الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين في العمل والتواصل مع مرضى الإيدز

«دراسة وصفية ميدانية»

حسين عمر الخزاعي*

ملخص: هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في المجال الطبي، وبخاصة الذين يتعاملون بشكل مباشر مع مرضى الإيدز، ومعرفة واقع مرض الإيدز في الأردن من خلال رصد أعداد الحالات، وطرق الإصابة بالمرض، وتوزيع المصابين بحسب العمر والجنس ومكان الإصابة به. استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي الشامل؛ حيث طبقت الدراسة على جميع الاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في مراكز التوعية والإرشاد والفحص الطوعي حول مرض الإيدز، التابعة لوزارة الصحة في ست محافظات في الأردن هي (عمان، الزرقاء، جرش، مادبا، العقبة، البلقاء)، وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

1 – صعوبة كسب ثقة المصاب، وتعديل السلوكيات الخطرة، عدم وجود الخصوصية والسرية وخاصة في (المستشفيات الخاصة والعامة)، والشعور بوصمة العار والتمييز لحساسية المرض وخطورته، والصعوبات المادية للمرضى. 2 – أفاد (93,3%) من الاختصاصيين بتقبلهم بشكل كبير العمل مع مرضى الإيدز، وأفاد (93,3%) منهم بأنهم يتابعون المرضى بشكل دائم، وأن (83,3%) منهم مستواهم التعليمي بكالوريوس.

* أستاذ علم الاجتماع المشارك، قسم الخدمة الاجتماعية، كلية الأميرة رحمة الجامعية، جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن.

3 – بلغ عدد الحالات المسجلة لمرض الإيدز في الأردن (523) حالة، حتى 2007/7/31. 4 – تعد المخالطة الجنسية غير الشرعية السبب الأول في طرق الإصابة بمرض الإيدز؛ حيث شكلت (59,5%)، في حين حدثت (91%) من حالات الإصابة خارج الأردن، واحتلت الفئة العمرية (30–39) الترتيب الأول بين المصابين؛ حيث شكلت (37,5%) من مجموع الإصابات. وبلغت نسبة الإناث المصابات بالمرض (34,4%).

المصطلحات الأساسية: الإيدز، مركز التوعية والإرشاد والمشورة، مريض الإيدز، الاختصاصي الاجتماعي.

مقدمة:

تعد الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي خدمة إنسانية، وركيزة يستند إليها هذا العمل الإنساني، حيث كان المفهوم السائد فيما مضى عن الخدمة الاجتماعية الطبية هو تدخلها لمساعدة المرضى اقتصادياً، وبفضل التقدم العلمي، تدخلت الخدمة الاجتماعية في تعديل الآثار الاجتماعية والنفسية، وأيضاً تدخلت لتحسين أسلوب الخدمات العلاجية ومستواها، والخدمات الاجتماعية، المقدمة للمريض بالمؤسسة الطبية. (عادل أنس، 1984)، وتعدّ الرعاية الصحية إحدى مجالات الرعاية الاجتماعية التي توليها المجتمعات اهتماماً كبيراً، ولقد غزت الخدمة الاجتماعية مجالات عديدة، ومن بينها المجال الطبي.

إن مرض الإيدز يعد واحداً من أكثر الالتهابات المنقولة جنسياً، وأخطرها على حياة الإنسان، وتتجسد خطورته في أنه أصبح وباءاً عالمياً، وخارج نطاق السيطرة؛ إذ لا يوجد علاج شاف لمرض الإيدز أو لقاح يحمي منه، حيث إن العلاج المتوفر حاليا يؤخر ظهور الأعراض المرضية، ويقلل احتمال الإصابة بالأمراض الانتهازية (Ashford, 2000). ويسبب المرض ردود فعل نفسية واجتماعية للمصاب به، وهي تتمثل في الصدمة وفقدان السيطرة على العواطف، والغضب والشدة، والإجهاد النفسي والقلق، والإنكار، والخوف من المرض والعجز، وفقدان احترام الذات، وتأنيب الذات؛ حيث يشعر المريض بأنه مؤذ أو ضار أو عار على عائلته (الهلال الأحمر الأردني، 2007). ويعدّ مرض الإيدز، من الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية التي لها تأثير مباشر في المجتمع؛ حيث تسبب الإصابة به مشكلات طبية واجتماعية، ويعيش الفرد في مجتمع محيط به، يؤثر فيه، ويتأثر به،

وتتدهور العلاقات الأسرية، وخاصة أن مرض الإيدز مرض معد وخطير ومنفر، وقد يقطع الأقارب والأصدقاء الصلة بهذا المريض، فيشعر أنه منبوذ من المجتمع، ويعيش معزولاً عن أفراد أسرته ومجتمعه (سيد أحمد، 1990). وحتى الأطفال المصابون يمكن أن يتعرضوا لردات فعل سلبية من المجتمع، من مثل رفضهم وعدم تسجيلهم في المدارس لمواصلة تعليمهم تجنباً لخوف الأطفال الآخرين أو نفورهم من المدارس أو تركهم لها ولا سيما المدارس الخاصة التي تهدف إلى الربح والغنى حتى لو كان أولئك الأطفال أبرياء ولا ذنب لهم بالمرض.

وتنطلق الصعوبات التي تواجه الاختصاصي الاجتماعي في العمل والتواصل مع مرضى الإيدز من طبيعة هذا المرض وخطورته والآثار الاجتماعية والنفسية التي يواجهها المريض نفسه وعدم تجاوبه وتعاونه مع الاختصاصي الاجتماعي، وتظهر تلك الصعوبات في ردود الفعل السلبية من المريض في بداية معرفته بالإصابة بالمرض، وهي تتمثل في الصدمة والإنكار وسرعة الانفعال والحرمان من السعادة والتشاؤم من الحياة والتوتر والقلق والخوف والعزلة والإحراج عند مراجعتهم لطلب الخدمات الصحية، وهذا يتطلب من الاختصاصي الاجتماعي القيام بدور مهم في محاولة جعل المريض يتقبل فكرة مرضه والعمل على زيادة ثقته بنفسه وبالخدمة الطبية التي ستقدم له، وإقناعه بعدم التفكر بأي عمل أو تصرف خاطئ قد يؤذيه أو يؤذي الآخرين المحيطين به، وتتمثل الصعوبة الثانية في العمل مع أفراد أسرة المريض أو الأصدقاء والأقارب (الأب، الأم، الزوج، الزوجة، الإخوة، الأخوات، الأبناء... إلخ) ومحاولة إقناعهم بتقبل المرض وعدم إطلاق الأحكام جزافاً حتى ولو كانت صحيحة، وتزويدهم بالمعلومات المتعلقة بمرض الإيدز وطرق العدوى والوقاية منه والأعراض المرتبطة به.

والصعوبة التي تأتي في مقدمة الصعوبات وأهمها ويواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في المؤسسات الطبية ترجع إلى المؤسسات الطبية ذاتها من حيث قصور نظرتها تجاه عمل الاختصاصي الاجتماعي والدور الذي يقوم به ضمن الفريق الطبي، وقد لا تعترف الإدارة بقيمة جهود نسق الخدمة الاجتماعية، كما أن الأطباء لا يعتقدون بأهمية العوامل الاجتماعية والنفسية في العلاج (إبراهيم المليجي، 2004).

أهمية الدراسة ومسوغاتها:

إنّ العواقب الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية، الناجمة عن مرض الإيدز بالغة الأثر في البلدان التي تتسم بمعدلات إصابة عالية، وفي بعض المجتمعات يتسبب مرض نقص المناعة المكتسبة بحصد أرواح كثير من البالغين اليافعين، وهو الأمر الذي يولد جيلاً (يخلو من البالغين) ؛ وهم فئة الرجال والنساء في العقدين الثاني والثالث من عمرهم حالياً، الذين لن يكونوا على قيد الحياة لإعالة أسرهم في منتصف العمر، وبما أن الإيدز يصيب البالغين خلال أكثر السنوات المنتجة في حياتهم، فإن آثاره تصبح ماثلةً للعيان في القطاعات العسكرية، والتربوية، والصناعية، والزراعية، والنقل، والاقتصاد بشكل عام (البنك الدولي، 2003). ويحذر خبراء ومختصون من الانهيار الاقتصادي الذي من المرجح أن يحدث نتيجة لهذا المرض القاتل، وأنّه ما لم يتم عمل شيء فسوف يحدث انهيار اقتصادي كامل في غضون ثلاثة أجيال في أشد الدول تأثراً بالإيدز (حسين الخزاعي، 2004 أ).

لذلك فإن الدور الوقائي للاختصاصي الاجتماعي يقوم على نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض تجنباً للإصابة أو انتشار العدوى بين الأفراد (إقبال بشير وآخرون، 1984). ولعل الإرشاد والتثقيف عن كيفية انتشار المرض وكيفية الإقلال من خطر التعرض للعدوى أو منعه كلياً يصبحان الإجراء الأول والأكثر فعالية في الوقاية من انتشار مرض الإيدز. (منظمة الصحة العالمية، 1990) وخاصة بعد أن شهدت الأبحاث العلمية الرامية إلى اكتشاف علاج للمرض انتكاسة جديدة لعدم وجود علاج فعال للشفاء منه؛ حيث إن التجارب الحديثة التي طبقت على خمسة آلاف امرأة في جنوب إفريقيا على مدار عامين أثبتت أن العلاجات التي استخدمت لم تعط أي نتائج إيجابية، وكان العلماء يأملون في إيجاد العلاج اللازم والواقي للإصابة بهذا المرض (جريدة الرأي، 2007).

والعلاقة بين الخدمة الاجتماعية والإرشاد الصحي والوقائي علاقة طبيعة، ويعد كل منهما امتداداً طبيعياً للآخر؛ فالإرشاد الصحي الوقائي هو أحد الفروع الرئيسة ومجال اهتمام من مجالات الصحة العامة، وهو لا يعني مجرد انتشار المعلومة الصحية في ندوة أو فيلم سينمائي، وإنما هدف الإرشاد الصحي الوقائي هو تغيير المعلومات والمفاهيم والاتجاهات والممارسات الصحية. (إقبال بشير وسلوى عثمان، 1986)

ولعل انتشار ثقافة الصمت في الدول العربية والإسلامية التي تتطلب من المرأة أن تكون مطيعة ولا تسأل زوجها عن علاقاته الجنسية مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض، فالمطلوب من المرأة أن تغض الطرف عن إقامة الرجل العلاقات الجنسية مع أكثر من امرأة، وأنه من غير المقبول أن تسأل زوجها عن علاقاته؛ مما يجعلها غير مدركة للخطر الذي يحيط بها، وهنا لا بد أن نشير إلى أن (90%) من حالات الإيدز في المملكة العربية السعودية إنما هي بسبب العلاقات الجنسية غير الشرعية؛ حيث يبلغ عدد الحالات المكتشفة (10120) حالة إصابة حتى تاريخ 9 مارس/ آذار 2006، وبمعدل سنوي 1200 حالة إصابة جديدة (جريدة الرأي، 2003). وفي جمهورية السودان التي تشهد أعلى نسبة انتشار للإيدز في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تبلغ نسبة الإصابة بسبب العلاقات الجنسية غير الشرعية (97%) (الدستور، 2006). وفي دراسة استطلاعية حول موضوع الجنس قبل الزواج شملت عدداً من الجامعات اللبنانية كانت نتائج الدراسة مثيرة؛ حيث أظهرت أن (61 %) من الطلاب أيدوا هذه الممارسة مقابل (27,3%) من الطالبات (جريدة شيحان، 2004). ومرض الإيدز اكتشف، وشخّص أول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية، والمملكة المتحدة، بين رجال إما لوطيين، وإما من يمارسون الاتصال الجنسي مع الجنسين على السواء (bisexual)، وكانت الغالبية العظمى (71%) من المصابين في العالم قد التقطوا المرض بسبب تعرضهم جنسياً للفيروس (روبرت برات، 1994). وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن احتمال تعرض المرأة للإصابة بمرض الإيدز يمثل ضعف احتمال تعرض الرجل لها، بالإضافة إلى وجود أكثر من (250) مليون حالة إصابة بالأمراض الجنسية تحدث كل سنة بين الرجال والنساء في العالم. (جمال محمود، 2001).

