



خدماتنا

توفير المراجع

الاستشارات الأكاديمية

الترجمة الأكاديمية

ترشيح عناوين البحث

التحليل الاحصائي

خطة البحث العلمي

التدقيق اللغوي

الاطار النظري

التنسيق والفهرسة

الدراسات السابقة

النشر العلمي



احصل على خصم **10%** على جميع خدماتنا

عند طلب الخدمة من خلال الواتساب



دراسة

للاستشارات والتدريبات والترجمة

☎ 0096655026526 - 00966560972772
✉ info@drasah.net - info@drasah.com
www.drasah.com

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية، وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي اعتمدت على منهج المسح الاجتماعي، حيث استخدمت الباحثة أداتين من إعدادها، وهما: استمارة استتبار الخاصة بالمرضى النفسيين وطبقت على عينة قوامها (144) مفردة من المرضى النفسيين المترددين على الأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية الحكومية السبعة في قطاع غزة، وتم اختيارهم بطريقة العينة القصدية، واستمارة استبيان خاصة بالأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المراكز النفسية الحكومية، وعددهم (20) أخصائيًا تم اختيارهم بطريقة الحصر الشامل.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها:

- إن الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية كما يحدده المرضى "منخفض"، حيث جاء دوره مع فريق العمل بنسبة (35.3%)، ودوره مع أسرة المريض بنسبة (39.3%)، ودوره مع المريض نفسه بنسبة (47.3%)، وأخيرًا الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية بنسبة (52.6%).
 - إن الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية كما يحدده الأخصائي الاجتماعي "متوسط"، حيث جاء دوره مع أسرة المريض بنسبة (58.0%)، ودوره مع المريض نفسه بنسبة (61.6%)، ودوره مع فريق العمل بنسبة (62.3%)، وأخيرًا الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية بنسبة (63.6%).
 - إن هناك معوقات تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية ومستواها مرتفع كما يحددها المرضى والأخصائيين على حد سواء، وهذه المعوقات ترجع إلى المريض وأسرته وفريق العمل والأخصائي الاجتماعي والمراكز النفسية، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي بالمراكز النفسية الحكومية تُعزى إلى متغير الجنس، وذلك لصالح الذكور وعدد الدورات التدريبية في المجال النفسي لصالح الأساليب المهنية، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى إلى متغير السن، وسنوات الخبرة.
- وبناءً على هذه النتائج خلصت الدراسة إلى توصيات عدة أهمها: تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي بالمراكز النفسية الحكومية مع المرضى وأسرهم وفريق العمل.
- الكلمات المفتاحية:** (الممارسة المهنية، الأخصائي الاجتماعي الطبي، المراكز النفسية).

Abstract

This study aimed to activate the professional practice of the medical social worker in government mental health centers. This descriptive study relied on the social survey method, as the researcher used two tools prepared by her, namely, a questionnaire for mental health patients and was applied to a sample of (144) mental health patients frequenting the social worker in the seven government mental health centers in the Gaza Strip. The patients were selected using a purposive sampling method. The second tool was a questionnaire for social workers working in government mental health centers, numbering (20) specialists who were chosen using the comprehensive survey method.

The study reached a set of results, the most important of which are the following:

- The actual role of the medical social worker in government mental health centers as determined by patients was “low”, as his role with the work team came at a rate of (35.3%), his role with the patient’s family was at a rate of (39.3%), and his role with the patient himself or herself had a rate of (47.3%). The professional methods used by the medical social worker in psychological centers obtained a rate of (52.6%).
- The actual role of the social worker in government mental health centers as determined by the social worker is “medium”, where his role with the patient’s family came at a rate of (58%), his role with the patient himself or herself was at a rate of (61.6%), and his role with the work team obtained a rate of (62.3%). The professional methods used by the social worker in mental health centers had a rate of (63.6%).
- There were obstacles that limited the professional practice of the medical social worker in government mental health centers, and their level was high, as determined by patients and social workers alike. These obstacles were due to the patient, his family, the work team, the social worker, and the mental health centers. The results of the study also showed that there were statistically significant differences in the professional practice of the medical social worker in government psychological centers that were attributed to the gender variable in favor of males, and in the number of training courses in the mental health field in favor of professional methods. There were no statistically significant differences due to the variable of age and years of experience.

Based on these results, the study made recommendations that contribute to activating the professional practice of the medical social worker with patients, their families and the work team in government mental health centers.

Keywords: Professional Practice, Medical Social Worker, Mental Health Centers.

قائمة المحتويات

الإقرار.....	أ
نتيجة الحكم.....	ب
ملخص الدراسة.....	ت
Abstract.....	ث
اقتباس.....	ج
الإهداء.....	ح
شكر وتقدير.....	خ
قائمة المحتويات.....	د
قائمة الجداول.....	ز
قائمة الملاحق.....	ض
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.....	1
أولاً: مدخل إلى مشكلة الدراسة:.....	2
ثانياً: تحديد مشكلة الدراسة:.....	21
ثالثاً: تساؤلات الدراسة:.....	22
رابعاً: أهمية الدراسة:.....	22
خامساً: أهداف الدراسة:.....	23
سادساً: الموجهات النظرية للدراسة:.....	23
الفصل الثاني: الأمراض النفسية.....	28
أولاً: نظرة تاريخية للأمراض النفسية:.....	29
ثانياً: مفهوم الأمراض النفسية:.....	30

33	.....	ثالثاً: تصنيف الأمراض النفسية:
45	.....	رابعاً: الآثار المترتبة على الأمراض النفسية:
46	.....	خامساً: طرق الوقاية والتعامل مع الأمراض النفسية:
49	.....	الفصل الثالث: الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي
50	.....	المبحث الأول: الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية:
50	.....	أولاً: مفهوم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية:
51	.....	ثانياً: الحاجة إلى الخدمة الاجتماعية النفسية ومبررات وجودها:
55	.....	ثالثاً: أهمية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية:
56	.....	رابعاً: خصائص الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية:
59	.....	خامساً: فلسفة الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية النفسية:
60	.....	سادساً: أهداف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية:
62	.....	سابعاً: المراكز والعيادات النفسية الحكومية بقطاع غزة:
68	.....	المبحث الثاني: الاختصاصي الاجتماعي الطبي في المجال النفسي:
68	.....	أولاً: مفهوم الاختصاصي الاجتماعي الطبي:
68	.....	ثانياً: سمات الاختصاصي الاجتماعي الطبي في مجال الصحة النفسية:
71	.....	ثالثاً: مقومات الممارسة المهنية للاختصاصي الاجتماعي الطبي بالمجال النفسي:
76	.....	رابعاً: أدوار ومسؤوليات الاختصاصي الاجتماعي الطبي في المجال النفسي:
81	.....	خامساً: معوقات الممارسة المهنية الفاعلة للاختصاصي الاجتماعي الطبي في المجال النفسي:
83	.....	سادساً: سبل تفعيل الممارسة المهنية للاختصاصي الاجتماعي النفسي:
86	.....	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة
87	.....	أولاً: نوع الدراسة:
87	.....	ثانياً: منهج الدراسة:
88	.....	ثالثاً: أدوات الدراسة:

95	رابعًا: مجالات الدراسة:
97	خامسًا: المعالجات الإحصائية:
99	الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة وتحليلها.
100	أولًا: عرض الجداول الخاصة بالمرضى:
135	ثانيًا: عرض الجداول الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين
	ثالثًا: الجداول الارتباطية بين الممارسة المهنية والمتغيرات الشخصية والمهنية للأخصائي
163	الاجتماعي الطبي.
	الفصل السادس: النتائج العامة للدراسة والتوصيات لتفعيل الممارسة المهنية للأخصائي
172	الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية.
173	أولًا: النتائج العامة للدراسة:
	ثانيًا: التوصيات لتفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية
181	الحكومية.
184	المصادر والمراجع.
185	أولًا: المراجع العربية.
195	ثانيًا: المراجع الأجنبية.
197	ملاحق الدراسة.

قائمة الجداول

- جدول (1.1): يوضح أعداد المرضى المسجلين في المراكز النفسية الحكومية لعام 2021. 2..
- جدول (1.2): يوضح أنواع الأمراض النفسية المنتشرة ونسبتها في قطاع غزة 3
- جدول (2.1): الفرق بين العصاب والذهان 40
- جدول (4.1): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبار والدرجة الكلية للاستبار 90
- جدول (4.2): معامل الارتباط بين كل محور من محاور الاستبار مع الدرجة الكلية لفقرات الاستبار 91
- جدول (4.3): يوضح طريقة معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبار 92
- جدول (4.4): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة 93
- جدول (4.5): معامل الارتباط بين كل محور من محاور الاستبانة مع الدرجة الكلية لفقرات الاستبانة 94
- جدول (4.6): يوضح طريقة معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة 95
- جدول (5.1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النوع 100
- جدول (5.2): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر 100
- جدول (5.3): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية 101
- جدول (5.4): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي 102
- جدول (5.5): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المهنة 102
- جدول (5.6): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن 103
- جدول (5.7): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المرض 104
- جدول (5.8): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة الإصابة بالمرض النفسي 105

- جدول (5.9): يوضح مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع المرضى .. 106
- جدول (5.10): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض 109
- جدول (5.11): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل 112
- جدول (5.12): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية 115
- جدول (5.13): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المريض 118
- جدول (5.14): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى أسرة المريض 120
- جدول (5.15): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي 122
- جدول (5.16): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى فريق العمل 125
- جدول (5.17): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي وترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الراجعة إلى المراكز النفسية 128
- جدول (5.18): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية 131
- جدول (5.19): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب متغير النوع .. 135

- جدول (5.20): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب متغير العمر . 135
- جدول (5.21): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب الحالة الاجتماعية..... 136
- جدول (5.22): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب المستوى التعليمي 136
- جدول (5.23): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب سنوات الخبرة 137
- جدول (5.24): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب حصولهم على دورات تدريبية في مجال رعاية المرضى النفسيين 137
- جدول (5.25): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين في حالة حصولهم على دورات تدريبية في مجال رعاية المرضى النفسيين ويبين عدد الدورات 138
- جدول (5.26): يبين مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى أوجه الاستفادة من الدورات التدريبية 139
- جدول (5.27): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع المريض 140
- جدول (5.28): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض . 143
- جدول (5.29): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع فريق العمل ... 145
- جدول (5.30): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية 147
- جدول (5.31): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المريض..... 149

- جدول (5.32): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي وترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى أسرة المريض 151
- جدول (5.33): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي..... 153
- جدول (5.34): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى فريق العمل 155
- جدول (5.35): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الراجعة إلى المراكز النفسية 157
- جدول (5.36): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية..... 159
- جدول (5.37): يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار "ت" (t-Independent Samples test) لدلالة الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية تُعزى إلى متغير الجنس..... 163
- جدول (5.38): الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية تعزى إلى السن 165
- جدول (5.39): الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية تعزى إلى سنوات الخبرة 167
- جدول (5.40): الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية تعزى إلى عدد الدورات التدريبية في المجال النفسي..... 169
- جدول (5.41): اختبار شيفه البعدي للفروق في عدد الدورات 171

قائمة الملاحق

- الملحق (1): أسماء السادة محكمي أدوات الدراسة (مرتبة أجدياً)..... 198
- الملحق (2) : استمارة استتبار..... 200
- الملحق (3) : استمارة استبيان..... 207
- الملحق (4): موافقة وزارة الصحة الفلسطينية على اجراء الدراسة الميدانية..... 214
- الملحق (5) التحويلات الإدارية لكتاب تسهيل المهمة داخل وزارة الصحة..... 215

الفصل الأول
الإطار العام للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

أولاً: مدخل إلى مشكلة الدراسة:

إنَّ القوى البشرية هي أساس تقدم الشعوب والأمم، فلم تعد الأمم تقاس بما لديها من كنوز وممتلكات فحسب، ولكن تقاس بما لديها من ثروة بشرية مؤهلة تواجه تحديات العصر، تلك الثروة إذا ما أُتيحت لها ظروف العمل المناسبة، وأُشبعَت حاجاتها النفسية والسيولوجية والاجتماعية، فإنَّ ذلك سينعكس على الإنتاج، ويكون ذا جدوى وفاعلية، فإشباع حاجات الفرد يمكن أن تضمن رضاه عن حياته، وهذا ما تطمح إليه الدول التي تسعى إلى تقدم شعوبها وتحسين طريقة عيشها (حربي، 2021، ص450).

تواجه المجتمعات العديد من المخاطر والأمراض التي تعكر صفو الحياة وتهدر الطاقات، وتضعف سبل التنمية والرخاء، وفي مقدمة هذه المخاطر الأمراض النفسية.

حيث انتشرت في الآونة الأخيرة العديد من الأمراض النفسية، نتيجة لزيادة الضغوط النفسية على الأفراد، وأصبح العديد منهم يعانون من مشكلات معقدة وأزمات متنوعة، سواء على المستوى الشخصي أو الأسري أو المجتمعي؛ كالاكتئاب والقلق وغيرها من الأمراض النفسية السائدة في هذا العصر (السيد، 2021، ص8).

ووفقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية لعام 2021، فقد أشارت إلى معاناة (مليار شخص) من الاضطرابات النفسية، أكدت المنظمة أنه يمكن لأي شخص في أي مكان أن يتضرر منها، وغالبًا ما يتوفى الأشخاص المصابون بالأمراض النفسية الحادة، بأعمار مبكرة مقارنة بالأسوياء (منظمة الصحة العالمية، 2021، ص12).

