تقييم دور أخصائي خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح

دراسة مطبقة على المستشفيات الحكومية بمدينة مسقط بسلطنة عمان

إعداد

د/ محمد فاروق محمد غانم
مدرس خدمة الفرد
بالمعهد العالي للخدمة
الاجتماعية بالمنصورة

د/ مني عزيز جبران
مدرس خدمة الفرد
بالمعهد العالي للخدمة
الاجتماعية بالمنصورة

هذا البحث هو جهد مشترك بين كلا من :

١- د/ محمد فاروق محمد غانم وقد قام بعمل الآتي:-

١- تحديد مشكلة البحث وأهدافه.
٢- الدراسات السابقة العربية.
٣- حدد نوع الدراسة ومنهجها وأدواتها.
٤- شارك في نتائج الدراسة وتفسيرها.
٥- توصيات الدراسة.
٦- المراجع.

٢- د/ مني عزيز جبران وقد قامت بعمل الآتي:-

١- تحديد أهمية ومفاهيم البحث.
٢- الدراسات السابقة الأجنبية.
٣- وضع تساؤلات الدراسة ومجالاتها.
٤- جمع البيانات.
٥- شاركت في نتائج الدراسة وتفسيرها.
٦- المراجع.

أولا: مدخل إلى مشكلة الدراسة:

تحتل قضية التنمية بمختلف صورها الاقتصادية والاجتماعية مكاناً بارزاً في الفكر الاجتماعي المعاصر وهي قضية متعددة الجوانب ومتشبعة الأبعاد، وبالتالي يقع على كاهل الباحثين مسئولية الاهتمام بكل جوانب التنمية والاحاطة بكافة العوامل الاجتماعية التي لها صلة بالتنمية. (١)

وتسعى كافة الدول إلى تحقيق التقدم الاجتماعي والاقتصادي معتمدة على تنمية الموارد البشرية والتي تعد إحدى ثروات المجتمع والتي تمثل هدف التنمية ووسيلتها. (٢)

والقوى البشرية في أي مجتمع هي محور تقدمه وتطوره والتحدي الأساسي الذي يواجه الدول النامية يتمثل في كيفية تحويل العنصر البشري من عنصر يشكل عبئاً على التنمية إلى عنصر يمثل الدافع لعملية التنمية. (٣)

فالعنصر البشري يعتبر من أهم الموارد التي يجب الاهتمام بها حتى يتمكن من أداء أدواره والمساهمة الفعالة في الأنشطة التنموية في المجتمع، ومن ثم فإن نجاح أي جهد تنموي يعتمد على السلامة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية للإنسان حتى يتمكن المجتمع من استثماره لتحقيق أهداف التنمية. (٤)

وعلى الرغم من الاهتمام بالعنصر البشري سواء على مستوى الدول المتقدمة والنامية إلا أنه يتعرض للعديد من المشكلات سواء الصحية أو الاجتماعية والتي تنعكس بدورها على التنمية. (٥)

وتعتبر الرعاية الصحية سواء الوقائية أو العلاجية من المجالات التي تعطي لها الدولة اهتماماً خاصاً فهي حق أساسي لجميع الشعوب، علاوة على أنها وسيلة هامة لبلوغ الأهداف المرجوة لرفاهية الشعب والمجتمع. (٦)

إن سعادة الإنسان ورفاهية المجتمع ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة إذ أنها من متطلبات النجاح في جميع ميادين الحياة والحياة تتطلب منا أن نتوائم معها ولا يمكن الحصول على هذا إلا في وجود الصحة البدنية التي هي مفتاح للصحة النفسية. (٧)

ولكي ينجح العلاج الطبي فإنه لا يجب التعرف على المرضى الذي يصيب الإنسان فقط بل يجب التعرف على ظروف المريض الاجتماعية والنفسية والاقتصادية، حيث أن علاج المريض دون النظر إلى هذه الظروف يعد إغفالاً لعوامل أساسية تؤثر في سير المرض والاستفادة من العلاج. (٨)

فلم تعد الصحة مجرد خلو من العلة أو المرض انما هي تكامل صحي لكل من الجسم والنفس والعقل والحياة الاجتماعية، أما المرض فهو عكس ذلك تماما بمعنى أن المرض يحدث قصورا لعضوا أو اكثر من اعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام وبمعنى آخر فالمرض معناه الإقلال من القدرة الطبيعية للفرد عن الوفاء بالتزاماته تجاه نفسه وأسرته ومجتمعه. (٩)

والمرض يمثل بالنسبة للإنسان خطراً مزدوجاً فهو يحطم جسده ويهدد مقدرته على كسب العيش نتيجة لعدم تمكنه من مواصلة عمله، ومن جهة أخرى فالمرض يعتبر عامل هدم لمعنويات المريض. (١٠)

ويعتبر المرض تجربة مؤلمة يمر بها الفرد ولكن يختلف معنى المرض من فرد إلى آخر ويرتبط ذلك بمجموعة من العوامل المتداخلة التي تتصل بالجنس ونوع الشخصية والظروف البيئية والاجتماعية ودرجة العجز والنتائج النهائية للمرض، ولا يمكن ان نقارن بين ما يقاسيه فرد معين وبين معاناة فرد آخر، والمقياس الوحيد

هو استجابة الفرد نفسه بأبعاد شخصيته المتميزة حيث تختلف درجة مقاومة الشخص والمشاعر النفسية قبل هذا المرض وبالرغم من ذلك فإن درجة تفتح المريض بما في ذلك عمره وخبراته تتدخل في تحديد استجابته نحو المرض فقد يستطيع المريض الذي يحقق نضجاً انفعالياً أن يتكيف مع عجزه دون انحراف نفسي يذكر، ويمكنه ان يتقبل الاعتماد على الآخرين لفترة معينة ثم يتخلى عن هذا السلوك بمجرد إحساسه بعدم الحاجه إليه.(١١)

وبما أن المرض يعد من المواقف المؤلمة في حياة الإنسان فهو يؤدي إلى خسائر جسمية ونفسية واجتماعية ويؤثر في سلوك الإنسان واتجاهاته لذا فهذه المواقف تزداد صعوبتها اذا كان المريض يعاني من مرض يحتاج إلى تدخل جراحي واذا كان هذا المرض من الامراض القاتلة، لذلك تحتاج الأمراض المزمنة إلى جهود متواصلة من جانب الخدمة الاجتماعية حيث يحتاج المريض إلى من يقف بجانبه خلال فترة المرض الطويلة حتى يستطيع تحقيق أقصى درجة ممكنة من الاستفادة من قدراته لمواجهة أعباء الحياة النفسية والاجتماعية الناتجة عن المرض. (١٢)

وأمراض القلب متعددة وخطيرة وتكمن خطورتها في أنها تمس أهم عضو في جسم الإنسان والذي يتحكم في سلامه حياة الفرد وفي بقاءه وفي اصابته بأحد هذه الامراض مما يهدد حياته وإدراك الإنسان لخطورة الإصابة بهذا العضو يشكل مشكلة نفسية كبيرة لدى هؤلاء المرضى ويضاعف من مسئولية الخدمة الاجتماعية.(١٣)

ويترتب على جراحات القلب تغييراً في نشاط الفرد وتغييرا في أسلوب حياته إلى جانب وجود مشكلات اجتماعية ونفسية واقتصادية وذلك لأن المصاب به لا يستطيع القيام بأعماله المعتادة كما ينبغي ولذلك ينظر إلى المريض على أنه ليس مريضاً بالمفهوم العام ولكنه مريضاً يعاني من مشكلات. (١٤)

وتتأثر حياة المريض فنجده يعاني من مشكلات نفسية مثل القلق وصعوبة العودة إلى حياته الطبيعية السابقة ويحاول جاهداً تعديل حياته لتتناسب مع ظروفه الصحية الحالية.(١٥)

وفي دراسة (Dewamanda 2001) أكد على ضرورة وجود أخصائي خدمة الفرد في التعامل مع مرضى قسم جراحة القلب والصدر لمساندتهم قبل إجراء الجراحة ولا يقتصر دورهم على ذلك فقط بل يقومون بمساعدة أهل المريض ويرتبون إجراءات الخروج من المستشفى ومتابعة فترة النقاهة في البيت والتي تتراوح بين ٦-٩أسابيع. (١٦)

كما يقوم أخصائي خدمة الفرد بإعطاء المريض بعض المعلومات التي تساعد في عملية العلاج مثل تناول الأدوية الجديدة والطعام الذي يجب تجنبه والأعراض التي يجب التبليغ عنها للطبيب المعالج عند حدوثها ويوضح له بعض الإجراءات التي يجب أخذها في الاعتبار مثل تجنب قيادة السيارة وتجنب رفع أشياء ثقيلة ومنع التدخين.(١٧)

كما أن المرضى بعد اجراء الجراحة يحتاجون لمزيد من الرعاية والاهتمام من جانب أسرهم كما يحتاجون إلى مساندتهم اجتماعياً ونفسياً للتخفيف من المشكلات الناتجة عن المرض.

وقد أوضحت دراسة (Lett Heather And Others 2005) أن هناك علاقة بين المساندة الاجتماعية وشفاء مرضى الشريان التاجي حيث أظهرت نتائج

الدراسة أن القصور في تقديم المساندة الاجتماعية لمرضى الشريان التاجي يعد أحد العوامل الخطيرة نظراً لأهميتها القصوى في تدعيم المريض وتعزيز قدراته وأن التقصير في تقديم هذه المساندة قد يؤدي إلى زيادة خطورة المرض وأن تحسين مستوى المساندة الاجتماعية للمريض يؤدي إلى التقليل من آثار هذا المرض. (١٨)

وتتسبب جراحة القلب المفتوح في اضطراب علاقة المريض بزوجته وأبنائه نظراً لعدم قدرته على القيام بمتطلبات أدواره السابقة واستهلاك جزء من دخل الاسرة في الإنفاق على الأدوية مما يشعر بأنه عبء على الأسرة ويظهر ذلك في رفضه لتناول العلاج أحياناً أو رفضه الطعام لإنهاء حياته خاصة وأن المرض بجراحات القلب يصاحبه شعور بالاكتئاب وقد يفضل العزلة الاجتماعية خاصة وان تأثير الجراحة يدوم لمدة طويلة.

لذلك يحتاج مريض القلب الى علاج اجتماعي بجانب العلاج الطبي والنفسي لمساعدته على التوافق مع نفسه ومع أسرته، ومهنة الخدمة الاجتماعية تشمل كل المجالات لتعمل كمهنة أولية أو ثانوية لتحقيق الأهداف الاجتماعية والإنسانية ومن هذه المجالات المجال الطبي حيث يتواجد الأخصائيون الاجتماعيون بمكاتب الخدمة الاجتماعية المستشفيات الحكومية ويمارسون أدوارهم من خلال نظريات ومداخل علاجية ونماذج مختارة تتناسب مع مشكلات المرضى بصفة عامة والمشكلات الجراحية بصفة خاصة.

ومن هنا دعت الحاجة إلى ظهور الخدمة الاجتماعية الطبية نتيجة شعور الأطباء والعاملين بالحاجة الحقيقية إلى هذه المهنة وأكدت على ذلك تقدمية العلوم النفسية والاجتماعية وتوضيح أهميتها لكل من المرضى وأسرهم لدورها الهام في الإسراع بعملية الشفاء وفي دراسة العوامل الاجتماعية المسببة للمرض وفي التخفيف من المعوقات التي تساعد على استمرار أعراض المرض ومضاعفاته. (١٩)

وتؤكد الخدمة الاجتماعية على فردية الإنسان بالرغم من اشتراكه مع غيره في الاصابة بالمرض إلا أنه يختلف عن الآخرين فهو يحتاج إلى نوع معين من المعاملة وأنواع معينة من الخدمات بما ينعكس على المريض بصورة إيجابية. (٢٠)

والخدمة الاجتماعية تساعد الطبيب في التشخيص والعلاج طوال فترة دراسة حالة المريض في الموقف الاجتماعي الذي يحيط به والظروف الاجتماعية التي يعيش فيها وتعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية ميدان له أهميته حيث تعني بالمريض كإنسان له احتياجاته النفسية والاجتماعية التي يعمل على اشباعها حتى يستفيد من العلاج الطبي، وبهذا نجد أن العوامل الاجتماعية ترتبط ارتباطاً وثيقا بالمرض بل وقد تكون سبباً له ولهذا يجب ان يسير العلاج الطبي والعلاج الاجتماعي والنفسي جنبا إلى جنب، فالعلاج الطبي قد يكون أحد العوامل المؤدية إلى الشفاء ولكنه ليس كافي في حد ذاته، وفي نفس الوقت فإن عدم الاهتمام بالعلاج الاجتماع النفسي قد يكون سبباً في طول فترة المرض أو انتكاسه أو فشل العلاج الطبي. (٢١)

وخدمة الفرد كإحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية تستهدف مساعدة المريض على الأداء الاجتماعي السليم لوظائفه الاجتماعية من خلال تخفيف الضغوط الاجتماعية والتوترات النفسية التي قد يعاني منها والعمل على تدعيم قدراته حتى يصل إلى المستوي الايجابي المطلوب من فاعلية الذات والتي تعني محاولة المريض ايجاد حلول لمشكلاته بنفسه. (٢٢)

وتتبلور أهمية ممارسة الخدمة الاجتماعية في مؤسسات رعاية المرضى في معاونتها بشكل إيجابي لتحقيق أهدافها الأساسية والعمل على تهيئة أنسب الظروف الممكنة للخدمات العلاجية والاجتماعية المقدمة للمعاقين وزيادة فعاليتها وكفاءتها فهي تخفف من أعباء المؤسسات وتزيد من قدرتها على القيام بوظائفها. (٢٣)

وممارسة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة تحتاج إلى التقييم لمعرفة ما يتحقق من نتائج ومدى مناسبته للأهداف المحددة مسبقاً في ضوء الجهود المبذولة مع تحديد الأساليب المقترح اجراؤها لتعديل الممارسة المهنية، ورغم صعوبة التقييم إلا أنه أنجح الطرق لزيادة فعالية الأداء المهني تحقيقاً للأهداف التي يعلقها المجتمع على مهنة الخدمة الاجتماعية. (٢٤)

ويعتبر الأخصائي الاجتماعي المهني المسئول عن ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في مجالاتها المتعددة، والأداة التي من خلالها يتم تحقيق أهدافها من خلال الالتزام بفلسفتها ومبادئها وأساليبها المهنية، وبالتالي يساهم الأخصائي الاجتماعي مع غيره من المهنيين في تحقيق التنمية المرغوبة في المجتمع، حيث أن مهنة الخدمة الاجتماعية ما زالت تعتمد في ممارستها على ما للاخصائي الاجتماعي من قدرات وامكانيات شخصية تلعب دوراً هاماً في أدائه لعمله المهني، وعلى الرغم من أن هناك اهتمام بالإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي سواء في عملية اختياره وتعليمه وتدريبه إلا أن هناك شكوى من وجود فجوة بين الإعداد النظري للأخصائي الاجتماعي والواقع الميداني للممارسة في المجتمع. (٢٥)

ومن ثم فإن تقدم أدائه يعكس صورة طيبة لتلك المهنة في ذهن المستفيدين الأمر الذي ينعكس ايجابيا على مكانة المهنة داخل المجتمع، لذلك من الأهمية أن نساعد هؤلاء الاخصائيين الاجتماعيين في الحفاظ على مستوى أدائهم المهني وتطويره باستمرار لكي يواكب التقدم العلمي من خلال الاطلاع المستمر على كل ما هو جديد واكتساب المزيد من الخبرات والمعارف المهنية بما يحقق لهم التواصل مع كل ما هو جديد يطرأ على المهنة أو طبيعة الممارسة المهنية ذاتها وبما يساهم في القيام بالمسئوليات المهنية تجاه عملائهم.

ونظراً لما لأخصائي خدمة الفرد من دور هام داخل المستشفيات كان لزاماً على المهتمين بالخدمة الاجتماعية بوجه عام وبالمجال الطبي بشكل خاص تقييم الجهود المهنية لأخصائي خدمة الفرد في هذا المجال بشكل دوري حتى يمكنه أداء دوره المهني بشكل فعال.

حيث أشارت العديد من الدراسات السابقة إلى ان دور أخصائي خدمة الفرد يمارس بشكل غير كامل داخل المستشفيات بسبب وجود نقص في المناهج الدراسية التي يتم من خلالها إعداد الأخصائي الاجتماعي لممارسة دوره مع المرضى(٢٦)، وعدم وجود تدريب كاف للأخصائيين الاجتماعيين لرفع مستوى الأداء المهني لهم وكذلك نقص المهارات المهنية والمعرفية لهم في المجال الطبي. (٢٧)

لذلك جاءت هذه الدراسة بهدف تقييم دور أخصائي خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفيات الحكومية بمدينة مسقط بسلطنة عمان وذلك على اعتبار أن أخصائي خدمة الفرد من أهم عناصر عملية العلاج والذي من خلاله يمكن تحسين الخدمات الاجتماعية المقدمة للمرضى ومساعدتهم على حل مشكلاتهم.

ثانيا: أهمية الدراسة :

طريقة خدمة الفرد كإحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية تهدف إلى التدخل والتأثير فى حياة الفرد الاجتماعية والنفسية لرفع مستوى وظيفته الاجتماعية ، حيث تعتمد طريقة خدمة الفرد على أخصائي خدمة الفرد فى العمل مع الحالات الفردية الذي يؤثر نجاحه فى أدائه لأدواره على مكانته ووضع المهنة داخل المستشفى والمتمثل فى مساعدة هؤلاء المرضى فى التغلب على ما يواجههم من صعاب داخل المستشفى وتحقيق أفضل تكيف ممكن لهم مع أنفسهم ومع زملائهم ومع المستشفى ومع أسرهم ومع المجتمع ككل ، ومن هنا فقد تحددت أهمية الدراسة فيما يلى :

١- الاهتمام المتزايد بالممارسات المهنية للخدمة الاجتماعية وخاصة طريقة خدمة الفرد في العمل مع حالات مرضى القلب المفتوح بعد زيادتها بشكل ملفت للنظر نتيجة التغيرات المتلاحقة والسريعة التي يمر بها المجتمع.

