

برنامج الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف من النساء والأطفال في

مستشفى الملك عبد العزيز العسكري بالسعودية

"دراسة اجتماعية"

إعداد

حنان عبد الكريم بن صالح آل مبارك

المشرف

الأستاذ الدكتور إدريس العزام

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في

علم الاجتماع

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

تشرين أول / ٢٠٠٢

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ / / ٢٠٠٢

التوقيع

أعضاء لجنة المناقشة:

- | | | |
|-------|----------|----------------------------------|
| | (رئيساً) | ١. الأستاذ الدكتور إدريس عزام |
| | (عضواً) | ٢. الأستاذ الدكتور إبراهيم عثمان |
| | (عضواً) | ٣. الأستاذ الدكتور أحمد الربابعة |
| | (عضواً) | ٤. الدكتور عبد العزيز خزايلة |

إهداء

بكل ما تحمله كلمات الحب و التقدير و العرفان أتقدم

بإهداء ثمرة جهدي المتواضع

إلى والدي الحبيب ووالدتي الحبيبة الغالية

إلى أختي الحبيبة والمربية الفاضلة "أم أنس" و"أبو أنس"

وإلى حبة قلبي وأختي الصغيرة منى

وإلى أحبائي الغوالي "آلاء، غيداء، أنس، أسامه، هزار"

وإلى إخوتي الأفاضل بشير، صالح، نبيل، يوسف

فلكم مني كل الحب و التقدير و الوفاء

حنان عبد الكريم آل مبارك

شكر وتقدير

الحمد لله جداً كثيراً طيباً مباركاً كما يليق بخلال وجهك وعظير سلطانك والصلاة والسلام على سيد الخلق والأنام سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم. يسعدني بعد حمد الله وتوفيقه، وبعد الانتهاء من إعداد هذه الرسالة العلمية بتوفيق من الله عز وجل، أن أقدم بخالص الشكر والتقدير وجزيل الامتنان إلى أساتذتي الفاضل الدكتور إدريس العزام والدكتور محمد الدقس والدكتور إبراهيم عثمان والدكتور أحمد البايعة والدكتور موسى شنيوي وإلى كل الذين لم يدخلوا علي في تقديم كل عون كنت بحاجة إليه، وكان لنوجيههم وتشجيعهم دور كبير في إثراء هذه الرسالة.

كما أقدم بالشكر الجزيل إلى الدكتور الطيب محمد عوض الله والدكتور طيب همار العازمي والدكتور طيب عبد العزيز القباوع والدكتور طيب خالد الشمراني والدكتور طيب حسن المستشير، والأساتذة الفاضلة طراد الدوسري لما قدموه من ملاحظات قيمة أسهمت في إخراج هذه الرسالة على هذه الشاكلة.

وأعطف بخالص الشكر والعرفان للدكتور حسناء عشوي لما قدمته لي من دعم طيلة فترة دراستي، والأخ همار العنزي والأخ سعد المطيري أخصائي السجلات الطبية في مستشفى الملك عبد العزيز العسكري، والدكتور سارة المطيري، والأساتذة الفاضلة فاطمة الحربي، والأساتذة مريم الحمادي، والدكتور مها العيوني، والأخ العزيز المهندس محمد ناص، والمهندس فراس المصري، والأساتذة الفاضلة طارق هاشم، والدكتور الغالي ناص على لما قدموه لي من عون ومساعدة.

ولا يفوتني أخيراً أسداء جزيل الامتنان إلى الأخت العزيزة والغالية مريجة عريبات، لما قدمته لي من عون ومساعدة. فلهي جميعاً كل الاحترام والتقدير.

حنان آل مبارك

برنامج الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف من النساء والأطفال في مستشفى الملك عبد العزيز العسكري
بالسعودية
"دراسة اجتماعية"

إعداد

حنان عبد الكريم آل مبارك

المشرف

الأستاذ الدكتور إدريس العزام

الملخص باللغة العربية

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى معرفة كل من ضحايا العنف و الأطباء ببرنامج الخدمة الاجتماعية الطبية في مستشفى الملك عبد العزيز العسكري بتبوك ومصدر هذه المعرفة و الكشف عن الخدمات و المساعدات التي يقدمها هذا البرنامج، ويتضمن هذا معرفة نوع الحالات التي يتعامل معها و المقترحات التي يراها الأطباء مناسبة لتطوير هذا البرنامج.

وقد وظفت هذه الدراسة أسلوب المسح الاجتماعي الشامل لجمع الحقائق والبيانات، اعتماداً على استمارتين؛ وزعت إحداهما على الأطباء والأخرى على المرضى، ومن خلال المقابلات الشخصية للمبحوثين. ثم أدخلت البيانات بعد جمعها إلى الحاسوب خللت باستخدام النسب والتكرارات المئوية.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

١. إن أكثر المبحوثين من الضحايا كانوا على معرفة مسبقة بوجود قسم مختص بمثل حالتهم، وقد بلغت نسبة هؤلاء (٥٣,٣٣%)، في حين بلغت نسبة الأطباء (٧٨,٣%) من الذين وجدوا بأن قسم الخدمة الاجتماعية هو أكثر الأقسام بحثاً في أسباب هذا العنف الذي تعرض له هؤلاء الضحايا.

٢. أما في ما يتعلق بمصادر معرفة الضحايا بوجود قسم مختص للبحث في مثل حالتهم، فقد جاءت إجاباتهم عن طريق قراءتهم السابقة ما نسبته (٥٥,٨٨%)، بالمقابل جاءت معرفة الأطباء بوجود قسم مختص لهؤلاء الضحايا عن طريق قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بنسبة بلغت (٣٦,٦٧%).

٣. وقد دلت نتائج الدراسة على أن الخدمات التي يقدمها برنامج الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف متنوعة، شملت ما نسبته (٤١,٦٧%) من الضحايا الذين تمت مقابلتهم في غرفهم وذلك بسبب سوء حالتهم، وما نسبته (٤٦,٦٧%) لمن حظوا بخدمات معنوية.

٤. ودلت نتائج الدراسة أن العنف النفسي المتمثل في الإهمال هو من أكثر الحالات التي يتعامل معها هذا البرنامج؛ إذ بلغت نسبة المراجعين (٥٥%) وهذا يعني أن المرأة المتزوجة وغير المتزوجة والطفل الذكر والأنثى على حد سواء تمارس عليهم ضغوطات نفسية من مختلف أفراد الأسرة.

٥. أما فيما يتعلق بالمقترحات التي يراها الأطباء مناسبة لتطوير هذا البرنامج، فقد بلغت المقترحات الداعية إلى إلقاء محاضرات تطويرية للعاملين بالقسم ما نسبته (٦٣,٣%).

الفصل الأول مدخل إلى الدراسة

لاقى برنامج الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف من النساء والأطفال في المؤسسات الطبية اهتماماً من قبل العديد من الجهات وعلى رأسها الدولة من خلال إيجاد فرص العمل للباحثين في العلوم الاجتماعية؛ نظراً لتزايد هذه المشكلة وتفشيها في العديد من المجتمعات، كما جاء في الدراسات المتنوعة والمختلفة.

والمجتمع السعودي كغيره من المجتمعات لم يخل من المشكلات التي تعرض لها العالم نتيجة للطفرة العلمية و التكنولوجيا التي أصابت أهم مؤسسات المجتمع وهي الأسرة. حيث بات من الممكن أن يقدم الأب أو الأم على اتباع سلوك عنيف مع أحد أبنائه أو مع أبنائه جميعاً، وصل في بعض الحالات إلى استخدام الأدوات الحادة كالسكين، وفي بعضها الآخر الأجهزة الكهربائية كالمكواة، وربما بإطفاء أعقاب السجائر على جسد الطفل أو المرأة، وكثيراً ما يمارس هذا السلوك باللسان من شتم و تحقير، و أحياناً يكون مصحوباً ببعض الانفعالات التي قد يقدم فيها الشخص علي التخريب و التكسير، وهذا نتاج ما أفرزه المجتمع من ضغوط قد يتعرض لها الشخص سواء أكان ذلك أباً أو أماً أو زوجاً أو أختاً.

من هذا المنطلق يبرز دور برامج الخدمة الاجتماعية الطبية لضحايا العنف من النساء والأطفال في المؤسسات الطبية نظراً لتزايد انتشار هذه الظاهرة في المجتمع السعودي، وقد تناولت مثل هذه المشكلة طريقها في البحث والدراسة العلمية على الرغم من صرامة وصعوبة التدخل في خصوصيات الأسرة كما تفرضه عادات وتقاليد وثقافة ذلك المجتمع، التي تنتظر إلى أنه من العيب أو من غير الضروري التطرق إلى المشاكل الأسرية التي تدور في محيط الأسرة إلى أي من كان؛ لذا كان لابد من تناول هذا الموضوع في ظل الظروف والمتغيرات التي أضحت يعيشها المجتمع السعودي بشكل عام والأسرة السعودية علي وجه الخصوص.

مشكلة الدراسة:

تعالج هذه الدراسة بالتحديد مدى معرفة كل من ضحايا العنف و الأطباء بمضمون الخدمات الاجتماعية الطبية التي يقدمها هذا البرنامج لضحايا العنف من النساء والأطفال في المستشفى، ومدى فاعلية هذه الخدمات للمرضى من جهة و للأطباء من جهة أخرى، بالإضافة لما يسعى إليه هذا البرنامج من تقديم نموذج واقعي للتعامل مع مظاهر هذا العنف وطرق معالجته لكل من الحالات والمتعاملين معها داخل المستشفى. وعليه تكون مشكلة الدراسة هي:

البحث في واقع الخدمات التي يقدمها برنامج الخدمة الاجتماعية في المستشفى العسكري في تبوك من وجهة نظر الأطباء و ضحايا العنف؟ ومدى معرفة كل من الأطباء وضحايا العنف من المرضى بهذه الخدمات؟ ومدى انتفاع هؤلاء جميعاً بهذه الخدمات.

مبررات الدراسة:

هناك العديد من الدراسات التي سلطت الضوء على العنف وعلى ضحاياه من النساء والاطفال وعلى مفهوم العنف وأشكاله ومستوياته إلى جانب العديد من الأبحاث التي تطرقت إلى برامج مخصصة لحالات معينة كالإدمان على المخدرات أو بعض أنواع هذه المخدرات وبعض البرامج العلاجية و التأهيلية لمثل هذه الحالات المختلفة، إلا أن برنامج الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية وبالتحديد الحالات التي تتعرض للعنف الجسدي أو النفسي من النساء والاطفال يعد من الدراسات الحديثة في المجتمع العربي بشكل عام والمجتمع السعودي بشكل خاص.

ونتيجة لتفاقم حجم مشكلة العنف الذي تعانيه الأسرة السعودية ومدى التطور والتخصص الذي بلغته المؤسسات الطبية الحكومية تحديداً أخذ الاهتمام برعاية وحل مشكلات أفراد المجتمع يتطور تطوراً لم يعد قاصراً على المؤسسات الخيرية أو الضمان الاجتماعي، بل أصبح يأخذ أشكالاً ومظاهر مختلفة وأخذ فيها الاختصاصي الاجتماعي دوراً كبيراً يختلف في شكله ومضمونه عن باقي المؤسسات. وفي سياق بحثنا سوف يظهر دور الاختصاصي الاجتماعي في أدق مظاهره وفي أعماق الحالات الجديرة بالدراسة والبحث. وذلك من خلال قيام برنامج متخصص يهتم بدراسة حالات من تعرضوا للعنف من النساء والاطفال ونوع العنف الذي تعرضوا له وأشكاله وطرق التعامل مع هذه الحالات.... الخ في المؤسسات الطبية.

وعلى اعتبار أن برنامج الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف من النساء والأطفال في المؤسسات الطبية من الموضوعات التي لم يتم إلقاء الضوء عليها فسوف تسد دراستنا لفاعلية هذا البرنامج ودوره نقصا في الدراسات التي تناولت جوانب من هذا الموضوع. وذلك على اعتبار أن مثل هذا البرنامج لم يعط حقه بعد من التفعيل على أرض الواقع في ضوء الدراسات و الأبحاث العلمية.

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلي الكشف عن مدى تحقيق أهداف برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية للأطباء وضحايا العنف في المستشفى من خلال ما يلي:

- ١- الكشف عن مدى معرفة كل من ضحايا العنف والأطباء بمضمون برنامج الخدمة المقدم من قسم الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفى العسكري بنبوك ومصادر هذه المعرفة.
- ٢- الكشف عن الخدمات والمساعدات التي يوفرها برنامج الخدمة الاجتماعية للأطباء والمرضى في مستشفى الملك عبد العزيز العسكري بنبوك.
- ٣- التعرف على نوع الحالات التي يتعامل معها البرنامج من خلال المستشفى العسكري بمدينة نبوك.
- ٤- معرفة اتجاهات الأطباء نحو برامج الخدمة الاجتماعية وتقييمهم لهذه الخدمات.
- ٥- التعرف على الاقتراحات التي يراها الأطباء مناسبة لتطوير برنامج الخدمة الاجتماعية في المستشفى العسكري بنبوك.

الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة

- دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المؤسسات الطبية العلاجية.

- مقدمة.

- إسهامات علم الاجتماع الطبي في المجال الطبي.

- دور الخدمة الاجتماعية الطبية في المجال الطبي.

- الإجراءات الاجتماعية الطبية للحالات المرضية.

- التشخيص للاجتماع الطبي .

- العلاج الاجتماعي للحالات المرضية.

- الدراسات السابقة.

- تساؤلات الدراسة.

مقدمة:

تلعب الأجواء الاجتماعية التي يعيش فيها الإنسان دورا كبيرا في صحته فيما إذا كانت مهيأة بشكل سليم وصحي أو بالعكس تماما فيما إذا لم تكن كذلك، فصحة الإنسان أو مرضه ترتبطان بأثر بعض المتغيرات المحيطة بالبيئة منها ما هو مادي ومنها ما هو معنوي متمثلة في ثقافة المجتمع من عادات وتقاليد و أعراف.

فعند إصابة الإنسان بالمرض قد تعزى هذه الإصابة إلى اضطرابات عضوية نتيجة لخلل ما في جهاز مناعته، وقد لا يكون هذا هو السبب الوحيد بل قد يكون للضغوط الاجتماعية والاقتصادية والأسرية والنفسية.....الخ. بالغ الأثر في مرض الإنسان.

وبما أن ثقافة المجتمع البشري تسهم بشكل أو بآخر في مرض الإنسان و اعتلاله، فإنها أيضا تمنحه العلاج بحسب ما فيها من وسائل وطرق تختلف باختلاف المجتمعات و معتقداتها، ويمدى تأثر الأفراد بهذه المعتقدات، فهناك البعض ممن يعتقدون بالسحر والشعوذة كوسائل وأساليب للعلاج، وهي من الأساليب الشعبية التي يرفضها البعض ممن يعتمدون على الأساليب الطبية القائمة على العلم، وما يحكم الاعتماد على استخدام أي من هاتين الوسيلتين هو مدى معرفة الإنسان واطلاعه وقناعاته، وهذا لا يقتصر على المريض بمرض عضوي فقط، بل كذلك على من تعرض للعنف جسدياً كان أو نفسياً أو اجتماعياً أو لفظياً.....الخ.

فالعلاج من هذه الأمراض العضوية أو النفسية و حتى الاجتماعية ليس قاصراً على ما يقدمه الطبيب من علاج يعتمد على المستحضرات الطبية من أدوية.....الخ. بل يحتاج إلى متخصص في جوانب لا يستطيع الطبيب بمفرده أن يعالجها كبعض الضغوطات النفسية التي هي بحاجة إلى متخصص في المجال النفسي للبحث في أسبابها، كذلك بعض الضغوطات والاضطرابات الاجتماعية المؤدية إلى الإصابة بالأمراض و التي هي أيضا بحاجة إلى متخصص في هذا المجال للوقوف عليها ولتقديم العلاج الاجتماعي لها.

إسهامات علم الاجتماع الطبي في الطب:

ينصب إسهام علم الاجتماع الطبي في الطب على دراسة المريض ليس باعتباره كماً مهماً أو غير معروف، ولكن دراسته كإنسان متكامل. فعند النظر إلى الطب باعتباره بناء تنظيمياً نجد أنه من الضروري أن يتصل الأطباء بالمرضى بعضهم بالآخر سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. وقد يصادف هذا الاتصال "Contact". الكثير من الصعوبات "Barriers". على اعتبار أن الطبيب حين يحتك بالمريض يعامله ككائن عضوي يعاني من مرض ما يحاول شفاؤه من هذا المرض دون أن يضع في اعتباره أن هذا المريض كل متكامل يتكون من تركيبات عضوية "Organic" اجتماعية ونفسية، وأنه محتاج إلى دراسة كل هذه التركيبات من أجل معرفة سبب المرض، ومن هنا ظهرت أهمية علم الاجتماع الطبي لدراسة الطب حينما استخدم منظوراته ومناهجه المختلفة في دراسة الموجودات الإنسانية باعتبارها كائنات عضوية واجتماعية ونفسية.

إن دراسة الجوانب المختلفة لهذا الكائن إنما يدلي الطبيب بمعلومات عن المريض تساعد على تشخيص مرضه " Etiology" وعلاجه (Jeannette R. 1972) فإسهام علم الاجتماع الطبي في فهم علاقة الأطباء بالأدوار المختلفة للمرضى تجعلنا نركز على الأساليب التقليدية للمعاملات بين الطبيب والمريض التي غالباً ما تحدث حينما يكون المريض يعاني من مرض مزمن " Chronic". أو يعاني من أمراض معروفة توقفه عن ممارسة حياته الطبيعية. (Howard E, 1972). فالمنظور الاجتماعي يري أننا لكي نفهم الخبرات الجماعية للموجودات الإنسانية يجب أن لا نعالج المرضى باعتبارهم أفراداً منعزلين " Isolated Individual". ولكن يجب على الطبيب أن يضع في اعتباره أن المريض يأتي إليه وهو يحمل ثقافة العالم الاجتماعي الذي ينتمي إليه، لأن الطرق التي تجعل رد فعل المريض تجاه الأعراض التي نطلق عليها السلوك المرضي " Illness Behavior" إنما تتأثر إلى حد كبير بمعتقدات هذا المريض وقيمه ومعاييرته التي تحيط بتعريفه للمرض وبمعني ذهابه إلى الطبيب أو أخذه من يحتاج لزيارة الطبيب بحثاً عن العلاج والمساعدة. فزيارة الطبيب من قبل المريض ذاته أو من يأخذه للزيارة، يعد فعلاً اجتماعياً يتأثر بكثير من العوامل الاجتماعية المحيطة به، ومن هنا تظهر أهمية دراسة علم الاجتماع في الطب على اعتبار أنه يساهم في فهم الفعل الاجتماعي والحقائق والعوامل الاجتماعية المختلفة التي تشتق من الخبرة الجماعية للسلوك الإنساني. (Daivid, T.1976). إلى جانب دراسة الأنماط الاجتماعية للسلوك المرضي " The Social Patterns Of Sickness Behavior". على اعتبار أن هذه الأنماط لا تتعلق بالحالة العضوية للمريض فقط، بل لها اتصال كبير بحالته الاجتماعية والتعليمية مثل "خبرات الطفولة" والممارسات غير الرسمية التي تعلمها في حياته، بحيث أن لهذه العوامل تأثير كبير على تحديد نمط سلوك المرض، فالعلاقة الوثيقة المتشابكة في مراحل الطفولة لها بالغ الأثر على قدرة تعرض هذا الفرد للخطر وللمرض في حياته أو في تأثيرها على من يحيطون به فيما بعد، فسلوك المريض يتأثر بشكل كبير بالعوامل الاجتماعية التي قد تكون من أسباب مرضه. فمن هذه العوامل تلعب "الطبقة الاجتماعية" المتمثلة في حالته الاجتماعية والاقتصادية التي ينتمي إليها ظرفاً من ظروف مرضه. على اعتبار أن الصحة مرتبطة ببعض العوامل المتعلقة بهذه الحالة مثل "الطعام والماء النقي والهواء ومدى صحية المنزل"، كل هذه العوامل تؤثر إلى حد كبير في العناية الصحية وتجنب المرض أو التعرض له.

كما أن بعض الثقافات الشخصية للأفراد كالعادات والتقاليد التي ينتمي إليها هذا الفرد تساعد على زيادة الأمراض لديه، إذا ما علمنا أن هذه الثقافة من خلال قيودها قد تلزم صاحبها في بعض الأحيان أن يتجنب أطعمة قد تساهم في شفاؤه أو تقيه المرض أو بالإقبال على أطعمة أخرى تساهم في زيادة هذا المرض أو الإصابة به.

بالإضافة إلى البناء الاجتماعي الذي يؤثر إلى حد كبير في انتقال الأمراض المعدية "Contagious diseases" على اعتبار أن هناك بعض الأمراض تنتقل بالاحتكاك المباشر بين الأشخاص الذين يضمهم بناء اجتماعي واحد. كما تلعب العوامل الاجتماعية والنفسية دورا كبيرا في ظهور الأمراض وفي جعل الفرد أكثر أو أقل عرضة للمرض. من هنا نرى أن الصحة والمرض تعتمد على عوامل اجتماعية كاعتمادها على المعلومات الطبية. فالقيم الثقافية للسلوك ومعرفة العلاقة بين الأنواع المختلفة من السلوك وحالات العقاب والمكافأة التي تصاحب كون الفرد مريضا، كلها تؤكد على أن الصحة والمرض لا يعتبران ظاهرة بيولوجية بقدر اعتبارها حادثاً اجتماعياً "Event".

كما أن المرض له علاقة وثيقة بالعوامل "السوسيوقافية"، فالتفكك الأسري يؤثر تأثيرا كبيرا في تعامل الأسرة مع المرض مثلاً عند انشغال الأبوين بمشاكلهم أمام الأبناء أو انشغالهم بمشاكلهم عند أخذ الطفل المريض إلى المستشفى لعلاج عند مرضه أو المراجعة به في حالة وجود مواعيد... الخ. إضافة إلى أن حجم السكان وتركيبية المجتمع والتغيرات في العرق تؤثر على سلوك المجتمع تجاه المرض والمريض. ونحن لا نستطيع فهم كل هذا السلوك المتغير إلا إذا ربطناها بالمرض، كما أن سلوك الأفراد تجاه الشخص المريض لا تعتمد على سمات هذا الشخص الشخصية بقدر ما تعتمد على موقفه في النسق الاجتماعي وكيفيه تأثر النسق بمرضه. (William C, 1978). ويعتبر تصور العوامل الاجتماعية من أهم العوامل السوسيولوجية التي دخلت مجال الطب، وكان من أهم علماء الاجتماع الذين أكدوا على علاقة هذا التصور بفهم السلوك الاجتماعي هو "دوركهايم" Dorkhiem ١٨٥٨-١٩١٧ الذي أكد على أن العوامل الاجتماعية تعتبر عناصر أساسية للسلوك والمعتقدات التي يشترك فيها كل أعضاء الجماعة.

وهناك عاملان اجتماعيان يتحكمان في الفعل الاجتماعي وهما "القيم" Values و "المعايير" Norms على الرغم من صعوبة تمييز المعايير عن القيم، لأنها تهتم بطريقة شعورنا وتفكيرنا وأفعالنا التي تعكس دورها مجموعة المعتقدات التي نؤمن بها، فالمعايير على هذا الأساس تشير إلى الأفكار التي تجعل الأفراد يسلكون سلوكا صحيحا أو طبيعيا، ويرى "دوركايم" أن هذه العوامل الاجتماعية إنما يكون لها تأثير كبير على الأفراد لأنها تمدهم بالطريقة التي يرون بها أنفسهم ويرون بها العالم الخارجي، فالقيم والمعايير يجب أن يتعلمها كل فرد. ففي النظرية السيكلوجية يرى "فرويد" "Fraud" أن الطفل الصغير يجب أن ينمي لديه الإحساس بالحقيقة التي تسمح له القيام بأي سلوك طبقا لمتطلبات هذه الحقيقة. (Daivid 1976). وأخيرا يسهم علم الاجتماع الطبي إلى حد كبير في فهم التعقيدات في التنظيمات الطبية "The Complex Of Medical Organization". وإعطاء صورة واضحة عنها وفهم طبيعة الأدوار الرسمية وغير الرسمية التي تنشأ بين الجماعات في هذا التنظيم حتى تعمل على استقراره والقيام بواجباته على أتم صورة. ويركز علم الاجتماع الطبي الأساسي في مجال الطب على دراسة الأسباب والعوامل التي من أجلها يبحث الأفراد عن المساعدة الطبية، وقد كان للمدخل السوسيولوجي الدور الكبير في إمدادنا بالمعرفة النظرية حول هذه الأسباب مما أدى إلى تقدم حقيقي و ملحوظ في الاهتمام بسلوك المرضى "Illness Behavior"، والعلاقة بين الطبيب والمريض مؤكدا في ذلك على تحليل دور كل من الطبيب والمريض على أساس أن دور الطبيب بالذات مليء باحتمال حدوث الصراع، وقد اقترح المدخل الاجتماعي كثيرا من الحلول للقضاء على هذا الصراع في دور الطبيب، وذلك باهتمام الطبيب بعناية ورعاية "Care And Cure" مرضاه والاهتمام باحتياجاتهم الاجتماعية والعاطفية التي تؤثر على حدوث المرض بطريقة أو بأخرى، كما أنها أوضحت الدور الذي ينبغي أن يلزم الطبيب، لأن فهم الطبيب لدوره سوف يقلل من حدوث مشاكل مع المريض (الخطيب فاطمة، ١٩٩٠).