أما فلسطينياً، فقد أشارت تقارير وزارة الصحة فيما يتعلق بقطاع غزة إلى أنَّ أعداد المرضى النفسيين في تزايد كبير، ووفقاً لإحصائيات وزارة الصحة فإنَّ (79495) حالة مسجلة في المراكز النفسية الحكومية لعام 2021 (وزارة الصحة الفلسطينية، 2021، ص52).

جدول (1.1): يوضح أعداد المرضى المسجلين في المراكز النفسية الحكومية لعام 2021.

المحافظة	محافظة شمال غزة	محافظة غزة	محافظة الوسطى	محافظة خانيونس	محافظة رفح	الإجمالي
الحالة المسجلة	12,351	29,818	13,961	13,476	9,056	78,662
الحالات الجديدة	113	383	103	80	154	833
الإجمالي	12,464	30,201	14,064	13,556	9,210	79,495

يلاحظ من الجدول السابق الارتفاع الكبير في أعداد المرضى النفسيين المسجلين في المراكز النفسية الحكومية.

ففي قطاع غزة، لا يوجد مسبب وحيد للمرض النفسي، بل هناك عوامل عدة تقف وراء هذا المرض تتعلق بالجوانب البيولوجية - النفسية - والاجتماعية، وفي ظل الحصار الخانق المفروض على القطاع وما صاحبه من آثار كارثية على الواقع الحياتي بكل مكوناته، فقد كان لتدهور الصحة النفسية نصيب كبير من تداعيات الحصار، حيث تفتت ظاهرتا البطالة والفقر، والحرمان من التنقل بحرية إلى خارج القطاع، كل ذلك وغيره الكثير ساهم في تدهور الصحة النفسية لسكان القطاع، حيث تسبب في ظهور حالات جديدة من الأمراض النفسية وحدثت انتكاسات لحالات قديمة (مركز الميزان، 2010، ص13).

فالمرض النفسي هو اضطراب نفسي تتجم عنه اتجاهات غير سليمة للفرد تجاه نفسه ومجتمعه؛ أي أنه حالة من عدم التوافق في التفاعل النفسي والاجتماعي، وظهور السلوكيات غير السوية التي تؤثر في سلامة إنجازات الفرد، وسير حياته بشكل آمن ومستقر لنفسه ولمن حوله، وقد ينتقل المرض النفسي في حالات متقدمة من الاعتلال النفسي إلى الاعتلال العضوي أو الوظيفي، مثل: اضطرابات الجهاز التنفسي نفسية المنشأ، أو حالات الأكرزما النفسية. وتتفاوت أسس تصنيف الأمراض النفسية بتفاوت التكوين المنهجي، ويمكن تصنيف الأمراض النفسية العصبية (القلق - توهم المرض - الضعف العصبي - الهستيريا - الخوف - عصاب الوسواس والقهر - التفكك - الاكتئاب) (زهران، 2005، ص167).

جدول (1.2): يوضح أنواع الأمراض النفسية المنتشرة ونسبتها في قطاع غزة

النسبة	نوع المرض	النسبة	نوع المرض
1.3%	الاضطرابات المتعلقة بالصدمة	10.0%	الاكتئاب
1.3%	أخرى	8.3%	طيف الفصام والاضطرابات
1.3%	فرط الحركة وتشتت الانتباه	7.5%	الإعاقات الذهنية
1.1%	طيف التوحد	2.2%	اضطرابات الشخصية
1.0%	الاضطرابات العصبية المعرفية	1.7%	ثنائي القطب والاضطرابات
0.6%	الاضطرابات التفارقية	1.5%	اضطرابات القلق
0.4%	العرض الجسدي	1.4%	الوسواس القهري

(وزارة الصحة الفلسطينية، 2021، ص54).

ونلاحظ أن أعلى نسبة من الأمراض النفسية المنتشرة في قطاع غزة هي الاكتئاب، وذلك نظراً للظروف السيئة التي يعيشها السكان، والمتمثلة في الاجتياحات والحروب والحصار والبطالة وما ينتج عنها من ضغوط ومشكلات نفسية واجتماعية.

لذا؛ لم تعد النظرة إلى الأمراض النفسية والاضطرابات النفسية نظرة جزئية محدودة؛ بل أصبحت نظرة شاملة، فالمرض النفسي تؤثر فيه عوامل اجتماعية عديدة، وبالتالي أصبحت مشاركة الأخصائي الاجتماعي في العلاج للمرضى النفسيين مع باقي أعضاء الفريق العلاجي ليست ترفاً أو تفضلاً يسمح أو لا يسمح به الطبيب النفسي (بوصفه رئيساً لفريق العلاج)؛ بل ضرورة تفرضها النظرة المتكاملة لدراسة وتشخيص المرض النفسي وعلاجه (عوض، 2022، ص31).

ومن أهم الأقسام الطبية التي يعمل بها الأخصائي الاجتماعي قسم الصحة النفسية، فالخدمة الاجتماعية الطبية النفسية تقوم بالاشتراك الفعلي في تحقيق أهداف الطب النفسي والصحة العقلية، وتتعاون في دراسة وعلاج المشكلات التي تدخل في نطاق الطب النفسي، كما أنها صارت أداة لتحقيق الهدف الوقائي من الأمراض النفسية، حيث أسهمت في نشر وجهة نظر الطب النفسي في ميادين التربية والصحة العامة والترفيه الاجتماعي (حربي، 2021، ص450).

ويؤدي الأخصائي الاجتماعي دوراً مهماً في الفريق النفسي، حيث يقوم بالمساعدة في تقييم الحالات المعروضة على الفريق النفسي، وإعداد تقرير التقييم والتقدير الاجتماعي حسب الحاجة، والتنسيق مع مختلف الجهات المعنية بحالة المريض وخصوصاً الأسرة، والقيام بزيارات ميدانية لاستكمال جمع المعلومات أو المساعدة على تنفيذ البرامج العلاجية، وإقناع المريض وذويه بفوائد العلاج وضرورة استعماله والالتزام به (سرحان، وآخرون، 2010، ص443).

مستنداً في ذلك إلى قاعدة واسعة من العلوم الاجتماعية والإنسانية التي تساعد على فهم الشخصية الإنسانية وديناميكية السلوك الفردي والدوافع الكامنة وراء السلوك وبناء الشخصية، وما يصيبها من قوة وضعف؛ مما يصيب الشخصية بالاعتلال وعدم القدرة على أداء الأدوار المختلفة في الحياة (صالح، 2014، ص21).

وبالرغم من الأهمية الكبيرة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي النفسي ما زال الأخصائيون الاجتماعيون في هذا المجال لديهم إحساس دائم أنّ أدوارهم غير مفهومة وواضحة من قبل التخصصات الأخرى العاملة في المجال النفسي (عوض، 2011، ص3).

كما يواجه الأخصائيون الاجتماعيون بعض المعوقات التي تؤدي إلى انخفاض مستوى الرضا الوظيفي لديهم، وتدني الدافعية للإنجاز؛ لِمَا له من خصوصية في التعامل مع مرضاه

الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية، والذين قد يشعرون بوصمة عار لمعاناتهم من المرض النفسي، بالإضافة إلى عدم إدراك بعض الأطباء النفسيين والفريق الطبي لأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في العملية العلاجية (حربي، 2021، ص451).

كذلك عدم كفاية الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي، ووجود فجوة بين الجوانب النظرية والواقع العملي في ممارسة الخدمة الاجتماعية النفسية، ونقص الدورات التدريبية، ووجود قصور في المهارات الحالية التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي. ومما لا شك فيه، أنّ مجال الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي من المجالات المهمة للممارسة المهنية، ويحتاج إلى مزيد من الدراسات والبحوث، وإتاحة أكبر قدر من الخبرات والمهارات (النعمي، 2013، ص48).

وللوصول إلى تحديد مشكلة الدراسة قامت الباحثة بالاطلاع على العديد من الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة ومتغيراتها:

أولاً: الدراسات العربية:

1. دراسة (السبئي، وسيف، 2020) بعنوان: تصور مقترح لتفعيل دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي: دراسة ميدانية لعينة من العاملين في المجال الطبي "محافظة عدن".

هدفت الدراسة إلى وضع تصور مقترح لتفعيل دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي في محافظة عدن مع الحالات الفردية وعلى مستوى كل من الجماعات والمجتمع، واعتمد الباحثان في الدراسة على أدوات (الاستبانة، والمقابلة، والملاحظة)، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (60) مفردة من العاملين في المجال الطبي بمشافي محافظة عدن، وخلصت الدراسة إلى أنّ ممارسة الأخصائي لمبادئ الخدمة الاجتماعية كانت أفضل من ممارسته للأدوار المهنية، وأنه بحاجة إلى تفعيل دوره مع الحالات الفردية والجماعية والمجتمعية.

2. دراسة (الشفيع وآخرون، 2020) بعنوان: الخدمات الاجتماعية المقدمة في مستشفيات الطب النفسي ودورها في سرعة تعافي المريض.

هدفت الدراسة التعرف إلى دور الخدمات الاجتماعية التي تقدمها الخدمة الاجتماعية داخل المستشفى ومساهمتها في سرعة تعافي المرضى بالمستشفيات النفسية الحكومية بولاية الخرطوم، واختار الباحثون عينة عشوائية عددها (180) مفردة موزعة على أربعة

مستشفيات نفسية. اعتمد الباحثون على الاستبانة أداة لجمع المعلومات، وتوصلت الدراسة إلى نتائج، من أهمها: أنّ كل الخدمات التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي هي خدمات نفسية ومعنوية فقط، ولا يُوجّه المريض إلى مؤسسات دعم اقتصادي، وأنّ الخدمات تشعرهم بالراحة التامة والاستقرار، وخاصة عند خروجهم من المستشفى، وهذا يعني أنها تعمل على إعادة دمجهم في المجتمع.

3. دراسة (إبراهيم، 2019) بعنوان: متطلبات عملية المساعدة في خدمة الجماعة لتحقيق أهداف الجماعة العلاجية.

هدفت الدراسة إلى تحديد المتطلبات القيمية والمعرفية والمهارية للأخصائيين الاجتماعيين وتحديد الصعوبات التي تواجه عملية المساعدة، وقد اعتمد الباحث على منهج المسح الاجتماعي الشامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المستشفيات الحكومية للصحة النفسية بمحافظة القاهرة من خلال أدوات الاستبانة ودليل مقابلة مقننة، حيث طبقت الدراسة على (141) أخصائيًا، وتوصلت الدراسة إلى نتائج، من أهمها: حاجة الأخصائيين الاجتماعيين للتعرف إلى الاتجاهات الحديثة في الممارسة المهنية والمهارة في تكوين علاقة مهنية ناجحة، وأنّ هناك نقصًا في عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الصحة النفسية ونقص في الإمكانات المادية بمستشفيات الصحة النفسية ومواجهة صعوبات في ممارسة المهنة من قبل العاملين.

4. دراسة (إدريس، 2019) بعنوان: معوقات أداء الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الحكومية دراسة حالة: مستشفى التجاني الماحي للطب النفسي.

هدفت الدراسة إلى تناول معوقات أداء الأخصائي الاجتماعي الطبي، والتعرف إلى الدور الفعلي الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفى كعضو في الفريق العلاجي، وقد استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي الشامل للأخصائيين الاجتماعيين بداخل المستشفيات ومنهج دراسة الحالة، واعتمدت الدراسة أداتي الاستبانة والمقابلة، وطبقت الدراسة على عينة قصدية قوامها (25) أخصائيًا اجتماعيًا، وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج، أهمها: أنّ الأخصائي الاجتماعي الطبي جزء من الفريق العلاجي، وله العديد من الأدوار مع الفريق العلاجي كالمشاركة في وضع خطة العلاج، كما أكدت الدراسة أنّ هناك معوقات تواجه الأخصائي الاجتماعي، منها: عدم وجود برامج تدريب وتأهيل أثناء الخدمة، وضعف القدرات الفردية والمؤسسية، والافتقار إلى وجود عدد كافٍ من الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات.

5. دراسة (كرم الله، 2018) بعنوان: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في تطبيق أساليب الممارسة العامة (دراسة تطبيقية على مستشفى الأمراض النفسية والعقلية التخصصي).

هدفت الدراسة إلى عرض الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في تطبيق أساليب الممارسة العامة، والتعرف إلى الأسس القيمية والمهارية والمعرفية المتوفرة لدى الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الأمراض النفسية والعصبية، ومعرفة الصعوبات التي يواجهها الأخصائي الاجتماعي في هذه المشافي، وتمثلت العينة من (30) مفردة من الأخصائيين الاجتماعيين، واستخدمت الدراسة أدوات الاستبانة والمقابلة والملاحظة، وأظهرت النتائج أن الأخصائي الاجتماعي يسهم في مراحل علاج المرضى، ويوجد رضا عن مستوى الخدمات الاجتماعية التي يقدمها الأخصائي في المجال الطبي.

6. دراسة (الطالب، 2018) بعنوان: تصور مقترح للخدمة الاجتماعية في التخفيف من حدة الإعياء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بمجال الصحة النفسية.

هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى الإعياء المهني لدى الأخصائي الاجتماعي في العيادات والمستشفيات النفسية الحكومية بمنطقة القصيم، وقد اعتمدت الدراسة على المسح الاجتماعي بالعينة المكونة من (40) مفردة من الأخصائيين الاجتماعيين من خلال أداة الاستبانة، وتوصلت الدراسة إلى نتائج، منها: ارتفاع مستوى الإعياء المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين واستنزاف طاقة الأخصائيين الاجتماعيين في مهام لا تتعلق بصميم عملهم، وانخفاض الرضا الوظيفي لديهم.

