ردمد: 2961-4074
ISSN: 2961-4074
رقم الإيداع: 1446/3664

سلسلة تقارير أسبار

رقم (476)

الخدمات الاجتماعية في الرعاية الصحية: بين الاحترافية، وسد النقص

لجنة الشؤون الاجتماعية

ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)

مركز أسبار
ASBAR CENTER
32 عامًا Years
منذ 1994 Since

بسم الله الرحمن الرحيم

تقرير يصدر عن ملتقى أسبار

- رئيس الملتقى:
  د. فهد العرابي الحارثي
- رئيس الهيئة الإشرافية للملتقى
  د. عبدالرحمن العريني
- الأمين العام
- **د. أماني البريكان**
- التحرير
  د. إبراهيم إسماعيل عبده
- التصميم والإخراج:
  أ. صفوان يحيى مسعد

- **لجنة الشؤون الاجتماعية**
- د. وفاء محمود طيبة **(رئيس اللجنة)**
- د. عبدالله محمد العمري **(نائب رئيس اللجنة)**
- **أعضاء اللجنة***
- د. خالد الحليبي
- أ. سمها سعيد الغامدي
- د. صالحة آل شويل
- د. عفاف محسن الانسي
- أ. فائزة بنت أحمد العجروش
- د. محمد ابراهيم الملحم
- د. منى الغريبي
- د. مها عبدالله العيدان
- د. هناء عبدالعزيز المسلط

* ترتيب الأسماء حسب الحروف الأبجدية

مقدمو الأوراق العلمية

- **الورقة الرئيسة:** د. محمد الملحم
- **التعقيب الأول :** د. صالح الأنصاري
- **التعقيب الثاني :** د. أحمد الأيوبي
- **التعقيب الثالث :** د. تغريد سمان
- **إدارة الحوار:** د. وفاء طيبة

المحتويات

الموضوع	الصفحة
• تمهيد	2
• الملخص التنفيذي	3
• الورقة الرئيسة	6
• التعقيبات	10
• المداخلات حول القضية	17
• الاحترافية المهنية، وتكامل الأدوار في الخدمة الاجتماعية الطبية.	17
• التعليم، والتدريب، والتأهيل المهني للاختصاصي الاجتماعي الصحي.	20
• تمكين مهنة الاختصاصي الاجتماعي الصحي، وتوطينها.	23
• الحوكمة، والتنظيم المهني للخدمة الاجتماعية الطبية.	25
• قياس الأداء، وتعظيم الأثر الاجتماعي، والاقتصادي للخدمة الاجتماعية الطبية.	28
• التخصصات الدقيقة في الخدمة الاجتماعية للحالات الطبية الجنائية.	32
• تطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية في الواقع السعودي.	34
• نحو إطار وطني متكامل لتطوير الخدمة الاجتماعية الصحية.	35
• التوصيات	38
• المصادر والمراجع	41
• المشاركون	43

تمهيد

يعرض هذا التقرير لقضية مهمة تمَّ طرحها للحوار في ملتقى أسبار خلال شهر أغسطس 2026م، وناقشها نُخبة متميزة من مفكري المملكة في مختلف المجالات الذين أَثْرَوُا الحوارَ بآرائهم البنَّاءة، ومقترحاتهم الهادفة، وجاءت بعنوان: (الخدمات الاجتماعية في الرعاية الصحية: بين الاحترافية، وسد النقص)، وأعد ورقتها الرئيسة د. محمد الملحم، وعقب عليها كُلٌّ من: د. صالح الأنصاري، ود. أحمد الأيوبي، ود. تغريد سمان، وأدار الحوار حولها د. وفاء طيبة.

الملخص التنفيذي:

يتناول هذا التقرير قضية الخدمات الاجتماعية في الرعاية الصحية: بين الاحترافية وسد النقص، وأشار د. محمد الملحم- في الورقة الرئيسة- إلى أنه يمكن النظر إلى الاختصاصي الاجتماعي في المستشفى؛ بوصفه صاحب مهنة احترافية، لا مجرد شاغل وظيفة إجرائية مؤكدًا أن الممارسة المهنية ترتكز على المعرفة العلمية، والمهارات المتخصصة، والمسؤولية الأخلاقية، وأن اختزال دور الاختصاصي الاجتماعي في الأعمال الإدارية يَحِدُّ من إسهامه في تحسين الرعاية الصحية، وأوضح أن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي يجعل الاختصاصي الاجتماعي شريكًا أساسيًّا في الفريق متعدد التخصصات؛ وذلك من خلال إدارة الحالات، والتدخل الأسري، والتخطيط للخروج الآمن، وتعزيز الالتزام بالخطة العلاجية، ودعم المرضى، وأسرهم، خاصة في الحالات المزمنة، والمعقدة، كما بيّن أن الأطر التنظيمية في المملكة تعترف بالخدمة الاجتماعية الطبية كممارسة مهنية إلا أن التطبيق لا يزال يواجه تحديات تتمثل في غموض الدور، وضعف الاندماج في الفريق العلاجي، وتكليف الأخصائيين بمهام إدارية تَحِدُّ من ممارستهم المهنية، على الرغم منتزايد الحاجة إلى خدماتهم في ضوء ارتفاع الحالات ذات الأبعاد النفسية، والاجتماعية، واختتم بتأكيده أن تطوير الخدمة الاجتماعية الطبية يتطلب تعزيز احترافية الممارسة؛ وذلك من خلال توصيف مهني واضح، وتدريب تخصصي مستمر، وإشراف مهني فعال، ودمج الاختصاصي الاجتماعي في الفريق الطبي، واعتماد مؤشرات أداء تقيس أثر التدخلات الاجتماعية في تحسين نتائج الرعاية الصحية.

بينما أكَّد د. صالح الأنصاري- في التعقيب الأول- أن التحديات التي تواجه الاختصاصي الاجتماعي الصحي تعود- بدرجة كبيرة-إلى البيئة الإدارية للنظام الصحي التي تفرض عليه أعباءً بيروقراطية تَحِدُّ من ممارسته المهنية مشددًا على أهمية أتمتة الإجراءات، وتفريغه للعمل الميداني، كما أوضح أن هيمنة الفلسفة العلاجية على حساب الوقاية أسهمت في تصاعد الأمراض المزمنة المرتبطة بأنماط الحياة؛ مما يستدعي إعادة توجيه الخدمات الصحية نحو الوقاية، وتعزيز الصحة، ودعا إلى توسيع دور الاختصاصي الاجتماعي؛ ليشملَ التوجيه السلوكي للأسرة، والمجتمع، والإسهام في تغيير أنماط الحياة الصحية، هذا إلى جانب تعزيز البعد الأخلاقي، والرسالي للممارسة المهنية؛ بما ينسجم مع القيم الإسلامية، والمجتمعية، وأشار كذلك إلى أن الاستثمار في تطوير الخدمة الاجتماعية الطبية يحقق عوائد اقتصادية؛ وذلك من خلال خفض معدلات إعادة التنويم، وتعزيز الرعاية المنزلية، وتحسين كفاءة استخدام الموارد الصحية؛ بما يدعم التحول من رعاية المرض إلى رعاية الإنسان.

في حين ذكر د. أحمد الأيوبي- في التعقيب الثاني- أن تطوير الخدمة الاجتماعية الطبية في المملكة يتطلب الانتقال من النظرة التقليدية التي تحصرها في تقديم المساعدات إلى ممارستها؛ بوصفها مهنة احترافية، وشريكًا أساسيًّا في الفريق الطبي متعدد التخصصات؛ بما يتوافق مع مستهدفات رؤية المملكة 2030م، وأوضح أن محدودية مخرجات الخدمة الاجتماعية تعود إلى مجموعة من التحديات، أبرزها: النظرة التقليدية للمهنة، ونقص الكوادر المؤهلة، وغموض الدور المؤسسي، وضعف التدريب المتخصص، والأعباء الإدارية، والميدانية؛ مما يقلل من أثرها في تحسين نتائج الرعاية الصحية، كما شدد على أن تمكين المهنة يتطلب تطوير الأطر القانونية، والتنظيمية، وتعزيز التأهيل الأكاديمي، والتدريب المستمر، وتوسيع فرص التدريب الميداني، ودمج الاختصاصي الاجتماعي في الفريق العلاجي، وتطوير مؤشرات لقياس أثر التدخلات الاجتماعية، هذا إلى جانب تعزيز الشراكات بين الجهات الصحية والأكاديمية، والمهنية؛ بما يسهم في ترسيخ الخدمة الاجتماعية الطبية؛ بصفتها ركيزة أساسية للرعاية الصحية الشاملة.

وتطرقت د. تغريد سمان- في التعقيب الثالث- إلى التطور النوعي الذي شهدته الخدمة الاجتماعية الصحية مؤكدةً أن الاختصاصي الاجتماعي أصبح عضوًا فاعلًا في الفريق الطبي متعدد التخصصات؛ إذ يتجاوز دوره تقديم المساعدات إلى تقييم الجوانب الاجتماعية، والنفسية للمريض، ودعم أسرته، وربطه بالموارد، والخدمات المناسبة؛ بما يعزز جودة الرعاية الصحية، وأوضحت أن هذا الدور يتجسد في تعزيز الالتزام بالخطة العلاجية، والتعامل مع الحالات ذات الأبعاد الاجتماعية، والمشاركة في الرعاية المتكاملة للصحة النفسية؛ وذلك من خلال معالجة العوامل الاجتماعية، والبيئية المؤثرة في صحة المريض، وأكدت أن تطوير الخدمة الاجتماعية الطبية يعد ركيزة لتطوير المنظومة الصحية، ويتطلب الاستثمار في تأهيل الاختصاصيين الاجتماعيين، وتحديث البرامج التعليمية، والتدريبية، وتنمية المهارات المهنية؛ بما يواكب التطورات المتسارعة في القطاع الصحي.

محاور المداخلات
في الخدمة
الاجتماعية الطبية
01
بحث أهمية تمكين مهنة الاختصاصي الاجتماعي الصحي، وتوطينها، وتعزيز حضورها المؤسسي ضمن منظومة الرعاية الصحية.
02
تناولت كذلك جوانب الحوكمة، والتنظيم المهني للخدمة الاجتماعية الطبية؛ بما يشمل تطوير الأطر التنظيمية، وتوحيد المعايير، وتعزيز أليات المتابعة، والتقييم.
03
كما ناقشت المداخلات أهمية قياس الأداء، وتعظيم الأثر الاجتماعي، والاقتصادي للخدمة الاجتماعية الطبية؛ وذلك من خلال تطوير مؤشرات نوعية تقيس جودة التدخلات، وتتاتجها.
04
هذا إلى جانب تناول أهمية تطوير التخصصات الدقيقة في الخدمة الاجتماعية للحالات الطبية الجنائية؛ بما يواكب تعقيد هذه الحالات، ومتطلبات التعامل معها مهنياً.
05
ركزت المداخلات على قضايا التعليم، والتدريب، والتأهيل المهني للاختصاصي الاجتماعي الصحي.
06
متطلبات تطوير الكفايات، والمعارف، والمهارات اللازمة لمواكبة احتياجات الممارسة الحديثة.
07
تعزيز مكانة الاختصاصي الاجتماعي؛ وذلك ضمن الفريق العلاجي، متعدد التخصصات في الخدمة الاجتماعية الطبية.
08
اختتمت المداخلات بمناقشة سبل تطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية في الواقع السعودي؛ بما يعزز دورها في تحقيق الرعاية الصحية المتكاملة، وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى، وأسرهم.
مع الإشارة إلى أهمية وجود إطار وطني متكامل لتطوير الخدمة الاجتماعية الصحية.

الورقة الرئيسة: د. محمد الملحم

هل الاختصاصي الاجتماعي في المستشفى صاحب مهنة، أم صاحب وظيفة؟ هذا السؤال يبدو- في ظاهره- سهلًا، لكنه في الحقيقة يفتح بابًا واسعًا على واحدة من القضايا التي لم تأخذ حقها من النقاش داخل منظومتنا الصحية، خاصة في هذه المرحلة التي تتوسع فيها التجمعات الصحية، وتتغير فيها فلسفة الرعاية من علاج المرض إلى رعاية الإنسان المريض.

والفرق بين المهنة والوظيفة ليس فرقًا لغويًّا؛ فالمهنة تقوم على علم، ومهارة، وخبرة، وحكم مهني، ومسؤولية أخلاقية، أما الوظيفة؛ فقدتتحول- مع الوقت- إلى أعمال متكررة، ونماذج، ومراجعات، وطلبات، والخوف الذي أتحدث عنه- هنا- هو أن نملك في مستشفياتنا اختصاصيين اجتماعيين مؤهلين، ثم نطلب منهم في الواقع اليومي أن يكونوا موظفي إجراءات، لا مهنيين يقرأون أثر المرض في حياة الإنسان، وأسرته.

وفي التصور الحديث للرعاية الصحية لم يعد المرض مجرد خلل في عضو من أعضاء الجسد، ولذلك ظهر في الأدبيات الصحية ما يسمى النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، وهو النموذج الذي طرحه جورج إنجل في سبعينيات القرن الماضي؛ ليقولً: إن المرض لا يفهم من الجسد وحده؛ بل من تفاعل الجسد، والنفس، والبيئة الاجتماعية معًا (1)، وهذا- بالضبط- هو الباب الذي يدخل منه الاختصاصي الاجتماعي الصحي، لا باعتباره زائرًا متأخرًا على العملية العلاجية؛ بل باعتباره شريكًا أصيلًا فيها متى فهمت المؤسسة الصحية دوره على الوجه الصحيح، وفي النماذج الصحية الحديثة أصبح الاختصاصي الاجتماعي مسؤولًا عن دراسة الحالة الاجتماعية، وإدارة الحالات المعقدة، والتدخل الأسري، والمشاركة في التخطيط للخروج الآمن من المستشفى، ومساعدة المريض على الالتزام بالخطة العلاجية، والعمل مع كبار السن، وذوي الإعاقة، والأطفال، والمرضى المزمنين، هذا إضافة إلى دعم الصحة النفسية للمريض، وأسرته.(2)، وهذه ليست مهامَّ هامشية؛ لأن كثيرًا من فشل العلاج لا يحدث داخل غرفة العمليات؛ بل بعد ذلك حين يعود المريض إلى بيت لا يستطيع أن يقدم له الدعم، أو إلى أسرة لا تفهم الخطة العلاجية، أو إلى ظروف اقتصادية، ونفسية تجعله ينقطع عن الدواء، أو المراجعة.