وبعد ستة وعشرين عاماً منذ تسجيل أول حالة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1981 (رفعت كمال، 1992) حتى نهاية سنة 2005 م قدر عدد المصابين بالإيدز، أو العدوى بفيروسه في العالم بما يزيد على 42 مليوناً من البالغين والأطفال، وأغلبهم (نحو 25 مليوناً) في المناطق النامية (منظمة الصحة العالمية، 2005)، في حين توفي نحو 22 مليوناً وغيرهم من جراء إصابتهم بالمرض، ويُقدر أنهُ يحدث كل يوم (16000) عدوى جديدة، وسنوياً 6 ملايين إصابة؛ أي أنه يصاب بالعدوى كل دقيقة (11) شخصاً، منهم الرجال والنساء والأطفال (منظمة الصحة العالمية، 2006)، وتسجل أحدث إحصائية تتعلق بمرض الإيدز أنّ (168) دولة أبلغت

منظمة الصحة العالمية عن وجود حالات إيدز (Stewart, 2003) في الوقت الذي كان فيه عدد الحالات في عام 1986 (29000) حالة في (71) دولة. (فوزي السهاونة، 1988).

مرض الإيدز في الأردن :

إن خصوصية المجتمع الأردني المتمسك بالدين، والتراث الإسلامي، الذي يجمع بين نظام القيم والعادات، والتقاليد، تفرض على كل فرد التزام سلوكيات يجيزها الدين ويقبلها المجتمع بمختلف فئاته (حسين الخزاعي، 2003). والمجتمع الأردني يلتزم تعاليم الديانات السماوية التي تحرم الزنا، أو الاتصال الجنسي غير المشروع، وبخاصة ممارسة الجنس مع المحارم، نظراً لما تجلبها من أمراض واختلاط للأنساب والتفكك الأسري، وفقدان الأسرة (أنور عطية، 2003). ويعد الزنا من الجرائم الأخلاقية (معوض عبد التواب، 1986). وتنص المادة (282) من قانون العقوبات الأردني على أن: تعاقب المرأة الزانية وشريكها، بالحبس من ستة أشهر إلى سنتين (محمد صبحي نجم، 1994). ويُعرف قانون العقوبات الزنا بأنّهُ: اتصال شخص متزوج رجلاً أو امرأةً اتصالاً جنسياً بغير زوجه، والزنا ترتكبه الزوجة إذا اتصلت جنسياً بغير زوجها، ويرتكبها الزوج إذا اتصل جنسياً بامرأة غير زوجته (محمود نجيب حسني، 1978). وعلى الرغم من هذه التعليمات والقوانين والعادات والتقاليد، والدين الذي يحرم الزنا، فإنه يفترض أن تكون رادعة للمجتمع لتجنب هذه السلوكيات، إلا أن الإحصاءات الأردنية في مجال مرض الإيدز تبين أنّ (59.5 %) من إجمالي الإصابات بمرض الإيدز كانت بسبب العلاقات الجنسية غير الشرعية، وأن (9%) كانت داخل الأردن (وزارة الصحة في الأردن، 2007).

لقد كانت أول حالة تسجل في الأردن هي لسيدة أردنية أصيبت بالمرض عام 1986، وحدثت الإصابة من جراء عملية نقل دم طارئة في إحدى الدول خارج الأردن (جريدة البلاد، 2002). ومنذ ذلك التاريخ اعتمد البرنامج الأردني لمكافحة الإيدز، وقد اعتمدت وزارة الصحة الأهداف الأساسية لبرنامج الإيدز العالمي، المتمثلة في مكافحة المرض، والحد من انتشاره، إضافة إلى تخفيف عواقب الإصابة عن المصاب وأسرته والمجتمع بشكل عام.

أما ما يتعلق بالجهود الأردنية في مكافحة مرض الإيدز، فقد شكلت في عام 1996 م اللجنة الوطنية للإيدز، وتضم في عضويتها مندوبين من مختلف القطاعات

الطبية، بهدف وضع إستراتيجية التثقيف الصحي للسكان، بهذا المرض، والتنسيق بين هذه الجهات الطبية بهدف توحيد العمل والجهود والنشاطات في هذا المجال، وتضم اللجنة "وزارة الصحة، والجامعة الأردنية، ونقابة الأطباء، والخدمات الطبية الملكية، ووكالة الغوث، والمستشفيات الخاصة " (حسين الخزاعي، 2004 ب).

إنّ التركيز على التوعية الجنسية، والوصول للفئات الخطرة، يعد من أولويات برنامج مكافحة الإيدز، نظراً لأن هذه الفئات في معظمها، إما من الشاذين جنسيّاً، وإما من المومسات، ولا يمكن تعرفها في المجتمع الأردني، أو الاعتراف بوجودها. ومن ثم فإن أهم الإستراتيجيات التي يتبناها البرنامج والتي تتلاءم مع أهداف برنامج الإيدز العالمي تتمثل في : (وزارة الصحة، 1997).

1 – منع انتشار المرض عن طريق المخالطة الجنسية.

2 – منع الانتشار عن طريق الدم: نقل الدم، ومستحضرات الدم، والأمصال واللقاحات، وعمليات زرع الأعضاء، والحقن، والأدوات الجراحية.

3 – منع الانتشار من الأم المصابة إلى وليدها.

4 – منع الانتشار بين الزوجين في حالة إصابة أحدهما.

5 – تخفيف أثر المرض على الأفراد المصابين وذويهم والمجتمع، من النواحي النفسية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

6 – تعد الرقابة على الدم ومشتقاته من النشاطات الفعالة، التي تقوم بها وزارة الصحة من خلال بنك الدم الوطني؛ حيث تفحص وحدات المتبرع، كما ينتقى المتبرعون حرصاً على صحة المواطنين (المرضى) الذين يحتاجون إلى نقل دم.

وفي عام 1999 قامت وزارة الصحة بتأسيس مركز المشورة والفحص الطوعي والخط الساخن لتقديم المشورة للمواطنين، وخاصة للفئات الشبابية، لمساعدتهم على اتخاذ القرارات الخاصة بهم لتغيير السلوك المحفوف بالخطر للوقاية من الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، وتقديم المشورة والرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للمصابين بفيروس العوز المناعي المكتسب، ومرضى الإيدز وذويهم، وتزويدهم بنشرات وتعليمات وإرشادات تتعلق بالوقاية من الإصابة بهذا المرض.(وزارة الصحة، 1999) ويشرف على هذا الخط الساخن ثلاثة موظفين: (طبيب، واختصاصي اجتماعي ونفسي، ومراقب صحي)، ويتبع مديرية مكافحة الأمراض في وزارة الصحة. ويقوم الخط الساخن بتوفير معلومات كافية عن معظم

المصابين بهذا المرض في الأردن، ومتابعة حالاتهم المرضية، ويرتبط بهذا المكتب (خط ساخن هاتفي مباشر)، وقد قامت وزارة الصحة بحملة إعلانية في مختلف وسائل الإعلام لتوعية المواطنين وإرشادهم إلى هذه الخدمة. وهو يقوم باستقبال الاستفسارات المتعلقة بهذا المرض من المواطنين، ويوجد هذا الخط في بناء مستقل، وهو يقوم باستقبال المواطنين، ويوفر لهم كتيبات ونشرات خاصة، تتضمن معلومات، ونشرات تثقيفية تتعلق بمرض الإيدز، وطرق تجنب الإصابة به. كما أنّ التوعية الجنسية ضرورية في مكافحة الإيدز، وتعدّ الوقاية من الأمراض الجنسية الأخرى من الأهداف بعيدة المدى لبرنامج مكافحة الإيدز، ونظراً لخصوصية الموضوع – وبخاصة في المجتمع الأردني المحافظ – فإن اعتماد إستراتيجية واضحة، تأخذ جميع العوامل المتعلقة بهذا الموضوع في الحسبان من الأولويات التي يقوم بها برنامج مكافحة الإيدز. وقد قامت وزارة الصحة في مطلع عام 2005 باستحداث مكاتب خاصة للتوعية والإرشاد حول مرض الإيدز في ست محافظات في المملكة هي (عمان، الزرقاء، جرش، مادبا، العقبة، البلقاء)، وهناك خطة وضعتها الوزارة لاستحداث مكاتب في باقي محافظات المملكة. (أحمد نصر الله، 2006) ويراجع المركز حالياً 70 مصاباً. ويُذكر أن وزارة الصحة في الأردن، قد بدأت في تقديم العلاج للمرضى المصابين بالإيدز منذ مطلع عام 2000م، ويوجد (46) مريضاً يخضعون للعلاج في المديرية يزودون بالدواء مجاناً لتثبيط نشاط الفيروس في جسم المريض، وتقدر تكلفة علاج المريض سنويًّا بنحو (7) آلاف دينار أردني، منهم (9) مرضى مصابين ولكن ليسوا بحاجة إلى دواء، ولكن يتم فحصهم كل ستة شهور لقياس ارتفاع نشاط الفيروس في أجسامهم وانخفاض الجهاز المناعي، وذلك وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية لمعرفة الوقت المناسب لإعطائهم الدواء، ويوجد (26) مريضاً أردنياً فضلوا العلاج في الخارج: أمريكا وأوروبا (جريدة الغد، 2006). ولا يجبر المركز أي مصاب على الخضوع للعلاج. ويُذكر أنّ عدد الوفيات بهذا المرض منذ تاريخ اكتشافه بلغ (75) حالة، وأنه من بين الـ (46) مريضاً (8) إناث والباقي من الذكور، ومن بين عدد الإناث الثماني توجد طفلتان تخضعان للعلاج الشهري؛ عمر الطفلة الأولى 12 سنة ومتفهمة لمرضها، أما الطفلة الثانية – وعمرها خمس سنوات – فتأخذ الدواء ولا تعرف ماهيته لصغر سنها. (رجائي العزة، 2007).

