جامعه الملك سعود
كلية الآداب
مجلة الآداب
ردمد (ورقي):3620 – 1018
ردمد (النشر الالكتروني): 8339-1658

King Saud University
College of Arts
Journal of Arts
ISSN (Paper):1018-3620
ISSN (Electronic):1658-8339

مجلة *الآداب*، مج (32)، ع (3)، ص ص 107-124، جامعة الملك سعود، الرياض (2020م/1441هـ)
Journal of Arts, Vol. 32 (3), pp 107-124, © King Saud University, Riyadh (2020 /1441H.)

واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية والصعوبات التي تواجهها من وجهة نظر الإخصائيين الاجتماعيين
(دراسة مُطبقة على المستشفيات الحكومية بمدينة حائل)

بشير بن علي اللويش
أستاذ الخدمة الاجتماعية المشارك، قسم العلوم الاجتماعية، كلية الآداب والفنون، جامعة حائل
(قدم للنشر في 1441/7/16هـ، وقبل للنشر في 7/ 5/1442هـ)

ملخص البحث: هدفت الدراسة إلى تحديد واقع الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في مستشفيات مدينة حائل، وتحديد الصعوبات التي تواجهها، ومقترحات تحسينها من منظور المبحوثين. استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي، والاستبانة لجمع البيانات بأسلوب الحصر الشامل لعينة الدراسة المكونة من (36) إخصائيًا اجتماعيًا. وأهم نتائجها: أن الممارسة المهنية مرتفعة، وأن أهم الصعوبات التي تواجهها هي: انخفاض مستوى الوعي لدى الفريق المعالج بدور الإخصائي الاجتماعي. وأهم مقترحات تحسينها هي: التركز على التثقيف، من خلال تقديم دورات تدريبية لهم. وأهم التوصيات هي: أن تعمل إدارات المستشفيات على توعية فريق العمل العلاجي بطبيعة عمل الإخصائي الاجتماعي بشكل مستمر.
الكلمات المفتاحية: الممارسة المهنية، الخدمة الاجتماعية الطبية.

The Reality of the Professional Practice in the Social Medical Work and its difficulties from the point of view of Social Workers (A Study Applied at Government Hospitals in Hail City)

Basheer Ali Al – Llewish

Associate Professor, Social work, Department of Social Sciences - Faculty of Arts and Sciences, Hail University.

(Received:16/7/1441 H, Accepted for publication 7/ 5/1442 H)

Abstract. The study aimed at determining the reality of the professional practice of social workers in Hail city hospitals, identifying the difficulties they face and proposing some suggestions to make improvements. A quantitative method approach using a social survey questionnaire was used for data collection from a sample of (36) social workers. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used for data analysis. The results showed that the professional practice was high, and that the most important difficulties faced was the low level of awareness of the treating medical team of the social worker's role. The main recommendations were that hospital administrators should constantly increase the awareness of the treating team of the nature of the social worker's work as well as encourage the social work departments at hospitals to advertise for their missions and roles in public events at hospitals.

Keywords: professional practice, social medical work.

الجزء الأول: مدخل لمشكلة الدراسة.

أولًا- مشكلة الدراسة:

ظهرت الخدمة الاجتماعية الطبية عالميًا في إنجلترا عام 1880، وفي أمريكا عام 1893، وعربيًا في مصر عام 1936 (حسن، 1996، ص 660)، وفي السعودية اعتمدت بالقرار الوزاري رقم 3510 في 1393/12/1هـ، وقد قامت وزارة الصحة بتصنيف وظيفة الإخصائي الاجتماعي ضمن اللائحة الجديدة في 20/7/ 1417هـ (وزارة الصحة، 2016، ص 15)، وهذا يظهر أهمية ما يقوم به من دور؛ لا سيما وأن المجتمع السعودي يشهد تطورًا ملحوظًا في الخدمات الصحية العلاجية والوقائية والتأهيلية؛ حيث وصل عدد المستشفيات الحكومية إلى (286) تشتمل على (38970) سريرًا، وفريق العمل مكون من (131285) عضوًا يعملون في جميع الأقسام، ومنها أقسام الخدمة الاجتماعية التي يعمل فيها (1603) إخصائيًا اجتماعيًا (الكتاب الإحصائي الصحي السنوي، 2017، ص 34، 47، 58).

وتهتم الخدمة الاجتماعية الطبية بدعم الفريق الطبي المعالج للمريض ومساندته من خلال العمل على معالجة المشكلات الاجتماعية التي قد تعترض خطة العلاج، انطلاقًا من اعتبارها المهنة التي تهتم بإحداث التغييرات الاجتماعية المرغوبة في الأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات بالتعاون مع المهن الأخرى من أجل تحقيق الاستقرار الاجتماعي وتوفير سبل الحياة الكريمة للمواطنين (عبدالمجيد، 2006، ص 5).

وتظهر أهميتها في معاونة المستشفى بشكل إيجابي للتخفيف من الأعباء، ولتحقيق أهدافه الأساسية والعمل على تهيئة أنسب الظروف الممكنة للخدمات العلاجية، والاجتماعية المقدمة للمرضى، وزيادة فعاليتها وكفاءتها، ولزيادة قدرتها على القيام بوظائفها (فهمي، 2013، ص 22) حيث دخلت المجال الطبي عندما شعر العاملون بأهميتها للمرضى وأسرهم؛ لدورها المباشر بعملية العلاج، وفي دراسة العوامل الاجتماعية المسببة للأمراض، وفي استقرار المريض ومضاعفات مرضه، كما أشار لذلك نيازي والسيحاني في أهميتها المتمثلة في: "تمكين المريض من الاستفادة من فرص العلاج المتاحة أقصى استفادة ممكنة؛ مما يزيد من فرص الشفاء وعودة المريض إلى الحالة الصحية التي كان عليها قبل إصابته بالمرض؛ وذلك من خلال مساعدة النسق الطبي على تحقيق أهدافه الوقائية والعلاجية والإنمائية" (2014، ص 204).

وللخدمة الاجتماعية الطبية أدوارًا وصفت بواسطة لجنة المنظمة الطبية الأمريكية، بالتعاون مع قسم الخدمة الاجتماعية لجمعية الإخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين وهي:

1-مساعدة الفريق الطبي في فهم مغزى العوامل الاجتماعية والاقتصادية والانفعالية، وعلاقتها بالمرض الذي يعاني منه المريض، والعلاج المتبع لذلك.

2-مساعدة المريض وأسرته على فهم هذه العوامل، وتمكينهم من تحقيق الاستخدام البنّاء للرعاية الطبية.

3-تدعيم الوجود الإنساني والأخلاقي للمريض وأسرته.

4-الإسهام في البرامج التعليمية للأعضاء الآخرين من الفريق الطبي.

5-مساعدة المؤسسة الطبية في إعطاء المريض أفضل رعاية خلال الخدمات المختلفة.

6-تسهيل الاستخدام الفعال لموارد المجتمع؛ لمواجهة احتياجات المرضى وأسرهم (مخلوف، 2000، ص 192).

كما ذكر خاطر أن: هناك ثلاث عشرة مسؤولية للإخصائي الاجتماعي في المجال الطبي ومن أهمها الآتي: المساعدة في حل مشكلات المريض الاجتماعية والاقتصادية، وشرح النواحي الاجتماعية التي تؤثر في حالة المريض وأسرته وللمريض نفسه، والقيام بتوعيتهم وتقديم المساعدات النفسية والاجتماعية، والتعاون مع المؤسسات والهيئات المختلفة؛ وذلك لإشباع احتياجات المريض عند نقص الموارد في المستشفيات، وتدريب طلبة أقسام كلية الخدمة الاجتماعية وغيرها (1998، ص 441).

وتستند الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المجال الطبي على المدخل التكاملي باستخدامه للطرق المهنية المختلفة، حيث أشار جيولا وواني (Wayne & Julia) إلى أنه يتم ذلك من خلال توظيف الأساس المعرفي والمهاري للخدمة الاجتماعية في الأنشطة المهنية التي يقوم بها (عمران، 1999، ص 216).

ويجب على الإخصائي الاجتماعي أن يمارس دوره وفق فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية، المستمدة من فلسفة المهنة الأم التي تركز على احترام كرامة الإنسان وحصوله على حقوقه الأساسية والتي منها التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (علي، 2012، ص 129) مستخدما المهارات اللازمة والأساليب المهنية، لتحقيق الأهداف المنشودة، كما أشار المليجي إلى: "وجوب التزامه بمبادئ الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها، وأن يستغل قدراته، وخبراته، ومهاراته" (2006، ص 158) مستندًا في ممارسته إلى إطار الخدمة الاجتماعية النظري الذي يتضمن العديد من المفاهيم والحقائق والمعارف التي توجه الممارسة، مستهدفًا تنمية قدرة الأفراد على مواجهة مشكلاتهم وإشباع احتياجاتهم ودعم مؤسسات المجتمع (عوض، 2002، ص 67).

وبالرغم من جهود الممارسين للخدمة الاجتماعية الطبية ومحاولة قيامهم بأدوارهم، فإنهم يواجهون بعض المعوقات التي تحول دون ذلك؛ فقد أشار الجوير إلى أهمها، وهي: ضعف الموارد اللازمة لإعداد البرامج والأنشطة وتنفيذها (2001، ص 244) وكذلك وجود الفجوة بين النظرية والواقع العملي في ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية، وعدم كفاية الإعداد المهني للإخصائي الاجتماعي الطبي، وعدم توفر فرص لتدريب جميع الطلاب في المجال الطبي (عمران، 1999، ص 244).