وفي ما يتعلق بالعلاقة بين الطبيب ومريضه فقد أكد المدخل الاجتماعي على أنها تلعب دوراً فعالاً في نتيجة العلاج. وقد تميز علم الاجتماع الطبي بقدرته على التمييز بين كل من "المرض Disease". و"الشعور بالمرض". فعلم الاجتماع الطبي أشار إلى أن الشعور بالمرض يشير إلى متاعب ذاتية "Subjective Feeling" نتيجة الاستياء أو "سخط Discontent" الأفراد، أما "المرض Disease" فهو يشير إلى علامات "Signs" أو "أعراض Symptoms" والسلوك الذي يظهر من وجهة نظر الطبيب على أنه "مرض" "Pathologically" غير عادي "Abnormal"، والذي يجعل الطبيب يقوم بإجراءات علاجية من أجل مساعدته المريض، فقد يؤدي هذا الاختلاط إلى التشويش في التمييز بين هذين النوعين وخاصة حينما يذهب المريض إلى الطبيب ويخبره بأنه يشعر بمرض في حين يرى الطبيب أن المريض لا يعاني من مرض معين ولكنه يتمارض "Mailngenes" أو حينما يقرر الطبيب بأن المراجع مريض "Diseased" في حين يصر هذا المريض على أنه لا يشعر بهذا المرض "وهذا ما يحدث في مستشفى الأمراض العقلية.

دور الخدمة الاجتماعية الطبية في المجال الطبي:

تقدم أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية في محيط المؤسسة الطبية العديد من الخدمات والمساعدات، إذ يتم تنظيم هذا القسم على أساس يعكس أهداف هذه المؤسسة من جهة وأهداف الخدمة الاجتماعية الطبية من جهة أخرى. ولقد بذلت الكثير من الجهود لتصنيف وتوزيع الوظائف التي تقوم بها أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية بما يساعد القائمين على ذلك القسم بالاختيار ما بين تلك الوظائف أو التركيز على بعضها عند تصميم البرنامج بما يتلاءم وطبيعة المستشفى وحجمه وعدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في القسم، وكذلك بما يساعد إدارة المستشفى على تحديد أنواع البرامج التي يمكن للقسم من خلالها أن يحقق أهداف المستشفى على أفضل وجه ممكن.

فالموظائف النوعية للأخصائي الاجتماعي الطبي، وصفت بواسطة لجنة المنظمة الطبية الأمريكية بالتعاون مع الخدمة الاجتماعية الطبية لجمعية الأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين (صالح، رمضان، ١٩٩٩). حيث يشمل هذه الخطوات:

- مرحلة ما قبل العلاج:

بداية التخطيط لمرحلة ما قبل دخول المستشفى "Planning PRE Admission"، في هذه المرحلة المبكرة يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يقوم بإجراء مقابلة سريعة "مقابلة استقبال" مع مريض العيادات الخارجية بعد إجراء الكشف الطبي عليه، وذلك لمساعدته المريض في وقت هو في أشد الحاجة فيه إلى من يمد له يد العون والمساعدة ويوضح له الكثير من الأمور عن طريق:

أ. شرح الخطوات اللازمة للحصول على خدمات معينة، وخاصة بالنسبة للمرضى من أماكن بعيدة عن المستشفى مثلاً "كيفية الحصول على خدمات مؤسسات أخرى، وإعداد التقارير والملخصات التي تساعدهم على ذلك.

ب. إذا كانت الحالة المرضية نتيجة لعادات صحية ضارة فيجب على الأخصائي الاجتماعي الطبي التدخل لتعديل هذه العادات وتوضيح مدى الخطورة الناجمة عن الاستمرار فيها، حيث تعد العيادة الخارجية فرصة للأخصائي الاجتماعي الطبي ليعزز دوره في التوعية والتثقيف الصحي للمريض وأسرته في الحالات التي تستدعي ذلك.

ج. التدخل للمساعدة في المشاكل التي يعيش فيها المريض التي لها ردة فعل على مرضه كالمشاكل الأسرية والاقتصادية والمشاكل الناجمة عن المرض نفسه.

د. يستطيع الأخصائي الاجتماعي الطبي مقابلة أفراد الأسرة لتوضيح كيفية معاملة المريض إذا كان المرض يستدعي برنامجاً علاجياً معيناً أو وقاية المخالطة، أو برنامجاً غذائياً مخصصاً للعلاج.

هـ. الاتصال بعمل المريض أو مدرسته إذا كانت طبيعة المرض تستدعي معاملة خاصة من رؤسائه أو زملائه أو مدرسية ... الخ.

على الأخصائي الاجتماعي الطبي أن يساعد المريض وأسرته على تقبل توجيهات الطبيب وأجراء الترتيبات الخاصة بدخول المستشفى، والتدخل للمساعدة في إزالة الآثار المترتبة على دخول المريض، ومساعدته الأسرة على مواجهة الموقف، وتوضيح الآثار المترتبة على إهمال المريض للعلاج، ورفضه دخول المستشفى وإزالة المخاوف التي ترتبط بها.

- مرحلة العلاج:

وفي أثناء وجود المريض داخل المستشفى للعلاج يقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي باستقبال المرضى الجدد وتوضيح الخدمات والإمكانات المتاحة في المستشفى كي يتسنى للمريض الاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن. ويمكنه القيام بذلك عن طريق المقابلات الجماعية، وذلك لإزالة وتخفيف حدة ما يعانيه المريض من قلق أو خوف أو ألم حتى يستقر المريض نفسياً ويستطيع تقبل العلاج والاستفادة منه، فالمريض الخائف أو القلق قد يقاوم العلاج، كما أن للأخصائي الاجتماعي القدرة على إعداد المريض لإجراء الاختبارات والفحوصات الطبية اللازمة للعلاج وخاصة تلك التي تثير الخوف والضيق وتوضيح الغرض منها وعلاقتها بالعلاج، (بشير، إقبال، مخلوف، إقبال، ١٩٩٤) وذلك عن طريق التقييم النفسي والاجتماعي "Psychosocial Evaluations". بجمع البيانات المتعلقة بموقف المريض من النواحي الاجتماعية والنفسية والثقافية والبيئية والمالية واستخدام تلك البيانات في تقدير الموقف النفسي الاجتماعي بصفة عامة عن طريق تقديم تقارير مفصلة وشاملة عن الوضع الاجتماعي والنفسي للمريض التي تفيد الطبيب في التشخيص الطبي وفي وضع العلاج المناسب وتقديم المشورة المهنية حول حالة المريض للعاملين بالمستشفى "Case Consultation To Hospital Staff". حيث يساعد الممرضات على فهم أهمية العوامل الوجدانية والنفساجتماعية للمريض وكيفية التعامل مع ألوان السلوك الدائمة والمؤقتة التي يظهرها المريض. وإذا ما كان للمريض موقف شاذ يحتاج لمعاملة من نوع خاص، فعلى الأخصائي الاجتماعي الطبي شرح الموقف للممرضات القائمات على رعايته ومساعدته، ويتم ذلك بعقد اجتماعات رسمية كلما تطلب الأمر ذلك مع الطبيب المعالج والمسؤولين عن التمريض ووضع خطة للخدمات التي تتطلبها حالته الصحية.

كذلك يمكن للأخصائي الاجتماعي الطبي أن يلعب دور الصديق للمريض داخل المستشفى، الذي لديه الاستعداد لمساعدته والاستفسار عن صحته ومتابعة تنفيذ علاجه شخصياً، والاتصال بأسرته بعد موافقته إذا كانت لا تداوم على زيارته لمعرفة أسباب ذلك، ومحاولة التدخل لاستمرار التواصل بين المريض وأسرته كي يطمئن فيبقى في المستشفى حتى يتم العلاج، عندها يجد المريض أنه يرتاح إليه. وفي الوقت نفسه هو الشخص الذي قد يرغب المريض في التحدث معه عن شيء من تفاصيل المرض والعلاج، أما في حالة زيادة عدد المرضى المخصصين للطبيب متابعتهم ونتيجة لضيق الوقت الذي لا يساعده على شرح وتوضيح الوضع الصحي للمريض وذويه يجعله في حاجة ماسة لمن يقوم عنه بهذا الدور، وهنا تتبلور أهمية دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في مساعده المريض التي قد تمتد إلى الأسرة لشرح وتوضيح المرض وأسبابه وكيفية الوقاية منه والأساليب التي تتبع لعلاج.

ولا يقتصر دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المريض في محيط المؤسسة الطبية بل قد يتعدى هذا إلى تقديم المشورة المهنية حول حالة المريض للمؤسسات الموجودة في البيئة " Case Consultation To Community". حيث يتم عقد اجتماعات رسمية مع المختصين في الرعاية الصحية في المؤسسات الأخرى الموجودة في البيئة "مؤسسة التأهيل الطبي أو التأهيل المهني" لتقديم المعرفة المتخصصة حول مشكلات المريض الذي تقوم تلك المؤسسات برعايته.

- مرحلة ما بعد العلاج:

ويقوم بالتخطيط لعملية خروج المريض من المستشفى "Discharge Planning". ويتم ذلك من قبل الأخصائي الاجتماعي الطبي على النحو التالي:

أ. إعطاؤه التعليمات اللازمة للمريض وأسرته حول إجراءات الخروج من المستشفى.

ب. يساهم الأخصائي الاجتماعي الطبي بالتعاون مع هيئة التمريض على تقديم المعلومات

والتعليمات للمريض حول الاحتياطات الواجبة عند نقل المريض أو حول خدمات

التمريض المنزلي المتاحة في المنطقة أو حول الخدمات الاجتماعية الأخرى الموجودة

في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه المريض بعد مغادرة المستشفى.

ج. تقديم المساعد للأسرة في حالة الحاجة إلى إلحاق المريض بدور الرعاية الاجتماعية للمسنين أو مؤسسات رعاية المرضى العقليين أو علاج الإدمان أو غيرها من دور الرعاية، مع الإسهام بتعبئة ما يلزم من استمارات أو تقديم الطلبات، أو الحصول على المعلومات التي تساعد في إلحاقهم بذلك الدور. (صالح، عبد المحي محمود، رمضان، السيد، ١٩٩٩).

كما أن للأخصائي الاجتماعي الطبي التوجه لتقديم المشورة المهنية حول برامج المستشفى بصفة عامة لإدارة المستشفى "Program Consultation To Hospital Staff"، ذلك عن طريق تقييم أحوال المرضى في المستشفى بصفة عامة، وجمع البيانات حول مشكلات رعاية المرضى، وعرض تلك البيانات على الأقسام المختصة مع التوصية بالتغيرات المناسبة في سياسة المستشفى، أو في الإجراءات المتبعة فيها وذلك في الاتجاهات التي تتمشى مع حسن تقديم الخدمات التي تحفظ حقوق المرضى وأسرهم.

كما تعد خدمة رعاية العاملين بالمستشفى "Staff Consulting And Referral". من مهام الأخصائي الاجتماعي الطبي وفيها يقدم المشورة للعاملين في المستشفى ممن يواجهون ظروفًا صعبة تؤثر على أدائهم لأعمالهم وتوجيههم إلى الهيئات والمؤسسات المحلية الأخرى للحصول على خدمات أكثر تخصصًا.

ويساهم الأخصائي الاجتماعي الطبي بالبحوث "Research". التي يجريها للدراسة المرتبطة بالعوامل النفسية الاجتماعية المتعلقة بحاجات المرضى ورعايتهم بصفة عامة، بالإضافة إلى التقويم الدوري المستمر للخدمات الاجتماعية التي يقدمها قسم الخدمة الاجتماعية الطبية سواء ضمن البرامج التي ينظمها المستشفى لتقييم البرامج المقدمة للمرضى أو تلك التي ينظمها القسم نفسه لهذا الغرض.

ويقع على عاتق قسم الخدمة الاجتماعية الطبية دور التوعية والتثقيف الصحي "Health Education". للمريض وأسرته والبيئة في الحالات التي تستدعي ذلك، ويدخل في عداد ذلك الإسهام في حملات الرعاية الصحية وإثارة اهتمام الرأي العام فيما يتصل بالنواحي الاجتماعية للمرضى مستعينا في ذلك بوسائل الإعلام المختلفة. (بشير، إقبال، مخلوف، إقبال إبراهيم، ١٩٩٤).

ويقدم الأخصائي الاجتماعي الطبي في المؤسسة الطبية دورا كبيرا عندما يدرّب طلبة الخدمة الاجتماعية الطبية، والقيام بإلقاء محاضرات حول المرض ومشكلات المرضى الاجتماعية على طلبة الطب والتمريض، وكثيرا ما يقوم الأخصائيون الاجتماعيون بالبحوث العلمية في المجال الطبي الاجتماعي لمعرفة أسباب عدم انتظام تردد المرضى، أو للإحاطة بالعوامل الاجتماعية المؤدية إلى حدوث بعض الأمراض، والنتائج الاجتماعية المصاحبة لها، ويتوجب على الأخصائي الاجتماعي التسجيل كتابيا عن جميع الحالات التي تحال إليه والاحتفاظ بملف مستوفي كل حالة، والقيام بإعداد تقرير عنها، يحفظ في هذا الملف مع بقية الأوراق والمستندات الأخرى الخاصة بالمريض، التي تعد من الإجراءات الأساسية في خدمتها وخدمة العمل الاجتماعي الطبي في المستشفى، ويشترط أن يكون هذا التسجيل على درجة عالية من الكفاءة توضح حالة المريض، وتحلل ظروفه واتجاهاته، وبعبارة أخرى يكون عوناً على التشخيص الاجتماعي الطبي، ثم مجالا لتدوين كل ما يتصل به من علاج اجتماعي وتتبعي. وعادة ما تكون البيانات الرئيسية في السجلات والتقارير للمرضى واحده أما البيانات الإضافية كحالته وتطور وضعه الصحي والاجتماعي فتختلف باختلاف الحالات حيث تقيد هذه التقارير الاجتماعية الأخصائي الاجتماعي الطبي في ما يلي:

أ. تكون عوناً له إلى جانب ذاكرته.

ب. تعطي فكرة لمن يحل محله عن الحالات وما تم فيها كي يتسنى متابعتها.

ج. تساعد على تقدم العمل الاجتماعي الطبي.

د. تستخدم كمادة للتدريس بشكل عام، ولتدريب طلبة الخدمة الاجتماعية الطبية بشكل خاص.

هـ. توضح مدى نشاط وعمل قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفى (نور، محمد عبد المنعم، ١٩٧١).

وأخيرا يتوجب على الأخصائي الاجتماعي الطبي أن يقوم يوميا بالتالي:

أ. المرور اليومي على مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفى واستقبال الحالات الجديدة المحولة من العيادات الخارجية وعمل الأبحاث الاجتماعية الأولية للكشف عن الحالات التي تحتاج إلى رعاية إجتماعية خاصة.

ب. عمل الابحاث الاجتماعية الشاملة في البيئة للحالات المستحقة للرعاية الاجتماعية الخاصة.

ج. حل المشاكل الخاصة بالمرضى ومساعدتهم على التكيف بالاقسام الداخلية وتقبل النظم المتبعة وإقناعهم بفائدة العلاج وأهمية الانتظام عليه.

د. عقد اجتماعات دورية مع أهالي المرضى وتوجيه النصح لهم والنظر في شكاوهم.

هـ. تتبع حالات المرضى بعد خروجهم من المستشفى خاصة المصابين بالامراض المزمنة" النفسية والعصبية والعمل على حل مشاكلهم.

الإجراءات الاجتماعية الطبية للحالات المرضية:

يعتمد العمل الاجتماعي الطبي بالمستشفى على دراسة الحالات وتسجيلها، فهي لا تعتمد في وجودها على شكر المرضى وامتنانهم وثناء المسؤولين وتقديرهم فحسب، بل تعتمد ايضا على العمل الاجتماعي الطبي الذي يقدم. فالعطف والمشاعر الطبية لا تكفي وحدها لحل المشكلات وتثبيت الخدمات التي يقدمها الاخصائي الاجتماعي الطبي، ويعد إلمام الاخصائي الاجتماعي الطبي بأسس العلاقة الإنسانية من المتطلبات الضرورية في سبيل مساعدة المرضى وخدمتهم وتأهيلهم. حيث يحضر المريض للاخصائي الاجتماعي الطبي يحمل مشكلته الصحية وكثيرا ما يكون متوقعا عونا على صورة معينة، وذلك بعد تحويله من الطبيب المعالج، حيث تلعب المقابلة الاولى بينه وبين الاخصائي الاجتماعي الطبي دورا كبيرا في تيسير الحصول على المعلومات والحقائق التمهيدية لتشخيص الحالة، وعادة لا تحمل هذه المقابلة صعوبات على الاخصائي الاجتماعي الطبي التي أهم جانب فيها هو كسب ثقة المريض وتكوين علاقة مهنية واضحة معه عن طريق شرح الاخصائي مهمته للمريض في عبارات سهلة توضح العلاقة القائمة بينه وبين الطبيب المعالج.

فدراسة الحالة تتطلب من الاخصائي الاجتماعي الطبي الحصول على عدة معلومات منها اسم المريض، سنه، عنوانه، جنسيته، ونبذة عن حالته الاجتماعية والاسرية والاقتصادية والمهنية والبيئية وغير ذلك من البيانات المعروفة في فن دراسة الحالة. وللحصول على هذه المعلومات من المريض يمكن سؤاله خلال أسئلة مباشرة، ومن خلال هذه البيانات يمكننا الحصول على معلومات عن مشكلة المريض، ففي حالة ما إذا كانت مشكلته غير معقدة فقد يكفي الاخصائي الاجتماعي الطبي بهذه المقابلة. على الرغم من صعوبة التكهن بنتائج المقابلة مسبقاً. فإن ذلك رهن بظروف الحالة نفسها. هذا وفي كثير من الاحيان تكون هناك ضرورة لزيارة منزلية للتعرف على حالته الاجتماعية والمهنية. فمثل هذه الزيارات تقدم مساعدة إلى حل جزئي أو كلي لمشكلته وخاصة في حالات المشكلات الأسرية وترجع أهمية الزيارة في حالات بعض المرضى إلى أنها تمكن من تحقيق أهداف وتوفير معلومات عن المريض في النواحي التالية:

- الاحاطة بطبيعة البيئة والوسط الذي يعيش فيه المريض.
- معرفة المستوى الاقتصادي والاجتماعي للمريض وأسرته.
- الالمام بحقيقة العلاقة القائمة بين المريض ومن يعينهم أمره أ ومن يقوم برعايتهم.
- التعرف على نظام حياته ونوع سكنه وأسلوب معيشته.

وفي بعض الحالات كحالات الامراض النفسية قد يلجأ الأخصائي الاجتماعي الطبي لدراسة البيئة وإمكانياتها المتاحة لخدمة المريض على اعتبار أنها تعد من الدراسات الاساسية لمثل هذه الامراض. بالاضافة لدور هذه الدراسة بالتعريف بشخصية المريض ومشكلاته، وتعد دراسة التاريخ الاجتماعي للمريض من الموضوعات بالغة الاهمية، على اعتبار أنها تسهل للاخصائي الاجتماعي الطبي سبيل الحصول على فكرة واضحة عن المريض كنسق شخصي يرتبط ماضية بالحاضرة، وتتصل ظروفه الاجتماعية بماضيه. وهناك فارق بين الوضع المرضى للمريض وحقيقة المرض لديه، فالأخير مسألة يقررها الطبيب، أما الوضع أو الظروف المرضيه فهي المناخ الذي يعيش فيه المريض ويصفه ويتحدث عنه. (صالح، عبد المحي محمود، رمضان، السيد، ١٩٩٩).

وقد لا يعاني المريض من مرض عضوي، وفي مثل هذه الحالات يكشف لنا التاريخ الاجتماعي للمرض جوانب من شخصيته وتجاربه والأحداث التي مرت به. وقد نضطر إلى الرجوع للوراء في تاريخه الاجتماعي وحتى مرحلة الطفولة، وهو ما يطلق عليه أحيانا بالتاريخ الاجتماعي الطبي التطوري الذي يقصد به تلك الحويلة التي عملت من الماضي إلى الحاضر على تشكيل شخصية المريض ومشكلته المرضية، ويدخل فيها مختلف المؤثرات والأحداث المجتمعية والحسية والبدنية وغيرها من مقومات شخصية الفرد كعضو في المجتمع لما لذلك التاريخ الاجتماعي من تأثير في الوضع المرضي الراهن الذي يشكو منه وما يديه من سلوك، وما ينتابه من انفعالات. ومما هو جدير بالذكر أن التاريخ الطبي الاجتماعي للمريض يعد من أخص خصائصه الفردية والمقصود بها التنوع وعدم الجمود والمرونة التي تشكله تبعا لمشكلة المريض وشخصيته وحقيقة مرضه وظروفه المرضية أيضا.

التشخيص الاجتماعي الطبي:

يمثل التشخيص الاجتماعي الطبي للأخصائي الاجتماعي جانبا من عملية تشير إلى خلاصة تفسيره وتحليله للمعلومات والحقائق التي توصل إليها بشأن ظروف المريض ومشكلته المرضية، التي يضعها أمام الطبيب للاستفادة منها في رسم خطة العلاج الطبي، فعلى الرغم من الأهمية التي يمثلها هذا التشخيص في الجانب الطبي إلا أنه لم يلق ما هو جدير به من اهتمام، سواء من جانب الأطباء، أو من جانب غيرهم ممن يعنيهم أمر المريض وعلاجه وذلك للاعتبارات التالية:

- أ. اعتبارها عنصرا جديدا أدخل إلى الميدان الصحي والعلاجي لم يحقق لها بعد ما تحقق لغيرها من العناصر الأخرى في هذه المجالات الصحية من الوضع والاعتراف الكافيين.
- ب. لا يشارك الأخصائي الاجتماعي الطبي الأطباء والمرضات في تلك التقاليد المتوارثة عبر سنوات طويلة من تراث العلاج الطبي في دور العلاج الطبية والمؤسسات الصحية.
- ج. التداخل الكبير بين عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي والطبيب بما لا يدع مجالا لأي نوع من الاستقلال، على العكس من بعض الوظائف الأخرى بالمستشفى. فأخصائي العلاج الطبيعي والممرضة كلاهما يحظى بنوع من التعريف الكافي للعمل الذي يقوم به بينما عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي متداخل مع عمل الطبيب.

د. ما تزال العلاقة بين الطبيب والأخصائي الاجتماعي الطبي حتى الآن لا تأخذ شكل الاتصال الذي يقع على المستوى الأفقي، وهو مستوى الزمالة وتبادل الآراء والمشاركة في الخبرة في الحالات التي تستدعي ذلك. وهناك عدة تفسيرات لمثل هذا الوضع منها الزعم بأن الطبيب يخشى على مركزه ووضعه القيادي المتمثل في التشخيص والعلاج مع الأخصائي الاجتماعي الطبي بالذات، مما يحمله في كثير من الحالات على اتخاذ موقف ما يجعل علاقته بالأخصائي الاجتماعي تقع على المستوي الرأسي للعلاقة بدلا من طريقة الاستشارة والزمالة وتبادل وجهات النظر.

هـ. قد يرى بعض الأطباء والمرضات أنهم أقدر على تفهم احتياجات المريض النفسية والاجتماعية، إذا ما توفر لهم الوقت الكافي من أي عنصر آخر، كالأخصائي الاجتماعي الطبي، فضلا عن أن كثيرا من المسؤولين عن الصحة والمرض لم يسلموا بعد أن هناك خبرات ومهارات طبية اجتماعية لها طابعها العلمي والفني الخاص يستطيع أن يكتسبه الأخصائي الاجتماعي الطبي من خلال دراسته وتدريبه وعمله كي يضعها بعد ذلك في خدمة المريض بالتعاون مع الطبيب المعالج.

و. هناك صورة غير واضحة عن الخدمة الاجتماعية الطبية عامة في أذهان الكثيرين سواء من المهنيين أو من الأطباء، وفي رأي هؤلاء أن الأخصائي الاجتماعي ما هو إلا شخص يحمل بين جنبه قلب رحيم تحركه نية طيبة لخدمة المحتاجين.

ولكن هناك العديد من الاعتبارات لابد من إعطائها القسط الكافي من اهتمام الأخصائي الاجتماعي الطبي في التشخيص من بينها الإحاطة بمستوى المريض الإدراكي لمشكلته أو استخدام الملاحظة للمريض وبيئته للوصول إلى بعض الأسس التوضيحية مع الاستعانة بالخبراء وبكل من يهمهم أمره وفق الأسس السابق ذكرها للحصول على المادة التشخيصية اللازمة. وكلما كانت الملاحظة ودراسة الحالة على مستوى واف من الكفاءة كان التشخيص عميقا وثابتا، مع التسليم بأنه قد يحدث أحيانا أن يصل الأخصائي الاجتماعي الطبي إلى معلومات أو بيانات تستدعي إدخال بعض التعديلات على التشخيص الميداني الذي انتهى إليه.

وبعبارة أخرى إن تشخيص الحالة سيظل رهنا بظروفها، وأنه لا يعد نهائياً في كل الحالات لأنه في واقع الأمر ما هو إلا ربط بين المعلومات والملاحظات التي يحصل عليها الأخصائي الاجتماعي الطبي لمحاولة إيجاد معنى كلي للموقف، والأخصائي الاجتماعي الطبي خلال اتصاله بالطبيب المعالج وبغيره من الخبراء كالأخصائي النفسي قد يكون فكرة مغايرة لما كانت لديه عندما تتناول الحالة لأول وهلة. ويقتضي الأمر أن يكون التفكير الشخصي المصاحب للتشخيص المبدئي واقعيًا ومتزنًا، أي موضوعيًا بعيداً عن العاطفة أو التطرف في أي صورة من صورها، وذلك لأن العمل في المجالات الإنسانية وخاصة مع المرضى قد يدفع أحياناً إلى تصرفات تحمل معاني المبالغة في الاهتمام، ومثل هذه المبالغة قد لا يكون لها نتائج مرغوبة مع بعض الفئات من المرضى؛ لذلك يجب تجنبها واستبدالها بالاهتمام المهني النوعي وهو ذلك الاهتمام المنبثق من العلاقة المهنية التي تربط الأخصائي الاجتماعي الطبي بالمرضى التي هي علاقة غير شخصية تبريرية أي غير عاطفيه يحول فيها الإنسان بين نفسه وبين الانسياق نحو الانفعالات أو التحيز والمحاباة، ومن الضروري أن نوضح أن التشخيص الاجتماعي الطبي الذي يقوم به أخصائي الخدمة الاجتماعية الطبية مسألة يكتنفها بعض التعقيد المستمد من تعقد المرض الذي تتداخل فيه جملة عوامل، منها الخلقي والنفسي والانفعالي والمجتمعي والمهني والأسري وغير ذلك من مؤثرات اعتلال البدن واضطرابه. وصعوبة التشخيص الاجتماعي بالموازنة مع التشخيص الطبي الذي يقرره الطبيب المعالج يمكن أن نلمسها في التالي:

١. يتصف التشخيص الاجتماعي الطبي بالعمومية التي يتناول فيها عوامل وموضوعات عامة لا تخضع لنموذج ثابت محدد يمكن اقتفاء أثره في جسم المريض بأجهزة وآلات دقيقة كما هو الحال في التشخيص الطبي الذي يمكن وصفه بالخصوصية لهذا السبب.

