الإصدار الحادي والعشرون
المجلد (6) العدد (1)
25 فبراير 2026
المجلة الدولية للنشر العلمي

مدى إمكانية تضمين الرعاية التلطيفية بنظام الرعاية الصحية الليبي

إبتسام سالم آبو حميدة
إشراف د. إسماعيل عبدالله سويسي
https://doi.org/10.65723/RMSP2655

الملخص:
هدفت هذه الدراسة الاستكشافية إلى معرفة مدى إمكانية تضمين الرعاية التلطيفية بنظام الرعاية الصحية الليبي من وجهة نظر أصحاب المصلحة الرئيسيين بالنظام الصحي الليبي، وهم نخبة من المؤثرين في صناعة واتخاذ القرار بالنظام الصحي، واعتمدت الباحثة المنهج الوصفي الموضوعي، وتكون مجتمع الدراسة من ثلاث فئات، تمثلت في المسؤولين بوزارة الصحة وكان عددهم ستة أشخاص، والفئة الثانية من مقدمي خدمات الرعاية الصحية وعددهم (22) من العناصر الطبية والطبية المساعدة والإداريين، والفئة الثالثة من متلقي خدمات الرعاية الصحية وعددهم (365) من وحدة الأورام بمستشفى طرابلس المركزي، وتم تجميع البيانات الأولية من خلال المقابلات وصحيفة الاستبيان التي تم توزيعها على مفردات العينة ولتحليل البيانات تم استخدام أسلوب تحليل البيانات النوعية Qualitative Data Analysis (QDA) للمقابلات وبرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for the Social Sciences (Spss) للاستبيان وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها:

1. نتائج المقابلات كشفت عن إدراك المشاركين لأهمية الرعاية التلطيفية كنموذج رعاية لتحسين جودة حياة المرضى، مع الإشارة إلى تحديات رئيسية تحول دون تضمينها، تمثلت في غياب الاعتراف الرسمي بها ضمن النظام الصحي، وضعف الإطار التشريعي والتنظيمي، وغياب التصور المؤسسي الواضح، إضافة إلى ضعف البنية التحتية، وقلة الكوادر المدربة.
2. بينما أظهرت نتائج الاستبيانات وجود وعي مرتفع لدى مقدمي الخدمة بالرعاية التلطيفية ومهاراتها (إدارة الألم، الاتصال الفعال، العمل الجماعي، التمكين)، وكذلك قبولًا واستعدادًا عاليًا من متلقي الخدمة لتلقي هذه الرعاية (بنسبة 97.5%). وقد أكد كلا الطرفين (مقدمي ومتلقي الخدمة) بأغلبية ساحقة (100% لمقدمي الخدمة و97.5% لمتلقي الخدمة) على أهمية تضمين الرعاية التلطيفية.
3. وأظهرت الدراسة أن المحددات والمتطلبات لتضمين الرعاية التلطيفية في السياق الليبي تتوافق إلى حد كبير مع توصيات منظمة الصحة العالمية، مما يشير إلى أن إتباع الحلول والمقترحات المعلنة من قبل المنظمة قد يكون الخيار الأكثر فعالية وكفاءة.

وأوصت الدراسة بضرورة:

1. إصدار تشريعات صحية رسمية واضحة تدمج الرعاية التلطيفية في السياسات الصحية الليبية وتحدد المسؤوليات.
2. دمج الرعاية التلطيفية في مناهج التعليم الطبي وتأهيل مقدمي الخدمة بالمهارات اللازمة.
3. إعداد خطة وطنية لتأهيل المرافق الصحية وتخصيص وحدات للرعاية التلطيفية، ونشر الوعي المجتمعي بأهمية الرعاية التلطيفية.
4. إجراء المزيد من البحوث والدراسات المتعمقة في جوانبها الفنية والإدارية.

الكلمات المفتاحية (الدالة): الرعاية التلطيفية، الرعاية الصحية.

Abstract:
This study aimed to determine the extent to which palliative care could be included in the Libyan healthcare system from the perspective of key stakeholders in the Libyan healthcare system, who are an elite group of influential players in healthcare decision-making. The researcher adopted an objective descriptive approach. The study population consisted of three categories: seven Ministry of Health officials; (22) healthcare service providers, including medical, paramedical, and administrative personnel; and (365) healthcare service recipients from the Oncology Unit at Tripoli Medical Hospital. Primary data was collected through interviews and a questionnaire distributed to the sample. To analysis the data, qualitative data analysis (QDA) was used for the interviews, and the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used for the questionnaire. The study reached several conclusions, the most important of which are:

1.The interview results revealed that the participants recognized the importance of palliative care as a model of care for improving patients' quality of life. However, they pointed to major challenges preventing its inclusion, represented by the lack of formal recognition within the system. Health, a weak legislative and regulatory framework, the absence of a clear institutional vision, in addition to weak infrastructure and a shortage of trained personnel.

2.Survey results showed a high awareness among service providers of palliative care and its skills (pain management, effective communication, teamwork, empowerment), as well as a high acceptance and willingness among service recipients to receive this care (97.5%). Both parties (service providers and service recipients) overwhelmingly emphasized the importance of including palliative care (100%) for service providers and 97.5% for service recipients.

3.The study showed that the determinants and requirements for including palliative care in the Libyan context largely align with WHO recommendations, indicating that following the solutions and proposals announced by the organization may be the most effective and efficient option.

The study recommended the following:

1.Issuing clear official health legislation that integrates palliative care into Libyan health policies and defines responsibilities.

2.Integrate palliative care into medical education curricula and equip service providers with the necessary skills.

3.Develop a national plan to rehabilitate healthcare facilities, allocate palliative care units, and raise community awareness of the importance of palliative care.

4.Conduct further in-depth research and studies into its technical and administrative aspects.

Keywords: palliative care, healthcare

المقدمة:

يُعد الحصول على الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة حقًا أساسيًا من حقوق الإنسان، وتتجه الأنظمة الصحية الحديثة بشكل متزايد نحو تحقيق هذا المفهوم من خلال تبني نماذج رعاية تركز على الإنسان وتلبية احتياجاته الصحية والنفسية والاجتماعية في جميع مراحل حياته، خاصةً تلك المرتبطة بالأمراض المزمنة والمحددة للحياة، وفي هذا السياق تبرز "الرعاية التلطيفية" كعنصر جوهري لا يمكن الاستغناء عنه، كونها تهدف إلى تحسين جودة حياة المرضى وعائلاتهم الذين يواجهون مشاكل مرتبطة بأمراض تهدد حياتهم، وذلك عن طريق الوقاية من المعاناة وتخفيفها بالتعرف المبكر والتقييم الدقيق وعلاج الألم والمشكلات الأخرى الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية (عمران،2002).

إن مبادئ الرعاية التلطيفية تتفق والشريعة الإسلامية في مقاصدها وأحكامها المتعلقة برعاية المريض خصوصاً مراحل المرض الشديد، لقوله تعالى: {يريد الله بكم اليسر ولا يريد بكم العسر } سورة البقرة (78)، وقاعدة التخفيف في حالة الضرورة لقول الرسول الكريم: "إن الله يحب ان تؤتى رخصه كما يكره ان تؤتى معصيته " (أحمد، 1999).

لقد أضحى دمج الرعاية التلطيفية جزءاً لا يتجزأ من أنظمة الرعاية الصحية في العديد من دول العالم، إدراكاً لأهميتها في التخفيف من عبء المرض والألم على الأفراد والمجتمعات على حد سواء، بالإضافة إلى كفاءتها في استثمار الموارد الصحية بشكل أمثل، وتشير التوقعات العالمية إلى تزايد الحاجة للرعاية التلطيفية نظراً لارتفاع معدلات الأمراض المزمنة والشيخوخة السكانية وتعمل العديد من الدول على تطوير سياسات وإستراتيجيات لدمج هذه الرعاية ضمن المستويات المختلفة للخدمات الصحية، من الرعاية الأولية وصولاً إلى المستشفيات والمراكز المتخصصة (مراد،2021). في النظام الصحي الليبي لا يوجد اي وجود لأجسام تقدم من خلالها الرعاية التلطيفية بالرغم من اجماع كل اصحاب المصلحة الرئيسيين بأهميتها ،فواضعي القرار اي اصحاب المراكز الاشرافية في وزارة الصحة يعترفون بأهميتها ويقرون ان التحديات التي تمنع تضمين الرعاية التلطيفية بنظام الرعاية الصحية الليبي كغياب السياسات و عدم وجود خطة دوائية لتوفير الأدوية الخاصة بها ضمن قائمة الأدوية الاساسية، وضعف البنية التحتية للمؤسسات الصحية، و قلة او انعدام وجود الكوادر المدربة لتقديمها هي تحديات من الممكن التغلب عليها ودحضها باتباع النماذج التي اثبتت التجربة فعاليتها في النظم الصحية في بيئات مشابهة مع اجراء التعديلات الغير جوهرية لتلائم الظروف الاقتصادية و الاجتماعية و التنموية للبلاد، كما ان توفر مهارات ممارسة الرعاية التلطيفية لدى مقدمي الخدمة كالقدرة على العمل كفريق وادارة الألم و الأعراض المزعجة والقدرة على احداث الاتصال الفعال والقدرة على إتمام عملية التمكين ،اضافة الى الاعتراف بحاجة و رغبة متلقي الخدمات الصحية لهذا النوع من الرعاية الصحية في النظام الصحي تعتبر من شروط نجاح تضمين الرعاية التلطيفية بنظام الرعاية الصحية الليبي المتوفرة والتي ستشاهد بشكل كبير في نجاح المقترح

كل ما سبق أدى إلى طرح التساؤل الرئيس: ما مدى إمكانية تضمين الرعاية التلطيفية في النظام الصحي الليبي؟

الدراسات السابقة

الدراسات العربية

دراسة (عبد الحميد، يوسف، 2023) بعنوان: كفاءات ممارسة الخدمة الاجتماعية المعاصرة في مجال الرعاية التلطيفية.

هدفت الدراسة الاستكشافية الصادرة عن جامعة الفيوم بمصر، للكشف عن طبيعة الكفاءات التي يجب أن يتحلى بها ممارس الخدمة الاجتماعية المعاصرة في مجال الرعاية التلطيفية، وركزت على وصف الكفاءات وتقديم أمثلة على ممارسة الخدمة الاجتماعية لكل منها، وإظهار اتساع نطاق الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في الرعاية التلطيفية عبر أعمار العملاء من طفل إلى بالغ وفى مجموعة متنوعة من البيئات، والتركيبات العائلية، والتأثيرات الثقافية، وتناولت هيكل وعمليات الرعاية التلطيفية، وتوصلت إلى عرض للكفاءات الأساسية للخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية التلطيفية، وإلى تطبيق لمبادئ الرعاية التلطيفية على ممارسة الخدمة الاجتماعية، واختتمت الورقة ببيان احتياج إطار الكفاءات إلى التكيف مع الاحتياجات المحلية.

دراسة (الجدي،2021) بعنوان: دور الدعاة في تجويد أثر الرعاية التلطيفية.

