تصور للممارسة المهنية لطريقة العمل مع جماعة مرضى السرطان

راشد بن سعد الباز*

ملخص: تُعد طريقة العمل مع الجماعات إحدى الطرق الرئيسة في الخدمة الاجتماعية، وقد أثبتت جدواها في كثيرٍ من مجالات الخدمة الاجتماعية. وتزداد أهمية استخدام العمل مع الجماعات في المستشفيات في الوقت الحاضر مع انتشار الأمراض المزمنة مثل السرطان، والتي تؤثر في جوانب الحياة المختلفة لدى المريض، وتتطلب تقديم رعاية متكاملة يمثل الجانب الاجتماعي أساساً فيها. وتزداد أهمية طريقة العمل مع الجماعات نظراً لما يلي: 1 – أن العمل مع الجماعات هو الأسلوب المناسب لمعالجة بعض المشكلات والقضايا لدى المرضى، 2 – أن محدودية الإمكانات البشرية والاقتصادية التي تعاني منها المستشفيات في الوقت الحاضر تتطلب من أقسام الخدمة الاجتماعية في المستشفيات تقديم خدماتها للمرضى بأسلوب أكثر فاعلية، مثل استخدام طريقة العمل مع الجماعات والتي تعتمد على العمل الجماعي. وهذه الدراسة محاولة لتقديم تصور للممارسة المهنية لخدمة الجماعة مع مرضى السرطان، وقد عملت هذه الدراسة على الاستفادة من الأطر النظرية في بناء هذا التصور وإن لم تتقيد بها في محاولة أن يكون هذا التصور تصوراً عملياً واقعياً يمكن للاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في المستشفيات من تطبيقه.

المصطلحات الأساسية: الخدمة الاجتماعية، طريقة العمل مع الجماعة، الخدمة الاجتماعية الطبية، مرض السرطان.

* أستاذ مشارك (Associate Prof.)، قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

مشكلة الدراسة وأهميتها

إن الملاحظ للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المستشفيات ليجد أنها عادة ما تعتمد على طريقتين أساسيتين هما: خدمة الفرد وتنظيم المجتمع مع عدم الاهتمام بطريقة العمل مع الجماعات على الرغم من كون العمل مع الجماعات طريقة أساسية من طرق الخدمة الاجتماعية والتي أثبتت جدواها وأهميتها في كثير من مجالات الخدمة الاجتماعية وبخاصة في المجال الطبي.

إن العمل مع الجماعات يزداد أهمية في وقتنا الحاضر مع زيادة الضغوط التي تواجه المستشفيات والمتمثلة في قلة الموارد الاقتصادية وما نجم عنه من قلة الوظائف المتاحة للاختصاصيين الاجتماعيين وكثرة عدد المرضى، مما يتطلب النظر في طريقة أكثر فاعلية اقتصادياً في ممارسة الخدمة الاجتماعية لمساعدة المرضى، ومن ذلك استخدام طريقة العمل مع الجماعات والتي تُتيح خدمة أكبر عدد من المرضى مقارنة بطريقة خدمة الفرد.

بالإضافة إلى ذلك فإن أهمية العمل مع الجماعات تأتي في وقت تكثر فيه الإصابة بأمراض السرطان، حيث يُعد السرطان ثاني أكبر الأمراض القاتلة في العالم، كما أن أنواعه تربو على مائتي نوع (عالم الإعاقة، 1419هـ/1998م). إن مرض السرطان يؤثر في جوانب الحياة المختلفة لدى المريض، مما يتطلب تقديم رعاية متكاملة يمثل الجانب الاجتماعي أساساً فيها. ففي مرض السرطان عدة اعتبارات نفسية واجتماعية، وقد صور «ستراس» هذه الاعتبارات في إحدى كتاباته «الكلاسيكية» والتي ما زالت لها قيمتها في هذا الجانب، حيث تضمنت تلك الاعتبارات (Strauss, 1975) :

1 – محاولة منع الأزمات الصحية المرتبطة بالمرض قبل وقوعها.

2 – التحكم في الأعراض المصاحبة للمرض أو التخفيف منها.

3 – اتّباع المريض للخطة العلاجية بدقة.

4 – التعامل مع العزلة الاجتماعية التي قد يسببها المرض.

5 – التكيف مع التغيرات التي تحدث نتيجة لتطور الحالة المرضية أو تغيرها.

6 – السعي لإيجاد موارد ضرورية لدفع تكاليف العلاج وما يتطلبه من أدوية وأجهزة خاصة مع انقطاع دخل المريض أو انخفاضه نتيجة لانقطاعه عن العمل.

إن الإصابة بمرض السرطان تحتاج إلى نوع من التكيف يتطلب تغيراً في دور الفرد المريض، وكذلك أدوار الأفراد المحيطين به من أفراد أسرته وأصدقائه وزملائه،

بالإضافة إلى تغير في توقعات الآخرين من الفرد المريض وتوقعات المريض نفسه من الآخرين في بيئته. وطريقة العمل مع الجماعات يمكن أن تقوم بدور نشط في ذلك، كما أن طريقة العمل مع الجماعات ستتعامل بفاعلية مع كثير من القضايا التي قد يجد الطبيب ومساعدوه فيها ترددا وحيرة في إخبار المريض بتفاصيل المرض ومدى تطور الحالة المرضية والقضايا المرتبطة بتأثير المرض في القدرة الجنسية والخصوبة، وفي هذا يشير «جيتزل» إلى أن العمل مع الجماعات يستخدم بوصفه وسيلة لمواجهة المرض وفقدان القدرة الناتجة عنه، وكذلك وسيلة لمناقشة القضايا المتعلقة بالموت (Getzel, 1997: 151-159).

إن هذه الدراسة تؤكد على أهمية استخدام طريقة العمل مع الجماعات مع المرضى المصابين بأمراض خطرة وبخاصة مرضى السرطان، لذا فقد عملت هذه الدراسة على تصميم نموذج للعمل مع جماعة لمرضى السرطان يمكن للاختصاصيين الاجتماعيين الممارسين في المستشفيات الاستفادة منه. وقد عملت هذه الدراسة على تصميم الجماعة بشكل يتناسب مع المجتمع السعودي والمجتمع المسلم بوجه عام وبشكل واقعي بعيداً عن الخيال أو المثالية والتي كثيراً ما يشكو منها الاختصاصيون الاجتماعيون الطبيون والتي تتمثل من وجهة نظرهم في عدم ملاءمة الأطر النظرية للواقع الملموس، وذلك حتى يمكن للاختصاصيين الاجتماعيين تطبيق مثل هذه الجماعة المقترحة في مستشفياتهم.

وقبل الحديث عن طريقة العمل مع الجماعة يجدر بالباحث أن يشير إلى بعض المعلومات المهمة المتصلة بمرض السرطان ليكون الاختصاصي الاجتماعي على علم بطبيعة هذا المرض وآثاره حتى يكون تدخله المهني وتعامله مع المصابين بهذا المرض قائماً على أساس علمي وليس على اجتهادات شخصية، وليكون على دراية باللغة التي يتحدث بها الأطباء مما يعزز دوره بوصفه عضواً في فريق العلاج.

الجانب المعرفي لمرض السرطان

إن الاختصاصي الاجتماعي الذي يعمل في المجال الطبي عليه أن يعرف ويستفيد من جميع الموارد المتاحة في حل مشكلات المريض، ومن أهم هذه الموارد المعرفة العلمية التي تساعد الاختصاصي الاجتماعي على تكوين بنيته الثقافية، ومن ثم تساعده على أداء عمله وإتقانه، كذلك تعمل هذه المعرفة على بناء الثقة وتكوينها لدى المريض في الاختصاصي الاجتماعي، حيث إن المريض إذا

شعر بأن الاختصاصي الاجتماعي ذو كفاءة وقدرة علمية اطمأن له ولعمله في التدخل المهني والنتائج التي ستؤدي إليها. وتشتمل هذه المعرفة على معرفة الإنسان ومراحل نموه، والمشكلات المتصلة بتلك المراحل، ومعرفة عامة عن طبيعة الأمراض المزمنة ومسبباتها وأعراضها وتأثيراتها الجسمية والنفسية والاجتماعية.

مرض السرطان:

أصبح مرض السرطان الشبح الذي يقلق المجتمعات المتقدم منها والنامي على حد سواء، بل إنه في كثير من الأحيان عندما يصاب الفرد بمرض مؤلم أو مهلك للجسم ولا يعرف سببه يعزي ذلك إلى مرض السرطان (Kerson & Kerson, 1985). وبسبب ما لمرض السرطان من وقع سيئ في المجتمع فإن الأشخاص المصابين بهذا المرض غالباً ما يخفون إصابتهم به حتى وإن شفوا منه.

إن خلايا الجسم الطبيعية عادة ما يكون عملها منصباً على القيام بوظائف محددة وضرورية للجسم، لكن الخلايا السرطانية يكون عملها منصباً على النمو والتكاثر بشكل يهدد خلايا الجسم، فالسرطان هو نمو الخلايا بشكل لا يمكن ضبطه أو التحكم فيه. وبمعنى آخر هو نمو الأنسجة الخبيثة في الجسم وهو ما يعرف بالأورام الخبيثة تمييزاً لها عن الأورام الحميدة. ويختلف الورم السرطاني عن الورم الحميد في عدة نواحي (Sheldon, 1988):

1 – الورم السرطاني إذا لم تتم معالجته بنجاح فإنه مميت حتى وإن كان في القدم أو اليد، في حين أن الورم الحميد غير مميت إلا إذا أصاب عضواً حيوياً في الجسم مثل المخ.

2 – الورم السرطاني إذا استُئْصِلَ فقد يعود مرة أخرى، لكن الورم الحميد إذا استُئْصِلَ فإنه في العادة لا يرجع.

3 – عند استئصال الورم الحميد فإنه يُكتفى باستئصال الورم نفسه، لكن في حالة الورم السرطاني فإن الأمر لا يتوقف عند ذلك، ولكن بالإضافة إلى استئصال الورم السرطاني يتم استئصال الخلايا المحيطة به للتأكد من خلو المنطقة من أي بقايا للورم السرطاني.

4 – مما يجعل السرطان مرضاً خطراً اتصافه بغزوه للخلايا وسرعة انتشاره إلى بقية الجسم وإلى الأعضاء الحيوية في الجسم (Metastases) مما يعوق أو يدمر قدرتها على القيام بوظائفها، لكن الورم الحميد قد يكبر في الحجم في مكان الإصابة

ولكنه لا ينتشر في بقية الجسم. وانتقال السرطان من مكانه الأصلي إلى أمكنة أخرى في الجسم يتم عن طريق الاتصال المباشر بين العضو المصاب والأعضاء الأخرى أو عن طريق اتّباع سبيل الدم أو اللمف (هايدن وبيتللو، 1986).

هناك بعض أنواع السرطان يمكن علاجها، ومن ثم الشفاء منها، كما أن بعضها قد يخمد فترة ثم يعاود الحدوث من جديد. والسرطان ليس له حدود عمرية فهو يصيب جميع الأعمار، فمثلما يصيب كبار السن يصيب الأطفال، فيعد السرطان السبب الرئيس الثاني للوفاة بين الأمريكيين (Freeman, 1989). والإحصاءات في الولايات المتحدة الأمريكية تشير إلى أن هناك سنوياً ما يقرب من مليون حالة جديدة وما يقرب من نصف مليون حالة وفاة من السرطان (Freeman & Wasfie, 1989). كما أن السرطان أحد الأسباب الرئيسة للوفاة لدى الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا (Sheldon, 1988).

ومما يتصف به مرض السرطان أنه في مراحله الأولى ليس مؤلماً للفرد وربما لا يتم اكتشافه إلا في مراحل متأخرة، وهذا مما يسهّل عملية انتشاره في الجسم. ولو كان الأمر غير ذلك، أي أن المرء يشعر به بدءاً عند الإصابة به لأمكن مواجهة المرض والقضاء عليه في بدايته وقبل استفحاله، أو التحكم في نموه.

هناك أعراض عامة للسرطان، منها فقدان الشهية والوزن، والضعف، والأنيميا، والشعور بالتعب والإرهاق عند القيام بأقل مجهود، وفي مراحل متأخرة من المرض يكون هناك شعور بالألم، وفي بعض أنواع السرطان يكون هناك ورم خارجي في الجسم مثل سرطان الثدي (Sheldon, 1988).

وفي عالم الطب لم يتم التوصل إلى السبب المحدد أو الأسباب المحددة لمرض السرطان ولكن تم التوصل إلى عدة عوامل تؤدي إلى حدوث السرطان، وأهم تلك العوامل تتضمن:

1 – عوامل وراثية.

2 – عوامل وظيفية: مثل الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء وأيضاً هرمون الإستروجين الذي يستخدم لعلاج بعض حالات عدم الإنجاب أو لعلاج تضخم البروستاتا عند الرجال (أحمد طحان، 1997).

3 – الإصابة ببعض الأمراض الفيروسية.