٢. يعتمد التشخيص الاجتماعي الطبي على إدخال السلوك البشري والعوامل المجتمعية في الاعتبار عند تناول مشكلة المريض المرضية، وهي مسألة بالغة التعقيد، بعكس الحال في التشخيص الطبي الذي يربط بين أعراض محددة تتناولتها دراسات وعلوم مقررة.

٣. يتعرض التشخيص الاجتماعي الطبي لاحتمالات التعديل أكثر من التشخيص الطبي الذي كثيرا ما يكون ثبوتي التشخيص وهي السمة الغالبة فيه.

٤. يأخذ التشخيص الاجتماعي الطبي صورة موضوع أو عبارات تتناول شخصية المريض وتركيبه العام وظروفه البيئية والأسرية وكيفيه أدائه للالتزامات المختلفة في الحياة، وأسلوب معيشته، وباختصار يفصل التشخيص الاجتماعي الطبي مشكلة المريض ويفسرها تفسيراً واضحاً يفيد في وضع خطة العلاج الطبي التي يقررها الطبيب المعالج، في حين أن التشخيص الطبي يأخذ عادة شكل أو عبارة مصطلح عليها، فيقال مثلاً إن هذا المريض تشخيص مرضه ورم خبيث في المخ.

العلاج الاجتماعي للحالات المرضية:

تعد الكيفية المتبعة في انتخاب الحالة المرضية التي هي بحاجة لخدمة اجتماعية طبية من الاجراءات الهامة التي يتوقف عليها نجاح العلاج الاجتماعي للحالات المرضية بالمستشفى، حيث تعني هذه الطريقة أن من خلالها يتم تحويل الحالة إلى الاخصائي الاجتماعي الطبي، وهناك أكثر من طريقة لوصول الحالات إليه من بينها:

- أ. يقوم الاخصائي الاجتماعي الطبي بانتخاب الحالات وذلك عن طريق تواجده في العيادات الخارجية أو مروره على المرضى في الاقسام الداخلية بالمستشفى.
- ب. أن يتقدم المريض بنفسه إلى الاخصائي الاجتماعي الطبي عندما يشعر بأنه في حاجة لعونه ومساعدته.

ج. يتم تحويل الحالة إلى الاخصائي الاجتماعي الطبي عن طريق الطبيب وتعد هذه الطريقة الاخيرة التي تتبع من أفضل طرق التحويل للحالات التي يرى الطبيب أنها بحاجة لخدمة الاخصائي الاجتماعي الطبي، ففي ذلك أكبر ضمان لاستمرار التأييد والاعتراف من جانب أطباء المستشفى بقيمة الخدمة الاجتماعية الطبية، وتكون نتيجة ذلك استمرارية تقديمها وتمكين أصالتها وفعاليتها، فالجهد الاجتماعي الطبي انما هو عمل تعاوني مشترك بين الطبيب والاختصاصي الاجتماعي بهدف الوصول بالمريض إلى الشفاء، ويمكن تحويل المريض لقسم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفى بموجب بطاقات خاصة يملؤها الطبيب عند اللزوم وتشتمل على البيانات الضرورية في مقدمتها نوع المرض وأسباب التحويل، عندها يقوم الاختصاصي الاجتماعي الطبي بدراسة الحالة المحولة إليه ليشخصها تشخيصاً مبدئياً، ويضع ما توصل إليه من نتائج تحت تصرف الطبيب لتقرير اللازم بشأن خطة العلاج المشتركة ليسهم في هذه الخطة الطبيب من ناحية ومن الأفضل أن يتاح لهم مناقشة الحالات من وقت لآخر، لوضع التشخيص النهائي بخصوصها مع مراعاة أن بعض التشخيصات قد يستجد فيها من الحقائق ما يحدث فيها بعض التعديلات، هذا وقد يأخذ العلاج الاجتماعي الطبي احد شكلين:

الشكل الاول:

هو النوع المباشر من العلاج الذي يوجه فيه الاختصاصي الاجتماعي الطبي جهوده مع المريض نفسه محاولاً تعديل سلوكه أو إكسابه بعض القيم الجديدة التي تحقق له اكبر قدر من التكيف الشخصي في الظروف المرضية التي يمر بها.

الشكل الثاني:

هو العلاج غير المباشر الذي نجد فيه بؤرة اهتمام الاختصاصي الاجتماعي الطبي وجهوده موجهة إلى بيئة المريض بكل ما يشمله اصطلاح البيئة من نطاق كالأُسرة ومحل العمل وأماكن الترويح والتثقيف وغيرها. ويندرج تحت العلاج المباشر كل من:

الأسلوب النفسي:

هو الأسلوب الذي يرمى إلى معاونة المريض على التكيف النفسي إزاء المرض وتطورات، أي مساعدته على اجتياز ظروف عصبية يمر بها أو أزمة انفعالية تعترض حياته، ويعتمد الأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم خدماته على هذا الأسلوب النفسي من خلال العلاقة التي يكونها مع المريض التي تتيح له القيام بما يلي:

أ. تشجيع المريض بالتعبير عن مشاعره والافصاح عن مخاوفه بقصد تخفيف حدتها.

ب. مساعدته المريض في التقليل من المشاعر والوجدانيات السلبية.

ج. إبراز ما قد يكون لدى المريض من قدرات وخبرات ومهارات يمكن استغلالها والاستفادة منها.

د. تشجيع الاتجاهات والآراء الإيجابية التي يبدئها المريض مما يهيئ له فرصة تأدية التزاماته الأسرية ومهامه المجتمعية.

هـ. يعد العلاج بالعمل من أساليب العلاج النفسي التي تبتث الثقة في المريض وتخفف من حدة الضغوط النفسية عليه وتؤكد له عمليا إمكانية عودته لممارسة نشاطه الإيجابي بعد اتمام شفاؤه.

ويمكننا أن نتبين من بين الأساليب النفسية التي قد يلجأ لها الأخصائي الاجتماعي الطبي في هذا الصدد ما يأتي:

١. إلحاق أسرة المريض بمؤسسة داخلية لرعايتهم خلال فترة بقائه في المستشفى للعلاج.

٢. العمل على قبول العميل بالقسم الداخلي.

٣. توعية أفراد الوسط الذي يحثك بالمريض لظروفه وأحواله، وبذلك يصبح أكثر ملاءمة لاستقباله بعد خروجه من المستشفى.

٤. العمل على حل المشكلات المجتمعية التي يعاني منها المريض تلك المتعلقة بصلاته برؤسائه أو إيجاد حلول مؤقتة أو دائمة لمتاعبه الاقتصادية والأسرية.

الأسلوب التوضيحي:

هو أسلوب متداخل مع الأسلوب السابق، المقصود به شرح الجوانب المتصلة بالمريض ومشكلاته والعمل على تبصيره وزيادة إدراكه بحالته من واقع أفكاره ومشاعره الواعية. (نور، محمد عبد المنعم، ١٩٧١). فهو مثلاً يدرك طبيعة مرضه وما يتركه من آثار لكنه يفهم خطأ ما تسببه الآثار أو ما يؤدي إليه ذلك المرض من مضاعفات ويمكن أن نعرض مثلاً عن ارتفاع ضغط الدم وهو مرض خطير يؤدي إلى الوفاة لكنهم غير قادرين على تقدير تلك الخطورة وما ينبغي لهم اتباعه لتجنبه أو السيطرة عليه فهنا يبرز دور هذا الأسلوب في توضيح ذلك، كما يعمل هذا الأسلوب على إعادة تنظيم الجوانب الوجدانية والانفعالية للمرضى وتقويمها بصورة أقرب إلى الواقعية عما كانت عليه قبل ذلك، وبعد الأسلوب التوضيحي من الأساليب التي يضطر الاخصائي الاجتماعي الطبي إلى استخدامها بشكل كبير سواء استخدم الشكل المباشر أو غير المباشر في العلاج. (حافظ، ناهد عبد الكريم، جايد، زيد عبد الكريم، ١٩٩٠). هذا وسواء أكان الأسلوب المتبع في العلاج الاجتماعي مباشراً أو غير مباشر فإن هناك من الأسس والقواعد ما هو ضروري أن يتبع ويراعيها بمعرفتها الاخصائي الاجتماعي الطبي نوجزها فيما يلي:

أ. دراسة الحالة وتشخيصها خطوتان تمهيديتان لعلاجها الطبي الاجتماعي.

ب. العلاج الاجتماعي هدفه تحسين حالة المريض نفسياً واجتماعياً وهو مرتبط بالعلاج الطبي

تمام الارتباط، لذلك يجب ألا يتم بمعزل عن الطبيب أو بدون استشارته.

ج. عند تقرير خطة العلاج الطبي الاجتماعي يجب أن يوضع في الاعتبار المستشفى

كمؤسسة اجتماعية طبية لها إمكانياتها وأغراضها. (نور، محمد عبد المنعم، ١٩٧١).

الدراسات السابقة:

دراسة عجوبة، عام ١٩٩١، حول مدى تجاوب المواطنين السعوديين مع قضايا سياسات الرعاية الاجتماعية في قطاع الصحة و التعليم و الشؤون الاجتماعية، فقد تكونت عينة الدراسة من، (٥٠٠)، فرد من مواطني المملكة العربية السعودية يمثلون أنماط المعيشة في المناطق الجغرافية المختلفة للمملكة، حيث تم التركيز في هذه الدراسة على التعرف على ردود أفعال و استجابات المواطنين بحسب أنماط المعيشة الثلاثة، (حضر، ريف، وبدو)، وقد توصلت الدراسة إلى أن، (٢٠,٦%) من المستفتين يرون عدم كفاية الخدمات الصحية، وترجع نسبة، (٥٦%)، منهم ذلك إلى نقص الإمكانات البشرية، كما بينت النتائج أن، (٨٣,٩%)، من أفراد عينة الدراسة يفضلون التعامل مع أجهزة الرعاية الصحية الحكومية، حيث ترتفع هذه النسبة بين الفئات ذات التعليم المنخفض والدخل المنخفض، وبالتالي وجود علاقة طردية بين مستوى الدخل والتعامل مع مراكز الرعاية الصحية الخاصة.

دراسة الشلبي، عام ١٩٩٩، بعنوان "مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية، دراسة تقييمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها"، فقد هدفت إلى استطلاع آراء الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية الأردنية، في سبيل الوقوف على الاتجاهات التقييمية المرتبطة بمستوى تقديم الخدمات الصحية، وذلك من خلال عينة مكونة من (٣٧٨) طبيباً وطبيبة، وبينت نتائج الدراسة أن درجة الرضا العام لأفراد العينة حول مدى كفاية وتأهيل الكوادر البشرية، وكفاية التجهيزات الطبية وملاءمة خدمات الصيدليات وتأثير الإجراءات الإدارية في مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات المبحوثة كان متوسطاً حيث تراوح المتوسط الحسابي لكل منهما بين، (٢,٨٤) و (٣,٢٩)، كما بينت الدراسة أن أفراد العينة في (الدرجة الأولى)، كانوا أكثر إيجابية في نظرهم نحو تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات من نظرائهم في الدرجة الثانية والثالثة والرابعة، إن أفراد العينة في المستشفيات التخصصية هم أكثر إيجابية من أفراد العينة في المستشفيات العامة على جميع مجالات الدراسة.

دراسة مخلوف، عام ١٩٨١، بعنوان العلاج النفسي، بطريقة إعادة تأهيل جماعة من العصائيين لمدة ثلاث سنوات، بعد خروجهم من المستشفى، وبعد علاجهم نفسياً، علاج فردياً وجماعياً واجتماعياً، استكمل إعادة التأهيل الاجتماعي للحالات، في المستوصف، وفي اندية العلاج الاجتماعي، و استخلص من الدراسة، أنه كلما زاد العلاج النفسي والاجتماعي تركيزاً وعمقا، تحسن التأهيل الاجتماعي.

دراسة ميلان، عام ١٩٦٧ (I, Millan, 1967) لمتابعة جماعة من العصائيين بعد خروجهم من المستشفى، وبعد حصول الأفراد على العلاج النفسي، والعلاج الاجتماعي ومحاولة استكمال، إعادة التأهيل الاجتماعي للحالات في المستوصف، وفي أندية العلاج الاجتماعي، استخلص الباحث، أنه كلما زاد العلاج النفسي الاجتماعي تركيزاً وتعمق زاد التحسن في التأهيل الاجتماعي.

دراسة الجمعان عام ٢٠٠١، بعنوان دور البرامج التأهيلية في إعادة الاستقرار الاجتماعي والنفسي للمدمن دراسة ميدانية على مجموعة من المدمنين الخاضعين للبرنامج التأهيلي بمستشفى الأمل بمحافظة جدة والتي هدفت إلى الكشف عن ماهية الدور الحقيقي للبرامج التأهيلية التي تقدم للمدمنين، ابتداءً من الكشف عن الدور الهام الذي تلعبه البرامج التأهيلية ومساهمتها في مساعدة المدمنين وإعادة تأهيلهم، والوقوف على مدى أهمية الدور الذي تلعبه الأسرة إلى جانب البرامج التأهيلية في مساعدة المدمنين وتخليصهم من مشكلة الإدمان وإعادة الاستقرار الاجتماعي والنفسي لهم، ومدى توفر الرغبة الذاتية الصادقة في تلقي العلاج والتوقف عن التعاطي لدى المدمن في تدعيم إقلاعه عن التعاطي من عدمه إلى جانب البرامج التأهيلية التي يتلقاها والمتغيرات الاجتماعية والنفسية والمواقف المحيطة بالمدمن والتي لعبت دوراً كبيراً في تشكيل سلوكه الاجتماعي والنفسي قبل وقوعه في الإدمان.

دراسة البريثين، عام ١٩٩٦، بعنوان "نحو تصور لممارسة الخدمة الاجتماعية مع حالات الإدمان من منظور نظرية الأنساق العامة"، وقد تألفت عينة الدراسة من نزلاء مستشفى الأمل بمدينة الرياض، حيث تم اختبار العينة بطريقة عشوائية بسيطة، وقد توصل الباحث إلى نتائج عكس لتصوره الدراسي؛ إذ قام بتوضيح أهم المراحل العلاجية التي ينبغي للمدمن المرور بها، وبالتالي عدم انتكاسته وعودته للتعاطي مرة أخرى، ولكن يظل نجاح هذه المرحلة متعلقاً بأمور عديدة مثل تظافر جهود جميع القائمين على العلاج و البرامج التأهيلية و رغبة المدمن نفسه في الإقلاع عن التعاطي، وممارسة حياته بشكل طبيعي كأى فرد من أفراد هذا المجتمع، وتتلخص هذه المراحل فيما يلي:

مراحل العلاج الأولى وتتمثل فيما قبل العلاج و الغرض منها هو تقديم التوعية اللازمة من أجل تهيئة المدمنين للحصول على أعلى درجة ممكنة للاستفادة من العلاج، مرحلة سحب السميات من الجسم، مرحلة إعادة التأهيل، فترة العناية المستمرة.

عناصر العلاج وهي تعتمد على مرحلة وخطة العلاج في إطار محيط ذي بنية تركيبية عالية ولا بد على كل مدمن من المدمنين المشاركة في برامج العلاج الدوائي، التنشيط الكهربائي للمخ، العلاج النفسي الفردي والجماعي، العلاج الاجتماعي.

أنواع المجموعات العلاجية وهي اجتماع التنظيم المشترك بين المدمنين و الفريق المعالج، المجموعات التعليمية، العلاج بالعمل، الأنشطة الترفيهية، برامج التخطيط للخروج من المستشفى ويشمل خطة الخروج، المعايير الخاصة بالخروج الاختياري، إجراءات الخروج، وبرنامج الرعاية اللاحقة، حيث يتضح دور الأخصائي الاجتماعي فيقوم بالعديد من المهام منها، الاتصال بالوزارات والهيئات الحكومية والخاصة لمساعدة المدمنين بعد شفائهم واستقرارهم اجتماعيا ونفسيا لتقديم المساعدات المادية أو العينية أو تشغيلهم والاستفادة من إمكانياتهم، والمتابعة المستمرة من خلال ملف المدمن الخاص بالرعاية اللاحقة في العيادات الخاصة.

دراسة بن ثاني، عام ١٩٨٥، بعنوان "دراسة البرامج التأهيلية لنزلاء المؤسسات الإصلاحية في الحد من العودة لتعاطي وإدمان المواد المخدرة"، وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى إمكانية تطبيق المنهج العلمي لدراسة مشكلات نزلاء المؤسسات الإصلاحية للوقوف على أسبابها ووضع الحلول المناسبة لها من ناحية، ومن ناحية أخرى تعمل على الحد من ارتفاع معدلات الجريمة بوجه عام وزيادة نسب متعاطي ومدمني المواد المخدرة، حيث خلصت النتائج إلى ارتفاع معدلات الجريمة في منطقة الخليج العربي، عدم توفر برامج موجهة للفئات الخاصة في المؤسسات الإصلاحية وفي البيئة الطبيعية، وعدم وجود الطرق العلمية الحديثة التي تساعد في كشف الأسباب والدوافع المؤدية إلى الانحراف وعلاجها.

دراسة عبد الحميد، الخزرج، ١٩٩٧، بعنوان رحلة العلاج دراسة ميدانية لأسباب طلب المعالجة لدى متلقي العلاج من أدمان مادة الهيروين بمستشفى الأمل بجدة، هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم العوامل التي دفعت مدمن مادة الهيروين إلى طلب العلاج، وعدد مرات تلقي العلاج والأسباب الدافعة إليه في كل مرة، ثقافة العلاج التي تكونت لدى المدمنين الممثلين لمجتمع الدراسة، وأخيرا التعرف على مدى جدية متلقي العلاج في مستشفى الأمل بجدة من مدمني مادة الهيروين فقط في الاتجاه نحو طلب العلاج.

وتوصل الباحثان إلى النتائج التي مؤداها ان الفئة العمرية (٢٧ - ٣٣)، سنة تمثل الغالبية العظمى بين المبحوثين بنسبة (٦٢%)، وانخفاض المستوى التعليمي بصفة عامة لدى المبحوثين حيث بلغت (٤٢%)، في التعليم المتوسط (٣٨%)، للتعليم الثانوي (١٦%)، للتعليم الابتدائي، وتنخفض نسبة التعليم الجامعي بين المبحوثين حيث بلغت (٤%)، فقط، في حين اظهرت النتائج ارتفاع نسبة العاطلين عن العمل بين المبحوثين كنتيجة للإدمان، حيث بلغت نسبتهم (٦٩%)، مقابل (٣١%)، ممن كانوا يزاولون أعمالا مختلفة أثناء فترة تلقيهم العلاج، كما أظهرت النتائج إرتفاع نسبة المتزوجين بين المبحوثين، حيث بلغت (٤٠%)، مقابل (٣٨%)، للعزاب في حين بلغت نسبة المطلقين (٢٢%)، من المجموع العام لمجتمع البحث، أما الأسباب التي أدت إلى طلب العلاج لدي المبحوثين جاءت حسب رغبة الأهل أولاً ثم رغبة المدمن في التخلص من ألم المخدر و تدهور صحته بشكل عام.

تعقيب على الدراسات السابقة:

على الرغم من أهمية الدراسات التي تم استعراضها ومدي إفادتها لدراستنا الراهنة إلا أنها تناولت موضوعات تقترب في مضمونها من مضمون دراستنا وإن اختلفت مسمياتها أو مواقعها الجغرافية، فقد ركزت في معظمها على برامج مخصصة لمتعاطي المخدرات، وفي اعتقادي أن ما قد تم الاستعانة به من دراسات حول برامج تأهيلية وعلاجية لنزلاء المصحات أو المستشفيات الخاصة بالإدمان تحديدا هي مقتصرة فقط على الدور الذي تلعبه البرامج التأهيلية التي يتلقاها المدمن في إعادة الإستقرار الاجتماعي والنفسي ومدى أهمية التكامل العلاجي في مجال علاج الإدمان بين الأسرة والمدمن والمستشفى القائم على تقديم البرنامج العلاجي، ومدى إمكانية تطبيق المنهج العلمي لدراسة مشكلات نزلاء المصحات الخاصة بالإدمان للوقوف على أسبابه إلى جانب وضع الحلول، ورحلة تلقي العلاج والدوافع والأسباب التي دفعت بمدمني الهيروين لتلقي العلاج وكيف تشكلت الرغبة في طلب العلاج والظروف المحيطة بالعملية العلاجية التي تلعب دورا مهماً في نجاحها مع المدمن أثناء العلاج، كذلك معرفة وتحديد أهم العوامل الاجتماعية والبيئية التي تساعد على تعاطي المخدرات، وفي ما يتعلق باعتماد الدراسات على جمع معلوماتها فقد تنوعت طرق ومناهج جمع معلوماتها من دراسة حالة إلى مسح اجتماعي ومقابلة، وأخيرا ملاحظة مباشرة لمناطق مختلفة، وافتقار بعض الدراسات للعينات التمثيلية لمجتمعاتها، وتناولت جوانب من البرنامج وأهملت جوانب أخرى.

كما أن هذه الدراسات لم تسلط الضوء على النقطة المحورية الأساسية لهذه الدراسة التي تركز فيها على برنامج للخدمة الاجتماعية لضحايا العنف من النساء و الأطفال المراجعين والمودعين بالمستشفى العسكري بعد تعرضهم للعنف، وماذا تقدم هذه البرامج لكل من الطبيب والضحايا من الخدمات التي تتناسب وحالة كل منهم، إلى جانب التركيز على أبعاد تتمثل في أنماط وأشكال العنف التي يمكن أن يتعامل معها هذا البرنامج، وبذلك تعد هذه الدراسة مكملية للعديد من الدراسات التي تناولت البرنامج بشكل عام، وقد تعد هذه الدراسة الأولى التي تسلط الضوء على برنامج متخصص لضحايا العنف وذلك على الصعيد العربي.

تساؤلات الدراسة:

تسعي الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

أولاً: واقع الضحايا المبحوثين في الدراسة:

١-السؤال الأول :

ما خصائص ضحايا العنف؟من حيث نوع العنف ومصدره وكيفية الوصول إلى المستشفى ومستوى المصارحة مع الأطباء فيما يتعلق بالمصارحة بالعنف وهل تختلف طبيعة هذه الخصائص باختلاف الخصائص الشخصية للمبحوثين؟

٢-السؤال الثاني :

ما الأقسام التي حول إليها المفحوصون وهل يعلمون بوجود قسم مختص بدراسة حالتهم؟ وما مصدر المعرفة بذلك؟ وكيف يتم إجراء المقابلات بين الضحية والأخصائي الاجتماعي؟

٣-السؤال الثالث:

كيف يتم التحويل إلى قسم الخدمة الاجتماعية ؟ وهل تختلف باختلاف الجنس والحالة الزوجية ومصدر العنف ؟ وما نوع الخدمة المقدمة من قسم الخدمة الاجتماعية الطبية حسب وجهة نظر المفحوص؟

٤-السؤال الرابع:

ما أشكال المساعدة المقدمة من قبل قسم الخدمة الاجتماعية ؟

ثانيا: برنامج الخدمة من وجهة نظر الأطباء:

١- السؤال الأول: ما أهم خصائص الضحايا من وجهة نظر الأطباء في مستشفى الملك عبد العزيز

العسكري بتيوك، وما هي أهم الوسائل التي يستخدمونها لتشخيص حالات العنف؟

٢- السؤال الثاني: ما مدى معرفة الأطباء بقسم الخدمة الاجتماعية بمستشفى الملك عبد العزيز

العسكري بتيوك، وما قناعتهم بجدوى هذا القسم؟

٣- السؤال الثالث: ما تصورات الأطباء حول الشكل الأمثل لمعالجة ضحايا العنف بالمستشفى وما

أهم الاقتراحات من وجهة نظرهم؟

الفصل الثالث الطريقة و الإجراءات

- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة.
- أداة الدراسة.
- الصدق.
- الثبات.
- أسلوب التحليل الإحصائي.

منهج الدراسة :

استخدمت الدراسة منهج المسح الاجتماعي لجمع الحقائق والبيانات عن الظاهرة المراد دراستها، وتفسير هذه البيانات واستخلاص النتائج ذات العلاقة بأهداف الدراسة.

مجتمع الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة من كل النساء المتزوجات وغير المتزوجات والأطفال من الإناث والذكور المراجعين للمستشفى العسكري في منطقة تبوك في المملكة العربية السعودية و الذين كانوا ضحايا للعنف من قبل ذويهم خلال الفترة الواقعة ما بين ١٩٩٥-٢٠٠٠م.

ولابد من الإشارة هنا إلى أن الباحثة عمدت إلى دراسة دور برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية لضحايا العنف في جميع أقسام المستشفى دون تحديد، وذلك من خلال مقابلة جميع الأطباء في المستشفى بالإضافة لمقابلة جميع الحالات المتعرضة للعنف التي راجعت المستشفى باستثناء أولئك الضحايا من الذكور فوق سن ١٨ سنة.

