0			

تشير تلك النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في البُعد النفسي بالأداء البعدي عند مستوى دلالة 0.01 لصالح المجموعة التجريبية؛ حيث جاءت قيمة $Z = -3.80$ ، ما يعنى أنه قد انخفضت درجات البُعد النفسي لديهم لرفض الإجراء الطبي بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعي. وتشير درجة حجم الأثر للبرنامج على البُعد المعرفي لدى المرضى الراضين للإجراء الطبي، والتي تبلغ = 0.65 إلى أثر أعلى من المتوسط لدى العينة التجريبية.

للتأكد من صحة الفرض الثالث للدراسة الذي ينصُ على " 3- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المرضى في المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب المرضى في المجموعة الضابطة في البُعد الاجتماعي لدى الحالات التي ترفض الإجراء الطبي لصالح المجموعة التجريبية ".

الجدول رقم (17) نتائج المقارنة في الأداء البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة على البُعد الاجتماعي.

الأبعاد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	حجم الأثر
---------	-----------	---------	-------------------	-------------	-------------	---	---------	-----------

مجلة الخدمة الاجتماعية

0.66 أعلى من المتوسط.	دال عند 0.01	3.83-	55.0	5.50	1.31	10.8	التجريبية	البُعد الاجتماعي.
			155.0	15.5	8.16	42.20	الضابطة	

تشير تلك النتائج إلى وجود فروقٍ دالةٍ إحصائياً بين المجموعة التجريبية والضابطة في البُعد الاجتماعي بالأداء البعدي عند مستوى دلالة 0.01 لصالح المجموعة التجريبية؛ حيث جاءت قيمة $Z = -3.83$ ، ما يعني أنه قد انخفضت درجات البُعد الاجتماعي لديهم لرفض الإجراء الطبي بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعي، وتشير درجة حجم الأثر للبرنامج على البُعد المعرفي لدى المرضى الراضين للإجراء الطبي والتي تبلغ $= 0.66$ إلى أثرٍ أعلى من المتوسط لدى العينة التجريبية.

للتأكد من صحة الفرض الرابع للدراسة الذي ينصُ على "4- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المرضى في المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب المرضى في المجموعة الضابطة في البُعد البيئي لدى الحالات التي ترفض الإجراء الطبي لصالح المجموعة التجريبية".

الجدول رقم (18) نتائج المقارنة في الأداء البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة على البُعد البيئي.

حجم الأثر	الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	المجموعات	الأبعاد
0.66 أعلى من المتوسط.	دال عند 0.01	3.83-	55.0	5.50	2.75	11.6	التجريبية	البُعد البيئي.
			155.0	15.5	6.71	40.3	الضابطة	

تشير تلك النتائج إلى وجود فروقٍ دالةٍ إحصائياً بين المجموعة التجريبية والضابطة في البُعد البيئي بالأداء البعدي عند مستوى دلالة 0.01 لصالح المجموعة التجريبية؛ حيث جاءت قيمة $Z = -3.83$ ، ما يعني أنه قد انخفضت درجات البُعد النفسي لديهم لرفض الإجراء الطبي بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعي. وتشير درجة حجم الأثر للبرنامج على البُعد المعرفي لدى المرضى الراضين للإجراء الطبي، والتي تبلغ $= 0.66$ إلى أثرٍ أعلى من المتوسط لدى العينة التجريبية.

الجدول رقم (19) نتائج المقارنة في الأداء البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية لمقياس مشكلات رفض الإجراء الطبي.

مجلة الخدمة الاجتماعية

المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	حجم الأثر
التجريبية	47.30	4.44	5.50	55.0	-3.78	دال عند 0.01	0.67 أعلى من المتوسط.
الضابطة.	165.10	20.59	15.5	155.0			

تشير تلك النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية للمقياس بالأداء البعدي عند مستوى دلالة 0.01 لصالح المجموعة التجريبية؛ حيث جاءت قيمة $Z = -3.78$ ، ما يعني أنه قد انخفضت الدرجات الكلية لديهم لرفض الإجراء الطبي بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعي. وتشير درجة حجم الأثر للبرنامج على الدرجة الكلية لدى المرضى الراضين للإجراء الطبي، والتي تبلغ $= 0.67$ إلى أثر أعلى من المتوسط لدى العينة التجريبية.