4 – القصور في الجهاز المناعي أو استخدام علاج مثبّط للمناعة يزيد من احتمال التعرض للأمراض السرطانية، على سبيل المثال المرضى الذين يتلقون

علاجاً بالاستروييد والأشعة أو بالأدوية لتثبيط المناعة بعد زراعة الكلى لهم، فعند ضعف جهاز المناعة تقوى الأورام السرطانية (Sheldon, 1988).

5 – سوء التغذية: يؤدي سوء التغذية دوراً كبيراً في نشوء الأمراض، وسوء التغذية قد ينتج عن النقص في الغذاء أو التخمة أو عدم التوازن الغذائي. بل يذهب بعض الباحثين إلى أن سوء التغذية والعادات الغذائية الخاطئة هي السبب الرئيس في الإصابة بمرض السرطان (عالم الإعاقة، 1419هـ/1998م). ويشير المصدر السابق إلى أن نحو ثلث الأنواع المختلفة للسرطان ترتبط الإصابة بها بنوعية الغذاء الذي يتناوله الفرد. وقد ثبت أن زيادة الوزن قد تساعد في ظهور بعض سرطانات الكلية وأيضاً سرطان المثانة (Whittemore, 1984). وتشير كثير من الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى وجود اختلاف في معدلات البقاء لمرضى السرطان حسب المستوى الاقتصادي للمرضى، فالمرضى ذوو المستوى الاقتصادي المرتفع نجد أن معدل البقاء لديهم أعلى بنسبة 10–15٪ من المرضى ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض، وأحد الأسباب الرئيسة لذلك الاختلاف راجع إلى سوء التغذية في المجموعة الثانية (Freeman, 1989).

6 – القلق والضغوط النفسية والاجتماعية: ارتبط أسلوب الحياة العصرية التي تعيشها المجتمعات في الوقت الحاضر بانتشار أنواع كثيرة من الأمراض وبخاصة المزمنة منها، مثل أمراض السرطان والقلب وضغط الدم. فحياة اليوم وما فيها من متطلبات متزايدة، والتنافس بين الأفراد والجماعات في محاولة لتحقيق طموحاتهم مع تناقص الفرص وقلة الموارد الاقتصادية أحدثت نوعاً من عدم الشعور بالأمن والرضا، وأدت إلى زيادة القلق لدى كثير من الأفراد، وكما هو ثابت في البحوث العلمية فإن القلق والضغوط النفسية والاجتماعية تؤدي إلى الإصابة بكثير من الأمراض، مثل أمراض القلب وضغط الدم. والحالة النفسية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بجهاز المناعة، فحينما تسوء الحالة النفسية للفرد يتأثر جهاز المناعة لديه سلباً، مما يجعل الجسم عرضة لبعض الأمراض. وقد وُجد أن الحالة النفسية تؤثر في نمو مرض السرطان، فالغضب والانفعالات الشديدة تؤثر في إفرازات الجسم الهرمونية والتي تؤثر بدورها في نمو الأورام، وخصوصاً تلك التي تعتمد في نموها على الهرمونات (Whittemore, 1984).

7 – يشهد عالم اليوم تلوثاً بيئياً كبيراً سواء أكان ذلك من تلوث الهواء

بالأدخنة والأغبرة الكيميائية أم من تأثير الإشعاعات التي لا يقتصر تأثيرها على منطقة وقوع الحادث بل يتعداه إلى مناطق بعيدة في العالم قد تصل إلى آلاف الكيلومترات، وما حدث لمفاعل «تشيرنوبل» فيما كان يُعرف في السابق بالاتحاد السوفييتي عام 1986 لخير مثال، فقد وصل تأثير الإشعاعات إلى مناطق بعيدة في أوروبا وآسيا. كما أن مخاطر التلوث البيئي لا تقتصر على زمن معين ولكن تأثيره ينتقل بين الأجيال. فعلى سبيل المثال يرجع بعض الباحثين الطبيين معاناة بعض السكان في اليابان من أمراض سرطانية في الوقت الحاضر إلى آثار القنبلتين الذريتين اللتين ألقيتا على مدينتي «هيروشيما» و«نجازاكي» في أغسطس من عام 1945م، حيث انتقلت بعض أنواع تلك السرطانات عن طريق الوراثة من الأجداد إلى الآباء وإلى الأحفاد أو عن طريق بقايا الإشعاعات التي ما زالت موجودة في البيئة. ومخاطر التلوث البيئي لا تقتصر على الهواء الذي نستنشقه، بل تمتد إلى كل ما يتصل بحياة الإنسان من محاصيل نباتية وحيوانية وسلع استهلاكية.

كما أن بيئة العمل ونوعية المهنة التي يقوم بها الإنسان لها ارتباط بمرض السرطان، فقد وجد أن هناك علاقة بين الإصابة ببعض أنواع السرطان والعمل في مناجم الفحم، وكذلك العمل في المصانع التي تستخدم المواد المشعة و«الأسبستوز» (Sheldon, 1988).

8 – السلوك الإنساني: إن السلوك الإنساني وممارساته، مثل التدخين وشرب الكحول والمخدرات تؤدي دوراً كبيراً في الإصابة ببعض أنواع السرطان. فهناك علاقة وطيدة بين الإصابة بسرطانات الفم والحنجرة واللسان والمريء وبين التدخين والإفراط في المشروبات الكحولية (عالم الإعاقة، 1419هـ/1998م). فقد أظهرت إحدى الدراسات أنه بعد مراجعة لسجلات المستشفيات وجد أن جميع المرضى بسرطانات الفم والحنجرة والمريء هم من المدخنين والمدمنين على الكحول (هايدن، وبيتللو، 1986). كما لوحظ ازدياد نسبة حدوث سرطان الفم في جنوب وجنوب شرق الولايات المتحدة الأمريكية عن باقي مناطق الولايات المتحدة الأمريكية نتيجة انتشار عادة مضغ التبغ في تلك المناطق (هايدن، وبيتللو، 1986). كما أن هناك علاقة وثيقة بين التدخين وسرطان الرئة، فأكثر من 85٪ من الإصابات بسرطان الرئة ترجع إلى التدخين، كما أن ثلث حالات الوفاة من السرطان في الولايات المتحدة الأمريكية ناتجة من التدخين (Freeman, 1989). بل تشير الأبحاث إلى أنه في حين تصل نسبة الإصابة بمرض سرطان الرئة عند المدخنين إلى واحد

من كل عشرة آلاف شخص فإن هذه النسبة تصل عند المدخنين إلى واحد من كل أربعمائة شخص (عالم الإعاقة، 1419هـ/1998م).

9 – عوامل طبيعية: تؤدي العوامل الطبيعية دوراً في الإصابة ببعض أنواع السرطان، مثل التعرض لأشعة الشمس، حيث ثبت أن التعرض لأشعة الشمس فترة طويلة يعرض ذوي البشرة البيضاء للإصابة بسرطان الجلد (السباعي، 1987).

وعلى الرغم من تقدم الطب الحديث والتقنية الطبية فإنه لم يتم التوصل إلى طريقة ناجعة لعلاج السرطان وبخاصة في مراحله المتقدمة، ولكن عادة ما يعالج السرطان باستخدام أربع طرق أساسية تشمل: التدخل الجراحي لإزالة الكتل السرطانية، والإشعاع الذري، والعلاج الهرموني، والعلاج الكيميائي Chemotherapy لإزالة ما يمكن إزالته من الخلايا السرطانية، والأطباء في ذلك يسعون إلى تحقيق أحد الهدفين التاليين أو كليهما:

1 – تقليل كتلة الخلايا السرطانية من الجسم.

2 – تقوية مناعة جسم المريض لمواجهة السرطان.

إن استخدام هذه الطرق العلاجية لا يسلم من حدوث مضاعفات كثيرة قد تؤدي إلى تلف الخلايا السليمة. بل إنه في بعض الأحيان يكون العلاج المستخدم للسرطان مدمراً للجسم والنفس أكثر من المرض نفسه، وذلك لما له من تأثيرات جانبية قوية على الجسم وما يصاحبه من تغيرات نفسية واجتماعية كثيرة.

والمطمئن في الأمر أن الأبحاث الطبية تشير إلى أن نحو 70٪ من أمراض السرطان يمكن تجنبها، وذلك عن طريق المحافظة على نظام غذائي سليم، والابتعاد عن السلوك المضر، مثل التدخين وشرب الكحول والممارسات الجنسية غير الشرعية، وكذلك الشاذة (عالم الإعاقة، 1419هـ/1998م).

العلاقة بين الطاقم الطبي ومريض السرطان

إن مرض السرطان له تأثير قوي في المريض، فمريض السرطان عادة ما يشعر بحالة من القلق والخوف والإحباط، وذلك لعدة عوامل (Allison, *et al.,* 1990 : 205-222)

1 – الآلام الجسدية المبرحة سواء أكانت في مكان الإصابة أم في أمكنة أخرى من الجسم.

2 – الضغط النفسي والاجتماعي الذي يواجهه المريض في حياته.

3 – الشعور بقرب الانفصال عن كل ما هو له معنى في حياته.

4 – نظام العلاج الطبي الذي يحتوي في كثير من الأحيان على أدوية ذات مفعول قوي على الجسم أو على علاج إشعاعي وكيميائي، والذي بدوره يؤثر في المريض تأثيراً كبيراً.

5 – شعور المريض بأن جسمه في حالة تدهور مستمر.

6 – فقدان الاتصال الفعال بين المريض والطاقم الطبي.

إن هذا الوضع يستلزم من أفراد الطاقم الطبي التعامل مع مريض السرطان بطريقة تختلف عن المريض العادي، فمن المفروض أن تكون العلاقة بين الطاقم الطبي ومريض السرطان علاقة قوية، فهم من أقرب الناس إليه لأنهم يعرفون معاناته وآلامه وآماله، إلا أنه من الملاحظ أن تلك العلاقة ليست كما ينبغي. فكثير من أفراد الطاقم الطبي العامل مع مرضى السرطان أو المصابين بأمراض خطرة لا يمنحون الفرصة للمريض أو لأسرته للمشاركة في القرارات التي تخص المريض وعملية العلاج وأسلوب المعيشة الذي يستلزم أن يسلكه المريض. وربما يعدون المريض وأسرته أشخاصاً غير قادرين على تحمل المسئولية أو غير مؤهلين لإدراك حالة المريض وفهمها. فعادة ما تتم الاتصالات بين الطاقم الطبي من جهة والمريض وأسرته من جهة ثانية عبر قناة واحدة، فالمريض وأسرته مستقبلون فقط للخطة العلاجية والتعليمات الطبية وليسوا شركاءً في العملية العلاجية (انظر الشكل 1)، على الرغم من أن مثل هذا المرض يحتاج إلى تضافر جميع الجهود، وإشراك المريض وأسرته في العملية العلاجية من بداية تشخيص المرض، لأن تأثيرات هذه النوعية من الأمراض متشعبة: جسمية ونفسية واجتماعية؛ كما أن تأثيرها ليس على المريض فقط ولكن ينسحب على أسرته وربما أقاربه.

طبيب ← الاتصال ← المريض وأسرته

شكل (1): أسلوب الاتصال المتّبع

ولتصوير ذلك الوضع أستشهد بحالة اطلعت عليها لمريض في السبعينات من عمره، أُدخل أحد مستشفيات مدينة الرياض، يشكو من ضعف الشهية وفقدانها وآلام مبرحة تنتابه من وقت إلى آخر. ونتيجة لذلك أصبحت علاقاته الاجتماعية مع

الآخرين محدودة ولزم البيت معظم الأوقات. وبعد ذهابه إلى المستشفى طُلِبَ منه إجراء بعض الاختبارات والتحاليل الطبية. وبعد خمسة أيام اتصلوا بمنزله وطُلِب منه سرعة مراجعة المستشفى. وبعد ذهابه إلى المستشفى أخبره الطبيب بأنه لا بد من إجراء مزيد من الاختبارات والتحاليل الطبية المعقدة، واستدعى ذلك بقاءه في المستشفى فترة من الزمن. وكان كل أفراد أسرة المريض، ويبلغ عددهم ثمانية من بنين وبنات يسألون الممرضات عن مرض والدهم وعن حالته هاتفياً وحضورياً، وكانت الممرضات يجبنهم باللغة الإنجليزية أو بالعربية (المكسرة): «لا نستطيع أن نخبركم» و«اسألوا الطبيب»، حتى ضاق طاقم التمريض بهم ذرعاً من كثرة الأسئلة وترددهم على محطة التمريض في الجناح المقيم فيه والدهم. وقد حاول أفراد الأسرة مقابلة الطبيب ولكن دون جدوى، حيث إنه كان مشغولاً وأوقات وجوده في الجناح غير محددة، مما جعل المريض وأسرته في حيرة من أمرهم، حيث يرون كثرة الأشعة والفحوصات الطبية والتحاليل المخبرية وتنوعها والتي تجرى لمريضهم ولكن لا يعرف المريض ولا أسرته ماذا يجري. كما أنهم يشاهدون مريضهم يتناول عدة أنواع من الأدوية لكن لا يعرفون ما هي هذه الأدوية ولماذا يتناولها. كما أن المريض نفسه كان يشكو من كثرة الاختبارات والتحاليل الطبية ومن الأدوية التي يستخدمها لكنه لا يعرف حالته الصحية ولا ما يدور حوله.