٢- التطور السريع في مجالات البحث العلمي والخدمة الاجتماعية داخل مجالاتها المتعددة والتحديات الجديدة سواء على المستوى العلمي أو على مستوى التغيرات المتلاحقة مما ينبهنا إلى ضرورة تحقيق مستوى مهاري عالي من خلال تقييم الأداء القائم والعمل على تقييمه.

٣- تتناول هذه الدراسة مجال من أهم مجالات الخدمة الاجتماعية وهو مجال مرضى جراحات القلب المفتوح في محاولة للوقوف على معوقات الممارسة المهنية لأخصائي خدمة الفرد في هذا المجال والعمل على تحديد مستوى الأداء المهني والمهاري لهم.

٤- أهمية التقييم باعتباره يحقق المسئولية المهنية ويتبع منها أيضا والممارسين مسئولين أمام عملائهم عن التأكد من كفاءة وفاعلية الممارسة المهنية.

٥- أن مرضى جراحات القلب المفتوح في حاجة ماسة إلى الرعاية الاجتماعية بجانب حاجتهم إلى الرعاية الطبية.

٦- أن أخصائي خدمة الفرد الذي يتعامل مع مرضى جراحات القلب المفتوح وأسرهم يمكنه أن يلعب دوراً واضحاً في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالمرض، حتى يتمكن من التعامل مع مواقف الحياة وضغوطها بشكل ايجابي وأيضا الحفاظ على مستوى التحسن الذي توصلت إليه العملية الجراحية.

ثالثا: أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة إلى :

١- التعرف على الدور الفعلي لأخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفيات الحكومية بمدينة مسقط – بسلطنة عمان.

٢- التعرف على النواحي الإيجابية والسلبية المرتبطة بممارسة أخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفيات الحكومية بمدينة مسقط – بسلطنة عمان.

٣- التعرف على المعوقات التي تحد من أداء أخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفيات الحكومية بمدينة مسقط – بسلطنة عمان.

٤- التوصل إلى العوامل التي يمكن أن تساهم فى تطوير دور أخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفيات الحكومية بمدينة مسقط – بسلطنة عمان .

رابعا : تساؤلات الدراسة :

تحاول الدراسة محاولة الإجابة على التساؤلات التالية :

١- ما الدور الفعلي الممارس لأخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفيات الحكومية بمدينة مسقط – بسلطنة عمان ؟

٢- ما النواحى الإيجابية المرتبطة بممارسة أخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفيات الحكومية بمدينة مسقط – بسلطنة عمان ؟

٣- ما النواحى السلبية المرتبطة بممارسة أخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفيات الحكومية بمدينة مسقط – بسلطنة عمان ؟

٤- ما المعوقات التي تحد من أداء أخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفيات الحكومية بمدينة مسقط – بسلطنة عمان ؟

٥- ما التوصيات والمقترحات التي يمكن أن تسهم فى تطوير دور أخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفيات الحكومية بمدينة مسقط – بسلطنة عمان ؟

خامسا : الموجهات النظرية التى تعتمد عليها الدراسة :

نظرية الدور الاجتماعى" Social Role Theory "

" لا علم دون نظرية وقد تتراكم البيانات والمعلومات والحقائق فى أحد ميادين المعرفة والدراسة ولكنها تظل مجرد بيانات ومعلومات وحقائق متراكمة إلى أن تأتى النظرية العلمية فتنظمها فى سياق فكرى واضح ، فإذا معانيها تتجلى وإذا العلاقات بين متغيراتها تتسق ، وإذا غامضها يفارقه الغموض ، وإذا حقيقتها العلمية تنكشف ، فيصبح ما مضى منها مفهوماً وما يقع فى الحاضر منها مدركاً ، كما يصبح التنبؤ بتطورها ومستقبلها وأين ومتى تقع أمراً ممكنا"(٢٨)

وسوف ينطلق الباحث فى دراسته الحالية من معطيات نظرية الدور الاجتماعي Social Role Theory حيث تعتبر نظرية الدور واحدة من أهم النظريات المستخدمة فى الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة وذلك لأنها تفسر التفاعل بين الفرد وبيئته الاجتماعية والعلاقات المتبادلة بينهما حيث أن الكثير من مشكلات الفرد تظهر فى عدم قدرته على أداء أدواره الاجتماعية بنجاح(٢٩)

" ولاشك أن طبيعة الحياة المعقدة وكثرة احتياجات الإنسان تجعله يلعب أكثر من دور فى المجتمع الأمر الذي يتطلب منه أن يعمل بطريقة معينة تناسب كل دور وبحيث تتلاءم مع توقعات المشاركين له فى هذه الأدوار ، ومن هنا فضرورة التكامل بين هذه الأدوار أمر حتمي لكي يستطيع الإنسان أن يحقق قدراً من التكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه والمحيطين به من الأفراد الآخرين".

" وتقدم لنا نظرية الدور إطاراً علمياً نظرياً مناسباً ووسيلة مناسبة تساعد أخصائي طريقة العمل مع الحالات الفردية على فهم المشكلة الفردية لعميلة كما تساعده فى القيام بعمليات طريقة العمل مع الحالات الفردية الثلاث الأساسية الدراسة ، والتشخيص ، والعلاج ، فضلاً عن إمكانية استخدامها وبفاعلية فى عملية التقويم "(٣٠).

" وقد بدأت نظرية الدور تؤثر فى الوقت المعاصر على ممارسة طريقة العمل مع الحالات الفردية ، كما أخذ عدد من المؤسسات الاجتماعية التي تستخدم تلك النظرية يتزايد تدريجياً ، ويرجع ذلك دون شك إلى ما تتسم به نظرية الدور من ثراء مفاهيمها ومكوناتها النظرية ، وكذا مضامينها التطبيقية ، وقدرتها على أن تقدم لنا أسلوباً ووسيلة مناسبة لدراسة وتحليل السلوك الاجتماعى صوره السوية والمشكلة ".

" فضلاً عن ذلك فقد أخذ الأخصائيون الاجتماعيون – بجانب التركيز على أدوار العملاء –فى التركيز أيضاً على أدوارهم المهنية ، ومتطلبات تلك الأدوار ، كما أخذوا فى الموائمة بينها وبين أدوار عملائهم بهدف إحداث التناسق ، والتوافق والتكامل بينهما " " ونظرية الدور لها مجالها المحدد ، وموضوعاتها التى تنصب عليها دراستها والتى ترتبط – إلى حد كبير – بموضوعات ومجالات اهتمام خدمة الفرد ، ففى نظرية الدور تنصب الدراسة على موضوعات مثل : الأدوار والمكانة الاجتماعية وخصائصها وتنظيماتها ، التوافق الاجتماعى وعملياته ، التنشئة الاجتماعية ومشاكلها ، الاعتماد المتبادل بين الأفراد ، التخصص وتقسيم العمل ... وغير ذلك .

وفى خدمة الفرد يتركز الاهتمام على موضوعات مثل : أدوار الأفراد ، والأسر ، والجماعات الصغيرة ، وكذا متطلبات الأدوار ومسئولياتها وفقاً للمحددات الثقافية ، ومدى التزام الفرد بها أو عجزه عن أدائها .... إلخ ".

ويمكن أن تحدد العلاقة بين طريقة العمل مع الحالات الفردية كإحدى طرق الخدمة الاجتماعية ونظرية الدور فى الافتراضات التالية: [٣١].

١- أن الفرد لا يعيش فى عزلة عن مجتمعه أو عن بيئته الاجتماعية بل هو جزء من نسق اجتماعي كبير ، وأن الفرد داخل هذا النسق يقوم بأداء دور أو أدوار متعددة فى حياته قد تتجانس أو يتصارع بعضها ، وأن هذا الدور أو هذه الأدوار تحتم عليه أداء واجبات معينة.

٢- أن الفرد فى وقت معين ومكان معين ومرحلة معينة من حياته يشغل مكانات اجتماعية معينة وبناء عليها يؤدى أدوار اجتماعية معينة ويقع داخل إطار ومحددات هذه الأدوار القيم الاجتماعية والثقافية التي يعتنقها المجتمع وبناء عليها تحدد توقعات الآخرين منه فى أداءه لهذه الأدوار ، فالفرد فى لحظة معينة من حياته قد يكون زوج وأب وابن وموظف وعضو فى هيئة أو نقابة وكل من هذه الأدوار تتطلب منه أداء واجبات معينة متوقعة منه.

٣- أن مشكلة الفرد تتمثل فى عجز مؤقت أو دائم فى أدائه لأحد أدواره ويرجع ذلك لعدم قدرته على أداء واجبات هذا الدور ، أو عدم وضوح توقعات هذا الدور أو لكثرة الأدوار التي يقوم بها ، أو اختلاف توقعات الآخرين بالنسبة لنفس الدور ، وعلى ذلك فالمشكلة الفردية ليست مشكلة فرد بل فرد فى تفاعله مع بيئته المحيطة.

٤- العلاج يتمثل فى مساعدة الفرد على القيام بدوره على أفضل وجه ممكن سواء بمساعدته على تحقيق التوازن فى أدائه أدواره ، أو فى تعديل توقعات الآخرين بالنسبة للفرد ، أو إيجاد أدوار بديلة أكثر ملائمة للفرد ، أو التجاوز عن أداء بعض الأدوار ، أو تغير فى أدوار المشاركين له .

المفاهيم الرئيسية لنظرية الدور :

هناك مجموعة من المفاهيم الرئيسية التى تعتمد عليها نظرية الدور ومن هذه المفاهيم ما يلى :

١- مفهوم الدور
٢-متطلبات الدور
٣-توقعات الدور
٤-وضوح الدور
٥- غموض الدور
٦- صراع الأدوار
٧- تكامل الأدوار أو تعارضها
٨-الأدوار الظاهرة والأدوار الضمنية

ونعرض باختصار كلاً منها فيما يلى :

١- مفهوم الدور The Role

الدور هو عبارة عن مجموعة من الأفعال والواجبات التى يتوقعها المجتمع ممن يشغل مكانة أو وضع اجتماعى معين " [٣٢].

أو هو فعل أو مجموعة من الأفعال التي تتضمن عدداً من الحقوق والواجبات أو أنماط السلوك والتصرفات من شخص يشغل مكانة معينة وتتم من خلال موقف اجتماعي يتفاعل فيه مع شخص أو أكثر .

٢- متطلبات الدور Role Demands

وهى المقومات اللازمة لأداء دور معين ، وهى تنشأ من المعايير الثقافية ومن شأنها أن توجه الفرد عند اختياره وسعيه للقيام بأدوار معينة .

" ٣- توقعات الدور Role Expectations

وهى التصورات أو الأفكار أو المعارف التى تكون لدى أشخاص معينين لمدى مناسبة أنماط سلوكية يقوم بها شاغل مكانة معينة بالنسبة لتلك المكانة "[٣٣].

٤- وضوح الدور Role vigor

هو عبارة عن إطار محدد متفق عليه من جانب المشاركين فى الموقف الاجتماعى لما يجب أن يقوم به شاغل هذا الدور وما له من حقوق وما عليه من واجبات .

٥- غموض الدور Role Ambiguity

هو عبارة عن عدم وصف الدور وصفاً دقيقاً يتمثل فى عدم اتفاق المشاركين فى هذا الدور على متطلبات هذا الدور وحقوق وواجبات شاغله .

٦- الأدوار الظاهرة والأدوار الضمنية Explict and Implict Roles

الأدوار الظاهرة هى الأدوار القابلة للملاحظة ، والممارس لهذه الأدوار يؤديها على مستوى شعورى ، أى يؤديها وهو مدرك واع بها ، أما الأدوار الضمنية فهى تلك الأدوار التى لا يكون الفرد واعياً لها أو منتبهاً لمتطلباتها.

٧- صراع الأدوار Roles Conflict

يشغل كل فرد العديد من الأدوار ويتعرض نتيجة ذلك لما يسمى بصراع الأدوار والذى يتضح فى المواقف التالية :

أ- عندما تفرض مكانة الفرد عليه شغل مجموعة من الأدوار فى وقت واحد ولكل منها واجبات تتعارض مع واجبات الأدوار الأخرى .

ب- عندما تفرض مكانة الفرد عليه شغل دوراً معيناً إلا أن هذا الدور يتم تعريفه بشكل مختلف من أكثر من جماعة مرجعية واحدة .

ج- عندما يكون فهم الفرد لدوره غير متطابق مع فهم الآخرين ذوى الأهمية بالنسبة له فى نسقه الاجتماعى وهو ما يطلق عليه عدم تطابق الدور Role Incongruency

٨- تكامل الأدوار أو تعارضها Role Complimentaroty or Discomplimentarity

يتم التكامل بين الأدوار إذا كان كل شريك فى الدور يؤدى دوره بشكل سهل دون صعاب وبالطريقة المتوقعة منه والمتفق عليها من جانب المشاركين فى الدور ، ويحدث التعارض فى الأدوار لأسباب عديدة مثل : عدم الاستقرار داخل النسق أو فشل المشتركين فى الأدوار فى إحداث التناسق بينهم .

سادسا : مفاهيم الدراسة:

١- مفهوم التقييم:

حظي التقييم باهتمام الباحثين عموماً وهو أحد الموجهات الأساسية لبحوث الخدمة الاجتماعية حيث يهدف إلى بيان مقدار إحساس الأخصائيين الاجتماعيين لمسئولياتهم تجاه قيمة عملهم وخدماتهم. (٣٤)

كما يعني التقييم تحديد القيمة الفعلية للجهود التي بذلت وقياس مدى قربها أو بعدها عن تحقيق الهدف أو الأهداف المقصودة، والتقييم عملية أساسية يحتاج إليها كل شخص في حياته العامة والخاصة فكل منا يحاسب نفسه من وقت لآخر لتجنب الأخطاء التي ارتكبها أو ليقوم من سلوكه. (٣٥)

كما يعرف قاموس أكسفورد التقييم على أنه إيجاد تعبير رقمي عن الشيء المراد تقييمه ليعبر عن كم هذا الشيء. (٣٦)

ويعرف التقييم بأنه هو إحدى الخطوات الرئيسية التي تتضمنها العملية التخطيطية والتي تستهدف التعرف على إنجاز الخطة ومدى ما حققته من أهداف ومعدل تحقيق كل هدف ورأي المستفيدين من البرنامج والمشروعات والاستفادة من البيانات والمعلومات في خطة المستقبل. (٣٧)

ويعرف التقييم بأنه وسيلة موضوعية تستهدف الكشف عن حقيقة التأثير الكلي والجزئي لمشروع من المشروعات أثناء سريانه وفي مجال تنفيذ عملياته. (٣٨)

ويعرف التقييم في نطاق البحوث التقييمية على أنه مجموعة من الأساليب العلمية التي تتضمن ممارستها عدداً من المهارات الضرورية اللازمة لكي يستطيع تحديد مدى الطلب لخدمة إنسانية بذاتها وقياس الممارسات المخططة سلفاً بالمهارات الفعلية لهذه الخدمات وتقدير مدى فاعليتها في تلبية الاحتياجات التي يعبر عنها الناس. (٣٩)

ويقصد الباحثان بالتقييم في هذه الدراسة:

هو تلك العملية التي بواسطتها يتم تحديد مدى أداء أخصائي خدمة الفرد لدوره مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالمستشفى لمعرفة مدى تطابقه أو اختلافه

عـن الـدور الموصـوف باللائحـة الداخليـة للمستشـفى وكـذلك معرفـة جوانـب القـوة والضعف في أداء هذا الدور.

٢- مفهوم الدور : THE ROLE

تعددت وجهات النظر حول تعريف الدور نتيجة لاختلاف التخصصات التى تناولت هذا المفهوم وفيما يلي بعض وجهات النظر التى تناولت تعريف الدور:

يعرف الدور لغويًا :

"بأنه دار ، دورانا ، أى التف وأطاف حول الشيء دار حوله ، عاد إلى الوضع الذي بدأ منه " . (٤٠)

وترى وجهه نظر أن" الدور هو ذلك العمل الذي يؤديه شخص ما في أي نشاط من الأنشطة التي يلعبها فى الحياة "(٤١).

ويعرف الدور فى قاموس اللغة الإنجليزية " بأنه جزء من أداء الفرد لعمل معين كما يعرف على أنة وظيفة للشيء أو للشخص" . (٤٢)

ويعرف الدور فى قاموس الخدمة الاجتماعية " بأنه نماذج محددة ثقافياً وملزمة للفرد الذي يحتل مكانة معينة محددة ومعيار اجتماعى مرتبط بوضع اجتماعى معين يملي علاقة تبادلية معينة " (٤٣)

وترى وجهه نظر أن " الدور عبارة عن مجموعة من الأفعال والواجبات التي يتوقعها المجتمع ممن يشغل مكانة أو وضع اجتماعي معين " (٤٤)

وتري وجهه نظر أن " الدور هو السلوك المتوافق مع المعايير الثقافية التي تضمن الحقوق والواجبات الملزمة للمكانات التي يشغلها الفرد في البناء الاجتماعي عند تفاعله مع الأفراد في الجماعات المتنوعة " (٤٥)

ويعرف الدور بأنه " هو الجانب الديناميكي لمركز اجتماعى وما يرتبط به من واجبات وحقوق وبذلك يكون الدور هو التعريف الاجتماعي للحقوق والواجبات المنوطة لكل فرد يشغل مكانة معينةفى المجتمع " (٤٦)

وتري هيلين برلمان بأن " الدور هو نموذج للسلوك المنتظم وأنه يتأثر بالمركز الاجتماعي الذي يشغله الفرد والوظائف التي يؤديها في علاقته بشخص أخر".

