

2020

صراع الادوار الاسرية المهنية وعلاقته باشكال الاتصال بالمرضى لدى عينة من الاطباء في الاردن

احمد الشريفيين
جامعة اليرموك, al_shreffien@yahoo.com

انور السمويحي
r.journal@hebron.edu

Follow this and additional works at: https://digitalcommons.aaru.edu.jo/hujr_b



Part of the [Arts and Humanities Commons](#)

Recommended Citation

السمويحي, انور (2020) "صراع الادوار الاسرية المهنية وعلاقته باشكال الاتصال بالمرضى لدى احمد الشريفيين, احمد مجلة جامعة الخليل للبحوث- ب (العلوم الانسانية) - Hebron University Research Journal-B (Humanities) , عينة من الاطباء في الاردن Vol. 12 : Iss. 2 , Article 3. ب (العلوم الانسانية)

Available at: https://digitalcommons.aaru.edu.jo/hujr_b/vol12/iss2/3

This Article is brought to you for free and open access by Arab Journals Platform. It has been accepted for inclusion in Hebron University Research Journal-B (Humanities) - ب (العلوم الانسانية) by an authorized editor. The journal is hosted on [Digital Commons](#), an Elsevier platform. For more information, please contact rakan@aarj.edu.jo, marah@aarj.edu.jo, u.murad@aarj.edu.jo.



صراع الأدوار الأسرية-المهنية وعلاقته بأشكال الاتصال بالمرضى لدى عينة من الأطباء في الأردن

د. أحمد الشريفي، أنور السموي

جامعة اليرموك – كلية التربية – قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

الملخص:

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى صراع الأدوار الأسرية المهنية وأشكال الاتصال بالمرضى لدى الأطباء في الأردن، ومدى اختلاف مستوى صراع الأدوار الأسرية المهنية وأشكال الاتصال مع المرضى لدى الأطباء باختلاف كل من الجنس، والحالة الاجتماعية، والوصف الوظيفي، والمستوى التعليمي. والقدرة التنبؤية لأبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية بمستوى اتصال الأطباء مع المرضى. تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، تكونت عينة الدراسة من (393) طبيباً وطبيبة تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة. أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن كان في المستوى (المتوسط) من التقدير بشكل عام. كما أظهرت النتائج أن مستوى اتصال الأطباء مع المرضى كان بدرجة (مرتفعة) من التقدير العام. كما أظهرت النتائج أن لأبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية قدرة تنبؤية بمستوى اتصال الأطباء مع المرضى. إضافة إلى ما تقدم أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لأبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية تعزى للوصف الوظيفي ولصالح الأطباء المقيمين، وعدم وجود فروق تعزى لكل من الجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس أشكال الاتصال تعزى للجنس ولصالح الأطباء الذكور، والوصف الوظيفي ولصالح الأطباء المقيمين، والمستوى التعليمي ولصالح الأطباء من حملة البكالوريوس، وعدم وجود فروق تعزى للحالة الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: صراع الأدوار الأسرية المهنية، أشكال الاتصال، أطباء.

Abstract:

The aim of this study was to identify the level of conflict between profession and family roles and the forms of communication with patients among physicians in Jordan. Furthermore, the study aimed at exploring if the level of the conflict of profession and family roles and the forms of communication with patients differ in light of various variables such as gender, marital status, job description, and level of education. It also aimed to identify to which extent the conflict between profession and family roles could predict the level of communication with patients. The study sample

consisted of (393) physicians, selected by the available sampling method. The results showed that the level of the conflict between profession and family roles among physicians in Jordan was intermediate, and that the level of the communication between physicians and patients in Jordan was high. The results also showed statistically significant relationship between the conflict of profession and family roles and the communication forms among physicians, and statistically significant differences between the means of the dimensions of the profession and family role conflict due to the job description in favor of the resident physicians. In addition, the results showed that there were no statistically significant differences between the means of profession and family role conflict and the level of communication due to gender, marital status, job description, or the level of education. The results also showed that there were statistically significant differences between the means of the forms of communication due to gender in favor of the male physicians, the job description in favor of the resident physicians, and the level of education in favor of the physicians with Bachelor degree, and also there were no statistically significant differences due to marital status.

Key words: Conflict between Profession and Family Roles, Communication Forms, Physicians.

المقدمة:

يختلف أداء الأطباء في البيئة المهنية من طبيب لآخر بالرغم من تشابه ظروفهم أحياناً، وما زال الباحثون يحاولون معرفة الأسباب التي تؤثر في أداء الأطباء لمهامهم ومتطلبات عملهم المختلفة. إنَّ ما يتعرض له الطبيب في بعض الأحيان من صراع في الأدوار التي يقوم بها قد يؤدي إلى العديد من الآثار السلبية التي تنعكس عليه وعلى الآخرين ممَّن لهم علاقة به، وعلى مهنة الطب بشكل عام (Graham, 2000).

كما أنَّ هذا الصراع وما ينتج عنه من آثار، ترافقه اختلالات في بنية العلاقة بين الطبيب والمريض، والتي قد تؤدي إلى ظهور مشكلات أخرى كمشكلة الاعتداء على الأطباء؛ إذ إنَّ مهنة الطب من المهن التي تشهد خطورة وتهديداً واعتداءً نظراً إلى ارتفاع مستويات العنف الذي يتعرض له الأطباء، والتي قد تكون بسبب فشل الأطباء في تحقيق اتصال ناجح مع المرضى، لأنَّ شعور المريض بعدم اهتمام الطبيب يلعب دوراً بارزاً في إثارة الموقف العدائي من قبل المرضى وأقاربهم، فشعور المريض أو مرافقيه باللامبالاة وعدم الاكتراث من قبل الكادر الطبي نحوهم يخلق عدم ارتياح لديهم وبالتالي قد يؤدي إلى العنف.

صراع الأدوار الأسرية المهنية:

تعددت التعريفات التي تناولت صراع الدور، فقد عرّفه سشوفيلد وبيك وبيقارت (Schofield, Beek, Ward & Biggart, 2013) بأنه عدم قدرة الطبيب على تحقيق التوازن بين أدواره الأسرية والمهنية. ويعرفه أندرو واثوماس (Andrew & Thomas, 2014) أنه نوع

من الصّراع الذي يحدث عندما يقوم الطبيب بعدة أدوار في نفس الوقت، ويعرّف الباحثان صراع الأدوار أنه عدم قدرة الطبيب على تحقيق التوازن بين الأدوار الأسرية والأدوار المهنية، الأمر الذي قد يؤدي إلى حالة من التردّد والشكّ لدى الطبيب حول ما يجب عمله، أو متى يؤدّى أو لمن يؤدّى.

إنّ تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية للطبيب قد يكون سبباً في انخفاض كفاءته في مهنته وتراجع في أداء أدواره المهنية بالشكل المناسب أو سوء اتصّاله مع المرضى. وقد تكون حالات الاعتداء على الأطباء التي تزايدت في الآونة الأخيرة بسبب عدم قدرة الأطباء على تحقيق اتّصال ناجح مع المرضى، حيث إنّ فشل الطبيب في إشباع توقّعات المريض يقود إلى استياء المريض وغضبه، وقد يقود إلى العنف ضد الطبيب والانتقام منه (الحوراني، 2012).

وقد يؤثّر البيت والمسؤوليات الزوجية سلباً في عمل الطبيب ووظيفته، فيصبح الطبيب أقلّ كفاءة في أداء متطلبات ومهام وظيفته وينخفض مستـوى الأداء بسبب زيادة الأعباء الأسرية، وينتج عن هذا الصراع انخفاض في إنتاجية الطبيب، والتأخّر عن الدوام والتسرّب الوظيفي. وتراجع في أداء الأدوار المتوقعة، مما يؤدي إلى مشاكل أخرى في العمل (Hammer, Bauer & Grandy, 2003).

أما عن تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية، فقد يعود إلى طبيعة مهنة الطبّ والعوامل الخاصة بالعمل مثل الراتب الشهري، والحوافز والمكافآت وساعات العمل والعلاقات المهنية والتسهيلات المتوافرة في مكان العمل، وأهم العوامل المرتبطة بمجال العمل والتي تعرّض لها الطبيب، وتؤدي إلى ضغط نفسي كبير لديه قد يقوده إلى صراع الدور، هي: المشكلات التنظيمية؛ مثل تأخير القرارات المهمة، والنقص المستمر في الإمكانيات والموارد والأجهزة والمعدات الطبية، ونظام المستشفى المعقد، والإجراءات الطويلة قبل وصول المريض إلى الطبيب، ونقص عدد الأطباء، ونقص الكفاءة المهنية لدى بعض الأطباء ونقص الممرضين، وساعات العمل الطويلة أو غير المنظمة وغيرها العديد من العوامل (الفرماوي، 2009).

إنّ صراع الأدوار يترتّب عليه آثار عديدة، وعلى مستويات مختلفة، فعلى الصعيد المهني كشفت دراسة قود وقروفاين وجيمس (Good, Grovalynn & James, 1988) بأنّ صراع الأدوار الأسرية المهنية يؤدي إلى الشعور بعدم الرضا الوظيفي، كما أكّد بولز وهوارد (Boles & Howard, 2001) أنّ انخفاض مستوى الإنتاجية وتراجع مستوى الأداء وكثرة التغيّب عن العمل من أبرز الآثار المترتبة على صراع الأدوار الأسرية المهنية، أما على الصعيد الأسري فصراع الأدوار الأسرية المهنية يؤثر في الحياة الزوجية، ويخلق فجوة بين الزوجين، وينتج عنه حرمان عاطفي للشريك وللابناء، وشيوع مشكلات الانفصال والطلاق بين الزوجين، فالزواج والعلاقات الجنسية ليست من الأمور المرضية للأطباء، وذلك لأنّ انصباب اهتمامهم يكون على الوظيفة، وبالتالي فإنّ تأثيره سيكون سلباً على علاقة الزوجين معاً، وبالتالي فإنّ حالات الطلاق بين الأطباء في ازدياد، ويؤثر أيضاً في ضعف العلاقات والروابط مع الأقارب والجيران، وقلة التواصل معهم (Santos, Bohon & Sanchez, 1998).

يتّضح ممّا سبق أنّ صراع الأدوار الذي يتعرّض له الطبيب في عمله وأسرته وما ينتج عنه من ضغوطات نفسية، يؤثّر بشكل سلبي على الطبيب نفسه وعلى الآخرين من حوله، وخاصة الاتصال مع المرضى.

أشكال الاتصال:

يعدّ الاتصال أحد الجوانب الأساسية لمهنة الطبّ؛ فمهنة الطبّ تقوم على اتصال الطبيب مع المرضى سواء أكان اتّصلاً لفظياً أم غير لفظي. إذ يتداخل فيها الجانب الاجتماعي مع الجانب

المهني. فالإتصال الإيجابي مع المرضى قد ينعكس إيجابياً، وقد يكون له أثر فاعل في نجاح الطبيب في عمله.

وتعني كلمة الإتصال (Communication) التعبير والتفاعل من خلال بعض الرموز لتحقيق هدف معين، ويعرّف ديكليرك ووالس (Deklerk & Wallace, 2013) الإتصال بأنه عملية تشاورية بين الطبيب والمريض يتم من خلالها نقل المعلومات والأفكار من أجل تحقيق أهداف تتعلق بالطرفين. ويعرّفه سينجو (Singo, 2014) بأنه التفاعل بين الطبيب والمريض بشكل لفظي أو غير لفظي بهدف تقديم الرعاية الصحية. ويعرّفه الباحثان أنه عملية منظمة تتضمن تبادل المعلومات بين الطبيب والمريض بأحد أشكال الإتصال اللفظي أو غير اللفظي.