وبعد فترة من الزمن تمكّن الابن الأكبر من مقابلة أحد الأطباء المعالجين، وهو طبيب عربي أخبره بأن والده مصاب بالسرطان، وطمأنه بأن حالته مستقرة، وأن هناك بعض المرضى في المستشفى لديهم المرض نفسه المصاب به والده ولهم خمس سنوات وهم يترددون على المستشفى وحالتهم مستقرة. وبعد أيام قلائل من مقابلة الطبيب توفي المريض في منزله، حيث أُصيب المريض بإعياء شديد وأُغمي عليه في منزله، مما اضطر أحد أبنائه إلى إحضار طبيب من أحد المستوصفات الخاصة القريبة، وقد استفسر الطبيب عن حالة المريض ولكن الأبناء لا يعرفون عن مرض والدهم شيئاً، حيث إن الذي يعرف عن حالة والدهم هو الابن الأكبر فقط، وهو لا يسكن معهم في المنزل، وقد أعطى الطبيب حقنة للمريض تُوفي بعدها بوقت قصير.

بعد الوفاة قابل الابن طبيباً آخر من الفريق المعالج لوالده وهو طبيب أجنبي وأخبره بأن والده كان يعاني من «ميلوما متعددة» (Multiple meloma)، وهو نوع خطر من أمراض السرطان الذي يصيب النخاع، وكان منتشراً في جسمه، وكانت حالته ميئوساً منها.

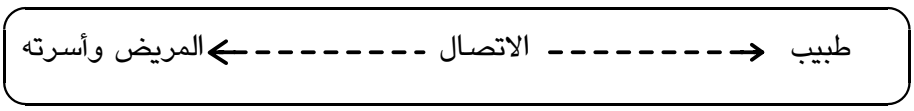
وقد أخبرني الابن الأكبر بأن جميع أفراد الأسرة يشعرون بالأسى والحزن وخصوصاً أنهم يرون أن موت والدهم كان فجأة، ولم يخبرهم الطبيب بحقيقة مرض والدهم، فهناك كثير من الأمور التي كان أفراد الأسرة يريدون التحدث مع والدهم بشأنها، كما يريدون أخذ مشورته في بعض القضايا المصيرية المتعلقة ببعض أفراد الأسرة. كما أن الابن الأكبر يشعر بالذنب لأن والده طلب منه وهو في مرضه في المستشفى كتابة وصيته، ولكن الابن أخبر والده بأنه ليس هناك داعٍ لذلك وأنه سيخرج قريباً من المستشفى معافى بإذن الله، حيث إن الابن لم يعرف مدى خطورة مرض والده.

إن النظرة التي ترى أن المريض مستقبِل فقط لا تتناسب مع التغيرات التي تشهدها المجتمعات المعاصرة، فالمريض من المفترض أن يكون شريكاً في العملية العلاجية (انظر شكل 2)، وذلك لأن:

1 – مريض اليوم يختلف عن مريض الأمس، فمريض اليوم أكثر تعلماً وإدراكاً للأمراض من مريض الأمس، كما أن بعضهم متابع دقيق لما يتصل بالطب، بل أكثر من ذلك فنتيجة لقلة المعرفة حول مرحلة ما بعد زراعة النخاع لمرضى السرطان الباقين على قيد الحياة أصبح هؤلاء المرضى خبراء، وعلى الطاقم الطبي أن يتجهوا إليهم لجمع معلومات حول هذه المرحلة (Avery, 1997: 161-171).

2 – النظرة السابقة للطبيب من قبل المريض والتي كانت ترى فيه مثالاً للتفاني والإخلاص، وأنه الشخص الذي تهمه مصلحة المريض أولاً وأخيراً، تلك النظرة قد اهتزت كثيراً. وتُشير دراسة أُجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن ثلثي السكان يعتقدون أن الأطباء تهمهم المادة أكثر من المريض (Mechanic, 1986).

3 – إن سماع المرضى عن الأخطاء الطبية التي تحصل من الأطباء في بعض الحالات العلاجية، وكذلك كثرة استخدام التحاليل الطبية والأشعة أو سوء استخدامها أثرا سلباً في ثقة المريض في الطبيب والمستشفى المعالج، بل إن بعض المرضى قد يرفض إجراء بعض التحاليل الطبية بحجة أنه تم إجراء مثل هذا التحليل أكثر من مرة.



شكل (2): أسلوب الاتصال المطلوب

ومن جانب آخر فإنه من المؤسف أن كثيراً من المجتمعات النامية حتى في وقتنا الحاضر تضع المصابين بمرض السرطان في مكانة هامشية أو غير سوية، وتنظر إليهم على أنهم أُناس ميئوس منهم وفي عداد الأموات. كما أن وسائل الإعلام بأنواعها تصوّر الجوانب السلبية للمرض، وتهمل القدرات التي ما زال هؤلاء المرضى يستطيعون القيام بها حتى أصبح هناك نوعٌ من الوصمة Stigma لحاملي هذا المرض، بل ربما يعامل هؤلاء المرضى على أنهم أناس غير مرغوب فيهم أو كأنهم غير موجودين.

فبالإضافة إلى المعاناة والألم الذي يجده المريض من المرض نفسه، هناك معاناة اجتماعية يجدها من معاملة المجتمع له. هذه المعاملة تُحدِث لدى المريض شعوراً سلبياً تجاه نفسه، وتشاؤم تجاه الحياة بوجه عام مما يقتل الأمل لديه. والأجدر أن يعامل هؤلاء المرضى على أنهم أفراد ذوو حاجات وقدرات خاصة، يستطيعون أن يقوموا بدور في مجتمعهم، ويمكن الاستفادة منهم حسب قدراتهم وليس بوصفهم أناساً لا وجود لهم.

وقد يرى هؤلاء المرضى وأسرهم هذه المعاملة من قبل الأطباء انعكاساً لما يجدونه ويعانونه من المجتمع من قلة الاهتمام والتقدير، فمرضى السرطان وغيرهم من المرضى المزمنين وكذلك أسرهم يعانون من عدم وجود خدمات في المجتمع تساعدهم على مواجهة الحياة والتغلب على مصاعبها، وتمكّنهم من تحسين أحوالهم المعيشية.

إن طبيعة مرض السرطان تفرض تغيرات كثيرة على المريض وأسرته، بل ربما في مجتمع جيرته. ومن أهم مظاهر تلك التغيرات بروز صعوبات في حياة المريض وأسرته في محاولة للتأقلم مع الوضع الجديد. فمرضى السرطان غالباً يعانون من شعور بالفقدان، والاكتئاب، وفقدان الأمل، وانخفاض في تقديرهم لذاتهم، وتصور سلبي لأنفسهم، ومخاوف وهمية (Strauss, 1975)، بالإضافة إلى مشكلات في العلاقات الاجتماعية. وتتفاقم هذه الصعوبات حينما يكون لدى المريض مشكلات في جوانب أخرى من حياته، مثل الأسرة والعمل والمدرسة.

المرضى المصابون بمرض السرطان في مراحله المتقدمة يعيشون – والعلم عند الله – مراحل حياتهم الأخيرة، لذلك فهم في أمس الحاجة إلى المساعدة للحفاظ على ما تبقى من قدراتهم الجسمية والاجتماعية والنفسية. وهذا يستدعي أن تكون هناك رعاية

من نوع آخر تختلف عما يقدم إلى المرضى الآخرين. فمن جوانب القصور في الطب الحديث أنه عادة ما يقصر خدماته داخل أروقة المؤسسة الطبية، ويكون في معزل عما يحتاجه المريض المزمن أو المعاق في بيته ومجتمعه المحلي. هذا القصور يستلزم أن تكون هناك رعاية أخرى، وهو ما يمكن أن يطلق عليه الرعاية المساندة؛ الرعاية المساندة تنطوي على تخفيف الضغوط والآلام المصاحبة للتدهور الجسمي، فهي «تتضمن الشعور العاطفي نحو المريض، وكذلك تفهم الطاقم الطبي للحاجات النفسية والاجتماعية والجسمية للمريض وعائلته» (Allison, *et al*., 1990: 205-222).

فالرعاية المساندة لا تنحصر في مجرد العلاقة المهنية القائمة بين المريض والطاقم الطبي في مكان محدد مغلق هو المستشفى، ولكن يتعدى ذلك إلى نظام رعاية مفتوح يأخذ بعين الاعتبار الرعاية المنزلية والاستفادة من خدمات المجتمع المحلي بوصفه امتداداً حيوياً لخدمات المستشفى المقدمة للمريض. إن العلاقة بين الطاقم الطبي ومريض السرطان وأسرته لا بد أن تتخلى عن الروتين المعهود والأنظمة الصارمة التي تحد من استفادة المريض من الخدمات الطبية، أو التي تعوق اتصاله بالطاقم الطبي عند حاجته إليهم. وتتصف حاجات هؤلاء المرضى بأنها متغيرة ومتعددة ومعقدة تبعاً لضخامة الأمور التي يتعاملون معها ويواجهونها في حياتهم اليومية، والتي ربما – بما تبقى لهم من قدرات – لا يستطيعون التعامل معها بفاعلية، لذلك فالعملية العلاجية تستدعي نوعاً من المرونة وتفهماً أكبر لحالة هؤلاء المرضى، كما تستدعي إشراك المريض وأسرته في العملية العلاجية.

والرعاية المساندة تستلزم من الطاقم الطبي فهماً لدور العادات والقيم المجتمعية في التعامل مع المرض ونظرة المجتمع للأمراض الخطرة، ولا بد أن ترتكز على فردية المريض في استجاباته للمرض وتعامله معه. وتعمل الرعاية المساندة على مساعدة المريض وكذلك أُسرته على تقبل المرض والتكيف مع الحالة، ومساعدة المريض على الاعتماد على النفس قدر المستطاع، ومحاولة توفير أفضل الفرص للمريض في حياته.

الرعاية المساندة للمرضى المصابين بأمراض خطرة هي رعاية متعددة الجوانب وهي امتداد لتفعيل دور الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفيات، حيث يشترك الاختصاصي الاجتماعي في أنشطتها المختلفة والتي تشمل (Allison, *et al*., 1990 : 205-222):

1 – مساعدة المريض على تحديد مصادر المشكلات في حياته.

2 – تداول المعلومات المتصلة بحالة المريض مع الأسرة بعد إشعار المريض بذلك.

3 – الاتصال مع مؤسسات المجتمع المحلي لتوفير الأدوية واللوازم والأجهزة المساعدة للمريض لتسهيل عملية الرعاية المنزلية.

4 – مساعدة المريض على وضع خطة هادفة لما تبقى من حياته.

5 – مساعدة الأسرة للتعامل مع علاقات متقلبة وربما متوترة نتيجة لإصابة أحد أفراد الأسرة بمرض خطر.

6 – معاونة المريض وأسرته على مواجهة التغيرات التي تطرأ نتيجة لتغير الأدوار داخل محيط الأسرة.

7 – مساعدة المريض على التعامل مع الاختلال العاطفي والانفعالي نتيجة المرض.

ولتحقيق الرعاية المساندة للمريض يجب تفعيل دور الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفيات. والخدمة الاجتماعية الطبية في الوقت الحاضر لم تعد استجابة لمثير أو رد فعل، وإنما أصبحت مهنة رئيسة، وشريكاً فاعلاً في عملية العلاج (كمال أغا، 1992). وتتزايد أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية مع مرضى السرطان لما يحدثه هذا المرض من آثار كثيرة في حياة المريض وحياة أسرته.

وتعد طريقة العمل مع الجماعات إحدى طرق الخدمة الاجتماعية وعنصراً مهماً من عناصر الرعاية المساندة، والتي يمكن أن تقوم بدور فاعل في هذا الخصوص. فمن خلال أنشطة الجماعة، مثل المناقشة الجماعية وأداء الأدوار، يمكن للاختصاصي الاجتماعي مساعدة المريض على تحديد مصادر المشكلات التي يعاني منها بطريق غير مباشر، وكذلك مساعدته على وضع خطة هادفة لما تبقى من حياته، بالإضافة إلى مساعدة المريض على التعامل مع كثير من التغيرات التي تحدث له والتكيف معها نتيجة للمرض، وتقبل تغيّر الأدوار المتوقع داخل محيط الأسرة. ومن خلال الجماعة يمكن تشكيل مجموعة للدفاع عن مصالح مرضى السرطان، سواء أكان ذلك داخل المستشفى أم خارجه، وتقديم خدمات خاصة لهم، مثل الأدوية والأجهزة الطبية، وكذلك خدمات النقل. وفي الفقرات التالية سيتناول الباحث تصوراً لبناء جماعة لمرض السرطان.

