

المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي (دراسة تطبيقية على القطاع الصحي بمحافظة خميس مشيط)



This work is licensed under a
Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0
International License.

عبدالعزیز عبداللہ الشهرانی

ماجستير علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، كلية الآداب

والعلوم الإنسانية، جامعة الملك عبدالعزيز، المملكة العربية السعودية

أ.د. إسماعيل عبدالحמיד قشقری

رئيس قسم علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الملك عبد العزيز،

المملكة العربية السعودية

رقم الهاتف: +966556663908

نشر إلكترونيًا بتاريخ: ٢٠٢١/١/١٥

بشكل عام عالية وذلك بمتوسط (2.60) ونسبة موافقة عامة (86.81%). وأن المعوقات الإدارية جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط (2.66) بدرجة عالية ونسبة موافقة (88.59%). تليها المعوقات المتعلقة بالمرضى وأسرههم بمتوسط (2.59) بدرجة عالية ونسبة موافقة (86.37%) وفي المرتبة الثالثة وبدرجة عالية أيضاً المعوقات المتعلقة بالفريق الطبي بمتوسط (2.56) ونسبة موافقة (85.48%). وبناء على ما توصل إليه البحث من نتائج فقد أوصى الباحث بجملة من التوصيات كان أهمها: العمل على تطوير مهارات الاخصائيين الاجتماعيين الطبيين مهنيًا وعلمياً، من خلال توفير برامج تدريبية وفق احتياج كل اختصاصي اجتماعي طبي. وتوفير ميزانية كافية للخدمة الاجتماعية الطبية. وعدم تكليف

الملخص

هدف هذا البحث للتعرف على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي، سواء المرتبطة بالمرضى وأسرههم أو المرتبطة بالفريق الطبي. أو القطاع الصحي، كما هدف لتقديم بعض المقترحات للحد من المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي. وينتمي هذا البحث للبحوث الوصفية، وقد اعتمد منهج المسح الاجتماعي بطريقة الحصر الشامل، حيث طبق على جميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالقطاع الحي بخميس مشيط، وعددهم (45) أخصائياً اجتماعياً. وقد بينت نتائج هذا البحث أن المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي من وجهة نظر عينة الدراسة

recommendations, the most important of which were to work to develop the skills of medical social workers professionally and scientifically, by providing training programmes according to the needs of each medical social worker.

Keywords: Medical social service, professional practice, general practice, health care, team work

الفصل الأول

مدخل الدراسة

أولاً- مقدمة الدراسة

إن الصحة من أهم المجالات التي تحظى بالاهتمام والعناية من قبل جميع الدول وعادة ما يأخذ هذا الاهتمام أبعاداً كثيرة وشاملة، تقوم على العلاقة الهامة التي تجمع بين الصحة بالإنتاج من جهة والصحة وبين التطور الإنساني والمدني من جهة أخرى، الأمر الذي سمح بإمكانية قياس حضارة الأمة على أساس معيار الاهتمام بالصحة والتعليم.

"تعد الرعاية الصحية نوعاً من الاستثمار البشري في العملية الإنتاجية، فمن خلالها يمكن تنمية الموارد البشرية كما وكيفا، فمن الناحية الكمية تساعد الرعاية الصحية على تقليل نسبة الوفيات بين الأطفال والشباب، وهذا من شأنه أن يزيد في أعداد القوى البشرية القادرة على العمل والإنتاج، ومن الناحية الكيفية تساعد الرعاية الصحية على القضاء على الأمراض المعدية والمتوطنة وأمراض سوء التغذية، فتتحسن صحة الأفراد وتزداد مقدرتهم على العمل وبذلك يرتفع معدل الكفاية الإنتاجية ويزداد إنتاج المجتمع". (حسن، 1429، ص 361-362)

ويحتل قطاع الرعاية الصحية بالمملكة العربية السعودية أهمية فائقة ضمن قطاعات التنمية الاجتماعية باعتباره القطاع المسئول عن حماية السكان من كافة الأمراض

الأخصائيين الاجتماعيين بالأعمال الإدارية أو التخفيف منها ومراعاة أن يتلاءم عمل الاخصائي الاجتماعي الطبي مع قدراته العلمية والعملية.

الكلمات المفتاحية: الخدمة الاجتماعية الطبية، الممارسة المهنية، الممارسة العامة، الرعاية الصحية، العمل الفريقي.

Abstract

The aimed of this research is to identify the barriers facing the health professional, whether related to patients and their families or to the medical team. Or the health sector, as well as the aim of making some proposals to reduce the obstacles facing the social worker in the health sector. This research belongs to descriptive research and has adopted a social survey approach in a comprehensive manner, applying to all 45 social workers working in the live sector in Khamis Mushayt. The results of this research showed that the obstacles faced by the health worker from the point of view of the sample study in general are high with an average (2.60) and a general approval rate (86.81%) and that administrative constraints came in first place with a high average (2.66%) and an approval rate (88.59%) followed by those related to patients and their families with an average of (2.59%) and an approval rate (86.37%). In third place, and also highly, the obstacles related to the medical team are an average (2.56) and an approval rate (85.48%) Based on the findings of the research, the researcher recommended a number of

والوقاية منها، ولما يسهم به بصورة مباشرة في تحسين نوعية الحياة وزيادة الإنتاجية الجماعية، وانطلاقاً من هذه الأهمية تقوم الدولة بتوفير مختلف مستويات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية لكافة المواطنين والمقيمين بالمجان أو بأحور رمزية. "تمثل الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية المستوى الأول للخدمات الصحية وهي المدخل الأساسي للنظام الصحي، وتشتمل على تقديم العديد من الخدمات التي تساعد على النهوض بالمستوى الصحي العام ويعتمد نظام تقديم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية على ثلاث مستويات هي مراكز الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات العامة، والمستشفيات التخصصية والمدن الطبية". (الخشان، 2016)

"وقد تبنت حكومة المملكة ممثلة في وزارة الصحة تطبيق مفهوم الرعاية الصحية الأولية الذي دعت إليه منظمة الصحة العالمية في المؤتمر الذي عقد في الماتا بالاتحاد السوفيتي سابقاً عام 1978م، ومن خلال تنفيذ برنامج الرعاية الصحية الأولية منذ عام 1404هـ وكان سبقه صدور المرسوم الوزاري عام 1400هـ والذي يقضي بتكوين المراكز الصحية الأولية عن طريق دمج المستوصفات والمكاتب الصحية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة لتصبح وحدة إدارية متكاملة". (الزروعى، 1991م: 19)

"ونتيجة للتقدم والتطور الذي يمر به مجتمع المملكة العربية السعودية ف كل جوانب الحياة كان ضروريا على الجهود العلمية والعلوم المختلفة أن تسهم بفاعلية لمقابلة احتياجات المجتمع، والخدمة الاجتماعية كمهنة قد حددت أهدافها على أساس التدخل الوقائي والعلاجي والإيمائي لتحسين الأداء الاجتماعي للإنسان والوصول إلى أفضل مستوى للتكيف وتحسين ظروف الحياة، ومن هنا برز أهمية دور الخدمة الاجتماعية الطبية وأصبح للأخصائي الاجتماعي دور مهم". (البطريق، 1962م، 245)

"وتتمثل أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية في كونها تسعى للتعرف على أحوال وظروف المريض من جوانبها كافة، سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية أو جسمانية أو نفسية، حيث أن علاج المريض دون النظر إلى هذه الأحوال والظروف، وإنما هو إغفال لعوامل أساسية تؤثر على سير المرض والى الاستفادة من العلاج وتحقيق الشفاء العاجل للمريض، ويتحسن معها أدائه الاجتماعي ويتحول إلى طاقة فاعلة تفيده وتفيد مجتمعه". (الشهراني، 2014 م : 263).

ثانياً - مشكلة الدراسة

مع التطور الكبير الذي تشهده المملكة العربية السعودية في القطاع الصحي فإن الحاجة أصبحت ماسة إلى تواجد الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الصحية لتقديم نوع خاص من الرعاية الاجتماعية للمريض تهدف إلى الاهتمام بالجانب الإنساني وتركز على سبل الراحة في إطار علمي شامل بخطوات إنسانية ثابتة نحو أهداف سامية ونبيلة، ومن هذا المنطلق صدر القرار الوزاري رقم (3510) في 1393/12/1 هـ). " بإنشاء قسم الخدمات الاجتماعية الطبية بمديرية الشؤون الصحية بالمناطق، تحت إشراف الإدارة العامة للخدمة النفسية والاجتماعية بوزارة الصحة" (وزارة الصحة، 1394هـ، 4)

"وللقطاع الصحي أهمية متنامية في تقديم الرعاية للمرضى المترددين عليه، حيث يقوم هذه القطاع بتحمل العبء والتخفيف من الضغط على المستشفيات التخصصية، وخدمات القطاع الصحي تشكل نقطة الدخول للنظام الصحي، وخط التماس الأول مع المرضى". (البكري، 2005م، 20)

والرعاية الصحية في هذا القطاع أحد الأساليب التي تنتهجها المملكة لتوفير الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية الشاملة للمواطنين كافة، وتهدف إلى زيادة الاهتمام بالوعي

والسلوك الصحي لأفراد المجتمع والتعامل وقائياً مع المشكلات الصحية في المجتمع والتصدي علاجياً للأمراض الشائعة.

ويعتبر الأخصائي الاجتماعي أحد عناصر الفريق العلاجي يسهم مع باقي أعضاء هذا الفريق في أداء رسالة القطاع الصحي. غير أن هناك بعض المعوقات التي تحد من عمل الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي قد تكون متعلقة بالقطاع الصحي والفريق الطبي ومعوقات تعود على الأخصائي الاجتماعي وإعداده ومعوقات مرتبطة بالمرضى وأسرههم ومعوقات متعلقة بإدارة القطاع ومن خلال هذه الدراسة سنحاول التعرف على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي والبحث عن حلول واقعية يمكن الاستعانة بما في تطوير عمل الأخصائي في القطاع الصحي والوصول به إلى مستوى طموحات المواطنين.

ثالثاً- أهمية الدراسة

تدور أهمية الدراسة في ضوء الجوانب التالية :-

* الأهمية المعرفية

- 1- قلة الدراسات -في حدود علم الباحث - التي تناولت المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي.
- 2- تسعى هذه الدراسات لإضافة جديدة للمهتمين بميدان عمل الخدمة الاجتماعية في القطاع الصحي, وأمل أن تكون سبب لإجراء المزيد من الدراسات للوصول إلى نتائج أعم واشمل على عينة أكبر.
- 3- الإثراء المعرفي لمجال الخدمة الاجتماعية الطبية والمعوقات التي تواجهها.

* الأهمية العملية

- 1- أمل أن تفي نتائج هذه الدراسة المسؤولين عن مهنة الخدمة الاجتماعية في التخطيط لتحسين وتطوير الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي. وتنظيم البرامج التي تعزز دور هذه

المهنة في المجتمع , وتطوير أداء العاملين في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية وخاصة الأخصائيين العاملين في القطاع الصحي.

2- تساعد نتائج هذه الدراسة في توجيه نظر بعض المسؤولين وأصحاب القرارات في القطاعات الصحية إلى تدليل بعض المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين عند ممارستهم المهنية في القطاع الصحي.

3- يمكن ان تسهم مثل هذه الدراسة في استحداث قسم للخدمة الاجتماعية الطبية ,يعنى بإعداد ممارسين متخصصين في التعامل مع كافة أنواع المرضى.

4- إمكانية التوصل إلى توصيات ومقترحات للحد من المعوقات التي تواجه الخدمة الاجتماعية الطبية وخاصة الأخصائيين العاملين في القطاع الصحي.

رابعاً- أهداف الدراسة

الهدف الرئيسي للدراسة هو التعرف على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي ، ويتفرع منه الأهداف الفرعية التالية:-

- 1- التعرف على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي والمرتبطة بالمرضى وأسرههم .
- 2- التعرف على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي والمرتبطة بالفريق الطبي.
- 3- التعرف على المعوقات الإدارية التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي.
- 4- التعرف على المقترحات للحد من المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي.

خامساً- تساؤلات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة تسعى الدراسة للإجابة على التساؤل الرئيسي الأول: ما المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي؟

وينبثق عن التساؤل الرئيسي الأول مجموعة من الأسئلة الفرعية وهي:-

١- ما المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي والمرتبطة بالفريق الطبي؟

٢- ما المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي والمرتبطة بالمرضى وأسرههم؟

٣- ما المعوقات الإدارية التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي؟

التساؤل الرئيسي الثاني : ما المقترحات التي تحد من المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي؟

سادساً- مفاهيم الدراسة

يعتبر تعيين المفاهيم من الأساسيات التي يستوجب أن يتفق عليها الدارسون والعاملون في أي مجال من المجالات حتى يصلوا إلى أرضية مشتركة يمكن من خلالها تفهم الإطار النظري الذي يسهل عليهم التفاهم فيما بينهم من ناحية والتفاهم مع التخصصات الأخرى العاملة في المجال من ناحية أخرى كأساس لتوجيه الممارسة على أساس من العمل الفريقي لتحقيق الرعاية المتكاملة للمستفيدين من الخدمات التي تقدمها المؤسسات المتعددة التي يعمل فيها هؤلاء المتخصصون ارتباطاً بمجال الممارسة". (علي، 2004: 11)

* مفهوم الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي

عرف الاستاذ بدوي الخدمة الاجتماعية الطبية" بأنها الرعاية التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي الطبي للمريض مستخدماً خبراته الخاصة في خدمة الفرد لاتصاله بالظروف المحيطة بالمريض مساعداً بذلك الطبيب المعالج على فهم الحالة

وملابساتها المختلفة حتى يؤتي العلاج ثمرته المرجوة". (بدوي، 1993: 263).

وتعرف أيضاً "بأنها نوع من أنواع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية يقوم من خلالها الأخصائيون الاجتماعيون بأداء مجموعة أدوار مهنية تعتمد على أساليب علمية وفنية بالتنسيق والتعاون مع فريق العلاج الطبي لمواجهة الآثار الاجتماعية والنفسية للمرض والعمل على زيادة الأداء الاجتماعي للمريض وتقليل حدة القلق والوحدة والتوتر الناجمة عن الإصابة بالأمراض والعمل مع أسرة المريض والمحيطين به ليقوموا بأدوار تسهم في استجابة المريض للعلاج والعمل على تقدمه طبيياً ويتم ذلك من خلال ترجمة أهداف المؤسسات الطبية إلى برامج في ضوء ثقافة المجتمع وأهدافه ومستخدماً عمليات ومهارات الممارسة المهنية". (رشوان : 2006 : 63).

ويرى آخرون أن الخدمة الاجتماعية الطبية "بأنها إحدى مجالات الممارسة في الخدمة الاجتماعية التي تعمل في نطاق المؤسسات الصحية بهدف الوصول بالمريض للاستفادة من الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة له من ناحية، ومحاولة تكيف وتوافق المريض مع وضعه وبيئته الاجتماعية بعد خروجه من المستشفى من ناحية أخرى". (نيازي ، السحياني، 2015: 201).

* التعريف الإجرائي للخدمة الاجتماعية الطبية

هي إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية التي تمارس في المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتها وتهدف الى مساعدة المرضى وأسرههم في عملية التقبل والتكيف مع المرض والاستفادة من خدمات المؤسسة الصحية وايضا خدمات المؤسسات الأخرى المرتبطة بمشكلات المرضى .

* مفهوم المعوقات

تعرف المعوقات "بأنها الحيلولة دون تحقيق الهدف ،
والمنع عن ذلك ، والعرقلة وكل ما من شأنه أن في وجه الإنجاز
الأمر أو إحراز النجاح". (حامد ، ١٩٧٩م : 3)
كما عرفت المعوقات على أنها " وضع صعب يكتنفه
شيء من الغموض يحول دون تحقيق الأهداف بكفاية وفاعلية
، ويمكن النظر إليها على أنها المسبب للفجوة بين مستوى
الإنجاز المتوقع والإنجاز الفعلي أو على أنها الانحراف في الأداء
عن معيار محدد مسبقاً". (درويش ، ٢٠٠٥ م : ٧)

وتعرف المعوقات "بأنها العقبات والعثرات التي تقف
وتحول دون تحقيق الأهداف المنشودة". (وصفي ، ١٩٧٧ م :
47)

ويندرج تحت مفهوم المعوقات جميع أنماط
التحديات والعقبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في قيامه
بمسؤولياته المهنية في مجال عمله بالقطاع الصحي ، وتحد بالتالي
من تحقيق الأهداف المنشودة لطبيعة عمله.

* التعريف الاجرائي للمعوقات

ويقصد بالمعوقات في هذه الدراسة بأنها:-

أ- المعوقات المتعلقة بالفريق الطبي.

ب- المعوقات المرتبطة بالمرضى وأسرهم.

ج- المعوقات الإدارية التي تواجه الأخصائي الاجتماعي .

٢- مفهوم الأخصائي الاجتماعي الطبي:-

"هو المسئول المهني عن جميع عمليات الخدمة
الاجتماعية الطبية داخل المؤسسة الصحية والطبية والتأهيلية
أو في البيئة الخارجية بهدف إحداث عمليات التغيير الاجتماعي
والمساهمة مع الفريق الطبي أو التأهيلي في إعادة تأهيل المرضى
والمعاقين وتحقيق تكيفهم واندماجهم الاجتماعي ، والعمل
على تحسين الظروف الصحية في البيئة". (النماس ، ٢٠٠٠ م
: 43).

"وهو المتخصص الحاصل على مؤهل عالي من
إحدى الكليات والمعاهد العليا المتخصصة في الخدمة
الاجتماعية والذي أعد لهذا العمل نظريا ، والمدرّب تدريبا
عمليا على أساليب الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في
المؤسسات الطبية ، بحيث يصبح قادرا على ممارسة عمله ضمن
الفريق الطبي بهذه المؤسسة كانت علاجية أو وقائية أو إنشائية
" (علي ، ٢٠٠٣ : ١٥٣).

"ويساعد الأخصائي الاجتماعي الأفراد على زيادة
قدرتهم في حل المشاكل، مواكبا متطلبات الحياة، ويساعدهم
في الحصول على الموارد التي يحتاجونها، ويسر التفاعلات بين
الأفراد والناس وبيئاتهم، ويقوم بالتنظيمات والمنظمات المسؤولة
عن مواجهة احتياجات الناس، والتأثير في السياسات
الاجتماعية". (السكري، ٢٠٠٠ م : ٥٠٣)..

"ولعل أهم ما يميز الأخصائي الاجتماعي الطبي عن
غيره من الأخصائيين الاجتماعيين هو اكتسابه خبرات
ومعارف في المجال الطبي وذلك من خلال التدريب الميداني
في العيادات والمؤسسات الطبية كما يتمتع في العديد من
الصفات المظهرية والعقلية والنفسية والمهنية ويقوم بالعديد من
الأدوار منها التثقيفية للمريض وأسرته والتنمية والوقائية
والعلاجية ويعمل على تشخيص المرض من الناحية الاجتماعية
والنفسانية ويقدم المساعدة لهم ولأسرهم قبل الدخول إلى
المشفى، ويستمر هذا الدور في المساعدة بعد الدخول للمشفى
والخروج منه فيما يعرف بالرعاية اللاحقة، خصوصا للمرضى
المعرضين للانتكاسة من جديد". (الصقور ، ٢٠٠٩ م :
١٩٢).

