



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم اجتماع



مذكرة بعنوان:

دور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية

-دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم عقبي ولاية قالمة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر علم اجتماع الصحة

إشراف

أ. سريدي محمد منصف

إعداد:

سعادلي وردة

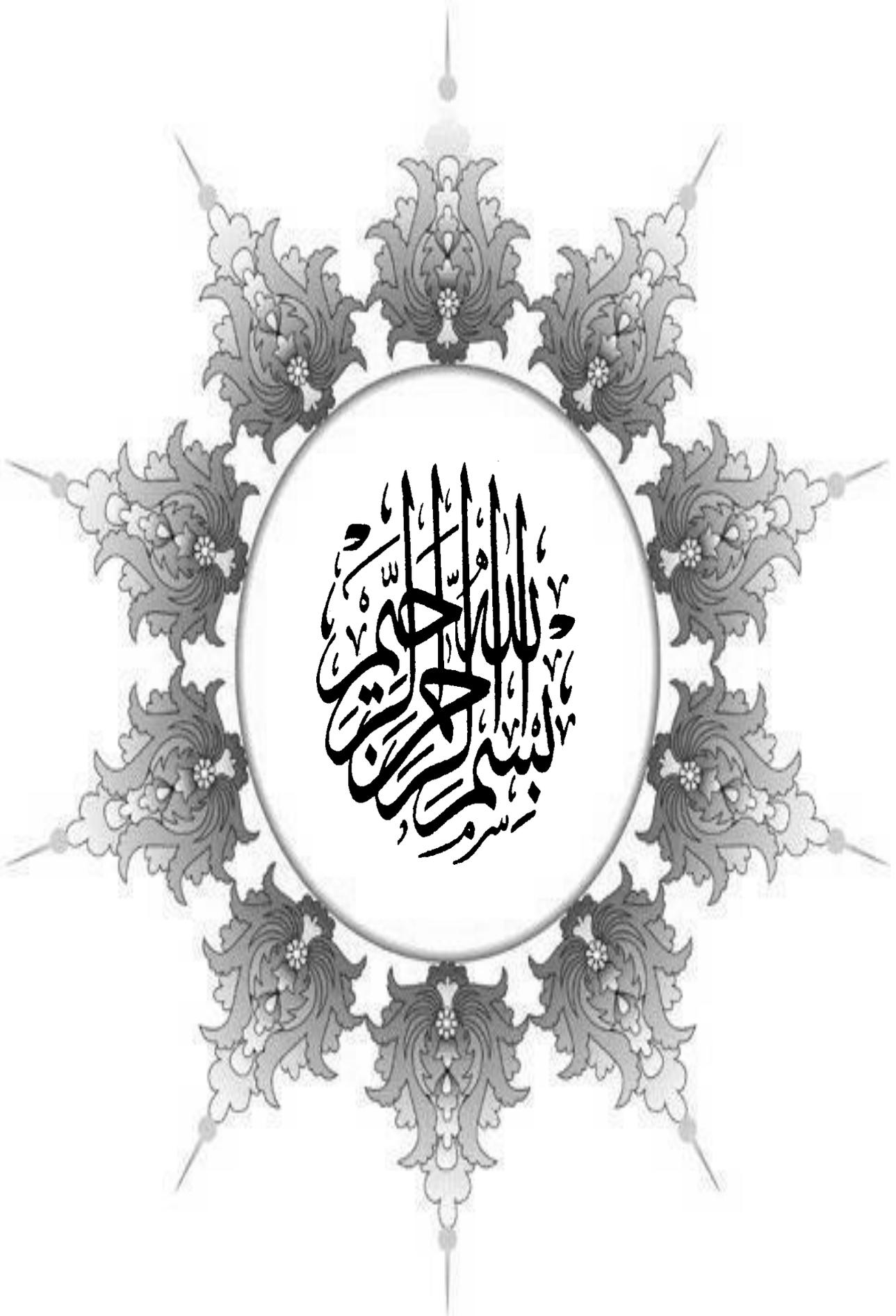
مومني صابرينة

لجنة المناقشة

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
1	بلعادي إبراهيم	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945	رئيسا
2	سريدي محمد منصف	أستاذ مساعد - أ -	جامعة 8 ماي 1945	مشرفا
3	حميدي مجيد	أستاذ مساعد - أ -	جامعة 8 ماي 1945	مناقشا

السنة الجامعية: 2024-2025

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





شكر وعرافان

الحمد لله الذي يسر البدايات وأكمل النهايات وبلغنا الغايات

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

قبل كل أحد وبعد كل أحد

الشكر للواحد الأحد الذي أمدنا بالقوة والقدرة لإنجاز هذا العمل

ندعوه عز وجل أن يجعله خالصا لوجهه الكريم

أود أن أعبر عن شكري للأستاذ الفاضل **محمّد منصف**

لقد كنت لي مصدر إلهام

شكرا لك على المجهودات اللامحدودة التي بذلتها لدعمنا وتوجيهنا في رحلتنا التعليمية

نحن نقدر تفانيك واهتمامك الشخصي بتقديمنا

كما نتوجه بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة وكل أساتذة قسم العلوم الاجتماعية

على المجهودات المبذولة لإيصالنا إلى ما نحن عليه .

ملخص الدراسة

تهدف هذه الدراسة الى تسليط الضوء على الدور المحوري الذي يلعبه المساعد الاجتماعي داخل المؤسسات الاستشفائية، باعتباره أحد الفاعلين الأساسيين في التكفل الشامل بالمرضى، حيث لا يقتصر العلاج في المستشفى على الجانب الطبي فقط، بل يتعداه إلى الجانب النفسي والاجتماعي الذي يتطلب تدخل المتخصص لضمان استقرار المريض ومساعدته على التأقلم مع وضعه الصحي والاجتماعي.

وقد تمحورت إشكالية الدراسة حول التساؤل الرئيسي: ما هو الدور الذي يلعبه المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية؟

وقد انبثقت عنها مجموعة من الأسئلة الفرعية المتعلقة بدوره مع المرضى وأسره، دوره مع الفريق الطبي، مع الإدارة والصعوبات التي تواجهه لأداء مهامه.

ولتحقيق هذا اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي ، وتم دعمها بدراسة ميدانية على مستشفى الحكيم عقبي بقالمة من خلال مقابلات وملاحظات مباشرة مع المساعدين الاجتماعيين، واستعمالنا الاستمارة كأداة لجمع المعلومات، وطبقت هذه الدراسة على عينة من 37 مساعدا اجتماعيا بولاية قالمة، عنابة، قسنطينة، باتنة وخنشلة، وقد سمحت لنا المعطيات التي تم الحصول عليها من ميدان الدراسة بعد دراستها وتحليلها من التوصل إلى النتائج نلخصها فيما يلي

أسفرت نتائج الدراسة على أن المساعد الاجتماعي يؤدي دورا فعالا في مرافقة المرضى وأسره، وتعد الفئات المستهدفة من بينها الأطفال، المسنين، الأسر الفقيرة وفئات أخرى، ومن جهة أخرى بينت الدراسة وجود تنسيق بين المساعد الاجتماعي والفريق الطبي إلا أنه يحتاج إلى تنظيم أكثر وضوحا وتدعيما من الإدارة، كما تبين أن علاقة المساعد الاجتماعي بالإدارة تتفاوت من مؤسسة إلى أخرى. وأخيرا كشفت الدراسة عن عدة تحديات مهنية يواجهها المساعدون الاجتماعيون منها عدم تقبل دور المساعد الاجتماعي من طرف المرضى ونقص الإمكانيات.

وفي ضوء هذه النتائج توصلت الدراسة الى ضرورة تعزيز مكانة المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية من خلال إدماجه الفعلي في الفرق متعددة التخصصات، وتوفير الإمكانيات المادية الضرورية لأداء مهامه بكفاءة وفعالية.

Abstrac:

This study aims to shed light on the pivotal role played by the social worker within hospital institutions, considering them as one of the key actors in the comprehensive care of patients. Treatment in hospitals is not limited to the medical aspect only, but extends to the psychological and social aspects, which require the intervention of a specialist to ensure the patient's stability and help them adapt to their health and social condition.

The problem of the study revolved around the main question: What is the role played by the social worker in hospital institutions? From this emerged a set of sub-questions related to their role with patients and their families, their role with the medical team, with the administration, and the difficulties they face in carrying out their duties.

To achieve this, we relied in this study on the descriptive-analytical method, supported by a field study at Hakim Akbi Hospital in Guelma through interviews and direct observations with social workers. We also used a questionnaire as a data collection tool. This study was applied to a sample of 37 social workers in the wilayas of Guelma, Annaba, Constantine, Batna, and Khenchela.

The data obtained from the field, after study and analysis, allowed us to reach the following results:

The study results showed that the social worker plays an effective role in accompanying patients and their families, and that the targeted groups are diverse (...), including children, the elderly, poor families, and other groups. On the other hand, the study indicated the existence of coordination between the social worker and the medical team, but it requires more clarity

and support from the administration. It also appeared that the relationship between the social worker and the administration varies from one institution to another.

Finally, the study revealed several professional challenges faced by social workers, including the lack of acceptance of the social worker's role by some patients and the shortage of resources.

In light of these results, the study recommended the necessity of strengthening the position of the social worker in hospital institutions by effectively integrating them into multidisciplinary teams, and providing the necessary material resources to perform their duties efficiently and effectively.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
	شكر وعرافان
	فهرس المحتويات
	ملخص الدراسة
أ	مقدمة
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة:	
04	تمهيد
05	أولا: الإشكالية
08	ثانيا: فرضيات الدراسة
08	ثالثا: أهداف الدراسة
09	رابعا: أهمية الدراسة
09	خامسا: أسباب اختيار الموضوع
10	سادسا: المفاهيم الأساسية للدراسة
14	سابعا: الدراسات السابقة
19	ثامنا: المقاربات النظرية
22	خلاصة
الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية ودور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية:	
24	تمهيد
25	أولا: مفهوم الخدمة الاجتماعية
27	ثانيا: مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية
32	ثالثا: الكفايات المهنية للأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية (الصفات، المقومات، المهارات)
37	رابعا: دور الأخصائي الاجتماعي
40	خامسا: مهام الأخصائي (المساعد الاجتماعي) حسب ما جاء في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية
42	سادسا: نماذج عن مهام المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاجتماعية
45	سابعا: معوقات الأخصائي الاجتماعي

48	خلاصة
الفصل الثالث: المؤسسات الاستشفائية:	
50	تمهيد
51	أولا: التطور التاريخي للمستشفيات
54	ثانيا: خصائص ووظائف المؤسسة الاستشفائية
56	ثالثا: أنواع المستشفيات
57	رابعا: أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر
60	خامسا: الخصائص التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية
63	سادسا: أشكال التنظيم داخل المؤسسة الاستشفائية
64	خلاصة
الفصل الرابع: الإطار المنهجي والتطبيقي للدراسة:	
66	تمهيد
67	أولا: مجالات الدراسة
68	ثانيا: منهج الدراسة وأدوات جمع البيانات
69	ثالثا: عرض وتحليل معطيات الدراسة
98	رابعا: نتائج الدراسة
101	خامسا: مناقشة عامة لنتائج الدراسة
102	سادسا: التوصيات
104	خلاصة
106	خاتمة
109	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	توزيع الأفراد حسب الجنس	69
02	توزيع أفراد العينة حسب السن	70
03	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	70
04	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	71
05	توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات الخبرة	72
06	توزيع الأفراد حسب الوظيفة	73
07	امكانية شرح الوضع الصحي للمرضى	74
08	كيفية شرح الوضع الصحي للمرضى	75
09	الحالات التي تستدعي تدخل المساعد الاجتماعي	76
10	طرق التعرف على الفئات التي تستوجب تدخل المساعد الاجتماعي	77
11	إمكانية مساعدة المرضى على التكيف مع مرضهم	78
12	الطرق التي يستعملها المساعد الاجتماعي حتى يتكيف المريض مع مرضه	79
13	الخدمات التي يقدمها المساعد الاجتماعي للمرضى داخل المستشفى	79
14	هل يقدم المساعد الاجتماعي مساعدات للمرضى خارج المستشفى	80
15	نوع المساعدات التي يقدمها المساعد الاجتماعي للمرضى خارج المستشفى	81
16	إمكانية تقبل كل الأسر تدخل المساعد الاجتماعي مع مريضهم	81
17	يبيّن مساهمة المساعد الاجتماعي في وضع خطة علاجية مع الفريق الطبي	82
18	الدور الذي يلعبه المساعد الاجتماعي مع الفريق الطبي والمريض	83
19	مدى تقبل الفريق الطبي لدور المساعد الاجتماعي مع المرضى	84
20	إمكانية شرح الفريق الطبي للمساعد الاجتماعي الحالة الصحية للمرضى	84
21	إمكانية تزويد المساعد الاجتماعي الفريق الطبي بالمعلومات الاجتماعية الخاصة بالمريض	85
22	عملية التنسيق بين المساعد الاجتماعي المريض والإدارة	86
23	كيفية الحصول على ملف المريض	87
24	مدى تقديم الإدارة تسهيلات للقيام بمهام المساعد الاجتماعي:	88

فهرس الجداول

89	تضارب مهام المساعد الاجتماعي ومهام الفريق الطبي	25
90	إمكانية تدخل لإضافة في حل النزاع مع الفريق الطبي	26
90	كيفية حل المشاكل بين المساعد الاجتماعي والفريق الطبي	27
91	الصعوبات التي دعيت التعامل مع المرضى	28
92	نوع الصعوبات	29
93	تقبل المرض لدور المساعد الاجتماعي في المستشفى	30
94	إيجاد المرضى وأسرهه إخراج للتواصل مع المساعد الاجتماعي	31
95	توفر الإدارة أقسام خاصة لعمل المساعد الاجتماعي	32
95	توفير إدارة المؤسسة احتياجات المريض	33
96	توفير المستشفى ميزانية خاصة للتكفل بالمرضى وانشغالاتهم	34
97	الأطراف الأخرى المساعدة	35

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	دائرة نسبية تمثل توزيع الأفراد حسب الجنس	69
02	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب السن	70
03	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	70
04	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	71
05	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات الخبرة	72
06	دائرة نسبية تمثل توزيع الأفراد حسب الوظيفة	73
07	دائرة نسبية تمثل إمكانية شرح الوضع الصحي للمرضى	74
08	دائرة نسبية إمكانية مساعدة المرضى على التكيف مع مرضهم	75
09	دائرة نسبية تمثل هل يقدم المساعد الاجتماعي مساعدات للمرضى خارج المستشفى	80
10	دائرة نسبية تمثل إمكانية تقبل كل الأسر تدخل المساعد الاجتماعي مع مريضهم	81
11	دائرة نسبية تمثل إمكانية شرح الفريق الطبي للمساعد الاجتماعي الحالة الصحية للمرضى	84
12	دائرة نسبية تمثل إمكانية تقبل المرضى لدور المساعد الاجتماعي في المستشفى	93

مقدمة

مقدمة:

تعد الخدمة الاجتماعية من المهن الإنسانية النبيلة التي تستند إلى أسس علمية ومبادئ أخلاقية تهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على مواجهة مشكلاتهم وتحسين أوضاعهم الاجتماعية، بما يعزز قدرتهم على التكيف مع بيئتهم، والاندماج الفعال في الحياة العامة. فهي تمثل استجابة علمية ومنهجية للحاجات الاجتماعية المتزايدة من خلال الاعتماد على مناهج التدخل المهني وأدوات التشخيص الاجتماعي، قصد إحداث التغيير الإيجابي في حياة المستفيدين.

ومع تطور متطلبات الحياة وتداخل العوامل الاجتماعية بالصحية والنفسية، ظهرت الحاجة إلى ما يعرف بالخدمة الاجتماعية التخصصية، والتي من أبرز فروعها الخدمة الاجتماعية الطبية. وتعرف هذه الأخيرة بأنها مجال مهني يتداخل فيه العمل الاجتماعي في المجال الصحي، يهدف إلى تقديم المساعدة الاجتماعية للمرضى داخل المؤسسات الاستشفائية، ودعمهم في تجاوز العقبات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية التي قد تعيق علاجهم أو استقرارهم الصحي. وتعنى هذه الخدمة أيضا بتقديم الإرشاد والدعم النفسي، وتنسيق الجهود مع الفرق الطبية لضمان تكفل شامل ومتكامل بالمريض.

إن التحولات التي تعرفها المنظومة الصحية عالميا، أكدت على ضرورة أن تتعدى الرعاية الصحية حدود العلاج الجسدي، لتشمل البعد النفسي والاجتماعي. وهو ما يجعل من وجود المساعد الاجتماعي داخل المؤسسات الصحية أمرا حيويا لا غنى عنه. وتشير منظمة الصحة العالمية (WHO) إلى أن أكثر من 25% من المرضى يعانون من مشكلات اجتماعية و نفسية تؤثر سلبا على سير العلاج، وإن التكفل الشامل الذي يشمل الدعم الاجتماعي يساهم في تحسين نسب الشفاء ويقلل من حالات إعادة الدخول إلى المستشفى بنسبة تقارب 15%.

كما أكدت تقارير الاتحاد الدولي للأخصائيين الاجتماعيين (IFSW) أن إدماج الخدمة الاجتماعية الطبية ضمن الفرق العلاجية يرفع من جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى. وفي السياق الجزائري، بدأت ملامح الاهتمام الرسمي بدور المساعد الاجتماعي تتضح أكثر من خلال إصدار المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011، المتضمن القانون الاساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية .

حيث شمل هذا المرسوم تحديد دور المساعد الاجتماعي في دراسة الحالات الاجتماعية للمرضى، التنسيق مع الهيئات والجهات المختصة، تقديم الدعم المعنوي والنفسي، والمساهمة في حل مشكلات المرضى الاجتماعية والاقتصادية، ما يعكس إيمان الدولة بضرورة التكفل المتكامل بالمرضى في بعدها الإنساني والاجتماعي.

ورغم هذا الإطار القانوني المنظم، إلا أن الواقع الميداني يكشف عن تحديات وعوائق لا تزال تعرقل الأداء الفعلي لدورة المساعدة الاجتماعية في المؤسسات الصحية، من بينها. التأطير والتكوين، غياب التنسيق في المؤسسات، ضعف الوعي بدور المساعد الاجتماعي لدى بعض العاملين، ومحدودية الموارد المادية والبشرية.

في ضوء ما سبق تسعى هذه المذكرة إلى دراسة وتحليل واقع دور المساعدة الاجتماعية داخل المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، من خلال رصد المهام الفعلية التي تقوم بها، التحديات التي تواجهها، مدى تكاملها مع الفريق الطبي وآفاق تطوير هذا الدور في ظل المعايير المهنية والتشريعات الوطنية وتوصيات الدولية.

الفصل الأول: الإطار

المفاهيمي للدراسة

المفاهيمي للدراسة

تمهيد

يعد الإطار المفاهيمي حجر الأساس في أي دراسة علمية، إذ يوفر الخلفية النظرية والمنهجية التي تنطلق منها مختلف مراحل البحث، فمن خلال هذا الفصل يتم بناء الهيكل العام للدراسة وتحديد ملامحها الأساسية، مما يسهل فهم مسارها ويوجه القارئ نحو عناصرها الجوهرية، وفي سياق علم الاجتماع الصحة، تكتسب هذه المرحلة أهمية خاصة، نظرا لتعدد الأبعاد الاجتماعية والثقافية والسياسية المرتبطة بالقضايا الصحية.

حيث يبدأ هذا الفصل بطرح إشكالية الدراسة التي تمثل المحور المركزي للتساؤلات البحثية، تليها الفرضيات التي تقدم تصورات مبدئية للعلاقات المحتملة بين المتغيرات، كما يتناول الفصل أهمية الدراسة من حيث اسهامها المعرفي والاجتماعي، ويعرض الأهداف التي تسعى الدراسة على تحقيقها، من ثم تبين الدوافع الذاتية والعلمية لاختيار الموضوع، والتي تعكس ارتباط الباحث بالإشكالية، سواء من منظور علمي أو واقعي، كما يشمل الفصل على تحديد المفاهيم الأساسية التي تشكل البنية النظرية للدراسة، كما يتم عرض أبرز الدراسات السابقة ذات الصلة بهدف توضيح ما أنجزه الباحثون السابقون.

أولاً: الإشكالية:

مع تزايد التطورات التي يشهدها العالم اليوم. برزت العديد من المشكلات الاجتماعية التي انعكست بشكل مباشر على الأفراد والأسرة والمجتمع ككل، ومن بينها التحديات المرتبطة بالصحة والمرض، وقد أفرزت هذه التغيرات الحاجة إلى وجود أخصائي اجتماعي طبي (مساعد اجتماعي) القدرة على التعامل مع مختلف القضايا الاجتماعية والنفسية التي تظهر في البيئة الطبية.¹

تعد الخدمة الاجتماعية الطبية أحد الفروع المتخصصة في مهنة الخدمة الاجتماعية، وتلعب دوراً حيوياً في منظومة الرعاية الصحية الشاملة حيث تعنى بالجوانب النفسية والاجتماعية للمريض، إلى جانب اهتمامها بالجانب الطبي الذي يتولاها الأطباء وطاقم التمريض.²

ظهر هذا التخصص استجابة للحاجة المتزايدة إلى التكامل بين العناية الصحية والرعاية الاجتماعية، إذ أن المرض لا يؤثر فقط على الجسد، بل يمتد آثاره إلى الحالة النفسية والاجتماعية والاقتصادية للفرد والأسرة.

تتمثل الخدمة الاجتماعية الطبية في تقديم الدعم والمساعدة للمرضى وذويهم داخل المؤسسات الصحية من مستشفيات ومراكز علاجية بهدف تخفيف الأعباء الناتجة عن المرض سواء كانت مادية أو نفسية أو اجتماعية.³

فالخدمة الاجتماعية الصحية هي الإطار العام الذي يعمل من خلاله الأخصائي الاجتماعي الطبي الذي يمثل حجر الزاوية في تنفيذ المهام الموكلة إلى هذا التخصص داخل المؤسسات الاجتماعية.

يعتبر الأخصائي الاجتماعي الطبي حلقة وسط أساسية بين الفريق الطبي والمريض وأسرته، في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريض ويساعدهم على التكيف مع ظروفهم الصحية الجديدة، كما يعمل على تقييم الظروف الاجتماعية والاقتصادية، النفسية والاجتماعية إلى جانب الجوانب الطبية.

¹ فاطمة عبد القادر، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، دار الفكر، 2018، ص 12.

² حسين محمد، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2020، ص 25.

³ ريم علي، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في تحسين الرعاية الصحية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 34، 2019، ص 45.

تتجلى أهمية دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المؤسسات الاستشفائية من خلال مساهمته في تقليل الآثار السلبية للمرض على حياة المرضى وأسرتهم، والعمل على تعزيز قدرتهم على مواجهة الأزمات الصحية. كما يضطلع الأخصائي الاجتماعي الطبي لمهمة توعية المرضى وذويهم بحقوقهم وواجباتهم داخل المؤسسة الصحية، ويقدم لهم الإرشاد والدعم اللازم للتعامل مع التحديات التي قد تواجههم أثناء فترة العلاج أو بعدها.

بالإضافة إلى ذلك يشارك الأخصائي الاجتماعي الطبي في إعداد وتنفيذ البرامج الوقائية والتوعوية التي تهدف إلى تحسين الصحة العامة للمجتمع، ومن خلال التعاون مع مختلف الجهات الصحية والاجتماعية، كما يسعى إلى تطوير مهاراته باستمرار والاطلاع على أحدث الأساليب العلمية في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية لضمان تقديم أفضل الخدمات للمرضى.

وفي ظل التطورات المتسارعة في القطاع الصحي، أصبح من الضروري تعزيز مكانة الأخصائي الاجتماعي الطبي (المساعد الاجتماعي) داخل الفريق الطبي، وتوفير الإمكانيات اللازمة لتمكينه من أداء دوره بكفاءة وفعالية، بما يساهم في تحقيق التكامل بين الرعاية الطبية والدعم الاجتماعي والنفسي، وصولاً إلى تحسين جودة الحياة للمرضى وأسرتهم.¹

فظهر الأخصائي الاجتماعي أو ما يطلق عليه باسم المساعد الاجتماعي في الجزائر كان نتيجة لتطور القطاع الصحي ووعي الدولة بأهمية اجوانب الاجتماعية والنفسية في عملية العلاج. في البداية كانت الرعاية تركز بشكل شبه حصري على الجانب الطبي الفيزيولوجي، لكن مع مرور الوقت وتزايد التحديات الاجتماعية بدأت المؤسسات الصحية تدرك أن العلاج لا يكتمل دون معالجة الظروف الاجتماعية التي يعيشها المريض.

في سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي، بدأت الجزائر في إدماج خريجي معاهد الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الصحية، خاصة في المستشفيات الكبرى تحت مسمى "مساعد اجتماعي طبي" أو "مساعد تقني اجتماعي"، وكان دوره يقتصر في البداية على بعض المهام الإدارية أو مساعدة الحالات الاجتماعية المعقدة، لكن مع تطور التكوين الجامعي في مجال الخدمة الاجتماعية

¹ هشام سيد عبد الحميد، عمليات الممارسة المهنية مع الأفراد والأسرة، دار المسيرة للطباعة والنشر، 2016، ص

لاسيما في المعاهد الوطنية والمدارس العليا، تطور هذا المنصب ليصبح الأخصائي الاجتماعي الطبي "المساعد الاجتماعي" معترفاً به ضمن فرق العمل متعددة التخصصات داخل المستشفيات وقد ساهمت التشريعات الجزائرية لاسيما القوانين المتعلقة بتنظيم الصحة العمومية، على غرار المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011 المتعلق بتنظيم المؤسسات العمومية الاستشفائية¹، والمهام التي يقوم بها المساعد الاجتماعي والتي تشمل دراسة الحالات الاجتماعية، المرافقة النفسية للمرضى، التنسيق مع الهيئات الاجتماعية والإدارية، المشاركة في تقييم ومتابعة الخطط العلاجية، مما يعكس الأهمية المتزايدة لهذا التخصص في قطاع الصحة العمومية.²

إن تسليط الضوء على هذا الدور يكتسي أهمية بالغة في ظل التحديات الاجتماعية والاقتصادية التي تواجهها العديد من الفئات الاجتماعية، والتي تجد في المساعد الاجتماعي دعماً إنسانياً ومهنياً يساعد على التكيف مع ظروف المرض أو الإعاقة أو الفقد، وعليه فإن دراسة دور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية تمثل مدخلاً لفهم طبيعة التكفل الشامل بالمريض، وتقييم مدى نجاعة التكامل بين الجوانب الطبية والاجتماعية في المنظومة الصحية الوطنية.³

لهذا أردنا من خلال دراستنا هذه تسليط الضوء على دور المساعد الاجتماعي من خلال طرح

السؤال الرئيسي التالي:

ما هو الدور الذي يلعبه المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية؟

وطرحنا أسئلة فرعية تمثلت في:

- ما طبيعة الدور الذي يلعبه المساعد الاجتماعي في التكفل بالمرضى؟
- ما مدى مساهمة المساعد الاجتماعي في توعية الأسرة بدورها في دعم المريض؟
- كيف يتم تنظيم العمل المشترك بين المساعد الاجتماعي والطاقم الطبي لضمان تكفل شامل بالمريض؟

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية، العدد 20، المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011.

² ساعد منير، التكفل الاجتماعي: الواقع والتحديات، مجلة البحوث النفسية والاجتماعية، جامعة وهران، العدد 07، 2021، ص 134.

³ سامية شوقي، الأخصائي الاجتماعي في المستشفيات بين النظرية والتطبيق، دار القلم، الجزائر، 2020، ص

- إلى أي حد تستجيب الإدارة لاحتياجات المساعد الاجتماعي وتدعمه في ممارسة مهامه؟
- ما هي الصعوبات التي تعيق أداء المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية؟

ثانياً: فرضيات الدراسة:

الفرضية هي تصور مبدئي يربط بين الظاهرة موضوع الدراسة والعوامل المرتبطة بها أو المؤثرة عليها، كما تعد الفرضية محاولة لتقديم إجابة مؤقتة على البحث المطروح، سواء كان ذلك من خلال الإطار النظري أو عبر المنهجية الميدانية، وتكون الفرضية ذات صلة مباشرة بمشكلة البحث.¹ وبناء على الإشكالية التي تم طرحها ، فقد تم صياغة فرضية رئيسية وأربع فرضيات فردية لدعم دراستنا.

تتمثل الفرضية الرئيسية في:

للمساعد الاجتماعي دوراً محورياً في دعم المرضى داخل المؤسسات الاستشفائية.

ولتحقيق هذه الفرضية صيغت أربع فرضيات جزئية هي:

- يساهم تدخل المساعد الاجتماعي في مساعدة المرضى وأسرتهم.
- المساعد الاجتماعي يلعب دور أساسياً في التنسيق بين المرضى والفريق الطبي.
- يعمل المساعد الاجتماعي على التواصل المستمر بين الإدارة لضمان تلبية احتياجات المرضى.
- يواجه المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية عدة تحديات تعيق أداءه المهني وتحد من فعالية تدخله في التكفل بالمرضى.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على:

- دور المساعد الاجتماعي بين المرضى وأسرتهم في المؤسسات الاستشفائية.
- التعرف على التحديات التي يواجهها المساعد الاجتماعي أثناء أداء مهامه.
- إبراز الإسهامات التي يقدمها المساعد الاجتماعي في الرعاية الصحية.

¹ يحيى مصطفى عليان، البحث العلمي -أسسه، مناهجه واساليبه، إجراءاته-، بيت الأفكار الدولية، الأردن، 2012، ص 75.

- الوقوف على التحديات التي يواجهها المساعد الاجتماعي مثل نقص الموارد وضغط العمل، مما يجعل دراسة هذا الموضوع مهمة لفهم المشكلات واقتراح الحلول.
- إبراز دور المساعد الاجتماعي في تقديم الخدمات الصحية.
- البحث في هذا الموضوع يمكن أن يساعد في تسليط الضوء على أهمية الدور الاجتماعي داخل المستشفيات واقتراح تطويرات لتحسين الخدمات.
- فهم مختلف الرهانات التي ترتبط بمهنته ووظيفته.
- تسهيل التكامل بين مختلف الفرق الطبية ، فالمساعد الاجتماعي يعمل كحلقة وصل بين المريض، الأطباء، والممرضين، وهو يساهم في تنسيق الجهود بين مختلف الأطراف لتقديم علاج شامل.

رابعاً: أهمية الدراسة:

يعتبر المساعد الاجتماعي الطبي عنصراً أساسياً في الفريق الصحي حيث يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى من خلال تقديم الدعم الاجتماعي لهم ولأسرهم، وتكمن أهمية دراسة دوره فيما يلي:

1. تعزيز المعرفة العلمية في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية.
2. دعم مكتبة الجامعة بدراسة تتناول دور المساعد الاجتماعي في المستشفيات باعتبارها وظيفة جديدة لم يسبق التطرق إليها بشكل واسع في البحث الأكاديمي.
3. سعي هذه الدراسة لإبراز دور المساعد الاجتماعي في المستشفيات وتوضيح أهميته في تحسين الخدمات الصحية.
4. قد تقدم هذه الدراسة للمسؤولين في المستشفيات رؤية واضحة حول العقبات التي تعيق عمل المساعد الاجتماعي، مما يساعدهم في وضع حلول فعالة.

خامساً: أسباب اختيار الموضوع:

1. محدودية الدراسات التي تناولت دور المساعد الاجتماعي مع المرضى وأسرهم والطاقم الطبي والإداري.
2. تشجيع البحث العلمي حول مهام المساعد الاجتماعي والعوامل التي تؤثر على فعالية دوره.
3. اعتبار المساعد الاجتماعي جزءاً أساسياً في تقديم الرعاية الشاملة للمريض، حيث يتعامل مع الجوانب الاجتماعية للمريض وأسرته، مما يعزز من جودة الرعاية الصحية المقدمة.

4. تأثير العوامل الاجتماعية على الصحة، حيث أن المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية يتعامل مع تأثير البيئة الاجتماعية والمشاكل الحياتية على صحة المريض، مثل التحديات المالية أو الاجتماعية التي قد تؤثر على التزام المريض بالعلاج.
5. التغيرات في الرعاية الصحية، مما أصبح لدور المساعد الاجتماعي أهمية كبيرة في المؤسسات الاستشفائية لضمان توفير بيئة علاجية شاملة ومتكاملة.

سادسا: المفاهيم الأساسية للدراسة:

تعد المفاهيم الأساسية للدراسة جزءا من الإطار المفاهيمي الذي يوجه مسار البحث ويحدد اتجاهاته، حيث يعتبر المفهوم أداة منهجية تساعد الباحث في فهم الظواهر ودراساتها.

وبناء على ذلك، من الضروري تحديد المفاهيم المستخدمة في هذه الدراسة بشكل واضح ودقيق.