العمل مع الجماعات

يتصف العمل مع الجماعات بقيمته الخاصة في مساعدة المرضى وأسرهم لمواجهة الصعوبات الوجدانية الانفعالية والتغيرات في الحياة الاجتماعية الناتجة عن المرض والإعاقة (Northen, 1990: 457-476)؛ حيث إن العمليات الجماعية تتم في مناخ آمن، بوجود اختصاصي اجتماعي يوجه الجماعة، ومن خلال الجماعة يستطيع الأعضاء الاتصال والتفاعل بطريقة تساعدهم على تأقلم أفضل في بيئتهم. وتبرز أهمية الجماعة كذلك في أن الجماعة جزء من المجتمع الكبير وتمثل صورة مصغرة منه، وهذا مما يسهّل على المرضى من أعضاء الجماعة التفاعل والاندماج مع المجتمع الكبير.

بداية العمل مع الجماعات:

بدأ العمل مع الجماعات في نهاية القرن التاسع عشر الميلادي في بريطانيا والولايات المتحدة وبخاصة في المستوطنات السكانية، وبدأ استخدامه من قبل الاختصاصيين الاجتماعيين جنباً إلى جنب مع خدمة الفرد في بداية العشرينيات، ومع ذلك لم يصبح جزءاً من مهنة الخدمة الاجتماعية إلا في الثلاثينيات من القرن العشرين من خلال انعقاد المؤتمر الوطني للخدمة الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1935 (Schwartz, 1981).

ويمكن اعتبار بداية القرن العشرين بداية استخدام طريقة العمل مع الجماعات، حيث إن أول استخدام لطريقة العمل مع الجماعات كان في مستشفى «ماساشوستس» العام في عام 1905م مع مرضى مصابين بالسل. ومنذ عام 1940م بدأت المستشفيات في الولايات المتحدة تقدر أهمية العمل مع الجماعات، وتوظف اختصاصيين اجتماعيين لتنظيم جماعات المرضى وريادتهم وخصوصاً في أقسام الأطفال. وقد قامت الجمعية الوطنية للاختصاصيين الاجتماعيين في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1959م بتعيين لجنة مهمتها دراسة استخدام العمل مع الجماعات في المجال الطبي والقضايا المتصلة بها. وقد صدر أول كتاب عن العمل مع الجماعات في المجال الطبي في عام 1966 (Northen, 1990).

طريقة العمل مع الجماعات:

لا يمكن تحديد تعريف واحد لطريقة العمل مع الجماعات، حيث إن هناك عدة تعاريف لها، لكن من أفضل التعاريف المقدمة ما ذكره كل من «توسلند، و ريفاس» من أن العمل مع الجماعات هو: «نشاط ذو هدف موجه مع جماعات صغيرة من

الناس، تهدف إلى إشباع الاحتياجات الاجتماعية والوجدانية، وتحقيق بعض الوظائف. هذا النشاط موجه للأفراد بوصفهم أعضاء في الجماعة وللجماعة ككل ضمن إطار لتقديم الخدمات» (Tosland & Rivas, 1984: 12).

إن فعالية العمل مع الجماعات مع المرضى المزمنين، مثل المصابين بمرض الإيدز والسرطان أصبحت معروفة (Getzel, 1994). كما أنها تُمثل خبرة تلقائية مهمة للمرضى والقائمين على رعاية المريض والأقارب والأصدقاء، بل إن طريقة العمل مع الجماعات قد تكون الطريقة المناسبة من بين طرق الخدمة الاجتماعية لعلاج المشكلات التي يواجهها المرضى. فاستخدام طريقة خدمة الفرد ربما لا يكون مناسباً في بعض الحالات، مثال ذلك إذا كانت مشكلة المريض تتعلق بجانب العلاقات الاجتماعية مع أفراد أسرته أو زملائه أو أصدقائه أو إكساب المريض أدواراً جديدة. وكذلك إذا كانت مشكلة المريض تتعلق بعدم قدرته على تحمل المسؤولية أو عزلته الاجتماعية مما يتطلب في تلك الحالات استخدام الجماعة في إكسابه مهارة بناء العلاقات مع الآخرين، وتعويده على تحمل المسؤولية إلى غير ذلك من وظائف كثيرة تقوم بها الجماعة. وفي هذا يشير «مكبروم» إلى أن العمل مع الجماعات هو النموذج الأكثر فاعلية للتدخل حينما يكون الناس في حاجة إلى مساعدة في عملية التنشئة الاجتماعية وما تتضمنه من تعلم أدوار جديدة تتعلق بالمرض وتغيير في الأدوار والتوقعات (McBroom, 1976 : 268-303). ويؤكد «جيتزل» أنه مع الأمراض الخطرة تتأثر العلاقات الاجتماعية اللصيقة Close relationship، واستخدام العمل مع الجماعات يُسهم في مواجهة المشكلات الناتجة عن ذلك، مثل المتعلقة بتقديم الرعاية للمريض، ومشكلات التواصل بين المريض والآخرين في بيئته، والصراعات داخل الأسرة، والقضايا المتعلقة بالعلاقات الحميمة بين الزوجين (Getzel, 1997).

وفي دراسة لـ (119) مريضاً بالسرطان أجريت لهم عملية زرع نخاع لمعرفة العناصر المهمة لتحسين حياتهم أشار المبحوثون إلى عدة عناصر شملت: مساعدة الأصدقاء لهم ولأسرهم، وتقديم المعلومات، وتوعيتهم بالأعراض، وزيادة إدراكهم خلال مرحلة التكيف لما بعد العملية العلاجية (Ferrell *et al*., 1992).

إن ما يتميز به العمل مع الجماعات أنه يتيح للمريض فرصة للتعبير عن مشاعره وأحاسيسه في مناخ آمن، وهذا يساعد كثيراً من المرضى الذين يعانون من كبت المشاعر نتيجة لعدم وجود من يأنسون به أو يثقون فيه في بيئتهم، إن التنفيس عن المشاعر قد يكون هو العلاج للمشكلات النفسية والاجتماعية التي يواجهها المرضى

المزمنون، وفي هذا تشير «نورثن» إلى أن: «الناس يحتاج بعضهم بعضاً للتغلب على كثير من الصعوبات المتعلقة بالمرض ونتائجه» (Northen, 1990 : 459).

إن من الأمور المهمة لدى مرضى السرطان شعورهم بتماثل المشكلات التي يعانون منها مع آخرين لديهم المرض نفسه (Cella & Yellen, 1993)، وفي طريقة العمل مع الجماعات فرصة لطرح المشكلات المتشابهة للأعضاء والاستفادة من تنوع الخبرات في كيفية التعامل مع هذه المشكلات وغيرها من القضايا. فالمريض إذا شعر أنه ليس الوحيد في مشكلته بل هناك من يشاركه المشكلة والهموم شعر بنوع من الارتياح وخف القلق لديه (Northen, 1990). وهذا الشعور يساعد الأعضاء على رفع روحهم المعنوية مما يدفعهم إلى العمل معاً لمواجهة المشكلات التي تعترضهم، وربما تنسيق الجهود بينهم لرفع شكواهم إلى الجهات المختصة.

إن وجود عدد من الأعضاء في الجماعة يُثري الجماعة بالخبرات التي اكتسبها كل عضو في حياته، مما يساعد الأعضاء في اكتساب الخبرات الجيدة، مثل الخبرات المتعلقة بكيفية التعامل مع المرض، وكيفية التعامل مع الآخرين في بيئة المريض. وكذلك الابتعاد عن الخبرات التي كان لها مردود سلبي على المريض. كما أن وجود أكثر من عضو يساعد في جلب أكبر قدر من المعلومات في وقت قصير وتبادلها بين الأعضاء مما يسهم في رفع الجانب المعرفي لدى المرضى في القضايا التي تهمهم.

إن العمل مع الجماعات يعطي فرصة للمرضى لتعرُّف أنفسهم من خلال الآخرين، مثل مواطن القوة والضعف لديهم. كما يتيح لهم الفرصة لمساعدة بعضهم بعضاً، مما يساعدهم على مواجهة المشكلات التي تعترضهم. ويشير «يلوم» إلى أن الأعضاء حينما يتلقون المساعدة ويعطون المساعدة للآخرين ويرون تحقيق الأعضاء لأهدافهم ينمو عندهم الأمل والذي يكون غالباً في خدمة الفرد، وتتكون لديهم توقعات إيجابية في أن الأمور يمكن أن تكون أفضل في حياتهم (Yalom, 1975).

إن العمل مع الجماعات من خلال الدور الذي يقوم به الاختصاصيون الاجتماعيون يُشجع الأعضاء على تبادل المعارف، والتعبير عن الانفعالات، والتفاعل الاجتماعي، والمساعدة الموجهة، وتبادل الموارد المادية داخل الجماعة وخارجها (Getzel, 1997).

كما أن مبدأ المساعدة المتبادلة؛ أي عمليات الأخذ والعطاء بين الأعضاء والتي يقوم عليها العمل مع الجماعات ينمي الشعور لدى أعضاء الجماعة من المرضى

بأنهم ليسوا معاقين نتيجة للمرض أو بأنهم معتمدين كلياً على الغير، لكنهم أشخاص قادرون على العطاء (Yalom, 1975). وهذا مما يؤدي إلى تقديرهم واحترامهم لذاتهم، ويزيد من ثقتهم في أنفسهم، فمثلما كان لهم دور في الجماعة يستطيعون أن يقوموا بدور في المجتمع.

وتتصف طريقة العمل مع الجماعات بأن لها تأثيراً كبيراً على الفرد، فمن خلال الجماعة يمكن – بطريقة غير مباشرة – تغيير الاتجاهات السلبية لدى المرضى، وكذلك القيم والأفكار الخاطئة. إن تقبل الجماعة بما تمثله من اختصاصي اجتماعي له مكانته ونفوذه وأعضاء مشابهين للفرد، وفي المقابل تقبل العضو للاختصاصي الاجتماعي والأعضاء الآخرين يُعد قوة محركة في عملية التغير. إن شعور المريض بأنه مقبول من أعضاء الجماعة على الرغم من مرضه ينعكس على قبوله لنفسه، كما أنه يزيد من انتمائه وولائه للجماعة، ومن ثم يصبح لها تأثير قوي على سلوك العضو واتجاهاته (Northen, 1990). فعلى سبيل المثال شعور بعض المرضى بعدم تقبل الآخرين لهم يمكن تغييره من خلال تقبل الجماعة له مما يجعله يشعر بأنه شخص مرغوب فيه. كما أن المريض ربما لا يبالي كثيراً بتنفيذ تعليمات طبيبه أو بنصائح الاختصاصي، وذلك ربما لأنه يرى أنهم يمثلون سلطة عليه أو أنهم يمثلون إدارة المستشفى، لكن حينما تصدر تلك التعليمات والنصائح من الأعضاء الآخرين في الجماعة يكون أكثر حرصاً على تنفيذ تلك التعليمات والنصائح.

إن ما تعانيه المستشفيات في الوقت الحاضر من محدودية الموارد الاقتصادية أدى إلى نقص في عدد الاختصاصيين الاجتماعيين مع زيادة في أعداد المرضى الذين يتعاملون معهم، مما جعل كثيراً من المستشفيات تركز على مبدأ الفاعلية الاقتصادية وحسن استغلال الموارد. إن هذا الاتجاه يستدعي النظر في الكيفية التي تقدم بها الأساليب العلاجية في الخدمة الاجتماعية، ومن الأساليب التي تساعد في ذلك استخدام طريقة العمل مع الجماعات. فنتيجة لكون طريقة العمل مع الجماعات تتعامل مع مجموعة من الأعضاء، فهي تتيح توفير جهد الاختصاصي الاجتماعي ووقته مقارنة باستخدام طريقة خدمة الفرد مع كل عضو، كما أنها تساعد على الاستخدام الأمثل لموارد المستشفى في ظل الظروف الاقتصادية التي تعاني منها المستشفيات.

تصور للممارسة المهنية للعمل مع جماعة مرضى السرطان

تتنوع الجماعات حسب أغراضها إلا أنه في المجال الطبي عادة ما تتضمن الجماعة الواحدة عدة أغراض، فهذه الجماعة التي نحن بصددها جماعة علاجية تهدف إلى مساعدة الفرد على تعديل وظائفه النفسية والاجتماعية وتحسينها والتي عادة ما تتأثر سلباً من جراء المرض، وتعرقل ليس فقط حياة المريض ولكن حياة الآخرين من حوله أيضاً. ويتضمن ذلك تخفيف العزلة الاجتماعية للمريض ومساعدته على التعامل مع المشاعر السلبية الناتجة عن المرض والخوف من الموت، وتبصيره بالطرق الفعالة لمواجهة الضغوط الناجمة عن تغير الأدوار والوظائف التي كان يؤديها، والطرق المناسبة للتفاعل والاتصال مع الآخرين، ومساعدته على التكيف مع وضعه الجديد. ولتحقيق ذلك الغرض العام فإن ذلك يستلزم تحقيق بعض الأهداف الأخرى، مثل أهداف تعليمية، وغرس الاعتماد على النفس، وتعديل اتجاهات التنشئة الاجتماعية وقيمها للمريض.