لذا نجد أن العديد من الدراسات الاجتماعية أكدت على أهمية دراسة تلك الممارسة وإجراء العديد من البحوث عليها، ومنها:

دراسة عبدالحليم (2018) المطبقة بالخرطوم، التي توصلت لأهمية الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية من خلال ما تقدمه من خدمات داخل تلك المؤسسات، كما أوصت بإجراء دراسات لاحقة في المؤسسات الطبية بولايات أخرى.

ودراسة العلوي (2017) المطبقة على المستشفيات العامة في العاصمة المقدسة، التي توصلت لنتائج أهمها: أن هناك صعوبات تعوق الأخصائي الاجتماعي عن أداء أدواره بكفاءة وفعالية، كما أوصت بعمل دراسات مستقبلية على مستشفيات العاصمة المقدسة؛ للتعرف على وجهات نظر المرضى والفريق الطبي تجاه أقسام الخدمة الاجتماعية، ووضع تصور مقترح لعمل الإخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية مع العملاء.

ودراسة سند (2013) المطبقة بالرياض، التي توصلت إلى أن أهم الأدوار التي يمارسها الإخصائي الاجتماعي تتمثل في إجراء المقابلات المهنية وتسهيل عملية التواصل والتأكيد على سرية المعلومات ومعاونة المريض على حل مشكلاته، كما أوصت بتقويم دور الإخصائي الاجتماعي بشكل دوري.

ودراسة المحمدي (2013) المطبقة في مستشفيات صحة المدينة المنورة، التي توصلت إلى أن المرضى يرون أن الإخصائي الاجتماعي لا يقوم بدوره المطلوب منه، كما أوصت بإجراء العديد من البحوث الميدانية بهدف تحسين مستوى الخدمات.

ودراسة الفهيدي (2012) المطبقة على مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمدينة المنورة، التي توصلت إلى أن الإخصائي الاجتماعي يقوم غالبًا بمهامه، كما أوصت بالقيام بدراسات مستقبلية وافية حول سبل تطوير أداء الإخصائي الاجتماعي الطبي.

ودراسة الشيباني (2006) المطبقة في الرياض، التي توصلت إلى أن الخدمات التي يقدمها الإخصائي الاجتماعي للمريض متنوعة، وأنه يمارس جميع الأدوار بمهارة، كما أوصت بزيادة الدورات الاجتماعية التي يجب أن يلتحق بها الإخصائي الاجتماعي.

ودراسة العجلاني (2005) المطبقة في مستشفيات الصحة النفسية بالرياض والدمام والطائف، التي توصلت إلى أن الإخصائيين الاجتماعيين يملكون مهارات العلاقات الإنسانية ومهارات التعامل مع المرضى، كما أوصت بإفساح المجال للمزيد من البحوث والدراسات حول دور العاملين بالخدمة الاجتماعية الطبية للوقوف على طبيعة هذا الدور في مناطق أخرى.

ودراسة جوزيف (Joseph, 2003) المطبقة في هونج كونج، التي توصلت إلى أن الالتزام بأخلاق مهنة الخدمة الاجتماعية يزيد من تحسين الخدمات التي تقدمها، كما أوصت بأهمية تفعيل المتابعة من قبل إدارة الخدمة الاجتماعية الطبية لضمان جودة العمل.

ودراسة بريزكوت (Prescott, 2002) المطبقة في كاليفورنيا، التي توصلت إلى أن دور الإخصائي الاجتماعي غامض بالنسبة لفريق العمل الطبي، كما أوصت بزيادة المتخصصين في الخدمة الاجتماعية الطبية؛ ليقوموا بالأدوار المنوطة بهم على أكمل وجه.

ودراسة الجبرين (2002) المطبقة في الرياض، التي توصلت إلى إيجابية الدور الذي يقوم به الاختصاصي الاجتماعي مع المرضى، كما أوصت بضرورة توعية الأطباء وجميع الكوادر الطبية العاملة في المستشفى بالدور الذي يقوم به الاختصاصيون الاجتماعيون، كما أنهم مطالبون بتفعيل أدوارهم وإثبات أنفسهم والقيام بالكثير من أعمال التوعية والتثقيف داخل المستشفى.

ودراسة السيف (1999) المطبقة بالمستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، التي توصلت إلى التفاوت بين الأدوار والمهام التي يؤديها الأخصائي الاجتماعي في المستشفيات، كما أوصت بإجراء دراسات ميدانية توضح الأدوار المهنية للإخصائي الاجتماعي وإستراتيجيات تطبيقها.

ودراسة ستارك (Stark, 1997) المطبقة في ولاية كاليفورنيا، التي توصلت إلى أن دور الإخصائيين الاجتماعيين مميز أثناء الممارسة المهنية، كما أوصت بتقييم دور الخدمة الاجتماعية في الرعاية المنزلية.

ويتضح من عرض الدراسات السابقة الآتي:

–هناك بعض الدراسات التي أوصت بإجراء العديد من الدراسات والبحوث الميدانية بهدف تطوير الممارسة المهنية من جهة، وتحسين الخدمات المقدمة من جهة أخرى، وكذلك لتوضيح الأدوار المهنية للإخصائي الاجتماعي وإستراتيجيات تطبيقها.

–كما أكدت معظم نتائج الدراسات على أهمية التقويم الدوري للدور الذي يؤديه الإخصائي الاجتماعي في المجال الطبي.

–أشارت نتائج بعض الدراسات إلى وجود بعض المعوقات والصعوبات التي تواجه الممارسة المهنية، كما أوصت بزيادة المتخصصين في الخدمة الاجتماعية الطبية؛ ليقوموا بالأدوار المنوطة بهم على أكمل وجه.

–كشفت بعض الدراسات عن أهمية التدريب الميداني في زيادة معدل الاعتراف المجتمعي بمهنة الخدمة الاجتماعية.

–أوصت بعض الدراسات بضرورة زيادة الدورات الاجتماعية الموجهة للإخصائي الاجتماعي.

من هنا نجد أن مهنة الخدمة الاجتماعية في عصرنا الحالي تسعى لتطوير الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي وتحسينها وتقييمها في شتى المجالات؛ ومن أهمها المجال الطبي الذي يعمل من خلاله الإخصائي الاجتماعي عضوًا مساندًا لفريق العمل الطبي في تقديم الرعاية اللازمة للمريض، لا سيما وأن التقييم يُعد مهمًا للتأكد من مدى كفاءة العمل المهني للإخصائي الاجتماعي وفعاليته من جهة ولتحسين الممارسة المهنية وتطويرها من جهة أخرى، كما أنه يساعد على تحديد الجوانب الإيجابية والجوانب السلبية الناتجة عن التدخل المهني (سليمان وعبدالمجيد والبحر، 2004، ص 392) وللوقوف على النتائج الفعلية لهذه البرامج، وتصويب الأخطاء الفعلية التي تقع فعلًا (ناجي، 2014، ص 29).

ولوجود أقسام للخدمة الاجتماعية في ثلاثة مستشفيات حكومية بمدينة حائل موجهة خدماتها لأقسام المرضى الرجالية والنسائية، ولما لاحظه الباحث - في أثناء إشرافه على طلاب التدريب الميداني في تلك الأقسام- من اهتمام الإخصائيين الاجتماعيين في تلك الأقسام برفع الكفاءة الإنتاجية؛ فإن الباحث يسعى من خلال هذه الدراسة لمعرفة واقع الممارسة المهنية للمتخصصين فيها، للوصول إلى نتائج وتوصيات علمية من شأنها أن تطور أداءهم وتحسن ممارستهم، ليسهموا في تحقيق أهداف الرعاية الصحية لتلك المستشفيات، وفي ضوء ما عُرض فإنه يُمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الآتي:

"ما واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية؟ وما الصعوبات التي تواجهها؟ وما مقترحات تحسينها من وجهة نظر الإخصائيين الاجتماعيين؟".

ثانيًا ـ أهمية الدراسة:

1-ما أكدته بعض الدراسات والبحوث العلمية من أهمية دراسة واقع الممارسة المهنية للإخصائيين الاجتماعيين والصعوبات التي تواجهها.

2-إلقاء الضوء على أهم جوانب الممارسة المهنية التي يقوم بها الإخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي؛ لا سيما وأن العلاقة وثيقة بين الممارسة المهنية والبحث في الخدمة الاجتماعية (Rosenblatt, 1981، p 559)

3-تُتيح الدراسة معرفة حقائق حول طبيعة صعوبات الممارسة المهنية التي تواجه الإخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي.

4-تسعى الدراسة إلى تذليل الصعوبات التي يُمكن أن تواجه الإخصائيين الاجتماعيين في أثناء ممارستهم المهنية في المجال الطبي.

5-تُساعد نتائج هذه الدراسة الإخصائيين الاجتماعيين بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية على اتخاذ التدابير اللازمة بعد معرفة نقاط القوة والضعف في الممارسة المهنية.

ثالثًا- أهداف الدراسة:

1-تحديد واقع الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في مستشفيات مدينة حائل.
2-تحديد الصعوبات التي تواجه الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في مستشفيات مدينة حائل.
3-تحديد مقترحات لتحسين الممارسة المهنية للإخصائيين الاجتماعيين من وجهة نظر المبحوثين.

رابعًا- تساؤلات الدراسة:
1-ما واقع الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في مستشفيات مدينة حائل؟
2-ما الصعوبات التي تواجه الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في مستشفيات مدينة حائل؟
3-ما مقترحات تحسين الممارسة المهنية للإخصائيين الاجتماعيين من وجهة نظر المبحوثين؟

خامسًا- مفاهيم الدراسة:
1-الممارسة المهنية:
يشير المعنى اللغوي للممارسة إلى المعالجة والمزاولة فيقال مارس الشيء مراسًا وممارسة أي عالجه وزاوله (مجمع اللغة العربية، 2005، ص 578).
وتُعرف علميًا بأنها: "استخدام معارف ومهارات الخدمة الاجتماعية؛ لتحقيق تفويض المجتمع في تقديم الخدمات بطرق تتسق مع قيم الخدمة الاجتماعية" (Barker, L, 1987, p 155).
ويعرفها الباحث إجرائيًا بأنها: ممارسة الإخصائي الاجتماعي لطرق الخدمة الاجتماعية المختلفة ومهاراتها، لتحقيق أدواره المنوطة به على اختلاف الأهداف الوقائية والعلاجية والتنموية.

