الفصل الرابع
الخدمة الاجتماعية الطبية

obeikandl.com

الفصل الرابع

الخدمة الاجتماعية الطبية

(نشأتها، مفهومها، فلسفتها، طرقها، أهميتها)

نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية:

ظهرت الخدمة الاجتماعية الطبية في إنجلترا عام ١٨٨٠م وذلك عندما تبين أن المرضى المصابين بأمراض عقلية يحتاجون إلى رعاية لاحقة بعد خروجهم من المصحات في بيوتهم حتى يمكن تجنب تكرار المرض.

وكانت الزائرات يذهبن إلى بيوت المرضى حيث يبصرن أسرة المريض وأصدقائه بنوع الرعاية والمعاملة اللازمة له بعد خروجه من المستشفى.

obeikandl.com

كما كان فريق من السيدات المحسنات يتطوعن في المستشفيات الانجليزية في لندن عام ١٨٩٠م ويقمن بالبحوث الاجتماعية لتقرير أحقية مقدم الطلب والاستعانة ببعض الجمعيات الخيرية لمساعدة المريض.

وفي نيويورك عام ١٨٩٣م قامت الزائرات الصحيات بزيارة بيوت الفقراء من المرضى في الأحياء المجاورة لمحلة هنري ستريت لسداد نفقات الرعاية العلاجية والتمريض، ولقد لفت انتباههن العديد من المشكلات الاجتماعية والشخصية التي تنشأ عن المرض، وقد استفادت بعض مستشفيات نيويورك من خبرات محلة هنري ستريت، ولما أدركت أن الزيارة المنزلية تؤدي إلى تقدم كبير في تأثير العلاج الطبي استمروا في إرسال الزائرات الصحيات من المستشفى لمباشرة الرعاية اللاحقة والإشراف على المرضى بعد خروجهم من المستشفيات.

وفي عام ١٩٠٢م طلبت جامعة بالتيمور من طلاب كلية الطب أن يجروا تدريباً عملياً في المؤسسات الاجتماعية وأن تشمل في برامجهم الدراسية المشكلات الاجتماعية والانفعالية وطلبت منهم أن يعملوا كمتطوعين في المؤسسات الخيرية حتى يكتسبوا فهماً وإدراكاً للآثار الاجتماعية والاقتصادية وظروف المعيشة في حالة المريض.

وكنتيجة لهذه الخبرات نشأت الخدمة الاجتماعية الطبية عام ١٩٠٥م في جهات مختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية وأصبح الأخصائيون الاجتماعيون أعضاء في هيئات موظفي المستشفيات العامة. (المليجي، إبراهيم عبد الهادي:٢٠٠٦م، ص٢٧، ٢٦) نتستنتج مما سبق أن الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي حديثة النشأة نسبيا على المستوى العالمي، بالتالي فهي أحدث في الدول العربية، و قد تكون في بعض الدول غير متبلورة إلى الآن و تحتاج للمزيد من الجهود لتحقيق أهدافها.

تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية:

تعد الخدمة الاجتماعية ميدان خاص من ميادين الخدمة الاجتماعية و عمل الأخصائي الاجتماعي فيه لا يرتبط بالجوانب العلاجية فقط بل يشمل الجوانب الوقائية و التأهيلية للمريض و المحيطين به، فالخدمة الاجتماعية الطبية ضرورية في المؤسسات الطبية للتعرف على كافة العوامل المؤثرة على المرضى و أسرهم، و قد ظهرت العديد من المحاولات التي استهدفت وضع تعريف للخدمة الاجتماعية الطبية نسوق بعضا منها فيما يلي:

أولا: تعرف الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها أحد مجالات الخدمات الاجتماعية تمارس في المؤسسات الطبية لمساعدة الإنسان فردا كان أو جماعة باستغلال إمكانيات مجتمعه للتغلب على الصعوبات التي تعوق تأديته لوظيفته الاجتماعية، و ذلك للاستفادة من العلاج الطبي، و رقي الأداء الاجتماعي إلى أقصى حد ممكن. (دسوقي، ممدوح أحمد :٢٠٠٨م، ص٣٠٦)

ثانيا: كما تعرف أيضا بأنها تخصص يعنى برعاية و معالجة المريض اجتماعيا أو نفسيا للحالات الخاصة التي تحتاج إلى هذه الخدمة فهي خدمة تقدم خدمات و إجراءات و فعاليات ذات سمة اجتماعية طبية أي خدمات اجتماعية طبية. و يكون هذا عن طريق الأخصائي الاجتماعي الطبي.

(علي،قدري الشيخ و آخرون : ٢٠٠٨م ، ص١٣٧)

ثالثا: أو هي ممارسة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات، و غيرها من مؤسسات الرعاية الصحية لتسهيل وجود الإنسان في صحة جيدة، و الوقاية من المرض، و مساعدة المرضى بأمراض جسمية و أسرهم على حل المشكلات الاجتماعية و النفسية المرتبطة بالمرض. (السروجي ،طلعت مصطفى و آخرون:٢٠٠٩م، ص٢٠٣)

التعريف الإجرائي للخدمة الاجتماعية الطبية:

أولا: الخدمة الاجتماعية الطبية هي إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية، و بالتالي فهي تعتمد في ممارستها على فلسفة و معارف و قيم و مبادئ و أساليب و طرق المهنة.

ثانيا: أنها تمارس في مؤسسات طبية، بغض النظر عن أهداف هذه المؤسسات: وقائية كانت أو علاجية أو إنشائية أو تأهيلية، و تسعى إلى تقديم العون لجميع الأنساق الفرعية داخل النسق الطبي، و من أمثلة تلك المؤسسات المستشفيات، و مراكز رعاية الأمومة و مراكز الصحة المدرسية، ووحدات التأمين الصحي و الصحة المهنية.

ثالثا: يمارسها أخصائيون اجتماعيون متخصصون أعدوا خصيصا للعمل من خلال إكسابهم المعارف و الخبرات و المهارات المهنية اللازمة لإنجاح العمل في هذا المجال من خلال الإعداد النظري الذي يؤهلهم لذلك و التدريب الميداني في المؤسسات الطبية،

رابعا: لا تتعامل مع المريض فحسب بل تتعامل مع المؤسسة الطبية بأكملها فتتعامل مع الإدارة و الطبيب و هيئة التمريض و الإداريين، بل يمتد تعاملها مع البيئات المختلفة للمريض كالأسرة و بيئة العمل لتكامل أساليب العلاج و تحقيق الأهداف بصورة أفضل.

خامسا: تتعامل مع المريض كوحدة، له جوانبه الاجتماعية و النفسية و الجسمية و العقلية و الاقتصادية لتحقيق أهداف وقائية و علاجية و إنمائية تتلاءم مع تحقيق أهداف المؤسسات الطبية.

سادسا: تستهدف مساعدة المريض للاستفادة إلى أقصى درجة ممكنة من جهود الفريق الطبي، كي يتماثل للشفاء من جانب، و يحقق أقصى أداء اجتماعي له في أسرع وقت ممكن من جانب آخر، خاصة مع تعدد نوعية المرضى الذين يتم التعامل معهم في المؤسسات الطبية و الذين تتعدد حالاتهم و تتنوع حاجاتهم لأنواع العلاج و الخدمات المتنوعة من طبية و اجتماعية و نفسية و اقتصادية. (السروجي ،طلعت مصطفى و آخرون:مرجع سبق

ذكره، ص٢٠٣، ٢٠٤) مما سبق يتضح لنا أن التعريفات قد تعددت لحصر مفهوم الخدمة الخدمة الاجتماعية الطبية، و قد وفق البعض في صياغة تعريف جيد، كالتعريف الإجرائي السابق، فقد شمل نقاطا جوهرية تمس هذا المفهوم بشكل دقيق.

فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية:

الفلسفة في مفهومها العام المبسط، تعني أنها موقف أو تصور شامل تجاه الكون والمجتمع والإنسان، وتصور منطقي للعلاقات التي تربط كل ظاهرة بالأخرى، واستنادا إلى منهج خاص، وبتطبيق ذلك المنهج على الماضي والحاضر يكون استخلاص تلك الكليات التي تكون الإطار النظري، الذي يتحرك خلاله الإنسان، عندما ينزل بالنظرية إلى الواقع، يقيمها بالتجربة والممارسة.

ولما كان المجال الطبي يعد أحد مجالات الخدمة الاجتماعية، ارتبط في تكوين فلسفته بتكون فلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية نفسها. تلك الفلسفة التي تكونت أيضا نتيجة التفاعل المتبادل بين التطور الفكري للمهنة ككل وبين الممارسة العملية لمجالات الأنشطة المختلفة للمهنة على مر الوقت.

والإطار الفلسفي للخدمة الاجتماعية يتكون من الاعتراف والإيمان بما يلي:

أولا: الإنسان كل متكامل، تتفاعل في عناصر شخصيته الأربعة العقلية والجسمية والنفسية والاجتماعية ومن ثم فأي اضطراب في أحد هذه العناصر إنما هو نتيجة لتفاعل عناصره الأخرى بطريقة غير سوية، كما أن هذا الاضطراب يؤدي بدوره إلى اضطراب العناصر الأخرى، وهكذا..... والخدمة الاجتماعية الطبية قامت لعلاج الإنسان من خلال إصلاح هذه العناصر الأربعة والعمل على راحتها.

ثانيا: الإنسان مخلوق مكرم أمر الله بمساعدته وتقديم يد العون له في

شتى المجالات. والخدمة الاجتماعية الطبية مجال من مجالات الخدمة التي تقدم للإنسان في سبيل تكريم آدميته فهي لا تعتني بالمريض من الناحية المجردة فحسب، وإنما تعتني به لأنه إنسان يستحق العناية ومن حقه إشباع احتياجاته النفسية والاجتماعية التي يحتاجها، حتى يستفيد بشكل إيجابي من العلاج الطبي.

ثالثا: الخدمة الاجتماعية عامة والطبية خاصة تؤمن بفردية الإنسان مهما تشابهت الأمراض والظروف المحيطة بالمريض إلا أن لكل فرد منهم طريقة معينة في علاجه والعمل على راحته ومعاملته بحد ذاته فرد له شخصيته المميزة، وقدمت له أنواع معينة من الخدمات والرعاية.

رابعا: إن العوامل الاجتماعية والنفسية للإنسان، ترتبط ارتباطا وثيقا بالمرض بل وقد تكون سببا له، ولذا، يفضل أن يسير كل من العلاج الطبي والعلاج الاجتماعي النفسي جنبا إلى جنب...فالعلاج الطبي ما هو إلا أحد العوامل المؤدية إلى الشفاء ولكنه ليس كل العوامل، وفي نفس الوقت، إذا أغفلنا العلاج الاجتماعي النفسي، قد يؤدي ذلك إلى عودة المرض أو انتكاسته أو فشل العلاج الطبي.

خامسا: وجود الإنسان في المؤسسة الطبية يعني حاجته إلى المساعدة والعون. وقد تخصصت الخدمة الاجتماعية الطبية في هذه المؤسسة لمساعدة المريض من جميع الجوانب لذا فدراسة الجوانب الاجتماعية لحالة المريض يعتبر كجزء مكمل لخطة العلاج الطبي.

(عبد الهادي، إبراهيم وآخرون : ٢٠٠٦ م، ص ٣٨- ٣٩).

يتضح مما سبق ذكره أن فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية ماهي إلا امتداد لفلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية الأم، كما أن هذه الفلسفة مستمدة من الأديان السماوية و تدعو لإعطاء الإنسان حقه الكريم في الحياة، و مساعدته في المواقف التي يحتاج فيها ذلك.

أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية:

أولا: الإنسان كل متكامل ،تتفاعل عناصر شخصيته العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية دائماً وأي اضطراب يصيب إحداهما فإنه يؤثر على العناصر الأخرى.

ثانيا: وبهذا تعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية ميداناً له أهمية حيث تعنى بالمريض كإنسان له احتياجاته النفسية والاجتماعية التي يعمل على إشباعها حتى يستفيد من العلاج الطبي.

ثالثا: ويؤمن هذا الفرع من فروع الخدمة الاجتماعية بفردية الإنسان فرغم اشتراكه مع غيره في نفس المرض أو الإصابة إلا إنه يختلف عن الآخرين بحيث يحتاج إلى أسلوب معين من المعاملة وأنواع معينة من الخدمات.

رابعا: فالعوامل الاجتماعية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمرض بل وقد تكون سبباً له ، ولهذا يجب أن يسير العلاج الطبي والعلاج الاجتماعي النفسي جنباً إلى جنب، فالعلاج الطبي قد يكون أحد العوامل المؤدية إلى الشفاء ولكنه ليس كافياً في حد ذاته، وفي نفس الوقت فإن عدم الاهتمام بالعلاج الاجتماعي النفسي قد يكون سبباً في طول فترة المرض أو انتكاسته أو فشل العلاج الطبي.

خامسا: ولكي تكون للعملية العلاجية فعاليتها فإنه لابد وأن تتكامل مجموعة الخدمات وذلك بتعاون مختلف جهود المتخصصين المشتركين فيها وأن تسود بينهم روح الفريق.

سادسا: وعلى ذلك يتضح أهمية إدراك الأخصائي الاجتماعي ويقظته الدائمة لما عليه من التزامات أساسية نحو المريض وأسرته واتجاه فريق العلاج من المتخصصين.

سابعا: وتعتمد فاعلية دور الخدمة الاجتماعية في قدرة الأخصائي الاجتماعي على تحقيق الاتصال السليم والمثمر مع أعضاء الفريق وكذلك

على قدرته في الوصول إلى تقديرات سليمة للحالة وظروفها من منظور الخدمة الاجتماعية.

ثامنا: ولقد برزت أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية بعدما لاحظ الأطباء في أوائل القرن الماضي، أن إغفال العوامل الاجتماعية والنفسية للمريض يؤدي إلى تدهور العلاج وتأخره وقد ساهم التقدم في الطب النفسي في الاتجاهات الحديثة للخدمة الاجتماعية الطبية فظهرت حاجة الميدان الطبي إلى الاستعانة بالخدمة الاجتماعية كجهود هامة ومكملة للجهود الطبية.

ولقد أصبح للخدمة الاجتماعية أهمية خاصة للإنسان والمجتمع تكمن هذه الأهمية في التالي:

١. بما أن الإنسان سليم الصحة وصحيح البنية أكثر عطاءً وأوفر إنتاجاً لذا تبدو أهمية الخدمة الاجتماعية في مساعدة المرضى على سرعة التماثل للشفاء ومن ثم يستمر عطائهم وإنتاجهم وبذلك تتحقق أهداف المجتمع.

٢. تقدم المجتمعات يقاس بمدى صحة أفرادها ولذا توفر المجتمعات الرعاية الصحية لأبنائها وتعمل على وقايتهم من الإصابة بالأمراض أو العاهات والخدمة الاجتماعية الطبية تساعد تلك المجتمعات على تحقيق أهدافها.

٣. الوقاية خير من العلاج وللخدمة الاجتماعية الطبية دور هام في عمليات الوقاية عن طريق نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض وذلك تجنباً للإصابة بالمرض أو الانتكاسة أو انتشار العدوى بين أفراد الأسرة ومن ثم المجتمع.

٤. بعض الأمراض لا تستجيب للعلاج الطبي وحده بكونها أمراض ذات صبغة اجتماعية وتلك الأمراض أسباب حدوثها وانتشارها واستفحالها تكمن في الجوانب الاجتماعية والأنماط الثقافية البيئية ومن هنا تبرز أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية الطبية للتعامل مع الأسباب لإزالتها أو على الأقل التخفيف منها حتى يأتي العلاج الطبي بثماره المرجوة.

٥. إن الخدمة الاجتماعية الطبية ترتكز على حقيقة هامة مفادها أنه قد تكون الظروف المصاحبة للمرض أشد خطراً على المريض من مرضه العضوي ولذا تبدو أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية الطبية لتصفيه تلك الظروف حتى يتمكن المريض من الشفاء وأن يستعيد أداؤه الاجتماعي بأسرع وقت ممكن.

