المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية بدولة الكويت: (دراسة ميدانية)

العقيد الدكتور: سعود فارس سعود الجوير

البحوث

المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية بدولة الكويت (دراسة ميدانية)

العقيد الدكتور: سعود فارس سعود الجوير*

ملخص الدراسة:

إن مشكلة الدراسة تدور حول المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي وعليه لا بد من التعرف على الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية والتعرف على طبيعة العلاقة بينه وبين التخصصات المهنية الأخرى.

كما تهدف الدراسة إلى التعرف على المعوقات التي تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية.

وقد تضمنت الدراسة التساؤلات الآتية:

١ – ما هي طبيعة الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية؟

٢ – ما هو موقف كل من الطبيب والأخصائي النفسي من ممارسة الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية؟

٣ – ما هي المعوقات التي تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية بوحدات الرعاية الصحية؟

هذا وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من المقترحات والتوصيات التي يمكن أن تساهم في التغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي بشكل خاص وتواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية بشكل عام.

* مدير إدارة الخدمات المساندة وعضو هيئة التدريس بأكاديمية سعد العبدالله للعلوم الأمنية – وزارة الداخلية – دولة الكويت.

أولاً: مقدمة الدراسة:

تعد الرعاية الصحية نوعاً من الاستثمار البشري في العملية الإنتاجية، فعن طريقها يمكن تنمية الموارد البشرية كماً وكيفاً، فمن الناحية الكمية تساعد الرعاية الصحية على تقليل نسبة الوفيات بين الأطفال والشباب، وهذا من شأنه أن يزيد في أعداد القوى البشرية القادرة على العمل والإنتاج، ومن الناحية الكيفية تساعد الرعاية الصحية على القضاء على الأمراض المعدية والمتوطنة وأمراض سوء التغذية، فتتحسن صحة الأفراد وتزداد مقدرتهم على العمل، وبذلك يرتفع معدل الكفاية الإنتاجية ويزداد إنتاج المجتمع (١ ص ص ٣٦١-٣٦٢).

ويحتل قطاع الرعاية الصحية بدولة الكويت أهمية فائقة ضمن قطاعات التنمية الاجتماعية باعتباره القطاع المسؤول عن حماية السكان من كافة الأمراض والوقاية منها، ولما يسهم به بصورة مباشرة في تحسين نوعية الحياة وزيادة الإنتاجية الجماعية، وانطلاقاً من هذه الأهمية تقوم الدولة بتوفير مختلف مستويات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية لكافة المواطنين والمقيمين بالمجان أو بأجور رمزية.

كما تحرص الدولة على نشر الوعي الصحي والوعي الغذائي بين أفراد المجتمع وتوفير البيئة الصحية السليمة والمحافظة عليها ووقايتها من التلوث وهو الأمر الذي جعل معدل نمو الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية يصل إلى (١٤٪) كمتوسط سنوي منذ عام ١٩٧٠ وحتى منتصف الثمانينات، وقد تراجع خلال النصف الثاني من الثمانينات إلى (٣,٤٪) سنوياً؛ وذلك بسبب استكمال كثير من عناصر البنية الأساسية الصحية في الفترة السابقة، ومع ذلك فإن هذا الإنفاق يمثل نحو (٤,٥٪) من إجمالي الإنفاق العام الداخلي مع مطلع التسعينات.

وتتزايد الأهمية للرعاية والخدمات الصحية يوماً بعد يوم؛ وذلك لكونها من أهم المقومات للتخطيط الصحي السليم، ولذلك توجه الدولة رعايتها وعنايتها للخدمات الصحية المقدمة للمقيمين على أرضها؛ ليتسنى لهم المشاركة بقوة وفاعلية في بناء المجتمع، وتبذل الدولة في سبيل ذلك إمكانيات كبيرة سواء كانت مالية أو فنية لإنشاء كثير من المستشفيات والوحدات الصحية وعيادات الصحة المدرسية في كافة

المناطق وتعزيزها بالأطباء الأخصائيين في مختلف فروع الطب؛ لتوفير وسائل التشخيص والعلاج للمواطنين في مناطق سكنهم ومدارسهم (٢ص ٣٦٢).

ونتيجة للتقدم والتطور الذي يمر به المجتمع الكويتي في كل جوانب الحياة كان ضرورياً على الجهود العلمية والعلوم المختلفة أن تسهم بفاعلية لمقابلة احتياجات المجتمع، والخدمة الاجتماعية كمهنة قد حددت أهدافها على أساس التدخل الوقائي والعلاجي والإنمائي لتحسين الأداء الاجتماعي للإنسان والوصول إلى أفضل مستوى للتكيف وتحسين ظروف الحياة،ومن هنا برز أهمية دور الخدمة الاجتماعية الطبية وأصبح للأخصائي الاجتماعي دور مهم. (٣ص ٢٤٥).

وتعد الخدمة الاجتماعية اليوم إحدى المهن الضرورية لخدمة المجتمعات وتنميتها؛وذلك لما تؤديه من أدوار وقائية وعلاجية وتنموية على المستويات الفردية والجماعية والمجتمعية.

فالخدمة الاجتماعية كمهنة تستهدف مساعدة مؤسسات الرعاية الاجتماعية – المستشفيات والمراكز الصحية – على القيام بوظائفها وتطوير أهدافها وزيادة فاعليتها في أدائها لوظائفها التي يتطلبها منها المجتمع (٤ ص ١٢٥).

وتمارس الخدمة الاجتماعية مستندة على إطارها النظري الذي يتضمن كثيراً من المفاهيم والحقائق والمعارف التي توجه الممارسة، وهي تستهدف تنمية قدرة الأفراد على مواجهة مشكلاتهم وإشباع احتياجاتهم ودعم ومساندة مؤسسات المجتمع (٥ ص ٦٥).

والخدمة الاجتماعية الطبية هي أحد مجالات الخدمة الاجتماعية التي تمارس في المستشفيات والمراكز الطبية لمساعدة الإنسان فرداً كان أو جماعة باستغلال الإمكانيات المتاحة في المجتمع للتغلب على الصعوبات التي تعوق تأديته لوظيفته الاجتماعية،ومن ثم الاستفادة من العلاج الطبي في رفع مستوى أدائه الاجتماعي.

وقد شهد القرن الحالي تغييراً واضحاً في مختلف مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية ومنها المجال الطبي؛حيث كان نطاق ممارسة الخدمة الاجتماعية في هذا المجال ينحصر في التعامل مع المريض فقط،بيد أنه مع تطور الممارسة واتساع نطاق العمل خرجت هذه الممارسات عن نطاق العمل مع المريض فقط، لتمتد إلى أسرة المريض ثم إلى العاملين بالمستشفى القائمين على خدمة المريض بمختلف

تخصصاتهم وذلك تمشياً مع التطورات الاجتماعية والاقتصادية السائدة في المجتمع المعاصر (٦ ص ٤٣).

ويقوم الأخصائي الاجتماعي بدور مهم في إطار العمل الفريقي في مساعدة وحدات الرعاية الصحية على تحقيق أهدافها، باعتباره يمثل مهنة تساعد المريض على الإستفادة الكاملة من برامج العلاج ومواجهة الصعوبات المختلفة، التي تباعد بين المريض وبين رعايته صحياً واجتماعياً وذلك بهدف تحقيق الأهداف العامة لسياسة الرعاية الصحية في الكويت والتي تتمثل في النهوض بمستوى الخدمات الصحية والاجتماعية الموجهة للمريض، ويتم ذلك من خلال ما يلي:

١ – اعتبار العمل الاجتماعي الطبي وثيق الصلة بالجماهير، وهدفه حل مشاكل المرضى الاجتماعية المسببة أو الناجمة عن المرض أو الإصابة من خلال العمل المتكامل مع الفريق الطبي.

٢ – العمل مع الفريق الطبي للوقاية من المرض أو اكتشافه في مرحلة مبكرة.

٣ – العمل مع الفريق الطبي في رسم خطة العلاج وتهيئة الظروف الملائمة للمريض للتكيف مع المجتمع بعد الشفاء.

٤ – إجراء البحوث الميدانية المتصلة بنواحي العمل الاجتماعي الطبي.

٥ – رفع معدلات الأداء وزيادة الإنتاجية في مجالات الخدمة الاجتماعية الطبية.

٦ – المشاركة في تخطيط برامج الخدمات الاجتماعية الصحية وإدارتها.

ومن ثم فإن الخدمة الاجتماعية الطبية تهدف إلى مساعدة المريض للوصول إلى الشفاء بأسرع وقت ممكن، وحتى يمكن أن يؤدي وظيفته وأدواره الاجتماعية على أفضل صورة ممكنة. وهذا يعني أن الخدمة الاجتماعية تتدخل في الأمراض التي تحدث نتيجة للضغوط البيئية والاجتماعية، والتي تتسبب في فشل المريض في أدائه الاجتماعي وفي إعاقة إحدى أدواره الاجتماعية.

ولكي تحقق الخدمة الاجتماعية الطبيةأهدافها لا بد أن يكون هناك ارتباط وثيق بين قسم الخدمة الاجتماعية والهيئة الطبية كعنصر أساسي للعلاج الفريقي، وأن يكون هذا الارتباط قائماً على علاقة زمالة وتعاون تفرضها طبيعة العملية العلاجية، كما يجب أن نلفت الأنظار إلى أن الخدمة الاجتماعية الطبية لا تساهم فقط

في العلاج، بل إن لها دورها الوقائي بنشر الوعي الصحي والثقافة الصحية للوقاية من المرض. (٧ ص ص ٤٣-٤٧).

وتأسيساً على ما تقدم فإن هذه الدراسة تدور حول دراسة وبحث المعوقات أو الصعوبات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات أثناء قيامهم بأدوارهم المهنية في وحدات الرعاية الصحية وتحديد أسبابها، حتى يمكن التخطيط لمواجهتها والتغلب عليها ومن ثم رفع مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي.

ثانياً: الدراسات السابقة:

اهتمت الدراسة الحالية بالرجوع إلى مجموعة من البحوث والدراسات السابقة سواء المباشرة أو غير المباشرة وذلك على النحو التالي:

أجريت دراسة عن العوامل الاجتماعية المؤدية للإصابة بمرض السرطان (٨)، وقد اهتمت الدراسة بالتركيز على بحث العوامل الاجتماعية والمؤدية للإصابة بمرض السرطان، وقد تخلل عرض هذه العوامل ذكر بعض الأمثلة والتطبيقات لمجتمعات مختلفة، ومنها مجتمعات دول الخليج العربية استهداء ببعض الكتب والمقالات العلمية، إضافة إلى دراسة ميدانية قامت بها إحدى الباحثات توضح فيها أثر هذه العوامل على المجتمع القطري بوجه خاص.

ومن العوامل الاجتماعية التي تم تناولها واختبارها في هذا البحث، أثر التركيب العمري والتركيب النوعي على الإصابة بأنواع معينة من السرطان، كذلك الطبقة الاجتماعية وكيفية تأثيرها على الإصابة أو عدم الإصابة بالسرطان، التعليم كمؤشر اجتماعي وكذلك دراسة لتحديد أثره في الإصابة، كما تم بحث دور المهنة كأحد العوامل الاجتماعية التي تؤدي للإصابة ببعض أنواع معينة من السرطان، وتطرقت الباحثة أيضاً إلى دور بعض الجوانب والعوامل الاجتماعية الأخرى، التي تبين أن لها دوراً أساسياً وحتمياً في الإصابة، والتي تتمثل في الجوانب السلوكية، أو السلوك الإدماني – خاصة التدخين – كعامل اجتماعي مهم وخطير في هذا الصدد، كما تتمثل في بعض العادات والتقاليد المرتبطة بالنمط الاجتماعي لحياة المجتمع القطري، ومنها عادات التغذية المختلفة وأسلوب أو طريقة ارتداء بعض الملابس ودورها في الإصابة، كذلك دور العادات الاجتماعية المتعلقة بمواسم وفصول معينة

من السنة كالخروج في رحلات برية أثناء فصل الربيع، هذا بالإضافة إلى توضيح دور عادة الزواج من الأقارب في الإصابة بالسرطان استناداً إلى ما توصلت إليه كثير من الدراسات حول هذا الموضوع، والتي تؤكد انتشار هذا المرض وتكرار ظهوره في عائلات معينة بصورة واضحة.

وقد قامت الباحثة – في إجراء هذا البحث – باستخدام عدة أدوات ومقاييس اجتماعية لاختبار هذه العوامل، ومنها الدراسات النظرية والمكتبية التي أجريت علن مرض السرطان، مع قيام الباحثة بالعمل الميداني والدراسة الحقلية للحصول على الإحصاءات المختلفة المتعلقة بهذا المرض في دولة قطر، إضافة إلى استخدام بعض أدوات البحث العلمي المتمثلة في الملاحظة ودراسة الحالة لدى بعض المرضى القطريين – خاصة السيدات، وذلك لارتفاع نسبة إصابتهن عن الرجال، إضافة إلى بعض الاعتبارات الأخرى المتعلقة بالعادات والتقاليد التي تعوق إجراء دراسة الحالة بصورة وافية مع الرجال – محاولة بذلك اختبار وقياس هذه المحكات الاجتماعية وتطبيقها عملياً للوصول إلى نتائج تكون أكثر دقة وصدقاً حول هذا المرض في المجتمع القطري.

وقد قامت الباحثة في هذا الصدد بدراسة جميع البيانات والإحصائيات الخاصة بالمرضى القطريين خلال السنوات الخمس الأخيرة فقط، وذلك لعدم توافر إحصائيات منتظمة قبل هذا التاريخ. وقد تم التركيز – بصفة أساسية – على أهم أنواع السرطان وأكثرها انتشاراً بين المصابين القطريين في المجتمع القطري والمتمثلة في: سرطان الثدي، والدم، والغدد الليمفاوية، والرئة، والمثانة. وقد وصل عدد المصابين بهذه الأنواع إلى ١٦٢ شخصاً من جملة ٣٩٧ مصاب قطري، وهو ما يشكل نسبة ٤٠٪ تقريباً من إجمالي عدد الحالات.

أجريت دراسة أخرى عن تقييم الخدمات الطبية بقياس رضى المرضى عن الخدمات الطبية في دولة قطر (٩) وقد استهدفت الدراسة: قياس رضى المرضى بخدمات العيادة الخارجية في مستشفى حمد العام ومركز صحي مدينة خليفة، مقارنة رضى المرضى من المواطنين والمقيمين تجاه كل الخدمات وبينهم، مقارنة رضى المرضى بين الذكور والإناث في كل من هذه الخدمات كل على حدة وما بينهما، مقارنة رضى المرضى وفقاً لبعض المتغيرات مثل: العمر، ومستوى الدخل

ومستوى التعليم واللغة، تحديد ما إذا كانت هناك فروقات بين الرضى بين المواطنين (مواطنين ومقيمين) وبينهم. وتعد هذه الدراسة استطلاعية، وقد استخدمت منهج المسح الاجتماعي بالعينة وبلغ حجم العينة ٤٤٤ مفردة حيث توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج توضح أن:

- رضى المرضى عن خدمات المستشفى بدرجة أكبر من خدمات المركز الصحي.
- رضى المقيمين أكبر من رضى المواطنين.
- هناك حاجة لزيادة عدد المستشفيات في الدولة.
- ليس هناك فروق واضحة للرضى في المرضى حسب الجنس.
- درجة الرضى أكبر لدى المرضى ممن يقل دخلهم عن ٦٠٠٠ ريال قطري.
- العمر ليس له ارتباط بدرجة الرضى.
- اللغة ليس لها ارتباط بدرجة الرضى، وتأثيرها في استمرار العلاج.
- ليس هناك رضى كاف عن عمل الأطباء.

وهناك دراسة أجريت عن ممارسة سيكولوجية الذات في خدمة الفرد لتحقيق التوافق الاجتماعي لمرضى القلق (١٠) وقد استهدفت الدراسة إثراء الجانب المعرفي لطريقة خدمة الفرد في مجال الأمراض النفسية والعقلية، وذلك من خلال ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج، كما استهدفت التحقق من صحة فروض الدراسة باستخدام المنهج التجريبي، والتي دارت حول استعداد المريضات للتوافق العام وأثره على التوافق الاجتماعي والأسري وكذلك أثره على قدرة السيدات المريضات على أداء الأدوار الحياتية بصورة أفضل نسبياً.

وتوجد دراسة أخرى عن مشكلات التنسيق بين أجهزة الهيئة العامة للتأمين الصحي (١١) وقد استهدفت الدراسة وضع تصور مقترح، يسترشد به لممارسة طريقة تنظيم المجتمع بالهيئة العامة للتأمين الصحي لمواجهة مشكلات التنسيق الرأسي والأفقي بين أجهزتها؛ وذلك بهدف تطويرها وتحسين أدائها بالشكل الذي يساهم في تحقيق الأهداف التي أنشأت من أجلها، وكانت أهم النتائج هي حاجة الهيئة إلى تنسيق رأسي وأفقي وحاجة الممارسين للخدمة الاجتماعية إلى استخدام طريقة تنظيم المجتمع في المجال الطبي.

وقد اهتمت إحدى الدراسات بتقويم خدمات الصحة المدرسية لتلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي (١٢) حيث أوضحت الدراسة أن المشكلات الصحية لها أثرها السيئ على قدرة التلاميذ على الاستيعاب، وتتمثل مشكلة الدراسة في عدم الاستفادة من خدمات الصحة المدرسية، وتسعى هذه الدراسة إلى تحديد مدى ما يحققه برنامج خدمات الصحة المدرسية من نتائج إيجابية أو سلبية في إطار الأهداف المحددة لهذا البرنامج والخروج من ذلك بمؤشرات تخطيطية للنهوض بمستوى صحة التلاميذ والبيئة المدرسية، وتعد هذه الدراسة من بين الدراسات التقويمية، وقد تبين من هذه الدراسة أن دور الصحة المدرسية لم يكن على المستوى المتوقع منه؛ بسبب قصور الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة إضافة إلى أنه توجد بعض جوانب من هذه الخدمات تنفذ بصورة جيدة، وتوصي الدراسة بالعمل على جذب التلاميذ المحتاجين للخدمات الطبية مع التغلب على المعوقات.