2-الخدمة الاجتماعية الطبية:
الخدمة تعني بشكل عام أداء لنشاط معين لإشباع حاجات محددة للمستفيدين (المحمدي، 2013، ص 13).
وتُعرف علميًا بأنها: "مجال من مجالات الخدمة الاجتماعية، تُسخر أهدافها داخل المؤسسة الطبية والصحية والتأهيلية لأغراض وقائية وعلاجية وإنمائية، يمارسها إخصائيون متدربون ومؤهلون في هذا المجال، وهي على علاقة وطيدة مع المجالات الصحية والطبية والاجتماعية" (النحاس، 2000، ص 34).
ويُعرفها الباحث إجرائيًا بأنها: إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية الثانوية التي يُمارسها الإخصائي الاجتماعي في مؤسسات الرعاية الصحية لمساعدة الفريق الطبي على تسهيل علاج المريض وما قد يعترضه من مشكلات اجتماعية واقتصادية ونفسية.

الجزء الثاني - الإطار النظري للدراسة:
أولًا- الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي.
إن المجال الطبي أحد مجالات الممارسة المهنية التي يمارس الإخصائي الاجتماعي أدواره فيها، فالعمل مع المرضى يحتاج إلى قدرات خاصة؛ لتقديم العون، والمساندة إليهم، فالمرض يرتبط بجوانب اجتماعية وثقافية، وعادة ما يكون للظروف الاجتماعية المصاحبة للمرض تأثيرٌ كبيرٌ في المريض، كما يكون تأثيرها أشد من المرض العضوي، وتهدف الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي إلى تحقيق أهداف علاجية، ووقائية، وإنمائية؛ للوصول بمستفيديها إلى أقصى مستوى من الحياة الكريمة في حدود إمكانياتهم، وقدراتهم (سالم وصالح، 2012، ص 229 ؛ عبيد وجودت، 2010، ص 168).

وقد ظهرت الخدمة الاجتماعية الطبية في إنجلترا عام 1880م؛ عندما اتضح أن المرضى المصابين بأمراض عقلية يحتاجون إلى رعاية لاحقة بعد خروجهم من المصحات في بيوتهم؛ حتى يمكن تجنب تكرار المرض، حيث كانت الزائرات يذهبن إلى بيوت المرضى؛ ليبصّرن أسرة المريض بنوع الرعاية، والمعاملة اللازمة له بعد خروجه من المستشفى. كما تطوع فريق من السيدات المحسنات في المستشفيات الإنجليزية في لندن عام 1890م للقيام بالبحوث الاجتماعية؛ لتقرير أحقية مقدم الطلب، وللاستعانة ببعض الجمعيات الخيرية لمساعدة المريض.
وفي نيويورك عام 1893م قامت الزائرات الصحيات بزيارة بيوت الفقراء من المرضى في الأحياء المجاورة لمحلة هنري ستريت؛ لسداد نفقات الرعاية العلاجية والتمريض، وقد لفت انتباههن العديد من المشكلات الاجتماعية، والشخصية التي تنشأ عن المرض، حيث استفادت بعض مستشفيات نيويورك من خبرات محلة هنري ستريت، ولما أدركت أن الزيارة المنزلية تؤدي إلى تقدم كبير في تأثير العلاج الطبي استمروا في إرسال الزائرات الصحيات من المستشفى لمباشرة الرعاية اللاحقة والإشراف على المرضى بعد خروجهم من المستشفيات. وفي عام 1902م طلبت جامعة بالتيمور من طلاب كلية الطب أن يجروا تدريبًا عمليًا في المؤسسات الاجتماعية، لتشمل المشكلات الاجتماعية والانفعالية، كما طلبت منهم أن يعملوا متطوعين في المؤسسات الخيرية؛ حتى يكتسبوا فهمًا وإدراكًا للآثار الاجتماعية، والاقتصادية، وظروف المعيشة في حالة المريض.
ونتيجة لهذه الخبرات نشأت الخدمة الاجتماعية الطبية في عام 1905 في جهات مختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية وأصبح الإخصائيون الاجتماعيون أعضاء في هيئات موظفي المستشفيات العامة (المليجي، 2006، ص 26-27؛ سالم وصالح، 2012، ص 232؛ محمود، 2012، ص 186؛ الشهراني، 2016، ص 264).
وتُعرف الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها: "ممارسة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات، وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية؛ لتسهيل وجود الإنسان في صحة جيدة، والوقاية من المرض، ومساعدة المرضى بأمراض جسمية وأسرهم على حل المشكلات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالمرض" (السروجي وعلي، 2009، ص 203).
ونظرًا لكون المجال الطبي أحد مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية؛ فقد ارتبط في تكوين فلسفته بفلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية نفسها، التي تكونت أيضًا نتيجة التفاعل المتبادل بين التطور الفكري للمهنة ككل، وبين الممارسة العملية للمجالات المختلفة للمهنة على مر الوقت.

•ويتكون الإطار الفلسفي للخدمة الاجتماعية من الاعتراف، والإيمان بالآتي:
1-الإنسان كل متكامل، تتفاعل فيه عناصر شخصيته الأربعة العقلية، والجسمية، والنفسية، والاجتماعية، ومن ثم فأي اضطراب في أحد هذه العناصر إنما هو نتيجة لتفاعل عناصره الأخرى بطريقة غير سوية، كما أن هذا الاضطراب يؤدي بدوره إلى اضطراب العناصر الأخرى، وهكذا، والخدمة الاجتماعية الطبية قامت لعلاج الإنسان من خلال إصلاح هذه العناصر الأربعة والعمل على راحتها.

2-الإنسان مخلوق مكرم، أمر الله بمساعدته، وتقديم يد العون له في شتى المجالات، والخدمة الاجتماعية الطبية مجال من مجالات الخدمة التي تقدم للإنسان في سبيل تكريم آدميته، فهي لا تعتني بالمريض من الناحية المجردة فحسب، وإنما تعتني به لأنه إنسان يستحق العناية، ومن حقه إشباع احتياجاته النفسية، والاجتماعية التي يحتاجها؛ حتى يستفيد بشكل إيجابي من العلاج الطبي.

3-الخدمة الاجتماعية عامة والطبية خاصة تؤمن بفردية الإنسان مهما تشابهت الأمراض، والظروف المحيطة بالمريض، إلا أن لكل فرد منهم طريقة معينة في علاجه، والعمل على راحته، ومعاملته بحد ذاته فردًا له شخصيته المميزة، وقدمت له أنواعًا معينة من الخدمات والرعاية اللازمة.

4-إن العوامل الاجتماعية والنفسية للإنسان، ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالمرض، بل قد تكون سببًا فيه؛ ولذا يفضل أن يسير كل من العلاج الطبي، والعلاج الاجتماعي النفسي جنبًا إلى جنب، فالعلاج الطبي ما هو إلا أحد العوامل المؤدية إلى الشفاء، ولكنه ليس العوامل كلها، وفي الوقت نفسه، إذا أغفلنا العلاج الاجتماعي النفسي، قد يؤدي ذلك إلى عودة المرض، أو انتكاسته، أو فشل العلاج الطبي.

5-وجود الإنسان في المؤسسة الطبية يعني حاجته إلى المساعدة والعون، وقد تخصصت الخدمة الاجتماعية الطبية في هذه المؤسسة؛ لمساعدة المريض من جميع الجوانب؛ لذا فدراسة الجوانب الاجتماعية لحالة المريض تُعد جزءًا مكملًا لخطة العلاج الطبي (المليجي، 2006، ص 38-39؛ محمود، 2012، ص 196).

•دوافع الخدمة الاجتماعية الطبية:

للخدمة الاجتماعية الطبية دوافع ترتكز على فلسفة إنسانية هدفها رعاية الإنسان السليم، والمريض، والمعاق، وأهم هذه الدوافع:

1-دوافع إنسانية: حيث إن الخدمة الاجتماعية الطبية تمثل الجانب الإنساني في مجتمعنا الحديث، وتتعامل بشكل مباشر مع الإنسان، وأسرته، وعمله، وبيئته.

2-دوافع أخلاقية: مستمدة من القيم الأخلاقية التي جاءت بها الأديان السماوية؛ لحماية المجتمع واستمراره، وتكيفه؛ للوصول إلى السعادة.

3-دوافع اقتصادية: تعمل الخدمة الاجتماعية الطبية على اختزال العوامل السلبية التي تؤثر في المرضى، وتسهم في حل المشكلات المترتبة عليها؛ لأن المرض يشكل عبئًا اجتماعيًا، واقتصاديًا في المجتمع.

