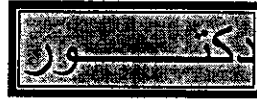


# دراسة بعنوان

تقويم دور الأخصائي الاجتماعي بالمجالس الطبية المتخصصة  
دراسة مطبقة على المجلس الطبي المتخصص "وحدة العلاج  
على نفقة الدولة"

بمديرية الصحة بالفيوم



د/ أحمد حسنى إبراهيم أحمد

مدرس بقسم مجالات الخدمة الاجتماعية

كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة القاهرة

## تقويم دور الأخصائي الاجتماعي بالمجالس الطبية المتخصصة

### أولاً : مشكلة الدراسة:

تقوم سياسة مصر الصحية على أساس أن الرعاية الصحية حق لكل مواطن، فالدولة ملتزمة بأن تكون هذه الرعاية في متناول كل مصري، ولقد شمل دستور الدولة وقوانينها المختلفة، وبيان الحكومات والتشريعات السياسية والشعبية، ما يؤيد هذا الالتزام ، ويجعل الدولة ممثلة في وزارة الصحة مسؤولة دستورية عن صحة المواطنين.

وتطبيقاً لسياسة مصر الصحية، لكي تكون الخدمات الصحية في متناول كل أسرة مصرية، فإن الدولة تقوم بتطبيق أنظمة مختلفة لتقديم الرعاية الصحية تظل كل المصريين القادرين وغير القادرين ، أهمها الخدمات الصحية المجانية والتي تقدم من خلال الوحدات الصحية، المستشفيات النوعية، وأيضاً بمراكز رعاية الأمومة والطفولة، وحدات الصحة المدرسية ومجموعات الصحة المدرسية، مكاتب الصحة، وحدات مكافحة الأمراض المتوطنة الطفيلية، المراكز الصحية بالمدن، المؤسسات العلاجية بالقاهرة والإسكندرية، فضلاً عن التأمين الصحي<sup>(1)</sup>.

كما يلعب القطاع الصحي الخاص دوراً كبيراً، حيث تسمح الدولة بتزايد الأعداد في العيادات الخاصة ، والمستشفيات الخاصة والأهلية، وأيضاً المستشفيات الاستثمارية، الاستثمارية مع مراقبة الدولة باستمرار لهذه الأنشطة، تلك الرقابة المتمثلة في وزارة الصحة ورقابة الأطباء، كما أنها تراقب أسعار العلاج الخاص بحيث تكون هذه الأسعار في حدود المعقول<sup>(2)</sup>.

وبالرغم من ذلك، فلا يستطيع أحد أن ينكر تزايد التدخل الحكومي في القطاع الصحي، بسرعة كبيرة منذ منتصف ستينات القرن العشرين، بالإضافة إلى الخدمات الصحية الحكومية سألقة الذكر، هناك أيضاً إعانات

تقدمها الحكومة لتعليم المهن الصحية، ويأتي على نفس القدر من أهمية التدخل المالي الحكومية في الخدمات الصحية، دور الحكومة الأقل وضوحاً في وضع القواعد التي تحدد دفع مقابل الخدمات الصحية، وتنظيمها، وتوفيرها والحماية التي توفرها للمرضى من خلال بعض الآليات مثل تراخيص مزاولي المهنة وغيرها، وبالرغم من أن الحكومة كانت تتدخل منذ فترة في وضع القواعد المهنية في الخدمات الصحية، فإن دورها الأحدث والأكثر وضوحاً في تمويل التأمين الصحي الحكومي<sup>(3)</sup>.

وبالرغم من أن تزايد تدخل الحكومة في القطاع الصحي أمر حتمي ومفيد، فإن البعض يرى الآخر أنه غير مناسب ويؤدي إلى عدم الكفاءة، وبدون الدخول في تفاصيل الآراء المؤيدة والمعارضة لتدخل الحكومة في القطاع الصحي، نستطيع التركيز على الدور الفعلي للحكومة والذي يتمثل في دفعها بقوة وباستمرار لتأمين صحة المواطنين وخير شاهد على ذلك هو تدعيمها المستمر لشبكة التأمين الصحي ومد مظلتها لمعظم الفئات المجتمعية، فضلاً عن تدعيمها المستمر للمجالس الطبية المتخصصة المنتشرة في كافة محافظات الجمهورية أو ما يسمى بوحدات العلاج على نفقة الدولة.

تلك الوحدات التي تهتم أساساً بالمواطنين غير المنتفعين بخدمات التأمين الصحي، إيماناً من الدولة بمسئوليتها عن صحة هؤلاء المواطنين غير القادرين على تحمل نفقات العلاج، ويستثنى مرضى السكر والبدن الذين يعانون من أمراض جلدية من انتفاعهم بخدمات هذه الوحدة، نظراً لانتفاعهم بالخدمات الصحية الحكومية المعدة لهذا الغرض، من خلال المستشفيات النوعية.

ويقوم على تقديم الخدمة الصحية بكافة أنواعها فريق عمل متكامل العناصر، يمثل فيه الأخصائي الاجتماعي موقعاً متميزاً، حيث يتعاظم دور

الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي نتيجة لأن مشكلات الصحة والمرض أصبحت بين المشكلات الاجتماعية ذات الأهمية القصوى (٤) نتيجة لارتفاع معدلات الفقر والبطالة، مما يستتبع وجود آليات جديدة للتعامل مع المشكلات الصحية وأيضاً آليات جديدة لتدعيم دور الفريق الطبي ومن بينه الأخصائيين الاجتماعيين للتعامل مع الأنماط المرضية الجديدة التي أفرزها السياق الاجتماعي بكل مكوناته.

وتسعى الخدمة الاجتماعية الطبية إلى إشباع احتياجات المريض وفهم الظروف الاجتماعية المؤثرة على حالته المرضية، مع تفهم كامل لطبيعة العوامل النفسية والاجتماعية والجسمية المرتبطة بالمرض (٥)، كما أن لها دور وقائي يتمثل في نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض، فضلاً عن دورها الملموس مع الفريق الطبي بالمؤسسة الصحية (٦).

وتعمل الخدمة الاجتماعية الطبية من خلال محاور أساسية، ترتبط إحداها بالمريض والأخرى بالفريق الطبي، والثالثة بالمجتمع الذي توجد فيه المؤسسة الطبية، إيماناً منها بأن هناك علاقة تأثيرية بين هذه المحاور في تحقيق مستوى متميز من الخدمة الطبية بما يسهم في النهاية إلى تحقيق أهداف المؤسسة الطبية، ومن ثم تحقيق أهداف الرعاية الصحية للدولة.

وفي إطار عمل الخدمة الاجتماعية الطبية ركزت الدراسات العربية والأجنبية على العديد من الموضوعات المتعلقة بدور الخدمة الاجتماعية في تحقيق الرعاية الصحية للمستفيدين من الخدمات الصحية وأيضاً على طبيعة المشكلات التي يواجهها المستفيدين من الخدمات الصحية، علاقة الأخصائي الاجتماعي بفريق العمل بالمؤسسة الصحية، وفيما يلي تناول لهذه الدراسات وفقاً للعرض التالي:

١- دراسات ركزت على المشكلات التي تواجه المستفيدين من الخدمات الصحية:

أكدت دراسة "محمود فتحي محمد محمود"<sup>(٧)</sup> أن هناك مشكلات تعسوق عملية الاستفادة من الخدمات الصحية بالريف أهمها عدم وجود تخصصات طبية بالوحدة الصحية، هروب الأطباء من الوحدة الصحية الريفية، عدم تناسب العلاج مع احتياجات المستفيدين، استغلال أطباء الوحدة لعمله بالكشف بأجور على المرض وليس مجاناً، نقص الإمكانيات المادية.

في حين أشارت دراسة "ديفيد روفولف David Rophoelf"<sup>(٨)</sup> أن الموارد المادية، عدم الاهتمام ببرامج تحسين الصحة وخاصة البرامج الوقائية منها، تعد أهم المعوقات التي تواجه الخدمات الصحية.

كما أكدت دراسة "مصطفى قاسم"<sup>(٩)</sup> وجود معوقات كثيرة تواجه الخدمة الصحية أهمها وجود صعوبة في العرض على الأطباء، عدم وجود إسعافات في المؤسسة الصحية، وجود صعوبة في الحصول على الأدوية، ضعف دور المراقب الصحي في حث الأهالي على المشاركة في تحسين البيئة.

في حين أشارت دراسة "عبد الحكيم أحمد عبد الهادي"<sup>(١٠)</sup> أن أطباء التأمين الصحي لا يقومون بفحص شامل للتلاميذ، ولا يهتمون بقياس السمع والبصر للتلاميذ، الأطباء لا يساعدون التلاميذ في إنهاء إجراءات التحاليل اللازمة، عدم انتظام الأطباء في مواعيدهم، مما ينعكس على مستوى الخدمة الصحية المقدمة.

كما أكدت دراسة "مارجو كوليون Marge Kollin"<sup>(١١)</sup> إلى أن الخدمات الصحية تواجه العديد من المشكلات والمعوقات يلاقيها المستفيدين منها ، مما يستدعى ضرورة الاهتمام بتحسين جودة الرعاية الصحية وخاصة في الريف.

في حين أكدت دراسة "عطيات أحمد إبراهيم على"<sup>(١٢)</sup> وجود مشكلات كثيرة تواجهها المنتفعين بخدمات التأمين الصحي أهمها صعوبة عرض البطاقة الصحية على الممارس العام، كثرة تمارض بعض المنتفعين لحصوله على الأدوية، معظم المترددين على العيادة يستغرقون وقتاً طويلاً مثل العرض على الممارس العام، عدم اهتمام بعض الأطباء بالمرضى، انشغال الأخصائي الاجتماعي بالأعمال الإدارية، أن الأخصائي لا يؤدي الدور الموصوف له.