وللتأكد من صحة الفرض الخامس الذي ينص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المرضى في المجموعة التجريبية بالأداء القبلي، ومتوسطات رتب الأداء البعدي لهم في البعد المعرفي لدى الحالات التي ترفض الإجراء الطبي لصالح الأداء البعدي". قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسون للفروق بين الأداءات المرتبطة، وجاءت النتائج بالجدول الآتي:

أولاً: للمجموعة الضابطة:

الجدول رقم (20) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدي، المجموعة الضابطة على البعد المعرفي من مقياس رفض الإجراء الطبي.

الأبعاد	الأداء	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
البعد المعرفي	القبلي	44	1.33	الموجبة=0	0.0	0.0	-1.65	غير دال عند 0.05
	البعدي	37.20	7.45	السلبية=9	5.0	45.0		
				المتعادلة=1	0.0	0.0		

تشير تلك النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأداء القبلي والبعدي بالمجموعة الضابطة في البعد المعرفي عند مستوى دلالة 0.05؛ حيث جاءت قيمة $Z = -1.65$ ، ما يعني عدم حدوث تحسن بالمجموعة الضابطة مع مرور الوقت.

مجلة الخدمة الاجتماعية

الجدول رقم (21) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدي، المجموعة الضابطة على البعد النفسي من مقياس رفض الاجراء الطبي.

الأبعاد	الأداء	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
البُعد النفسي	القبلي	48.2	3.34	الموجبة=2	3.25	6.5	1.27-	غير دال عند 0.05
	البعدي	45.40	5.35	السلبية=5	4.3	21.5		
				المتعادلة=3				

تشير تلك النتائج إلى عدم وجود فروقٍ دالة إحصائيًا بين الأداء القبلي والبعدي بالمجموعة الضابطة في البُعد النفسي عند مستوى دلالة 0.05؛ حيث جاءت قيمة $Z = -1.27$ ، ما يعني عدم حدوث تحسن بالمجموعة الضابطة مع مرور الوقت.

الجدول رقم (22) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدي، المجموعة الضابطة على البعد الاجتماعي من مقياس رفض الاجراء الطبي.

الأبعاد	الأداء	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
البُعد الاجتماعي	القبلي	45.7	3.69	الموجبة=3	5.33	16.0	1.17-	غير دال عند 0.05
	البعدي	42.2	8.16	السلبية=7	5.57	39.0		
				المتعادلة=0	0.0	0.0		

تشير تلك النتائج إلى عدم وجود فروقٍ دالة إحصائيًا بين الأداء القبلي والبعدي بالمجموعة الضابطة في البُعد الاجتماعي عند مستوى دلالة 0.05؛ حيث جاءت قيمة $Z = -1.17$ ، ما يعني عدم حدوث تحسن بالمجموعة الضابطة مع مرور الوقت.

الجدول رقم (23) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدي، المجموعة الضابطة على البعد البيئي من مقياس رفض الاجراء الطبي.

الأبعاد	الأداء	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
البُعد البيئي	القبلي	46	7.01	الموجبة=2	4.5	9.0	1.70-	غير دال عند 0.05
	البعدي	40.3	6.71	السلبية=7	5.14	36.0		
				المتعادلة=1	0.0	0.0		

مجلة الخدمة الاجتماعية

تشير تلك النتائج إلى عدم وجود فروقٍ دالةٍ إحصائيةً بين الأداء القبلي والبعدى بالمجموعة الضابطة في البُعد البيئي عند مستوى دلالة 0.05؛ حيث جاءت قيمة $Z = -1.70$ ، ما يعني عدم حدوث تحسن بالمجموعة الضابطة مع مرور الوقت. الجدول رقم (24) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدى، المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية من مقياس رفض الإجراء الطبى.