التعريف الإجرائي للأخصائي الاجتماعي الطبي فيما
يلي:-
أ- الشخص الذي تخرج من أقسام وكليات الخدمة
الاجتماعية.

ب- المتخصص الذي أعد للعمل في القطاع الصحي ،
والمدرّب عملياً على أساليب الممارسة العامة للخدمة
الاجتماعية فيها.

ج- المسؤول المهني في القطاع الصحي عن المشكلات
الاجتماعية المتعلقة بالمرضى المستفيدين من ذلك القطاع.
د- الشخص الذي يعمل بالاشتراك مع الفريق الطبي بالقطاع
الصحي لتحقيق أهدافه التي أنشئت من أجله.

* مفهوم القطاع الصحي

تعرفها منظمة الصحة العالمية " بأنها الرعاية الصحية
الأساسية التي تتاح على نحو شامل للأفراد والأسر في المجتمع
المحلي بوسائل يمكنهم قبولها وبمشاركتهم الكاملة وبتكاليف
يمكن لأفراد المجتمع المحلي وسكان البلد قاطبة تحملها .
وتلك الرعاية جزء لا يتجزأ من نظام البلد الصحي، إذ هي
تمثل نواة ذلك سلام، ومن مجمل التنمية الاجتماعية
والاقتصادية للمجتمع المحلي". (منظمة الصحة العالمية،
١٩٧٨م)

وكذلك تعرف "بأنها الخدمات والإجراءات
الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية والمؤسسات التابعة
لها، لجميع شرائح المجتمع بهدف الارتقاء بالمستوى الصحي
بدءاً بمرحلة الطفولة وانتهاء بالمرحلة المتأخرة ، وهي تركز
إجمالاً على عدم الدخول بسلسلة الأمراض ومضاعفاتها وما
يترتب عليها من مساندات تأهيلية وعلاجية". (بدران
وآخرون ، ٢٠٠٩ م : ١٥).

"كما تعد بأنها استراتيجية دعت إليها الأوضاع
الصحية العالمية المتردية ، والتي تتعلق بثلوث تخلف الأمم :
الفقر والجهل والمرض ، ولذلك فإن لوجودها مبررات قوية ،
وقد انطلقت استراتيجيتها لتحقيق مرمى الصحة للجميع ،
وقد تمتعت بصفات تمكنها من الوجود والانطلاق والاستمرار ،
وبعناصر أساسية مناسبة لأوضاع الدول المختلفة". (خياط ،
١٩٩٠ م : ٤٠٧)

* التعريف الاجرائي للقطاع الصحي

المقصود بالقطاع الصحي في هذه الدراسة مستشفى
خميس مشيط العام ومستشفى النساء والاطفال بخميس مشيط
ومراكز الرعاية الصحية بخميس مشيط .

وأهم العناصر الأساسية للقطاع الصحي هي :

أ- نشر التوعية الصحية على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع
حول المشكلات والأخطار التي تهدد الصحة وسبل الوقاية
منها ، والعمل على تغيير أنماط السلوك التي قد تؤدي إلى
المرض .

ب- العمل مع الجهات ذات العلاقة لمراقبة إصحاح البيئة
وسلامة مياه الشرب والأغذية، والاهتمام بالتغذية الصحية
السليمة ونشر التوعية عنها.

ج- الرعاية الصحية المتكاملة للأم والطفل.

د - التحصين ضد الأمراض المعدية.

هـ- مكافحة الأمراض المستوطنة الطفيلية والمعدية، والحد
من انتشارها.

الفصل الثاني

النظريات الموجهة للدراسة والدراسات السابقة

أولاً- نظرية النسق الإيكولوجية

وهي "نظرية تركز على العلاقة بين الأشخاص
وبيئاتهم، وهي تشبه في تركيزها هذا على المدخل النفسي
الاجتماعي الذي يركز على التفاعلات بين الفرد والبيئة. وما
تسعى له هذه النظرية الا التركيز على الاهتمام التقليدي
بالتفاعلات بين الإنسان والبيئة، ويعد هذا الاهتمام قدرة
متزايدة لتحديد المفاهيم لتلك التفاعلات". (السنهوري
١٩٩٨م : ٣٥١)

وبذلك تكون البيئة هي المجال الذي يحيط بالبشر
بما يكفل لهم الحياة وطيب العيش وبما تحويه من الموارد المائية
والثروات المعدنية وموارد البناء ، فاذا للبيئة معاني كثيرة فهناك

البيئة الوراثية والبيئة الاجتماعية والثقافية والريفية والمناخية والبيئة البحرية والبيئة البشرية .

النموذج الايكولوجي يعطي الاهتمام الأكبر للعوامل الداخلية والخارجية فالتأكيد هنا على الإنسان في البيئة person - in - the environment. فهو يتفاعل معها لذلك تركيز الخدمة الاجتماعية من خلال Ecological Approach على ثلاثة جوانب رئيسية هي:-

١- الاهتمام بالإنسان والعمل على تطوير أسلوب حل مشكله.

٢- الاهتمام بالعلاقة التي تتم بين الشخص والنظم المختلفة التي يتفاعل معها.

٣- التركيز على الأنظمة والعمل على اصلاحها لتكون أكثر فاعلية لتقوم بعملية إشباع احتياجات الناس.

كما يرى هذا المدخل "أن الفرد والأسرة والجماعات الصغيرة لديها مشكلات واحتياجات انتقالية حيث أن كل وحدة من الوحدات السابقة تنتقل من مرحلة معينة في الحياة إلى مرحلة أخرى". (حلمي, ١٩٧٧م : ٨)

ومن ثم فالبيئة المحيطة اذا كانت ايجابية ومشجعة من حيث الإمكانيات والمناخ الجيد تساعد على تدعيم دافعية الأفراد أو العكس ، فبيئة العمل المناسبة ، تسهل للعاملين بما عملية النجاح والإنجاز . " فالبيئة المحيطة وطبيعة الظروف التي يؤدي فيها العاملون أعمالهم وعلى مختلف مستوياتهم بصورة غير سليمة تؤثر على أداء الأفراد ، كما أن البيئة الداخلية والخارجية تؤثر على أي مؤسسة ، لأنها جزء متفاعل مع البيئة". (الرميح، 2005، ص275)

يرى الباحث أن هذه النظرية تفيد دراسته في التأكيد على أهمية وأثر البيئة المحيطة بالإنسان وعلى سلوكه الاجتماعي ، والمتمثلة في هذه الدراسة بالقطاع الصحي وما تشمله من عناصر فيزيقية وبشرية تنعكس على الأفراد

الموجودين ومن ضمنهم الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل كأحد أعضاء الفريق العلاجي ، وبذلك تفسر جزء من معوقات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية والتي تعود للمؤسسة الطبية.

ثانياً- نظرية الدور

تستند هذه الدراسة على نظرية الدور كمنطلق نظري حيث يقصد بالدور بصفة عامة وظيفة الفرد في الجماعة أو موقف اجتماعي.

ان هذه النظرية مرتبطة بنظرية البنائية الوظيفية في علم الاجتماع، حيث تعتبر الناس يتبوؤون مراكز في تركيباتهم الاجتماعية . والدور" عبارة عن مجموعة من التوقعات أو السلوكيات المرتبطة بوضعه في التركيبة الاجتماعية. وهذه الأدوار يجب تقديرها وفقاً لمحيط العلاقات والتي من خلالها نستطيع تحديد تلك الأدوار". (مالكولم، ١٩٩٨م : ١٩٥)

ويعني آخر فإن الأدوار تشكل شخصيتنا حسبما يراها الآخرون ولذلك فهم يكونون مفهومنا عن شخصيتنا، وقد تأتي الأدوار من توقعاتنا الخاصة أو توقعات الآخرين ، كما أنها قد تنسب اليها كنتيجة لظروف معينة (كونك شخصاً أسوداً أو معاق) أو قد تتحقق عن طريقنا من خلال عمل نقوم به (كأن تكون كاتباً أو رئيساً لشركة ما) . ومجموعة الأدوار هي أدوار تتفق مع وضع اجتماعي معين لا يمكن شغل هذا المركز بدون توافر بعض أو أغلب هذه الأدوار لذا فإن كنت أباً فإنه يتوقع أن تكون مصدر الدخل الأساسي للأسرة وأنت من يفرض النظام على الأبناء ، وأنت في نفس الوقت زوج وقد تكون صهراً أو جدًا، و أن كيفية معرفتنا لأدوارنا تؤثر على طريقة إحدائنا للتغيير.

"وتقوم نظرية الدور على محور وهو الذات والدور في تفاعل ، وفي هذه النظرية يعد الشخص للتفاعل هو الوحدة العامة إضافة إلى وحدة أدق وهي الدور. وتقوم هذه النظرية على أساس متبادل بين الأشخاص ، ولكن تكون هذه الأدوار

بشكل منتظم ، أما التفاعل الثاني الذي تقوم عليه النظرية هو التفاعل بين الدور والذات. وكل فرد يشغل عدة مكانات داخل الأنساق التي يرتبط بها. والدور عبارة عن مجموعة مركبة من القواعد العامة ، فلا يمكن أن نجد تشابه بين شخصين في أداء دور معين، فالدور وأداء الامور لا يتطابقان". (السنهوري ،١٩٩٨، ص ٣٠١)

وترتبط المعوقات التي تحول دون قيام الفرد بأداء الأدوار المطلوبة منه بمجموعة من المتغيرات المتعلقة بالفرد نفسه والمهنة ومؤسسة العمل و العلاقات مع المحيطين به . ويقصد الباحث في هذه الدراسة بالدور المهني مجموعة الأنشطة والمسؤوليات المهنية، التي تشكل السلوك المهني للأخصائي الاجتماعي أثناء ممارسته للعمل بالقطاع الصحي، وتستند هذه الأنشطة على مجموعة من القيم والمبادئ المرتبطة بالمهنة من ناحية وبمجال الممارسة والمجتمع من ناحية أخرى.

ثالثاً- الدراسات السابقة

قام الباحث باستعراض بعض الدراسات التي ترتبط بشكل مباشر وغير مباشر بموضوع البحث الحالي ،حيث لم يتمكن الباحث من الوصول الالعدد قليل من الدراسات التي تناولت موضوع الخدمة الاجتماعية الطبية ومعوقاتها وواقع تطبيقها ،وفيما يلي عرض لعدد من الدراسات ذات الصلة بموضوع البحث:-

أ- الدراسات العربية:-

١- دراسة هدية الدعجاني (2018) بعنوان " المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين بلجان الحماية من العنف والإيذاء في المستشفيات الحكومية: دراسة ميدانية" وتمثل الهدف الرئيسي في التعرف على المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين بلجان الحماية من العنف والإيذاء بالمستشفيات الحكومية والمتمثلة في: المعوقات الشخصية، معوقات الممارسة المهنية للمعوقات المرتبطة

بالعملاء، المعوقات المؤسسية، المعوقات المجتمعية، بالإضافة إلى التوصل إلى مقترحات للحد من المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين بلجان الحماية من العنف والإيذاء بالمستشفيات الحكومية، وقد تم تطبيق الدراسة من خلال الحصر الشامل لجميع الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات بلجان الحماية من العنف والإيذاء في المستشفيات الحكومية والبالغ عددهم (49) أخصائياً وأخصائية، واستخدمت الباحثة الاستبانة كأداة للدراسة.

تمثلت المعوقات الشخصية التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين بلجان الحماية من العنف والإيذاء في المرتبة الأولى (غموض الدور المهني لدى بعض الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الحماية من العنف والإيذاء). بمتوسط (2,11)، ثم تليها (عدم معرفة الأخصائي الاجتماعي بلوائح المؤسسات الأخرى لها علاقة بحالات العنف الأسري - ثم انعدام الأمان المهني للأخصائي الاجتماعي يؤثر على جودة العمل المهني). بمتوسط حسابي يتراوح بين (3,0-1,96).

ومعوقات الممارسة المهنية التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين بلجان الحماية من العنف والإيذاء: جاءت عبارة (عدم وجود دورات تدريبية كافية للأخصائيين الاجتماعيين في لجان الحماية من العنف والإيذاء) في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (٢.٣٤)، ثم تليها (عدم وجود دورات تدريبية مشتركة بين أعضاء فريق لجان الحماية من العنف والإيذاء لتنظيم العمل المشترك - ندرة الدراسات والبحوث التي تفيد الأخصائيين الاجتماعيين في عملهم في مجال الحماية من العنف والإيذاء). بمتوسط حسابي يتراوح بين (2,34-1,86).

والمعوقات المرتبطة بالعملاء التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين بلجان الحماية من العنف والإيذاء: في المرتبة الأولى عبارة (خوف ضحايا العنف الأسري من حرمانهم من أبنائهم وأسرهم نتيجة التقدم ببلاغ عن العنف) بمتوسط حسابي (٢.٦٤)، ثم يليها (عدم معرفة حالات العنف الأسري

مصيرها بعد البلاغ عن العنف للجهات المختصة - خوف المعتدى عليه من المعتدي مما يؤدي إلى عدم استكمال إجراءات حل المشكلة. متوسط حسابي (2,48-3,00).

والمعوقات المؤسسية التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين بلجان الحماية من العنف والإيذاء: جاءت عبارة (عدم كفاية الصلاحيات المخصصة للمؤسسة، مما يتسبب في ضعف القدرة على مواجهة مشكلة العنف الأسري في المرتبة الأولى متوسط حسابي (2,55)، وتليها قلة الموارد والإمكانات المخصصة لمواجهة مشكلة العنف الأسري من خلال لجان الحماية من العنف والإيذاء - قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في لجان الحماية من العنف والإيذاء. متوسط حسابي يتراوح بين (2,27-3,0).

* والمعوقات المجتمعية التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين بلجان الحماية من العنف والإيذاء:-

جاءت عبارة (عدم وعي أفراد المجتمع بحقوقهم خاصة النساء والأطفال في المرتبة الأولى. متوسط حسابي (2,7)، ثم يليها (تعدد أشكال العنف الأسري في الوقت الحاضر، سيادة الثقافة الذكورية لدى المجتمع يزيد من حالات العنف الأسري قلة المعرفة الكافية لدى المجتمع بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي). متوسط حسابي يتراوح بين (3 - 2,55). وتمثلت المقترحات للحد من المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين بلجان الحماية من العنف والإيذاء بالمستشفيات الحكومية: جاءت عبارة (الحرص على تنمية مهارات الأخصائيين الاجتماعيين قبل وأثناء ممارسة العمل) في المرتبة الأولى متوسط حسابي (2,84)، ثم تلتها: تعزيز مفهوم التكامل بين المؤسسات الحكومية والأهلية من أجل توحيد الجهود لمواجهة مشكلة العنف الأسري - الاستفادة من الدراسات العلمية ذات الصلة بالعنف الأسري في وضع آليات العمل بلجان الحماية من العنف والإيذاء - تكامل الأدوار بين الأخصائي الاجتماعي والأعضاء في لجان الحماية

من العنف والإيذاء لضمان جودة العمل المهني). بمتوسط حسابي يتراوح بين (3 - 2,76).

٢- دراسة أمل سالم(2015) بعنوان "معوقات الممارسة المهنية لدى الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية في مدينة عمان"

هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى معوقات الممارسة المهنية لدى الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية في مدينة عمان، بحيث صنفت هذه المعوقات إلى المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي من قبل الكوادر الطبية ومن المرضى ومن المؤسسات الطبية وكذلك من قبل الأخصائي الاجتماعي نفسه، إضافة إلى التعرف على أكثر هذه المعوقات تأثيراً والكشف عن آليات تطوير عمل الأخصائي الاجتماعي في القطاع الطبي من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم بهدف العمل على رفع سوية عمل الأخصائي الاجتماعي وتطوير قدراته وإمكاناته وتأهيله بشكل لائق. بما يخدم عمله في المؤسسات الطبية. وتكونت عينة الدراسة من (50) أخصائياً اجتماعياً يعملون في المؤسسات الطبية في مدينة عمان. بمسمى "أخصائي اجتماعي" في القطاعين العام والخاص والعسكري، أخذت العينة بطريقة المسح الشامل لكافة المؤسسات الطبية التي يعمل فيها أخصائيو اجتماعيون، وتم تصميم استبانة لقياس وتحديد المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي وقد اشتملت على (65) سؤالاً. وتم استخدام الإحصاء الوصفي للإجابة على تساؤلات الدراسة. وقد توصلت الدراسة إلى أن أكثر المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي هي عدم تفهم المريض وأهله للأبعاد النفسية والاجتماعية للمشكلة، واعتقاد الأطباء بأن عمل الأخصائي الاجتماعي يقتصر على تقديم المساعدات المالية ومحاولة التقليل من أهمية دوره، وعدم توفر ميزانية خاصة لقسم الخدمة الاجتماعية ورواتب مناسبة

ونقص الدورات التدريبية والتأهيلية وعدم وجود حوافز للعاملين في قسم الخدمة الاجتماعية.

٣- دراسة الجوهرية الادريس (2015) بعنوان "معوقات مهارات الممارسة العامة للأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المسنين"

هدفت الدراسة الى التعرف إلى أهم الاحتياجات المهنية للممارسة العامة للأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المسنين والتعرف على أهم معوقات مهارات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين والتوصل إلى أهم المقترحات التي تساعد الأخصائي الاجتماعي على ممارسة مهارات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين. وقد طبقت الدراسة على عدد (42) من أعضاء هيئة التدريس من المتخصصين بالخدمة الاجتماعية وهيئة المعاونة (معيد - محاضر). نوع الدراسة: هي دراسة وصفية تحليلية؛ حيث تحاول التعرف إلى أهم معوقات مهارات الممارسة العامة في مجال المسنين والاحتياجات المهنية والمقترحات. وأُعدمت الباحث على منهج المسح الاجتماعي الشامل لأعضاء هيئة التدريس من المتخصصين بالخدمة الاجتماعية. و كان من أبرز النتائج الاتفاق على أهمية المهارة في تطبيق اساليب التدخل المهني حسب المواقف التي تواجه المسنين يأتي في المرتبة الثانية المهارة في المعرفة بمصادر تقديم الخدمات للمسنين ومن المعوقات احتل المركز الاول عدم اطلاع الاخصائي الاجتماعي على كل جديد في عمله يليه قصور المعارف و القيم وقلة الدورات والنقص في الاعداد المهني. و اخيرا النقص في الاعداد المهني و ايضا تكليف الاخصائي الاجتماعي بمهام ادارية.