1. تعريف الدور: هناك عدة مفاهيم تمكننا من فهم هذا المصطلح:

- لغة: مادة (د.و.ر) الدور الطبقة من الشيء المدار بعضه فوق بعض وهو أيضا النوبة.
 - اصطلاحا: هو مجموعة من الأنماط المرتبطة أو الأطر السلوكية التي تحقق ما هو متوقع في مواقف معينة، وتترتب على الأدوار إمكانية التنبؤ بسلوك الفرد في المواقف المختلفة.
- ويمثل الدور نوعا من الممارسات السلوكية المتميزة التي ترتبط بموقع اجتماعي معين، والتي تتسم نسبيا بالاستمرار والثبات.¹

كما أن الجانب السيكولوجي لم يهمل مفهوم الدور حيث أعطى تعريفا له:

"الدور هو ما يقوم به الفرد من أعمال ترتبط بوضعه أو مركزه الاجتماعي. ويمثل الدور الجانب

الديناميكي الحركي للمركز، ويعني أيضا السلوك الإنساني في موقف جماعي".²

2. تعريف الأخصائي الاجتماعي:

¹ فاروق عبدو فلية، أحمد عبد الفتاح زكي، معجم مصطلحات التربية لفظا واصطلاحا، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، القاهرة، ص-ص: 165-166.

² بن عروس محمد لمين، الدور والمكانة الاجتماعية في المجتمع، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجزائر، المجلد السادس، العدد 4، 2021، ص 55.

في الجزائر يستخدم مصطلح المساعد الاجتماعي كبديل لمصطلح الأخصائي الاجتماعي الطبي، لذلك نقدم تعريف الأخصائي الاجتماعي الطبي أولاً، ثم تعريف المساعد الاجتماعي حسب ما جاء في الجريدة الرسمية.

الأخصائي الاجتماعي هو شخص متخصص حاصل على مؤهل أكاديمي في مجال الخدمة الاجتماعية، يمتلك المعارف النظرية والخبرات العملية التي تمكنه من التدخل المهني المنظم لمساعدة الأفراد، الأسر، الجماعات والمجتمعات على مواجهة المشكلات الاجتماعية والنفسية التي تعيق توافقهم الاجتماعي، حيث يعمل على تعزيز التماسك الاجتماعي وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي، وتوجيه المستفيدين نحو الموارد المتاحة لمساعدتهم في تجاوز الأزمات والاندماج الإيجابي في المجتمع.¹

ويعرف الأخصائي الاجتماعي أيضاً بأنه متخصص مهني مدرب يعمل على مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على التعامل مع التحديات والمشكلات التي تواجههم بهدف تحقيق التكيف الاجتماعي وتعزيز جودة الحياة.

ويعتمد الأخصائي الاجتماعي في ممارسته على مجموعة من المعارف النظرية والمهارات التطبيقية المستمدة من علم الاجتماع، علم النفس، والخدمة الاجتماعية مما يمكنه من التدخل المهني بشكل منهجي وهادف لمساعدة المستفيدين على حل مشكلاتهم بأنفسهم وتطوير قدراتهم الذاتية والاجتماعية.²

ويعتمد الأخصائي الاجتماعي على مجموعة من الأساليب المهنية كخدمة الفرد، وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع إلى جانب البحث الاجتماعي والتخطيط والإدارة، بهدف تقديمه خدمات مهنية قائمة على التقييم الموضوع والقرارات الأخلاقية التي تصب في مصلحة المستفيدين والمجتمع ككل.³

أ. تعريف الأخصائي الاجتماعي الطبي:

¹ الشربيني، عبد المنعم: مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2014، ص 42.

² مصطفى كمال محمد، مقدمة في الخدمة الاجتماعية، دار الجامعية، القاهرة، 210، ص 44-47.

³ الطحان، محمد فتحي، الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسات المهنية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ص 21-

يعرفه الحبيب عبد الله بأنه أحد المختصين في ميدان الخدمة الاجتماعية، يعمل داخل المؤسسات الصحية كالمستشفيات والمراكز الطبية، ويهدف إلى مساعد المرضى وأسره على التكيف مع المشكلات الاجتماعية والنفسية التي قد تنشأ نتيجة المرض أو الإعاقة، يقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي بتقديم الدعم النفسي والاجتماعي وتسهيل حصول المرضى على الخدمات الطبية والاجتماعية، وتعزيز جودة الحياة لديهم.¹

ب. تعريف المساعد الاجتماعي:

حسب ما جاء في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية بتاريخ 20 مارس 2011، يعرف المساعد الاجتماعي للصحة العمومية بأنه المتخصص الذي يتدخل لتحسين ظروف حياة الأفراد والوقاية من الصعوبات النفسية والاجتماعية، تشمل مهامه تحديد احتياجات الأشخاص الذين يواجهون مشكلات، وبناء مشاريع فردية أو جماعية متناسبة داخل المؤسسات الصحية كما يقوم بدراسة الملفات الإدارية لاستعادة الحقوق للأشخاص في أوضاع صعبة، وإعداد تقارير طبية اجتماعية والمساهمة في الإدماج الاجتماعي والمهني.²

ويمكن تعريف المساعد الاجتماعي أيضا:

- بأنه تقني في العلوم الإنسانية والذي تكون لديه دراية بكل التشريعات القانونية والصحية والاجتماعية وتتمثل مهنته في تقديم الخدمة الاجتماعية لمختلف المشاكل المعقدة التي تشوب المجتمع.

- المساعد الاجتماعي الطبي هو مختص في مجال الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الصحية، دوره الأساسي هو مساعدة المرضى وأسره على التعامل مع الظروف الاجتماعية المرتبطة بالمرض أو الإعاقة أو العلاج، مع تقديم تسهيلات للشفاء أو التكيف مع الحالات الصحية المزمنة.

يمكن أن نحدد دور المساعد الاجتماعي في المجال الطبي، من خلال حصر هذا الدور في تطبيق طرق الخدمة الاجتماعية في نطاق المؤسسة الطبية. على الوجه التالي:

¹ الحبيب عبد الله، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، دار الزهراء، الرياض، 2018، ص 45.

² المرسوم التنفيذي رقم 09-353 المؤرخ في نوفمبر 2009 المنشور في الجريدة الرسمية رقم 64 والذي يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك الخاصة بالإدارة المكلفة بالتضامن الوطني.

يقوم المساعد الاجتماعي بمساعدة المريض على استرداد وظائفه الاجتماعية بعد العلاج، وذلك بإزالة الأسباب المعترضة لإتمام العلاج الصحيح، والعمل على إعادة تلائم المريض مع بيئته بعد خروجه المستشفى.

كما يقوم المساعد الاجتماعي بالتعرف على المريض والتعرف على شكواه، بعد ذلك مقابلة الطبيب المعالج لمناقشة شكوى المريض، ومن هنا معاونة المريض للتعبير عن شكواه وتوضيح وتفسير المواقف الغامضة، ومساعدة المريض على اتخاذ القرار الملائم في إطار كافة الاحتمالات المختلفة ويؤدي المساعد الاجتماعي دوره من خلال التعاون مع الفريق الطبي، من أطباء وممرضين وجميع العاملين بالمستشفى حتى يستطيع الجميع التعاون والتكامل في تقديم الخدمات الطبية للمريض.¹

3. مفهوم المؤسسة:

اشتق هذا المصطلح من الكلمة اللاتينية Institution أي التأسيس والمنهجية والتنقيف. يح "توماس هويس" في كتابه "لافياتان" على التفكير فيما يتصل بنقل السلطة أو بتفويضها، طالما أن الهدف المبتغى ما هو إلا الحصول على ما يملكه الآخرون. من خلال ضمان العقد والدفاع عن حقوق الأشخاص.

وهناك رؤية أخرى نجدها عند إيميل دوركايم، كما نجدها أيضا عند "البارون دي لا بريد"، والتي تدل على المعتقدات وأنماط السلوك التي توجد مسبقا عند الأفراد والتي تكون قادرة على أحداث تماسك في المجموعة.²

4. مفهوم المؤسسة الاستشفائية:

تعددت المفاهيم حول مصطلح المؤسسة الاستشفائية وأهمها:

- تعريف الهيئة الأمريكية للمستشفيات: **American Hospital Association**: تعرف المستشفى بأنها مؤسسه تقوم بخدمات طبية متكاملة، تشمل الرعاية الصحية المستمرة،

¹ عبد المحي محمود صالح، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية 1999، ص-ص 227-228.

² جيل فيريول، معجم مصطلحات علم الاجتماع، ط1، تر: أنسام محمد الأسعد، دار ومكتبة الهلال، بيروت، 2011، ص 112.

والتشخيص، العلاج وإعادة التأهيل من خلال طاقم طبي متخصص مجهز بأحدث التقنيات، كما تؤكد على أن يكون المستشفى مزودا بتسهيلات دائمة تشمل الأسر والمرضى، خدمات طبية تشمل الأطباء، الممرضين والفنيين، لضمان تقويم رعاية صحية متكاملة وأمنة.¹

- وتعرفها منظمة الصحة العالمية (WHO):

على أنها مؤسسة صحية متكاملة تقوم بخدمات طبية تشخيصية وعلاجية ووقائية، وإعادة التأهيل بهدف الحفاظ على صحة الأفراد والمجتمع، كما تؤكد على أن تكون مجهزة بالبنية التحتية المناسبة، والموارد البشرية المدربة، والتكنولوجيا الطبية الحديثة، لضمان تقديم رعاية صحية شاملة وآمنة للمرضى.²

فالمؤسسة الاستشفائية هي المؤسسة الصحية التي تقدم خدمات طبية متكاملة، تشمل التشخيص، العلاج والرعاية الصحية وفقا لمعايير وإجراءات تنظيمية محددة.

سابعا: الدراسات السابقة:

أ. الدراسات العربية:

1. دراسة شلهوب نور فاتح الأسعدي وفاتح عبد الهادي سعد النفعي سنة 2014، بعنوان: دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى في المجال الصحي.

هدفت الباحثة في هذه الدراسة إلى التعرف على الأدوار التي يؤديها الأخصائي الاجتماعي تجاه المرضى في المجال الصحي والمعوقات التي تعترض قيامه بدوره.

انطلق الباحث من السؤال الرئيسي التالي: ما دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى بالمستشفى؟

حيث استخدم المنهج الوصفي التحليلي والاستبيان لجمع البيانات، ثم تحليل هذه البيانات عن طريق برنامج التحليل الإحصائي، وقد شملت عينتها الأخصائيين الاجتماعيين العاملين الذين بلغ عددهم 57 أخصائي اجتماعي.

¹ محمد عبد المنعم شعيب، إدارة الأعمال وإدارة المستشفيات، ط1، دار النشر للجامعات، القاهرة، 2014، ص 76.

² محمد عبد المنعم شعيب، مرجع سبق ذكره، ص 76.

من أبرز النتائج التي توصلت إليها هي أن غالبية الأخصائيين الاجتماعيين يوافقون بشدة على دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى، وذلك من خلال:

- توعية المريض بأهمية التزامه للعلاج، بالإضافة إلى مساعد المريض على التعامل مع مشكلاته ومواجهتها.

- ومن المهم أيضا إجراء البحوث الاجتماعية للمرضى لمعرفة مدى احتياجهم للعلاج والمساعد.

- كما أنها توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الموافقين على دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى باختلاف سنوات الخبرة أو باختلاف العمر، أو باختلاف الدخل الشهري.¹

2.دراسة راضية يسلم صالح باصمد، في الفترة الممتدة بين شهر نوفمبر 2019، مارس 2020، بعنوان: دور الأخصائي الاجتماعي وعلاقته بالفريق الطبي.

- هدفت الباحثة في هذه الدراسة إلى التعرف على مدار الأطباء عن كفاءة الأخصائي الاجتماعي. حيث انطلقت من السؤال الرئيسي التالي وهو: كيف يتم تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي؟

وكذلك التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما الدور الفعلي الذي يمارسه الأخصائي الاجتماعي مع المرضى وأسرههم؟

2. ما مدى وعي الفريق الطبي بأهمية تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي في المستشفى؟

3. ما هي الصعوبات التي تعيق الأخصائي الاجتماعي عن القيام بدوره المعفى في المستشفيات؟

واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة الاستمارة لجمع المعلومات وفق المنهج الوصفي، وقد شملت عينتها العاملين في المجال الطبي من إداريين وأطباء، وطاقم التمريض، المقدر عددهم بـ 84 فرد.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها هي:

- إن توافق وظيفة الأخصائي الاجتماعي ومهامه مع حاجة المرضى وأسرههم إلى المعلومات الضرورية عن طبيعة المرض وأسبابه وعلاجه.

- وأن هناك علاقة قوية بين الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي.

¹ شلهوب نور فاتح الأسعدي، فاتح عبد الهادي سعد النفعي: دور الأخصائي مع المرضى في المجال الصحي، المجلة العربية للنشر العلمي، جامعة الملك عبد العزيز، بجدة، العدد 52، 2014، ص-ص 451-452.

- وأخيرا وجود صعوبات تعيق دور الأخصائي الاجتماعي.¹

3.دراسة خالد عبد الرحمان الغاشي وخالد حمدان الغامدي، سنة 2023 بعنوان: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات من وجهة نظر الأطباء.

هدف الباحث في هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تقبل الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات، والكشف عن الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي أثناء تأديته لدوره.

وقد استخدم أداة الاستبيان لجمع المعلومات وفق المنهج الوصفي.
وكان من أبرز نتائجها :

- أن الأخصائي الاجتماعي الطبي له تكوين علمي في الخدمة الاجتماعية أو علم الاجتماع.
- يمارس عمله في المؤسسات الصحية والتأهيلية.
- يعمل الأخصائي الاجتماعي الطبي على مساعد المريض للاستفادة من الفرص العلاجية بالتنسيق مع الفريق الطبي، حتى يتمثل المريض للشفاء وتحقيق أقصى أداء اجتماعي له وفي أسرع وقت ممكن.²

4.دراسة لافي حسين مفرح الشمري، بعنوان: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل الفريقي بالمؤسسات الصحية.

في البداية هدف الباحث في دراسته إلى التعرف على أهم الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في العمل الفريقي والصعوبات التي تعيق عمله في المستشفيات.
وهدف أيضا إلى استكشاف الأدوار الأساسية التي يؤديها الأخصائي الاجتماعي الطبي بالإضافة إلى تحديد التحديات التي يواجهها في ممارسة مهامه، واقتراح حلول من شأنها تعزيز أدائه وتحسين جودة الخدمات الاجتماعية داخل المؤسسات الاستشفائية.

¹ راضية يسلم صالح باصمد: دور الأخصائي الاجتماعي وعلاقته بالفريق الطبي، مجلة جامعة عدن للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة عدن، اليمن، 2021، ص-ص: 19-20.

² خالد عبد الرحمن الغاشي وخالد حمدان الغامدي، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات من وجهة نظر الأطباء، المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية، مجلد 7، مصر، 2023، ص 28.

انطلق الباحث بطرح التساؤل الرئيس التالي: "ما دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل
الفريقي بالمؤسسات الصحية؟"

وتساؤلات فرعية أخرى:

1. ما أهم المقترحات من أجل تحسين قيام الأخصائي الاجتماعي بأدواره في العمل الفريقي في
مستشفيات مدينة حائل؟

2. ما أهم المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في العمل الفريقي في مستشفى مدينة حائل؟

3. فقد استخدم أداة الاستبيان لجمع المعلومات وفق منهج المسح الشامل، وعلى عينة تحتوي 61
أخصائياً اجتماعياً.

من أبرز نتائج التي توصلت إليها هي:

- إن الأدوار الرئيسية التي يؤديها الأخصائي الاجتماعي الطبي في المؤسسات الاستشفائية تشمل
إرشاد المرضى إلى المؤسسات التي تقدم لهم الدعم اللازم، وتوضيح العواقب المحتملة لعدم
الالتزام بالعلاج.

- تقديم المشورة للأسر، والمساهمة في مساعدة الفريق الطبي على تقييم تحسين حالة المريض
وتأهيله لمغادرة المستشفى.

- أبرز التحديات التي يواجهها الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات هي قلة وعي المرضى
بحقوقهم وواجباتهم.

- بالإضافة إلى النظرة السلبية لديهم وشعورهم باليأس من التحسن طول مدة العلاج.¹

ب. الدراسات الأجنبية:

1. دراسة فيريتك وميشل Ferencik Michael (1992)، بعنوان عملية المساعد في العلاج
الجماعي.

¹ لافي حسين مفرح الشمري، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل الفريقي بالمؤسسات الصحية، رسالة
ماجستير في الخدمة الاجتماعية، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.

تناولت هذه الدراسة أهمية استخدام العلاج الجماعي لمساعدة المرضى حيث أكدت أن تقديم الأخصائي الاجتماعي للدعم في بنية جماعية له تأثير إيجابي على الحالة النفسية والاجتماعية للمرضى.

كما أشارت إلى أن تطبيق إستراتيجيات المساعد الاجتماعية يعزز التفاعل بين الأعضاء ويؤدي إلى تحسين مهاراتهم الاجتماعية.¹

2. دراسة ماكس سيبورين Max Siporin (1993)، بعنوان: العملية العلاجية في الخدمة الاجتماعية السريرية.

ركزت الدراسة على الطرق التقليدية في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية داخل المؤسسات الطبية، مشيرة إلى أن هذه الأساليب تلعب دوراً أساسياً في تحسين جودة الخدمات الصحية، كما بينت أن تقديم المساعدة النفسية والاجتماعية للمرضى يساهم في دعمهم خلال فترات العلاج ويقلل من تأثير الأزمات الصحية عليهم.²

3. دراسة ساندر وبرتا (1983)، بعنوان: التدخل في الأزمات وممارسة العمل الاجتماعي في المستشفيات.

تناولت هذه الدراسة أهمية دور الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات حيث أكدت أن العاملين في المجال الطبي بحاجة إلى تحسين مهاراتهم في التعامل مع المرضى، كما أشارت إلى ضرورة استخدام طرق حديثة في تقديم الرعاية الطبية، مما يجعل الأخصائي الاجتماعي جزءاً أساسياً من الفريق الطبي، يساهم في تحسين الخدمات المقدمة للمرضى.³

4. دراسة دورا جولدستن Dora Goldtien (1984)، بعنوان: قراءة نظرية وممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية.

¹ Ferenick Michall : The helping process in group therapy, journal of social work, U.S.A. 1992.

² Max Sijorin : The therapeutic process in clinical social work, journal of social work, 1993.

³ Sands Koberta : Crisis intervention and social work proctice i hospitols, journal and social work, 1983.

ركزت هذه الدراسة على التوازن بين الجوانب النظرية والعلمية في عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي، وتوصلت إلى أن دور الأخصائي الاجتماعي في المستشفى يشمل دعم الفريق الطبي لتحقيق أهدافه، بالإضافة إلى مساعدة المرضى وعائلاتهم في التكيف مع التحديات الصحية.¹

5. دراسة كير شير شارلوت Kir Chner Charlotte (1992)، بعنوان: دور الأخصائي الاجتماعي الماهر في رعاية الصحة المنزلية.

استهدفت هذه الدراسة التعرف على دور الخدمة الاجتماعية في الرعاية الصحية الأسرية وإلى أن هناك نقصاً في مهارات الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسره خاصة في حل المشكلات وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهم.²

ت. التعقيب على الدراسات السابقة:

تناولت هذه الدراسات جوانب متعددة من الموضوع، مثل تصورات الأطباء حول دور الأخصائي الاجتماعي، وعلاقته التفاعلية مع الفريق الطبي، وتدخل المباشر مع المرضى، إلى جانب مساهمته في العملية العلاجية، والتعامل مع الأزمات داخل الوسط الاستشفائي، وقد ساعد تنوع هذه المقاربات في توسيع فهم الباحث لمجال الدراسة، وتوجيهه نحو المحاور الأكثر إلحاحاً للبحث الميداني.

فقد ساهمت هذه الدراسات في خدمة موضوع بحثنا من خلال توفير أرضية معرفية وتفسيرية ساعدت على بناء الإطار النظري للبحث، وتحديد ملامح الإشكالية المطروحة.

ثامناً: المقاربات النظرية:

1. النظرية البنائية الوظيفية:

البنائية الوظيفية هي اتجاه سوسيولوجي يجمع بين الأفكار البنوية والوظيفية، وتقوم على أن كل عنصر في المجتمع (مؤسسة، قيمة، عادة) له دوره وظيفي محدد يساهم في استقرار المجتمع وتكامله.

فالبناء الاجتماعي يشكل مجموعة العلاقات الاجتماعية المتباينة التي تتكامل داخل نسق المؤسسات الاستشفائية، والتي يساهم فيها المساعد الاجتماعي بالأدوار الاجتماعية ضمن مجموعة

¹ Dora Goldstien : Keading the theory and practice of medical social, M,y. the university press. 1984.

² Kirschner, Charlotte : The skilled sociale work role in Home health care journal of social work, 1992.

خبراء متسقة، تدخل في تشكيل الكل الاجتماعي محدد بالأفراد والجماعات وما ينتج عنها من علاقات ومن أدوار اجتماعية داخل هذا البناء الاجتماعي للمؤسسات الخدمية.

وفي هذا السياق يشير "تالكوت بارسونز" إلى وظائف النسق الاجتماعي باعتبارها مجموعة معقدة من الأنشطة والعمليات الموجهة نحو إشباع احتياجات العملاء داخل النسق الذي يمارس فيه المساعد الاجتماعي أدواره الاجتماعية، وحسب بارسونز من الضروري توافر المتطلبات الوظيفية الضرورية للتنسيق التنظيمي. والتي تتمثل بصفة خاصة في عمليات التكيف، التكامل وتحقيق الهدف. لأجل ذلك يتمثل دور المساعد الاجتماعي في تقديم الوظائف الجزئية داخل ذلك الكل المركب والمعدّد المتمثل في المجتمع والثقافة.

بمعنى أن الاتجاه الوظيفي يؤكد ضرورة تكامل الأجزاء في إطار الكل من خلال القيام بالوظائف الأساسية المساندة لتحقيق تكامل هذه الأجزاء.

وفيما يتعلق بالنسق البناء الوظيفي للمؤسسات الاستشفائية، يشير "بارسونز" في تحليله البنائي لنسق الفعل أو الدور إلى أن النسق يضم مجموعة أنساق فرعية يمارس من خلالها المساعد الاجتماعي أدواره بكفاءة وفعالية، والتي تتمثل في نسق الثقافة والقيم، النسق الاجتماعية والنسق الشخصية، هذا الأخير يسهم فيه المساعد الاجتماعي.¹

2. النظرية التفاعلية الرمزية:

تعد هذه النظرية من أبرز النظريات الاجتماعية المعاصرة، وتركز على تفسير الظواهر والعلاقات والتغيرات في المجتمع من خلال التفاصيل والرموز والمعاني التي تنشأ في الحياة اليومية عبر التفاعل بين الأفراد.

تعالج النظرية التفاعلية الرمزية دور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية من خلال التركيز على كيفية تأثير التفاعلات اليومية بين الأفراد (مثل المساعدين الاجتماعيين، المرضى وأعضاء الفريق الطبي) على فهم الأدوار والمهام داخل البيئة الاستشفائية حيث تركز هذه النظرية على الأبعاد الاجتماعية والتفاعلات الرمزية التي تحدد كيف يرى الناس أنفسهم، ويحددون هويتهم في سياقات مختلفة.

ولهذا يرى "جورج هربرت ميد" أن الدور الاجتماعي تشكل من خلال التفاعل المستمر بين الأفراد والآخرين، ويتبلور من خلال الرموز والمعاني المشتركة.

¹ عبد الله محمد عبد الرحمن، علم اجتماع التنظيم، دور المعرفة الجامعية الاسكندرية، 1996، ص-ص: 334-

فالمساعد الاجتماعي لا يقدم فقط خدمة مادية، بل يتفاعل مع المرضى والطاقم الطبي عبر رموز (كاللغة، النظريات والسلوكيات) كما أن المساعد الاجتماعي يطور إدراكه لذاته من خلال رؤيته لكيفية تفاعل الآخرين معه، فهو يضع نفسه في موقع المرضى ليفهم احتياجاتهم، وهو ما يعرف بـ "أخذ دور الآخرين" وهي فكرة أساسية عند ميد.

فهويه المساعد الاجتماعي تتشكل عبر التفاعل مع الزملاء والمرضى والمجتمع، فكل موقف داخل المؤسسة يسهم في بلورة هويته، فهو يعمل على خلق بيئة إنسانية داعمة، من خلال علاقات مبنية على الفهم والتعاطف والتواصل الفعال.¹

¹ حسن عماد مكاوي، ليلي حسن السيد، الاتصال ونظرياته المعاصرة، الدار المصرية اللبنانية، ص 152.

خلاصة:

في ختام هذا الفصل نكون قد وضعنا الأسس النظرية والمنهجية التي تقوم عليها هذه الدراسة، من خلال تحديد الإشكالية وصياغة الفرضيات وتوضيح أهداف البحث وأهميته، فضلا عن استعراض أسباب لاختيار الموضوع وتحديد المفاهيم المركزية المرتبطة ذات الصلة والمقاربات النظرية التي تشكل الخلفية الفكرية لتحليل الظاهرة المدروسة ضمن سياقها الاجتماعي والصحي.

انطلاقا من هذا الأساس النظري ننتقل إلى الفصل الثاني المرتبط بموضوع الدراسة من خلال التطرق الى الخدمة الاجتماعية الطبية وتسليط الضوء على دور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية باعتباره فاعلا محوريا في مواجهة التحديات الصحية والاجتماعية التي يعاني منها المرضى.

**الفصل الثاني: الخدمة
الاجتماعية الطبية ودور
المساعد الاجتماعي في
المؤسسات
الاستشفائية**

Dr. M. M. M. M.

Dr. M. M. M. M.

تمهيد:

إن الجمع بين الرعاية الطبية والاهتمام بالجوانب الاجتماعية أدى إلى تعزيز مفهوم الرعاية الشاملة. حيث أصبح ينظر إلى المريض كوحدة متكاملة تجمع بين الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية، وقد أظهرت الدراسات أن التكامل بين هذه الجوانب يساهم في تحسين نتائج العلاج وجودة الحياة، كما يقلل المضاعفات الصحية والاجتماعية.

وهنا يبرز دور الأخصائي الاجتماعي والطبيب في تقديم الدعم للمريض، فالأخصائي الاجتماعي هو شخص محترف يعمل في المجال الطبي وفقا لمفهوم الخدمة الاجتماعية، حيث يعتمد في عمله على أسس علمية ومبادئ أخلاقية تهدف إلى مساعدة المرضى والمؤسسات الطبية في تحقيق أهدافها.

وتكمن أهمية الأخصائي الاجتماعي في كونه حلقة وصل بين المريض وفريق الرعاية الطبية، إذ يحرص على ضمان ملائمة البيئة العلاجية للمريض وتسيير سبل التكيف مع حالته الصحية. كما يقوم الأخصائي الاجتماعي بعقد اجتماعات مع أسرة المريض والفريق الطبي لمناقشة أوضاع المريض واحتياجاته، كما يعرف أيضا بأنه الشخص المؤهل علميا وعمليا في مجال الخدمة الاجتماعية، ويعمل ضمن فريق طبي متعدد التخصصات لمساندة المرضى وأسرتهم في مواجهة المشكلات الاجتماعية والنفسية الناتجة عن المرض، مستندا في ذلك إلى أسس علمية وخبرة عملية في الخدمة الاجتماعية الطبية.

أولاً: مفهوم الخدمة الاجتماعية:

1. تعريف الخدمة الاجتماعية:

للخدمة الاجتماعية دورا هاما في المجتمع لذلك تعددت التعاريف ومن بينها:

- **الخدمة الاجتماعية:** هي مهنة يقوم بالعمل فيها مهنيون متخصصون، وتهدف إلى مقابلة احتياجات الأفراد والجماعات إلى النمو والتكيف في المجتمع إذا فشلت في ذلك النظم الاجتماعية الأخرى. كما تهدف إلى مساعدة تلك النظم على النمو والامتداد حتى تقابل حاجات أفراد مجتمع بطريقة أكثر كفاءة.¹

- يعرفها "ماكس سيورث" 1985 على أنها: مؤسسة اجتماعية لمساعدة الناس على الوقاية من المشكلات الاجتماعية، وتساعد على علاج هذه المشكلات وتعمل على تقوية وظائفهم الاجتماعية، فالخدمة الاجتماعية تمارس من خلال مؤسسات تقدم خدمات إنسانية.²

- **حسب قاموس علم الاجتماع:** تعرف على أنها مجال مهني متخصص يهتم بتطبيق المبادئ السوسولوجية لحل المشكلات المجتمعية ذات طبيعة خاصة للتخفيف من حدة بعض المشكلات الفردية، لهذا يهتم الأخصائيون العاملون في حقل الخدمة الاجتماعية بمعالجة العديد من المشكلات الفردية المتصلة بتوافق التقسيم الاجتماعي ومن أدائه لوظيفته في المجتمع وكذلك يتكامل الفرد في التنظيم وقيم مبادئ الخدمة المتخصصة بالفقر والبطالة وتوجيه الشاب وتنظيمهم.³

- ويعرفها "أرلين جالسون": بأنها مهنة يؤديها الناس كأفراد أو جماعات لمساعدتهم على خلق مستويات للحياة تتماشى مع قدراتهم ورغباتهم في حدود أهداف المجتمع.⁴

¹ عبد المنعم شوقي، **مناهج الرعاية الاجتماعية في المجتمع الاشتراكي**، القاهرة، وزارة الشؤون الاجتماعية، بدون سنة، ص 21.

² محمد سيد فهمي، **مدخل إلى الخدمة الاجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث، 2002، ص 15.

³ محمد عاطف غيث، **قاموس علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، مصر، ص-ص: 448-449.

⁴ إبراهيم عبد الرحمن رجب، **علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية**، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1982، ص5.

- وتعرفها الأمم المتحدة: الخدمة الاجتماعية تؤدي خدمات مهنية بواسطة أشخاص معينين يتوافر لديهم قدر من التعليم المتخصص وهي مهنة تستهدف أهميتها في التصدي للمشكلات التي يمكن أن تنجم جراء التطور التكنولوجي السريع والمستمر.¹

2. نشأة الخدمة الاجتماعية:

كانت لأحوال الاقتصادية والاجتماعية التي سادت العالم في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين دور في نشأت مهنة الخدمة الاجتماعية، حيث ظهرت مشكلات كثيرة أثرت في حياة الفرد والجماعة والمجتمع ومن تلك المشكلات الفقر والبطالة والتسول والعزلة والتهميش والهجرة من القرى للمدن، وذلك مع النمو السريع في الصناعة وانتشار الرأسمالية في مجريات الحياة.² فقد ارتبطت الخدمة الاجتماعية بصورة منظمة في الولايات المتحدة الأمريكية بإنشاء الجمعية القومية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين سنة 1898. عندما نظم أول برنامج للتدريب في جمعية لتنظيم الإحسان بمدينة نيويورك ليتحول بعدها ويصبح أول مدرسة للخدمة الاجتماعية، بعدها بدأت مدارس الخدمة الاجتماعية في الظهور لتحديد برامجها وأهدافها الوظيفية. وكرس روادها الأوائل جهودهم بالاشتغال بالإصلاح ومواجهة المشكلات الاجتماعية، ثم عملوا على تحرير أنفسهم والعمل في المؤسسات الخيرية والتطوعية.

وقد درست الجمعية المناهج والمقررات التي تقدمها مدارس الخدمة الاجتماعية وأعطت لأعضائها فرصة العمل في مجالات وأنشطة الرعاية الاجتماعية، وتشير الدراسات إلى أنه في سنة 1960 كان هناك ما لا يقل عن 116000 أخصائي اجتماعي يعملون في أجهزة الخدمات الاجتماعية منهم 65% يعملون في الأجهزة الحكومية الفيدرالية، كما أن هناك 42250 يعملون في أجهزة تطوعية.

فقد انصرفت الاهتمامات الأولى إلى تعليم خدمة الفرد والإدارة الاجتماعية حتى سنة 1929.³

¹ بوعباس مراد، العلاقة الإنسانية في المؤسسات الجزائرية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، جامعة الجزائر، 1992/1991، ص 86.

² سلمان حسين حسن وآخرون: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمؤسسة والمجتمع، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، القاهرة، ص 15.

³ فوزي شرف الدين، الخدمة الاجتماعية، تحليل المهنة والجذور، جامعة بنها، كلية الآداب، ص 17.

أما في بريطانيا فقد كان للثورة الصناعية نتائج سلبية تمثلت في زيادة البطالة والبيؤس وانتشار الاحتكار والاستغلال نتيجة الهجرة غير المنظمة من الريف إلى المدينة وظهور طبقة من كبار رجال الصناعة واتساع مساحة الطبقة العاملة وتدهور أوضاعهم الاقتصادية وانتشار الانحرافات الأخلاقية، فكان من الضروري أن تهتم الخدمة الاجتماعية بدراسة المشاكل الحضارية كمشكلات الهجرة والجنوح والجريمة والفقير.¹

فهذه الأوضاع كانت محور جدل بين الطبقة العاملة ممثلة في نقابات العمل التي تعبر عن مصالحهم وأصحاب رؤوس الأموال. ومنه ظهرت الخدمة الاجتماعية كمهنة.² وكان لظهور التيارات الاشتراكية والثورة الفرنسية التي كانت قائمة على الفساد والأوضاع التي سادت المجتمع الفرنسي والأوروبي دورا أساسيا في ظهور حركات اجتماعية تساعد على التصدي للمشكلات.

