

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة نايف العربية للعلوم الامنية
كلية الدراسات العليا
قسم العلوم الاجتماعية

تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين
(دراسة مسحية في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية)

رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير
في العلوم الاجتماعية تخصص تأهيل ورعاية اجتماعية

اعداد الطالب:
عمر بن علي بن عبد الله العجلاني

إشراف الدكتور :
أحسن مبارك طالب

الرياض
١٤٢٦هـ - ٢٠٠٥م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

Naif Arab University For Security Sciences



كلية الدراسات العليا

()

:

□ □

:

:

· :

:

· -

· -

· -

-

/ /

/ /

:

:

تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية.

:

- ١- الاهتمام المتزايد بالممارسات المهنية للخدمة الاجتماعية داخل المجتمع السعودي وأهميتها للتصدي للكثير من المشكلات والظواهر السلبية التي تظهر كل فترة من الزمن بعد كل مجموعة من المتغيرات المتلاحقة السريعة ،
- ٢- التطور السريع والتقدم في مجالات البحث العلمي والخدمة الاجتماعية داخل مجالاتها المتعددة والتحديات الجديدة سواء على المستوى العلمي و الحاجة إلى تقييم الأداء القائم والعمل تقويمه .

- ١- الوقوف على طبيعة ومستوى درجات المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية على مقياس المهارات المهنية.
- ٢- معرفة العلاقة بين سنوات الخبرة في مجال الصحة النفسية ودرجاتي الأخصائيين الاجتماعيين على مقياس المهارات المهنية.
- ٣- معرفة العلاقة بين العمر والمهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية .
- ٤- معرفة ما إذا كان هناك فروق بين درجة المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية.

/

- ١- ما هي مستويات درجة المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية على مقياس المهارات المهنية.
- ٢- ما هو مستوى العلاقة بين سنوات الخبرة في مجال الصحة النفسية ودرجاتي الأخصائيين الاجتماعيين على مقياس المهارات المهنية.
- ٣- ما هو مستوى العلاقة بين العمر والمهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية
- ٤- هل هناك فروق بين درجة المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية.

المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو منهج المسح الاجتماعي والذي يعد من أنسب المناهج لمثل هذه الدراسة ، ويقصد بمنهج المسح الاجتماعي هو الدراسة العلمية لظروف المجتمع وحاجاته بقصد تقديم برنامج إنشائي للإصلاح الاجتماعي وكما يعرف بأن دراسة للظروف الاجتماعية التي تؤثر في مجتمع معين ، سواء كان مجتمع الجيرة أو القرية أو المقاطعة أو الدولة أو الأمة بقصد الحصول على بيانات ومعلومات كافية يمكن الاستفادة بها في وضع وتنفيذ مشروعات إنشائية للإصلاح الاجتماعي .

- أشارت البيانات إلى أن أفراد المجتمع المدروس يملكون غالباً المهارات التأثيرية في التعامل مع المرضى.
- تبين أن أفراد المجتمع المدروس تتوفر لديهم غالباً مهارات العلاقات الإنسانية في التعامل مع المرضى.
- كلما زادت الخبرة كلما كان زادت القناعة بتوفر المهارات المعرفية ومهارات العلاقات الإنسانية ومهارات تفهم الدور و توفر المهارات الإدراكية بينما تبين انه كلما زادت الخبرة كلما قلت القناعة بتوفر المهارات التأثيرية.
- أشارت البيانات إلى أن أفراد المجتمع المدروس غالباً ما يملكون مهارات تفهم الدور في التعامل مع المرضى.
- أشارت البيانات إلى أن أفراد المجتمع المدروس يملكون غالباً المهارات الإدراكية في التعامل مع المرضى.
- تبين من أن المتخصصين في الخدمة الاجتماعية أكثر إدراكا من المتخصصين في علم الاجتماع للمهارات المعرفية ومهارات العلاقات الإنسانية ومهارات تفهم الدور والمهارات الإدراكية والتأثيرية.
- كلما ارتفع العمر كلما كان زادت القناعة بتوفر المهارات المعرفية و مهارات العلاقات الإنسانية ومهارات تفهم الدور و توفر المهارات الإدراكية بينما تبين انه كلما زاد العمر و كلما قلت القناعة بتوفر المهارات التأثيرية.
- أشارت البيانات إلى أن أفراد المجتمع المدروس يرون أنفسهم غالباً ما يمتلكون المهارات المعرفية في التعامل مع المرضى.
- تبين من أن الإناث أكثر إدراكا من الذكور في المهارات المعرفية ومهارات العلاقات الإنسانية ومهارات تفهم الدور والمهارات الإدراكية بينما تبين أن الذكور كانوا أكثر إدراكا للمهارات التأثيرية من الإناث .



()

Department: Social Sciences

Specialization: Rehabilitation and Social Care

THESIS ABSTRACT □ MA □ PH.D

Thesis Title: Evaluation of the technical skills of social specialists
A Survey Study in Psychological Health Hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia

Prepared by: Omar Bin Ali Bin Abdullah El-Aglani

Supervisor: Dr. Ahsan Moubark Talib

Thesis Defence Committee:

- . Dr. Ahsan Moubark Talib Supervisor and Reporter
- . Dr. Saleh Bin Romih Al-Romih Member
- . Dr. Moan Khalil Al-Omr Member

Defence Date: / / H – / /

Research Problem: Evaluation of the technical skills of social specialists who are working in the field of Psychological Health.

Research Importance:

-) The increased importance of social services technical procedures inside the Saudi community and its importance in the field of resisting many problems and negative influences which appear every period of time after each set of fast consequent changes
-) The rapid development and improvement through scientific research fields and social services inside its various activities and the new challenges on the scientific level and the need of evaluating and improving the current performance

Research Objectives:

-) Stating the nature and degree level of the technical skills of social specialists who are working in the field of psychological health
-) Defining the relation between the number of years of experience in the field of psychological health and the grades of social specialists concerning the technical skills
-) Defining the relation between age and the technical skills of social specialists who are working in the field of psychological health
-) Stating if there are any differences between the grades of technical skills of social specialists who are working in the field of psychological health

Research Hypotheses / Questions:

-) What are the grades of technical skills of social specialists who are working in the field of psychological health?
-) What are the level of relation between the number of years of experience in the field of psychological health and the grades of social specialists concerning the technical skills?
-) What are the level of relation between age and the technical skills of social specialists who are working in the field of psychological?
-) Are there any differences between the grades of technical skills of social specialists who are working in the field of psychological health?

Research Methodology:

The methodology that is using in this research is social survey, which considers the fittest methodology for such research. The social survey methodology means the practical research of community circumstances and requirements for the sake of providing a social refinement program. In addition, it means a research of the social circumstances that affect in a certain community either it was rural, district, country or nation community for the sake of collecting enough data and information that can be useful in setting and executing social refinements projects.

Mail Results:

- All data refers to the fact that individuals, who had been studied under the research, often have influential skills in dealing with patients
- Proving that individuals, who had been studied under the research, often have human relations skills in dealing with patients
- As long as experience increase, the opportunities of providing knowledge, human relations, roles understanding and conscious skills increase. However, as long as experience increase, the opportunities of providing influential skills decrease
- Proving that individuals, who had been studied under the research, often do not have roles understanding skills in dealing with patients
- Proving that individuals, who had been studied under the research, often do not have awareness skills in dealing with patients
- Proving that social services specialists are more aware than sociology science specialist in the field of knowledge, human relations, roles understanding, influential and awareness skills.
- As long as age increase, the opportunities of providing knowledge, human relations, roles understanding and awareness skills increase. However, as long as age increase, the opportunities of providing influential skills decrease.
- Proving that individuals, who had been studied under the research, often do not have knowledge skills in dealing with patients
- Proving that females are more conscious than males in the field of providing knowledge, human relations, roles understanding and awareness skills. However, males are more conscious than females in the field of providing influential skills.

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
أ - ب	فهرس الموضوعات .
ج	فهرس الجداول .
-	الإهداء .
-	الشكر والتقدير .
٢	الفصل الأول : مدخل الدراسة .
٢	مقدمة .
٤	مشكلة الدراسة .
٦	تساؤلات الدراسة .
٦	أهداف الدراسة .
٧	أهمية الدراسة .
٧	مفاهيم الدراسة .
١٢	الفصل الثاني : الإطار النظري
١٢	أولاً : التقييم كمنهج علمي
١٣	١-١ مقدمة .
١٤	٢-١ التعريف بالتقييم ومتطلباته البحثية .
١٩	٣-١ أهداف التقييم .
٢٢	٤-١ مبادئ التقييم وخطواته .
٢٩	تعقيب على الفصل الأول
٣١	ثانياً : المهارات المهنية
٣٢	١-٢ مقدمة
٣٤	٢-٢ التعريف بمفهوم المهارة في خدمة الفرد .
٣٩	٣-٢ المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين .
٤١	٤-٢ المهارات المهنية محور عملية التقييم .
٤٤	ثالثاً : الأخصائي الاجتماعي
٤٥	١-٣ مقدمة .
٤٨	٢-٣ الهوية المهنية عند الأخصائي الاجتماعي .
٥٦	٣-٣ مراحل التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي .
٥٧	١-٣-٣ المرحلة الأولية .
٦٧	٢-٣-٣ مرحلة استمرار العمل .
٦٩	٣-٣-٣ المرحلة النهائية .
٧٣	٤-٣ الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي .
٧٤	١-٤-٣ الدافعية لدى المريض ودور الأخصائي الاجتماعي كمحرك .
٧٥	٢-٤-٣ خطوات عملية حل المشكلة ودور الأخصائي الاجتماعي كمعلم ومدرّب ووسيط .
٧٦	٣-٤-٣ التحكم في المشاعر المؤلمة ودور الأخصائي الاجتماعي كمساعد ومنظم .
٧٨	٤-٤-٣ التوجيه الشخصي للمريض ودور الأخصائي الاجتماعي كموجه .
٨١	الفصل الثالث : الدراسات السابقة
٨٢	أولاً : الدراسات السابقة .
٨٥	ثانياً : الاختلاف والتشابه بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية .
٨٧	الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية
٨٨	أولاً : منهج الدراسة .
٨٨	ثانياً : مجتمع الدراسة .

رقم الصفحة	الموضوع
٨٩	ثالثاً : أداة الدراسة .
٩٠	رابعاً: صدق وثبات أداة الدراسة .
٩١	خامساً : مجالات الدراسة .
٩٢	سادساً : الأدوات الإحصائية .
٩٣	الفصل الخامس : تحليل ونتائج وتوصيات الدراسة
٩٤	تحليل الدراسة .
١٢١	نتائج الدراسة .
١٢٣	ملخص الدراسة
١٢٥	توصيات الدراسة .
١٢٦	قائمة المراجع
-	الملاحق
-	- ملحق رقم (١) قائمة بأسماء المحكمين .
-	- ملحق رقم (٢) استبانة الدراسة قبل التحكيم .
-	-ملحق رقم (٣) استبانة الدراسة بعد التحكيم .
-	- ملحق رقم (٤) خطابات التطبيق والموافقة .
-	- ملحق رقم (٥) إحصاءات وبيانات الدراسة .

فهرس الجداول

رقم الصفحة	الموضوع
٩٤	جدول رقم (١) يوضح النسب والتكرارات لتوزيع مجتمع الدراسة حسب الخصائص الشخصية .
٩٦	جدول رقم (٢) يوضح النسب والتكرارات لتوزيع مجتمع الدراسة حسب الخصائص المهنية .
٩٨	جدول رقم (٣) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب والتكرارات والمهارات المعرفية .
١٠١	جدول رقم (٤) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب والتكرارات لمهارات العلاقات الإنسانية .
١٠٤	جدول رقم (٥) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب والتكرارات لمهارات تفهم الدور .
١٠٨	جدول رقم (٦) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب والتكرارات للمهارات الإدراكية .
١١٠	جدول رقم (٧) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب والتكرارات للمهارات التأثيرية .
١١٢	جدول رقم (٨) يوضح معامل ارتباط " بيرسون " بين المهارات المهنية المعرفية والعلاقات الإنسانية وتفهم الدور والإدراكية والتأثيرية ومتغير الخبرة .
١١٤	جدول رقم (٩) يوضح معامل ارتباط " بيرسون " بين المهارات المهنية والمعرفية والعلاقات الإنسانية وتفهم الدور والإدراكية والتأثيرية ومتغير العمر .
١١٦	جدول رقم (١٠) يوضح ترتيب المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابات حول المهارات المهنية والجنس .
١١٨	جدول رقم (١١) يوضح ترتيب المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابات حول المهارات المهنية والتخصص .

إهداء

إلى روح والدي الطاهرة

إلى والدتي أطال الله في عمرها

إلى عمي العزيز

شكر وتقدير

يود الباحث أن يوجه شكره وتقديره إلى رئيس قسم العلوم الاجتماعية الدكتور / أحسن مبارك طالب والذي استفاد منه الباحث الكثير .

وإلى كافة أعضاء هيئة التدريس في جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية على جهودهم الطيبة والمثمرة .

كما أشكر كل من قدم مساعدة وخدمة سواء بالرأي أو المشورة أو بالدعاء من أجل إتمام هذه الدراسة .

الباحث

الفصل الأول مدخل الدراسة

- أولا : مقدمة .
- ثانيا : مشكلة الدراسة .
- ثالثا : تساؤلات الدراسة .
- رابعا : أهداف الدراسة .
- خامسا : أهمية الدراسة .
- سادسا : مفاهيم الدراسة .

الفصل الأول مدخل الدراسة

أولاً : مقدمة:

تجتاز المملكة العربية السعودية في الوقت الحاضر مرحلة متميزة من مراحل التغيير الاجتماعي الذي شمل كل قطاعاتها الاجتماعية ، بعد أن سعت خلال السنوات الماضية في محاولة استكمال البنية التحتية من أجل خدمة مواطنيها والارتقاء بهم والعمل على تحقيق أعلى مستوى من مستويات الخدمة لمواطنيها. وكان من الطبيعي أن يرافق ذلك بعض التغييرات المتلاحقة والتطورات الكبيرة وزيادة المدنية والعمل على التصنيع والتحرك بالمجتمع في كافة الاتجاهات خاصة وقد انطلقت حكومة خادم الحرمين الشريفين في سباق مع الزمن نحو تحقيق التغيير في كل جزء من أجزاء المجتمع ومن أجل صالح المواطن السعودي ، سواء كان هذا التغيير اجتماعي أو مادي أو ثقافي أو صناعي ، وعلى الرغم من أهمية كل ما سبق ، فإن العصر بتطوراته ومدنيته وحضارته يسبب العديد من السلبات أو الجوانب الانحرافية ، ليس على نطاق المملكة فحسب بل ولكن على مستوى العالم أيضا . فظهرت الاضطرابات النفسية ومع زيادتها وزيادة عدد المصابين بها ، أقيمت العديد من المصحات النفسية لتقديم العلاج لهم . ولم تكن المملكة غافلة عن هذا بل سعت في العمل على رعاية مرضاها بكافة أنواع الرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية الممكنة ، وسارعت إلى تقديم أوجه الرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية الممكنة ، وسارعت إلى تقديم أوجه الرعاية للفئات الأخرى للوقاية من إصابة العديد من الناس في كافة أنحاء المملكة وخاصة المعرضين منهم ، وتعد الأمراض النفسية والاضطرابات النفسية من الأمور التي أولتها المملكة أهميتها حيث سارعت المملكة بالعمل على إقامة مؤسسات

الصحة النفسية وإقامة العديد من الأقسام داخل المستشفيات لتعالج الأمراض النفسية لاحتواء هذا النوع من الأمراض ومحاولة العمل على مواجهتها وقد قامت بإعداد التخصصات القادرة على العمل في تلك المؤسسات حتى يمكنها العمل بكفاءة عالية وقد اعتمدت في ذلك على سواعد أبنائها ، فخرجت العديد من المتخصصين من الجامعات السعودية للعمل في هذا الحقل وكان من بين التخصصات تخصص الخدمة الاجتماعية التي استعانت به في محاولة منها لاستكمال دائرة العلاج النفسي بالعلاج الاجتماعي على يد العديد من الأخصائيين العاملين في هذا المجال .

ولم تكتفِ بالعمل في هذا المجال فقط بل قامت بمحاولة الارتقاء بالعاملين في هذا المجال من خلال الندوات والمحاضرات والدورات التدريبية لإكسابهم مزيد من الخبرات والمهارات وصقل ما لديهم منها ، حتى يمكنهم تحقيق الأدوار التي يقومون بها بفعالية أكثر مما يساعد على تحقيق الأهداف المهنية التي أدخلت فيها الخدمة الاجتماعية (المجال الخدمي الاجتماعي) .. وتهتم الخدمة الاجتماعية بطرقها المتعددة بالعمل مع الأفراد والجماعات والمجتمعات بهدف توفير فرص النمو المختلفة التي يمكن أن يكتسب من خلالها الخصائص الاجتماعية التي تساعد على تحقيق التغيير الاجتماعي المرغوب في المجتمعات التي ينتمون إليها «وقد أوضح روث Ruth أن الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بطرقها المختلفة تتركز على كل من العمليات والمهارة وقد أظهر أن هذه العمليات تنتج من خلال الممارسة لكل طريقة ، تؤدي الممارسة إلى تكوين عمليات خاصة بكل طريقة ، في حين أن المهارة تظهر من خلال التمكن من الأداء الناتج من استيعاب الأخصائي الاجتماعي للمعارف العملية وقدراته على استخدام إحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية وتكاملها معاً» (إبراهيم ، ١٩٨٣ : ٢٤) . ولذلك سوف يقوم الباحث بالعمل على تحديد المهارات

المهنية التي يمكن العمل بها في مجال الصحة النفسية ، ثم يقوم بالعمل على محاولة تقييمها

ثانياً : مشكلة الدراسة :

تتكامل طرق مهنة الخدمة الاجتماعية (خدمة الفرد - خدمة الجماعة - تنظيم المجتمع) حتى يتحقق الهدف من ممارستها وهو قيام الفرد والجماعة والتنظيم بأدوارهم ووظائفهم الاجتماعية من خلال مساعدتهم على مواجهة مشكلات وإشباع حاجاتهم المتنوعة وحينما يقوم الأخصائي الاجتماعي بدوره داخل المؤسسات والتنظيمات الحكومية والأهلية فإنه هنا يتعامل مع الموقف فقد يعمل مع عميل في مشكلة أو يعمل مع جماعة أو يعمل مع تنظيم وفي هذه الحالات والمواقف فإن على الأخصائي الاجتماعي بما لديه من تراث نظري ومعارف بجانب خبرته العملية في الممارسة أن يتعامل مع مثل هذه المواقف (عبد الحي ، ١٩٩٩).

ومن المعروف في الإعداد المهني أن التحصيل واكتساب الخبرات والمهارات تتحقق الفائدة منه لو استند إلى الاستعداد الشخصي بالنسبة للمهنة التي يريد الإنسان أن يهيئ نفسه لممارستها والتي ترفع من كفاءته في أدائه لخدمة الآخرين بعد التزود بقسط كاف من المعرفة والتدريب في مجال التخصص نفسه حتى يكون معدا للقيام بأعباء وأعمال مهنية .

وبما أنها تعتبر جهوداً مهنية ، إذن يتوجب على من يقوم بها أن يكون متخصصاً في الخدمة الاجتماعية ، وينال من التدريب قسطاً وافراً حتى يتمكن من أن يفهم ويقدر إمكانات المريض والتعرف على قدراته وحدوده في أداء دوره المجتمعي في ظل الضغوط الناجمة عن المرض أو الإعاقة أو حتى العجز . وحتى يتمكن الأخصائي أيضاً من أن يقوم بدوره

التشخيصي والعلاجي من خلال الفريق المعالج ، واقتراحه لحل المشكلات ومتابعة تنفيذ هذه الحلول من خلال منظوره الاجتماعي النفسي والتي تهدف أخيرا إلى تكيف الشخص المريض مع مرضه وظروف هذا المرض ما أمكن ويقتضي من الأخصائي الاجتماعي أن يعمل عمل ضمن فريق يضم الطبيب المعالج، والأخصائي النفسي والمرشد النفسي . لذا يتطلب من الأخصائي الاجتماعي القدرة والمهارة الكافيتين للتعامل مع الاختصاصات سألقة الذكر ، ولهذا فإن أداء الممارسة والقيام بالمهارات المتعددة ضرورة من ضروريات العمل المهني ، ولما كان هذا الأداء ليس بالضرورة في كل الأحوال أن يصل للمستوى اللائق ، كما أنه قد يقف في سبيل تحقيقه العديد والعديد من الصعوبات التي قد يكون منها ضعف مستوى أداء المهارة ، مما يقلل من فاعلية أداء الممارسة مما يكون له تأثير سلبي على الأداء وتحقيق الأهداف المرغوبة في عمليات تحقيق الممارسة المهنية .

من هذا المنطلق تظهر ضرورة العمل على تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين حتى يمكن التأكد من أن الأهداف المسطرة هي نفسها وكذلك التأكد من مستوى أداء الأخصائيين الاجتماعيين ومن ثم يمكن التأكد من مدى الأداء بالفاعلية والكفاءة المطلوبة.

ومن ثم يمكن تحديد مشكلة البحث في العمل على تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية.

ثالثاً : تساؤلات الدراسة :

- ١- ما هي مستويات درجة المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية على مقياس المهارات المهنية.
- ٢- ما هو مستوى العلاقة بين سنوات الخبرة في مجال الصحة النفسية ودرجاتي الأخصائيين الاجتماعيين على مقياس المهارات المهنية.
- ٣- ما هو مستوى العلاقة بين العمر والمهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية .
- ٤- هل هناك فروق بين درجة المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية.

رابعاً : أهداف الدراسة :

- ١- الوقوف على طبيعة ومستوى درجات المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية على مقياس المهارات المهنية.
- ٢- معرفة العلاقة بين سنوات الخبرة في مجال الصحة النفسية ودرجاتي الأخصائيين الاجتماعيين على مقياس المهارات المهنية.
- ٣- معرفة العلاقة بين العمر والمهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية .
- ٤- معرفة ما إذا كان هناك فروق بين درجة المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية.

خامساً : أهمية الدراسة :

يمكن إرجاع أهمية الدراسة إلى العديد من الجوانب والتي منها :

١- الاهتمام المتزايد بالممارسات المهنية للخدمة الاجتماعية داخل المجتمع السعودي والاعتراف المجتمعي بها وأهميتها للتصدي للكثير من المشكلات والظواهر السلبية التي تظهر كل فترة من الزمن بعد كل مجموعة من المتغيرات المتلاحقة السريعة ، ومحاولة الارتقاء بها من خلال العمل على تجديد عملياتها وكذلك المهارات التي تكون لها القدرة على القيام بها وإنجاز أهدافها بفعالية وكفاءة (Efficiency Effectiveness) .

٢- التطور السريع والتقدم في مجالات البحث العلمي والخدمة الاجتماعية داخل مجالاتها المتعددة والتحديات الجديدة سواء على المستوى العلمي أو على مستوى التغيرات المتلاحقة داخل المجتمع السعودي مما ينبهنا إلى ضرورة تحقيق مستوى مهاري عالي من خلال تقييم الأداء القائم والعمل على تقويمه .

سادساً : مفاهيم الدراسة :

المفهوم الأول: التقييم (Evaluation)

ويعرف معجم وبستر التقييم بأنه « تحديد قيمة أو كم الشيء والتعبير عنه عددياً» كما يعرفه الجوهري « بأنه عملية تشخيصية وعلاجية وهو منهج وعملية مستمرة لها مستويات مختلفة ومعاييرها ومبادئها » .

أما معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية فيحدده « بأنه عملية تقدير الشيء أو كميته بالنسبة إلى معايير محددة أو مدى التوافق بين فكرة وعمل وبين قيم سائدة» . (أحمد ،

١٩٧٧ : ٣٨٧) .

ويقصد الباحث في هذه الدراسة بالتقييم: الوقوف على درجة تحقيق أهداف الخدمة الاجتماعية من خلال ممارسة الأخصائي الاجتماعي لعمله أو تحديد مستوى الأداء أو الذي يمكن تحديده بأنه مستوى المهارة في الأداء.

المفهوم الثاني: المهارات (Skills)

المهارة بصفة عامة هي «القدرة على القيام بالأعمال المعقدة بسهولة ودقة مع القدرة على تكييف الأداء للظروف المتغيرة وهناك درجات مختلفة للمهارة يمكن التعرف عليها عن طريق اختبارات المهارة التي من خلالها يمكن معرفة مدى اكتساب المهارات اللازمة لممارسة مهنة معينة». (أحمد ، ١٩٧٧ : ٣٨٧)

وتعرف هذه المهارة بأنها " العمليات المختلفة التي يمكن للفرد عن طريقها الحكم موضوعيا على المتغيرات وإمكانية التأثير فيها " (Payne, Malcom, ١٩٩٩: ٤٤). لذلك فالمهارات هي القدرات الضرورية لقيام الأفراد بالسلوك الاجتماعي الواضح ليؤدي عمله بصورة أفضل .

المفهوم الثالث : المهارات المهنية

« هي قدرة الشخص على إحداث التغييرات والتأثيرات المرغوبة في الآخرين والقدرة على إقامة تفاعل اجتماعي ناجح معهم ومواصلة هذا التفاعل». (ماجد ، ١٩٨٦ : ٨٧) وهناك من يعرفها بأنها « حصيلة الفرد من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية والتي بواسطتها يستطيع التأثير في استجابات الآخرين وتعمل هذه الحصيلة كميكانيزم يؤثر من خلاله الفرد في بيئته وذلك بالتوجيه نحو الأشياء المرغوبة في المحيط الاجتماعي ، ويعتبر الفرد ماهراً اجتماعياً تبعاً للمدى أو الحجم الذي ينجح به في الحصول على النتائج المرغوبة بدون أن يسبب ألماً أو إزعاجاً للآخرين» .

(John Masud , ١٩٨٨:٦٩) . وتعد المهارات المهنية بالنسبة للممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية بمثابة الأداء الذي يساعد الأخصائيين الاجتماعيين في العمل على إشباع الاحتياجات المتعددة للعملاء من المرضى النفسيين وحل مشكلاتهم وتعليمهم كيفية اتخاذ قرارات سليمة في واقعهم الاجتماعي وفي حياتهم بصفة عامة. كما أنها تعتبر بؤرة اهتمام المهنة التي تستخدمها مع عملائها سواء مع الأفراد أو الجماعات أو المجتمع المرضي من أجل علاجه وتنميته.

ويتحدد مفهوم المهارات إجرائيا " بأنها القدرة على إحداث التغييرات المرغوبة في المرضى النفسيين لإكسابهم الاتصال، والمشاركة في تكوين علاقات اجتماعية وحل المشكلات.

المفهوم الرابع: الصحة النفسية

لقد تعددت مفاهيم الصحة النفسية ، إلا أنها كلها أو أغلبها تدور حول مساعدة الفرد على التكيف على الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه ، ومساعدته على مواجهة مشكلاته التي أحدثت لديه الاضطرابات النفسية والعقلية والتي يسببها داخل مستشفى الصحة النفسية وأراد أن يساعده الفريق المتخصص داخلها ، حتى يمكنه من العودة إلى الحياة الاجتماعية التي يحياها بشكل سليم .

ويمكن تعريف الصحة النفسية بأنها « القدرة على توافق الفرد مع المواقف المختلفة وكذلك قدرته على مواجهة مشاكله الشخصية بدون توتر واضح بحيث يظل قادرا على أن يكون شخصا بناءا في المجتمع». (عزت ، ١٩٩٩ : ٣٤٣) .

المفهوم الخامس : الأخصائي الاجتماعي

« هو الشخص المتخصص المهني في قسم الخدمة الاجتماعية ويهدف التخصص في

هذه المهنة إلى تزويد الأخصائي الاجتماعي بالميزات التالية :

١- أن يزود بالمعلومات الكافية من الأفراد والجماعات والمجتمعات التي يعمل معها

سواء أكانت هذه المعلومات اجتماعية أو اقتصادية أو صحية أو نفسية.