٤- دراسة محمد الفهيدى (٢٠١٢م): بعنوان "تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية في الرعاية الصحية الأولية"

وقد هدفت الدراسة إلى معرفة الدور الفعلي الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي ، معرفة مدى رضا المرضى عن عمل الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية، التعرف على المعوقات لعمل الأخصائي الاجتماعي ، التعرف على المقترحات العملية للحد من الصعوبات التي تواجه عمل الإخصائيين الاجتماعيين العاملون في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وقد طبقت الدراسة على الأخصائيين الاجتماعيين والمرضى في مراكز الرعاية الصحية في المدينة المنورة ، حيث كان عدد الاخصائيين الاجتماعيين (١5٣) والمرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمدينة المنورة (٧٠٠) خلال فترة إجراء الدراسة. وقد استخدم الباحث في الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وقد صمم الاستبانة أداة لجمع البيانات ، وقد صمم استبانات أحدهما مخصصة للإخصائيين الاجتماعيين العاملون في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمدينة المنورة والأخرى للمرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية بالمدينة المنورة.

ومن أهم نتائجها أغلب أفراد العينة موافقون على مهام ونشاطات الأخصائي الاجتماعي التي يمارسها، أما نتائج قياس رضى المرضى فكان متفاوتا من قبل العينة على أدور الأخصائي الاجتماعي المناطة به حيث كانت أغلب المتوسطات محصورة ما بين الفئتين الرابعة والخامسة واللذان تشيران إلى (راضى / راضى تماما)، من ناحية وجود المعوقات أتفق أفراد العينة على وجودها ولكن تفاوتت موافقة أفراد العينة وحيث وقعت متوسطات موافقتهم في الفئتين الثالثة والخمسة من فئات المقياس الخماسي واللذان تشيران الى (تعوق عملي بدرجة متوسطة / تعوق عملي كثيرا) وكان من أبرز المعوقات هي نقص التجهيزات المادية.

٥- دراسة الأمين (٢٠١٠) بعنوان: العوامل المؤثرة على أداء الأخصائي الاجتماعي في ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية، دراسة تطبيقية على الأخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات النفسية والعصبية بولاية الخرطوم

هدفت الدراسة إلى التعرف على الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي بمستشفيات الصحة النفسية والعقلية بولاية الخرطوم ومعرفة الصعوبات التي يمكن أن تعيق الأخصائي الاجتماعي عن القيام بدوره في تلك المستشفيات التعرف على وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين في أهمية وفعالية الدور الذي يقومون به في مجال تقديم الخدمات الطبية الانسانية للمريض بهذه المستشفيات، وافترضت الدراسة وجود قصور في توظيف الأخصائي للمعارف النظرية التي تلقاها أثناء الدراسة في الممارسة العملية للمهنة، توجد معوقات تواجه عمل الأخصائي الاجتماعي من النواحي الادارية بالمستشفى، توجد معوقات تواجه عمل الأخصائي الاجتماعي من ناحية التأهيل والتدريب والاعداد العلمي، كما توجد معوقات تواجه عمل الأخصائي الاجتماعي من ناحية علاقته مع المرضى واسرهم. وخرجت الدراسة بنتائج أهمها: الافتقار الى معايير محددة لتقييم الخدمات المقدمة وعدم وجود برامج تدريب وتأهيل أثناء الخدمة وضعف الارتقاء بالقدرات الفردية والمؤسسية، وعدم اخضاع اداء الأخصائيين الاجتماعيين المرجعية معيارية تميز مواصفات الأداء بعد تقييمه واخضاعه للفحص والمراقبة، الافتقار إلى عدد كاف من الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الخدمة الاجتماعية التأهيلية والنفسية الذين يتم اعدادهم خصيصا للعمل مع الأطباء النفسيين وفي ميدان الطب النفسي.

٦- دراسة حسين الخزاعي (٢٠٠٨ م) بعنوان "الصعوبات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في العمل والتواصل مع مرضى الإيدز"

وهدفت الدراسة إلى تحديد الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في المجال الطبي، وبخاصة الذين يتعاملون بشكل مباشر مع مرضى الإيدز. وقد استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي الشامل؛ حيث طبقت الدراسة على جميع الاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في مراكز التوعية والإرشاد والفحص الطوعي حول مرض الإيدز، التابعة لوزارة الصحة في ست محافظات في الأردن هي (عمان، الزرقاء، جرش، مأدبا، العقبة، البلقاء). وكان من أبرز النتائج صعوبة كسب ثقة المصاب، وتعديل السلوكيات الخطرة، عدم وجود الخصوصية والسرية وخاصة في (المستشفيات الخاصة والعامه)، والشعور بوصمة العار والتمييز لحساسية المرض وخطورته، والصعوبات المادية للمرضى، أفاد نسبة عالية من الأخصائيين الاجتماعيين بتقبلهم بشكل كبير العمل مع مرضى الإيدز، وأفاد (٩٣.٣%) منهم بأنهم يتابعون المرضى بشكل دائم، وأن أغلب الأخصائيين الاجتماعيين مستواهم التعليمي بكالوريوس، بلغ عدد الحالات المسجلة لمرض الإيدز في الأردن (٥٢٣) حالة، حتى 2007/7/31، تعد المخالطة الجنسية غير الشرعية السبب الأول في طرق الإصابة بمرض الإيدز؛ حيث شكلت نسبة تجاوزت نصف العينة بقليل.

٧- دراسة نورة بنت مغيص (2006) بعنوان "العوامل المؤثرة على أداء العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي"

هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل المؤثرة على أداء الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في قسم الخدمة الاجتماعية. بمجمع الرياض الشامل. وقد استخدمت الدراسة

منهج دراسة الحالة عن طريق الحصر الشامل، وقد طبقت الدراسة على الإحصائيين الاجتماعيين العاملين بمجمع الرياض الطبي بقسم الخدمة الاجتماعية، والذين بلغ عددهم وقت إعداد الدراسة (15) إحصائي وأخصائية. وقد استخدمت الاستبانة للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بقسم الخدمة الاجتماعية بمجمع الرياض الطبي بالرياض.

كما استخدم تحليل المحتوى كما قامت الباحثة باستخدام الملاحظة من خلال معاشتها وزيارتها لمجمع الرياض الطبي، وتم رصد تلك الأعمال التي تقوم بها الإحصائية الاجتماعية، وفق نموذج السجل القصصي للعمل المهني في الخدمة الاجتماعية، ثم مراجعة تلك الملاحظات وصياغتها وفق محاور الدراسة في ضوء تساؤلاتها. واعتمدت الباحثة على التحليل الكمي والتحليل الكيفي كما استخدمت الباحثة البرنامج الإحصائي SPSS ومن أهم نتائج الدراسة: وجود صعوبات متوسطة راجعة للمريض والفريق الطبي والنظام الإداري، وعدم وجود فرق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغيرات الجنس والعمر والحالة الاجتماعية والمؤهل الدراسي ومدة العمل كأخصائي اجتماعي في قسم الخدمة الاجتماعية بمجمع الرياض الطبي في وجود معوقات للممارسة المهنية.

٨- دراسة الشهري (2005) بعنوان: توقعات العاملين في المستشفيات الحكومية لدور الأخصائي الاجتماعي دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مصادر تكوين صورة لدور الأخصائي الاجتماعي لدى العاملين بالمستشفيات الحكومية، كما هدفت للتعرف على أهم الصعوبات والمعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في أدائه لدوره في المستشفيات الحكومية تمهيدا للتغلب عليها ورفع مستوى الأداء وزيادة فاعلية الدور، وتمت الاستعانة بالمسح الاجتماعي عن طريق العينة حيث تم اختيار عينة عشوائية منتظمة من كافة التخصصات المختلفة ذات العلاقة

بالأخصائي الاجتماعي داخل المستشفى، وأشارت النتائج إلى أن صعوبة عدم الترقية وضعف الرواتب والحوافز المادية من أول الصعوبات التي يرى الباحثون تأثيرها على أداء الإحصائي لدوره الاجتماعي، بينما حصلت صعوبة التركيز على الأعمال الإدارية على المركز الأخير في ترتيب الصعوبات. دراسة الشاهد (١٩٩٢) بعنوان دور الإحصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية، أجريت هذه الدراسة بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض، وتمت الاستعانة بالمسح الاجتماعي بوصفه أحد المناهج الملائمة للدراسات الوصفية، وقد استخدم المسح عن الحصر الشامل لجميع الإحصائيين الاجتماعيين المشتغلين في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض، كما استخدم أسلوب المسح عن طريق العينة بالنسبة للأطباء العاملين والمرضى المترددين على المراكز التي يشتغل بها إحصائيون اجتماعيون في مدينة الرياض، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: إن هناك معوقات للممارسة المهنية من أهمها نقص الإمكانيات، وعدم تفهم أفراد المجتمع الدور المركز، عدم وجود تعاون بين العاملين، تدخل الإدارة في عمل الإحصائي، تكليفهم بأعمال ليست من صميم عملهم، وكذلك عدم تفهم أعضاء الفريق الطبي لدورهم.

٩- دراسة الجوير (٢٠٠١) بعنوان "المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية بدولة الكويت دراسة ميدانية"

وقد استهدفت التعرف على الدور الذي يقوم به الإحصائيين الاجتماعيين في وحدات الرعاية الاجتماعية بمنطقة الصباح الطبية، وكذلك التعرف على طبيعة العلاقة بين التخصصات المهنية الأخرى الأطباء - الإحصائيين النفسيين - الإحصائيين الاجتماعيين وتأثير هذه العلاقة على ممارسة الخدمة الاجتماعية، وكذلك التعرف على معوقات التي تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية

واسباب هذه المعوقات، واستخدمت المنهج الوصفي المسحي على (١٣٣) أخصائية اجتماعية بمنطقة الصباح الطبية وتوصلت الدراسة إلى وجود مستوى متوسط من المعوقات المتصلة بالممارسة المهنية مع المرضى وأسرههم والمعوقات متصلة بإدارة المستشفى إضافة إلى معوقات متصلة بالإعداد المهني.

ب- الدراسات الأجنبية

١- دراسة: روبين جيرنق (٢٠٠٥م) **others & Robin E. Gearing** وكانت بعنوان **خبرات الأخصائيين الاجتماعيين في مستشفى الأطفال والتعامل مع البيئات المصابة بمرض سارس**

وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على خبرات الأخصائيين الاجتماعيين وكيفية بنائها في مثل هذه البيئات المرضية عند التعامل مع أمراض مشابهة وإيجاد الحلول لهذه المشكلة. وهي دراسة نوعية ، وقد أجري البحث في مدينة تورونتو الكندية في مستشفى الأطفال المصابين بهذا المرض ، وتعلم أن هذا المرض (سارس) هو متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد ، مرض فيروسي معدي يصيب الجهاز التنفسي وظهر في ٢٠٠٣م في أحد أقاليم الصين ثم أنتقل عبر المسافرين للكثير من الدول. ومن أهم نتائج هذه الدراسة أن الأعمال والخدمات المقدمة من الأخصائيين الاجتماعيين والموزعة بين المريض وأسرته تمثلت في الدفاع عن حقوق المريض وعائلته وتقديم المعرفة والمعلومات الضرورية حول المواضيع التي يحتاجونها والنقاش والاتصال المفتوح واستخدام وتطبيق المعايير الأخلاقية في دعم الأسر والتدخل في الأزمات.

٢- دراسة: روسين لبيزج وآخرون (٢٠٠٢م) **others & Rosanne M. Leipzig** بعنوان **"الاتجاه نحو العمل الفريقي المشترك في الرعاية الصحية"**

وقد هدفت الدراسة للتعرف على الاتجاه نحو قيم العمل الفريقي و نحو كفايات العمل الفريقي وثالثها الاتجاه نحو دور الطبيب المشترك في العمل الفريقي. حيث أجريت ٥٩١ من الإحصائيين الاجتماعيين والأطباء والتمريض في ثمان مراكز طبية تعليمية في أمريكا. وقد صمم الباحث استبانة لجمع المعلومات عن الاتجاه نحو العمل الفريقي المشترك في الرعاية الصحية وجاءت أهمية الدراسة منبثقة من الأهمية للعمل الفريقي وأنه أحد أساليب العمل المعاصر للممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية في مجالاتها المتعددة بصفة . أما أبرز نتائجها أن معظم أفراد العينة أيدوا عملهم كفريق واحد يعمل من أجل مصلحة المريض وعدم إضاعة الوقت. أما ما يتعلق بالأطباء فجلهم أيد طبيعة عمل الممرضين والأخصائيين الاجتماعيين كمساعدين في تحقيق أهداف العلاج. وفي المقابل كذلك أيد نسبة من الممرضين والأخصائيين الاجتماعيين أهمية التعاون مع الطبيب كفريق عمل يعمل لمصلحة المريض ، ونسبة منهم ارتأت أن الطبيب له الحق في تعديل وتصنيف وتطوير خطة الرعاية الصحية المقدمة للمريض بمفرده. لفتت الدراسة النظر إلى الترتيب الذي يسود هيكله وإدارة المؤسسات الطبية حيث يتربع الطبيب على عرش القمة.

ج- التعقيب على الدراسات السابقة

* أهم ما ركزت عليه الدراسات السابقة

ركزت بعض الدراسات كدراستي حسين الخزاعي (٢٠٠٨م) ودراسة روسين لبيزج (٢٠٠٢م) على دراسة الآثار الاجتماعية لبعض الأمراض وكيفية التعامل معها سواء داخل المؤسسة الطبية أو خارجها والتعرف على الصعوبات التي

تعرض التعامل مع هذه الأمراض. وركزت الدراسات السابقة على تناولها على آراء الفريق الطبي والمرضى بجانب الإحصائي الاجتماعي وكذلك المرضى وبعض الإحصائيين و الفنيين الذين يعتبروا من ضمن الفريق الطبي ، بينما اقتصرت هذه الدراسة على رأي الإحصائي الاجتماعي فقط وذلك للتركيز فقط على أخذ رأيه في المعوقات التي تواجهه وقد تشابهت معها دراسة نورة مغيص (٢٠٠٦م) ودراسة الجوير(2001م) ودراسة أمل سالم (2015م) ودراسة محمد الفهيد(2012م) ودراسة هدية الدعجاني(2018م) من حيث اقتصارها على الإحصائيين الاجتماعيين.

* أوجه الاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة

انفقت هذه الدراسة مع دراسة الجوير (2001م) والفهيد (٢٠١٢م) في مكان تطبيقها حيث أجريت في القطاع الصحي . وقد تشابهت هذه الدراسة من ناحية تطبيقها على المجتمع السعودي مع دراستين هما دراسة محمد الفهيد (٢٠١٢م) حيث طبقت في المدينة المنورة ودراسة نورة مغيص (٢٠٠٩م) أجريت في مدينة الرياض ودراسة الشهري (2005م) في المستشفيات الحكومية في الرياض.

كان هناك اتفاق تام بين هذه الدراسة الحالية في عينة البحث مع كل من دراسة حسين الخزاعي (٢٠٠٨م) ونورة مغيص(٢٠٠٩م) ودراسة هدية الدعجاني (2018) حيث كان الإحصائي الاجتماعي هو عينة البحث. بينما دراسة محمد الفهيد (٢٠١٢م) ودراسة سعود الجوير (2001م) ودراسة أمل سالم (2015م) ودراسة روسين لبيزج (٢٠٠٢م) كان هناك اتفاق جزئي حيث كان الإحصائي من ضمن عينة البحث.

وقد اتفقت الدراسة الحالية من حيث المنهج المتبع والمستخدم حيث كان المسح الاجتماعي ، مع دراسة حسين الخزاعي (٢٠٠٨م) وكذلك دراسة سعود الجوير (2001م) بالإضافة لدراسة أمل سالم (2015م). وكان هنالك اتفاق

في أهداف الدراسة من حيث التطرق لمعرفة المعوقات التي تواجه الإحصائي الاجتماعي وكان ذلك في دراسة كل من محمد الفهيد (٢٠١٢م) وأيضاً دراسة حسين الخزاعي (٢٠٠٨م) وكتلك دراسة سعود الجوير (2001م) وأخيراً دراسة أمل سالم (2015م). ونلاحظ باختلاف الثقافات والمجتمعات تواجد الطبيب على قمة الهرم الطبي ووجود تساؤلات حول أهمية الإحصائي الاجتماعي في المؤسسة الطبية والمعوقات التي تواجهه. وقد تنوعت المعوقات التي تواجه الإحصائي الاجتماعي أثناء ممارسته لدوره في المؤسسات الصحية ، والمتمثلة في المعوقات الإدارية والثقافية والفنية والمهنية.

* أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة

تختلف من حيث مكان إجراء البحث فهذه الدراسة أجريت بالقطاع الصحي بينما دراسة حسين الخزاعي (٢٠٠٨م) كانت في مراكز التوعية والإرشاد، بينما دراسة نورة مغيص (٢٠٠٩م) أجريت في مجمع الرياض الطبي، وكذلك دراسة الامين ا (2010م) طبقت في مستشفيات الصحة النفسية في الخرطوم ، وكذلك دراسة رويين جبرنق (٢٠٠٠م) أجريت مستشفى الأطفال، وأخيراً دراسة روسين لبيزج (٢٠٠٢م) حيث طبقت في المركز التعليمي الطبي.

وكان هناك اختلافاً في عينة البحث حيث في هذه الدراسة اقتصر على الإحصائي الاجتماعي فقط، بينما نلاحظ أن دراسة روسين لبيزج (٢٠٠٢م) تناولت فئة كبار السن ، وأيضاً دراسة حسين الخزاعي (٢٠٠٨م) مع المرضى المصابين بمرض الإيدز، وكذلك دراسة رويين جبرنق (٢٠٠٥م) والتي اشتملت على الأطفال المصابين بمرض سارس إضافة إلى الإحصائيين الاجتماعيين. وكذلك دراسة سعود الجوير (2001م) حيث كان أضاف الأطباء والإحصائيين النفسيين للعينة، ودراسة أمل سالم (2015م) حيث تناولت الفريق الطبي.

الطب الوقائي والتثقيف الصحي وإدارة العمل في المستوصفات والقطاع الصحي، وشهدت تلك الفترة تقدماً ملحوظاً في إنشاء المستشفيات والوحدات الصحية. وقد واكب ذلك تطور تعليم الخدمة الاجتماعية حيث تم إنشاء معهد ثانوي للخدمة الاجتماعية عام ١٩٩٢م للحاصلين على شهادة الكفاءة المتوسطة، وكانت تقدم لهم حلقات علمية عن الخدمة الاجتماعية بشكل عام، وشيئاً عن طرق الممارسة المهنية، إضافة إلى التدريب الميداني في مركز التنمية الاجتماعية في مدينة "الدرعية" الذي أنشأ عام ١٩٩٠م. وقد خرج هذا المعهد ثمانى دفعات بمجموع طلاب بلغ قدره ١٨٩ ممارساً. (البريش ٢٠١٠م، 45). وتعتبر جامعة الرياض "جامعة الملك سعود حالياً" من أقدم الجامعات في المملكة حيث أنشأت عام ١٩٠٧م إلا أنها أنشأت بكلية الدراسات الاجتماعية شعبة للخدمة الاجتماعية بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية عام 1974م وذلك لتخريج متخصصين للعمل في الخدمة الاجتماعية. ثم أنشأت إدارة تعليم البنات بالرائسة العامة عام ١٩٧٠م المعهد العالي للخدمة الاجتماعية للبنات بالرياض "والذي تحول لكلية الخدمة الاجتماعية جامعة الأميرة نورة بالرياض منذ عام ١٩٩١م". (الشهري، ٢٠١٤، ٣٠١). ثم توالى تعليم الخدمة الاجتماعية تباعاً في معظم الجامعات السعودية.

