

دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الأردنية من وجهة
نظر الأطباء

إعداد
شروق عيسى أحمد أبو حمور

المشرف
الدكتور صلاح حمدان اللوزي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في
العمل الاجتماعي

كلية الدراسات العليا
الجامعة الأردنية

آب ٢٠١٠

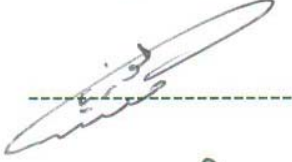
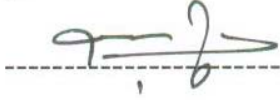
تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع: التاريخ: ٢٠١٠/١٠/٢٠

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة (دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الأردنية من وجهة نظر الأطباء) وأجيزت بتاريخ ٢٠١٠/٧/١١

أعضاء لجنة المناقشة

التوقيع



١- الدكتور صلاح اللوزي مشرفاً ومقرراً
أستاذ مشارك - علم اجتماع وعمل اجتماعي

٢- الأستاذ الدكتور خليل نمر درويش
استاذ - عمل اجتماعي

٣- الدكتور محمد خالد المعاني
استاذ مشارك - عمل اجتماعي

٤- الأستاذ الدكتور عبد العزيز الخزاعلة
استاذ - علم اجتماع (جامعة اليرموك)

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع: التاريخ: ٢٠١٠/٧/١١

الشكر والتقدير

أهدي باقة عبقة تحمل في ثناياها وترسل من خلال نسائهما بالغ الشكر وجزيل العرفان إلى:
الدكتور صلاح اللوزي المشرف على هذه الرسالة والذي لم يتونا في إرشادي وتقديم النصح
والمعونة لي والعمل على إثراء هذه الرسالة بكل ما لديه من جهد ووقت وخبرة.
إحترامي وتقديري لأساتذتي وأعضاء لجنة المناقشة "الدكتور محمد المعاني والدكتور خليل
درويش" والذين علموني الكثير وأضاف كل فرد منهم خبرة إلى حقلي العلمي ومشاهدات ملاحظة
عملت على إكتسابها وأصبحت جزءاً أعتز به وأترجمه في ممارساتي العملية.
الدكتور عبد العزيز الخزاعله عضو لجنة المناقشة والمحكم الخارجي ، بالغ الشكر وجزيل
العرفان لكم.

الباحثة

شروق أبو حمور

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الشكر والتقدير
د	قائمة المحتويات
و	قائمة الجداول
ز	قائمة الملاحق
ح	الملخص بلغة الرسالة
الفصل الأول	
١	١.١ مقدمة
٢	٢.١ مشكلة الدراسة
٢	٣.١ أهمية الدراسة ومبرراتها
٣	٤.١ أهداف الدراسة
٤	٥.١ الدراسات السابقة
٤	١.٥.١ الدراسات العربية
١٦	٢.٥.١ الدراسات الأجنبية
٢٤	٣.٥.١ ما ستضيفه الدراسة الحالية إلى الدراسات السابقة
٢٤	٦.١ تساؤلات الدراسة
الفصل الثاني	
٢٥	الإطار النظري للدراسة
٢٥	١.٢ علاقة العمل الاجتماعي بالمؤسسة الطبية
٢٧	٢.٢ علاقة الأخصائي الاجتماعي بالطبيب
٢٨	٣.٢ دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي
٣١	٤.٢ مواصفات الأخصائي الاجتماعي الطبي
٣٣	٥.٢ الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي
الفصل الثالث	
٣٦	الطريقة والإجراءات

٣٦	١.٣ منهج الدراسة
٣٦	٢.٣ مجتمع الدراسة
٣٧	٣.٣ عينة الدراسة
٣٧	٤.٣ أدوات الدراسة
٣٩	٥.٣ المفاهيم الإجرائية
٤١	٦.٣ المعالجة الإحصائية
الفصل الرابع	
٤٣	تحليل النتائج
الفصل الخامس	
٧٦	ملخص النتائج والتوصيات
٨٥	التوصيات والمقترحات
٨٧	قائمة المراجع
٩٣	الملاحق
٩٩	الملخص باللغة الإنجليزية

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
١	الاتساق الداخلي لفقرات الدراسة (Cornobach's Alpha)	٣٨
٢	التوزيع النسبي لخصائص أفراد العينة	٤٣
٣	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بدور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسره	٤٤
٤	نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على الفقرات المتعلقة بدور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسره	٤٦
٥	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بالعلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي	٥٠
٦	نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على الفقرات المتعلقة بالعلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي	٥٤
٧	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بعلاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة	٥٧
٨	نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على الفقرات المتعلقة بعلاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة	٥٩
٩	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بالكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي	٦٢
١٠	نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على الفقرات المتعلقة بالكفاءة المهنية والاعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي	٦٤
١١	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بالأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي	٦٧
١٢	نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على الفقرات المتعلقة بالأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي	٦٨
١٣	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة	٧١
١٤	نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على الفقرات المتعلقة بالخصائص النوعية لأفراد العينة	٧٢

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
١	استبانة الدراسة	٩٣
٢	كتاب الجامعة الأردنية "معهد العمل الاجتماعي" لتسهيل مهمة الباحثة، وزارة الصحة: مستشفى البشير	٩٧
٣	كتاب الجامعة الأردنية "معهد العمل الاجتماعي" لتسهيل مهمة الباحثة "مستشفى الأردن"	٩٨

دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الأردنية من وجهة نظر الأطباء

إعداد

شروق عيسى أحمد أبو حمور

المشرف

الدكتور صلاح حمدان اللوزي

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الأردنية، والصعوبات التي تواجهه أثناء تأديته لعمله، وذلك من وجهة نظر الأطباء أنفسهم، وللوصول إلى هذا الهدف تم تطوير استبانة تحتوي على مجموعة من الأسئلة والفقرات "الجميل التقريرية" ومقسمة إلى جزأين، الأول: تعلق بالمعلومات والبيانات الشخصية للمبحوث مثل: (العمر، النوع، سنوات الخبرة...الخ)، أما الجزء الثاني من الاستبانة: فقد صمم بناء على مقياس ليكرت الخماسي، وذلك لمعرفة مواضيع مختلفة بناء على استجابات المبحوثين تتعلق بأهمية العوامل النفسية والاجتماعية، ودور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل مع المرضى وعلاقة الأخصائي الاجتماعي بمؤسسات المجتمع الخارجي، واختبار صدق واتساق فقرات الاستبانة الداخلية فقد تم

إستخدام إختبار: **Cornobach's Alpha**

طبقت الدراسة على عينة من الأطباء العاملين في كل من مستشفى البشير ليمثل القطاع الحكومي والأطباء العاملين في مستشفى الأردن ليمثل القطاع الخاص، وقد شملت العينة الأطباء ضمن التصنيفات الفنية المختلفة، وذلك في الفترة منذ بداية تشرين الأول وحتى نهايته من العام

٢٠٠٩م، بحيث إشتملت عينة الدراسة على ٧٥ طبيباً يمثلون القطاع العام، و٧٣ طبيباً يمثلون القطاع الخاص .

تم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) واستخدمت التكرارات والنسب المئوية، وتم تحديد مستوى الدلالة ألفا Alpha ب (٠,٠٥)، كما وقد تم استخدام المقابلة الشخصية لأفراد العينة لإعطاء عمق للاستجابات، ووسيلة ملاحظة مباشرة للمبحوثين، وتم اللجوء إلى السجلات الرسمية التابعة لوزارة الصحة، وكذلك السجلات المتوفرة في كل من مستشفى البشير، ومستشفى الأردن.

أشارت أبرز نتائج الدراسة إلى أنه لم تكن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية لاستجابات المبحوثين تعود لنوعهم أو لحالتهم الاجتماعية على جميع محاور الدراسة، وغطت هذه الدراسة معظم الفئات العمرية بحيث إشتملت على الأطباء ضمن الفئتين العمريتين من ٣٠ سنة فأقل إلى سن ٦٠ سنة فأكثر، وقد تراوحت خبرة أفراد العينة من ٥ سنوات فأقل إلى ١٥ سنة فأكثر، وكان معظم أفراد العينة قد حصلوا على درجاتهم العلمية من جامعات أردنية، وكانت النسبة الكبرى لعينة الدراسة هي من الأطباء المقيمين من حيث التصنيفات الفنية وغالبية أفراد العينة هم ممن يحملون الجنسية الأردنية.

وأخيراً أظهرت نتائج الدراسة وجود العديد من الصعوبات والتحديات التي يعاني منها الأخصائي الاجتماعي كالأعداد الأكاديمي، وضعف مخرجات الجامعات الأردنية في تخصص العمل الاجتماعي والخدمة الاجتماعية، كما وتعد أحد الصعوبات التي يعاني منها هي: عدم وجود سياسات واضحة من قبل وزارة الصحة، وعدم التسويق للمهنة من قبل وسائل الإعلام المختلفة، وعدم وجود ميزانية خاصة بالعمل، وقلة أعداد الأخصائيين العاملين في المجال، وعدد من الصعوبات الإدارية، وجاءت النتائج التي تؤيد أهمية الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل مع المرضى وأسرهم وأهمية دور العوامل النفسية والاجتماعية في العلاج لصالح القطاع الخاص، وللأطباء من أصحاب التصنيف الفني الذي يحمل مسمى المستشار، وذوي سنوات الخبرة الأكثر من ١٥ عاماً، والأطباء ذوي الفئة العمرية من ٦٠ عام فأكثر.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

1.1 مقدمة

تعد مهنة الأخصائي الاجتماعي الطبي من المهن الطبية المساندة ذات الأهمية التي لم يعد من الممكن تجاهلها، وخصوصاً مع مرضى الأمراض المزمنة مثل: السرطان، غسيل الكلى، السكري والإيدز، أو المرضى نتيجة أسباب بيئية كحوادث السير، والحروب والتجويرات، وحالات العنف الأسري على سبيل المثال لا الحصر.

وعلى الرغم من أهمية عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي إلا أن دوره في المؤسسات الطبية ما زال ينقصه الإعراف والوضوح، فالمؤسسات الطبية تعد من المؤسسات ذات البناء البيروقراطي التي تتحدد فيه المسؤوليات وفقاً لأكثر المهن سيطرة على عملية صنع القرار، ولهذا نجد أن أدوار العاملين في مهنة الطب، ثم مهنة التمريض هي أكثر المهن وضوحاً وتحديداً، على حساب المهن المساندة الأخرى كمهنة العمل الاجتماعي.

إن وجود الأخصائي الاجتماعي الطبي والذي أخذ بالظهور حديثاً في المجتمع الأردني يجعلنا نلتفت متسائلين حول ماهية الأدوار التي يقوم بها، وما مدى فاعليتها، وجدوى الخدمات التي يقدمها العمل الاجتماعي لما فيه مصلحة المريض وأسرته، والمؤسسة التي يتبع لها، والمجتمع بأسره، ومن جهة أخرى فإن هذه الدراسة جاءت لتعرج على فئة الأطباء، في محاولة للتعرف على مدى فهمهم للدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي وتقديرهم لأهمية الجوانب النفسية والاجتماعية في العلاج الطبي للمريض كجزء مكمل للتشخيص ومساعد على تحقيق خطة علاج وتدخل متكامله.

وعند تطرقنا وتعريفنا لمهنة العمل الاجتماعي فهي كما عرفها قاموس العمل الاجتماعي بأنها (النشاط المهني مدفوع الأجر والذي يهدف إلى مساعدة الناس على مواجهة الصعوبات الجادة التي تواجه حياتهم، من خلال تزويدهم بالرعاية والحماية أو الإرشاد أو من خلال الدعم الاجتماعي، أو المناصرة أو العمل الاجتماعي) (Pierson and Thomas, 2008, p. 516).

وفي محاولة لتحقيق نظرة شمولية فقد جاءت الدراسة الحالية للتعرف على وجهة نظر الأطباء العاملين في القطاع العام، ومقارنتها بالأطباء العاملين في القطاع الخاص، وقد عرجت هذه الدراسة على مواضيع عدة محاولة التعمق بها وفهم نقاط الضعف والقوة من خلالها، مستفيدة من الدراسات العربية والأجنبية السابقة في نفس المجال أو مجالات أخرى ذات صلة بها، لتبني حجراً آخر ضمن صرحاً نأمل بأن يصل القمة، وهو صرح العمل الاجتماعي الطبي.

2.1 مشكلة الدراسة

تعد مهنة الأخصائي الاجتماعي الطبي مهنة طبية مساندة وضرورية للمريض وعائلته، ورغم هذه الأهمية نجد العديد من التساؤلات التي يطرحها الكادر الطبي حول ماهية وأهمية هذا العمل من جهة والصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي أثناء تأديته لعمله من جهة أخرى. ومن هنا نجد أن مشكلة الدراسة تكمن في غياب البعد الاجتماعي عن المجال الطبي، وأن الأطباء لا يزالون يتعاملون مع المريض من ناحية بيولوجية فقط.

3.1 أهمية الدراسة ومبرراتها

لوحظ في الآونة الأخيرة توجه من قبل العديد من المستشفيات في الأردن نحو تعيين أخصائيين اجتماعيين فيها للعناية بالمرضى ومتابعتهم اجتماعياً ونفسياً، وذلك كون وجود أخصائي اجتماعي في المستشفيات هو شرط من شروط الحصول على الاعتمادية الدولية التي تسعى إليها المستشفيات في سبيل إسقاط المرضي وبالتالي زيادة المردود المادي، والحصول على السمعة الطبية على المستوى الوطني والعالمي من خلال إدراج وجود مهنة العمل الاجتماعي ضمن كوادرها المهنية، وكون هذه المهنة تُعد مهنة جديدة على الكادر الطبي فإن الغالبية العظمى منهم يجهلون مدى فاعلية ونوع الخدمات التي يقوم الأخصائي الاجتماعي بها، وما هو طبيعة عمله مع المرضى؟ وهل هو عنصر فعال في المستشفى أم لا؟ ومن هنا وجب لفت النظر إلى مهنة الأخصائي الاجتماعي الطبي، وتوضيح أهمية وجوده في المستشفيات وما هي الأدوار التي يقوم بها؟ والاطلاع ومعرفة وجهة نظر الأطباء حول أهمية هذه المهنة وأسباب الأمراض والنواحي والتداعيات الاجتماعية والنفسية لها.

1.4 أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة للتعرف على:

- أولاً: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات من وجهة نظر الأطباء.
- ثانياً: الكشف عن الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي أثناء تأديته لدوره.
- ثالثاً: مدى تقبل الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الأردنية.

1.5 الدراسات السابقة

نلاحظ من خلال الدراسات التالية تطرقها لدور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع بعض الأمراض كالسرطان والسكري وأمراض مزمنة أخرى، أو مع طبيعة حالات تستدعي التدخل الاجتماعي والنفسي كالمريض طويلي الإقامة في المستشفيات، أو المرضى الذين تعرضوا للإساءة والإهمال ونرى دراسات أخرى تتطرق للعمل الاجتماعي والصعوبات التي تواجهها المهنة في المجال الطبي، كما تعرض بعض هذه الدراسات صعوبات مهنية يواجهها الأخصائي الاجتماعي الطبي أثناء تأديته لعمله، وذلك من وجهة نظره، أو من وجهة نظر عينة أخرى ضمن الكادر المهني.

وقد تم الرجوع إلى هذه الدراسات في محاولة لمعرفة ما توصل له العلم في هذا المجال والاستفادة منه وتعديله حسب بيئة وثقافة المجتمع الذي نعيش، وإضافة الجديد عليه، ومحاولة تفعيله على أرض الواقع من خلال التوصيات التي ستخرج بها الدراسة الحالية، أملاً بوضعها بين يدي أصحاب القرار، في سعي لتطور والتقدم نحو الأفضل.

1.5.1 الدراسات العربية

إن الدراسات العربية السابقة التي تحدثت عن العمل الاجتماعي الطبي، والأمراض المزمنة مختلفة ومتنوعة بحيث تطرقت هذه الدراسات للموضوع من جوانب ووجهات مختلفة، ولكن موضوع الأخصائي الاجتماعي الطبي ومدى فاعلية العمل الاجتماعي، ومدى إدراك الأطباء لهذا الدور هو ما سيعمل هذا البحث على إضافته إلى البحوث العربية، والدراسات السابقة، وفي هذا السياق سنتطرق إلى عدد من الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع من زوايا متعددة ومنها:

دراسة الشمايلة (1994) "دراسة مسحية للمشكلات التكيفية لدى الأطفال غير العاديين ذوي الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي، والصرع، والثلاسيميا، وسرطان الدم) في عينة أردنية".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة المشكلات التكيفية التي يعاني منها الأطفال ذوي الأمراض المزمنة مثل: الفشل الكلوي، والصرع، والثلاسيميا، وسرطان الدم، كما هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى مساهمة متغيرات العمر، والنوع "ذكر، أنثى"، ونوع المرض كمتغيرات مستقلة في تفسير التباين على مقياس التكيفات الاجتماعية كمتغير تابع أيضاً.

وتوصل الباحث إلى أن أكثر المشكلات التكيفية شيوعاً بين الأطفال أفراد العينة هي التي تعبر عن

مشكلات تكيفية مثل: التعلق الطفولي المبالغ به بالأم، والقلق والتوتر والخوف من الابتعاد عن الأسرة

والدخول إلى المستشفى، والغضب، والإنفعال السريع، والاعتماد الزائد على أفراد الأسرة، والاضطرار إلى ترك الدراسة، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي الأمراض المزمنة تعزى إلى متغيرات النوع، والعمر، ومن حيث نوع المرض فقد أشارت النتائج إلى أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير نوع المرض على البعد الأكاديمي بين مرض سرطان الدم، والفشل الكلوي، ومرض الصرع.

ركزت هذه الدراسة على المشكلات التكيفية التي يعاني منها الأطفال المرضى المصابين بأمراض مزمنة من ناحية تربوية بحثه، بحيث تعاملت مع المريض وأنه أصبح بحاجة إلى تربية خاصة، وقامت بإهمال الجوانب الاجتماعية، وأهمية وجود أخصائي اجتماعي يتعامل مع مثل هذا النوع من المرضى وأسرهم، ويمد يد العون والدعم والمساعدة لهم، وهذا ما سيتم لفت النظر له من خلال محتوى هذه الدراسة.

دراسة سيف (1996) بعنوان: "تمط السلطة ودورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مشكلات البناء التنظيمي في المستشفيات، وإلى العلاقة بين ازدواجية السلطة وتعدد الأطر المرجعية للعاملين، والتعرف إلى العلاقة بين وضوح اللوائح والأنظمة الداخلية للمستشفى وتداخل أدوار العاملين، بالإضافة إلى الدور الذي يلعبه تخصص مدير المستشفى في شكل علاقته مع الآخرين ولا سيما الأطباء.

استخدمت هذه الدراسة منهج المسح الاجتماعي كوسيلة لجمع البيانات، وذلك باستخدام المقابلة شبه المقننة التي احتوت على (57) سؤالاً وجه إلى (109) أطباء، و (120) إدارياً من ذوي المناصب الإدارية العليا في المستشفيات، وقد تم اختيار (4) مستشفيات مثلت كافة المستشفيات الحكومية، والخاصة والتعليمية. توصلت هذه الدراسة إلى أن الأنظمة واللوائح الداخلية للمستشفى ليست واضحة بالنسبة للعاملين وهي أقل وضوحاً عند الأطباء منها عند الإداريين، مما يؤدي إلى حدوث مشكلات تنظيمية داخل المستشفى. وأوضحت الدراسة إلى أن النمط الأحادي في السلطة داخل المستشفيات هو النمط الغالب مع عدم وضوح ووجود نمط تنظيمي واضح ومحدد داخل المستشفيات بشكل عام.

الدراسة أشارت إلى أن الأطباء يؤيدون بأن يكون المدير طبيباً مع وجود مساعد إداري، غير أن الإداريون يؤيدون المدير الإداري فقط، وأوضحت هذه الدراسة أن مستوى الأداء الطبي يتأثر بمقدار الصلاحيات المعطاة للطبيب لإنجاز أعماله وبمدى إشراكه في اتخاذ القرارات، وإشباع حاجاته الإنسانية.

وأوصت هذه الدراسة بضرورة وضوح أنظمة ولوائح وقوانين العمل بين الأطباء، وجميع العاملين في القطاع الطبي لضمان الالتزام بها وعدم خرقها أو التلاعب بها، كما أوصت الدراسة بضرورة الحد من مركزية السلطة داخل المستشفيات، وأوصت هذه الدراسة بالعمل على تحديث نظم الإدارة ومواكبة المستجدات والتطورات في علم إدارة المستشفيات وتطبيقه على أرض الواقع. كما أوصت الدراسة بضرورة تعاون المستشفيات مع الباحثين من أجل الوقوف على أهم الظواهر والمشكلات التي تحتاج إلى دراسة للنهوض بمستوى مستشفياتها وخدماتها.

من خلال هذه الدراسة نلاحظ العديد من المحاور والنقاط ذات الأهمية والتي ستعمل الدراسة الحالية على الإستفادة منها، حيث ان هذه الدراسة سلطت الضوء على الأطباء وما هي الصعوبات التي يعانون منها أثناء تأدية أعمالهم داخل البناء التنظيمي للمستشفى وما هو نمط السلطة الذي يفضلون أن يتأسس الإدارة في البناء التنظيمي للمستشفى، كما وعملت دراسات أخرى على تسليط الضوء على الأخصائي الاجتماعي والمعوقات التي تعترضه أثناء تأديته لعمله في المستشفيات، وستعمل الدراسة الحالية على التعرف على وجهة نظر الأطباء أنفسهم في الصعوبات التي من الممكن أن تعترض عمل الأخصائي الاجتماعي.

أجرى زيدان (2000) دراسة بعنوان: "مدى فعالية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان".

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار مدى فاعلية برنامج إرشادي في التركيز على العلاج العقلائي الإنفعالي للتخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان، وتوصلت الدراسة إلى: أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج وبعده نتيجة للبرنامج الإرشادي وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الآباء والأمهات قبل تطبيق البرنامج وبعده، كما أكدت الدراسة على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الآباء والأمهات بعد تطبيق البرنامج، أما عن درجات الآباء قبل تطبيق البرنامج وبعده فيوجد فروق دالة إحصائية، كما أوضحت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأمهات قبل تطبيق البرنامج وبعده نتيجة للبرنامج الإرشادي، وأشارت الدراسة بأنه لا تتأثر الدرجة الكلية للوالدين قبل وبعد تطبيق البرنامج بعوامل نوع الطفل المريض وترتيب ميلاده بالأسرة.

هذه الدراسة ركزت وتطرق إلى أحد الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي وهو: العمل مع الأسرة ولكنها تطرقت لها من ناحية نفسية، ويعد الأخصائي الاجتماعي ذا دور بالغ الأهمية يلعبه مع

المرضى وأسرهم ضمن الفريق النفسي الاجتماعي، فمن غير الممكن أن يقوم الأخصائي النفسي بهذه المهام لوحده، كما أنه من غير الممكن أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بالعمل مع المريض وأسرته لوحده فالمشكلات والقضايا التي تنتج عن المرض هي قضايا نفسية اجتماعية متداخلة لا يمكن فصلها، وهذا ما سنتطرق له هذه الدراسة وستضيفه إلى الدراسات السابقة.

قامت الحيارى (2002) بدراسة بعنوان: "مدى تأثير مرض السكري على الأطفال المصابين بالسكري وأسرهم، ودور العمل الاجتماعي في تمكينهم من التعامل مع المرض: دراسة على عينة من الأطفال المقيمين والمراجعين لمستشفى الجامعة الأردنية من عمر (6-12) سنة".

حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير مرض السكري على الأطفال المصابين به وأسرهم والتعرف إلى أهم المشكلات التي تعاني منها الأم والطفل جراء إصابته بالسكري، وقد استخدمت الباحثة استبانة موجهة للأم والطفل المصاب بالسكري، وطبقت هذه الدراسة على عينة من الأطفال المصابين والمراجعين لمستشفى الجامعة، والمركز الوطني للسكري والغدد الصم، وأمراض الوراثة ضمن الفئة العمرية من (6-12) سنة والبالغ عددهم (60) طفلاً من الذكور والإناث (29 ذكور، و31 إناث).

توصلت الدراسة إلى أن معظم المشكلات التي تعاني منها الأم تنازلياً بعد إصابة طفلها تشمل: زيادة أعباء الرعاية الصحية المترتبة على الأم، وتعاني الأم من صعوبة التعامل مع السلوكيات للطفل داخل المنزل والعصبية الزائدة للطفل، ورفض الطفل أخذ إبرة الأنسولين، وزيادة الأعباء المادية على الأسرة جراء إصابة الطفل بمرض السكري، وعن مشكلات الطفل التي يعاني منها فقد كانت متمثلة بالغضب من مراقبة الوالدين لسلوكه باستمرار، ومن الحماية الزائدة التي يحاط بها، ولا يفضل معظم الأطفال أن يعرف أصدقائهم أنهم مصابون بمرض السكري، وزاد تعلق الطفل بأمه بعد إصابته بالمرض، وقد أوصت الدراسة بضرورة وجود الأخصائي الاجتماعي لمحاولة التخفيف من الضغوط التي يواجهها المرضى الأطفال والأسرة، ومساعدة الأهل على حسن التعامل مع المرض في مراحل الأولى خلال التشخيص (مرحلة الصدمة) مما يسهل على الأسرة والمريض التعامل مع المرض في مراحل التالية.

من خلال نتائج هذه الدراسة نلاحظ أن الأخصائي الاجتماعي يلعب دوراً مهماً ولا يمكن تجاهله مع مرضى السكري الأطفال وأسرهم، وذلك من خلال ملاحظتنا لنتائج الدراسة والتي تتعلق بالعديد من المشاكل والصعوبات التي يعاني منها الطفل المصاب، وأسرته والتي تجعلنا ندرك ضرورة وجود أخصائي اجتماعي يمد يد العون والمساعدة لمثل هذه الأسر التي تحتضن طفلاً مريضاً يعاني من مرض السكري حيث ستقوم

الدراسة الحالية بالتطرق إلى بعض أنواع الأمراض التي يكون للأخصائي الاجتماعي دوراً في التعامل مع المصابين بها والتي تصنف ضمن فئة الأمراض المزمنة.

