

آراء الخبراء في المجال الطبي نحو الانسجام بين مهام الاخصائي الاجتماعي الطبي ومهام مدير الحالة

### في المستشفيات الحكومية

#### إعداد

د/هيا بنت علي بن طه المزيد

مديرة ادارة الخدمة الاجتماعية

بمستشفى الملك خالد - جامعة الملك سعود

الأستاذ الدكتور / عبد المحسن بن فهد السيف

رئيس قسم الدراسات الاجتماعية

كلية الاداب \_ جامعة الملك سعود

#### ❖ مشكلة الدراسة:

أصبح الأخصائيون الاجتماعيون من موظفي المستشفيات العامة هم القائمون على تقييم الحالة المعيشية والدخل والظروف الاجتماعية للمريض وهنا بدأ الاخصائي الاجتماعي بمتابعة حالة المريض حتى بعد خروجه من المستشفى وبالمقارنة مع إدارة الحالة نجد أن كل من Robert McClelland و Carol Austin (2000) ذكرا في كتابهما ممارسة إدارة الحالة أن الجذور التاريخية لنشأة إدارة الحالة تتزامن مع تاريخ نشأة الخدمة الاجتماعية. وحركات تنظيم الإحسان في الولايات المتحدة الأمريكية بأواخر القرن التاسع عشر وتعتبر نموذجاً للعمل التنسيقي للخدمات الاجتماعية (Austin & McClelland, 2000: 236).

وتعتبر المدن الطبية والمستشفيات هي المنشآت التي تكون القطاع الصحي المسئول عن توفير خدمات الرعاية الصحية لأفراد المجتمع والتي تشكل جزءاً لا يتجزأ من خدمات الرعاية الاجتماعية ويتم ذلك بتأمين وتوفير البيئة الصحية فهي من الروافد الأساسية لتقديم الخدمة الاجتماعية، حيث يمكن تقسيم مراحل تقديم الخدمات الصحية للمريض في المستشفيات الحكومية، حسب المستوى الوظيفي كمرحلة الرعاية الأولية في العيادات ومرحلة العلاج الدوائي أو العلاج الجراحي في أقسام التنويم ومرحلة التخطيط لخروج المريض من المستشفى والتحويل ومرحلة التنسيق والمتابعة، علماً أن التدخل المهني في المراحل السابقة قد يزيد في مرحلة ما ويقل في مرحلة أخرى حسب طبيعة المرض واختلافه من حيث مدة الإصابة بالمرض وفترة العلاج المتوقعة، وهذا ما يفسر اختلاف اساليب التدخل المهني ونوعية الخدمات المقدمة للمريض.

وفي واقع الممارسة الفعلية لمهنة الخدمة الاجتماعية في العديد من المستشفيات الحكومية في المجتمع السعودي كثيراً ما نجد أن التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي يشمل المريض في كافة مراحل الخدمة العلاجية وفي الرعاية اللاحقة وهنا يخضع المريض أثناء حصوله على الخدمات الطبية للتعامل مع العديد من مقدمي الخدمة الطبية. وقد تنبعت المجتمعات الغربية ولاحظت أن هذا المريض يحتاج لشخص يقدم خدمات الإشراف والمتابعة والتواصل أثناء إنتقال المريض من مستوى علاجي لمستوى آخر لتسهيل حصول المريض

على الخدمات الصحية ويساعده على تجاوز العقبات التي تؤثر على استفادته من الخطة العلاجية، ويُمكن المريض من التغلب على المعوقات التي تواجهه ويساند المؤسسة الطبية في حالة نقص الموارد والخدمات. تقادياً لتأخير خروج المريض مما يسبب في زيادة معدل بقاء المريض على السرير "length of stay" ويؤدي إلى استنزاف الموارد في المؤسسة الطبية ويؤخر في تقديم الخدمة العلاجية لمريض آخر، ولأن إدارة الحالة ليست فقط عملية تنسيقية تضمن حصول المرضى على الخدمات الاجتماعية المختلفة بل هي تتعدى ذلك إلى كونها عملية مهنية تستلزم مهارات من الممارس لإحداث التغيير المرغوب. حيث يشير Petryshen و Petryshen (1992) إلى أن إدارة الحالة تهدف إلى تهيئة البيئة والوصول إلى القدرة على التحكم في نوعية وتكلفة الرعاية المقدمة للمريض. ويتحقق ذلك من خلال تضافر الجهود الجمعية واستثمار الموارد المجتمعية من أجل إشباع احتياجات المريض (القرني ورشوان، ٢٠٠٦: ٢٤٠).

ولحدائثة المسمى المهني (مدير حالة) في المجتمع السعودي، حيث بدأت مؤخراً بعض المدن الطبية بإنشاء أقسام إدارة الحالات المرضية منذ أقل من أربعة سنوات والمستشفيات الخاصة منذ سبعة سنوات. مما شجع الباحثان على دراسة المشكلة الحالية وهي:

(آراء الخبراء في المجال الطبي نحو الانسجام بين مهام الاخصائي الاجتماعي الطبي ومهام مدير الحالة

#### في المستشفيات الحكومية )

#### ❖ أهمية الدراسة:

سعى الباحثان لتوضيح أهمية الدراسة الحالية وكشف الغموض عن مسمى إدارة الحالة لتحقيق الفائدة المرجوة من الدراسة للتعرف على الإنعكاسات والمخرجات التي تلقي الضوء على جوانب هامة في مدى إمكانية ممارسة الأخصائي الاجتماعي الطبي لأدوار مدير الحالة بما يناسب طبيعة الدور المهني الذي يقوم على تنسيق الخدمة العلاجية الفعالة للمريض وفق الموارد المتاحة مع مراعاة التكلفة المناسبة لتحقيق معايير الجودة.

وفيما يلي نوضح الأهمية النظرية والأهمية العملية للدراسة الحالية:

#### ١. الأهمية النظرية:

- تبنت الدراسة الحالية النظر بتمعن في متطلبات عمل الاخصائي الاجتماعي الطبي للخروج بها عن الإطار المألوف لممارسة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات الحكومية السعودية لأن الدراسة الحالية تأخذ بعداً هاماً لتفعيل أدوار الاخصائي الاجتماعي الطبي كمدير للحالة.
- تهتم الدراسة الحالية بالمقارنة بين أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي وأدوار مدير الحالة وهذه الدراسة الأولى التي تتناول مسمى آخر للأخصائي الاجتماعي غير وهو مدير للحالة.

الأهمية العملية: تمثل الأهمية العملية لهذه الدراسة في الإضافة العلمية التطبيقية في مجال الخدمة الاجتماعية، لأنها تسعى لتوضيح متطلبات ممارسة الاختصاصي الاجتماعي لوظيفة مدير الحالة.

#### ❖ أهداف الدراسة:

الهدف الرئيس: التعرف على آراء الخبراء في الواقع الفعلي لممارسة إدارة الحالة في المستشفيات الحكومية .

ويتم تحقيق الهدف الرئيس الثاني من الأهداف الفرعية التالية:

1. التعرف على الإحتياجات التي أدت لإنشاء قسم إدارة الحالات المرضية في المدن الطبية.
2. التعرف على متطلبات توظيف مدير الحالة وفقاً للواقع الحالي.
3. التعرف على المعوقات التي تعوق أدوار مدير الحالات المرضية.
4. التعرف على الأدوار الفعلية لمدرء الحالات المرضية.
5. التعرف على رأي الخبير في مستقبل إدارة الحالة في المجتمع السعودي.
6. ماهو رأي الخبير في شغل الأخصائي الاجتماعي الطبي لوظيفة مدير حالة.