هدفت هذه الدراسة التي اجراها الباحث بجامعة غزة بفلسطين إلى بيان الدور الإيجابي للدعاة في تجويد أثر الرعاية التلطيفية في حياة ذوي العلاقة من أفراد المجتمع، ثم عرجت إلى صفات الداعية المؤثر في تجويد أثر الرعاية التلطيفية وعن دوره في تحسين مخرجات الرعاية التلطيفية، خلصت الدراسة إلى وجوب تحمل الدعاة المسؤولية لتجويد أثر

الرعاية التلطيفية مع تجويد الخطاب الدعوي الموجه الى المرضى بإنتقاء النصوص المؤثرة فيهم، وقد استخدم الباحث المنهج الاستقرائي الوصفي التحليلي لدراسته.

دراسة (يونس، شلبي ، 2022) بعنوان: متطلبات دمج الرعاية التلطيفية في برامج ومقررات تعليم الخدمة الاجتماعية.

استهدفت هذه الدراسة التعرف على متطلبات دمج الرعاية التلطيفية في برامج ومقررات تعليم الخدمة الاجتماعية من وجهة نظر عينة من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في العمل مع الأفراد والأسر بأقسام وكليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية بجمهورية مصر العربية قوامها (92) عضو هيئة تدريس، واعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي، من خلال الاستبانة وتوصلت الدراسة إلى أهم المتطلبات المعرفية والمهارية والتقييمية التي يجب أن تتضمنها برامج ومقررات تعليم الرعاية التلطيفية في الخدمة الاجتماعية مرتبة حسب درجة أهميتها من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس، وكذلك توصلت النتائج إلى الصعوبات التي قد تواجه عملية دمج الرعاية التلطيفية في برامج ومقررات تعليم الخدمة الاجتماعية ومقترحات مواجهتها، وتوصي الدراسة بالاهتمام بتزويد طلبة الخدمة الاجتماعية في كافة المراحل التعليمية (البكالوريوس والدراسات العليا) بالمعارف والمهارات والقيم اللازمة لتأهيلهم لممارسة الرعاية التلطيفية.

الدراسات الاجنبية

دراسة (jones meth،2022)،بعنوان:

the role of palliative intervention on quality of life in patients with advanced cancer.

دور التدخلات التلطيفية على جودة الحياة لدى مرضى السرطان المتقدم .

هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير التدخلات التلطيفية على جودة الحياه لدى مرضى السرطان المتقدم وتحديد أفضل الممارسات لرعاية التلطيفية على مجتمع الدراسة وهدفت الدراسة ايضا إلى استكشاف تجارب المرضى وأُسرهم مع الرعاية التلطيفية وقد استخدم الباحث طرق كمية وكيفية لتصميم أداة الدراسة مستخدما التحليل الإحصائي الكمي والتحليل الموضوعي للبيانات وقد كان مجتمع الدراسة هم مرضى السرطان المتقدم الملتحقون بخدمات الرعاية التلطيفية في بعض المستشفيات الأمريكية وقد سجلت النتائج التحسن الملحوظ في جودة حياة المرضى الذين تلقوا الخدمات التلطيفية مع تقبل واضح لهذه الخدمات من قبل المرضى وأفراد اسرهم كما أكدت على وجود حاجة إلى تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية التلطيفية والتنسيق بين مقدمي الرعاية الصحية.

دراسة (2019, Johnson et al) ،بعنوان:

best practices in palliative care for advanced cancer patients.

أفضل الممارسات في الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان المتقدم .

هدفت الدراسة إلى تحديد أفضل الممارسات في الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان المتقدم وقد قام الباحث بمراجعة منهجية 45 دراسة ذات صلة وقد توصل إلى أنه يوجد هناك حاجة إلى التنسيق عند تقديم الخدمات التلطيفية وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمرضى وأُسرهم وزيادة الوصول إلى هذه الخدمات.

التعقيب على الدراسات السابقة

استعرضت دراسات عربية وأجنبية مختلفة الرعاية التلطيفية من زوايا متعددة :دراسات عربية ركزت على كفاءات مقدمي الخدمة وأهمية إدماج الرعاية التلطيفية في التعليم الطبي والاجتماعي .دراسات أجنبية أوضحت أثر التدخل المبكر في تحسين نوعية الحياة وتقليل التكاليف الصحية للمرضى, و النظام الصحي بعض الدراسات ربطت بين الرعاية التلطيفية والمبادئ الأخلاقية والدينية، مؤكدة على انسجامها مع القيم الإسلامية .يتضح أن هناك إجماعاً عالمياً حول أهمية الرعاية التلطيفية، لكن الدراسات حول السياق الليبي شبه منعدمة، مما يبرز قيمة هذه الدراسة

أهداف الدراسة

1. التعرف على مدى إمكانية إدماج الرعاية التلطيفية في النظام الصحي الليبي
2. .تحديد متطلبات ومحددات تطبيقها .
3. .قياس وعي مقدمي الخدمة الصحية ومتلقيها بالرعاية التلطيفية
4. .رصد العقبات التشريعية والبنيوية والبشرية التي تحد من تطبيقها .
5. تقديم توصيات عملية لصناع القرار

مشكلة الدراسة

على الرغم من الأهمية البالغة للرعاية التلطيفية والنداءات العالمية المتكررة لتضمينها، يواجه نظام الرعاية الصحية الليبي تحديات بُنيوية ووظيفية عميقة تحول دون تقديم أو دمج هذه الرعاية بفعالية، لا سيما في مؤسسات الصحة العامة كالمؤسسات الصحة الأولية والمستشفيات، وتتجلى هذه المشكلة العلمية في الفجوة الواسعة بين الحاجة المتزايدة للرعاية التلطيفية وبين القدرات المحدودة للنظام الصحي الليبي على توفيرها، مما يُخل بالمعايير العالمية للرعاية الشاملة وينعكس سلباً على جودة حياة المرضى وذويهم، وتمنعهم من اداء نشاطهم اليومي وتؤثر سلباً على حياتهم واسرهم، ولا يقتصر الأمر على الأعراض البدنية فحسب، بل إن إصابة المريض بإحدى هذه الأمراض كالسرطان مثلا يحدث شرخاً عميقا في حياته فلا يعود قادراً على الشعور بمعنى الحياة، ولا تحديد أهدافه منها على ضوء ظروف مرضه وينشأ مفهوم يسمى (المعاناة)مما يشكل عبء على النظم الصحية خاصة والحكومات عامة، وتشير بعض التقارير الصحية في ليبيا إلى ارتفاع معدلات انتشار الأمراض غير السارية مثل السرطان وأمراض القلب والسكري والفشل الكلوي بحسب(STEPS، 2020).

بناءً على ما سبق، تُركز هذه الدراسة الاستكشافية على توضيح مدى إمكانية دمج الرعاية التلطيفية في النظام الرعاية الصحية الليبي كحل لتقليل من تكلفة تقديم خدمات رعاية صحية غير ضرورية والاستفادة من متلقي هذه الخدمات كمورد بشري مهم لدولة الليبية ، مع مراعاة للتقاطعات المعقدة بين الأعباء الصحية المتزايدة، ضعف البنية التحتية، غياب الإطار التشريعي والسياسات المنظمة، نقص الكفاءات البشرية المتخصصة والأدوية الأساسية، والتمويل والتدريب المستمرين، مما يستدعي تحليل هذه الأبعاد بشكل علمي لتحديد مدى إمكانية دمج هذه الرعاية بكفاءة وفعالية من هنا جاءت مشكلة الدراسة والتي يمكن صياغتها في التساؤل الرئيسي الاتي :

ما مدى إمكانية تضمين الرعاية التلطيفية في نظام الرعاية الصحية الليبي؟

ويندرج تحت هذا التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

1- ما مدى توفرمتطلبات تضمين الرعاية التلطيفية في نظام الرعاية الصحية الليبي؟
2- ما مدى إدراك المسؤولين بوزارة الصحة الليبية لأهمية الرعاية التلطيفية؟
3- ما مدى امتلاك مقدم الرعاية الصحية للمهارة اللازمة لتقديم الرعاية التلطيفية؟
4- ما مدى إدراك متلقي الخدمة لأهمية حصوله على خدمات الرعاية التلطيفية؟

منهجية الدراسة:

منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي والمنهج الموضوعي واللذان يقومان على وصف الظاهرة محل الدراسة وصفاً دقيقاً مما يساعد على فهم متغيرات الدراسة وتحليلها.

مجتمع الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في أصحاب المصلحة بنظام الرعاية الصحية مقسمون إلى ثلاث فئات: الفئة الأولى هم المسؤولون بوزارة الصحة والذين لهم صلاحيات بإصدار السياسات والقرارات وتنفيذها، والفئة الثانية هم مقدمي خدمات الرعاية الصحية بوحدة الاورام بمستشفى طرابلس المركزي وعددهم (22) شخصا، والفئة الثالثة هم متلقي خدمات الرعاية الصحية بوحدة الاورام بمستشفى طرابلس المركزي وعددهم (7100) .

عينة الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة، تم اختيار العينة بالجمع بين ثلاثة أساليب مختلفة بما يتناسب مع طبيعة كل فئة من أصحاب المصلحة.

1. العينة العمدية :أُستخدم هذا الأسلوب لاختيار متخذي القرار من وزارة الصحة، وأُختيرت عينة عمدية مكونة من (6) مسؤولين بناءً على خبرتهم ومسؤوليتهم المباشرة في رسم السياسات الصحية المتعلقة بالرعاية التلطيفية.
2. المسح الشامل :تم تطبيق أسلوب المسح الشامل على مقدمي الخدمة في وحدة الأورام بمستشفى طرابلس المركزي، وشملت العينة جميع الأفراد العاملين في الوحدة، وبلغ عددهم (22) شخصاً من مختلف التخصصات الطبية والطبية المساعدة والاداريين.
3. العينة العشوائية البسيطة :أُستخدم هذا الأسلوب لاختيار عينة متمثلة في متلقي الخدمة، وأُختير (365) مريضاً بطريقة عشوائية بسيطة من إجمالي المرضى المسجلين في وحدة الأورام وذلك باستخدام جدول مرجان.

مصادر البيانات:

اعتمدت الباحثة على استخدام مصدرين للبيانات هما:

أ- المصادر الأولية:

اعتمدت الباحثة في جمع البيانات الأولية على استخدام كل من (المقابلات، الاستبيان) كأدوات رئيسية للدراسة، وتم إجراء المقابلات مع عدد (6) مسؤولين بوزارة الصحة وتحليلها باستخدام المنهج الموضوعي مستخدمة في ذلك أسلوب (QDA) Taylor & Gibbs (2015) لتحليل البيانات النوعية وصُممت استمارتين للاستبيان، أحدهما موجهة لمقدمي خدمة الرعاية الصحية والبالغ عددهم في مستشفى طرابلس المركزي (22) فردا، واستمارة موجهة لعينة متلقى خدمة الرعاية الصحية (مرضى السرطان) والبالغ عددهم (365) وتم تحليل هذه الاستبيانات باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (spss) الإصدار الخامس والعشرون.