4-دوافع حضارية: تُسهم الخدمة الاجتماعية الطبية في تنمية المجتمع من خلال الاهتمام المتزايد بصحة الأفراد، وحل مشاكلهم، حيث تحدد بشكل عام المستوى الحضاري للمجتمع (النحاس، 2000، ص 24)

•نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية في المملكة العربية السعودية:

لقد تم اعتماد الخدمة الاجتماعية الطبية لأول مره بصورة رسمية من خلال القرار الوزاري رقم (3510) وتاريخ 1393/12/1هـ، المتضمن إنشاء قسم للخدمة الاجتماعية الطبية يتبع المديرية العامة للطب العلاجي، ثم تلا ذلك صدور الموافقة السامية رقم: 7/ف/12782 في تاريخ 1403/5/28هـ ، على قرار الهيئة العليا للإصلاح الإداري باستحداث الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية، وذلك للإشراف على تطوير الخدمات النفسية والاجتماعية الطبية في المستشفيات والمراكز الصحية بالمملكة، ثم تم بعد ذلك تصنيف وظيفة الإخصائي الاجتماعي ضمن اللائحة الجديدة في 1414/7/20هـ بقرار مجلس الخدمة المدنية رقم (440/1) (وزارة الصحة، 2017، ص 15).

ثانيًا- النظريات المفسرة للدراسة:

1-نظرية الأنساق:

تُعد نظرية الأنساق العامة من النظريات الاجتماعية التي تعتمد عليها الممارسة العامة، والأكثر استخدامًا في حقول الخدمة الاجتماعية المختلفة (حبيب، 2016، ص 64؛ منقريوس ومحمد، 2016، ص 21).

وتقوم فكرتها على أساس أن الكل أكبر من مجموع الأجزاء المكونة له، وكانت تطبيقاتها في البداية على الأنساق الحية، وعلى الإنسان، وعلى كيفية تكامل وظائفه وتداخلها مع بعضها البعض واعتمادها على البيئة الخارجية، ونظراً لأن نظرية الأنساق العامة تنظر نظرة شمولية، وتحاول تفسير الكون، وتقديم فهم لعلاقة أجزائه في إطار تكاملي؛ فهي تمثل توجها نظريًا أكثر من مجرد كونها نظرية محددة (النوحي، 2007، ص 42).

ومع ذلك كله، فإن نظرية الأنساق العامة استطاعت أن تُقدم الكثير للعلوم الإنسانية على وجه العموم، ولعل الخدمة الاجتماعية كانت أحد هذه العلوم أو التخصصات التي استفادت منها، وأصبح الكثير من أفكارها، ومفاهيمها يشكل جزءًا من مكونات تخصص الخدمة الاجتماعية، ويعود الفضل في تبلورها بوصفها نظرية تخدم الممارسة في الخدمة الاجتماعية على يد هيرن Hearn في نهاية الخمسينيات من القرن العشرين (الدامغ، د ت، ص 49؛ الدخيل، 2006، ص 112) وقد استطاعت نظرية الأنساق العامة والنظريات المنشقة عنها أن تتبوأ مكانة عالية بين النظريات التي يتم الاعتماد عليها في مهنة الخدمة الاجتماعية فقد قدمت العديد من المفاهيم التي أصبح من الشائع استخدامها في مهنة الخدمة الاجتماعية كمصطلح نسق المساعدة helping system ونسق العميل client system. ،كما أنها ساعدت أيضًا في ظهور نماذج نظرية اعتمدت على معطيات ومفاهيم نظرية الأنساق العامة، حيث تمثل نماذج العلاج الأسري family therapy approaches أحد تلك النماذج النظرية المنبثقة من خلال نظرية الأنساق العامة (الدامغ، د ت، ص 49). وكذلك النموذج الأيكولوجي أو ما يشار له في بعض الكتابات بنموذج الحياة model life من النماذج التي ظهرت وتطورت من خلال معطيات نظرية الأنساق العامة (سليمان وآخرون، 2004، ص 47).

حيث تفترض نظرية الأنساق العامة أن الكل أكبر من مجموع الأجزاء المكونة له، وأن الارتباط القائم بين الأجزاء المكونة لأي نسق يؤدي إلى وجود خصائص جديدة في النسق، هي بالضرورة نتيجة لهذا الارتباط والاعتمادية المتبادلة بين الأجزاء المكونة للنسق (الدامغ، د ت، ص 69).

ولارتباطها بمشكلة الدراسة بشكل مباشر باعتبار أن المستشفى والخدمة الاجتماعية -ممثلة بالإخصائي الاجتماعي- وفريق العلاج الطبي والمريض والمجتمع كل منهم نسق بحد ذاته، لا سيما وأنها تنظر إلى العالم على أساس ترابطي، فكل كيان قائم بذاته ينظر إليه من ناحية علاقاته بالكيانات الأخرى التي تؤثر وتتأثر به، وأن الارتباط القائم بين الأجزاء المكونة لأي نسق يؤدي إلى وجود خصائص جديدة في النسق هي بالضرورة

نتيجة لهذا الارتباط والاعتمادية المتبادلة بين الأجزاء المكونة للنسق، الذي يُعد وحدةً تتكون من أجزاء أو وحدات متباينة ومتماسكة معًا، فكل وحدة منضبطة ومعتمدة على باقي الوحدات، فالنسق يتميز بالكلية أو الوحدة المتماسكة مع التفاعل المستمر بين أجزائه (حبيب وحنا، 2016، ص 236؛ النوحي، 2007، ص 44).

ومن خلال المعطيات السابقة لنظرية الأنساق العامة يمكن أن نتصور المستشفى نسقًا أكبر، يتضمن أنساقًا فرعية تتمثل بالتخصصات المختلفة لأعضاء الفريق العلاجي، ومنها تخصص الخدمة الاجتماعية، وتوجد بينهم تفاعلات مباشرة بهدف تقديم الخدمة المناسبة للمريض بوصفه نسقًا آخر، وهنا يتضح أن الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية تؤثر وتتأثر بالأنساق الفرعية التي بدورها تسعى جميعها إلى تحقيق الهدف العام لنسق المستشفى.

2-نظرية الدور:

ظهرت في مطلع القرن العشرين، وتعتقد بأن سلوك الفرد وعلاقاته الاجتماعية تعتمد على الدور أو الأدوار الاجتماعية التي يشغلها في المجتمع فضلًا عن أن منزلة الفرد الاجتماعية ومكانته تعتمد على أدواره الاجتماعية، كما أنها تتعلق بتفاعلاتنا مع الآخرين وكيف أن توقعاتهم واستجاباتهم تؤدي بنا إلى الاستجابة بطرق محددة (مالكوم باين، 1998، ص 195).

وتقوم نظرية الدور في فلسفتها على أن الدور الاجتماعي يُعد حلقة الوصل بين الفرد والمجتمع، كما أنه ينطوي على واجبات الفرد التي يحددها الدور الذي يشغله، أما حقوقه فتحددها الواجبات والمهام التي ينجزها في المجتمع، علمًا بأن الفرد لا يشغل دورًا اجتماعيًا واحدًا بل يشغل عدة أدوار تقع في المؤسسات التي يمثلها، وإن الأدوار في المؤسسة الواحدة لا تكون متساوية؛ بل تكون مختلفة (الحسن، 2005، ص 159).

"ويرى (زنانيسكي) أن الدور الاجتماعي يعتبر نسقًا اجتماعيًا يتضمن أربعة مكونات متفاعلة معًا وهي: (علي، 2002، ص 236)

1-الدائرة الاجتماعية: وهي مجموعة من الأشخاص الذين يتفاعلون مع القائم بالدور، يقدرون أداءه وغالبًا ما يكونون الجماعة المرجعية له".

2-ذات القائم بالدور: أي الخصائص البدنية والسيكولوجية المتعلقة بالمركز الذي يشغله.

3-المكانة الاجتماعية للقائم بالدور: بمعنى المسموحات والممنوعات الموكلة إليه كشيء متضمن في مركزه.

4-الوظائف الاجتماعية للقائم بالدور: وهي تعني مساهمته في دائرته الاجتماعية.

وتستند نظرية الدور على عدد من المبادئ التي أهمها:

1-يتحلل البناء الاجتماعي إلى عدد من المؤسسات الاجتماعية وتتحلل المؤسسة الاجتماعية الواحدة إلى عدد من الأدوار الاجتماعية.

2-ينطوي على الدور الاجتماعي الواحد مجموعة واجبات يؤديها الفرد بناء على مؤهلاته وخبراته وتجاربه وثقة المجتمع به وكفاءته وشخصيته، وبعد أداء الفرد لواجباته يحصل على مجموعة حقوق مادية واعتبارية، علمًا بأن الواجبات ينبغي أن تكون متساوية مع الحقوق والامتيازات التي يتمتع بها.

3-يشغل الفرد الواحد في المجتمع عدة أدوار اجتماعية وظيفية في آن واحد ولا يشغل دورًا واحدًا، وهذه الأدوار هي التي تحدد منزلته أو مكانته الاجتماعية، ومنزلته هي التي تحدد قوته الاجتماعية وطبقته.

4-لا يمكن إشغال الفرد للدور الاجتماعي وأداؤه بصورة جيدة وفعالة دون التدريب عليه (الحسن، 2005، ص 164).

ومن خلال المعطيات السابقة لنظرية الدور يمكن أن نعد المستشفى مؤسسة لها بناء اجتماعي، يتضمن عدد من الأدوار التي يشغلها أعضاء الفريق العلاجي ومنهم الإخصائيين الاجتماعيين، الذين يتفاعلون مع بعض ممثلين دائرة اجتماعية، وفق ما يملكون من قدرات وامكانيات، تتناسب مع المهام الموكلة لهم، وهم بلا شك بحاجة لتدريب مستمر على رأس العمل، وصولًا لتقديم الممارسة المهنية المناسبة.

الجزء الثالث ـ الإجراءات المنهجية للدراسة:

أولًا- نوع الدراسة والمنهج المستخدم.

تُعد الدراسة الحالية من الدراسات الوصفية؛ لاعتمادها دراسة واقع الممارسة المهنية الطبية وجمع البيانات حولها وتحليلها تحليلًا علميًا، للوصول إلى نتائج يمكن الاستفادة منها في المجال الطبي.

