

واقع الممارسة المهنية لأخصائى العمل مع الحالات الفردية
فى المستشفيات فى ظل العمل الفريقى

" دراسة مطبقة على مستشفى الفيوم العام "

دكتور

بهجت محمد محمد رشوان

- مقدمة متضمنة مشكلة الدراسة :-

تزخر المؤسسة الطبية بالعديد من التخصصات ، يقوم عليها أفراد وكفاءات من تخصصات ومهن مختلفة سواء كانوا أطباء فى مختلف التخصصات أو أخصائى الإشعاع و العلاج الطبيعى و التحليل و الأخصائىين الاجتماعىين و النفسىين و التغذىة و غيرهم ، هذا خلاف القسم الإدارى ، وحينما يتعامل شخص منهم بشكل منفرد مع المريض أو المشكلة ، فإن هذا التعامل يتم من منطلق خبرة ورؤىة واحدة ، ومهما كانت هذه الخبرة و كفاءة هذه الرؤىة ، فإنها لن تكن بالكفاءة و الفاعلية كما لو كانت هناك تكامل فى الخبرات و الرؤى .

فإذا كانت التغيرات السريعة و المتتالية التى تطرأ على كافة مجالات الحياة بسبب التقدم المعرفى و التطور فى وسائل الحياة فرض ما يسمى بالتخصصات الدقيقة داخل التخصص الواحد ، فإنه مع هذه التطورات تطورت الرعاية الطبية و اندمجت مع الرعاية الاجتماعية ، فبعد أن كان الطبيب وحده هو مصدر هذه الرعاية ، أصبح الاتجاه الحديث ينادى بضرورة العمل فى مجال الرعاية الصحية من منظور العمل الفريقى . ويرى فيم وآخرون(Pham H H (٢٠٠٧) أن القوة الدافعة وراء انتقال الممارسين فى مجال الرعاية الصحية من كونهم منفردىين إلى أعضاء فى فريق عمل أشبه ما يكون بالأوركسترا هى تعقيد الرعاية الصحية الحديثة التى تطورت بشكل كبير.(١,١) بل ولأهمية ذلك فقد أشارت لجنة الصحة العقلية فى أيرلندا(٢٠٠٦)(Mental Heath Commission2006) أنه منذ أكثر من عشرين عاماً كان هناك توصية على ضرورة إنشاء فرق متعددة التخصصات وذلك ضمن التوصيات الموصى بها فى التخطيط لوزارة الصحة فى المستقبل (١٩٨٤) كطريقة مختلفة للعلاج و مشاركة الأفراد من عدد من المهن المتخصصة المطلوبة لتلبية احتياجات المرضى ، كما أوصت اللجنة أيضاً بأن يقوم الأخصائىون النفسىون و الأخصائىون الاجتماعىون و المعالجون المهنىون بتشكيل فرق طبية نفسية عقلية لتوفير العلاج و الرعاية الشاملة للمصابىين بأمراض عقلية . ولا شك فى أن هذه التوصية وإن كانت فى أحد مجالات الرعاية الصحية فهى دلالة على أهميتها فى سائر مجالات الرعاية الصحية الأخرى . لذلك نجد دوهس(٢٠٠١)(Dohc) يشير إلى أن أحد الأهداف الرئيسية للإستراتيجية الصحية هو نظام صحى يركز على المرضى ويحدد احتياجاتهم و يستجيب لها، وكان أحد المواضيع الهامة العديدة فى الإستراتيجية الصحية هو أن يكون العمل ضمن إطار جماعى متعدد التخصصات ، حيث أن عدم إدماج الخدمات يعتبر مشكلة ، فالعمل فى صورة فريق هو عمل يتيح فرصة كبيرة لمزيج عدد كبير من المهارات فى إطار فريق متعدد التخصصات ، كما إنها تعنى توزيع أكثر ملائمة لعبء العمل ، مما يُمكن كل عضو من أعضاء الفريق العمل وفق لقدراته ، كما إنها تسهل أيضاً الاتصال و التواصل بين أعضاء الفريق و بالتالى تقليل الوقت الذى يقضيه الآخريين من مقدمى الخدمة فى الاتصال ، وتقر الإستراتيجية بأن مستخدمى الخدمات الفردية قد يحتاجون إلى الوصول إلى النسق و النظام عدة مرات لمعالجة و إشباع جميع احتياجاتهم . ويقول مكولسكى(٢٠٠٦)(MCcluskey) أن إستراتيجية الصحة واضحة فى رسالتها التى تقول " يجب التركيز على تعزيز و تيسير تقديم الرعاية الصحية من خلال الشراكة بين المهنيين بطريقة متكاملة و شاملة لمصلحة مستخدمى الخدمة ".(٢)

كما أن كارول مالف (٢٠٠٩) يشير إلى أن تقرير اللجنة الوطنية المعنية بالتوظيف الطبي (N T F M S) يؤكد على أن " قضية العمل الفريقى متعدد التخصصات تزداد قوة كلما أصبح العمل أكثر تخصصاً ويمكن تلبية احتياجات المرضى بطرق مختلفة ، وينبغي تعزيز العمل فى صورة فرق متعدد التخصصات بين العاملين فى مجال الرعاية الصحية و الاجتماعية ، هذا مع التأكيد على أنه من أجل أن تكون الرعاية الطبية قادرة على توفير خدمات متكاملة و مستمرة وعالية الجودة ، يحتاج أخصائيو الرعاية الصحية إلى العمل بشكل وثيق مع بعضهم البعض بطريقة منظمة من خلال فرق رسمية وغير رسمية .(٣:١٢٩) وهذا يتفق مع ما أشار إليه كليزش و آخرون (Kalizch,et al 2009) من أنه قد تم ربط فعالية العمل بأسلوب فريق العمل متعدد التخصصات فى مجال الرعاية الطبية بالنتائج الأفضل .(٤) كما يتفق مع ما أقرته لجنة الممارسة المهنية للإتحاد الأوروبى للأطباء الأخصائيين فى ٢٠١٠ (UEMS2010) من أن العمل بأسلوب فريق العمل متعدد التخصصات ضرورياً حيث أنه يشتمل على مجموعة واسعة من المعارف و المهارات اللازمة لتشخيص و تقييم العوامل المؤدية للمرض و المساهمة فى تحديد خيارات العلاج التى غالباً ما تكون متنوعة ، وهذا يعنى أن التنوع فى فريق العمل قد يتضمن فيما يتضمنه أن كل تخصص يتناول مشكلات العميل من زاوية تخصصه التى تختلف عن التخصص الآخر ، هذا بالإضافة إلى أن كل عضو من أعضاء الفريق لديه شئ مختلف يقدمه لهذا المريض عما يقدمه العضو الآخر، كما ركزت اللجنة على أن دور الأخصائى الاجتماعى هام فى فريق العمل ، حيث إنه يقوم بتعزيز المشاركة وإعادة الاندماج بالمجتمع ، كما أنه يساهم فى تحقيق الدعم الاجتماعى . ولعل ما يؤكد على ضرورة العمل داخل مؤسسات الرعاية الصحية بأسلوب فريق العمل هو ما أقرته منظمة الصحة العالمية من أن الصحة "هى حالة اكتمال لياقة الشخص بديناً وعقلياً ونفسياً واجتماعياً و لا تقتصر على مجرد انعدام المرض أو الداء" وهنا نجد بيكر وآخرون ٢٠١٠ (Baker,et al 2010) يرون أن الفكرة الأساسية هى أن صحة المريض و سلامته ليس فقط وظيفة من العلاجات المعقدة و التكنولوجيات العلاجية المتقدمة ، ولكن أيضاً وظيفة من الفئة التى تقوم على المهنيين العاملين فى مجال الرعاية الصحية لأداء مهامهم بأسلوب العمل الفريقى متعدد التخصصات .(٥) وهنا نجد أن ليمبرى ٢٠٠٦ (Lymbery) يرى أنه غالباً ما يكون للأخصائيين الاجتماعيين دوراً رئيسياً فى الفريق متعدد التخصصات ، حيث أنه يقوم على منظور إجتماعى يسعى إلى أن يأخذ فى الاعتبار كيف تعمل الجوانب المختلفة لحياة الإنسان معاً لمساعدته على الازدهار و النجاح أو عكس ذلك من قهر وفشل ، كما أن هناك جوانب من حياة الفرد المنزلية وظروفه الاجتماعى التى قد يكون الأخصائى الاجتماعى هو الأقدر و الأفضل لاستكشافها من غيره من المهن .(٦،١١٣٤:١١١٩) بل أن ويرل ٢٠١٦ (wheeler) يرى أن الخدمة الاجتماعىة تلعب دوراً قيادياً فى الجوانب النفسية والاجتماعية للرعاية الصحية ، وتستمد الخدمة الاجتماعىة قوتها من منظور الإنسان فى بيئة ، ذلك المنظور الذى يركز على السياقات اللازمة للعميل و الأسرة التى تركز على الرعاية و التى لا نظير لها بين المهن الصحية .(٧) ويؤكد هذا ما ذهب إليه كل من هيرود وليمبرى ٢٠٠٢ (Herod & Lymbery) من أن الأخصائيين الاجتماعيين يقيمون نوع مميز من العلاقة مع العملاء و الأسر التى تعتبر أساسية للتدخل الفعال ، والواقع أن هناك اعترافاً صريحاً بقيمة الخدمة الاجتماعىة وتقدير الطابع الفريد الذى يمكن أن تقدمه إلى

الفريق متعدد التخصصات.(٨) هذا من جانب و من جانب آخر، نجد أن البحوث العربية تؤكد على وجوب التعاون بين الأخصائي الاجتماعي والطبيب ، وهذا ما أكد عليه الفهيري (١٤٣٣هـ) عندما قال أن تعاون الطبيب و الأخصائي الاجتماعي واجباً ضرورياً تحتمه وحدة شخصية المريض وتكاملها ، فهو تعاون مطلق سواء في المراحل التشخيصية أو العلاجية أو فترات النقاهة ، فالطبيب في حاجة إلى الأخصائي الاجتماعي ليكشف له عن أحوال المريض الاجتماعية و الاقتصادية و ظروفه الأسرية ، هذا من جانب ومن جانب آخر ، فإن الأخصائي الاجتماعي هو أقدر أعضاء الفريق على جعل المريض يتقبل خطة العلاج الطبي ، بالإضافة إلى متابعة تنفيذ هذه الخطة حتى يُشفى المريض ، وإذا كان الطبيب بحاجة إلى الأخصائي الاجتماعي فإن الأخصائي الاجتماعي بحاجة إلى الطبيب ليساعده في تحديد أنواع المساعدة الطبية التي يحتاجها المريض ، ويحيطه بفهم كل ما يصعب عليه فهمه من ألوان المعرفة الطبية التي توضح له الموقف المرضى بشئ من الدقة . (٢:٣،٩) على الرغم من أن الأبحاث تشير إلى أن دمج الرعاية الصحية مفيد لكل من مقدمي الرعاية والمرضى ، فإن عملية التكامل محفوفة بالعديد من الصعوبات و المعوقات، خاصة وأن الأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم من المهنيين العاملين في مجال الصحة السلوكية يحاولون الاندماج في النظم الطبية القائمة التي قد تتضرر من إضافة زملائهم في الفريق أو في تغيير الهياكل التي ينظر إليها الأطباء بالفعل على أنها تعمل بشكل جيد بدونهم . ووفقاً لما أشار إليه كل من إيغان وكادوشين (Egan, M., Kadushin, G, ١٩٩٥)، من أن أحد أسباب صعوبة الاندماج هو الارتباك فيما يتعلق بالفهم العلاجي لنطاق الخدمة الاجتماعية مقابل ممارسة التمريض. وخلصت هذه الدراسة التي أجريت من خلال مقابلات مع الممرضات في المناطق الريفية وأطباء الرعاية الصحية الأولية و الأخصائيين الاجتماعيين فيما يتعلق بفهم الأدوار المهنية ، إلى أن العديد من الممرضات و أطباء الرعاية الأولية لا يستفادون من الكيفية التي يمكن بها للأخصائيين الاجتماعيين أن يكونوا فعالين في رعاية المرضى نفسياً اجتماعياً .(١٠) هذا بالإضافة إلى ما أشار إليه ماكارى و أخرى(٢٠٠٦) (Makary et al 2006) عندما أوضحوا أن عدم وجود توافق في الآراء وعدم وجود اتفاق بين أعضاء فريق العمل متعدد التخصصات على مصطلحات و المفاهيم يمثل عائقاً كبيراً أمام كفاءة وفاعلية فريق العمل ، فنجد أن هيئة التمريض ترى أن التعاون في فريق العمل هو ينطوي على التأثير في صنع القرار، في حين يعنى بالنسبة للأطباء إتباع توجيهاتهم.(١١) كما يتفق مع ما أسفرت إليه دراسة فوستر وآخرون (٢٠٠٨) (Fewster,T) من خلال نتائجها التي تم تطبيقها على ١٢٣ من المهنيين الصحيين في مبادرة التعليم المهني في أمريكا الشمالية و ناقشوا خلالها عمليات التنشئة الاجتماعية و المهنية وكيف يرون أنفسهم و أدوارهم ضمن فريق الرعاية الصحية ، فوصف الأطباء أنفسهم كقادة وصناع للقرار ، بينما وصف هيئة التمريض و الأخصائيين الاجتماعيين و المعالجين و المهنيين الآخرين أنفسهم كلاعبي الفريق ، كما أشارت هذه الدراسة إلى هيمنة الطبيب في صنع القرار يمكن أن يكون بمثابة حاجز كبير لتعاون فريق العمل ، بالإضافة إلى تأكيدهم على أنه من الصعب تحقيق التعاون في ضوء التسلسل الهرمي الذي يستثمر القوة في بعض المهن ويعامل الآخرين كخاضع.(١٢) هذا ويشير برون وآخرون(٢٠١١) (Brown,J et al 2011) إلى نقطة أخرى في دائرة المشكلات القائمة داخل فريق العمل متعدد التخصصات ، حيث يرون أنه يمكن أن

نصف الصراع القائم بين أعضاء فريق العمل في المؤسسات الطبية على أنه صراع لنوعين مختلفين من المهن مثل الأطباء و هيئة التمريض ، الأخصائيين الاجتماعيين و هيئة التمريض ، المعالجين الأسريين وأطباء الأسرة ، والأخصائيين الاجتماعيين و الأطباء ، ويرون أن مصادر الصراع بين أعضاء فريق العمل بمؤسسات الرعاية الصحية يمكن حصره في مجموعة من القضايا التي تتمثل في حدود الأدوار ونطاق الممارسة و المسؤولية ، وأن هناك مجموعة من المعوقات التي تحول دون حل النزاع القائم بين أعضاء فريق العمل تتمثل في ضيق الوقت ، وعبء العمل ، ووجود (أفراد) مرضى في موقف أقل ضعف ، وعدم الاعتراف بوجود صراع مع عدم وجود دافع للتصدي للصراع ، تجنب المواجهة خوفاً من التسبب في عدم الراحة العاطفية (أى خوفاً من تعرض نفسه للمشاكل). (١٣) ومن جانب آخر نجد أن الفهيري ٢٠١٢ يرى أن تشخيص الأمراض وعلاجها وكذلك الوقاية منها يتطلب مهارات متعددة و إمكانيات واسعة ، لا تغطي الخدمة الاجتماعية منها إلا حيز ضئيلاً ومحدوداً في كل هذا ، وغالباً ما ينظر إليها على إنها ثانوية بالنسبة للهدف الأصلي للتنظيم الطبي ، كما أشار إلى أن معظم الدراسات الطبية تعكس المنهج العلمى الصارم وتؤكد الاعتماد على المعطيات العلمية و الموضوعية كنتائج التحاليل الطبية وفحوص الأشعة وما غير ذلك لا يلقى اهتماماً كبيراً بالنواحي الاجتماعية و النفسية للمريض ، ومنها أن برامج التدريب للأطباء تركز على النواحي الإكلينيكية و التي قد يشترك فيها الطبيب مع أخصائى العلاج الطبيعى أو الممرضة ولا تتضمن عناصر مشتركة مع الأخصائيين الاجتماعيين كفن المقابلة و العلاقات ، وما يوسع هذه الهوية في الوطن العربى بشكل عام أن الأطباء يتحدثون بلغة أجنبية ومعظم المصطلحات التي يتداولونها غريبة على الأخصائيين الاجتماعيين الأمر الذى يهدد جو الاتصال بين الخدمة الاجتماعية و المجال الطبى بصفة عامة . (٥١:١٤) وهذا يتفق مع ما أشار إليه بيكر وآخرون ٢٠١٠ (Baker et al 2010) من أن الثقافات المهنية قد تكون حواجز أمام العمل الفريقي متعدد التخصصات ، بالإضافة إلى أن عمليات التدريب المهني والتنشئة الاجتماعية والمهنية قد تعرقل التعاون داخل فريق العمل. (١٥) وما يزيد من تعقيد المواقف أن الطبيب وهو في مرحلة الدراسة عندما يكون طالباً يتم تكوين لديه افتراض يخلق قالب نمطى يجعله يرى نفسه قائد للعملية العلاجية و أن الطبيب فقط هو صاحب القرار في المؤسسة العلاجية وأن الآخرين ما هم إلا مساعدين له فيما يتخذه من قرارات وإجراءات ، ويدعم كل هذا التنشئة الاجتماعية داخل المجتمعات العربية التي تضع الطبيب في قمة الفريق العلاجي ، بل ترى إنه هو لب العملية العلاجية وغياب أى من عناصر الفريق الأخرى لا يؤثر بدرجة كبيرة . وهذا يتفق مع ما أشار إليه كل من جنس بورج وتريجن ٢٠٠٥ (Gins Burgl & Treguno ,D) من أنه غالباً ما يبدأ الطلاب في كليات الطب مع القوالب النمطية المسبقة حول هويتهم المهنية . و اعترافاً بأن هذه القوالب النمطية و المواقف تصبح راسخة مع الزمن شدد عدد من الباحثين على أهمية معالجة افتراضات الطلاب في وقت مبكر . ومن جانب آخر أشارت دراسة المطيرى (١٤٢٥هـ) إلى أن عدم مبادرة الأخصائيين الاجتماعيين في التعامل مع الأطباء ، وانشغالهم بالأعمال الإدارية من الأمور التي تعزز نظره الأطباء السلبية للخدمة الاجتماعية و الأخصائيين الاجتماعيين .