وفي العقد الثالث من القرن العشرين وصلت إلى المجتمع العربي بالذات في مصر وكان ظهورها كمهنة نتيجة لتجارب سنين طويلة وجهود متواصلة في مواجهة مشكلات الإنسان.³ وتعد الخدمة الاجتماعية من أهم التخصصات الموجودة في العالم لانخراطها في الكثير من المجالات، حيث نشأت من خلال أنشطة الرعاية الاجتماعية التي يمارسها الإنسان.⁴

ثانيا: مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية:

1. تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية:

تعد الخدمة الاجتماعية الطبية Midical social work من أهم مجالات الخدمة الاجتماعية لذلك تعددت التعاريف المحددة لهذا المجال ومن بينها:

- **الخدمة الاجتماعية الطبية:** هي إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية تمارس في المؤسسة الطبية لمساعدة فردا كان أو جماعة باستغلال إمكانياته وإمكانيات مجتمعه للتغلب على الصعوبات التي

¹ محمد سيد فهمي، مدخل إلى الخدمة الاجتماعية. مرجع سابق، ص 4.

² محمد سيد فهمي، أسس الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2014، ص 12.

³ عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع النامي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1998، ص 3.

⁴ عبد الفتاح عثمان وآخرون، مقدمة في الخدمة الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1990، ص 118.

تعوق تأديته لوظيفته الاجتماعية، وذلك لاستعادة العلاج الطبي ورفع الأداء الاجتماعي إلى أقصى حد ممكن.

- كما تعرف على أنها: "تلك الجهود المهنية التي يبذلها الأخصائي الاجتماعي في المؤسسة الطبية ومع البيئات المختلفة للمريض بهدف إفادته القصوى من جهود الفريق الطبي كي يتماثل للشفاء ويحقق أقصى أداء اجتماعي له في أسرع وقت".¹

- ويعرفها "عبد الفتاح": بأنها أحد فروع الخدمة الاجتماعية التي تهدف إلى مساعدة الأفراد والأسر والجماعات في التغلب على المشكلات الصحية والاجتماعية المرتبطة بالمرض، وتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي مع الظروف الصحية المختلفة، وتهتم بتقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمرضى وأسره وتسيير حصولهم على الخدمات الصحية المناسبة، بالإضافة إلى التنسيق بين الفرق الطبية والاجتماعية لضمان رعاية شاملة للمريض.²

- ويعرفها الشافعي على أنها الجهود المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في المجال الصحي لمساعدة المرضى على التكيف مع مشكلاتهم الصحية والاجتماعية، وتعزيز الصحة النفسية والجسدية من خلال التدخلات العلاجية والوقائية.³

- تعرف الجمعية الوطنية للأخصائيين (NASW) الخدمة الطبية على أنها: ممارسة مهنية تهدف إلى مساعدة الأفراد والأسر والمجتمعات على تحسين قدرتهم على التكيف مع المشكلات الصحية،

¹ عوض حسني ونمر رائد، واقع تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي: دراسة ميدانية مطبقة على المستشفيات العامة بالعاصمة المقدسة، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، 2010، ج 8، ع 57، ص 08.

² عبد الفتاح محمد، الخدمة الاجتماعية الصحية وأهميتها في تحسين جودة الحياة، دار الفكر العربي القاهرة، 2020، ص 45.

³ الشافعي محمد، الخدمة الاجتماعية الطبية، الأسس النظرية والممارسة المهنية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2005، ص 87.

من خلال تقويم الدعم الاجتماعي والنفسي، وربط المرضى بالخدمات الصحية المناسبة، وتعزيز الصحة العامة.¹

- كما يعرفها "عبيد وآخرون" الخدمة الاجتماعية الطبية هي إحدى فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، مجال تخصصها في المؤسسات الطبية، أساسها العمل المشترك بين الطبيب وهيئة التمريض والأخصائي الاجتماعي، وتهدف إلى الوصول بالمريض للاستفادة الكاملة بالعلاج الطبي والتكيف في بيئته.²

- والخدمة الاجتماعية الطبية في نظر غبازي هي جهود مهنية يمارسها الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المرضى وبيئتهم، بهدف مساعدتهم اقتصاديا واجتماعيا ونفسيا وتذليل الصعوبات التي تعوق العلاج الطبي والاجتماعي والنفسي، كما تساعد المرضى على تحقيق الاتصال.

2. أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية:

ترجع أهمية الاستعانة بالخدمة الاجتماعية الطبية لاعتبارات عديدة من بينها:³

1. احتلت الخدمة الاجتماعية الطبية أهمية بالغة في عالم اليوم وهذا بسبب المشكلات التي أعاقت أساليب وإجراءات الرعاية الطبية بتخصصاتها المختلفة. وتحولت فيها المستشفيات والعيادات إلى مؤسسات بيروقراطية متعددة التخصصات والإجراءات إدارية كانت أو طبية.
2. البعد الطبي في التعامل مع المرض هو مجرد واحد من الأبعاد الواجب الاهتمام، ولكن ليس نهاية المطاف، وهذه حقيقة أدراكها قديما الطبيب الأمريكي الشهير ريتشارد كابوت R.Cabot سنة 1905، حينما أعلن مقولته الشهيرة: "لا علاج لمرض بدون علاج واقعنا الاجتماعي"، حيث أفسح المجال لدخول الأخصائي الاجتماعي المجال الطبي منذ ذلك التاريخ.

¹ National association of social workers, social work in healthcare: Guidelines and best practices, NASW PRESS, (2016), p 23.

² عبيد وماجد السيد وآخرون، وقفة مع الخدمة الاجتماعية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2001، ص 169.

³ عبد المحي محمود صالح، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، الاسكندرية، 1999، ص-ص: 42-45.

3. للخدمة الاجتماعية الطبية دورها الوقائي بنشر الوعي الصحي والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض، هذا ما يؤكد أنها لا تقتصر على ضروريات العلاج.
4. هناك أمراض تعود إلى الأنماط الثقافية الموجودة في البيئة هذا ما يستدعي تدخل الجانب الاجتماعي، ويصبح دور الخدمة الاجتماعية هو مطلب إلهام إن لم يكن هو المطلب الأهم.
5. الفراغ الذي يشعر به المريض خلال تواجده في القسم الداخلي خاصة لفترات طويلة، يستلزم تنظيم برامج خاصة لهم وهنا يظهر دور الخدمة الاجتماعية، ويؤكد أهمية تدخلها في هذا الميدان.
6. تعتبر المستشفى البوابة التي يخرج منها المعوقون، وذلك بحكم وظيفتها وطبيعة العمل فيها، وهنا يبرز دور الأخصائي الاجتماعي حيث يوجههم الوجهة التأهيلية المناسبة وبذلك يتحولون إلى طاقات إيجابية منتجة بدلا من تعرضهم لنوازع سلبية تشكل منهم عبئا اقتصاديا على أسرهم ومجتمعهم.¹

3. أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية:

تحدد الأهداف العامة للخدمة الاجتماعية الطبية فيما يلي:²

- تقديم المساعدة للمريض لمواجهة مشكلاته، بما يساعد على استعادته من العلاج وإتمام شفائه، وكذا مساعدته على الاستعادة من الموارد المتاحة في المجتمع على أفضل وجه يلائم ظروفه، واحتياجات أسرته.
- محاولة إيجاد الجو المناسب والاتجاهات المناسبة لخدمة المرضى، ومساعدة العاملين في المستشفى على مواجهة مشكلاتهم الشخصية والاجتماعية التي تؤثر على أدائهم لعملهم باعتبارهم بشرا لهم نفس المشكلات التي تواجه غيرهم من المواطنين.
- اطلاع الطبيب المعالج على كل المعلومات التي تخص المريض وظروفه الاجتماعية والنفسية والبيئية، حيث أن هذه الظروف لها أهمية كبيرة في عملية تشخيص المريض ووضع خطة العلاج المناسبة له.
- نقل اتجاهات المواطنين في المجتمع المحلي للمستشفى، وشرح السياسات التي تقوم عليها المستشفى، وكذا الإسهام في جهود التثقيف الصحي والدعوة إلى الإجراءات والممارسات الوقائية.

¹ عبد المحي محمود صالح: مرجع سابق، ص-ص: 43-45.

² عبد المحي محمود صالح: مرجع سابق، ص 48.

- تنسيق عمليات الاتصال اللازمة بين وحدات المستشفى وأقسامه المختلفة، وبين المستشفى وغيره من الجهات الأخرى بما يضمن حصول المرضى على الرعاية الكافية وفقاً لحالتهم.

4. المبادئ الأساسية في الخدمة الاجتماعية الطبية:

إن التطبيقات العملية والفعالية للخدمة الاجتماعية الطبية مبنية على عدة مبادئ لممارسة هذه الخدمات، وتتمثل هذه المبادئ في:¹

- مبدأ الشمولية: يرتكز هذا المبدأ على أن الخدمات الاجتماعية الطبية تقدم لأفراد المجتمع دون أي تمييز بين ذكر وأنثى، وبين طفل وآخر وبين مريض ومعاق آخر، أو تمييز اللون أو العرق.
- مبدأ الإعداد التقني والمهني والعملي: لأن الخدمة الاجتماعية الطبية تعتمد على الأسس العلمية والمقومات الفنية والإعداد المهني الخاص، وتتوفر في من يمارسها القدرات العلمية والمهنية وقدرة هؤلاء على استعمال الأساليب الفنية بالتعامل مع الناس أو البيئة من خلال ممارستهم العلمية.
- مبدأ التقييم الذاتي: وهو أن يقوم الممارس لهذه المهنة بإدراك وملاحظة نقاط الضعف فيها وشعوره وانفعالاته اتجاه المريض أو المعاق، حتى يستطيع تلاقي الانفعالات العلمية أثناء العمل وكذا الأخطاء، ولا يجوز أن تسيطر عليه العاطفة.
- مبدأ الشخصية: ويعني هذا المبدأ أن الخدمة الاجتماعية الطبية تعمل لتنمية شخصية المريض للدرجة التي يمكن فيها الاعتماد الفاعل على نفسه، حيث يدرك الفاعل أو الممارس نواحي القوة والضعف هذه الفئات ويساعدها على التخلص من هذا الضعف، وكذا يعمل على تقوية شخصية المريض حتى يستطيع الاندماج والقيام بأدواره في المجتمع.
- مبدأ العلاقات والتفاعلات: أي قدرة الممارسين لهذه المهنة على بناء علاقات مبنية مع المرضى والتأثيرات المتبادلة بين الأطراف المتعاون معها وكسب الثقة، كذلك قدرة الممارسين على تهيئة الأجواء المناسبة في هذه العلاقة والتفاعلات الإيجابية التي تقوم على التعاون المتبادل.
- مبدأ الفردية: المريض أو المعاق إنسان له كيان وفرديته الخاصة، ومشكلته ليست عامة وإنما مشكلة خاصة مرتبطة به.

¹ الغابش، خالد عبد الرحمن، وآخرون، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات من وجهة نظر الأطباء، المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية، المجلد 07، مصر، 2022، ص-ص: 710-711.

- مبدأ التكامل: تساهم الخدمات الاجتماعية الطبية بشكل مباشر، حيث تكمل الخدمات الصحية الأساسية والخدمات التأهيلية لرفع مستواها والحد من انتشار الأوبئة، وكذا الحد من الإعاقة، وتأمين الصحة للأفراد والمجتمع.

- مبدأ النصح والتوعية: هذا المبدأ يقوم على أن الممارس في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية يقدم الإرشادات والنصائح الهامة للمريض بخصوص علاجه وحياته ونشاطاته ومكانته مع الآخرين لإنجاح برامج العلاج، وتكوين الوعي والفهم عند المرضى، وأن يكون على دراية بالظروف المحيطة بهم والأسباب التي أدت إلى المرض والإعاقة.

ثالثا: الكفايات المهنية للأخصائي الاجتماعي (المساعد الاجتماعي) في المؤسسات الاستشفائية (الصفات، المقومات، المهارات):

1. الصفات الأساسية للأخصائي المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية:

من الممكن تحديد الصفات الأساسية التي ينبغي أن تتوفر في شخص الأخصائي الاجتماعي، من خلال ما يلي:¹

- التجاوب مع الأحداث: أي أن يتصف الأخصائي الاجتماعي بالقابلية والقدرة على الاستجابة لحاجات الأحداث.

- الاشتراك مع الأحداث: أي القدرة على الاندماج مع الأحداث والتقرب منهم والشعور بمشكلاتهم ومساعدتهم على التغلب عليها، ومن ثم تحقيق أهدافهم.

- الانصاف والتقدير: أي أن يتصف الأخصائي الاجتماعي بالعدل والانصاف والتقدير والحرص والحنان في طريقة تعامله مع الأحداث.

- الانطلاق: بمعنى أن يكون لدى الأخصائي الاجتماعي القدرة على التعبير والحديث والابتكار والإسهام بحماس في كل ما يتعلق بالحياة الجماعية، والقدرة كذلك على خلق أجواء المرح والإيمان بالعمل والاعتزاز بالمهنة.

¹ سهى يونس إسماعيل، المهارات الاجتماعية عند الأخصائي الاجتماعي، مجلة لارك للفلسفة والعلوم الاجتماعية، العدد 51، سنة 2023، ص 514.

- الاستقرار الانفعالي: أي أن يتميز الأخصائي الاجتماعي بالاتزان والثبات في التصرفات كمثل أعلى يقتدى به الأحداث في تعاملهم مع الآخرين.
- الكفاءة والخبرة: أي أن يكون الأخصائي الاجتماعي على دراية ما بكل ما يتعلق بعمله، وذلك من خلال فهم السياسات الاجتماعية وكذا القوانين التي تنظم العمل الاجتماعي مثل (حقوق الطفل، قوانين الأسرة، حقوق ذوي الإعاقة). بالإضافة إلى القدرة على تحليل المشكلات الاجتماعية ووضع خطط مناسبة للتعامل معها.
- الذكاء وسرعة البديهة: هي أن يكون للأخصائي الاجتماعي القدرة على حسن التصرف والمرونة، واستخدام عقله في المواقف الغير عادله. وهي من أهم الصفات التي يجب أن يتحلى بها، لأن طبيعة عمله تعتمد على التفاعل البشري، وفهم مشكلات الآخرين والتعامل معهم بفعالية.
- الثبات في المعاملة: وتعني أن يتصف الأخصائي الاجتماعي بالثبات والاستقرار في معاملته مع الزملاء في العمل، وأن يتعامل معهم بطريقة منسقة ومنفقة مع مبادئ المهنة، دون أي تحيز أو تغيير في السلوك بناء على المواقف الاجتماعية.

2. المقومات الأساسية للأخصائي الاجتماعي:

- لا بد من توفر مجموعة من المقومات الأساسية التي تمكن الأخصائي الاجتماعي من النجاح في أداء مهامه، وكذا تحقيق أهداف المهنة، ويمكن تحديدها فيما يلي:¹
- فهم الأسس المعرفية في العلوم الإنسانية، مثل علم الاجتماع وعلم النفس، والتي تهتم بدراسة سلوك الأفراد وكيف تتفاعل الجماعات، وتحليل القوى الاجتماعية التي تؤثر في المجتمع.
 - اعتماد مهنة الخدمة الاجتماعية على ممارسة علمية منهجية، تقوم على أسلوب متكامل يشمل مجموعة من العمليات الأساسية التي تدعم تنفيذ المهام المهنية بكفاءة وفعالية.
 - المهارات التعبيرية: سواء كانت لفظية أو غير لفظية، حيث تتضمن دائما جانبين متكاملين، وكل من هذين الجانبين يلعب دورا في تحقيق أهداف المهارة أو الغرض من التواصل.

¹ علي ماهر أبو المعاطي، الخدمة الاجتماعية في مجال الدفاع الاجتماعي، ط4، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2003، ص-ص: 125-126.

- الأبعاد الموقفية: وتعني تحديد المواقف الأساسية التي ترتبط بالمهارة المهنية، أي فهم السياقات التي يحتمل أن تظهر فيها المهارة. هذا الفهم يمكن الأخصائي الاجتماعي من أن يتعامل بكفاءة مع مواقف مختلفة ومتغيرة أثناء عمله، من خلال تطبيق المهارات المناسبة حسب طبيعة كل موقف.
- التقويم الذاتي والمهني: بمعنى أن الأخصائي الاجتماعي يكون واعياً لنفسه، ولمدى تأثيره، ولدوره داخل البيئة التي يعمل بها، ويشمل ذلك فهمه للعلاقات مع الأفراد أو الجماعات التي يتعامل معها، ومدى استخدامه للمهارات المناسبة في كل موقف مهني يواجهه، مع التأكد من فعالية وملائمة الأساليب التي يعتمدها لتحقيق أهداف التدخل المهني.
- اختيار أساليب التدخل المناسبة التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في عمله المهني، بما يتوافق مع المهارات الأساسية لمهنة الخدمة الاجتماعية.
- الإعداد المهني: يشمل الإعداد المهني جانبين، أحدهما الإعداد النظري والآخر التدريب العملي.
أ. الإعداد النظري: وهو يساعد على تكوين الإطار النظري المكون من القوانين والنظريات والمفاهيم والقيم والمبادئ، الأساليب والأدوات التي ترشد الممارس في مجال عمله، حتى يكون عملاً علمياً مبرراً من العشوائية.
- كما أن الإطار النظري يجب أن يتضمن لطالب الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، مع التركيز على الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة خاصة.
- أن يكون على علم ووعي بالمشكلات المصاحبة للمرض والنتيجة عنه.
- الإلمام التام بالاحتياجات البشرية في حالة المرض، وأثناء العلاج، وفي فترة النقاهة.
- تبسيط المعارف والمعلومات الطبية، بالقدر الذي يلم به أنواع الأمراض ومسبباتها، وخصوصاً تلك الأمراض المعدية ذات الصبغة الاجتماعية مثل الجذام، الزهري، وكذلك أمراض تلوث البيئة كالنتيفويد، كما أنه يلم بخصائص الأمراض السيكوسوماتية وبعض المصطلحات الطبية الشائعة في الميدان الطبي.
- ثقافة واسعة بالمسائل التأهيلية، من حيث احتياجات المعوقين وبرامج رعايتهم، والمشكلات الناتجة عن الإعاقة وأجهزة تأهيل المعوقين والتشريعات الخاصة بهم، وذلك لإعطاء المعوق أكبر فرصة للعلاج من جانب، وإعادةه إلى أفضل أداء اجتماعي ممكن في أقل وقت ممكن من جانب آخر.

- إمام واسع بالمسائل القانونية، كقانون التأهيل المهني والتأمينات الاجتماعية، ومعاشات العجز والإصابة، وقوانين الضمان الاجتماعي وغيرها من القوانين التي تساعد في توجيهه وتبنيه المرضى للحصول على حقوقهم.

ب. التدريب العملي:

من خلاله، تتاح فرصة للممارس أن يطبق إطاره النظري في الواقع العملي الميداني، وأن يتمرس على تطبيق كل ما تعلمه من قوانين ونظريات، مفاهيم، مبادئ وأساليب فيقل خطأ التنفيذ من جانب، وتقل رهبة ممارسة المهنة ويتم الاعتياد عليها، مع انخفاض نسبة احتمال وقوع الممارس في الخطأ مما يضمن معه إعداد جيد، يستطيع توصيل الخدمة إلى مستحقيها بأفضل أسلوب ممكن. لإتمام عملية الإعداد المهني بشقيها النظري والعملي، لا بد من توفر الاستعداد الشخصي للممارس، وهو ذلك الميل اتجاه عمل بعينه والرغبة في معرفة كل ما يتعلق به. حتى يكون معدا للقيام بأعباء وأعمال مهنته على خير وجه.¹

3. المهارات الأساسية للأخصائي (المساعد) الاجتماعي:

تشير مهارة الأخصائي الاجتماعي إلى قدرته على الممارسة والاستعداد والخبرة والعلم، حيث إن المهارة عبارة عن فن يرتبط بقدرة الشخص المهني على القيام بأداء نشاط معين يتصل من خلال ما قام بدراسته من وسائل وأساليب من أجل تحقيق هذا النشاط، وعلى هذا النحو يمكن دراسة مهارات الأخصائي الاجتماعي والتي تمثلت في:

- **المهارات الابتكارية:** وهي أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بإعادة صياغة علاقات جديدة بين ظواهر مختلفة، حيث عرفها دريف على أنها: "القدرة على إعادة ترتيب الظواهر".²
- **المهارات المعرفية:** ويمكن تصنيفها إلى نوعين عامة وخاصة، العامة التي تعنى بتراث المهنة العلمي، والخاصة التي تهتم بالمجال الذي يتعامل مع الأخصائي الاجتماعي. حيث تشير إلى قدرته على استخدام المعرفة والفهم النظري والتطبيقي في تحليل المواقف الاجتماعية.

¹ عبد الهادي إبراهيم، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، سلسلة جدران المعرفة، الاسكندرية، 2006، ص-ص: 182-183.

² فهمي توفيق مقبل، العمل الاجتماعي ودوره العلاجي داخل المؤسسات الإصلاحية في المجتمع العربي، مؤسسة شباب الجامعة، القاهرة، 1994، ص 121.

- **المهارات القيادية:** أي يجب توفر عنصر القيادة في الأخصائي الاجتماعي، إذ لا بد من أن يكون صاحب موقف مؤثر ومعالج للمشكلات الاجتماعية.
- **المهارات العلائقية:** وهي مدى تمتع الأخصائي الاجتماعي من مهارات في تكوين علاقات بينه وبين أطراف المشكلة، وكذا قدرته على بناء علاقة مهنية إيجابية وفعالة مع المستفيدين من خدماته، حيث تقوم هذه العلاقة على الثقة والاحترام والتفاهم المتبادل.
- **المهارات التأثيرية:** وتتمثل في إمكانية الأخصائي الاجتماعي وتأثيره على الآخرين وفقا لهدف الممارسة، سواء كانت نمو، أو علاج، تمكين، تنسيق وأثرها على المستهدفين.
- **الكفاءة الثقافية:** تركز هذه المهارة على شخصية الأخصائي الاجتماعي، أي أنه يجب أن تكون شخصيته محترمة ومتجاوبة مع جميع المعتقدات والممارسات الثقافية المختلفة، وأن يكون على دراية كافية بالعمل الذي يتابع معه، وذلك من خلال القيام بالفحص الخاص للهوية الثقافية له، كذلك البحث عن المعرفة والمهارات والقيم اللازمة لتعزيز الخدمات بينهم.
- **الصبر:** قد يواجه الأخصائي الاجتماعي الكثير من الصعوبات وذلك بحكم طبيعة عمله، لذلك يجب عليه التحلي بالصبر خصوصا مع الحالات المعقدة، وكذلك مع المرضى الذين يحتاجون إلى فترات أطول لحدوث تقدم ملحوظ في حالتهم، كما يجب على الأخصائي الاجتماعي فهم المواقف التي يمر بها المريض. وتجنب اتخاذ القرارات المتسارعة وكذلك الإحباط الذي قد يؤدي إلى أخطاء مكلفة ونتائج سيئة تؤثر على المريض.
- **التواصل:** هي من المهارات الحيوية وبها يكون الأخصائي الاجتماعي قادر على التواصل بوضوح مع مجموعة كبيرة من الناس، سواء كان التواصل لفظي أو غير لفظي. بالإضافة إلى ذلك يجب على الأخصائي الاجتماعي فهم احتياجات المريض وكذا الدفاع عنه. وضرورة فهم لغة الجسد والإشارات الغير لفظية وذلك للقدرة على التواصل بشكل مناسب وفعال بغض النظر عن الثقافة أو العمر أو الجنس أو الإعاقة أو مستوى المهارات المختلفة كمهارة القراءة والكتابة.¹
- كما يجب على الأخصائي الاجتماعي التواصل مع مقدمي الرعاية والزملاء وذلك لتوثيق المعلومات والإبلاغ عن هذه المعلومات بطريقة صحيحة.

¹ هبة نواره، مهارات الأخصائي الاجتماعي، متاح على شبكة الأنترنت، بتاريخ: 2023/08/12.

- المهارات الإدراكية: هي القدرات التي تمكن الأخصائي الاجتماعي من فهم الواقع الاجتماعي بشكل دقيق، وتفسيره بناء على المشكلات الفعلية، بدلا من الاعتماد على الأحكام المسبقة أو الظواهر غير الدقيقة.¹

رابعاً: دور الأخصائي الاجتماعي:

1. دور الأخصائي الاجتماعي مع الفريق الطبي:

إن علاقة الخدمة الاجتماعية لا تنحصر بين علاقتها مع المريض فقط، وإنما تمتد علاقتها إلى أعضاء الفريق الطبي المعالج خاصة الطبيب وهيئة التمريض، وهذا من خلال:

أ. دور الأخصائي الاجتماعي بالطبيب: حيث أنه يشارك الطبيب التفكير والتخطيط المهني لصالح المريض ويعطيه صورة واضحة عن حالة المريض الاجتماعية والاقتصادية، ومستواه الثقافي وكذا ظروفه الأسرية، ومقابل ذلك يوفر له الطبيب المعلومات الكافية عن أنواع المساعدات الطبية التي يحتاجها المريض إضافة إلى أن الأخصائي يساعد على تقبل المريض للعلاج.

ب. دور الأخصائي الاجتماعي مع الممرضة: تكمن أهمية هذا الدور في طبيعة عمل الممرضة وتفاعلها المستمر بالمرضى والفرص المتاحة لها لملاحظاتهم، كما يساعد إسهامها الخاص في تنفيذ خطط العلاج. ويركز دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع الممرضة في اتجاهين:

- يوجه الأخصائي الاجتماعي هيئة التمريض إلى أنواع احتياجات المريض من راحة وهدوء وأسلوب التعامل الذي يناسبه، ويوضح للممرضة أثر العوامل البيئية أثناء تقديم الدواء، وقد يطلب الأخصائي من هيئة التمريض معاونته في فهم شخصية المرضى وملاحظة سلوكهم، وملاحظة أثر الزيارات عليهم.

- تلتمس الممرضة من الأخصائي الاجتماعي توضيح أنماط السلوك التي قد يظهرها بعض المرضى وكيفية التعامل معهم في بعض المواقف، وإذا تعرضت الممرضة إلى بعض الصعوبات أثناء تعاملها معهم، فإنها تلجأ إلى الأخصائي الاجتماعي لمساعدتها على التغلب على مثل هذه الحالات.

¹ عبد العزيز، متولي، الإعداد المهني وممارسة الخدمة الاجتماعية، مطبعة الإشعاع الفنية، الاسكندرية، 2001، ص 98.

ت. دور الأخصائي الاجتماعي مع إدارة المؤسسة الاستشفائية: يؤدي الأخصائي الاجتماعي الكثير من الأعمال الإدارية أثناء تأديته لعمله. وعلى هذا النحو تكون العلاقة بين الأخصائي وإدارة المؤسسة الاستشفائية علاقة مزدوجة، فالإدارة تقدم جميع الإمكانيات والتسهيلات اللازمة لإيجاز عمله وهو بالتالي يمكنه أن يقدم بعض المساعدات الإدارية لصالح المرضى.

وكذا يمكن أن يقوم بالاتصالات اللازمة لتأمين مختلف أوجه العلاج بالمؤسسة الاستشفائية كأقسام الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية والمختبرات وقسم التغذية، حيث يقوم بالتفاهم والعلاقات الطبية بين رؤساء هذه الأقسام وموظفيها، للاتفاق على أسلوب سير العمل وطريقة تقديم خدماتها للمرضى بالتعاون مع مكتب الخدمة الاجتماعية الطبية.¹

2. دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى:

يلعب الأخصائي الاجتماعي الطبي دورا مهما في المجتمع مكملا ومساندا للأدوار الطبية والتمريضية المختلفة وهو في كل ذلك يطلع بتأدية مجموعة من الأدوار المتكاملة والمتناسقة والتي لا تخلو من المسؤوليات الاجتماعية وهي كالآتي:

- تعليم المريض وتثقيفه من الناحية الصحية، وتزويده بجميع المعلومات والبيانات والكتيبات الخاصة بطبيعة مرضه، وكيفية التعامل معه.

- فتح ملفات خاصة بكل مريض، وتوثيق بياناته، حيث تتضمن المعلومات الخاصة بمرضه وظروفه الاجتماعية، وأساليب العلاج وحالاته الاقتصادية وظروف عمله.²

حيث يقصد بالدور هنا وصف ونوع ما يقوم به الأخصائي الاجتماعي من أعمال في تطبيقه وممارسته للخدمة الاجتماعية، وحل المشكلات اليومية والاقتصادية للمرضى الذين يعانون ظروف اقتصادية صعبة في الأقسام المختلفة بالمستشفى.

- تقديم المساعدة لبعض الحالات التي تتطلب تدخل الأخصائي الاجتماعي مثل: إقناع المريض بإجراء عملية جراحية، أو توضيح أهمية إجراء طبي معين.

¹ فيصل محمود غرابية، مرجع سبق ذكره، ص-ص: 54-56.

² شروق عيسى أحمد أبو حمور، خليل درويش، المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي والسرطان)، دراسة مسحية على المرضى المراجعين بمستشفى البشير ومستشفى الأردن، العلوم الإنسانية والاجتماعية، م 45، ع 01، 2018، ص 186.

- توضيح حالة المريض وشرحها للأسرة، وذلك في الحالات التي تتطلب احتياطات خاصة لمنع انتقال العدوى.¹

- يرتبط دور الأخصائي الاجتماعي ارتباطا وثيقا بطبيعة ومجال عمله داخل المنظمة الاجتماعية، وذلك بحسب وضع المريض والأطراف الفاعلة التي من شأنها تحسين وضعه النفسي والاجتماعي.

- على الأخصائي الاجتماعي الطبي التعرف على حاجة المريض ومشكلاته وقدراته على حلها ومواجهتها بنفسه والكشف عن درجة حاجاته للأخصائي الاجتماعي ومحاولاته لمس المخاوف التي تعترى المريض والعمل على مساعدته حتى يتخلص منها بحيث لا يكون عاملا من عوامل تأخره في العلاج والشفاء.

- للأخصائي الاجتماعي دور حيوي وأساسي في الرعاية الصحية وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريض والعمل على رفع روحه المعنوية.²

3. دور الأخصائي الاجتماعي مع أسر المرضى:

للأخصائي الاجتماعي دور أساسي وحيوي في الفريق الطبي، حيث يسهم في تقديم الدعم الاجتماعي والنفسي لأسر المرضى، مما يعزز من فعالية العلاج ويسهم في تحسين جودة حياة المريض. ويمكن حصر دوره مع أسرة المريض في عدة نقاط منها:

- تهيئة النسق الأسري للتعامل مع المريض.

- جمع وتسجيل البيانات الخاصة عن الظروف الأسرية للمريض وأخذها بعين الاعتبار أثناء وضع دراسة الحالة أو إعداد الخطة العلاجية.³

وهاتان النقطتان من الخطوات الأساسية في رحلة العلاج والتعافي، خاصة عندما يكون المرض مزمنًا أو يؤثر على الجوانب النفسية والاجتماعية.

¹ مرجع نفسه، ص 186.

² خالد عبد الرحمن الغابش، خالد حمدان الغامدي، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات من وجهة نظر الأطباء، مرجع سابق، ص 702.

³ عبد الله مسفر فهد آل غاصب، جهود أخصائي الخدمة الاجتماعية في تقديم المساندة لأسر مرضى السرطان (دراسة تطبيقية على الأخصائيين الاجتماعيين في مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام)، مجلة الخدمة الاجتماعية، م 76، ع 04، 2023، ص 235.

- تقديم المعلومات والإرشادات لأسرة المريض، وشرح لهم طبيعة المرض بشكل مبسط من حيث أسبابه وأعراضه وتطوراتهِ المحتملة، وكيفية الوقاية منه مما يساعدهم على فهم حالته.
- توفير الخدمات الاجتماعية اللازمة لأسرة المريض وذلك أثناء إقامته بالمستشفى لتلقي العلاج، أو بعد خروجه وتتمثل هذه الخدمات في التنسيق مع الجمعيات الخيرية أو الدعم المادي.¹
- العمل على طمأننة أسرة المريض وتخفيف قلقهم، مع توعيتهم بأهمية وقوفهم بجانبه بقوة وتماسك، وتجنب مشاعر الشفقة أو الضعف أمامه حفاظاً على حالته النفسية.²

خامساً: مهام الأخصائي (المساعد الاجتماعي) حسب ما جاء في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية:

يمكن تحديد مهام الأخصائي الاجتماعي حسب ما جاء في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية على النحو التالي:

- **المادة 206:** يتولى المساعدون الاجتماعيون المؤهلون تحت سلطة المسؤول السلمي تقديم الدعم الاجتماعي الطبي داخل المؤسسات الصحية، ويشمل ذلك:
 - تقييم الوضع الاجتماعي للمريض.
 - تحديد احتياجاته، وتقديم المساعدة المناسبة لضمان تلقيه العلاج والرعاية اللازمة.
- **المادة 207:** تأمين الدعم الطبي والاجتماعي للمرضى وأسرهم، تتضمن هذه المهمة:
 - توجيه المرضى وأسرهم نحو الخدمات المتاحة سواء داخل المؤسسة أو خارجها، مثل التغطية الصحية، الإعانات الاجتماعية وكذا خدمات الدعم النفسي.
 - توفير الدعم الاجتماعي وحماية الأطفال المهملين والأطفال الذين في أوضاع هشة.
- **المادة 208:** تنص هذه المادة على أن المساعدون الاجتماعيون للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي يكلفون بما يلي:

¹ أبو العدوس يوسف، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع مرض السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان-الأردن، 2017، ص 39.