٢- دراسات ركزت على العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي في المؤسسات الصحية:

أكدت دراسة "خالد محمد عبيدو"<sup>(١٣)</sup> أن هناك العديد من العوامل المؤثرة على أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره كعضو في الفريق العلاجي مثل عوامل ترجع للأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم أهمها عدم الحصول على دورات تدريبية، وعدم اشتغال مناهج الخدمة الاجتماعية على المصطلحات الطبية، عدم إدراك الأخصائي الاجتماعي لأهمية التفاعل مع الفريق الطبي، كما أن هناك عوامل أخرى ترجع إلى الأطباء، الممرضة، إدارة المستشفى وتؤثر على علاقة الأخصائي بالفريق الطبي.

في حين أكدت دراسة "هشام سيد عبد المجيد"<sup>(١٤)</sup> أن الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسات الصحية يفتقد للتعاون المستمر مع باقي أعضاء الفريق العلاجي وبخاصة الأطباء، مما ينعكس على دوره مع المرضى.

٣- دراسات ركزت على الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي:

أشارت دراسة "إيمان أبو رية"<sup>(١٥)</sup> أن دور الأخصائي الاجتماعي بالمستشفيات لا يحقق الأهداف المحددة له، كما أنه لا يستطيع مواجهة

التغيرات الجديدة التي طرأت على الوحدات الصحية، وأن أداءه المهني لدوره بالمستشفى ينحصر بين مستوى متوسط وفوق المتوسط.

في حين أشارت دراسة "أفت عبد الرحمن محمد" (١٦) أن هناك فاعلية للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية يتمثل في تحقيق عائد اجتماعي مع الأطفال بمستشفى الأطفال تتمثل في اكتسابهم أنماط السلوك الصحي، تحسين اعتمادهم على أنفسهم، بينما الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية لم تساعدهم على تحسين فاعلية أدائهم لدورهم كتلاميذ.

كما توصلت دراسة "إيمان أبو رية" إلى أن البرامج التدريبية لها أثر فعال في الارتفاع بالأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات الصحية على أن يتم مراعاة مضمون البرامج التدريبية، الاهتمام بمشاركة الأخصائيين الاجتماعيين بالوحدات الصحية في وضع وتقييم البرنامج التدريبي وأن يرتبط محتوى البرنامج بالخبرات الفعلية للأخصائيين الاجتماعيين.

ومن خلال عرض الدراسات السابقة نستخلص مجموعة من الحقائق هي:

١- أن المستفيدين من الخدمات الصحية يواجهون العديد من المشكلات عند استفادتهم منها، قد ترجع هذه المشكلات عند استفادتهم منها، قد ترجع هذه المشكلات للجوانب الإدارية أو الإمكانيات المادية أو العاملين أنفسهم أو للمستفيدين أنفسهم .. الخ.

٢- أن العلاقات بين الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الطبي والفريق الطبي تشوبها كثيراً من المشكلات، نتيجة لعدم الاهتمام بتدعيم هذه العلاقات أثناء العمل وأيضاً حتى في فترة الدراسة لكل أعضاء الفريق الطبي، ونتيجة لعدم فهم الدور الحقيقي للأخصائي الاجتماعي بالفريق الطبي، غالباً ما يحدث تهميش لدوره أو تحقير لما يمكن أن يقوم به، مما ينعكس على بيئة العمل في شكل توتر في

العلاقات فينعكس ذلك بدوره على دور فريق العمل ككل في مساعدة المستفيدين من الخدمات الصحية على أن يستفيدوا أقصى استفادة ممكنة.

٣- أن الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالوحدات الصحية لا يستطيعون القيام بأدوارهم كما ينبغي أن يكون، نظرا لأنهم ينقصهم التدريب الجيد والمعلومات الحديثة، فضلا عن النقص في أعداد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالوحدات الصحية المختلفة، والزيادة المستمرة في أعداد المستفيدين من الخدمات الصحية.

واستكمالاً لرصد واقع الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، تركز الدراسة الحالية على المشكلات التي يواجهها قطاع كبير من المجتمع غير المستحقين من خدمات التأمين الصحي، وهم المستفيدين من خدمة العلاج على نفقة الدولة.

وتأسيساً على ما سبق تتحدد قضية الدراسة في تساؤل مؤداه : إلى أي مدى يقوم الأخصائي الاجتماعي بأدواره المهنية في المجالس الطبية المتخصصة على نفقة الدولة؟

وينبثق من القضية الأساسية للدراسة التساؤلات الفرعية التالية:

- هل تشكل المشكلات التي يواجهها المستفيدين من وحدة العلاج على نفقة الدولة الملاح الأساسية لخطة عمل الأخصائيين الاجتماعيين بهذا المجلس؟

- ما مدى التناغم والتناغم بين الأخصائي الاجتماعي وأعضاء الفريق الطبي بوحدة العلاج على نفقة الدولة والذي يؤثر بدوره على فاعلية الخدمات المقدمة للمستفيدين من هذه الوحدة؟

- هل يمكن التوصل إلى مجموعة من المقترحات يمكن أن تزيد من فاعلية دور الأخصائي الاجتماعي بوحدة العلاج على نفقة الدولة؟



## ثانياً: أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ١- تحديد المشكلات المختلفة التي تواجه المنتفعين من المجالس الطبية المتخصصة " خدمة العلاج على نفقة الدولة".
- ٢- تحديد مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بأدواره المهنية مع المنتفعين من المجالس الطبية المتخصصة "خدمة العلاج على نفقة الدولة".
- ٣- التوصل إلى مجموعة من المقترحات لزيادة فاعلية دور الأخصائي الاجتماعي في خدمة المنتفعين من المجالس الطبية المتخصصة "وحدة العلاج على نفقة الدولة".

## ثالثاً: تساؤلات الدراسة:

تسعى الدراسة الراهنة إلى الإجابة على التساؤلات الآتية:

- ١- ما هي المشكلات والمعوقات التي تواجه المنتفعين من المجالس الطبية المتخصصة " وحدة العلاج على نفقة الدولة " عند استفادتهم منها؟
- ٢- ما مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بأدواره المهنية بالمجالس الطبية المتخصصة وحدة العلاج على نفقة الدولة؟

وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات الفرعية التالية:-

- ( أ ) ما مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بأدواره المهنية مع المنتفعين من خدمة العلاج على نفقة الدولة؟
- (ب) ما مدى قيام الأخصائي الاجتماعي بأدواره المهنية مع الفريق الطبي المقدم لخدمة العلاج على نفقة الدولة؟

## رابعاً: الإطار النظري للدراسة:

ينطلق الإطار النظري للدراسة من مجموعة من المفاهيم وهي:

- ١- مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية:

عرفت "سنية خليل" الخدمة الاجتماعية الطبية على أنها "جهود مهنية توجه للمريض لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من علاج الطبيب، أو جهود الفريق العلاجي، ومن كافة الإمكانيات المتاحة لعلاج المستشفى أو بالوحدة الصحية أياً كان نوعها"<sup>(١٨)</sup>.

في حين يعرفها كلاً من سلوى عثمان صديقي، السيد رمضان بأنها "الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المؤسسة الطبية، يقوم بها أطباء وأخصائيون اجتماعيون يعملون من خلال فريق العمل بالمؤسسة، وذلك بهدف مساعدة المريض على الاستفادة الكاملة من إمكانيات المؤسسة وخدماتها، وتحسين الظروف البيئية المحيطة به من أجل تحقيق أداء اجتماعي أفضل"<sup>(١٩)</sup>.

كما عرفتها "سرية جاد الله" بأنها أحد مجالات العمل المهني للأخصائي الاجتماعي التي تسعى إلى مساعدة النسق الطبي بكل عناصره على القيام بأدواره العلاجية والوقائية والإيمانية على أكمل وجه لتحقيق أهدافه المرجوة، وفي حدود السياسة العامة للدولة"<sup>(٢٠)</sup>.

ومما سبق يمكن تحديد المفهوم الإجرائي للخدمة الاجتماعية الطبية في العناصر التالية:

- شكل من أشكال الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية والتي تقدم في صورة مجهودات وأنشطة مهنية.
- تهدف إلى تحقيق أقصى فاعلية لدور الفريق الطبي في خدمة المرضى مما ينعكس على شكل وطبيعة الخدمة الطبية المقدمة، ويسهم في تحقيق الأهداف العلاجية والوقائية والإيمانية.
- وذلك من خلال الاستفادة الكاملة من كافة الإمكانيات المتاحة بالمؤسسة العلاجية وأيضاً من المجتمع المحيط.

- يقوم بها أخصائيو اجتماعيون مهنيون مؤهلين للعمل بالوحدات الصحية بكافة أنواعها.

٢- المجالس الطبية المتخصصة (وحدة العلاج على نفقة الدولة):

يمكن النظر إلى المجالس الطبية المتخصصة على أنها إحدى الإدارات التي أقرتها وزارة الصحة والسكان ، وكان الهدف من اتخاذ القرار بشأن وجود مثل هذه المجالس ، هو تسهيل إجراءات الحصول على العلاج المجاني الذي تقوم بتحملة لغير القادرين بالمجتمع ، إيماناً منها بالمسئولية الاجتماعية الكبرى التي تقع على عاتقها، وقد قرر وزير الصحة أن يكون بكل محافظة من محافظات الجمهورية واحدة من هذه الإدارات لتخدم أبناء المحافظة، ويقع على هذه الوحدة مجموع من المسئوليات يمكن سردها في النقاط التالية<sup>(٢١)</sup>:

(أ) إجراء الكشف الطبي على الحالات الواردة لها ، كل حالة طبقاً لنوع المرض الخاص بها.