ويتضح هنا من خلال ما سبق عرضه من تراث نظري ودراسات سابقة أن هناك من يرى أن فريق العمل متعدد التخصصات في المجال الطبي هام وذو فوائد متعددة ، وبرغم من هذه الأهمية إلا أن هناك صعوبات ومشكلات بين أعضاء الفريق الطبي تحد بل تهدد فاعلية العمل الفريقى متعدد التخصصات في مجال الرعاية الصحية ، لذا كانت مشكلة الدراسة التي دفعت الباحث لمحاولة التعرف عليها هي التعرف على واقع ممارسة أخصائى العمل مع الحالات الفردية داخل المستشفى كأحد أعضاء فريق العمل متعدد التخصصات داخل المستشفى ومن ثم فإن مشكلة الدراسة تتمثل

" واقع الممارسة المهنية لأخصائى العمل مع الحالات الفردية فى المستشفى فى ظل العمل الفريقى "

- أهمية الدراسة :-

تستمد هذه الدراسة أهميتها من :-

١- كون أن للإنسان أربعة جوانب أساسية هي الجانب الجسمي ، والجانب الاجتماعي ، والجانب النفسي ، والجانب العقلى ، وحين يمرض لا يتأثر الجانب الجسمي وحده ، وإن كان هو أكثر الجوانب التي يتضح فيها هذا التأثير ، وفي نفس الوقت يترك المرض بصمات اجتماعية على المريض يتبعها آثار نفسية واقتصادية مكملة لها، وقد يصاحبه تأثير على طريقة تفكير الفرد ، هذا بالإضافة إلى أن المرض قد يعوق أداء المريض لدور أو أكثر من أدواره الاجتماعية بما فيهم دوره هو نفسه كمريض ، وتحسين الأداء يحتاج لعلاج شامل يتضمن علاج جوانب الشخصية الإنسانية بأبعادها المختلفة ، وهذا يحتم العمل الفريقى.

٢- عندما يعمل مقدمى الرعاية الصحية معاً فى فريق عمل يتحقق مجموعة من الفوائد لأعضاء الفريق و المرضى و العملية العلاجية نفسها و المؤسسة العلاجية ، فبالنسبة للمرضى يتلقى المريض من خلال فريق العمل الرعاية بصورة أكثر دقة حيث أن كل عضو من أعضاء الفريق يركز على مجال خبرته وتخصصه ، كما أن فريق العمل يتيح الفرصة لدراسة مشكلات و احتياجات المرضى بمنظور تكاملى ، هذا المنظور يتيح الفرصة لإشباع احتياجات المرضى بصورة كاملة و كلية . فنظرية الواحد الصحيح تتعامل مع المريض فتعالج ما يمكن تسميته بتجزئة الخدمة الطبية فكل جزء من هذه الأجزاء وفقاً لهذه النظرية يكمل الأخر وظيفياً و متكامل بنائياً. وبالنسبة لأعضاء الفريق كما يقول بومستر وليرى (١٩٩٥) أن فريق العمل عندما يتمتع بالمناخ المحفز للعمل والإيجابية فإنه يحقق مستوى مرتفع من الرضا الوظيفى بين الأعضاء ، كما يزيد من معدلات الصحة النفسية بينهم . و بالنسبة للعملية العلاجية تشير الشواهد الواقعية والعديد من الدراسات أن العمل الفريقى يحقق نتائج أكثر فاعلية عما يقوم به الفرد بشكل فردى ، وبالنسبة للمؤسسة عندما يشعر العضو بالانتماء إلى الفريق فإن هذا يعزز انتمائه للمؤسسة ، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى نجد أن نجاح العملية العلاجية بفاعلية من شأنه يعزز ثقة المواطن فى هذه المؤسسة ، كما أن انضمام الأخصائى الاجتماعى لفريق الرعاية الصحية و عمله بفاعلية من شأنه يقلل الفترة التي يقضيها المريض داخل المستشفى مما يعنى السماح لمرضى آخرين للانتفاع بخدمات المستشفى ، وهذا يتفق مع ما قاله فان

هوك (٢٠٠٤) حينما أشار إلى أن شدة القضايا النفسية و الاجتماعية للمريض ، وخاصة مشاكل الدور الاجتماعى كانت مؤشراً أكثر قوة على طول فترة البقاء.(١٦،٦٥) هذا بالإضافة إلى ما أشار إليه إلى بيكسون وآخرون(٢٠٠٩) من أن ثلث المرضى الذين يتعاملون مع "أحداث الحياة المجهدة والعوامل الإجهادية لم يشر إليها إلى طبيب الرعاية الأولية .(٧٣٧،١٧)

- أهداف الدراسة :-

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق هدف أساسى مؤداة " ماهو واقع الممارسة المهنية لأخصائى العمل مع الحالات الفردية فى المستشفى فى ظل العمل الفريقى " ويتفرع من هذا الهدف مجموعة من الأهداف الفرعية المتمثلة فى:-

- ١- التعرف على واقع العلاقة بين أخصائى العمل مع الحالات الفردية (الأخصائى الاجتماعى) و الهيئة الطبية فى فريق العلاج الطبى متعدد التخصصات فى المستشفى من وجهة نظر الأخصائى ؟
- ٢- التعرف على مدى اعتراف الهيئة الطبية بعضوية أخصائى العمل مع الحالات الفردية (الأخصائى الاجتماعى) داخل فريق العلاج متعدد التخصصات فى المستشفى من وجهة نظر الأخصائى ؟
- ٣- التعرف على واقع الإعداد المهني لأخصائى العمل مع الحالات الفردية (للأخصائى الاجتماعى) فيما يتعلق بعمله المهني كعضو داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات من وجهة نظر الأخصائى ؟
- ٤- التعرف على وجهة النظر الواقعية لأخصائى العمل مع الحالات الفردية (للأخصائى الاجتماعى) فى طبيعة عملة المهني داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات ؟
- ٥- التعرف على مدى اعتراف الهيئة الطبية داخل الفريق العلاجي الطبى بالمستشفى بعضوية الخدمة الاجتماعية بالفريق العلاجي متعدد التخصصات من وجهة نظر الهيئة الطبية ؟
- ٦- التعرف على دور أخصائى العمل مع الحالات الفردية(الأخصائى الاجتماعى) داخل فريق العلاج الطبى متعدد التخصصات من وجهة نظر الهيئة الطبية ؟
- ٧- التعرف على وجهة النظر الواقعية للهيئة الطبية فى طبيعة عمل أخصائى العمل مع الحالات الفردية(الأخصائى الاجتماعى) المهنية داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات ؟

- تساؤلات الدراسة :-

تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة على تساؤل أساسى مؤداة " ماهو واقع الممارسة المهنية لأخصائى العمل مع الحالات الفردية فى المستشفى فى ظل العمل الفريقى " ويتفرع من هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الفرعية المتمثلة فى:-

- ١- ماهو واقع العلاقة بين أخصائى العمل مع الحالات الفردية (الأخصائى الاجتماعى) و الهيئة الطبية فى فريق العلاج الطبى متعدد التخصصات فى المستشفى من وجهة نظر الأخصائى ؟
- ٢- ما مدى اعتراف الهيئة الطبية بعضوية أخصائى العمل مع الحالات الفردية (الأخصائى الاجتماعى) داخل فريق العلاج متعدد التخصصات فى المستشفى من وجهة نظر الأخصائى ؟

- ٣- ماهو واقع الإعداد المهني لأخصائى العمل مع الحالات الفردية (للأخصائى الاجتماعى) فيما يتعلق بعمله المهني كعضو داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات من وجهة نظر الأخصائى ؟
- ٤- ما هى وجهة النظر الواقعية لأخصائى العمل مع الحالات الفردية (للأخصائى الاجتماعى) فى طبيعة عملة المهني داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات ؟
- ٥- ما مدى اعتراف الهيئة الطبية داخل الفريق العلاجي الطبى بالمستشفى بعضوية الخدمة الاجتماعية بالفريق العلاجي متعدد التخصصات من وجهة نظر الهيئة الطبية ؟
- ٦- ما هو دور أخصائى العمل مع الحالات الفردية(الأخصائى الاجتماعى) داخل فريق العلاج الطبى متعدد التخصصات من وجهة نظر الهيئة الطبية ؟
- ٧- ما هى وجهة النظر الواقعية للهيئة الطبية فى طبيعة عمل أخصائى العمل مع الحالات الفردية(الأخصائى الاجتماعى) المهنية داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات ؟

- مفاهيم الدراسة :-

- مفهوم الممارسة المهنية :-

يشير مجمع اللغة العربية(٢٠٠٧) إلى أن اصطلاح الممارسة يشير إلى معالجة ومزاولة ، وتمرس بالشئ أى تدرب عليه (١٨) . ولغوياً يرى البعلبكي (١٩٩٤) أن الممارسة تعنى practice وهى تشير إلى إنها المزاولة والتدريب والتعود على عمل شئ معين .(١٩،٧١٤) أما قاموس وبستر(١٩٨٥) فيشير إلى الممارسة على إنها تعنى :- (٢٠،١١٤٥) .

أ- يفعل ويتدرب ويزاول عملاً باستمرار .

ب- يكرر العمل ليتعلم أو ليصبح مهنيًا .

ج - يستخدم معرفته وخبرته فى العمل .

وعند الحديث عن الممارسة المهنية لأخصائى العمل مع الحالات الفردية داخل المستشفى فإننا نتحدث عن الأخصائى الاجتماعى الممارس العام ، فالشواهد الواقعية تشير إلى أن الواقع العملى فى المؤسسات الطبية فى مصر لا تخصص أخصائى متخصص فى ممارسة العمل مع الحالات الفردية و أخرى مع الجماعات وإنما العمل يقوم به الأخصائى الاجتماعى يمارس الخدمة الاجتماعية فى صورة ممارسة عامة ، تلك الممارسة التى يقول سليمان وآخرون (٢٠٠٥) أن دائرة معارف الخدمة الاجتماعية عرفتها على أنها الإطار الذى يوفر للأخصائى الإجتماعى أساساً نظرياً انتقائياً للممارسة المهنية حيث أن التغيير البناء يتناول كل مستويات الممارسة (من الفرد حتى المجتمع) وتتمثل المسئولية الرئيسية للممارسة العامة فى توجيه وتنمية التغيير المخطط أو عملية حل المشكلة.(٢١،٢٢٦) ويرى سليمان و آخرون (٢٠٠٥) أن الممارسة العامة تتسم ببعض خصائصها منها:- (٢٢،٣٠،٢٨)

١- اتجاه تطبيقي يحدد خطوات التدخل المهني للأخصائى الاجتماعى ويمنحه الفرصة لاختيار ما يتناسب

من أساليب علاجية مع مشكلات العملاء بغض النظر عن النظرية أو الاتجاه الذى تنتمى إليه هذه

الأساليب .

٢- يعتمد نموذج الممارسة العامة على مفاهيم العديد من النظريات منها النظرية العامة للأنساق والمنظور الأيكولوجي وخاصة فيما يتعلق بتفسير المشكلات العملاء في ضوء العلاقة التبادلية والتكاملية بين الأنساق وبعضها وبينها وبين البيئة التي تعيش فيها.

٣- تعتبر الممارسة العامة نموذجاً وحدوياً Unitary متكاملًا Integarated شاملاً Holistic يتضمن العمل مع الأفراد والجماعات والمجتمعات حيث لا يركز على طريقة معينة للتدخل المهني بل يعتبر أسلوباً عاماً وشاملاً لوصف وتفسير المشكلات على أي مستوى حيث يركز التدخل المهني على أنساق مؤثرة تؤدي إلى سهولة اختيار الأخصائي الاجتماعي للأساليب المناسبة التي تتلاءم مع الموقف.

ومن ثم يقصد الباحث بالممارسة المهنية العمل مع فريق في الدراسة الحالية على أنها " كل فعل ونشاط يقوم به الأخصائي الاجتماعي أثناء تعامله مع فريق العمل ويستخدم معارفه ومهارته وأدواره المهنية سواء في تكوين الفريق وكذلك مع الفريق بعد تكوينه وذلك لتدعيم عمل الفريق ورفع كفاءته ". ويتم قياسها من وجهة نظر الأطباء و هيئة التمريض و من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي نفسه داخل الفريق ويتم قياسها بالنسبة للأخصائي الاجتماعي من خلال :-

- الخبرة العملية ويمكن قياسها من خلال :-

- عدد الدورات التي حصل عليها الأخصائيين فيما يتعلق بالعمل في المجال الطبي بصفة عامة و العمل الفريقي بصفة خاصة (وهذا الجانب موجود في البيانات الأولية الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين).
- سنوات الخبرة للأخصائي في المجال الطبي . (وهذا الجانب موجود في البيانات الأولية الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين).

- المعرفة العلمية ويكن قياسها من خلال بعض عبارات المقياس مثل :-

- أحرص على متابعة المؤتمرات العلمية في الخدمة الاجتماعية .

- أحرص على الإطلاع على الدوريات العلمية المرتبطة بعمل المهني في المجال الطبي .

وهنا وبناء على ما سبق يود الباحث الإشارة إلى أنه عند الحديث عن أخصائي العمل مع الأفراد يُستخدم مسمى الأخصائي الاجتماعي والعكس وذلك خلال البحث الحالي .

- مفهوم فريق العمل (فريق العلاج الطبي متعدد التخصصات):-

قبل تعريف فريق العمل يجب أولاً أن نوضح الفرق بين العمل الجماعي و فريق العمل ، فالأول وهو العمل الجماعي وهو يعنى وجود مجموعة من الأفراد يعملون لإنجاز عملاً ما مثل اللجنة التي تتكون لإنجاز عمل ما ، ففي اللجنة ليس بالضرورة أن يرى الفرد نفسه جزء من الفريق أو أن الكل هو واحد ، ففي اللجنة قد يكون العمل الجماعي عشوائى التعاون ، ويكون العمل معاً بصورة فردية وقد لا يكون هناك فرصة لتبادل الخبرات ، وأعضاء اللجنة يقومون بتنفيذ ما يُملى عليهم من قرارات ، بمعنى أنهم لا يشاركون في صنع القرار ، ولا يسود روح الفريق ولا يكون هناك فرصة ولا حاجة ملحة للتماسك و التساند و الدعم المتبادل . أما فريق العمل يكون كل هذا ضرورى وهام فى فريق العمل ، هذا بالإضافة إلى أن فريق العمل له أنواع تتمثل فيما يلى :-

أولاً :- من حيث التخصص:- فمنها فريق العمل ذو تخصص واحد وهو يكون من مجموعة من المتخصصين فى نوع واحد من العمل و العلم أو مجال محدد من المهن كأطباء القلب مثلاً وذلك لتكوين رأى علمى وهو ما كان يعرف بالكن سلطوا فى مجال الطب مثلاً ، وهناك متخصص فى مجال واحد وهذا كالفريق الذى يشكله دكتور مجدى يعقوب وهو يشمل طبيب عظام وتخدير وجراحين وهكذا ولكن هنا يجب أن نعلم أنهم جميعاً أطباء . وهناك الفريق متعدد التخصصات الذى يضم متخصصين فى عدد من المهن كالطب و التمريض و الخدمة الاجتماعية والتحاليل و الإشاعة و العلاج الطبيعى و الأخصائىون النفسىون وغيرهم ممن يفرضهم طبيعة الفريق و طبيعة الحالة التى يتم التعامل معها ، وهو ذلك الفريق الذى يتكلم عنه البحث الحالى .

ثانياً من حيث المدة :- فهناك فريق دائم أى أنه يتم تشكيل فريق عمل قد يكون متعدد التخصصات أو متخصص فى شق أو عمل معين و كالفريق الذى يتم تكوينه للعمل مع الأمراض المزمنة أو الأمراض العقلية ، وهناك فريق ينته بانتهاء المهمة التى تم تشكيله من أجلها وهو ما يقصده الباحث فى هذا البحث . و بالنسبة لتعريف فريق العمل ، فقد تم استخدام عدد من المصطلحات للتعبير عن مفهوم فريق العمل متعدد التخصصات ، فهناك من قال فريق المهن المتعددة ومن قال فريق التخصصات المتعددة ، وكلها تصف أنشطة متشابهة جداً . و يقول كل من بوميستر و ليرى (Baumeister, & Leary) (١٩٩٥) أن أساس تصورهما للفريق أنه نشاط مجموعة من الناس الذين يعملون بشكل تعاونى لتحقيق الأهداف المشتركة .(٢٣) فى حين يعرف موهرمان و آخرون (١٩٩٥) فريق العمل على أنه "مجموعة من الأفراد الذين يعملون معا لإنتاج المنتجات أو تقديم الخدمات التى يتحملون المسؤولية المتبادلة عنها، ويشترك أعضاء الفريق فى الأهداف ويتحملون المسؤولية المتبادلة عن لقاءهم ، وهم متكافلون فى إنجازهم ، ويؤثرون على النتائج من خلال تفاعلهم مع بعضهم البعض.(٢٤) و يعرف ميتشيل و آخرون (Mitchell) (2008) فريق العمل فى مجال الرعاية الصحية على أنه " ذلك الفريق الذى يشير إلى مجموعة من المهنيين الصحيين المتخصصين فى المجال الطبى و المتخصصين فى مجالات أخرى غير المجال الطبى ويعملون معاً لتلبية أكبر عدد ممكن من احتياجات المرضى والعمل بطريقة مثلى وتحسين النتائج الصحية.(٢٥) فى حين تعرف منظمة الصحة العالمية (٢٠١٠) فريق العمل على أنه " أخصائىون صحىون متعددون من خلفيات مهنية مختلفة يعملون جنباً إلى جانب مع المرضى و الأسر ومقدمى الرعاية و المجتمعات المحلية لتقديم أعلى مستوى من الرعاية .(٢٦) ويعرف الباحث بمفهوم فريق العمل فى المستشفى فى البحث الحالى على أنه " مجموعة من الأفراد الذين يعملون معاً بصورة تعاونية ، ويعملون بنظام الاتصال المفتوح فى جو يتسم بالاحترام المتبادل و التساند الوظيفى لتقديم خدمات الرعاية الصحية التى يتحملون المسؤولية المتبادلة عنها ويشتركون معاً فى تحقيق أهداف الرعاية الصحية " .