قد يلاحظ القارئ أن هذه الجماعة قد خرجت عن النمط التقليدي في بناء الجماعة والذي يستلزم التقيد بعدة أمور تطرقت إليها الأطر النظرية في خدمة الجماعة، مثل: إعطاء الحرية التامة للأعضاء في اختيار أنشطة الجماعة أو مناقشاتها، واختيار مشرف الجماعة.. (قائدها) من الجماعة نفسها، وإعطاء حرية الاختيار في تحديد مدة اجتماع الجماعة... إلى غير ذلك من الأمور، وهذا الخروج عن المألوف استدعته اعتبارات عدة منها:

1 – من خلال احتكاك الباحث بالاختصاصيين الاجتماعيين في المستشفيات، وإشرافه – في عدد من المستشفيات – على التدريب الميداني أشار كثير من الاختصاصيين الاجتماعيين إلى عدم إمكانية استخدام طريقة العمل مع الجماعات في عملهم نتيجة لأنها تعتمد على أطر نظرية لا يمكن تطبيقها في أرض الواقع، أخذاً في الاعتبار إمكانية المستشفيات البشرية والمادية، والأنظمة والإجراءات الروتينية المتبعة في المستشفيات، ومحدودية دور المريض في المستشفى، وكذلك أخذاً في الاعتبار المدة المحدودة التي يمضيها المريض في المستشفى.

2 – قلة الوعي لدى المرضى في المجتمع السعودي مقارنة بالمجتمع الغربي تفرض نمطاً مغايراً لما هو موجود في المجتمع الغربي في بناء الجماعة وأنشطتها،

فمثلاً إعطاء الحرية في اختيار الموضوعات أو تحديد الجلسات للأعضاء قد يصبح عاملاً معوقاً في بناء الجماعة واستمرارها.

3 – إن اختيار جلسات الجماعة وموضوعاتها تم بعد مراجعة لعدد من الدراسات في موضوع الخدمة الاجتماعية الطبية، ومن خلالها تم التوصل إلى القضايا والمشكلات المهمة في حياة المريض (تم التطرق إليها فيما سبق) والتي تستدعي العناية بها من خلال العمل مع الجماعات.

وأمام هذا وغيره رأى الباحث ضرورة وضع نموذج لبناء جماعة يمكن للاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في المستشفيات من تطبيقه وممارسته، وإن لم يتقيد هذا النموذج بالأطر النظرية ما دام أنه يُحقق المنفعة للمريض، ويساعد المستشفيات على أداء رسالتها. وفي هذا يؤكد أحد البارزين في هذا المجال وهو الدكتور «اليكس جيترمان» وجود فجوة بين العالم المجرد والعالم الحقيقي للنظرية والتطبيق، وحذّر من روتين النظريات والمفاهيم وجمودها، ومحاولة وضع الناس وظروفهم في أطر تلك النظريات والمفاهيم، وأشار إلى دهشته من عدم وجود النقلة أو الاتصال الطبيعي بين النظرية والتطبيق (Gitterman, 1991: 13-27).

وفي هذا التصور يعتمد الدور الأكبر على مشرف الجماعة: الاختصاصي الاجتماعي في المستشفى، كما تُتاح بعض الحرية لأعضاء الجماعة من المرضى. ولقد كان بود الباحث أن يقوم بتجربة هذه الجماعة في أحد المستشفيات، ولكن الأنظمة والإجراءات الإدارية المتبعة في المستشفيات تحد من تطبيق ذلك للأفراد غير المنتسبين إلى المستشفى. ولكن من خلال الوصف التالي للجماعة يستطيع الاختصاصيون الاجتماعيون في المستشفيات تطبيق هذه الجماعة وتدوين انطباعاتهم عنها وعن نتائجها، وخصوصاً أنها لا تتطلب ذلك الجهد الكبير أو الكلفة المالية العالية.

١ – أهداف ممارسة طريقة العمل مع جماعة مرض السرطان:

قبل البدء في التخطيط للجماعة يجب أن يضع مشرف الجماعة (الاختصاصي الاجتماعي) أهدافاً أساسية وواضحة للجماعة، ويمكن من خلال استبانة الالتحاق بالجماعة أو من خلال الجلسة الأولى للجماعة إضافة بعض الأهداف الأخرى التي يراها الأعضاء مهمة. فعند العمل مع الجماعة يكون لدى المشرف على الجماعة أهداف محددة (Drews & Bradley, 1991: 153-169). كما أن الأعضاء المستهدفين يجب أن يكونوا على علم بتلك الأهداف، ولو بالأهداف العامة من الجماعة قبل

الانضمام إلى الجماعة. وفي هذه الجماعة التي نحن بصددها يمكن أن تكون الأهداف كما يلي:

أ – زيادة الإدراك المعرفي لأعضاء الجماعة عن مرض السرطان، وتقديم المعلومات التي تمس حالتهم الصحية وجوانب حياتهم.

ب – مساعدة أعضاء الجماعة على فهم الواقع الاجتماعي المحيط بهم، ويتضمن ذلك الهدف فهم الحياة الاجتماعية، وفهم أدوار الفريق المعالج في المستشفى بما فيهم الاختصاصي الاجتماعي.

جـ – مساعدة أعضاء الجماعة على فهم التغيرات الجسمية والاجتماعية والنفسية المترتبة على الإصابة بالمرض، وما يتطلبه ذلك من إجراءات للتكيف مع تلك التغيرات، وبخاصة فيما يتصل بما يلي:

– العلاقات الاجتماعية مع أفراد الأسرة والأقارب والأصدقاء والجيران.

– انخفاض الدخل للمرضى نتيجة لترك العمل أو التقاعد المبكر أو غير ذلك.

– التغيرات الجسمية الظاهرية المصاحبة للمرض أو المصاحبة للعلاج (مثل الضعف وفقدان الشعر).

د – تشجيع الأعضاء على الممارسة النشطة في الحياة الاجتماعية من خلال استخدام بعض الأساليب الفنية التي تحقق ذلك، مثل أسلوب المعاونة المتبادلة، والمناقشة الجماعية، والتي تسهم في مساعدة أعضاء الجماعة بعضهم لبعض.

هـ – استثمار قدرات الأعضاء في المشاركة في تقديم الخدمات، حتى وإن كان ذلك في حدود أعضاء الجماعة، ولذلك فائدتان:

– النظرة الإنسانية التي تتضمن ضرورة إحساس الفرد بقيمته ودوره في المجتمع.

– إدراك الأعضاء لخبراتهم وقدراتهم.

و – إتاحة الفرصة للأعضاء للتعبير الحر التلقائي، وخصوصاً بالنسبة للمشاعر السلبية، مثل الشعور بالعزلة، والشعور بالقلق، والمشاعر العدوانية... إلخ.

ز – تبصير أعضاء الجماعة بأنسب البرامج والأنشطة التي يمكن أن يشاركوا فيها بما يتلاءم مع قدرات الأعضاء وميولهم ويتمشى مع حاجاتهم الفردية والمشتركة.

ح – إتاحة الفرصة للأعضاء لتأكيد ذواتهم من خلال الحياة الجماعية.

٢ – تكوين الجماعة وخصائصها:

كما سبق الحديث فإن مشرف الجماعة هو أحد الاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في المستشفى، ويفضل أن يكون ممن له خبرة في مجال العمل مع المرضى المصابين بأمراض خطرة. وسيكون له الدور الأكبر فيما يتصل بتخطيط الجماعة وتكوينها، ووضع خصائص الجماعة، مثل حجم الجماعة، ونوعها، ومعايير الجماعة.

أ – التخطيط للجماعة:

لإنجاح العمل مع الجماعة فإن ذلك يتطلب التخطيط المناسب والدقيق لها، لذا فإن الاختصاصي الاجتماعي يجب أن يضع في الاعتبار عدة أمور:

1 – التأكد من أن العمل مع الجماعات هو الطريقة والنموذج الأفضل لتحقيق الغرض المنشود لأعضاء الجماعة من مرضى السرطان على ضوء حالتهم الصحية ومشكلاتهم الاجتماعية، وعلى ضوء الكتابات العلمية المتصلة بالعمل مع الجماعات.

2 – الإلمام بالبيئة والمحيط اللذين ستعمل من خلالهما الجماعة.

3 – ضمان موافقة الإدارة والمسؤولين ومساندتهم في المؤسسة الطبية.

4 – معرفة احتياجات المرضى ومشكلاتهم وأهدافهم والتي ستتعامل معها الجماعة.

5 – وضع تصور لبناء الجماعة، ويتطلب ذلك تحديد ما يلي: المدة المقررة للجماعة، والوقت المحدد للاجتماع ومدته، وتشكيل الجماعة.

6 – تحديد الطريقة أو الطرق التي يتم بها انضمام الأعضاء إلى الجماعة.

7 – معرفة الموارد المتاحة في البيئة وإمكانية الاستفادة منها، وتحديد الإمكانات المطلوبة للجماعة سواء أكانت مالية أم عينية.

ب – تكوين الجماعة:

الأفراد المستهدفون في هذه الجماعة هم الأفراد من الذكور البالغين الذين تم تشخيصهم بمرض السرطان ويتلقون العلاج في القسم الداخلي في المستشفى أو سبق لهم تلقي علاج وما زالوا يترددون على المستشفى. وتتراوح أعمارهم بين 25 و 40 عاما، وذلك حتى يكون هناك تشابه في المشكلات وتقارب في أعمار أعضاء الجماعة مما يساعد على التناسب والانسجام بين الأعضاء وتماسك الجماعة، وكذلك على فاعلية الجماعة. فالجماعة تكون أكثر فاعلية إذا كان هناك تجانس في الخصائص الشخصية للأعضاء، مثل العمر والجنس، والسلوك (Carosella, 1991:

(121-135 والتجانس بين الأعضاء مهم في مثل هذه الجماعات، حيث يساعد على التعمق في مناقشة القضايا المشتركة بين الأعضاء (Getzel, 1997).

ج – حجم الجماعة:

تتكون الجماعة من ثمانية أعضاء إلى عشرة من المرضى بالإضافة إلى الاختصاصي الاجتماعي بوصفه مشرفاً على الجماعة. وقد رُوعي في تشكيل الجماعة أن تكون جماعة متوسطة الحجم، فهي ليست جماعة صغيرة بحيث لو انسحب عضو أو عضوان منها يؤثر فيها، وكذلك لتسمح بتبادل أكبر قدر من الخبرات والمعلومات بين الأعضاء. كما أنها ليست كبيرة، وذلك لتسمح بوجود التفاعل المباشر بين الأعضاء (Carosella, 1991)، ولتمنح الأعضاء فرصة للبوح بمشاعرهم الدفينة واحتياجاتهم في جو آمن، كما أن قلة عدد الأعضاء تعمل على زيادة تماسك الجماعة وبناء علاقة قوية بين الأعضاء (Toseland & Rivas, 1984). وكذلك تعطي فرصة كافية لمشاركة جميع أعضاء الجماعة في مناقشات الجماعة وأنشطتها.

د – نوع الجماعة:

هذه الجماعة جماعة علاجية، وهي جماعة مغلقة. وهذا يعمل على نمو روح الانتماء للجماعة ولأهدافها، وكذلك ضمان تعرض جميع أعضاء الجماعة للخبرات والمواقف التي تمر بها الجماعة. كما أن الجماعة المغلقة تُضيف نوعاً من الارتياح إلى الأعضاء، حيث إن الأعضاء الذين بدأت بهم الجماعة هم الأعضاء الذين ستنتهي بهم، فليس هناك أفراد غرباء أو جدد ينضمون إلى الجماعة، مما يعمل على تماسك الجماعة. ويؤكد الباحثون أن ثبات الأعضاء في الجماعة والتي توفرها الجماعة المغلقة أمر ضروري لنمو الجماعة وتقدمها، وذلك لكل عضو من الأعضاء بصفة فردية وللجماعة بصفة عامة، مما يؤدي إلى نجاح الجماعة العلاجية (Bailis & others, 1990 : 477-493).

هـ – الإعلان عن تكوين الجماعة:

لجذب الأفراد للانضمام إلى الجماعة يمكن كتابة ملصقات توضح فيها الدعوة إلى إنشاء جماعة لمرضى السرطان والهدف منها وأهميتها. وتوزع وتلصق في عيادات مرضى السرطان وأماكن تجمعهم، مثل غرف الأشعة وغرف الانتظار والممرات. بالإضافة إلى إرسال دعوات شخصية للمرضى المستهدفين يسلمها الاختصاصي الاجتماعي في المستشفى لهم. وهذا مما يوحي للمريض بأهمية الجماعة، وكذلك بأهميته في الانضمام إليها. ويوضع رقم للاتصال على الاختصاصي الاجتماعي لتسجيل الراغبين، ويمكن تسجيل الراغبين عن طريق مرور الاختصاصي الاجتماعي على المرضى.

وبعد تسجيل الراغبين للانضمام إلى الجماعة تُبنى استبانة مبسطة تحتوي على بعض الأسئلة، وتسلم لهم عن طريق الاختصاصي الاجتماعي لتعبئتها. وهذه الاستبانة تساعد الاختصاصي الاجتماعي على تكوين فكرة جيدة عن أعضاء الجماعة، وكذلك على تخطيط أنشطة الجماعة وتصميمها منذ البداية، مما يتيح الاستفادة المثلى من جلسات الجماعة.

