تقويم الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات
دراسة ميدانية مطبقة على المستشفيات الحكومية بمحافظة الطائف

Evaluating the professional performance of Medical Social worker in crisis intervention, a field study applied on government hospitals in Taif Governorate

تاريخ التسليم ٢٤ /٢٠٢١/٦
تاريخ الفحص ٢٠٢١/٧/١
تاريخ القبول ٢٠٢١/٧/٩

إعداد

مشعل بن صالح الجعيد

باحث دكتوراه فى قسم علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية
بكلية اللغة العربية والدراسات الاجتماعية – جامعة القصيم بالمملكة العربية السعودية
أخصائي أول طبي مجمع الملك فيصل الطبي بمحافظة الطائف

تقويم الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات

دراسة ميدانية مطبقة على المستشفيات الحكومية بمحافظة الطائف

اعداد وتنفيذ

مشعل بن صالح الجعيد

باحث دكتوراه في قسم علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية
بكلية اللغة العربية والدراسات الاجتماعية – جامعة القصيم بالمملكة العربية السعودية
أخصائي أول طبي مجمع الملك فيصل الطبي بمحافظة الطائف

المستخلص :

عنوان الدراسة "تقويم الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات" تم تطبيقها على المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمحافظة الطائف على جميع الأخصائيين الاجتماعيين" ذكور وإناث " العاملين فيها وعددهم(١٠٤) أخصائي اجتماعي، وهدفت الدراسة إلى الآتي (قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض، قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض، قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض، قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات، التوصل إلى مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات). وتم استخدام الاستبيان كأداة لجمع البيانات وخلصت الدراسة بأهم النتائج التالية: ارتفاع مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض، ارتفاع مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض، ارتفاع مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض، وفيما يخص مستوى الأداء المهني للتعامل مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات كان متوسطاً، ويواجه الاخصائي الاجتماعي بعض المعوقات، ولكي يتغلب على هذه المعوقات اقترح الاخصائيين الاجتماعيين بعض المقترحات وأوصت الدراسة بضرورة دعم تواجد الأخصائي الاجتماعي من خلال التأكيد على أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية بتوفير العدد الكافي للعمل بأقسام الطوارئ بالشكل المطلوب، وضع برامج تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين تزودهم بالمعارف والمهارات والتطورات الحديثة في مجال التدخل مع الأزمات من خلال تعاون وزارة الصحة مع هيئة التخصصات الصحية لإعداد برامج تدريبية متخصصة.

الكلمات المفتاحية: تقويم، الأداء المهني، الأخصائي الاجتماعي الطبي ، الأزمات

.

Evaluating the professional performance of Medical Social worker in crisis intervention, a field study applied on government hospitals in Taif Governorate

Abstract

The title of the study is " Evaluating the Professional Performance of the M1edical Social worker in crisis Intervention" was applied on the government hospitals affiliated to the Ministry of Health in Taif Governorate on all social workers "Male and Female" who work in them, they number are (104) social workers.The study aimed the following (measuring the level of professional performance of Medical Social Worker in providing social support to the patient, measuring the level of professional performance of the medical social worker in providing psychological support to the patient, measuring the level of professional performance of the Medical Social Worker in facilitating the provision of medical support to the patient, measuring the level of the Medical Social Worker dealing with the obstacles encountered during crisis intervention, reaching to proposals to overcome the obstacles facing the medical social worker in crisis intervention) .

The questionnaire was used as a tool to collect data, and the study concluded with the following most important results: High level of professional performance of the Medical Social Worker in providing social support to the patient, High level of professional performance of the Medical Social Worker in providing psychological support to the patient, High level of professional performance of the Medical Social Worker in facilitating the provision of medical support to the patient. With regard to the level of the professional performance to deal with the obstacles he faced during crisis intervention, it was moderate. The social worker faces some obstacles, and in order to overcome these obstacles, the social workers have suggested some proposals such as:

The study recommended the necessity to support the presence the social worker by emphasizing on the medical social service departments by providing sufficient numbers to work in the emergency departments as required, to develop training programs for social workers, to provide them with knowledge, skills and recent developments in the field of crisis intervention through the cooperation of Ministry of Health with the Health Specializations Authority to prepare programs Specialized training.

Key words: Evaluating,Professional Performance, Medical Social, crisis Intervention

أولاً: مشكلة الدراسة

يشهد العالم في السنوات الأخيرة أزمات تهدد حياة الإنسان مما يتطلب مواجهتها من خلال موارد وكفاءات بشرية مؤهلة ذات مهارات عالية تستدعي تظافر جهود مؤسسات المجتمع في التعامل معها والمملكة العربية السعودية ليست بمعزل عن العالم والمستشفيات إحدى هذه المؤسسات الهامة التي تتعامل مع الأزمات والمملكة تبذل جهوداً مكثفة للارتقاء بالخدمات الصحية وتوفيرها لكل مواطن ومقيم وذلك من خلال المرافق الصحية المختلفة والمنتشرة في كافة أرجاء المملكة حيث حقق النظام الصحي في المملكة كفاءة الأداء وفعالية التكاليف وعدالة التوزيع حيث اهتمت وزارة الصحة بالمملكة على تقديم أفضل الخدمات الصحية مما أنعكس هذا الاهتمام على زيادة عدد المستشفيات في المملكة إذ بلغ عدد المستشفيات (٢٨٤) مستشفى في عام ١٤٣٩هـ منها (١٦) مستشفى في محافظة الطائف محل البحث (الكتاب الاحصائي السنوي لوزارة الصحة، ٢٠١٨م). ويعمل بها ١٣٨أخصائي اجتماعي، ونظراً لأهمية الرعاية الصحية وما تقدمة من جهود واضحة ومثمرة للحفاظ على صحة الإنسان فالمرض العضوي جزء من مجموعة مسببات تؤثر على صحة الانسان لذا استعانت المؤسسة الطبية ببعض المهن الأخرى الموجودة بالمجتمع لتحقق حالة من التوازن الجسدي والنفسي والاجتماعي للمريض ومن هذه المهن الموجودة داخل منظومة المؤسسة الطبية الخدمة الاجتماعية الطبية التي تهدف بالوصول للمريض بالاستفادة الكاملة من العلاج الطبي والتكيف في البيئة الاجتماعية من خلال التغلب على المسببات الغير عضوية فالعلاج الطبي يحقق افضل النتائج إذا بني على معرفة التاريخ الاجتماعي. (المليجي،٢٠١٢، ١٧). وحيث أنه خلال العام ١٤٣٩ هـ بلغت زيارات مراجعي الطوارئ بمستشفيات وزارة الصحة (١٦,٨٣٨,٨٥٨) منها (٧٣٨,٧٨٤) في محافظة الطائف محل البحث كما بلغ المرضى المحالون إلى أقسام الخدمة الاجتماعية بمستشفيات وزارة الصحة(١٨٩١٧٩) لأسباب نفسية واجتماعية مرتبطة بحالته الصحية و(٣٤٢٤) حالات اعتداء وعنف وبلغت حالات محاولات إيذاء النفس (١٢٣٨) من نفس العام. (الكتاب الاحصائي السنوي لوزارة الصحة، ٢٠١٨م).

وأوضحت وزارة الصحة في المؤتمر العالمي لطب الكوارث المنعقد في الرياض بتاريخ ٢٠١٩/١٠/١٤م الذي تنظمه وزارة الصحة تحت شعار "من أجل تحقيق شمولية الاستعداد والاستجابة للطوارئ" أنه نظراً لكون الأزمات الكوارث لا تلتزم بوقت معين أو مكان محدد، فلا بد من الاستعداد المبكر بالتدارس والنقاش والتفكير لمواجهتها والتصدي لها وتبعاتها بطرق علمية سليمة تقوم على البحث العلمي المُمنهج والدقيق ليكون المخرج قابلاً للتطبيق في كل وقت ومكان. ولفتت الانتباه إلى أن المؤتمر ينعقد تزامناً مع اليوم العالمي للحد من الكوارث للإسهام في تخصيص وسيلة لتوعية المجتمع وتعزيز ثقافة عالمية بكيفية اتخاذ الإجراءات للحد من خطر التعرض للكوارث والنظر في كيفية الحد منها وتلطيف أثارها (واس، ٢٠١٩).

والأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي يبرز دوره بشكل ملحوظ خاصة مع الحالات الحرجة والأمراض المزمنة والتي تحتاج إلى وقت طويل للعلاج. كما أكده (رضوان، ١٩٩٨، ١١٢) من خلال بعض المهام والأساليب التي تستلزم على الأخصائي الاجتماعي استخدامها وممارستها في المجال الطبي وخاصة مع الحالات الحرجة ومنها: تواجد الأخصائي الاجتماعي طوال ٢٤ ساعة عن طريق عمل الفترات المتواصلة لاستقبال الحالات الحرجة والحالات التي تتعرض للأزمات وتحتاج لتدخل سريع يعيد التوازن لها ويقدم خدمة عاجلة لها. ولقد أوضحت (مخلوف، ١٩٩١م) بعض المعارف التي يفترض أن يدركها الأخصائي الاجتماعي ومنها معارف تشمل معلومات طبية مبسطة كنوع الأمراض وخاصة تلك التي تكثر الإصابة بها. وكذلك معلومات عن الاحتياجات والخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للمرضى، ومعرفة بالمصادر المجتمعية والبيئية التي يمكن الاستعانة بها في تكملة الخدمات الاجتماعية للمستشفى. لقد تبين من الخبرات المتراكمة للممارسات المهنية للأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي أن هناك العديد من المهام التي يمكن أن تميز عمله في ذلك المجال والمتمثلة في مساعدة الفريق الطبي في فهم العوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية وعلاقتها بالمرض الذي يعاني منه المريض والعلاج المتبع لذلك، ومساعدة المريض وأسرته في فهم هذه العوامل وتمكينهم من التكيف معها، والاستفادة من تعاليم الشريعة الإسلامية في التأثير على المريض وأسرته لقبول ما أصابهم، ومساعدة المستشفى في إعطاء المريض أفضل رعاية من خلال الخدمات المختلفة والاستفادة من موارد المجتمع ومؤسساته المتنوعة لدعم خدمات واحتياجات المرضى وأسرهم، ويبرز هذا

الدور في غرف الطوارئ التي هي بمثابة استقبال المرضى في المستشفيات خصوصاً في حالات الأزمات. الإنسان كل متكامل، تتفاعل عناصر شخصيته العقلية والبيولوجية والنفسية، والاجتماعية دائماً، وأي اضطراب يصيب أحدها فإنه يؤثر في العناصر الأخرى في ذات الوقت وبهذا تعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية ميدانياً له أهميته حيث تعتنى بالمريض كإنسان، له احتياجاته النفسية والاجتماعية التي يعمل على اشباعها حتى يستفيد من العلاج الطبي(المليجي،٢٠١٢، ٢٧). وكون الخدمات الاجتماعية في أقسام الطوارئ هي خدمات سريعة ومباشرة تهدف إلى التعامل مع المرضى وسلوكياتهم واتجاهاتهم المرتبطة بالمرض وضمان حصولهم على الخدمة الطبية، وتوجيههم للاستفادة من الخدمات المتاحة بالشكل المطلوب. وهذا ما أكده الميثاق الأخلاقي للأخصائيين الاجتماعيين على أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في الطوارئ العامة وذلك في الجزء السادس في الميثاق والخاص بالمسؤوليات الاخلاقية للأخصائيين الاجتماعيين تجاه المجتمع في البند رقم ٣ الخاص بالطوارئ العامة (Code of Ethics,2008).ويعتبر التقويم من أهم الأدوات التي يمكن الاعتماد عليها في رصد واقع الممارسة المهنية على أي مستوى من المستويات للتعرف على نواحي القوة والقصور الموجودة بها تمهيدا للتعامل معها بما يعود بشكل ايجابي على الممارسة المهنية، فبدون التقويم لا يوجد نمو مهني يمكن تحقيقه، والتقويم ليس عملية هامة على مستوى البحث العلمي فقط وإنما على مستوى عمل الأخصائي الاجتماعي نفسه وذلك لتحديد الأساليب والعمليات المقترحة لتعديل الممارسة المهنية. ورغم صعوبة التقويم إلا أنه يعتبر أقصر وأنجح طرق زيادة الفعالية والأداء المهني تحقيقا للأهداف التي يرجوها المجتمع من مهنة الخدمة الاجتماعية (عوض أ.، ٢٠١١م). وارتباطا بكل ما سبق عرضه عن المجال الطبي كأحد مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية والتقويم يمكن أن نحدد مشكلة البحث في عملية تقويم الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي للتدخل مع الأزمات في المستشفيات وما مستوى تعامل الأخصائي مع هذه المعوقات التي تمنعه من القيام بدوره المهني في هذه الأزمات ومحاولة تقديم مقترحات لتجاوز هذه المعوقات.

ثانياً: أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

- الأهمية العلمية :

١. تمثل هذه الدراسة أحد الموضوعات الهامة للخدمة الاجتماعية الطبية والممارسة المهنية والتي تسعى في تطوير هذا المجال من خلال إثراءه بمثل هذه الدراسة.
٢. ارتباط موضوع الدراسة باهتمام العديد من المؤسسات والمنظمات التي تدعو للتأهب والاستعداد في حالات الأزمات وتحسين الجهود ورفع مستوى الكفاءة في التعامل معها.
٣. توفر معلومات وحقائق علمية تفيد الباحثين والمختصين والجهات ذات الصلة في إدارة الأزمات بالمجال الطبي.
٤. إثراء الجانب المعرفي للجوانب النفسية والاجتماعية المتربطة بالأزمات وذلك لعدم وجود دراسات سابقة لتقويم دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع الازمات بالمجال الطبي في حدود علم الباحث.

- الأهمية العملية :

١. تسهم عملية تقويم الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في التعامل في حالات الأزمات في تحديد مستوى أداءه بهدف تطويره وتحسينه من خلال الآلية المناسبة لذلك والتي تحقق أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية.
٢. تساعد هذه الدراسة في وضع معايير لقياس الأداء للتدخل في الأزمات التي بدورها تساعد في تقنين الممارسة المهنية بالمجال الطبي.
٣. تسليط الضوء على دور أقسام الخدمة الإجتماعية في إدارة الأزمات بالمنشآت الطبية.
٤. زيادة وعي المستشفيات بأهمية دور الخدمة الاجتماعية الطبية في التعامل مع الأزمات.

ثالثاً: أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي :

١. قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض.
٢. قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض.
٣. قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض.

٤. قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات.
٥. التوصل إلى مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات.

رابعاً: تساؤلات الدراسة:

١. ما مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض؟
٢. ما مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض؟
٣. ما مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض؟
٤. ما مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات؟
٥. ما المقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات؟

خامساً: مفاهيم الدراسة

أولاً : مفهوم التقويم

عرفه قاموس (Webster) التقويم بأنه تحديد قيمه أ وكم الشيء والتعبير عنه عدديا.

حدد قاموس (Oxford) مفهوم التقويم أنه إيجاد تعبير رقمي للمراد تقويمه ليعبر عن تقويم هذا الشيء.