وبهذا يرى الباحث أن فريق العمل هو يمثل الواحد الصحيح الذى يتكون من مجموعة من الأجزاء ، هذه الأجزاء بينها تساند وتكامل وظيفى ، هذا التساند و التكامل هو أساس وجود هذا الواحد وبقائه " ويمكن قياسه من خلال:-

- العمل التعاونى ، ويمكن قياسه من خلال مجموعة من العبارات منها :-
- العمل التعاونى داخل فريق العمل يساعد على تحقيق الأهداف .
- العمل بأسلوب فريق العمل يحقق التعاون الفعال .
- يقوم الأخصائى الاجتماعى بالمشاركة فى وضع الخطط العلاجية داخل الفريق العلاجى
- التكامل و التساند الوظيفى ، ويمكن قياسه من خلال مجموعة من العبارات منها :-
- العمل بأسلوب العمل الفريقي يحقق التكامل الوظيفى .
- عملى بأسلوب العمل الفريقي يحقق التكامل فى تقديم الخدمة الطبية .
- يقوم الأخصائى الاجتماعى بالتنسيق بين أعضاء الفريق العلاجى لتعزيز أوجه التكامل بينهم .
- الاتصال المفتوح ، ويمكن قياسه من خلال مجموعة من العبارات منها :-
- الاتصال المفتوح داخل فريق العمل يساعد على تحقيق التكامل الوظيفى .
- الاتصال المفتوح داخل فريق العمل يساهم فى حل مشكلات أعضاء الفريق .
- الاحترام المتبادل ، ويمكن قياسه من خلال مجموعة من العبارات منها :-
- أشعر بتعالى الطبيب .
- الطبيب لا يعطى فرصة للأخصائى الاجتماعى لعرض رأيه المهنى فى الحالة المرضية .
- الأخصائى الاجتماعى غير مؤهل لشغل مكانة داخل فريق العمل الطبى .
- نظرية الواحد الصحيح وفاعلية فريق العمل :-

الواحد الصحيح يمثل كل هذا الكل له وظيفة محددة ودقيقة (فريق العمل الطبى متعدد التخصصات و وظيفته تقديم الرعاية الصحية للمرضى) ، وهو فى نفس الوقت يتكون من مجموعة من الأجزاء (أعضاء الفريق من أطباء وهيئة التمريض وأخصائيو التحاليل و العلاج الطبيعى والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم ممن تفرضهم طبيعة العمل مع حالة المريض) ، كل جزء(كل عضو من أعضاء الفريق) من هذه الأجزاء لها دور محدد ، وفى نفس الوقت هناك تساند وظيفى لهذه الأجزاء ، بمعنى أن تواجد الأجزاء المكونة للواحد الصحيح لم يكن بطريقة عشوائية وإنما هى موجودة بطريقة حتمية لا مفر منها وهى وجود وظيفة لهذه الأجزاء تحددها الوظيفة الكلية والهدف العام لهذا الواحد الصحيح ، فمبدأ الوظيفة العامة يتحكم فى الوظائف الأخرى ، أى أن هذا الواحد الصحيح (الفريق) أثناء تعامله مع الحالة المرضية تظهر حاجة ما ، هذه الحاجة تتطلب وظيفة ما تكون مهمتها مواجهة هذه الحاجة والتعامل معها ، وهنا يود الباحث الإشارة إلى أن الكل (الواحد الصحيح) قد يكون أكبر من مجموع أجزائه ؛ فالمعرفة والمهارات والصفات لكل فرد تسهم فى الكل و تكامله وكفاءة أداءه .

وبما أن كل شئ محكم بمجموعة من القيم والقواعد التنظيمية المتفق عليها و الأهداف المشتركة وتحديد الأدوار ووضوح الحدود وتوزيع المسئوليات و التساند الوظيفي ، فسوف تسير الأمور على ما يرام داخل هذا الواحد الصحيح و فى المؤسسة الطبية نفسها التى تمثل البيئة الخارجية التى تستوعب هدف هذا الواحد الصحيح ووظيفته ، دون انتظار طويل للصراعات و التوترات (أى دون أن تطول مرحلة العاصفة وهى إحدى مراحل تكوين فريق العمل) فالواحد الصحيح (فريق العمل) يسير فيه العمل وكأنه عبارة عن سيمفونية من الوظائف تتسم بالتناسق و التناغم والتوازن .

ويقاس كفاءة وفاعلية هذا الواحد الصحيح (الفريق) وأجزائه بتحقيق الأهداف والوظائف التى يسعى لتحقيقها وهى تقديم الرعاية الصحية فى صورة كلية شاملة بجوانبها الجسمية والنفسية والاجتماعية .

أولاً:- المنهج المستخدم :- فى ضوء طبيعة الدراسة و الأهداف التى تسعى لتحقيقها ، وبناء على التساؤلات التى تسعى الدراسة للإجابة عليها ، استخدم الباحث المنهج الوصفى التحليلى الذى يقوم بتقديم صورة مفصلة وواضحة المعالم لموضوع الدراسة التحليلى من خلال المسح الاجتماعى الشامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى المستشفيات المشار إليها فى مجالات الدراسة ، وعينة عشوائية من الأطباء وهيئة التمريض فى المستشفى مجال الدراسة .

- مجالات الدراسة :-

أ- المجال المكاني للدراسة :- تم تطبيق الدراسة فى مستشفى الفيوم العام وكذلك فى مستشفى إطسا المركزى و مستشفى إيشواى المركزى و مستشفى سنورس المركزى و مستشفى طامية المركزى ، وذلك لأنها تتضمن عدد من التخصصات التى يمكن معه القول بأنه يمثل عمل الأخصائى فى مجال الرعاية الصحية بصورة واسعة ، هذا بالإضافة إلى أن هذا النوع من المستشفيات هى الأكثر انتشار فى جمهورية مصر العربية أى إنها الأكثر تعامل مع الجمهور، مع العلم بأن مدينة الفيوم بها عدد من المستشفيات التخصصية كمستشفى الصدر ومعهد الأورام و الجزام ومستشفى الرمد والحميات ، إلا أن هذه مستشفيات تقدم خدمات الرعاية الصحية من الدرجة الثالثة فقط ، وبذلك فقد يختلف نظام العمل فيها بعض الشئ عن المستشفى العام و المركزى ، هذا بالإضافة إلى مستشفى الجامعة التى لها نظام خاص على اعتبار أنها مستشفى تعليمى .

ب- المجال البشرى :-

قام الباحث باختيار عينة الدراسة من الأطباء وهيئة التمريض (الهيئة الطبية) بطريقة عشوائية أساساً قائم على من كان موجود فى كل زيارة قام بها الباحث لهذه المستشفيات حيث قام الباحث بزيارة هذه المستشفيات (٢٠) زيارة فى أيام متفرقة كان يتم خلالها جمع البيانات ومقابلة الأطباء وهيئة التمريض ، وفى بعض المقابلات كانت عبارة عن حوار مفتوح لأنها كانت مع بعض الأطباء وهيئة التمريض الذين تم سؤالهم قبل ذلك ، وكان الشرط الأساسى لدى الباحث هو أن يكون عضو الهيئة الطبية قد أمضى فترة فى العمل لا تقل عن ثلاث سنوات ، وبعد تطبيق شرط الدراسة لعينة سواء أطباء وهيئة تمريض و أخصائيين اجتماعيين كانت عينة الدراسة كما هو موضح بالجدول التالى :-

جدول (١) يوضح عينة الدراسة

م	المستشفى	الأطباء			هيئة التمريض			الأخصائيين الاجتماعيين	
		العينة	من ينطبق عليه الشرط	الإجمالي	العينة	من ينطبق عليه الشرط	الإجمالي	العينة	من ينطبق عليه الشرط
١	الفيوم العام	٥٥	٣٢٥	٣٥٠	٧٠	٣٥٠	٣	٣	
٢	إطسا المركزى	٢٠	٧٧	٨٠	٢٠	٧٠	٤	٤	
٣	أبشواى المركزى	٢٠	٨٠	٨٤	٢٠	٧٤	٦	٦	
٤	سنورس المركزى	١٥	٧٠	٧٦	٢٠	٦٥	٤	٤	
٥	طامية المركزى	١٥	٦٣	٧٠	٢٠	٦٤	٣	٣	
	الإجمالي	١٢٥			١٥٠		٢٠	٢٠	

أى أن عينة الدراسة بلغت (١٢٥) طبيب وكان سبب إرتفاع عدد من لا ينطبق عليه الشروط فى المستشفى العام هو أن الأطباء الإمتياز (حديثى التخرج) معظمهم يكون فى هذه المستشفى وكان المبرر هو لكثرة الضغط عليها و العمل بها، كما بلغ عدد التمريض (١٥٠) ممرض وممرضة ، وتم تطبيق الدراسة على كل الأخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات وذلك لأن أحدث أخصائى اجتماعى لديه من الخبرة ما يتجاوز الخمس سنوات .

ج - المجال الزمنى :- لقد استغرقت هذ الدراسة خمسة أشهر تقريبا (فى الفترة من أول يناير ٢٠١٧ إلى آخر مايو ٢٠١٧) ما بين جمع المادة النظرية وتصميم أداة الدراسة والتأكد من صلاحيته وكذلك تطبيقها على الطلاب عينة الدراسة .

- أدوات الدراسة :-

اعتمدت الدراسة الحالية على مقاييس من إعداد الباحث فى جمع البيانات إحدهم للأخصائيين الاجتماعيين الذين شملتهم الدراسة و الثانى للأطباء فى المستشفى و هيئة التمريض (الهيئة الطبية) . وقد اتبع الباحث مجموعة من الإجراءات إلى أن وصلت المقاييس إلى الصورة الحالية التى تم التطبيق بها وكانت هذه الإجراءات كالتالى :-

أ- بعد تحديد الموضوع الرئيسى والمستهدف بالدراسة و البحث حيث قام الباحث بالاطلاع على عدد من المراجع المتخصصة فى مجال العمل الفريقى وكذلك الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى وكذلك تحليل بعض الدراسات السابقة فى هذا المجال ، و النزول إلى بعض المستشفيات و عقد مقابلات حرة بصورة مبدئية مع العديد من الأخصائيين الاجتماعيين فى هذه المؤسسات وبعض الأطباء وبعض هيئات التمريض بمحافظة الفيوم وكانت هذه المقابلات تتم فى مستشفيات كالرمد و الحميات و الصدر ومستشفى الجامعة بالفيوم كذلك المستشفى مجال الدراسة ، وكذلك عقد مناقشة مع بعض الزملاء الذين قاموا بدراسات فى هذا المجال الطبى من المتخصصين فى الخدمة الاجتماعية (#) ، هذا فضلاً عن الإطلاع على مجموعة من الأدوات المرتبطة بموضوع الدراسة بصورة مباشرة و غير مباشرة وذلك

لتكوين أسئلة الاستمارة وتحديد أبعادها الرئيسية ، وقد استفاد الباحث من المقابلات التي تمت في وضع بعض العبارات المقاييس .

- وقد تكون مقياس الأطباء وهيئة التمريض من المحاور التالية:-

١- بُد متعلق باعتراف الهيئة الطبية بعضوية الخدمة الاجتماعية داخل الفريق العلاجي الطبي متعدد التخصصات من وجهة نظر الهيئة الطبية .

٢- بُد متعلق بدور أخصائي العمل مع الحالات الفردية (الأخصائي الاجتماعي) داخل فريق العلاج الطبي متعدد التخصصات من وجهة نظر الهيئة الطبية .

٣- بُد متعلق بوجهة نظر الهيئة الطبية في طبيعة عمل أخصائي العمل مع الحالات الفردية (الأخصائي الاجتماعي) ومدى القيام به داخل الفريق العلاجي الطبي متعدد التخصصات.

وكان إجمالي المقياس ٤٢ عبارة تم حذف ست عبارات لم تحصل على ٨٠% من اجمالي المحكمين ، وبذلك أصبح هذا المقياس الخاص بالأطباء في صورته النهائية يتكون من (٣٦) عبارة يمثلون الأبعاد الثلاثة للمقياس ، و قد تم ترتيبهم بطريقة عشوائية من خلال إعطاء رقم لكل عبارة ثم كتابة هذا الرقم في ورقة ، ثم اختيار الأرقام بطريقة عشوائية من هذه الأوراق. و كانت الإجابة في العبارات الإيجابية بنعم =٣ ، و أحياناً =٢ ، و لا =١ . وكانت في العبارات السلبية الإجابة بنعم =١ ، وأحياناً =٢ ، و لا =٣ ، وكان عددهم (١٠) عبارات وهم في المقياس أرقام (١،٩،١١،١٣،١٥،١٩،٢٤،٢٩،٣١،٣٣). وبذلك كانت الدرجة الكبرى تساوي (١٠٨) درجة و الصغرى تساوي (٣٦) درجة .

- مقياس الخاص بأخصائيو العمل مع الحالات الفردية :-

١- بُد متعلق بالبيانات الأولية لعينة الدراسة (أخصائيين الاجتماعيين ،هيئة التمريض ، الأطباء) .

٢- بُد متعلق بعلاقة أخصائي العمل مع الحالات الفردية (أخصائي الاجتماعي) بالهيئة الطبية من وجهة نظر الأخصائي .

٣- بُد متعلق باعتراف الهيئة الطبية بعضوية أخصائي العمل مع الحالات الفردية (الأخصائي الاجتماعي) داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات من وجهة نظر الأخصائي .

٤- بُد متعلق بالإعداد المهني لأخصائي العمل مع الحالات الفردية (الأخصائي الاجتماعي) فيما يتعلق بعمله المهني كعضو داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات من وجهة نظر الأخصائي .

٥- بُد متعلق وجهة نظر أخصائيو العمل مع الحالات الفردية (الاخصائيين الاجتماعيين) في طبيعة عمل أخصائي العمل مع الحالات الفردية (الأخصائي الاجتماعي) داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات .

وكان إجمالي المقياس ٤٢ عبارة تم حذف ثمانى عبارات لم تحصل على ٨٠% من اجمالي المحكمين ، وبذلك أصبح هذا المقياس الخاص بالأخصائيين الاجتماعيين في صورته النهائية يتكون من (٣٤) عبارة يمثلون الأبعاد الأربعة للمقياس ، و قد تم ترتيبهم بطريقة عشوائية عن إعطاء رقم لكل عبارة ثم كتابة هذا

الرقم فى ورقة ، ثم اختيار الأرقام بطريقة عشوائية من هذه الأوراق . وكانت الإجابة فى العبارات الإيجابية بنعم = ٣ ، وأحياناً = ٢ ، و لا = ١ وقد بلغ عدد العبارات الإيجابية (١٤) عبارة . وكانت فى العبارات السلبية الإجابة بنعم = ١ ، وأحياناً = ٢ ، و لا = ٣ ، و كان عددهم (٢٠) عبارات وهم فى المقياس أرقام (٤،٢،٧،١٤،١٣،١١،١٠،٩،٢٠،١٩،١٨،١٧،١٥،٢٢،٢٣،٢٤،٣٤،٣٠،٢٦،٢٨) و بذلك كانت الدرجة الكبرى تساوى (١٠٢) درجة و الصغرى تساوى (٣٤) درجة .

ب:- صدق الاستمارة : وقد تم عرض الاستمارة على عدد من المحكمين (٦ أساتذة أكاديميون فى الخدمة الاجتماعية ، بالإضافة إلى "٤" من الممارسين ذوى الخبرة بمجال الطبى) ** _ الصدق الظاهرى _ للتعليق على المقياسين وإبداء ملاحظاتهم عليها و قد أجرى الباحث التعديلات التى أشار بها السادة المحكمين على المقياسين بشأن إضافة بعض الأسئلة وحذف بعض الأسئلة و تعديل صياغة بعض الأسئلة و قد حذف الباحث الأسئلة التى لم تحصل على (٨٠) من موافقة المحكمين

ج:- ثبات الاستمارة :- قام الباحث باستخدام إعادة تطبيق الاختبار (Test-Retest) حيث تم تطبيق أداة الدراسة على عينة استطلاعية (استكشافية أولية Pilot Study) مكونة من (٨) أخصائى اجتماعى و(١٢) من الأطباء و (١٨) من هيئة التمريض فى محافظة الفيوم وقد حرص الباحث على اختيارهم فى مؤسسات طبية خلاف المستشفى العام و المستشفيات المركزية و تم التطبيق اختبار المقياس عليهم وذلك بفارق زمنى (١٥) يوماً بين التطبيقين ، ثم تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات التطبيقين وقد بلغ ٠,٨٥ وهو معامل مرتفع ويمكن الوثوق به ، والجدول التالى يوضح المجال الذى تم فيه تطبيق الدراسة الاستكشافية .

الجدول(٢) يوضح العينة الاستكشافية

م	المستشفى	الأطباء		هيئة التمريض		الأخصائين الاجتماعيين	
		العدد	العينة	العدد	العينة	الاجمالي	العينة
١	مركز طبى الحادقة	٣٠	٣	٤٠	٤	٢	٢
٢	المركز الطبى الحضرى السد العالى	٣٥	٤	٤٠	٤	٢	٢
٣	مركز طبى الكيمان	٣٣	٤	٤٧	٥	١	١
٤	عيادة الحواتم	١٥	٢	٢٥	٣	٢	٢
٥	الرمد	٥٠	٧	٦٠	٧	٢	٢
٦	مركز طبى الشيخ حسن	٣٤	٤	٤٥	٥	١	١
	الاجمالي		٢٤		٢٨	١٠	١٠

- نتائج الدراسة :-

- أولاً:- نتائج الدراسة :-

جدول (٣) يوضح علاقة بين أخصائى العمل مع الحالات الفردية
(الاخصائى الاجتماعى) و الهيئة الطبية فى فريق العلاج
الطبي متعدد التخصصات من وجهة نظر الأخصائين

م	العبارة	نعم	أحياناً	لا	كا	الدلالة
١	أشعر بتعالى أعضاء الهيئة الطبية فى تعامله معى	١٧	٣	-	٩,٨	دال عند ٠,٠١
		%٨٥,٠	%١٥,٠	-		
٢	أعضاء الهيئة الطبية لا يعطون فرصة لغيرهم عند اتخاذ القرار داخل فريق العمل	١٨	٢	-	١٢,٨	دال عند ٠,٠١
		%٩٠,٠	%١٠,٠	-		
٣	ليس هناك اعتراف كامل من الهيئة الطبية بالخدمة الاجتماعية فى فريق العمل	١٧	٣	-	٩,٨	دال عند ٠,٠١
		٨٥,٠	%١٥,٠	-		
٤	الهيئة الطبية تنتظر إلى الاخصائى على أنه غير مساوٍ لهم فى فريق العلاج الطبي	١٦	٤	-	٧,٢	دال عند ٠,٠١
		%٨٠,٠	%٢٠,٠	-		
٥	أشعر بأنه ليس هناك علاقة بين قسم الخدمة الاجتماعية أعضاء الهيئة الطبية فى فريق العلاجى	١٦	٤	-	٧,٢	دال عند ٠,٠١
		%٨٠,٠	%٢٠,٠	-		
٦	أعضاء الهيئة الطبية لا يعطون فرصة للأخصائى الاجتماعى لعرض رأيه المهنى داخل فريق العمل.	١٨	٢	-	١٢,٨	دال عند ٠,٠١
		%٩٠,٠	%١٠,٠	-		
	إجمالى البعد	١٠٢	٢١	-	٥٣,٣	دال عند ٠,٠١
		%٨٢,٩٣	%١٧,٠٧	-	%٤	

يتضح من هذا الجدول أن عبارات الجدول التى تمثل البعد الأول الذى يوضح العلاقة بين الأخصائين و الهيئة الطبية من وجهة نظر الأخصائى دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية ، وإجمالى البعد دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية .

جدول (٤) يوضح اعتراف الهيئة الطبية بعضوية أخصائى العمل مع الحالات الفردية (الأخصائى الاجتماعى) داخل فريق العمل من وجهة نظر الأخصائين

م	العبارة	نعم	أحياناً	لا	٢ ك	الدلالة
١	أشعر أن هيئة الطبية ترى أن الدور الأساسى فى فريق العمل للطبيب .	١٨	٢	-	١٢,٨	دال عند ٠,٠١
		%٩٠,٠	١٠,٠	-		
٢	أرى أن هيئة الطبية ليس لديها رؤية واضحة عن ماهية الخدمة الاجتماعية	١٧	٣	-	٩,٨	دال عند ٠,٠١
		%٨٥,٠	%١٥,٠	-		
٣	الهيئة الطبية لا تقبل تعليقات من الأخصائى الاجتماعى على الحالة المرضية .	١١	٩	-	٠,٢٠	غير دالة
		%٥٥,٠	%٤٥	-		
٤	الهيئة الطبية تشعرنى أن من يملك صلاحيات إصدار التعليمات هو الطبيب وحده .	١٨	٢	-	١٢,٨	دال عند ٠,٠١
		%٩٠	%١٠	-		
٥	الهيئة الطبية تتعامل معى على أن طبيعة عملى هو عمل إدارى .	١٦	٤	-	٧,٢	دال عند ٠,٠١
		%٨٠	٢٠,٠	-		
٦	الهيئة الطبية تتعامل معى على أننى لست مؤهل للعمل داخل الفريق الطبى	١٦	٤	-	٧,٢	دال عند ٠,٠١
		%٨٠	%٢٠	-		
	إجمالى البعد	٩٦	٢٤	-	٤٣,٢	دال عند ٠,٠١
		%٨٠	٢٠	-		

يتضح من هذا الجدول أن جميع عبارات الجدول التى تمثل البعد الثانى الذى يوضح مدى اعتراف الهيئة الطبية بالأخصائى الاجتماعى داخل فريق العمل الطبى من وجهة نظر الأخصائى دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية ، وإجمالى البعد نفسه دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية .

جدول (٥) يوضح الإعداد المهنى لأخصائى العمل مع

الحالات الفردية (للأخصائى الاجتماعى) فيما يتعلق بعمله المهنى داخل الفريق العلاجى متعدد التخصصات داخل المستشفى وجهة نظر الأخصائى الاجتماعى

م	العبارة	نعم	أحياناً	لا	٢ ك	الدلالة
١	لم ألتقى دراسة نظرية تتعلق بدور الأخصائى الاجتماعى مع فريق العمل .	١٨	٢	-	١٢,٨٠	دال عند ٠,٠١
		%٩٠,٠	%١٠	-		
٢	لم ألتقى تدريب عملى يؤهلنى كأخصائى للعمل بفاعلية مع فريق العمل .	١٨	٢	-	١٢,٨٠	دال عند ٠,٠١
		%٩٠,٠	%١٠	-		
٣	هناك فجوة بين ما تعلمته فى مرحلة البكالوريوس و بين الواقع العملى	١٨	٢	-	١٢,٨٠	دال عند ٠,٠١
		%٩٠,٠	%١٠	-		
٤	لا أستطيع التواصل مع فريق العمل بسبب عدم فهمى للمصطلحات التى يستخدمونها .	١٥	٥	-	٥	دال عند ٠,٠١
		%٧٥,٠	%٢٥	-		
٥	كثرة عملى الإدارى تعوق إشتراكى فى العمل الفريقي .	١٥	٥	-	٥	دال عند ٠,٠١
		%٧٥,٠	%٢٥	-		
٦	أحرص على متابعة المؤتمرات العلمية المرتبطة بطبيعة عملى المهنى	١٦	٤	-	٧,٢٠	دال عند ٠,٠١
		%٨٠,٠	%٢٠	-		
٧	أحرص على الإطلاع على الدوريات العلمية المرتبطة بعملى المهنى فى مجال فريق العمل .	١٨	٢	-	١٢,٨٠	دال عند ٠,٠١
		%٩٠,٠	%١٠	-		
٨	الدورات التدريبية التى ينقلها الأخصائى الاجتماعى أثناء عمله فى المستشفى لا تؤثر على عمله فى الفريق العلاجى	١٨	٢	-	١٢,٨٠	دال عند ٠,٠١
		%٩٠,٠	%١٠	-		
	إجمالى البعد	١٣٦	٢٤	-	٧٨,٤	دال عند ٠,٠١
		%٨٥	%١٥	-		

يتضح من هذا الجدول أن جميع عبارات الجدول التي تمثل البعد الثالث الذي يوضح وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي في إعداد المهني ومدى ملائمة هذا الإعداد للعمل داخل فريق العمل الطبي دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية ، وإجمالي البعد نفسه دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية .

جدول (٦) يوضح وجهة نظر أخصائي العمل مع الحالات الفردية (الأخصائيين الاجتماعيين)

في طبيعة عمل الأخصائي الاجتماعي داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات داخل المستشفى

م	العبارة	نعم	أحيانا	لا	كأ	الدلالة
١	ليس هناك دور محدد للخدمة الاجتماعية داخل فريق العمل	١٢	٨	-	٠,٠٠	دال عند ٠,٠١
		%٦٠	%٤٠	-		
٢	طبيعة العمل في الفريق الطبي جعل الكلمة الأولى للطبيب .	١٧	٣	-	٩,٨	دال عند ٠,٠١
		%٨٥	%١٥	-		
٣	نظام المؤسسات الطبية تجعل من الخدمة الاجتماعية تابع داخل فريق العمل	١٧	٣	-	٩,٨	دال عند ٠,٠١
		%٨٥	%١٥	-		
٤	دور الخدمة الاجتماعية داخل فريق العمل واضح وبارز كسائر المهن .	١٧	٣	-	٩,٨	دال عند ٠,٠١
		%٨٥	%١٥	-		
٥	طبيعة العمل داخل فريق العمل يوجد قدر من المساواة بين الأعضاء .	١٨	٢	-	١٢,٨	دال عند ٠,٠١
		%٩٠	%١٠	-		
٦	طبيعة العمل داخل فريق العمل يوجد قدر من الاتصال مفتوح بين الأعضاء	٢	٧	١١	٦,١٠	دال عند ٠,٠١
		%١٠	%٣٥	%٥٥		
٧	يقوم الأخصائي الاجتماعي بدور المعين لقائد الفريق الطبي فيما يتعلق بالعمل داخل الفريق	١٨	٢	-	١٢,٨	دال عند ٠,٠١
		%٩٠	%١٠	-		
٨	يحرص أعضاء فريق العمل على أخذ رأى الأخصائي الاجتماعي في حالة المرضى .	١٨	٢	-	١٢,٨	دال عند ٠,٠١
		%٩٠	%١٠	-		
٩	يشغل الأخصائي الاجتماعي موقع المنسق داخل فريق العمل .	١٦	٤	-	٧,٢٠	دال عند ٠,٠١
		%٨٠	%٢٠	-		
١٠	يقوم الأخصائي الاجتماعي بدور المفسر للجوانب الاجتماعية للمريض لفريق العمل	١٥	٥	-	٥	دال عند ٠,٠٥
		%٧٥	%٢٥	-		
١١	العمل داخل فريق العمل يفرض العمل التعاوني بين التخصصات المختلفة .	١٤	٦	-	٣,٢٠	غير دال
		%٧٠	%٣٠	-		
١٢	العمل بأسلوب فريق العمل يسمح بأن تقوم الخدمة الاجتماعية بدور في التساند الوظيفي	١٤	٦	-	٣,٢٠	غير دال
		%٧٠	%٣٠	-		
١٣	العمل بأسلوب فريق العمل يسمح بأن تقوم الخدمة الاجتماعية بدور في التكامل في تقديم الخدمة الطبية للمرضى	١٤	٦	-	٣,٢٠	غير دال
		%٧٠	%٣٠	-		
١٤	الاتصال المفتوح داخل فريق العمل يساعد على التكامل الوظيفي بين الخدمة الاجتماعية وباقي المهن في فريق العمل .	١٤	٦	-	٣,٢٠	غير دال
		%٧٠	%٣٠	-		
الاجمالي		٢٠٦	٦٣	١١	٢١٨,٤٩	دال عند ٠,٠١
		%٧٣,٥٧	%٢٢,٥	%٣,٩٣		

يتضح من هذا الجدول أن العبارات أرقام (١٤، ١٣، ١٢، ١١) غير دالة ، في حين نجد أن العبارة رقم (١٠) دالة عند ٠,٠٥ لصالح الاستجابة السلبية ، وباقي عبارات الجدول دالة عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية ، كما أن البعد كله دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية .

جدول (٧) يوضح اعتراف الهيئة الطبية بعضوية الخدمة الاجتماعية داخل الفريق العلاجي الطبي متعدد التخصصات من وجهة نظر الهيئة الطبية

م	العبارة	نعم	احيانا	لا	٢كا	الدلالة
١	الأخصائى الاجتماعى له دور بارز فى فريق العلاج الطبي	٢٦٥	١٠	-	٢٣٦,٤٥	دال عند ٠,٠١
		٩٦,٤	٣,٦	-		
٢	أعتقد أن دور الأخصائى داخل المستشفى يقتصر على عمل الأبحاث لغير القادرين	٢٦١	١٤	-	٢٢١,٨٥	دال عند ٠,٠١
		٩٤,٩	٥١	-		
٣	أرجع للأخصائى الاجتماعى فى كثير من الأمور الخاصة بالمريض	٢٢٠	٥٥	-	٩٩	دال عند ٠,٠١
		٨٠	٢٠	-		
٤	الأخصائى الاجتماعى غير مؤهل لشغل مكانه داخل فريق العمل الطبي .	٢٥٦	١٩	-	٢٠٤,٢٥	دال عند ٠,٠١
		٩٣,١	٦,٩	-		
٥	ليس هناك مكان للأخصائى الاجتماعى داخل الفريق العلاجي الطبي	٢٥٧	١٨	-	٢٠٧,٧١	دال عند ٠,٠١
		٩٣,٥	٦,٥	-		
٦	لا أعلم دور محدد للأخصائى الاجتماعى داخل فريق العمل العلاجي	٢٥٨	١٧	-	٢١١,٢	دال عند ٠,٠١
		٩٣,٨	٦,٢	-		
٧	عمل الأخصائى الاجتماعى فى الأصل هو عمل إدارى	٢٦٠	١٥	-	٢١٨,٢٧	دال عند ٠,٠١
		٩٤,٥	٥,٥	-		
٨	الأخصائى الاجتماعى لا يفهم ما نقول من مصطلحات طبية .	٢٦٠	١٥	-	٢١٨,٢٧	دال عند ٠,٠١
		٩٤,٥	٥,٥	-		
٩	أتوقع من الأخصائى الاجتماعى أن يكون مطيع لما يطلب منه	٢٦٣	١٢	-	٢٢٩,٠٩٥	دال عند ٠,٠١
		٩٥,٦	٤,٤	-		
١٠	الأخصائى الاجتماعى عنده القدرة على تسويق دوره بنجاح لدى أعضاء فريق العمل	٢٤١	٣٤	-	١٥٥,٨١	دال عند ٠,٠١
		٨٧,٦	١٢,٤	-		
١١	أحرص على أخذ رأى الأخصائى عند صنع القرار داخل فريق العمل	٢٤٢	٣٣	-	١٥٨,٨٤	دال عند ٠,٠١
		٨٨	١٢	-		
١٢	وجود الأخصائى الاجتماعى داخل فريق العمل مفيد فى العملية العلاجية .	٢٠٣	٧٢	-	٦٢,٤	دال عند ٠,٠١
		٧٣,٨	٢٦,٢	-		
	الاجمالى	٢٨٩٦	٣١٤	-	٢١٦٣,٥	دال عند ٠,٠١
		٩٠,٤٩	٩,١٥	-		

يتضح من هذا الجدول أن جميع عبارات الجدول التى تمثل البعد الأول بالنسبة لمقياس الهيئة الطبية الذى يوضح اعتراف الهيئة الطبية بالخدمة الاجتماعية داخل فريق العمل الطبي من وجهة نظر الهيئة الطبية دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية ، وإجمالى البعد نفسه دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية .

جدول (٨) يوضح دور أخصائي العمل مع الحالات الفردية (الأخصائي الاجتماعي)
داخل فريق العلاج متعدد التخصصات من وجهة نظر الهيئة الطبية

م	العبارة	نعم	احيانا	لا	كأ	الدالة
١	يقوم الأخصائي الاجتماعي بتقديم تقرير حول الحالة الاجتماعية و النفسية للمريض لفريق العمل .	٢٦٦	٩	-	٢٤٠,١٧٨	دال عند ٠,٠١
		٩٦,٧	٣,٣	-		
٢	يشارك الأخصائي الاجتماعي فريق العمل في مناقشة الآثار الاجتماعية و النفسية الخاصة بالمريض .	٢٦٨	٧	-	٢٤٧,٧١٣	دال عند ٠,٠١
		٩٧,٥	٢,٥	-		
٣	يشارك الأخصائي الاجتماعي فريق العمل في وضع الخطط العلاجية مع أعضاء الفريق العلاجي .	٢٧٠	٥	-	٢٥٥,٣٦٤	دال عند ٠,٠١
		٩٨,٢	١,٨	-		
٤	يشارك الأخصائي الاجتماعي أعضاء الفريق العلاجي في تنفيذ الخطط العلاجية	٢٦٩	٦	-	٢٥١,٥٢٤	دال عند ٠,٠١
		٩٧,٨	٢,٢	-		
٥	يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتنسيق بين أعضاء فريق العمل لتعزيز أوجه التكامل بينهم .	٢٣٨	٣٧	-	١٤٦,٩١٣	دال عند ٠,٠١
		٨٦,٥	١٣,٥	-		
٦	يشارك الأخصائي الاجتماعي فريق العمل في تقييم حالة المريض .	٢٦٩	٦	-	٢٥١,٥٢٤	دال عند ٠,٠١
		٩٧,٨	٢,٢	-		
٧	يقوم الأخصائي الاجتماعي بتزويد فريق العمل بما ينجم من تغيرات على حالة المريض نتيجة للبرنامج العلاجي .	٢٧٤	١	-	٢٧١,٠١٥	دال عند ٠,٠١
		٩٩,٦	٠,٤	-		
٨	يقوم الأخصائي الاجتماعي بتزويد فريق العمل بإمكانيات المريض الذاتية التي يمكن استثمارها في العلاج .	٢٧٢	٣	-	٢٦٣,١٣١	دال عند ٠,٠١
		٩٨,٩	١,١	-		
٩	يقوم الأخصائي الاجتماعي بتزويد فريق العمل بالموارد المجتمعية التي يمكن الاستفادة منها لصالح العمليات العلاجية	١٩٦	٧٩	-	٤٩,٧٧٨	دال عند ٠,٠١
		٧١,٣	٢٨,٧	-		
١٠	الأخصائي الاجتماعي له دور ايجابي في تحقيق الاتصال الفعال بين أعضاء الفريق .	٢٧١	٤	-	٢٥٩,٢٣٣	دال عند ٠,٠١
		٩٨,٥	١,٥	-		
	الاجمالي	٢٥٩٣	١٥٧	-	٢١٥٦,٩	دال عند ٠,٠١
		٩٤,٢٩	٥,٧١	-		

يتضح من هذا الجدول أن جميع عبارات الجدول التي تمثل البعد الثاني بالنسبة لمقياس الهيئة الطبية الذي يوضح دور الأخصائي الاجتماعي من وجهة نظر الهيئة الطبية داخل فريق العمل الطبي دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية ، وإجمالي البُعد نفسه دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية .

جدول (٩) يوضح وجهة نظر الهيئة الطبية في طبيعة عمل أخصائى العمل مع الحالات الفردية (الأخصائى الاجتماعى) داخل فريق العلاج متعدد التخصصات من وجهة نظر الهيئة الطبية

م	العبارة	نعم	احيانا	لا	كأ	الدلالة
١	ليس هناك دور محدد للخدمة الاجتماعية داخل فريق العمل	٢٦٧	٨	-	٢٤٣,٩٣	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٧,١	٢,٩	-		
٢	طبيعية العمل فى الفريق الطبى جعل الكلمة الأولى للطبيب .	٢٥٣	٢٢	-	١٩٤,٠٤	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٢	٨	-		
٣	نظام المؤسسات الطبية تجعل من الخدمة الاجتماعية تابع داخل فريق العمل	٢٧١	٤	-	٢٥٩,٢٣	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٨,٥	١,٥	-		
٤	دور الخدمة الاجتماعية داخل فريق العمل واضح وبارز كسائر المهن .	٢٦٨	٧	-	٢٤٧,٧١	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٧,٥	٢,٥	-		
٥	طبيعية العمل داخل فريق العمل يفترض قدر من المساواة بين الأعضاء .	٢٧١	٤	-	٢٥٩,٢٣	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٨,٥	١,٥	-		
٦	طبيعية العمل داخل فريق العمل يفترض ن يكون هناك اتصال مفتوح بين الأعضاء	٢٥٨	١٧	-	٢١١,٢٠	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٣,٨	٦,٢	-		
٧	يقوم الأخصائى الاجتماعى بدور المعين لقائد الفريق الطبى فيما يتعلق بالعمل داخل الفريق	٢٧٢	٣	-	٢٦٣,١٣	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٨,٩	١,١	-		
٨	يحرص أعضاء فريق العمل على أخذ رأى الأخصائى الاجتماعى فى حالة المرضى .	٢٦٦	٩	-	٢٤٠,١٨	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٦,٧	٣,٣	-		
٩	يشغل الأخصائى الاجتماعى موقع المنسق داخل فريق العمل .	٢٧٣	٢	-	٢٦٧,٠٦	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٩,٣	٠,٧	-		
١٠	يقوم الأخصائى الاجتماعى بدور المفسر للجوانب الاجتماعية للمريض لفريق العمل	٢٧١	٤	-	٢٥٩,٢٣	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٨,٥	١,٥	-		
١١	العمل داخل فريق العمل يفرض العمل التعاونى بين التخصصات المختلفة .	٢٦٩	٦	-	٢٥١,٥٢	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٧,٨	٢,٢	-		
١٢	العمل بأسلوب فريق العمل يسمح بأن تقوم الخدمة الاجتماعية بدور فى التساند الوظيفى	٢٧١	٤	-	٢٥٩,٢٣	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٨,٥	١,٥	-		
١٣	العمل بأسلوب فريق العمل يسمح بأن تقوم الخدمة الاجتماعية بدور فى التكامل فى تقديم الخدمة الطبية للمرضى	٢٧١	٤	-	٢٥٩,٢٣	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٨,٥	١,٥	-		
١٤	الاتصال المفتوح داخل فريق العمل يساعد على التكامل الوظيفى بين الخدمة الاجتماعية وباقى المهن فى فريق العمل .	٢٧١	٤	-	٢٥٩,٢٣	دال عند ٠,٠١
		النسبة ٩٨,٥	١,٥	-		
	الاجمالى	٣٧٥٢	٩٥		٣٤٧٦	دال عند ٠,٠١
		النسبة %٩٧,٥٣	%٢,٤٧			

يتضح من هذا الجدول أن جميع عبارات الجدول التى تمثل البعد الثالث بالنسبة لمقياس الهيئة الطبية الذى يوضح طبيعة عمل الأخصائى الاجتماعى من وجهة نظر الهيئة الطبية داخل فريق العمل الطبى دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية وإجمالى البُعد نفسه دال عند ٠,٠١ لصالح الاستجابة السلبية .