ويمكن أن تكون الاستبانة بالشكل الآتي:

الاسم :
المؤهل التعليمي :
سنة الميلاد :
نوع مرض السرطان :
نوع العلاج المستخدم :
علاج كيميائي ( ) علاج إشعاعي ( ) علاج جراحي ( ) علاج آخر ( )
المهنة :
العمل :
السكن الحالي :
الحالة الاجتماعية :
الدخل الشهري :
اليوم المفضل لديك لجلسات الجماعة :
الوقت المفضل لديك لجلسات الجماعة :
المكان المفضل لعقد جلسات الجماعة :
الموضوعات التي ترغب في أن تتطرق إليها الجماعة :
الأنشطة التي ترغب في أن تقوم بها الجماعة :

و – معايير الجماعة (معايير السلوك):

وحتى تحقق الجماعة أهدافها المرجوة منها هناك بعض الضوابط السلوكية التي يجب المحافظة عليها، وتشمل:

1 – التزام جميع أعضاء الجماعة بحضور جلسات الجماعة حسب المواعيد المحددة.

2 – التزام الأعضاء بالسرية التامة لما يتم من مناقشات داخل الجماعة تخص الأعضاء.

3 – الالتزام بآداب المناقشة والاستماع، واحترام وجهات نظر الأعضاء.

4 – الاحترام المتبادل بين الأعضاء أنفسهم، وبينهم وبين الاختصاصي الاجتماعي.

٣ – محتويات البرنامج:

أخذاً في الاعتبار الحالة الصحية للأعضاء، والمدة المحددة للمرضى في المستشفى، ومحدودية الإمكانات البشرية والمادية (رُوعي عدم تكليف المستشفى نفقات إضافية، حتى لا يكون ذلك عائقاً أمام تكوين الجماعة) سيركز برنامج الجماعة على الأنشطة داخل الجماعة لتحقيق الأهداف المرسومة لها، وذلك من خلال الجلسات التي تعقدها الجماعة وما يدور فيها من تفاعلات، ومن تلك الأنشطة على سبيل المثال ما يتعلق بالمناقشات الجماعية، والتنفيس، والاستبصار، والتثقيف، وتقديم المشورة والنصح، وأداء الأدوار إلى غير ذلك.

أ – مكان البرنامج:

يُراعى في مكان البرنامج – أي مكان انعقاد جلسات الجماعة – أن يكون قريباً من قسم مرض السرطان حتى يسهل على المرضى الانتقال منه وإليه. ويجب أن يكون المكان مناسباً من ناحية الحرارة والإضاءة والهدوء. كما يجب على مشرف الجماعة أن يُهيئ المكان بتوفير مقاعد مريحة، وتكون الجلسة بشكل دائري أو بيضاوي تساعد على حرية الحديث والمناقشة للأعضاء، وتسمح للأعضاء بمشاهدة بعضهم بعضاً، وكذلك بسماع بعضهم بعضاً بوضوح.

ب – موعد البرنامج:

تلتقي الجماعة مرة واحدة في الأسبوع، وهو يوم الأحد، ولمدة ساعة ونصف ساعة. ويراعى في مدة الجلسة ألا تكون طويلة حتى لا تكون مملة ومرهقة للمرضى، وألا تكون قصيرة حتى لا تقل الفائدة من الجماعة أو تنعدم. كما أن تحديد

وقت الجلسات يساعد الأعضاء في تنظيم وقتهم وخصوصاً أنه قد يكون من المرضى من يعتمد على أفراد أسرته في إيصاله من المستشفى وإليها.

ويحدد اللقاء بحيث يكون من الساعة العاشرة والنصف إلى الثانية عشرة. ويُراعى في الجلسات أن تكون في وقت مناسب لجميع المرضى قدر الإمكان، فلا تعقد في وقت إجراء الفحوصات الطبية أو المعملية التي يقوم بها المرضى، ولا في وقت الزيارة أو وقت الصلوات، ولا في نهاية اليوم حتى لا يكون المرضى منهكين.

جـ – البرنامج:

يتكون برنامج الجماعة من جلسات تستمر مدة ثمانية أسابيع، بحيث تعقد جلسة في كل أسبوع، ويراعى عدم إكثار عدد جلسات الجماعة أخذاً في الاعتبار الحالة الصحية للأعضاء، وحتى لا يشعر الأعضاء بالملل ويكثر غيابهم، ومن ثم تقل الفائدة من الجماعة، كما أن مثل هذه الجماعة المحدودة الوقت تجعل الأعضاء يُركزون على إكمال أهداف الجماعة في أسرع وقت ممكن (Carosella, 1991). ويحدد تاريخ الجلسة الأولى للجماعة ليكون معلوماً لجميع الأعضاء المستهدفين. وسيكون برنامج الجلسات على النحو التالي:

الجلسة الأولى: تعريف بالجماعة وتمهيد للجلسات:

في الجلسة الأولى يُقدم الاختصاصي الاجتماعي نفسه لأعضاء الجماعة ويتم التعارف بين الأعضاء. وفي هذه الجلسة يتم التأكيد على أهداف الجماعة التي من أجلها أنشئت، وينوه إذا ما كان هناك أهداف أخرى يمكن إضافتها. ويؤكد على الفوائد التي يؤمل تحقيقها للأعضاء. كذلك تحديد دور الاختصاصي الاجتماعي في الجماعة والذي يتمثل في:

1 – الإشراف على الجماعة والمساعدة في التخطيط لأنشطتها.

2 – تشجيع الأعضاء على المشاركة ومساعدتهم على التعبير عن مشاعرهم واحتياجاتهم في جو آمن.

3 – العمل على تعديل الاتجاهات والسلوكيات الخاطئة لدى الأعضاء.

4 – مساعدة الأعضاء على اكتشاف قدراتهم وهواياتهم وتنميتها، أو إكسابهم بعض القدرات والهوايات الجديدة لتحل محل هواياتهم السابقة والتي لم يعد بمقدورهم ممارستها نتيجة للإصابة بالمرض.

5 – المساعدة في تكوين علاقات طيبة بين الأعضاء.

6 – العمل على توفير المعلومات الأساسية التي يحتاجها الأعضاء.

7 – تزويد الأعضاء بالخبرات والمهارات التي تعينهم على التكيف مع ظروفهم الجديدة ومواجهة الصعوبات التي قد تواجههم.

كما يتم تحديد دور أعضاء الجماعة على النحو التالي:

دور الأعضاء:

1 – الالتزام بأنظمة الجماعة.

2 – تفاعل الأعضاء مع الجماعة والمشاركة في الآراء والمشاعر.

3 – القيام بأداء المسئوليات التي تناط بالعضو بعد اختياره لها.

وهذه المسئوليات تكون محددة وواضحة ومناسبة لقدرات كل عضو وإمكاناته.

الجلسة الأولى:

في الجلسة الأولى يوضح الاختصاصي الاجتماعي (رائد الجماعة) الأنشطة التي ستمارس من خلال الجماعة والتي ستُركز على المناقشات الجماعية في الموضوعات التي تهم الأعضاء. ويشير الاختصاصي الاجتماعي إلى موضوعات المناقشات. وهذه الموضوعات تم اختيارها بناء على أهميتها من خلال ما أثبتته الدراسات في هذا المجال وما رآه الاختصاصي الاجتماعي من موضوعات مهمة حسب خبرته مع المرضى المزمنين، وكذلك من خلال الاستبانات المبدئية التي وزعت على الأعضاء. وهذه الموضوعات تشمل: 1 – ماذا تعني الإصابة بمرض السرطان، 2 – معلومات عن مرض السرطان، 3 – الأمور الشرعية المتصلة بالمرض، 4 – القضايا المتصلة بالأمور المالية، 5 – الصعوبات التي يواجهها الأعضاء، 6 – التغيرات الاجتماعية، 7 – الجلسة الختامية.

ويؤكد المشرف على الجماعة أهمية الحفاظ على السرية في القضايا التي تناقش داخل الجماعة، ويدعوهم إلى البوح بمشكلاتهم وبما في داخلهم وعدم الانغلاق على أنفسهم، حيث إن كل عضو له تجربته مع المرض، والجماعة «منهم وإليهم»، وذلك حتى يستفيدوا من الجماعة الاستفادة القصوى ولا تكون الجماعة مجرد مضيعة لوقتهم.

الجلسة الثانية: ماذا تعني الإصابة بمرض السرطان؟

في البداية يتحدث الاختصاصي الاجتماعي عن كون المرض نوعاً من الابتلاء الذي يصيب المسلم. ومرض السرطان ليس له سن معينة، فهو يصيب الصغير

والكبير والرجل والمرأة. والطب الحديث استطاع بفضل من الله أن يعالج كثيراً من أمراض السرطان، والطب في تطور مستمر في محاولة للوصول إلى علاج لأمراض السرطان. ويشير الاختصاصي إلى أن أي وضع جديد للفرد، مثل حدوث مرض مزمن يُحدث تغيرات في حياته. ثم يتيح الاختصاصي الفرصة للأعضاء للتعبير عن مشاعرهم فيما يعنيه المرض لهم، والتغيرات التي أحدثها المرض في حياتهم. ويلاحظ الاختصاصي مدى مشاركة الأعضاء في المناقشة ويقوم بتشجيع الأعضاء غير المشاركين على المناقشة.

وتتضمن هذه الجلسة مناقشة موضوع القلق على الصحة والخوف من المستقبل، حيث إنه من الموضوعات المهمة التي تشغل بال مرضى السرطان. ويؤكد الاختصاصي الاجتماعي في البداية على أن القلق منتشر بين كثير من الأفراد سواء أكانوا يعانون من مرض أم لا يعانون، بل يعد القلق من العلامات المميزة لعالم اليوم. لذا فإن من الطبيعي أن يُظهر مرضى السرطان نوعاً من القلق على الصحة، وكذلك الخوف على المستقبل، ولكن المهم ألا يكون الشعور بالقلق عائقاً للفرد عن ممارسة وظائفه الحياتية.

ثم يطرح الاختصاصي الموضوع على الأعضاء للمناقشة، ويشجعهم على إظهار المشاعر الدفينة، حيث إن جميع الأعضاء لا بد أن يكونوا قد مروا بهذه الخبرة. ولا بد للاختصاصي أن يتأكد من أن جميع الأعضاء قد شاركوا في المناقشات، لأن هذه القضية من القضايا المهمة في حياة مرضى السرطان، كما أشارت إلى ذلك البحوث العلمية كما سبق إيضاحه.

بالإضافة إلى مناقشة الأساليب المناسبة لمواجهة القلق عند حدوثه. يتيح الاختصاصي للمرضى الذين لديهم أساليب في التخفيف من الشعور بالقلق مشاركة إخوانهم خبراتهم. كما يمكن للاختصاصي الاجتماعي طرح بعض الأساليب في مواجهة القلق، مثل القيام بالعبادات، مثل الصلاة وقراءة القرآن الكريم والإكثار من ذكر الله، كذلك القيام ببعض التمارين الحركية التي تتناسب ووضع المريض الصحي، مثل إغلاق العينين لفترة ثم فتحهما، والحديث مع الأفراد المقربين للمريض في موضوعات محببة للنفس، والتنفيس عن مشاعر القلق بكتابتها.

ومن الأساليب المفيدة في ذلك قيام الاختصاصي الاجتماعي بتوزيع بطاقات على الأعضاء، ويطلب من كل عضو كتابة أهم المخاوف التي لديه على الوجه الأول

من البطاقة، وعلى الوجه الثاني يكتب العضو كيف يمكن التعامل مع هذه المخاوف، ثم يقوم الاختصاصي الاجتماعي بجمع هذه البطاقات ويخلطها ويعيد توزيعها على الأعضاء ويطلب من كل عضو قراءة المخاوف المكتوبة على البطاقة التي وصلته، ثم يناقش الأعضاء تلك المخاوف تحت توجيه من الاختصاصي الاجتماعي. بعد ذلك يُطلب من كل عضو قراءة كيفية التعامل مع هذه المخاوف الموجودة على الوجه الثاني من البطاقة، ثم يتناقش الأعضاء في هذا الموضوع تحت توجيه من الاختصاصي الاجتماعي.

وفي اعتقاد الباحث أن هذا الأسلوب مفيد جداً للأسباب الآتية:

1 – يساعد على تنظيم الجماعة والمناقشات.

2 – الاستغلال الأمثل للوقت.

3 – يتيح الفرصة للأعضاء الذين يشعرون بإحراج في التعبير عن مخاوفهم أو الذين ليس لديهم قدرة على التعبير اللفظي بأن يعبروا عما في خاطرهم من خلال الكتابة.

4 – إنه يمكن استخدام هذا الأسلوب لتقويم عمل الجماعة، وذلك بإعادة تطبيقه عند قرب انتهاء الجماعة لمعرفة مدى التقدم الذي أحرزته الجماعة من خلال الوقوف على مدى تكرار المخاوف لدى الأعضاء وكيفية التعامل معها.