ب- المصار الثانوية:

اعتمدت الباحثة في كتابة الجانب النظري من الدراسة على المراجع العربية والإنجليزية ذات العلاقة بموضوع الدراسة، وكذلك المقالات والبحوث السابقة والتقارير التي تناولت نفس الموضوع وكذلك الاطلاع على المواقع الرسمية المعتمدة من شبكة الانترنت.

أدوات الدراسة:

باعتبار أن منهجية الدراسة تقوم على نوع البحث المختلط الذى يعتمد على البيانات النوعية والكمية، فقد تم استخدام أداتين لجمع البيانات هما: المقابلات الشخصية لجمع البيانات النوعية والاستبانة لجمع البيانات الكمية وقد كانت البداية بإجراء المقابلات شبة المهيكلة، كأداة أولى لجمع البيانات من عدد من المسؤولين بوزارة الصحة، حيث كان الدافع الأساسي لاستخدام المقابلة الشخصية هو التعرف على مدى إدراك المسؤولين بأهمية الرعاية التلطيفية والتعرف على واقع الفرص والتحديات لتضمين الرعاية التلطيفية بالنظام الصحي الليبي. اما الأداة الثانية فهي الاستبانة حيث صُممت استبانتان محكمتين ومستقلتين لكل من مقدمي الخدمة و متلقيي الخدمة تخدمان اهداف الدراسة وقد صمم سؤال واحد فقط مشترك لكل من الاستبانتين، حيث وُجه نفس السؤال في المقابلات الشخصية من اجل الحصول على اجابة قابلة للقياس عن مدى قبول اصحاب المصلحة لتضمين الرعاية التلطيفية بنظام الرعاية الصحية الليبي .

أولا: المقابلة شبه المهيكلة

قامت الباحثة بإجراء (مقابلات شبه مهيكلة) كوسيلة أولية لجمع بيانات نوعية بهدف الحصول على نتائج توضح وتفسر وجهات نظر المشاركين بالمقابلة مع التركيز على المناهج التي أثبت فعاليتها في البحوث الصحية والاجتماعية مثل التحليل الموضوعي، والتي تناسب طبيعة البيانات المجمعة حول المحاور المحددة في المقابلة وأهداف البحث لضمان استخلاص أقصى قيمة من المعلومات المقدمة من المسؤولين.

وبذلك اتبعت الباحثة أسلوب تحليل البيانات النوعية (QDA) التي اقترحها كل من Taylor &Gibbs(2015) عند اجراء المقابلات والتي تتم عبر المراحل الاتية:

1. تحديد المشاركون في المقابلات للحصول على المعلومات اللازمة.
2. تنفيذ وتحليل المقابلات بطريقة تضمن جمع وتحليل بيانات نوعية ذات جودة مرتفعة من خلال اتباع الخطوات التالية: (1994,Miles& Huberman)

أ- إعداد دليل مقابلة يتضمن المحاور المرتبطة بتضمين الرعاية التلطيفية وعلى أن يشمل كل محور مجموعة أسئلة تغطى الموضوعات المراد الحصول عليها.

ب-تحديد موعد مع المشاركون بالمقابلة.

ج- تسجيل المقابلة صوتيا بعد موافقة المشارك وكتابتها.

د- الوصف والاستكشاف (الترميز والتصنيف)

هـ- التلخيص والتحقق من المعنى (الاستنتاج وربط الأفكار)

نتائج عملية إجراء المقابلات

بناء على تحليل البيانات الواردة بالمقابلات وفق الخطوات المذكورة أعلاه، فأنه تم تلخيص واستنتاج عدد من النقاط كالتالي:

أولا: محور السياسات والتشريعات

أشار **المشارك الأول** إلى عدة جوانب مرتبطة بالسياسات الصحية أبرزها، أهمية السياسة العامة في تحسين جودة حياة المرضى كما شدد على أن صياغة السياسات يجب أن تكون ذات تأثير دائم، وتركز على تحسين جودة حياة المريض وليس فقط الجوانب السريرية.

وأن الحاجة لتشريعات مرنة مواكبة للتطور العلمي أصبح ضرورة ملحة، كما أن التشريعات الطبية الحالية بحاجة إلى التحديث لتكون قابلة للتكيّف مع التقدم العلمي والتقني، مع ضرورة إصدار قرارات تنظيمية وبروتوكولات علاجية تُلزم الأطقم الطبية ببروتوكولات علاجية معيارية.

كما اقترح دمج جهود الرعاية التلطيفية مع برامج التضامن الاجتماعي لتوسيع نطاق التغطية والخدمة، وأشار أيضا إلى تحدي ثقافي مهم يتمثل في أن الأسرة في بعض المجتمعات تقوم بوظائف الرعاية التي يجب أن تُسند للمؤسسات، ما يتطلب مراعاة هذا السياق في السياسات.

أما **المشارك الثاني والثالث والرابع والخامس** فقد ركزوا على جانبين رئيسيين وهما: التكامل بين الوزارات في تنمية الموارد البشرية موصين بتعزيز التعاون بين وزارتي التعليم والصحة لتأهيل الكوادر البشرية في المجالات الأكاديمية ذات الصلة بالصحة، ضمن سياسة حكومية متكاملة لتطوير المهارات، أما الجانب الآخر فهي التحديات القانونية التي تواجه مؤسسات المجتمع المدني: منوهين إلى صعوبة حصول الجمعيات والمؤسسات الاجتماعية على دعم رسمي نتيجة غياب التشريعات التي تتيح لها الارتباط المؤسسي بوزارة أو جهة رسمية، كما تناولوا عددًا من القضايا التشريعية والتنظيمية الجوهرية منها: الاعتراف القانوني بالخدمات التلطيفية، حيث عبّروا عن ضرورة استحداث سياسة واضحة تهدف إلى توطين الرعاية التلطيفية داخل ليبيا بدلاً من الاكتفاء بتوفيرها في الخارج، ما يسهم في استمرارية الخدمة مع وجود تشريع ينص صراحة على إنشاء مركز للرعاية التلطيفية يمثل مطلبًا تشريعيًا أساسيًا لتفعيل هذا النوع من الخدمات، وأشاروا إلى أن نتائج البحوث العلمية يجب أن تكون المرجعية في صياغة السياسات، من خلال دراسة التحديات والاحتياجات الواقعية للمجتمع، وأشاروا إلى صعوبة إدراج الرعاية التلطيفية ضمن الهيكل التنظيمي للنظام الصحي العام، مشيرين إلى أن موقعها لا يزال غير محدد بدقة مما يعيق توفير الخدمة بشكل منهجي.

أوضح **المشارك السادس** أن السياسات الحالية لا تتضمن بوضوح دعمًا للرعاية التلطيفية، بل إن الجهود الموجودة هي مبادرات فردية متفرقة واقترح أن يتم إصدار قرار وزاري رسمي باعتماد الرعاية التلطيفية ضمن النظام الصحي الوطني، كما نبه إلى غياب الوعي المؤسسي، وغياب الإدارات المتخصصة، وندرة الكوادر المؤهلة، ما يجعل التنفيذ الفعلي للرعاية التلطيفية صعبًا، وبتحليل آراء المشاركين فيما يتعلق بالسياسات والتشريعات اللازمة لتضمين الرعاية التلطيفية، نجد أن المشاركين اتفقوا على مجموعة من النقاط أبرزها:

1. التأكيد على ضرورة تحديث السياسات الصحية لتكون أكثر مرونة وقابلة للتكيف مع التطورات العلمية والتقنية.
2. التأكيد على ضرورة أن تركز السياسات على تحسين جودة حياة المرضى وليس فقط على الجوانب السريرية.
3. ضرورة أن تكون نتائج البحوث العلمية على المرجعية الأساسية في صياغة السياسات الصحية.
4. ضرورة وجود اعتراف قانوني وتشريعي واضح بالرعاية التلطيفية ضمن الهيكل الصحي.

بينما المشارك الأول ركز في أهمية الوعي بالرعاية التلطيفية وإسناد الرعاية التلطيفية للمؤسسات الصحية بدلا من الأسرة وادماجها مع جهود التضامن الاجتماعي

ثانيا: محور البنية التحتية

ذكر **المشارك الأول** أن المرافق الصحية الحالية غير مهيأة بشكل كافٍ لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية من حيث البيئة والتجهيزات والموارد، مؤكداً على ضرورة وضع خطة شاملة لإعادة تأهيل بعض المرافق لتضم وحدات رعاية تلطيفية مستقلة.

وتحدث المشاركون **الثاني والثالث والرابع والخامس** عن ضعف الجاهزية التقنية والبشرية في أغلب المؤسسات الصحية مشيرين إلى أن التحول الرقمي قد يساعد في تحسين الوصول إلى الخدمة داعيين إلى تخصيص قسم خاص بالرعاية التلطيفية ضمن كل مستشفى رئيسي مع توفير متطلبات العمل الأساسية وأوضحوا أن غياب التصور المؤسسي

الواضح حول تبعية الرعاية التلطيفية يزيد من صعوبة تطوير البنية التحتية مشيرين بذلك إلى أن بعض المرافق الصغيرة يمكن أن تقدم خدمات فعالة إذا تم توفير الحد الأدنى من المتطلبات خاصة في المناطق الريفية.
أكد **المشارك السادس** أن الجاهزية في البنية التحتية لتطبيق الرعاية التلطيفية محدودة جدًا، خاصة في المناطق النائية، وأوضح أن الوزارة حاليًا تركّز دعمها على مرضى الأورام والأمراض النادرة، دون وجود خطة مستقلة واضحة للرعاية التلطيفية، كما بيّن أن المتطلبات الأساسية تشمل توفير أماكن مريحة تحفظ خصوصية المرضى، وتقدم الدعم النفسي، إلا أن ضعف الدعم اللوجستي، وعدم تخصيص مساحات ملائمة تمثل تحديات كبيرة تعوق التوسع في هذه الخدمة.
وبتحليل أراء المشاركين فيما يتعلق بمتطلبات البنية التحتية اللازمة لتضمين الرعاية التلطيفية فقد أتفق المشاركون على:

1. ضعف البنية التحتية وعدم جاهزيتها لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية.
2. نقص التجهيزات والموارد اللازمة لدعم خدمات الرعاية التلطيفية، خصوصا في المناطق الريفية.
3. عدم وجود خطة مستقلة وواضحة لتطوير البنية التحتية الخاصة بالرعاية التلطيفية.

بينما اقترح المشارك الأول إلى ضرورة وجود خطة شاملة لإعادة تأهيل بعض المرافق الحالية وتخصيص وحدات رعاية تلطيفية مستقلة، اقترح المشاركون الآخرون تخصيص قسم خاص بالرعاية التلطيفية ضمن كل مستشفى رئيسي مع توفير متطلبات العمل الأساسية، كما أشاروا إلى التحول الرقمي كحل جزئي وداعم لتحسين البنية التحتية وإمكانية تحسين الخدمات المقدمة، وما يزيد من صعوبة تطوير البنية التحتية هو غياب التصور المؤسسي حول تبعية الرعاية التلطيفية .