7. دراسة (عبد العال، 2018) بعنوان: متطلبات جودة ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية مع مرضى الصرع وأسرههم: دراسة من منظور الممارسة العامة مع الأفراد.

هدفت الدراسة الكشف عن متطلبات جودة ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية مع مرضى الصرع وأسرههم، وتحديد الأدوار الفعلية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي معهم، وقد اعتمد الباحث على منهج المسح الاجتماعي، وتكونت العينة من (34) أخصائيًا اجتماعيًا وأخصائية اجتماعية من جميع الأخصائيين العاملين في عيادات مرضى الصرع بمستشفى الصحة النفسية بالعباسية من خلال استمارة استبانة، وأشارت نتائج البحث إلى ضرورة أن يكون لدى الأخصائي الاجتماعي الإلمام الكافي بمعرفة

أعراض مرض الصرع، وكذلك معرفة ما يجب فعله أثناء حدوث نوبة للمريض، والإلمام بالأسباب المؤدية لمرض الصرع.

8. دراسة (أبو رمان وآخرون، 2018) بعنوان: تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي داخل المؤسسات الطبية في الأردن.

هدفت الدراسة التعرف إلى دور الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية الأردنية، والتعرف إلى أهمية وجود الأخصائي الاجتماعي الممارس لمهنة الخدمة الاجتماعية داخل هذه المؤسسات، واستخدمت الباحثات الدراسة الوصفية من خلال أداة المقابلة مع جميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفى المركز الوطني للصحة النفسية، وتوصلت الدراسة إلى ضرورة إنشاء أقسام خاصة للخدمة الاجتماعية في المراكز والمستشفيات الطبية، وعمل دورات وورشات عمل للأخصائيين الاجتماعيين، وتوضيح دور الأخصائي الاجتماعي داخل المستشفيات والمراكز الصحية.

9. دراسة (الحسيني، 2018) بعنوان: واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي: دراسة ميدانية مطبقة على المستشفيات الحكومية في منطقة مكة المكرمة.

هدفت الدراسة التعرف إلى واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي، ومعرفة العوامل التي تؤثر في أداء الأخصائي الاجتماعي، وقد استخدمت الباحثة منهج المسح الاجتماعي بطريقة الحصر الشامل لجميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات الطبية الحكومية، وطبقت الاستبانة على (173) أخصائياً اجتماعياً، وكشفت نتائج الدراسة عن عدم توفر ميزانية خاصة بالأنشطة والأعمال التي تخدم عمل الأخصائي الاجتماعي، وحرص الأخصائي الاجتماعي على التواصل مع زميله الأخصائي الاجتماعي في مؤسسات صحية أخرى، وقيام الأخصائي بدوره إلى حد ما.

10. دراسة (العباسي، 2017) بعنوان: معوقات عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع جماعات المرضى بالمستشفيات الحكومية بمدينة بريدة.

هدفت الدراسة إلى تحديد معوقات عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع جماعات المرضى بالمستشفيات الحكومية بمدينة بريدة (مستشفى الصحة النفسية)، واستخدمت الدراسة منهج المسح الاجتماعي الشامل، وتمثلت أداة الدراسة في استمارة استبانة

للأخصائيين العاملين بالمستشفيات الحكومية، وتم تطبيقها على عينة مكونة من (45) أخصائيًا اجتماعيًا، وبيّنت الدراسة أنّ من أهم معوقات عمل الأخصائيين الاجتماعيين عدم حرصهم على تطوير معارفهم لممارسة العمل مع المرضى كجماعات، وعدم معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بكيفية تصميم البرامج والأنشطة الجماعية، ونقص مهاراتهم للعمل مع جماعات المرضى، وعدم معرفتهم بأساليب ممارسة العمل المهني، وعدم وجود الخبرات الكافية لدى الأخصائيين الاجتماعيين لممارسة العمل مع المرضى.

11. دراسة (القحطاني، 2015) بعنوان: تقييم واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض.

هدفت الدراسة إلى تقييم واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والمرضى، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي من خلال الاستبانة كأداة للدراسة على جميع الأخصائيين الاجتماعيين، والبالغ عددهم (34) أخصائيًا، وعينة من المرضى وبلغت (142) مفردة، وتوصلت الدراسة إلى نتائج، منها: يكمن دور الأخصائيين الاجتماعيين في توعية المرضى من السلوكات الخاطئة وتوجيههم إلى أسلوب التعامل الصحيح في علاقتهم الاجتماعية، وتزويد الفريق المعالج بمعلومات خاصة عن حالة المريض من الجانب الاجتماعي، كما توصلت الدراسة إلى قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين مع الأعداد المتزايدة من المرضى، وضعف نظم الحوافز والرواتب والترقيات الخاصة بالأخصائي الاجتماعي.

12. دراسة (عربي، 2015) بعنوان: دور الخدمة الاجتماعية في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية في السودان.

هدفت الدراسة إلى معرفة المعوقات التي تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية، حيث تم اختيار عينة عن طريق المسح الشامل من الأخصائيين العاملين داخل أقسام الأمراض النفسية والعقلية، وعددهم (65) أخصائيًا، وتوصلت الدراسة إلى نتائج، منها: أنّ الخدمة الاجتماعية تساعد في العمل الإداري في هذه المستشفيات، وأنّ هنالك رغبة من منتسبي الخدمة الاجتماعية في تطبيق الممارسة المهنية وحداثة الممارسين، وعدم التخصص في المجال لدى البعض.

13. دراسة (عبد العال، 2015) بعنوان: دليل إرشادي للأخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسي.

هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى الدور الذي يمارسه الأخصائيون الاجتماعيون في المجال النفسي مع المرضى النفسيين، وتحديد الصعوبات التي تواجههم في المستشفيات والعيادات النفسية، حيث قام الباحث بتطبيق المسح الاجتماعي الشامل على عينة مكونة من (50) مفردة، وهي تمثل جميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفى الصحة النفسية بالعباسية، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: وجود قصور في أداء الأخصائيين مع المرضى النفسيين، وأنهم بحاجة ماسة لتنمية مهاراتهم المهنية، كما أن هناك ضعفًا في أداء الأخصائيين لبعض مسؤولياتهم ضمن فريق العمل.

14. دراسة (الشهري، 2015) بعنوان: الإعياء المهني للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالعيادات النفسية.

هدفت الدراسة التعرف إلى أسباب الإعياء المهني لدى الأخصائي الاجتماعي التي ترجع إلى الدور الذي يقوم به في العيادات والمستشفيات النفسية، حيث استخدمت المسح الاجتماعي الشامل لجميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فيها، وبلغت العينة (49) مفردة، وتمثلت أدوات الدراسة بالاستبانة، وتوصلت الدراسة إلى نتائج، منها: أن نقص الإمكانيات في قسم الخدمة الاجتماعية يحد من قيام الأخصائي الاجتماعي بالبرامج والأنشطة مع المرضى، وعدم حصول الأخصائي على المكافأة والتقدير المناسب من مديره، وضعف التوجيه المهني الذي يتلقاه الأخصائي الاجتماعي مما يؤثر في أدائه المهني.

15. دراسة (الفهيدى، 2015) بعنوان: تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية في الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والمرضى.

هدفت الدراسة إلى معرفة الدور الفعلي الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي الطبي في الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والمرضى، وقد أعدّ الباحث استبانتان؛ الأولى طبقت على (700) مفردة من المرضى المترددين على هذه المراكز الصحية، والاستبانة الأخرى طبقت على (153) أخصائيًا اجتماعيًا من العاملين في مراكز الرعاية الأولية في المدينة المنورة، وتوصلت الدراسة إلى أن المرضى موافقون على الأنشطة والمهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الأولية، وهم

راضون عن دور الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الأولية، ويتفقون على وجود عقبات تعوق عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي ليقوم بممارسة عمله على أكمل وجه.

16. دراسة (المحمدي، 2013) بعنوان: تقييم واقع الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية على مستشفيات صحة المدينة المنورة.

هدفت الدراسة إلى الوقوف على رأى المرضى في الدور الذي يؤديه الأخصائي الاجتماعي في المشفى ومعرفة رأى المرضى في الخدمات المقدمة لهم من قبل الأخصائي الاجتماعي، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي على عينة مكونة من (500) مفردة تمثل مستشفيات صحة المدينة المنورة، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها: أن الأخصائي يقدر حالة المريض ويقوم بمرافقة المريض عند الحاجة، ويعمل على حفظ أسرارهم وتطوير أدائه.

17. دراسة (عواد، 2013) بعنوان: الانتماء المهني للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين في المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة ووكالة الغوث وتشغيل اللاجئين.

هدفت الدراسة إلى تحديد درجة الانتماء المهني لدى الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين في مراكز الصحة النفسية في وزارة الصحة الفلسطينية ووكالة الغوث الدولية، وتحديد المعوقات التي تواجه الانتماء المهني لديهم، واستخدم الباحث المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (90) أخصائيًا نفسيًا واجتماعيًا، من خلال أداة الاستبانة، وأظهرت نتائج الدراسة أنّ درجة الانتماء المهني للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين في مراكز الصحة النفسية كانت كبيرة، كما بيّنت أهمية العمل بروح الفريق، وأنّ من أبرز المعوقات التي تواجه الأخصائيين هي غياب التقدير والحوافز والنظرة السلبية عن الأخصائي النفسي والاجتماعي.

18. دراسة (الناصر، 2011) بعنوان: معيقات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية: دراسة مطبقة على منشآت الصحة النفسية، بمنطقة القصيم والرياض.

هدفت الدراسة إلى تحديد المعوقات التي تؤدي إلى غموض دور الأخصائي وتحول دون تطبيق معايير الجودة لأقسام الخدمة الاجتماعية، واستخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي الشامل لجميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في منشآت الصحة النفسية في منطقتي القصيم والرياض، وبلغ حجم العينة (30) أخصائيًا اجتماعيًا، في منطقة

القصيم (121) أخصائيًا اجتماعيًا في منطقة الرياض، وتوصلت الدراسة إلى نتائج، منها: أن عدد الأخصائيين لا يتناسب مع كم الخدمة المطلوبة منهم، ولا يقوم الأخصائي بالزيارات الميدانية للمرضى، ولا يوجد تعاون من قبل الفريق الطبي والمرضى مع الأخصائي الاجتماعي.

19. دراسة (الأمين، 2010) بعنوان: العوامل المؤثرة على أداء الأخصائي الاجتماعي في ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية: دراسة تطبيقية على الأخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات النفسية والعصبية بولاية الخرطوم.

هدفت الدراسة التعرف إلى الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي بمستشفيات الصحة النفسية والعقلية، ومعرفة الصعوبات التي تعوق الأخصائي الاجتماعي من القيام بدوره في تلك المستشفيات. واستخدم الباحث المنهج الوصفي، حيث تمثل مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم، من خلال مقاييس العوامل المؤثرة في أداء الأخصائي الاجتماعي، وخرجت الدراسة بعدد من النتائج، أهمها: الافتقار إلى معايير محددة لتقييم الخدمات المقدمة، وعدم وجود برامج تدريب وتأهيل أثناء الخدمة، وضعف الارتقاء بالقدرة الفردية والمؤسسية، وانعدام الحوافز المادية والمعنوية للعاملين، بالإضافة إلى الافتقار إلى عدد كافٍ من الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الخدمة الاجتماعية والتأهيلية والنفسية.

20. دراسة (العبد، 2009) بعنوان: التوافق المهني لدى الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي.

هدفت الدراسة التعرف إلى مستوى التوافق المهني لدى الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، والتعرف إلى مدى كفاءته المهنية، وكذلك أهم الصعوبات التي تواجهه وتعرقله عن أداء دوره في المؤسسات الطبية، واستخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي الشامل، وتم تطبيق مقياس التوافق المهني على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في بعض المستشفيات والمراكز الطبية في مدينة طرابلس، والبالغ عددهم (58) أخصائيًا اجتماعيًا، وأسفر البحث عن نتائج عدة، كان من أهمها: يواجه الأخصائيون الاجتماعيون العديد من الصعوبات التي تعرقل أداء عملهم المهني، منها: النقص في الإعداد العملي، وتفاوت معاملة المسؤولين لهم.

21. دراسة (العجلاني، 2005) بعنوان: تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين: دراسة مسحية في مستشفيات الصحة النفسية للمملكة العربية السعودية.

هدفت الدراسة إلى الوقوف على طبيعة ومستوى درجات المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية، واستخدمت الدراسة منهج المسح الاجتماعي، وتحليل المضمون، وطبقت على عينة قوامها (60) أخصائيًا اجتماعيًا بأدوات الاستبانة والمقابلة، وخلصت نتائج الدراسة إلى ضعف امتلاك الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال الطبي مهارات مهنية في الخدمة الاجتماعية مثل: التأثيرية، والعلاقة المهنية الإنسانية والمعرفية والإدراكية، والاتصال والتواصل، والتدخل المهني، كما بينت الدراسة وجود علاقة ارتباط طردية بين سنوات الخبرة ومستوى المهارات المهنية في المجال الطبي.

ثانيًا: الدراسات الأجنبية:

1. دراسة (Evans, et al, 2018) بعنوان: الصحة العقلية والاحترق والرضا الوظيفي بين الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الصحة العقلية في إنجلترا وويلز.