وعن الوضع الاجتماعي للمصابين فإن القضاء فصل بالطلاق لخمس زوجات

بعد معرفة أسرهن بإصابة أزواجهن بالمرض. وهناك حالة واحدة لم تصل للقضاء إلا أن أهل الزوجة يصرون على موقفهم بالتوجه للقضاء على الرغم من أن هذه الزوجة غير مصابة بالمرض ويحاول الاختصاصيون في المركز فض النزاع بين الزوج والزوجة وإقناع ذوي الزوجة بعدم التدخل. (ابتسام كنعان، 2007) أما بالنسبة لأعداد الوافدين الذين سُفّروا إلى بلادهم منذ اكتشاف المرض فبلغت 251 وافداً من جنسيات مختلفة من إندونيسيا والسودان وسيريلانكا وغيرها، وبلغ عدد الاتصالات بالمركز منذ تأسيسه (650) اتصالاً من الداخل والخارج. ويرتبط معدل ارتفاع عدد المكالمات وانخفاضها للاستفسار عن طرق انتقال المرض ببث الإعلان عبر التلفاز أو الإذاعة عن وجود المركز الرئيس في عمان والفروع الأخرى في جرش والبلقاء ومادبا والزرقاء، حيث يصل عدد الاتصالات في اليوم الواحد إلى (45) اتصالاً، في حين لا يتلقى المركز أي اتصال في أيام أخرى. (رجائي العزة، 2007).

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة في الضغوطات الاجتماعية والنفسية التي يعانيها المرضى المصابون بمرض الإيدز، والتي تدفعهم إلى الإحراج من مراجعة مراكز التوعية والتثقيف بمرض الإيدز طلباً للعلاج والمشورة، وخاصة إذا استشعروا بعدم توافر جانب السرية في التدخل المهني، وإحساسهم برفض المجتمع لهم، وأنهم جماعات اجتماعية موصومة. لذا يرغبون في العيش في الخفاء خوفاً من افتضاح أمرهم، وحتى بعد اكتشاف المرض ومعرفة أحد أفراد الأسرة فإن نسبة طالبي المساعدة والخدمة والمشورة من مراكز التوعية والإرشاد لا تتجاوز الـ (40%)، أما المرضى المصابون بالمرض وعدم مراجعتهم للمركز وطلب المشورة فهؤلاء يكون التواصل معهم معدماً؛ لأنهم غير معروفين ولأنهم لا يطلبون الخدمة والمشورة، وهناك إمكانية لنشرهم المرض والتسبب بعدوى الآخرين؛ حيث إن (9 %) من حالات الإصابة في مرض الإيدز كانت داخل الأردن.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

1 – تحديد الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين في العمل والتواصل مع مرضى الإيدز.

2 – تقديم الحلول والمقترحات التي تساعد في التغلب على الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين في العمل والتواصل مع مرضى الإيدز.

3 – معرفة خصائص مرضى الإيدز في الأردن وتوزيعهم بحسب (العمر والجنس، مكان الإصابة، طريقة الإصابة بالمرض).

4 – معرفة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، وطبيعة الأعمال التي يقوم بها الاختصاصيون الاجتماعيون في العمل والتواصل مع مرضى الإيدز.

أسئلة الدراسة:

تلخصت أسئلة الدراسة فيما يلي:

1 – ما أبرز الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين في العمل والتواصل مع مرضى الإيدز؟

2 – ما الحلول والمقترحات التي يقدمها الاختصاصوين الاجتماعيون للتغلب على الصعوبات التي تواجههم عند العمل والتواصل مع مرضى الإيدز؟

3 – ما خصائص مرضى الإيدز في الأردن وتوزيعهم بحسب (العمر والجنس، مكان الإصابة، طريقة الإصابة بالمرض) ؟.

4 – ما الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، وطبيعة الأعمال التي يقوم بها الاختصاصيون الاجتماعيون في العمل والتواصل مع مرضى الإيدز؟

فروض الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية اختبار مدى صحة الفروض التالية:

الفرض الأول: لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي (الجنس) للاختصاصيين الاجتماعيين.

الفرض الثاني: لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية للاختصاصيين الاجتماعيين.

الفرض الثالث: لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب الدورات التدريبية للاختصاصيين الاجتماعيين.

الفرض الرابع: لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب طبيعة الخدمات المقدمة للمرضى من قبل الاختصاصيين الاجتماعيين.

الإطار النظري:

لقد ظل الأطباء عبر سنين طويلة، هم المهنيين الوحيدين المهيمنين على علاج العلل والأمراض، حيث يقدم المرضى إلى المؤسسات الطبية قاصدين حل مشكلاتهم المرضية، ولهذا السبب نجد فريق العمل Team Work يأخذ شكلاً رأسياً، يتربع الطبيب على قمته، ويلقي أوامره من أعلى إلى أسفل، وكان موقع الاختصاصي الاجتماعي تبعاً لذلك أكثر تعقيداً؛ لأنه دخل المجال الطبي متأخراً، بالإضافة إلى أنه ما زال الكثير من الأطباء ينظرون إلى الاختصاصيين الاجتماعيين على أنهم أشخاص من ذوي القلوب الرحيمة، يهدفون إلى فعل الخير.

وقد يكون للطبيب المعالج الرأي النهائي الحاسم في اتخاذ القرارات التي يراها مناسبة للمريض، فمن المعروف، أن الطبيب – بحكم تخصصه – هو السلطة العلمية لتي يمكنها التشخيص، وإصدار التعليمات اللازمة، بما يتناسب مع حالة كل مريض (إبراهيم المليجي وآخرون، 2004).

وقد يختلف الأطباء في تعاملهم مع أعضاء الفريق أنفسهم، بل قد يختلف إيمانهم بقيمة هذا التعاون وإدراك أهمية الدور الذي يقوم به الآخرون وبخاصة دور الاختصاصي الاجتماعي، وعلى قدر إيمان الأطباء واعترافهم بدور أعضاء الفريق، يكون تعاونهم.

ولكن يمكننا القول – بصدد علاقة الاختصاصي الاجتماعي بالطبيب –: إنه من أجل وضع خطة علاجية متكاملة للمريض، ينبغي على الاختصاصي الاجتماعي أن يشارك الطبيب التفكير والتخطيط المهني، لصالح المريض. فالطبيب، حقيقة في حاجة إلى الاختصاصي الاجتماعي ليكشف له عن أحوال المريض الاجتماعية، والاقتصادية ومستواه الثقافي، وظروفه الأسرية. هذا من جانب، ومن جانب آخر، فإن الاختصاصي الاجتماعي، هو أقدر أعضاء الفريق على جعل المريض يتقبل بارتياح خطة العلاج الطبي بالإضافة إلى متابعة تنفيذ هذه الخطة حتى يشفى.

وتنطلق هذه الدراسة من أبجديات نظرية الأنساق في الخدمة الاجتماعية

systems theory، وهي نظرية أسسها العالم النمساوي Von Bertalanffy، وتفترض أن جميع الكائنات الحية Organisms أنساق Systems تتكون من أنساق فرعية Subsystems، ويمثل الأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات والتنظيمات الأنساق الأساسية في إطار الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية، حيث يتفاعل بعضهم مع بعض ليكونوا التنظيمات والوحدات الاجتماعية الكبرى، ومن هذا المنطلق فإن أي خلل يواجه نسقاً من هذه الأنساق ينعكس بالضرورة – بشكل سلبي – على الأنساق الأخرى المتفاعلة معه (حسين سليمان وآخرون، 2005). ونأخذ في عين الاعتبار أن الفقر والأسرة والمدرسة ورفاق السوء ووقت الفراغ والهجرة والتصنيع هي عوامل تتداخل فيما بينها لتحديد أشكال العلاقات الاجتماعية بين هذه الأنساق.

وللاختصاصي الاجتماعي الطبي علاقة وثيقة بالغة الأهمية مع الجهاز التمريضي في المؤسسة الطبية، كون التمريض على تماس وعلاقة مباشرة مع المرضى؛ فالاختصاصي الاجتماعي يوجه الكادر التمريضي إلى احتياجات المريض النفسية وشخصية المريض ومنحه الطمأنينة في أثناء تقديم الدواء. وله أيضاً علاقة وثيقة مع الكادر الإداري في المؤسسة الطبية؛ حيث يتطلب من الإدارة تزويده بالاحتياجات والتسهيلات لإنجاز عمله، بالإضافة إلى ذلك يقدم خدمات للإدارة تتعلق بمصلحة المرضى ومتابعة شؤون علاجهم وإقامتهم وترتيب زياراتهم (إقبال بشير وآخرون، 1980).

ولقد بدأت الخدمة الاجتماعية الطبية في الأردن في عام 1972 في قطاع الخدمات الطبية الملكية التابعة للقوات المسلحة الأردنية؛ حيث كان عمل الاختصاصي الاجتماعي الطبي بإشراف الطبيب في قسم الصحة النفسية، ثم تأسس أول قسم مستقل للخدمة الاجتماعية الطبية في عام 1983 في قطاع الخدمات الطبية الملكية التابعة للقوات المسلحة الأردنية (حسين الخزاعي، 2006). أما المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة فأدخلت الخدمة الاجتماعية في خدماتها في عام 2005، وذلك في مستشفيين اثنين من أصل (29) مستشفى، وعلى الرغم من وجود موظفة واحدة في أحد المستشفيات و موظف في المستشفى الآخر فإن صعوبة العمل تتمثل في أن الاختصاصي الاجتماعي في المستشفى متنقل ما بين الإحصاء والاستعلامات وإدخال المرضى، حيث لا يوجد توصيف مهني لدور الاختصاصي الاجتماعي يحدد مسؤولياته في النسق الطبي بوصفه أحد أعضاء الفريق الطبي، وعلى الرغم من محاولة الاختصاصيين الاجتماعيين تدعيم وجودهم

وممارسة دورهم المهني فإن عدم وجود وصف وظيفي محدد لهم يجعل عملهم غير معروف أو محدد وإنما بحسب حاجة الأقسام، ولقد قام الباحث بوضع وصف وظيفي خاص للاختصاصي الاجتماعي للعمل في أحد مستشفيات القطاع الحكومي، ولا حظ الباحث مدى جدية الاختصاصي الاجتماعي ورغبته في تحديد دوره ومهامه للقيام بها وتقديم الخدمات المرضى، أما مستشفيات القطاع الخاص فالخدمة الاجتماعية الطبية موجودة في ثلاثة مستشفيات فقط من أصل 56 مستشفى (حسين الخزاعي، 2007).

الدراسات السابقة :

حظي موضوع مرض الإيدز باهتمام العديد من الباحثين والمتخصصين في مجالات العلوم الطبية المختلفة، وعند إجراء مسح شامل للدراسات السابقة يلاحظ أن حجم الدراسات والمصادر والمراجع التي تناولت الموضوع كثيرة ومتخصصة في مجالات المختبرات والتجارب الطبية، أما ما يتعلق بالدراسات التي تناولت الموضوع من الجانب الاجتماعي والوقائي فهي نادرة جداً. وإن وجدت فهي لا تتطرق إلى الجانب الاجتماعي أو النفسي أو الخدمة الاجتماعية المقدمة للمرضى.