أداة الدراسة :

اعتمدت الدراسة على الاستمارة المدعمة بالمقابلة كأداة لجمع المعلومات، وقد طورت بما يتناسب وهدف الدراسة، اعتمادا على الدراسات السابقة للموضوع، كما اعتمدت الباحثة على الملاحظات الذاتية للباحثة، بالإضافة إلى القراءات النظرية عن الموضوع، وقد عرضت الاستمارة على أربعة محكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في قسم علم الاجتماع في الجامعة الأردنية، للتأكد من ملاءمتها لقياس مدى استفادة الأطباء و المرضى من دور برنامج الخدمة الاجتماعية و الوقوف على أنواع العنف الذي يتفاعل معه هذا البرنامج ، وتمت الاستجابة للتعديلات المطلوبة، وقد اعتمدت الدراسة على استمارتين :

الأولى: وخصت للمرضى المتعرضين للعنف "من الأطفال الذكور والإناث" و"من النساء المتزوجات وغير المتزوجات" وتتكون من متغيرات مستقلة هي: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المهنة، الدخل الشهري للأسرة، عدد أفراد الأسرة، نوع السكن، مهنة الأب، المستوى التعليمي للأب، مهنة الزوج "للمتزوجات"، المستوى التعليمي للزوج، ومتغيرات تابعة هي بقية الأسئلة المتعلقة بالعنف وأشكاله ومدى الاستفادة من خدمات برنامج الخدمة الاجتماعية، ومصادر العنف .. إلخ.

الثانية : وقد خصت للأطباء و اشتملت على متغيرات تابعة تتعلق ب: أشكال العنف التي تم فحصها من قبلهم الأطباء، ونوع الخدمات التي قدمتها لهم، والطريقة التي عرفوا من خلالها برنامج الخدمة الاجتماعية، ومصادر معرفتهم، ومقترحاتهم حول تطوير برنامج الخدمة الاجتماعية.

الصدق :

من الصعب جدا قياس الصدق بأرقام حسابية، لصعوبة الوصول إلى الحقيقة، ولكن الباحثة حاولت الوصول إلى أقرب درجات الصدق بعرض الاستبانة على لجنة من المحكمين من قسم علم الاجتماع بالجامعة الأردنية، وأجريت التعديلات المطلوبة.

الثبت :

تم التأكد من ثبات الأداة باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (T-Retest)، على مجموعة مكونة من (٢٠)، طبيبا في ما يتعلق باستمارة الأطباء، وكان الفاصل الزمني بين المرة الأولى للاختبار و الثانية أسبوعين، بالإضافة إلى استمارة المرضى، واستخراج معامل الثبات، للتأكد من صلاحية أداة الدراسة للاستمارة الأولى، و كانت النتيجة أن الأداة ثابتة بمقدار (٠,٩١)، وهذا ما جعلها صالحة لأغراض هذه الدراسة. أما في ما يتعلق بثبات أداة الدراسة الخاصة بالمرضى، كانت النتيجة أن الأداة ثابتة بمقدار (٠,٩٤)، وهذا يجعلها صالحة لأغراض هذه الدراسة أيضا.

أسلوب التحليل الإحصائي:

عولجت البيانات بإدخالها إلى الحاسب، واستخدام برنامج (spss)، للتحليل واعتمدت الدراسة الإحصاء الوصفي لاستخراج النسبة المئوية والتكرارات في وصف خصائص المبحوثين وأنواع العنف الواقع على الضحايا ومدى تفاعلهم مع برنامج الخدمة الاجتماعية، إضافة لاستخراج النسبة المئوية والتكرارات في وصف خصائص الضحايا الذين تعرضوا للعنف وتم فحصهم من قبل الجهاز الطبي ومدى استفادة الفريق الطبي من دور برنامج الخدمة الاجتماعية.

الفصل الرابع

تحليل بيانات الدراسة ومناقشتها

تحليل البيانات والإجابة على تساؤلات الدراسة

٤-١ واقع المرضى وضحايا العنف في المستشفى.

٤-٢ آراء الأطباء حول برنامج الخدمة الاجتماعية في المستشفى.

الفصل الرابع تحليل بيانات الدراسة ومناقشتها

تحليل البيانات والإجابة على تساؤلات الدراسة:

واقع المرضى وضحايا العنف في المستشفى:

في هذا الجزء من الدراسة ستتم الإجابة على تساؤلات الدراسة وتحليل بياناتها في ضوء هذه التساؤلات باستخدام الإحصاء الوصفي .

السؤال الأول: ما خصائص ضحايا العنف؟ من حيث نوع العنف ومصدره وكيفية الوصول إلى المستشفى ومستوى المصارحة مع الأطباء فيما يتعلق بالمصارحة بالعنف وهل تختلف طبيعة هذه الخصائص باختلاف الخصائص الشخصية للمبحوثين؟

جدول رقم (١) توزيع المبحوثين حسب العمر والجنس

المجموع		إناث		ذكور		الفئات العمرية للضحايا (بالسنوات)
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
٢٥%	١٥	٢١,٧٤%	١٠	٣٥,٧١%	٥	أقل من ٥
١٦,٦٧%	١٠	٦,٥٢%	٣	٥٠%	٧	٥-٩
١٥%	٩	١٥,٢٢%	٧	١٤,٢٩%	٢	١٠-١٤
-	-	-	-	-	-	١٥-١٩
١١,٦٧%	٧	١٥,٢٢%	٧	-	-	٢٠-٢٤
٥%	٣	٦,٥٢%	٣	-	-	٢٥-٢٩
١٥%	٩	١٩,٥٦%	٩	-	-	٣٠-٣٤
١١,٦٧%	٧	١٥,٢٢%	٧	-	-	٣٥ فأكثر
١٠٠%	٦٠	١٠٠%	٤٦	١٠٠%	١٤	المجموع

يتضح من بيانات الجدول رقم (١) أن النسبة الغالبة (٧٦,٦٧%) من المبحوثين هم من الفئات العمرية المختلفة من الإناث والأطفال والنساء، الأمر الذي يشير إلى أن الإناث هم الأكثر عرضة للعنف داخل الأسرة، بما يعكس تأثير ثقافة المجتمع على أفكار وسلوكيات بعض أفراد المجتمع مما يظهر في استخدام العنف كسلوك في التعامل، في حين أن النسبة الصغيرة (٢٣,٣٣%) تضم الفئة العمرية الأقل من خمس سنوات إلى ١٤ سنة من الأطفال الذكور الذين تعرضوا للعنف من قبل ذويهم وهذه النسبة تؤكد ما تقدم من تفضيل ثقافة المجتمع الذكور على الإناث حتى في أسلوب التعامل.

جدول رقم (٢)
توزيع المبحوثين حسب الحالة الزوجية

الحالة الزوجية	مجموع التكرار	النسبة
غير متزوج	٣٥	%٥٨,٣٣
متزوجة	٢١	%٣٥
أرملة	١	%١,٦٧
مطلقة	٣	%٥
المجموع	٦٠	%١٠٠

يتضح من الجدول رقم (٢) أن نسبة غير المتزوجين (%٥٨,٣٣) تزيد عن نسبة من سبق لهم الزواج (%٤١,٦٦)، ولعل ذلك يعود إلى وجود الأطفال ضمن هذه الفئة أي فئة غير المتزوجين، الأمر الذي يعني أن العنف ليس قاصراً على المتزوجات فقط بل هو أيضاً يمتد إلى غير المتزوجات، ولكننا إذا ما استثنينا فئة الأطفال من الذكور وعددهم (١٤) - كما هو مبين في الجدول رقم (١) - فإننا سنجد أن نسبة من سبق لهن الزواج هي النسبة الأكثر عرضة للعنف، ولكن ذلك لا يعني أن العنف قاصر على الأزواج وإنما قد يكون من قبل أفراد آخرين في محيط الأسرة كالأب أو الأخ أو الأم أو غيرهم، فالتفاوت في المستوى التعليمي يساهم في مدى تقبلهم استخدام السلوك العنيف في التعامل معهم أو رفضه.

جدول رقم (٣)
توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	مجموع التكرار	النسبة
لا يقرأ و لا يكتب	٢٥	%٤١,٦٦
يقرأ و يكتب	١	%١,٦٧
ابتدائي	١٢	%٢٠
متوسط	٨	%١٣,٣٣
ثانوي	٩	%١٥
جامعية	٥	%٨,٣٤
المجموع	٦٠	%١٠٠

تشير البيانات في الجدول السابق رقم (٣) إلى أن أكثر المبحوثين هم من الأميين الذين لا يجيدون القراءة والكتابة بنسبة بلغت (٤١,٦٦%)، ولعل هذا مرتبط بوجود نسبة من الأطفال ما دون سن الدراسة -كما هو مبين في الجدول رقم (١)- وبالتالي فإن نسبة المتعلمين تظل هي النسبة الأعلى مع مراعاة التفاوت في مستويات التحصيل العلمي. حيث بلغت نسبته (٥٨,٣٣%) نجد أن العنف يقل كلما زاد مستوى تعليم الضحايا، فنجد أن الجامعيات هنَّ أقل الفئات عرضة للعنف بنسبة (٨,٣٤%)، الأمر الذي يحمل دلالة على أن التحصيل العلمي في مستوياته المتقدمة يحقق للأشخاص المتعلمين مكانة اجتماعية أفضل داخل محيط الأسرة، فالمستوى التعليمي للضحية يساهم وبشكل كبير في تحديد الدور الوظيفي الذي تقوم به.

جدول رقم (٤)

توزيع المبحوثين حسب المهنة

المهنة	مجموع التكرار	النسبة
ربة بيت	١٢	%٢٠
طالب أو طالبة	٢٠	%٣٣,٣٣
موظفة	٦	%١٠
غير ذلك	٢٢	%٣٦,٦٧
المجموع	٦٠	%١٠٠

يتضح من بيانات الجدول رقم (٤) أن ما نسبته (٣٦,٦٧%) وهي النسبة الأعلى، هي فئة من ليست لهم مهن محددة، باعتبار أن هذه الفئة تضم الأطفال الذين هم دون سن الالتحاق بالعمل، وبالتالي فإن النسبة الغالبة في الفئات المهنية هي نسبة الطلاب، حيث بلغت (٣٣,٣٣%)، وهذه الفئة تضم أيضاً نسبة من الأطفال من الجنسين، الأمر الذي يعني أن هذه الفئة سوف تقل نسبة العنف فيها إذا ما استبعدنا الأطفال، لتصبح بذلك معدلات العنف أعلى في فئة ربات البيوت، وهي أكثر لدى المتزوجات في هذه الفئة من غير المتزوجات، نظراً لحالة الاعتماد المادي على رب الأسرة أو الخوف من الطلاق، خصوصاً إذا ما كان هناك أطفال، أو غير ذلك من العوامل التي تتيح لأرباب الأسر استخدام العنف ضد ربات البيوت .

والملاحظ في البيانات أن نسبة العنف متدنية لدى الموظفات، ولعل ذلك يعود إلى أن هؤلاء المبحوثات يشاركن من خلال عملهن في تحسين دخل الأسرة، الأمر الذي قد يتيح أمامهن المشاركة في اتخاذ القرارات داخل الأسرة، وبالتالي فإنهن يصبحن أقل عرضة للعنف، ويمكننا هنا الإشارة إلى أن نسبة العنف متساوية بين الموظفات أو العاملات المتزوجات وغير المتزوجات.

جدول رقم (٥)

توزيع المبحوثين حسب الدخل الشهري للأسرة

النسبة	مجموع التكرار	الدخل الشهري للأسرة (ر. س)
١,٦٧%	١	١٥٠٠ - أقل من ٢٠٠٠
٦,٦٧%	٤	٢٠٠٠ - أقل من ٢٥٠٠
١٠%	٦	٢٥٠٠ - أقل من ٣٠٠٠
١٥%	٩	٣٠٠٠ - أقل من ٣٥٠٠
٣٠%	١٨	٣٥٠٠ - أقل من ٤٠٠٠
١٨,٣٣%	١١	٤٠٠٠ - أقل من ٤٥٠٠
٥%	٣	٤٥٠٠ - أقل من ٥٠٠٠
١٣,٣٣%	٨	٥٠٠٠ فأكثر
١٠٠%	٦٠	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه رقم (٥) أن متوسط الدخل الشهري لهؤلاء المبحوثين هو (٢٧٥٠) ريال سعودي، وبالتالي فإن ما نسبته (٨,٣٤%) من المبحوثين يقل دخلهم الشهري عن هذا المتوسط، في حين أن نسبة (٢٥%) من المبحوثين يقترب دخلهم من هذا المتوسط، أما أولئك الذين يزيد دخلهم عن المتوسط فقد بلغت نسبتهم (٦٦,٦٦%)، وهنا يتبين أن نسبة من يزيد دخلهم عن المتوسط هي النسبة الأكثر، ولكن هذا المستوى العالي من الدخل لدى المبحوثين يعدّ متدنياً بالنسبة إلى معدل دخل الفرد في المملكة العربية السعودية، ولعل هذا التدني الواضح في مستويات الدخل يدل على أن العنف الأسري تجاه الأطفال يرتبط إلى حد كبير بتدني مستوى الدخل، ومن ثم عجز الأسرة عن تلبية احتياجات أفرادها، فصعوبة الوضع الاقتصادي للأسرة وصعوبة تدبير متطلبات الحياة، قد يؤثران على سلوك رب الأسرة، تحت ضغط الالتزامات، فيلجأ رب الأسرة إلى تفريغ ما في داخله من إحساس بالعجز من خلال استخدام العنف، فتدني دخل الأسرة مقابل تفاوت عدد أفرادها قد يكون أيضاً عاملاً كبيراً لاستخدام السلوك العنيف كنوع من أنواع الحوار غير المتحضر.

جدول رقم (٦)

توزيع المبحوثين حسب عدد أفراد الأسرة

عدد أفراد الأسرة	مجموع التكرار	النسبة
أقل من ٥	١٧	٢٨,٣٣%
٥-٩	٢٩	٤٨,٣٣%
١٠-١٤	٩	١٥%
أكثر من ١٤	٥	٨,٣٣%
المجموع	٦٠	١٠٠%

يتضح من بيانات الجدول السابق رقم (٦)، أن نسبة كبيرة من المبحوثين ينتمون إلى أسر كبيرة الحجم، وهو ما يمكن أن نسميه بنظام العائلة أو الأسرة الممتدة، ولعل ذلك هو نتيجة طبيعية لكون مجتمع تبوك-مجتمع الدراسة- يغلب عليه الطابع البدوي، حيث نجد أن معظم هذه الأسر أو العائلات يرتبط وجودها بالطابع العسكري للمجتمع باعتبار أن سكانه هم من العاملين في القطاع العسكري كمنطقة حدودية، وتدريبية.

هذه العوامل وغيرها أدت إلى أن يظل نظام العائلة بارزاً في هذا المجتمع، ومن ثم أصبحت نسبة العنف الأسري فيه أعلى، حيث نجد أن نسبة العنف مرتفعة لدى الأسر أو العائلات التي يتراوح عدد أفرادها ما بين خمسة إلى تسعة أشخاص، وهو عدد كبير بالمقارنة مع متوسط حجم العائلة السعودية من جهة، ومع تدني مستوى دخل هذه الأسر من جهة أخرى، خصوصاً وأن طبيعة العمل في القطاع العسكري لا تتيح المجال أمام المنتسبين إليه الالتحاق بمهن أخرى تسمح لهم بتحسين مستوى دخلهم، فتدني مستوى دخل الأسرة الذي يقابله زيادة عدد أفرادها يساهم وبشكل كبير في تحديد نوع السكن الذي يمكن أن تعيش فيها أسر الضحايا.

جدول رقم (٧)

توزيع المبحوثين حسب نوع السكن

نوع السكن	مجموع التكرار	النسبة
ملك	٣	٥%
إيجار	٢٧	٤٥%
حكومي	٣٠	٥٠%
المجموع	٦٠	١٠٠%

يتضح من الجدول رقم (٧) أن ما نسبته (٥٠%) من هؤلاء الضحايا يسكنون مع أسرهم في مساكن حكومية" تتبع لجهة العمل"، وهي أعلى نسبة بين المبحوثين، فنسبة من يسكن في مساكن ملك (٥%)، وهذا يعد مؤشراً على عدم الاستقرار المهني المرتبط بطبيعة عمل العسكريين التي تفرض عليهم التنقل بين المدن وعدم الاستقرار في مكان واحد، الأمر الذي قد ينعكس ولو بطريقة غير مباشرة على سلوكه بالعنف وسرعة الغضب، بينما بلغت ما نسبته (٤٥%) للمستأجرين من أسر هؤلاء الضحايا، حيث يعد هذا مؤشراً آخر لإنفاق ما يقرب من نصف الدخل الشهري في الإيجار، مما يؤثر على مستوى المعيشة الذي بدوره قد يكون عاملاً مساعداً في بروز المشاكل التي تقضي إلى العنف في الأسرة، فنوع السكن وعدم الشعور بالاستقرار المرتبط بالمكان والمفضي لاتباع السلوك العنيف في التعامل قد تساهم فيها وبشكل كبير طبيعة عمل رب الأسرة.

جدول رقم (٨)

توزيع المبحوثين حسب مهنة رب الأسرة

مهنة رب الأسرة	مجموع التكرار	النسبة
عسكري	٥٧	٩٥%
عامل	-	-
أعمال حرة	-	-
متقاعد	٢	٣,٣٣%
غير ذلك	١	١,٦٧%
المجموع	٦٠	١٠٠%

توضح البيانات في الجدول السابق رقم (٨) أن الغالبية العظمى من الضحايا يعمل الآباء والأزواج - الذين يعولونهم- في الجيش، وهذه النتيجة تعد مؤشراً لما تكسبه طبيعة المهنة من سلوك لذوي هؤلاء الضحايا فالأب الذي يتعرض لضغوطات وأوامر وجزاءات في محيط عمله العسكري يكتسب سلوكاً يميل إلى محاولة تفريغ ما يعانيه على الأبناء مما يكسب سلوكه هذا العنف الذي يعكس درجة تأثر سلوكه بهذه الضغوطات في عمله.

كما نجد أن نسبة (٣%) من أرباب أسر الضحايا متقاعدون عن العمل وهو الأمر الذي يزيد من حدة العنف داخل أسرهم كون هؤلاء المتقاعدين يعانون في معظم الأحيان من الشعور بالفراغ، الأمر الذي يجعلهم متابعين لسلوكيات أفراد الأسرة بالمزيد من التركيز رغبة منهم في توجيه سلوك هؤلاء وتقويمه، وهو الأمر الذي يفسح المجال أمام بروز الممارسات العنيفة خصوصاً تجاه صغار السن، ومما يزيد سلوك رب الأسرة تعقيداً هو مستواه التعليمي.

جدول رقم (٩)

توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي لرب الأسرة

النسبة	مجموع التكرار	المستوى التعليمي لرب الأسرة
٨,٣٣%	٥	لا يقرأ ولا يكتب
٢٦,٦٧%	١٦	يقرأ ويكتب
١١,٦٧%	٧	ابتدائي
٢١,٦٧%	١٣	متوسط
٢٣,٣٣%	١٤	ثانوي
٣,٣٣%	٢	دبلوم
٥%	٣	بكالوريوس
١٠٠%	٦٠	المجموع

يلاحظ في الجدول السابق رقم (٩) تدني مستوى التعليم الذي بدا واضحاً لدى أرباب أسر المبحوثين، حيث تظهر النسبة الغالبة منهم من ذوي التعليم المحدود أو المتدني و غير المتعلمين (الأميين)، في حين أن نسبة المتعلمين تعليمياً عالياً هي فئة صغيرة (٨,٣٣%)، والنسبة المتوسطة هي من ذوي التعليم المتوسط، الأمر الذي يسمح لنا بالقول إنه كلما ارتفع مستوى تعليم رب الأسرة انخفضت أشكال العنف، وبالعكس كلما انخفض المستوى التعليمي زاد معدل العنف بأشكاله المختلفة، وهذه النتيجة تتفق مع ما ورد في بيانات الجدول رقم (٨)، التي أكدت تأثير طبيعة مهنة الأب أو الزوج على سلوكه، وهذه النتيجة تعززها درجة المستوى التعليمي الحاصل عليه الأب أو الزوج، حيث أظهرت النتائج ارتباط مستوى تعليم الأب بالعنف الذي يستخدمه مع أسرته، وهذه النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة المتعلقة بمستوى تعليم الزوج و ارتباطها بالعنف الواقع على الزوجة و الممتد للأبناء لا تتفاوت كثيراً عن نتائج مستوى تعليم الأب و أثره على سلوكه العنيف مع الأبناء مما يشير إلى أن السلوك العنيف الذي يتبعه الزوج مع زوجته قد يكون نتيجة للسلوك الذي عومل به من قبل والديه، على اعتبار أن هذه الأنماط من السلوك العنيف لا تتعلق بالحالة العضوية لرب الأسرة، أو مهنته فقط و إنما لها اتصال كبير بحالته الاجتماعية والتعليمية وخبراته الطفولية، وقد يظهر السلوك العنيف الذي يتبعه رب الأسرة في أشكال مختلفة.

أما عن أنواع العنف التي تعرض لها المبحوثون في هذه الدراسة ومصدر هذا العنف:

الجدول رقم (١٠)

توزيع المبحوثين حسب أشكال العنف اللفظي الذي تعرضوا له

النسبة	مجموع التكرار	أشكال العنف اللفظي
١١,٦٧%	٧	التهديد بالزواج من أخرى
٨,٣٣%	٥	سوف أطلقك
١,٦٧%	١	سوف أخذ الأطفال
١٠%	٦	سأخرجك من المدرسة
٣,٣٣%	٢	لن تخرجوا من المنزل
٦٠%	٣٦	شتائم
٥%	٣	غير ذلك حدد
١٠٠%	٦٠	المجموع

يتضح من بيانات الجدول رقم (١٠) أن ما نسبته (٦٠%)، قد تعرضوا للشتائم وهو من أكثر أشكال العنف اللفظي، ويعد هذا العنف من أكثرها خطراً على نفسية الزوجة أو الأبناء، فقد يستخدم الشتم كعملية تفريغ من الأزواج أو من الأمهات أو من الأبناء أو الأخوة أو الأخوات، بمعنى أن ما يواجهه الزوج من صعوبات في العمل أو ظروف الحياة اليومية، فيعود بها إلى منزله، فلا يجد أمامه سوى زوجته وأبنائه ليفرغ عليهم ما بداخله من شحنات، أما ما نسبته (١١,٦٧%)، وهي مرتبطة بالمتزوجات فقد تعرضن للتخويف بعبارة "سوف أتزوج عليك" وهي من العبارات التي تستخدم للتخويف بالسلطة و بما لدى الزوج من حقوق شرعية، بينما كانت عبارة "سأخرجك من المدرسة" من الألفاظ التي شكل استخدامها نسبة (١٠%)، فقد يستخدم الأب أو الزوج أو الأم أو الأخ هذه العبارة كنوع من التهديد و التخويف بما هو مخول له من سلطة من قبل المجتمع، أما ما نسبته (٨,٣٣%)، فهي لعبارة "سوف أطلقك" وهي من الألفاظ التي يوجهها الزوج لزوجته للسيطرة عليها، واستغلال حاجتها المادية التي تفرض عليها البقاء في ظل ما تعانيه من عنف، أو انطلاقاً من حرصها على أبنائها، أما ما نسبته (٥%) قد تعرضوا للتهديد بإخراجهم من المنزل وهي أقل نسبة بين إجابات المبحوثين. وهذا العنف اللفظي ليس هو الشكل الوحيد الذي تعانيه ضحية العنف، بل هناك أيضاً العنف الجسدي كما سيظهر لدينا في الجدول التالي.

الجدول رقم (١١)

توزيع المبحوثين حسب أشكال العنف الجسدي الذي تعرضوا له

النسبة	مجموع التكرار	أشكال العنف الجسدي
١٥%	٩	الضرب
٨,٣٣%	٥	اللكم
١١,٦٧%	٧	الركل
٨,٣٣%	٥	شد الشعر
١٣,٣٣%	٨	الحرق
٣١,٦٧%	١٩	الصفع على الوجه
٦,٦٧%	٤	الرمي أرضاً
٥%	٣	غير ذلك حدد
١٠٠%	٦٠	المجموع

يتضح من بيانات الجدول رقم (١١)، أن ما نسبته (٣١,٦٧%) قد تعرضوا للصفع على الوجه وهو من أكثر أشكال العنف الجسدي الذي تعانيه الضحية، ثم يليه بنسبة (١٥%) ممن تعرضوا للضرب بشكل عام دون تحديد، في حين جاء الحرق بنسبة (١٣,٣٣%)، أما الركل فقد جاء بنسبة (١١,٦٧%)، ولم يكن هناك تفاوت كبير بين كل من اللكم والرمي أرضاً حيث كانت نسبة من تعرضن للكم، ما نسبته (٨,٣٣%)، بينما من تعرضن للرمي أرضاً ما نسبته (٦,٦٧%) فعلى اعتبار أن أكثر أشكال العنف الجسدي هو الصفع على الوجه كما جاء حسب نتائج هذه الدراسة إلا أن هذا الضرب عادة لا يقع مباشرة و لكن في الغالب يمر بمراحل وتدرج حيث يبدأ بالنقاش و الجدال ثم ينتقل إلى الصفع على الوجه، ومن ثم إلى الضرب على الأكتاف، العض، القرص، الخمرشة بالأظافر، تدرجاً إلى الركل بالرجل أو بقبضة اليد على الظهر أو البطن أو على الوجه و صولاً إلى استخدام الحبل، الحزام، العقال، بعض الأدوات المنزلية في مختلف أجزاء الجسم بلا استثناء، وليس العنف اللفظي والجسدي فقط من أشكال العنف التي يعانيها هؤلاء الضحايا من النساء والأطفال بل إن هناك أنواعاً أخرى من العنف كالعنف الصحي.