(ب) تقرير العلاج اللازم للحالات التي ليس لها تأمين صحي مع تحديد القيمة اللازمة لكل حالة خلال الشهر.

(ج) تحويل الحالات التي يلزم لها إجراء جراحات إلى المستشفيات الخاصة بتلك الجراحات.

(د) تحويل الحالات التي لها علاج بمستشفيات نوعية مثل مرضى الصدر والجزام والرمد لما تقوم به هذه المستشفيات من خدمات طبية وعلاجية لمثل هذه الحالات.

وهناك عدة شروط للحصول على خدمات هذا المجلس هي:

- ألا يكون الفرد من المستفيدين من خدمات التأمين الصحي وليس له أي مصدر لتلقى العلاج المجاني.

- أن يقدم صورة من البطاقة الشخصية بجانب تقريراً طبياً مقرر فيه نوع العلاج والقيمة المادية له.

- أن يقدم الأشعات والتحليل الطبية التي تثبت حالته.

- عمل بحث اجتماعي حالة يقوم به الأخصائي الاجتماعي الموجود بالمجلس ولا يقرر العلاج بعد كشف الطبيب إلا من خلال تقرير الأخصائي الاجتماعي له حالة المريض.

### ٣- مفهوم التقويم:

لقد اهتم العديد من المؤلفات والمراجع العلمية بموضوع التقويم وتعددت وجهات النظر حول مفهومه لتعدد هذه المؤلفات والمراجع، حيث لا يوجد اتفاق عام على مفهوم موحد لمصطلح التقويم، فهناك من يرى أن التقويم هو "عملية إصدار حكم على مدى تحقيق الأهداف، ودراسة الآثار التي قد تحدثها بعض العوامل أو الظروف لتيسير أو تعطيل الوصول لتلك الأهداف"<sup>(٢٢)</sup>. وعادة ما يكون هذا الحكم أساساً يعتمد عليه في تقدير مخرجات البرنامج لتحقيق الأهداف أو المخرجات الجزئية لمكونات البرنامج<sup>(٢٣)</sup>.

وحدد ريكن (Reichen) التقويم بأنه "قياس النتائج المرغوبة وغير المرغوبة لعمل برنامج أو مشروع يحقق أهداف مبتغاه"<sup>(٢٤)</sup>.

والتقويم يشير إلى "عملية الأنشطة ودراسة العلاقة بين التكلفة والفائدة التي تعود على الجميع كمخرجات لهذه الأنشطة"<sup>(٢٥)</sup>.

ويعنى التقويم أيضاً "تحديد القيمة الفعلية للجهود التي تبذل وقياس مدى قربها أو بعدها عن تحقيق الهدف أو الأهداف المقصودة"<sup>(٢٦)</sup>.

كما يمكن توصيف التقويم إجرائياً على أنه:

(أ) عملية الغرض منها مراجعة الحاجة إلى المشروع وقيمه.

(ب) عملية مراجعة الأهداف والأغراض المستهدفة من المشروع.

- (ج) عملية تحليل لما تم من المشروع والكيفية التي تم بها ولماذا؟  
 (د) عملية قياس النتائج التي تم الحصول عليها من المشروع.  
 (هـ) طريقة التعليم والتحسين<sup>(٢٧)</sup>.

ويسعى التقويم لتحقيق مجموعة من الأغراض منها الحكم الموضوعي على نجاح أو عدم نجاح أو صلاحية أو عدم صلاحية برنامج أو مشروع معين، ولهذا يجب أن يكون الغرض من إجراء التقويم محددًا قبل بدء عملية التقويم حتى لا يفقد التقويم اتجاهه وينتج عنه اللبس والغموض وعدم الدقة كما أن النتائج تكون غير مكتملة لذلك ويتحتم على القائمين بالعملية التقويمية أن يوضحوا الغرض من التقويم قبل البدء فيه<sup>(٢٨)</sup>.

ويمكن تحديد أغراض التقويم في ستة أغراض أولية فيما يلي<sup>(٢٩)</sup>:

- اكتشاف أحسن وأفضل الأهداف التي تم إيجادها.

- تحديد العوامل والأسباب النوعية لكل من النجاح والفشل.

- اكتشاف المعوقات التي تعوق نجاح البرنامج من تحقيقه لأهدافه.

- متابعة سير البرامج بأساليب فنية لزيادة فاعليتها.

- وضع أسس للبحث عن أسباب النجاح والفشل ونسبة النجاح وكذلك الأساليب الفنية الأكثر ملاءمة في العمل.

- التوصل للوسيلة الصحيحة التي تستخدم من أجل بلوغ الأهداف العامة، وكذلك الأهداف الفرعية للبرنامج.

وهناك وجهة نظر أخرى ترى أن أغراض التقويم تحدد في<sup>(٣٠)</sup>:

\* معرفة أثر تدريب معين أو دراسة معينة على قدرة أو خاصية تفترض أنها ستتأثر بذلك التدريب أو تلك الدراسة.

\* معرفة مدى تقدم شخص معين من حيث قدرته على أداء عمل يعكس جانبًا من قدراته وسماته ويتضح من ذلك أن الدراسة التقويمية تتيح معرفة مدى تحقيق البرنامج للأهداف المنوط تحقيقها، ومدى تغطية هذه الأهداف

لاحتياجات المستفيدين منها، وما إذا كان يمكن تعظيم كفاءته وفاعليته في تحقيق هذه الأهداف<sup>(٣١)</sup>.

وهناك وجهة نظر أخرى ترى أن أهداف تقويم المشروعات تتمثل فيما يلي<sup>(٣٢)</sup>:

\* قياس الإنجازات حجماً واتجاهاً وذلك بمقارنتها بأهداف المرحلة التي يمر بها المشروع أو نقطة البداية في العمل أو المقارنة بمحكات محددة.

\* تبيين مواطن القوة والضعف في عنصر من عناصر العمل (الأهداف - الطريقة - الوسائل المستخدمة).

\* تثبيت الخبرات بتسجيلها وتحليلها لقياسها علمياً حتى تصبح في وضع يمكنها من تناولها وتناولها.

\* تنمية علاقات العمل السليمة باستخدام المعايير الموضوعية في تقدير جهود العاملين وإظهار الأسباب الحقيقية لتقدم العمل أو تأخره.

\* تقدير تأثير المشروع على التوازن التنموي في المجتمع بغرض تحاشي ظهور فجوات أو مشكلات اجتماعية أو تفكك تنظيمي.

وفي النهاية سوف يقوم الباحث بعرض أغراض التقويم والتي يمكن بواسطتها أن تهيئ الظروف والعوامل التي تساعد على تحسين برامج الخدمات وكذلك العاملين عليها وتتلخص تلك الأغراض فيما يلي<sup>(٣٣)</sup>:

\* معرفة مدى تحقيق المؤسسة والبرامج التي تقدمها لأغراضها وأهدافها.

\* تحسين البرنامج.

\* يساعد التقويم على الاحتفاظ بمرونة البرنامج.

\* التقويم عملية مفيدة لنمو الأخصائيين المشتركين فيه.

\* التقويم ضرورة لشرح الوظيفة الاجتماعية للمؤسسة إلى المجتمع.

\* التقويم وسيلة ضرورية لاختبار مدى ملائمة الأساليب المستخدمة في تقديم الخدمات.

### خامساً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

#### ١- نوع الدراسة:

تندرج الدراسة الراهنة تحت نمط الدراسات التقييمية والتي تهتم بتحديد مدى قيام الخدمة الاجتماعية الطبية ، بالمجالس الطبية المتخصصة " وحدة العلاج على نفقة الدولة"، بأدوارها المهنية، إسهامها منها في تحقيق أهداف المجلس، ومواجهة المشكلات التي تواجه المنتفعين من خدمات المجلس " وحدة العلاج على نفقة الدولة"، مما يكون له عظيم الأثر على تفعيل دوره في خدمة المستفيدين منه، وصولاً إلى أفضل أداء ممكن للوحدة وللخدمة الاجتماعية عن طريق التوصل إلى مقترحات بدعم دور الوحدة في خدمة المستفيدين.

#### ٢- المنهج المستخدم:

تستخدم الدراسة منهج دراسة الحالة، حيث أن هذا المنهج يتيح الفرصة للتعمق في دراسة المشكلة التي تركز عليها الدراسة حيث أن الحالة هنا هي وحدة العلاج على نفقة الدولة بالمجالس الطبية المتخصصة بمديرية الشئون الصحية بمحافظة الفيوم، ومفردات الحالة هم المستفيدين من خدمات الوحدة، والعاملين بها.

كما يستخدم الباحث منهج المسح الشامل للعاملين بالوحدة، والمسح بطريقة العينة العشوائية للمستفيدين من خدمات وحدة .