وهذا الفهم ليس بعيدًا عن الطموح السعودي، (نظريا على الأقل)؛ فدليل سياسات الخدمة الاجتماعية الطبية، وإجراءاتها الصادر عن وزارة الصحة يقرر أن الخدمة الاجتماعية الطبية تمارس داخل المؤسسات الطبية، والصحية، والتأهيلية لأغراض وقائية، وعلاجية، وإنمائية، وأنها تقوم على أخصائيين مؤهلين، ومتدربين، وترتبط بعلاقة تكاملية مع المجالات الصحية، والطبية الأخرى (3)، كما أن الهيئة السعودية للتخصصات الصحية تضع الخدمة الاجتماعية ضمن منظومة التصنيف، والتسجيل المهني للممارسين الصحيين؛ بما يعني أن الأمر ليس عملًا خيريًّا عامًّا؛ بل ممارسة مهنية لها متطلبات، وكفايات، ومسؤوليات (4) غير أن المشكلة- كالعادة- ليست في النصوص الجميلة؛ بل في التطبيق اليومي؛ فهل يدخل الاختصاصي الاجتماعي اجتماع الفريق المعالج؛ بوصفه شريكًا في فهم الحالة، أم يستدعى بعد ذلك لإنهاء إجراء؟ هل يشارك في قرار الخروج من المستشفى، أم يطلب منه فقط أن يتواصل مع الأسرة حين تتعثر الأمور؟ هل ينظر إليه الطبيب، والتمريض، والإدارة؛ بوصفه صاحب معرفة نوعية، أم بوصفه موظفًا يساعد عند الزحام؟

ودعونا نتأمل في الجانب الكمي لهذه القضية؛ حيث إن دليل وزارة الصحة وضع معيارًا عامًّا، وهو أخصائي اجتماعي لكل عشرين سريرًا (5) بينما النسبة في الواقع هي واحد لكل عشرة! (بلغ عدد الأسرة في وزارة الصحة عام 2024م نحو 46,905 أَسِرَّةٍ، يقابله عدد 4,701 من موظفي الصحة في فئة الخدمة الاجتماعية)؛ مما يعني أنه لا يوجد عجز عددي، لكن الرقم الأهم هو ذلك المرتبط بطبيعة العمل وضغطه؛ فقد بلغ عدد الحالات المحالة إلى أقسام الخدمة الاجتماعية في مستشفيات وزارة الصحة عام 2024م ما مجموعه:868,356 حالة، منها: 559,621 حالة لأسباب نفسية، واجتماعية مرتبطة بالمرض؛ أي: نحو 64.4% من الإحالات، كما وجدت 54,525 حالة خروج ضد النصيحة الطبية، و34,001 حالة مرتبطة بأسباب مالية (6)، وهذه الأرقام تقول لنا: إن الاختصاصي الاجتماعي لا يقف عند هامش الرعاية؛ بل عند نقطة التقاء المرض بالأسرة، والخوف، والفقر، والالتزام العلاجي، والصحة النفسية، وبتأمل يسيرسنجد أن السياق الصحي يدفع بهذا الاتجاه؛ فقد بلغ عدد مستشفيات المملكة عام 2024م نحو 516 مستشفى، وعدد مراكز الرعاية الصحية الأولية، والمجمعات الطبية 5,779 مركزًا، ومجمعًا، وعدد الأطباء 129,772 طبيبًا، وعدد الممرضين، والممرضات 243,336 (7)، كما أن 18.95% من البالغين في المملكة أبلغوا عن وجود مرض مزمن واحد على الأقل، وبلغت نسبة من أبلغوا عن اكتئاب شديد 1.8% من البالغين مع التنبيه إلى أن هذه المؤشرات مبنية على الإفادة الذاتية، كما توضح الهيئة العامة للإحصاء (8)؛ لذلك تزايد عدد كبار السن؛ حيث بلغ من هم في سن الستين؛ فأكثر نحو 1.7 مليون فرد في عام 2025م؛ أي: 4.8% من السكان، ومن هذا كله تصبح الحاجة إلى الخدمة الاجتماعية الصحية "الاحترافية" أكثر وضوحًا (9) .

ومع هذا كله تواجهنا خطورة ما يمكن أن نسميه تمدد الدور Role Stretching؛ وذلك حينما تتوسع المؤسسة في تحميل الاختصاصي الاجتماعي أعمالًا ليست من جوهر مهنته، أو تبتلع وقته المهني؛ حتى تختلطَ المهنةُ بالوظيفةِ، ويضيعَ الوقتُ بين النماذج والمراجعات، والمهام الإدارية، وهذا المفهوم قريب مما تعرفه أدبيات الدور التنظيمي باسم غموض الدور، وصراع الدور، وعبء الدور، وهي مشكلات تظهر حين لا يعرف الممارس حدود مسؤوليته بوضوح، أو حين تطلب منه المؤسسة أدوارًا متداخلة، ومتناقضة (10)، والأدبيات السعودية في الخدمة الاجتماعية الصحية لم تغفل هذه الإشكالية؛ فقد ناقش عبدالعزيز البريثن، و نادر يالي في عدد من دراساتهما قضايا مهنية تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين في المستشفيات السعودية، مثل: حدود الدور، ووظائف الأخصائيين، والاندماج داخل المستشفى، وطبيعة العلاقة مع المهن الصحية الأخرى، وتشير دراستهما عن التفاعل المهني، والاندماج في المستشفى إلى أن العمل الصحي السعودي تطور؛ وفق نموذج يتضمن فرقًا متعددة التخصصات، لكن السؤال بقي قائمًا حول مستوى اندماج الاختصاصيين الاجتماعيين- فعلًا- داخل هذا النموذج، وكيف يتفاعلون مع الأطباء، والتمريض، والأخصائيين النفسيين، وغيرهم(11)، كما ناقشت دراستهما الأحدث أثر البنية التنظيمية، والموارد في ممارسة الاختصاصيين الاجتماعيين الصحيين؛ بما يربط المشكلة، لا بعدد العاملين فقط؛ بل بالهيكل، والموارد، وحدود الدور، والفعالية، والإنتاجية، والكفاءة (12)، كما تظهر هذه الإشكالية- أيضًا- في الدراسات النوعية، والأطروحات ذات الصلة؛ فقد أشارت دراسة عن الخدمة الاجتماعية الطبية في رعاية مرضى السرطان في السعودية إلى عوائق، من بينها: ضعف فهم الدور، وندرة التدريب المتخصص، وارتفاع أعباء العمل، وتكليف الأخصائيين بمهام إدارية، وسكرتارية، كما تناولت دراسة أخرى ضغوط العمل لدى الاختصاصيين الاجتماعيين الصحيين في مستشفيات حكومية بمكة، وجدة، وربطتها بعوامل تنظيمية، ومهنية، مثل: الدعم، والإشراف، وبيئة العمل (13)، ومع أن هذه الدراسات لا تمثل مسحًا وطنيًّا شاملًا إلا أنها تقدم شواهد مهمة على أن الاحترافية لا تبنى باللوائح وحدها؛ بل بالتدريب، والإشراف، وتحديد الدور، وحماية وقت الممارسة المهنية.

السؤال العملي الآن هو: ماذا نريد من الاختصاصي الاجتماعي الصحي؟ إن كنا نريده موظفًا مسانِدًا؛ فسيكفي أن نضاعف النماذج، والتعليمات، أما إن كنا نريده شريكًا علاجيًّا؛ فلا بد من ثلاثة أمور: توصيف مهني واضح، وتدريب تخصصي مستمر، واعتراف حقيقي بدوره داخل الفريق الطبي، ولابد أن نستحضر- هنا- أن التجارب الدولية الجيدة لا تقوم فيها الرعاية المتكاملة على الطبيب وحده؛ بل على فريق متعدد التخصصات، خاصة مع الحالات المزمنة، والمعقدة، وكبار السن، والصحة النفسية، ويشارك في هذ الفريق الأخصائيون الاجتماعيون، والنفسيون في فهم الحالة (14)؛ ولهذا أرى أن المطلوب ليس مجرد زيادة عددية، وإن كانت بعض المناطق، أو التخصصات قد تحتاج إلى ذلك؛ بل المطلوب- قبلها- بناء احترافية حقيقية؛ إذ إننا نحتاج إلى برامج تدريب أثناء العمل في إدارة الحالة، والصحة النفسية، والرعاية التلطيفية، والأورام، وكبار السن، ونحتاج إلى إشراف مهني يحمي الأخصائي من العزلة، والاحتراق، ونحتاج إلى مؤشرات أداء لا تقيس عدد الحالات المغلقة فقط؛ بل تقيس الخروج الآمن، وتحسن الالتزام العلاجي، وتخفيف عودة المريض للمستشفى، وجودة التواصل مع الأسرة.

الخدمة الاجتماعية الصحية ليست ترفًا إنسانيًّا يضاف إلى الطب بعد اكتماله؛ بل هي جزء من اكتمال الطب نفسه؛ فالمريض لا يدخل المستشفى وحده؛ بل يدخل معه خوف المريض، وقلق الأسرة، وضعف الدخل، والعزلة، والوصمة، وأحيانًا العجز عن فهم الخطة العلاجية؛ فإذا لم يكن في الفريق من يقرأ هذه الجوانب قراءة مهنية؛ فسوف نعالج الجسد، ونترك- حوله- أسباب التعثر كما هي.

التعقيبات:

التعقيب الأول - د. صالح الأنصاري

أولًا - المنظومة الإدارية، وعقيدة النظام الصحي:

إن غرق الاختصاصي الاجتماعي في دوامة الأعمال المتكررة، والنماذج، والمراجعات، والطلبات ليس خيارًا شخصيًّا له؛ بل هو نتاج "بيئة النظام الصحي" الحالية التي فرضت عليه هذا القالب البيروقراطي، وتلك المسؤولية التنظيمية، وعلى النظام الصحي أن يعالج هذا الخلل الهيكلي عبر أتمتة الإجراءات، وتفريغ الأخصائي للعمل المهني الميداني.

ثانيًا - تأثير الفلسفة العلاجية على الاحترافية:

إن تركيز الخدمات الصحية التاريخي على "التوجه العلاجي" على حساب "الجانب الوقائي، والسلوكي"، والتعامل مع الأمراض المزمنة على أنها أمراض لا يرجى التعافي منها وضع عبئًا هائلًا على كافة مجالات الخدمات؛ بما فيه الخدمات الاجتماعية، وأدى ذلك إلى الاحتفاظ بالمرضى عملاء دائمين لا ينظر النظام في احتمال شفائهم، ومغادرتهم النظام الصحي، أو تقليل حاجتهم إليه، وأدى ذلك- أيضًا- إلى تضخم العبء بحالات جديدة بمرضى تتزايد أعدادهم يومًا بعد يوم إلى المستشفيات، وغالبية تلك الحالات لأمراض مرتبطة بأنماط الحياة الخاملة، وعشوائية التغذية، واضطراب سلوكيات السهر، واضطراب الأنماط، والتوتر؟ وهي أسباب متجذرة في البيئة المحيطة، وفي معظم الأحوال هي أمور خارجة عن قدرة المريض الفردية على وقاية نفسه، وكان يمكن تلافيها برعاية وقائية مجتمعية استباقية، وهذا ما لم يثبت النظام الصحي نجاحه في خفض تلك العوامل مع أنه لا مناص له من التعامل معها إن عاجلًا، أو آجلًا، والتعامل مع تلك الجوانب السلوكية، والمجتمعية قد تفرضها محدودية تأثير الصرف العلاجي على أمراض هي أمراض النمط المعيشي، وتستهلك حوالي نصف المصروفات الصحية.

ثالثًا - مواجهة صعود الأمراض المزمنة:

الأمراض المزمنة مرتبطة بالسلوكيات، وأنماط الحياة، وتشكل الخطر الأكبر على الصحة العامة، ويجب وضع برامج التعافي من هذه الأمراض في صميم خدمات الرعاية المشتركة، وقد يأتي ضمن الحلول توسيع دور اختصاصي الخدمة الاجتماعية؛ ليشملَ الجوانبَ السلوكية المتعلقة بهذه الأمراض على مستوى الفرد، والأسرة، والقيام ببعض أدوار "المدرب الصحي" في جوانبها الأسرية، والاجتماعية؛ ليسهمَ في التوعية، وتغيير السلوك؛ بحيث يتجاوز أخصائيو الخدمات الاجتماعية دورهم التقليدي إلى قيادة التوجيه، والإرشاد، واستهداف بيئة الأسرة؛ وذلك لإحداث تغييرات حقيقية في التغذية، والنشاط البدني؛ بدلًا من إلقاء العبء كاملًا على المريض المستسلم لثقافة صرف الأدوية، وتكرار الوصفات.

ولا شك أن هذا التحول يتطلب إعادة النظر في فلسفة الخدمات الصحية ذاتها؛ وذلك في تناول تلك الأمراض بشكل شمولي، وليس من خلال التركيز على صرف الأدوية، وانتظار الموعد القادم بعد عدة أشهر، وتكرار تلك الدائرة المفرغة التي لابد أن تنتهي بالمضاعفات إذا لم تتغير الأسباب السلوكية الجدية لها، وستعود تلك المضاعفات بإلقاء مزيد من العبء الاجتماعي، والنفسي- بقسوة- على المريض، وأسرته في حلقة متجددة، ومفرغة.

رابعًا - دعم الأبعاد الأخلاقية، والرسالية للوظيفة:

يتجاوز العمل الاجتماعي الطبي في مجتمعنا حدود الممارسات المادية البحتة المعتمدة في الأدبيات الغربية، ويمتد إلى تأصيل الخلفية الدينية، والأخلاقية التي من شأنها ربط الوظيفة بالعمل الاجتماعي؛ بصفتها رسالة سامية ذات أبعاد أخلاقية، وبالتوجه النابع من ديننا، وقيم مجتمعنا، ويتطلب ذلك التأهيل، والتدريب الوجداني، وحث الأخصائيين، وتدريبهم على استشعار "الأجر في الآخرة"، واحتساب العمل لله تعالى؛ ليكونَ المحركَ الأساسيَّ للإنجازِ هو الضميرُ المهني، والرسالي، وليس مجرد الأداء الميكانيكي لمتطلبات العمل، أو رضا الرئيس المباشر.

خامسًا - الانطلاق من المردود الاقتصادي، والوفر المالي:

وينبغي على النظام الصحي تناول إصلاح واقع الخدمة الاجتماعية، ليس على أنه ترف، أو إنفاق بلا عوائد؛ بل على أنه استثمار ذو جدوى اقتصادية عالية للمنظومة يعالج معوقات الرعاية المنزلية، ويساهم قي رفع الوعي الأسري؛ وبالتالي خفض معدلات "تكرار عودة المرضى للمستشفيات" (Readmission Rate) لأسباب اجتماعية؛ وبالتالي تحقيق وفر مالي ضخم للميزانيات الصحية، وتقليل إشغال الأسرة الحادة بحالات يمكن رعايتها بكفاءة خارج أسوار المستشفى.

ختامًا من المهم تأكيد أن دمج "تعزيز الصحة"، و"التدريب الصحي السلوكي" في عمق الممارسة المهنية للاختصاصي الاجتماعي هو الجسر الحقيقي للتحول من رعاية "المرض" إلى رعاية "الإنسان".