الجدول رقم (١٢)

توزيع المبحوثين حسب أشكال العنف الصحي

النسبة	مجموع التكرار	أشكال العنف الصحي
١٠%	٦	إهمال في فترة الحمل
١,٦٧%	١	إهمال في تطعيم الأطفال
٤,٦٧%	٤	إهمال في تنظيم النسل
٣٥%	٢١	إهمال في مراجعة الطبيب
١٠%	٦	إهمال الرضاعة الطبيعية
٢٦,٦٧%	١٦	إهمال التغذية
١٠%	٦	غير ذلك حدد
١٠٠%	٦٠	المجموع

يتضح من بيانات الجدول السابق رقم (١٢) أن أعلى نسبة عنف صحي هي الإهمال في مراجعة الطبيب؛ إذ بلغت نسبة إجابات أفراد عينة الدراسة (٣٥%)، كما يأخذ شكلاً أكثر قسوة وحدة يتمثل بإهمال الأبناء وعدم الالتزام بمواعيد التطعيم الخاصة بهم، وعدم الاكتراث بالمراجعات التي قد يحتاج فيها الأبناء للطبيب، مما قد ينعكس سلباً على صحة الطفل النفسية والعضوية، ثم تليه نسبة من تعرضوا للإهمال في التغذية بنسبة (٢٦,٦٧%)، ثم جاء بنسبة متساوية (١٠%)، لكل من تعرضوا للعنف بالإهمال في فترة الحمل وإهمال الرضاعة الطبيعية وإهمال في النظافة والرعاية للأجواء الصحية التي يجب أن تكون متوفرة في المنزل، حيث يعد هذا مؤشراً واقعياً لما أفرزه التغير والتطور في واقع الحياة الاجتماعية في المجتمع السعودي والذي انعكس سلباً على سلوكيات البعض من أفراد المجتمع، كما جاء من نتائج هذه الدراسة على أفراد عينة الدراسة، وإن كانت النسبة بسيطة إلا أن انشغال الزوج الدائم خارج المنزل إما للعمل أو بأسرته الثانية أو الثالثة يجعله ينسى أو يتناسى مواعيد مراجعة زوجته الحامل وفي أوقات كثيرة ينسى توفير الاحتياجات الضرورية في المنزل من غذاء وملابس..... الخ، وهذا بدوره ينعكس على الأم التي قد لا تتمكن من الرضاعة الطبيعية نتيجة لسوء التغذية الذي ينعكس بدوره على تغذية الطفل، فعجز المرأة الناجم عن عدم المساواة وإساءة المعاملة يهدد الرضع والأطفال الصغار، ففي كل عام تحدث حوالي ثماني مليون حالة وفاة للأجنة و المواليد الجدد بسبب سوء صحة وتغذية المرأة السيئة خلال الحمل و الرعاية غير الكاملة أثناء الولادة وعدم توفير الرعاية للمواليد الجدد (منظمة اليونسيف، ٢٠٠١)، وهذا يعد من أبشع أشكال العنف الذي يتعرض له الإنسان، وهناك أيضاً من أشكال العنف الذي يتعرض له المرأة والطفل العنف النفسي.

الجدول رقم (١٣)

توزيع المبحوثين حسب أشكال العنف النفسي

أشكال العنف النفسي	مجموع التكرار	النسبة
الإهمال	١٦	%٢٣,٦٧
إحراجك	٣	%٥
الإخافة	١٩	%٣١,٦٧
التحقيرك	٩	%١٥
مراقبتك	٢	%٣,٣٣
إساءة الظن بك	٤	%٦,٦٧
عدم تقديره لذاتك	٥	%٨,٣٣
توجيه اللوم إليك	٢	%٣,٣٣
المجموع	٦٠	%١٠٠

تشير بيانات الجدول رقم (١٣) أن نسبة (٣١,٦٧%)، قد تعرضوا للعنف النفسي الذي تمثل في التخويف إما من الزوج لزوجته أو من الأب لابنته أو من الأم لابنها أو ابنتها أو من الأخ لأخته، فالزوج قد يستخدم التخويف بعبارة "سأ تزوج عليك" حيث يجد أن من حقه استخدام مثل هذا العبارة في كل وقت و يستشهد عليها بتأييد من الشرع و المجتمع دون اكرثات لما ينعكس على زوجته وعلى نفسييتها وعلى سلوكها معه ومع أبنائه، بينما قد يستخدم الأب عبارات التخويف مع ابنته سوف أزوجك من هذا الشايب أو سوف أخرجك من المدرسة كي تساعد أمك أو خالتك "زوجة أبيك" في عمل المنزل، أو تخويف الأخ أخته إذا لم يتمكن من أخذ راتبها الشهري إن كانت تعمل، أو في بعض الأحيان تخويف الأم ابنتها أو ابنها، وهذا قد يحدث انعكاساً لسوء معاملة زوجها، وبعد هذا من أخطر أشكال العنف النفسي الذي يتعرض له الأطفال من والديهم وقد يتعرضون لهذا التخويف أمام أصدقائهم و إخوانهم الأمر الذي من شأنه أن يسبب ألماً عنيفاً أو ضرراً بالغاً لقدرة الأطفال، قد ينجم عنه حدوث اضطرابات نفسية وسلوكية خطيرة، تضعف القدرة على النجاح، ثم يليه بنسبة (٢٣,٦٧%) ممن تعرضوا للإهمال أما من تعرضوا للتحقير فقد شكلوا ما نسبته (١٥%)، في حين من تعرضوا لعدم التقدير نسبته (٨,٣٣%)، بينما كان من أسوء الظن بهم بنسبة (٦,٦٧%)، أما من تعرضوا للإحراج كانت نسبته (٥%)، في حين شكل من تعرضوا لتوجيه اللوم لهم ومراقبتهم ما نسبته (٣,٣٣%)، ولم يتوقف العنف الذي تتعرض له هذه الفئات عند حد الأشكال سالفة الذكر بل هناك أيضاً العنف الجنسي.

الجدول رقم (١٤)

توزيع المبحوثين حسب أشكال العنف الجنسي

النسبة	مجموع التكرار	أشكال العنف الجنسي
٦,٦٧%	٤	التحرش الجنسي
٨,٣٣%	٥	الاغتصاب
٦,٦٧%	٤	الضرب أثناء المضاجعة
٨,٣٣%	٥	انتقاد الأداء الجنسي
١٠%	٦	الهجر من قبل الزوج
١,٦٧%	١	الشذوذ الجنسي
٦,٦٧%	٤	عدم الإشباع الجنسي
٥١,٦٧%	٣١	غير ذلك حدد
١٠٠%	٦٠	المجموع

تشير بيانات الجدول رقم (١٤) إلى تعرض ما نسبته (١٠%) من المبحوثين للهجر من قبل الزوج وهو من أكثر أشكال العنف الجنسي الذي تتعرض له المرأة من قبل الزوج، حيث يعد الهجر الجنسي من قبل الرجل في المجتمع السعودي نوعاً من أنواع التأديب كما جاء في قوله تعالى "واهجروهن في المضاجع" (القرآن الكريم، سورة النساء آية رقم ٣٢-٣٤) فقد يستغل الرجل هذا النوع من العنف الجنسي لمعاقبة زوجته العاملة في حالة رفضها إعطائه راتبها الشهري -إذا كانت عاملة- كنوع من العقاب، مما قد ينعكس على نفسياتها وسلوكها مع زوجها و أبنائها، أما من تعرضن للاغتصاب وانتقاد أدائهن الجنسي من قبل الزوج جاء بنسبة (٨,٣٣%)، ثم يليه من تعرضوا للتحرش الجنسي من قبل أحد الأخوة في المنزل أو من زوج الأم، ومن تعرضن للضرب أثناء المضاجعة ومن عانين من عدم الإشباع الجنسي بنسبة (٦,٦٧%)، بينما من تعرضوا للشذوذ الجنسي بنسبة (١,٦٧%)، في حين كانت أعلى إجابات عينة الدراسة بأنهم لم يتعرضوا للعنف الجنسي بنسبة (٥١,٦٧%)، وهذا يعد مؤشراً لتحفظ نسبة كبيره من المبحوثين حول مناقشة مثل هذا الشكل من أشكال العنف على اعتبار أنه من أدق خصوصيات الحياة الزوجية بين الزوجين، كذلك من أصعب ما يمكن أن نتحدث فيه الفتاة حول تعرضها للتحرش الجنسي من قبل أحد الأخوة أو من زوج الأم.....الخ، وأخيرا هناك العنف الاجتماعي.

الجدول رقم (١٥)

توزيع المبحوثين حسب أشكال العنف الاجتماعي

سبة	مجموع التكرار	أشكال العنف الاجتماعي
١٣,٣٣%	٨	تجاهل رأيك أمام الآخرين
٥٦,٦٧%	٣٤	تقييد حريتك
٥%	٣	التطفل على شؤونك الخاصة
١,٦٧	١	حرمانك من العمل
٨,٣٣%	٥	منعك من زيارة الأصدقاء
١,٦٧%	١	الاستخفاف برغباتك
٣,٣٣%	٢	الحرمان من التعليم
١٠%	٦	غير ذلك حدد
١٠٠%	٦٠	المجموع

تشير بيانات الجدول رقم (١٥)، أن ما نسبته (٥٦,٦٧%)، قد تعرضوا لتقييد حريتهم، تليها بنسبة (١٣,٣٣%) من تعرضوا لتجاهل رأيهم أمام الآخرين، في حين كان ما نسبته (١٠%) لأولئك الذين لم يتعرضوا لأي شكل من أشكال العنف الاجتماعي، أما من تعرضوا للمنع من زيارة الأصدقاء فقد بلغت نسبتهم (٨,٣٣%)، بينما من تعرضوا للتطفل على شؤونهم الخاصة بلغت نسبتهم (٥%)، تلي ذلك نسبة من تعرضوا للحرمان من التعليم (٣,٣٣%)، من ثم تأخذ النسبة في التناقص لتصل إلى (١,٦٧%)، لمن تعرضوا للحرمان من العمل والاستخفاف برغباتهم، جميع هذه الأشكال من العنف تعرض لها الأطفال من الإناث والذكور ومن النساء المتزوجات وغير المتزوجات، ومن الطبيعي أن يكون لمثل هذا العنف مصدراً يقوم به.

الجدول رقم (١٦)

توزيع المبحوثين حسب مصدر العنف

النسبة	مجموع التكرار	مصدر العنف
٢٨,٣٣%	١٧	الأب
٢١,٦٧%	١٣	الأم
٣٥%	٢١	الزوج
١٥%	٩	الأخ
١٠٠%	٦٠	المجموع

وفيما يتعلق بأبرز مصادر العنف التي تعرض لها المبحوثون، أشارت البيانات في الجدول رقم (١٦) إلى أن نسبة (٢٨,٣٣%) قد تعرضوا للعنف من قبل آبائهم-بالنسبة لغير المتزوجين، وأن ما نسبته (٢١,٦٧%)، قد تعرضوا للعنف من قبل أمهاتهم، تلتها نسبة (٣٥%) لمن تعرضن للعنف من قبل أزواجهن، حيث تعد هذه أعلى نسبة بين إجابات المبحوثات، في حين جاءت ما نسبته (١٥%) لمن تعرضوا للعنف من قبل إخوانهم، وهذا يعد مؤشراً على تدرج أشكال العنف حسب هرم السلطة بداية من الزوج والأب ثم الأم فالأخ، فكلما زادت قوة السلطة زاد العنف من هذه السلطة حسب ما أظهرته البيانات السابقة، فهذه السلطة تمنح الزوج أو الأب أو الأم أو الأخ الحق باستخدام السلوك العنيف، والتي هي أيضاً من تخول صاحبها الحق في اتخاذ القرار بنقل من تعرض للعنف إلى المستشفى أو تركه.

بخصوص وصول الضحايا إلى المستشفى وهل تختلف طبيعة الوصول حسب الجنس والحالة الزوجية ومصدر العنف؟

جدول رقم (١٧)

توزيع المبحوثين حسب من يقوم بنقلهم إلى المستشفى

عن طريق	مجموع التكرار	النسبة
الزوج	٨	١٣,٣
أحد أفراد الأسرة	١٠	%١٦,٦
عن طريق الأب	١٨	%٣٠
عن طريق الأم	١٤	٢٣,٣
أخرى	١٠	١٦,٦
المجموع	٦٠	%١٠٠

يتضح من بيانات الجدول رقم (١٧)، أن نسبة (٣٠%) من المبحوثين كان الأب هو من يقوم باصطحابهم إلى المستشفى، بينما كانت الأم تشكل ما نسبته (٢٣,٣%)، في حين أنه في حال كان أحد أفراد الأسرة هو من يقوم بتلك المهمة بلغت النسبة (١٦,٦%)، أما الزوج فقد شكل ما نسبته (١٣,٣%)، فالزوج بعد أن يضرب زوجته يضطر إلى مرافقتها إلى المستشفى، وذلك لعدم رغبته في أن يتدخل أحد أفراد أسرتهما في مشاكلهم، أما ما نسبته (١٦,٦%)، فقد كانت لصالح أحد الأخوة أو أحد الأبناء أو البنات من يوصلوهن إلى المستشفى، في حين كانت أقلهن ذهاباً إلى المستشفى مع أحد الجيران ولمن ذهبوا بمفردهم ما نسبته (١,٦٧%)

فهذه النتائج تؤكد صدق ما سبق من نتائج تتعلق بالشخص المتسبب في العنف الذي ظهر فيه أن الزوج هو أكثر الأشخاص اعتماداً على السلوك العنيف مع الزوجة؛ مما يدعم نتائج هذا الجدول، فالزوج بعد استخدام العنف مع زوجته يكون أكثر تحفظاً؛ لذا يلجأ إلى نقلها إلى المستشفى بنفسه، وقد يكون السبب في نقلها إلى المستشفى هو الحرص والخوف من افتضاح أمره أمام الناس ذلك من خلال مصارحة الطبيب أو الفريق الطبي بمصدر العنف الذي وقع عليها.

وأخيراً الإجابة عن أسباب عدم مصارحة الطبيب بالعنف؟

جدول رقم (١٨)

توزيع المبحوثين حسب مصارحتهم للأطباء بالعنف الذي وقع عليهم

المبحوثون	مجموع التكرار	النسبة
صارحوا الطبيب بالعنف	١٧	٢٨%
لم يصارحوا الطبيب بذلك العنف	٤٣	٧١,٦٧%
المجموع	٦٠	١٠٠%

يتضح من بيانات الجدول رقم (١٨) أن ما نسبته (٧١,٦٧%) لم يصارحوا الطبيب بالعنف الذي وقع عليهم؛ مما يعزى إلى فكرة تأثير بناء المجتمع من تقاليد وعاداته على فكر الفرد في المجتمع، وذلك على اعتبار أنه من العيب التحدث في خصوصيات العلاقات الأسرية، في حين كان ما نسبته (٢٨%)، صارحوا الطبيب بالعنف الذي وقع عليهم، مما يعكس تحرر هذه الفئة من سلطة البناء الثقافي الجائرة التي تحد من رغبة الفرد في التخلص من الضغوط و التصريح عما بداخله، فمن خلال هذه النتائج نجد أن من لم يصارحوا الطبيب بالعنف الذي تعرضوا له هي النسبة الأكبر، مما يشير إلى هناك الكثير من الأسباب التي تقف عائقاً أمام هؤلاء الضحايا.

جدول رقم (١٩)

توزيع المبحوثين حسب أسباب عدم توضيحهم لمصدر العنف الذي وقع عليهم

الأسباب	مجموع التكرار	النسبة
خوفك الشديد من الزوج	٦	١٣,٩٥%
خوفك من الطلاق	٢	٤,٩٠%
اعتبارها مسألة عائلية	١٥	٢٤,٩٢%
خوفك من تفجر المشاكل	١١	٢٥,٣١%
خوفك من والدك	٦	١٣,٩٥%
خوفك من والدتك	٣	٦,٩٧%
المجموع	٤٣	١٠٠%

يتضح من الجدول رقم (١٩) أن ما نسبته (٣٤,٩٢%) قد أعادوا عدم مصارحتهم للطبيب بالعنف الذي وقع عليهم إلى اعتبار ذلك مسألة عائلية، ويعد هذا مؤشراً واضحاً لتأثر هؤلاء الأفراد بثقافة المجتمع التي تنظر إلى خصوصية مثل هذه المشكلات وإلى أنه ليس من المستحب التدخل من قبل أي شخص في مثل هذه العلاقات الدقيقة، بينما كان هناك ما نسبته (٢٥,٣١%) عبروا عن خوفهم من تفجر المشاكل سبباً في عدم مصارحة الطبيب بالعنف الذي وقع عليهم؛ مما يعكس التسلط الذي يقع على الفرد المتعرض للعنف أو ممن يقوم على رعايته، في حين كان الخوف الشديد من الزوج، أو الأب، متساوية بنسبة (١٣,٩٥%)، والتي توضح وجود تسلط الرجل، وشعور بعض السيدات أو الفتيات بهذه السلطة قد ينم عن المستوى التعليمي والثقافي المتواضع الذي لم يمنحهم القدرة على التحرر من السلطة القهرية، أما من كان خوفهم الشديد من الأم فنسبتهم (٦,٩٧%)، في حين أن اللواتي خفن من الطلاق كانت نسبتهن (٤,٩٠%)، بينما جاءت أقل الأسباب لعدم المصارحة هي الخوف على الأبناء، فالزوجة أو الأخت أو الابنة أو الأم التي تتعرض للعنف تجد أنه من غير المناسب التصريح عن العنف الذي وقع عليها و إن يكن للطبيب على اعتبار أنها مسألة عائلية.

ويعد العنف الذي تتعرض له المرأة قضية حديثة من حيث الاهتمام بها وتناولها وفق منهجية علمية موضوعية، فقد بدأ الاهتمام بها منذ عام (١٩٧٠)، كما كانت بدايات الاقتراب من موضوع إيذاء الإناث مرتبط بالعلاج النفسي، إذ يرجع السكون الذي أحاط بهذا الموضوع لكونه مشكلة أسرية، وهذا يتفق مع ما تقدم من نتائج حول أن النسبة الكبيرة التي شكلت (٧١,٦٧%)، ممن لم يصارحوا الطبيب بالعنف الذي وقع عليهم، فلكون أن الغالبية العظمى ممن تحفظوا بمصارحة الطبيب بالعنف الذي تعرضوا له على اعتبارها مسألة عائلية كان لابد للطبيب أن يجد وسيلة يستطيع من خلالها الوقوف على ما يحتاج معرفته ليس من باب الفضول ولكن لما تمثله معرفته بالخلفيات الأسرية من التشخيص والعلاج الشيء الذي جعل الأطباء يلجأون إلى تحويل هؤلاء الضحايا إلى أقسام متخصصة بمثل حالتهم.

السؤال الثاني: ما الأقسام التي حول إليها المفحوصين وهل يعلمون بوجود قسم مختص بدراسة حالتهم؟ وما مصدر المعرفة بذلك؟ وكيف يتم إجراء المقابلات مع الضحايا من قبل الأخصائي الاجتماعي؟

جدول رقم (٢٠)

توزيع المبحوثين حسب إحالتهم إلى قسم المشكلات الاجتماعية

المبحوثون	مجموع التكرار	النسبة
تمت إحالتهم	٣٨	٦٣,٣٣%
لم تتم إحالتهم	٢٢	٣٦,٦٧%
المجموع	٦٠	١٠٠%

يتضح من الجدول رقم (٢٠) أن ما نسبته (٦٣,٣%)، قد تم تحويلهم من قبل الطبيب إلى القسم المختص ببحث المشكلات الاجتماعية، وهذا يعد مؤشراً يعزز حاجة الطبيب إلى القسم المختص ببحث المشكلات الاجتماعية، في حين بلغت ما نسبته (٣٦,٦%) لم تتم إحالتهم من قبل الأطباء المعالجين إلى القسم المختص ببحث المشكلات الاجتماعية، حيث تشير هذه النتائج إلى التفاوت والاختلاف الظاهر حسب ما تقدم من نتائج حول الأسباب في عدم مصارحة الطبيب بالعنف الذي وقع عليهم، وقد بلغت نسبة من أحيلوا إلى القسم المختص بالمشكلات الاجتماعية، نظراً لبروز أعراض العنف عليهم وإن لم يصارحوا الطبيب بشكل مباشر بالعنف الذي وقع عليهم ما نسبته (٦٣,٣٣%)، وهذا يختلف مع أعلى نسبة (٣٤,٩٢%) وهم الذين اعتبروا عدم مصارحة الطبيب بهذا العنف الذي يقع عليهم مسألة عائلية، فيما أن أعلى نسبة كانت لمن تم تحويلهم من قبل الطبيب، فبالنظر إلى سكون التحويل محدداً من قبل الطبيب بحسب حاجة هؤلاء الضحايا.

جدول رقم (٢١)

توزيع المبحوثين حسب الأقسام التي حولوا إليها

الأقسام	مجموع التكرار	النسبة
قسم الإرشاد النفسي	١٢	٢٠%
قسم الخدمة الاجتماعية	٤٨	٨٠%
المجموع	٦٠	١٠٠%

يتضح من بيانات الجدول رقم (٢١) أن ما نسبته (٨٠%)، قد تم تحويلهم إلى الأخصائي الاجتماعي المختص ببحث المشكلات الاجتماعية التي يعانون منها، بينما كانت إجابات باقي المبحوثين أنهم حولوا إلى الأخصائي النفسي بنسبة (٢٠%). فهذا التحويل الذي يقوم بها الأطباء لهؤلاء الضحايا قد يعكس وبشكل كبير حاجة هؤلاء الضحايا للمساعدة، ولكي يحصلوا على هذه المساعدة يجب أن نعرف ما إذا كانوا على دراية بوجود قسم يهتم بمثل حالتهم.

جدول رقم (٢٢)

توزيع المبحوثين حسب معرفتهم بوجود قسم مختص بمعالجة حالتهم

المبحوثون	مجموع التكرار	النسبة
يعلمون بوجود قسم مختص بحالتهم	٣٢	%٥٣,٣٣
لا يعلمون بذلك القسم	٢٨	%٤٦,٦٧
المجموع	٦٠	%١٠٠

فمن خلال إجابة المبحوثين الذين تم تحويلهم إلى الأخصائي الاجتماعي، فقد عكست النتائج في الجدول السابق رقم (٢٢) معرفة هؤلاء الضحايا وذويهم بوجود قسم مختص بمثل حالتهم. وهذا يعد مؤشراً للتغير و التطور الذي شهده المجتمع على صعيد الوعي الصحي والذي جعل هؤلاء الضحايا يعلمون بوجود قسم مختص بمثل حالتهم، وقد بلغت نسبة هؤلاء (%٥٣,٣٣). وفي المقابل، كانت هناك ممن ليست لديهم معرفة مسبقة بوجود أقسام مختصة ببحث مثل حالاتهم من الناحية الاجتماعية والنفسية قبل تحويلهم، وقد بلغت نسبة هؤلاء (%٤٦,٦٧)، وبالتالي فإن الغالبية كانوا على علم بوجود قسم مختص بمثل حالتهم، ولمعرفة هؤلاء الضحايا بوجود قسم مختص بمثل حالتهم "قسم الخدمة الاجتماعية الطبية" يجب الوقوف على مصدر هذه المعرفة.

جدول رقم (٢٣)

توزيع المبحوثين حسب مصادر معرفتهم بوجود الأخصائيين النفسي والاجتماعي

مصادر المعرفة	مجموع التكرار	النسبة
قراءاتي السابقة	١٩	%٥٥,٨٨
من خلال تحويلي	١٥	%٤٤,١٢
المجموع	٣٤	%١٠٠

يتضح من الجدول رقم (٢٣) أن ما نسبته (%٥٥,٨٨)، كانوا على علم بوجود قسم مختص بمعالجة حالتهم عن طريق قراءاتهم السابقة، الأمر الذي يشير إلى أن من تعرضوا للعنف أو ذوي هؤلاء الضحايا على درجة لا بأس بها من المعرفة والإطلاع، في حين كانت معرفة ما نسبته (%٤٤,١٢)، بالقسم المختص ببحث مثل حالتهم عن طريق تحويلهم إلى هذا القسم، وهذه النتيجة تؤكد ما تقدم من نتائج حول معرفة هؤلاء الضحايا بوجود قسم مختص بمثل حالتهم، فمصادر معرفة المبحوثين بوجود الأخصائي الاجتماعي والنفسي وإن اختلفت لا تحدد الطريقة التي بموجبها يحول بها الطبيب هؤلاء الضحايا إلى هذه الأقسام.

جدول رقم (٢٤)

توزيع المبحوثين حسب طريقة الإحالة إلى قسم الخدمة الاجتماعية

طريقة الإحالة	مجموع التكرار	النسبة
خطاب تحويل مكتوب	٣٤	٥٦,٦٧%
باستخدام الهاتف	١٤	٢٣,٣٣%
قسم التمريض	١٢	٢٠%
المجموع	٦٠	١٠٠%

تشير بيانات الجدول رقم (٢٤) أن ما نسبته (٥٦,٦٧%) قد تمت إحالتهم إلى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية عن طريق خطاب تحويل، حسب الحالات التي يرى الطبيب أنها بحاجة لخدمة الأخصائي الاجتماعي، ففي ذلك أكبر ضمان لاستمرار التأييد والاعتراف من جانب الأطباء بقيمة الخدمة الاجتماعية، بينما كانت ما نسبته (٢٣,٣٣%) قد تم تحويلهم إلى الخدمة الاجتماعية باستخدام الهاتف، في حين بلغت ما نسبته (٢٠%)، لمن وصلوا إلى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية عن طريق قسم التمريض، فهذه الوسيلة التي يتم بموجبها تحويل الضحايا و التي كانت أعلى نسبة لخطاب التحويل تؤكد أيضا ما ينبغي أن يبديه الأخصائي الاجتماعي بحالة هؤلاء الضحايا، من خصوصية. وما يكفل خصوصية حالة مثل هؤلاء الضحايا هي الإجراءات التي يتبعها الأخصائي لضمان راحة المريض بحسب حالته ودرجة الضرر الذي تعرض له.

أما عن مكان إجراء المقابلات بين الضحية والأخصائي الاجتماعي.

