«الأخصائي الاجتماعي في المستشفى بين طبيعة ممارسة المهنة وطبيعة العضوية في الفريق الطبي»

الدكتورة: زكية أبو الحسن الهاشمي

البحوث

«الأخصائي الاجتماعي في المستشفى بين طبيعة ممارسة المهنة وطبيعة العضوية في الفريق الطبي»

د. زكية أبو الحسن الهاشمي*

ملخص الدراسة:

تتناول هذه الورقة طبيعة ممارسة الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في المستشفى والظروف التي أدت إلى نشأة هذا الدور في المجال الطبي، إضافة إلى عضوية الأخصائي الاجتماعي في الفريق الطبي، فهناك اختلاف بين طبيعة ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية وطبيعة العضوية في الفريق الطبي، وتناقش الباحثة كيف يمكن للأخصائي الاجتماعي أن ينجح مهنياً على المستويين، وهذا الأمر يهم الأخصائي الاجتماعي؛ حتى يتمكن من تقديم خدماته بمستوى جيد للمرضى الذين يحتاجون إلى تدخله المهني. وفي الوقت نفسه فإن الأخصائي الاجتماعي لديه مسئولية مهنية تجاه الفريق الطبي بما أن العضوية في الفريق الطبي تتطلب من الأخصائي الاجتماعي مشاركة المعلومات وتبادل الخبرات مع الفريق حتى يكون جميع الأعضاء على اطلاع بمدى تحسن أو تدهور صحة المريض، وتتطرق الباحثة أيضاً إلى جانبين من جوانب مهمة للهوية المهنية للأخصائي الاجتماعي لهما تأثير على ممارسته لدوره المهني مع المرضى، وهما عمر الأخصائي الاجتماعي وجنسه، وتؤكد الباحثة على أهمية تدريب الأخصائي الاجتماعي للعمل في المستشفيات قبل البدء في الممارسة بها، حتى يتقن مهارات التعامل مع المرضى، وحتى يتعرف على جو العمل في المستشفيات وطبيعة العمل المشترك مع الفريق الطبي، وفي ذلك صقل لشخصيته المهنية، وهذا الإعداد المهني أمر ضروري للرقي بمستوى أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني على المستويين الجزئي والكلي، طالما أن معظم الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي تمارس في المستشفيات.

---

* مدرس بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية – كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

«خذ وقتك لا لأجل الحديث والاستماع فقط ولكنْ لملاحظة الوضع الجسماني للناس، درجة توترهم، استرخائهم، أو قلقهم، والمؤشرات التي تدل على وقوع أزمة في حياتهم» (Schlesinger, 1985).

يبدأ الدور المهني للأخصائي الاجتماعي مع المرضى في المستشفى حينما يحول الطبيب المعالج فئات من المرضى إلى الأخصائي الاجتماعي، وحينما يلاحظ أعضاء الهيئة التمريضية عزلة المريض أو مشاكل مع زائريه، وكذلك حينما يكتشف الأخصائي الاجتماعي بعض الحالات أثناء مروره على المرضى في أجنحة المستشفى، نظراً لحاجتهم إلى التحليل الاجتماعي النفسي إلى جانب خدمات الطبيب نفسه (منطقة الجهراء الصحية، ١٩٩٨، الرشيدي، ١٩٩٩)؛ ويرجع ذلك إلى وجود علاقة ما بين ما يشتكي منه المريض من مرض جسمي والظروف الاجتماعية والنفسية التي يمر بها في حياته (Watt, 1997)، فقد تكون مظاهر الحياة والصعوبات التي يتعرض لها الإنسان سبباً في معاناته، مما يستدعي تدخل الأخصائي الاجتماعي للوقوف على مشكلته بإصلاح الخلل.

واهتمام الطبيب بهذا النوع من حالات المرضى يرجع إلى إقرار بعض الأطباء بأهمية وجود الأخصائي الاجتماعي ضمن الفريق الطبي "medical team"، كي يقوم بعملية تقديم المساعدة للمرضى الذين يحتاجون إلى خدماته، وفي الواقع تعد عضوية الأخصائي الاجتماعي في فريق العمل "team work" ذات أهمية بالغة من منطلق أنه يركز على جوانب اجتماعية نفسية على خلاف الطبيب الذي يهتم بالجانب العضوي.

ويعبر مفهوم التحليل الاجتماعي النفسي عن أنشطة الأخصائي الاجتماعي في مساعدة الأفراد على كيفية التعامل مع مشكلاتهم الاجتماعية، والصراعات التي يواجهونها في حياتهم، ويبدأ التحليل مع تكوين العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي والفرد، وأسرته أيضاً (حسب ما تقتضيه الحاجة) لتقديم المساعدة كي يتغلب الفرد على مشاكله العاطفية والاجتماعية، ويتم تحسين وضعه الشخصي والاجتماعي، والهدف من عملية التحليل الاجتماعي النفسي هو مساعدة الأفراد على تعديل سلوكياتهم وشخصياتهم وبدرجة أكبر من الاعتماد على أنفسهم حتى يتجنبوا الاتكالية ويتكيفوا مع بيئاتهم الاجتماعية، وذلك من خلال تقوية علاقاتهم وروابطهم بأسرهم والجماعات التي ينتمون إليها (Barker, 1995)، ويعتمد

التحليل الاجتماعي النفسي على استخدام الموارد المتوفرة، وإيجاد ما هو غير متوفر – إن أمكن – دعماً لموقف الفرد، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بهذا النشاط المهني ضمن الإطار القيمي للفرد وضمن أهدافه، وكذلك ضمن الموارد المتاحة في المجتمع (Hepworth & Larsen, 1985)، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بتلك الجهود المهنية؛ حتى يحقق الهدف من عملية التدخل وتقديم المساعدة.

ولقد أثبتت دراسات كثيرة، (Anderson & Armstead 1995, Kaplan 1995, Kiecott-Glaser & Glaser, 1995, Manuch, et al., 1995, Scheier & Bridges, 1995). أن هناك علاقة وطيدة بين نفسية الإنسان وجسمه، وأن المشاكل الاجتماعية والنفسية التي يصطدم بها الإنسان في حياته لها آثار كبيرة تصل إلى حد الخطورة على حياته، ومن الممكن – على الطرف الآخر – أن تسبب الإصابة الجسمية تأزماً اجتماعياً ونفسياً للمريض.

ولما كانت مهنة الخدمة الاجتماعية تتطلب من الأخصائي الاجتماعي التدخل المهني لمساعدة الأفراد على تجاوز العقبات، وإصلاح الخلل في حياتهم، والحد من معاناتهم – إن أمكن – وفوق ذلك قبول الأمر الواقع، فإن المجهود الذي يبذله الأخصائي الاجتماعي يعتمد على التحليل الاجتماعي – النفسي الذي تتميز به مهنة الخدمة الاجتماعية في طبيعتها عن غيرها من المهن الأخرى، مما يدل على الدور المتميز الذي يؤديه الأخصائي الاجتماعي من خلال عملية تقديم المساعدة. وفي المجال الطبي، فإن وحدة عمل الأخصائي الاجتماعي في المستشفى هم مرضى بحاجة إلى الخدمات الاجتماعية النفسية استكمالاً للخطة العلاجية المقترحة لهم. وعلى الجانب الآخر، نجد أن الأخصائي الاجتماعي يعمل ضمن الفريق الطبي الذي يتبع العمل الجماعي اللازم لتحقيق تلك الخطة العلاجية. وعضوية الأخصائي الاجتماعي في هذا الفريق تتطلب منه التعاون مع الأعضاء على إنجاز الخطة العلاجية المرسومة من خلال أداء كل منهم لدوره المميز مهنياً، وفي ذلك مسئولية للجميع.

فالأخصائي الاجتماعي لديه مسئولية تجاه مهنته، ومسئوليته أيضا تجاه الفريق الطبي لتبادل المعلومات ومتابعة الحالات المدروسة. وتختلف طبيعة الاستقلالية في الممارسة عن طبيعة العمل الجماعي في الفريق الطبي.

ويستخدم في هذا البحث المنهج الوصفي التحليلي لدور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي وبالتحديد في المستشفيات، ومسؤولياته المهنية للقيام بهذا الدور المهني. وهناك ثلاثة متغيرات أساسية يدور حولها النقاش في هذا البحث، وهي عبارة عن متغيرين مستقلين: طبيعة الممارسة وطبيعة العضوية بالفريق الطبي، ومتغير تابع يعتمد عليهما وهو مدى توفيق الأخصائي الاجتماعي في النجاح بالعمل على الصعيدين، ويقصَد بطبيعة الممارسة، نشاط الأخصائي الاجتماعي في المستشفى على مستوى الوحدات الصغرى والوحدات الكبرى، والمتطلبات المهنية الخاصة بأدائه لدوره المباشر وغير المباشر، أما بالنسبة لطبيعة عضوية الأخصائي الاجتماعي في الفريق الطبي فإنه يقصِد به دوره في العمل المشترك مع بقية أعضاء العمل الجماعي لدراسة حالة المريض وتطبيق الخطة العلاجية معه، ويعبر مدى نجاح الأخصائي الاجتماعي في مجال الممارسة المهنية والعضوية في الفريق الطبي على إمكانية الجمع ما بين المسئولية المهنية، ومسئولية العمل الجماعي اللتين يرتكز عليهما طبيعة ممارسة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات.

وتتلخص أهداف البحث فيما يلي: (١) التعرف على طبيعة دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفى، وما هو متوقع منه أثناء ممارسته لمهنته. (٢) التعرف على طبيعة عضوية الأخصائي الاجتماعي في فريق العمل المشترك، وما هو متوقع منه كعضو في الفريق الطبي، وأخيرا (٣) التعرف على جهود الأخصائي الاجتماعي في عملية الربط ما بين الاستقلالية مهنياً والعضوية في الفريق الطبي، فكيف يستطيع الأخصائي الاجتماعي أن يجمع ما بين دوره المهني في الممارسة وعضويته في الفريق الطبي؟ وما هي طبيعة كل منهما؟ وتحت أية ظروف يستطيع الأخصائي الاجتماعي التوفيق بين طبيعة ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في المستشفى، وبين طبيعة عضويته في الفريق الطبي المشرف على حالة المريض؟ وللإجابة على هذه التساؤلات فإننا سوف نتطرق هنا إلى طبيعة الممارسة وطبيعة العضوية والعوامل المساعدة على إنجاز دور الأخصائي الاجتماعي في المستشفى على الصعيدين، فالمناقشة في هذا البحث تدور حول طبيعة ممارسة الأخصائي الاجتماعي للخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفى، ومدى توافق طبيعة تلك الممارسة المهنية مع طبيعة عضوية الأخصائي الاجتماعي في الفريق الطبي، وما تتطلب تلك العضوية من التزام بالعمل المشترك مع فريق العمل؛ نظراً لأهميته في استكمال خطة العلاج، مع إعطاء أمثلة حول واقع

الممارسة في مستشفيات الكويت، مع التركيز على أنشطة مكتب الخدمة الاجتماعية بمستشفى مبارك الكبير كمثال على ذلك.

ولقد واجهت الباحثة صعوبة في الحصول على بحوث ودراسات سابقة سواء أكانت مكتبية أم ميدانية أجريت حول طبيعة ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية وطبيعة العضوية في الفريق الطبي في مستشفيات الكويت؛ لذا كان الاعتماد الأكبر في هذا البحث المكتبي على:

١ – التقارير السنوية الخاصة بمكاتب الخدمة الاجتماعية في المناطق الصحية الخمس وكنموذج لهذه المناطق الصحية وقع الاختيار على منطقة حولي الصحية.

٢– إجراء مقابلات شخصية مع مديرة مكتب الخدمة الاجتماعية بمنطقة حولي الصحية لتنوع وكثرة الحالات المدروسة وعلاقتها بكثافة المنطقة سكانياً.

ولقد قدمت الباحثة أمثلة من بعض الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية للاستعانة ببعض الأفكار والمفاهيم المطروحة للمناقشة، والاستفادة من تطبيقاتهافي الكويت؛ نظراً لتشابه طبيعة الخدمات الاجتماعية في المجتمعات الإنسانية مع ملاحظة الاختلاف الثقافي والاجتماعي.

نظرة تاريخية:

قديما، كان الطبيب هو المهني الوحيد الذي يقوم بدراسة حالة المريض في المستشفى، وتشخيصها طبياً ومن ثم معالجتها. أما اليوم فمع تعقد وتشابك أمور الحياة بما فيها من مشكلات اجتماعية ونفسية، واقتصادية مؤثرة في صحة الإنسان، إضافة إلى التقدم العلمي والتكنولوجي، وما صاحبه من ظهور تخصصات جديدة ودقيقة، وتحديداً واضحاً للأدوار المهنية سواء أكانت طبية أم غير طبية، وتوزيع المهام بين أعضاء الفريق الطبي المشرف على حالات المرضى في المستشفى، انبثقت الحاجة إلى وجود أخصائيين اجتماعيين يمارسون مهنة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي مع المرضى بهدف تحسين حالاتهم الصحية، وإعادة تكيفهم مع بيئاتهم الاجتماعية المتمثلة في أسرهم أو الجماعات التي ينتمون إليها، وكذلك إعادة التوازن في حياتهم. ولقد تبين من التجارب والاستنتاجات مدى التقدم الحاصل في عالم الطب وإدراك الأطباء لأهمية العامل الاجتماعي النفسي في تحسين حالات المرضى صحياً، وأصبح الأطباء والأخصائيون الاجتماعيون معاً على دراية

أكبر بحاجات المرضى الاجتماعية – النفسية "social-psychological needs" (Gil, 1992)، وبوضع خطة علاجية تستهدف مداواة الإنسان، والحد من معاناته في آن واحد. وتلك الحاجة لوجود الأخصائي الاجتماعي في المستشفى قد مهدت الطريق أمامه لكي يصبح – كمهني غير طبي – عضواً في الفريق الطبي في المستشفى.

وحقيقة فإن انطلاقة فكرة تدخل الأخصائي الاجتماعي وتقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية للمرضى في المستشفيات قد بدأت في الولايات المتحدة سنة ١٩٠٥، حينما شجع الدكتور ريتشارد كابوت "Richard Cabot" ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية في مستشفى ماساشوستس العام "Massachusetts General Hospital"، وكان ذلك عندما لاحظ أن مصدر المرض الذي يشكو منه بعض المرضى ليس جسمانياً بحتاً، وإنما يرجع إلى تأثر المريض وتعرض صحته لظروف اجتماعية يمر بها في حياته وضغوط نفسية، أي وجود علاقة بين المرض ومظاهر حياة ذلك المريض (Schlesinger, 1985). ولعل ذلك يعد مؤشراً على أنه كلما تعرض الإنسان لمشاكل نفسية واجتماعية في حياته ازدادت حالته الصحية سوءاً وأيضاً كلما مر الإنسان بظروف اجتماعية ونفسية قاهرة تدهورت معها صحته، وينتهي به الأمر إلى إصابته بمرض عضوي ما.

ونظراً لاهتمام الدكتور ريتشارد كابوت وبقية زملائه – ومن منطلق إنساني – بظروف الإنسان المؤثرة على حالته الصحية، فقد استعانوا بأخصائيين اجتماعيين لممارسة المهنة في المستشفى لتحليل الجوانب الاجتماعية النفسية في حياة المريض اعتقاداً منهم أنها من اختصاص الأخصائي الاجتماعي وليس الطبيب، فدخلت الخدمة الاجتماعية المجال الطبي لدراسة حياة المريض، وجوانب شخصيته، وعلاقاته الاجتماعية، والأسرة التي ينتمي إليها. ويضع الأخصائي الاجتماعي نفسه في موقف المريض حتى يتفهم المشاكل المؤثرة فيه لكي يدرسها بشكل هادف (Ross, 1992, Caputi, 1978 & Nacman, 1977).

وتعد الخدمة الاجتماعية الطبية إحدى فروع الخدمة الاجتماعية الأم والخاصة بالممارسة في المستشفيات والمراكز الصحية من أجل مساعدة المرضى على تحسين حالتهم الصحية، وعلى الحد من المشاكل الاجتماعية النفسية التي يعانون منها والمرتبطة بحالتهم المرضية، وأيضا العمل على الوقاية من الإصابة

بالمرض من خلال المشاركة بحملات التوعية الصحية، ويعنى بمفهوم ممارسة الخدمة الاجتماعية في المستشفى ممارسة المهنة من خلال مكتب الخدمة الاجتماعية الموجود في المستشفى المعني بتقديم خدمات خاصة بمساعدة المرضى كالجوانب المادية، والاجتماعية النفسية للرعاية الصحية، إضافة إلى تقديم الاستشارات للمرضى وأسرهم. ومن تلك الخدمات أيضاً برامج الوقاية، ورد الاعتبار للمرضى، وإجراءات الخروج من المستشفى، والمتابعة.

الخدمة الاجتماعية الطبية في دولة الكويت:

وعلى مستوى الكويت، فقد دخلت الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي في الكويت في سنة ١٩٥٦، حيث تم تعيين ثلاثة أخصائيات اجتماعيات في البداية لدراسة حالات بعض المرضى ممن كانوا بحاجة إلى الخدمة الاجتماعية الطبية تحقيقاً لنفس أهداف الممارسة التي تتمثل في تحسين حالة المريض الصحية، والحد من المشاكل الاجتماعية والنفسية التي يعاني منها، ثم جاء القرار الوزاري رقم ١١١ في سنة ١٩٧٥ بإنشاء إدارة الصحة الاجتماعية، التي تهتم بالتعاون مع مكاتب الخدمة الاجتماعية التابعة للمناطق الصحية الخمس حول الخدمات الاجتماعية التي يقدمها الأخصائيون الاجتماعيون للمرضى في المجال الطبي استكمالاً للرعاية الصحية لهم.