ثالثا: محور التمويل:

أشار **المشارك الأول** إلى أن التمويل يمثل إحدى المشكلات الرئيسية في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية حيث لا يتم تخصيص ميزانية مستقلة لهذا المجال، بل تصرف من بنود عامة، كما أشار إلى أن الرعاية التلطيفية لا تعتبر أولوية في الوقت الحالي نظرا للأوضاع الصحية المعقدة في البلاد ما يجعل تمويلها يأتي في المرتبة الثانية.
أما **المشاركون الثاني والثالث والرابع والخامس** أوضحوا أن الدعم المالي المباشر لايزال محدود وأشاروا إلى إمكانية استغلال التعاون مع القطاع الخاص في مجال التدريب والدعم الفني، مقترحين في ذلك تضمينها ضمن عقود الشراكة ،مع ضرورة وجود إطار قانوني ملزم يشجع على تخصيص ميزانيات مستدامة للرعاية التلطيفية، وتحدثوا ايضا عن ضعف الدعم المالي سواء من الحكومة أو من المنظمات الدولية وأوضحوا أن أغلب ما يتم الحصول عليه من دعم يقتصر على الجانب الفني وليس المالي المباشر، كما شددوا على أهمية إشراك مختصين في الاقتصاد الصحي لإدارة الموارد وتوجيه الإنفاق بما يحقق استدامة الخدمات.
وأشار **المشارك السادس** إلى أن تخصيص التمويل للرعاية التلطيفية يتم حسب أولويات الوزارة، بما يعني أن هذه الرعاية ليست ضمن أولويات حالية واضحة، كما بيّن أنه لا توجد خطة رسمية معتمدة لتمويل هذا النوع من الرعاية، لكنه يرى إمكانية اقتراحها ضمن الخطط المستقبلية لتحسين الميزانية وذكر أن التعاون مع المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية أو الصليب الأحمر قد يكون ممكناً بشرط وجود خطة عمل واضحة مؤكداً أن نقص التوعية بأهمية الرعاية التلطيفية يمثل عائقاً جوهرياً أمام تخصيص ميزانية مستقلة لها.
من خلال ما سبق نجد أن المشاركين اتفقوا على

1. أن التمويل يعتبر من أكبر التحديات أمام تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بسبب عدم وجود ميزانية مستقلة أو خطة تمويل واضحة.
2. ضرورة البحث عن شراكات مع القطاع الخاص والمنظمات الدولية لتوفير الدعم المالي والفني.
3. أهمية وجود آليات لضمان استدامة تمويل خدمات الرعاية التلطيفية.

بينما ركز المشارك الأول على أن الرعاية التلطيفية ليست أولوية حالية مما يؤثر على تمويلها.

رابعا: محور التدريب والمهارات

أكد **المشارك الأول** على أن توفير كوادر بشرية مدربة شرط أساسي لإنجاح برامج الرعاية التلطيفية وأشار أيضا إلى أن غياب الكفاءات يمثل عائقا كبيراً، مطالباً بضرورة تنظيم برامج تدريبية وطنية شاملة تشبه البرامج المتخصصة الأخرى مثل القلب أو الأورام.

واقترح **المشاركون الثاني والثالث والرابع والخامس** بإدراج مفاهيم الرعاية التلطيفية ضمن التدريب الجامعي لطلبة الطب والتمريض وجعلها تخصصاً أكاديمياً مستقلاً، مع التشديد على أهمية إشراك وزارة التعليم العالي في إعداد الخطط التدريبية بالتنسيق مع وزارة الصحة، كما رأوا أن ضعف المهارات والتدريب أهم سبب في تردى خدمات الرعاية التلطيفية خاصة في المناطق الريفية، داعيين إلى تفعيل بند التدريب في جميع عقود العمل مع الجهات الصحية الخاصة والعامة لضمان تحديث المهارات باستمرار.

بينما بيّن **المشارك السادس** أن هناك نقصاً كبيراً في التدريب الخاص بمبادئ الرعاية التلطيفية، سواء من حيث المحتوى أو الكوادر المؤهلة، وأشار إلى أن الخطة التدريبية غير واضحة ، إلا أنه من الممكن إدراج برامج تدريبية مقترحة للكوادر الطبية ووصف وضع التدريب الحالي بأنه شبه معدوم، داعياً إلى دمج الرعاية التلطيفية ضمن برامج التدريب المستمر للممرضين والأطباء والصيادلة وذكر أيضاً أن الوعي بأهمية هذه التخصصات ضعيف للغاية، مما يؤدي إلى تجاهل الرعاية التلطيفية في الممارسات اليومية، ويرتبط هذا بوجود نقص وغياب كفاءات متخصصة.

اتفق المشاركون في محور التدريب والمهارات على وجود نقص كبير في التدريب والمهارات المتعلقة بالرعاية التلطيفية وبالتالي ضرورة توفير كوادر بشرية مدربة ومؤهلة لإنجاح خدمات الرعاية التلطيفية، بينما اقترح المشاركون الثاني والثالث والرابع والخامس إدراج مفاهيم الرعاية الصحية ضمن التعليم الجامعي لطلبة الطب والتمريض وجعلها تخصصا أكاديميا، دعا المشارك السادس على تضمين الرعاية التلطيفية ضمن برامج التدريب المستمر للممرضين والأطباء والصيادلة.

خامسا: محور الأدوية الأساسية

أوضح **المشارك السادس** أن هناك قائمة نمطية معتمدة للأدوية، ويُضاف إليها بعض الأصناف حسب الاحتياج، إلا أنه لا توجد قوائم متخصصة لأدوية الرعاية التلطيفية، كما أشار إلى أن القيود التنظيمية وضعف سلسلة الإمداد ونقص الأدوية تشكل عوائق رئيسية في هذا المحور.

لم يتطرق المشاركون الآخرون بشكل مباشر حول موضوع الأدوية وإنما أشاروا إلى أن الموضوع خاص بإدارة الصيدلة.

ثانيا: الاستبيان

لمعالجة الجوانب التطبيقية لموضوع الدراسة تم تجميع البيانات والمعلومات الأولية من خلال أداة الاستبانة، كأداة رئيسية صممت خصيصاً لغرض حل مشكلة الدراسة، وأُستخدم عدد (2) من الاستبانات، الأول موجه لمقدمي الخدمة والذي يبلغ عددهم (22) فرداً، والثاني موجه لمتلقي الخدمة (مرضى الاورام) والبالغ عددهم (365) فرداً، وبمراعاة ان تكون فقرات كلا من الاستبيانين شاملة لكل جوانب مشكلة الدراسة، من أجل ذلك قُسم نموذج الاستبانة الأول الموجه لمقدمي الخدمة إلى جزئين وهي كالتالي:

الجزء الأول: يحتوي هذا الجزء على البيانات الشخصية أو الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة، المتمثلة في (الجنس، المؤهل العلمي، التخصص، المسمى الوظيفي، عدد سنوات الخبرة).

الجزء الثاني: يشمل هذا الجزء على عدد إجمالي متكون من (24) فقرة تغطي ابعاد المتطلبات اللازم توفرها في مقدم خدمة الرعاية الصحية لتضمين الرعاية التلطيفية بنظام الرعاية الصحي الليبي، والذي يتكون من بعد قدرة مقدم الخدمة على إدارة الألم والأعراض المزعجة ويحتوي على (6) فقرات، وبعد قدرة مقدم الخدمة على الاتصال الفعال ويحتوي على (5) فقرات، وبعد قدرة مقدم الخدمة على التعاون مع فريق متعدد التخصصات ويحتوي على (6) فقرات، وبعد تمكين متلقي الخدمة ويحتوي على (7) فقرات.

قسم نموذج الاستبانة الثاني الموجه لمتلقي الخدمة إلى جزئين وهي كالتالي:

الجزء الأول: يحتوي هذا الجزء على البيانات الشخصية أو الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة، المتمثلة في (الجنس، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، الحالة الوظيفية، مكان السكن، العمر).

الجزء الثاني: يشمل هذا الجزء على عدد 11 فقرة تغطي مجالات متطلبات متلقي خدمة الرعاية الصحية لتضمين الرعاية التلطيفية بنظام الرعاية الصحي الليبي، والذي تتمثل في وعي متلقي الخدمة لدور الرعاية التلطيفية في تحسين حياته.

مع سؤال مشترك موجه لكل أصحاب المصلحة في تضمين الرعاية التلطيفية بالنظام الصحي الليبي.

الاختبارات الإحصائية المستخدمة في تحليل الاستبيانات

تم استخدام مجموعة من المقاييس والاختبارات الإحصائية في هذه الدراسة لمعالجة البيانات المتحصلة عليها من الاستبيانات، وذلك كما يلي:

أ. التكرارات والنسب المئوية: تم استخدامها لوصف خصائص مجتمع الدراسة المتمثل في مقدمي ومتلقي خدمة الرعاية الصحية.

ب. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: وتم استخدامها لتحديد درجة موافقة المبحوثين على كل عبارة من عبارات الاستبيان وكل بُعد من أبعادها وترتيبها حسب درجة الموافقة.

ج. اختبار سوبرمان للارتباط: تم استخدامه للتحقق من صدق إدارة الدراسة بطريقة الاتساق الداخلي.

ح. اختبار الفا كرو نباخ: وتم استخدامه للتحقق من ثبات أداة الدراسة.

التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة:

وصف خصائص مجتمع الدراسة لمقدمي الخدمة:

تم إيجاد الجداول التكرارية للمعلومات الديموغرافية، فكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (1)

خصائص أفراد العينة حسب النوع

النوع	التكرار	التكرار النسبي%
ذكر	2	%9.1
أنثى	20	%90.9
المجموع	22	%100

يتضح من الجدول (1) أن أغلب مفردات عينة الدراسة هم من فئة الإناث بنسبة (90.9%)، بينما يشكل الذكور بنسبة (9.1%) من مفردات عينة الدراسة، ويرجع هذا إلى طبيعة العمل بالمرافق الصحية التي تناسب العنصر النسائي أكثر من الرجال وهو امر مرتبط بديموغرافيا البلاد، والميزات التي يقدمها القطاع الصحي مثل الفرصة على الحصول على دوام مرن وما الى ذلك .

جدول رقم (2)

خصائص أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	التكرار النسبي%
دبلوم	1	%4.5
مؤهل جامعي	18	%81.8
دراسات عليا	3	%13.6
المجموع	22	%100

يتضح من الجدول (2) أن أغلب مفردات العينة من فئة المؤهل الجامعي بنسبة (81.8%) بينما تشكل فئة الدراسات العليا ما نسبته (13.6%) ويليها فئة الدبلوم بنسبة (4.5%) وهذا يدل على أن مقدمي الخدمة لديهم مؤهل علمي وقادرين على فهم متطلبات الرعاية التلطيفية وبالتالي أداء عملهم بإتقان.