التساؤل الرئيس الثاني:

ماهو رأي الخبراء في الواقع الفعلي لممارسة إدارة الحالة في المستشفيات الحكومية ؟

ويتم الإجابة عن هذا التساؤل الرئيس الثاني من خلال الإجابة عن التساؤلات الفرعية التالية:

1. بحكم عملك في المدينة الطبية الجامعية برأيك ما سبب نشأة قسم إدارة الحالات المرضية بالمدينة الطبية؟
2. برأيك ماهي متطلبات توظيف مدير الحالة وفقاً للواقع الحالي؟
3. برأيك ما هي المعوقات التي تؤثر على عمل مدير الحالات المرضية في المدن الطبية ؟
- 4 برأيك في الواقع الفعلي لعمل مدير الحالات المرضية بالمدينة الطبية؟
5. ماهو الدور الفعلي لمدير الحالات المرضية ولم نذكره في المقابلة ضمن الأدوار؟
6. بالنسبة للخصخصة في القطاع الصحي، بأفتراض دخلت شركات التأمين؛ هل ماهو الدور المتوقع لإدارة الحالة؟

7. في أمريكا مثل ما أنت ذكرت يتم توظيف الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي من ذوي الخبرة والحاصل على ماجستير في الخدمة الاجتماعية بوظيفة مدير للحالات المرضية، هل تعتقد أن هذا الأمر ممكن في مجتمعنا حالياً؟

٨. برأيك ماهي الدورات التدريبية المقترحة للاخصائي الاجتماعي لممارسة إدارة الحالة؟

#### ❖ مفاهيم الدراسة:

**الأراء Consistency:** الأراء يعني نقاط الاتفاق بين أشخاص يهتمون بموقف مشترك ويعبر عن القيم، والمعتقدات، والاتجاهات التي يأخذها أعضاء ثقافة معينة وتمثل إطاراً متفق عليه. وهو نوع من التضامن والمشاركة في القيم والأهداف والقواعد التي تحكم النسق الاجتماعي وهو يكون كبيراً لمواقف معينة ومحدود لمواقف أخرى (غيث، ١٩٩٣: ٨٥).

**الأدوار Role:** الدور ينبثق من مجموعة من التوقعات توجهها معايير موضوعة لموقف أو وظيفة معينة، فالدور يشير للسلوك وليس للمركز بمعنى أن الفرد يمكن أن يمارس دوراً ولكنه لا يستطيع أن يشغل دور بل يشغل مركزاً يحتم عليه تأدية دور معين (علي، ٢٠١٤: ٢١٩).

**الأخصائي الاجتماعي الطبي Medical social worker:** وتعرف وزارة الصحة الأخصائي الاجتماعي الطبي : بأنه الممارس الصحي الحاصل على درجة علمية في الخدمة الاجتماعية أو علم الاجتماع وحاصل على التصنيف المهني من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية بفئة أخصائي فما فوق، ويمارس العمل داخل المنشآت الصحية والتأهيلية كعضو مع الفريق الصحي المعالج (وزارة الصحة، ١٤٣٤: ٢٠).

**المستشفيات الحكومية Government hospitals:** المستشفيات الجامعية (وهي تتبع وزارة الصحة وتشرف عليها الجامعات وتضم كلية الطب وذلك لأغراض التدريب والبحوث العلمية إضافة إلى الخدمات الصحية (الصيرفي، ٢٠٠٩: ٧).

**مفهوم إدارة الحالة Case management:** ويعرف كل من Geron و Chassler (1994) إدارة الحالة بأنها "إحدى الخدمات التي تربط وتنسق عملية المساعدة المقدمة من المؤسسات والأفراد القادرين لأولئك المحتاجين من أجل أن يحصل الآخرين على أعلى مستوى من الاستقلالية" (القرني ورشوان، ٢٠٠٦: ٢٣٣).

**مدير الحالة case manage:** ومدير الحالة مقدم الخدمات التي تساعد المرضى على الوصول إلى الخدمات الطبية والاجتماعية والثقافية وخدمات أخرى وذلك من خلال المساعدة المباشرة في الحصول على هذه الخدمات وتنسيق الرعاية والإشراف على الحالة برمتها

[http://en.wikipedia.org/wiki/Case\\_management\\_\(USA\\_health\\_system\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Case_management_(USA_health_system))

أولاً: الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفيات الحكومية السعودية.

❖ **فلسفة ومفهوم الممارسة المهنية:** يمكن تعريف الفلسفة بأنها مجموعة من الحقائق العلمية التي تستند عليها أي مهنة من المهن وتعتبر فلسفة الخدمة الاجتماعية في مفهومها فلسفة اجتماعية أخلاقية امتدت جذورها إلى الأديان السماوية والنزعة الإنسانية وتعتمد على هذه الفلسفة على عدة ركائز: وهي الإيمان

بقيمة الفرد وكرامته والإيمان بكرامة الفرد والفروق الفردية وحق الفرد في ممارسة حريته في حدود القيم المجتمعية وحق الفرد في تقرير مصيره والإيمان بطاقات الفرد التي إذا استثمرت أثرت على الانتاج وأدت إلى إحداث التقرير والإيمان المطلق أن مساعدة الإنسان هي جزءاً لا يتجزأ من تعاليم الشريعة الإسلامية (المليجي، ٢٠٠٦: ٣٧).

خاضت الخدمة الاجتماعية في مجال الممارسة المهنية العديد من التطورات، والتي شملت مراحل متعددة من الممارسات شبه المهنية وصولاً للممارسات المهنية ويمكن تقسيم هذه المراحل إلى:

المرحلة الأولى: الممارسات شبه المهنية تلك التي ظهرت في أواخر عام ١٨٠٠م وساهمت في بلورة اتجاهات تؤكد على العمل المباشر مع الحالات بغرض مساعدتها (علي، ٢٠١٤: ١٥). أو ممارسة موظفي منظمات الإحسان لأنشطة وبرامج المهنة، وفي هذه الفترة ظهر أول كتاب للخدمة الاجتماعية وهو كتاب ماري ريتشموند وكان يحمل عنوان (زيارة الصداقة للفقراء) عام ١٨٩٩م.

المرحلة الثانية: الممارسات المهنية، وتنقسم إلى عدة أنماط وهي الممارسة المهنية التقليدية أو العلاجية أو ما أصطلح عليه بممارسة الطرق (خدمة الفرد - خدمة الجماعة - تنظيم المجتمع)؛ والممارسة المهنية الحديثة وتمثلت في الممارسة المباشرة والممارسة الإكلينيكية والممارسة المعاصرة وهي الممارسة المبنية على البراهين؛ وقبل الوصول للممارسة المهنية المبنية على البراهين كان هناك أنواع أخرى من الممارسة منها الممارسة المبنية على المعرفة، الممارسة المبنية على السلطة، الممارسة الإكلينيكية، الممارسة الخاصة، الممارسة العامة، الممارسة العامة المتقدمة، الممارسة المرتكزة على الإيمان، الممارسة المرتكزة على العميل، الممارسة المرتكزة، على الحل، الممارسة المرتكزة على البراهين، الممارسة المرتكزة على التصميم (زيدان وآخرون، ٢٠١٦: ١٩-٢١).

وفي المملكة العربية السعودية أنشأ أول قسم للخدمة الاجتماعية حسب القرار الوزاري رقم ٣٥١٠ بتاريخ ١/ ١٢/ ١٣٩٣هـ برقم ٤٤٥٩٤ / ٥٥٦٦٩ / ١٨ الذي ينص على إنشاء قسم للخدمة الاجتماعية الطبية الذي يتبع المديرية العامة للطب العلاجي لوضع خطة العمل الاجتماعي بالوزارة، وتوجيه ومتابعة أعمال الأخصائيين الاجتماعيين، حتى يقوموا بمسئولياتهم على الوجه الأكمل في إطار خطة تتفق مع أهداف الوزارة وإدارتها (وزارة الصحة، ١٣٩٤: ٤).

مفهوم الممارسة المهنية: وتعرف بأنها قدرة الممارس العميل على توظيف النظريات والمعارف والخبرات والمبادئ المهنية لتنمية أدائه في مجالات الممارسة لتحقيق عملية المساعدة لكافة الأنساق التي يتعامل معها في المواقف المتعددة بسهولة ويسر مع الأقتصاد في الوقت والجهد (علي، ٢٠١٤، ١٣٣).

الدور المهني: عبارة عن مجموعة من السلوكيات المهنية المترابطة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي وإذا تجمعت هذه الأدوار تسمى الأنشطة المهنية (الغرابية، ٢٠١١: ٣٠).

#### ❖ خصائص الممارسة المهنية:

تتعدد اتجاهات الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية ولكل إتجاه خصائصه التي تميزه عن غيره من الاتجاهات ويمكن أن نوضح أهم الخصائص المميزة للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية التالية:

الخاصية الأولى: المساهمة في تأسيس إتجاه تطبيقي في الممارسة حيث يحدد للأخصائي الاجتماعي كممارس عام خطوات التدخل المهني تبعاً لطبيعة الموقف الإشكالي الذي يتعامل معه مع إتاحة الفرصة لإختيار الأساليب المهنية التي تتناسب مشكلات أنساق التعامل. وهذا الإتجاه يقوم على أساس نظري يتضمن العديد من النظريات العلمية المستمدة من العلوم الإنسانية إلى جانب التأكيد على أهمية الأسس المهارية والقيمية التي تعكس الطبيعة المميزة لممارسة الخدمة الاجتماعية.