ويوجد شكلان من أشكال الإتصال، هما: الإتصال اللفظي؛ وهو الإتصال الذي يستخدم اللفظ كوسيلة لنقل الرسالة، ويكون هذا اللفظ مكتوباً أو منطوقاً، وتُعدّ اللغة الأداة الرئيسة لتحقيق التواصل بين الطبيب والمريض، إذ تعد من أوضح أشكال الإتصال. أما الإتصال غير اللفظي؛ فيعرّفه إسماعيل (2003) أنه الإتصال الذي يأخذ مظاهر متعددة، كالإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه وحركات الجسم.

وفي ضوء ما سبق من الممكن الاستنتاج أنّ الإتصال يشير إلى أنّه وسيلة لنقل الأفكار والمشاعر والخبرات بين الطبيب والمريض. وأنّ الإتصال ينطوي على تبادل للمعلومات، والذي يتم في إطار نفسي واجتماعي وثقافي معين، أيضاً أنّه عملية تعتمد على مجموعة من الخطوات لتحقيق هدف معين وهي تقوم على الفعل ورد الفعل.

ويُعدّ الإتصال بين الطبيب والمريض من أهم دعائم الرعاية الطبية، حيث يساهم الإتصال في خلق علاقة جيدة بين الطبيب والمريض، ويقال من عدم الرضا الذي يبديه المريض في الخدمات المقدمة له، وحتى يحقق الطبيب اتصالاً ناجحاً وفعالاً لا بد له من اكتسابه مجموعة من المهارات التي تساهم في تحقيقه للأهداف التي يسعى إلى تحقيقها، ومنها: إظهار الاحترام والتقدير، وحسن التصرف (Behavior)، والتعاطف (Compassion)، والحوار (Dialogue) (Deklerk & Wallace, 2013). ويعدّ الإصغاء الجيد وإعطاء الوقت الكافي للمريض لشرح حالته من العوامل التي قد تساهم في الإتصال الفعال.

ويرى ونج ولي (Wong & Lee, 2006) أنّ الإتصال الجيد والفعال يؤدي إلى تحسن حالة المريض الجسدية والعاطفية، حيث يساعد هذا الإتصال المرضى في السيطرة على أمراضهم المزمنة، مثل مرضى السكري، كما ينعكس الإتصال الجيد على رضا المريض من حيث مستوى الخدمات الصحية المقدمة له.

وقد أجريت العديد من الدراسات بهدف الكشف عن دور صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء، حيث قام آدم (Adam, 2008) بدراسة هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار صراع الأدوار بين الأسرية المهنية عند الطبيبات في المجر، تكونت عينة الدراسة من (500) طبيبة، وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع معدل انتشار الصراع بين الأسرة والمهنة بين الطبيبات، كما أنّ صراع الأدوار بين الأسرة والمهنة يرتبط بالجنس، لذلك فصراع الأدوار بين الطبيبات أكثر انتشاراً من الأطباء.

وأجرت أحمد (Ahmad, 2010) دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الصراع بين الأسرة والمهنة والإجهاد العاطفي وتعدّد الأدوار لدى الأطباء في ماليزيا، تكونت عينة الدراسة من (220) طبيبة، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة قوية بين تعدّد الأدوار للأطباء والصراع بين الأسرة والمهنة. وبأنه كلما زادت ساعات العمل اليومية والأسبوعية للطبيب زادت حدّة الصراع بين أدواره الأسرية والمهنية، وكذلك هناك علاقة متوسطة بين صراع الأدوار الأسرية المهنية وبين الإجهاد العاطفي.

وأجرى كل من وانج و وانج وليو ووانج (Wang, Wang, Liu & Wang, 2012) دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين صراع الأدوار الأسرية المهنية والإرهاق لدى الأطباء في مقاطعة لياونينغ في الصين، تكونت عينة الدراسة من (1300) طبيب، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنَّ الطبيب يعاني من نزاعات أسرية، وهناك صراع بين أدواره الأسرية وأدوره المهنية، وأنَّ هذا الصراع بين الأسرة والمهنة يرتبط مع الإرهاق عند الأطباء الصينيين.

في حين قام كل من موردي وموردي واديسا (Mordi, Mordi & Adisa, 2014) دراسة هدفت إلى معرفة التحديات لتحقيق التوازن بين مطالب الأسرة ومطالب المهنة لدى الأطباء والمرضات الإناث، تكونت عينة الدراسة من (60) طبيبة و (71) ممرضة في نيجيريا، وأشارت النتائج إلى وجود عدد من المشاكل الداخلية التي تواجه الأطباء والمرضات الإناث في أثناء محاولتهن تحقيق التوازن بين مطالب المهنة ومطالب الأسرة، وأظهرت النتائج أنَّ صراع الأدوار بين الأسرة والمهنة واضح جدًا عندهما.

وحول الاتصال لدى الأطباء فقد أجرى أرونز (Aarons, 2005) دراسة هدفت إلى الكشف عن العوامل التي تؤثر في جودة الاتصال بين الطبيب والمريض في المستشفيات الحكومية في جامايكا، تكونت عينة الدراسة (1000) من المرضى، وعدد من العاملين في المجال الصحي، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنَّ العوامل الأخلاقية لها أثر كبير في عملية الاتصال بين الطبيب والمريض؛ إذ إنَّ أخلاق المريض وأخلاق الطبيب تؤثر في العلاقة بينهما، فكلما كانت الأخلاق عالية كان الاتصال جيدًا بين المرضى والأطباء، وأشارت النتائج أيضًا إلى أنَّ العوامل الثقافية تؤثر في الاتصال بين الطبيب والمريض، أي أنَّ الثقافة السائدة في المجتمع تؤثر في الاتصال.

أما وانج (Wang, 2010) فقد أجرى دراسة هدفت إلى التعرف على العوامل التي تُفقد الثقة بالطبيب، وطبيعة الألفاظ التي يستخدمها الطبيب مع المرضى في الصين، تكونت عينة الدراسة من (1500) طبيب، وأظهرت نتائج الدراسة أنَّ ثقة المريض بالطبيب تنعكس على الحالة الصحية للمريض. وكذلك على حالته النفسية والانفعالية، وتقع على عاتق الطبيب مسؤولية فهم القيم الثقافية للمريض من أجل الوصول إلى تواصل فعال، والعمل على راحة المريض والإخلاص والأمانة والكفاءة.

أما ديكليرك ووالاسي (DeKlerk & Wallace, 2013) فقد أجريا دراسة هدفت إلى الكشف عن أساليب الاتصال المستخدمة بين الطبيب والمريض في غرب كندا، تكونت عينة الدراسة من (42) طبيبًا، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنَّ الاتصال بين الطبيب والمريض له دور أساسي في العلاج، وكشفت الدراسة أنَّ علاقه الأطباء في المناطق الريفية مع مرضاهم قوية تميل إلى أن تكون علاقات شخصية، وبأنَّ الأطباء العاملين في القرى الصغيرة على معرفة تامة بالمرضى وعائلاتهم، وهذا يخفف من القلق عند المرضى، ويزيد من ثقتهم في الأطباء، في حين أنَّ الأطباء في المناطق الحضرية لا توجد علاقات قوية بينهم وبين مرضاهم مع تشابه الوقت الذي يقضيه الأطباء مع مرضاهم في الحضر وفي الريف.

من خلال استعراض الدراسات السابقة يلاحظ أنَّ تلك الدراسات تناولت وبشكل مستقل المتغيرين صراع الأدوار الأسرية المهنية، والاتصال بين الأطباء والمرضى، ولم يعثر الباحثان - في حدود علمهما ومعرفتهما - على دراسات تناولت المتغيرين معًا، وهو ما يدعو إلى ضرورة إجراء مثل هذه الدراسة بحيث توفر للمعنيين والمهتمين في هذا المجال بيانات تساعد على التعرف إلى هذه المشكلة، وتساعد على التقليل من الصراعات في الأسرة والمهنة. وفي ضوء ما استعرضه الباحثان عن صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن، وعن اتصال الأطباء مع المرضى وأشكاله، فإنهما يريان أنَّ صراع الدور الأسرية المهنية يحول دون اتصال الطبيب مع المريض بشكل فاعل، وقد يكون أحد معوقات الرعاية الصحية للمريض.

تتبع الدراسة الحالية من خلفية المشكلات التي يواجهها الأطباء العاملون في القطاعين العام والخاص في الأردن، وما يعانونه من توتر وقلق وضغوطات نفسية واجتماعية، والتي غالبًا ما تؤثر على أدوارهم المختلفة. وتكمن مشكلة الدراسة بالاهتمام بهذا الجانب وإبرازه وإظهاره وتناوله بالبحث والدراسة، إلى جانب الكشف عن صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء، والكشف عن أشكال الاتصال لديهم، وعلى الرغم من الجهود المبذولة التي تهدف إلى الارتقاء بأداء الأطباء للوصول إلى أداء فاعل يحقق أعلى مستوى من الأهداف، إلا أن هذه الجهود لم توجه بشكل كاف لتوفر معلومات كافية لدى القائمين والمهتمين بهذا الموضوع.

1. ما مستوى صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن؟

2. ما مستوى الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن؟

3. ما نسبة التباين المفسر التي يفسرّها كلّ بعد من أبعاد مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية في مستوى اتصال الأطباء في الأردن مع المرضى؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات الأطباء على مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية تعزى لكل من (الجنس، الحالة الاجتماعية، الوصف الوظيفي، المستوى التعليمي)؟

5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات الأطباء على مقياس الاتصال مع المرضى تعزى لكل من (الجنس، الحالة الاجتماعية، الوصف الوظيفي، المستوى التعليمي)؟

تتمثل أهمية هذه الدراسة من جانبين نظري وعملي، فمن حيث الأهمية النظرية فالدراسة قد تكون أول دراسة تتناول صراع الأنوار الأسرية المهنية، وأشكال الاتصال لدى الأطباء في حدود علم الباحثين، وقد توفر للباحثين والمهتمين معلومات مهمة تقيد في الاهتمام بصراع الأدوار الأسرية والمهنية، والتركيز على إحداث التوازن بينها بهدف تجنب تأثيرها على الاتصال بين الأطباء والمرضى. كما تبرز أهمية الدراسة من أهمية المتغيرات التي تناولتها، والتي من المتوقع أن تمهد لإجراء المزيد من الدراسات النظرية والتطبيقية في هذا المجال.

أما من حيث الأهمية العملية، فإن الدراسة تمهد لعقد دورات تدريبية توهل الأطباء لإحداث توازن بين أدوارهم الأسرية وأدوارهم المهنية، وتشجع على إكسابهم مهارات الاتصال مع المرضى بهدف الوصول إلى أعلى مستوى من الرعاية الصحية للمرضى.

تهدف الدراسة إلى ما يلي:

- الكشف عن مستوى كل من صراع الأدوار الأسرية المهنية وأشكال الاتصال لدى عينة من الأطباء في الأردن.
- الكشف عن القدرة التنبؤية لأبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية بأشكال الاتصال لدى عينة من الأطباء في الأردن.

- الكشف عن مدى الاختلاف في مستوى كل من صراع الأدوار الأسرية المهنية وأشكال الاتصال لدى عينة من الأطباء في الأردن، تبعاً لاختلاف مستويات كل من الجنس والحالة الاجتماعية، والوصف الوظيفي، والمستوى التعليمي.