هدفت الدراسة إلى فحص مدى انتشار الإجهاد والإرهاق، وعدم التقدير وعدم الرضا الوظيفي بين العاملين الاجتماعيين في مجال الصحة العقلية والعوامل المسؤولة عن ذلك، وقد استخدمت الدراسة استبانة مرسله بالبريد الإلكتروني مكونة من (237) مفردة من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في إنجلترا وويلز، وأشارت النتائج إلى أن هناك مستويات عالية من الإجهاد والإرهاق العاطفي، وعدم الحصول على التقدير، وانخفاض مستويات الرضا الوظيفي لدى الأخصائي الاجتماعي.

2. دراسة جوردن (Gordon,2018) بعنوان: ممارسة العمل الاجتماعي اليومي: الاستماع إلى أصوات الممارسين.

هدفت الدراسة إلى فهم تحديات وإمكانيات ممارسة العمل الاجتماعي الذي يساء فهمه في كثير من الأحيان أو يُنظر إليه بشكل سلبي من خلال جعل العمل الاجتماعي أكثر وضوحًا، وقد قامت الباحثة بمقابلة (170) من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المملكة المتحدة. وتؤكد نتائج الدراسة قدرة الأخصائي الاجتماعي على بناء العلاقات، والتفكير النقدي، وأنهم يقدمون عددًا من الطرق لمعالجة الفجوات في فهم المرضى، وتحسين ممارسة العمل الاجتماعي، وإحداث تغيير في الأشخاص الذين يستفيدون من خدمات العمل الاجتماعي.

3. دراسة (Phillipowsk, 2018) بعنوان: استكشاف دور الأخصائيين الاجتماعيين ضمن بيئة متكاملة.

هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على مجالات الاهتمام الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين في الرعاية الاجتماعية الصحية المتكاملة، ومعالجة تأثير العمل الاجتماعي داخل المنظمة الصحية، وقد طبقت هذه الدراسة الاستطلاعية على (47) أخصائيًا اجتماعيًا في إنجلترا. أشارت النتائج إلى ارتباط الأدوار فيما يتعلق بتنظيم الرعاية المتكاملة داخل المنظمة الصحية المتكاملة، ونقص التعاون المشترك بين المهن المختلفة داخل المنظمة الصحية.

4. دراسة (Perriam, 2015) بعنوان: العمل الاجتماعي وما يفعله الأخصائيون الاجتماعيون: دراسة لفهم الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفى لعملهم وهويتهم المهنية.

هدفت الدراسة إلى تحديد أزمة الهوية التي يمر بها العمل الاجتماعي في المستشفيات الأسترالية، وأسباب شعور الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المستشفيات بالتهديد على الرغم من وجود أدلة على النمو العددي للأخصائيين مقارنة بالمهن الأخرى، ومعرفة ما يعنيه أن تكون عاملاً اجتماعيًا، وأن تقوم بعمل اجتماعي في مستشفى. بفحص كيفية تأثير بيئة المستشفى على تصور هؤلاء الأخصائيين الاجتماعيين عن أنفسهم وعملهم. وقد استخدم الباحث أداة المقابلة الطويلة التي تسمح للمستجيبين بحرية التعبير عن أفكارهم، مع عينة مكونة من (5) أخصائيين اجتماعيين يمارسون المهنة في المستشفيات الأسترالية. أظهرت النتائج أن بيئة المستشفى لم تكن داعمة للعمل الاجتماعي، واعتمد الأخصائيون بقوة على قيم العمل الاجتماعي الخاصة بهم لتأكيد هويتهم، كان لدى الأخصائيين فهم مشترك قوي لما يعنيه كونهم أخصائيين اجتماعيين، واستطاع الأخصائيون بناء جسور بين المرضى في المستشفى وحياتهم خارج المستشفى.

5. دراسة (Ramsey, et al, 2014) بعنوان: التدخل المهني القائم على التكنولوجيا في ممارسة الخدمة الاجتماعية: مراجعة منهجية لتدخل الصحة النفسية والعمل الاجتماعي.

هدفت الدراسة إلى معرفة أهمية استخدام الأخصائي الاجتماعي للتكنولوجيا في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، وقد أشارت النتائج إلى أن الممارسة المهنية القائمة على التكنولوجيا تزود الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المرضى النفسيين بمنهجية للتدخل المهني قائمة على المعرفة، كما تيسر عملية التدخل المهني، وتعمل على تحسين الصحة النفسية لدى المرضى.

6. دراسة (Jennifer,2014) بعنوان: جودة التنمية المهنية المستدامة للخدمة الاجتماعية في المجال النفسي.

هدفت الدراسة إلى تحديد جودة التنمية المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال وأثر الدورات المهنية والتدريب المستمر على الممارسة، وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من (566) أخصائيًا اجتماعيًا من الأخصائيين المعتمدين كمارسين في مجال الصحة النفسية في المراكز الطبية الأسترالية، وأظهرت النتائج ازدياد حاجة الأخصائيين إلى برامج ومتطلبات لتحقيق التنمية المهنية المستمرة، وضرورة أن تلزم الجمعية الأسترالية للأخصائيين الاجتماعيين أعضائها على التدريب كل عام لمدة (10) ساعات على الأقل لكي يحتفظوا باعتمادهم كمارسين وأعضاء في الجمعية.

7. دراسة (Maramaldi, et al, 2014) بعنوان: الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي: وصف عمل الخدمة الاجتماعية في الرعاية الصحية.

هدفت الدراسة إلى التركيز على وصف ممارسة الخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي، وأكدت أهمية البحث العلمي من أجل تنمية مهارات الأخصائي الاجتماعي، وإكسابه المهارات والخبرات الجديدة، والتعرف إلى أهم المشكلات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي، وأظهرت النتائج عدم التعاون من قبل أسر المرضى مع الأخصائي الاجتماعي، وقلة الموارد المتوفرة، وعدم وجود تخطيط جيد للممارسة المهنية، وعدم وضع خطط العلاج الملائمة.

8. دراسة (Mathiesen & hohman, 2013) بعنوان: تحقيق الممارسة القائمة على الأدلة في الخدمة الاجتماعية.

هدفت الدراسة للتعرف إلى فائدة استخدام الممارسة القائمة على الأدلة في المجال الطبي ومساعدتها على تنمية المعرفة النظرية للخدمة الاجتماعية، وتوجيه الأخصائيين الاجتماعيين في المواقف والمشكلات المختلفة من أجل تنمية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، وقام الباحث بتصميم استبانة وتطبيقها على (159) مفردة من خريجي الخدمة الاجتماعية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أهمية استخدام الممارسة القائمة على الأدلة في علاج المشكلات الاجتماعية للمرضى.

9. دراسة (Nilsson, 2013) بعنوان: سبب الممارسة: تحليل ممارسة العمل الاجتماعي في المستشفيات الأسترالية.

هدفت الدراسة إلى معرفة اتساع وعمق دور العمل الاجتماعي في الرعاية الصحية. استخدم الباحث المقابلة الفردية لجمع البيانات مع (120) مفردة، وهم جميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في خمس مستشفيات في ملبورن، أستراليا. وأوضحت النتائج أن دور العمل الاجتماعي بالمستشفى متعدد الأبعاد، ولكنه يركز في الغالب على مساعدة العملاء، وأنه بحاجة إلى وصف هذا العمل بشكل أفضل والاضطلاع به بفعالية، والحاجة إلى تطوير التدريب المهني والتعليم للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المستشفيات.

10. دراسة (Acker & Lawrence, 2009) بعنوان: العمل الاجتماعي والرعاية: قياس الكفاءة والاحتراق الوظيفي ودور الأخصائيين الاجتماعيين الذين يقدمون خدمات الصحة العقلية في عصر الرعاية.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقات بين الكفاءة للأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين الذين يمارسون نظامًا جديدًا في العلاج والرعاية الصحية والإرهاق وضغوط الدور. استخدمت الباحثان أداة الاستبانة مع (140) من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة العقلية. أشارت النتائج إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون مع عملاء يعانون من مرض عقلي حاد ومستمر أبلغوا عن مستويات أقل من الإحساس بالكفاءة ومستويات أعلى من الإجهاد والإرهاق، وأوصت الدراسة بضرورة البحث المستقبلي ليشمل عينات أكثر تنوعًا وتوفر صورة أكثر شمولًا للأخصائيين الاجتماعيين في الولايات المتحدة الأمريكية.

11. دراسة (Douglas & Mitchel, 2008) بعنوان: تقييم مشترك متعدد التخصصات في فريق الصحة النفسية المجتمعية: التأثير على دور العمل الاجتماعي.

تهدف الدراسة إلى وصف نظام التقييم الموحد متعدد التخصصات في الفرق النفسية المجتمعية الأُسكتلندية، والتأثير الإيجابي على دور العمل الاجتماعي من حيث المشاركة الأكبر في تقييمات العمل المتقدم في الفرق النفسية المجتمعية. وتشير النتائج إلى أن موظفي العمل الاجتماعي في الفرق النفسية المجتمعية يعانون من مستويات عالية من الارتباك في الأدوار.

12. دراسة (uri aviram, 2008) بعنوان: الدور المتغير للأخصائي الاجتماعي في نظام الصحة النفسية.

هدفت الدراسة إلى مناقشة دور مهنة الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة النفسية، والعوامل التي تسهل أو تعوق المهنة من التكيف بشكل مناسب مع احتياجات الخدمة الحالية للمرضى عقلياً وأسرهم ومجتمعاتهم، وتوفير خدمات الصحة النفسية والاجتماعية الجيدة لهذه الفئة من السكان والمجتمع. ومن النتائج التي توصلت لها الدراسة أهمية الدور المركزي للعمل الاجتماعي في هذا المجال، وضرورة أن تتكيف ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين في نظام خدمات الصحة النفسية مع التغيرات والتطورات التي حدثت، ويجب حدوث تطوير في تعليم وتدريب الأخصائيين الاجتماعيين.

13. دراسة (Huxley, 2005) بعنوان: الإجهاد وضغوط العمل الاجتماعي في الصحة العقلية: دور الأخصائي الاجتماعي.

هدفت الدراسة إلى تحديد موقف الأخصائيين الاجتماعيين من ضغط العمل، والرضا الوظيفي والرفاهية، ومستوى التقدير ومكانة العمل الاجتماعي في الصحة العقلية، حيث قام الباحثون بدراسة استقصائية أجريت في المملكة المتحدة على الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الصحة العقلية. وقد استخدم الباحثون أداة الاستبانة مع عينة مكونة من (237) أخصائياً اجتماعياً، وأشارت الاستنتاجات إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين يستطيعون التواصل وجهاً لوجه مع مستخدمي الخدمة، كما توصلت الدراسة إلى أن أكثر الجوانب غير المرضية في سياق عملهم هو عدم الشعور بالتقدير من قبل أصحاب العمل والمجتمع الأوسع.

14. دراسة (spinser & Munch,2003) بعنوان: عنف العميل تجاه الأخصائيين الاجتماعيين: دور الإدارة في برامج الصحة النفسية المجتمعية.

هدفت الدراسة إلى اكتشاف التهديدات المتعلقة بالعمل أو العنف الجسدي ضد الأخصائيين الاجتماعيين بشكل عام، والتوعية المجتمعية للعاملين في مجال الصحة النفسية بشكل خاص، وقد قامت الباحثتان بتطبيق الدراسة على عينة مكونة من (311) أخصائياً اجتماعياً من الأخصائيين في المجال النفسي. أشارت النتائج إلى أهمية السلامة والتدريب والدعم النفسي للأخصائيين الاجتماعيين، وضرورة إيجاد السبل لحماية الأخصائيين الاجتماعيين.

يتضح من عرض نتائج الدراسات العربية والأجنبية السابقة المرتبطة بموضوع الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي والخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والنفسي ما يلي:

1. تأكيد بعض الدراسات السابقة، على وجود عقبات تحول دون قيام الخدمة الاجتماعية بدورها، بالإضافة إلى أهمية تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية والنفسية ليتمكن من مساعدة المرضى، وهذا ما أشارت إليه دراسة (السبئي، وسيف، 2020)، ودراسة (الشفيع وآخرون، 2020)، ودراسة (إديس، 2019)، ودراسة (كرم الله، 2018)، ودراسة (عبد العال، 2018)، ودراسة (أبو رمان وآخرون، 2018)، ودراسة (العباسي، 2017)، ودراسة (عربي، 2015)، ودراسة (الفهيد، 2015)، ودراسة (الناصر، 2011)، ودراسة (phillipows، 2018)، ودراسة (Maramaldi, et al، 2018)، ودراسة (Ramzy, et al، 2014)، ودراسة (Mathiesen & Hohman، 2014)، ودراسة (Nilsson، 2013)، ودراسة (Douglas & Mitchel، 2018)، ودراسة (Uri aviram، 2008).

2. أكدت دراسات أخرى أثر غياب وغموض الدور وضعف الإعداد المهني والتدريب أثناء الخدمة على دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي والنفسي، ومدى ما يسببه من الإعياء المهني للأخصائيين الاجتماعيين في ظل هذا الغموض والإرباك حول طبيعة دورهم، كما وأكدت أهمية الالتحاق بالدورات التدريبية وورشات العمل المتخصصة، لتفعيل هذا الدور مع جميع الأنساق، وهذا ما أشارت إليه دراسة (الطالب، 2018)، ودراسة (الحسيني، 2018)، ودراسة (القحطاني، 2015)، ودراسة (الشهري، 2015)، ودراسة (المحمدي، 2013)، ودراسة (العبد، 2009)، ودراسة (العجلاني، 2005)، ودراسة (Evan, et al، 2018)، ودراسة (Acker & Lawrence، 2009)، ودراسة (Huxeley، 2005).