ومن الدراسات التي تتناول جانب الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والنفسية لمرضى الإيدز دراسة عادل البلبيسي التي ركزت على" الوضع النفسي والاجتماعي لمرضى الإيدز "وشملت (25) مريضاً بالإيدز ذكوراً وإناثاً. ومن المسجلين لدى برنامج الإيدز الوطني في الأردن بينت الدراسة أن (52%) من المصابين بالمرض فقدوا عملهم ولا يوجد لهم مصدر رزق للعيش، و(72%) فقدوا صداقاتهم، و(68%) يشعرون أن ثقة الناس بهم قد تغيرت، و(80%) محرومون من السعادة، و(86%) منهم يشعرون بالاكتئاب والخوف والحزن والتوتر والقلق، و(44%) منهم يشعرون بالتشاؤم والرغبة في التخلص من الحياة، أما ما يتعلق بردود الفعل النفسية فوجدت الدراسة أن (96%) فوجئوا بالإصابة بالمرض، و(88%) يعانون سرعة الانفعال بعد الإصابة بالمرض، و(64%) يشعرون بفشلهم في الحياة كما يشعرون بالوحدة، و(96%) من المرضى يشعرون أنهم غير مسؤولين بصورة مباشرة عن إصابتهم بالمرض، و (32%) يشعرون بضعف الذاكرة أو صعوبة في التركيز. وما يتعلق بالرضا عن الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الإيدز، وجدت الدراسة أن (64 %) من المرضى غير راضين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم، و(76%) يشعرون بالإحراج

عند مراجعة مراكز تقديم الخدمات الصحية، و (68%) يشكون صعوبة الحصول على الخدمات الصحية وأن (60%) غير مقتدرين مالياً ويعانون ظروفاً اقتصادية صعبة (عادل البلبيسي، 1999).

وأجرت فاطمة الرقاد دراسة بعنوان " خصائص مرضى الإيدز واحتياجاتهم النفسية. هدفت إلى معرفة خصائص مرضى الإيدز واحتياجاتهم النفسية والاجتماعية وأسرهم، وشملت عينة الدراسة (15) مريضاً بالإيدز كانوا يراجعون مركز الخط الساخن والإرشاد التابع لوزارة الصحة في الأردن وقت إجراء الدراسة. وتمثلت نتيجة الدراسة في أن جميع المصابين من الذكور، ومن المتعلمين، وكانت طريقة الإصابة الشائعة بينهم هي الاتصال الجنسي غير الشرعي مع إناث، وأن أغلب الإصابات كانت خارج الأردن. وكشفت الدراسة أن ردود الفعل للمصابين بدأت بالمفاجأة والصدمة وعدم التصديق والإنكار، والغضب، والخوف وتمني الموت واللجوء إلى محاولات الانتحار. وكان معظم المبحوثين يعرفون طرق انتقال المرض الرئيسة، وهم على علم ودراية ومعرفة بالعناية بأنفسهم وغيرهم. وعلى استعداد للمشاركة في التوعية والتثقيف حول المرض (فاطمة الرقاد، 2003).

وما يتعلق بمعرفة خطورة مرض الإيدز نفذت دائرة الإحصاءات العامة في الأردن في عام 1997 دراسة بعنوان، "مسح الخصوبة والصحة الأسرية"، وشملت عينة قوامها (5067) أسرة أردنية، وكانت نتيجة هذه الدراسة أنّ نسبة الجمهور الأردني الذين لديهم معلومات ومعرفة حول خطورة مرض الإيدز بلغت (98%)، وأنّ التلفزيون الأردني هو الوسيلة الوحيدة للتزود بالمعلومات، والتوعية حول طرق الإصابة بالمرض (دائرة الإحصاءات العامة، 1997).

أما "فاتن شكر" فقدمت دراسة حاولت من خلالها وضع تصميم برنامج إرشادي لطلاب المرحلة الثانوية للوقاية من مرض الإيدز" والاستفادة من البرنامج الإرشادي في تكوين الوعي اللازم في التعامل مع الآخرين من أصدقاء وأفراد وجماعات في المجتمع، وتشير الدراسة إلى أن (96,6%) من البنين والبنات لا يعرفون السبب الحقيقي لمرض الإيدز. وطبقت الدراسة على عينة شملت (460) طالباً وطالبة في المدارس الموجودة ضمن محافظة الجيزة في القاهرة (فاتن شكر، 2004).

وفي موضوع "أحكام مرضى نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) في الفقه الإسلامي". أجرت حنان محمد فوزي إسماعيل دراسة في فلسطين هدفت إلى

معرفة أحكام الشريعة الإسلامية في حكم رضاعة الأم المصابة بالإيدز للطفل، وحكم من ينقل المرض للآخرين وهو يعلم بإصابته بالمرض. وخرجت الدراسة بضرورة أن يقدم الأطباء وسائر العاملين الصحيين ما يحتاجه مريض الإيدز من عناية شأنه في ذلك شأن أي مريض، ولا يجوز حرمان المريض من العمل وممارسة حياته العادية إلا في حالات محدودة جداً، إذا كان المريض مصاباً بجروح وتقرحات منفرة. أما بخصوص عزل المرضى المصابين بالمرض فهذا أمر يقرره الأطباء. وفي حال معرفة المريض المصاب بالمرض عن مرضه وقيامه بنقل العدوى للآخرين فإنه يعاقب بجريمة القتل العمد، وإذا كان لا يعرف أنه مصاب بالمرض ونقله للآخرين فإنه يعاقب بعقوبة القتل الخطأ. ويحرم على الأم المصابة بمرض الإيدز إرضاع طفلها، وحق طلب فسخ عقد الزواج لكل من الزوجين المصاب أحدهما بمرض الإيدز (حنان إسماعيل، 2001).

وفي مجال السلوك البشري دعت دراسة أجرتها جامعة هارفارد الأمريكية في عام (2006) النساء الأمريكيات إلى الاقتداء بالمرأة المسلمة في احتشامها وأخلاقها سبيلاً للقضاء على الانحلال الخلقي والأمراض الخطيرة السائدة في المجتمعات الغربية عموماً والأمريكية على وجه الخصوص.

وأوضحت الدراسة أنه داخل المجتمع الإسلامي يعيش الجميع في اطمئنان تام من عدم تسرب هذه الأمراض الخطيرة؛ لأن المجتمع من الداخل يتمتع باستقرار اجتماعي وبعد تام عن الانحلال الأخلاقي، كما تلتزم كل امرأة مسلمة تعاليم دينها وأخلاقياته، ومن ثم لا مجال للممارسة الجنسية خارج إطار الزواج.

وأضافت الدراسة أن نسبة تفشي مرض مثل الإيدز في المجتمعات الإسلامية لا تتعدى النصف في الألف، وليست هناك أي خطورة على تلك المجتمعات من تسرب تلك الأمراض إليها بسبب التزام نساء المسلمين أخلاقياً ودينياً، وهذا ينطبق على جميع الأمراض الجنسية الأخرى التي أثبتت كل الأبحاث العلمية أنها لا تغزو إلا المجتمعات التي لا تعرف حدوداً للأخلاق.

وأظهرت الدراسة الأمريكية أيضاً أن الأبحاث التي أجريت على انتشار الأمراض الجنسية على الجاليات المسلمة في الغرب كشفت عن أن الأسر المسلمة التي تعيش وفق تعاليم الدين الحنيف لا تعاني أي أمراض، كما تتمتع بحالة من الاستقرار الاجتماعي الذي يساعدها على التقدم مادياً واجتماعياً في حين كشفت الدراسة النقاب

عن أن الأسرة المسلمة التي لا تلتزم هذه الأخلاقيات قد تعاني العديد من المشكلات التي يعانيها المجتمع الغربي سواء بسواء. (مجلة الجزيرة، 2006).

وفي مجال السلوك البشري للجماعات المعرضة للإصابة بمرض الإيدز تناولت منال عمران في دراستها موضوع : "أثر التحولات الاجتماعية والاقتصادية على حجم واتجاه السلوك الانحرافي للمرأة: دراسة ميدانية لظاهرة البغاء في القاهرة ". وهدفت هذه الدراسة إلى تعرف طبيعة السلوك الانحرافي للمرأة، وطبيعة ظاهرة البغاء وانعكاساتها وآثارها، بالإضافة إلى احتمالات تطورها ومصاحباتها في الحاضر واحتمالاتها وتداعياتها في المستقبل.

اعتمدت الدراسة أسلوب المسح الاجتماعي بالعينة، وذلك بالتطبيق على عينة من نزيلات سجن القناطر، عددها 124 حالة. وقد اختيرت العينة وفق شرط أساسي، وهو أن تعترف المبحوثة بممارستها البغاء أو اتخاذها البغاء مهنة لها. وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع نسبة البغايا بين طالبات الجامعات (23,4%)، ثم الموظفات (12,9%)، ثم اللواتي يعملن في مجال السياحة بنسبة (10,5%). وترى (65,5%) أن البغاء هو مهنتها ولا تبحث عن مهنة أخرى وأن ارتفاع تكاليف الحياة هو الذي أدى إلى ارتكاب السلوك الانحرافي. وصعوبة الحصول على سكن من المشكلات الاقتصادية التي ساعدت على زيادة البغاء بين الشباب وذلك بنسبة (33,1%). ولعل هذه الدراسة تؤكد خطورة انتشار هذا المرض في المجتمع المصري (منال عمران، 2004).

أما في الأدبيات الأجنبية فنجد أن الدراسات التي تناولت الموضوع ركزت على الجانب المعرفي والوقاية من المرض، والوصمة الاجتماعية، ومنها دراسة ستكر Stucker وآخرين، التي بحثت موضوع الوعي الصحي، والسلوك الخطر للمومسات، وقد أجريت هذه الدراسة في ألمانيا عام 1997، وتكون مجتمع الدراسة من (80) مومسة في ولاية بوتسدام. وأشارت النتائج إلى أن متوسط عمر المومسات 31,4 سنة، (95%) منهن اعتبرن أنّ إجراء فحص دوري لهنّ ضروري، وجزء من الوقاية الصحية، و(95%) منهن يستخدمن الواقي باستمرار ؛ لأنّ الواقي يجنب الإصابة بالأمراض الجنسية وخاصة الإيدز (Stucker, 1997).

ووجدت دراسة أجراها كل من (China and Krosen) شملت (9) من النساء الآسيويات المصابات بمرض الإيدز أن الخوف من العار والنبذ والخوف من التمييز

كانت السبب في عدم كشف المصابات عن مرضهن للآخرين، وعدم مراجعتهن لطلب العلاج والمشورة (UNAIDS, 2002).

وأجرت هارولد جافي دراسة من خلال مركز الوقاية ومكافحة الأمراض في نيويورك، بهدف معرفة نسبة الإصابة بفيروس الإيدز بين الشواذ الأمريكيين "المثليين" الذين يمارسون الجنس مع الرجال، وكذلك النساء. وقد استخدمت الدراسة أسلوب المسح الشامل في (25) ولاية أمريكية، ومقارنة أعداد الإصابات بين هؤلاء الشواذ لمدة (3) سنوات متتالية بدءاً من عام 1999 م. وأظهرت النتائج أن حالات الإصابة بمرض الإيدز ارتفعت بين هذه الفئة من الشواذ منذ عام 1999 م بنسبة (17,7%)؛ أي (42136) حالة إيدز سنوياً من الشواذ. وعلى الرغم من التوعية الكبيرة، التي تبذلها الجهات المختصة في هذا المجال، فإن عدد حالات الإصابة في ازدياد مستمر. وبلغ عدد الوفيات بسبب مرض الإيدز في عام 2001 (16371) حالة بين كل المصابين لمختلف الأسباب (جافي هارولد، 2005).