وقد حاولت إحدى الدراسات التعرف على مدى مساهمة خطة الدراسة الحالية لطلاب الخدمة الاجتماعية في إعداد الممارس العام في الخدمة الاجتماعية، وهل تساعد هذه الخطة الخريجين على الممارسة الفعالة في المجال الطبي، حيث توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها أن الأخصائيين الاجتماعيين لم يستفيدوا بقدر كبير من دراستهم لمقررات الخدمة الاجتماعية؛ لأنها لم تعدهم مباشرة للعمل في المجال الطبي، أن نسبة كبيرة من العاملين في المجال الطبي لم يتدربوا أثناء فترة الدراسة في هذا المجال بجانب عدم كفاية مدة التدريب الميداني (١٣).

ومن ناحية أخرى فقد استهدفت إحدى الدراسات تزويد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال الطبي بأداة موضوعية يمكن من خلالها التعرف على اتجاهات الفريق العلاجي نحو ممارسة دورهم كأعضاء في الفريق، وقد حددت الدراسة هذه الاتجاهات في مدى إدراك الفريق العلاجي بالمستشفى لدور الأخصائي الاجتماعي كعضو في الفريق، اتجاهات الفريق العلاجي نحو الممارسة الفعلية للأخصائي الاجتماعي كعضو في الفريق، نحو التعاون مع الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى، نحو تدعيم دور الأخصائي الاجتماعي كعضو في الفريق (١٤).

وقد توصلت إحدى الدراسات التي أجريت عن الخدمة الاجتماعية الطبية إلى أن دور الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى يدور حول تقديم المساعدات الاقتصادية البسيطة وإجراء بحث الحالة للمرضى وأن هذا الدور لا يحقق إشباع احتياجات المرضى من الخدمات المتنوعة، كما أن أداء هذا الدور لا يرقى للدور المتوقع الذي وضعته وزارة الصحة (١٥).

كما ركزت إحدى الدراسات على بحث أبعاد الاغتراب المهني ودراسته لدى الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي واقتراح الحلول وبدائلها لمواجهة هذه الظاهرة السلبية، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين بعض المتغيرات كالخبرة ومجال التدريب السابق والدورات التدريبية المرتبطة بممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، أوضحت الدراسة وجود فروق دالة بين الأخصائيين الاجتماعيين من الجنسين فيما يتعلق بأبعاد الاغتراب المهني فيما عدا الأبعاد المرتبطة بالنواحي الاقتصادية والمادية (١٦).

موقف الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

١ – اهتمت بعض الدراسات بتوضيح واقع الخدمات الصحية بالكويت وتحديدها مع مقارنة بعض عناصر هذا الواقع الصحي بالوضع السائد في بعض دول العالم إضافة إلى التوزيع الإقليمي المكاني للرعاية الصحية في مختلف مناطق الكويت مثل دراسة (غانم سلطان أمان).

٢ – ركزت بعض الدراسات على دراسة الأبعاد الاجتماعية لبعض الأمراض وكيفية التعامل معها سواء داخل المؤسسة الطبية أو خارجها وتوضيح الصعوبات التي تعترض هذا التعامل.

٣ – أشارت بعض الدراسات إلى موضوع العمل الفريقي وما يتضمنه من ضرورة العمل على توفير التعاون بين دور الأخصائي الاجتماعي وأدوار بقية التخصصات المهنية الأخرى (أعضاء الفريق العلاجي).

٤ – اقتصرت الدراسة الحالية على دراسة تخصصات مهنية معينة – الأطباء والأخصائيين النفسيين – كما أنها تؤكد في نفس الوقت ضرورة اهتمام

البحوث المستقبلية بالمجال الطبي ودور المهن المختلفة فيه، والتي من بينها مهنة التمريض.

٥ – أن أغلب الدراسات السابقة أجريت على مجتمعات عربية أخرى غير المجتمع الكويتي، الأمر الذي يؤكد أهمية إجراء الدراسة الحالية؛ نظراً لأن المجتمع الكويتي ما زال في أمسِّ الحاجة إلى إجراء البحوث العلمية على كثير من الظواهر المختلفة داخله، والتي لها علاقة مباشرة بتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

٦ – استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد مشكلة البحث ووضع تساؤلات الدراسة وتحديد جوانب الإطار النظري.

ثالثاً: مشكلة الدراسة وأهدافها:

أ – تحديد مشكلة الدراسة:

تأسيساً على نتائج الدراسات والبحوث السابقة ومحتويات الإطار النظري الذي اعتمدت عليه الدراسة ومقابلات الباحث مع الأخصائيين الاجتماعيين الممارسين في المؤسسات الطبية، فإن الباحث قد حدد مشكلة الدراسة الحالية في التعرف على المعوقات التي تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية بمنطقة الصباح الطبية بدولة الكويت (دراسة ميدانية).

ب – أهداف الدراسة:

ويمكن تحديد أهداف الدراسة الحالية في:

١ – التعرف على الدور الذي يقوم به الأخصائيون الاجتماعيون في وحدات الرعاية الصحية بمنطقة الصباح الطبية.

٢ – التعرف على طبيعة العلاقة بين التخصصات المهنية الأخرى – الأطباء، الأخصائيين النفسيين – والأخصائيين الاجتماعيين وتأثير هذه العلاقة على ممارسة الخدمة الاجتماعية.

٣ – التعرف على المعوقات التي تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية وأسباب هذه المعوقات.

٤ – التوصل إلى مجموعة من المقترحات والتوصيات التي يمكن أن تساهم في التغلب على المعوقات وتطوير ممارسة الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية.

رابعاً: تساؤلات الدراسة الرئيسية:

في ضوء نتائج الدراسات السابقة والإطار النظري الذي استندت إليه الدراسة قام الباحث بصياغة تساؤلات الدراسة الرئيسية على النحو التالي:

س١: ما طبيعة الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي بوحدات الرعاية الصحية بمنطقة الصباح الطبية التخصصية؟

س٢: ما موقف كل من الطبيب والأخصائي النفسي من ممارسة الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية؟

س٣: ما المعوقات التي تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية بوحدات الرعاية الصحية؟

س٤: ما المقترحات والتوصيات الضرورية لمواجهة المعوقات التي تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية بوحدات الرعاية الصحية؟

خامساً: الإطار النظري للدراسة:

يتضمن الإطار النظري للدراسة معالجة الموضوعات التالية:

أ – تطور الرعاية الصحية في المجتمع الكويتي.

ب – الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي.

جـ – النظرية التي تعتمد عليها الدراسة:

أ – تطور الرعاية الصحية في المجتمع الكويتي:

بعد اكتشاف النفط وتصديره شهدت فترة الخمسينيات طفرة نوعية هائلة في جميع مجالات الحياة في الكويت، حيث صاحب ذلك زيادة عدد السكان بتنامي معدلات الهجرة إلى الكويت، وتطلب ذلك إعادة النظر في هيكل الخدمات الطبية. ومشاركة الكوادر الطبية العربية في إدارة الطب الوقائي والتثقيف الصحي وإدارة العمل في المستوصفات والمراكز الصحية، وشهدت تلك الفترة تقدماً ملحوظاً في

إنشاء المستشفيات والوحدات الصحية وتأمين العمالة الفنية المتخصصة في فروع الطب والتمريض والخدمات الفنية المساعدة، وكذلك البدء في إيفاد الكويتيين لدراسة العلوم الطبية في الخارج، كما حظيت المناطق الخارجية بخدمات صحية عن طريق العيادات المتنقلة (سيارات)، وتبع ذلك إقامة مراكز الإسعاف بكثير من القرى، ثم إنشاء المستوصفات في هذه المناطق البعيدة.

وإلى جانب ذلك تم التوسع في إنشاء الخدمات الصحية النوعية مثل مراكز الأمومة والطفولة وتنظيم وتطوير الطب الوقائي وصحة البيئة والصحة المدرسية وخدمات طب الأسنان وبعثة الحج الطبية التي شكلت في عام ١٩٥٦. هذا إضافة إلى الاهتمام بالتثقيف الصحي. وفي عام ١٩٦١ (عام الاستقلال) افتتح مستشفى الولادة بمنطقة شرق المدينة وبنك الدم، ثم أنشئ مستشفى الصباح أكبر المستشفيات في المنطقة في ذلك الوقت، وفي عام ١٩٦٢ وصل معدل الأطباء إلى طبيب لكل ١١٧٣ نسمة من السكان بعد أن كان عام ١٩٥٧ طبيباً لكل ١٢٧٤ نسمة من السكان، ووصل عدد الأسرّة في المستشفيات في الفترة ٦١/١٩٦٢ نحو ٢١٨٥ سريراً، وعدد المرضى الذين أدخلوا للمستشفيات ٢٣٨٧٠ مريضاً والمترددون على المستوصفات ١٥٥٠٨٩٢ مراجعاً. كما وصل عدد المترددين على عيادات الأسنان ١٨٤٧٦٠ مراجعاً.

وشهدت فترة السبعينيات توسعاً نوعياً في الخدمات الصحية استجابة للنمو السكاني والعمراني في البلاد، إذ تنامى عدد المستوصفات والمراكز الصحية، إضافة إلى التطور الكمي والنوعي في قوة العمل الصحية، وفي الثمانينيات تم إنشاء المستشفيات الحديثة لتغطي كافة المحافظات (مستشفى مبارك الكبير في محافظة حولي، مستشفى الفروانية في محافظة الفروانية، مستشفى العدان في محافظة الأحمدي، مستشفى الجهراء في محافظة الجهراء). كما شهدت منطقة الصباح الطبية التخصصية إنشاء عدة مستشفيات متخصصة مثل ابن سينا والرازي والطب الطبيعي ومركز أمراض الحساسية ومركز للسرطان ومركز الحروق وجراحة التجميل وغيرها، كما تم تطوير إدارة الرعاية الصحية باستحداث المناطق

الصحية التي تشرف على الخدمات الصحية وفقاً للتوزيع الجغرافي لمحافظات الدولة (١٧ ص ص ٦٧-٦٩).

وتوضح مجموعة الجداول التالية واقع الخدمات الصحية في المجتمع الكويتي.

جدول رقم (١)

يوضح توزيع وحدات الرعاية الصحية حسب المناطق الصحية

المناطق الصحية	مستشفيات Hospitals	عيادات السكر Diabetes Clinics	وحدات المراكز الصحية Health Care Facilities				
			علاج عام General (3) Health	رعاية الطفولة Child Health Care	رعاية الأمومة Matemal Health Care	رعاية الأسنان Dental (1-2) Clinics	الصحة الوقائية Preventive Care
العاصمة	١	٣	١٨	١٥	٥	١٤	١١
حولي	١	٣	١٢	١٢	٣	١١	١٠
الأحمدي	١	٢	١٢	١٢	٣	١١	١١
الجهراء	١	٢	٩	٨	٦	٧	١٤
الفروانية	١	٤	١٦	١٤	٦	١٣	١٤
مركز الصباح الطبي	١١	٢	٣	–	–	١	–
الجملة	١٦	١٦	٧٠	٦١	٢٣	٥٧	٥٤

يتضح من بيانات الجدول السابق أن أكثر وحدات الرعاية الصحية في الكويت تتمثل في وحدات المراكز الصحية للعلاج العام يليها في الترتيب وحدات المراكز الصحية لرعاية الطفولة ثم رعاية الأسنان ويليها الصحة الوقائية.

جدول رقم (٢)
يوضح توزيع الأطباء الحكوميين حسب الجنسية والنوع
في خلال الفترة من ١٩٨٢-١٩٩٤ (١٩ ص ٣٦٤)

السنة	كويتي Kuwaiti			غير كويتي Non-Kuwaiti			جملة Total		
	ذكر Male	أنثى Female	جملة Total	ذكر Male	أنثى Female	جملة Total	ذكر Male	أنثى Female	جملة Total
١٩٨٢	٢٨٢	١٨٠	٤٦٢	١,٦٠٤	٤٢١	٢,٠٢٥	١,٨٨٦	٦٠١	٢,٤٨٧
١٩٨٣	٣٠٧	٢١١	٥١٨	١,٦٤٣	٤٣١	٢,٠٧٤	١,٩٥٠	٦٤٢	٢,٥٩٢
١٩٨٤	٣٣٤	٢٤٩	٥٨٣	١,٦٨٠	٤٣٨	٢,١١٨	٢,٠١٤	٦٨٧	٢,٧٠١
١٩٨٥	٣٣٩	٢٨١	٦٢٠	١,٧٢٥	٤٦٠	٢,١٨٥	٢,٠٦٤	٧٤١	٢,٨٠٥
١٩٨٦	٣٤٥	٣١٠	٦٥٥	١,٧٤٥	٤٤٢	٢,١٨٧	٢,٠٩٠	٧٥٢	٢,٨٤٢
١٩٨٧	٣٥٩	٣١٩	٦٧٨	١,٧١٨	٤٤٥	٢,١٦٣	٢,٠٧٧	٧٦٤	٢,٨٤١
١٩٨٨	٣٦٩	٣٤٦	٧١٥	١,٧٨٢	٤٦٤	٢,٢٤٦	٢,١٥١	٨١٠	٢,٩٦١
١٩٩٢	٤١٨	٣٩٧	٨١٥	١,٣٨٨	٣٣٨	١,٧٢٦	١,٨٠٦	٧٣٥	٢,٥٤١
١٩٩٣	٤٤٨	٤٣٦	٨٨٤	١,٥٦٩	٣٥٣	١,٩٢٢	٢,٠١٧	٧٨٩	٢,٨٠٦
١٩٩٤	٤٩٠	٤٥٠	٩٤٠	١,٧٢٧	٤١٨	٢,١٤٥	٢,٢١٧	٨٦٨	٣,٠٨٥

ويتضح من بيانات الجدول أن هناك تزايداً مستمراً في أعداد الأطباء الحكوميين من الجنسين سواء كويتيين أو غير كويتيين وذلك على الرغم من كارثة الغزو، ويرجع ذلك إلى اهتمام الدولة بدعم وتأهيل قطاع الخدمات الصحية في وقت قياسي، والذي استعاد عافيته في فترة زمنية قياسية من بداية عام ١٩٩٢.

وفي عام ١٩٩٥ بلغ عدد المستشفيات ١٦٠ مستشفى والوحدات الصحية والمراكز ٧١ مركزاً، ووصل عدد الأسِرَّة في المستشفيات الحكومية إلى ٤٤٠٩ سريراً، بينما وصل عدد الأطباء البشريين إلى ٢٧٨٨ طبيباً وأطباء الأسنان إلى ٤٠٩ طبيباً كما وصل عدد المراجعين للمستشفيات الحكومية إلى ما يقرب من مليون وربع المليون مراجع (٢٠ ص ٦٩).

ومن ناحية أخرى فإن الخدمة الاجتماعية الطبية في الكويت قد تطورت هي الأخرى، حيث بدأت في عام ١٩٥٦ مع البعثة الطبية المصرية التي كانت تضم بين أفرادها ثلاثة أخصائيات اجتماعيات.

وقد بدأت الخدمة الاجتماعية الطبية مع مرضى الدرن وذلك لانتشار هذا المرض وخاصة بين بعض الناس الذين كانوا يجهلون طبيعته ولا علم لهم بأسباب الإصابة أو طرق الوقاية منه.

وفي منتصف عام ١٩٥٦ عينت إحدى الكويتيات كباحثة اجتماعية للعمل في ميدان رعاية مرضى الدرن.

وعندما شعر المسؤولون بوزارة الصحة العامة في الكويت بأهمية الخدمة الاجتماعية الطبية ومدى ما حققته من نجاح تم تعيين خمس من الكويتيات للعمل في الميدان الاجتماعي، وكان ذلك في عام ١٩٥٨.

ثم توالت التعيينات في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية، فقد تم تعيين أخصائيين اجتماعيين عام ١٩٦٢ التحقا للعمل بميدان رعاية مرضى الدرن، ثم عينت واحدة أخرى في عام ١٩٦٦، ومن ثم أتيح للخدمة الطبية أن تدخل ميادين أخرى مثل ميدان الطب النفسي، الذي كانت بداية العمل فيه بمستشفى الطب النفسي عام ١٩٦٠ ولمدة يومين فقط في الأسبوع.

وفي عام ١٩٦٥ دخلت الخدمة الاجتماعية الطبية ميداناً آخر هو قسم تنظيم الأسرة.. وفي عام ١٩٦٩ بدأت الخدمة الاجتماعية الطبية بقسم الطب الطبيعي.

ومع التطور المتلاحق للمجتمع الكويتي أصبح من الضروري التوسع في جهاز الخدمة الاجتماعية الطبية، ومن ثم كان القرار الوزاري رقم ١١١ الصادر عام ١٩٥٧ بإنشاء إدارة الصحة الاجتماعية.

ومن ذلك الحين توالت تعيينات الأخصائيات والأخصائيين الاجتماعيين، للعمل في كافة مجالات الخدمة الاجتماعية الطبية بدولة الكويت.

ونظراً لزيادة الأخصائيين الاجتماعيين الذين تم تعيينهم في وزارة الصحة العامة تم التوسع في المجال الطبي لتغطية جميع المجالات الصحية تقريبا، وتم إنشاء قسم الخدمة الاجتماعية الصحية الذي يتبع إدارة الصحة الاجتماعية بالقرار الوزاري رقم ٢٥٢ بتاريخ ٢٥/١٢/١٩٧٥م.

وخلال الأعوام التالية وبالتحديد عام ١٩٨٠ صدر القرار رقم ١٠١/٨٠ الخاص بتنظيم العمل في مراكز مكاتب الخدمة الاجتماعية الصحية وتحديد اختصاصاتها ومجالات خدماتها التي تقدمها للمرضى والمترددين على الوحدات الصحية، وأصبحت من أحد عناصر البناء الصحي داخل المجتمع الكويتي من خلال دورها في وزارة الصحة العامة (٢١ ص ص ٩-١٠).

ب - الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي:

إن الخدمة الاجتماعية باعتبارها مهنة وممارسة تعكس استجابة المجتمع نحو الحاجات الاجتماعية لأعضائه، حيث شكلت متطلبات هذه الحاجات معالم الممارسة وملامحها المختلفة للمهنة، كما شكلت نسقها القيمي الفلسفي [٢٢ - ص ص ١٩-٢٠] وبناءها المعرفي ونظرياتها في الممارسة [٢٣ ص ١٣٢] والأدوار التي تقوم بها عند التدخل المهني [٢٤ ص ٦١]، ومن ثم ينظر البعض إليها باعتبارها فناً من فنون الممارسة التي تعتمد على المنهج العلمي في التعامل مع الفرد والجماعة والمجتمع [٢٥ ص ٤٥].

والممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجالات المختلفة تتضمن نوعين رئيسيين:

١ - **الممارسة المباشرة:** ويقصد بها الممارسة العلاجية للخدمة الاجتماعية بهدف علاج مشكلات الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات.