الجلسة الثالثة: معلومات عن مرض السرطان:

على الرغم من أهمية إحاطة مرضى السرطان بالمعلومات المهمة والتي تتصل بمرضهم فإن كثيراً منهم يجهلون ذلك. وقد أظهرت إحدى الدراسات أن مرضى السرطان لم يحصلوا على معلومات كافية من أطبائهم (Roberts, *et al*., 1997)، ولأهمية هذا الموضوع يجب أن يكون من ضمن برنامج الجماعة – وقبل انعقاد الجلسة – أن يكون الاختصاصي الاجتماعي قد سبق أن نسق مع أحد الأطباء العاملين في المستشفى أن يتحدث حول الموضوعات الطبية المتعلقة بمرض السرطان والتي تهم الأعضاء مثل: مرض السرطان وأنواعه، وتأثيراته في حياة المريض، وطرق العلاج لمرض السرطان، والنشاط الحركي وأهميته، وأهمية التغذية. ويمكن استخدام وسائل توضيحية من صور وأفلام لنقل المعلومات إلى الأعضاء ليسهل عليهم فهمها. ولأن أعضاء الجماعة من البالغين ومن المتوقع أن يكونوا من

المتزوجين لذا فإن من الموضوعات الجديرة بالطرح في الجماعة مدى تأثير مرض السرطان في الناحية الجنسية للمريض وفي الخصوبة.

ويستحسن أن يُدعى أفراد من الأُسر المسؤولة عن رعاية هؤلاء المرضى Primary care givers لحضور هذه الجلسة، وذلك حتى يكتسبوا المعلومات الأساسية المتصلة بمرض السرطان مما سيساعدهم في تعاملهم مع مريضهم وتقديم الرعاية له.

وفي نهاية الجلسة يذكّر الاختصاصي الاجتماعي أعضاء الجماعة بأن الجماعة ستستضيف في الجلسة المقبلة أحد المشايخ، وسيتطرق الشيخ لبعض الأمور المتصلة بالمرض والأمور الشرعية، بالإضافة إلى الإجابة عن أسئلة الأعضاء.

الجلسة الرابعة: الأمور الشرعية المتصلة بالمرض:

قبل انعقاد الجلسة يكون الاختصاصي الاجتماعي قد سبق أن رتّب مع الضيف الموضوعات التي تهم الأعضاء، مثل أهمية الصبر ومضاعفة الأجر للمسلم عند الابتلاء، وكيفية تأدية العبادات من صوم وصلاة ونحوها لمريض السرطان، وكذلك كتابة الوصية وأهميتها للمسلم في حالي صحته ومرضه، ومعنى الحياة بالنسبة للفرد المسلم، وكيف أنها دار عبور، وأن الموت يحدث للشخص السليم والمريض على السواء، وأنه مصير الخلائق، بالإضافة إلى ترك وقت مفتوح للإجابة عن أسئلة الأعضاء.

الجلسة الخامسة: القضايا المادية:

يبدأ الاختصاصي الاجتماعي الجلسة بالإشارة إلى أنه من الجوانب التي تتأثر بالمرض الجانب المادي، فقد يقل الدخل الاقتصادي للأسرة إذا كان المريض هو رب الأسرة، وذلك لأن المريض لا يستطيع أن يؤدي الأعمال التي كان يقوم بها، أو ربما يقوم بها ولكن ليس بالمستوى نفسه أو الكفاءة نفسها. ثم يشجع أعضاء الجماعة على المشاركة في المناقشة في هذا الموضوع، وتعرُّف خبرات الأعضاء الذين يواجهون مثل هذه الظروف في التعامل مع قلة الدخل الناتجة عن المرض. وبعد تبادل الخبرات بين الأعضاء في هذه القضية يمكن للاختصاصي الاجتماعي أن يشير إلى بعض الأساليب للتعامل مع قلة الدخل مثل:

1 – محاولة الترشيد في المصروفات، وهذا يحتاج من المريض أن يضع أفراد أسرته في الصورة، حيث إن الوضع اختلف عن السابق ويحتاج تعاون جميع أفراد الأسرة للتعامل مع الظروف المستجدة.

2 – طلب المساعدة المالية من الجهات الرسمية إذا كان المريض من المستحقين، ويستطيع قسم الخدمة الاجتماعية في المستشفى المساعدة بالكتابة إلى الجهات الرسمية.

3 – الاتصال بالجمعيات الخيرية والمحسنين لمساعدة المرضى في الأمور المالية، وكذلك في توفير الأجهزة لمن يحتاجها، ويمكن لقسم الخدمة الاجتماعية في المستشفى مساعدة الأعضاء بالاتصال بالجمعيات الخيرية والمحسنين وشرح حاجة المرضى.

4 – تبصير الأعضاء ممن لديهم أبناء قادرون على العمل بالفرص الوظيفية الموجودة في المجتمع، ويمكن لقسم الخدمة الاجتماعية الإسهام بالكتابة للجهات الموظفة لشرح ظروف الأسرة.

الجلسة السادسة: الصعوبات التي يواجهها الأعضاء:

وفي هذه الجلسة تدور مناقشات الجماعة عن الصعوبات التي يواجهها الأعضاء في حياتهم، ويمكن تقسيم هذه الصعوبات إلى شقين:

الشق الأول: صعوبات داخل المستشفى. وفي هذا يُعطى المريض فرصة لإبداء رأيه في الخدمات التي يقدمها المستشفى لمرضى السرطان، ونواحي القصور فيها، واقتراحاتهم لتحسين مستوى الخدمة المقدمة إليهم. ويبين الاختصاصي الاجتماعي للأعضاء بأن قسم الخدمة الاجتماعية سيقوم بطرح آرائهم واقتراحاتهم على إدارة المستشفى للعمل لما فيه صالح المرضى.

الشق الثاني: الصعوبات التي يواجهها مرضى السرطان بشكل عام في حياتهم، ويُعطي الاختصاصي الاجتماعي الفرصة للأعضاء في التعبير عن المشكلات التي تواجههم في حياتهم سواء أكان ذلك في دراستهم أم في أعمالهم أم في تربية الأبناء أم في مدى تفهم المجتمع لمرض السرطان والمصابين به، أم فيما يتعلق بتوفير الخدمات المخصصة لمرضى السرطان. وتتناول المناقشة خبرات الأعضاء في مواجهة تلك الصعوبات والطرق المناسبة في التعامل معها.

الجلسة السابعة: العلاقات الاجتماعية:

يبدأ الاختصاصي الاجتماعي الحديث عن التغيرات الاجتماعية التي يحدثها المرض وخصوصاً فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية بين الأفراد، وهذا التغير في العلاقات بين المريض والآخرين من أفراد أسرته وأقاربه وجيرانه وأصدقائه قد

يكون منشأه المريض نفسه، مثل انطواء المريض على نفسه، وقد يكون منشأه الآخرين من الأفراد الذين يتعامل معهم المريض، مثل عدم تقبلهم للمريض، وقد يكون التغير في العلاقات بين المريض والآخرين ثنائي المنشأ، أي مشترك بين المريض والأفراد الآخرين في بيئته.

كما يتم التطرق إلى التغير في الأدوار الذي قد ينتج عن الإصابة بالمرض، حيث قد يستوجب المرض التخلي عن بعض الأدوار التي كان يقوم بها المريض في الأسرة وتحويلها إلى أفراد آخرين في الأسرة، مثل الابن الأكبر أو الأخ أو الزوجة. وربما يتخلى المريض عن دوره الوظيفي، والمتمثل في التقاعد وترك العمل نتيجة لعدم قدرته على القيام بمهامه الوظيفية.

بعد ذلك يطرح الموضوع للمناقشة الجماعية ليشارك جميع الأعضاء فيما إذا كانت علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين قد تأثرت بعد حدوث المرض، ومع من تأثرت علاقاتهم، وكيف تأثرت. ثم يطلب الاختصاصي من الأعضاء الذين استطاعوا أن يتغلبوا على الصعوبات التي واجهتهم في علاقاتهم مع الآخرين مشاركة الجماعة في تلك الخبرات.

ويُستحسن أن يستعين الاختصاصي الاجتماعي بأسلوب أداء الأدوار، حيث إن هذا الأسلوب يزيد من إدراك الأعضاء لمهاراتهم في العلاقات الشخصية، ويسهم في إحداث تغيرات سلوكية (Toseland & Rivas, 1984). فمثلاً قضية تغير الأدوار في حياة المريض والتي يكون فيها عادة شدٌّ وجذب بين المريض وأفراد أسرته، حيث إن بعض المرضى لا يريد التخلي عن بعض أدواره السابقة لأفراد أسرته والتي لا يستطيع القيام بها في الوقت الحاضر، أي بعد الإصابة بمرض السرطان (راشد الباز، 1419هـ). فيمكن للاختصاصي الاجتماعي أن يطلب من بعض الأعضاء تجسيد أدوار لأشخاص في بيئة المرضى، حيث يقوم أحد المرضى بدور المريض، ومريض آخر يقوم بدور الابن الأكبر أو الأخ الأكبر في أسرة المريض، وتدور المسرحية حول رغبة الابن أو الأخ الأكبر من والده (أو أخيه) في إعطائه دوراً في القيام ببعض المسئوليات، ثم كيف سيكون رد الوالد، وذلك في شكل أشبه بالمسرحية.

وفي نهاية الجلسة يقوم المشرف على الجماعة (الاختصاصي الاجتماعي) بالتعليق على المشهد، ثم يقوم بعرض الطرق المفيدة في بناء علاقات جيدة وكيفية المحافظة عليها وكيفية مواجهة التغيرات التي تحدث في العلاقات الاجتماعية.

الجلسة الثامنة (الجلسة الأخيرة):

وفيها يعمل الاختصاصي الاجتماعي على تهيئة أعضاء الجماعة لترك الجماعة حتى لا تحدث انتكاسة أو رفض من قبل بعض الأعضاء. كما تتم مناقشة تقويم الجماعة ومدى تحقيقها لأهدافها، ويكون الاختصاصي الاجتماعي قد أعد استبانة قصيرة تقوِّم برنامج الجماعة وتوزع على الأعضاء، وتحتوي تلك الاستبانة على عبارات تشمل ما يلي:

العبارة	نعم	إلى حد ما	لا
1 – الموضوعات التي نُوقشت في الجماعة مفيدة.			
2 – ساعدتني الجماعة في التحدث لأفراد لديهم الخبرة نفسها.			
3 – ساعدتني المعلومات المقدمة على فهم أفضل لمرض السرطان.			
4 – ساعدتني الجماعة في مواجهة المشكلات التي تعترضني.			
5 – قدمت لي الجماعة طرقاً مناسبة في كيفية التعامل مع وضعي.			
6 – ساعدتني الجماعة في بناء الثقة لدي.			
7 – كانت المعلومات الدينية التي قدمت مفيدة.			
8 – ما الموضوعات والأنشطة التي ترى إضافتها؟			
9 – ما جوانب القصور في الجماعة؟			

٤ – تقويم الجماعة:

إن تقويم الممارسة أمر حيوي في مهنة الخدمة الاجتماعية، وذلك لمعرفة مواطن القوة والضعف فيها، حتى يمكن الاستفادة منها في تغيير برنامج الجماعة وتعديله لبلوغ المستوى الأفضل لتحقيق الأهداف المرسومة ولأخذها في الاعتبار عند بناء جماعات أخرى. وهناك في هذه الجماعة نوعان من التقويم، أولهما مرحلي وثانيهما نهائي.

أ – التقويم المرحلي:

يقوم الاختصاصي الاجتماعي بتقويم الجماعة أثناء عملها، ففي نهاية جلسات الجماعة يكون الاختصاصي قد أعد تحليلاً لكل جلسة، ويمكن أن يتم ذلك من خلال نموذج الشكل التالي:

اسم الجماعة:
تاريخ بداية الجماعة: رقم الجلسة:
تاريخ نهاية الجماعة: تاريخ الجلسة:
الأعضاء الحاضرون:
الأعضاء الغائبون: ويشير إلى سبب التغيب، وهل التغيب بعذر أو لا؟
هدف هذه الجلسة:
أنشطة الجلسة: الأنشطة والفعاليات التي دارت في الجلسة.

تحليل الاختصاصي الاجتماعي للجلسة: يحاول الاختصاصي الاجتماعي تفسير المواقف الفردية والجماعية لأعضاء الجماعة، وكذلك الخاصة بالاختصاصي على ضوء الحقائق العلمية والنظريات المرتبطة بطريقة العمل مع الجماعات. وفيه يشير الاختصاصي إلى مدى مشاركة الأعضاء في أنشطة الجلسة، وهل هناك تقدم في مشاركة الأعضاء، ومنهم الأعضاء غير المشاركين، ومدى الترابط بين الأعضاء، ومدى تحقيق الهدف من الجلسة، وملاحظات الاختصاصي للأعضاء، وانطباعات الاختصاصي عن مشاعر الأعضاء في هذه الجلسة.

مقترحات للجلسة (أو الجلسات) المقبلة: يقوم الاختصاصي الاجتماعي باتخاذ الخطوات المهنية اللازمة حيال ما أسفر عنه التحليل في الجزء السابق، ويحدد التدخل المهني المطلوب، حيث يدعم المواقف الإيجابية ويعمل على تعديل المواقف السلبية.