التعريفات الاصطلاحية الإجرائية:

صراع الأدوار الأسرية المهنية:

هي عدم قدرة الطبيب على تحقيق التوازن بين الأدوار الأسرية والأدوار المهنية، الأمر الذي قد يؤدي إلى حالة من التردد والشك لدى الطبيب حول ما يجب عمله أو متى يؤدي أو لمن يؤدي. ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي حصل عليها الطبيب على المقياس الذي تم إعداده لتحقيق أهداف الدراسة.

الاتصال بين الطبيب والمريض:

عملية منظمة تتضمن تبادل المعلومات بين الطبيب والمريض بأحد أشكال الاتصال اللفظي أو غير اللفظي. ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي حصل عليها الطبيب على مقياس الاتصال الذي تم إعداده لأغراض الدراسة الحالية.

محددات الدراسة:

- اقتصرت الدراسة على عينة تم اختيارها بالطريقة المتيسرة من الأطباء والطبيبات من محافظات المملكة الأردنية الهاشمية كافة للعام 2016 م.
- وتحدد نتائج الدراسة بأداتين، هما: مقياس صراع الدوار الأسرية المهنية ومقياس أشكال الاتصال، وبالتالي لا يمكن تعميم النتائج إلا في ضوء ما تتمتع به هذه المقاييس من خصائص سيكومترية.
- كما تتحدد نتائج الدراسة في ضوء المفاهيم والمصطلحات المستخدمة فيها وما تتضمنه من أبعاد مختلفة.

الطريقة والإجراءات:

منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي للتعرف إلى صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن، وللتعرف إلى مستوى الاتصال مع المرضى لديهم، وللتعرف إلى طبيعة العلاقة بينهما، وذلك لمناسبته طبيعة هذه الدراسة وأهدافها.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأطباء العاملين بالقطاع العام والخاص في المملكة الأردنية الهاشمية والبالغ عددهم (23602) باستثناء مستشفيات ومراكز الخدمات الطبية الملكية حسب إحصائيات دائرة الإحصاءات العامة لعام 2016 م.

عينة الدراسة:

تم اختيار (393) طبيباً وطبيبة من العاملين بالقطاعين العام والخاص في محافظات المملكة الأردنية الهاشمية كافة بالطريقة المتيسرة (Available Sample)، ممن أبدوا تعاوناً مع الباحثين في الإجابة عن فقرات مقياسي الدراسة، حيث كان اختيار للعينة في البداية عشوائياً، إلا أن

الباحثين واجهها صعوبة في الاستجابة على فقرات المقياس برفض الإجابة، وذلك لعدد من الأسباب، وقد تم توزيع أداتي الدراسة على الأطباء والطبيبات ممن وافقوا على المشاركة بالدراسة.

مقياس الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة والمتمثلة في الكشف عن صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن، استخدم الباحثان في الدراسة الحالية مقياسين، وهما:

أولاً: مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية

صدق المقياس:

بهدف الكشف عن صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن، قام الباحثان بتطوير مقياس خاص بهذه الدراسة، وتم الاستفادة من المقاييس والدراسات ذات الصلة، ومن أبرزها: دراسة زماري (2008)، ودراسة ثوماس وغانستر (Thomas & Ghanster, 1995)، وللتحقق من الصدق الظاهري لمقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية، تم عرضه بصورته الأولية من (34) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد، هي: (تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية، وتأثير المهنية في الأدوار الأسرية، والفشل في تحقيق التوازن، على اثني عشر محكماً ومحكمة من ذوي الخبرة والاختصاص، وقد أبدى عدد من المحكمين بعض الملاحظات التي تتعلق بتعديل صياغة بعض الفقرات، وبهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (20) طبيباً وطبيبة من العاملين في القطاع العام والخاص من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وذلك لحساب معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المقياس وبين الدرجة على المقياس ككل والدرجات على كل بعد من أبعاد المقياس، كما هو مبين في الجدول (1).

جدول (1): قيم معاملات ارتباط الفقرة بالمجال الذي تنتمي إليه وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس.

البعد	رقم الفقرة	صراع الأدوار	الارتباط	
			البعد	المقياس
تأثير الأدوار الأسرية في المهنة	1	أشعر بالإرهاق خلال المهنة بسبب الأعباء الأسرية.	0.54	0.53
	2	أشعر أن متطلبات الأسرة تستنزف طاقتي للعمل.	0.65	0.58
	3	ينتقدني العاملون بسبب تفكيري بمتطلبات الأسرة.	0.80	0.60
	4	أأخر عن عملي بسبب انشغالي بتأدية متطلبات الأسرة.	0.75	0.56
	5	أغار المهنه لإتمام أعمالي الأسرية.	0.70	0.48
	6	أتغيب عن المهنة لإتمام إنجاز أعمالي الأسرية.	0.70	0.47
	7	مسؤولياتي الأسرية تحول دون تحقيق الصورة التي أتوقعها بنفسى بوصفى طبيباً.	0.79	0.62
	8	لا أستطيع إنجاز أعمالي بسبب مسؤولياتي الأسرية.	0.82	0.64
	9	تؤثر مسؤولياتي الأسرية على مستوى أدائي في المهنة.	0.82	0.68

0.65	0.78	مطالب أسرتي، تتداخل مع الأنشطة ذات الصلة بعلمي.	10	تأثير الأدوار المهنية
0.63	0.80	أؤجل القيام بمطالبات عملي بسبب التزاماتي الأسرية.	11	
0.66	0.81	مسؤولياتي الأسرية تمنعني من إنجاز عمل في الوقت المحدد.	12	
0.65	0.73	التزاماتي الأسرية تجعلني أمارس عملي بمزاج سيئ	13	
0.64	0.71	عملي يستهلك وقتي مما يبعدني عن اهتماماتي الأسرية.	14	
0.71	0.79	انشغالي في المهنة يزج أفراد أسرتي.	15	
0.74	0.82	عملي يؤثر على أعمالي الأسرية.	16	
0.65	0.81	عملي يمنعني من قضاء الوقت الذي أرجوه مع أسرتي.	17	
0.71	0.83	ضغوط المهنة تحول دون استمتاعي بعلاقتي الأسرية.	18	
0.77	0.86	عملي يمنعني من القيام بدوري الأسري بالشكل المطلوب.	19	
0.76	0.80	عملي يحد من قدرتي على أداء واجباتي الزوجية.	20	
0.78	0.85	عملي يعيق تحقيق مطالب أسرتي.	21	
0.78	0.84	ضغوط المهنة تحول دون قيامي بالمتطلبات الأسرية.	22	
0.65	0.75	عملي يجبرني على تغيير مخططاتي الأسرية.	23	الفشل في تحقيق التوازن
0.16	0.19	أتناقش مع المريض بكلمات واضحة.	24	
0.72	0.73	أسلوبي في المهنة وتفاعلي مع الآخرين يؤثر سلباً على حياتي الأسرية.	25	
0.60	0.67	رغم وجودي مع الأسرة إلا أن تفكيري يبقى منشغلاً بالمهنة.	26	
0.60	0.67	عملي يؤثر في التواصل الإيجابي مع أسرتي.	27	
0.61	0.71	مسؤولياتي الأسري والمهنية تفوق طاقتي وقدراتي.	28	
0.37	0.48	أوازن بين مطالب الأسرة والمهنة (عكسية).	29	
0.62	0.74	ليس لدي وقت كافٍ لإنجاز مطالب أسرتي وعملي.	30	
0.63	0.80	أهمل نفسي بسبب مطالب أسرتي ومطالب عملي.	31	
0.72	0.87	سعيي الدائم لإنجاز مطالب الأسرة والمهنة يشعرنني بعدم الاستقرار.	32	
0.60	0.72	لا أستطيع المشاركة في المناسبات الاجتماعية بسبب مطالب الأسرة والمهنة.	33	

0.67	0.78	أشعر بالتوتر لعدم مقدرتي الإيفاء بمتطلبات أسرتي وعملي.	34
0.35	0.48	أستطيع تنظيم وقتي لتحقيق مطالب الأسرة والمهنة (عكسية).	35

يلاحظ من الجدول (1)، أن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية قد تراوحت بين (0.54-0.82) مع بعدها، وبين (0.47-0.68) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية قد تراوحت بين (0.19-0.86) مع بعدها، وبين (0.16-0.78) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأخيراً، أن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد الفشل في تحقيق التوازن قد تراوحت بين (0.48-0.87) مع بعدها، وبين (0.35-0.72) مع الدرجة الكلية للمقياس.

وقد اعتمد الباحثان معياراً لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها بالمجال الذي تنتمي إليه والمقياس ككل عن (0.20)، وبناء على هذا المعيار وفي ضوء القيم السابقة فقد حذفت الفقرة (24) والتي تنص (أنتاقش مع المريض بكلمات واضحة)، وبالتالي تكون مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية بصورته النهائية من (34) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي: (تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية، تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية، الفشل في تحقيق التوازن). بالإضافة إلى ما تقدم تم حساب معاملات الارتباط البنينة لمعاملات مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية مع الدرجة الكلية للمقياس، إضافة إلى حساب معاملات الارتباط البنينة لارتباط أبعاد المقياس معاً، وذلك كما في الجدول (2).

جدول (2): قيم معاملات الارتباط البنينة لمجالات مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية وارتباط المجالات بالمقياس ككل.

العلاقة	الإحصائي	تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية	تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	الفشل في تحقيق التوازن
تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	معامل الارتباط	0.52		
	الدلالة الإحصائية	0.00		
الفشل في تحقيق التوازن	معامل الارتباط	0.49	0.71	
	الدلالة الإحصائية	0.00	0.00	
صراع الأدوار	معامل الارتباط	0.80	0.90	0.82
	الدلالة الإحصائية	0.00	0.00	0.00

يلاحظ من الجدول (2)، أن قيم معاملات الارتباط بين مجالات مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية والدرجة الكلية للمقياس قد تراوحت بين (0.80-0.90)، وأن قيم معاملات الارتباط البنينة لأبعاده تراوحت بين (0.49-0.71).

ثبات مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية:

بلغت قيمة ثبات الاتساق الداخلي لمقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية ككل (0.95) ولأبعاده تراوحت بين (0.85-0.95)، في حين أن ثبات إعادة للمقياس قد بلغت قيمته (0.81) ولأبعاده تراوحت بين (0.84-0.91).

تصحيح المقياس:

تكوّن مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية بصورته النهائية من (34) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد، وفق تدرّج خماسي يشتمل البدائل الآتية (دائمًا وتعطى (5) درجات، غالبًا وتعطى (4) درجات، أحيانًا وتعطى (3) درجات، نادرًا وتعطى درجتين، مطلقًا وتعطى درجة واحدة)، وهذه الدرجات تنطبق على جميع فقرات المقياس ذات الاتجاه الموجب، حيث إنّ التدرّج يعكس في الفقرات ذات الاتجاه السالب، وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل بين (34-170)، إذ كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشرًا على وجود صراع الأدوار الأسرية المهنية. وقد صنّف الباحثان استجابات أفراد الدراسة إلى ثلاث فئات، على النحو الآتي: مستوى متدنٍ من الصراع وتعطى للدرجة (2.49) فأقل، ومستوى متوسط من الصراع وتعطى للدرجة التي تتراوح بين (3.49 - 2.49)، ومستوى مرتفع من الصراع وتعطى للدرجة التي تتراوح بين (3.49) فأكثر.