٢ - **الممارسة غير المباشرة:** ويقصد بها قيام الأخصائي الاجتماعي ببعض العمليات مثل تحديد الأهداف والاحتياجات واقتراح البرامج ووضع الخطة والقيام بمسؤولية إدارة مؤسسات الرعاية الاجتماعية (٢٦ ص ١٢). هذا إضافة إلى أن الممارسة غير المباشرة تتضمن قيام الأخصائي الاجتماعي بمجموعة من الأدوار

المتعلقة بعمليات المتابعة والرقابة والتوظيف والتنظيم داخل المؤسسة، هذا بجانب قيامه بأدوار مهنية أخرى خارج نطاق المؤسسة أي نحو المجتمع المحلي والمؤسسات المجتمعية الأخرى ذات الصلة بنشاط المؤسسة.

وتعمل الخدمة الاجتماعية على تقويم أساليبها للاستفادة من نتائج التقويم في الوصول إلى نظريات عامة للممارسة وبناء قاعدة علمية خاصة ويرى روزين بلانت A. Rossen Blantt أن هناك خمسة نماذج للعلاقة بين الممارسة المهنية والبحث في الخدمة الاجتماعية وهي:

١ – **الممارسة باعتبارها بحثاً** Practice As Research

ويرى هذا النموذج أن عمليات الخدمة الاجتماعية هي ذاتها عمليات البحث، وأن كل حالة من حالات الممارسة يمكن اعتبارها مشروع بحث للممارس.

٢ – **البحث باعتباره ممارسة** Research As Practice

وفي هذا النموذج يستخدم الممارس أدوات البحث كالقياس والرسوم البيانية في ممارسته، وإذا كان استخدام هذه الأدوات في البحث قد ينجم عنه ردود فعل من المبحوثين تؤثر في موضوعية البحث، وهو أمر يحاول الباحث جاهداً تجنب حدوثه، ومن ثم فإن الممارس يستخدم هذه الأدوات وهو على وعي تام بردود الفعل تلك، بل هو يرمي إلى حدوثها بين العملاء لما تتضمنه من تغييرات مرغوبة فيهم.

٣ – **الممارس باعتباره باحثاً** The Practitioner As Researcher

وفي هذا النموذج يقوم الممارس بإجراء أبحاث محدودة يستفيد هو وزملاؤه من نتائجها في ممارستهم، فالبحث والممارسة عملان مختلفان يجمع بينهما شخص واحد.

٤ – **الممارس المستهلك للبحث** The Practitioner As Research Consumer

وفي هذا النموذج لا يوجد أي تداخل بين البحث والممارسة، بل هما عملان مختلفان يقوم بهما شخصان مختلفان، والممارس هنا يستفيد فقط من نتائج البحوث التي يجريها باحثون آخرون.

٥ – **الباحث المتخصص** The Researcher Specialist

وينشأ وفق هذا التصور تخصص البحث في الخدمة الاجتماعية.

ولقد خرج روزين بلانت باستنتاج أكد فيه أن البحث والممارسة فنان مختلفان، فالممارس ليست لديه الحرية التي للباحث في اختيار المشكلة التي يتعامل معها، إضافة إلى أن الغرض الرئيسي للأخصائي هو مساعدة من هم في حاجة إلى مساعدة (٢٧ ص ص ٥٥٩–٥٦٠).

وتعرف الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها: الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المؤسسة الطبية (وقائية أو علاجية أو إنشائية) يقوم بها أخصائيون اجتماعيون، أُعِدُّوا خصيصاً لهذا العمل، ويعملون من خلال فريق العمل بهذه المؤسسة؛ وذلك بهدف المساعدة الكاملة للفرد، مريضاً أو معرضاً للإصابة بالمرض للاستفادة من كافة الإمكانيات المتاحة في المؤسسة والبيئة الخارجية، وتحسين الظروف البيئية المختلفة، من أجل تحقيق أقصى أداء اجتماعي له (٢٨ ص ٣٠).

فهي تعد إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية، تمارس في المؤسسة الطبية، لمساعدة الفرد أو الجماعة باستغلال إمكانياته وإمكانيات مجتمعه؛ للتغلب على الصعوبات التي تعوق تأديته لوظيفته الاجتماعية، وذلك للاستفادة من العلاج الطبي، ورفع الأداء الاجتماعاي إلى أقصى حد ممكن (٢٩ ص ٢٧).

ويضيف البعض أن الخدمة الاجتماعية الطبية تحاول معرفة ما ينجم من المرض عن مشكلات اجتماعية ومحاولة التغلب عليها سواء كان ذلك في بيئة المريض أو أثناء إقامته بالمستشفى، وهي جهد يبذل إضافة إلى الاستعانة بكافة الإمكانات المتاحة وإمكانات العلاج والغذاء والكساء والخدمات المعاونة (٣٠ ص ٤٦).

ويرى آخرون أن الخدمة الاجتماعية الطبية هي مجموعة المجهودات الاجتماعية الموجهة إلى مساعدة الطبيب في تشخيص بعض الحالات الغامضة وفي رسم خطة علاجية لها، وفي تمكين المرضى من الانتفاع بالعلاج المقدم لهم واسترداد وظائفهم الاجتماعية، وذلك بإزالة العوائق التي تعترض طريق انتفاعهم من الفرص العلاجية المهيأة لهم وتمهيد الظروف للانسجام بعد الشفاء (٣١ ص ٥٩٧).

وفي ضوء التعريفات السابقة فإن الباحث قد وضع التعريف الإجرائي التالي الذي يتفق مع طبيعة وهدف الدراسة:

١ – الخدمة الاجتماعية الطبية هي إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية.

٢ – تمارس في المؤسسات الطبية مثل المستشفيات والمراكز الصحية وغيرها.

٣ – تمارس عن طريق أخصائيين اجتماعيين، تم إعدادهم إعداداً مهنياً للعمل في مجالات الرعاية الاجتماعية بما فيها المجال الطبي.

٤ – تهدف الخدمة الاجتماعية الطبية إلى توفير الفرص الملائمة التي تسمح للمريض بالاستفادة من الخدمات الطبية بصورة فعالة وتهتم بتقديم المساعدة في مشكلات التكيف الاجتماعي، والمشكلات الانفعالية التي تؤثر في تطور المرض وسير العلاج.

٥ – يمارس الأخصائي الاجتماعي دوره داخل النسق الطبي بالتعاون مع الفريق المعالج.

٦ – تعتمد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية داخل النسق الطبي على قيم ومفاهيم ومبادئ ونظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية.

٧ – تستفيد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية من الموارد والإمكانيات الموجودة داخل النسق الطبي وخارجه.

ولقد أصبح للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية أهمية خاصة للإنسان، وتكمن هذه الأهمية في:

١ – تقدم المجتمعات يقاس بمدى صحة أفرادها؛ ولذا توفر المجتمعات الرعاية الصحية لأبنائها، وتعمل على وقايتهم من الإصابة بالأمراض أو العاهات، والخدمة الاجتماعية الطبية تساعد تلك المجتمعات على تحقيق أهدافها.

٢ – أن الوقاية دائماً خير من العلاج، وللخدمة الاجتماعية الطبية دور مهم في عمليات الوقاية عن طريق نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض، وذلك تجنباً للإصابة بالمرض أو انتكاسة أو انتشار العدوى بين أفراد الأسرة، ومن ثم المجتمع.

٣ – أن هناك أمراضاً، لا تستجيب للعلاج الطبي وحده لكونها أمراضاً ذات صبغة اجتماعية، وتلك الأمراض أسباب حدوثها وانتشارها واستفحالها تكمن في الجوانب الاجتماعية والأنماط الثقافية البيئية، ومن هنا تبرز أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية الطبية، للتعامل مع الأسباب لإزالتها، أو التخفيف منها، حتى يأتي العلاج الطبي بثماره المرجوه.

٤ – أن الخدمة الاجتماعية الطبية، تركز على حقيقة مهمة مؤداها، أنه قد تكون الظروف المصاحبة للمرض، أشد خطراً على المريض من مرضه العضوي..

ولذا تبدو أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية الطبية لتصفية تلك الظروف؛ حتى يتمكن المريض من الشفاء، وأن يستعيد أداؤه الاجتماعي بأسرع وقت ممكن.

٥ – أن المرض ليس مشكلة المريض وحده، بل تمتد آثاره ومشاكله إلى الأُسْرَة بل وإلى المجتمع، ولذا تمتد جهود الخدمة الاجتماعية الطبية إلى أسرة المريض، والمجتمع أيضا لإزالة تكل الآثار والمشكلات.

٦ – تعمل الخدمة الاجتماعية على تحقيق أهداف المؤسسة، أَلَا وهي استفادة المريض من العلاج إلى أقصى حد ممكن، وذلك بتذليل العقبات التي تحول دون استفادة المريض من الخدمة الطبية، وتهيئ أنسب الظروف للخدمات الطبية لتحقيق فاعلية أفضل.

٧ – تهدف الخدمة الاجتماعية الطبية إلى ربط المؤسسة الطبية بالمجتمع الخارجي ومؤسساته، وذلك للاستفادة من إمكانياتها، وخدماتها، في استكمال خطة العلاج، سواء كانت طبية أو اجتماعية (٣٢ ص ص ٣٩–٤١).

المهارات التي تعتمد عليها الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية:

يرى البعض أن الأخصائي الاجتماعي يجب أن يتقن المهارات الضرورية لأداء عمله مثل المهارة في تقدير المشاعر، المهارة في مساعدة العملاء على حسن التعبير عن مشاعرهم، والمهارة في استخدام الموارد، إلى جانب المهارة في إقامة علاقة مهنية ناجحة مع العملاء بما تتضمنه من عناصر مختلفة كتقدير العميل واحترامه وعدم التحيز ضده أو معه والقدرة على اكتساب ثقته (٣٣ ص ٣٩٩).

ويلاحظ أن هذه المهارات تركز على ممارسة الأخصائي لطريقة خدمة الفرد باعتبارها طريقة يساعد بها الفرد أو الأفراد على أساس فردي لمواجهة مشكلاته الشخصية والاجتماعية، سواء منها ما يتعلق بمشكلات استعادة توافقه مع البيئة أو تزويده بالموارد البيئية غير المتاحة أو تيسير حصوله عليها (٣٤ ص ٥٧).

بينما حدد «جوزيف أندرسون» المهارات التي يجب أن يكتسبها الأخصائي عندما يعمل مع الجماعات في: المهارة في تكوين العلاقة المهنية مع الجماعة، المهارة في وضع وتصميم البرامج، المهارة في ملاحظة وتحليل السلوك اللفظي وغير اللفظي، المهارة في قيادة المناقشة الجماعية، المهارة في استخدام العلاقات الجماعية، المهارة في مساعدة الجماعة على استخدام البرنامج، المهارة في التقويم، المهارة في استخدام

إمكانيات وموارد المؤسسة والمجتمع، وذلك على اعتبار أن الأخصائي الاجتماعي يستخدم طريقة خدمة الجماعة كأداة لتحقيق أهدافها، ومن خلالها يساعد الأخصائي الأعضاء على التكيف الاجتماعي وتنمية شخصياتهم ومساعدتهم في عملية تنظيم الجماعة. (٣٥ ص ٥).

وتحدد وجهة نظر أخرى تلك المهارات في اكتشاف تحديد المشكلات وتحديد الأهداف، تحديد البدائل المتاحة واختيار البديل الأمثل، تنفيذ البديل المختار وأخيراً تقييم النتائج (٣٦ ص ٤٢)؛ وذلك ارتباطاً بالتخطيط الاجتماعي في الخدمات الاجتماعية والذي يُعْرَف بأنه عملية إعداد مجموعة من قرارات العمل في المستقبل موجهة لتحقيق الأهداف بأفضل الأساليب الممكنة (٣٧ ص ١٢).

علاقة قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بأعضاء الفريق العلاجي:

لا تقف علاقة الخدمة الاجتماعية الطبية عند حد العلاقة مع المريض، بل تتعدى ذلك إلى العلاقة بأعضاء الفريق العلاجي وبخاصة – الطبيب والممرضة – حيث إن الأطباء ظلوا عبر السنين الطويلة يمثلون الطرف الوحيد الذي يلجأ إليه المريض لحل مشكلاته، إضافة إلى أن الخدمة الاجتماعية الطبية كمهنة حديثة تعد حجر الزاوية في نجاحها اعتراف الأطباء بأهمية الخدمة الاجتماعية وقدرتها على معاونة المرضى وإسداء العون لهم.

كما أن المفهوم الكُلِّي للإنسان الذي يقوم على ضرورة النظرية الكلية للإنسان كجسم ونفس وبيئة أدت إلى ضرورة اشتراك أكثر من تخصص واحد في العملية العلاجية بحيث تنصهر هذه التخصصات في وحدة واحدة تنتهي باتخاذ قرارات موحدة بشأن هذه الموضوعات التي يتفق عليها الجميع، وهذا ما يطلق عليه العمل الفريقي، والذي يتم داخل المؤسسة العلاجية بين الطبيب والأخصائي الاجتماعي وهيئة التمريض وغيرهم من التخصصات التي تدخل في العملية العلاجية.

وأهمية العمل الفريقي أنه يضم فريقا متنوعا من حيث التخصصات، وبالتالي يعمل كل عضو من الفريق من خلال إطار مرجعي للمعلومات يختلف عن الآخر – لكنْ بلقاء أعضاء الفريق في صورة لقاء مشترك لمناقشة حالة المرضى أو حالة مريض معين ورسم أفضل الخطط للتعامل معه – حيث يحيط الطبيب أعضاء الفريق علما بحقيقة المرض وخطة العلاج، ويدلي الأخصائي الاجتماعي بصورة

عن حياة المريض وظروف البيئة الاجتماعية وتاثيرها وما بها من عوامل معوقة للعلاج كما تساهم هيئة التمريض في المشاركة بالرأي في تنفيذ خطة العلاج وأحياناً ملاحظة سلوك المرضى.

ويسير العمل الفريقي على أسس رئيسية هي:

– إدراك كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي لوظيفته وتخصصه إدراكاً واضحاً.

– احترام كل عضو لعمل وتخصص كل من الأعضاء الآخرين.

– إدراك كل عضو لكيفية الاستفادة من الأعضاء الآخرين.

– إتاحة الفرصة لكل عضو لإبداء رأية وتوضيح دوره في كل حالة فردية.

– أن تسود بين أعضاء الفريق علاقة تعاون وتفاهم وثقة مبنية على الاحترام المتبادل (٣٨ ص ص ١٣٩–١٤٠).

أنشطة الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بوحدات الرعاية الصحية:

تعد خدمة الفرد هي أكثر الطرق استخداماً في المجال الطبي، غير أن هناك حالات تستخدم فيها طريقة العمل مع الجماعات وخاصة في حالات العلاج الجماعي في وحدات علاج الإدمان من المخدرات ومستشفيات الأمراض النفسية والعقلية،كما تستخدم طريقة تنظيم المجتمع مع الأجهزة واللجان داخل المستشفى والمؤسسات المجتمعية التي لها علاقة بالمستشفى، ومن هنا يمكن إيجاز أهم أنشطة ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي فيما يلي:

١ – الاهتمام بنظام استقبال المرضى ودخولهم المستشفى، ورعايتهم خلال تواجدهم به وإعدادهم وأُسَرَهم لمرحلة مغادرة المستشفى وعودتهم إلى حياتهم الطبيعية، وما قد يستدعيه الأمر من مراجعة المستشفى أثناء النقاهة.

٢ – البحث الاجتماعي للمريض وأُسْرَتِه وتشخيص المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يعاني منها كلاهما.

٣ – التعاون مع الطبيب البشري لوضع خطة العلاج الاجتماعي ومع الطبيب النفسي عند الحاجة، وذلك بهدف وضع خطة العلاج المتكاملة بحيث يتمشى العلاج الطبي جنباً إلى جنب مع العلاج الاجتماعي والنفسي، وبذلك تتم مواجهة كافة مسببات المرض ومعوقات الشفاء.

٤ – متابعة الخطوات اللازمة لتنفيذ خطة العلاج المتكامل وإزالة مخاوف المريض وتخفيف حالات التوتر والقلق لديه ولدى أُسْرَتِه والتشاور مع الطبيب البشري حول ظروف المريض وتوعية المرضى وذويهم إلى إرشادات الطبيب، وذلك حتى تتحقق أهداف الخطة العلاجية.

٥ – التعامل مع المريض وأسرته حتى يتمكن أفراد الأسرة من الإسهام في خطة رعاية المريض بما يحقق سرعة الشفاء، ويكفل تهيئة المناخ المناسب في البيت والأُسْرَة لاستقبال المريض ورعايته بعد خروجه من المستشفى (٣٩ ص ص ٢٩٦–٢٩٨).

٦ – ملاحظة المشكلات السلوكية للمريض داخل المستشفى، وبخاصة آثار الأمية وانخفاض الوعي الصحي والآثار النفسية لبعض الأمراض، وبخاصة الأمراض البالغة الخطورة.

٧ – التعامل مع كافة مصادر الخدمات داخل المستشفى وخارجها حتى يتمكن المريض من الحصول على احتياجاته الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والقضاء على المعوقات، وكذلك وقاية الإنسان من مسببات المرض من خلال نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية بين المواطنين والعمل على تحسين المستوى الصحي للإنسان (٤٠ ص ٦٢).

٨ – يقوم الأخصائي الاجتماعي بربط الفريق العلاجي بالواقع المجتمعي وأهدافه من خلال تعاملاته معهم (٤١ ص ٥٤).

وإضافة إلى الأنشطة السابقة فإن الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي يقوم بدور الباحث: حيث يقوم بإجراء البحوث الاجتماعية التي تفيده في عمله المهني، وبالتالي تفيد الواقع المهني، فنجد أن من هذه البحوث ما يتعلق بالمؤسسة الطبية نفسها، ومنها ما يتعلق بالواقع المجتمعي، ومنها ما يتعلق بالواقع المهني وما تم استحداثه من معارف ومهارات في المجال الطبي.

كما يقوم الأخصائي الاجتماعي بتدريب طلاب الخدمة الاجتماعية وطالباتها بالمجال الطبي؛ وذلك لإكسابهم خبرات ومهارات مهنية في المجال (٤٢ ص ٣٣٧).

معوقات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية:

تتعدد المشكلات التي يتعامل معها الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، فمنها المشكلات الاجتماعية مثل الفقر، مشكلات المداومة على العلاج، مشكلات رفض العلاج نتيجة لأسباب اجتماعية نفسية، مشكلات الجراحة والخوف من المخدر، أو أثر العضو المراد بتره على الشخصية (٤٣ ص ٤٣٢).

فالممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية تواجه مجموعة من المعوقات، التي تؤثر سلباً على دور الأخصائي الاجتماعي، وتحول دون تحقيق أهداف الممارسة المهنية.

ويقصد بكلمة معوقات في اللغة عقبة، عائقاً، حائلاً (٤٤ ص ٢٦٦). ويعرف «ويبستر» المعوقات بأنها العثرات والأشياء التي تقف وتحول دون التقدم (٤٥ ص ٤١٥)، بينما يعرفها «أكسفورد» أنها الشيء الذي يعوق التقدم في السير سواء ذلك بعوائق طبيعية أو مصطنعة، ويؤدي ذلك إلى التعثر في اختيار المواقف (٤٦ ص ٧٠١)، ويعرف «ماكس سبيورين» المعوقات على أنها مشكلة أو أشياء ضارة وظيفياً أو بنائياً تقف حائلاً أمام إشباع الاحتياجات (٤٧ ص ٥٧).

وتستخدم كلمة معوقات في هذه الدراسة لتشير إلى الصعوبات التي تواجه الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين، وتعوقهم عن أداء أدوارهم، وهي قد تتعلق بالمرضى أو العلاقة بالتخصصات المهنية الأخرى بالمستشفى أو تتعلق بالإدارة أو بالمجتمع أو تتعلق بالإعداد المهني للأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم.

جـ – النظرية التي تعتمد عليها الدراسة:

تستند هذه الدراسة على نظرية الدور كمنطلق نظري حيث يقصد بالدور بصفة عامة وظيفة الفرد في الجماعة أو الدور الذي يلعبه الفرد في جماعة أو موقف اجتماعي (٤٨ ص ٦٩).

أو يعرف بأنه جملة الأفعال والواجبات التي يتوقعها المجتمع من هيئاته وأفراده ممن يشغلون أوضاعاً اجتماعية معينة في مواقف معينة (٤٩ ص ٩١).

ويقصد بالدور المهني «مجموعة المسؤوليات المهنية التي تحدد للأخصائي الاجتماعي القيام بها أثناء ممارسته للعمل على أن يلتزم بمجموعة من الأسس والمبادئ التي استقرت في وحدات الخدمة الاجتماعية (٥٠ ص ٤).

وبالتالي فإن استخدام نظرية الدور سوف يساهم في شرح وتفسير نتائج الممارسات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في وحدات الرعاية الصحية بمنطقة الصباح الطبية التخصصية (٥١ ص ٥٠).

فالدور يشير إلى النمط السلوكي الذي تتوقعه الجماعة وتطلبه من فرد ذي مركز معين فيها، بحيث يميز هذا السلوك الفردي عن غيره ممن يشغلون مراكز أخرى (٥٢ ص ٦٢).

بينما يرى البعض أن الدور يعد نموذجاً يتركز حول بعض الحقوق والواجبات، ويرتبط بوضع محدد داخل جماعة أو موقف اجتماعي معين، ويتحدد دور الشخص في أي موقف عن طريق مجموعة توقعات يعتنقها الآخرون كما يعتنقها الشخص نفسه (٥٣ ص ٣٩).

وترتبط المعوقات التي تحول دون قيام الفرد بأداء الأدوار المطلوبة منه بمجموعة من المتغيرات المتعلقة بالفرد نفسه والمهنة ومؤسسة العمل والعلاقات مع المحيطين به. (٥٤ ص: ١٣).

ويقصد الباحث بالدور المهني في هذه الدراسة مجموعة الانشطة والمسؤوليات المهنية، التي تشكل السلوك المهني للأخصائي الاجتماعي أثناء ممارسته للعمل بالوحدات الصحية، وتستند هذه الأنشطة على مجموعة من القيم والمبادئ المرتبطة بالمهنة من ناحية ومجال الممارسة والمجتمع من ناحية أخرى.

سادساً: الإطار المنهجي للدراسة:

من أهم متطلبات البحث العلمي تكامل الإطار المنهجي وملاءمته لموضوع البحث ومشكلته، فالبحث العلمي ما هو إلا بناء منظم، يضم مجموعة من الاتجاهات التي توجه مسلك الباحث في دراسة ظواهر المجتمع، ومن العرض السابق يتضح أن موضوع هذه الدراسة تغلب عليه صفة التحديد إذ إن الهدف الأساسي للبحث هو دراسة وتحديد الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية، وبالتالي يتضمن الإطار المنهجي لهذه الدراسة الخطوات التالية:

أ – نوع الدراسة:

دراسة وصفية تحليلية لدراسة المعوقات والصعوبات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات الطبية والتعرف على أسبابها وكيفية التغلب عليها،وينبغي في هذا الصدد أن نؤكد حقيقة مهمة مؤداها أن البحوث الوصفية التحليلية ذات أهمية بالغة في مجال العلوم الاجتماعية بصفة خاصة (٥٥ ص ٨٠)،كما تبدو الحاجة ماسّة إلى هذا النوع من البحوث الوصفية في المجتمعات النامية بصفة عامة، وفي مجتمعنا الكويتي بصفة خاصة وذلك لإلقاء مزيد من الضوء على الموضوعات التي نهتم بدراستها وتحليلها (٥٦ ص ٣٠٧) فالبحوث الوصفية من أكثر البحوث ملاءمة للواقع الاجتماعي.

ب – المنهج المستخدم:

أن المنهج المستخدم للبحث يجب أن يرتبط ارتباطاً وثيقاً بموضوع وأهداف البحث، ويساعد الباحث في دراسة المشكلة واكتشاف الحقيقة (٥٧ ص ٧٧)، وقد استخدمت هذه الدراسة منهج المسح الاجتماعي بطريقتي العينة والحصر الشامل، باعتباره أحد المناهج الرئيسية التي تستخدم في البحوث الوصفية، كما أنه يسمح باستخدام كثير من أدوات البحث إلى جانب إتاحة الفرصة لجمع بيانات عن المتغيرات المختلفة المتصلة بموضوع الدراسة.

جـ – أدوات جمع البيانات:

استخدمت الدراسة أداتين رئيسيتين هما:

١ – استمارة استبيان للأخصائيين الاجتماعيين:

تأسيساً على المقابلات التمهيدية التي قام بها الباحث مع الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء بالمؤسسات الطبية المختارة وكذلك من خلال الإطلاع على البحوث والدراسات السابقة والمراجع النظرية في موضوع البحث، الأمر الذي ساعد الباحث في تكوين الخلفية اللازمة لدراسة الموضوع، ومن ثم مساعدته في تصميم استمارة الاستبيان لجمع البيانات من مجتمع الدراسة، وقد راعى الباحث في تصميمه القواعد المنهجية المتفق عليها في هذا الشأن (٥٨ ص ص ٣٤٩–٣٦٢).

وقد اشتمل الاستبيان على (٧) محاور أساسية وهي:

أ – البيانات الأولية.
ب – الدور الذي يقوم به الأخصائيون الاجتماعيون في وحدات الرعاية الصحية.
جـ – العلاقة بين الأخصائيين الاجتماعيين وأعضاء الفريق العلاجي.
د – العلاقة بين الأخصائيين الاجتماعيين والإدارة.
هـ – الاتصال بين مكتب الخدمة الاجتماعية الطبية والمؤسسات المجتمعية.
و – المعوقات التي تواجه عمل الأخصائيين الاجتماعيين في وحدات الرعاية الصحية.
ز – المقترحات.

٢ – استمارة استبيان التخصصات المهنية (للأطباء والأخصائيين النفسيين):

ويلاحظ أن الباحث قد قام بضم فئة الأطباء وفئة الأخصائيين النفسيين في فئة واحدة، أطلق عليها مسمى التخصصات المهنية التي يتعامل معها الأخصائي الاجتماعي، وترجع مبررات هذا الضم إلى أن طبيعة الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية تستند على مفاهيم متعددة، من بينها مفهوم العمل الفريقي الذي يقوم على أسس معينة مثل الاحترام المتبادل، التعاون في تبادل المعلومات حول الحالة وفقاً لتخصص كل عضو من أعضاء الفريق، عدم التمييز بين أعضاء الفريق، اشتراك الجميع في اتخاذ القرارات المتعلقة برسم خطة العلاج، كما ترجع مبررات الضم إلى سعي الباحث لتجنب تكرار البيانات والمعلومات التي يحصل عليها من أعضاء الفريق العلاجي.

وقد اشتملت هذه الاستمارة على (٦) محاور أساسية وهي:

أ – البيانات الأولية.
ب – تعاون التخصصات المهنية مع الأخصائي الاجتماعي.
جـ – رأي الأطباء والأخصائيين النفسيين في مدى مساهمة الخدمة الاجتماعية في تحقيق أهداف وحدات الرعاية الصحية.
د – الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي من وجهة نظر التخصصات المهنية.
هـ – الصعوبات التي تواجه دور الأخصائي الاجتماعي.
و – المقترحات.

صدق وثبات أدوات جمع البيانات:

وقد تم اختبار صدق محتوى استمارة الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات واستمارة الأطباء والأخصائيين النفسيين، وذلك بعرضهما على عدد (١٢) من المحكمين من أساتذة جامعة الكويت، وقد تم تعديل صياغة عبارات بعض الأسئلة وإلغاء وإضافة بعض العبارات في الأسئلة الأخرى، وقد وصلت نسبة اتفاق المحكمين على الاستمارة الأولى إلى ٨٢٪ بينما وصلت في الاستمارة الثانية إلى ٨٠٪، كما تم حساب معامل الثبات للاستمارتين باستخدام طريقة إعادة الاختبار على عينة من مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات بالنسبة للاستمارة الأولى وعينة من الأطباء والأخصائيين النفسيين بالنسبة للاستمارة الثانية، وكان الفرق بين التطبيقين أسبوعين، وقد استخدم الباحث معادلة «جتمان»، وقد أثبت التطبيق أن معامل الثبات للاستمارة الأولى قد وصل إلى ٠,٨٩، وقد تم حساب معامل الصدق بحساب الجذر التربيعي، حيث تبين أنه = $\sqrt{٠,٨٩}$ = ٠,٩٤، كما وصل معامل الثبات بالنسبة للاستمارة الثانية إلى ٠,٨٧، وقد تم حساب معامل الصدق بحساب الجذر التربيعي أيضا حيث تبين أنه = $\sqrt{٠,٨٧}$ = ٠,٩٣، وبذلك يكون معاملا الثبات والصدق للاستثمارتين مقبولين، بمعنى أن الاستمارتين على درجة عالية من الصدق والثبات، ويمكن الاعتماد عليهما في جمع البيانات من مفردات مجتمع البحث.

د – مجالات الدراسة:

١ – المجال المكاني:

أجريت الدراسة على المستشفيات والمراكز الصحية بمنطقة الصباح الطبية التخصصية بدولة الكويت.

٢ – المجال البشري:

تضمن المجال البشري للدراسة الفئات التالية:

أ – مسح شامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفيات والمراكز الصحية بمنطقة الصباح الطبية التخصصية إضافة إلى الأخصائيين الاجتماعيين بإدارة الخدمة الاجتماعية الطبية بوزارة الصحة وقد بلغ عددهم (٤٤) مفردة.

ب – عينة عمدية من الأطباء والأخصائيين النفسيين الذين يعملون بالمؤسسات المختارة، وقد تم اختيار (٤) من الأطباء وأخصائي نفسي واحد من كل مستشفى أو مركز صحي، وقد بلغ عددهم (٤٥) مفردة.

والجدول التالي رقم (٣) يوضح حجم مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء والأخصائيين النفسيين.

م	المستشفيات والمراكز الصحية	عدد مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين	عدد الأطباء	عدد الأخصائيين النفسيين
١	مستشفى الصباح	٤	٣	١
٢	مستشفى ابن سينا	٤	٣	١
٣	مستشفى الولادة وأمراض النساء	٥	٣	١
٤	مستشفى الرازي للعظام	٤	٣	١
٥	مستشفى الطب النفسي	١٢	٣	١
٦	مستشفى الأمراض الصدرية	٢	٣	١
٧	مستشفى الأمراض السارية	١	٣	١
٨	مستشفى الطب الطبيعي والتأهيل الصحي	٣	٣	١
٩	مركز الكويت لمكافحة السرطان	٤	٣	١
١٠	مركز الكويت لأمراض الحساسية	١	٣	١
١١	مركز الطب الإسلامي	١	٣	١
١٢	إدارة الخدمة الاجتماعية الطبية بوزارة الصحة	٣	–	١
	المجموع	٤٤	٣٣	١٢

وترجع مبررات اختيار العينة العمدية لما يلي:

١ – نظراً لكبر عدد الأطباء والأخصائيين النفسيين بالمستشفيات والمراكز الصحية المذكورة، فإن الباحث قد اكتفى باختيار ثلاثة من الأطباء وأخصائي نفسي واحد من كل مستشفى أو مركز صحي.

٢ – اعتمد الاختيار العمدي على الأطباء والأخصائيين النفسيين الذين سبق لهم التعامل مع الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات، وقد بلغت نسبة عينة الأطباء ٧٣,٣٣٪ من إجمالي حجم العينة العمدية، بينما بلغت نسبة عينة الأخصائيين النفسيين ٢٦,٦٧٪ من الحجم الكلي للعينة العمدية.

خصائص المجال البشري للدراسة:

أ – خصائص مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات.

ويمكن توضيح هذه الخصائص من خلال الجداول التالية:

جدول رقم (٤)
يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات حسب النوع

النوع	العدد	النسبة
١ – ذكر	١٢	٪٢٧,٣
٢ – أنثى	٣٢	٪٧٢,٧
المجموع	٤٤	٪١٠٠

جدول رقم (٥)
يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات حسب السن

فئات السن	العدد	النسبة
١ – أقل من ٢٥ سنة	٤	٪٩,١
٢ – ٢٥ – أقل من ٣٥ سنة	٩	٪٢٠,٤
٣ – ٣٥ – أقل من ٤٥ سنة	١٨	٪٤١,٠
٤ – من ٤٥ سنة فأكثر	١٣	٪٢٩,٥
المجموع	٤٤	٪١٠٠

جدول رقم (٦)
يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات حسب الجنسية

الجنسية	العدد	النسبة
١ – كويتي	٢٧	٪٦١,٤
٢ – غير كويتي	١٧	٪٣٨,٦
المجموع	٤٤	٪١٠٠

جدول رقم (٧)
يوضح الحالة الاجتماعية للأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة
١ – أعزب	٨	٪١٨,٢
٢ – متزوج	٣٣	٪٧٥,٠
٣ – مطلق	١	٪٢,٣
٤ – أرمل	٢	٪٤,٥
المجموع	٤٤	٪١٠٠

جدول رقم (٨)
يوضح نوع المؤهل للأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الإجتماعيات

نوع المؤهل	العدد	النسبة
١ – بكالوريوس خدمة اجتماعية	١٣	٪٢٩,٥
٢ – ليسانس آداب/خدمة اجتماعية	٢٢	٪٥٠,٠
٣ – ليسانس آداب قسم اجتماع	٥	٪١١,٤
٤ – دبلوم دراسات عليا في المجال الطبي	٣	٪٦,٨
٥ – ماجستير خدمة اجتماعية	١	٪٢,٣
المجموع	٤٤	٪١٠٠

جدول رقم (٩)
يوضح مدة العمل للأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات

مدة العمل	العدد	النسبة
١ – أقل من ٥ سنوات	٦	٪١٣,٦
٢ – ٥ – أقل من ١٠ سنوات	١٢	٪٢٧,٣
٣ – ١٠ – أقل من ١٥ سنة	١٦	٪٣٦,٤
٤ – ١٥ سنة فأكثر	١٠	٪٢٢,٧
المجموع	٤٤	٪١٠٠

ب – خصائص مفردات مجتمع البحث من الأطباء والأخصائيين النفسيين.

ويمكن توضيح هذه الخصائص من خلال الجداول التالية:

جدول رقم (١٠)
يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من الأطباء والأخصائيين النفسيين حسب النوع

النوع	العدد	النسبة
١ – ذكر	٢٦	٪٥٧,٨
٢ – أنثى	١٩	٪٤٢,٢
المجموع	٤٥	٪١٠٠

جدول رقم (١١)
يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من الأطباء والأخصائيين النفسيين حسب السن

فئات السن	العدد	النسبة
١ – أقل من ٢٥ سنة	٧	٪١٥,٥
٢ – ٢٥ – أقل من ٣٥ سنة	١٢	٪٢٦,٧
٣ – ٣٥ – أقل من ٤٥ سنة	١٧	٪٣٧,٨
٤ – ٤٥ سنة فأكثر	٩	٪٢٠,٠
المجموع	٤٥	٪١٠٠

جدول رقم (١٢)
يوضح جنسية مفردات مجتمع البحث
من الأطباء والأخصائيين النفسيين

الجنسية	العدد	النسبة
١ – كويتي	١٦	٪٣٥,٦
٢ – غير كويتي	٢٩	٪٦٤,٤
المجموع	٤٥	٪١٠٠

جدول رقم (١٣)
يوضح مدة العمل لمفردات مجتمع البحث من الأطباء
والأخصائيين النفسيين

مدة العمل	العدد	النسبة
١ – أقل من ٥ سنوات	٧	٪١٥,٦
٢ – ٥ – أقل من ١٠ سنوات	١٣	٪٢٨,٩
٣ – ١٠ – أقل من ١٥ سنة	١٥	٪٣٣,٣
٤ – ١٥ سنة فأكثر	١٠	٪٢٢,٢
المجموع	٤٥	٪١٠٠

جدول رقم (١٤)
يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من الأطباء
والأخصائيين النفسيين حسب التخصص المهني

المهنة	العدد	النسبة
١ – طبيب أمراض باطنة	١٠	٪٢٢,٢
٢ – طبيب عظام	٧	٪١٥,٦
٣ – طبيب أنف وأذن وحنجرة	٧	٪١٥,٦
٤ – طبيب أمراض نساء	٥	٪١١,٠
٥ – طبيب جراحة	٤	٪٨,٩
٦ – أخصائي نفسي	١٢	٪٢٦,٧
المجموع	٤٥	٪١٠٠

جـ – المجال الزمني:

أجريت الدراسة في الفترة من ١٥/٢/٩٩ وحتى ١/٤/١٩٩٩م.