² أبو العدوس، يوسف، مرجع نفسه، ص 39.

- التدخل لتحسين ظروف معيشة الأفراد والوقاية من المشكلات الصحية المرتبطة بالعوامل الاجتماعية، وهي من المهام الأساسية للمساعد الاجتماعي، حيث يعمل على دعمهم وتمكينهم من تجاوز التحديات وتحقيق الاستقرار الاجتماعي.
- تحديد احتياجات الأشخاص الذين يعانون من الصعوبات وبناء مشروع فردي أو جماعي ملائم في المؤسسات الصحية.
- ضمان دراسة شاملة للملفات الإدارية، وذلك بهدف تمكين الأشخاص في وضعية صعبة من استرجاع حقوقهم، مع إعادة تقييم التقارير الطبية والاجتماعية والتبليغية ذات الصلة.
- **المادة 209:** بالإضافة إلى المهام المستندة للمساعدين الاجتماعيين للصحة العمومية، يطالب المساعدون الاجتماعيون أيضا تحت سلطة المسؤول السلمي بما يلي:
 - تشخيص حالات المرضى ومتابعتهم طبيا لضمان حصولهم على العلاج المناسب، أي تقييم حالاتهم بشكل دقيق، ثم تقديم الرعاية الطبية لهم وفقا لاحتياجاتهم سواء من حيث العلاج أو المتابعة أو الوقاية.
 - توفير أنشطة وخدمات صحية ذات جودة فعالة لمختلف فئات المواطنين، مع تركيز خاص على صحة الأم والطفل والصحة المدرسية والجامعية، والصحة العقلية.
 - تقديم الدعم والمساعدة للأشخاص الذين يعانون من العزلة والانفصال عن أسرهم ومحيطهم الاجتماعي، نتيجة إصابتهم بمرض خطير، وذلك بهدف إعادة إدماجهم في المجتمع والأسرة.
- **المادة 210:** تنص هذه المادة على مجموعة من المهام يكلف بها المساعدون الاجتماعيون، وهذه المهام مكتملة لما جاء في المواد السابقة. وتتمثل فيما يلي:
 - إعداد مشروع المصلحة بالتنسيق مع الفريق الطبي والعمل على إنجازه بشكل فعال.
 - التخطيط لأنشطة وبرامج صحية تهدف إلى تعزيز الوعي والرعاية الصحية في المجتمع، ويمكن أن تشمل هذه الأنشطة حملات التوعية، الفحوصات الطبية المجانية، ورشات العمل الصحية أو برامج الدعم النفسي والاجتماعي.
 - التأكد من الاستمرارية في متابعة وتقييم البرامج والأنشطة ذات الطابع الطبي الاجتماعي، لضمان فعاليتها وتحقيق أهدافها.

- الإشراف على الأنشطة الطبية ذات البعد الاجتماعي، من حيث مدى توعية المستفيدين بها وضمان تنفيذها بشكل آمن وسليم.

- تأمين حسن تسيير المعلومات الخاصة لنشاطات الطبية والاجتماعية.

- القيام باستقبال الموظفين والطلبة والمتربصين الموجهين إلى المصلحة، وتوفير التأطير المناسب لهم خلال فترة تواجدهم، سواء من خلال الإرشاد، التكوين والمتابعة.¹

سادسا: نماذج عن مهام المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاجتماعية:

1. في حالة الأطفال مجهولي النسب: توجد هناك حالتين:

أ. في حالة ما تكون الأم بالغة سن الرشد ومتحصلة على بطاقة التعريف:

بعد وضع الأم للطفل يقوم المساعد الاجتماعي بإجراء مقابلة مع الأم في حالة أخذ الأم ابنها فإنها تقوم بإمضاء تعهد شرفي بأن تتكفل بكامل شؤونه وأنها تتحمل كامل المسؤولية*، ثم يسلم لها بإمضاءها محضر استلام*.

أما إذا كانت الأم ترفض الاحتفاظ بابنها أي التخلي عنه يقوم المساعد الاجتماعي بالإجراءات التالية:

- يقوم المساعد الاجتماعي بتوفير دفتر صحي للطفل لإجراء التلقيح الازم.

- بعدها يحزر المساعد الاجتماعي محضر تخلي يتضمن كل المعلومات الخاصة بالأم والطفل، وقبل هذا يتم إعلام الأم بأنه خلال مدة ثلاثة (03) أشهر يمكنها أن تسترجع مولودها وهذا ما يسمى بالتخلي المؤقت، لكن بمرور فترة ثلاثة أشهر ويوم يصبح هذا التخلي نهائي أي الانقطاع الكلي لكل الروابط التي تربط الأم والطفل وفقدانها جميع حقوقها عليه*.

أما فيما يخص اسم الطفل فإن مكتب الاستقبال هو من يتولى تسميته بإعطائه اسم ثلاثي هذا الاسم لا تستطيع الأم معرفته.²

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 17، الصادرة بتاريخ 15 ربيع الثاني 1432هـ/ الموافق لـ 2 مارس 2011، ص 34.

* أنظر الملحق رقم 01.

* أنظر للملحق رقم 02.

* أنظر للملحق رقم 03.

² معلومات مقدمة من طرف المساعد الاجتماعي بمستشفى الحكيم عقبي بولاية قالمة.

ثم يحرر المساعد الاجتماعي تقريراً إلى قاضي الأحداث مرفقاً بمحضر التخلي*، نسخة من بطاقة تعريف الأم، الدفتر الصحي وشهادة طبية، ثم يرسل الملف إلى قاضي الأحداث، الذي يكلف بدوره الفرقة الإقليمية للدرك الوطني للأحداث بإجراء تحريات عن الأم، بعدها يصدر القاضي حكماً بإيداع الطفل بمركز الطفولة المسعفة، أين يأخذ المساعد الاجتماعي الطفل من المستشفى برفقة الفرقة الإقليمية للدرك الوطني للأحداث إلى مركز الطفولة المسعفة.

ب. في حالة أن الأم قاصرة لم تبلغ سن الرشد: إن الإجراءات تبقى نفسها:

- إذا كانت الأم ستحتفظ بأبنائها فإنها توقع محضر الاستلام هي ووليها الشرعي*.
- أما إذا كانت ستتخلي عنه فإن محضر التخلي يكون ممضياً من طرفها ووليها الشرعي*.

2. في حالة المسنين معدومي العائلة:

عند دخول شخص معدوم العائلة إلى المستشفى فإن المساعد الاجتماعي يقوم أولاً بإجراء مقابلة مع هذا الشخص للتعرف على حالته الاجتماعية، حيث يقوم المساعد الاجتماعي بجميع المحاولات للوصول إلى عائلته وفي حالة تعذر وصوله إليها يقوم بتحرير تقرير ليرسله إلى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن أين تقوم المساعدة الاجتماعية التابعة لهذه المديرية باتخاذ الإجراءات اللازمة أم يحول هذا الشخص مباشرة إلى دار المسنين.

من بين الصعوبات التي تواجه المساعد الاجتماعي في هذه الحالة أنه يعاني من عدم قدرته على التكفل بهذا المريض خاصة إذا كان عاجزاً عن الحركة، فإنه يجد صعوبة فيمن يقوم برعاية هذا المريض خاصة من ناحية النظافة بالإضافة إلى عدم قدرته على توفير له ما يحتاج من دواء وحفاظات، كما أن هناك حالات ترفض من طرف مديرية النشاط الاجتماعي لعدم توفر الشروط فيها (شروط السن أكثر من 65 سنة)، وبالتالي فإن هذا الشخص بمجرد استكمال فترة العلاج سوف يوجه إلى الشارع مباشرة.¹

3. في حالة المريض المحتاج إلى كرسي متحرك أو أعضاء اصطناعية:

عندما يكون المريض متواجداً بالمستشفى ويحتاج كرسي متحرك أو أعضاء اصطناعية فإن المساعد الاجتماعي يحرر تقريراً مفصلاً عن حالة المريض الاجتماعية ويرفق معه شهادة طبية من

* أنظر الملحق رقم 04

* أنظر الملحق رقم 05.

* أنظر الملحق رقم 06.

¹ معلومات مقدمة من طرف المساعد الاجتماعي بمستشفى الحكيم عقبي بولاية قالمة.

الطبيب المختص وبالتعاون مع مصلحة الشؤون الاجتماعية الموجودة على مستوى البلدية يحول هذا التقرير إلى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن، أين ينتظر المريض موعد عرضه على اللجنة المقررة لمنحه هذا الجهاز.

ومن الصعوبات التي تواجه المساعد الاجتماعي أن مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لا تستطيع تلبية طلبات كل المرضى وهذا راجع إلى نقص الكراسي وكثرة الطلبات عليها.

4. في حالة التكفل من أجل الحصول على بطاقة شفاء:

يقوم المساعد الاجتماعي بدور رئيسي في دعم المسنين والمعوزين ومعدومي الدخل الموجودين بالمستشفى للحصول على بطاقة الشفاء، من خلال تحديد الفئات المستحقة وجمع الوثائق اللازمة لإعداد ملف التقديم.

يشمل ذلك مساعدة المستفيدين في تحضير طلب مكتوب، نسخة من بطاقة التعريف، شهادة إقامة، شهادة طبية التي تثبت حالتهم الصحية، بالتعاون مع مكتب الشؤون الاجتماعية الموجود على مستوى البلدية، بعد تجهيز الملف يودعه المساعد الاجتماعي لدى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن ويتابع الطلب عبر القنوات الرسمية، ويسهل تسليم البطاقة للمستفيد مع توجيهه حول كيفية الاستفادة من خدماتها.

5. في حالة المهاجرين:

يتعامل المساعد الاجتماعي مع حالات المهاجرين خاصة الأفارقة، بناء على مبادئ حقوق الإنسان والمساوات في الرعاية الصحية، بصرف النظر عن الوضع القانوني للمهاجرين، عند استقبال امرأة مهاجرة حامل على مستوى مستشفى الأم والطفل يتدخل المساعد الاجتماعي فوراً لتقييم وضعها الاجتماعي والقانوني والنفس مع مراعاة ظروفها الصعبة، يعمل على تسهيل استفادتها من الرعاية الصحية العاجلة والضرورية، بما فيها الفحوصات الطبية والمتابعة النفسية والاجتماعية، في حالة الوضع يضمن تنسيق مع الفريق الطبي لضمان ولادة آمنة وتسجيل المولود حتى في غياب الوثائق الرسمية.

لاسيما عندما يكونون في حالة عزلة اجتماعية أو بدون سند عائلي حيث يسعى المساعد الاجتماعي إلى إيجاد حلول بديلة كالأيواء في دور العجزة أو توفير مساعدات اجتماعية خاصة.¹

¹ معلومات مقدمة من طرف المساعد الاجتماعي بمستشفى الحكيم عقبي بولاية قلمة.

وأخيراً تم تسجيل تدخلات بنسبة 16.52% أي خمس مساعدين اجتماعيين لفائدة فئات أخرى لضحايا العنف، المدمنين والمهاجرين، مما يعكس تنوع طبيعة التدخلات واتساع ميثاق الفئات المستهدفة بالخدمة الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية.

وبشكل عام يظهر هذا التوزيع أهمية دور المساعد الاجتماعي في معالجة الأبعاد غير الطبية للحالات المرضية ودورها كمحور أساسي في ضمان التكفل الشامل بالمرضى، لا سيما الفئات المحرومة من الدعم الأسري والمادي.¹

سابعا: معوقات الأخصائي الاجتماعي:

تعد مهنة الأخصائي الاجتماعي من المهن الإنسانية التي تهدف إلى تحسين نوعية حياة الأفراد والمجتمعات، وذلك من خلال تقديم الدعم النفسي والاجتماعي، والمساعدة في حل المشكلات الاجتماعية المختلفة، وعلى الرغم من أهمية هذه المهنة إلا أن الأخصائي الاجتماعي يواجه العديد من المعوقات والتحديات التي قد تؤثر على أدائه المهني وقدرته على تحقيق الأهداف المرجوة، ومن أبرز هذه المعوقات نجد:

1. معوقات ترجع إلى طبيعة المشكلات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالمرضى:

- عدم إدراك المريض لطبيعة المرض وأضراره، حيث أن الكثير من المرضى يفتقرون إلى الفهم الكافي لمرضهم واحتياجات علاجهم، كاحتياجات الغذاء. فالمرضى يحتاج إلى اتباع نظام غذائي معين ومنتظم وإذا حدث أي خلل في هذا النظام قد تزداد حالته سوءا.
- تكلفة العلاج المصاحبة للمرضى، هناك بعض الأمراض تستنزف ميزانية كبيرة، مما يخلق حلقة مفرغة من التكرار والإجهاد المهني للأخصائي الاجتماعي. وزيادة العبء عليه.
- طبيعة المخاوف المرتبطة بالمرض، فالكثير من المرضى يمرون بحالة من القلق والخوف، أو حتى الإنكار للمرض كما قد يتردد المرضى في التحدث عن مشاكلهم أو رفض الدعم الاجتماعي بسبب فقدان الثقة أو لاعتقادهم أن المساعدة لن تغير من واقعهم الصحي. كل هذه العوامل تعرق الدور الأخصائي الاجتماعي وتحد من قدرته على تقديم الدعم اللازم.

¹ معلومات مقدمة من طرف المساعد الاجتماعي بمستشفى الحكيم عقبي بولاية قلمة.

- معتقدات المريض الشخصية وخبراته السابقة، تعد من العوامل المؤثرة التي قد تعيق تدخل الأخصائي الاجتماعي. فالمريض قد يكون مر بتجارب سلبية سابقة مع الخدمات الاجتماعية أو الصحية مما يجعله غير متعاون، كما أن بعض المعتقدات الثقافية والدينية قد تجعله يرفض أشكال الدعم الاجتماعي معتقداً أن المرض قد لا يمكن تغييره، وأن اللجوء إلى المساعدة يعتبر ضعفاً.¹

2. معوقات ترجع للأخصائي الاجتماعي نفسه:

يواجه الأخصائي الاجتماعي إلى جانب التحديات الخارجية في بيئة العمل، عدداً من المعوقات الذاتية التي تتبع من داخله وقد تؤثر سلباً على جودة أدائه المهني. وتتمثل هذه المعوقات فيما يلي:

- ضعف الإمكانيات المتوفرة في النظام العلاجي الحكومي، قد يؤدي إلى شعور المستفيدين بالإحباط والاستياء، مما ينعكس أحياناً على علاقتهم بالأخصائي الاجتماعي حيث ينظر إليه باعتباره ممثلاً لهذا النظام، فتتحول مشاعر الغضب تجاه الخدمة إلى عداً شخصي اتجاهه.

- استخدام المهارات دون تحديد هدف، مما قد يؤثر سلباً على فاعلية استخدامها وتحقيق النتائج المرجوة.

- شعور المريض بالخجل أو العار من مرضه، خاصة إذا كان مرتبطاً بوصمة اجتماعية، مما يجعله يفضل إخفاء حالته عن الآخرين بما في ذلك الأخصائي الاجتماعي. هذا الإخفاء يمكن أن يعيق بناء علاقة مهنية قائمة على الثقة والتفاهم بين الطرفين.

- قد ينظر المريض إلى مرضه على أنه أمر معتاد أو لا يستحق الاهتمام، مما يؤدي إلى ضعف في تفاعله مع الأخصائي الاجتماعي وينعكس سلباً على فاعلية الجلسات أو التدخلات المهنية.²

3. معوقات ترجع للمؤسسة الطبية:

تتمثل هذه المعوقات فيما يلي:

¹ الخطيب، عبد الرحمن عبد الرحيم، ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006، ص 91.

² علي عرفة أحمد الأمين، أثر المعوقات على أداء الأخصائيين الاجتماعيين في السودان، كلية الدراسات العليا، السودان، 2014، ص 74.

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية ودور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية

- نقص الإمكانيات المادية في المؤسسة الطبية، يعيق عمل الأخصائي الاجتماعي ويقلل من فعالية الخدمة الاجتماعية الطبية.
- ضعف اعتراف الإدارة بالخدمة الاجتماعية الطبية يؤثر سلباً على تحقيق أهداف العمل الاجتماعي الطبي.
- غياب التعاون بين الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي يؤدي إلى ضعف النتائج وعدم تحقيق مصلحة المريض.
- بعض المؤسسات الطبية تقتصر إلى سياسات واضحة للعمل الاجتماعي الطبي، مما ينعكس سلباً على جودة الخدمة.
- وجود شروط أو قيود إدارية تعرقل للعمل الاجتماعي الطبي، مثل عدم توافر الوقت الكافي أو الإجراءات الرسمية المعقدة.
- عدم توفير مكان مناسب للأخصائي الاجتماعي لمزاولة عمله، مثل المكاتب أو أماكن حفظ السجلات والملفات الخاصة.
- تشتت العمل الاجتماعي الطبي في أماكن متعددة داخل المؤسسة، يضعف من تنظيم العمل وسريته.¹

¹ عبد الهادي إبراهيم، الرعاية الطبية التأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص 76.

خلاصة:

في هذا الفصل، استعرضنا مجموعة من النقاط المهمة التي تشكل ركائز أساسية في مسار ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية، حيث تناولنا دور الأخصائي الاجتماعي ضمن المؤسسة الطبية، وسعينا إلى توضيح المعارف العلمية والمهارات الفنية اللازمة له، ثم ناقشنا عملية التدخل المهني من خلال الأدوار التي يؤديها الأخصائي سواء على مستوى المؤسسة أو في تفاعله مع الأفراد والجماعات داخل المجتمع.

وبناء على ذلك أصبح لدينا تصور واضح لأهمية ممارسة الخدمة الاجتماعية بشكل متخصص بما يضمن تحقيق أهداف المؤسسة الطبية بفعالية ومصداقية، مستندين في ذلك إلى النظريات والأساليب المهنية المعتمدة.

الفصل الثالث: المؤسسات

الاستشفائية

تمهيد:

تلعب المؤسسة الاستشفائية بمختلف أنواعها دورا أساسيا ومحوريا في المجتمعات، إذ أصبحت جزءا لا يتجزأ من حياة الأفراد لما توفره من رعاية صحية تسهم في حمايتهم وضمان سلامتهم واستقرارهم. وفي هذا الإطار نبرز أهمية هذه المؤسسات في كونها تساهم في تطوير الإنسان، الذي يعد أساس التقدم والنهضة، فوجود نظام صحي فعال يعكس مدى تطور المجتمع من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، وتغير مؤشرا على قدرته في تحقيق التنمية الشاملة. فالمؤسسات الاستشفائية تسعى إلى تقديم أفضل الخدمات الطبية للمرضى.

وقد شهدت السنوات الأخيرة اهتماما متزايدا بتطوير هذه المؤسسات لتحسين أدائها ورفع كفاءاتها، بما يتناسب مع رسالتها الأساسية المتمثلة في توفير خدمات علاجية عالية الجودة وبأقل تكلفة.

أولاً: التطور التاريخي للمستشفيات:

شهدت المستشفيات تطورا ملحوظا بمرور العصور، حيث أطلق عليها عدة تسميات، وكانت البداية عند الإغريق سنة 1200 قبل الميلاد، حيث كانت المعابد تجمع بين وظيفتي العبادة وعلاج المرضى، حيث كان الكهنة يمارسون الطب، وتظهر الدراسات التاريخية المصرية وجود "معابد الشفاء" منذ حوالي 600 عام قبل الميلاد، وهو مفهوم تكرر في الهند عام 273 قبل الميلاد، حيث أطلق اسم "السبكيستا" على الأماكن المخصصة لتشخيص وعلاج الأمراض.

ومع بزوغ المسيحية، أنشأت بيوت الكهنة كمستشفيات صغيرة بضغط من الكنيسة لإواء المرضى والمسنين والمحتاجين وقد قامت هذه البيوت على دوافع إنسانية نبيلة، تمثلت في توفير العلاج والرعاية للجميع بغض النظر عن قدرتهم المالية، مع إبقاء أهمية للجانب الروحي للمرضى إلى جانب العلاج الجسدي.¹

أطلق العرب على المستشفيات اسم "البيرمستانات" أي دور المرضى، والبيرمستان هو مصطلح فارسي الأصل يشير إلى مؤسسة متخصصة في تقديم الرعاية الصحية، وهي كلمة مركبة من كلمتين "بیمار" وتعني مريض أو عليل أو مصاب و"ستات" وتعني مكان أو دار، كانت هذه المؤسسات تعنى بعلاج شتى الأمراض الجسدية والعقلية.²

ففي العصر الجاهلي كان الطب يعتمد على الكهنة والعرافة والزرجر والتنجيم والسحر، ومن أشهر أطباء هذا العصر: لقمان الحكيم، زهير والحارث بن كلدة.³

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد طعمانة: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003، ص-ص: 05-06.

² أحمد عيسى بك: البيرمستانات في الإسلام، ط 2، دار الرائد العربي، بيروت، لبنان، 1981، ص-ص: 03-04.

³ نور الدين خاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر، 2008، ص 21.

1. تطور المستشفيات:

أ. في الفترة ما بين 1750-1920:

شهدت هذه الفترة تطورا في إنشاء المستشفيات، حيث يذكر أن أول مستشفى كان في أمريكا تأسس عام 1751 تحت اسم مستشفى " بنيسلفانيا"، وفي سنة 1768 نجح الكونغرس في إنشاء المستشفى العسكري لسلاح البحرية.

ب. خلال الفترة ما بين 1920-1950:

تميزت هذه الفترة باستمرار في إنشاء المستشفيات، حيث بلغ عددها 7370 مستشفى سنة 1924، وارتفع بـ 6788 مستشفى إضافي بحلول نهاية هذه الفترة (1950).

ت. خلال الفترة ما بين 1965-1985:

شهدت هذه الفترة توسعا في إنشاء المستشفيات في المناطق النائية والقرى، مع التوسع في عدد المستشفيات، تزويدها بأجهزة طبية مع الاهتمام بالتأمين الصحي.¹

2. التطور التاريخي للمؤسسات الاستشفائية بالجزائر:

تعتبر المؤسسات الاستشفائية في الجزائر حجر الزاوية في بناء نظام صحي شامل ومتكامل، فهي الأساس الذي تقوم عليه جهود الوقاية والعلاج، ولهذا السبب أولت الجزائر اهتماما خاصا بتطوير هذه المؤسسات منذ استقلالها وحتى الآن، وقد تجلّى هذا الاهتمام في مراحل متعددة من التطور بدأت بمحاولة تجاوز التحديات الصحية التي خلفها الاستعمار الفرنسي.

أ. مرحلة محاولة إدارة الأزمة الصحية الموروثة عن الاستعمار الفرنسي 1962-1973:

في الفترة التي أعقبت الاستقلال مباشرة واجه القطاع الصحي في الجزائر وضعاً صعباً للغاية ومزرياً، فقد كان يعاني من نقص حاد في البنية التحتية الصحية المتاحة آنذاك، وهو ما كان نتيجة لسياسات التخريب والحرق التي تبعتها قوات الجيش الفرنسي خلال فترة الاحتلال.

بالإضافة إلى ذلك تفاقمت الأوضاع الصحية بسبب عودة الأطباء الفرنسيين الذي بدأت اعتباراً من 19 مارس 1962، والذي بلغ عددهم 2200 طبيب 2700 ممرض، تاركين وراءهم 144 مستشفى، أما الإطارات الطبية التي بقيت بالجزائر فقد بلغت حوالي 600 طبيب منهم 280 جزائري،

¹ فريد راغب النجار: إدارة المستشفيات وشركة الأدوية، دار الجامعية الإسكندرية، ص-ص: 27-28.

وهذا ما أدى إلى انعدام توفر العلاج الضروري لأجل السكان في المناطق الجزائرية، مما أدى إلى انتشار الأوبئة بين السكان مثل الملاريا والكوليرا.....

لهذا استوجب على المنظومة الصحية الجزائرية النهوض بالهياكل الصحية (المستشفيات العمومية والخاصة التي تركها الاستعمار)، حيث قامت بإنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1964 بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 64-110 المؤرخ في 10 أبريل 1964، بالإضافة إلى وضع برنامج لمكافحة الأمراض المعدية والأوبئة سنة 1956.¹

ب. مرحلة الطب المجاني غير المهيكل 1974-1988:

تعتبر هذه الفترة مهمة في تاريخ الصحة في الجزائر، وهي بداية تطبيق مجانية العلاج وتعميمها، هذا القرار يعتبر تجسيدا لشعار "الصحة للجميع".

تواصلت التطورات في القطاع الصحي على مختلف الأصعدة، حيث أدخلت المراكز الصحية إلى الأرياف وزيادة عدد المستشفيات مما ساهم في تحسين القدرة الاستيعابية للنظام الصحي، لترفع قدرة استيعاب المؤسسات الاستشفائية إلى 62,500 سرير سنة 1987، كما ارتفع عدد الأطباء المختصين من 558 طبيب سنة 1974 إلى 1147 طبيب سنة 1986، عدد العاملين في قطاع الصحة من 57,872 عامل سنة 1973 إلى حوالي 124,728 عامل سنة 1987.²

ت. مرحلة إعادة تنظيم قطاع الصحة 1989-1998:

عرفت الجزائر خلال هذه الفترة أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة، إلا أنها قامت بإعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية لإنشاء معاهد ومراكز ووحدات صحية منها: المرسوم التنفيذي سنة 1997 متضمن والمحدد لإنشاء قواعد المؤسسات الاستشفائية وطرق تنظيمها وتحويل

¹ بخوش وليد وآخرون، المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، جامعة زيان عاشور بالجلفة، العدد 36، الجزائر، ص 303.

² بن عيسى بن عيلة، بن عيسى مصطفى، واقع وآفاق عصرنة المؤسسات الاستشفائية في الجزائر، مجلة إدارة الأعمال والدراسات السابقة، جامعة زيان عاشور، الجلفة، عدد 02، الجزائر، ص 22.

المؤسسات الصحية عبر الإقليم الجغرافي إلى مراكز استشفائية جامعية وقطاعات صحية ومؤسسات استشفائية متخصصة.¹

وفي سنة 1998 تم إنشاء عيادات ومراكز علاج في المناطق الريفية والمائية بنسبة 13% من الهياكل الصحية، كما ارتفع عدد الأطباء إلى حوالي 28,274 طبيب، وحوالي 7966 طبيب أسنان وأزيد من 420 صيدلي و41,657 تقني سامي في الصحة.

ث. مرحلة إصلاح منظومة الصحة 2002-2012: توصلت الجزائر خلال هذه المرحلة إلى قرارات هامة منها:

- إعادة تقسيم المؤسسات الصحية والمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، التي شملت قاعات علاج وعيادات متعددة الخدمات وقد بلغ عدد الهياكل الصحية حسب إحصائيات 2008، 240 مستشفى عمومي، 511 مستشفى خاص بالأمومة والطفولة، 1477 عيادة متعددة الخدمات، 14 مركز استشفائيا جامعيًا، 511 قاعة علاج، 11385 عيادة طبية خاصة، 164 عيادة طبية جراحية خاصة.²

ثانيا: خصائص ووظائف المؤسسة الاستشفائية:

1. خصائص المؤسسة الاستشفائية:

للمؤسسة الاستشفائية عدة خصائص من أبرزها:

- تنوع الوظائف التي تؤديها المستشفى وتعقيدها: في المستشفى تقدم خدمات متعددة ومعقدة.
- تعدد الفئات العاملة في المستشفى: الأطباء، الممرضين، الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والإداريين.
- تنوع وتداخل خطوط السلطة: يتميز المستشفى بتعدد مستويات السلطة والوظائف الفنية، ما يخلق نوع من التعقيد والتسلسل الإداري.³

¹ عيادة ليليا، هلالى أحمد، قراءة إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة البديل الاقتصادي، جامعة أدرار، العدد 05، الجزائر، ص 157.

² بن عيسى بن عيلة، بن عيسى مصطفى، مرجع سابق، ص-ص: 123-124.

³ طلال بن عابد الأحمدى: التنظيم في المنظمات الصحية، الرياض، 2011، ص 171.

- العمل المستمر على مدار 24 ساعة: الخدمات الصحية لا تتوقف في المستشفى يعمل دون انقطاع طوال اليوم.

- ظهور حالات صحية طارئة: هناك حالات صحية لا يمكن تأجيلها، ما يفرض على المستشفى أن يكون دائما مستعدا للتدخل الفوري.¹

2. وظائف المؤسسات الاستشفائية:

من بين الوظائف التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية ما يلي:

أ. تقديم الخدمات العلاجية: وهي الخدمات العلاجية والتشخيصية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية وما يرتبط بها من التمريض والفحوصات وخدمات الإسعاف والطوارئ والخدمات الغذائية والصيدلانية.

ب. الوظيفة الوقائية: لا تهتم المستشفيات بالعلاج فقط بل تتعدى إلى الوقاية من الأمراض ومنع انتشار العدوى والتبليغ عن الحالات المعدية، والتعاون مع كافة الهيئات العامة في ميدان الصحة العامة، وذلك من خلال توعية الأفراد عن طريق حملات التوعية، بالإضافة إلى إجراء التطعيمات اللازمة.²

ت. الوظيفة التدريبية والتعليمية: تتم عن طريق تدريب وتعليم الأطباء والمرضى القدامى المتخصصين ذوي الخبرة.

ث. الوظيفة التدريبية والتعليمية: تتم عن طريق تدريب وتعليم الأطباء والمرضى القدامى والمتخصصين ذوي الخبرة للأطباء والمرضى الجدد وتبادل الخبرات والمعلومات من خلال عقد اجتماعات دورية.

ج. الوظيفة البحثية: تقوم المؤسسات الاستشفائية بإجراء مختلف البحوث والدراسات الطبية من أجل تطوير العلوم الطبية وأساليب ووسائل العلاج.

¹ محمد جاد الرب، مراجع إدارة الأعمال الاتجاهات الحديثة الصحية، التجارة الاسماعيلية، جامعة قناة السويس، القاهرة، 2008، ص 42.

² طلال بن عابد الأحمدى: التنظيم في المنظمات الصحية، مرجع سابق، ص 177.

ح. الخدمات الممتدة إلى المحيط الخارجي: وهي الخدمات التي تقدم للأشخاص خارج المستشفى وخاصة المرضى كبار السن والذين يعانون من أمراض مزمنة، حيث يتم رعايتهم والإشراف عليهم في منازلهم، دون التنقل إلى المستشفى.¹

ثالثاً: أنواع المستشفيات:

تتكون المؤسسة الاستشفائية من أنواع مختلفة من المؤسسات الصحية والتي تختلف فيما بينها من حيث الهيكل وطريقة التنظيم ومستوى الخدمات التي تقدمها، ويمكن تصنيف هذه المؤسسات حسب عدة معايير من بينها:

- على أساس الملكية.
- على أساس الحجم والموقع الجغرافي.
- على أساس التخصص.
- على أساس التعليم والتدريب.

1. على أساس الملكية:

أ. المستشفيات الحكومية: هي المستشفيات التي تكون ملك للدولة، تهدف إلى تقديم خدمات صحية مجانية أو بأسعار رمزية، تعمل على خدمة المواطنين والمرضى.

ب. المستشفيات الخاصة: هي مستشفيات تقدم خدمات طبية بهدف تحقيق الربح، لذلك تعرف بأنها ربحية، وهي ملك لمؤسسات خاصة أو أفراد تفرض رسوماً على الخدمات التي تقدمها.²

2. على أساس التخصص:

أ. المستشفيات العامة: وهي المستشفيات التي تشمل العديد من التخصصات الطبية كالجراحة الباطنية، طب الأطفال، طب النساء والتوليد، طب الأنف والحنجرة وهي تقدم خدمات شاملة.

¹ طلعت الدهرواش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، القدس، مصر، 2006، ص-ص: 26-27.

² صلاح محمد دياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، ط1، منظور شامل، دار الفكر، عمان، الأردن، 2009، ص-ص: 209-210.

ب. **المستشفيات التخصصية:** وهي المستشفيات التي تتخصص في علاج نوع واحد من الأمراض مثل: التخصص في علاج القلب، السرطان، العيون، العظام، الأمراض المعدية، الأطفال والنساء.¹

3. على أساس الحجم:

أ. **مستشفيات صغيرة الحجم:** وهي المستشفيات التي تحتوي على 100 سرير فأقل.
 ب. **مستشفيات متوسطة الحجم:** هي المستشفيات التي تحتوي ما بين 101 إلى 500.
 ت. **مستشفيات كبيرة الحجم:** تقدر طاقة استيعابها ما بين 200-1000 سرير، وهي ما تعرف بالمستشفى الإقليمي.²

4. على أساس التعليم والتدريب:

أ. **مستشفيات تعليمية:** هي المستشفيات الجامعية التابعة لكليات الطب، وتستقبل طلاب الطب أو التخصصات الطبية الأخرى من أجل التدريب العملي، وتكون مرتبطة ببرامج تعليمية وتدريبية.
 ب. **مستشفيات غير تعليمية:** هي التي لا ترتبط بأي نشاط أكاديمي أو تدريسي، بل تقدم الخدمات الصحية فقط.³

رابعاً: أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر:

يوجد بالجزائر قطاعين صحيين هما: القطاع العام والقطاع الخاص، حيث تعمل وزارة الصحة على تسيير وتحسين العلاج في القطاع العام، ومراقبة شروط الممارسة الطبية في القطاع الخاص، لهذا يمكن أن نميز عدة أنواع من المؤسسات الصحية في الجزائر ونذكر منها:

¹ فريدة توفيق نصيرات، إدارة ومنظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الأردن، 2008، ص 122.