ويعرف في معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية عبارة عن استقصاء منتظم يهدف إلى تحديد مدى نجاح سياسة أو برنامج أو خدمة معينة (الدخيل، ٢٠١٢).

كما تساعد عملية التقويم في تزويد الأخصائيين الاجتماعيين بمعلومات عن فعالية عملية التدخل المهني out com intervention في تحقيق الأهداف، وكذلك فعالية الأساليب الفنية التي استخدمها الأخصائيون في التأثير على عملائهم بما يساعدهم في تطويرها أو تغييرها بأساليب أخرى أكثر فعالية. (النوحي، ٢٠٠٣).

واجرائياً يقصد بالتقويم في هذا البحث:

بأنه تلك العملية التي يتم من خلالها تحديد واقع دور الأخصائي الاجتماعي الطبي من خلال قياس مستوى أدائه المهني.

ثانيا: الأداء المهني

١. يعرف الأداء المهني في الخدمة الاجتماعية بأنه قدرة الأخصائي الاجتماعي القيام بمسؤولياته الوظيفية طبقا لمدى كفاءته (حبيب، ١٩٩٧).

٢. ويعرف الأداء المهني على أنه: قيام الأخصائي الاجتماعي بدوره المهني ومسئولياته المهنية الوظيفية في إطار المؤسسة التي يعمل بها معتمداً على معارف الخدمة الإجتماعية والمهارات والاتجاهات المهنية التي اكتسبها من خلال إعداده المهني أو من خلال عمليات التنمية(عوض،٢٠٠٨م).

واجرائياً يقصد بالأداء المهني في هذا البحث:

مستوى أداء الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الطبي للمسؤوليات المرتبطة بعملهم مع المرضى في حالة الأزمة وقدرتهم على تحقيق نتائج متوقعة في إطار ما يتوفر لديهم من جوانب معرفية وقيمية ومهارية وخبرة مهنية.

ثالثاً: مفهوم الدور

يعرف الدور بأنه أداء ينبثق من مجموعة توقعات توجهها معايير موضوعة لموقف أو وظيفة معينة فالدور يشير إلى السلوك وليس المركز بمعنى أن الفرد أن يمارس دوراً ولكنه لا يستطيع أن يشغل دوراً . (أبو المعاطي ٢٠٠٥، ١٦٩).

يعرف أيضاً بأنه السلوك والوظيفة اللذان يقوم بهما الفرد ويتوقع الآخرون أن يقوم بها (السيف، ٢٠١٠م، ٣٦).

واجرائياً يقصد بالدور في هذا البحث:

مجموعة الأداءات والمهام والمسؤوليات والأعمال المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي داخل المستشفيات الحكومية تجاه المرضى في حالة الأزمة.

رابعا: الأخصائي الاجتماعي الطبي.

هو الممارس الصحي الحاصل على درجة علمية في الخدمة الاجتماعية أو علم الاجتماع وحاصل على التصنيف المهني من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية بفئة أخصائي اجتماعي فما فوق، ويمارس العمل داخل المنشآت الصحية والتأهيلية كعضو مع الفريق الصحي المعالج. (دليل سياسات وإجراءات الخدمة الاجتماعية الطبية بوزارة الصحة ٢٠١٦م).

واجرائياً يقصد به في هذا البحث:

هو الممارس الصحي المهني المسؤول المتخصص في الخدمة الاجتماعية الطبية في بالمؤسسة الطبية للتعامل مع الأزمات الخاصة بالمرضى.

خامسا: مفهوم الأزمة

١. يعرفها قاموس (Webster) نقطة تحول للأحسن أو إلى الأسوأ في مرض خطير أو خلل في الوظائف أو تغير جذري في حياة الانسان وفي أوضاع غير مستقرة.
٢. وتعرف في معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية مرحلة من الألم العاطفي، فإنها تكون نتيجة لمشكلة حياتية محسوسة أو

عائق أمام هدف هام، مما يؤدي إلى نزاع داخلي تكون فيه قدرات الفرد على التكيف غير ملائمة (الدخيل، ٢٠١٢).

سادساً: مفهوم التدخل مع الأزمات

ويعرف في معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية بأنه ممارسة علاجية تستخدم لمساعدة العميل الواقع في أزمة بهدف تعزيز فعالية التكيف والذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى نمو وتغير إيجابي في ذات العميل أو بيئته. ويحدث ذلك من خلال تعرف العميل على المشكلة وتقدير حجمها وأبعادها، وكذلك تعلم سلوكيات جديدة أو أكثر فاعلية لمواجهة مواقف مشابهة ومتوقعة (الدخيل، ٢٠١٢).

الموجهات النظرية

نظرية الدور

يرى Zananesky أن الدور الاجتماعي يعتبر نسقاً اجتماعياً دينامياً يتكون من أربعة عناصر متفاعلة معاً تشكل مكونات الدور وهي:

الدائرة الاجتماعية وهي تشمل مجموعة الأشخاص الذين يتفاعل معهم القائم بالدور.

ذات القائم بالدور وهذا يعني الخصائص البدنية والسيكولوجية المتعلقة بالمركز الذي يشغله.

المكانة الاجتماعية للقائم بالدور.

الوظائف الاجتماعية للقائم بالدور(صادق،١٩٩٨م).

بدأت نظرية الدور تؤثر في الوقت المعاصر على ممارسات الخدمة الاجتماعية، كما أخذ عدد المؤسسات الاجتماعية التي بدأت تستخدم تلك النظرية يزداد تدريجياً، ويرجع ذلك إلى ما تتسم به من ثراء مفاهيمها ومكوناتها النظرية وكذلك مضامينها التطبيقية وقدرها على أن تقدم لنا أسلوباً ووسيلة مناسبة لدراسة وتحليل السلوك الاجتماعي. وإذا كان الدور هو نمط من الأفعال والتصرفات التي يتم تعلمها بشكل مقصود أو عارض ويقوم بها الفرد في موقف محدد يتضمن تفاعلاً فإن المشكلة في سلوك الفرد بطريقة تختلف عن أدواره المتوقعة في التفاعلات الاجتماعية بما لا يتفق مع القيم والتقاليد والأعراف والقوانين والمحددات الثقافية، أما في الخدمة الاجتماعية فإنها تستخدم لتحديد مشكلات الفرد وأسلوب مساعدته(عثمان، ١٩٨٢م، ٦٩-٧٠)، ولأهمية نظرية الدور فقد تزايدت مفاهيمها طرحاً على الساحة الثقافية والممارسات المهنية في وقتنا الحاضر بسبب كثرة الأدوار وتعقدها وغموضها أو تداخلها وتشابكها أو عدم اكتمالها أو تضاربها مع أدوار أخرى أو بسبب ما يعانيه الفرد من ضغوط شديدة أثناء أداءه لأدواره المختلفة(علي وآخرون، ١٩٩١م، ٦٥).وبالتالي تقوم نظرية الدور على أساس أن كل فرد من أفراد المجتمع يشغل مركزاً اجتماعياً معيناً في السلم الاجتماعي، وهذا المركز يحتم على الشخص الذي يشغله مجموعة من الحقوق والالتزامات التي تنظم تفاعله مع الآخرين من أفراد المجتمع الذين يشغلون مراكز اجتماعية أخرى. وتحدد هذه المراكز الاجتماعية وفقاً لأسس تتفاوت من مجتمع لآخر فالمراكز الاجتماعية في المجتمع الحديث تحدد غالباً على أساس اقتصادي اجتماعي كما أن المراكز الاجتماعية المتقاربة في المستوى بينها علاقة أفقية، أما المراكز الاجتماعية المختلفة المستوى تكون بينها علاقة رأسية، ويلاحظ أن هذه المراكز الاجتماعية بينها اعتماد متبادل فهي تعتمد كل منها على الأخرى وتتبادل المنفعة معها. كما إن كل مركز اجتماعي ترتبط به مجموعة من المعايير أن التوقعات التي تحدد الأنماط السلوكية المتوقعة لشاغلي هذه المراكز أي تحدد الدور المتوقع من الفرد نحو الأفراد الآخرين الذين يشغلون مراكز اجتماعية أخرى، وأنه يجب بذل الجهود لتقريب الفجوة بين الأدوار الفعلية وبين الأدوار المتوقعة منهم (أحمد، ١٩٩٦م، ٣٦٨). ويرتكز اهتمام نظرية الدور في الخدمة الاجتماعية على موضوعات: أدوار الأفراد، والأسر والجماعات الصغيرة، متطلبات الأدوار ومسؤولياتها وفقاً للمعايير الثقافية، مدى التزام الفرد بها أو عجزه عن أدائها، التركيز على الأدوار المهنية ومتطلباتها والمواءمة بينها وبني أدوار العملاء بقصد إحداث التناسق والتوافق والتكامل(الصديقي، ١٩٩١م، ٤٦). ولقد اعتبرت برلمان أن نظرية الدور مفيدة في عمل الأخصائي الاجتماعي لأهميتها الكبيرة في مساعدة الأخصائي الاجتماعي في فهم علاقات العميل وأدواره وعلاقات الاسرة وأدوارها.

ويستفاد من نظرية الدور في الدراسة الحالية من خلال توضيح الأدوار والمهام الفعلية التي يؤديها الأخصائي الاجتماعي أثناء العمل بالمستشفى.

١. التعرف على مدى ملائمة الأدوار والمهام التي يؤديها الأخصائي الاجتماعي.
٢. التعرف على مدى تطبيق الأخصائي الاجتماعي للمداخل والنماذج العلميةالمناسبة للتدخل في الأزمات .
٣. الكشف عن المعوقات التي تعوق الأخصائي الاجتماعي عن أداء أدواره المهنية سواء كانت هذه المعوقات راجعة إلى غموض الدور أو عدم وضوحه أو صراع الأدوار التي يؤديها الأخصائي الاجتماعي وتعارضها مع بعضها

البعض أو راجعة إلى عدم تعاون فريق العمل بالمؤسسة معه وبالتالي عدم تكامل دور الأخصائي الاجتماعي معهم أو غير ذلك من الأسباب والمعوقات التي تعوقه عن أداء مهام دوره وتحد من تدخله المهني بشكل فعال.

نظرية الأزمة

مفاهيم نظرية الأزمة :

١ – التوازن:

وهو حالة الاحتفاظ بوضع معين بين مؤثرات متعارضة، وهو هدف وحاجة الكائن الحي، وإذا اختل التوازن تضطرب الحركة البدنية والنفسية وتستمر في اضطرابها حتى يعود، والإنسان نسق حي تتفاعل الأجزاء المكونة له بدنياً ونفسياً وعقلياً كما يتفاعل هو بصفته نسق كلي مع من حوله، ويسعى الإنسان دائماً إلى الوصول إلى حالة من التوازن خلال تفاعلاته المختلفة، وعندما يكون هناك خلل في إحدى التفاعلات يحدث عدم التوازن.

٢ – القلق:

وهو الشعور بعدم الراحة وبالتوتر والإحساس بالخطر، وعندما يكون بشكل متكرر يعمل على تهديد حياة الشخص فيسمى اضطراباً .

٣ – التوتر:

شعور بالضيق واضطراب التوازن والاستعداد لتغيير السلوك ليواجه في الغالب عامل التهديد في الموقف وذلك بسبب الصراع الداخلي أو الضغط الخارجي أو بسببهما معاً.

٤ – الحيل الدفاعية:

نمط من السلوك السيكولوجي يستجيب بمقتضاه الكائن استجابة تنطوي على المقاومة أو التعويض للإبقاء على توازنه، وينتج عنه عمليات نفسية يلجأ إليها الفرد لحماية نفسه من القلق والشعور بالذنب والأفكار غير المقبولة، ومن هذه العمليات الإنكار، التجنب، التحول، التجاهل، الإزاحة، المبالغة، النكوص، التوهم، التعويض، التسامي، العدوان، التبرير.

٥ – مرحلة نشاط الأزمة:

ويقصد به الوضع الذاتي للشخص عندما يصل التوتر إلى درجة عالية وتصبح الأساليب والحيل الدفاعية غير الفعالة، وتبدأ حالة عدم التوازن في الظهور ، وهذه الحالة هي العامل والمعيار الأساسي لاتخاذ قرار التدخل باستخدام مدخل الأزمة.

٦ – فترة الوقت المحدد:

ويركز هذا المفهوم على أهمية عامل الوقت في التدخل في الأزمات حيث تكون لحظة الحدث خير مناخ للتأثير الهادف دون مقاومة تذكر؛ ولأن البناءات الدفاعية وقتها تكون ضعيفة فإن تقديم جهد قليل ولكنه مركز على الهدف في هذه المرحلة له نتائج أفضل من المساعدة المكثفة في مرحلة أخرى.

٧ – مفهوم التعاقد :

ويعني توثيق خطة العمل المتفق عليها بين الأخصائي الاجتماعي والعميل في عقد مهني، وتتضمن طبيعة تحرير مثل هذا العقد أن خطة التدخل في موقف الأزمة تم التوصل إليها بشكل مشترك بين الأخصائي الاجتماعي والشخص الذي يكون في موقف الأزمة (العميل) وتتضمن أيضاً أن العميل مسئول بصفة أساسية عن حياته وأنه قادر على اتخاذ القرارات وأن كلا طرفي العقد (العميل والأخصائي الاجتماعي)، لهما حقوق وعليهما واجبات وإن علاقتهما علاقة مكملة لبعضها وليست علاقة بين متفوق وتابع، أو منقذ وضحية (أشواق، ٢٠١١م) .

ويستفاد من نظرية الأزمة في الدراسة الحالية من خلال:

١. يتعرض للأزمة الفرد والجماعة والمجتمع.
٢. عملية واضحة ينشأ عنها توتر وقلق وضغوط تتطور بسرعة عبر الزمن.
٣. تتطلب الأزمة السرعة والمرونة في الإجراءات التدخل الفوري المنظم في توفير الحلول السريعة وهذا يتطلب من الأخصائي الاجتماعي الطبي في المؤسسة الطبية المواجهة السريعة والتدخل مع المرضى في وقت الأزمة من خلال الاستفادة من الخدمات التي يقدمها المستشفى والموارد المتاحة في مؤسسات المجتمع.
٤. الأزمة قد تنتج عن عوامل ذاتية أو عوامل بيئية تتمثل العوامل البيئية في قصور الخدمات الإنسانية والاجتماعية وهذا يساعد الأخصائي الاجتماعي الطبي في تفسير الأزمات التي يواجهها العملاء.
٥. يحدث موقف الأزمة ارتباكاً كبيرا في حياة الأفراد والجماعات والمجتمعات وتثير مشاعر الخوف وحدوث صدمة والضغط والقلق و حدوث مشكلات تتطلب التدخل السريع معها.
٦. يحاول الفرد أو الجماعة أو المجتمع أو المنظمات التعايش مع الأزمة من خلال استخدام ميكانزمات تكيف ملائمة يمكن توفيرها من المؤسسة الطبية.

٧. تسهل عملية التدخل أثناء الأزمات وإجراء التغيير حيث يكون هناك استعداد أكثر من قبل لقبول عميلة التدخل المهني لدى العملاء وهذا ما يبرز دور الأخصائي الاجتماعي وحتمية وجودة في المؤسسة الطبية لتحقيق التدخل في الوقت المناسب.