وقد استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي لمناسبته في تحقيق أهداف الدراسة، وللحصول على بيانات يُمكن الاستفادة منها في تحسين الممارسة المهنية، والحد من الصعوبات التي تواجهها، وذلك باستخدام الحصر الشامل للإخصائيين الاجتماعيين (ذكورًا، وإناثًا) العاملين في مستشفيات مدينة حائل.

ثانيًا- أداة جمع البيانات.

قام الباحث بتصميم إستمارة استبانة للإخصائيين الاجتماعيين (ذكورًا، وإناثًا) العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة حائل، وذلك بعد الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة في موضوع الدراسة، وكذلك استنادًا إلى علاقة الزمالة للباحث مع الممارسين الميدانين خلال إشرافه على طلاب التدريب الميداني، حيث قام الباحث بوضع أبعاد الاستبانة التي اشتملت بالإضافة للبيانات الأولية على:

1- بعد واقع الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى، التي تم كتابة عباراتها بناءً على الوصف الوظيفي للإخصائي الاجتماعي في المستشفيات المذكورة في دليل السياسات والإجراءات لأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية (2016، ص 18).

2- بعد الصعوبات التي تواجه الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى.

3- بعد مقترحات تحسين الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى.

وللتحقق من صدق مضمون الأداة قام الباحث بعرضها على (7) من المحكمين، من أساتذة الخدمة الاجتماعية بجامعة حائل، وكذلك على (5) من الممارسين المهنيين في مستشفيات مدينة حائل، للاتفاق حول صياغة العبارات وسلامتها لغويًا ومعرفة مدى ارتباطها بأبعاد الدراسة، وقد تم تعديل بعضها وإضافة أخرى بناءً على رأيهم، كما تم حذف العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق أقل من 80%.

وللتحقق من ثبات الأداة وموضوعية نتائجها، فقد تم حساب ثبات أداة الدراسة الحالية عن طريق معامل ثبات "ألفا ـ كرونباخ"، حيث تم حساب معامل "ألفا" عند حذف المفردة، وقد بلغت قيمتها الكلية (α=0.75) وهي

قيمة ثبات عالية تدل على ثبات الأداة وصلاحيتها للتطبيق.

ثالثاً: مجالات الدراسة

أ-المجال المكاني: جميع أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفيات الحكومية في مدينة حائل المتمثلة في: مستشفى الملك خالد، ومستشفى الصحة النفسية، ومستشفى حائل العام، ومستشفى النساء والولادة. وقد تم اختيارها لأسباب أهمها: رغبة إدارة الخدمة الاجتماعية والنفسية بفرع الوزارة بحائل في إجراء المزيد من البحوث والدراسات العلمية في المجال الطبي، ورصد بعض الصعوبات التي تواجه الممارسة المهنية في أثناء إشراف الباحث على طلاب التدريب الميداني بتلك المستشفيات، واستعداد الإخصائيين الاجتماعيين للمشاركة في إجراء الدراسة.

ب-المجال البشري: جميع الإخصائيين الاجتماعيين (ذكورًا، وإناثًا) العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية، والواضح عددهم في الجدول الآتي:

جدول (1) يوضح توزيع عينة الدراسة (ذكورًا، وإناثًا)

م	اسم المستشفى	إخصائي اجتماعي	إخصائية اجتماعية
1	مستشفى الصحة النفسية	3	3
2	مستشفى الملك خالد	6	5
3	مستشفى حائل العام	6	10
4	مستشفى الولادة والأطفال	لا يوجد	3
المجموع		36	

ج-المجال الزماني: تم جمع البيانات في الفترة من 1441/5/25 إلى 1441/6/20.

رابعًا- أسلوب المعالجة الإحصائية:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها، فقد تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وهي:

1-التكرارات والنسب المئوية للتعرف خصائص أفراد الدراسة.

2-الوزن النسبي للعبارات والأبعاد.

3-الوسط المرجح وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد الدراسة على كل عبارة من عبارات الأبعاد والمحاور وكذلك ترتيبها، وقد تم حساب مدى المتوسطات على النحو الآتي:

-إذا تراوحت قيمة الوسط المرجح للمفردة بين (1) و (1.66) تصنف درجة الاستجابة إلى "لا".

-إذا تراوحت قيمة الوسط المرجح للمفردة بين (1.67) و (2.33) تصنف درجة الاستجابة إلى "إلى حدٍ ما".

-إذا تراوحت قيمة الوسط المرجح للمفردة بين (2.34) و (3) تصنف درجة الاستجابة إلى "نعم".

الجزء الرابع - نتائج الدراسة والتوصيات:

أولاً- وصف خصائص عينة الأخصائيين الاجتماعيين:

جدول (2) يوضح متغير السن للإخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة

السن	ك	%
اقل من25سنة	2	%5.56
من 25 إلى اقل من35 سنة	11	%30.56
من 35 إلى اقل من45 سنة	16	%44.44
من 45 إلى اقل من55 سنة	4	%11.11
55 سنة فاكثر	3	%8.33
المجموع	36	%100.00
متوسط السن	37 سنة تقريبًا	

يتضح من الجدول رقم (2) أن متوسط السن لعينة الدراسة من الإخصائيين الاجتماعيين بلغ (37) سنة، حيث جاءت العينة العمرية من (35) إلى أقل من (45) سنة في الترتيب الأول بنسبة (44.44%) وهذا يعني أن النسبة العظمى لعينة الدراسة من الإخصائيين الاجتماعيين (رجالًا، ونساءً) في مرحلة الشباب، ويمكن التركيز عليهم من قبل الإدارة بالمستشفيات التي يعملون فيها في الدورات التدريبية لتأهيلهم وتحقيق أهداف المؤسسات الطبية التي ينتمون لها؛ لما يتوقع أن معدل الأداء لديهم عال.

جدول (3) يوضح متغير الحالة الاجتماعية للإخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة

الحالة الاجتماعية	ك	%
عزب	5	%13.89
متزوج	27	%75.00
مطلق	3	%8.33
ارمل	1	%2.78
المجموع	36	%100.00

يتضح من الجدول رقم (3) أن النسبة العظمى للحالة الاجتماعية للإخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة تمثلت في المتزوجين منهم، حيث جاءت في الترتيب الأول بنسبة (75%) وهذا قد يسهم كثيرًا في الاستقرار الحياتي على المستوى الشخصي، مما قد يؤدي إلى زيادة الإنتاجية في العمل وتحقيق الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية التي يعملون بها.

جدول (4) يوضح الدرجة العلمية لعينة الدراسة من الإخصائيين الاجتماعيين

الدرجة العلمية	ك	%
بكالوريوس خدمة اجتماعية	25	%69.44
بكالوريوس علم اجتماع	7	%19.44
بكالوريوس علم نفس	1	%2.78
دبلوم	1	%2.78
ماجستير	1	%2.78
دكتوراه	1	%2.78
المجموع	36	%100

يتضح من الجدول رقم (4) أن النسبة العظمى للدرجة العلمية لعينة الدراسة من الإخصائيين الاجتماعيين تمثلت في حملة بكالوريوس خدمة اجتماعية، حيث جاءت في الترتيب الأول بنسبة (69.44%)؛ وهذا يعني أنهم قد يستفيدون كثيرًا من الدورات التأهيلية المخصصة للعاملين في المؤسسات الطبية والمتضمنة المهارات اللازمة لتطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي.

جدول (5) يوضح خبرة الإخصائيين الاجتماعيين في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية

السن	ك	%
اقل من سنة	1	%2.78
من سنة إلى اقل من5 سنوات	7	%19.44
من 5 إلى اقل من10 سنوات	20	%55.56
10سنوات فاكثر	8	%22.22
المجموع	36	%100.00
متوسط الخبرة	15سنة تقريبا	

يتضح من الجدول رقم (5) أن النسبة العظمى لخبرة الإخصائيين الاجتماعيين في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية كانت (من 5 إلى أقل من 10 سنوات) حيث جاءت في الترتيب الأول بنسبة (55.56%) وهذا مؤشر بأن لديهم الخبرة الكافية في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية، كما أن هذا قد يساعد في تقبلهم للدورات الخاصة بالمهارات اللازمة والحديثة للممارسة المهنية في المجال الطبي.

جدول (6) يوضح مشاركة الإخصائيين الاجتماعيين في دورات تدريبية في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية

النوع	ك	%
نعم	30	%83.33
لا	6	%16.67
المجموع	36	%100

يتضح من الجدول رقم (6) أن النسبة العظمى لمشاركة الإخصائيين الاجتماعيين في دورات تدريبية في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية كانت (نعم) حيث جاءت في الترتيب الأول بنسبة (83.33%) وهذا قد يكون بسبب الشرط الأساس من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية عند حصولهم على شهادة التصنيف منها أو عند تجديدها، مما يتطلب تكثيف الجهود في تصميم دورات متقدمة تتوافق مع عملهم في المؤسسات الطبية، وتتسق هذه النتيجة مع نظرية الدور التي أشارت إلى أن الإخصائيين الاجتماعيين بحاجة لتدريب مستمر على رأس العمل وصولًا لتقديم الممارسة المهنية المناسبة.

جدول (7) يوضح مدى الاستفادة من الدورات الحاصل عليها الإخصائيون والموضوعات التي طرحت فيها

درجة الاستفادة	ك	%
كبيرة	10	%27.78
متوسطة	23	%63.89
ضعيفة	3	%8.33
المجموع	36	%100

يتضح من الجدول رقم (7) أن النسبة العظمى حول مدى الاستفادة من الدورات الحاصل عليها الإخصائيون الاجتماعيون والموضوعات التي طرحت فيها كانت (متوسطة) حيث جاءت في الترتيب الأول بنسبة (63.89%) وهذا قد يعني وجود خلل في تصميم تلك الدورات وآلية تقديمها، حيث يجب تقدير احتياجات المستفيدين من الإخصائيين الاجتماعيين قبل تنفيذها.