وهناك ارتباط بين المكانة والدور فالمكانة تتضمن حالتين أساسيتين هما :

١- عدد من الحقوق والواجبات المتوقعة من شخص معين وما يؤديه وما يقوم به من أفعال ٠

٢- تفاعل بين اثنين أو اكثر من الأشخاص (٤٧)

وبناء على ما تقدم فانه يمكن تعريف الدور الفعلى فى هذه الدراسة بأنه :

هو الدور الذى يقوم به أخصائي خدمة الفرد فعلاً فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح في الوقت الحالي٠

كما يمكن تعريف الدور المتوقع بأنه :

كل المسئوليات التى يجب أن يقوم بها أخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح في الوقت الحالي من وجهه نظر المشاركين فى الدور .

ويعرف الدور الموصوف بأنه :

كل المسئوليات التى يجب أن يقوم بها أخصائي خدمة الفرد فى العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح في الوقت الحالي بالمستشفى وفقاً للائحة عمله بالمستشفى.

٣ مفهوم الأخصائي الاجتماعي:

هو الشخص المهني الذي يعد في الكليات والمعاهد المتخصصة لممارسة الطرق والأساليب المختلفة للخدمة الاجتماعية في مجالاتها المتعددة.

وهو الشخص الذي تتوافر فيه الصفات التي تجعله قادراً على انجاز المسئوليات التي يتطلبها دوره المهني بنجاح وهذا يتطلب أن يتوفر فيه جانبين أساسين هما:-

١- الاستعداد الشخصي.

٢- الإعداد المهني ويشمل الإعداد النظري والعملي.

أما أخصائي خدمة الفرد فهو ذلك الشخص إلى يتم اعداده إعداداً مهنياً ونظرياً في كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية وتخصص في ممارسة طريقة خدمة الفرد كأحد طرق الخدمة الاجتماعية الأساسية ويهدف هذا الإعداد إلى تزويد أخصائي خدمة الفرد بالمميزات التالية:-

١- أن يزود بالمعلومات الكافية عن الحالات التي يعمل معها سواء كانت معلومات اجتماعية صحية- نفسية.

٢- أن يزود بمهارات العمل الاجتماعي ما يتطلبه هذه المهارات من إدراك وتطبيق للمبادئ وأساليبها.

٣- أن يزود بمجموعة من الخبرات المتصلة بطبيعة دوره مع العملاء.

٤- أن يزود باتجاهات الشخصية الصالحة للعمل مع الناس مثل القدرة على ضبط النفس واحترام المواعيد وحب الناس.

ويقصد الباحثان بأخصائي خدمة الفرد في هذه البحث:

هو الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في إدارة الخدمة الاجتماعية بمستشفيات مرضى القلب المفتوح بمدينة مسقط سلطنة عمان.

٣ مفهوم مرضى جراحات القلب :

مريض القلب المفتوح هو شخص يحدث له خلل في اندفاع الدم الغني بالأكسجين من خلال صمام الأورطي ولا يدور الدم في الجسم بالشكل السليم، وإذا حدث خلل في الصمامات فإنه يحتاج للجراحة لأن اتلاف أي صمام يسبب ضغطاً شديداً على عضلة القلب ويمنع وجود سريان دم كافي لأعضاء الجسم مما يستلزم وجود جراحة قلب مفتوح لهذا المريض.

ويعرض مريض جراحة القلب في هذه الدراسة بأنه الشخص الذي يتم إجراء عملية جراحية قلب مفتوح له وما يزال في مرحلة النقاهة داخل المستشفى.

سابعا : الدراسات السابقة:

لقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث المتنوعة في مجال الممارسة المهنية في المجال الطبي ولقد كان لنتائج وتوصيات العديد من تلك الدراسات والبحوث الميدانية ما يؤكد على ضرورة اجراء دراسات تقييمية للتعرف على فاعلية هذه الممارسة في تحقيق الأهداف المطلوبة.

ونعرض فيما يلي مجموعة من الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع البحث:

أ- <u>الدراسات السابقة المرتبطة بالتقييم:</u>

١- دراسة عبد الكريم عفيفي (١٩٨٠). [٤٨]

وتناولت هذه الدراسة العوامل المؤثرة في أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره مع الحالات الفردية، ولقد طالبت هذه الدراسة بضرورة تنظيم دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين تعبر عن احتياجاتهم من المعارف والمهارات بالقدر الذي يساعدهم على الأداء المهني الفعال.

٢- دراسة Roger Ellis (1980). [٤٩]

وكانت تهدف إلى التعرف على إطار عمل لتخطيط برامج التدريب على مهارات الخدمة الاجتماعية وقد أظهرت نتائجها ضرورة إعادة وضع الخطة التفصيلية لبرامج التدريب والتركيز على الاحتياجات التدريبية من حيث (القائم به- المتدربين- السياق الذي يتم فيه برنامج التدريب- الوسائل المستخدمة في التدريب- إجراء التقييم).

٣- دراسة ماهر أبو المعاطي (١٩٨٦). [٥٠]

وقد استهدفت التعرف على مدى فعالية التدريب في إعداد طلاب الخدمة الاجتماعية وقد توصلت نتائجها إلى ضعف فاعلية برامج التدريب الميداني نظراً لوجود مجموعة من المعوقات في مقدمتها عدم تحديد برنامج تدريب واضح وضعف كفاءة المشرفين وأكدت على ضرورة إجراء تقييم مستمر.

٤- دراسة ثريا عبد الرؤوف جبريل (١٩٨٧). [٥١]

والتي تؤكد نتائجها ضعف فعالية التدريب الميداني في اكساب طلاب الخدمة الاجتماعية المهارات اللازمة للعمل بعد التخرج وأشارت إلى ضرورة تفعيل هذه البرامج.

٥- دراسة نبيل صادق (١٩٨٨). [٥٢]

وأكدت على ضرورة وجود برامج مستمرة للتنمية المهنية تساهم في إعداد الأخصائي الاجتماعي وأكدت على ضرورة تقييم الدور المهني باستمرار.

٦- دراسة Harkness And Nulinki(1988). [٥٣]

والتي تدور حول أهم مستويات الإنجاز للأخصائيين الاجتماعيين ومعدلات أدائهم وما هي أهم المعايير التي يمكن وضعها لتقييم أداء الأخصائيين نحو إعداد معايير للأداء وأكدت نتائج الدراسة على وجود فروق بين أداء الأخصائيين الاجتماعيين والمشرفين وتوصلت إلى وضع إطار مقترح لمعايير الأداء.

٧- دراسة PemelaEtal(1989). [٥٤]

وقد أجريت الدراسة على الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون بعض الوقت وتوصلت الدراسة إلى أن الدورات التدريبية والمناهج لها دور كبير في تحسين أداء العاملين من الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون بعض الوقت في المؤسسات الاجتماعية.

٨- دراسة Carbone (1990). [٥٥]

وكان الهدف من تلك الدراسة هو تحسين الأداء للأخصائيين الاجتماعيين خلال ممارستهم لأدوارهم في إطار فريق عمل مع الأحداث وذلك من خلال إعداد برنامج يتم تطبيقه عليهم وقيام المشرفين على البرنامج بتسجيل معدل أداء الاخصائيين الاجتماعيين عند تعاملهم مع الأحداث.

٩- دراسة سمير حسن(١٩٩٠). [٥٦]
والتي أكدت على العلاقة بين الإعياء المهني للأخصائي الاجتماعي وأدائه لدوره في ضوء برامج مستمرة تحتاج للتقييم المستمر.
١٠- دراسة نبيل إبراهيم أحمد (١٩٩٣). [٥٧]
وكان الهدف منها هو قياس الأداء الاجتماعي للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال رعاية الشباب وأظهرت النتائج أن الأداء الاجتماعي للأخصائيين الاجتماعيين يختلف باختلاف مهاراتهم وخبراتهم وباختلاف العملاء الذين يعملون معهم.
وأشارت تلك الدراسة إلى ضرورة إجراء المزيد من الدراسات العلمية التقيمية حول معرفة أداء الاخصائي الاجتماعي لدوره في مجالات الممارسة المهنية المختلفة.
١١-دراسة أشرف غيث (١٩٩٣). [٥٨]
وكان الهدف من تلك الدراسة هو بناء مقياس لقياس مهارات الاخصائي الاجتماعي المنظم في إدارته للمناقشات بما يؤدي إلى تزويد الأخصائيين الاجتماعيين بأداة موضوعية لقياس مهاراتهم وذلك من خلال قياس عائد تدخلهم المهني لمعرفة جوانب القصور في ممارستهم العملية.
١٢- دراسة جمال شكري (١٩٩٣). [٥٩]
وكان الهدف من تلك الدراسة هو تقييم برنامج لزيادة مهارات خدمة الفرد للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الإدمان وأظهرت نتائج تلك الدراسة حقائق تؤكد على ضرورة الاستفادة من الدراسات الميدانية والبحوث وضرورة تطوير مناهج إعداد الأخصائيين الاجتماعيين لتواصل المعرفة وزيادة المهارات المهنية.
١٣- دراسة رفيق الصعيد (١٩٩٤). [٦٠]
والتي تدور حول برنامج تدريبي لرفع كفاءة الاخصائي الاجتماعي بجهاز رعاية الشباب في كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية، حيث توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها أن البرنامج التدريبي أدى إلى زيادة مهارات وخبرات الاخصائيين الاجتماعيين وزيادة فعالية أدائهم في العمل الفريقي.
١٤- دراسة علاء الدين مغازي(١٩٩٧). [٦١]
وكان الهدف منها هو التعرف على فعالية الدورات التدريبية في زيادة أداء الأخصائي الاجتماعي المدرسي لدوره، وأشارت الدراسة إلى أن الدورات التدريبية التنشيطية تكسب الأخصائيين الاجتماعيين القيم والاتجاهات والقدرات الخاصة بممارسة الخدمة الاجتماعية المدرسية، وزيادة المهارات العامة والمهنية المتخصصة المتصلة بممارسة طرق الخدمة الاجتماعية المدرسية وأكدت على ضرورة التقييم المستمر لتلك الدورات.
١٥- دراسة إيمان أبو رية (١٩٩٧). [٦٢]
وتدور حول الاهتمام بالبرامج التدريبية التي تنمي المعارف والمهارات والاتجاهات للأخصائيين الاجتماعيين والتركيز على المهارات التعليمية مثل مهارة التعاون- إدارة الوقت- الاتصال- حل المشكلة.
١٦- دراسة حمدي منصور (١٩٩٨). [٦٣]
وقد تناولت الدراسة تحديد العلاقة بين مستوى المسئولية الاجتماعية ودرجة الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين وقد أشارت نتائج تلك الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المسئولية الاجتماعية ومتغيرات الأداء المهني والتي تمثلت في الإلمام الكافي بجوانب المشكلة والدراسة الكافية للمتخصص والتدريب المستمر على مواجهة الجوانب المجتمعية المتوقعة.
١٧- دراسة جمال شكري (١٩٩٩). [٦٤]
وهي عن الإعياء المهني للأخصائي الاجتماعي والتي أكدت على ضرورة تحقيق الترابط بين جوانب الممارسة وسد الفجوة الواضحة في العمل المهني.

١٨- دراسة سحر فتحي (٢٠٠١). [٦٥]
وهي عن تصور مقترح لتطوير عملية تقويم الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي المدرسي وقد توصلت الدراسة إلى ضرورة وجود تدريب مستمر للأخصائيين الاجتماعيين لرفع كفاءتهم المهنية وضرورة متابعة ما تم انجازه في ضوء التقويم المستمر.

١٩- دراسة احمد حسني (٢٠٠١). [٦٦]
وتدور حول تحقيق التنمية المهنية الفعالة للأخصائيين الاجتماعيين من خلال عقد دورات تدريبية واجتماعات دورية وتكثيف المحاضرات وورش العمل وتدريب الأخصائي على لعب الأدوار واتخاذ القرارات والمناقشة الحرة وعقد الندوات التي من خلالها يتم احداث التنمية المهنية للأخصائيين الاجتماعيين.

٢٠- دراسة ناصر عويس (٢٠٠٢). [٦٧]
وكان الهدف منها التعرف على الاحتياجات اللازمة لتنمية مهارات الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بمجال رعاية الشباب وأظهرت نتائج الدراسة أهمية إجراء تقييم الأداء المهني باستمرار لتدعيم قدرة الأخصائي الاجتماعي وزيادة إلمامه بمهام ومسئوليات العمل المهني بمجال رعاية الشباب.

٢١- دراسة سامر السقا (٢٠٠٢). [٦٨]
وكان الهدف منها وضع إطار عمل لتخطيط برامج التدريب على مهارات الخدمة الاجتماعية وقد توصلت تلك الدراسة إلى ضرورة وجود أهداف لتلك البرامج وتوافر العدد الكافي من المدربين والامكانيات ووجود مؤسسات تطبق تلك البرامج وضرورة إجراء تقييم مستمر لها.

٢٢- دراسة سلامه منصور (٢٠٠٣). [٦٩]
وكان الهدف منها ممارسة برنامج تدريبي لتنمية معارف ومهارات الاخصائيين الاجتماعيين وقد توصلت الدراسة إلى ان البرنامج قد حقق فائدة عالية للأخصائيين وأن الاخصائيين ما زالوا في حاجة إلى دورات تدريبية مماثلة لتقوية مهارات الممارسة المهنية لديهم.

٢٣- دراسة عبير بدر الدين (٢٠٠٧). [٧٠]
وهدفت إلى الكشف عن احتياجات المسنين والتعرف على المهارات النفسية والمهنية والتربوية اللازمة للأداء الفعال للأخصائي الاجتماعي في مجال الرعاية النفسية والاجتماعية للمسنين، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط دال احصائيا عند مستوى ٠.٠١ بين المسنين وأخصائي الرعاية الاجتماعية.

٢٤- دراسة عصام عبد الرازق (٢٠٠٧). [٧١]
وهدفت إلى التعرف على مدى فعالية البرامج التدريبية في تنمية المهارات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع جماعات الشباب الجامعي، وتوصلت الدراسة إلى ان الدورات التدريبية التي يتم عقدها بصفة مستمرة ساهمت في تعديل وتطوير العمل المهني والجماعي مع الشباب في المواقف المختلفة مما ساعد على تحقيق الأهداف المنشودة.

ب- الدارسات السابقة المرتبطة بجراحات القلب المفتوح:

١- دراسة كاملة فهيم (١٩٨٩). [٧٢]
وهدفت الدراسة إلى دراسة بعض سمات مرضى القلب والمصابين بالاضطرابات الانفعالية المختلفة نتيجة معاناتهم من المرض، وذلك من خلال برنامج إرشادي من إعداد الباطنة وتوصلت الدراسة إلى التقليل من هذه الاضطرابات وارتفاع مستوي التوافق النفسي لدى المجموعة التجريبية.

٢- دراسة (Nee, Linda 1995). [٧٣]
وهدفت الدراسة إلى محاولة اختبار مدى فاعلية برنامج تدخل مهني في خفض مستوي القلق لدى مرضى جراحات القلب المفتوح.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مرضى القلب وجراحات القلب المفتوح يعانون من التوتر والقلق وأعراضه ولكن بدرجات متفاوتة خاصة قبل الجراحة وأن التدخل أحدث نقص في القلق، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن التفاعلات النفسية الاجتماعية يمكن أن تؤثر على الوظائف النفسية فيزيد تعرض المرض لنوبات قلبية خاصة الذية قاموا بجراحات القلب المفتوح.

٣- دراسة رأفت عبد الرحمن محمد (١٩٩٩). [٧٤]

وهدفت الدراسة إلى مساعدة الأطفال المرضى بأمراض القلب المزمنة على تعديل حياتهم في (العلاقات الاجتماعية-الاعتماد على النفس-النشاط البدني-التغذية) وذلك من خلال استخدام العلاج المعرفي السلوكي وتم تطبيق الدراسة بمستشفى الأطفال الجديدة بجامعة القاهرة، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتعديل أسلوب الحياة للأطفال المرضى بأمراض القلب المزمنة.

٤- دراسة (Scherbertger Mahoney 2000). [٧٥]

وهدفت الدراسة إلى التعرف على معاناة المرضى بمرض قصور القلب وأعضاء أسرهم والتعرف على المشكلات التي يتعرضون لها ويتم إجراء هذه الدراسة بمركز العلوم الصحية بكلية التمريض بجامعة هيوستون وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تفكك في العلاقات الأسرية بين المرض وباقي أعضاء أسرهم مثل صعوبة توجيه المريض لأفراد أسرته وظهور العديد من المشكلات النفسية داخل الأسرة مثل القلق والخوف والاكتئاب.

٥- دراسة (Dew Amanda Mary 2001). [٧٦]

وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى حدوث المشكلات النفسية مثل القلق والاكتئاب لدى مقدموا الرعاية الأسرية ومدى خطورتها عند اجراء عملية زرع القلب لأحد أعضائها وتم اجراء الدراسة على عينة من المرضى بكلية الطب جامعة بتنسبيرج وتوصلت نتائج الدراسة وجود بعض المشكلات النفسية لدى أعضاء هذه الأسرة مثل القلق والإكتئاب وأظهرت الدراسة خطورة هذه المشكلات على أعضاء هذه الأسر وأوضحت أنهم يحتاجون إلى المزيد من الرعاية والاهتمام من جانب أعضاء أسرهم كما أنهم يحتاجون إلى مساندتهم اجتماعياً ونفسياً للتخفيف من هذه المشكلات.