٢- أن يزود بمهارات العمل الاجتماعي كالمهارة في خدمة الفرد أو المهارة في خدمة

الجماعة أو المهارة في تنظيم المجتمع ، وما تتطلبه هذه المهارات من إدراك

وتطبيق المبادئ وأساليبها .

٣- أن يزود بمجموعة من الخبرات المتصلة بطبيعة النشاط الذي يمارسه مع العملاء ،

الخبرات الرياضية ، والثقافية والفنية التي تساعد في نشاط الأفراد والجماعات

والمجتمع .

٤- أن يزود باتجاهات الشخصية الصالحة للعمل مع الناس كالمقدرة على حب الناس

والرغبة في العمل معهم وتقدير ظروفهم وضبط النفس على المواعيد وغير ذلك

من الاتجاهات اللازمة لأداء العمل ، كما يحتاج إلى اكتساب هذه الصفات عن

طريق أسس قوية :

* الدراسة الميدانية. * التدريب الميداني.

* الممارسة الفعلية المهنية. * أنشطة سنوية أخرى مثل :

أ. أسبوع الخدمة الاجتماعية.

ب. ندوات سنوية.

ج. أسواق خيرية.

د. توعية وتعليم للمريض وأسرته». (الجلال الدين ، ١٩٩٦ : ١٠٤) .

ويعرف الباحث الأخصائي الاجتماعي إجرائياً : " هو ذلك الشخص المهني

المتخصص في الخدمة الاجتماعية ويعمل في إدارة الخدمة الاجتماعية أو في قسم علاقات

المرضى في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية .

الفصل الثاني الإطار النظري

أولاً : التقييم كمنهج علمي

- أولاً : مقدمة.
- ثانياً : التعريف بالتقييم ومتطلباته البحثية .
- ثالثاً : أهداف التقييم.
- رابعاً : مبادئ التقييم وخطواته .

أولاً: المقدمة:

لا جدال أن معالم الحضارة تتبلور في تلك الجهود المنظمة والجادة المبذولة في مجال الإنشاء والتعمير وتعديل الأوضاع الأمنية، وعملية التقييم كمنهجية متكاملة تعد إحدى أشكال الجهود البشرية الساعية إلى إحداث الإنشاء والتعمير وتعديل الأوضاع، والمسارات، إن تطلب الأمر ذلك. ومن هنا يرتبط ذلك الشكل من الجهود بالحضارة ويعلم الإنسان الذي يميزه عن غيره من الكائنات.

ويرتبط الجهد البشري العلمي بمساعدة الإنسان على التعامل مع قضايا حياته وتطلعاته وآماله بما يحقق له السيطرة عليها والإفادة منها، ليصنع لنفسه حياةً ومجتمعاً على النحو الذي يلتقي مع طبائعه وتكوينه وأصوله.

ومن هنا كان الاهتمام بمثل هذه الضروب من الجهود البشرية العلمية التي تحاول أن تقدم الإجابات الشافية على تساؤلات الإنسان وتفسر له أسباب خروج دائرة حياته ومعايشه وتوقعاته عما كان يأمله منها ويتمناه.

ورغبة في تقديم الإجابات الشافية، كان من الضروري أن يستند النشاط البشري إلى منهجية ثابتة الأركان تقود مساراتها وخطواتها أيديولوجيا محددة. ويعظم ذلك المطلب وتزداد حيويته إذا كان ذلك النشاط يستهدف قياس الجدوى والقيمة لما يبذل فيه، وهو جوهر عملية التقييم كعملية منهجية متكاملة. ويتضح من حيوية دور التقييم أنه لا يرتبط بمجرد الاحتكام إلى مراحل وخطوات وقواعد محددة في النظر إلى الواقع، إنما يرتبط أساساً بهدف التدخل في مجرى الأفعال لمواجهتها بواقعها وإعادة تعديل مسارها، وربطها بالمستهدفات التي قامت أصلاً لإنجازها، وهي مستهدفات مجتمع برتمه وليست مستهدفات فرد أو جماعة من الأفراد. ومن هنا تضيق الفجوة بين الواقع والمأمول وتعظم احتمالات الأمل في تحقيق غايات الإنسان وتطلعاته من مجتمعه ومن انسياقه الأمر الذي يساعد عليه

منهج البحث التقييمي الذي نتشرف في هذا النطاق بمحاولة إلقاء الضوء عليه كعملية منهجية بشرية متكاملة غايتها إنجاز الفهم والتفسير والتحكم .

ثانياً : التعريف بالتقييم ومتطلباته :

سيطر مصطلح التقييم على ساحة كثير من العلوم ، نظرا لما يرتبط به مضمونه من معنى توجيه الجهود والأنشطة والبرامج نحو المسار الذي يتعين أن تتجه إليه، كي يتحقق لها أكبر قدر من الفاعلية وتنجز ما وضعت من أجل إنجازه .

ومن ثم فإن هذا المصطلح يختزن داخله معنى وجود إجراءات وخطوات فعالة محددة وأدوات بعينها من شأنها أن تحقق القياس أو التحديد الموضوعي لجدوى النشاط أو فعاليته . ومن ثم ظهر مصطلح التقييم الموضوعي (Objective Evaluation) إستناداً إلى إجراءات وخطوات منهجية بعينها تكفل له موضوعية الحكم وإصدار القرار .

ويعني القياس الموضوعي في إطار هذا المفهوم توظيف أدوات يمكن أن يركز إليها لإنجازه لما تحظى به من إجماع كبير بين مستخدميها. فضلا عن الإجماع على الأدوات ، فإن القياس الموضوعي الذي يمثل لب منهج البحث التقييمي يتضمن أيضا معنى الإجماع على المتغيرات المستقلة والتابعة والعلاقات المحتملة القائمة بينها التي يسعى البحث التقييمي إلى تقريرها أساسا ، وهو الأمر الذي يكتسب منه البحث التقييمي صفته كبحت تطبيقي .

وإضافة إلى بعد القياس الموضوعي في بناء مصطلح التقييم الموضوعي فإن هناك بعدا آخر وهو بعد الإدارة العلمية لعملياته ، وهي الإدارة التي يقع على كاهلها مسئولية تقرير مبلغ التلاؤم بين الإجراءات التي يتخذها النشاط ويلجأ إليها وبين الأهداف المجتمع عليها للنشاط . فالملائمة بين النشاط والإجراءات والأدوات التي يوظفها لتحقيق

أهدافه من صميم البعد الإداري في العملية التقييمية كنشاط يستند أساسا إلى الموضوعية .
وعليه كان مدى الاعتماد على ما يتمتع به المقياس من صدق داخلي وخارجي ودرجة
مأمونيته من ركائز بناء مفهوم التقييم كمنهج بحث علمي . ومهما يكن من أمر الجهود التي
بذلت لتحديد مفهوم التقييم ، سواء تلك التي زاوجت بينه وبين بعد القياس وعملياته ، أو تلك
التي سعت إلى التركيز على مبلغ التطابق بين الأهداف المعلنة للنشاط وبين المتحقق أو
المنجز منها ، أو تلك التي تناولت من خلال ما يصدره الخبراء أو يضعه المقيمون من
أحكام على قيمة البيانات التي تجمع حول النشاط عن طريق هذه المنهج ودورها ، فإن هذا
المصطلح يتضمن معنى إصدار أحكام استنادا إلى طائفة من البيانات والمشاهدات. وترتبط
الغاية من عملية جمع البيانات بتقديم المعلومات التي يبني عليها اتخاذ القرار الإداري. وهنا
يكون محور التقييم توظيف المعلومات. بيد أن ذلك لا ينفي أن البحث التقييمي يقوده دائما
هدف محدد هو المعاونة على الوصول إلى شكل من أشكال التعميمات المرتبطة بعملية
وواقع النشاط وبما يمكن من اتخاذ قرارات عامة أفضل بشأنه) . (محسن ، ١٩٨٠).

وإذا كان بحث التقييم على نحو ما تقدم يصنف ضمن نطاق البحوث الأساسية
(Basic Researches) لما تسعى إليه هذه البحوث أساسا من إثراء وتنمية للمعرفة العامة
، فإنه وكغيره من البحوث التطبيقية يستخدم في نفس الخطوات الأساسية لوصف الواقع
القائم ، أي هو يوظف طرق البحث المختلفة التي توظفها سائر العلوم السلوكية والاجتماعية
. وما من شك أن تلك الطرق العلمية تعني في المقام الأول بمسألة درجة مأمونية وصدق
البيانات وبمدى توفر الشروط المضبوطة التي تجري في ظلها عملية جمع البيانات بما
يساعد في النهاية على تقديم تفسيرات صادقة دقيقة ، تصدر عنها قرارات رشيدة وسليمة .
(وإذا كان البحث التقييمي لا يختلف عن غيره من أنواع البحوث الأخرى من حيث
توظيفه لطرق البحث المختلفة ، فإنه وبحكم طبيعته وأهدافه يتطلب قدرا من الحذر والحيطة
والدقة في استخدامها . فكلما كان الباحث أكثر حذرا ودقة وحيادية، كان أكثر قدرة في
التوصل إلى البيانات الحقيقية وعاملا فاعلا في عملية صنع القرار الرصين.

وتختلف طرق البحث المستخدمة في البحوث التقييمية باختلاف نموذج البحث نفسه

، فإذا كان البحث التقييمي يستهدف الإجابة على بعض التساؤلات عن واقع نشاط معين

ومدى وفاء أو قدرة بعض الأطروحات والأساليب في معالجة أو مقابلة مشكلة ما تواجه النشاط كان نمط الدراسات الوصفية التي توظف الطرق التجريبية وشبه التجريبية أكثر ملائمة .

«وإذا كان البحث التقييمي من ناحية أخرى يستهدف الكشف عن العلاقات المتداخلة المركبة بين عدد من المتغيرات في عملية من عمليات النشاط محور التقييم ، كان مدخل تحليل النظم أنسب الطرق وأكثر لباقة لإنجاز هذا الهدف . ويسعى هذا المدخل بطبيعته إلى تحديد علاقات المتغيرات التي تمثل مدخلا بمنجز النشاط أو ما حققه الخ . . وهنا يبرز البحث التجريبي الذي يسعى إلى اختيـار علاقات السبب / النتيجة ومدى قوتها « . (William Asher, ١٩٦٦: ١٩٧٦) ويستند التقييم لعملية منهجية متكاملة - بوجه عام - إلى شقين متصلين هما :

أ - إطار نظري محدد يقود ويوجه عملية تفسير معطياتها .

ب - تحديد قيمة أو جدوى نشاط محدد - كما سبق وأوضحنا - وبيان مدى فعاليته وكفاءة أساليبه في تحقيق الغايات المستهدفة منه . فمن الثابت أن التقييم كعملية منهجية بحثية لا يتسنى إنجازها إلا إذا كانت هناك رؤية نظرية محددة توجهها تتركب من :

١ - عدد من القضايا الإنسانية ذات بناء محدد تقود تساؤلات القائم بعملية التقييم وتوظف كإطار مرجعي تفسر في ضوءها معطيات القياس .

٢ - شبكة محددة من المتغيرات تشكل محاور تنطلق منها عمليات القياس .

ولما كانت عملية التقييم شكلاً من أشكال النشاط البشري ، سواء تبدى في عدد من الأفعال المشاهدة أو تبدى في صورة أفعال رمزية ، كان لابد من ممارسة هذه العملية في ضوء أحد المداخل النظرية ذات العلاقة بأهداف هذا النشاط .

فلقد أخذ مفهوم التصور المنهجي المتكامل ، باعتباره يتركب من التصورات المعرفية والتصورات الإجرائية البحثية ، يفرض نفسه في علاقته بالقضايا المرتبطة بنماذج السلوك أو الفعل البشري التي هي الإطار الذي انشغل به سائر الباحثين ومن بينهم الباحثون في ميدان تقييم نتائج النشاط البشري في مختلف صورته.

وإذا كان السلوك البشري متعددًا ومتنوعًا ، كما أنه يستمد أسباب فعاليته الحضارية من أسباب تدعيم الإطار المهيأ لاستقراره واستمراره واستنادًا إلى التصور المتقدم يستلزم النشاط البحثي التقييمي كنشاط متكامل الارتباط بمرحلة منهجية تتمثل تبعًا للتوجه الإنساني باعتباره أكثر المداخل والتوجهات اليوم اتساقًا مع ما تطرحه القضايا الإنسانية المعاصرة - وبخاصة القضايا الاجتماعية - من إشكاليات في العناصر التالية :

- ١- تحديد دقيق لخصائص النسق والبيئة التي تحيط بعملية التقييم.
- ٢- تحديد دقيق لأهداف النسق وإعادة صياغتها والقيم التي تحكم هذه الأهداف أو توجهها .
- ٣- تحديد العمليات والآليات المختلفة التي تمر بها عمليات النسق وتؤثر في النتائج المترتبة عليها .
- ٤- تحديد صور وأنماط الضبط وعملياته المحددة لحركة النسق وأنشطته والتي تضمن أو تحقق له انساق مستهدفات النسق وأنشطته مع الموجهات القيمية العامة للإطار البيئي الذي يضمها .

ويتحقق هدف الضبط باعتباره مرحلة منهجية أساسية تبعًا للتصور الذي طرحناه من خلال العملية التقييمية كنمط سلوكي منهجي متكامل يتعين أن تتوفر له رؤية عدد من المتطلبات والقواعد الأساسية التالية:

١ - أن تجري عملية التقييم في حضور منظورين هما:

أ. منظور السياسية أو البرنامج ذاته تبعا لأهدافه.

ب. منظور المجتمع ذاته وفقا لاحتياجاته.

٢ - عدم التركيز على مجرد تحليل نشاط موضوع البحث ، بل الاهتمام كذلك بطبيعة العلاقات القائمة بينها وبين غيرها من الأنشطة التي تتفاعل معها ، إلى جانب علاقة النشاط بالحركة الكلية للمجتمع وقضاياها وقدرته على التواءم مع متغيرات المستقبل ومستجداته .

٣ - تحليل الآثار المترتبة على النشاط موضوع الدراسة أو المتوقع حدوثها) .(عبد الباسط ، ١٩٨٨) .

يتضح مما تقدم أن الباحث تقع على عاتقه في توظيفه لمنهج البحث التقييمي مهمة جمع الشواهد المتصلة بالنتائج والآثار المترتبة بالسياسة أو النشاط أو البرنامج موضع التقييم للحكم على فعاليته .

ومن ثم فإن الباحث يُسخر في هذا الصدد كل إمكانيات وأساليب البحث العلمي .

ثالثاً: أهداف التقييم:

تبين لنا كما أوضحنا سابق أن التقييم هو المقياس الذي يعرف بواسطته قيمة الشيء والدرجة التقديرية التي عليها من حيث المستوى سواء كان ذلك في النواحي المادية أو المعنوية ويكون التقييم بالفحص والتجربة والامتحان « والهدف من هذا التقييم هو كما يلي :

١ - الإرشاد والتوجيه:

عرفنا أن التقييم يحدد لنا المستوى الذي عليه الشخص بمعنى أن ذلك الشخص أصبح صورة واضحة أمامنا فيما قيم فيه. فالامتحانات مثلا تقيم الطالب وتكشف ما لديه من حصيلة علمية وقدرات ومواهب.

ومن هنا يمكن توجيهه نحو استكمال النقص الذي اكتشف لديه وإرشاده إلى ما يجب عمله وتشجيعه ليندفع بقوة أكبر إلى ما هو أفضل وهكذا. ولولا التقييم لما أمكن إرشاده بصورة سليمة إلى ما فيه الخير.

٢ - التقييم للترفيغ :

في نهاية كل سنة دراسية تجري الاختبارات لتقييم مستوى كل طالب ومدى حصيلته العلمية من المناهج المقررة التي درسها خلال السنة ليتمكن على ضوء ذلك ترفيغه إلى مستوى أعلى من المقررات المنهجية أو إبقاؤه حيث هو ليعيد استيعاب المناهج المقررة . إذ أن المناهج المدرسية مبني بعضها على بعض فلا يمكن ترفيغ الطالب إلى صف دراسي إلا بعد أن يكون قد تعلم ما فيه الكفاية من الصف الدراسي السابق . وهذا بالطبع يعود على الطالب بالفائدة ويضمن حسن سيره الدراسي في المقررات الجديدة.

٣ - التقييم لخدمة المجتمع :

إن الجامعات والمدارس والمعاهد العلمية منها والأدبية كلها تفرغ خريجها في المجتمع ليساهموا في بنائه وإذا لم يكن ذلك الترفيع مبنيا على تقييم سليم يجعل أولئك الخريجين أملا لخدمة المجتمع فلن يتحقق الهدف من إيجاد تلك الجامعات وغيرها . ولهذا وجب تقييم مستوى الخريجين . فمن كان منهم لديه الحصيلة العلمية منح شهادة التخرج التي على أساسها يسند إليه العمل المناسب لكفاءته العلمية.

٤ - التشجيع والمنافسة والتشويق:

إذا شعر الإنسان بأن سلوكه سيقيّم وأن حصيلته ستمتحن فإن ذلك سيدفعه لعمل ما هو أحسن وسيكون ذلك حافزا له ليصل إلى الدرجة التي يرتضيها لنفسه. وقد يكشف التقييم بعض الخصال في الإنسان التي يستحق التشجيع عليها أو المواهب التي يحسن صقلها وتنميتها ، كما أن التقييم يوجد مجالا خصبا للمنافسة الشريفة بين الزملاء والأقران سواء كان في التعليم أو المهن الإدارية أو الحرفية .. وقد يكون التقييم دافعا نحو تحسين السلوك والمحافظة على القيم والتمسك بما هو أفضل . وقد تكون النتائج الحسنة للتقييم مشوقة إلى

درجة تجعل الإنسان يضاعف من جهوده ليصل لأحسن الدرجات المرموقة وليحظى بمزيد من التقدير ومعلوم أنه لا يدفع للنجاح مثل النجاح.

٥ - اختيار الكفاءات:

عند الإعلان عن وظيفة معينة مثلاً يتقدم لها الكثير ممن لديهم الإلمام بمهامها كما يتقدم لها ممن ليس لديهم ما يعينهم على أدائها فتعتمد الجهة صاحبة الوظيفة إلى تقييم المتقدمين بإجراء اختبارات لهم يتحدد بموجبها مستوى كل منهم ويتم اختيار أفضلهم علماً وأقدرهم على أداء واجب الوظيفة كما أن تقييم نشاط وجهود الموظفين الذين هم على رأس العمل يبصر الجهة المسؤولة في تنقلات الموظفين من وظيفة إلى أخرى وترفيعهم لوضع الرجل المناسب في المكان المناسب . وذلك الأسلوب يشيع جو الجد والعمل ويجعل العطاء حسناً بما يعكس الأثر الفعال لصالح المجتمع.

٦ - الإصلاح وتحسين الذات :

من أهم أهداف التقييم أن تعمد كل جهة مسؤولة . سواء كانت مؤسسة علمية بحثية أو إصلاحية أو غير ذلك إلى إصلاح وضعها وكيانها بإعادة تقييم طاقاتها ونشاطها وإنتاجها وقدرتها على أداء الواجب ومعاودة التقييم من حين لآخر وفق منهاج سليم ومخطط له بهدف تحسين مستواها واستمرارية إنتاجها لتحقيق الغاية من وجودها وليس من شك أن إجراء الفحوص على الآلات واختبار كفاءات القوى العاملة وإجراء التجارب المختلفة وتقييم النتائج كل ذلك يعود بمردود حسن للإصلاح العام ، ويؤدي لمضاعفة الإنتاج وحسن العطاء والإبقاء على القوة مع تزايدها ، هذا فيما يتعلق بالجهة ذات الصلة المعنوية أما على المستوى الفردي فمن المسلم به أن الإنسان متى ما قيم نفسه أمكن له إصلاحها بتعديل

سلوكه ورفع قيمته في المجتمع الذي يعيش فيه وتزداد حصيلته فيما يسعى إليه ويتضاعف إنتاجه ويحسن عطاؤه» (محمد ، ١٩٨٦ : ١٦٣-١٦٥) .

وعلى العموم يرى الباحث أن أهداف التقييم ليست بالأمر التي يقل حصرها وقد يخدم التقييم في مجال واحد أكثر من هدف وتحقق به أكثر من غاية. باختصار إن التقييم في حد ذاته وسيلة لغاية سامية ، والمهم أن يكون متعمقا بوزن سليم من حيث الشمولية فيما يراد تقييمه والدقة في مطالعة النتيجة والحكم عليها لضمان تحقيق الغاية منها .

رابعاً : مبادئ البحث التقييمي وخطواته :

يستند البحث التقييمي إلى عدد من المبادئ يستمد منها كيانه كمنهج بحثي علمي . «ومن أبرز هذه المبادئ ما يلي:

١- ليست هناك أساليب بحثية قاصرة على نمط البحث التقييمي دون غيره من أنماط البحوث في العلوم السلوكية والاجتماعية . ولا ينفي هذا أن تفرض بعض الأساليب نفسها كالمسح ودراسة الحالة وتحليل المضمون على بعض موضوعات أو مجالات البحث التقييمي من قبل الملائمة المنطقية بين أسلوب البحث وموضوعه وأهدافه .

٢- أن يقود البحث التقييمي عددا من التساؤلات الرئيسة يتعين أن يجيب عليها ويأتي في مقدمتها : التقييم لمن ؟ وبمن ؟ وكيف ؟.

٣- توفر القدرة البحثية لإجراء عملية الغربلة والفرز لمعايير التقييم وأهداف النشاط موضوع البحث .

٤- أن يسهم البحث التقييمي في الكشف عما إذا كانت هناك تناقضات داخل بناء النشاط موضوع التقييم .

٥- من المفيد إشراك الجمهور المستهدف بالنشاط في بناء تصورات أو تحديد أهداف خطة البحث التقييمي ومتابعة نتائجها ومساعدتها في بعض الأحيان في التغلب على تحدياتها التي قد تواجهها .

٦- تحديد المحكات التي توظفها خطة البحث في تقرير مدى جدوى أو فعالية النشاط موضوع الدراسة .

٧- أن تجري عملية البحث التقييمي تبعا لخطوات ومراحل بنائية محددة بدقة وبحيث تتصف في نفس الوقت بالاستمرارية والدينامية . (سعيد ، ١٩٨٥ : ٨٤)

خطوات عملية البحث التقييمي ومراحله :

والباحث إذا ما أدرك المبادئ المتقدمة لعملية البحث التقييمي يكون أكثر من غيره التزاما بخطواتها ومراحلها التي تمر بها .

« وتحدد هذه الخطوات المتصلة والمتكاملة فيما يلي :

- ١- صياغة أهداف البرنامج وتحديد نتائجه المتوقعة ومحاولة قياسها.
- ٢- تصميم البحث وتحديد معايير التحقق من فعالية البرنامج ، مع الأخذ في الاعتبار تكوين الجماعات الضابطة أو بدائل لها .
- ٣- وضع المقاييس والأدوات وتطبيقها ، مع تمديد احتمالات الخطأ في القياس ، والعمل على تقليل هذه الاحتمالات .
- ٤- تحديد مؤشرات تقييم الفعالية تحديدا دقيقا وواقعا.
- ٥- تحديد إجراءات فهم النتائج وتفسيرها لتحديد مدى النجاح والفشل في قدرة البرنامج على تحقيق أهدافه » . (عبد الرزاق ، ١٩٨٣ : ٢٦٣) .

وعلى الرغم من أن هذه الخطوات الخمسة تمكننا من معرفة فهم أفضل لعناصر عملية التقييم ، إلا أنه ينبغي أن نلاحظ أن هذه الخطوات تداخل مع بعضها البعض في عملية التطبيق بحيث يصعب الفصل بينها . بيد أنه ينبغي على الباحث أن يمنح كل خطوة منها الأهمية التي تستحقها لكي تكتسب عملية التقييم الدقة والموضوعية المطلوبة.

ونتناول فيما يلي كل خطوة من هذه الخطوات بشيء من التفصيل لنسلط الضوء على المشكلات التي تنطوي عليها:

١ - صياغة الأهداف:

« ينبغي تقييم أي برنامج على أساس أهدافه الخاصة والنوعية التي يسعى إلى تحقيقها ، ومن ثم يبدأ البحث التقييمي بتحديد هذه الأهداف تحديدا واضحا ، وصياغتها في صورة مفاهيم يمكن ترجمتها إلى مؤشرات قابلة للقياس . وقد تبدو هذه الخطوة بسيطة ، إذا ما قورنت بالجهد الذي يبذله الباحث في الدراسات الوصفية أو التجريبية حينما يصوغ مشكلة البحث . بيد أن هذه البساطة لا يجب أن تجعلنا نغفل حقيقة مهمة في هذه البحوث عادة ما يواجه برامج العمل في ميادين شديد التنوع لا تكون لديه خبرات كافية عنها ، الأمر الذي يضطره إلى أن يبذل جهدا بالغا في تكوين أو تحصيل إطار مناسب من المعرفة حولها . (

وكثيرا ما تكون بعض الأهداف غير محددة تحديدا دقيقا ، كما أن المفاهيم الأساسية التي تستند إليها تحتاج هي الأخرى لجهود لكي يمكن تحديدها بطريقة يمكن معها ترجمتها إلى مؤشرات قابلة للقياس » . (محمد ، ١٩٨٣ : ٢٠٧) وإضافة إلى ما تقدم يجب أن يأخذ البحث التقييمي في اعتباره النتائج غير المتوقعة لهذه البرامج ، وهي نتائج لا تتضمنها

الأهداف الرسمية للبرنامج ، ولا غرو أن ذلك يتطلب من الباحث وقتا وجهدا عقليا سابقا على مرحلة جمع الشواهد والتقييم .

٢ - تصميم البحث:

« يخضع البحث التقييمي من حيث كونه بحثا لكل قواعد المنهج العلمي المستخدم وأدواته وإجراءاته . ومن ثم ليست هناك قواعد خاصة بتصميمه تختلف عن قواعد المنهج العلمي بوجه عام . سوى مراعاة العمليات أو الخطوات الخمس التي يمر بها. والتي أشرنا إليها فيما تقدم ومؤدى ذلك أنه على الرغم من الاختلاف بين هدف كل من البحث التقييمي والبحث غير التقييمي، فإن كلاهما يستخدم تصميمًا منهجيًا خاضعًا لقواعد واحدة ، كما يستعين كلاهما أيضا بنفس أدوات جمع البيانات وأساليب تحليلها» . (محمد ، ١٩٨٣ : ٢٥٧)

ومن ثم نستطيع أن نستخدم في تصميم البحوث التقييمية النموذجين الرئيسين للبحث الاجتماعي وهما :

أ - المسوح .

ب - دراسات الحالة .

وفيما يلي إشارة لكل من النموذجين :

أ - المسح التقييمي (Evaluation Survey) :

ويستخدم المسح التقييمي في دراسة ما ينشأ من ظواهر أو آثار بعد تطبيق البرنامج أو الخطة على جماعة ما، غير أن هذا النوع من البحوث التقييمية يمكن أن يطبق بطريقة يتسنى معها المقارنة بين مرحلتين من مراحل عملية التقييم ، وذلك قبل تطبيق البرنامج

والخطة، ثم معاودة الدراسة المسحية بعد الانتهاء من التطبيق . ويكون الهدف عادة هو تحديد مدى التغيير الذي يمكن إرجاعه إلى تأثير هذا البرنامج أو الخطة.

ب - دراسة الحالة :

تنتشر استخدامات دراسة الحالة على نطاق واسع في البحوث الإكلينيكية على وجه الخصوص . فالتشخيص والتوجيه في دراسة الحالة يعتمدان على قدرة الاختصاصي المهني على تقييم العلاقة بين الأسباب والنتائج في الحالة الفردية التي يقوم بدراستها ووضع برنامج العلاج لها والذي يهدف إلى إحداث تغيير في بعض نواحي السلوك غير المرغوبة .