وأجرت هيلن جيل دراسة بعنوان: "معرفة الجماعات المعرضة للخطر حول مرض الإيدز ". وهدفت هذه الدراسة – التي أجريت في مدينة نيويورك في الولايات المتحدة الأمريكية – إلى قياس مستوى المعرفة عند الجماعات المعرضة للخطر من الإصابة بمرض الإيدز، وقد شملت الدراسة عينة عشوائية مؤلفة من (740) مفردة من الجمهور، وبينت أنّ واحداً فقط من كل خمسة معرضين للإصابة بمرض الإيدز يعرف كيف يحمي نفسه من المرض القاتل ؛ لأنّ السلطات لا تنفق سوى نصف الأموال اللازمة للوقاية من مرض نقص المناعة المكتسب. وبخصوص المشورة الطبية فإنّ 12% فقط من المعرضين للإصابة بالمرض تتوافر لهم المشورة الطبية، والاختبارات المقررة، وأنّ 42% في وسعهم الحصول على عوازل طبية تحميهم من الإيدز (جيل هيلن، 2003).

وفي مجال تقويم الخدمات الاجتماعية الطبية أجرت سهام القبندي دراسة بعنوان " تقويم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة والتخصصية والتخطيط لتطويرها بدولة الكويت. هدفت الدراسة إلى تعرف تقويم الخدمات المتكاملة للمستشفى من وجهة نظر المرضى المقيمين والمستفيدين منها، ومدى توافر الخدمات الطبية والخدمات الاجتماعية للمرضى، والتركيز على معرفة واقع

الممارسة في المجال الطبي وإبراز المعوقات التي تحول دون تفعيل تلك الممارسة، وخلصت الدراسة إلى إيجابية الدور الذي تؤديه مكاتب الخدمة الاجتماعية بالمستشفيات العامة والتخصصية في تحسين كفاءة مكونات النسق الطبي وفاعليتها (سهام القبندي، 2004).

وفي موضوع الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز فالكتابات التي تناولت هذا الموضوع لم تكن أكثر من مقابلات صحفية مع أطباء واختصاصيين اجتماعيين ونفسيين ومديري مستشفيات ومراكز طبية تتعامل مع مرضى الإيدز، ولم ترق لتصنف دراسات علمية محكمة.

منهجية الدراسة:

مجتمع الدراسة

اعتمدت الدراسة منهج المسح الاجتماعي الشامل لجميع الاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في مراكز المشورة والفحص الطوعي والخط الساخن التابع لوزارة الصحة لتقديم المشورة للمواطنين ولمرضى الإيدز وذويهم، وعددها ستة مراكز في ست محافظات وهي:(عمان، الزرقاء، جرش، مادبا، العقبة، البلقاء).

أداة الدراسة وثباتها:

للحصول على المعلومات والحقائق ووجهات النظر المختلفة، استخدم الباحث الاستبانة أداة لدراسة المشكلة موضوع البحث، وتحتوي الاستبانة على (30) سؤالاً تشمل موضوعات الدراسة، وزعت على ثلاثة محاور رئيسة هي: **المحور الأول**، ويتعلق بالمعلومات العامة للاختصاصي الاجتماعي، ويتضمن **المحور الثاني** معلومات تتعلق بطبيعة العمل، أما **المحور الثالث** فيبحث في الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين في ميدان عملهم والاقتراحات التي يقدمونها لمواجهة الصعوبات. وللتحقق من صلاحية الاستبانة للدراسة عرضت في مراحل الإعداد على خمسة محكمين من المختصين في مجالات (الطب، الاجتماع، الإعلام، التربية وعلم النفس، الشريعة وأصول الدين) لمعرفة مدى ملاءمتها لقياس أهداف الدراسة. وأجريت بعض التعديلات قبل إقرارها بصورتها النهائية.

وللتحقق من ثبات المقياس، طبق على عينة مكونة من (10) ممن تنطبق عليهم

خصائص مجتمع الدراسة، وحسب معامل الثبات إلفا Alpha، حيث بلغ معامل الثبات (0,89)، وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بمعدلات ثبات مرتفعة للاستبانة مما يشير إلى أن معامل الثبات يتناسب مع إجراءات الدراسة الحالية.

المعالجة الإحصائية :

استخدم في هذه الدراسة الأسلوب الإحصائي الوصفي في تحليل بيانات الدراسة، واختبار "ت" وتحليل التباين الأحادي. وكانت النتائج على النحو التالي:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول : ما أبرز الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين في العمل والتواصل مع مرضى الإيدز؟.

تحدد البيانات الواردة في جدول (1) أبرز الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين من خلال تعاملهم مع مرضى الإيدز، حيث احتلت صعوبة موضوع كسب ثقة المصاب الترتيب الأول بنسبة (43,33%)، أما صعوبة تعديل السلوكيات الخطرة فقد احتلت الترتيب الثاني بنسبة (23,33%)، واحتلت صعوبة عدم وجود الخصوصية والسرية وخاصة في (المستشفيات الخاصة والعامة) الترتيب الثالث بنسبة (16,67%)، وجاءت صعوبة الشعور بوصمة العار والتمييز لحساسية المرض وخطورته في الترتيب الرابع بنسبة (10,0%)، أما الصعوبة التي احتلت الترتيب الخامس فتمثلت في الأوضاع المادية للمرضى وذويهم، حيث شكلت نسبة (6,6%).

جدول (1)
الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين من خلال تعاملهم مع مرضى الإيدز مرتبة بحسب الأهمية

الترتيب	الصعوبة	التكرار	النسبة
1	كسب ثقة المصاب	13	43,33
2	تعديل السلوكيات الخطرة	7	23,33
3	عدم وجود الخصوصية والسرية في (المستشفيات الخاصة والعامة)	5	16,67
4	الشعور بوصمة العار والتمييز لحساسية المرض وخطورته	3	10,0
5	الصعوبات المادية للمرضى	2	6,67
	المجموع	**30**	**100,0**

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما الحلول والمقترحات التي يقدمها الاختصاصيون الاجتماعيون للتغلب على الصعوبات التي تواجههم عند العمل والتواصل مع مرضى الإيدز ؟

ويبين جدول (2) الحلول المقترحة التي يقدمها الاختصاصيون الاجتماعيون لمواجهة الصعوبات التي تعترض تعاملهم وتواصلهم مع مرضى الإيدز، واحتلت توصية تقبل المصاب واحترامه ومساعدته على تعديل سلوكياته الخطرة لحماية الآخرين الترتيب الأول؛ حيث شكلت نسبة (33,33%)، أما التوصية المتعلقة ببناء جسور الثقة مع المصاب وأسرته والجهات الرسمية فقد احتلت الترتيب الثاني بنسبة (23,33%)، وتساوت توصية المتابعة والتواصل مع المصابين لكسب ثقة المخالطين للمرضى والتوعية والتثقيف من خلال المحاضرات والنشرات التثقيفية والأفلام الوثائقية بالترتيب الثالث؛ حيث شكلت نسبة (13,33%) لكل منهما، أما مقترح الإعلام والتوعية من خلال وسائل الإعلام المختلفة فقد احتل الترتيب الرابع بنسبة (10,0%)، واحتلت توصية ومقترح تأهيل العاملين مع المرضى وإيفادهم في دورات في هذا المجال بالترتيب الخامس بنسبة (6,67%).

وتتفق الصعوبات والحلول التي قدمها الاختصاصيون الاجتماعيون في الجدولين (1، 2) مع نتائج دراسة عادل البلبيسي التي ركزت على" الوضع النفسي والاجتماعي لمرضى الإيدز "والتي شملت (25) مريضاً بالإيدز ذكوراً وإناثاً" والمسجلين لدى برنامج الإيدز الوطني في الأردن، وبينت أن (52%) من المصابين بالمرض فقدوا عملهم ولا يوجد لهم مصدر رزق للعيش، و(72 %) فقدوا صداقاتهم، و(68%) يشعرون أن ثقة الناس بهم قد تغيرت، و(80%) محرومون من السعادة، و(86%) منهم يشعرون بالاكتئاب والخوف والحزن والتوتر والقلق، و(44%) منهم يشعرون بالتشاؤم والرغبة في التخلص من الحياة، أما ما يتعلق بردود الفعل النفسية فوجدت الدراسة أن (96 %) فوجئوا بالإصابة بالمرض، و(88%) يعانون من سرعة الانفعال بعد الإصابة بالمرض، و(64%) يشعرون بفشلهم في الحياة كما يشعرون بالوحدة، و(96%) من المرضى يشعرون أنهم غير مسؤولين بصورة مباشرة عن إصابتهم بالمرض،

و(32%) يشعرون بضعف الذاكرة أو صعوبة في التركيز. وما يتعلق بالرضا عن الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الإيدز، وجدت الدراسة أن (64 %) من المرضى غير راضين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم، و(76%) يشعرون بالإحراج عند مراجعة مراكز تقديم الخدمات الصحية، و(68%) يشكون من صعوبة الحصول على الخدمات الصحية، و(60%) غير مقتدرين مالياً ويعانون ظروفاً اقتصادية صعبة.

وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة فاطمة الرقاد التي كشفت أن ردود الفعل للمصابين بدأت بالمفاجأة والصدمة وعدم التصديق والإنكار، والغضب، والخوف وتمني الموت واللجوء إلى محاولات الانتحار. وكان معظم المبحوثين يعرفون عن طرق انتقال المرض الرئيسة، وهم على علم ودراية ومعرفة بالعناية بأنفسهم وغيرهم.

جدول (2)

الحلول المقترحة لمواجهة الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين من خلال تعاملهم مع مرضى الإيدز مرتبة بحسب الأهمية

الترتيب	الحلول المقترحة	التكرار	النسبة
1	تقبل المصاب واحترامه ومساعدته على تعديل سلوكاته الخطرة لحماية الآخرين	10	33,33
2	بناء جسور الثقة مع المصاب وأسرته والجهات الرسمية والمهنية	7	23,33
3	التواصل والمتابعة لكسب ثقة المخالطين	4	13,33
4	التوعية والتثقيف من خلال المحاضرات والنشرات التثقيفية	4	13,33
5	الإعلام والتوعية من خلال وسائل الإعلام المختلفة.	3	10,0
6	تأهيل العاملين مع المرضى وإيفادهم في دورات في هذا المجال.	2	6,67
	المجموع	**30**	**100,0**

وتبين النتائج الواردة في جدول (3) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصي الاجتماعي للتعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب جنس الاختصاصي. وبلغت قيمة اختبار "ت" المحسوبة (0,75) وهي قيمة غير دالة إحصائياً. وتتفق هذه النتيجة مع الفرض الأول "لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيين الاجتماعيين في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي (الجنس) للاختصاصيين الاجتماعيين". وتبين نتائج الاختبار التائي أن قيمة (ت) لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية عند مستوى (0,05)، فقد كانت قيمة (ت) (0,75)، وهي ليست دالة إحصائياً، لذا تقبل الفرض الصفري الأول الذي ينص على أنه لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون للتعامل والتواصل مع مرضى الإيدز تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي (الجنس) للاختصاصيين الاجتماعيين.