٦. إن المرض ليس مشكلة المريض وحده بل تمتد آثاره ومشاكله إلى الأسرة بل وإلى المجتمع،ولذا تمتد جهود الخدمة الاجتماعية الطبية إلى أسرة المريض والمجتمع أيضاً لإزالة تلك الآثار والمشكلات.

٧. تعمل الخدمة الاجتماعية على تحقيق أهداف المستشفى وهي استفادة المريض من العلاج إلى أقصى حد ممكن وذلك بتذليل العقبات التي تحول دون استفادة المريض من الخدمة الطبية وتهيئ أنسب الظروف للخدمات الطبية لتحقيق فعالية أفضل.

٨. تهدف الخدمة الاجتماعية الطبية إلى ربط المستشفى بالمجتمع الخارجي ومؤسساته وذلك للاستفادة من إمكانياتها وخدماتها في استكمال خطة العلاج سواء كانت طبية أو اجتماعية. (المليجي،إبراهيم عبد الهادي:٢٠٠٦م،ص ٣٩- ٤٢) مما سبق يمكننا القول أنه لابد من تواجد أخصائي اجتماعي طبي في

المؤسسة الصحية حتى نضمن استفادة المريض من الخدمات المقدمة له على أكمل وجه ممكن، و نسهم بشكل ما أو بآخر في رفع رصيد الوعي الصحي لدى المرضى و بالتالي وقايتهم من مغبة انتكاسة الحالة الصحية لديهم.

علاقة الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية:

تعد الخدمة الاجتماعية جزء لا يتجزأ من أعمال الرعاية الصحية، فالمرض قد يساهم في وجوده العديد من العوامل و التي قد تكون عضوية،

اجتماعية، ونفسية، لذا كان لابد من تضافر جهود متكاملة للوصول إلى أفضل مستوى صحي ممكن للمريض.

و تتمحور العلاقة ما بين الخدمة الاجتماعية و المؤسسة الطبية في عدد من النقاط التالية:

أولا: تلعب الخدمة الاجتماعية دورا هاما في تهيئة المريض نفسيا لمقاومة المرض و تقبل العلاج و الاستمرار فيه، هذا إلى جانب المساعدة في المشكلات و الصعوبات التي تواجه المريض من حيث تكاليف العلاج و الإقامة و الاستشفاء.

ثانيا: كما أن نجاح العلاج بالنسبة لنسق المريض متوقف على الحالة النفسية و الاجتماعية للمريض و راحته النفسية و التي يساعد الأخصائي الاجتماعي فيهما بشكل كبير.

ثالثا: بما أن الخدمات التي تقدمها المؤسسة الطبية هدفها تحقيق الرعاية الصحية للمجتمع فإنها تحتاج للعلاقات الاجتماعية مع المجتمع و نسق المرضى و يمثل الأخصائي الاجتماعي حلقة الوصل في هذه العلاقة.

رابعا: تعمل المؤسسة الطبية على ضوء المعلومات و الدراسات و الأبحاث التي تساهم فيها الخدمة الاجتماعية الطبية للتخطيط، لبرامج الصحة العامة و توزيعها و أنواعها.

خامسا: للخدمة الاجتماعية دور كبير في قضية التثقيف الصحي لأنها تخاطب ثقافة المجتمع و الخدمة الاجتماعية تعنى بهذه الثقافة و تنظمها. (علي، قدري الشيخ و آخرون، ٢٠٠٨م: ص١٣٨- ١٣٩) كما توجد العديد من الاعتبارات التي تجعل من وجود نسق الخدمة الاجتماعية في المؤسسة الطبية ضرورة هامة و أهم هذه الاعتبارات:

سادسا: إن نسق الخدمة الاجتماعية بحكم إعداده و مهاراته و خبراته فهو يقوم بدور جوهري في تطبيق نظمها و أساليبها الخاصة في استقبال

المرضى، و قبولهم للاستفادة من خدماتها و بعض امتيازاتها من فحوص و علاج و دواء.

سابعا: بما أن التخصصية و تقسيم العمل هو المفهوم الحديث الذي تنتهجه جميع المؤسسات بصفة عامة و المؤسسات الطبية بصفة خاصة ، فإن الخدمة الاجتماعية تساهم في مساعدة المؤسسة الطبية في تحقيق أهدافها، وذلك بما تتمتع به من خصوصية.

ثامنا: بما أن المريض غالبا ما يكون في حالة مضطربة لاعتلال صحته و خوفه على حياته من مرضه، واختلاف الجو على المريض في المؤسسة الصحية يعمل على ازدياد اضطرابه و قلقه، لذا كان لابد من وجود متخصصين يعملون على التخفيف من حدة التوتر و القلق لدى المرضى.

تاسعا: يؤدي الضغط المهني على الطبيب، إلى عدم وجود وقت كافي لديه في شرح ظروف المرض وكيفية العلاج للمريض، وإن تسنى له ذلك فقد لا يراعي الظروف الاجتماعية و النفسية للمريض، فيفاجأ المريض بما يسمعه، مما قد يزيد قلقه و مرضه. وهنا يبرز أهمية و ضرورة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، كي يعمل مع المريض بأسلوب مهني متخصص يشعر المريض بالراحة و يرفع من معنوياته.

عاشرا: يمثل تواجد بعض المرضى لمدة طويلة في القسم الداخلي وقت فراغ يجعل المريض منخرطا في همومه و أعبائه لدرجة قد تسوء فيها حالته ، و هنا أيضا يبرز دور نسق الخدمة الاجتماعية في تنظيم برامج خاصة له تخرجه من وحدته و هواجسه. (المليجي، إبراهيم عبد الهادي وآخرون:٢٠٠٤م، ص٧٠، ٧١) من هنا يمكننا القول بأن أدوار الخدمة الاجتماعية الطبية تتكامل مع بقية الخدمات داخل المؤسسة الصحية من أجل الوصول لغاية واحدة و هي تحقيق أهداف هذه المؤسسة في تحسين الأوضاع الصحية للمريض وو ما يتعلق بها من جوانب أخرى اجتماعية ، نفسية، ومادية...

أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية:

تتمثل أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية في التالي:

أولا: الأهداف البعيدة:

وذلك من خلال توفير الرعاية الصحية للمواطنين على حد سواء للمحافظة على سلامتهم ووقايتهم من الأمراض والعاهات في سبيل قيامهم بمسؤولياتهم الاجتماعية تجاه مجتمعهم والمحافظة على كيان الوطن ورقيه.

ثانيا: الأهداف القريبة:

وتتمثل هذه الأهداف في توفير سبل الوقاية للمواطنين المحتاجين المساعدة وكذلك علاجهم من جانب آخر، وذلك يتحقق عن طريق التعامل مع المريض، وظروفه المحيطة به والتعامل مع الفريق الطبي وأقسام المؤسسة الطبية لتسهيل إجراءات المرضى.

كما يمكن تقسيم أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية كالتالي:

أولا: الأهداف الوقائية:

تعنى هذه الأهداف بإثارة وعي المواطنين نحو الأمراض وأنواعها وطرق علاجها والوقاية منها وطرق العدوى، كما تعرف المواطنين بالمؤسسات الطبية والعيادات التي تقدم لهم الخدمات التي يحتاجون إليها، كما تعرفهم أيضا بالإسعافات الأولية، ويتم ذلك من خلال استخدام وسائل الإعلام وعقد المؤتمرات والمحاضرات وعمل منشورات وغير ذلك من الوسائل.

ثانيا: الأهداف العلاجية:

وتتحقق هذه الأهداف بالعمل مع نسق المريض المحتاج إلى الخدمة الاجتماعية داخل المستشفى لتحسين أداه الاجتماعي.

ثالثا: الأهداف الإنمائية أو الإنشائية:

وتهدف إلى إعادة تكيف المريض مع بيئته أو إعادة قدراته لأداء أدواره الاجتماعية بما يمكن من استعادة أقصى ما يمكن استعادته من

قدرات المريض الجسمية، أو الاجتماعية، أو النفسية وذلك من خلال برامج التأهيل الطبي والنفسي، والاجتماعي، والمهني. (المليجي، إبراهيم عبد الهادي وآخرون: ٢٠٠٤م، ص٥٥، ٥٦) و تعد الأهداف الآنفة متشابهة في المضمون وإن اختلفت التصنيفات ، فهدف الخدمة الاجتماعية الطبية أولا و أخيرا هو تحسين الظروف الإنسانية للمريض بصورة متكاملة.

الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي:

يقصد بالإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي: تكوين الشخصية المهنية للأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، وذلك بتعليمه أساسيات المهنة و إكسابه الاتجاهات السليمة في مجال التفاعل الوظيفي و تزويده بالمعارف و الخبرات و المهارات و الاتجاهات التي تمكنه من ممارسة عمله الذي يحتاج فيه إلى العلم و المهارة معا في المجال الطبي.(عثمان، عبدالرحمن صوفي:محاضرات غير منشورة حول العمل الاجتماعي في مجال الخدمات الصحية، ص٣٩) و يتطلب الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي ثلاثة جوانب:

المتطلب الأول: الاستعداد المهني و الشخصي:

١. حيث لابد أن يتمتع الأخصائي الاجتماعي الطبي بالاستعداد الشخصي لممارسة المهنة، أي أن تكون لديه الرغبة في ممارسة المهنة ، و أن تتوفر فيه عدد من المقومات الشخصية التي تؤهله للقيام بأدواره المهنية، و تعود أهمية الاستعداد الشخصي لممارس الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي إلى أن الاستعداد يؤدي إلى توافر الرغبة في خدمة المرضى و حب مساعدتهم في حل مشكلاتهم.

٢. أضف إلى ذلك أن هذا الاستعداد مهم للغاية فهو يضمن توافر عدد من الخصائص تساعد الأخصائي الاجتماعي الطبي على أداء عمله، و التعاون مع التخصصات الأخرى في المستشفى .

و من أهم الصفات التي يجب أن تتوفر في المتقدم لدراسة الخدمة الاجتماعية و الذي سيؤدي دوره كأخصائي اجتماعي في المجال الطبي ما يلي:

أ- قدرات جسمية و صحية مناسبة بحيث لا تثير الشفقة لدى المرضى تجاه الأخصائي الاجتماعي ، و بما يؤهله للقيام بعمله في هذا المجال.

ب- يجب أن يتسم الأخصائي الاجتماعي بالنضج الانفعالي ، الذي يمكنه من ضبط النفس و القدرة على تحمل المسؤولية.

ت- كما يجب أن يتمتع الأخصائي الاجتماعي بالاتزان العقلي، الذي يتمثل في قدر مناسب من الذكاء، و التذكر، و القدرة على الربط و التحليل، و الانتباه الكافي.

ث- يتسم بصفات أخلاقية سوية و قيم اجتماعية تمكنه من التحكم و السيطرة على مشكلاته الشخصية ، بحيث تكون لديه القدرة على الفصل بين مشكلاته الشخصية ، و قيامه بأداء أعماله المهنية في المستشفى. (عثمان، عبدالرحمن صوفي:محاضرات غير منشورة حول العمل الاجتماعي في مجال الخدمات الصحية، ص٤٢، ٤٣)

المتطلب الثاني: الإعداد النظري:

يجب أن يتزود الأخصائي الاجتماعي في الميدان الطبي ببعض ألوان الثقافة ليؤدي واجبه بمقدرة ومهارة في الميدان الطبي، ويمكن تلخيص هذه الأنواع من الثقافات فيما يأتي:

١. المعرفة الكافية لأنواع الأمراض التي يشتغل في ميدانها ، وفهم المصطلحات الطبية شائعة الاستعمال في هذا المجال، حتى يدرك حقيقة ما يشكو منه المريض إدراكا علميا ، ويمكن للأخصائي الاجتماعي الطبي أن يلجأ إلى الطبيب للاستفسار عما يغمض عليه من المصطلحات والمواقف المرضية التي يحتاج لمعرفتها.

٢. الإحاطة بمبادئ الطب النفسي والتحليل النفسي، لتسهيل مهمة الأخصائي الاجتماعي الطبي في فهم معاني بعض الألوان السلوكية والأعراض النفسية عند المريض في المراحل المرضية المختلفة.

٣. الإحاطة الدقيقة بالمصادر المختلفة التي يستعان بها في تكملة أعمال المستشفى كدور النقاهة ومؤسسات التأهيل المهني والمؤسسات الاجتماعية التي تراعي أسر بعض المرضى ومكاتب التشغيل وما شابه ذلك من الموارد البيئية التي تلزم لتكملة جهود الطبيب وجهود الأخصائي داخل المستشفى.

المعرفة العامة والإلمام الواسع بكل ما يتعلق بالميدان الطبي، وبالعلاج العملي والطبيعي، وبالتدريب الاجتماعي الطبي.(الحاروني، فاطمة مصطفى ١٩٥٢: ص٦٣٦، ٦٣٥) كما أن هناك بعض المعارف الأخرى المتمثلة في:

أ- معارف مرتبطة بالنظرية الاجتماعية و السياسية و العوامل البيئية المؤثرة على الأنساق المتعددة التي يتعامل معها الأخصائي الاجتماعي.

ب- الإلمام بنظريات الشخصية و النمو الإنساني و التفاعل الاجتماعي مثل علم النفس الاجتماعي، علم النفس العام، الطب النفسي، علم الاجتماع الطبي، حيث أن هذه العلوم و النظريات كلها تسهم في مساعدة الأخصائي الاجتماعي على فهم شخصيات المرضى و سيكولوجياتهم ، واحتياجاتهم النفسية و الاجتماعية.

ت- معارف مرتبطة بإدارة المؤسسات الطبية و التنظيم الإداري فيها ، و كيفية التنسيق بين أقسام المستشفى.

ث- معارف خاصة بنظريات و نماذج التدخل مع نسق المريض في المستشفى و خاصة: النظرية التحليلية و دور السلوك الدفاعي في استجابات المرضى النكوصية و الإسقاطية و الإنكارية ، و النموذج السلوكي لتدعيم السلوكيات المقبولة للمرضى، و نماذج الالتزام و التصرف الذاتي و تدعيم الذات و التدخل في الأزمة مع مرضى الأمراض المزمنة و نموذج حالات

الاحتضار. (عثمان، عبدالرحمن صوفي: محاضرات غير منشورة حول العمل الاجتماعي في مجال الخدمات الصحية، ص٤٣- ٤٥)

المتطلب الثالث: الإعداد العملي (التدريب الميداني):

و هو العملية التي يتم من خلالها إعداد الطلاب عمليا للعمل في المجال الطبي بعد التخرج في إحدى المؤسسات الطبية و من خلال هذا التدريب تتاح الفرص ليطبق الطالب الإطار النظري الذي تعلمه في الواقع العملي الميداني، بما يتضمنه من قوانين و نظريات و مفاهيم و مبادئ و أساليب و أدوات، فيقل خطأ التنفيذ من جانب و تقل رهبة ممارسة المهنة، و يتم الاعتياد عليها من جانب ثاني، مع ارتفاع الأداء بما يمكنه من تقديم الخدمة إلى مستحقيها بأفضل أسلوب ممكن جانب ثالث. (عثمان، عبدالرحمن صوفي: مرجع سبق ذكره، ص٤٥) و تتمثل أهداف التدريب الميداني في المؤسسات الطبية إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. استيعاب الطالب للمعارف و المعلومات المرتبطة بالممارسة المهنية سواء ما كان منها مرتبطا بالمؤسسة، أو المجتمع المحيط، أو المستفيدين من الخدمات و طريقة مساعدتهم.

٢. تزويد المتدرب بالخبرات الميدانية المرتبطة بعمليات الدراسة، التشخيص، التخطيط، التنفيذ، الاتصال، التسجيل، التنسيق و غيرها.

٣. إكساب المتدرب للمهارات العامة التي ترتبط بخطوات التدخل المهني للممارسة العامة أو مهارات خاصة بالتعامل مع كل نسق من الأنساق التي يتعامل معهم.