أنجز الجبرين (2002) دراسة بعنوان "دور الاختصاصي الاجتماعي مع المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات" "دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات مدينة الرياض".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات التي يعاني منها المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات وما هي الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي مع هؤلاء المرضى، وما هي الصعوبات التي يعاني منها الأخصائيون الاجتماعيون أثناء تأديتهم لأعمالهم مع المرضى، ومع الأطباء، وطاقم العمل، وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة منهج المسح الاجتماعي الشامل، وذلك بواسطة إشمال جميع المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات التي وقع عليها الاختيار، وقد بلغ عدد المبحوثين (93 حالة من خمس مستشفيات في مدينة الرياض)، وكان هؤلاء المبحوثون قد أمضوا أكثر من (15 يوماً) منذ تاريخ إذن الخروج من الطبيب المشرف على كل حالة، وقد تم تصميم استبانة تكونت من جزأين: الجزء الأول خصص للمريض والجزء الثاني خصص للأخصائي الاجتماعي، حيث اشتملت الاستبانة على بيانات أولية تخص المفحوص والجزء الآخر اشتمل على عبارات مصممة حسب مقياس ليكرت.

وتوصلت هذه الدراسة إلى وجود عدة أسباب تؤدي إلى رفض المريض الخروج من المستشفى ومنها عدم قدرة المريض على العناية بنفسه، حيث كانت نسبة المسنين من أفراد عينة الدراسة 46%، وقد عرّج الباحث على مشكلة المجتمع السعودي والمتمثلة بعدم وجود دور إيواء لكبار السن الذين يعانون من التفكك الأسري، أو الذين لا يجدون من يعتني بهم، كما أوضحت هذه الدراسة افتقار المجتمع السعودي إلى مراكز العناية التمريضية المنزلية، في حين أوضحت وجود نسبة من أفراد العينة يعانون من التفكك الأسري، أو لا يوجد لديهم أبناء.

ومن حيث عينة الدراسة والمشملة على الأخصائيين الاجتماعيين والمكونة من (33 أخصائي اجتماعي) فقد كانت نسبة الأخصائيات الإناث هي النسبة الكبرى وهي: 59%، وهذا ما يلاحظ في العادة على مهنة العمل الاجتماعي وهو أنها مهنة ذات طابع يغلب عليه النساء، وقد اختلفت تخصصات الأخصائيين الاجتماعيين، ولم تكن جميعها في العمل الاجتماعي رغم أنهم كانوا يتبعون لأقسام تحمل هذا المسمى، ومن حيث الصعوبات التي يواجهها الأخصائي الاجتماعي العامل في المجال الطبي فكانت ذات شقين الأول خاص بالمرضى، حيث يشتكي الأخصائيين الاجتماعيين من عدم وجود أولاد أو أسرة يتصلون

بها لإيجاد حلول لمشاكل المرضى، وعدم وجود حلول بديلة مثل: "دور الإيواء لكبار السن، أو مراكز العناية التمريضية المنزلية"، كما ويشتكى الكثير من الأخصائيين الاجتماعيين من الأطباء ويعتقدون أنهم يشكلون صعوبة أمامهم وذلك بسبب عدم تفهمهم لدور الأخصائي الاجتماعي وعدم تعاونهم وذاك هو الشق الثاني من الصعوبات، حيث يرى 55% من الأخصائيين الاجتماعيين أن الأطباء هم الجزء الأكبر من المشكلة بسبب عدم تفهمهم لمشكلة المريض، وأحياناً لا يعطون الأخصائي الاجتماعي أية معلومات عن المريض، والوقت المتوقع لخروجه ثم يفاجئون الأخصائي الاجتماعي بطلب خروج المريض فوراً، ومن المتعارف عليه في المجال الطبي أن خطة تخريج المريض تبدأ منذ لحظة دخوله، ومن خلال هذه النقطة نلاحظ عدم إطلاع وإلمام الكادر الطبي على مهام وأدوار الأخصائي الاجتماعي.

ونعود لدراسة من ثانية، وعن الصعوبات التي تطرقت لها بين الطبيب والأخصائي الاجتماعي حيث تدمرت عينة الدراسة من تأخر الأطباء في إعداد التقارير الطبية التي يحتاجها الأخصائي الاجتماعي من أجل مخاطبة جهات أو مؤسسات قد تساعد المرضى، ويعاني الأخصائيين الاجتماعيين من كثرة الأعمال، وعدم وضوح الدور إضافة إلى قلة أعدادهم، كما ويشتكى الأخصائيين الاجتماعيين من عدم وجود ميزانية خاصة بأقسامهم تعمل على مساعدة المرضى بشكل مباشر.

وعن التوصيات التي ركزت عليها هذه الدراسة فكانت: بالعمل على إنشاء مراكز مخصصة تكون مهمتها الرئيسية تقديم الرعاية التمريضية، وضرورة شمول التأمينات الصحية لجميع المرضى وإعطاء صلاحيات أكبر للأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات، وتخويلهم لاتخاذ العديد من القرارات بالتنسيق مع إدارة المستشفى مباشرة، والعمل على إنشاء صناديق، وميزانيات خاصة بأقسام الخدمة الاجتماعية، والتأكيد على ضرورة توعية الأطباء، وجميع الكوادر الطبية العاملة في المستشفى بالدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي كما وأنه على الأخصائي الاجتماعي العمل على إثبات نفسه وتفعيل دوره، والقيام بالعديد من أعمال التوعية والتثقيف داخل المستشفى.

نلاحظ من خلال هذه الدراسة وجود العديد من المواضيع التي يجدر تسليط الضوء عليها ومنها عدم القدرة على فصل الجوانب الصحية، والجسدية عن الجوانب النفسية والاجتماعية فجميعها ذات أبعاد متداخلة لا نستطيع فصل أحدها عن الآخر، فالمرض هو عبارة عن تفاعل جميع هذه العناصر، وإذا كان يوجد مشكلة في أحدها فإنه يعيق تحسن الطرف الآخر فمثلاً: وجود مشاكل اجتماعية يعرقل تحسن الجانب الصحي، وهذا ما لاحظناه من خلال هذه الدراسة، وقد عرضت هذه الدراسة ووضحت وجود مشكلة بين الطاقم الطبي، وطاقم الأخصائيين الاجتماعيين، وهذه المشكلة تركزت في عدم تفهم الطاقم الطبي لدور

الأخصائي الاجتماعي مما كان له الأثر على عدم فاعلية دور الأخصائي الاجتماعي في تأدية خدماته للمرضى.

حيث نلاحظ أنه وباختلاف المجتمعات العربية إلا أن المشاكل تتشابه، وتتقارب ومن هنا ستحاول هذه الدراسة الكشف عن دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المجتمع الأردني بواسطة رأي الأطباء من خلال عينة المستشفيات التي تم اختيارها.

دراسة آل مبارك (2002) "برنامج الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف من النساء والأطفال في مستشفى الملك عبد العزيز العسكري بالسعودية".

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى معرفة كل من ضحايا العنف والأطباء ببرنامج الخدمة الاجتماعية الطبية في مستشفى الملك عبد العزيز في تبوك، ومصدر هذه المعرفة، والكشف عن الخدمات والمساعدات التي يقدمها هذا البرنامج، ويتضمن هذا معرفة نوع الحالات التي يتعامل معها، والمقترحات التي يراها الأطباء مناسبة لتطوير هذا البرنامج، وتوصلت هذه الدراسة إلى: أن أكثر المبحوثين من الضحايا كانوا على معرفة مسبقة بوجود قسم مختص يمثل حالاتهم، وقد بلغت نسبة هؤلاء 53,33%، في حين بلغت نسبة الأطباء 78,8% من الذين وجدوا بأن قسم الخدمة الاجتماعية هو أكثر الأقسام بحثاً في أسباب هذا العنف الذي وصل له هؤلاء الضحايا، أما فيما يتعلق بمصادر معرفة الضحايا بوجود قسم مختص للبحث في مثل حالاتهم فقد جاءت استجاباتهم عن طريق معرفتهم المسبقة بنسبة 55,88% وبالمقابل جاءت معرفة الأطباء بوجود قسم مختص لهؤلاء الضحايا عن طريق قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بنسبة بلغت 36,67%.

وتوصلت هذه الدراسة إلى أن الخدمات التي يقدمها قسم الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف متنوعة وشملت ما نسبته 41,67% من الضحايا الذين تمت مقابلتهم في غرفهم، وذلك بسبب سوء حالاتهم وحظوا بخدمات معنوية بنسبة 46,67%، ودلت نتائج الدراسة إلى أن العنف النفسي المتمثل بالإهمال هو أكثر الحالات التي يتعامل معها هذا البرنامج، إذ بلغت نسبة المراجعين 55% وهذا يعني أن المرأة المتزوجة وغير المتزوجة والطفل الذكر والأنثى على حد سواء يتعرضون للعنف، وقد أوصت هذه الدراسة بتطوير هذا البرنامج، وذلك بالنسبة لوجهة نظر الأطباء عن طريق إلقاء محاضرات تطويرية للعاملين بالقسم وذلك بنسبة 63,3%.

من خلال دراسة آل مبارك نلاحظ أحد الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في المستشفيات وهي حالات العنف والإساءة والإهمال الموجه للمرأة والطفل، ونلاحظ من زاوية أخرى أهمية تطوير وتسويق مهنة العمل الاجتماعي للعاملين الصحيين، وذلك من خلال المحاضرات كون هذه المهنة جديدة وبحاجة للفت النظر لها، والعامل في المجال الصحي قد يرى نوعاً آخر من العنف والإهمال الموجه لكبار السن من المرضى المراجعين للمستشفيات قامت بإغفاله هذه الدراسة.

أوضحت هذه الدراسة من خلال رأي الأطباء ضرورة وجود وعقد محاضرات تثقيفية تزيد من وعي الكادر لأدوار وأقسام الخدمة الاجتماعية، وهذا ما ستلقت النظر له الدراسة الحالية في محاولة للتعرف على الأسلوب الذي يعمل على زيادة وعي وتفهم العاملين الصحيين بالدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في المؤسسة الطبية.

قامت المخامرة (2005) بإجراء دراسة تحمل عنوان: "العمل الاجتماعي بوصفه مهنة ناشئة في الشرق الأوسط: دراسة حالة معتمدة على التوزيع العرقي للأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات الأردنية".

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل الحالة الصحية ذات الصلة بمجال العمل الاجتماعي من أجل تطوير وفهم مكانة العمل الاجتماعي، وما هي التحديات بين فريق العمل الاجتماعي وأعضاء الفريق الطبي الآخرين وطبقت هذه الدراسة في الفترة بين عامين (2002-2003) على عينة من الأخصائيين الاجتماعيين من مستشفين أحدهما حكومي، والآخر عسكري ضمن دراسة نوعية تكونت من مجموعتين الأولى تجريبية والمجموعة الثانية ضابطة، وركز التحليل في هذه الدراسة على الجوانب الجندرية ذات العلاقة بالأمور المهنية وعلاقات العمل مع إشارات خاصة إلى أثرها في المستشفى، والعمل الاجتماعي به.

توصلت هذه الدراسة إلى أن العمل الاجتماعي يعد أو يؤخذ عليه الإنطباع بأنه شبه مهنة، أي إفتقار العمل الاجتماعي الطبي إلى الحكم الذاتي والسلطة، والاعتماد على غيرها من المهن، وأوضحت الدراسة إلى لجوء الأخصائيين الاجتماعيين إلى علاقات مع الزملاء من الأقسام الأخرى كالتريض للتعويض عن عدم الرضا داخل بيئة العمل، وقد بينت الدراسة من جهة أخرى أنه ومن خلال العمل في المجال العسكري قد يستمد الأخصائي الاجتماعي وضعه من خلال الرتبة العسكرية التي يشغلها، وقد تبين من خلال هذه الدراسة تأييد أفراد العينة ومن خلال خبراتهم بأن العمل الاجتماعي يؤخذ عليه الطابع النسوي أي أنه مهنة نسائية، كما وأظهرت دراسة المخامرة تأثير أنماط العلاقة والاتصال بين المريض وأسرته ونوع الأخصائي الاجتماعي، وذلك إنعكاساً للأفكار والمعتقدات الدينية، والمعايير الاجتماعية السائدة وأوضحت هذه الدراسة

من ناحية أخرى تأثير القيود المتعلقة بالميزانية والأمور المالية، ولجوء العاملين الاجتماعيين إلى الحلول والأفكار والمعتقدات الدينية مثل "نظام الصدقات والزكاة"، وذلك في سبيل التغلب على صعوبات العمل.

من ناحية أخرى أشارت هذه الدراسة إلى أن: نوع الأخصائي الاجتماعي يؤثر بطبيعة علاقته مع الأطباء والممرضين، حيث ينظر للمرأة وبإختلاف قطاعات العمل على كونها الشخص المرئوس، وأن الرجل هو الرئيس، وقد خلصت هذه الدراسة إلى وجود توتر بين الأخصائي الاجتماعي والأطباء، ناجم عن عدم وجود فهم وإدراك واضح لطبيعة عمل الأخصائي الاجتماعي، وأوضحت الدراسة بأن العاملين في المستشفيات الحكومية كانوا أكثر تهميشاً من العاملين في المستشفيات العسكرية، وذلك لعوامل إضافية سبق ذكرها، كما وأوضحت هذه الدراسة إلى وجود نقص وإفتقار في المعرفة المنهجية وتوفر التدريب الكافي الذي يحتاجه الأخصائيين الاجتماعيين من أجل تنمية قدراتهم الوظيفية.

من خلال هذه الدراسة نلاحظ العديد من النقاط ذات الأهمية التي لفتت النظر الباحثة لها مثل اللجوء إلى الصدقات والزكاة لتغطية النقص المالي، ومساعدة المرضى الفقراء، كما وتطرقت هذه الدراسة إلى الصراع بين العاملين الاجتماعيين وبقية أعضاء الفريق المهني من أطباء وممرضين، والناجم عن عدم فهم ووضوح دور الأخصائي الاجتماعي.

النتائج التي خلصت بها هذه الدراسة سيتم الاستفادة منها والإنطلاق بها من زاوية أخرى بحيث يتم تسليط الضوء على الأطباء لكونهم عينة الدراسة، كما وستكمل هذه الدراسة، دراسة المخامرة لكونها لم تتطرق للقطاع الخاص واقتصرت عينة البحث على القطاع العسكري والحكومي.

دراسة الشيباني (2006) بعنوان: "العوامل المؤثرة على أداء العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل المؤثرة على أداء الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في قسم الخدمة الاجتماعية بمجمع الرياض الطبي، وقد استخدمت هذه الدراسة منهج دراسة الحالة عن طريق المسح الشامل، وطبقت هذه الدراسة على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمجمع الرياض الطبي بقسم الخدمة الاجتماعية، والذين بلغ عددهم وقت إعداد الدراسة (15 أخصائي وأخصائية)، وقد أجاب على هذه الاستبانة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المركز.

إعتمدت الباحثة على التحليل الكمي، والتحليل الكيفي كما استخدمت الباحثة الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) وقد توصلت هذه الدراسة إلى نتائج من ضمنها: تنوع الخدمات التي يقدمها قسم

الخدمة الاجتماعية الطبية في مجمع الرياض الطبي بين الجانب العملي والتثقيفي، والترفيهي، وإن كان الاهتمام بالجانب العملي الذي يخدم المريض أكبر من الجوانب الأخرى، واختلاف الفئات التي يتعامل معها قسم الخدمة الاجتماعية، وكانت هذه الفئات موزعة بين حالات الأطفال، وحالات الطوارئ، وحالات الإيذاء المختلفة وحالات الفئات الخاصة والعمليات الجراحية، وحالات الفشل الكلوي، كما أشارت الدراسة إلى وجود صعوبات في تكوين علاقات مهنية مع المريض، ورغبته في الإسراع في العلاج، وعدم تقبله لفكرة الأخصائي الاجتماعي ووجود معوقات للممارسة المهنية خاصة بالنظام الإداري، وعدم تعاون الفريق الطبي، ومنها ما يعود للإعداد النظري والعملي للأخصائيين الاجتماعيين، وقد أوصت الباحثة من خلال نتائج هذه الدراسة بضرورة الإعداد المهني والتدريب للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في هذا المجال، وضرورة نشر الوعي والتثقيف من خلال المحاضرات والورشات العلمية التي يجب أن توجه للأطباء.

من خلال هذه الدراسة نلاحظ النقطة التي إنتهت منها والتي ستبدأ منها الدراسة الحالية وهي الكادر الطبي ومدى تفهمهم لمهنة الأخصائي الاجتماعي، وإقتناعهم بأهميتها، حيث لاحظنا إجماع عينة الدراسة على وجود صعوبات في التعامل مع الكادر الطبي، والذي بتأكيد ناجم عن عدم تفهم وإطلاع الكادر الطبي لأهمية وفاعلية الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي ضمن كادر العمل.

أجرت العواودة (تحت النشر) دراسة بعنوان: "معوقات عمل الأخصائي الاجتماعي في القطاع الطبي".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية والعائدة إلى المؤسسة نفسها، والمعوقات من قبل الأطباء، والمعوقات من قبل المرضى والمعوقات من قبل الأخصائي الاجتماعي ذاته، والتعرف على أكثر هذه المعوقات إسهاماً في عدم تطور هذه المهنة واشتمل مجتمع الدراسة على كافة المؤسسات الطبية العاملة الحكومية، وغير الحكومية في مدينة عمان والتي يتضمن الهيكل التنظيمي لها مسمى الأخصائي الاجتماعي، بغض النظر عن التخصص الأكاديمي للقائمين بأعمال الأخصائي الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (50) أخصائي اجتماعي، وقد تم أخذ العينة بطريقة المسح الشامل، وأداة الدراسة المستعملة هي الاستبانة.

توصلت دراسة العواودة إلى أن الأخصائي الاجتماعي يتعرض لمعوقات من جهات مختلفة، من قبل العاملين في المجال الصحي والمرضى، المعوقات من قبل المرضى تتمثل في عدم فهمهم لدور الأخصائي، وعدم تفهم الأهل لأبعاد المشكلة النفسية، كما أوضحت الدراسة رفض بعض المرضى وأسرهم مشورة الأخصائي الاجتماعي، أما فيما يتعلق بالصعوبات التي تواجه الأخصائي من قبل الأطباء فقد أوضحت

الدراسة بأن 64% من المبحوثين يعتقدون بأن الأطباء ينظرون لدور الأخصائي الاجتماعي بأنه يقتصر على المساعدات المادية.

المبحوثين ونسبة 58% يعتقدون بأن الأطباء يهملون الجوانب النفسية والاجتماعية في صحة المريض ونسبة 85% من المبحوثين يعتقدون بأن الأطباء يرون بأنه باستطاعة أي شخص القيام بالأعمال التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي، وأوصت الباحثة من خلال نتائج هذه الدراسة بضرورة العمل على عقد لقاءات واجتماعات دورية بين الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء، وتخصيص ميزانية خاصة لقسم الخدمة الاجتماعية والعمل على إعداد دورات تدريبية لرفع كفاءة الأخصائيين الاجتماعيين.

من خلال هذه الدراسة نلاحظ بأن الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال الصحي قد لا يحملون شهادات علمية تتناسب وطبيعة الدور الذي يجب أن يقوم به الأخصائي الاجتماعي، ونلاحظ ومن خلال ما توصلت له هذه الدراسة من جهة أخرى أن هنالك فهم غير واضح لطبيعة عمل ومهام الأخصائي الاجتماعي من قبل الأطباء، وستحاول الباحثة من خلال الدراسة الحالية الاستفادة من النقاط والموضوعات التي تم التطرق لها وتوظيفها للتعرف على مدى فهم الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي.

يتضح من الدراسات العربية السابقة التالي:

أولاً: التطرق لدور الأخصائي الاجتماعي الطبي من زاوية محددة، أو دوره ضمن مرض محدد، وتطرق بعض الدراسات للعمل الاجتماعي الطبي وإختيار عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم. ثانياً: لم تتطرق بالحديث عن مدى إدراك الأطباء لأهمية هذا الدور، وفاعليته ضمن الكادر الطبي الموجود في المستشفيات، حيث تطرقت بعض الدراسات إلى رأي الأخصائيين الاجتماعيين بمدى تفهم الأطباء لأدوارهم وهذا ما ستعكسه هذه الدراسة باختيار الأطباء كعينة للدراسة الحالية.

ثالثاً: تطرقت بعض الدراسات لبعض المشاكل التكيفية التي من الممكن أن تنتج عن الأمراض المزمنة مثل: التعلق الزائد بالألم، ورفض الذهاب إلى المستشفى، لتلقي العلاج ولكنها لم تتطرق الى دور الأخصائي الاجتماعي في المساهمة في علاج هذه المشكلات التكيفية بشكل موسع ومفصل.

وستحاول الدراسة الحالية إضافة وتوضيح المشاكل النفسية والاجتماعية التي من الممكن أن يعاني منها المرضى النزلاء في المستشفيات وبالتحديد أصحاب الأمراض المزمنة، والمرضى الذين تتطلب طبيعة مرضهم الإقامة في المستشفيات لفترات طويلة، وكذلك محاولة معرفة مدى إدراك الأطباء لهذا الدور،

وأهميته في محاولة للتوصل إلى أساليب وطرق تعمل على تفعيل مهنة الأخصائي الاجتماعي الطبي، وتزويد من إدراك وفهم الأطباء والعاملين الصحيين بشكل عام لأهمية وفاعلية هذا الدور.

2.5.1 الدراسات الأجنبية

أجريت العديد من الدراسات الأجنبية ذات العلاقة المباشرة، أو غير المباشرة بموضوع هذه الدراسة فمنها ما تطرق إلى المعايير التي يجب أن تتوفر في الأخصائي الاجتماعي الطبي، والآخر تطرق للأطباء والممرضين وعلاقتهم مع الأخصائيين الاجتماعيين، ومدى فهم كل منهم لمهنة الآخر، وبعض الدراسات تطرقت لأنواع مختلفة من الأمراض المهددة للحياة، ودور العمل الاجتماعي والأخصائي الاجتماعي الطبي مع المريض وأسرته، وفيما يلي أبرز هذه الدراسات.

قام برايس (Price 1989) بإنجاز دراسة بعنوان: "تمكين أطفال سرطان الدم قبل سن المراهقة والمراهقين".

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الطرق التي يتم تمكين المرضى الأطفال قبل سن المراهقة، وأثناء ذلك أثناء تلقيهم للعلاج كمرضى سرطان، وطبقت هذه الدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1988 على الأطفال في الفئة العمرية من (14-17) عام وكانت حجم العينة (2400 فرد)، واستخدم الباحث استبانة للإجابة عن تساؤلات الدراسة والمتمثلة في معرفة الصعوبات التي يعاني منها أفراد العينة وقد استخدم الباحث أسلوب تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لمعرفة أثر الحالة الصحية للطفل على مستويات الخوف، والقلق عند أفراد العينة، وتم الحصول على النتائج من خلال حساب التكرارات، أما تحليل معامل الارتباط فقد استخدم لتقييم العوامل المؤثرة على الخوف، والقلق لدى أفراد العينة.

أوضحت الدراسة أنه في كل عام يتم تشخيص (2400 شخص) قبل سن المراهقة وأثناءه في الولايات المتحدة الأمريكية، والأطفال في الفئة العمرية (من 14 إلى 17 عام) يواجهون في هذه الفترة

مشكلة مع الهوية الذاتية، والقدرة على التوافق مع المرض والأعراض المترتبة عليه مثل: قلة النشاط، والخوف، والقلق وما إلى ذلك، وتوصلت الدراسة إلى أن مرض اللوكيميا والتشخيص به له القدرة على التأثير على صورة الذات والحكم الذاتي وتأسيس الهوية، وذلك حسب النوع، وكذلك الشعور بعدم القدرة على المساعدة، وفقدان القدرة على السيطرة والضغوط، والشعور بالقلق.

كل هذه العوامل من الممكن أن تؤثر على تطور الأطفال ما قبل سن المراهقة والمراهقين، وبينت الدراسة أن الشعور بعدم السيطرة، وعدم القدرة على المساعدة قد تكون سبب للاكتئاب والضغط والإحباط وقد تكون جميعها عوامل تؤدي بالمريض إلى رفض العلاج، وتناول الطعام، وأشارت الدراسة أن دور الأخصائي الاجتماعي يكون في تمكين المريض، وتعليمه كيفية ممارسة نشاطاته والعناية بذاته، والتقليل من الاعتماد على الكبار، وإشعاره بالاستقلالية وتطوير طرق للتكيف مع الألم وإجراءات العلاج وأن يحترم الأخصائي الاجتماعي خصوصية المريض، وإشعاره بأنه صانع قرار، كما بينت الدراسة ضرورة دور الأخصائي الاجتماعي في التعليم الصحي، والدعم العاطفي.

من خلال هذه الدراسة يتضح لنا أن الأخصائي الاجتماعي يتعامل مع فئات عمرية في قمة الحساسية من ضمنها فئة المراهقين، حيث يجب على الأخصائي الاجتماعي الإلمام بالخصائص والحاجات لهذه الفئة والمشكلات النفسية، والاجتماعية التي من الممكن أن يعاني منها نتيجة تعايشه مع مرض مزمن مثل: السرطان حيث نلاحظ أن هذه النقاط أصبحت واضحة ومتفق عليها في المجتمعات الغربية، بينما ما زالت المجتمعات العربية والتي يعد المجتمع الأردني جزءاً منها بحاجة إلى من يلفت النظر لها، وهذا ما ستحاول الدراسة الحالية لفت النظر له من خلال أهمية العمل الاجتماعي مع المرضى ضمن الفئات العمرية المختلفة.

دراسة مكفوي (1990) Mcvoy بعنوان: "العلاقة بين الخصائص الشخصية للأسرة والأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة".

حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة خصائص المصابين بمرض كلوي مزمن من حيث التكيف السلوكي والتكيف الإنفعالي، وتكونت عينة الدراسة من (29 طفلاً مصابين بمرض كلوي مزمن)، وقامت أمهات الأطفال بتعبئة استبانة لتقييم أبنائهم في الجوانب المطلوبة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن عدداً كبيراً من الأطفال المصابين بمرض كلوي مزمن يعانون من مشاكل في السلوك التكيفي الإنفعالي، إلا أن هذا لا ينطبق على جميع الأطفال حيث أشارت النتائج إلى أن الأطفال المصابين بأمراض مزمنة مثل المرض

الكلوي لم يكونوا معرضين لنفس المشاكل في نموهم وأنه إتضح أنه للمجهود الذي تبذله الأمهات على أطفالهم أثر واضح في سلوك الطفل كما أنه خفف من آثار المرض، وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أهمية تدخل الأسرة لتقديم الدعم المناسب للطفل والناجم عن الظروف التي يمر بها نتيجة معاناته من مرض مزمن. ونعود ونعلق على نتائج هذه الدراسة بضرورة وجود شخص يتمتع بالخبرة العملية والعلمية قادر على دعم الطرفان أي المريض والأسرة وهو: الأخصائي الاجتماعي الطبي.