#### ٣- أدوات الدراسة:

تعتمد الدراسة على الأدوات التالية:

أ ) مقياس تقويم دور الأخصائي الاجتماعي بوحدة العلاج على نفقة الدولة. وفيما يلي خطوات إعداد المقياس:

- الاطلاع على الدراسات السابقة والإطار النظري الخاص بالخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي، بجانب الرجوع لبعض الخبراء من العاملين بالمجال الطبي وبعضاً من الأساتذة بالخدمة الاجتماعية وقد أسفرت هذه الخطوة عن تحديد ثلاث محاور أساسية للمقياس كانت كالتالي:
- المحور الأول كان خاصاً بالبيانات الأولية أو البيانات المعرفية لعينة البحث وقد اشتمل على (٦) أسئلة بدأت بالاسم وانتهت بالدخل.
- الجزء الثاني وقد اشتمل على محاور المقياس وهي ثلاثة محاور، الأول خاص بالمشكلات التي تواجه المستفيدين من خدمات المجالس الطبية المتخصصة، والثاني خاص بالدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي مع المترددين والمستفيدين من خدمات تلك المجالس، والثالث يوضح مدى التعاون بين الأخصائي الاجتماعي الفريق الطبي بالمجالس الطبية المتخصصة .

- تلى هذه المرحلة جمع العبارات والتي تخص كل محور من محاور المقياس وقد انتهت هذه الخطوة بأن أصبحت محاور المقياس عدد عباراتها (٤٩) عبارة موزعة كالتالي : المحور الأول (١٧) عبارة، والثاني (١٨) عبارة، والثالث (١٤) عبارة.

- المرحلة الثالثة وهي تحكيم المقياس وقد قام الباحث بعرضه على مجموعة من الأساتذة والخبراء سواء بكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم أو من الخبراء العاملين بالمجال الطبي عددهم (١٥) وقد أسفرت هذه الخطوة عن حذف عبارات وتعديل عبارات وإضافة عبارات أخرى وقد استبعد الباحث العبارات التي تقل نسبة الاتفاق فيها عن (٨٠%) من جملة عدد المحكمين، وقد كان درجة اتفاق المحكمين (٨٥%) حول عبارات المقياس ككل.



- ثبات المقياس وفي هذه الخطوة قام الباحث باستخدام طريقة إعادة الاختبار على عينة قوامها (٢٠) مفردة من المستفيدين من خدمات هذه الوحدة وبعد أسبوعين قام الباحث بإعادة تطبيق المقياس عليهم، وبعد ذلك قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون وكان مقداره (٠,٨٧) وبحساب الجذر التربيعي له وجدانه أن يساوي (٠,٩٣)، أي أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات يجعله صالح لما صمم له وعلى هدى هذه الخطوة وضع المقياس في صورته النهائية وكان عدد عباراته ٤٥ عبارة موزعة كالتالي: المحور الأول (١٥) عبارة، والثاني (١٨) عبارة، والثالث (١٢) عبارة.

(ب) دليل مقابلة

وهذا الدليل قام الباحث بتصميمه وتطبيقه على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجلس الطبي المتخصص وعددهم بيل (٤) أخصائيين، وكان الهدف من هذا الدليل هو الوصول إلى تحديد فعلى لملامح الدور المهني الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي بهذه المجالس وأهم الأدوات المهنية التي يستخدمها في عمله، وأيضاً الوقوف على أهم المشكلات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند أدائه لدوره مع المستفيدين أو فريق العمل، حتى يتسنى للباحث في النهاية الوصول إلى المقترحات التي تدعم عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي بالمجالس الطبية المتخصصة (العلاج على نفقة الدولة).

٤- مجالات الدراسة:

( أ ) المجال المكاني:

وقع اختيار الباحث على محافظة الفيوم وبالتحديد المجالس الطبية المتخصصة التابعة لمديرية الشؤون الصحية بالفيوم ( العلاج على نفقة الدولة) وذلك للأسباب الآتية:

- ارتفاع عدد المستفيدين من خدمات هذه المجالس.
  - استعداد العاملين لهذه المجالس ورغبتهم في مساعدة الباحث لإتمام الدراسة.
  - توافر مجموعة من البيانات حول الحالات المستفيدة من هذه المجالس.
- (ب) المجال البشري:

- عينة المستفيدين من هذه المجالس وكان قوامها (١٧٢) مفردة بواقع ١٠% من جملة المستفيدين من الوحدة في السنة التي تم فيها تطبيق البحث ١٩٩٩ وقد راعى الباحث فيهم أن يكونوا قد استفادوا بالفعل من خدمات الوحدة حتى نستطيع الوقوف على استجابات واقعية طبقاً لخبرة سابقة.
- الحصر الشامل للأخصائيين الاجتماعيين بالمجلس الطبي المتخصص وعددهم (٤).

(ج) المجال الزمني:

- تم تطبيق الدراسة في الفترة من يونية ١٩٩٩ حتى ديسمبر ١٩٩٩.
- سادساً: نتائج الدراسة:

١- نتائج وصف عينة الدراسة:

اتضح من نتائج جدول رقم (١) النتائج التالية:

- (٥٩%) من المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص "العلاج على نفقة الدولة" من الذكور، بينما (٤١%) فقط من الإناث.
- (٣٢,٤%) من المستفيدين يقعون في الفئة العمرية من ٤٠ سنة إلى أقل من ٥٠، (٢٨%) يقعون في الفئة العمرية من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة، يلي ذلك الفئة العمرية من ٥٠ سنة فأكثر ثم من ٢٠ سنة إلى أقل من ٣٠ سنة وأخيراً الفئة العمرية أقل من ٢٠ سنة وذلك بالنسب التالية على التوالي (١, ٢٠%, ١٥%, ٣, ٤%).

- أما عن الحالة الاجتماعية للمستفيدين من المجلس الطبي المتخصص، فتشير بيانات الجدول أن (٢, ٥٠%) منهم متزوجين، يلي ذلك (٤, ١٩%) مطلق، ثم (٨, ١٨%) أعزب وأخيراً (٥, ١٣%) أرامل.
- (٦, ٥٢%) من المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص، يلي ذلك (٩, ٢٩%) يقرأون ويكتبون، (٣, ٤) منهم حاصلين على الشهادة الإعدادية، (٤, ٣%) حاصلين على مؤهل فوق المتوسط، بينما (٤, ٢%) منهم مؤهل متوسط، وبنفس النسبة مؤهلات عليا.
- الحالة المهنية للمستفيدين من المجلس الطبي المتخصص تشير إلى أن (٨, ٤٧%) إزاء، بينما (٢, ٢٣%) لا يعملون، ثم فلاحين، حرفيين بنسبة (٤, ١٩%)، (٦, ١١%) على التوالي.
- (٨, ٤٦%) من المستفيدين يقل دخلهم عن ١٠٠ جنيهاً شهرياً، يلي ذلك الفئة من ١٠٠ إلى أقل من ١٥٠ جنيه بنسبة (٤٠, ٤٠%) ثم ١٥٠ جنيه إلى أقل من ٢٠٠ جنيه، ٢٠٠ فأكثر بنسبة (١٠, ١٠%)، (٩, ٢, ٩%) على التوالي.

٢- نتائج توضح المشكلات التي تواجه المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص (العلاج على نفقة الدولة):

أ) أكدت استجابات المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص (العلاج على نفقة الدولة) حول المشكلات التي يواجهونها عند استفادتهم من المجلس وفق الترتيب التالي: (جدول رقم ٢)

(أ) احتلت مشكلة كثرة الحالات المتقدمة للمجلس مما يؤثر على استفادتهم من خدماته الترتيب الأول، بنسبة (٥, ٨%) يلي ذلك إحساس المستفيدين أن هناك محسوبية في الاستفادة من خدمات المجلس الترتيب الثاني، بنسبة (١, ٨%) ثم مشكلة عدم وعي المستفيدين بالخدمة الترتيب الثالث بنسبة (٨, ٨%)، يلي ذلك وقوع مشكلة قلة الأيام المخصصة لكل مرض بحيث لا يفي

ذلك باحتياجات المستفيدين الترتيب الرابع من بين المشكلات بنسبة (٧,٥%)، يلي ذلك مشكلة عدم صرف العلاج إلا بعد فترة طويلة الترتيب الخامس بنسبة (٧,٣%)، ثم عدم كفاية كمية العلاج المصروفة الترتيب السادس بنسبة (٧,٢%)، يلي ذلك عدم دخول كافة الأمراض وفق نظام المجلس في السماح لهم بصرف الأدوية بنسبة (٧,١%)، يلي ذلك المشكلات الخاصة بعدم معرفة المستفيدين بوجود مسئولين لحل مشكلاتهم، ثم تعقد الإجراءات وحاجة المستفيدين إلى إرشادات حيث احتلتا هاتين المشكلتين الترتيب الثامن والتاسع بنسبة (٦,٦%)، (٦,٣%) على التوالي، في حين احتلت المشكلات التالي ترتيباً متأخراً وهي على التوالي كثرة الأوراق المطلوبة للاستفادة من المجلس، عدم وجود من يوجه المستفيدين من خدمات المجلس، عدم انتظام العاملين بالوحدة، تعرض المستفيدين لصعوبات في الوصول إلى الأطباء، ثم إحساس المستفيدين من خدمات المجلس بالتعامل من العاملين بالوحدة، وأخيراً عدم وجود أماكن انتظار بالمجلس كافية للمستفيدين وذلك من الترتيب العاشر حتى الخامس عشر على التوالي بنسب (٦,٢%)، (٦%)، (٥,٨%)، (٥,٣%)، (٤,٩%)، (٤,٤%) على التوالي.

ب) أن المشكلات التي تواجه المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص "العلاج على نفقة الدولة" متوسطة، حيث تبلغ قوتها النسبية (٧٥,٧%)، متوسط حسابي مرجح قيمته (٤٧٠,٢).