سابعاً: نتائج الدراسة الميدانية:

أ – النتائج المتعلقة بالأخصائيين الاجتماعيين:

جدول رقم (١٥)
يوضح مدى مساهمة الخدمة الاجتماعية
في تحقيق أهداف الرعاية الصحية

مدى مساهمة الخدمة الاجتماعية	العدد	النسبة
١ – تساهم بدرجة كبيرة	٢١	٤٧,٧٪
٢ – تساهم بدرجة متوسطة	١٥	٣٤,١٪
٣ – تساهم بدرجة ضعيفة	٨	١٨,٢٪
المجموع	٤٤	١٠٠٪

التحليل:

يتضح من بيانات الجدول أن أكثر من ثلاثة أرباع مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات بنسبة ٨١,٨٪ يرون أن الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية تساهم في تحقيق الأهداف المطلوبة منها في وحدات الرعاية الصحية سواء بدرجة كبيرة أو متوسطة، وتتركز أهدافها الرئيسية في تقديم المساعدة لإتمام عملية الشفاء بالنسبة للمرضى والتدخل لإزالة الأسباب التي تحول دون ذلك من خلال العمل مع الفريق العلاجي الممارس بالوحدات الصحية، وتتركز مساهمة الخدمة الاجتماعية في العمل مع ثلاث دوائر رئيسية أولها العمل مع المرضى وثانيهما العمل مع التخصصات المهنية الممثلين للفريق العلاجي وثالثهما العمل مع البيئة الخارجية للوحدات الصحية من خلال الاتصال بالأسرة والهيئات والمؤسسات المختلفة بهدف توفير الموارد والإمكانيات اللازمة للمساعدة في تيسير سير العلاج للمرضى بما يتفق مع سياسة التكافل الاجتماعي التي يلتزم بها المجتمع الكويتي.

بينما ترى نسبة قليلة تقدر بـ ١٨,٢٪ من مفردات مجتمع البحث أن مساهمة الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية تعد ضعيفة، وقد يرجع ذلك لعوامل مختلفة يتعلق بعضها بالمرضى والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع، ويتعلق البعض الآخر بعلاقة الأخصائيين الاجتماعيين بأعضاء الفريق العلاجي والإدارة، وقد يرجع ذلك إلى محدودية الموارد والإمكانيات المتاحة، كما قد ترجع إلى الأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم، وهو ما سوف يتم توضيحه في الجداول التالية.

جدول رقم (١٦)
يوضح الأدوار – الأنشطة – التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون في وحدات الرعاية الصحية

الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١ – متابعة حالة بعض المرضى بعد خروجهم من المستشفى	٢٢	١٠	١٣	٩٨	٢,٢٣	٩
٢ – إقناع المريض بتقبل تعليمات الطبيب	١٣	١٦	١٥	٨٦	١,٩٥	١٥
٣ – تنظيم برامج وأنشطة ترفيهية للمرضى (حفلات، رحلات، المخيم)	٣٤	٦	٤	١١٨	٢,٦٨	٢
٤ – القيام بزيارات إلى مؤسسات مختلفة لصالح المرضى	٢٠	١١	١٣	٩٥	٢,١٦	١٠
٥ – إجراء بحث حالة للمرضى غير القادرين على صرف علاج أو إجراء عمليات جراحية.	٣٢	٧	٥	١١٥	٢,٦١	٣
٦ – مساعدة المرضى في الحصول على مستحقاتهم من أرباب العمل	١٩	١٢	١٣	٩٤	٢,١٤	١١
٧ – المشاركة في حل المشكلات الأسرية ومشكلات العمل للمرضى.	١٧	١٣	١٤	٩١	٢,٠٧	١٢

تابع / جدول رقم (١٦)
يوضح الأدوار – الأنشطة – التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون في وحدات الرعاية الصحية

الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
٨ – مساعدة الأطباء في التعرف على ظروف المريض الاجتماعية.	٢٦	٩	٩	١٠٥	٢,٣٩	٧
٩ – تدريب طلبة قسم الخدمة الاجتماعية وطالبتها – جامعة الكويت.	٣٠	٨	٦	١٢٢	٢,٥٥	٤
١٠ – دراسة العوامل المؤدية إلى انتكاس المريض ورفضه العلاج.	١٤	١٥	١٥	٨٧	١,٩٨	١٤
١١ – الاهتمام بدراسة المشكلات التي تواجه العاملين بالمستشفى.	١٢	١٧	١٥	٨٥	١,٩٣	١٦
١٢ – القيام بزيارات منزلية للمرضى في الحالات الضرورية والإنسانية.	١٥	١٥	١٤	٨٩	٢,٠٢	١٣
١٣ – دراسة المشكلات الفردية للمرضى وتشخيصها.	٣٦	٥	٣	١٢١	٢,٧٥	١
١٤ – تشجيع جماعات المرضى على المشاركة في الأنشطة الجماعية.	٢٩	٨	٧	١١٠	٢,٥٠	٥
١٥ – تشجيع الأطباء على المشاركة في الأنشطة الجماعية.	٢٤	٩	١١	١٠١	٢,٣٠	٨
١٦ – الاتصال والتعاون مع أفراد الفريق العلاجي بالمستشفى.	٢٨	٨	٨	١٠٨	٢,٤٥	٦
المجموع	٣٧١	١٦٩	١٦٤	١٦١٥		

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق الأدوار والأنشطة التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون في وحدات الرعاية الصحية، مرتبة حسب أهميتها طبقاً للمتوسط المرجح الذي حصلت عليه على النحو التالي:

١ – دراسة وتشخيص المشكلات الفردية للمرضى للتعرف على أسبابها، سواء كانت راجعة لشخصية المريض وأسرته أو راجعة لمؤسسات العمل، الأمر الذي يساهم في سرعة إتمام الشفاء. (وقد حصل هذا الدور على الترتيب الأول بمتوسط مرجح ٢,٧٥).

٢ – تنظيم برامج وأنشطة ترفيهية للمرضى سواء حفلات أو رحلات أو المخيم الرمضاني، وهذه الأنشطة تساهم في تدعيم العلاقات وعلاج الشعور بالوحدة والاغتراب، الذي يلازم بعض المرضى مما يكون له تأثير سلبي على قابلية المريض للعلاج. (الترتيب الثاني بمتوسط مرجح ٢,٦٨).

٣ – إجراء بحث حالة للمرضى الفقراء للتعرف على أوضاعهم الاقتصادية والأسرية بما يساهم في اتخاذ القرار المناسب بتقديم المساعدات المالية لهم وإعفائهم من تكاليف إجراء العمليات الجراحية وتقديم العلاج المجاني لهم. (الترتيب الثالث بمتوسط مرجح ٢,٦١).

٤ – قيام الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات بالإشراف على التدريب الميداني لطلاب وطالبات قسم الخدمة الاجتماعية – جامعة الكويت، حيث يساهمون في إكساب الطلاب خبرات ومهارات الممارسة من خلال التوجيه المستمر لهم وتوفير الفرص أمامهم للتدريب على إجراء المقابلات الفردية مع المرضى وكذلك تنظيم البرامج والأنشطة الجماعية، بجانب مساعدتهم على القيام بالتسجيل المهني لمختلف الأنشطة التي يقومون بها، علماً بأن هذا الإشراف يتم بالتعاون والتنسيق مع مشرف في قسم الخدمة الاجتماعية – جامعة الكويت. (الترتيب الرابع بمتوسط مرجح ٢,٥٥).

٥ – تشجيع جماعات المرضى على المشاركة في الأنشطة الجماعية، وبصفة خاصة المرضى الذين يستمرون بالمستشفى لفترات زمنية طويلة، وكذلك المرضى الذين يعانون من إهمال وترك الأسرة لهم حيث أثبتت البحوث والدراسات أن توفير الفرص لمثل هؤلاء المرضى للمشاركة في الأنشطة الجماعية له تأثير كبير في تقدم وسرعة العلاج. (الترتيب الخامس بمتوسط مرجح ٢,٥٠).

٦ – الاتصال والتعاون مع أعضاء الفريق العلاجي – الأطباء والأخصائيين النفسيين، هيئة التمريض – بوحدات الرعاية الصحية الأمر الذي يُمَكِّنُ الأخصائيين الاجتماعيين من تقديم المساعدة للمرضى وبالتالي سرعة استجابتهم للعلاج واستمرارهم فيه. (الترتيب السادس بمتوسط مرجح ٢,٤٥).

٧ – قيام الأخصائيين الاجتماعيين بمساعدة الأطباء في التعرف على الظروف الاجتماعية لبعض المرضى، الأمر الذي يساعدهم في كيفية التعامل مع المريض من ناحية وتقبل المريض نفسه للعلاج من ناحية أخرى. (الترتيب السابع بمتوسط ٢,٣٩).

٨ – يهتم الأخصائيون الاجتماعيون بتشجيع الأطباء على المشاركة في الأنشطة الجماعية، التي يتم إعدادها وتنظيمها داخل نسق المستشفى مثل الحفلات والرحلات وغيرها مما يكون له تأثير إيجابي على المناخ الاجتماعي الذي يسود بين فئات العاملين من ناحية وبينهم وبين المرضى من ناحية أخرى. (الترتيب الثامن بمتوسط مرجح ٢,٣٠).

٩ – متابعة حالة بعض المرضى بعد خروجهم من المستشفى وبصفة خاصة في حالة الأمراض النفسية وحالة المعاقين وذلك للتعرف على درجة استمرارهم في تلقي العلاج وتهيئة الأُسْرَة لاستقبال المريض وتوعيتها بكيفية التعامل معه ومتابعة انتظامه في تناول العلاج. (الترتيب التاسع بمتوسط مرجح ٢,٢٣).

١٠ – قيام الأخصائيين الاجتماعيين بالاتصال بالمؤسسات المجتمعية المختلفة سواء بالزيارات أو المراسلات أو التليفونات بهدف توفير الموارد والإمكانيات التي يحتاج إليها بعض المرضى للإنفاق على تكاليف عمليات العلاج والجراحة، وكذلك لتزويدهم بالأجهزة التعويضية المختلفة بما يساهم في إتمام عملية العلاج. (الترتيب العاشر بمتوسط مرجح ٢,١٦).

١١ – مساعدة بعض المرضى في الحصول على مستحقاتهم من أرباب العمل وبصفة خاصة في حالة الحوادث والأمراض المزمنة والمُعْدِية، والتي تتطلب ضرورة مساعدة هؤلاء المرضى في تجهيز المستندات المطلوبة لعودتهم إلى بلادهم وحصولهم على حقوقهم من المؤسسات التي يعملون فيها. (الترتيب الحادي عشر بمتوسط مرجح ٢,١٤).

١٢ – يقوم الأخصائيون الاجتماعيون بالتدخل للمساعدة في حل المشكلات المختلفة – الأسرية والعملية – للمريض، حيث إن هذه المشكلات تؤدي إلى زيادة درجة المرض وعدم استجابة المريض للعلاج، كما أن بعض الأسر لا يتوفر لها الوعي بكيفية التعامل مع المرض، ومن ثم فإن تدخل الخدمة الاجتماعية في مثل هذه الحالات له مردود إيجابي في زيادة قابلية المريض للشفاء وزيادة قدرته على التكيف مع البيئة المحيطة به. (الترتيب الثاني عشر بمتوسط مرجح ٢,٠٧).

١٣ – قيام الأخصائيين الاجتماعيين بزيارات منزلية لبعض المرضى في الحالات الضرورية والإنسانية بهدف تشجيع أفراد الأسرة للتردد على المستشفى لزيارة المريض وعدم إهماله وتركه في المستشفى دون أدنى اهتمام، وكذلك بهدف تذليل الصعوبات التي تعوق استقبال الأسرة لعودة المريض. (الترتيب الثالث عشر بمتوسط مرجح ٢,٠٢).

١٤ – دراسة العوامل المؤدية إلى انتكاس المريض ورفضه للعلاج، حيث إن ذلك يمثل فاقداً في الجهود الطبية المبذولة وتكاليف عمليات العلاج التي تم إنفاقها، فهذا الدور يتركز في التعرف على أسباب عودة المرضى – الإدمان مثلاً – حتى يمكن تقديم المساعدة لكي يعود المريض للانتظام في العلاج. (الترتيب الرابع عشر بمتوسط مرجح ١,٩٨).

١٥ – إقناع المريض بتقبل تعليمات الطبيب، حيث إن بعض المرضى يجهلون طبيعة المرض وأسبابه وكيفية التعامل معه، ومن ثم فإن الدور الاجتماعي الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي مع المرضى له أهمية كبيرة في تحقيق هذا الهدف. (الترتيب الخامس عشر بمتوسط مرجح ١,٩٥).

١٦ – احتل الترتيب الأخير (بمتوسط مرجح ١,٩٣) اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين بدراسة المشكلات التي تواجه بعض فئات العاملين بوحدات الرعاية

الصحية سواء كانت اجتماعية أو مادية أو تنظيمية أي مع الإدارة الأمر الذي يساعدهم على أداء الأدوار المطلوبة منهم بكفاءة.

جدول رقم (١٧)

يوضح مدى تعاون أعضاء الفريق العلاجي مع الأخصائي الاجتماعي

مدى التعاون	العدد	النسبة
١ – يوجد تعاون بدرجة كبيرة.	١٢	٪٢٧,٢
٢ – يوجد تعاون بدرجة متوسطة.	١٨	٪٤١,٠
٣ – يوجد تعاون بدرجة قليلة.	١٤	٪٣١,٨
المجموع	٤٤	٪١٠٠

التحليل:

يتضح من بيانات الجدول أن نحو ٦٨,٢٪ من مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات يرون أن هناك تفاهماً وتعاوناً بينهم وبين أعضاء الفريق العلاجي – الأطباء والأخصائيين النفسيين وهيئة التمريض – بوحدات الرعاية الصحية سواء كان هذا التعاون بدرجة كبيرة أم متوسطة، ويساهم هذا التعاون في زيادة فاعلية الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي، كما أنه ينعكس بصورة إيجابية على المرضى والخدمات المقدمة لهم، ويرجع هذا التعاون من جانب أعضاء الفريق العلاجي إلى تفهم كثير منهم لأهمية الدور الاجتماعي مع المرضى في التعجيل بشفائهم.

وترى نسبة أخرى تقدر بـ ٣١,٨٪ من مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين أن التعاون بينهم وبين أعضاء الفريق العلاجي يتم بدرجة قليلة، وقد يرجع ذلك إلى عدم تفهم بعض أعضاء الفريق العلاجي لأهمية الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي، كما قد يرجع إلى عدم الوعي بالجانب الاجتماعي للمرضى، والذي يؤثر في سرعة أو بطء الاستجابة للشفاء، وقد يرجع ضعف التعاون أيضاً إلى عامل اللغة، حيث إن هناك نسبة ليست قليلة من أعضاء

الفريق العلاجي لا يتحدثون العربية؛ نظراً لأنهم من جنسيات أخرى غير عربية، الأمر الذي يؤثر سلباً على مدى التعاون بينهم.

جدول رقم (١٨)
يوضح مدى تفهم إدارة المستشفى لدور الأخصائي الاجتماعي والتعاون معه

مدى تفهم الإدارة لدور الأخصائي	العدد	النسبة
١ – تتفهم الإدارة دور الأخصائي بدرجة كبيرة.	١٣	٢٩,٥٪
٢ – تتفهم الإدارة دور الأخصائي بدرجة متوسطة.	١٦	٣٦,٤٪
٣ – تتفهم الإدارة دور الأخصائي بدرجة قليلة.	١٥	٣٤,١٪
المجموع	٤٤	١٠٠٪

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق أن نسبة ٦٥,٩٪ من مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات ترى أن إدارة المستشفى تتفهم الدور الذي يقومون به، وتتعاون معهم سواء بدرجة كبيرة أو متوسطة، وقد يرجع ذلك إلى أن هذه الفئة من مديري وحدات الرعاية الصحية لديهم وعي ومعرفة بطبيعة الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي؛ ومن ثم فإنهم يساعدونه في أداء الأنشطة والمسئوليات المهنية المطلوبة منه، كما أنهم يستجيبون لآراء ومقترحات الأخصائيين الاجتماعيين لمساعدة المرضى وتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية بالمؤسسة الطبية، بينما ترى نسبة ٣٤,١٪ منهم أن تفاهم وتعاون الإدارة مع الأخصائيين الاجتماعيين يعد ضعيفاً، ويتم في أضيق الحدود، الأمر الذي ينعكس سلباً على طبيعة الدور والأنشطة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي، كما أن هذا الموقف من جانب الإدارة يعوق تنفيذ البرامج والأنشطة الفردية والجماعية سواء داخل وحدات الرعاية الصحية أو في البيئة الخارجية المحيطة بها.

جدول رقم (١٩)
يوضح درجة الاتصال بين الأخصائيين الاجتماعيين بمكتب الخدمة الاجتماعية الطبية والمؤسسات المجتمعية

درجة الاتصال	العدد	النسبة
١ – يوجد اتصال بدرجة كبيرة.	١٦	٪٣٦,٤
٢ – يوجد اتصال بدرجة متوسطة.	١٧	٪٣٨,٦
٣ – اتصال بدرجة قليلة.	١١	٪٢٥,٠
المجموع	٤٤	٪١٠٠

جدول رقم (٢٠)
يوضح نوعية المؤسسات المجتمعية التي يتعامل معها الأخصائي الاجتماعي

المؤسسات المجتمعية	العدد	النسبة
١ – صندوق إعانة المرضى.	٤٢	٪٩,٩٨
٢ – بيت الزكاة.	٤٠	٪٩,٥٠
٣ – لجنة بشائر الخير.	٣٩	٪٩,٢٦
٤ – الجمعيات الخيرية.	٣٧	٪٨,٧٩
٥ – دار الرعاية الاجتماعية (ضعاف العقول – الأحداث)	٣٥	٪٨,٣١
٦ – مكاتب الخدمة الاجتماعية في جميع مستشفيات الكويت.	٣٤	٪٨,٠٨
٧ – بنك الدم.	٣٢	٪٧,٦٠
٨ – بعض الشركات الخاصة.	٢٩	٪٦,٨٨
٩ – الهيئة العامة لشئون القصر.	٢٧	٪٦,٤١
١٠ – وزارة التربية والتعليم.	٢٦	٪٦,١٨
١١ – اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات بدولة الكويت.	٢٤	٪٥,٧٠
١٢ – وزارة الداخلية (مخافر الشرطة).	٢٢	٪٥,٢٣
١٣ – الهيئة العامة للأوقاف.	٢٠	٪٤,٧٥
١٤ – السفارات.	١٤	٪٣,٣٣
المجموع	٤٢١	٪١٠٠

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق أن ثلاثة أرباع مفردات مجتمع البحث بنسبة ٧٥٪ من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات ترى أنهم يقومون بالاتصال – سواء بدرجة كبيرة أم متوسطة – بالمؤسسات المجتمعية بهدف توفير الموارد والإمكانيات اللازمة لمساعدة المرضى من خلال إعفائهم من تسديد تكاليف العلاج والعمليات الجراحية وتوفير الأجهزة التعويضية هذا بالإضافة إلى الاتصال بمؤسسات العمل للحصول على مستحقاتهم منها.