قام جولاي (1998) Julie بدراسة تحمل عنوان: "مدى فهم كل من الممرضين والأخصائيين الاجتماعيين لطبيعة مهنة الآخر".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فهم وتقبل كل من الممرضين والأخصائيين الاجتماعيين لأدوار بعضهم البعض ضمن عينة متساوية من الفئتين في مستشفى في بريطانيا، وقد تمت الدراسة عن طريق المقابلة لأفراد العينة، وأوضحت هذه الدراسة وجود غموض لأصحاب المهنيتين حول دور كل منهما تجاه المريض في المستشفى، وأما بالنسبة للأسباب الناجمة عن هذا الغموض فقد أوضحتها الدراسة بأنها ناجمة عن اللغة التي يعبر بها أصحاب المهنيتين عن طبيعة عمله، واستخدام فلسفات وقيم مختلفة أثناء تزويد الرعاية الصحية، وقد أوصت الدراسة من خلال إجماع أفراد العينة على ضرورة إيجاد وسائل إتصال قوية وفعالة تعزز فهم عمل كل من الطرفين تجاه الآخر، وتحديد وتنظيم مقابلات رسمية ضمن إطار العمل من أجل تقاسم المعرفة، وتعزيز الشراكة.

من خلال هذه الدراسة نلاحظ أن الأخصائي الاجتماعي وعلاقته بأعضاء فريق العلاج سواء أكانوا أطباء أم ممرضين هم بحاجة مستمرة للعمل، والمثابرة من أجل إثبات دوره وتوضيحه، وهذا ما ستعمل الدراسة الحالية التركيز عليه باختبار أهمية الأخصائي الاجتماعي الطبي والأدوار التي يقوم بها.

دراسة ليبزينج (2002) Leipzig, et al. "موقف مزودي الخدمات الصحية نحو العمل ضمن فريق متعدد المهام: دراسة مقارنة".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات كل من الأطباء، الممرضين والأخصائيين الاجتماعيين نحو العمل ضمن فريق متعدد المهام مع المرضى كبار السن، وطبقت الدراسة في مركز تعليم طبي في الولايات المتحدة الأمريكية في واشنطن ضمن عينة مكونة من (591 عامل صحي في مجال طب الشيخوخة)، بحيث إحتوت على طلبة خريجين من كلية الطب في السنة الثانية (أطباء مقيمين) وممرضين

متقدمين، وأخصائيين اجتماعيين حاصلين على شهادة الماجستير، وجميعهم يتلقون التدريب مع المرضى كبار السن.

طبقت الدراسة في الفترة من (1997-1999) وكانت أداة جمع البيانات هي الاستبانة التي وزعت على جميع أفراد عينة الدراسة، وتطُرقت هذه الدراسة لأدوار مختلفة من الواجب القيام بها مع المرضى كبار السن ضمن الفريق متعدد المهام ومنها: تعليم المرضى وتنقيفهم، وتحسين وتقديم نوعية جيدة من الخدمات باختلاف أنواعها (طبية، تمريضية اجتماعية) والعمل على تطوير اختبارات تقيس مدى أداء الصحة العقلية، ومستوى الإكتئاب والأداء الوظيفي لكبار السن، وذلك ضمن العمل بفريق متعدد المهام لتحديد نوعية الخدمات التي يجب أن يزود بها المرضى كبار السن.

توصلت هذه الدراسة إلى أن: معظم أفراد عينة البحث أيدوا بأنهم فريق عمل يعملون من أجل مصلحة المريض وعدم إضاعة الوقت، وبعثرة الجهود دون أثر ملموس، وفيما يتعلق بالأطباء وبمقدار أو بخط ثابت كان تأيدهم أقل بالمقارنة مع عينة التمريض والعمل الاجتماعي، وفيما يتعلق باستجابات الممرضين والأخصائيين الاجتماعيين ونسبة 73% أيدوا أهمية التعاون مع الطبيب كفريق متعدد المهام وإعترفوا بأهمية النتائج وفعاليتها لما فيه مصلحة المرضى، وكانت نسبة 44% من الأخصائيين الاجتماعيين و47% من الممرضين فقط أيد أن الهدف الأساسي والأهم للفريق هو: مساعدة الطبيب في تحقيق وإنجاح هدف العلاج للمرضى، ونسبة 80% من الأطباء أيد فكرة طبيعة عمل الممرضين والأخصائيين الاجتماعيين كمساعدين في تحقيق أهداف العلاج.

الأخصائيين الاجتماعيين المتدربين ونسبة 35% والممرضين بنسبة 40%، أيدوا بأن للطبيب الحق في تعديل وتصميم وتطوير خطة الرعاية الصحية المقدمة للمريض بمفرده، وبناءً على ما توصلت له هذه الدراسة فقد أوصت بضرورة عقد برامج تدريبية لجميع أعضاء المهن السابقة، وتعليمهم المهارات والإيجابيات حول أهمية العمل ضمن فريق متعدد المهام، وأهمية إعراف وتقدير فاعلية عمل كل فئة في سبيل مصلحة المريض وتقديم خدمة ورعاية صحية ذات جودة وكفاءة عالية.

هذه الدراسة لفتت النظر إلى الترتيب البيروقراطي الذي يسود هيكلية وإدارة المؤسسات الطبية بحيث يتربع الطبيب على عرش القمة تليه المهن الأخرى، وقد لفتت النظر إلى ما هو معتاد عليه تجاه المريض بأن يكون الطبيب صاحب القرار الأول والأخير لكل ما يتعلق به.

الدراسة الحالية ستعمل على تسليط الضوء حول بعض النقاط التي تعكس وجهة نظر الطبيب مثل من هو صاحب القرار الأول والأخير تجاه المريض وقضاياها المختلفة؟ وهل يتقبل الطبيب مشاركة الأخصائي الاجتماعي القرارات المتعلقة بالمرضى؟.

أجرى جولاي (2003) Julie دراسة بعنوان: "فهم التعاون بين الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء".

هدفت هذه الدراسة والمبينة على جمع معلومات نوعية إلى التعرف على مدى فهم الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين لدور أو لنظرة كل منهما تجاه عمل الآخر، وتكونت عينة الدراسة من (50 طبيب، و54 أخصائي اجتماعي طبي، من 12 مستشفى يعملون في أقسام العناية الحثيثة في مدينة نيويورك)، وهم ضمن بيانات ومجتمعات مختلفة، وقد تم تصميم استبانة موجهة للأطباء وأخرى موجهة للأخصائيين الاجتماعيين، بحيث اشتملت على أسئلة تخدم أغراض الدراسة، وتهدف لقياس ومعرفة اتجاهات وموضوعات مختلفة مثل: من هو الشخص المسؤول عن إصدار القرارات المتعلقة بالمريض؟ وما هي وسائل الاتصال بين المريض وفريق العلاج؟ وبين الطبيب والأخصائي الاجتماعي؟ ومن هو الأخصائي الاجتماعي الطبي؟ وما هو الدور الذي يقوم به؟.

وتوصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج ومنها: أن الطبيب ينظر للأخصائي الاجتماعي بأنه شخص يقدم خدمة إضافية، وأنه لا يتقبل دور الأخصائي الاجتماعي كمرشد ويقدم خدمات إرشادية أساسية للمريض وأسرته، وأيد أفراد عينة الدراسة من الأطباء دورهم كصانعي قرار، فقد بينت الدراسة تأييد الأخصائيين الاجتماعيين وإجماعهم وجود تسلط وقرارات غير منطقية، ووجود إهمال غير مبرر لدور الأخصائي الاجتماعي من قبل الطبيب، وأجمعت عينة الدراسة من الأخصائيين بوجود تقيد في العمل ناجم عن سلطة وقرارات الطبيب المسؤول عن الحالة، وقد أوصت الدراسة: بضرورة توزيع نتائجها على عينة الدراسة في سبيل نشر الوعي والتنقيف وتطبيق ما تم التوصل إليه، وضرورة التأكيد على الخبرة والتعليم المهني للأخصائيين الاجتماعيين، وما لذلك من دور فعال في إثبات جدارة العاملين الاجتماعيين أمام الأطباء، وأهمية تعليم وتنقيف الأطباء وبصورة مستمرة لدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي مع المريض وأسرته، وما هي الإنجازات والخدمات التي تقدم لمرضاها، وضرورة العمل على تعديل اتجاهات الأطباء السلبية لدور الذي يقوم به الأخصائيين الاجتماعيين.

هذه الدراسة تطرقت لمواضيع بغاية الأهمية تجاه كل من الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين، حيث يجب أن يتم التعرف على هذه النقاط وتوظيفها من خلال الاستبانة، وستعمل الدراسة الحالية على الاستفادة

من النتائج التي تم التوصل لها، وقياسها على بيئة المجتمع الأردني في سبيل التعرف على نقاط التلاقي بين الدراسات والوصول إلى نتائج وتوصيات تثري المهنة، وتقلل من الاتجاهات السلبية نحوها.

دراسة جيرنج (2003) Gearing "الخبرات والنتائج للأخصائيين الاجتماعيين في بيئة أقسام الأطفال المتأثرين والمصابين بمرض "سارس".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على خبرات الأخصائيين الاجتماعيين، وكيفية بنائها في البيئات التي تنسم بالأزمات المرضية، وذلك في محاولة إفادة الأخصائيين الاجتماعيين منها في المستقبل عند التعامل مع أمراض مشابهة، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن الأعمال والخدمات التي كان يقدمها الأخصائيين الاجتماعيين موزعة بين المريض وأسرته، وكانت متمثلة في الدفاع عن حقوق المريض وعائلته، وتقديم المعرفة والمعلومات الضرورية حول المواضيع التي يحتاجونها، والنقاش والإتصال المفتوح، وإستخدام وتطبيق المعايير الأخلاقية في دعم الأهل، والتدخل في الأزمات، وتوضح الدراسة أن مرض سارس هو: (مرض معدي يصيب الرئتين وينتقل بواسطة الرذاذ)، وأن أول حالة سجلت لهذا المرض كانت في عام (2003) في الصين، وخلال أربع شهور كان قد إنتشر المرض بين (8000 شخص في 32 دولة خلال أربع شهور)، وخلال هذه الفترة توفي (800) شخص بهذا المرض، وفي عام (2005) أشارت منظمة الصحة العالمية إلى نمو المرض، مما كان له الأثر في قلق العاملين الصحيين ومقدمي الخدمات.

إشتملت عينة الدراسة على جميع الأخصائيين الاجتماعيين الذين مارسوا خبرات عملية مع مثل هذا النوع من المرضى في مستشفى تورنتو في كندا خلال عام (2003) من شهر أذار، حيث اشتملت العينة على 39 مستشفى، و 48 أخصائي اجتماعي عامل في هذه المستشفيات)، وإشتملت العينة على (19 أخصائي اجتماعي تعامل مع حالات المرض)، وكانوا حاصلين على درجة الماجستير في العمل الاجتماعي، واحتوت العينة على (13 أخصائي إجتماعي من فئة الإناث و6 من الذكور)، والأعمار تراوحت بين (26-55) عام، والخبرات العملية في مجال العمل الاجتماعي الطبي لهذه الفئة كانت بنسبة 7,8%.

صممت أسئلة الاستبانة لهذه الدراسة لقياس مدى فهم الأخصائيين الاجتماعيين لدور الفريد الذي يلعبونه مع المرضى وأسرههم مثل: تعليم إستراتيجيات التكيف للمريض وأسرته، وتعليم مستويات ومهارات التواصل والإتصال للمريض مع الآخرين في ظل الظروف المرضية الجديدة لكونه مرض معدي، وخاصة

في المراحل الأولى للمرض، حيث أن هذا المرض يتوجب إجراءات إحتياطية تجنب الأخصائي الاجتماعي والعاملين الصحيين، والأسرة خطورة العدوى، والعمل في سبيل الدفاع والمحاماة عن حقوق المريض وعائلته، وتعليم المريض وعائلته حول كل ما يتعلق بالمرض، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن للأخصائي الاجتماعي دور مهم وفريد في العمل مع الحالات الوبائية مع المريض وأسرته والطاقم الصحي.

أما بالنسبة للمقترحات التي أوصت بها الدراسة فهي التنظيم المهني، والأدوار الفردية مثل: تعليم مهارات للأخصائيين الاجتماعيين لإيجاد التوازن، والتخلص من الضغوطات الناجمة عن التعامل مع مثل هذا النوع من الأمراض، وتعليم الأخصائيين الاجتماعيين مهارات إضافية ليعلمونها للمرضى مثل مهارات التكيف المؤثرة والقدرة على التأقلم، وتعلم مهارات التحدي والمواجهة، والتعامل مع عوامل الخطورة، والتركيز على تعلم مهارات وسياسات التعامل مع المرضى في المستشفى، وذلك لحمايتهم من العدوى.

نلاحظ من خلال هذه الدراسة مدى خطورة العمل الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي فنلاحظ من زاوية أهمية الأخصائي الاجتماعي الطبي لمثل هذا النوع من الحالات وأسرهم، ومن ناحية أخرى خطورة هذا العمل على الأخصائي الاجتماعي أثناء تأديته لواجبه، ومن خلال هذه الدراسة سنحاول معرفة مدى إلمام الأطباء لهذا الدور وأهميته، وخطورته.

قام جادالا (2007) Gadalla بإجراء دراسة بعنوان: "مرض السرطان: استخدام الخدمات الاجتماعية في كندا (الإنتشار لمحطة عن الخدمات، والتنبؤ للمستخدمين)".

هدفت هذه الدراسة إلى فحص ومعرفة خصائص المستفيدين المرضى من الخدمات الاجتماعية في كندا بالمقارنة مع عينة أخرى من المرضى غير المستفيدين، وأخذت البيانات من عينتين من المرضى عن طريق المسح الصحي، وإشتملت عينة الدراسة على مجموعتين حجم المجموعة الأولى: 2,703 والمجموعة الثانية 2,821 من المرضى الذين يتعايشون مع السرطان في الفترة من (2000-2003م).

عدد المرضى الكنديين والذين تم إستشارة الأخصائيين الاجتماعيين لهم ولقضايا مختلفة تخص التعليم الصحي والدعم العاطفي، والصحة العقلية كان يتزايد وذلك من 31,005 قبل الدراسة إلى 36,427 أثناء مدة الدراسة، وركزت هذه الدراسة على أهداف رئيسية وهي: معرفة ما هي نسبة المرضى الذين يعانون من السرطان في كندا والذين يتلقون خدمات إجتماعية بسبب المرض؟ وما هي خصائص مرضى السرطان مستخدمي الخدمات الاجتماعية، بالمقارنة مع المرضى غير مستخدمي الخدمات الاجتماعية؟.

وقد صممت استبانة تقي بأغراض هذه الدراسة لتقييم أسباب مراجعة، ورغبة المرضى في أن يتابعهم الأخصائي الاجتماعي، وتوصلت الدراسة إلى أن استخدام الخدمات الاجتماعية يعتمد على عدة عوامل منها العمر، النوع، الحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل .

حيث بينت الدراسة إلى أن استخدام الخدمات الاجتماعية تكون عند الإناث أعلى منها لدى الذكور أما بالنسبة للعمر فقد بينت الدراسة أنه كلما كان العمر أقل كلما كان الإقبال على الخدمات الاجتماعية أكبر، وبالنسبة لعينة الدراسة فقد كان الإقبال على الخدمات الاجتماعية للفئة العمرية (الأقل من 50 عام) هي الأكبر بالمقارنة مع الفئة الأكبر عمراً، أما بالنسبة لمستوى الدخل فأصحاب الدخل الأقل، والمنخفض هم الأكثر إقبالاً على الخدمات الاجتماعية، وعن الحالة الاجتماعية فقد بينت الدراسة إلى أن الأشخاص الذين يعيشون لوحدهم أو ضمن علاقات اجتماعية محددة (الشبكة الاجتماعية) كانوا هم الأكثر استخداماً للخدمات الاجتماعية.

أوضحت الدراسة إلى أن العوامل التي تحد من قلة استخدام الخدمات الاجتماعية من قبل المرضى تعود إلى الشعور بالآلم الناجم عن المرض، أو الإكتئاب، وأوصت الدراسة بضرورة تزويد هذه الفئات بالخدمات الاجتماعية، وحاجتها إلى الدعم، وضرورة وأهمية الدور الذي يلعبه الأخصائي الاجتماعي مع مرض السرطان.

نلاحظ من خلال هذه الدراسة إلى أن الفئات الأقل حظاً من المرضى، والفئات ذات الشبكة الاجتماعية الأقل والمستوى الإقتصادي المتدني، أي الفئات الضعيفة في المجتمع والتي تعاني من المرض هي الأكثر حاجة للخدمات التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي، ونلاحظ أن للأخصائي الاجتماعي الطبي دوراً لا يمكن تجاهله في حصول المريض على الإعفاءات والتخفيضات المالية، والتي تترتب عليه نتيجة العلاج، وهذا ما سنتطرق له من خلال تسليط الضوء عليه بين ثنايا الدراسة الحالية، كما ونلاحظ الرابط والعوامل المشتركة بين الطبيب والأخصائي الاجتماعي من حيث ظروف المريض ووضع الصحي وضرورة إلمام الأخصائي الاجتماعي بها حتى يكون قادراً على التدخل وتقديم الخدمات الاجتماعية العلاجية في الوقت المناسب، حيث أن الطبيب والأخصائي الاجتماعي وبقية أعضاء الفريق العلاجي هم فريق متكامل يكمل عمل كل منهم الآخر.

يتضح من الدراسات الأجنبية السابقة وجود عوامل مشتركة بينها وهي:

- أولاً: تناولها لموضوع العمل الاجتماعي من جوانب متعددة.
- ثانياً: تطرق بعض منها لدور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل مع حالات مرضى السرطان.
- ثالثاً: تطرق بعض هذه الدراسات الى مدى إدراك الأطباء والعاملين الصحيين لأهمية الدور الذي يلعبه الأخصائي الاجتماعي الطبي، أو ماهية التعاون بين أعضاء فريق العمل ضمن واجبات ومسؤوليات متعددة المهام تخدم مصلحة المريض.
- رابعاً: نلاحظ وباختلاف الثقافات والمجتمعات تواجد الطبيب على قمة الهرم الطبي، ووجود تساؤلات وعلامات إستقهام حول أهمية الأخصائي الاجتماعي في المؤسسة الطبية، وما هو الدور الذي يقوم به.
- خامساً: معظمها اتفق على أهمية وجود أخصائي اجتماعي يعمل مع الأسرة والمريض.
- سادساً: جميع الأمراض التي تم التطرق لها هي أمراض مزمنة.

3.5.1 ما ستضيفه الدراسة الحالية إلى الدراسات السابقة

ستحاول الدراسة الحالية إضافة وتوضيح دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في البيئة الأردنية على عينة من مستشفيات تابعة لجهات حكومية، وخاصة، والتي بدورها تتعامل مع مرضى من فئات مختلفة يتوجب تلقينهم لرعاية الاجتماعية، وستحاول هذه الدراسة التعرف على الصعوبات والتحديات التي تواجه مهنة العمل الاجتماعي في المجال الطبي، والإطلاع على مدى إدراك الأطباء لهذا الدور.

1.6 تساؤلات الدراسة

- تحاول هذه الدراسة طرح التساؤلات التالية والإجابة عليها:
- أولاً: ما هو الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات من وجهة نظر الأطباء؟
- ثانياً: ما هي الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في القطاع الطبي أثناء تأديته لدوره؟
- ثالثاً: ما مدى تفهم الأطباء لأهمية الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات؟

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

1.2 علاقة العمل الاجتماعي بالمؤسسة الطبية

يؤخذ بالعادة على مهنة العمل الاجتماعي ومن خلال ما لاحظناه من نتائج خلصت بها دراسات سابقة بأنه شبه مهنة، وحتى نوجز في الشرح فإنه ومن المؤكد أنه حتى يتسم العمل الاجتماعي بالمهنية فإنه يجب أن يطبق ضمن إطار مؤسسي، ومن جهة أخرى وعند الحديث عن علاقة العمل الاجتماعي بالمؤسسة الطبية فإن تعريفنا للمرض، وتأكيدنا على تكامل جوانبه الصحية، والجسدية، والنفسية يجعلنا ندرك أن الأخصائي الاجتماعي فرداً ضمن فريق العلاج المقدم للمريض، وجب تواجده في هذه المؤسسة.

وعند الحديث عن خصائص المؤسسة الطبية فنلاحظ بأنها تتسم وخاصة في المصحات والمستشفيات بتعدد أقسامها، وكثرة عدد العاملين بها، مع إختلاف تخصصاتهم ومسؤولياتهم، ومن الطبيعي وأنه كلما ازداد حجم المؤسسة الطبية تعددت بالتالي أقسامها وتعددت إجراءاتها، وإدارتها المختلفة، ومن الملاحظ أن المؤسسة الطبية تتسم بطابع يميزها عن غيرها من المؤسسات والهيئات الاجتماعية التي يعمل بها الأخصائيون الاجتماعيون في المجتمع، فهي وحدة من نمط خاص يكسبها مظهر المرضى وأنتهم والأمهم طابعاً مختلفاً عن المؤسسات الاجتماعية الأخرى، كما أن رائحة الدواء والمطهرات، ولون الملابس والأسرة، يجعل منها نموذجاً مختلفاً يكسبها وضعاً نفسياً خاصاً بها (النماس، 2000).

في الجزء السابق وعند تطرقنا للمشكلات الناجمة عن المرض وبإختلاف أنواعها وتداخلها، فقد لاحظنا أن المشكلات الاجتماعية هي واحدة من أهم الصعوبات والمعوقات التي من الممكن أن تتجم عن المرض، ومن هنا فنحن نلاحظ أن الطبيب يقوم بعلاج المريض من الناحية الطبية، وذلك بالتعاون مع أعضاء الفريق العلاجي من ممرضين وفنيين أشعة... الخ، وفي هذه الفترة نلاحظ بأن المشكلات الاجتماعية والصعوبات التي نتجت عن المرض هي الوظيفة الملقى على عاتق الأخصائي الاجتماعي الطبي، والذي هو أحد مكونات الفريق المهني في المؤسسة الطبية.

ومن الجدير بذكره في هذا السياق وعند الحديث عن مهام ونطاق عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي التنويه إلى أن: "الأخصائي الاجتماعي الطبي لا يتصدى لحل المشكلات التي يعاني منها المريض ولكنه يتصدى ويتعامل مع المشكلات التي ترتبط ارتباطاً مباشراً بطبيعة المرض، أو العلاج، وهو ما نطلق عليه: (المكونات الاجتماعية للمرض) (مخولوف، 1999، ص: 89).

وعند التطرق للعمل الاجتماعي وعلاقته بالمؤسسة الطبية فإننا نذكر الآتي:

أولاً: أن نسق العمل الاجتماعي في المؤسسة الطبية ليس وحدة مستقلة منفصلة، ولكنه جزء من إدارة المؤسسة الطبية، فهو عنصر مكمل للمكون الرئيسي، وهو جزء من إدارة المؤسسة الطبية التي تسعى لتقديم خدمة متكاملة للمريض وأسرته، والأخصائي الاجتماعي يساهم بدوره ليكمل عمل الفريق المهني في المؤسسة المكونة من الأطباء، وهيئة التمريض، وأخصائيي العلاج الطبيعي، والأشعة، والمختبرات،... الخ (ناشد، 1969).

ثانياً: إن دور الأخصائي الاجتماعي يرجع بأهميته الحقيقية المُسلم بها من أن صحة المريض تتوقف بدرجة كبيرة على حالته الاجتماعية والنفسية الخاصة به (النماس، مرجع سابق، 2000).

ونحن نلاحظ بأن الطبيب في الغالب ما يركز على صحة المريض، ونوع المرض وأعراضه الجسدية بينما يركز الأخصائي الاجتماعي إهتمامه على النواحي النفسية، والاجتماعية للمريض وأسرته وذلك بناءً على ردود أفعال المريض وأسرته، والتصرفات والسلوكيات المرتبطة بذلك، ومن هنا جاء التأكيد على أهمية النواحي السابقة مجتمعة، وعدم القدرة على فصل جزء عن الآخر، أي أن كل عضو من أعضاء فريق العلاج يكمل عمل الآخر.

ثالثاً: إن الفراغ الذي يشعر به المريض أثناء وجوده في المستشفى في الأقسام الداخلية، وخاصة إذا كانت فترة العلاج طويلة، يجعل المريض يفكر في همومه وأعبائه لدرجة قد تسوء حالته، وهذا يستلزم تنظيم برامج خاصة لتخرجه من وحدته ووساوسه، حتى لا تتعرقل خطة العلاج الطبي، ومن هنا تبرز أهمية نسق العمل الاجتماعي وضرورته لإقامة مثل هذه البرامج وتنظيمها (بشير وفهمي، 1982).

رابعاً: تتضح علاقة العمل الاجتماعي في المستشفيات من خلال علاقتها بالبيئة الخارجية، ومؤسسات المجتمع الخارجي، وذلك بواسطة الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل على إستمرارية التواصل، وربط المؤسسة الطبية بالمجتمع الخارجي، ومؤسساته المختلفة (مزاوهره وآخرون، 2001).

ومن الملاحظ إرتباط المريض بالمؤسسات الطبية والاجتماعية المختلفة ذات العلاقة بطبيعة مرضه وذلك بناءً على حاجاته المترتبة عن المرض، فيحتاج المريض إلى من يرشده إلى مراكز تلقي الخدمات، ومراكز الدعم الخاص بوضعه، ومن الأمثلة على ذلك: المؤسسات التي تقدم الأجهزة والوسائل التعويضية كالأطراف الصناعية، أو تقدم مساعدات إقتصادية، وخصومات للمرضى المستفيدين من خدماتها.

خامساً: إن طبيعة التأمينات ومصادر نفقات العلاج الطبي تجعل للأخصائي الاجتماعي دوراً وعلاقة بين المؤسسة الطبية، والمرضى المستفيدين من خدماتها، وذلك من خلال محاولته مواجهة الظروف وتذليل الصعوبات التي تعترض إستفادة المريض من العلاج المقرر له (Malugin, 2007).

سادساً: جو المستشفى وما يتسم به من رهبة و غرابة يستلزم وجود أشخاص متخصصين في جعل المريض أكثر إستقراراً من الوجهة النفسية، وتبصير المريض بالخدمات المتاحة في المؤسسة الطبية والتي من الممكن ان تقدم له (مزاوهره وآخرون، مرجع سابق، 2002).