3. أشارت بعض الدراسات إلى قلة عدد الأخصائيين العاملين في المجال النفسي والطبي مقارنة بالمهام المطلوبة منهم، وعلى الرغم من أهمية دورهم في فريق العمل إلا أنهم لا يلقون التقدير المناسب سواء من الزملاء في فريق العمل أو من المرضى وأسرهم، وهذا ما أشارت إليه دراسة (إديس، 2019)، ودراسة (إبراهيم، 2019)، ودراسة (عواد، 2013)، ودراسة (الناصر، 2011)، ودراسة (الأمين، 2010)، ودراسة (Maramaldi, et al، 2014)، ودراسة (Jennifer، 2014)، ودراسة (Nilsson، 2013)، ودراسة (Spinsler & Munch، 2003).

4. تؤكد بعض الدراسات السابقة أنّ ضعف الميزانيات والإمكانات المادية المخصصة للخدمة الاجتماعية تحول دون قيام الأخصائيين الاجتماعيين بالأنشطة والبرامج العلاجية مع المرضى النفسيين، وتشير إلى أهمية اكتساب الأخصائيين للمهارات والأساليب المهنية الحديثة القائمة على الأدلة، واستخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة كالحاسوب في عملية وضع البرامج والخطط العلاجية، وهذا ما أشارت إليه دراسة (إبراهيم، 2019)، ودراسة (الحسيني، 2018)، ودراسة (العباسي، 2017)، ودراسة (الشهري، 2015)، ودراسة (الأمين، 2010)، ودراسة (Ramzy, et al, 2014)، ودراسة (Maramaldi, 2014)، ودراسة (Mathiesen & Hohman, 2013).

5. بالإضافة إلى ذلك تشير بعض الدراسات السابقة إلى أنّ الأخصائيين الاجتماعيين يعانون من الإعياء المهني نتيجة إلى الأدوار الإدارية التي تسند إليهم ولا تمت لعملهم بصلة، كما أنه على الرغم من أنّ الأخصائيين يفتقرون إلى الخبرة فإنهم يحاولوا أن يقوموا بأدوارهم ويستخدموا أساليب الممارسة المهنية من خلال توعية المرضى لجوانب القصور، وبناء علاقات تحسين الصحة النفسية لديهم، حيث إنّ هذا الدور يلقي رضا بعض المرضى، وهذا ما أشارت إليه دراسة (الشفيع وآخرون، 2020)، ودراسة (إبراهيم، 2019)، ودراسة (كرم الله، 2018)، ودراسة (الطالب، 2018)، ودراسة (عربي، 2015)، ودراسة (عبد العال، 2015)، ودراسة (الفهيدي، 2015)، ودراسة (Gordon, 2018)، ودراسة (Perriam, 2015)، ودراسة (Ramy, et al, 2014)، ودراسة (Acker & kawrence, 2009).

أوجه الاختلاف بين الدراسة الراهنة والدراسات والبحوث السابقة:

أ- تختلف الدراسة الراهنة عن الدراسات السابقة في الآتي:

1. ركزت غالبية الدراسات السابقة على دور الأخصائي الاجتماعي والمعوقات التي تواجه عمله في المؤسسات الطبية والنفسية كدراسة (إديس، 2019)، ودراسة (كرم الله، 2018)، ودراسة (العباسي، 2017)، ودراسة (الفهيدي، 2015)، ودراسة (عربي، 2015)، ودراسة (المحمدي، 2015)، ودراسة (العجلاني، 2005)، ودراسة (Douglas & Mitchel, 2008)، ودراسة (uri aviram, 2008)، بينما ركزت الدراسة الراهنة على كيفية تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية.

2. تختلف الدراسة الراهنة عن الدراسات السابقة، في العينة والأدوات المستخدمة، حيث إنها طبقت على عينتين؛ إحداهما من الأخصائيين الاجتماعيين، والأخرى من المرضى النفسيين، في حين ركزت معظم الدراسات الأخرى على عينة واحدة فقط من الأخصائيين، كما استخدمت الدراسة الراهنة أداتان للدراسة (الاستبانة والاستبار) في حين أنّ معظم الدراسات الأخرى استخدمت أداة واحدة فقط (الاستبانة) كدراسة (الطالب، 2018)، ودراسة (العباسي، 2017)، ودراسة (عربي، 2015)، ودراسة (العجلاني، 2005)، ودراسة (phillipowsk, 2018)، ودراسة (Nilsson, 2013)، ودراسة (Acker & Lawrence, 2009)، ودراسة (Huxley, 2005).

3. تختلف الدراسة الراهنة عن الدراسات السابقة في المجال المكاني، حيث طبقت هذه الدراسة على المراكز النفسية الحكومية (مستشفى وعيادات) في فلسطين و بالتحديد في قطاع غزة، بينما طبقت الدراسات السابقة خارج فلسطين بعضها على المستشفيات فقط كدراسة (السبي، وسيف، 2020)، ودراسة (الشفيع وآخرون، 2020)، ودراسة (إبراهيم، 2019)، ودراسة (كرم الله، 2018)، ودراسة (uri aviram, 2008)، وطبق بعضها الآخر على العيادات النفسية فقط كدراسة (عبد العال، 2018)، ودراسة (عبد العال، 2015)، ودراسة (الشهري، 2015).

4. تعد الدراسة الراهنة في حدود علم الباحثة من الدراسات القلائل التي هدفت لإظهار الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المجال النفسي، والعمل على تفعيلها وإبراز أهميتها في المجال النفسي، لذلك طبقت الدراسة الراهنة على المراكز النفسية الحكومية بقطاع غزة في فلسطين.

ب- أوجه استفادة الدراسة الراهنة من الدراسات السابقة على النحو الآتي:

1. استندت إليها الباحثة في تحديد أهم المشكلات، التي من الواجب تناولها بالبحث والدراسة.
2. استفادت الدراسة الراهنة من الدراسات السابقة في صياغة مشكلة الدراسة، وتحديد أهدافها، وصياغة تساؤلات الدراسة، وبناء أدوات الدراسة، واختيار منهج الدراسة الملائم.
3. استفادت الدراسة الراهنة من الدراسات السابقة، على اعتبارها قاعدة أساسية للمعلومات والبيانات وإثراء الجانب النظري والتحليل والتفسير للنتائج ومقارنتها.
4. أوصت الدراسات السابقة بضرورة إجراء مثل هذه الدراسة: حيث أكدت هذه الدراسات على غموض دور الأخصائي الاجتماعي، وضعف الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في

المؤسسات الطبية والنفسية، بالإضافة إلى المعوقات المختلفة التي تحول دون ممارسة الأخصائي الاجتماعي لدوره بشكل فعال.

ثانيًا: تحديد مشكلة الدراسة:

لا يخفى على أحد مدى انتشار الأمراض النفسية على امتداد العالم، وفي قطاع غزة فإنّ عدد الحالات المترددة على العيادات والمراكز النفسية الحكومية في تزايد مقارنة بالأعوام السابقة، فالأمراض النفسية هي اضطرابات في سلوك الفرد تنغص عليه حياته، وفي الغالب لا توجد بمفردها بل تكون مرتبطة بمشكلات اجتماعية أو اقتصادية أو سياسية أو نتيجة ضغوط الحياة أو الحروب والكوارث والأزمات أو نتيجة أمراض عضوية تصيب الإنسان، فالمرض له نتائج وخيمة وآثار مدمرة ليس على المريض فحسب بل على أسرته ومجتمعه.

وحيث إن المفاهيم الطبية الحديثة تنظر إلى المريض كوحدة جسمية نفسية اجتماعية، فإنّ هناك حاجة إلى تكامل الأدوار بين المهن المختلفة حتى يحصل المريض على أكبر قدر من الفائدة وتؤتي الخطة العلاجية ثمارها، وفي مقدمة هذه المهن الخدمة الاجتماعية الطبية في المجال النفسي ممثلة في الأخصائي الاجتماعي الذي يساهم كعضو في الفريق الطبي في حل المشكلات الاجتماعية والأسرية والمجتمعية للمرضى بهدف إنجاح الخطة العلاجية.

ولكن بحكم عملي أخصائية اجتماعية في المجال النفسي واطلاعي على الدور الفعلي وما أكدته نتائج الدراسات السابقة، نجد أنّ الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسي بالمراكز الحكومية تواجه العديد من الصعوبات والمعوقات التي تحد من فعاليتها وكفاءتها؛ كضعف الأداء المهني وغموض الدور، وسوء فهم وتفسير دوره داخل المراكز النفسية، والافتقار إلى التدريب المستمر، بالإضافة إلى إهمال المرضى وذويهم لدور الأخصائي الاجتماعي.

ونظرًا لأنّ الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي بحاجة ماسة إلى تسليط الضوء عليها، مع قلة وجود دراسات (في حدود علم الباحثة) تناولت الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين بالمجال النفسي خاصة في قطاع غزة، من هنا ظهرت مشكلة الدراسة في الحاجة إلى تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي بالمراكز النفسية الحكومية.

ثالثاً: تساؤلات الدراسة:

التساؤل الرئيس: ما طبيعة الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية؟

ويتفرع من هذا التساؤل التساؤلات الفرعية الآتية:

1. ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية؟
 - أ- ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي مع المرضى؟
 - ب- ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي مع أسر المرضى؟
 - ج- ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي مع فريق العمل؟
2. ما الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية؟
3. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية؟
4. ما المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية؟

رابعاً: أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

1. إن قضية المرض النفسي في فلسطين لها خصوصية مهمة؛ نظراً للزيادة المستمرة في أعداد المرضى النفسيين نتيجة الحروب والحصار والجرائم التي يقوم بها الاحتلال، بالإضافة للمشكلات الاجتماعية والنفسية والصحية الطارئة التي يتعرض لها الإنسان الفلسطيني، فهذا تطلب وجود دراسات علمية تناقش هذا الموضوع وتخرج بنتائج تساعد في مواجهة هذه المشكلات والتغلب عليها أو التخفيف من آثارها.
2. يعد المجال الطبي وخصوصاً الجانب النفسي، من مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية التي يجب الاهتمام بها وبجوانب الممارسة المختلفة فيها.
3. ما أكدته نتائج الدراسات السابقة من ضعف الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسي، وأنَّ هناك الكثير من العقبات التي تحول دون ممارسة الأخصائي

- الاجتماعي لمهنته على أكمل وجه، وبالتالي تحاول الدراسة تقصي هذه العقبات والعمل على تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسي.
4. حاجة المجتمع الماسة لمثل هذه الدراسات لإثراء جوانب الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال النفسي، وبما يعود بالنفع على المرضى النفسيين.
5. في حدود علم الباحثة تعد هذه الدراسة من الدراسات الأولى التي تتناول دور الخدمة الاجتماعية وممارستها المهنية في التعامل مع المرضى النفسيين في المراكز النفسية الحكومية خاصة في قطاع غزة.
6. الخروج بنتائج وتوصيات تفيد الأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي بشكل عام والمجال النفسي بشكل خاص، بما يساهم في وضع الخطط العلاجية والوقائية والتنمية منظور الخدمة الاجتماعية، ويزيد من فاعلية الخدمة المقدمة للمرضى.
7. تساعد نتائج هذه الدراسة في رسم السياسات والبرامج التي تزيد من الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي كعضو في الفريق الطبي العامل في المؤسسات النفسية الحكومية.

خامسًا: أهداف الدراسة:

- انسجامًا مع مشكلة البحث تسعى الدراسة الراهنة إلى تحقيق الهدف الرئيس الآتي:
- تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية.**
- ويتفرع من هذا الهدف الأهداف الفرعية الآتية:
1. تحديد الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية.
 2. تحديد الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية.
 3. تحديد المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية.
 4. التوصل إلى المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية.

سادسًا: الموجّهات النظرية للدراسة:

تعد نظرية الدور الاجتماعي هي الموجه النظري للدراسة الحالية.

أولاً: مفهوم نظرية الدور الاجتماعي:

تعد مهنة الخدمة الاجتماعية من المهن التي تهتم بإحداث التغيير الذي ينشده المجتمع، وذلك من خلال ما يقوم به الأخصائيون الاجتماعيون بمواجهة المشكلات والمعوقات التي تواجه المؤسسات التي يعملون فيها، ومن بين هذه المؤسسات المراكز النفسية الحكومية (فضلي، وآخرون، 1999، ص55).

وبالنظر إلى نظرية الدور في علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي نجد أنها ركزت على الأدوار بصفة عامة، وتعد من النظريات الأساسية التي تسهم في تفسير مشكلة الدراسة الحالية من خلال القاعدة العلمية التي تركز عليها، والتي تهدف إلى تفسير المشكلات وتحليلها بشكل فعال.

كما تستعين الدراسة الراهنة ببعض قضايا نظرية الدور التي تفترض أنّ أداء الأفعال يتحدد بواسطة المواصفات الاجتماعية وسلوك الآخرين، ومفهوم الدور في إطار النظرية مفهوم تواصلية؛ وذلك لأنّ كل شخص يؤدي دوراً إزاء دور شخص آخر.

ويعرف الدور الاجتماعي بأنه: "أنماط الشخص السلوكية المنظمة من حيث تأثرها بالمكانة التي يشغلها أو الوظائف التي يؤديها في علاقته بشخص واحد أو أكثر".