٨. عملية التدخل مع الأزمات تربط بعمل الفريق (Team Work) والمؤسسة الطبية تقوم على هذا والأخصائي الاجتماعي أحد أعضاء هذا الفريق.

الدراسات السابقة

أولا: الدراسات العربية:

١ – دراسة الشرقاوي(١٩٩٩م) بعنوان فعالية التدخل من منظور الممارسة العامة في الأزمات مع حالات الطوارئ الطبية.

دراسة مطبقة على أزمة بتر الأطراف الناتجة عن إصابات الحوادث، حيث هدفت الدراسة إلى تأصيل نموذج للتدخل المهني بالاعتماد على الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في الأزمات من منظور إسلامي وذلك في العمل مع حالات الطوارئ الطبية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة التدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الأزمات وتحسين مستوى استجابة المصاب بالبتر لأزمة بتر الأطراف الناتج عن إصابات الحوادث كما كشفت النتائج عن وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة التدخل في الأزمات من منظور إسلامي وتخفيف حدة المشكلات الاجتماعية المترتبة على أزمة بتر الأطراف الناتجة عن إصابات الحوادث.

٢ – دراسة جبران (٢٠٠٨م) بعنوان المشكلات الاجتماعية والنفسية لمرضى السكتة الدماغية وأسرهم نحو نموذج للتعامل مع هذه المشكلات في إطار نموذج التدخل في الأزمات

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات الاجتماعية والنفسية لمرضى السكتة الدماغية وأسرهم، وكذلك محاولة التعرف على نموذج التدخل في الأزمات لمواجهة تلك المشكلات. وهي دراسة وصفية اعتمدت على منهج المسح الاجتماعي بالعينة،طبقت على عينة قوامها (١٠٠) مريض. وتوصلت الدراسة إلى أن غالبية مرضى السكتة الدماغية يؤثر المرض على أدوارهم الاجتماعية ويؤدى إلى إصابتهم بمجموعة من المشكلات النفسية والمشكلات الاجتماعية وأنهم يواجهون مشكلات داخل المستشفى.

٣ – دراسة محمود(٢٠١٦م) بعنوان تقويم الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بغرف الطوارئ في ظل تطبيق نظام الجودة الشاملة بالمستشفيات

هدفت الدراسة إلى تقويم الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بغرف الطوارئ في ظل تطبيق نظام الجودة الشاملة بالمستشفيات. واعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي.وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين خصائص المبحوثين من المرضي بغرف الطوارئ وبينت قدرة المبحوثين على تحديد مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي والطبي بغرفة الطوارئ.

٤ – دراسة العشيوي (٢٠١٨م) بعنوان تصور مقترح للممارسة المهنية مع الافراد في إدارة الأزمات التي تواجه طالبات الجامعة.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على النماذج العلاجية في العمل مع الأفراد التي تمارسها الأخصائية الاجتماعية لإدارة الأزمات التي تواجه الطالبة في الجامعة والمعوقات التي تحول دون استخدام الأخصائية الاجتماعية لتلك النماذج والتعرف على الآلية التي استخدمتها الأخصائية الاجتماعية بهدف زيادة كفاءتها في ممارسة النماذج العلاجية وصولاً إلى وضع مقترح لدور الأخصائية الاجتماعية لاستخدام النماذج العلاجية في إدارة الأزمات أظهرت الدراسة أن النماذج العلاجية التي تمارسها الأخصائية الاجتماعية لإدارة الأزمات التي تواجه الطالبات في الجامعة تمثلت في النموذج المعرفي يليه نموذج التدخل في الأزمات وأخيرا نموذج التركيز على المهام.

٥ – دراسة الجوهرة(٢٠١٨م) بعنوان تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في مجال الأزمات

هدفت الدراسة على التعرف على دور الخدمة الاجتماعية في مجال الأزمات والمعوقات التي تواجهها وتقديم مقترحات تساهم في التغلب على هذه المعوقات وتوصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها الدعوة إلى أهمية التنسيق بين المؤسسات المجتمع لخدمة المتضررين ودعوة وسائل الإعلام لتوعية المجتمع في طرق مواجهة الأزمات والكوارث وحث المتضررين على الحصول على الخدمات و واجهة مشكلاتهم إرشاد وتوجيه أسر الضحايا مع تقديم المعونة النفسية المناسبة.

٦ – دراسة حسين(٢٠١٩م) بعنوان دور مؤسسات الخدمة الإجتماعية في إدارة الأزمات.

هدفت الدراسة للتعرف على دور مؤسسات الخدمة الإجتماعية في إدارة الأزمات في السودان بالتطبيق

على بعض المؤسسات الإجتماعية بولاية النيل الأزرق، تحددت مشكلة الدراسة في دور المساعدات التي تقدمها المؤسسات الإجتماعية للمستفيدين في تقليل المشكلات التي تواجه المستفيدين بصورة شاملة، تمثلت أهداف الدراسة في التعرف على دور مؤسسات الخدمة الإجتماعية في إدارة الأزمات، التعرف على التنسيق بين المؤسسات الإجتماعية لمواجهة الأزمات. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة الآتي: أكدت الدراسة الميدانية أن المؤسسات ساهمت في إدارة الأزمات بالولاية من خلال المساعدات العينية والنقدية والمشروعات الإنتاجية، وأكدت الدراسة أن هناك غياب الأخصائيين الاجتماعيين في المؤسسات الإجتماعية.

٧- دراسة القحطاني(٢٠١٩م) بعنوان مدى تطبيق الممارسين المهنيين لنموذج التدخل في الأزمات في القطاع الصحي.

بحثت هذه الدراسة في مدى تطبيق الممارسين المهنيين لنموذج التدخل في الأزمات في القطاع الصحي. وهي دراسة وصفية، منهجها المسح الاجتماعي وأداتها الاستبيان. أجريت على الممارسين المهنيين للخدمة الاجتماعية في القطاع الصحي الحكومي بمدينة الرياض. وقد جاءت نتائج هذه الدراسة توضح أن أغلبية الأخصائيين والأخصائيات يرون أنهم يطبقون التدخل في الأزمات من خلال اعتمادهم على النظريات والنماذج والاستراتيجيات والمهارات العلمية.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

١- دراسة هولاند وآخرون (Holland, 1995) بعنوان "التعامل مع الحزن في غرفة الطوارئ".

وتهدف هذه الدراسة إلى جعل أسرة مريض غرفة الطوارئ بؤرة اهتمام الأخصائي الاجتماعي وذلك من خلال طبيعة علاجية خاصة يمكن من خلالها التعامل مع ردود فعل الأسرة والأصدقاء نتيجة لموت أو إصابة مريضهم الذي يحضر إلى غرفة لطوارئ، حيث يمثل رد الفعل هذا حزناً عنيفاً وقد قام الباحث قائمة كاملة بأعراض عملية الحزن والمراحل التي تمر بها لكي تكتمل، ثم أوضح خطة التدخل التي تبدأ مع وصول المريض إلى غرفة الأخصائي الاجتماعي في اعتباره أنه يتعامل مع موقف عاجل نشأ فجأة، ولم يكن لدى الأسرة أو الأصدقاء تحذير سابق أو وقت لإعداد أنفسهم نفسياً لصدمة أو خسارة مدمرة. وقد توصلت الدراسة إلى تحديد برنامج خاص للأخصائي الاجتماعي يتعامل من خلاله مع الأسرة التي تسيطر عليها مرحلة الحزن ويشمل هذا البرنامج أدواراً لهيئة التسجيل والممرضة والطبيب، أن يقع على عاتق الأخصائي العبء الأكبر حيث يستمر دوره مع الأسرة إلى أن يتم وضع خطة المتابعة والعلاج.

٢- دراسة جون (John m. Ferber, 1998) بعنوان "الخدمة الاجتماعية بقسم الطوارئ".

وكان الهدف منها هو دراسة هذه المشكلات ووضع برنامج يمكن من خلاله تطوير خدمات الخدمة الاجتماعية بأقسام الطوارئ بحيث يقدم البرنامج ١٢ ساعة يومياً تغطي أيام الأسبوع و٨ ساعات في عطلات نهاية الأسبوع. وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن هناك اعترافاً متزايداً داخل المستشفيات بالحاجة إلى مدخل مكثف للخدمة الاجتماعية حيث تشير حاجة المريض والممارسة الطبية في المستشفى إلى ضرورة التوسع في تغطية الخدمة الاجتماعية للعمل المستمر بغرفة الطوارئ. حيث أن المرضى الذين يمرون بأزمة سواء كانت طبية أو اجتماعية أو نفسية يتوقعون من قسم الطوارئ بالمستشفى الذي يتوجهون إليه القيام بتوفير الخدمات المطلوبة في أي وقت وهناك مواقف كثيرة تكون فيها استشارة الخدمة الاجتماعية مساعداً ضرورياً للعلاج الطبي، إن هيئة الطوارئ سواء الممرضات أو الأطباء غالباً ما يكونون غير قادرين على تقديم مستوى الرعاية الاجتماعية والنفسية التي يطلبها المرضى أو أسرهم.

٣- دراسة كولين (Colleen M. Gallag her عام ٢٠٠٤م):

تناولت هذه الدراسة التغيرات الحياتية التي تواجه الأشخاص المقبلين على الموت (المراحل النهائية للحياة) باعتبارها تمثل مواقف أزمات وتوصلت الدراسة إلى نموذج خاص بالمعارف والمهارات الأساسية اللازمة للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع هؤلاء العملاء وأوصت الدراسة بضرورة عقد برامج تدريبية للمهنيين العاملين في مواقف الأزمات ومن بينهم الأخصائيين الاجتماعيين.

٤- دراسة Berry (٢٠٠٤م)بعنوان قوة للمستقبل:رؤية مستقبلية لواجبات فريق العمل بالطوارئ.

هدفت الدراسة: المسئوليات المرتبطة بالعمل بالطوارئ لدى الفريق الطبي والخدمات الإجتماعية وبحث مفاهيم الطوارئ، عدد ساعات العمل، الدور في الأزمات، تقديم الحلول والتكاليف، وتوصلت الدراسة الى أن واجبات الخدمة الإجتماعية تحتاج الى وضوح وتخصيص للعاملين بمستوى الخبير وخاصة في الأزمات وتقديم الحلول.

٥- دراسة Clifford Derek (٢٠١٠م):التي تناولت بعض الأدوار التي يؤديها الأخصائيون الاجتماعيون في المواقف الطارئة والأزمات وأكدت نتائج الدراسة على إنه من أهم هذه الأدوار التقدير الجيد لحجم الخسائر، وحالات العملاء الذين يحتاجون خدمات الطوارئ والمساعدة العاجلة، وأن هذه الأدوار تختلف عن الأدوار التي يؤديها الأخصائيون في ظروف العمل العادية، وإنها تتطلب خبرة ملائمة من الأخصائي الاجتماعي للعمل في هذا المجال وفهم لمتطلبات التنوع القيمي لدى العملاء، وأوصت الدراسة بضرورة توفر أساسيات للحكم المهني وإطار عام للممارسة في هذه المواقف.

الخدمة الاجتماعية الطبية

لقد برزت أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية، بعد ما لاحظ الأطباء في أوائل هذا القرن، أن إغفال العوامل الاجتماعية والنفسية للمريض، يؤدي إلى تدهور العلاج وتأخره، فظهرت حاجة الميدان الطبي إلى الاستعانة بالخدمة الاجتماعية، كجهود هامة، ومكملة للمجهودات الطبية (المليجي،٢٠١٢، ٢٨).

مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية :

هناك العديد من التعاريف التي عُرفت بها الخدمة الاجتماعية الطبية من قبل المختصّين والمهتمين بها، وأختار الباحث من التعاريف ما يخدم موضوع البحث فقد عرفها دليل الخدمة الاجتماعية الطبية بوزارة الصحة السعودية بأنها مجال من مجالات الخدمة الاجتماعية تسخّر أهدافها داخل المؤسسة الطبية والصحية، والتأهيلية لأغراض وقائية وعلاجية وإنمائية، يمارسها أخصائيون مؤهلون ومتدربون في المجال الصحي، وتربطهم علاقة وطيدة تكاملية مع المجالات الصحية والطبية الأخرى(دليل سياسات وإجراءات الخدمة الاجتماعية الطبية بوزارة الصحة السعودية،٢٠١٦م،١٣).

الخدمة الاجتماعية في الأزمات

مفهوم الأزمة في العلوم الاجتماعية:

مفهوم الأزمة: هي فشل كلي أو جزئي في الأداء الاجتماعي للفرد أو الجماعة أو المجتمع لأسباب فجائية غير متوقعة، مما يتطلب التدخل المؤثر والسريع من جانب الآخرين لاستعادة التوازن.(عويضة،١٩٨٧م)

كما تعرف الأزمة بأنها موقف ينتج عن نقص في إشباع حاجات الإنسان النفسية والاجتماعية الأساسية أو الضرورية، أو تراكم الإحباطات وسوء التكيف، أو نتيجة التفاعل بينهما بطريقة تهدد حياة الفرد وتحول دون قيامه بأداء أدواره ووظائفه الاجتماعية.(رجب،١٩٩١م)

تصنيف الأزمات:(رشوان،٢٠٠٤م)

تصنيف الأزمة من حيث المستوى:

- أزمة فردية: وهي التي يتأثر بها فرد واحد في المقام الأول.
- أزمة جماعية: وهي التي يتأثر بها مجموعة من الأفراد.
- أزمة مجتمعية: وهي التي تأثر بها الغالبية العظمى من أفراد المجتمع.

تصنيف الأزمة من حيث الطابع المميز لها:

- أزمة مادية: يظهر فها بوضوح خسائر مادية ملموسة.
- أزمة معنوية: يظهر فيها بوضوح آثار غير مادية.

تصنيف الأزمة من حيث التوقع:

- أزمة مفاجئة: التي يتعرض لها الأفراد دون سابق توقع.
- أزمة متوقعة: أزمة متوقع حدوثها طبقاً لمراحل التطور الطبيعي لحياة الإنسان.

تصنيف الأزمة من حيث النوع:

- أزمة نفسية: يتعرض لها الإنسان نتيجة الضغوط النفسية والعقلية.
- أزمة أسرية: تحدث عادة داخل الأسرة نتيجة ضغوط صراعات داخلية.
- أزمة سياسية: تحدث اضطرابات عادة داخل الدولة أو بين دولتين وأكثر.
- أزمة اقتصادية: تحدث عادة عندما يتم الاضطراب في الجوانب المادية الاقتصادية.

تعريف مدخل التدخل في الأزمات:

أسلوب علاجي يستخدم عند حدوث الأزمة ليزيد من قدرات نسق التعامل على النمو الإيجابي والتغير من خلال تحديد المشكلة وإدراك مكوناتها وتعلم أساليب سلوكية جديدة أكثر فاعلية للتوافق مع الخبرات والمواقف المستقبلية المشابهة . (علي، ٢٠١٤).