جدول (3)
نتائج اختبار "ت" لفحص الفروق بين الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب النوع الاجتماعي للاختصاصي

النوع الاجتماعي	المجموع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	مستوى الدلالة	نتيجة الاختبار
ذكر	25	2,596	2,73	0,75	0,389	لا يوجد دلالة
أنثى	5	2,412	3,71			

ونظراً لوجود أكثر من فئتين لكل متغير من المتغيرات التالية: الحالة الاجتماعية، التخصص الدقيق، العمر الحالي، طبيعة الخدمات التي تقدم للمرضى، فقد استخدمت طريقة تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) لإيجاد الفروق في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصي الاجتماعي التي قد تعزى لكل متغير من هذه المتغيرات. وقد أبرزت النتائج المدونة في جدول (4) عدم وجود فروق ذات

دلالة إحصائية عند مستوى(0,05 %)؛ حيث إن هذه المتغيرات لم يكن لها تأثير في الصعوبات التي تواجه الاختصاصي الاجتماعي في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز. وهذه النتيجة تنسجم مع الفرض الصفري الثاني الذي يشير إلى أنه "لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون للتعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية للاختصاصيين الاجتماعيين" حيث إن نتائج اختبار (ف) بلغت (0,38) (0,43)، (0,34)، (0,69) لمتغيرات "الحالة الزواجية، المستوى التعليمي، التخصص الدقيق، العمر الحالي" على التوالي، وهذه القيم لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية عند مستوى (0,05)، وهي ليست دالة إحصائياً لذا تقبل الفرض الصفري الثاني الذي ينص على أنه "لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون للتعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية للاختصاصي الاجتماعي".

وتتفق النتائج مع الفرض الصفري الثالث: "لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب الدورات التدريبية للاختصاصيين الاجتماعيين" حيث وجدت أن نتيجة اختبار (ف) بلغت (1,47) لمتغير الدورات التدريبية. وهذه القيمة لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية عند مستوى (0,05) وهي ليست دالة إحصائياً، لذا يقبل الفرض الصفري الثالث الذي ينص على أنه "لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب الدورات التدريبية للاختصاصيين الاجتماعيين". وتنسجم هذه النتيجة مع الفرض الصفري الرابع "لا يوجد هناك فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب طبيعة الخدمات المقدمة للمرضى من قبل الاختصاصيين الاجتماعيين"، حيث وجدت أن نتيجة اختبار (ف) كانت (1,74) لمتغير طبيعة الخدمات المقدمة للمرضى. وهذه القيمة لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية عند مستوى (0,05)، وهي ليست دالة إحصائياً، لذا يقبل الفرض الصفري الرابع الذي ينص على أنه "لا يوجد هناك

فرق ذو دلالة إحصائية، في الصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب طبيعة الخدمات المقدمة للمرضى من قبل الاختصاصيين الاجتماعيين".

جدول (4)
نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للصعوبات التي يواجهها الاختصاصيون الاجتماعيون في التعامل والتواصل مع مرضى الإيدز بحسب بعض المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والوظيفية للاختصاصي

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة	نتيجة التحليل
الحالة الزوجية	2,342	0,138	0,380	0,822	لا يوجد دلالة
المستوى التعليمي	2,608	0,158	0,433	0,855	لا يوجد دلالة
التخصص الدقيق	2,456	0,127	0,347	0,791	لا يوجد دلالة
العمر الحالي	2,197	0,252	0,690	0,561	لا يوجد دلالة
الدورات التدريبية	2,357	0521	1,47	0,22	لا يوجد دلالة
طبيعة الخدمات المقدمة للمرضى	2,951	0,257	1,74	0,19	لا يوجد دلالة

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: ما خصائص مرضى الإيدز في الأردن وتوزيعهم بحسب (العمر والجنس، مكان الإصابة، طريقة الإصابة بالمرض) ؟.

أولاً – خصائص مرضى الإيدز بحسب مكان الإصابة:

مع أنّ معظم إصابات فيروس الإيدز حدثت خارج الأردن (91 %)، كما يبين ذلك جدول (5)، فإن حدوث (42) إصابة داخل الأردن يعد مؤشراً على الانتقال المحلي لمسبب المرض، وهو الأمر الذي يدعو إلى تكثيف إجراءات الوقاية والتثقيف الصحي والإرشاد والمكافحة بهدف الحد من انتشار المرض محليّاً. ولعل هذه النتيجة تتطلب التوقف عند نتيجة دراسة دائرة الإحصاءات العامة التي نفذت في الأردن في عام 1997 وبينت أن نسبة الجمهور الأردني الذين لديهم معلومات ومعرفة حول خطورة مرض الإيدز بلغت (98%)، وعلى الرغم من هذه المعرفة المرتفعة فإن نسبة الإصابة في الأردن (9%). وهذه بحاجة إلى مزيد من

التوعية والتثقيف عن خطورة الإصابة بهذا المرض بحيث يكون هدف الإرشاد الصحي الوقائي هو تغيير المعلومات والمفاهيم والاتجاهات والممارسات الصحية. وهذه النتيجة تتفق مع دراسة فاطمة الرقاد، التي شملت (15) مريضاً بالإيدز ممن يراجعون مركز الخط الساخن والإرشاد التابع لوزارة الصحة في الأردن، وكانت نتيجة الدراسة تتمثل في أن جميع المصابين من الذكور، ومن المتعلمين، وكانت طريقة الإصابة الشائعة بينهم هي الاتصال الجنسي غير الشرعي مع إناث، وأن أغلب الإصابات كانت خارج الأردن.

جدول (5)
توزع حالات الإيدز في الأردن بحسب مكان الإصابة بالمرض
حتى 31/7/2007

مكان الإصابة	العدد	النسبة
داخل الأردن	42	8
خارج الأردن	476	91
غير معروف	5	0.1
المجموع	**523**	**100,0**

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الشهري لمديرية مكافحة الأمراض، عمان، الأردن 31/7/2007

ثانياً – خصائص مرضى الإيدز بحسب العمر والجنس:

تبين البيانات المدونة في جدول (6) أنّ الفئة العمرية (30–39) تشكل أعلى نسبة إصابة بمرض الإيدز؛ حيث بلغت نسبة (37,5%)، تليها الفئة العمرية (20–29) حيث بلغت نسبة (31,5%)، ويلاحظ أنّ (76%) من إجمالي الإصابات كانت بين الأعمار التي تقل عن (40) سنة، وهي الأعمار النشيطة اقتصادياً وجنسياً، والشابة التي يجب التركيز عليها في برامج التوعية الصحية. كما تبين الأرقام أنّ نسبة الذكور المصابين بالمرض تبلغ (65,6%) من إجمالي الإصابات، في حين تشكل نسبة الإناث نحو (34,4%).

جدول (6)
إصابات الإيدز بحسب (العمر والجنس) حتى 2007/7/31

البيان الفئة العمرية	ذكر	أنثى	المجموع	النسبة
أقل من 4	4	3	7	1,4
5 – 14	17	1	18	3,7
15 – 19	5	3	8	1,6
20 –29	88	77	165	31,5
30 –39	126	70	196	37,5
40 –49	60	17	77	14,0
50 فأكثر	40	10	50	9,6
غير معروف	2	0	2	0,4
المجموع النسبة	342 %65,6	181 %34,4	523 %100	%100

المصدر: وزارة الصحة (2007)، **التقرير الشهري لمديرية مكافحة الأمراض**، عمان، الأردن 2007/7/31

ثالثاً – خصائص مرضى الإيدز بحسب طريقة الإصابة:

يبين جدول (7) أنّ نسبة الإصابات عن طريق الاتصال الجنسي غير الشرعي تشكل (59,5%) من إجمالي الإصابات في الأردن، وهذه النتيجة تتطابق مع دراسة فاطمة الرقاد التي شملت (15) مريضاً بالإيدز ممن يراجعون مركز الخط الساخن والإرشاد التابع لوزارة الصحة في الأردن وكانت نتيجة الدراسة تتمثل في أن جميع المصابين من الذكور، ومن المتعلمين، وكانت طريقة الإصابة الشائعة بينهم هي الاتصال الجنسي غير الشرعي مع إناث.

أما الإصابات التي حصلت عن طريق نقل الدم فقد بلغت نسبتها (17,6%)، وعن طريق المخدرات والحقن الوريدية (3,4%)، في حين بلغت نسبة الإصابات من الأم إلى الجنين (1,5%). وهذا يدعو إلى تكثيف برامج التوعية والتثقيف، والتركيز على الجانب الديني في هذا الموضوع. ولعل هذا يؤكد الأصوات التي بدأت تنطلق من كبار رجال الدين في الوطن العربي لمحاربة مرض الإيدز. ودعا فضيلة شيخ الأزهر محمد سيد طنطاوي جميع القادة الدينيين في مجتمعاتهم لمحاربة مرض

الإيدز الذي بدأ ينتشر في الدول العربية والإسلامية، وبخاصة بين الشباب مع دخول متغيرات غربية على حياتنا اليومية، منها انتشار المخدرات والعلاقات غير الشرعية؛ وذلك للحفاظ على صحة الإنسان الذي هو خليفة الله في الأرض، وأن الدين جاء لخدمته (محمد سيد طنطاوي، 2006).

جدول (7)
توزع إصابات الإيدز بحسب طريقة الإصابة
حتى 2007/7/31

البيان طريقة الإصابة	أردنيون	غير أردنيين	المجموع	النسبة
عمليات نقل دم	58	31	89	17,6
المخالطة الجنسية	89	222	311	59,5
تعاطي المخدرات	4	14	18	3,4
من الأم إلى الجنين	7	1	8	1,5
غير معروف	18	79	97	18,5
المجموع	176	347	523	100

المصدر: وزارة الصحة (2007)، **التقرير الشهري لمديرية مكافحة الأمراض. الأردن: عمان 2007/7/31**

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: ما الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، وطبيعة الأعمال التي يقوم بها الاختصاصيون الاجتماعيون ؟.

تشير البيانات الواردة في جدول (8) إلى أن (60%) من الاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في مراكز الإرشاد والتوعية والتواصل مع مرضى الإيدز أعمارهم في الفئة العمرية (30–39) سنة، وأن (83,3%) منهم ذكور، وأن (83,3%) مستواهم التعليمي بكالوريوس فأعلى، وتبلغ نسبة المتخصصين في علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية (86,7%)، وأن (80%) منهم متزوجون، في حين أن (93,3%) منهم لديهم التقبل والرغبة وبشكل كبير للعمل مع مرضى الإيدز. ولعل أهمية هذه النتيجة تكمن في أن أعلى نسبة بين مرضى الإيدز وأعلى نسبة بين العاملين في مركز الإرشاد والتوعية هي الفئة العمرية (30–39) سنة، وتقارب العمر هذا يؤدي إلى مزيد من التقبل والانسجام بين الاختصاصي الاجتماعي والمترددين على مراكز الإرشاد. كما أن وجود متخصصين من العاملين في المركز في علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية وتقبلهم

للعمل بشكل كبير مع هذه الفئة من المرضى يولد لديهم الطمأنينة والارتياح بتقبل الاختصاصي الاجتماعي والاستماع إلى نصائحه وإرشاداته.