2.2 علاقة الأخصائي الاجتماعي بالطبيب

يعد الطبيب المسيطر، وصاحب القرار الأول والأخير فيما يتعلق بالمريض، وقضاياه المختلفة، وقد إعتاد الجميع وأقر بذلك، لما توارثه الأبناء عن الآباء، بحيث أصبح هذا الدور ورئاسة الهرم الطبي موضوع أجمع عليه أفراد المجتمع وأقروا به، ومن خلال ما إعتاد عليه الأطباء وتوارثوه من معتقدات فإن دور الأخصائي الاجتماعي الطبي لا بد أن تعثره الصعاب، ويواجه تحديات مختلفة قد يكون الطبيب إحداها. لقد ظل الأطباء ولسنين طويلة هم المهيمنون الوحيدون على علاج المريض، وكل ما يتعلق به ويخصه حيث يقصد المرضى الأطباء في المؤسسات الطبية المختلفة، طالبين حلاً لمشكلاتهم الصحية، ولهذا نجد فريق العمل في المؤسسات الطبية يأخذ شكلاً رأسياً، يتربع الطبيب على قمته، ويلقي أوامره على باقي أعضاء الفريق المهني من الأعلى إلى الأسفل (زيتون، 1995).

من هنا فإن موقع الأخصائي الاجتماعي تبعاً لذلك يعد في غاية التعقيد، لأنه دخل المجال الطبي متأخراً بالإضافة إلى أنه ما زال الكثير من الأطباء ينظرون إلى الأخصائي الاجتماعي على أنه الشخص ذو القلب الرحيم والهادف إلى فعل الخير، ومن الملاحظ وأثناء عمل الأخصائي الاجتماعي في هذا المجال تفاوت أعضاء الفريق الطبي أنفسهم من حيث إيمانهم بأهمية عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي، ووضوح الدور الذي يقوم به، وعلى قدر إيمان وإعتراف الأطباء بهذا الدور يكون دور الأخصائي الاجتماعي متراوحاً في فاعليته، فحيناً مهماً وحيناً آخر مفعلاً.

إن طبيعة العلاقة بين الطبيب، والأخصائي الاجتماعي هي علاقة مهنية، تهدف إلى وضع خطة علاجية متكاملة للمريض وأسرته، حيث تكون حاجة الطبيب للأخصائي الاجتماعي بها من أجل الكشف عن أحوال

المريض الاجتماعية والاقتصادية، ومستواه الثقافي، والظروف الأسرية، ويعمل الأخصائي الاجتماعي مع المريض في محاولة لمساعدته على تقبل خطة العلاج الطبي، والالتزام في تنفيذها (المليجي، 2006). كما ويعمل الطبيب على تزويد الأخصائي الاجتماعي بأنواع المساعدات الطبية التي يحتاجها المريض إضافة إلى أن الأخصائي الاجتماعي بحاجة للطبيب لمعرفة ألوان المعرفة الطبية التي توضح له الموقف المرضي بشيء من الدقة والشمولية (غرايبة، 2008).

3.2 دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي

إن الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات ينبع من تلك الاحتياجات الاجتماعية والنفسية للمريض، فيعمل الأخصائي الاجتماعي عند ممارسة أدواره داخل المؤسسة الطبية على تطبيق طرق العمل الاجتماعي الثلاث (فرد، جماعة، تنمية مجتمع) وذلك بحسب وضع المريض والطرق الفعالة التي من شأنها تحسين وضعه النفسي والاجتماعي، ومن هنا فإننا نلاحظ بأن عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي يتمثل بالآتي:

أولاً: تعليم المريض وتنقيفه من الناحية الصحية، وتزويده بجميع المعلومات والكتيبات الخاصة بطبيعة مرضه.

ثانياً: فتح ملفات خاصة بكل مريض تتضمن المعلومات الخاصة بمرضه وظروفه الاجتماعية، وأساليب العلاج وحالته الاقتصادية، وظروف عمله (القرني، 2007).

ثالثاً: التعرف على حاجات المريض ومشكلاته، وقدرته على حلها ومواجهتها بنفسه، والكشف عن درجة حاجته للأخصائي الاجتماعي، ومحاولته لمس المخاوف التي تعترى المريض والعمل على مساعدته حتى يتخلص منها بحيث لا تكون عاملاً من عوامل تأخره في العلاج والشفاء (غرايبة، مرجع سابق، 2008).

رابعاً: تقديم المساعدة لبعض الحالات التي تتطلب تدخل الأخصائي الاجتماعي مثل: إقناع المريض بإجراء عملية جراحية.

خامساً: توضيح حالة المريض وشرحها للأسرة، وذلك في الحالات التي تتطلب إحتياطات خاصة لمنع إنتقال العدوى.

سادساً: تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريض، والعمل على رفع روحه المعنوية.

سابعاً: العمل ضمن الفريق المهني الذي يقدم الخدمة الصحية للمريض، وتزويدهم بالبيانات النفسية والاجتماعية ذات العلاقة بالمريض، وأسرته (خاطر، 1998).

ثامناً: التعاون مع المؤسسات والهيئات المختلفة ضمن المجتمع الخارجي، في سبيل حل بعض المشكلات المتعلقة بالصحة والمرض، والعمل على سد النقص في الموارد والخدمات التي يحتاجها المريض، أو أسرته (عبيد وجودت، 2001).

حيث يعمل الأخصائي الاجتماعي وبواسطة نظام التشبيك على الاستفادة قدر الإمكان من موارد المجتمع ومؤسساته والتي تصب في صالح المريض وأسرته، فيعمل الأخصائي الاجتماعي على الإلمام بالأنظمة والقوانين التي تسمح بالاستفادة من هذه المؤسسات، فعلى سبيل المثال: يعمل الأخصائي الاجتماعي على الإلمام بقوانين العمل والعمال، وحقوق العاملين الناجمة عن الإصابات المهنية، فيعمل على تبصيرهم بهذه الحقوق من جهة ويعمل على إرشادهم إلى المؤسسات الراعية والداعمة من جهة أخرى فهو يمثل دور المحامي، والمدافع عن المريض وأسرته وحقوقهم، ولا يكتفي الأخصائي الاجتماعي بالتحويل لهذه المؤسسات، بل يبقى على تواصل معها في سبيل ضمان حصول المريض وأسرته على الخدمة التي يحتاجون، ويعمل على التأكد من أن المريض وأسرته يعيشون حياة كريمة، وضمان حصولهم على أكبر قدر من الرفاه الاجتماعي.

تاسعاً: يعمل الأخصائي الاجتماعي على توعية وتنقيف المريض وأسرته، والمشاركة في حملات التوعية للمجتمع الخارجي، والأيام الطبية المجانية، التي تستهدف الفئات المستضعفة والأقل حظاً في المجتمع الخارجي.

عاشراً: يقوم الأخصائي الاجتماعي في المستشفيات بالمساعدة في بعض الأعمال الإدارية ذات الصبغة الاجتماعية مثل: الإتصال بالأسرة، أو مكان العمل الخاص بالمريض أو المدرسة (عبيد وجودت، مرجع سابق، 2001).

ويتضح ذلك جلياً من خلال الممارسة العملية بحاجة الأخصائي الاجتماعي الطبي للإتصال ببيئة المريض المدرسية، في محاولة لشرح ظروف المريض النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض، أو في سبيل التواصل بين المريض وزملائه كنوع من الدعم النفسي له، وقد يعمل الأخصائي الاجتماعي على زيارة الصف الدراسي للطفل المريض محاولاً تعديل بعض الإتجاهات السلبية للبيئة الصفية، كالإبتعاد عن المريض لإعتقاد زملائه بأن مرضه هو مرض معدي، ومن الأسباب الأخرى التي توجب الإتصال مع البيئة

المدرسية هو تبرير غياب المريض عن المدرسة، وإقتراح أساليب تعاون مشترك مع المدرسين والإداريين في سبيل تعويض ما فقده الطالب من دروس وحصل مدرسية.

وقد يمتد دور الأخصائي الاجتماعي إلى التواصل مع وزارة التربية والتعليم وعقد شراكة في سبيل إنتداب مدرسين للعمل ضمن بيئة المستشفى، وتدريب الأطفال والذين يتطلب طبيعة مرضهم الإقامة ولفترات زمنية طويلة، وذلك منعاً للتخلف المدرسي وتأخر الطفل، وعدم تطور مهاراته كأقرانه الأصحاء ونلاحظ دوراً آخر للأخصائي الاجتماعي الطبي يتضمن التواصل مع المرضى والإتصال بهم بعد تخريجهم لضمان سير أمورهم في الوجهة الصحيحة، والإتصال بهم في حال عدم إلتزامهم بمواعيد العلاج، وعلى مستوى متقدم يقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي بالإتصال بالأهل والتدخل في الإزمات مثل: حالات الوفاة والتواصل مع الأسرة ضمن فريق متعدد المهام في سبيل تقديم التعازي، والتدخل في الإزمات ومشاركتهم أحزانهم.

كما ويعمل الأخصائي الاجتماعي على التخطيط للأنشطة الاجتماعية، وتنفيذها سواء أكانت داخل بيئة المستشفى أم ضمن المجتمع الخارجي، وإستقطاب من يسهم بها، مستهدفاً المرضى الذين طالت إقامتهم في الأقسام الداخلية، تبعاً للظروف الصحية ومتطلبات العلاج، ويتجلى دور الأخصائي الاجتماعي بالعمل على تكوين وتشكيل جماعات دعم للمرضى كخطط للعلاج النفسي والاجتماعي، والدعم المساند وتكون هذه الجماعات ضمن المرضى أنفسهم، أو تستهدف أسر المرضى وذويهم، أو ضمن فئة أخرى من المرضى قيد العلاج، والمرضى الناجين في سبيل دعمهم ومواساتهم، وقد يتسع دور الأخصائي الاجتماعي ليشمل جماعات دعم من نوع آخر تشمل أسر المرضى الذين توافهم الله، وذلك ما يطلق عليه: "جماعات الحزن أو اللحد".

ويتضمن عمل الأخصائي الاجتماعي دوراً في تدريب طلبة الكليات والمعاهد، والجامعات ضمن تخصص الخدمة الاجتماعية، والعمل الاجتماعي (عبيد وجودت، مرجع سابق، 2001).

ونلاحظ كذلك دوراً آخر للأخصائي الاجتماعي يتمثل في المشاركة في السياسات والإجراءات وخطط العمل الخاصة بطبيعة العمل الاجتماعي في المجال الطبي، كما ويعمل الأخصائي الاجتماعي على تزويد نفسه بالمعارف والخبرات المهنية والعلمية التي تعمل على تطويره من الناحية العملية، فهو يُجد ويشهد في البحوث والدراسات ذات العلاقة بطبيعة عمله، والتي من شأنها أن تقيد المؤسسة، وتقيد العلم الذي ينتمي له، والمجتمع بشكل عام.

أما عن المجالات الأخرى وطبيعة الأعمال الأخرى والوظائف التي تشمل عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي فنذكر منها: المساعدات الإقتصادية التي من الممكن أن تقدم للمرضى وأسرهم، وذلك طبقاً لطبيعة الظروف المادية التي تمر بها الأسرة، والتي نجمت عن الظروف الصحية للمريض كبعد مكان السكن، أو عدم القدرة على التغطية المادية لنفقات العلاج، أو عدم قدرة المرافق للمريض على تناول وجبة طعام خلال مرافقته له، كل هذه العوامل تجعل من العمل الاجتماعي الطبي دوراً له في هذه المساعدات، وقد يساهم الأخصائي الاجتماعي بالتواصل مع الأقسام الأخرى وتأمين التخفيضات والخصومات المالية للمريض، وبالمحصلة فإن ما سبق ذكره يتبع لنظام المؤسسة، وطبيعة الصلاحيات والمسؤوليات الملقاة على عاتق الأخصائي الاجتماعي.

4.2 مواصفات الأخصائي الاجتماعي الطبي

إن وجود معايير ومواصفات مهنية وأخلاقية لمهنة العمل الاجتماعي الطبي تأتي في مواكبة التطور الطبي والتكنولوجي السريع، وضرورة شمول هذه المعايير لجميع العاملين الاجتماعيين مع مراعاة الفروقات والإحتياجات التي يتطلبها إطار العمل في الحقل الطبي، ومن هذه القواعد والمعايير:

أولاً: المعايير الأخلاقية والتي تم الاتفاق عليها وإقرارها من قبل الجمعية العالمية للأخصائيين الاجتماعيين.

ثانياً: الهدف الأساسي من مهنة العمل الاجتماعي هو: تحسين الوضع الإنساني والمساعدة في الحصول على الحاجات الإنسانية الأساسية لجميع الناس وإعطاء الضعفاء والفقراء الإهتمام، وتتبع هذه الأهداف من القيم التي تعلمها الأخصائي الاجتماعي، والأهداف الفريدة مثل: (الخدمة، العدالة الاجتماعية).

ثالثاً: يجب أن يلم الأخصائي الاجتماعي على المستوى المحلي، المدن، الولايات، المستوى الوطني والعالمي بالأوضاع الصحية، والمعرفة اللازمة والمهارات لمساعدة المستفيدين، ومعرفة المنظمات ومصادر المجتمع المحلي التي تساعد.

رابعاً: الأخصائي الاجتماعي يجب أن يلم بالمكونات والخصائص الثقافية للمستفيدين مثل: العادات والتقاليد والقيم، ونظم العائلة، ومن هو متخذ القرار، ويجب أن يتمتع الأخصائي الاجتماعي بالحساسية الثقافية لمعرفة التنوع الثقافي.

خامساً: يحافظ الأخصائي الاجتماعي على أسرار المرضى وأسرهم، وخصوصياتهم.

سادساً: يلم الأخصائي الاجتماعي بالمكونات والمعلومات الضرورية ذات العلاقة بطبيعة المرض، ويزود المريض وأسرته بمهارات السيطرة، والقدرة على التكيف ومهارات الاتصال.

سابعاً: ملم بالاحتياجات النفسية، والروحية للمريض والعائلة.

ثامناً: على معرفة بمصادر المجتمع التي يحتاجها المريض وأسرته.

تاسعاً: متقن للمعايير والقوانين التي يجب أن يطبقها أثناء تعامله مع المريض والأسرة.

عاشراً: مطلع على الأبحاث الاجتماعية ذات العلاقة بالعمل الاجتماعي الطبي ومشارك بها، ويعمل على تطوير المهارات الموجودة لديه، وعلى معرفة بأدوات وإجراءات البحوث.

والأخصائي الاجتماعي يجب أن يلم بمهارات مختلفة مثل: الحاجات الفردية للفئات العمرية للمرضى (الأطفال، الشباب، كبار السن.... الخ)، وعلى معرفة وذا مهارة ب: إدارة الحالات، خطط التخريج، قادر على وضع وتنفيذ أهداف موضوعية، والقدرة على التدخل في الأزمات، والمعرفة والقدرة على التمكين إقتصادي، كما وتعد أحد أدوار الأخصائي الاجتماعي متمثلة بالتمكين والمحاماة.

وعلى الأخصائي الاجتماعي التوثيق المستمر للحالات، والمعلومات والخدمات المقدمة للمريض وللأسرة، والأخصائي الاجتماعي الطبي يعمل على تزويد القيادات ومشاركتهم بوضع السياسات والتشريعات الخاصة.

ومن واجبات الأخصائي المشرف ضرورة الاستعداد والإشراف على بقية الأخصائيين الاجتماعيين ومراقبة أدائهم المهني في الممارسة والتطبيق (National Association for Social worker, 2005)

إن التأمل والتعمق بالنقاط السابقة والتي أقرتها الجمعية العالمية للأخصائيين الاجتماعيين تجعلنا ندرك بأن البناء المهني والأكاديمي للأخصائي الاجتماعي الطبي ينطلق منذ إلتحاق الطالب لدراسة العمل الاجتماعي حيث يغرس في طالب هذه المهنة الأخلاق والمبادئ المختلفة، ويعمل المدرسين على صقل شخصيته وتعديلها وإضافة خبرات يجب إكتسابها، وجعلها جزءاً من شخصية الأخصائي الاجتماعي.

5.2 الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي

ينظر للصعوبات التي من الممكن أن تواجه الأخصائي الاجتماعي من زوايا مختلفة، وحسب الفئات التي يتعامل معها، فمن الممكن أن تعود هذه الصعوبات إلى المريض نفسه، أو إلى أسرته، كما ومن الممكن أن تعود إلى فريق العمل الذي يتعاون معه، بشكل مباشر أو غير مباشر، كالطبيب، أو الممرض، أو فني

الأشعة، وقد تعود الصعوبات التي من الممكن أن تعترض عمل الأخصائي الاجتماعي وتقلل من كفاءته إلى طبيعة المؤسسة التي يعمل بها، والنظام الإداري الذي يتبع له، ومن هذه الصعوبات نذكر:

2. 5. 1 صعوبات ترجع للمرضى

حيث تعود هذه الصعوبات إلى المريض ذاته من حيث شخصيته، وعاداته وتقاليده، وقيمه ومعتقداته والخبرات السابقة التي مر بها في حياته، وتظهر هذه الصعوبات من خلال مقاومة المريض لأي مساعدة قد تقدم له، وقد تعود هذه الصعوبات إلى شك المريض في فعالية وقيمة العلاج المجاني، وإرتباط المريض ببعض التجارب المؤلمة المتعلقة بالمؤسسة الطبية، ك وفاة أحد الأقارب، أو المعارف أو فشل علاجهم، والمخاوف المكبوتة منذ الصغر، والتي قد تحتاج إلى معونة نفسية قبل الإقدام على إجراء الجراحة لهم، وقد تعود تلك المخاوف إلى أجواء المؤسسة المجهولة، والتي تجعل بعض المرضى يترددون في الإقدام على العلاج، وقبله خشية سوء المعاملة أو التغذية (بشير وآخرون، 1980).

ومن المشكلات الأخرى التي تعود للمريض هي: سلبيته تجاه خطة العلاج، والجهل بأبعاد المرض وتبعاته، وسوء التكيف عند الإقامة الداخلية، والإدمان والتعاطي، وعدم الرغبة في الإقلاع (عبيد وجودت، مرجع سابق، 2001).

ومن الصعوبات الأخرى ذات العلاقة بالمرضى فمن الممكن أن نتطرق إلى الأمراض التي ترتبط بوصمة العار: "كالإيدز" وعدم رغبة المريض ورفضه العلاج خشية من العار، أو الفضيحة، أو الإلتحاق بمؤسسة تحمل إسم مكافحة إدمان وما إلى ذلك، وقد تعود الصعوبات إلى أفكار ومعتقدات تداولتها الأسرة وأصبحت جزءاً من ثقافتها: كرفضها إلحاق المريض بمؤسسة تعني بعلاج المرضى من الناحية النفسية أو العقلية (مخلوف، 1999).

وعند الحديث عن الأمراض النفسية والعقلية فإننا نتطرق لدور الأخصائي الاجتماعي في هذا المجال حيث يعمل على التعرف على البيئة الاجتماعية للمريض، والعوامل والأسباب التي أدت إلى وضعه النفسي الحالي وتقديم الدعم والمساندة له، وذلك بالعمل ضمن فريق متعدد المهام، كما ويعمل الأخصائي الاجتماعي على التعرف على شبكة الدعم الخاصة بالمريض، ومصادر القوة في شخصيته فيتواصل الأخصائي الاجتماعي مع المريض ومع الأسرة، ويعمل كذلك على إرشاد وتحويل المريض إلى مصادر المجتمع التي يحتاج.

2. 5. 2 صعوبات تعود إلى المؤسسة الطبية

تتمثل هذه الصعوبات في قصور إمكانيات المؤسسة الطبية، ومدى إقرار الإدارة بدور العمل الاجتماعي الطبي، وطبيعة العمل الإداري بها، ومدى تعاون أعضاء الفريق العلاجي، ومدى ضغط العمل على أطبائها، وتبدوا هذه الصعوبات في عدم القدرة على توفير الإحتياجات المادية التي يحتاجها العمل الاجتماعي الطبي في سبيل مساعدة المرضى، أو عدم الرغبة في ذلك.

وقد تعود هذه الصعوبات إلى عدم إدراك العاملين الصحيين للدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي ومدى أثر العوامل النفسية والاجتماعية على الصحة العامة للمريض، وقد تكون الصعوبات متمثلة في عدم وجود المكان المناسب لعمل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المريض وأسرته وخاصة في الحالات الفردية والتي تتطلب السرية والخصوصية (غرايبة، مرجع سابق، 2008).

2. 3.5 صعوبات راجعة للأخصائي الاجتماعي

إن حداثة مهنة العمل الاجتماعي الطبي، وبروزها حديثاً ضمن المهن الطبية المساندة الأخرى يجعلنا نلتفت لقلّة الخبرات والكفاءات الموجودة في مجال العمل الاجتماعي الطبي، كما وأنه ولطبيعة التدريس ومخرجات الجامعات الأثر في وجود صعوبات تتعلق بالأخصائي الاجتماعي، تتمثل بعدم تمكنه وكفاءة علومه في هذا المجال، وبالإضافة إلى عدم تدريبه وإفتقاره إلى العلوم النفسية، والخلفية الطبية ذات العلاقة بالمرض وتبعاته كما وأن أحد الصعوبات التي من الممكن أن تواجه الأخصائي الاجتماعي وتعد أحد أسباب عدم تمكنه في المجال الطبي هو: عدم إتقانه للغة الإنجليزية، وهي اللغة المتداولة بين الأطباء، مما يجعله يظهر أقل معرفة وعلماً عن غيره من العاملين.

وتتمثل الصعوبات الراجعة للأخصائي الاجتماعي الطبي بخلو ميدان العمل الاجتماعي الطبي من تشريعات ولوائح واضحة في هذا الميدان، تحكم العمل وتنظمه، وعدم وجود الكفاح والحماس الكافي لدى الأخصائيين الاجتماعيين في العمل، والمثابرة في سبيل إيضاح دورهم وإظهاره، كما وأن أحد الأسباب التي تعود كمعوق للعمل ناجم عن الأخصائي الاجتماعي، هي تلك التي يعتمد بها على إظهار دوره منحصر في المساعدات المادية للمرضى، وفقر الأخصائي الاجتماعي للخبرة في العمل في المجال الطبي (كفاوين، 2006).

كما وأن افتقار المعاهد والجامعات التي تدرس العمل الاجتماعي والخدمة الاجتماعية إلى النظم المتخصصة في التدريس تجعل من الطلبة الخريجين طلبةً ضعاف من الناحية العلمية، وغير مؤهلين من الناحية العملية وذلك لعدم خوضهم وأخذ المعرفة الكافية من خلال التدريب ضمن سنين الدراسة (زيتون، 1995).

إن الصعوبات والمعوقات التي تواجه مهنة العمل الاجتماعي الطبي هي صعوبات متداخلة ومتعددة الأطراف ولا يمكن إرجاع سببها لعامل واحد، فهي مزيج من أبعاد وقضايا مترامية الأطراف، ولكن جميعها يتمركز في الاختلاف النسبي من شخص لآخر، ومن عامل لآخر، ومن مؤسسة صحية وطاقم عمل يحتويها إلى مؤسسة صحية أخرى، فالفرد وتعريفه للمرض والصحة، والمفهوم لكل واحد منهما ينطلق في حكمه على مدى تأثير العوامل النفسية والاجتماعية، وبالتالي على مدى فاعلية العمل الاجتماعي الطبي أو عدمه، كما ويعتمد جميع ما سبق على مدى النظرة والتعريف لمفهوم العدالة الاجتماعية، وإيمان الأفراد وطاقم العمل به، ومدى تطبيقه (Bryson, 1992).

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

1.3 منهج الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي من وجهة نظر الأطباء، وذلك بإستخدام منهج المسح الاجتماعي، ويعد منهج المسح الاجتماعي من المناهج القادرة على جمع أكبر قدر من المعلومات، وفي وقت قصير وجهد أقل، وعلاوة على ذلك فإن هذا المنهج لا يقف عند وصف الظاهرة فقط، وإنما يقوم بتحليلها، وتفسيرها والخروج بنتائج يمكن تعميمها على الظواهر المتشابهة.

3. 2 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من الأطباء العاملين في: مستشفى البشير الحكومي والذي تم تأسيسه عام 1952م وبلغ عدد الأسرة في هذا المستشفى: (928) سريراً، وعدد الأطباء العاملين في هذا المستشفى هو: (648) طبيباً وقت إجراء الدراسة، حيث يعد مستشفى البشير الحكومي الأول في الأردن من حيث سعة الأسرة، ويقوم هذا المستشفى باستقبال الحالات ضمن التشخيصات الطبية المختلفة "البسيطة والمتوسطة، والمعقدة".

أما مستشفى الأردن الخاص فبلغ عدد الأسرة فيه: (252) سريراً، وعدد الأطباء هو: (146) طبيباً وقت إجراء الدراسة، ويعد مستشفى الأردن الأول من حيث سعة الأسرة بالمقارنة بالمستشفيات الخاصة الأخرى في الأردن ويقوم مستشفى الأردن باستقبال الحالات الطبية المختلفة " البسيطة، والمتوسطة والمعقدة" باستثناء حالات الحروق الشديدة، وقد تم تأسيس هذا المستشفى عام 1994م (وزارة الصحة 2007).

3.3 عينة الدراسة

تم إختيار عينة عشوائية (إحتمالية) بسيطة بنسبة 11% من مجموع الأطباء العاملين في مستشفى البشير والبالغ عددهم الكلي 648 طبيباً، بحيث كان عدد الأطباء عينة الدراسة 75 طبيباً، وعينة عشوائية (إحتمالية) بسيطة أخرى بنسبة 50% من الأطباء العاملين في مستشفى الأردن حيث كان حجم العينة 73 طبيباً، وتم أخذ أعداد الأطباء الكلي وأسمائهم لكل مستشفى منفصلاً، وترقيمهم ومن ثم وضعهم في إناء وسحب حجم العينة المطلوب من العدد الكلي، وذلك في الفترة بين الأول من تشرين الأول لعام 2009 وحتى نهايته، وبذلك يتضح بأن حجم العينة الكلي هو 148 طبيباً.

3.4 أدوات الدراسة

تم اللجوء إلى الأساليب التالية لجمع البيانات وتحقيق أغراض الدراسة وهي:

أولاً: الاستبانة

إعتمدت الدراسة على استبانته مقسمة إلى جزأين الأول: تعلق بالمعلومات والبيانات الشخصية عن المبحوث مثل: (النوع، العمر، سنوات الخبرة، مكان الحصول على الدرجة العلمية...الخ). أما الجزء الثاني من الاستبانة: فقد صمم بناءً على مقياس ليكرت الخماسي، وذلك لقياس معلومات ومواضيع مختلفة بناءً على استجابات عينة الدراسة من أطباء، (أنظر الملحق رقم 1). صممت أسئلة الاستبانة بناءً على مصادر مختلفة تمثلت بالاستفادة من الدراسات السابقة وتعديلها حسب بيئة مجتمع الدراسة، كما عمدت الباحثة إلى الرجوع إلى الوثائق والأنظمة الخاصة بالنظام الطبي والمسميات الوظيفية للفئات المختلفة منهم وذلك حسب سنوات الخبرة، وعمدت الباحثة لطرح أسئلة ناجمة عن الملاحظة والخبرة العملية لها في المجال الطبي كأخصائية اجتماعية.