وتتبع معظم البحوث التقييمية ، إضافة إلى ما تقدم ، نموذج البحث التجريبي ، الذي يقوم على توفير شروط الكشف عن العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع . وهناك في كل بحث تقييمي متغير مستقل هو البرنامج ، ومتغير تابع هي النتائج المترتبة على البرنامج .

ويمكن أن يتم إجراء البحوث التقييمية وفقا لهذا النموذج على أكثر من مستوى . وأضعف هذه المستويات هو المستوى البعدي . حيث يختص هذا المستوى بتقدير الفعالية فقط ، وذلك بعد تعرض أو وقوع جمهور البحث تحت تأثير البرنامج . ويتعذر في مثل هذا النموذج الكشف عن مدى وجود هذا الأثر قبل تنفيذ البرنامج. (ذوقان وآخرون ، ١٩٨٩) .

وهناك نموذج آخر أكثر تطورا من ذلك هو الاختبار البعدي على جماعة وهنا يتم القياس قبل إدخال البرنامج على جماعة واحدة وبعد إدخاله ، ويمكننا ذلك النموذج من تحديد درجة التأثير ومدى الفعالية بصورة أكثر دقة . ومهما يكن من أمر فإن أكثر التصميمات دقة هو التصميم القبلي - البعدي - باستخدام جماعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة) .

٣ - التقليل من احتمالات الخطأ :

وتتضمن بحوث التقييم شأنها في ذلك شأن أي نوع آخر من البحوث ، مشكلات عديدة تتعلق باختيار إجراءات البحث والقدرة على تقليل احتمالات الخطأ أو التحيز ، سواء بالنسبة للعينة ، والتحيز الناتج عن عدم الاستجابة ، أو أخطاء القياس ، أو التحيز في المقابلات والإجراءات المستخدمة في تنفيذه .

٤ - تقدير الفاعلية:

يجب التمييز في هذه الخطوة بين التدليل على النتائج المترتبة على برنامج معين ، وبين تقدير الفاعلية « إذ يشير هذا المصطلح إلى مدى قدرة البرنامج على تحقيق أهدافه . والمشكلة التي تواجه قياس الجدوى والفاعلية ، هي أن معظم برامج العمل الاجتماعي تسعى إلى تحقيق عدد كبير من الأهداف ، وكل هدف منها قد يتحقق بدرجة متباينة من النجاح .» (مجدي ، ١٩٨٤ : ٣٥) .

وليس هناك حساب عام لتقدير صافي الجدوى أو الفاعلية الكلية من البرنامج . ولهذا فإن تتبع هذه الأهداف جميعا في وقت واحد مسألة تواجهها بعض الصعوبات وحتى في حالة الاكتفاء بتقدير الفاعلية على أساس بعض الأهداف ، من الضروري أن نحدد بعض مؤشرات الفاعلية .

« وهناك العديد من المسائل المتصلة بصياغة مقاييس لهذه المؤشرات . وقد حظيت هذه المسائل بمناقشة واهتمام علماء المناهج وخاصة النواحي الفنية التي يجب توافرها في هذه المقاييس . ولا توجد نظرية محددة تتعلق ببناء المقاييس في البحوث التقييمية . ذلك أن المؤشرات التي يتضمنها كل مقياس للفاعلية تتوقف على طبيعة الموقف والظروف التي يستخدم فيها هذا المقياس » . (خليفة ، ١٩٨١ : ١٦١) .

وجدير بالذكر أن حجم التغيير أو درجة التأثير التي تترتب على برنامج معين ، تختلف من جماعة إلى أخرى ، ومن موضوع إلى آخر . كما تتوقف على استعداد هذه الجماعات وتوجهاتها قبل تطبيق البرنامج عليها .

٥ - فهم الفاعلية :

« لا يقتصر جهد الباحث في هذه المرحلة الأخيرة من البحث التقييمي على جمع معلومات عن فعالية النتائج التي أحدثها البرنامج ، إنما يحاول أن يستخلص مدى نجاح هذه البرامج وفشلها . ذلك أن البرامج الناجحة يمكن تكرارها على جماعات أخرى ، بل ويمكن اعتبارها نماذج تحتذى للأخذ بها . أما البرامج التي تفشل ولا تثبت فعاليتها فمن الضروري معرفة أسباب فشلها لتجنب هذه الأسباب في الظروف المستقبلية . ويحتاج تفسير الفاعلية إلى معلومات عن مختلف جوانب هذه البرامج ، والظروف والمتغيرات التي تجري في ظلها ، ودرجة تحقق الأهداف ، وتحديد المحصلة النهائية لهذه الأهداف جميعاً . (سهيل ، ١٩٨٧ : ٣٩)

وعلى الباحث أن يحدد في هذه الحالات درجة نجاح أو فشل جزئية ، وهي الدرجات التي يمنحها لتحقيق كل هدف فرعي على حدة ، ثم يحدد بعد ذلك المحصلة العامة لهذه الأهداف ويضع الدرجة الكلية لنجاح أو فشل البرنامج ككل .

ويلاحظ أن تحديد هذه الدرجات متوقف على الدراسة الدقيقة للأهداف الموضوعية للبرنامج ، ووضع أولويات لهذه الأهداف العامة أو الرئيسية ثم الأهداف الفرعية الأخرى .

تعقيب على الفصل الأول:

للدراة الحالية فكرة أساسية هي أن هناك بين مناهج البحث العلمي المعاصر أولت منهاجا أخذ يتربع ويحتل موقع الصدارة والاهتمام بين سائر الباحثين والدارسين هو منهج البحث التقييمي ولقد أخذ هذا المنهج يفرض نفسه بين كوكبة المناهج المستخدمة في ميادين العلوم السلوكية والاجتماعية نظرا للتجربة البشرية المعاصرة التي تؤكد يوما بعد يوم أن تدعيم العلاقة بين النشاط البشري في مختلف صورته عملية بناء الحضارة على النحو الذي تحقق به مستهدفات الإنسان القيمة الكبرى ، لا يتسنى إنجازها ما لم نأخذ بأسلوب التقييم الموضوعي لنشاط الإنسان ، والذي هو في حقيقة الأمر منهجية علمية متكاملة .

ولقد سعى الباحث خلال أقسام الدراسة أن يؤكد أن بناء مفهوم التقييم كعملية بشرية في محل الأولى يتضمن ، بل يختزن سائر مقومات وخطوات وأساليب العملية المنهجية العلمية كاملة . ومن ثم فقد سعى الباحث إلى تسليط الضوء أساسا عليها إذا ما أردنا أن نشق أمام هذا المنهج طريق لينطلق كبناء منهجي متكامل ونسلط عليه الأضواء وبخاصة بين أخواننا الباحثين الذين قد ينظرون إليه على أنه مجرد مدخل لتقييم نشاط، ومن ثم يغيب الإدراك بأن هذا المدخل هو منهج علمي بحثي متكامل .

وتحقيقا لهذه الغاية كان لابد من إثارة أهمية حضور شطري العملية المنهجية المتكاملة في هذا المنهج ، وهو الشق المعرفي الذي يوجه الباحث نحو انتقاء متغيراته وفرضياته وأساليبه . والشق المنهجي الذي يتمثل في عملية التصور المنهجي لخطة البحث وتصميمه حتى مرحلة تفسير المشاهدات .

فقد حاول الباحث أن يقف على أسس هذا المنهج وخطواته ومراحله ، وفي نفس الوقت تسليط الضوء على عملية التصميم والنموذجين الرئيسيين الغالبين فيه.

ولهذا فإن الدراسة تكون النموذج التقييمي التطبيقي لهذا المنهج في أحد ميادين الاهتمامات الاجتماعية وهي المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين وسوف يتطرق الباحث في الفصول القادمة بشكل مفصل بهذا الموضوع .

ثانياً : المهارات المهنية

أولاً : المقدمة .

ثانياً : التعريف بمفهوم المهارة في خدمة الفرد .

ثالثاً : المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين .

رابعاً : المهارات المهنية محور عملية التقييم .

أولاً : مقدمة:

تعتبر الممارسة المهنية في مجال الخدمة الاجتماعية الإطار الذي يوضح القدرات والخبرات التي يتميز بها الأخصائي الاجتماعي كما أنها تمثل الجانب العلمي للممارس المهني أي ما يؤديه الأخصائي الاجتماعي في مجال عمله .

ولما كانت الخدمة الاجتماعية لها العديد من الطرق التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي حيث نجد أن طريقة خدمة الجماعة تتميز في المجال النفسي من خلال تعامل الأخصائي الاجتماعي مع المرضى في جماعات علاجية لما لهم من ظروف لها جوانب مشتركة بين المرضى .

فالأخصائي الاجتماعي الذي يمتلك المعارف الضرورية دون أن يكون لديه المهارات اللازمة لاستخدام هذه المعارف وتطبيقها لصالح عملائه ، لن تحقق ممارسته التأثير والفعالية المطلوبين . ذلك أنه لا يسعى للحصول على المعارف من أجل ذاتها ، وإنما لكي يستخدمها لصالح عملائه ، كما أن حكم المجتمع على أدائه لأدواره المهنية يتم من خلال ما يقوم بعمله وما أنجزه وليس من خلال ما يعرفه أو يخطط لعمله ، ذلك فإن المعارف رغم أهميتها لا تكفي بمفردها لتحقيق التأثير والفعالية المطلوبين للممارسة ، وإنما يجب أن تكملها المهارات .

« كما أن الأخصائي الاجتماعي الذي يمتلك المهارات الأساسية للممارسة دون المعارف والنظريات التي بنيت عليها هذه المهارات ، قد تتوفر لديه القدرة والخبرة للقيام بعمليات معينة في مواقع معينة ولكنه لن يكون مؤهل ومعد لأداء وظيفته عندما ينتج عن التغيير والتطور المستمرين للمجتمع والتوسع الدائم في معارف الإنسان وتفاعله مع البيئة المحيطة به ظروف جديدة تتطلب استجابات أكثر مما تعلمه ، وبالتالي لن يتمكن من التعامل

مع كل أنواع المشكلات التي تتطلب تدخله المهني في هذا العالم السريع التغير والتطور ويعني ذلك أن المهارة ليست كافية أيضا بمفردها لتحقيق الممارسة المؤثرة والفعالة ، وإنما يجب أن تكملها المعارف « . (علي ، ١٩٩٦ : ١٨) .

لذلك تطالب خدمة الفرد من الممارس باستمرار بأن يعمل في ممارسته على تحقيق التكامل بين المعارف والقيم والمهارات ، وذلك بأن يتفهم بعمق المعارف والنظريات التي يتضمنها أساسها المعرفي ، ويكتسب المهارة في أن يختار منه ما يناسب عملائه ونوعية المواقف التي تواجهه ، وذلك في إطار قيم مهنته ومجتمعه وأهدافه . كما تطالب أيضا بأن يسعى للتعرف على الأدوات والوسائل التي تمكنه من تطوير معارفه ومهاراته حتى يتمكن من أدائه المهنية على أفضل وجه ممكن .

كما أن الباحث أثناء تركيزه في دراسته البحثية يرى أن تقييم المهارات الخاصة بطريقة واحدة نظرا لتزايد المهارات لكل طريقة على حدة ، يعطي اهتمام وعمق وعمل على مستوى لائق في محاولة التطوير والتقويم في المجال المهني .

ويرى الباحث أن الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية يمكن أن تتحدد كما يلي :

١- التطبيق الواعي للافتراضات النظرية التي تستند عليها المهنة ككل وكل طريقة على حدة .

٢- تحديد الأساليب الخاصة بالتدخل المهني عند العمل مع الأفراد والجماعات والمجتمعات .

٣- يستند ما يقوم به الأخصائي الاجتماعي من عمل مهني على قيم وأغراض ودعائم أساسية .

٤- يقوم الأخصائي الممارس للعمل مع العملاء من خلال مواقف فردية أو جماعية أو

مجتمعية يوجه من خلالها التفاعل الاجتماعي باستخدام المبادئ والمهارات المهنية.

٥- الممارسة هي استخدام واضح للمهارات المهنية الخاصة بطريقة خدمة الفرد

وطريقة العمل مع الجماعات وكذلك في بعض الأحيان بطريقة العمل مع

المجتمعات داخل المجال الخاص بالصحة النفسية.

من هذا المنطلق فقد وضع الباحث في هذا الفصل مفهوم المهارة في خدمة الفرد

ومعرفة المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين وكذلك اقتصر الباحث على خمسة

أبعاد ويمثل كل بعد مهارة من المهارات الخمسة يتم تقييمها لمعرفة مستوى المهارة عند كل

أخصائي اجتماعي في مستشفيات الصحة النفسية .

ثانياً : التعريف بمفهوم المهارة في ممارسة خدمة الفرد

:

المهارة في أبسط تعاريفها « هي القدرة على عمل شيء ما بإتقان ».

(New concise websters , ١٩٩٢:٢٦٩) والشخص الماهر هو «من يملك المهارة أو

يظهرها » (نفس المرجع) .

أما التعريفات الأكثر تعقيدا لمفهوم المهارة فهي تنظر إليها بوصفها « نمط نظامي

ومتناسق من النشاط العقلي أو الجسماني أو الاثنين معا ، يتضمن كلا من عمليات المستقبل

(Receptor) (الحواس التي تستقبل المثيرات « وعمليات المؤثر (Effector) العضلات

أو الغدد أو الاثنين معا التي تمتد بالاستجابات « (نفس المرجع : ٢٧٠).

والمهارات قد تكون " إدراكية ، أو حركية ، أو يدوية ، أو فكرية ، أو اجتماعية أو

غيرها وذلك وفقا للنطاق أو الجوانب المسيطرة لنمط المهارة"

(Imitational Dictionary, ١٩٨٧:٣١٢) والمهارات الأساسية (Basic skills) هي " المهارات الضرورية للتسيّد على موضوع معين . فمثلا ، تعتبر مهارات الجمع والطرح أساسية لفهم مادة الرياضيات وتطبيقها" . (نفس المرجع : ٣٩). ولما كانت الطريقة تعني الوسيلة لعمل شيء معين فإن المهارة تعني «القدرة على عمل هذا الشيء» . (ماهر ، ١٩٨٨ : ٥٤) .

وهناك من يصف المهارة بصفة عامة أنها «الأداء الذي يقوم به الفرد بسهولة ودقة سواء أكان هذا الأداء جسميا أو عقليا» (Robert , ١٩٩٨ : ٣٥) كما يعني أيضاً مفهوم المهارة قدرات عامة أن « درجة الكفاءة أو القدرة والجودة في الأداء بفاعلية مما يعني ممارسة العمل المهني في سهولة واقتدار » . (أبو حطب ، ١٩٧٧ : ٣٣٠) . وأما مور أليس (Morales , ١٩٧٧:١١٩) فيشير إلى «أن المهارة ترتبط باختيار المعلومات المناسبة للموقف ، وممارسة النشاط الملائم للأهداف المحددة» .

وتعني المهارة أيضا « القدرة التي تؤثر مباشرة على عمل الأخصائي الاجتماعي خلال عمليات الممارسة لتعديل السلوك أو مساعدة الأفراد في المواقف وتتضمن استخدام الممارس المهني لمختلف المعارف والخبرات في العمل المهني» (chael, ١٩٨٨:٣٧٠) وفي ممارسة خدمة الفرد ، ينظر إلى المهارة بكونها «القدرة على تطبيق المعارف النظرية بشكل مؤثر وفعال مما يؤدي إلى ممارسة العمل المهني بسهولة وإتقان ، وبالتالي ترتبط المهارة باختيار المعارف المناسبة للموقف وممارسة النشاط المناسب للأهداف التي تم تحديدها » . (Morales , ١٩٩٧:٧٧٩)

فئات الأداء المهني والمهارات المطلوبة لها :

حدد شوارتز (w.shwaetz, ١٩٦٧:٧٢) أربع فئات من الأداء المهني (professional performance) في ممارسة الخدمة الاجتماعية حسب التالي :

١- الممارسة المباشرة Direct .

٢- التأثير المهني professional impact .

٣- إدارة العمل Job Management .

٤- التعليم المستمر Continued learning .

وبتطبيق ذلك على ممارسة خدمة الفرد ، سنجد أن فئات الأداء المهني والمهارات

المطلوبة لها تتمثل فيما يلي :

١ - الممارسة المباشرة :

وتشير إلى جهود الأخصائي الاجتماعي مع العملاء في مؤسسات خدمة الفرد.

وتتطلب هذه الممارسة مهارات الاتصال ، وبناء العلاقة المهنية ، وحل المشكلة ، والتعامل مع العملاء .

٢ - التأثير المهني :

ويتطلب مستويين من المهارات :

أ - المستوى الأول: ويتضمن المهارات المطلوبة للعمل مع المهنيين الآخرين لصالح العميل

، مثل الاتصالات والمناقشات مع الأطباء أو المدرسين ، أو الأخصائيين النفسيين ، أو

الأخصائيين الاجتماعيين في المؤسسات الأخرى ، بهدف الحصول على خدمة معينة للعميل

ب - المستوى الثاني: ويشير إلى المهارات المطلوبة من الأخصائي الاجتماعي لكي يسهم مهنيًا في إحداث التغييرات الاجتماعية في المؤسسة والبيئة المحيطة بها وفي المهنة نفسها.

٣ - إدارة العمل:

ويتضمن المهارات اللازمة لتنظيم الممارسة ، مثل تسجيل المقابلات ، وجدولة المواعيد ، واستيفاء النماذج أو التقارير المطلوبة ، وغير ذلك .

٤ - التعليم المستمر:

ويتضمن المهارات المطلوبة لدمج الموارد مثل (الإشراف ، والتراث المهني ، وتبادل الخبرات والمناقشات بين الزملاء والاختصاصيين الآخرين) في مدخل شخصي للحل المهني للمشكلة ، وللنمو المهني المستمر .

واستنادا إلى آراء (ليونبرج) (١٦٩:١٩٨٧، F.M.loewenbery) فإن هناك نوعين من المهارات الأساسية في ممارسة خدمة الفرد لا بد أن يمتلكها الأخصائي الاجتماعي ويكون قادراً على استخدامها وهما :

أ - المهارات التكيفية (Adaptive skills) :

وهي المهارات التي تمكن الأخصائي الاجتماعي من التوافق مع البيئة التنظيمية للمؤسسة الاجتماعية التي يعمل بها ، وتفهم العلاقات التي تسودها بوصفها منظمة بيروقراطية .

ب - المهارات الوظيفية (Functional skills) :

ويقصد بها المهارات التي تمكن الأخصائي الاجتماعي من الارتباط بالمعلومات والبيانات والأشخاص وفهمهم والتعامل معهم ، وذلك أثناء قيامه بتنفيذ مسؤولياته المهنية

الأساسية . وتتضمن هذه المهارات أنشطة مثل حل المشكلة ، وصنع القرار ، والتحليل والتقييم .

ويمكن تقسيم كل من المهارات التكيفية والوظيفية إلى :

١ - مهارات خاصة :

وهي المهارات الضرورية لأداء عمل معين . وهذه المهارات يتم تعلمها على أفضل وجه في برامج التدريب أثناء العمل ، أو في برامج التعليم الفني .

٢ - مهارات عامة:

وهي المهارات التي تكتسب خلال الدراسة الأكاديمية الجامعية مثل مهارات تكوين العلاقة المهنية ، والاتصال ، وإجراء المقابلة ، والتقدير ، والتعاقد ، والمشاركة ، والتدخل العلاجي .

وفي ضوء المعارف المختلفة يمكن القول أن المهارة تعتبر أساس العمل المهني للأخصائيين الاجتماعيين في أي مجال من مجالات الممارسة المهنية ، وهناك العديد من المهارات للخدمة الاجتماعية عامة ووظائف مميزة للمهارات في الطرق المهنية ترتبط بطبيعة ونوعية ووحدة التعامل إضافة إلى المهارات التي ترتبط بفرديّة الموقف أو الحالة .

لذلك يرى الباحث أنه جاء الوقت الذي يجب فيه العمل على تقديم تلك المهارات ، والتعرف على المستوى المهني والممارس للأخصائيين وتحديد المهارات المختلفة الواجب استخدامها ، في مجال من أهم مجالات العمل في إطار مهنة الخدمة الاجتماعية ألا وهو مجال الصحة النفسية .

ثالثاً : المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين :

تعتبر الخدمة الاجتماعية كمهنة فناً وعلماً ، فهي تعتمد على حقائق العلوم الاجتماعية ثم المهارة في تطبيق واستخدام تلك الحقائق عملياً للممارسة المهنية في مجالاتها المتعددة .

وتعتبر المهارات المهنية من المقومات الأساسية للممارسة المهنية ، فعندما تتوفر المهارات لدى الأخصائي الاجتماعي نستطيع أن نقرر أنه قادراً على الممارسة المهنية .

ومن ثم يمكن أن نعتبر المهارات المهنية هي أحد الركائز الأساسية لممارسة الطرق ، والتي يمكن من خلالها استخدام الفهم والمبادئ بفاعلية عالية لتحقيق الأهداف المرغوبة .

أن توفر الأساسين المعرفي والقيمي لدى الأخصائي الاجتماعي في مجال من مجالات الممارسة بصفة عامة وفي مجال الصحة النفسية بصفة خاصة ليس كافياً لضمان نجاحه في عمله ، بل لا بد أن يلازم ذلك توفر الأساس المهاري ، فالمهارة هنا تتمثل في قدرة الأخصائي الاجتماعي على الاستفادة مما تعلمه نظرياً في الواقع العلمي بأفضل النتائج .

وقد حددت الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بأمريكا مهارات الأخصائي الاجتماعي . (John Masud , ١٩٨٨:٢٠٧) حسب الآتي :

- ١- المهارة في الإنصات للآخرين بفهم وهدف .
- ٢- المهارة في انتقاء المعلومات وتجميع الحقائق .
- ٣- المهارة في الملاحظة وتفسير السلوك .
- ٤- المهارة في تكوين العلاقة المهنية .
- ٥- المهارة في المناقشة .

٦- المهارة في التفاوض .

٧- المهارة في إقامة العلاقات التنظيمية .

وقد حددت العديد من الجهات وجهات نظر متعددة ارتبطت بالطريقة تارة وارتبطت بالمجال تارة أخرى ، وهناك العديد من المهارات منها ما هو اجتماعي ومنها ما هو مهني ولكن الكل ينصب في العمل على الممارسة المهنية .

ولما كان الهدف من وراء الممارسات المهنية المختلفة العمل من أجل مريض الصحة النفسية ولما كان الهدف من وراء الصحة النفسية هو العمل على توافق الفرد مع المواقف الاجتماعية المختلفة ومساعدته على مواجهة مشاكله الشخصية بدون توتر حتى يمكن تحقيق أكبر قدر من التعايش السليم مع الواقع الاجتماعي ومن ثم نجد الأهداف الأساسية للصحة النفسية هي العمل على :

- المحافظة على السلامة النفسية للفرد والجماعة .

- فهم العلاقة بين تجارب الحياة ونمو الشخصية .

- تقديم المساعدة للمرضى النفسانيين من خلال العمل العملي والمستوى المهني الراقى .

لذلك يجب العمل على تحقيق الأطر العامة لمساعدة الأفراد على تحقيق توافقها مع المواقف الاجتماعية المتعددة التي يتعرض لها ومساعدته على مواجهة المشكلات الشخصية ولكي نحقق المستوى المطلوب لهؤلاء يجب علينا كأخصائيين اجتماعيين ممارسة عدد من المهارات ، لكي نتأكد من الوصول للمستوى المطلوب في تحقيق تلك الأهداف بالمستوى اللائق . لذا يجب العمل على تقييم مستوى الأداء لهذه المهارات حتى نطمئن إلى مستوى الأداء .

حيث أن تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية ، يعتبر البداية الحقيقية للعمل على زيادة فاعلية الممارسة المهنية ، على أساس أن أي قصور في أداء الممارسة المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين يؤدي إلى قصور في أداء الممارسة المهنية وبالتالي قصور في تحقيق الأهداف التي تمارسها الخدمة الإجتماعية في داخل مستشفيات الصحة النفسية ، لذلك يجب العمل أولاً على تقييم المهارات المهنية التي تمارس ، ثم العمل بعد ذلك على تقييم هذه المهارات حتى نصل بالمهارة والممارسة إلى المستوى اللائق .

رابعاً : المهارات المهنية محور عملية التقييم:

هناك العديد من المهارات الأساسية والفرعية التي تحتوي عليها عمليات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية ، إلا أن هذه الدراسة سوف يحدد فيها الباحث المهارات المهنية التي يمكن أن تكون محور العمل في مجال الصحة النفسية وهذه المهارات هي :

- ١- المهارات المعرفية
- ٢- المهارات الخاصة بتفهم الدور
- ٣- مهارات العلاقات الإنسانية
- ٤- المهارات الإدراكية
- ٥- المهارات التأثيرية

وسوف يتناول الباحث هذه المهارات بشيء من الإيضاح على النحو التالي :

١- المهارة المعرفية:

وترتبط هذه المهارات بمدى توفر المعلومات التطبيقية عن طبيعة المشكلة التي يعاني منها المريض النفسي داخل مستشفى الصحة النفسية ، وكذلك طبيعة العوامل المسببة لما يعاني منها وكذلك الآثار المرتبطة بها وكيفية الاستفادة منها في عمليات التدخل المهني

وكذلك مهاراته في تحديد استراتيجيات التدخل المهني العلاجية والتأهيلية والتكتيكات المناسبة لذلك كالعلاقة العلاجية .

٢- نظراً لطبيعة عمل الأخصائي الاجتماعي في مجال الصحة النفسية مع المرضى النفسيين والذي يرتبط بالفريق العلاجي فإن تفهم الأخصائي الاجتماعي لطبيعة الدور ومضمونه ومستوى علاقاته بأعضاء فريق العلاج مهم جداً ، لأن هذا الدور ومضمونه يؤثر مباشرة في نجاح التدخل المهني من عدمه .

٣- مهارات العلاقات الإنسانية :

وتتمثل في قدرة الأخصائي الاجتماعي على تكوين علاقة مهنية مناسبة مع المريض النفسي من ناحية ومع أعضاء الفريق العلاجي من ناحية أخرى ، وتتأثر هذه المهارة بأسلوب الأخصائي الاجتماعي في اجتذاب الآخرين واكتشاف الحالات وإظهار مشاعر الرغبة في المساعدة وتكوين الثقة بينه وبين الآخرين من خلال أساليب فنية كالاستماع والتعليقات ، وكذلك قدرة الأخصائي الاجتماعي في السيطرة على مشاعره الخاصة كسمة من سمات النضج المهني .

٤- المهارة الإدراكية :

تتمثل في قدرة الأخصائي الاجتماعي على إدراك حقيقة موقف المريض النفسي وطبيعة العوامل المؤثرة في مشكلة المريض النفسي من خلال استخدام أسلوب أو مهارة الملاحظة لما هو ملموس أو غير ملموس ، ومعرفة مايقوله المريض ، وما يود أن يخفي عن الأخصائي الاجتماعي أو مايقوله لنفسه سراً .

وترتبط المهارة الإدراكية بقدرة الأخصائي الاجتماعي على الإحساس بانفعالات المريض والاستعانة بنتائج تطبيق المقاييس من خلال الفريق العلاجي .