الخاصية الثانية: تركز الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية على عناصر أو أنساق الممارسة المهنية لتحقيق الأهداف وهي:

١. مؤسسات الممارسة المهنية (النسق المؤسسي)، وارتباطها بميادين أو مجالات الممارسة (طبي، مدرسي، معاقين، دفاع إجتماعي، رعاية اجتماعية، ... الخ).

٢. المشكلات الاجتماعية الأنساق العملاء (نسق المشكلة) (مشكلات التعليمية، مشكلات صحية، أسرية... الخ).

٣. أنساق التعامل (فرد، أسرة، نظمة، مجتمع.. الخ).

٤. الممارس العام (نسق الممارس)، بما يتطلبه من توفر الاستعداد الشخصي والمهني إلى جانب الإعداد النظري والعملي كي يكون قادراً على ممارسة عمله بفاعلية (علي، ٢٠١٤: ٣٣).

#### ❖ مستويات وأنساق الممارسة المهنية العامة في الخدمة الاجتماعية:

الممارسة العامة اتجاهاً تطبيقياً للخدمة الاجتماعية، يتعامل مع كافة الأنساق التي تواجهها إستراتيجيات محددة للممارسة، ولها أدوار وتكنيكات لتحقيق أهداف من خلال برنامج أو أكثر للتدخل المهني، الذي له أساليب وأهدافه مع المريض وهناك أسس نظرية تعتمد عليها الممارسة العامة وهي نموذج حل المشكلة Problem Solving Process ونظرية النسق System Theory ونظرية الأنساق الأيكولوجية Ecological perspective (عامر، ٢٠١٣: ٢٧٠ - ٢٧٣). يتمركز العمل المهني على ثلاث مستويات من الممارسة الميكرو والميزو والماكرو. بالإضافة إلى المهارات العامة التي يجب أن تتوافر في الأخصائي الاجتماعي؛ فهناك المهارات النوعية بكل مستوى من هذه المستويات والتي يمكن تصنيفها إلى:

١. النسق الفردي (الوحدات الصغرى) (عامر، ٢٠١٣: ٢٦٤)، وتحتاج إلى مهارات على مستوى الميكرو

Micro Skills: حيث تتضمن المهارات المتعلقة بالتعامل مع الأفراد مثل مهارات التقابل، والملاحظة، والقياس ومهارات تطبيق أساليب التدخل المهني المتنوعة، والمهارة في انتقاء الأساليب التي تتناسب مع مشكلة العميل، والمهارة في تكوين العلاقة المهنية مع العميل، التشجيع والإقناع والتوجيه والإفراغ الوجداني.

٢. النسق الجماعي ( وحدة وسطى) وتحتاج إلى مهارات على مستوى الميزو Mezzo Skills: يعمل

الأخصائي الاجتماعي "الممارس العام" مع نوعية من الجماعات هي الجماعات العلاجية Treatment Groups وجماعات المهام Task Groups ومن هنا فإن مهاراته ترتبط بكلا النوعية من الجماعات حيث تتضمن هذه المهارات، المهارة في استخدام العلاقات الجماعية، والمهارة في مساعدة الجماعة على تصميم

واستخدام النماذج، والمهارة في استخدام إمكانيات وموارد المؤسسات والمجتمع، والمهارة في التقويم، والمهارة في فهم ديناميكية الجماعة، والمهارة في توجيه المناقشة الجماعية، والمهارة في استخدام تكنيكات العمل مع الجماعات مثل النمذجة والمواجهة ولعب الدور وغيرها.

٣. نسق المؤسسات والمجتمع المحلي ( وحدة كبرى) وتحتاج إلى مهارات على مستوى الماكرو Macro Skills: من أهم هذه المهارات:

أ-مهارات العملية Process Skills: المهارة في إقامة وتدعيم العلاقة مع سكان المجتمع المهارة في تنمية إدراك سكان المجتمعات المحلية لمشكلاتهم- المهارة في استثارة سكان المجتمع للمشاركة - المهارة في اكتشاف وتدريب القيادات الشعبية - المهارة في تنظيم سكان المجتمع.

ب-مهارات التخطيط Planning Skills: المهارات المرتبطة بالأهداف المادية Task Skills (مهارات استخدام مدخل حل المشكلة) مثل المهارة في تحديد وتنمية الموارد، والمهارة في وضع وتصميم البرامج والمشروعات.

ج-مهارات التنسيق Coordination Skills: مثل المهارة في العمل بين المنظمات.

د-مهارات الدفاع Advocacy Skills: مثل المهارة في تنظيم الفئات المظلومة للدفاع والمطالبة بحقوقهم وتهتم بالأساليب التالية: الإقناع، الضغط، التوضيح، التفاوض والبناء المعرفي، الأتصال المباشر، الدفاع، إمكانيات البيئة (محمد، ٢٠١٣: ٢٧٢).

#### ❖ المتطلبات المعرفية لممارسة الأخصائي الاجتماعي الطبي كمدير للحالة.

المعرفة هي: إدراك الشيء على ما هو عليه ويقال حدث هذا بمعرفة أي بعلمه، وإطلاع، ويقصد بقولنا (يعرفه حق المعرفة) أنه يعرفه جيداً. والمعرفة هي: حصيلة التعلّم عبر العصور. والمعرفة مباشرة: معرفة تنتفي فيها الوساطة بين الذات العارفة والموضوع المعروف (مجمع اللغة العربية ، ٢٠٠٤: ٧٥).

والفرق بين العلم والمعرفة أن المعرفة هي: المعلومات المتراكمة بالحافظة على أصلها تُسمى معارف والمعرفة، سواء كانت خبرة تجريبية أم فكرية، فإذا رتبت ونظمت، وكانت على قواعد ونسقت كانت علماً، مثال ذلك: العرب تتكلم الفصحى أصالةً، لكن لا يسمى أحد منهم نحويًا؛ حتى يدرك قوانين النحو وينظمها (زكريا، ١٩٨٩: ١٥).

تأتي المعرفة بالقاعدة العلمية التي تبنى عليها الممارسة المهنية، أو الأساس العلمي الموضوعي لممارسة الخدمة الاجتماعية والذي يحتوي على النظريات والنماذج العلمية والمداخل النظرية التي توجه مسار التدخل المهني (علي، ٢٠١٤: ١١٣).

تُعد المعرفة ركناً هاماً من أركان الممارسة المهنية لأنها تحوي على إدراك الممارس ودراسة وفهمه لنظريات السلوك الإنساني وديناميات الجماعة وأسس تنظيم وتنمية المجتمع وطرق دراسة المشكلات وعلاجها (جيل، ٢٠١٥: ٢١). ومن المؤلفين في الخدمة الاجتماعية أن القيم والمبادئ توجه الممارسات المهنية ومن المهم الإشارة لأن الأساس المعرفي في الخدمة الاجتماعية يرشدنا للاخصائي الاجتماعي للإجابة على ما الذي

نحتاج نفعه؟؟ ورغم أن مهمة ربط المعرفة بالممارسة قد تكون صعبة، إلا أننا كأخصائيين اجتماعيين يجب أن نراجع ما نعرفه وما نحن قادرين على فعله ويعد الأساس المعرفي في الخدمة الاجتماعية متداخل مع العديد من فروع المعرفة ويعتمد بشكل واسع على العلوم الاجتماعية والسلوكية ويعد علم الاجتماع وعلم النفس والأنثروبولوجيا أكثر ارتباطاً بالخدمة الاجتماعية، ولكن المعرفة من علم الاقتصاد والتاريخ وغيرها من العلوم الإنسانية ترشدنا أيضاً إلى الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية (السنهوري، ١٩٩٦: ٤٦).

تستخلص مهنة الخدمة الاجتماعية المعرفة من مصادر متباينة كما أنها تكتشف بالعمل المهني معارف جديدة وتتميز المعرفة الخاصة بالإنسان بكونها غير مطلقة، كما أنها لاتخضع لإقامة الحدود حولها لهذا يجب أن يكون الأخصائي الاجتماعي على دراية بأنواع السلوك الإنساني المختلف هذا السلوك الذي يصعب التنبؤ به ويتم توجيه أنشطة الخدمة الاجتماعية حتى تمارس بأسلوب مهني سليم (الغزاوي، ١٩٩٩: ٤٣).