وعرفه دليل سياسات واجراءات الخدمة الاجتماعية الطبية بوزارة الصحة:

على مستوى الفرد: هي الحالات الإنسانية أو العاطفية التي يتعرض لها الفرد مثل (الوفاة، الحوادث، فقد عضو، فقد وظيفة، طلاق، عنف أسري...الخ) وعلى مستوى الجماعة: هي الحالات التي يتعرض لها الافراد على مستوى الجماعة مما يؤدي الى حدوث اضرار جسدية نفسية جماعية مثل السيول، الانهيارات،

ضحايا الكوارث، عمليات الارهاب، الزلازل وغيرها تستدعي التحويل والتدخل الطبي والنفسي.

دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع الأزمات :

تفرض الأزمات والكوارث على الأخصائي الاجتماعي التعامل معها وأن يتعامل بأساليب غير تقليدية تتبلور فيما يلي:

١ – السرعة للاستجابة عند الإبلاغ.

٢ – الوصول لموقع الكارثة ضمن فريق عمل لتناول مكافحة الأزمة من جميع الجوانب.

٣ – الاشتراك في الحصر الدقيق وبصورة تتسم بالسرعة والعمق حول آثار الأزمة.

٤ – كتابة تقرير وافي عن حجم الخسائر لدى المتضررين بالأزمة.

٥ – السرعة في وضع الخطة للتعامل مع آثار الأزمة من خلال محورين:-

أولهما: تقديم المساعدات المادية اللازمة لوقف مزيد من التدهور كعون مادي عاجل وشامل.

ثانيهما: الاشتراك مع زملائه الأخصائيين الاجتماعيين في المؤسسات الأخرى مثل المدارس الموجود فيها أبناء المتضررين من الأزمة أو الكارثة وكذا المؤسسات التي يعمل فيها المتضررين لمكافحة الآثار النفسية اللازمة وتقديم العون النفسي للإسهام التدريجي في إخفاء الآثار المترتبة على حدوث الأزمة أو الكارثة.

٦ – أن يشرك العملاء بما يتفق مع مبدأ مكافحة السلبية والتواكل لدى العملاء لتنمية إحساسهم بإشباع الرغبات ومكافحة الأزمة والطوارئ.

٧ – تقارب أزمنة اللقاءات والمقابلات أهمية ذلك في إشعار العملاء بقرب الأخصائي الاجتماعي منهم وسرعة تلبيته لاحتياجاتهم والقدرة على مواجهة ما يطرأ من مواقف.

٨ – تتسم عملية المواجهة بالحسم والشمول والمشاركة وسرعة تقديم الخدمات مع التنسيق وتبادل المعلومات منعاً للازدواجية والتضارب في تقديم الخدمة و درءاً لوقوع توزيعات غير عادلة على المتضررين ومواجهة ما يظهر من سلبيات وأساليب للتحايل للحصول على الخدمات من بعض العملاء.

الاجراءات المنهجية للدراسة

يتناول هذا الفصل الاجراءات المنهجية للدراسة، من حيث منهج الدراسة الذي استخدم، وتحديد مجتمعه، وأدواته من حيث بناءها والتأكد من صدقها وثباتها، والاجراءات المتبعة في تطبيقها، وأساليب المعالجة الاحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات، وهذه الاجراءات على النحو التالي:

نوع الدراسة

تنتمي هذه الدارسة إلى الدراسات التقويمية. ويتضمن التقويم في طياته وصف وتحديد قيمة العمل الذى يتم أو تم، حيث أن التقويم كعملية لا يقتصر فقط على تقويم العمل بعد الانتهاء منه وإنما يتم إجراءه أيضا أثناء تنفيذ العمل لتدارك القصور أو الضعف فيه أولاً بأول (عوض أ.، ٢٠١١م) وهذا النوع من الدراسات يحقق أهداف الدراسة الحالية

منهج الدراسة

استخدم الباحث في هذه الدراسة منهج المسح الاجتماعي حيث أنه الأنسب والأكثر ملائمة لهدفها والأكثر ارتباطا بنوعها المتمثل في الدراسة التقويمية. ويقصد بمنهج المسح الاجتماعي الشامل بأنه "طريقة لجمع بيانات من أعداد كبيرة من المبحوثين، عن طريق الاتصال بمفردات مجتمع البحث، سواء كان الاتصال مُباشراً وجهاً لوجه، أو عبر الهاتف أو بريدياً، من خلال استمارات تحتوي على أسئلة مقننة(النوري،٢٠٠٧م).

مجتمع الدراسة

جميع الأخصائيين الاجتماعيين "ذكور وإناث" العاملين في المستشفيات الحكومية العامة(التابعة لوزارة الصحة) بمحافظة الطائف وعددها (١٦) مستشفى وهي مستشفى الملك عبد العزيز التخصصي ومجمع الملك فيصل الطبي ومستشفى الأطفال ومستشفى الصحة النفسية ومستشفى السحن، ميسان، قيا، القريع، تربة، الخرمة، رنية، ظلم، المويه، المحاني.

حدود الدراسة

الحدود البشرية: الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الطبي.

الحدود المكانية: المستشفيات الحكومية العامة(التابعة لوزارة الصحة)بمحافظة الطائف وعددها(١٦)

الحدود الزمانية: ثلاثة شهور من صدور الموافقة على إجراء البحث(٢٠٢٠/٠٦/٠٤م).

أداة الدراسة:

تم استخدام الاستبانة لجمع المعلومات والبيانات المتعلقة بهذه الدراسة، نظرًا لطبيعتها من حيث أهدافها، و منهجها، ومجتمعها، واستندت أداة الدراسة في إعدادها إلى:

١) الأدب النظري في موضوع الخدمة الاجتماعية في التدخل مع الأزمات.

٢) تم الاستفادة من الدراسات السابقة في هذا المجال.

مراحل بناء الاستبانة:

مرت أداة الدراسة بعدة خطوات حتى أصبحت قابلة للتطبيق الميداني من خلال مراجعة أدبيات الدراسة، وذلك على النحو التالي:

الخطوة الأولى: تحديد الهدف من أداة الدراسة وهو التعرف على مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات.

الخطوة الثانية: تحديد مجالات القياس لأداة الدراسة: تمثلت مجالات القياس لأداة الدراسة في جزأين رئيسين هما:

القسم الأول: تضمن البيانات الأولية عن المستجيبين من حيث : النوع، الحالة الاجتماعية، المؤهل الدراسي، التخصص، سنوات الخبرة، مقر العمل، عدد الدورات التدريبية في مجال التعامل مع الازمات، مدى الاستفادة من الدورات التدريبية في مجال التعامل مع الازمات.

القسم الثاني: يتضمن أسئلة محاور أداة الدراسة:

المحور(١): قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض.

المحور(٢): قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض.

المحور(٣):قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض

المحور(٤): قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل.

المحور (٥): مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات.

الخطوة الثالثة: صياغة عبارات أداة الدراسة في صورتها الأولية: بعد تحديد مجالات الاستبانة تمت صياغة عبارات أداة الدراسة من خلال مراجعة الإطار النظري ومقاييس الدراسات السابقة المرتبطة بالأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين، وتمت صياغة عبارات كل مجال وفقًا للتعريفات الإجرائية للمجال الذي تم قياسه بالاستبانة، كما تمت الاستفادة من بعض العبارات الواردة في الدراسات السابقة.

الخطوة الرابعة: تدرج الاستجابات للعبارات: تم تدرج الاستجابات على العبارات باستخدام مقياس التدريج الثلاثي لاستجابات أفراد مجتمع الدراسة لعبارات تقدير الدرجة على النحو الآتي:(موافق ، موافق إلى حد ما، غير موافق) وفي محور قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات تم تدرج الاستجابات على النحو التالي(مرضي، مرضي إلى حدما، غير مرضي).

الخطوة الخامسة: صياغة تعليمات أداة الدراسة: تمت صياغة تعليمات الاستبانة بغرض تعريف أفراد مجتمع الدراسة على الهدف من أداة الدراسة، مع مراعاة وضوح العبارات وملاءمتها لمستوى المستجيبين، والتأكيد على كتابة البيانات الخاصة بمتغيرات الدراسة.

الخطوة السادسة: عرض أداة الدراسة على المحكمين: بعد وضع أداة الدراسة في صورتها الأولية تم عرضها على مجموعة من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين بالجامعات و الأخصائيين الاجتماعيين الممارسين من ذوي الخبرة في المجال الطبي، وذلك بسؤالهم فيما إذا كانت العبارات تنتمي للمجال الذي تقيسه، وعن مدى وضوح العبارة والصياغة اللغوية، ودرجة أهميتها للمجال الذي تقيسه، وذلك للتأكد من مدى مناسبة العبارات، والنظر في مدى كفاية أداة الدراسة من حيث: عدد العبارات، ومناسبتها، ومدى السلامة اللغوية، وإضافة أي اقتراحات، أو تعديلات يرونها مناسبة.

الخطوة السابعة: تم إخراج الاستبانة في صورتها النهائية وتطبيقها على عينة الدراسة.

تتألف الاستبانة في صورتها النهائية من (٨) صفحات متضمنة كافة أسئلة الدراسة بالإضافة للأسئلة الأولية.

صدق الأداة: يقصد بصدق الأداة إلى أي مدى تقيس الغرض الذي وضعت من أجله، (تقويم الأداء المهني للإخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الازمات)، ولتحقيق ذلك تم تصميمها بالرجوع إلى العديد من الدراسات والدوريات التي تتناول موضوع الدراسة حتى الوصول إلى الصورة النهائية لأداة الدراسة.

التأكد من صلاحية أداة الدراسة:

١. معامل الثبات Reliability Coefficient

يقصد بثبات أداة القياس أن يعطي النتائج نفسها إذا أعيد تطبيق الأداة على نفس العينة في نفس الظروف وقد تم قياسه بالطرق التالية:

معامل ثبات كرونباخ الفا: يتم حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ باستخدام برنامج SPSS وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (١) يوضح معاملات ألفا كرونباخ لمحاور أداة الدراسة.

المحاور	عدد العبارات	كرونباخ ألفا
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض.	٢٠	٠.٨٧١

قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض.	٢٠	٠.٨٩٢
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض.	١٧	٠.٩٠١
قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات.	١٧	٠.٩٥٣
مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات.	١٢	٠.٩٤٢
الأداة ككل	٨٦	٠.٩٤١

الجدول أعلاه يبين معاملات الفا كرونباخ لكل محور من محاور اداة الدراسة ولـلأداة ككل فنجد أن القيم لمعاملات الفا كرونباخ تراوحت ما بين (٠.٩٥٣-٠.٨٧١) للمحاور وللدرجة الكلية بلغت(٠.٩٤١) وهي قيم مرتفعة مما يعني أن هناك ثبات في اجابات أفراد العينة في الاجابة على هذه الأداة مما يعني أنه يمكن الاعتماد على هذه الأداة من حيث جمع البيانات وكذلك إمكانية تعميم النتائج التي سوف تخرج بها هذه الدراسة.

٢. صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة:

يقصد بالاتساق الداخلي لأسئلة الاستبانة هي قوة الارتباط بين درجات كل مجال (عبارات /محاور) ودرجات أسئلة الاستبانة الكلية، والصدق ببساطة هو أن تقيس أسئلة الاستبانة أو الاختبار ما وضعت لقياسه أي يقيس فعلا الوظيفة التي يفترض أنه يقيسها.

معامل الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية لأداة الدراسة:

الجدول رقم (٢) يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات محور قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض والدرجة الكلية لأداة الدراسة.

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	.580**	٦	.632**	١١	.609**	١٦	.442**
٢	.576**	٧	.689**	١٢	.512**	١٧	.551**
٣	.636**	٨	.652**	١٣	.487**	١٨	.731**
٤	.270**	٩	.556**	١٤	.584**	١٩	.336**
٥	.447**	١٠	.724**	١٥	.231*	٢٠	.555**

(**) دالة عند مستوى دلالة احصائي (٠.٠١).

الجدول أعلاه يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات أداة الدراسة والدرجة الكلية لـلأداة ويتضح أن معاملات الارتباط تراوحت ما بين (٠.٢٠١-٠.٧٧٠) وهي قيم مرتفعة مما يعني أن هناك اتساقاً داخلياً بين كل عبارة والدرجة الكلية للأداة.

الجدول رقم (٣) يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات محور قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض والدرجة الكلية لأداة الدراسة.

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	.486**	٦	.513**	١١	.574**	١٦	.701**
٢	.692**	٧	.674**	١٢	.494**	١٧	.667**
٣	.459**	٨	.689**	١٣	.713**	١٨	.656**
٤	.477**	٩	.532**	١٤	.665**	١٩	.682**
٥	.482**	١٠	.549**	١٥	.742**	٢٠	.600**

(**) دالة عند مستوى دلالة احصائي (٠.٠١).

الجدول أعلاه يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات أداة الدراسة والدرجة الكلية للأداة فيتضح أن معاملات الارتباط تراوحت ما بين (٠.٢٠١-٠.٧٧٠) وهي قيم مرتفعة مما يعني أن هناك اتساقاً داخلياً بين كل عبارة والدرجة الكلية للأداة.

الجدول رقم (٤) يوضح معاملات ارتباط بيرسون عبارات محور قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض والدرجة الكلية لأداة الدراسة.

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	.675**	٦	.669**	١١	.750**	١٦	.530**

٢	.648**	٧	.588**	١٢	.669**	١٧	.310**
٣	.550**	٨	.450**	١٣	.731**		
٤	.666**	٩	.547**	١٤	.629**		
٥	.724**	١٠	.693**	١٥	.699**		

(**) دالة عند مستوى دلالة احصائي (٠.٠١).

الجدول أعلاه يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات أداة الدراسة والدرجة الكلية للأداة فيتضح أن معاملات الارتباط تراوحت ما بين (٠.٢٠١-٠.٧٧٠) وهي قيم مرتفعة مما يعني أن هناك اتساقاً داخلياً بين كل عبارة والدرجة الكلية للأداة.

الجدول رقم (٥) يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات محور قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات والدرجة الكلية لأداة الدراسة.

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	.602**	٦	.798**	١١	.797**	١٦	.788**
٢	.752**	٧	.733**	١٢	.801**	١٧	.763**
٣	.685**	٨	.798**	١٣	.776**		
٤	.674**	٩	.811**	١٤	.862**		
٥	.668**	١٠	.772**	١٥	.806**		

(**) دالة عند مستوى دلالة احصائي (٠.٠١).

الجدول أعلاه يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات أداة الدراسة والدرجة الكلية للأداة فيتضح أن معاملات الارتباط تراوحت ما بين (٠.٢٠١-٠.٧٧٠) وهي قيم مرتفعة مما يعني أن هناك اتساقاً داخلياً بين كل عبارة والدرجة الكلية للأداة.

الجدول رقم (٦) يوضح علاقة ارتباط بيرسون بين عبارات محور مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات والدرجة الكلية لأداة الدراسة.

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	.809**	٦	.773**	١١	.686**
٢	.855**	٧	.747**	١٢	.600**
٣	.712**	٨	.860**		
٤	.885**	٩	.894**		
٥	.759**	١٠	.826**		

(**) دالة عند مستوى دلالة احصائي (٠.٠١).

الجدول أعلاه يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات أداة الدراسة والدرجة الكلية للأداة فيتضح أن معاملات الارتباط تراوحت ما بين (٠.٢٠١-٠.٧٧٠) وهي قيم مرتفعة مما يعني أن هناك اتساقاً داخلياً بين كل عبارة والدرجة الكلية للأداة.