² محمد سامي راضي، المحاسبة عن المستشفيات والوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، 2007، ص 14.

³ فريدة توفيق نصيرات، إدارة ومنظمات الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 124.

1. المؤسسات الصحية العمومية: تتمثل هذه المؤسسات في:

1.1. المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (E.H.S): تم إنشاء بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-

465 المؤرخ في 10 شعبان 1418 هـ الموافق لـ 10 ديسمبر 1997 المتضمن والمحدد لقواعد

إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيم سيرها.¹

تتكون هذه المؤسسات من هيكل واحد أو عدة هياكل متخصصة تتكفل بالأمراض والفئات ذات الخصوصية (مثل أمراض معينة مثل القلب، العيون، العظام والمفاصل، السرطان...) أو فئات عمرية معينة مثل الأطفال.

تساهم هذه المؤسسات في تنفيذ برامج الصحة الوطنية وتعمل في مجالات الوقاية، التشخيص، العلاج، وإعادة التأهيل والتكوين.

1.2. القطاع الصحي العام: تم تغيير القطاعات الصحية بناء على المرسوم التنفيذي رقم 07-140 سنة 2007 إلى:

أ. المؤسسة العمومية الاستشفائية: أنشئت بناء على المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 هـ الموافق لـ 19 ماي 2007، فالمؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية، والاستقلال المادي، وتوضع تحت وصاية الوالي، وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي. تعمل على تطبيق البرامج الوطنية للصحة، وضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم، ويمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية مبدئياً للتكوين الطبي والشبه الطبي والتسيير الاستشفائي.

ب. المؤسسة العمومية للصحة الجوارية: أنشئت بناء على المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 هـ الموافق لـ 19 ماي 2007، وقد جاء في المادة 6، 7، 8، 9 من المرسوم أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-465، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، المؤرخ في 10 شعبان 1418 هـ الموافق لـ 10 ديسمبر 1997، ص 12.

بالشخصية المعنوية والاستقلال المادي وتوضع تحت وصاية الوالي، تتكون من مجموع عيادات متعددة الخدمات، وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان. تتكفل هذه المؤسسات بصفة متكاملة ومتسلسلة بالوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص المرض، العلاج الجوارحي، الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المتخصصة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.¹

ت. **المراكز الاستشفائية الجامعية (C.H.U):** أنشئت بموجب قانون 74-100 الصادر بتاريخ 13 جوان 1974. وهي اتحاد مركز استشفائي جهوي ومعهد الطبي، وحسب ما جاء في المرسوم التنفيذي 97-465 المؤرخ في 02 شعبان 1418هـ الموافق لـ 02 ديسمبر 1997، فإن المركز الاستشفائي الجامعي هو مؤسسة عمومية ذات لطابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، حيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي ويكلف وزير التعليم العالي بالوصاية البيداغوجية.

من مهام المركز الجامعي الاستشفائي:

- ضامن نشاطات التشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعجالات والوقائية الجراحية والوقاية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان.
- تصنيف البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.
- المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية والنوعية للمؤسسات الصحية.
- ضمان تكوين التدرج وما بعد تدرج في علوم الطب.
- المشاركة مع مؤسسة التعليم العالي في علوم الطب والمشاركة في إعداد وتطبيق البرامج المتعلقة به.
- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.²

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-465، مرجع سابق، ص-ص: 10-11.

² المرسوم التنفيذي رقم 97-465، مرجع سابق، ص-ص: 28-30.

2. المؤسسات الصحية الخاصة: حسب ما جاء في المرسوم التنفيذي 88-15 المؤرخ في 16 رمضان 1408هـ الموافق لـ 03 ماي 1988، تعتبر العيادات الاستشفائية الخاصة مؤسسات علاجية واستشفائية تمارس الأنشطة الطبية من قبل الخواص في العيادات الاستشفائية وعيادات الفحص الطبي والعلاج، وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات، ومخابر التحليل الطبية والبصرية الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية.¹

خامسا: الخصائص التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية:

للمؤسسات الاستشفائية خصائص تميزها عن غيرها من المنظمات وهي:

1. المؤسسات الاستشفائية من منظور اجتماعي:

تعد المؤسسات العمومية الاستشفائية جزءا أساسيا من المجتمع، وإذ تلبى احتياجاته الصحية من خلال تقديم خدمات علاجية ووقائية.

وتعنى هذه المؤسسات بتقديم الرعاية الصحية لكافة فئات المجتمع دون تمييز، مع ضمان العدالة في توزيع الخدمات الطبية. كما تلعب دورا محوريا في تحسين المستوى الصحي للسكان، وتساهم في الوقاية من الأمراض ومكافحتها. وتشرف على سير هذه المؤسسات طاقم إداري وطبي مؤهل، يعمل على تحقيق أهداف المؤسسة وتطوير أدائها، مع الحرص على التقييم المستمر لجودة الخدمات المقدمة.²

2. أهداف المؤسسات العمومية الاستشفائية:

تعتبر المؤسسات الاستشفائية كيانا له أهداف تنظيمية واضحة، إذ يرتبط وجودها أساسا بتحقيق مجموعة من الغايات التي تميزها عن غيرها من المؤسسات، وقد أشار بعض الباحثين إلى أن هذه المؤسسات تمثل نوعا خاصا من التنظيم، حيث تتمثل أهدافها الرئيسية في توفير العلاج والرعاية الصحية، بالإضافة إلى تقديم خدمات استشفائية متنوعة، مع التركيز على التخصصات الطبية المختلفة.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 88-15، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 18 المؤرخ في 17 رمضان 1408هـ الموافق لـ 04 ماي 1988، ص 751.

² عبد السلام شير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2005، ص 71.

كما أن هذه المؤسسات تلعب دوراً أساسياً في تكوين وتدريب الأطباء والمرضى، تعتبر مركزاً أساسياً لاكتساب المهارات والخبرات العملية. إذ ولا تزال هذه الوظيفة التعليمية قائمة رغم التطورات التي شهدتها القطاع الصحي، مما يجعل المستشفيات العمومية فضاء لتدريب الكوادر الطبية. إلى جانب ذلك، فإن المؤسسات الاستشفائية العمومية تهدف إلى تقديم خدمات إنسانية واجتماعية، حيث تضع في صميم أولوياتها تلبية احتياجات المرضى من مختلف الفئات دون تمييز أو تفصيل.

ومن بين الأهداف الأخرى التي تسعى لتحقيقها هذه المؤسسات، الحفاظ على صحة المجتمع والحد من انتشار الأمراض إلى جانب المساهمة في الاستقرار الاقتصادي من خلال تقليل تكاليف العلاج وتوفير الخدمات الصحية بأسعار مناسبة. وتعتبر الكفاءة في استغلال الموارد وتحقيق الجودة في الخدمات المقدمة من العوامل الأساسية لنجاح هذه المؤسسات.

ولا يقتصر تحقيق هذه الأهداف على الأطباء والمرضى فقط بل يشمل جميع العاملين في المؤسسة، حيث يعد كل فرد جزءاً لا يتجزأ من منظومة العمل التي تضمن تحقيق الأهداف المرجوة.¹

3. كيف تتم مباشرة السلطة في المؤسسات العمومية الاستشفائية:

إن تحقيق أهداف المؤسسات الاستشفائية يتم غالباً وفق أساليب بيروقراطية، حيث يعتمد عادة على التسلسل الهرمي في التنظيم لضمان التنسيق بين مختلف الأفراد، ويضطلع كل عضو في هذا الهيكل التنظيمي بدور محدد في سبيل تحقيق أهداف المستشفى.

ويترأس هؤلاء الأفراد عادة المدير المستشفى، الذي يعتبر الشخص المسؤول عن اتخاذ القرارات الحاسمة والمصيرية، خاصة تلك المتعلقة برعاية المرضى من جميع الجوانب. كما يشرف على ضمان سير العمل داخل المستشفى باعتباره وحدة متكاملة وفعالة من مختلف النواحي.²

4. تقسيم العمل في المؤسسات العمومية الاستشفائية:

من الخصائص الأساسية التي تعتمدها المؤسسات الاستشفائية العامة في تنظيمها هو مبدأ تقسيم العمل، يتم توزيع المهام بين الأقسام المختلفة لتحقيق الأهداف بكفاءة أكبر. على رأس كل قسم في المستشفى يوجد مدير مسؤول عن اتخاذ القرارات، على سبيل المثال: يعتبر قسم التمريض

¹ طارق السيد، أساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2007، ص: 108.

² طارق السيد، مرجع سابق، ص: ص-ص: 109-108.

نموذجاً جيداً لتقسيم العمل، حيث يوجد مشرف تريض قد يشرف على عدة وحدات في الوقت نفسه، ويتبع لرئيس التمريض الذي يدير مختلف جوانب العمل في الوحدة.

وهناك أدوار أخرى في المستشفى:

- قد ينوب البعض عن رئيس التمريض في بعض الأحيان.
- يوجد ممرضون متخصصون في رعاية المرضى.
- طلاب الطب والتمريض جزء من المنظومة التدريبية في المستشفى.
- قد يكون هناك كاتب مسؤول عن تسجيل الحالات والمساعدة في إعداد الوثائق والتقارير.
- يوجد أفراد يعملون بشكل غير دائم مثل الأطباء الزائرين والاستشاريين.
- الطبيعة الفورية لبعض القرارات: تجدر الإشارة إلى أن هناك بعض الجوانب التي تتسم بسرعة في المستشفى، حيث يجب تنفيذ القرارات بشكل فوري ودون نقاش، خاصة تلك المتعلقة بإنقاذ حياة المرضى في الحالات الطارئة، في مثل هذه الحالات يجب العمل بسرعة دون تردد أو انتظار الإجراءات الإدارية الروتينية لهذا يجب أن تكون المستشفيات مستعدة للتعامل مع هذه الحالات.¹

5. البناء غير الرسمي للمؤسسات الاستشفائية:

إن العامل الذي يساهم في تقليل التوترات الناتجة عن الخصائص البنوية، هو ذلك الذي يدعم نشوء علاقات غير رسمية وغير مؤسسية بين الأفراد، إذ تتيح الاتصالات غير الرسمية بين المجموعات، والتي تتميز بعلاقات أولية أكثر عمقا وحرية، فرصا أكبر للتفاهم وغالبا ما تتركز هذه العلاقات حول قنوات اتصال غير رسمية، مما يسمح بتبادل وجهات النظر حول القضايا الخلافية، بين الجماعات المتعارضة.

ومن خلال هذه القنوات، يمكن للطرفين أن يعبرا عن مخاوفهما ومصالحهما الحقيقية بعيدا عن القيود الرسمية وهو ما يهيئ بيئة أكثر مرونة للحوار وعلى الرغم من أن غياب الطابع الرسمي في التعاملات لا يعني بالضرورة غياب النظام والتنظيم، إلا أن هذا النمط من العلاقات يخلق مناخا يسمح بتجاوز بعض الظروف التي قد تعيق التوصل إلى حلول.

وتؤدي هذه المرونة إلى تعزيز فرص التفاهم، خاصة في ظل وجود بعض الخصائص البنوية للمؤسسات التي تجعل من الممكن تسوية نزاعات عبر التفاوض أو المساومة.²

¹ طارق السيد، مرجع سابق، ص-ص: 115-116.

² محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2009، ص-ص: 336-337.

سادسا: أشكال التنظيم داخل المؤسسة الاستشفائية:

تتكون المؤسسات الاستشفائية من نظام يجمع مجموعات رسمية وأخرى غير رسمية، حيث تتداخل العلاقات بين أفراد الجماعة. ولهذا نجد نوعين من التنظيم داخل هذه المؤسسات:

1. التنظيم الرسمي:

يتميز التنظيم الرسمي في المؤسسات الاستشفائية بتفاعل عدة فرق ومجموعات وقوانين وإجراءات محددة تهدف إلى تحقيق أهداف المؤسسة الصحية. ويتم ذلك من خلال وسائل وأساليب ضبط وإشراف وتسيير في إطار منظم، حيث توزع المهام والأدوار حسب التخصصات والكفاءات، وتحدد المسؤوليات بدقة. وتشمل هذه التنظيمات الرسمية مختلف الأقسام الطبية والإدارية، مثل الفرق الطبية، والخدمة الصحية والإدارية، بحيث يكون لكل منها دور محدد وواضح، ومع ذلك لا يكون هذا التنظيم الرسمي دائما كافيا أو مطبقا بشكل كامل، إذ قد تظهر بعض العلاقات غير الرسمية التي تساهم في تسيير العمل اليومي داخل المؤسسة.

2. التنظيم الغير الرسمي:

تقرض طبيعة التنظيم الاستشفائي وجود تنظيم غير رسمي إلى جانب التنظيم الرسمي، حيث لا يعتمد السلوك فيه على القواعد الرسمية فقط، بل يقوم أيضا على تفاعل وتواصل بين الجماعات من خلال علاقات المساندة والتعاون، إذ لا يقتصر عمل الموظفين على أداء المهام والوظائف المحددة لهم، بل يتجاوز ذلك إلى قيامهم بأدوار إضافية تعوض أحيانا بعض النواقص، مثل القيام بعض العاملين بمساعدة زملائهم أو القيام بأعمال خارج اختصاصهم.

وتتمو العلاقات غير الرسمية نتيجة للعلاقات الاجتماعية التي تتشكل بين الأفراد، مما يخلق جوا من التفاعل والتعاون في العمل إلا أن التنظيم الغير رسمي يظهر أنماطا سلوكية تساعد على تكميل النظام الرسمي، وتساهم في تحسين الأداء وحل المشكلات التي قد تواجه المؤسسة الاستشفائية.¹

¹ أميرة جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة الدكتوراه، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2009/2008، ص-ص: 148-149.

خلاصة:

تلعب المؤسسات الاستشفائية في الجزائر دورا محوريا في تحسين الصحة العامة وتقديم الخدمات العلاجية والوقائية للمواطنين سواء من خلال القطاع العام أو الخاص. ورغم مساهمتها الكبيرة في رفع المستوى الصحي وضمان التغطية الصحية، إلا أنها تواجه تحديات مثل نقص الكوادر الطبية والمعدات، إضافة إلى الحاجة المستمرة لتطوير التنظيم والإدارة، ومع ذلك تبقى هذه المؤسسات واجهة حضارية تعكس التقدم الصحي والاجتماعي في البلاد، وتسعى باستمرار لتلبية احتياجات السكان وتحسين جودة الرعاية الصحية.

الفصل الرابع: الإطار

المنهجي والتطبيقي

للحراسة

الدراسة

تمهيد:

يعد هذا الفصل من أهم مراحل الدراسة، إذ يترجم الإطار النظري والمفاهيمي إلى خطوات منهجية وتطبيقية ملموسة، فبعد التأسيس النظري الذي تم في الفصول السابقة يخصص هذا الفصل لعرض المنهجية العلمية التي يتم اتباعها من أجل معالجة الإشكالية المطروحة والاجابة عن تساؤلات البحث.

في هذا السياق يتناول الفصل مجالات الدراسة التي تشكل الإطار الذي نفذت فيه الدراسة سواء من حيث المجال المكاني والزمني، كما يتم عرض خصائص العينة التي تم اختيارها، ويتناول الفصل أيضا المنهج العلمي المعتمد إلى جانب تفصيل أدوات جمع البيانات التي تم استخدامها من أجل رصد المعطيات بدقة.

وفي الجزء الأخير من هذا الفصل يتم توضيح منهج تحليل البيانات الذي تم اتباعه لفهم النتائج وتفسيرها في ضوء السياقات الاجتماعية والنظرية المرتبطة بالدراسة، ويختم الفصل بطرح مجموعة من التوصيات المسندة إلى نتائج البحث والتي تهدف إلى الإسهام في تحسين الواقع المدروس وتطوير الممارسات المرتبطة به.

أولاً: مجالات الدراسة:

1. **المجال المكاني:** في إطار دراسة واقع العمل الاجتماعي في الوسط الاستشفائي، تبرز أهمية تحليل الأطر المكانية التي تحتضن هذا النشاط، ومن بين هذه الفضاءات المستشفى كمؤسسة صحية واجتماعية في آن واحد.

ويُعدّ مستشفى الحكيم عقبي بقالمة من بين أهم المؤسسات الاستشفائية على مستوى ولاية قالمة، حيث يلعب دوراً محورياً في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين. يضم المستشفى عدة مصالح طبية وإدارية متخصصة، من بينها مصلحة الشؤون الاجتماعية، التي تشكل أحد الركائز الأساسية في التكفل بالمرضى من الجوانب النفسية والاجتماعية. وتُعنى هذه المصلحة بتقديم الدعم والمرافقة الاجتماعية للمرضى، خصوصاً الفئات الهشة منهم، كذوي الدخل المحدود، الأشخاص بدون مأوى، أو المرضى القادمين من مناطق نائية. كما تعمل على التنسيق مع مختلف الهيئات الاجتماعية كمديرية النشاط الاجتماعي، الهلال الأحمر، والجمعيات الخيرية لتوفير مستلزمات العلاج، وتسهيل الإجراءات الإدارية المتعلقة بضمان العلاج المجاني أو نقل المرضى وغيرها. وتعتبر هذه المصلحة ميداناً خصباً للدراسة الميدانية، لما توفره من معطيات عملية حول دور المساعدة الاجتماعية في تحسين نوعية التكفل بالمرضى داخل الوسط الاستشفائي.
2. **المجال الزمني:** وهي الفترة الزمنية المحددة لإنجاز البحث حيث مرت هذه الدراسة بفترة زمنية مقسمة إلى مرحلتين: مرحلة الجانب النظري ومرحلة الجانب التطبيقي.
 - أ. **مرحلة الجانب النظري:** امتدت فترة بحثنا في هذه الفترة من بداية شهر نوفمبر 2024 إلى غاية شهر ماي 2025.
 - ب. **مرحلة الجانب الميداني:** تم الشروع فيه في شهر ماي 2025، حيث تم توزيع الاستمارات في 7 ماي 2025 وتم جمعها في 20 ماي 2025.
 - ت. **المجال البشري:** نظراً لطبيعة المجتمع المدروس فقد كان على الباحث اتباع أسلوب معين لاختيار العينة.

- تعرف العينة على أنها مجموعة جزئية يقوم الباحث بتطبيق دراسته عليها ويجب أن تكون ممثلة لخصائص مجتمع الدراسة الكلي¹.

¹ المنسي حسين: منهج البحث التربوي، دار الكندي، الأردن، ط1، 1999، ص 92.

العينة حسب موضوع البحث تمثلت في جميع المساعدين الاجتماعيين بمستشفيات ولاية قلمة والمقدر عددهم بـ 5 مقسمين 2 بمستشفى الحكيم عقبي و3 بمستشفى الأم والطفل. وللنقص الكبير في عدد المساعدين الاجتماعيين على مستوى ولاية قلمة اضطررنا إلى التعامل مع مساعدين اجتماعيين بالولايات التالية: عنابة، قسنطينة، باتنة وخنشلة، حيث تم اختيار العينة بطريقة قصدية.

ثانياً: منهج الدراسة وأدوات جمع البيانات:

1. منهج الدراسة:

يقصد بمنهج الدراسة مجموعة القواعد والإجراءات المحددة والمعتمدة من قبل المختصين في المجال العلمي، والتي يتبعها الباحث بغرض الوصول إلى الحقيقة والكشف عنها بهدف تحقيقي نتائج علمية دقيقة وموثقة.¹

وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي لكونه المنهج الأكثر ملائمة لموضوع دراستنا، كما يعد أداة قيمة لفهم دور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية.

ويعرف المنهج الوصفي بأنه أسلوب من أساليب التحليل المركز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد خلال فترة أو فترات زمنية معلومة، وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية ثم تفسيرها بطريقة موضوعية.²

2. أدوات جمع البيانات:

إن جمع البيانات اللازمة من أفراد العينة لإجراء الدراسة الميدانية كان من الضروري الاعتماد على مصادر ثانوية تم الرجوع إليها لتغطية الجوانب النظرية مثل: الكتب، المقالات، الأطروحات وغيرها، وقد تم اختيار أداة الاستبيان الذي يعد الأداة الأساسية التي استخدمت في دراستنا للحصول على البيانات المطلوبة من العينة، فهو يضمن إجابات دقيقة، كما يعد من الوسائل السهلة لجمع البيانات والتعامل معها، ويسهل الوصول إلى نتائج موثقة، ويوفر الوقت والجهد للباحث، حيث يمكن من خلاله جمع معلومات من عدد كبير من المشاركين في وقت قصير.³

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على استبيان مقسم إلى خمس محاور رئيسية هي:

- المحور الأول: يتناول بيانات شخصية تتعلق بعينة الدراسة.

¹ عمر عبد الرحيم نصر الله: أساليب مناهج البحث العلمي وتطبيقاتها، ط1، دار وائل للنشر، 2016، ص 32.

² غازي عنابة: منهجية إعداد البحث العلمي، بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه، دار المنهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 77.

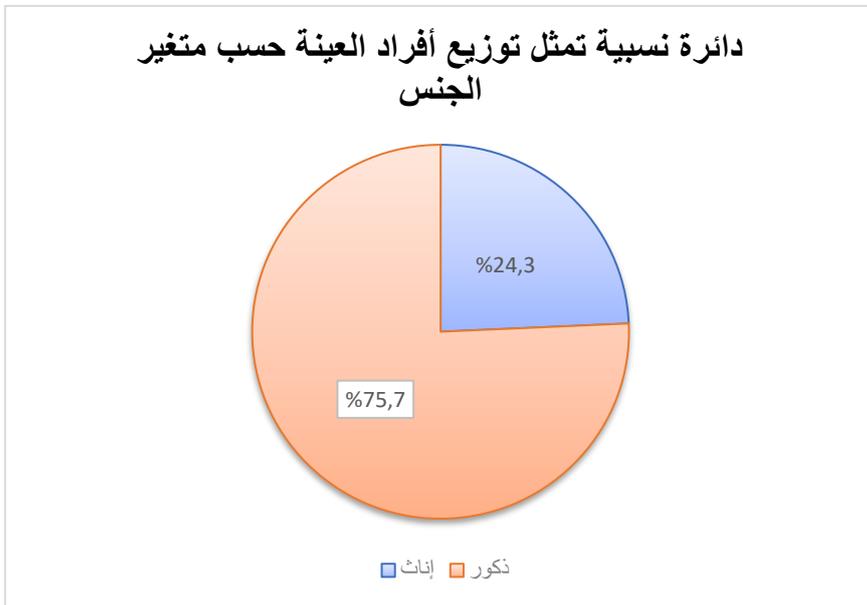
³ عصمت أحمد فاخر: أساليب البحث العلمي، ط1، الجنادرية للنشر والتوزيع، الأردن، 2018، ص3.

- المحور الثاني: يتناول دور المساعد الاجتماعي مع المرضى وأسرهم.
- المحور الثالث: يتناول دور المساعد الاجتماعي مع الفريق الطبي.
- المحور الرابع: يتناول دور المساعد الاجتماعي مع الإدارة.
- المحور الخامس: يتناول التحديات.

ثالثا: عرض وتحليل معطيات الدراسة:

المحور 1: البيانات الشخصية:

جدول رقم 01: توزيع الأفراد حسب الجنس:



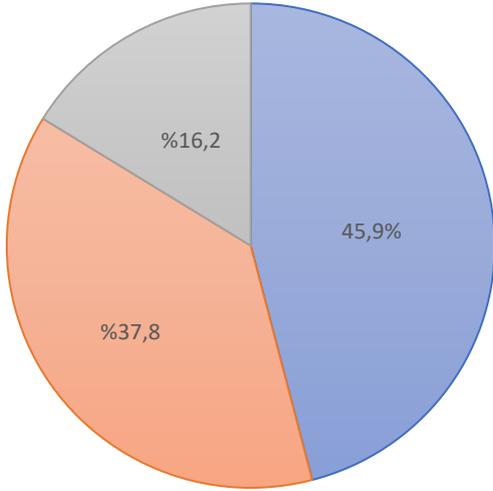
الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	28	75,7%
أنثى	9	24,3%
المجموع	37	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) أن نسبة الإناث المشاركة في الاستبيان أكبر من نسبة الذكور حيث بلغت 75.7% إناث مقابل 24.3% من الذكور. يعكس هذا التفاوت النسبي في المشاركة ميلا أكبر لدى الإناث في الاستجابة للاستبيانات، وهو ما قد يرتبط بعدة عوامل، من بينها ارتفاع مستوى الاهتمام بالموضوع قيد الدراسة، خصوصا وأنه يتعلق بدور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية وهو مجال يحظى باهتمام أكبر من قبل الفتيات عموما نظرا لاهتمامهم بتوفير الدعم الاجتماعي والنفسي للمرضى.

كما يمكن أن يعكس هذا التفاوت أيضا التمثيل العددي للإناث والذكور داخل المؤسسة محل الدراسة، مما يستوجب أخذ هذه النسبة بعين الاعتبار عند تحليل باقي نتائج الدراسة.

جدول رقم (02): توزيع أفراد العينة حسب السن:

دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب السن



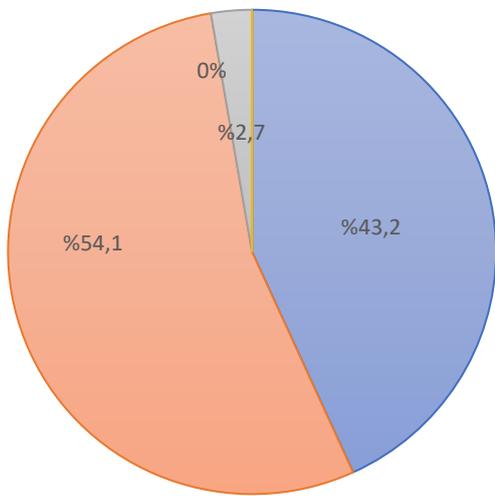
العمر	التكرار	النسبة
(32-22)	17	%45,9
(43-33)	14	%37,8
(54-44)	6	%16,2
المجموع	37	%100

■ (32-22) ■ (43-33) ■ (54-44)

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أكبر فئة في عينة الدراسة هم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من [22 إلى 32 سنة] بنسبة %45.9، وتليها الفئة التي تتراوح أعمارهم [من 33-43 سنة] التي بلغت نسبتهم %37.8، وفي الأخير الأفراد التي تتراوح أعمارهم [من 44-54 سنة] بنسبة %16.2، وهذا يدل على أن معظم أفراد عينة الدراسة هم من الشباب، هذا راجع لاهتمام الفئة الشبابية بمجال المساعدين الاجتماعيين والرعاية الاجتماعية والنفسية لمختلف فئات المجتمع عامة ولفئة المرضى بصفة خاصة.

جدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية:

دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية



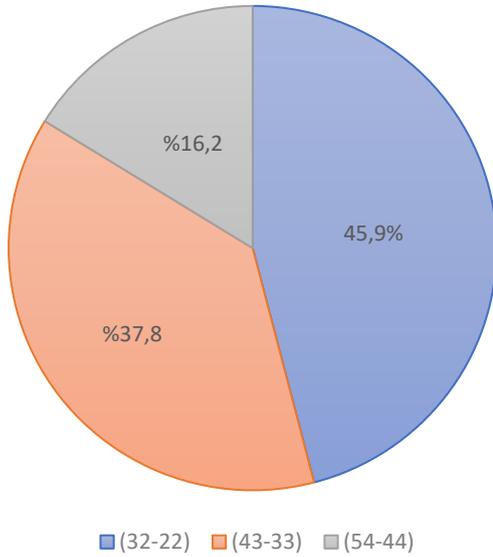
الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة
أعزب	16	%43,2
متزوج	20	%54,1
مطلق	1	%2,70
أرمل	/	0
المجموع	37	%100

■ أعزب ■ متزوج ■ مطلق ■ أرمل

نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) أن أكبر نسبة في عينة الدراسة سُجلت عند فئة المتزوجين بنسبة 54.1%، لأن المتزوجين لهم دور فعال كمساعدين اجتماعيين من خلال دعم المرضى وأسرهم ومرافقيهم نظرا لروح المسؤولية الأسرية لديهم. ثم تليها الفئة العزبة بنسبة 43.2% لكثرتها في المجتمع، وتليها الفئة المطلقة بنسبة 1%، أما فئة الأراامل منعومة في داخل المؤسسة محل الدراسة.

جدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

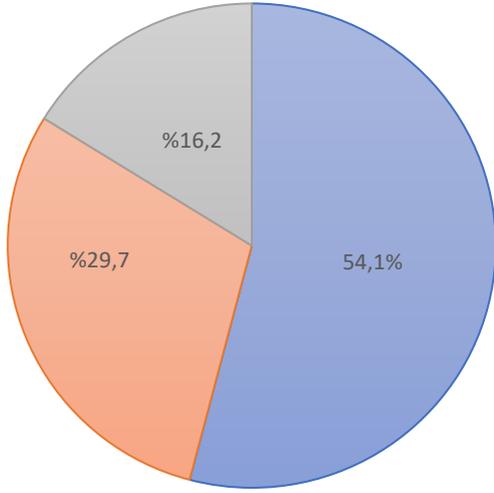


المستوى التعليمي	التكرار	النسبة
جامعي	36	97,30%
ثانوي	1	2,70%
المجموع	37	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) أن هناك بعض المبحوثين مستواهم التعليمي ثانوي أي بنسبة 2.70%، في حين غالبية أفراد العينة ذات مستوى جامعي والتي تقدر بنسبة 97.30% وذلك لوجود حاملي الشهادات بنسبة معتبرة داخل المؤسسة نتيجة شروط التوظيف التي يتطلبها العمل فيها، خصوصا خلال السنوات الأخيرة.

جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات الخبرة:

دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات الخبرة



■ [1-5] ■ [6-10] ■ [11-10]

يوضح هذا الجدول المتعلق بعدد سنوات الخبرة لدى المساعدين الاجتماعيين أن الغالبية العظمى من المساعدين يمتلكون خبرة تتراوح بين سنة إلى خمس سنوات، حيث بلغ عددهم 20 مساعدا اجتماعيا، أي بنسبة 54.1% من إجمالي العينة، يظهر هذا أن أكثر من نصف الممارسين في العينة هم جدد نسبيا في المهنة، ما قد يعكس واقعا مهنيا يتميز بحدائثة التجربة وضعف التراكم المهني العميق لدى غالبية العاملين.

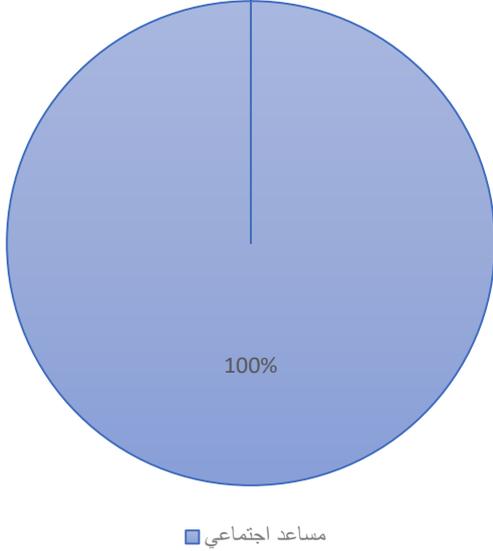
فقد يشير ذلك أيضا إلى وجود تدفق جديد في الكوادر، أما نتيجة لتوسع التوظيف أو الإحلال الوظيفي المستمر بسبب ترك الخبراء للمجال. ومن ناحية أخرى، بلغت نسبة من لديهم خبرة من 6 إلى 10 سنوات حوالي 29.7% أي 11 مساعدا، وهي فئة تمثل مرحلة انتقالية بين الممارس المبتدأ والخبير، ما قد يعني أن نسبة قليلة من المساعدين قد تجاوزوا السنوات التأسيسية الأولى واستمروا في المهنة، ولكنهم لم يصلوا بعد إلى مستوى متقدم من التراكم المهني.

أما الفئة التي تزيد خبرتها عن 10 سنوات فقد شكلت فقط 16.2% أي 6 مساعدين، وهي نسبة متدنية مقارنة بالفئتين السابقتين. يمكن تفسير انخفاض هذه النسبة بعدة احتمالات من بينها أن المهنة قد لا توفر استقرارا وظيفيا كافيا على المدى الطويل، أو أن هناك تسربا مهنيا بعد سنوات من الممارسة ربما بسبب ضغوط العمل، أو محدودية فرص الترقى والتطور المهني، أو التوجه نحو

مجالات أخرى أكثر جذبا، كذلك قد يفهم من ذلك أن الكفاءات ذات الخبرة لا تستبقى في المواقع الميدانية بل تنتقل لأدوار إشرافية أو إدارية.