ثانيًا- واقع الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى:

جدول (8) يوضح واقع الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى

م	العبارات	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	الوزن النسبي	الوسط المرجح	الترتيب
		ك	ك	ك				
1	اقوم بجولة يومية لمقابلة المرضى الجدد.	27	6	3	96	%89	2.67	6
2	اعرف جميع الإجراءات الخاصة بتحويل المريض لمؤسسات أخرى.	29	5	2	99	%92	2.75	3
3	اقوم بدراسة الحالة الاجتماعية للمريض.	24	4	8	88	%81	2.44	11
4	اسجل معلومات المريض اللازمة في ملفه الطبي.	29	6	1	100	%93	2.78	2
5	احافظ على سرية المعلومات الموثقة بسجلات القسم.	31	2	3	100	%93	2.78	2
6	اساعد المريض على التكيف الإيجابي مع المرض.	26	7	3	95	%88	2.64	7
7	اشارك في وضع الخطة العلاجية المناسبة للمريض.	32	1	3	101	%94	2.81	1
8	اتعاون مع الفريق المعالج لمساعدة المريض.	29	3	4	97	%90	2.69	5
9	استفيد من الموارد المتاحة لتحقيق افضل مستوى من الخدمات للمريض.	30	3	3	99	%92	2.75	3
10	اشارك في البرامج المختلفة التي ينفذها القسم.	27	3	6	93	%86	2.58	9
11	اقوم بإجراء استطلاع اراء المرضى حول الخدمات المقدمة لهم.	28	6	2	98	%91	2.72	4
12	انسق مع المراكز الصحية لمتابعة المريض عند خروجه.	27	5	4	95	%88	2.64	7
13	اقدم الخدمات اللازمة لذوي الاحتياجات الخاصة (مثل خطاب تخفيض أجور إركاب، وبطاقة تسهيلات مرورية).	26	6	4	94	%87	2.61	8
14	اساعد المريض على اتخاذ القرار المتعلق بعلاجه.	27	6	3	96	%89	2.67	6
15	اقدر الحاجة لوجود مرافق للمريض بعد استشارة الطبيب.	29	5	2	99	%92	2.75	3
16	اعد التقرير الشهري عمّا تم من إنجازات.	29	5	2	99	%92	2.75	3
17	احافظ على مستلزمات القسم.	22	6	8	86	%80	2.39	11
18	اؤدي ما اكلف به من مهام في نطاق معرفتي.	22	9	5	89	%82	2.47	10
19	اتابع تنفيذ البرامج الخاصة بالأمراض المزمنة.	27	5	4	95	%88	2.64	7
20	استخدم التقنيات والمهارات الحديثة في تقديم الخدمات (كجماعات الدعم الذاتي، وأسلوب إدارة الحالة ...إلخ).	26	6	4	94	%87	2.61	8
21	التزم بالانظمة المتعلقة بالتعامل مع ذوي الحالات والظروف الخاصة (كالأطفال مجهولي الهوية، العنف والإيذاء...إلخ).	26	7	3	95	%88	2.64	7
22	اشارك في كتابة التقارير الطبية فيما يخص الجانب الاجتماعي.	21	11	4	89	%82	2.47	10
23	اعمل على تحسين التواصل ما بين المريض والفريق المعالج.	26	7	3	95	%88	2.64	7
	الوزن النسبي العام	%78						
	المتوسط المرجح العام	2.34						

يتضح من الجدول رقم (8) أن الوزن النسبي العام لواقع الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى قد بلغ (78%) بوسط مرجح عام (2.34) ووفقًا لاستجابات عينة الدراسة للعبارات المكونة لهذا البعد، جاءت عبارات البعد في المستوى المرتفع، بوزن نسبي من (0.75فأكثر) ووسط مرجح من (2.34 فأكثر)، وقد احتلت هذه العبارات الترتيب من الأول وحتى الثاني عشر على النحو الآتي:

جاء في الترتيب الأول العبارة: "أشارك في وضع الخطة العلاجية المناسبة للمريض" بوزن نسبي (94%) ووسط مرجح (2.81)، وجاء في الترتيب الثاني العبارة: "أحافظ على سرية المعلومات الموثقة بسجلات القسم"، و"أسجل معلومات المريض اللازمة في ملفه الطبي" بوزن نسبي (93%) ووسط مرجح (2.78).

وفي الترتيب الثالث جاءت العبارات الآتية: "أعرف جميع الإجراءات الخاصة بتحويل المريض لمؤسسات أخرى"، و"أستفيد من الموارد المتاحة لتحقيق أفضل مستوى من الخدمات للمريض"، و"أقدر الحاجة لوجود مرافق للمريض بعد استشارة الطبيب"، و"أعد التقرير الشهري عمّا تم من إنجازات" بوزن نسبي (92%) ووسط مرجح (2.75)، وجاء في الترتيب الرابع العبارة: "أقوم بإجراء استطلاع آراء المرضى حول الخدمات المقدمة لهم" بوزن نسبي (91%) ووسط مرجح (2.72).

وجاء في الترتيب الخامس العبارة: "أتعاون مع الفريق المعالج لمساعدة المريض" بوزن نسبي (90%) ووسط مرجح (2.69)، واحتلت العبارتان: "أساعد المريض على اتخاذ القرار المتعلق بعلاجه" و"أقوم بجولة يومية لمقابلة المرضى الجدد" بوزن نسبي (89%) ووسط مرجح (2.67) الترتيب السادس.

وجاء في الترتيب السابع العبارات الآتية: "أساعد المريض على التكيف الإيجابي مع المرض"، و"أنسق مع المراكز الصحية لمتابعة المريض عند خروجه"، و"ألتزم بالأنظمة المتعلقة بالتعامل مع ذوي الحالات والظروف الخاصة (كالأطفال مجهولي الهوية، العنف والإيذاء...إلخ)"، و"أعمل على تحسين التواصل ما بين المريض والفريق المعالج" بوزن نسبي (88%) ووسط مرجح (2.64)، واحتلت العبارتان: "أقدم الخدمات اللازمة لذوي الاحتياجات الخاصة، (مثل خطاب تخفيض أجور إركاب، وبطاقة تسهيلات مرورية)"، و"أستخدم التقنيات والمهارات الحديثة في تقديم الخدمات (كجماعات الدعم الذاتي، وأسلوب إدارة الحالة ...إلخ)" بوزن نسبي (87%)، ووسط مرجح (2.61) الترتيب الثامن.

وجاء في الترتيب التاسع العبارة: "أتعاون مع الفريق المعالج لمساعدة المريض" بوزن نسبي (86%) ووسط مرجح (2.58)، وجاءت العبارات الآتية: "أؤدي ما أكلف به من مهام في نطاق معرفتي"، و"أشارك في كتابة التقارير الطبية فيما يخص الجانب الاجتماعي" بوزن نسبي (82%) ووسط مرجح (2.47) في الترتيب العاشر.

وجاءت العبارة "أقوم بدراسة الحالة الاجتماعية للمريض" في الترتيب الحادي عشر بوزن نسبي (81%) ووسط مرجح (2.44)، وجاءت العبارة "أحافظ على مستلزمات القسم" في الترتيب الثاني عشر والأخير بوزن نسبي (80%) ووسط مرجح (2.39).

وبتحليل ما أسفرت عنه النتائج في ضوء المنحى النظري، يتضح أن الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى مرتفعة لحصولها على نسبة (87%) من خلال قيامه بمهامه الوظيفية النابعة من المبادئ الأساسية للخدمة الاجتماعية المتمثلة في عدد من العبارات، مثل: قيامه بالمشاركة في وضع الخطة العلاجية للمريض، وكذلك ما يملكه من مهارات، مثل: تسجيل معلومات المريض، وبما لديه من معرفة، مثل: معرفته بتحويل المريض لمؤسسات أخرى.

وبتحليل معطيات النتائج في ضوء ما أسفرت عنه الدراسات والبحوث النظرية، يتضح أن هذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة الشيباني (2006) في تنوع الخدمات المقدمة من قبل الإخصائي الاجتماعي للمريض، وكذلك في ممارسته لجميع أدواره بمهارة، ولعل ذلك راجع للتأهيل الأكاديمي الذي حصل عليه مجتمع الدراسة، الذي يضم عدد (25) من الحاصلين على مؤهل بكالوريوس الخدمة الاجتماعية، وكذلك لما حصلوا عليه من دورات في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية لعدد (30) فردًا من مجتمع الدراسة، وللخبرة في المجال نفسه المتمثلة بين (5 إلى 10) سنوات لعدد (20) فردًا من مجتمع الدراسة. وكذلك تتفق مع نتيجة دراسة

عبدالحليم (2018) التي توصلت لأهمية الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية من خلال ما تقدمه من خدمات داخل المستشفى، كما تتفق مع نتيجة دراسة الفهيدي (2012)، ونتيجة دراسة العجلاني (2005) التي توصلت إلى أن الإخصائيين الاجتماعيين يملكون مهارات العلاقات الإنسانية ومهارات التعامل مع المرضى، كما يقومون غالبًا بمهامهم؛ وهذا قد يكون نابعًا من التزامهم بفلسفة الميثاق الأخلاقي القائم على فلسفة الخدمة الاجتماعية، الذي توصلت له نتيجة دراسة جوزيف (Joseph, 2003) فقد توصلت إلى أن الالتزام بأخلاق مهنة الخدمة الاجتماعية يزيد من تحسين الخدمات المقدمة، وتتفق أيضًا مع نتيجة دراسة ستارك Stark, (1997) التي توصلت إلى أن دور الإخصائيين الاجتماعيين مميز في أثناء الممارسة المهنية.