ويرجع السبب الأول في اختيار المستشفى لمناقشة طبيعة ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، وطبيعة عضوية الأخصائي الاجتماعي في الفريق الطبي، إلى أن المستشفيات هي من أوائل التنظيمات الاجتماعية في حياة المجتمعات، والتي تقدم خدمات إنسانية لا يمكن الاستغناء عنها، فالمستشفى بشكل عام تنظيم اجتماعي يؤدي مهمتين أساسيتين في أي مجتمع كان، ويساعد دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى فيها يساعد المستشفيات على أداء هاتين المهمتين، وهما: توفير العلاج "cure"، والرعاية الصحية "care". ومن حق المريض الحصول عليهما أثناء تواجده في المستشفى، ويعكسان معاً الغرض من وجود المستشفيات في حياة المجتمعات.

ولقد بدأت فكرة المستشفيات منذ القدم لمساعدة المرضى وعلاجهم، فالعناية بالمرضى والضعفاء لازمت الإنسان منذ زمن طويل، تقليدياً يقوم المستشفى كتنظيم اجتماعي بوظائف عديدة مرتبطة بحاجة المجتمع إليها كمداواة المرضى

والمجروحين، ودراسة الأمراض، وتوفير سبل علاجها، وتدريب الأطباء والممرضين، وبقية المهنيين، وكذلك الإداريين على ممارسة مهنهم (Drickx, 1997)، لذا ينظر المجتمع إلى المستشفى على أنه ذلك المكان الذي ينقذ حياة أناس كثيرين مما يصابون به من أمراض، وما يتعرضون له من مخاطر في حياتهم، وكان يطلق عليه لقب بيت الأمل "House of Hope" (Fuchs, 1974).

ثم تطورت خدمات المستشفى فيما بعد، وامتدت إلى توفير الرعاية الصحية الشاملة نظراً لضرورة وجودها وأهميتها، وأيضاً للتوسع في خدماتها التي تقدمها للمجتمع، ولتحقيق الرعاية الصحية الشاملة، فإنه يتطلب من المستشفى أن يكون على اتصال دائم مع التنظيمات الاجتماعية الأخرى، بحيث يكون للمستشفى طابع مميز يتركز من خلال عملها على البرامج الوقائية والتنموية، إضافة إلى العلاجية منها، وعلى رعاية صحة الإنسان جسمياً، ونفسياً، وعقلياً، واجتماعياً، وأن تتعدى حدود صحة الإنسان إلى الرعاية الصحية البيئية، والقيام بالتوعية الصحية (الظاهر، ١٩٩٨ ,Dockhorn, 1982)، ويتم ذلك عن طريق الفريق الطبي الذي يمتلك الخبرة الكافية للارتقاء بالمستوى الصحي في المجتمع وتقديمه النصح والإرشاد من الأمور الصحية المختلفة.

والسبب الآخر في اختيار المستشفى لمناقشة طبيعة ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية فيها هو أن المستشفيات هي أولى التنظيمات الاجتماعية في المجال الطبي التي منحت الفرصة للأخصائيين الاجتماعيين لأداء أدوارهم المهنية مع المرضى، وإضافة إلى ذلك فإن معظم الخدمات الاجتماعية الطبية تقدم داخل المستشفيات (Schlesinger, 1985). وينبغي إبراز طبيعة دور الأخصائي في تقديم الخدمات الاجتماعية النفسية للمرضى فيها، وكذلك عضويته في الفريق الطبي وما يتطلبه من عمل مشترك مع الأعضاء.

ويقصد بطبيعة دور الأخصائي الاجتماعي هنا، جهود الأخصائي الاجتماعي في عملية تقييم حالة المريض (needs assessment) (Barker, 1995)، كالتعرف على مشاكل المريض، واحتياجاته وكيفية تلبيتها، وماهية الموارد المتوفرة، والتي تساهم في دعم الخطة العلاجية، وكذلك الحلول المقترحة لتقليل أو تخفيف حدة المشاكل التي يعاني منها المريض، ويتم هذا التقييم بناء على طلب من المريض الذي يحتاج إلى خدمات الأخصائي الاجتماعي.

يوجد حاليا في الكويت ستة مستشفيات عامة بواقع مستشفى في كل منطقة صحية وتسعة مستشفيات تخصصية، وتضم كل منطقة صحية إدارة للخدمة الاجتماعية الطبية، ويوضح الجدول رقم (١) أعداد الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات التابعة للمناطق الصحية الخمس في الكويت.

جدول رقم (١)

أعداد الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات التابعة للمناطق الصحية في الكويت

المناطق الصحية والمستشفيات التابعة لها	الأخصائيون الاجتماعيون		
	ذكور	إناث	المجموع
منطقة حولي الصحية – مستشفى مبارك الكبير	٣	٧	١٠
منطقة العاصمة الصحية – المستشفى الأميري	٠	٦	٦
منطقة الفروانية الصحية – مستشفى الفروانية	١	٥	٦
منطقة الجهراء الصحية – مستشفى الجهراء	٢	٣	٥
منطقة الأحمدي الصحية – مستشفى العدان	٢	٤	٦
المجمـــوع	٨	٢٥	٣٣

المصدر: عمل الباحث ٢٠٠٠.

ويبدو من الجدول أن أعداد الإناث أعلى بكثير من الذكور في مجال ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات التابعة للمناطق الصحية بالكويت، وقد يدل ذلك على أن الإناث يقبلن على الممارسة في المجال الطبي أكثر من الذكور، وقد يدل أيضاً على أن التوجه هو في تعيين الأخصائيات الاجتماعيات في المستشفيات أكثر من الأخصائيين الاجتماعيين، نظراً للحاجة إلى القيام بذلك في مكاتب الخدمة الاجتماعية بها، وربما يدل أيضاً على أنه في الأصل الإناث يقبلن على ممارسة المهنة أكثر من الذكور؛ نظراً لرغبتهن وميولهن في ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية.

والملاحظ أن مكتب الخدمة الاجتماعية بمستشفى مبارك الكبير التابع لمنطقة حولي الصحية يضم أكبر عدد من الأخصائيين الاجتماعيين، وهي في نفس الوقت تقع في أكبر محافظات الكويت من حيث عدد السكان، وتؤكد مديرة مكتب الخدمة الاجتماعية على حاجة المنطقة الصحية إلى هذا العدد من المهنيين لممارسة الخدمة

الاجتماعية الطبية مع المرضى، وأقل عدد من الأخصائيين يوجد بمستشفى الفروانية التابع لمنطقة الفروانية الصحية، ومن أبرز أنشطة مكاتب الخدمة الاجتماعية في المناطق الصحية هو دراسة المشاكل التي تواجه المرضى وكيفية مواجهتها، وتدريب طلبة جامعة الكويت على ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، وتوفير حضانة المستشفى لأبناء العاملين وإعداد البرامج التعليمية والتربوية للأطفال المنتسبين للحضانة، والمساهمة في اجتماعات صندوق إعانة المرضى، وبحث موضوع المسنين طويلي المكوث "over stay" في المستشفى.

وتتميز أنشطة مكتب الخدمة الاجتماعية بمستشفى مبارك الكبير بتوفير عيادات الاستشارات الاجتماعية والأسرية خدمة لأهالي المنطقة ممن يعانون من مشاكل اجتماعية ونفسية (منطقة حولي الصحية، ١٩٩٨)، وهم ليسوا بالضرورة مرضى راقدين بمستشفى مبارك الكبير، ويعطي الجدول رقم (٢) يعطي صورة عن نوعية الخدمات الاجتماعية التي يقدمها مكتب الخدمة الاجتماعية هناك.

جدول رقم (٢)

الخدمات الاجتماعية الإجمالية لمستشفى مبارك الكبير – منطقة حولي الصحية

نوع الخدمات الاجتماعية	م. مبارك الكبير	ع. الاستشارات الاجتماعية والأسرية	الإجمالي	النسبة المئوية
إرشاد وتوجيه	١٣٨٧	٦٦٥	٢٠٥٢	٢٨
توعية صحية اجتماعية	١٠٦٩	٤١٠	١٤٧٩	٢٠
تقرير اجتماعي	١٠٦١	٢٥٥	١٣١٦	١٨
خدمات أخرى	٥٤٥	١٦٤	٧٠٩	١٠
خدمات المتابعة	٤٤٩	٢١٠	٦٥٩	٩
خدمات أسرية	٤٧٩	١٧٧	٦٥٦	٩
خدمات المساعدات المالية	٣٥٦	٥٣	٤٠٩	٦
الإجمالي	٥٣٤٦	١٩٤٣	٧٢٨٠	١٠٠

المصدر: منطقة حولي الصحية، ١٩٨٨.

ويوضح جدول (٢) عدد الخدمات الاجتماعية التي يقدمها مكتب الخدمة الاجتماعية بمستشفى مبارك الكبير، وهو يفوق بكثير مما تقدمه عيادة الاستشارات الاجتماعية والأسرية التابعة لها، حيث بلغ عددها ٥٣٤٦ خدمة اجتماعية متنوعة، في حين أن العيادة قدمت ١٩٤٣ خدمة اجتماعية، وذلك نظراً لكثرة المترددين على مكتب الخدمة الاجتماعية بمستشفى مبارك الكبير، ولتنوع خدماتها الاجتماعية مما يجعلها عامل جذب أكثر من العيادة الخاصة بتقديم الاستشارات الاجتماعية والأسرية، والتي تبدو تخصصية في طبيعتها، ولقد نال الـ «إرشاد وتوجيه» أعلى نسبة من بين نوعية الخدمات التي يقدمها المكتب في المستشفى، حيث بلغ عددها ١٣٨٧ خدمة أي ٢٨٪ من المجموع الكلي للخدمات الاجتماعية، وأقل نسبة من الخدمات كان للمساعدات المالية حيث بلغت ٣٥٦ خدمة وبواقع أدنى نسبة ألا وهي ٦٪ من المجموع الكلي للخدمات، وذلك يعود إلى الحالات المحولة على مكتب الخدمة الاجتماعية أو تلك التي تتردد عليها تعاني من مشاكل اجتماعية ونفسية وثيقة الصلة بالحالة المرضية أكثر من حاجتها إلى مساعدة مادية، وإن كانت هناك حالات ربما ينتهي بها الأمر إلى طلب معونة مالية لتغطية تكاليفها المعيشية، خاصة عندما يكون المريض هو عائل الأسرة الوحيد أو أن حدة المرض من الممكن أن تؤثر على حجم دخل الأسرة واستمراريته فيتم البحث في جهات أخرى لصرف معونة مالية كجزء من الخدمات الاجتماعية التي يحتاجها المريض وأسرته.

ويقصد بـ «الخدمات الأخرى» مجالات أنشطة الأخصائيين الاجتماعيين على مستوى الوحدات الكبرى غير المباشرة ومشاركتهم مع التنظيمات الأخرى تنفيذا لها ومن أمثلتها:

١ – التوعية الصحية.

٢– – التعاون مع قسم العلاقات العامة وبعض الجهات والجمعيات بترتيب زيارة الوفود للمرضى وتوزيع الهدايا عليهم في المناسبات المختلفة.

٣ – المشاركة بيوم الصحة العالمي.

٤ – إقامة يوم مفتوح لمرضى الفشل الكلوي.

٥ – تمثيل مكتب الخدمة الاجتماعية بمشاركة أحد الأخصائيين الاجتماعيين بالاجتماع السنوي لصندوق إعانة المرضى.

٦ – إقامة الندوات.

أدوار الأخصائي الاجتماعي في المستشفى:

يقوم الأخصائي الاجتماعي بدوره في المستشفى في إطار عمل الفريق الطبي وجهوده لتحقيق الأهداف العلاجية من وراء العمل المشترك كفريق طبي، والحق أن لوجود الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفى دوراً في مساعدتها على تحقيق الأهداف التي تسعى إليها، وذلك بتقديم الخدمات الاجتماعية النفسية التي قد يستفيد منها المريض، إلا أن دور الأخصائي الاجتماعي في المستشفى، دور معقد ومرتبط بمدى إقرار الطبيب – كما ذكرنا – بحاجة حالة المريض إلى تدخل الأخصائي الاجتماعي وتقديم الخدمات الاجتماعية النفسية له. لذا فإن أكبر فرصة عمل للأخصائي الاجتماعي في المستشفى تأتي من أطباء يشكلون الفريق الطبي الذي يعالج المريض، فهم يلعبون دورا رئيسيا في تقرير حاجة المريض إلى الخدمات الاجتماعية النفسية، وتحويل تلك الحالات المرضية إلى مكتب الخدمة الاجتماعية بالمستشفى.

ويمارس الأخصائي الاجتماعي دوره حسب ما تمليه عليه مهنة الخدمة الاجتماعية، وحتى يتمكن الأخصائي الاجتماعي من التأثير على كيفية توافر خدمات اجتماعية معينة في المستشفى لصالح المرضى، فإن عمل الأخصائي الاجتماعي يتطلب منه فهماً واسعاً للطرق الأساسية التي تدار وتنظم من خلالها شئون المستشفى وأقسامها، وكيف يسود فيها أصحاب السلطة ومتخذو القرارات، خاصة أن من تلك القرارات ما ينعكس على طبيعة ونوعية البرامج والخدمات التي تقدم لصالح المرضى، وإضافة إلى ذلك فإن هناك ما تمليه الخدمة الاجتماعية على الأخصائي الاجتماعي من سلوكيات وأخلاقيات تتعلق بطبيعة الممارسة وأداء الدور المهني مع المرضى ولصالحهم.

ومهام الأخصائي الاجتماعي في المستشفى مبنية على أساس أن الخدمة الاجتماعية جزء لا يتجزأ من مهام المستشفى نفسه والضرورة تستدعي مساهمته في تحسين مستوى الخدمات وتحقيق الاستفادة القصوى للمريض، ولكن هناك قضايا تهم الأخصائي الاجتماعي في ممارسته لدوره المهني في المستشفى، ولها علاقة بطبيعة العمل في المستشفيات، من بين تلك القضايا ما يرتبط بشكل رئيسي بنظرة الفريق الطبي لطبيعة دوره، ونوعية الخدمات التي يقدمها للمرضى، خاصة

أن الأخصائي الاجتماعي عضو في الفريق الطبي. وقضية أخرى مرتبطة بمدى حرية الأخصائي الاجتماعي في اتخاذ القرارات كمهني غير طبي يعمل في المستشفى، وتلك القرارات مرتبطة بطبيعة ممارسته لمهنة الخدمة الاجتماعية، لكنه يرجع إلى مدى تفهم الفريق الطبي، وكذلك إدارة المستشفى وإدراكهما لأهمية دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى، وقضية ثالثة متعلقة بمدى إمكانية مشاركة الأخصائي الاجتماعي في اتخاذ قرارات متعلقة بسياسة المستشفى حول واقع ومستوى الخدمات الاجتماعية، وكذلك مساهمته في إعداد برامج ينتج عنها توافر خدمات لم تكن موجودة في السابق لكي تلبي احتياجات المرضى، وبهذا يستطيع الأخصائي الاجتماعي أن ينقل صورة عن حقيقة مطالب وحاجات المرضى إلى الجهات المعنية بالأمر، وقد يكون ذلك انعكاساً على مدى إمكانية الأخصائي الاجتماعي في تعديل البرامج الموجودة، أو خلق برامج جديدة تساعد على تحقيق الاستفادة القصوى من توافرها؛ وذلك لوجود الحاجة لتلك النوعية من البرامج والخدمات لأنها تصب في مصلحة المرضى.

إن قيام الأخصائي الاجتماعي بدوره مع المرضى مرتبط برغبته الحقيقية في تقديم المساعدة وقناعته في أداء ذلك الدور، وبناء عليه يتحمل المسؤوليات المرتبطة بهذا الدور. فالأخصائي الاجتماعي كأي إنسان له استعدادات متفاوتة، وهذه الاستعدادات هي التي تهيئ الأخصائي الاجتماعي لممارسة المهنة، وهي تختلف في درجاتها فيما بين الأخصائيين الاجتماعيين باختلاف ظروفهم والعوامل التي تؤثر في هذه الظروف، وممارسة المهنة من الاستعدادات الشخصية التي تنضج عند من يحب القيام بالدور المهني بصورة طبيعية، وتظهر في حياته خاصة وأن هناك عوامل شخصية تساعده على ظهورها.

وعندما يبدأ الأخصائي الاجتماعي دوره المهني مع المرضى، فإنه يواجه بعض الصعوبات ويتجاوزها الواحدة تلو الأخرى حتى يحقق في نهاية المطاف النجاح في تأدية دوره، وحتى يتقن الأخصائي الاجتماعي أداء دوره المهني، فإنه قد يتمتع بشخصية مهنية إلى جانب شخصيته الذاتية، فشخصيته الذاتية تعبر عما تطبع عليه من تنشئة اجتماعية، وأسلوب حياة، ومعايير سلوكية توجه سلوكه مع الآخرين في بيئته الاجتماعية، يظهر ذلك جلياً أثناء احتكاكه بالآخرين، أما شخصيته

المهنية فهي تملي عليه أن يتصرف ويسلك سلوكاً محدداً حسب قواعد ومعايير أخلاقية معينة خاصة بممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية. إضافة إلى ما يتعلق بالممارسة من مسئوليات أخلاقية تجاه العملاء والمهنة والمجتمع ورؤساء العمل ومكان العمل الذي يمارس فيه الأخصائي الاجتماعي دوره المهني مع الأفراد والجماعات على السواء.