جدول (8)
الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في مراكز التوعية والإرشاد بمرض الإيدز

المتغير			المتغير		
العمر بالسنوات	العدد	النسبة	الجنس	العدد	النسبة
20 – 29	7	23,3	ذكر	25	83,3
30 – 39	18	60,0	أنثى	5	16,7
40 – 49	5	16,7	المجموع	30	100,0
50 – 59	–	–	الحالة الزوجية		
60 فأعلى	–	–	أعزب	6	20,0
المجموع	30	100,0	متزوج	24	80,0
المستوى التعليمي			مطلق	–	–
بكالوريوس	25	83,3	أرمل	–	–
دبلوم عالي	2	6,7	المجموع	30	100,0
ماجستير	3	10,0	التخصص الدقيق		
المجموع	30	100,0	علم اجتماع	16	53,4
تقبل الاختصاصي للعمل			خدمة اجتماعية	10	33,3
كبير	28	93,3	تمريض	1	3,3
متوسط	2	6,7	تربية وعلم نفس	3	10,0
المجموع	30	100,0	المجموع	30	100,0

أما ما يتعلق بطبيعة العمل والخدمات التي يقدمها الاختصاصي الاجتماعي

لمرضى الإيدز وذويهم فيتضح من خلال جدول (9) أن (73,3%) منهم يستقبل (6–10) حالات يومياً، وأن عدد الاتصالات الهاتفية المتعلقة بالإرشاد والتوعية التي يستقبلها الاختصاصي الاجتماعي من المواطنين يبلغ (6–10) اتصالات، وأن (100%) من الخدمات التي يقدمها الاختصاصي الاجتماعي هي خدمات تتعلق بالإرشاد والتوعية للمصابين وعائلاتهم، والتحويل إلى مراكز الخدمات العلاجية، ومتابعة المرضى المصابين، والدعم والمساندة. وأفاد (93,4%) من الاختصاصيين بأنهم يتابعون المرضى بشكل دائم.

جدول (9)
توزيع الاختصاصيين الاجتماعيين بحسب طبيعة العمل

عدد حالات الاستقبال اليومي	العدد	النسبة	الخدمات التي تقدم للمرضى	العدد	النسبة
1 – 5 حالات	5	16,6	إرشادية	30	100,0
6 – 10 حالات	22	73,4	تأهيلية	–	
10– 15 حالة	3	10,0	علاجية	–	
المجموع	30	100,0	المجموع	30	100,0
عدد الاتصالات الهاتفية الإرشادية اليومية			متابعة المريض من قبل الاختصاصي		
1 – 5 اتصالات	4	13,3	دائماً	28	93,4
6 – 10 اتصالات	20	80,0	أحياناً	2	6,6
11 اتصالاً فأكثر	2	6,6	نادراً	–	
المجموع	30	100,0	المجموع	30	100,0
أول شخص من أقارب المريض يبلغ عن المرض			الأدوار التي يقوم بها الاختصاصي من خلال تعامله مع مرضى الإيدز		
الزوج أو الزوجة	20	66,6	1 – الإرشاد والتوعية للمصابين وعائلاتهم		
الأخ	4	13,4	2 – تحويل إلى مراكز الخدمات		
الأب	2	6,6	3 – متابعة المرضى المصابين		
الأم	4	13,4	4 – الدعم والمساندة		
المجموع	30	100,0			

وبعد، فإن نتائج هذه الدراسة تؤكد من خلال طبيعة الأعمال التي يقوم بها الاختصاصي الاجتماعي في مراكز الإرشاد والتوعية أهمية الدور الوقائي والإرشادي الذي يقوم به من خلال الاتصالات الهاتفية التي يتلقاها يومياً طلباً للمشورة أو من خلال كثرة عدد المراجعين بشكل يومي للمركز طلباً للمشورة، وهذا يؤكد أهمية العمل الذي يقوم به لحماية المجتمع من خلال نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض تجنباً للإصابة أو انتشار العدوى بين الأفراد، وهذا يتفق مع طروحات إقبال بشير، ومع إرشادات منظمة الصحة العالمية وتوصياتها يصبح الإرشاد والتثقيف عن كيفية انتشار المرض وكيفية الإقلال من خطر التعرض للعدوى أو منعه كلية، الإجراء الأول والأكثر فعالية في الوقاية من انتشار مرض الإيدز. وتتفق النتائج مع نظرية الأنساق الاجتماعية التي تعدّ الأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات والتنظيمات الأنساق الأساسية في إطار الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية، حيث يتفاعلون بعضهم مع بعض ليكونوا التنظيمات والوحدات الاجتماعية الكبرى، ومن هذا المنطلق فإن أي خلل يواجه نسقاً من هذه الأنساق ينعكس – بالضرورة بشكل سلبي – على الأنساق الأخرى المتفاعلة مع هذا النسق، وهذا يتضح من خلال طرق الإصابة بمرض الإيدز؛ حيث إن (59,2%) من الإصابات بالمرض بسبب التفاعل والتواصل الجنسي غير الشرعي بين الأفراد؛ مما يؤثر على النسق الاجتماعي. ونجد أن العلاقة بين الخدمة الاجتماعية والإرشاد الصحي والوقائي علاقة طبيعة، وتقبل الاختصاصي الاجتماعي للعمل وتقبل المتردد له يدل على أن كلاً منهما يعد امتداداً طبيعياً للآخر، وأن دور الاختصاصي الاجتماعي في المركز مكمل لباقي التخصصات والأدوار التي يقوم بها الطبيب والمرشد النفسي والمراقب الصحي. فالإرشاد الصحي الوقائي الذي يقوم به الاختصاصي الاجتماعي هو أحد الفروع الرئيسة ومجال مهم من مجالات الصحة العامة، وهو لا يعني مجرد انتشار المعلومة الصحية، وإنما هو تغيير المعلومات والمفاهيم والاتجاهات والممارسات الصحية بين أفراد المجتمع.

التوصيات:

بناء على ما توصل إليه الباحث من نتائج يوصي بما يلي:

1 – التوسع في تقديم خدمات التوعية والتثقيف والإرشاد الصحي للوقاية من مرض الإيدز من خلال فتح مراكز التوعية والإرشاد في المحافظات التي لا يوجد بها مراكز لتقديم خدمات المشورة والإرشاد والخط الساخن في مجال التوعية

بمرض الإيدز، حيث إن عدد المحافظات التي تتوافر فيها هذه الخدمات في الأردن حالياً (6) محافظات فقط من أصل (12) محافظة.

2 – الاهتمام بتعيين الاختصاصيين الاجتماعيين للتعامل مع مرض الإيدز؛ حيث أشارت النتائج إلى أن (73,3 %) من الاختصاصيين الاجتماعيين يستقبل (6 – 10) حالات يومياً، وأن عدد الاتصالات الهاتفية المتعلقة بالإرشاد والتوعية التي يستقبلها الاختصاصي الاجتماعي من المواطنين يبلغ (6–10) اتصالات. وأن (100%) من الخدمات التي يقدمها الاختصاصي الاجتماعي هي خدمات تتعلق بالإرشاد والتوعية للمصابين وعائلاتهم، وذلك لارتفاع عدد حالات الاكتشاف السنوي، (55) إصابة.

3 – تأهيل وتدريب الاختصاصيين الاجتماعيين في مجالات التدخل المهني والتركيز على تطبيق مبادئ التقبل والسرية والعلاقة المهنية من قبل الاختصاصيين الاجتماعيين؛ حيث أشارت النتائج إلى أن أهم الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين في التعامل مع مرضى الإيدز تتعلق بكسب ثقة المصاب، وتعديل السلوكيات الخطرة، وعدم وجود الخصوصية والسرية في (المستشفيات الخاصة والعامة)، وأهم الحلول المقترحة من الاختصاصيين الاجتماعيين لمواجهة الصعوبات تتمثل في تقبل المصاب واحترامه ومساعدته على تعديل سلوكياته الخطرة لحماية الآخرين، ويجب تعزيز هذا المبدأ وبخاصة أن (93,3%) من الاختصاصيين لديهم تقبل كبير للعمل مع مرضى الإيدز.

4 – التركيز على المحاكم الشرعية التي يتم بها إجراء عقود الزواج، وذلك في مجال الوعي والإرشاد، وذلك من خلال تعيين الاختصاصيين الاجتماعيين للعمل في المحاكم الشرعية وتوعية المقبلين على الزواج وإرشادهم حول هذا المرض وضرورة إجراء الفحص الطبي قبل الزواج للتأكد من عدم الإصابة به. حيث أشارت الدراسة إلى وجود حالات زواج خمس فتيات غير مصابات بالمرض من أشخاص كانوا مصابين في مرض الإيدز، ودون معرفة مسبقة أن أزواجهن مصابون بالمرض. ومنذ عام 1996 فصل القضاء الأردني بالطلاق لخمس زوجات بعد معرفة أسرهن بإصابة أزواجهن بالمرض. وهناك حالة واحدة لم تصل للقضاء إلا أن أهل الزوجة يصرون على موقفهم بالتوجه للقضاء على الرغم من أن هذه الزوجة غير مصابة بالمرض، ويحاول الاختصاصيون في المركز فض النزاع بين الزوج والزوجة وإقناع ذوي الزوجة بعدم التدخل، ويوجد حالات إصابة بالمرض اكتشفت في أثناء فترة الخطوبة وحصل الطلاق بين الأزواج.

5 – التركيز على تعيين اختصاصيات اجتماعيات (إناث) وتدريبهن وتأهيلهن للعمل والتواصل مع مرضى الإيدز، حيث أشارت النتائج إلى أن (34,4%) من عدد حالات الإصابة بين الإناث، في حين أن نسبة الاختصاصيات العاملات في مجال الإرشاد والتوعية في مرض الإيدز (6,7 %) فقط، وهي نسبة متدنية مقارنة بعدد حالات الإصابة بين الإناث.

6 – العمل على تعيين العدد المناسب من الاختصاصيين الاجتماعيين المدربين والمؤهلين للعمل في المستشفيات الحكومية وغير الحكومية التي تستقبل حالات تستدعي العلاج والإقامة لمرضى الإيدز، حيث إن هذه الخدمة غير موجودة في مختلف المستشفيات في الأردن.

7 – تأهيل الاختصاصيين الاجتماعيين وتدريبهم على العمل مع المرضى وذويهم والمواطنين، وخاصة في مجالات العلاقات العامة ومهارات الاتصال الشخصي مع المرضى وذويهم؛ حيث أشارت النتائج إلى أن الزوج والزوجة هما أول المبلغين عن المرض في حال اكتشافه.

8 – الاستعانة بدور رجال الدين والوعظ والإرشاد في التركيز على اتباع تعاليم الدين في مجال الممارسة الجنسية غير الشرعية (الزنا) وتحريم الدين لمثل هذه الممارسة، حيث أشارت الدراسة إلى أن السبب الأول في الإصابة بمرض الإيدز في الأردن كان عن طريق الاتصال الجنسي غير الشرعي.

9 – دعوة أجهزة الإعلام إلى بث برامج إعلامية تثقيفية وإرشادية موجهة لأكثر الفئات عرضة في المجتمع للإصابة بمرض الإيدز ونقله للمواطنين، وهي (فئة الشباب، السواقون، المومسات، المساجين)؛ لتوعيتهم بخطورة مرض الإيدز وطرق الإصابة به، والطرق المثلى لتجنبها.