جدول رقم (3)

خصائص أفراد العينة حسب التخصص

التخصص	التكرار	التكرار النسبي%
كوادر طبية	15	%68.2
طبية مساعدة	3	%13.6
ادارية	4	%18.2
المجموع	22	%100

يتضح من الجدول (3) أن أغلب تخصص أفراد العينة من الكوادر الطبية بنسبة (68.2%) ويليهم تخصص الأدارية بنسبة (18.2%) وأخيرا تخصص الطبية المساعدة بنسبة (13.6%)، وهذا يدل على تنوع التخصصات

جدول رقم (4)

خصائص أفراد العينة حسب المسمى الوظيفي

المسمى الوظيفي	التكرار	التكرار النسبي%
طبيب	14	%63.6
صيدلي	3	%13.6
ممرض	2	%9.1
موظف	3	%13.6
المجموع	22	%100

يتضح من الجدول (4) أن أغلب مفردات العينة حسب المسمى الوظيفي هم الأطباء بنسبة (63.6%) وهي الأعلى نسبة وهذا مؤشر بأن الأشخاص الذين يقومون بالرعاية الصحية هم الأكثر إرتباطا بالمهن الطبية ، ويليهم الصيادلة بنسبة (13.6%) .

جدول رقم (5)

خصائص أفراد العينة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	التكرار النسبي%
اقل من خمس سنوات	3	13.6
من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	2	9.1
من عشر سنوات إلى اقل من 15 سنة	8	36.4
من 15 سنة فأكثر	9	40.9
المجموع	22	%100

يتضح من الجدول (5) أن سنوات الخدمة لمفردات عينة الدراسة (من 15 سنة فأكثر) يشكلون النسبة الأكبر بنسبة (40.9%) ثم يليهم الذين لديهم خبرة من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنة بنسبة (36.4%) وهذا مؤشر جيد إلى أن من يمارسون الرعاية الصحية يتمتعون بخبرة كافية .

وصف خصائص مجتمع الدراسة لمتلقي الخدمة:

تم ايجاد الجداول التكرارية للمعلومات الديموغرافية، فكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (6)

خصائص أفراد العينة حسب النوع

النوع	التكرار	التكرار النسبي%
ذكر	63	20.1
أنثى	251	79.9
المجموع	314	100

يتضح من الجدول (6) أن أغلب مفردات عينة الدراسة هم من فئة الإناث بنسبة (79.9%)، بينما يشكل الذكور بنسبة (20.1%) من مفردات عينة الدراسة مما يعني ان الأصابة بالسرطان أكثر انتشاراً في النساء عنه في الرجال وهذه النتيجة متفقة و نتائج مسح معدل الإصابة بالسرطان(STEPS,2020)مما يعني أنهم أكثر حاجة إلى خدمات الرعاية التلطيفية .

جدول رقم (7)

خصائص أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	التكرار النسبي%
غير متعلم	43	13.7
دبلوم متوسط	186	59.2
تعليم عالي فما فوق	85	27.1
المجموع	314	%100

يتضح من الجدول (7) أن أغلب مفردات عينة الدراسة لديهم دبلوم متوسط بنسبة (59.2%) ويليهم من لديهم تعليم عالي فما فوق بنسبة (27.1%)، وأخيرا الأفراد غير المتعلمين بنسبة (13.7%) وهو ما يعكس العلاقة بين المؤهل العلمي ومستوى الدخل و مدى حاجة متلقي لخدمة لخدمات الرعاية الصحية المجانية .

جدول رقم (8)

خصائص أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	التكرار النسبي%
متزوج	209	66.6
أعزب	62	19.7
مطلق	25	8.0
أرمل	18	5.7
المجموع	314	%100

يتضح من الجدول (8) أن أغلب مفردات العينة حسب الحالة الاجتماعية كانوا متزوجين بنسبة (66.6%) ويليهم العازبين بنسبة (19.7%) ومن ثم المطلقين بنسبة (8.0%) وأخيراً الأرامل بنسبة (5.7%) مما يدل على ان الفريق متعدد التخصصات لابد ان يتضمن احد افراد الأسرة كمتطوع وذلك بطبيعة العلاقات الاجتماعية في المجتمع المسلم مما يشكل فرصة جيدة للقيمة مقابل التكلفة في الرعاية التلطيفية .

جدول رقم (9)

خصائص أفراد العينة حسب الحالة الاقتصادية

الحالة الاقتصادية	التكرار	التكرار النسبي%
ممتازة	1	0.3
متوسطة	263	83.8
ضعيفة	50	15.9
المجموع	314	%100

يتضح من الجدول (9) أن أغلب مفردات العينة حسب الحالة الاقتصادية كانوا من الحالة المتوسطة بنسبة (83.8%) ويليهم الحالة الاقتصادية الضعيفة بنسبة (15.9%) وأخيرا الحالة الممتازة وتمتثل ما نسبته (0.3) وهذا يدل أن ذوى الحالة الاقتصادية المتوسطة والضعيفة هم من يترددون على المستشفيات العامة.

جدول رقم (10)

خصائص أفراد العينة حسب الحالة الوظيفية

الحالة الوظيفية	التكرار	التكرار النسبي%
موظف حكومي	226	72.0
عمل حر	9	2.9
متقاعد	36	11.5
بلا عمل	43	13.7
المجموع	314	%100

يتضح من الجدول (10) أن أغلب مفردات العينة حسب الحالة الوظيفية هم الموظفين الحكوميين بنسبة (72.0%)، ويليهم عدد الأفراد بلا عمل بنسبة (13.7%) ثم المتقاعدين بنسبة (11.5%)، وأخيرا الأفراد أصحاب العمل الحر بنسبة (2.9%) مما يدل على القيمة الاقتصادية لهذه الشريحة من المجتمع كمورد بشري للحكومة الليبية مما يثبت أهمية الاهتمام بها والعمل على تجويد حياتها.

جدول رقم (11)

خصائص أفراد العينة حسب العمر

العمر	التكرار	التكرار النسبي%
اقل من 20 سنة	0	0
من 20 سنة إلى اقل من 30 سنة	6	1.9
من 30 سنة إلى اقل من 40 سنة	31	9.9
من 40 سنة فأكثر	277	88.2
المجموع	314	%100

يتضح من الجدول (11) أن أغلب مفردات العينة حسب العمر، من أعمارهم 40 سنة فأكثر بنسبة (88.2%) ويليهم عدد الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة بنسبة (9.9%) وأخيرا الذين تتراوح أعمارهم من 20 سنة إلى أقل من 30 بنسبة (1.9%) . هذه النتائج تشير أن الإصابة بالأورام يرتبط بتقدم العمر وهذا يعزز أهمية برامج الفحص المبكر ورفع الوعي الصحي حول عوامل الخطورة المؤدية للإصابة بالأورام كما يعزز ضرورة الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية بمجالاتها المختلفة وهده النتيجة متفقة و نتائج مسح (STEPS)الذي اجرته منظمة الصحة العالمية و المركز الوطني لمكافحة الامراض سنة 2020.

جدول رقم (12)

خصائص أفراد العينة حسب مكان السكن

مكان السكن	التكرار	التكرار النسبي%
داخل مدينة طرابلس	115	36.6
خارج مدينة طرابلس	199	63.4
المجموع	314	%100

يتضح من الجدول (12) أن أغلب مفردات العينة حسب مكان السكن، من يقيمون خارج مدينة طرابلس حيث مكان المستشفى مكان الدراسة والذي يقدم الرعاية الصحية بنسبة (63.4%)، وعدد أفراد العينة الذين يسكنون داخل مدينة طرابلس (36.6%) وهو ما يؤكد مدى أهمية المستشفى في تقديم الخدمات الصحية للبلاد عامةً وأهمية وحدة الأورام بالنسبة للمصابين بالسرطان خاصةً من أن هذه النسب تُعزز ضرورة تضمين الرعاية التلطيفية بالمراكز الصحية الموزعة على ربوع البلاد كما يؤكد ان اختيار مجتمع العينة سيمثل متلقي الخدمة تمثيلا جيدا.

تحليل البيانات الوصفية للدراسة

تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس ليكرت الخماسي لتقدير درجة إجابة فئات الدراسة حول أسئلة الاستبيان، حيث كانت الدرجات من 1 إلى 5 ابتداءً من غير موافق تماماً إلى موافق تماماً, حيث أن هذه الأرقام تعبر عن وزن كل إجابة كما يلي:(غير موافق تماماً=1، غير موافق =2 ، موافق لحد ما=3، موافق=4، موافق تماماً =5).

بعد الانتهاء من ترميز الإجابات وإدخال بيانات الدراسة باستخدام حزمة البرمجيات الجاهزة SPSS (Statistical Package for Social Science) .

ثم تم وضع محك للمتوسطات الحسابية بحيث يمكن من خلاله معرفة مستوى توفر كل مجال من مجالات الدراسة وذلك وفق الجدول (13)

جدول رقم (13) فترات المتوسط الحسابي حسب المستوى

الفترة	1.80-1.00	2.60-1.81	3.40-2.61	4.20-3.41	5.00-4.21
المستوى	ضعيف جداً	ضعيف	متوسط	مرتفع	مرتفع جدا

تحليل البيانات الوصفية لمقدمي الخدمة:

وستعتمد الباحثة على حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد متطلبات مقدمي خدمات الرعاية الصحية على حده، ومستوى موافقة المبحوثين نحو كل فقرة.

1- بعد إدارة الألم والأعراض المزعجة

تم تحليل إجابات أفراد العينة المتعلقة ببعد إدارة الألم والأعراض المزعجة وفقا للجدول التالي:

جدول رقم (14)

نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري حول مستوى توفر بعد إدارة الألم والاعراض المزعجة

	العبارة		درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة	الأهمية النسبية
			موافق تماما	موافق	موافق لحد ما	غير موافق	غير موافق تماما				
1	تبدأ ادارة الالم والاعراض المزعجة من بداية الخطة العلاجية	ت	14	3	4	1	0	4.36	0.953	مرتفع جدا	3
		%	63.6	13.6	18.2	4.5	0				
2	تشمل ادارة الالم بعض الاستراتيجيات الى جانب الادوية	ت	14	8	0	0	0	4.64	0.492	مرتفع جدا	2
		%	81.8	18.2	0	0	0				
3	تزيد ادارة الالم والاعراض المزعجة من جودة حياه المريض	ت	18	4	0	0	0	4.82	0.395	مرتفع جدا	1
		%	81.8	18.2	0	0	0				
4	ترتبط شدة الالم بتصنيف المرض ومرحلته	ت	10	7	0	5	0	4.00	1.195	مرتفع	5
		%	45.5	31.8	0	22.7	0				
5	يقلل استخدام المورفين الفموي من حالات الادمان على المورفين	ت	2	5	8	7	0	3.09	0.971	متوسط	6
		%	9.1	22.7	36.4	31.8	0				
6	تعتبر إدارة الالم والاعراض المزعجة عمل جماعي يشترك فيه كامل الفريق متعدد التخصصات	ت	14	5	0	3	0	4.36	1.049	مرتفع جدا	4
		%	63.6	22.7	0	13.6	0				
	المتوسط العام للبعد							4.21	0.457	مرتفع جدا	

يتضح من الجدول (14) أن جميع العبارات المتعلقة ببعد إدارة الألم والأعراض المزعجة بالنسبة لأفراد العينة تراوحت متوسطات اجاباتهم بين (3.09-4.82)، وبلغ المتوسط العام للبعد (4.21) بانحراف معياري (0.457) وهذا يعني أن المبحوثين أجابوا بالموافقة بصورة مرتفعة جدا على أن مقدمي الخدمة لديهم قدرة على إدارة الألم والاعراض المزعجة.