ويعرف أيضاً بأنه: "نمط من الأفعال أو التصرفات التي يتم تعلمها إما بشكل مقصود أو بشكل عارض، والتي يقوم بها شخص ما في موقف يتضمن تفاعلاً" (عبد الخالق، 2000، ص227). فقد أشارت بعض الكتابات إلى الدور بوصفه نموذجاً للسلوك المنظم، وأنه يتأثر بالمركز الاجتماعي الذي يشغله الفرد والوظائف التي يؤديها في علاقته بشخص أو أكثر، وإنّ سلوك الفرد يتأثر بمجموعة من العوامل الدينامية، أهمها:

1. احتياجات الفرد ودوافعه الشعورية واللاشعورية.
2. معلومات الفرد عن المسؤوليات والتوقعات المتبادلة التي تحدد وفقاً للثقافة القائمة، وفي ضوء المكانة التي يشغلها والوظائف التي يقوم بها.
3. التكامل أو الصراع بين إدراك الفرد لهذه المسؤوليات والتوقعات، وإدراك الآخرين الذين يتعامل معهم لهذه المسؤوليات والتوقعات.

ويتضح من ذلك أنّ الدور يتضمن بالضرورة التفاعل والاتصال وأهمية التوافق بين اتجاهات الفرد واتجاهات الآخرين.

ثانيًا: المفاهيم الأساسية لنظرية الدور وتوظيف مفاهيمها مع الأخصائي الاجتماعي الطبي وممارسته المهنية في المجال النفسي:

1. وضوح الدور أو غموضه:

فكلما مارس الأخصائي الاجتماعي الطبي دوره المتوقع مع المرضى النفسيين وأسرههم وفريق العمل بالمراكز النفسية على أكمل وجه زاد وضوحًا لأفراد المجتمع والعكس صحيح، فكلما وجد تقصير في دوره المتوقع زاد غموضًا بنسبة لأفراد المجتمع ولممارسته المهنية.

2. صراع الأدوار:

ويحدث صراع الأدوار بسبب شغل الأخصائي الاجتماعي لأدوار متعددة يصعب التوفيق بينهما مثل: القيام بالأعباء الإدارية أكثر من الأعباء المهنية، وعدم وضوح دوره بالنسبة لفريق العمل والقيام بمسؤوليات ليست من اختصاصه، فلا يستطيع التوفيق بين هذه الأدوار، ويحدث الصراع بينهما وإلى جانب ذلك يحدث تعارض التوقعات المطلوبة منها، وغموض الدور، وعدم اتفاق الأطراف على توقعات معينة، ويمكن أن يحدث الصراع بسبب عدم تأديتها لهذا الدور بشكل مرضٍ للجميع (زيدان، 2003، ص131).

3. مرونة الدور:

تعني المساحة التي تسمح بالتجاوز والسماح لممارس الدور بممارسة أدوار معينة وتأجيل ممارسة أدوار أخرى، وتتحدد مرونة الدور ومساحة السماح بأهمية الدور وتأثير ممارسته في المجتمع الذي يتواجد فيه ممارس الدور (زيدان، 2004، ص276).

بمعنى أن يعرف الأخصائي الاجتماعي الطبي ترتيب الأولويات في أداء أدواره على حسب أهميتها.

4. الشخصية والدور:

تعد الشخصية إحدى المحددات الأساسية للدور، فإنَّ التوافق أو التعارض بين جوانب الشخصية ومتطلبات الدور قد يكون مسؤولاً عن نجاح الفرد أو فشله في أداء دوره

فقدرة الأخصائي الاجتماعي الطبي على التوافق مع المرضى وأسرههم وزملائه ورؤسائه في العمل (المراكز النفسية) يؤدي إلى نجاح عمله وممارسته المهنية على أكمل وجه

5. اضطهاد الدور:

يهتم بعض الأفراد بأدوار معينة بينما يضطهدون أدوارًا أخرى، واضطهاد الدور يعني تجنب ممارسة مهامه وواجباته، وتكرار ممارسة الاضطهاد يؤدي إلى غياب الدور عن دائرة اهتمام الممارس؛ مما يؤثر تأثيرًا سلبيًا على أفراد المجتمع الذين يتوقعون أداء المهام والواجبات التي يهملها ممارس الدور نتيجة اضطهاده للدور (زيدان، 2005، ص24).

مثل اضطهاد بعض الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية؛ مما يؤثر سلبيًا على أداء عمله مع المرضى النفسيين.

6. استعادة التوازن:

عندما يكون هناك غموض أو تضارب أو تناقض في توزيع الأدوار يحدث عدم توازن في النسق الاجتماعي تعقبه محاولات من الأطراف المشتركة لإعادة هذا التوازن، واستخدام وسائل الجبر والإرغام أو التملق أو الملاحظة والتقويم، كما قد يكون لدى الطرف الآخر وسائل دفاعية يمكنه استخدامها مثل: الرفض والإنكار والتحدي أو إثارة الطرف الآخر واستنزاه، وقد يقوم الطرفان معًا بعملية تعديل متبادل أو مشترك للأدوار (الصادقي، ورمضان، 2004، ص67).

ونتيجة للاضطراب الذي يحدث للأخصائي الاجتماعي الطبي نتيجة لصراع وغموض أدواره يكون محتاجًا لحالة استعادة توازنه بالتحدي، ومواجهة هذه المشكلات، وإعادة توزيع الأدوار.

ثالثًا: مشكلات الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي وفقًا لنظرية الدور:

1. تعارض الدور المتوقع مع الدور الفعلي:

لأن المرضى والمراكز لديهم توقعات معينة نحو الأخصائي الاجتماعي مع المرضى النفسيين بالمراكز النفسية، وهو المساعدة في العلاج خاصة من الناحية الاجتماعية، وعندما تتناسب المهام المتوقعة لديه مع المهام الفعلية يحصل على درجة من الرضا تسمح لها بالاستمرار في ممارسة دوره؛ لأنها اتفقت مع توقعات المجتمع، وإذا حدث العكس تظهر المشكلة في ضعف الممارسة المهنية.

2. تعارض الدور المتوقع مع الدور المدرك:

فالدور المتوقع للأخصائي الاجتماعي هو المعروف لدى الجميع، أما الدور المدرك فهو الدور الذي يؤديه الأخصائي الاجتماعي في عمله كما يعيه هو، وكما يدركه، وبالتالي يحدث التعارض أحيانًا بين الدورين، وبالتالي تضعف الممارسة المهنية.

3. عدم استعداد الفرد للانتقال الواعي من دور إلى آخر:

فعلی سبیل المثال ینتقل الأخصائي للعمل مع الحالات الفردية، ومن ثم العمل مع الأسرة وفريق العمل، فهذه الانتقالات تتطلب استعدادًا نفسيًا وذهنيًا حتى يستطيع أن تلبى متطلبات أدواره التي ينتقل بينها، وعندما لا يكون مستعدًا لممارسة الانتقالات بين الأدوار بوعي تحدث المشكلات التي تؤثر في أدائه وقدرته الاستيعابية لبعض الأدوار، وبالتالي ممارسته المهنية.

4. غموض الدور وعدم تحديد ملامحه:

فإذا لم يكن دوره واضحًا في المؤسسة فيعرقل أداء دوره؛ لأنه لا يعرف بالضبط المهام والمسؤوليات والحقوق التابعة لهذا الدور، وتزداد حدة المشكلات عندما تكون المراكز غير متقنة اتفاقًا واضحًا على ملامح هذا الدور.

5. تزداد ضغوط الأدوار على ممارستها وتتمثل في صراع الأدوار أو انحياز الممارس لأدوار وإهمال أدوار أخرى:

فكلما زادت أدوار الأخصائي الاجتماعي، كلما زادت المسؤوليات التي يتوقعها أفراد المجتمع منه وتأتيها على الصورة التي تضمن لهم إنجاز أعمالهم، وزيادة أعباء الدور يؤدي إلى صراعات داخل ذات الأخصائي الاجتماعي والمؤسسة، فكل دور يتطلب الوقت والجهد والأولوية الأدائية، فإذا لم يستطع الأخصائي الاجتماعي التوفيق بين متطلبات أدواره، فيحدث صراع الأدوار وتضعف ممارسته المهنية.

ويمكن للأخصائي أن يستخدم مفاهيم نظرية الدور، وبخاصة الدور المتوقع والدور الواقعي الفعلي الذي يؤديه لكي يساعده على فهم واجبات ومهام الدور الذي يؤديه، والتعرف إلى جوانب النجاح وتدعيمه وجوانب الفشل وعلاجها لكي ينجح في أداء عمله، سواء مع المرضى أو مع إدارة المراكز النفسية بنجاح.

ويمكن أيضًا تحديد أهم الواجبات والمهام التي يقوم بها ويتفاهم في ذلك مع إدارة المراكز النفسية للتوصل إلى دور موصوف للأخصائي الاجتماعي الطبي في المجال النفسي يمكن من خلاله الارتقاء بأدائه، وإلزامه بأفعال ومهام واضحة يستطيع القيام بها، وتحقيق الممارسة المهنية الفعالة.

الفصل الثاني الأمراض النفسية

الفصل الثاني الأمراض النفسية

أولاً: نظرة تاريخية للأمراض النفسية:

يعتبر الإنسان السوي هو رأس مال الأمم المتقدمة وأنفس مواردها، وصانع حضارتها إذا ما أشبعت حاجاته وتوفرت له الظروف الملائمة، وعلى النقيض يصبح معول هدم يستنزف مواردها ويعيق ركب تقدمها وازدهارها إذا ما تدخلت المنغصات في مجرى حياته. وبما أن المجتمع الفلسطيني هو جزء من كل، فهو معرض لما يصيب هذا الكون الفسيح من كوارث وأخطار وأمراض، وفي طبيعتها الأمراض النفسية التي تهاجم مكنون النفس البشرية فتفتك بالبعض، وتذر البعض عاجزاً عن مواكبة ركب الحضارة .

تطورت النظرة إلى المرض النفسي عبر العصور، فكان ينظر إلى المريض على أن به مس من الشيطان، وكان العلاج عن طريق فتح ثقب في جمجمة المريض لتسمح للشيطان بالهروب أو عن طريق تقييد المريض بالسلاسل وضربه بالسياط أو منع الطعام والشراب عنه، إلى أن جاء أبقراط في القرن الرابع قبل الميلاد، وقال: إن المخ هو مركز النشاط العقلي، وإن مرضه هو سبب المرض، واقترح صنوفاً من العلاج، منها: العلاج بالموسيقى، وممارسة التمارين الرياضية. في القرون الوسطى طمست هذه الأفكار، وعاد الناس للخرافة والشعوذة في تفسيرهم للمرض النفسي والعقلي، حيث أوكل علاج المرضى إلى رجال الدين الذين كانوا يحجزون المرضى في ظروف سيئة وأماكن خاصة بعيداً عن الناس. وقد كانت الأمراض المعروفة في ذلك الوقت متمثلة بالاكنتاب والهوس والصرع الذي أطلق عليه المرض المقدس (شكشك، 2009، ص11).

أما في اليونان، فقد اعتمد الأطباء أمثال جالينوس على الخبرة الإكلينيكية والتجريبية في العلاج، وفي العصر الإسلامي، قام الأطباء المسلمون بترجمة كتب الطب اليونانية وتجديدها، واهتم حكام المسلمون بالمرضى النفسيين اهتماماً كبيراً، وفتحوا المصحات النفسية لعلاجهم، وقد تم افتتاح أول مستشفى للطب العقلي في عهد الرشيد في بغداد عام 705هـ. ومن الأطباء المسلمين الذين برزوا في هذا المجال الرازي، ونتيجة تأثر أوروبا بالحضارة الإسلامية، فقد بدأت أوروبا الاهتمام بالمرضى، وقد شيدت أولى المستشفيات هناك لعلاج المرضى النفسيين في مدينة أشبيلية بإسبانيا عام 1409.

ثم تلا هذه الفترة تقدماً في أساليب العلاج إلى أن اخترع العالم الألماني مسمر المغناطيسية الحيوانية، ثم قام العالم بريد بإكساب الاصطلاح الصبغة العلمية، وأسماه التنويم المغناطيسي، وقد استخدمه الرواد الأوائل أمثال فرويد في علاج الأمراض النفسية، وقد قامت عدد من الدراسات باختبار الذاكرة والتعلم لدى الأفراد، وتعد هذه المحاولة هي المحاولة الأولى لاستخدام الأدوات النفسية في دراسة المرض النفسي (عكاشة، وعكاشة، 2010، ص28).

أما في فلسطين، فيعد مستشفى بيت لحم للطب النفسي "مستشفى الدكتور محمد كمال المستشفى الأول في فلسطين والوطن العربي، وقد تم افتتاحه في عهد الانتداب البريطاني عام 1922 لعلاج الأمراض النفسية للرجال، وكان يستقبل المرضى من الدول العربية، وفي عام 1952 أثناء خضوع الضفة الغربية لحكم الأردن أصبح المستشفى مخصصاً لكلا الجنسين "الرجال والنساء"، ويقدم المستشفى الخدمات الطبية النفسية الاجتماعية المتكاملة.

وفي غزة، يعد مستشفى غزة للطب النفسي أقدم مركز تخصصي لعلاج الأمراض النفسية والعقلية، حيث تم إنشاؤه عام (1978م) في حي النصر بمدينة غزة، لخدمة المرضى في قطاع غزة، ويقدم الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية للنساء والرجال والأطفال على حد سواء.