وقد حددت الجمعية الوطنية للاخصائيين الاجتماعيين لأنواع المعارف التي يحتاج إليها الممارس الفعال للخدمة الاجتماعية ونشرت عام ١٩٨٣م تشمل معرفة متصلة بخدمة الفرد وخدمة الجماعة وتشمل النظريات والأساليب الفنية للتدخل المهنية وبرامج الخدمات الاجتماعية الأساسية وأغراضها. ومعرفة متصلة بموارد المجتمع والخدمات المتوفرة فيه ومعرفة تتصل بالنظريات الممارسة في تنظيم المجتمع وتطور خدمات الصحة والرعاية الاجتماعية. ومعرفة تتصل بالنظريات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية. معرفة تتصل بالجماعات ذات الثقافات المختلفة في المجتمع قيمها، وأنماط حياتها، والقضية الناجمة عنها في الحياة المعاصر. معرفة تتصل بمصادر البحث العلمي والمهني المناسبة للممارسة. معرفة متصلة بالمفاهيم والأساليب الفنية للتخطيط الاجتماعي. معرفة متصلة بنظريات ومفاهيم الإشراف المهني لممارسة الخدمة الاجتماعية. معرفة متصلة بالمناهج والأساليب الفنية الشائعة للبحث الاجتماعي والسيكولوجي وغيرها. معرفة متصلة بنظريات ومفاهيم إدارة الرعاية الاجتماعية. معرفة متصلة العوامل الاجتماعية والبيئية المؤثرة في العملاء المحتاجين للخدمات. معرفة متصلة بنظريات وطرق التقدير النفسي (السنهوري، ١٩٩٦: ٤٩-٥١). معرفة متصلة بنظريات النمو الإنساني ونظريات التفاعل الأسري والتفاعل الاجتماعي. معرفة متصلة بنظرية الجماعة الصغيرة. معرفة تتصل بنظريات التفاعل الجماعي والتدخل المهني. معرفة تتصل بنظرية المطالبة أو الدفاع والأساليب الفنية للمطالبة أو الدفاع. معرفة متصلة بالمستويات والممارسات الأخلاقية لمهنة الخدمة الاجتماعية. معرفة متصلة باتجاهات بالرعاية الاجتماعية وسياساتها. معرفة متصلة بالتشريعات والقوانين المؤثرة في الخدمات الاجتماعية والصحية (علي، ٢٠١٤: ١٢٣).

وقد حرص الباحثان في توظيف تلك المعارف الواردة في معايير للجمعية الوطنية الأمريكية للاخصائيين الاجتماعيين عام ٢٠١٣م حيث أن تلك المعارف تمكن الاخصائي الاجتماعي من التعرف على الواقع البيئي للمريض والمجتمع الذي يستطيع تجنيد موارد لحل مشكلة العميل؛ وهذه المعارف هي جزء من كل فالمعارف السابقة الذكر تمارس تحت مظلة الإطار القيمي والمعارف الأخلاقية للممارس المهني سواء كان



أخصائي اجتماعي أو مدير حالة. حيث يحوي الإطار القيمي على عدة مفاهيم فلسفية تبنى عليها ممارسة الخدمة الاجتماعية وهذه المفاهيم هي: أن الإنسان مركز إهتمام المجتمع، وجود حالة من الإعتماد المتبادل بين أفراد المجتمع، إن لهؤلاء الأفراد مسئولية اجتماعية نحو بعضهم البعض، الحاجات الانسانية المشتركة بين الناس، مساعدة المجتمع على تحقيق مسئولية الاجتماعية من خلال المساهمة الفعالة في حياة المجتمع، يقع على عاتق المجتمعات واجب فتح أفق وفتح سبل العقبات التي قد تواجه الفرد وتقف ضد تحقيق ذاته، وهذه القاعدة الفلسفية لمهنة الخدمة الاجتماعية (الغزوي، ١٩٩٩: ٤١).

وهذه القيم والأخلاقيات المهنية لها ستة محاور أساسية وتتمثل في المسؤوليات الأخلاقية وهذه المسؤوليات يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كموجه ومؤشر خلال العمل الأكاديمي وأثناء الإشراف الأكاديمي كما يمكن استخدامها كمحكات لقياس وتقييم السلوك المهني، إضافة إلى استخدامها كقواعد وأحكام أثناء الفصل في قضايا انتهاك أخلاقيات المهنة وهذه المسؤوليات تتمثل في مسؤوليات أخلاقية عامة، مسؤوليات تجاه العملاء، مسؤوليات تجاه الزملاء، مسؤوليات تجاه مكان الممارسة المؤسسات، مسؤوليات الأخصائيين الاجتماعيين الأخلاقية كمتخصصين، مسؤوليات تجاه المجتمع (البريثن، ٢٠٠٨: ٤). وباعتبار الخدمة الاجتماعية مهنة الإنسانية الإنسان هو وحدة عملها فقد أكدت جميع الدساتير الأخلاقية لهذه المهنة على مجموعة من أخلاقيات الممارس المهني توضح له سلوكياته المقبولة وتفرض على الممارس الإلتزام والتقييد بها خلال الممارسة المهنية والتعامل مع العميل على إختلاف فئاته العمرية، وقائمة أخلاقية المهنة تضم عدداً كبيراً من البنود إلا أنها تقع ضمن العناوين الرئيسية التالية: مسؤولية الأخصائي الاجتماعي تجاه عملائه، مسؤولية الأخصائي الاجتماعي تجاه مهنته، مسؤولية الأخصائي الاجتماعي تجاه مجتمعه، مسؤولية الأخصائي الاجتماعي تجاه زملائه، مسؤولية الأخصائي الاجتماعي تجاه طلابه، مسؤولية الأخصائي الاجتماعي تجاه المشاركات البحثية، مسؤولية الأخصائي الاجتماعي تجاه مصادر التمويل، مسؤولية الأخصائي الاجتماعي تجاه المشاركات في الإعلانات التجارية (نيازي، ٢٠٠٧: ٨).

#### ❖ الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي:

الاستعداد المهني قبل الإعداد ويقصد به استعدادات شخصية لا بد أن تتوفر في الأخصائي الاجتماعي الطبي القدرات الجسمية والصحية المناسبة حتى لا يثير الأخصائي الاجتماعي مشاعر المرضى من الشفقة والحزن عليه. والإتزان الانفعالي وهو اتزان في الشخصية يكسب صاحبة القدرة على ضبط النفس والنضج والانفعالي الذي لا تشوبه نزعات الاندفاع وعدم تحمل المسؤولية، الاتزان العقلي المناسب الذي يتضمن معارف ومعلومات عن العلوم المهنية المختلفة مع نسبة ذكاء مناسبة مع سرعة البديهة مع بعض القدرات الخاصة كالقدرات التعبيرية اللفظية القدرة على ضبط النفس فالأخصائي الاجتماعي أن يتسم بالقيم الاجتماعية والسمات الأخلاقية السوية والتحكم في نزعاته وأهوائه الخاصة كالقدرة على السيطرة على مشاكله الخاصة وفصلها جانباً عن عمله وعملائه، القدرة على الأنتباه يجب أن يكون لدى الأخصائي الاجتماعي انتباه كافي يجعله يدرك وجهات نظر الفريق الطبي من أهم السمات التي يجب توفرها في الأخصائي الاجتماعي الطبي:

١. الإلمام الكامل بالتدريب الميداني والخبرة العملية لتكوين المهارات الأساسية للمهنة .
٢. الإلمام الشامل بمنهاج الخدمة الاجتماعية وفلسفتها ومفاهيمها وعملياتها.
٣. القدرات الصحية والجسمية المناسبة للقيام بالواجبات .
٤. الاتزان الانفعالي وضبط النفس والنضج الانفعالي والسلوك المتزن وتحمل المسؤولية وعدم الغضب.
٥. القدرة التعبيرية واللفظية والحسية والتصورية.
٦. الأمانة في أداء الرسالة التي يعمل من أجلها والحفاظ على أسرار المرضى والمعاقين (النماس، ٢٠٠٠: ٤٣).