جدول رقم (٢٥)

مكان إجراء المقابلة مع الأخصائي الاجتماعي

المكان	مجموع التكرار	النسبة
في العيادة مع الطبيب	١١	١٨,٣٣%
الغرفة التي تنام بها في المستشفى	٢٥	٤١,٦٧%
في غرفة الاجتماعات	٢	٣,٣٣%
في مكتب الأخصائي الاجتماعي	٢٢	٣٦,٦٧%
المجموع	٦٠	١٠٠%

تشير بيانات الجدول رقم (٢٥) أن ما نسبته (٤١,٦٧%) تمت مقابلتهم مع الأخصائي الاجتماعي الطبي في الغرفة التي يتواجد بها في المستشفى، وهذا يعد مؤشراً كبيراً على أن أغلب حالات الضحايا الذين تعرضوا للعنف على اختلاف أشكالهم تم إبقاؤهم في المستشفى، في حين بلغت ما نسبته (٣٦,٦٧%) للذين تمت مقابلتهم الأخصائي الاجتماعي في مكتبه الخاص، وما نسبته (١٨,٣٣%) تمت مقابلتهم مع الأخصائي الاجتماعي في العيادة بحضور الطبيب، في حين كان ما نسبته (٣,٣٣%) لمن تمت مقابلتهم مع الأخصائي الاجتماعي في غرفة الاجتماعات، ومن خلال هذه النتائج نلمس أن أغلب الحالات التي تم لقاءها في غرف الرقود تعكس درجة الضرر التي تعاني منه الحالة، ومن هذا المنطلق أصبح هناك ضرورة تحتم على أن تكون هناك جهات مختصة هي التي لها كل الحق في تحويل الضحية.

السؤال الثالث: كيف يتم التحويل إلى قسم الخدمة الاجتماعية؟ وهل تختلف باختلاف الجنس والحالة الزوجية ومصدر العنف؟ وما نوع الخدمة المقدمة من قسم الخدمة الاجتماعية الطبية حسب وجهة نظر المفحوص؟

جدول رقم (٢٦)

توزيع المبحوثين حسب مصدر قرار التحويل إلى قسم الخدمة الاجتماعية

النسبة	مجموع التكرار	مصدر القرار
١,٦٧%	١	المريض
٨٦,٦٧%	٥٢	الطبيب
٨,٣٣%	٥	أحد أعضاء الفريق الطبي
٣,٣٣%	٢	أحد أفراد الأسرة
١٠٠%	٦٠	المجموع

يتضح من الجدول رقم (٢٦) أن ما نسبته (٨٦,٦٧%) تم تحويلهم إلى قسم الخدمة الاجتماعية بناء على ملاحظة الطبيب شعورا منه بحاجتهم للمساعدة، بما يشير إلى أن وضع الحالة هو الأكثر دلالة على حاجتها للمساعدة، بينما ما نسبته (٨,٣٣%)، قد تم تحويلهم إلى الخدمة الاجتماعية بطلب أحد أعضاء الفريق الطبي، بما يشير إلى أن مثل هذه الحالات لا يقتصر تشخيصها الطبي على الطبيب فقط بل هناك فريق طبي مشارك و يمكنه تحويل الضحية إلى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية، في حين بلغت ما نسبته (٣,٣٣%) ممن تم تحويلهم إلى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بطلب أحد أفراد الأسرة، حيث يعد هذا مؤشراً على تحفظ الأسرة في المجتمع السعودي على خصوصياته الأسرية، بينما كانت أقل نسبة (١,٦٧%)، لمن تم تحويلهم إلى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بطلب من الضحية نفسها. فتحويل الطبيب لهذه الضحية أم بطلب أحد أعضاء الفريق الطبي أو أحد أفراد الأسرة، فإن كل هذه الاختلافات في المصادر إلا أن الهدف هو تقديم الخدمة لهؤلاء الضحايا.

بخصوص نوع الخدمة المقدمة من قسم الخدمة الاجتماعية الطبية حسب وجهة نظر المفحوص؟ وهل تختلف باختلاف الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ونوع العنف ومصدره؟

جدول رقم (٢٧)

توزيع المبحوثين حسب نوع الخدمات التي حصلوا عليها من قبل قسم الخدمة الاجتماعية

الخدمات	مجموع التكرار	النسبة
خدمات مادية	١	١,٦٧%
خدمات معنوية	٢٨	٤٦,٦٧%
خدمات تنقيفية	٥	٨,٣%
خدمات إرشادية	١٣	٢١,٦٧%
خدمات تعليمية	٧	١١,٦٧%
أخرى حدد	٦	١٠%
المجموع	٦٠	١٠٠%

يتضح من بيانات الجدول رقم (٢٧)، أن ما نسبته (٤٦,٦٧%)، قد حصلوا على خدمات معنوية من قسم الخدمة الاجتماعية الطبية، مما يؤكد استجابة وتفاعل ضحايا العنف مع قسم الخدمة الاجتماعية، في حين كان ما نسبته (٢١,٦٧%)، قد حصلوا على خدمات إرشادية، مما يشير إلى اعتقاد الأطباء بقدرة قسم الخدمة الاجتماعية على إعطاء الإرشادات التي تساهم في إيصال الخدمات لهؤلاء الضحايا، في حين لا يوجد فرق كبير بين من حصلوا على خدمة تعليمية من قبل قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بنسبة (١١,٦٧%)، وبين من حصلوا على خدمات تثقيفية بنسبة (٨,٣%)، أما من حصلوا على خدمة مادية من قسم الخدمة الاجتماعية الطبية فقد كانت نسبته (١,٦٧%)، وهي من أقل الخدمات التي يمكن أن تقدم لمثل هذه الحالات، ولهذه الخدمات التي يقدمها هذا القسم طرق ووسائل يضمن بها مساعدة الضحايا لا الإضرار بهم.

السؤال الرابع: ما هي أشكال المساعدة المقدمة من قبل قسم الخدمة الاجتماعية؟

جدول رقم (٢٨)

توزيع المبحوثين حسب الكيفية التي يحصلون بها على المساعدة من قبل قسم الخدمة الاجتماعية

النسبة	مجموع التكرار	الكيفية
٣,٣%	٢	عن طريق المحاضرات
٧٥%	٤٥	عن طريق المقابلة الفردية
٢١,٦%	١٣	عن طريق المقابلة الجماعية
١٠٠%	٦٠	المجموع

يتضح من بيانات الجدول رقم (٢٨) أن ما نسبته (٧٥%) قد حصلوا على المساعدة عن طريق المقابلة الفردية، في قسم الخدمة الاجتماعية الطبية، مما يشير إلى حرص الأخصائي الاجتماعي على خصوصية المعلومات التي تساهم في عملية التشخيص، إلى جانب توخي الحذر من وقوع بعض المشاكل الأسرية، بينما كان ما نسبته (٢١,٦٧%)، قد حصلوا على المساعدة عن طريق المقابلة الجماعية، مما يشير إلى التفعيل الحقيقي و الواقعي لوجود دور مشترك بين الأطباء والمرضى والفريق الطبي، في حين كانت نسبة (٣,٣%)، من أفراد العينة قد حصلوا على المساعدة عن طريق المحاضرات، وهذا يعد مؤشراً يدل على أن لقسم الخدمة الاجتماعية الطبية في المؤسسات الصحية طرقاً محددة وواضحة تستطيع من خلالها تقديم المساعدة لهؤلاء الضحايا.

آراء الأطباء حول برنامج الخدمة الاجتماعية في المستشفى:

يهدف هذا الجزء إلى استطلاع آراء الأطباء في المستشفى العسكري بتبوك، ومعرفة درجة قناعتهم بهذا البرنامج، سيما أن الطبيب هو الشخص الأول الذي يراه المريض حين دخوله المستشفى، وهو الذي يقرر الوضع الصحي للمريض، وقد كانت النتائج على النحو التالي:

السؤال الأول: ما أهم خصائص الضحايا من وجهة نظر الأطباء في مستشفى تبوك العسكري وما أهم الوسائل التي يستخدمونها لتشخيص الحالات ؟

جدول رقم (٢٩) أشكال العنف كما رآها الأطباء

أشكال العنف	التكرار	النسبة	الترتيب تصاعدياً
الإهمال	٣٣	%٥٥	١
الضرب	٢٦	%٤٣,٣	٢
الصفع	١٧	%٢٨,٣	٣
الحرق	١٢	%٢٠	٤
الركل	١٠	%١٦,٧	٥
اللكم	٥	%٨,٣	٦
التحرش الجنسي	٤	%٦,٧	٧
الهجر	١	%١,٧	٨

يرى الأطباء من خلال البيانات في الجدول السابق رقم (٢٩) أن نسبة (٥٥%) من الحالات التي تمت معاينتها من قبلهم هم ممن تعرضوا للإهمال، ويمثل هؤلاء النسبة الأعلى بين الحالات التي تعرضت للعنف الأسري، في حين كانت نسبة الهجر هي النسبة الأقل ضمن هذه الحالات بنسبة (١,٧%)، في حين تتفاوت باقي الحالات في نسبها، وهذه النسبة الأعلى تشير ضمناً إلى تعرض الضحايا للعنف بأشكال مختلفة فتتفاقم الأعراض الناتجة عن ذلك العنف مع ارتفاع معدلات الإهمال.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن التفاوت في النسب في هذا الجدول مع النسب في جداول سابقة إنما يرجع إلى أن آراء الأطباء ليست مقتصرة فقط على الحالات التي تمت دراستها، وإنما تتعدى ذلك إلى الحالات التي تمت معالجتها سابقاً، وعلى الرغم من ذلك فإن التفاوت ليس كبيراً حيث نجد أن حالات العنف التي برزت لدى المبحوثين هي في معظمها الحالات التي يشير إليها الأطباء في هذا الجدول، وأن هذه المظاهر والأشكال المختلفة للعنف حسب تشخيص الأطباء ليست قاصرة على فئة عمرية محددة.

جدول رقم (٣٠)

الخصائص العمرية لضحايا العنف الذين راجعوا الأطباء

الترتيب تصاعديا	النسبة	التكرار	الفئات العمرية
١	%٤٦,٧	٢٨	أقل من ٥
٢	%٢٦,٧	١٦	٥-٩
٣	%١٣,٣	٨	١٠-١٤
٤	%٨,٣	٥	١٥-١٩
٥	%٨,٣	٥	٢٠-٢٤
٦	%٦,٧	٤	٢٥-٢٩
٧	%٣,٣	٢	٣٠-٣٤
٨	%١,٧	١	٣٥ فأكثر

تشير بيانات الجدول السابق رقم (٣٠) إلى أن أكثر الفئات العمرية تعرضا للعنف هي الفئة التي تقل فيها الأعمار عن خمس سنوات، حسب إجابات المبحوثين، حيث بلغت نسبتها (٤٦,٧%)، وهذا يعني أن غالبية المتعرضين للعنف هم من الأطفال سواء من الذكور أم الإناث، وهذا يعد مؤشرا لاستغلال الكبار من الآباء والأمهات والأخوة، قوتهم البدنية وسلطتهم الاجتماعية في استخدام العنف مع الفئة الضعيفة والعاجزة عن حماية نفسها.

تليها تلك الفئات العمرية الوسطية ثم الفئات العمرية الكبيرة، أي أن الحالات التي تصل إلى المستشفى من الضحايا تقل كلما ارتفع العمر، وفي ذلك اتفاق واضح بين نتائج هذا الجدول مع ما تضمنته بيانات الجدول رقم (١) الذي يبين الفئات العمرية لضحايا العنف الأسري. فتحديد الطبيب لأشكال العنف التي تعرضت له الفئات العمرية المختلفة من الضحايا تحتم على الطبيب استخدام بعض الإجراءات لتشخيص الحالة.

جدول رقم (٣١)

توزيع المبحوثين (الأطباء) حسب الإجراءات التي يتبعونها في تشخيص الحالات

الترتيب تصاعديا	النسبة	التكرار	الإجراءات
١	%٧٣,٣	٤٤	الفحص السريري
٢	%٢٣,٣	١٤	تصريح المريض للطبيب
٣	%١١,٧	٧	تصريح أحد أقارب المريض
٤	%١١,٧	٧	غير ذلك

تشير بيانات الجدول رقم (٣١) إلى أن الفحص السريري هو أكثر الإجراءات المستخدمة من قبل الأطباء في تشخيص وتحديد طبيعة العنف المستخدم ضد الضحايا، حيث بلغت نسبته (٧٣,٣%)، تلي ذلك نسبة المصارحة من قبل المرضى بالعنف الذي تعرضوا له، حيث بلغت نسبة من يرون بذلك (٢٣,٣%)، وهذا مؤشر يدل على تقارب هذه الإجابات مع ما جاء في إجابات المرضى حول تصريح المريض للطبيب بالعنف الذي وقع عليه و التي كانت نسبته (٢٨%) في حين كانت أقل الإجراءات استخداما هي تصريح أحد أقارب المريض من الدرجة الأولى ومن لم تكن لديهم فكرة عن الإجراءات المستخدمة في مثل هذه الحالات، و بنسبة (١١,٧%)، فالإجراءات التي يستخدمها الطبيب لمعرفة حالة العنف، و التي من أبرزها الفحص السريري الذي يعد أكثر هذه الإجراءات استخداما، جعل من اليسير على الطبيب تحديد الإجراء المتبع للعلاج.

جدول رقم (٣٢)

توزيع المبحوثين (الأطباء) حسب الإجراءات التي يتبعونها في التعامل مع الحالات

الترتيب تصاعديا	النسبة	التكرار	الإجراءات
١	٦٦,٧%	٤٠	جميع الوسائل التالية
٢	٢٠%	١٢	الاكتفاء بالتشخيص الإكلينيكي
٣	١٨,٣%	١١	الاستعانة باستشارة بعض الأطباء والمختصين
٤	١٦,٧%	١٠	تحويل المريض للقسم المختص بالبحث في أسباب مثل هذه الحالة
٥	١٥%	٩	تقديم العلاج الطبي فقط

تشير بيانات الجدول رقم (٣٢) إلى أن جميع هذه الوسائل من الاكتفاء بالتشخيص الإكلينيكي، الاستعانة باستشارة بعض الأطباء المتخصصين، تحويل المرضى للقسم المختص بالبحث في أسباب مثل حالتهم، تقديم العلاج الطبي فقط مجتمعة تستخدم كإجراءات في التعامل مع العنف، حيث بلغت نسبة تكرارها (٦٦,٧%) من إجابات المبحوثين، بينما كان ما نسبته (٢٠%) لمن يكتفون بالتشخيص الإكلينيكي فهذه النتيجة أقل بكثير مما جاء في الجدول رقم (٣١) الذي يشير إلى ارتفاع النسبة في الفحص السريري الذي يعد أكثر الإجراءات المتبعة في تحديد العنف بنسبة بلغت (٧٣,٣%) تلتها بنسبة (١٨,٣%) ممن يستعينون باستشارة بعض الأطباء المختصين، في حين جاء ما نسبته (١٦,٧%) ممن حولوا المرضى إلى القسم المختص بالبحث في أسباب العنف الذي تعرضوا له، بينما جاءت ما نسبته (١٥%)، ممن يكتفون بتقديم العلاج الطبي، فهذه الإجراءات المتبعة من قبل الفريق الطبي لا تتم بمعزل عن الجهات المختصة التي تساهم معها للبحث في أسباب هذا العنف لعلاجها كما هو مبين في الجدول التالي.

جدول رقم (٣٣)

توزيع المبحوثين (الأطباء) حسب رأيهم للجهات المختصة بمتابعة الحالات

الترتيب تصاعديا	النسبة	التكرار	الجهات المختصة
١	٧٨,٣	٤٧	قسم الخدمة الاجتماعية الطبية
٢	٣١,٧	١٤	إدارة المستشفى
٣	١٨,٣	١١	قسم العلاج الطبيعي
٤	١٦,٧	١٠	قسم التنقيف الصحي
٥	١١,٧	٧	غير ذلك

تشير بيانات الجدول رقم (٣٣) إلى أن قسم الخدمة الاجتماعية الطبية هو أكثر المختصة ببحث أسباب هذا العنف حيث بلغت نسبته (٧٨,٣%) من إجابات المبحوثين، بينما كانت ما نسبته (٣١,٧%) لمن يرون بأن إدارة المستشفى هي الجهة المختصة للبحث في أسباب هذا العنف، في حين كانت ما نسبته (١٨,٣%) ممن وجدوا في قسم العلاج الطبيعي الجهة المختصة للبحث في أسباب مثل هذا العنف، بينما جاءت ما نسبته (١٦,٧%) لقسم التنقيف الصحي على اعتبار أنه من الأقسام المساهمة بالبحث في أسباب هذا العنف، في حين كانت أقل الأقسام نسبة هو قسم الأشعة والصيدلية.... الخ، حيث بلغت نسبته (١١,٧%) من بين إجابات المبحوثين، وما يمكن أن نلمسه من هذه الإجابات أن هناك خلفية معرفية لدى الأطباء حول ما يتم تقديمه من خدمات في قسم الخدمة الاجتماعية الطبية تجاه هؤلاء الضحايا، ومن خلال تأكيد الأطباء على الدور الذي يقدمه قسم الخدمة الاجتماعية الطبية لضحايا العنف نجد أن هناك طرقاً مكنت هؤلاء الأطباء من التعرف على قسم الخدمة الاجتماعية الطبية.

السؤال الثاني: ما مدى معرفة الأطباء بقسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى وما قناعتهم بجدوى هذا القسم؟

جدول رقم (٣٤)

توزيع المبحوثين (الأطباء) حسب الطرق التي عرفوا من خلالها بوجود قسم الخدمة الاجتماعية

الطريقة	التكرار	النسبة
الأخصائي الاجتماعي في قسم الخدمة الاجتماعية الطبية	٢٢	٣٦,٦٧%
إدارة المستشفى	١٦	٢٦,٦٧%
قسم التمريض	١٤	٢٣,٣٣%
غير ذلك حدد	٨	١٣,٣٣%
المجموع	٦٠	١٠٠%

تشير بيانات الجدول رقم (٣٤) إلى أن ما نسبته (٣٦,٦٧%) من المبحوثين قد تعرفوا على قسم الخدمة الاجتماعية الطبية عن طريق الأخصائي الاجتماعي بالقسم، في حين كانت أقل الطرق هي بالصدفة من أحد الأطباء أو عن طريق المريض، حيث بلغت نسبتهم (١٣,٣٣%)، من إجابات الأطباء، أما الإجابات التي تفيد أنهم تعرفوا على قسم الخدمة الاجتماعية الطبية عن طريق إدارة المستشفى بلغت ما نسبته (٢٦,٦٧%) في حين بلغت ما نسبته (٢٣,٦٧%) ممن تعرفوا على قسم الخدمة الاجتماعية الطبية عن طريق قسم التمريض، وهذا يعد مؤشراً واضحاً لاعتراف الطبيب بدور الأخصائي الاجتماعي الطبي على الرغم من أن العلاقة بين الطبيب والأخصائي الاجتماعي الطبي حتى الآن لم تأخذ شكل الاتصال الذي يقع على المستوى الأفقي، وهو مستوى الزمالة و تبادل الآراء و المشاركة في الخبرة في الحالات التي تستدعي ذلك، وهناك تفسير لمثل هذا الوضع يتمثل في كون الطبيب يخشى على مركزه ووضعه القيادي المتمثل في التشخيص والعلاج الاجتماعي الطبي بالذات، مما يحمله في كثير من الحالات على اتخاذ موقف ما يجعل علاقته بالأخصائي الاجتماعي تقع على المستوى الرأسي بدلا من طريقة الاستشارة و الزمالة وتبادل و جهات النظر، كما جاء في الإطار النظري من هذه الدراسة و هذا يختلف مع ما جاء في النتائج التي تؤكد استعانة الطبيب بالأخصائي، وعلى الرغم مما يحمله هذا التفسير من تناقض مع ما جاء من نتائج إلا أن هذه النتائج تؤكد على مدى أهمية هذا القسم لهؤلاء الضحايا.

جدول رقم (٣٥)

توزيع المبحوثين (الأطباء) حسب العوامل الدافعة لهم نحو تحويل الضحايا إلى قسم الخدمة الاجتماعية

عوامل التحويل	التكرار	النسبة
الحاجة لأكثر قدر من المعلومات عن الحالة	١٢	٢٠%
على اعتبار أنه من قوانين و أنظمة المستشفى	٥	٨,٣%
إعطاء المجال لمتابعة باقي المرضى	١	١,٧%
كل الوسائل السابقة	٤٢	٧٠%
المجموع	٦٠	١٠٠%

تشير بيانات الجدول رقم (٣٥) إلى أن جميع هذه الوسائل من الحاجة لأكثر قدر من المعلومات عن مثل حالتهم، اعتبار أنه من قوانين وأنظمة المستشفى، إعطاء المجال لمتابعة باقي المرضى كانت الأكثر تكراراً فيما يتعلق بأهمية تحويل ضحايا العنف إلى قسم الخدمة الاجتماعية حيث بلغت نسبتهم (٧٠%) في حين كانت أقل الأسباب التي دفعت بالطبيب نحو تحويل المريض إلى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية هي إتاحة الفرصة لمتابعة مرضى آخرين بنسبة (١,٧%)، بينما كانت ما نسبته (٢٠%) لمن هم بحاجة إلى أكبر قدر من المعلومات عن الضحية، أما ما نسبته (٨,٣%) فكانت لمن يرون في تحويل الضحية إلى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية أنه من قوانين وأنظمة المستشفى، بينما أقلها نسبة كانت لإعطاء المجال لمتابعة باقي المرضى، حيث بلغت نسبتها (١,٧%)، ومن الملاحظ هنا أن بعض الأطباء يرون أنهم أقدر على تفهم احتياجات المرضى النفسية والاجتماعية إذا ما توفر لهم الوقت الكافي من أي شخص آخر. إلا أن العوامل التي دفعت الأطباء تحويل هؤلاء الضحايا إلى قسم الخدمة الاجتماعية قد تكون ناتجة حسب آرائهم عن عدة قضايا مختلفة.

جدول رقم (٣٦)

توزيع المبحوثين (الأطباء) حسب آرائهم حول بعض القضايا المتعلقة بالخدمة الاجتماعية في المستشفى

السؤال	لا		نعم	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
هل أنت مقتنع بأهمية قسم الخدمة الاجتماعية؟	٢	٣,٣%	٥٨	٩٦,٧%
هل تكتفي كطبيب بالتشخيص الاجتماعي الطبي الشفوي لحالات ضحايا العنف من قبل الأخصائي الاجتماعي؟	٢٥	٤١,٧%	٣٥	٥٨,٣%
هل تثق بما يقدمه الأخصائي الاجتماعي من تشخيص اجتماعي لحالة العنف؟	٦	١٠%	٥٤	٩٠%
هل يمثل العلاج الاجتماعي الطبي المقدم من قبل الأخصائي الاجتماعي لضحايا العنف عاملاً مساعداً كبيراً في العلاج الطبي لك كطبيب؟	٣	٥%	٥٧	٩٥%
هل من الضروري إيجاد برنامج رعاية لاحقة لضحايا العنف بعد خروجهم من المستشفى؟	٦	١٠%	٥٤	٩٠%

أشارت بيانات الجدول رقم (٣٦) بأن ما نسبته (٩٦,٧%) هم من المقتنعين بأهمية قسم الخدمة الاجتماعية الطبية، في حين جاء بالمقابل ما نسبته (٣,٣%) لمن هم غير مقتنعين بأهمية هذا القسم، وهذا يعد مؤشراً كبيراً على التغير الذي طرأ على مفاهيم المجتمع وبالأخص الكادر الصحي وفي مقدمتهم الطبيب فيما يختص بقناعته بالدور الذي يقدمه الأخصائي الاجتماعي الطبي، وما أكد على ذلك النتائج التي أظهرتها نتائج الجدول رقم (٣٥) فيما يتعلق بوجهة نظر الطبيب حول أهمية تحويل هؤلاء الضحايا إلى قسم الخدمة الاجتماعية، حيث جاءت أعلى نسبته (٧٠%) لمن وجدوا أن جميع الأسباب تتبع من الحاجة إلى أكبر قدر من المعلومات عن الضحية، تليه أنه من قوانين و أنظمة المستشفى، وأخيراً إعطاء المجال لمتابعة باقي الحالات، فقناعة الطبيب بدور الأخصائي الاجتماعي تدعم ثقته في ما يقدمه من تشخيص عن الحالة.

أما بالنسبة، لمن يكتفون كأطباء بالتشخيص الاجتماعي الطبي الشفوي لحالات هؤلاء الضحايا من قبل الأخصائي الاجتماعي والذي شكل ما نسبته (٥٨,٣%) في حين جاءت، بالمقابل، ما نسبته (٤١,٧%) لمن لا يكتفون بهذا التشخيص الشفوي. وتشير نتائج الجدول نفسه إلى أن ما نسبته (٩٠%) يثقون بما يقدمه الأخصائي الاجتماعي من تشخيص لحالات هؤلاء الضحايا بينما جاء بالمقابل ما نسبته (١٠%) ممن لا يثقون بما يقدمه الأخصائي من تشخيص لحالات هؤلاء الضحايا فتقة الطبيب بما يقدمه الأخصائي الاجتماعي مؤشر على التطور و التغير الذي أصبح يعيش فيه أفراد المجتمع السعودي، كما تعكس هذه الإجابات اتفاقها مع ما جاء في الجدول نفسه حول اكتفاء الأطباء بالتشخيص الاجتماعي الطبي، وذلك من خلال ثقتهم بما يقدمه الأخصائي الاجتماعي من تشخيص لحالات هؤلاء الضحايا، فهذا التشخيص الاجتماعي يعمل على إعطاء الطبيب ما يساعده في تحديد نوع العلاج وشكله فما نسبته (٩٥%) من الأطباء يجدون في العلاج الاجتماعي الطبي المقدم لهؤلاء الضحايا عاملاً مساعداً إلى حد كبير في العلاج الطبي، وهذه النتيجة تتفق مع ما أكد عليه الأطباء وبنسبة (٩٠%) من ثقتهم بما يقدمه الأخصائي الاجتماعي الطبي من تشخيص لحالة هؤلاء الضحايا، حيث يمثل هذا التشخيص وسيلة للعلاج الاجتماعي الطبي الذي يجد فيه الطبيب الدعم الكبير لعلاج هؤلاء الضحايا.

فالأخصائي الاجتماعي يقوم بدراسة الحالة المحولة إليه لتشخيصها تشخيصاً مبدئياً ويضع ما توصل إليه من نتائج تحت تصرف الطبيب لتقرير اللازم بشأن خطة العلاج؛ مما يشير إلى أهمية تشخيصه في تغيير خطة العلاج أو بقائها، وهذا بدوره يؤكد فاعلية دور الأخصائي في العلاج، وهذه الخطة للعلاج لا تقتصر على العلاج داخل المستشفى بل تمتد إلى ما بعد الخروج من المستشفى بما يؤيد فكرة متابعة الضحايا بعد العلاج.