يوضح الجدول رقم (٧) معيار الحكم على فقرات الاستبيان والذي اعتمد مقياس ليكرت الثلاثي (موافق، موافق إلى حد ما، غير موافق).

الإجابة	الوزن	قيمة المتوسط
غير موافق	١	من ١ إلى ١.٦٧
موافق إلى حد ما	٢	من ١.٦٨ إلى ٢.٣٣
موافق	٣	من ٢.٣٤ إلى ٣

وتم حساب المتوسطات الحسابية لكل عبارة من عبارات أداة الدراسة ومقارنتها مع المدى الموجود في الجدول أعلاه وتعطى الاجابة المقابلة للمدى الذي يقع بداخله متوسط العبارة.

إجراءات الدراسة

تطلب تطبيق الدراسة عددا من الخطوات العملية الميدانية وهي كالتالي:

١. قام الباحث بتوزيع الاستبانة على عينة الدراسة من الاخصائيين العاملين بالمجال الطبي.
٢. تم جمع الاستبانات من قبل الباحث، وتمت مراجعتها.
٣. تم إدخال البيانات في الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS).
٤. تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للإجابة عن تساؤلات الدراسة.

٥. قام الباحث بمناقشة النتائج وتفسيرها.
٦. قدم الباحث مجموعة من التوصيات.

عرض وتحليل جداول الدراسة

في هذا الفصل نتناول تحليل نتائج الدراسة الميدانية (التحليل الاحصائي) من خلال عرض استجابات أفراد عينة الدراسة على أسئلة الدراسة الميدانية، ومعالجتها احصائياً باستخدام مفاهيم الاحصاء الوصفي والاستدلالي وأساليبه الإحصائية وصولاً الى النتائج وتحليلها وتفسيرها في ضوء الأطر النظرية للدراسة الميدانية والتي هدفت إلى تقويم الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات.

أولاً: عرض وتحليل جداول الدراسة

الجدول رقم (٨) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق متغير النوع

النوع	التكرار	النسبة
ذكر	84	80.8
أنثى	20	19.2
المجموع	104	100

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حيث جاءت نسبة العظمى (٨٠,٨%) من الذكور بينما الإناث بلغت نسبتهن (١٩.٢%).

الجدول رقم (٩) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق متغير الحالة الاجتماعية

الحالة	التكرار	النسبة
متزوج	100	96.2
أعزب	3	2.9
مطلق	1	1.0
المجموع	104	100

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حيث نجد أن الغالبية متزوجين بنسبة (٩٦.٢%) بينما حالة الأعزب بلغت نسبتهم (٢.٩%) يليهم حالة المطلق (١%).

الجدول رقم (١٠) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق متغير المؤهل الدراسي

المؤهل	التكرار	النسبة
بكالوريوس	76	73.1
دبلوم الدراسات العليا	2	1.9
ماجستير	24	23
دكتوراه	1	1.0
أخرى	1	1.0
المجموع	104	100

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حيث جاءت نسبة (٧٣.١%) ممن يحملون مؤهل البكالوريوس ويليهم حملة الماجستير بنسبة بلغت (٢٣%) ثم يليهم حملة دبلوم الدراسات العليا بنسبة بلغت (١.٩%) ويليهم مؤهلات أخرى لم تذكر بنسبة بلغت (١%) وأخير حملة الدكتوراه بنسبة بلغت (١%).

الجدول رقم (١١) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق متغير التخصص

التخصص	التكرار	النسبة
خدمة اجتماعية	42	40.4
علم نفس	11	10.6
علم اجتماع	49	47.1
أخرى	2	1.9
المجموع	104	100

يتضح من الجدول أعلاه توزيع أفراد مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين فنجد أن الغالبية تخصصاتهم علم اجتماع بنسبة (٤٧.١%) ومن ثم خدمة اجتماعية بنسبة (٤٠.٤%) ومن ثم علم النفس بنسبة (١٠.٦%) بينما بلغت نسبة أخرى (٢.٤%).

الجدول رقم (١٢) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق متغير الخبرة.

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة
أقل من خمس سنوات	28	26.9

5-10 سنوات	32	30.8
11-15سنة	13	12.5
16-20 سنة	16	15.4
21 سنة فأكثر	15	14.4
المجموع	104	100

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين فنجد أن الغالبية سنوات خبرتهم تراوحت ما بين (٥-١٠ سنوات) بنسبة (٣٠.٨%)، ومن ثم (أقل من خمس سنوات) بنسبة (٢٦.٩%)، تليها الفئة (١٦-٢٠ سنة) بنسبة (١٥.٤%)، ومن ثم (٢١سنة فأكثر) بنسبة (١٤.٤%)، وأخيراً فئة السنوات (١١-١٥سنة) بنسبة (١٢.٥%).

الجدول رقم (١٣) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق متغير مقر العمل.

مقر العمل	التكرار	النسبة
مجمع الملك فيصل الطبي	30	28.8
مستشفى الملك عبد العزيز التخصصي	24	23.1
مستشفى الصحة النفسية	34	32.7
مستشفى الاطفال	7	6.7
مستشفى ظلم	1	1.0
مستشفى المويه	1	1.0
مستشفى الخرمة	2	1.9
مستشفى السحن	1	1.0
أخرى	4	3.8
المجموع	104	100

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب مقرات عملهم فنجد أن الغالبية يعملون بمستشفى الصحة النفسية بنسبة بلغت (٣٢.٧%)، ومن ثم مجمع الملك فيصل الطبي بنسبة (٢٨.٨%)، تليها مستشفى الملك عبد العزيز التخصصي بنسبة (٢٣.١%)، ومن ثم مستشفى الأطفال بنسبة (٦.٧%)، وأخرى بنسبة (٣.٨%)، مستشفى الخرمة بنسبة (١.٩%)، وأخيراً كلاً من مستشفى ظلم ومستشفى المويه ومستشفى السحن بنسبة بلغت (١%) لكل منهم.

الجدول رقم (١٤) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق متغير عدد الدورات التدريبية في مجال التدخل مع الأزمات.

العدد	التكرار	النسبة
دورتين تدريبية فأقل	62	59.6
3-5 دورات تدريبية	32	30.8
6-10 دورات تدريبية	5	4.8
11دورة تدريبية فأكثر	5	4.8
المجموع	104	100

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين على حسب الدورات التدريبية في مجال التدخل مع الأزمات فنجد أن الغالبية تلقوا عدد دورات تدريبية (دورتين تدريبيتين فأقل) بنسبة بلغت (٥٩.٦%)، ومن ثم (٣-٥ دورات تدريبية) بنسبة (٣٠.٨%)، وأخيراً (١٠-٦دورات تدريبية و(١١دورة تدريبية فأكثر) بنسبة (٤.٨%).

الجدول رقم (١٥) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق متغير مدى الاستفادة من الدورات التدريبية في مجال التدخل مع الأزمات.

العدد	التكرار	النسبة
منخفض	20	19.2
متوسط	58	55.8
عالي	26	25.0
المجموع	104	100

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين على حسب مدى استفادتهم من الدورات التدريبية في مجال التدخل مع الأزمات فنجد أن غالبية الاستفادة كانت متوسطة بنسبة (٥٥.٨%)، بينما نجد (٢٥%) منهم كان مدى

استفادتهم عالية، وأخيراً نجد (١٩.٢%) من أفراد مجتمع الدراسة مستوى استفادتهم منخفضة.

الجدول رقم (١٦) يوضح استجابات أفراد مجتمع الدراسة على عبارات محور قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض مرتبة تنازليا حسب متوسطات الموافقة.

م	العبـــــارة	موافق		إلى حد ما		غير موافق		المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	درجة الموافقة	الترتيب
		ت	%	ت	%	ت	%					
١	دراسة حالة المريض.	78	75.0	26	25.0	–	–	2.75	0.44	91.7	مرتفعة	6
٢	تكوين صورة سريعة وواضحة عن الأزمة.	69	66.3	35	33.7	–	–	2.66	0.47	88.7	مرتفعة	14
٣	فتح قنوات اتصال فعالة أثناء الأزمة.	78	75.0	22	21.2	4	3.8	2.71	0.53	90.3	مرتفعة	12
٤	إقناع الأسرة بضرورة الحضور للمستشفى لخطورة الموقف.	63	60.6	35	33.7	6	5.8	2.55	0.61	85.0	مرتفعة	18
٥	مساعدة المريض على تقبل الأزمة والتخفيف من حدتها.	88	84.6	16	15.4	–	–	2.85	0.36	95.0	مرتفعة	2
٦	العمل على تذليل العقبات الروتينية التى تواجه أسرة المريض.	83	79.8	15	14.4	6	5.8	2.74	0.56	91.3	مرتفعة	7
٧	تقديم بعض الخدمات العاجلة لأسرة المريض.	69	66.3	27	26.0	8	7.7	2.59	0.63	86.3	مرتفعة	17
٨	المساهمة فى تحقيق التواصل الفعال بين المريض والطبيب.	87	83.7	17	16.3	–	–	2.84	0.37	94.7	مرتفعة	3
٩	شرح خطة العلاج الطبى لأسرة المريض.	76	73.1	24	23.1	4	3.8	2.69	0.54	89.7	مرتفعة	13
١٠	حل مشكلات التعامل مع الفريق الطبي.	71	68.3	28	26.9	5	4.8	2.63	0.58	87.7	مرتفعة	15
١١	تسهيل عملية التواصل مع الفريق الطبي.	81	77.9	17	16.3	6	5.8	2.72	0.57	90.7	مرتفعة	10
١٢	توجيه المريض لأماكن الخدمات المساندة بالمستشفى.	78	75.0	24	23.1	2	1.9	2.73	0.49	91.0	مرتفعة	8
١٣	توجيه المريض لمصادر الخدمات المجتمعية.	78	75.0	24	23.1	2	1.9	2.73	0.49	91.0	مرتفعة	مكرر9
١٤	تلبية احتياجات المتضررين وفق الموارد البيئية المتاحة.	68	65.4	32	30.8	4	3.8	2.62	0.56	87.3	مرتفعة	16
١٥	المساعدة فى التعرف على المرضى مجهولي الهوية.	75	72.1	29	27.9	–	–	2.72	0.45	90.7	مرتفعة	11
١٦	الحرص على تقارب أزمنة اللقاءات والمقابلات.	60	57.7	41	39.4	3	2.9	2.55	0.56	85.0	مرتفعة	19
١٧	استخدام أسلوب المساندة الاجتماعية.	80	76.9	23	22.1	1	1.0	2.76	0.45	92.0	مرتفعة	4
١٨	تنمية القدرات المعرفية للمريض حول تجاوز الازمة	78	75.0	24	23.1	2	1.9	2.73	0.49	91.0	مرتفعة	مكرر9
١٩	العمل على طمأنه المريض على عمله من خلال تقديم ما يثبت وجوده فى المستشفى.	92	88.5	10	9.6	2	1.9	2.87	0.40	95.7	مرتفعة	1
٢٠	تنسيق اجراءات خروج المريض.	82	78.8	19	18.3	3	2.9	2.76	0.49	92.0	مرتفعة	5
	الدرجة الكلية	1534	73.8	488	23.5	58	2.8	2.71	0.5	90.3	مرتفعة	

يوضح الجدول أعلاه النسب والتكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد مجتمع الدراسة على عبارات محور " قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض" فمن خلال المتوسط العام للبعد ككل والذي بلغ (٢.٧١) بانحراف معياري قدره (٠.٥٠) مما يعني أن درجة الموافقة مرتفعة على مستويات قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض بالمستشفيات الحكومية بالطائف. وبناء على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تم ترتيب عبارات هذا البعد تنازلياً ابتداءً من المتوسط الأكبر وانتهاء بالمتوسط الأصغر فنجد أن العبارة (العمل على طمأنه المريض على عمله من خلال تقديم ما يثبت وجوده في المستشفى) في بداية الترتيب بمتوسط بلغ (٢.٨٧) ودرجة موافقة مرتفعة، يليها في المرتبة الثانية نجد العبارة (مساعدة المريض على تقبل الأزمة والتخفيف من حدتها) بمتوسط بلغ (٢.٨٥) ودرجة موافقة مرتفعة، إلى أن جاءت العبارة (الحرص على تقارب أزمنة اللقاءات والمقابلات) في المرتبة الأخيرة بمتوسط بلغ (٢.٥٥) ودرجة موافقة مرتفعة، وبناء على الاجابات الكلية لأفراد مجتمع الدراسة على عبارات هذا المحور فنجد أن غالبية أفراد مجتمع

الدراسة اختاروا الاجابة موافق بنسبة (٧٣.٨%) وموافق إلى حد ما(٢٣.٥%) بينما نسبة غير موافق بلغت (٢.٨%).

يتضح من الجدول أعلاه ارتفاع مستوى الأداء المهني المرتبط الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض وهذا ما أكدته نتائج بعض الدراسات مثل دراسة جبران التي أكدت فعالية دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع مشكلات الاجتماعية والنفسية لمرضى السكتة الدماغية من منظور في إطار نموذج التدخل في الأزمات ودراسة معيض التي أكدت على الفئات التي يتعامل معها قسم الخدمة الاجتماعية حسب درجة خدمتها والتعامل معها ومنها حالات الاطفال، حالات الطوارئ، حالات الايذاء المختلفة.

الجدول رقم (١٧) يوضح استجابات أفراد مجتمع الدراسة على عبارات محور قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض مرتبة تنازليا حسب متوسطات الموافقة.