التعقيب الثاني - د. أحمد الأيوبي

المحتوى المقدم في الورقة الرئيسة يمثل جزءًا مهمًّا من نقاش إستراتيجي حول تطوير الخدمة الاجتماعية الطبية في المملكة العربية السعودية، ويركز على التوتر القائم بين النظرة التقليدية للخدمة الاجتماعية؛ بوصفها «مساعدة»، أو «سد نقص» والحاجة إلى احترافيتها؛ بصفتها مهنة أساسية ضمن الفريق الطبي متعدد التخصصات، وهذا يطرح ثلاثة محاور رئيسية، وينتهي بتوصيات، وفيما يأتي مناقشة تفصيلية لما تضمنته الورقة:

المحور الأول- ضرورة التحديث في مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية:

ينتقل من النموذج التقليدي (تقديم مساعدات مادية، أو إدارية يسيرة) إلى نموذج احترافي شامل يستهدف الأسرة (ديناميكياتها، ودعمها)، والصحة النفسية للمريض، والصحة المجتمعية، وهذا التحول يعكس التوجه العالمي نحو الرعاية الشاملة، والرعاية المتمحورة حول المريض. في السياق السعودي يدعم رؤية 2030م التي تؤكد جودة الحياة، والصحة النفسية، والوقاية.

المحور الثاني - نقص الكوادر ؛ بوصفه محفزًا للاحترافية:

يُعد النقص في الاختصاصيين الاجتماعيين المؤهلين فرصة لتوسيع الفريق الطبي؛ ليشملَ الاختصاصي الاجتماعي الصحي؛ بوصفه عضوًا أساسيًّا، ويشير إلى برنامج «ONSET» (الدراسات العليا التطبيقية أثناء العمل)؛ بوصفه آلية للتدريب، والالتزام؛ مما يقلل الاعتماد على ممارسات غير احترافية، وهذا المحور يربط بين الكم (توفير الكوادر) والكيف (التأهيل المهني).

المحور الثالث - إعادة تعريف دور الاختصاصي الاجتماعي الصحي:

يسأل سؤالًا جوهريًّا: هل الاختصاصي الاجتماعي «مساعد»، أم «شريك» في الفريق الطبي؟ يناقش إعادة تأهيل المناهج التدريبية قبل التوظيف، وبعده، والاعتراف المهني، والمؤسسي، والتكامل مع المرضى، وأسرهم، والفريق الطبي لتحسين الالتزام بالعلاج، واتخاذ القرارات، وإجراء بحوث ميدانية حول هذا الدور، ثم ينتقل إلى التوصيات التي تركز على تعزيز هذا التكامل، وتطوير الدور.

هذا المحتوى يعكس وعيًا بأن الخدمة الاجتماعية الصحية في السعودية تمر بمرحلة تحول مدعومة بوجود دليل سياسات، وإجراءات صادر عن وزارة الصحة لأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية، وتسجيل إلزامي لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، ووجود الجمعية السعودية للخدمة الاجتماعية الصحية.

الأسباب وراء مخرجات الخدمة الاجتماعية الحالية في القطاع الصحي

المخرجات الحالية- غالباً- ما تكون محدودة، أو تفاعلية أكثر منها وقائية، واحترافية، وتعود إلى أسباب مترابطة تتمثل في الآتي:

01 النظرة التقليدية التاريخية:
كانت الخدمة الاجتماعية تُرى؛ بوصفها «مساعدة خيرية»، أو دعماً إدارياً، وليست تدخلاً مهنيًا مبنيًا على أدلة علمية، مثل: (التقييم النفسي الاجتماعي، وإدارة الحالات، والتدخل في الأزمات).

02 نقص الكوادر المؤهلة:
كميًا، ونوعيًا؛ مما يؤدي إلى أعباء عمل عالية، وتركيز على المهام الروتينية؛ بدلاً من التدخلات المتخصصة.

03 غموض الدور المؤسسي:
عدم وضوح ما إذا كان الأخصائي شريكًا كاملاً في الفريق متعدد التخصصات، أم مجرد «مساعد» وهذا يؤدي إلى التهميش في الحولات الطبية، واتخاذ القرارات (كما تظهر دراسات عربية مشابهة عن معوقات إدارية، ومهنية).

04 نقص التدريب المتخصص:
المناهج الجامعية- غالباً- عامة، والتدريب الميداني محدود؛ والتطوير المهني المستمر غير كافٍ في الجوانب الطبية، (مصطلحات طبية، وأخلاقيات الرعاية الصحية، والتعاون بين المهن).

05 عوامل ميدانية، واجتماعية:
تردد المرضى، أو الأسر في الإفصاح عن المشكلات الاجتماعية/النفسية، وتدخلات أسرية، أو جهات أخرى، ونقص الميزانيات المخصصة، وارتفاع معدلات الإرهاق المهني.

06 هيكلية إدارية:
في بعض المنشآت لا يزال القسم الاجتماعي هامشيًا مع أعباء إدارية كبيرة، وقلة مشاركة في الخطط العلاجية الشاملة.

هذه العوامل تجعل المخرجات

أقل تأثيرًا على نتائج العلاج، مثل:

- الالتزام بالدواء
- تقليل إعادة التنويم
- تحسين جودة الحياة

متطلبات التمكين، والتطوير:

1- الناحية القانونية، والتنظيمية:

- تعزيز الإطار التنظيمي: تفعيل، وتوسيع دليل وزارة الصحة لسياسات، وإجراءات أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية، وجعل وجود القسم إلزاميًّا في المستشفيات، والمراكز الصحية الكبرى.
- دور الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (SCFHS): تطوير مسار تصنيف مهني متخصص لـ«الخدمة الاجتماعية الطبية» مع اختبارات تصنيف مهني محددة، ومتطلبات تسجيل، وترخيص إلزامية للممارسة في القطاع الصحي، ورفع نسب النجاح، وتطوير برامج البورد إن أمكن.
- تحديث الوصف الوظيفي، والهياكل التنظيمية: اعتبار الاختصاصي الاجتماعي الصحي عضوًا أساسيًّا في الفريق متعدد التخصصات مع صلاحيات واضحة في التقارير، والتوصيات، والمشاركة في اتخاذ القرار.
- حماية نطاق الممارسة: تشريعات تحمي السرية، والإبلاغ الإلزامي (العنف، والإيذاء)، وتحدد المهام بدقة لتجنب التداخل، أو التهميش.
- إستراتيجية وطنية: دمج الخدمة الاجتماعية الصحية في الخطط الوطنية للصحة النفسية، والرعاية الشاملة.

2- الناحية المهارية (الكفايات، والتأهيل):

- تطوير المناهج الأكاديمية: إدراج تخصص فرعي، أو دبلوم/ماجستير في «الخدمة الاجتماعية الطبية» يغطي التقييم النفسي الاجتماعي، وإدارة الحالات الطبية، والتدخل في الأزمات، والتواصل بين المهن، والأخلاقيات الطبية، والجوانب الثقافية.
- التدريب أثناء الخدمة، والتطوير المستمر: تفعيل برامج مثل ONSET وتوسيعها، مع خطط تدريب سنوية معتمدة من SCFHS ووزارة الصحة، والتركيز على مهارات عملية، مثل: المقابلة التحفيزية، والدعم النفسي الأولي، وكتابة التقارير الطبية، والدفاع عن حقوق المريض.
- الشهادات، والكفايات المتخصصة: برامج في الرعاية التلطيفية، والصحة النفسية، وإدارة الأمراض المزمنة، والتعامل مع الفئات الخاصة (كبار السن، والأطفال، ومرضى غسيل الكلى).
- المهارات الناعمة: التواصل الفعال مع الفريق الطبي، والأسر، والحساسية الثقافية، والقيادة في الفرق متعددة التخصصات.

3- الناحية الميدانية (التطبيق العملي):

- التدريب الميداني المكثف: توسيع ساعات التدريب العملي للطلاب في المستشفيات تحت إشراف مهني مع برامج تدريب على رأس العمل (on-the-job training).
- الاندماج اليومي في العمليات: مشاركة الأخصائيين في الجولات الطبية، واجتماعات الفريق، وتخطيط الخروج، واجتماعات الأسر؛ مما يجعلهم جزءًا أساسيًّا من لجان الحماية من العنف، والإيذاء.
- قياس الأثر، والجودة: تطوير مؤشرات أداء، مثل: تأثير التدخل على الالتزام بالعلاج، وتقليل مدة الإقامة، ورضا المرضى)؛ فلا بد من إجراء بحوث ميدانية مستمرة كما يوصي المحور الثالث.
- الموارد، والدعم الميداني: تخصيص ميزانيات مستقلة للأقسام، وتوفير مساحات عمل مناسبة، وتقليل الأعباء الإدارية، وبرامج للوقاية من الإرهاق المهني.
- الشراكات: تعزيز دور الجمعية السعودية للخدمة الاجتماعية الصحية في تبادل الخبرات، والتعاون مع الجامعات، والمستشفيات التعليمية.

الخلاصة، والتوصية العامة:

محتوى الورقة يقدم رؤية ناضجة: الاحترافية ليست رفاهية؛ بل هي ضرورة لسد النقص الحقيقي، وتحسين مخرجات الرعاية الصحية؛ فالتحول من «سد النقص» إلى «شريك احترافي» يتطلب جهدًا متكاملًا قانونيًّا، ومهاريًّا، وميدانيًّا.

وبتنفيذ هذه المتطلبات يمكن أن تصبح الخدمة الاجتماعية الطبية ركيزة أساسية في تحقيق رعاية صحية شاملة متمحورة حول المريض، والأسرة، ومتوافقة مع أهداف رؤية المملكة 2030م؛ فَيُنصحُ بتشكيل لجان عمل مشتركة بين وزارة الصحة والجمعية السعودية للخدمة الاجتماعية الصحية، والهيئة السعودية للتخصصات الصحية، والجامعات؛ وذلك لترجمة هذه المحاور إلى خطة تنفيذية واضحة مع مؤشرات قياس، كما يفتح النقاش حولها الباب لمزيد من البحوث، والتطبيقات الميدانية في المنشآت الصحية السعودية.

التعقيب الثالث - د. تغريد سمان

شهدت الخدمة الاجتماعية في السنوات الأخيرة تطورًا ملحوظًا في مختلف مجالاتها، وأصبح الاختصاصي الاجتماعي الصحي عضوًا أساسيًّا ضمن الفريق الطبي متعدد التخصصات يؤدي دورًا تكامليًّا يسهم في تحسين جودة الرعاية الصحية، وتعزيز نتائجها، ولا يقتصر دوره على تقديم المساعدات الاجتماعية؛ بل يمتد إلى دراسة الحالات، وتقييم الظروف الاجتماعية، والنفسية للمريض، والمساهمة في معالجة المشكلات التي قد تؤثر في صحته، أو تعيق التزامه بالخطة العلاجية، هذا إضافة إلى ربطه بالخدمات، والموارد المناسبة، ودعم أسرته خلال رحلة العلاج.

ويؤدي الاختصاصي الاجتماعي دورًا مهمًّا في مساعدة الفريق الطبي على فهم الظروف الاجتماعية، والاقتصادية، والأسرية المحيطة بالمريض، ومدى تأثيرها في حالته الصحية، والنفسية؛ مما يساعد على وضع خطة علاجية أكثر شمولًا تراعي احتياجاته المختلفة.

وقد تطور مفهوم الخدمة الاجتماعية الصحية بشكل كبير؛ فلم يَعُدْ يقتصر على تقديم المساعدات المالية، أو السكنية، أو خدمات النقل؛ بل أصبح شريكًا فاعلًا في تقديم الرعاية الصحية المتكاملة. ويتضح ذلك من خلال العديد من الأمثلة، منها ما يأتي:

1- تعزيز الالتزام بالخطة العلاجية: قد يواجه بعض المرضى، خصوصًا كبار السن، أو من يعيشون بمفردهم صعوبة في الالتزام بمواعيد المراجعات، أو تناول الأدوية بانتظام، وفي مثل هذه الحالات ينسق الاختصاصي الاجتماعي مع خدمات الرعاية المنزلية، والجهات ذات العلاقة لتوفير الدعم اللازم؛ بما يساعد المريض على إدارة شؤونه اليومية، والعيش بأمان، واستقلالية، ويعزز التزامه بالعلاج.

2- التعامل مع الحالات ذات الأبعاد الاجتماعية: قد يراجع أحد المرضى قسم الطوارئ؛ وذلك بسبب مشكلات صحية متكررة دون وجود سبب عضوي واضح، وبالتعاون بين الفريق الطبي والاختصاصي الاجتماعي قد يتبين- بعد دراسة الحالة- أن المريض يتعرض للعنف الأسري، أو لضغوط اجتماعية مؤثرة، وهنا يتولى الاختصاصي الاجتماعي تقييم الحالة، وتقديم الدعم النفسي الأولي، والعمل على ضمان سلامة المريض، وربطه بجهات الحماية، والخدمات الاجتماعية المناسبة.

3- الرعاية المتكاملة للصحة النفسية: في حالات المراهقين المصابين بالاكتئاب يعمل الاختصاصي الاجتماعي بالتعاون مع الأطباء، والأخصائيين النفسيين، والأسرة، والمدرسة لدراسة العوامل المؤثرة في الحالة، مثل: الضغوط الدراسية، أو المشكلات الأسرية، أو التنمر، أو غيرها من الظروف الاجتماعية بهدف الوصول إلى تدخل متكامل يعالج الأسباب، ويعزز فرص التعافي.

ومن خلال هذا الدور ينظر الاختصاصي الاجتماعي إلى الحالة من منظور شامل؛ فلا يركز على الجانب الطبي فقط، وإنما يسعى إلى تحديد العوامل الاجتماعية، والنفسية، والبيئية التي قد تعيق الشفاء، أو تؤثر في جودة حياة المريض.

ولذلك؛ فإن تطوير الخدمة الاجتماعية الصحية يُعَدُّ جزءًا أساسيًّا من تطوير المنظومة الصحية؛ إذ يسهم في رفع جودة الخدمات العلاجية، والوقائية، وتحسين تجربة المستفيدين، وتعزيز كفاءة الفرق الصحية، ويتحقق ذلك من خلال الاستثمار في تأهيل الاختصاصيين الاجتماعيين، وتحديث البرامج التدريبية، والتعليمية، وتطوير المهارات المهنية المطلوبة لكل مرحلة وظيفية قبل الالتحاق بالعمل، وأثناء الممارسة المهنية؛ بما يواكب التطورات المتسارعة في القطاع الصحي.

المداخلات حول القضية:

- **الاحترافية المهنية، وتكامل الأدوار في الخدمة الاجتماعية الطبية:**

تقوم الخدمة الاجتماعية الطبية على منظومة معرفية، ومهارية، وأخلاقية تهدف إلى تعزيز جودة الرعاية المقدمة للمريض؛ وذلك من خلال التعامل مع الأبعاد الاجتماعية، والنفسية، والأسرية المرتبطة بالحالة الصحية، ولا يقتصر دورها على تقديم المساندة الاجتماعية؛ بل يمتد إلى فهم الظروف المحيطة بالمريض، وتحديد العوامل التي قد تؤثر في مسار العلاج، والمساهمة في تهيئة الظروف الداعمة للتعافي، واستمرارية الرعاية.