٦- دراسة (Gueulette Brewer 2003). [٧٧]

وهدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير مرضى قصور الشريان التاجي على المريض وأسرته وأظهرت الدراسة تعرض مرضى القلب وأسرهم إلى العديد من الأمراض النفسية مثل القلق والاكتئاب وأوضحت الدراسة أهمية المساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة المرض وتحسين نوعية الحياة للمرضى.

٧- دراسة (LettHealther 2005). [٧٨]

وهدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية وعلاج المشكلات الاجتماعية لمرضى الشريان التاجي وطبقت الدراسة في مستشفى كاليفورنيا وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن القصور في تقديم المساندة الاجتماعية لمرضى الشريان التاجي يؤدي إلى زيادة خطورة هذا المرض وأن تحسين مستوى المساندة الاجتماعية للمريض يؤدي إلى تقليل آثار هذا المرض.

٨- دراسة (EvidikiKaba 2005). [٧٩]

وهدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات النفسية التي تحدث لمرضى القلب الذين أجريت لهم عملية زرع قلب وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مرضى القلب لديهم شعور طبيعي بالذنب تجاه الأشخاص الذين قد تم أخذ القلب منهم كما أنهم يشعرون بالخوف مما قد يحدث لهم بعض إجراء العملية.

٩- دراسة (Freedland Kenneth 2009). [٨٠]

وهدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي ف علاج الاكتئاب بعد عمليات زرع الشريان التاجي ويتم اجراء الدراسة في مدرسة الطب بجامعة واشنطن وتوصلت الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التحقيق من أغراض الاكتئاب والقلق لدى مرضى الشريان التاجي.

١٠- دراسة (Hirsh Adam, T 2009). [٨١]

وهدفت الدراسة إلى دراسة أثر العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في التخفيف من القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب الذين يتم عمل منظم قلب صناعي لهم، وتوصلت الدراسة إلى وجود تحسن ملحوظ لدى المرضى في علاج حالات القلق والاكتئاب نتيجة استخدام العلاج المعرفي السلوكي وخاصة في العلاقات الزوجية.

١١- دراسة (Irvine Jane 2010). [٨٢]

وهدفت الدراسة إلى معرفة مدى قابلية المرضى الذين يتم زرع جهاز منظم لضربات القلب لهم للعلاج المعرفي السلوكي، وتوصلت الدراسة إلى تحسن ملحوظ في أغراض الاكتئاب والضغط العصبي وكذلك تغيير أنماط التفكير الخاطئ واصلاح العيوب المعرفية.

١٢- دراسة (JonsbuEgil 2011). [٨٣]

وهدفت الدراسة إلى التعريف على أثر العلاج المعرفي السلوكي في تحسين نوعية الحياة لمرضى اضطراب ضربات القلب، وتوصلت نتائج الدراسة إلى حدوث تحسن ملحوظ في أنشطة الحياة لمعظم الحالات التي تم استخدام العلاج المعرفي السلوكي معهم.

تحليل مضمون الدراسات السابقة وموقف الدراسة الحالية منها:

١- مما تقدم نجد أن هناك العديد من الدراسات ركزت على زيادة معدلات الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي وتنميته وتطويره ولكنها لم تتطرق إلى كيفية تقييم هذا الأداء لتحديد المرتبة الحقيقية التي يحتلها أخصائي خدمة الفرد والتي يمكن عندها تحديد قدرته المهنية والمهارية.

٢- أكدت الدراسات السابقة على أهمية الدراسة الحالية حيث طالبت معظم نتائجها بضرورة إجراء دراسات تقييمية للتأكد من فعالية النتائج التي تحققت مما يسهم في تطوير الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية.

٣- أكدت الدراسات السابقة على أن المهارات المهنية تحتاج إلى تدعيم وتنمية وأن هناك بعض القصور في معارف ومهارات أخصائيين خدمة الفرد.

٤- أكدت الدراسات السابقة على أن الدورات التدريبية تساعد على اكتساب الخبرات والمهارات المهنية لأخصائيين خدمة الفرد القدامى والجدد لأداء عملهم بكفاءة.

٥- لم تتعرض أي من الدراسات السابقة التي أجريت للمهارات المهنية لأخصائي خدمة الفرد في مجال مرضى جراحات القلب المفتوح.

٦- أكدت الدراسات السابقة على أهمية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في علاج الأمراض النفسية لمرضى جراحات القلب المفتوح.

٧- أكدت الدراسات السابقة على أهمية دور أخصائي خدمة الفرد في تدعيم المساندة الاجتماعية لمرضى جراحات القلب المفتوح.

٨- أكدت الدراسات السابقة على أن نقص التفاعلات الاجتماعية والنفسية لمرضى جراحات القلب المفتوح يشكل عامل خطورة على هؤلاء المرضى.

٩- لم تظهر أي دراسة سابقة القصور الحقيقي في البرامج التدريبية لأخصائيين خدمة الفرد في مجال مرضى جراحات القلب المفتوح.

١٠- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها ووضع تساؤلات الدراسة وتحديد أدواتها.

ومما سبق وانطلاقاً من تحليل البحوث والدراسات السابقة وما انتهت إليه من نتائج وتوصيات واستناداً إلى الإطار النظري الذي انطلقت منه الدراسة يخلص الباحثان إلى أن تقييم دور أخصائي خدمة الفرد في مجال جراحات مرضى القلب المفتوح سوف يسهم في رفع معدل الأداء المهني لأخصائيين خدمة الفرد في مجال مرضى القلب المفتوح من خلال وضع البرامج التدريبية التي تسهم في رفع الكفاءة والأداء المهني لهم.

ثامنا: الإجراءات المنهجية للدراسة:

١- نوع الدراسة

يتحدد نوع الدراسة على أساس مستوى المعلومات المتوفرة لدى الباحث وعلى أساس الهدف الرئيسي من الدراسة. (٨٤)

وهذه الدراسة دراسة تقيمية تنتمي إلى البحث التطبيقي في الخدمة الاجتماعية، ويميل هذا النوع من الدراسات التقيمية إلى معرفة مدى تحقيق الممارسين لأدوارهم وأهدافهم سواء كانت متعلقة بالبرامج أو بأنشطة الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة. (٨٥)

وتسعى هذه الدراسة إلى تقييم دور أخصائي خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

٢- منهج الدراسة:

المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو منهج المسح الاجتماعي الشامل لجميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات مرضى القلب المفتوح بمدينة مسقط بسلطنة عمان والذي يعد من أنسب المناهج لمثل هذه الدراسة، ويقصد بمنهج المسح الاجتماعي هو الدراسة العلمية لظروف المجتمع وحاجاته بقصد تقديم برنامج إنشائي للإصلاح الاجتماعي كما يعرف بأنه دراسة للظروف الاجتماعية التي تؤثر في مجتمع معين، سواء كان مجتمع الجيرة أو القرية أو المقاطعة أو الدولة أو الأمة بقصد الحصول على بيانات ومعلومات كافية يمكن الاستفادة بها في وضع وتنفيذ مشروعات إنشائية للإصلاح الاجتماعي. (٨٦)

كما يعرف المسح الاجتماعي بأنه : "محاولة منظمة لتقرير وتحليل وتفسير الوضع الراهن لنظام اجتماعي أو جماعة أو بيئة معينة وهو ينصب على الموقف الحاضر ولس على اللحظة الحاضرة، كما يهدف للوصول إلى بيانات يمكن تصنيفها وتفسيرها وتعميمها وذلك للاستفادة بها في المستقبل وخاصة في الأغراض العلمية". (٨٧)

٣-أدوات الدراسة:

أداة الدراسة يعد مصطلح منهجي يعني "الوسيلة التي يجمع بها المعلومات اللازمة لإجابة أسئلة البحث، ويتميز الاستبيان بأنه مفيد جداً في حالة كون أفراد البحث منتشرين في أماكن متفرقة ويصعب الاتصال بهم شخصياً ويتميز أيضا بقلة التكاليف والجهد، كما تتوفر له ظروف التقنين أكثر من أي وسيلة أخرى، كما أنه يساعد في الحصول على بيانات حساسة أو محرجة قد يخشى المبحوث في الإعلان صراحة عنها للباحث، كما أنه لا يحتاج إلى عدد كبير من جامعي البيانات، ويعاب على الاستبانة أنه لا يصلح الا للمبحوثين المثقفين والملمين

بالقراءة والكتابة، ويحتاج إلى صياغة دقيقة لعناصره ولا يصلح في حالة ازدياد عدد الأسئلة".(٨٨)

وقد استعان الباحثان ببعض الاستبيانات حيث تم الاطلاع عليها لكي يستفيدا ممن سبقوهما من الباحثين من ذوي الاختصاص والحصول على استبيان نموذجي لتلافي الأخطاء الموجودة في بعض الاستبيانات.

أ- تم تصميم استمارة الاستبيان لهذه الدراسة في ضوء مشكلة الدراسة حيث تم تغطية كل هدف وتساؤل من أهداف وتساؤلات الدراسة بمجموعة من الأسئلة.

بعد الاطلاع على أدبيات الدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، قام الباحثان بتصميم أداة الدراسة إلى قسمين هما:

القسم الأول: يحتوي قائمة البيانات الأولية خاصة بالأخصائيين الاجتماعيين (مجتمع الدراسة) مثل العمر، الجنس ونوع التخصص، وسنوات الخبرة، والدوارت التدريبية.

القسم الثاني: ويحتوي على خمسة أبعاد رئيسية هي :-

١- البيانات الأولية

٢- الدور الفعلي لأخصائي خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

٣- الجوانب الإيجابية المرتبطة بممارسة أخصائي خدمة الفرد لدوره في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

٤- الجوانب السلبية المرتبطة بممارسة أخصائي خدمة الفرد لدوره في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

٥- المقترحات المرتبطة بممارسة أخصائي خدمة الفرد لدوره في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

ب- الرجوع إلى سجلات الحالات المرضية بالمستشفى:

وذلك بهدف التعرف على مدى التزام اخصائي خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالإطار النظري لطريقة خدمة الفرد بما يشمله من مبادئ وأهداف وأساليب ومهارات وقيم أخلاقية ونظريات .... إلخ.

ج- المقابلات :

مع بعض الاخصائيين الاجتماعيين المتميزين في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح والخبراء والمتخصصين في مجال مرضى القلب للتعرف الجوانب التي يجب ان تتوفر في شخصية أخصائي خدمة الفرد الذي يعمل في هذه المستشفيات والتعرف على المقترحات الخاصة بتطوير الإعداد المهني له.

٤- صدق وثبات أداة الدراسة:

صدق أداة الدراسة:

قام الباحثان بعرض أداة الدراسة في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين من أعضاء هيئة التدريس بكليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية وطلب الباحثان من المحكمين إبداء الرأي في مدى وضوح عبارات وأسئلة الاستمارة ومدى ملائمتها ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله، ومدى كفاية العبارات والجمل لتغطية كل سؤال من أسئلة الدراسة، وكذلك حذف أو إضافة لتعديل اي عبارة من العبارات.

وفي ضوء التوجيهات التي أبداها المحكمون، قام الباحث بإجراء التعديلات التي اتفق عليها المحكمين سواء بتعديل الصياغة أو حذف بعض العبارات أو إضافة عبارات جديدة.

ثبات أداة الدراسة:

تم احتساب تقدير ثبات الأستمارة في هذه الدراسة باستخدام طريقة الاتساق الذاتي، وهي محاولة ألفا كرونباخ (Cronbach, Alpha) حيث قام الباحثان بعد التصميم النهائي للاستمارة باختيار مجموعة صغيرة قوامها ١٠أفراد من العينة، ويتم توزيع الإستمارة على تلك العينة بغرض التأكد من ثباتها وذلك على فترتين تفصل بينهما فترة أسبوعين، وقد طبق هذا الإجراء قبل التوزيع النهائي بحوالي ثلاثة أسابيع، وبعد مقارنة إجابات تلك العينة على جميع عبارات الاستمارة في خلال الفترتين بلغ معامل ثبات الاستبانة (٠.٨٨) وهو معامل ثبات ذات قيمة مرتفعة.

٥- مجالات الدراسة:

تنقسم مجالات الدراسة إلى ثلاث أقسام وهي:

١- المجال البشري:

ويتمثل المجال البشري هنا في جميع الاخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في مستشفيات جراحات القلب المفتوح بمدينة مسقط بسلطنة عمان عددهم ٢٦ أخصائي اجتماعي.

٢- المجال المكاني:

ويشتمل المجال المكاني في هذه الدراسة في جميع المستشفيات الحكومية بمدينة مسقط بسلطنة عمان وتتمثل في (مستشفى النهضة- مستشفى السلطاني- مستشفى خوله).

٣- المجال الزمني.

تم اجراء هذه الدراسة خلال الفترة من شهر يونيو ٢٠١٤ حتى أكتوبر ٢٠١٤.

٦- الأدوات الإحصائية:

اعتمد الباحثان في دراستهما الحالية على كلا من :

١- الاحصاء البسيط لحساب النسب المئوية والتكرارات.

٢- تم استخدام برنامج SPSS للتحليل الإحصائي.

جدول رقم (١)
يوضح سن عينة البحث (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	أقل من ٢٥ سنة	٤	%١٥.٣٨
ب-	من ٢٥ : ٣٠ سنة	٥	%١٩.٢٤
ج-	من ٣٠ : ٣٥ سنة	٨	%٣٠.٧٦
د-	من ٣٥ : ٤٠ سنة	٥	%١٩.٢٤
ه-	من ٤٠ : ٤٥ سنة	٤	%١٥.٣٨
و-	٤٥ سنة فأكثر	-	-
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن هناك تفاوتاً في توزيع الأخصائيين الاجتماعيين حسب فئات السن حيث يلاحظ أن نسبة (٦٥%) منهم يقعون في المرحلة العمرية تتراوح بين (٣٥ : ٤٥سنة) ويعد هذا سناً مناسباً وذلك لما تتميز به هذه المرحلة السنية بسمات كثيرة منها توافر الخبرات الطويلة والمهارات مما يمكنهم من التعامل مع مشكلات مرضى جراحات القلب المفتوح الطلاب بنجاح كبير ونسبة (٣٥%) يقعون في مرحلة عمرية تتراوح بين (٢٥ : ٣٥) سنة وهي مرحلة عمرية يمكن ان تتوفر فيها القدرة على الحركة والنشاط والحيوية إلا أنه ينقصها الخبرة والمهارة الكافية في إعداد وتأهيل هذه النوعية من المرض الأمر الذي يتطلب عمل المزيد من الدورات التدريبية لهم.

جدول رقم (٢)
يوضح نوع عينة البحث (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	ذكر	١٨	%٦٩.٢٤
ب-	أنثى	٨	%٣٠.٧٦
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن نسبة (٦٩.٢٤%) من الأخصائيين الاجتماعيين ذكور يليها نسبة (٣٠.٧٦%) من الإناث وقد يرجع ذلك إلى أن هذه النوعية من الحالات تحتاج بذل مجهود كبير يتحمله الذكور عن الإناث.

جدول رقم (٣)
يوضح الحالة الاجتماعية لعينة البحث (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	أعزب	٦	%٢٣.٥
ب-	متزوج	١٦	%٦١.٥
ج-	أرمل	٢	%٧.٥
د-	مطلق	٢	%٧.٥
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة كبيرة من الأخصائيين الاجتماعيين متزوجون ويعد ذلك مؤشراً جيداً حيث أن وضعهم هذا يجعلهم يدركون أهمية دورهم في عملية رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح وهذا من شأنه أن يولد اتجاهات ايجابية تؤدي إلى زيادة قدرة المرضى على التغلب على مرضهم والاستفادة من قدراتهم، إلى جانب ان كونهم متزوجين يدفعهم لتفهم وقبول الحالة ومن ثم ينعكس ذلك على استعدادهم للتدخل في مساعدتهم على العلاج.

جدول رقم (٤)
يوضح المؤهل الدراسي لعينة البحث (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	دبلوم خدمة اجتماعية	-	-
ب-	بكالوريوس خدمة اجتماعية	٢٠	%٧٧
ج-	ليسانس آداب اجتماع	٤	%١٥.٣
د-	دراسات عليا في الخدمة الاجتماعية	٢	%٧.٧
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة كبيرة من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المستشفيات حاصلين على بكالوريوس خدمة اجتماعية، وهذا يساعد في فهم مشاكل مرضى جراحات القلب المفتوح الطلاب بالإضافة إلى القدرة على التعامل معهم نظراً لطبيعة الدراسة التي يتلقاها في كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية، يليها نسبة (١٥.٣%) من الاخصائيين حاصلين على ليسانس آداب اجتماع وهم بالضرورة يحتاجون إلى دورات تدريبية لهم في مجال رعاية مرضى القلب حتى يمكن الارتقاء بمستوى ادائهم المهني وذلك نظرا لاختلاف طبيعة الدراسة في كليات الآداب عن كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية، يليها نسبة (٧.٧%) حاصلين على دراسات عليا في الخدمة الاجتماعية مما يساعدهم على أداء دورهم بكفاءة أكثر في رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (٥)
يوضح عدد سنوات الخبرة لعينة البحث (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	اقل من ٥ سنوات	٤	%١٥.٣
ب-	٥ : ١٠ سنوات	١٨	%٦٩.٣
ج-	١٠ : ١٥ سنة	٢	%٧.٧
د-	١٥ : ٢٠ سنة	٢	%٧.٧
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة كبيرة من الأخصائيين الاجتماعيين تبلغ (٦٩.٣%) تزيد خبرتهم عن ٥ سنوات وتقل عن ١٠ سنوات وهي فترة كافية لإكسابهم الخبرة اللازمة للعمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بينما توجد نسبة (١٥.٣%) من الاخصائيين الاجتماعيين يمارسون عملهم منذ فترة زمنية تقل عن ٥ سنوات وبالتالي فإن خبرتهم محدودة في العمل مع مرضى جراحات القاب المفتوح، وهذا يتطلب بالضرورة عمل دورات تدريبية لهم أثناء العمل حتى يمكنه من أداء عملهم بالكفاءة المطلوبة، يليها نسبة (٧.٧%) من الأخصائيين تزيد مدة عملهم عن ١٥: ٢٠ سنة مما يكسبهم الخبرة والمهارة في العمل مع مرضى جراحات القلب.