أما ما يتصل بالتطور التاريخي للخدمة الاجتماعية القلبية في المملكة العربية السعودية كان صدور القرار الوزاري رقم ٣5١٠ في 1 / ١٢ / 1993 هـ. والذي ينص على إنشاء قسم للخدمة الاجتماعية الطبية يتبع المديرية العامة للطب العلاجي هي الانطلاقة الأولى، حيث كان جميع العاملين في هذا المجال من المتعاقدين إلا أن ذلك تغير بمرور الوقت وأصبح العاملين في هذا المجال من الكوادر السعودية. وبعد مضي بضع سنوات أصبح هناك إدارة عامة للصحة النفسية والخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة مسؤولة

ونجد اختلافاً من حيث تطبيق الدراسات على صعيد المجتمعات فنجد دراسة حسين الخزاعي (٢٠٠٨م) ودراسة سعود الجري (2001م) ودراسة أمل سالم (2015م) ودراسة الامين (2010م) أجريت على مجتمعات عربية غير سعودية والدراستين الأجنبية أجريت أحدهما بمدينة تورونتو الكندية وهي دراسة رويين جيرنق (٢٠٠٠م)، والدراسة الثانية في أمريكا روسين ليزج (٢٠٠٢م). أشارت كلا من دراسة سعود الجوير (2001م) ودراسة أمل سالم (2015) ودراسة روسين ليزج (٢٠٠٢م) إلى موضوع العمل الفريقي وما يتضمنه من ضرورة العمل على توفير التعاون بين دور الأخصائي الاجتماعي وأدوار بقية التخصصات المهنية الأخرى (أعضاء الفريق العلاجي) بينما اقتصرت الدراسات الباقية على دور الأخصائي الاجتماعي أو دراسة رأي المرضى. مدى الاستفادة من الدراسات السابقة: استفاد الباحث من الدراسات السابقة في تحديد مشكلة دراسته وصياغة تساؤلاتها وتحديد أهدافها ومنهجها والاستفادة مما تحتويه من معلومات في الإطار النظري للدراسة وكذلك بناء الأداة المستخدمة في عملية جمع البيانات. وكذلك أسنقاد الباحث من الدراسات السابقة كثيراً خاصة وأنها تناولت نفس الموضوع بزوايا مختلفة، وكذلك التعرف على المعوقات التي واجهت الأخصائي الاجتماعي أدائه لوظائفه داخل القطاع الصحي بمحافظة خميس مشيط.

الفصل الثالث

الإطار النظري للدراسة

أولاً- نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية وتطورها في المملكة العربية السعودية

بعد اكتشاف النفط وتصديره وحدوث طفرة نوعية هائلة في جميع المجالات، ومن ضمن هذه المجالات تقديم الخدمات الطبية للمرضى. حيث تطلب إعادة النظر في هيكل الخدمات الطبية ومشاركة الكوادر الطبية العربية في إدارة

مباشرة عن أقسام الخدمة الاجتماعية في جميع المستشفيات التابعة لوزارة الصحة هذا ولقد قامت

الإدارة العامة للصحة النفسية والخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة بتوفير دليل مبدئي اجتهادي يوضح مهام وواجبات المتخصصين في الخدمة الاجتماعية للعاملين في المجال الصحي بمختلف المؤسسات الصحية (وزارة الصحة، ١٤٢٩ هـ - ١٥) أما فيما يتعلق بالوزارات الحكومية الأخرى والتي يتبع بعض المستشفيات كوزارة الدفاع ووزارة الداخلية والحرس الوطني فإن أقسام الخدمة الاجتماعية الموجودة في المستشفيات التابعة لتلك القطاعات تكون تحت مظلة ادارة الخدمات الطبية بتلك الوزارات. كما أصبحت الخدمة الاجتماعية مهنة لها أقسام مستقلة في المستشفيات الحكومية والأهلية في جميع مناطق المملكة في الوقت الحاضر وذلك بعد افتتاح العديد من أقسام الخدمة الاجتماعية في الجامعات السعودية للبنات والبنين والتي تطرح ضمن خططها ومناهجها مواد مرتبطة مباشرة في هذا المجال كما تقوم بتدريب طلابها وطالباتها في المستشفيات والقطاعات الصحية . الأمر الذي يتطلب الوقوف على واقع ممارسة الأدوار والمهام المهنية للأخصائيين الاجتماعيين بما.

ثانياً- أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية

تعد الخدمة الاجتماعية الطبية من المجالات الرئيسية في مهنة الخدمة الاجتماعية ، حيث تؤدي المهنة من خلال المؤسسات الطبية المختلفة كالمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية أدواراً فاعلة تتكامل مع أدوار بقية أعضاء الفريق الطبي المعالج ، حيث تثمر في غاية الأمر عن تقديم خدمات صحية متميزة وشاملة ورعاية اجتماعية أفضل للمرضى.

إن المتتبع لوضع الخدمة الاجتماعية الطبية في الدول الصناعية - خلال مسيرتها التطورية - يخرج بمجموعة من الاستنتاجات الهامة لعل أبرزها : أن الخدمة الاجتماعية لم تعد

بمجرد استجابة لمثير أو رداً لفاعل وإنما أصبحت مهنة رئيسية وشريكا فاعلا في عملية العلاج (الباز ، ٢٠١٠ م : ١٥٩). هذا بالإضافة أن المهنة أصبحت مطالبة بأن تؤدي مجموعة من الأدوار المتنوعة والمتكاملة ، وهذا التنوع في أدوار الخادمة الاجتماعية الطبية كان دافعا إلى تقسيم العمل داخل أقسام الخدمة ، فأصبح من المألوف في الدول الصناعية أن نجد أخصائيا اجتماعيا متخصصا في العمل مع حالات الطوارئ، وآخر مع المنومين ، وثالثا مع المصابين بأمراض مستعصية. وهذا التحول من العمومية الى التخصصية أسهم في تميز ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية ، حيث أصبحت تتسم بالفاعلية والكفاءة ، وانعكس ذلك في النهاية على ارتفاع مكانة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي في الدول الصناعية.

ولاشك أن الخدمة الاجتماعية الطبية تمثل في المجتمع المعاصر وسيلة مهمة من وسائل تنمية موارد المجتمع وزيادة سلامة وصحة أمن مواطنيه ، وكما أنها تؤدي إلى عودة المريض إلى المشاركة المجتمعية بكل فاعلية من خلالها يتم توفير الصحة الجسمية عالية الجودة.

وكذلك أصبحت المشكلات الصحية ، مشكلات اجتماعية تواجه وتهدد المجتمع، وتقلل من الطاقات البشرية المنتجة لأولئك المرضى الذين يعانون من الإيدز والتدخين والمسكرات والمخدرات ، وغير ذلك من مرضى القلب أو الدرن أو المقيمون في المستشفيات بصورة دائمة.

وللخدمة الاجتماعية أهداف وقائية كالاكتشاف المبكر للمشكلات الفردية الطبية والمجتمعية ، ومواجهتها بالوعي الصحي والثقافة الصحية لعدم انتكاس المريض مرة ثانية. وكما تساهم في الجهود التنسيقية والتخطيط داخل المؤسسة الطبية مع المؤسسات الأخرى في المنطقة ، كما تساهم في حملات التوعية لترشيد وتوعية وتنظيم الأسرة ، وتمهئة وتوفير الأجواء والظروف الاجتماعية المناسبة للمرضى بعد عودتهم وشفايتهم من مرضهم الى بيئتهم الطبيعية.

(الخطيب، ٢٠٠٦ م: ٥١) وتعمل الخدمة الاجتماعية على تحقيق أهداف المؤسسة الطبية، بحيث تصل باستفادة المريض من العلاج الحد الأعلى، وتبذل جهدها لتذليل العقبات التي تمنع استفادة المريض من الخدمات المقدمة، وتقوم كذلك بتهيئة أنسب الظروف لتحقيق فاعلية أفضل الخدمات الطبية. (بشير ومخولف، د ت: ٢٥).

ثالثاً- فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية

والفلسفة هي مجموعة من المعتقدات والاهداف والقيم والمبادئ الأخلاقية، ولكل مهنة مجموعة متميزة من هذه المعتقدات والقيم التي تميزها دون غيرها من المهن، وهذا ما يطلق عليه بالفلسفة المهنية، وهي تمثل جزءاً جوهرياً من الثقافة الفرعية للمهنة التي يجب أن ينتمي إليها الممارس المهني، والتي يجب أن تأخذ حيزاً من ذاته المهنية وأن يعتنقها ويتطبع بها ويعمل بها. وتعد الخدمة الاجتماعية الطبية مهنة مستوفية الشروط العلمية حيث تستند إلى :-

- ١- تحمل المسؤولية .
 - ٢- قانون ينظم علاقة الجماعة .
 - ٣- قوانين أخلاقية عامة.
 - ٤- ثقافة وعلم واسعين (عبدالباقي، ١٩٩٣ م: ٧)
- وللخدمة الاجتماعية الطبية فلسفة يمكن إجمالها في:-

١- "الإنسان كل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية دائماً، مادام هو إنسان يعيش في مجتمع إنساني وفي بيئة اجتماعية ومن ثم فأى اضطراب في إحدى هذه العناصر هو نتيجة لتفاعل بين عناصره الأخرى لإحداث هذا الاضطراب، كما أن هذا الاضطراب يؤدي بدوره إلى اضطراب بقية العناصر". (بشير ومخولف، د ت: ٢٣)

٢- "كرامة وقيمة العميل والنظر إليه كإنسان في المقام الأول ومحاوله عدم إحساسه بالعجز أو الوصمة نتيجة حصوله على

المساعدة". (خاطر، ١٩٩٧ م: ١٢٢) وكذلك النظر رغم مرضه أو عجزه إلى مصادر القوة لديه سواء كانت في ذات الشخص أو في بيئته الداخلية والخارجية.

٣- "وفلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية تؤمن بفرديّة الإنسان واحتياجه لمعاملة خاصة تتفق معه وتراعي حاجاته المتعددة والمختلفة عن الآخرين". (غرايبة، ٢٠٠٨ م: ٣٤)

٤- "إن العوامل الاجتماعية للإنسان ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمرض بل وقد تكون سبباً له، ويفضل أن يسير كل من العلاج الاجتماعي والنفسي جنباً إلى جنب فالعلاج الطبي قد يكون أحد العوامل المؤدية إلى الشفاء ولكن ليس كل العوامل وقد يكون هنالك عودة للمرض وانتكاسته أو فشل العلاج الطب". (مخولف، 1981 م: 21).

ونستطيع أن نوجز أهم ما يميز الخدمة الاجتماعية الطبية في النقاط التالية:- (غباري، ٢٠٠٣ م: ٢٠).

- ١- مجال هام من مجالات الخدمة الاجتماعية تعتمد في ممارستها على مبادئ وقيم ومهارات وفلسفة الخدمة الاجتماعية، إضافة لأساليبها الفنية.
- ٢- يمارسها أخصائيو اجتماعيون أعدوا إعداداً علمياً لممارستها بأساليب فنية علمية.
- ٣- تمارس في مؤسسات طبية سواء كانت أولية أو ثانوية لمساعدتها في تحقيق أهدافها.
- ٤- تتعامل مع المريض وفريق العمل الطبي، وبيئة للمريض الداخلية والخارجية لتمكين ذلك المريض للعودة واندماجه في مجتمعه بعد تماثله للشفاء.
- ٥- هدفها أن يستفيد المريض أكبر فائدة مرجوة من الإمكانيات والخدمات الطبية المتوفرة.
- ٦- مساعدة المريض لرفع أدائه الاجتماعي إلى أقصى حد ممكن.

٧- على المريض التعاون التام والإيجابي مع الأخصائي الاجتماعي وكامل الفريق الطبي ، لتحقيق الهدف الرئيسي وهو شفائه وتمكنه من التوافق مع بيئته.

رابعاً- قيم الخدمة الاجتماعية الطبية

- ١- الاعتراف بكرامة الفرد.
- ٢- الاعتماد المتبادل بين الوحدات الإنسانية.
- ٣- الحفاظ على سرية معلومات المريض.
- ٤- أهمية رأي المريض وحتمية مشاركته في العملية العلاجية.
- ٥- حتمية وجود مشكلات اجتماعية للمريض .
- ٦- أهمية اعتماد المريض على ذاته وقدرته.
- ٧- اعتبار المريض وحدة ديناميكية متغيرة.
- ٨- لكل مريض احتياجات متعددة يسعى لإشباعها.
- ٩- أهمية تكوين علاقة مهنية بين الأخصائي الاجتماعي والمريض تحقق من خلالها تحقيق الأهداف وتقديم الخدمات العلاجية. (رشوان، 2007م:67) .

خامساً- مبادئ الخدمة الاجتماعية الطبية

- إن التطبيقات العملية والفعالية للخدمة الاجتماعية الطبية مبنية على عدة مبادئ لممارسة هذه الخدمات ، وهذه المبادئ :-
- ١- مبدأ الشمولية: وهي تقديم الخدمات الاجتماعية الطبية لأفراد المجتمع دون تمييز سواء في اللون أو العرق أو الجنس أو نوع المرض ، فالخدمة شاملة لجميع أطراف المجتمع.
 - ٢- مبدأ الإعداد: ويعني تزويد الأخصائي الاجتماعي بالعلوم والمعارف والمهارات التقنية والمهنية وتطبيقها عملياً ، حيث تمكنهم في التعامل المحترف والمهاري مع جميع مرضاهم وبيئاتهم والتأثير ومن ثم التغيير.
 - ٣- مبدأ العلاقات والتفاعلات : وهو تكوين وإنشاء علاقات مهنية متينة للمستفيدين من الخدمات والتأثير المتبادل وكسب الثقة ، وعلى الممارس أن يهيئ الأجواء المناسبة في

هذه العلاقات والتفاعلات لأنها ستعكس أما إيجاباً أو سلباً على الخطوات القادمة من التدخل المهني.

٤- مبدأ القبول: يقضي هذا المبدأ من الأخصائي الاجتماعي تقبل عميله كما هو وليس على الصورة التي يجب أن يكون عليها. وبالتالي لا تتدخل الاعتبارات الشخصية أو الذاتية للأخصائي في الحكم على العميل. (خاطر ، ١٩٩٧م: 149)

٥- مبدأ التقييم الذاتي: وهو ملاحظة الأخصائي الاجتماعي نقاط ضعفه ، ومراقبة شعوره وانفعالاته تجاه عميله حتى يتجنب أخطائه و انفعالاته العكسية أثناء ممارسته عمله ، وعليه أن يكون متزناً بحيث لا تطغي عليه العاطفة أو القسوة مع عملائه.

٦- مبدأ التفريد: بحيث يكون لكل عميل كياناً وفردية الخاصة ، حتى وأن تشابهت مشكلتهم الرئيسية فبدون أدنى شك لن تشابه شخصياتهم وظروفهم الذاتية والبيئية. فعلى الأخصائي الاجتماعي دراسة كل حالة على حدة والتعنى في مسببات المشكلة حسب موقف العميل وتصورات للموقف المحيط .

٧- مبدأ الشخصية: وهي تنمية وتطوير شخصية العميل والبحث من مصادر قوة تجعله يثق في نفسه. وقدراته وتمكنه من الاعتماد على نفسه ، وبذلك نستطيع أن نضع عناصر الضعف والقصور لديه ، وبذلك سيكون عضواً فاعلاً في مجتمعه قائماً بأدواره المناطة به.

٨- مبدأ النصح والتوعية: وفي هذا المبدأ يقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي بتوجيه الإرشادات والنصائح الهامة للعميل بخصوص علاجه وحياته ونشاطاته مع الآخرين لإنجاح برامج العلاج من ناحية وتكوين الوعي والفهم عند المرضى ، وأن يدركوا الظروف المحيطة بهم والأسباب التي أدت لإصابتهم بمرض أو إعاقة ، كما تعمل الخدمة الاجتماعية الطبية على

زيادة وعي المواطن والأسرة تجاه المرض والإعاقة والمشكلات المحيطة بها ، والتعاون من أجل وضع خطط سليمة للحد منها وعلاجها.

٩- مبدأ التكامل: وهذا المبدأ يدعو لتظافر الجهود سواء في تقديم الخدمات الطبية والصحية والتأهيلية الأساسية وما بين الخدمات الاجتماعية ، وكذلك التكامل في الأدوار المختلفة لفريق العمل ، ليتم تحقيق الأهداف العلاجية والوقائية والإنشائية. (النماس ، ٢٠٠٠ م : ٢٨-٢٩)

سادساً- الرعاية الصحية

تطور مفهوم الصحة بدء من العصر اليوناني حيث كان التركيز على الصحة الشخصية من حيث المأكّل ، الملابس ، والرياضة ، والتأكيد على ذلك أنه حتى الان لاتزال شعلة الأولمبياد تنطلق من اليونان تعريزا لمفهوم العلاقة الوثيقة بين الرياضة والصحة ، ومن ثم تتطور حتى أصبح يهتم بالصحة البيئية والتي تشمل على فن المحافظة على سلامة البيئة وتحسينها ومواجهة المشاكل البيئية والتي تؤثر في الجماعات سواء كانت متعلقة بمياه الشرب ، تصريف الفضلات ، صحة الاغذية ، مكافحة الحشرات، منع الضوضاء و ما إلى ذلك من المؤثرات البيئية (بدران واخرون، ٢٠٠٩، ص ١٣)

وكان التصور السائد أن مهمة الطب منشورة على علاج المرض ، وإذا تجاوزت مهمة العلاج فإنها تصل للوقاية من المرض. ولكن هذا التصور قد تغير خاصة بعد قيام منظمة الصحة العالمية. وكان الاختلاف على تحديد مفهوم "الصحة" قائما وعلى أشده حيث كان يعرفه الأطباء والعاملون في مجال الصحة بأنها تعني "خلو الجسم من المرض"

ولكن هذا المفهوم كان مختلف تماما عن ما رأوه المسؤولون في المنظمة العالمية للصحة، بل اعتبروا الصحة حالة يتكامل فيها الشعور بالكفاية والسعادة الجسمية والنفسية الاجتماعية اهما حالة من التوافق التام بين الوظائف البدنية والنفسية المختلفة، والقدرة على مواجهة الصعوبات مع

الاحساس الايجابي بالنشاط الحيوية . (بشير ومخلوف ، د ت ، 15)

وإضافة للتعريف السابق الخاص بمنظمة الصحة العالمية فقد ركز العالم بيركتر على أن الصحة "حالة التوازن النسبي لوظائف الأعضاء والتي تنتج عن التكيف مع العوامل الضارة التي يتعرض لها الفرد". وقد قام العالم ونسلو بتعريف الصحة على أنها "علم وفن منع المرض ، إطالة العمر وترقية الصحة وكفاءتها من جميع النواحي بواسطة جهود منسقة ومنظمة من قبل المجتمع من جهة والمنظمات والمؤسسات المعنية من جهة أخرى. (بدران ومزاهرة، ٢٠٠٩ م : ١٣) . ولا ينكر أحد قيمة الصحة ، فالمراجع التي لا حصر لها عن الصحة تؤكد على أهمية الصحة للأفراد والجماعات ، والصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان ، ولعلنا نذكر الحكمة الماثورة التي تقول : (الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء، لا يراه الا المرضي) وبناء على ذلك يسعى كل فرد للتمتع بالصحة والحياة (فريجات وآخرون ، ٢٠٠٠م، ص٣٩)

والرعاية الصحية من أهم قطاعات الخدمة الاجتماعية التي تعنى بها دول العالم لما لها أثر مباشر في حماية أفراد المجتمع من خطر المرض وتوفير أسباب الرفاهية وتحقيق خطط التنمية وبرامج الإنتاج. كما أن مستوى الأمم وتقدمها يقاس بمسوى ما تقدمه الدولة لمواطنيها من رعاية صحية جادة فنحدد معاييرها في تحقيق تكافؤ الفرص بين الجميع وتقديم تلك الرعاية في ظروف ميسرة وقادرة على الخدمة. (يوسف، ١٩٩٧م١5) ولا يخفى علينا أن انتشار الأمراض وانخفاض مستوى الرعاية الصحية يعكس أثرا سيئا على كل جهود التنمية .ويشكل تهديداً للقوى العاملة ويعرقل التقدم الاقتصادي والاجتماعي في المجتمع.