٤. تنمية سمات شخصية الطالب المهنية و إكسابه السمات اللازمة للممارسة المهنة في المجال الطبي. (عثمان، عبدالرحمن صوفي: مرجع سبق ذكره، ص٤٦)

و يمكن تحديد بعض المهارات التي تلزم الأخصائي الاجتماعي للعمل في المجال الطبي:

أ- مهارات الاتصال: و تعني كيفية تكوين العلاقات المهنية مع كل مستوى من المستويات، و المهارة في استخدام وسائل الاتصال و أساليبه.

ب- مهارة تحليل المشكلات والأسباب الاجتماعية للمرض إن كان له أسباب اجتماعية و الربط بينها.

ت- مهارات صياغة التعاقد، ومهارات صياغة التعاقد، وإقناع المريض بالاتفاق على تحديد المشكلة ووضع الأهداف وتحديد كيفية تنفيذها محددا بالمراحل الزمنية للتنفيذ.

ث- مهارات خاصة للتعامل مع الأزمات والآلام إلى جانب مهارة التعامل مع الفريق الطبي والأجهزة المتعددة المسئولة عن تقديم الخدمات في المؤسسات الطبية.

ج- مهارة المشورة والعلاج القصير والقدرة على تطبيق النماذج والمفاهيم تبعا لكل حالة على حدة. (عثمان، عبدالرحمن صوفي: مرجع سبق ذكره، ص٤٧، ٤٦) من خلال ما تم ذكره نؤكد على ضرورة توافر الاستعداد الشخصي و الإعداد المهني في الأخصائي الاجتماعي الطبي حتى يمكنه التعامل السليم مع المريض و يجب توافر الرغبة و القدرة و المهارات الضرورية لعمله، و أن يكون ملما بالنظريات المختلفة في هذا المجال حتى تكون خدماته ذات طابع إنساني نابع من ذاته، و مصبوغة بموضوعية علمية منبثقة من دراسته للنظريات و العلوم المرتبطة بالمجال الطبي.

نسق الخدمة الاجتماعية وعلاقته بأعضاء الفريق العلاجي:

إن علاقة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، لا يقف عند حد علاقته بالمريض، بل يتعدى ذلك إلى العلاقة بأعضاء الفريق العلاجي، وخاصة الطبيب وهيئة التمريض.

ورغم أن الأطباء ظلوا عبر السنين الطويلة، يمثلون الطرف الوحيد الذي يلجأ إليه المرضى لحل مشكلاتهم، إلا أن الخدمة الاجتماعية الطبية رغم حداثتها، تمكنت من أن يعترف الأطباء بأهميتها وقدرتها على معاونة المرضى وإسداء العون لهم، وهذا يعتبر حجر الزاوية في نجاحها.

ونظرا لتطلب علاج المريض الفهم الكلي للمريض، تطلب ذلك ضرورة وجود نظرة كلية تكاملية- كجسم ونفس وبيئة- أدى ذلك إلى حتمية علاج المريض عن طريق العمل الفريقي الذي يشترك به أكثر من متخصص في العملية العلاجية، بحيث تنصهر هذه التخصصات في وحدة واحدة، وتنتهي باتخاذ قرارات موحدة، يتفق عليها الجميع بشان علاج المريض.

وترجع أهمية العمل الفريقي إلى كونه يضم مجموعة من المتخصصين في مجالات متعددة ومتنوعة، وبالتالي يعمل كل عضو فيه من خلال إطار مرجعي لمعلومات تخصصه، مما يعطي للمريض أفضل فرص للشفاء العاجل.

ولما كانت آراء المتخصصين مختلفة تبعا لتخصص كل منهم، وجب إجراء لقاءات مشتركة لأعضاء الفريق الطبي لمناقشة حالة المريض، ليساهم كل متخصص برأيه في وضع أفضل الخطط العلاجية المناسبة لكل مريض.

ويشير العمل الفريقي إلى أسس رئيسية هي:

أولاً: إدراك كل عضو من أعضاء الفريق لوظيفته وتخصصه إدراكا واضحا.

ثانياً: احترام كل عضو لعمل وتخصص الآخر.

ثالثاً: إتاحة الفرصة لكل عضو لكيفية الاستفادة من الأعضاء الآخرين.

رابعاً: إتاحة الفرصة لكل عضو للتعبير عن رأيه وتوضيح دوره.

خامساً: أن تسود بين أعضاء الفريق علاقة تعاون وتفاهم وثقة مبنية على الاحترام المتبادل.

علاقة الأخصائي الاجتماعي بأهم أعضاء الفريق الطبي:

أولا: علاقته بالطبيب:

لقد ذكرنا سابقا بأن الأطباء كانوا في السابق هم الوحيدون الذين يلجأ إليهم المرضى ولفترة طويلة من الزمن، حيث يفد المرضى إلى المؤسسات الطبية قاصدين حل مشكلاتهم المرضية، ولهذا السبب نجد أن فريق العمل يأخذ شكلا رأسيا ويتربع الطبيب على قمته، ويلقى أوامره من على إلى أسفل، وكان موقع الأخصائي الاجتماعي أكثر تعقيدا لأنه دخل المجال الطبي متأخرا، بالإضافة إلى أن الأطباء لا يزالون ينظرون إلى الأخصائيين الاجتماعيين إلى أنهم من فئة القلوب الرحيمة، يهدفون لفعل الخير.

ويختلف الأطباء في تعاملهم مع أعضاء الفريق أنفسهم، بل قد يختلف إيمانهم بقيمة هذا التعاون وإدراك أهمية الدور الذي يقوم به الآخرون وخاصة الأخصائي الاجتماعي. وعلى قدر واعتراف الأطباء بدور أعضاء الفريق، يكون تعاونهم.

وتكمن علاقة الأخصائي الاجتماعي بالطبيب في وضع الخطة علاجية متكاملة، فعلى الأخصائي مشاركة الطبيب في التفكير والتخطيط المهني، لصالح المريض.

فالطبيب بحاجة إلى الأخصائي لكي يشرح له أوضاع وأحوال المريض الاجتماعية والاقتصادية ومستواه الثقافي وظروفه الأسرية هذا من جانب، فإن الأخصائي الاجتماعي، هو أقدر أعضاء الفريق على جعل المريض يتقبل بارتياح خطة العلاج الطبي بالإضافة إلى متابعة تنفيذ هذه الخطة حتى يشفى المريض.

والأخصائي أيضا بحاجة إلى الطبيب من جانب آخر، ليساعده في تحديد أنواع المساعدات الطبية التي يحتاجها المريض، ويحيطه بفهم كل ما يصعب عليه فهمه من ألوان المعرفة الطبية التي توضح له الموقف المرضي بشيء من الدقة.

ونستنتج من حديثنا السابق أن تعاون كلا من الأخصائي الاجتماعي والطبيب، واجب ضروري تحتمه وحدة وشخصية المريض وتكاملها، فهو تعاون مطلق سواء في المراحل التشخيصية أو العلاجية أو فترات النقاهة.

ثانيا: علاقة الأخصائي الاجتماعي بهيئة التمريض:

للأخصائي الاجتماعي الطبي صلة وثيقة بالغة بالأهمية بعمل الممرضات. وترجع أهمية هذه الصلة لطبيعة عمل الممرضة، واحتكاكها الدائم المستمر بالمرضى والفرص المتاحة لها لملاحظتهم، فهي تساهم في زيادة معرفة أعضاء الفريق الطبي بالمريض، كما لها أسهامها الفعال في تنفيذ خطط العلاج، وملاحظة استجابات المريض الصحية والنفسية لهذه الخطط. و تتحدد هذه العلاقة في اتجاهين:

١. من جانب الأخصائي الاجتماعي:

حيث يوجه هيئة التمريض إلى:

أ- نوع احتياجات المريض من راحة وهدوء.

ب- أسلوب التعامل الذي يناسبه.

ت- أثر العوامل البيئية في شخصية العميل وأساليب المعاملة التي تناسبه، وأهمية الطمأنينة أثناء تقديم الدواء.

وقد يطلب الأخصائي الاجتماعي من هيئة التمريض معاونته في فهم شخصيات المرضى بملاحظة ألوان سلوكهم وردود أفعالهم في المواقف المختلفة وملاحظة عما إذا كان يتردد عليه بعض الزائرين، ووقع هذه الزيارات عليه وأثرها.

٢. من جانب هيئة التمريض: فقد يطلب الممرض أو الممرضة من الأخصائي الاجتماعي تفسير بعض أنواع السلوك الذي يتبعه المريض، وكيفية التعامل معهم في بعض المواقف، وإذا ما أعترضها بعض الصعوبات أثناء التعامل معهم فأنها تلجأ للأخصائي الاجتماعي لمساعدتها في التغلب على هذه الصعاب، وأخيرا تجدر الإشارة إلى أن صلة الأخصائي الاجتماعي الطبي بهيئة التمريض تتوقف على صلة الأخصائي بالطبيب، فإذا كانت صلة الأخصائي بالطبيب صلة تعاونية قوية يعترف الطبيب بأهميتها لصالح المريض، فأن الأخصائي لا يجد صعوبة في الإفادة والاستفادة من بقية أعضاء الفريق الطبي العلاجي وهيئة التمريض بصفة خاصة.

ثالثا: علاقة الأخصائي الاجتماعي بإدارة المؤسسة الطبية:

يتوقف نجاح الأخصائي الاجتماعي في تأدية عمله على مدى قوة علاقته بإدارة المؤسسة الطبية التي يعمل بها ، فإذا اعترفت الإدارة بأهمية ما يؤديه من عمل، فأنها تتيح له كل الإمكانيات والتسهيلات اللازمة لإنجاز عمله هذا من جانب، ومن جانب آخر فأن الأخصائي الاجتماعي يمكنه أن يؤدي كثيراً من الأعمال الإدارية أثناء تأديته لعمله.

وبذلك تكون العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي وإدارة المؤسسة الطبية علاقة مزدوجة، فالإدارة تقدم جميع الإمكانيات والتسهيلات اللازمة لإنجاز عمله، وهو بالتالي يمكنه أن يقدم بعض المساعدات الإدارية لصالح المرضى.

رابعا: علاقة الأخصائي الاجتماعي بأقسام المؤسسة الطبية:

ومن أمثلة الأقسام التي يتعامل معها قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى، أقسام الأطراف الصناعية، والعلاج الطبيعي، وصناعة الأسنان، وقسم التغذية..الخ.

وتكون هذه العلاقة المتبادلة لصالح المرضى ولا يأتي ذلك إلا إذا ساد حسن التفاهم والعلاقات الطيبة بين رؤساء الأقسام وموظفيها ، واجتمعوا بين آن وآخر للاتفاق على أسلوب سير العمل وطريقة خدماتهم للمرضى متعاونين مع قسم الخدمة الاجتماعية. (عبد الهادي، إبراهيم وآخرون: ٢٠٠٤م، ص ٨٣- ٨٥) نستنتج مما سبق أن الأخصائي الاجتماعي الطبي جزء لا يتجزأ من الفريق الطبي، و تربط بين الأخصائي الاجتماعي الطبي و بقية اعضاء الفريق علاقات تعاونية يكمل بعضها البعض الآخر، كل في مجال تخصصه.

الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي:

يلعب الأخصائيون الاجتماعيون دوراً ثانوياً مع الأطباء في المجال الصحي حتى أوائل القرن العشرين لكن بعد ذلك اكتسبت الخدمة الاجتماعية دوراً أساسياً في هذا المجال وذلك بعد زيادة التفهم للأمراض التي تسببها العوامل الاجتماعية أو تزيد من حدتها.

وتنص الرابطة الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين أن الخدمة الاجتماعية الطبية هي ثاني أكبر مجال للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية حيث تقدر نسبة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال الطبي بنسبة ١٨٪ مجموع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجالات الخدمة الاجتماعية.

فمن المتعارف عليه أن الخدمات الطبية تقدم مساعدات علاجيه بدنية للمرضى وليس بالضرورة حل المشكلات التي يمر بها المريض. في حين بعض المشكلات الصحية والأمراض تنتج من مشكلات عاطفية ومشكلات اجتماعية وفي نفس الوقت تسبب مشكلات عاطفية ومشكلات اجتماعية، وبالتالي يعمل الأخصائيون الاجتماعيون في أماكن متنوعة في المجال الطبي وخدمات الرعاية الصحية.

الأخصائيون الاجتماعيون يرون أن المشكلات النفسية أو الاجتماعية تسهم في حدوث الأمراض كما أنها تكون من الآثار الجانبية للحالة الصحية ويجب التعامل معها من أجل تسهيل الاستفادة من العلاج الطبي ومنع تكرار

حدوثها. (Armando Morales, Bradford W Sheafor,p137)
وأشاد آخرون بتعدد الأدوار المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، فهو يقوم بأدواره داخل المستشفى أو خارجه، كما أن خدماته قد تكون مباشرة و موجهة للمريض نفسه، و إما أن تكون غير مباشرة و موجهة للبيئة المحيطة بالمريض،ومن هذه الأدوار بشكل عام:

أولا: العمل مع الأفراد والعائلات ومساعدتهم في التعامل مع المشاكل الشخصية والاجتماعية المؤثرة في حياتهم.

ثانيا: مساعدة العائلات في أوقات المحن للتعامل مع حالات المرض أو الإعاقة او الوفاة.

ثالثا: التدخل الفعال لحل الخلافات والنزاعات وتخفيف حدة الأزمات.

رابعا: مساعدة الأشخاص في التعامل مع مؤسسات وأنظمة المساعدة والخدمات الاجتماعية وتوفير سبل الحصول على الموارد المتوفرة في المجتمع.

خامسا: تحديد العوائق العملية والعاطفية والاجتماعية التي تحول دون استفادة الأفراد من الخدمات الطبية الأخرى بشكل عام.

سادسا: تسهيل قضايا الأسرة المعقدة التي قد تتداخل وتؤثر على تحسن المريض واستفادته من العناية الطبية المقدمة.

سابعا: مساعدة الأشخاص على تحقيق استقلالية أكبر والاعتماد بشكل أقل على الخدمات العامة.

ثامنا: التأكد من حصول المرضى وعائلاتهم على الموارد اللازمة لضمان صحة أفضل.

تاسعا: تسهيل التواصل مع المرضى بطريق تراعي خصوصياتهم الثقافية واللغوية والمستوى التعليمي لكل منهم.

عاشرا: مساعدة المرضى وعائلاتهم في التعامل مع الأنظمة والإجراءات الرسمية وتأسيس شبكات دعم قوية لتمكينهم من مساعدة أنفسهم. (Hammed Medical Corporation:, p2, 3)

أدوار الأخصائي الاجتماعي في الرعاية الصحية:

يطلق على الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في مجال الرعاية الصحية مسمى الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين وهم يعملون في مجالات الممارسات الطبية المباشرة وغير المباشرة المتعلقة بالرعاية الصحية. ويوضح (دوير ١٩٩٧) مساهمة الأخصائيين الاجتماعين في مجال الرعاية الصحية حيث يقول " لقد كان الأخصائيون الاجتماعيون جزء من طاقم الرعاية الصحية لأكثر من ١٠٠ سنة، ولديهم تاريخ عريق من المساهمات الرائعة في مجال الرعاية الصحية في العديد من المجالات، وقد ألتحق الأخصائيون الاجتماعيون بالرعاية الصحية في جميع المستويات مثل: الرعاية الوقائية، والرعاية الأولية، وهي المختصة بمعالجة الأشخاص الذين لديهم أعراض سابقة للأمراض، والأشخاص الذين لديهم الأعراض حديثا، والرعاية الثانوية وغيرها، وبناءا على الأهداف والوظائف الأساسية في مجالات الرعاية الطبية، فإن أدوار الأخصائيين الاجتماعيين تختلف حسب مهاراتهم المهنية ومن هذه الأدوار ما يلي:

أولا: مساعدة المرضى على استيعاب وفهم المصطلحات الطبية.