ج) أن المشكلات التي يعاني منها المستفيدين من خدمات المجلس الطبي المتخصص (العلاج على نفقة الدولة) والتي احتلت مكانة مرتفعة بين عبارات المحور، كلها مشكلات تتعلق بالخدمة نفسها مثل "كثرة الحالات المتقدمة، الأيام المخصصة للكشف، العلاج وطول مدة الصرف، كمية العلاج نفسها قليلة، الأمراض نفسها قليلة التي تستفيد من المجلس ويدل ذلك على

وعى المستفيدين من خدمات المجلس بالمشكلات، وأنهم يريدون الارتفاع بمستوى الخدمة في المجلس، كما أن اللافت للنظر أن المشكلات الخاصة بالعاملين وإجراءات تقديم الخدمة احتلت مراكز متوسطة بين المشكلات عدا إحساس المستفيدين بالمحسوبة داخل المجلس حيث احتلت المركز الثاني من وجهة نظرهم، بينما المشكلات الخاصة بإجراءات تقديم الخدمة والمستندات المطلوبة للاستفادة من الخدمة فقد احتلت مكان متوسط بين المشكلات.

د) كما أن المشكلات التي يواجهها المستفيدين من المجلس الطبي للمتخصص "العلاج على نفقة الدولة" ولها علاقة بالعاملين في المجلس احتلت مراكز متأخرة في الترتيب، وبدل ذلك على أن العاملين بالمجلس الطبي المتخصص يولون اهتماما بالمستفيدين من المجلس، حيث احتلت مشكلات أن المستفيدين من الخدمات لا يجدوا من يوجههم، عدم انتظام العاملين بالمجلس، صعوبة الوصول إلى الأطباء، الشعور بالتعامل من العاملين على المستفيدين الترتيب من الحادي عشر حتى الرابع عشر.

هـ) أما عن صلاحية مكان المجلس لاستقبال المستفيدين من الخدمة فقد أشارت نتائج الدراسة إلى صلاحية المكان لاستقبالهم، حيث احتلت عبارة لا يوجد أماكن انتظار كافية الترتيب الأخير.

٣- نتائج تتعلق بالأدوار الإدارية والمهنية للأخصائي الاجتماعي مع المستفيدين من خدمات المجلس الطبي (وحدة العلاج على نفقة الدولة):

أ) أكدت استجابات المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص "العلاج على نفقة الدولة" حول دور الأخصائي الاجتماعي مع المستفيدين، فقد جاءت وفق الترتيب التالي (جدول رقم ٣).

يقوم الأخصائي الاجتماعي بعمل بحث اجتماعي لإثبات حق المستفيدين من العلاج حيث حصل هذا الدور على الترتيب الأول بنسبة (٦٩%)، يلي

ذلك أن الأخصائي الاجتماعي لا يصمم لوحات إرشادية تعرف المستفيدين إجراءات الخدمة من الترتيب الثاني بنسبة (٦,٧%)، ثم يحدد لنا الأخصائي الاجتماعي الأيام المخصصة للكشف بالمجلس الترتيب الثالث بنسبة (٦,٦%)، يلي ذلك في الترتيب يساعد الأخصائي المستفيدين من تحديد المستندات اللازمة لصرف العلاج، يتعامل الأخصائي معنا جميعاً وليس كل واحد بمفرده، يطمئني الأخصائي عند التعامل مع وحدة العلاج على نفقة الدولة وبنفس الترتيب يساعدني على تقبل الطبيب لنا أثناء الكشف، يتوقف عمل الأخصائي عند إجراء الكشف فقط دون متابعة، اعتقد أن الأخصائي لا يتقبلني، يساعدني الأخصائي على تقبل نظام العمل وإجراءاته وبنفس الترتيب يقوم الأخصائي باستقبالنا ويعرفنا المطلوب وذلك بالنسب التالية على التوالي (٦,٥%)، (٦,٣%)، (٦,٢%)، (٦,١%)، (٥,٧%)، (٥,٦%)، (٥,٦%)، (٥,٥%).

ب) أن الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي مع المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص (العلاج على نفقة الدولة) دور متوسط، حيث تبلغ القوة النسبية له (٧٨,٧%) فقط، وذلك بمتوسط حسابي مرجح قدره ٤٨٨,٩.

ج) أن الأخصائي الاجتماعي بالمجلس الطبي المتخصص (العلاج على نفقة الدولة) يهتم بالأدوار الإدارية التنظيمية وأيضاً الأدوار المهنية على حد سواء، فنجد مثلاً بالنسبة للأدوار الإدارية والتنظيمية، نجد أن المستفيدين من المجلس يقررون أن أهم الأدوار الإدارية والتنظيمية التي يمارسها هي أن الأخصائي يحدد للمستفيدين الأيام المخصصة للكشف حيث حصلت على الترتيب الثالث، يلي ذلك يساعد الأخصائي الاجتماعي المستفيدين في تحديد المستندات اللازمة لصرف العلاج، حصلت على الترتيب الرابع، يقوم الأخصائي باستقبال المستفيدين، يساعدهم في فهم الإجراءات للحصول على

العلاج حيث حصلنا على الترتيب التاسع والعاشر، بينما لا يصمم الأخصائي لوحات إرشادية لمساعدة المستفيدين حيث حصلت على المركز الثاني بين عبارات المحور.

د) أما عن الأدوار المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي، فقد احتلت مكاناً بارزاً من وجهة نظر المستفيدين من المجلس، حيث احتل دور الأخصائي الاجتماعي في عمل البحوث

الاجتماعية المركز الأول، تلي ذلك يتعامل معهم جميعاً وليس كل واحد بمفرده، الترتيب الخامس ثم تقبل الأطباء للمستفيدين، تدعيم إحساس المرضى بالاطمئنان عند التعامل مع المجلس الترتيب السادس لكل منها، ثم يساعدهم الأخصائي على تقبل نظام العمل وإجراءاته الترتيب التاسع، إلا أن الأخصائي الاجتماعي لا يقوم بعدد من الأدوار المهنية المهمة، حيث احتلت ترتيباً متقدماً بين الأدوار وهي عدم متابعة الأخصائي الاجتماعي للحالات وقد احتلت المركز السابع، عدم شعور المرضى أن الأخصائي يتقبلهم حيث احتل ذلك الترتيب الثامن.

٤- نتائج تتصل بمدى إحساس المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص بالتعاون بين الأخصائي الاجتماعي والعاملين بالمجلس (جدول رقم ٤):

أكدت استجابات المبحوثين حول مدى إحساسهم بالتعاون بين

الأخصائي الاجتماعي والعاملين وفق الترتيب التالي:

(أ) إن الطبيب لا يدرك أن العلاج لا يصرف إلا عن طريق عمل بحث اجتماعي للمريض واحتلت الترتيب الأول بنسبة (٤٠,٤%) ثم تلي هذه العبارة أن كل من الأخصائي والطبيب يتعاونان معاً في تحويل المريض إلى المستشفيات الأخرى المسنولة عن علاج الحالات التي ليس لها علاج بهذا المجلس وبلغت النسبة (٩,٢%) ثم احتل الترتيب الثاني عبارة أن الأخصائي يقوم بتحويل الحالات إلى المؤسسات التي يمكن أن تساعد

المرضى على صرف إعانات تحسن من أحوالهم بنسبة (٨.٨%) ثم تلي ذلك أن كل من الأخصائي والطبيب يرشدان المرضى بموعد صرف العلاج بنسبة (٨,٥%) ثم جاء في الترتيب الخامس أن الأطباء بالمجلس يفسدون الصبر عند التعامل مع هذه الحالات بنسبة (٨,٤%) ثم تلي ذلك أن الطبيب يراعى حالتنا الاجتماعية رغم أول مقابلة لنا معه بنسبة (٨,٢%) ثم جاء في الترتيب السابع أن الطبيب لا يقوم بالكشف إلا بعد التأكد من المرور على الأخصائي بنسبة ٨,١% ثم تلي ذلك أن هناك تنسيق بين العاملين بالمجلس وبين الأخصائي بنسبة (٨%) وجاء في الترتيب التاسع أن الأخصائي يتابع حالتنا مع الطبيب بنسبة (٧,٨%) ثم تلي ذلك أن الطبيب لا يفهم دور الأخصائي بالوحدة بنسبة (٧,٦) ثم جاء في الترتيب الحادي عشر أن المريض يشعر أن الطبيب لديه معلومات مسبقة عن المرض قبل الكشف عليهم بنسبة (٧,٥%) وأخيراً شعور المريض بأن هناك تعاون بين الطبيب والأخصائي الاجتماعي بنسبة (٧,١%).

(ب) أن المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص يرون أن العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والعاملين متوسطة، حيث تبلغ القوة النسبية لهذا المحور ٧٠% فقط وذلك بمتوسط حسابي مرجح قيمته (٤٣٥).

(ج) يتضح من نتائج هذا المؤشر أن المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص (العلاج على نفقة الدولة) يرون أن درجة التعاون بين الأخصائي الاجتماعي والأطباء بالمجلس متوسطة، حيث احتلت عبارة أن الأخصائي الاجتماعي يتابع الحالة بالتعاون مع الأطباء، الترتيب التاسع، يلي ذلك أحسن أن الطبيب يفهم الأخصائي الاجتماعي بالوحدة الترتيب العاشر، أشعر عند الكشف أن الطبيب لديه معلومات عن ظروفى، الترتيب الحادي عشر، وأخيراً أن المستفيدين لا يشعرون بالتعاون بين الأخصائي والطبيب المجلس حيث حصلت على الترتيب الأخير.