المراجع:

– ابتسام كنعان (2007). لقاء صحفي عن مرض الإيدز، **جريدة الغد**، ع 877، تاريخ 6 كانون الثاني 2007.

– إبراهيم المليجي وسلوى عثمان الصديقي (2004). **الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي.** جمهورية مصر العربية: الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

– البنك الدولي (2003). الإيدز سيؤدي إلى انهيار اقتصادي. تقرير لخبراء البنك الدولي في الاجتماع السنوي للبنك، دبي، دولة الإمارات العربية المتحدة، **جريدة الرأي الأردنية**،ع 12058، تاريخ 22 أيلول 2003: 55.

- أحمد نصر الله (2006). مقابلة للباحث مع السيد أحمد نصر الله مسؤول في الخط الساخن للإيدز. وزارة الصحة، الأردن، عمان: 13 أيلول 2006.

إقبال بشير وسلوى عثمان الصديقي (1980). **الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي.** الإسكندرية، جمهورية مصر العربية: المكتب الجامعي الحديث.

إقبال بشير وإقبال إبراهيم مخلوف ومحمد سيد فهمي (1984). **الرعاية الطبية والصحية للمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية.** جمهورية مصر العربية: الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

إقبال بشير وسلوى عثمان الصديقي (1986). **الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي.** جمهورية مصر العربية: الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

- أنور عطية (2003). جرائم النساء الأخلاقية في المجتمع الأردني. دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان - الأردن: 55.

جريدة البلاد (2002). تقرير عن مرض الإيدز في الأردن.ع 441، الأربعاء 19 كانون الثاني 2002.

جريدة الدستور (2006). تقرير عن مرض الإيدز. ع 14133 تاريخ 22 تشرين الثاني 2006.

جريدة الرأي (2003). تقرير عن الإيدز صادر عن الرياض (د.ب.أ)،ع 12223، ا أيلول 2003.

جريدة الرأي (2006). تقرير عن مرض الإيدز في الأردن. ع 13200، 19 تشرين الثاني 2003.

جريدة الرأي (2007). انتكاسة جديدة في أبحاث الإيدز. تقرير خاص عن مرض الإيدز. ع13434، تاريخ 14 تموز 2007: 44.

جريدة شيحان (2004). الجنس قبل الزواج في استطلاع عربي. تقرير صحفي، **جريدة شيحان الأردنية**، ع 1006، 20 كانون الثاني 2004.

جريدة الغد (2006). جريدة يومية. تقرير صحفي عن ورشة العمل للإعلاميين حول مرض الإيدز، ع 656، 23 أيار 2006.

جمال محمود (2001). **المرأة المسلمة في عصر العولمة.** دار الكتاب المصري، دار الكتاب اللبناني، الطبعة الأولى: 44.

حسين الخزاعي (2003). الإيدز في الأردن. **جريدة الرأي الأردنية**، ع 11949، تاريخ 5 حزيران 2003: 55.

حسين الخزاعي (2004أ)، الثقافة الجنسية الصمت والعيب، لقاء صحفي منشور في **جريدة العرب اليوم الأردنية**، ملحق الشباب، ع 2، تاريخ 9 حزيران 2004م: 8.

حسين الخزاعي (2004ب). اتجاهات المجتمع الأردني نحو مرض الإيدز - دراسة سوسيولوجية ميدانية. **مجلة حوليات عين شمس**، المجلد 32، أكتوبر 2004، القاهرة: جامعة عين شمس: 120.

حسين الخزاعي (2006). لقاءات خاصة للباحث مع عدد من المتقاعدين الذين عملوا في الخدمة الاجتماعية الطبية في الخدمات الطبية الملكية التابعة للقوات المسلحة الأردنية، وزيارة ميدانية لقسم الخدمة الاجتماعية في مركز فرح التابع للقوات المسلحة الأردنية.

حسين الخزاعي (2007). تطبيق ميداني في مستشفى الحسين في محافظة البلقاء، الوصف الوظيفي للاختصاصي الاجتماعي الطبي، 14/4/2006.

حسين سليمان وهشام عبدالمجيد ومنى البحر (2005). **الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة**. لبنان – بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

حنان محمد إسماعيل (2001). أحكام مرضى نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) في الفقه الإسلامي. رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

دائرة الإحصاءات العامة (1997). **مسح الخصوبة والصحة الأسرية**. منشورات دائرة الإحصاءات العامة، عمان، الأردن.

رجائي العزة (2007). لقاء صحفي مع مدير مركز الأمراض المنقولة جنسياً في مركز الإرشاد، وزارة الصحة، **جريدة الغد**، ع 877، تاريخ 6 كانون الثاني 2007.

رفعت كمال (1992). **قصة الإيدز كاملة**. القاهرة: مطابع دار أخبار اليوم: 15.

روبرت برات (1994). **فيروس العوز المناعي البشري الإيدز. إستراتيجية للعناية التمريضية**، ط 4، إدوارد أرنولد، لندن: 8.

سهام القبندي (2004). تقويم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة والتخصصية والتخطيط لتطويرها بدولة الكويت. **مجلة العلوم الاجتماعية**، 32 ع (3): 351 – 568: الكويت: جامعة الكويت.

سيد أحمد (1990). **مقدمة في الصحة العامة وطب المجتمع**. الباحث نفسه، القاهرة: 19.

عادل محمد أنس (1984). تطوير الخدمات الاجتماعية – دراسة تجريبية بمستشفى المنيل قبلي. رسالة دكتوراه، غير منشور، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان: 2.

عادل البلبيسي (1999). **الوضع النفسي والاجتماعي لمرضى الإيدز في الأردن**، الباحث نفسه، (مدير الأمراض في وزارة الصحة) غير منشورة، الأردن، عمان.

فاتن شكر (2004). برنامج إرشادي لطلاب المرحلة الثانوية للوقاية من مرض الإيدز. أطروحة دكتوراه، غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة: 11.

فاطمة الرقاد (2003). "خصائص مرضى الإيدز واحتياجاتهم النفسية". رسالة ماجستير، غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان – الأردن: 22.

فوزي السهاونة (1988). **الإيدز أزمة في ميدان الصحة العامة**. لبنان، بيروت: مؤسسة الرسالة: 15.

مجلة الجزيرة (2006). الاحتشام وراء ندرة الإيدز في المجتمعات الإسلامية.ع 177، تاريخ 13 حزيران 2006.

محمد سيد طنطاوي (2006). كلمة لفضيلة شيخ الأزهر افتتح بها أعمال المنتدى الإقليمي الثاني للقادة الدينيين لمحاربة الإيدز في الدول العربية، القاهرة، 7 تشرين الثاني 2006.

محمد صبحي نجم (1994). **الجرائم الواقعة على الأشخاص**. الأردن– عمّان: دار الثقافة، الطبعة الأولى: 274 – 280.

محمود نجيب حسني (1978). **قانون العقوبات (القسم الخامس)**. القاهرة: دار النهضة العربية، الطبعة الأولى: 456.

معوض عبد التواب (1986). **الموسوعة الشاملة في الجرائم المخلة في الآداب وهتك العرض**. القاهرة: دار المطبوعات الجامعية: 104.

منال عمران (2004). أثر التحولات الاجتماعية والاقتصادية على حجم واتجاه السلوك الانحرافي للمرأة: دراسة ميدانية لظاهرة البغاء في القاهرة. (رسالة ماجستير، غير منشور، جامعة عين شمس: 2004): 20.

منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة (1990). **البرنامج التدريبي للتعامل مع مرض الإيدز**. وزارة الصحة، الأردن: 24.

منظمة الصحة العالمية (2005). **البرنامج العالمي للإيدز**. المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط. الإسكندرية.

منظمة الصحة العالمية (2006). تقرير حول دليل التنمية الصحية لوزارات الصحة. القاهرة: المكتب التنفيذي لإقليم شرق البحر المتوسط، الإسكندرية: 21.

هارولد جافي (2005). **الإصابة بفيروس الإيدز بين الشواذ الأمريكيين**. مركز الوقاية ومكافحة الأمراض – نيويورك، تقرير مركز نيويورك للدراسات والأبحاث، التقرير الشهري،ع 104، 2002، ص 116.

– الهلال الأحمر الأردني (2007). **فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز**. منشورات الهلال الأحمر الأردني، الأردن، عمان.

هيلن جيل (2003). **معرفة الجماعات المعرضة للخطر حول مرض الإيدز**. تقرير مركز نيويورك للدراسات والأبحاث، التقرير الشهري، ع 144، 2003: 34.

وزارة الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية (1997). **تقييم الخدمات الصحية**. تقرير الرصد الثالث. غير منشور، عمان، الأردن: 144.

وزارة الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية (1999). **تقرير خاص مركز الإرشاد والتوعية والمشورة**. وزارة الصحة، عمان، الأردن.

وزارة الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية (2007). **التقرير الإحصائي الشهري لمرض الإيدز**، تموز، عمان، الأردن.

Stewart, G. (2003). *Man aging HIV, first published*. Australasian Medical Publishing Company limited (ACN 00005854). p 73.

Ashford, L. (2000). New perspectives on population: Lessons from *Cairo Population Bulletin* 50, no 1, P 10.

Stucker M.(1997). Health consciousness and risk behavior of prostitutes. *Journal of Epidemiology*. 48(3):166-70,1997 Mar. Accessed online at: (www. Gateway.ovid.com).

UNAIDS and World Health Organization(2002). *Aids*. Epidemic Update: Under Embargo, December 2002: 33-35.

قدم في: يناير 2007

أجيز في: يونيو 2008

Problems Facing Social Workers Who Deal with Victims of Aids:
A Descriptive Field Study

Hussein O. Al Khozahe*

This Study explores the main problems facing social workers in the medical environment dealing directly with the treatment of AIDS patients. It endeavors to shed light on certain facts surrounding this fatal disease in Jordan, such as reasons for infections, the means and number of cases diagnosed as being positive with this disease, gender, the age of patients, and the place of infection. The research-worker has employed the comprehensive social survey method which included all social workers currently working in Health Awareness Centers, and voluntary check-ups against HIV in the Ministry of Health Centers in 6 provinces in Jordan: Amman, Zarqa, Jerash, Madaba, Aqaba, and Balqa. The results of this study include the following:

1 - The difficulty of winning the patient's confidence, the difficulty of changing dangerous habits, the lack of privacy and secrecy in both private and public hospitals, the patient feeling ashamed of himself, hyper-sensitivity, the dangerous nature of the disease, and the financial problems which many HIV patients suffer from.

2 - 93.3% of social workers accepted the idea of dealing with HIV patients, with 83% holding BA degrees and 93.3% of them carrying out a permanent follow-up with their patients.

* Associate Professor. Dept of Social Work, College of Princess Rahma, Al-Balqa Applied University, Jordan.

3 - As of July 31st 2007, there is a total of 523 cases of AIDS in Jordan.

4 - Sexual intercourse is the main reason for infection. The study found that 9% of the cases got infected inside Jordan and 91% of the cases were infected outside the country. The 30-90 age group occupied the first rank among cases, at 37.5% of the total cases; females inflicted with AIDS constituted 34.4% of the total number of patients.

Key Words: Aids, Counseling and Awareness Center, Victims of Aids, Social workers.