- تحليل النتائج :-

يتضح من خلال الدراسة أنه ليس هناك ممارسة مهنية للخدمة الاجتماعية داخل الفريق العلاجي الطبي متعدد التخصصات في المستشفيات مجال الدراسة ، وهذا يتضح من خلال:-

أولاً :- بالنسبة للأخصائيين الاجتماعيين أوضحت الدراسة :-

١- من حيث كفاية الأخصائيين الاجتماعيين لأن يكونوا أعضاء ذو فاعلية في فريق العلاج متعدد التخصصات:-

اتضح أن الأخصائيين الاجتماعيين من حيث العدد غير كافي للعمل مع فريق العمل داخل المؤسسة الطبية فمستشفى كمستشفى الفيوم العام بها حوالي ٣٥٠ طبيب يوجد بها ثلاث أخصائيين فقط ، ومستشفى كاطسا مثلاً بها ٨٠ طبيب و أربعة أخصائيين ، هذا بلا شك قصور شديد يؤثر سلباً على دوره المهني داخل فريق العمل بل إنه يعوق هذا الدور ، فمع كم من هؤلاء الأطباء سيكون ، ومع كم فريق سينضم إذا كانت نسبتهم تمثل ١% أو أقل في بعض الأحيان كما في مستشفى الفيوم العام .

٢- أتضح إنه ليس هناك علاقة من وجهة نظر الأخصائي بين أخصائي العمل مع الحالات الفردية (الأخصائي الاجتماعي) وبين الهيئة الطبية في الفريق العلاجي الطبي إلا في حدود قيامه بالبحث الاقتصادي للحالات غير القادرة ، وهذا يتضح من خلال :-

أ- أن الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة يرون أنه لا يوجد علاقة بمعنى التكامل و التساند الوظيفي بين الأخصائي الاجتماعي وبين الهيئة الطبية ، بل أنه لا يوجد فريق علاج متعدد التخصصات يكون فيه الخدمة الاجتماعية عضو على علاقة تكامل وتساند وظيفي مع سائر التخصصات لتكوين هذا الفريق .

ب- العلاقة القائمة بين الهيئة الطبية و الخصائي الاجتماعي يرى الأخصائيين يشوبها شئ من التعالي من جانب الأطباء بل وبعض هيئة التمريض خريجي كليات التمريض ، فهم يرون إنهم وحدهم أصحاب القرار وأصحاب المجال وليس لهم شريك في هذا القرار و هذا المجال ، وأن المهن الأخرى الموجودة هي مهن ثانوية لا يتأثر العمل بعدم وجودها . و هذا يتفق مع ما أشار إليه فوستر (2008) Fewster من أن الأطباء يصنفون أنفسهم كقادة وصناع قرار ، ومن الصعب أن يتحقق التعاون في ظل تسلسل هرمي يستثمر مناطق القوة في بعض المهن ويتعامل مع مهن آخرة على أنها خاضعة له .(٢٧)

ويتفق مع ما أشار إليه كل من توس وميرو Tos,L.H &Mero,P.N عندما أشارا إلى أن المواقف السلبية و التنافسية بين أعضاء الفريق متعدد التخصصات في مجال الرعاية الطبية تقف كحواجز تعوق الوصول إلى نتائج أفضل للمرضى .(٢٨)

ت- اتفقت عينة الدراسة على أن الطبيب لا يسمح لأحد غيره في اتخاذ القرار بشأن الحالة المرضية للمريض ولا حتى هيئة التمريض ، بل أشارت عينة الدراسة إلى أن الأطباء أنفسهم لا يسمحوا

لأنفسهم بأن يأخذ طبيب قرار في حالة طبيب آخر ، لذلك عند الحديث عن حالة ما يقولون أنها حالة الدكتور فلان .

ث-اتفقت عينة الدراسة على أن الهيئة الطبية لا تعلم شئ عن ماهية الخدمة الاجتماعية ، وهذا ينعكس على العلاقة بينهم ، بمعنى أنهم ينظرون إلى الأخصائيين الاجتماعيين على أنهم مجرد موظفين إداريين ، وليس لهم رأى في تشخيص وعلاج ومتابعة الحالة ، بل إنهم ينظرون إليهم على أنهم عمالة زائدة وفي بعض الأحيان ينظر الأطباء إليهم نظرة دونية بعض الشئ .

- أضح من خلال الدراسة أن الأخصائيين الاجتماعيين يرون أن الهيئة الطبية لا تعترف بعضوية الخدمة الاجتماعية داخل الفريق العلاجي متعدد التخصصات :-

أ-أوضحت عينة من الأخصائيين الاجتماعيين خلال المناقشات الحرة بأن الأطباء يرون أن الخدمة الاجتماعية مهنة معاونة ثانوية لا ترقى لأن تكون ندا في الفريق العلاجي ، بل أن أحد الأخصائيين في المستشفى العام ذكر أن أحد الأطباء قال أمام بعض زملائه " أية هي الخدمة الاجتماعية وهتعلم أية للمرضى يعنى " .

ب- كما اتفقت عينة الدراسة أن الأطباء الهيئة الطبية بما فيهم الإدارة ترى أن المهمة الأساسية وتكاد تكون الوحيدة في المستشفى للخدمة الاجتماعية هي عمل الأبحاث لغير القادرين من المرضى ، وأن العمل مع المريض في المقام الأول هي مسئولية الطبيب يعاونه هيئة التمريض .

ت- كما اتفقت عينة الدراسة على الهيئة الطبية تشعرني كأخصائي اجتماعي أنني لست مؤهل للمشاركة في وضع برنامج علاجي ولا حتى أن أكون عضو في فريق علاجي متعدد التخصصات . وقد يكون مبرر ذلك أن عملية التنشئة المهنية والاجتماعية للطلاب و الأطباء هي التي جعلت من الطبيب وهيئة التمريض فقط المسؤولين عن العملية العلاجية وليس لهم شريك آخر وقد تكون هذه الفكرة قد رسخت في العقول .

٤- اتضح من خلال الدراسة الحالية أن الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة ترى أن الإعداد المهني كأعضاء في فريق علاجي كتعدد التخصصات في مؤسسة طبية لا يتم على النحو الذي يؤهلهم لأن يكونوا كذلك وهذا يتضح من خلال :-

أ- أوضح الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة أنهم بالنسبة للإعداد النظرى لم يتلقوا أى دراسة نظرية تتعلق بإعدادهم لأن يكونوا أعضاء في فريق عمل فى أى مجال وبالطبع لم يتلقوا أى دراسة نظرية تعلمهم كيف يكونوا أعضاء في فريق علاجي طبي متعدد التخصصات داخل المؤسسات الصحية ، ولم يتلقوا تدريب عملي يعالج هذا القصور ، بل و الأكثر من ذلك أوضحت عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين أنهم لم يتلقوا أى دورة تدريبية خلال عملهم في المستشفى تؤهلهم للعمل كأعضاء في فريق العلاج الطبي متعدد التخصصات .

ب-كما أوضحت عينة الدراسة أن هناك فجوة بين الدراسة النظرية التي درسوها في مرحلة البكالوريوس وبين الواقع العملي الممارس الذين يعملون فيه .

ت-أوضحت عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين أن هذا القصور فى الإعداد و أن نظام التعيين ساعد على قصور العمل فهم لا يمتلكون القدرة على فهم ومعرفة المصطلحات الطبية التى يتداولها الأطباء ويمكن لهيئة التمريض مجاراتهم فيه ، وهذا يتفق مع ما أشار إليه الفهبرى (٢٠١٢) من أن ما يوسع الهوة بين الأطباء و الأخصائيين الاجتماعيين فى الوطن العربى أن الأطباء يتحدثون بلغة أجنبية ومعظم المصطلحات التى يتداولونها تعد مصطلحات غريبة على الأخصائيين الاجتماعيين.(٢٩)

ث-أوضحت عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين أنهم لا يتمكنوا من متابعة المؤتمرات العلمية فى الخدمة الاجتماعية ويرجع ذلك لسببين :- الأول أن الكليات لا تدعوهم لحضور هذه المؤتمرات وذلك باستثناء كلية الخدمة الاجتماعية جامعة الفيوم التى لأول مرة تدعو الممارسين لعرض تجارب فى مجال التخصص وكان من ضمن هذه التخصصات التى تم دعوتها المجال الطبى ، السبب الثانى هو كما أوضح بعض الأخصائيين خلاف أهم لا يعرفون الموعد ليس لديهم من الإمكانيات المادية التى يدفعونها نظير حضورهم أو اشتراكهم ولا تعوضهم عنها الإدارة ، وعندما أشار الباحث أن الحضور كمستمع لا يتطلب رسوم إلا إذا احتاج المشترك لخطاب ، أشار الأخصائيين أن ضغط العمل لا يسمح .

ج-أوضحت عينة الدراسة بنسبة ١٠٠% من الأخصائيين الاجتماعيين أنهم لا يتابعون الدوريات العلمية التى يمكن أن تفيدهم فى عملهم كأعضاء فى فريق العلاج الطبى وذلك لسببين الأول عدم معرفتهم بموعد هذه الدوريات و الشروط التى يمكن من خلالها الحصول على هذه الدوريات ، السبب الثانى هو أنهم لا يستطيعون مادياً شراء هذه الدوريات لان الميزانية لا تسمح لهم بشراء هذه الدوريات وكما عبر أحد الأخصائيين الاجتماعيين بقوله " أية علينا لما ندفع مائة ولا مائتان جنية من جيوبنا ومحدث يقدر كدة "

٥- أوضحت الدراسة أن وجهة النظر الواقعية للأخصائيين الاجتماعيين فى طبيعة عملهم كأعضاء فى

فريق العلاج الطبى تتبلور فيما يلى :-

ح-يرى الأخصائيين الاجتماعيين أنه فى الواقع ليس لهم دور فى الفريق العلاجى ، بل أنهم أشاروا إلى أنه ليس هناك فريق متعدد التخصصات فى الواقع الممارس ، و إنما الموجود هو عمل يجمع بين الطبيب و هيئة التمريض .

خ-أشار الأخصائيين الاجتماعيين عينة الدراسة إلى الحالات التى يمكن أن يكون فيها اتصال بين الأخصائيين الاجتماعيين و الهيئة الطبية هى حالات العلاج المجانى بمعنى حالات البحث الاقتصادى الذى يحدد أحقيه الحالة للعلاج المجانى أو على نفقه الدولة وتنتهى بتقديم الأخصائى بالبحث للطبيب وقيام الطبيب بالعملية أو العلاج ، بمعنى رأى الأخصائى فى أحقيه الحالة أو عدم أحقيتها فقط ولا يكون هناك مجال لعرض تفاصيل الحالة الاجتماعية والنفسية وانعكاساتها على الحالة المرضية .

د- يرى الأخصائيين الاجتماعيين أن قالب الإدارى الذى تم وضع الخدمة الاجتماعية فيه أثر سلباً على العمل المهنى وأصبح الأخصائيين يميلون إلى الاقتناع بأن هذا هو دورهم حتى لا يدخلوا فى مجال لا ينتهى من الأعمال و المسئوليات و قد يكون من الصراعات ، وكما عبر أحد أفراد العينة " الواحد بيقوم بكتابة السجلات والأعمال الإدارية و اللافتات وكان الله بالسر عليم وخلينا مدارين أحسن " ولعل هذا يتفق مع ما أشار إليه المطرى (١٤٢٥هـ) من أن عدم مبادرة الأخصائيين الاجتماعيين بالتعامل مع الأطباء و انشغالهم بالأعمال الإدارية كان من الأسباب الرئيسية لنظرة الأطباء السلبية للخدمة الاجتماعية .(٣٠)

ذ- كما أوضحت عينة الدراسة لا مجال لان يقوموا بدور المفسر للجوانب الاجتماعية والنفسية للحالة المرضية ، فليس هناك من يسمح لهم بذلك حتى لو قام بذلك فلن يسمع له أحد ولا يأخذ ما يقوله مأخذ الجدية

أ- أوضحت عينة الدراسة أن المهنة الأكثر بروز ووضوح داخل المؤسسة الطبية هى مهنة الطب ، وليس هناك مكان للخدمة الاجتماعية إلا لعمل الأبحاث الاقتصادية لغير القادرين .

ب- أوضحت عينة الدراسة أن لا يوجد دور المنسق داخل الفريق العلاجى فالتنسيق هو يكون من خلال الإنهاء من البحث الاقتصادى وتقديمه للشئون المالية وإبلاغ الهيئة الطبية وإبلاغ المريض نفسه بهذا البحث ونتيجته وهذا يتضمن دور الخدمة فى التساند الوظيفى والتكامل والاتصال بين الأخصائى و الهيئة الطبية من وجهة نظر الأخصائيين أنفسهم ، كما أن هذا البحث نفسه هو الذى يفتح قنوات الاتصال بين الأخصائى الاجتماعى و الطبيب .

ت- كما أتفقت عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين أنه لا يمكن للأخصائى أن يقوم بدور معين لقائد الفريق العلاجى ، وهذا ناتج عن النظرة التى ينظرها الطبيب للأخصائى و التى تتمثل فى كون هذا الأخصائى غير مؤهل لأن يكون ند له فى الفريق العلاجى ، بل أن عينة الدراسة أشارت على أن الطبيب يسمع لهيئة التمريض أكثر من سماعه للأخصائيين الاجتماعيين .

ث- أتفقت عينة الدراسة على أنه لم يحدث وأن أخذت الهيئة الطبية رأى الأخصائى فى أى شئ يتعلق بحالة المريض سوى البحث الاقتصادى فقط .

ثانياً :- بالنسبة للهيئة الطبية :-

١- فقد اتضح من حيث اعتراف الهيئة الطبية بأهمية الخدمة الاجتماعية من وجهة نظر الهيئة الطبية أتضح :-

اتضح من خلال الدراسة الحالية أن الهيئة الطبية لا تعترف بالخدمة الاجتماعية كعضو مساو لها فى فريق العلاج الطبى متعدد التخصصات وهذا يتضح من خلال :-

أ- أن هناك فهم خاطئ لدى الهيئة الطبية (الطبيب و هيئة التمريض) حول ماهية الخدمة الاجتماعية بصفة عامة ودور أخصائى العمل مع الحالات الفردية الذى ينظر عليه كأخصائى اجتماعى ممارس عام ، فترى الهيئة الطبية أن طبيعة عمله هى طبيعة إدارية تتمثل فى عمل أبحاث اقتصادية للحالات

التي تحتاج إلى العلاج المجاني . وهذا يتفق مع ما أشار إليه كل من إيجان وكادوشين Egan, M., Kadushin, G. (1995). (٣١) كما يتفق مع ما أشار إليه الشاماني (٢٠٠٨) من أن عدم وضوح دور الأخصائي الاجتماعي للمرضى و للعاملين في القطاع الصحي من أطباء و أخصائيين وفنيين و إداريين يحد من إسهام الخدمة الاجتماعية ، بل يعتبر من أهم معوقاتنا في المجال الطبي . (٣٢)

ب- تنظر الهيئة الطبية إلى الأخصائي الاجتماعي داخل المؤسسة الطبية و فريق العمل بصفة خاصة على إنه تابع وليس زميل ، وعلى هذا الأساس ليس له مكان داخل فريق العمل. وهذا يتفق مع ما أشار إليه فوستر وآخرون.(2008).Frierich ,B, Velsor .T, Fewster. (٣٣) بل أن العمل هو غالباً ما يكون عمل ثنائي بين الطبيب وهيئة التمريض فقط ، أو بين الطبيب و أخصائي التخدير و هيئة التمريض ، بل حتى في حالات الإشاعة لا يكون هناك نوع من التواصل المباشر بين الطبيب و التمريض و أخصائيو الإشاعة أو أخصائيو التمريض وإنما العلاقة هي عبارة عن عملية تحويل من الطبي إلى الأخصائي .

ت- ينظر إلى الخدمة الاجتماعية على أنها مهنة ثانوية داخل المؤسسة الطبية ولا مكان لها في فريق العمل وهذا يتفق مع ما أشار إليه الفهيري في دراسته حينما أشار إلى أن الخدمة الاجتماعية داخل المؤسسة الطبية لا تغطي إلا حيزاً ضئيلاً ومحدوداً ، وغالباً ما ينظر إليها على أنها ثانوية بالنسبة للهدف الأصلي للتنظيم الطبي . (٣٤)

ث- يتضح أنه ليس هناك اعتراف من جانب الهيئة الطبية بالخدمة الاجتماعية كعضو في الفريق العلاجي الطبي من وجهة نظر الهيئة الطبية ، حيث أوضحت عينة الدراسة من الهيئة الطبية من الأطباء وهيئة التمريض أن الأخصائي الاجتماعي ليس له دور في فريق العلاج الطبي متعدد التخصصات ، وإنهم لا يرجعون له إلا في الأبحاث الاقتصادية الخاصة بحالات غير القادرين ، وأن دوره هو مجرد دور إداري ، بل أوضح أعضاء الهيئة الطبية من أطباء وهيئة تمريض أنهم لا يعلمون دور محدد للأخصائي الاجتماعي في الفريق العلاجي متعدد التخصصات ، فكما أوضح أحد الأطباء بقوله " أن العمل داخل الفريق يتعلق بأمور طبية ومصطلحات علمية يصعب على الأخصائي التعامل معها ، فالعمل هو طبي بحث أما الأخصائي فهو يتلخص عمله في عمل بحث اقتصادي فقط " كما أشار طبيب آخر بقوله " إن دراسة و إعداد الأخصائي الاجتماعي لا تؤهله لأن يكون شريك في الفريق العلاجي " المريض وهذا ولا شك يؤثر على فاعلية التعاون و يؤثر على دور الأخصائي داخل الفريق العلاجي . وهذا يتفق مع ما أشار إليه بيكر و آخرون (200Baker etal2011) من أن الثقافات المهنية قد تكون حواجز أمام العمل الفريقي .

ج- اتفقت نتائج الدراسة مع ما أشار إليه ماكارى Makary2006 من أن الأطباء عينة الدراسة ترى أن التعاون من وجهة نظرهم هو إتباع توجيهاتهم . (٣٥)

٢- يتضح من خلال الدراسة أن الهيئة الطبية ترى أن الأخصائي الاجتماعي ليس له دور داخل فريق العلاج الطبي متعدد التخصصات وهذا يتضح من خلال :-

أ- أوضحت الغالبية العظمى من عينة الدراسة من الهيئة الطبية سواء من الأطباء أو التمريض أنها لا تعلم دور محدد للأخصائى الاجتماعى داخل الفريق العلاجى متعدد التخصصات ، وإنما الدور الذى تعلمه هو قيادة بالبحث لتقديم المساعدات الاقتصادية للمرضى غير القادرين . كما اتفقت عينة الدراسة سواء من الهيئة الطبية والأخصائين الاجتماعيين على أن الأخصائيين يفتقدون القدرة على فهم والتعرف على المصطلحات الطبية التى تتداولونها الهيئة الطبية أثناء مناقشتها لحالة

ب- أوضحت عينة الدراسة من الهيئة الطبية سواء من الأطباء أو التمريض أن الأخصائى الاجتماعى ليس لديه أى دور فى التخطيط أو تنفيذ أو حتى تقييم للعوامل والأسباب التى تؤثر فى المرض أو العلاج ، و لا فى أى مرحلة من مراحل العلاج ، وهذا يرجع من وجهة نظرهم لأنه غير معد الإعداد الذى يؤهله لذلك .

ت- أوضحت عينة الدراسة أن الأخصائى الاجتماعى لا يقوم بأى دور فى الاتصال أو التنسيق بين أعضاء فريق العمل إلا فى حدود البحث الاقتصادى للحالات غير القادرين .