جدول رقم (06): توزيع الأفراد حسب الوظيفة:

دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة



النسبة	التكرار	العبارة
%100	37	مساعد اجتماعي

في هذا الجدول تشير إجابة جميع المساعدين الاجتماعيين بنسبة 100% بأن نوع وظيفتهم هو "مساعد اجتماعي" إلى وجود فهم موحد للدور المهني، ما يعكس وضوحا في طبيعة المهام التي يؤديونها وارتباطها المباشر بتقديم الدعم والمساعدة للآخرين.

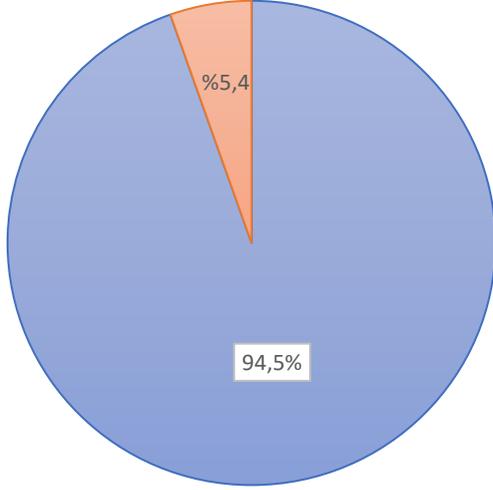
كما قد يدل هذا التوجه في التسمية على غياب التدرج الوظيفي أو التنوع في التسمية داخل الهيكل الإداري للمؤسسات التي يعملون بها.

الأمر الذي قد يعزى إلى محدودية في توزيع الأدوار أو إلى ثقافة مهنية ترى العمل الاجتماعي بشكل عام تحت مسمى واحد. ومن المهم في هذا السياق إعادة النظر في تنوع المسميات الوظيفية وتحديد الأدوار بشكل أكثر دقة، بما يسهم في تطوير المسار المهني وتعزيز التخصص داخل العمل الاجتماعي.

المحور 2: دور المساعد الاجتماعي مع المرضى وأسرهم:

الجدول رقم (07): يوضح إمكانية شرح الوضع الصحي للمرضى

دائرة نسبية تمثل إمكانية شرح الوضع الصحي للمرضى



لا نعم

يوضح هذا الجدول أن 94.59% من المساعدين الاجتماعيين يرون أن من ضمن مهامهم

شرح الوضع الصحي للمرضى، مقابل 5.40% أجابوا بالنفي.

تعكس هذه النسبة المرتفعة وعياً مهنيًا متقدماً بدور المساعد الاجتماعي في تسهيل فهم المرضى وأسرهم لحالتهم الصحية من خلال تبسيط المصطلحات الطبية وتقديم المعلومات بطريقة تراعي الجانب النفسي والاجتماعي. هذا الدور لا يهدف إلى تقديم تشخيص طبي، بل يساهم في دعم المريض نفسيًا وتعزيز تواصله مع الفريق العلاجي.

في المقابل، تشير نسبة الراضين إلى وجود تفاوت في فهم أو تطبيق هذا الدور، ما يعكس الحاجة إلى توحيد المفاهيم المهنية وتعزيز التكامل بين الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي داخل المؤسسات الاستشفائية.

جدول رقم (08): يوضح كيفية شرح الوضع الصحي للمرضى

النسبة	التكرار	الإجابة بنعم
62,86%	22	الكل
22,86%	8	طرق العلاج والوقاية
14,28%	5	طبيعة المرض
0	0	أسباب المرض
100%	37	المجموع

أظهرت نتائج الجدول أن دور المساعد الاجتماعي في التوعية الصحية للمرضى يختلف من حيث مدى وشمولية التدخل، حيث يبين 22 مساعدا اجتماعيا، بنسبة 62.86% أنهم يقومون بشرح شامل يتضمن أسباب المرض، طبيعته، طرق العلاج والوقاية مما يعكس وعيا مهنيا عاليا بأهمية الدور التثقيفي للمساعد الاجتماعي.

في المقابل، أشار 8 مساعدين اجتماعيين بنسبة 22.86% إلى أنهم يقتصرون على شرح طرق العلاج والوقاية فقط، وهو ما قد يدل على محدودية في التفاعل مع الجوانب المعرفية للمرض. كما أوضح 5 مساعدين اجتماعيين، بنسبة 14.28%، أنهم يكتفون بشرح طبيعة المرض دون التطرق إلى أسبابه أو وسائل الوقاية والعلاج، مما يعكس قصورا في أداء الدور التوعوي المطلوب. من الإيجابي أن 0% أجابوا بأنهم لا يقومون بأي نوع من الشرح، مما يدل على إدراك عام لأهمية التواصل مع المرضى.

وتشير هذه النتائج إلى الحاجة لتعزيز تدريب المساعدين الاجتماعيين وتطوير مهاراتهم في الشرح والتوعية الصحية لضمان تقديم دعم شامل وفعال للمرضى.

الجدول رقم (09): يوضح الحالات التي تستدعي تدخل المساعد الاجتماعي .

الحالات	التكرار	النسبة
أسرة فقيرة	16	%43,24
مرض مزمن	8	%21,62
أطفال	5	%13,52
مسنين	3	%8,10
فئات أخرى	5	%13,52
المجموع	37	%100

يتضح من خلال الجدول أن فئة الأسر الفقيرة تمثل النسبة الأكبر من تدخلات المساعدين الاجتماعيين، حيث تم تسجيل تدخل 16 مساعد اجتماعي بنسبة 43.24% مما يعكس حجم الطلب الاجتماعي المرتبط بالوضع الاقتصادي المهني، ويبرز الدور الأساسي الذي يلعبه المساعد الاجتماعي في مرافقة هذه الفئة وربطها بخدمات الإعانة والدعم الاجتماعي. وذلك من خلال تسوية وضعيتهم الإدارية من أجل حصولهم على بطاقة الشفاء عن طريق التنسيق مع مصالح مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن بهدف ضمان العلاج المجاني أو المخفض.*

وتأتي في المرتبة الثانية فئة المرضى المصابين بأمراض مزمنة بنسبة 21.60% (8 مساعدين اجتماعيين)، وهو ما يؤكد أهمية التدخل الاجتماعي في دعم هذه الفئة التي تحتاج إلى تكفل مستمر ومرافقة إدارية ونفسية، خاصة في ظل تكاليف العلاج المرتفعة وصعوبة الاندماج الاجتماعي والمهني. كما يسهر المساعد الاجتماعي في هذا السياق على تسهيل حصول المرضى على أجهزة طبية ضرورية مثل الأطراف الاصطناعية، الكراسي المتحركة، وذلك عبر التنسيق مع مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن.*

* أنظر الصفحة 44.

* أنظر الصفحة 43.

أما فئة الاطفال فقد شكلت نسبة 13.50% أي 5 مساعدين اجتماعيين، وهي تدخلات ترتبط غالبا بحالات الأطفال مجهولي النسب، حيث يعمل المساعد الاجتماعي على ضمان الحماية القانونية والاجتماعية لهؤلاء الأطفال، وإحالتهم إلى مراكز الطفولة المسعفة.*

وبالنسبة لفئة المسنين، فقد تم تسجيل ثلاث مساعدين بنسبة 8.10% وهي تعكس الحاجة إلى تعزيز آليات التكفل بهذه الشريحة لاسيما عندما يكونون في حالة عزلة اجتماعية أو بدون سند عائلي، حيث يسعى المساعد الاجتماعي إلى إيجاد حلول بديلة كالأيواء في دور العجزة أو توفير مساعدات اجتماعية خاصة.*

وأخيرا تم تسجيل تدخلات بنسبة 13.52% أي خمس مساعدين اجتماعيين لفائدة فئات أخرى كضحايا العنف، المدمنين والمهاجرين*، مما يعكس تنوع طبيعة التدخلات واتساع نطاق الفئات المستهدفة بالخدمة الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية.

وبشكل عام يظهر هذا التوزيع أهمية دور المساعد الاجتماعي في معالجة الأبعاد غير الطبية للحالات المرضية، ودورها كمحور أساسي في ضمان التكفل الشامل بالمرضى، لا سيما الفئات المحرومة من الدعم الأسري والمادي.

الجدول رقم (10): طرق التعرف على الفئات التي تستوجب تدخل المساعد الاجتماعي .

عن طريق	التكرار	النسبة
الفريق الطبي	21	56,74%
الإدارة	10	27,01%
الأسرة	6	16,25%
المجموع	37	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن أكبر فئة يتعرف عن طريقها المساعد الاجتماعي على الحالات التي تستدعي تدخله هي فئة "الفريق الطبي" بنسبة 56.74% وذلك راجع للدراية التامة للطبيب بطبيعة وظروف المرض ومدى حاجة هذا الأخير وأسرته للرعاية الاجتماعية والنفسية من

* أنظر الصفحة 42.

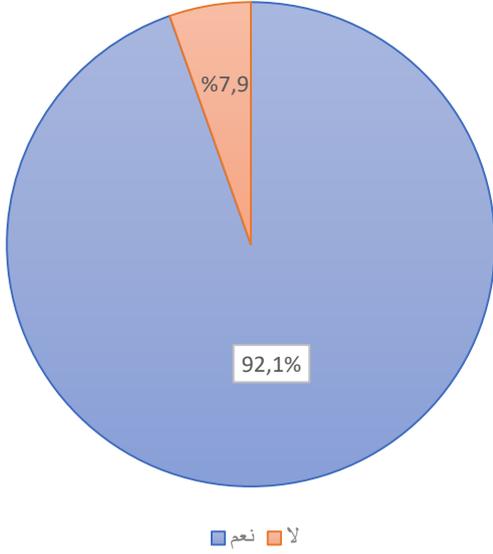
* أنظر الصفحة 43.

* أنظر الصفحة 44.

خلال مساعدة المساعد الاجتماعي للمريض في مواجهة مرضه، تليها فئة "الإدارة" بنسبة 27.01%، ثم فئة "الأسرة" بنسبة 16.25%.

جدول رقم (11): يوضح إمكانية مساعدة المرضى على التكيف مع مرضهم

دائرة نسبية تمثل إمكانية مساعدة المرضى على التكيف مع مرضهم



العبارة	التكرار	النسبة
نعم	35	92,1%
لا	02	7,9%
المجموع	37	100%

أوضح الجدول رقم (11) أن غالبية المساعدين الاجتماعيين المشاركين بنسبة 92.1% يعتقدون أنهم يساهمون بشكل فعال في مساعدة المرضى على التكيف مع حالتهم المرضية، وهذا يدل على وعي المساعدين الاجتماعيين بأهمية دورهم في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمرضى، ومدى شعورهم بأن تدخلاتهم المهنية تحدث أثرا إيجابيا في حياة المرضى.

أما نسبة 7.9% التي رأت عكس ذلك، فقد تعكس وجود بعض التحديات المهنية، كقلة الإمكانيات أو الضغط المهني أو شعور بعض المساعدين بعدم التقدير أو بعدم تمكينهم من أداء دورهم بالشكل المطلوب.

وتؤكد هذه النتائج على أهمية دعم المساعدين الاجتماعيين وتوفير البيئة المناسبة التي تمكنهم من أداء مهامهم بفعالية، مع العمل على تعزيز قدراتهم وتقدير دورهم داخل الفريق العلاجي.

جدول رقم (12): يوضح الطرق التي يستعملها المساعد الاجتماعي حتى يتكيف المريض مع

مرضه:

النسبة	التكرار	العبرة
62,8%	22	تبسيط المرض
37,14%	13	النصح والإرشاد
100%	35	المجموع

تشير نتائج هذا الجدول إلى أن 62.8% من المساعدين الاجتماعيين يعتمدون على تبسيط المرض كوسيلة رئيسية لمساعدة المريض على التكيف مع حالته، بينما يعتمد 37.14% على النصح والإرشاد.

تعكس هذه النتائج أن الغالبية من المساعدين يرون أن شرح المرض بلغة مبسطة، وتفكيك المصطلحات والمفاهيم الطبية للمريض يساعد في خفيف شعوره بالخوف أو التوتر، ويزيد من تقبله لوضعه الصحي.

في المقابل، يرى جزء مهم من المساعدين الاجتماعيين أن التوجيه والدعم النفسي من خلال النصح والإرشاد يساهم في تمكين المريض من التعامل مع مرضه بشكل إيجابي، وتشير هذه المعطيات إلى أهمية الجمع بين الطريقتين، على أن تكون البداية بتبسيط المعلومات المتعلقة بالمرض، ثم تعزيز التكيف عبر التوجيه والإرشاد النفسي والاجتماعي.

جدول رقم (13): يوضح الخدمات التي يقدمها المساعد الاجتماعي للمرضى داخل المستشفى

النسبة	التكرار	العبرة
18,91%	7	الاستقبال
43,24%	16	المواكبة الاجتماعية
37,83%	14	حلقة وصل بين كل الأطراف
100%	37	المجموع

في هذا الجدول تشير نتائج إجابات المساعدين الاجتماعيين حول الخدمات التي يقدمونها داخل المستشفى إلى أن أغلبهم يركز على تقديم المواكبة الاجتماعية وذلك بنسبة 43.24%، ما يعكس وعيهم بأهمية دعم المرضى نفسياً واجتماعياً ومرافقتهم خلال مسارهم العلاجي.

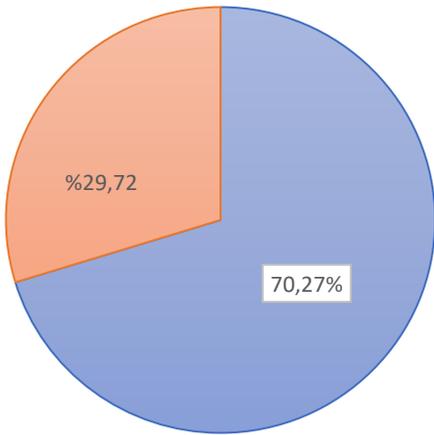
كما أفاد 37.83% بأنهم يعملون كحلقة وصل بين مختلف الأطراف، مثل الفريق الطبي والأسرة والجهات الداعمة، مما يؤكد دورهم المحوري في تنسيق الجهود وتحقيق التكامل في الرعاية الصحية.

في المقابل، اعتبر 18.91% فقط أن من مهامهم تقديم خدمة الاستقبال، وهو ما يشير إلى أن هذا الدور يعد ثانويا مقارنة بالأدوار الاجتماعية والمهنية الأخرى التي يضطلعون بها. تعكس هذه النتائج إدراك الأخصائيين الاجتماعيين لأهمية دورهم في دعم المرضى وتعزيز جودة الخدمات المقدمة داخل المؤسسة الصحية.

الجدول رقم (14): يوضح هل يقدم المساعد الاجتماعي مساعدات للمرضى خارج المستشفى

دائرة نسبية تمثل هل يقدم المساعد الاجتماعي مساعدات للمرضى خارج المستشفى

العبرة	التكرار	النسبة
نعم	26	70,27%
لا	11	29,72%
المجموع	37	100%



■ نعم ■ لا

يوضح هذا الجدول أن نسبة 70.27% من المساعدين الاجتماعيين أجابوا بـ: "نعم" حول تقديم المساعدات للمرضى خارج المستشفى، مما يدل على أن غالبية المساعدين يمارسون دورهم الاجتماعي خارج حدود المؤسسة الصحية، وهو ما يعاكس وعيا بأهمية متابعة المرضى في بيئتهم المجتمعية وتقديم الدعم المستمر لهم. هذا يشير أيضا إلى جودة تنسيق وتعاون بين المستشفى والجهات المجتمعية لتقديم رعاية شاملة ومتكاملة.

وفي المقابل، بلغت نسبة الذين أجابوا بـ "لا" حوالي 29.72% وهو ما قد يعزى إلى وجود معوقات مثل نقص الكوادر، أو ضعف في آليات التنسيق الخارجي، أو غياب السياسات التي تدعم هذا النوع من التدخل الاجتماعي. حيث تعكس هذه النسب توجهها إيجابيا عاما نحو توسيع دور المساعد الاجتماعي.

الجدول رقم (15): يوضح نوع المساعدات التي يقدمها المساعد الاجتماعي للمرضى

خارج المستشفى:

النسبة	التكرار	العبرة
69,23%	18	التوجيه للجمعيات
23,07%	6	تسوية ملفاتهم مع مديرية النشاط الاجتماعي
7,69%	2	مساعدات مالية
100%	37	المجموع

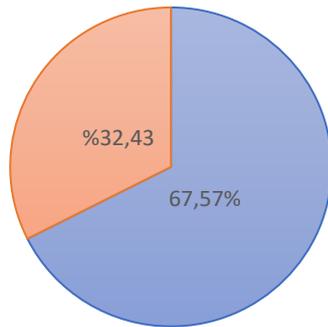
توضح نتائج هذا الجدول أن اغلب المساعدين الاجتماعيين يقدمون المساعدة للمرضى خارج المستشفى من خلال توجيههم إلى الجمعيات، وذلك بنسبة 69.23%، مما يعكس اعتمادا كبيرا على دور الجمعيات في تلبية احتياجات المرضى الاجتماعية والمادية، وربما يدل على محدودية الموارد المباشرة المتوفرة داخل المؤسسة الصحية.

في المقابل، بلغت نسبة المساعدين الذين يسعون لتسوية ملفات المرضى مع مديرية النشاط الاجتماعي 23.07%، مما يشير إلى وجود تعاون رسمي مع الجهات الحكومية لمعالجة الحالات التي تتطلب دعما طويلا المدى أو قانونيا.

أما نسبة الذين يقدمون مساعدات مالية مباشرة فقد بلغت 7.69% فقط، ما يدل على نظرة هذا النوع من الدعم، ربما بسبب القيود المالية أو السياسات المعتمدة التي تفضل الحلول المؤسسية والمستدامة على التدخلات الفردية.

الجدول رقم (16): إمكانية تقبل كل الأسر تدخل المساعد الاجتماعي مع مريضهم

دائرة نسبية تمثل إمكانية تقبل كل الأسر تدخل المساعد الاجتماعي مع مريضهم



■ نعم ■ لا

النسبة	التكرار	العبرة
67,57%	25	نعم
32,43%	12	لا
100%	37	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن فئة الأسر التي تتقبل تدخل المساعد الاجتماعي مع مريضهم هي أعلى نسبة ب 67.57%، في حين فئة الأسر التي كانت إجابتهم ب "لا" نسبتهم 32.43%، وهذا راجع لجهلهم بدور المساعد الاجتماعي مع المريض.

جدول رقم (17): يبين مساهمة المساعد الاجتماعي في وضع خطة علاجية مع الفريق الطبي:

النسبة	التكرار	العبرة
62,1%	23	نعم
37,9%	14	لا
100%	37	المجموع

أوضحت نتائج الجدول أن غالبية المساعدين الاجتماعيين المشاركين في الدراسة يساهمون في وضع الخطة العلاجية إلى جانب الفريق الطبي، حيث أفاد 23 مساعدا اجتماعيا بنسبة 62.1% لأنه يشاركون فعليا في إعداد الخطة العلاجية.

هذا يعكس إدراكا متزايدا لأهمية الدور التكميلي الذي يلعبه المساعد الاجتماعي في دعم المسار العلاجي للمريض، ليس فقط من الجانب النفسي والاجتماعي، بل أيضا من خلال التعامل متعدد التخصصات الذي يساهم في تحسين نتائج العلاج.

في المقابل أشار 14 مساعدا اجتماعيا بنسبة 37.9% إلى أنهم لا يشاركون في وضع الخطة العلاجية، مما تشير إلى وجود فجوة في تكامل الأدوار داخل بعض المؤسسات الاستشفائية. قد يعود ذلك إلى ضعف التنسيق، أو عدم الاعتراف الكافي بالدور العلاجي للمساعد الاجتماعي، أو إلى غياب آليات تنظيمية واضحة تتيح لهم المشاركة.

تشير هذه النتائج إلى ضرورة تعزيز المساعدين الاجتماعيين ضمن الفريق الطبي بشكل رسمي ومنهجي، وتأكيد دورهم الفعال في التخطيط العلاجي الشامل، الذي يأخذ بعين الاعتبار الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض إلى جانب الجوانب الطبية.

الجدول رقم (18): يوضح الدور الذي يلعبه المساعد الاجتماعي مع الفريق الطبي والمريض:

النسبة	التكرار	العبرة
16,2%	6	وسيط
13,5%	5	منسق
70,3%	24	مساعد
100%	37	المجموع

أظهرت نتائج الجدول تنوع في تصورات المساعدين الاجتماعيين حول دورهم ضمن الفريق الطبي في علاقتهم بالمريض، مما يعكس تعدد الأدوار الذي يضطلعون بها داخل المؤسسة الاستشفائية، حيث أفاد 26 مساعدا اجتماعيا نسبة 70.3% بأنهم يعتبرون أنفسهم مساعدين بين الفريق الطبي والمريض، وهو ما يشير إلى إدراك واسع للدور الداعم الذي يضطلعون به، سواء من خلال تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريض أو تسهيل تواصله مع الطاقم الطبي.

في المقابل رأى المساعدين الاجتماعيين بنسبة 16.2% بأن دورهم يتمثل في الوساطة بين المريض والفريق الطبي، ما يدل على وعي بالأهمية تسهيل الحوار وتجاوز الحواجز التي قد تعيق الفهم المتبادل بين الطرفين، بينما اعتبر 5 مساعدين فقط بنسبة 13.5% أنهم يقومون بدور "المنسق" وهو دور يرتبط غالبا بربط الجهود وتنظيم الموارد والخدمات المقدمة.

ويعكس هذا التوزيع في الأداء تعدد الأدوار التي يقوم بها المساعد الاجتماعي داخل المؤسسة الاستشفائية، ويبرز في الوقت ذاته أهمية توضيح الأدوار الوظيفية وتحديدتها بوضوح داخل الفريق الطبي لضمان التكامل والتعامل الفعال، كما تشير النتائج إلى الحاجة لتعزيز الاعتراف بالدور الإستراتيجي للمساعد الاجتماعي في الجوانب النفسية، التواصلية والتنظيمية في رعاية المريض، بما يضمن تحقيق أفضل النتائج العلاجية والاجتماعية.

جدول رقم (19): مدى تقبل الفريق الطبي لدور المساعد الاجتماعي مع المرضى:

النسبة	التكرار	العبرة
91,9%	34	نعم
8,1%	3	لا
100%	37	المجموع

يوضح الجدول مدى تقبل الفريق الطبي لدور المساعد الاجتماعي داخل المؤسسات الاستشفائية، حيث يتضح من خلاله أن الغالبية العظمى من المساعدين الاجتماعيين بنسبة 91.9% يؤكدون على أن الفرق الطبية تتقبله داخل المستشفى حيث بلغ عدده 34 فرداً، بالمقابل عبر 3 فقط من المساعدين الاجتماعيين عن عدم تقبل الفريق الطبي لدورهم وهذا بنسبة 8.1%.

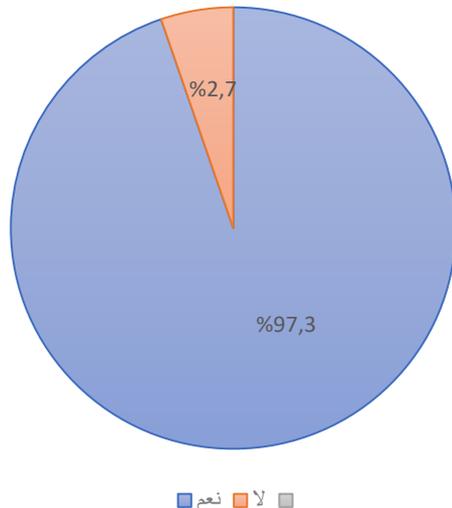
فهذه النتائج تشير إلى وجود مستوى عالي من الوعي والتقدير داخل الفريق الطبي لأهمية الدور الذي يلعبه المساعد الاجتماعي في المحيط العلاجي، هذا التقبل يعد مؤشراً إيجابياً على وجود بيئة مهنية تدعم التكامل بين الأبعاد الطبية والاجتماعية في علاج المرضى.

وتفسير هذا التقبل العالي في عدة عوامل محتملة منها: إدراك الطاقم الطبي لأهمية الجوانب النفسية والاجتماعية في تحقيق الشفاء الكامل للمريض، تزايد الحاجة إلى تدخل المساعد الاجتماعي لحل مشاكل اجتماعية وأسرية قد تؤثر على استجابة المريض للعلاج.

كما أن وجود نسبة قليلة قدرت بـ 81% ترفض هذا الدور، يشير إلى أهمية مواصلة التوعية والتكوين حول طبيعة العمل المساعد الاجتماعي وحدوده، لتفاعل أي لبس أو سوء فهم حول مهامه.

جدول رقم (20): يوضح إمكانية شرح الفريق الطبي للمساعد الاجتماعي الحالة الصحية للمرضى:

دائرة نسبية تمثل إمكانية شرح الفريق الطبي للمساعد الاجتماعي الحالة الصحية للمرضى



النسبة	التكرار	العبرة
97,3%	36	نعم
2,7%	1	لا
100%	37	المجموع

يوضح الجدول أن غالبية المساعدين الاجتماعيين وعددهم 36 من أصل 37 يؤكدون على حرص الفريق الطبي على شرح حالة المريض الصحية لهم، بنسبة مرتفعة جدا بلغت 37.3% في حين عبر فرد واحد عن عدم قيام الفريق الطبي بذلك بنسبة 2.7%.

تشير هذه النتائج إلى وجود تعاون فعلي وتواصل إيجابي بين أعضاء الفريق العلاجي داخل المؤسسة الاستشفائية.

إن مشاركة المساعدين الاجتماعيين بالمعلومات الطبية ذات الصلة بالحالة الصحية يعد خطوة ضرورية يمكنه من أداء دوره الاجتماعي والإنسان بفعالية، فكل تدخل اجتماعي ناجح يجب أن يكون مبنيا على فهم دقيق وشامل لحالة المريض، لاسيما عندما يكون هناك أبعاد نفسية واجتماعية متداخلة مع الوضع الصحي.

كما تعكس هذه النسبة المرتفعة وعيا متزايدا لدى الفريق الطبي بأهمية تكامل الأدوار من الجانب الطبي والاجتماعي في الرعاية الصحية، وأن تقديم العلاج لا يقتصر فقط على الوصفات الطبية أو الإجراءات السريرية، بل يتعداها إلى العمل التشاركي مع المساعدين الاجتماعيين لتقديم دعم شامل ومتكامل.

أما النسبة القليلة التي أكدت رفض الفريق الطبي شرح حالة المريض (فرد واحد فقط) فقد ترجع إلى تحفظ مهني خاطئ أو غياب الوعي الكامل بأهمية الدور التشاركي، وهو ما يستدعي تكثيف برامج التوعية والتكوين المشترك بين الأطباء والمساعدين الاجتماعيين بهدف تعزيز روح الفريق والتكامل في العمل.

الجدول رقم (21): يوضح إمكانية تزويد المساعدين الاجتماعيين الفريق الطبي بالمعلومات

الاجتماعية الخاصة بالمريض:

النسبة	التكرار	العبرة
91,9%	34	نعم
8,1%	3	لا
100%	37	المجموع

تشير نتائج الجدول إلى أن الغالبية الساحقة من أفراد المساعدين الاجتماعيين وعددهم 34 من أصل 37 يروا أنهم يزودون الفريق الطبي بالمعلومات الاجتماعية الخاصة بالمريض وهو ما يعادل نسبة

91.9%، في حين عبر 03 أفراد فقط عن عدم تزويدهم الفريق الطبي بالمعلومات عن المريض بنسبة 8.1%.

تعكس هذه النتائج وجود تواصل فعال وتعاون متبادل بين المساعد الاجتماعي والفريق الطبي، حيث أصبح ينظر إلى المساعد الاجتماعي كمصدر أساسي للمعلومات المتعلقة بالبيئة الاجتماعية للمريض، مثل الظروف العائلية والوضع المادي، مستوى الدعم النفسي والاجتماعي المتوفر، هذه المعطيات تلعب دوراً محورياً في تحسين جودة الرعاية الصحية، خصوصاً في الحالات التي تتداخل فيها الأبعاد الاجتماعية والنفسية مع المسار العلاجي.

كما يدل ذلك على إدماج حقيقي للمساعد الاجتماعي في المنظومة العلاجية حيث لا يقتصر دوره على المتابعة الخارجية، بل ينظر إليه كعنصر فاعل يساهم في اتخاذ قرارات طبية أو علاجية بناء على خلفية المريض الاجتماعية.

أما النسبة الضئيلة التي تستفيد من هذه المعلومات، فقد ترجع إلى ضعف التنسيق داخل بعض الأقسام، غياب آليات رسمية لتبادل المعلومات، أو عدم وعي الأطباء بأهمية المعلومات الاجتماعية في التقييم الطبي.

لذلك يوصى بتعزيز هذا التعاون من خلال إعداد إجراءات عمل مشتركة وتنظيم لقاءات دورية بين الفريق الطبي لتبادل المعلومات بشكل مبيّض من التكامل بين الجانب الطبي والاجتماعي في خدمة المريض.

الجدول رقم (22): يوضح عملية التنسيق بين المساعد الاجتماعي والمريض والإدارة:

النسبة	التكرار	العبرة
86,5%	32	نعم
13,5%	5	لا
100%	37	المجموع

تشير نتائج الجدول إلى أن الغالبية العظمى من المشاركين 32 ما يعادل نسبة 85.5% أكدوا وجود تنسيق بين المساعد الاجتماعي والمريض والإدارة، نسبة صغيرة فقط قدرت بـ 13.5% ما يعادل خمس أفراد أفادت بعدم وجود هذا التنسيق.

تعكس هذه النتائج وجود دور فعال وواضح للمساعد الاجتماعي داخل المؤسسة الاستشفائية، حيث لا يقتصر تدخله على الجانب الإنساني أو النفسي، بل يتعداه إلى الوساطة والتنسيق الإداري سواء مع الإدارة لتسهيل بعض الإجراءات الخاصة بالمريض (كإيوائه أو التكفل بعلاجه)، أو مع المريض لشرح حقوقه والتفاعل مع احتياجاته الاجتماعية والمعنوية.

هذا التنسيق الثلاثي يعد عنصرا جوهريا في تحقيق جودة الرعاية الصحية الشاملة، لأنه يضمن تدفقا سلسا للمعلومات، ويوفر بيئة داعمة تراعي الجوانب الإدارية، الاجتماعية والطبية للمريض في آن واحد.

أما النسبة القليلة التي نفت وجود هذا التنسيق فقد تكون انعكاسا لوجود صعوبات تنظيمية أو غياب آليات رسمية واضحة تنظم العلاقة بين الأطراف الثلاثة، مما يؤكد الحاجة إلى تعزيز الأدوار المساعدين الاجتماعيين ضمن الفريق العلاجي، وتكريس التعاون بينهم وبين مختلف مكونات المؤسسة الصحية.

جدول رقم (23): يوضح كيفية الحصول على ملف المريض:

النسبة	التكرار	العبرة
37%	14	من الإدارة
54,1%	20	الفريق الطبي
8,1%	3	الأسرة
100%	37	المجموع

تظهر نتائج الجدول تباينا في الطرق التي يعتمد عليها المساعدون الاجتماعيون للحصول على ملف المريض وهو ما يعكس تعددية في قنوات الوصول إلى المعلومات داخل المؤسسة الاستشفائية، فقد أشار 20 مساعدا اجتماعيا بنسبة 54.1% أي أن مصدر حصولهم على الملف هو الفريق الطبي مما يدل على وجود تنسيق مباشر وتعاون وثيق بين الأطباء والمساعدين الاجتماعيين، يسهل عملية تبادل المعلومات الطبية والاجتماعية حول حالة المريض.

في المقابل أكد 14 مساعدا اجتماعيا بنسبة 37% أنهم يحصلون على الملف من الإدارة، ما قد يشير إلى اعتمادهم على القنوات الرسمية والإدارية في بداية التكفل بالحالات، أما 03 مساعدين اجتماعيين فقط بنسبة 8.1% فأوضحوا أنهم يحصلون على معلومات المريض من أسرته مباشرة،

ورغم أن هذه النسبة ضعيفة إلا أنها تكشف عن وجود حالات خاصة قد يصعب فيها الوصول إلى الملف الطبي أو الإداري، فيضطر المساعد الاجتماعي إلى الاعتماد على المعطيات التي توفرها العائلة، خصوصا في حالات الطوارئ أو عند غياب وثائق رسمية.

من خلال هذه النتائج، يمكن استنتاج أن أغلب المعلومات تؤخذ من الفريق الطبي، وهو ما يؤكد أهمية وجود تواصل مهني فعال بين المساعد الاجتماعي والطبيب، ومع ذلك فإن تباين مصادر الحصول على الملف قد يطرح إشكاليات تتعلق بدقة وتوحيد المعلومات ويبرز الحاجة إلى وضع آلية موحدة واضحة داخل المؤسسات الصحية تضمن سهولة وشفافية وصول المساعد الاجتماعي إلى المعلومات بما يخدم خصوصية المريض ويسرع في عملية التكفل به الاجتماعي.

جدول رقم (24): يوضح مدى تقديم الإدارة تسهيلات للقيام بمهام المساعد الاجتماعي:

النسبة	التكرار	العبرة
86,5%	32	نعم
13,5%	5	لا
100%	37	المجموع

أظهرت نتائج الاستبيان أن 32 مساعدا اجتماعيا من أصل 37 أي بنسبة 86.5% أكدوا أن الإدارة تقدم لهم تسهيلات تمكنهم من أداء مهامهم بشكل فعال، في حين أشار 05 مساعدين اجتماعيين فقط بنسبة 13.5% إلى عدم حصولهم على هذه التسهيلات.