٥- المهارات التأثيرية :

وترتبط بالهدف من عملية التدخل المهني لتعديل سلوك المريض وأفكاره وبعض اتجاهاته المؤثرة على الموقف المرضي ومن ثم ترتبط بالمهارات الفرعية الأخرى "المهارات المعرفية والمهارات الخاصة لتفهم الدور وكذلك بالمهارة العلاقية والمهارة الإدراكية" وكذلك ترتبط بمدى قدرته على مراعاة الفروق الفردية لمرضاه وقدرته على استخدامه لذاته المهنية في علاقة علاجية ناجحة وإحساس الأخصائي الاجتماعي بعائد التدخل المهني واستمراره للعمل مع المريض النفسي وأسرته الخاصة في مرحلة تواجهه في مستشفى الصحة النفسية . (مصطفى ، ١٩٨٩)

ويحدد الباحث مستوى المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية من خلال تطبيق مقياس المهارات المهنية والذي سوف يقوم الباحث بإعداده وتقسيمه لخمسة أبعاد كل بعد يمثل مهارة من المهارات الخمسة التي سبق عرضها كما أن كل بعد يحتوي على العبارة التي يمكن خلالها التأكد من مستوى مهارة الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في مستشفيات الصحة النفسية وتعتبر الدرجة التي يحصل عليها الأخصائي الاجتماعي في كل بعد (مهارة) هي درجة مستواه المهاري في تلك المهارة ، كما أن المستوى المهاري هو مهارته الكلية الناتجة من مجموع الأبعاد الخمسة .

ثالثاً : الأخصائي الاجتماعي

أولاً : مقدمة

ثانياً : الهوية المهنية عند الأخصائي الاجتماعي

ثالثاً : مراحل التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي

(١) المرحلة الأولى

(٢) مرحلة استمرار العمل

(٣) المرحلة النهائية .

رابعاً : الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي

- ١- الدوافع لدى المرض ودور الأخصائي الاجتماعي كمحرك .
- ٢- خطوات عملية حل المشكلة ودور الأخصائي الاجتماعي كمعلم ومدرس ومدرب .
- ٣- التحكم في المشاعر المؤلمة ودور الأخصائي الاجتماعي كمساعد ومنظم
- ٤- التوجيه الشخصي للمريض ودور الأخصائي الاجتماعي كموجه .

أولاً : مقدمة :

العناية الشاملة أو الكاملة (Molistic patient care) :

ظاهرة حديثة في مجال الرعاية الصحية ، وتعني المعالجة الكلية (معالجة الكل) أي

كل ما يتعلق بالمرض والمريض .

فالجوانب الاجتماعية والنفسية والجسمية لها نفس القدر من الأهمية في حياة الإنسان. وقد أكد كثير من الباحثين على هذه النظرة الشمولية للعلاج. وأشاروا إلى ضرورة الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والنفسية وتأثيرها على المرض والمريض .

ويقول الدكتور روبنسون عن المريض :

مصاب بالمalaria أو أي مرض آخر ، ولكنه والأهم من ذلك يعالج انساناً مريضاً .
وتم التوصل إلى أن المريض عندما يكون في حالة خطرة فإن المعلومات التي يحتاج إليها الطبيب نادراً ما تكون بالكفاية المطلوبة ، وفي ظل هذا الموقف ظهرت الحاجة إلى وجود الأخصائي الاجتماعي في المستشفى وذلك لمساعدة كل من المريض والطبيب.

وكانت بداية الاهتمام بالخدمات الاجتماعية في المؤسسات الطبية عام ١٩٠٥م وذلك عندما أدخل الدكتور (Richard Cabot) مهنة الخدمة الاجتماعية في مستشفى ماساشوسيتس العام (Massachusetts General hospital) فقد أدرك هذا الطبيب أهمية العوامل الاجتماعية وتأثيرها على المريض والمرض ، وأكد على ضرورة فهم المريض والتعرف على ظروفه الاجتماعية لتقديم أفضل الخدمات العلاجية الممكنة.

" من وقت مبكر كان المريض لا يرغب في الذهاب إلى المستشفى لأنه مكان مرتبط بالموت.

وكانت المعلومات والمعارف المتصلة بفهم الإنسان غير متكاملة ، وأصبحت الحاجة ملحة لأن يعرف الطبيب شيئاً عن المريض و من يحيطون به ، أي أن الطبيب لا يعالج حالة شخص مصاب بالمalaria أو أي مرض آخر ، ولكنه والأهم من ذلك يعالج انساناً مريضاً . وتم التوصل إلى المريض عندما يكون في حالة خطرة فإن المعلومات التي

يحتاج إليها الطبيب نادراً ما تكون بالكفاية المطلوبة ، وفي ظل هذا الموقف ظهرت الحاجة إلى وجود الأخصائي الاجتماعي في المستشفى وذلك لمساعدة كل من المريض والطبيب .

كما حدد مهمة الأخصائي الاجتماعي في المستشفى بالتالي:

أ – مساعدة الطبيب المعالج في تشخيص المرض وتنفيذ خطة العلاج وذلك من خلال دراسة ظروف المريض الشخصية والأسرية والبيئية ، وتتبع حالته بعد الخروج من المستشفى .

ب- القيام بدور الوسيط بين الفريق العلاجي والمريض وأسرته وذلك من خلال توضيح اتجاهات وسلوكيات ومشاعر المريض وأسرته للفريق العلاجي ، وتزويد المريض وأسرته بتعليمات الفريق العلاجي .

ج – تنسيق الموارد والإمكانيات المتاحة في المستشفى والمجتمع المحلي وحسن استخدامها لمصلحة المريض . (bascomm, ١٩٨٢)

وقد أدى التقدم السريع في المعارف الطبية إلى ظهور تخصصات دقيقة منها تخصص الأمراض النفسية والعقلية ، وكان من الضروري أن تساير الخدمة الاجتماعية هذه النزعة إلى التخصص وذلك للأسباب الآتية :

١- عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على الإلمام بهذا التخصص وتأثيره مما يعوق

قدرته على أداء مهمته بالصورة المطلوبة

٢- اختلاف احتياجات ومشكلات المرضى النفسية والاجتماعية

٣- اختلاف أساليب العمل وطرق التدخل المطلوب للعمل مع المشكلات النفسية

والاجتماعية للمرضى .

لهذا نرى أن كثير من المستشفيات خاصة مستشفيات الصحة النفسية بدأت بالفعل في الأخذ بنظام التخصص في الخدمة الاجتماعية فيوجد بكل قسم أخصائي اجتماعي متخصص أو أكثر .

وقد أشار باسكوم (١٩٨٢ , bascomm) إلى قائمة بالأقسام الطبية التي أصبح وجود الأخصائي الاجتماعي فيها أمراً مسلماً ومعترفاً به من قبل الهيئات والمؤسسات الطبية . ومن هذه القائمة والتي هي موضوع البحث هي وحدة الأمراض النفسية والعقلية " Psychiatry and Neurology " وأخيراً أن العمل بأي قسم من الأقسام الطبية مثل قسم وحدة الأمراض النفسية والعقلية يتطلب توفر درجة عالية من المعرفة والمهارة والخبرة ، التي تساعد الأخصائي الاجتماعي على القيام بعمليات التدخل المناسبة .

هذا ويشير الباحث في الصفحات التالية بطريقة أكثر توضيحاً وتفصيلاً عن شخصية الأخصائي الاجتماعي والهوية المهنية عنده ومراحل تدخله المهني والأدوار التي يقوم بها .

ثانياً : الهوية المهنية عند الأخصائي الاجتماعي

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

١- العمر:

يعد عمر الأخصائي الاجتماعي محكاً مهماً لقيامه بأداء دوره المهني بنجاح ومؤثرات على ممارسته المهنية مع المرضى في المستشفى ، ذلك لأن فارق العمر بينه وبين المريض من شأنه أن يشكل عقبة في تكوين علاقة مهنية بين الطرفين أو أسلوباً للتفاهم بينهما والأخصائي الاجتماعي في المستشفى يتعامل مع شرائح مختلفة كالأطفال والمراهقين والشباب والبالغين والمسنين إضافة إلى أسرهم ، وكل شريحة لها خصائصها التي تميزها عن الشرائح الأخرى حتى في نوعيات الأمراض التي يتعرض لها الإنسان في حياته وردود الفعل المتباينة نتيجة ذلك ، حتى في كيفية الاستجابة للمرض فهي تختلف من جنس إلى جنس آخر . (Kadushirs, ١٩٧٢)

ويعد تعامل الأخصائي الاجتماعي مع مختلف الشرائح ومع الجنسين اختياراً خاصة حينما يكون حديث التخرج أو في مقتبل العمر ، وذلك بسبب تقارب العمر بين الطرفين . وهناك أسئلة كثيرة حول دراسة الأخصائي الاجتماعي لشرائح كثيرة ، وكذلك الصعوبات

التي يواجهها مع تلك الشرائح التي يتعامل معها ، خاصة أن كل شريحة تمثل مرحلة عمرية معينة يمر بها الإنسان في حياته ، فقد يواجه الأخصائي الاجتماعي صعوبات في التعامل مع مريض - مثلاً لا يلتزم بالنصائح والإرشادات الطبية فالمشكلة هنا لا تكمن بالضرورة في شخصية الأخصائي الاجتماعي وطبيعة ممارسته المهنية ، وإنما ترجع إلى سلوكيات المريض كالتنمر ومعارضته على تطبيق الإجراءات الطبية اللازمة لعلاج .

ولقد بحث الباز (١٩٩٧) في عوامل التزام المرضى بالإرشادات الطبية وانعكاساتها على تحسين حالتهم الصحية ، وقام في دراسته بتحديد عوامل ديمغرافية ومؤسسية من الممكن أن تؤثر على مدى التزام المريض بإتباع الإرشادات الطبية ، ولقد حدد العوامل الديمغرافية في متغيرات تشمل جنس المريض وعمره وحالته الاجتماعية ومستواه التعليمي وحالته الصحية ، كما حدد العوامل المؤسسية في متغيرات تشمل مدة الزيارة للطبيب في التعامل الشخصي مع المريض .

ولقد تبين من نتائج الدراسة أن جميع العوامل المؤسسية لها تأثير في التزام المرضى بالإرشادات الطبية (ما عدا استمرارية الطبيب مع المريض) فقد دلت النتائج على عدم وجود علاقة بين هذا المتغير والتزام المرضى بالإشارات الطبية (ما عدا العمر) وهذا يشير إلى أن هناك علاقة بين العمر والالتزام . ويؤكد الباز أن العمر من العوامل الديمغرافية التي لها تأثير قوي على سلوك المريض في إتباع الإرشادات الطبية تنفيذاً للخطة العلاجية . وأضاف أن فترة المراهقة التي يمر بها الفرد بالفعل تؤثر على مدى التزامه بإرشادات الطبيب .

وفي دراسة أخرى حول تعامل الأخصائي الاجتماعي مع مرضى في مرحلة المراهقة قام بها تيببي وآخرون (٩٧ : ١٩٨٨ ، Tebbi et al) لمقاربة إجابات الوالدين وأبناءهم المراهقين من المرضى بالسرطان عن مدى أتباع الأبناء لخطوات العلاج ، تبين

أن هناك اختلافاً في الإجابات بين الوالدين والأبناء المرضى الذين تقل أعمارهم عن ١٧ عاماً ، وقد أوضحت تلك الدراسة أن مرحلة المراهقة تتميز بكثرة التساؤلات والعصيان ومحاولة الاستقلالية ، التي تؤدي إلى عدم تقبل الأوامر أو أتباع التعليمات من أي شخص مهما كانت صلته بالمراهق ، حتى إن كان الأمر يختص بإتباع الإرشادات الطبية لتحسين مستوى حالته الصحية والحد من تفاقم مشكلته المرضية .

ومثال آخر للشرائح التي يتعامل معها الأخصائي الاجتماعي هم المرضى المسنين وهم يعبرون عن طبيعة مرحلة عمرية يمر بها الإنسان في حياته فالمرضى من كبار السن عرضة للنسيان حيث تخونهم ذاكرتهم ، وذلك لتعرض بعضهم للإصابة بأمراض الدماغ المتعلقة بالشيخوخة كمرض الزهايمر " Alzheimer disease " الذي يتلف بعض خلايا الدماغ فيسبب فقدان الذاكرة لدى الإنسان المصاب ، وهذا المرض عادة يصاب به بعض كبار السن الذين بلغوا سن الستين من العمر ، وقد يصاب به في بعض الأحيان من لم يبلغ الخامسة والخمسين من عمره ، وتزداد حدة النسيان وفقدان الذاكرة عند المصاب به مع مرور الوقت حيث يؤثر بشكل أقوى على نشاطه العقلي ، ولقد أثبتت دراسة مارك ومارك (Mark and Mrrk ١٩٩٨) والتي أجريت على نزلاء إحدى دور المسنين أن ٤٠% منهم مصابون بهذا المرض مما يدل على انتشاره بين كبار السن ، وليس بالغريب أن ينسى المريض المسن موعد المقابلة مع الأخصائي الاجتماعي (وإن كان ذلك يشعر الأخصائي الاجتماعي بشي من الإحباط) ومن المتطلبات المهنية المرتبطة بممارسة المهنة مع شريحة المسنين هو أن يكون الأخصائي الاجتماعي على درجة أكبر من الحساسية عن الحالات التي يعتاد على دراستها ، وهناك مشكلة أخرى يعاني منها المسن وهي ضعف أو فقد حاسة السمع ويتطلب ذلك من الأخصائي الاجتماعي أن يحدث المريض بصوت عالي حتى يتمكن من توصيل المعلومات له ومناقشته ، ثم إن على الأخصائي أن يتكلم ببطء وحذر مع

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

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

ولننظر إلى الجانب المشرق في القضية وجددير أن يضعه الأخصائي الاجتماعي في اعتباره وهي أن نقطة القوة عند شريحة كبار السن تكمن في مدى تفهمهم مع المرض الذي يعانون منه ، فقد عاشوا فترات طويلة ومروا بتجارب كثيرة وتعلموا أساليب الحياة وكيفية

التكيف مع ظروفها ، وهذا بالطبع يختلف في طبيعته عن شباب مريض يعاني من مرض ما وهو في مقتبل العمر ، وطبيعة الحالة التي يدرسها الأخصائي الاجتماعي لشباب تختلف عن طبيعته دراسته لحالة مسن ، فالمريض الشاب وبالأخص المراهق من الممكن ألا يتقبل حالته المرضية وقد يثير مشاكل أثناء رقوده في المستشفى ولا يقبل نصائح وإرشادات الأخصائي الاجتماعي أو الفريق الطبي بشكل عام ، وفي ذلك تحدياً لسلطة هؤلاء المشرفين على علاجه .

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

٢- الجنس:

لو نظرنا إلى جنس الأخصائي الاجتماعي لوجدنا أن أهميته لا تقل عن أهمية عمر الأخصائي الاجتماعي وأثرها على الممارسة المهنية ، نظراً لاحتكاكه المباشر مع المرضى أثناء أدائه لدوره المهني وكما أن عمر الأخصائي الاجتماعي قد يحدد علاقته المهنية مع المرضى - وهو موضوع في غاية الحساسية - حيث أنه يحدد للأخصائي الاجتماعي فرصة التدخل لتقديم المساعدة ، فإن جنس الأخصائي الاجتماعي ذو أهمية

مماثلة ، فالرجل والمرأة جنسان يختلفان بعضهما عن بعض في كيفية تكوين العلاقات مع الآخرين ، وعلى الرغم من أن العلاقات المهنية الطبية تسمو فوق نوعية الجنس ، فإنها من العوامل المؤثرة ، وربما العرقلية في تكوين علاقات مهنية بين الأخصائي الاجتماعي وعملاء من جنس آخر ، لذا يفضل إيجاد أخصائي اجتماعي من جنس المريض ، وخاصة إذا طلب المريض ذلك وحتى في بعض الحالات هناك حاجة لوجود أخصائية اجتماعية من نفس لهجة المريض لعدة أسباب منها المحافظة على سرية المعلومات وسهولة التفاهم ، وتوصل المعلومات وقد يكون التعصب للأصل أيضاً سبباً في عملية اختيار الأخصائي الاجتماعي ، فقد تطلب المريضة – مثلاً أخصائية اجتماعية لمقابلتها (Kadushin, 1972) . ولكن على المدى البعيد قد تختلف مشكلة قلة أعداد الأخصائيين الاجتماعيين حاجة إلى وجود أخصائية اجتماعية مع مريض من جنس آخر وما هو معروف في مجتمعنا وحتى عالمياً أن الإناث يقبلن على دراسة الخدمة الاجتماعية ومن ثم ممارستها أكثر من الذكور . وقد ظهر ذلك جلياً في كتابات الكتاب في مجال الخدمة الاجتماعية حتى ذهب بعضهم إلى توحيد الكتاب للأخصائية الاجتماعية بدلاً من الأخصائي الاجتماعي ، فلقد ذكرت مارغريت رود (٧٣ : ١٩٨٩ , Margaret Rhodes) في كتابها (القضايا الأخلاقية في ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية) بأنها «استخدمت الأخصائي الاجتماعي بدلاً من الأخصائية الاجتماعية لأن غالبية الذين يمارسون مهنة الخدمة الاجتماعية هم من الإناث ، ولعل ذلك مؤشر على زيادة أعداد الأخصائيات الاجتماعية وتأكيد لنفس الأسباب من حيث التزايد والنمو المطرد لعدد الإناث اللاتي يقبلن على دراسة وممارسة المهنة عن الذكور» .

ويبقى موضوع الجنس مهماً حيث أن طبيعة المرأة وتفكيرها يختلف عن طبيعة الرجل وتفكيره في كيفية مواجهة المشاكل الاجتماعية والنفسية التي يتعرضان لهما في حياتهما الشخصية بل والعملية ويعود ذلك إلى طبيعة جنس الإنسان واحتياجاته ومن يتفهمه

ويلعب السعي في إيجاد أخصائي اجتماعي من جنس مماثل دوراً كبيراً في نجاح عملية التدخل وتقديم المساعدة . لهذا فإن إيجاد أخصائية اجتماعية لمريض من عنصر جنسي وجنسية وحتى أقلية مماثلة لدور فعال إلى حد كبير في نجاح الخطة العلاجية المقترحة .

فالإنسان بطبيعته يحتاج إلى من يفهمه ويفهم ثقافته وتراثه وكل ما بني عليه حياته وعلاقته مع الآخرين ، وهذا الفهم يقود الأخصائي الاجتماعي إلى معرفة الإنسان ودرجة تحمله ، وملابسات الظروف التي يعيشها يومياً في حياته الخاصة ، فالإنسان يحتاج إلى من يعيش معه مشكلته ومعاناته حتى يجد منفذاً له منها وذلك من خلال التعبير والتصرف .

ويمكن عزو الفارق بين الرجل والمرأة إلى أن بناء دماغ المرأة مصمم بطريقة تختلف عن بناء دماغ الرجل ، فبينما المرأة تعبر تعبيراً لفظياً عن مشاعرها إزاء مشكلة اعترضتها نجد أن الرجل يتصرف بطريقة مغايرة ، فالرجل يفصل نفسه عن شعور حتى يدرك أبعاد المشكلة وكيفية حلها ، وحينما يغضب من شئ فإنه يتوجه إلى القيام بنشاط ، كتمارين الرياضة مثلاً ، ولقد أثبتت دراسة جون جيري (John Gray, ١٩٩٦:١٨) أن الرجال يلجأون إلى ممارسة الرياضة للتعبير عن غضبهم باللعب وفي ذلك فائدة جلية للتخلص من التوتر واستعادة القدرة على رؤية الأشياء في أبعادها الصحيحة ، وفي نفس الوقت يكون إيجاد للمشكلة التي يعانون منها تنصدر أولويات ما يريدون الوصول إليه .

((وبالتأكد فإن المرأة أيضاً تحاول إيجاد حل لمشكلتها ، ولكن لأن نمو الدماغ لديها يختلف عن نمو دماغ الرجل فإنها تميل في البداية إلى التحدث عن المشكلة – وهذا يعد تنفيساً لها عن مشاعرها وحينما تغضب المرأة فإنها وفي البداية تود أن تعبر عن مشاعرها . وحينما تكمل حديثها فإنها تبدأ في إدراك المشكلة ، ويستمر إدراكها معها حتى تستطيع بذلك أن تفكر بما تقوله وما تشعر به وأن تفصل بينهما ردة فعل المرأة إزاء المشكلة تبدأ

من مركز الشعور في دماغها ، ثم تنتقل إلى مركز المحادثة ، من هناك تنطلق في التفكير ، وهذا تدرج طبيعي لدى المرأة بل يساعدها على نمو مهاراتها إزاء المشاكل التي تتعرض لها . ومع مرور الوقت تنمو لديها بالتدرج القدرة على الشعور والتحدث والتفكير في آن واحد . وعلى صعيد الممارسة المهنية فإنها تضطر الأخصائية الاجتماعية إلى العمل مع مريض من الجنس الآخر فعليها أن تكون على حذر فيما تقول وترتدي وكيف تتعامل مع المرضى نظراً لحساسية العلاقة بين جنسين مختلفين وإن كانت علاقة مهنية ووقائية ، ففي بعض الحالات قد يعاني المريض من أزمة عاطفية في حياته وعلى الأخصائية الاجتماعية أن تضع حداً لسلوك هذا المريض معها كي لا تشعر هي أو المريض بأخذ مخدوع من الطرف الآخر إن أساس تدخل الأخصائي الاجتماعي في حياة المريض مبني على علاقة مهنية بجدية ومسؤولية ، فتؤكد تلك العلاقة أساس الالتزام بأخلاقيات ممارسة مهنية الخدمة الاجتماعية مع الأفراد فالمسؤولية المهنية تتطلب من الأخصائي الاجتماعي تحقيق أكبر قدر ممكن من الانضباط في تكوين العلاقات المهنية مع المرضى ، خاصة أنهم يعانون من مشاكل في حياتهم لذا يفترض في شخصية الأخصائية الاجتماعية ذلك المهني الذي لا يتكلف الكلمات التي يقولها للآخرين ، ولا هو بالشخص المشاكس الذي يبحث عن المشاكل في أدائه لدوره المهني وفي علاقاته مع الحالات الذي يدرسها ، ويكون شخصاً واقعياً يتمسك بأخلاقيات الممارسة المهنية من جانب الإحساس بقوة وصدق)) John (١٩٨٦:٨ ,grag) لذا يرى الباحث الالتزام بقائمة أخلاقيات لممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية أسلوباً عمليات من أساليب بناء شخصية الأخصائية الاجتماعية المهنية من الداخل لينعكس على طبيعة ممارسته المهنية وسلوكه المهني في الخارج ، عندما يتحمل مسؤولية تلك الممارسة ، وهناك أمثلة كثيرة على نجاح الأخصائية الاجتماعية في الحفاظ على ما يحملون من مبادئ وقيم ممارسة مهنية الخدمة الاجتماعية وما يقصدون من

مسؤوليات وواجبات ، لأن أخلاقيات الممارسة المهنية استطاعت أن تهيب لهم البناء الداخلي القوي المتماسك ، وأخيراً فالغالبية من العلاقة المهنية هو التدخل لتقويم المساعدة كتخفيض لمعاناة المريض من خلال التحليل الاجتماعي النفسي لا لجلبها لهم وحتى تكون ثمار عملية التدخل خروج المريض من مرحلة الاعتماد على الخدمات الاجتماعية ودخوله مرحلة الاستقلال .

ثالثاً : مراحل التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي

((Phases of – professional intervention in social work))

العمل في الخدمة الاجتماعية بصفة عامة بغض النظر عن طرقها ومجالاتها يتضمن إدراكاً من جانب الأخصائي الاجتماعي للمراحل التي يمر بها العمل فيما بينه وبين العميل لتحقيق الأهداف المرجوة. وقد تختلف مسميات هذه المراحل باختلاف الباحثين وباختلاف الزمن . كما قد تختلف هذه المراحل من حيث عددها فالبعض يقسمها إلى ثلاث مراحل والبعض يقسمها إلى أربع وهكذا وقد لخص (Cerel Germain , ١٩٨٩ : ٣٣) المراحل التي يمر بها العمل بين الأخصائية الاجتماعي والعميل (سواء كان فرد أو جماعة أو أسرة ، في ثلاث مراحل أساسية وهي :

المرحلة الأولية أو التمهيدية (initial phase) ومرحلة استمرارية العمل ongoing phase والمرحلة النهائية Ending phase وسنعرض هذه المشاكل بشيء من التفصيل ونوضح خصائص كل مرحلة من هذه المراحل والعمليات المتصلة هنا .

أولاً : المرحلة الأولية (Initial phase)

المرحلة الأولية أو مرحلة التخطيط " phanning phase " كما يطلق عليها

تتضمن العمليات التالية : (Care Bailey : ١٩٨١ , ٣٩)

(prepatation)	١- الاستعداد
(Engagement)	٢- إنشاء أو تكوين العلاقة
(Exploration)	٣- الفحص أو الاستكشاف
(problem Definition)	٤- تحديد المشكلة
(Assessment)	٥- التقدير أو التقييم
(Contracting)	٦- الإتفاق العقد
(Coal – setting)	٧- وضع الأهداف
(planning Nextseps)	٨- التخطيط للخطوات التالية
(Ongoing phase)	ثانياً : مرحلة استمرارية العمل

وهي مرحلة تنفيذ الأنشطة والمهارات التي تم الاتفاق عليها بين الأخصائي الاجتماعي والمريض ، وممارسة كل منها لدوره في تحقيق الأهداف المرغوبة .

ويتركز دور الأخصائي الاجتماعي في هذه المرحلة القيام بالعمليات والأدوار التالية :

(Barbara , ١٩٨٦ : ٨٨)

١- المحافظة على الدوافع لدى المريض ودور الأخصائي الاجتماعي كمحرك

(patient motivation and the social worker role of mobilizer)

٢- خطوات عملية حل المشكلة ودور الأخصائي الاجتماعي كمعلم ومدرب ووسيط

steps of problem – solving process and the social worker roles

of teacher , coach ,and mediator .

٣- التحكم في مشاعر المريض المؤلمة ودور الأخصائي الاجتماعي كمساعد ومنظم

Mangement of painful emotions and the social worket roles of
enabler and organizer

٤- التوجيه الشخصي للمريض ودور الأخصائي الاجتماعي كوجه – Patient self

directedness and the social worker role of facilitator

ثالثاً : المرحلة النهائية (Ending phase)

أو مرحلة الانفصال كما يسميها البعض وتتضمن القيام بالعمليات التالية : Aguilera

١- عملية إنهاء العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي والمريض Termination

٢- وضع خطة خروج المريض من المستشفى Discharge planning

٣- التحويل Transference

٤- التقويم Evaluation

٥-التفاصيل Details

أولاً : المرحلة الأولية Initial phase

١- الاستعداد Preparation

ويقصد به "الاستعداد من جانب الأخصائي الاجتماعي للتدخل والعمل مع الحالة ،
والاستعداد المسبق من جانب الأخصائي الاجتماعي يساعد ويضمن إلى حد بعيد نجاح
العمل . والاستعداد يستلزم القدرة على التعاطف والتفكير والتخطيط ، ويتضمن أيضاً
إدراك الأخصائي الاجتماعي لمشاعر وخبرات المريض والأسرة والقدرة على مساعدتهم
خلال المقابلة الأولى :

أ- استنباط أو استخراج اهتماماتهم ومشاعرهم واحتياجاتهم وآمالهم الناجحة عن المرض والاستجابة لها .

ب- تقديم الخدمات الملائمة لاحتياجاتهم .

ج- القدرة على التحكم في مشاعره تجاه المريض سواء من حيث مظهره أو سلوكه أو اتجاهاته أو طريقة تفكيره .

وكلما كان الاستعداد جيداً كلما ساعد ذلك على نجاح العمل والحصول على نتائج

إيجابية" (carel, ١٩٨٦:٧١)

كما أن عملية الاستعداد تتطلب من الأخصائي الاجتماعي الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات : عن حالة المريض ، وشدة المرض وتأثيره على المريض من الناحية الجسمية الآن وفي المستقبل ، وما الذي قيل للمريض وأسرته عن المرض ! كيف كانت استجاباتهم ، العلاج .