كما تتسق هذه النتيجة مع نظرية الأنساق التي تفسر المستشفى على أساس ترابطي بين الأجزاء المكونة له بوصفها أنساقًا صغرى (فريق العمل الطبي) الذي يُعد الإخصائي الاجتماعي أحد أعضائه، والذي يتفاعله مع الأعضاء الآخرين وبوجود الممارسة المهنية العالية له سيؤدي إلى تحقيق المستشفى لأهدافه على أكمل وجه؛ لما تفترضه النظرية من أن أي تغيير يطرأ على أي جزء يتكون منه النسق؛ فإنه يؤدي بالضرورة إلى حدوث تغيير في النسق بصفة عامة. كما تتسق مع نظرية الدور التي تعُد المستشفى مؤسسة لها بناء اجتماعي، يقوم على عدد من الأدوار التي يشغلها أعضاء الفريق العلاجي ومنهم الإخصائيين الاجتماعيين الذين يتفاعلون مع بعضهم البعض، ممثلين دائرة اجتماعية، للقيام بالمهام الموكلة لهم؛ لتقديم الممارسة المهنية المناسبة.

ثالثًا- الصعوبات التي تواجه الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى.

جدول (9) يوضح الصعوبات التي تواجه الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى

م	العبارة	ك	%
1	عدم وعي الفريق المعالج بدور الإخصائي الاجتماعي.	30	%83
2	عدم تعاون الفريق المعالج مع الإخصائي الاجتماعي.	29	%81
3	قلة الموارد والإمكانات.	20	%56
4	نقص عدد الإخصائيين الاجتماعيين بالمستشفى.	15	%42
5	تكليف الإخصائي الاجتماعي بمهام ليست من عمله الأساس.	22	%61
6	عدم وجود الحوافز التشجيعية.	10	%28
7	عدم توفر مكان مناسب لمقابلة المريض.	23	%64
8	قلة الدورات التدريبية مما يؤدي لضعف النمو المهني.	17	%47
9	عدم جديّة الإخصائي الاجتماعي في إثبات جدارته.	3	%83
10	عدم تطوير مهارات الإخصائي الاجتماعي.	12	%81

يتضح من الجدول رقم (9) أن أعلى الصعوبات التي تواجه الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى من وجهة نظر مجتمع الدراسة تتمثل في الآتي:

1- عبارة "عدم وعي الفريق المعالج بدور الإخصائي الاجتماعي"، وعبارة "عدم جدية الإخصائي الاجتماعي في إثبات جدارته" بنسبة (83%).

2- عبارة "عدم تعاون الفريق المعالج مع الإخصائي الاجتماعي"، وعبارة "عدم تطوير مهارات الإخصائي الاجتماعي" بنسبة (81%).

3- عبارة "عدم توفّر مكان مناسب لمقابلة المريض" بنسبة (64%).

4- عبارة "تكليف الإخصائي الاجتماعي بمهام ليست من عمله الأساس" بنسبة (61%).

5- عبارة "قلة الموارد والإمكانات" بنسبة (56%).

6- عبارة "قلّة الدورات التدريبية مما يؤدي لضعف النمو المهني" بنسبة (47%).

7- عبارة "نقص عدد الإخصائيين الاجتماعيين بالمستشفى" بنسبة (42%).

8- عبارة "عدم وجود الحوافز التشجيعية" بنسبة (28%).

حيث يتضح أن هذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة الجبرين (2002) التي أوصت بضرورة توعية الأطباء وجميع الكوادر الطبية العاملة في المستشفى بالدور الذي يقوم به الاختصاصيون الاجتماعيون كما أنهم مطالبون بتفعيل أدوارهم وإثبات أنفسهم والقيام بالكثير من أعمال التوعية والتثقيف داخل المستشفى، ونتيجة دراسة Prescott (2002) التي توصلت إلى أن دور الإخصائي الاجتماعي غامض بالنسبة لفريق العمل الطبي، مما يحتم زيادة التسويق الاجتماعي والتثقيف الصحي لتوعية الفريق العلاجي بأهمية دور الإخصائي الاجتماعي، كما أنه يجب التعاون معه لتضافر الجهود في علاج المرضى على أكمل وجه، ونتيجة دراسة العلوي (2017) التي توصلت إلى أن هناك معوقات تحد من كفاءة الإخصائي الاجتماعي وفعالية أداءه، كما يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال ما توصلت له نتيجة دراسة المحمدي (2013) التي توصلت إلى أن المرضى يرون أن الإخصائي الاجتماعي لا يقوم بدوره المطلوب منه، كما أن هذه التفسير يتضح أكثر من خلال نتيجة دراسة بريزكوت (Prescott, 2002) التي توصلت إلى أن دور الإخصائي الاجتماعي غامض بالنسبة لفريق العمل الطبي، كما أن هذ النتيجة قد تكون سببًا مباشرًا للتفاوت في أداء الإخصائيين الاجتماعيين، التي توصلت لها نتيجة السيف (1999).

كما يجب أن تعمل إدارة الخدمة الاجتماعية بفرع وزارة الصحة على تهيئة الأماكن المناسبة للمرضى أو أولياء أمورهم في ضوء ما يعانيه مجتمع الدراسة من عدم توفر المكان المناسب، وأن تعمل الإدارة على التوضيح للإخصائيين الاجتماعيين أن تكليفهم بأعمال أخرى نابعٌ من الثقة بهم ولكفاءتهم في ذلك على أن يكون تكليفًا مؤقتًا، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة العمل على عدم الإخلال بمهامهم الرئيسة، وكذلك تشجيع الإخصائيين الاجتماعيين وتسهيل مهمتهم في التحاقهم بالدورات المتخصصة، أو إكمال دراساتهم العليا، وذلك في ضوء قلة الدورات التدريبية التي أشار لها مجتمع الدراسة.

رابعًا- مقترحات تحسين الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى:

جدول (10) يوضح مقترحات تحسين الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى

م	العبارة	ك	%
1	توفير الموارد والإمكانيات.	22	%61
2	ضرورة وجود تعاون بين الفريق الطبي والإخصائي الاجتماعي بالمستشفى.	28	%78
3	إعطاء الإخصائي الاجتماعي صلاحيات كاملة.	12	%33
4	زيادة الدورات التدريبية التخصصية في مجال العمل.	29	%81
5	تنمية وعي الفريق الطبي بأهمية دور الإخصائي الاجتماعي بالمستشفى.	32	%89
6	زيادة عدد الإخصائيين الاجتماعيين بالمستشفى.	17	%47
7	توفير غرفة مستقلة للإخصائي الاجتماعي بالمستشفى.	30	%83
8	تشجيع الإخصائيين الاجتماعيين على الالتحاق ببرامج الدراسات العليا.	15	%42
9	تقديم الحوافز التشجيعية.	20	%56
10	تنمية وعي المرضى بأهمية دور الإخصائي الاجتماعي بالمستشفى	20	%56

يتضح من الجدول رقم (10) أن المقترحات المقدمة من مجتمع الدراسة لتحسين الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في المستشفى تتمثل في الآتي:

1- عبارة "تنمية وعي الفريق الطبي بأهمية دور الإخصائي الاجتماعي بالمستشفى" بنسبة (89%).

2- عبارة "توفير غرفة مستقلة للإخصائي الاجتماعي بالمستشفى" بنسبة (83%).

3- عبارة "زيادة الدورات التدريبية التخصصية في مجال العمل" بنسبة (81%).

4- عبارة "ضرورة وجود تعاون بين الفريق الطبي والإخصائي الاجتماعي بالمستشفى" بنسبة (78%).

5- عبارة "توفير الموارد والإمكانيات" بنسبة (61%).

6- عبارة "تقديم الحوافز التشجيعية"، وعبارة "تنمية وعي المرضى بأهمية دور الإخصائي الاجتماعي بالمستشفى" بنسبة (56%).

7- عبارة "زيادة عدد الإخصائيين الاجتماعيين بالمستشفى" بنسبة (47%).
8- عبارة "تشجيع الإخصائيين الاجتماعيين على الالتحاق ببرامج الدراسات العليا" بنسبة (42%).
9- عبارة "إعطاء الإخصائي الاجتماعي صلاحيات كاملة" بنسبة (33%).

حيث يتضح أن من أهم المقترحات المقدمة من مجتمع الدراسة لتحسين الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي التركيز على التثقيف وتوعية فريق العمل بالدور المهني له، وكذلك دعمهم في توفير مكاتب مستقلة -خاصة وأن دراسة سند (2013) توصلت إلى أهم الأدوار التي يمارسها الإخصائي الاجتماعي التي تتمثل في: إجراء المقابلات المهنية وتسهيل عملية التواصل والتأكيد على سرية المعلومات ومعاونة المريض على حل مشكلاته- مما يجعل أمر تهيئة الأماكن المناسبة لهم ضروريًا ليمارسوا عملهم على أكمل وجه، مع زيادة الدورات التدريبية لضمان عملية التحسين والتطوير المستمر للممارسة المهنية، وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة الجبرين (2002) التي أوصت بضرورة التوعية والتثقيف، ونتيجة دراسة Prescott (2002) التي من أهم نتائجها أن دور الإخصائي الاجتماعي غامض بالنسبة لفريق العمل الطبي؛ مما يحتم زيادة توعية الفريق العلاجي بدور الإخصائي الاجتماعي.