أما في ما يتعلق بتأكيد الأطباء على ضرورة إيجاد برنامج رعاية لاحقة لضحايا العنف بعد خروجهم من المستشفى يشرف عليه الأخصائي الاجتماعي الطبي فإن ما نسبتهم (٩٠%) يرون بجدوى المتابعة اللاحقة، في حين أنه بالمقابل جاءت ما نسبته (١٠%) ممن يرون بعدم جدوى إيجاد برنامج رعاية لاحقة لضحايا العنف بعد خروجهم من المستشفى، حيث تعتبر رعاية الحالة ومتابعتها بعد خروجها من المستشفى ذات دور مهم في تقديم الخدمة الاجتماعية الطبية، وهذا الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي يعد مكملاً للعديد من الأدوار المختلفة التي تقدم لهؤلاء الضحايا والتي تعكس مدى الاهتمام بحالتهم وبما يعانونه. حيث توجد لدى الأطباء وجهة نظر حول الطرق المناسبة لتعامل الأخصائي الاجتماعي مع حالات العنف.

جدول رقم (٣٧)

الطرق المناسبة لتعامل الأخصائي الاجتماعي مع حالات العنف من وجهة نظر الأطباء

النسبة	التكرار	الطرق
١٨,٣%	١١	بكتابة التقارير المفصلة
١٨,٣%	١١	بالدرشة و التهاور
٦١,٧%	٣٧	كل الوسائل السابقة
١,٧%	١	غير ذلك حدد
١٠٠%	٦٠	المجموع

تشير بيانات الجدول رقم (٣٧) إلى أن ما نسبته (٦١,٧%) من المبحوثين يؤكدون على أهمية جميع السلوكيات المذكورة التي يتبعها الأخصائي الاجتماعي الطبي مع ضحايا العنف من ربت على كتف المريض، وكتابة التقارير المفصلة عن الحالة وبالدرشة و التهاور معهم، في حين جاء وبنسبة متساوية (١٨,٣%) لمن يؤيدون كتابة التقارير المفصلة، والدرشة، والتهاور كسلوك يلمس به الطبيب اهتمام الأخصائي الاجتماعي بحالة العنف، في حين كانت أقل نسبة بلغت (١,٧%) لمن لا يؤيدون هذه السلوكيات، فالاهتمام الذي يلمسه الطبيب على سلوك الأخصائي الاجتماعي مع ضحايا العنف يجعل من اليسير على الباحث الحصول على المعلومات عن وضع الحالة وتدوينها.

جدول رقم (٣٨)
دور الأخصائي الاجتماعي من وجهة نظر الأطباء

النسبة	التكرار	دور الأخصائي من وجهة نظر المبحوثين
٨,٣%	٥	تساهم في عملية التشخيص الطبي
صفر	صفر	تغيير أسلوب العلاج
١٨,٣%	١١	إضافة معلومات اجتماعية طبية عن الحالة
٧٣,٣%	٤٤	كل الوسائل السابقة
١٠٠%	٦٠	المجموع

تشير بيانات الجدول رقم (٣٨) إلى أن نسبة (٧٣,٣%) قد أشاروا إلى فاعلية جميع الوسائل التي يتبعها الأخصائي في التعامل مع الحالات بدءاً من مساهمة المعلومات في التشخيص الطبي وتغيير أسلوب العلاج و إضافة معلومات اجتماعية طبية عن حالة الضحية، في حين كانت نسبة (١٨,٣%) من إجابات المبحوثين قد أكدت على أن المعلومات التي يدونها الأخصائي الاجتماعي الطبي عن حالة الضحية تضيف معلومات توضح الحالة، بينما بلغت ما نسبته (٨,٣%)، لمن يرون أن المعلومات التي يدونها الأخصائي الاجتماعي حول حالة الضحية تساهم في عملية التشخيص الطبي.

السؤال الثالث: ما تصورات الأطباء حول الشكل الأمثل لمعالجة ضحايا العنف بالمستشفى وما أهم الاقتراحات من وجهة نظرهم؟

جدول رقم (٣٩) الفريق اللازم للتعامل مع ضحايا العنف من وجهة نظر الأطباء

النسبة	التكرار	الفريق المناسب
٣٦,٧%	٢٢	التمريض
٢٥%	١٥	التثقيف الصحي
٦,٧%	٤	أخصائي التغذية
٥%	٣	أخصائي العلاج الطبيعي
٤٨,٣%	٢٩	الأخصائي النفسي
٣١,٧%	١٩	الإرشاد الديني
٣,٣%	٢	فني الأشعة
٢٨,٣%	١٧	طبيب مختص
٣٠%	١٨	طبيب عام

تشير بيانات الجدول رقم (٣٩) إلى أن ما نسبته (٥٣,٣%) من المبحوثين يؤكدون بأن كل الأعضاء ينبغي أن يكونوا الفريق الطبي للتعامل مع ضحايا العنف، في حين جاءت النسب متساوية (٤٨,٣%) لمن يرون أن الفريق الطبي الذي يتعامل مع ضحايا العنف ينبغي أن يتكون من الأخصائي الاجتماعي الطبي و الأخصائي النفسي، بينما بلغت ما نسبته (٣٦,٧%) لأولئك الذين يؤكدون على أنه ينبغي أن يتكون الفريق الطبي من طاقم التمريض، أما ما نسبته (٣١,٧%) فقد رأوا ضرورة وجود الإرشاد الديني من ضمن أعضاء الفريق الذي يتعامل مع هؤلاء الضحايا، في حين جاءت نسبة (٣٠%) لمن أكدوا على ضرورة وجود طبيب مختص من ضمن أعضاء الفريق الطبي للتعامل مع ضحايا العنف من المرضى، بالمقابل جاءت إجابات ما نسبته (٢٨,٣%) ممن يرون ضرورة وجود طبيب عام من ضمن الفريق الطبي للتعامل مع هؤلاء الضحايا، أما ما نسبته (٢٥%) فيرون بضرورة تواجد المثقف الصحي من ضمن الفريق الطبي، في حين أن نسبة (٦,٧%) يجدون في أخصائي التغذية عنصرا مهما من ضمن أعضاء الفريق الطبي، بينما بلغت نسبة (٥%) لمن يرون في أخصائي العلاج الطبيعي عضوا فعّالا من أعضاء الفريق الطبي للتعامل مع ضحايا العنف من المرضى، في حين كانت أقل إجابة للمبحوثين ترى في فني الأشعة عضوا يجب تواجده من ضمن أعضاء الفريق الطبي للتعامل مع هؤلاء الضحايا بنسبه بلغت (٣,٣%).. وهذه النتائج تعكس مدى أهمية كل عنصر من عناصر أعضاء الفريق الطبي المتابع لحالة هؤلاء الضحايا، ولعله من الضروري أن تكون هناك طرق متبعة ليتعرف بها أعضاء هذا الفريق على ما يحتاجونه من معلومات عن الحالة.

جدول رقم (٤٠)

الطرق المفضلة لمعرفة الفريق الطبي بحالة الضحية من وجهة نظر الأطباء

النسبة	التكرار	الطرق
١٦,٧%	١٠	من خلال الاجتماعات الدورية بين أعضاء الفريق
٥%	٣	الاكتفاء بالإطلاع على التقارير المكتوبة عن الحالة
صفر	صفر	الرجوع إلى الملف الطبي
٧٦,٧%	٤٦	كل الطرق السابقة
١,٧%	١	غير ذلك حدد
١٠٠%	٦٠	المجموع

تشير بيانات الجدول رقم (٤٠) إلى أن أعلى نسبة بلغت (٧٦,٧%) وهي التي تؤكد أهمية جميع الطرق من الاجتماعات الدورية بين أعضاء الفريق إلى الإطلاع على التقارير المكتوبة عن الحالة، وكذلك الرجوع إلى الملف الطبي لتعريف الفريق الطبي المعالج بحالة هؤلاء الضحايا، بينما بلغ ما نسبته (١٦,٧%) لأولئك الذين يرون أن الطريقة الأكثر تميزا لتعريف الفريق المعالج بحالة هؤلاء الضحايا تتمثل بالاجتماعات الدورية بين أعضاء الفريق، أما ما نسبته (٥%) فقد كانت لمن يكتفون بالإطلاع على التقارير المكتوبة عن الحالة، في حين جاءت نسبة (١,٧%) من إجابات المبحوثين لتدل على أنهم ليست لديهم أي خلفية عن الإجراءات المتبعة. فالفريق الطبي الذي لديه خلفية عن الطرق المفضلة لمعرفة بحالة الضحايا، توجد لديهم بعض التصورات لعوامل نجاح برنامج الخدمة الاجتماعية في المستشفى.

جدول رقم (٤١)

توزيع المبحوثين (الأطباء) حسب تصوراتهم لعوامل نجاح برنامج الخدمة الاجتماعية في المستشفى

العوامل	التكرار	النسبة
الكفاءة العلمية المدربة	٥	٨,٣%
الإمكانيات المادية	صفر	صفر
الصلاحيات المخصصة للقائمين على هذا البرنامج	٣	٥%
كل الوسائل السابقة	٥١	٨٥%
غير ذلك حدد	١	١,٧%
المجموع	٦٠	١٠٠%

تشير بيانات الجدول رقم (٤١) إلى أن نسبة (٨٥%) من المبحوثين قد أشاروا إلى أهمية كل من: الكفاءة العلمية والإمكانيات المادية وصلاحيات القائمين على هذا البرنامج، كمتطلبات أساسية يحتاجها مثل هذا البرنامج وأنه من الصعب الاستغناء عن أي منها، في حين أن نسبة (٨,٣%) تجد أن الكفاءة العلمية المدربة هي من أهم المتطلبات الأساسية لمثل هذا البرنامج، بينما أن نسبة (٥%) ترى أن الصلاحيات المخصصة للقائمين على هذا البرنامج المطلوب الأساسي لبرنامج مناسب لرعاية ضحايا العنف، في حين بلغت ما نسبته (١,٧%) لأولئك الذين ليس لديهم تصور أو بالمتطلبات الأساسية لمثل هذا البرنامج، وتوفر مثل هذه العوامل لبرنامج ضحايا العنف لا شك من يدعم القائمين عليه للقيام بواجباتهم ووظائفهم تجاه الضحايا والفريق الطبي.

جدول رقم (٤٢)

توزيع المبحوثين (الأطباء) حسب تصوراتهم لأهم وظائف برنامج الخدمة الاجتماعية

النسبة	التكرار	الوظائف
٦,٨%	٤	تقليل عملية التداخل بين باقي الحالات المرضية الأخرى
٢٥,٤%	١٥	تسهيل عملية التواصل بين المرضى و باقي الفريق الطبي
صفر	صفر	عملية التواصل بين أعضاء الفريق الطبي
٦٤,٤%	٣٨	كل الوسائل السابقة
٣,٤%	٢	غير ذلك حدد
١٠٠%	٦٠	المجموع

يتضح من الجدول السابق رقم (٤٢) أن غالبية المبحوثين يعتبرون أن أهم الوظائف التي يؤديها البرنامج لضحايا العنف والأطباء أنفسهم أنه يقلل عملية التداخل بين باقي الحالات المرضية الأخرى، وتسهيل عملية التواصل بين المرضى وباقي الفريق الطبي والمساهمة في عملية تواصل أعضاء الفريق الطبي، حيث بلغت نسبة هؤلاء (٦٤,٤%)، من خلال اعتماد الطبيب في حالة زيادة عدد المرضى المخصصين له متابعتهم ونتيجة لضيق الوقت الذي لا يساعده على شرح وتوضيح الوضع الصحي للمريض وذويه يجعله في حاجة ماسة لمن يقوم بهذا الدور، هنا تتبلور أهمية دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في مساعدة المريض والطبيب على حدا سواء، ثم يأتي تقليل عملية التداخل بين باقي الحالات المرضية الأخرى بنسبة (٦,٨%)، وتعد هذه الإجابات مؤشراً لقناعة الطبيب و الفريق الطبي بما يقدمه الأخصائي الاجتماعي الطبي من وظائف، في حين أنه لم تكن هناك نسبة مؤيدة لكون هذا البرنامج يحقق التواصل بين الأطباء على اعتبار أن هدف هذا البرنامج هم المستفيدون أنفسهم؛ أي ضحايا العنف، وبالتالي فإن هذا البرنامج إنما يحقق التواصل بين المرضى والأطباء وليس بين الأطباء أنفسهم، وقد يتم التواصل بين الأطباء في محيط ما يسمى بالاستشارات وتبادل الخبرات حول تلك الحالات. فالتباين الظاهر حول آراء الأطباء فيما يتعلق بالوظائف التي يقدمها مثل هذا البرنامج كان لها دور كبير في الوقوف على وجهة نظرهم حول ما إذا كان هناك أوجه نقص لدور مثل هذا البرنامج حول ما يقدمه للفريق الطبي من معلومات تتعلق بالضحايا.

جدول رقم (٤٣)

أوجه نقص برنامج الخدمة الاجتماعية من وجهة نظر الأطباء

وجهة النظر	التكرار	النسبة
لا توجد أوجه نقص	٣٥	%٥٨,٣٣
توجد أوجه نقص	٢٥	%٤١,٦٧
المجموع	٦٠	%١٠٠

على الرغم من الاعتماد الذي يؤكدّه الطبيب على ما يقدمه الأخصائي الاجتماعي الطبي من تقارير إلا أن هناك بعض أوجه النقص التي لم يخل منها هذا البرنامج حيث تشير بيانات الجدول رقم (٤٣) إلى أن ما نسبته (٥٨,٣٣%) من المبحوثين قد أكدوا بأنه لا توجد هناك أوجه نقص في برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفى، بينما جاء، بالمقابل، ما نسبته (٤١,٦٧%) من الذين أكدوا بأن هناك أوجه نقص في برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية، وعلى الرغم من أن أغلب الأطباء لم يجدوا أوجه نقص في هذا البرنامج إلا أن هناك البعض ممن لديهم مقترحات من شأنها تطوير هذا البرنامج كما سيتبين لاحقاً.

جدول رقم (٤٤)

توزيع المبحوثين (الأطباء) حسب مقترحاتهم بشأن تطوير برنامج الخدمة الاجتماعية في المستشفى

المقترحات	التكرار	النسبة
زيادة عدد الموظفين	٣٤	%٥٦,٧
تخصيص أموال بكميات كبيرة لمساعدة المرضى	١٧	%٢٨,٣
تخصيص أماكن مناسبة لإجراء المقابلات	١٦	%٢٦,٧
إلقاء محاضرات تطويرية للعاملين بالقسم	٣٨	%٦٣,٣
اقتراحات أخرى	٥	%٨,٣
ليس لدي اقتراحات	٦	%١٠

تشير بيانات الجدول رقم (٤٤) أن نسبة أكثر المقترحات كانت لإلقاء محاضرات تطويرية للعاملين بالقسم بنسبة (٦٣,٣%)، تلتها زيادة عدد الموظفين بنسبة (٥٦,٧%)، بينما كان اقتراح تخصيص مبالغ مالية كبيرة لمساعدة المرضى هي التي من شأنها تطوير برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية بما نسبته (٢٨,٣%)، وتخصيص أماكن مناسبة لإجراء المقابلات بما نسبته (٢٦,٧%)، في حين بلغت ما نسبته (١٠%)، لتوفير الكفاءة العلمية المدربة قبل كل شيء، وبنسبة (٨,٣%) لمن ليست لديهم أي مقترحات كما جاء في إجابات المبحوثين.

الفصل الخامس

النتائج

النتائج:

قامت هذه الدراسة بتناول واقع برنامج الخدمة الاجتماعية في المستشفى العسكري في منطقة تبوك، حيث هدفت إلى معرفة واقع الخدمات التي يقدمها برنامج الخدمة الاجتماعية في المستشفى العسكري في تبوك من وجهة نظر الأطباء و ضحايا العنف؟

ولتحقيق هذا الهدف تم مراجعة الأدبيات وكل ما توفر للباحث من معلومات عن الموضوع ومن خلال ذلك تمت صياغة مجموعة من الأسئلة الفرعية قسمت إلى جزأين؛ الأول يتعلق بالمرضى والثاني يتعلق بالأطباء، حيث صممت الاستمارتان ووزعتا على المرضى والأطباء؛ إذ أدخلت ونظمت بياناتها باستخدام الحاسب الآلي ثم استخرجت البيانات وحللت باستخدام الإحصاء الوصفي وكانت أهم النتائج على النحو التالي:

١. يشكل وجود برنامج متخصص في المراكز الطبية لضحايا العنف -تحديداً- نقله نوعية في الخدمات الطبية المقدمة لهذه الفئات المتعرضة للعنف الاجتماعي بأشكاله المختلفة، كالعنف اللفظي، والنفسي، والجسدي، والصحي، والجنسي، والاجتماعي، وخلصت الدراسة إلى أن العنف النفسي المتمثل في الإهمال أكثر الحالات التي يتعامل معها هذا البرنامج، إذ بلغت نسبة المراجعين (٥٥%)، وهذا يعني أن المرأة "المتزوجة وغير المتزوجة والطفل "الذكر والأنثى"، على حد سواء تمارس عليهم ضغوطات نفسية كبير متمثلة في الإهمال بأشكاله المتعددة ومن مختلف أفراد الأسرة كالأب والأم والأخ والأخت، وتعززها قواعد وقوانين وتقاليد المجتمع التي ترى في هذا النوع من العنف ما يتنافى مع ثقافة المجتمع التي ترفض مثل هذا العنف ولا تعاقب عليه، بل تجد فيه تجسيدا لمثالية التربية التي تنتظر للتخويف والترهيب البعيد عن الضرب من أرقى أشكال التربية و التعامل.

٢. ويعدّ الضرب والصفع من أشكال العنف التي تعامل معها برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية مؤخرًا، وذلك لما يترتب عن مثل هذا السلوك على المرأة والطفل، من نتائج سلبية، إذ بلغت ما نسبته (٤٣%)، للضرب بشكل عام، ومانسبته (٢٨,٣%)، للصفع على الوجه، ويعد هذا مؤشراً على مدى تعرض هاتين الفئتين إلى أبشع أشكال العنف والتي مايزال دور برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية في بدايته للتعامل بجدية أكثر مع مثل هذه الحالات، ولكن هذا لم يمنع هذا البرنامج من اتخاذ بعض الخطوات الجدية والجريئة التي من خلالها تم إجراء تغيير في محيط الأسر التي تعرض فيها الأطفال للعنف.

٣. كما يعد الحرق من أشكال العنف و من الحالات التي يتعامل معها برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية، إذ بلغت نسبة وجوده (٢٠%) بين الأطفال والنساء الذين تعرضوا لهذا النوع من العنف، ومن الحالات التي راجعت قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بموجب تحويلهم من قبل الفريق الطبي، فعند تعرض الطفل والمرأة إلى الحروق لاتعد هذه من الحالات الغريبة فقد تتعرض المرأة للحروق أثناء الطهي والطفل أثناء اللعب، ولكن عندما تتعرض المرأة للحروق باستخدام مادة كاوية وحارقة بشرتها، أو بوجود حروق لأعقاب السجائر أو بالمكواه أو بالسكين في مناطق كالظهر أو البطن أو أعلى الفخذ، فإن جميع هذه المواقع تجعل الطبيب يرتاب في واقع الامر، مما يتطلب التحقق من عفوية الحادث وحقيقة الحالة التي لم يكن الأطباء فيما قبل يولونها اهتماما كبيراً، ولكن التغير والتوسع في المعرفة الطبية التي أصبحت تنتظر للأسرة وما بداخلها باهتمام كبير، أفسح ذلك المجال للطبيب بالتدخل لمعرفة الواقع المعاش لهذه الحالة عن طريق الباحث الاجتماعي، الذي يدعم تعامل هذا البرنامج مع هذه الحالات وبشكل رسمي.

٤. أشارت نتائج التحليل للبيانات إلى أن مانسبته (٥٣,٣%) أكدوا بأن التمريض والتنظيف الصحي وأخصائي العلاج الطبيعي وأخصائي التغذية والاختصاصي النفسي والإرشاد الديني وفني الأشعة و الطبيب العام و الطبيب المختص هم الأعضاء المكونون للفريق الطبي للبرنامج المخصص للتعامل مع ضحايا العنف في المستشفى العسكري، وهذا يؤكد ما جاء في دراسة (البريثين، ١٩٩٦)، حول التصور لممارسة الخدمة الاجتماعية مع حالات الإدمان من منظور نظرية الأنساق العامة، والتي قام من خلالها بتوضيح ضرورة وجود فريق طبي معالج يشكل في مجموعه برنامجاً متخصصاً للتعامل مع الحالات التي هي بحاجة لوجود مثل هذا الفريق الطبي.

٥. تدل النتائج على أن تحويل ضحايا العنف إلى القسم المختص ببحث المشكلات الاجتماعية من الإجراءات الضرورية التي يحتاجها المتعرض للعنف، حيث بلغت نسبة (٨٦,٦٧%) لمن تم تحويلهم بناء على ملاحظة الطبيب حاجتهم للمساعدة، تلتها نسبة (٨,٣٣%) ممن تم تحويلهم إلى الخدمة الاجتماعية الطبية بطلب احد أعضاء الفريق الطبي المعالج، بما يشير إلى أن مثل هذه الحالات لا يقتصر تشخيصها الطبي على الطبيب فقط، بل هناك فريق طبي مشارك، في حين بلغت مانسبته (٣,٣٣%) لمن تم تحويلهم إلى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بطلب أحد أفراد الأسرة، وهذه النتيجة تختلف مع ماجاء في دراسة عبد الحميد والخزرج، عام ١٩٩٧، حول رحلة العلاج: دراسة ميدانية لأسباب طلب المعالجة لدى متلقي العلاج من ادمان مادة الهيروين بمستشفى الأمل بجدة، والتي خلصت نتائجها إلى أن الأسباب التي أدت إلى طلب العلاج لدى المبحوثين جاءت حسب رغبة الأهل ثم رغبة المدمن في التخلص من آلام المخدرات، وتدهور صحته بشكل عام، وهذه النتائج عكس لما جاء في نتائج دراستنا التي نحن بصدددها.

٦. تدل النتائج على أن نوع الخدمات التي يقدمها برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية لضحايا العنف متنوعة وأكثر مرونة، حيث بلغت نسبة (٤١,٦٧%) من الضحايا الذين تلقوا خدمة مقابلتهم في الغرف المنومين فيها، وهذا يعد مؤشراً لرغبة كل من الطبيب والفريق الطبي بمن فيهم الاخصائي الاجتماعي الطبي في خدمة ومساعدة الضحية وإشعارها بالإهتمام ومكانتها كعنصر فعال في المجتمع، تليه بنسبة (٣٦,٦٧%) أولئك الذين تم لقاءهم في مكتب الاخصائي الاجتماعي الطبي، حيث تعد المقابلة مع الضحايا متنفساً للتخلص من الضغوط التي يعانونها، فزيارة الأخصائي الاجتماعي الطبي تعد من الخدمات التي يقدرها المريض للمعالج أو الأخصائي لما تلعبه في حياته اليومية من تغير وخروج ومقابلة، وهذا يقدم له الدعم النفسي والاجتماعي بشكل كبير، على أن هذه النتائج تختلف مع ماجاء في نتائج دراسة عجوبة، عام ١٩٩١، حول مدى تجاوب المواطنين السعوديين مع قضايا سياسات الرعاية الاجتماعية في قطاع الصحة والتعليم والشؤون الاجتماعية، والتي توصلت إلى أن (٢٠,٦%) من المبحوثين يرى عدم كفاية الخدمات الصحية، والذي يعد قسم الخدمة الاجتماعية الطبية أحد فروع هذه الخدمات، وترجع نسبة (٥٦%)، منهم ذلك إلى نقص الإمكانيات البشرية، كما بينت النتائج أن ما نسبته (٨٣,٩%)، يفضلون التعامل مع أجهزة الرعاية الصحية الحكومية، وترتفع هذه النسبة بين الفئات ذات التعليم المنخفض و الدخل المنخفض.

٧. كما أظهرت نتائج الدراسة أن برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية يقدم خدماته لضحايا العنف المراجعين و المنومين في المستشفى العسكري بمنطقة تبوك، بأشكاله المختلفة، حيث بلغت نسبة (٤٦,٦٧%)، لمن حظوا بخدمات معنوية، وهذا يؤكد استجابة وتفاعل هؤلاء الضحايا مع قسم الخدمة الاجتماعية الطبية، كذلك يعد هذا مؤشراً على أن رفع الروح المعنوية للضحية قد تعد من أكثر المساعدات التي يستطيع ان يقدمها الباحث الاجتماعي نظرا لحدثة تفعيل دور مثل هذا البرنامج لمثل هذه الحالات.

٨. كما تدل النتائج إلى أن المقابلة الفردية هي أكثر الوسائل المستخدمة لمساعدة ضحايا العنف، حيث بلغت نسبة (٧٥%) من اجابات المبحوثين الذين تلقوا خدمة هذه المقابلة، مما يشير إلى أن المقابلة الفردية قد تكون من أفضل الوسائل التي تساعد الضحية على التعبير والتحدث عن معاناته، وكذلك تعد من الوسائل الديمقراطية التي تظهر كفاءة الباحث، فالمقابلة الفردية التي يقررها الباحث هي بناءً على خلفية الواقع المعاش للضحية و تقاديا بها المشاكل التي قد تتجم عن معرفة الزوج أو الأب أو الأم أو الأخ، الذين يرفضون الحديث عن المشكلة على اعتبار أنه قد يكون هو الشخص المتسبب في العنف الواقع على الضحية أو على اعتبارها مسائل عائلية ولا يحق لأحد التدخل فيها، تليه نسبة (٢١,٦٧%) وهم الذين تلقوا المساعدة من قبل الباحث الاجتماعي عن طريق المقابلة الجماعية، وهنا يعكس شيء من الوعي و الفهم من قبل أسر الضحايا و تقبلهم فكرة الاجتماع بالفريق الطبي المعالج لما فيه صالح هؤلاء الضحايا، كما يبرز هذا السلوك إيمان البعض بفاعلية اللقاء الجماعي من قبل الفريق الطبي بما يساعد الأطباء اثناء التشخيص وعلاج الضحية.