ثانيًا. مقياس الاتصال مع المرضى:

صدق المقياس:

قام الباحثان بتطوير مقياس اتصال الأطباء مع المرضى، معتمدان في ذلك على عدد من المقاييس والدراسات ذات الصلة مثل دراسة الشerman (2007)، دومينغو (Domingo, 2010)، ودراسة الحراشنة (2009)، ودراسة أرونز (Aarons, 2005)، ودراسة كل من ديكليرك ووالاسي (Deklerk & Wallace, 2013). وقد تكوّن المقياس من (44) فقرة في صورتها الأولية موزعة على بعدين؛ هما: (الاتصال غير اللفظي، والاتصال اللفظي، للتحقق من الصدق الظاهري لمقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية، تم عرضه بصورته الأولية على اثني عشر مُحكّمًا ومُحكّمة من ذوي الخبرة والاختصاص، وقد أبدى بعض المُحكّمين بعض الملاحظات التي تتعلق بتعديل بعض الفقرات، وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول الفقرات أو استبعادها هو حصول الفقرة الواحدة على نسبة اتفاق (80 %) فأكثر من المُحكّمين للإبقاء عليها أو تعديلها، وبذلك أصبحت عدد فقرات مقياس أشكال الاتصال (34) فقرة موزعة على بعدين، هما: (الاتصال غير اللفظي وله (15) فقرة، الاتصال اللفظي وله (19) فقرة). وبهدف التحقق من صدق البناء تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (20) طبيبًا وطبيبة من العاملين في القطاع العام والخاص من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وذلك لحساب معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المقياس وبين الدرجة على المقياس ككل، والدرجات على كل بعد من أبعاد المقياس، وذلك كما في الجدول (3).

جدول (3): قيم معاملات الارتباط بين الفقرات وبين الدرجة الكلية لمقياس الاتصال وقيم معاملات ارتباط الفقرة بالمجال الذي تنتمي إليه.

البعد	رقم الفقرة	أشكال الاتصال	الارتباط مع:	
			البعد	المقياس
البعد اللفظي	1	ألجأ إلى الصمت عندما يتحدث معي المرضى.	0.57	0.52
	2	أظهار بأنني مشغول عندما يتحدث معي المرضى (عكسية)		
	3	أصغي للمريض لأفهم ما يقول	0.53	0.45
	4	أقترب من مرضاي لأفهم ما يقولون	0.54	0.48
	5	استخدم الضحك غير المبرر عند الحديث مع مرضاي (عكسية)	0.34	0.29
	6	أتجاهل مرضاي عندما يتحدثون (عكسية)	0.54	0.45
	7	أظهر الانتباه والاهتمام لكل ما يقوله المريض	0.68	0.62
	8	أهتم بما يقوله المريض وأستجيب لذلك بفاعلية	0.79	0.73
	9	احتفظ بهدوئي أثناء مناقشتي المريض	0.69	0.63
	10	أستطيع تفهم وجهة المريض عندما يغضب	0.61	0.53
	11	أستطيع تفهم وجهة نظر المريض	0.67	0.61
	12	أفهم تعبيرات وجهة نظر المريض	0.66	0.61
	13	أستطيع اكتشاف الحالة المزاجية للمريض عند الحديث معه	0.51	0.51
البعد السلوكي	14	أظهر التعاطف مع المرضى	0.55	0.54
	15	أفضل الانسحاب عند حدوث مشكلة مع المرضى	0.18	0.16
	16	أعبر عن احترامي للمريض بالقول	0.55	0.55
	17	أحاول تلبية رغبات المريض قدر المستطاع	0.58	0.55
	18	انعت مرضاي بالفاظ بذينة (عكسية)	0.25	0.21
	19	انتقد مرضاي بعصبية (عكسية)	0.41	0.38
	20	انتقي الكلمات المناسبة عندما أناقش مرضاي	0.59	0.55
	21	انتقل من موضوع لآخر عند الحديث مع مرضاي	0.21	0.15
	22	أناقش حالة المريض بموضوعية	0.63	0.58
	23	أوافق على رأي المريض في حالة اقتناعي به	0.42	0.37
	24	أتناقش مع المريض بكلمات واضحة	0.73	0.70
	25	أشرح لمرضاي طبيعة مرضهم بوضوح	0.46	0.45
	26	أهتم بتوضيح أفكاره حتى لا يحدث لبس أو سوء فهم	0.62	0.59
	27	أعتمد الحوار الهادئ لا الجدال في مخاطبة المريض	0.65	0.63
	28	أبتعد عن الغموض في مناقشتي للمريض	0.54	0.51
	29	عندما لا أفهم حديث المريض أطلب توضيحاً منه	0.63	0.55
	30	أجد صعوبة في التعبير عما أريد قوله للمريض (عكسية)	0.32	0.28
	31	أستخدم نبرة صوت معتدلة عند الحديث مع المرضى	0.63	0.57
	32	أحدث مع المرضى بسرعة	0.20	0.19
	33	أعتمد على المنطق في الدفاع عن وجهة نظري	0.57	0.52
	34	أحدث مع المرضى بأسلوب متواضع بعيداً عن التهكم والسخرية	0.68	0.67

يلاحظ من الجدول (3)، أنَّ قيم معاملات ارتباط فقرات بعد الاتصال غير اللفظي قد تراوحت بين (0.79-0.17) مع بعدها، وبين (0.73-0.14) مع الكلي للأداة، وأخيراً؛ إن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد الاتصال اللفظي قد تراوحت بين (0.73-0.20) مع بعدها، وبين (0.70-0.15) مع الدرجة الكلية للمقياس.

وقد اعتمد الباحثان معياراً لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها بالبعد الذي تنتمي إليه والمقياس ككل عن (0.20)، وبناءً على هذا المعيار وفي ضوء القيم السابقة فقد حذفت الفقرات (1، 15، 21، 32)، وبالتالي تكوّن مقياس أشكال الاتصال من (30) فقرة موزعة على بعدين، هما: (الاتصال غير اللفظي، والاتصال اللفظي).

بالإضافة إلى ما تقدم، تم حساب معاملات ارتباط بعدي مقياس أشكال الاتصال مع الدرجة الكلية للمقياس، إضافة إلى حساب معامل الارتباط البيني (Inter-correlation) لبعدي المقياس، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)، وذلك كما في الجدول (4).

جدول (4): قيم معاملات الارتباط البينية لبعدي مقياس الاتصال وارتباط البعدين بالمقياس ككل.

العلاقة	الإحصائي	غير لفظي	لفظي
لفظي	معامل الارتباط	0.71	
	الدلالة الإحصائية	0.000	
الاتصال ككل	معامل الارتباط	0.91	0.94
	الدلالة الإحصائية	0.000	0.000

يلاحظ من الجدول (4)، أنَّ قيمتي معاملي ارتباط بعدي مقياس أشكال الاتصال مع الدرجة الكلية للمقياس قد تراوحت بين (0.94-0.91)، وأنَّ قيمة معامل الارتباط البيني لبعدي مقياس أشكال الاتصال قد بلغت قيمته (0.71).

ثبات المقياس:

تراوحت قيم ثبات الاتساق الداخلي للمقياس (0.90)، ولأبعادها تراوحت بين (0.84-0.83)، في حين أنَّ ثبات إعادة للمقياس قد بلغت قيمته (0.82) ولأبعادها تراوحت بين (0.92-0.86).

تصحيح المقياس:

تكوّن مقياس الاتصال بصورته النهائية من (30) فقرة موزعة على بعدين، يستجيب المفحوص عليها وفق تدرّج خماسي يشتمل البدائل الآتية: (دائماً وتعطى (5) درجات، غالباً وتعطى (4) درجات، أحياناً وتعطى (3) درجات، نادراً وتعطى درجتين، مطلقاً وتعطى درجة واحدة). وهذه الدرجات تنطبق على جميع فقرات المقياس ذات الاتجاه الموجب، ويتم عكس التدرّج في حال الفقرات ذات الاتجاه السالب، وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل بين (30-150) درجة، بحيث كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على زيادة مستوى فاعلية الاتصال مع المرضى، وقد صنّف الباحثان استجابات أفراد العينة إلى ثلاث فئات على النحو الآتي: مستوى اتصال متدنٍ وتعطى للحاصلين على درجة (2، 49 فأقل)، ومستوى اتصال متوسط وتعطى للحاصلين على درجة تتراوح بين (2.49-3.49)، ومستوى اتصال مرتفع وتعطى للحاصلين على درجة (3.49 فأكثر).

أولاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الأول الذي نصّ على: "ما مستوى صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن؟"، فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لصراع الأدوار الأسرية المهنية وأبعاده لدى الأطباء في الأردن، مع مراعاة ترتيب الأبعاد تنازلياً، وذلك كما في الجدول (5).

المرتبة	رقم البعد	صراع الأدوار وأبعاده	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	2	تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	2.82	0.97	متوسط
2	3	الفشل في تحقيق التوازن	2.75	0.83	متوسط
3	1	تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية	2.09	0.82	قليل
الكلّي للمقياس			2.53	0.74	متوسط

يلاحظ من الجدول (5)، أن مستوى صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن كان (متوسطاً)، حيث جاءت أبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لديهم وفقاً للترتيب الآتي: بعد تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية في المرتبة الأولى ضمن مستوى (متوسط)، تلاه بعد الفشل في تحقيق التوازن في المرتبة الثانية ضمن مستوى (متوسط)، وأخيراً؛ بعد تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية في المرتبة الثالثة ضمن مستوى (قليل).

وقد تفسر هذه النتيجة في ضوء ما أشار إليه موشن (Mushin, 2003) حيث يرى أنّ الأطباء من أكثر فئات المجتمع عرضة للضغط النفسي، وذلك بسبب تنوع وتعدد الأدوار المنوطة بهم، وما تنسم به هذه الأدوار من خصائص تفرض على الأطباء أو ضاعاً معينة تكون مصدراً للضغط، إلى جانب أنّ مهنة الطب تتطلب العمل لساعات طويلة ولأوقات متأخرة من الليل، والعمل خلال العطل والإجازات، الأمر الذي قد ينتج عنه صراع في الأدوار التي يقوم بها الطبيب. ومن الممكن أن تلعب القدرة على التكيف مع متطلبات كلّ من الأسرة والعمل دوراً في خفض مستوى الضغط، وبالتالي الحد ولو بشكل بسيط من صراع الأدوار، كما أن المكانة الاجتماعية التي يتمتع بها الأطباء في المجتمع قد تكون دافعاً لتجنب إظهار صراع الأدوار الأسرية المهنية، ومحاولة خفض مستوياته.

وقد يفسّر حصول بعد تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية على المرتبة الأولى بناءً على طبيعة مهنة الطب التي تتطلب ساعات عمل طويلة، فقد يُجبر الطبيب على تغيير مخططاته الأسرية لوجود أمر طارئ يستدعي وجوده، وقد يمنعه عمله من القيام بدوره الأسري بالشكل الذي ترغب به أسرته.

ومن الممكن أن يعزى حصول بعد الفشل في تحقيق التوازن على المرتبة الثانية و ضمن مستوى متوسط إلى أن تحقيق التوازن يتطلب أن تكون الأدوار المدركة للطبيب تعادل الأدوار المتوقعة

منه، وبالتالي يكون لديه القدرة على إدراك المهام المطلوبة منه في الأسرة والعمل، وإن لم يتحقق ذلك قد يؤدي إلى إرباك هذا التوازن وفشله أحياناً.