وتعد الخدمة الاجتماعية الطبية أحد المكونات الأساسية في نموذج الرعاية المتكاملة؛ إذ تسهم في ربط الجانب الصحي بالجوانب الاجتماعية، والإنسانية للمريض؛ وذلك من خلال دراسة احتياجاته، وتقييم ظروفه الأسرية، والاجتماعية، والمشاركة في معالجة المعوقات التي قد تَحِدُّ من استفادته من الخدمات الصحية؛ ومن ثم فإن فاعلية هذا الدور ترتبط بمدى توفر التأهيل المتخصص، ووضوح المسؤوليات المهنية، والقدرة على تطبيق الممارسات القائمة على الأدلة، والعمل ضمن منظومة صحية متعددة التخصصات.

1- الأسس المهنية للممارسة التخصصية في الخدمة الاجتماعية الطبية:

تستند ممارسة الاختصاصي الاجتماعي الصحي إلى مجموعة من المتطلبات التي تميزها؛ بوصفها ممارسة تخصصية، من أبرزها: امتلاك المعارف العلمية المرتبطة بالإنسان، والمرض، والبيئة الاجتماعية، والقدرة على إجراء التقييم الاجتماعي، وإدارة الحالة، والتدخل مع المرضى، وأسرهم، وتمكينهم من التعامل مع التحديات المرتبطة بالمرض، والعلاج.

كما تتطلب الممارسة المتخصصة الالتزام بالمعايير المهنية، والأخلاقية، والمحافظة على خصوصية المعلومات، واستخدام أساليب تدخل تستند إلى المعرفة العلمية، والأدلة المهنية؛ بما يضمن تقديم خدمات اجتماعية ذات جودة، وقيمة مضافة ضمن منظومة الرعاية الصحية.

وفي المقابل تواجه بعض الأقسام تحديات ترتبط بنقص أعداد الاختصاصيين الاجتماعيين، أو ارتفاع أعداد الحالات؛ مما قد يؤدي إلى إسناد بعض المهام الإدارية، والتنظيمية التي لا ترتبط مباشرة بجوهر التخصص، وعلى الرغم من أن التعاون مع متطلبات العمل المؤسسي يُعَدُّ جزءًا من طبيعة العمل الصحي؛ فإن استمرار تكليف الأخصائي بهذه المهام على حساب أدواره الأساسية قد يؤدي إلى تقليص نطاق ممارسته المهنية، ويؤثر في مستوى التدخلات المقدمة للمرضى.

لذلك؛ فإن تعزيز جودة الممارسة يتطلب توفير العدد الكافي من الكوادر المؤهلة، وتوزيع المهام؛ وفق التخصص، والكفايات المهنية، وتطوير برامج التعليم، والتدريب المستمر، هذا إلى جانب بناء مؤشرات تقيس أثر التدخلات الاجتماعية في تحسين تجربة المريض، ونتائج الرعاية الصحية.

2- المبادئ الأخلاقية المنظمة للممارسة في القطاع الصحي:

تحكم ممارسة الاختصاصي الاجتماعي الصحي مجموعة من المبادئ المهنية التي تمثل الإطار الأخلاقي المنظم لعلاقته بالمريض، وأسرته، والمؤسسة الصحية، ويُعد الالتزام بها أساسًا للحفاظ على جودة الخدمة، وتعزيز الثقة في الممارسة المهنية، ومن أبرز هذه المبادئ ما يأتي:

أ- مبدأ التقبل: تقديم الخدمة للمستفيد كما هو، واحترام خصائصه، وظروفه الشخصية، والاجتماعية دون تمييز بسبب الجنس، أو العمر، أو الجنسية، أو المعتقد، أو أية خصائص أخرى.

ب- مبدأ حق تقرير المصير: احترام حق المستفيد في المشاركة في القرارات المتعلقة بحالته؛ وذلك من خلال تزويده بالمعلومات اللازمة حول البدائل، والنتائج المتوقعة دون فرض خيارات محددة عليه.

ج- مبدأ السرية: الحفاظ على خصوصية المعلومات المتعلقة بالمريض، وعدم الإفصاح عنها إلا ضمن الحدود التي تسمح بها الأنظمة، والضوابط المهنية.

د- مبدأ العلاقة المهنية: بناء علاقة مهنية منظمة مع المستفيد تقوم على الاحترام، والثقة، وتساعد على تحقيق أهداف التدخل الاجتماعي داخل المؤسسة الصحية.

ه- مبدأ المساعدة الذاتية: تمكين المستفيد من استثمار قدراته، وموارده الذاتية، وتطوير مهاراته في التعامل مع مشكلاته، واتخاذ قراراته بصورة أكثر استقلالية.

ويمثل الالتزام بهذه المبادئ إلى جانب الحَدِّ من إسناد الأعمال غير التخصصية للأخصائيين الاجتماعيين أحد المرتكزات الأساسية لترسيخ مكانتهم المهنية، وتعزيز فاعلية مشاركتهم في الرعاية الصحية؛ وذلك على النحو الآتي:

1- تعزيز موقع الاختصاصي الاجتماعي داخل الفريق الطبي:

تشير الممارسات الحالية إلى أن موقع الاختصاصي الاجتماعي داخل بعض المنشآت الصحية لا يزال بحاجة إلى مزيد من التفعيل؛ إذ ينظر إليه أحيانًا؛ بوصفه مقدمًا لخدمات مساندة، على الرغم من أن دوره يمتد إلى المشاركة في فهم احتياجات المريض، وتحديد العوامل الاجتماعية المؤثرة في العلاج، ودعم القرارات العلاجية، وتعزيز استمرارية الرعاية، كما يلاحظ أن بعض الاختصاصيين الاجتماعيين، على الرغم من تصنيفهم ضمن الكوادر الصحية يعملون ضمن نطاق زمني محدود؛ وذلك مقارنة ببعض أعضاء الفريق الطبي الذين يقدمون خدماتهم على مدار الساعة؛ مما قد يؤثر في سرعة التدخل في بعض الحالات المستمرة، أو الطارئة.

وتوضح الخبرات الدولية أهمية الدور الذي يؤديه الاختصاصي الاجتماعي في حماية حقوق المرضى، والدفاع عن مصالحهم، والتنسيق مع الجهات الرسمية، والعدلية عند الحاجة، هذا إضافة إلى بناء الشراكات مع القطاع غير الربحي، والجمعيات الأهلية، ولجان أصدقاء المرضى؛ وذلك بهدف توفير موارد الدعم الاجتماعي للمريض، وأسرته.

كما تبرز أهمية توسيع نطاق خدمات الخدمة الاجتماعية الصحية؛ لتشملَ مجالات الرعاية المنزلية، ومراكز التأهيل، والمؤسسات الإصلاحية؛ بما يضمن استمرارية الرعاية، وربط الخدمات الصحية بالاحتياجات الاجتماعية للمستفيدين.

ويعزز تطبيق هذه المعايير حضور الاختصاصي الاجتماعي؛ بوصفه عضوًا فاعلًا في العملية العلاجية، ويسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية، وسلامة المرضى؛ وذلك من خلال الآتي.

1- الشراكة بين التخصصات الصحية في تقديم الرعاية المتكاملة:

تقوم الشراكة بين الطبيب والاختصاصي الاجتماعي الصحي على التكامل المهني؛ وذلك لتحسين حالة المريض، وجودة الرعاية، ويسهم الاختصاصي الاجتماعي الصحي في معالجة القضايا الاجتماعية، ودعم الأسرة، والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة، ويتطلب تفعيل دوره وضوح المسؤوليات، وتعزيز مشاركته في الفريق العلاجي، وقياس أثر تدخلاته في نتائج الرعاية الصحية.

2- التواصل مع المرضى، والأسر في المواقف الصحية الحرجة:

يمتد دور الاختصاصي الاجتماعي الصحي إلى دعم التواصل بين الفريق الطبي والمرضى، وأسرهم، خاصة في المواقف الصحية الحرجة، وإبلاغ الأخبار الطبية الصعبة، ويسهم ذلك في مراعاة الأبعاد النفسية، والاجتماعية، والثقافية، ويتطلب إجراءات مهنية واضحة، وتدريبًا متخصصًا، مثل: بروتوكول (SPIKES) لتعزيز فاعلية التواصل.

التعليم، والتدريب، والتأهيل المهني للاختصاصي الاجتماعي الصحي:

ثمة ضرورة لتطوير إعداد الاختصاصي الاجتماعي الصحي، وتأهيله؛ بما يواكب متطلبات العمل في المنشآت الصحية، والتحولات في النظام الصحي السعودي، وتتمثل أبرز التحديات في وجود فجوة بين الدراسة الأكاديمية والممارسة السريرية، وضعف التدريب التطبيقي، وعدم وضوح التصنيف، والمسارات المهنية، واستخدام بعض الاختصاصيين في أعمال إدارية لا تستثمر كفاياتهم التخصصية.

ويتطلب تحسين التأهيل المهني ما يأتي:

1- مواءمة البرامج الأكاديمية مع الممارسة الصحية؛ وذلك من خلال تحديث الخطط الدراسية، وتعزيز الشراكة بين الجامعات والجهات التنظيمية، والمنشآت الصحية.

2- توسيع التدريب السريري المتخصص في مجالات، مثل: إدارة الحالات، والأمراض المزمنة، والصحة النفسية، والأورام، والرعاية التلطيفية، وكبار السن، ودعم الأسرة، والتخطيط لخروج المريض.

3- بناء كفايات مهنية متقدمة تشمل التقييم الشامل، والتدخل، والتنسيق، والعمل ضمن الفرق متعددة التخصصات، واتخاذ القرار المهني.

4- توحيد المسميات، والأوصاف، والمسارات الوظيفية، وتطوير الإشراف المهني، وقياس أثر التدخل الاجتماعي على النتائج الصحية؛ بدلًا من الاكتفاء بعدد الحالات، والنماذج المنجزة.

5- ردم الفجوة بين النظرية والعمل الميداني؛ وذلك عبر تدريب الاختصاصيين على السياسات، والإجراءات المؤسسية، وتطوير أنظمة واضحة للإحالة، والتنسيق بين الجهات الصحية والاجتماعية.

6- تحديد الاحتياجات التدريبية علميًّا؛ وذلك باستخدام منهجيات، مثل: DACUM التي تحلل مهام الوظيفة، وتحدد المعارف، والمهارات اللازمة بالتعاون مع الممارسين.

وبالمجمل؛ فإن الاستثمار في التعليم، والتدريب المهني ضروري لتحسين جودة الخدمة الاجتماعية الصحية، ومواءمة مخرجات التعليم مع احتياجات النظام الصحي، وتمكين الاختصاصي الاجتماعي من أداء دوره في الرعاية الصحية المتكاملة المتمحورة حول الإنسان؛ وذلك هلى النحو الآتي:

1- مواءمة الإعداد الأكاديمي مع متطلبات الممارسة الصحية:

تزداد أهمية تطوير منظومة إعداد الاختصاصي الاجتماعي الصحي في ظل التحولات التي يشهدها النظام الصحي السعودي نحو نموذج يعتمد على الوقاية، والرعاية المتكاملة، والتجمعات الصحية، والمسارات العلاجية الممتدة من المنزل إلى الرعاية الأولية، والمستشفيات.

وفي ظل هذه التحولات أصبح دور الاختصاصي الاجتماعي أكثر ارتباطًا بتحقيق التكامل بين الجوانب الطبية والاجتماعية؛ إذ يسهم في تقييم المحددات الاجتماعية المؤثرة في صحة المريض، وربطه بالخدمات المتاحة، ودعم أسرته، ومعالجة العوامل التي قد تؤثر في الالتزام بالخطة العلاجية، والحَدّ من بعض النتائج السلبية، مثل: الخروج ضد النصيحة الطبية؛ بمايعزز جودة الرعاية، ويحسن تجربة المريض.

ومن ثم؛ فإن تطوير التأهيل المهني يتطلب تعزيز الشراكة بين الجامعات والجهات التنظيمية، والمنشآت الصحية؛ وذلك من خلال مراجعة الخطط الدراسية، وتوسيع نطاق التدريب السريري، وربط الجانب النظري بالخبرات التطبيقية؛ بما يضمن انتقال الخريج من مرحلة اكتساب المعرفة العامة إلى امتلاك الكفايات المطلوبة للعمل في البيئة الصحية.

2- تطوير التدريب السريري، وبناء الكفايات التخصصية:

تتطلب طبيعة العمل الصحي إعداد ممارسين يمتلكون مجموعة متقدمة من المعارف، والمهارات التي تمكنهم من التعامل مع الحالات المعقدة، والعمل ضمن فرق متعددة التخصصات، واتخاذ القرارات المهنية المبنية على تقييم شامل لاحتياجات المرضى، وأسرهم؛ ولهذا تبرز الحاجة إلى تطوير برامج تدريب سريري منظمة تركز على مجالات الممارسة الصحية المتخصصة، وتوفر فرصًا عملية تحت إشراف مهني متخصص؛ بما يساعد على تنمية مهارات التقييم، والتدخل، والتنسيق، وإدارة الحالات.

كما يتطلب تطوير الممارسة توحيد الأوصاف، والمسميات الوظيفية، وتحديد المسارات المهنية المرتبطة بالتخصصات الدقيقة، وتعزيز الإشراف المهني، وربط تقييم الأداء بمؤشرات نوعية تقيس أثر التدخلات الاجتماعية في تحسين النتائج الصحية، والاجتماعية، وليس الاقتصار على مؤشرات كمية مثل عدد الحالات التي تمت متابعتها، أو النماذج التي تم إنجازها.

وتكشف التحولات الديموغرافية، والصحية عن تزايد الحاجة إلى هذه الكفايات المتخصصة؛ فارتفاع معدلات الأمراض المزمنة، وزيادة أعداد كبار السن، وتنامي احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، وتصاعد تحديات الصحة النفسية، وتعقد الظروف الأسرية، والاقتصادية المحيطة بالمرضى تؤكد أن الرعاية الصحية الفاعلة لا يمكن أن تعتمد على التدخل الطبي وحده؛ بل تتطلب دمج الأبعاد الاجتماعية، والنفسية ضمن العملية العلاجية.

3- ردم الفجوة بين المعرفة النظرية ومتطلبات العمل الميداني:

تشير الممارسة العملية إلى استمرار وجود فجوة بين ما توفره البرامج الأكاديمية من أسس نظرية، ومهنية وما يواجهه الاختصاصي الاجتماعي الصحي في بيئة العمل من مواقف تتطلب سرعة الاستجابة، والقدرة على التعامل مع الضغوط، واتخاذ قرارات مهنية في ظروف إنسانية، وتنظيمية معقدة.

وتزداد هذه الفجوة؛ وذلك بسبب اختلاف السياسات، والإجراءات الداخلية بين المنشآت الصحية، وتنوع آليات العمل التنظيمية؛ مما يجعل الممارس بحاجة إلى فهم الجوانب المؤسسية، والإجرائية إلى جانب المعرفة المهنية الأساسية.