- صدق الأداة

تم توزيع الاستبانة بعد صياغة أسئلتها على مجموعة من أعضاء الهيئة التدريسية في برنامج العمل الاجتماعي والأقسام ذات العلاقة بالموضوع كأقسام علم الاجتماع، والتربية وعلم النفس، والإستعانة بأشخاص ذوي خبرة من جامعات أخرى غير عربية لتحكيمها وإيداء ملاحظاتهم حول فقراتها، وقامت الباحثة بعرض الاستبانة على أشخاص من ذوي الخبرة في المجال الطبي ضمن المستشفيات التي تضم قسماً للعمل الاجتماعي ضمن كوادرها بحيث تم التعديل وإتخاذ اللازم بناءً على ملاحظاتهم، كما تم الإستعانة بالأطباء، والوثائق التي تنظم طبيعة عملهم وتوضحه، وذلك للتأكد من المعلومات والبيانات الأولية الخاصة بتصنيفاتهم المهنية المعتمدة والمتضمنة لشق الأول من الاستبانة الخاصه بالبيانات النوعية (أنظر الملحق رقم 1).

لقد تم اختبار الإتساق الداخلي لفقرات الدراسة باستخدام معامل كورنوباخ الفا وتظهر بيانات الجدول رقم (1) هذه المعاملات لمكوّنات الدراسة والتي جاءت نتيجتها جيدة على مختلف هذه المكوّنات.

جدول رقم (1)

الاتساق الداخلي لفقرات الدراسة (Cornobach's Alpha)

المكوّنات	عدد الفقرات	معامل كورنوباخ الفا
دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسره	9	0,72
العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي	15	0,75
علاقة الإخصائي الاجتماعي مع الإدارة	8	0,80
الكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي	6	0,74

0,77	3	الأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي
0,89	41	جميع مكونات الدراسة

- ثبات الأداة

تم استخدام الإختبار التجريبي أي اختبار (Pre test) للتأكد من ثبات الأداة، وذلك بواسطة توزيع الاستبانة على عينة من الأطباء للتأكد من مدى فهم الأسئلة، ووضوحها بالنسبة لهم، وتعديلها بناءً على ذلك.

ثانياً: السجلات الرسمية

تم استيفاء بعض البيانات والمعلومات الإحصائية الضرورية عن طريق الرجوع إلى السجلات الرسمية التابعة لوزارة الصحة في الأردن، والمستشفيات التي تم تطبيق الدراسة عليها (البشير، الأردن) لتغطية المعلومات اللازمة لأغراض البحث، ومعرفة الإحصاءات المتوفرة حول هذا الموضوع.

ثالثاً: المقابلة

استخدمت المقابلة المقننة لأفراد العينة، وذلك عند توزيع استبانة الدراسة لملاحظة ردود أفعال المبحوثين وإعطاء قيمة لموضوع البحث. حيث تم توجيه كتاب رسمي لتسهيل مهمة الباحثة في جمع البيانات لكل من وزارة الصحة، وذلك لتوزيع الاستبانة على الأطباء عينة الدراسة العاملين في مستشفى البشير (أنظر الملحق رقم 2). وتم توجيه كتاب رسمي آخر لمستشفى الأردن من أجل تسهيل مهمة الباحثة في توزيع الاستبانة على الأطباء عينة البحث الممثلة للقطاع الخاص (أنظر الملحق رقم 3).

3. 5 المفاهيم الإجرائية

3. 5. 1 الصحة: Health

تعرف الصحة كما عرفت منظمة الصحة العالمية بأنها: (حالة من اكتمال السلامة البدنية، والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد خلو الجسد من المرض أو العجز) (World Health Organization, quted in Cockerham and Ritchy, 1997, p.2).

3.5.2 المرض: Disease

(الحالة التي يحدث فيها خلل من الناحية العقلية، أو العضوية، أو الاجتماعية للفرد مما يؤدي إلى إعاقة قدرته عن مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظائف مناسبة)(الشاعر وآخرون، 2000، ص: 76).

3.5.3 التنظيمات الطبية: Health Organizations

هي: (كل وحدة، أو هيئة، أو مؤسسة طبية، تستهدف تقديم رعاية علاجية صحية للأفراد سواء كانت هذه الرعاية علاجية، أو وقائية، أو إنشائية، وسواء أكانت رعاية متخصصة أو عامة، وتقدم هذه الخدمات لأفراد يقيمون في بيئة جغرافية معينة، وتكتسب هذه المؤسسة صفتها العلاجية لوجود عدد مناسب من المرضى والأخصائيين في شؤون العلاج، والكشف والتحليل وما إلى ذلك) (صالح و رمضان 1999، ص: 54).

3.5.4 العمل الاجتماعي: Social Work

عرفه قاموس العمل الاجتماعي بأنه: (النشاط المهني مدفوع الأجر والذي يهدف إلى مساعدة الناس على مواجهة الصعوبات الجادة التي تواجه حياتهم، من خلال تزويدهم بالرعاية والحماية أو الإرشاد أو من خلال الدعم الاجتماعي، أو المناصرة أو العمل الاجتماعي (Pierson and Thomas, 516, p.2)

3.5.5 الطبيب: Doctor

عرفاً هو: (الذي يتخرج من كلية الطب، فيحصل على درجة علمية تؤهله لمعالجة المرضى) (Arabic Medical Dictionary, 2008).

3.5.6 العمل الاجتماعي الإكلينيكي: Clinical Social Work

(الممارسة المهنية التي تعتمد على الدراسة، والتشخيص، والعلاج، والتدخل إقتداءً بالنموذج الطبي) (Dorfman, 1996, p. 2).

6.3 المعالجة الإحصائية

لقد تم تحليل البيانات باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وتم استخدام

الأساليب الإحصائية التالية :

أولاً: التكرارات والنسب المئوية، واستخدمت لقياس التوزيعات التكرارية النسبية لخصائص أفراد العينة واستجاباتهم على فقرات الدراسة.

ثانياً: الوسط الحسابي، واستخدم كأبرز مقاييس النزعة المركزية لقياس متوسط استجابات أفراد العينة على فقرات الدراسة.

ثالثاً: الانحراف المعياري، واستخدم كأحد مقاييس التشتت لقياس الانحراف في استجابات أفراد العينة عن وسطها الحسابي.

رابعاً: اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) واستخدم لإختبار الفروق الإحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين على مكونات الدراسة حسب خصائصهم.

خامساً: اختبار صدق وثبات أداة الدراسة (Cornobach's Alpha) واستخدم لقياس الإتساق الداخلي لأداة الدراسة.

لقد تم تحديد مستوى الدلالة الفا Alpha ب (0,05) فأقل، بحيث إذا كانت مستوى الدلالة (0,05)

فأقل فإن الفروق الإحصائية تعتبر ذات دلالة معنوية، أما في حال مستوى الدلالة أكبر من (0,05) فإن الفروق تعتبر غير دالة إحصائياً.

الفصل الرابع

تحليل النتائج

تعرض الجداول التالية نتائج الدراسة التي تم التوصل لها من خلال الاستبانة التي تم تصميمها لاختبار مواضيع مختلفة ومحاور متعددة، والتي تم توزيعها على أفراد عينة الدراسة، بحيث تشرح هذه الجداول الخصائص النوعية للعينة، وتفصل علاقتها بمحاور مختلفة، في محاولة لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها، وربط نتائجها بالدراسات السابقة.

خصائص أفراد العينة

يعرض الجدول التالي البيانات التي تم جمعها من خلال عينة الدراسة ذات العلاقة بخصائصهم.

جدول رقم (2)

التوزيع النسبي لخصائص أفراد العينة

النوع	التكرار	النسبة %	المستشفى	التكرار	النسبة %
ذكر	118	79,7	قطاع خاص	73	49,3
أنثى	30	20,3	قطاع عام	75	50,7
المجموع	148	100	المجموع	148	100
الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة %	جامعة التخرج	التكرار	النسبة %
أعزب	66	44,6	جامعة أردنية	56	37,8
متزوج	80	54,1	جامعة عربية	48	32,7
مطلق	2	1,4	جامعة أجنبية	44	29,7

المجموع	148	100	المجموع	148	100
العمر	التكرار	النسبة %	التصنيف الفني	التكرار	النسبة %
أقل من (30) سنة	46	31,1	امتنياز	26	17,6
(30- أقل من 40) سنة	67	45,3	مقيم	71	48,0
(40- أقل من 50) سنة	21	14,2	مساعد أخصائي	17	11,5
(50- أقل من 60) سنة	6	4,1	اختصاصي	23	15,5
(60) سنة فأكثر	6	5,4	مستشار	11	7,4
المجموع	148	100	المجموع	148	100
سنوات الخبرة	التكرار	النسبة %	الجنسية	التكرار	النسبة %
أقل من (5) سنوات	53	35,8	أردنية	120	81,1
(5- أقل من 10) سنوات	54	36,5	فلسطينية	16	10,8
(10- أقل من 15) سنة	27	18,2	عراقية	11	7,4
(15) سنة فأكثر	14	9,5	يمنية	1	0,7
المجموع	148	100	المجموع	148	100

تظهر بيانات الجدول رقم (2) أن الذكور يشكلون ما نسبته 79,7% من أفراد العينة، فيما بلغت نسبة الإناث 20,3%، وعن الحالة الاجتماعية للمبحوثين، فقد بلغت نسبة العزاب 44,6%، والمتزوجين 54,1% والمطلقين 1,4%، وقد تبين أن 31,1% من أفراد العينة تقل أعمارهم عن (30) سنة، وبلغت نسبة الذين تتراوح أعمارهم بين (30- أقل من 40) سنة ما نسبته 45,3%، فيما 14,2% تتراوح أعمارهم بين (40- أقل من 50) سنة، وبلغت نسبة الذين تتراوح أعمارهم بين (50- أقل من 60) سنة ما نسبته 4,1% أما النسبة الباقية والبالغة 5,4% فتبلغ أعمارهم (60) سنة فأكثر.

وعن عدد سنوات خبرة أفراد العينة، فقد تبين أن 35,8% منهم تقل خبراتهم عن (5) سنوات، فيما 36,5% تتراوح عدد سنوات خبرتهم بين (5- أقل من 10) سنوات، وأن 18,2% تتراوح خبرتهم بين (10- أقل من 15) سنة، في حين 9,5% تبلغ سنوات خبرتهم (15) سنة فأكثر.

وفيما يتعلق بالقطاع الذي يعمل به أفراد العينة، فقد بلغت نسبة الذين يعملون في القطاع الخاص 49,3% في حين 50,7% يعملون في القطاع العام، وعن الجامعات التي حصل منها أفراد العينة على درجاتهم العلمية فقد تبين أن 37,8% قد حصلوا على درجاتهم العلمية من جامعات أردنية، وأن 32,4% من جامعات عربية، في حين 29,7% قد حصلوا على درجاتهم العلمية من جامعات أجنبية.

وفيما يتعلق بالتصنيفات الفنية لأفراد العينة فقد تبين أن 17,6% هم من أطباء الإمتياز، وأن 48% أطباء مقيمين، وأن 11,5% مساعدي أخصائيين، وأن 15,5% اختصاصيين، في حين 7,4% أطباء استشاريين، وعن جنسيات أفراد العينة، فقد تبين أن 81,1% هم من الجنسية الأردنية، وشكلت الجنسيات الفلسطينية ما نسبته 10,8%، والعراقية 7,4%، واليمنية 0,7%.

دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم

الفقرات التالية توضح التوزيعات النسبية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على الفقرات التي تم تصميمها للتعرف على رأي الأطباء بالقضايا النفسية والاجتماعية، ودور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى، ومدى أهمية الجوانب النفسية والاجتماعية في التشخيص الطبي للمرض.

جدول رقم (3)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بدور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم

الرقم	دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم	موافق جداً %	موافق إلى حد ما %	محايد/ غير متأكد %	معارض إلى حد ما %	معارض جداً %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	تكمّل الخصائص النفسية والاجتماعية للمريض التشخيص الطبي للمرض .	60,1	32,4	6,8	0,7	-	4,52	0,65
2	الاحظ فاعلية وقيمة العلاج النفسي والاجتماعي للمرضى في المستشفى.	33,8	44,6	15,5	6,1	-	4,06	0,86
3	المريض مسؤولة جماعية يشترك بها كافة أعضاء فريق العلاج بما فيهم الأخصائي الاجتماعي.	52,7	34,5	11,5	0,7	0,7	4,38	0,76
4	القرارات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمريض يجب اتخاذها بمشاركة الأخصائي الاجتماعي.	41,2	42,6	14,9	0,7	0,7	4,23	0,77
5	يحق للأخصائي الاجتماعي التدخل بقدر كافي من الناحية الاجتماعية مع المريض وأسرته.	37,8	44,6	15,5	2,0	-	4,81	0,77
6	الجوانب الصحية هي الأولى من حيث الأهمية أما الجوانب العاطفية أو الاجتماعية أو الاقتصادية فاعتبرها غير مهمة.	25,7	31,8	13,5	19,6	9,5	3,45	1,31
7	اعترف بأهمية الأخصائي الاجتماعي كشخص مهم ضمن فريق العلاج.	42,6	45,3	9,5	2,0	0,7	4,27	0,77

8	خطة التخريج يجب أن يتم إشراك الأخصائي الاجتماعي بها .	31,1	39,2	16,2	8,1	5,4	3,82	1,12
9	أنقل دور الأخصائي الاجتماعي في تقييم الظروف النفسية والاجتماعية المترتبة عن المرض .	46,6	41,2	9,5	2,0	0,7	4,31	0,78
	جميع الفقرات	41,3	39,6	12,5	4,7	2,0	4,13	0,49

تشرح بيانات الجدول رقم (3) أن 60,1% يوافقون جداً على أن الخصائص النفسية والاجتماعية

للمريض تكمل التشخيص الطبي للمرض، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 32,4%، في حين 6,8% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 0,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,52 بانحراف معياري مقداره 0,65، ويوافق جداً 33,8% على أنهم يلاحظون فاعلية وقيمة العلاج النفسي والاجتماعي للمرضى في المستشفى، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 44,6%، في حين 15,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 6,1%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,6 بانحراف معياري مقداره 0,86.

ويوافق جداً 52,7% على أن المريض مسؤولية جماعية يشترك بها كافة أعضاء فريق العلاج بما فيهم الأخصائي الاجتماعي، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 34,5%، في حين 11,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 0,7%، ويعارضه جداً 0,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,38 بانحراف معياري مقداره 0,76.

وفيما يتعلق بالقرارات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمريض، فيوافق جداً 41,2% على أنه يجب إتخاذها بمشاركة الأخصائي الاجتماعي، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 42,6%، في حين 14,9% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 0,7%، ويعارضه جداً 0,7% وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,23 بانحراف معياري مقداره 0,77، ويوافق جداً 37,8% على أنه يحق للأخصائي الاجتماعي التدخل بقدر كافي من الناحية الاجتماعية مع المريض وأسرته ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 44,6%، في حين 15,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 2,0%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,18 بانحراف معياري مقداره 0,77، ويوافق جداً 25,7% على أن الجوانب الصحية هي الأولى من حيث الأهمية، أما الجوانب العاطفية أو الاجتماعية أو الاقتصادية فيعتبرونها غير مهمة، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 31,8%، في حين 13,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته

19,6%، ويعارضه جداً 9,5%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,45 بانحراف معياري مقداره 1,31.

أما عن أهمية الأخصائي الاجتماعي كشخص مهم ضمن فريق العلاج، فوافق جداً 42,6% على أنهم يعترفون بأهميته، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 45,3%، في حين 9,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 2%، ويعارضه جداً 0,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,27 بانحراف معياري مقداره 0,77، ويوافق جداً 31,1% على أنه يجب أن يتم إشراك الأخصائي الاجتماعي بخطة التخريج، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 39,2% في حين 16,2% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 8,1%، ويعارضه جداً 5,4% وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,82 بانحراف معياري مقداره 1,12، ويوافق جداً 46,6% على أنهم يتقبلون دور الأخصائي الاجتماعي في تقييم الظروف النفسية والاجتماعية المترتبة عن المرض، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 41,2%، في حين 9,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 2%، ويعارضه جداً 0,7% وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,31 بانحراف معياري مقداره 0,78.

جدول رقم (4)

نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على
على الفقرات المتعلقة بدور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسراهم

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
ذكر	4,14	0,50	0,01	0,98
أنثى	4,13	0,48		
نوع المستشفى				
قطاع خاص	4,25	0,46	7,89	0,01
قطاع عام	4,03	0,51		
الجنسية				
أردني	4,17	0,49	3,09	0,08

		0,52	3,98	غير أردني
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التصنيف الفني
0,001	5,43	0,49	4,09	امتياز
		0,40	4,11	مقيم
		0,51	4,29	مساعدة أخصائي
		0,63	3,91	اختصاصي
		0,38	4,67	مستشار
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	جامعة التخرج
0,01	6,37	0,49	4,03	جامعة أردنية
		0,50	4,06	جامعة عربية
		0,44	4,35	جامعة أجنبية
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	سنوات الخبرة
0,05	2,76	0,45	4,02	أقل من (5) سنوات
		0,42	4,13	(5- أقل من 10) سنوات
		0,59	4,27	(10- أقل من 15) سنة
		0,61	4,36	(15) سنة فأكثر
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العمر
0,04	2,58	0,46	4,05	أقل من (30) سنة
		0,44	4,11	(30- أقل من 40) سنة
		0,59	4, 24	(40- أقل من 50) سنة
		0,61	4,09	(50- أقل من 60) سنة
		0,58	4,61	(60) سنة فأكثر

توضح بيانات الجدول رقم (4) أن الوسط الحسابي لاستجابات الذكور على الفقرات المتعلقة بدور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسره قد بلغ 4,14 بانحراف معياري مقداره 0,50، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الإناث 4,13 بانحراف معياري مقداره 0,48، وقد بلغت قيمة (F) 0,01 ومستوى

دالتها 0,98، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات الباحثين تعود لنوعهم.

لقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع الخاص 4,25 بانحراف معياري مقداره 0,46 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع العام 4,03 بانحراف معياري مقداره 0,51 وقد بلغت قيمة (F) 7,89 ومستوى دلالتها 0,01، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود للقطاع الذي يعملون فيه، وقد جاءت هذه الفروق لصالح القطاع الخاص.

أما عن جنسية المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من الجنسية الأردنية 4,17 بانحراف معياري مقداره 0,49، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من غير الجنسية الأردنية 3,98 بانحراف معياري مقداره 0,52، وقد بلغت قيمة (F) 3,09 ومستوى دلالتها 0,08، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لجنسياتهم.

وفيما يتعلق بالتصنيف الفني للمبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من ذوي تصنيف الامتياز 4,09 بانحراف معياري مقداره 0,49، وبلغ 4,11 بانحراف معياري مقداره 0,40 للمقيمين، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات مساعدي الأخصائيين 4,29 بانحراف معياري مقداره 0,51 والاختصاصيين 3,91 بانحراف معياري مقداره 0,63، والمستشارين 4,67 بانحراف معياري مقداره 0,38، وقد بلغت قيمة (F) 5,43 ومستوى دلالتها 0,001، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لتصنيفهم الفني، وجاءت هذه الفروق لصالح الأطباء الاستشاريين، وقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات خريجي الجامعات الأردنية 4,03 بانحراف معياري مقداره 0,49، وبلغ الوسط الحسابي لخريجي جامعات الدول العربية 4,06 بانحراف معياري مقداره 0,50 وخريجي الجامعات الأجنبية 4,35 بانحراف معياري مقداره 0,44، وقد بلغت قيمة (F) 6,37 ومستوى دلالتها 0,01 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لبلد التخرج، وجاءت هذه الفروق لصالح خريجي الجامعات الأجنبية.

أما عن سنوات خبرة المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تقل خبرتهم عن (5) سنوات 4,02 بانحراف معياري مقداره 0,45، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح خبرتهم بين (5- أقل من 10) سنوات 4,13 بانحراف معياري مقداره 0,42، وبلغ 4,27 بانحراف معياري مقداره 0,59 للذين تتراوح خبرتهم بين (10- أقل من 15) سنة، وبلغ الوسط الحسابي للذين تبلغ خبرتهم (15) سنة فأكثر 4,36 بانحراف معياري مقداره 0,61، وقد بلغت قيمة (F) 2,76 ومستوى دلالتها 0,05، مما

يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لعدد سنوات خبرتهم، وجاءت هذه الفروق لصالح الذين بلغت خبرتهم (15) سنة فأكثر.

وفيما يتعلق بالعمر، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين الذين تقل أعمارهم عن (30) سنة 4,05 بانحراف معياري مقداره 0,46، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح أعمارهم بين (30- أقل من 40) سنة 4,11 بانحراف معياري مقداره 0,44 وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (40- أقل من 50) سنة 4,24 بانحراف معياري مقداره 0,59 وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (50- أقل من 60) سنة 4,09 بانحراف معياري مقداره 0,61، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تبلغ أعمارهم (60) سنة فأكثر 4,61 بانحراف معياري مقداره 0,58، وقد بلغت قيمة (F) 2,58 ومستوى دلالتها 0,04 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لأعمارهم، حيث جاءت هذه الفروق لصالح الذين بلغت أعمارهم (60) سنة فأكثر.

الفقرات التالية والتي تم تصميمها لتقيس وتتعرف على مدى إيمان الأطباء بأهمية الأخصائي الاجتماعي وأهمية العمل معه ضمن فريق متعدد المهام، تشرح وتوضح التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الأطباء ضمن القطاعين حول هذا المحور.

جدول رقم (5)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات

أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بالعلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي

الرقم	العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي	موافق جداً %	موافق إلى حد ما %	محايد / غير متأكد %	معارض إلى حد ما %	معارض جداً %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
10	أعترف بأهمية الجوانب النفسية والاجتماعية في العلاج الطبي.	50,7	42,6	6,1	0,7	-	4,43	0,64
11	نادراً ما أتعامل مع القضايا النفسية والاجتماعية للمريض وأدرسها .	27,0	35,1	14,9	16,2	6,8	3,59	1,23
12	العمل مع الأخصائي الاجتماعي هو مضيعة للوقت.	11,5	23,0	11,5	22,3	31,8	2,60	1,42
13	الطبيب هو المسؤول الأول في العمل وصاحب القرار في جميع قضايا المريض دون إستثناء.	34,5	40,5	10,8	9,5	4,7	3,91	1,12
14	الأخصائي الاجتماعي هو الشخص الأقل إتصالاً مع الطبيب.	16,9	50,0	18,2	6,8	8,1	3,61	1,09
15	أرفض قيام الأخصائي الاجتماعي بالبحث عن الحالات والتعامل معها منفرداً.	31,1	39,2	11,5	8,1	10,0	3,73	1,26
16	أسعى للتعرف على المعلومات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمريض في السعي لتقديم خدمة شمولية للمريض.	56,8	37,2	2,0	3,4	0,7	4,46	0,76
17	أقبل تشخيص وراي الأخصائي الاجتماعي في المشكلة التي يعاني منها المريض والمساعدة في إيجاد الحلول المناسبة كمسؤول.	40,5	42,6	13,5	1,4	2,0	4,18	0,67
18	لا أقبل الأخصائي الاجتماعي كشخص مسؤول في عمله.	23,6	21,6	19,6	16,9	18,2	3,16	1,43
19	أقبل الأخصائي الاجتماعي كأحد منفذي أوامر الطبيب.	25,5	43,9	22,3	4,7	4,1	3,18	0,99
الرقم	العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي	موافق جداً %	موافق إلى حد ما %	محايد / غير متأكد %	معارض إلى حد ما %	معارض جداً %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري

20	اتقبل التواصل المهني مع الأخصائي الاجتماعي من أجل مصلحة المريض.	48,0	37,8	12.8	0.7	0.7	4.32	0.77
21	اتفهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي أثناء الدراسة والتشخيص والعلاج الاجتماعي للمرضى في المستشفى.	33,1	43,2	21.6	1.4	0.7	4.07	0.81
22	لا أستطيع رسم تصور واضح يشرح ويبين دور الأخصائي الاجتماعي الطبي.	29,7	26,4	21.6	12.8	9.5	3.54	1.29
23	أقوم بالإطلاع على تقييم الخدمة الاجتماعية، أو العمل الاجتماعي الموجود في ملف المريض الخاص.	20,3	33,8	28.4	7.4	10.1	3.47	1.19
24	أعمل على تحويل المرضى الموجودين في المستشفى والمحتاجين للرعاية النفسية والاجتماعية للأخصائي الاجتماعي.	42,6	26,4	18.9	5.4	6.8	3.93	1,20
	جميع الفقرات	32,8	36,2	15.6	7.4	7.6	3.79	0.52

تظهر بيانات الجدول رقم (5) أن 50,7% يوافقون جداً على أنهم يعترفون بأهمية الجوانب النفسية والاجتماعية في العلاج الطبي، ووافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 42,6%، في حين 6,1% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 0,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,43 بانحراف معياري مقداره 0,64. ووافق جداً 27% على أنه نادراً ما يتعاملون مع القضايا النفسية والاجتماعية للمريض ويدرسونها، ووافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 35,1%، في حين 14,9% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 16,2%، ويعارضه جداً 6,8% وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,59 بانحراف معياري مقداره 1,23.

وفيما يتعلق بالعمل مع الأخصائي الاجتماعي، فوافق جداً 11,5% على أن العمل مع الأخصائي الاجتماعي هو مضيعة للوقت، ووافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 23%، في حين 11,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 22,3%، ويعارضه جداً 31,8% وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 2,60 بانحراف معياري مقداره 1,42، ووافق جداً 34,5% على أن الطبيب هو المسؤول الأول في العمل وصاحب القرار في جميع قضايا المريض دون إستثناء، ووافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 40,5% في حين 10,8% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 9,5%، ويعارضه جداً 4,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,91 بانحراف

معياري مقداره 1,12، ويوافق جداً 16,9% على أن الأخصائي الاجتماعي هو الشخص الأقل إتصالاً مع الطبيب، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 50%، في حين 18,2% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 6,8%، ويعارضه جداً 8,1%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,61 بانحراف معياري مقداره 1,09.

ويوافق جداً 31,1% على أنهم يرفضون قيام الأخصائي الاجتماعي بالبحث عن الحالات والتعامل معها منفرداً، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 39,2%، في حين 11,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 8,1%، ويعارضه جداً 10,1% وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,73 بانحراف معياري مقداره 1,26، ويوافق جداً 56,8% على أنهم يسعون للتعرف على المعلومات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمريض في السعي لتقديم خدمة شمولية للمريض، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 37,2%، في حين 2% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 3,4%، ويعارضه جداً 0,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,46 بانحراف معياري مقداره 0,76.