ث- كما أوضحت العينة أن الأخصائى لا يتصل بالمرضى أصلاً حتى يتمكن من معرفة قدراتهم وإمكانياتهم ليوضحها للفريق ، كما أنه لا يتصل إلا فى بعض الحالات بجمعية أصدقاء المرضى بعض الجهات البسيطة التى يتعاون معها فى بعض الحالات ، ومن ثم فإن نتائج الدراسة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة الفهيري من أن دور الأخصائى الاجتماعى فى فريق العلاج الطبى متعدد التخصصات هو دور ثانوى (٣٦).

٣- يتضح من خلال الدراسة أن الهيئة الطبية ترى أن طبيعة عمل الأخصائى الاجتماعى داخل فريق العلاج الطبى متعدد التخصصات وهو دور ثانوى يكاد يقتصر على عمل البحث الاقتصادى لحالات غير القادرين وأن عمله هو فى الأصل عمل إدارى .

- توصيات الدراسة :-

- تتفق الدراسة فى توصياتها مع ما توصى به دراسة العجلانى (٢٠٠٥) بأن هناك حاجة ضرورية وملحة لزيادة توعية المسؤولين والفريق العلاجى داخل المؤسسات الطبية بالأدوار المهنية للخدمة الاجتماعية (٣٧).

- ضرورة أن يتم استحداث مقررات ضمن المناهج التعليمية تتضمن تنمية القدرات الخاصة بالعمل الفريقى بصفة عامة والفريق العلاجى متعدد التخصصات فى المؤسسات الطبية بصفة خاصة .

- كما ان هناك مجموعة من التوصيات لنجاح العمل الفريقى تتمثل فى :-

يجب أن :-

- تقديم دورات تدريبية للقيادات داخل المؤسسات الصحية للتعلق بأهمية وطبيعة العمل الفريقى وتنمية مهاراته .

- تعزيز ثقافة فريق عمل متعدد التخصصات كوسيلة مفضلة ومثمرة لتقديم الخدمات ، وفرق الدعم و المساعدة من خلال التدخلات المناسبة .

- استخدام المعلومات ذات الصلة عن الاحتياجات السكانية للمنطقة المحيطة بمجال العمل بما في ذلك المعلومات الصحية و الديموجرافية و الرعاية الاجتماعية من أجل استئارة عملية صنع القرار .
- توضيح ووصف مسار المريض مع تحديد الحاجات الأولية .
- ضمان الاستخدام الأكثر فاعلية وكفاءة لجميع الموارد المتاحة .
- زيادة الوعي من خلال الملصقات و الصحف المجتمعية و لوحات الإعلانات.
- **برنامج التدخل :-**

- **الهدف من برنامج التدخل :-**

هذا البرنامج يهدف تفعيل إسهام الخدمة الاجتماعية في توفير الرعاية الصحية للمواطنين لعلاجهم ووقايتهم من خلال التعامل مع المريض و ظروفه المحيطة به ، بل و دعم الأفراد لرعاية أنفسهم و أسرهم و تحسين العافية و منع الأمراض أو الحد منها من منظور الصحة و الرفاهية الاجتماعية ، و ذلك من خلال تفعيل دور الخدمة الاجتماعية مع الفريق الطبي و أقسام المستشفى لتسهيل إجراءات حصول المريض على الخدمات العلاجية .

هذا التعاون بين فريق العمل يقوم على روح التعاون بين الأطراف المتعددة المكونة له ، حتى يمكن أن يتجاوز خدمات العلاج و الدعم ليشمل الوقاية و تعزيز الصحة .

كما يهدف هذا البرنامج إلى الدعوة لتحول ثقافي لدى مقدمى خدمات الرعاية الصحية وكذلك فى أوساط السكان الأوسع نطاقاً أى المرضى مستخدمى الخدمة ، وكذلك الموظفين داخل المؤسسة الطبية على مختلف هيئاتهم المهنية ، تلك الثقافة التى تدعوا وتدعم العمل الفريقي .

- **عوامل نجاح البرنامج :-**

١- لدى أعضاء الفريق أهدافاً مشتركة تستند إلى نتائج الرعاية الصحية ، هذه الأهداف مؤداها العمل على الشفاء الكامل للمريض و الاستفادة من الخدمات الطبية .

٢- الالتزام بمجموعة من القيم المشتركة التى تفرضها وحدة العمل ، وهى الإنسان فى كل هذه التخصصات و المهن التى يتكون منها فريق العمل ، بمعنى أن وحدة شخصية المريض و تكاملها تفرض بل تجعل التكامل الفريقي أمراً واجباً و ضرورياً

٣- المعايير المشتركة و عملية التشغيل داخل المؤسسة الطبية .

- **الأسس التى تقوم عليها برنامج التدخل :-**

- نتائج الدراسة الحالية و الدراسات السابقة التى أتيح للباحث الإطلاع عليها .
- التراث النظرى للخدمة الاجتماعية و مجالاتها بصفة عامة و الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى .
- المنطلقات النظرية التى يُعتمد عليها فى ممارسة الخدمة الاجتماعية كنظرية الدور و نظرية الأنساق وغيرها .

- **الفلسفة التى يستند عليها البرنامج :-**

- ١- إن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هي أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز لأى سبب من الأسباب ، كما أن مفهوم الصحة أصبح يُنظر إليه على أنه حالة من اكتمال السلامة البدنية و النفسية و العقلية و الاجتماعية ، وليس مجرد انعدام المرض أو العجز .
 - ٢- الإنسان كل متكامل ، تتفاعل فيه عناصر شخصيته الأربعة العقلية و النفسية و الجسمية و الاجتماعية ، ومن ثم فأى اضطراب فى أحد من هذه العناصر إنما هو نتيجة لتفاعل عناصره الأخرى بطريقة غير سوية ، كما أن هذا الاضطراب يؤدي بدوره إلى اضطراب العناصر الأخرى ، والخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى تساهم فى علاج الإنسان من خلال التعامل مع هذه العناصر .
 - ٣- الإنسان هو الكائن الذى خلقه الله سبحانه وتعالى وكرمه وأوجب تقديم الخدمة والمساعدة له ، ويعتبر المجال الطبى أحد المجالات التى تسعى فيه الخدمة الاجتماعية لتقديم الخدمات المهنية فيه لتكريم الإنسان و الحفاظ على أدميته حيث إنها لا تعتنى بالمريض من الناحية المجردة فحسب ، وإنما تهتم به لأنه إنسان جدير بالعناية وله الحق فى إشباع احتياجاته النفسية و الاجتماعية التى يحتاجها حتى يستفيد بشكل إيجابى من العلاج الطبى .
 - ٤- الخدمة الاجتماعية بصفة عامة و الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى بصفة خاصة تؤمن بفرديّة الحالة و فرديّة العميل مهما تشابهت الأمراض و الظروف المحيطة بالمريض ن وهذا يستوجب أن يكون لكل مريض طريقة معينة فى التعامل و العلاج ومعاملته كفرد له شخ•صيته المميزة ومرضه وظروفه الخاصة به .
 - ٥- إن ما يعانى به المريض من مرض يرتبط ارتباطاً وثيق بحالته و عوامله الاجتماعية و النفسية ، بل وقد تكون هذه العوامل سبباً لهذا المرض، ومن ثم يجب أن يسير العلاج الاجتماعى جانباً إلى جانب مع العلاج الطبى ، فأغفال الجوانب الاجتماعية النفسية فى العلاج قد تؤدى إلى عودة المرض وانتكاسته أو فشل العلاج الطبى .
 - ٦- وجود الإنسان فى المؤسسة الطبية يعنى إنه إنسان فى حاجة إلى المساعدة وقد تخصصت الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى بتقديم المساعدة فى الجانب الاجتماعى المتمم للعلاج الطبى .
- برنامج التدخل المهني للأخصائى الاجتماعى فى تكوين فريق العمل :-**
- هنا يجب أن يدرك الأخصائى الاجتماعى قبل العمل مع فريق العمل أن هناك دوراً هاماً فى عدد من المراحل مع الإدارة و العاملين فى المستشفى بصفى عامة وهو يتمثل فى :-
 - **مرحلة التمهيد :-**
- فى هذه المرحلة يتم تحديد فرق العمل وطبيعة المهمة ، ويشمل ذلك تحليل العمليات لتحديد أنشطة العمل الأساسية التى يتعين إجراؤها وإدماجها فى الخدمات التى سيقوم بها الفريق ؛ و تحليل المداولات الذى يحدد الحوارات حول القضايا التى يجب حلها مراراً وتكراراً من أجل توفير التوجيه المشترك وتمكين من سيتم ضمهم للفريق كأعضاء من إنجاز مهامهم؛ وتحليل التكافل بين المهام الذى يحدد أين وإلى أى مدى يتعين على الأفراد والفرق الاعتماد على بعضهم البعض لإنجاز مهامهم. وهنا يقوم الأخصائى الاجتماعى بتوعية

الإدارة وفريق العمل بإن تحديد الأدوار في فريق العمل لا يتحدد بناء على نوع التخصص فقط ، بل إن متطلبات الموقف هي التي تحدد الدور أيضاً ، وتحديد الأدوار هي مرحلة سابقة لتكوين الفريق ، وقبل العمل لابد من أن يقوم الأخصائى بما يلي :-

- إيضاح الدور :- المقصود هنا أن يقوم الأخصائى الاجتماعى أولاً بإيضاح دوره هو أولاً وأن يقوم بالتثقيف الاجتماعى الذي يشمل الإرشاد والاستشارات ، وقد يتم هذا فى ندوة أو محاضرة أو اجتماع للعاملين بالمستشفى و الإدارة ، حيث أن المسمى الوظيفى " أخصائى الاجتماعى " لا يكفى لتعريف العاملين بالمستشفى بطبيعة وحدود الدور الذى يقوم به الأخصائى الاجتماعى ، لذلك قد نجد العديد من المهنيين داخل المستشفى يعيشون حالة من الغموض وعدم معرفة المتوقع من الأخصائى الاجتماعى داخل المستشفى ، بل قد يتوقعون ما لا يدخل فى نطاق عمل الخدمة الاجتماعية أصلاً .
وبما أن التواصل بين المهنيين والتعاون و التنسيق فى العمل هو الخطوة الأولى فى الوصول إلى العلاج الكامل وخدمة المريض أصبح من الضرورى إيضاح دور كل من تتطلب خدمة المريض وجوده ضمن العمل الفريقى .

- يوضح لإدارة المستشفى و للفريق إن تكليف المتخصص بأعمال ليست فى نطاق عمله تجعله يشعر بعدم الانتماء لدوره الأساسى ، كما أنه يؤثر سلباً على توقعات الآخرين منه مما يؤثر على أدائه ، فيجب أن تضع المستشفى توقعات محددة للآخرين تتفق وطبيعة الدور مما يؤثر إيجابياً على الأداء .
- **مرحلة الإعداد :-**

يحتاج العمل بأسلوب فريق العمل إلى مهارات ومعلومات خلاف ما تعلمه بعض أعضاء الفريق فى الكليات والمعاهد التى تخرجوا منها ، وهذه المعلومات والمهارات تحتاج فى تنميتها إلى :-

- الإعداد قبل الانضمام لفريق العمل :- يجب أن يشترك الأخصائى الاجتماعى فى هذا الإعداد للمهنيين من فريق العمل على مهارات التواصل وحل الخلافات التى قد تظهر خلال تفاعلات أعضاء فريق العمل ، ومهارات إدارة السلوك ومهارات التنسيق بين الأطراف المشتركة .

- فى هذه المرحلة يجب أن يشارك الأخصائى الإدارة التوضيح للعاملين فى المستشفى بصفة عامة ما هو العمل الفريقى وماهى الأسس التى يقوم عليها وفوائده أى لابد أن يكون لديه إجابة شافية وكاملة عن سؤال لماذا فريق العمل مهم للمستشفى ، ولهيئة التمريض و الأطباء وجميع العاملين فى العملية العلاجية و للمريض نفسه وأسرته . كما يجب أن يساعد العاملين على فهم اللبنة الأساسية لفريق العمل و أن يكون لديه إجابة شافية لسؤال لماذا نحن هنا فى الفريق ؟

ويجب أن ندرك أن نجاح هذه المرحلة يتوقف على نجاح الأخصائى الاجتماعى فى إقناع العاملين فى المستشفى بأهمية الخدمة الاجتماعية وكسب ثقتهم و إيمانهم بالمهنة وقدرتها على تقديم المشورة الفعالة و المؤثرة فى المؤسسة و العملية العلاجية .

- **أدوار الأخصائى فى هذه المرحلة :-**

يقوم الأخصائى فى هذه المرحلة بدور المفسر و الخبير والمرشد و كذلك المنسق

- مرحلة تشكيل فريق العمل :-

يحتاج الأخصائى الاجتماعى و الطبيب وفريق العمل إلى هيكل عمل يساعد على القيام بمسئولياتهم من خلال الأدوار التى تم تحديدها لكل عضو من أعضاء فريق العمل ، أى يقوم الأخصائى بمساعدة قائد الفريق على تحديد الدور وتوزيعها على أعضاء الفريق ، ويعمل على إشراك الأعضاء فلا تحديد الكيفية التى سيتم بها العمل باستخدام آليات التكامل بحيث يشارك كل عضو فى هذا التكامل ، وهنا يستخدم الأخصائى مهاراته المهنية فى استثمار حماس الأفراد و رغبتهم فى قبول الآخر ونظام المستشفى ، وكذلك رغبتهم فى تجنب الصراع ، ويوضح الأخصائى الاجتماعى للآخرين أنه لا يكون هناك هيكل واحد صالح لجميع الظروف ، بل يختلف الهيكل باختلاف الأوضاع و المهام ورغم أن اختيار الهيكل المناسب أمراً قد يكون صعباً ، إلا أن وضوح الدور و التأكيد على الشعور بالانتماء و التوقعات الصحيحة من صاحب الدور تسهل اختيار الهيكل الملائم لطبيعة الاحتياج وظروف المريض ونوعه ، ويقوم الأخصائى بنشر ثقافة العمل الفريقى وتوضيح الأدوار وتصحيح التوقعات فى أول مراحل التخطيط للعمل الفريقى و المساهمة فى وضع أهداف لكل دور يمكن تحقيقها ، بل أن الأخصائى يسعى لمساعدة الأعضاء و الفريق فى وضع وتحديد أهداف لجميع أبعاد الأداء التى يسهم فى الفعالية الشاملة للفريق ، كما يعمل على تقديم التغذية العكسية بشأن تقدم الفريق نحو تحقيق هدفه ، ويسعى إلى التعامل مع إزاله الحواجز التى قد تحول دون النظر فى الصعوبات التى يواجهها أعضاء الفريق، وتشجيع أعضاء الفريق على التخطيط بعناية لكيفية تحديد مساهماتهم وتنسيقها لتحقيق هدف الفريق ، كما أنه يدرّب الفريق على إدارة الفشل وكيفية تحويله إلى نجاح ، ولا يعنى هذا أن المستشفى وفريق العمل هى المعنية بذلك فقط ، بل يجب على الأخصائى الاجتماعى أن يعرف نطاق عمله وقدراته ، فيحدد لنفسه أهدافاً معقولة وأن لا يحاول عمل ما لا فى وسعه ، فإن التوقعات الخاطئة قد تهضم حق مهنة الخدمة الاجتماعية وتكون سبباً فى قلة فاعليتها . وهنا يجب أن نكون على علم بأنه قد تغطى الجوانب الجسمية و البيولوجية على العمل داخل المستشفى ، لذلك يسعى الأخصائى الاجتماعى لوضع الجانب الاجتماعى والبيئى فى الاعتبار لدى فريق العمل و العاملين بالمستشفى ، كما يجب أن يكون العمل متمسك بالتنظيم .

وهنا يسعى الأخصائى بمساعدة فريق العمل لعدم إثارة المشاعر و القضايا الخطيرة و القضايا الخلاقية ، وفى مرحلة التشكيل أو التكوين تكون مرحلة اتفاق ووضع الأسس و البعد عن إثارة أى نقاط خلافية ، وفى هذه المرحلة نجد الأعضاء مشغولين ببعض الأسئلة مثل من يفعل ماذا ؟ ومتى يجتمع الفريق؟ كما يستثمر الأخصائى رغبة الأعضاء فى جمعهم للمعلومات و الانطباعات عن بعضهم البعض . وذلك من خلال تعزيز حافز الرغبة فى العمل معاً و إيجاد أفضل السبل لاقترب الأعضاء من بعضهم البعض من خلال فتح قنوات الاتصال بين فريق العمل ، كما يستثمر فى هذه المرحلة رغبة الأعضاء على التعرف على طبيعة العمل الذى يتعين القيام به وذلك لمساعدة الطبيب وقائد الفريق فى توزيع الأدوار و توضيحها وتحديد حدودها و القواعد التى سيسير عليها العمل ، وكذلك طبيعة وكيفية التكامل بين هذه الأدوار . كما يوجه الأخصائى الاجتماعى قائد الفريق إلى ضرورة استثمار أن الأفراد لا يمكن أن يظلوا لطيفين لبعضهم

البعض إلا إذا شعر الأفراد بأن هناك نقطة هامة أو قضية هامة تربطهم معاً وهنا يساعد الأخصائى قائد الفريق على استثمارها فى تحديد الأهداف ومسئولية كل عضو فى هذه الأهداف . هذا بالإضافة إلى أنه يتم فى هذه المرحلة تحديد القيم المتفق عليها وممارسات العمل ، بمعنى يسعى الأخصائى وقائد الفريق على الحصول على اتفاق أعضاء الفريق على القيم التى يعملون بها وكيفية ترجمة هذه القيم إلى ممارسة ، فالأعضاء سيكونون أكثر التزاماً و تحفيزاً إذا كانوا قد شاركوا فى عملية الموافقة ، لكى تتم هذه المشاركة التعاونية الجماعية لفريق العمل يقوم الأخصائى الاجتماعى وقائد الفريق بما يلى :-

- القيام بإعداد بيان الغرض و المبادئ أو مراجعته بانتظام ، ويجب أن تكون هذه الأمور أساسية فى تحريض أعضاء الفريق الجدد .

- وضع خطة عمل تتضمن ما يجب القيام به ، متى ، ومن ومراجعة الخطة .

- إدراك العوامل التى قد تساعد وتعرقل التقدم ، وأخذ ذلك فى الاعتبار فى عملية التخطيط .

- أدوار الأخصائى فى هذه المرحلة :-

المرشد و المفسر و الوسيط و الميسر .

- مرحلة العاصفة :-

فريق العمل كأى تجمع بشرى قد يحدث فى البدايات بعض الاختلافات فى وجهات النظر و بعض الصراعات نتيجة عدم معرفة أعضاء الفريق بعضهم بالصورة التامة وعدم تعودهم على أسلوب العمل معاً ، وهنا يقوم الأخصائى الاجتماعى بدور مذيب الجليد الذى يقوم بدور المنسق و الوسيط بين الأطراف وبعضها حتى لا يحدث فهم خطأ للتفاعلات التى تحدث بين الأعضاء ، موضحاً أن الخلاف ليس هو المشكلة و إنما المشكلة تكمن فى الطريقة التى يتم التعامل بها مع هذه الخلافات .