جدول رقم (٦)
يوضح مدى كفاية الإعداد المهني للأخصائيين الاجتماعيين
لممارسة أدورهم مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	نعم	١٠	%٣٨.٥
ب-	لا	١٦	%٦١.٥
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق الغالبية من الاخصائيين الاجتماعية بنسبة (٦١.٥%) يرون أن الإعداد المهني للأخصائيين الاجتماعيين غير كاف للعمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح الطلاب، وربما يرجع ذلك إلى عدم المامهم بالمبادئ العامة للعمل مع مرضى القلب أو أنهم يعانون من الضعف في القدرة على التكيف مع المواقف المهنية المختلفة، وهذا بالطبع يؤثر سلباً على مستوى الأداء المهني لهم.

جدول رقم (٧)
يوضح اسباب عدم كفاية الإعداد المهني للأخصائيين الاجتماعيين
لممارسة أدوارهم في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	وجود فجوة بين ما يتم دراسته نظريا وواقع الممارسة المهنية	١٠	%٦٢.٥
ب-	عدم تلقي أي تدريب ميداني في مؤسسات رعاية مرضى القلب	١٤	%٨٧.٥
ج-	المعلومات التي يتم الحصول عليها في مجال رعاية مرضى القلب قديمة	١٦	١٠٠
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن (؟؟) من المبحوثين يرون أن سبب عدم كفاية الإعداد المهني لممارسة الأخصائي الاجتماعي لدوره مع مرضى جراحات القلب المفتوح يرجع إلى أن المعلومات التي يتم الحصول عليها في مجال رعاية مرضى القلب قديمة يليها نسبة (٨٧.٥%) يرون أن السبب هو عدم تلقي اي تدريب ميداني في مؤسسات رعاية مرضى القلب يليها نسبة (٦٢.٥%) يرن ان السبب هو وجود فجوة بين ما يتم دراسته نظرياً ويبن واقع الممارسة المهنية وهذا يدفعنا إلى ضرورة الاهتمام بالمحاضرات النظرية في برامج التدريب حتى تشبع احتياجات الاخصائيين الاجتماعيين وتصل بهم إلى مستوى متقدم من الإعداد التدريب مع مراعاة أن يتم تقسيم المادة العلمية إلى اهداف اجرائية من معلومات ومهارات ليتم تقديمها بأسلوب ملائم وهذا يتفق مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة.

جدول رقم (٨)
يوضح حصول الأخصائيين الاجتماعيين على دورات تدريبي
في مجال رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	نعم	٢٠	%٧٧
ب-	لا	٦	%٢٣
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن (٧٧%) من الأخصائيين الاجتماعيين حصلوا على دورات تدريبية تساعدهم على اكتساب المعارف والمهارات والاتجاهات الجديدة التي تؤثر على سلوكهم ايجابياً في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح وبالتالي رفع مستوى الخدمات المقدمة إليهم.

وفي نفس الوقت نجد أن هناك نسبة بلغت (٢٣%) لم يحصلوا على دورات تدريبية وهذا يؤثر بلا شك على قدراتهم على الاستجابة للتطورات المتلاحقة فيما يتعلق ببرامج الرعاية الاجتماعيه لمرضى القلب مما قد يحول دون ممارستهم لعملهم بكفاءة وفاعلية.

ومن هنا تبرز أهمية التدريب لتجديد المعلومات ليكون الأخصائي الاجتماعي ملماً بما هو جديد في مجال عمله وتنمية مهاراته في العمل مع هذه الفئة من المرضى.

جدول رقم (٩)
يوضح وقت حصول الأخصائيين الاجتماعيين على الدورات التدريبية (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	قبل التحاقك بالعمل	١٦	٨٠%
ب-	بعد التحاقك بالعمل	٤	٢٠%
	المجموع	٢٦	١٠٠%

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (٨٠%) من الأخصائيين الاجتماعيين لم يحصلوا على دورات تدريبية إلا بعد الالتحاق بالعمل بنسبة (٢٠%) من الأخصائيين الاجتماعيين قد حصلوا على دورات تدريبية قبل الالتحاق بالعمل.

وبصفة عامة لابد من توافر النوعين من التدريب لأن التدريب قبل العمل يزود الأخصائي الاجتماعي بالخبرات والمهارات اللازمة لقيامهم بالعمل، والتدريب خلال العمل يساعد الأخصائي الاجتماعي على الوقوف على كل ما هو جديد في مجال العمل مما يساعد على المساهمة بجدية في رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (١٠)
يوضح مدى استفادة الأخصائيين الاجتماعيين من الدورات التدريبية (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	نعم	١٢	٦٠%
ب-	لا	٨	٤٠%
	المجموع	٢٠	١٠٠%

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (٦٠%) من الأخصائيين الاجتماعيين قد استفادوا من الدورات التدريبية وربما يرجع ذلك إلى أنها قد بنيت على أساس احتياجات هؤلاء الأخصائيين، كما أن هناك ربط بين فلسفة التدريب ودافع الممارسة المهنية في مجال رعاية مرضى القلب، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة (محمد عبد المنعم ١٩٧٧) من أن البرنامج التدريبي يكتب له النجاح في الوصول إلى الهدف عندما يوضع على أساس الاحتياجات التدريبية[١].

[١] محمد عبد المنعم توفيق: دراسة استطلاعية: لحفظ تدريب الاخصائيين الاجتماعيين في مجال تنمية المجتمعات المحلية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٧٧.

جدول رقم (١١)
يوضح أوجه استفادة الاخصائيين الاجتماعيين من الدورات التدريبية (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	الحصول على المعلومات النظرية الحديثة في مجال رعاية مرضى القلب	١٢	%١٠٠
ب-	معرفة كيفية دراسة وتشخيص وعلاج مشكلات هؤلاء المرضى	٩	%٧٥
ج-	التعرف على أهمية دور الأسرة في التعامل مع مرضى القلب	٧	%٥٨.٣

يتضح من خلال الجدول السابق أن (١٠٠%) من الأخصائيين الاجتماعيين يرون أنهم قد استفادوا من الدورات التدريبية في الحصول على المعلومات النظرية الحديثة في مجال رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح ونسبة (٧٥%) يردون أن اوجه الاستفادة هي معرفة كيفية دراسة وتشخيص وعلاج مشكلات هؤلاء الطلاب ونسبة (٥٨.٣٠%) يرون أن أوجه الاستفادة هي التعرف على أهمية دور الأسرة في التعامل مع مرضى القلب .
وبتحليل هذه البيانات يتضح أنها نتيجة منطقية حيث أن التعرف على المعلومات الحديثة في مجال رعاية مرضى القلب يساعد الأخصائي الاجتماعي في التعرف على احتياجات ومشكلات هؤلاء المرضى ودراستها وتشخيصها ووضع خطة العلاج لها ويساعد ذلك في اتمام عملية العلاج للمريض، وكذلك التعرف على أهمية دور الاسرة في العمل مع المريض له أثرها في دمج المريض مع زملائه وأفراد أسرته وتخلصه من فكرة الشعور بالاختلاف عن الآخرين.

جدول رقم (١٢)
يوضح أسباب عدم استفادة الأخصائيين من الدورات التدريبية (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	عدم الاعداد الجيد لهذه الدورات	٨	%١٠٠
ب-	عدم ربط الموضوعات التي تناقشها مع واقع الممارسة المهنية.	٦	%٧٥
ج-	الفترة الزمنية للدورات غير كافية	٦	%٧٥
د-	افتقار هذه الدورات للجانب التطبيقي	٨	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن (١٠٠%) من يرون أن أسباب عدم الاستفادة من هذه الدورات هي عدم الاعداد الجيد لهذه الدورات وكذلك افتقار هذه الدورات للجانب التطبيقي ونسبة (٧٥%) يرون أن أسباب عدم الاستفادة من هذه الدورات هو عدم ربط الموضوعات التي تناقشها مع واقع الممارسة المهنية وكذلك الفترة الزمنية لهذه الدورات غير كافية.
وبتحليل هذه البيانات يتضح أن عدم الإعداد الجيد لهذه الدورات كان من أهم أسباب عدم الاستفادة من تلك الدورات، لذا يجب عند تصميم الدورات التدريبية أن يراعى تحديد مواعيد البدء والانتهاء المناسبة وكذلك مواعيد التنفيذ والانتهاء وأن تكون المدة الزمنية للدورة تسمح بإعطاء فرصة كافية ومناسبة للأخصائيين للاستفادة من التدريب وعدم الشعور بالملل، كما يجب أن يتحقق التوازن بين الموضوعات التدريبية والاحتياجات الفعلية للأخصائيين الاجتماعيين.
كما تشير البيانات إلى قصور واضح في افتقار هذه الدورات إلى الجانب التطبيقي للممارسة وهذا بلا شك يؤدي إلى عدم الاستفادة من الدورات حيث أن الممارسة العملية تساعد على اكتساب الخبرة أكثر من المعلومات النظرية فقط.

جدول رقم (١٣)
يوضح مقترحات تطوير الإعداد المهني لأخصائي خدمة الفرد
في مجال رعاية مرضى القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	الاهتمام بالتدريب الميداني أثناء مرحلة الدراسة في هذا المجال	٢٦	%١٠٠
ب-	الاهتمام بتطوير المناهج الدراسية لطلبة كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية	٢٦	%١٠٠
ج-	اختيار الاخصائيين ممن لهم خبرة في مجال رعاية مرضى القلب	٢٦	%١٠٠
د-	الحصول على دورات متخصصة أثناء العمل	٢٠	%٧٧
ه-	الحصول على دورات تدريبية قبل الالتحاق العمل	١٨	%٦٩

يتضح من خلال الجدول السابق أن هناك اجماع من الأخصائيين الاجتماعيين بنسبة (١٠٠%) على ضرورة تطوير الاعداد المهني لأخصائي خدمة الفرد في مجال رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح من خلال الاهتمام بالتدريب الميداني أثناء مرحلة الدراسة في هذا المجال وكذلك الاهتمام بالمناهج الدراسية لطلبة كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية.

بالإضافة إلى اختيار الاخصائيين ذوي الخبرة للعمل مع الطلاب مرضى القلب ويأتي بعد ذلك الحصول على دورات تدريبية متخصصة أثناء العمل بنسبة (٧٧%) والحصول على دورات تدريبية قبل الالتحاق بالعمل بنسبة (٦٩%).

جدول رقم (١٤)
يوضح إجراء أخصائي خدمة الفرد لمقابلة الاستقبال
لكل مريض عند التحاقه بالمستشفى (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	نعم	٢٠	%٧٧
ب-	لا	٦	%٢٣
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول الاسبق أن نسبة (٧٧%) من الاخصائيين الاجتماعيين يقومون بإجراء مقابلات الاستقبال للمريض عند بداية دخوله المستشفى، ويرجع ذلك إلى ادراكهم ووعيهم بأهمية هذه المقابلة وتأثيرها في شخصية المريض حيث يتوقف عليها قبوله أو رفضه للعلاج، لأن هذا اللقاء يظل عالقاً في ذهن المريض لفترة طويلة، وفي كل الحالات فإن قيام الأخصائي الاجتماعي بهذه المقابلة يعد أحد الجوانب الايجابية المرتبطة بدور أخصائي خدمة الفرد في رعاية مرضى القلب.

لما فيه من تطبيق أهم مبادئ طريقة خدمة الفرد وهو مبدأ (التقبل) المتمثل في حسن استقبال المريض والذي يعمل على سرعة تكوين العلاقة المهنية بينهما والتي تعد أساس عملية المساعدة.

يليها نسبة (٢٣%) من الاخصائيين الاجتماعيين لا يقومون بتلك المقابلة وقد يرجع ذلك إلى عدم وعيهم بأهميتها أو كيفية القيام بها أو نقص خبراتهم المهنية مما قد يترتب عليه وجود مقاومة من جانب المريض ويؤثر على العلاقة المهنية بين الاخصائي والمريض.

جدول رقم (١٥)
يوضح الدور الذي يقوم به أخصائي خدمة الفرد في هذه المقابلات (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	تعريف المريض بنظام المستشفى	٢٠	١٠٠%
ب-	مساعد المريض على استكمال اجراءات الالتحاق بالمستشفى	٢٠	١٠٠%
ج-	توزيع المريض على القسم الخاص به	٢٠	١٠٠%
د-	دراسة شخصية المريض بشكل متكامل	٢٠	١٠٠%
ه-	تعريف المريض بزملائه المرضى	١٦	٨٠%
و-	تكوين علاقة مهنية طيبة مع المريض	١٨	٩٠%

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (١٠٠%) من الأخصائيين الاجتماعيين يرون أن دور أخصائي خدمة الفرد في هذه المقابلات هو تعريف المريض بنظام المستشفى، ومساعدة المريض على استكمال اجراءات الالتحاق بالمستشفى، وتوزيع المريض على القسم الخاص به، ودراسة شخصية المريض بشكل متكامل يليها نسبة (٩٠%) يرون أن دوره هو تكوين علاقة مهنية طيبة مع المريض يليها نسبة (٨٠%) يرون أن دوره هو تعريف المريض بزملائه.

وبتحليل هذه البيانات يتضح حرص أخصائي خدمة الفرد على عدم الإثقال على المريض في هذه المرحلة حيث أنه قد لا يستوعب كل هذه الأمور، ويشير ذلك إلى أحد الجوانب الايجابية المرتبطة بدور أخصائي خدمة الفرد في رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (١٦)
يوضح أنواع المقابلات التي يقوم بها أخصائي خدمة الفرد
مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	مقابلات فردية مع مرضى القلب	٢٦	١٠٠%
ب-	مقابلات جماعة مع المريض وزملائه المرضى	٢٦	١٠٠%
ج-	مقابلات مشتركة مع المريض وأسرته	١٢	٤٦.١٥%

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (١٠٠%) من الأخصائيين الاجتماعيين يقومون بإجراء المقابلات الفردية مع مرضى جراحات القلب المفتوح وكذلك المقابلات الجماعية مع المرضى وزملائهم المرضى يليها نسبة (٤٦.١٥%) يقومون بإجراء المقابلات المشتركة بين الطالب المريض وأسرته.

وبتحليل هذه البيانات يتضح أن هناك حرص من جانب الأخصائيين الاجتماعيين على اجراء المقابلات مع مرضى القلب سواء كانت مقابلات فردية أو جماعية أو مشتركة لأن هذه المقابلات تساهم في حل مشكلات المرضى، غير أنه يوجد بعض القصور في إجراء المقابلات المشتركة بين المرضى وأسرهم وقد يكون ذلك راجعاً إلى عدم وعيهم بأهمية العمل مع أسر المرضى أو لعدم حرص الاسرة نفسها على التعاون مع أخصائي خدمة الفرد.

ولكن مهما كانت الظروف التي تحول دون إجراء المقابلات المشتركة فإن ذلك يعد أحد الجوانب السلبية المرتبطة بدور أخصائي خدمة الفرد في رعاية مرضى القلب لما يترتب عليه من عدم دمج المريض مع اسرته وتقوية أواصر الصلة والمحبة بينهما.

جدول رقم (١٧)

يوضح الهدف من إجراء المقابلات مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	دراسة المواقف الإشكالية لمرضى جراحات القلب المفتوح	٢٦	%١٠٠
ب-	التعرف على العوامل والأسباب المؤدية إلى المشكلة	٢٦	%١٠٠
ج-	اشتراك المريض في إيجاد العلاقة بين العوامل والأسباب المؤدية إلى المشكلة	٢٦	%١٠٠
د-	اشتراك المريض في تنفيذ مراحل العلاج	٢٠	%٧٦.٩

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (١٠٠%) من الأخصائيين الاجتماعيين يقومون بإجراء المقابلات بهدف دراسة المواقف الإشكالية لمرضى القلب المفتوح، والتعرف على العوامل والأسباب المؤدية إلى المشكلة واشتراك المريض في إيجاد العلاقة بين العوامل والأسباب المؤدية إلى المشكلة يليها نسبة (٧٦.٩%) يرون أن الهدف من هذه المقابلات هو إشراك المريض في تنفيذ مراحل العلاج.

وبتحليل هذه البيانات يتضح أن هناك حرص من جانب أخصائي خدمة الفرد على إجراء المقابلات مع مرضى جراحات القلب المفتوح سواء كانت بغرض الدراسة أو التشخيص أو العلاج أو بغرض المتابعة وهو جانب مطلوب في أداء أخصائي خدمة الفرد لدوره سواء كان دراسة المشكلة أو تشخيصها أو علاجها.

جدول رقم (١٨)

يوضح أساليب المقابلة المستخدمة في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	الملاحظة	٢٦	%١٠٠
ب-	الإنصات	٢٦	%١٠٠
ج-	الأسئلة	٢٦	%١٠٠
د-	احترام لحظات الصمت	٢٠	%٧٦.٩٢
ه-	التعليقات اللفظية	١٨	%٦٩.٢٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (١٠٠%) من الأخصائيين الاجتماعيين يستخدمون أسلوب الملاحظة والإنصات والأسئلة يليها نسبة (٧٦.٩٢%) يستخدمون احترام لحظات الصمت يليها نسبة (٦٩.٢٠%) يستخدمون التعليمات اللفظية.