وإن تعرض الأطباء لاستجابات متعارضة أو متنافرة أثناء قيامهم بأدوارهم سواء أكانت أدواراً أسرية أو مهنية قد يثير صراعاً بين هذه الأدوار، ويسمى صراعاً خارجياً وقد يحدث بسبب عدم القدرة على الفصل بين متطلبات كل دور، والموازنة بين هذه الأدوار، وقد يذشأ صراع داخلي في الدور نفسه؛ وهو صراع خاص بمتطلبات الدور بمعزل عن الأدوار الأخرى (Graham, 2000).

وجاء بعد تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية في المرتبة الثالثة، وقد يفسر ذلك الجانب الإنساني الذي يشغل حيزاً كبيراً في مهنة الطب، فيكون للتعامل مع المرضى خصوصية تفرض على الطبيب الحرص في التعامل، والالتزام بأخلاقيات المهنة، فالطبيب يتمتع بمنزلة اجتماعية عالية في المجتمع نظراً لأهمية الدور الذي يقوم به، إذ يحتوي على جانبين أساسيين؛ الجانب الطبي المهني والجانب الاجتماعي، وما يحويه من معايير وأخلاقيات تملي عليه القيام بواجبه. كما أن العائد الاقتصادي الذي يوفره الطبيب لأسرته في ظل الظروف المعيشية التي يمر بها المجتمع قد يكون له دور كبير في خفض مستوى تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية.

اتفقت هذه النتائج مع نتائج أحمد (Ahmad, 2010) والتي توصلت إلى أن هناك علاقة قوية بين الدور المهني الزائد للأطباء والصراع بين دوره الأسري والمهني، وبأنه كلما زادت ساعات العمل اليومية والأسبوعية للطبيب زادت حدة الصراع بين الأسرة والمهنة. كما اتفقت مع نتائج دراسة موردي واديسا (Mordi, Mordi & Adisa, 2014) والتي أشارت إلى وجود عدد من المشاكل الداخلية لدى الأطباء وبشكل خاص الطبييات في أثناء محاولتهم تحقيق التوازن بين مطالب المهنة ومطالب الأسرة، إلا أنها اختلفت معها في إشارتها لوجود صراع بين الأدوار الأسرية المهنية بشكل واضح.

وقد اختلفت هذه النتائج مع نتائج دراسة آدم (Adam, 2008) والتي أشارت إلى ارتفاع معدل انتشار الصراع بين المهنة والأسرة لدى الأطباء، وأن هناك تأثيراً سلبياً للأدوار الأسرية على الأدوار المهنية للأطباء.

ثانياً: للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني الذي نصّ على: "ما مستوى الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن؟"؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاتصال مع المرضى وبعديه لدى الأطباء في الأردن، مع مراعاة ترتيب البعدين تنازلياً، وذلك كما في الجدول (6).

جدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاتصال مع المرضى وبعديه لدى الأطباء في الأردن مرتبة تنازلياً.

الرتبة	رقم البعد	أشكال الاتصال وأبعاده	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	2	لفظي	4.23	0.50	مرتفعاً
2	1	غير لفظي	4.15	0.54	مرتفعاً
		الكلي للمقياس	4.20	0.48	مرتفعاً

يلاحظ من الجدول (6)، أن مستوى الاتصال مع المرضى وبعديه لدى الأطباء في الأردن قد كان (مرتفعاً)، حيث جاء ترتيب بعدي الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن وفقاً للاتباع البعد اللفظي في المرتبة الأولى، ثم تلاه البعد غير اللفظي في المرتبة الثانية.

وقد تُعزى الأسباب التي تجعل الأطباء يمارسون الاتصال بشكل مرتفع مع المرضى إلى تأهيلهم الجيد بوصفهم عينة منتقاة من المجتمع، وحاصلين على درجات علمية مرتفعة، وقد تكون المروغية الاجتماعية إحدى الأسباب التي يسعى الأطباء من خلالها إلى إثبات مكانتهم الاجتماعية وسمعتهم المهنية، كما قد تعزز المهارات التي يمتلكها الأطباء من قدرتهم على الاتصال مع المرضى، وهذا ما قد يفسر حصول البعد اللفظي على المرتبة الأولى، فالإتصال اللفظي من المهارات التي يجب على الطبيب امتلاكها لتكون وسيلة تقربه من المريض بشكل إيجابي لمساعدته على تخطي المرض أو التكيف معه.

ومن الممكن تفسير النتيجة في ضوء التوقعات لدور الطبيب من قبل المرضى، فالمرضى يتوقعون من الأطباء حسن المعاملة والاهتمام، وقضاء وقت طويل بالتحدث عن حالتهم المرضية، وتشخيصها، ووصف العلاج، ومن الممكن أن تكون الأدوار المدركة للطبيب تعادل الأدوار المتوقعة منه في كثير من الحالات، لذلك قد يكون ذلك سبباً لظهور المستوى المرتفع للاتصال مع المرضى من جانب الطبيب.

أما البعد غير اللفظي فقد حصل على المرتبة الثانية، ومن الممكن أن تُعزى هذه النتيجة في ضوء المهارات التي يتطلبها الاتصال غير اللفظي، والتي تتطلب إمكانات ومهارات أعلى من الاتصال اللفظي، ومنها مهارة الإنصات، والتواصل البصري، والتقبل والاهتمام، وغيرها من المهارات.

اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة أرونز (Aarons, 2005) والتي أشارت إلى أن الأطباء يحرصون على الاتصال بالمرضى، وأن العوامل الثقافية والاجتماعية تؤثر في الاتصال بين الطبيب والمريض. واختلفت هذه النتائج مع نتائج دراسة ديكليرك والاسي (DeKlerk & Wallace, 2013) التي أظهرت عدم وجود علاقات قوية بينهم وبين مرضاهم مع تشابه الوقت الذي يقضيه الأطباء مع مرضاهم.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث الذي نصّ على: "ما نسبة التباين المفسر التي يفسرها كل بعد من أبعاد مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية في مستوى اتصال الأطباء في الأردن مع المرضى؟".

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب معامل الارتباط المتعدد، ومربع معامل الارتباط المتعدد (نسبة التباين المفسر)، ومعامل الارتباط المعدل، والخطأ المعياري في التقدير؛ من خلال تقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاتصال مع المرضى، وكل من متغيرات الدراسة المستقلة (أبعاد مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية)، (تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية، وتأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية، والفشل في تحقيق التوازن)، والجدول (7) يوضح ذلك.

جدول (7): قيم معامل الارتباط المتعدد (R) ومربعه والخطأ المعياري لتقديرات الذكور

على مقياس إدمان السيلفي

قيمة معامل ارتباط (R)	قيمة معامل ارتباط المتعدد (R ²)	مربع معامل الارتباط المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
.503*	.253	.247	.41544

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$)

يظهر من الجدول (7) وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، بين تقديرات الأطباء على مقياس الاتصال مع المرضى، وكل من متغيرات الدراسة المستقلة (أبعاد مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية)، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.503)، وبلغت قيمة مربع معامل الارتباط (0.253)، بينما بلغت قيمة معامل الارتباط المعدل (0.247)، وبلغت قيمة الخطأ المعياري للتقدير (0.41544).

وللكشف عن دلالة نموذج الانحدار، تم إجراء تحليل الانحدار للمتغيرات المستقلة (تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية، وتأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية، والفشل في تحقيق التوازن)، على المتغير التابع (الاتصال مع المرضى)، وقد لوحظ وجود فروق دالة إحصائية، لتأثير أحد المتغيرات المستقلة (تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية، وتأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية، والفشل في تحقيق التوازن)، على المتغير التابع (الاتصال مع المرضى)، ولمعرفة أي المتغيرات المستقلة له قدرة تنبؤية بمستوى الاتصال مع المرضى، تم تطبيق الانحدار الخطي باستخدام أسلوب الإدخال (Enter)، والجدول (8) يوضح ذلك.

جدول (8): نتائج تحليل الانحدار للقدرة التنبؤية بمستوى الاتصال مع المرضى للمتغيرات المستقلة

المتغير	قيمة بيتا β	الخطأ المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
ثابت الانحدار	4.713	0.077	61.149	0.000
تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية	-0.451	0.030	-8.700	0.000
تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	0.414	0.032	6.455	0.000
الفشل في تحقيق التوازن	-0.342	0.036	-5.431	0.000

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يتبين من الجدول (8) أن للمتغيرات المستقلة (تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية، وتأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية، والفشل في تحقيق التوازن) قدرة تنبؤية بمستوى الاتصال مع المرضى، ويستخلص من هذه النتائج معادلة تحليل الانحدار المتعدد الآتية:

$$Y = 4.713 - 0.451 (\text{تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية}) + 0.414 (\text{تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية}) - 0.342 (\text{الفشل في تحقيق التوازن})$$

أظهرت النتائج وجود علاقة بين صراع الأدوار الأسرية المهنية للأطباء ومستوى الاتصال مع المرضى، فكلما زاد صراع الأدوار قل مستوى الاتصال مع المرضى بشكل عام. وبشكل خاص أظهرت النتائج أنه كلما زاد تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية قل اتصال الأطباء مع المرضى، حيث يتطلب هذا الاتصال قدرة على مناقشة المريض بكلمات واضحة لتجنب حدوث لبس أو سوء فهم، كما يتطلب هذا الاتصال حواراً هادئاً وبأسلوب متواضع بعيداً عن انتقاد المريض بعصبية أو بسخرية وتهكم، كما أنّ لنبرة الصوت دوراً في تعبير الطبيب عن احترام المريض والإحساس بمشاكلته، وهذه المتطلبات وغيرها للاتصال اللفظي قد تتأثر بأدوار الطبيب الأسرية وتمنعه من القيام بها بالشكل المطلوب.

وأظهرت النتائج أنه كلما فشل الطبيب في تحقيق التوازن بين الأدوار الأسرية المهنية يقل الاتصال مع المرضى، وقد يعزى هذا إلى عدم قدرة الطبيب على تنظيم وقته لتحقيق مطالب الأسرة والعمل

مع المسؤوليات التي قد تفوق طاقته وقدراته، كما أنَّ سعيه الدائم لإنجاز مطالب الأسرة والعمل قد يشعره بعدم الاستقرار والتوتر، وبالتالي التأثير على مستوى الاتصال اللفظي مع المرضى.

وبقِلَّ الاتصال غير اللفظي أيضًا كلما زاد تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية، وكلما فشل الطبيب في تحقيق التوازن بين هذه الأدوار، وقد تفسّر هذه النتيجة في ضوء متطلبات المهارة التي على الطبيب امتلاكها ليستطيع الاستفادة من الاتصال غير اللفظي وتفعيله في علاج للمريض بشكل فاعل؛ حيث يتطلب هذا النوع من الاتصال مهارة الإصغاء للمريض وإظهار التعاطف معه، وقدرة الطبيب على تفهم وجهة نظر المريض وفهم ما تشير إليه ملامحه في أثناء حديثه، كما قد يتطلب الاتصال غير اللفظي الانتباه والاهتمام لكل ما يصدر عن المريض، وكل هذا قد يتأثر بأدوار الطبيب الأسرية وفشله في تحقيق التوازن بينها وبين أدواره المهنية التي قد تحدّ من تركيزه بعمله وتحول دون قيامه بالاتصال كما هو متوقع.