وتعتبر الرعاية الصحية من أهم جهود البشرية لتوفير حياة أفضل، ومع ذلك يوجد عدد كبير تنقصهم الرعاية

الصحية الكافية. فالنقد الهائل الذي أحرزته العلوم الطبية ، لم يصل جميع الناس خاصة من يعيش في الدول الفقيرة والنامية حيث ما زالت غالبيتهم تعاني وتموت نتيجة لنفس الأمراض الذي عاناها أسلافهم (بشير و مخلوف، دت : ١٧)

وللرعاية الصحية أهداف قريبة وأهداف بعيدة، فأهدافها القريبة محاربة الأمراض المستوطنة والمعدية ومكافحة كل ما يهدد الصحة إضافة لتوفير الوقاية من الأمراض وتقديم الرعاية السكنية للمرضى الذين تستعصي عليهم في العلاج. وأما الأهداف البعيدة فتكون بالحفاظ على سلامة المواطنين وتوفير السعادة والصحة ليكونوا قادرين بالنهوض بمسؤولياتهم الاجتماعية المناطة بهم. (المرجع السابق، ١٣)

سابعاً- القطاع الصحي

الصحة ليست مجرد انتفاء المرض أو العجز بل هي حالة معافاة كاملة جسميا ونفسيا واجتماعيا- والصحة حق أساسي للإنسان كما نص عليه ميثاق منظمة الصحة العالمية ، وأن وصول الإنسان لأرقى مستوى صحي ممكن ليصبح هدفا اجتماعيا هاما على الصعيد الوطني والعالمي ، ويجب أن تحشد له كافة الإمكانيات علما بأن الصحة ليست حكرا على مؤسسة دون أخرى ، الأمر الذي يدعو إلى أن يبذل الجميع جهودهم للوصول بالمواطنين إلى الصحة الجيدة والمعافاة الكاملة ومن هنا جاءت فكرة أن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة يجب أن تشمل الرعاية الصحية كأحد عناصرها استنادا إلى الخبرات التي بينت أنه لا يمكن التقدم بالصحة كثيرا دون تحسين الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية للسكان. ومن الطبيعي أن تتغير الاستراتيجيات وطرق مواجهة المشاكل لتتوافق مع الأوليات في كل بلد لاسيما إذا علمنا أن كافة الخدمات والتكنولوجيا الصحية تزداد سنة بعد أخرى. (خياط ، ٢٠٠٧م : 4١١)

مفهوم القطاع الصحي لم يظهر فجأة حسب ما يعتقد البعض ، أو أنه بديل قليل التكلفة للخدمات العلاجية

خاصة في البلدان الفقيرة أو الأماكن النائية ، فقد أثبتت الدراسات المضنية والمطولة والتي قام بها نخبة من علماء الدول والخبراء العاملين في منظمة الصحة العالمية والتي اشتملت الاوضاع الصحية لمواطني كل دول العالم بأن هذا الاعتقاد عار عن الصحة. (المزروع وسالم، ٢٠٠٤م : ١٣) والرعاية الصحية الاولية تعني " تقديم الرعاية الصحية الشاملة (العلاجية والوقائية والتطويرية) من خلال المراكز الصحية وبمشاركة المجتمع". (السباعي وبلال، 1990م:11) ويتضح لنا من هذا التعريف أنه يختلف عن الطريقة التقليدية والتي كانت سائدة بحيث كان التركيز منصبا على العلاج دون الوقاية، وكذلك دور المجتمع السلي في عدم مشاركته في التخطيط للسياسات الصحية أو تنفيذها، بل أقتصر دوره على التلقي للرعاية الصحية فقط.

والقطاع الصحي يعمل على الوقاية من الأمراض أساسا، وتمنع حدوثها، لذلك تختلف عن الرعاية الصحية الشاملة أو الثلاثية. وحين تطبق الرعاية الصحية الأولية بدقة فأنها تعمل على رفع مستوى البلاد الصحي والطبي ، إضافة لذلك فأنها توفر المال الطائل والطاقات المهذرة التي تقوم بها الرعاية الصحية الشاملة أو الثلاثية في العلاج والتأهيل. (القصيمي والفائز ، 1407هـ : ١٢)

وتعود فكرة الرعاية الأولية للطبيب البريطاني Bertrand Dawson ، عندما نادى بتقديم الرعاية الصحية الشاملة التكاملية عن طريق مراكز الرعاية الصحية الأولية ذلك من خلال تقريره الشهير Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 2016 والذي أصدره المجلس الاستشاري للخدمات الطبية في لندن في ٢٧ مايو ١٩٢٠م : 2016) ، و كذلك الدور الريادي للطبيب JOHN B GRANT عندما التحق بمؤسسة روك فيليب الطبية و عمل في دولة الصين عام ١٩٢٥م ، حيث قام

بعمل تجربة دنق شيان (The Ding Xian experiment) والتي تقوم فكرتها بتدريب طلاب كلية الطب والعاملين في مجال الصحة بدورات قصيرة في الخدمات الطبية ثم إرسالهم للمناطق الريفية حيث أطلق عليهم مسمى الأطباء الحفاة barefoot doctors ثم انتقلت نفس الفكرة لنفس الشخص في الهند عام ١٩٣٩ م. (Bullock , ١٩٨٠م : ١٧١)

وكان لمعظم البلدان خاصة المتقدمة منها سياستها الخاصة في تطبيق الرعاية الصحية الأولية حسب إمكانياتها. لذلك ظهر تفاوت كبير في تقديم الخدمات الطبية من حيث نوعيتها وجودتها حتى في البلد الواحد ، فنلاحظ جودة الرعاية الصحية في المدن الكبيرة والتجارية وعلى النقيض نجد في المقابل في القرى والأرياف قلة الخدمات الطبية وندرتهما . لذلك دعا الكثير من الخبراء ومخططي الصحة إلى تطبيق مفهوم الرعاية الصحية الأولية لأنه يؤكد على النواحي الوقائية أكثر من العلاجية. وكان لرئيس منظمة الصحة العالمية Halfdan T Mahler . الدور الأكبر حين دعا عام ١٩٧٥م- بعد ترشحه بعامين - لتكون الرعاية الصحية على مستوى المجتمع ، وقد حدث تحول كبير في نفس هذا العام حيث اتفقت كل من منظمة الصحة العالمية واليونسف بضرورة الاهتمام بالدول النامية.

(Cueto M ، ٢٠٠٤م : ٣٢) ثم بعد ذلك قامت منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٧م بإعادة صياغة أهدافها وقامت بتلخيصها في وثيقة بحيث يكون الهدف الاجتماعي الأساسي للدول والمنظمات تحقيق مستوى صحي يضمن لهم حياة منتجة اقتصاديا واجتماعيا لجميع سكان العالم بحلول عام ٢٠٠٠م. (السباعي وبلال، ١٩٩٠م : ٢٣).

وفي عام ١٩٧٨م حدث تحول أساسي في تاريخ الرعاية الصحية الأولية حيث اجتمع ٣٠٠٠ وفد يمثلون 134 دولة و 67 من المنظمات العالمية في العاصمة السابقة لدولة

كازاخستان. حيث أنعقد مؤتمر ألماتا حيث أعرب جميع المشاركين إلى الحاجة الماسة لجميع الدول والعاملين في مجالات الصحة والتنمية بعمل عاجل لحماية وتحسين صحة كافة شعوب العالم. وكذلك القيام بإصلاحات سياسية واقتصادية والقيام باستراتيجيات وبرامج وطنية للرعاية الصحية الأولية حتى الوصول لتحقيق شعار الصحة الشاملة للجميع. (who : ١٩٧٨م)

ثامناً- أهداف الرعاية بالقطاع الصحي

قد أضاف مؤتمر ألماتا أبعادا جديدة للرعاية بالقطاع الصحي، حيث أصبح المفهوم أكثر وضوحا من ذي قبل وقد تم تلخيص أهداف الرعاية الصحية الأولية في :-
١- تطوير الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض.
٢- الحفاظ على صحة المرضى والمعاقين. (السباعي و بلال، ١٩٩٠م : 14)

٣- تعليم السكان مكافحة الأمراض الشائعة في مجتمعهم.
٤- توزيع الطعام والغذاء المناسب للمجتمع .
٥- توفير الماء النظيف الآمن و صرف المجاري الصحية لكل منزل. (القصيمي والفائز ، ١٤٠٧ هـ: ١١).
٦- رعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة. (بدران واخرون، ٢٠٠٩م : ٣١)
٧- رعاية المرضى بأمراض حادة ومزمنة (للمرجع السابق : ١٢٥)

٨- الأستعمال الأمثل للدواء وتوفير الماء النقي. (السباعي و بلال، ١٩٩٠ : ١٥)
٩- تشجيع الأفراد والمجتمعات الصغيرة على الاعتماد على أنفسهم وعلى المصادر والتسهيلات المحلية المتوفرة لديهم. (القصيمي والفائز ، 1407هـ : ١٢)

تاسعاً- معوقات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية
على الرغم ما يبذله الأخصائيون الاجتماعيون وما يجرزونه من تقدم في تحقيق أهداف الخدمة الاجتماعية في

المجال الطبي ومساعدة النسق الطبي على تحقيق أهدافه إلا أن هناك معوقات ما زالت تواجه المهنة للقيام بدورها بفاعلية وتقسم المعوقات إلى ثلاثة معيقات وهي:-

١- معوقات تعود للفريق الطبي

أ- حتى هذا اللحظات لم تتوفر البيئة أو المناخ المناسب للعلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والطبيب على مستوى الزمالة وتبادل الآراء في بعض الحالات ، حيث يسود هذه العلاقة سلطة الطبيب وتفرد برأيه دون باقي الفريق الطبي.

ب- نظرة الأطباء وهيئة التمريض وغيرهم الى دور الأخصائي الاجتماعي على أنه يقتصر بتقديم المساعدات والخدمات المادية للفقراء، وأنه شخص ذو قلب طيب.

ج- ضغط العمل على الأطباء يحول دون اجتماعهم أو عقد لقاءات مع الأخصائيين الاجتماعيين مما يحد من فعالية العمل الفريقي لفاعلية الخطة العلاجية.

د- قصور معرفي و عدم فهم حقيقي لدى الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي وبالتالي عدم الإيمان بدور الخدمة الاجتماعية في القطاع الصحي.

هـ- نظرة الأطباء إلى أهمية التشخيص والعلاج الطبي دون الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والنفسية مما يؤثر بدوره على دور الأخصائي الاجتماعي . (غراية ، ٢٠٠٨ م : ٥٧)

٢- معوقات تعود للمرضى وأسرهم

أ- أسباب شخصية عند المريض وتكون مهمة الأخصائي الاجتماعي في إقناع المريض أو حمله على التجاوب مع خطة العلاج وقد يصادف مقاومة وصعوبة نتيجة شك المريض في قيمة العلاج. فأحياناً يكون هناك جو ثقافي عام لا يثق كثيراً في علاج القطاع الصحي والمؤسسات الطبية، أو بارتباط بعض التجارب المؤلمة كالوفاة أو فشل علاج بعض الحالات ، وقد تكون لدى بعض المرضى مخاوف مكتوبة من الصغر وفي هذه الحالة فهم في حاجة إلى معونة نفسية، وقد تكون

سوء المعاملة وسوء تقديم الخدمات تجعل المريض يتردد في قبول العلاج.

ب- وهناك معوقات ترتبط بأسرة المريض فقد تحتاج إلى معونات مالية ، وبعض المرضى لا يقبلون أي معونة مادية لأنهم يتحسسون من مساعدة الغير وقد يكون العائق أن المساعدات في الأساس غير كافية .

ج- قد تواجه الأخصائي معوقات تتعلق بنوعية المرض مثل الأمراض التناسلية والأمراض المعدية ، بحيث لا يعلنون عنها المصابين بها وقد يتهربون من العلاج في المؤسسات الطبية بالرغم من عدم توفر العلاج خارجها. ويضاف لهذه الأمراض كذلك الأمراض العقلية حيث يتهيب الناس وقد يخفون المريض عن أعين الناس. (بشير ومخولف ، دت ، ١٧١-١٧٢)

د- عندما يؤثر المرض على العلاقات الأسرية، فيحدث فتور في العلاقات الأسرية مما يحمل الأخصائي الاجتماعي عبئاً مضاعف لكي يعيد الروابط الأسرية. (الخطيب، ٢٠٠٦ م : ٩١)

٣- معوقات إدارية

أ- - نقص كبير في عدد الأخصائيين في القطاع الصحي ، رغم تعدد الأدوار المنوطة بهم للقيام بما الأمر الذي يؤدي إلى عدم استطاعة الأخصائي الاجتماعي الموجود بالقيام بدوره على أكمل وجه، وكذلك الأعداد الكبيرة للمرضى المستفيدين من خدمات هذه المراكز. وبالتالي يجد الأخصائي نفسه في موقف محير هل يتعامل مع الحالات العاجلة فقط ويتجاهل باقي المرضى الذين يحتاجون لخدماته ومشورته وتوجيهه .

ب- عدم وجود المكان المناسب لقسم الخدمة الاجتماعية وخاصة للحالات الفردية ، كما يجب أن يكون متسعاً لاستيعاب كل من يعمل بأقسام الخدمة الاجتماعية إضافة لمتطلبات العمل المهني الأمر الذي يجد من قيام الأخصائيين بأدوارهم المهنية .

ج- تخلف ونقص الأجهزة ومعدات المركز الأمر الذي يؤدي إلى عدم مساعدة المستفيدين على المستوى الذي يأملونه وبالصورة التي تحقق الأهداف المنشودة.

د- ضعف الميزانية العامة لمراكز الرعاية الأولية وهذا يؤثر على ميزانية قسم الخدمة الاجتماعية وبالتالي على عدم قيام الإحصائي الاجتماعي بدوره على أكمل وجه.. (بشير ومخولف ، دت، ١٧٥).

الفصل الرابع

الإطار المنهجي للدراسة

* تمهيد

يتناول الباحث في هذا الفصل من الدراسة، وصفا للإجراءات المنهجية التي تم اتباعها في إعداد الدراسة، وذلك وفقا لطبيعة الدراسة وأهدافها، ويتضمن: تحديد المنهج المتبع في الدراسة، ومجالات الدراسة البشرية والمكانية والزمانية، والأدوات المستخدمة في جمع البيانات من حيث بنائها والاجراءات المتبعة للتأكد من صدقها وثباتها، وأساليب المعالجات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات للخروج بالنتائج، وذلك على النحو التالي:-

أولاً- نوع الدراسة

الدراسة وصفية تحليلية لدراسة المعوقات التي تواجه الإحصائي الاجتماعي في القطاع الصحي بمحافظة خميس مشيط، والتعرف على أسبابها وكيفية التغلب عليها، والبحوث الوصفية التحليلية ذات أهمية بالغة في مجال العلوم الاجتماعية. ويقوم هذا النوع من الدراسات على رصد ومتابعة دقيقة لظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات، من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى والمضمون، للوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره" (عليان وغنيم، ٢٠٠٤م: 4٢).

ثانياً- منهج الدراسة

المنهج المستخدم للبحث يجب أن يرتبط ارتباطاً وثيقاً بموضوع وأهداف البحث، ويساعد الباحث في دراسة المشكلة واكتشاف الحقيقة ، وقد أتبعته الدراسة منهج المسح الاجتماعي بطريقة الحصر الشامل، باعتباره أحد المناهج الرئيسية التي تستخدم في البحوث الوصفية، وفي المسح يتم اختيار عينة ممثلة للمجتمع الذي يتم دراسة الظاهرة فيه، سواء كانت تلك العينة بأسلوب الحصر الشامل أو العينة (السروجي، 2003:166). كما يسمح باستخدام الكثير من الأدوات للبحث إضافة لجمع بيانات عن المتغيرات المختلفة لموضوع الدراسة .

ثالثاً- مجالات الدراسة

- ١- المجال المكاني: أجريت هذه الدراسة بالقطاع الصحي بخميس مشيط في المملكة العربية السعودية.
- ٢- المجال الزمني: أجريت هذه الدراسة خلال الفصل الثاني من العام الدراسي 1441هـ.
- ٣- المجال البشري: طبقت هذه الدراسة على جميع الإحصائيين الاجتماعيين العاملين بالقطاع الصحي بخميس مشيط، حيث تم اختيارهم بنظام الحصر الشامل لجميع الإحصائيين الاجتماعيين بالقطاع الصحي وكان عددهم (46) إحصائياً اجتماعياً، وتفاعل مع الباحث في تعبئة الاستبيان عدد (45) إحصائياً اجتماعياً.

رابعاً- مجتمع وعينة الدراسة

شمل مجتمع الدراسة جميع الإحصائيين الاجتماعيين - ذكورا وإناثا - ال عاملين في القطاع الصحي بمحافظة خميس مشيط، حيث بلغ عددهم (46) إحصائياً وأخصائياً، خلال فترة الدراسة. وقد أجريت هذه الدراسة عن طريق الحصر الشامل لجميع الإحصائيين الاجتماعيين بمحافظة خميس مشيط، وقد استفاد الباحث من تطبيق قول درايڤ

6	شباعه	1
7	شمال المطار	1
8	العمارة	1
9	طيب الاسم	1
10	الاسكان	1
11	مخطط 1	1
12	الراقي	1
13	الشرفية	1
14	عتود العمائر	1
15	هرير وذلالة	1
16	التنمية	1
17	كود الصفية	1
18	الزلال	1
19	ابن سينا	1

(Google Drive) في توزيع أداة الدراسة، وقد كان عدد الذين استجابوا للدراسة من خلال الرابط الالكتروني (45) أخصائياً اجتماعياً.

جدول رقم (1)

توزيع جميع الدراسة وفقاً للنوع والقطاع الصحي

القطاع الصحي بمحافظة خميس مشيط			
م	الاسم	النوع	
		ذكر	أنثى
1	مستشفى خميس مشيط العام	9	2
2	مستشفى الولادة والاطفال بالخميس	3	6
3	حي الضباط	2	
4	الحي الجديد	2	
5	الرصراص	2	

المحور الثاني: المقترحات للحد من المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي، واشتمل المحور على (١٠) فقرات.