ب – التقويم النهائي:

في نهاية جلسات الجماعة يقوم الاختصاصي الاجتماعي بتقويم الجماعة بإعداد تحليل شامل لها ويمكن استخدام النموذج التالي:

اسم الجماعة:
تاريخ بداية الجماعة: تاريخ نهاية الجماعة:
الهدف من الجماعة: الأنشطة التي تم تنفيذها:

تحليل الاختصاصي الاجتماعي للجماعة: يبين الاختصاصي فيه التقدم الذي حققته الجماعة عبر جلساتها، والأهداف التي تم إنجازها، ومدى الترابط الذي حققته الجماعة بين الأعضاء، ومدى مشاركة الأعضاء في أنشطة الجماعة، ومدى التقدم

في مشاركة الأعضاء، ومنهم الأعضاء غير المشاركين، ومدى استفادة كل عضو من الأعضاء من أنشطة الجماعة، وملاحظات الاختصاصي عن الأعضاء، وانطباعات الاختصاصي عن مشاعر الأعضاء حول الجماعة، وانطباعات الاختصاصي عن الضيوف المشاركين في أنشطة الجماعة وإسهاماتهم.

المتابعة: يشير الاختصاصي إلى الأعمال المتعلقة التي لم يتم إنجازها للأعضاء لمتابعتها، مثال متابعة طلب أحد الأعضاء مساعدة اجتماعية من إحدى الجمعيات الخيرية، أو إرسال بعض المعلومات الإضافية التي لم يتمكن من توفيرها أثناء اجتماعات الجماعة. كذلك الإشارة إلى بعض حاجات الأعضاء، مثل التوصية بانضمام أحد الأعضاء لجماعة مماثلة لعدم استفادته من الجماعة نتيجة لغيابه المتكرر. وكذلك التوصية بحاجة أحد الأعضاء إلى مساعدة أكثر عن طريق استخدام طريقة خدمة الفرد.

تقويم الاختصاصي الاجتماعي ومقترحاته للجماعة: يسجل الاختصاصي الجوانب الإيجابية في الجماعة، ومناطق القوة التي يمكن تعميمها والاستفادة منها في الجماعات المشابهة، وكذلك الجوانب السلبية ومناطق الضعف والقصور في الجماعة حتى يمكن تفاديها في أي جماعة مستقبلية.

وفيما يتعلق بعملية التقويم فإن الاختصاصي الاجتماعي يجب أن يكون لديه القدرة على تقويم نفسه من خلال مدى تحقيق الجماعة لأهداف الخطة العلاجية. ولا بد أن يكون الاختصاصي الاجتماعي صادقاً مع نفسه سواء أكانت نتائج تدخله إيجابية أم سلبية، فالإخفاق في تحقيق الأهداف العلاجية للجماعة لا يعني إخفاق الاختصاصي الاجتماعي، فهناك أمور كثيرة خارجة عن قدرة الاختصاصي الاجتماعي قد تتداخل مع عمله في الجماعة وتؤثر في النتائج سلباً، ولكن الأهم أن يُحدد الاختصاصي الاجتماعي مصادر الإخفاق وأسبابه حتى يمكن تفاديها مع الجماعات العلاجية المستقبلية.

٥ – دور مشرف الجماعة (الاختصاصي الاجتماعي)

إن واجبات مشرف الجماعة مع هذه الجماعة تبدأ منذ التخطيط لها وتكوينها وإعداد البرنامج وتنفيذه، وقد رغب الباحث في التركيز على هذا الموضوع في هذا الجزء من الدراسة للتوضيح والتأكيد على أهمية دور مشرف الجماعة.

تتحدد واجبات مشرف الجماعة (الاختصاصي الاجتماعي) على أساس الدور

المتوقع أداؤه مع هذه الجماعة والتي يعاني أعضاؤها من مرض السرطان، ويمكن للباحث أن يُحدد لمشرف الجماعة دورين أساسيين يضطلع بهما، وهما: دور مساعد، ودور رئيس.

أ – دور مساعد:

وهو الدور الذي يقوم به مشرف الجماعة لمساعدة الفريق المعالج في خطة العلاج الطبي، فهو يعمل من خلال الجلسات الجماعية بوصفه عضواً في الفريق المعالج ويشترك في تنفيذ خطة العلاج، حيث يؤدي دور المساعد للطبيب والفريق المعالج ويضطلع لتحقيق ذلك ببعض المسئوليات:

1 – إعداد الجماعة العلاجية على أساس من التجانس النسبي وبخاصة في المرحلة العمرية، ونوع المرض والحالة الاجتماعية، وغير ذلك من المتغيرات التي يمكن أن تُحقق هذا التجانس وتزيد من فاعلية الجماعة، مما يقود إلى تحقيق أهداف العملية العلاجية.

2 – نقل المعلومات والإرشادات التي يرى الأطباء أهميتها لأعضاء الجماعة، مثل أهمية اتباع التعليمات الطبية المعطاة للمرضى.

3 – دعم علاقة الأعضاء وبناء الثقة مع أعضاء الفريق المعالج.

4 – مساعدة أعضاء الجماعة على فهم دور الفريق المعالج وتقبله.

5 – نقل اقتراحات المرضى وشكاواهم المتصلة بخدمات المستشفى وأنظمته إلى إدارة المستشفى.

6 – التنسيق مع الفريق المعالج على تنظيم المواعيد المناسبة لجلسات الجماعة.

ب – دور رئيس:

وهو الدور الأساس المتوقع من مشرف الجماعة القيام به، ويتمثل ذلك الدور فيما يلي:

1 – توجيه التفاعل الجماعي والاتصال داخل الجماعة بما يُحقق أهداف الجماعة ككل والأهداف الخاصة بكل عضو.

2 – مساعدة أعضاء الجماعة على تحديد بعض الأهداف التي ترتبط بمصالحهم الذاتية.

3 – ملاحظة تفاعل الأعضاء والعوامل التي تؤثر في هذا التفاعل.

4 – مساعدة أعضاء الجماعة على التكيف مع حالتهم المرضية وعلى أداء أدوارهم في أسرهم ومجتمعهم من خلال تعليمهم اتجاهات وأنماط سلوكية جديدة.

5 – مساعدة أعضاء الجماعة على الإفراغ الوجداني لمشاعرهم من خلال الجماعة، وكذلك على التعامل مع المشاعر السلبية بفاعلية.

6 – مساعدة الجماعة على تبادل الخبرات والمعارف.

7 – تشجيع الأعضاء على المشاركة في الحياة الجماعية ودعم تلك المشاركة، كما يجب على مشرف الجماعة أن يحرص على مشاركة جميع أعضاء الجماعة في المناقشات حتى ولو بتوجيه أسئلة مباشرة للأعضاء المحجمين عن المشاركة، فمثلاً يمكن أن يطلب تعليقهم على ما طرحه أحد الأعضاء أو رأيهم إزاء قضية مطروحة للمناقشة.

وفي الختام كانت هذه الدراسة محاولة لتقديم تصور للممارسة المهنية لخدمة الجماعة مع مرضى السرطان، وقد عملت هذه الدراسة على الاستفادة من الأطر النظرية في بناء هذا التصور وإن لم تتقيد بها في محاولة لأن يكون هذا التصور تصوراً عملياً واقعياً يمكن للاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في المستشفيات من تطبيقه في ظل الظروف التي تواجه المستشفيات ومكاتب الخدمة الاجتماعية فيها، كما أن هذا التصور يمكن الاستفادة منه في بناء جماعات أخرى من المرضى المصابين بأمراض مزمنة أخرى مثل مرضى القلب.

المصادر

أحمد طحان (1997). **احذروا السرطان فهو معكم**. الرياض: دار الاستشارات الطبية والتأهيلية.

السباعي (1987). وبائيات السرطان في العالم. محاضرة أُلقيت في معهد الأورام القومي، القاهرة.

راشد سعد الباز (1419هـ). الخدمة الاجتماعية مع المصابين بأمراض مزمنة خطيرة. **مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية**، ع 22، ربيع الآخر: 509–570.

عالم الإعاقة (1419هـ/1998م). **ملف السرطان**، ع 5، رجب/نوفمبر، دار الاستشارات الطبية والتأهيلية.

كمال أغا (1992). الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في الوطن العربي: الواقع والمستقبل. بحث منشور في أعمال المؤتمر العلمي الخامس لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم 22–24 إبريل: 163–180.

هايدن، وبيتيللو (1986). **السرطان ليس هو النهاية**. ترجمة محمد نوايا. بيروت: دار الحقائق.

Allison, H., Grpton, J., Rodway, M. (1990). *Social work services as a component of palliative care with terminal cancer patients*. In Kay Davidson and S.Clarke (Eds.), *Social work in health care*. New York: The Haworth Press.

Avery, J. (1997). *Post transplant group: Five years on*. In Parry Joan (Ed.) From prevention to wellness through group work, New York: The Haworth Press.

Bailis, S., Lambert, S., Bernstein, S. (1990). *The legacy of the group therapy with a transient membership*. In Kay Davidson and Sylvia Clarke (Eds.), *Social work in health care*. New York: The Haworth Press.

Carosella, J. (1991). Aids anxiety: Technique and skills with a worried-well group. In Well *et al*., (Eds.), *Theory and practice in social group work*. New York: The Haworth Press.

Cella, D.F., & Yellen, S. (1993). Cancer support group: The state of the art. *Cancer Practice,* May/June: 56-61.

Drews, J., & Bradley, T. (1991). Group treatment for adults molested as childern: An educational and therapeutic approach. In Well et al., (Eds.), *Theory and practice in social group work*. New York: The Haworth Press.

Ferrell, et al. (1992). The meaning of quality of life for bone marrow transplant survivors. *Cancer Nursing,* 15 (4): 247-253.

Freeman, H. (1989). Cancer in the socioeconomically disadvataged. *Ca-A cancer Journal for Clinicians,* Sept./Oct. 39(5): 266-288.

Freeman, H.P., & Wasfie, T.J. (1989). Cancer of the breast in poor black women. *Cancer,* 63: 2562-2569.

Getzel, G.S. (1994). No one is alone: Groups during the AIDS pandemic. In A. Gitterman and L. Shulmane (Eds.). *Mutual aid groups, vulnerable population, and the life cycle*, New York: Columbia, pp. 185-197.

Getzel, G. (1997). *Refiguring group-work services with people with Aids*. In Parry Joan (Eds.) *From prevention to wellness through group work*. New York: The Haworth Press.

Gitterman, A. (1991). *Creative connection between practice and theory*. In Well et al., (Eds.), *Theory and practice in social group work*. New York: The Haworth Press.

Kerson, T., & Kerson, L. (1985). *Understanding chronic illness*. New York: Free Press.

McBroom, E. (1976). Socialization through small groups. In R. Robert and N. Helen (Eds.), *Theories of social work with groups*. New York: Columbia University Press.

Mechanic, D. (1986). *From advocacy to allocation*. New York: The Free Press.

Northen, H. (1990). Social work groups in health settings: Promises and problems. In K. Davidson and S. Clarke (Eds.), *Social work in health care*. New York: The Haworth Press.

Roberts *et al*., (1997). A support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer. *Health and Social Work Journal,* May, 22 (2): 133-141.

Schwartz, W. (1981). The group work tradition and social work practice. Paper presented at Rutgers University, School of Social Work, New Brunswick, New Jersey. April: 1-33.

Sheldon, H. (1988). *Introduction to the study of disease*. Philadephia: Lea & Febiger.

Strauss, A. (1975). *Chronic illness and the quality of life*. Missouri, St. Louis: Mosby.

Toseland, R., & Rivas, R. (1984). *An introduction to group work practice*. New York: Macmillan Publishing Company.

Whittemore, (1984). Early precures of urogenital cancer. *Journal of Urology,* Dec.: 126-128.

Yalom, I. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

مقدم في: نوفمبر 1999.

أجيز في: فبراير 2000.

Sociology

A Framework for Practising Group Work with Cancer Patients

Rashid Saad Albaz*

Group work is a main method of social work which has been proved to be effective in many social work fields. Its importance has increased nowdays as a result of the spread of chronic diseases such as cancer. This type of disease affects the whole life of the patient which means a need for a comprehensive care with the social aspect being an essential element of the care. Besides, group work plays a major role because: 1 - Group work is the appropriate of dealing with certain problems and issues, 2 - Shortage of human and financial resources facing hospitals nowdays necessitates a look for an efficient way to deliver social services to patients such as using group work with patients. This study attempts to provide a framework for professional practice of group work with cancer patients, it has utilized theoretical parameters in building this framework, however it has not limited itself to it. So the framework can be practical and realistic when applied social workers in hospitals which will benefit not only patients and their families but also hospitals themselves.

Key words: Social work, group work, medical social work, cancer.

* Associate Professor, Dept. of Sociology & Social Work, Faculty of Social Sciences, Al-Emam Mohammed Bin Saud University, Saudi Arabia.

Journal of the Social Sciences
Vol. 28, No. 4 - Winter 2000, pp 139 - 177.