وتظهر هذه التحديات- بصورة واضحة- في عمليات الإحالة، والتنسيق بين الجهات الصحية، والاجتماعية؛ إذ يعتمد نجاحها على وضوح الإجراءات، وسرعة التواصل، وتكامل الأدوار بين المؤسسات المختلفة، وعلى الرغم من أن العلاقات المهنية بين العاملين قد تسهم- أحيانًا- في تسهيل بعض الإجراءات؛ فإن ضمان جودة الخدمة، واستمراريتها يتطلب بناء أنظمة مؤسسية واضحة لا تعتمد على الجهود الفردية، أو العلاقات الشخصية.

ومن هنا تبرز أهمية تعزيز التدريب الميداني، وتطوير آليات التنسيق بين القطاعات الصحية والاجتماعية؛ بما يساعد الاختصاصي الاجتماعي على التعامل مع متطلبات العمل الواقعية، ويضمن تقديم خدمات أكثر كفاءة، وعدالة، واستدامة؛ وذلك على النحو الآتي:

1- تحديد الاحتياجات التدريبية، وبناء البرامج؛ وفق منهجيات علمية:

يمثل تحديد الاحتياجات التدريبية خطوة أساسية لضمان فاعلية برامج التطوير المهني، إذ ينبغي أن ترتبط البرامج التدريبية بالكفايات الفعلية المطلوبة في الممارسة، وليس بمجرد تقديم محتوى عام لا يعكس طبيعة التحديات المهنية.

وتُعَدُّ منهجيةُ الديكام (DACUM) من المداخل العلمية التي يمكن الاستفادة منها في هذا المجال؛ حيث تقوم على تحليل الوظيفة؛ وذلك من خلال تحديد الواجبات الرئيسة، والمهام الفرعية، ثم ربطها بالمعارف، والمهارات، والكفايات اللازمة لأدائها.

وتتميز هذه المنهجية؛ باعتمادها على مشاركة الممارسين أنفسهم؛ بوصفهم خبراء في تحديد طبيعة العمل، ومتطلباته؛ وذلك من خلال ورش عمل متخصصة تساعد على بناء تصور واقعي للمهام المهنية، وتحديد الفجوات التدريبية، وترتيب أولويات التطوير.

ويسهم تطبيق هذا المدخل في مجال الخدمة الاجتماعية الصحية في الكشف عن جوانب القصور في المعرفة، أو المهارات، أو الجوانب القيمية، وتصميم برامج تدريبية أكثر ارتباطًا بالواقع المهني، كما يساعد على بناء مسار مستمر للتطوير يرفع كفاءة الاختصاصيين الاجتماعيين، ويعزز قدرتهم على أداء أدوارهم داخل منظومة الرعاية الصحية بكفاءة، وفاعلية.

وبذلك يمثل الاستثمار في التعليم، والتدريب، والتأهيل المهني مدخلًا أساسيًّا لتعزيز جودة الخدمة الاجتماعية الصحية، وتحقيق المواءمة بين مخرجات التعليم واحتياجات النظام الصحي، وتمكين الاختصاصي الاجتماعي من أداء دوره؛ بوصفه شريكًا فاعلًا في تحقيق الرعاية المتكاملة المتمحورة حول الإنسان.

تمكين مهنة الاختصاصي الاجتماعي الصحي، وتوطينها:

يمثل تعزيز حضور الاختصاصي الاجتماعي الصحي أحد المتطلبات الأساسية لتطوير منظومة الرعاية الصحية، خاصة في ظل تزايد الحاجة إلى التعامل مع الأبعاد الاجتماعية، والنفسية المرتبطة بالمرض، والعلاج؛ فالحالات الصحية لا تتأثر بالعوامل الطبية وحدها، وإنما ترتبط كذلك بظروف المريض الأسرية، والاقتصادية، والاجتماعية؛ مما يجعل وجود متخصص قادر على تقييم هذه الجوانب، والتدخل لمعالجتها عنصرًا مهمًّا في تحقيق رعاية شاملة، ومتكاملة.

وتتضح أهمية هذا الدور بصورة أكبر في التعامل مع الأمراض المزمنة، مثل: السرطان، والفشل الكلوي، والسكري، وأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم؛ نظرًا لما تفرضه هذه الحالات من تحديات مستمرة تمتد آثارها إلى حياة المريض، وأسرته؛ فطول فترة العلاج، وتغير نمط الحياة، والضغوط النفسية، والأعباء الاقتصادية، جميعها عوامل قد تؤثر في قدرة المريض على التكيف مع حالته الصحية، والالتزام بالبرنامج العلاجي.

2- تعزيز دور الاختصاصي الاجتماعي في دعم المرضى، وإدارة الحالات الصحية المزمنة:

يمتد نطاق عمل الاختصاصي الاجتماعي الصحي إلى تقديم الدعم للمريض، وأسرته، ومساعدته على التكيف مع التشخيص، ومتطلبات العلاج، والحَدّ من الآثار النفسية، والاجتماعية المصاحبة للمرض، مثل: القلق، والاكتئاب، والعزلة الاجتماعية، كما يسهم في مساندة الأسرة؛ وذلك من خلال توعيتها بأساليب التعامل مع الحالة الصحية، وتنظيم أدوار مقدمي الرعاية، وتعزيز قدرتهم على تقديم الدعم المناسب للمريض.

كما يؤدي دورًا مهمًّا في معالجة العوامل التي قد تعيق الالتزام بالخطة العلاجية؛ وذلك من خلال التعرف على التحديات الاجتماعية، والاقتصادية، والنفسية التي تواجه المريض، وربطه بمصادر الدعم، والخدمات المتاحة، والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة عند الحاجة؛ بما في ذلك جهات العمل لتسهيل بعض الاحتياجات المرتبطة بالظروف الصحية.

ولا يقتصر دوره على مرحلة العلاج داخل المنشأة الصحية؛ بل يمتد إلى التخطيط للمرحلة اللاحقة للخروج من المستشفى؛ وذلك من خلال تقييم جاهزية البيئة المنزلية، وتعزيز قدرة الأسرة على متابعة احتياجات المريض، ومتابعة الجوانب الاجتماعية، والنفسية المرتبطة باستقرار حالته؛ بما يسهم في تحسين جودة الحياة، وتقليل احتمالات تدهور الوضع الصحي، أو تكرار الدخول للمستشفى.

3- متطلبات بناء بيئة مهنية داعمة للاختصاصي الاجتماعي الصحي:

يتطلب تعزيز فاعلية الاختصاصي الاجتماعي في القطاع الصحي توفير بيئة مهنية تمكنه من أداء مهامه؛ وفق طبيعة تخصصه؛ وذلك من خلال وضوح الصلاحيات، والمسؤوليات، وتوفير الموارد اللازمة، وإدماجه بصورة فاعلة ضمن فرق الرعاية الصحية متعددة التخصصات.

كما يشمل ذلك تطوير المسار المهني؛ وذلك من خلال ربط التأهيل الأكاديمي بالمتطلبات التطبيقية، وتحديث الأوصاف الوظيفية؛ بما يعكس طبيعة الأدوار الحديثة في القطاع الصحي، وتنظيم مسارات التطور الوظيفي، وتوفير الحوافز التي تساعد على استقطاب الكفاءات الوطنية، والمحافظة عليها.

وتشير التجارب الدولية إلى أن تعزيز مكانة الاختصاصي الاجتماعي الصحي يرتبط بوجود منظومة مهنية متكاملة تقوم على الترخيص، والتخصص، والاعتماد على الأدلة العلمية، وتحديد الكفايات المهنية، وربط الممارسة بالمعايير التي تضمن جودة التدخلات، وفاعليتها.

4- نحو منظومة وطنية لتطوير مهنة الاختصاصي الاجتماعي الصحي:

يتطلب الارتقاء بالخدمة الاجتماعية الصحية في المملكة العربية السعودية بناء إطار وطني متكامل يعزز استدامة المهنة، ويربطها باحتياجات النظام الصحي المتطور الذي يشمل تطوير آليات واضحة للتأهيل، والترخيص، وتنظيم المسارات المهنية، وتحديث معايير الممارسة، ودعم التخصصات الدقيقة المرتبطة بالمجالات الصحية المختلفة.

كما ينبغي أن تستند هذه المنظومة إلى دمج الكفاءات الوطنية ضمن فرق الرعاية متعددة التخصصات، وربط أدوار الاختصاصي الاجتماعي بالأولويات الصحية؛ بما في ذلك الوقاية، وإدارة الأمراض المزمنة، ودعم الصحة النفسية، والاجتماعية، والتخطيط للرعاية المستمرة.

ومن شأن تطوير هذا الإطار أن يعزز قدرة الاختصاصي الاجتماعي على الإسهام في تقييم المحددات الاجتماعية للصحة، والمشاركة في إعداد الخطط العلاجية، وتنفيذها، ودعم إجراءات الخروج الآمن، وربط المرضى بالخدمات المناسبة؛ بما يحقق مفهوم الرعاية الصحية المتكاملة التي تراعي احتياجات الإنسان الجسدية، والنفسية، والاجتماعية، وترفع جودة الخدمات الصحية، واستدامتها.

الحوكمة، والتنظيم المهني للخدمة الاجتماعية الطبية:

يمثل التنظيم المؤسسي، والمهني أحد المتطلبات الأساسية لضمان فاعلية الخدمة الاجتماعية الصحية، واستدامة أثرها داخل منظومة الرعاية الصحية؛ إذ لا ترتبط جودة الأداء بوجود السياسات، والأدلة الإجرائية فقط، وإنما بمدى وضوح الأدوار، وفاعلية آليات التطبيق، ومستوى المتابعة، والتقييم، والمساءلة، ومن هذا المنطلق تبرز أهمية مراجعة واقع تطبيق الأطر التنظيمية التي تحدد مهام الاختصاصي الاجتماعي الصحي، ومدى انعكاسها على الممارسة اليومية داخل المؤسسات الصحية المختلفة، ويتحقق هذا من ما يأتي:

1- تعزيز الإطار التنظيمي، وتوحيد معايير الممارسة المهنية:

تمتلك الخدمة الاجتماعية الصحية مجموعة من الأدلة، والسياسات المنظمة للممارسة إلا أن التحدي الرئيس يتمثل في تفاوت مستوى تطبيقها، ودرجة حضورها داخل المؤسسات الصحية مقارنة بالمهن الطبية الأخرى؛ ولذلك تبرز الحاجة إلى تعزيز الإطار التنظيمي القائم، وتحويل المعايير المهنية إلى متطلبات واضحة يتم تضمينها في عمليات التخطيط، والتقييم، والاعتماد المؤسسي.

ويتطلب ذلك

تطوير منظومة تنظيمية متكاملة

تشمل ما يأتي:

أ- تفعيل الأدلة التنظيمية، والإجرائية القائمة؛

وذلك من خلال مراجعتها، وتحديثها، وتحويلها إلى معايير ملزمة قابلة للمتابعة، والتقييم الدوري.

ب- تعزيز ارتباط معايير المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (سباهي)

بمتطلبات الخدمة الاجتماعية الصحية؛ بما يضمن إدراج أدوار الاختصاصي الاجتماعي ضمن معايير جودة الرعاية الصحية، وتقييم أداء المنشآت.

ج- تحديد نطاق الممارسة المهنية بوضوح؛

وذلك من خلال بيان الأدوار، والمسؤوليات، والصلاحيات، والحَدّ من تكليف الاختصاصيين الاجتماعيين بمهام لا ترتبط بجوهر تخصصهم.

د- تطوير آليات المتابعة، والمساءلة المهنية

لضمان الالتزام بالمعايير، وتحقيق الاتساق في مستوى الخدمات المقدمة.

هـ- رفـع الوعي المؤسسـي بأهميـة الخدمة الاجتماعية الصحية

لدى القيادات الصحية، وأعضاء الفرق العلاجية، والإدارية؛ بما يعزز التكامل بين مختلف التخصصات.

2- بناء معايير مهنية لاختيار الاختصاصيين الاجتماعيين الصحيين، وتقييمهم، وتطويرهم:

يمثل الانتقال من الأدلة التنظيمية العامة إلى منظومة واضحة من المعايير، ومؤشرات الأداء خطوة أساسية لتطوير الممارسة المهنية، ويتطلب ذلك تحليل الإجراءات الواردة في الأدلة التنظيمية، وربطها بالأهداف المهنية المتوقعة، ثم تحديد المخرجات، والمؤشرات التي تسمح بقياس جودة الأداء، ودعم القرارات المتعلقة بالاختيار، والتوظيف، والتطوير المهني.

وفي هذا الإطار ينبغي أن تستند منظومة المعايير المهنية إلى مجموعة من المجالات الأساسية، تشمل ما يأتي:

أ- المعايير الأخلاقية، والمهنية: وتشمل الالتزام بقيم المهنة، واحترام حقوق المرضى، وأسرهم، والمحافظة على السرية، والخصوصية، والالتزام بالأنظمة، واللوائح المنظمة للممارسة.

ب- معايير التأهيل العلمي، والتخصصي: وتتعلق بالمؤهلات الأكاديمية، والمعرفة المتخصصة في مجالات الخدمة الاجتماعية الصحية، والقدرة على تطبيق المفاهيم المرتبطة بالصحة، والمرض.

ج- معايير الكفايات المهنية: وتشمل مهارات التقييم الاجتماعي، وتحليل احتياجات المرضى، وإدارة الحالات، والتخطيط للتدخلات المهنية.

د- معايير جمع البيانات، وتحليلها: وذلك من خلال استخدام أدوات مهنية متنوعة، مثل: المقابلات، والملاحظة، والأدوات المعيارية، والاستبيانات، ومجموعات التركيز؛ بما يدعم دقة التقييم، واتخاذ القرار.

ه- معايير التدخل المبني على الأدلة: وذلك بما يضمن اعتماد الممارسات المهنية على المعرفة العلمية الحديثة، والبحوث المتخصصة.

و- معايير التوثيق، وإدارة المعلومات: وتشمل توثيق الحالات، والتدخلات المهنية بصورة منظمة، وربطها بالسجلات الصحية؛ بما يدعم استمرارية الرعاية.

ز- معايير إدارة عبء العمل، وتنظيم المسؤوليات: وذلك من خلال تحديد عدد الحالات، وتوزيع المهام، وضمان توافق الأدوار مع الكفايات المهنية.

ح- معايير استخدام التقنيات الحديثة: وهذا يكون في التواصل مع المرضى، وإدارة المعلومات، ودعم متابعة الحالات، واتخاذ القرارات المهنية.

ط- معايير التطوير المهني المستمر: وذلك من خلال التدريب المستمر، وتحديث المهارات، ومواكبة التطورات في مجال الرعاية الصحية.