وجاءت العبارة (تزيد إدارة الألم والأعراض المزعجة من جودة حياه المريض) بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.82) وانحراف معياري (0.395) مما يعني أن مقدمي الخدمة يدركون جيداً مدى أهمية إدارة الألم في تحسين جودة حياة المريض وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (غزال ,2015).

وجاءت العبارة (يقلل استخدام المورفين الفموي من حالات الإدمان على المورفين) بالمرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.09) وانحراف معياري (0.971) وهذا يعني أن إدراك مقدمي الخدمة لأهمية استخدام المورفين الفموي في تقليل حالات الإدمان على المورفين متوسطا وقد تم التطرق إلى هذا الجانب في مبحث التخدير الطبي. أن هذه النتيجة تسلط الضوء على ضرورة البحث ومتابعه التطورات والتعلم المستمر في مجال تقديم الرعاية الصحية.

2- بعد الاتصال

تم تحليل إجابات أفراد العينة المتعلقة ببعد الاتصال وفقا للجدول التالي:

جدول رقم (15)

نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري حول مستوى توفر بعد الاتصال

	العبارة		درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة	الأهمية النسبية
			موافق تماما	موافق	موافق لحد ما	غير موافق	غير موافق تماما				
1	يتم الاكتفاء بالسجل الصحي للحصول على المعلومات الخاصة بالمرض	ت	9	5	2	5	1	3.73	1.352	مرتفع	5
		%	40.9	22.7	9.1	22.7	4.5				
2	يمتلك مقدم الخدمة مهارة الاستماع بشكل جيد	ت	15	6	0	1	0	4.59	0.734	مرتفع حدا	2
		%	68.2	27.3	0	4.5	0				
3	يتمتع مقدم الخدمة بمهارة الحوار الجيد	ت	15	6	1	0	0	4.64	0.581	مرتفع جدا	1
		%	68.2	27.3	4.5	0	0				
4	يتطلب الاتصال الفعال معرفة كافية بالفئة المستهدفة	ت	12	6	3	1	0	4.32	0.894	مرتفع جدا	4
		%	54.5	27.3	13.6	4.5	0				
5	تمتع مقدم الخدمة بقدرة على تفسير لغة الجسد	ت	14	5	1	2	0	4.41	0.959	مرتفع جدا	3
		%	63.6	22.7	4.5	9.1	0				
	المتوسط العام للبعد							**4.33**	**0.459**	**مرتفع جدا**	

يتضح من الجدول (15) أن جميع العبارات المتعلقة ببعد الاتصال بالنسبة لأفراد العينة تراوحت متوسطات إجاباتهم بين (3.73-4.64) وبلغ المتوسط العام للبعد (4.33) بانحراف معياري (0.459) وهذا يعني أن المبحوثين أجابوا بالموافقة بصورة مرتفعة جداً على أن مقدمي الخدمة لديهم قدرة على الاتصال.

وجاءت العبارة (**يتمتع مقدم الخدمة بمهارة الحوار الجيد**) بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.64) وانحراف معياري (0.581) مما يعني أن مقدمي الخدمة يتمتعون بمهارة الحوار الجيد مع المريض، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (يونس وشلبي ،2022).

وجاءت العبارة (يتم الاكتفاء بالسجل الصحي للحصول على المعلومات الخاصة بالمرض) بالمرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.73) وانحراف معياري (1.352) وهذا يعني أن مقدمي الخدمة متشتتين بين الاكتفاء بالسجل الصحي للحصول على معلومات المرضى وبين جمع معلومات الحالة المرضية باستخدام مهارة الاتصال الفعال وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (الشهري، 2022).

3- بعد التعاون مع فريق متعدد التخصصات

تم تحليل إجابات أفراد العينة المتعلقة ببعد التعاون مع فريق متعدد التخصصات وفقا للجدول التالي:

جدول رقم (16)

نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري حول مستوى توفر بعد التعاون مع فريق متعدد التخصصات

	العبارة		درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة	الأهمية النسبية
			موافق تماما	موافق	موافق لحد ما	غير موافق	غير موافق تماما				
1	يتم تحديد الاحتياجات النفسية و الروحية والاجتماعية لوضع إستراتيجية ادارة الالم والاعراض المزعجة	ت	16	4	2	0	0	4.64	0.658	مرتفع جدا	3
		%	72.7	18.2	9.1	0	0				
2	تحتاج الإستراتيجيات العلاجية الى وجود عناصر غير طبية كالأخصائي الاجتماعي	ت	16	4	2	0	0	4.64	0.492	مرتفع جدا	2
		%	72.7	18.2	9.1	0	0				
3	تختلف إستراتيجيات تقديم خدمات الرعاية الصحية بحسب ديموجرافيا المرضى	ت	12	8	1	1	0	4.41	0.796	مرتفع جدا	5
		%	54.5	36.4	4.5	4.5	0				
4	يحتاج مقدم الخدمة الى استشارات مع غيره من مقدمي الخدمة	ت	15	4	0	3	0	4.41	1.054	مرتفع جدا	6
		%	68.2	18.2	0	13.6	0				
5	تنجح الخطط العلاجية بوجود تمريض دو خبرة في مجال عمله	ت	16	4	0	1	1	4.50	1.058	مرتفع جدا	4
		%	72.7	18.2	0	4.5	4.5				
6	يجب ان يتمتع مقدم الخدمة بروح تعاونية	ت	18	4	0	0	0	4.82	0.395	مرتفع جدا	1
		%	81.8	18.2	0	0	0				
	المتوسط العام للبعد							4.56	0.492	مرتفع جدا	

يتضح من الجدول (16) أن جميع العبارات المتعلقة ببعد التعاون مع فريق متعدد التخصصات بالنسبة لأفراد العينة تراوحت متوسطات إجاباتهم بين (4.41-4.82) وبلغ المتوسط العام للبعد (4.56) بانحراف معياري (0.492) وهذا يعني أن المبحوثين أجابوا بالموافقة بصورة مرتفعة جدا على أن مقدمي الخدمة لديهم القدرة على العمل والتعاون ضمن فريق متعدد الاختصاصات.

وجاءت العبارة **(يجب ان يتمتع مقدم الخدمة بروح تعاونية)** بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي (.824) وانحراف معياري (0.395) مما يعني أن مقدمي الخدمة يتمتعون بروح التعاون مع الفريق، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (احمد، 2018).

وجاءت العبارة **(يحتاج مقدم الخدمة الى استشارات مع غيره من مقدمي الخدمة)** بالمرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (4.41) وانحراف معياري (1.054) وهذا يعني أن مقدمي الخدمة يرون أنهم يحتاجون للتشاور مع زملاؤهم، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (يونس وشلبي ،2022). كما أن هذه النتيجة تسلط الضوء على ضرورة عقد ورش العمل والبرامج التدريبية لمقدمي الخدمة حول اهم ممارسات الرعاية التلطيفية.

4- بعد التمكين

تم تحليل إجابات أفراد العينة المتعلقة ببعد التمكين وفقا للجدول التالي:

جدول رقم (17)

نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري حول مستوى توفر بعد التمكين

	العبارة		درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة	الأهمية النسبية
			موافق تماما	موافق	موافق لحد ما	غير موافق	غير موافق تماما				
1	يشارك مقدم الخدمة المعلومات الصحية حسب ما يراه مناسب	ت	14	5	3	0	0	4.50	0.740	مرتفع جدا	5
		%	63.6	22.7	13.6	0	0				
2	يراعي مقدم الخدمة الحالة النفسية للمريض عند التعامل معه	ت	17	5	0	0	0	4.77	0.429	مرتفع جدا	2
		%	77.3	22.7	0	0	0				
3	يحدد مقدم الخدمة مصلحة المريض وحده	ت	9	7	3	2	1	3.95	1.174	مرتفع	7
		%	40.9	31.8	13.6	9.1	4.5				
4	يلتزم مقدم الخدمة بأخلاقيات المهنة عند التعامل مع مرضاه	ت	19	3	0	0	0	4.86	0.351	مرتفع جدا	1
		%	86.4	13.6	0	0	0				
5	تقع على عاتق مقدم الخدمة مسؤولية توعية المريض حول حالته الصحية	ت	16	6	0	0	0	4.73	0.456	مرتفع جدا	3
		%	72.7	27.3	0	0	0				
6	يشارك مقدم الخدمة الخطة العلاجية مع المريض بصورة مطلقة	ت	12	7	1	2	0	4.32	0.945	مرتفع جدا	6
		%	54.5	31.8	4.5	9.1	0				
7	يساعد تمكين المريض في اتخاذ القرارات العلاجية المناسبة للمريض	ت	13	8	1	0	0	4.55	0.596	مرتفع جدا	4
		%	59.1	36.4	4.5	0	0				
	المتوسط العام للبعد							4.52	0.402	مرتفع جدا	

يتضح من الجدول (17) أن جميع العبارات المتعلقة ببعد التمكين بالنسبة لأفراد العينة تراوحت متوسطات إجاباتهم بين(3.95-4.86) وبلغ المتوسط العام للبعد (4.52) بانحراف معياري (0.402) وهذا يعني أن المبحوثين أجابوا بالموافقة بصورة مرتفعة جداً على أن مقدمي الخدمة لديهم القدرة التمكين، وجاءت العبارة **(يلتزم مقدم الخدمة بأخلاقيات المهنة عند التعامل مع مرضاه)** بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.86) وانحراف معياري (0.351) مما يعني أن مقدمي الخدمة يلتزمون بأخلاقيات بالمهنة عند التعامل مع المرضى، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (زين الدين،2019)، وجاءت العبارة **(يحدد مقدم الخدمة مصلحة المريض وحده)** بالمرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.95) وانحراف معياري (1.174) وهذا يعني أن مقدمي الخدمة يرون أنهم وحدهم من يحددون مصلحة المريض، وهو ما لا يتفق مع دراسة (الشهري ،2022) كما أن هذه النتيجة تسلط الضوء على أهمية تغيير النظرة الهرمية لتقديم الرعاية الصحية و إتباع النهج التلطيفي المتمثل في التمكين والعمل في فريق متعدد التخصصات.