تعكس هذه النتائج دورا إيجابيا ملحوظا للإدارة في دعم المساعد الاجتماعي داخل المؤسسة الصحية، حيث تعتبر التسهيلات الإدارية عاملا أساسيا في تمكينه من ممارسة مهامه الاجتماعية والإنسانية، مثل توفير المكاتب، الوسائل اللوجستية، الدعم في الإجراءات الرسمية والتنسيق مع باقي المصالح...

إن نسبة 86.5% تعد مؤشرا قويا على وجود وعي إداري متزايد بأهمية دور المساعد الاجتماعي في المنظومة العلاجية، كما تبرز وجود بيئة عمل مناسبة تشجع على التكفل الاجتماعي الفعال بالمريض.

في المقابل، فإن النسبة المتبقية 13.5% وإن كانت صغيرة إلا أنها تشير إلى وجود بعض المعوقات التي قد تواجه المساعدين الاجتماعيين في بعض المؤسسات، مثل نقص الموارد، ضعف

الاعتراف بالدور الاجتماعي، أو بطء الإجراءات الإدارية، ما يستدعي تعزيز آليات التواصل الإداري وتوفير الإمكانيات اللازمة لأداء المهام على أكمل وجه.

بناء مما سبق يتضح أن دعم الإدارة يشكل عنصرا حاسما في نجاح تدخلات المساعد الاجتماعي، وينصح بتعميم الممارسات الإيجابية وتعزيزها لضمان تكافؤ فرص العمل لجميع الفاعلين الاجتماعيين داخل القطاع الاستشفائي.

الجدول رقم (25): يوضح تضارب مهام المساعد الاجتماعي ومهام الفريق الطبي:

النسبة	التكرار	العبرة
89,2%	32	نعم
10,8%	5	لا
100%	37	المجموع

تكشف نتائج الجدول أن 32 مساعدا اجتماعيا من أصل 37 أي بنسبة 89.2% يرون أن هناك تضاربا في المهام بينما يقومون به وما يقوم به الفريق الطبي، في حين اعتبرها 05 مساعدين اجتماعيين بنسبة قدرت بـ 10.8% أن التضارب غير موجود.

تشير هذه الأرقام إلى أن ظاهرة تضارب المهام تعد مصدر قلق واضح لدى أغلبية المساعدين الاجتماعيين داخل المؤسسات الاستشفائية.

ويمكن تفسير ذلك بعده عوامل من أبرزها: توسع نطاق عمل المساعد الاجتماعي ليشمل أحيانا مهام إدارية أو شبه طبية، بسبب نقص التنسيق أو ضعف الموارد البشرية، سوء الفهم أو ضعف التواصل بين الفريقين، حيث قد لا يدرك البعض أهمية الدور التكميلي للمساعد الاجتماعي، فيحاول التدخل في مجاله أو التقليل من قيمته.

من جهة أخرى، فإن نسبة 10.8% التي نفت وجود هذا التضارب قد تعكس بيئات عمل أكثر تنظيما وتنسيقا، حيث يتم احترام كل طرف ويتم اعتماد العمل الجماعي المتكامل.

هذا التضارب في المهام، إن استمر قد يؤثر سلبا على جودة الخدمات المقدمة للمرضى، ويشرب توترا داخل الفريق العلاجي، ويعيق التكامل بين الجوانب الطبية والاجتماعية في الرعاية الصحية.

هو وبالتالي فإن هذه النتائج تبرز الحاجة الملحة إلى وضع آلية واضحة لتوزيع المهام بين المساعد الاجتماعي والفريق الطبي، تعزيز ثقافة العمل الاجتماعي والتكامل المهني داخل المستشفيات، وتنظيم لقاءات تكوينية مشتركة لتوضيح الأدوار والمهام وتقادي سوء الفهم المهني.

جدول رقم (26): يوضح إمكانية تدخل لإضافة في حل النزاع مع الفريق الطبي:

النسبة	التكرار	العبرة
29,7%	11	نعم
70,3%	26	لا
100%	37	المجموع

أظهرت نتائج الجدول المتعلق بتدخل الإدارة في حل النزاع بين المساعد الاجتماعي والفريق الطبي أن 11 مساعدا اجتماعيا فقط من أصل 37 مشاركا أجابوا بنعم أي بنسبة 29.7%، في حين أجاب 26 مساعدا ب لا، وهو ما يمثل نسبة 70.3%، وتشير هذه الأرقام إلى أن أغلبية المساعدين الاجتماعيين يرون أن الإدارة لا تتدخل بشكل كافي أو فعال في حال وقوع نزاع بينهم وبين الفريق شبه الطبي داخل المؤسسة.

وتعكس هذه النتائج وجود قصورا إداريا ملحوظا في التعامل مع حالات التوتر والخلافات التي قد تنشأ داخل الفريق الطبي متعدد التخصصات، وهو ما قد يؤدي إلى تفاقم النزاعات، وانخفاض مستوى التنسيق، وربما التأثير سلبا على جودة الخدمات المقدمة، كما أن ضعف تدخل الإدارة قد يشعر المساعد الاجتماعي بعدم الدعم أو التقدير، مما ينعكس على أدائه المهني واستقراره الوظيفي، وتبرز هذه المعطيات الحاجة الماسة إلى تبني سياسات مؤسسية واضحة لإدارة النزاع، وتعزيز آليات الحوارات والتنسيق بين التخصصات المختلفة داخل المؤسسة، بما في ذلك دور الإدارة كجهة محايدة ومنظمة لضمان بيئة عمل صحية ومتعاونة.

جدول رقم (27): يوضح كيفية حل المشاكل بين المساعد الاجتماعي والفريق الطبي:

النسبة	التكرار	العبرة
54,5%	6	التعامل بصفة قانونية
45,5%	5	التفاهم والحوار
100%	37	المجموع

أظهرت نتائج الاستبيان أن 06 مساعدين اجتماعيين من أصل 11، أي نسبة 54.5% أكدوا أن الإدارة تتعامل معهم بصفة قانونية عند حدوث مشكلات في بيئة العمل، بينما أشار 05 مساعدي اجتماعيين أي بنسبة 43.5% إلى أن الإدارة تعتمد أسلوب التفاهم والحوار في معالجة الخلافات معهم.

تشير هذه النتائج إلى وجود تباين واضح في أسلوب تعامل الإدارة مع المساعدين الاجتماعيين، حيث تميل فئة أكبر إلى الشعور بأن العلاقة تتسم بالطابع الرسمي والقانوني، مما قد يعكس ضعفاً فيه جسور التواصل الإنساني داخل المؤسسة.

في المقابل، فإنما يقارب النصف الآخر يرى أن الإدارة تنتهج الحوار كأسلوب لحل المشكلات وهو مؤشر إيجابي يمكن البناء عليها لتعزيز بيئة عمل قائمة على التفاهم والثقة المتبادلة، ومن هنا يبرز الحاجة إلى توحيد أساليب التعامل وتعزيز ثقافة الحوار، بما يسهم في تقوية العلاقة بين المساعدين الاجتماعيين والفريق الطبي، وتحقيق قدر أكبر من الانسجام والتعاون في تقديم الخدمات الصحية الاجتماعية.

جدول رقم (28): يوضح الصعوبات التي دعت التعامل مع المرضى:

النسبة	التكرار	العبرة
67,6%	25	نعم
32,4%	12	لا
100%	37	المجموع

أظهر الجدول أن 25 مساعدا اجتماعيا، أي ما يعادل 67.6% أفادوا بوجود صعوبات تعيق عملهم أثناء تعاملهم مع المرضى، في المقابل أجاب 12 مساعدا اجتماعيا بنسبة 32.4% بعدم وجود صعوبات تعيق تعاملهم مع المرضى.

تشير هذه النتائج إلى أن أكثر من ثلثي المساعدين الاجتماعيين يواجهون عراقيل أثناء أداء مهامهم مع المرضى، وهو ما يعد مؤشرا واضحا على وجود مشكلات عملية أو تنظيمية تستحق الدراسة والاهتمام. هذه الصعوبات قد تتنوع بين عدم تعاون بعض المرضى أو ذويهم، أو ضعف التنسيق مع الفريق الطبي أو نقص الصلاحيات والإمكانات المتاحة للمساعد الاجتماعي، وربما عدم وضوح الدور الوظيفي أمام المرضى والطواقم الطبي.

من ناحية أخرى، فإن نسبة 32.4% ممن أجابوا بعدم وجود صعوبات تمثل فئة إيجابية يمكن الاستفادة من تجاربها لتحديد العوامل التي ساعدت في تسهيل مهامهم، قد يكون من المفيد فهم بيئة العمل الذي يعملون فيها، أو ممارساتهم المهنية، لمعرفة ما إذا كانت قابلة للتعميم على باقي المساعدين الاجتماعيين.

تشير هذه الفجوة في النتائج إلى ضرورة تحليل طبيعة الصعوبات بشكل أعمق، والعمل على توفير برامج دعم وتدريب، بالإضافة إلى تحسين بيئة العمل وتفعيل آليات التواصل مع المرضى والفريق الطبي. كما ينبغي للإدارة الصحية أن تولي اهتماما خاصا بتقييم دور المساعد الاجتماعي وتحديد الإجراءات اللازمة لتقليل التحديات التي تعوق تفاعله مع المرضى، بهدف تعزيز جودة الخدمات الاجتماعية داخل المؤسسات الاستشفائية.

جدول رقم (29): يوضح نوع الصعوبات:

النسبة	التكرار	العبرة
28%	7	عدم تقبل المرضى للمرض
24%	16	عدم تقبل المرضى للمساعد الاجتماعي
48%	12	صعوبات مادية
100%	37	المجموع

أظهرت نتائج الجدول أن 12 مساعدا اجتماعيا أي بنسبة 48% أكدوا أن الصعوبات التي تواجههم في بيئة العمل هي صعوبات مادية مثل نقص الموارد أو ضعف الإمكانيات اللازمة لأداء المهام. بينما أشار 07 مساعدين اجتماعيين أي نسبة 28% إلا أن المشكلة الأساسية تكمن في عدم تقبل المريض لمرضه، مما يصعب من عملية التواصل والتدخل المهني، أما 06 مساعدين اجتماعيين أي بنسبة 24% فقد أفادوا أن الصعوبة الرئيسية تكمن في عدم تقبل المرأة أو الفريق الطبي بدورهم كمساعدين اجتماعيين.

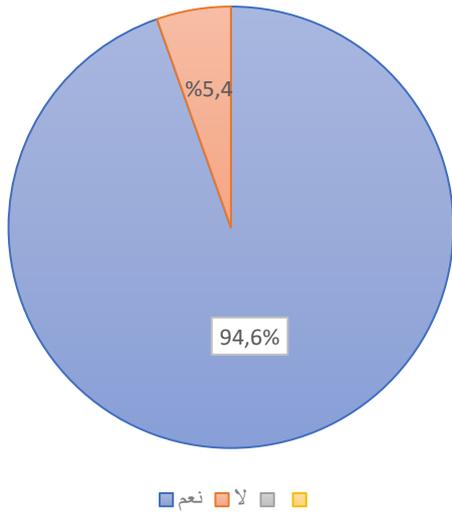
تعكس هذه النتائج أن التحديات المادية تشكل العائق الأكبر أمام أداء المساعد الاجتماعي، حيث أن ضعف الإمكانيات وغياب الوسائل الملائمة يقيد من قدرته على تقديم الدعم الاجتماعي بكفاءة.

في الوقت ذاته تشير نسبة هامة من المشاركين إلى وجود صعوبات تتعلق بطبيعة العلاقة مع المرضى، سواء من حيث رفض المريض لواقع مرضه أو عدم إدراك أهمية الدور الذي يقوم به المساعد الاجتماعي. هذه العوامل النفسية والتواصلية قد تضعف من فاعلية التدخل الاجتماعي داخل المؤسسة الصحية، لذلك فإن هذه النتائج تبرز الحاجة إلى توفير دعم مادي أكبر، إلى جانب العمل على تعزيز التوعية داخل المؤسسة الاستشفائية بدور المساعد الاجتماعي، سواء لدى المرضى أو الفريق الطبي بهدف خلق بيئة أكثر تعاوناً وتقاهماً تساعد في تحسين جودة الرعاية الاجتماعية والصحية المقدمة.

جدول رقم (30): يوضح تقبل المرض لدور المساعد الاجتماعي في المستشفى:

النسبة	التكرار	العبرة
94,6%	35	نعم
5,4%	2	لا
100%	37	المجموع

دائرة نسبية تمثل امكانية تقبل المرضى لدور المساعد الاجتماعي في المستشفى



تشير نتائج الدراسة إلى وجود تقبل كبير من طرف المرضى لدور المساعد الاجتماعي في المستشفى، حيث أجاب 35 مساعدا اجتماعيا بالنسبة قدرت بـ 94.6%، في حين أجاب 02 فقط بـ لا بنسبة 5.4%.

تعكس هذه الأرقام مدى الوعي المتساوي لدى المرضى بأهمية الدور الذي يؤديه المساعد الاجتماعي داخل المؤسسة الاستشفائية خاصة فيما يتعلق بالدعم النفسي، التوجيه الاجتماعي، وتسهيل التكفل بالحالات الاجتماعية المعقدة، كما تدل على أن المساعدين الاجتماعيين قد نجحوا في بناء علاقات مهنية قائمة على الثقة والاحترام المتبادل مما ساهم في تحسين جودة التكفل بالمرضى، هذه النسبة المرتفعة من التقبل توضح أيضا أن المرضى لا ينظرون إلى المساعد

الاجتماعي كمجرد عنصر إداري، بل كطرف الفاعل ومؤثر في تحسين تجربتهم داخل المستشفى. أما النسبة القليلة التي عبرت عن رفضها أو عدم تقبلها للدور فقد تعود إلى عوامل فردية مثل غياب التوعية، ضعف التواصل، أو تجارب سلبية مع بعض المهنيين، إلا أن ذلك لا يقلل من جدوى الدور الاجتماعي داخل المؤسسات الاستشفائية بل يدعو إلى مزيد من التعريف به وتعزيزه ضمن فريق العمل الطبي.

جدول رقم (31): يوضح إيجاد المرضى وأسرههم لإخراج للتواصل مع المساعد الاجتماعي:

النسبة	التكرار	العبرة
91,9%	35	نعم
8,1%	2	لا
100%	37	المجموع

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود مؤشرات قوية على أن المرضى وأسرههم يشعرون بإخراج عند التواصل مع المساعد الاجتماعي، حيث أجاب 35 مساعدا اجتماعيا أي بنسبة 91.9% بـ لا مما يدل على أن أغلبية المساندين الاجتماعيين لا يرون وجود هذا الإخراج، في المقابل أشار مساعدة (02) فقط بنسبة 8.1% إلى إمكانية وجود إخراج من قبل المرضى وأسرههم في هذا النوع من التواصل.

يعكس هذا التوزيع النسبي الإيجابي أن بيئة العمل الاجتماعي في المؤسسات الصحية يبدو مهياً بدرجة كبيرة لتسهيل التفاعل بين المساعد الاجتماعي والمرضى وأسرههم دون وجود عوائق نفسية أو اجتماعية ملحوظة، كما قد يشير ذلك إلى وجود وعي متزايد لدى المرضى وأسرههم بأهمية الدور الذي يلعبه المساعد الاجتماعي، وارتياحهم في طلب الدعم والمساعدة عند الحاجة. ومع ذلك فإن النسبة القليلة التي أشارت إلى وجود الإخراج، وإن كانت ضئيلة، لا ينبغي إغفاله إذ من الممكن أن تعكس حالات فردية أو ظروف خاصة تستدعي المتابعة والعمل على تعزيز الثقة وتهيئة بيئة أكثر احتواء لكل الحالات.

جدول رقم (32): يوضح توفر الإدارة أقسام خاصة لعمل المساعد الاجتماعي:

النسبة	التكرار	العبرة
62,2%	23	نعم
37,8%	14	لا
100%	37	المجموع

أظهرت نتائج الجدول المعنون بـ "توفير الإدارة أقسام خاصة لعمل المساعد الاجتماعي" أن 23 مساعدا اجتماعيا من أصل 37 مشاركا، أي بنسبة 62.2% أجابوا بنعم، في حين أجاب 14 مساعدا بـ لا، وهو ما يمثل نسبة 37.8%.

وتشير هذه النتائج إلى أن أكثر من نصف أفراد العينة يرون أن الإدارة توفر بالفعل أقسام خاصة لعمل المساعد الاجتماعي داخل مؤسساتهم.

هذه النسبة تعد مؤشرا إيجابيا يدل على وجود وعي إداري متزايد بأهمية تخصيص هيكل تنظيمي واضح للمساعد الاجتماعي، ما يعزز استقلالية دور وفعالية أدائه. كما تعكس النتائج نوعا من الاعتراف الرسمي بأهمية هذا التخصص ضمن منظومة العمل. ومع ذلك فإن النسبة المتبقية المقدرة بـ 37.8% التي لم تؤكد وجود مثل هذه الأقسام، يظهر أن هناك تفاوتاً بين المؤسسات وقد تدل على غياب الدعم أو ضعف الاهتمام بدور المساعد الاجتماعي في بعض البيئات المهنية. هذا التباين يدعو إلى ضرورة مراجعة السياسات الإدارية وتوحيد التوجه نحو دعم هذا التخصص من خلال إنشاء أقسام واضحة ومخصصة تعزز من حضوره المهني وتكفل له الاستقرار والفعالية داخل المؤسسة.

جدول رقم (33): يوضح توفير إدارة المؤسسة احتياجات المريض:

النسبة	التكرار	العبرة
59,5%	22	نعم
40,5%	15	لا
100%	37	المجموع

أظهرت نتائج الدراسة تباينا ملحوظا في آراء المساعدين الاجتماعيين حول مدى توفير المؤسسة لاحتياجات المرضى، حيث أفاد 22 مساعدا اجتماعيا أي بنسبة 59.5% بأن المؤسسة لا توفر

احتياجات مريض بشكل كافي، في حين رأى 15 مساعدا اجتماعيا بنسبة 40.5% أن المؤسسة تقوم بتوفير تلك الاحتياجات.

ويشير هذا التفاوض إلى وجود فجوة واضحة في مستوى تلبية احتياجات المرضى من جهة نظر المختصين في الخدمة الاجتماعية حاصلة مما يعكس تحديات قائمة في بيئة العمل قد تؤثر سلبا على جودة الرعاية الصحية المقدمة. كما قد يدل ذلك على نقص في الموارد أو ضعف آليات التنسيق بين الأقسام المختلفة داخل المؤسسة.

ومن جهة أخرى، فإن النسبة 40.5% التي ترى وجود استجابة كافية لاحتياجات المرضى تشير إلى وجود جهود قائمة، لكنها ربما تفتقر إلى الاستمرارية أو التوزيع العادل، بناء على ذلك تبرز الحاجة إلى إعادة تقديم الدعم والخدمات للمرضى، مع تعزيز دور المساعد الاجتماعي كحلقة وصل محورية بين المرضى والمؤسسة لضمان تلبية احتياجاتهم بشكل شامل.

جدول رقم (34): يوضح توفير المستشفى ميزانية خاصة للتكفل بالمرضى وانشغالاتهم:

النسبة	التكرار	العبرة
37,5%	14	نعم
62,2%	23	لا
100%	37	المجموع

تشير نتائج الجدول إلى وجود تباين في آراء المساعدين الاجتماعيين حول مدى توفير المستشفى لميزانية خاصة بالتكفل باحتياجات المرضى وانشغالاتهم، حيث أشار 14 مساعدا اجتماعيا أي بنسبة 37,5% إلى أن المستشفى توفر بالفعل مثل هذه الميزانية، في حين رأى 23 مساعدا اجتماعيا بنسبة 62,2% أن المستشفى لا توفر ميزانية مخصصة لهذا الغرض.

ويعكس هذا الانقسام وجود جهود ملموسة لدى بعض المؤسسات الصحية في تخصيص موارد مالية لدعم المرضى والتكفل باحتياجاتهم وهو ما يشير إلى وعي متزايد بأهمية الجانب الاجتماعي في الرعاية الصحية. إلا أن نسبة المساعدين الاجتماعيين الذين أشاروا إلى غياب هذه الميزانية لا تزال مرتفعة، مما يطرح تساؤلات حول مدى تعميم هذه الممارسات عبر مختلف المستشفيات، ويؤكد الحاجة إلى سياسات أكثر شمولية وعادلة في توزيع الدعم المالي للمرضى، كما أن غياب هذه

الميزانية في بعض المؤسسات قد يؤدي إلى تقاوم معاناة المرضى خاصة ذوي الدخل المحدود، ويحد من فعالية المساعد الاجتماعي في أداء دوره.

جدول رقم (35): يوضح الأطراف الأخرى المساعدة:

النسبة	التكرار	العبرة
29,8%	11	الجمعيات
37,8%	14	الأطباء
32,4%	12	المحسنين
100%	37	المجموع

أوضح تحليل نتائج الجدول تنوع الجهات الداعمة للمساعد الاجتماعي في التكفل باحتياجات المرضى داخل المستشفى، مما يعكس تعدد مصادر الدعم وتكامل الأدوار داخل المنظومة الصحية والاجتماعية.

حيث أشار 14 مساعدا اجتماعيا بنسبة 37.8% إلى أن الأطباء يمثلون الطرف الأكثر تعاوناً معهم في هذا الجانب، وهو ما يدل على وجود تنسيق مهني بين الأطباء والمساعدين الاجتماعيين يهدف إلى تحسين جودة الرعاية المقدمة.

في المقابل أفاد 12 مساعدا اجتماعيا بنسبة 32.4% بأن المحسنين يساهمون بدور فعال في تقديم المساعدة، خاصة في الحالات التي تتطلب دعماً مادياً أو توفير احتياجات خاصة لا تشملها الميزانية الرسمية مثل توفير الحليب والحفاضات للأطفال معدومي النسب، كما أشار 11 مساعدا اجتماعيا بنسبة 29.8% إلى أن الجمعيات الخيرية تلعب دوراً مهماً في دعمهم، ما يبرز أهمية الشراكة بين المستشفيات والمجتمع المدني في تربية احتياجات المرضى.

تعكس هذه النتائج أهمية العمل التشاركي بين مختلف الفاعلين داخل وخارج المؤسسة الاستشفائية، إلا أنها في الوقت ذاته تبرز اعتماد المساعدين الاجتماعيين في بعض الحالات على مصادر خارجية لتغطية العجز أو النقص في الدعم المؤسسي، وهذا يؤدي ضرورة التكامل بين الجهات المختلفة وتوفير موارد ثابتة ومنظمة لضمان استمرارية التكفل الفعال بالمرضى.

رابعاً: نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضية الأولى والتي تتضمن على أن تدخل المساعد الاجتماعي يساهم في مساعدة المرضى وأسرهم، وأن غالبية المساعدين الاجتماعيين يؤدون دوراً فعالاً في هذا الجانب، حيث أوضحت النتائج أن 62,86% من المساعدين الاجتماعيين أي ما يعادل 22 مساعد اجتماعي يقومون بشرح شامل للمرضى وأسرهم يتضمن الوضع الصحي، طرق العلاج، الوقاية بالإضافة إلى توضيح طبيعة المرض وأسبابه، بينما تبين أنه 8 مساعدين اجتماعيين بنسبة 22,86% يقتصر دورهم على شرح طرق العلاج والوقاية فقط دون التطرق إلى الجوانب الأخرى، في حين أن 5 مساعدين اجتماعيين بنسبة 13,52% يقدمون شرحاً مقتصرًا على طبيعة المرض.

كما أظهرت المعطيات أن فئة الأسر الفقيرة كانت الأكثر استفادة من تدخلات المساعد الاجتماعي بنسبة 43.24% ما يعكس حجم الطالب الاجتماعي المرتبط بالوضع الاقتصادي الهش، ودور المساعد الاجتماعي في تسهيل ربط هذه الأسر بمصادر الإعانة المتوفرة، كما أثرت النتائج أن 21.60% من التدخلات استهدفت مرضى يعانون من أمراض مزمنة، حيث يعمل المساعد الاجتماعي على متابعة ملفاتهم وضمان حصولهم على دعم مستمر بما في ذلك توفير أعضاء اصطناعية، كراسي متحركة... إلخ، وذلك بالتنسيق مع مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن.

بالإضافة إلى ذلك يقوم المساعد الاجتماعي بدور محوري في مرافقة المرضى غير المؤمنين اجتماعياً، من خلال سعيه إلى تسجيلهم لدى مصالح مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لاستخراج بطاقة الشفاء، الأمر الذي يتيح له الاستفادة من العلاج والتكفل الصحي، وبالتالي رفع العوائق المادية أمام استمرار علاجهم، وتشير النتائج أيضاً إلى تدخلات لفائدة الأطفال مجهولي النسب، حيث يعمل المساعد الاجتماعي على توفير الحماية الاجتماعية لهذه الفئة بنسبة 13.50%.

كما يتدخل المساعد الاجتماعي في حالات أخرى بنسبة 13.52% مثل المدمنين والمهاجرين وضحايا العنف من أجل التكفل بهم اجتماعياً كل حسب وضعيته.

انطلاقاً من هذا التوزيع تم التحقق من صحة الفرضية الأولى التي تنص على أن تدخل المساعد الاجتماعي يساهم في مساعدة المرضى وأسرهم، حيث تشير النتائج إلى أن غالبية المساعدين

الاجتماعيين يقومون بتقديم خدمات نوعية وشاملة للمرضى وأسرههم مما يعزز صحة الفرضية الأولى ويؤكد أهمية الدور الذي يلعبه المساعد الاجتماعي في هذا السياق.

في إطار التحقق من الفرضية الثانية التي تتضمن أن المساعد الاجتماعي يلعب دورا محوريا في التنسيق بين المرضى والفريق الطبي، أظهرت النتائج أن هناك تفاوتاً في مستوى مشاركة المساعدين الاجتماعيين في هذا الجانب فقد أفاد 23 مساعد اجتماعي أي بنسبة 62.10% بأنهم يشاركون بشكل فعال في وضع خطة علاجية بالتنسيق مع الفريق الطبي وهو ما يدل على إدراك هذه الفئة لأهمية التنسيق المشترك بين الأخصائيين لضمان تقديم رعاية شاملة ومتكاملة للمرضى، في المقابل صرح 14 مساعد اجتماعي بنسبة 37.9% بأنهم لا يشاركون في إعداد الخطة العلاجية، ما قد يعكس ضعف التنسيق في بعض المؤسسات أو محدودية الدور الممنوح للمساعد الاجتماعي. ومن حيث الأدوار فقد أشار 6 من المساعدين الاجتماعيين بنسبة 16.2% إلى أنهم يلعبون دور الوسيط بين الفريق الطبي والمرضى، وهو دور مهم يعكس وظيفة المساعد الاجتماعي كحلقة وصل تسهم في تسهيل التواصل وضمان وضوح الإجراءات الطبية كما كشفت النتائج أن 24 مساعد اجتماعي أي بنسبة 70.2% يرون أنفسهم يؤدون دور المساعد بين الفريق الطبي والمرضى وهو ما يعكس إدراكاً واسعاً لأهمية دورهم في تسهيل التواصل ونقل المعلومات وضمان فهم المرضى لخطة العلاج.

بناء على هذه المؤشرات يمكن تأكيد أن الفرضية الثانية صحيحة بشكل واضح، حيث أن أغلبية المساعدين الاجتماعيين يرون أنفسهم طرفاً فاعلاً في التنسيق بين الفريق الطبي والمرضى، سواء من خلال المساهمة في إعداد الخطة العلاجية أو من خلال أداء دور الوسيط، ما يؤكد أهمية دمج المساعد الاجتماعي كعنصر أساسي في فرق الرعاية الصحية متعددة التخصصات.

في سياق اختبار الفرضية الثالثة التي تتضمن أن المساعد الاجتماعي يعمل على التواصل المستمر مع الإدارة لضمان تلبية احتياجات المريض.

كشفت النتائج عن وجود مستوى عالٍ من التنسيق بين المساعد الاجتماعي والإدارة، فقد أظهرت البيانات أن 32 مساعد اجتماعي أي بنسبة 86.5% صرحوا بأنهم يقومون فعلياً بعملية التنسيق بين الإدارة والمرضى، وهو ما يدل على إدراكهم لأهمية هذا الدور في تسهيل تلبية احتياجات المستفيدين وتحسين جودة الخدمات المقدمة، في المقابل أشار 5 مساعدين اجتماعيين فقط بنسبة

13.5% إلى غياب هذا النوع من التنسيق ما قد يعكس وجود بعض التحديات أو الاختلاف في بيئة العمل من مؤسسة لأخرى.

وتعزز هذه النتائج ما أشارت إليه الدراسة أيضا من أن الإدارة تقدم تسهيلات واضحة للمساعدين الاجتماعيين في أداء مهامهم، حيث أجاب 32 مساعد بنسبة 86.5% بنعم عندما سئلوا عم إذا كانت الإدارة تدعمهم وتوفر لهم الإمكانيات للقيام بمهامهم.

بناء على هذه النتائج يمكن تأكيد صحة الفرضية الثالثة، حيث يتضح أن هناك تواصلًا فعالًا وتنسيق مستمر بين المساعد الاجتماعي والإدارة ينعكس إيجابيا على جودة الخدمات المقدمة للمرضى، كما أن الدعم الإداري المتوفر يعزز من فعالية عمل المساعد الاجتماعي ويؤكد وعي المؤسسات بأهمية هذا الدور في إطار العمل التكاملية داخل المنظومة الصحية والاجتماعية.

الفرضية الرابعة: يواجه المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية عدة تحديات تعيق أدائه المهني وتحد من فعالية تدخله في التكفل بالمرضى.

أظهرت النتائج أن المساعدين الاجتماعيين يواجهون بالفعل جملة من التحديات التي تؤثر سلبا على أدائهم المهني داخل المؤسسات الاستشفائية، فقد أفاد 25 مساعد اجتماعي بنسبة 67.5% بأنهم يواجهون صعوبات حقيقية تحد من فعالية تدخلاتهم في رعاية المرضى، مقابل 12 مساعد اجتماعي بنسبة 32.4% أكدوا أنهم لا يواجهون صعوبات تذكر، و من أبرز هذه التحديات أشار عدد من المساعدين الاجتماعيين إلى عدم تقبل المرضى للدور المهني للمساعد الاجتماعي، حيث يواجه البعض منهم مقاومة أو تحفظ من طرف المرضى الأمر الذي يضعف من جودة التواصل ويحد من فرصة بناء علاقة مهنية فعالة، ويرجع هذا أحيانا إلى غياب الوعي بطبيعة العمل الاجتماعي داخل المؤسسة الصحية أو إلى سوء الفهم المرتبط بوظيفة المساعد الاجتماعي ودوره في العملية العلاجية.

إضافة إلى ذلك كشفت الدراسة عن عائق مهم يتمثل في غياب ميزانية خاصة بالمساعد الاجتماعي، حيث أظهرت النتائج أن 14 مساعد فقط بنسبة 37.5% أفادوا بوجود ميزانية مخصصة لدعم تدخلاتهم، في المقابل صرح 23 مساعد اجتماعي بنسبة 69.2% بعدم توفر أي ميزانية خاصة بهم، مما يحد من قدرتهم على تنفيذ أنشطة ميدانية، أو توفير مساعدات اجتماعية مباشرة للمرضى

المحتاجين كتوفير الحفاضات للمرضى معدومي العائلة أو توفير الحليب، الحفاضات والملابس للأطفال مجهولي النسب.

كما أظهرت النتائج أن المساعد الاجتماعي يلجأ إلى مصادر خارجية وغير رسمية مثل الجمعيات 29.9%، الأطباء 37.8% والمحسنين 32.4% وهذا يدل على غياب مؤسسي ممنهج، ويجعل المساعد الاجتماعي يعمل في ظروف غير مستقرة، ويضطر في الكثير من الأحيان إلى البحث عن حلول بديلة لتلبية حاجات المرضى وهم ما يشكل عبئاً إضافياً عليه ويؤثر على فعاليته واحترافيه.

كما أن هذا الغياب في التمويل يعكس تهميشاً لدور المساعد الاجتماعي في البنية العامة للمؤسسة الاستشفائية، ويعد أحد التحديات الهيكلية التي تواجه هذا التخصص إلى جانب تحديات أخرى مثل عدم الاعتراف المهني.

وبالتالي فإن هذه النتائج لا تدعم الفرضية الرابعة فقط، بل تؤكد على الحاجة الملحة إلى إصلاحات إدارية وتنظيمية تضمن للمساعد الاجتماعي الإمكانيات اللازمة لأداء دوره بالشكل المطلوب، وعلى رأسها تخصيص ميزانية مستقلة وثابتة ضمن هيكل المؤسسة.

خامساً: مناقشة عامة لنتائج الدراسة:

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن المساعد الاجتماعي داخل المؤسسات الاستشفائية يعد محورياً وفعالاً في مختلف جوانب التكفل بالمرضى، رغم وجود عدة تحديات تعيق الأداء المهني في بعض الحالات، وفيما يلي أبرز ما توصلت إليه الدراسة من نتائج عامة:

1. **فعالية التدخل الاجتماعي مع المرضى وأسرهم:** أظهرت النتائج أن المساعد الاجتماعي يضطلع بدور واضح في شرح الوضع الصحي، طرق العلاج والوقاية وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لمرضى وأسرهم، حيث أكد عدد معتبر من المشاركين مساهمتهم المباشرة في هذا المجال ما يعزز من فعالية التدخل الاجتماعي داخل المؤسسة.