ثانيا: تقديم الدعم المعنوي عند إبلاغ المرضى بحالتهم الصحية.

ثالثا: مساعدة المرضى على التأقلم في المنزل والمكوث لفترة طويلة في المستشفى.

رابعا: مساعدة الأهالي ممن لديهم أطفال ذوي إعاقات في التغلب على الإعاقة وتلبية احتياجات أطفالهم.

خامسا: مساعدة المرضى على القيام بالترتيبات المالية المناسبة لدفع تكاليف المستشفى وغير ذلك من الفواتير الطبية. (Ashman. Karenk krist, 2010: 323-324)

تكامل طرق الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي:

لا يخفى علينا أن الأخصائي الاجتماعي يقوم بأدوار مختلفة تبعا لنوعية المرض و المريض، و مدة العلاج و نوعية المؤسسة العلاجية، بناء على ذلك سنتناول الأدوار العامة التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي في إطار تكامل طرق الخدمة الاجتماعية:

أولا: الأدوار المهنية التي تتعلق بالممارسة المهنية على المستوى الفردي:

١. القيام باستقبال الحالات الفردية و العمل معها لإجراء دراسة اجتماعية و التعرف على ظروف المرض، و نشأته و مدى تأثيره على المريض و أفراد أسرته.

٢. يقوم الأخصائي الاجتماعي بتفسير بعض الأمور الاجتماعية التي تتعلق بالمرض و المريض و التي قد لا يسمح وقت الطبيب في توضيحها للمريض، نتيجة لضغط العمل عليه و ضيق الوقت.

٣. يعمل الأخصائي الاجتماعي على تهيئة المريض نفسيا و اجتماعيا على تقبل الواقع المرضي الذي يعايشه من خلال إتباع طرق التوضيح و التبصير ببواطن الأمور، و توعيته فيما يتعلق باستخدام بعض الأساليب العلاجية الوهمية كالسحر و الشعوذة أو باستخدام الوصفات الشعبية الخاطئة.

٤. تشجيع المريض و مساعدته على تطبيق الإرشادات الطبية و تعليمات الطبيب، و وصفات الدواء لإحراز التقدم المنشود في العلاج.

٥. توجيه بعض الحالات المرضية التي تحتاج لخدمات التأهيل المهني، و ذلك بإرشادها نحو الأماكن المناسبة بما يحقق الفائدة للمريض و أسرته.

٦. مساعدة الفقراء من المرضى على تحسين أوضاعهم المادية .

ثانيا: الأدوار المهنية التي تتعلق بالممارسة المهنية على مستوى الجماعة:

١. يعمل الأخصائي الاجتماعي كعضو في جماعة الفريق الطبي المعالج للمريض بغرض تيسير حصول المريض على الخدمات المتكاملة وفقا لظروفه التي تحيط به.

٢. كما يعمل الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض باعتبارها الجماعة الأولية التي تحيط بالمريض، و ذلك في الحالات التي تتطلب ضرورة العمل و الاتصال مع الأسرة، كونها المؤثر الأساسي في حياة المريض.

٣. يعمل الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى مع المرضى الذين ينتمون إلى نفس المرض، مثل جماعة مرضى الكلى، و ذلك بهدف نشر الوعي الطبي أو الصحي بين أفراد الجماعة، و مساعدة المرضى على تبادل الخبرات و المعلومات، و التخفيف من حدة توترهم عن طريق نشر العلاقات الاجتماعية بينهم، و حث الجماعة على تقبل المرض و تقديم نماذج ناجحة.

٤. يقوم الأخصائي الاجتماعية بتكوين جماعات ترفيهية لشغل أوقات الفراغ للمرضى بما يدخل عليهم البهجة و السرور، و يخفف عنهم أعباء المرض.

ثالثا: الأدوار المهنية التي تتعلق بالممارسة المهنية على مستوى المجتمع:

أ- يقوم الأخصائي الاجتماعي بنشر الوعي الصحي بين المواطنين، من خلال التثقيف الصحي، بما يسهم في تحسين المستوى الصحي للمواطنين.

ب- بما أن الوقاية خير من العلاج، فإن الأخصائي الاجتماعي يقوم بالعديد من الأدوار الوقائية مع المجتمع المحيط، من خلال استخدام وسائل الإعلام المختلفة لنشر الوعي الصحي، خاصة فيما يتعلق بالأمور التالية:

أ- ضرورة الكشف الطبي الدوري على الإنسان بغرض الاكتشاف المبكر للأمراض و علاجها.

ب- الاهتمام بالتطعيمات المختلفة للفرد خاصة في مرحلة الطفولة السلبية، على نشر العادات الصحية السليمة و تغيير الاتجاهات السلبية، بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين، و الحفاظ على البيئة نظيفة، و بالتالي الحد من أنماط التلوث البيئي التي تضر بالإنسان.

ت- يربط الفريق العلاجي بالواقع المجتمعي و أهدافه و احتياجاته و مشكلاته.

ث- الاستفادة من الموارد و الإمكانيات المجتمعية و ذلك بربط المؤسسة الطبية بالمجتمع المحلي لمواجهة مشكلات المرضى.

ج- يمثل الأخصائي الاجتماعي الطبي حلقة وصل مهمة بين كل من القيادات الشعبية و المهنية في المجتمع المحلي و المؤسسات الطبية، كما يشجع الجهود الذاتية، بهدف تحقيق أهداف المؤسسة الطبية بمختلف أنواعها.

كما يقوم الأخصائي الاجتماعي ببعض الأدوار المهمة الأخرى في المجال الطبي، منها: يقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي بدور الباحث: حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي بإجراء البحوث الاجتماعية التي تتعلق بالواقع المهني الطبي و ما يستجد من معلومات في هذا المجال.

- يقوم الأخصائي الاجتماعي بتدريب طلاب و طالبات الخدمة الاجتماعية المتدربين في المستشفى و العمل على توجيههم و إكسابهم المهارات و الخبرات المتعلقة بالخدمة الاجتماعية في المجال الطبي.
- القيام ببعض الأعمال الإدارية مثل التسجيل اليومي أو الدوري.
- المشاركة في الأعمال التخطيطية التي تتم في المجال الطبي بما يساهم في رقي خدمات المجال. (السروجي، طلعت مصطفى وآخرون:٢٠٠٩م، ص٢٠٦- ٢٠٨) و يتضح لنا مما ذكرناه سابقا تنوع و أهمية الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية، حيث أن هذه

الأدوار تترجم في خدمات ذات بعد إجتماعي و نفسي و اقتصادي بالغ الأهمية في تحسن حالة المريض.

الصعوبات التي تواجه نسق الخدمة الاجتماعية في المؤسسة الطبية:

أولا: صعوبات ترجع للمرضى:

وهي الصعوبات التي ترجع إلى الفرد، من حيث شخصيته وعاداته، وقيمه ومعتقداته، والخبرات السابقة التي لديه، وتظهر في شكل مقاومة المريض لأي مساعدة تقدم إليه، وقد ترجع لعدة عوامل منها:

١. شك المريض في قيمة العلاج المجاني.
٢. ارتباط المريض ببعض التجارب المؤلمة بالمؤسسة الطبية.
٣. جو المؤسسة المجهول الذي يجعل المرضى يترددون في قبول العلاج بها خشية سوء المعاملة أو التغذية.

ويؤدي مجهود الأخصائي الاجتماعي الطبي في مثل هذه الحالات إلى إقناع المريض، وزيادة ثقته بنفسه من جانب وفي الخدمة الطبية التي ستؤدى له من جانب آخر.

كما أن هنالك صعوبات ترجع للمؤسسة تتصل بأسرة المريض، أي بمسؤولية المريض من قبل أسرته، فقد تحتاج الأسرة إلى مساعدات مالية لعدم وجود أي إمكانيات لديها يمكن استغلالها في فترة وجود عائلها بالمؤسسة الطبية، وتكمن الصعوبة في أمرين مهمين: إما الحساسية الزائدة لبعض المرضى مما يجعلهم يرفضون أي معاونة مادية إلى أسرهم، وإما لنقص إمكانيات المؤسسة المادية وبالتالي لا تستطيع أن تقدم أي مساعدة لأسر هؤلاء المرضى.

ويمكن للأخصائي الاجتماعي التعامل مع هذا الظرف الأخير، بالعمل على استغلال موارد البيئة المحيطة بالمؤسسة الطبية، حتى يسد عجز ميزانية أسر هؤلاء المرضى.

ثانيا: صعوبات ترجع للمؤسسة الطبية:

وهي ترجع للمؤسسة الطبية نفسها، وذلك من حيث:

١. قصور إمكانياتها وتظهر في شكل عدم استطاعة المؤسسة الطبية في توفير بعض الإمكانيات المادية التي يحتاجها الأخصائي الاجتماعي لانجاز مهامه من قبل المريض.

٢. مدى اعتراف الإدارة بمجهود نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، وتكمن المشكلة هنا عندما لا تعترف الإدارة بقيمة جهود نسق الخدمة الاجتماعية الطبية وبالتالي لا تمد لها يد العون.

٣. طبيعة العمل الإداري بها، فغالبا ما تتسم الأمور الإدارية بدرجة عالية من التعقيد، بحيث يتطلب الأمر مجموعة من الجهود الإدارية المعقدة.

٤. مدى تعاون فريق العمل العلاجي بها، فحتى اليوم لم يستطع فريق العمل أن يحقق درجة التعاون المطلوبة، حيث أن بعض الأطباء لا يعترفون بأهمية العوامل النفسية والاجتماعية في العلاج.

٥. مدى ضغط العمل على أطبائها الذي يحول دون عقد اجتماعات دورية لفريق العمل وبالتالي يمثل ذلك عقبة أمام الجهود التي يؤديها نسق الخدمة الاجتماعية.

هذا ولا يتوفر في كثير من المؤسسات الطبية المكان المناسب لمزاولة الأخصائي الاجتماعي لعمله وخاصة في الحالات الفردية والتي تتطلب السرية.

ثالثا: صعوبات راجعة لقصور الإمكانيات الثقافية والاقتصادية للبيئة:

وهي صعوبات ترجع إلى حساسية البيئة الزائدة وفهمها الخاطئ لطبيعة بعض الأمراض..كالأمراض التناسلية والعقلية والنفسية والصدرية، كما ترجع هذه الصعوبات أيضا إلى ضعف أو ندرة إمكانيات البيئة أو المجتمع للموارد الطبية.

ويظهر تلك الصعوبات في النظرة الخاطئة لبعض المجتمعات أو البيئات إلى بعض الأمراض نظرة تخوف أو عار أو سخرية مما يدفع المرضى إلى الاحتفاظ بمرضهم والتكتم الشديد خوفا من إعلان حقيقة أمرهم وقد يصل الحال في بعض الأمراض كالأمراض النفسية والعقلية أن التكتم على المرض وإخفاؤه لا يكون من قبل المريض فحسب، بل يكون من قبل الأسرة بأكملها، مخافة افتضاح أمرها واهتزاز وضعها الاجتماعي في بيئتها، ومن ثم لا يجد نسق الخدمة الاجتماعية الطبية من يمده ببعض المعلومات التي يحتاج إليها النسق حتى يتسنى له تقديم الخدمة الملائمة.

كما تظهر تلك الصعوبات في ضعف وندرة إمكانيات البيئة أو المجتمع للموارد المادية والطبية المناسبة، المتمثلة في عدم توفر دور للنقاهة وقلة عدد المؤسسات الطبية وضيق سعتها ونقص سعتها ونقص مؤسسات التأهيل المهني وقلة عدد الأطباء والفنيين وهيئات التمريض بالنسبة لكثافة عدد المرضى وندرة وجود الأجهزة المساعدة في التشخيص، وسوء حالة معامل التحليل وغيرها من الأمور.

رابعا: صعوبات راجعة لمهنة الخدمة الاجتماعية:

وهي صعوبات تعود إلى قصور مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية وعدم إخلاص القائمين بها في إثبات مكانتها، وتراخي العاملين بها في إنجاز الأدوار التي يجب أن يقوموا بها، فركنوا إلى الراحة وتكاسلوا، ففقدوا ثقة من حولهم، وتشككت المؤسسات الطبية في جدواها، ولم تحظى بالاعتراف المناسب لها.

ويظهر تلك الصعوبات في نوعية بعض الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات الطبية، الذين فقدوا روح الحماس وبذل الجهد لإيضاح دورهم مع المرضى، واستسلموا للأوامر وركنوا للتكاسل والانعزال عن باقي أقسام وأنساق المؤسسة الطبية، كما اكتفى بعض الأخصائيين

الاجتماعيين في المؤسسات الطبية على مساعدة الفقراء وتحويل الحالات لمؤسسات الرعاية وأصبحت صورتهم كما قيل عنهم.

هذا بالإضافة إلى أن كثير من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال الطبي غير معدين للعمل في هذا الميدان الذي يحتاج إلى معرفة وخبرة وإعداد خاص. (عبد الهادي، إبراهيم وآخرون: ٢٠٠٤م،ص ٨٦- ٩٠) ونخلص على أن هناك مواصفات يجب أن يتميز ويتصف بها الأخصائي الاجتماعي الطبي الناجح، ليستطيع من خلالها التغلب على الصعوبات التي تواجهه، والقيام بأدواره على أكمل وجه ،وهي:

أولا: أن يكون شخصا لطيفا وعطوفا ومتفهما ومحل ثقة وأن يتحمل المسؤولية.

ثانيا: أن تكون لديه القدرة على مساعدة الحالات المعقدة بقدر كبير من العناية المهنية.

ثالثا:أن يكون ملتزما بتقديم أفضل عناية ممكنة للمرضى.

رابعا: أن يتسم بالهدوء والتركيز في الأوقات الحرجة للمحافظة على السلوك المهني وتقديم العناية المثلى للمرضى.

خامسا:الالتزام بمساعدة الآخرين وإرشادهم لإيجاد أفضل الحلول الممكنة لمشاكلهم المختلفة.

الفصل الخامس

النظريات المتعلقة بالخدمة الاجتماعية الطبية:

نظرية سيكولوجية الذات:

تمثل نظرية سيكولوجية الذات الاتجاه التحليلي في عملية المساعدة وهو ما يطلق عليه بالاتجاه التشخيصي، ويستند هذا الاتجاه على قاعدة العلة والمعلول أو ما يعرف النظرية السببية التي سادت في القرن الماضي كأساس لمنهج البحث في العلوم، وهي قاعدة منطقية تقوم على المسلمة التي تقول بأنه لا يمكن معالجة العلة إلا إذا عرفت أسبابها الأولى ومنابعها الرئيسية بمعنى أن

المشكلة الفردية لها أسبابها وعلينا معرفتها حتى يمكننا علاج المشكلة.

ويركز الاتجاه التشخيصي على عمليات رئيسية ثلاثة هي الدراسة والتي تعتمد على جميع حقائق المشكلة، التشخيص ويقوم على تحليل هذه الحقائق تحليلا يفسر أسبابها، والعلاج هو الخطة المناسبة لعلاجها على ضوء هذا التشخيص، والاتجاه التشخيصي اتجاه بدأته ريشموند في مستهل القرن وأن ركزت آنذاك على تشخيص المشكلة بوصفها "شيء" خارج ذات الفرد لها طبيعة اجتماعية خالصة.

وقد كشف الستار اليوم عن الدور الهام الذي يلعبه الفرد ذاته في خلق مشكلات حياته ولتصبح المشكلة بالتالي مشكلة اجتماعية نفسية معا فقد استمد الاتجاه التشخيصي اليوم إطاره من كل من : الاتجاه النفسي المعاصر لسيكولوجية الذات والاتجاه الاجتماعي الحالي الذي يركز على الوظيفة الاجتماعية والثقافة والدور. (خليل، عرفان زيدان: ٢٠٠٥م، ص١١٩).