وقد صممت الاستبانة باستخدام مقياس ليكرت ثلاثي الأبعاد للإجابة عن الفقرات حسب الجدول التالي:-
جدول رقم (٢) توزيع أوزان ومدى العبارات حسب مقياس ليكرت

الدرجة	مدى المتوسط المرجح	الوزن	العبرة
عالية	من 2.34 - إلى 3	3	موافق
متوسطة	من 1.67 - لأقل من 2.34	2	إلى حد ما
منخفضة	من 1 - لأقل 1.67	1	غير موافق

سادساً- صدق أداة الدراسة

(أ) صدق التكوين (الصدق الظاهري)

هو النظام العام للأداة أو الصورة الخارجية لها، وكيفية صياغتها. كذلك يتناول تعليمات الاستبانة ومدى دقتها ودرجة ما تتمتع به من موضوعية كما يشير هذا النوع من الصدق إلى أن الاستبانة مناسبة للغرض الذي وضعت من أجله، وفي البحث الحالي تم الاستفادة من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع هذه الدراسة كما تم تطوير الاستبيان من قبل الدكتور المشرف على البحث والذي تفضل مشكوراً بإبداء توجيهاته التي تم الأخذ بها ليكون الاستبيان في صورته النهائية.

(ب) صدق الاتساق الداخلي

تم التأكد من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة، بحساب معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات

20	الصناعية	2
21	أم سرار	1
22	وادي بن هشيل	1
23	المقطاع	1
24	الحفاير	1

خامساً- أداة الدراسة (الاستبيان)

أداة الدراسة هي الوسيلة التي تم استعمالها في جمع البيانات اللازمة للإجابة على تساؤلات الدراسة وتحقيق أهدافها، وقد اعتمد الباحث في دراسته الحالية على استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات. حيث تم بناء الاستبانة في الدراسة الحالية في ضوء المنهج المتبع في الدراسة، ومشكلتها، وأهدافها، وتكونت من جزأين على النحو التالي:-

الجزء الأول: ويشتمل على البيانات الأولية لعينة الدراسة وتشمل الخصائص الديموغرافية للعينة. (النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، التخصص، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخبرة، الدورات التدريبية في المجال الطبي، ما مدى الاستفادة من هذه الدورات).

الجزء الثاني: ويشتمل على محورين على النحو التالي:-

المحور الأول: المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي، واشتمل على (30) فقرة مقسمة إلى ثلاث مجالات:-

١- معوقات متعلقة بالفريق الطبي.

٢- معوقات متعلقة بالمرضى وأسرهم.

٣- معوقات الإدارية.

الاستبانة مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه والنتائج موضحة في الجدول التالي:-

جدول (٣) معاملات ارتباط كل فقرة من فقرات محاور الاستبانة مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه

الفقرات المستخرجة من المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي		المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي									
رقم الفقرة	الدرجة	رقم الفقرة	الدرجة	رقم الفقرة	الدرجة	رقم الفقرة	الدرجة	رقم الفقرة	الدرجة	رقم الفقرة	الدرجة
1	248(*)	11	586(**)	21	519(**)	31	263(*)	1	387(**)	1	387(**)
2	352(*)	12	497(*)	22	311(*)	32	368(*)	2	02(**)	2	02(**)
3	475(*)	13	591(**)	23	459(*)	33	577(*)	3	796(*)	3	796(*)
4	498(*)	14	508(*)	24	466(*)	34	439(*)	4	898(*)	4	898(*)
5	446(*)	15	569(*)	25	665(**)	35	279(*)	5	851(*)	5	851(*)
6	459(*)	16	423(*)	26	644(*)	36	637(*)	6	734(*)	6	734(*)
7	359(*)	17	354(*)	27	477(*)	37	425(*)	7	779(*)	7	779(*)
8	586(*)	18	457(*)	28	419(*)	38	468(*)	8	776(*)	8	776(*)
9	558(*)	19	337(*)	29	370(*)	39	538(*)	9	816(*)	9	816(*)
10	517(*)	20	604(*)	30	336(*)	40		10	825(*)	10	825(*)

**معامل الارتباط دال عند (0.01) *معامل الارتباط دال عند (0.05)

من الجدول (٣) نجد أن قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات أداة الدراسة مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، جاءت جميعها دالة احصائياً عند مستوى دلالة (0.01) أو مستوى دلالة (0.05) وهي درجات موجبة ومقبولة وتشير إلى أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية جداً من الاتساق الداخلي.

كما قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للاستبانة عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة كما في الجدول التالي:-

جدول رقم (٤) معاملات ارتباط كل فقرة من فقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية

رقم الفقرة	الدرجة	رقم الفقرة	الدرجة	رقم الفقرة	الدرجة	رقم الفقرة	الدرجة
1	248(*)	11	612(*)	21	518(**)	31	352(*)
2	351(*)	12	449(*)	22	304(*)	32	355(*)
3	440(*)	13	555(*)	23	409(*)	33	594(*)
4	465(*)	14	463(*)	24	455(*)	34	447(*)
5	391(*)	15	524(*)	25	654(*)	35	318(*)
6	387(*)	16	378(*)	26	646(*)	36	686(*)
7	469(*)	17	327(*)	27	459(*)	37	459(*)
8	500(*)	18	427(*)	28	418(*)	38	444(*)
9	516(*)	19	423(*)	29	367(*)	39	542(*)
10	535(*)	20	647(*)	30	218(*)	40	442(*)

**معامل الارتباط دال عند (0.01) *معامل الارتباط دال عند (0.05) (للاختبار من طرفين)

يتضح من الجدول (٤) أن معاملات الارتباط بين فقرات الاستبانة والدرجة الكلية جاءت جيدة ودالة احصائياً عند مستوى معنوية (0.01) أو مستوى دلالة (0.05) مما يشير إلى قوة التماسك الداخلي للاستبانة.

سابعاً- ثبات أداة الدراسة

تم التحقق من ثبات الأداة بحساب معامل كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لكل محور من محاور أداة الدراسة وللدرجة الكلية للأداة والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم (٥) معامل ألفا كرونباخ لمحاور أداة الدراسة

عدد محاور الدراسة	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
1	39	0.903
2	10	0.943
	49	0.915

من الجدول (٥) نجد أن معاملات ألفا كرونباخ لمحوري الاستبانة جاءت على النحو التالي (0.903 - 0.943) للمحورين على التوالي، وهما قيمتان جيدتان تدلان على ثبات محوري الاستبانة، بينما بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للإستبانة ككل (0.915) وهي درجة عالية تدل على الثبات العالي لأداة الدراسة وسلامة المعلومات المستخرجة عبره من مجتمع الدراسة.

*المقابلة الهاتفية Telephone interviews

تدعى المقابلة الهاتفية أيضاً بالمسح الهاتفي Telephone Survey، وهي طريقة شبه شخصية لجمع المعلومات. المقابلة الهاتفية تحقق معدل استجابة أكبر من المقابلة الشخصية والسبب في استخدامها الاوضاع الراهنة بسبب جائحة كورونا. (عليان واخرون، 2000م).

نقاط يجب الانتباه لها أثناء المقابلة الهاتفية:-

١- معلومات الاتصال

معرفة الاسم الصحيح والمنصب الوظيفي لمن سيقوم بإجراء المقابلة الهاتفية ومدة عمله في المنشأة وفي هذا المنصب.

٢- الاستعداد

من ناحية الشحن وجودة شبكة الاتصالات وصلاحيات الجهاز لسماع الاصوات.

٣- الموقع الملائم

يجب يكون الموقع لإجراء المكالمات الهاتفية بعيد عن الازعاج والضوضاء.

٤- عدم الانشغال

أي عدم القيام بأمر آخرى أثناء اجراء المقابلة الهاتفية والتركيز على ما يسمع.

٥- درجة الصوت

يجب الانتباه الى نبرة الصوت وسرعته ودقة مخارج الالفاظ.

٦- التوكيد والتأكيد

عدم الانزعاج في حالة طلب اعادة السؤال او اعادة صياغته.

٧- الاحتفاظ بالهدوء

يجب الالتزام بالهدوء والتوازن والتركيز الاجابات التي تناسب موضوع المقابلة الهاتفية.

٨- الاستفسار

يجب في حالة الرغبة في الاستفسار يكون عن طريق الحوار بين الطرفين وليس على صيغة أسئلة.

وقد استخدم الباحث أداة المقابلة الهاتفية كأداة ثانية لجمع البيانات من اجل الوصول الى معلومات تفصيلية:-

١- المعوقات التي تواجه الاحصائي الاجتماعي في القطاع الصحي.

٢- المقترحات للحد من المعوقات التي تواجه الأحصائي الاجتماعي في القطاع الصحي.

وقد تم التنسيق مع خمسة من رؤساء أقسام الخدمة الاجتماعية من ذوي الخبرة في الممارسة المهنية في المجال الصحي في مجتمع الدراسة , وهم يمثلون (11%) من عينة الدراسة بغرض اجراء مقابلة هاتفية والتناقش معهم بخصوص المعوقات التي تواجه الاحصائي الاجتماعي في القطاع الصحي وبعد اخذ موافقتهم وتحديد يوم ووقت اجراء المقابلة الهاتفية لكل شخص منهم حسب ما يناسبه تم الاتصال لإجراء المقابلة الهاتفية وتم التركيز على اهم القضايا التالية :-

١- طريقة العمل مع الحالة التي يتم استقبالها في القطاع الصحي وكان الاتفاق من قبل عينة المقابلة على أن دراسة الحالة أول الاجراءات التي يقوم عملها للمريض من حيث تاريخ الحالة (حالة جديدة أو حالة متابعة) ويتم التوثيق عن طريق الملف الالكتروني الصحي ووضع التوصيات اللازمة حتى الخطة العلاجية مع الكادر الطبي الذي يعمل مع الحالة وتكون كل حالة منفردة .

٣- المعوقات التي تواجه الاحصائي الاجتماعي وعمل الخدمة الاجتماعية في القطاع الصحي وكان من اهمها عدم وضوح دور الاحصائي الاجتماعي من المريض وأسرته والكادر الطبي وادارة القطاع الصحي.

٤- وكان من الاقتراحات التي ادلى بها أفراد عينة المقابلة لتطوير عمل الاحصائي الاجتماعي والخدمة الاجتماعية وهو الوعي المجتمعي بدور الاحصائي الاجتماعي وتطوير هذا الدور والتشجيع والتحفيز .

ثامناً- الأساليب الإحصائية المستخدمة

تم ترميز الاستبانات وإدخالها في الحاسب الآلي باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وذلك بغرض تحليل بيانات الدراسة بما يحقق

النسبة%	التكرار	الفئة	المتغير
35.6%	16	من 30 إلى أقل من 40 عام	
26.7%	12	من 40 إلى أقل من 50 عام	
4.4%	2	من 40 إلى أقل من 60 عام	
100%	45	المجموع	
26.7%	12	أعزب	الحالة الاجتماعية
73.3%	33	متزوج	
100%	45	المجموع	
75.6%	34	علم اجتماع	التخصص
24.4%	11	خدمة اجتماعية	
100%	45	المجموع	
64.4%	29	بكالوريوس	المؤهل العلمي
35.6%	16	ماجستير	
100%	45	المجموع	
48.9%	22	أقل من 5 سنوات	عدد سنوات الخبرة
13.3%	6	من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	
13.3%	6	من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنوات	
24.4%	11	من 15 سنة فأكثر	
100%	45	المجموع	
26.7%	12	أقل من 3 دورات	الدورات التدريبية في المجال الطبي
26.7%	12	من 3 إلى أقل من 6 دورات	
17.8%	8	من 6 إلى أقل من 9 دورات	
28.9%	13	من 9 دورات فأكثر	
100%	45	المجموع	
26.7%	12	عالي	مدى الاستفادة من الدورات التدريبية
57.8%	26	متوسط	
15.6%	7	منخفض	
100%	45	المجموع	

أهدافها ويجب عن تساؤلاتها، وقد استخدم الباحث الاختبارات التالية:-

١- التكرارات والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري وذلك من أجل وصف خصائص عينة الدراسة واستجاباتها حول فقرات أداة الدراسة.

٢- معامل ألفا كرونباخ و ذلك لقياس ثبات أداة الدراسة.

٣- معامل الارتباط (PEARSON) لقياس الاتساق الداخلي لأداة الدراسة.

٤- اختبار (T) تحليل التباين (ANOVA) لاختبار الفروق المعنوية بين استجابات أفراد العينة تجاه محاور الدراسة استناداً إلى المتغيرات الديموغرافية.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

* تمهيد

يضم هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية والتي ترمي إلى التعرف على "المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي"، ولتحقيق هدف الدراسة تم تصميم استبانة، وتم التأكد من صدقها ومعامل ثباتها، وبعد عملية جمع الاستبانات تم ترميزها وإدخالها للحاسوب، ومعالجتها إحصائياً باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وفيما يأتي نتائج الدراسة تبعاً لأستلثها.

أولاً- عرض وتحليل جداول الدراسة

جدول رقم (٦) الخصائص الديموغرافية والوظيفية لعينة الدراسة

النسبة%	التكرار	الفئة	المتغير
82.2%	37	ذكر	النوع
17.8%	8	أنثى	
100%	45	المجموع	
33.3%	15	من 20 إلى أقل من 30 عام	العمر

استفادوا بدرجة عالية بنسبة (26.7%) وبلغت نسبة الذين استفادوا بدرجة منخفضة (15.6%).

ثانياً- النتائج المتعلقة بالتساؤل الاول

ولإجابة عن التساؤل الرئيس الأول والذي ينص على "ما المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي؟" استخدم الباحث المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية، ودرجة التقدير لكل فقرة على النحو الآتي:-

جدول (٧) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في

القطاع الصحي

م	المحور الأول	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة	الترتيب	الدرجة
1	المعوقات المتعلقة بالفريق الطبي	2.56	0.59	85.48%	3	عالية
2	المعوقات المتعلقة بالمرضى وأسره	2.59	0.55	86.37%	2	عالية
3	معوقات الإدارية	2.66	0.54	88.59%	1	عالية
	المتوسط العام للمحور	2.60	0.56	86.81%	-	عالية

من الجدول (٧) نجد أن متوسط استجابات أفراد العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي بلغ (2.60) وبلغ الانحراف المعياري الكلي (0.56) وبلغت نسبة الموافقة العامة (86.81%) والمتوسط يقع ضمن الفترة (من 2.34 إلى 3) والمتوسط في هذه الفترة حسب التدرج الثلاثي يشير إلى أن المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي من وجهة نظر عينة الدراسة عالي.

وبترتيب المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي، حسب وجهة نظر عينة الدراسة (الأخصائيين الاجتماعيين بمخيم مشيط)، نجد أن المعوقات الإدارية جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط (2.66) بدرجة

من الجدول رقم (1) نجد أن غالبية أفراد العينة كانوا من الذكور وذلك بنسبة (82.2%)، يليهم فئة الإناث وذلك بنسبة (17.8%). كما نجد أن غالبية أفراد العينة كانوا ضمن الفئة العمرية من (من 30 إلى أقل من 40 عام) وذلك بنسبة (35.6%)، يليهم الذين أعمارهم (من 20 إلى أقل من 30 عام) وذلك بنسبة (33.3%)، وفي المرتبة الثالثة الذين أعمارهم (من 40 إلى أقل من 50 عام) بنسبة (26.7%) وأخيراً الذين أعمارهم (من 40 إلى أقل من 60 عام) وذلك بنسبة (4.4%).

كذلك من الجدول (1) نجد أن غالبية أفراد العينة من فئة المتزوجين بنسبة (73.3%) يليهم فئة (أعزب) بنسبة (26.7%). وأن غالبية أفراد العينة تخصصهم علم اجتماع بنسبة (75.6%) يليهم تخصص خدمة اجتماعية بنسبة (24.4%). كما نجد أن غالبية أفراد العينة مؤهلهم العلمي بكالوريوس بنسبة (64.4%) يليهم الذين مؤهلهم ماجستير بنسبة (35.6%). كذلك نجد أن غالبية أفراد العينة كانت خبرتهم أقل من خمسة سنوات بنسبة (48.9%) يليهم الذين خبرتهم (من 15 سنة فأكثر) بنسبة (24.4%) يليهم الذين خبرتهم (من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات) والذين خبرتهم (من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنوات) بذات النسبة (13.3%).

كذلك من الجدول (٦) نجد أن غالبية أفراد العينة حصلوا على 9 دورات تدريبية فأكثر في المجال الطبي وذلك بنسبة (28.9%) يليهم الذين حصلوا على (أقل من 3 دورات) والذين حصلوا على (من 3 إلى أقل من 6 دورات) بنفس النسبة (26.7%)، بينما نجد أن ما نسبته (17.8%) من عينة الدراسة حصلوا على (من 6 إلى أقل من 9 دورات) بنسبة (17.8%).

وقد كانت درجة استفادة غالبية أفراد العينة من الدورات التدريبية متوسطة بنسبة (57.8%) يليهم الذين

عالية ونسبة موافقة (88.59%). تليها المعوقات المتعلقة بالمرضى وأسرههم بمتوسط (2.59) بدرجة عالية وبنسبة موافقة (86.37%). وفي المرتبة الثالثة وبدرجة عالية أيضاً المعوقات المتعلقة بالفريق الطبي بمتوسط (2.56) ونسبة موافقة (85.48%).

١) المعوقات المتعلقة بالفريق الطبي

جدول (٨) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات

عينة الدراسة حول المعوقات المتعلقة بالفريق الطبي

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة	الدرجة
1	تركيز الأطباء وجهاز التمريض في القطاع على الدور الطبي	2.78	0.42	92.59%	عالية
2	قصور التنسيق بين الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي فيما يخص المرضى	2.60	0.54	86.67%	عالية
3	عدم التكامل بين أعضاء الفريق الطبي	2.56	0.66	85.19%	عالية
4	عدم وعي الفريق الطبي بدور الأخصائي الاجتماعي في القطاع	2.69	0.56	89.63%	عالية
5	قلة التعاون بين أعضاء الفريق الطبي.	2.36	0.65	78.52%	عالية
6	الأدوار المهنية للفريق الطبي غير واضحة	2.47	0.66	82.22%	عالية
7	يكون الاتصال الرسمي هو السائد لأعضاء الفريق الطبي	2.42	0.62	80.74%	عالية
8	الفريق الطبي يعتقد بأن عمل الأخصائي الاجتماعي هو تقديم المساعدات	2.67	0.56	88.89%	عالية
9	قلة عدد الاجتماعات المهنية بين أعضاء الفريق الطبي	2.62	0.53	87.41%	عالية
10	تدخل بعض أعضاء الفريق الطبي في أدوار الأخصائي الاجتماعي	2.49	0.73	82.96%	عالية
	المتوسط العام	2.56	0.59	85.48%	عالية

من الجدول (٨) نجد أن متوسط استجابات أفراد العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي بالقطاع الصحي والمتعلقة بالفريق الطبي بلغ (2.56) وبلغ الانحراف المعياري الكلي (0.59) وبلغت نسبة الموافقة العامة (85.84%) والمتوسط يقع ضمن الفترة (من 2.34 إلى 3) والمتوسط في هذه الفترة حسب التدرج الثلاثي يشير إلى أن المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي والمتعلقة بالفريق الطبي، من وجهة نظر عينة الدراسة عالية.