ومن ناحية أخرى ترى نسبة ٢٥٪ منهم أن اتصالهم ضعيف بالمؤسسات المجتمعية، وقد يرجع ذلك إلى بطء استجابة بعض هذه المؤسسات للاتصالات التي تقوم بها مكاتب الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية.

ويمكن تحديد المؤسسات المجتمعية التي يتصل بها الأخصائيون الاجتماعيون مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظرهم طبقاً للنسبة المئوية لكل منها على النحو التالي:

الترتيب الأول:	صندوق إعانة المرضى.	بنسبة ٩,٩٨٪
الترتيب الثاني:	بيت الزكاة.	بنسبة ٩,٥٠٪
الترتيب الثالث:	لجنة بشائر الخير.	بنسبة ٩,٢٦٪
الترتيب الرابع:	الجمعيات الخيرية.	بنسبة ٨,٧٩٪
الترتيب الخامس:	دار الرعاية الاجتماعية.	بنسبة ٨,٣١٪
الترتيب السادس:	مكاتب الخدمة الاجتماعية في جميع مستشفيات الكويت	بنسبة ٨,٠٨٪
الترتيب السابع:	بنك الدم.	بنسبة ٧,٦٠٪
الترتيب الثامن:	بعض الشركات الخاصة.	بنسبة ٦,٨٨٪
الترتيب التاسع:	الهيئة العامة لشئون القصر.	بنسبة ٦,٤١٪
الترتيب العاشر:	وزارة التربية والتعليم.	بنسبة ٦,١٨٪
الترتيب الحادي عشر:	اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات بدولة الكويت.	بنسبة ٥,٧٠٪
الترتيب الثاني عشر:	وزارة الداخلية.	بنسبة ٥,٢٣٪
الترتيب الثالث عشر:	الهيئة العامة للأوقاف.	بنسبة ٤,٧٥٪
الترتيب الرابع عشر:	السفارات.	بنسبة ٣,٣٣٪

جدول رقم (٢١)

يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي والمتصلة بالمرضى وأسرهم

المعوقات	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١ – عدم تقبل المريض للحالة المرضية التي يعاني منها.	١٥	١٤	١٥	٨٨	٢,٠	٦
٢ – عدم مقدرة الأخصائي على التعامل مع بعض المرضى الأجانب.	٢٥	١٠	٩	١٠٤	٢,٣٦	٢
٣ – تأثير بعض العادات والتقاليد التي تحول دون الاتصال بالأخصائي الاجتماعي.	١٨	١٤	١٢	٩٤	٢,١٤	٥
٤ – زيادة الرسوم المفروضة من المستشفى على المريض غير الكويتي.	٢٣	١١	١٠	١٠١	٢,٣٠	٣
٥ – عدم معرفة بعض المرضى بدور الأخصائي الاجتماعي.	٢٨	٨	٨	١٠٨	٢,٤٥	١
٦ – عدم اهتمام بعض الأسر بمرضاهم وتركهم بالمستشفى.	٢١	١٢	١١	٩٨	٢,٢٣	٤
المجموع	١٣٠	٦٩	٦٥	٥٩٣		

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات في المعوقات التي تواجههم والمتصلة بالمرضى وأسرهم مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظرهم طبقاً للمتوسط المرجح الذي حصلت عليه على النحو التالي:

عدم معرفة بعض المرضى لدور الأخصائي الاجتماعي وبالتالي عدم قيامهم بالاتصال أو التردد على مكتب الخدمة الاجتماعية للحصول على المساعدة في حل مشكلاتهم، ويتطلب هذا الموقف ضرورة التحرك من جانب الأخصائيين

الاجتماعيين داخل مختلف الأقسام الداخلية بالمستشفيات لتوضيح أنواع الخدمات المتوفرة والتي يمكن للمرضى الاستفادة منها وكذلك توضيح الأنشطة التي يقومون بها سواء للمرضى أم العاملين. (الترتيب الأول بمتوسط مرجح ٢,٤٥).

عدم مقدرة بعض الأخصائيين الاجتماعيين على التعامل مع بعض المرضى الذين ينتمون لجنسيات أخرى والذين لا يتحدثون العربية، حيث يعد اختلاف اللغة في هذه الحالة من العوامل المعوقة لقيام الأخصائيين الاجتماعيين بدراسة الحالة الاجتماعية لهم لتقرير مدى استحقاقهم للمساعدة. (الترتيب الثاني بمتوسط مرجح ٢,٣٦).

ارتفاع الرسوم المفروضة على علاج المرضى غير الكويتيين إضافة إلى أن بعضهم يعاني من ظروف اقتصادية صعبة، ومن ثم فإن هذا الموقف يلقي أعباء كبيرة على مكاتب الخدمة الاجتماعية، التي تسعى للاتصال بالمؤسسات المجتمعية من أجل توفير المساعدات المختلفة لمثل هؤلاء المرضى. (الترتيب الثالث بمتوسط مرجح ٢,٣٠).

إهمال بعض الأسر لمرضاهم وتركهم بالمستشفيات وعدم زيارتهم والتردد عليهم، ويمثل هذا الموقف السلبي من جانب بعض الأسر معوقاً، يحول دون استفادة عدد كبير من المرضى المسلجين على قائمة الانتظار من الخدمات التي تقدمها وحدات الرعاية الصحية، كما أن الأخصائيين الاجتماعيين يبذلون كثيراً من الجهود من خلال إجراء المقابلات مع الأهالي لإقناعهم بضرورة التردد على ذويهم المرضى وتشجيعهم على تهيئة الظروف الأُسَرِيَّة لاستقبالهم وعودتهم مرة ثانية للمنزل. (الترتيب الرابع بمتوسط مرجح ٢,٢٣).

العادات والتقاليد السائدة في المجتمع والتي تحول دون اتصال بعض المرضى بمكتب الخدمة الاجتماعية بالمستشفى: مثل حساسية اتصال بعض المريضات بالأخصائيين الاجتماعيين الذكور، اعتقاد بعض المرضى من ذوي الظروف المادية الصعبة أن اتصالهم بمكتب الخدمة الاجتماعية يسبب لهم نوعاً من الحرج الاجتماعي. (الترتيب الخامس بمتوسط مرجح ٢,١٤).

عدم تقبل المريض للحالة المرضية التي يعاني منها، وبصفة خاصة في حالة الأمراض الخطيرة والمعدية والمزمنة التي يتطلب علاجها وقتاً طويلاً، مما يشعر بعض المرضى باليأس، الأمر الذي يتطلب ضرورة تضافر جهود الأخصائي الاجتماعي مع بقية أعضاء الفريق العلاجي بهدف تغيير نظرة وأفكار هؤلاء المرضى، حتى يستجيبوا للعلاج ويستمروا فيه. (الترتيب السادس بمتوسط مرجح ٢,٠).

جدول رقم (٢٢)
يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي والمتصلة بالإدارة

المعوقات	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١ – عدم إقناع البعض بجدوى دور الخدمة الاجتماعية.	١٨	١٤	١٢	٩٤	٢,١٤	٥
٢ – التدخل المستمر في عمل الأخصائي الاجتماعي.	٢٧	٩	٨	١٠٧	٢,٤٣	١
٣ – عدم صرف حوافز مشجعة لهم أسوة بباقي التخصصات.	٢٣	١١	١٠	١٠١	٢,٣٠	٣
٤ – تكليف الأخصائي الاجتماعي بمزيد من الأعمال الإدارية.	٢٥	١٠	٩	١٠٤	٢,٣٦	٢
٥ – عدم تخصيص الإمكانيات اللازمة لتنفيذ برامج الخدمة الاجتماعية.	٢٠	١٢	١١	٩٥	٢,١٦	٤
المجموع	**١١٣**	**٥٦**	**٥٠**	**٥٠١**		

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات في المعوقات التي تواجههم والمتصلة بمديري وحدات الرعاية الصحية مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظرهم طبقاً للمتوسط المرجح لكل منها على النحو التالي:

يعد التدخل المستمر في عمل الأخصائي الاجتماعي من جانب بعض مديري وحدات الرعاية الصحية نوعاً من المعوقات التي تحد من المرونة المطلوبة لممارسة الأنشطة المهنية للخدمة الاجتماعية، وقد يرجع هذا الموقف من جانب الإدارة لعدم تفهم بعض المديرين لطبيعة مهنة الخدمة الاجتماعية. (الترتيب الأول بمتوسط مرجح ٢,٢٣).

تكليف الأخصائيين الاجتماعيين الممارسين في وحدات الرعاية الصحية بمزيد من الأعمال الإدارية بعيدة الصلة بمهنة الخدمة الاجتماعية، وبالتالي تزداد أعباء العمل عليهم مما يؤثر سلباً على قيامهم بالأنشطة المهنية التي تعلموها. (الترتيب الثاني بمتوسط مرجح ٢,٣٦).

عدم الاهتمام من جانب الجهاز الإداري بصرف حوافز مشجعة للأخصائيين الاجتماعيين أسوة بباقي التخصصات المهنية العاملة في وحدات الرعاية الصحية مما يكون له تأثير على مستويات الأداء المهني لهم. (الترتيب الثالث بمتوسط مرجح ٢,٣٠).

عدم تخصيص الإمكانيات اللازمة لتنفيذ برامج وأنشطة مهنة الخدمة الاجتماعية، الأمر الذي يؤدي إلى عدم وجود ميزانية محددة قائمة بذاتها للأنشطة الاجتماعية مما يعوق سرعة اتخاذ القرار المناسب بشأن: مساعدة بعض المرضى مادياً، صرف الأجهزة التعويضية، الإعفاء من تكاليف إجراء العمليات الجراحية. (الترتيب الرابع بمتوسط مرجح ٢,١٦).

عدم اقتناع بعض مديري وحدات الرعاية الصحية بجدوى الخدمة الاجتماعية وأهمية دورها الذي يتطلب ضرورة قيام الأجهزة الإشرافية المسؤولة عن ممارسة الخدمة الاجتماعية في الأنساق الطبية بالعمل على إقناع هذه الفئة بأهمية دور الخدمة الاجتماعية وضرورة الحصول على مساندتها في دعم دور الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى. (الترتيب الأخير بمتوسط مرجح ٢,١٤).

جدول رقم (٢٣)
يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي والمتصلة بالتخصصات المهنية المختلفة (الطبيب، الأخصائي النفسي)

المعوقات	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١ – اعتقاد بعض الأطباء بعدم أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية للعلاج.	٢١	١٤	٩	١٠٠	٢,٢٧	٢
٢ – عدم وعي بعض الأطباء بدور الأخصائي الاجتماعي.	٢٤	١٢	٨	١٠٤	٢,٣٦	١
٣ – الاعتقاد الخاطئ بأن دور الأخصائي هو تقديم المساعدات الاقتصادية فقط.	١٩	١٤	١١	٩٦	٢,١٨	٣
٤ – عدم اهتمام الأطباء بتحويل الحالات التي تحتاج إلى دراسة وبحث اجتماعي للأخصائي الاجتماعي.	١٤	١٦	١٤	٨٨	٢,٠	٥
٥ – ضغط العمل بالنسبة للأطباء يحول دون عقد اجتماعات دورية لفريق العمل بالمستشفى.	١٧	١٥	١٢	٩٣	٢,١١	٤
المجموع	**٩٥**	**٧١**	**٥٤**	**٤٨١**		

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات في المعوقات التي تواجههم والمتصلة بالتخصصات المهنية – الأطباء والأخصائيين النفسيين – في وحدات الرعاية الصحية، مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظرهم طبقاً للمتوسط المرجح الذي حصلت عليه على النحو التالي:

عدم وعي بعض الأطباء بأهمية الدور الذي يقوم به الأخصائيون الاجتماعيون داخل النسق الطبي، مما ينعكس على عدم اهتمامهم بالتعاون معهم الأمر الذي يعوق ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية بكفاءة. (الترتيب الأول بمتوسط مرجح ٢,٣٦).

اعتقاد بعض الأطباء بعدم أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية للعلاج، وقد يرجع ذلك إلى نقص الخبرة والمعرفة بأهمية البعد الاجتماعي في دراسة الظواهر الاجتماعية. (الترتيب الثاني بمتوسط مرجح ٢,٢٧).

الاعتقاد الخاطئ من جانب بعض الأطباء بأن دور الأخصائي الاجتماعي هو تقديم المساعدات الاقتصادية فقط، وقد يرجع ذلك إلى عدم تعاون أو اتصال هذه الفئة بالأخصائيين الاجتماعيين داخل الوحدات الصحية التي يعملون فيها. (الترتيب الثالث بمتوسط مرجح ٢,١٨).

ضغط العمل بالنسبة للأطباء والأخصائيين النفسيين يحول دون عقد اجتماعات دورية لأعضاء الفريق العلاجي، الأمر الذي يقلل من فرص التعاون والتفاهم فيما بينهم. (الترتيب الرابع بمتوسط مرجح ٢,١١).

احتل الترتيب الأخير بمتوسط مرجح ٢,٠ عدم اهتمام الأطباء بتحويل الحالات التي تحتاج إلى دراسة وبحث اجتماعي إلى الأخصائي الاجتماعي.

جدول رقم (٢٤)

يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي والمتصلة بالإمكانيات اللازمة للبرامج والأنشطة الاجتماعية

المعوقات	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١ – عدم وجود صندوق ثابت للبت في الحالات العاجلة.	٢٤	٩	١١	١٠١	٢,٣٠	٣
٢ – نقص الموارد المالية اللازمة لمساعدة المرضى.	٢٩	٧	٨	١٠٩	٢,٤٨	١

تابع / جدول رقم (٢٤)
يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي والمتصلة بالإمكانيات اللازمة للبرامج والأنشطة الاجتماعية

المعوقات	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
٣ – نقص الأخصائيين الاجتماعيين.	٢٣	٨	١٣	٩٨	٢,٢٢	٤
٤ – عدم توفر قاعة لتنظيم الحفلات والندوات النفسية والبيئية.	١٦	١٤	١٤	٩٠	٢,٠٥	٧
٥ – تزايد أعداد المتقدمين للحصول على المساعدات.	٢٧	٨	٩	١٠٦	٢,٤١	٢
٦ – بطء الاستجابة من جانب بعض المؤسسات المجتمعية.	١٩	١١	١٤	٩٣	٢,١١	٦
٧ – ضعف العمل التطوعي من جانب أفراد المجتمع.	٢١	١٠	١٣	٩٦	٢,١٨	٥
المجموع	**١٥٩**	**٦٧**	**٨٢**	**٦٩٣**		

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات في المعوقات المتصلة بالموارد والإمكانيات اللازمة للبرامج والأنشطة الاجتماعية، مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظرهم طبقاً للمتوسط المرجح الذي حصلت عليه على النحو التالي:

نقص الموارد المالية اللازمة لمساعدة المرضى؛ حيث لا توجد ميزانية محددة قائمة بذاتها مخصصة للبرامج والأنشطة الاجتماعية، مما يدفع الأخصائيين الاجتماعيين للاستعانة بموارد المؤسسات المجتمعية المختلفة لعلاج هذا النقص. (الترتيب الأول بمتوسط مرجح ٢,٤٨).

تزايد أعداد المرضى المتقدمين للحصول على المساعدات المالية أو الأجهزة التعويضية أو الإعفاء من تكاليف إجراء العمليات الجراحية، الأمر الذي لا يتناسب مع الموارد والإمكانيات المتاحة للأخصائيين الاجتماعيين مما يجعلهم يقومون بتحديد الأولويات لإنفاق الموارد المتوفرة في ضوء معايير معينة تتمثل في درجة الاحتياج، خطورة المرض، نتائج بحث الحالة. (الترتيب الثاني بمتوسط مرجح ٢,٤١).

عدم وجود صندوق ثابت للمساعدات الاقتصادية حتى يمكن اتخاذ القرار المناسب لتقديم المساعدة في الوقت المناسب بالنسبة للحالات الصعبة، الأمر الذي يعوق الجهود التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون في هذا الشأن. (الترتيب الثالث بمتوسط مرجح ٢,٣٠).

النقص في أعداد الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات على الرغم من تعدد البرامج والأنشطة التي يقومون بها في وحدات الرعاية الصحية، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة العبء المهني على الأخصائيين الاجتماعيين. (الترتيب الرابع بمتوسط مرجح ٢,٢٢).

ضعف العمل التطوعي من جانب أفراد المجتمع، حيث إن الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية تعتمد في بعض برامجها وأنشطتها على العمل التطوعي، ومن ثم فإن هذا الضعف يعوق الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بالصورة المطلوبة. (الترتيب الخامس بمتوسط مرجح ٢,١٨).

بطء الاستجابة من جانب بعض المؤسسات المجتمعية لتوفير الموارد اللازمة لمكاتب الخدمة الاجتماعية لمساعدة المرضى في وحدات الرعاية الصحية. (الترتيب السادس بمتوسط مرجح ٢,١١).

وقد احتل الترتيب الأخير بمتوسط مرجح ٢,٠٥ عدم وجود قاعة لتنظيم الحفلات والندوات الاجتماعية والنفسية والبيئية لتوعية المرضى ومساعدتهم على الاعتماد على النفس والتكيف مع الوضع الجديد الذي يعانون منه.