م	العبـــــارة	موافق		موافق إلى حد ما		غير موافق		المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	درجة الموافقة	الترتيب
		ت	%	ت	%	ت	%					
١	استقبال المريض عند وصوله قسم الطوارئ.	37	35.6	48	46.2	19	18.3	2.17	0.72	72.3	متوسطة	16
٢	الاستماع للمريض باهتمام.	92	88.5	12	11.5	–	–	2.88	0.32	96.0	مرتفعة	مكرر3
٣	إزالة المخاوف عن المريض.	92	88.5	12	11.5	–	–	2.88	0.32	96.0	مرتفعة	مكرر3
٤	توضيح حقيقة الموقف للمريض.	81	77.9	22	21.2	1	1.0	2.77	0.45	92.3	مرتفعة	مكرر9
٥	تشجيع المريض على التحدث عن الازمة.	85	81.7	19	18.3	–	–	2.82	0.39	94.0	مرتفعة	مكرر8
٦	القدرة على وضع برنامج تدخل مع المريض.	67	64.4	32	30.8	5	4.8	2.60	0.58	86.7	مرتفعة	13
٧	تقديم التوجيه والارشاد المناسب.	92	88.5	12	11.5	–		2.88	0.32	96.0	مرتفعة	مكرر3
٨	بث الثقة فى نفس المريض ورفع الروح المعنوية لديه.	93	89.4	11	10.6	–	–	2.89	0.30	96.3	مرتفعة	1
٩	تخفيف حالة التوتر بين المريض والأنساق الأخرى.	89	85.6	15	14.4	–	–	2.86	0.35	95.3	مرتفعة	5

١٠	متابعة حالة المريض وطمأنته بصفة مستمرة.	77	74.0	27	26.0	–	–	2.74	0.44	91.3	مرتفعة	10
١١	الحد من مشاعر الحزن واليأس لدى المريض.	93	89.4	11	10.6	–	–	2.89	0.31	96.3	مرتفعة	2
١٢	التواجد بين المرضى بغرف الطوارئ للتعرف على مشكلاتهم.	51	49.0	41	39.4	12	11.5	2.38	0.69	79.3	مرتفعة	15
١٣	تحديد مناطق القوة والضعف لدى المريض أثناء مرحلة التدخل مع الازمة.	77	74.0	23	22.1	4	3.8	2.70	0.54	90.0	مرتفعة	12
١٤	استخدام اسلوب الافراغ الوجدانى لمساعدة المريض فى مقاومة الازمة.	86	82.7	18	17.3	–	–	2.83	0.38	94.3	مرتفعة	7
١٥	استخدام اسلوب إزالة القلق لمساعدة المريض فى مقاومة الازمة.	85	81.7	19	18.3	–	–	2.82	0.39	94.0	مرتفعة	مكرر8
١٦	تخفيف المشاعر السلبية لدى المريض المرتبطة بالأزمة.	91	87.5	13	12.5	–	–	2.88	0.33	96.0	مرتفعة	4
١٧	تحويل موقف الازمة الى واقع يمكن التعامل معه.	76	73.1	27	26.0	1	1.0	2.72	0.47	90.7	مرتفعة	11
١٨	الاستفسار عن تأثير الازمة على حياة المريض.	69	66.3	27	26.0	8	7.7	2.59	0.63	86.3	مرتفعة	14
١٩	استخدام اسلوب المعونة النفسية لامتصاص الصدمة المرتبطة بالأزمة.	81	77.9	22	21.2	1	1.0	2.77	0.45	92.3	مرتفعة	مكرر9
٢٠	تقوية أمل المريض فى الحياة	88	84.6	16	15.4	–	–	2.85	0.36	95.0	مرتفعة	6
	الدرجة الكلية	1602	77	427	20.5	51	2.5	2.75	0.4	91.5	مرتفعة	

يوضح الجدول أعلاه النسب والتكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد مجتمع الدراسة على عبارات محور " قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض" فمن خلال المتوسط العام للبعد ككل والذي بلغ (٢.٧٥) بانحراف معياري قدره (٠.٤) مما يعني أن درجة الموافقة مرتفعة على مستويات قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض بالمستشفيات الحكومية بالطائف. وبناء على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تم ترتيب عبارات هذا البعد تنازلياً ابتداءً من المتوسط الأكبر وانتهاء بالمتوسط الأصغر فنجد أن العبارة (بث الثقة في نفس المريض ورفع الروح المعنوية لديه) في بداية الترتيب بمتوسط بلغ (٢.٨٩) ودرجة موافقة مرتفعة، يليها في المرتبة الثانية نجد العبارة (الحد من مشاعر الحزن واليأس لدى المريض) بمتوسط بلغ (٢.٨٩) ودرجة موافقة مرتفعة، إلى أن جاءت العبارة (استقبال المريض عند وصوله قسم الطوارئ) في المرتبة الأخيرة بمتوسط بلغ (٢.١٧) ودرجة موافقة متوسطة، وبناء على الاجابات الكلية لأفراد مجتمع الدراسة على عبارات هذا المحور فنجد أن غالبية أفراد مجتمع الدراسة اختاروا الاجابة موافق بنسبة (٧٧%) وموافق إلى حد ما(٢٠.٥%) بينما نسبة غير موافق بلغت (٢.٥%).

يتضح من الجدول أعلاه ارتفاع مستوى الأداء المهني المرتبط الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض وهذا ما أكدته نتائج بعض الدراسات في فعالية دور الأخصائي الاجتماعي

في تقديم الدعم النفسي بالمستشفيات في حالات الطوارئ مثل دراسة الشرقاوي التي استخدمت أسلوب ممارسة التدخل في الأزمات من منظور إسلامي وتخفيف حدة المشكلات الاجتماعية المترتبة على أزمة بتر الأطراف الناتجة عن إصابات الحوادث، ودراسة الجوهرة التي أكدت على أهمية تقديم المعونة النفسية المناسبة.

الجدول رقم (١٨) يوضح استجابات أفراد مجتمع الدراسة على عبارات محور قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض مرتبة تنازليا حسب متوسطات الموافقة.

م	العبـــــارة	موافق		موافق الى حد ما		غير موافق		المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	درجة الموافقة	الترتيب
		ت	%	ت	%	ت	%					
١	مباشرة حالة المريض فور وصولها الطوارئ.	45	43.3	45	43.3	14	13.5	2.30	0.70	76.7	متوسطة	16
٢	المساهمة فى تقديم الخدمات الإسعافية فور وصول الحالة.	44	42.3	38	36.5	22	21.2	2.21	0.77	73.7	متوسطة	17
٣	المساهمة فى اتخاذ القرار بشأن الاجراءات الجراحية العاجلة.	47	45.2	43	41.3	14	13.5	2.32	0.70	77.3	متوسطة	15
٤	تسهيل إجراءات الدخول لقسم الطوارئ.	58	55.8	30	28.8	16	15.4	2.40	0.74	80.0	مرتفعة	11
٥	الاتصال بالمراكز والمستشفيات المتخصصة عند الحاجة لاستقبال المريض.	61	58.7	22	21.2	21	20.2	2.38	0.80	79.3	مرتفعة	13
٦	عمل بحث اجتماعى لتخفيض نفقات العلاج.	54	51.9	33	31.7	17	16.3	2.36	0.75	78.7	مرتفعة	14
٧	الدفاع عن المريض فى الحصول على الخدمة الطبية المناسبة.	83	79.8	19	18.3	2	1.9	2.78	0.46	92.7	مرتفعة	3
٨	سرعة الاستجابة عند الإبلاغ بوجود حالة.	91	87.5	11	10.6	2	1.9	2.86	0.40	95.3	مرتفعة	2
٩	المشاركة فى وضع الخطة الطبية للتعامل مع آثار الأزمة.	82	78.8	20	19.2	2	1.9	2.77	0.47	92.3	مرتفعة	4
١٠	توضيح أهمية التدخل الطبي الذي يناسب حالة المريض فى مواجهة الازمة.	80	76.9	19	18.3	5	4.8	2.72	0.55	90.7	مرتفعة	6
١١	شرح إجراءات الدخول للمستشفى.	62	59.6	29	27.9	13	12.5	2.47	0.71	82.3	مرتفعة	9
١٢	التواصل مع الشركات والمؤسسات الطبية التى تساهم فى علاج المريض	56	53.8	38	36.5	10	9.6	2.44	0.67	81.3	مرتفعة	10
١٣	مساعدة المريض فى الحصول على الدم اللازم لإنقاذ حياته	55	52.9	36	34.6	13	12.5	2.40	0.70	80.0	مرتفعة	12
١٤	المساهمة فى مساعدة المريض على الالتزام بالعلاج.	77	74.0	24	23.1	3	2.9	2.71	0.52	90.3	مرتفعة	7
١٥	التعاون مع الفريق الطبى فى تقليل مدة الانتظار لعمل الازم للمريض	71	68.3	29	27.9	4	3.8	2.64	0.56	88.0	مرتفعة	8

١٦	تبصير الفريق المعالج بالآثار الاجتماعية والنفسية للأزمة على المريض	77	74.0	26	25.0	1	1.0	2.73	0.47	91.0	مرتفعة	5
١٧	يوثق الأخصائى الاجتماعى ما تم إجراؤه فى الملف الطبى.	94	90.4	10	9.6			2.90	0.30	96.7	مرتفعة	1
	الدرجة الكلية	1358	65.3	544	26.2	178	8.5	2.55	0.60	85.1	مرتفعة	

يوضح الجدول أعلاه النسب والتكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد مجتمع الدراسة على عبارات محور " قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض" فمن خلال المتوسط العام للبعد ككل والذي بلغ (٢.٥٥) بانحراف معياري قدره (٠.٦٠) مما يعني أن درجة الموافقة مرتفعة على مستويات قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض بالمستشفيات الحكومية بالطائف. وبناء على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تم ترتيب عبارات هذا البعد تنازلياً ابتداءً من المتوسط الأكبر وانتهاء بالمتوسط الأصغر فنجد أن العبارة (يوثق الأخصائي الاجتماعي ما تم إجراؤه في الملف الطبي) في بداية الترتيب بمتوسط بلغ (٢.٩) ودرجة موافقة مرتفعة، يليها في المرتبة الثانية نجد العبارة (سرعة الاستجابة عند الإبلاغ بوجود حالة) بمتوسط بلغ (٢.٨٦) ودرجة موافقة مرتفعة، وأخيراً جاءت العبارة (المساهمة في تقديم الخدمات الإسعافية فور وصول الحالة) بمتوسط بلغ (٢.٢١) ودرجة موافقة متوسطة. وبناء على الاجابات الكلية لأفراد مجتمع الدراسة على عبارات هذا المحور فنجد أن غالبية أفراد مجتمع الدراسة اختاروا الاجابة موافق بنسبة (٦٥,٣%) وموافق إلى حد ما(٢٦,٢%) بينما نسبة غير موافق بلغت (٨.٥%).

يتضح من الجدول أعلاه ارتفاع مستوى الأداء المهني المرتبط الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض وهذا ما أكدته نتائج بعض الدراسات مثل دراسة هولاند وآخرون والتي خرجت بأنه يقع على عاتق الأخصائي الاجتماعي العبء الأكبر حيث يستمر دوره مع الأسرة إلى أن يتم وضع خطة المتابعة والطرق التي يمكن أن تستخدمها في حالة طلبها الاستشارة. ودراسة جون والتي خرجت بأن المرضى الذين يمرون بأزمة سواء كانت طبية أو اجتماعية أو نفسية يتوقعون من قسم الطوارئ بالمستشفى الذي يتوجهون إليه القيام بتوفير الخدمات المطلوبة في أي وقت وهناك مواقف كثيرة تكون فيها استشارة الخدمة الاجتماعية مساعداً ضرورياً للعلاج الطبي، إن هيئة الطوارئ سواء الممرضات أو الأطباء غالباً ما يكونون غير قادرين على تقديم مستوى الرعاية الاجتماعية والنفسية التي يطلبها المرضى أو أسرهم.

الجدول رقم (١٩) يوضح استجابات أفراد مجتمع الدراسة على عبارات محور قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات مرتبة تنازليا حسب متوسطات الموافقة.

م	العبـــــارة	موافق		موافق إلى حد ما		غير موافق		المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	درجة الموافقة	الترتيب
		ت	%	ت	%	ت	%					
١	عند تدهور حالة المريض.	47	45.2	34	32.7	23	22.1	2.23	0.79	74.3	متوسطة	1
٢	فى حالة عدم تعاون المريض مع الأخصائى الاجتماعى.	35	33.7	43	41.3	26	25.0	2.09	0.76	69.7	متوسطة	4
٣	نقص بعض المعلومات الأولية للمريض.	40	38.5	36	34.6	28	26.9	2.12	0.80	70.7	متوسطة	2
٤	عدم وجود أقارب للمريض.	35	33.7	41	39.4	28	26.9	2.07	0.78	69.0	متوسطة	5
٥	عدم قناعة المريض بدور الأخصائى الاجتماعى.	23	22.1	46	44.2	35	33.7	1.88	0.74	62.7	متوسطة	15

٦	جهل الكثير من الأسر بمصادر المساعدات بالمجتمع.	30	28.8	45	43.3	29	27.9	2.01	1.93	0.76	67.0	متوسطة	6
٧	نقص في معارف ومهارات الأخصائيين الاجتماعين فى مجال إدارة الازمات.	24	23.1	43	41.3	37	35.6	1.88	1.81	0.76	62.7	متوسطة	16
٨	ندرة البرامج التدريبية المقدمة فى تأهيل الأخصائى الاجتماعى فى الأزمات.	27	26.0	41	39.4	36	34.6	1.91	1.84	0.78	63.7	متوسطة	مكرر13
٩	ضعف التعاون من إدارة المستشفى لتقديم الخدمات المطلوبة للمريض.	27	26.0	43	41.3	34	32.7	1.93	1.86	0.77	64.3	متوسطة	11
١٠	تتسم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بالتقليدية وعدم التجديد.	33	31.7	39	37.5	32	30.8	2.01	1.94	0.79	67.0	متوسطة	7
١١	ضعف التنسيق بين مؤسسات المجتمع فى خدمة المتضررين من الأزمة.	24	23.1	46	44.2	34	32.7	1.90	1.83	0.74	63.3	متوسطة	14
١٢	وجود فجوة بين الجانب النظرى والتطبيقى فى مجال إدارة الأزمة.	29	27.9	39	37.5	36	34.6	1.93	1.86	0.79	64.3	متوسطة	12
١٣	ارتباط المريض ببعض الخبرات السيئة كوفاة بعض الأقارب.	36	34.6	43	41.3	25	24.0	2.11	2.04	0.76	70.3	متوسطة	3
١٤	نقص المساعدات المقدمة فى حالة الأزمات.	25	24.0	51	49.0	28	26.9	1.97	1.90	0.72	65.7	متوسطة	9
١٥	نقص الوعى الاجتماعى بخطورة الأزمة.	30	28.8	41	39.4	33	31.7	1.97	1.90	0.78	65.7	متوسطة	10
١٦	ندرة تدريب الأخصائيين الاجتماعيين عملياً للتدخل مع الأزمة	27	26.0	41	39.4	36	34.6	1.91	1.84	0.78	63.7	متوسطة	مكرر13
١٧	عدم قناعة الفريق الطبى بدور الأخصائى الاجتماعى فى التدخل مع الأزمة.	33	31.7	36	34.6	35	33.7	1.98	1.91	0.81	66.0	متوسطة	8
الدرجة الكلية		525	29.7	708	40.0	535	30.3	1.99	1.92	0.77	66.47	متوسطة	

يوضح الجدول أعلاه النسب والتكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد مجتمع الدراسة على عبارات محور " قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات" فمن خلال المتوسط العام للبعد ككل والذي بلغ (١.٩٩) بانحراف معياري قدره

(٠.٧٧) مما يعني أن درجة الموافقة متوسطة على مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات بالمستشفيات الحكومية بالطائف. وبناء على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تم ترتيب عبارات هذا البعد تنازلياً ابتداءً من المتوسط الأكبر وانتهاء بالمتوسط الأصغر فنجد أن العبارة (عند تدهور حالة المريض) في بداية الترتيب بمتوسط بلغ (٢.٢٣) ودرجة موافقة متوسطة، يليها في المرتبة الثانية نجد العبارة (نقص بعض المعلومات الأولية للمريض) بمتوسط بلغ (٢.١٢) ودرجة موافقة متوسطة، إلى أن جاءت أخيراً جاءت العبارة (نقص في معارف ومهارات الأخصائيين الاجتماعين في مجال إدارة الازمات) بمتوسط بلغ (١.٨٨) ودرجة موافقة متوسطة. وبناء على الاجابات الكلية لأفراد مجتمع الدراسة على عبارات هذا المحور فنجد أن غالبية أفراد مجتمع الدراسة اختاروا الاجابة موافق بنسبة (٢٩.٧%) وموافق إلى حد ما(٤٠%) بينما نسبة غير موافق بلغت (٣٠,٣%).