أدوار الأخصائى فى هذه المرحلة :-

المرشد و المنسق و الوسيط و الميسر .

- مرحلة الأداء :-

بعد التوصل إلى اتفاق حول المهام والمسئوليات وكيفية اتخاذ القرار ، يبدأ الأعضاء فى فهم بعضهم البعض بشكل أفضل ويتعلم كل عضو من الآخر من خلال تنوع الخبرات و المهارات ، كما يساعد الأخصائى فى تقديم الدعم المتبادل بين الأعضاء و مساعدتهم على تنمية الشعور بأنهم جزء من مجموعة متماسكة ومتكاملة وذلك من خلال تدعيم الاتصال المفتوح بين الأعضاء ، ويزود الأعضاء بالمعلومات حول الاحتياجات المختلفة للمرضى داخل المستشفى و البيئة الخارجية ، وكذلك الخدمات المتاحة و الخدمات الصحية المتاحة فى البيئة الخارجية وداخل المستشفى و السياسات و المبادئ الموجهة سواء فى المجتمع الخارجى وفى المستشفى وذلك من أجل تحديد الأهداف واستهداف أنشطتها بشكل مناسب ، وهنا تبدأ مرحلة من الترابط و المرونة ، فالجميع يعرف بعضه البعض بما فيه الكفاية لتكوين القدرة على العمل معاً بصورة أفضل ، وهذا يساعد على تنمية الثقة المتبادلة بين أعضاء الفريق تلك الثقة التى تشجع على النشاط المستقل داخل إطار الفريق كنسق فرعى من الفريق وهذا يساهم فى رفع الروح المعنوية للفريق وتزيد

من الرضا الوظيفي كما يساعد على تكوين القدرة على التعامل مع الصراع بشكل بناء ، كما أن هذا الاتصال المفتوح بين الأعضاء يُشعر كل عضو بأن هذا الفريق يوفر له الفرصة لتلبية احتياجات التنمية الخاصة به . و يعمل الأخصائى الاجتماعى مع قائد الفريق على تشجيع الأفراد على العمل بطريقة تمنحهم الملكية المتبادلة للقرارات المتخذة مع إبراز للأعضاء أن الأدوار و المسئوليات يمكن أن تتغير بمرونة حسب الحاجة ، وهنا يقوم الأخصائى من آن لآخر بتوضيح الهدف من العمل الجماعى وفوائده التى تحققت و استثمار ما تحقق لتشجيع أعضاء الفريق للعمل معاً لإنجازات أخرى ويعتمد الأخصائى على نظام المستشفى وشخصية الأعضاء .

وفى هذه المرحلة يسعى الأخصائى الاجتماعى على مساعدة الفريق حتى لا يعود للمرحلة السابقة وهى مرحلة العاصفة فيقوم بمساعدة الأعضاء بدل من أن ينتقد كل عضو سلوك الآخر بدل من تقييمه لسلوكه هو ، يساعدهم الأخصائى على التدريب على تحديد ما يحتاجه الآخريين للقيام به لتحسين سلوكهم ، وبدلاً من أن تكون مستعد للتفكير فى وتحليل ممارسات الآخريين ، تفكر فى دعمه لتحديد السلوكيات التى يمكن أن تتغير أو ما يمكن أن يقوم به كل عضو فى المساعدة على تعزيز العمل الفريق ، وهنا يكون التفكير فى كيفية تحسين ممارساتهم فى أى دور يلعبونه ، والحرص على أن ما يفعلونه يدعم ويعتمد على أعمال الآخريين ، وينتقل الأخصائى الاجتماعى بأعضاء الفريق من التفكير فى المشكلة بدلاً من المشكلة فى التفكير ، وهذا يتحقق من خلال :-

- توصيل رؤية عن نوع الهدف المراد تحقيقه .
- التأكد من أن جميع الأعضاء يشتركون ويتفاعلون مع الرؤية ويملكون نفس الرؤية .
- تشجيع الأعضاء على المشاركة فى عملية الاتفاق على الأهداف وكيف يمكن أن نعمل معاً بشكل تعاونى لتحقيقها .

ويجب التركيز هنا على أن الخدمة الاجتماعية داخل فريق العمل لن تكسب ثقة الآخريين وبالتالي إقبالهم عليها مالم تثبت فاعليتها ، وهذا يستوجب توثيق فاعلية هذه الأنشطة وفوائدها من خلال اشتراك جميع أعضاء فريق العمل ، وهنا يساعد الأخصائى الاجتماعى قائد الفريق فى إتاحة الفرصة ل :-

- تدريب الأعضاء أثناء العمل مع الفريق :- حيث يشترك الأخصائى مع / و فى تدريب العاملين فى المستشفى من وقت لآخر على مهارات العمل الفريقى وما تتطلبه الرعاية الصحية للمريض ، حيث أن هناك حاجة إلى المعرفة والتدريب حول عمل الفريق لتكملة المهارات الفنية والطبية الخاصة بأعضاء الفريق .

- مشاركة الجميع :- حتى يؤتى فريق العمل ثماره لابد لجميع الأطراف التى يجب أن يشملهم فريق العمل ويعمل الأخصائى الاجتماعى على مساعده إدارة المستشفى وفريق العمل على تهيئة جو العمل بشكل يدعو الجميع للعمل و المشاركة فى فريق العمل ، فمثلاً الإشارة بالنجاح و المساهمات الإيجابية الفاعلة تساعد على المشاركة الفعالة فى فريق العمل ، كما يعمل الأخصائى على تمكين كل عضو من أعضاء الفريق لأن يكون مشاركاً فى صنع القرار ، وتحديد البدائل ، وكذلك تحديد نقاط القوة والضعف لكل بديل ،

وتحديد الخيار الأفضل ، ثم مشاركتهم في اتخاذ القرارات ، وهذا بلا شك يؤدي بشكل أو بآخر من تعزيز صورة الذات والثقة بالنفس بين أعضاء الفريق .

- تقاسم المسؤولية و المحاسبة على العمل فمن الطبيعي أن يكون كل عضو فى فريق العمل مسئول على مهام دوره ، ويمكن محاسبة كل عضو من أعضاء الفريق على القيام بمهام عمله ، ويوضح الأخصائى الاجتماعى لأعضاء الفريق أن طبيعة المسؤولية تختلف حسب الدور .

- تقييم العمل :- هذه العملية يقوم بها الأخصائى بمساعدة فريق العمل فى كل مرحلة ومن فترة زمنية لأخرى ، ويقوم بمساعدة أعضاء كل مهنة داخل فريق عمل على عمل تقرير عن الطريقة التى يعمل بها والكيفية التى يعمل بها داخل إطار الفريق و كيفية صنع القرار .

ويكون التركيز على الوضع الذى يجرى فيه العمل ، هذا بالإضافة إلى طبيعة أداء الدور و الجزء الذى يدخل ضمن الجانب الاجتماعى و النفسى ، وكذلك تطبيق المعارف و المعلومات التى يتطلبها أداء هذا الدور و المتصل بمجال عمل الأخصائى الاجتماعى .

وهنا نضرب مثلاً لعمل الأخصائى مع فريق العمل لتدعيم العمل الفريقى فى هذه المرحلة :-

- يحاول الأخصائى الاجتماعى إثارة سؤال " ما الذى يعانى منه المريض بالإضافة إلى مرضه الجسمى ؟ " أو " ماذا يمكن أن يقدم لمساعدة المريض على تحقيق الشفاء الكامل " أى تحديد مشكلة أو قضية مشتركة تقدم لهم تحدياً ، والتى لا توجد طريقة متفق عليها ، أى مما يعانى المريض وفى أى السياقات ؟
- مناقشة التفكير فى سبب وجود المشكلة أو مناقشة التصور لما هو الشفاء الكامل فى المقام الأول أى سبب وجود هذه المعاناة ، أى تحليل ما يحدث فى كثير من التفاصيل ، ماذا عن تجربة الأعضاء حول القضية المشتركة ، وماهى الاختلافات ؟ وما هى تصورات الأعضاء المختلفة حول المشكلة ؟ ولماذا يعتقدون بهذه الطريقة ؟ على أن تتم هذه المناقشة بشكل جماعى .
- توليد الأفكار حول ما يمكن القيام به لمواجهة التحدى وحل المشكلة وتحقيق الشفاء الكامل ، وهنا يجب أن تتاح لكل عضو الفرصة لتقديم اقتراحات بشأن ما يمكن عمله لتحسين الوضع ، هنا يحدث توليد لأكبر عدد ممكن من الأفكار ، ثم تزن إيجابيات و سلبيات كل منها قبل اتخاذ قرار بشأن أى محاولة .
- وضع خطة عمل أى التخطيط لكيفية اختيار الطريق للممارسة عملياً و هنا يجب التأكد أن الجميع واضح له ما سيكون دوره فى هذه العملية ، وما الذى يجب أن نفعله ومتى ، ومتى وكيف سيتم استعراض ما تم عمله وتقييمه .

- الدور الذى يقوم به الأخصائى فى هذه المرحلة :-

الممكن و المرشد و الوسيط وميسر التفاعلات الإدارى و المنسق .

- مرحلة الإنهاء :-

هذه المرحلة هى مرحلة فك الارتباط حيث يفصل أعضاء الفريق بعد انتهاء المهام وإتمام العملية العلاجية .

وفى هذه المرحلة يقوم الأخصائى الاجتماعى بكتابة وتسجيل ما تم فى العمل الفريقى منذ الخطوة و المرحلة الأولى إلى أن تم حل الفريق فى بروشر أو نشرة أو كتيب أو مجلة المستشفى أو مديرية الصحة التابع لها لتكون توثيق لما تم و يكون ذلك حافزاً أيضاً لأعضاء الفريق وتكريم لهم ولنجاحهم .

- برنامج التدخل مع فريق العمل :-

- أولاً :- فى مرحلة ما قبل احتجاز المريض بالمستشفى :-

١- يشارك الفريق الطبى فى تحديد نوع المساعدة التى يحتاجها المريض سواء كانت اجتماعية نفسية أو اقتصادية .

٢- يشارك الفريق فى كتابة التقارير فيما يختص بالجانب الاجتماعى من حالة المريض .

٣- يساهم فى تهيئة المريض بالشكل المطلوب لاستقبال الفريق العلاجى .

٤- العمل على زيادة الوعى الصحى وكذلك الوعى بإمكانات وخدمات المستشفى من خلال الملصقات و الصحف المجتمعية ولوحات الإعلانات .

٥- تزويد الفريق و القيادات فى المؤسسة الطبية بالمعلومات المتعلقة بأهمية العوامل الاجتماعية و الدور التى تلعبها فى الإصابة بالمرض ، كذلك فى علاج هذا المرض .

ثانياً :- مرحلة تواجد المريض داخل المستشفى :-

١- المساهمة مع فريق العمل فى وضع خطط الرعاية الفردية من خلال إبراز الجوانب الاجتماعية ودورها فى المرض و العلاج .

٢- العمل مع فريق العمل على إنشاء وتفعيل وحدة للمتابعة لمتابعة أعمال الرعاية الصحية ، حيث يقوم

من خلالها بجمع البيانات و المعلومات التى تضمن إدارة وتحليل وتفسير لحالة المريض ، السعى

لإيجاد مناخ يسمح بتبادل المعلومات و الرأى بين أفراد الفريق ، وكذلك إيجاد المناخ الملائم لإظهار

وتتمية مهارات فريق العمل ، وذلك من خلال :-

- المساهمة فى عقد اجتماعات علاجية أو مقابلات علاجية بين أعضاء فريق العمل .

- إيجاد أوقات ترفيهية لأعضاء الفريق يتخللها حوارات علاجية لتبادل الفكر و الرأى حول حالات المرضى و أوضاع الفريق .

- عقد دورات وندوات مصغرة أو بالشكل المعتاد مع الاستعانة بالأكاديميين المتخصصين التى يمكن

الاستفادة منهم فى المجال الطبى وخدمة الاجتماعى وزيادة فاعلية العمل الفريقى .

- تنسيق الاجتماعات العلاجية لإيجاد الاتصال الداخلى بين أعضاء فريق العمل و الخارجى بين فريق

العمل وغيرهم .

كل هذا بهدف إيجاد نقطة اتصال واحدة تجذب اهتمام وتعاون أعضاء فريق العمل ، وهى حالة المريض

و رفع كفاءة فريق العمل ، فنقطة الاتصال الواحدة المفتوحة و المباشرة وجهاً لوجه تتيح الفرصة للحوار و

التفاوض و إظهار الرغبة فى التواصل لحل فى القضايا الخلافية بين أعضاء الفريق ، و إظهار الاحترام

بين أعضاء الفريق و الانسجام بعيداً عن التعالى .

٣- تقديم وصف وتوضيح لمسار حالة المريض مشتركاً مع هيئة التمريض لفريق العمل مع إبراز التطورات الاجتماعية المصاحبة للتغيرات الحالة المرضية للمريض .

٤- تعزيز ثقافة فريق العمل و روح العمل الفريقى كوسيلة مفضلة لتقديم الخدمات وفرق الدعم و المساعدة ، وذلك من خلال الملصقات و الندوات و المؤتمرات التى يتم فيها بالاستعانة بالأكاديميين المتخصصين التى يمكن الاستفادة منهم فى المجال الطبى و الخدمة الاجتماعية والعمل الفريقى .

٥- تقديم المعلومات الاجتماعية والديمغرافية التى يمكن الاستئارة بها فى عملية صنع القرار .

٦- كما يشترك الاخصائى مع فريق العمل فى :-

- تقييم الحالة مع فريق العمل متعدد التخصصات ، حيث يقوم معهم بمراجعة الحالة وتقديم يساهم فى تقديم تقرير مفصلاً و تشخيص يستند على الحقائق و الوقائع الاجتماعية للمريض و تقديم المشورة و الدعم لفريق العمل .

- الرعاية المشتركة التى تستند على إسهامات كل عضو من أعضاء فريق العمل بشكل مستمر و تزداد وقت الأزمة .

- يشارك فريق العمل فى إدارة الحالة ، وكذلك تحديد المخاطر و إدارتها .

- يقدم الدعم لفريق العمل ليزيد من كفاءة استخدام الموارد .

- **الاستراتيجيات المستخدمة فى برنامجى التدخل :-**

- يستخدم الاخصائى الاجتماعى عدد من الاستراتيجيات فى التعامل مع فريق العمل منها:-

- **إستراتيجية الإقناع :-**

يستخدم الاخصائى الاجتماعى هذه الإستراتيجية بغرض إقناع فريق العمل بأهمية العمل الفريقى و الفوائد التى تعود على المريض و المؤسسة بسبب سيادة روح العمل الفريقى ، و استثمار أن سياسة العمل الفريقى النشطة داخل المستشفى تشجع على رفع الروح المعنوية بين العاملين فيها ، و أن معظم الحالات التى

يمكن تناولها بمنظور العمل الفريقى تكون أكثر نجاحاً حيث أن القرارات الجماعية تكون أكثر فعالية وأفضل

من القرارات الفردية ، هذا بالإضافة إلى أن توزيع المسؤوليات بين الأعضاء المشاركين فى الفريق يوجد

الدافع للعمل الجيد ، فكل عضو يحاول الوفاء بما يقع عليه من مسئولية هذا حتى لا يقل مكانته بين أقرانه

فى الفريق و حتى لا يقع تحت المسائلة و المحاسبة من جهة أخرى ، ويوضح للأخصائى و فريق العمل

متعدد التخصصات أن الأخصائى الاجتماعى بالنسبة لسائر أعضاء الفريق هو زميل يقع على المستوى

العلاقى الأفقى مع عدم الإخلال بمقتضيات التدرج الهرمى الوظيفى شأنه فى ذلك شأن أقرانه من الأطباء

والصيادلة و أخصائيو العلاج الطبيعى وغيرهم ممن يعملون فى المستشفى .

وهذه الإستراتيجية لا يتم استخدامها مع الطبيب فقط وإنما يتم استخدامها مع كل عضو تقتضى الضرورة

العلاجية أن يشارك فى فريق العمل ، وإقناعهم بأنه قد تتداخل العديد من الواجبات والمهام داخل المستشفى

، لذلك فإن ممارسة العمل فى إطار عمل فريقى يخفف العبء عن العديد من مقدمى الخدمات ، فالطبيب

هو الذى يتولى المسئولية النهائية عن خطط العلاج فى كثير من الحالات ويسمح العمل الفريقى لآخرين

أخذ زمام المبادرة في الوقت المناسب ، فقد تتطلب خطة العلاج الموافقة النهائية من قبل الطبيب ولكن المهام الأساسية لتنظيم الواجبات و المتابعة يمكن أن تدار من قبل عضو آخر في الفريق .

- إستراتيجية الاتصال :-

يقوم الأخصائى الاجتماعى وفقاً لهذه الإستراتيجية بإجراء الاتصالات مع أعضاء فريق العمل متعدد التخصصات ، كما إنه يقوم بتيسير الاتصال بين أعضاء الفريق داخل المستشفى ، كما إنه يستخدم هذه الإستراتيجية لتسهيل الاتصال بين أعضاء الفريق وبين المرضى داخل المستشفى و يمكن أن يكون حلقة وصل بين أعضاء الفريق وبين المرضى سواء كانوا مرضى فى القسم الداخلى أو المرضى المترددين على القسم الخارجى بالمستشفى .

وهنا يستخدم الأخصائى طرق الاتصال المختلفة سواء كانت شفوية أو مكتوبة أو غير لفظى بواسطة الصور الرسوم البيانية أو الخرائط .

كما يستخدم الأخصائى الاجتماعى مجموعة من المهارات التى تمكنه من الإستخدام الفعال لإستراتيجية الاتصال و المتمثلة فى :-

- مهارة التحدث: وهو الاهتمام بمحتوى الحديث ومضمونه ومراعاة الفروق الفردية بين الأفراد واختيار الوقت المناسب للحديث ومعرفة أثره على الآخرين .

-مهارات الكتابة: وهي القدرة على الكتابة الإدارية الموضوعية الدقيقة وتجنب الأخطاء الهجائية والإملائية ، وهذا يتطلب تطوير التفكير وزيادة حصيلة معلومات الأخصائى اللغوية وترقيه أسلوبهم فى الكتابة .

-مهارة القراءة : وهي زيادة سرعة الفرد فى القراءة وفهمه لما يقرأ .

-مهارة الإنصات : اختيار الأخصائى الاجتماعى ما يهمه من معلومات وبيانات مما يصل إلى سمعه .

-مهارة التفكير : وهي سابقة أو ملازمة أو لاحقة لعملية الاتصال

ويجب أن ندرك أن نجاح الأخصائى الاجتماعى فى استخدام إستراتيجية الاتصال يتحقق نتيجة لعمله مع الفريق منذ مرحلة التمهيد للتكوين ، ويعمل خلال مراحل عملة مع الفريق على:-

١- أن يكون لأعضاء الفريق واقع اجتماعي مشترك يمكن من خلاله تبادل الرسائل، بما فى ذلك قاعدة اللغة المشتركة والإدراك.

٢- أن يكون كل عضو من أعضاء الفريق قادر على أن يأخذ وجهة نظر الآخرين فى الاعتبار فيما يتعلق بموقفهم العاطفي والمعرفي .