أما عن تشخيص ورأي الأخصائي الاجتماعي، فيوافق جداً 40,5% على أنهم يتقبلون تشخيص ورأي الأخصائي الاجتماعي في المشكلة التي يعاني منها المريض والمساعدة في إيجاد الحلول المناسبة كمسؤول ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 42,6%، في حين 13,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 1,4%، ويعارضه جداً 2%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,18 بانحراف معياري مقداره 0,87، ويوافق جداً 23,6% على أنهم لا يتقبلون الأخصائي الاجتماعي كشخص مسؤول في عمله، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 21,6%، في حين 19,6% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 16,9% ويعارضه جداً 18,2%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,16 بانحراف معياري مقداره 1,43 ويوافق جداً 25% على أنهم يتقبلون الأخصائي الاجتماعي كأحد منفذي أوامر الطبيب، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 43,9%، في حين 22,3% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 4,7%، ويعارضه جداً 4,1% وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,81 بانحراف معياري مقداره 0,99.

وفيما يتعلق بالتواصل المهني، فيوافق جداً 48% على أنهم يتقبلون التواصل المهني مع الأخصائي الاجتماعي من أجل مصلحة المريض، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 37,8%، في حين 12,8%

اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 0,7%، ويعارضه جداً 0,7% وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,32 بانحراف معياري مقداره 0,77. ويوافق جداً 33,1% على أنهم يتفهمون الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي أثناء الدراسة والتشخيص والعلاج الاجتماعي للمرضى في المستشفى، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 43,2%، في حين 21,6% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 1,4%، ويعارضه جداً 0,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 74,07 بانحراف معياري مقداره 0,81.

وفيما يتعلق بالدور الطبي للأخصائي الاجتماعي، فيوافق جداً 29,7% على أنهم لا يستطيعون رسم

تصور واضح يشرح ويبين دور الأخصائي الاجتماعي الطبي، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته

26,4% في حين 12,6% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 12,8% ويعارضه جداً 9,5%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,54 بانحراف معياري مقداره 1,29، ويوافق جداً 20,3% على أنهم يقومون بالإطلاع على تقييم الخدمة الاجتماعية، أو العمل الاجتماعي الموجود في ملف المريض الخاص، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 33,8%، في حين 28,4% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 7,4% ويعارضه جداً 10,1%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,47 بانحراف معياري مقداره 1,19 ويوافق جداً 42,6% على أنهم يعملون على تحويل المرضى الموجودين في المستشفى والمحتاجين للرعاية النفسية والاجتماعية للأخصائي الاجتماعي، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 26,4%، في حين 18,9% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 5,4% ويعارضه جداً 6,8%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,93 بانحراف معياري مقداره 1,20.

جدول رقم (6)

نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على

الفقرات المتعلقة بالعلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
ذكر	3,81	0,49	0,97	0,32
أنثى	3,70	0,62		
نوع المستشفى	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
قطاع خاص	3,92	0,51	9,76	0,01

		0,50	3,66	قطاع عام
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الجنسية
0,12	2,37	0,54	3,82	أردني
		0,43	3,65	غير أردني
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التصنيف الفني
0,001	6,04	0,51	4,11	امتياز
		0,45	3,66	مقيم
		0,57	3,80	مساعد أخصائي
		0,50	3,62	اخصائي
		0,55	4,14	مستشار
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	جامعة التخرج
0,21	1,56	0,53	3,81	جامعة أردنية
		0,52	3,68	جامعة عربية
		0,51	3,87	جامعة اجنبية
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	سنوات الخبرة
0,26	1,34	0,54	3,75	أقل من (5) سنوات
		0,47	3,72	(5- أقل من 10) سنوات
		0,53	3,78	(10- أقل من 15) سنة
		0,59	3,99	(15) سنة فأكثر
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العمر
0,08	2,09	0,54	3,82	أقل من (30) سنة
		0,49	3,69	(30- أقل من 40) سنة
		0,51	3,78	(40- أقل من 50) سنة
		0,62	4,06	(50- أقل من 60) سنة
		0,56	4,17	(60) سنة فأكثر

توضح بيانات الجدول رقم (6) أن الوسط الحسابي لاستجابات الذكور على الفقرات المتعلقة بالعلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي قد بلغ 3,81 بانحراف معياري مقداره 0,49، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الإناث 3,70 بانحراف معياري مقداره 0,62، وقد بلغت قيمة (F) 0,97 ومستوى

دالاتها 0,32 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لنوعهم.

بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع الخاص 3,92 بانحراف معياري مقداره 0,51 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع العام 3,66 بانحراف معياري مقداره 0,50، وقد بلغت قيمة (F) 9,76 ومستوى دلالتها 0,01، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود للقطاع الذي يعملون به، حيث جاءت هذه الفروق لصالح القطاع الخاص.

أما عن جنسية المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من الجنسية الأردنية 3,82 بانحراف معياري مقداره 0,54، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من غير الجنسية الأردنية 3,65 بانحراف معياري مقداره 0,43، وقد بلغت قيمة (F) 2,37 ومستوى دلالتها 0,12، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لجنسيتهم.

وفيما يتعلق بالتصنيف الفني للمبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من ذوي تصنيف الامتياز 4,11 بانحراف معياري مقداره 0,51، وبلغ 3,66 بانحراف معياري مقداره 0,45 للمقيمين، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات مساعدي الأخصائيين 3,80 بانحراف معياري مقداره 0,57 والاختصاصيين 3,62 بانحراف معياري مقداره 0,50، والمستشارين 4,14 بانحراف معياري مقداره 0,55، وقد بلغت قيمة (F) 6,04 ومستوى دلالتها 0,001، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لتصنيفهم الفني، وجاءت هذه الفروق لصالح الأطباء الاستشاريين.

وقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات خريجي الجامعات الأردنية 3,81 بانحراف معياري مقداره 0,53 وبلغ الوسط الحسابي لخريجي جامعات الدول العربية 3,68 بانحراف معياري مقداره 0,52 وخريجي الجامعات الأجنبية 3,87 بانحراف معياري مقداره 0,51، وقد بلغت قيمة (F) 1,56 ومستوى دلالتها 0,21 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لبلد التخرج.

أما عن سنوات خبرة المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تقل خبرتهم عن (5) سنوات 3,75 بانحراف معياري مقداره 0,54، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح خبرتهم بين (5- أقل من 10) سنوات 3,72 بانحراف معياري مقداره 0,47، وبلغ 3,87 بانحراف معياري مقداره 0,53 للذين تتراوح خبرتهم بين (10- أقل من 15) سنة، وبلغ الوسط الحسابي للذين تبلغ خبرتهم (15)

سنة فأكثر 3,99 بانحراف معياري مقداره 0,59، وقد بلغت قيمة (F) 1,34 ومستوى دلالتها 0,26، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لسنوات خبرتهم. وفيما يتعلق بالعمر، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين الذين تقل أعمارهم عن (30) سنة 3,82 بانحراف معياري مقداره 0,54، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح أعمارهم بين (30- أقل من 40) سنة 3,69 بانحراف معياري مقداره 0,49، وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (40- أقل من 50) سنة 3,78 بانحراف معياري مقداره 0,51، وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (50 أقل من 60) سنة 4,06 بانحراف معياري مقداره 0,62، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تبلغ أعمارهم (60) سنة فأكثر 4,17 بانحراف معياري مقداره 0,56، وقد بلغت قيمة (F) 2,09 ومستوى دلالتها 0,08 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لأعمارهم.

علاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة

تعد علاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة أحد المحاور ذات الأهمية البالغة والتي تحدد الكثير من النقاط الجوهرية في عمله، الفقرات التالية ستطلع من خلال استجابات أفراد العينة على موضوعات تحدد الكثير من النقاط التي يجب لفت النظر لها.

جدول رقم (7)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات
أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بعلاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة

الرقم	علاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة	موافق جداً %	موافق إلى حد ما %	محايد/ غير متأكد %	معارض إلى حد ما %	معارض جداً %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
25	أؤيد وجود قسم خاص بالعمل الاجتماعي في المستشفى .	62,8	23,6	12,8	-	0,7	4,48	0,76
26	للأخصائي الاجتماعي دور في المشاركة بوضع السياسات والخطط الخاصة بطبيعة عمله	63,5	22,3	10,8	3,4	-	4,46	0,82
27	الأخصائي الاجتماعي هو أحد أعضاء الفريق العلاجي غير المؤثرين في نظام المستشفى.	33,8	20,3	12,8	21,6	11,5	3,43	1,43

28	من المهم وجود ميزانية خاصة بالخدمة الاجتماعية تخصص لدعم المرضى المحتاجين، وتذليل الصعوبات التي تؤثر في نجاح الخطة العلاجية مثل: بعد مكان السكن وعدم وجود مكان للإقامة .	53,4	32,4	9,5	2,0	2,7	4,31	0,93
29	ألوم الأخصائي الاجتماعي في حال وجود مشكلات تتعلق بالمريض أو بنظام المستشفى.	35,8	23,6	19,6	14,2	6,8	3,67	1,28
الرقم	علاقة الإخصائي الاجتماعي مع الإدارة	موافق جداً %	موافق إلى حد ما %	محايد/ غير متأكد %	معارض إلى حد ما %	معارض جداً %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
30	الأخصائي الاجتماعي خيار إضافي وليس فرداً مهماً ضمن طاقم العاملين الصحيين.	37,8	14,9	9,5	18,2	19,6	3,33	1,59
31	ينظر للعاملين الصحيين العاملين في المستشفى بشكل عام بأنهم الأكثر كفاءة وفائدة من الأخصائي الاجتماعي.	29,7	33,1	14,9	11,5	10,8	3,59	1,31
32	يستطيع أي شخص من أعضاء فريق العلاج القيام بالأعمال التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي.	31,3	20,3	16,2	21,6	10,8	3,39	1,39
	جميع الفقرات	43,5	23,8	13,3	11,6	7,9	3,84	0,79

تشير بيانات الجدول رقم (7) أن 62,8% يوافقون جداً على أنهم يؤيدون وجود قسم خاص بالعمل الاجتماعي في المستشفى، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 23,6%، في حين 12,8% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارضه جداً 0,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,84 بانحراف معياري مقداره 0,76، ويوافق جداً 63,5% على أن للأخصائي الاجتماعي دور في المشاركة بوضع السياسات والخطط الخاصة بطبيعة عمله، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 22,3%، في حين 10,8% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 3,4%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,46 بانحراف معياري مقداره 0,82.

ويوافق جداً 33,8% على أن الأخصائي الاجتماعي هو أحد أعضاء الفريق العلاجي غير المؤثرين في نظام المستشفى، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 20,3%، في حين 12,8% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 21,6%، ويعارضه جداً 11,5%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,43 بانحراف معياري مقداره 1,43، وعن ميزانية الخدمة الاجتماعية، فيوافق جداً 53,4% على أنه من المهم وجود ميزانية خاصة بالخدمة الاجتماعية تخصص لدعم المرضى المحتاجين، وتذليل الصعوبات التي تؤثر في نجاح الخطة العلاجية مثل: بعد مكان السكن وعدم وجود مكان

للإقامة، ووافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 32,4%، في حين 9,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 2%، ويعارضه جداً 2,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,31 بانحراف معياري مقداره 0,93، ووافق جداً 35,8% على أنهم يلومون الأخصائي الاجتماعي في حال وجود مشكلات تتعلق بالمريض أو بنظام المستشفى ووافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 23,6%، في حين 19,6% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 14,2%، ويعارضه جداً 6,8%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,67 بانحراف معياري مقداره 1,28، ووافق جداً 37,8% على أن الأخصائي الاجتماعي خيار إضافي وليس فرداً مهماً ضمن طاقم العاملين الصحيين، ووافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 14,9%، في حين 9,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 18,2%، ويعارضه جداً 19,6%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,33 بانحراف معياري مقداره 1,59.

وفيما يتعلق بفائدة الأخصائي الاجتماعي، فوافق جداً 29,7% على أنه ينظرون للعاملين الصحيين العاملين في المستشفى بشكل عام بأنهم الأكثر كفاءة وفائدة من الأخصائي الاجتماعي، ووافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 33,1%، في حين 14,9% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 11,5%، ويعارضه جداً 10,8%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,59 بانحراف معياري مقداره 1,31، ووافق جداً 31,3% على أنه يستطيع أي شخص من أعضاء فريق العلاج القيام بالأعمال التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي، ووافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 20,3%، في حين 16,2% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 21,6%، ويعارضه جداً 10,8%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,39 بانحراف معياري مقداره 1,39.

جدول رقم (8)

نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على

الفقرات المتعلقة بعلاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
ذكر	3,87	0,81	1,17	0,28
أنثى	3,69	0,71		
نوع المستشفى	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
قطاع خاص	3,95	0,73	3,19	0,07

		0,83	3,72	قطاع عام
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الجنسية
0,46	0,54	0,81	3,86	أردني
		0,72	3,74	غير أردني
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التصنيف الفني
0,02	2,91	0,82	4,18	امتياز
		0,71	3,65	مقيم
		0,68	4,01	مساعد أخصائي
		0,79	3,74	اختصاصي
		1,02	4,09	مستشار
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	جامعة التخرج
0,21	1,53	0,75	3,86	جامعة أردنية
		0,76	3,68	جامعة عربية
		0,85	3,97	جامعة أجنبية
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	سنوات الخبرة
0,08	2,33	0,79	3,68	أقل من (5) سنوات
		0,73	3,79	(5- أقل من 10) سنوات
		0,81	4,03	(10- أقل من 15) سنة
		0,80	4,19	(15) سنة فأكثر
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العمر
0,14	1,76	0,82	3,75	أقل من (30) سنة
		0,72	3,74	(30- أقل من 40) سنة
		0,83	4,02	(40- أقل من 50) سنة
		0,93	4,27	(50- أقل من 60) سنة
		0,79	4,28	(60) سنة فأكثر

توضح بيانات الجدول رقم (8) أن الوسط الحسابي لاستجابات الذكور على الفقرات المتعلقة بعلاقة الأخصائي الاجتماعي مع إداره قد بلغ 3,87 بانحراف معياري مقداره 0,81، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الإناث 3,69 بانحراف معياري مقداره 0,71، وقد بلغت قيمة (F) 1,17 ومستوى دلالتها 0,28 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات الباحثين تعود لنوعهم.

لقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع الخاص 3,95 بانحراف معياري مقداره 0,73 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع العام 3,72 بانحراف معياري مقداره 0,83، وقد بلغت قيمة (F) 3,19 ومستوى دلالتها 0,07، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود للقطاع الذي يعملون به.

أما عن جنسية المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من الجنسية الأردنية 3,86 بانحراف معياري مقداره 0,81، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من غير الجنسية الأردنية 3,72 بانحراف معياري مقداره 0,72، وقد بلغت قيمة (F) 0,54 ومستوى دلالتها 0,46، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لجنسياتهم.

وفيما يتعلق بالتصنيف الفني للمبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من ذوي تصنيف الامتياز 4,18 بانحراف معياري مقداره 0,82، وبلغ 3,65 بانحراف معياري مقداره 0,71 للمقيمين وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات مساعدي الأخصائيين 4,01 بانحراف معياري مقداره 0,68 والاختصاصيين 3,74 بانحراف معياري مقداره 0,79، والمستشارين 4,09 بانحراف معياري مقداره 1,02، وقد بلغت قيمة (F) 2,91 ومستوى دلالتها 0,02، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لتصنيفهم الفني، وقد جاءت هذه الفروق لصالح أطباء الإمتياز.

لقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات خريجي الجامعات الأردنية 3,86 بانحراف معياري مقداره 0,75 وبلغ الوسط الحسابي لخريجي جامعات الدول العربية 3,68 بانحراف معياري مقداره 0,76 وخريجي الجامعات الأجنبية 3,97 بانحراف معياري مقداره 0,85، وقد بلغت قيمة (F) 1,53 ومستوى دلالتها 0,21 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لبلد التخرج. أما عن سنوات خبرة المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تقل خبرتهم عن (5) سنوات 3,68 بانحراف معياري مقداره 0,79، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح خبرتهم بين (5- أقل من 10) سنوات 3,79 بانحراف معياري مقداره 0,73، وبلغ 4,03 بانحراف معياري مقداره 0,81 للذين تتراوح خبرتهم بين (10- أقل من 15) سنة، وبلغ الوسط الحسابي للذين تبلغ خبرتهم (15) سنة فأكثر 4,19 بانحراف معياري مقداره 0,80، وقد بلغت قيمة (F) 2,33 ومستوى دلالتها 0,08 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لسنوات خبرتهم. وفيما يتعلق بالعمر، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين الذين تقل أعمارهم عن (30) سنة 3,75 بانحراف معياري مقداره 0,82، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح أعمارهم بين (30-30)

أقل من 40) سنة 3,74 بانحراف معياري مقداره 0,72، وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (40- أقل من 50) سنة 4,02 بانحراف معياري مقداره 0,83، وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (50- أقل من 60) سنة 4,27 بانحراف معياري مقداره 0,93 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تبلغ أعمارهم (60) سنة فأكثر 4,28 بانحراف معياري مقداره 0,79 وقد بلغت قيمة (F) 1,76 ومستوى دلالتها 0,14 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لأعمارهم.

الكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي

يلعب الإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي الطبي دوراً كبيراً لا يمكن التهاون به من حيث القدرة على الممارسة المهنية وإثبات أهمية الدور الذي يقوم به، حيث ستحاول الفقرات التالية ومن خلال رأي أفراد العينة التعرف على مدى إيمان الأطباء بكفاءة الأخصائي الاجتماعي الطبي، وما هي نقاط الضعف والثغرات التي من الممكن أن تؤخذ على العاملين في هذا المجال بشكل عام.

جدول رقم (9)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة
على الفقرات المتعلقة بالكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي

الرقم	الكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي	موافق جداً %	موافق إلى حد ما %	محايد/ غير متأكد %	معارض إلى حد ما %	معارض جداً %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
33	أستعين بخبرة الأخصائي الاجتماعي في حالات المرضى الذين لا أستطيع التعامل معهم مثل: المرضى الذين يرفضون العلاج أو يصعب التواصل معهم.	44,6	31,1	15,5	6,8	2,0	4,09	1,03
34	أرغب بالتعلم والتعرف على القضايا النفسية والاجتماعية المصاحبة للمرض.	52,0	34,5	11,5	1,4	0,7	4,36	0,79
35	لا أمانع مشاركة الأخصائي الاجتماعي خبراته بواسطة المحاضرات والنشاطات التعليمية التي تشرح وتبين دوره .	50,7	38,5	8,8	2,0	-	4,38	0,73
36	أؤيد فكرة تدريب طلبة العمل الاجتماعي ضمن مؤسسات التعليم العالي في المستشفيات لإكتساب الخبرة الميدانية المناسبة .	52,0	31,8	14,2	1,4	0,7	4,33	0,82
37	ضعف الأخصائي الاجتماعي في اللغة الانجليزية يساهم في إضعاف دوره أثناء تعامله مع الأطباء.	46,6	29,7	14,2	8,1	1,4	4,12	1,02
38	قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المستشفى يقلل من جودة وكفاءة الخدمات	50,0	33,1	12,8	2,7	1,4	4,28	0,89

التي تقدم للمرضى							
0,59	4,26	1,0	3,7	12,8	33,1	49,3	جميع الفقرات

تشير بيانات الجدول رقم (9) أن 44,6% يوافقون جداً على أنهم يستعينون بخبرة الأخصائي الاجتماعي في حالات المرضى الذين لا يستطيعون التعامل معهم مثل: المرضى الذين يرفضون العلاج أو يصعب التواصل معهم، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 31,1%، في حين 15,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 6,8%، ويعارضه جداً 2%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,09 بانحراف معياري مقداره 1,03، ويوافق جداً 52% على أنهم يرغبون بالتعلم والتعرف على القضايا النفسية والاجتماعية المصاحبة للمرض، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 34,5%، في حين 11,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 1,4%، ويعارضه جداً 0,7% وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,36 بانحراف معياري مقداره 0,79.

وفيما يتعلق بمشاركة الأخصائي الاجتماعي بخبراته، فيوافق جداً 50,7% على أنهم لا يمانعون مشاركة الأخصائي الاجتماعي خبراته بواسطة المحاضرات والنشاطات التعليمية التي تشرح وتبين دوره، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 38,5%، في حين 8,8% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 2%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,38 بانحراف معياري مقداره 0,73، ويوافق جداً 52% على أنهم يؤيدون فكرة تدريب طلبة العمل الاجتماعي ضمن مؤسسات التعليم العالي في المستشفيات لاكتساب الخبرة الميدانية المناسبة، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 31,8%، في حين 14,2% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 1,4%، ويعارضه جداً 0,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,33 بانحراف معياري مقداره 0,82.

وعن ضعف الأخصائي الاجتماعي باللغة الانجليزية، فيوافق جداً 46,6% على أن ضعف الأخصائي الاجتماعي في اللغة الانجليزية يساهم في إضعاف دوره أثناء تعامله مع الأطباء، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 29,7%، في حين 14,2% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 8,1%، ويعارضه جداً 1,4%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,12 بانحراف معياري مقداره 1,02، ويوافق جداً 50% على أن قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين

في المستشفى يقلل من جودة وكفاءة الخدمات التي تقدم للمرضى، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 33,1%، في حين 12,8% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 2,7%، ويعارضه جداً 1,4%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,28 بانحراف معياري مقداره 0,89.

جدول رقم (10)

نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على الفقرات المتعلقة بالكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
ذكر	4,26	0,59	0,01	0,92
أنثى	4,25	0,58		
نوع المستشفى	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
قطاع خاص	4,41	0,50	9,38	0,01
قطاع عام	4,12	0,63		
الجنسية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
أردني	4,32	0,56	5,74	0,02
غير أردني	4,02	0,67		
التصنيف الفني	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
امتياز	4,43	0,58	2,19	0,07
مقيم	4,18	0,54		
مساعد أخصائي	4,25	0,70		
اختصاصي	4,14	0,64		
مستشار	4,62	0,45		
جامعة التخرج	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
جامعة أردنية	4,26	0,62	0,18	0,84
جامعة عربية	4,23	0,55		

		0,59	4,30	جامعة أجنبية
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	سنوات الخبرة
0,09	2,25	0,59	4,20	أقل من (5) سنوات
		0,56	4,18	(5- أقل من 10) سنوات
		0,68	4,40	(10- أقل من 15) سنة
		0,40	4,55	(15) سنة فأكثر
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العمر
0,15	0,73	0,61	4,24	أقل من (30) سنة
		0,54	4,18	(30- أقل من 40) سنة
		0,73	4,36	(40- أقل من 50) سنة
		0,21	4,50	(50- أقل من 60) سنة
		0,52	4,67	(60) سنة فأكثر

تظهر بيانات الجدول رقم (10) أن الوسط الحسابي لاستجابات الذكور على الفقرات المتعلقة بالكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي قد بلغ 4,26 بانحراف معياري مقداره 0,59 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الإناث 4,25 بانحراف معياري مقداره 0,58، وقد بلغت قيمة (F) 0,01 ومستوى دلالتها 0,92، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لنوعهم.

وقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع الخاص 4,41 بانحراف معياري مقداره 0,50 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع العام 4,12 بانحراف معياري مقداره 0,63، وقد بلغت قيمة (F) 9,38 ومستوى دلالتها 0,01، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود للقطاع الذي يعملون به.

أما عن جنسية المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من الجنسية الأردنية 4,32 بانحراف معياري مقداره 0,56، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من غير الجنسية الأردنية 4,02 بانحراف معياري مقداره 0,67، وقد بلغت قيمة (F) 5,74 ومستوى دلالتها 0,02، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لجنسياتهم، وجاءت هذه الفروق لصالح حملة الجنسية الأردنية.

وفيما يتعلق بالتصنيف الفني للمبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من ذوي تصنيف الامتياز 4,43 بانحراف معياري مقداره 0,58، وبلغ 4,18 بانحراف معياري مقداره 0,54 للمقيمين، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات مساعدي الأخصائيين 4,25 بانحراف معياري مقداره 0,70 والاختصاصيين 4,14 بانحراف معياري مقداره 0,64، والمستشارين 4,62 بانحراف معياري مقداره 0,45، وقد بلغت قيمة (F) 2,19 ومستوى دلالتها 0,07 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لتصنيفهم الفني.

لقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات خريجي الجامعات الأردنية 4,26 بانحراف معياري مقداره 0,62 وبلغ الوسط الحسابي لخريجي جامعات الدول العربية 4,23 بانحراف معياري مقداره 0,55 وخريجي الجامعات الأجنبية 4,30 بانحراف معياري مقداره 0,59، وقد بلغت قيمة (F) 0,18 ومستوى دلالتها 0,84، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لبلدان تخرجهم.

أما عن سنوات خبرة المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تقل خبرتهم عن (5) سنوات 4,20 بانحراف معياري مقداره 0,59 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح خبرتهم بين (5- أقل من 10) سنوات 4,18 بانحراف معياري مقداره 0,56، وبلغ 4,40 بانحراف معياري مقداره 0,68 للذين تتراوح خبرتهم بين (10- أقل من 15) سنة، وبلغ الوسط الحسابي للذين تبلغ خبرتهم (15) سنة فأكثر 4,55 بانحراف معياري مقداره 0,40 وقد بلغت قيمة (F) 2,25 ومستوى دلالتها 0,09 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لسنوات خبرتهم.

وفيما يتعلق بالعمر، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين الذين تقل أعمارهم عن (30) سنة 4,24 بانحراف معياري مقداره 0,61 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح أعمارهم بين (30- أقل من 40) سنة 4,18 بانحراف معياري مقداره 0,54 وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (40- أقل من 50) سنة 4,36 بانحراف معياري مقداره 0,73 وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (50- أقل من 60) سنة 4,50 بانحراف معياري مقداره 0,21، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تبلغ أعمارهم (60) سنة فأكثر 4,67 بانحراف معياري مقداره 0,52 وقد بلغت قيمة (F) 1,73 ومستوى دلالتها 0,15، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لأعمارهم.

الأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي

يعد المجتمع الخارجي نقطة إنطلاق وتسويق وتثبيت دعائم العمل الاجتماعي الطبي، وذلك من خلال مخرجات الجامعات الأردنية من جهة، ومن جهة أخرى من خلال نشر أهميته والأدوار التي يقوم بها من خلال وسائل الإعلام المختلفة، ولا نستطيع أن نتجاهل أهمية وجود سياسات وإجراءات تدعم المهنة من جهة أخرى

حيث سيعرض الجدول الآتي آراء أفراد العينة بعلاقة الأخصائي الاجتماعي بالمجتمع الخارجي من خلال نقاط مختلفة.