ثانياً: مفهوم الأمراض النفسية:

تختلف طبيعة الأمراض النفسية عن غيرها من المشكلات الصحية الأخرى، كما وترتبط الأمراض النفسية ببعض المعتقدات في مجتمعات العالم المختلف، خصوصاً المجتمعات الشرقية، حيث يعزو الناس الإصابة بالأمراض النفسية إلى تأثير القوى الخفية مثل: السحر والجن والحسد، ويرتبط ذلك بالخلفية الثقافية والاجتماعية لديهم.

إن الكثير من المرضى النفسيين يلجئون إلى وسائل غير طبية مثل: العلاج لدى الدجالين وأدعياء الطب، فيتعرض بعضهم لممارسات غير أخلاقية مثل: الإهمال والابتزاز والعنف والإساءة الجنسية. وينشأ عن ذلك تأخر عرض الحالات على الطب النفسي الحديث، وتعرضهم للمضاعفات والمعاناة لفترات طويلة.

وفي دراسات ركزت على ظاهرة وصمة المرض النفسي في الثقافة العربية، أظهرت نتائج الأبحاث ارتباط المرض النفسي بوصمة الجنون لدى المرضى وأقاربهم، ويمتد تأثير هذه الوصمة ليشمل تخصص الطب النفسي والعلاج في المستشفيات والعيادات النفسية؛ مما يدفع

المريض النفسي وأهله إلى تجنب التعامل مع الطب النفسي، ومحاولة إخفاء الإصابة بالمرض النفسي، وذلك حتى لا يتأثر وضعهم الاجتماعي.

وقد ذكرت دراسات أخرى في بلدان العالم عمومًا، وفي المجتمعات العربية أيضًا، وجود اتجاهات سلبية لدى عامة الناس نحو المرضى النفسيين، وتسهم هذه الاتجاهات السلبية في زيادة متاعب المرضى النفسيين، وزيادة عزلتهم عن المجتمع، كما يؤثر ذلك في مشاعرهم، ويحول دون حصولهم على حقهم في الرعاية والاهتمام، وهو دليل على عدم تفهم طبيعة الأمراض النفسية ومضاعفة معاناة المرضى النفسيين.

تعريف الأمراض النفسية:

يعرف المرض في اللغة بأنه: مرض يمرض مرضًا فهو مريض؛ أي: فسدت صحته فضعف (مجمع اللغة العربية، 2011، ص1532).

ويعرف بأنه: حالة انحراف أو اختلال في السلامة والتكامل والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية، تكون معه البيئة الداخلية للجسم غير متزنة (الصفدي، 2001، ص15).

ويعرف المرض النفسي بأنه: اضطراب في وظيفة الشخصية يعود لأسباب نفسية نتيجة حالات توتر وصراع نفسي داخلي، يؤدي إلى اختلال جزئي في الشخصية بصورة أعضاء نفسية جسمية مختلفة يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه الشخصي (محمد، 2004، ص216).

ويشار إليه بأنه: أي خلل في الوظائف النفسية أو العقلية، ويظهر على سلوك الفرد المريض، ويحكم عليه بأنه سلوك غير سوي، ويحتاج إلى تشخيص وعلاج نفسي (بركات، وحسن، 2006، ص46).

إنَّ المرض النفسي هو تغيير بالتفكير أو المزاج أو العواطف أو السلوك، على أن يكون هذا التغيير شديد، وأدى إلى عدم الارتياح والمعاناة لدى الشخص أو أثر في أدائه (الريماوي، وآخرون، 2006، ص625).

ويعرف بأنه: مجموعة من الانحرافات التي لا تتجم من حيث السبب عن علة عضوية أو عن خلل في تركيب المخ، سواء في الخلق أو بسبب حوادث من حيث الدمج أو الإصابة.

إنَّ المرض النفسي ليس جسميًا أو عضويًا من حيث المنشأ، ولكنه قد يتسبب في أمراض جسيمة؛ بل هو اضطراب وظيفي في الشخصية قد يرجع إلى الطفولة التي أدت إلى

الصدمة الانفعالية أو إلى العلاقات الاجتماعية، وخاصة الخبرات الشديدة والمتكررة، والتي تعرض لها الفرد في ماضي حياته (العبيدي، 2013، ص338).

وهي الأمراض التي تؤدي إلى إحداث تغير غير طبيعي في سلوكيات الإنسان ونفسيته ووظائفه وتصرفاته، وإحداث خلل في قدرة سيطرة الفرد على مشاعره؛ مما يؤدي إلى ظهور أعراض نفسية وسلوكية غريبة تؤثر سلبًا في حياته وعمله ودراسته وعلاقته بالآخرين (زكار، 2020، ص209).

وتعرف الباحثة المرض النفسي في الدراسة الراهنة بأنه:

اضطراب وظيفي في شخصية الفرد، يظهر في صورة أعراض جسمية أو نفسية، أو كلاهما، و منها: القلق والوسواس والأفكار المتسلطة، واضطرابات جسمية وحركية وحسية متعددة، وينشأ نتيجة عوامل عدة، على رأسها صراعات لا شعورية في عهد الطفولة، ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي، ويحد من ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه. والمرض النفسي أنواع ودرجات فقد يكون خفيفًا وقد يكون شديدًا.

أما المريض النفسي يعرف بأنه: الشخص الذي فسدت صحته فضعف، أو هو من به مرض أو نقص أو انحراف، ونقصد بذلك الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد من جميع الجوانب النفسية والاجتماعية والعقلية والجسدية (الصفدي، 2001، ص15).

كما يعرف بأنه: شخص لديه مشكلة أو صعوبة في التوافق أو اضطراب سلوكي، ويحتاج إلى مساعدة متخصصة (زهران، 2005، ص188).

ويمكن تعريفه بأنه: الشخص الذي يشكو من تغير، أو يشنكي من حوله منه، حيث إن تصرفاته إما تسيء إليهم أو تشكل تهديدًا لأمنهم (سمور، 2006، ص56).

وتعرف الباحثة المريض النفسي في الدراسة الراهنة بأنه:

ذلك الشخص الذي يأتي إلى مراكز الصحة النفسية الحكومية السبعة المنتشرة في قطاع غزة، قاصدًا المساعدة والعلاج في حل مشكلته، بحيث يتم استقباله وفتح ملف له، وعرضه على الطبيب المعالج، ثم وضع خطة علاجية له، ومتابعته داخل المراكز النفسية وفي بيئته الطبيعية.

ثالثاً: تصنيف الأمراض النفسية:

هناك طرق متعددة لتصنيف الأمراض النفسية، ومن المهم أن نتذكر أن التصنيفات من السهل أن تتداخل فيما بينها، ثم إنه لا يوجد شيء مجرد في تلك التصنيفات، ولا توجد أنماط فاصلة من السلوك تحدد الأعراض النوعية لكل منها (عبد الله، 2000، ص134).

وبذلك؛ تتفاوت أسس تصنيف الاضطرابات النفسية، ويعد العصاب أكثرها شيوعاً، حيث تمثل نسبة العصابينين 40-60% من نسبة المرضى النفسيين. هناك تصنيف كريبلين (karplin) الذي تبنت خطوطه العريضة جمعية الطب النفسي الأمريكية، ويعد من أكثر التصنيفات شيوعاً، ويعرف باسم التصنيف الطبي النفسي، وبمقتضاه تقسم الأمراض النفسية والعقلية إلى أربعة أقسام رئيسية:

1. العصاب.

2. الذهان بشقيه: "الوظيفي والعضوي".

3. اضطرابات الشخصية.

4. التخلف العقلي (إبراهيم، وعسكر، 2008، ص49).

وتركز الباحثة في هذه الدراسة على الأمراض العصابية واضطرابات الشخصية كأمراض شائعة في المجتمع الفلسطيني، ويتم التعامل معها في جميع المراكز النفسية الحكومية بشكل يومي.

1. الأمراض النفسية (العصاب)

يعد العصر الحديث عصر القلق والتوتر والاكئاب؛ نظراً لما تتطلبه الحياة من متطلبات مادية، ومن اللافت أن أكثر الأمراض النفسية انتشاراً في الوقت الحالي هو العصاب، وهي اضطرابات يكون القلق النفسي هو العامل المشترك فيها، ولا تعد أعراض العصاب مرضية إلا إذا كانت أعراضاً حادة ومزمنة (جمال، 2016، ص103).

أ- تعريف العصاب:

العصاب في اللغة هو اضطراب نفسي أو عقلي (مجمع اللغة العربية، 2011، ص603).

يعرف العصاب بأنه: اضطراب وظيفي دينامي انفعالي في الشخصية، نفسي المنشأ، يظهر في الأعراض العصابية، وهو ليس له علاقة بالأعصاب، وهو لا يتضمن أي نوع من الاضطراب التشريحي أو الفسيولوجي في الجهاز العصبي (البناء، 2006، ص85).

وأيضًا يمكن تعريفه بأنه: اضطراب نفسي وظيفي، تحدث فيه أعراض نوعية متعارضة مع الأنا، أي قلق ورهاب ووسوسة ومظاهر قسرية، فضلًا عن أعراض خاصة ذات علاقة بالكروب التالية للرضوخ، ولكن اتصال المريض بالواقع يبقى سليمًا (قمحية، 1997، ص375).

وهو اضطراب وظيفي في الشخصية، يظهر على شكل قلق أو وسواس أو مخاوف مرضية أو هستيريا، ويمكن لهؤلاء المصابون أن يمارسوا أعمالهم كأفراد عاديين في الأوقات التي لا توجه إليهم مثيرات تستدعي ظهور أعراض هذا المرض (منسي، 2001، ص43).

والشخص العصابي هو المتردد القلق، صاحب الميول العصابية، المكتئب المتقلب انفعاليًا، ضعيف الحساسية بالمواقف الاجتماعية الذي لا يهتم بمشاعر الآخرين (مجيد، 2015، ص160).

وتعرف الباحثة العصاب بأنه: اضطراب عصابي وظيفي، يتسم بالقلق والاكتئاب، وغيرهما من مشاعر التعاسة والحزن، يؤدي إلى اضطراب في الشخصية والتوازن النفسي لدى الفرد، ومريض العصاب لا يعاني من الهلوسة أو من فقدان الصلة مع الواقع وسلوكه عادي وطبيعي.

ب- أسباب الإصابة بالأمراض النفسية (العصابية):

يرى البعض أنّ نسبة المصابين بالأمراض النفسية في ارتفاع مستمر للأسباب الآتية:

1. الأسباب الأصلية أو المهيأة: وهي التي تمهد لحدوث المرض، وهي التي ترشح الفرد وتجعله عرضة لظهور المرض النفسي إذا ما طرأ سبب مساعد أو مرسب يعجل بظهور المرض في تربة أعدتها الأسباب الأصلية أو المهيأة. ويلاحظ أنّ الأسباب الأصلية أو المهيأة متعددة ومختلفة، وربما استمر تأثيرها في الفرد سنوات عدة. ومن أمثلة الأسباب الأصلية أو المهيأة العيوب الوراثية، والاضطرابات الجسمية، والخبرات الأليمة، خاصة في مرحلة الطفولة، وانهيار الوضع الاجتماعي.

2. الأسباب المساعدة أو المترسبة: وهي الأسباب والأحداث الأخيرة والسابقة للمرض النفسي مباشرة والتي تُعجل بظهوره، ويلزم لها لكي تؤثر في الفرد أن يكون مهياً للمرض النفسي؛

أي: أنّ السبب المساعد أو المرسب يكون دائماً بمكانة (القشة التي قصمت ظهر البعير) أو (الزناد الذي يفجر البارود)، والأسباب المساعدة أو المترسبة تندلع في أثرها أعراض المرض؛ أي: أنها تفجر المرض ولا تخلقه، ومن أمثلة الأسباب المساعدة أو المترسبة الأزمات والصدمات مثل: الأزمات الاقتصادية، والصدمات الانفعالية، والمراحل الحرجة في حياة الفرد مثل: سن البلوغ، وسن القعود، وسن الشيخوخة أو عند الزواج أو الإنجاب أو الانتقال من بيئة إلى أخرى أو من نمط حياة إلى نمط حياة آخر (العيسوي، 1999، ص60-59).

3. الأسباب النفسية: وهي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي، وتتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة، وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد، واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية. ومن أهم الأسباب النفسية الصراع والإحباط والحرمان والعدوان وحيل الدفاع (غير التوافقية)، والخبرات السيئة والصادمة، وعدم النضج النفسي، والعادات غير الصحية، والإصابة السابقة بالمرض النفسي والضغط النفسية (الغريز، 2014، ص15).

4. الأسباب الحيوية (البيولوجية): وهي في جملتها الأسباب الجسمية المنشأ أو العضوية التي تطرأ في تاريخ نمو الفرد، ومن أمثلتها الاضطرابات الفسيولوجية، ومن أهم أسبابها خلل في أجهزة الجسم، والتغير الفسيولوجي في مراحل النمو المختلفة، وعيوب الوراثة، واضطرابات نمط البنية أو التكوين، وهي عبارة عن المعادلة الجسمية النفسية للتنظيم الفردي، والعوامل العضوية مثل: الأمراض، والتسمم، والإصابات، والعاهات، والعيوب الجسمية.

5. الأسباب البيئية الخارجية: وهي الأسباب التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الاجتماعي، ومن أمثلتها: اضطراب العوامل الحضارية والثقافية، واضطراب التنشئة الاجتماعية في الأسرة وفي المدرسة وفي المجتمع. ويلاحظ أنّ الأسباب الأصلية أو المهياة والأسباب المساعدة أو المترسبة تتضافر كي تظهر أعراض المرض، وأهمها يسمى السبب الرئيس. ويشير زهران أنه في حالة وجود أسباب مهياة قوية يكفي سبب مرسب بسيط حتى يحدث المرض، وكذلك في حالة وجود أسباب مهياة ضعيفة يلزم سبب مرسب قوي حتى يحدث المرض، ويلاحظ أيضاً أنّ السبب أو الأسباب التي قد تؤدي إلى انهيار شخصية فرد قد تؤدي هي نفسها إلى صقل شخصية فرد آخر (زهران، 2005، ص125-107).