هذا وركزت سيكولوجية الذات على مفاهيم ثلاثة هي:

١. العلاقات الاجتماعية:

فالإنسان من بداية حياته وحتى نهايتها يدخل في العديد من العلاقات الاجتماعية، بداية من علاقته بأبويه في المنزل، ثم علاقته مع جماعة اللعب خارج المنزل، ثم علاقته بزملائه في المدرسة، ثم علاقته في مجال العمل، ثم علاقته بزوجته وأولاده...الخ من هذه العلاقات.

وهذه العلاقات التي يمر بها الفرد أثناء حياته الاجتماعية قد يكون لها تأثير على شخصيته الفرد بما قد تؤدي له إلى استقرار وتكامل شخصيته، وهذا في حالة إذا كانت هذه العلاقات الاجتماعية علاقات ناجحة ويسودها المحبة والاحترام والود والتفاهم والانسجام، أما إذا كانت هذه العلاقات علاقات فاشلة لا يسودها إلا العداوة والحقد وعدم الألفة أو التفاهم والانسجام، فإنها يكون لها تأثيرها السلبي على استقرار وتكامل شخصية الفرد.

٢. التفاعل الاجتماعي:

نحن نعلم جميعا أنه لكي تتكون العلاقات الاجتماعية، فنحن بحاجة إلى التفاعل الاجتماعي وبدونه لا تنشأ أو تتكون العلاقات الاجتماعية، وقد يأخذ هذا التفاعل العديد من الصور والأشكال المختلفة، منها التفاعل الإيجابي والذي يحقق فيه الفرد العديد من فرص النجاح وتحقيق السعادة له ولأسرته، وقد يكون التفاعل السلبي والذي يحقق من ورائه الإنسان الفشل في حياته ولا يشعر إلا بالتعاسة والإحباط وتنتابه مشاعر القلق والتوتر في حياته.

٣. الخبرات الاجتماعية:

فمن خلال مجموعة العلاقات الاجتماعية التي يمر بها الفرد أثناء حياته وما يحدث فيها من عمليات التفاعل الاجتماعي سواء أكان تفاعل إيجابي أو تفاعل سلبي، فإن الفرد يكتسب من خلال هذه العلاقات وهذا التفاعل الاجتماعي الذي يمر بها في حياته مجموعة من الخبرات الاجتماعية، وهذه الخبرات قد تكون خبرات سعيدة أو سارة، وقد تكون خبرات مؤلمة، وينعكس نوع هذه الخبرات التي يكتسبها الفرد أثناء تفسيراته لإحداث ووقائع الحياة وعلى رؤيته لها، وكذلك تؤثر على مدى إدراكه غير سليما أو فاشلا، وكذلك يؤثر على مدى نظرته للحياة، أما نظرة يسودها التفاؤل المرح أو نظرة يشوبها التشاؤم والتعاسة.

الخصائص الرئيسية لاتجاه سيكولوجية الذات: يقوم هذا الاتجاه على عمليات ثلاث هي الدراسة والتشخيص والعلاج.

١. الدراسة هي جمع الحقائق عن الموقف المشكل.

٢. التشخيص هو تحليل هذه الحقائق تحليلاً يفسر أسبابها.

٣. العلاج هو وضع الخطة المناسبة لعلاجها في ضوء ما أسفر عنه التشخيص.

وبالرغم تعاقب هذه العمليات الثلاث لاعتماد كل منها على سابقتها

فإنها عمليات متداخلة ومتفاعلة في نفس الوقت، فالدراسة لا تخلو من أفكار تشخيصية وخطوات علاجية بل أن العلاج ذاته قد يكشف عن دراسة جديدة ليتبعها عمليات تشخيصية وهكذا .

وكل من هذه العمليات الثلاث لابد وأن تتضمن بالضرورة جناحي المشكلة الرئيسية وهما : العميل نفسه وظروفه المحيطة في تفاعلهما مع الموقف الإشكالي .

وينحصر الدور الذي تلعبه سمات الشخصية في خلق المشكلة في جانبين أساسيين:

١. قدرة الذات على القيام بوظائفها بدلا من التركيز على " ألا " كما كان الحال في الفرويدية المبكرة.

٢. الدور الاجتماعي الذي يلتزم به في المجتمع.

وتفقد قدرة هذه الذات على أداء وظائفها في الحالات التالية :

١. ضعف جبلي أو مكتسب في هذه الذات.

٢. انحراف مرضي في الذات العليا.

٣. ضغوط خارجة على هذه الذات كالحاجة المادية أو الظروف الأسرية أو العملية أو الثقافية....الخ.

٤. وجود نزعات طفليه مترسبة منذ الطفولة كالاتكالية والغضب والعدوان والبكاء والخوف الطفلي وعدم الفطام النفسي وما إلى ذلك، كما قد ترتبط بتثبيت لنمط الشاذ أو انحراف سلوكي كالخوف المرضي أو إحباط أو قمع لرغبات طفليه النرجسية أو الأوديبية....وهذا ما كان يعبر عن فرويد بالعقد النفسية اللاشعورية أو نزعات الليبيدو الجامحة.

وتنحصر وظيفة الذات في العمليات التالية :

١. المواءمة بين نزعات الذات والذات العليا.

٢. المواءمة بين الشخصية ككل وبين المجتمع الذي تعيش فيه وبصفة خاصة توقعات المجتمع من دور الفرد الاجتماعي.

ولكن تحقق الذات هاتين العمليتين تمارس دوما في أربعة وظائف رئيسية وهي الإدراك والإحساس والتفكير والتنفيذ ، وتقوية ذات العميل تعني ممارستها لهذه الوظائف بكفاية تامة ويتحمل الأخصائي مسئولية الكشف عن مناطق العجز بين هذه الوظائف ثم تقويتها لكي تمارس على النحو المرضي فتحقق العملية العلاجية ، والحكم على الذات القوية والضعيفة يستند على نموذج (قياس) للذات السوية تحدد على ضوئها مدى انحراف الذات يمينا أو يسارا عن النموذج وبالتالي الحكم عليها بالقوة أو الضعف.

وأسلوبه في تقوية الذات وإن اعتمد على الكثير من أساليب الطب النفسي إلا انه لا يتعامل مع اللاشعور بصفة أساسية بتعامله هو مع وحدات شعورية وأن لم يمنع من تفهم الأخصائي لأي وحدات لاشعورية أن ظهرت في مناطق الشعور ، ويفترض هذا الاتجاه بأن تناول الأخصائي للوحدات الشعورية بالعلاج والتعديل ، ويخفف بالضرورة من حدة الوحدات اللاشعورية ذاتها. وخاصة عند الأطفال الذين لم تتكون عندها بعد حواجز قاطعة بين الشعور واللاشعور.

وعند تشخيص منطقة العجز في ذات العميل لابد وان تعود إلى الجذور الأولى التي نبع منها هذا العجز وهي حسب المفهوم الفرويدي كامنة في الخمس سنين الأولى من حياة الفرد ، ومتابعة كافة التطورات التي أسهمت بعد ذلك في تثبيت أو تعديل هذا العجز بدرجة أو بأخرى.

وتعديل هذه الذات وتقويتها يجب ممارستها عند المقابلة الأولى كخطوات لا تحتمل الانتظار حتى الانتهاء من وضع الخطة العلاجية النهائية ، فهي عمليات لا تمارس إلا من خلال المقابلات الدورية ذاتها ، أما الخدمات البيئية أو العلاج البيئي سواء كان تعديلا لاتجاهات الآخرين أو تقديم مساعدات عينية معينة ، فهذه يمكن ممارستها بعد تشخيص المشكلة ووضع الخطة العلاجية ، والنموذج السوي للعملاء افتراض نظري خيالي ليس له وجود

فالعملاء جميعاً يعانون بدرجة أو أخرى من مظاهر اضطراب نفسي، من ثم فخدمة الفرد تتعامل معها على أساس أساليب الطب النفسي المناسبة ما دامت الحالة لم تصل إلى درجة المرض النفسي أو العقلي (الهذاءات أو الهلوسات أو الانفصال عن الواقع) ولكن دور خدمة الفرد رغم هذا يمكن أن يشمل تعديلاً لسلوك الخائف أو المتشكك أو العدواني أو العنيد أو المكتئب أو العاطفي .. الخ ما دامت حالة العميل لم تصل إلى حد المرض النفسي أو العقلي. فدورها إذن يمكن أن يشمل كافة الاضطرابات السلوكية والنفسية التي توجد عادة في الأفراد الواقعين بين السواء وغير السواء ما داموا لم يصلوا إلى حد الشلل الاجتماعي. والعمليات الدفاعية ليست بالضرورة عمليات لا شعورية ولكنا قد تكون شعورية أو شبه شعورية وظيفتها حماية الذات إزاء أي تهديد مباشر أو غير مباشر. (خليل، عرفان زيدان: ٢٠٠٥م، ص ١٢٢، ١٢٣).

التفسير العلمي لسيكولوجية الذات للمشكلات الفردي مشكلات العميل الأسرية أو السلوكية ... الخ ناجمة من كونه كيان عاطفي مزاجي السلوك، والفرد يؤتي سلوكاً معيناً لأنه يحبه ويرغب فيه قبل أن يعلل أو يفكر لماذا يسلكه. وبالتالي فمشكلته نتاج لاضطرابه النفسي في تفاعله مع معطيات بيئته، فعلى سبيل المثال تقلب المزاج المفرط لفرد ما كان عاملاً للنزاع الأسري أو إحساس المراهق بالنقص كان عامل للعدوان.

والعلاج المشكلة الفردية من الضروري تقويم الاضطراب في شخصية العميل ليصبح قادر على تغيير معطيات البيئة ثم الاتجاه نحو أساسيات المشكلة. على سبيل المثال: الشخص المتعاطي للمخدرات يتم تبصيره أولاً ليدرك الخطورة منها ومن ثم يعالج من الإدمان.

والاضطراب النفسي يتمثل في مجموعة من السمات والأعراض كالنقص والتشاؤم والاكتئاب، كما قد يتمثل في سيادة الحيل الدفاعية على السلوك، ويتأثر هذا السلوك بمدى ما تتمتع به الذات من قوة أو ضعف،

ويقع السلوك بين الخيارات التالية:

١. قدرة على الإدراك الواعي للنفس والغير والعلاقة بينهما: ولا يقتصر الإدراك على مدى قوة النظر أو السمع أو الشم أو اللمس وإنما يتعداه إلى فهم المعاني الكامنة وراء الظواهر واستيعاب طبيعتها وأسبابها وآثارها.

٢. قدرة على التفكير الناضج: وهي قدرة اختص بها الله سبحانه وتعالى الإنسان في كل زمان ومكان، ومقوماتها البناء العقلي كبناء يملك المعارف ويختزنها لممارسة عملياته العقلية (الإدراك، التذكر، التصور، الربط، الإبداع، الابتكار) لمواجهة المشكلات.

٣. قدرة على الإحساس المناسب: بمعنى إحساس معادل للموقف دون مبالغة أو تفريط. فالغضب والخجل والفرح والحب والكراهية مشاعر طبيعية إذا مورست بما يتطابق مع الموقف المؤدي على هذه الأحاسيس.

٤. قدرة على التحرك والسلوك (الإنجاز) بمعنى أن الذات القوية تمتلك القدرة على اتخاذ القرار المناسب إزاء الموقف.

ولم تأخذ النظرية بالمفهوم الفرويدي التقليدي للعقد النفسية (عقدة الشعور بالنقص، الشعور بالذنب، العقد الجنسية) التي افترض وجودها منذ الطفولة المبكرة إذا ما تعرضت لإحباط معين في مراحل الخمس سنوات الأولى، وإنما أخذت بمفهوم الرواسب الطفليه أو الذكريات الكامنة المحبطة.

ومع نمو الذات وامتداد العمر واتساع رقعة العلاقات الاجتماعية والمجاملات والتوافق مع المجتمع وضرورة التكيف معه تتعلم الذات عمليات دفاعية وتكيفيه لاستمرار التفاعل البناء مع الواقع كالتبرير والإسقاط والفعل العكسي والتحويل والتقمص. وهي ليست بالضرورة عمليات لا شعورية ولكنها عمليات واعية هادفة لحماية الذات مما يهددها من أخطار.

١. فالإسقاط Projection عملية يلجأ إليها الفرد عندما يتهم بتقمص ما يسقطه على آخرين كأسلوب لنفي الصفة عنه تماماً مثل البخيل الذي ينعت آخرين بصفة البخل التي يبعضها.

٢. والإنكار Denial يمكن أن يساعد الفرد على التكيف مع الواقع حيث ينكر الزوج أمام زوجته خبراته السابقة.

٣. والتبرير قد يبدو منطقياً لإقناع الفرد بقيمته حينما يبرر فشله الدراسي في تحيز الأستاذ وهكذا.

٤. والفعل العكسي يكون عكس ما يشعر به الفرد فمثلاً الفرد الذي يخاف من الظلام قد يرفع صوته مغنياً في حين أنه يرتجف رعباً من الظلام. أو الذي يبتسم في وجه العدو.

٥. التقمص والتحويل وهي عمليات تمارس غالباً مع الأنماط العصابيه التي تعاني قصور عميق في وظيفة الذات الحسية حيث تتضاءل قدرة الفرد على التمييز بين الذات والآخرين. فالتقمص سمة من سمات المراهقة التي يغلب عليها خيال المراهق ليتقمص أنماط استهوتها خيالاته، بينما التحويل يمثل اندفاعاً في الحكم على واقعة وتعميمها دون ما سند مقبول.

والخبرات الإحباطية المبكرة والمتقدمة خلال حياة الفرد الأولى والتي يمكن أن تمتد إلى سن المراهقة تختزن لعدم القدرة على التخلص منها. وتنعكس بالتالي على سلوك الفرد في مستقبله، ومن ثم كانت الكراهية غير المبررة لموقف أو فرد أو سلوك في الكبر يكون الباعث وراءها الإحباط المتكرر أو الشعور الدائم بالنقص أو الاضطهاد أو الذنب أو القلق أو الملل كانعكاس ناجم عن مواقف متراكمة.

وقد تنشأ الإحباطات المعقدة والمركبة نتيجة أعراض سيكوسوماتية (جسمية نفسية) كالصداع النصفي والقرحة والربو والقولون ..الخ.

أهداف خدمة الفرد في إطار نظرية سيكولوجية الذات:

١. الوصول بالعميل إلى حالة من الاستبصار بما في داخله من رواسب أثرت في قدرته على مواجهة مشاكله.

٢. الربط العقلاني بين مشكلة الفرد الحالية وإحباطاته المبكرة.

٣. الاتفاق المشترك على إجراءات استعادة الذات لقدرتها حاليا ومستقبلا في طريق حل المشكلة .

نظرية التدخل في الأزمات:

نظرية التدخل في الأزمات هي" مجموعة من المفاهيم المتعلقة بردود أفعال الأشخاص عندما يواجهون تجارب غير مألوفة "، قد تكون هذه التجارب على هيئة كوارث طبيعية أو فقدان معنى ما أو تغييرات في البناء الاجتماعي أو تغييرات في دورة الحياة ونظرا لأن مفاهيم نظرية الأزمة قابلة للتطبيق على الفرد وعلى الأسرة أيضا ، وربما - مع بعض التعديل - على الأنساق الاجتماعية الأكبر كذلك .

وقد جاء مفهوم التدخل في الأزمات استجابة لحاجة الجماعات للمساعدات خلال فترات التغيير المفاجئ والعنيف من وضع حياتي إلى وضع حياتي أخر، ومن بين هذه الأوضاع الحياتية كالكوارث الاجتماعية والهجرة والتقاعد ، والأزمات الناشئة عن التطور ، كتلك التي تنشأ عن مراحل تطور معينة . وقد قدمت قولن في عام ١٩٧٨م تصورا لنظرية التدخل في الأزمات والذي حددت فيه أهم فروض النظرية، وفقا لما يلي :

١- أن أي شخص أو جماعة أو منظمة يتعرضون لأزمات خلال حياتهم.

٢- أن الأحداث الخطرة التي يمر بها الإنسان تمثل المشكلات الأساسية التي تمهد لحدوث الأزمة.