٢ - إنشاء أو تكوين العلاقة Engagement

ويقصد بها عند إيرل بيلق (earal Baileg, ١٩٨٩:٧٢) "إنشاء أو تكوين العلاقة المهنية مع المريض وأسرته أو الجماعة التي يعمل معها الأخصائي الاجتماعي . وهذه العملية تمر بعده مراحل هي :

الاستقبال (Admission) وعرض الخدمة (offer of service) وتوضيح وظيفة الأخصائي الاجتماعي ودوره في المستشفى ، وقبول الخدمة من جانب المريض (Acceptance of service) ومن المفيد عند توضيح الأخصائي الاجتماعي لوظيفته أن يبين للمريض علاقته بالطبيب وهيئة التمريض وبقية العاملين في المستشفى ، كما يجب عليه أن يشرح للمريض فوائد الخدمات التي يقدمها سواء للتعامل مع المرض والضغط الناتجة عنه أو في معرفة الموارد المتاحة لمقابلة احتياجاتهم أو في وضع خطة خروج المريض من المستشفى "

ومن المهارات التي تساعد على تكوين العلاقة المهنية (skills of Engoament) مايلي "

أ- قدرة الأخصائي الاجتماعي على ربط الخدمات الاجتماعية التي يراد تقديمها بالمريض ومعرفة مواقف المريض واحتياجاته الفردية .

ب- القدرة على توضيح دور الخدمة الاجتماعية ، وعلاقة الأخصائي الاجتماعي بالفريق العلاجي .

ج- الاستجابة لأسئلة واستفسارات المريض وأسرته عن الخدمات الاجتماعية وعن اهتماماتهم بشأن المرض وتأثيره على النواحي الاقتصادية والعملية ورعاية الأطفال وغيره من الجوانب .

د- الاستجابة لمشاعر المريض والتعاطف معه ، وإبداء مشاعر التقبل والاهتمام والاحترام والدعم .

هـ- إدراك سلوكيات المريض In iness Behavior الناتجة عن المرض والاستجابة الملائمة لها .

و- توضيح الخطوات اللاحقة ودور كل من الأخصائي الاجتماعي والمريض .

ز- ملاحظة مدى استجابة المريض ورأيه من خلال الجلسة الأولى .

ع - تشجيع التفاعل بين أعضاء الأسرة مع التأكد من إتاحة الفرصة لكل عضو للمشاركة والاستفادة منهم جميعاً لخدمة المريض" (مرجع سابق : ٧٤) وتكوين الأخصائي الاجتماعي والمريض على العمل سوياً في مشكلة محددة ، كما أن تكوين العلاقة هي العملية الأساسية لتحقيق وانجاز العمليات الأخرى في هذه المرحلة الأولى .

٣- الاستكشاف (Exploration)

٤- التقدير أو التقويم (Assessment)

٥- التخطيط (phanning)

٦- الاتفاق (Contracting)

الاستكشاف والتقدير والتخطيط والاتفاق في معظم مؤسسات الرعاية الصحية تتميز بالحاجة إلى سرعة جمع المعلومات عن المريض وتقدير معناها ، ووضع خطة عمل مناسبة والاتفاق عليها فيما عدا الحالات التي تحتاج إلى رعاية صحية طويلة فالأخصائي الاجتماعي والمريض ليس لديهم الوقت الكافي لتغطية جميع الجوانب الاجتماعية والنفسية للمرضى من خلال مجموعة من المقابلات وبدلاً من ذلك فإن عليهم الوصول إلى اتفاق

سريع بشأن الأهداف ، والأنشطة التي تعمل على تحقيقها .
(:٨٥ ،١٩٨٥ , Taha katson) .

وفي بعض الأحيان فإن كل العمليات السابقة (الاستكشاف والتقويم والتخطيط أو وضع الأهداف والاتفاق) يجب القيام بها في المقابلة أو الجلسة الأولى ، كما أنها تتطلب مستوى عالي من المهارات للحكم على كيفية مشاركة المريض في كل هذه العمليات .

ومن المهم في عملية الاستكشاف معرفة الأخصائي الاجتماعي مدى تفاعل وتأثير العوامل الشخصية والبيئية والثقافية في المرضى . وهذه المعرفة تتطلب الاهتمام بالمرحلة العمرية للمريض والاحتياجات النفسية والاجتماعية لهذه المرحلة . فالمرض المزمن مثلاً يؤثر على نمو الطفل والشباب في جوانب مختلفة ، كنمو الشعور بالاستغلال والاعتماد على النفس ، والعلاقة مع الزملاء والأصدقاء ، وتشكيل الهوية ، ودرجة قيامه بوظيفته الاجتماعية . ومن جهة أخرى فإن طريقة معالجة هذه الجوانب سوف تؤثر على تكيف المريض مع المرض .

ويجب على الأخصائي الاجتماعي أيضاً استكشاف البناء الأسري من حيث المراكز والأدوار والعلاقة الزوجية والعلاقة مع الأولى والوظائف ، وثقافة الأسرة من حيث القيم والأهداف والاتجاهات نحو الصحة والمرض والإعاقة

- مهارات الاستكشاف (skills of exploration)

ومن المتطلبات التي تساعد الأخصائي الاجتماعي في عملية الاستكشاف ما يلي :
معرفة وجهة نظر المريض وأسرته فيما يتعلق بالمرض وأسبابه وطرق العلاج ونوعية المساعدات الفعالة .

أ- دراسة حياة المريض للتحقق من طرق وأساليب التكيف مع المرض ، والمشاكل والصعوبات التي تعوق التكيف ، وتأثير المرض على شخصيته وعلاقاته مع الآخرين والبيئة .

ب- ملاحظة نوعية التأثير النفسي الناتج عن المرض بما فيها مشاعر القلق والشعور بالذنب أو النقص ، والكآبة ، ومستوى الأداء العقلي والحسي ، والنظرة للنفس والمحاولات الأولى للتكيف بما فيها المحاولات الدفاعية .

ج- توفير المعونة النفسية للتخفيف من الضغوط النفسية واستخدام مهارات تكوين العلاقة المهنية .

د- معرفة تأثير السن وعلاقته الاجتماعية بالتكيف أو القدرة على التكيف .

و- معرفة الموارد المادية والاجتماعية المتاحة في البيئة من معلومات وأشخاص ومؤسسات .

ز- تبادل المعلومات مع أعضاء الفريق العلاجي ، وذلك بمعرفة المريض وموافقته"

(Tabakerson , ١٩٨٥ : ٨٨) .

ويمكن أن نلاحظ أن عمليتي الاستكشاف والتقدير مرتبطتان ببعضهما البعض ، فقد تظهر عملية التقدير الحاجة إلى مزيد من الاستكشاف والذي بدوره وقد يؤدي إلى تعديل أو تغيير في عملية التقدير .

ويقصد بالتقدير (Assessment) معرفة كيفية تفاعل العوامل الشخصية والبيئية والثقافية مع المرض ومعرفة نتائج هذا التفاعل خاصة من حيث درجة الضغط الواقع على المريض وأسرته ومن حيث نوعية درجة التكيف ويقول روبرت (Robert , ١٩٨٧ : ٧٧) (أن الهدف من عملية التقدير هو «تحديد طبيعة المشكلة وأسبابها وتطوراتها والاحتمالات

المستقبلية لها . كما أنها تهدف أيضاً إلى تحديد الأنشطة التي يمكن أن تعمل على الحد من آثار المشاركة أو التخلص منها نهائياً .»

محتوى عملية التقدير Content of Assessment

تحتوي عملية التقدير على الآتي : (Robert , ١٩٨٧)

١-العوامل المرضية (II Iness Factors)

معرفة طبيعة المرض وآثاره الشخصية والبيئية وتحديد بداية المرض ونشأته وتطوره والعوامل التي ساعدت على تطوره ، رأي الطبيب في النتائج المستقبلية للمرض ، والمدة اللازمة للعلاج والشروط التي يجب أن يخضع لها المريض أثناء فترة العلاج .

٢-العوامل الشخصية (Personal Factors)

وتتضمن معرفة المرحلة العمرية للمريض وما يرتبط بها من احتياجات نفسية واجتماعية ومعرفة الخصائص النفسية والعاطفية والاجتماعية والثقافية للمريض . بمعنى آخر معرفة قدرات المريض على مواجهة الموقف ، وأداء دوره الوظيفي أو عجزه ، ومعرفة قدرته على السيطرة على انفعالاته وعلى تحمل الإحساس بالذنب وعلى مشاركة الآخرين مشاعرهم . ومعرفة جوانب القصور في شخصية المريض وعملياته الدفاعية ودوافعه مع ملاحظة أن هذه القدرات سوف تؤثر في خطط التدخل .

٣- العوامل المتصلة بالعلاقات الشخصية (Inter personal factors)

كالمرحلة التي تمر بها الأسرة وما يتصل بها من احتياجات وعمليات الاتصال والتفاعل والبناء الأسري وعلاقة المريض بالأشخاص البارزين في محيطه الاجتماعي سواء كان فرداً أو أسرة أو جماعة أو منظمة ، قدرته على تكوين العلاقات ، درجة اهتمام الأسرة بالمريض وتأثير هذا الاهتمام على المريض .

٤-العوامل البيئية (Environmental factors)

وتتضمن تحديد العقبات والعوائق البيئية والموارد والإمكانيات المادية والاجتماعية المتاحة ، كما تتضمن التعرف على الوضع الاقتصادي للمريض والسكن وإمكانياته والتسهيلات والخدمات المتوفرة في البيئة ، مكان العمل أو المؤسسة .

٥ - العوامل الثقافية (Cultural factors)

وتتضمن معرفة الأهداف والاتجاهات والخصائص الخلقية والعادات والطبائع

الاجتماعية والمثل العليا (٧٩ : ١٩٨٤ , bailey Carel)

٦- تفاعل جميع هذه العوامل السابقة وتأثيرها سواء في أحداث الضغوط على المريض أو المحافظة على هذه الضغوط :

وعملية التقدير كما يرى الباحث تنمو وتتطور من وقت إلى آخر طالما الاتصال قائم بين الأخصائي الاجتماعي والمريض ، وينبغي على الأخصائي الاجتماعي والمريض مراجعة المعلومات والأفكار والمشاعر من وقت إلى آخر ومعرفة علاقتها بالمرض الخطوات الأساسية في عمليات التقدير المشترك بين الأخصائي والمريض كالاتي
Basic steps in patient worker mutual processes of Assessment: جمع المعلومات من جميع المصادر المتاحة .

أ- الوصول إلى فرضيات بشأن تأثير العوامل المرضية والشخصية والبيئية

د- وضع أهداف قصيرة وطويلة الأجل

هـ - اتخاذ قرار التدخل .

و- ملاحظة تأثير التدخل والتأكد من ملائمة .

والعملية الأخيرة في المرحلة الأولى هي «عملية الأتفاق والاتفاق هو أسلوب يستخدمه الأخصائي الاجتماعي لمساعدة الIvdq لفهم وتحديد الأهداف التي يرغب في إنجازها خلال عملية المساعدة ، وإيجاد الخطوات التي ينبغي الIvdq بها لتحقيق ذلك ، وتحديد الوقت المناسب للقيام بكل نشاط أو عمل» (Elfrlebe : ١٩٨٥ : ٧٧)

وهناك مجموعة من المهارات التي تساعد الأخصائي الاجتماعي في عملية الاتفاق

Skills of contracting ، وهي كالآتي :

- أ- الوصول إلى اتفاق بشأن المشكلة واحتياجات المريض.
- ب- الوصول إلى اتفاق بشأن الأهداف التي يراد تحقيقها ، ويجب أن تكون أهدافاً ملائمة ومنطقية وموجهة لتحقيق الضغوط وتعزيز أساليب التكيف .
- ج- الوصول إلى اتفاق بشأن الخطوات التالية وواجبات ودور كل من الأخصائي الاجتماعي والمريض .
- د- تحديد الشروط أو القيود إذا دعت الحاجة بكل من المريض والأسرة والأخصائي الاجتماعي والاتفاق على موعد ومكان الجلسات .
- هـ- إعادة التفاوض فيما تم الاتفاق عليه سابقاً عند حدوث تغييرات تستلزم ذلك .
- و- استخدام النقاط التي يتم الاتفاق عليها والاستفادة منها في عملية التقويم . (Bailey

Carefy, ١٩٨٩:٧٩)

وبعد هذا الاستعراض الموجز لمبادئ الممارسة والمهارات المتصلة بالمرحلة التمهيدية في عملية المساعدة ، فإن الباحث يرى من المفيد الإشارة إلى بعض الاعتبارات الخاصة بهذه المرحلة وهي : أن المستشفى والعاملين بها والبيئة والمرضى والإعاقة هي العوامل التي تحدد أمد المرحلة الأولى وبغض النظر عن عدد الجلسات التي يحتاج إليها الأخصائي

الاجتماعي للعمل مع المريض ، فإن اهتمام الأخصائي الاجتماعي يجب أن يركز في المرحلة الأولى على تكوين العلاقة المهنية والتحكم في أساليب المقاومة والاستكشاف أو جمع المعلومات اللازمة وتقدير العوامل للوصول إلى اتفاق بشأن الأهداف والأنشطة .

كما يرى الباحث أيضاً أن المبادئ والمهارات السابقة ليست قاصرة في استعمالها على المرحلة التمهيدية فقط ، بل يحتاج لها الأخصائي الاجتماعي خلال عملية الاتصال مع المريض وخاصة عند حدوث تغيرات سواء في المرض أو العوامل الشخصية أو البيئية تتطلب المزيد من الاستكشاف والتقدير . وأخيراً فإن المرحلة التمهيدية تهدف إلى وضع الأساس لعملية المساعدة فهي توفر المعلومات الخاصة بالجوانب الاجتماعية والنفسية والثقافية للفريق العلاجي لتساعدهم على وضع الخطة العلاجية الملائمة والفعالة . ومتى ما تمت هذه المرحلة بالصورة المطلوبة فإن أنشطة المرحلة التالية ستسير بطريقة منتظمة ومناسبة .

ثانياً : مرحلة استمرار العمل Ongoing phase

يعتمد التدخل في هذه المرحلة على عملية التقدير التي قام بها كل من الأخصائي الاجتماعي والمريض ، والاتفاق الذي تم بينهما بشأن الأهداف والأنشطة في المرحلة السابقة . وعمليتي التقدير والاتفاق المبدئي – كما ذكر سابقاً يمكن إعادة تشكيل وتعديل أي منها حسب ظهور متغيرات جديدة بشأن المرض والموقف وظهور معلومات جديدة .

وتتضمن واجبات المريض والأسرة في هذه المرحلة ما يلي :

أ- المحافظة على الاتجاهات الايجابية (التفاؤل الأمل)

ب- المحافظة على محاولات أو جهود التكيف

ج- توجيه هذه المحاولات لمواجهة الاحتياجات الشخصية والبيئية الحاضرة والمستقبلية حسب التغييرات الطارئة .

د- القدرة على التمول من أسلوب للتكيف إلى أسلوب آخر حسب متطلبات الموقف واحتياجات المريض والأهداف المقترحة .

ومهمة الأخصائي في هذه المرحلة تتركز على دعم ومساندة المريض وأسرته للقيام بالمهام والأنشطة المطلوبة منهم لتحقيق أهداف العلاج ، وذلك من خلال مساعدة المريض والتخفيف من الضغوط النفسية والبيئية ، وتعزيز وزيادة الإمكانيات الشخصية والبيئية التي تساعد على التكيف ، ومساعدة المريض للتحكم في مشاعره المؤلمة ، وتحسين علاقة المريض بالبيئة وقد لخص فرانسيس (Francis ، ١٩٨٧ : ٥٣) «واجبات الأخصائي الاجتماعي في هذه المرحلة في التالي :-

١ . مساعدة المريض للمحافظة على الدافع للتكيف ، والتعامل مع مشاعره أو مايسمى بالتناقض الوجداني أو ثنائية المشاعر (Ambivalence) (تناوب مشاعر الكراهية والحب نحو إنسان أو موضوع معين) والتعامل مع أساليب المقاومة .

٢ . التعليم والتوجيه والتدريب على أساليب التكيف

٣ . توفير المعونة النفسية .

٤ . تزويد المريض بالمعلومات التي يحتاج إليها ، وتوفير فرص المشاركة في الاختبار واتخاذ القرار ومزاولة الأنشطة ، وأخيراً للتعامل مع موضوع الاعتمادية والاتكالية» .

ثالثاً : المرحلة النهائية Ending phase

المرحلة النهائية أو مرحلة الاتصال كما يسميها البعض تتضمن أنشطة ومهام الأخصائي الاجتماعي والمريض . ومن هذه العمليات : (١٩٨٦ , Aguilera Messick) . ٥٨ .

١ - عملية إنهاء العلاقة المهنية Termination process

٢ - عملية التقويم Evaluation process

وهذه العمليات تتأثر بعدة عوامل منها دور المؤسسة ونوعية المستفيدين ، وشروط الاستفادة من الخدمة ، وعوامل أخرى ترتبط بصلاحية الأخصائي الاجتماعي بالمريض .

٣- عملية إنهاء علاقة المساعدة Termination the helping relationship عملية إنهاء العلاقة Termination هي المرحلة الأخيرة في عملية التدخل وهي إجراءات منظمة تهدف إلى إنهاء العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي والمريض . وتظهر هذه المرحلة عندما يتم تحقيق الأهداف أو عندما يظهر المريض عدم رغبته في مواصلة العمل . وهذه المرحلة عادة تتضمن الدعوة إلى تقديم العمل وتحديد الانجازات ، الحث عن كيفية معالجة المشكلات المستقبلية، والحديث عن طرق الحصول على الموارد في المستقبل عند مواجهة مشكلة معينة

وقد سبق الإشارة إلى أن خصائص مجال الممارسة وطبيعة دور المؤسسة تؤثر في عملية إنهاء العلاقة المهنية ومحتواها وفي المؤسسات الطبية نلاحظ صورتين تتصلان بموضوع إنهاء العلاقة .

- الصورة الأولى : تتطلب عادة وضع خطة الرعاية اللاحقة ويشترك فيها الفريق العلاجي ، تتضمن أنواع الرعاية سواء كانت طبية أو اجتماعية أو نفسية أو تأهيلية الخ . التي

يحتاج إليها المريض بعد خروجه من المستشفى ، وتسمى خطة خروج المريض

. Dischargs planning

الصورة الثانية : تتصل بطبيعة المرض أو الإصابة ويعتبر الموت أكثر العوامل تأثيراً في عملية إنهاء العلاقة المهنية والأخصائي الاجتماعي في هذه المرحلة بحاجة إلى مهارات خاصة يستطيع من خلالها مساعدة المريض وأسرته لتشكيل خطة الرعاية لما بعد الخروج من المستشفى ، أو مساعدتهم للتغلب على المشاعر الناتجة من وفاة المريض يرى الباحث أن إنهاء العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والمريض قد تسبب في ظهور بعض المشاعر السلبية لدى المريض كالخوف والقلق والحزن أو مقاومة عملية إنهاء العلاقة من خلال التظاهر بالحاجة إلى الرعاية خاصة إذا استمرت العلاقة فترة من الزمن وكانت علاقة إيجابية لذلك فإن على الأخصائي الاجتماعي الاهتمام بهذه المرحلة والاستعداد لها عن طريق التنبؤ بتأثير هذه المرحلة على المريض وإعداد وسائل تدخل ملائمة .

المهارات التي يستغلها الأخصائي الاجتماعي في مرحلة إنهاء العلاقة كالاتي :

(٦٢ : ١٩٨٦ , Aguilera)

١- التلميح للمريض بهذه المرحلة **Pointing out Endings** وتوضيح أسباب إنهاء العلاقة .

وينبغي أن يكون التلميح إليها قبل بدايتها بوقت كاف بحيث تكون أكثر قبولا كما أن بعض المرضى يعتقدون أن السبب وراء إنهاء العلاقة هو عدم رضى الأخصائي الاجتماعي عنهم لذلك يجب توضيح الأسباب الحقيقية وراء إنهاء العلاقة .

٢ – الاستجابة المباشرة لمشاعر المريض **Responding Directily to Feelings** وذلك عن طريق الاعتراف بهذه المشاعر ، وإتاحة الفرصة للتعبير عنها وتوضيح أسبابها

ومواجهتها ، كما أن من المهم تقبل الأخصائي الاجتماعي هذه المشاعر ومشاركة المريض فيها .

٣ - الإشارة بمجهودات المريض والدعوة إلى تقويم العمل : (Crediting the patient and Inviting Evaluation)

وذلك من خلال الإنجازات التي تحققت خلال فترة العمل والإشادة بجهد المريض في تحقيق هذه الإنجازات والمكاسب .

٤- تحديد الخطوات التالية لإكمال الأعمال التي لم يتم إنجازها بعد أو التحويل إلى مؤسسات أخرى لاستكمال العلاج وتقييم نتائج الخدمة (Evaluation of service out comes) من الضروري في نهاية عملية المساعدة اشتراك الأخصائي الاجتماعي والمريض في عملية مراجعة الانجازات التي تحققت والأعمال التي لم يتم استكمالها بعد ، والنقاط الإيجابية والسلبية للعلاقة المهنية . كما أن من الضروري اهتمام الأخصائي الاجتماعي بإجراء تقييم دقيق لكل ما حدث وما ترتب على جهود الخدمة الاجتماعية وهذه العملية قد لا تحتاج إلى جهد كبير من جانب الأخصائي الاجتماعي خاصة إذا عمل على فترات منتظمة في مراجعة ودراسة مسار العمل نحو الأغراض التي وضعت في البداية .

وعند تقييم نتائج الخدمة الاجتماعية ، ينبغي إجراء تقييم دقيق لكل من العوامل النفسية والاجتماعية ، وذلك من خلال فحص ما وصلت إليه قدرات المريض في الأداء الوظيفي وعلاقاته مع الأشخاص الآخرين ومدى توفر الموارد التي تشبع حاجاته .

ويستخدم الأخصائي الاجتماعي عادة مجموعة من الإجراءات الرسمية المتبعة بقسم الخدمة الاجتماعية في المستشفى للقيام بعملية التقييم كالتقارير والسجلات وأدوات القياس المختلفة .

ومن ضمن هذه الأدوات :

١- التسجيل الذي يركز على المشكلة (problem – oriented Recording)

وهو نموذج يستخدمه الأخصائي الاجتماعي لتسجيل المعلومات عن الحالة

، وهذا النموذج يحتوي على معلومات تتصل بأربعة جوانب :

أ - معلومات أولية عن الحالة.

ب- المشكلة التي تعاني منها الحالة.

ج- العوامل المتصلة بالمشكلة (العوامل الطبيعية أو الثقافية أو النفسية) .

د- خطة التدخل المقترحة في كل من العوامل السابقة .

ويمكن الاستفادة من هذا النموذج لتقييم عمل الأخصائي الاجتماعي ، وذلك

باستخدام نموذج آخر يحتوي على مجموعة من الأسئلة التي تهدف إلى معرفة طريقة

الأخصائي الاجتماعي في دراسة المشكلة ، والخطوات التي سار عليها عند الحاجة ونوعية

المعلومات التي حصل عليها وعلاقتها بالمشكلة ، ومصادر المعلومات وطريقة تقييم

العوامل ، وجوانب النقص في كل من هذه العناصر السابقة .

نموذج المراقبة الذاتية للممارسة : (Form of self Monitoring of practice)

أما أداة المراقبة الذاتية لممارسة الأخصائي الاجتماعي للمهنة ، فهي تساعد في

معرفة مدى تطبيق الأخصائي الاجتماعي للأسس العلمية من مبادئ وطرق وأساليب ،

ومعرفة جوانب النقص في تطبيق هذه العناصر .

٣- قياس تحقيق الأهداف (Goal Attainment sealin)

وهذا المقياس هو عبارة عن نموذج آخر يحتوي على مجموعة من الأسئلة التي تهدف إلى معرفة الأسلوب المتبع في وضع الأهداف ووضوح الأهداف ومدى واقعيتها ومرونتها ، وارتباطها بمشكلة المريض واحتياجات الفعلية ، وملائمة الأساليب المقترحة والوقت المخصص للتدخل لتحقيق الأهداف .

٤- سجل تدوين تقدم العمل (progress Notes Scoring) :

« هو مقياس يساعد في معرفة درجة تطبيق الأخصائي الاجتماعي لسجلات تطور العمل مع الحالات . ومدى ملائمة محتوى هذه السجلات بأهداف العمل مع كل حالة ، والوقت المخصص» . (Aguilera , ١٩٨٦ : ٧٢)

ولهذا فإن الباحث يسعى من خلال الدراسة العمل على وضع العبارات لتقييمها في المقياس للتأكد من مستوى درجة المهارات المهنية عند الأخصائي الاجتماعي لكي نعمل على إيجاد برامج تأهيلية لتحسين مستواه وتطوير مهمته المهنية إذا وجد كذلك تشجيعه ومساعدته من خلال الخبرات الموجودة في نطاق العمل حتى يكون محترفاً ومواصلته في مجال عمله دون أن يوجد صعوبات .

رابعاً : الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي

وقد استعرض Francis الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي سواء الأدوار المرتبطة بالمريض مباشرة أو البيئة المحيطة ، وهذه الأدوار هي (Barbara ٩٢ : ١٩٨٦ , schram) دور المحرك أو الدوافع Mobilizer ودور المعلم Teacher ، ودور المدرب Coach ، ودور المساعد Enabler ، ودور الموجه Facititator ،

ودور المنظم Organizer ودور الوسيط Mediator ، ودور المشارك والمتعاون collaborator ودور المجدد Innobator ، ودور المنافع Advocate .

١- الدافعية لدى المريض ودور الأخصائي الاجتماعي كمحرك :

(Patient Motivation and the social worker role of mobilizer) يستعمل الأخصائي الاجتماعي مهاراته المهنية لإيجاد والمحافظة على الدوافع لدى المريض للعلاج والتكيف ، كما يستعمل مهاراته أيضاً لتشجيع العاملين بالمستشفى والبيئة الخارجية لدعم ومساندة المريض . ومن مظاهر وجود الدافع في المرحلة الأولى تقبل المريض وأسرته للمساعدة. ومن العوامل التي تساعد على الحفاظ على الدوافع في المرحلة التالية :

مساعدة المريض وأسرته للحفاظ على الأمل والتفاؤل ومواجهة متطلبات التغيير ، ومساعدتهم لتحديد المتغيرات الجديدة حفاظاً على الجهد والوقت والمعنويات ، والاستفادة من جوانب القوة لدى المريض ، وتقسيم المشكلات والاحتياجات إلى أجزاء يمكن التعامل معها والتحكم فيها ، وإعادة تعديل أو تغيير الأهداف والواجبات عند اللزوم . (Barbara ، ١٩٨٦ : ٩٣)

ومن العوامل المهمة للحفاظ على الدوافع لدى المريض البيئة ومدى استعدادها وتعاونها في توفير الدعم الملائم ، إذا لم يتوفر هذا الدعم فإن مهمة الأخصائي التدخل واستعمال مهاراته لتحقيق ذلك . ومن أساليب التدخل مع الفريق العلاجي مثلاً توضيح احتياجات المريض وسلوكه ، وتقديم الاقتراحات للتحكم في السلوك السلبي ، وتوضيح الجهود المبذولة للتكيف ، واشتراك الفريق العلاجي في تشجيع المريض ، وتوضيح أهمية التعاون ، وتغيير بعض الإجراءات التي تزيد من الضغوط على المريض ونجاح هذه الرسائل يعتمد بصورة كبيرة على العمل التعاوني والاتصال المستمر بين العاملين ،

وأيمانهم بأهمية رعاية المريض وتقديم أفضل الخدمات . ومن أساليب التدخل البيئي أيضاً تكوين العلاقة مع المؤسسات الاجتماعية ذات الصلة والتمويل والمتابعة للتأكد من حصول المريض على الخدمات الملائمة ، ومحاولة الربط بين المؤسسات الاجتماعية واحتياجات المريض ، وتشجيع المؤسسات الاجتماعية لتوفير الدعم المناسب للمريض وأسرته

٢- خطوات عملية حل المشكلة ودور الأخصائي الاجتماعي كمعلم ومدرب ووسيط .