ي- معايير القيادة، والعمل ضمن الفرق متعددة التخصصات: وهذا بما يعزز قدرة الاختصاصي الاجتماعي على المشاركة الفاعلة في الخطط العلاجية، وتحقيق التكامل بين مختلف الخدمات.

فإن بناء هذه المنظومة لا يهدف فقط إلى تحسين إجراءات اختيار الاختصاصيين الاجتماعيين، وتوظيفهم، وإنما يسهم في تطوير الممارسة المهنية بصورة شاملة، وتحويل الخدمة الاجتماعية الصحية إلى ممارسة قائمة على معايير واضحة، ومؤشرات قابلة للقياس؛ بما يعزز مكانتها داخل النظام الصحي، ويرفع قدرتها على الإسهام في تحسين نتائج الرعاية الصحية، وجودة حياة المرضى.

قياس الأداء، وتعظيم الأثر الاجتماعي، والاقتصادي للخدمة الاجتماعية الطبية:

يقصد بالقياس- في هذا السياق- القياس الكمي لأثر خدمات الاختصاصي الاجتماعي الصحي؛ بما يتيح رصد نتائج التدخلات الاجتماعية، وتقدير مدى إسهامها في تحسين أوضاع المرضى، وأسرهم، وتعزيز التكيف مع المرض، والالتزام بالخطة العلاجية، وتقليل المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالحالة الصحية، وتحسين الوصول إلى الموارد، والخدمات، ويختلف هذا القياس عن القياس الكمي بالمعنى الاقتصادي الذي يركز- أساسًا- على العائد المالي، أو خفض التكاليف؛ إذ ينصرف القياس- هنا-إلى الأثر الاجتماعي القابل للرصد، والقياس؛ وذلك مع إمكانية التعبير عنه بمؤشرات كمية واضحة، دون اختزاله في القيمة الاقتصادية للخدمة.

ويمثل تطوير منظومات قياس الأداء أحد المتطلبات الأساسية لتعزيز مكانة الخدمة الاجتماعية الطبية داخل منظومة الرعاية المتكاملة؛ إذ لم يَعُدْ تقييمُ جودةِ الخدماتِ قائمًا على حجم الأنشطة المنفذة، أو عدد الحالات التي تمت متابعتها فقط، وإنما أصبح مرتبطًا بمدى قدرتها على إحداث تغيير ملموس في حياة المرضى، وأسرهم، وتحسين النتائج الصحية، والاجتماعية، ورفع كفاءة استخدام الموارد.

وتبرز أهمية هذا التحول في ظل تعقد احتياجات المستفيدين، وتزايد ارتباط الحالة الصحية بالعوامل الاجتماعية، والنفسية، والاقتصادية؛ مما يتطلب الانتقال من التركيز على المؤشرات الإجرائية إلى بناء منظومة قياس تعكس القيمة الفعلية للتدخلات المهنية، وتوضح أثرها في تحسين تجربة المريض، وتعزيز الالتزام بالعلاج، ودعم استدامة الرعاية.

3- تطوير مؤشرات نوعية لقياس جودة التدخلات المهنية:

أظهرت التجارب الدولية في مجال إدارة الجودة الصحية أن الاعتماد على المؤشرات الكمية وحدها قد لا يعكس- بصورة دقيقة- مستوى الأداء المهني، أو جودة الخدمات المقدمة؛ فقد ركزت إستراتيجية الجودة للرعاية الصحية، والاجتماعية الممولة من الدولة في هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية (NHS) التي أعدها المجلس الوطني للجودة (National Quality Board) على أهمية تطوير منظومات الجودة؛ وذلك من خلال تحسين الحوكمة، والبيانات، وآليات التقييم، وعدم الاكتفاء بقياس النتائج النهائية فقط.

وتؤكد الأدبيات المرتبطة بقياس الأداء أن تصميم المؤشرات يتطلب قدرًا كبيرًا من الدقة؛ إذ أشار عالم الاجتماع "دونالد كامبل" إلى أن الإفراط في الاعتماد على مؤشر كمي واحد في اتخاذ القرارات قد يؤدي إلى توجيه الجهود نحو تحسين المؤشر ذاته؛ بدلًا من تحقيق الهدف الحقيقي الذي صُمم من أجله، ويتقاطع ذلك مع ما يعرف بقانون جودهارت الذي يشير إلى أن المقياس عندما يتحول إلى هدف مباشر يفقد جزءًا من قدرته على التعبير عن الواقع الذي يفترض قياسه.

كما أوضح "جيري مولر"- في مناقشته لما أسماه "طغيان المقاييس"- أن التحدي لا يكمن في استخدام القياس، وإنما في اختزال المهن الإنسانية المعقدة، مثل: الطب، والتعليم، والخدمة الاجتماعية في أرقام محدودة يتم ربط التمويل، أو التقييم المهني بها؛ بما قد يؤدي إلى إضعاف قيمة الخبرة المهنية، والحكم التخصصي.

وتقدم نظرية "تعدد المهام" لهولمستروم وميلغروم تفسيرًا لهذه الإشكالية؛ إذ توضح أن ربط التقييم، والحوافز بالمهام التي يسهل قياسها قد يدفع العاملين إلى التركيز عليها، وإهمال جوانب أخرى أكثر أهمية، لكنها أصعب في القياس، مثل: جودة العلاقة المهنية مع المريض، ودقة التقييم الاجتماعي، وفاعلية التدخلات المبنية على احتياجات الفرد، والأسرة.

وفي السياق نفسه يشير مفهوم "مجتمع التدقيق"- لدى مايكل باور- إلى احتمال تحول متطلبات التوثيق، والإثبات إلى هدف بحد ذاته؛ وذلك على حساب جوهر العمل المهني، بينما تؤكد "أونورا أونيل" أهمية الانتقال إلى مفهوم "المساءلة الذكية" القائمة على الثقة المهنية، والاستقلالية، وتقييم النتائج في سياقها الواقعي؛ بدلًا من الاقتصار على التحقق الشكلي من الالتزام بالمؤشرات.

وبناءً على ذلك ينبغي أن تركز منظومة قياس أداء الخدمة الاجتماعية الصحية على مؤشرات تعكس الأثر الحقيقي للتدخلات المهنية، مثل: تحسن جودة حياة المرضى، وارتفاع مستوى الرضا، وتحسن الالتزام بالخطة العلاجية، وتعزيز قدرة الأسرة على تقديم الرعاية، وخفض معدلات إعادة التنويم، هذا إلى جانب قياس القيمة الاجتماعية، والاقتصادية الناتجة عن هذه التدخلات.

4- بناء إطار وطني لقياس أثر الخدمة الاجتماعية الطبية:

تأتي أهمية تطوير قياس أثر الخدمة الاجتماعية الطبية في سياق التحول الذي يشهده النظام الصحي في المملكة العربية السعودية، والذي يقوم على تعزيز الوقاية، وتكامل الخدمات، وتوسيع مفهوم الرعاية الصحية؛ ليشملَ الأبعادَ العلاجية، والتأهيلية، والنفسية، والاجتماعية، وفي هذا الإطار لم تَعُد الخدمةُ الاجتماعية الصحية وظيفة مساندة محدودة، وإنما أصبحت أحد مكونات الرعاية المتمحورة حول الإنسان.

ويتطلب هذا التحول إعادة النظر في طريقة تقييم الإسهام المهني للاختصاصي الاجتماعي، بحيث لا يقتصر القياس على عدد الحالات، أو الإجراءات المنجزة؛ بل يمتد إلى تقدير أثر التدخلات في تحسين النتائج الصحية، والاجتماعية، والاقتصادية؛ فالقيمة الحقيقية للخدمة الاجتماعية تظهر في قدرتها على معالجة العوامل التي تؤثر في مسار المرض، ودعم قدرة المرضى على التكيف، وتقليل العوائق الاجتماعية التي قد تَحِدُّ من فاعلية العلاج.

وتؤكد المناقشات العلمية المرتبطة بالممارسة الصحية أهمية التمييز بين أداء المهام الإجرائية وتحقيق الأثر المهني؛ فوجود الاختصاصي الاجتماعي ضمن المؤسسة الصحية لا يُقاس فقط بعدد الحالات التي تعامل معها، وإنما بمدى إسهامه في تحسين مسار الرعاية، وتعزيز استمراريتها، ودعم القرارات العلاجية؛ وذلك من خلال تقديم فهم متكامل للظروف الاجتماعية المحيطة بالمريض.

كما أن قياس الأثر يمثل مدخلًا مهمًّا لإبراز القيمة الاقتصادية للخدمة الاجتماعية الصحية؛ حيث يمكن للتدخلات المهنية الفاعلة أن تسهم في تقليل إعادة دخول المرضى إلى المستشفيات، وتحسين الالتزام بالعلاج، وتقليل الاستخدام غير الضروري للخدمات الصحية، وفي هذا السياق يجب النظر إلى تطوير الخدمة الاجتماعية الصحية؛ بوصفه استثمارًا يحقق عوائد اجتماعية، واقتصادية، وليس مجرد تكلفة تشغيلية.

ومع التوجه نحو تطبيق التأمين الصحي الشامل، واعتماد التجمعات الصحية على معايير الكفاءة، وجودة المخرجات تبرز أهمية توفير أدلة علمية، ومؤشرات أداء توضح أثر تدخلات الاختصاصي الاجتماعي، وتدعم إدراج خدمات الخدمة الاجتماعية ضمن نماذج الرعاية الصحية الشاملة؛ بما يعزز قدرتها على معالجة المحددات الاجتماعية المؤثرة في الصحة.

5- الأثر الاقتصادي للخدمة الاجتماعية الطبية، وكفاءة الإنفاق:

لا يقتصر أثر تعزيز دور الاختصاصي الاجتماعي الصحي على تحسين الجوانب الإنسانية، والاجتماعية للرعاية؛ بليمتد إلى تحقيق مكاسب اقتصادية؛ وذلك من خلال تحسين كفاءة استخدام الموارد، وتقليل التكاليف الناتجة عن ضعف التكامل في تقديم الخدمات، ويمكن توضيح ذلك من خلال عدد من المجالات الرئيسة فيما يأتي:

أ- تقليل إعادة التنويم، وتحسين استمرارية الرعاية:

يُعَدُّ التخطيطُ الآمنُ لخروج المريض من المستشفى أحد المجالات التي يظهر فيها الأثر المباشر للتدخل الاجتماعي؛ حيثيسهم الاختصاصي الاجتماعي في التنسيق مع الأسرة، والجهات المجتمعية، وتحديد الاحتياجات التي قد تؤثر في استقرار الحالة بعد الخروج، وعندما لا تتم معالجة هذه الجوانب قد ترتفع احتمالات عودة المريض إلى المستشفى نتيجة صعوبات اجتماعية، أو أسرية، أو اقتصادية يمكن التعامل معها بالتدخل المبكر؛ لذلك ينبغي تطوير مؤشرات تقيس أثر الممارسة الاجتماعية في خفض إعادة التنويم، وتقليل مدة الإقامة، وتحسين الالتزام بالخطة العلاجية.

ب- الحَدُّ من الهدر في الموارد الصحية:

يسهم التقييم الاجتماعي، والنفسي المبكر في الكشف عن العوامل التي قد تعيق العلاج، أو تؤدي إلى استمرار الحاجة للخدمات الصحية دون نتائج فعالة، كما يساعد في توجيه الموارد نحو التدخلات الأكثر ملاءمة، وتقليل الإجراءات غير الضرورية الناتجة عن عدم فهم الظروف الاجتماعية للمريض؛ ومن هنا تبرز أهمية استخدام أدوات قياس، مثل: العائد على الاستثمار(ROI) ، والعائد الاجتماعي على الاستثمار (SROI) لتقدير القيمة الاقتصادية للتدخلات الاجتماعية؛ وذلك مقارنة بما توفره من تكاليف مستقبلية.

ج- تقليل الأعباء الاجتماعية، والاقتصادية غير المباشرة:

يسهم التدخل المهني المبكر في الحَدِّ من تفاقم المشكلات الصحية، والنفسية، والمحافظة على قدرة الأفراد على الاستمرار في العمل، والإنتاج، وتقليل الآثار الاقتصادية الناتجة عن الإعاقة، أو الانقطاع الطويل عن النشاط المهني، كما أن معالجة العوامل الاجتماعية المؤثرة في التزام المرضى بالعلاج، خاصة في الأمراض المزمنة قد تسهم في الوقاية من مضاعفات صحية مرتفعة التكلفة مستقبلًا.

د- رفع كفاءة الإنفاق الصحي:

يمثل الاختصاصي الاجتماعي حلقة وصل بين الحالة الطبية للمريض والظروف الاجتماعية المحيطة به؛ حيث يساعد الفريق الصحي على فهم العوامل التي تؤثر في نتائج العلاج، وتكييف الخطط العلاجية؛ بما يتناسب مع واقع المريض، وإمكاناته، ويؤدي ذلك إلى تحسين جودة القرارات العلاجية، وتقليل الهدر، ورفع كفاءة استخدام الموارد؛ بما يتوافق مع توجهات تحسين جودة الحياة، واستدامة النظام الصحي.

هـ- تعزيز الاستثمار في الوقاية، والصحة المجتمعية:

تؤكد الاتجاهات الحديثة أن الخدمة الاجتماعية الصحية تمثل استثمارًا وقائيًا يسهم في تقليل الحاجة إلى التدخلات العلاجية المكلفة؛ فمن خلال التوعية، ودعم الأسر، وتعزيز السلوكيات الصحية، ومساندة المرضى في إدارة حالاتهم المزمنة يسهم الاختصاصي الاجتماعي في تقليل المخاطر الصحية، وتحسين قدرة المجتمع على التعامل مع التحديات الصحية.

وعليه؛ فإن تطوير منظومة قياس الأداء، والأثر في الخدمة الاجتماعية الصحية يمثل خطوة أساسية لترسيخ مكانتها؛ بصفتها شريكًا إستراتيجيًّا في الرعاية الصحية؛ وذلك من خلال إثبات قيمتها المهنية، والاجتماعية، والاقتصادية، وتحويل نتائج تدخلاتها إلى أدلة قابلة للقياس تدعم اتخاذ القرار، وتعزز جودة الخدمات، وتسهم في تحقيق كفاءة النظام الصحي، واستدامته.

التخصصات الدقيقة في الخدمة الاجتماعية للحالات الطبية الجنائية:

تمثل الحالات الطبية الجنائية (MEDICO-LEGAL CASES) أحد مجالات الممارسة المتقدمة في الخدمة الاجتماعية الطبية؛ نظرًا لما تتسم به من تعقيد، وتداخل بين الجوانب الصحية، والاجتماعية، والنفسية، والقانونية؛ فالمؤسسات الصحية لم تَعُدْ تقتصر مسؤوليتها على التعامل مع الحالات المرضية التقليدية، وإنما أصبحت تستقبل حالات ترتبط بتجارب عنيفة، أو ظروف اجتماعية، وقانونية حساسة، مثل: العنف الأسري، وإيذاء الأطفال، والاعتداءات الجنسية، ومحاولات الانتحار، وإهمال الأطفال، وكبار السن، وغيرها من الحالات التي تتطلب استجابة مهنية متخصصة، ومنظمة.