وبتحليل هذه البيانات يتضح أن الملاحظة والأسئلة والإنصات هم أكثر أساليب المقابلة استخداماً من جانب أخصائي خدمة الفرد مع مرضى جراحات القلب المفتوح حيث يعتمد عليها بشكل أساسي في الحصول على المعلومات والبيانات المتعلقة بموقف الطالب المريض، يليها

اعتماده على احترام لحظات الصمت ثم التعليقات اللفظية وهي جميعها تشير إلى التنوع الواضح في الأساليب التي يستخدمها أخصائي خدمة الفرد أثناء المقابلة.

جدول رقم (١٩)
يوضح أساليب المقابلة المستخدمة في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	البيانات الأولية الخاصةلمرضى القلب	٢٦	%١٠٠
ب-	التكوين الأسري	٢٦	%١٠٠
ج-	الأوضاع الصحية للمريض	٢٢	%٨٤.٦٥
د-	الظروف البيئية للمريض	٢٠	%٧٦.٩٠
ه-	الأوضاع الدراسية للمريض	٢٠	%٧٦.٩٠
و-	طبيعة المشكلة الحالية للمريض	٢٦	%١٠٠
ز-	تطور المشكلة	١٨	%٦٩.٢٠
ح-	جوانب شخصية المريض	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن أهم المناطق الدراسية التي يهتم بها أخصائي خدمة الفرد بنسبة (١٠٠%) هي البيانات الأولية لمرضى جراحات القلب المفتوح وطبيعة المشكلة الحالية للمرضى والتكوين الأسري للمريض وجوانب شخصية المريض، وقد يرجع اهتمامه بها لمدى حاجة جميع الحالات إليها مهما تنوعت واختلفت تلك الحالات وهو ما يتفق مع الاطار النظري لطريقة خدمة الفرد، بينما جاء الاهتمام بالتاريخ المرضي للحالة في المرتبة الثانية بنسبة (٨٤.٦%) من حيث التعرف على الأوضاع الصحية للطلاب مرضى الحالات الحرجة، بينما جاء الاهتمام بالنواحي البيئية والدراسية في المرتبة الثالثة بنسبة (٧٦.٩%) وجاء في المرتبة الأخيرة الاهتمام بتطور المشكلة بنسبة (٦٩.٢%) مما يشير إلى ضعف أخصائي خدمة الفرد في بعض الجوانب وهو يتفق مع دراسة (ثريا جبريل ١٩٩٧)[٢] والتي أشارت إلى إخفاق الأخصائي الاجتماعي في أدائه لبعض أدواره.

[٢]ثريا جبريل: أدوار التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية بين النظرية والتطبيق، بحث منشور، المؤتمر العاشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٧.

جدول رقم (٢٠)
يوضح المصادر التي يعتمد عليها أخصائي خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	المريض نفسه	٢٦	%١٠٠
ب-	أسرة المريض	٢٦	%١٠٠
ج-	ملف المريض	٢٦	%١٠٠
د-	السجلات المختلفة	٢٥	%٩٦.١٥
ه-	المستندات والوثائق	٢٥	%٩٦.١٥
و-	الأفراد المتصلين بالمريض	٢٠	%٧٦.٩
ز-	أقارب المريض غير أسرته	٢٠	%٧٦.٩
ح-	الخبراء والمتخصصين	١٦	%٦١.٥

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (١٠٠%) من الأخصائيين الاجتماعيين يعتمدون على المريض وأسرته وملف المريض يليها السجلات والوثائق والمستندات بنسبة (٩٦.١٥%) يليها نسبة (٧٦.٩%) من الأفراد المتصلين بالمريض ونسبة (٦١.٥%) من الخبراء والمتخصصين وبتحليل هذه البيانات يتضح أن المريض هو المصدر البشري الأول في إمداد أخصائي خدمة الفرد بالبيانات والمعلومات حيث توجد معلومات لا يمكن الحصول عليها من غيره يلي ذلك الاعتماد على الأسرة والأقارب والخبراء من اجل التعرف على الأسباب الكافية وراء المشكلات بينما كان ملف المريض من اهم المصادر غير البشرية لاحتوائه على كافة البيانات والمعلومات المرتبطة بالظروف الصحية والنفسية والعقلية والاجتماعية للمريض.

ويشير ذلك إلى أحد الجوانب الإيجابية المرتبطة بدور أخصائي خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (٢١)
يوضح قيام أخصائي خدمة الفرد بتشخيص حالات مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	نعم	٢٠	%٧٧
ب-	لا	٦	%٢٣
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (٧٧%) من الأخصائيين الاجتماعيين يهتمون بعملية التشخيص بينما نسبة (٢٣%) لا يقومون به، وهذا يدل على وجود بعض القصور في أداء أخصائي خدمة الفرد لدوره في رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (٢٢)

يوضح أنواع التشخيص التي يستخدمها أخصائي خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	الأفكار التشخيصية	٢	%١٠
ب-	التشخيص الدينمى	١٧	%٨٥
ج-	التشخيص المتكامل	١	%٥
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (٨٥%) من الأخصائيين الاجتماعيين يهتمون بالتشخيص الدينمي لكونه اسهل أنواع التشخيص حيث ارتبطت خدمة الفرد منذ نشأتها بهذا النوع الذي ينظر إليه على انه انسب أنواع التشخيص لخدمة الفرد نظراً للتفرد الذي يتمتع به العملاء، وإن كان البعض يرى أنه يحتاج إلى وقت وجهد أحيانا إضافة إلى مستوى عالي من المهارة والخبرة. [٣]

ثم يلي ذلك الأفكار التشخيصية بنسبة (١٠%) يليها التشخيص المتكامل بنسبة (٥%) بالرغم من أنه أرقى مستويات التشخيص وأكثرها عمقا ويجمع في طياته مزايا جميع أنواع التشخيص فهو يتضمن التصنيفات والتفاعل إضافة إلى العلاج.[٤]

وقد يرجع ذلك لاستغراقه الكثير من الوقت والجهد والمستوى العالي من المهارة والخبرة في الأداء، ويترتب على هذا التقصير في استخدام التشخيص المتكامل عدم القدرة على متابعة الحالات والإلمام بها ككل متكامل ومعرفة مدى تفاعل العوامل والأسباب المؤدية إلى الحالة التي يعيش فيها مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (٢٣)
يوضح أساليب العلاج الذاتي المستخدمة مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	العلاقة المهنية	٢٤	%٩٢.٣٠

[٣] على زيدان: خدمة الفرد-الاتجاه النفسي الاجتماعي، القاهرة، مكتبة التجارة والتعاون، ٢٠٠١، ص٢٤٣.
[٤] على زيدان: مرجع سابق ذكره، ص ٢٤٣.

ب-	التعاطف	٢٢	%٨٤.٦١
ج-	السلطة	٢٢	%٨٤.٦١
د-	الضغط	٢٠	%٧٦.٩
ه-	الإفراغ الوجداني	١٧	%٦٥.٣٨
و-	المبادرة	١٥	%٥٧.٦٩
ز-	النصيحة	١٤	%٥٣.٨٤

يتضح من خلال الجدول السابق استخدام أخصائي خدمة الفرد لأساليب العلاج الذاتي المختلفة وكان أعلاها استخداماً أساليب المعونة النسية من العلاقة المهنية بنسبة (٩٢.٣٠%) يليها التعاطف بنسبة (٨٤.٦١%) ثم الإفراغ الوجداني بنسبة (٦٥.٣٨%) والمبادرة وبنسبة (٥٧.٦٩%).

أما بالنسبة لأساليب التأثير المباشر وجاءت في المرتبة الثانية وكانت السلطة أعلاها بنسبة (٨٤.٦١%) ثم الضغط بنسبة (٧٦.٩%) والنصيحة بنسبة (٥٣.١٤%).

وبالنظر إلى الجدول بشكل عام يتضح تنوع استخدام الأساليب الذاتية وذلك لتنوع الحالات واختلاف ظروف كل حالة إلا أن أكثرها استخداما كان أساليب المعونة النفسية وأساليب التأثير المباشر بينما كان أقلها استخداماً أساليب تكوين البصيرة وهذا يدل على أن الأخصائيين الاجتماعيين لا يميلون إلى أسلوب الحوار والإقناع مع مرضى جراحات القلب المفتوح .

ويعد ذلك أحد الجوانب السلبية في أداء أخصائي خدمة الفرد لدوره في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح حيث يجب عليه أن يستخدم الحوار والإقناع مع الحالات تطبيقاً لمبدأ الديمقراطية وحق تقرير المصير.

جدول رقم (٢٤)

يوضح أساليب العلاج الذاتي المستخدمة مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	الحاق المريض بالقسم الذي يناسب حالته	٢٦	%١٠٠
ب-	تحويل المريض للحصول على المساعدات الطبية اللازمة.	٢٦	%١٠٠
ج-	تقديم بعض المساعدات المالية للمريض	٢٦	%١٠٠
د-	توفير الملابس والأدوات اللازمة للمريض	٢٦	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن هناك اتفاق كامل بين الأخصائيين الاجتماعيين بنسبة (١٠٠%) على خدمات العلاج البيئي المقدمة لمرضى جراحات القلب المفتوح.

وهذا يشير إلى أن هناك اهتمام كبير من جانب أخصائي خدمة الفرد بتقديم خدمات العلاج البيئي لمرضى الحالات القلب وقد يرجع ذلك إلى حرص الدولة والأجهزة الإعلامية والسياسية المختلفة على الاهتمام بهذه الفئة وتقديم الرعاية المناسبة لها.

ويعد ذلك أحد الجوانب الإيجابية المرتبطة بأداء أخصائي خدمة الفرد لدوره في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (٢٥)

يوضح دور أخصائي خدمة الفرد مع المجتمع

بالنسبة لمرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	نشر الوعي بين المواطنين بكيفية التعامل مع مرضى جراحات القلب المفتوح	١٤	%٦١.٥٣
ب-	إثارة الرأي العام من خلال وسائل الإعلام بمشكلات مرضى جراحات القلب المفتوح	١٦	%٥٣.٨٤
ج-	القيام بعمل الأبحاث والدراسات التي تعالج احتياجات مرضى جراحات القلب المفتوح	١٨	%٦٩.٢٣
د-	مطالبة الهيئات والمؤسسات برعاية مرضى جراحات القلب المفتوح	١٢	%٤٩.٧٠
ه-	القيام بعمل الأبحاث والدراسات التي تعالج مشكلات مرضى جراحات القلب المفتوح	٢٠	%٧٦.٩٠
و-	عمل مؤتمرات حول قضايا ومشكلات مرضى جراحات القلب المفتوح	٦	%٢٣.٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن هناك اهتمام كبير من جانب أخصائي خدمة الفرد بالعمل مع المجتمع بالنسب لمرضى جراحات القلب المفتوح.

وهذا يدل على وجود وعي لدى أخصائي خدمة الفرد بأهمية العمل مع أجهزة المجتمع المختلفة للعمل على الحد من مشكلات مرضى جراحات القلب المفتوح الحالات وإيجاد الحلول لها، وهذا يمثل أحد الجوانب الإيجابية المرتبطة بأداء أخصائي خدمة الفرد لدوره في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (٢٦)
يوضح مدى وجود دور لأخصائي خدمة الفرد
مع أسر مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	نعم	١٠	%٣٨.٤٦
ب-	لا	١٦	%٦١.٥٤
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (٦١.٥٤%) من الأخصائيين الاجتماعيين لا يوجد لهم دور فعلي مع أسر مرضى جراحات القلب المفتوح بينما كانت نسبة (٣٨.٤٦%) لهم دور فعلي مع أسر مرضى جراحات القلب المفتوح.

وتشير هذه البيانات إلى وجود قصور في أداء أخصائي خدمة الفرد لدوره مع أسر مرضى جراحات القلب المفتوح.

مما يتطلب ضرورة العمل على رفع مستوى أداء أخصائي خدمة الفرد لدوره مع مرضى جراحات القلب المفتوح لما له من تأثير كبير على سرعة حل مشكلاتهم وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لهم.

جدول رقم (٢٧)
يوضح دور أخصائي خدمة الفرد

مع أسر مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=١٠)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	تعريف الأسرة بطبيعة مرضى جراحات القلب المفتوح	١٠	١٠٠%
ب-	مساعدة الأسرة على تقبل الوضع الحالي للمريض	٦	٦٠%
ج-	القيام ببعض الزيارات المنزلية للمرضى	٤	٤٠%
د-	مساعدة الأسرة على التخلص مع الاتجاهات السلبية نحو المريض	٣	٣٠%
ه-	توعيـة الأسـرة بالعوامـل والأسـباب المؤديـة إلـى هـذه الأمراض	٦	٦٠%
و-	توعية الأسرة بطرق وأساليب الوقاية من هذه الأمراض	٤	٤٠%

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (١٠٠%) من الأخصائيين يرون أن دور أخصائي خدمة الفرد مع أسر مرضى جراحات القلب المفتوح هو تعريف الأسرة بطبيعة المرض عليها نسبة (٦٠%) يرون أن دوره هو مساعدة الأسرة على تقبل الوضع الحالي للمريض وتوعية الأسرة بالعوامل والأسباب المؤدية إلى هذه الأمراض يليها نسبة (٤٠%) يرون أن دورهم هو القيام ببعض الزيارات المنزلية لأسرالمرضى وتوعية الأسرة بطرق وأساليب الوقاية من هذه الأمراض ويأتي في النهاية مساعدة الأسرة على التخلص من الاتجاهات السلبية نحوالمريض.

وهذا يشير إلى تعدد الأدوار التي يقوم بها أخصائي خدمة الفرد مع أسر مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (٢٨)
يوضح استخدام أخصائي خدمة الفرد
للنظريات الحديثة في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
ج-	نعم	٢	%٧.٦٩
د-	لا	٢٤	%٩٢.٣١
	المجموع	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة (٩٢.٣١%) من الأخصائيين الاجتماعيين لا يستخدمون النظريات الحديثة في خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح، بينما نسبة (٧.٦٩%) يستخدمون هذه النظريات.

وهذا يشير إلى وجود قصور في أداء أخصائي خدمة الفرد لدوره في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (٢٩)
يوضح أسباب عدم استخدام أخصائي خدمة الفرد النظريات الحديثة
في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح الحالات (ن=١٠)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	عدم معرفة أخصائي خدمة الفرد بهذه النظريات	٢٤	%١٠٠
ب-	عدم توافر الخبرة المهنية لدى أخصائي خدمة الفرد لاستخدامها	٢٠	%٨٤.٨٢
ج-	عدم توافر الإمكانيات اللازمة لتنفيذها	١٤	%٥٨.٣٣
د-	عدم فاعلية هذه الاتجاهات في العمل مع هذه الحالات من وجهة نظري	٨	%٣٥.٧٦

يتضح من خلال الجدول السابق أن أسباب عدم استخدام أخصائي خدمة الفرد للنظريات الحديثة في العمل مع الطلاب مرضى الحالات الحرجة هي عدم معرفة الأخصائي بهذه الاتجاهات بنسبة (١٠٠%) وعدم توافر الخبرة المهنية لاستخدام هذه النظريات بنسبة (٨٤.٨٢%) يليها عدم توافر الإمكانيات اللازمة لتنفيذها بنسبة (٥٨.٣٣%) ثم عدم فاعلية هذه النظريات من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين بنسبة (٣٥.٧٦%).

وقد يكون ذلك راجعاً إلى نقص الإعداد المهني والنظري لأخصائي خدمة الفرد في العمل مع حالات مرضى جراحات القلب المفتوح وعدم حصولهم على دورات تدريبية في هذا المجال.

ويشير ذلك إلى أحد الجوانب السلبية في أداء أخصائي خدمة الفرد لدوره في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (٣٠)
يوضح المعوقات التي تواجه أخصائي خدمة الفرد في عمله

مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	كثرة عدد المرضى	١٠	%٣٨.٥
ب-	كثرة مشكلات المرضى بجراحات القلب المفتوح	١٤	%٥٣.٨٤
ج-	قلة عدد الأخصائيين العاملين بالمستشفيات	١٦	%٦١.٥٣
د-	نقص الحوافز المادية للعاملين بالمستشفيات	٢٦	%١٠٠

يتضح من خلال الجدول السابق أن هناك مجموعة من المعوقات التي تحد من أداء أخصائي خدمة الفرد لدوره في العمل مع حالات مرضى جراحات القلب المفتوح مما يتطلب ضرورة العمل على دراسة هذه المعوقات ووضع خطة للتغلب عليها حتى يتمكن أخصائي خدمة الفرد من رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح.

جدول رقم (٣١)
يوضح مقترحات الأخصائيين الاجتماعيين لتطوير أدائهم المهني في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح (ن=٢٦)

م	البيـــان	التكرار	النسبة المئوية
أ-	الاهتمام بالتدريب الميداني أثناء مرحلة الدراسة	٢٦	%١٠٠
ب-	اختيار الأخصائيين الاجتماعيين ممن لهم خبرة في مجال رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح	٢٦	%١٠٠
ج-	الحصول على دورات تدريبية متخصصة أثناء العمل	٢٦	%١٠٠
د-	الاهتمام بتطوير المناهج الدراسية لطلبة كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية	٢٠	%٧٧
ه-	الحصول على دورات تدريبية قبل الالتحاق بالعمل	١٨	%٦٩

يتضح من خلال الجدول السابق أن هناك مجموعة من التوصيات أجمع عليها كل الأخصائيين الاجتماعيين والتي يجب وضعها في الاعتبار والعمل على تنفيذها حتى يتمكن أخصائي خدمة الفرد من أداء دوره في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح بالكفاءة المطلوبة.