ومع صعوبة الفصل بين شخصيتي الإنسان الذاتية والمهنية، فإن تفكير الإنسان في القضايا الاجتماعية من الممكن ألا تضمن له الموضوعية والحيادية والتجرد عن الذاتية، إلا أن ما يتوقع من الأخصائي الاجتماعي هو أن تطغى شخصيته المهنية على شخصيته الذاتية أثناء الممارسة، حيث إن طبيعة الممارسة تتطلب منه القيام بدوره حسب أخلاقيات تلك الممارسة، فالأخصائي الاجتماعي يربط سلوكه بالمهنة التي يمارسها، والذي يحكم الممارسة هو طبيعة العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي والمريض؛ فيجد الأخصائي الاجتماعي نفسه ملتزماً بوقت محدد لتقديم خدمات اجتماعية نفسية معينة؛ وذلك لأنه يترجم هدفه من التدخل والممارسة إلى مجموعة من الأغراض في صورة أنشطة تسهل عليه التعامل معها، وإنجازها في وقت واحد، ووفق برنامج زمني محدد له بداية ونهاية، ويستطيع من خلاله تحقيق النتائج المرجوة من العلاقة المهنية متمثلة في عملية التدخل المهني وتقديم المساعدة.

وممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية تعامل إنساني بشري لا يدفع الأخصائي الاجتماعي إلى النجاح فيه سوى الالتزام بأخلاقيات ممارسة المهنة، والمعاملة الطيبة التي يبديها للعملاء وأعضاء الفريق الطبي وخاصة حينما يتلقاها منهم أيضاً، وهكذا يصبح نشاط الأخصائي الاجتماعي ذا معنى يحقق من خلاله الهدف الذي يحكم طبيعة الممارسة ويرتبط به، فالغاية من الممارسة تعطي للممارسة نفسها معنى وفائدة وامتدادا فيما يحمله من أهمية في الحد من معاناة المريض، ومساعدته في الاعتماد على نفسه مستقبلاً، فالأخصائي الاجتماعي يسعى لمعرفة الحقائق لإدراك الواقع، والمهم هنا أن يمارس الأخصائي الاجتماعي دوره المهني باستخدام الأساليب المهنية، ومهاراته في كيفية إصلاح الخلل وإيجاد حد للمشاكل التي يعاني منها المريض، وهذا يعكس قدرة الأخصائي الاجتماعي

وإمكاناته في عملية تقديم المساعدة، وذلك هو الأساس الذي ترتكز عليه ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية.

لهذا فإن أهداف عمل الأخصائي الاجتماعي في المستشفى مرتبطة بمسئولياته مع المرضى، فهو يسعى إلى تحقيق جملة من الأهداف التي من شأنها أن تسخر طاقاته وخدماته في سبيل استفادة المرضى، ومن جملة تلك الأهداف أن يسعى الأخصائي الاجتماعي إلى مساعدة المريض من خلال فهم معاناته ووضع خطة علاج مناسبة له، وقد يكون جزءاً من ذلك تسهيله لعملية تفاعل المريض مع بيئته الاجتماعية؛ ذلك لأن الإنسان والبيئة طرفان يؤثر كل منهما في الآخر، وكل شخص يتفاعل بالأحداث من حوله، ولا بد من إيجاد نوع من التكيف الاجتماعي والاستقرار للمريض في حياته عند الخروج من المستشفى والعودة إلى أسرته.

وتتمثل مهمة الأخصائي الاجتماعي في مساعدة المريض على الانسجام معها، ويهيئ الأخصائي الاجتماعي المريض لذلك من خلال الاجتماع مع أسرة المريض كجزء من خطته العلاجية، وتعد فكرة إعادة تكيف المريض مع البيئة التي يعيش فيها من الأهداف الرئيسية التي يسعى الأخصائي الاجتماعي على تحقيقها، وطبيعة ممارسة الأخصائي الاجتماعي لمهنة الخدمة الاجتماعية كثيراً ما نجدها مبنية على مفهوم علاقة الإنسان ببيئته الاجتماعية، وكذلك الطبيعية "person-in-environment". ولقد جاء ذلك مدعوماً في فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية في مستشفيات الكويت على أنه «لما كان المريض شخصاً يعاني من الأمراض الجسمية بجانب المشاكل النفسية والاجتماعية فقد ربطت الفكرة العلاجية الحديثة بين العوامل الشخصية والبيئية المحيطة به، وبالتالي كان من الضروري أن تقوم الخدمة الاجتماعية بتوفير الرعاية النفسية والاجتماعية للمريض والأسرة» (منطقة حولي الصحية، ١٩٩٣).

طبيعة الممارسة:

وفيما يلي وصفاً وتحليلاً للتساؤل المطروح حول ماهية طبيعة ممارسة الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في المستشفى.

يعبر مفهوم طبيعة الممارسة في هذا البحث عن نوعية الأنشطة المهنية التي يعدها الأخصائي الاجتماعي لمساعدة المرضى وأسرهم للحد من المشاكل التي

يعانون منها والمرتبطة بحالتهم المرضية؛ وذلك لاستعادة قدرتهم التي ضعفت على القيام بأعباء مسئولياتهم شخصياً واجتماعياً، ولرفع مستوى كفاءتهم، واستغلال الخدمات والموارد لتحقيق تلك الأهداف، وترتبط طبيعة الممارسة بالتطبيق المهني لقيم الخدمة الاجتماعية، والمبادئ، والوسائل التي تعين الأخصائي الاجتماعي على أداء دوره المهني لمساعدة المرضى في الحصول على الخدمات التي تلبي احتياجاتهم، وكذلك تقديم الاستشارات والعلاج الاجتماعي النفسي لهم، وتتطلب الممارسة في طبيعتها إلى خلفية علمية، وثقافية للأخصائي الاجتماعي، ومن أمثلتها إلمامه المعرفي بالسلوك الإنساني ونمو الإنسان والقيم الاجتماعية والمعايير الأخلاقية، إضافة إلى معرفته بعلاقته حول المستشفيات ببعضها بعضاً، وتفاعلها مع التنظيمات الاجتماعية الأخرى في المجتمع.

وما الخدمات التي يمكن أن يقدمها الأخصائي الاجتماعي للمرضى والتي تعكس واقع جهوده المهنية؟

إذا كان ضعف الإنسان وانهزامه نفسياً أمام المرض في بادئ الأمر أمراً طبيعياً بسبب شعوره بالألم والمتاعب التي يجد نفسه عاجزاً عن دفعها ومواجهتها، فمن الطبيعي أن يكون الإيمان بالله والتوكل عليه سبباً في رفع معنوياته وبث الثقة في نفسه، مما له أكبر الأثر في تقويته، وسيطرته على المرض، والتخلص من آثاره، وبالتالي وضع حد لمعاناته. والطبيب بحكم اتصاله وتعامله مهنياً مع المرضى فإنه أول من يتعرف على أثر المرض على حياة المريض، ومن ثم يأتي دور الأخصائي الاجتماعي في كشف الجوانب الاجتماعية والنفسية والمادية في حياة المريض.

وتعد العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي والمريض شرطاً أساسياً في توفير العلاج المناسب للمريض، فالأخصائي الاجتماعي الذي يمارس مهنته في المستشفى يقوم بتلبية احتياجات المريض الاجتماعية النفسية، وكذلك تنبيه أعضاء الفريق الطبي إلى أهمية التعرف على حاجات المريض والعمل على تلبيتها كجزء من الخطة العلاجية لتحسين مستوى حالته الصحية (National Association of Social Workers,1984). فالأخصائي الاجتماعي بأدائه لدوره المهني يساعد بقية أعضاء الفريق الطبي في متابعة حالة المريض، ومعرفة أثر المرض على حياته، ومن ثَمّ العمل على إعادة تكيفه، وتحسين وضعه الشخصي والاجتماعي مع تلك الظروف.

والتدخل المهني مرتبط بعملية تلبية الحاجات الإنسانية، وتتطلب عملية التدخل من الأخصائي الاجتماعي أن يساعد المريض على الاستفادة من البرامج والخدمات المتوفرة في المستشفى في المقام الأول، وأيضاً خارجها مما هو متوفر لدى التنظيمات الاجتماعية الأخرى الموجودة في المجتمع، تلك التي تقدم الدعم المادي والمعنوي حسب حاجة المريض إليهما، وللتأكد من عملية تلبية حاجات الإنسان المريض ولمعرفة مدى ملاءمتها فإنه من الممكن إخضاعها وإخضاع أساليب تلبيتها للتجربة في أحيان كثيرة، ويجب أن تتفق خطة عمل الأخصائي الاجتماعي وأهداف الممارسة مع أهداف المستشفى الذي يعمل فيه كإحدى مسئولياته الأخلاقية اتجاه مكان العمل.

ويحتاج الأخصائي الاجتماعي إلى توطيد علاقاته داخل نظام المستشفى نفسه وخارجه، أيضاً حينما تستدعي الضرورة لذلك، ومثال ذلك أن يساهم في تنمية الموارد البشرية والمادية المتاحة في سبيل توافر خدمات جديدة، أو تحسين مستوى الخدمات المتوفرة لفئات من المرضى هم في أمس الحاجة إليها، فقلة الخدمات أو تدني مستواها يستدعي ضرورة خلق برامج وإعدادها لخدمات تلبي حاجات المرضى نظراً لوجود تلك الحاجات وعدم توافر إمكانيات تنفيذها.

وتختلف نوعية الخدمات التي يحتاج إليها المرضى باختلاف مجموعة عوامل تساهم في تحديد تلك الخدمات منها عاملا العمر والجنس، فاحتياجات الإنسان تختلف حسب طبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها، وبالمقارنة نجد أن هناك اختلافاً بين حاجات الإنسان وهو في مرحلة الطفولة عن حاجاته وهو في مرحلة أواسط العمر أو الشيخوخة، واحتياجات الإنسان هذه تختلف أيضاً بل تتأثر بجنس المريض وطبيعته، فهناك اختلاف وتباين كبير بين ما يحتاج إليه المريض وبين ما تحتاج إليه المريضة، وإن كان هناك تشابهٌ في طبيعة النفس الإنسانية، فإن عامل الجنس يؤثر على عملية تحديد الاحتياجات، حتى في كيفية تلبيتها، ومن ملاحظة الجدول رقم (٣) يتبين لنا عدد الحالات المترددة على مكتب الخدمة الاجتماعية بمستشفى مبارك الكبير التابع لمنطقة حولي الصحية. ووجدنا أن الفئات المستفيدة تنقسم إلى رجال ونساء وأطفال، أي التقسيم حسي عاملي العمر والجنس.

جدول رقم (٣)
عدد الحالات المترددة على مكتب الخدمة الاجتماعية
بمستشفى مبارك الكبير – منطقة حولي الصحية

البيان	مستشفى مبارك الكبير	النسبة المئوية
رجال	٥٨٢	٥٥
نساء	٣٢٥	٣١
أطفال	١٥٤	١٤
الإجمالي	١٠٦١	١٠٠

المصدر: منطقة حولي الصحية، ١٩٩٨.

حيث بلغ عدد الحالات المستفيدة من الخدمات الاجتماعية في مجموعها الكلي ١٣١٦ حالة، وذلك يشمل عدد حالات المرضى الذين يرقدون في مستشفى مبارك الكبير، حيث يتواجد مكتب الخدمة الاجتماعية – وهي ١٠٦١ حالة، والملاحظ أن أكبر عدد حالات كان من نصيب الرجال في الاستفادة من الخدمات الاجتماعية، حيث بلغ ٥٨٢ حالة معظمها متعلقة بمشاكل اقتصادية باعتبارهم عائلين لأسرهم، وكذلك مشاكل أسرية تنطوي على تلك المشاكل الاقتصادية، يليه في العدد النساء حيث بلغ ٣٢٥ حالة، وأغلب مشاكلهم عبارة عن مشاكل نفسية مرتبطة بظروفهم الاجتماعية، وأقل عدد من الحالات كان للأطفال فقد بلغ ١٤٥ حالة.

ولأهمية الربط بين جوانب شخصية الإنسان، ولأهمية دراسة تلك الجوانب وأثرها على صحة الإنسان، فقد تم استحداث هذه العيادات الخاصة بالاستشارات الاجتماعية والأسرية في منطقة حولي الصحية كجزء من برامج مكتب الخدمة الاجتماعية بمستشفى مبارك الكبير. والهدف هو دراسة الظروف الاجتماعية والنفسية التي يمر بها صاحب المشكلة، وتقوم فلسفتها على أن الرعاية الاجتماعية مطلب اجتماعي ملح، ولما كان الاستبصار بها يغني عن السعي وراء العلاج الطبي فقط فقد تم استحداثها، وهذه المراكز تقدم الرأي والمشورة إلى المحتاجين لخدماتها

فيما يختص بمشاكلهم الاجتماعية والأسرية؛ وذلك بهدف مساعدتهم على تحقيق التكيف والتوافق الاجتماعي النفسي، خاصة أن هناك كثيراً من المشاكل الاجتماعية والنفسية التي يتعرض لها الإنسان في حياته، والتي من الممكن أن ينتج عنها ظهور بعض الأعراض المرضية مثل حالات القولون، والاضطرابات المعوية، والصداع النصفي (عبدالعزيز، وفتحي، ١٩٩٨)، فظروف وأحداث كثيرة تعصف بالإنسان في طفولته وبقية مراحل حياته، بعضها يذهب دون أثر، وبعضها يترك آثاراً دائمة.

وللوقوف على جدوى الحلول المقترحة للمشكلات التي يدرسها الأخصائي الاجتماعي من خلال الخدمات الاجتماعية النفسية التي يقدمها للأفراد وأسرهم، فإن التقويم الذاتي لنشاطه يساعده في التعرف على جوانب الضعف والقوة في دوره المهني؛ذلك لأن عملية التقويم في حد ذاته تطلعه على مدى نجاح تدخله المهني في تلبية احتياجات الأفراد ورضاهم عنها.

وهناك التقييم التنظيمي الذي يخص المستشفى ككل في هذه الحالة، وذلك لمعرفة مستوى الرعاية الصحية وانعكاساتها في مدى تلبيتها لاحتياجات المرضى وأسرهم من خلال الخطط العلاجية، ورضا أو عدم رضا هؤلاء المرضى المترددين عليها، للاستفادة من خدماتها في فترات لاحقة. ولقد أجريت دراسات كثيرة في هذا المجال لمعرفة مدى رضا المرضى عن مستوى خدمات المستشفى، منها تلك الدراسة التي أجراها فورد وآخرون (1979)"Ford, et al.?" لقياس مستوى الخدمات التي يقدمها المستشفى للمرضى، وذلك أثناء رقودهم فيها، ولقد دلت نتائجها على أن نظرة هؤلاء المرضى لمستوى الخدمات فيها يمد المسئولين بمعلومات مهمة حول مدى التنافس القائم بين المستشفيات نفسها، ومدى الإقبال على الاستفادة من خدماتها، وحتى في مدى استمرارية تقديمها لتلك الخدمات في المجتمع. ويتابع الباحثون أن ظروف المستشفى كنظام اجتماعي قائم في المجتمع، يحكمه مدى استفادة المرضى مما تقدمه لهم ورضاهم عن ذلك وانعكاس ذلك في زياراتهم لها، والاستعانة بها في الأزمات الصحية التي يتعرضون لها في حياتهم، ويوصي الباحث أن تولي المستشفيات اهتماماً كبيراً برضا المرضى عن مستوى الرعاية الصحية والعلاج اللذين تقدمهما لهم.

ومن الأمور التي تسترعي انتباه الأخصائي الاجتماعي أثناء ممارسته لمهنته في المستشفى، إلى جانب تلبية حاجات الإنسان المريض حقوقه وكيفية المحافظة عليها. فالأخصائي الاجتماعي هو أول من يتعرف على شعور ذلك المريض وظروفه الاجتماعية، حتى حينما يخترق شخص ما أو جهة حقوقه أثناء رقوده في المستشفى فمن الممكن أن يرجع إطلاع المريض للأخصائي الاجتماعي على ذلك إلى إحساس المريض بالثقة وبالراحة وبالاطمئنان عند الحديث في مثل هذه الأمور مع الأخصائي الاجتماعي، خاصة أن ما يتعرض له، وما هو مصاب به أمور تثير القلق والإزعاج في حياته. والأخصائي الاجتماعي – نظراً لطبيعة عمله – يقوم بالدفاع عن حقوق ذلك المريض؛ فذلك جزء لا يتجزأ من ممارسته لدوره المهني، ومسئولياته مع المرضى في المستشفى؛ فحقوق المريض أثناء رقوده في المستشفى تتعلق بضرورة توفير الرعاية الصحية اللازمة له.

وأحيانا يجد الأخصائي الاجتماعي أن كرامة المريض تهان مع وجود بعض التجاوزات والتعقيدات كالإجراءات البيروقراطية ذات الصلة بالممارسة الحديثة للمهن الطبية، وحتى غير الطبية في المستشفى، ومن هنا جاءت فكرة حقوق المريض أثناء رقوده في المستشفى منصوصا عليها مع التأكيد على الالتزام بها لمراعاتها باعتبارها من العوامل المساهمة في زيادة فعالية ودرجة استفادة المريض من الرعاية الصحية اللازمة له. ولقد وضعت منظمة المستشفى الأمريكية (1973) American" Hospital Association" قائمة بحقوق المريض منها حقه في الاستفادة من العلاج ومتابعة الإجراءات الطبية، وحقه في استكمال العلاج أو رفضه مع تحمله مسئولية ذلك، وحقه في محافظة الفريق الطبي على سرية المعلومات الخاصة بحالته المرضية، وكذلك فإن كل طرف ليس له اتصال مباشر به – وإن كان طبيبا – يحتاج إلى الاستئذان من المريض نفسه حتى يقرر رغبته في الموافقة على مدّه بالمعلومات، وربما ينتهي الأمر إلى رفض المريض تزويده بالمعلومات فذلك القرار حق من حقوق المريض.