الأبعاد	الأداء	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الدرجة الكلية	القبلي	177.6	10.47	الموجبة=2	3.0	6.0	-2.19	غير دال عند 0.05
	البعدى	165.1	20.59	السلبية=8	6.13	49.0		
				المتعادلة=0	0.0	0.0		

تشير تلك النتائج إلى عدم وجود فروقٍ دالةٍ إحصائيةً بين الأداء القبلي والبعدى بالمجموعة الضابطة في الدرجة الكلية عند مستوى دلالة 0.05؛ حيث جاءت قيمة $Z = -2.19$ ، ما يعني عدم حدوث تحسن بالمجموعة الضابطة مع مرور الوقت. ثانياً: للمجموعة التجريبية:

الجدول رقم (25) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدى، المجموعة التجريبية على البُعد المعرفى.

الأبعاد	الأداء	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	حجم الأثر
البُعد المعرفى	القبلي	42.00	3.29	الموجبة=10	5.5	55.0	-2.87	دال عند 0.01	7.29 كبير جداً.
	البعدى	13.7	2.94	السلبية=0	0.0	0.0			
				المتعادلة=0	0.0	0.0			

تشير تلك النتائج إلى وجود فروقٍ دالةٍ إحصائيةً بين الأداء القبلي والبعدى بالمجموعة التجريبية في البُعد المعرفى عند مستوى دلالة 0.01 لصالح الأداء البعدى؛ حيث جاءت قيمة $Z = -2.87$ ، ما يعني أنه قد انخفضت درجات البُعد المعرفى لديهم لرفض الإجراء الطبى بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعى. ويشير حجم الأثر كوهين في هذه الحالة إلى أثر كبير جداً؛ لتطبيق البرنامج على الراضين للإجراء الطبى.

وللتأكد من صحة الفرض السادس الذي ينصُ على "وجود فروقٍ ذات دلالةٍ إحصائيةٍ بين متوسطات رتب المرضى في المجموعة التجريبية بالأداء القبلي، ومتوسطات رتب الأداء البعدى لهم في البُعد النفسى لدى الحالات التي ترفض الإجراء الطبى لصالح الأداء البعدى".

مجلة الخدمة الاجتماعية

الجدول رقم (26) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدي، المجموعة التجريبية على البعد النفسي.

حجم الأثر	الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	الأداء	الأبعاد
10.41 كبير جدًا.	دال عند 0.01	2.81-	55.0	5.5	الموجبة=10	3.34	47.1	القبلي	البعد النفسي
			0.0	0.0	السلبية=0	1.39	11.20	البعدي	
			0.0	0.0	المتعادلة=0				

تشير تلك النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الأداء القبلي والبعدي بالمجموعة التجريبية في البعد النفسي عند مستوى دلالة 0.01 لصالح الأداء البعدي؛ حيث جاءت قيمة $Z = -2.81$ ، ما يعني أنه قد انخفضت درجات البعد النفسي لديهم لرفض الإجراء الطبي بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعي.

ويشير حجم الأثر كوهين في هذه الحالة إلى أثر كبير جدًا؛ لتطبيق البرنامج على الراضين للإجراء الطبي.

وللتأكد من صحة الفرض السابع الذي ينص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المرضى في المجموعة التجريبية بالأداء القبلي، ومتوسطات رتب الأداء البعدي لهم في البعد الاجتماعي لدى الحالات التي ترفض الإجراء الطبي لصالح الأداء البعدي".

الجدول رقم (27) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدي المجموعة التجريبية على البعد الاجتماعي.

حجم الأثر	الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	الأداء	الأبعاد
10.73 كبير جدًا.	دال عند 0.01	2.81-	55.0	5.5	الموجبة=10	3.69	45.9	القبلي	البعد الاجتماعي
			0.0	0.0	السلبية=0	1.31	10.8	البعدي	
			0.0	0.0	المتعادلة=0				

تشير تلك النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الأداء القبلي والبعدي بالمجموعة التجريبية في البعد الاجتماعي عند مستوى دلالة 0.01 لصالح الأداء البعدي؛ حيث جاءت قيمة $Z = -2.81$ ، ما يعني أنه قد انخفضت درجات البعد الاجتماعي لديهم لرفض الإجراء الطبي بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعي. ويشير حجم الأثر كوهين في هذه الحالة إلى أثر كبير جدًا؛ لتطبيق البرنامج على الراضين للإجراء الطبي.