جدول رقم (18)

نتائج المتوسط الحسابي واختبار ويلكسون حول مستوى توفر متطلبات مقدمي خدمة الرعاية الصحية

	العبارة	المتوسط الحسابي	احصاءه الاختبار	p-value	الأهمية النسبية	
1	**إدارة الألم والاعراض المزعجة**	**4.21**	**12.422**	**0.000**	**4**	
2	**الاتصال الفعال**	**4.33**	**13.646**	**0.000**	**3**	
3	**التعاون مع فريق متعدد التخصصات**	**4.56**	**14.937**	**0.000**	**1**	
4	**التمكين**	**4.52**	**17.779**	**0.000**	**2**	
	الدرجة الكلية للمتطلبات	**4.41**	**19.855**	**0.000**		

من خلال الجدول(18) نلاحظ أن مستوى المعنوية المشاهد (p-value) لجميع الأبعاد وللدرجة الكلية للمتطلبات كان أصغر من مستوى المعنوية المحدد 0.05، مما يدل على أن المبحوثين أجابوا بالموافقة على توفر المتطلبات اللازم توفرها في مقدمي الخدمة لتضمين الرعاية التلطيفية بالنظام الصحي الليبي، والمتوسط الحسابي للمتطلبات ككل بلغ 4.41 الواقع ضمن الفترة (4.21-5.00) المعبر على توفر بدرجة مرتفع جدا وفق المحك المعد من قبل الباحثة الموضح بالجدول (13)، وأن أكثر المتطلبات توفرا هي متطلبات التعاون مع فريق متعدد التخصصات بمتوسط حسابي 4.56 الواقع ضمن الفترة (4.21-5.00) المعبر على توفر بدرجة مرتفع جدا وفق المحك المعد من قبل الباحثة الموضح بالجدول (13)، ويليها متطلبات التمكين بمتوسط حسابي 4.52 الواقع ضمن الفترة (4.21-5.00) المعبر على توفر بدرجة مرتفع جدا وفق المحك المعد من قبل الباحثة الموضح بالجدول (13)، ويليها متطلبات الاتصال الفعال بمتوسط حسابي 4.33 الواقع ضمن الفترة (4.21-5.00) المعبر على توفر بدرجة مرتفع جدا وفق المحك المعد من قبل الباحثة الموضح بالجدول (13)، وأخيرا متطلبات إدارة الألم والأعراض المزعجة بمتوسط حسابي 4.21الواقع ضمن الفترة (4.21-5.00)المعبر على توفر بدرجة مرتفع جدا وفق المحك المعد من قبل الباحثة الموضح بالجدول (13).

تحليل البيانات الوصفية لمتلقي الخدمة:

جدول رقم (19)

نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري حول مستوى توفر متطلبات متلقي خدمة الرعاية الصحية

	العبارة		درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة	الأهمية النسبية
			موافق تماما	موافق	موافق لحد ما	غير موافق	غير موافق تماما				
1	يحتاج علاج الألم الى تدخل الفريق الطبي	ت	133	104	61	12	4	4.11	0.935	مرتفع	9
		%	42.4	33.1	19.4	3.8	1.3				
2	يقلل شعوري بالألم من رغبتي بالاختلاط بالمجتمع	ت	138	113	56	7	0	4.22	0.814	مرتفع جدا	8
		%	43.9	36.0	17.8	2.2	0				
3	يمكن التخلص من الاعراض المزعجة المصاحبة لعلاجي	ت	156	146	9	3	0	4.45	0.603	مرتفع جدا	3
		%	49.7	46.5	2.9	1.0	0				
4	يجب على طبيبي ان يعرف كيف يتحكم بما اشعر به من الم	ت	213	64	25	10	2	4.52	0.824	مرتفع جدا	2
		%	67.8	20.4	8.0	3.2	0.6				
5	يصحبني توتر عندما يقترب موعد علاجي	ت	175	75	49	13	2	4.30	0.922	مرتفع جدا	7
		%	55.7	23.9	15.6	4.1	0.6				
6	يؤثر التفكير في مرحلة نهاية المرض في حالتي الصحية	ت	155	120	32	4	3	4.34	0.788	مرتفع جدا	6
		%	49.4	38.2	10.2	1.3	1.0				
7	احتاج الى وقت أكثر مع طبيبي المعالج	ت	121	127	41	19	6	4.08	0.963	مرتفع	10
		%	38.5	40.4	13.1	6.1	1.9				
8	احتاج الى التحدث مع اشخاص من غير عائلتي حول حالتي الصحية	ت	250	42	15	7	0	4.70	0.663	مرتفع جدا	1
		%	79.6	13.4	4.8	2.2	0				
9	يسبب الازدحام في الوحدة الطبية في عدم رغبتي في متابعة حالتي الصحية	ت	166	125	19	4	0	4.44	0.668	مرتفع جدا	5
		%	52.9	39.8	6.1	1.3	0				
10	تساعدني المعرفة الكافية عن حالتي الصحية في وضع خطط لحياتي	ت	203	69	27	11	4	4.45	0.886	مرتفع جدا	4
		%	64.6	22.0	8.6	3.5	1.3				
11	يساعد حصولي على حلول للأعراض المزعجة والالم على بقائي في عملي	ت	203	69	27	11	4	4.45	0.886	مرتفع جدا	4
		%	64.6	22.0	8.6	3.5	1.3				
	المتوسط العام للبعد							4.36	0.434	مرتفع جدا	

يتضح من الجدول (19) أن جميع العبارات المتعلقة ببعد متطلبات متلقي الخدمة بالنسبة لأفراد العينة تراوحت متوسطات اجاباتهم بين (4.08-4.70) وبلغ المتوسط العام للبعد (4.36) بانحراف معياري (0.434) وهذا يعني أن المبحوثين أجابوا بالموافقة بصورة مرتفعة جدا على أن متلقي الخدمة تتوفر لديهم المتطلبات المتمثلة في الوعي بأهمية تضمين الرعاية التلطيفية بنظام الرعاية الصحية الليبي، وجاءت العبارة **(أحتاج الى التحدث مع أشخاص من غير عائلتي حول حالتي الصحية)** بالمرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.70) وانحراف معياري (0.663) مما يعني أن متلقي الخدمة في حاجة إلى رعاية من خارج عائلاتهم وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (يونس وشلبي ،2022)، وجاءت العبارة **(أحتاج الى وقت اكثر مع طبيبي المعالج)** بالمرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (4.08) وانحراف معياري (0.963) مما يعني أن متلقي الخدمة يحتاجون إلى وقت أطول مع الطبيب المعالج، وهذا ما يؤكد أن متلقي الخدمة يرون ضرورة وجود مراكز للرعاية التلطيفية تستقبل أعداد مناسبة للمرضى مما يساهم في إعطاء وقت للمريض مع الطبيب، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (احمد، 2018)،كما أن هذه النتيجة تسلط الضوء على أهمية الالتزام بنطاق الاستقطاب لكل مقدم خدمه وذلك حسب المواصفات القياسية التي يحددها النظام الصحي من خلال قانون العمل .

تحليل السؤال المشترك بين مقدمي الخدمة ومتلقي الخدمة:

هل تعتقد أنه من المفيد لك كأحد أصحاب المصلحة وصانع قرار تضمين الرعاية التلطيفية بنظام الرعاية الصحية الليبي؟

جدول (20)

التكرار النسبي لإجابات أصحاب المصلحة حول قرار تضمين الرعاية التلطيفية

السؤال المشترك		موافق	غير موافق
مقدمي الخدمة	ت	22	0
	%	100	0
متلقي الخدمة	ت	306	8
	%	97.5	2.5

يتضح من الجدول (20) أن مقدمي ومتلقي خدمة الرعاية الصحية كأحد أصحاب المصلحة وصناع قرار تضمين الرعاية التلطيفية بنظام الرعاية الصحية الليبي يوافقون على تضمين الرعاية التلطيفية بنسبة 100% لمقدمي الخدمة وبنسبة 97.5% لمتلقي الخدمة، وهذا مؤشر عالي لأثبات امكانية التضمين الرعاية التلطيفية.

النتائج

نتائج المقابلة:

من خلال التحليل الموضوعي للمقابلات واستخلاص اهم النقاط التي تكلم عنها المشاركون بالمقابلة حول مدى إدراك المسؤولون بالنظام الصحي الليبي لأهمية الرعاية التلطيفية ومدى توفر مقومات تضمينها بالنظام الصحي الليبي، نستنج عدد من النقاط وأهمها:

1- أن المحددات والمتطلبات لتضمين الرعاية التلطيفية في السياق الليبي تتوافق إلى حد كبير مع توصيات منظمة الصحة العالمية، مما يشير إلى أن إتباع الحلول والمقترحات المُعلنة من قبل المنظمة قد يكون الخيار الأكثر فعالية وكفاءة.
2- غياب الاعتراف الرسمي بالرعاية التلطيفية ضمن النظام الصحي وضعف الإطار التشريعي والتنظيمي وغياب التصور المؤسسي الواضح بالرغم من إدراك المشاركون بمفهوم وأهمية الرعاية التلطيفية.
3- ضعف جاهزية البنية التحتية الصحية وخصوصاً بالمناطق الريفية وغياب خطة وطنية لتأهيل المرافق وإنشاء وحدات للرعاية التلطيفية.
4- ضعف الاعتراف بأهمية هذه الرعاية في سلم أولويات الإنفاق الصحي وعدم تخصيص ميزانية مستقلة ومحدودية الشراكة مع المنظمات الدولية ومنظمات المجتمع المدني خصوصا في توفير التمويل.
5- ضعف الكوادر البشرية المؤهلة في مجال الرعاية التلطيفية وضعف البرامج التدريبية وعدم وجود خطط وطنية لأعداد وتأهيل الأطباء والممرضين بهذا المجال.

6- عدم توفر قوائم دوائية مخصصة للرعاية التلطيفية وضعف سلسلة الامداد الدوائي والقيود التنظيمية تمثل تحديا في استقرار واستدامة تأمين الأدوية لهذا النوع من الخدمات.

نتائج الاستبيان:

من خلال التحليل الوصفي لأبعاد الاستبانة الموجه لمقدمي الخدمة والاستبانة المقدم لمتلقي الخدمة نجد أن:

1- توفر المتطلبات اللازم توفرها في مقدمي الخدمة بدرجة مرتفعة جدا حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.41) وجاء ترتيب توفر المتطلبات على النحو التالي:

أ. التعاون مع فريق متعدد التخصصات بمتوسط حسابي (4.56).

ب. القدرة على التمكين بمتوسط حسابي (4.52).

ج. القدرة على الاتصال الفعال بمتوسط حسابي (4.33)

د. القدرة على إدارة الألم والأعراض المزعجة بمتوسط حسابي (4.21)

2- متلقى الخدمة لديهم الوعي الكافي بأهمية تضمين الرعاية التلطيفية حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.36).

3- مقدمي ومتلقى الخدمة يرون أن من المفيد لهم كأصحاب مصلحة وصناع قرار تضمين الرعاية التلطيفية ويوافقون بنسبة مرتفعة، حيث بلغت موافقة مقدمي الخدمة 100% ونسبة متلقى الخدمة 97.5%

4- نسبة مقدمي الخدمة إلى متلقى الخدمة بمستشفى طرابلس المركزي صغيرة جدا حيث تمثل 0.003% مما يشكل فجوه واضحة في عمليه الوصول الفعال والجودة والكفاءة للخدمات الصحية.