ودعماً لحقوق المريض فقد يرفض الأخصائي الاجتماعي إفشاء أسراره، أو إطلاع الأطباء الآخرين على ملفه الطبي ما عدا أعضاء الفريق الطبي الذين شارك معهم الأخصائي الاجتماعي دراسة حالة المريض؛ وذلك صوناً للأسرار. فكثير من المرضى يوقفون الأخصائي الاجتماعي على أمراضهم وظروف حياتهم الخاصة،

ولا يحبون أن يقف عليها أحد غيره. ونجد تدعيما لحقوق المريض في القانون الكويتي رقم (٢٣) لسنة ١٩٦٠ الخاص بمزاولة مهنة الطب البشري وطب الأسنان في الكويت؛ فالمادة (٢٢) تنص على أنه «لا يجوز لأي طبيب أن يفشي سراً خاصاً وصل إلى علمه عن طريق مهنته سواء كان هذا السر مما عهد إلى المريض وائتمن عليه أو شاهده الطبيب بنفسه أو سمع به، ما لم يطلب صاحب السر إفشاءه أو كان إفشاؤه لمصلحة الزوج أو الزوجة، ويكون إفشاؤه لها شخصيا، أو كان إفشاء السر بقصد منع حدوث جريمة ويكون الإفشاء قاصراً على الجهة الرسمية المختصة، أو كان الطبيب مكلفاً من قبل إحدى شركات التأمين على الحياة بالكشف على عملاء الشركة، ويكون إفشاء السر في هذه الحالة لشركة التأمين». (المزيني، ١٩٦٠). وهذا بحد ذاته تدعيم وتطابق لأخلاقيات مزاولة مهنة الطب مع أخلاقيات ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في حفظ حقوق المريض، وليس لدى الخدمة الاجتماعية قانون مماثل، ولكنْ لديها بديل هو المبدأ المهني الذي يتوقف تطبيقه على الضمير المهني للأخصائي الاجتماعي، ومدى ثقته في بقية أعضاء الفريق عند تبادل المعلومات.

ويتضمن العمل المشترك في الفريق الطبي توافقاً وانسجاماً واتفاقاً على مبادئ وأسس الممارسات المهنية، كل حسب طبيعة مهنته وهذا خير دليل على ذلك، فمهنة الطب ومهنة الخدمة الاجتماعية تتفقان على دعم سرية المعلومات المتعلقة بحالة وحياة المريض الخاصة، ويقران بأهمية الالتزام بالسرية، وعدم إفشاء أسرار المرضى، وحينما يؤكد المستشفى في سياساته على أهمية مراعاة حقوق الإنسان المريض، فإن ذلك يؤكد نجاحها أيضاً في الدفاع عن تلك الحقوق، ودور الأخصائي الاجتماعي يأتي تشجيعا على الالتزام بها وتطبيقها والمحافظة عليها.

مستويات الممارسة:

يمارس الأخصائي الاجتماعي الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفى على مستويين، مستوى الوحدات الصغرى "micro level"، ومستوى الوحدات الكبرى "macro level"، وفي هذين المستويين دعم ومساندة لحالة المريض وموقفه، وممارسة المهنة على مستوى الوحدات الصغرى يتمثل في الأنشطة المهنية التي يقوم الأخصائي الاجتماعي بإعدادها لأداء دوره المهني مع المريض لمساعدته على الحد

من المشكلات التي تواجهه وعلاقة ذلك بأسرته، والجماعات التي ينتمي إليها، وتعتمد تلك الأنشطة في أدائها على تدخل الأخصائي الاجتماعي تدخلاً مباشراً لدراسة حالة المريض والدفاع عن حقوقه (Barker, 1995). وضمن هذا المستوى يقوم الأخصائي الاجتماعي في اجتماعاته مع الفريق الطبي – نظراً لالتزامه بالعمل المشترك معهم – على إثارة موضوع تأثر المريض بالظروف الاجتماعية النفسية التي يعيشها وما يعانيه من أثرها، ويمتد دور الأخصائي الاجتماعي على هذا المستوى إلى الاتصال بأسرة المريض وتوعيتهم لتفهم حدة ونوعية مرضه وخطة علاجه وأهمية مؤازرتهم له، إلى جانب معرفة الآثار الناتجة عن إصابته بالمرض، ويتطلب تدخل الأخصائي الاجتماعي في حياة المريض إلمامه بالطرق والمهارات والتقنيات، إضافة إلى كيفية استخدام الموارد المتاحة في المستشفى، وكذلك المجتمع المحلي التي من شأنها أن تعمل على تلبية حاجات المريض وتحسين حالته الصحية، وهذا يتطلب من الأخصائي الاجتماعي أن يكون على حذر من علاقة العوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية بحالة الإنسان المرضية وتأثر كل طرف بالطرف الآخر.

وينبغي أن يكون الأخصائي الاجتماعي قادراً في الرد على أسئلة المريض التي هي موضع الإثارة في حياته بعد إعلان إصابته بمرض ما، بخاصة المصاب بمرض خطير ومُعْدٍ يتطلب علاجه مثلاً عزلته عن بقية الناس، فذلك جزء من طبيعة ممارسته للمهنة مع المرضى، وقد يتساءل المريض عن ماهية العلاج الذي يحتاجه؟ وكيف سيؤثر العلاج على سير حياته؟ وكيف سيؤثر العلاج على حياة أسرته؟ ومتى سيتمكن من العودة إلى مركز عمله؟ وما هي المصادر الموجودة في المستشفى والتي من الممكن أن يستفيد منها؟ ثم هل يستطيع مزاولة نشاطه اليومي المعتاد بعد إصابته بالمرض (United Network for (Organ Sharing, 1997. وحتى يتمكن الأخصائي الاجتماعي من الرد على تلك التساؤلات، فإنه يجب أن يدرس حالة المريض دراسة دقيقة، وأن يكون على اتصال مباشر ومستمر مع الفريق الطبي حتى يطلع على مدى تقدم أو تدهور حالة المريض صحياً.

ونظراً لطبيعة ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية مع الأفراد، فإن مستوى الوحدات الصغرى في عملية تقديم المساعدة يسبق مستوى الوحدات الكبرى؛

ويرجع ذلك إلى أن يبدأ الأخصائي الاجتماعي في المهنة من خلال تكوين علاقة مهنية مع العملاء، ويتعرف من تلك العلاقة على مشاكلهم واحتياجاتهم ومتطلبات إصلاح الخلل في حياتهم، ومن ثم يقدم لهم خدمات مباشرة، وكذلك ما تتطلب عملية المساعدة من اتصالات بأسرهم، أو جهات أخرى ذات علاقة بإعادة تأهيل وتدريب الفرد مثلاً على كيفية القيام بوظيفة جديدة بعد خروجه من المستشفى. ومن أمثلة تلك الحالات المريض الذي تعرض إلى حادث سير أو حادث عمل نتج عنه إصابات أو بتر أحد أطرافه، ووضعه الجسماني يتطلب منه مزاولة عمل ذي طبيعة تختلف عن طبيعة عمله السابق.

أما بالنسبة لممارسة الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني على مستوى الوحدات الكبرى فهي تتمثل في أنشطة كثيرة تدخل ضمن دور الأخصائي الاجتماعي في المستشفى ومع التنظيمات الاجتماعية الأخرى، وهي بالطبع تهدف مصلحة المرضى والمجتمع معاً. فالجميع سواء الأصحاء أو المرضى بحاجة إلى التعرف على سبل العناية بالصحة، والمحافظة عليها، ومتابعة المستجدات في ما يتعلق بالجديد من وسائل الوقاية، والتشخيص، والعلاج، علاوة على الوقوف على العادات الصحية الضارة، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بالمشاركة في التوعية الصحية لتحقيق أهداف تربوية منها لإثارة وعي وانتباه المجتمع لبيان – مثلاً – الآثار الناجمة عن سلوكيات معينة تهدد في النهاية حياة الإنسان كالإدمان على المخدرات. ومن ضمن أنشطة الأخصائي الاجتماعي على هذا المستوى أيضاً، الإعداد والتخطيط لأنشطة ترفيهية يستفيد منها نزلاء المستشفى.

ومن واقع الخدمة الاجتماعية في الكويت فإن دور الأخصائي الاجتماعي على مستوى الوحدات الكبرى يتمثل أيضا في عملية التنسيق والتعاون بين مكاتب الخدمة الاجتماعية في المناطق الصحية الخمس والمستشفيات التابعة لها، ويتم فيما بينهم تبادل المعلومات والخبرات حول الحالات وتوعيتها وحجم العمل، خاصة أن عمليتي الاطلاع والتبادل المعلوماتي بين الأخصائيين الاجتماعيين يساعدهم على معرفة نوعية وحدة المشكلات المدروسة ونسبتها (الرشيدي، ١٩٩٩). ومن ثمار التعاون المشترك بين مكاتب الخدمة الاجتماعية تنسيق اللقاءات والندوات والحلقات

النقاشية بين المهنيين والمشرفين عليهم حول كيفية دراسة الحالات وكيفية الاستعانة بالتنظيمات الاجتماعية الأخرى في المجتمع.

ومن أمثلة أنشطة مكتب الخدمة الاجتماعية في المناطق الصحية ما يقوم به المكتب في منطقة حولي الصحية تحت عنوان «التوعية الصحية الاجتماعية» وذلك من خلال مساهمة الأخصائيين الاجتماعيين في لجنة التوعية الصحية بالمنطقة، حيث شاركوا مع بقية أعضاء اللجنة خلال عام ١٩٩٨ في إصدار نشرات توعوية كثيرة، ومن تلك النشرات ما نشر عن ارتفاع ضغط الدم عند مرضى السكر، وعن العناية باللثة، وعن الرضاعة الطبيعية، و«لا فزع من الصرع»، وعن أهمية المناعة والتطعيم، وكذلك إصدار نشرة عن وصية مريض الإيدز. وأيضاً شارك الأخصائيون الاجتماعيون في ندوات تثقيفية، ومحاضرات في المدارس ومنها محاضرة حول مرض الإيدز في ثانوية صباح السالم (منطقة حولي الصحية، ١٩٩٨).

ولنأخذ مثالاً لدور الأخصائي الاجتماعي على مستوى الوحدات الكبرى كدراسة الأخصائي الاجتماعي لظاهرة التدخين في المجتمع التي ترتبط بوجود حالات معينة من المرضى كالمرضى المصابين بأمراض القلب والشرايين، حتى السرطان الناتج عن عادة التدخين. وتزايد عدد الحالات إلى درجة أصبحت ظاهرة خطيرة في المجتمع تستدعي تدخل الأخصائي الاجتماعي في تكثيف دوره، ومنها المشاركة في التوعية الصحية عن مضار التدخين وآثاره في تدني مستوى صحة الإنسان المدخن، وكذلك يقوم الأخصائي الاجتماعي بتحويل الحالات المرضية إلى جهات تخصصية مشاركة في دراستها والإشراف عليها ومتابعتها. والهدف من نشاط الأخصائي الاجتماعي هو بيان آثار هذه العادة السلوكية، وللحد من أعداد المدخنين. وفي ذلك علاج ووقاية.

ولقد أثبتت نتائج بعض الدراسات مشاركة الأخصائي الاجتماعي مع المؤسسات الإعلامية والتربوية في البرامج الوقائية، كالبرامج المعدة لتحذير المجتمع من مخاطر التدخين، وآثاره على صحة الإنسان والذين يعيشون معه (Oktay, 1995)، وهي حقاً ظاهرة اجتماعية خطيرة في الكويت؛ فأصغر مدخن في العالم هو طفل كويتي يبلغ السادسة من عمره، وهذه الظاهرة منتشرة بين طلبة المدارس حيث وصلت نسبة المدخنين منهم إلى ٥٢٪. ولقد أعلنت الجمعية الكويتية

لمكافحة التدخين والسرطان، أن ٥٠٪ من وفيات المستشفى الصدري تأتي بسبب سرطان الرئة، الذي يعد التدخين العامل الرئيسي في حدوثه، وتشير تلك الدراسات إلى أن نسبة المصابين بسرطان الرئة بين الذكور زادت إلى ١١٨٪ أي أكثر من الضعف وزادت لدى النساء إلى ٤١٨٪ أي أكثر من أربعة أضعافها، ومعظم مراجعي عيادة القلب في الكويت تقع أعمارهم تحت الأربعين، وهاجمت الجمعية شركات التبغ لأنها تستهدف – وفقاً لدراساتها – فئة الشباب للترويج عن منتجاتها من السجائر، عبر طرق الدعاية والإعلان. أما عالمياً فالإحصائيات تشير إلى أن عدد الوفيات بسبب التدخين في العالم وصل إلى ٤ ملايين شخص مدخن سنويا تقريبا. ويتوقع أن ترتفع أعدادهم إلى عشرة ملايين شخص سنويا في الخمسة والعشرين عاماً المقبلة ومعظمهم من الدول النامية (الشطي، ١٩٩٩). ودور الأخصائيين الاجتماعيين في عيادات «لا للتدخين» بالكويت محدود؛ فقد كانت من إنجازات مكتب الخدمة الاجتماعية التابع لمنطقة الجهراء الصحية المشاركة في الإعداد لحفل افتتاح عيادة «لا للتدخين» في المنطقة تحت رعاية محافظة الجهراء ومدير منطقة الجهراء الصحية (منطقة الجهراء الصحية، ١٩٩٨)، ونأمل أن تتكثف جهودهم وتتوسع دائرة أدوارهم المهنية في هذا المجال من الرعاية الصحية.

إن المشاركة في توعية المجتمع بمضار العادات السلوكية كالتدخين مثلاً من الأنشطة الضرورية التي تتطلب مساهمة الأخصائي الاجتماعي بها لتوعية الناس صحياً، وأيضاً لتقليل نسبة مضارها على المجتمع باعتبارها قضية اجتماعية مجتمعية، وذلك من خلال البرامج التي تعرض مخاطرها على صحة الإنسان والذين يعيشون معه، وهي مشكلة تتفاقم في مجتمعنا مع مرور الزمن ولها آثار كثيرة كالآثار الاجتماعية والنفسية والاقتصادية، واقتصادياً نجد أن المدخن يكلف وزارة الصحة ثلاثة أضعاف ونصف الضعف لغير المدخن، ولو طبق نظام الوقاية لمعالجة حالات المدخنين المرضية قبل وقوعها بسنوات كثيرة لوفر ذلك على المجتمع الكويتي مبالغ هائلة، وموارد بشرية من الممكن تسخيرها لمجالات أخرى، وربما تمكن كثير من هؤلاء المرضى تجنب الإصابة بأمراض خطيرة تهدد حياتهم وكيان أسرهم.

عمليات الممارسة:

أما بالنسبة للعمليات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي مع المرضى فهي تتنوع بتنوع المرضى، وسنناقش هنا بصورة عامة بعض الأساليب المستخدمة: كالعمل مع المرضى. "case work" والعمل مع أسر المرضى "family case work".

١ – العمل مع المرضى:

تعد دراسة الحالة أسلوباً يتبعه الأخصائي الاجتماعي في التعرف على مشكلات المرضى وحاجاتهم؛ وذلك للحد من المشاكل التي يعانون منها وتلبية لحاجاتهم، وهي بالطبع تبدأ بتكوين علاقة مهنية بين الطرفين، ثم يدرس الأخصائي الاجتماعي جوانب من شخصية المريض، كأن يدرس طريقته في التفكير، وأن يدرس أسلوبه في الكلام وبيئته الاجتماعية التي تؤثر فيه، فمن أول شروط النجاح وأهمها للأخصائي الاجتماعي هو أن يعيش مع المريض مشكلته، وأن يكون ممن يفهم معاناته؛ لأنه لا يستطيع تقديم المساعدة إذا لم يفهم المريض بكل جوانب شخصيته، ووضعه حتى لا يفشل مهنياً من الخطوة الأولى. وحتى يستطيع الأخصائي الاجتماعي القيام بدوره مع المريض فإنه يضع في اعتباره أن تشخيصه لمشكلة المريض من الجانب الاجتماعي النفسي، والمساهمة مع الفريق الطبي في وضع خطة العلاج تتم بالتعاون مع المريض نفسه، كي يتمكن المريض من اختيار أنسب الحلول من بين البدائل المقترحة، وذلك طبقاً لمبدأ حق المريض في تقرير مصيره، وتدعيماً لفكرة المسئولية المشتركة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل في الخطة العلاجية. فليس الأخصائي الاجتماعي وحده وليست المستشفى وحدها هي المسئولة عن العلاج. بل إن تعاون المريض مع الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي يمثل أساساً ناجحاً لمتابعة المرض والسيطرة على أعراضه والوقاية من كثير من مضاعفاته.

والملاحظ أن كثيراً من المراكز الطبية العالمية ومن بينها المستشفيات قد طبقت نظريات اعتماد المريض على نفسه إن أمكن في تلبية احتياجاته، كأن يشجع الأخصائي الاجتماعي للمريض بالتدريب والتكيف مع الحالة المرضية لمرضى

السكر، وذلك من خلال اتباع نظام حياتي وبخاصة الغذائي منه والمحافظة على صحة جيدة،وكذلك معرفة كيفية استخدام حقن الأنسولين واختبار نسبته في الدم، والغرض من ذلك هو أن الأخصائي الاجتماعي لا يريد أن يخلق طبقة من العملاء الاتكاليين بل يستشيرهم للتفكير في كيفية إيجاد مقترحات كحلول لمشاكلهم، وتوجيههم التوجيه السليم،وليس للأخصائي الاجتماعي أن يفكر لهم،ويفترض أن المريض يعرف اتجاهه في الحياة، وما يريد وما لا يريد.

وقد يحتاج الأخصائي الاجتماعي إلى الاجتماع بأسرة المريض كلما تطلب الأمر ذلك باعتبارها البيئة الاجتماعية الأولى في حياته،ونظراً لأهمية دور الأسرة في حياة المريض، يقوم الأخصائي الاجتماعي بدراسة نظرة الأسرة واتجاهاتها نحو المريض، ومدى تقبلها للمرض، ومشاعر الخوف والقلق المصاحب لمرض أحد أفرادها، وتعد موافقة المريض والاستئذان منه من حق المريض، ومن أهم شروط إطلاع الأخصائي الاجتماعي أسرته على الظروف التي يمر بها (Schlesinger, 1985)؛ ذلك لأن دراسة الأخصائي الاجتماعي لشخصية المريض وبيئته الاجتماعية ومدى تأثيرهما عليه، يسهل على الأخصائي الاجتماعي الإحاطة بجوانب شخصية المريض وظروفه وعلاقاته الاجتماعية والأشخاص المهمين في حياته.