مجلة الخدمة الاجتماعية

وللتأكد من صحة الفرض الثامن الذي ينصُ على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المرضى في المجموعة التجريبية بالأداء القبلي، ومتوسطات رتب الأداء البعدي لهم في البُعد البيئي لدى الحالات التي ترفض الإجراء الطبي لصالح الأداء البعدي".
الجدول رقم (28) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدي المجموعة التجريبية على البُعد البيئي.

حجم الأثر	الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	الأداء	الأبعاد
4.75 كبير جدًا.	دال عند 0.01	2.81-	55.0	5.5	الموجبة=10	7.01	42.6	القبلي	البُعد البيئي.
			0.0	0.0	السلبية=0	2.76	11.60	البعدي	
			0.0	0.0	المتعادلة=0				

تشير تلك النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الأداء القبلي والبعدي بالمجموعة التجريبية في البُعد البيئي عند مستوى دلالة 0.01 لصالح الأداء البعدي؛ حيث جاءت قيمة $Z = -2.81$ ، ما يعني أنه قد انخفضت درجات البُعد البيئي لديهم لرفض الإجراء الطبي بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعي. ويشير حجم الأثر كوهين في هذه الحالة إلى أثر كبير جدًا، لتطبيق البرنامج على الراضين للإجراء الطبي.

الجدول رقم (29) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدي، المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس مشكلات رفض الإجراء الطبي.

حجم الأثر	الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	الأداء	الأبعاد
4.75 كبير جدًا.	دال عند 0.01	2.80-	55.0	5.5	الموجبة=10	10.47	177.60	القبلي	البُعد البيئي.
			0.0	0.0	السلبية=0	4.44	47.30	البعدي	
			0.0	0.0	المتعادلة=0				

تشير تلك النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الأداء القبلي والبعدي بالمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة 0.01 لصالح الأداء البعدي؛ حيث جاءت قيمة $Z = -2.80$ ، ما يعني أنه قد انخفضت درجات مقياس مشكلات رفض الإجراء الطبي بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعي. ويشير حجم الأثر كوهين في هذه الحالة إلى أثر كبير جدًا لتطبيق البرنامج على الراضين للإجراء الطبي.

الجدول رقم (30) نتائج المقارنة بين الأداء القبلي والبعدي، المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس مشكلات رفض الإجراء الطبي.

مجلة الخدمة الاجتماعية

حجم الأثر	الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	الأداء	الأبعاد
4.75 كبير جداً.	دال عند 0.01	2.80-	0.0	0.0	الموجبة=0	10.47	177.60	القبلي	الدرجة الكلية
			55.0	5.5	السلبية=10	4.44	47.30	البعدي	
			0.0	0.0	المتعادلة=0				

تشير تلك النتائج إلى وجود فروقٍ دالة إحصائيًا بين الأداء القبلي والبعدي بالمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة 0.01 لصالح الأداء البعدي؛ حيث جاءت قيمة $Z = -2.80$ ، ما يعني أنه قد انخفضت درجات مقياس مشكلات رفض الإجراء الطبي بعد تطبيق برنامج العلاج الواقعي. ويشير حجم الأثر كوهين في هذه الحالة إلى أثرٍ كبيرٍ جدًا لتطبيق البرنامج على الراضين للإجراء الطبي.

جدول تحديد حجم الأثر لمعادلة كوهين كما بالجدول الآتي:

الجدول رقم (31) مستويات مقدار حجم التأثير (كوهين d).