وهذا ما يؤكد عليه جراهام (Graham, 2000) الذي يرى أنَّ ما يتعرض له الطبيب من صراع في الأدوار يؤدي إلى العديد من الآثار، منها: انخفاض مستوى الرعاية الطبية المقدمة للمرضى، وسطحية العلاقة معهم والإرهاق، والإخفاق في إنجاز المهام المطلوبة، وصعوبة اتخاذ القرارات، وعدم القدرة على التقييم الموضوعي، وسرعة الاستئثار والإحباط، والشعور بفقدان السيطرة والحساسية تجاه التفاعل مع الآخرين. إنَّ تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية للطبيب يؤدي إلى انخفاض كفاءته المهنية وعدم تحقيق مستويات جيدة من الاتصال مع المرضى؛ فينخفض مستوى الأداء المهني للطبيب (Hammer, Bauer & Grandy, 2003).

وبالإضافة إلى ما تقدم أشارت النتائج إلى أنه كلما زاد تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية زاد مستوى الاتصال مع المرضى، وقد تبدو هذه النتيجة منطقية؛ فعندما يعطي الطبيب وقته الكامل للمهنة فإنَّ ذلك يزيد من مستوى الاتصال بين الطبيب والمرضى، فهو متواجد في العمل وبشكل شبه دائم، وخاصة إذا كان يعمل بشكل مستقل ضمن القطاع الخاص، فإنَّ ساعات العمل التي يقضيها في استقبال المرضى والسماع لهم ينتج عنها زيادة في العائد المادي، وهذا ما قد يؤدي إلى تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية.

ويتفق هذا التفسير مع ما أشارت إليه نظرية التضارب والتعارض فهي تجد أنَّ أساس العلاقة بين الأسرة والعمل هي التعارض والتضارب، ويؤمن أنصار هذه النظرية بأنَّ تكلفة النجاح في جانب معين لا بدَّ أن يكون على حساب الجانب الآخر، فتكلفة النجاح في العمل يكون على حساب شؤون الأسرة، وكذلك الذي يريد أن يحافظ على أسرته والقيام بجميع المطالب سيكون ذلك على حساب مطالب العمل (Young & Kleiner, 1992).

كما أنَّ التوفيق بين متطلبات المهنة ومتطلبات الأسرة ليس بالأمر السهل بالنسبة للطبيب، والسبب في ذلك طبيعة عمله المرتبطة بحياة الآخرين، جميع هذه العوامل وغيرها تؤدي إلى تداخل أدوار الأطباء المهنية وتأثيرها على أدوارهم الأسرية سلبيًا، فقد يكون لالتزام الطبيب بالعمل لساعات طويلة تأثيرها على أدواره الأسرية، فقد يضطر الطبيب إلى التضحية في بعض الأوقات لصالح عمله؛ لأنَّ العمل الذي يؤديه هو عمل إنساني ويحتاج إلى الدقة والحذر، ولا بد من الحفاظ على مستوى مرتفع من الإنجاز لتجنب التقصير في العمل (Grant, Vallone & Donaldson, 2001).

وتتفق نتائج هذا السؤال مع نتيجة دراسة العنزي (2015) والتي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين صراع الأدوار الأسرية المهنية وأبعاده من جهة، وبين الاتصال مع المرضى وبعديه من جهة أخرى لدى الأطباء في الأردن.

رابعاً: للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع الذي نصّ على: "هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات استجابات الأطباء على مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية تعزى لكل من (الجنس، الحالة الاجتماعية، الوصف الوظيفي، المستوى التعليمي)؟"؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن وفقاً للمتغيرات، وقد لوحظ وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لأبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن ناتجة عن اختلاف مستويات المتغيرات؛ وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن متبوعة بإجراء اختبار (Bartlett) للكروية وفقاً للمتغيرات لتحديد أنسب تحليل تبين (تحليل تبين رباعي متعدد، أم تحليل تبين رباعي) توجب استخدامه، وقد تبين وجود علاقة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين أبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن تعزى للمتغيرات؛ مما استوجب استخدام تحليل التباين الرباعي المتعدد (دون تفاعل) لأبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن مجتمعة وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (9).

جدول (9): نتائج تحليل التباين الرباعي المتعدد (دون تفاعل) لأبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن مجتمعة وفقاً للمتغيرات.

الأثر	نوع الاختبار المتعدد	قيمة الاختبار المتعدد	قيمة ف الكلية المحسوبة	درجة حرية الفرضية	درجة حرية الخطأ	الدلالة الإحصائية
الجنس	Hotelling's Trace	0.01	1.24	3	384	0.29
الحالة الاجتماعية	Hotelling's Trace	0.01	0.79	3	384	0.50
الوصف الوظيفي	Wilks' Lambda	0.93	3.22	9	934.71	0.00
المستوى التعليمي	Hotelling's Trace	0.01	1.06	3	384	0.37

يتبين من الجدول (9) عدم وجود أثر دال إحصائيًا لمتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي) ووجود أثر دال إحصائيًا لمتغير (الوصف الوظيفي) عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) على أبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن مجتمعة؛ ولتحديد على أي من أبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن كان أثر متغير (الوصف الوظيفي)؛ فقد تم إجراء تحليل التباين الرباعي (دون تفاعل) لأبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن كلّ على حدة وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (10).

جدول (10): نتائج تحليل التباين الرباعي (دون تفاعل) لأبعاد صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن كل على حدة وفقاً للمتغيرات.

مصدر لتباين	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة حرية	متوسط مجموع لمربعات	قيمة ف لمحسوبة	الدلالة لإحصائية
الجنس	تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية	0.33	1	0.33	0.50	0.48
	تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	0.60	1	0.60	0.66	0.42
	الفشل في تحقيق التوازن	0.23	1	0.23	0.34	0.56
الحالة الاجتماعية	تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية	0.01	1	0.01	0.01	0.92
	تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	0.47	1	0.47	0.52	0.47
	الفشل في تحقيق التوازن	1.14	1	1.14	1.67	0.20
الوصف الوظيفي	تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية	4.96	3	1.65	2.51	0.06
	تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	10.05	3	3.35	3.68	0.01
	الفشل في تحقيق التوازن	6.38	3	2.13	3.12	0.03
المستوى التعليمي	تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية	0.09	1	0.09	0.14	0.71
	تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	2.54	1	2.54	2.78	0.10
	الفشل في تحقيق التوازن	0.54	1	0.54	0.80	0.37
الخطأ	تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية	254.82	386	0.66		
	تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	351.75	386	0.91		
	الفشل في تحقيق التوازن	262.96	386	0.68		
الكلية	تأثير الأدوار الأسرية في الأدوار المهنية	262.20	392			
	تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	365.61	392			
	الفشل في تحقيق التوازن	270.68	392			

يتبين من الجدول (10)، وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطات الحسابية لبعدي صراع الأدوار الأسرية المهنية (تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية، الفشل في تحقيق التوازن) لدى الأطباء في الأردن تعزى لمتغير (الوصف الوظيفي)؛

ولكون المتغير متعدّد المستويات؛ فقد تم إجراء اختبار Scheffe للمقارنات البعدية المتعدّدة للكشف عن جوهرية الفروق بين المتوسطات الحسابية لبعدي صراع الأدوار الأسرية المهنية (تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية، الفشل في تحقيق التوازن) لدى الأطباء في الأردن وفقاً للمتغير، وذلك كما في الجدول (11).

جدول (11): نتائج اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية المتعددة لبعدي صراع الأدوار الأسرية المهنية (تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية، الفشل في تحقيق التوازن) لدى الأطباء في الأردن وفقاً لمتغير (الوصف الوظيفي).

الوصف الوظيفي		استشاري	طبيب عام	اختصاصي	مقيم
تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية	Scheffe	المتوسط الحسابي	2.58	2.65	2.86
	استشاري	2.58			
	طبيب عام	2.65	0.07		
	اختصاصي	2.86	0.28	0.21	
	مقيم	2.98	0.40	0.33	0.13
الفشل في تحقيق التوازن	الوصف الوظيفي		طبيب عام	استشاري	اختصاصي
	Scheffe	المتوسط الحسابي	2.61	2.68	2.72
	طبيب عام	2.61			
	استشاري	2.68	0.07		
	اختصاصي	2.72	0.11	0.04	
	مقيم	2.89	0.28	0.21	0.17

يتضح من الجدول (11)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطين الحسابيين لبعدي صراع الأدوار الأسرية المهنية (تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية) لدى الأطباء في الأردن يعزى لمتغير (الوصف الوظيفي)؛ لصالح الأطباء المقيمين مقارنة بزملائهم الأطباء العامين. كما يتضح من الجدول (10)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطين الحسابيين لبعدي صراع الأدوار الأسرية المهنية (الفشل في تحقيق التوازن) لدى الأطباء في الأردن يعزى لمتغير (الوصف الوظيفي)؛ لصالح الأطباء المقيمين مقارنة بزملائهم الأطباء العامين.

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات إحصائية في مستوى استجابات الأطباء على مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية ككل، وعلى كل بعد من أبعاده تعزى للجنس؛ وقد يعزى إلى طبيعة الظروف التي يمر بها كلا الجنسين وما يترتب عليها من آثار مختلفة، فعلى الصعيد المهني كشفت دراسة قود وقروالين وجميس (Good, Grovalynn & James, 1988) بأن صراع الأدوار

الأسرية المهذبة-----ي-----ة تؤدي إلى الشعور بعدم الرضا الوظيفي، كما أكد بولز وهاورد (Boles & Howard, 2001) أن انخفاض مستوى الإنتاجية وتراجع مستوى الأداء وكثرة التغيب عن العمل من أبرز الآثار المترتبة على صراع الأدوار الأسرية المهنية، أما على الصعيد الأسري فصراع الأدوار الأسرية المهنية يؤثر على الحياة الزوجية، ويؤثر أيضاً في ضعف العلاقات والروابط مع الأقارب والجيران وقلة التواصل معهم (Santos, Bohon & Sanchez, 1998). مما تقدم يتضح أن الآثار المترتبة لم تنحصر بجنس أو بحالة اجتماعية، فالجميع يتعرض لها وهذا ما قد يفسر عدم وجود فروق في الصراع تعزى للجنس. وأشارت النتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استجابات الأطباء على مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية ككل، وعلى كل بعد من أبعاده تعزى للحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب)؛ وقد تفسر هذه النتيجة في ضوء النتائج الشخصية المترتبة على صراع الأدوار الأسرية المهنية، مثل الضغط النفسي والإجهاد والاكتئاب والأمراض الجسدية المختلفة والإرهاق والإعياء (Frone, Russel & cooperr, 1997; Thomas & Ganster, 1995)، وانخفاض مستوى المناعة الجسدية والنفسية، وجميعها آثار يتعرض لها الطبيب بغض النظر عن الحالة الاجتماعية سواء كان متزوجاً أم أعزب، فالجميع لديه أدوار يتوقع منهم القيام بها، ومما يساعد الأطباء على القيام بأدوارهم القدرة المادية والاستقرار المادي الذي يشعر به الطبيب، وأثره في حياته سواء أكان متزوجاً أم عازباً، فيكون له أثر في التكيف مع أدواره الأسرية والمهنية، كما أن نمط المعيشة الأسند للأطباء وقدرتهم على الاستعانة بمن يساعدهم في الأسرة مثل العاملات، يقلل من أعباء الأسرة على المتزوجين، وقد يلغي الفرق بينهم وبين غير المتزوجين. في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استجابات الأطباء على مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية ككل. ووجدت فروق على بعد تأثير الأدوار المهنية في الأدوار الأسرية وبعد الفشل في تحقيق التوازن وكانت الفروق لصالح الأطباء المقيمين؛ أي أن الأطباء المقيمين هم أكثر تأثراً في هذا الصراع، وقد يعزى ذلك إلى عدد سنوات الخبرة، حيث يكون الطبيب المقيم أقل خبرة من غيره من الأطباء، وأقل معرفة ودراية في كيفية التنظيم والتكيف بين الأدوار الأسرية المهنية. وكما أن نقص المعرفة بظروف العمل والمكان الذي يعمل به الطبيب المقيم قد يؤثر في قدرته على تحقيق التوازن بين أدواره الأسرية والمهنية، إضافة إلى ما تقدم فقد يكون لساعات العمل التي يقضيها الطبيب المقيم أثر مباشر في زيادة مستوى صراع الأدوار الأسرية المهنية، كما أن تعامل الطبيب المقيم مع حالات مختلفة غير مختص بها يضاعف من مستوى الضغط النفسي الذي يتعرض له، والذي من المتوقع أن يترك أثراً مباشراً في زيادة مستوى صراع الأدوار الأسرية المهنية لديهم.