جدول رقم (٢٥)

يوضح المعوقات المتصلة بالإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي

المعوقات	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١ – نقص الدورات التدريبية التنشيطية للأخصائيين أثناء العمل.	٢٩	٧	٨	١٠٩	٢,٤٨	٢
٢ – عدم رغبة بعض الأخصائيات الاجتماعيات في العمل مع بعض الأمراض الخطيرة.	٢٤	٩	١١	١٠١	٢,٣٠	٤
٣ – عدم تدريب بعض الأخصائيين في المجال الطبي.	٢٧	٨	٩	١٠٦	٢,٤١	٣
٤ – عدم اهتمام بعض الأخصائيين بتوثيق العلاقات مع التخصصات المهنية الأخرى.	٣	٧	٣٤	٥٧	١,٣٠	٥
٥ – وجود فجوة بين المعارف النظرية والتطبيق عند ممارسة الخدمة الاجتماعية.	٣٢	٦	٦	١١٤	٢,٥٩	١
المجموع	**١١٥**	**٣٧**	**٦٨**	**٤٨٧**		

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات في المعوقات التي تواجههم والمتصلة بإعدادهم المهني، مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظرهم وطبقاً للمتوسط المرجح الذي حصلت عليه على النحو التالي:

وجود فجوة بين المعارف النظرية التي حصل عليها الأخصائيون الاجتماعيون والأخصائيات الاجتماعيات في أقسام ومعاهد وكليات الخدمة الاجتماعية وواقع التطبيق والممارسة في وحدات الرعاية الصحية، الأمر الذي

يتطلب ضرورة إعادة النظر في محتويات بعض مناهج دراسة الخدمة الاجتماعية، والعمل على توظيف مضمون هذه المناهج، بما يخدم واقع ومتطلبات الممارسة المهنية. (الترتيب الأول بمتوسط مرجح ٢,٥٩).

نقص الدورات التدريبية التنشيطية للأخصائيين الاجتماعيين أثناء العمل، ويشير هذا المعوق إلى افتقاد بعض الأخصائيين الاجتماعيين لمهارات الممارسة، وكذلك عدم اطلاعهم على الدراسات والبحوث التي أجريت حديثاً في المجال الطبي. (الترتيب الثاني بمتوسط مرجح ٢,٤٨).

عدم تدريب بعض الأخصائيين الاجتماعيين أثناء الدراسة في المجال الطبي، الأمر الذي قد أدى إلى افتقادهم لخبرات ومقومات الممارسة المهنية، مما يؤثر على مستوى أدائهم وممارستهم في هذا المجال. (الترتيب الثالث بمتوسط مرجح ٢,٤١).

عدم رغبة بعض الأخصائيات الاجتماعيات في العمل مع بعض الأمراض الخطيرة، وقد يرجع ذلك لحداثة عملهن في وحدات الرعاية الصحية، كما قد يرجع لطبيعة المرض نفسه والمفاهيم الخاطئة لدى البعض عنه. (الترتيب الرابع بمتوسط مرجح ٢,٣٠).

احتل الترتيب الأخير (بمتوسط مرجح ٦,٣٠) عدم اهتمام بعض الأخصائيين الاجتماعيين بتوثيق العلاقات مع التخصصات المهنية العاملة في نفس وحدات الرعاية الصحية، الأمر الذي يؤثر سلباً على ادوارهم المهنية داخل النسق الطبي.

ب – النتائج المتعلقة بالتخصصات المهنية (الأطباء والأخصائيين النفسيين)

جدول رقم (٢٦)
يوضح مدى تعاون التخصصات المهنية مع الأخصائي الاجتماعي
(الأطباء والأخصائيين النفسيين)

مدى التعاون	العدد	النسبة
١ – نعم دائماً.	١٧	٪٣٧,٨
٢ – أحياناً.	١٣	٪٢٨,٩
٣ – لم يسبق التعامل معه.	١٥	٪٣٣,٣
المجموع	٤٤	٪١٠٠

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق أن نسبة ٣٧,٨٪ من مفردات مجتمع البحث من الأطباء والأخصائيين النفسيين ترى أنهم يتعاونون بصفة دائمة ومستمرة مع الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون معهم في نفس وحدات الرعاية الصحية، وقد يرجع هذا الموقف إلى تفهم هذه الفئة لأهمية ممارسة الخدمة الاجتماعية في تقديم المساعدات الضرورية لبعض المرضى من ذوي الاحتياجات الخاصة وأهمية دورهم في إزالة الأسباب، التي تحول دون استجابة بعض المرضى للعلاج، إضافة إلى معرفتهم بالدور الذي يقوم به الأخصائيون الاجتماعيون في الاتصال بالمؤسسات المجتمعية لتوفير موارد إضافية لمساعدة المرضى وتفعيل دور المؤسسة الطبية في المجتمع، بينما ترى نسبة ٢٨,٩٪ من الأطباء والأخصائيين النفسيين أنهم يتعاونون أحياناً مع الأخصائيين الاجتماعيين حسب المواقف التي تظهر أثناء العمل، وقد يرجع ذلك إلى ضغط العمل داخل المؤسسات الطبية مما يجعل هذا التعاون يأخذ أولوية متوسطة. في حين ترى نسبة ٣٣,٣٪ منهم أنه لم يسبق لهم التعامل مع الأخصائيين الاجتماعيين؛ وقد يرجع ذلك لحادثة عمل هذه الفئة من الأطباء، ومن ثم عدم توافر المواقف التي تفرض ضرورة التعاون فيما بينهم، كما قد يرجع ذلك لعدم سعي الأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم للاتصال بهم والتعاون معهم.

جدول رقم (٢٧)

يوضح وجهة نظر التخصصات المهنية – الأطباء والأخصائيين النفسيين – في مدى مساهمة الخدمة الاجتماعية في تحقيق أهداف وحدات الرعاية الصحية

مدى مساهمة الخدمة الاجتماعية في تحقيق أهداف وحدات الرعاية الصحية	العدد	النسبة
١ – تساهم بدرجة كبيرة.	١٩	٤٢,٢٪
٢ – تساهم بدرجة متوسطة.	١٤	٣١,١٪
٣ – تساهم بدرجة قليلة.	١٢	٢٦,٧٪
المجموع	٤٥	١٠٠٪

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق وجهة نظر الأطباء والأخصائيين النفسيين في مدى مساهمة مهنة الخدمة الاجتماعية في تحقيق أهداف وحدات الرعاية الصحية، حيث ترى نسبة ٧٣,٣٪ منهم أن الجهود والأنشطة التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون والأخصائيات الاجتماعيات تساهم سواء بدرجة كبيرة أو متوسطة في مساعدة المرضى على الشفاء وتحقيق أهداف وحدات الرعاية الصحية، ويلاحظ أن هذا الرأي يفرض على الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات ضرورة بذل مزيد من الجهد لتطوير أدوارهم وأنشطتهم لتحسين صورة المهنة في المجتمع والحصول على التقدير والاحترام المهني من جانب المهن الأخرى في المجتمع، بينما ترى نسبة ٢٦,٧٪ من مفردات مجتمع البحث من الأطباء والأخصائيين النفسيين أن الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية تساهم بدرجة قليلة في مساعدة المرضى وتحقيق أهداف النسق الطبي، ويتطلب ذلك من القائمين على أمر مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية ضرورة التوصل إلى أساليب – وهو ما توصلت إليه هذه الدراسة في الجزء المتعلق بمقترحات الدراسة – لتغيير وجهة نظر هذه الفئة، حتى تصبح مساندة ومتعاونة مع الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات في المستشفى.

جدول رقم (٢٨)
يوضح وجهة نظر التخصصات المهنية – الأطباء والأخصائيين النفسيين – في الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية

دور الأخصائي الاجتماعي من وجهة نظر التخصصات المهنية	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١ – حلقة الوصل بين المستشفى والمؤسسات الخارجية.	١٧	١٣	١٥	٩٢	٢,٠٤	٧
٢ – إجراء البحث الاجتماعي مما يفيد الطبيب النفسي في التشخيص.	٢٧	١٠	٨	١٠٩	٢,٤٢	١

تابع / جدول رقم (٢٨)

يوضح وجهة نظر التخصصات المهنية – الأطباء والأخصائيين النفسيين – في الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية

دور الأخصائي الاجتماعي من وجهة نظر التخصصات المهنية	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
٣ – زيارة المرضى في المنازل في الحالات الضرورية والإنسانية.	٢٣	١١	١١	١٠٢	٢,٢٧	٣
٤ – متابعة انتظام المريض في تلقي العلاج.	١٦	١٢	١٦	٩٠	٢,٠	٨
٥ – مساعدة المريض الفقير بصرف العلاج وإجراء الجراحة.	٢٥	١٠	١٠	٨٥	١,٨٩	٩
٦ – ليس له دور في عمل الطبيب.	١٠	١٥	٢٠	٨٠	١,٧٨	١٠
٧ – التعرف على مشكلات المرضى في محيط العمل وحلها.	٢٠	١٢	١٣	٩٧	٢,١٦	٥
٨ – تنظيم الأنشطة الترويحية المختلفة للمرضى.	٢٢	١١	١٢	١٠٠	٢,٢٢	٤
٩ – المشاركة في علاج بعض المرضى وتأهيلهم وبصفة خاصة مرضى الإدمان.	١٩	١٢	١٤	٩٥	٢,١١	٦
١٠ – مساعدة المرضى المغادرين إلى بلدانهم.	١٣	١٤	١٨	١٠٥	٢,٣٣	٢
المجموع	**١٩٢**	**١٢١**	**١٣٧**	**٩٥٥**		

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق وجهة نظر مفردات مجتمع البحث من الأطباء والأخصائيين النفسيين في الأدوار المهنية التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون والأخصائيات الاجتماعيات في وحدات الرعاية الصحية، مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظرهم طبقاً للمتوسط المرجح الذي حصلت عليه على النحو التالي:

١ – يقوم الأخصائي الاجتماعي باستقبال المريض النفسي وإجراء البحث الاجتماعي له،والذي يوضح حالته الاجتماعية والأسرية والاقتصادية والصحية،الأمر الذي يساعد الطبيب النفسي في التشخيص. (الترتيب الأول بمتوسط مرجح ٢,٤٢).

٢ – مساعدة المرضى الذين ينتمون إلى جنسيات أخرى ويعانون من أمراض معدية أو تعرضوا لحوادث خطيرة مما يستوجب مغادرتهم الكويت وعودتهم إلى بلادهم، حيث إن هذا الموقف يتطلب من الأخصائي الاجتماعي الاتصال بأجهزة وهيئات مختلفة لتجهيز المستندات اللازمة لسفرهم مثل الاتصال بوزارة الداخلية، السفارات،وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل وكذلك الاتصال بأرباب العمل لضمان حصول هؤلاء المرضى على مستحقاتهم. (الترتيب الثاني بمتوسط مرجح ٢,٣٣).

٣ – القيام بالزيارات المنزلية لبعض المرضى،للتعرف على الأوضاع الفعلية للأسرة ومدى استعدادها لاستقبال المريض ومدى استحقاقها للمساعدة. (الترتيب الثالث بمتوسط مرجح ٢,٢٧).

٤ – تنظيم البرامج والأنشطة الترويحية المختلفة التي يستفيد منها المرضى، وبصفة خاصة المرضى الذين يمكثون فترات طويلة بالمستشفى. (الترتيب الرابع بمتوسط مرجح ٢,٢٢).

٥ – يهتم الأخصائيون الاجتماعيون بدراسة مشكلات المرضى المتعلقة بمؤسسة العمل؛ للتعرف على أسبابها والعمل على تذليلها وعلاجها، بما يضمن حصولهم على حقوقهم من أرباب العمل. (الترتيب الخامس بمتوسط مرجح ٢,١٦).

٦ – يشارك الأخصائيون الاجتماعيون أعضاء الفريق العلاجي في عمليات علاج وتأهيل بعض المرضى،وبصفة خاصة مرضى الإدمان،حيث يقومون بدراسة أسبابه وعوامله والظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية المحيطة بالمدمن وإبداء رأيهم في سبل الوقاية والعلاج. (الترتيب السادس بمتوسط مرجح ٢,١١).

٧ – يمثل الأخصائيون الاجتماعيون حلقة الوصل بين وحدات الرعاية الصحية بمتابعة انتظام المرضى بهدف المساعدة في توفير الموارد المالية اللازمة لتسديد نفقات عمليات العلاج. (الترتيب السابع بمتوسط مرجح ٢,٠٤).

٨ – يقوم الأخصائيون الاجتماعيون الممارسون في وحدات الرعاية الصحية بمتابعة انتظام المرضى في تلقي العلاج والتعرف على الأسباب التي تحول دون

استمرارهم في الالتزام بتعليمات الأطباء حتى يمكن علاجها. (الترتيب الثامن بمتوسط مرجح ٢,٠).

٩ – مساعدة المرضى ذات الظروف المادية السيئة من خلال إعفائهم من رسوم العلاج وإجراء العمليات الجراحية. (الترتيب التاسع بمتوسط مرجح ١,٨٩).

١٠ – احتل الترتيب الأخير بمتوسط مرجح ١,٧٨ رأي قلة من الأطباء بأن الأخصائيين الاجتماعيين ليس لهم دور في مساعدة الطبيب، وقد يرجع ذلك لعدم تفهم هذه الفئة لأهمية تعرف الطبيب على الأبعاء الاجتماعية للمرض.

جدول رقم (٢٩)

يوضح وجهة نظر التخصصات المهنية – الأطباء والأخصائيين النفسيين – في الصعوبات التي تواجه عمل الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية

الصعوبات	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١ – عدم إلمام الأخصائيين الاجتماعيين بطبيعة الأمراض النفسية.	٢١	١٢	١٢	٩٩	٢,٢٠	٤
٢ – صعوبة التفاهم مع بعض المرضى الذين لا يتحدثون بالعربية.	٢٤	١٠	١١	١٠٣	٢,٢٩	٢
٣ – ضعف الإمكانيات اللازمة لتدعيم نشاط الأخصائي.	٢٦	٩	١٠	١٠٦	٢,٣٦	١
٤ – عدم تعاون بعض أهالي المرضى مع الأخصائي الاجتماعي.	١٩	١٢	١٤	٩٥	٢,١١	٦
٥ – عدم وجود حوافز مادية للأخصائيين الاجتماعيين.	٢٣	١٠	١٢	١٠١	٢,٢٤	٣
٦ – عدم معرفته ببعض الاصطلاحات الطبية البسيطة والتي تساعده على فهم حالة المريض.	١٤	١٥	١٦	٨٨	١,٩٦	٨

تابع / جدول رقم (٢٩)
يوضح وجهة نظر التخصصات المهنية – الأطباء والأخصائيين النفسيين – في الصعوبات التي تواجه عمل الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية

الصعوبات	الاستجابات			التكرارات المرجحة	المتوسط المرجح	الترتيب
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
٧ – قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين بالنسبة لعدد المرضى.	١٧	١٣	١٥	٩٢	٢,٠٤	٧
٨ – عدم معرفة بعض المرضى بدور الأخصائي الاجتماعي.	٢٠	١٢	١٣	٩٧	٢,١٦	٥
٩ – صعوبة تعامل الأخصائية الاجتماعية مع المرضى الذكور.	١٠	١٦	١٩	٨١	١,٨٠	١٠
١٠ – يتعامل الأخصائي الاجتماعي مع المشكلات المتعلقة بشركات التأمين وأرباب الأعمال وذلك في حالة الحوادث.	١٣	١٥	١٧	٨٦	١,٩١	٩
المجموع	**١٨٧**	**١٢٤**	**١٣٩**	**٩٤٨**		

التحليل:

توضح بيانات الجدول السابق وجهة نظر الأطباء والأخصائيين النفسيين في الصعوبات التي تواجه عمل الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية، ويلاحظ أن النتائج التي جاءت في هذا الجدول تتفق مع نتائج جداول المعوقات من وجهة نظر مفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات، ومن ثم فإن هذا الاتفاق يؤكد على ضرورة العمل على مواجهة هذه المعوقات والتغلب عليها، حتى يتمكن الأخصائي الاجتماعي من ممارسة دوره بكفاءة.

ويمكن استعراض الصعوبات مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظر الأطباء والأخصائيين النفسيين طبقاً للمتوسط والمرجح الذي حصلت عليه على النحو التالي:

١ – ضعف الموارد والإمكانيات اللازمة للبرامج والأنشطة الاجتماعية التي يقوم الأخصائي الاجتماعي بإعدادها وتنظيمها ليستفيد منها المرضى داخل وحدات الرعاية الصحية. (الترتيب الأول بمتوسط مرجح ٢,٣٦).

٢ – صعوبة تفاهم الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات مع بعض المرضى من الجنسيات الأخرى الذين لا يتحدثون العربية. (الترتيب الثاني بمتوسط مرجح ٢,٢٩).

٣ – عدم اهتمام الإدارة بوضع حوافز مادية للأخصائيين الاجتماعيين أسوة بباقي التخصصات المهنية العاملة بوحدات الرعاية الصحية مما يكون له تأثير سلبي على مستويات الأداء. (الترتيب الثالث بمتوسط مرجح ٢,٢٤).

٤ – عدم إلمام بعض الأخصائيين الاجتماعيين بمعلومات عامة عن الأمراض النفسية، مما يؤثر على قدرتهم في التعاون مع المرضى النفسيين المترددين على وحدات الرعاية الصحية. (الترتيب الرابع بمتوسط مرجح ٢,٢٠).

٥ – عدم معرفة بعض المرضى بالدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية الأمر الذي يتطلب من الأخصائيين الاجتماعيين ضرورة بذل الجهود للتعامل مع هذه الفئة بهدف توضيح الخدمات المتوفرة بالمستشفى،ويمكنهم الاستفادة منها والحصول عليها من ناحية وتوضيح الأدوار والأنشطة التي يقوم بها لمساعدة المرضى من ناحية أخرى. (الترتيب الخامس بمتوسط مرجح ٢,١٦).

٦ – عدم تعاون بعض أهالي المرضى مع الأخصائي الاجتماعي، حيث إنهم يتركون ذويهم المرضى بالمستشفى، ولا يهتمون بالتردد عليهم وزيارتهم. (الترتيب السادس بمتوسط مرجح ٢,١١).

٧ – النقص الواضح في عدد الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات بالنسبة لعدد المرضى والمترددين على وحدات الرعاية الصحية، الأمر الذي يؤدي إلى عدم القدرة على تنفيذ البرامج والأنشطة المتنوعة في التوقيت السليم. (الترتيب السابع بمتوسط مرجح ٢,٠٤).

٨ – عدم معرفة الأخصائي الاجتماعي لبعض الاصطلاحات الطبية البسيطة والتي تساعد في تفهم حالة المريض. (الترتيب الثامن بمتوسط مرجح ١,٩٦).

٩ – الصعوبات الناتجة عن تعامل الأخصائي الاجتماعي مع المشكلات المتعلقة بشركات التأمين وأرباب الأعمال وبصفة خاصة في حالة الحوادث. (الترتيب التاسع بمتوسط مرجح ١,٩١).

١٠ – احتل الترتيب الأخير بمتوسط مرجح ١,٨٠ الصعوبة المتعلقة بتعامل الأخصائية الاجتماعية مع المرضى الذكور.