2. **تعدد الفئات المستهدفة بالتدخل:** بينت الدراسة أن المساعد الاجتماعي يتدخل مع فئات متنوعة، منها الأسر الفقيرة، المرضى المسنين، الأطفال والأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة وذلك لتسهيل الحصول على الحقوق الاجتماعية كاستخراج بطاقة الشفاء وتوفير الأجهزة الطبية بالإضافة إلى التدخل لفائدة الفئات المحرومة من الأطفال مجهولي النسب والمسنين معدومي

الأسر، ما يدل على اتساع نطاق التدخل الاجتماعي وتكيفه مع احتياجات الفئات المختلفة داخل المجتمع الاستشفائي، وأن الخدمة الاجتماعية الطبية تعد ركيزة إنسانية ومهنية داخل المؤسسة الصحية وتعزز من فعالية الرعاية الصحية وتكريس مبدأ العدالة الاجتماعية.

3. **التنسيق مع الفريق الطبي:** أظهرت النتائج أن أغلب المساعدين الاجتماعيين يساهمون في إعداد للخطة العلاجية يلعبون دور الوسيط بين المرضى والفريق الطبي وهو ما يثبت صحة الفرضية.

4. **التواصل مع الإدارة وتلقي الدعم:** أكد غالبية المساعدين الاجتماعيين أنهم على تواصل مستمر مع الإدارة وأن هذه الأخيرة توفر تسهيلات مناسبة لأداء مهامهم ما يعكس وجود بيئة مؤسسية داعمة الى حد كبير لعمل المساعد الاجتماعي في بعض المؤسسات.

5. **التحديات المهنية:** أظهرت الدراسة أن نسبة كبيرة من المساعدين الاجتماعيين يواجهون صعوبات مهنية من أبرزها عدم تقبل بعض المرضى لدورهم، وغياب ميزانية خاصة تدعم مهام الميدانية، هذه التحديات تحد من فعالية تدخلاتهم وتبرز الحاجة إلى تدخل تنظيم أكبر لتعزيز دورهم.

تبرز هذه النتائج أن المساعد الاجتماعي يعد عنصراً أساسياً في التكفل بالمرضى داخل المؤسسات الاستشفائية، ليس فقط من خلال الدعم الاجتماعي والنفسي، بل أيضاً عبر التنسيق مع الطاقم الطبي والإداري، غير أن محدودية الموارد، قلة الوعي المجتمعي وبعض العراقيل التنظيمية تبقى من أبرز العوائق التي تتطلب المعالجة لضمان أداء أكثر فعالية واستدامة في هذا المجال.

سادساً: التوصيات:

1. تعزيز الاعتراف الرسمي بدور المساعد الاجتماعي من خلال:
 - إدماج المساعد الاجتماعي ضمن الفريق الطبي متعدد التخصصات وتحديد أدواره وصلاحياته بشكل واضح في البروتوكولات العلاجية.
 - تنظيم حملات توعوية داخل المستشفيات لرفع وعي المرضى والعاملين بدور المساعد الاجتماعي وأهميته في تحسين جودة التكفل الشامل.
2. توفير ميزانية خاصة بالمساعد الاجتماعي أي تخصيص موارد مالية ضمن ميزانية المؤسسات الاستشفائية لدعم أنشطة المساعد الاجتماعي، كتمويل التدخلات الميدانية، شراء أدوات الدعم.
3. تحسين ظروف العمل والتنسيق الإداري، وذلك عن طريق:

- تعزيز التنسيق والتواصل المنتظم بين الإدارة والمساعد الاجتماعي، وتوفير بيئة مؤسسية داعمة تسهم في رفع فعالية تدخلاته.
- وضع آليات متابعة وتقييم لأداء المساعد الاجتماعي، مع تمكينهم المساهمة في اتخاذ القرارات المتعلقة بحالات المرضى.
- 4. تطوير التكوين والتدريب المستمر، بمعنى:
 - تنظيم دورات تكين وتدريب مهني مستمر لفائدة المساعدين الاجتماعيين، خاصة في مجالات الاتصال الفعال، التدخل في الأزمات والعمل الجماعي ضمن فرق علاجية.
 - بالإضافة إلى توفير برامج تدريب داخل المؤسسات الاستشفائية لطلبة العمل الاجتماعي وربط التعليم الأكاديمي بالواقع المهني.
 - 5. الحد من التحديات النفسية والاجتماعية وذلك من خلال:
 - وضع برامج دعم نفسي ومهني للمساعد الاجتماعي خاصة في حالات الضغط المرتفع أو التعامل مع فئات حساسة أطفال ومرضى مسنين... الخ.
 - تشجيع التعاون والتبادل المهني بين المساعدين الاجتماعيين ومختلف الفاعلين في الحقل الصحي لتقاسم الخبرات وتعزيز الفاعلية.
- ومن خلال ما سبق يمكن القول أن تطبيق هذه التوصيات كفيل بتحسين بيئة العمل للمساعد الاجتماعي داخل المؤسسات الاستشفائية وتعزيز فعالية التكفل بالمرضى على المستويات النفسية والاجتماعية والتنظيمية وهو ما من شأنه يرفع من جودة الخدمات الصحية ويجعلها أكثر شمولية وإنسانية.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل تم تقديم العرض المنهجي والتطبيقي للدراسة حيث تم توضيح المجالات التي شملتها، وتحديد خصائص العينة والمنهج المعتمد في معالجة الإشكالية، الى جانب أدوات جمع البيانات التي مكنت من رصد المعطيات بشكل ميداني، كما تم استعراض أسلوب تحليل هذه البيانات بما يضمن الموضوعية والدقة في تفسير النتائج.

وقد أتاح هذا الفصل الانتقال من التصور النظري إلى التطبيق العلمي بما مكن من ربط المعطيات الميدانية والإطار المفاهيمي الذي بينت عليه الدراسة، كما أن النتائج المستخلصة من هذا التحليل شكلت أساسا علميا لبلورة توصيات واقتراحات تهدف إلى تطوير الممارسات في ميدان الخدمة الاجتماعية الطبية وتعزيز دور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية. وتعد هذه النتائج نقطة انطلاق نحو بناء خلاصات عامة يمكن تعميمها أو الاستفادة منها في مجالات بحثية وتطبيقية مستقبلية.

الخاتمة

خاتمة:

في ضوء ما تم تناوله في هذه الدراسة، يتضح أن دور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية لم يعد مجرد وظيفة ثانوية أو مكملة، بل أصبح ركيزة أساسية من ركائز التكفل الشامل بالمريض، إلى جانب الرعاية الطبية والتمريضية.

إن التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي عرفها المجتمع الجزائري، وتزايد الضغوط النفسية والاجتماعية الناتجة عن المرض، البطالة، الفقر، والاختلالات الأسرية، جعلت من التدخل الاجتماعي داخل الوسط الصحي ضرورة ملحة، تستدعي وجود أخصائيين اجتماعيين مؤهلين يمتلكون المهارات المهنية والإنسانية اللازمة لمرافقة المرضى وأسرهم، والتنسيق مع مختلف الفاعلين داخل المؤسسة.

لقد كشفت هذه الدراسة عن تنوع المهام التي يضطلع بها المساعد الاجتماعي، بدءاً من دراسة الحالات الاجتماعية والنفسية، إلى التدخل في الأزمات والتنسيق مع الجهات الخارجية، وصولاً إلى المساهمة في صياغة قرارات العلاج والتكفل بعد الخروج.

كما تبين أن علاقته بالمرضى وأسرته تقوم على الإصغاء والدعم والتمكين، في حين أن تعاونه مع الطاقم الطبي يعزز من فعالية العلاج ويقلل من معدلات الانتكاس أو الإقامة الطويلة.

أما على مستوى العلاقة بالإدارة، فقط تبين أن دوره ما يزال يواجه بعض التهميش ونقص الاعتراف المؤسسي، مما يؤثر سلباً على أدائه وفعالته.

من جهة أخرى، ورغم الجهود المبذولة من قبل الدولة في تنظيم المهنة من خلال الأطر القانونية والتشريعية، فإن المساعد الاجتماعي في المؤسسات استشفائية ما يزال يواجه عدة تحديات، من بينها: غموض الدور المهني، ضعف التكوين المستمر، نقص الإمكانيات والوسائل، للتقييم، بالإضافة إلى النظرة النمطية التي لا تزال تلاحقه داخل بعض المؤسسات الصحية. وهو ما يستدعي إعادة النظر في سياسة تسيير الموارد البشرية في قطاع الصحة، وإدراج الخدمات الاجتماعية الطبية ضمن إستراتيجية إصلاح المنظومة الصحية الوطنية.

وفي الختام، يمكن القول أن تعزيز دور المساعد الاجتماعي في المستشفيات الجزائرية لا يقتصر على التوسيع العددي للوظائف، بل يتطلب تفعيل حضوره الفعلي داخل فرق العمل متعددة التخصصات، وتوفير بيئة مهنية داعمة، وتطوير مناهج التكوين الجامعي بما يواكب التحديات

الجديدة، بما يضمن تقديم خدمة اجتماعية صحية فعالة تعلي من كرامة المريض وتحقق التوازن بين العلاج الطبي والتكفل الإنساني والاجتماعي.

قائمة المصادر

والعراجع

المصدر

قائمة المصادر والمراجع:

أولاً: الكتب:

1. أحمد عيسى بك: البيروماتانات في الإسلام، ط 2، دار الرائد العربي، بيروت، لبنان، 1981.
2. الحبيب عبد الله، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، دار الزهراء، الرياض، 2018.
3. حسن عماد مكاوي، ليلي حسن السيد، الاتصال ونظرياته المعاصرة، الدار المصرية اللبنانية.
4. حسين محمد، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2020.
5. الخطيب، عبد الرحمن عبد الرحيم، ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006.
6. سامية شوقي، الأخصائي الاجتماعي في المستشفيات بين النظرية والتطبيق، دار القلم، الجزائر، 2020.
7. سلمان حسين حسن وآخرون: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمؤسسة والمجتمع، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، القاهرة.
8. الشافعي محمد، الخدمة الاجتماعية الطبية، الأسس النظرية والممارسة المهنية، القاهرة، دار الفكر العربي، 2005.
9. الشربيني، عبد المنعم: مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2014.
10. صلاح محمد دياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، ط1، منظور شامل، دار الفكر، عمان، الأردن، 2009.
11. طارق السيد، أساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2007.
12. الطحان، محمد فتحي، الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسات المهنية، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
13. طلال بن عابد الأحمد: التنظيم في المنظمات الصحية، الرياض، 2011.
14. طلعت الدهرواش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، القدس، مصر، 2006.
15. عبد السلام شير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2005.

16. عبد العزيز مخيمر، محمد طعمانة: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003.
17. عبد العزيز، متولي، الإعداد المهني وممارسة الخدمة الاجتماعية، مطبعة الإشعاع الفنية، الاسكندرية، 2001.
18. عبد الفتاح عثمان وآخرون، مقدمة في الخدمة الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1990.
19. عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع النامي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1998.
20. عبد الفتاح محمد، الخدمة الاجتماعية الصحية وأهميتها في تحسين جودة الحياة، دار الفكر العربي، 2020.
21. عبد الله محمد عبد الرحمن، علم اجتماع التنظيم، دور المعرفة الجامعية الاسكندرية، 1996.
22. عبد المحي محمود صالح، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، الاسكندرية، 1999.
23. عبد المحي محمود صالح، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية 1999.
24. عبد المنعم شوقي، مناهج الرعاية الاجتماعية في المجتمع الاشتراكي، القاهرة، وزارة الشؤون الاجتماعية، بدون سنة.
25. عبد الهادي إبراهيم، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، سلسلة جدران المعرفة، الاسكندرية، 2006.
26. عبيد وماجد السيد وآخرون، وقفة مع الخدمة الاجتماعية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2001.
27. عصمت أحمد فاخر: أساليب البحث العلمي، ط1، الجنادرية للنشر والتوزيع، الأردن، 2018.
28. علي عرفة أحمد الأمين، أثر المعوقات على أداء الأخصائيين الاجتماعيين في السودان، كلية الدراسات العليا، السودان، 2014.
29. علي ماهر أبو المعاطي، الخدمة الاجتماعية في مجال الدفاع الاجتماعي، ط4، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2003.

30. عمر عبد الرحيم نصر الله: أساليب مناهج البحث العلمي وتطبيقاتها، ط1، دار وائل للنشر، 2016.
31. غازي عناية: منهجية إعداد البحث العلمي، بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه، دار المنهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
32. فاطمة عبد القادر، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، دار الفكر، 2018.
33. فريد راغب النجار: إدارة المستشفيات وشركة الأدوية، دار الجامعة الإسكندرية.
34. فريدة توفيق نصيرات، إدارة ومنظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الأردن، 2008.
35. فهمي توفيق مقبل، العمل الاجتماعي ودوره العلاجي داخل المؤسسات الإصلاحية في المجتمع العربي، مؤسسة شباب الجامعة، القاهرة، 1994.
36. فوزي شرف الدين، الخدمة الاجتماعية، تحليل المهنة والجزور، جامعة بنها، كلية الآداب.
37. لافي حسين مفرح الشمري، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل الفرقي بالمؤسسات الصحية، رسالة ماجستير في الخدمة الاجتماعية، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.
38. محمد جاد الرب، مراجع إدارة الأعمال الاتجاهات الحديثة الصحية، التجارة الاسماعيلية، جامعة قناة السويس، القاهرة، 2008.
39. محمد سامي راضي، المحاسبة عن المستشفيات والوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، 2007.
40. محمد سيد فهمي، أسس الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2014.
41. محمد سيد فهمي، مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، 2002.
42. محمد عبد المنعم شعيب، إدارة الأعمال وإدارة المستشفيات، ط1، دار النشر للجامعات، القاهرة، 2014.
43. محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، (...)، الاسكندرية، 2009.
44. مصطفى كمال محمد، مقدمة في الخدمة الاجتماعية، دار الجامعة، القاهرة، 210.
45. المنسي حسين: منهج البحث التربوي، دار الكندي، الأردن، ط1، 1999.
46. نور الدين خاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر، 2008.

47. هشام سيد عبد الحميد، عمليات الممارسة المهنية مع الأفراد والأسرة، دار المسيرة للطباعة والنشر، 2016.

48. يحيى مصطفى عليان، البحث العلمي -أسسه، مناهجه واساليبه، إجراءاته-، بيت الأفكار الدولية، الأردن، 2012.

ثانيا: القاموس والمعاجم:

- القاموس:

1. محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، مصر.

- المعاجم:

1. جيل فيريول، معجم مصطلحات علم الاجتماع، ط1، تر: أنسام محمد الأسعد، دار ومكتبة الهلال، بيروت، 2011.

2. محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، مصر.

ثالثا: الرسائل والأطروحات:

- الرسائل:

1. أبو العدوس يوسف، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع مرض السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان-الأردن، 2017.

2. بوعباس مراد، العلاقة الإنسانية في المؤسسات الجزائرية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، جامعة الجزائر، 1992/1991.

- أطروحات الدكتوراه:

1. أميرة جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة الدكتوراه، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2009/2008.

رابعا: المجالات:

1. إبراهيم عبد الرحمن رجب، علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

2. بخوش وليد وآخرون، المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، جامعة زيان عاشور بالجلفة، العدد 36، الجزائر.

3. بن عروس محمد لمين، الدور والمكانة الاجتماعية في المجتمع، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجزائر، المجلد السادس، العدد 4، 2021.
4. بن عيسى بن عيلة، بن عيسى مصطفى، واقع وآفاق عصرنة المؤسسات الاستشفائية في الجزائر، مجلة إدارة الأعمال والدراسات السابقة، جامعة زيان عاشور، الجلفة، عدد 02، الجزائر.
5. خالد عبد الرحمن الغاشي وخالد حمدان الغامدي، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات من وجهة نظر الأطباء، المجلة العربية للأداب والدراسات الإنسانية، مجلد 7، مصر، 2023.
6. راضية يسلم صالح باصمد: دور الأخصائي الاجتماعي وعلاقته بالفريق الطبي، مجلة جامعة عدن للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة عدن، اليمن، 2021.
7. ريم علي، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في تحسين الرعاية الصحية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 34، 2019.
8. ساعد منير، التكفل الاجتماعي: الواقع والتحديات، مجلة البحوث النفسية والاجتماعية، جامعة وهران، العدد 07، 2021.
9. سهى يونس إسماعيل، المهارات الاجتماعية عند الأخصائي الاجتماعي، مجلة لارك للفلسفة والعلوم الاجتماعية، العدد 51، سنة 2023.
10. شروق عيسى أحمد أبو حمور، خليل درويش، المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي والسرطان)، دراسة مسحية على المرضى المراجعين بمستشفى البشير ومستشفى الأردن، العلوم الإنسانية والاجتماعية، م 45، ع 01، 2018.
11. شلهوب نور فاتح الأسعدي، فاتح عبد الهادي سعد النفعي: دور الأخصائي مع المرضى في المجال الصحي، المجلة العربية للنشر العلمي، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، العدد 52، 2014.
12. عبد الله مسفر فهد آل غاصب، جهود أخصائي الخدمة الاجتماعية في تقديم المساندة لأسر مرضى السرطان (دراسة تطبيقية على الأخصائيين الاجتماعيين في مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام)، مجلة الخدمة الاجتماعية، م 76، ع 04، 2023.
13. عوض حسني ونمر رائد، واقع تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي: دراسة ميدانية مطبقة على المستشفيات العامة بالعاصمة المقدسة، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، 2010، ج 8، ع 57.

14. عيادة ليلى، هلالى أحمد، قراءة إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة البديل الاقتصادي، جامعة أدرار، العدد 05، الجزائر.

15. الغابش، خالد عبد الرحمن، وآخرون، دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات من وجهة نظر الأطباء، المجلة العربية للأداب والدراسات الإنسانية، المجلد 07، مصر، 2022.

16. هبة نواره، مهارات الأخصائي الاجتماعي، متاح على شبكة الأنترنت، بتاريخ: 2023/08/12.
خامسا: الجريدة والمراسيم:

- الجريدة:

1. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 17، الصادرة بتاريخ 15 ربيع الثاني 1432هـ/ الموافق ل 2 مارس 2011.

2. الجريدة الرسمية للجمهورية، العدد 20، المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011.

- المراسيم:

1. المرسوم التنفيذي رقم 09-353 المؤرخ في نوفمبر 2009 المنشور في الجريدة الرسمية رقم 64 والذي يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك الخاصة بالإدارة المكلفة بالتضامن الوطني.

2. المرسوم التنفيذي رقم 88-15، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 18 المؤرخ في 17 رمضان 1408هـ الموافق ل 04 ماي 1988.

3. المرسوم التنفيذي رقم 97-465، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، المؤرخ في 10 شعبان 1418هـ الموافق ل 10 ديسمبر 1997.

سادسا: المراجع باللغة الأجنبية:

3. Dora Goldstien : Keading the theory and practice of medical social, M,y. the university press. 1984.

4. Ferenick Michall : The helping process in group therapy, journal of social work, U.S.A. 1992.

5. Kirschner, Charlotte : The skilled social work role in Home health care journal of social work, 1992.
6. Max Sijorin : The therapeutic process in clinical social work, journal of social work, 1993.
7. National association of social workers, social work in healthcare: Guidelines and best practices, NASW PRESS, (2016).
8. Sands Koberta : Crisis intervention and social work practice in hospitals, journal of social work, 1983.

الملاحق

تعهد:

أنا الممضية أسفله السيدة..... البالغة من العمر
 الحاملة لبطاقة التعريف الوطنية رقم..... الصادرة في
 بولاية أتعهد بأن أتكفل بكامل شؤون ابني وأي
 ضرر يلحقه أتحمّل كامل المسؤولية على ذلك

امضاء الأم:الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبيةوزارة الصحة

مديرية الصحة و السكان ولاية قالمة

المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل

محمد معلم- قالمة

الرقم:...../2024

قالمة في:محضر استلام

في يوم..... من شهر..... سنة.....
 قمنا نحن للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم و الطفل بالامضاء على
 محضر الاستلام الخاص بالمسماة:
 ابنة.....
 المولودة بتاريخ..... ب:..... الساكنة ب:
 المهنة..... الحاملة لبطاقة التعريف الوطنية رقم.....
 الصادرة بتاريخ..... عن دائرة..... ولاية.....
 والتي دخلت المؤسسة الاستشفائية يوم.....
 قصد استلامها لمولودها من جنس..... المولودة (ة) بتاريخ.....
 على الساعة..... و المسجل (ة) لدى مصالح الحالة المدنية
 تحت اسم و لقب.....
 سلمت نسخة من هذا المحضر للمعنية بالأمر لاستعماله في حدود ما يسمح به
 القانون.
 حرر بتاريخ.....

امضاء المساعدة الاجتماعيةامضاء الطبيبة المنسقةامضاء رئيسة المصلحةامضاء المعنية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة

مديرية الصحة والنشاط الاجتماعي لولاية قالمة

المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة الام والطفل الشهيد "معلم محمد"

مصلحة امراض النساء والتوليد

قائمة في:

محضر التخلي

في سنة وفي من شهر ب
على الساعة الدقيقة أمامنا نحن المكلف بمكتب التخلي
عنهم المفتوح بمصلحة الولادة لمستشفى الأم والطفل - قالمة -

تقدمت أمامنا السيدة

الاسم.....

اللقب.....

المولودة في

ولاية

الجنسية.....

رقم بطاقة الهوية.....

المستوى التعليمي :

-ابتدائي.....

-ثانوي.....

-جامعي.....

دون مستوى تعليمي.....

الوضعية الاجتماعية:

-عزباء.....

-مطلقة.....

-المهنة.....

-بدون مهنة.....

-الساكنة ب.....

صرحت لنا برغبتها في التخلي عن طفلها من جنس.....

المولودة في..... بمصلحة الأمومة لمستشفى الأم والطفل - معلم محمد -

ولاية.....

العنوان.....

مصرح به في الحالة المدنية تحت اسم ولقب.....

غير مصرح به في الحالة المدنية.....

ماهي الأسباب المصرح عنها أو المتوقعة للتخلي؟.....

.....

معلومات خاصة بالطفل

الحالة الصحية : الوزن.....

-هل تم التعرف عليه من طرف الأم؟.....

-هل تم التعرف عليه من طرف الأب؟.....

معلومات حول الحالة الصحية للام.....

.....

معلومات أخرى ضرورية.....

 معلومات حول الأب.....
 معلومات حول حالته الصحية.....
 هل يعلم الأب بوجود الطفل؟.....
 إذا كان الجواب نعم، هل يعلم بهذا الإجراء؟.....
 - ماهو رأيه؟.....
 - هل الطفل في صحة جيدة، بنية جسدية سليمة، معوق، مولود قبل أوانه.....
 الإشارة إلى المعلومات المتعلقة بالتلقيح - دفتر صحي-

يجب إعلام الأم بأنه:

- 1- يسمح محضر التخلي النهائي بوضع الطفل مباشرة في الوسط العائلي.
- 2- يحدد محضر التخلي الموقت فترة التفكير بشهر واحد قابل للتجديد لمدة شهرين اثنين عند انتهاء مدة التفكير المحدد بثلاث أشهر بوضع الطفل مباشرة في الوسط العائلي.
- 3- إن قرار التخلي يعني الانقطاع النهائي والكلي لكل الروابط التي تربط الأم والطفل وفقدانها جميع الحقوق عليه والسرية التامة الخاصة بوضعه في العائلة.
- 4- تصيب المعلومات المطلوبة لصالح الطفل فقط ولن يسمح باستعمالها ضد الأم كما يضمن لها السرية التامة فيما يخص المعلومات المقدمة.

مديرة المؤسسة الاستشفائية الام والطفل

امضاء الأم

امضاء المساعدة الاجتماعية للمؤسسة

الملحق رقم 04:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة

مديرية الصحة والسكان لولاية قالمة

المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل

- محمد معلم - قالمة

قالمة في :

إلى السيد قاضي الأحداث لمحكمة قالمة

الموضوع:

نعلم سيادتكم المحترمة أن السيدة..... تقدمت إلى مصلحة الولادة لمستشفى
 الأم والطفل الشهيد محمد معلم -قالمة-صاحبة بطاقة التعريف الوطنية رقم.....، الصادرة
 في..... ب..... ولاية.....، دون احضار الدفتر العائلي، حيث وضعت مولودا
 من جنس..... بتاريخ..... المصروح به في الحالة المدنية تحت اسم
 ولقب.....، حيث قامت بالإمضاء على محضر.....
 يوم.....

رئيس المصلحة

امضاء المساعدة الاجتماعية

المديرة

الطبيبة المنسقة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة

مديرية الصحة والسكان لولاية قالمة

المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة الام والطفل

الشهيد " معلم محمد " قالمة

مصلحة امراض النساء والتوليد

قالمة في:

محضر استلام

في يوم من شهر سنة قمنا نحن المساعدة
الاجتماعية للمؤسسة الاستشفائية الام والطفل قالمة بالإمضاء على محضر الاستلام الخاص بالقاصر
المسماة ب..... ابنة..... وابنة..... المولودة
بتاريخ..... ب..... الساكنة ب.....
المهنة..... الحاملة لبطاقة التعريف الوطنية رقم..... الصادرة
بتاريخ..... عن دائرة..... ولاية..... والتي دخلت
المؤسسة الاستشفائية يوم..... قصد استلامها لمولودها من جنس..... المولود(ة)
بتاريخ..... على الساعة..... والمسجل(ة) لدى مصالح الحالة المدنية تحت اسم
ولقب.....

حرر بتاريخ.....

امضاء رئيسة المصلحة

امضاء الولي الشرعي

امضاء المعنية

امضاء المساعدة الاجتماعية

امضاء الطبيبة المنسقة للمصلحة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
 REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة التضامن الوطني والأسرة
 مديرية الصحة والنشاط الاجتماعي
 لولاية قالمة
 قائمة في

محضر التخلي

في سنة وفي من شهر ب
 على الساعة الدقيقة
 عنهم المفتوح بمصلحة الولادة لمستشفى الأم والطفل - قالمة -
 تقدمت أمامنا السيدة

الاسم.....
 اللقب.....
 المولودة في ولاية
 الجنسية.....
 رقم بطاقة الهوية.....
المستوى التعليمي :
 -ابتدائي.....
 -ثانوي.....
 -جامعي.....
 -دون مستوى تعليمي.....

الوضعية الاجتماعية:

-عزباء.....
 -مطلقة.....
 -المهنة.....
 -يدون مهنة.....
 -الساكنة ب.....
 صرحت لنا برغبتها في التخلي عن طفلها من جنس.....
 المولودة في..... بمصلحة الأمومة لمستشفى الأم والطفل- معلم محمد-
 ولاية.....
 العنوان.....
 مصرح به في الحالة المدينة تحت اسم ولقب.....
 غير مصرح به في الحالة المدنية.....
 تصرح بأنها منحت اسمها للطفل.....
 ماهي الأسباب المصرح عنها أو المتوقعة للتخلي؟.....
 الإشارة إذا كان الطفل بحوزته أشياء خاصة به.....

معلومات خاصة بالطفل

الحالة الصحية : الوزن.....
 -هل تم التعرف عليه من طرف الأم؟.....
 -هل تم التعرف عليه من طرف الأب؟.....

- هل تم التعرف عليه من طرف الأم والأب؟.....
- أين يعيش الطفل منذ ولادته؟.....
- معلومات حول الحالة الصحية للام.....
-
- معلومات أخرى ضرورية.....
-
- معلومات حول الأب.....
- معلومات حول حالته الصحية.....
- هل يعلم الأب بوجود الطفل؟.....
- إذا كان الجواب نعم, هل يعلم بهذا الإجراء؟.....
- ماهو رأيه؟.....
- هل الطفل في صحة جيدة, بنية جسدية سليمة, معوق, مولود قبل أوانه.....(2)
- الإشارة إلى المعلومات المتعلقة بالتلقيح - دفتر صحي-

يجب إعلام الأم بأنه

- 1- يسمح محضر التخلي النهائي بوضع الطفل مباشرة في الوسط العائلي
- 2- يحدد محضر التخلي المؤقت فترة التفكير بشهر واحد قابل للتجديد لمدة شهرين اثنين عند انتهاء مدة التفكير المحدد بثلاث أشهر بوضع الطفل مباشرة في الوسط العائلي
- 3- إن قرار التخلي يعني الانقطاع النهائي والكلي لكل الروابط التي تربط الأم والطفل وفقدانها جميع الحقوق عليه والسرية التامة الخاصة بوضعه في العائلة
- 4- تصبو المعلومات المطلوبة لصالح الطفل فقط ولن يسمح باستعمالها ضد الأم كما يضمن لها السرية التامة فيما يخص المعلومات المقدمة

إمضاء الشخص المكلف بمكتب المتخلي عنهم

إمضاء الأم

(التوقيع- ختم واضح للمؤسسة)

إمضاء الولي الشرعي للأم

إمضاء المساعدة الاجتماعية للمؤسسة



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم اجتماع



استمارة مذكرة حول

دور المساعد الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية

-رأسه ميدانية بمستشفى الحكيم عقبي بولاية قالمة-

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة

إشراف

أ.د/ سرايدي محمد منصف

إعداد

سعادلي وردة

مومني صبرينة

السنة الجامعية: 2024-2025

المحور الأول: البيانات الشخصية:

1. الجنس: ذكر أنثى
2. العمر: من 22 إلى 32 من 33 إلى 43 من 44 إلى 54
3. الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق أرمل
4. المستوى التعليمي: ثانوي جامعي
5. عدد سنوات الخبرة: [5-1] [10-6] [15-11]
6. الوظيفة:

المحور الثاني: دور المساعد الاجتماعي مع المرضى وأسرتهم:

7. هل تقوم بشرح الوضع الصحي للمرضى؟

نعم لا

- في حالة الإجابة بنعم، هل تعرفهم على:

طبيعة المرض أسباب المرض طرق العلاج والوقاية الكل

8. ما هي الحالات التي تستدعي تدخلك؟

مرض مزمن مسنين أطفال أسر فقيرة فئات أخرى

9. كيف تتعرف على الفئات التي يستوجب تدخلك؟

عن طريق الإدارة الفريق الطبي الأسرة

10. هل تساعد المرضى على التكيف مع مرضهم؟

نعم لا

- في حالة الإجابة بنعم، كيف ذلك؟

- حدد:

11. ما هي الخدمات التي تقدمها للمرضى داخل المستشفى؟

.....

12. هل تقدم مساعدات للمرضى خارج المستشفى؟

نعم لا

- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتم ذلك؟

- حدد:

13. هل تشرح للأسرة الوضع الصحي لمريضهم؟

نعم لا

14. هل كل الأسر تتقبل تدخلك مع مريضهم؟

نعم لا

15. هل تتواصل مع أسر المرضى بعد الخروج من المستشفى؟

نعم لا

المحور الثالث: دور الأخصائي الاجتماعي مع الفريق الطبي:

16. هل تقوم بوضع خطة علاجية مع الفريق الطبي؟

نعم لا

17. ما هو الدور الذي تلعبه مع الفريق الطبي والمريض؟

.....
.....
.....

18. هل يتقبل الفريق الطبي دورك مع المرضى؟

نعم لا

- في حالة الإجابة بـ لا، لماذا؟

- حدد:

19. هل يشرح لك الفريق الطبي الحالة الصحية للمرضى؟

نعم لا

20. هل تزود الفريق الطبي بالمعلومات الاجتماعية الخاصة بالمريض؟

نعم لا

المحور الرابع: دور الأخصائي مع الإدارة:

21. هل تقوم بعملية التنسيق بين المريض والإدارة؟

نعم لا

22. كيف يمكن الحصول على ملف المريض؟

من الإدارة الفريق الطبي الأسرة

23. هل تقدم لك الإدارة تسهيلات للقيام بمهامك؟

نعم لا

24. هل هناك تضارب بين مهامك ومهام الفريق الطبي؟

نعم لا

25. هل للإدارة دخل في حالة وجود تضارب للمهام؟

نعم لا

- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتم ذلك؟

- حدد:

المحور الخامس: التحديات:

26. هل تجد صعوبة في التعامل مع المرضى؟

نعم لا

- في حالة الإجابة بنعم، ما نوع الصعوبات؟

- حدد:

27. هل يؤمن المرضى بدورك في المستشفى؟

نعم لا

28. هل يجد المرضى وأسرهم إخراج في التواصل معك؟

نعم لا

29. هل تتوفر بالمؤسسة أقسام خاصة بعملك؟

نعم لا

الملاحق

30. هل توفر لك المؤسسة كل ما يحتاج المريض؟

نعم لا

31. هل توفر لك المؤسسة ميزانية خاصة للتكفل بالمرضى وانشغالاتهم؟

نعم لا

- في حالة الإجابة بـ لا، من هي الأطراف التي تساعدك؟

- حدد:

شكراً على تعاونكم