وبترتيب استجابات عينة الدراسة على فقرات المتعلقة بالفريق الطبي نجد أن العبارة (تركيز الأطباء وجهاز التمريض في القطاع على الدور الطبي) حلت في المرتبة الأولى بمتوسط (2.78). وجاءت العبارة (ق عدم وعي الفريق الطبي بدور الأخصائي الاجتماعي في القطاع) بمتوسط (2.69) في المرتبة الثانية. ومن ثم العبارة (الفريق الطبي يعتقد بأن عمل الأخصائي الاجتماعي هو تقديم المساعدات) بمتوسط (2.67) في المرتبة الثالثة. واحتلت العبارة (قلة عدد الاجتماعات المهنية بين أعضاء الفريق الطبي) بمتوسط (2.62) في المرتبة الرابعة، وفي المرتبة الخامسة حلت العبارة (قصور التنسيق بين الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي فيما يخص المرضى) بمتوسط (2.60) أما في المرتبة السادسة فنجد العبارة (عدم التكامل بين أعضاء الفريق الطبي) بمتوسط (2.56) تليها العبارة (تدخل بعض أعضاء الفريق الطبي في أدوار الأخصائي الاجتماعي) بمتوسط (2.49) ثم العبارة (الأدوار المهنية للفريق الطبي غير واضحة) بمتوسط (2.47) وفي المرتبة التاسعة نجد العبارة (يكون الاتصال الرسمي هو السائد لأعضاء الفريق الطبي) بمتوسط (2.42) أما في المرتبة العاشرة والأخيرة فقد حلت العبارة (قلة التعاون بين أعضاء الفريق الطبي) بمتوسط (2.36) وقد كانت درجة جميع المتعلقة بالفريق الطبي من وجهة نظر عينة الدراسة عالية، حيث كانت المتوسطات ضمن الفترة (من 2.34 إلى 3).

				الاجتماعي لدى المريض وأسرته	
عالية	84.44%	0.55	2.53	عدم صحة المعلومات التي يدلي بها المريض للأخصائي الاجتماعي.	2
عالية	84.44%	0.63	2.53	كثيرا ما يجد المريض وأسرته حرجا في طلب المساعدة من الأخصائي الاجتماعي	3
عالية	85.93%	0.62	2.58	وجود بعض العادات والتقاليد للمرضى تمنع التواصل مع الأخصائي الاجتماعي	4
عالية	85.19%	0.62	2.56	عدم صحة المعلومات التي يدلي بها المريض للأخصائي الاجتماعي	5
عالية	90.37%	0.46	2.71	ضعف معرفة المريض وأسرته بطبيعة الخدمات التي يقدمها القطاع	6
عالية	92.59%	0.42	2.78	عدم معرفة المريض وأسرته بأدوار الأخصائي الاجتماعي في القطاع	7
عالية	82.96%	0.55	2.49	ضعف تعاون الأهل والأقارب في حال وجودهم داخل القطاع	8
عالية	85.93%	0.54	2.58	لا يتفق المريض بدور الأخصائي الاجتماعي في عملية العلاج	9

وتأتي هذه النتائج متوافقة مع دراسة (نورة بنت مغيص، 2006) التي أشارت إلى وجود صعوبات راجعة الى الفريق الطبي والنظام الاداري. ودراسة الشاهد (١٩٩٢) والتي توصلت إلى أن هناك معوقات للممارسة المهنية من أهمها عدم وجود تعاون بين العاملين ضمن الفريق الطبي، وكذلك عدم تفهم أعضاء الفريق الطبي لدورهم.

وقد جاءت نتائج المقابلة مع رؤساء أقسام الخدمة الاجتماعية القطاع الصحي بمحافظة خميس مشيط مؤكدة لهذه النتائج حيث أشاروا إلى أن أبرز المعوقات تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي والتي ترجع إلى الفريق الطبي: النظرة غير المتكافئة بين الأطباء والأخصائي الاجتماعي وسيطرة الأطباء واقتناعهم بأهمية دورهم عن سائر الأدوار الأخرى الأمر الذي يؤدي إلى عدم الاهتمام بهذه الأدوار المعاونة، ونظرة الأطباء وهيئة التمريض الى دور الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى على أنه خاص بتقديم المساعدات والخدمات المادية فقط. أضف إلى ذلك القصور المعرفي وعدم فهم حقيقي لدى الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي وبالتالي عدم الإيمان بدور الخدمة الاجتماعية في المستشفى. وعدم التعاون المطلوب كفريق للعمل حيث بعض الأطباء لا يعتقدون في أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية في العلاج ويعتبرونها عوامل ثانوية ولا أهمية لها. بل أن بعض الأطباء يرون أنهم أقدر على تفهم احتياجات المريض النفسية والاجتماعية من أي شخص آخر.

٢) المعوقات المتعلقة بالمرضى وأسرهم

جدول (٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات

عينة الدراسة حول المعوقات المتعلقة بالمرضى وأسرهم

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة	الدرجة
1	ضعف المعلومات عن دور الأخصائي	2.82	0.44	94.07%	عالية

10	يتعامل المريض مع الأخصائي الاجتماعي على أنه شخص غريب	2.33	0.71	77.78%	متوسطة
	المتوسط العام	2.59	0.55	86.37%	عالية

من الجدول (٩) نجد أن متوسط استجابات أفراد العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي بالقطاع الصحي والمتعلقة بالمرضى وأسرهم بلغ (2.59) وبلغ الانحراف المعياري الكلي (0.55) وبلغت نسبة الموافقة العامة (86.37%) والمتوسط يقع ضمن الفترة (من 2.34 إلى 3) والمتوسط في هذه الفترة حسب التدرج الثلاثي يشير إلى أن المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي والمتعلقة بالمرضى وأسرهم، من وجهة نظر عينة الدراسة عالية.

وبترتيب استجابات عينة الدراسة على فقرات المعوقات المتعلقة بالمرضى وأسرهم نجد أن العبارة (ضعف المعلومات عن دور الأخصائي الاجتماعي لدى المريض وأسرته) حلت في المرتبة الأولى بمتوسط (2.82). وجاءت العبارة (عدم معرفة المريض وأسرته بأدوار الأخصائي الاجتماعي في القطاع) بمتوسط (2.78) في المرتبة الثانية. ومن ثم العبارة (ضعف معرفة المريض وأسرته بطبيعة الخدمات التي يقدمها القطاع) بمتوسط (2.71) في المرتبة الثالثة. واحتلت العبارة (لا يثق المريض بدور الأخصائي الاجتماعي في عملية العلاج) بمتوسط (2.58) وانحراف معياري (0.54) المرتبة الرابعة، وفي المرتبة الخامسة حلت العبارة (وجود بعض العادات والتقاليد للمرضى تمنع التواصل مع الأخصائي الاجتماعي) بمتوسط (2.58) وانحراف معياري (0.62) أما في المرتبة السادسة فنجد العبارة (عدم صحة المعلومات التي يدلي بها المريض للأخصائي الاجتماعي) بمتوسط (2.56) تليها العبارة (عدم صحة المعلومات التي يدلي بها المريض للأخصائي الاجتماعي) بمتوسط (2.53)

وانحراف معياري (0.55) ثم العبارة (كثيرا ما يجد المريض وأسرته حرجا في طلب المساعدة من الأخصائي الاجتماعي) بمتوسط (2.53) وانحراف معياري (0.63) وفي المرتبة التاسعة نجد العبارة (ضعف تعاون الأهل والأقارب في حال وجودهم داخل القطاع) بمتوسط (2.49) وقد كانت درجة جميع المعوقات السابقة المتعلقة بالفريق الطبي من وجهة نظر عينة الدراسة عالية، حيث كانت المتوسطات ضمن الفترة (من 2.34 إلى 3).

أما في المرتبة العاشرة والأخيرة فقد حلت العبارة (يتعامل المريض مع الأخصائي الاجتماعي على أنه شخص غريب) بمتوسط (2.33) وقد كانت درجة هذا المعوق حسب وجهة نظر عينة الدراسة متوسطة بمتوسط يقع ضمن الفترة (من 1.67 إلى أقل من 2.34)

وتأتي هذه النتائج متوافقة مع ما توصلت إليه دراسة (نورة بنت مغيص، 2006) التي أشارت إلى وجود صعوبات راجعة للمريض. ودراسة الشاهد (١٩٩٢) والتي توصلت إلى أن أبرز معوقات الممارسة المهنية المتعلقة بالمرضى وأسرهم عدم تفهم أفراد الأسرة لدور الأخصائي. ودراسة الجوير (٢٠٠١) والتي توصلت إلى وجود مستوى متوسط من المعوقات المتصلة بالممارسة المهنية مع المرضى وأسرهم. ودراسة أمل سالم (2015) التي توصلت إلى أن أكثر المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي هي عدم تفهم المريض وأهله للأبعاد النفسية والاجتماعية للمشكلة. ودراسة الخزاعي (٢٠٠٨ م) والتي توصلت إلى أن أبرز الصعوبات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين في العمل والتواصل مع المرضى صعوبة كسب ثقة المصاب، وتعديل السلوكيات الخطرة، عدم وجود الخصوصية والسرية وخاصة في (المستشفيات الخاصة والعامة).

وقد جاءت نتائج المقابلة مع رؤساء أقسام الخدمة الاجتماعية القطاع الصحي بمحافظة خميس مشيط مؤكدة

عالية	94.07%	0.39	2.82	قلة الاستجابة لمطالب الأخصائي الاجتماعي واحتياجاته الأساسية من إدارة القطاع	8
عالية	81.48%	0.76	2.44	نقص عدد الأخصائيين الاجتماعيين مقارنة بعدد مرطادي القطاع	9
عالية	93.33%	0.46	2.80	بعض الإداريين يتدخل بعمل الأخصائي الاجتماعي	10
عالية	88.59%	0.54	2.66	المتوسط العام	

من الجدول (١٠) نجد أن متوسط استجابات أفراد العينة حول المعوقات الإدارية التي تواجه الأخصائي الاجتماعي بالقطاع الصحي بلغ (2.66) وبلغ الانحراف المعياري الكلي (0.54) وبلغت نسبة الموافقة العامة (88.59%) والمتوسط يقع ضمن الفترة (من 2.34 إلى 3) والمتوسط في هذه الفترة حسب التدرج الثلاثي يشير إلى أن المعوقات الإدارية التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي، من وجهة نظر عينة الدراسة عالية.

وبترتيب استجابات عينة الدراسة على فقرات المعوقات الإدارية نجد أن العبارة (قلة الاستجابة لمطالب الأخصائي الاجتماعي واحتياجاته الأساسية من إدارة القطاع) حلت في المرتبة الأولى بمتوسط (2.82). وجاءت العبارة (إسناد الأخصائي الاجتماعي بأعمال إدارية ليست من صميم عمله) بمتوسط (2.80) وانحراف معياري (0.40) في المرتبة الثانية. ومن ثم العبارة (بعض الإداريين يتدخل بعمل الأخصائي الاجتماعي) بمتوسط (2.80) وانحراف معياري (2.46) في المرتبة الثالثة. واحتلت العبارة (لا يوجد ميزانية لدى الأخصائي الاجتماعي لمساعدة المرضى) بمتوسط (2.71) في المرتبة الرابعة، وفي المرتبة الخامسة حلت العبارة (عدم وجود حوافز مشجعة للأخصائيين الاجتماعيين أسوة بباقي التخصصات) بمتوسط (2.67) أما في المرتبة السادسة فنجد العبارة (زيادة الإجراءات الإدارية والروتينية التي تقيد

لهذه النتائج حيث أشاروا إلى أن أبرز المعوقات تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي والتي ترجع للمريض واسرته: عدم وعي المرضى بوجود مكتب للخدمة الاجتماعية و عدم معرفتهم لدور الأخصائي الاجتماعي الموجود به في مساعدة المرضى بالإضافة إلى إن كثيراً من المرضى لم يتعودوا عرض مشكلاتهم على أي أحد آخر وخاصة المرضى في مناطق ريفية. أضف إلى ذلك الفروق الفردية في إدراك المرضى لاحتياجات النظام الغذائي للمرض مثل مرض السكري، وطبيعة المخاوف المرتبطة بالمرض حيث إن هناك مرضى شديدي الحساسية وشديدي المخاوف فيزداد تأثرهم بشكل دائم، ويرفضون الخروج من دائرة الحزن التي يتطلّب الأخصائي الاجتماعي أن يخرجهم منها.

٣) المعوقات الإدارية

جدول (١٠) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات

عينة الدراسة حول المعوقات الإدارية

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة	الدرجة
1	لا يوجد ميزانية لدى الأخصائي الاجتماعي لمساعدة المرضى	2.71	0.51	90.37%	عالية
2	زيادة الإجراءات الإدارية والروتينية التي تقيد الأخصائي الاجتماعي	2.64	0.48	88.15%	عالية
3	يتعلق قرار الأخصائي الاجتماعي العامل بالقطاع بمجهات أخرى	2.47	0.69	82.22%	عالية
4	بعض أصحاب القرار لا يؤمن بضرورة وجود أخصائي اجتماعي	2.60	0.58	86.67%	عالية
5	لا يتوفر في القطاع الإمكانيات المادية لعمل الأخصائي الاجتماعي	2.62	0.58	87.41%	عالية
6	إسناد الأخصائي الاجتماعي بأعمال إدارية ليست من صميم عمله	2.80	0.40	93.33%	عالية
7	عدم وجود حوافز مشجعة للأخصائيين الاجتماعيين أسوة بباقي التخصصات	2.67	0.60	88.89%	عالية

والتأهيلية وعدم وجود حوافز للعاملين في قسم الخدمة الاجتماعية.

وقد جاءت نتائج المقابلة مع رؤساء أقسام الخدمة الاجتماعية القطاع الصحي بمحافظة خميس مشيط مؤكدة لهذه النتائج حيث أشاروا إلى أن من أبرز المعوقات تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي والتي ترجع إدارة القطاع: عدم إلمام إدارة القطاع بكثير من مهام ومسؤوليات الأخصائي الاجتماعي، وضعف الميزانية العامة للمستشفى وهذا يؤثر على ميزانية قسم الخدمة الاجتماعية وبالتالي على عدم قيام الأخصائي الاجتماعي بدوره على أكمل وجه، وعدم توفير المكان المناسب لقسم الخدمة الاجتماعية، كما أشاروا إلى شكوى بعض العاملين في إدارة القطاع أن الأخصائي الاجتماعي يتدخل في أعمالهم لذا لا يتعاونون معه وأن هذه الإدارات ما زالت لديها فكرة خاطئة في أن الأخصائي الاجتماعي هو موجودٌ لمنح المساعدات ودراسة الحالات الاقتصادية، كذلك من المعوقات النقص الكبير في عدد الأخصائيين في المستشفى الأمر الذي يؤدي إلى عدم استطاعة قسم الخدمة الاجتماعية الموجود من القيام بدوره على أكمل وجه وبالتالي العمل مع الحالات العاجلة.

ثالثاً- النتائج الخاصة بالتساؤل الثاني

والذي ينص على "ما المقترحات التي تحد من الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي؟" للإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة حول الأسئلة أو الفقرات المتعلقة بهذا الجزء، كما هو موضح في الجدول التالي:-

الأخصائي الاجتماعي). بمتوسط (2.64) تليها العبارة (لا يتوفر في القطاع الإمكانيات المادية لعمل الأخصائي الاجتماعي). بمتوسط (2.62) ثم العبارة (بعض أصحاب القرار لا يؤمن بضرورة وجود أخصائي اجتماعي). بمتوسط (2.60) وفي المرتبة التاسعة نجد العبارة (يتعلق قرار الأخصائي الاجتماعي العامل بالقطاع بجهات أخرى). بمتوسط (2.47) أما في المرتبة العاشرة والأخيرة فقد حلت العبارة (نقص عدد الأخصائيين الاجتماعيين مقارنة بعدد مرتادي القطاع) بمتوسط (2.33) وقد كانت درجة جميع المعوقات الإدارية السابقة من وجهة نظر عينة الدراسة عالية، حيث كانت المتوسطات ضمن الفترة (من 2.34 إلى 3).

وتأتي هذه النتائج متوافقة مع دراسة (نورة بنت مغيص، 2006) التي أشارت إلى وجود صعوبات متوسطة راجعة للنظام الإداري ودراسة الشهري (2005) والتي أشارت نتائجها إلى أن التركيز على الأعمال الإدارية من الصعوبات ابرز الصعوبات الإدارية التي تواجه الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسات الصحية. ودراسة الشاهد (1992) والتي توصلت إلى أن ابرز معوقات الممارسة المهنية الراجعة للنظام الإداري أهمها نقص الإمكانيات، وتدخل الإدارة في عمل الأخصائي، وتكليفهم بأعمال ليست من صميم عملهم. ودراسة الأمين (2010) التي توصلت إلى أن أهم المعوقات تمثلت في عدم اخضاع اداء الأخصائيين الاجتماعيين لمرجعية معيارية تميز مواصفات الأداء بعد تقييمه واخضاعه للفحص والمراقبة، الافتقار إلى عدد كاف من الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الخدمة الاجتماعية التأهيلية والنفسية الذين يتم اعدادهم خصيصاً للعمل مع الأطباء النفسيين وفي ميدان الطب النفسي. ودراسة أمل سالم (2015) التي توصلت إلى أن أكثر المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي هي والراجعة للنظام الإداري تمثلت في عدم توفر ميزانية خاصة لقسم الخدمة الاجتماعية ورواتب مناسبة ونقص الدورات التدريبية

10	زيادة الإعداد النظري والعملي للأخصائي الاجتماعي	2.87	0.34	95.56%	عالية
	المتوسط العام	2.83	0.41	94.22%	موافقة

من الجدول (١١) نجد أن المتوسط العام لاستجابات عينة الدراسة حول المقترحات التي تحد من الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي بلغ (2.83) بانحراف معياري (0.41) والمتوسط يقع ضمن الفترة (من 2.34 إلى 3) ويشير إلى أن درجة الموافقة كانت عالية. حيث نجد أن النسبة العامة لدرجة موافقة أفراد العينة على المقترحات التي تحد من الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي، بلغت (94.22%). مما يشير إلى أن كل ما ذكر بالمحور من مقترحات للحد من الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي كانت الموافقة عليه عالية من قبل الأخصائيين الاجتماعيين بالقطاع الصحي بخميس مشيط، حيث نجد أن أعلى نسبة موافقة بلغت (96.30%) للمقترح (الزيادة في عملية التنسيق بين الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي) بينما بلغت أقل نسبة موافقة (91.85%) للمقترح (توفير ميزانية للأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي) مما يشير إلى قوة الموافقة على هذه الفقرات أو المقترحات.