٣- أن يكون أعضاء الفريق متحمسين للتواصل.

٤- أن يكون هناك "عقود تفاوضية معتمدة" (أي اتفاق بين أعضاء الفريق حول كيفية حدوث التفاعلات).

- إستراتيجية تغيير السلوك :-

يستخدم الأخصائى الاجتماعى الطبى هذه الإستراتيجية لتغيير سلوكيات العاملين فى المستشفى نحو العمل
الفريقى ، هذا من جانب ومن جانب آخر نحو مهنة الخدمة الاجتماعية.

- إستراتيجية التشخيص وحل المشكلة :-

يستخدم الأخصائى هذه الإستراتيجية بخطواتها بل إنه يساعد الأعضاء على تعلم هذه الإستراتيجية وتعلم
تطبيقها وهى التى تشتمل على:-

١- تحديد المشكلة :-

وهذه الخطوة تشتمل على :-

- فصل المشكلة الرئيسية عن المشكلة الفرعية .

- تحديد العوامل المؤثرة على المشكلة .

٢- تحليل المشكلة :-

وهذه الخطوة تشتمل على :-

- تحديد البيانات و المصادر .

- تحديد أسلوب جمع البيانات

٣- تحليل البدائل المتاحة :-

وهذه الخطوة تشتمل على إيجاد أكبر عدد ممكن من بدائل الحل .

٤- تحليل البدائل المتاحة :-

وهذه الخطوة تشتمل على:-

- تحديد البدائل المتوقعة من كل بديل .

- تحديد موارد تنفيذ كل بديل .

٥- اختيار البديل المناسب :-

وهذه الخطوة تشتمل على :-

- تحديد أفضل البدائل .

- تحديد البديل المناسب و القابل للتطبيق .

٦- تنفيذ البديل المناسب :-

وهذه الخطوة تشتمل على :-

- اتخاذ الخطوات الخاصة بالتنفيذ .

- وفر متطلبات التنفيذ .

- ضع البدائل موضع التطبيق .

٧- تقييم ومتابعة تطبيق البديل :-

وهذه الخطوة تشتمل على :-

- تحديد سلبيات وايجابيات التنفيذ .

- تحديد الحاجة إلى التعديل .

٦- المهارات المستخدمة في برنامجي التدخل :-

- مهارة التفاوض :- يستخدمها الأخصائى الاجتماعى ويعلمها لأعضاء الفريق لتطبيقها بهدف التواصل إلى اتفاق لحسم قضية خاصة بالعمل وفى نفس الوقت تحقيق أو الحفاظ على المصالح المشتركة بينهم وكذلك هدف العمل .

- مهارة إدارة الوقت :- يستخدم الأخصائى الاجتماعى هذه المهارة ويعلمها لأعضاء الفريق بما تتضمنها من :-

- التحكم من خلال التخطيط و الإدارة وفقاً لتوقيتات محددة .

- الكفاءة من خلال إنجاز الأعمال المطلوبة فى الوقت المحدد .

- قيمة الوقت من خلال قياس الجودة و الفائدة المحققة .

- مهارة الضغط .

- مهارات التواصل .

- مهارات التنسيق .

٧- الأدوار المقترحة للأخصائى الاجتماعى فى برنامجي التدخل:-

فى هذا البرنامج يقوم الأخصائى الاجتماعى بعدد من الأدوار التى يمكن أن تزيد من فاعلية العمل الفريقى سواء من حيث تماسك الفريق أو كفاءة وفاعلية أداء الفريق ، ومن هذه الأدوار:-

- دور المساعد :- هذا الدور يتمثل فى مساعدة الفريقى الطبى متعدد التخصصات من خلال تزويدهم

بالمعلومات الاجتماعية التى تتصل بحالة المريض و احتياجاته ومساعدتهم على فهم الكيفية التى تتفاعل بها الجوانب الاجتماعية لتؤثر على الجانب الجسمى والنفسى للمريض ، وتحديد نوع المساعدة التى يحتاجها المريض .

- دور المعالج :- عن طريق تطبيق خطوات عملية المساعدة من تقدير وتخطيط وتدخل ومتابعة للمرضى ، مع التأكيد إنه يشارك أعضاء الفريق أو بعض منهم فى هذه العمليات كهيئة التمريض .

- دور المرشد :- إرشاد أعضاء الفريق بالطريقة المثلى للتعامل مع المريض ، الكيفية التى تتفاعل بها الجوانب الاجتماعية لتؤثر على الجانب الجسمى والنفسى للمريض ، وتحديد نوع المساعدة الاجتماعية التى يحتاجها المريض و التى تساهم فى تحقيق العلاج الكامل .

- دور الباحث :- عن طريق قيادة بالبحوث و الدراسات حول الصعوبات و العوامل التى قد تحد من فاعلية العمل الفريقى وكذلك العوامل التى تؤثر على تماسك الفريق .

- دور المحفز :-

من خلال استخدام أسلوبه المهنى و تكتيكاته ومهارته المهنية فى تحفيز الأعضاء للعمل كفريق و تبنى روح العمل الفريقى فى كل تعامل خاص بالعملية العلاجية وفقاً لمقتضيات الحالة .

- **دور الوسيط :-** من خلال كون الأخصائى الاجتماعى الطبى حلقة وصل بين أعضاء الفريق وبعضهم البعض ، و بين أعضاء الفريق و المرضى وكذلك بين أعضاء الفريق و الإدارة .
- **دور المنفذ :-** من خلال تنفيذ كل المهام الموكلة إليه و التى تدخل فى نطاق عمله كعضو من أعضاء فريق العمل متعدد التخصصات ، هذا بالإضافة إلى تنفيذ العديد من الأنشطة الثقافية و الاجتماعية و كذلك الترفيهية لأعضاء فريق العمل .
- **دور المدافع :-** وهذا الدور يستخدمه الأخصائى للدفاع عن دوره وحدود دوره وموقعه داخل فريق العمل ، كما أنه قد يستخدمه للدفاع عن بعض أعضاء الفريق الذى قد يتعرض لبعض الصعوبات و المشكلات .
- **دور المنسق :-** يمثل هذا الدور دور رئيسى وأساسى للأخصائى الاجتماعى مع الفريق متعدد التخصصات ، حيث أنه يقوم بالتنسيق بين أعضاء الفريق للاستفادة من تجاربهم وخبراتهم حتى تقدم الخدمة فى صورتها التى تضمن تحقيق أقصى استفادة منها للمريض ، كما يقوم بالتنسيق بين الإدارة و فريق لإزالة الصعوبات و المعوقات التى تحد من فاعلية وكفاءة الفريق .
- **الدور الإدارى :-** يتمثل هذا الدور فى تسجيل الاجتماعات و إعلام فريق العمل ببعض التعليمات و عرض ملخص الاجتماع فى جلسات الاجتماعات وغيرها من أعمال إدارية
- **الأساليب و الأدوات التى يستخدمها الأخصائى الاجتماعى فى فريق العمل :-**
يستخدم الأخصائى مجموعة من الأساليب و الأدوات التى تمكنه من أداء دوره بفاعلية مع فريق العمل منها:-
- **الملاحظة :-**
يقوم الأخصائى بملاحظة علاقات أعضاء الفريق متعدد التخصصات و تصرفاتهم وكذلك المناخ النفسى و الاجتماعى السائد داخل الفريق و كذلك أسلوب التعامل و التفاعلات بين أعضاء الفريق وأسلوب ممارسة كل عضو لدوره .
- **المقابلات :-**
يقوم الأخصائى بإجراء المقابلات بأشكالها المختلفة مع أعضاء فريق العمل ، سواء المقابلات الفردية والمشاركة و الجماعية ، الفردية عند التعامل مع عضو كفرد وذلك عند الاستفسار عن بعض الجوانب التى تخص المريض وحالته أو تزويد عضو الفريق بالمعلومات و البيانات الخاصة بالمريض وحالته ، أو عندما يكون هنا بعض المشكلات التى قد يكون مصدرها هذا لعضو ، المقابلة المشتركة هى هنا تكون بين عضوين من أعضاء الفريق وقد تكون هذه المقابلة للاستفسار عن حالة المريض أو لإزالة توتر بين هذين العضوين ، المقابلة الجماعية وهى تكون بين أعضاء الفريق كلهم أو الغالبية العظمى منهم.
- **الاجتماعات :-**
لتحقيق أقصى قدر من التواصل بين جميع أعضاء الفريق، يجب أن تتاح لهم الفرصة للاجتماع معا كفريق ، وتحديد المجالات التى تتطلب المناقشة، وضمان أن الوقت منظم بما فيه الكفاية لتمكينه من

- استخدامه بأكبر قدر ممكن من الكفاءة .وتتيح الاجتماعات الرسمية ذلك .
- ويستخدم الأخصائى الاجتماعى الاجتماعات لتحقيق ذلك وهنا يعمل على :-
- أن يكون الهدف من الاجتماع واضح لأعضاء فريق العمل ، فقد يكون الهدف من الاجتماع مناقشة وإقرار خطة عمل ، أو لتوزيع المهام ومناقشتها ، وقد يكون لاستعراض بعض الجوانب وتقييمها ، وقد يكون الاجتماع مشتمل على أكثر من هدف من الأهداف السابقة . وعموماً يجب أن يكون ذلك واضحاً ومعلوماً لكل عضو من أعضاء الفريق ، و أن يكون وقت الاجتماع محدد بوقت سابق ومناسب للأعضاء .
 - أن يكون الاجتماع بانتظام مرة واحدة فى الأسبوع هذا خلاف الظروف الطارئة ، وكقاعدة عامة ينبغي ألا يستغرق الاجتماع وقت أطول مما ينبغي أو أقصر بطريقة لا تناقش فيه كل البنود المراد مناقشتها وعموماً قد يكون الوقت المناسب للاجتماع ما بين ساعة ونصف إلى ساعتين .
 - يساعد رئيس الفريق والأعضاء على عدم إعطاء أى بند وقت أكثر من اللازم مما يؤدى إلى طغيان هذا البند على وقت بنود أخرى ، أى الالتزام بالآوقات المحددة لكل بند وللاجتماع .
 - يقوم بالتنسيق بين الأعضاء ويساعد رئيس الفريق على توجيه التفاعل وعد إتاحة الفرصة لى يسيطر أى شخص على المناقشة فى الاجتماع .
 - تشجيع كل عضو من الفريق على المساهمة بأرائهم ومشاعرهم فى الاجتماع .
 - فى كل نقطة سلبية أثيرت يحاول تشجيع الأعضاء على توضيح ما يحدث فعلاً ولماذا ، كما يحاول مساعدة الأعضاء على توضيح وفهم لماذا يبدو أن كل شئ تمت مناقشته جدير بالاهتمام ؟ وما هو الجدير بالاهتمام ؟ وهنا قد تتعدد الرؤى ويحاول أن ينسق بينها ويساعد الأعضاء على التفاوض و التنسيق بينهم .
 - فى نهاية كل بند يقوم الأخصائى الاجتماعى بتلخيص ما تم تغطيته و بتحديد مجالات وجوانب الاتفاق و الاختلاف .
 - هناك مجموعة من الأسئلة التى يمكن أن يستخدمها الأخصائى الاجتماعى لتقييم الاجتماعات وفى نفس الوقت جذب اهتمام الأعضاء لهذه الوسيلة :-
 - كم عدد الاجتماعات التى تخلفت عنها؟
 - هل ترى أن كل شئ ناقشة جدير بالاهتمام ؟
 - هل نقضى وقتاً طويلاً فى بعض البنود ؟ وليس كافيأ فى بنود أخرى ؟
 - هل تعتقد أن هناك مجالات يجب أن نناقشها والتى غالباً ما تتم ،ما هى التى غالباً ما تترك ؟
 - هل ترى أسلوب وطريقة صناع القرار داخل الاجتماع ترضى كل الأعضاء ؟
 - هل ترى أن جو الاجتماع يساهم فى خلق مناخ محفز وداعم للعمل ؟

المراجع :-

- 1- Pham,H.H, Schray.D.O And Others(2007):- Care Patterns In Medicare and Their Implications For Pay For Performance , NEngl Med ,Mar15,2007,356(11):1130-1139
- 2 – McCluskey, D. (2006) Health Policy and Practice in Ireland. Dublin: University College Press.
- 3-Carol Mcauliffe , B.A,(2009) Experiences of Social Workers Within an Interdisciplinary Team In The Intellectual Disability Sector , Critical Social Thinking Policy and Practice , Vo1,1,
- 4-Kalizch ,J.B,Weaver, J.S, Saies,E(2009):- What Does Nursing Teamwork Look Like? A qualitative study , Journal of Nursing Care Quality : 24(4)298-307.
- 5- Baker. D.P , Amodeo. A.M , Krokos.KJ;Slonim.A,Herrera,H;- (2010) Assessing teamwork Attitudes In Healthcare ;Development of The Team STEPPS Teamwork Attitude Questionnaire .Quality and Safety In Healthcare;e49.
- 6- Lymbery, M. (2006) 'United we stand? Partnership working in health and social care and the role of social work in services for older people', British Journal of Social Work, Vol. 36, pp.1119-1134.
- 7- Wheeler,PP (2016):- NASW Standards for Social Work Practice In Healthcare Stting ,National Association Of Social Work.
- 8- Herod, J, and Lymbery, M. (2002) 'The Social Work Role in Multi-disciplinary Teams', Practice, Vol. 14, No. 4.
- 9- الفهيدى ، محمد عبيد عياد (١٤٣٣هـ):- تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية فى الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين و المرضى ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الدراسات العليا ، قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- 10- Egan, M., Kadushin, G. (1995). Competitive allies: Rural nurses' and social workers' perceptions of the social work role in the hospital setting. Social Work in HealthCare, 20(3), 1-23. doi: 10.1300/J010v20n03_01
- 11-Makary ,M.A,etal (2006):- Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses ; teamwork In Thy eye Of the beholder , Journal Of The American College Of Surgeons,202(5),746-752.
- 12-Fewster.T,Velsor .Frierich ,B(2008) ; - Interdisciplinary Collaboration For Healthcare Professionals , Nursing Administration Quarterly ,32(1)40-48.
- 13-Brown,J et al(2011):- Conflict On Interprofessional Primary Health Care Teams-Can It Be Resolved , Journal of Interprofessional Care,Informauk, ,LTD.
- 1٤- الفهيدى ، محمد عبيد عياد (١٤٣٣هـ):- مرجع سابق .
- 15- Baker. D.P , Amodeo. A.M , Krokos.KJ;Slonim.A,Herrera,H: - OPCit.
- 16-Hook, M.P. van (2004). Psychosocial issues within primary health care settings. Social Work in Health Care, 38(1), 63-80. doi: 10.1300/ J010v38n01_04.
- 17-Bikson, K., McGuire, J., Blue-Howells, J., Seldin-Sommer, L. (2009).:- Psychosocial Problems in Primary Care: Patient and Provider Perceptions, Social Work in Health Care, 48:8, 736-749, DOI: 10.1080/00981380902929057.
- ١٨ - مجمع اللغة العربية : المعجم الوجيز ، القاهرة ، وزارة التربية والتعليم ، ٢٠٠٧ .
- ١٩ - منير البعلبكي :- قاموس المورد ، دار العلم للملايين ، بيروت ١٩٩٤ .
- 20- Webster.s.newwod Dictionary,the American anguageup " V.2. The world Publishing Company . Cleveland and N.Y.1985.

٢١- حسين حسن سليمان وآخرون (٢٠٠٥) :- الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية مع الفرد والاسرة ، بيروت ، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ، ط ١ .

٢٢- حسين حسن سليمان وآخرون :- المرجع السابق ، .

23-Baumeister, R.F. & Leary M.R., (1995). The need to belong desire for interpersonal attachments as a fundamental motivator. Psychological Bulletin, 117, 497-529.

24- Mohman, S.A., Cohen, S.G. & Mohrman, A.M., Sr (1995). Designing Team-Based Organizations. San Francisco: Jossey-Bass.

25-Mitchell,G.K, Tieman J.J& Shelby-James, T.m(2008):- Multidisciplinary Care Planning and Teamwork in Primary Care , Medical Journal Of Australia ,188(8),61-65.

26-World Health Organization(2010):- Framework For Action On Interprofessional Education and Collaborative Practice Geneva , Switzerland, World Health Organization .

27- Fewster , Thuentel & Velsar ,Frierich ,B:- OPCit.

28-Tos,L.H &Mero,P.N :- OPCit

٢٩ - الفهيدى ، محمد عبيد عياد (١٤٣٣هـ) :- مرجع سابق .

٣٠- المطرى ، راضى بن دخيل الله بن بركات (١٤٢٥هـ) :- نظرة الأطباء السعوديين إلى الخدمة الاجتماعية ، دراسة مطبقة فى المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض ، جامعة الملك سعود ن عمادة الدراسات العليا ، قسم الدراسات الاجتماعية ، المملكة العربية السعودية .

31 - Egan, M., Kadushin, G. (1995):- opclT

٣٢ - الشامانى ، محمد بن نويبع :- بناء برنامج ارشادى لتنمية الوعى بالأدوار المهنية للخدمة الاجتماعية لدى العاملين بالقطاع الصحى وقياس مدى فاعليته ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات العليا ، قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، المملكة العربية السعودية ، الرياض .

33- Fewster.T,Velsor .Frierich ,B(2008):- opclT

٢٤ - الفهيدى ، محمد عبيد عياد (١٤٣٣هـ) :- مرجع سابق .

35- Makary ,M,A elat:-OPcit.

٢٦ - الفهبرى ، راضى بن جبل الله بن بركات (٢٠١٢) :- مرجع سابق.

٢٧ - العجلانى ، عمر على بن عبد الله (٢٠٠٥) :- تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات العليا ، قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، المملكة العربية السعودية ، الرياض .

(#)- أ.م.د/ ليلي عبد الوارث أستاذ مساعد بكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم.

- د/ هشام عبد العزيز حاصل على دكتوراة الفلسفة فى الخدمة الاجتماعية بأسوان وأخصائى اجتماعى بمديرية الصحة بقنا .

- أ.م.د/ محمد شحاتة استاذ خدمة الفرد بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بقنا .

- أ.د/ عبد الحكيم محمد :- استاذ المجالات بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة .

*- أ.د/ محمد عبد الحميد محمد شرشير أستاذ خدمة الفرد بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة .

أ.د/ عبد الحكيم محمد :- استاذ المجالات بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة

أ.م.د/ ليلي عبد الوارث أستاذ مساعد بكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم.

أ.م.د/ محمد شحاتة استاذ خدمة الفرد بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بقنا .

أ.م.د/ صفاء محمد أستاذ مساعد بكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم.

أ.م.د/ محمد حسان أستاذ مساعد بكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم.

أما الممارسين :

د/ توفيق عبد الجبار أخصائى تنفيذ صحى بإدارة الفيوم الصحية .

أ/ خالد محمد محمود أخصائى اجتماعى بإدارة أحميم الطبية .

أ/ إيمن محمد صادق حاصل على الخدمة الاجتماعية ويعمل بمستشفى الزهراء بالفيوم

أ/ محمد إبراهيم أخصائى اجتماعى بمديرية الصحة بالفيوم .