5- أغلب متلقي الخدمة حالتهم الاقتصادية متوسطة حيث بلغت نسبتهم 83.8%، كم أن أغلبهم موظفين حكوميين وبلغت نسبتهم 72.0%، واغلبهم من المتزوجين حيث بلغت نسبتهم 66.6% ، ونسبة القاطنين خارج طرابلس والذين يترددون على المستشفى تفوق نسبة القاطنين داخلها حيث بلغت نسبتهم 63.4%.

المناقشة

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف وتقييم إمكانية تضمين الرعاية التلطيفية في النظام الصحي الليبي، وذلك من خلال منهجية بحث مختلطة جمعت بين وجهات نظر المسؤولين وصانعي القرار، وآراء مقدمي ومتلقي الخدمة، وقد أظهرت النتائج تبايناً واضحاً بين الإدراك العالي لأهمية الخدمة والافتقار الحاد للإطار الرسمي والتشريعي لتطبيقها، وهي نتيجة تتفق مع التحديات التي تواجه توطين الرعاية التلطيفية في معظم الدول النامية والمنطقة العربية، وقد أكدت النتائج النوعية المستخلصة من مقابلات المسؤولين إجماعاً على ضرورة وأهمية الرعاية التلطيفية كنموذج رعاية لتعزيز جودة حياة المرضى، يتقاطع هذا الإدراك مع الدعوات العالمية لمنظمة الصحة العالمية (2013,WHO) لدمج الرعاية التلطيفية في الأنظمة الصحية الشاملة، وخاصة في سياق الأمراض المزمنة والأورام، ومع ذلك، تكشف الدراسة عن وجود فجوة تطبيقية واسعة، حيث أشار المشاركون إلى أن هذه الرعاية غير معترف بها رسمياً ولا تُعتبر جزءاً من الخدمات الصحية الأساسية في ليبيا،وذلك نتيجة لضعف الإطار التشريعي وغياب التصور المؤسسي الواضح و تتفق هذه النتيجة مع دراسات أجريت في دول أخرى في شرق المتوسط، والتي تشير إلى أن التحدي الأكبر ليس في قبول المفهوم، بل في ترجمته إلى سياسات صحية ملزمة وموارد مخصصة إن عدم وجود ميزانية مخصصة، وضعف البنية التحتية، ونقص الكوادر المتخصصة كما ورد في المقابلات، يؤكد أن إمكانية التضمين لا تعتمد على الإرادة الفردية بقدر اعتمادها على القرار السياسي والتنظيمي (Knaul et al, 2017) .

على النقيض من العوائق البنيوية، كشفت النتائج الكمية عن مستوى مرتفع جداً من الوعي والقبول للرعاية التلطيفية بين متلقي ومقدمي الخدمة. بنسبة (97.5%) بين المتلقين حيث تُعد هذه النسبة المرتفعة مؤشراً قوياً على جاهزية المجتمع والمرضى لتقبل هذا النوع من الرعاية،ويمكن تفسير هذا القبول المجتمعي المرتفع من خلال التأصيل الشرعي والأخلاقي للمفهوم في الثقافة الإسلامية، حيث أن الرعاية التلطيفية لا تتعارض مع المبادئ الدينية بل تعزز مبادئ الرحمة والتعاون{وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ والتقوى ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ} (سورة المائدة: 2) والمحافظة على الكرامة الإنسانية، هذه النتيجة تختلف عن بعض السياقات الغربية حيث قد تثار قضايا أخلاقية معقدة تتعلق بـنهاية الحياة، في السياق الليبي يُنظر للرعاية التلطيفية كنوع من الإحسان وتخفيف الألم، مما يسهل عملية القبول المجتمعي ويقلل من الحاجة إلى حملات توعية مكثفة حول أهميتها الأساسية.

كما ان النتائج تشير إلى أن المنهجية الحالية في تقديم الرعاية المقتصرة على الإدارة السريرية للأعراض تتناقض مع الحاجة الفعلية للمرضى وأسرهم للدعم الشامل النفسي والاجتماعي والروحي ، بينما يدرك مقدمو الخدمة أهمية هذا

البعد، فإنهم يفتقرون إلى التدريب المتخصص والموارد البشرية الكافية، مما يضع عبئاً إضافياً على الكادر الطبي الحالي.

إن إمكانية التضمين تتطلب التحول من نموذج الرعاية العرضية إلى نموذج الرعاية المدمجة ، بدءاً من مرحلة التشخيص، وهذا يتطلب إدراج مناهج الرعاية التلطيفية ضمن كليات الطب والتمريض والخدمة الاجتماعية، وهي نقطة أكدتها المقابلات وتتفق مع التوصيات التعليمية لمنظمة الصحة العالمية<

تُقر هذه الدراسة ببعض القيود التي يجب أخذها في الاعتبار، حيث اعتمدت الدراسة على عينة غير احتمالية من المسؤولين (نخبة مختارة)، كما اقتصرت العينة الكمية على وحدة الأورام بمستشفى طرابلس المركزي، بالتالي، قد لا تعكس النتائج بالكامل الوضع في كافة المناطق الليبية أو المؤسسات الصحية الأخرى ،كما تشكل تحديات الوصول إلى البيانات والتنسيق بين مختلف الهيئات الصحية عائقاً منهجياً وعلى ضوء هذه القيود، يوصى بإجراء بحوث مستقبلية تتوسع لتشمل:

أ. دراسات تدخلية لتقييم أثر برامج تدريبية للكوادر الطبية في الرعاية التلطيفية.

ب.دراسات تقييم اقتصادي لتحديد كلفة وفعالية دمج هذه الرعاية في حزم التأمين الصحي.

التوصيات

انطلاقا من نتائج الدراسة التي أظهرت وعياً وادراكاً مرتفعين بأهمية الرعاية التلطيفية لدى كل من مقدمي ومتلقي الخدمة، مع وجود فجوات تنظيمية وتشريعية ومادية تحول دون تطبيقها الفعال، عليه تقترح الباحثة التوصيات التالية:

1- العمل على إصدار تشريعات صحية واضحة تعترف رسميا بالرعاية التلطيفية كجزء لا يتجزأ من الخدمات الصحية المقدمة ضمن النظام الصحي الليبي، مع إدراجها ضمن السياسات الصحية وتحديد مسؤوليات الجهات المعنية بتنفيذها.

2- توظيف الدعم الواسع من مقدمي ومتلقي الخدمة لتضمين الرعاية التلطيفية وتفعيل مشاركة أصحاب المصلحة في إعداد السياسات وتنفيذ المبادرات ذات العلاقة.

3- إعداد خطة وطنية شاملة لتأهيل المرافق الصحية القائمة وتخصيص وحدات للرعاية التلطيفية وخصوصا في المناطق الريفية والنائية.

4- وضع الرعاية التلطيفية كأولوية من أولويات الإنفاق الصحي وتخصيص ميزانية سنوية خاصة بها لضمان استدامة التمويل والاستثمار في الشراكات مع المنظمات الدولية ومنظمات المجتمع المدني للمساهمة في دعم برامج الرعاية التلطيفية ماديا ولوجستيا.

5- تذليل القيود التنظيمية التي تعيق استيراد وتوزيع أدوية الرعاية التلطيفية وتحسين إدارة سلسلة التوريد لضمان الاستدامة.

6- وضع خطط لتدريب وتأهيل مقدمي الرعاية التلطيفية من أطباء وممرضين وأخصائيين اجتماعيين ومتطوعين، وتعزيز حملات التوعية العامة بأهمية الرعاية التلطيفية، لاسيما أن وعي المتلقين كان مرتفعا.

الخاتمة

تؤكد هذه الدراسة أن دمج الرعاية التلطيفية في النظام الصحي الليبي ليس مجرد خيار ترفيهي، بل هو ضرورة إنسانية وصحية واقتصادية تتبناها الأغلبية الساحقة من أصحاب المصلحة لقد تم إثبات وجود القبول والاستعداد المجتمعي، مما يلغي أكبر عائق نظري للتطبيق،.لذلك يجب على صناع القرار التركيز على معالجة العوائق البنيوية والتشريعية المتبقية، وتُقدم هذه الدراسة كدليل أساسي لصناع السياسات للبدء الفوري بالاعتراف الرسمي بالرعاية التلطيفية كخدمة صحية أساسية، ووضع خطة وطنية لتدريب الكوادر المتاحة و تخصيص الموارد المطلوبة لتفعيل وحدات متخصصة،و توفير الادوية الاساسية لرعاية التلطيفية، استناداً إلى الاستعداد العالي الذي أظهرته نتائج الدراسة.

المراجع

أولاً: المصادر

1- القرآن الكريم

2- السنة النبوية

ثانياً: المراجع العربية

الكتب

1- أحمد، بن حنبل.(1999). مسند الإمام أحمد بن حنبل. دار المعرفة،السعودية .

2- البرنامج الوطني لمكافحة السرطان السجل الوطني. STEPS.(2020).معدل الإصابة بالسرطان في ليبيا 2020 . دار الكتب الوطنية.

الرسائل العلمية

1- أحمد،شيماء.(2018). الرعاية التلطيفية في الخدمة الاجتماعية .المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية،(1) 7،مصر.

2- زين الدين، زكريا. (2019). الرعاية التلطيفية وتسكين الألم في العيادات النبوية .مجلة الجامعة للدراسات الإسلامية، (1)29،الإردن.

3- الشهري ،حنان .(2022).الرعاية التلطيفية في وحدات العناية الحرجة :دراسة توصيقية تفسيرية من منظور متخصصي الرعاية الصحية، السعودية .

4- عمران نصر، خليل. (2002).تحديات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية والتخطيط لمواجهتها. رسالة ماجستير،جامعة حلوان،مصر.

5- غزال،سوسن،(2015) نوعية حياة مريضات سرطان الثدي خلال فترة المعالجةالكيماوية، ورقة بحثية منشورة ،جامعة اللاذقية ، سوريا.

6- مراد، محمد. (2021). خدمات الرعاية الصحية وآليات تطويرها .مجلة كلية الآداب،(3)52،مصر.

7- يونس، أحمد،و شلبي، هناء. (2022). متطلبات دمج الرعاية التلطيفية في برامج ومقررات تعليم الخدمة الاجتماعية .مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية،(1)95،مصر

التقارير

1- تقرير الأمانة للرعاية الملطفة. (2013). تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة الحياة . منظمة الصحة العالمية.

المراجع الاجنبية

الكتب

1- 2. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

الرسائل العلمية

1-Gibbs, Graham R. (2015) Learning and qualitative data analysis with information technology: the role of exploration. Doctoral thesis, University of Huddersfield.

2-Knaul, F. M., Farmer, P. E., & Krakauer, E. L. (2017). Alleviating the burden of palliative care and pain relief: A global imperative for health coverage. *The Lancet*, *391*(10128), 1391–1454.