جدول رقم (٣٢) يوضح العلاقة بين البيانات الأولية والممارسة المهنية لأخصائي خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح

البيانات الأولية	إجراء الأخصائيالاجتماعى لمقابلة الاستقبال		قيام الأخصائيالاجتماعى بتشخيص الحالات		استخدام الأخصائيالاجتماعى للنظريات الحديثة فى العلاج		دور الأخصائيالاجتماعىف ى المجتمع		دور الأخصائيالاجتماعى مع أسر المعاقين سمعياً		الـــدلالة
	كا٢ المحسوبة	درجة الحرية	كا٢ المحسوبة	درجة الحرية	كا٢ المحسوبة	درجة الحرية	كا٢ المحسوبة	درجة الحرية	كا٢ المحسوبة	درجة الحرية	
السن	٣٠.٥٥ **	٨	١٧.٥٥ **	٤	١١.٩١ *	٤	٥٥.٢٥ **	١٦	٢٦ **	٨	** ارتباط دال عند مستوى معنوية ٠.٠٥*
المؤهل	٣٢.٥٠ **	٤	٢٦ **	٢	٠.٦٥	٢	٤١.٦٠ **	٨	٤.٨٧	٤	
الخبرة	٢٦.٥٧ **	٦	١٥.٩٨ **	٣	١١.٩١ **	٣	٥٨.٧٤ **	١٢	١٧.٢٢ **	٦	
الدورات التدريبية	٢٦ **	٢	٢٦ **	١	٠.٦٥	١	١٨.٤٨ **	٤	٤.٨٧	٢	** ارتباط دال عند مستوى معنوية ٠.٠١

أ- الارتباط عند مستوى معنوية ٠.٠١ **

١- يبين الجدول السابق العلاقة بين سن الأخصائيين الاجتماعيين وإجراءهم لمقابلات الاستقبال ،فلقد كانت قيمة كا٢ المحسوبة (٣٠.٥٥) > من قيمة كا٢ الجدولية (٢٠.١) عند مستوى معنوية (٠.٠١) أى كلما زاد السن زاد الإقبال على هذه المقابلات وقد يرجع ذلك لأن زيادة السن غالباً ما تكون مرتبطة بزيادة سنوات الخبرة والتى تدرك أهمية مثل هذه المقابلات لما يعانيه مريض القلب فى هذه المرحلة من مشاعر الخوف والقلق المرتبطة بالبعد عن الأسرة ، لذا فهى تتطلب مستوى عال من المهارة المهنية حيث يطبق فيها الأخصائىالاجتماعى جميع عمليات خدمة الفرد من دراسة وتشخيص وعلاج بصورة سريعة.

٢- ومن الجدول السابق يتبين العلاقة بين السن وتشخيص الحالات فقد كانت قيمة كا٢ المحسوبة (١٧.٥٥) > من قيمة كا٢ الجدولية (١٣.٠٣) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زاد السن زاد الاهتمام بعملية التشخيص للحالات وقد يكون طول فترة العمل بالمستشفى وزيادة الخبرة جعلته يدرك أهمية التشخيص للتعرف على العوامل والأسباب التى أدت إلى حدوث المشكلة وبالتالى محاولة المشاركة مع المريضفى إيجاد وحلول لها

٣- ومن الجدول السابقيتبين العلاقة بين السن ودور الأخصائىالاجتماعىفى المجتمع فقد كانت قيمة كا٢ المحسوبة (٢٥.٥٥) > من قيمة كا٢ الجدولية (٣٢.٠٠) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زاد السن زاد دور الأخصائىالاجتماعىفى المجتمع للتوعية بمشكلات مرضى القلب واحتياجاتهم وقد يرجع ذلك لزيادة خبرة الأخصائيين الاجتماعيين وإدراكهم لأهمية تضافر كل الجهود الحكومية والأهلية للعمل على مساعدة مرضى القلب على حل مشكلاتهم والاستفادة من قدراتهم المتبقية فى عملية التنمية .

٤- ومن الجدول السابقيتبين العلاقة بين السن ودور الأخصائىالاجتماعى مع أسر مرضى القلبفقد كانت قيمة كا٢ المحسوبة (٢٦.٠٠) > من قيمة كا٢ الجدولية (٢٠.١) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زاد السن زاد دور الأخصائىالاجتماعى مع أسر مرضى القلبوقد يرجع ذلك إلى زيادة خبرة الأخصائىالاجتماعى وإدراكه لأهمية دور الأسرة فى مساعدة مرضى القلبعلى إعادة الاندماج فى المجتمع والقدرة على التكيف مع الواقع الذى يعيشه .

٥- ومن الجدول السابق تبين العلاقة بين المؤهل الدراسى وإجراء الأخصائىالاجتماعى لمقابلات الاستقبال فقد كانت قيمة كا٢ المحسوبة (٣٢.٥) > من قيمة كا٢ الجدولية (١٣.٣) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما ارتفع المؤهل العلمىللأخصائىالاجتماعى كلما زاد الإقبال على هذه المقابلات وقد يرجع ذلك إلى أن زيادة الدرجة العلمية غالباً ما تكون مرتبطة بزيادة سنوات الخبرة والتى تدرك أهمية مثل هذه المقابلات والتى تساعد على تخفيف حدة الخوف والقلق لدى مريض القلبوتساهم فى تكوين العلاقة المهنية الناجحة بين الأخصائىالاجتماعىوالمريض .

٦- ومن الجدول السابق تبين العلاقة بين المؤهل الدراسى وقيام الأخصائىالاجتماعى بتشخيص الحالات فقد كانت قيمة كا٢ المحسوبة (٢٦.٠٠) > من قيمة كا٢ الجدولية (٩.٢١) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زادت الدرجة العلمية للأخصائىالاجتماعى زاد الاهتمام بعملية تشخيص الحالات وقد يكون زيادة خبرة

الأخصائىالاجتماعى جعلته يدرك أهمية عملية التشخيص فى التعرف على العوامل والأسباب التى أدت إلى حدوث مشكلة مريض القلبوبالتالى محاولة المشاركة مع مريض القلب فى إيجاد حلول لهذه المشكلة .

٧- ومن الجدول السابقيتبين العلاقة بين المؤهل الدراسى ودور الأخصائىالاجتماعىفى المجتمع فقد كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (٤١.٦) > من قيمة كا^{٢} الجدولية (٢٠.١) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زاد المؤهل الدراسى كلما زاد دور الأخصائىالاجتماعىفى المجتمع للتوعية بمشكلات مرضى القلب واحتياجاتهم وقد يرجع ذلك لزيادة خبرة الأخصائيين الاجتماعيين وإدراكهم لأهمية تضافر كل الجهود الحكومية والأهلية للعمل على مساعدة مرضى القلب على حل مشكلاتهم والاستفادة من قدراتهم المتبقية فى عملية التنمية .

٨- ومن الجدول السابق يتبين العلاقة بين المؤهل الدراسى ودور الأخصائىالاجتماعى مع أسر مرضى القلب فقد كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (٤.٨٧) > من قيمة كا^{٢} الجدولية (١٣.٠٣) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زاد المؤهل الدراسى كلما زاد دور الأخصائىالاجتماعى مع أسر مرضى القلب وقد يرجع ذلك لزيادة خبرة الأخصائىالاجتماعى وإدراكه لأهمية دور الأسرة فى مساعدة مريض القلب على إعادة الاندماج فى المجتمع والقدرة على التكيف مع الواقع الذى يعيشه .

٩- ومن الجدول السابق تبين العلاقة بين زيادة سنوات الخبرة وإجراء الأخصائىالاجتماعى لمقابلات الاستقبال فقد كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (٢٦.٥٧)>من قيمة كا^{٢} الجدولية (١٦.٨) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، حيث أن خبرات الأخصائيين الاجتماعيين تدفعهم إلى ضرورة إجراء هذه المقابلات لأنهم يدركون مدى أهميتها فى تكوين الانطباعات الأولية لمريض القلب عن المستشفى وتأثيرها على استقراره النفسى والتزامه بنظامها فكان دافعاً لإقدامهم عليها .

١٠- ومن الجدول رقم (٥٤) تبين العلاقة بين خبرة الأخصائيين الاجتماعيين وقيامهم بعملية التشخيص حيث كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (١٥.٩٨)>من قيمة كا^{٢} الجدولية (١١.٣) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زادت خبرة الأخصائيين الاجتماعيين زاد تشخيصهم للحالات الفردية وذلك لأن طول سنوات الخبرة أكدت لهم أنهم لن يستطيعوا التوصل إلى لعلاج المناسب وإتمام عملية المساعدة بالشكل المطلوب إن لم تكن معتمدة على تشخيص جيد يستطع به الأخصائى تحديد العوامل والأسباب المؤدية للمشكلة حيث أن التشخيص الدقيق يؤدى إلى العلاج الجيد .

١١- ومن الجدول السابق تبين العلاقة بين الخبرة و استخدام الأخصائىالاجتماعى لنظريات خدمة الفرد الحديثة فى علاج الحالات الفردية حيث كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (١١.٩١) > من قيمة كا^{٢} الجدولية (١١.٣) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زادت خبرة الأخصائىالاجتماعى كلما زاد استخدامه للنظريات الحديثة فى خدمة الفرد فى علاج الحالات الفردية لمرضى القلب ويرجع ذلك إلى إدراك الأخصائيين لأهمية استخدام النظريات الحديثة التى تساعد على حل مشكلات مرضى القلب من كل جوانبها والقضاء على أسبابها وذلك نتيجة للتغيرات السريعة التى تحدث فى المجتمع .

١٢- ومن الجدول السابق تبين العلاقة بين الخبرة و دور الأخصائىالاجتماعىفى المجتمع حيث كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (٥٨.٧٤) > من قيمة كا^{٢} الجدولية (٢٦.٢) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى أنه كلما زادت خبرة الأخصائىالاجتماعى كلما زاد دوره فى المجتمع للتوعية بمشكلات مرضى القلب واحتياجاتهم ويرجع ذلك لإدراك الأخصائيين الاجتماعيين لأهمية تضافر كل الجهود الحكومية والأهلية للعمل على مساعدة مرضى القلب على حل مشكلاتهم والاستفادة من قدراتهم المتبقية فى عملية التنمية .

١٣- ومن الجدول السابق تبين العلاقة بين الخبرة ودور الأخصائىالاجتماعى مع أسر مرضى القلب حيث كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (١٧.٢٢) > من قيمة كا^{٢} الجدولية (١٦.٨) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زادت خبرة الأخصائىالاجتماعى كلما زاد دوره مع أسر مرضى القلب ويرجع ذلك إلى إدراك الأخصائىالاجتماعى لأهمية دور الأسرة فى مساعدة مريض القلب على الاندماج فى المجتمع والقدرة على التكيف مع الواقع الذى يعيشه .

١٤- ومن الجدول السابق تبين العلاقة بين حصول الأخصائيين الاجتماعيين على دورات تدريبية وإجراءهم لمقابلات الاستقبال فقد كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (٢٦.٠٠) > من قيمة كا^{٢} الجدولية (٩.٢١) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى أنه كلما زاد حصول الأخصائىالاجتماعى على دورات تدريبية كلما زاد إجراءه لمقابلات الاستقبال ويرجع ذلك إلى أن هذه الدورات تزود الحاصلين عليها على بمعارف جديدة تكسبهم بعض مهارات العمل مع مرضى القلب وأهمية هذه المقابلات لانعكاساتها الطيبة فى نفوس المرضى حيث تشعرهم بالتقبل والرغبة فيهم وأنهم موضع تفسير وذلك بالطبع يؤثر إيجابياً فى شخصية المريض ويكون بمثابة النواة واللبنة الأولى فى بناء العلاقة المهنية بين الأخصائىالاجتماعى والمريض تلك العلاقة التى من شأنها الإسراع بعملية العلاج .

١٥- ومن الجدول السابقيتبين العلاقة بين الحصول على الدروات التدريبية والاهتمام بعملية التشخيص حيث كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (٢٦.٠٠) > من قيمة كا^{٢} الجدولية (٦.٦٣) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زاد حصول الأخصائىالاجتماعى على دورات تدريبية كلما زاد تشخيصه للحالات ، حيث تمد هذه الدورات الملتحقون بها ببعض المهارات كمهارة التشخيص للوقوف على العوامل والأسباب المؤدية للمشكلات حيث يمكن وضع العلاج المناسب لها فالتشخيص الجيد يؤدى إلى علاج جيد .

١٦- ومن الجدول السابق تبين العلاقة بين الحصول على الدروات التدريبية ودور الأخصائىالاجتماعىفى المجتمع حيث كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (١٨.٤٨)> من قيمة كا^{٢} الجدولية (١٣.٠٣) عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، أى كلما زاد حصول الأخصائىالاجتماعى على دورات تدريبية كلما زاد دوره فى العمل مع المجتمع بالنسبة لمرضى القلب حيث تمد هذه الدورات الأخصائيين الاجتماعيين ببعض المهارات كمهارة الاتصال بالقيادات والمسئولين لتوصيل مشكلات مرضى القلب إليهم وحثهم على المشاركة فى حل مشكلات مرضى القلب والاستفادة من قدراتهم المتبقية فى عملية التنمية .

٢ - الارتباط عند مستوى معنوية ٠.٠٥ *

١ - يبين الجدول السابق العلاقة بين السن واستخدام الأخصائىالاجتماعى للنظريات الحديثة فى خدمة الفرد فى علاج الحالات الفردية لمرضى جراحات القلبالمفتوح، حيث كانت قيمة كا^{٢} المحسوبة (١١.٩١) > من قيمة كا^{٢} الجدولية (٩.٤٩) عند مستوى معنوية (٠.٠٥) أى كلما زاد السن زاد استخدام الأخصائىالاجتماعى للنظريات الحديثة فى خدمة الفرد فى علاج الحالات الفردية مرضى القلب ، وقد يرجع ذلك أن زيادة السن غالباً ما تكون مرتبطة بزيادة سنوات الخبرة والتى تكسب الأخصائىالاجتماعى مهارات متعددة فى العمل مع مرضى القلب منها الإطلاع على كل جديد فى مجال رعاية مرضى القلب المفتوح لأن ذلك يساعده فى سرعة حل مشكلات مرضى القلبفى أقل وقت ممكن وبأقل جهد مبذول.

النتائج العامة للدراسة:

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

١- تبين من خلال مقارنة النتائج الفعلية للدراسة بالنتائج المستهدفة كما حددتها خطة العمل بالمستشفى أنها منخفضة ومخالفة لها بشكل واضح حيث تبين انخفاض مستوى العلاقات الاجتماعية بين أخصائي خدمة الفرد ومرضى جراحات القلب المفتوح.

٢- توصلت الدراسة إلى بعض الجوانب السلبية المرتبطة بممارسة أخصائي خدمة الفرد لدوره مع مرضى جراحات القلب المفتوح ومنها عدم الانصات والاستماع الجيد لمقترحات المرضى وعدم اهتمامهم بتطبيق بعض مبادئ خدمة الفرد مثل التقبل وتقدير المشاعر وعدم الحرص على اجراء الزيارات لأسر مرضى جراحات القلب المفتوح.

٣- توصلت الدراسة إلى بعض الجوانب الايجابية المرتبطة بممارسة أخصائي خدمة الفرد لدوره مع مرضى جراحات القلب المفتوح ومنها الحرص على إجراء مقابلات الاستقبال لمرضى جراحات القلب المفتوح وكذلك المقابلات المختلفة بالإضافة إلى الرجوع لمصادر الدراسة المختلفة والاهتمام بعمية التشخيص واستخدام اساليب العلاج الذاتي والبيئي.

٤- توصلت الدراسة إلى بعض المعوقات التي تحد من أداء اخصائي خدمة الفرد لدوره في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح ومنها كثرة عدد المرضى وزيادة مشكلاتهم وقلة عدد الاخصائيين بالمستشفى ونقص الحوافز المادية للعاملين بالمستشفى.

٥- توصلت الدراسة إلى بعض التوصيات التي تساهم في تطوير دور أخصائي خدمة الفرد في العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح ومنها زيادة الحوافز للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفى وتزويد أخصائي خدمة الفرد بكل ما هو جديد في مجال رعاية مرضى القلب والعمل على عقد ندوات توعية لأسر المرضى بكيفية التعامل مع مريض القلب بالإضافة إلى اعداد دورات تدريبية مستمرة للأخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل بالمستشفى وزيادة عدد الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفى.

توصيات الدراسة

استناداً إلى ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية بخصوص تقييم دور أخصائي خدمة الفرد العمل مع مرضى جراحات القلب المفتوح فإنه يمكن فى حدود نطاق هذه الدراسة تقديم بعض التوصيات التى يمكن أن يستفاد منها فى مجال مرضى جراحات القلب المتفوحوهى :

١- نظراً لارتباط الخبرة برفع مستوى أداء الأخصائيين الاجتماعيين لدورهم حيث كان لها تأثير إيجابفى إجرائهم لمقابلات الاستقبال إضافة إلى تشخيص الحالات ، لذا فمن الأهمية استمرار العمل فى هذه المستشفيات بنفس الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بها دون تغير لفترات طويلة نسبياً وذلك لإكسابهم الخبرة وفنيات العمل مع المرضى ولإتاحة الفرصة لهم وللمرضى أيضاً من تكوين العلاقات الاجتماعية والمهنية التى تساعدهم على التوافق والانسجام.

٢- نظراً لارتباط الحصول على الدورات التدريبية بارتفاع مستوى أداء الأخصائيين الاجتماعيين فى إجراءهم لمقابلات الاستقبال وقيامهم بتشخيص الحالات ، لذا فمن اللازم زيادة الاهتمام بالدورات التدريبية لكل من الأخصائيين الاجتماعيين وباقى فريق العمل بالمستشفى لتزويدهم بأساليب المعاملة الصحيحة والحديثة فى مجال رعاية مرضى القلب على أن تأخذ هذه الدورات الشكل الإلزامى سواء من قبل مجلس إدارة المستشفى أو من قبل وزارة الصحة نفسها .