#### (١) الإعداد العلمي النظري:

حتى يستطيع الاخصائي الاجتماعي أداء أدواره المهنية، وممارسة أساليبه الفنية في المؤسسات الطبية، لا بد من إعداده بطريقة علمية سليمة، ليصبح قادراً على تطبيق ما تعلمه نظرياً بصورة علمية، لإكتساب المهارات للعمل في هذا المجال المهني ويشمل الإعداد المهني للاخصائي الاجتماعي (غرابية، ٢٠٠٨: ٤٢).

من المصادر الرئيسية للإطار النظري والقاعدة العلمية لمهنة الخدمة الاجتماعية هي:

أ. قاعدة علمية منتقاة من العلوم الأخرى تكن صالحة للاستخدام والتطبيق.

ب. قاعدة علمية ودراسة مستفيضة لأسس الخدمة الاجتماعية وطرقها ومجالاتها مع التركيز على الخدمة الطبية، مكونة من نتائج البحث العلمية التي أجريت لتحسين مستوى أداء المهنة لوظائفها في مجالات الممارسة المتعددة للمهنة.

ج. معلومات ناتجة من خبرات ميدانية ذات تعميمات واسعة ومقبولة مهنياً وهي أضعف حلقات القاعدة العلمية للخدمة الاجتماعية (علي: ٢٠١٤، ١١٤).

يجب أن يُلم الأخصائي الاجتماعي الطبي بمعلومات طبية مبسطة ومعرفة أنواع المرض ومسبباته وفهم المصطلحات الطبية الشائعة في ميدان الطب وعليه أن يلجأ إلى الفريق الطبي لفهم خطة العلاج للمريض، أن يكون لديه معرفة بالاحتياجات والخصائص النفسية للمرضى فعلم الاجتماع والطب النفسي تعتبر مصادر أساسية للأخصائيين الاجتماعيين الطبيين في فهم معاني بعض السمات الشخصية والمشكلات السلوكية والأعراض النفسية عند المريض في المراحل المرضية وأن يكون لديه وعي بالمشكلات الناتجة عن الأمراض وآثارها الاجتماعية وحاجات المريض فترة العلاج ؛ أن يكون لدى الأخصائي الاجتماعي المعرفة الواسعة بسياسة الرعاية الاجتماعية والخدمات التي تمثل المصادر المجتمعية المكملة لخدمات المستشفى المؤسسات الاجتماعية الموجودة ونطاق خدمتها وخدماتها المقدمة لمساعدة المرضى للاستفادة من إمكانيات المجتمع. وأن يكون ذو ثقافة واسعة بالمسائل التأهيلية والقانونية وحقوق وواجبات المرضى والمرافقين وغيرها التي تمكن الأخصائي الاجتماعي الطبي من أداء عمله كالقوانين الخاصة بالتأهيل الشامل الضمان الاجتماعي وقوانين التأمينات الاجتماعية وحقوق الإنسان وحقوق المعاقين ومعرفة واسعة بمؤسسات المجتمع الأخرى التي تدعم المريض (الغزاوي، ١٩٩٩: ٣٧١-٣٧٧).

## ٢) التدريب العملي:

**قبل التخرج:** التدريب العملي على مسئوليات وأعمال الأخصائي الاجتماعي الطبي وهو من المتطلبات الأكاديمية في البرامج الموضوعية لإعداد الأخصائي الطبي للتخرج لهذا يجب أن يتم تدريب الطالب في المجال الطبي وممارسة أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي حتى يكتسب خلال التدريب على الممارسة للدور المهني ومقابلة الجمهور من المرضى ومعرفة حاجاتهم وأمراضهم لأن الإعداد النظري يُصقل بالتدريب المهني ويتم ذلك تحت إشراف ممارس مهني على مستوى عالي من الكفاءة والخبرة.

**بعد التخرج وأثناء ممارسة العمل المهني:** وهو التدريب العملي على مسئوليات وأعمال الأخصائي الاجتماعي الطبي ولهذا أعتمدت برامج الجودة في كافة المؤسسات الطبية على جمع حصيلة خبرات الممارسة المهنية وتسجيلها في سياسات للتعامل مع المواقف المختلفة ووضع إجراءات التدخل المهني ومن ثم تحديها كل ٤ سنوات وهذا الأمر يسمح برصد الممارسة المهنية في المواقف المختلفة ويسمح برصد التطور الحاصل في التدخل المهني.

### ❖ الإجراءات المنهجية للدراسة:

❖ **نوع الدراسة:** الحالية وصفية لأن تهدف لوصف أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي وأدوار مدير الحالة وفق المتطلبات المعرفية والمهارية والتنظيمية للكشف عن مدى الانسجام بينهما وجمع الحقائق والمعلومات والملاحظات لوصف الواقع الفعلي للممارسة حيث تصف الدراسة أدوار مدير الحالة كما وردت في الجمعية الوطنية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين في المتطلبات المعرفية والمتطلبات المهارية والمتطلبات التنظيمية والواقع الفعلي لممارسة هذه الأدوار للأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الحكومية.

❖ **منهج الدراسة:** تعتمد الدراسة الحالية على منهج تحليل المضمون Content Analysis ومنهج تحليل المضمون ليتسنى للباحثان تقديم وصف منظم ودقيق لمحتوى المقابلات الشخصية مع الخبراء العاملين في المجال الطبي ممن لهم اهتمام مباشر بإدارة الحالة وكذلك ممارسين لأدوار الحالة ولهم إطلاع بأدوار الخدمة الاجتماعية الطبية.

❖ **مجتمع الدراسة:** يتكون من الخبراء العاملين في المدن الطبية الحكومية وهم وحدة المعاينة الثانية وأما وحدة التحليل فهي آراء الخبراء نحو الواقع الفعلي لأقسام إدارة الحالات المرضية وممارسة المهنيين لوظيفة مدير الحالة عبر المقابلات الشبه مقننه. وقد تم اختيار الأفراد المشاركين في المقابلات وفق خبرتهم بعمل إدارة الحالة ومتطلباتها الفعلية ومعرفتهم بأدوار الأخصائيين الاجتماعيين.

**عينة مجتمع الدراسة الثاني:** عينة من الخبراء من المدراء والممارسون لإدارة الحالة ممن يعرفون فعلياً أدوار مدير الحالة الفعلية وتم إختيارهم بصفقتهم على خبرة تمتلك المعرفة بمهام إدارة الحالات المرضية وأدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الحكومية السعودية وهي عينة لا احتمالية (عينة عمدية). وهم (فرحين شيخ، مديرة إدارة المشاريع الطبية ورئيسة قسم الجودة سابقاً في المدينة الطبية الجامعية. وسيم الحاج، مدير حالة.

## ❖ أداة الدراسة:

استخدام المقابلة **The interview** الشبه مقننة: طُبقت المقابلة على الخبراء من المهنيين في العاملون في المجال الطبي وذو العلاقة المباشرة بإدارة الحالة ضمن عينة الدراسة الرئيسية الثانية، سعياً منا للتعرف على آرائهم حول إمكانية أن يشغل الاخصائي الاجتماعي الطبي أدوار مدير الحالة في المستشفيات الحكومية حيث تم تصميم دليل المقابلة البحثية للخبراء من الممارسين في المستشفيات الحكومية. لتحقيق الهدف الرئيس الثاني من الدراسة وهو التعرف على الواقع الفعلي لعمل مدير الحالة في المجتمع السعودي. من تحقق الأهداف الفرعية:

- ١) لتعرف على الإحتياجات التي أدت لنشأة قسم إدارة الحالات المرضية.
- ٢) التعرف على متطلبات توظيف مدير الحالة في المدينة الطبية التي تعمل بها.
- ٣) التعرف على المعوقات التي تعوق أدوار مدير الحالات المرضية.
- ٤) التعرف على الأدوار الفعلية لمدرء الحالات المرضية.
- ٥) التعرف على رأي الخبير لمستقبل عمل مدير الحالة.
- ٦) التعرف على رأي الخبير لمستقبل بشغل الاخصائي الاجتماعي الطبي لوظيفة مدير الحالة في المستشفى.