٢ – العمل مع أسر المرضى:

ولدراسة حالة أسرة المريض، يقوم الأخصائي الاجتماعي بتطبيق طريقة العمل مع الجماعة (Group work)، ومن خلال استخدام المدخل التفاعلي معهم (assessing family functioning) يتضمن هذا المدخل عملية ومستويات التفاعل الاجتماعي بين أفراد الأسرة،والتعرف على مشاكلهم،وجوانب القوة في بناء الأسرة من الداخل، وكيفية اتخاذ قراراتهم وكيفية تعبيرهم عن مشاعرهم، وماهية أهدافهم، وطبيعة أدوارهم الاجتماعية، وكذلك أساليب التواصل بينهم، وتفيد الأخصائي الاجتماعي في التعرف على أنماط العلاقات والروابط الاجتماعية التي تجمعهم ببعضهم وبالمريض (Hepworth & Larsen, 1986). فاجتماعه بهم يساعدهم على التعبير عن شعورهم تجاه المرض الذي يعانيه أحد أفراد أسرتهم، وخاصة أنه تجمعهم صلات بيولوجية واجتماعية، وهذه الصلات هي انعكاس

لواقع التفاعل الاجتماعي في حياة هؤلاء الأفراد، وما يقومون به من أدوار اجتماعية، وما ينطوي عليه من مسئوليات تجاه بعضهم بعضاً. وتدخل الأخصائي الاجتماعي يساعد في التعرف على طبيعة المشاكل التي تؤثر على سير الحياة في الأسرة، والأساليب الدفاعية التي يلجأ إليها بعضهم أحياناً في مواجهتهم للواقع. وكذلك توقعاتهم من بعضهم بعضاً كي يتمكنوا من الاتصال فيما بينهم وبدرجة أكبر، خاصة حينما يوجههم الأخصائي الاجتماعي في عمليات التفاعل الاجتماعي بينهم، وحينما تصبح الأسرة على دراية أكبر بحالة المريض، يستخدم الأخصائي الاجتماعي أساليب فعالة في كيفية معاملة المريض، وإعادة النظر في دوره الاجتماعي ومسئولياته تجاه الأسرة بعد إصابته بالمرض.

وهناك أمثلة كثيرة على نوعية تلك المشاكل، كالمشاكل المالية الناجمة عن إصابة رب الأسرة بمرض خطير وما قد يترتب عليه تدريجياً من فقدانه لوظيفته، وكذلك مشكلة الصراع الاجتماعي بين أفراد الأسرة، ومشكلة مرض أحد الزوجين، والتغيرات التي تطرأ على العلاقات الزوجية بسبب مرض أحد الطرفين، وضعف دوره الاجتماعي لفترة زمنية تطول مع فترة العلاج، ومشكلة عدم رغبة المريض في ممارسة الجنس أو شعوره بالضعف الجنسي، ومشكلة عدم القدرة على الاختلاط بالأطفال داخل الأسرة، وفوق ذلك عدم إمكانية تنبؤ الإصابة بالمرض في بعض الحالات إلا في فترات متأخرة، فدراسة الأخصائي الاجتماعي لحالة أسرة المريض مكملة لجهوده في عملية تقديم المساعدة للمريض نفسه، فبالرغم من أن المريض هو الذي يمر بتجربة مريرة من الألم والقلق، وهو وحده الذي يتألم، فإن أسرته تعاني من مرضه نظراً لحالته الاستثنائية وللخوف على فقدانه، وما قد يؤدي إليه من اختلال في بناء أسرته من ضعف واحتمالات غياب دوره الاجتماعي.

أساليب الممارسة:

ومن تلك الأساليب لجوء الأخصائي الاجتماعي إلى التدخل أثناء الأزمات التي يمر بها بعض المرضى "crisis intervention". وتختلف فيها طبيعة الممارسة، وعملية التدخل وتقديم المساعدة عن طبيعة الممارسة الروتينية للخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفى.

التدخل أثناء الأزمات:

هناك حالات مرضية تستدعي تدخل الأخصائي الاجتماعي على المدى القصير، فحالة المريض هي التي تتطلب هذه النوعية من التدخل المباشر السريع وعلى فترة زمنية محددة؛ لأنها مرتبطة بوقوع الأزمة في حياته، وغالباً ما تتراوح فترة وقوع الأزمة ما بين ٤-٦ أسابيع يقدم خلالها الأخصائي الاجتماعي خدمات اجتماعية نفسية خاصة بالأزمة ومرتبطة بفترتها الزمنية، فظروف وقوع الأزمة في حياة الإنسان تأتي مفاجئة، وتمر بمراحل معينة تنتهي فترة تقديم المساعدة مع انتهاء الأزمة، ومن أمثلة الأزمات التي يتعرض لها الإنسان في حياته: الحوادث، والإصابة بمرض خطير غير متوقع، وولادة طفل غير طبيعي، وتلك الأزمات التي تصيب الإنسان في حياته تؤثر على مجرى سير حياته بحيث يتكيف مع حدتها وأثرها عليه، فهي تمر بأربعة مراحل رئيسية تبدأ بفترة التوتر الشديد الذي يصيب الإنسان من وقوع الأزمة، وقد تصدر عن المريض أنماط سلوكية مرتبطة بحالة الدخول المفاجئ أو المؤقت في المستشفى، ولمواجهتها يعمد المريض وأسرته إلى استخدام أساليب معينة في محاولاته للحد من معاناته، ولكي يساعد نفسه في التكيف مع الأزمة التي وقعت. وهذه المحاولات غير مخطط لها، وهي تعبر في الواقع أكثر من محاولات في التصدي للمشكلة من خلال جهود شخصية وأسرية وربما لا تنتهي بإيجاد حل لها.

فعندما يتعرض الإنسان لأزمة في حياته ولعدم شعوره بالاطمئنان فإنه يصبح شخصاً آخر، وتكون تصرفاته غير متزنة ومن الممكن أن تجلب له وللآخرين الضرر، وقد يتخذ قرارات غير مدروسة وبالتالي لا تتناسب مع الموقف الذي يمر فيه، وحينما تفشل محاولاته الشخصية يبرز دور الأخصائي الاجتماعي لإيجاد منفذ له ولأسرته، وهذا التدخل المهني قد يعيد له التوازن في حياته بحيث يتقبل فكرة الأزمة أو المرض ونوعية العلاج وكيفية اتباع الخطوات اللازمة والهادفة إلى الحد من آثار الأزمة اجتماعياً ونفسياً على حياته وحياة أسرته.

ومن مسئوليات الأخصائي الاجتماعي تهيئة المريض وأسرته ومساعدتهم على تقبل المرض واحتواء الأزمة، فنظراً لطبيعة الأزمة ووقوعها المفاجئ في حياة الإنسان، فإن الموقف يتطلب من الأخصائي الاجتماعي تقييماً دقيقاً للمشكلة

وإعطاء قيمة للوقت المحدود، لكي ينجح دوره المهني في وضع خطة مناسبة لعلاج المشكلة، ونظراً لقصر الوقت فهو لا يحتاج في هذه الظروف إلى مستندات أو إثباتات شخصية وإن كانت متوفرة ولكنها لا تمت بصلة مباشرة بالأزمة، فطبيعة الممارسة هنا تتطلب من الأخصائي الاجتماعي تكريس طاقاته نحو إيجاد نوع من التوازن في حياة المرض – كما ذكرنا – ففقدان التوازن من الممكن أن يترك آثاراً سلبية على حياته، ومن الممكن أن توقظ الأزمة الحالية أزمات سابقة تعرض لها في حياته مما يزيد الموقف إرباكاً وتعقيداً (Aguiliera & Messick, 1974). فالمطلوب من الأخصائي الاجتماعي الالتزام بأقصى قدر ممكن من المرونة في عمله وطريقته في علاج المشكلة، وعلى صعيد العمل المشترك فإنه يلعب دور الوسيط بين المريض والفريق الطبي في شرح حالته الاجتماعية والنفسية الناتجة عن تعرضه للأزمة، والموقف يتطلب تفهما ومساندة من الفريق الطبي لطبيعة دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى أثناء الأزمات.

ولنأخذ مثالاً على تعرض الإنسان لأزمة في حياته ألا وهي إصابته بمرض خطير ينتج عنه تدهور في حالته الصحية وتكون احتمالات الموت "death" واردة لديه ويعيشها في كل لحظة. وحتى إن اتبع نصائح وإرشادات الطبيب فهذا لا يعني شفاءه؛ لأن خطورة حالته المرضية تلفت انتباهه إلى مسألة مفارقة الحياة "dying"، ويميل المريض في سلوكه إلى شيء من الإنكار والعزلة والغضب والمساومة والكآبة، وطبيعة الممارسة هنا تتطلب من الأخصائي الاجتماعي التعامل مع شعور المريض بمفارقة الحياة حيث لا أمل لديه، ومساعدته على تقبل العيش مع الأزمة التي يمر بها، وهذا النوع من الممارسة يعد في حد ذاته تحدياً يواجه الأخصائي الاجتماعي، فالأخصائي الاجتماعي كإنسان قبل أن يمارس دوره كمهني يمر بظروف الموت نفسها وعليه أن يواجه حقيقة الموت، ويفكر به باستمرار حتى يكون قادراً على مساعدة غيره في تقبل فكرة الموت ومفارقة الحياة "death & dying". وكما يقول يالوم "Yalom" (1980) الموت أو التفكير فيه يشجع الأخصائي الاجتماعي على تكوين نوع من الاستعداد النفسي للنمو لديه»، والحقيقة هي أن الإنسان حينما يواجه الموت فإنه يواجه الحياة أيضاً، وبالتالي يستطيع الإنسان أن يستخلص العبر ويتعلم من مواقف الحياة.

ويعرض الجزء التالي من البحث رداً حول التساؤل المطروح عن طبيعة عضوية الأخصائي الاجتماعي في الفريق الطبي ومسئوليات العمل المشترك.

وممارسة الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في المستشفى مرتبط بعضويته في الفريق الطبي المشرف على حالة المريض، ويظهر ذلك جلياً في العمل المشترك فيما بينهم؛ ذلك لأن الأخصائي الاجتماعي لا يمارس دوره المهني في فراغ بل بالتعاون والمشاركة مع بقية المهنيين الذين يكونون فريق العمل الخاص بدراسة حالة المريض من جميع جوانبها. ففريق العمل الذي يضم مهنيين من تخصصات مختلفة سواء أكانت طبية أم غير طبية (كما هو الحال بالنسبة للفريق الطبي). وتعاونهم مع بعضهم بعضاً في توفير الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية يفترض أن لها أهميتها، فهناك تغيرات تجري في حياة الإنسان ومجتمعه تؤثر على وضعه الاجتماعي والاقتصادي والديمغرافي، حتى في تكلفة إصابته بمرض ما، وهذا يتطلب تركيز انتباه الفريق الطبي إلى أهمية وفاعلية الأنماط المستخدمة في توفير رعاية صحية لازمة بجميع جوانبها، مبنية على تنوع الأدوار المهنية التي يقوم بها أعضاء الفريق.

يقول ترنر "Turner" (١٩٩٨) بأن شخصاً حينما يؤدي دوره وكأن بقية الأشخاص في تفاعلهم معه يؤدون هم أيضاً أدواراً محددة لهم، وأداء الفرد لدوره مرتبط باستخدامه لجوارحه، أي لغة الجسم. "body language" كالإيماءات والإشارات والعينين وطريقة تحريك اليدين ووضعية الجلوس ونبرة الصوت وتعبير الوجه. ولغة الجسم تكون أحيانا أكثر تعبيرا عن الشخص من لغة اللسان، ولها تأثير كبير على الآخرين، ولها دلالاتها وأهميتها مثلها مثل التعبير اللفظي، ويؤكد ترنر بأن عملية التفاعل القائم بين أفراد المجموعة لا تتم بدون تحديد لأدوار كل واحد منهم، ومسئوليات القيام بتلك الأدوار، وهذا يعكس فكرة الدور والتوقعات من القيام بذلك الدور والذي يكون – في الغالب – محدداً في إطار معين، ويكون هناك تناسب وتطابق بين قيام الشخص بدوره، وما هو متوقع منه من خلال أدائه للدور، إضافة إلى ذلك فإن الدور حينما يكون مفيدا في حياة الشخص، ويرغب في أدائه يمنحه استقراراً وتفاعلاً مثمراً مع الآخرين، ويتحمل فيه مسئوليات القيام به. وإضافة إلى ذلك فإن ما سيحدث مستقبلاً من أداء الدور سوف يحدث كما حدث في الماضي

مؤشراً إلى ثبات الدور والنمط السلوكي المرتبط به، ويضيف ترنر أنه يجب أن يكون هناك تناسب بين أداء الشخص لدوره والتوقعات الناتجة عن قيامه بدوره من حقوق وامتيازات وسلوكيات متفق عليها.

الأخصائي الاجتماعي عضو الفريق الطبي:

إن من مواصفات فريق العمل الفعال، هو أن أعضاءه يشاركون بعضهم بعضاً في الإحساس بأهمية الهدف الذي يعملون من أجله، آخذين في الاعتبار وعيهم بطبيعة عملهم الجماعي، واهتمامهم بالعمليات التي تحقق النتيجة المطلوبة واختيارهم لقواعد العمل المشترك فيما بينهم، ومن الأمور التي تساعد على تحقيق النجاح في عمل الفريق هو أن يكون هناك نوع من التوازن في الأدوار ومشاركة كل عضو من أعضاء الفريق في تسهيل تنفيذ المهام، وشعوره بأهميته في الفريق، ويهم انضمام الأخصائي الاجتماعي إلى الفريق الطبي وفي ذلك انضمام لموارده وجهده إلى موارد وجهود بقية أعضاء الفريق لتسهيل قيامهم بالعمل المشترك نحو زيادة الكفاءة تجاه حل المشكلات التي تصادفهم وتنفيذ المهام الموكولة إليهم.

لهذا يفترض أن تكون أدوار أعضاء الفريق الطبي محددة، فكل عضو له دور واضح وأساسي في متابعة حالة المريض. ويفترض أيضاً أن يسود جو العمل فيما بين أعضاء الفريق الطبي بالديمقراطية والتعاون وتبادل المعلومات، وحتى يستمر الفريق في ممارسة أنشطته ولقاءاته يكون الأعضاء على اتصال ببعضهم بعضاً، وينسقوا الجهود فيما بينهم، فالاتصال أخذ وعطاء، وعلى الأخصائي الاجتماعي ملاحظة سلوك أعضاء الفريق الطبي الآخرين أثناء اتصاله بهم ومعرفة الأساليب المختلفة التي يتبعونها في دراسة حالات المرضى.

والملاحظ أن الدور المهني للأخصائي الاجتماعي في المستشفى ليس قديماً قِدَمَ الفريق الطبي بل كان ينظر إلى الأخصائيين الاجتماعيين في السابق باعتبارهم مهنيين من خارج المستشفى "outsiders"، ولكن نشوء الحاجة إلى خدمات الأخصائي الاجتماعي والاستمرارية في ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفى أكدت على أهمية وجوده من ضمن الفريق الطبي.

ولقد تعرض ذلك الدور المهني للأخصائي الاجتماعي منذ بداية العمل في المستشفى إلى شيء من الجدل والخلاف بين أصحاب المهن الطبية، وكان جدالهم

يدور حول مدى حاجتهم كفريق طبي إلى وجود مهني غير طبي (كالأخصائي الاجتماعي)؛ كي يعمل معهم جنباً إلى جنب في عملية توفير العلاج للمرضى، ولكن الحاجة إلى وجود الأخصائي الاجتماعي معهم، لم تترك مجالاً للمعارضة، أو حتى التطرق إلى تلك المشاكل وإن كانت مشاكل ذات أهمية تستدعي دراستها ونقاشها، فكانت الظروف لمصلحة الأخصائي الاجتماعي حيث ساعدت على دخوله المجال الطبي بدءاً بالمستشفى، ومن ثَمَّ تم تقبل الآخرين لدوره فيها تدريجيا، وكانت تجربة تعبر عن نجاح ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في المستشفى، وهي ضرورة إنسانية اجتماعية يحتاج إليها بعض من المرضى، ويفترض في الأخصائي الاجتماعي القائم على ممارستها أن يساهم في دفع مسيرة المرضى نحو تحقيق أهدافهم وتطلعاتهم وآمالهم وبالحد من معاناتهم من خلال خدماته التي يقدمها لهم.

ويرجع نجاح ذلك الدور المهني إلى مجموعة من العوامل التي تساعد الأخصائي الاجتماعي على ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية بدرجة من الفاعلية كشخصيته ومهاراته كمهارات الاتصال مع الفريق الطبي ومع المرضى، وكذلك خبرته المهنية (Schlesinger & wolock, 1982). ومن الممكن أيضاً أن لا ينجح الأخصائي الاجتماعي في أداء دوره المهني في المستشفى، خاصة إذا كان شخصاً ساذجاً في فكره وتصرفه مع الفريق الطبي.

المهم في الأمر أنه يعتمد الحكم على مدى نجاح دور الأخصائي الاجتماعي مهنياً في المستشفى على ما يبذله من جهود، وما يستند إليه من برنامج العمل الذي يمارسه وهي بالطبع أمور غير شخصية، ولكنْ تحت ظروف معينة يتطلب منه الحيطة والحذر في الممارسة وفي التفاعل مهنياً مع الآخرين حتى ينجح الدور الذي يقوم به.