٥- نتائج ترتبط بدليل المقابلة الذي قام الباحث بإجراء مقابلات وفقه مع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجالس الطبية المتخصصة (وحدة العلاج على نفقة الدولة).

أثبتت نتائج المقابلات التي قام الباحث بها وفق دليل المقابلة الذي اشتمل على عدة موضوعات ترتبط بشكل وملاحح الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي بالمجالس الطبية المتخصصة وأهم ما يعترضها ويؤثر عليها بهذه المجالس حتى نستطيع أن نقف على أسس منهجية تقودنا إلى الوصول إلى بعض المقترحات التي تزيد من فاعلية هذه الممارسة من جانب وتحقق أهداف المجالس الطبية ورسالتها في توصيل العلاج المجاني والخدمة الطبية إلى مستحقيها من جانب آخر، وقد انتهت هذه المقابلات إلى النتائج التالية:

أ) فيما يتعلق بالأدوار والوسائل المهنية للأخصائي الاجتماعي، فلقد رأى الأخصائيين الاجتماعيين أن الأدوار المهنية التي يقومون بها بصفة أساسية تتصل بنوعين من الأدوار الأول يرتبط بالنواحي الإدارية والتنظيمية والتي فيها يقوم الأخصائي الاجتماعي بتوضيح إجراءات الحصول على الخدمة والأوراق والمستندات المطلوبة وتحديد مواعيد وأيام الكشف للمتريدين على المجالس الطبية المتخصصة، والثاني يرتبط بالأدوار المهنية التي تتصل بالممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي وبالأخص بهذه المجالس وتتنوع هذه الأدوار طبقاً لمجموعة من النقاط ترتبط بعضها بطبيعة العمل والحالة الموجود عليها، ومدى تقبل الأخصائي للمرضى ومدى إحساسه بأهمية تواجده في استقبالهم واهتمامهم بهم.

أما عن الوسائل المهنية التي يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون بهذه المجالس تركزت في المقابلة والملاحظة واستمارة البحث الاجتماعي .

(ب) أن هناك مجموعة من المشكلات والمعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بهذه المجالس وتتمثل في مصدران عدم فاعلية الخدمات المقدمة بهذه المجالس فضلاً عن أنها تؤثر على كفاءة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بها ويمكن سرد هذه المعوقات والمشكلات في النقاط التالية:

- معوقات ترتبط بالقيود الإدارية وتعقد الإجراءات التي يتم على أساسها صرف العلاج في النهاية إلى المريض والتي تؤثر بدورها على مصداقية عمل الأخصائي الاجتماعي ويمثل هذا عائقاً مهنيًا في تكوين الثقة والاحترام بينه وبين المرضى (العلاقة المهنية) وبالتالي يؤدي إلى عزوف المرضى عن التعامل مع الأخصائيين والانصراف للتعامل مع باقي أعضاء الفريق الطبي.

- قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين بالمجالس الطبية المتخصصة مع الزيادة المستمرة في أعداد المستفيدين من خدمات هذه المجالس والذي يؤثر بدوره على جودة الخدمة المقدمة لهم ويؤثر أيضاً على فاعلية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية وعدم تناسبها مع هذه الأعداد.

- سوء المعاملة التي يلقاها المرضى من الجهاز الطبي وعلى وجه التحديد من الأطباء مع عدم امتلاك الأخصائيين الاجتماعيين أي سلطة في عملهم في تحسين المعاملة للمرضى وهذا يؤثر أيضاً على عمل الأخصائي الاجتماعي وتأهيل الحالات قبل دخولهم إلى مرحلة الكشف عند الأطباء.

- المحسوبية من قبل الإدارة لمجموعة من الحالات التي لا تستحق مثل هذا العلاج، والذي يؤدي إلى عدم العدالة بين فئات المجتمع ويؤثر على أحقية آخرين في العلاج.

- على الرغم من الجهود التي يقوم بها الأخصائيين الاجتماعيين بالمجلس إلا أن الإدارة لا تقدم لهم حوافز إضافية على تلك الجهود مما يؤثر على دافعيتهم للإجاز.
- نقص الموارد والإمكانات المالية ، بجانب نقص في الاستثمارات الخاصة بالبحث الاجتماعي الذي يعتبر إحدى الوثائق الأساسية في صرف العلاج، كما يوجد نقص في المطبوعات الإرشادية والتي تسهل نظام العمل بالمجلس وهذا يؤثر على الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.
- عدم توافر متابعة مستمرة من جانب الأجهزة الفنية المنوطة بالإشراف على الأخصائيين الاجتماعيين من الإدارة العامة للخدمة الاجتماعية المطبقة بالمديرية، وهذا يؤثر على عدم التوجيه المستمر للأخصائيين في أعمالهم، فضلا عن نقص عدد الدورات التدريبية التي تعتبر بمثابة عنصرا هاما في زيادة كفاءة الأخصائيين الاجتماعيين وتزويدهم بالمعارف والخبرات والمهارات الجديدة التي تزيد من أدائهم المهني بهذه المجالس.

#### سابعاً: مقترحات الدراسة:

بعد أن قام الباحث بإجراءات العمل الميداني وبعد الرجوع إلى الإطار النظري والدراسات السابقة فإن الباحث يرى أن هناك مجموعة من المقترحات يمكن من خلالها أن نزيد من فاعلية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية وتحقق تحسينا أفضل في جودة الخدمات المقدمة من خلال المجالس الطبية المتخصصة ويمكن أن نطرح هذه المقترحات في ضوء ثلاث محاور أساسية هي:

المحور الأول: مقترحات ترتبط بمواجهة المشكلات التي تواجه المستفيدين من خدمات المجالس الطبية المتخصصة:

أ) ضرورة عمل ندوات وإصدار دوريات ونشرات من قبل هذه المجالس حتى تسهم بصورة إيجابية في زيادة وعي سكان المجتمع بخدمات هذه المجالس، فضلاً عن زيادة وعيهم بإجراءات العمل بهذه المجالس والمستندات المطلوبة لصرف العلاج.

ب) ضرورة عمل لوحات إرشادية يحدد بها أيام تواجد الأطباء وأيام الكشف لكل تخصص مع تحديد مواعيد الكشف وإجراءات الحصول على الخدمة، مع تحديد الأمراض التي يصرف لها العلاج بهذه المجالس.

ج) ضرورة رقابة العمل بهذه المجالس حتى يتسنى التأكد من وصول الخدمات لمستحقيها، وعدم إساءة المعاملة من قبل الأطباء أو أي عضو من أعضاء الفريق الطبي للمرضى.

د) زيادة أيام الكشف المقررة للمرضى مع الإسراع في صرف العلاج المقرر للحالات بالوحدة، حيث أن الأمراض التي تتعامل معها هذه المجالس أمراض تستدعي السرعة في التعامل معها، كما أن الحالات الوافدة إلى هذه المجالس تعد من الحالات الغير قادرة على تحمل نفقات العلاج.

\*المحور الثاني: مقترحات ترتبط بتحسين الأداء المهني للأخصائي

الاجتماعي بالمجالس الطبية المتخصصة:

أ) زيادة أعداد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بهذه المجالس نظراً لزيادة أعداد المستفيدين منها

ب) ضرورة عقد دورات تنشيطية وتدريبية حتى يتسنى للأخصائيين المور بعمليات التعليم المستمر التي تؤدي إلى تحقيق التنمية البشرية التي يسعى إليها المجتمع، هذا بالنسبة للعاملين بالفعل في هذه الوحدات أما الطلاب بكليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية ضرورة تدريبهم بهذه المجالس حتى يتم تأهيلهم مهنياً للعمل بهذه الوحدات، كما لا بد من عقد دورات تدريبية للأخصائيين الذين يتم ترشيحهم للعمل بهذه المجالس،

مع مراعاة أن تجمع هذه الدورات بين الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء وباقي أعضاء الفريق بهذه المجالس.

ج ( ضرورة تبادل الزيارات بين العاملين بهذه المجالس على مستوى المحافظة وبين أمثالهم بالمحافظات الأخرى بما يسهم في تناقل الخبرات والمهارات فيما بينهم فضلاً عن إثراء روح المنافسة بينهم بما يحقق زيادة في معدلات هؤلاء الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بهذه المجالس.

د ( ضرورة قيام الأخصائيين الاجتماعيين بالمبادرة للكشف عن الحالات الأكثر احتياجاً لمثل هذه الخدمات، نظراً لنقص الوعي وعدم معرفة غالبية سكان المجتمع بهذه المجالس والخدمات التي تقدمها.

هـ ( إعادة النظر في نظام الحوافز والمكافآت وخاصة للمتميزين من الأخصائيين حتى يتوالد لديهم دافعية أكثر للعمل والإجاز.

و ( ضرورة إعادة النظر في نظام الإشراف والتوجيه من قبل المسؤولين عن إدارة الخدمة الاجتماعية الطبية بمديرية الصحة، حتى تؤدي دورها بصورة أكثر إيجابية في هذه العمليات لأنها أساسية في تحسين جودة الخدمات التي يقدمها الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بهذه المجالس.

المحور الثالث : مقترحات تتصل بتفعيل التعاون بين أعضاء فريق العمل بالمجالس الطبية المتخصصة:

أ ( ضرورة عقد اجتماع دورى يجمع بين أعضاء الفريق بهذه المجالس على أن يتم في هذا الاجتماع باستمرار مناقشة المشكلات التي تعترض الأداء المهني للفريق بهذه المجالس ومن ثم السعي وراء تحديد مجموعة من الحلول لهذه المشكلات والتي تسهم بدورها في زيادة كفاءة هذا الفريق بهذه المجالس.