حجم الأثر	قيمة كوهين d
صغير .	0.2-0.49
متوسط.	0.5-0.79
كبير .	≥ 0.80

ثالثاً: نسبة التغير لكل حالة من الحالات التجريبية قبل وبعد:

جدول رقم (32) نسبة التغير لكل حالة من حالات المجموعة التجريبية على مقياس رفض الإجراء الطبي.

الحالة	الدرجة قبل التدخل	الدرجة بعد التدخل	الفرق	نسبة التغير
1	177	50	122	68.9%
2	191	56	135	70.7%
3	187	51	136	72.7%
4	188	45	143	76.1%
5	174	43	131	75.2%
6	161	48	113	70.1%
7	161	48	113	70.1%
8	174	48	126	72.4%
9	180	42	138	76.7%
10	183	42	141	77.1%

تشير نسب التغير في اتجاه انخفاض مقياس رفض الإجراء الطبي لدى أفراد عينة الدراسة بالمجموعة التجريبية، حيث تتراوح نسب الانخفاض بين (68.9- 77.1) ما يشير إلى فاعلية مرتفعة للبرنامج على أداء أفراد المجموعة التجريبية.

النتائج والتوصيات والمقترحات:

أولاً: ملخص النتائج:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، في القياس البعدي بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، على مقياس مشكلات رفض الإجراء الطبي للمرضى الذين يرفضون الإجراء الطبي بمستشفى الملك خالد الجامعي، وبممارسة وتطبيق برنامج التدخل المهني المُعتمد على العلاج الواقعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، في القياس البعدي بين متوسطات رُتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، على البُعد المعرفي بممارسة وتطبيق برنامج التدخل المهني المستند على العلاج الواقعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، في القياس البعدي بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البُعد النفسي، بممارسة وتطبيق برنامج التدخل المهني المستند على العلاج الواقعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، في القياس البعدي بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البُعد الاجتماعي، بممارسة وتطبيق برنامج التدخل المهني المستند على العلاج الواقعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، في القياس البعدي بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البُعد البيئي، بممارسة وتطبيق برنامج التدخل المهني المستند على العلاج الواقعي.

ثانياً: توصيات الدّراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدّراسة الحالية من نتائج، يمكن للباحثة وضع التوصيات على النحو الآتي:

- سنّ سياسات للتعامل مع حالات رفض الإجراء الطبي والمشار لها (LAMA) حتى يكون الفريق الطبي على دراية بدور الأخصائيين الاجتماعيين، وإيجاد آلية لتحويل الحالات لهم؛ لسرعة الاستجابة ومعالجتها.
- الاطلاع على سياسات المنشأة، وتكليف فريقٍ متخصص من التخصصات كافة لمراجعتها وتطويرها.
- تشكيل فريقٍ متعدد التخصصات لمراجعة سياسات حالات رفض الإجراء الطبي (LAMA)، ومعرفة سبب ارتفاع عدد الحالات.
- تطبيق برامج التدخل المهني باستخدام النماذج العلاجية المناسبة لحالة كلّ مريض؛ ومن أجل سيره على خطة منهجية واضحة يُقِيم عمله بمهنية، وتقييم مدى استفادة المريض من الخطة العلاجية.
- ضرورة إجراء المزيد من الدراسات الاجتماعية الحديثة المتعلقة بمشكلات حالات رفض الإجراء الطبي المتنوعة؛ وذلك لاختلاف أسباب الرفض وطريقة حلها ومعالجتها.

ثالثاً: مقترحاتٌ لبحوثٍ مستقبلية:

- تُوصي الباحثةُ بإجراء المزيد من الدراسات المماثلة في مؤسسات صحية ومناطق أخرى:
- 1- إجراء المزيد من الدراسات التي تستهدف اختبار فعالية البرامج العلاجية، مع فئة المرضى الذين يرفضون الإجراء الطبي؛ وذلك على سبيل التخصيص.
- 2- تفعيل البرامج العلاجية الجماعية؛ وذلك لإثبات فعاليتها في حلّ مشكلات المرضى الذين يرفضون الإجراء الطبي.
- 3- إجراء المزيد من الدراسات الاستطلاعية؛ لتحديد نماذج علاجية أخرى، أسهمت في حلّ مشكلات المرضى المتعلقة بمشكلات رفض الإجراء الطبي.
- 4- إجراء المزيد من الدراسات الاستطلاعية في مؤسساتٍ صحيةٍ أخرى؛ للاستفادة من الخبرات ومعرفة الأسلوب العلاجي المُتبع لديهم، مع حالات رفض الإجراء الطبي.
- 5- إجراء المزيد من الدراسات المقارنة والدراسات الوصفية في مؤسساتٍ صحيةٍ أخرى، على سبيل المثال (وزارة الصحة، وزارة الدفاع)؛ للاستفادة من السياسات المتبعة مع حالات رفض الإجراء الطبي وتوحيدها.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الحميد. (2010). البحث العلمي (مفهومه-أدواته-تصميمه). ط2. الرياض: مكتبة الملك فهد.
- إبراهيم، منى. (2018). ممارسة العلاج الواقعي في خدمة الفرد في تحسين نوعية الحياة للمسنين. مجلة الخدمة الاجتماعية، ع59، ج6، 376 - 428.
- أبو حامد، نهلة. (2018). فاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على العلاج الواقعي في تحسين مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال الأيتام (رسالة ماجستير غير منشورة). نابلس: جامعة النجاح الوطنية.
- أبو رمان، أسيل، والطالب، جيهان، وآخرون. (2018). ورقة سياسات تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي داخل المؤسسات الطبية في الأردن. عمان: مؤسسة فريدريش ايبرت.
- أبو لوم، علا. (2020). فاعلية العلاج المرتكز على الانفعالات والعلاج الواقعي في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقات. رسالة دكتوراه، جامعة اليرموك، الأردن.
- الأحمد، محمد. (2017). فاعلية برنامجين إرشاديين مستندين إلى العلاج الواقعي والعلاج بالمعنى في تنمية التخطيط والتمكين النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة مؤتة، مؤتة.
- إدريس، وهزاع (2010). الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة. ورقة بحثية ضمن الدورة التاسعة عشر للمجمع الفقهي الإسلامي لمنظمة المؤتمر الإسلامي. الشارقة.
- الألفي، هنا. (2023). مبدأ الموافقة المستتبيرة على التدخل الطبي. "دراسة قضائية مقارنة في القانونين الأمريكي والإنجليزي". مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق، جامعة المنصورة، مج13، ع85.
- التخاينة، صهيب. (2015). فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى العلاج بالواقع لتحسين جودة الحياة والصلابة النفسية والتفائل لدى الطلبة من الأسر المفككة في محافظة الكرك (رسالة دكتوراه غير منشورة). الجامعة الأردنية، عمان.
- التفاق، شيخة. (2019). الإذن الطبي بين المنظور الشرعي والقانون الإماراتي. مجلة جامعة الشارقة. مج16، ع1.