وتحكم العلاقة بين أعضاء الفريق الطبي الروح الإنسانية فلا يحق لأي عضو أن يرهق عضواً آخر، ويكون سبباً في مضايقته نفسياً، ويظهر أثر ذلك في إنتاجه، وعلى الأعضاء أن يحترموا بعضهم بعضاً، ويتعاونوا فيما بينهم، فجهودهم تصب في مصلحة المريض وفي سبيله وهي ليست لأغراض ومصالح شخصية، فجميع الأعضاء في الفريق الطبي يسعون إلى هدف واحد، وهو إنقاذ المريض والتخفيف من حدة آلامه من خلال إصلاح الخلل كل ما أمكن ذلك، وانطلاقاً من

قناعة الأخصائي الاجتماعي وانسجامه مع واجباته المهنية يتمكن من الجمع بين واجبات ممارسة المهنة وواجباته في الفريق الطبي حتى يكون بذلك قد تجنب خلط الأشياء، وعمل على تقوية علاقاته مع من هم بحاجة إلى خدماته ومع من يعمل معهم في سبيل تحقيق هذا الهدف.

ويؤكد كاوسكي وآخرون "Koeske et al., 1993" أهمية الدور المهني الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في المستشفى، نظراً لطبيعة الممارسة وطبيعة العضوية في الفريق الطبي ومسئوليات الأخصائي الاجتماعي مع المرضى وفي العمل المشترك مع الفريق الطبي، ومن النتائج التي توصلت إليها دراسته أن الأخصائي الاجتماعي أبرز أهمية تقديم الخدمات الاجتماعية النفسية للمرضى ومسئولية القيام بدوره، ويرجع الباحثون ذلك إلى الجهل في معرفة طبيعة دور الأخصائي الاجتماعي وأهمية تقديم خدمات اجتماعية ونفسية للمرضى تلعب دوراً كبيراً في تحسين حالتهم المرضية، وتعديل أوضاعهم الاجتماعية، ومهما كانت نظرة أي عضو من الفريق الطبي لدور أي عضو آخر وطبيعة ممارسته المهنية، ففي النهاية جميع الأعضاء مسئولين عن خدمة المريض، وتفهم أدوار الآخرين في مجموعة العمل الجماعي.

وفي دراسة أخرى أجراها كل من «أبرامسون وميزراهي Abramson & Mizrahi" (مايو ١٩٩٦) لفهم العوامل التي من شأنها أن تساهم في التعاون المهني بين الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين في المستشفى فيما يخص دراسة حالات المرضى، وقد قاموا خلالها بإجراء مقابلات مع ٥٣ أخصائياً اجتماعياً و ٥٠ طبيباً في ١٢ مستشفى من مستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية، ولقد أجريت تلك المقابلات مع هؤلاء المهنيين نظراً لعضويتهم في الفريق الطبي، وللتعرف على الخبرات التي يمرون بها أثناء ممارستهم لمهنهم وحسب تخصصاتهم، وأيضاً أثناء احتكاكهم مع بعضهم بعضاً في عملهم الجماعي المتمثل بالعضوية في الفريق الطبي كما هو الحال في اجتماعاتهم التي يعقدونها، والغرض من ذلك هو معرفة مدى تعاون الطرفين مع بعضهم بعضاً في دراسة حالات المرضى صحياً ونفسياً واجتماعياً، ولقد دلت النتائج التي توصل إليها الباحثان أن هناك تبايناً بين دور الطبيب ودور الأخصائي الاجتماعي، وخصوصاً في عملية التفاعل بين المريض

والأخصائي الاجتماعي، والمريض والطبيب، ولقد أعطى الأخصائي الاجتماعي أهمية أكبر في دراسة حالة المريض واللقاء به والتعرف على ظروفه المعيشية عن درجة اهتمام الطبيب باللقاءات بين الطرفين؛ ويعود السبب إلى تركيز الطبيب على نواحي عضوية وضعف اهتمامه بما يشتكي منه المريض اجتماعياً ونفسياً، وأثر ذلك على حالته الصحية بشكل عام. أما بالنسبة للاتصال فيما بين الطبيب والأخصائي الاجتماعي فإنه بدا مهماً للطرفين مما حقق التعاون المشترك فيما بينهم وذلك من خلال عمليات المناقشة وتبادل المعلومات حول حالات المرضى.

ويلاحظ أن توافق الأخصائي الاجتماعي مهنياً مع أصحاب المهن الأخرى لا يعني أن يكون ذلك على حساب مهنة الخدمة الاجتماعية، فالأخصائي الاجتماعي يعمل من خلال ما تمليه عليه ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية وتطبيقاتها في المجال الطبي، وأن يكون حراً في اختيار العمل الذي يريد القيام به، وهذا ما يميزه عن غيره في قوة الشخصية وتزاوجها مع طبيعة الممارسة؛ لذا فالاتصال بالفريق الطبي من الأمور التي قد تسترعي انتباه الأخصائي الاجتماعي لها، والعضوية في حد ذاتها لها أهمية ومعنى لاستكمال خطة علاج المريض، واتصال الأخصائي الاجتماعي الدائم بالفريق الطبي يبين له كثيراً من الأمور وتجعله على دراية أكبر بما استجد في حالة المريض صحياً.

ولعل من الأمور التي تعمل على تحسين مستوى أداء الفريق الطبي، وتعمل أيضاً على تقوية علاقة الأخصائي الاجتماعي المهنية بالأعضاء الآخرين هو حينما يصبح الاتصال بين أعضائها قوياً ويشعرون بالكفاءة والأمان أثناء ممارستهم لأدوارهم المهنية في المستشفى. وأيضاً حينما يعطون أهمية للعمل المشترك الذي يعكس طبيعة عمل أي فريق، والمهم هنا هو أن يتعرف الفريق على معوقات الاتصال الفعال بين الأعضاء والصعوبات التي يواجهها، وكيفية التغلب عليها وذلك للحد من آثارها وسلبياتها على ممارسة كل عضو لدوره المهني مع المريض. يقول الفقي (١٩٩٨) إن «العائق الأكبر في وجه الاتصال هو أن كل فرد لديه مجموعة من القيم يعتقد أنه يحملها معه بكل ما فيها من خير أو شر». فمشكلة الاتصال أحياناً تتطور إلى صراع ناتج عن التباين في عمليات الاتصال المهني فيما بين أعضاء فريق العمل المشترك، فكل عضو يصف دوره المهني وهدفه من تقديم الخدمات للمرضى

بصورة تختلف عن غيره من بقية الأعضاء في الفريق الطبي، وهذا التصور المميز للدور والهدف يحمل قيم وثقافة تدربوا عليها، وتم تأهيلهم على أدائها لممارسة مهنهم، وهذا بالطبع يرجع إلى طبيعة وكيفية ممارسة كل مهنة من مهن أعضاء الفريق الطبي (Cowles & Lefcowitz, 1992; Mizrahi, 1986; Roberts, 1989). ونتيجة لتنوع خلفياتهم وطبيعة ممارستهم المهنية والمتمثلة في أدوارهم ومسئوليات تلك الأدوار، ولاحتكاك بعضهم ببعض كأعضاء في الفريق الطبي، فمن الطبيعي أن تحدث اختلافات في وجهات نظرهم حول دراسة الحالات، وكما قيل الحكمة تأتي من وجهات النظر المتعددة، ومن الممكن أيضا، وإن مشكلة كهذه قد تعزى إلى عملية الاحتكاك فيما بينهم كأفراد بدرجة أكبر من إرجاع ذلك إلى طبيعة تداخل مهنهم مع بعضها بعضاً.

وعلى الرغم من أهمية تعامل الفريق الطبي مع الاختلافات وإيجاد حلول لعلاجها حتى لا تؤثر على فعالية دور كل عضو من أعضائها، وعلى الرغم من أهمية ادخار الفريق جهده في اتجاه الحد من المشكلات بدلاً من السماح لها بزيادة الصراعات، فإنه تبقى سيطرة الأطباء على الفريق الطبي، وعملية اتخاذ القرارات قضايا مهمة ينتقدها بعض أعضاء الفريق كالمرضات والأخصائيين الاجتماعيين الذين يواجهون مشكلة الاتصال معهم، ومن تلك المشاكل مشكلة كيفية التعاون معهم في دراسة حالات المرضى، أو مشكلة عدم تقبل بعض الأطباء لأدوار وصلاحيات بقية أعضاء الفريق الطبي وحتى في استمرارية وضعهم واعتبارهم مهنيين ولكنهم ليسوا أطباء، فهم بحاجة إلى إدراك الأطباء لكفاءتهم وأهليتهم في ممارسة مهنهم ومساهمتهم في عملية تقديم المساعدة للمرضى، وفي الواقع هناك من الأطباء من يعارضون في توسيع صلاحيات بقية أعضاء الفريق في ممارسة أدوارهم المهنية رغم تدريبهم وتأهيلهم لذلك، ومثال على ذلك أن بعض الأطباء المتخصصين في طب العائلة يحبذون أداء الأدوار المهنية المختلفة بجميع جوانبها مع المرضى بأنفسهم، وهناك من يشعر بأن تحويل الحالة منه كطبيب إلى الأخصائي الاجتماعي فيه زعزعة لمكانته المهنية فيرفض تحويل الحالة إلى الأخصائي الاجتماعي (الرشيدي، ١٩٩٩)، وقد يرجع ذلك إلى جانب سيطرتهم على تأدية الأدوار، إلى جهلهم بأهمية تكامل الخدمات الإنسانية للفرد لتحسين حالته الصحية

وظروف حياته، وفي تلك السيطرة جهل بطبيعة الدور الذي يقوم به الآخرون كالأخصائي الاجتماعي في تحقيق ذلك الغرض من خلال نوعية الخدمات التي يقدمها، وقد يدل ذلك أيضاً على ضعف تفهم بعض الأطباء لأهداف التدخل المهني من الأخصائي الاجتماعي في حياة المريض، ومع ذلك فإن المصدر الأساسي لتحويل الحالات إلى مكتب الخدمة الاجتماعية بالمستشفى هم الأطباء أنفسهم.

ويعرض الجزء التالي من هذا البحث مدى نجاح الأخصائي الاجتماعي في التوفيق بين ممارسة مهنته في المجال الطبي بالمستشفى، وبين عضويته في العمل المشترك مع الفريق الطبي.

إن إثبات الأخصائي الاجتماعي لذاته المهنية من الممكن أن يساعد على نجاح دوره مع المرضى، ويعطي بالتالي صورة لبقية أعضاء الفريق الطبي بأنه عضو فعال وناجح، ويؤدي دوره المهني على أكمل وجه، ويتطلب الأمر أن يكون منظماً ومنتجاً في عمله، ويتبع أسلوب الممارسة المهنية مع المرضى، هذا إضافة إلى جهوده في العمل المشترك. وحينما يقيم الأخصائي الاجتماعي علاقة وطيدة بكل أعضاء الفريق الطبي ويتفاعل ويتعاون معهم فإنه يستطيع أن يكسب الفريق؛ لهذا يجب أن يليق إنتاج الأخصائي الاجتماعي كمهني بالمستوى المطلوب من حيث الممارسة، وأثرها في نوعية الخدمات التي يقدمها للمرضى، ولتحسين مستوى ممارسة المهنة فإن التقويم الذاتي للأخصائي الاجتماعي – كما تم التأكيد عليه مسبقاً – من الممكن أن يساعده على تغيير نفسه، ومستوى أدائه المهني، وذاته المهنية بدلاً من محاولات تغيير الأطباء أو أي عضو آخر في الفريق الطبي. وهنا تبرز أهمية الأهداف من عملية التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي، والتي توجهه في ممارسته على أساس أن تحقيقها قد يخلق تغييراً إيجابياً في تأدية دوره المهني مع المرضى وفي الاتصال بالفريق الطبي.

الأخصائي الاجتماعي الناجح هو الذي يجمع بين ما تمليه عليه المهنة وما يتطلبه منه موقف العمل المشترك، فالأخصائي الاجتماعي لا يستطيع أن يمارس مهنته من دون هدف. ومن البديهي أن يقصد الأخصائي الاجتماعي من وراء ممارسته لمهنة الخدمة الاجتماعية تحقيق أهداف محددة ومرسومة، ومن ثَمَّ يصبح ما يقوم به من عمل ذا قيمة واقعية يستفيد منها الآخرون، ولكنْ قد ترجع

بعض الصعوبات التي يواجهها الأخصائي الاجتماعي إلى قلة خبرته في التركيز في بداية الممارسة على أهمية تحديد الأهداف وكيفية تحقيقها بالتعاون مع الفريق الطبي، ولكنْ من خلال الممارسة ومع مرور الوقت تتلاشى تلك المشكلة ويتبين أن احتكاك الأخصائي الاجتماعي مع الفريق الطبي قد يبرهن له مدى كفاءة العمل المشترك لمصلحة المرضى ولمصلحة أنفسهم كمهنيين، حيث ينمو الإنسان ويزداد خبرة مهنياً، وحتى ينجح الأخصائي الاجتماعي في أدائه لدوره المهني فإنه لا بد أن يقوم بشيء من الإبداع في الأهداف المرتبطة بتحسين الدور المهني المناط إليه مع المرضى وفي ذلك تحسين لمستوى الخدمات الاجتماعية النفسية، وتلك النوعية من الخدمات ليس من السهل استبدالها أو أن تحل محلها خدمات من نوعية أخرى بديلة لما يقدمه الأخصائي الاجتماعي، أو كبديل للأخصائي الاجتماعي نفسه كمهني في مواجهة احتياجات المرضى الذين يتعامل معهم، وقد يترتب على ذلك أن يظل الأخصائي الاجتماعي هو المهني الذي يقوم بذلك الدور ويتحمل أعباءه ويتعاون مع الفريق الطبي.

وفكرة تحديد وتوضيح دور كل عضو من أعضاء الفريق الطبي له أهميته في تقليل أو تخفيف حدة التنافس الذي قد يتمخض عنه نتائج سلبية في أداء تلك الأدوار المهنية، ولأن طبيعة العمل كفريق يتطلب التعاون والمشاركة بين الأعضاء خاصة أن لديهم خلفيات علمية متنوعة، فقد تعزى المنافسة بين الأعضاء في ممارسة أدوارهم إلى مشكلة عدم وضوح الدور، والتي تتسبب في حدوث شيء من القلق الناتج عن الاحتكاك فيما بينهم، والتداخل في أدوارهم كما أثبتت بعض الدراسات ذلك (Abramson & Rosenthal, 1995; Campbell Heider & Pallock 1987). فالتركيز على العمل المشترك وتبادل المعلومات فيما بينهم يتطلب التنازل عن التفرد في عملية اتخاذ القرارات الخاصة بدراسة الحالة بحيث يتفق ويساهم الجميع في كيفية إصلاح الخلل.

وحتى الكيفية التي ينجز بها الفريق الطبي أعماله والمسئوليات المرتبطة بأداء الأعضاء أدوارهم بشكل فعال تؤدي إلى الإنتاج المثمر لهم كفريق عمل مشترك، وتأتي أهمية إقامة الاجتماعات للفريق بصفة دورية لمناقشة الأمور المتعلقة بطبيعة أدوارهم المهنية كأعضاء في الفريق الطبي لدراسة حالة المريض من جميع جوانبها،

ومهنياً يتميز الأخصائي الاجتماعي بشخصية المحاور، فالخلاف في الرأي مع رئاسة الفريق لا يعني غلق أبواب الحوار، بل المحاورة كأسلوب للإقناع وعرض وجهة نظره، وما يدور من نقاش لا يعني أن يأخذ أعضاء الفريق الطبي كلام بعضهم بعضاً كأنه مسلمات، ولكنه الاستماع إلى وجهات نظر الأعضاء في متابعتهم لحالة المريض، وطرح الخطة العلاجية المناسبة، فعملية تبادل المعلومات تستدعي الاستماع بآذان واعية وجهة النظر المخالفة، والتأمل فيها، ومناقشتها عن علم.

وأن لا يكون هناك تعدٍ على أدوار الآخرين؛ فرئيس الفريق كالطبيب مثلاً هو الذي يخبر المريض بحقيقة مرضه، ويتعاون معه أعضاء الفريق الآخرين في دراستها من جميع الجوانب المطلوبة والمقترحة في الخطة العلاجية، لذلك قبل الانطلاق في النشاط مع زملاء العمل المشترك على الأخصائي الاجتماعي أن يشغل عقله ويفكر في الحل المشترك مع الفريق الطبي لعلاج المريض، وبالتالي تكون دعامته عقله، فمن الواضح جداً أن ضم الفريق الطبي لمهنيين من خلفيات وخبرات متنوعة يؤدي إلى فهم أكبر لاحتياجات المريض، بحيث يتم تسخير مهارات وإمكانيات الفريق الطبي لتحسين حالة المريض الصحية، وهذا أمر مرغوب فيه للعمل مع المريض ومع الفريق الطبي، فتباين الآراء يثري القضية المطروحة، ويفيد أعضاء الفريق أنفسهم أيضاً؛ لأن الاحتكاك بينهم من شأنه أن يوسع في معرفتهم، وتزيدهم خبرة، خاصة أنهم مسئولون بالعمل المشترك في تحمل أعباء دراسة الحالات من جوانب مختلفة، وتقسيم المسئوليات فيما بينهم ومساندة بعضهم بعضاً ضرورية حتى يكون عبء العمل مناسباً تناسباً طردياً مع طبيعة الممارسة، كل منهم لأداء دوره المهني مع المريض.