وفي هذه الحالات يمتد دور الاختصاصي الاجتماعي الصحي إلى ما هو أبعد من تقديم الدعم الاجتماعي العام؛ ليشملَ إجراءَ التقييم الاجتماعي السريري، وتحليل الظروف المحيطة بالحالة، وتقدير عوامل الخطورة، والمساهمة في إعداد خطط الحماية، والسلامة، وإدارة الحالة، ومتابعة احتياجات الضحايا، وأسرهم، كما يؤدي دورًا مهمًّا في التنسيق بين الفريق الصحي والجهات ذات العلاقة؛ بما فيها الجهات الاجتماعية، والعدلية، والأمنية؛ وذلك لضمان اتخاذ الإجراءات المناسبة؛ وفق الأطر المهنية، والتنظيمية المعتمدة.

وتكشف الممارسة العملية عن وجود فجوة بين طبيعة هذه الحالات المعقدة ومستوى الإعداد المهني المتاح لبعض الاختصاصيين الاجتماعيين؛ إذ تركز العديد من برامج التأهيل على الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية، في حين تتطلب الحالات الطبية الجنائية معارف، ومهارات متقدمة في مجالات محددة، مثل: تقييم المخاطر، والتدخل في الأزمات، وإجراءات الإبلاغ، وأساليب التعامل مع الضحايا، والعمل ضمن فرق الحماية، وفهم الأنظمة، والتشريعات المرتبطة بهذه الحالات.

ويؤدي هذا التفاوت في مستوى التأهيل إلى اختلاف القدرة على التعامل مع الحالات ذات الخطورة العالية؛ مما يؤكد الحاجة إلى إعادة النظر في مسارات إعداد الاختصاصي الاجتماعي الصحي، والانتقال من التركيز على الجانب العام للممارسة إلى بناء مسارات تخصصية تلبي احتياجات المجالات الصحية المتنوعة؛ وذلك من خلال الآتي:

1- أهمية بناء مسارات تخصصية في الخدمة الاجتماعية الطبية:

تتطلب طبيعة الحالات الطبية الجنائية تطوير مجالات تخصصية داخل الخدمة الاجتماعية الطبية؛ بحيث يمتلك الممارسون كفايات متقدمة تتناسب مع خصوصية كل مجال، ومن أبرز هذه المجالات: حماية الطفل، والعنف الأسري، والاعتداءات الجنسية، والصحة النفسية، ومحاولات الانتحار، ورعاية الفئات الأكثر عرضة للمخاطر الاجتماعية، والنفسية.

ولا يعني تطوير هذه المسارات استبدال الممارسة العامة، وإنما يمثل انتقالًا نحو نموذج مهني أكثر تخصصًا يتيح توزيع الأدوار؛ وفق مستوى تعقيد الحالات، واحتياجاتها، ويعزز قدرة الاختصاصي الاجتماعي على تقديم تدخلات مبنية على المعرفة العلمية، والأدلة المهنية.

كما يسهم التخصص الدقيق في رفع مستوى التكامل بين أعضاء الفريق الصحي متعدد التخصصات؛ وذلك من خلال وجود ممارسين يمتلكون فهمًا أعمق للأبعاد الاجتماعية، والنفسية المرتبطة بالحالات الطبية المعقدة، وقادرين على الإسهام في القرارات العلاجية، وخطط الحماية، والرعاية المستمرة.

2- متطلبات تطوير التخصصات الدقيقة في الخدمة الاجتماعية الطبية:

يتطلب تطوير هذا المجال إنشاء منظومة مهنية متكاملة تشمل تصميم برامج تدريبية متقدمة، واستحداث دبلومات، وشهادات مهنية، وزمالات تخصصية معتمدة في مجالات الخدمة الاجتماعية الطبية ذات الأولوية، وينبغي أن تتضمن هذه البرامج تدريبًا تطبيقيًّا مكثفًا يرتبط بواقع الممارسة داخل المستشفيات، ومراكز الرعاية المتخصصة.

كما تتطلب هذه المنظومة تحديد الكفايات المهنية لكل مجال تخصصي، ووضع معايير واضحة للاعتماد، والتقييم، وربط التطوير المهني بالاحتياجات الفعلية للقطاع الصحي، ويشمل ذلك تعزيز مهارات التقييم السريري، والاجتماعي، وإدارة الحالات المعقدة، والتواصل مع الضحايا، والأسر، والعمل التكاملي مع الفرق الطبية، والجهات ذات العلاقة.

ومن شأن تطوير هذه المسارات أن يسهم في إعداد اختصاصيين اجتماعيين أكثر قدرة على التعامل مع الحالات الحساسة، والمعقدة، وتعزيز حماية الفئات الأكثر هشاشة، وتحسين جودة التدخلات المقدمة داخل المؤسسات الصحية، وترسيخ مكانة الخدمة الاجتماعية الطبية؛ بصفتها تخصصًا مهنيًّا فاعلًا في منظومة الرعاية الصحية المتكاملة.

تطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية في الواقع السعودي:

تمثل عملية تطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية مسارًا أساسيًّا لتعزيز فاعلية دور الاختصاصي الاجتماعي داخل منظومة الرعاية الصحية، والانتقال بها من تقديم التدخلات التقليدية إلى ممارسة أكثر تخصصًا تستند إلى الأدلة المهنية، وتستجيب للاحتياجات المتغيرة للمرضى، وأسرهم، ويتطلب ذلك توسيع مجالات التدخل، وتطوير الأدوات المهنية، وتعزيز التكامل مع بقية أعضاء الفريق الصحي؛ بما يحقق رعاية أكثر شمولًا تتمحور حول الإنسان.

ومن المجالات التي تستدعي تطويرًا أكبر توظيف برامج جماعات الدعم للمرضى (SUPPORT GROUPS)، ولاسيما في حالات الأمراض المزمنة، والأمراض التي ترتبط بارتفاع مستويات القلق، أو الاكتئاب، والضغوط النفسية، والاجتماعية، وتقوم هذه البرامج على تنظيم لقاءات مهنية تجمع المرضى الجدد مع مرضى لديهم خبرات سابقة في التكيف مع المرض، أو تجاوز مراحله الصعبة؛ بما يوفر بيئة داعمة تساعد على تبادل الخبرات، وتعزيز الشعور بالأمل، وتقليل العزلة النفسية، والاجتماعية، ورفع القدرة على التكيف مع متطلبات العلاج، وعلى الرغم من وجود بعض المبادرات الفردية التي يقودها المرضى، أو الأسر؛ فإنتطوير هذا المجال يتطلب تحويله إلى برامج مؤسسية منظمة تشرف عليها أقسام الخدمة الاجتماعية الصحية مع تأهيل الاختصاصيين الاجتماعيين على مهارات إدارة الجماعات العلاجية، والداعمة، وضمان ارتباطها بالأهداف العلاجية، والاجتماعية للمريض.

كما يمثل تعزيز دور الاختصاصي الاجتماعي في مجال التوعية بالحقوق الصحية أحد مسارات تطوير الممارسة المهنية؛ إذ لا يقتصر دوره على معالجة المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالمرض؛ بل يمتد إلى تمكين المرضى من معرفة حقوقهم، والخدمات المتاحة لهم، ومساعدتهم على اتخاذ قرارات أكثر وعيًا بشأن مسارات الرعاية المقدمة، وعلى الرغم من أن دليل سياسات أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية الصادر عن وزارة الصحة، وإجراءاتها يشير إلى أهمية هذا الدور؛ فإن الحاجة ما تزال قائمة إلى تعزيز التكامل بين الأدلة التنظيمية، ولوائح حقوق المرضى؛ بحيث يتم تحديد مسؤولية الاختصاصي الاجتماعي بصورة أكثر وضوحًا في مجال التثقيف بالحقوق الصحية، وتزويد المرضى بالمعلومات التي تمكنهم من المشاركة الفاعلة في القرارات المتعلقة برعايتهم.

وَيُعَدُّ تعزيزُ التكاملِ بين الاختصاصي الاجتماعي والاختصاصي النفسي أحد الجوانب المهمة في تطوير جودة التدخلات المقدمة للمرضى، خاصة أن كثيرًا من الحالات الصحية تتداخل فيها العوامل النفسية، والاجتماعية بصورة يصعب فصلها؛ ففي حين يركز الاختصاصي النفسي على تقييم الاضطرابات النفسية التي تتطلب تدخلًا تخصصيًّا، وعلاجها يمكن للاختصاصي الاجتماعي؛ وذلك بعد حصوله على التدريب المناسب في مجالات الدعم، والإرشاد النفسي الأولي أن يسهم في تقديم المساندة الاجتماعية، والنفسية، ورصد المؤشرات التي تستدعي الإحالة إلى المختصين النفسيين، ويسهم هذا التكامل في تعزيز كفاءة الفريق الصحي متعدد التخصصات، وتوفير استجابة أكثر شمولًا لاحتياجات المرضى، وتحسين استمرارية الرعاية، وجودتها.

ومن ثم؛ فإن تطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية يتطلب بناء بيئة مؤسسية داعمة للتخصص، وتوسيع نطاق الأدوار المهنية للاختصاصي الاجتماعي، وربطها باحتياجات المرضى الفعلية مع الاستثمار في التدريب المتخصص، وتطوير البرامج المهنية، وتعزيز العمل التكاملي بين مختلف التخصصات الصحية؛ بما يرسخ مكانة الخدمة الاجتماعية؛ بوصفها عنصرًا فاعلًا في تحقيق الرعاية الصحية المتكاملة.

نحو إطار وطني متكامل لتطوير الخدمة الاجتماعية الصحية:

يرتبط تطوير الخدمة الاجتماعية الصحية بالتحول نحو نموذج رعاية صحية متكامل يتمحور حول الإنسان، ويتوسع في الخدمات المجتمعية، والرقمية، ويعزز التكامل بين مستويات الرعاية المختلفة؛ بما يتطلب مواءمة الممارسة المهنية مع أطر التصنيف، والتطوير المهني، ومعايير الجودة الوطنية، وترسيخ الحوكمة المؤسسية، والارتقاء بجودة الخدمات، وكفاءة مخرجاتها.

1- الحوكمة، والتخطيط:

تبرز أهمية بناء إطار مؤسسي يقود تطوير الخدمة الاجتماعية الصحية؛ وذلك من خلال إنشاء أمانة تنفيذية وطنية دائمة تتولى تنسيق الأدوار بين الجهات ذات العلاقة، ومتابعة التنفيذ، ورفع التقارير الدورية، هذا إلى جانب إجراء مسح وطني للقوى العاملة، وبناء نموذج استشرافي للاحتياجات المستقبلية، واعتماد معايير وطنية للتوظيف، وتحديد عبء الحالات، وإقرار حوافز لاستقطاب الاختصاصيين، واستبقائهم في المناطق الأقل خدمة، وإخضاع البرامج التجريبية لتقييم مستقل قبل التوسع في تطبيقها.

2- نموذج الرعاية، والمسارات السريرية:

ثمة حاجة إلى تطوير نموذج متكامل للرعاية الاجتماعية الصحية؛ وذلك من خلال توسيع نطاق الخدمات؛ ليشملَ الرعايةَ الأولية، والمجتمعية، والمنزلية، والتأهيلية، وطويلة الأمد، والافتراضية، واعتماد أداة وطنية للكشف المبكر عن المحددات الاجتماعية للصحة، وإنشاء نظام وطني للفرز الاجتماعي السريري، واعتماد مسارات إلزامية للخروج الآمن للحالات ذات المخاطر الاجتماعية، وبناء شبكة إحالة متكاملة تربط القطاع الصحي بقطاعات الحماية الاجتماعية، والإسكان، والتعليم، والعمل، والعدل، والقطاع غير الربحي، هذا إلى جانب إدراج تقييم عبء مقدم الرعاية الأسري ضمن الخطة العلاجية، وتوحيد بروتوكولات حماية الأطفال، وكبار السن، وذوي الإعاقة، وضحايا العنف، والاستغلال، والإهمال، وضمان عدالة الوصول إلى الخدمة في جميع المناطق؛ وذلك من خلال الحلول الميدانية، والرقمية.

كما تبرز أهمية اعتماد إطار وطني للكفاءة الثقافية، والدينية في الخدمة الاجتماعية الصحية؛ بما يكفل مواءمة التقييم، والتواصل، والتدخلات المهنية مع القيم الدينية، والثقافية، واللغوية للمريض، وأسرته، وتطوير بروتوكولات تراعي السياق المحلي في إبلاغ الأخبار السيئة، والرعاية التلطيفية، ونهاية الحياة، والتعامل مع المرض المزمن، والإعاقة، والفقد مع قياس مدى التزام المنشآت الصحية بهذه الكفايات.

3- التنظيم المهني، وحماية الممارس:

تتزايد أهمية تعزيز الممارسة المهنية؛ وذلك من خلال بناء إطار وطني متدرج للكفايات المهنية يحدد متطلبات كل مستوى مهني، ويربطها بالصلاحيات السريرية، وإلزام المنشآت بتطبيق الإشراف السريري المستمر، وربط تجديد التسجيل المهني بملف للكفاءة المهنية، واعتماد مدونة وطنية لأخلاقيات الممارسة، وإنشاء برنامج للصحة المهنية لمعالجة الاحتراق النفسي، والصدمة الثانوية، والعنف الوظيفي، واعتماد معايير وطنية لمواقع التدريب السريري، ومدربيها مع توفير برامج تجسير لمعالجة فجوات الكفايات المهنية.

4- التحول الرقمي، والتمويل، والمعرفة:

يتعين العمل على تطوير مكوّن موحد للخدمة الاجتماعية الصحية؛ وذلك ضمن السجل الصحي الإلكتروني، ووضع إطار لحوكمة البيانات، واستخدامات الذكاء الاصطناعي، وتطوير نموذج تشغيلي لإدراج الخدمة الاجتماعية الصحية ضمن منافع التأمين الصحي، وتأسيس شبكة وطنية للبحوث، ومستودع للبيانات المنزوعة الهوية، وإدماج الخدمة الاجتماعية الصحية في خطط الكوارث، والأوبئة، والحوادث الجماعية، وإنشاء مسار لتأهيل القيادات، والتعاقب المهني، وتعزيز مشاركة اختصاصي الخدمة الاجتماعية الصحية في لجان الجودة، وسلامة المرضى، والأخلاقيات، والتخطيط.