- الجبوري، إبراهيم. (2022). الالتزام بتبصير المريض: دراسة مقارنة. *المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، العراق، ع33.*
- الجبوري، مشعل (2023). *فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من تعاطي المخدرات لدى الأحداث المودعين في دور الملاحظة الاجتماعية: دراسة تجريبية* (دراسة دكتوراه غير منشورة)، جامعة القصيم.
- حسني، محمود. (2018). *شرح قانون العقوبات، القسم العام، ط8. الإسكندرية: دار المطبوعات الجامعية.*
- الحمدي، نايف. (2014). دور الإرشاد والعلاج بالواقع في خفض الشعور بالاكنتاب النفسي لدى المراهقين. *مجلة المنارة للبحوث والدراسات، مج20، ع1، 9 - 39.*
- الخرافي، والفحطاني (2016). *فعالية العلاج الواقعي في التخفيف من السلوك العدواني لدى طالبات المرحلة الثانوية في دولة الكويت. مجلة كلية التربية، مج32، ع3.*
- خرخاش، عصام (2012). *أحكام الإذن الطبي في العمليات الجراحية وأثره: دراسة فقهية طبية* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجزائر: جامعة الجزائر.
- خفاجة، مي (2020). *فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلکؤ الأكاديمي وتنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً. كلية التربية، جامعة طنطا، المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد 109-المجلد الثلاثون.*
- درادكة، سناء (2020). *أثر العلاج الوجودي والعلاج الواقعي في تخفيض الضغط النفسي وتحسين التماسك الأسري لدى زوجات المدمنين على المخدرات* (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة اليرموك، إربد.
- الربيعي، أزهار. (2021). *دراسة حالة لعلاج الاكنتاب وفقاً للعلاج الواقعي: نموذج WDEP. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ع143، 105 - 114.*
- الرشيد، والسهل (2000). *مقدمة في الإرشاد النفسي. عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.*
- سكران، ونصر (2007). *استخدام العلاج الواقعي في خدمة الفرد في تخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى المكفوفين. المؤتمر العلمي الدولي العشرون للخدمة الاجتماعية، مج 3، حلوان: كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان، 1504 - 1554.*
- السهلي، محمد. (2016). *الإذن الطبي في الحالات الطارئة- دراسة فقهية مقارنة. مجلة كلية الشريعة والقانون بطنطا، مج31، ع4.*
- السيد، بسام. (2017). *العلاقة بين ممارسة العلاج الواقعي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة القلق الاجتماعي للمراهقين مجهولي النسب. مجلة الخدمة الاجتماعية، ع58، ج5، 268 - 305.*

- صالح، بشير (2008). الإرشاد النفسي وفق نظرية العلاج الواقعي. الكويت: العالمية للنشر والتوزيع.
- الصريرة، رقية (2016). فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالواقع في تنمية السلوك التواصلي وخفض السلوك العدواني لدى طالبات المرحلة الثانوية في محافظة الكرك (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان.
- طعيقات، هاني (2009). الإنز في العمليات الجراحية المستعجلة. ورقة علمية في مؤتمر مجمع الفقه الإسلامي الدولي بالشارقة بدورته التاسعة.
- عبدلوهاب، وآخرون. (2018). فاعلية برنامج العلاج بالواقع لخفض الاكتئاب وعلاقته بسعة الذاكرة العاملة لدى الصم باستخدام لغة الإشارة. دراسات في الإرشاد النفسي والتربوي، ع2، 188 - 207.
- عبيدات، معاذ (2020). فاعلية برنامج إرشادي مستند للعلاج الواقعي في خفض بعض المشكلات السلوكية وتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من الأحداث في محافظة إربد. رسالة دكتوراه، جامعة اليرموك، الأردن.
- غانم، محمد فاروق. (2021). استخدام العلاج الواقعي في خدمة الفرد في إكساب التفكير الإيجابي. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم-كلية الخدمة الاجتماعية، مصر، ع24.
- فيود، إيمان (2022). أثر برنامج قائم على بعض فنّيات العلاج الواقعي لتنمية الثقة بالنفس لدى تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي: دراسة تطبيقية، جامعة القاهرة-كلية الدراسات العليا للتربية، مج30، ع3.
- محمد، وآخرون. (2018). فعالية العلاج بالواقع في تنمية الصلابة النفسية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة البصرية المدمجين بمدارس العاديين بمحافظة أسيوط. دراسات في الإرشاد النفسي والتربوي، ع2، 208 - 227.
- مخلوف، هشام. (2018). موافقة المريض على الأعمال الطبية بين التقييد والإطلاق. مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، 7(6)، 393-413.
- مصطفى، نادية (2021). دراسة حالة لعلاج الاكتئاب وفقاً للعلاج الواقعي: نموذج WDEP. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ع143، 105 - 114.
- المناحي، عبدالله. (2020). فاعلية برنامج إرشادي قائم على فنّيات العلاج بالواقع لخفض الضغوط النفسية وأثره على الاتزان الانفعالي لدى طلاب الجامعة. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، مج12، ع3، 255 - 306.