أما من حيث المستوى التعليمي، فقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استجابات الأطباء على مقياس صراع الأدوار الأسرية المهنية ككل وعلى كل بعد من أبعاده تعزى للمستوى التعليمي؛ وقد تفسر هذه النتيجة في ضوء ما أشارت إليه نظرية النظم البيئية، حيث ترى إن هناك العديد من المتغيرات التي تحكم العلاقة ما بين الأدوار الأسرية والأدوار المهنية، ومن هذه المتغيرات أوقات العمل للطبيب وعدد ساعات العمل، وطبيعة المناخ الذي يسود في بيئة العمل، والأنظمة والقوانين التي تطبق على الطبيب (Wayne, Grzywacy, Carlson & Kacmar, 2007)، ويرى الباحثان أن هذه المتغيرات متشابهة لدى جميع الأطباء بغض النظر عن المستوى العلمي، وهذا ما قد يفسر عدم وجود اختلاف في مستوى صراع الأدوار الأسرية المهنية لديهم يعزى لاختلاف المستوى التعليمي.

خامساً: للإجابة عن سؤال الدراسة الخامس الذي نصَّ على: "هل توجد فروق دلالة إحصائية في متوسطات استجابات الأطباء على مقياس الاتصال مع المرضى تعزى لكل من (الجنس، الحالة الاجتماعية، الوصف الوظيفي، المستوى التعليمي)؟"؛ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبعدي مستوى الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن وفقاً للمتغيرات، وقد تبين وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لبعدي الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن ناتجة عن اختلاف مستويات المتغيرات؛ وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم حساب معامل الارتباط بين بعدي الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن حيث بلغت قيمته (0.70) بدلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بما يفيد وجوب استخدام تحليل التباين الرباعي المتعدد (دون تفاعل) لبعدي الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن مجتمعين وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (12).

جدول (12): نتائج تحليل التباين الرباعي المتعدد (دون تفاعل) لبعدي الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن مجتمعين وفقاً للمتغيرات.

الآثر	نوع الاختبار المتعدد	قيمة الاختبار المتعدد	قيمة ف الكلية المحسوبة	درجة حرية الفرضية	درجة حرية الخطأ	الدلالة الإحصائية
الجنس	Hotelling's Trace	0.02	4.21	2	385	0.02
الحالة الاجتماعية	Hotelling's Trace	0.01	2.50	2	385	0.08
الوصف الوظيفي	Wilks' Lambda	0.96	2.35	6	770	0.03
المستوى التعليمي	Hotelling's Trace	0.02	4.51	2	385	0.01

يتبين من الجدول (12) عدم وجود أثر دالٍ إحصائياً لمتغير (الحالة الاجتماعية) ووجود أثر دالٍ إحصائياً لمتغيرات (الجنس، الوصف الوظيفي، المستوى التعليمي) عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) على بعدي الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن مجتمعين؛ ولتحديد على أي من بعدي الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن كان أثر متغيرات (الجنس، الوصف الوظيفي، المستوى التعليمي)؛ فقد تم إجراء تحليل التباين الرباعي (دون تفاعل) لبعدي الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن كل على حدة وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (13).

جدول (13): نتائج تحليل التباين الرباعي (دون تفاعل) لبعدي الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن كل على حدة وفقاً للمتغيرات.

مصدر التباين	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الجنس	غير لفظي	2.41	1	2.41	8.42	0.00
	لفظي	0.90	1	0.90	3.74	0.05
	غير لفظي	0.64	1	0.64	2.25	0.13

0.03	5.00	1.20	1	1.20	لفظي	الحالة الاجتماع
0.43	0.92	0.26	3	0.79	غير لفظي	الوصف
0.01	3.93	0.95	3	2.84	لفظي	الوظيفي
0.00	8.05	2.30	1	2.30	غير لفظي	المستوى
0.20	1.64	0.39	1	0.39	لفظي	التعليمي
		0.29	386	110.29	غير لفظي	الخطأ
		0.24	386	92.85	لفظي	
			392	115.47	غير لفظي	الكلية
			392	97.46	لفظي	

يتبين من الجدول (13)، وجود فرق دال إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطين الحسابيين لبعد الاتصال غير اللفظي مع المرضى لدى الأطباء في الأردن تعزى لكل من متغير (الجنس)؛ لصالح الأطباء مقارنة بالطبيبات. ومتغير (المستوى التعليمي)؛ لصالح الأطباء والطبيبات من حملة البكالوريوس مقارنة بزملائهم من حملة الدراسات العليا. ومتغير (الوصف الوظيفي)؛ ولكون المتغير متعدد المستويات؛ فقد تم إجراء اختبار (Levene) للتحقق من انتهاك تجانس التباين لبعد الاتصال اللفظي مع المرضى لدى الأطباء في الأردن وفقًا لمتغير (الوصف الوظيفي)، حيث بلغت قيمة F المحسوبة له (أي اختبار Levene) ما مقداره (1.24) عند درجتي حرية (25) للبسط، و367 للمقام) بغير دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)؛ بما يفيد عدم وجود انتهاك في تجانس التباين، مما أوجب استخدام أحد اختبارات المقارنات البعدية التي تراعي تجانس التباين حيث تم استخدام اختبار (Scheffe) للمقارنات البعدية المتعددة؛ بهدف تحديد لصالح أي من مستويات متغير (الوصف الوظيفي) قد كانت الفروق الجوهرية بين متوسطات بعد الاتصال اللفظي مع المرضى لدى الأطباء في الأردن، وذلك كما هو مبين في الجدول (14).

جدول (14): نتائج اختبار Scheffe للمقارنات البعدية المتعددة لبعد الاتصال اللفظي مع المرضى لدى الأطباء في الأردن وفقًا لمتغير (الوصف الوظيفي).

الوصف الوظيفي	اختصاصي	استشاري	طبيب عام	مقيم
Scheffe	المتوسط الحسابي	4.10	4.10	4.30
اختصاصي	4.10			
استشاري	4.10	0.00		
طبيب عام	4.24	0.15	0.14	
مقيم	4.30	0.20	0.06	

يتضح من الجدول (14)، وجود فرق دال إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين المتوسطين الحسابيين لبعد الاتصال اللفظي مع المرضى لدى الأطباء في الأردن يعزى لمتغير (الوصف الوظيفي)؛ لصالح الأطباء والطبيبات المقيمين مقارنة بزملائهم الاختصاصيين.

أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتصال مع المرضى على المقياس ككل وعلى كل شكل من أشكال الاتصال (لفظي، غير لفظي) ولصالح الأطباء مقارنة بالطبيبات؛ ومن الممكن تفسير هذه النتيجة في ضوء معرفة أنَّ الاتصال ينطوي على تبادل للمعلومات والذي يتم في إطار نفسي واجتماعي وثقافي معين، وأيضاً أنه عملية تعتمد على مجموعة من الخطوات لتحقيق هدف معين وهي تقوم على الفعل ورد الفعل.

وبالتالي فإن طبيعة المرأة ومستوى تأثرها من الناحية الانفعالية تجاه الحالات المرضية التي تتعامل معها قد يؤدي إلى تشتت عملية الاتصال في بعض الأحيان، في حين أنَّ الرجل ينظر إليه بوصفه أكثر صلابة من الناحية النفسية، وبالتالي عند تعامله مع الحالات المرضية قد يحافظ على مستوى مرتفع من الاتزان الانفعالي الذي بدوره يعزز استمرارية الاتصال مع المرضى، مما يقودها إلى قدرة أكبر على التواصل اللفظي أو غير اللفظي.

ومن الممكن أن تفسر هذه النتيجة في ضوء ما أشار إليه المشهداني (2008) حيث يرى أنَّ الاتصال بين الطبيب والمرضى، يمر بثلاثة مستويات، هي: الاتصال الخطي؛ ويتطلب من الطبيب الإصغاء الجيد، ويسهم هذا المستوى في بناء علاقات جيدة بين الطبيب والمرضى. والاتصال الحضاري؛ ويتطلب هذا أن يكون على وعي بالأفكار العامة التي تسود المجتمع المحلي الذي يتعامل معه. والاتصال العقلي؛ إذ يلاحظ وجود فجوة ثقافية كبيرة بين الأطباء المتعلمين والمرضى غير المتعلمين، فالطبيب الناجح هو الذي يستطيع أن يقلل من هذه الفجوة أثناء اتصاله مع المرضى. ومن الممكن أن يكون لفرصة التفاعل والانخراط في المجتمع والتعامل مع أكثر من شريحة في المجتمع والتي يحظى بها الأطباء في المجتمع أكثر من الطبيبات دور في رفع مستوى الاتصال لديهم أكثر مما هو لدى الطبيبات.

كما وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتصال مع المرضى على المقياس ككل وعلى شكل الاتصال اللفظي يعزى للحالة الاجتماعية ولصالح المتزوجين، في حين لم تكن هناك فروق في شكل الاتصال غير اللفظي بين المتزوجين وغير المتزوجين؛ وقد تفسر هذه النتيجة في ضوء معرفة أهداف الاتصال الأسري، والتي تتحدد بما يلي: إيجاد الانسجام والتفاهم بين أفراد الأسرة، وتطوير الخصائص المشتركة بين أفرادها؛ للمحافظة على التفاعل الإيجابي المستند إلى العاطفة، وإشباع الحاجات المختلفة لأفرادها، مما يساعد على صقل شخصية أفرادها، وإكسابهم القيم، وكيفية التحكم بالعواطف، بالإضافة إلى اكتساب مهارة الاستماع (Xiao, Li & Stanton, 2011). وهذا قد يتوفر لدى الأطباء المتزوجين أكثر من غير المتزوجين، وبالتالي فإنَّ فرصة إشباع الحاجات النفسية لديهم أكبر بكثير من غير المتزوجين، كما أن إمكانية التحكم بالعواطف والتعبير عنها تكون متاحة للأطباء المتزوجين وبشكل ينسجم مع طبيعة المجتمع وما يتبناه من قيم دينية وعادات وتقاليده.