٣- أن الأحداث الخطرة يمكن التنبؤ بها أو توقعها (كمرحلة المراهقة والزواج والانتقال للتقاعد) كما أن هناك أحداثا غير متوقعة (كالموت والطلاق والكوارث البيئية والمرض).

٤- أن حالة المعاناة من هذه الأحداث تتضح عندما يفتقد ضحاياها ، أشياء معينة منها :

أ- فقدان التوازن في قدرتهم على معالجة الأزمات التي تصيبهم .

ب- تبذل الجهود لإعادة التوازن ولكن الفشل فيها قد يترتب عليه توترات

وضغوط نفسية مع كل حالة فشل، كما أن تراكم حالات الفشل قد يضاعف من حالات التوتر مما قد يساعد في زيادة اشتعال الأزمة .

٥- مظاهرة الأزمة أو أعراضها ، قد توحي إلى الباحث الاجتماعي بأنها الأزمة الحقيقية ، بينما هي أعراض لأزمة أخري أساسية ، وبالتالي يجب البحث عن الأزمة الحقيقية وليس عن أعراضها.

٦- أن النجاح في التغلب على الأزمة في الماضي يساعد على التغلب عليها في المستقبل بينما عدم النجاح في حل الأزمات في الماضي يؤدي إلى المزيد من الوقوع في الأزمات مستقبلا .

٧- الأشخاص الذين يواجهون أزمات هم أكثر انفتاحا لتقبل المساعدة من الذين لا يواجهون مثل هذه الأزمات.

٨- أن التدخل في وقت حدوث الأزمة أكثر نجاحا من أي وقت أخر .

٩- أن الوقوع في الأزمات والتغلب عليها ، يتعلم منها الناس طرقا جديدة لحل المشكلات بصورة أكثر فعالية ، كما يحسن من مقدراتهم على التوافق مع الأزمات مستقبلا.

مفهوم الأزمة من منظور الخدمة الاجتماعية:

تعرف الأزمة في معجم العلوم الاجتماعية : " أنها توقف الحوادث المنتظمة والمتوقعة واضطراب العادات والعرف مما يستلزم التغيير السريع ، لإعادة التوازن ولتكوين عادات جديدة أكثر ملائمة " . كما تعرف الأزمة بأنها : " اضطراب عاطفي حاد يؤثر في قدرة الفرد على التصدي عاطفيا أو معرفيا أو سلوكيا ، ويؤثر كذلك في قدرته على حل مشاكله بالوسائل العادية لحل المشكلة ، والأزمة ليست مرضا عاطفيا أو عقليا.

ويوضح لنا هذا التعريف أن الشخص الذي يكون في موقف الأزمة يعاني من اضطراب عاطفي، ويعجز عن حل مشكلات الحياة بالطرق العادية لحل المشكلة فالحياة الصحية السعيدة تتطلب أن يكون الشخص قادرا على حل مشكلاته بفعالية ، وأن تتوفر له الحاجات الإنسانية الأساسية التي تحقق له

الصحة النفسية والجسدية الجيدة، ومسانده الأصدقاء والأسرة والأقارب والإحساس بهويته وبالانتماء للمجتمع وتراثه الثقافي. ومعاناة الشخص من أزمة تكون نتيجة لفقدان مفاجئ للمساندة النفسية وغيرها من المساندات الأخرى، حيث يفقد - أو يخشى أن يفقد - أحد أو بعض الحاجات الأساسية السابق الإشارة إليها . ففقدان إنسان عزيز (أب، أم، أخ، أخت، صديق ... الخ) في حادث سيارة أو بسبب نوبة قلبية، أو بسبب الموت أو الأسر في الحرب، وما إلى ذلك، وقد تسبب للشخص صدمة وتجعله يشعر بالضياع أو العجز عما يجب عليه عمله، فقد اختفى مصدر المساندة والراحة التي كان يوفرها له الشخص المفقود دون سابق إنذار ودون أن يترك له الوقت الكافي للتوافق والتغيير وهناك ثلاثة عوامل تنتج الأزمة وهي :

أ- حدث أو سلسلة من الأحداث الخطرة تفرض على الفرد نوعا من التهديد .

ب- تهديد للحاجات الأساسية الحالية أو الماضية التي ترتبط بشكل رمزي بالتهديدات المبكرة التي تنتج عنها اضطراب أو صراع .

ج- عجز الفرد عن استخدام ميكانيزمات التصدي للأزمة .

و يعتبر التدخل في الأزمات نموذج فريد في العلاج وضع خصيصا لكي يتناسب مع موقف الأزمة لما له من خصائص مميزة، وبالتالي من الصعب النظر إلى هذا النموذج على أنه نظرية مستقلة وقائمة بذاتها في خدمة الفرد، كما أنه لا يصلح للتعامل مع المشكلات التقليدية التي لا تنطبق عليها خصائص الأزمة.

ويعرف التدخل في الأزمات بأنه عملية للتأثير الإيجابي الفعال في مستوى التوظيف النفسي الاجتماعي لفرد أو أسرة أو جماعة في موقف الأزمة.

أهداف التدخل في الأزمات:

يمكن تقسيم التعامل مع الأزمة إلى شقين أساسين هما :

الهدف العاجل:

وهو الوصول بالعميل إلى النقطة التي يستعيد فيها ثقته بنفسه وقدرته على التفكير والتعامل الصحيح مع المواقف وإزالة التهديد الذي يتعرض له وإشباع الحاجات الملحة التي يعرض عدم إشباعها حياة العميل وتوازنه للخطر حيث يصبح الموقف قابلا للاحتمال، وبمعنى آخر تحويل بالأزمة إلى مشكلة عادية، فعلى سبيل المثال إذا نشب حريق في منزل أسرة ترتب عليه فقدان هذه الأسرة للمأوى والملبس والنقود والطعام، فالهدف العاجل في هذه الحالة يكون كتدبير مأوى ولو بصورة مؤقتة في خيمة أو لدى الأقارب أو الجيران.

الهدف النهائي:

ونسعى بتحقيقه عندما يسرد العمل توازنه بعض الشيء نتيجة لتحقيق الهدف العاجل، كما تخف من حدة الموقف ويصبح أكثر قابلية للاحتمال وتتلاشى الأخطار التي كانت تهدد حياة العميل وبذلك تضعف المشاعر السلبية ويصبح العميل أكثر كفاءة في التعامل مع الموقف عند ذلك يسعى إلى تحقيق الهدف النهائي من التدخل، ويختلف هذا الهدف من حالة إلى أخرى ويتحدد في ضوء طبيعة الأزمة والمراحل التي وصلت إليها وشخصية العمل والإمكانيات البيئية المتاحة، وتتدرج هذه الأهداف تنازليا في ثلاثة مستويات على النحو التالي:

١. الوصول بالتوظيف الاجتماعي للفرد إلى الحد الأقصى، وهو أكثر أهداف التدخل طموحا، وذلك عند التعامل مع حالات الأزمات التي تكون شخصية العميل فيها أكثر قابلية للتأثير وعندما تتوافر الإمكانيات البيئية والمؤسسية.

٢. الوصول بالتوظيف الاجتماعي للعميل إلى الحد الأدنى الذي كان عليه قبل ظهور الأزمة، ويعد هذا الهدف أكثر تواضعا وأقل طموحا عن سابقه، فالمستوى الأول يعني الوصول بالتوظيف الاجتماعي للفرد إلى أقصى حد ممكن بغض النظر عما إذا كان العميل قد وصل إليه قبل الأزمة أم لا، أما المستوى الثاني فيكتفي بالوصول إلى مستوى التوظيف الاجتماعي الذي كان عليه قبل الأزمة.

٣. إيقاف نمو تطور الأزمة والتقليل من آثارها، ومنع حدوث المزيد من التدهور، ويعتبر هذا هو أقل المستويات التدخل طموحا وقد يكون مرحليا بمعنى تجميد الموقف عند هذا الحد إلى أن يمكن تعديله إلى الأفضل.

وعلى الأخصائي أن يكون في تدخله في الأزمات طموحا بصفة مستمرة بحيث يكون هدفه باستمرار عند التعاون مع أية أزمة هو المستوى الأول فإذا تبين له استحالة تحقيقه اكتفى بالمستوى الثاني وعندما يتبن أنه غير ممكن يكتفي بالمستوى الثالث، أي أنه لا يجب الاكتفاء بمستوى إلا إذا تبين استحالة تحقيق المستوى السابق له.

الحدود الزمنية للتدخل: التدخل في الأزمة من النوع القصير الأمد، يحتوي على عدد من المقابلات يصل متوسطة على ست مقابلات تتم على مدى ما بين ٤- ٦ أسابيع وعادة يتم الاتفاق أو التعاقد مع العميل سواء كان شفهيا أو مكتوبا تحديد المدى الزمني للتدخل، ويعد هذا التحديد حافزا لكل من الأخصائي والعميل على إنجاز أهداف التدخل في هذا المدى الزمني المحدد.

العلاقة المهنية:

يتطلب التدخل في الأزمة شأنه شأن أي تعامل مهني وجود العلاقة المهنية بأبعادها المختلفة، إلا أن محدودية وقت التدخل والسرعة المطلوبة في عملية المساعدة تجعل استخدام الأسلوب التقليدي في بناء العلاقة أمرا غير ممكن وتوجد مجموعة من العوامل التي تجعل بناء هذه العلاقة في وقت قصير أمرا ممكنا وهذه العوامل هي:

١- شعور العميل بالعجز والحاجة الشديدة إلى المساعدة وهو ما يجعله يمنح ثقته لكل من يمكن أن يقدم العون له، فهو يمر بموقف اضطراب وعدم توازن وقام باستخدام كل ما لديه من أساليب، وفشل في حل الأزمة لذا فهو مستعد للتعاون مع كل من يقدم له العون في حلها.

٢- استجابة الأخصائي للاحتياجات الوجدانية والواقعية للعميل تجعل العميل يشعر بقدرته على المساعدة ورغبته فيها.

٣- تركيز الأخصائي الاجتماعي على التدخل النشط الذي يحقق عائدا سريعا وملموسا من جانب العميل.

التدخل في الأزمات باستخدام الفريق:

أدى الاتجاه المتزايد في التخصص الذي انتشر في النصف الثاني من القرن العشرين إلى عجز المتخصص الواحد عن التعامل بمفرده مع المشكلات، مما أدى إلى اللجوء إلى فريق العمل الذي يضم عددا من المتخصصين في جوانب الموضوع بحيث يكمل بعضهم بعضا وقد شاع هذا الأسلوب في التعامل مع الأزمات في بعض الدول وخاصة الولايات المتحدة الأمريكية في المجالات الصحية والنفسية للمجتمع والمجال الأسري، ويتم تشكيل فريق علاجي لكل حالة على حدة.

وعلى ذلك يمكن أن يختلف تشكيل الفريق حالة إلى أخرى، ويوجد عدد من المتخصصين الذي يمكن أن يضمهم الفريق منهم الطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي والطبيب البشري وأخصائي قياس نفسي، والممرضة وأخصائي تغذية ومسئول المساعدات الاجتماعية كما ينظم إلى الفريق متطوعون من المجتمع المحلي أو أي مهني آخر تتطلب مصلحة الحالة وجوده في الفريق، وتكون قيادة الفريق للعضو الذي يمتلك مهارة وقدرة أكبر على التدخل الناجح في الأزمة. (زيدان، علي حسن: ٢٠٠٢م، ص ٦٧- ٧٠).

نظرية التدخل المهني الإسلامي:

لما كان الإسلام يمثل العمود الفقري في ثقافة المجتمعات المسلمة وخاصة العربية منها بدأت الدعوة إلى التأصيل والتوجيه الإسلامي للخدمة الاجتماعية، وقد بدأت هذه الجهود من خلال ما شعر به البعض عند نقلهم للنماذج الغربية في الخدمة الاجتماعية من وجود تعارض واضح بين بعض الجزئيات في هذه النماذج والإسلام.

المسلمات الأساسية لهذا النموذج:

يستمد هذا النموذج مسلماته وافتراضاته الأساسية من نظرة

الإسلام للإنسان وطبيعة الحياة الإنسانية وعلة وجود الإنسان، وعلاقته بالله سبحانه وعلاقته بالآخرين في هذا الكون، وتعتبر هذه المسلمات منطلقات أساسية لا غنى عنها لهذا النموذج وتتمثل فيما يأتي:

١- الإيمان بالغيب: ويعني التصديق إلى ما هو أبعد من ما هو موجود ومحيط.

٢- الوحي مصدر يقيني للمعرفة عن الإنسان والكون: فالإيمان بالغيب يقتضي التصديق بأن القرآن الكريم كلام الله جاء لهداية الإنسان وتعليمه وتنظيمه.

٣- الوجود الدنيوي أحد أشكال الوجود الإنساني سبقه ويليه أشكال أخرى للوجود.

٤- الإنسان مختار ومحاسب.

أهداف التدخل المهني:

ترتبط أهداف التدخل المهني من هذا المنظور بمقاصد الشريعة، وتنتمي إليها حيث القصد العام للشريعة هو ما يصلح الناس في العاجل والآجل في الدنيا والآخرة في دينهم ودنياهم وتتمثل مقاصد الشريعة فيما يلي:

١. حفظ الدين.

٢. حفظ النفس.

٣. حفظ العقل.

٤. حفظ النسل.

٥. حفظ المال.

وبناء على ذلك تتحدد أهداف عملية المساعدة طبقا لهذا المنظور فيما يلي:

١- مساعدة العميل في تصحيح صلته بربه وتنميتها ومعاونته على تحقيق أكبر قدر ممكن من تزكية النفس.

٢- مساعدة العميل على سد القصور في إشباع حاجاته غير المشبعة أو التي يعاني من قصور في إشباعها.

٣- مساعدة العميل في رفع مستوى أدائه الاجتماعي في مختلف أدواره

الاجتماعي وخاصة تلك الأدوار ذات الصلة بالمشكلة إلى أفضل مستوى ممكن.

٤- مساعدة العميل على إصلاح الخلل الذي يشوب علاقاته الاجتماعية وخاصة تلك العلاقات ذات الصلة بالمشكلة.

أساليب العلاج:

يتضمن العلاج من هذا المنظور مجموعة كبيرة من الأساليب العلاجية ينتقي منها الأخصائي الاجتماعي ما يناسب كل حالة على حدة ولا تقتصر الجهود العلاجية على التعامل مع العميل بمفرده بل تمتد إلى حيث توجد العوامل التي أدت إلى حدوث المشكلة سواء كانت في شخص العميل أو في أسرته أو في المجتمع الذي يعيش فيه ، ويكون اختيار الأساليب العلاجية ومستويات التدخل مبنيا على تحديد العوامل التي أدت إليها والتي تم التوصل إليها في تقدير الموقف وتتضمن هذه الأساليب ما يلي:

أولا: أساليب عامة:

ويقصد بها الأساليب التي يمكن استخدامها مع أية حالة بغض النظر عن طبيعة المشكلة والمجال أو المؤسسة وتتضمن هذه الأساليب ما يلي:

١- التوبة:

وتستخدم مع الذين يوجد سلوكهم مخالفات لمنهج الله سبحانه وتعالى بالامتناع عما أمر الله به، أو إتيان ما أمر الله بالامتناع عنه ويقصد به العودة إلى الصراط المستقيم وترك المعصية والندم على ما فات منها والعزم وعلى عدم العودة إليها مرة أخرى وللتوبة أركان: (زيدان، علي حسن: ٢٠٠٢م، ص ١٦٦- ١٧٠)

أ- العلم: وذلك بأن يعلم الإنسان أنه أذنب وان الذنوب لا تقاس بجسامة المعصية وإنما بعظم من عصاه وهو الله سبحانه، وكما ينبغي أن يعلم الإنسان بوجود التوبة وأنها تجوز من كل الذنوب، فالكافر وكذلك مرتكب الكبيرة مثل القتل يمكن أن يتوب وان التوبة واجبة على كل إنسان وان الله

ب- وعد بقبول التوبة إذا استوفت شروطها وهي:

- الندم على فعل الذنب.
- العزم بعدم الرجوع إليه مرة أخرى.
- أن تتم التوبة قبل الغرغرة.
- أن يرد الحقوق لأصحابها.