Steps of problem – solving process and social worker role of : Teacher , coach ,and mediator الدور التعليمي للأخصائي الاجتماعي يهدف إلى تدعيم قدرات المريض لمواجهة المشكلة أو مواجهة بعض جوانبها ، يعتمد هذا الدور على تقديم المعلومات وتزويد المريض بالمهارات اللازمة ومن أمثلة هذه المهارات : مهارات طريقة حل المشكلات ومهارات تكوين العلاقة والتعامل مع الآخرين ، مهارات الاتصال ومهارات التعامل مع العوامل الاجتماعية والنفسية الناتجة عن المرض أو الإعاقة ويمكن إكساب المريض هذه المهارات من خلال جلسات فردية أو اجتماعية أو بهما معاً .

ومن العوامل المساعدة في عملية التعليم توفر الاستعداد لدى جميع المشاركين في هذه العملية وتعاونهم ومن ضمنهم الفريق العلاجي ، وارتباط المعلومات المقدمة بالموضوع أو بالاحتياجات الفعلية للمريض ، واستخدام جميع الوسائل التعليمية الممكنة . (

Barbara , ١٩٨٦ : ٩٥)

أما فيما يتعلق بالوسائل والأساليب التي يمكن الاستعانة بها في عملية التعليم فهي كثيرة ومتنوعة ، ومنها : الأفلام ، والمقالات التي تتحدث عن المرض أو حالات معينة شبيهة ، والسماع من حالات شبيهة ، والتوجيهات المباشرة من قبل الأخصائي الاجتماعي أو الخبراء والتمثيل ، ولعب الأدوار (Role playing) ويختلف الدور التدريبي عن الدور التعليمي من حيث حجم ودرجة التوجيه والنصح وتقديم الاقتراحات . فتدخل الأخصائي

الاجتماعي لتدريب المريض على خطوات معينة لانجاز عمل أو نشاط محدد يكون أكثر وضوحاً ولا يكتفي بمجرد تقديم المعلومات أو التزويد بالمهارات فقد يتدخل الأخصائي الاجتماعي في كل خطوة يخطوها المريض ويعمل على توجيهه ومساعدته . ومن المهم في عمليتي التوجيه والنصح مراعاة العوامل الشخصية والثقافية للمريض .

وأخيراً فإن الأخصائي الاجتماعي يقوم بدور الوسيط (Mediator) من دعم

البيئة لعمليتي التعليم والتدريب . ومن الأساليب المستخدمة في هذا الدور مايلي :

أ- التأثير على الفريق العلاجي للإستجابة لأسئلة المريض واستفساراته والمشاركة في بعض الأنشطة الجماعية خاصة في الجوانب التي تتصل بطرق وأساليب التكيف مع المرض أو طرق التعامل للتحكم في الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض .

ب- تشجيع المريض وأسرته للقبول والاستفادة من الخدمات المقدمة من المؤسسات الخارجية (كمركز التأهيل ، مؤسسات الأسرة والطفولة وغيرها) والاستفادة منها في تعليم أساليب جديدة للتعامل مع المرض ونتائجه .

ج- مساعدة المريض للتعرف على بعض الأفراد في البيئة وتكوين علاقات ايجابية معهم وخاصة الأشخاص المقربين للمريض كالأقارب والأصدقاء والزملاء .

٣- التحكم في المشاعر المؤلمة ودور الأخصائي الاجتماعي كمساعد ومنظم

(Management of pain ful Emotions And the Social worker roles of

Enabler and organizer) من أهم العوامل التي تساعد المريض للقيام بواجباته في

مرحلة استمرارية العمل هو المحافظة على التوازن الداخلي للمريض لتحقيق الراحة

النفسية (Mairtaining Internal Balance or Psychic comfort) بمعنى التدخل

للتحكم في العوامل التي تسبب القلق والتوتر لدى المريض سواء بالتخفيف أو التخلص منها

. ويمكن التدخل لتحقيق هذا الهدف من خلال قيام الأخصائي الاجتماعي بأداء دورين أساسيين هما : المساعد والمنظم .

دور الأخصائي الاجتماعي كمساعد (Enabler) يهدف لمساعدة المريض لاكتشاف قدراته الشخصية وتوجيه هذه القدرات للاستفادة من مناهج عملية التغيير أو التعديل الشخصي والبيئي . كما تتضمن عملية المساعدة توفير المعونة النفسية للمريض وتشجيع الآخرين لتوفيرها فالقلق والكآبة والعزلة والشعور بالذنب والخجل والغضب من المشاعر التي يجب التحكم فيها لكي لا تؤثر على العملية العلاجية ، وعلى الأخصائي الاجتماعي مساعدة المريض للتحكم في مثل هذه المشاعر وخاصة المؤلمة منها ، كما يساعد المريض للمحافظة على معنوياته والتخلص السلبيات التي يبديها .

ويستخدم الأخصائي الاجتماعي مجموعة من الأساليب أو الوسائل التي تعينه على أداء هذا الدور ومنها التطمين ، والتشجيع ، وإتاحة الفرصة للتعبير عن المشاعر ، والتقبل والتوجيه والنصح والمواجهة .

أما عن دور الأخصائي الاجتماعي المنظم (Organizer) فإنه يتركز حول عملية التأثير في البيئة المحيطة لتوفير الدعم النفسي للمريض خاصة التأثير في الأشخاص الذين لهم علاقة مباشرة بالمريض كالفريق العلاجي والأسرة . ومن الأساليب التي يستعملها الأخصائي الاجتماعي بهذا الخصوص شرح احتياجات المريض النفسية للفريق العلاجي والأسرة وحثهم وتشجيعهم لزيادة التجارب مع هذه الاحتياجات . (robert , ١٩٨٧ : ٧٣)

كما يتضمن هذا الدور الاستفادة إلى أقصى حد ممكن من الأشخاص والأماكن التي يمكن أن توفر الخدمات الملائمة للمريض سواء كانت خدمات عملية أو معنوية ، كالأقارب

والأصدقاء والزملاء والجيران والعاملين في المؤسسات التي يتعامل معها المريض وأسرته .

٤- التوجيه الشخصي للمريض ودور الأخصائي الاجتماعي كموجه

(Patient self – directness and the social worker role of facilitator).

ويقصد بالتوجيه الشخصي للمريض مساعدة المريض للاعتماد على نفسه قدر الإمكان ومساعدة نفسه بنفسه ، وهذا يتطلب من الأخصائي استخدام أساليب تدخل محددة تهدف إلى مساعدة المريض لكي يكون أكثر فعالية واعتماداً على نفسه لمعالجة أو التحكم في المرض والإعاقة ، والتحكم في الوقت ، وضمان الحصول على الموارد والمعلومات التي يحتاج إليها في الحاضر والمستقبل ، والتحكم في مسألة استقلالية عن الآخرين ، أو الاعتماد عليهم . كما يتطلب الدور التوجيهي للأخصائي الاجتماعي التدخل في البيئة والتأثير فيها بحيث تصبح أكثر استجابة لاحتياجات المريض بشأن عملية التوجيه الشخصي ومن المهارات التي يستعملها الأخصائي الاجتماعي في عملية مساعدة المريض للاعتماد على نفسه مايلي : (Barbara , ١٩٨٦ : ٥٧)

أ- تزويد المريض بالمعلومات التي يحتاج إليها لمواجهة موقف معين أو لأداء عمل من الأعمال التي تم الاتفاق عليها ، وذلك في الوقت والمكان المناسبين وبالقدر المناسب .

ب- تزويد المريض بمجموعة من الاختيارات وإتاحة الفرص له لاتخاذ القرار

ج- تنظيم الأنشطة والخطوات العملية وتحديد الوقت والمكان الملائم لاختيار طرق وأساليب جديدة للتكيف أو للتعامل مع المرض .

ولأهمية مشاركة وتعاون الفريق العلاجي والأسرة والمؤسسات الأخرى في هذه العملية فإن من واجب الأخصائي الاجتماعي التدخل واستعمال مهاراته المهنية لتحقيق ذلك ولهذا يوضح الباحث في هذا الجانب أن المهارات التي يمكن استعمالها هي:

أ- التأثير على الفريق العلاجي وخاصة الطبيب لتزويد المريض وأسرته بجميع

المعلومات المتصلة بالمرض ونتائجه وطرق التعامل معه

ب- طرح أفكار وأساليب جديدة تساهم في رفع درجة مشاركة المريض والأسرة في

الأنشطة المختلفة , وفي عملية اتخاذ القرار

ج- مساعدة الفريق العلاجي والأسرة للتعامل مع مسألة استقلاليته واعتماده على نفسه

أو اعتماده على الآخرين (Dependenc and Indepen denc)

د- مساعدة الأسرة للتعامل مع مشكلة أفرط الحماية أو الرعاية الزائدة للمريض

(Over protect toveness) ويعتبر موضوع الاستقلالية والالتكالية

(Dependenc and independence) وموضوع الرعاية الزائدة (Over

protectiveness) من الأمور الهامة التي ينبغي التعامل معها خاصة في

الأمراض المزمنة والإعاقة ، ويقصد بالاستقلالية اعتماد المريض على نفسه

والتصرف في المواقف المختلفة سواء كان يهدف في التحكم أو التكيف مع المرض

أو الإعاقة . أما الالتكالية فهي على العكس من ذلك بمعنى اعتماد المريض على

الآخرين اعتماداً كلياً في كل الأمور حتى البسيطة منها والرعاية الزائدة هي

الاهتمام البالغ من جانب الأسرة بالمريض والتي تؤدي به إلى الالتكالية .

لذلك فإن من الضروري توفير قدر مناسب من الأنشطة والأعمال التي تهدف إلى تشجيع المريض للاعتماد على نفسه ، وتوفير الدعم والتشجيع للمريض والتأكيد على قدراته وزرع الثقة في نفسه .

ونجاح العمل في هذا الجانب يتطلب تعاون ومشاركة جميع الأطراف بما فيهم الفريق العلاجي والأسرة لترسيخ هذا الاتجاه لدى المريض .

وعليه فإن هذه الدراسة تعتمد عبارات لتقييم الأخصائي الاجتماعي ومعرفة مستواه المهاري ومعرفة نقاط القوة والضعف عنده ومن خلالها وضع برامج تأهيلية أو تدريبية لتحسين مستواه وتطويره ليكون على أحسن مستوى .

الفصل الثالث الدراسات السابقة

الفصل الثالث الدراسات السابقة

اهتمت الدراسات الحالية بالرجوع إلى مجموعة من البحوث والدراسات السابقة

سواء المباشرة أو غير المباشرة وذلك على النحو التالي :

- أجريت دراسة عن تقييم الخدمات الطبية بقياس رضى المرضى عن الخدمات الطبية في دولة قطر (أحمد ، ١٩٩٣ : ٥١) وقد استهدفت الدراسة قياس رضى المرضى بخدمات العيادة الخارجية في مستشفى حمد العام ومركز صحي مدينة خليفة ، مقارنة رضى المرضى من المواطنين والمقيمين تجاه كل الخدمات وبينهم مقارنة رضى المرضى بين الذكور والإناث في كل من هذه الخدمات كل على حده وما بينهما ، مقارنة رضى المرضى وفقاً لبعض المتغيرات مثل العمر ، ومستوى الدخل ومستوى التعليم واللغة ، تحديد ما إذا كانت هناك فروقات بين الرضى بين المواطنين (مواطنين ومقيمين) وبينهم وتعد هذه الدراسة استطلاعية ، وقد استخدمت منهج المسح الاجتماعي بالعينة وبلغ حجم العينة ٤٤٤ مفردة حيث وصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج توضح أن :

- رضى المرضى عن خدمات المستشفى بدرجة أكبر من خدمات المركز الصحي .

- رضى المقيمين أكبر من رضى المواطنين

- هناك حاجة لزيادة عدد المستشفيات في الدولة .

- ليس هناك فروق واضحة للرضى في المرضى حسب الجنس

- درجة الرضى أكبر لدى المرضى ممن يقل عن ٦٠٠٠ ريال قطري .

- العمر ليس له ارتباط بدرجة الرضى

- اللغة ليس لها ارتباط بدرجة الرضى وتأثيرها في استمرار العلاج

- ليس هناك رضى كافي عن عمل الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين .

- هناك دراسة أجريت عن ممارسة سيكولوجية الذات في خدمة الفرد لتحقيق التوافق الاجتماعي لمرضى القلق (علي ، ١٩٩٢ : ٨٧) وقد استهدفت هذه الدراسة إثراء الجانب المعرفي لطريقة خدمة الفرد في مجال الأمراض النفسية والعقلية ، وذلك من خلال ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج ، كما استهدفت التحقيق من صحة فروض الدراسة باستخدام المنهج التجريبي ، والتي دارت حول استعداد المريضات للتوافق العام وأثره على قدر السيدات المريضات على أداء الأدوار الحياتية بصورة أفضل نسبياً .

- توجد دراسة أخرى عن مشكلات التنسيق بين أجهزة الهيئة العامة للتأمين الصحي (محمد ، ١٩٩٤ : ٢١٨) وقد استهدفت الدراسة وضع تصور مقترح يسترشد به لممارسة طريقة تنظيم المجتمع بالهيئة العامة للتأمين الصحي لمواجهة مشكلات التنسيق الرأسي والأفقي بين أجهزتنا وذلك بهدف تطويرها وتحسين أدائها بالشكل الذي يساهم في تحقيق الأهداف التي أنشأت من أجلها أهم النتائج هي حاجة الهيئة إلى تنسيق رأسي وأفقي وحاجة الممارسين للخدمات الاجتماعية إلى استخدام طريقة تنظيم المجتمع في المجال الطبي .

- كذلك اهتمت إحدى الدراسات بتقويم خدمات الصحة النفسية المدرسية لتلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي (يسرة ، ١٩٩٤ : ٣٠٤) حيث أوضحت الدراسة أن المشكلات الصحية لها أثرها السيئ على قدرة التلاميذ الاستيعاب ، وتتمثل مشكلة الدراسة في عدم الاستفادة من خدمات الصحة المدرسية وتسعى هذه الدراسة إلى تحديد مدى ما يحققه برنامج خدمات الصحة المدرسية من نتائج إيجابية أو سلبية في إطار الأهداف المحددة لهذا البرنامج والخروج من ذلك بمؤشرات تخطيطية للنهوض بمستوى صحة التلاميذ والبيئة

المدرسية وتعد هذه الدراسة من بين الدراسات التقييمية ، وقد تبين من هذه الدراسة أن دور الصحة المدرسية لم يكن على المستوى المتوقع منه ، بسبب قصور الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة إضافة إلى أنه توجد بعض جوانب من هذه الخدمات تنفذ بصورة جيدة ، وتوصي الدراسة بالعمل على جذب التلاميذ المحتاجين للخدمات الطبية مع التغلب على المعوقات .

وقد حاولت إحدى الدراسات التعرف على مدى مساهمة خطة الدراسة الحالية لطلاب الخدمة الاجتماعية في إعداد الممارس العام في الخدمة الاجتماعية وهل تساعد هذه الخطة الخريجين على الممارسة الفعالة في المجال الطبي ، حيث توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها أن الأخصائيين الاجتماعيين لم يستفيدوا بقدر كبير من دراستهم لمقررات الخدمة الاجتماعية لأنها لم تعد لهم مباشرة للعمل في المجال الطبي أن نسبة كبيرة من العاملين في المجال الطبي لم يتدربوا أثناء فترة الدراسة في هذا المجال بجانب عدم كفاية مدة التدريب الميداني (نادية ، ١٩٩٢ : ٥٥) .

- ومن ناحية أخرى فقد استهدفت إحدى الدراسات تزويد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال الطبي بأداة موضوعية يمكن من خلالها التعرف على اتجاهات الفريق العلاجي نحو ممارسة دورهم كأعضاء في الفريق ، وقد حددت دراسة هذه الاتجاهات مدى إدراك الفريق اتجاهات الفريق العلاجي نحو الممارسة الفعلية للأخصائي الاجتماعي كعضو في الفريق نحو التعاون مع الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى ، نحو تدعيم دور الأخصائي الاجتماعي عضو في الفريق (ماهر ، ١٩٩٢ : ٦٤) .

وقد توصلت إحدى الدراسات التي أجريت عن الخدمة الاجتماعية الطبية إلى أن دور الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى يدور حول تقديم المساعدات الاقتصادية البسيطة

وإجراء بحث الحالة للمرضى وأن هذا الدور لا يحقق إشباع احتياجات المرضى من الخدمات المتنوعة كما أن أداء هذا الدور لا يرقى للدور المطلوب (إيمان، ١٩٩٢).

كما ركزت إحدى الدراسات على بحث أبعاد الاغتراب المهني ودراسته لدى الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي واقتراح الحلول وبدائلها لمواجهة هذه الظواهر السلبية ، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين بعض المتغيرات كالخبرة ومجال التدريب السابق والدورات التدريبية المرتبطة بممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال الطبي ، أوضحت الدراسة وجود فروق دالة بين الأخصائيين الاجتماعيين من الجنسين فيما يتعلق بأبعاد الاغتراب المهني فيما عدا الأبعاد المرتبطة بالنواحي الاقتصادية والمادية (أحمد ، ١٩٩٢).

الاختلاف والتشابه بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية :

١. أشارت بعض الدراسات إلى موضوع العمل الفريقي وما يتضمنه من ضرورة العمل على توفير التعاون بين دول الأخصائي الاجتماعي وأدوار بقية التخصصات المهنية الأخرى (أعضاء الفريق العلاجي)
٢. اقتصرت الدراسة الحالية على دراسة المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين من خلال التقييم .
٣. أن أغلب الدراسات السابقة أجريت على مجتمعا عربية أخرى غير المجتمع السعودي ، الأمر الذي يؤكد أهمية إجراء الدراسة الحالية نظراً لأن المجتمع السعودي ما زال في أمس الحاجة إلى إجراء البحوث العلمية على كثير من الظواهر المختلفة داخله والتي لها علاقة مباشرة بتحقيق أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية

٤ . استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد مشكلة البحث ووضع
تساؤلات الدراسة وتحديد جوانب الإطار النظري .

الفصل الرابع الإجراءات المنهجية

أولاً : منهج الدراسة.

ثانياً : مجتمع الدراسة .

ثالثاً: أداة الدراسة .

رابعاً: صدق وثبات أداة الدراسة.

خامساً: مجالات الدراسة.

سادساً: الأدوات الإحصائية.

الفصل الرابع الإجراءات المنهجية

أولاً : منهج الدراسة

المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو منهج المسح الاجتماعي والذي يعد من أنسب المناهج لمثل هذه الدراسة ، ويقصد بمنهج المسح الاجتماعي هو الدراسة العلمية لظروف المجتمع وحاجاته بقصد تقديم برنامج إنشائي للإصلاح الاجتماعي وكما يعرف بأن دراسة للظروف الاجتماعية التي تؤثر في مجتمع معين ، سواء كان مجتمع الجيرة أو القرية أو المقاطعة أو الدولة أو الأمة بقصد الحصول على بيانات ومعلومات كافية يمكن الاستفادة بها في وضع وتنفيذ مشروعات إنشائية للإصلاح الاجتماعي .

ومنهج البحث يعني الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة إلى نتيجة معروفة حسب ما يذكره (صالح ، ١٤٠٩ هـ : ٩٠) كما يعرف المسح الاجتماعي بأنه : «محاولة منظمة لتقرير وتحليل وتفسير الوضع الراهن لنظام اجتماعي أو جماعة أو بيئة معينة وهو ينص على الموقف الحاضر وليس على اللحظة الحاضرة ، كما يهدف للوصول إلى بيانات يمكن تصنيفها وتفسيرها وتعميمها وذلك للاستفادة بها من في المستقبل وخاصة في الأغراض العلمية » (حسن ، ١٩٩٠ : ٢٢١).

ثانياً : مجتمع الدراسة

هم من الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية في كل من مدينة الرياض ومدينة الدمام ومدينة الطائف ولهذا فقد حصر الباحث عدد الأخصائيين الاجتماعيين المسجلين رسمياً في المستشفيات الصحة

النفسية في كل من الرياض والدمام والطائف فكان عددهم ٦٠ ولهذا استخدم الباحث المسح الشامل لجميع الأخصائيين الإجتماعيين .

ثالثاً : أداة الدراسة

أداة الدراسة يعد مصطلح منهجي يعني «الوسيلة التي يجمع بها المعلومات اللازمة لإجابة أسئلة البحث . ويتميز الاستبيان بأنه مفيد جداً في حالة كون أفراد البحث منتشرين في أماكن متفرقة ويصعب الاتصال بهم شخصياً ويتميز أيضاً بقلّة التكاليف والجهد . كما تتوفر له ظروف التقنين أكثر من أي وسيلة أخرى ، كما أنه يساعد في الحصول على بيانات حساسة أو محرّجة قد يخشى المبحوث في الإعلان صراحة عنها للباحث . كما أنه لا يحتاج إلى عدد كبير من جامعي البيانات . ويعاب على الاستبانة أنه لا يصلح إلا للمبحوثين المثقفين والملمين بالقراءة والكتابة ، ويحتاج إلى صياغة دقيقة لعناصره ولا يصلح في حالة إزدياد عدد الأسئلة» (حسن ، ١٩٩٠ : ٣٢٦ - ٣٢٨) .

وقد استعان الباحث ببعض الاستبيانات حيث تم الاطلاع عليها لكي يستفيد ممن سبقوه من الباحثين من ذوي الإختصاص والحصول على استبيان نموذجي لتلافي الأخطاء الموجودة في بعض الاستبيانات .

وتم تصميم الاستبانة في هذه الدراسة في ضوء مشكلة الدراسة حيث تم تغطية كل هدف وتساؤل من أهداف وتساؤلات الدراسة بمجموعة من الأسئلة أو العبارات التي حققت الهدف وأجابت على التساؤلات .

بعد الإطلاع على أدبيات الدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع

الدراسة ، قام الباحث بتصميم أداة الدراسة إلى قسمين هما :

القسم الأول : يحتوي قائمة البيانات الأولية خاصة بالأخصائيين الاجتماعيين (مجتمع

الدراسة) مثل العمر ، الجنس ونوع التخصص ، وسنوات الخبرة ، والدورات التدريبية .

القسم الثاني : ويحتوي على مقياس المهارات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين الخاصة

بالتعامل الفردي مع المرضى . ويتضمن عدد من العبارات ويتم الإجابة على هذه العبارات

وفق مقياس (ليكترت) Likert في الشكل الخماسي لإستجابات عينة الدراسة

(دائماً ، غالباً ، أحياناً ، نادراً ، أبداً) .

رابعاً : صدق وثبات أداة الدراسة

صدق أداة الدراسة :

قام الباحث بعرض أداة الدراسة في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين

المتخصصين في البحث العلمي من أعضاء هيئة التدريس للعلوم الاجتماعية في جامعة

نايف العربية للعلوم الأمنية ، وطلب الباحث من المحكمين إبداء الرأي في مدى وجوح

عبارات الدراسة ومدى انتمائها للسؤال الذي ننتمي إليه ومدى ملائمتها ومناسبتها لقياس ما

وضعت لأجله ، ومدى كفاية العبارات والجمل لتغطية كل سؤال من أسئلة الدراسة ، وكذلك

حذف أو إضافة لتعديل أي عبارة من العبارات .

وفي ضوء التوجيهات التي أبدأها المحكمون ، قام الباحث بإجراء التعديلات التي

اتفق عليها (٤٥ %) من المحكمين سواء بتعديل الصياغة أو حذف بعض العبارات أو

إضافة عبارات جديدة .

ثبات أداة الدراسة :

ثم احتساب تقدير ثبات الدراسة الاستبانة في هذه الدراسة باستخدام طريقة الاتساق الذاتي ، وهي محاولة ألفا كرونباخ (cronbach, Alpha) حيث قام الباحث بعد التصميم النهائي للاستبانة باختيار مجموعة صغيرة قوامها ١٥ فرداً من العينة ، ويتم توزيع الاستبيانات على تلك العينة بغرض التأكد من ثباتها وذلك على فترتين تفصل بينهما فترة أسبوعين ، وقد طبق هذا الإجراء قبل التوزيع النهائي بحوالي أربعة أسابيع . وبعد مقارنة إجابات تلك العينة على جميع عبارات الاستبانة في خلال الفترتين بلغ معامل ثبات الاستبانة (٠,٨٨) وهو معامل ثبات ذات قيمة مرتفعة شجعت الباحث على اعتماد ذلك الاستبانة وتوزيعه بشكل نهائي .

خامساً : مجالات الدراسة

تنقسم مجالات الدراسة إلى ثلاثة أقسام وهي

١- المجال البشري:

ويتمثل المجال البشري هنا في الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية .

٢- المجال المكاني:

ويشمل المجال المكاني في هذه الدراسة في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية في كل من مدينة الرياض ومدينة الدمام ومدينة الطائف التابعة لوزارة الصحة .

٣- المجال الزمني

تم جمع البيانات لهذه الدراسة خلال العام الدراسي ١٤٢٥هـ / ١٤٢٦ هـ

سادساً : الأدوات الإحصائية :

اعتمد الباحث في دراسته الحالية والتي يمكن عرضها على النحو التالي :

١- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

٢- النسب المئوية

٣- معاملات الارتباط.

الفصل الخامس تحليل البيانات

أولاً : وصف الخصائص الشخصية .

يبين الجدول رقم (١) توزيع مجتمع الدراسة حسب خصائصهم الشخصية حيث

أشارت النتائج كما يوضح الجدول:

جدول رقم (١)
النسب والتكرارات لتوزيع مجتمع الدراسة حسب الخصائص الشخصية

النسبة	تكرار	الجنس
٦٦,٧	٤٠	ذكر
٣٣,٣	٢٠	أنثى
النسبة	تكرار	العمر
٣,٣	٢	اقل من ٢٥
٦٣,٣	٣٨	من ٢٥ إلى اقل من ٣٤
٢٠,٠	١٢	من ٣٥ إلى اقل من ٤٥
١	٦	أكثر من ٤٥ عام
	٢	بلا إجابة
النسبة	تكرار	التخصص في الشهادة الجامعية الحاصل عليها
٥٨,٣	٣٥	الخدمة الاجتماعية
٤١,٧	٢٥	علم اجتماع

فيما يتعلق بمتغير الجنس تبين أن ٦٦,٧% من أفراد المجتمع المدروس من الذكور و ٣٣,٣% منهم من الإناث ، أما عن العمر فقد تراوحت الفئات العمرية العظمى من المجتمع المدروس من ٢٥ عام إلى اقل من ٣٤ عام حيث بلغت ٦٣,٣% و يتبين من الجدول أن ٢٠% منهم من فئاتهم العمرية من ٣٥ إلى ٤٥ عام ، وبخصوص التخصص الجامعي فقد كان معظمهم من حملة الشهادة الجامعية في الخدمة الاجتماعية و ٤١,٧% من تخصصهم علم الاجتماع ، ذلك الأمر الذي يعطينا انطباعاً أن أفراد المجتمع قيد الدراسة في مرحلة الشباب وهم مؤهلين للقيام بالعمل من حيث المؤهلات العلمية.

١- الخصائص المهنية :

تشير بيانات الجدول رقم (٢) إلى أن (٣٨,٣%) من أفراد المجتمع المدروس مدة عملهم في مستشفى الصحة النفسية أقل من ٥ سنوات، وأن (٢٨,٣%) منهم تتراوح مدة عملهم في مستشفى الصحة النفسية من ٥ إلى أقل من ١٠ سنوات، في حين تشير البيانات في نفس الجدول إلى أن (٢٠%) من أفراد المجتمع المدروس تتراوح مدة عملهم في مستشفى الصحة النفسية من ١٦ إلى أقل من ٢٠ سنة. وأن (١٠%) منهم تتراوح مدة عملهم من ١١ إلى أقل من ١٥ سنة و كذلك تشير بيانات نفس الجدول إلى أن (٨٥%) من أفراد المجتمع لا توجد لديهم خبرات سابقة في مجال العمل في مستشفيات الصحة النفسية أو أقسام الصحة النفسية في المستشفيات الأخرى (قبل عملهم الحالي)، وأن (١١,٧%) منهم وجد لديهم خبرات سابقة في مجال العمل في مستشفيات الصحة النفسية أو أقسام الصحة النفسية في المستشفيات الأخرى (قبل عملهم الحالي) ، وتشير بيانات الجدول المذكور إلى أن (٦٥%) من أفراد المجتمع سبق لهم الحصول على دورات تدريبية في مجال العمل في مستشفى الصحة النفسية، وأن (٣٣,٣%) لم يسبق لهم ذلك ، في حين كان (٤١,٧%) قد حصلوا على أقل من دورة تدريبية في مجال العمل في مستشفى الصحة النفسية، وأن (١٥%) من أفراد المجتمع المدروس يتراوح عدد الدورات التدريبية التي حصلوا عليها في مجال العمل في مستشفى الصحة النفسية من دورتين إلى أقل خمسة دورات، و (٦,٧%) منهم يتراوح عدد الدورات التدريبية التي حصلوا عليها في مجال العمل في مستشفى الصحة النفسية من خمسة إلى أقل من سبعة دورات.