ثامناً: مقترحات الدراسة:

انطلاقاً من نتائج الدراسة الميدانية والإطار النظري للدراسة ونتائج البحوث والدراسات السابقة، ومقابلات الباحث لمفردات مجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء والأخصائيين النفسيين، فإن الباحث توصل إلى مجموعة من المقترحات التي ترتبط بموضوع الدراسة وأهدافها.

وتستهدف هذه المقترحات التغلب على المعوقات التي تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية من ناحية ودعم وتطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية من ناحية أخرى.

وتحتوي المقترحات على المحاور الرئيسية التالية:

(أ) تدعيم الإعداد المهني للأخصائيين الاجتماعيين الممارسين في المجال الطبي، ويتضمن هذا المحور المقترحات التالية:

١ – العمل على إعداد وتنظيم دورات تدريبية تنشيطية أثناء العمل للأخصائيين الاجتماعيين الممارسين في وحدات الرعاية الصحية. ويجب أن يراعى عند إعداد هذه الدورات ما يلي:

أ – أن تستهدف إكساب الأخصائيين الاجتماعيين خبرات ومهارات الممارسة في المجال الطبي.

ب – أن تزودهم بالمعارف والنظريات الحديثة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية.

جـ – أن يراعى إعدادها بصفة دورية منتظمة وفي توقيت يتناسب مع الجميع.

د – أن يرتبط حضور هذه الدورات بالترقية إلى الدرجة الأعلى.

٢ – العمل على إعداد وتنظيم دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين الجدد قبل استلام العمل لتعريفهم بطبيعة الممارسة في وحدات الرعاية الصحية وتزويدهم بالأساليب المناسبة للمجال الطبي.

٣ – العمل على توفير الفرص لجميع طلاب الخدمة الاجتماعية وطالباتها للتدريب في وحدات الرعاية الصحية بما يساهم في إكسابهم معارف وخبرات ومهارات كنتيجة لتدريبهم على تطبيق المعارف النظرية، التي حصلوا عليها في الواقع العملي، فالتدريب الميداني يساعدهم على التعامل مع الأخصائيين الاجتماعيين، المرضى، الأطباء، والأخصائيين النفسيين وهيئة التمريض.

٤ – يجب تضمين مناهج تعليم الخدمة الاجتماعية في أقسام ومعاهد وكليات الخدمة الاجتماعية بتدريس مقرر الخدمة الاجتماعية الطبية لجميع الطلاب، نظراً لما يتضمنه من معلومات عن الصحة العامة للإنسان والأمراض وطرق الوقاية والصحة النفسية.

٥ – ضرورة العمل على إعداد برامج لتعليم الأخصائيين الاجتماعيين اللغات الأجنبية (الإنجليزية أو الفرنسية وغيرها)، حتى يستطيعوا التفاهم والتعامل مع المرضى أو الأطباء من الجنسيات الأخرى.

(ب) تدعيم علاقة الأخصائي الاجتماعي بالإدارة الطبية والتخصصات المهنية الأخرى ويتضمن هذا المحور المقترحات التالية:

١ – إعداد وتنظيم لقاءات مشتركة تجمع بين المسؤولين عن الخدمة الاجتماعية والمسؤولين عن مهنة الطب، لتوضيح أهمية دور الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية وتصحيح المفاهيم الخاطئة عن دور الخدمة الاجتماعية وكسب مساندتهم ودعمهم لأدوار وأنشطة الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية.

٢ – ضرورة اهتمام إدارة المؤسسة الطبية بعقد اجتماعات منظمة بين الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء والأخصائيين النفسيين لخلق نوع من التفاهم والاتصال بين مختلف التخصصات المهنية، وإزالة الصعوبات التي قد تحول دون تحقيق التعاون فيما بينهم، وينطلق هذا المقترح من مسلمة رئيسة ترى أن التكامل المهني بين التخصصات المهنية المختلفة سوف يؤدي إلى تدعيم وتطوير وظيفة النسق الطبي.

٣ – العمل على وضع توصيف مقنن لدور الأخصائي الاجتماعي يحدد الأنشطة والمسؤوليات التي يقوم بها في وحدات الرعاية الصحية بصفته عضواً في فريق العلاج، على أن يتم تحديد إطار للتعاون والعمل المشترك بينه وبين التخصصات المهنية الأخرى.

(جـ) تدعيم الموارد والإمكانيات اللازمة للبرامج والأنشطة الاجتماعية ويتضمن هذا المحور المقترحات التالية:

١ – العمل على تحديد قدر كاف من الموارد المالية المخصصة لأنشطة مكتب الخدمة الاجتماعية في وحدات الرعاية الصحية، بما يساعد في سرعة استجابة الأخصائي الاجتماعي للتدخل في حل مشكلات المرضى وإشباع احتياجاتهم.

٢ – إعطاء قدر من الصلاحيات والمرونة للأخصائي الاجتماعي فيما يتعلق باستخدام الموارد المالية المتاحة، حتى يتمكن من التعامل مع المواقف الصعبة بعيداً عن القيود والبيروقراطية في العمل المهني.

٣ – المطالبة بزيادة الحوافز المادية للأخصائيين الاجتماعيين أسوة بباقي التخصصات المهنية بما يساهم في شعورهم بالرضى الوظيفي للعمل في المؤسسات الطبية من ناحية وتحسين مستويات الأداء المهني من ناحية أخرى.

٤ – إعداد وتنظيم لقاءات منتظمة تجمع المسؤولين عن الخدمة الاجتماعية الطبية ومديري المؤسسات المجتمعية التي تساهم في تمويل البرامج والخدمات الاجتماعية، التي يقوم الأخصائيون الاجتماعيون بتصميمها وتقديمها للمرضى في وحدات الرعاية الصحية؛ وذلك بهدف حفزهم وتشجيعهم على زيادة دعمهم ومساندتهم لهذه البرامج والخدمات.

(د) تدعيم دور الخدمة الاجتماعية على المستوى المجتمعي، ويتضمن هذا المحور المقترحات التالية:

١ – العمل على إصدار كتيبات لتوضيح الأنشطة والبرامج التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون في وحدات الرعاية الصحية، وتوضح ذلك للمؤسسات المجتمعية التي تساهم في تمويل ودعم الخدمات الاجتماعية وشروط الحصول على خدمات هذه المؤسسات، ويجب أن يتم توزيع هذه الكتيبات على التخصصات المهنية

المختلفة التي يتعامل معها الأخصائي الاجتماعي، كما توزع على المرضى والمترددين على وحدات الرعاية الصحية.

٢ – استخدام وسائل الإعلام المختلفة لإثارة اهتمام أفراد المجتمع بقضية العمل التطوعي؛ لتشجيع جميع فئات المجتمع للتحرك في هذا الاتجاه؛ مما يكون له تأثير إيجابي على تطوير ورفع مستوى البرامج والخدمات المقدمة للمرضى في وحدات الرعاية الصحية.

٣ – إعداد وتنظيم برامج وندوات تناقش قضايا ومشكلات اجتماعية صحية مثل: التلوث، الإدمان، الأبعاد الاجتماعية لأمراض العصر، على أن يراعى عند الإعداد والتنظيم ما يلي:

أ – أن تتحمل إدارة الخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة بالتعاون مع قسم الخدمة الاجتماعية – جامعة الكويت مسؤولية التنسيق مع جهاز التليفزيون عند إعداد المادة العلمية لهذه الندوات.

ب – دعوة القضاة والأكاديميين في كل من مهنة الخدمة الاجتماعية ومهنة الطب ومهنة الطب النفسي.

جـ – ممثلين عن المؤسسات الاجتماعية والصحية في المجتمع (الممارسين).

د – ممثلين عن المستفيدين (الذين يعانون من هذه المشكلات ويستفيدون من الخدمات المقدمة).

تاسعاً: خاتمة الدراسة

الدراسة الحالية استهدفت بحث المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في وحدات الرعاية الصحية بدولة الكويت وهي دراسة وصفية تحليلية طبقت على (٤٤) مفردة من الأخصائيين الاجتماعيين و(٤٥) مفردة من الأطباء والأخصائيين النفسيين.

وقد استخدمت الدراسة منهج المسح الاجتماعي بطريقتي العينة والحصر الشامل واعتمدت على الاستبيان كأداة لجمع البيانات من مفردات مجتمع البحث في الفترة من ١٥/٢/٩٩ حتى ١/٤/١٩٩٩.

وقد تضمن الإطار النظري للدراسة معالجة موضوعات تتعلق بتطور الرعاية الصحية في المجتمع الكويتي والممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، إضافة إلى النظرية التي اعتمدت عليها الدراسة.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من المقترحات تتعلق بأربعة محاور رئيسية: يتعلق **المحور الأول** بتدعيم الإعداد المهني للأخصائيين الاجتماعيين الممارسين في المجال الطبي.

ويستهدف **المحور الثاني** تدعيم علاقة الأخصائي الاجتماعي بالإدارة الطبية والتخصصات المهنية الأخرى.

ويتعلق **المحور الثالث** بتدعيم الموارد والإمكانيات اللازمة للبرامج والأنشطة الاجتماعية.

بينما يتعلق **المحور الرابع** بالسعي نحو تدعيم دور الخدمة الاجتماعية على المستوى المجتمعي.

وأخيراً تضمنت الدراسة قائمة بالمراجع التي اعتمدت عليها.

مراجع الدراسة

١ – عبدالباسط محمد حسن: التنمية الاجتماعية (القاهرة، مكتبة وهبة، ١٩٨٨).

٢ – وزارة التخطيط، الإدارة المركزية للإحصاء: (الكويت، المجموعة الإحصائية السنوية، العدد الثاني والثلاثون، ١٩٩٥).

٣ – محمد كامل البطريق: الخدمة الاجتماعية مهنة ذات علم وفن (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٢).

٤ – عبدالحليم رضا: الخدمة الاجتماعية المعاصرة (القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٩٠).

5 - Chales D. Garvin, Brett Aseabury,: Interpersonal Practice In Social Work: Processes and Procedures (New Jersey, Englewood Cliffs, Prentice Hall, Inc, 1984).

٦ – عبدالله محمد عبدالرحمن: معوقات البناء التنظيمي للمستشفى، دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي [الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٠].

٧ – إقبال محمد، سلوى عثمان: الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية (المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٦).

٨ – وسام أحمد عثمان: العوامل الاجتماعية المؤدية للإصابة بمرض السرطان (الكويت، المؤتمر الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم، مجلد البحوث العلمية، ١٨–٢٠ مارس ١٩٩٦).

٩ – أحمد عبدالكريم الملا: تقييم الخدمات الطبية بقياس رضاء المرضى عن الخدمات الطبية في دولة قطر (الولايات المتحدة الأمريكية، جامعة تكساس، رسالة دكتوراة، غير منشورة ١٩٩٣).

١٠ – كلثم جبر الكواري: ممارسة سيكولوجية الذات في خدمة الفرد لتحقيق التوافق الاجتماعي لمرضى القلق (دراسة تجريبية مطبقة على مرضى القلق بالعيادة النفسية التابعة لمؤسسة حمد الطبية بدولة قطر، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة، ١٩٩٢).

١١ – محمد محمد سعيد: مشكلات التنسيق بين أجهزة الهيئة العامة للتأمين الصحي (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ماجستير غير منشورة، ١٩٩٤).
١٢ – يسرة وجدي يوسف الكراني: تقويم خدمات الصحة المدرسية لتلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٤).
١٣ – نادية زغلول السيد: نحو خطة لمواجهة الفجوة بين الإعداد الأكاديمي وواقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي (القاهرة، المؤتمر العلمي الخامس: الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في الوطن العربي، الواقع والمستقبل، كلية الخدمة الاجتماعية، فرع الفيوم، جامعة القاهرة، ٢٢–٢٤ ابريل، ١٩٩٢).
١٤ – ماهر أبو المعاطي علي: مقياس اتجاهات الفريق العلاجي بالمستشفى نحو الأخصائي الاجتماعي كعضو في الفريق (القاهرة، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، العددان ٣٤، ٣٥ السنة الحادية عشر، يونيو ١٩٩٢).
١٥ – إيمان أحمد موسى أبو رية: تقويم دور الأخصائي الاجتماعي بمستشفيات مدينة الفيوم (القاهرة، ماجستير، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ١٩٩٢).
١٦ – أحمد محمد يوسف بشير: دراسة الأبعاد المرتبطة بالاغتراب المهني للأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي: كمؤشرات تخطيطية لزيادة فاعلية الأداء المهني (المؤتمر العلمي الخامس، كلية الخدمة الاجتماعية، فرع الفيوم، القاهرة، ٢٢–٢٤ ابريل ١٩٩٢).
١٧ – غانم سلطان أمان: الرعاية الصحية في دولة الكويت، دراسة تحليلية في جغرافية الخدمات الصحية (دولة الكويت، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت، العدد ٩٠، يوليو، أغسطس، سبتمبر، ١٩٩٨).
١٨ – وزارة التخطيط: الإدارة المركزية للإحصاء: المجموعة الإحصائية السنوية (دولة الكويت، العدد الثاني والثلاثون، ١٩٩٥).

١٩ – وزارة التخطيط: الإدارة المركزية للإحصاء، المرجع السابق.
٢٠ – غانم سلطان أمان، مرجع سبق ذكره.
٢١ – وزارة الصحة، إدارة الصحة الاجتماعية: دليل الخدمة الاجتماعية الطبية (دولة الكويت، ١٩٩٥).
22 - Dean H. Hepwarth & Joan Lansen: Direct Social Work Practice (New York, The Dorsey Pren, Homewood Tllists, 1982).
٢٣ – عبدالحليم رضا عبدالعال: الخدمة الاجتماعية المعاصرة (القاهرة، دار النهضة، ١٩٨٨).
– سيد أبو بكر حسانين: الخدمة الاجتماعية، النشأة والتطور (القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٦).
24 - Max Siporin, Lntroduction to Social Work Practice, (New York, Macmilan Publishing Co., Tnc, 1985).
25 - Robert S. Merrill: The Study of Technology in david L. Sill (ed., international encyclopedia of The Social Sciences, Vol., 15-16-17. (N.Y. The Macmillan Company, The Free Pren, 1982).
26 - Mario O, Neil Mc Mahon: The General Method of Social Work Pracitce, A Problem - Solving Approach (New Jersey, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1990).
27 - Aaron Rosenblatt: The Utilization of Research In Neil Gilbert And Harry Specht, Handbook of The Social Services, (N.J. Prentice-Hall, inc, Englewood, Cliffs, 1981).
٢٨ – إقبال بشير، سلوى عثمان الصديقي، محاضرات في الخدمة الطبية والتأهيلية (الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٨).
٢٩ – إقبال بشير وآخرون: الخدمة الاجتماعية والمجال الطبي (الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٧٧).
٣٠ – عائشة محمد أحمد زيادة: دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي (القاهرة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، ١٩٧٤).
٣١ – فاطمة الحاروني: خدمة الفرد في محيط الخدمة الاجتماعية (القاهرة، مكتبة السعادة، ١٩٨١).

٣٢ – إبراهيم عبدالهادي محمد المليجي: الممارسة المهنية في المجال الطبي والتأهيل (الإسكندرية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٦).

٣٣ – محمد نجيب توفيق: الخدمة الاجتماعية المدرسية (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٢).

34 - Charles Zastrow: The Practice of Social Work (N.Y, Hamewood Illinisis, the Dorsey Press, 1985).

35 - Martin Sundel and Others: Indisidual Change through Small frops (New York, Macmillan Publishing Company, 1985).

36 - Eveline D.Schilman: Intervention In Human Services, Agerrillan Publishing Company, Cslmbus, ohie 1991).

37 - Reginald O. York: Human Service Planning (The university of North Carsluia, chapel Hill, 3ed, 1988).

٣٨ – إقبال إبراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩١).

٣٩ – عبدالرحمن صوفي عثمان، مصطفى محمد الماحي: مقدمة الخدمة الاجتماعية (القاهرة، دار العلم، ١٩٩٨).

٤٠ – نعمات محمد: دور الأخصائي الاجتماعي في التوعية والتثقيف الصحي (القاهرة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ماجستير غير منشورة، ١٩٧٩).

٤١ – صفاء أحمد محمد فرغلي: دراسة استطلاعية لدور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العلاج الجماعي في العيادات النفسية (القاهرة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ماجستير غير منشورة، ١٩٩٤).

٤٢ – ماهر أبو المعاطي وآخرون: الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية (القاهرة، قسم مجالات الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٨).

٤٣ – محمد شريف صقر، علي الدين السيد: مقدمة في الخدمة الاجتماعية، (القاهرة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، ١٩٨٦).

٤٤ – منير البعلبكي: المورد القريب (لبنان، دار العلم للملايين، ١٩٨٦).

45 - Webster: New World Dictionary (N.Y, Warner Book inc, 1990).
46 - Concise Oxford Dictionary (Oxford Clarendon Pren 1984).
47 - Julian, Josebh And Kornblum, Willian, Social Proplems (N.J, Prentice-Hall, 1983).
48 - G.H. Lendlerg And Others: Social Rolen As Behavior System in Socialogy introductory Readings, (Mamuiniv, 1972).
٤٩ – أحمد كمال أحمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع (القاهرة، دار الجبل للطباعة، ١٩٧٤).
50 - Linda Lee, Increasing Community College Child Development Associate Advisor Skill in Recording Observation As a Cometency - Based Assesment, (U.S, Florida, E.D.R.S, Price, 1994).
51 - Malcolm Payne, Modern Social Work Theory: A Critical introducation, (London, Mocmillan Education, Ltd, 1991).
٥٢ – أحمد عزت راجح: أصول علم النفس (الإسكندرية، المكتب المصري للطباعة، ١٩٨٠).
٥٣ – محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٨).
54 - F.M. Loewenberg: Fandamentals of social intervention (Columbia University press, 1983).
55 - Foraese D., Stephen Richer, Social Research Methods, (New Jerssey, Prentice Hall, Inc, 1973).
٥٦ – محمد علي محمد: علم الاجتماع والمنهج العلمي: دراسة في طريقة البحث وأساليبه (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، سلسلة علم الاجتماع المعاصر، الكتاب الثلاثون، ١٩٨٤).
٥٧ – محمد الغريب عبدالكريم: البحث العلمي: التصميم والمنهج والإجراءات (الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الثانية، ١٩٨٢).
٥٨ – عبدالباسط محمد حسن: أصول البحث الاجتماعي (القاهرة، مكتبة وهبة، الطبعة الثانية، ١٩٨٢).