والذي يتحقق بالإجابة عن ثمانية أسئلة في المقابلة وهي كالتالي:

ماهو رأي الخبراء في الواقع الفعلي لممارسة إدارة الحالة في المستشفيات الحكومية ؟

ويتم الإجابة عن هذا التساؤل الرئيس الثاني من خلال الإجابة عن التساؤلات الفرعية التالية:

1. بحكم عملك في المدينة الطبية الجامعية برأيك ما سبب نشأة قسم إدارة الحالات المرضية بالمدينة الطبية؟
٢. برأيك ماهي متطلبات توظيف مدير الحالة وفقاً للواقع الحالي؟
٣. برأيك ما هي المعوقات التي تؤثر على عمل مدير الحالات المرضية في المدن الطبية ؟
- ٤ برأيك في الواقع الفعلي لعمل مدير الحالات المرضية بالمدينة الطبية؟
٥. ماهو الدور الفعلي لمدير الحالات المرضية ولم نذكره في المقابلة ضمن الأدوار؟
٦. بالنسبة للخصخصة في القطاع الصحي، بأفتراض دخلت شركات التأمين؛ هل ماهو الدور المتوقع لإدارة الحالة؟
٧. في أمريكا مثل ما أنت ذكرت يتم توظيف الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي من ذوي الخبرة والحاصل على ماجستير في الخدمة الاجتماعية بوظيفة مدير للحالات المرضية، هل تعتقد أن هذا الأمر ممكن في مجتمعنا حالياً؟
٨. برأيك ماهي الدورات التدريبية المقترحة للاخصائي الاجتماعي لممارسة إدارة الحالة؟

## صدق المقابلة (The interview):

استعان الباحثان بعدد من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين بقسم الدراسات الاجتماعية في عدة جامعات بعد التصميم النهائي، وذلك لأخذ مرئياتهم حول مناسبة الفقرات لقياس ما وضعت لقياسه، من حيث الصياغة والوضوح والأهمية، وإمكانية قياسها، وتم التعديل وفق مرئياتهم، بما يوافق موضوع الدراسة.

### ❖ محددات الدراسة.

**المجال البشري:** يمثل في الخبراء من المدراء الأداريين ومدراء الحالات في المستشفيات الحكومية التي تقع ضمن مجتمع الدراسة والخبراء من الخبراء المهنيين الممارسون بالمجال الطبي.

**المجال المكاني:** تم تطبيق هذه الدراسة على الخبراء بالمجال الطبي في كل من المستشفيات الحكومية والجامعية والعسكرية في مدينة الرياض.

**المجال الزمني:** استغرق جمع البيانات وتحليلها لهذه الدراسة من شهر جمادى أول ١٤٣٧ هـ وحتى نهاية شهر ذو الحجة ١٤٣٧ هـ.

### أسلوب تحليل البيانات:

**أسلوب التحليل الكيفي:** تم الاعتماد على أسلوب التحليل الكيفي للمقابلات الشخصية الشبه مقننة مع الخبراء المهنيين الممارسون في المجال الطبي وتحديد التشابه والاختلاف بين تلك الآراء والإجابة على التساؤل الرئيس الثاني في الدراسة

### عرض نتائج تحليل مضمون المقابلات الشخصية الشبه مقننه:

**إجابة التساؤل الرئيس الثاني: ماهو رأي الخبراء في الواقع الفعلي لممارسة إدارة الحالة في**

### المستشفيات الحكومية؟

أفاد الخبراء أن إدارة الحالة مهنة مستحدثة في المجال الطبي وأن طريقة الممارسة التي تم العمل بها فعلياً تشكل جزءاً من المهام المعمول بها في النظام الأمريكي الأدوار الفعلية التي أتفق الخبراء على ذكرها هو دور تنسيق الأسرة أو bad coordinator للقيام بتنسيق دخول المريض من الأسعاف والطوارئ للعناية المركزة مع صلاحيات محدودة. أتفق الخبراء أن هذه الأدوار الفعلية لإدارة الحالة هي تنسيق دخول المريض من خلال متابعة الأسرة الشاغرة ومتابعة المرضى طويلي الإقامة بنقلهم لمستشفيات أخرى مما يتيح الإستفادة من أسرهم وهذا الدور القائم يعاني الكثير من القصور فهم لايتدخلون بالشكل المطلوب لتنسيق خروج المريض وغيرها من الأدوار في المتابعة والرعاية .

**إجابة السؤال الفرعي الأول: بحكم عملك في المدينة الطبية الجامعية برأيك ما سبب نشأة قسم إدارة الحالات**

### المرضية بالمدينة الطبية؟

ذكر الخبراء أن السبب لنشأة إدارة الحالة هو تكديس المرضى في الطوارئ وفي العناية المركزة وفي الأقسام الباطنية مما أعجز الحركة في الإستفادة من الأسرة والمستشفيات الجامعية تتأثر بذلك بشكل أكبر لأنها

مستشفيات تعليمية تحتاج إلى تدريب طلاب كلية الطب ودخول المرضى المحولين من مستشفيات أخرى وهذا ما دفع الإدارة الطبية لتوظيف مدراء حالة.

#### **إجابة السؤال الفرعي الثاني: برأيك ماهي متطلبات توظيف مدير الحالة وفقاً للواقع الحالي؟**

أشترطت المدينة الطبية عند توظيف مدراء حالة من الممارسين لإدارة الحالة سابقاً وفي مستشفيات أخرى وقد أشار الخبراء أن مدراء الحالة ذو خلفية طبية من مرضيين لهم خبرة ومؤهلات في ممارسة إدارة الحالة وأشترطت الإدارة الطبية وإدارة الجودة على أن يكون رئيس الوحدة طبيب بتخصص طب الأسرة وممارس إدارة الحالة وتم توظيف طاقم من تلك المخرجات الطبية.

#### **إجابة السؤال الفرعي الثالث: برأيك ما هي المعوقات التي تؤثر على عمل مدير الحالات المرضية في المدن الطبية؟**

تحدث الخبراء عن المعوقات التي تعوق إدارة الحالات المرضية كما تمارس في النظام الأمريكي والبريطاني وهي عدم تقبل الأطباء إعطاء صلاحيات لمدراء الحالة لممارسة عملهم في إبداء المشورة وعدم السماح لهم بالتدخل لمدة إقامة المريض وفي حال تأخر بعض الإجراءات الطبية البسيطة التي تسبب طول فترة انتظار المريض بالتتويج أعتبر الأطباء مناقشتهم في هذا الجانب تدخل في عملهم وبسبب عدم وجود نظام إلكتروني يحدد المدة المتوقعة لبقاء المريض في السرير الطبي لا يزال الأمر غير ممكن السيطرة عليه لعدم تعاون بعض الأطباء في تحديد مدة التتويج المتوقعة وقت تشخيص الحالة مما يجعل هناك حلقة مفقودة تمنح مدير الحالة صلاحية مناقشة الأطباء حيال مدة بقاء المريض من جانب والإجراءات الطبية التي لم تنفذ للمريض من جانب آخر فيما أتفق الخبراء أن هذه المعوقات تحتاج لمنح السلطة الإدارية لمدراء الحالة لنقل المرضى والسماح لهم بفتح وإغلاق الأجنحة بما يتناسب مع تدفق المرضى وليس العمل وفق سلطة الأطباء الكاملة لأن هذا الواقع في العمل لن ينتج العاوان المرغوب لتحقيق خدمة علاجية بجودة عالية في وقت محدد.

#### **إجابة التساؤل الفرعي الرابع: برأيك في الواقع الفعلي لعمل مدير الحالات المرضية بالمدينة الطبية برأيك هل يقوم بالمهام التالية:**

##### **١- تمكين المريض أو أسرته من التواصل مع أعضاء الفريق الطبي نعم أم لا؟**

هنا أختلف الخبراء في الإجابة على هذه العبارة فقد ذكر أحدهم نعم أنهم يمارسون هذا الدور بصفتهم حلقة وصل مع المريض وأعضاء الفريق الطبية بينما لم يتشجع الآخر على حقيقة ممارسة هذا الدور فأجاب بلا بحكم بعد العلاقة بين المريض ومدير الحالة في الواقع لأن دور مدراء الحالة يبتعد عن المرضى و يرتبط مع الأطباء لتحديد شواغر الأسرة ونقل المرضى دون عمل أي تقييم يحتاج للتواصل مع المريض وهذا يخالف ما ذكر في معايير الجمعية الوطنية الأمريكية لإدارة الحالة من أهمية عمل تقييم متكامل عن المريض ليتسنى تحديد احتياجاته.

## ٢- توفير الأجهزة والمستلزمات الطبية نعم أم لا؟

أنفق الخبراء على عدم ممارسة هذا الدور وأضاف أحدهم أنهم يحولون المرضى المحتاجين للأجهزة الطبية للأقسام ذات العلاقة وهو قسم الخدمة الاجتماعية بعد تحديد وصفها للأخصائي الاجتماعي ليتمكن من توفيرها.