الجدول رقم (٢٠) يوضح استجابات أفراد مجتمع الدراسة على عبارات محور مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات مرتبة تنازليا حسب متوسطات الموافقة.

م	العبـــــارة	موافق		موافق إلى حد ما		غير موافق		المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	درجة الموافقة	الترتيب
		ت	%	ت	%	ت	%					
١	منح الأخصائى الاجتماعى الطبى صلاحيات كافية لإنجاز مهامه.	87	83.7	13	12.5	4	3.8	2.80	0.49	93.3	مرتفعة	5
٢	زيادة اهتمام المؤسسات الاكاديمية بالإعداد المهنى للأخصائى الاجتماعى فى مجال الازمات والكوارث.	84	80.8	18	17.3	2	1.9	2.79	0.46	93.0	مرتفعة	7
٣	تزويد المرضى وأسرهم بمعلومات كافية عن دور الأخصائى الاجتماعى فى الازمات والكوارث.	82	78.8	20	19.2	2	1.9	2.77	0.47	92.3	مرتفعة	9
٤	تدريب الأخصائيين الاجتماعين على كيفية إدارة الازمات عمليا.	89	85.6	11	10.6	4	3.8	2.82	0.48	94.0	مرتفعة	4
٥	مشاركة الاخصائى الاجتماعى فى فريق إدارة الازمات بالمستشفى.	83	79.8	16	15.4	5	4.8	2.75	0.54	91.7	مرتفعة	11
٦	حث مؤسسات المجتمع على التعاون ومساندة أقسام الخدمة الاجتماعية للقيام بدورها مع المتضررين بالدعم المعنوى والمادى.	92	88.5	11	10.6	1	1.0	2.88	0.36	96.0	مرتفعة	1
٧	تعزيز الوعى المجتمعى بدور الأخصائى الاجتماعى بالمؤسسة الطبية.	90	86.5	11	10.6	3	2.9	2.84	0.44	94.7	مرتفعة	2
٨	توفير الإمكانيات المادية والعينية اللازمة لمواجهة	85	81.7	16	15.4	3	2.9	2.79	0.48	93.0	مرتفعة	8

	الازمة.										
٩	تسهيل الإجراءات الإدارية أثناء التدخل مع الازمة.	90	86.5	10	9.6	4	3.8	2.83	0.47	94.3	مرتفعة	3
١٠	استثمار جهود المتطوعين لتوفير المساعدات والخدمات العاجلة للمرضى الذين يواجهون الازمة.	81	77.9	20	19.2	3	2.9	2.75	0.50	91.7	مرتفعة	12
١١	إقرار حوافز تشجيعية للممارسين فى مجال الازمات.	84	80.8	16	15.4	4	3.8	2.77	0.51	92.3	مرتفعة	10
١٢	تعاون وزارة الصحة مع هيئة التخصصات الصحية لإعداد برامج تدريبية متخصصة فى مجال التدخل مع الازمات والكوارث.	94	90.4	8	7.7	2	1.9	2.80	0.49	93.3	مرتفعة	6
الدرجة الكلية		4041	83.4	170	13.6	37	3	2.8	0.47	93.3	مرتفعة	

يوضح الجدول أعلاه النسب والتكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد مجتمع الدراسة على عبارات محور " مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات" فمن خلال المتوسط العام للبعد ككل والذي بلغ (٢.٨) بانحراف معياري قدره (٠.٤٧) مما يعني أن أفراد مجتمع الدراسة موافقين بدرجة مرتفعة على هذه المقترحات للتغلب على هذه المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات. وبناء على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تم ترتيب عبارات هذا البعد تنازلياً ابتداءً من المتوسط الأكبر وانتهاء بالمتوسط الأصغر فنجد أن العبارة (حث مؤسسات المجتمع على التعاون ومساندة أقسام الخدمة الاجتماعية للقيام بدورها مع المتضررين بالدعم المعنوي والمادي) في بداية الترتيب بمتوسط بلغ (٢.٨٨) ودرجة موافقة متوسطة، يليها في المرتبة الثانية نجد العبارة (تعزيز الوعي المجتمعي بدور الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة الطبية) بمتوسط بلغ (٢.٨٤) ودرجة موافقة متوسطة، إلى أن جاءت أخيراً جاءت العبارة (استثمار جهود المتطوعين لتوفير المساعدات والخدمات العاجلة للمرضى الذين يواجهون الازمة) بمتوسط بلغ (٢,٧٥) ودرجة موافقة مرتفعة. وبناء على الاجابات الكلية لأفراد مجتمع الدراسة على عبارات هذا المحور فنجد أن غالبية أفراد مجتمع الدراسة اختاروا الاجابة موافق بنسبة (٨٣.٤%) وموافق إلى حد ما(١٣.٦%) بينما نسبة غير موافق بلغت (٣%).

الفروق بين المتغيرات الأولية في محاور أداة الدراسة:

وجد الباحث أن المتغيّرات الشخصية كان لها تأثير في الاجابة على أداة الدراسة، من خلال ملاحظة الأشخاص الذين حصلوا على مؤهلات علمية عالية، اكتسبوا مدارك اختلفت عن الذين لم ينالوا حظاً كبيراً من التعليم، وكذلك الجنس (ذكر، أنثى)، والخبرات العملية في المجال المعيّن، أضف إلى ذلك الدورات التدريبية التي حصل عليها كل فرد من أفراد العيّنة، كل هذه العوامل ظاهريا أثّرت في الإجابة على أداة الدراسة بمحاورها المختلفة، وللتأكد من مدى تأثير هذه المتغيّرات، تم استخدام العديد من أساليب المقارنة، بين المتوسطات حسب طبيعة هذه المتغيرات، وتم استخدام كلاً من اختبار (t) للعينتين المستقلتين Independent sample t-test وتحليل التباين الأحادي One way) anova)، كما يلي:

الجدول رقم (٢١) يوضح الفروق بين نوعي أفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة.

المحور	النوع	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (t)	مستوى الدلالة
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض	ذكر	84	53.93	5.78	-1.306	.199
	أنثى	20	55.30	3.76		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي	ذكر	84	54.30	5.52	-	.000

الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض	أنثى	20	57.50	2.14	4.161	
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض	ذكر	84	42.68	6.82	– 3.108	.003
	أنثى	20	46.45	4.29		
قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات	ذكر	84	34.07	9.74	.326	.747
	أنثى	20	33.20	10.98		
مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات	ذكر	84	33.76	3.98	.408	.687
	أنثى	20	33.20	5.85		

يوضح الجدول أعلاه الفروق بين نوعي أفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة فمن خلال قيم مستويات الدلالة الاحصائي لاختبار (t) المقابلة لكل محور على حدة نجدها أكبر من (٠.٠٥) عند المحاور (قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض وقياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات ومقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات) مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نوعي أفراد العينة (ذكور وإناث) في هذه المحاور، بينما المقابلة للمحورين (قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض وقياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض) أقل من (٠.٠٥) ما يعني أن هناك فروق بين نوعي أفراد العينة في هذه المحاور.

الجدول رقم (٢٢) يوضح الفروق بين الحالة الاجتماعية لأفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة.

المحور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض	بين المجموعات	80.194	2	40.097	1.354	.263
	داخل المجموعات	2989.960	101	29.604		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض	بين المجموعات	78.981	2	39.491	1.473	.234
	داخل المجموعات	2707.240	101	26.804		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض	بين المجموعات	209.812	2	104.906	2.504	.087
	داخل المجموعات	4231.227	101	41.893		
قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات	بين المجموعات	738.528	2	369.264	3.953	.022
	داخل المجموعات	9434.510	101	93.411		
مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات	بين المجموعات	46.298	2	23.149	1.216	.301
	داخل المجموعات	1923.240	101	19.042		

يوضح الجدول أعلاه الفروق بين الحالة الاجتماعية لأفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة فمن خلال قيم مستويات الدلالة الاحصائي لاختبار (F)المقابلة لكل محور على حدة نجدها أكبر من (٠.٠٥) عند المحاور (قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض وقياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض وقياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض ومقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات) ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة في هذه المحاور بناء على الحالات الاجتماعية، بينما المقابلة للمحور(قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات) أقل من (٠.٠٥) ما يعني أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الحالات الاجتماعية لأفراد عند هذا المحور.

الجدول رقم (٢٣) يوضح الفروق بين المؤهل الدراسي لأفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة.

المحور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض	بين المجموعات	145.663	4	36.416	1.233	.302
	داخل المجموعات	2924.491	99	29.540		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض	بين المجموعات	85.912	4	21.478	.787	.536
	داخل المجموعات	2700.309	99	27.276		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض	بين المجموعات	197.131	4	49.283	1.150	.338
	داخل المجموعات	4243.908	99	42.868		
قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات	بين المجموعات	269.291	4	67.323	.673	.612
	داخل المجموعات	9903.748	99	100.038		
مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات	بين المجموعات	131.633	4	32.908	1.773	.140
	داخل المجموعات	1837.906	99	18.565		

يوضح الجدول أعلاه الفروق بين المؤهلات الدراسية لأفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة فمن خلال قيم مستويات الدلالة الاحصائي لاختبار(F) المقابلة لكل محور على حدة نجدها أكبر من (٠.٠٥) عند جميع المحاور، مما يعني عدم معنوية الفروق بين المؤهل الدراسي في محاور أداة الدراسة عند مستوى دلالة احصائي (٠.٠٥)، أي أن الإجابة على محاور أداة الدراسة لا تختلف باختلاف المؤهل العلمي لكل فرد من أفراد العينة في محاور أداة الدراسة.

الجدول رقم (٢٤) يوضح الفروق بين التخصص لأفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة.

المحور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض	بين المجموعات	194.142	3	64.714	2.250	.087
	داخل المجموعات	2876.011	100	28.760		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض	بين المجموعات	114.162	3	38.054	1.424	.240
	داخل المجموعات	2672.059	100	26.721		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض	بين المجموعات	126.605	3	42.202	.978	.406
	داخل المجموعات	4314.433	100	43.144		
قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات	بين المجموعات	63.806	3	21.269	.210	.889
	داخل المجموعات	10109.232	100	101.092		
مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات	بين المجموعات	46.952	3	15.651	.814	.489
	داخل المجموعات	1922.587	100	19.226		

يوضح الجدول أعلاه الفروق بين التخصصات العلمية لأفراد مجتمع الدراسة في أداة الدراسة فمن خلال قيمة مستوى الدلالة الاحصائي لاختبار(F) المقابلة لكل محور من محاور أداة الدراسة نجدها أكبر من (٠.٠٥) مما يعني عدم معنوية الفروق بين هذه التخصصات في محاور أداة الدراسة عند مستوى دلالة احصائي (٠.٠٥) أي أن المحاور لاتتأثر بالتخصصات العلمية لأفراد مجتمع الدراسة.

الجدول رقم (٢٥) يوضح الفروق بين الخبرة لأفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة.

المحور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض	بين المجموعات	470.842	4	117.711	4.483	.002
	داخل المجموعات	2599.311	99	26.256		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض	بين المجموعات	235.994	4	58.998	2.290	.065
	داخل المجموعات	2550.228	99	25.760		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض	بين المجموعات	392.208	4	98.052	2.398	.055
	داخل المجموعات	4048.830	99	40.897		
قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات	بين المجموعات	1358.086	4	339.522	3.813	.006
	داخل المجموعات	8814.952	99	89.040		
مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات	بين المجموعات	113.071	4	28.268	1.507	.206
	داخل المجموعات	1856.468	99	18.752		

يوضح الجدول أعلاه الفروق بين سنوات الخبرة لأفراد مجتمع الدراسة في أداة الدراسة فمن خلال قيم مستويات الدلالة الاحصائي لاختبار(F) المقابلة لكل محور على حدة نجدها أكبر من (٠.٠٥) عند جميع المحاور، مما يعني عدم معنوية الفروق بين الخبرة أي أن الإجابة على محاور (قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض وقياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض ومقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات) ما يعني أن سنوات الخبرة ليس لها تأثير على هذه المحاور، بينما المقابلة للمحورين (قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض وقياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات) أقل من (٠.٠٥) ما يعني أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين سنوات خبرة لأفراد مجتمع الدراسة عند هذه المحاور، أي أن الإجابة عليها تختلف باختلاف سنوات خبرة أفراد مجتمع الدراسة وذلك عند مستوى دلالة احصائي (٠.٠٥).

الجدول رقم (٢٦) يوضح الفروق بين مقر العمل لأفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة.

المحور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض	بين المجموعات	277.036	8	34.629	1.178	.321
	داخل المجموعات	2793.118	95	29.401		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض	بين المجموعات	661.357	8	82.670	3.696	.001
	داخل المجموعات	2124.864	95	22.367		

قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض	بين المجموعات	367.114	8	45.889	1.070	.391
	داخل المجموعات	4073.925	95	42.883		
قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات	بين المجموعات	814.152	8	101.769	1.033	.417
	داخل المجموعات	9358.887	95	98.515		
مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات	بين المجموعات	160.417	8	20.052	1.053	.403
	داخل المجموعات	1809.121	95	19.043		

يوضح الجدول أعلاه الفروق بين مقرات عمل أفراد مجتمع الدراسة في أداة الدراسة فمن خلال قيم مستويات الدلالة الاحصائي لاختبار (F) المقابلة لكل محور على حدة نجدها أكبر من (٠.٠٥) عند جميع المحاور، مما يعني عدم معنوية الفروق بين مقر العمل لأفراد مجتمع الدراسة أي أن الإجابة على محاور (قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض وقياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض وقياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات و مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات) ما يعني أن مقرات عمل أفراد مجتمع الدراسة ليس لها تأثير على هذه المحاور، بينما المقابلة للمحور (قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض) أقل من (٠.٠٥) ما يعني أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مقرات عمل أفراد مجتمع الدراسة عند هذا المحور، أي أن الإجابة عليه تختلف باختلاف مقرات عمل أفراد مجتمع الدراسة وذلك عند مستوى دلالة احصائي (٠.٠٥).

الجدول رقم (٢٧) يوضح الفروق بين عدد الدورات التدريبية في مجال التعامل مع الازمات لأفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة.

المحور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض	بين المجموعات	17.638	3	5.879	.193	.901
	داخل المجموعات	3052.516	100	30.525		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض	بين المجموعات	50.662	3	16.887	.617	.605
	داخل المجموعات	2735.559	100	27.356		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض	بين المجموعات	223.850	3	74.617	1.769	.158
	داخل المجموعات	4217.188	100	42.172		
قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات	بين المجموعات	109.864	3	36.621	.364	.779
	داخل المجموعات	10063.174	100	100.632		
مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات	بين المجموعات	128.955	3	42.985	2.335	.078
	داخل المجموعات	1840.584	100	18.406		

يوضح الجدول أعلاه الفروق بين عدد الدورات التدريبية لأفراد مجتمع الدراسة في أداة الدراسة فمن خلال قيمة مستوى الدلالة الاحصائي لاختبار (F) المقابلة لكل محور من محاور أداة الدراسة نجدها أكبر من (٠.٠٥) مما يعني عدم معنوية الفروق بين عدد الدورات التدريبية في مجال التعامل مع الازمات في محاور أداة الدراسة عند مستوى دلالة احصائي

(٠.٠٥) ، أي أن المحاور لا تتأثر بمتغير عدد الدورات التدريبية لأفراد مجتمع الدراسة.