جدول رقم (٢)

النسب والتكرارات لتوزيع مجتمع الدراسة حسب الخصائص المهنية

نسبة	تكرار	مدة العمل في مستشفى الصحة النفسية
٣٨,٣	٢٣	أقل من ٥ سنوات
٢٨,٣	١٧	من ٥ إلى أقل من ١٠ سنوات
١٠,٠	٦	من ١١ إلى أقل من ١٥ سنة
٢٠,٠	١٢	من ١٦ إلى أقل من ٢٠ سنة
٣,٣	٢	من ٢١ إلى أقل من ٢٥ سنة
نسبة	تكرار	هل توجد لديك خبرات سابقة
١١,٧	٧	نعم
٨٥,٠	٥١	لا
	٢	بلا إجابة
نسبة	تكرار	عدد سنوات الخبرة
١,٧	١	١
١,٧	١	٣
١,٧	١	٥
١,٧	١	٨
٥,٠	٣	١٠
	٥٣	بلا إجابة
نسبة	تكرار	هل سبق أن حصلت على دورات تدريبية
٦٥,٠	٣٩	نعم
٣٣,٣	٢٠	لا
١,٧	١	بلا إجابة
نسبة	تكرار	عدد الدورات التدريبية
٤١,٧	٢٥	أقل من دورة
١٥,٠	٩	من دورتين إلى أقل خمسة
٦,٧	٤	من خمسة إلى أقل من سبعة دورات
٣,٣	٢	أكثر من سبعة دورات
	٢٠	بلا إجابة

ثانيا : الإجابة على تساؤلات الدراسة

يهدف هذا الجزء إلى استعراض الإجابة على تساؤلات الدراسة وفحص مدى تحققها

من البيانات المجمعة من استبانات الدراسة حيث كانت النتائج على النحو التالي :

السؤال الأول : ما هي مستويات درجة المهارات المهنية عند الأخصائيين

الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية على مقياس المهارات المهنية؟

لإجابة على السؤال الأول للدراسة تم استخدام الإحصاء الوصفي وذلك من خلال عرض

البيانات من خلال التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

للمستويات الخاصة بالمهارات المهنية الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة

النفسية حيث قيست خمس مهارات هي :

١-المهارات المعرفية

٢-مهارات العلاقات الإنسانية

٣-مهارات تفهم الدور

٤-المهارات الإدراكية

٥-المهارات التأثيرية

وفيما يلي نتائجها :

١-المهارات المعرفية

تشير بيانات الجدول رقم (٣) إلى أن توزيع إجابات الأخصائيين حول امتلاكهم المهارات

المعرفية حيث تبين ما يلي:

جدول رقم (٣) المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب والتكرارات المهارات المعرفية

الانحراف المعياري	المتوسط	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارة
٠,٧	٤,٦	-	١ ١,٧	٤ ٦,٧	١٤ ٢٣,٣	٤١ ٦٨,٣	أتابع ما يستجد في مجال الإرشاد والعلاج النفسي.
٠,٧	٤,٦	١,٧	-	١ ١,٧	٢١ ٣٥	٣٧ ٦١,٧	أتقبل المرضى النفسيين ضمن واقعهم الاجتماعي.
٠,٨	٤,٤	-	٢ ٣,٣	٦ ١٠	٢٠ ٣٣,٣	٣٢ ٥٣,٣	احتفظ بملف كامل عن التاريخ الاجتماعي لكل مريض نفسي.
٠,٦	٤,٣	-	١ ١,٧	٢ ٣,٣	٣٣ ٥٥	٢٤ ٤٠	احدد مصادر المعلومات للحصول على أسباب المشكلة.
٠,٧	٤,٣	-	١	٥	٢٩	٢٥	اعمل مع المرضى النفسيين

الانحراف المعياري	المتوسط	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارة
			١,٧	٨,٣	٤٨,٣	٤١,٧	ضمن واقعهم الاجتماعي.
٠,٦	٤,٣	-	-	٦ ١٠	٣١ ٥١,٧	٢٣ ٣٨,٣	أحرص على دراسة دور الأسرة في حدوث المرض النفسي
٠,٧	٤,٣	-	١ ١,٧	٥ ٨,٣	٢٧ ٢٤	٢٧ ٤٥	أحرص على التعاون مع الفريق الطبي في متابعة حالة المريض .
٠,٩	٤,٠	-	١ ١,٧	٩ ١٥	٣٢ ٥٣,٣	١٧ ٢٨,٣	اجري مقابلات فردية مع كل مريض نفسي.
١,٢	٣,٨	١ ١,٧	٤ ٦,٧	١٠ ١٦,٧	٢٨ ٤٦,٧	١٥ ٢٥	ادرس الحالة من الملفات قبل مقابلة المريض.
١,٣	٣,٦	٧ ١١,٧	٨ ١٣,٣	٣ ٥	٢٨ ٤٦,٧	١٤ ٢٣,٣	اجمع معلومات عن الواقع الاجتماعي للمريض النفسي قبل دخوله المستشفى .
٠,٤	٤,٢	الكلبي					

يتبين من الجدول أعلاه أن متوسط اتجاهات الأخصائيين نحو المهارات المعرفية تميل إلى تأييد وجود هذه المهارات حيث كان المتوسط الحسابي العام (٤,٢) وبمستوى انحراف معياري يشير إلى تجانس في الإجابات، فقد تبين أن الأخصائيين المدروسين دائماً يتابعون ما يستجد في مجال الإرشاد والعلاج النفسي وبمتوسط حسابي بلغ (٤,٦)، وأنهم يتقبلون المرضى النفسيين ضمن واقعهم الاجتماعي وبمتوسط حسابي بلغ (٤,٦) وكان المتوسط الحسابي للاحتفاظ بملف كامل عن التاريخ الاجتماعي لكل مريض نفسي قد بلغ (٤,٤) .

كما تشير بيانات الجدول المذكور إلى أن أفراد المجتمع المدروس دائماً ما يعملون مع المرضى النفسيين ضمن واقعهم الاجتماعي و تحديد مصادر المعلومات للحصول على أسباب المشكلة والحرص على التعاون مع الفريق الطبي في متابعة حالة المريض، والحرص على دراسة دور الأسرة في حدوث المرض النفسي وبنفس المتوسط الحسابي حيث بلغ (٤,٣) .

وتشير نفس البيانات إلى أن أفراد المجتمع المدروس غالباً ما يجرون مقابلات فردية مع كل مريض نفسي، وبمتوسط حسابي بلغ (٤) وكذلك بلغت درجة قيامهم بدراسة الحالة من الملفات قبل مقابلة المريض، المتوسط الحسابي (٣,٨) والمتوسط الحسابي (٣,٦) لجمع المعلومات عن الواقع الاجتماعي للمريض النفسي قبل دخوله المستشفى، فكا ذكر في أدبيات الخدمة الاجتماعية فان هذه المهارة ترتبط بتوفر المعلومات التطبيقية عن طبيعة المشكلة التي يعاني منها المريض النفسي داخل مستشفى الصحة النفسية ، و طبيعة العوامل المسببة لما يعاني منها و الآثار المرتبطة بكيفية الاستفاد منها في عمليات التدخل المهني و تحديد استراتيجيات التدخل المهني العلاجية والتأهيلية والتكتيكات المناسبة لذلك كالعلاقة العلاجية (

إسماعيل، ١٩٩٦) حيث تبين أن أفراد المجتمع يرون أنفسهم غالباً ما يمتلكون المهارات المعرفية في التعامل مع المرضى.

٢-مهارات العلاقات الإنسانية

تشير بيانات الجدول رقم (٤) إلى أن توزيع إجابات الأخصائيين حول العلاقات الإنسانية حيث تبين ما يلي:

جدول رقم (٤)

المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب والتكرارات لمهارات العلاقات الإنسانية

الانحراف المعياري	المتوسط	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبرة
٠,٦	٤,٤	-	-	٣	٣٢	٢٥	أتقبل المريض النفسي حتى لو كانت درجة تقبله لي ضعيفة .
				٥	٥٣,٣	٤١,٧	
٠,٧	٤,٤	-	١	٣	٢٥	٣١	أتعاون مع إدارة المستشفى لتحقيق أكبر فائدة ممكنة للمرضى النفسيين.
			١,٧	٥	٤١,٧	٥١,٧	
٠,٩	٤,٤	-	١	٢	٢٢	٣٤	اعزل مشاكلي الشخصية عن أجواء العمل مع المرضى.
			١,٧	٣,٣	٣٦,٧	٥٦,٧	

الانحراف المعياري	المتوسط	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبرة
٠,٧	٤,٣	-	١ ١,٧	٣ ٥	٣١ ٥١,٧	٢٥ ٤١, ٧	أظهر مشاعر الارتياح للمريض النفسي حتى ولو لم يتغير.
٠,٧	٤,٢	-	١ ١,٧	٦ ١٠	٣٤ ٥٦,٧	١٩ ٣١, ٧	أقدر مشاعر المرضى النفسانيين حتى العدائية منها.
٠,٧	٤,٢	-	٢ ٣,٣	٥ ٨,٣	٣١ ٥١,٧	٢٢ ٣٦, ٧	أحرص على مراعاة الفروق الفردية بين المرضى النفسانيين في إقامة علاقاتي معهم
٠,٩	٤,٢	-	٥ ٨,٣	٥ ٨,٣	٢١ ٣٥	٢٩ ٤٨, ٣	أحرص على عمل برنامج متابعة للمرضى النفسانيين بعد المستشفى.
٠,٧	٤,١	-	١ ١,٧	٩ ١٥	٣١ ٥٤,٧	١٩ ٣١, ٧	أحرص على إقامة علاقات مهنية قوية مع المرضى النفسانيين.
٠,٧	٤,١	-	٢	٣	٤٠	١٥	لدي القدرة على التعامل مع المرضى

الانحراف المعياري	المتوسط ط	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبرة	
			٣,٣	٥	٦٦,٧	٢٥	النفسانيين كحالات فردية.	
١,٤	٤,٠	-	٧	٦	١٧	٣٠	استشير الأخصائيين النفسيين في الاستشارات قبل تقديمها.	
			١١,٧	١٠	٢٨,٣	٥٠		
٠,٤	٤,٢	الكلبي						

تشير بيانات الجدول أعلاه إلى أن أفراد المجتمع المدروس دائما ما يتقبلون المريض النفسي حتى لو كانت درجة تقبله لهم ضعيفة، ويظهرون لهم دائما مشاعر الارتياح حتى ولو لم يتغيروا، حيث بلغت المتوسطات الحسابية (٤,٤)، (٤,٣)، على التوالي.

كما تشير بيانات نفس الجدول إلى أن أفراد المجتمع المدروس دائما ما يتعاونون مع إدارة المستشفى لتحقيق أكبر فائدة ممكنة للمرضى النفسيين، ويعزلون مشاكلهم الشخصية عن أجواء العمل مع المرضى، حيث بلغت المتوسطات الحسابية (٤,٤)، (٤,٤)، على التوالي.

تشير بيانات نفس الجدول إلى أن أفراد المجتمع المدروس يقدرون غالبا مشاعر المرضى النفسيين حتى العدائية منها، وأنهم غالبا يحرصون على مراعاة الفروق الفردية بين المرضى النفسيين في إقامة علاقاتهم معهم، ويحرصون كذلك غالبا على إقامة علاقات مهنية قوية مع المرضى النفسيين، وأن لديهم غالبا القدرة على التعامل مع المرضى النفسيين كحالات فردية، حيث بلغت المتوسطات الحسابية (٤,٢)، (٤,٢)، (٤,١)، (٤,١) على التوالي .

كما تشير بيانات نفس الجدول إلى أن أفراد المجتمع المدروس يحرصون غالباً على عمل برنامج متابعة للمرضى النفسانيين بعد المستشفى، ويستشيرون غالباً الأخصائيين النفسيين في الاستشارات قبل تقديمها، حيث بلغت المتوسطات الحسابية (٤,٢)، (٤) على التوالي.

وبالتعليق على الجدول العلاقات الإنسانية تبين أن أفراد المجتمع المدروس تتوفر لديهم غالباً مهارات العلاقات الإنسانية في التعامل مع المرضى، حيث بلغ المتوسط الحسابي (٤,٢) ويتفق ذلك ما ذهب إليه إسماعيل (١٩٩٦) أن الأخصائي الاجتماعي القادر على تكوين علاقة مهنية مناسبة مع المريض النفسي و أعضاء الفريق العلاجي يمتلك المهارة الخاصة بالعلاقات الإنسانية والتي تتحدد بالقدرة على جذب الآخرين واكتشاف الحالات وإظهار مشاعر الرغبة في المساعدة وتكوين الثقة بينه وبين الآخرين من خلال أساليب فنية كالاستماع والتعليقات وكذلك القدرة على ضبط المشاعر الخاصة كسمة من سمات النضج المهني.

٣-مهارات تفهم الدور

تشير بيانات الجدول رقم (٥) إلى أن توزيع إجابات الأخصائيين حول مهارات تفهم الدور حيث تبين ما يلي:

جدول رقم (٥)

المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب والتكرارات مهارات تفهم الدور

٠,٦	٤,٢	-	١	٣	٤٢	١٤	أتعامل مع المريض النفسي وفقاً لظروفه .

			١,٧	٥	٧٠	٢٣,٣	
٠,٨	٤,٢	-	٢ ٣,٣	٦ ١٠	٢٩ ٤٨,٣	٢٣ ٣٨,٣	أتابع مدى التغيرات في حالة المريض النفسي من الفريق العلاجي.
١,٠	٤,١	-	٢ ٣,٣	٨ ١٣,٣	٢٧ ٤٥	٢٢ ٣٦,٧	اعتقد انه لدي فهم لطبيعة العمل في مجال الصحة النفسية .
٠,٩	٤,١	١ ١,٧	١ ١,٧	١٠ ١٦,٧	٢٦ ٤٣,٣	٢٢ ٣٦,٧	دراسة ظروف المريض النفسي أهم مسؤولياتي.
١,١	٣,٩	٣ ٥	٥ ٨,٣	٩ ١٥	٢٢ ٣٦,٧	٢١ ٣٥	متابعتي للمريض النفسي بعد العلاج ترتبط بمدى شفائه ودرجة تكيفه مع المجتمع.
١,٠	٣,٧	١ ١,٧	٩ ١٥	٩ ١٥	٣١ ٥١,٧	١٠ ١٦,٧	أشعر أن لدى عملاً مكماً لجهد الفريق العلاجي .
٠,٨	٣,٦	-	٤ ٦,٧	٢٤ ٤٠	٢٥ ٤١,٧	٧ ١١,٧	أتابع حالة المريض النفسي بعد إنهاء علاجه وخروجه من المستشفى .
١,٢	٣,٤	٣ ٥	١٤ ٢٣,٣	١١ ١٨,٣	١٨ ٣٠	١٤ ٢٣,٣	أشعر أن لدى عملاً يختلف عن باقي أعضاء الفريق العلاجي .

١,٢	٣,٠	١٠	١٢	١٤	١٩	٥	يؤثر نوع المرض النفسي وطبيعته في طبيعة عملي.
		١٦,٧	٢٠	٢٣,٣	٣١,٧	٨,٣	
٠,٥	٣,٨	الكلبي					

تشير بيانات الجدول أعلاه إلى أن أفراد المجتمع المدروس غالباً ما يتعاملون مع المريض النفسي وفقاً لظروفه، وكذلك غالباً ما يتابعون مدى التغيرات في حالته من الفريق العلاجي، بمتوسط حسابي لإجاباتهم بلغ (٤,٢).

و تشير بيانات الجدول إلى أن الأخصائيين يعتقدون غالباً أن لديهم فهم لطبيعة العمل في مجال الصحة النفسية، وأن دراسة ظروف المريض النفسي غالباً ما تكون أهم مسؤولياتهم، حيث بلغت المتوسط الحسابي (٤,١).

كما تشير بيانات نفس الجدول إلى أن أفراد المجتمع المدروس متابعتهم للمريض النفسي بعد العلاج ترتبط غالباً بمدى شفائه ودرجة تكيفه مع المجتمع ، وأنهم يشعرون غالباً بأن لديهم عملاً مكملاً لجهد الفريق العلاجي، و غالباً ما يتابعون حالة المريض النفسي بعد إنهاء علاجه وخروجه من المستشفى، حيث بلغت المتوسطات الحسابية (٣,٩)، (٣,٧)، (٣,٦) على التوالي.

وتبين من الجدول أن أفراد المجتمع المدروس يشعرون أحياناً أن لديهم عملاً يختلف عن باقي أعضاء الفريق العلاجي و بمتوسط حسابي بلغ (٣,٤) وأن نوع المرض النفسي وطبيعته يؤثر أحياناً في طبيعة عملهم ، حيث بلغ المتوسط الحسابي (٣).

وبالتعليق على جدول مهارات تفهم الدور تشير بياناته إلى أن أفراد المجتمع المدروس غالباً ما يملكون مهارات تفهم الدور في التعامل مع المرضى، حيث بلغ المتوسط الحسابي (٣,٨) وهذا يتفق مع طبيعة عمل الأخصائي الاجتماعي في مجال الصحة النفسية مع المرضى النفسانيين من حيث الارتباط بالفريق العلاجي و تفهم الأخصائي الاجتماعي لطبيعة الدور ومضمونه ومستوى علاقاته بأعضاء الفريق العلاجي (أبونصر ، ١٩٩٦)

٤-المهارات الإدراكية

تشير بيانات الجدول رقم (٦) إلى أن توزيع إجابات الأخصائيين حول المهارات الإدراكية حيث تبين ما يلي:

جدول رقم (٦)

المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب والتكرارات المهارات الإدراكية

٠,٨	٤,٥	١	١	٢	٢١	٣٥	أشجع المرضى النفسانيين على عرض ظروفهم ومشاكلهم للمختصين دون حرج.
٠,٨	٤,٣	-	٢	٦	٢٧	٢٥	استفسر من الفريق الطبي عن وضع الحالة.
٠,٩	٤,١	١	٢	٨	٣١	١٨	أركز على فهم نتائج الاستجابة

		١,٧	٣,٣	١٣,٣	٥١,٧	٣٠	العلاجية التي يعاني منها المريض النفسي.
١,٠	٤,٠	١	٤	١٠	٢٤	٢١	أركز على شرح البرنامج الإرشادي مع المختصين النفسيين قبل وضعهم الخطة العلاجية.
		١,٧	٦,٧	١٦,٧	٤٠	٣٥	
٠,٨	٣,٩	-	٤	١٠	٣٢	١٤	أعمل على فهم واقع الحالات النفسية التي أتابعها.
			٦,٧	١٦,٧	٥٣,٣	٢٣,٣	
٠,٩	٣,٨	١	٥	١٠	٣٢	١٢	أحرص على تقدير العوامل الواقعية المؤدية إلى الاضطراب النفسي .
		١,٧	٨,٣	١٦,٧	٥٣,٣	٢٠	
١,٠	٣,٧	٢	٧	١٠	٢٨	١٣	استفسر من الأخصائي النفسي عن وضع الحالة.
		٣,٣	١١,٧	١٦,٧	٤٦,٧	٢١,٧	
١,٠	٣,٧	١	٦	٩	٣٣	١٠	ارصد سلوكيات المريض وأقارنها بتشخيص المختص النفسي .
		١,٧	١٠	١٥	٥٥	١٦,٧	
٠,٦	٤,٠	الكلبي					

تشير بيانات الجدول أعلاه إلى أن أفراد المجتمع المدروس يشجعون دائماً المرضى النفسانيين على عرض ظروفهم ومشاكلهم للمختصين دون حرج، حيث بلغ المتوسط الحسابي (٤,٥).

كما تشير بيانات الجدول المذكور إلى أن أفراد المجتمع المدروس يستفسرون دائماً من الفريق الطبي عن وضع الحالة، حيث بلغ المتوسط الحسابي (٤,٣)، و تشير أيضاً بيانات الجدول المذكور إلى أن أفراد المجتمع المدروس يركزون غالباً على فهم نتائج الاستجابة العلاجية التي يعاني منها المريض النفسي ، وعلى شرح البرنامج الإرشادي مع المختصين النفسيين قبل وضعهم الخطة العلاجية، ويعملون غالباً على فهم واقع الحالات النفسية التي يتابعونها، حيث بلغت المتوسطات الحسابية (٤,١)، (٤)، (٣,٩) على التوالي.

كذلك تشير بيانات نفس الجدول إلى أن أفراد المجتمع المدروس يحرصون غالباً على تقدير العوامل الواقعية المؤدية إلى الاضطراب النفسي، ويستفسرون غالباً من الأخصائي النفسي عن وضع الحالة، ويرصدون سلوكيات المريض ويقارنوها بتشخيص المختص النفسي، حيث بلغت المتوسطات الحسابية (٣,٨)، (٣,٧)، (٣,٧) على التوالي.

وبالتعليق على الجدول المذكور تشير بياناته إلى أن أفراد المجتمع المدروس يملكون غالباً المهارات الإدراكية في التعامل مع المرضى، حيث بلغ المتوسط الحسابي (٤) وهذا ما يتفق مع المهارات الأساسية في قدرات الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي ، فكما ذكر مطر (١٩٨٩) أن الأخصائي الاجتماعي المدرك لموقف المريض النفسي وطبيعة العوامل المؤثرة في مشكلته النفسية باستخدام أسلوب الملاحظة لما هو ملموس أو غير ملموس كما ترتبط المهارة الإدراكية بقدرة الأخصائي الاجتماعي على الإحساس بانفعالات المريض والاستعانة بنتائج تطبيق المقاييس من خلال الفريق العلاجي.

٥-المهارات التأثيرية:

تشير بيانات الجدول رقم (٧) إلى أن توزيع إجابات الأخصائيين حول المهارات

التأثيرية حيث تبين ما يلي:

جدول رقم (٧)

المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب والتكرارات المهارات التأثيرية

١,٠	٤,٢	١ ١,٧	٢ ٣,٣	٥ ٨,٣	٢٥ ٤١,٧	٢٦ ٤٣,٣	أحرص مع بعض الحالات المساعدة في تأمين المعونة المادية.
٠,٩	٤,١	١ ١,٧	١ ١,٧	٥ ٨,٣	٣٤ ٥٦,٧	١٩ ٣١,٧	أساعد المريض على الاستجابة للعلاج النفسي المقترح من الأخصائي النفسي.
٠,٨	٤,١	-	-	٩ ١٥	٣٢ ٥٣,٣	١٨ ٣٠	أشارك بتحديد الأساليب العلاجية لمرضى بالتعاون مع الأخصائي النفسي.
٠,٩	٤,١	-	١ ١,٧	٨ ١٣,٣	٣٠ ٥٠	٢٠ ٣٣,٣	انسق مع الأخصائي النفسي لتفهم دوري في المساعدة بالعلاج.
١,٠	٤,١	١ ١,٧	١ ١,٧	٧ ١١,٧	٢٦ ٤٣,٣	٢٤ ٤٠	أحاول إقناع المستشفى بالبرامج الترفيهية المساندة للعلاج.
٠,٩	٤,١	-	١ ١,٧	٩ ١٥	٢٦ ٤٣,٣	٢٣ ٣٨,٣	أميل إلى الشرح للأهل بطريقة العلاج المقترحة من المختصين.
٠,٩	٤,٠	-	٢ ٣,٣	٨ ١٣,٣	٣٢ ٥٣,٣	١٧ ٢٨,٣	أحاول إقناع المرضى النفسانيين بمساعدة أنفسهم على العلاج.
١,٢	٣,٨	٢ ٣,٣	٧ ١١,٧	٦ ١٠	٢٩ ٤٨,٣	١٥ ٢٥	أقوم بعمل زيارات منزلية للمرضى وأسره بعد الخروج من المستشفى.
٠,٨	٤,١	الكلي					

تشير بيانات الجدول أعلاه إلى أن أفراد المجتمع المدروس يحرصون غالباً مع بعض

الحالات المساعدة في تأمين المعونة المادية، حيث بلغ المتوسط الحسابي (٤,٢) .

كما تشير نفس البيانات إلى أن أفراد المجتمع المدروس يساعدون غالباً المريض على الاستجابة للعلاج النفسي المقترح من الأخصائي النفسي، ويشاركون غالباً بتحديد الأساليب العلاجية للمرضى بالتعاون مع الأخصائي النفسي، وأنهم غالباً ما ينسقون مع الأخصائي النفسي لتفهم دورهم في المساعدة بالعلاج، ويحاولون إقناع المستشفى بالبرامج الترفيهية المساندة للعلاج، ويعملون على شرح البرنامج الإرشادي مع المختصين النفسيين قبل وضعهم الخطة العلاجية حيث بلغ المتوسطات الحسابية لجميع العبارات (٤,١).

كذلك تشير بيانات الجدول المذكور إلى أن أفراد المجتمع المدروس يحاولون إقناع المرضى النفسيين بمساعدة أنفسهم على العلاج، ويقومون كذلك بعمل زيارات منزلية للمرضى وأسرتهم بعد الخروج من المستشفى، حيث بلغت المتوسطات الحسابية (٤)، (٣,٨) على التوالي. وبالتعليق على الجدول المذكور تشير بياناته إلى أن أفراد المجتمع المدروس يملكون غالباً المهارات التأثيرية في التعامل مع المرضى، من حيث التدخل المهني لتعديل سلوك المريض وأفكاره وبعض اتجاهاته المؤثرة على الموقف المرضي (مطر، ١٩٨٩) والذي ينعكس من خلال التدخل المهني واستمراره للعمل مع المريض النفسي وأسرتهم الخاصة في مرحلة تواجهه في مستشفى الصحة النفسية.

السؤال الثاني : ما هو مستوى العلاقة بين سنوات الخبرة في مجال الصحة النفسية ودرجاتي الأخصائيين الاجتماعيين على مقياس المهارات المهنية.

للتعرف على العلاقة بين اتجاهات مفردات الدراسة نحو تقويم المهارات المهنية والخبرة تم استخدام معامل الارتباط بيرسون حيث تم الحصول على النتائج في الجدول رقم (٨) والذي يشير إلى العلاقة بين سنوات الخبرة وتقويم المهارات المهنية حسب مفردات الدراسة، ومن خلال نتائج الجدول يتبين ما يلي:

جدول رقم (٨)

معامل ارتباط "بيرسون" بين المهارات المهنية

المعرفية و العلاقات الإنسانية وتفهم الدور و الإدراكية و التأثيرية و متغير الخبرة

الخبرة		
٠,٤١١	معامل الارتباط	المعرفية
٠,٤٤٧	معامل الارتباط	العلاقات الإنسانية
٠,٣٣٨	معامل الارتباط	تفهم الدور
٠,٢٨٨	معامل الارتباط	الإدراكية
٠,١٠٠-	معامل الارتباط	التأثيرية

- توجد علاقة ارتباط موجبة بين الخبرة و متغير المهارات المعرفية حيث كانت قيمة (ر ٠,٤١١) ؛ أي أنه كلما زادت الخبرة كلما كان زادت القناعة بتوفر المهارات المعرفية.
- يوجد علاقة ارتباط ايجابية بين متغير الخبرة والرأي بالمهارات المعرفية كانت قيمة (ر ٠,٤٤٧) ؛ أي أنه كلما زادت الخبرة كلما زادت القناعة بتوفر مهارات العلاقات الإنسانية.
- يوجد علاقة ارتباط ايجابية بين متغير الخبرة والرأي بمهارات تفهم الدور كانت قيمة (ر ٠,٣٣٨) ؛ أي أنه كلما زادت الخبرة كلما زادت القناعة بتوفر مهارات تفهم الدور.
- يوجد علاقة ارتباط ايجابية بين متغير الخبرة والرأي بالمهارات الإدراكية كانت قيمة (ر ٠,٢٨٨) ؛ أي أنه كلما زادت الخبرة زادت القناعة بتوفر المهارات الإدراكية.