ب) ضرورة أن يتعرف كل عضو من أعضاء الفريق الطبي على المهام والأدوار التي يقوم بها كل عضو من أعضاء الفريق حتى يتم الوصول إلى أفضل صيغة من التعاون بين أعضاء الفريق بما يسهم في النهاية إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة من هذه المجالس.

ج) أن تكون هناك متابعة مستمرة من قبل الجهاز الإداري المسئول على توجيه كل تخصص من هذه التخصصات حتى يؤدي إلى التوجيه المستمر والمناسب وفي الوقت الملائم حتى يمكن من خلال هذا الإشراف والتوجيه أن يتم التغلب على المعوقات التي تعترض أدائهم ومن ثم عدم تفاقمها بما يؤثر على فاعلية الخدمات المقدمة.

د) أن يتضمن في إعداد الأطباء في المراحل الأولى من حياتهم النظرية جزءاً عن أهمية الجوانب الاجتماعية متمثلة في البعد الاجتماعي للمرضى وضرورة عمل الأخصائي الاجتماعي بما يسهم في تدعيم إيمان الأطباء بأهمية الدور المهني للأخصائيين الاجتماعيين ومدى إسهامه في تعجيل عملية العلاج.

## مراجع الدراسة:

- ١- عبد المحي محمود صالح، السيد رمضان، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩، ص ١٠-١٤.
- ٢- أميرة صادق الطنطاوي، فائق عبد اللطيف، مبادئ صحة المجتمع، الإسكندرية، بدون ناشر، ١٩٩٢، ص ٢٦٣.
- ٣- طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، الزقازيق، مكتبة المدينة، ٢٠٠٠، ص ٣٢٩.
- ٤- إقبال محمد بشير وآخرون، الرعاية الطبية والصحية للمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٤، ص ٢٤.
- 5- Anne Minahan, Encyclopeda of Social Work, NASW, Volume 1, 1987, p. 711.
- 6- Donald Brieland, LeLab Costin, Contemporary Social Work: An Introduction to Social Work and Welfare, New York, Hill book Company, 1985, p. 298.
- ٧- محمود فتحي محمد محمود، المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالحصول على الخدمات الصحية في قرية مصرية، رسالة ماجستير غير منشورة بالفيوم، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٩٣.
- 8- David Rophoelf, Migrant Health Program Federal Resources and Rural Health, New York, Ford Foundation, 1977.
- ٩- مصطفى قاسم، المعوقات التي تواجه المراكز الصحية الحضرية بمحافظة الفيوم، دور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها،

رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية  
بالفيوم، جامعة القاهرة، ١٩٩٥.

١٠- عبد الحكيم أحمد عبد الهادي: تقويم تجربة التأمين الصحي  
الاجتماعي لتلاميذ المدارس، رسالة دكتوراه غير  
منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة،  
١٩٩٨.

11- Marge Kollin and Others, The Health of Wornen:  
AGobal, Perspective, London, Oxford, 1995.

١٢- عطيات أحمد إبراهيم على، المشكلات التي تعوق المنتفعين بخدمات  
التأمين الصحي بمحافظة الفيوم، رسالة ماجستير، كلية  
الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٩٩.

١٣- خالد محمد عبيدو، العوامل المؤثرة في ممارسة الأخصائي  
الاجتماعي لعضويته في الفريق العلاجي، رسالة  
ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة القاهرة،  
١٩٩٣.

١٤- هشام سيد عبد المجيد، دراسة تقييمية لدور الأخصائي الاجتماعي  
مع الحالات الفردية في المجال الطبي في إطار العمل  
الفريقي، المؤتمر العلمي السابع لكلية الخدمة الاجتماعية،  
جامعة القاهرة، فرع الفيوم، في الفترة من ٨-١٣ يونيو  
١٩٩٤.

١٥- إيمان أحمد موسى أبو رية، تقويم دور الأخصائي الاجتماعي  
بمستشفيات الفيوم، رسالة ماجستير، كلية الخدمة  
الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٩٢.

١٦- رأفت عبد الرحمن محمد، تقويم عائد الممارسة المهنية للخدمة  
الاجتماعية مع الأطفال المرضى بمستشفى الأطفال جامعة



القاهرة، رسالة ماجستير كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة  
القاهرة، ١٩٩٤.

١٧- إيمان أحمد موسى أبو ريسة، العلاقة بين البرامج التدريبية  
التنشيطية للأخصائيين الاجتماعيين بالوحدات العلاجية  
وزيادة أدائهم المهني، رسالة دكتوراه كلية الخدمة  
الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٩٧.

١٨- سنية خليل، نظرة مستقبلية للخدمة الاجتماعية في ضوء مفاهيم  
التنمية، القاهرة، المؤتمر العلمي للخدمة الاجتماعية  
الطبية بوزارة الصحة، ١٩٧٨، ص ٤.

١٩- سلوى عثمان، السيد رمضان، مدخل في الرعاية الاجتماعية،  
الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٩١، ص ٢٥٤.

٢٠- سرية جاد الله عبد السند، في مقدمة الرعاية الاجتماعية والخدمة  
الاجتماعية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية،  
١٩٩٨، ص ٣٧٧.

٢١- وزارة الصحة والسكان، نشرة تنظيم العمل بالمجالس الطبية  
المتخصصة، ص ٨٠٥.

٢٢- فؤاد أبو حطب، آمال صادق: علم النفس التربوي، القاهرة، مكتبة  
الأجلو المصرية، ط ٢، ١٩٩٩، ص ٥٤٩.

23- London, Neil Glebart & Harry Spect, Planning  
Social Welfare Issues: Models and Tasks, Prentic  
Hall, Inc., 1997, p. 36.

24- Eduard A. Suchman, Evaluation Research., N.Y,  
Ressal Sage Foundation, 1974, p.28.

25- Edward Arnold, Verdicts on Social Work, U.S.A,  
1982, p. 5.

- ٢٦- عبد الحميد عبد المحسن: خدمة الجماعة والممارسة المهنية،  
القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ١٩٩٠، ص ١٩٩.
- ٢٧- أحمد حسين، سلامة البابلي: دليل التقويم، القاهرة، مؤسسة الشرق  
الأدنى، ١٩٨٥، ص ٦.
- ٢٨- المرجع السابق ، ص ٦.

29- Richard M. Grinnell, Social Work Research and  
Evaluation and Prenticing, V.M. SAFE, Peacock  
Publishers, I.A.C. 1985, p. 433.

- ٣٠- قدرى محمود حفتى، العارف بالله محمد، أصول القياس والبحث  
العلمي، القاهرة، دار آتون للنشر، ١٩٨٧، ص ١٧.
- ٣١- عبد الكريم الأحول، تقويم البرامج الاجتماعية في مصر "النشأة  
والتطوير" ، الندوة العلمية في مجال تقويم البرامج  
الاجتماعية، القاهرة، الجمعية المصرية لتقويم البرامج،  
١٩٨٧، ص ٤.

32- Richard M. Gnuell, Social Research and  
Evaluation, C.F.E. Pea Cock. Publishers, I anc  
U.S.A, 1985, p. 433.

- ٣٣- أحمد شفيق السكري ، محمود عرفان، تقييم مشروعات التنمية،  
الفيوم، دار المروة للطباعة والنشر، ١٩٩٧، ص  
ص ٣٤:٣٦.



جدول رقم (٢)  
بوضوح المشكلات التي تواجه المستفيدين من المجلس الطبي المتخصص  
(العلاج على نفقة الدولة)

الترتيب	%	الدرجة المعيارية	لا		إلى حد ما		نعم		العبارة
			%	ك	%	ط	%	ي	
١١	٦	٤٣٤	٢٦,١	٥٤	٣٨,٢	٧٩	٣٥,٥	٧٤	لا أجد من يوجهني إلى الاستفادة من خدمات المجلس.
٩	٦,٣	٤٥١	٢٣,٢	٤٨	٣٥,٧	٧٤	٤١,١	٨٥	أرى أن الإجراءات معقدة وتحتاج إلى إرشادات مستمرة.
٨	٦,٦	٤٧٢	١٨,٨	٣٩	٣٤,٣	٧١	٤٦,٨	٩٧	لا أعرف أن هناك مسئولين بالمجلس عن حل مشكلاتنا.
١٠	٦,٢	٤٤٠	٢١,٣	٤٤	٤٤,٩	٩٣	٢٣,٨	٧٠	الأوراق المطلوبة كثيرة وتحتاج إلى مجهود ولا تستطيع القيام به.
٧	٧,١	٥٠١	١٢,٥	٢٦	٣٢,٨	٦٨	٥٤,٦	١١٣	الأمراض التي يصرف لها العلاج قليلة وتحتاج إلى زيادة في أنواعها.
٦	٧,٢	٥١٣	١١,١	٢٣	٢٩,٩	٦٢	٥٨,٩	١٢٢	كمية العلاج المصروفة لا تكفي حاجتنا منه
٥	٧,٣	٥١٨	١٠,٦	٢٢	٢٨,٥	٥٩	٦٠,٩	١٢٦	العلاج المقرر يصرف بعد مدة طويلة
١٣	٥,٣	٣٧٩	٤٤,٤	٩٢	٢٨	٥٨	٢٧,٥	٥٧	أجد صعوبة في الوصول إلى الدكتور لتقرير العلاج
١	٨,٥	٦٠٢	٢,٩	٦	١٧,٨	٣٧	٨٤	١٧٤	الحالات المتقدمة كثيرة ويؤثر هذا على استفادتنا من خدمات المجلس.
١٤	٤,٩	٣٥٠	٤٤,٤	٩٢	٤٢	٨٧	١٣,٥	٢٨	هناك تعامل من العاملين بالمجلس علينا
٣	٨	٥١٧	٧,٧	١٦	١٠,٦	٢٢	٨١,٦	١٦٩	كنا لا نعلم أن هناك علاج مجاني يصرف لمرضنا.
٤	٧,٥	٥٢٤	١٠,٦	٢٢	٢٠,٧	٤٣	٦٨,٦	١٤٢	الأيام المخصصة لكل مرض قليلة ولا تفي بكل الحالات.
٢	٨,١	٥١٩	٤٢,٥	٨٨	٣٦,٧	٧٦	٢٠,٨	٤٣	أرى أن هناك مصحوبة في الاستفادة من الخدمة.
١٢	٥,٨	٤١٠	٣٣,٨	٧٠	٣٤,٣	٧١	٣١,٩	٦٦	أرى أن هناك عدم تنظيم من العاملين بهذا المجلس.
١٥	٤,٤	٣١٣	٦١,٣	١٢٧	٢٦,١	٥٤	١٢,٦	٢٦	لا توجد أماكن للانتظار بالمجلس حتى يتم الكشف.
		٧٠٥٣			٤٧٠,٢				المتوسط الحسابي المرجح
					%				القوة النسبية