جدول رقم (11)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات

أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بالأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي

الرقم	الأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي	موافق جداً %	موافق إلى حد ما %	محايد / غير متأكد %	معارض إلى حد ما %	معارض جداً %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
39	مخرجات الجامعات الأردنية لطلبة العمل الاجتماعي والخدمة الاجتماعية ليست بالجودة والكفاءة المطلوبة.	34,5	27,0	26,4	10,1	2,0	3,82	1,08
40	وسائل الإعلام غير مؤثرة من حيث التسويق والتعريف بمهنة العمل الاجتماعي الطبي	45,9	37,2	10,8	3,4	2,7	4,20	0,95
41	لا تدعم وزارة الصحة مهنة العمل الاجتماعي الطبي بسياسات وإجراءات واضحة	48,6	33,1	13,5	4,7	-	4,26	0,87
	جميع الفقرات	43,0	32,4	16,9	6,1	1,6	4,09	0,81

تشرح بيانات الجدول رقم (11) أن 34,5% يوافقون جداً على أن مخرجات الجامعات الأردنية لطلبة العمل الاجتماعي والخدمة الاجتماعية ليست بالجودة والكفاءة المطلوبة، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 27%، في حين 26,4% اتخذ موقف المحايد وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 10,1%، ويعارضه جداً 2%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 3,82 بانحراف معياري مقداره 1,08، ويوافق جداً 45,9% على أن وسائل الإعلام غير مؤثرة من حيث التسويق والتعريف بمهنة العمل الاجتماعي الطبي، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 37,2%، في حين 10,8% اتخذ موقف المحايد وغير متأكدين من الاستجابة، ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 3,4%، ويعارضه جداً 2,7%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,20 بانحراف معياري مقداره 0,95، ويوافق جداً 48,6% على أن وزارة

الصحة لا تدعم مهنة العمل الاجتماعي الطبي بسياسات وإجراءات واضحة، ويوافق إلى حد ما على ذلك ما نسبته 33,1%، في حين 13,5% اتخذ موقف المحايدة وغير متأكدين من الاستجابة ويعارض ذلك إلى حد ما نسبته 4,6%، وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات 4,26 بانحراف معياري مقداره 0,87.

جدول رقم (12)

نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على

الفقرات المتعلقة بالأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
ذكر	4,09	0,82	0,01	0,95
أنثى	4,10	0,77		
نوع المستشفى	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
قطاع خاص	4,26	0,75	6,50	0,01
قطاع عام	3,93	0,83		
الجنسية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
أردني	4,18	0,79	6,96	0,01
غير أردني	3,74	0,77		
التصنيف الفني	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
امتياز	4,38	0,79	4,42	0,01
مقيم	3,85	0,74		
مساعد أخصائي	4,25	0,78		
اختصاصي	4,12	0,90		
مستشار	4,67	0,54		
جامعة التخرج	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
جامعة أردنية	4,15	0,76	2,07	0,13
جامعة عربية	3,90	0,79		
جامعة أجنبية	4,22	0,84		
سنوات الخبرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
أقل من (5) سنوات	3,96	0,86	5,16	0,01
(5- أقل من 10) سنوات	3,95	0,74		
(10- أقل من 15) سنة	4,28	0,80		

		0,37	4,76	(15) سنة فأكثر
مستوى الدلالة	قيمة F	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العمر
0,01	4,21	0,84	4,02	أقل من (30) سنة
		0,75	3,93	(30- أقل من (40) سنة
		0,86	4, 33	(40- أقل من (50) سنة
		0,50	4,56	(50- أقل من (60) سنة
		0,15	4,92	(60) سنة فأكثر

توضح بيانات الجدول رقم (12) أن الوسط الحسابي لاستجابات الذكور على الفقرات المتعلقة بالأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي قد بلغ 4,09 بانحراف معياري مقداره 0,82، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الإناث 4,10 بانحراف معياري مقداره 0,77، وقد بلغت قيمة (F) 0,01 ومستوى دلالتها 0,95، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لنوعهم.

وقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع الخاص 4,26 بانحراف معياري مقداره 0,75 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع العام 3,93 بانحراف معياري مقداره 0,83، وقد بلغت قيمة (F) 6,50 ومستوى دلالتها 0,01، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود للقطاع الذي يعملون به، وقد جاءت هذه الفروق لصالح القطاع الخاص.

أما عن جنسية المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من الجنسية الأردنية 4,18 بانحراف معياري مقداره 0,79، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من غير الجنسية الأردنية 3,74 بانحراف معياري مقداره 0,77، وقد بلغت قيمة (F) 6,96 ومستوى دلالتها 0,01، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لجنسياتهم، حيث جاءت هذه الفروق لصالح حملة الجنسية الأردنية.

وفيما يتعلق بالتصنيف الفني للمبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من ذوي تصنيف الامتياز 4,38 بانحراف معياري مقداره 0,79، وبلغ 3,85 بانحراف معياري مقداره 0,74 للمقيمين، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات مساعدي الأخصائيين 4,25 بانحراف معياري مقداره 0,78، والاختصاصيين 4,12 بانحراف معياري مقداره 0,90، والمستشارين 4,67 بانحراف معياري

مقداره 0,54، وقد بلغت قيمة (F) 4,42 ومستوى دلالتها 0,01، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لتصنيفهم الفني، وقد جاءت هذه الفروق لصالح الأطباء الاستشاريين.

وقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات خريجي الجامعات الأردنية 4,15 بانحراف معياري مقداره 0,76 وبلغ الوسط الحسابي لخريجي جامعات الدول العربية 3,90 بانحراف معياري مقداره 0,79 وخريجي الجامعات الأجنبية 4,22 بانحراف معياري مقداره 0,84، وقد بلغت قيمة (F) 2,07 ومستوى دلالتها 0,13 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لبلدان تخرجهم.

أما عن سنوات خبرة المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تقل خبرتهم عن (5) سنوات 3,96 بانحراف معياري مقداره 0,86، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح خبرتهم بين (5- أقل من 10) سنوات 3,95 بانحراف معياري مقداره 0,74، وبلغ 4,28 بانحراف معياري مقداره 0,80 للذين تتراوح خبرتهم بين (10- أقل من 15) سنة، وبلغ الوسط الحسابي للذين تبلغ خبرتهم (15) سنة فأكثر 4,76 بانحراف معياري مقداره 0,37، وقد بلغت قيمة (F) 5,16 ومستوى دلالتها 0,01، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لسنوات خبرتهم، وقد جاءت هذه الفروق لصالح الذين بلغت خبرتهم (15) سنة فأكثر.

وفيما يتعلق بالعمر، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين الذين تقل أعمارهم عن (30) سنة 4,02 بانحراف معياري مقداره 0,84، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح أعمارهم بين (30- أقل من 40) سنة 3,93 بانحراف معياري مقداره 0,75، وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (40- أقل من 50) سنة 4,33 بانحراف معياري مقداره 0,86، وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (50- أقل من 60) سنة 4,56 بانحراف معياري مقداره 0,50، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تبلغ أعمارهم (60) سنة فأكثر 4,92 بانحراف معياري مقداره 0,15، وقد بلغت قيمة (F) 4,21 ومستوى دلالتها 0,01 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين تعود لأعمارهم، حيث جاءت هذه الفروق لصالح الذين بلغت أعمارهم (60) سنة فأكثر.

جميع مكونات الدراسة

يعرض الجدول الآتي المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة التي تم عرضها وتحليلها من خلال الجداول السابقة.

جدول رقم (13)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة

الرتبة	المكونات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	الكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي	4,26	0,59
2	دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم	4,13	0,49
3	الأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي	4,09	0,81
4	علاقة الإخصائي الاجتماعي مع الإدارة	3,84	0,79
5	العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي	3,79	0,52
	جميع مكونات الدراسة	3,96	0,46

تظهر بيانات الجدول رقم (13) أن المتوسطات الحسابية لاستجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة جاءت مرتبة تنازلياً على النحو التالي:

1. الكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي.
2. دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم.
3. الأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي.
4. علاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة.
5. العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي.

جدول رقم (14)

نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على

الفقرات المتعلقة بالخصائص النوعية لأفراد العينة

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
ذكر	3,97	0,46	0,63	0,43
أنثى	3,90	0,46		
نوع المستشفى	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
قطاع خاص	4,09	0,42	12,36	0,001
قطاع عام	3,84	0,46		
الجنسية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
أردني	4,00	0,46	4,39	0,04
غير أردني	3,80	0,43		
التصنيف الفني	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
امتياز	4,19	0,44	6,08	0,001
مقيم	3,85	0,38		
مساعد أخصائي	4,05	0,49		
اختصاصي	3,82	0,50		
مستشار	4,35	0,44		
جامعة التخرج	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
جامعة أردنية	3,96	0,46	2,70	0,07
جامعة عربية	3,86	0,45		
جامعة أجنبية	4,08	0,45		
سنوات الخبرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
أقل من (5) سنوات	3,87	0,47	3,72	0,01
(5- أقل من 10) سنوات	3,91	0,40		
(10- أقل من 15) سنة	4,10	0,52		
(15) سنة فأكثر	4,25	0,39		
العمر	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
أقل من (30) سنة	3,93	0,47	3,34	0,01
(30- أقل من 40) سنة	3,88	0,42		

		0,50	4,05	(40- أقل من 50) سنة
		0,44	4,20	(50- أقل من 60) سنة
		0,38	4,42	(60) سنة فأكثر

يبين الجدول رقم (14) أن الوسط الحسابي لاستجابات الذكور على جميع مكونات الدراسة قد بلغ 3,97 بانحراف معياري مقداره 0,46، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الإناث 3,90 بانحراف معياري مقداره 0,46 وقد بلغت قيمة (F) 0,63 ومستوى دلالتها 0,43 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة مجتمعة تعود لنوعهم.

وقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع الخاص 4,09 بانحراف معياري مقداره 0,42 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من القطاع العام 3,84 بانحراف معياري مقداره 0,46، وقد بلغت قيمة (F) 4,39 ومستوى دلالتها 0,001 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة مجتمعة تعود للقطاع الذي يعملون به، وقد جاءت هذه الفروق لصالح القطاع الخاص.

أما عن جنسية المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من الجنسية الأردنية 4,00 بانحراف معياري مقداره 0,46 وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من غير الجنسية الأردنية 3,80 بانحراف معياري مقداره 0,43، وقد بلغت قيمة (F) 4,39 ومستوى دلالتها 0,04، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة مجتمعة تعود لجنسياتهم، حيث جاءت هذه الفروق لصالح حملة الجنسية الأردنية.

وفيما يتعلق بالتصنيف الفني للمبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين من ذوي تصنيف الامتياز 4,19 بانحراف معياري مقداره 0,44، وبلغ 3,85 بانحراف معياري مقداره 0,38 للمقيمين، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات مساعدي الأخصائيين 4,05 بانحراف معياري مقداره 0,49 والاختصاصيين 3,82 بانحراف معياري مقداره 0,50، والمستشارين 4,35 بانحراف معياري مقداره 0,44، وقد بلغت قيمة (F) 6,08 ومستوى دلالتها 0,001 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة مجتمعة تعود لتصنيفهم الفني، وقد جاءت هذه الفروق لصالح الأطباء الاستشاريين.

وقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات خريجي الجامعات الأردنية 3,96 بانحراف معياري مقداره 0,46 وبلغ الوسط الحسابي لخريجي جامعات الدول العربية 3,86 بانحراف معياري مقداره 0,45، وخريجي الجامعات الأجنبية 4,08 بانحراف معياري مقداره 0,45، وقد بلغت قيمة (F) 2,70 ومستوى دلالتها 0,07 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة مجتمعة تعود لبلدان تخرجهم.

أما عن سنوات خبرة المبحوثين، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تقل خبرتهم عن (5) سنوات 3,87 بانحراف معياري مقداره 0,47، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح خبرتهم بين (5- أقل من 10) سنوات 3,91 بانحراف معياري مقداره 0,40 وبلغ 4,10 بانحراف معياري مقداره 0,52 للذين تتراوح خبرتهم بين (10- أقل من 15) سنة، وبلغ الوسط الحسابي للذين تبلغ خبرتهم (15) سنة فأكثر 4,25 بانحراف معياري مقداره 0,39، وقد بلغت قيمة (F) 3,72 ومستوى دلالتها 0,01، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة مجتمعة تعود لسنوات خبرتهم وقد جاءت هذه الفروق لصالح الذين بلغت خبرتهم (15) سنة فأكثر.

وفيما يتعلق بالعمر، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين الذين تقل أعمارهم عن (30) سنة 3,93 بانحراف معياري مقداره 0,47، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تتراوح أعمارهم بين (30- أقل من 40) سنة 3,88 بانحراف معياري مقداره 0,42، وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (40- أقل من 50 سنة) 4,05 بانحراف معياري مقداره 0,50، وبلغ الوسط الحسابي للذين تتراوح أعمارهم بين (50- أقل من 60) سنة 4,20 بانحراف معياري مقداره 0,44، وبلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين تبلغ أعمارهم (60) سنة فأكثر 4,42 بانحراف معياري مقداره 0,38، وقد بلغت قيمة (F) 3,34 ومستوى دلالتها 0,01 مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين على جميع مكونات الدراسة مجتمعة تعود لأعمارهم، حيث جاءت هذه الفروق لصالح الذين بلغت أعمارهم (60) سنة فأكثر.

الفصل الخامس

ملخص النتائج والتوصيات

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات والكشف عن الصعوبات التي تواجهه أثناء تأديته لعمله، كما عملت هذه الدراسة ومن خلال الاستبانة التي صممت لتحقيق أهدافها إلى التعرف والكشف عن مدى تفهم الأطباء للدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي وذلك ضمن عينة تمثل المستشفيات الخاصة والحكومية، وفيما يلي أبرز النتائج التي خلصت بها هذه الدراسة والمتمثلة ب:

أولاً: جاء التوزيع النسبي لخصائص أفراد عينة الدراسة الكلية بحيث شكل الذكور النسبة الكبرى من أفراد العينة، حيث نلاحظ أن مهنة الطب لا يؤخذ عليها الطابع النسائي كما هو الحال في مهنة العمل الاجتماعي الطبي، والذي جاءت بعض الدراسات السابقة لتلتفت النظر له.

وعن الحالة الاجتماعية للمبحوثين، فقد اشتملت عينة الدراسة على نسبة من العزاب، ونسبة من المتزوجين، ونسبة من المطلقين وكانت النسبة الكبرى من أفراد عينة الدراسة هي من المتزوجين.

وغطت هذه الدراسة معظم الفئات العمرية بحيث اشتملت على الأطباء ضمن الفئتين العمريتين من

30 سنة فأقل إلى سن 60 سنة فأكثر.

وفيما يتعلق بالقطاع الذي يعمل به أفراد العينة، فقد بلغت نسبة الذين يعملون في القطاع الخاص 49,3% في حين 50,7% يعملون في القطاع العام، حيث عملت هذه الدراسة على محاولة اختيار عينة من القطاع العام والقطاع الخاص يراعى بها التساوي، سعياً للوصول إلى نتائج تتسم بالدقة. وعن الجامعات التي حصل منها أفراد العينة على درجاتهم العلمية، فقد تبين أن النسبة الكبرى قد حصلوا على درجاتهم العلمية من جامعات أردنية، وعمدت الدراسة الحالية إلى محاولة التعرف على مدى وجود علاقة بين جامعة التخرج للمبحوثين، ومدى تفهمهم لدور الأخصائي الاجتماعي الطبي، ومعوقات عمله، والصعوبات التي تواجهه.

وفيما يتعلق بالتصنيفات الفنية لأفراد العينة فقد تبين أن النسبة الكبرى هم من الأطباء المقيمين وكان معظم أفراد العينة هم ممن يحملون الجنسية الأردنية.

ثانياً: دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم.

- جاءت الفقرات المتعلقة بالمحور السابق مرتبة تنازلياً من الأعلى إلى الأدنى حسب أهميتها كما يلي:
1. تكمل الخصائص النفسية والاجتماعية للمريض التشخيص الطبي للمرض.
 2. المريض مسؤولية جماعية يشترك بها كافة أعضاء فريق العلاج بما فيهم الأخصائي الاجتماعي.
 3. أنقبل دور الأخصائي الاجتماعي في تقييم الظروف النفسية والاجتماعية المترتبة عن المرض.
 4. أعترف بأهمية الأخصائي الاجتماعي كشخص مهم ضمن فريق العلاج.
 5. القرارات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمريض يجب إتخاذها بمشاركة الأخصائي الاجتماعي.
 6. يحق للأخصائي الاجتماعي التدخل بقدر كافي من الناحية الاجتماعية مع المريض وأسرته.
 7. المريض مسؤولية جماعية يشترك بها كافة أعضاء فريق العلاج بما فيهم الأخصائي الاجتماعي.
 8. خطة التخريج يجب أن يتم إشراك الأخصائي الاجتماعي بها.
 9. الجوانب الصحية هي الأولى من حيث الأهمية، أما الجوانب العاطفية أو الاجتماعية أو الإقتصادية فأعتبرها غير مهمة.

ثالثاً: العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي.

العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي جاءت فقراته مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظر الأطباء تنازلياً من الأعلى إلى الأدنى كما يلي:

1. أسعى للتعرف على المعلومات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمريض في السعي لتقديم خدمة شمولية للمريض.
2. أعتز بأهمية الجوانب النفسية والاجتماعية في العلاج الطبي.
3. أتعامل التواصل المهني مع الأخصائي الاجتماعي من أجل مصلحة المريض.
4. أتعامل تشخيص ورأي الأخصائي الاجتماعي في المشكلة التي يعاني منها المريض والمساعدة في إيجاد الحلول المناسبة كمسؤول.
5. أتعلم الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي أثناء الدراسة والتشخيص والعلاج الاجتماعي للمرضى في المستشفى.
6. أعمل على تحويل المرضى الموجودين في المستشفى والمحتاجين للرعاية النفسية والاجتماعية للأخصائي الاجتماعي.
7. الطبيب هو المسؤول الأول في العمل وصاحب القرار في جميع قضايا المريض دون إستثناء.
8. أتعامل الأخصائي الاجتماعي كأحد منفذي أوامر الطبيب.
9. أرفض قيام الأخصائي الاجتماعي بالبحث عن الحالات والتعامل معها منفرداً.
10. الأخصائي الاجتماعي هو الشخص الأقل إتصالاً مع الطبيب.
11. العمل مع الأخصائي الاجتماعي هو مضيعة للوقت.
12. نادراً ما أتعامل مع القضايا النفسية والاجتماعية للمريض وأدرسها.
13. لا أستطيع رسم تصور واضح يشرح ويبين دور الأخصائي الاجتماعي الطبي.
14. أقوم بالإطلاع على تقييم الخدمة الاجتماعية، أو العمل الاجتماعي الموجود في ملف المريض الخاص.
15. لا أتعامل الأخصائي الاجتماعي كشخص مسؤول في عمله.

رابعاً: علاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة.

الفقرات المتعلقة بمكوّن علاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة جاءت مرتبة حسب أهميتها تنازلياً كما يلي:

1. أؤيد وجود قسم خاص بالعمل الاجتماعي في المستشفى.
2. للأخصائي الاجتماعي دور في المشاركة بوضع السياسات والخطط الخاصة بطبيعة عمله.

3. من المهم وجود ميزانية خاصة بالخدمة الاجتماعية تخصص لدعم المرضى المحتاجين، وتذليل الصعوبات التي تؤثر في نجاح الخطة العلاجية مثل: بعد مكان السكن وعدم وجود مكان للإقامة.
4. ألوم الأخصائي الاجتماعي في حال وجود مشكلات تتعلق بالمريض أو بنظام المستشفى.
5. ينظر للعاملين الصحيين العاملين في المستشفى بشكل عام بأنهم الأكثر كفاءة وفائدة من الأخصائي الاجتماعي.
6. الأخصائي الاجتماعي هو أحد أعضاء الفريق العلاجي غير المؤثرين في نظام المستشفى.
7. يستطيع أي شخص من أعضاء فريق العلاج القيام بالأعمال التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي.
8. الأخصائي الاجتماعي خيار إضافي وليس فرداً مهماً ضمن طاقم العاملين الصحيين.

خامساً: الكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي.

مكوّن الكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي جاءت فقراته مرتبة حسب أهميتها تنازلياً من الأعلى إلى الأدنى كما يلي:

1. لا أمانع مشاركة الأخصائي الاجتماعي خبراته بواسطة المحاضرات والنشاطات التعليمية التي تشرح وتبين دوره.
2. أرغب بالتعلم والتعرف على القضايا النفسية والاجتماعية المصاحبة للمرض.
3. أؤيد فكرة تدريب طلبة العمل الاجتماعي ضمن مؤسسات التعليم العالي في المستشفيات لاكتساب الخبرة الميدانية المناسبة.
4. قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المستشفى يقلل من جودة وكفاءة الخدمات التي تقدم للمرضى.
5. ضعف الأخصائي الاجتماعي في اللغة الانجليزية يساهم في إضعاف دوره أثناء تعامله مع الأطباء.
6. أستعين بخبرة الأخصائي الاجتماعي في حالات المرضى الذين لا أستطيع التعامل معهم مثل المرضى الذين يرفضون العلاج أو يصعب التواصل معهم.

سادساً: الأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي

الفقرات المتعلقة بمكوّن الأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي جاءت مرتبة حسب أهميتها تنازلياً كما يلي:

1. لا تدعم وزارة الصحة مهنة العمل الاجتماعي الطبي بسياسات وإجراءات واضحة.
2. وسائل الإعلام غير مؤثرة من حيث التسويق والتعريف بمهنة العمل الاجتماعي الطبي.
3. مخرجات الجامعات الأردنية لطلبة العمل الاجتماعي والخدمة الاجتماعية ليست بالجودة والكفاءة المطلوبة.

ربط نتائج الدراسة الحالية بالدراسات السابقة

من خلال النتائج السابقة فإننا نلاحظ بأن هذه الدراسة جاءت لتلفت النظر إلى:

دراسة الشمايلة (1994) "دراسة مسحية للمشكلات التكيفية لدى الأطفال غير العاديين ذوي الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي، والصرع، والثلاسيميا، وسرطان الدم) في عينة أردنية".

حيث أكدت الدراسة الحالية ومن خلال تأييد أفراد العينة على أهمية الجوانب النفسية والاجتماعية ودورها في نجاح خطة العلاج، والذي قامت الدراسة السابقة بتهميشه وعدم التطرق له والتركيز عليه.

وأما دراسة سيف (1996) بعنوان: "تمط السلطة ودورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات".

حيث جاءت نتائج الدراسة السابقة التي تؤيد أن عدم وجود أنظمة عمل وقوانين واضحة يحد من عمل الأطباء وجودة مخرجاتهم، وجاءت الدراسة الحالية لتؤكد أن عدم وجود سياسات واضحة لعمل الأخصائي الاجتماعي هي أيضاً تضعف المهنة وتقلل من أهميتها ووضوحها، وأوصت الدراسة السابقة بضرورة العمل على تحديث نظم الإدارة في المستشفيات، وجاءت الدراسة الحالية لتؤكد أهمية الأخصائي الاجتماعي ووجوده في المستشفيات ضمن النظام الإداري والمقاييس المعتمدة عالمياً.

أما عن دراسة زيدان (2000) "مدى فعالية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان".

فقد أكدت نتائج هذه الدراسة ما خلصت إليه دراسة زيدان، وتحدثت عن أهمية العمل مع المرضى وأسرها وفاعلية العمل الاجتماعي مع مرضى الأمراض المزمنة، والتي يعد مرض السرطان أحد أنواعها.

وفيما يتعلق بدراسة الحيازي (2002) "مدى تأثير مرض السكري على الأطفال المصابين بالسكري وأسرها ودور العمل الاجتماعي في تمكينهم من التعامل مع المرض: دراسة على عينة من الأطفال المقيمين والمراجعين لمستشفى الجامعة الأردنية من عمر (6-12) سنة".

حيث أيدت الدراسة الحالية وتعاضدت مع الدراسة السابقة، لأهمية الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي بالعمل مع فئة الأطفال المرضى، وتطرفت إلى الأدوار التي يجب أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي والناجمة عن الصعوبات المترتبة عن المرض.

وعن دراسة الجبرين (2002) "دور الإختصاصي الاجتماعي مع المرضى طولي الإقامة في المستشفيات" دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات مدينة الرياض".

لفتت هذه الدراسة النظر إلى المريض والصعوبات الناجمة عن المرض، وإرتباط هذه الصعوبات بالبيئة الخارجية، وجاءت الدراسة الحالية لتؤكد وتلفت النظر لدور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع مؤسسات المجتمع الخارجي، ومن جهة أخرى فقد أوضحت الدراسة الحالية الدور الذي يجب أن يقوم به الأخصائي الاجتماعي كقوة ضاغطة على صناع القرار، وشخص قادر على إحداث التغير في المجتمع لما فيه الأفضل وشخص مساعد في صنع السياسات (Policy Maker) لما فيه مصلحة المريض وتحقيق أكبر قدر من التكيف مع المرض والظروف الناجمة عنه.

وأما دراسة آل مبارك (2002) "برنامج الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف من النساء والأطفال في مستشفى الملك عبد العزيز العسكري بالسعودية".

أكدت هذه الدراسة أهمية الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي مع فئة الأطفال والنساء الذين تعرضوا للعنف أو الإساءة، وجاءت الدراسة الحالية لتؤكد على أهمية هذا الدور من جهة، ولتشرح وتوضح دور مزودي الخدمات الصحية في العمل مع مثل هذه الحالات، ولتضيف إلى الدراسة السابقة جزءاً قامت بإغفاله وهو ضحايا العنف والإساءة ضمن فئة كبار السن.

كما أكدت الدراسة الحالية على أهمية الجانب الوقائي قبل العلاجي في العمل مع مثل هذه الحالات ولفتت الدراسة الحالية النظر إلى أن الظروف الاجتماعية والنفسية قد تؤدي إلى المرض، وليس بالضرورة أن تترتب الظروف النفسية والاجتماعية عن المرض وتتبعه.

وعن دراسة المخامرة (2005) "العمل الاجتماعي بوصفه مهنة ناشئة في الشرق الأوسط: دراسة حالة معتمدة على التوزيع العرقي للأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات الأردنية".