■ هناك علاقة ارتباط سلبية بين متغير الخبرة والرأي بالمهارات التأثيرية كانت قيمة (-, ١٠٠, ٠)؛ أي أنه كلما زادت الخبرة و كلما قلت القناعة بتوفر المهارات التأثيرية.

وبالتعليق على النتائج نجد أن للخبرة اثر مهم في تحديد المهارات وزيادة مستوياتها فالأخصائي ومن خلال زيادة سنوات الخبرة يصبح لديه قدرات مصقولة وتعطيه قدرة على تفهم المرضى و ثقافته وتراثه ، وهذا الفهم يقود الأخصائي الاجتماعي إلى معرفة المريض ودرجة تحمله ، وملابس الظروف التي يعيشها يومياً في حياته الخاصة فالمريض يحتاج إلى من يعيش معه مشكلته ومعاناته حتى يجد منفذاً له منها وذلك من خلال التعبير والتصرف. وعليه فالخبرة تزيد من الاستعداد من الجانب الأخصائي الاجتماعي للتدخل والعمل مع الحالة ، والاستعداد يساعد ويضمن إلى حد بعيد نجاح العمل من حيث القدرة على التعاطف والتفكير والتخطيط.

السؤال الثالث : ما هو مستوى العلاقة بين العمر والمهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية ؟

لإجابة على التساؤل الثالث من حيث العلاقة بين اتجاهات مفردات الدراسة نحو تقويم المهارات المهنية والعمر تم استخدام معامل الارتباط بيرسون دون استخدام مستويات دلالاته ذلك أنه لا توجد عينة لحساب مستويات الدلالة بين المجتمع الأصلي والعينة حيث تم الحصول على النتائج في الجدول رقم (٩) والذي يشير إلى العلاقة بين العمر وتقويم المهارات المهنية حسب مفردات الدراسة، ومن خلال نتائج الجدول يتبين ما يلي:-

جدول رقم (٩)

معامل ارتباط "بيرسون" بين المهارات المهنية

المعرفية و العلاقات الإنسانية وتفهم الدور و الإدراكية و التأثيرية و متغير العمر

العمر		
٠,٢١٣	معامل الارتباط	المعرفية
٠,١٤٩	معامل الارتباط	العلاقات الإنسانية
٠,٠٧٧	معامل الارتباط	تفهم الدور
٠,٠١٦	معامل الارتباط	الإدراكية
٠,٠٤٠-	معامل الارتباط	التأثيرية

- توجد علاقة ارتباط موجبة ضعيفة بين العمر و متغير المهارات المعرفية حيث كانت قيمة (ر ٠,٢١٣) ؛ أي أنه كلما ارتفع العمر كلما زادت القناعة بتوفر المهارات المعرفية.
- يوجد علاقة ارتباط ايجابية ضعيفة بين متغير العمر والرأي بالمهارات المعرفية كانت قيمة (ر ٠,١٤٩)، أي أنه كلما ارتفع العمر كلما زادت القناعة بتوفر مهارات العلاقات الإنسانية.
- يوجد علاقة ارتباط ايجابية ضعيفة بين متغير العمر والرأي بمهارات تفهم الدور كانت قيمة (ر ٠,٠٧٧) ؛ أي أنه كلما ارتفع العمر كلما زادت القناعة بتوفر مهارات تفهم الدور.

■ يوجد علاقة ارتباط ايجابية ضعيفة بين متغير العمر والرأي بالمهارات الإدراكية كانت قيمة (ر ٠,٠١٦)، أي أنه كلما ارتفع العمر زادت القناعة بتوفر المهارات الإدراكية.

■ هناك علاقة ارتباط سلبية ضعيفة بين متغير العمر والرأي بالمهارات التأثيرية كانت قيمة (-٠,٠٤٠) ؛ أي أنه كلما زاد العمر و كلما قلت القناعة بتوفر المهارات التأثيرية.

وهذا يتفق مع أدبيات الدراسة بان عمر الأخصائي الاجتماعي محكاً مهماً لقيامه بأداء دوره المهني بنجاح ومؤثرات على ممارسته المهنية مع المرضى في المستشفى ، ذلك لأن فارق العمر بينه وبين المريض من شأنه أن يشكل عقبة في تكوين علاقة مهنية بين الطرفين أو أسلوباً للتفاهم بينهما (Kadushirs, ١٩٧٢) فالأخصائي الاجتماعي في المستشفى يتعامل مع شرائح مختلفة كالأطفال والمراهقين والشباب والبالغين والمسنين إضافة إلى أسرهم ، وكل شريحة لها خصائصها التي تميزها عن الشرائح الأخرى حتى في نوعيات الأمراض التي يتعرض لها الإنسان في حياته وردود الفعل المتباينة نتيجة ذلك ، حتى في كيفية الاستجابة للمرض فهي تختلف من جنس إلى جنس آخر.

السؤال الرابع : هل هناك فروق بين درجة المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية؟

للتعرف على العلاقة بين الفروق بين مفردات الدراسة في تقويم المهارات المهنية تم حساب المتوسطات الخاصة بالإجابات حسب الجنس و التخصص حيث تم الحصول على النتائج في الجدولين رقم (١٠ و ١١) واللذان يشيران إلى العلاقة بين الفروق في درجة المهارات المهنية ، ومن خلال نتائج الجدولين يتبين ما يلي:

١-الجنس :

جدول رقم (١٠)

ترتيب المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابات حول المهارات المهنية والجنس

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الجنس	المهارات المهنية
٠,٣٨	٤,١٢	ذكر	المعرفية
٠,٢٨	٤,٤	أنثى	
٠,٤١	٤,١٧	ذكر	العلاقات الإنسانية
٠,٣٩	٤,٣٨	أنثى	
٠,٣٩	٣,٦	ذكر	تفهم الدور
٠,٥٧	٣,٩	أنثى	
٠,٥٩	٣,٩	ذكر	الإدراكية
٠,٥٩	٤,١	أنثى	
٠,٥٣	٤,١	ذكر	التأثيرية
١,١	٣,٩	أنثى	

يختلف الذكور عن الإناث في إدراك المهارات المعرفية حيث كان متوسط إجابات الذكور (٤,١٢) ومتوسط إجابات الإناث (٤,٤) وكذلك تبين أن الإناث أكثر إدراكا للمهارات العلاقات الإنسانية حيث بلغ متوسط الإناث (٤,٣٨) مقابل (٤,١٧) للذكور، وتبين أن الإناث أكثر إدراكا لمهارات تفهم الدور حيث بلغ متوسط الإناث (٣,٩) مقابل (٣,٦) للذكور وتبين أن الإناث أكثر إدراكا للمهارات الإدراكية حيث بلغ متوسط الإناث (٤,١) مقابل (٣,٩) للذكور إلا أن الذكور كانوا أكثر إدراكا للمهارات التأثيرية حيث بلغ متوسط الإناث (٣,٩) مقابل (٤,١) للذكور . وهذا يتفق مع ادبيات الدراسة من حيث جنس الأخصائي الاجتماعي فجنس الأخصائي الاجتماعي ذو أهمية عالية من حيث المهارات والتعامل مع المرضى ، فالرجل والمرأة جنسان يختلفان بعضهما عن بعض في كيفية تكوين العلاقات مع الآخرين ، وعلى الرغم من أن العلاقات المهنية الطبية تسمو فوق نوعية الجنس ، فإنها من العوامل المؤثرة ، وربما العرقلية في تكوين علاقات مهنية بين

الأخصائي الاجتماعي وعملاء من جنس آخر ، لذا يفضل إيجاد أخصائي اجتماعي من جنس المريض ، وخاصة إذا طلب المريض ذلك وحتى في بعض الحالات هناك حاجة لوجود أخصائية اجتماعية من نفس لهجة المريض لعدة أسباب منها المحافظة على سرية المعلومات وسهولة التفاهم ، وتوصل المعلومات .

٢-التخصص :

جدول رقم (١١)

ترتيب المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابات حول المهارات المهنية والتخصص

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الجنس	المهارات المهنية
٠,٣٩	٤,٢	الخدمة الاجتماعية	المعرفية
٠,٣٥	٤,١	علم اجتماع	
٠,٤٢	٤,٢	الخدمة الاجتماعية	العلاقات الإنسانية
٠,٤	٤,١	علم اجتماع	
٠,٥١	٣,٩	الخدمة الاجتماعية	تفهم الدور
٠,٣٥	٣,٥	علم اجتماع	
٠,٥٦	٤,١	الخدمة الاجتماعية	الإدراكية
٠,٦٢	٣,٨	علم اجتماع	
٠,٨٨	٤,٠٨	الخدمة الاجتماعية	التأثيرية
٠,٦٠	٤,٠٣	علم اجتماع	

يختلف المتخصصين في الخدمة الاجتماعية عن المتخصصين بعلم الاجتماع في إدراك المهارات المعرفية حيث كان متوسط إجابات المتخصصين في الخدمة الاجتماعية (٤,٢) ومتوسط إجابات المتخصصين بعلم الاجتماع (٤,١) وكذلك تبين أن المتخصصين في الخدمة الاجتماعية أكثر إدراكا لمهارات العلاقات الإنسانية حيث بلغ متوسط (٤,٢) مقابل (٤,١) للمتخصصين بعلم الاجتماع ، وتبين أن المتخصصين في الخدمة الاجتماعية أكثر إدراكا لمهارات تفهم الدور حيث بلغ متوسط الإناث (٣,٩) مقابل (٣,٥٩) للمتخصصين بعلم الاجتماع وتبين أن المتخصصين في الخدمة الاجتماعية أكثر إدراكا للمهارات الإدراكية حيث بلغ المتوسط (٤,١) مقابل (٣,٨) للمتخصصين بعلم الاجتماع و

أن المتخصصين في الخدمة الاجتماعية كانوا أكثر إدراكا للمهارات التأثيرية حيث بلغ متوسط الإناث (٤,٠٨) مقابل (٤,٠٦) للمتخصصين بعلم الاجتماع.

ونتيجة لذلك نرى أن أخصائي الخدمة الاجتماعية بما يملكون من تدريب أعلى من خريجي علم الاجتماع من حيث التدريب على المهارات المطلوبة والتي يحتاجها الأخصائي الاجتماعي خلال عملية الاتصال مع المريض وخاصة عند حدوث تغيرات سواء في المرض أو العوامل الشخصية أو البيئية تتطلب المزيد من الاستكشاف والتقدير كما أن مراحل التأهيل المهني للأخصائيين تحتاج إلى تدريب رفيع المستوى لوضع الأساس لعملية المساعدة من حيث جمع المعلومات الخاصة بالجوانب الاجتماعية والنفسية والثقافية للمريض ، فضلا عن مساندة الفريق العلاجي للمساعدة على وضع الخطة العلاجية الملائمة والفعالة.

الفصل السادس
النتائج والتوصيات وملخص الدراسة

خلاصة النتائج .

حيث كانت أهم النتائج على النحو التالي:

- أشارت البيانات إلى أن أفراد المجتمع المدروس يملكون غالباً المهارات التأثيرية في التعامل مع المرضى.
- تبين أن أفراد المجتمع المدروس تتوفر لديهم غالباً مهارات العلاقات الإنسانية في التعامل مع المرضى.
- كلما زادت الخبرة كلما كان زادت القناعة بتوفر المهارات المعرفية ومهارات العلاقات الإنسانية ومهارات تفهم الدور و توفر المهارات الإدراكية بينما تبين انه كلما زادت الخبرة كلما قلت القناعة بتوفر المهارات التأثيرية.
- أشارت البيانات إلى أن أفراد المجتمع المدروس غالباً ما يملكون مهارات تفهم الدور في التعامل مع المرضى.
- أشارت البيانات إلى أن أفراد المجتمع المدروس يملكون غالباً المهارات الإدراكية في التعامل مع المرضى.
- تبين من أن المتخصصين في الخدمة الاجتماعية أكثر إدراكا من المتخصصين في علم الاجتماع للمهارات المعرفية ومهارات العلاقات الإنسانية ومهارات تفهم الدور والمهارات الإدراكية والتأثيرية.
- كلما ارتفع العمر كلما كان زادت القناعة بتوفر المهارات المعرفية و مهارات العلاقات الإنسانية ومهارات تفهم الدور و توفر المهارات الإدراكية بينما تبين انه كلما زاد العمر و كلما قلت القناعة بتوفر المهارات التأثيرية.
- أشارت البيانات إلى أن أفراد المجتمع المدروس يرون أنفسهم غالباً ما يمتلكون المهارات المعرفية في التعامل مع المرضى.
- تبين من أن الإناث أكثر إدراكا من الذكور في المهارات المعرفية ومهارات العلاقات الإنسانية ومهارات تفهم الدور والمهارات الإدراكية بينما تبين أن الذكور كانوا أكثر إدراكا للمهارات التأثيرية من الإناث .

ملخص الدراسة:

تسببت الحضارة والمدنية والتطور في الكثير من السلبيات أو الجوانب الانحرافية ، وذلك ليس على نطاق المملكة فحسب بل على المستوى العالمي ، فظهرت الاضطرابات النفسية وازداد عدد المصابين بها ، فأقيمت العديد من المستشفيات والمصحات النفسية لتقديم العلاج لهم ، ولم تغفل المملكة عن هذا بل سعت لرعاية مرضاها بكافة أنواع الرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية الممكنة .

ولم تكتف المملكة بذلك فقط بل قامت بمحاولة الارتقاء بالعاملين في هذا المجال (مجال الخدمات الاجتماعية) من خلال الندوات والمحاضرات والدورات التدريبية لإكسابهم المزيد من الخبرات والمهارات وصقلها لديهم لأن مهنة الأخصائي النفسي تتطلب القدرة والمهارة للتعامل مع الحالات الواردة إليه ، وعليه فإن أداء الممارسة والقيام بالمهارات المتعددة ضرورة من ضروريات العمل المهني ، ولما كان هذا الأداء ليس بالضرورة في كل الأحوال أن يصل إلى المستوى اللائق ، كما أنه قد يقف في سبيل تحقيقه العديد من الصعوبات التي قد يكون منها ضعف مستوى أداء المهارة ، مما يقلل من فاعلية أداء الممارسة وبالتالي يكون له الأثر السيء على الأداء وتحقيق الأهداف المرغوبة في تحقيق الممارسة المهنية .

إنطلاقاً من كل ما سبق كانت هذه الدراسة التي تهدف إلى تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين حتى يمكن التأكد من مستوى أدائهم ومن ثم التأكد من مدى الأداء بالفاعلية والكفاءة المطلوبين .

وترجع أهمية هذه الدراسة إلى التطور السريع والتقدم في مجالات البحث العلمي والخدمة الاجتماعية داخل مجالاتها المتعددة والتحديات الجديدة على المستوى العلمي أو

على مستوى التغيرات المتلاحقة داخل المجتمع السعودي مما ينبهنا إلى ضرورة تحقيق مستوى مهاري عالي من خلال تقييم الأداء القائم والعمل على تقويمه. كما يمكن إرجاع أهمية هذه الدراسة أيضا إلى الاهتمام المتزايد بالممارسات المهنية للخدمة الاجتماعية داخل المجتمع السعودي والاعتراف المجتمعي بها وأهميتها للتصدي للكثير من المشكلات والظواهر السلبية التي تظهر كل فترة من الزمن بعد كل مجموعة من المتغيرات والظواهر المتلاحقة السريعة ، ومحاولة الارتقاء بها من خلال العمل على تجديد عملياتها وكذلك المهارات التي تكون لها القدرة على القيام بها وإنجاز أهدافها بفعالية وكفاءة .

وقد هدفت هذه الدراسة إلى الوقوف على طبيعة ومستوى درجات المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية على مقياس المهارات المهنية ، وكذلك معرفة العلاقة بين سنوات الخبرة في مجال الصحة النفسية ودرجاتي الأخصائيين الاجتماعيين على مقياس المهارات . وتتبع أهمية هذه الدراسة كذلك من تطلعها لمعرفة العلاقة بين العمر والمهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية ، وكذلك معرفة ما إذا كان هناك فروق بين درجة المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية .

التوصيات .

١. العمل على تفعيل دور التدريب المستمر في تأهيل الأخصائيين الاجتماعيين الطبي بشكل اكبر .
٢. هناك حاجة لزيادة توعية الفريق الطبي والأخصائيين النفسيين بدور الأخصائيين الاجتماعيين .
٣. إعطاء الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين دور أكثر جديه و موضوعية في المؤسسات الصحية.
٤. ضرورة ربط مثل هذا برامج الأخصائيين الاجتماعيين بالجهاز الطبي أكثر من الجهاز الإداري, فالمهارات في هذا المجال ممكن أن تنمى في ظل التفاعل مع الجهاز الطبي.
٥. إفساح المجال للبحوث العلمية الاجتماعية و الإنسانية القيام بمزيد من البحوث و الدراسات حول دور العاملين بالخدمة الاجتماعية الطبية للوقوف على طبيعة هذا الدور في مناطق أخرى من المملكة العربية السعودية.
٦. توصي الدراسة بإنشاء مراكز متخصصة لتقويم الأخصائيين الاجتماعيين في جميع القطاعات .
٧. هناك حاجة ماسة لتطوير العاملين في مستشفيات الصحة النفسية من العديد من النواحي الطبية و النفسية .
٨. تفعيل دور الجهات الأكاديمية في تقديم البرامج ذات البعد الفني والتأهيلي للأخصائيين الاجتماعيين.

قائمة المراجع :

أولاً : المراجع العربية

١. العمري ، إبراهيم (١٩٨٣ م) ، السلوك الإنساني ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
٢. أبو رية ، إيمان أحمد (١٩٩٢ م) ، تقويم دور الأخصائي الاجتماعي بمستشفيات مدينة الفيوم ، ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة ، القاهرة .
٣. أبوحطب ، آمال صادق (١٩٧٧ م) ، علم النفس التربوي ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
٤. الملا ، أحمد عبد الكريم (١٩٩٣ م) ، تقييم الخدمات الطبية بقياس رضاء المرضى عن الخدمات الطبية في دولة قطر ، الولايات المتحدة الأمريكية ، جامعة تكساس ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ،
٥. الباز ، راشد (١٩٩٧) ، عوامل التزام المرضى بالأرشادات الطبية في المملكة العربية السعودية مجلة العلوم الاجتماعية (٢٥) ٤ شتا .
٦. بامشموس ، سعيد محمد (١٩٨٥ م) ، التقويم التربوي ، الرياض : دار الفيصل الثقافية .
٧. بدوي ، أحمد زكي (١٩٧٧ م) ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، بيروت : مكتبة لبنان .

٨. بشير ، أحمد يوسف (١٩٩٢ م) ، دراسة الأبعاد المرتبطة بالاغتراب المهني للأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي : كمؤشرات تخطيطية لزيادة فاعلية الأداء المهني ، المؤتمر العلمي الخامس ، كلية الخدمة الاجتماعية ، فرع الفيوم ، القاهرة .
٩. جلبي ، عبد الرزاق (١٩٨٣م) ، تصميم البحث الاجتماعي بين الإستراتيجية والتنفيذ، الإسكندرية : دار المعرفة .
١٠. حسن ، ناصر بوكلي (١٤٠٨ هـ) ، الإدمان ، دمشق : دار المأمون للتراث .
١١. حميدة ، مجدي أحمد (١٩٨٤م) ، في البحث الاجتماعي : مداخل ومجالات حديثة ، القاهرة : نهضة الشرق .
١٢. عبيدات ، ذوقان وآخرون (١٩٨٩م) ، البحث العلمي ، مفهومه وأدواته وأساليبه ، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع .
١٣. سلامة ، سهيل فهد (١٩٨٧م) ، فعالية تقويم الأداء الوظيفي وتطبيقاته في الأجهزة الحكومية في المملكة العربية السعودية ، مجلة الإدارة العامة ، عدد (٥٥) الرياض .
١٤. السيد ، نادية زغلول (١٩٩٢ م) ، نحو خطة لمواجهة بين الإعداد الأكاديمي وواقع الممارسة المهنية للخدمة في المجال الطبي ، المؤتمر العلمي الخامس : الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في الوطن العربي ، الواقع المستقبل كلية الخدمة الاجتماعية ، فرع الفيوم ، جامعة القاهرة ، القاهرة .
١٥. صالح ، عبد الحي محمود (١٩٩٩ م) ، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
١٦. الطويل ، عزت عبد العظيم (١٩٩٩م) ، معالم علم النفس المعاصر ، ط٣ ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

١٧. عبد الباسط ، عبد المعطي (١٩٨٨ م) ، المنهج في علم الاجتماع ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
١٨. العساف ، صالح محمد (١٤٠٩ هـ) ، المدخل الحقيقي للعلوم السلوكية ، الرياض : مكتبة العبيكان .
١٩. علي ، علي اسماعيل (١٩٩٦ م) ، المهارات الأساسية في ممارسة خدمة الفرد ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
٢٠. عمر ، ماهر محمود (١٩٨٨ م) ، سيكولوجية العلاقات الاجتماعية ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
٢١. الغزوي ، جلال الدين (١٩٩٦ م) ، مهارات الممارسة في العمل الاجتماعي ، ط ٢ ، الكويت : منشورات ذات السلاسل .
٢٢. غيث ، محمد عاطف (١٩٨٣ م) ، تصميم البحث الاجتماعي ، الإسكندرية : دار المعرفة .
٢٣. الكراري ، كلثوم جبر (١٩٩٢ م) ، ممارسة سيكولوجية الذات في خدمة الفرد لتحقيق التوافق الاجتماعي لمرضى القلق ، دراسة تجريبية مطبقة على مرضى القلق بالعيادة النفسية لمؤسسة حمد الطبية بدولة قطر ، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، حلوان .
٢٤. الكواري ، علي خليفة (١٩٨١ م) ، دور المشروعات العامة في التنمية الاقتصادية : مدخل إلى دراسة كفاءة المشروعات العامة في أقطار الجزيرة العربية المنتمية للنفط ، الكويت : علم المعرفة .

٢٥. حامد ، ماجد (١٩٨٦م) ، دراسات في علم النفس ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
٢٦. علي ، ماهر أبو المعاطي (١٩٩٢م) ، مقياس اتجاهات الفريق العلاجي بالمستشفى نحو الأخصائي الاجتماعي كعضو في الفريق ، مجلة الخدمة الاجتماعية ، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين ، العدد ٣٤ - ٣٥ السنة الحادية عشر ، القاهرة .
٢٧. محمد ، محمد سعيد (١٩٩٤م) ، مشكلات التنسيق بين أجهزة الهيئة العامة للتأمين الصحي: كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ماجستير غير منشور ، القاهرة.
٢٨. محمد ، علي محمد (١٩٨٦م) ، علم الاجتماع والمنهج العلمي ، دراسة في طرق البحث الاجتماعي ، الإسكندرية : دار المعرفة .
٢٩. مطر ، مصطفى محمد (١٩٨٩م) ، رعاية المدمنين اجتماعياً ، جمعية الدفاع الاجتماعي ، القاهرة .
٣٠. هوانة ، وليد عبد اللطيف (١٩٨٦م) ، تقويم الأداء بين الذاتية والموضوعية ، مجلة الإدارة العامة ، عدد (٤٩) الرياض .
٣١. يسرة ، وجدي يوسف القراني (١٩٩٤م) ، تقويم خدمات الصحة المدرسية لتلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي ، كلية الخدمة الاجتماعية ، القاهرة .

ثانياً : قائمة المراجع الأجنبية

١. Aguilera Messick . "Crisis" inter vention theray and methology Fifth. Edition .(١٩٨٦), The C.V Mosby Company ,st, luois Missouri .
٢. Barbara Schram, and Betty Mandell ,(١٩٨٦), Human services strategies of intervention Macmollan publishing company ,New York .
٣. Barker , Robertl , (١٩٨٨), the social work dictionary . ٣ rd edition, N.A.S.W.
٤. Bascom W.Rectliff and others,(١٩٨٢), social work in hospital charles Thomas publisher , spring fild , linois .
٥. Carel Bailey germain ,(١٩٨٤), social work practice in health Care The free press ,New York .
٦. Chael. M.J.AND Edward K, (١٩٨٨), Social psychology and it's Applications row publishers N.Y
٧. Elfriebe Schlesinger ,(١٩٨٥), Health care social practice concepts and strategies Mosby college publishing , St. louis , Missoure.

٨. Gray , (١٩٩٦) Mars and venus together Forever : relationship skills for iasting love. New York , Ny : Harper – Collins publishersm inc .
٩. J.Willam Asher , (١٩٧٦) , Educational Research and Evaluation Methods, Little Brown and Co. N.Y.
١٠. John Masud Et al ., (١٩٨٨),treating problem children issues, methods and practice, New York. Sage publications..
١١. John Masud Et al, K,(١٩٨٨), Treating problem Children Issues Methods and practice ,New York , Sage Publications
١٢. Kadushin ,A. (١٩٧٢) the social work interview New york Ny : University press.
١٣. Loc . cit .
١٤. Mark, V. & Mark . d(١٩٨٩) Brain power : Aneurosurgeon s com – plete program to maintain and enhance brain fitness throughout your life . Boston , MA : Houghton Mifflin company.
١٥. Mohsen Abd-Ethamed Ahmed,(١٩٨٠), Systematic –Evaluation of the center For Training and Applied Research in C.D Riyadh, Saudi Arabia.
١٦. Morales . A, Brad ford , (١٩٧٧), social work, profession of mang faces becon. Inc .U.S.A.

١٧. Morales,A.B,(١٩٧٧) Social work apro fession of Many Faces N. Y . Bakon I nd.
١٨. New concise websters Dictionary ,(١٩٩٢), modern publishing ,N.Y.°th .
١٩. payne , Malcolm,(١٩٩٩), Modern Social Work Theory . London Macmillan Education LTD.
٢٠. Rhodes M.(١٩٨٩) conflicting professional Values in social work and Medicine .Health social work (١٩ thed) wa-shington, shington m DC : NASW press.
٢١. Robertl , Barker,(١٩٨٧), the social work dictionary National Association of social Workers, silver spring , Taha kerson and Lawrence kerson ,(١٩٨٥), Understanding chronic illness the medical and psyehsocial dimensions of nine diseases the free press New York .
٢٢. Schwortz, W,(١٩٦٧), the Classroom teaching of social work with Groups "council on social work education ..
٢٣. Tebbi, Richards ,M.,Cummings , K.,Zevon .M.& Mallon ,L.(fall ,١٩٨٨) the role of parent Adolescene .
٢٤. Terry page and JB Thomas,(١٩٨٧), ٢nd .

الملاحق

ملحق رقم (١)

قائمة بأسماء المحكمين

قائمة الأساتذة المحكمين

١-	د. محمد فاروق عبد الحميد .	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
٢-	د. أديب خضور .	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
٣-	د. خالد الرشود .	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
٤-	د. معن خليل عمر .	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
٥-	د. عبد الرحمن الشاعر .	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
٦-	د. عبد الحفيظ مقدم.	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
٧-	د. محمود شاكر.	جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

ملحق رقم (٢)

استبانة الدراسة قبل التحكيم

ملحق (٣)

اسنباة الدراسة بعد التحكيم

ملحق رقم (٤)

خطابات التطبيق والموافقة

ملحق رقم (٨)

إحصاءات وبيانات الدراسة