التوصيات:

1- تطوير تدريب اختصاصي الخدمة الاجتماعية الصحي:

- إنشاء بورد سعودي للخدمة الاجتماعية الصحية يتضمن إقامة سريرية، وإشرافًا واختبارات وطنية.
- تطوير زمالات تخصصية في الصحة النفسية، والأورام، والرعاية التلطيفية، وكبار السن، وطب الأسرة (الأمراض المزمنة).
- تحديث المناهج الجامعية بالشراكة بين الجامعات والهيئة، والتجمعات الصحية، وزيادة التدريب السريري، والتعليم البيني.
- ربط الشهادات المهنية بمسميات، وصلاحيات، وترقيات، ودخل أعلى؛ وذلك وصولًا إلى تصنيف «استشاري خدمة اجتماعية صحية»
- يمكن الاستفادة في تطوير تدريب الاختصاصي الاجتماعي الصحي من منهجية دكام DACUM ؛ ليكون متخصصًافي أمراض معينة بذاتها ، وتعاون الجمعية السعودية للدراسات الاجتماعية في تصميم البرامج، والمناهج؛ بما يتناسب مع أحدث التطورات العلمية، والتقنية التي يحتاج لها الاختصاصي لمواكبة العصر.
- الجهة المسؤولة: هيئة التخصصات الصحية + مجلس شؤون الجامعات+ المستشفيات.

2- تطوير دليل وزارة الصحة لسياسات، وإجراءات أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؛ ليشملَ الآتي:

- إلزامية تفعيل دور الاختصاصي الاجتماعي الصحي في الفريق الطبي في كل المستشفيات الحكومية، والخاصة.
- تحديث توصيف وظيفة الاختصاصي الاجتماعي الصحي، وتحديد مهامه بدقة، وإعطاؤه مزيدًا من الصلاحيات، وحماية وقت الاختصاصي الاجتماعي الصحي من الأعمال الإدارية السكرتارية التي ليست له.
- إدماج الاختصاصي الاجتماعي الصحي في العمليات السريرية من بداية استقبال الحالة، واجتماعات الفريق المعالج.
- تحسين وضع الاختصاصي الاجتماعي الصحي الوظيفي.
- توسيع دور اختصاصي الخدمة الاجتماعية الصحي في الوقاية، وتعزيز الصحة العامة، وتعريف المرضى، وأسرهم بلائحة حقوق المرضى.

- تضمين الدليل بروتوكول لإبلاغ الأخبار السيئة لذوي المريض.
- تحويل مسمى الخدمة الاجتماعية في المستشفيات، والمراكز الصحية إلى مسمى (العيادات الاجتماعية، والنفسية المتخصصة) لتوسيع نطاق خدماتها الوقائية، والعلاجية.
- ربط الخدمة الاجتماعية الصحية بمعايير المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (سباهي)؛ وذلك بإدراج معايير تفصيلية للخدمة الاجتماعية الصحية.
- إعادة النظر في الهياكل التنظيمية، وخاصة مرجعية اختصاصي الخدمة الاجتماعية الصحي، وتوحيد مرجعية الفريق الطبي.
- استحداث إطار استرشادي يُكلَف بموجبه المتخصص الاجتماعي الصحي الأكثر تأهيلًا، وخبرة، ومهنية لأشد الحالات الطبية، وأكثرها، وأسرعها حاجة للتدخل مع تضمين هذا الإطار ما يضمن نقل المعرفة، وتحويل المعرفة الضمنية لدى الخبراء إلى معارف صريحة يمكن الإفادة منها، وتعزيز أساليب تعلّم الأقران، ونحو ذلك؛ مما يسهم في تطوير المسار المهني.
- إشراك المرضى، والأسر، والاختصاصي الاجتماعي الصحي في تصميم الخدمة، والتعديلات على الدليل.
- إجراء تقييم وطني لمدى تطبيق السياسات، والإجراءات لأقسام الخدمة الاجتماعية الصحية في المستشفيات الحكومية، والخاصة بشكل دوري.
- **الجهة المسؤولة**: وزارة الصحة+ الهيئة السعودية للتخصصات الطبية.

3- إدراج الخدمة الاجتماعية الصحية ضمن منافع التأمين الصحي لمن يحتاجها.

- **الجهة المسؤولة:** مجلس الضمان الصحي + هيئة التأمين.

4- قياس الأثر الاجتماعي، والعائد الاقتصادي لتدخل اختصاصي الخدمة الاجتماعية الصحي بمؤشرات نوعية، وبالإضافة إلى الكمية، مثل: تحسّن الالتزام العلاجي، وتخفيف عودة المريض للمستشفى، وتضمين الخطط السنوية للمستشفيات مؤشرات قياس نوعية إلى جانب مؤشرات القياس الكمية لتجويد الأداء.

- **الجهة المسؤولة**: المركز الوطني لقياس أداء الأجهزة العامة "أداء"+ وزارة الصحة.

5- استحداث فكرة مجموعات الدعم في المستشفيات يرأسها اختصاصي اجتماعي صحي متخصص، وقد يرافقه الاختصاصي النفسي.

- **الجهة المسؤولة:** وزارة الصحة.

6- إنشاء مسار منظم لدعم المرضى المزمنين، وكبار السن، وأسرهم من قبل الاختصاصي الاجتماعي الصحي.

- **الجهة المسؤولة:** وزارة الصحة.

7- تطوير الجمعيات السعودية المهنية لاختصاصيي الخدمة الاجتماعية الصحية؛ وذلك حسب معايير الاتحاد الدولي للاختصاصيين الاجتماعيين تمهيدًا للانضمام للاتحاد.

- **الجهة المسؤولة:** وزارة الموارد البشرية + التنمية الاجتماعية + المركز الوطني للقطاع غير الربحي.

8- تفعيل متابعة جميع المستشفيات في المملكة للتأكد من التزامها بضرورة وجود إدارة للخدمة الاجتماعية بها، ووجود فريق متخصص للحماية من العنف.

- **الجهة المسؤولة:** وزارة الصحة + إدارة الالتزام.

9- تطوير الخدمة الاجتماعية الصحية:

- إدراج مسار للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في المناهج الجامعية.
- اعتماد تدريب سريري إلزامي تحت إشراف متخصصين.
- استحداث اختبار مهني، أو شهادة اعتماد لممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية.
- إلزام الأخصائيين بالتطوير المهني المستمر للحفاظ على الاعتماد.
- **الجهة المسؤولة:** وزارة الصحة + مجلس شؤون الجامعات.

10- توصية إجمالية: تشكيل لجنة وطنية مشتركة من وزارة الصحة، والهيئة السعودية للتخصصات الصحية، ومجلس الضمان الصحي، والمركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، والتجمعات الصحية، والجامعات، والجمعيات المهنية؛ وذلك لإعداد خطة تنفيذية زمنية لتطوير الخدمة الاجتماعية الصحية تشمل توصيف المهنة، ونطاق ممارستها، وتطوير التأهيل، والتصنيف، وإلزامية المشاركة في الفرق العلاجية، وحماية الممارس من الأعمال غير التخصصية، وبناء مؤشرات تقيس النتائج الصحية، والاجتماعية، والاقتصادية مع تطبيق تجريبي في عدد من التجمعات الصحية قبل التوسع الوطني.

الجهات المعنية بالتوصيات:

1- وزارة الصحة.
2- الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
3- مجلس شؤون الجامعات.
4- المستشفيات، والمنشآت الصحية.
5- مجلس الضمان الصحي.
6- هيئة التأمين.
7- المركز الوطني لقياس أداء الأجهزة العامة «أداء».
8- وزارة الموارد البشرية، والتنمية الاجتماعية.
9- المركز الوطني لتنمية القطاع غير الربحي.
10- إدارات الالتزام في وزارة الصحة.

- **المصادر والمراجع**

- Engel, G.L. (1977) 'The need for a new medical model: A challenge for biomedicine', Science, 196(4286), pp. 129-136. doi:10.1126/science.847460.
- National Association of Social Workers (2016) NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- وزارة الصحة السعودية (2016م) دليل سياسات، وإجراءات الخدمة الاجتماعية الطبية. الرياض: وزارة الصحة.
- الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2024م) متطلبات التصنيف، والتسجيل المهني للممارسين الصحيين. الرياض: الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
- وزارة الصحة السعودية (2025م) الكتاب الإحصائي السنوي لعام 2024م. الرياض: وزارة الصحة.
- وزارة الصحة السعودية (2025م) الكتاب الإحصائي السنوي لعام 2024م. الرياض: وزارة الصحة.
- الهيئة العامة للإحصاء (2024م) إحصاءات المنشآت، والقوى العاملة الصحية 2024م. الرياض: الهيئة العامة للإحصاء.
- الهيئة العامة للإحصاء (2024م) نشرة إحصاءات الحالة الصحية 2024م. الرياض: الهيئة العامة للإحصاء.
- الهيئة العامة للإحصاء (2025م) إحصاءات كبار السن 2025م. الرياض: الهيئة العامة للإحصاء.
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D. and Rosenthal, R.A. (1964) Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity. New York: Wiley.
- Biddle, B.J. (1986) 'Recent developments in role theory', Annual Review of Sociology, 12, pp. 67–92.
- Albrithen, A. and Yalli, N. (2013) 'A discussion of professional issues of hospital social workers in Saudi Arabia', Social Work in Health Care, 52(1), pp. 20–42. doi:10.1080/00981389.2012.728559.
- Albrithen, A. and Yalli, N. (2015) 'Hospital social workers in Saudi Arabia: Characteristics and functions', Social Work in Health Care, 54(2), pp. 158–176. doi:10.1080/00981389.2014.972532.
- Albrithen, A. and Yalli, N. (2016) 'Social workers: Peer interaction and hospital integration', International Social Work, 59(1), pp. 129–140. doi:10.1177/0020872815594859.
- Albrithen, A. and Yalli, N. (2023) 'Organisational contextual aspects among medical social workers in healthcare in Saudi Arabia', Frontiers in Psychology, 14, Article 1196593. doi:10.3389/fpsyg.2023.1196593.
- Althumali, N. (2021) Culture and Medical Social Work Practice in Saudi Arabia. PhD thesis. Nottingham Trent University.
- Muathen, S.H. (2022) Stress Factors and Coping Mechanisms in Health Social Workers' Workplaces: An Exploratory Study in Saudi Arabian Western Province Hospitals. PhD thesis. University of Hertfordshire.
- World Health Organization (2016) Framework on Integrated, People-Centred Health Services. Geneva: World Health Organization.
- Social Care Institute for Excellence (2022) Multidisciplinary Teams Working for Integrated Care. London: Social Care Institute for Excellence.

- العنزي صالح بن هليل. (2023م). واقع الممارسة المهنية الرقمية للأخصائيين الاجتماعيين - دراسة تطبيقية على العاملين في المؤسسات الطبية الحكومية بمدينة الرياض. مجلة البحوث، والدراسات الاجتماعية, 3(2).
- الأيوبي، أحمد. (د.ت). التصنيف الدولي للأمراض - المراجعة العاشرة (ICD-10)، النسخة السريرية المعدلة (ICD-10-CM).
- الرخيص، عبدالله بن إبراهيم. (19 مايو - 2026م). إصلاح أدوات الإصلاح: مراجعة لتضخم ظاهرة مؤشرات الأداء KPIs من قياس الأداء إلى الأداء من أجل القياس. مقال رأي عام، برنامج مراكز التفكير الإستراتيجي.
- البريثن، عبد العزيز بن عبد الله. (2008م). محكات قياس فاعلية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية؛ باستخدام المنهج الكيفي. Journal of Human Sciences، 19 (2) ، 33-48.
- البريثن، عبد العزيز بن عبد الله. (2016م). الفجوة بين النظرية والممارسة في الخدمة الاجتماعية. مجلة العلوم الإنسانية، 2016(27)، 46–71.
- البريثن، عبد العزيز بن عبد الله. (2020م). الرضا الوظيفي لدى الاختصاصيين الاجتماعيين العاملين في المجال الطبي بمنطقة مكة المكرمة. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 32، 1-39.
- الحجي، إبراهيم بن محمد. (د.ت). قياس فاعلية مؤشرات أداء الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة الصحة السعودية.
- الفهيدي، محمد عبيد عياد. (2012م). تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية في الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الاختصاصيين الاجتماعيين، والمرضى. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- القرني، عبد الله عبد الرحمن، والعمري، عبد الرحمن عبد الله. (2024م). طرق تفعيل الدور المهني للأخصائي اجتماعي في القطاع الطبي - دراسة تطبيقية على الاختصاصيين الاجتماعيين بالمستشفيات الحكومية بمحافظة جدة. مجلة العلوم الإنسانية، والاجتماعية، 8(5)، 34-55.
- نهشل، مها بنت محمد أحمد. (2024م). التحديات التي تواجه الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي في المملكة العربية السعودية - دراسة كيفية على الاختصاصيين الاجتماعيين. مجلة العلوم الاجتماعية، 52(2)، 79-120.
- المجلس الصحي السعودي. (2025م). آلية التعامل مع حالات العنف، والإيذاء، والإهمال في المنشآت الصحية. المجلس الصحي السعودي، المملكة العربية السعودية.
- وزارة الصحة. (2022م). دليل السياسات، والإجراءات لأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية. الإصدار الأول. ، https://www.moh.gov.sa/portal/whatsnew/pages/whatsnew-2016-06-14-001.aspx
- وزارة الصحة. (د.ت). حقوق المرضى من وزارة الصحة السعودية. https://www.moh.gov.sa/awarenessplateform/Patientsrights/Documents/%D8%AD%D9%82%D9%88%D9%82%20%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D8%B6%D9%89-.pdf
- Albie Haven. (2025). The Role of Social Workers in the UK Healthcare System: Key Insights! https://uk.hfonline.org/the-role-of-social-workers-in-the-uk-healthcare-system/
- Phillips C, Deacon L and Burrows D (2024) Social work in NHS hospitals: Opportunities and challenges. Birmingham: BASW.

المشاركون

- **الورقة الرئيسة:** د. محمد الملحم
- **التعقيب الأول:** د. صالح الأنصاري
- **التعقيب الثاني:** د. أحمد الأيوبي
- **التعقيب الثالث** - د. تغريد سمان
- **إدارة الحوار:** د. وفاء طيبة
- **المشاركون بالحوار والمناقشة***
- أ.د. أحمد الخطيب
- أ. أحمد المحيميد
- د. خالد بن دهيش
- د. خالد الرديعان
- د. سعيد بن مزهر
- أ. سمها الغامدي
- أ. عبد الرحمن باسلم
- أ.د. عبد العزيز العثمان
- د. عبد الله البريدي
- م. عبد الله الرخيص
- د. عبد الله العمري
- أ.د. عبد الله الغفيص
- د. عبد الله المهنا
- د. عفاف الأنسي
- د. فادية البحيران
- أ. فائزة العجروش
- د. فهد اليحيى
- د. لمياء البراهيم
- أ. محمد الأسمري
- د. محمد سالم العيسى
- د. منيرة الدريويش
- د. مها العيدان
- أ.د. مها المنيف
- د. هناء المسلط
- أ. د. هند خليفة

*ترتيب الأسماء حسب الحروف الأبجدية

ملتـقى أسبـار

Asbar Council

(نادي تفكير)

تأسس الملتقى في 28 يونيو 2015م

@MultaqaAsbar

@Multaqa_Asbar

https://cutt.us/U0nnC

00966114624229

www.asbar.com