المتوسط الحسابي المرجح =

القوة النسبية =

مجموع الدرجات المعيارية

عدد عبارات المحور

المتوسط الحسابي المرجح

أعلى وزن مرجح (٢×ن)

وقد حدد الباحث مستويات القوة النسبية في : أقل من ٧٠% ضعيف أقل من ٨٠% متوسط أقل من ٩٠% جيد ٩٠% فأكثر ممتاز .

جدول رقم (٣)  
يوضح الأدوار الإدارية والمهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجلس  
الطبي المتخصص  
(العلاج على نفقة الدولة)

م	العبارة	نعم		إلى حد ما		لا		الدرجة المعيارية	%	الترتيب
		ك	%	ط	%	ك	%			
١	يقوم الأخصائي باستقبالنا ويعرفنا بالمطلوب منا	١١٧	٥٦,٥	٥٦	٢٨,٥	٣١	١٤,٩	٥٠٠	٥,٦	٩
٢	يساعدني الأخصائي على فهم الإجراءات للحصول على العلاج	١٠٢	٤٩,٣	٥٦	٢٨,٥	٤٦	٢٢,٢	٤٨٨	٥,٥	١٠
٣	يساعدني الأخصائي على تقبل الطبيب لنا أثناء الكشف	١٥٥	٧٤,٩	٢٥	١٢,١	٢٧	١٣	٥٤٢	٦,٢	٦
٤	يطمئني الأخصائي ضد التعامل مع وحدة العلاج على نفقة الدولة	١٤١	٦٨,١	١٦	٧,٧	٥٠	٢٤,١	٥٥٠	٦,٢	٦
٥	اعتقد أن الأخصائي لا يقبلني نتيجة مرضي.	١٣٣	٦٤,٢	٣٧	١٧,٩	٣٧	١٧,٩	٥١٠	٥,٧	٨
٦	الأخصائي يعرفني بنظام عمل الوحدة طوال الأسبوع.	٥٥	٢٦,٦	١٢١	٥٨,٤	٣١	١٤,٩	٤٣٨	٥	١١
٧	يساعدني الأخصائي على تقبل تنظيم العمل وإجراءاته.	١٣٧	٦٦,٢	١٥	٧,٢	٥٥	٢٦,٦	٤٩٦	٥,٦	٩
٨	اعتقد أن الأخصائي غير متواجد طوال العمل بالمجلس.	١١	٥,٣	١٤٠	٦٧,٦	٥٦	٢٧	٣٧٨	٤,٢	١٤
٩	الأخصائي يتعامل معنا حسب المرفق الذي يقبلنا فيه.	٢١	١٠,١	٤٨	٢٣,٢	١٣٨	٦٦,٧	٢٩٧	٣,٤	١٥
١٠	يتوقف عمل الأخصائي عند إجراء الكشف فقط دون متابعة.	١٤٦	٧٠,٥	٤٠	١٩,٣	٢١	١٠,١	٥٣٩	٦,١	٧
١١	يساعدني الأخصائي في تحديد المستندات اللازمة لصرف العلاج.	١٧٠	٨٢,١	٣١	١٤,٩	٦	٢,٩	٥٧٨	٦,٥	٤
١٢	لا نجد من يدانا على أسكن إجراء الكشف.	٢٢	١٠,٦	٣١	١٤,٩	١٥٤	٧٤,٤	٢٨٢	٣,٢	١٦
١٣	لا توجد لوحات إرشادية بالوحدة لتعرفنا بالإجراءات اللازمة للعلاج.	١٨٧	٩٠,٣	١١	٥,٣	٩	٤,٣	٥٩٢	٦,٧	٢
١٤	يحدد لنا الأخصائي الأيام المخصصة للكشف لكل مرض.	١٨١	٨٧,٤	١٧	٨,٢	٩	٤,٣	٥٨٦	٦,٦	٣
١٥	يتعامل الأخصائي معنا جميعا وليس كل واحد بمفرده.	١٦٨	٨١,١	١٤	٦,٨	٢٥	١٢,١	٥٥٧	٦,٢	٥
١٦	يقوم الأخصائي بعمل بحث اجتماعي لإبليت حقتا في العلاج.	٢٠١	٩٧,١	٣	١,٤	٣	١,٤	٦١٢	٦,٩	١
١٧	الأخصائي يتعامل معنا ولا ينصت ولا يستمع لأي شكوى.	١١٦	٧,٧	١٧٧	٨٥,٥	١٤	٦,٨	٤١٦	٤,٧	١٣
١٨	لا يراعي الأخصائي الحالة المرضية التي نحن عليها أثناء التعامل.	٣٦	١٧,٤	١٦٠	٧٧,٣	١١	٥,٣	٤٣٩	٤,٩	١٢
							٤٨٨,٩		٨٨,٠	
							% ٧٨,٧		٠	

جدول رقم (٤)

مدى إحساس المستفيدين من خدمات المجلس الطبي المتخصص بالتعاون بين

العاملين بالمجلس والأخصائي الاجتماعي

الترتيب	%	الدرجة المعيارية	نعم		إلى حد ما		لا		العبارة	م
			ك	%	ك	%	ك	%		
١٢	٧,١	٣٧١	٢٣,٢	٦٦	٥٤,١	١١٢	١٢,٦	٢٦	أشعر أن هناك تعاون بين الأخصائي والطبيب بالوحدة.	١
١١	٧,٥	٣٩٤	٢٤,٣	٧١	٥٠,٧	١٠٥	١٥	٣١	أشعر عند الكشف أن الطبيب لديه معلومات عن ظروفه.	٢
٧	٨,١	٤٢٥	١٧,٩	٣٧	٥٨,٩	١٢٢	٢٣,٢	٤٨	الطبيب لا يقوم بالكشف على إلا بعد التأكد من المرور على الأخصائي.	٣
٨	٨	٤١٨	٢٥,١	٥٢	٤٧,٨	٩٩	٢٧,١	٥٦	أرى أن هناك تنسيق بين الممرضات بالوحدة وبين الأخصائي.	٤
٦	٨,٢	٤٢٦	٢٦,٦	٥٥	٤١,١	٨٥	٣٢,٤	٦٧	الطبيب يراعى ظروفه الاجتماعية رغم مقابلته لي أول مرة.	٥
١٠	٧,٦	٣٩٩	٤٠,١	٨٣	٤١,٥	٨٦	٢٣,٢	٤٨	أحسن أن الطبيب لا يفهم دور الأخصائي الاجتماعي بالوحدة.	٦
١	١٠,٤	٥٤٧	٩,٧	٢٠	١٦,٤	٣٤	٧٣,٩	١٥٣	الطبيب يعلم أن العلاج لا يصرف بدون بحث اجتماعي.	٧
٥	٨,٤	٤٤٠	١٨,٨	٣٩	٤٩,٨	١٠٣	٣١,٤	٦٥	الأطباء يلتفتون الصبر عند التعامل معنا.	٨
٢	٩,٢	٤٧٨	١٦,٩	٣٥	٣٥,٣	٧٣	٤٧,٨	٩٩	يتعاون الأخصائي مع الطبيب في تحويلنا إلى الممرضات الأخرى المسؤولة عن علاجنا.	٩
٩	٧,٨	٤١٢	٣٦,٧	٧٦	٤٢	٨٧	٢٦,١	٥٤	الأخصائي يتابع حالتنا بالتعاون مع الطبيب من خلال تعليمات.	١٠
٤	٨,٥	٤٤٨	٢١,٧	٤٥	٤٤,٩	٩٣	٣٣,٣	٦٩	يرشدنا الأخصائي والطبيب على موعد صرف العلاج.	١١
٣	٨,٨	٤٦٢	١٨,٨	٣٩	٣٩,١	٨١	٤٢	٨٧	يوجهنا الأخصائي إلى المؤسسات التي تساعدنا على تحسين أحوالنا المادية.	١٢
		٥٢٢٠	٤٣٥				المتوسط الحسابي المرجح			
			% ٧٠				القوة النسبية			