رابعاً- النتائج الخاصة بالفروق حسب المتغيرات الديموغرافية

للتعرف على دلالة الفروق في استجابات أفراد العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي تبعاً لمتغيراتهم الديموغرافية، تم إجراء اختبار (T) واختبار تحليل التباين (ANOVA) كما هو موضح في الجداول التالية:-

جدول (١١) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة حول المقترحات التي تحد من الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة	درجة الموافقة
1	الزيادة في عملية التنسيق بين الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي	2.89	0.32	96.30%	عالية
2	عمل اجتماعات مهنية بين أعضاء الفريق الطبي بشكل دائم	2.82	0.39	94.07%	عالية
3	التعريف بدور الأخصائي الاجتماعي للمريض وأسرته	2.82	0.39	94.07%	عالية
4	عمل البرامج التوعوية للمرضى وأسره	2.82	0.44	94.07%	عالية
5	إيجاد أجهزة تقنية تناسب احتياج مرئاد القطاع الصحي	2.82	0.44	94.07%	عالية
6	توفير ميزانية للأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي	2.76	0.53	91.85%	عالية
7	الحرص على تفعيل اليوم العالمي للخدمة الاجتماعية داخل القطاع	2.84	0.37	94.81%	عالية
8	توزيع الحوافز والمكافآت لتعزيز جهود الأخصائي الاجتماعي	2.78	0.47	92.59%	عالية
9	عقد دورات لتطوير قدرات الأخصائي الاجتماعي المهنية	2.84	0.37	94.81%	عالية

(١) (النوع - الحالة الاجتماعية - التخصص - المؤهل العلمي)

جدول (١٢) اختبار (T) للفروق في استجابات أفراد العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي تبعاً لمتغيرات (النوع - الحالة الاجتماعية - التخصص - المؤهل العلمي)

المتغير	الفئات	حجم العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة
النوع	ذكر	37	125.83	12.65	43	0.360	0.720
	أنثى	8	127.63	13.09			
الحالة الاجتماعية	أعزب	12	127.42	13.53	43	0.401	0.690
	متزوج	33	125.69	12.43			
التخصص	علم اجتماع	34	126.35	13.45	43	0.212	0.856
	خدمة اجتماعية	11	125.55	10.00			
المؤهل العلمي	بكالوريوس	29	123.45	14.24	43	2.418	0.020
	ماجستير	16	131.06	6.84			

من الجدول (١٢) نجد أن قيم (T) لكل من متغيرات (النوع - الحالة الاجتماعية - التخصص) كانت غير دالة احصائياً ($P > 0.05$) مما يعني أنه لا توجد فروق في استجابات أفراد العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي تبعاً لمتغيرات (النوع - الحالة الاجتماعية - التخصص).

وتأتي هذه النتيجة متوافقة مع دراسة (نورة بنت مغيص، 2006) التي أشارت إلى عدم وجود فرق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغيرات الجنس والحالة الاجتماعية في استجابات عينة الدراسة نحو معوقات الممارسة المهنية. ودراسة الشهري (2005) التي أشارت إلى عدم وجود فرق ذات دلالة إحصائية في استجابات عينة الدراسة نحو معوقات الممارسة المهنية تبعاً لمتغيراتهم الديموغرافية.

بينما كانت قيمة (T) لمتغير المؤهل العلمي كانت دالة احصائياً ($P < 0.05$) مما يعني أنه توجد فروق في استجابات أفراد العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي تبعاً لمتغير (المؤهل العلمي). وهذه الفروق لصالح أفراد العينة الذين مؤهلهم

العلمي ماجستير بمتوسط (131.06) مقابل (123.45) للذين مؤهلهم العلمي بكالوريوس.

وتأتي هذه النتيجة مخالفة لدراسة (نورة بنت مغيص، 2006) التي أشارت إلى عدم وجود فرق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي في استجابات عينة الدراسة نحو معوقات الممارسة المهنية. ودراسة الشهري (2005) التي أشارت إلى عدم وجود فرق ذات دلالة إحصائية في استجابات عينة الدراسة نحو معوقات الممارسة المهنية تبعاً لمتغيراتهم الديموغرافية.

(٢) (العمر - عدد سنوات الخبرة - عدد الدورات التدريبية - مدى الاستفادة من الدورات التدريبية)

جدول (١٣) اختبار تحليل التباين (ANOVA) للفروق في استجابات أفراد العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي تبعاً لمتغيرات (العمر - عدد سنوات الخبرة - عدد الدورات التدريبية - مدى الاستفادة من الدورات التدريبية)

المتغير	مصدر الاختلاف	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات	197.844	3	65.948	0.399	0.755
	داخل المجموعات	6782.067	41	165.416		
عدد سنوات الخبرة	بين المجموعات	54.669	3	18.223	0.108	0.599
	داخل المجموعات	6925.242	41	168.908		
عدد الدورات التدريبية	بين المجموعات	64.446	3	21.482	0.127	0.943
	داخل المجموعات	6915.465	41	168.670		
مدى الاستفادة من الدورات التدريبية	بين المجموعات	56.021	2	28.011	0.170	0.844
	داخل المجموعات	6923.890	42	164.855		

من الجدول (١٣) نجد أن قيم (F) لجميع المتغيرات العمر - عدد سنوات الخبرة - عدد الدورات التدريبية - مدى الاستفادة من الدورات التدريبية كانت غير دالة احصائياً ($P > 0.05$) مما يعني أنه لا توجد فروق في استجابات أفراد العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي

الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي تبعاً لمتغيرات (العمر - عدد سنوات الخبرة - عدد الدورات التدريبية - مدى الاستفادة من الدورات التدريبية)

وتأتي هذه النتيجة متوافقة مع دراسة (نورة بنت مغيص، 2006) التي أشارت إلى عدم وجود فرق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير العمر في استجابات عينة الدراسة نحو معوقات الممارسة المهنية. ودراسة الشهري (2005) التي أشارت إلى عدم وجود فرق ذات دلالة إحصائية في استجابات عينة الدراسة نحو معوقات الممارسة المهنية تبعاً لمتغيراتهم الديموغرافية.

خامساً- النتائج العامة للدراسة

بينت النتائج أن المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي من وجهة نظر عينة الدراسة بشكل عام عالية وذلك بمتوسط (2.60) ونسبة موافقة عامة (86.81%).

بينت النتائج أن المعوقات الإدارية جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط (2.66) بدرجة عالية ونسبة موافقة (88.59%). تليها المعوقات المتعلقة بالمرضى وأسره بمتوسط (2.59) بدرجة عالية ونسبة موافقة (86.37%). وفي المرتبة الثالثة وبدرجة عالية أيضاً المعوقات المتعلقة بالفريق الطبي بمتوسط (2.56) ونسبة موافقة (85.48%).

بينت النتائج أن المعوقات المتعلقة بالفريق الطبي كانت أقل المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين بالقطاع الصحي بخميس مشيط حيث جاءت بدرجة متوسطة، وبدرجة عالية (2.56) ونسبة موافقة (85.48%).

بينت النتائج أن أبرز المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي بالقطاع الصحي والمتعلقة بالفريق الطبي تمثلت في: تركيز الأطباء وجهاز التمريض في القطاع على الدور الطبي، وعدم وعي الفريق الطبي بدور الأخصائي الاجتماعي في

القطاع، وأن الفريق الطبي يعتقد بأن عمل الأخصائي الاجتماعي هو تقديم المساعدات، بالإضافة إلى قلة عدد الاجتماعات المهنية بين أعضاء الفريق الطبي، وقصور التنسيق بين الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي فيما يخص المرضى. بينت النتائج أن أبرز المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي بالقطاع الصحي والمتعلقة بالمرضى وأسره تمثلت في: ضعف المعلومات عن دور الأخصائي الاجتماعي لدى المريض وأسره، وعدم معرفة المريض وأسره بأدوار الأخصائي الاجتماعي في القطاع، وضعف معرفة المريض وأسره بطبيعة الخدمات التي يقدمها القطاع، بالإضافة إلى عدم ثقة المريض بدور الأخصائي الاجتماعي في عملية العلاج، ووجود بعض العادات والتقاليد للمرضى تمنع التواصل مع الأخصائي الاجتماعي.

بينت النتائج أن أبرز المعوقات الإدارية التي تواجه الأخصائي الاجتماعي بالقطاع الصحي تتمثل في: قلة الاستجابة لمطالب الأخصائي الاجتماعي واحتياجاته الأساسية من إدارة القطاع، وإسناد الأخصائي الاجتماعي بأعمال إدارية ليست من صميم عمله، بالإضافة إلى أن بعض الإداريين يتدخل بعمل الأخصائي الاجتماعي، كما أنه لا توجد ميزانية لدى الأخصائي الاجتماعي لمساعدة المرضى.

بينت النتائج أن أبرز المقترحات التي تحد من الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي بخميس مشيط:-

١- الزيادة في عملية التنسيق بين الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي

٢- عمل اجتماعات مهنية بين أعضاء الفريق الطبي بشكل دائم

٣- التعريف بدور الأخصائي الاجتماعي للمريض وأسره

٤- توفير ميزانية للأخصائي الاجتماعي في القطاع الصحي

٥- عقد دورات لتطوير قدرات الأخصائي الاجتماعي المهنية

٦- زيادة الإعداد النظري والعملي للأخصائي الاجتماعي
بينت النتائج أنه لا توجد فروق في استجابات أفراد
العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي
في القطاع الصحي تبعاً لمتغيرات (العمر - عدد سنوات الخبرة
- عدد الدورات التدريبية - مدى الاستفادة من الدورات
التدريبية - النوع - الحالة الاجتماعية - التخصص).

بينت النتائج أنه توجد فروق في استجابات أفراد
العينة حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي
في القطاع الصحي تبعاً لمتغير (المؤهل العلمي). وهذه الفروق
لصالح أفراد العينة الذين مؤهلهم العلمي ماجستير.

سادساً- التوصيات

١- حث الأخصائي الاجتماعي على التقيد بالواجبات التي
نصت عليها اللائحة التنفيذية لمزاولة مهنة الخدمة
الاجتماعية.

٢- توفير عدد كافي من الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين
حسب الخدمات التي تقدمها كل مؤسسة صحية (مستشفى
- مركز صحي ... إلخ).

٣- العمل على تطوير مهارات الأخصائيين الاجتماعيين
الطبيين مهنيًا وعلميًا، من خلال توفير برامج تدريبية وفق
احتياج كل اختصاصي اجتماعي طبي.

٣- توفير ميزانية كافية للخدمة الاجتماعية الطبية .

٤- تفعيل التواصل بين الأخصائيين الاجتماعيين على مستوى
المحافظة أولاً وعلى مستوى المنطقة والمملكة لاحقاً، وذلك
بغرض تبادل الخبرات.

٥- عدم تكليف الأخصائيين الاجتماعيين بالأعمال الإدارية
أو التخفيف منها ومراعاة أن يتلاءم عمل الأخصائي
الاجتماعي الطبي مع قدراته العلمية والعملية.

٦- توفير فرص التدريب والتعليم المستمر للأخصائي
الاجتماعي للتجديد والابتكار ومواكبة آخر التطورات في
الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية.

٧- التنسيق بين الإدارات المختلفة لتوفير لجنة استشارية على
مستوى جميع المناطق لمناقشة واقع دور الأخصائي
الاجتماعي الطبي، وبحث المشكلات التي تواجهه
الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين بالقطاع الصحي.

٨- ضرورة أن تأخذ وسائل الإعلام المختلفة دورها في
التعريف بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي.

سابعاً- المقترحات المستقبلية

يقترح البحث إجراء دراسات مستقبلية تتعلق بما

يلي:-

١- مدى إلمام الفريق الطبي المعالج (الأطباء - الممرضين
...إلخ) وذوي المرضى بدور الأخصائي الاجتماعي الطبي.

٢- المعوقات الإدارية والتنظيمية والبيئية التي تواجه الأخصائي
الاجتماعي الطبي في القطاع الصحي.

٣- اتجاهات المصابين بأمراض مزمنة نحو دور الخدمة
الاجتماعية الطبية بالمستشفيات الحكومية.

* المراجع

أولاً- المراجع العربية

القرآن الكريم

الباز ، راشد سعد (٢٠١٠م). الخدمة الاجتماعية في المجال
الطبي ، الرياض : جامعة الإمام محمد بن سعود.

بدران ، زى حسن ؛ ومزاهرة ، أمين سليمان (٢٠٠٩م).
الرعاية الصحية الأولية ، عمان : دار المسيرة للنشر
والتوزيع.

البريشن، عبدالعزيز عبدالله، (٢٠١٠م). مقالات في الخدمة
الاجتماعية، عمان : دار الفكر .

بشير، أقبال و مخلوف، أقبال (د ت). الرعاية الطبية
والصحية ودور الخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية :
المكتب الجامعي الحديث .

البطريق ، محمد كامل (١٩٩٢م). الخدمة الاجتماعية مهنة
ذات علم وفن : دراسة تحليلية لتطور الخدمات

رشوان ، عبد المنصف حسن (٢٠٠٧م). الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ، الاسكندرية : المكتب الجامعي الحديث .

الريميح ، صالح ريميح (٢٠٠٥م). دافعية الإنجاز لدى الأخصائيين الاجتماعيين ، دراسة تطبيقية بمستشفيات مدينة الرياض والمنطقة الشرقية ، الرياض : مج ١٧ ، ع2 مجلة جامعة الملك سعود.

السروجي، طلعت مصطفى (٢٠٠٣م). مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية، الرياض: مكتبة الرشد للنشر والتوزيع.

السكري ، أحمد شفيق (٢٠٠٠م). قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

السنهوري، أحمد محمد (١٩٩٨م). مداخل ونظريات ونماذج الممارسة المعاصرة للخدمة الاجتماعية، القاهرة : دار النهضة العربية.

الشهراني ، عائض سعد (٢٠١٤م). الخدمة الاجتماعية شمولية التطبيق ومهنية الممارسة , جدة: حوارزم العلمية.

صالح، عبد المحي و رمضان، السيد، (١٩٩٩م). أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل , الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

الصقور، صالح خليل (٢٠٠٩م). موسوعة الخدمة الاجتماعية المعاصرة، عمان : دار زهران .

عبدالباقي، هدى سليم(1993م). الخدمة الاجتماعية والعيادة النفسية المتخصصة , بيروت : مؤسسة بحسون.

علي , ماهر أبو المعاطي(2003م). الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين . الكتاب العاشر، الطبعة الثانية: القاهرة : مكتبة زهران الشرق.

الاجتماعية وأساليبها ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

البكري ، ثامر ياسر (٢٠٠٥م). إدارة المستشفيات ، عمان : دار اليازوري العلمية .

حامد ، سعيد عبدالعال (١٩٧6). المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي بمكاتب المراقبة الاجتماعية للأحداث بمحافظة القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة حلوان : كلية التربية .

حسن ، عبد الباسط محمد (١٤١٩هـ) التنمية الاجتماعية ، القاهرة : مكتبة وهبة

حلمي، ناهد عباس (١٩٩٧م). نحو مدخل متكامل للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية:

المدخل الايكولوجي في الخدمة الاجتماعية. العدد 66 مصر : مجلة الأزهر .

خاطر ، احمد مصطفى (١٩٩٧م). الخدمة الاجتماعية نظرة تاريخية- مناهج الممارسة - المجالات ، الاسكندرية : المكتب الجامعي الحديث .

الخطيب ، عبد الرحمن عبد الرحيم (٢٠٠6). ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية , القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

خياط ، محمد هيثم (٢٠٠٧م) الإدارة الصحية ، الكتاب الطبي الجامعي ، اعداد مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية ، منظمة الصحة العالمية، بيروت ، أكاديميا.

درويش ، علي محمد (٢٠٠٥م). تطبيقات الحكومة الإلكترونية ، دراسة ميدانية على إدارة الجنسية والإقامة بدبي، رسالة ماجستير غير منشورة ، الرياض : جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .

المزروع، يعقوب يوسف (١٩٩١م) دليل العاملين في الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الثانية، وزارة الصحة، الإدارة العامة للمراكز الصحية.

المزروع، يعقوب يوسف، سالم، عبد المجدي محمد (٢٠٠٤م). دليل الرعاية الصحية الأولية، الرياض: فهرس مكتبة الملك فهد الوطنية.

النماس، أحمد فايز (٢٠٠٠م). الخدمة الاجتماعية الطبية. الطبعة الأولى، بيروت: دار النهضة العربية.

نور، محمد عبدالمعزم (١٤٠٣هـ). الطب والمجتمع: دراسة أساسية في الاجتماع الطبي، الرياض: دار اللواء.

وصفي، عاطف أمين (١٩٧٧م). الأنثروبولوجيا الاجتماعية، بيروت: دار النهضة العربية.

يوسف، أميرة منصور، (١٩٩٧م). المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

منظمة الصحة العالمية (١٩٧٨م). الرعاية الصحي الأولية، تقرير المؤتمر الدولي للرعاية الأولية، جنيف.

وزارة الصحة السعودية، (١٤٢٩هـ). دليل السياسات والإجراءات لأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية. الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية.

الحشان، هشام إبراهيم، الوكالة المساعدة للرعاية الصحية الأولية، متاح على الرابط

<http://www.moh.gov.sa/Ministry/Structure/AssistantAgencies/primaryhealthcare/Pages/default.aspx>

ثانياً- المراجع الأجنبية

Bullock M. An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College. Berkeley:

علي، هدى حسين (٢٠١٠). كفاءة توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرمادي، العدد الرابع، كانون الأول مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية.

عليان، رجي وغنيم، عثمان (٢٠٠٤). أساليب البحث العلمي الأسس النظرية والتطبيق العملي، عمان: دار صفا.

غباري، محمد سلامه (٢٠٠٣م). أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

غرايبة، فيصل محمود (٢٠٠٨م). الخدمة الاجتماعية الطبية العمل الاجتماعي من أجل صحة الإنسان، عمان: دار وائل.

فراي، جون، هاسلر، جون (١٩٩٠م) الرعاية الصحية الأولية عام ٢٠٠٠. ترجمة زهير السباعي و سيف الدين بلال، نيقوسيا: دار دلون.

فريجات، حكمت؛ الشاعر، عبدالمجيد؛ الخطيب، عماد؛ الخطيب، هشام؛ كنعان، هشام (٢٠٠٢م). مبادئ في الصحة العامة، الطبعة العربية الأولى، عمان: دار اليانزوري العلمية.

القصيمي، محمد و الفايز، سعود، (١٤٠٧هـ). الرعاية الصحية الأولية (الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠) إنجلترا: العصر الحديث.

مالكوم باين، (١٩٩٨م) ترجمة حمدي محمد إبراهيم و سعيد عبد العزيز عويضة، نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، الإسكندرية المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

مخولف، اقبال إبراهيم (١٩٨١م). الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

University of California
Press;1980.

Cuete M (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. American Journal of Public Health;94:1864.
primary health care(1978).Report of the International Conference on primary Health care, Alma-Ata, USSR,6-12 September 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children,s Fund.Geneva:World Health Organization;1978(Health for All series,No.1).

Socialist health association.(2016).Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. retrieved July 23, 2016,from <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>