وتبقى نقطة أخرى وثيقة الصلة بمدى مساندة بعضهم بعضاً كأعضاء في الفريق الطبي وما يجمعهم هو طبيعة عملهم كفريق من المهنيين وإن تباينت آراؤهم واتجاهاتهم فإن من ردود الفعل لذلك هو التماسك والتكاتف فيما بينهم كوحدة عمل مشترك هدفهم مصلحة المرضى، فينعكس ذلك في أسلوب التعامل فيما بينهم، وفي نوعية ومستوى الخدمات التي يقدمونها تلبية لحاجات المرضى في المستشفى، حتى فيما بعد حينما تستدعي الضرورة لتلك المتابعة (Dhooper, 1994)؛ لذا يفترض وضوح الأدوار لدى أعضاء الفريق الطبي وبالأخص دور الأخصائي الاجتماعي

والذي هو المهني غير طبي وطبيعة ذلك الدور وما يقدمه من خدمات اجتماعية نفسية، وكذلك مساندة الأخصائي الاجتماعي للمريض وتوفير سبل الراحة له، والدفاع عن حقوقه وتحقيق مطالبه، والعمل على كل ما فيه مصلحته في حدود إمكانات وخدمات المستشفى، وفي ذلك تجنباً لأن ينتهي دور الأخصائي الاجتماعي بالفشل.

جوانب من الهوية المهنية:

يمكن أن يكون الأخصائي الاجتماعي رجلاً أو امرأة، وفي مراحل عمرية مختلفة، ولكنَّ العامل المشترك بين الأخصائيين الاجتماعيين هو ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في مجالات الحياة المختلفة، والالتزام بأخلاقيات تلك الممارسة، وهناك أمورٌ يجب أن يعطى الأخصائي الاجتماعي أهمية لها أثناء ممارسته لمهنته مع المرضى في المستشفى وهما: عاملا العمر والجنس، حيث إنهما جزآن من هويته الشخصية "identifying information" والتي من الممكن أن تؤثر على ممارسته مهنياً، وحتى في عضويته مع الفريق الطبي.

١ – العمر:

يعد عمر الأخصائي الاجتماعي محكاً مهماً لقيامه بأداء دوره المهني بنجاح ومؤثراً على ممارسته المهنية مع المرضى في المستشفى، ذلك لأن فارق العمر بينه وبين المريض من شأنه أن يشكل عقبة في تكوين علاقة مهنية بين الطرفين أو أسلوباً للتفاهم بينهما (Kadushin, 1972)، والأخصائي الاجتماعي في المستشفى يتعامل مع شرائح مختلفة كالأطفال والمراهقين والشباب والبالغين والمسنين إضافة إلى أسرهم، وكل شريحة لها خصائصها التي تميزها عن الشرائح الأخرى حتى في نوعيات الأمراض التي يتعرض لها الإنسان في حياته وردود الفعل المتباينة نتيجة ذلك، حتى في كيفية الاستجابة للمرض فهي تختلف من جنس إلى جنس آخر.

ويعد تعامل الأخصائي الاجتماعي مع مختلف الشرائح ومع الجنسين اختبارا له، خاصة حينما يكون حديث التخرج أو في مقتبل العمر؛ وذلك بسبب تقارب العمر بين الطرفين. وهناك أمثلة كثيرة حول دراسة الأخصائي الاجتماعي لشرائح كثيرة، وكذلك الصعوبات التي يواجهها مع تلك الشرائح التي يتعامل معها،

خاصة أن كل شريحة تمثل مرحلة عمرية معينة يمر بها الإنسان في حياته، فقد يواجه الأخصائي الاجتماعي صعوبات في التعامل مع مريض – مثلاً – لا يلتزم بالنصائح والإرشادات الطبية، فالمشكلة هنا لا تكمن بالضرورة في شخصية الأخصائي الاجتماعي وطبيعة ممارسته المهنية، وإنما ترجع إلى سلوكيات المريض كالتمرد ومعارضته على تطبيق الإجراءات الطبية اللازمة لعلاجه.

ولقد بحث الباز (١٩٩٧) في عوامل التزام المرضى بالإرشادات الطبية، وانعكاساتها على تحسين حالتهم الصحية، وقام في دراسته بتحديد عوامل ديمغرافية ومؤسسية من الممكن أن تؤثر على مدى التزام المريض باتباع الإرشادات الطبية، ولقد حدد العوامل الديمغرافية في متغيرات تشمل جنس المريض وعمره وحالته الاجتماعية ومستواه التعليمي وحالته الصحية، كما حدد العوامل المؤسسية في متغيرات تشمل مدة الزيارة للطبيب واستمرارية الطبيب ومهارة الطبيب في الاتصال بالمريض ومهارة الطبيب في التعامل الشخصي مع المريض. ولقد تبين من نتائج الدراسة أن جميع العوامل المؤسسية لها تأثير في التزام المرضى بالإرشادات الطبية (ما عدا استمرارية الطبيب مع المريض). فقد دلت النتائج على عدم وجود علاقة بين هذا المتغير والالتزام بالإرشادات الطبية. أما بالنسبة للعوامل الديمغرافية فقد تبين أنْ ليس لها تأثير في التزام المرضى بالإرشادات الطبية (ما عدا العمر)، وهذا يشير إلى أن هناك علاقة بين العمر والالتزام. ويؤكد الباز أن العمر من العوامل الديمغرافية التي لها تأثير قوي على سلوك المريض في اتباع الإرشادات الطبية تنفيذاً للخطة العلاجية. وأضاف أن فترة المراهقة التي يمر بها الفرد بالفعل تؤثر على مدى التزامه بإرشادات الطبيب.

وفي دراسة أخرى حول تعامل الأخصائي الاجتماعي مع مرضى في مرحلة المراهقة قام بها تبي وآخرون "Tebbi, et al. 1988" لمقارنة إجابات الوالدين وأبنائهم المراهقين من المرضى بالسرطان عن مدى اتباع الأبناء لخطوات العلاج، تبين أن هناك اختلافاً في الإجابات بين الوالدين والأبناء المرضى الذين تقل أعمارهم عن ١٧ عاماً، وقد أوضحت تلك الدراسة أن مرحلة المراهقة تتميز بكثرة التساؤلات والعصيان ومحاولة الاستقلالية، التي تؤدي إلى عدم تقبل الأوامر أو اتباع التعليمات من أي شخص مَهْما كانت صلته بالمراهق، حتى إن كان الأمر يختص باتباع الإرشادات الطبية لتحسين مستوى حالته الصحية والحد من تفاقم مشكلته المرضية.

ومثال آخر للشرائح التي يتعامل معها الأخصائي الاجتماعي هم المرضى المسنين. وهم يعبرون عن طبيعة مرحلة عمرية يمر بها الإنسان في حياته، فالمرضى من كبار السن عرضة للنسيان حيث تخونهم ذاكرتهم، وذلك لتعرض بعضهم للإصابة بأمراض الدماغ المتعلقة بالشيخوخة كمرض الزهايمر "Alzhaimer disease" الذي يتلف بعض خلايا الدماغ فيسبب فقدان الذاكرة لدى الإنسان المصاب، وهذا المرض عادة يصاب به بعض كبار السن الذين بلغوا الستين سنة من العمر، وقد يصاب به في بعض الأحيان من لم يبلغ الخامسة والخمسين من عمره، وتزداد حدة النسيان وفقدان الذاكرة عند المصاب به مع مرور الوقت حيث يؤثر بشكل أقوى على نشاطه العقلي، ولقد أثبتت دراسة مارك ومارك "Mark & Mark 1989 والتي أجريت على نزلاء إحدى دور المسنين ان ٤٠٪ منهم مصابون بهذا المرض مما يدل على انتشاره بين كبار السن، وليس بالغريب أن ينسى المريض المسن موعد المقابلة مع الأخصائي الاجتماعي (وإن كان ذلك يشعر الأخصائي الاجتماعي بشيء من الإحباط)، ومن المتطلبات المهنية المرتبطة بممارسة المهنة مع شريحة المرضى المسنين هو أن يكون الأخصائي الاجتماعي على درجة أكبر من الحساسية عن الحالات التي يعتاد على دراستها، وهناك مشكلة أخرى يعاني منها المسن وهي ضعف أو فقدان حاسة السمع، ويتطلب ذلك من الأخصائي الاجتماعي أن يحدث المريض بصوت عال حتى يتمكن من توصيل المعلومات له ومناقشته، ثم إن على الأخصائي الاجتماعي أن يتكلم ببطء وحذر مع المريض المسن وألا يطلب منه ما لا طاقة له به.

ودراسة الأخصائي الاجتماعي لمريض كبير في السن تشعره بالتعب والإرهاق. ويرجع ذلك إلى طبيعة المرحلة العمرية التي تمر بها هذه الشريحة، فالمريض من هذا النوع يشعر وأحياناً يعيش في وحدة "lonliness"، وعزلة "isolation"، وعلاقته مع الأخصائي الاجتماعي تعني له كثيراً، وللأخصائي الاجتماعي أيضاً دور في توعية وتوجيه أسرة المسن إلى كيفية التعامل مع كبير السن، وتوضيح حاجاته الاجتماعية والنفسية المرتبطة بهذه الفترة من حياته، وتذكيرهم أن لهم كأفراد أسرته دوراً إيجابياً وفعالاً في مدى تحسن حالته المرضية ورفع معنوياته.

وفي بعض الأحيان تختلط الأمور على الأخصائي الاجتماعي نفسه فيشعر في تعامله مع المسن باليأس لأن المريض المسن لديه فترة وجيزة في الحياة، وربما

يتساءل الأخصائي الاجتماعي عن مدى جدوى الجهود والتكاليف التي تسخر لمريض يعيش فترة قصيرة. ولم لا؟ فمجتمعنا الحضاري ينطلق من قاعدة تقدير الإنسان المسن واحترام مشاعره وحريته، وبالتالي احترام وجوده كإنسان من حقه أن يعيش في المجتمع كما يعيش أي شخص آخر، ومن حقه أن تكون له مكانة في الحياة، لذا فإن من حقوق المريض المسن الاستفادة من الخدمات الصحية اللازمة أثناء رقوده في المستشفى حتى متابعته بعد خروجه منها، مهما كانت مدة حياته أو قرب موته، ويتطلب ذلك أن يتقبل الأخصائي الاجتماعي العمل معهم بروح واقعية يدرس من خلالها ظروف الآخرين كما لو كانت معه، فحتى الشخص المصاب بمرض الزهايمر يتوقع له العيش سنوات طويلة بعد الإعلان عن إصابته بها.

ومن المشاكل التي تواجه المستشفيات ويلاحظها الأخصائي الاجتماعي أيضاً هي مشكلة تكمن في رقود بعض المرضى من شريحة كبار السن في المستشفى "Length of stay" فترة تطول عن الحد اللازم لرقودهم مما يشكل عبئاً، ويحتاج بالتالي إلى عناية واهتمام الفريق الطبي فوق الحد المطلوب لحالتهم المرضية (Holden, 1989)، لذا فإن ظاهرة كهذه والتي تعاني منها بعض المستشفيات في الكويت كمستشفى مبارك الكبير (الرشيدي ١٩٩٩، والفرهود ١٩٩٩) تتطلب جهود الأخصائي الاجتماعي حول ضرورة التنسيق والتعاون ما بين وزارة الشئون الاجتماعية والعمل ووزارة الصحة لإيجاد حل لمشكلة المرضى المسنين طويلي المكوث في المستشفى رغم انتهاء العلاج الطبي لهم، وذلك كأن يحولوا إلى دور رعاية المسنين، أو إثارة وعي أسرهم بتحمل مسئولية توفير الرعاية المنزلية للمسنين وبقائهم معهم.

ولننظر إلى الجانب المشرق في القضية وجدير أن يضعه الأخصائي الاجتماعي في اعتباره وهي أن نقطة القوة عند شريحة كبار السن تكمن في مدى تكيفهم مع المرض الذي يعانون منه، فقد عاشوا فترات طويلة ومروا بتجارب كثيرة، وتعلموا أساليب الحياة، وكيفية التكيف مع ظروفها. وهذا بالطبع يختلف في طبيعته عن شاب مريض يعاني من مرضٍ ما وهو في مقتبل العمر، وطبيعة الحالة التي يدرسها الأخصائي الاجتماعي لشاب تختلف عن طبيعة دراسته لحالة مسن، فالمريض الشاب وبالأخص المراهق من الممكن ألا يتقبل حالته المرضية ولا يصمد

أمامها وقد يثير مشاكل أثناء رقوده في المستشفى ولا يتقبل نصائح وإرشادات الأخصائي الاجتماعي أو الفريق الطبي بشكل عام، وفي ذلك تحدياً لسلطة هؤلاء المشرفين على علاجه.

ومهنياً يمكن للأخصائي الاجتماعي الاستفادة من تجاربه السابقة في المواقف التي يمر بها مع المرضى على اختلاف الشرائح وطبيعة المراحل العمرية التي يمرون بها، وأن يدرس تلك التجارب ويفهمها، ويفهم طبيعة الظروف الموضوعية المحيطة بها. والموضوعية بدورها في الممارسة تتطلب من الأخصائي الاجتماعي أن يقوم بدراسة مشكلة المريض دراسة علمية يستخدم خلالها النظريات العلمية حول شخصية الإنسان ونموه وسلوكه والبيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها بهدف علاجها ومواجهة أخطارها على الأفراد والمجتمع، وقد يستفيد من تجاربه في تحسين مستوى أدائه المهني مع حالات مشابهة ومواقف أخرى يواجهها مع مرضى لهم ظروف مماثلة فيزداد خبرة ومعرفة، وفي التجارب علم مستفاد.

٢ – الجنس:

ولو نظرنا إلى جنس الأخصائي الاجتماعي لوجدنا أن أهميته لا تقل عن أهمية عمر الأخصائي الاجتماعي وأثرها على الممارسة المهنية، نظراً لاحتكاكه المباشر مع المرضى أثناء أدائه لدوره المهني، وكما أن عمر الأخصائي الاجتماعي قد يحدد علاقته المهنية مع المرضى – وهو موضوع في غاية الحساسية – حيث إنه يحدد للأخصائي الاجتماعي فرصة التدخل لتقديم المساعدة، فإن جنس الأخصائي الاجتماعي ذو أهمية مماثلة، فالرجل والمرأة جنسان يختلفان بعضهما عن بعض في كيفية تكوين العلاقات مع الآخرين، وعلى الرغم من أن العلاقات المهنية الطيبة تسمو فوق نوعية الجنس، فإنها من العوامل المؤثرة، وربما المعرقلة في تكوين علاقات مهنية بين الأخصائي الاجتماعي وعملاء من جنس آخر، لذا يفضل إيجاد أخصائي اجتماعي من جنس المريض، وخاصة إذا طلب المريض ذلك. وحتى في بعض الحالات هناك حاجة لوجود أخصائية اجتماعية من نفس لهجة المريضة لعدة أسباب منها المحافظة على سرية المعلومات وسهولة التفاهم، وتوصل المعلومات وقد يكون التعصب للأصل أيضاً سبباً في عملية اختيار الأخصائي الاجتماعي، فقد تطلب المريضة – مثلاً – أخصائية اجتماعية كويتية لمقابلتها،

خاصة أن هناك مجموعة من الأخصائيات الاجتماعيات العاملات في مستشفيات الكويت من غير الكويتيات (الرشيدي، ١٩٩٩). وحتى الأخصائية الاجتماعية التي تدرس حالات النساء المريضات يجب أن تمتلك مهارات حول كيفية التعامل مع النساء، وللمستشفى مسئولية في توفير هذه النوعية من الخدمات للمرضى مما يمكن الأخصائية الاجتماعية من التحدث مع المريضة ومناقشتها، وفهم طبيعة معاناتها، وتحقيقاً لشعور المريضة بالارتياح في علاقتها مع الأخصائية الاجتماعية.

ولكن على المدى البعيد قد تخلق مشكلة قلة أعداد الأخصائيين الاجتماعيين حاجة إلى وجود أخصائية اجتماعية مع مريض من جنس آخر، وما هو معروف في مجتمعنا وحتى عالمياً أن الإناث يقبلن على دراسة الخدمة الاجتماعية ومن ثم ممارستها أكثر من الذكور، وقد ظهر ذلك جلياً في كتابات الكتاب في مجال الخدمة الاجتماعية حتى ذهب بعضهم إلى توجيه الكتابة للأخصائية الاجتماعية بدلاً من الأخصائي الاجتماعي، فلقد ذكرت مارغريت رود "Margaret Rhodes" (1989) في كتابها «القضايا الأخلاقية في ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية» بأنها استخدمت الأخصائية الاجتماعية بدلاً من الأخصائي الاجتماعي؛ لأن غالبية الذين يمارسون مهنة الخدمة الاجتماعية هم من الإناث، ولعل ذلك مؤشر على زيادة أعداد الأخصائيات الاجتماعيات وتأكيداً لنفس الأسباب من حيث التزايد والنمو المطرد لعدد الإناث اللاتي يقبلن على دراسة وممارسة المهنة عن الذكور.

ويبقى موضوع الجنس مهماً حيث إن طبيعة المرأة وتفكيرها يختلف عن طبيعة الرجل وتفكيره في كيفية مواجهة المشاكل الاجتماعية والنفسية التي يتعرضان لهما في حياتهما الشخصية بل والعملية؛ ويعود ذلك إلى طبيعة جنس الإنسان واحتياجاته ومن يتفهمه. ويلعب السعي في إيجاد أخصائي اجتماعي من جنس مماثل دوراً كبيراً في نجاح عملية التدخل وتقديم المساعدة؛ لهذا فإن إيجاد أخصائية اجتماعية لمريضة من عنصر جنسي وجنسية وحتى أقلية مماثلة له دور فعال إلى حد كبير في نجاح الخطة العلاجية المقترحة. فالإنسان بطبيعته يحتاج إلى من يفهمه ويفهم ثقافته وتراثه وكل ما بنى عليه حياته وعلاقاته مع الآخرين، وهذا الفهم يقود الأخصائي الاجتماعي إلى معرفة الإنسان بعمق ومعرفة مواطن القوة

والضعف في شخصية ذلك الإنسان، ودرجة تحمله، وملابسات الظروف التي يعيشها يومياً في حياته الخاصة، فالإنسان يحتاج إلى من يعيش معه مشكلته ومعاناته حتى يجد منفذاً له منها وذلك من خلال التعبير والتصرف.