## ٣- تحويل المريض لمؤسسات المجتمع المختلفة نعم أم لا؟

أنفق الخبراء أن تحويل المريض لمؤسسات المجتمع غير وارد والتحويل الوحيد الذي أتفق عليه تحويل حالات المرضى طويلي الإقامة إلى المستشفيات الأخرى لتفريغ الأسرة لتحسين حركة دخول المرضى.

## ٤- التعاون مع الفريق الطبي للتخطيط للخروج نعم أم لا؟

أنفق الخبراء أن التعاون غير وارد مما أثر على دور التخطيط لخروج المريض ولم يمارس فعلياً لعدم معرفة احتياجات المريض وعدم وضوح خطة التنويم التي تتبع التشخيص الطبي ورفض الكثير من الأطباء تحديدها ليتمكن مدير الحالة من ممارسة هذا الدور بالشكل المطلوب

## ٥- متابعة مدى التكيف بعد خروج المريض وفي المواعيد المستقبلية، نعم أم لا؟

تفق الخبراء على عدم القيام بهذا الدور رغم أنه هام وممارس في أمريكا ويأمل أحدهم أن يفعل هذا الدور مع قسم الرعاية الصحية المنزلية ولكن لا يزال هذا المستوى المتقدم في الممارسة غير متاح في ظل محدودية الدور.

## ٦- التنسيق لتحسين جودة حياة المريض بعد التغيير الذي ألم به نعم أم لا؟

أنفق الخبراء على أن يمارس مدراء الحالة هذا الدور لم يمارس بأي شكل من الأشكال وأن إدارة الحالة لازالت أمامها وقت طويل للوصول لهذا المستوى وأفاد أحد الخبراء أن مدير الحالة حالياً لا يكون على إطلاع بالتغيير الذي حدث للمريض إذا أدخل المستشفى مرة أخرى وفي أمريكا يوجد نظام لمتابعة الخدمة المقدمة لو أدخل المريض في غضون ٢٤ ساعة أو في غضون خمسة عشر يوم ويكون لديهم مؤشرات لقياس ذلك ولكن في الوضع الحالي للممارسة نحن نحتاج المزيد للوصول لهذا المستوى

## ٧- التواصل مع مؤسسات المجتمع نعم أم لا؟

ذكر مدراء الحالة أن دعم المريض من قبل مؤسسات المجتمع دور اجتماعي يقوم به الأخصائي الاجتماعي لأنه الأعرف والأقرب بموارد المجتمع ومؤسساته ومدير الحالة لا يقدم أي نوع من هذه الخدمات وفق الواقع الحالي للممارسة.

## ٨- الإشراف على تدفق المرضى من أقسام المستشفى نعم أم لا؟

أنفق الخبراء على أن هذه العبارة هو الدور الفعلي الممارس وسبب ظهور إدارة الحالة في المدن الطبية. للمشاكل التي عانتها المدينة الطبية وتعانيها كافة المستشفيات وهي صعوبة تدفق المرضى وكثرة الحالات المحولة وأختلاف أولوياتها وطول فترة الأنتظار لمقابلة الطبيب حيث أشار أحد الخبراء أن هذه المدة التي يقضيها المريض لأنتظار التشخيص مدة لا يستهان بها من حيث طول الفترة الأنتظار التي تعوق أنتقال المريض للمرحلة التالية في العلاج ويحتاج هذا الأمر للتدخل الإداري الذي أبرز من الإدارة الطبية تطبيق سياسة فيها نوع من

الإجبار بأن يدخل المريض تحت أسم الطبيب المشرف على الحالة عند قضاء فترة ٦ ساعات في الطوارئ. لوضع هذا المريض تحت أسم أحد الأطباء المستلم لحالته وعدم إخلاء وتحويل المريض إلا بعد المفاهمة مع طبيب آخر يحول له المريض بحكم التخصص تمهيداً لإتمام الخطة العلاجية ولإدخال المريض في المستشفى ولتسهيل تدفق المرضى أصبح كمدير الحالة يقوم بمهمة منسق الأسرة أكثر من أي دور آخر.

#### ٩- الإشراف على تنسيق دخول المرضى لمنع تكديس المرضى نعم أم لا؟

أتفق الخبراء أن المهمة الفعلية التي ترتبط بنشأة إدارة الحالة في المدن الطبية هو منع تكديس المرضى والسعي لنقل المريض لمركز الرعاية الذي يحتاجه حيث أفاد أحد الخبراء أن التحكم بعملية منع تكديس المرضى ترتبط بمضوع تحويل المرضى طوبلي الإقامة لمستشفيات أخرى تقدم الرعاية التمريضية وكذلك تحويل الحالات البسيطة إلى العيادات الأولية لتقليل الضغط على الإسعاف وبالتالي التقليل من تكديس المرضى وهنا يتم إدخال الحالات ذات الخطورة العالية والمرضى المحولين من خارج المدينة الطبية بتوفير أسرة تحجز لهم بفترات لا تتجاوز ٤٨ ساعة للمرضى من خارج المملكة و٢٤ ساعة للمرضى من وزارة الصحة وتم عمل تعاقدات مع مستشفى أخرى عن طريق برنامج إحالة والذي تم العمل به بجهود الإدارة التنفيذية كما أشارت الدكتورة فرحين في المقابلة مما أتاح المجال أيضاً لتقديم الرعاية الصحية بالتعاون مع المستشفيات الخاصة على نفقة الدولة.

#### ١٠- الإشراف على مدة بقاء المريض بالسرير نعم أم لا؟

هذا الموضوع اختلف فيه الخبراء فأحدكم ذكر أن بالمفاهمة مع الأطباء يتم تحديد وقت لخروج المريض يتجلى ذلك في الحالات الجراحية بينما اختلفت دكتورة فرحين في هذا بسبب عدم وجود نظام كائل لترميز الأمراض وفق المدة المتوقعة لبقاء المريض في السرير الطبي كانت ترى أن تطبيق هذا الأمر ليس بالسهولة ويعتمد على تعاون الأطباء الغير متقبلين لتدخل مدراء الحالة في ذلك وفي المستقبل أتفق الخبراء أنه سيتم عمل تعاقدات تتيح لهذا البرنامج أن يفعل في المدينة الطبية. وبالتالي يمكن لمدير الحالة تفعيل هذا الدور بشكل أبرز.

**إجابة السؤال الخامس: الباحثان: ماهو الدور الفعلي لمدير الحالات المرضية ولم نذكره في المقابلة ضمن الأدوار؟**

من خلال القول أن مدير الحالة في الولايات المتحدة الأمريكية يمارس مهامه في عدة جوانب وهي التخطيط لتدفق المرضى والتعامل مع حالات تكديس المرضى في بعض الأقسام في المستشفيات وأهمها الطوارئ والتخطيط لخروج المريض والتعامل شركات التأمين الصحي جميع تلك الأدوار يقوم بها مدير الحالة في النظام الأمريكي ولكن ما أتفق عليه الخبراء أن سبب نشأة إدارة الحالة في المدن الطبية هو تكديس المرضى في الإسعاف والعناية المركزة وفي أقسام البطنية وكان عملهم الأساسي تنسيق الأسرة لدخول المرضى والنقل من التكديس مما أثر على أدوارهم الفعلية ومشاركاتهم المتوقعة في جوانب أخرى مثل التخطيط لخروج المرضى ومراقبة فترة بقاء المريض في الأسرة أو ما يسمى Lint of stay وهذا كان لأسباب تنظيمية وإدارية. وهنا أتفق الخبراء أن هذه المهنة المستحدثة في القطاع الحكومي والأقدم في القطاع الخاص بمدة لا تتجاوز سبعة سنوات يحتاجون إلى العمل الدؤب لتحسين مستوى الممارسة القائم.