٩. وخلصت نتائج الدراسة حول الوظائف والخدمات التي يقدمها برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية للفريق الطبي من خلال مانسبته (٦٤,٤%) من اجابات الأطباء، التي أشادت بجميع الوظائف التي يقدمها الباحث الاجتماعي من تسهيل عملية التواصل بين المرضى، ونسبة (٢٥,٤%) للتواصل مع باقي الفريق الطبي، ثم بنسبة (٦,٨%) ممن وجدوا في وظيفة هذا البرنامج دورا في تقليل عملية التداخل بين باقي الحالات المرضية الاخرى، مما يعد مؤشراً يفند ما جاء في الإطار النظري حول العلاقة بين الطبيب والاختصاصي الاجتماعي الطبي التي ما تزال تأخذ شكل الاتصال الذي يقع على المستوى الرأسي (نور، محمد، ١٩٧١) إضافة لما جاء في دراسة الشلبي، عام ١٩٩٩، حول مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية، دراسة تقييمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها، حيث خلصت نتائج الدراسة إلى أن أفراد عينة الدراسة من الدرجة الأولى كانوا أكثر إيجابية في نظرتهم نحو تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات من نظرائهم في الدرجة الثانية و الثالثة و الرابعة.
١٠. تدل نتائج الدراسة إلى أن أغلب الأطباء يكتفون بالتشخيص الاجتماعي الطبي الشفوي لحالات ضحايا العنف بنسبة (٥٨,٣%)، في حين جاءت بالمقابل مانسبته (٤١,٧%) ممن لا يكتفون بالتشخيص الشفوي لحالات هؤلاء الضحايا، فهذه النتيجة التي تشير إلى اكتفاء أغلب الأطباء بالتشخيص الشفوي تختلف مع ما جاء في الإطار النظري لهذه الدراسة والتي تعتبر من الإجراءات الاجتماعية الطبية للحالات المرضية هي دراسة للحالة وتسجيلها، فهي لا تعتمد في وجودها على شكر المرضى وامتنانهم وثناء المسؤولين وتقديرهم بل تعتمد على العمل الاجتماعي الطبي الذي يقدم والذي يفرض على الباحث الاجتماعي تسجيل ملاحظاته و تدوينها (نور، محمد، ١٩٧١).
١١. أشارت النتائج إلى أن أكثر المبحوثين من الأطباء أكدوا على ضرورة إيجاد برنامج رعاية لاحقة لضحايا العنف بعد خروجهم من المستشفى بلغت نسبتهم (٩٠%) يشرف عليهم الاختصاصي الاجتماعي الطبي، فهذه النتيجة تتفق مع ما جاء في دراسة (مخلف، ١٩٨١) حول العلاج النفسي بطريقة إعادة تأهيل جماعة من العصائيين لمدة ثلاث سنوات، بعد خروجهم من المستشفى، وبعد علاجهم نفسيا علاجاً فردياً وجماعياً واجتماعياً، واستخلص من الدراسة أنه كلما زاد العلاج النفسي والاجتماعي تركيزاً وعمقاً تحسن التأهيل الاجتماعي.

كما يتفق أيضا مع دراسة (millan, 1967) لمتابعة جماعة من العصائيين بعد خروجهم من المستشفى؛ إذ خلصت الدراسة إلى أنه كلما زاد العلاج النفسي الاجتماعي تركيزاً وتعمقاً زاد التحسن في التأهيل الاجتماعي.

١٢. أشارت النتائج إلى أن أكثر المبحوثين من الضحايا كانوا على معرفة مسبقة بوجود قسم مختص بمثل حالتهم، فقد بلغت نسبة هؤلاء (٥٣,٣٣%)، في حين أن أكثر من عرفوا هذا القسم قبل تحويلهم عرفوه من خلال قراءتهم السابقة، ومثل هؤلاء ما نسبته (٥٥,٨٨%)، في حين بلغت نسبة (٤٤,١٢%) من إجابات الضحايا الذين عرفوا القسم المختص بمثل حالتهم بموجب تحويلهم من قبل الطبيب.

١٣. كما أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد هناك أوجه نقص في برنامج الخدمة الاجتماعية الطبية لضحايا العنف من النساء والأطفال، حيث بلغت نسبة أولئك (٦١,٤%)، بينما جاء بالمقابل ما نسبته (٣٨,٦%) ممن أكدوا بأن هناك أوجه نقص في هذا البرنامج، فهذه النتائج تختلف مع ما جاء في دراسة (بن ثاني، ١٩٨٥) حول البرامج التأهيلية لنزلاء المؤسسات الإصلاحية في الحد من العودة للتعاطي وإدمان المواد المخدرة، وقد خلصت النتائج إلى عدم توفر برامج موجهة للفئات الخاصة في المؤسسات الإصلاحية وفي البيئة الطبيعية، وعدم وجود الطرق العلمية الحديثة التي تساعد على كشف الأسباب و الدوافع المؤدية إلى الانحراف وعلاجها.

١٤. أشارت النتائج إلى أن أكثر المقترحات كانت لإلقاء محاضرات تطويرية للعاملين بالقسم بنسبة (٦٣,٣%)، بينما جاء بالمقابل ما نسبته (٨,٣%) لمن ليست لديهم أي مقترحات كما جاء في إجابات المبحوثين.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- القرآن الكريم.
- أيوب، فوزية، ١٩٩٠، علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة.
- بشير، إقبال، مخلوف، إقبال، ١٩٩٤، الرعاية الطبية و الصحية ودور الخدمة الاجتماعية، المكتبة الجامعية الحديثة، الإسكندرية.
- الجمعان، عادل، ٢٠٠١، دور البرامج التأهيلية في إعادة الاستقرار الاجتماعي والنفسي للمدمن، رسالة ماجستير، جامعة الملك عبد العزيز، جدة.
- الجهني، نايف، ١٩٩٠، دراسة لبعض العوامل النفسية والاجتماعية الدافعة لمتعاطي المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، كلية التربية بالمدينة المنورة.
- حافظ، ناهد، علم الاجتماع الطبي "ماهيته، تاريخه، مجاله"، مجلة كلية الآداب، الجامعة الأردنية، مجلد ١٢، عدد ٢٦، عمان، ١٩٧٩.
- الخطيب، فاطمة، ١٩٩١، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مكتبة الشروق، جدة
- سرحان، وليد، ١٩٨٨، الإساءة الفعلية والنفسية للطفل، الظروف التي نشأ بها، أعراضها، آثارها، ورقة عمل قدمت لندوة إساءة معاملة الأطفال، الأردن.
- سعد، المغربي، ١٩٩٣، الإنسان وقضايا النفسية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- سواقد، ساري، الطراونه، فاطمة، ٢٠٠١، إساءة معاملة الطفل الوالدية أشكالها ودرجة تعرض الأطفال لها وعلاقة ذلك بجنس الطفل ومستوى تعليم والديه، ط ١، دار المحجة البيضاء، بيروت.

- الشربيني، لطفي، دراسة نفسية لحالة خاصة في الثقافة العربية حالة الزواج المتعدد، أكمل تعريب الطب، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، مجلد، ٣، عدد٩، الكويت، ١٩٩٩.
- صالح، عبد المحي، رمضان، السيد، ١٩٩٩، أسسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- العامر، أروى، ١٩٨٨، العنف العائلي في الأردن حجمة ومسبباته، مؤسسة شومان، عمان، الأردن.
- العطوي، مسعد، ١٩٩٣، تبوك قديما وحديثا، ط١، مكتبة التوبة، الرياض.
- على، ليلة، العنف في المجتمعات النامية من وجهة نظر التحليل الوظيفي، المجلة الجنائية القومية، مجلد٧، عدد٢، المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية، عمان، ١٩٧٤.
- عمر، نادية، ١٩٩٣، العلاقات بين الأطباء و المرضى دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- الفياض، فهد، ٢٠٠١، كفاءة نظام الخدمات الصحية المقدمة للأطفال في المملكة العربية السعودية منطقة الجوف، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان.
- مخلوف، إقبال، ١٩٨٥، أثر العلاج الاجتماعي على مضطربي الشخصية بالتطبيق على مرضى العصاب في مصر، رسالة دكتوراه، مصر، جامعة القاهرة، القاهرة.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليوسيف، ٢٠٠١، ص٣٤ - ٣٥.
- نور، محمد، ١٩٧١، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة.

المراجع الأجنبية :

- David tucked. 1976. **An introduction to medical sociology** tovistock **publications**, London.
- Donileen. R.k. 1978. **violence and socioeconomic development** International Social Journal. 3(4): 27-44.
- Howard. E. Freeman and others. 1972. **Hand Book of Medical Sociology** Prentice –hall, inc. new york.
- Jeannette. R. Fatter and Others.1972. **Sociological From Work for Patient Care** Awiley Medical Publication. New york.
- William. Cochairman.1978. **Medical Sociology** inc-Engle- Wood **Cbffs**, New Jessey.

الملاحق

رقم الاستمارة

الجامعة الأردنية
كلية الدراسات العليا
قسم علم الاجتماع

(استمارة المرضى)

"برنامج الخدمة الاجتماعية لضحايا العنف من النساء والأطفال"

"في مستشفى الملك عبد العزيز العسكري في السعودية"

دراسة اجتماعية

السيدة و السيد الكريمين أيها الطفل الحبيب:

أرجو التكرم بالاجابة على مجموعة الاسئلة التي تحويها هذه الاستمارة، والتي تعد جزءا من المبحث
المقدم لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم الاجتماع بالجامعة الاردنية.

فإنني اشكر سيدتي و سيدي الفاضلين سلفا على تعاونكم، وأرجو أن أوضح لكم أن البيانات ستعامل بدرجة عالية من السرية، و سوف لا يتم الاطلاع عليها أو استعمالها الا لغايات الدراسة. و اود أن اذكركم بأن نجاح الدراسة يتوقف على دقة ومصداقية المعلومات التي تدلون بها شاكرة لكم سيدتي وسيدي حسن تعاونكم.

مع خالص الشكر والتقدير،،،،،،،،

الباحثة

الرجاء وضع علامة ✓ في المربع عند الإجابة المناسبة:

١. الجنس:

☐ ذكر ☐ أنثى

٢. العمر:

☐ أقل من ٤ سنوات ☐ من ٤ الى أقل من ٩ سنوات ☐ من ٩ الى أقل من ١٤ ☐ من ١٤ الى أقل من ٢٤
☐ من ٢٤ الى أقل من ٢٩ ☐ من ٢٩ الى أقل من ٣٤ ☐ ٣٤ فأكثر

٣. الحالة الاجتماعية:

☐ غير متزوج ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق

٤. المستوى التعليمي:

☐ أمية " لا تقرأ ولا تكتب " ☐ تقرأ و تكتب. ☐ ابتدائي.
☐ تكتب ". ☐ متوسط ☐ ثانوي. ☐ دبلوم
☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه

٥. المهنة:

☐ ربة بيت ☐ طالبة ☐ موظفة ☐ غير ذلك، حدد

٦. الدخل الشهري للأسرة:

☐ أقل من ١٥٠٠ ☐ ١٥٠٠ - ١٩٠٠ ☐ ٢٠٠٠ - ٢٤٠٠ ☐ ٢٥٠٠ - ٢٩٠٠
☐ ٣٠٠٠ - ٣٤٠٠ ☐ ٣٥٠٠ - ٣٩٠٠ ☐ ٤٠٠٠ - ٤٤٠٠ ☐ ٤٥٠٠ - ٤٩٠٠
☐ ٥٠٠٠ فأكثر

٧. عدد أفراد الأسرة:

☐ ٠ - ٤ ☐ ٥ - ٩ ☐ ١٠ - ١٤ ☐ أكثر من ١٤

٨. نوع السكن:

☐ ملك ☐ اجار ☐ حكومي

٩. مهنة الأب:

☐ عسكري ☐ عامل ☐ أعمال حرة ☐ بلا ☐ غير ذلك، حدد

١٠. المستوى التعليمي للأب:

☐ أمي " لا يقرأ ولا يكتب ". ☐ يقرأ و يكتب. ☐ ابتدائي. ☐ متوسط ☐ ثانوي. ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه

١١. مهنة الزوج (للمتزوجات):

☐ عسكري ☐ عامل ☐ أعمال حرة ☐ بلا ☐ غير ذلك، حدد

١٢. المستوى التعليمي للزوج:

☐ أمي " لا يقرأ ولا يكتب ". ☐ يقرأ و يكتب. ☐ ابتدائي. ☐ متوسط ☐ ثانوي. ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه

١٣. أشكال العنف اللفظي، هل هي؟

☐ سوف أتزوج عليك ☐ سوف أطلقك ☐ سوف أخذ الأطفال ☐ سوف أزوجك غضبا ☐ سأخرجك من ☐ ممنوع من التدريس ☐ لن تخرجي من المنزل ☐ شتائم المدرسة ☐ غير ذلك، حدد

١٤. أشكال العنف الجسدي هل تتعرضي لـ:

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> الضرب | <input type="checkbox"/> اللكم | <input type="checkbox"/> الركل | <input type="checkbox"/> شد الشعر |
| <input type="checkbox"/> الدفع | <input type="checkbox"/> الخنق | <input type="checkbox"/> الحرق | <input type="checkbox"/> الصفع على الوجه |
| <input type="checkbox"/> الرمي أرضاً | <input type="checkbox"/> العض | <input type="checkbox"/> لوي اليد | <input type="checkbox"/> غير ذلك، حدد |

١٥. أشكال العنف الصحي هل تتعرضي إلى إهمال:

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> في فترة الحمل | <input type="checkbox"/> تطعيم الأطفال | <input type="checkbox"/> تنظيم النسل | <input type="checkbox"/> مراجعة الطبيب |
| <input type="checkbox"/> إهمال الرضاعة | <input type="checkbox"/> في التغذية | <input type="checkbox"/> غير ذلك، حدد | |
- الطبيعية

١٦. أشكال العنف النفسي، هل هي؟

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> إهمالك | <input type="checkbox"/> إخراجك | <input type="checkbox"/> إخافتك | <input type="checkbox"/> تحقيرك |
| <input type="checkbox"/> شتمك | <input type="checkbox"/> مراقبتك | <input type="checkbox"/> إساءة الظن بك | <input type="checkbox"/> عدم تقديره لذاتك |
| <input type="checkbox"/> توجية اللوم إليك | <input type="checkbox"/> غير ذلك، حدد | | |

١٧. أشكال العنف الجنسي، هل تتعرضي لـ:

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> التحرش الجنسي | <input type="checkbox"/> الأغتصاب | <input type="checkbox"/> الضرب أثناء | <input type="checkbox"/> انتقاد أداك |
| <input type="checkbox"/> المهجر من قبل الزوج | <input type="checkbox"/> الشذوذ الجنسي | <input type="checkbox"/> المضاجعة | <input type="checkbox"/> الجنسي |
| | | <input type="checkbox"/> عدم الأشباع الجنسي | <input type="checkbox"/> غير ذلك، حدد |

١٨. أشكال العنف الاجتماعي، هل هي ؟

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> تجاهل رأيك أمام الآخرين | <input type="checkbox"/> تقييد حريتك | <input type="checkbox"/> التطفل على شؤونك الخاصة | <input type="checkbox"/> حرمانك من العمل |
| <input type="checkbox"/> منعك من زيارة الأصدقاء | <input type="checkbox"/> الاستخفاف برغباتك | <input type="checkbox"/> الحرمان من التعليم | <input type="checkbox"/> التدخل في اختيار الملابس |
| <input type="checkbox"/> حرمانك من العمل | <input type="checkbox"/> غير ذلك، حدد | | |

١٩. مصدر العنف:

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> الأب | <input type="checkbox"/> الأم | <input type="checkbox"/> الزوج | <input type="checkbox"/> الاخ |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

٢٠. الذي يوصلك إلى المستشفى هو:

- ☐ الزوج ☐ احد الأبناء أو البنات ☐ عن طريق احد أفراد الأسرة ☐ الأستعانة بأحد الجيران ☐ الذهاب بمفردك ☐ عن طريق الأب ☐ عن طريق الأم ☐ عن طريق احد الأخوة

٢١. أثناء الكشف عليك من قبل الطبيب هل صارحت الطبيب بالعنف الذي وقع عليك؟

- ☐ نعم ☐ لا

٢٢. إذا كان (لا) لماذا؟

- ☐ خوفك الشديد من ☐ خوفك من الطلاق. ☐ خوفك على أبنائك. ☐ اعتبارها مسألة الزوج. ☐ خوفك من تفجر ☐ خوفك من والدك. ☐ خوفك من والدتك ☐ المشكلة.

٢٣. هل سبق وأن حولك الطبيب إلى القسم المختص ببحث المشكلات الاجتماعية؟

- ☐ نعم ☐ لا

٢٤. في حالة تم تحويلك، ما هو هذا القسم ؟

- ☐ قسم التشخيص ☐ قسم التغذية ☐ قسم العلاج الطبيعي ☐ الاختصاصي النفسي ☐ الصحي ☐ الاختصاصي ☐ الاجتماعي

٢٥. هل كنت على دراية بوجود قسم مختص بمثل حالتك؟

- ☐ نعم. ☐ لا.

٢٦. إذا كانت الإجابة بنعم (عن طريق من عرفت إذن)؟

- ☐ قراءاتي السابقة. ☐ من خلال تحويلي ☐ عمل احدي صديقاتي

٢٧. ما الطريقة التي وصلت بها إلى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية؟

- ☐ خطاب تحويل ☐ عن طريق استخدام ☐ قسم التمريض. ☐ قسم العلاج الطبيعي. ☐ مكتوب. ☐ الهاتف.

٢٨. أين تم إجراء المقابلة بينك وبين الأخصائي الاجتماعي الطبي؟

- ☐ في العيادة مع ☐ في الغرفة المنومة بها ☐ في غرفة الاجتماعات ☐ في غرفة الانتظار. ☐ الطبيب ☐ بالمستشفى ☐ في ممر العيادات. ☐ في مكتب الأخصائي الاجتماعي الطبي

٢٩. هل تحويلك إلى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بناء على؟

FORM #.

Jordan University
Post Graduate Faculty
Sociology Department

**Physician's Questionnaire
Social Service Program For Violence-Victim
Women & Children in King Abdul Aziz
Military Hospital in Saudi
Social Study**

Dear Physicians,

You are kindly to answer the questions included in this questionnaire, which will be submitted in partial fulfillment of the requirement for the Master Degree in Sociology at the Jordanian University.

I'd like to express my full appreciation to all of you for your cooperation. It is worth mentioning that all the provided information will be highly confidential, it is an anonymous questionnaire and will not be perused or utilized except for study purpose.

I'd like to remind you that the study success depends on the accuracy and the credibility of the provided information. Thanks for your cooperation.

Best regards...

**The Researcher
Hanan Mubarak**

Please tick (√) the suitable answer: (s)

1. According to your experience, what are most common forms of violence seen in the outpatient clinics and the inpatient wards?

- ☐ Beating ☐ Burning ☐ Boxing ☐ Kicking ☐ Slapping
☐ Suffocating ☐ Sexual Harassment/Assault ☐ Raping ☐ Neglecting ☐ Vituperating
☐ Sodomy

2. What are the age categories vulnerable to violence?

- ☐ Less Than 5 years ☐ 5 – 9 ☐ 10-14
☐ 15-19 ☐ 20-24 ☐ 25-29
☐ 30-34 ☐ 35-39 ☐ Over 40 years
☐ I don't know

3. What are the things which make the physician suspect a violence case?

- ☐ Clinical Examination
☐ Patient's allegation to the physician
☐ Allegation of patient's next of Kin
☐ Other, specify....

4. What are the usual procedures followed by you in dealing with a violence case?

- ☐ Clinical diagnosis
☐ Providing medical treatment
☐ Consulting other physicians and specialists
☐ Transferring the patient to the department concerned for investigating the reasons for such a case
☐ All the Above

5. What are the concerned departments in investigating violence reasons?

- ☐ Hospital Administration
☐ Military Police
☐ Health Education Department
☐ Medical Social Service Department
☐ Others, specify....

6. How were you acquainted with the Medical Social Service Department in the Hospital?

- ☐ Through the researchers in Social Service Department
☐ Through Hospital Admin
☐ Through Nursing Department
☐ Through others, specify....

7. What is the importance of transferring a violence victim to Social Service Department?

- ☐ Need of maximum amount of information about the case
☐ According to Hospital policy and regulations
☐ Give the opportunity to follow up other patients
☐ All above reasons
☐ Others, specify...

Please tick (☐) the suitable answer.

	Yes	No
8. Are you convinced with the importance of the Social Service Department?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As a Physician are you contented or satisfied with the social researcher's verbal medical social diagnosis for cases of violence victims?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do you trust the social diagnosis submitted by the social researcher for the violence case?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Does the medical social treatment provided by the social worker to violence victims represent an active role in the medical treatment for you as a physician?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Is it necessary to create a violence victims care program after hospital discharge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. What act(s) do you interpret as social worker's concerns about a violence case?

- ☐ By patting the patient's shoulder
☐ By writing detailed reports
☐ Through chatting and conversation
☐ All the above acts
☐ Others, specify.....

14. What is\ are the benefit(s) you gain from the information about the victim case provided by the social worker?

- ☐ Assist in the medical diagnosis process
☐ Change of treatment plan
☐ Provide medical social information about cases
☐ All the above means
☐ Other, specify.....

15. In your opinion, the medical team for dealing with violence victims patients should consist of one or more of:

- ☐ Nurse ☐ Health Educator ☐ Dietitian ☐
Physiotherapist
☐ Psychologist ☐ Social Worker ☐ Religion officer ☐ Radiology
technician
☐ All the above workers ☐ Concerned Specialist ☐ General
Practitioner

16. What is the best way in your opinion to acquaint the treating team with the violence victim cases?

- ☐ Through periodical meetings of the team members
☐ Reviewing the written reports of the case
☐ Reviewing the medical chart
☐ All the above means
☐ Others, specify.....

17. What are the basic requirements needed for the appropriate violence victims care program?

- ☐ Scientific trained qualifications
☐ Financial support
☐ Authorization entitled to those who are working in this program
☐ All the above means
☐ Others, specify.....

18. what are the functions of the social service program & the benifts for the patients and the medical team?

- ☐ Minimizing the interferance with other patients' cases
- ☐ Facilitating communication processes among patients and other medical team
- ☐ Communication processes among medical team members
- ☐ All the above functions
- ☐ Others, specify.....

19. According to your experience, is there any difficiency in the medical social service program in the hospital?

☐ Yes

☐ No, if "No" move to question

20

20. Do you have any recommendations for the improvement or promotion of the social service program?

- ☐ Increasing the number of employees
- ☐ Allocating big amounts of money to assist the patients
- ☐ Allocating suitable places to hold the meetings
- ☐ Giving developmental lectures for the department staff
- ☐ Other Recommendations
- ☐ No recommendations

Social service Program For Violence-Victim Women & Children in King

Abdul Aziz Military Hospital in Saudi

Social Study

By:

Hanan Abdulkareem Bin Saleh Al-Mobarak

Supervisor:

Prof. Idrees Al-Azzam

Abstract

The study is aims to investigate the violence victims' and the doctors' knowledge about the social and medical service program provided by King Abdulaziz military hospital in Tabook, the source of this knowledge, and the services and aids presented by the said program, including the type of cases that the program deals with, the recommendations the doctors find suitable to develop the program.

The study used a comprehensive social survey to collect information and data and facts, depending on two questionnaires one was distributed on doctors while the other was distributed on the patients.

Another source information collected from personal interviews, with subjects. The data then was processed by computer and analyzed by the ratios and percentage frequencies.

The study has reached the following conclusions:

- Most of the subjects of victims were aware of the existence of a specialized department that deal with their cases, who represented 53.33% of the sample of the study. Regarding the doctors' sample of the study, the results showed that 78.3% of them were well aware that social service program deals more than others with violence reasons that victims were exposed to.
- Regarding victims resources about the existence of specialized program that deals with violence cases like theirs, the study found that 55.88% of the victims have had that knowledge through reading, while the doctors' knowledge (36.67%) came from the social medical services.
- The results have shown that the program presents varied services to violence victims, covered 41.67% of the victims interviewed in their rooms due to their low-life conditions and 46.67% of them received morale support.
- Regarding the services that are offered by program to help violence victims, the study showed that 64.4% of the total sample are appreciating the support in facilitating the continuous communication and connection between the victims and the medical team.

- *The results showed that the psychological violence caused by negligence is at the top of cases that the program deals with averaging 55% of the total cases, which means that the married and single females, children whether males or females a like are under psychological pressures exerted upon them from different family members.*
- *Regarding the doctors recommendations to develop the program, 63.3% of the doctors' recommendations urged for delivering lectures that enhance the capabilities of the staff*

فهرس المحتويات

٥	شكر وتقدير
٥	الملخص باللغة العربية
١	الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة
٢	مشكلة الدراسة
٢	مبررات الدراسة
٣	أهداف الدراسة
٤	الفصل الثاني : الإطار النظري للدراسة
٤	مقدمة
٥	إسهامات علم الاجتماع الطبي في الطب
٩	دور الخدمة الاجتماعية الطبية في المجال الطبي
١٥	الإجراءات الاجتماعية الطبية للحالات المرضية
١٧	التشخيص الاجتماعي الطبي
٢٠	العلاج الاجتماعي للحالات المرضية
٢٤	الدراسات السابقة
٢٨	تساؤلات الدراسة
٣٠	الفصل الثالث : الطريقة و الإجراءات
٣٠	منهج الدراسة
٣٠	مجتمع الدراسة
٣١	أداة الدراسة
٣١	الصدق
٣٢	الثبات
٣٢	أسلوب التحليل الإحصائي
٣٤	الفصل الرابع : تحليل بيانات الدراسة ومناقشتها
٦٩	الفصل الخامس : النتائج
٧٥	قائمة المراجع
٧٨	الملاحق
ي	Abstract
م	فهرس المحتويات