ت- العمل:

وذلك بأن يتوقف الإنسان عن ارتكاب الذنب الذي كان يقترف وأن يحاول إصلاح ما أفسدته المعصية، وذلك برد الحقوق على أصحابها وطلب العفو ممن لا يستطيع رد حقوقه إليه.

يتمثل دور الأخصائي الاجتماعي في هذا الأسلوب فيما يلي:

- إمداد الشخص المستهدف بتطبيق هذا الأسلوب معه بالمعرفة اللازمة عن التوبة، ويمكن أن يتم ذلك بوسائل متعددة مثل المناقشة أثناء المقابلات أو بتيسير المادة أو الوسيلة التي تحتوي على هذه المعلومات مثل الكتب وأشرطة التسجيل، كما يمكن أن يستعين بالخبراء المتخصصين ومن الفقهاء في هذا السبيل من خلال الندوات والمحاضرات.
- مساعدة التائب على رد الحقوق إلى أصحابها من خلال مساعدته على إيجاد الموارد اللازمة لذلك والشفاعة له عند أصحاب الحقوق التي لا يمكن ردها.
- معاونة التائب على الصبر عن المعصية ذلك أن المعصية غالبا تشبع شهوات عاجلة للنفس قد تلح على الإنسان وتؤدي به الوقوع في المعصية مرة أخرى، ومن ثم فإنه يكون في حاجة إلى التذكير بأن الله قد أكرمه بالتوبة وأنه إذا عاد إلى المعصية فقد يعاجله أجله قبل أن يتوب، كما أن عليه أن يساعده على الابتعاد عن كل ما يهيج فيه شهوة المعصية.

- مساعدة التائب على الاستعاضة عن المعصية بما أحله الله، ذلك أنه لا توجد معصية لإشباع شهوة إلا ويوجد حلال جنسها.

٢- **الصبر:**

يعرف الصبر بأنه ترك الأفعال المشتهاة، ويتفاوت الجهد وقوة الإرادة المطلوبة للصبر عن الفعل، فكلما كانت النفس أكثر اشتهاء للفعل كان الصبر عنه أشق وأصعب ويمكن تصنيف الصبر إلى:

أ- صبر على ما يوافق هوى النفس مع النعم التي وهبها الله سبحانه للإنسان مثل المال والصحة والسلطان والشباب، ويتمثل الصبر عليها في أن يعرف الإنسان أنه مستخلف فيها، ومن ثم لا يركن إليها ويراعي حقوق الله فيها.

ب- صبر على المكاره وينقسم إلى قسمين ما يكون باختيار الإنسان مثل صبره

ت- على مشقة الطاعات مثل الصوم والصلاة والصبر على المعاصي مثل الامتناع عن إتيان المحرمات مثل السرقة والرشوة.

ويتمثل دور الأخصائي في تطبيق هذا الأسلوب فيما يلي:

التعليم والوعظ والمساعدة على التأمل وذلك بالتذكير بأن الإنسان وسائر ما لديه من أهل ومال وولد ملك لله عزوجل وان مصير الإنسان ومرجعه إلى الله وأنه لابد أن يترك الدنيا وراء ظهره ذات يوم ليحاسب على ما فعل فيما كان لديه فيها، كما أن على الأخصائي الاجتماعي يساعد العميل على تأمل موقفه وما قد يكون قد اقترفه من ذنوب وما يترتب عليها وما فعله من طاعات وما يترتب عليها ومن المفيد ضرب الأمثلة والتذكير بالآيات القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة، كما يتضمن إطماع العميل في الأجر المنتظر من الله على ترك المعصية والصبر عليها.

٣- **التفاعل العقلي:**

هو تأثير عقل في عقل آخر يستهدف إزالة الأسباب العقلية التي يمكن أن تكون سببا في الوقوع في المشكلات، مثل عدم وجود معلومات

لدى العميل عن مشكلته أو عن بعض جوانبها أو نقص هذه المعلومات أو وجود معلومات غير صحيحة لديه، ويتضمن التفاعل العقلي ما يلي:

أ- الوعظ والتعليم:

الوعظ هو التخويف من عقاب الله سبحانه وتعالى والمترتب على ارتكاب المعصية ويتضمن ذلك ما يلي:

- توضيح أثر المعصية في لإثارة غضب الله سبحانه على الإنسان.
- مساعدة العميل على تأمل وضعه على أنه مجرد مخلوق لله سبحانه خلقه وأنعم عليه ومقابلة النعمة تكون بالشكر وليس بالجحود والنكران.
- مساعدة العميل على استحضار عظمة الله وقدرته وقهره، وحلمه عليه وستره إياه وما يتطلبه ذلك من ضرورة الإقلاع فورا من ارتكاب المعاصي والعودة إلى الصراط المستقيم.

ويمكن أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بالوعظ بوسائل متعددة منها تلاوة الآيات القرآنية التي تتضمن عقاب الله للعاصي وحالة جهنم وما أعده الله سبحانه وتعالى من نعيم للمتمسكين بصراطه، وشرح معاني هذه الآيات عند الحاجة وذلك عن طريق المناقشة العقلية أثناء المقابلات.

ب- **الجدل:**

الجدل هو دفع المرء لأخر عن قول فاسد بحجة أو شبهه وقد ذكر الله سبحانه وتعالى أن الجدل صفة الإنسان، بل أنه أكثر شيء جدلا، ولا يقتصر الجدل على الدنيا بل كل نفس تجادل يوم القيامة على نفسها.

ويستهدف الجدل إقناع المترددين في قبول الحق والرافض له وذلك بمساعدته على التأمل في الموضوع الذي يدور الجدل حوله من زواياه المختلفة وبيان أوجه الفساد الموجودة في أدلته التي استند عليها أوجه القوة في الأدلة المقابلة.

ومن الآداب التي يجب التخلي بها في الجدل:

- العدل والموضوعية والتخلي عن التعصب للرأي والاستعداد للبحث عن الحقيقة.
- التقيد بالقول المهذب البعيد عن التجريح والسخرية من وجهة النظر الأخرى.
- التزام الطرق الإقناعية الصحيحة في الجدل بتقديم الأدلة التي تثبت صحة الرأي مع طلب الأدلة من الطرف الآخر.(زيدان، علي حسن: مرجع سابق، ص ١٧٠- ١٧٤).

نظرية الدور الاجتماعي:

ينظر علماء الاجتماع إلى الوضع الاجتماعي أو الوظيفة الاجتماعية على أنها اللبنة الأولى أو الأساسية التي يتكون منها البناء الاجتماعي ويشغلها شخص واحد وتتشكل الوحدات الاجتماعية الأكبر من عدد من الوظائف والأوضاع الاجتماعية، فالأسر تتكون من الأب والأم والأطفال، مجموعة من الأسر تشكل مربعا سكنيا في المدينة ونجعا أو حيا من أحياء القرية، ومجموعة المربعات السكنية تشكل حيا ومجموعة الأحياء تشكل مدينة ... وهكذا، والوحدة الأولى أو اللبنة الأولى للبناء الاجتماعي هو الوضع الاجتماعي أو الوظيفة الاجتماعية.

ويتعين على من يشغل وضعا اجتماعيا أن يؤدي مجموعة من الواجبات والمسئوليات التي ترتبط بهذا الوضع الاجتماعي فرب الأسرة عليه مجموعة من الواجبات حيال زوجته، ومجموعة أخرى من الواجبات حيال أبنائه، ومجموعة ثالثة حيال والديه ومجموعة رابعة حيال أخوته... وهكذا، ويطلق على كل مجموعة من المسئوليات دور، فرب الأسرة يلعب دوره كابن، دوره كأخ...الخ.

ويعرف ساربن Sarbin الدور بأنه، نمط من الأفعال أو السلوكيات التي يمارسها شخص معين في موقف معين " وتعرفه بيرمان Perlman بأنه "الأنماط السلوكية المنظمة لشخص معين يشغل وضعا اجتماعيا معينا في علاقته بشخص أو أكثر.

ولا يمكن لدور أن يؤدي في فراغ فالدور لا يؤدي إلا من خلال سياق اجتماعي ومن خلال التفاعل بين من يلعب هذا الدور وبين شخص أو أشخاص آخرين فالإنسان لا يكون أبا يكون أبا إلا لأبناء ولا يكون زوجا إلا لزوجة ولا صديق إلا لأصدقاء ولا أخا إلا لأخوة..وهكذا، فأداء الدور يكون مع شخص أخر أو أشخاص آخرين فهذا مدرس لتلاميذ، وهذا تلميذ لأستاذ، وهذا عميل لأخصائي اجتماعي، وهذا أخصائي اجتماعي لعميل... وهكذا. أي أن الدور لابد أن يتضمن تفاعلا بين شخصين أو أكثر...

ويتضمن الدور مجموعة من الحقوق والواجبات بين طرفي التفاعل فواجبات كل طرف هي بمثابة حقوق للطرف الآخر واجبات الأب حيال أبنائه هي حقوق للأبناء وواجبات الأبناء حيال أبيهم هي حقوق للأب على الأبناء.

وتتحد الحقوق والواجبات لكل من الأدوار الاجتماعية بطرق متعددة فقد يكون التحديد من واقع الأديان فقد حدد الإسلام حقوق الابن على أبيه وحقوق الأب غلى أبنائه كما قد يكون التحدي اجتماعيا من خلال الأعراف الشائعة في المجتمع وقد يكون التحديد بناء على عدد من العوامل .

ويمكن أن يكون تحديد الحقوق والواجبات مكتوبا أو غير مكتوب فهناك بعض الأدوار التي يتم تحديدها بشكل رسمي مكتوب مثل ما تتضمنه القوانين واللوائح عن دور رجل الشرطة أو المدرس أو الأخصائي الاجتماعي ..الخ كما قد تكون غير مكتوبة ولكن المجتمع تعارف على تحديدها مثل دور الابن ودور الزوجة .

ويمكن أن يتفاوت أداء الدور من مجتمع إلى آخر وفي نفس المجتمع من وقت إلى آخر فعلى سبيل المثال دور الزوجة في الريف يختلف عنه في الحضر ودور الزوجة في مصر عنه في الولايات المتحدة الأمريكية مثلا.

ويتم تعلم الأدوار بطرق متعددة من أهمها التعليم غير الرسمي الذي يتم من خلال الأسرة أثناء عملية التنشية الاجتماعية فالطفل ينظر ويرى ويفهم ويقلد من حوله فالابن يقلد أباه والابنة تقلد أمها وحينما يتزوج الابن

يمارس دور الزوج كما كلن يمارسه والده وتمارس الفتاة دورها كزوجة كما كانت والدتها تمارسه..وهكذا .

كما قد يتوقع أدوار بطريقة رسمية حيث ينتظم الفرد في دراسة منظمة تستهدف تعليمه أداء مسئوليات الدور فالطالب في كلية الخدمة الاجتماعية يتعلم كيفية أداء مسئوليات دوره كأخصائي والطالب في كلية الهندسة يتعلم كيف يؤدي دوره كمهندس..الخ.

١- الدور الممارس (أداءات الدور):

هو السلوك الفعلي الذي يمارسه لاعب الدور أثناء قيامه بلعب هذا الدور سواء كان أداء واجباته أو مسؤولياته المتعلقة بهذا الدور أو التمتع بحقوقه وذلك أثناء التفاعل مع الأطراف الأخرى لهذا الدور.

٢- الدور المتوقع :

يتضمن الدور المتوقع مجموعة المسؤوليات التي ينتظر الآخرون من لاعب الدور أن يؤديها والمستوى الذي ينبغي أن يؤدي به لاعب الدور هذه المسؤوليات ويتم توقع الدور من جانب أطراف مختلفة فهناك توقعات الزوجة لدور زوجها وتوقعات الأب لسلوك أبيه ، وتوقعات المشاهدين وهؤلاء ليسوا أطرافا في علاقة الدور ولكنهم يشاهدون أداء كل من الطرفين لدوره ولكل منهم توقعات من كل من الطرفين فعلى سبيل المثال الأم ليست طرفا في دور الأب حيال أبنه ولا في دور الابن حيال أبيه ولكنها تشاهد وتتوقع من الأب أن يمارس دوره بطريقة معينة ومن الابن يمارس دوره بطريقة معينة أيضا ، ولا تقتصر توقعات الدور على المشاهدين ولكنها تمتد إلى مختلف الجماعات الاجتماعية في المجتمع وقد تتطابق هذه التوقعات وقد تتفاوت وقد تختلف.

٣- وضوح الدور أو غموضه:

يقصد بوضوح الدور درجة الاتفاق بين توقعات الجماعات الاجتماعية المختلفة على حقوق وواجبات الدور وكلما كانت هذه التوقعات متطابقة

وتحظى بالإجماع من الجماعات الاجتماعية المختلفة ، كلما كان الدور أكثر وضوحا ، ومن الأدوار الواضحة.

أما غموض الدور فيقصد به عدم الاتفاق بين الجماعات الاجتماعية في المجتمع على الحقوق والواجبات المعلقة بهذا الدور وقد يرجع غموض الدور إلى عدم الاعتراف المجتمعي من جانب بعض الجامعات الاجتماعية أو معظمها بموقع هذا الدور في شبكة العلاقات الاجتماعية والغموض عكس الوضوح فكلما كانت مساحة الاتفاق بين الجماعات الاجتماعية أكبر كلما كان الدور أكثر وضوحا وكلما كانت هذه المساحة أقل كان الدور أكثر غموضا.

٤- تكامل الأدوار أو تعارضها:

يقصد بالتكامل بين الأدوار تقارب توقعات كل طرف لدور شريكه مع الدور الممارس لذلك الشريك فعلى سبيل المثال بالنسبة للزوجين يحدث تكامل الأدوار إذا تطابقت توقعات الزوجة لدور الزوج مع سلوك الزوج في لعبة لهذا الدور وتطابق توقع هذا الزوج لدور زوجته مع سلوك الزوجة في أدائها لدورها هذا ، وكلما أزداد التكامل بين الأدوار في الوحدات الاجتماعية كلما قلت مشكلات التفاعل وازدادت كفاءة هذه الوحدات وكلما قل التكامل كلما ازداد التعارض بين الأدوار ويحدث التعارض نتيجة لأسباب متعددة منها غموض الأدوار أو وجود قصور في الإمكانات الشخصية اللازمة لأداء الدور واختلاف الثقافات بين طرفي الدور.

٥- المقومات الشخصية للدور:

يتطلب كل دور توفر مجموعة من الصفات والقدرات والمهارات فيمن يلعب هذا الدور وكلما أزداد نصيب الفرد من المقومات الشخصية اللازمة لأداء الدور الذي يلعبه كلما أرتفع مستوى أداؤه لهذا الدور فعلى سبيل المثال يتطلب أداء دوره الزوجة مجموعة من الصفات والمهارات منها أن تكون مقبولة من حيث الشكل وأن تكون منجبة وماهرة في التدبير المنزلي..الخ وكلما

كان نصيبها من هذه المقومات أكبر كلما كانت أقدر على أداء مسئوليات هذا الدور بصورة أفضل، أيضا كلما قل نصيبها من هذه المقومات أو بعضها كلما كانت أقل كفاءة في أداء مسئوليات هذا الدور كما تتضمن المقومات مجموعة من المشاعر المرتبطة بالدور فكلما كان الإنسان أكثر رضا وتقبلا لهذا الدور كلما ارتفع مستوى أداء مسؤوليات هذا الدور.

٦- مجموعة الدور:

يقصد بها مجموعة الأدوار التي يلعبها الإنسان في وبت معين فكل شخص يشغل عددا من الأوضاع الاجتماعية فعلى سبيل المثال يكون الرجل رب أسرة في بيته ويرتبط هذا الوضع بعدد من الأدوار مثل دور الزوج ودور الأب ..الخ وعاملا في مصنع ويرتبط بهذا الوضع عدد آخر من الأدوار مثل دوره كمرؤوس ودوره كرئيس ودوره كزميل وهو عضو في ناد رياضي أو اجتماعي ويرتبط بهذا الوضع مجموعة أخرى من الأدوار وهكذا مجموع كل الأدوار التي يلعبها هذا الشخص هي مجموعة الدور الخاصة به.