المومني، منال (2019). فاعلية برنامج إرشاد جمعي أسري مستند على العلاج الواقعي في خفض مستوى وصمة العار لدى المطلقات ورفع مستوى الأمن النفسي لدى أبنائهن (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الهاشمية، الزرقاء.

النشاشيبي، ديمة (2015). مناقشة القرارات الطبية المعاصرة لمجمع الفقه الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي: دراسة فقهية مقارنة (رسالة ماجستير غير منشورة) القدس: جامعة القدس.

نفخة، المبروك (2022). التراضي في العلاج الطبي في القانون الفرنسي والسعودي. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، المركز القومي للبحوث غزة، مج5، ع14.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

- Al-Wathinani, A. M., Barten, D. G., Alsahli, H., Alhamid, A., Alghamdi, W., Alqahtani, W.,... & Goniewicz, K. (2023). The Right to Refuse: Understanding Healthcare Providers' Perspectives on Patient Autonomy in Emergency Care. *In Healthcare*, 11(12), p. 1756.
- Barrington, D. A., Sinnott, J. A., Nixon, D., Padamsee, T. J., Cohn, D. E., Doll, K. M.,... & Felix, A. S. (2022). More than treatment refusal: a National Cancer Database analysis of adjuvant treatment refusal and racial survival disparities among women with endometrial cancer. *American journal of obstetrics and gynecology*, 227(2), 244-e1.
- Christensen, T. M., & Gray, N. D. (2002). The application of reality therapy and choice theory in relationship counseling, and interview with Robert Wubbolding. *The Family Journal*, 10 (2), 244–248. <https://doi.org/10.1177/1066480702102020>
- Corey, G. (2009). *Theories and Practices of Counseling and Psychotherapy*. 5th ed. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Duba, J. D. (2009). Using reality therapy in schools: Its potential impact on the effectiveness of the ASCA national model. *International Journal of Reality Therapy*, 29(1), 5–12.
- Emami, A., Hashemi, S., Bakhshani, N., Yaztappeh, J. & Hormozi, M. (2022). Effect of Group Reality Therapy on Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy in Ali-Ibn-Abitalib Hospital. *ASEAN Journal of Psychiatry*, Vol. 23(5), 1-10.
- Farnoodian, P. (2016). The effectiveness of group reality therapy on mental health and self-esteem of students. *International Journal of Medical Research and Health Sciences*, 5, 18-24.
- Glasser, W. (2005). *Choice theory*. New York: Harper Collins.
- Leo R. J. (1999). Competency and the Capacity to Make Treatment Decisions: A Primer for Primary Care Physicians. *Primary care companion to the*

- Journal of clinical psychiatry*, 1(5), 131–141. <https://doi.org/10.4088/pcc.v01n0501>
- Moodley, Y., Govender, K., van Wyk, J., Reddy, S., Ning, Y., Wexner, S.,... & Kiran, R. P. (2022). Predictors of treatment refusal in patients with colorectal cancer: A systematic review. *In Seminars in Oncology*, 49(6), 456-464.
- Okmen, T. (2019). *Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Health Sciences, Ankara Physical Medicine and Rehabilitation Training and Research Hospital, Ankara, Turkey.*
- Pirotte, B. D., & Benson, S. (2022). *Refusal of Care*. In StatPearls. Stat Pearls Publishing.
- Silveira, M. J., Kim, S. Y., & Langa, K. M. (2010). Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *The New England journal of medicine*, 362(13), 1211–1218. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0907901>
- Stedman's, T. (2011). *Stedman's Medical Dictionary Twenty-Eighth Edition*. Stedman's Publisher. ISBN 0-683-40007-X
- Taylor R. M. (2013). Ethical principles and concepts in medicine. *Handbook of clinical neurology*, 118, 1–9. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53501-6.00001-9>
- Vahidiborji G. (2017). The study of effectiveness of reality therapy on adjustment of female adolescent with anxiety. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 7(1).
- Wubbolding, R. E. (2017). Reality therapy and self-evaluation: The key to client change. American Counseling Association. <https://doi.org/10.1002/9781119376248>