ويمكن عزو الفارق بين الرجل والمرأة إلى أن بناء دماغ المرأة مصمم بطريقة تختلف عن بناء دماغ الرجل، فبينما المرأة تعبر تعبيراً لفظياً عن مشاعرها إزاء مشكلة اعترضتها نجد أن الرجل يتصرف بطريقة مغايرة؛ فالرجل يفصل نفسه عن شعوره حتى يدرك أبعاد المشكلة وكيفية حلها، وحينما يغضب من شيء فإنه يتوجه إلى القيام بنشاط ما كممارسة الرياضة مثلاً، ولقد أثبتت دراسة جون جيري "John Gray" (1996) أن الرجال يلجأون إلى ممارسة الرياضة للتعبير عن غضبهم باللعب، وفي ذلك فائدة جلية للتخلص من التوتر واستعادة القدرة على رؤية الأشياء في أبعادها الصحيحة، وفي نفس الوقت يكون إيجاد حل للمشكلة التي يعانون منها تتصدر أولويات ما يريدون الوصول إليه.

وبالتأكيد فإن المرأة أيضاً تحاول إيجاد حل لمشكلتها، ولكنْ لأن نمو الدماغ لديها يختلف عن نمو دماغ الرجل فإنها تميل في البداية إلى التحدث عن المشكلة – وهذا يعد تنفيساً لها عن مشاعرها، وحينما تغضب المرأة فإنها وفي البداية تود أن تعبر عن ماشعرها، وحينما تكمل حديثها فإنها تبدأ في إدراك المشكلة، ويستمر إدراكها معها حتى تستطيع بذلك أن تفكر بما تقوله، وما تشعر به وأن تفصل بينهما. وردة فعل المرأة إزاء المشكلة تبدأ من مركز الشعور في دماغها، ثم تنتقل إلى مركز المحادثة، ومن هناك تنطلق في التفكير، وهذا تدرج طبيعي لدى المرأة، بل يساعدها على نمو مهاراتها إزاء المشاكل التي تتعرض لها. ومع مرور الوقت تنمو لديها بالتدريج القدرة على الشعور، والتحدث، والتفكر في آن واحد.

وعلى صعيد الممارسة المهنية فإنه عندما تضطر الأخصائية الاجتماعية إلى العمل مع مريض من الجنس الآخر فعليها أن تكون على حذر فيما تقول وترتدي، وكيف تتعامل مع المرضى نظراً لحساسية العلاقة بين جنسين مختلفين وإن كانت علاقة مهنية ووقتية. ففي بعض الحالات قد يعاني المريض من أزمة عاطفية في حياته، وعلى الأخصائية الاجتماعية أن تضع حداً لسلوك هذا المريض معها كي لا تشعر هي أو المريض بأنه مخدوع من الطرف الآخر.

إن أساس تدخل الأخصائي الاجتماعي في حياة المريض مبني على علاقة مهنية بجدية ومسئولية، فتؤكد تلك العلاقة أساس الالتزام بأخلاقيات ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية مع الأفراد. فالمسئولية المهنية تتطلب من الأخصائي الاجتماعي تحقيق أكبر قدر ممكن من الانضباط في تكوين العلاقات المهنية مع المرضى، خاصة أنهم يعانون من مشاكل في حياتهم؛ لذا يفترض في شخصية الأخصائي الاجتماعي ذلك المهني الذي لا يتكلف الكلمات التي يقولها للآخرين، ولا هو بالشخص المشاكس الذي يبحث عن المشاكل في أدائه لدوره المهني، وفي علاقاته مع الحالات التي يدرسها، ويفترض أن ذلك يخلق نوعاً من الرقابة الذاتية في نفس الأخصائي الاجتماعي، ويكون شخصاً واقعياً يتمسك بأخلاقيات الممارسة المهنية من جانب الإحساس بقوة وصدق.

لذلك يعد الالتزام بقائمة أخلاقيات ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية أسلوباً عملياً من أساليب بناء شخصية الأخصائي الاجتماعي المهنية من الداخل لينعكس على طبيعة ممارسته المهنية وسلوكه المهني في الخارج، عندما يتحمل مسئولية تلك الممارسة، وهناك أمثلة كثيرة على نجاح الأخصائيين الاجتماعيين في الحفاظ على ما يحملون من مبادئ وقيم ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية، وما يقدسون من مسئوليات وواجبات، لأن أخلاقيات الممارسة المهنية استطاعت أن تهيئ لهم البناء الداخلي القوي المتماسك، وأخيراً فالغاية من العلاقة المهنية هو التدخل لتقديم المساعدة كتخفيف لمعاناة المريض من خلال التحليل الاجتماعي النفسي لا لجلبها لهم، وحتى تكون ثمار عملية التدخل خروج المريض من مرحلة الاعتماد على الخدمات الاجتماعية ودخوله مرحلة الاستقلال.

الخلاصة:

خلاصة الأمر أن دور الأخصائي الاجتماعي في ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في المستشفى نشأ تحت ظروف معينة هيأت له الدخول في المجال الطبي، ولقد نما هذا المجال وتوسع كثيراً في مستشفيات الكويت بحيث أصبحت مكاتب الخدمة الاجتماعية متوفرة في تلك المستشفيات، وتقدم الخدمات الاجتماعية النفسية للمرضى حسب حاجتهم لها، وحسب توزيعهم في المناطق الصحية الخمس، ففكرة تقديم الخدمات الاجتماعية بمستوياتها، جاء من المستشفى نفسه حيث رأى الأطباء أهمية وجود الأخصائيين الاجتماعيين كأعضاء في الفريق الطبي المشرف على حالة المريض؛ وذلك لحاجة بعض المرضى إلى من يساعدهم على الحد من معاناتهم من خلال دراسة أوضاعهم الاجتماعية وحالاتهم النفسية إلى جانب الرعاية الصحية التي توفرها المستشفى لهم.

ومن هنا نجد ضرورة تأهيل الأخصائي الاجتماعي، وتدريبه على القيام بدوره المهني في المستشفى أثناء دراسته للخدمة الاجتماعية واستمرارية تدريبه أثناء ممارسته للمهنة؛ وذلك لإعداده وكسبه لمهارات طبيعة ممارسة المهنة في المجال الطبي وخصوصاً في المستشفيات وما يستجد حول طبيعة تلك الممارسة، وبالنسبة لدور القائمين على عملية إعداد الأخصائي الاجتماعي المهني، فإننا نرى أن استثمار العنصر البشري هو أساس النجاح، ويتطلب ذلك حرصاً منهم على الارتقاء بأداء المهنيين، فأهمية التدريب أثناء ممارسة العمل بها تكمن في الوقوف على كل ما هو ممكن في سبيل تحسين الأداء المهني واستخدام ما يطرح من جديد من المعلومات، وبذلك يمكننا من تطوير الذات المهنية وممارسة المهنة والارتقاء بهما في آن واحد، فالأخصائي الاجتماعي بحاجة إلى معرفة الفن في التعامل مع الأفراد كل حسب مراحل العمر والجنس والاحتياجات الشخصية، وما يقتضيه دور الأخصائي الاجتماعي معهم.

لذا فإننا نعتقد بأهمية المهارات التي تساعد على تطوير أساليب الممارسة وضبطها بالتدريب، فمعظم المهارات التي تتطلبها عمليات الممارسة المهنية تستند إلى قواعد معرفية لا يمكن تعلمها إلا عن طريق الدراسة، والاطلاع الدائم لكل ما هو جديد، وبالتدريب عليه؛ ولهذا نجد أنه يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يرتقي بمستوى مهاراته إذا نجح في الجمع ما بين قدراته الطبيعية – كاستعداده لممارسة المهنة – وبين

المهارات التي أمكنه تنميتها عن طريق التعلم من جهة أخرى، وكذلك إلمامه بطبيعة العضوية في الفريق الطبي في المستشفى لما له من أهمية في العمل المشترك حيث يأتي دوره أساسياً في دعم جهود الفريق الطبي ومساندته في دراسة حالة المريض.

وبما أن الخدمة الاجتماعية الطبية جزء من الرعاية الطبية الشاملة التي توفرها المستشفى للمرضى فإن الخدمات الاجتماعية الفعالة تحقق الأهداف المرجوة من عملية التدخل وتقديم المساعدة، وهذا يتطلب إلى جانب الارتقاء في مستوى الأداء المهني، تنسيق جهود الأخصائي الاجتماعي مع جهود الفريق الطبي خدمة لمصلحة المرضى.

وإضافة إلى ذلك فإنه يهم إلمام الأخصائي الاجتماعي بطبيعة العمل في المستشفيات ومعرفته باللوائح والقوانين الخاصة بالعمل فيها مسبقاً، حتى يستطيع أن يوفق بين استقلاليته في ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المرضى، والعمل المشترك مع الفريق الطبي، وأن يكون علاقات عمل بانفتاح مع جميع أعضاء الفريق، وأن يكون أيضاً ملماً بكيفية الاتصال بالتنظيمات الاجتماعية الأخرى الموجودة في المجتمع للاستفادة من مواردها دعماً لصالح المرضى.

ومن أقرب الطرق إلى خلق شخصية مهنية متميزة للأخصائي الاجتماعي هو أن يتعرف وكأنه يملك شخصية مهنية متميزة بالفعل، فممارسة المهنة تفرض المزيد من الهدوء النفسي، والاتزان العاطفي، والثبات العقلي، والصبر كقيمة أخلاقية مثلى في الممارسة، وحتى يستمر الأخصائي الاجتماعي في أدائه لدوره المهني مع المرضى في المستشفى بنجاح فإن الإبداع في ذلك الدور (نظراً لارتباط فكرة الإبداع بالحاجة إلى ثقافة مهنية متجددة تركز على النوعية لا على الكمية) يساعده على زيادة فعالية الأنشطة والوسائل التي يستخدمها في خطته العلاجية، ومن هنا تأتي أهمية تبني التعديل أو حتى التغيير لتحسين مستوى أدائه المهني مما يساعده على فهم أعمق لاحتياجات ومتطلبات ورغبات المرضى، ومتابعة حالاتهم، ومساعدتهم على تحقيق أهدافهم. والأخصائي الاجتماعي لا يرتقي بممارسته لمهنته إلا بما يقوم به من عمل وإبداع على مستوى الوحدات الصغرى والوحدات الكبرى، وهذا من شأنه الارتقاء بمستوى ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي بالمستشفيات.

المراجع العربية

- الشطي، أحمد (١/٦/١٩٩٩) ندوة «الكويت بلا تدخين عام ٢٠٠٠» – الكويت.
- الباز، راشد (١٩٩٧) «عوامل التزام المرضى بالإرشادات الطبية في المملكة العربية السعودية». مجلة العلوم الاجتماعية (٢٥) ٤ شتاء: ١٢٥–١٤٧.
- الرشيدي، منى (١٩٩٩) مقابلات شخصية – مديرة مكتب الخدمة الاجتماعية بمنطقة حولي الصحية.
- الظاهر، علي (١٩٩٨) «الكويت متقدمة صحياً بشهادة منظمة الصحة العالمية». القبس (٨٨٤٤) الثلاثاء ٣/٢:٤.
- المزيني، أحمد (١٩٦٠) مجموعة القوانين الصحية والقرارات والتعميمات المنفذة لها الصادرة بدولة الكويت، الكويت: مطابع الرسالة.
- الفقي، إبراهيم (١٩٩٨) «مهارات الاتصال». القبس (٨٨٧٨) الاثنين ٩/٣.
- عبدالعزيز، عادل، وفتحي، عالية (١٩٩٨) «الخدمة الاجتماعية.. حياة حرة وكرامة معززة». القبس (٩٠٠٠) السبت ١١/٧.
- مكتب الخدمة الاجتماعية – منطقة حولي الصحية (١٩٩٣) التقرير السنوي ٩٣، وزارة الصحة.
- مكتب الخدمة الاجتماعية – منطقة حولي الصحية (١٩٩٨) التقرير السنوي ٩٨، وزارة الصحة.
- الفرهود، عبدالعزيز (١٩٩٩) مدير مستشفى مبارك الكبير، تصريح لجريدة الرأي العام (١١٧٦٩) السبت ١١/٩ .
- مكتب الخدمة الاجتماعية – منطقة الجهراء الصحية (١٩٩٨) التقرير السنوي ٩٨، وزارة الصحة.

References

- Abramson, J. & Mizrahi, T. (May, 1996). ''When Social Workers and Physicians Collaborate: Positive and Negative Inter-Disciplinary Experiences''. *Social Work,* 41 (3), pp. 270-281.
- Abramson, J. & Rosenthal, B. (1995). ''Interdisciplinary and Inter-organizational Collaboration''. pp. 1479-1489. In: R.L. Edwards (Ed-in-Chief). *Encyclopedia of Social Work* (19th ed.), Washington, DC: NASW Press.
- Aguiliera, R. & Messick, R. (1974). *Crisis Intervention and Methodology*. St. Louis, MO: C.V. Mosby Co.
- American Hospital Association (February, 1973). ''Statement on a Patients' Bill of Rights''. *Journal of the American Hospital Association* 47:4.
- Anderson, N. & Armstead, C. (1995). ''Toward Understanding the Association of Socieoeconomic Status and Health: A New Challenge for Biopsychosocial Approach. *Psychosomatic Medicine,* 57, 312-325.
- Barker, R. (1995). *The Social Work Dictionary*. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Campbell-Heider & Pallock (1987). ''Barriers to Physicians/ Nurse Collegiality: An Anthropological Perspective: *Social Sciences & Medicine,* 25, 421-425.
- Caputi, M. (1978). ''Social Work in the Health Care: Past and Future''. *Social Work*, 3, 8-29.
- Cowles. L. & Lefcowitz, C. (1992). ''Interdisciplinary Expectations of the Medical Social Worker in the Hospital Setting'', *Health & Social Work,* 17(1): 57-65.
- Dhooper, S. (1994). *Social Work and Transplantation of the Human Organs*. Connecticut: Praeger.
- Drickx, J. (1997). *Medical Dictionary for the Health Professions*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Dockhorn, J. (1982). *Essentials of Social Work Programs in Hospitals*, Chicago, IL: American Hospital Association.

- Fuchs, V. (1974). *Who shall Live? Health Economics and Social Choice*. New York, NY: Basic Books, Inc., Publishers.
- Ford, R., Bach, S. & Fottler, M. (1997) Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review,* 22 (2): 74-89.
- Gray, J. (1996). Mars and Venus together forever: Relationship skills for lasting love. New York, NY: Harper-Collins Publishers, Inc.
- Gil, D. (1992). *Unraveling Social Policy* (rev. 5th ed.) Cambridge, MA: Schenhman.
- Hepworth, D. & Larsen, J. (1986). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. Chicago, Ill: the Dorsey Press.
- Holden, M. (February, 1989). Meeting diagnostic related group goals for elderly patients. *Health and Social Work,* 34, 13-20.
- Kadushin, A. (1972). *The Social Work Interview*. New York, NY: University Press.
- Kaplan, G. (1995). "Where do shared pathways lead? Some reflections on a research agenda". *Psychosomatic Medicine,* 57, 208-212.
- Kiecott-Glasser, J. & Glaser, R. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanism". *Psychosomatic Medicine*, 57, 269-274.
- Koeske, G., Koeske, R. & Mallinger, J. (1993). Perceptions of Professional Competence: Cross-Disciplinary Ratings of Psychologists, Social Workers, and Psychiatrics. *American Journal of Orthopsychiatry,* 63, 45-54.
- Manuch, S., Marsland, A., Kaplan, J. & Williams, J. (1995). "The Pathogenicity of Behavior and its Neuroendocrine Mediation: An Example from Coronary Artery Disease". *Psychosomatic Medicine,* 57, 275-283.
- Mark, V. & Mark, J. (1989). Brain Power: A neurosurgeon's complete program to maintain and enhance brain fitness throughout your life. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Mizrahi, T. (1986). *Getting Rid of Patient: Contradictions in the Socialization of Physicians*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

- Nacman, M. (1977). "Social Work in Health Settings: A Historical Review''. *Social Work in Health Care,* 2(4): 407-418.
- National Association of Social Workers (June, 1984). Study gives Profile on Oncology Workers. Washington, DC: NASW NEWs.
- Oktay, J. (1995). ''Primary Health Care''. pp. 1887-1894 Edwards, R.ed-in-chief. *Encyclopedia of Social Work* (19thed.) Washington, DC: NASW Press.
- Rhodes, M. (1989) *Ethical Dilemmas in Social Work* Practice. New York, NY: Routledge.
- Roberts, C. (1989). Conflicting Professional Values in Social Work and Medicine. *Health & Social Work,* 14, 211-218.
- Ross, J. (1992). ''Hospital Social Work''. pp. 1365-1376 in Edwards, R. ed-in-chief. *Encyclopedia of Social Work* (19thed.) Washington, DC: NASW Press.
- Scheier, M. & Bridges, M. (1995). ''Person Variable and Health: Personality Predisposition's and Acute Psychological States as Shared Determinants for Disease''. *Psychosomatic Medicine,* 57, 255-268.
- Schlesinger, E. (1985). *Health Care Social Work Practice: Concepts & Strategies*. St. Louis, MO: Time Mirror/Moby College Publishing.
- Schlesinger, E. & Wolock, I. (1982). Hospital Social Work Roles and Decision-Making. *Social Work in Health* Care (10): 59.
- Tebbi, C., Richards, M., Cummings, K., Zevon, M. & Mallon, L. (Fall, 1988). The Role of Parent Adolescent Concordance in Compliance with Cancer Chemotherapy''. Adolescence, 23 (91).
- Turner, J. (1998). The Structure of Sociological Theory (6thed.). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- United Network for Organ Sharing (1997). Financing Transplantation: What Every Patient Needs to Know. Richmond, VA: UNOS.
- Watt, M. (1997). Therapeutic Facilitator: The Role of the Social Worker in Acute Treatment Hospital in Ontario: Doctoral Dissertation, University of California.
- Yalom, I. (1980) Existential Psychotherapy. New york, NY: Basic Books.