جاءت الدراسة الحالية لتكمل دراسة المخامرة، وذلك باختيار عينة تمثل المستشفيات الخاصة التي لم يتم التطرق لها في البحث السابق، وإقتصرت على القطاع العسكري والحكومي، ومن جهة أخرى فقد أيدت هذه الدراسة ومن خلال تأكيد أفراد العينة لأهمية وجود ميزانية خاصة بالعمل الاجتماعي الطبي ترصد

للمرضى الفقراء وذلك في سبيل إتخاذ خطوات تؤكد مهنية العمل الاجتماعي من جهة، وتبعد الأخصائي الاجتماعي عن إتخاذ خطوات غير مهنية في سبيل مساعدة المرضى كنظام الصدقات والإحسان النابع من الدين الإسلامي وهو ما قامت دراسة المخامرة بلفت النظر له.

وفيما يتعلق بدراسة الشيباني (2006) "العوامل المؤثرة على أداء العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي".

جاءت نتائج الدراسة السابقة لتطرح الصعوبات التي يعاني منها الأخصائي الاجتماعي أثناء تأديته لدوره وقد تبين من خلال ما توصلت له أن فئة الأطباء جزءاً من الصعوبات التي يواجهها الأخصائي الاجتماعي أثناء عمله أما الدراسة الحالية فعرجت على نقاط ومواضيع تشرح وتوضح نوعية هذه الصعوبات، وذلك في سبيل مواجهتها وتلافيها، والتخلص منها.

وعن دراسة العواودة (تحت النشر) "معوقات عمل الأخصائي الاجتماعي في القطاع الطبي".

فعملت الدراسة الحالية على الاستفادة من النقاط والنتائج التي خلصت بها الدراسة السابقة، ووظفت بعض النقاط من خلال الاستبانة التي تم توزيعها على المبحوثين.

أما فيما يتعلق بالدراسات الأجنبية فقد جاءت هذه الدراسة لتؤكد وتكمل ما توصل له:

برايس (1989) Price "تمكين أطفال سرطان الدم قبل سن المراهقة والمراهقين".

عرجت الدراسة الحالية على الإحتياجات العمرية والصعوبات الناجمة عن المرض، والتي يعاني منها المرضى ضمن الفئات العمرية المختلفة، وجاءت لتكمل وتؤكد ما خلصت له الدراسة السابقة من خلال نتائجها.

أما فيما يتعلق بدراسة ماكفوي (1990) Mcvoy "العلاقة بين الخصائص الشخصية للأسرة والأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة".

فقد تطرقت هذه الدراسة لفئة الأطفال المصابين بمرض كلوي مزمن، وخصائص الأسرة التي يعاني أحد أطفالها من هذا المرض، وجاءت الدراسة الحالية لتؤكد على أهمية العمل الاجتماعي والدور الإيجابي الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في التخفيف من حدة التوتر والقلق لهذه الأسر، ومساعدتهم على تحقيق أقصى درجات التكيف من جهة أخرى.

دراسة جولاي (1998) Julie "مدى فهم كل من الممرضين والأخصائيين الاجتماعيين لطبيعة مهنة الآخر".

قامت الدراسة السابقة بلفت النظر إلى الصعوبات التي من الممكن أن يعاني منها الأخصائي الاجتماعي مع الفريق التمريضي، ومدى فهمهم لدور الأخصائي الاجتماعي وصلاحياته في التعامل مع المرضى وأسره، وقد أوضحت هذه الدراسة وجود بعض الغموض والتداخل حول عمل الآخر.

جاءت الدراسة الحالية لتوظف ما خلصت به الدراسة السابقة وتستفيد من بعض النقاط التي عرجت عليها وذلك بتوظيفها على فئة الأطباء، والتعرف على مدى فهمهم لدور الأخصائي الاجتماعي الطبي والقدرة على رسم تصور واضح لدور الأخصائي الاجتماعي الطبي.

أما فيما يتعلق بدراسة ليزبنج (2002) Leipzig, et al. "موقف مزودي الخدمات الصحية نحو العمل ضمن فريق متعدد المهام: دراسة مقارنة".

قامت الدراسة الحالية بالاستفادة مما خلصت له هذه الدراسة، بحيث أوضحت الدراسة السابقة وجود بعض الصعوبات من قبل الفريق الطبي.

عرجت الدراسة الحالية وقامت بالتعرف على بعض النقاط الممثلة لوجهة نظر الطبيب والمتعلقة بعمل الأخصائي الاجتماعي وصلاحياته وقدرته على إتخاذ القرارات ذات الصلة بالمريض وأسرته والمتعلقة بطبيعة عمله.

وعن دراسة جيرنج (2003) Gearing "الخبرات والنتائج للأخصائيين الاجتماعيين في بيئة أقسام الأطفال المتأثرين والمصابين بمرض "سارس".

هذه الدراسة لفتت النظر إلى الصعوبات والمخاطر التي من الممكن أن يواجهها الأخصائي الاجتماعي عند العمل مع المرضى الناقلين للعدوى، وقد إستفادت الدراسة الحالية من الدراسة السابقة بلفت نظر الأطباء والتعرف على مدى إدراكهم للصعوبات التي من الممكن أن يتعرض لها الأخصائي الاجتماعي أثناء الدراسة والتشخيص والعلاج والتدخل الاجتماعي.

وعن دراسة جادلا (2007) Gadalla "مرض السرطان: إستخدام الخدمات الاجتماعية في كندا (الإنشمار لمحّة عن الخدمات، والتتبؤ للمستخدمين)".

أوضحت هذه الدراسة الفئات الأمس حاجة للتدخل الاجتماعي والنفسي، ضمن فئات المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة ككبار السن، والمرضى الذين يعانون من فقر في العلاقات الاجتماعية والشبكات الداعمة.

وجاءت الدراسة الحالية لتلفت النظر لنوعية هذه الإحتياجات، ودور الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها.

التوصيات والمقترحات

جاءت الدراسة الحالية والتي تحمل عنوان "دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الأردنية من وجهة نظر الأطباء" لتحاول التعرف على العمل الاجتماعي الطبي، ومدى الخدمات التي تقدم للمرضى وأسرها ونوعيتها، كما عرجت هذه الدراسة على الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي، وذلك من خلال الدراسات السابقة، والإطار النظري، ومن خلال الاستبانة التي تم توزيعها على عينة البحث، والتي استهدفت الأطباء وحاولت جمع المعلومات المتعلقة بأرائهم ووجهات نظرهم حول الأخصائي الاجتماعي الطبي والقضايا النفسية والاجتماعية ذات العلاقة بالمريض وأسرتة، وبناءً على ما خلصت له هذه الدراسة فإن الباحثة توصي وتقترح الآتي:

1. ان يعمل الأخصائي الاجتماعي الطبي على مشاركة الأطباء في إجتماعاتهم التي يتم مناقشة أمور المرضى الصحية وخطط العلاج بها، وذلك من أجل إشراك الطبيب وإطلاعهم على وضع المريض النفسي والاجتماعي والخدمات المقدمة له، وخطط التدخل الاجتماعي والنفسي، حيث يُفعل الإجراء السابق دور الأخصائي الاجتماعي، ويلفت النظر إلى الخدمات والأعمال الملموسة على أرض الواقع والتي يقوم بها.
2. إتباع منهجية منظمة في العمل بحيث يتم تحويل الحالات بواسطة نموذج يوثق في ملف المريض من قبل الطبيب المشرف على الحالة، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بإرفاق نموذج دراسة الحالة ضمن ملف المريض الخاص، بحيث يجب أن تتم الإجراءات السابقة بدعم إداري وفني من الإدارة التابعة للمستشفى.
3. يجب أن تدعم وزارة الصحة مهنة العمل الاجتماعي الطبي وذلك بإتخاذ إجراءات تلزم القطاع العام والخاص بإيجاد قسم للعمل الاجتماعي الطبي، وتحدد العدد الأدنى الذي يجب ان يتوفر في المستشفى من أخصائيين اجتماعيين، بحيث يتناسب وعدد الأسره الموجودة في المستشفى وطبيعة الأمراض، كما يجب أن يراعى وجود أخصائيين اجتماعيين من كلا الجنسين، مراعاةً لطبيعة المريض وأسرتة، والخلفية الثقافية والدينية.
4. الأخصائي الاجتماعي الطبي وبتنسيق وتعاون مع إدارة المستشفى، يجب أن يعمل على المشاركة بوضع سياسات عمله، والسياسات الخاصة بنوعية المرضى الذين يتعامل معهم كالمرضى المعرضين للإساءة والإهمال، وعدم ترك هذه المهام لأشخاص غير معنيين في ذلك، فالأخصائي الاجتماعي هو صانع سياسات وذا شخصية قيادية يجب أن يعمل على إظهارها.

5. على الأخصائي الاجتماعي وعند ممارسته لعمله ان يتمتع بمهنية عالية، وأن يتحدث بلغة علمية مفهومة وواضحة ضمن فريق العمل، وان يتخذ خطوات منهجية مدروسة تثبت بأن أحداً غيره ممن لا يحمل شهادة علمية، وممارسة مهنية في نفس المجال، لا يستطيع سد مكانه أو القيام بالأعمال التي يقوم بها.

6. الأخصائي الاجتماعي الطبي يجب أن يعمل ومن خلال إلتحاقه بالدورات التدريبية والتعليمية الخاصة باللغة الإنجليزية، من أجل التخلص من الضعف الذي من الممكن أن يعانيه، كما يجب أن يعمل على التزود بالنصوص والمصطلحات الإنجليزية الخاصة بالحقل الطبي، والإلمام بها لتكون لغة مشتركة مع الأطباء.

7. التنسيق وضمن معاهد وكليات العمل الاجتماعي والخدمة الاجتماعية مع كليات الطب في الجامعات الأردنية، وذلك من أجل إيجاد مساقات تتعلق بالعمل الاجتماعي الطبي تدرس لطلبة الطب، وتعمل على توعيتهم وتبصيرهم بالدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي في هذا المجال، وأهمية التعاون وتبادل الخبرة.

8. العمل ومن خلال التشبيك مع وسائل الإعلام ومؤسسات المجتمع الخارجي، على التسويق لمهنة العمل الاجتماعي الطبي، ومحاولة لفت النظر للدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المرضى وأسره من خلال مظلة المؤسسة التي يعمل بها.

9. إدارة المستشفى يجب أن تدعم الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في مساعدة المرضى إقتصادياً وأن تخصص ميزانية ترصد لهذا الغرض، وأن تعمل على أخذ هذه القضايا بعين الاعتبار وأن يشارك الأخصائي الاجتماعي ويؤخذ برأيه في الخصومات والإعفاءات المادية التي تقدم للمرضى.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- الجبرين، جبرين علي (2002)، دور الإختصاصي الاجتماعي مع المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات، دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض، السعودية.
- آل مبارك، حنان (2002)، برنامج الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف من النساء والأطفال في مستشفى الملك عبد العزيز العسكري بالسعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان الأردن.
- الحيارى، عبير (2002)، مدى تأثير مرض السكري على الأطفال المصابين بالسكري وأسرههم ودور العمل الاجتماعي في تمكينهم من التعامل مع المرض: دراسة على عينة من الأطفال المقيمين والمراجعين لمستشفى الجامعة الأردنية من عمر (6-12) سنة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان الأردن.
- الشمايلة، سميرة (2002)، دراسة مسحية للمشكلات التكيفية لدى الأطفال غير العاديين ذوي الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي، والصرع، والثلاسيميا، وسرطان الدم) في عينة أردنية، رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- الشاعر، عبد المجيد وآخرون (2000)، علم الإجتماع الطبي، عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
- الشيباني، نورة (2006)، العوامل المؤثرة على أداء العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، السعودية.
- النماس، أحمد فايز (2000)، الخدمة الاجتماعية الطبية، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- العواودة، أمل (تحت النشر)، معوقات عمل الأخصائي الاجتماعي في القطاع الطبي.

- المليجي، إبراهيم عبد الهادي (2006)، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية الإسكندرية: جدران للمعرفة.
- بشير، إقبال وفهمي، سامية (1982)، الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي والعقلي، الإسكندرية المكتب الجامعي الحديث.
- بشير، إقبال وآخرون (1980)، الخدمة الاجتماعية في مجال الطب النفسي، مصر: دار عالم الكتاب.
- خاطر، أحمد (1998)، الخدمة الاجتماعية (نظرة تاريخية، مناهج الممارسة للمجالات)، الإسكندرية المكتب الجامعي الحديث.
- سيف، أروى مصطفى (1996)، نمط السلطة ودورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات، رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- صالح، عبد المحي ورمضان، السيد (1999)، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، الإسكندرية دار المعرفة الجامعية.
- كفاوين، محمود (2006)، أساليب الممارسة المهنية في مجالات الخدمة الاجتماعية، عمان: منشورات جامعة القدس المفتوحة.
- زيتون، أحمد وفاء (1995)، خصخصة الخدمة الاجتماعية، مصر: جامعة القاهرة.
- زيدان، حمدي (2000)، مدى فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- ناشد، عطيات (1969)، الرعاية الاجتماعية للمعاقين، القاهرة: مكتبة الإنجلو المصرية.

- عبيد، ماجدة السيد وجودت، حزامه (2001)، وقفة مع الخدمة الاجتماعية، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- غرايبة، فيصل محمود (2008)، الخدمة الاجتماعية الطبية، العمل الاجتماعي من أجل صحة الإنسان عمان دار وائل للنشر والتوزيع.
- وزارة الصحة (2007)، التقرير الإحصائي السنوي، عمان، الأردن: مديرية المعلومات والدراسات.
- مخلوف، إقبال إبراهيم (1991)، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- مزاهرة، أيمن وآخرون (2001)، علم إجتماع الصحة، عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية

- AL-Makhamera, Sahar (2005), **Social Work as an Emerging Profession in the Middle East, an Ethnographic Case Study of Jordanian Hospital Social Work** UK, University of Warwick Coventry.

- Bryson, Lois (1992), **Welfare and the State**, London: Macmillan.

- Dorfman, R. A. (1996), **Clinical Social Work. Definition, Practice and Vision** New York: Brunner, Mazel.

- Gadalla, Tabany (2007), **Cancer Patient's use of Social Worker Services in Canada: Prevalence, Profile, and Predictors of Use**, Ontario, Canada, University of Toronto.

- Gearing, Robin (2003), **Experiences of Social workers in Pediatric Hospital Environment Affected by SARS**, Toronto, Canada, University of Toronto.

- Leipzing, Rosanne, Wallenstein, Sylvan, Cassel, Christine K (2002), Attitudes Toward Working on Interdisciplinary Health Care Team: A Comparison by Discipline, **American Geriatrics Society**, 50 (6) EBSCO Publishers.

- National Association for Social Workers (2005), **Social Work Practice in Health Care**, Washington, DC: NASSW Press.

- Mcevoy (1990), **The Relationship between Family Characteristics and Child Compliances in Children with Chronic Renal Disease**, UN published PhD Houston Texas: University of Houston.
- Price, Kathy (1988), **Empowering Preadolescent and Adolescent Leukemia Patient, Social Work in Health Care**, 44 (3) -51
- Pierson, John and Thomas, Martin (2002), **Collins Dictionary of Social Work** Glasgow, Britain, Harper Collins Publishers.
- William C, Cockerham, and Ferris J, Ritchey (1997), **Dictionary of Medical Sociology**, Greenwood Press, Westport CT, London.

- Wwww. Altibbi. Com (2008), **Arabic Medical Dictionary**.

- Malugani, Megan (2007), **Medical Social Workers**, on line
<http://content.monster.com>.

- القرني، محمد بن مسفر وآخرون (2007)، الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، عن موقع مجلة العلوم الاجتماعية.

ملحق (1) استبانة الدراسة

أولاً : البيانات النوعية:

1. النوع:

أ. ذكر. ب. أنثى .

2. الحالة الاجتماعية:

أ. أعزب. ب. متزوج. ج. مطلق. د. أرمل.

3. المستشفى الذي تعمل به حالياً:

أ. مستشفى الأردن . ب. مستشفى البشير .

4. الجنسية:

أ. أردنية . ب. فلسطينية . ج. عراقية. د. غير ذلك (حدد)

5. التصنيف الفني للطبيب:

أ. امتياز. ب. مقيم. ج. مساعد أخصائي. د. إختصاصي. هـ. مستشار.

6. حصلت على درجتك العلمية من جامعة:

أ. أردنية . ب. عربية. ج. أجنبية.

7. سنوات الخبرة:

أ. أقل من (5) سنوات. ب. (5 - أقل من 10) سنوات. ج - (10-أقل من 15) سنة. د. (15 سنة فأكثر).

8. العمر بالسنوات:

أ. أقل من (30) سنة . ب. (30-أقل من 40) سنة. ج. (40-أقل من 50) سنة. د. (50 - أقل من 60) سنة. هـ. (60) سنة فأكثر.

ثانياً : تقيس الجمل التالية وجهة نظرك تجاه مواضيع مختلفة لذا يرجى وضع إشارة (✓) أمام العبارة التي تراها أكثر مناسبة لرأيك :

الرقم	العبارة	موافق جداً	موافق إلى حد ما	محايد / غير متأكد من الإجابة	معارض إلى حد ما	معارض جداً
دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرتهم						
1	تعمل الخصائص النفسية والاجتماعية للمريض التشخيص الطبي للمرض .					
2	ألاحظ فاعلية وقيمة العلاج النفسي والاجتماعي للمرضى في المستشفى.					
3	المريض مسؤولة جماعية يشترك بها كافة أعضاء فريق العلاج بما فيهم الأخصائي الاجتماعي.					
4	القرارات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمريض يجب إتخاذها بمشاركة الأخصائي الاجتماعي.					
5	يحق للأخصائي الاجتماعي التدخل بقدر كافي من الناحية الاجتماعية مع المريض وأسرتة.					
6	الجوانب الصحية هي الأولى من حيث الأهمية أما الجوانب العاطفية أو الاجتماعية أو الإقتصادية فأعتبرها غير مهمة.					
7	أعترف بأهمية الأخصائي الاجتماعي كشخص مهم ضمن فريق العلاج.					
8	خطة التخريج يجب أن يتم إشراك الأخصائي الاجتماعي بها .					
9	أقبل دور الأخصائي الاجتماعي في تقييم الظروف النفسية والاجتماعية المترتبة عن المرض.					
العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والكادر الطبي						
10	أعترف بأهمية الجوانب النفسية والاجتماعية في العلاج الطبي.					
11	نادراً ما أتعامل مع القضايا النفسية والاجتماعية للمريض وأدرسها .					
12	العمل مع الأخصائي الاجتماعي هو مضبوطة للوقت.					
13	الطبيب هو المسؤول الأول في العمل وصاحب القرار في جميع قضايا المريض دون إستثناء.					
14	الأخصائي الاجتماعي هو الشخص الأقل إتصالاً مع الطبيب.					
15	أرفض قيام الأخصائي الاجتماعي بالبحث عن الحالات والتعامل معها منفرداً.					
الرقم	العبارة	موافق جداً	موافق إلى حد ما	محايد / غير متأكد من الإجابة	معارض إلى حد ما	معارض جداً

16	أسعى للتعرف على المعلومات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمريض في السعي لتقديم خدمة شمولية للمريض.				
17	أقبل تشخيص ورأي الأخصائي الاجتماعي في المشكلة التي يعاني منها المريض والمساعدة في إيجاد الحلول المناسبة كمسؤول.				
18	لا أقبل الأخصائي الاجتماعي كشخص مسؤول في عمله.				
19	أقبل الأخصائي الاجتماعي كأحد منفذي أوامر الطبيب.				
20	أقبل التواصل المهني مع الأخصائي الاجتماعي من أجل مصلحة المريض.				
21	أتفهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي أثناء الدراسة والتشخيص والعلاج الاجتماعي للمرضى في المستشفى.				
22	لا أستطيع رسم تصور واضح يشرح ويبين دور الأخصائي الاجتماعي الطبي.				
23	أقوم بالإطلاع على تقييم الخدمة الاجتماعية، أو العمل الاجتماعي الموجود في ملف المريض الخاص.				
24	أعمل على تحويل المرضى الموجودين في المستشفى والمحتاجين للرعاية النفسية والاجتماعية للأخصائي الاجتماعي.				
علاقة الأخصائي الاجتماعي مع الإدارة					
25	أؤيد وجود قسم خاص بالعمل الاجتماعي في المستشفى .				
26	للأخصائي الاجتماعي دور في المشاركة بوضع السياسات والخطط الخاصة بطبيعة عمله .				
27	الأخصائي الاجتماعي هو أحد أعضاء الفريق العلاجي غير المؤثرين في نظام المستشفى.				
28	من المهم وجود ميزانية خاصة بالخدمة الاجتماعية تخصص لدعم المرضى المحتاجين، وتذليل الصعوبات التي تؤثر في نجاح الخطة العلاجية مثل: بعد مكان السكن وعدم وجود مكان للإقامة .				
29	ألوم الأخصائي الاجتماعي في حل وجود مشكلات تتعلق بالمريض أو بنظام المستشفى.				
الرقم	العبارة	موافق جداً	موافق إلى حد ما	محايد / غير متأكد من الإجابة	معارض إلى حد ما معارض جداً

30	الأخصائي الاجتماعي خيار إضافي وليس فرداً مهماً ضمن طاقم العاملين الصحيين.				
31	ينظر للعاملين الصحيين العاملين في المستشفى بشكل عام بأنهم الأكثر كفاءة وفائدة من الأخصائي الاجتماعي.				
32	يستطيع أي شخص من أعضاء فريق العلاج القيام بالأعمال التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي.				
الكفاءة المهنية والإعداد الأكاديمي للأخصائي الاجتماعي					
33	أستعين بخبرة الأخصائي الاجتماعي في حالات المرضى الذين لا أستطيع التعامل معهم مثل: المرضى الذين يرفضون العلاج أو يصعب التواصل معهم.				
34	أرغب بالتعلم والتعرف على القضايا النفسية والاجتماعية المصاحبة للمرض.				
35	لا أمانع مشاركة الأخصائي الاجتماعي خبراته بواسطة المحاضرات والنشاطات التعليمية التي تشرح وتبين دوره .				
36	أؤيد فكرة تدريب طلبة العمل الاجتماعي ضمن مؤسسات التعليم العالي في المستشفيات لإكتساب الخبرة الميدانية المناسبة .				
37	ضعف الأخصائي الاجتماعي في اللغة الانجليزية يساهم في إضعاف دوره أثناء تعامله مع الأطباء.				
38	قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المستشفى يقلل من جودة وكفاءة الخدمات التي تقدم للمرضى.				
الأخصائي الاجتماعي ومؤسسات المجتمع الخارجي					
39	مخرجات الجامعات الأردنية لطلبة العمل الاجتماعي والخدمة الاجتماعية ليست بالجودة والكفاءة المطلوبة.				
40	وسائل الإعلام غير مؤثرة من حيث التسويق والتعريف بمهنة العمل الاجتماعي الطبي .				
41	لا تدعم وزارة الصحة مهنة العمل الاجتماعي الطبي بسياسات وإجراءات واضحة .				

ملحق (2) كتاب الجامعة الأردنية "معهد العمل الاجتماعي" لتسهيل مهمة الباحثة، وزارة الصحة: مستشفى البشير

الرقم: ١٥/٤/٢٠٠٩
التاريخ: ٢٠٠٩/١٠/٤

السادة / مديرية تنمية القوى البشرية / وزارة الصحة ،،،

تحية طيبة وبعد،،،

تقوم الباحثة شروق عيسى أبو حمور بدراسة علمية للحصول على درجة الماجستير
بعنوان دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الأردنية من وجهة نظر الأطباء
راجياً منكم التعاون في تسهيل مهمة الباحثة .

شاكراً لكم حسن تعاونكم

العميد
الدكتور حمود عليما



معهد العمل الاجتماعي
Social Work Institute

تحية طيبة وبعد،،،

شاكراً لكم حسن تعاونكم

المسير المزدحم

$1.125 = \frac{1}{8}$

 $1.125 = \frac{1}{8}$
 $1.125 = \frac{1}{8}$

هاتف ٥٣٥٥٠٠٠ (٩٦٢-٦) فرعي - ٢٤٩٨٨ فاكس - ٥٣٥٣٢١٧ (٩٦٢-٦) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel: (962-6) 5355000 Ext: 24988 Fax: (962-6) 5353217 Amman 11942 Jordan
E-mail: admin@ju.edu.jo

11942 Jordan

THE ROLE OF MEDICAL SOCIAL WORKER IN JORDANIAN HOSPITALS FROM THE PERSPECTIVE OF PHYSICIANS

BY

Shorouq Issa Abu Hammour

Supervisor

Dr. Salah Hamdan Al-Louzi

ABSTRACT

The purpose of this study was to learn about the perspective of doctors on the role of the medical social worker in Jordanian hospitals, and the doctors' perception of the difficulties a medical social worker faces in his or her job. In order to reach this goal, a survey was conducted and it included statements that were divided into two sections. The first section of the survey, included statements related to the age, years of experience, gender, etc. of the respondents, while the second section was based on Likert's Five Point Scale and was aimed at obtaining information about the importance of the psychological and environmental factors, the role of the medical social worker in dealing with patients and the medical social worker's relationship with other organizations. In order to test the reliability and validity of the survey, Cornobach's Alpha Test was used.

The study was conducted on doctors from Al- Bashir Hospital (representing the public sector) and doctors from the Jordan Hospital (representing the private hospital sector) The sample included all the doctors at the hospitals including residents, consultans, surgeons, etc. who were

working during the entire month of October 2009. In the sample, 75 of the doctors came from the public sector and 73 doctors were from the private sector. SPSS was used along with repetition and percentages.

The Alpha level was set at 0.05. Personal interviews were used in order to allow respondents to give more in-depth answers, and so that the surveyor could have the opportunity of direct observation of the respondents.

The results of the study showed that no significant differences were found on the basis of gender or social status. This study covered most age groups, since it included individuals who were 30 years or under, and individuals 60 years of age or older. The experience of the doctors who were sampled varied from 5 years or less to 15 years or more. The majority of the doctors in the sample had obtained their medical degrees from Jordanian universities. The majority of the sample came from resident doctors. Also, the majority of the sample came from individuals holding a Jordanian nationality.

Finally, the study results showed that a medical social worker faces many difficulties including: academic status, the lack of preparation and education of graduates of medical social work from Jordanian universities, lack of laws governing the practice of the profession of medical social work from the Ministry of Health in Jordan. Also, no advertisements about the profession in the media, there is no budget assigned to the social worker at his job, a low number of individuals working in the medical social work field, and difficulties with the administration. The results supported the need for a medical social worker in working with patients and their families, and they also stressed the role of psychological and environmental factors in therapy for the private sector and for the doctors who hold the title of consultant and those who have experience of 15 years or more and doctors 60 years and above.