٧- صراع الأدوار :

يتطلب نجاح الإنسان في أداء كل دور من مجموعة الأدوار التي يلعبها التوافق بين هذه الأدوار من ناحية والتوفيق بين أدائه لكل دور وتوقعات المشاركين له في هذا الدور والجماعات الاجتماعية من ناحية وإذا فشل في ذلك حدث ما يسمى صراع الأدوار ويقصد به عدم نجاح الإنسان في التوفيق بين أدواره المختلفة وبين مستوى أدائه لكل دور وتوقعات المحيطين به فيما يتعلق بهذا الدور ويحدث صراع الأدوار لأسباب متعددة منها :

أ- شغل القدرة لأدوار متعددة يصعب التوفيق بينها مثل كون المرأة أم وزوجة وموظفة وطالبة في نفس الوقت حيث تجد أنها مطالبة في نفس الوقت برعاية أبنائها وزوجها في البيت والتواجد في العمل والتواجد في قاعدة الدراسة . ونظرا لتواجدها في أكثر من مكان في نفس الوقت على حين أن حسن أداء كل هذه

الأدوار يتطلب التواجد في مكان معين في نفس الوقت فلا تستطيع التوفيق بين هذه الأدوار ويحدث الصراع بينها.

ب- تعارض التوقعات بين أطراف الدور فقد يحدث التعارض بين دور كل من الزوج والزوجة والمتزوجين حديثا على قيادة الأسرة حيث يتوقع كل منهما أن تكون قيادة الأسرة الناشئة من نصيبه ويحدث الصراع بين دور كل من الزوج والزوجة على القيادة في الأسرة .

ج- غموض الدور وعدم اتفاق الأطراف على توقعات معينة يمكن أن يحدث صراع في الأدوار مثل رئيس العمل الذي ينقسم مرؤوسيه في توقعاتهم منه ولا يستطيع أن يؤدي هذا الدور بطريقة مرضية للجميع

٨- تقويم الدور :

يكون أداء الإنسان لكل دور خاضعا للتقويم من جانب فرد أو مجموعة من الأفراد أو جماعة معينة وخاصة الطرف أو الأطراف الأخرى للمشاركة له في لعب هذا الدور ذلك أن الطرف المشارك هو المستفيد الأول عند ارتفاع مستوى أداء الدور المتضرر الأول من انخفاض مستوى الأداء فالتلاميذ هم المستفيد الأول إذا أحسن المدرس أداء دوره والزوج هو المستفيد الأول إذا أحسنت الزوجة في أداء دورها..وهكذا... ولذلك يكون أداء الدور عرضة للتقويم المستمر حيث يشارك والد الزوجة في تقويم دور زوج ابنته ، ويشارك ناظر المدرسة في تقويم دور المدرس...الخ ، إذا نقص أداء الإنسان لدور فإن الطرف المشارك قد يضيق ويتبرم من هذا القصور في الأداء، ويأخذ هذا الضيق أشكالا متعددة مثل الشكوى وطلب رفع مستوى الأداء وطلب توقيع العقاب..الخ.

٩- جزاءات الدور:

هي العقوبات التي يوقعها شخص أو جماعة أو منظمة على شخص نتيجة لتقصيره في أداء مسئوليات دور معين وحدوث تفاوت كبير ما يمارسه ذلك الشخص وبين ما يتوقع منه في أدائه لدور معين فقد يعاقب الأب ابنه

لتقصيره في أمر ما ، وقد تهجر الزوجة منزل الزوجية لتقصير الزوج في حق من حقوقها ، وقد يخصم الرئيس جزاءا من مرتب أحد مرؤوسيه لتقصيره في أداء عمله.

تطبيق نظرية الدور:

تطبق نظرية الدور بهدف رفه مستوى الأداء الاجتماعي للأفراد أي تحسين مستوى أداء الأفراد لمسئوليات أدوارهم المختلفة وفيما يلي أهم عناصر عملية المساعدة في خدمة الفرد طبقا لنظرية الدور.

١- العميل:

العميل من منظور الدور الاجتماعي هو شخص يوجد لديه قصور في أداء مسئوليات دور أو أكثر من أدواره الاجتماعية وحاول رفع مستوى أدائه لمسئوليات هذا الدور إلا أنه لم ينجح في الوصول إلى ما هو متوقع أو حتى إلى مستوى قريب منه ومن ثم فإنه يلجأ إلى ما هو متوقع أو حتى إلى مستوى قريب منه ومن ثم فإنه يلجأ إلى المؤسسة الاجتماعية أو تنطبق عليه نظمها ومن ثم يصبح موضوعا لعمليه المساعدة.

٢- المشكلة الاجتماعية:

المشكلة الاجتماعية هي قصور في أداء مسئوليات دور أو أكثر أو خروج عن الحدود التي تسمح بها الثقافة الاجتماعية لمن يؤدي دورا معينا وقد سبقت الإشارة إلى أن لكل دور حقوق وواجبات الشخص هي حقوق لشريكة في الدور فواجبات الزوجة هي حقوق لزوجها وواجبات الزوج حقوق لزوجته.

٣- عملية المساعدة :

تتكون عملية المساعدة في خدمة الفرد طبقا لنظرية الدور من ثلاث خطوات أساسية تستهدف رفع مستوى الآراء الاجتماعية للعميل بحيث يتم تضييق الفرق بين أداءات الدور وتوقعاته وتسير على النحو التالي :

أولا: الدراسة الاجتماعية :

تتضمن الدراسة الاجتماعية نقاطا متعددة تتركز حول الدور أو الأدوار التي يوجد بها القصور في الأداء ومن أهم هذه النقاط ما يلي :

١- دراسة مجموعة الدور للعميل :

بمعنى دراسة الأدوار المختلفة التي يؤديها العميل من خلال الأوضاع الاجتماعية التي يشغلها فعلى سبيل المثال بالنسبة للزوجة العاملة التي تعاني من مشكلة يتم دراسة الأدوار التي تؤديها في العمل وتلك التي تؤديها في الأسرة وأية أدوار أخرى ترتبط بأوضاعها الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية المترتبة على هذه الأدوار .

٢- دراسة توقعات الأدوار التي يؤديها العميل :

وعادة ما يتم التركيز في الدراسة على الأدوار المتصلة بالمشكلة حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بدراسة توقعات هذه الأدوار من جانب المشاركين في الدور والتوقعات المرتبطة بهذا الدور في ثقافة المجتمع الذي ينتمي إليه العميل.

٣- دراسة مستوى أداء العميل:

ويتم عادة التركيز على الأدوار التي توجد بها المشكلة والأدوار التي ترتبط بها حيث يدرس الأخصائي بصورة مفصلة ودقيقة مستوى أداء العمل لكل مسئولية من مسئوليات هذه الأدوار.

٤- دراسة مدى توفر المقومات الشخصية لأداء الدور العميل:

سبقت الإشارة إلى المستوى أداء الفرد لأدواره الاجتماعية يتوقف حد كبير على مدى توفر المقومات الشخصية المرتبطة بالدور في شخصية العميل وعلى بذلك فلابد من اهتمام الأخصائي بمدى توفر هذه المقومات في شخصية العميل والمقومات والصفات التي يوجد لدى العميل قصور فيها ومستوى هذا القصور.

٥- دراسة القيم والمشاعر والمرتبطة بالدور:

يهتم الأخصائي الاجتماعي أيضا طبقا لنظرية الدور بالمشاعر المرتبطة بأداء الدور سواء كانت مشاعر العميل أو شريكة أو المحيطين، فمن يؤدي دورا وهو يشعر بالسعادة والفخر والاعتزاز يختلف عمن يؤدي نفس الدور وهو

يشعر بالخجل أو بالذنب كما يدرس مشاعر المشاركين في هذا الدور والمحيطين أو المشاهدين، كما يدرس الأخصائي الاجتماعي القيم الموجودة في ثقافة المجتمع والمرتبطة بهذا كما تتضمن دراسة تصوره لهذا الدور.

٦- **دراسة الجزاءات المرتبطة بالدور:**

يدرس الأخصائي أيضا الجزاءات المرتبطة بالتقصير في أداء هذا الدور سواء كانت هذه الجزاءات رسمية مادية أو معنوية حيث قد تختلف هذه الجزاءات من مجتمع إلى آخر بل وفي نفس المجتمع من فئة إلى أخرى.

ثانيا: التشخيص:

يختلف التشخيص في خدمة الفرد طبقا لنظرية بشخصية العميل والأشخاص المحيطين به والتفاعل والذي يحدث أثناء أداء الأدوار موضع الاعتبار أي أن هذه النظرية تراعى مبدأ التفريد. ويتطلب إجراء مجموعة من العمليات الفرعية من أهمها :

يتم تصنيف أداء العميل بين مستويات متدرجة لأداء الدور هي :

المستوى الأول:

ويتضمن حالات التدني الشديد في مستوى أداء الدور حيث يخرج العميل تماما عن حدود التوقعات المرتبطة بالدور مثل حالات الانحراف والإجرام والحالات الشديدة من الإدمان.

المستوى الثاني:

ويتضمن الحالات التي يقصر فيها الأداء على الحد الأدنى من مسؤوليات الدور المقصود. هذا الانخفاض في الأداء في إلقاء الضغوط على المشاركين في الدور وعادة ما يعلنون تضررهم من هذا الوضع ويطالبون بتغييره وذلك مثل حالات المشكلات الأسرية والمدرسية الحادة.

المستوى الثالث:

ويتضمن حالات العملاء الذين يقتصر أداؤهم الحد الأدنى الذي يتفق مع المعايير إلا أنه يمكن رفع مستوى الأداء للعملاء في الفئة إلى درجة أفضل مثل بعض الحالات المدرسية وحالات الخدمة الاجتماعية الطبية.

المستوى الرابع:

ويتضمن حالات العملاء الذي يقترب أداء مسئوليات أدوارهم إلى ما هو متوقع منهم ولا يوجد إلا قصور بسيط في الأداء ويمر التشخيص بعدد من الخطوات نلخصها فيما يلي:

أ- تحديد الدور أو الأدوار التي فشل فيها العميل: وذلك من خلال البيانات التي تم التوصل إليها في عملية الدراسة حيث يحدد الأخصائي الاجتماعي الدور أو الأدوار التي يوجد فيها القصور وتلك الجوانب أو المسئوليات التي قصر فيها ودرجة هذا التقصير.

ب- تحديد أوجه الصراع بين الأدوار المختلفة التي يؤديها العميل: حيث قد يوجد صراع بين دور المرأة كأم ودورها كعاملة أو موظفة ودورها كزوجة.

ج- تحديد أوجه الصراع أو التكامل بين أدوار العميل والمشاركين: ترتبط المشكلات الاجتماعية في كثير من الحالات بالمشتركين مع العميل في أداء الدور فقد يكون الصراع في ضم بعض الحقوق أو التخلص من بعض المسئوليات سببا في المشكلة مثل رغبة كل من الزوجين في أن يتولى الإنفاق على الأسرة ورغبة كل منهما في التخلص من مسئولية توصيل الأبناء إلى المدرسة، ولذلك لابد أن يحدد الأخصائي الاجتماعي أوجه القصور أو التكامل أو الصراع في الأدوار بين العميل والمشاركين له في أدوراه المختلقة التي يوجد بها القصور.

د- تحديد مدى الفجوة بين أداءات العميل وتوقعات المجتمع: وخاصة المحيطين والمشاركين وفي أي الأدوار توجد هذه الفجوة ومدى اتساعها ومدى غموض أو وضوح هذه الأدوار.

ه- الأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلات في أداء الأدوار وهل ترجع إلى العميل أم المشاركين أم القيم والثقافة المجتمعية .

و- تحديد الجوانب التي ينبغي تغييرها: وفي أي الأدوار تقع وما إذا كان التغيير سوف يحدث في مستوى أداء العميل أو في توقعات المشاركين والمحيطين.

ز- وضع الخطة العلاجية التي تناسب العميل على ضوء العوامل السابقة .

ثالثا: العلاج:

يتضمن العلاج لهذه النظرية مجموعة من الأساليب التي ينتقي منها الأخصائي الاجتماعي ما يناسب الظروف الفردية ومن أهم هذه الأساليب ما يلي :

١- مساعدة العميل في أداء دوره كعميل:

يتوقف نجاح عملية المساعدة طبقا الدور إلى حد كبير على نجاح العميل في أداء دوره كعميل حيث العديد من المعوقات التي يمكن أن تمنعه أداء هذا الدور أو تخفض من مستوى أدائه فقد يحدث صراع بين دوره كعميل وبين بعض الأدوار الأخرى في حياته كما قد يوجد بين أفراد أسرته أو المحيطين به من يعارضون في أداء العميل لدوره كما قد لا يفهم العميل التوقعات المرتبطة بهذا الدور على نحو صحيح، كما قد تكون توقعاته من الأخصائي الاجتماعي غير صحيحة وقد لا يملك بعض العملاء الوسائل المناسبة لأداء مسئوليات دورهم ولذلك فإن الهدف الأول الأخصائي الاجتماعي هو مساعدة العميل على لعب دوره كعميل بكفاءة من خلال إزالة المعوقات التي تمنعه من ذلك ومساعدته على فهم توقعات دوره فهما صحيحا وعلى أن تكون توقعاته من الأخصائي الاجتماعي أو من المؤسسة في حدود المعقول وزيادة دافعيته لأداء دوره كعميل.

٢- إزالة الصراع بين أدوار العميل:

ويستخدم هذا الأسلوب إذا كانت المشكلة ترجع إلى صراع بين الأدوار التي يؤديها العميل، ويمكن إزالة هذا الصراع بوسائل متعددة منها توزيع بعض مسئوليات أدوار العميل على آخرين من أفراد الأسرة أو الأقارب أو

التخلي عن الأدوار الأقل أهمية أو تنظيم وقته وجهده بما يزيل الصراع بين هذه الأدوار.

٣- **زيادة كفاءة العميل لأداء بعض أدواره:**

وذلك في الحالات التي ترجع فيها المشكلة إلى نقص في كفاءة العميل في أداء بعض الأدوار وذلك من خلال إكساب العميل المعارف والمهارات اللازمة لأداء هذه الأدوار والتي يفتقدها العميل مثل مساعدة الزوجة على إجادة التدبير المنزلي.

٤- **زيادة دافعية العميل لأداء أدواره :**

ويستخدم في الحالات التي يكون القصور في الأداء فيها راجعا إلى نقص دافعية العميل حيث يشرح الأخصائي الاجتماعي للعميل الأضرار المترتبة على استمرار النقص في أداء الأدوار أو المزايا التي تعود عليه في حالة رفع مستوى أدائه لأدواره .

٥- **إزالة التعارض بين أدوار العميل والمشاركين :**

وذلك من خلال العمل مع كل من العميل والمحيطين به مثل إفراد الأسرة أو زملاء العمل أو الرؤساء أو المرؤوسين حيث يمكن إعادة توزيع الحقوق والواجبات بين العميل والمشاركين بحيث يزول التعارض بين الأدوار وتصل إلى أكبر قدر ممكن من التكامل.

٦- **تعديل توقعات المشاركين :**

قد يكون سبب المشكلات كون التوقعات غير واقعية أو لا تتناسب مع إمكانات العميل وفي هذه الحالة يعمل الأخصائي الاجتماعي مع المشاركين حتى يتم تعديل توقعاتهم من خلال المناقشة العقلية لإقناعهم بعدم إمكان وصول أداء العميل إلى هذه التوقعات.

٧- **زيادة درجة السماح :**

وذلك من خلال إقناع العميل والمشاركين له في بعض الأدوار بقبول كل من الطرفين لبعض التقصير من الطرف الآخر بحيث تسود روح التسامح بينهما.

obeikandl.com