الجدول رقم (٢٨) يوضح الفروق بين مدى الاستفادة الدورات التدريبية في مجال التعامل مع الازمات لأفراد مجتمع الدراسة في محاور أداة الدراسة.

المحور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض	بين المجموعات	110.557	2	55.279	1.886	.157
	داخل المجموعات	2959.596	101	29.303		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض	بين المجموعات	140.078	2	70.039	2.673	.074
	داخل المجموعات	2646.144	101	26.199		
قياس مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض	بين المجموعات	69.071	2	34.535	.798	.453
	داخل المجموعات	4371.968	101	43.287		
قياس مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات	بين المجموعات	508.452	2	254.226	2.657	.075
	داخل المجموعات	9664.586	101	95.689		
مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الأزمات	بين المجموعات	90.153	2	45.076	2.422	.094
	داخل المجموعات	1879.386	101	18.608		

يوضح الجدول أعلاه الفروق بين متغير الاستفادة من الدورات التدريبية مجال التعامل مع الازمات لأفراد مجتمع الدراسة في أداة الدراسة فمن خلال قيمة مستوى الدلالة الاحصائي لاختبار (F) المقابلة لكل محور من محاور أداة الدراسة نجدها أكبر من (٠.٠٥) مما يعني عدم معنوية الفروق بين متغير الاستفادة من الدورات التدريبية في محاور أداة الدراسة عند مستوى دلالة احصائي (٠.٠٥) ، أي أن المحاور لا تتأثر بمتغير الاستفادة من الدورات التدريبية مجال التعامل مع الازمات لأفراد مجتمع الدراسة.

ثانياً: النتائج العامة للدراسة

اولاً : النتائج العامة الخاصة بوصف مجتمع الدراسة

كشفت نتائج الدراسة أن نسبة ٨٠.٨% من أفراد مجتمع الدراسة ذكور من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات وزارة الصحة بمحافظة الطائف بينما بلغت نسبة الإناث ١٩.٢%كما أوضحت نتائج الدراسة أن ٩٦.٢% من المبحوثين متزوجين بينما بلغت نسبة العزاب ٢.٩% ونسبة المطلقين ١% فيما كشفت الدراسة أن ٧٣.١% من المبحوثين من حملة البكالوريوس و ٢٣.١% من المبحوثين من حملة الماجستير وحملة دبلوم الدراسات العليا ١,٩% وحملة الدكتوراه ١% ومؤهلات أخرى ١% فيما جاءت تخصصاتهم على النحو التالي ٤٧.١% من المبحوثين تخصصهم علم اجتماع يليهم ٤٠.٤% من المبحوثين تخصصهم خدمة اجتماعية و١٠.٦% من المبحوثين تخصصهم علم نفس و١% من المبحوثين تخصصاتهم أخرى كما أظهرت نتائج الدراسة أن خبرات الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات وزارة الصحة بمحافظة الطائف قد بلغت نسبة ٣٠.٨% من المبحوثين سنوات خبرتهم ضمن الفئة (١٠-٥سنوات) يليهم بنسبة بلغت ٢٦.٩% فئة(أقل من خمس سنوات) يليهم فئة (٢٠-١٦ سنة) بنسبة بلغت ١٥.٤% يليهم الفئة (٢١ سنة فأكثر) بنسبة بلغت ١٤.٤% وأخيراً الفئة (١٥-١١سنة) بنسبة بلغت ١٢.٥% وأشارت نتائج الدراسة الى مقر عمل الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات وزارة الصحة بمحافظة الطائف حيث بلغت نسبة العاملين بمستشفى الصحة النفسية بلغت نسبة العاملين٣٢.٧% ومجمع الملك فيصل بنسبة بلغت ٢٨.٨% وفي مستشفى الملك عبدالعزيز التخصصي٢٣.١% بينما بلغت نسبة العاملين ٦.٧% لدى مستشفى الأطفال وتراوحت بقية المستشفيات بين ١ - ١.٩% وكشفت الدراسة أيضاً عن عدد الدورات التدريبية التي تلقاها الأخصائيين الاجتماعيين في مجال التدخل مع الأزمات فنجد أن الغالبية تلقوا عدد دورات تدريبية (دورتين تدريبيتين فأقل) بنسبة بلغت (٥٩.٦%)، ومن ثم (٥-٣ دورات تدريبية) بنسبة (٣٠.٨%)، وأخيراً (١٠-٦دورات تدريبية) و(١١دورة تدريبية فأكثر) بنسبة (٤.٨%)، وبينت الدراسة مدى

الاستفادة من تلك الدورات في مجال التدخل مع الأزمات فنجد أن غالبية الاستفادة كانت متوسطة بنسبة (٥٥.٨%)، بينما نجد (٢٥%) منهم كان مدى استفادتهم عالية، وأخيراً نجد (١٩.٢%) من أفراد مجتمع الدراسة مستوى استفادتهم منخفضة.

ثانياً : النتائج الخاصة بالإجابة عن التساؤلات:

لقد كشف نتائج الدراسة عن النتائج التالية :

التساؤل الأول والذي مفاده " ما مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض؟".

أكدت نتائج الدراسة المرتبطة بمستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الاجتماعي للمريض مرتفع الأداء المهني المرتبط بهذا الدور حيث بلغ المتوسط لهذا البعد(٢.٧) وبانحراف معياري قدره (٠,٥).

التساؤل الثاني والذي مفاده " ما مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض ؟".

أكدت نتائج الدراسة المرتبطة بمستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم النفسي للمريض مرتفع الأداء المهني المرتبط بهذا الدور حيث بلغ المتوسط لهذا البعد(٢.٨) وبانحراف معياري قدره (٠,٤).

التساؤل الثالث والذي مفاده " ما مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض؟".

أكدت نتائج الدراسة المرتبطة بمستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي في تسهيل تقديم الدعم الطبي للمريض مرتفع الأداء المهني المرتبط بهذا الدور حيث بلغ المتوسط لهذا البعد(٢.٥٥) وبانحراف معياري قدره (٠,٦).

التساؤل الرابع والذي مفاده " ما مستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات؟".

أكدت نتائج الدراسة المرتبطة بمستوى تعامل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل في الأزمات متوسط الأداء المهني المرتبط بهذا الدور حيث بلغ المتوسط لهذا البعد(١.٩٩) وبانحراف معياري قدره (٠,٧٧).

التساؤل الخامس والذي مفاده " ما المقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات؟".

أكدت نتائج الدراسة المرتبطة موافقة أفراد مجتمع الدراسة بدرجة مرتفعة بالمقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التدخل مع الأزمات بمتوسط بلغ (٢.٨) وبانحراف معياري قدره (٠,٤٧) والتي جاء أهمها على الترتيب:

١. حث مؤسسات المجتمع على التعاون ومساندة أقسام الخدمة الاجتماعية للقيام بدورها مع المتضررين بالدعم المعنوي والمادي.
٢. تعزيز الوعي المجتمعي بدور الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة الطبية.
٣. تسهيل الإجراءات الإدارية أثناء التدخل مع الازمة.

ثالثا: توصيات الدراسة:

يوصي الباحث بضرورة دعم تواجد الأخصائي الاجتماعي من خلال التأكيد على أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية بتوفير العدد الكافي للعمل بأقسام الطوارئ بالشكل المطلوب.

١. وضع برامج تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين تزودهم بالمعارف والمهارات والتطورات الحديثة في مجال التدخل مع الأزمات من خلال تعاون وزارة الصحة مع هيئة التخصصات الصحية لإعداد برامج تدريبية متخصصة.
٢. ضرورة الاهتمام بتوعية الفريق الطبي في المستشفى بالدور الذي يقوم به الأخصائيون الاجتماعيون كما أنهم مطالبون بتفعيل أدوارهم وإثبات أنفسهم والقيام بالكثير من أعمال التوعية داخل المستشفى التي يتم من خلالها تعزيز الوعي المجتمعي بدور الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة الطبية.
٣. منح الأخصائي الاجتماعي الطبي صلاحيات كافية لإنجاز مهامه التي من شأنها رفع مستوى الأداء المهني في تجاوز المعوقات التي تواجهه أثناء التدخل مع الازمات.

أولا: المراجع العربية

ابراهيم عبد الهادي سامي مصطفى زايد المليجي. (٢٠١٢م). *الرعاية الطبية التأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية*. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

احمد محمد عوض. (٢٠٠٨). *العلاقة بين الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي وأداءه المهني في مؤسسات المسنين*. جامعة حلوان كلية الخدمة الاجتماعية.

أحمد محمد عوض. (٢٠١١م). *د ا رسة تقويمية للممارسة المهنية لعملية العلاج*. جامعة حلوان.

أشواق المانع. (٢٠١١). *نظرية الأزمة*. تم الاسترداد من ksu.edu.sa، http:// .

إقبال إبراهيم مخلوف. (١٩٩١). *العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية باتجاهات تطبيقية*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

الجوهرة محمد الدريس. (٢٠١٨). *تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في مجال الأزمات*. جمعية الإجتماعيين.

جمال شحاته حبيب. (ابريل، ١٩٩٧). العلاقة بين تطبيق برنامج تدريبي للاخصائيين الاجتماعيين وتنمية ادائهم المهني. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية*، صفحة ٤٩.

حياة رضوان. (١٩٩٨). *دور الاخصائي الاجتماعي مع الحالات الحرجة*. جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

دليل سياسات وإجراءات الخدمة الاجتماعية الطبية بوزارة الصحة السعودية. (٢٠١٦). وزارة الصحة السعودية.

رأفت عبد الرحمن محمد. (٢٠١٣). *الخدمة الاجتماعية العيادية نحو نظرية للتدخل المهني مع الأفراد والأسر*. المكتب الجامعي الحديث.

رمضان حافظ رجب. (١٩٩١). *الإنسان والأزمات النفسية*. . المجلة العربية.

سلوى عثمان الصديقي. (١٩٩١). *طريقة العمل مع الأفراد*. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

سليمان حسين. (٢٠١٩). *دور مؤسسات الخدمة الإجتماعية في إدارة الأزمات في السودان*. جامعة السودان للعلوم والتكلونوجيا.

شيخة عبدالله القحطاني. (٢٠١٩). *مدى تطبيق الممارسين المهنيين لنموذج التدخل في الأزمات في القطاع الصحي*. القاهرة: الجمعية المصرية للأخصائيين الإجتماعيين.

صفاء عزيز محمود. (٢٠١٦). *تقويم الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بغرف الطوارئ في ظل تطبيق نظام الجودة الشاملة بالمستشفيات*. القاهرة: الجمعية المصرية للأخصائيين الإجتماعيين.

عبد الحميد الحبيب، عبد المجيد طاش نيازي. (بلا تاريخ). *صورة اقسام الخدمة الاجتماعية لدى مدراء المستشفيات والمدراء الطبيين والصعوبات التي تحد من الاستفادة من أدوارها دراسة ميدانية مطبقة على المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية*. الرياض.

عبد العزيز عبد الله الدخيل. (٢٠١٢). *معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية*. عمان: دار المناهج.

عبد الفتاح عثمان. (١٩٩٢). *المدارس المعاصرة في خدمة الفرد نحو نظرية جديدة للمجتمع العربي*. القاهرة: مكتبة الانجلو.

عبدالمنصف حسن رشوان. (٢٠٠٧). *الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي*. . الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

عبر العزيز النوحي. (٢٠٠٣). *الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية*.

ماجدة عبيد، حزام جودة. (٢٠٠٩). *وقفة مع الخدمة الاجتماعية*. عمان: دار صفاء.

ماهر أبو المعاطي علي. (٢٠١٤م). *الاتجاهات الحديثة في الخدمة الاجتماعية أسس تطبيقية ونماذج نظرية*. المكتب الجامعي الحديث.

مجمع اللغة العربية. (٢٠٠٦). *المعجم الوجيز*. القاهرة: هيئة المطابع الاميرية.

محمد القرني، عبد المنصف رشوان. (٢٠١٣). *المداخل العلاجية المعاصرة للعمل مع الأفراد والأسر*. الرياض: الرشد للنشر والتوزيع.

محمد بن ابراهيم السيف. (٢٠١٠). *المدخل إلى دراسة المجتمع السعودي*. . الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع.

منى عزيز جبران. (٢٠٠٨). *المشكلات الاجتماعية والنفسية لمرضى السكتة الدماغية وأسرهم نحو نموذج للتعامل مع هذه المشكلات في إطار نموذج التدخل في الأزمات.، رسالة ماجستير منشورة*. كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

منى محمد العشيوي. (٢٠١٨). *تصور مقترح للممارسة المهنية مع الأفراد في إدارة الأزمات التي تواجه طالبات الجامعة*. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية.

نبيل محمد أحمد. (١٩٩٦). *طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية.مدخل اسلامي*. القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.

نبيل محمد صادق. (١٩٩٨). *طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية. القاهرة*. القاهرة: دار الطباعة والنشر.

نجوى ابراهيم الشرقاوي. (١٩٩٩). *فعالية التدخل في الأزمات مع حالات الطوارئ الطبية – دراسة مطبقة على أزمة بتر الأطراف الناتجة عن إصابات الحوادث. رسالة دكتوراة منشورة*. حلوان: كلية الخدمة الاجتماعية،جامعة حلوان ..

واس. (١٤ ١٠، ٢٠١٩). *https://www.spa.gov.sa/1982146*. تاريخ الاسترداد ١٨ ٣، ٢٠٢٠، من وكالة الانباء السعودية.

وزارة الصحة. (٢٠١٨). *الكتاب الاحصائي السنوي لوزارة الصحة*. الرياض: وزارة الصحة.

ثانيا: المراجع الاجنبية

Barry, J. (2004). Fit for the Future? Future Development of the Emergency Duty Team. *Child Care in Practice*, v10 n4 p395-403.

Code of Ethics of social worker. (2008). N.A.S.W. Washington, Dc, N.A.S.W. press.

Colleen m. Gallagher. (2004). pastoral Care Ministers and Socail Worker; Changing Role in end – of-Life care require new educational experiences, Ph.D, U.S.A Ohio UniVersity.

Derek C. (2010). Problems of 'Expertise' in Emergency Duty Socail Work, British. *Journal of social work*, vol.(32),.

Holland, L. & Rogich, L.E. (1995). Dealing with grief in the.emergency room. *health and social work*, vol.5, No 2.

J.B. Sykes. *oxford consice Dictionary*. op cit.

Jennifer V. Making Caring Connections, Cutting Costs — Social Work in the Emergency Department, *Social Work Today*, Vol. 10 No. 6 P. 12.

Webster's Encyclopedic Dictionary :op cit.