خامسًا- نتائج الدراسة:

1-يتضح من نتائج الدراسة أن واقع الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في مستشفيات مدينة حائل جاء في مستوى "مرتفع"، من خلال قيامه بمهامه الوظيفية النابعة من المبادئ الأساسية للخدمة الاجتماعية المتمثلة في عدد من العبارات، مثل: قيامه بالمشاركة في وضع الخطة العلاجية للمريض، وكذلك ما يملكه من مهارات، مثل: تسجيل معلومات المريض، وبما لديه من معرفه، مثل: معرفته بتحويل المريض لمؤسسات أخرى.

2-يتضح أن هناك صعوبات تواجه الممارسة المهنية للإخصائي الاجتماعي في مستشفيات مدينة حائل، وتتمثل أهمها في: عدم وعي الفريق المعالج بدور الإخصائي الاجتماعي، وعدم جدية الإخصائي الاجتماعي في إثبات جدارته، وعدم توفر مكان مناسب لمقابلة المريض، بالإضافة إلى تكليف الإخصائي الاجتماعي بمهام ليست من عمله الأساس.

3-يتضح أن هناك عددًا من المقترحات المتعلقة بتحسين الممارسة المهنية للإخصائيين الاجتماعيين من وجهة نظر المبحوثين في مستشفيات مدينة حائل، وتمثل أهمها في: وجوب تنمية وعي الفريق الطبي بأهمية دور الإخصائي الاجتماعي بالمستشفى، وتوفير غرفة مستقلة للإخصائي الاجتماعي بالمستشفى، وزيادة الدورات التدريبية التخصصية في مجال العمل، بالإضافة إلى ضرورة وجود تعاون بين الفريق الطبي والإخصائي الاجتماعي بالمستشفى.

سادسًا- توصيات الدراسة:

1- يُستحسن أن تعمل وزارة الصحة ممثلة بإدارة الفرع في حائل على توعية فريق العمل العلاجي بطبيعة عمل الإخصائي الاجتماعي، ودوره المهم في رسم الخطة العلاجية وتفعيلها على أكمل وجه من خلال التعميم الرسمي عليهم في ذلك.

2- تشجيع أقسام الخدمة الاجتماعية بالمستشفيات على التسويق لمهنتهم في المناسبات الإنسانية في أروقة المستشفيات، وتصميم (البروشورات والبوسترات) المتضمنة معلومات عن دورهم، لوضعها أمام أنظار الفريق العلاجي من جهة، والمراجعين من جهة أخرى.

3- يجب أن تعمل أقسام الخدمة الاجتماعية وإدارة المستشفيات على تشجيع الإخصائيين الاجتماعيين على الالتحاق بالدورات المخصصة لهم؛ لتطوير الممارسة المهنية وتحسينها بشكل أفضل.

4- توفير دورات تدريبية للإخصائيين الاجتماعيين لتطوير الأداء المهني المستمر للإخصائيين الاجتماعيين، وذلك بالتنسيق مع الأقسام الأكاديمية المتخصصة.

5- تشجيع الإخصائيين الاجتماعيين لحضور الندوات وحلقات النقاش وورش العمل والمؤتمرات العلمية المتعلقة بالخدمة الاجتماعية بشكل عام، وفي مجال الخدمة الاجتماعية الطبية بشكل خاص. وذلك من خلال العمل على اعتمادها كساعات تدريبية رسمية لدى هيئة التخصصات الصحية.

6- إجراء المزيد من الدراسات والبحوث في المجال نفسه بالتنسيق مع أقسام الخدمة الاجتماعية بالجامعات السعودية؛ لتكون في مواضيع ذات أهمية بالنسبة لهم.

المصادر والمراجع

أولًا- المراجع العربية:

الجبرين، جبرين علي (2002). دور الاختصاصي الاجتماعي مع المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات: دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات مدينة الرياض. *مجلة المؤتمر العلمي الخامس عشر* 20-2002/3/21 بعنوان الخدمة الاجتماعية والسلام الاجتماعي. جامعة حلوان، القاهرة، (3)1، 109-139.

الجوير، سعود فارس سعود (2001). المعوقات التي تواجه الإخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية بدولة الكويت. *مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية*، جامعة الكويت، عدد (103)، 185-254.

حبيب، جمال شحاتة (2016). الممارسة العامة منظور حديث في الخدمة الاجتماعية. (ط2). الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

حبيب، جمال شحاتة وحنا، مريم إبراهيم (2016). نظريات ونماذج التدخل المهني على مختلف أنساق ومستويات الحماية المهنية للخدمة الاجتماعية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

الحسن، إحسان (2015). النظريات الاجتماعية المتقدمة. دراسة تحليلية في النظريات الاجتماعية المعاصرة. عمان: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع

حسن، محمود (1996). مقدمة الرعاية الاجتماعية. القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة.

خاطر، أحمد مصطفى (1998). الخدمة الاجتماعية. نظرة تاريخية -مناهج الدراسة-المجالات. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

الدامغ، سامي عبد العزيز (د ت). قراءات مختارة في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية. الأسس والفلسفة والنظرية والمنهج. كتاب غير منشور.

الدخيل، عبد العزيز عبد الله (2006). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية والعلوم الاجتماعية. عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.

سالم، سماح سالم وصالح، نجلاء محمد (2012). مقدمة في الخدمة الاجتماعية. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

السروجي، طلعت وعلي، ماهر أبو المعاطي (2009). ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية. القاهرة: الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات.

سليمان، حسين حسن وعبد المجيد، هشام سيد والبحر، منى جمعة (2004). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمؤسسة والمجتمع. لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

سند، ماجد محمد حمد (2013). تقويم دور الإخصائي الاجتماعي بأقسام الأمراض المعدية في المستشفيات الحكومية من وجهة نظر المرضى (رسالة ماجستير غير منشورة). الرياض. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

السيف، عبد المحسن فهد (1999). أدوار ومهام الإخصائي الاجتماعي في المجال الطبي. دراسة ميدانية بالمستشفيات الحكومية بمدينة الرياض. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*. جامعة حلوان، القاهرة، عدد (7)، 217-261

الشهراني، عائض سعد (2016). الخدمة الاجتماعية شمولية التطبيق ومهنية الممارسة. (ط5). جدة: خوارزم العلمية.

الشيباني، نورة معيض (2006). العوامل المؤثرة على أداء العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الرياض، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

عبدالحليم، إبراهيم محمد (2018). تقييم دور الإخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الخرطوم، جامعة النيلين.

عبدالمجيد، هشام سيد (2006). البحث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبيد، ماجدة بهاء الدين وجودت، حُزامة (2010). وقفة مع الخدمة الاجتماعية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

العجلاني، عمر علي عبد الله (2005). تقييم المهارات المهنية عند الإخصائيين الاجتماعيين. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

العلوي، ماجد حمد (2017). دور الإخصائي الاجتماعي في المجال الطبي: دراسة ميدانية مطبقة على المستشفيات العامة بالعاصمة المقدسة. *مجلة الخدمة الاجتماعية*. الجمعية المصرية للإخصائيين الاجتماعيين، القاهرة، عدد (57)، 275-308.

علي، ماهر أبو المعاطي (2012). الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين. (ط2). الرياض. دار الزهراء للنشر والتوزيع.

علي، ماهر أبو المعاطي (2002). الاتجاهات الحديثة في التنمية الشاملة. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

عمران، نصر خليل محمد (1999). تحديات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية والتخطيط لمواجهتها. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*. جامعة حلوان، القاهرة، عدد (6)، 203-265.

عوض، عبد الناصر (2002). ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي. القاهرة: مكتبة النهضة.

فهمي، محمد (2013). الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مجالات تطبيقية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

الفهيدي، محمد عبيد فهاد (2012). تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية في الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الإخصائيين الاجتماعيين والمرضى. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

مالكوم باين (1998) نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة. [ترجمة: منصور، حمدي محمد إبراهيم وعويضه، سعيد عبد العزيز]. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

مجمع اللغة العربية (2005). المعجم الوجيز. القاهرة: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.

المحمدي، زياد محمد مناور (2013). تقييم واقع الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي من وجهة نظر المرضى. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

محمود، منال طلعت (2012). الخدمة الاجتماعية رؤية نظرية ومجالات الممارسة. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

مخلوف، إقبال إبراهيم (2000). الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

المليجي، إبراهيم عبد الهادي (2006). *الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية*: المكتب الجامعي الحديث.

منقريوس، نصيف فهمي ومحمد، فاطمة فؤاد (2016). الاتجاهات النظرية والنماذج المهنية في مجالات السلوك والبيئة. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

ناجي، أحمد عبد الفتاح (2014). تقييم المشروعات الاجتماعية والتنموية من منظور الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

النحاس، أحمد فايز (2000). الخدمة الاجتماعية الطبية. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

النوحي، عبد العزيز فهمي (2007). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية. عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي أيكلوجي. (ط6). (د.ن).

نيازي، عبدالمجيد طاش والسيحاني، مشعل صقر (2014). الخدمة الاجتماعية. (ط2). الدمام: مكتبة المتنبي.

وزارة الصحة (2016). دليل السياسات والإجراءات لأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية. الرياض.

وزارة الصحة (2017). الكتاب الإحصائي الصحي السنوي. الرياض.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Barker, Robert L (1987). The social work dictionary, Maryland, NASW.

Joseph, Chan Kun Sun (2003). A Critical Study of Social Work Management, with particular reference to the Moral Dimension of Social Work Practice. Hong Kong Polytechnic University.

Prescott, R Megan (2002). A THESIS Presented to the Department o f Social Work. California State University.

Rosenblatt, Aoron (1981). The Utilization of Research in Neil Gilbert and Harry Specht. Handbook of the Social Work. N J Prentice Hall. Englewood. Cliffs. Inc.

Stark, Lee Debra (1997). Social Work Practice in Home Health Care: Predictors of Job Satisfaction among Home Health Social Workers. University of Pittsburgh.