إضافة إلى ما تقدم من الممكن تفسير النتيجة في ضوء ما يسعى إليه الأطباء المتزوجون من بناء صورته إيجابية لأسرهم، فالأسرة تتمتع بالقدرة على التواصل والتفاعل الجيدين؛ ذلك أنَّ أفرادها يتحدثون عن مدى واسع من الموضوعات، ويدعمون تواصلهم اللفظي بالإشارات، والإيماءات غير اللفظية، ويبدون حساسية تجاه مشاعر الطرف الآخر، وسواء أكان التواصل الأسري لفظياً أم غير لفظي، فإنَّ له دوراً مهماً داخل الأسرة في نقل الأفكار والمشاعر (Driver, Tabares, Shapiro, Nahm & Gottman, 2003).

في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتصال مع المرضى على المقياس ككل وعلى شكل الاتصال غير اللفظي تعزى للوصف الوظيفي؛ وقد يفسر ذلك في ضوء ظروف المستشفيات أو المراكز التي يعمل بها الأطباء، وأعداد المرضى الكبيرة التي يتوجب عليهم التعامل معها، هذه الظروف قد تلغي الفروق في الاتصال بين الأطباء

والمرضى بحسب وصفهم الوظيفي. ووجدت فروق في مستوى شكل الاتصال اللفظي ولصالح الأطباء المقيمين؛ وقد يكون السبب في ذلك أن الطبيب المقيم في طور التعلم فيكون أكثر طرحاً للأسئلة من غيره من الأطباء. وقد يكون الدافع للتعلم سبباً في تعزيز اتصاله مع المرضى. أما عن المستوى التعليمي، فقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتصال بشكل عام، وفي شكل الاتصال غير اللفظي تعزى للمستوى التعليمي ولصالح البكالوريوس، أي أنهم أكثر اتصالاً من ذوي الدراسات العليا؛ وقد تعزى هذه النتيجة إلى ضرورة تعرّف الطبيب على حالات مرضية جديدة واختبار نفسه في قدرته على الاتصال معهم، وذلك من خلال التعامل مع أكبر قدر من الحالات المرضية التي تساعد على تطوير معرفته وصقل مهاراته الطبية المختلفة، وقد يكون ذلك كنتيجة تعويضية حيث إنّ الأطباء من ذوي المستويات العلمية العليا قد حصلوا على العديد من المعلومات النظرية والخبرة العملية من خلال الدراسة أو الاختصاص، في حين كانت النسبة الكبرى من الأطباء ممن يحملون درجة البكالوريوس من الأطباء المقيمين أو ممن لديهم خبرات طويلة، ويتعاملون مع حالات مرضية متكررة داخل المراكز الصحية في القرى المختلفة، وهذا قد يكون أحد الأسباب التي جعلت مستوى الاتصال لديهم أعلى مقارنة بغيرهم من الأطباء.

اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة أرونز (Aarons, 2005) التي أشارت إلى أنّ الأطباء يحرصون على الاتصال بالمرضى، وأنّ العوامل الثقافية والاجتماعية للأطباء تؤثر على اتصالهم مع المرضى.

التوصيات والمقترحات:

ضوء نتائج هذه الدراسة التي تم التوصل إليها، يقدم الباحثان التوصيات الآتية:

- أشارت نتائج السؤال الأول إلى أنّ مستوى صراع الأدوار الأسرية المهنية لدى الأطباء في الأردن كان (متوسطاً)، وعليه يوصي الباحثان وزارة الصحة بضرورة زيادة أعداد الكوادر الطبية في المستشفيات والمراكز الصحية، لتخفيف الأعباء على الأطباء ولتمكينهم من القيام بأدوارهم على أكمل وجه.
- أشارت نتائج السؤال الثاني إلى أنّ مستوى الاتصال مع المرضى وبعديهم لدى الأطباء في الأردن قد كان (مرتفعاً)، لذلك يوصي الباحثان بضرورة عقد دورات تدريبية للأطباء للحفاظ على هذا المستوى من الفاعلية في الاتصال بالإضافة إلى تدريبهم على العلاج المرتكز حول الشخص من أجل استثمار مهاراتهم في الاتصال في علاج العديد من حالات توهم المرض أو علاج الحالات المرضية الحقيقية.
- أشارت نتائج السؤال الثالث إلى وجود علاقة بين صراع الأدوار الأسرية المهنية للأطباء، ومستوى الاتصال مع المرضى، فكلما زاد صراع الأدوار قلّ مستوى الاتصال مع المرضى بشكل عام، لذلك لابد من عقد ورشات تدريبية للأطباء تؤهلهم للتعامل مع الضغوط النفسية وتحقيق التوازن بين الأدوار الأسرية والمهنية.
- أشارت نتائج السؤال الرابع إلى أنّ صراع الأدوار الأسرية المهنية يظهر بشكل أكبر لدى الأطباء المقيمين. لذلك يوصي الباحثان بضرورة تخفيف الضغط عليهم من خلال خفض مستوى ساعات عملهم في المستشفيات، والعمل على تعيين عدد من الأطباء الذين يخففون من أعباء العمل لديهم.
- تركيز جهود البحث المستقبلية على مستوى الاتصال بين الأطباء والمرضى، ومشاركة المرضى في عينة الدراسة.

المراجع العربية:

- إسماعيل، محمود. (2003). *مبادئ علم الاتصال ونظرية التأثير*. القاهرة: الدار العالمية.
- الحواراني، محمد. (2012). *ميول العنف ضد الأطباء في مستشفيات القطاع العام الأردنية محاولة للفهم في ضوء توقعات دور الطبيب*. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية. 10 (2)، 255-233.
- زماري، راوية. (2008). *علاقة صراع الأدوار الأسرية والمهنية بالاضطرابات النفسجسدية والرضا لدى المعلمات المتزوجات في مديرية إربد الأولى*. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة اليرموك، الأردن.
- العنزي، أنور. (2015). *صراع الأدوار الأسرية المهنية وأشكال الاتصال مع المرضى لدى الأطباء في الأردن*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك.
- الفرماوي، حمدي وعبدالله، رضا. (2009). *الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة*. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- المشهداني، عبد الفتاح. (2008). *الطبيب بين الدور الاجتماعي والسلوك المهني: دراسة اجتماعية تحليلية لصراع الأدوار عند الطبيب*. مجلة آداب الرفدين، 54، 144-113.

المراجع الأجنبية:

- Aarons, D. (2005). *Doctor-patient communication in government hospitals in Jamaica: Empiric and ethical dimensions of a socio - cultural phenomenon*. A thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies and Research in partial fulfillment of the requirements of the degree of Doctor of Philosophy in Experimental Medicine, Specialization in Bioethics. Retrieved from http://digitool.library.mcgill.ca/webclient/StreamGate?folder_id=0&dvs=1514230156782~422.
- Adam, S. (2008). *Work-Family Conflict among Female and Male Physicians in Hungary: Prevalence, Stressor Predictors and Potential Consequences on Physicians' Well-Being*. A compendium of the thesis submitted to the Semmelweis University for the degree of PhD. Retrieved from [http://www.eaph.eu/pdf/WorkFamily+Conflict+among+Female+and+Male+Physicians+in+Hungary\(2008\).pdf](http://www.eaph.eu/pdf/WorkFamily+Conflict+among+Female+and+Male+Physicians+in+Hungary(2008).pdf).
- Ahmad, A. (2010). *Work-Family Conflict among Junior Physicians: Its Mediating Role in the Relationship between Role Overload and Emotional Exhaustion*. *Journal of Social Sciences*, 6 (2): 265-271.
- Andrew, K. & Thomas, J. (2014). *Initial Validation of the Teacher/Coach Role Conflict Scale*. *Journal Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 18(4), 259-272.

- Boles, J. & Howard, W. (2001). An investigation into the inter relationships of work- family conflict, family-work conflict and satisfaction. *Journal of managerial Issue*, 13 (3),376,15.
- DeKlerk, K. & Wallace, J. (2013). Instrumental and socioemotional communications in doctor patient interactions in urban and rural clinics. Retrieved from <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-261>. doi.org/10.1186/1472-6963-13-261
- Driver, J., Tabares, A., Shapiro, A., Nahm, E., & Gottman, J. (2003). Interactional patterns in marital success and failure: Gottman laboratory studies. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (pp. 493-513). http://dx.doi.org/10.4324/9780203428436_chapter_18.
- Frone , M., Russell, M., & Cooper, M.(1997). Relation of work family conflict to health outcomes: A four-year longitudinal study of employed parents. *Journal of Occupational and organizational psychology*,70(4), 325-335.
- Good, L., Grovalynn, S. & James.G.(1988) . Antecedents of Turnover Intention among retail management Personnel. *Journal of Retailing*.64(3), 295-314.
- Graham, Carolyn.(2000). *Role idenlity and role conflict among dual career, noncareer employed and stay-at-home wives. ph.D.Dissertation*. Texas Teach University, Texas. Retrieved from <file:///C:/Users/AHSH/Downloads/31295015734428.pdf>.
- Grant-Vallone, E.J. & Donaldson, S.I. (2001). Consequences of work family conflict on employee well-being over time. *An International Journal of Work, Health & Organisations* 15(3),214-226.
- Hammer, L., Bauer, T. & Grandey, A. (2003). Work-family conflict and work-related with drawal behaviors. *Journal of business and Psychology*,17,(3) 419-436.
- Mordi,T.,Mordi, C. & Adisa,T.(2014). The Challenges and Realities of Work-Family Balance among Nigerian Female Doctors and Nurses. *Economic Insights – Trends and Challenges*,3 (3), 23-37.
- Mushin, O. (2003). How medical reforms can help physician deal with stress. *American Medical Association*, 28,1-6.
- Santos, S., Bohon, L., & Sanchez, S.(1998). Childhood family relationships, marital and work conflict, and mental health distressin Mexican immigrants. *Journal of community psychology*, 26(5), 491-508.
- Schofield, G., Beek, M., Ward, E. & Biggart, L.(2013). Professional foster carer and committed parent: role conflict and role enrichment at

- the interface between work and family in long-term foster care. *Child and Family Social Work*, 18(1), 46-56.
- Singo, J. (2014). Code-Switching in Doctor-Patient Communication. *Journal of Language & Communication*, 8(1), 48-56.
- Thomas, L. T., & Ganster, D. C. (1995). Impact of family-supportive work variables on work-family conflict and strain: A control perspective. *Journal of Applied Psychology*, 80(1), 6-15. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.80.1.6>
- Wang, Q. (2010). *Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: A Cross-Cultural Comparative Study Between China and The US*. Purdue University, ProQuest Dissertations Publishing. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/859425956>.
- Wanq, Y., Liu, L., Wanq, J. & Wanq, L. (2012). Work-family conflict and burnout among Chinese doctors: the mediating role of psychological capital. *Journal of occupational health*, 54(3), 232-40.
- Wayne, J., Grywaca, J. Carlson, D., & Kacmar, M. (2007). Work-family facilitation: A theoretical explanation and model of primary antecedents and consequences. *Human Resource Management Review* 17(1), 63-76.
- Wong, S. & Lee, A. (2006). Communication Skills and Doctor Patient Relationsh. *Medical bulletin*, 11(3), 1 - 3. Retrieved from <http://www.fmshk.org/database/articles/607.pdf>.
- Xiao, Z., Li, X., & Stanton, B. (2011). Perceptions of parent-adolescent communication within families: It is a matter of perspective. *Journal Psychology, Health & Medicine*, 16(1), 53-65. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.521563>.
- Young, L. & kleiner, B. (1992). Work and family: Issues for the 1990. *Women in Management Review*, 7(5), 24-28.