**إجابة السؤال السادس: بالنسبة للخصخصة في القطاع الصحي، بأفترض دخلت شركات التأمين؛ هل ماهو الدور المتوقع لإدارة الحالة؟**

أتفق الخبراء أن مستقبل إدارة الحالة في المجتمع السعودي يحتاج للتوسع ولكن في ظل الصلاحيات المحدودة يبقى الواقع المعاصر هو عمل تنسيق دخول المرضى وتوفير الأسرة في أجنحة التنويم حتى يستطيعون إقناع الإدارة الطبية بقبول وجودهم والتعاون معهم لمنحهم الفرصة لتحسين كفاءة تقليل الخدمة والتقليل من الهدر في الخدمات الصحية نتيجة عدم تقديم الخدمات المطلوبة في وقتها ذكر احد الخبراء أن الموائمة بين الخدمة المقدمة والتكلفة المعقولة وهي منح الخدمات الطبية بأفضل مستوى مع مراعاة تحديد التكلفة هي القاعدة الأولى التي يعمل عليها مدراء الحالة في أمريكا وأتفق الخبراء أننا لا نزال نحتاج للمزيد من السلطة والتقبل من الفريق الطبي لتحسين الممارسة.

**إجابة السؤال السابع: في أمريكا مثل ما أنت ذكرت يتم توظيف الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي من ذوي الخبرة والحاصل على ماجستير في الخدمة الاجتماعية بوظيفة مدير للحالات المرضية، هل تعتقد أن هذا الأمر ممكن في مجتمعنا حالياً؟**

أتفق الخبراء على أن عمل الأخصائي الاجتماعي يحتاج مقومات في الإعداد المهني بهذا المسمى ومن هذه المتطلبات شخصية وتعليمية وخبرات في الممارسة المهنية فأشار أحد الخبراء أن ليس كل أخصائي اجتماعي يمكنه العمل وفق هذا المسمى ممن قضى خمس سنوات من الخبرة في المجال الطبي ولكن المريححتاج لمقومات شخصية مثل قوة الشخصية والقدرة على الإقناع والتفاوض والحضور الواضح الذي يعبر عنه بأداء الدور المهني وأتفق الخبراء على أن الأخصائي الاجتماعي يجب أن يكون لديه خبرة في عمل مدير الحالة من خلال عمل تدريب داخلي على أماكن تدس المرضى وفي الأقسام المعنية كما ذكر الخبراء دورات محددة يحتاجها الأخصائي الاجتماعي الاجتماعي وهي دورة المصلحات الطبية التي تتيح له قراءة الأوامر الطبية وبالرغم من عدم إشارة الأطباء للجانب اللغوي إلا أن الباحثان تؤكد على أهمية وجود اللغة الإنجليزية للتفاهم مع طاقم الفريق الطبي حيث يوجد بهم الناطقين باللغة الإنجليزية وليتمكن الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة من قراءة خطة العلاج المكتوبة والمقترحة دون التدخل في بروتوكول أو خطة العلاج.

**إجابة السؤال الثامن: برأيك ماهي الدورات التدريبية المقترحة للأخصائي الاجتماعي لممارسة إدارة الحالة؟**

أن خبرة الأخصائي الاجتماعي في فترة الممارسة المهنية لا تقل عن خمس سنوات وماجستير في الخدمات الاجتماعية ويجب أن تكون هناك إعداد تدريبي يمكن أن يضاف إلى الخطة الدراسية للأخصائي الاجتماعي وهي دراسة مادة المصطلحات الطبية. كما يجب أن يكون الأخصائي الاجتماعي الممارس أكتسب الكثير من المعلومات والمعارف للتعامل مع الطبيب و التمريض في المجال الطبي.وأضاف أحد الخبراء أن هناك دورات هي ICD9- ICD10- تسهل عمل الأخصائي الاجتماعي كما تم ذكر دورات أخرى تساعدهم في التعرف على دورات نظام الترميز coding system وهناك مايسمى 3M coding لتعليم الاخصائيين الاجتماعيين قراءة التشخيص المرضي للمريض مما يتيح تحديد مدة بقاء المريض إذا توفر هذا البرنامج Lint of stay وأضاف أحد الخبراء أن التدريب يشمل الجولة التعليمية على أقسام الطوارئ والعناية المركزة والباطنة والطب النفسي ليتسنى لهم متابعة المرضى في أماكن التكديس ليتسنى لهم معرفة البيئة.

## توصيات الدراسة:

- ١) اعتماد مسمى مدير حالة من وزارة الخدمة للممارسين في الخدمة الاجتماعية الطبية من خريجي الماجستير ممن تزيد سنوات خبرتهم عن ٥ سنوات والحاصلين على تصنيف أخصائي أول.
- ٢) ضرورة إقامة دورات تدريبية تختص بإعداد الأخصائي الاجتماعي الطبي لإدارة الحالة.
- ٣) ضرورة مساعدة مدير الحالة في أداء أدواره عن طريق شرح ماسبق الطبيب المعالج
- ٤) ضرورة تفعيل أدوار مدير الحالة في المدن الطبية.
- ٥) ضرورة منح مدير الحالة السلطة الإدارية ليتمكن من نقل المرضى وتقليل التكدس في المواقع الحرجة.
- ٦) ضرورة قيام الأخصائي الاجتماعي الطبي بمهامه في التخطيط لخروج المريض منذ لحظة دخوله وذلك بعد تحديد فترة بقاء المريض المتوقعة من الطبيب المعالج.
- ٧) ضرورة قيام الأخصائي الاجتماعي كمدير الحالة على متابعة المرضى خارج المدن الطبية من المسجلين في الرعاية الصحية المنزلية.
- ٨) الحرص على وضع معايير للتدريب المهني المدروس للأخصائي الاجتماعي مع مدير حالة ذو خبرة لمدة سنة واحدة قبل التقدم على وظيفة مدير حالة واعتماد التدريب من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

#### المراجع:

- البريشن، عبد العزيز. (٢٠٠٨)، نحو تصور لصياغة دستور أخلاقي عربي للخدمة الاجتماعية. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية. جامعة حلوان: مصر.
- الصيرفي، محمد عبد الفتاح. (٢٠٠٩)، إدارة المستشفيات العامة والخاصة وتميز العاملين بها. دار الفكر الجامعي: الإسكندرية.
- الغزاوي، جمال الدين. (١٩٩٩)، مهارات الممارسة في العمل الاجتماعي. مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية: مصر.
- الغرابية، فيصل محمود. (٢٠١١)، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية. دار يافا العلمية للنشر والتوزيع: عمان.
- السنهوري، عبد المنعم يوسف. (1996)، مداخل ونظريات ونماذج الممارسة المعاصرة للخدمة الاجتماعية. دار النهضة العربية: القاهرة.
- المليجي، إبراهيم والصدقي، سلوى وحسن، عبدالمحي (٢٠٠٠)، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية.
- جيل، عبد الناصر أحمد عوض. (٢٠١٥)، المهارات الإكلينيكية للخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان: المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- رشوان، عبد المنصف منصور، القرني، محمد. (٢٠٠٥)، المداخل العلاجية المعاصرة مع الافراد والأسر. مكتبة الرشد: الرياض.
- زكريا، فؤاد. (١٩٨٩)، التفكير العلمي. الطبعة الثالثة، ذات السلاسل للنشر والتوزيع: الكويت.
- زيدان، علي حسين ومحمد، أحمد محمد نصر وإبراهيم، أحمد ثابت هلال. (٢٠١٦)، الممارسة المبنية على الأدلة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة، جامعة حلوان: المكتب الجامعي الحديث: القاهرة.
- عامر، محمد السيد أبوالمجد. (٢٠١٣)، دراسات وقضايا في الخدمة الاجتماعية. دار الوفاء للطباعة والنشر: الإسكندرية.
- علي، ماهر أبوالمعاطي. (٢٠١٤)، الإتجاهات الحديثة في الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية أسس نظرية نماذج تطبيقية. جامعة حلوان: المكتب الجامعي الحديث: الإسكندرية.
- غيث، محمد عاطف. (١٩٩٣)، قاموس علم الاجتماع. دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية.

محمد، رأفت عبد الرحمن. (٢٠١٣) الخدمة الاجتماعية العيادية نحو النظرية للتدخل المهني مع الأفراد والأسر. جامعة أم القرى. المكتب الجامعي الحديث: الإسكندرية.

نيازي، عبد المجيد طاش. (٢٠٠٧)، مقومات ممارسة المهنة في الخدمة الاجتماعية، ورقة عمل في الملتقى الأول لمهنة الخدمة الاجتماعية في المنطقة الشرقية، جامعة الأمام محمد بن سعود: الرياض.

وزارة الصحة. (١٣٩٤)، واجبات الخدمة الاجتماعية الطبية: الرياض.

Austin, C. & McClelland, R. (2000). **Perspectives on Case Management Practice**. Manticore Publishers, Canada.