٣- طبقاً لما أظهرته نتائج الدراسة من نقص الموارد وقلة الإمكانيات مما شكل أهم المعوقات التى أجمع عليها الأخصائيون الاجتماعيون والتى تحول دون أدائهم لأدوارهم بالشكل المطلوب ، لذا فمن اللازم توفير الدعم المادىبالمستشفى سواء بزيادة الإعانات الحكومية أو التبرعات الأهلية من خلال وسائل الإعلام المختلفة بهدف تمكين الأخصائيين من أداء أدوارهم بشكل فعال ولتقديم خدمات المستشفى بأفضل شكل ممكن حتى ينعكس ذلك على مرضى القلب، ويتحقق لهم الإشباع والاستقرار النفسوالاجتماعى المطلوب.

٤- التركيز على دور المستشفىفى إدماج مريض القلب داخل أسرته كأحد أساليب الرعاية الاجتماعية لمريض القلب داخل أسرته .

٥- الاهتمام بالبحوث العلمية فىالنواحى المتعلقة بالتدابير الوقائية وأساليب الاكتشاف المبكر لحالات مرضى القلب وعلاقتها بالوقاية من خلال الهيئات المتخصصة كالجامعات وهيئات ومراكز البحث العلمى المعترف بها حتى يمكن وضع الخطط لتنفيذ تلك التدابير الوقائية والأساليب المتعددة للاكتشاف المبكر للمرض على أسس علمية .

٦- ضرورة مراعاة الدقة فى اختيار الدارسين الراغبين فى العمل فى مجال رعاية مرضى القلب والتأكد من ملائمة رغباتهم واستعدادهم للعمل فى هذا المجال .

٧- الاستمرار في عمل دراسات تقيمية لدور أخصائي خدمة الفرد في المجال الطبي للتأكد من قيامه بدوره على أكمل وجه وبالكفاءة والفاعلية المطلوبين.

الملخص:

تسعى كافة الدول إلى تحقيق التنمية باعتبارها طريقاً إلى التقدم الحضاري، وتعتبر الثروة البشرية في أي مجتمع هي محور تقدمه وتطوره، وعلى الرغم من الاهتمام بالعنصر البشري سواء على مستوى الدول المتقدمة أو النامية إلا أنه يتعرض للعديد من المشكلات سواء الصحية أو الاجتماعية والتي تنعكس بدورها على التنمية.

ويعوق المرض الإنسان عن تأدية عمله أو وظيفته في المجتمع ويقلل من كفاءته في تأديته مما يؤدي إلى خسائر جسميه ونفسية واجتماعية وخاصة إذا كان المريض يعاني من مرض يحتاج إلى تدخل جراحي.

ونظرا لكثرة المشكلات التي يتعرض لها مرضى جراحات القلب المفتوح تصبح الحاجة ضرورية للتدخل المهني من جانب مهنة الخدمة الاجتماعية للتخفيف من تلك المشكلات وخدمة الفرد كأحد الطرق المهنية لممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي يمكنها أن تثبت نجاح في علاج هذه المشكلات من خلال مداخلها العلاجية المختلفة.

ونظرا لأهمية هذا الدور كان لزاماً على المهتمين بالخدمة الاجتماعية وبمجال رعاية مرضى جراحات القلب المفتوح من تقييم الجهود المهنية داخل المستشفيات بشكل دوري حتى يتمكن الأخصائيون الاجتماعيون من أداء أدوارهم بشكل فعال.

ومن خلال ما سبق جاءت هذه الدراسة بعنوان : تقييم دور أخصائي خدمة الفرد مع مرضى جراحات القلب المفتوح.

Abstract

All count's seeks to achieve development as it considered a way to civilized progress. The human wealth in any society represents a basis for its progress and development.

Although, the great interest of human element either in the advanced countries or the developing ones, but the human element faces many social and health problems which affect the development for social work practice in the medical field, can deal with these problems successfully by its various therapeutic approaches.

Therefore, it is necessary for social work practitioners who work in the field of open heart surgery patients, to evaluate the professional efforts at the hospitals periodically so that social workers can perform their roles effectively.

Accordingly, the current study was determined as "evaluating the role of case worker with open heart surgery patients".

قائمة المراجع

(١)عبد الباسط حسن: التنمية الاجتماعية، القاهرة، مكتبة وهبه، ١٩٩٧، ص٣.

(٢)جابر عوض وخيري الجميلي: رؤية تحليلية لمرضى الإيدز ودور خدمة الفرد في الوقاية منه، بحث منشور، المؤتمر السادس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ١٩٩٣، ص٣٢٩.

(٣)حسن ابراهيم عيد: دراسات في التنمية الاجتماعية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٤، ص٢٤.

(٤)نصر خليل عمران: تحديات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية والتخطيط لمواجهتها، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٩، ص١١٣.

(٥)عبد الباسط حسن: التنمية الاجتماعية، مرجع سابق ذكره، ص١٠.

(٦)عبد المعطي وآخرون: علم اجتماع الأسرة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠، ص٣٧٧.

(٧)فوقية حسن: الإعاقة الصحية، القاهرة، دار الكتاب الحديث، ٢٠٠٦، ص٥.

(8) Jones A,: Sociology In Medicine, London, The English University Press Limited, First Published, 1995, P. 115.

(٩)عبد الصبور ابراهيم: الخدمات الاجتماعية في مجال الاسرة والطفولة، قطر، دار الكتب القطرية، ط١، ١٩٩٧، ص٢٣.

(١٠)محمود طلعت عيسي: التأمين الاجتماعي فلسفة وتطبيقاته، ط٢، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٩٢، ص٥٩.

(١١)إقبال ابراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية اتجاهات تطبيقية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩، ص٢٦٦.

(١٢)سالم صديق احمد: نموذج انتقائي لخدمة الفرد في التعامل مع أزمة المرض، المؤتمر الحادي عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، الجزء الأول، ٢٠٠٠، ص٤٠٣.

(١٣)سلوى عثمان الصديق: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٩٩، ص١٩٨.

(١٤)عبد الحي محمود حسن: الممارسة المهنية في المجال الطبي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٨، ص١٦٠.

(15) J, Darsma T, Kastermans: Problems Of Cordiac Patients In early Recovery, N. Y, The prepress, 1995, P.P 21-27.

(16) Dew Amanda M:, Onsent, Timing Risk For Depression And Anxiety In Family Caregivers To Heart Transplant Resipient, Journal Department Of Psychiatry, University of Pittsburg, School Of Medicine, 2004, P. 239 .

(١٧)مني عزيز جبران: فاعلية نموذج العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية، لمرضى جراحات القلب المفتوح، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠١١م.

(18)Lett Heather And Others:, Social Support, Coronary heart disease psychosomatic medicine, University of Pittsburg, 2005.

(١٩)عبد الناصر عوض: ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ٢٠٠٢، ص١٥.

(٢٠)ماهر ابو المعاطي، عادل موسي جوهر: الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان، ٢٠٠٠، ص١١٩.

(٢١)ابراهيم بيومي مرعي: اتجاهات الرعاية الاجتماعية ومداخلها المهنية، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٨، ص١٩٩.

(٢٢)عرفات زيدان: العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية للطالبات المقيمات بالمدن الجامعية، بحث منشور، المؤتمر الرابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠١.

(٢٣)ابراهيم المليجي: الآثار الاجتماعية المرتبطة بالإعاقة ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها، الجمعية المصرية لرعاية المعاقين، المؤتمر الأول، ١٩٩٤، ص٣.
(٢٤)عبد الناصر عوض: تقويم أداء الأخصائي الاجتماعي بمكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية، بحث منشور، مجلة الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٣٤، ١٩٩٢.
(٢٥)جمال شحاته: العلاقة بين تطبيق برنامج تدريبي للأخصائيين الاجتماعيين وتنمية أدائهم الاجتماعي، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد٢، ١٩٩٧.
(٢٦)عمر شاهين: تفهم المشاكل النفسية للمعاقين كوسيلة للحد من الإعاقة، بحث منشور، المؤتمر الرابع، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين، القاهرة، ١٩٩٤.
(٢٧)جمال شكري: الحاجات المعرفية والتدريبية للأخصائيين الاجتماعيين في مجال الإعاقة، بحث منشور، المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم، ١٩٩٥.
(٢٨) عبد العزيز النوحي: نظريات خدمة الفرد- خدمة الفرد السلوكية، المنصورة، مكتبة الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٩، ص٣٥.
(٢٩) على زيدان: الاتجاهات المعاصرة في خدمة الفرد، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٧،ص ٥.
(٣٠) عبد العزيز النوحي: نظريات خدمة الفرد، الكتاب الثاني، الطبعة١١، القاهرة، مطبعة الثقافة، ١٩٨٤، ص١٩.
(٣١) إحسان زكي عبد الغفار: الاتجاهات الحديثة في خدمة الفرد، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٤، ص١٥: ١٦.
(٣٢) عبد المنعم السنهوري: خدمة الفرد بين النظرية والتطبيق، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ، ٢٠٠٠، ص١٥٨.
(٣٣) عبد العزيز النوحي: نظريات خدمة الفرد، الكتاب الثاني، الطبعة١١، القاهرة، مطبعة الثقافة، ١٩٨٤، ص٨.
(٣٤)محمد علاء الدين: دور الشباب في التنمية، الإسكندرية، نشأة المعارف، بدون سنة نشر، ص٣٤٤.
(٣٥)عبد الحميد عبد المحسن: الممارسات المهنية في العمل مع الجماعات، القاهرة، دار الثقافة للنشر، ١٩٩٩، ص٧٣.
(36) The Oxford English-Arabic, Dictionary, Oxford University, London, 1984, p. 398.
(٣٧)عبد العزيز مختار: التخطيط لتنمية المجتمع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥، ص٣٢٣.
(٣٨)عبد العزيز مختار: طرق البحث للخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥، ص١٤٧.
(٣٩)محمد عويس: قراءات في البحث العلمي والخدمة الاجتماعية، القاهرة، دار النهضة المصرية، ١٩٣٣،ص١٣٤.
(٤٠) ابراهيم مدكور: المعجم الوجيز، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، ١٩٩٢، ص٥٢١.
(41) Longman:, Active Study Dictionary of English, Egypt, Kaluoub, al-Ahram Commercial, Presses, 1992, P.529
(42) Hawkins, J:, The Oxford Dictionary English - Arabia, London, Oxford University, 1982, p.558
(٤٣) أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفية الجامعية، ٢٠٠٠، ص١٥.
(٤٤) عبد المنعم السنهوري: مرجع سبق ذكره، ص١٥٨.
(٤٥) احمد السنهوري: الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرون، القاهرة، دار النهضة العربية، ٢٠٠٠، ص٦٧.
(٤٦) السعيد مغازي: تنظيم المجتمع- مداخل نظرية وتطبيقيه، ط٢، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ، ٢٠٠٠، ص٣.
(٤٧) عبد العزيز النوحي: نظريات خدمة الفرد، الكتاب الثاني، مرجع سبق ذكره، ص٦.
(٤٨) عبد الكريم العفيفي: العوامل المؤثرة في أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره مع الحالات الفردية، المؤتمر العلمي الحادي عشر، كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٨٠..
(49) Roger Ellis:, Aguide To social skill training, London, Room, Helem, IID, 1981.

(٥٠) ماهر ابو المعاطي: دراسة تقويمية لمدى فاعلية التدريب الميداني في إعداد طلاب الخدمة الاجتماعية، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٦.
(٥١) ماهر ابو المعاطي: دراسة تقويمية لمدى فاعلية التدريب الميداني في إعداد طلاب الخدمة الاجتماعية، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٦.
(٥٢) نبيل صادق: دراسة حول المتغيرات المؤثرة على ممارسة الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في التنمية، المؤتمر العلمي الثاني، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٨.
(53) Harkness L, Nulisk,: Performance Standards For Social Work, Journal For Social Work, V.33, N 4, 1988.
(54) Pamela Mum,: Etal,: Part-Time Community And Training A Study Of Needs And Provision, Scotland, E.D.R Sprice, 1989.
(55) Carbone, Norman:, Social Work Research Chicago, University Of Chicago Paris, Pl, 1990.
(٥٦) سمير حسن: الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي وتوظيف الخدمة الاجتماعية بمصر، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ١٩٩٠.
(٥٧) نبيل إبراهيم: قياس الأداء الاجتماعي للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال رعاية الشباب، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، القاهرة، ١٩٩٣.
(٥٨) اشرف غيث: مقياس مهارات الاخصائيين الاجتماعيين في إدارة المناقشات، بحث منشور، المؤتمر العلمي السابع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٣.
(٥٩) جمال شكري: فعالية برنامج لزيادة مهارات خدمة الفرد للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الإدمان، بحث منشور، المؤتمر العلمي السادس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٩٣.
(٦٠) رفيق الصعيدي: نحو برنامج تدريبي لرفع كفاءة الاخصائيين الاجتماعيين بجهاز رعاية الشباب في كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ١٩٩٤.
(٦١) علاء الدين مغازي: تقويم فعالية الدورات التدريبية في زيادة أداء الأخصائي الاجتماعي المدرسي لدوره، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ١٩٩٧.
(٦٢) إيمان ابو رية: العلاقة بين البرامج التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين بالوحدات العلاجية وزيادة أدائهم المهني، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ١٩٩٧.
(٦٣) حمدي منصور: المسئولية الاجتماعية وعلاقتها بأداء الاخصائيين الاجتماعيين مع الحالات الفردية، بحث منشور، مجلة الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الخامس، ١٩٩٨.
(٦٤) جمال شكري: الإعياء المهني للأخصائي الاجتماعي وعلاقته ببعض متغيرات الممارسة، القاهرة، المؤتمر الخامس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩١.
(٦٥) سحر فتحي: تصور مقترح لتطوير عملية تقويم الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي المدرسي، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، أكتوبر ٢٠٠٣.
(٦٦) احمد حسني: تقويم دور التوجيه المهني في تحقيق التنمية المهنية للأخصائيين الاجتماعيين بالمدارس في ضوء التحولات الجديدة، المؤتمر الثاني عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ٢٠٠١.
(٦٧) ناصر عويس: الاحتياجات اللازمة لتنمية مهارات الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بمجال رعاية الشباب، المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٢.
(٦٨) سامر السقا: نحو إطار عمل لتخطيط برامج التدريب على مهارات الخدمة الاجتماعية، بحث منشور، المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٢.
(٦٩) سلامه منصور: ممارسة برنامج تدريبي لتنمية معارف ومهارات الأخصائيين الاجتماعيين، بحث منشور، المؤتمر العلمي السادس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٣.
(٧٠) عبير بدر الدين: برنامج مقترح لتحسين بعض المهارات المهنية والنفسية والتربوية للأداء الفعال لأخصائي الرعاية النفسية للمسنين، كلية التربية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلوان، ٢٠٠٧.
(٧١) عصام عبد الرازق: فعالية البرامج التدريبية في تنمية المهارات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع جماعات الشباب، بحث منشور، المؤتمر العشرون، مجلد ٣، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٧.
(٧٢) كاملة فهيم: مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٨٩.

(73) Nee, Linda: Social Work, New York, Mar, 1995, P. 25.

(٧٤) رأفت عبد الرحمن: العلاقة بين ممارسة الاتجاه المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتعديل أسلوب الحياة للأطفال المرضى بأمراض القلب المزمنة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ١٩٩٩.

(75) Scherberger Mahoney:, The Illness Experience Of Patients, Their Family Members Living Cognitive Heart Failure, The University Of Texas, Health Science Center At Huston, School Of Nursing, 2000 .

(76) Dew Amada Mar:, Onset Timing Risk For Depression And Anxiety In Family Caregivers To Heart Transplant Recipients Journal Department Of Psychiatry, University Of Pittsburg, School Of Medicine, 2001..

(77) Gueulette Brewer:, Testing Components Of The Mccubin Resiliency Model Of Family Stress Adjustment, Adaptation In The Rehabilitation Setting Using An Individual's Quality Of Life And Family Adaptation As Outcomes Measures,2003..

(78) Lett Heather:, Social Support, Coronary Heart Disease Psychosomatic Medicine, 2005..

(79) EvridikiKaba:, Adescriptive Study Of Psychological Problems After A Heart Transplantation Issues In Mertal Health Nursing, 2005..

(80) Freedland Kenneth:, Archives Of General Psychiatry, Vol. 55, 2009.

(81) Hirsh Adam, T:, Journal Of Clinical Psychology in Medical In Setting, Vol. 16, 2009.

(82) Hirsh Adam, T:, Journal Of Clinical Psychology in Medical In Setting, Vol. 16, 2009.

(83) JonsbuEgil:, Journal Of Psychosomatic Research, Vol. 20, 2011.

(٨٤) عبد الباسط حسن: أصول البحث الاجتماعي، القاهرة، مكتبة وهبه، ١٩٨٠، ص١٢٣.

(٨٥) عبد الحليم رضا عبد العال: البحث في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، الثقافة المصرية للطباعة، ١٩٩٩، ص٦٣.

(٨٦) عبد الرازق جليي : تصميم البحث الاجتماعي بين الاستراتيجية والتنفيذ، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٣، ص٢١٨.

(٨٧) عبد الباسط حسن: أصول البحث الاجتماعي، القاهرة، دار النهضة، ١٩٩٠، ص٢٢١.

(٨٨) عبد الباسط حسن: مرجع سبق ذكره، ص٣٢٨.