6. قلة ظروف العمل في العصر الحديث، والتي جعلت الفرد يقبل أي عمل حتى وإن كان لا يتناسب مع ميوله وإمكاناته، فأصبح الفرد يؤدي عمله هذا في جو من السأم والملل.

7. تتعدد مطالب الفرد المادية، إذ أصبح المثير من الماديات الكمالية ضرورياً للإنسان؛ مما أوقعه في الحيرة والقلق لسعيه المستمر للحصول على هذه الماديات.
8. التغير السريع الذي أصبح سمة الحياة الحديثة، جعل الإنسان في قلق مستمر؛ لأنَّ الإنسان يشعر بالأمن لِمَا يألّفه أمام كل جديد.
9. التقدم التكنولوجي للآلات زاد من عدد العاطلين؛ مما هدد أمن الفرد، وجعله يفقد إحساسه بقيمته، ويعيش في خوف وقلق مستمر.
10. جهل الإنسان بالأسباب التي تؤدي إلى كثير من الأمراض النفسية والعقلية (الخطيب، 2006، ص 161).
11. التوتر الداخلي وضعف دفاعات الشخصية ضد الصراعات المختلفة.
12. يرى يونج أنَّ الذكريات المكبوتة في اللاشعور لها دور مهم في تكوين العصاب (جبريل، 2009، ص 236).

ج- أعراض الأمراض النفسية (العصابية):

بما أنَّ الأمراض النفسية عديدة ومتشابهة وكثيرة التصنيف، فإنَّ هناك أعراضاً عامة للعصاب لكنها لا توجد مجتمعة في المرض النفسي الواحد؛ بل بعض منها:

1. السلوك: يتصف سلوك العصابي بالقلق العام والخاص، وقد يعتريه الوهن أو الافتقار إلى النشاط أو يتصف بالبطء الناشئ عن الإحساس بعدم جدوى الأشياء؛ لأنَّ المريض يعاني من الاكتئاب، وقد يحدث العكس فيتسبب القلق في توتر السلوك، بحيث يقوم المريض بحركات يهدف من ورائها التنفيس عن قلقه. وقد يقوم أحياناً ببعض الأفعال الهستيرية كالنقر أو هز الرقبة أو رجف الجفن.
2. الكلام: ينتقي العصابي كلامه بحذر، بحيث تكون ألفاظه منتقاة لا يشوبها الخطأ في حق الغير إلا في بعض الحالات إذا ما اشتدَّ انفعاله. وفي هذه الحالة يسرع أيضاً في دخول منطقة الاستبصار، فيتدارك خطؤه ويتراجع بسهولة، وهو يتكلم إما بسرعة شديدة أو ببطء مبالغ فيه، وقد ينتاب كلامه إما التهتهة، أو اللعثة أو اللجلة.
3. المزاج: يعاني المريض من الاكتئاب المتصل بنوع قلقه، ويكون هذا الاكتئاب متعلقاً بحقائق تمس المريض إلا أنه يكون مبالغاً فيه، ومن النادر أن تظهر على العصابي أعراض المرح الشديد أو النشوة المبالغة.

4. التفكير: ينتهج العصابي طرقاً شديدة الترتيب عند تنسيق أفكاره، ويلتزم بهذا المنهج في كل خطته، بحيث يظهر تعبيره اللفظي أو العلمي إما مدروساً أو هادفاً إلى تحقيق مأرب ثانوي بطرق شعورية أو لا شعورية.

5. الأعراض الجسمية: قد يعاني المريض من سرعة التنفس والهيجان أو من آلام لا مبرر لها بالصدر والقلب، ومن انعكاسات مبالغة عند فحص جهازه العصبي، وكثيراً ما ترتعش أعصابه ويتصعب عرقاً وتبتل راحته عندما يتعرض لِمَا يوتره أو يقلقه، وقد يعاني من الصداع أو من الدوار أو من الغثيان بدون أصول مرضية.

6. النوم: يقاسي العصابي من الأرق في معظم الحالات، وقد يعاني من التجوال الليلي خاصة في مرحلة اليقظة، ومن الأحلام المزعجة، ومن التبول الليلي اللاإرادي (المطيري، 2005، ص150).

7. حذر وشيك من ملاحظات الآخرين.

8. أوهام لا مبرر لها.

9. دوام الأمراض الجسمية الوقتية دون سبب عضوي واضح.

10. عدم الشعور بالأمن والانسجام والاطمئنان الذاتي والرضا والتوافق والتكيف مع الآخرين.

11. الانحراف عن المعايير الثقافية والاجتماعية السائدة التي تؤدي إلى سلوك اجتماعي شاذ.

12. الدوافع اللاشعورية، حيث يستخدم العصابي أساليب كثيرة من قبيل الحيل الدفاعية اللاشعورية مثل: الإسقاط والنكوص والعدوان لمواجهة المواقف الحياتية (زكار، 2013، ص623).

د. أقسام العُصاب:

هناك تقسيمات مختلفة للعصاب، ومنها: القلق، توهم المرض، الوهن النفسي، الرهاب، الهستيريا، الوسواس القهري، والاكتئاب.

القلق العصابي:

هو إحساس الفرد بالرعب المستمر والخوف اتجاه قيم معينة، بحيث يكون الفرد حاملها بداخله أو من أحداث خارجية لا تبرر وجود هذا الإحساس، أو هو مجموعة من أحاسيس ومشاعر بفاعلية يدخل فيها الخوف والألم والتوقعات السيئة (منسي، 2001، ص42).

والقلق العصابي انفعال معين، فهو حالة لا شعورية مصحوبة بتغيرات فسيولوجية داخلية، وتأهب حركي خارجي، وموضوعه الخوف من شيء مجهول أو توقع خطر غير معروف (الحسيني، 2007، ص101).

وهناك مجموعة مختلفة من المظاهر البدنية والعقلية غير الراجعة إلى خطر حقيقي، تحدث على فترات أو بصورة مستمرة، ويكون القلق عامًا، وقد يصل إلى حد الهلع، وقد تكون الأعراض الأخرى مثل: الأعراض الوسواسية الهستيرية موجودة، ولكنها لا تسود الصورة الإكلينيكية (مصطفى، 2010، ص329).

توهم المرض:

وانشغال المريض الزائد بالإصابة بمرض خطير غير مكتشف من قبل الأطباء، فيصبح انشغال الشخص بصحته الجسمية بصورة مفرطة وتفسيراته لأعراضه غير مقبولة طبيًا وواقعيًا خصوصًا بعد إجراء جميع الفحوصات والتحاليل الطبية اللازمة التي تؤكد عدم وجود مرض، وقد ينشغل بأوهام اضطرابات جسمية مثل: الإحساس بدقات القلب أو حركة الأمعاء، وهذا يؤدي إلى ضغط وضيق نفس واضح، مع اضطراب في العلاقة الاجتماعية والأداء الوظيفي (سمور، 2006، ص308).

يتوهم المريض إصابته فعلاً بمرض معين أو استعداده للإصابة السريعة بمرض معين، لهذا فهو دائم التخوف والاحتياط حتى لا يصاب بالمرض، وهو منشغل انشغالاً زائدًا بصحته وخائف عليها ومهتم بها اهتمامًا مفرطًا (الصيخان، 2010، ص109).

الوهن النفسي "النيورستانيا":

وهي حالة إعياء نفسي وضعف جسدي وعصبي، وقد تصل حالة الفرد إلى الإرهاق والارتباك التام والتعب، وضعف الروح المعنوية والثقة بالذات، وضعف الذاكرة، وعدم القدرة على التركيز (أبو حويج، 2001، ص115).

كأبة عامة تنتاب الجهاز العصبي، ويكون جهد هذا الجهاز قد انخفض إلى الحد الأدنى، فيفقد الجهاز العصبي السمبثاوي انتظامه، ويكون الضعف الدماغي أحيانًا ملحوظًا أو أنّ العمل الوظيفي المنسجم للقشرة الدماغية هو ضروري لتوزيع جيد لاندفاعات كهربائية عصبية (داكو، 2002، ص16).

الرهاب "الخوف المرضي":

حيث يخاف المريض من أشياء أو مواقف، مع علمه أنها لا تشكل تهديدًا حقيقيًا، ولكن مع ذلك لا يستطيع أن يتخلص من هذه المخاوف، ومن هذه المخاوف الشائعة لدى العصائيين: الخوف من المرتفعات والحشرات، والأماكن المفتوحة والتلوث (غانم، 2004، ص54).

مرض نفسي يعني الخوف الشديد والمتواصل من مواقف أو نشاطات أو أجسام معينة أو أشخاص، هذا الخوف يجعل الشخص المصاب عادة يعيش في ضيق وضجر، وهو خوف يكون فيه المريض مدرجًا تمامًا بأن هذا الخوف الذي يصيبه غير منطقي (جمال، 2016، ص104).

الهستيريا "الرحام":

ويكون لدى المرء قابلية شديدة للتقلب الانفعالي، وضعف الشحنة الوجدانية، وتفكك محتوى الشعور، وينشأ عن صراع بين الذات الواعية والرغبات اللاشعورية المكبوتة، ويؤدي هذا الكبت إلى ظهور أعراض تعويضية ترضي الرغبات اللاشعورية بطريقة رمزية (بني يونس، 2004، ص554).

هي مرض عصابي أولي، يتميز بظهور أعراض وعلامات مرضية بطريقة لا شعورية تستهدف الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام أو الهروب من المواقف الخطرة أو الحماية من الإجهاد الشديد (مجيد، 2015، ص201).

الوسواس القهري:

بل إنَّ المريض يبذل من طاقته الكثير لمحاولة درء مثل هذه الأفكار عن ذهنه، ويصبح شغله الشاغل القضاء عليها؛ لذلك تظهر عليه أعراض الإرهاق والتعب لكثرة ما يبذله من طاقة في مقاومتها (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص152).

هي أفكار أو صور أو اندفاعات غير واقعية، تتسلط على تفكير الفرد، وقد لا يستطيع التخلص منها بسهولة، وتتشابه هذه الأفكار من حين لآخر، فتظهر في صورة فكرة مزعجة تعاود الفرد المصاب بهذه الاضطرابات بإصرار، مع أنَّ الفرد يرى خطأها وعدم جدواها، ومع ذلك لا يستطيع أن يخلص نفسه منها (غانم، 2006، ص70).

الاكتئاب:

هو حالة مزاجية تتسم بالإحساس بعدم القيمة والشعور بالكآبة والحزن والتشاؤم ونقص النشاط، وتتضمن الاضطرابات طيفاً من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة (Roeckelein, 1998, p137).

حيث الإحساس الدائم بالحزن والتعاسة، وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة، والشعور المستمر بالإحباط وفقدان الأمل، بالإضافة إلى المحاولة للوصول للسعادة والفشل في ذلك، وبالتالي ترتفع شدة الإحباط والجزع لديه، فيحدث للفرد حمول وخوف ورعب داخلي وتردد وعدم تركيز، وتمني الموت بسبب اعتقاده بعدم جدوى الحياة (زكار، 2020، ص148).

هـ. مآل العصاب:

يعد مآل العصاب أفضل بكثير من مآل الذهان أو الاضطرابات العضوية المنشأ، ويلاحظ أنّ كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسي والتحسين والشفاء مع العلاج المناسب (وتصل نسبة التحسن والشفاء إلى 90 % أو أكثر)، وكثير من حالات العصاب تشفى تلقائياً (حوالي 40 - 60 % من الحالات) حين يحدث تغير في حياة المريض (البناء، 2006، ص88).

و. الفرق بين العصاب والذهان (زهران، 2005، ص531-532):

جدول (2.1): الفرق بين العصاب والذهان

الذهان	العصاب
من حيث الأسباب	
<ul style="list-style-type: none"> - الأسباب الوراثية والتكوينية مهمة. - العوامل العصبية والسمية تؤدي دوراً مهماً. - العوامل نفسية المنشأ تؤدي دوراً مهماً. 	<ul style="list-style-type: none"> - الأسباب الوراثية نادرة. - العوامل العصبية والسمية ليس لها دور. - العوامل نفسية المنشأ هي السائدة وتؤدي البيئة دوراً مهماً.
من حيث السلوك العام	
<ul style="list-style-type: none"> - يبدو غريباً شاذاً بدائياً، ويضطرب اضطراباً واضحاً لا سيمًا في حالات النكوص الشديد. - لا يساير المعايير الاجتماعية. 	<ul style="list-style-type: none"> - يظل في حدود العادي أو يضطرب اضطراباً بسيطاً. - يساير المعايير الاجتماعية.

الذهان	العصاب
<p>- لا يهتم بنفسه وبيئته.</p> <p>- لا يشعر بمرضه ولا يعترف به، ولا يطلب العلاج، ولا يتعاون وليس لديه بصيرة.</p> <p>- التجارب الداخلية تؤثر في السلوك الخارجي.</p> <p>- السلوك عادة ما يكون ضارًا بالآخرين.</p> <p>- المظهر العام يتدهور.</p>	<p>- يهتم بنفسه وبيئته.</p> <p>- يشعر بمرضه ويعترف به ويطلب العلاج ويتعاون ولديه بصيرة.</p> <p>- التجارب الداخلية لا تؤثر في السلوك الخارجي.</p> <p>- السلوك نادر ما يكون ضارًا بالآخرين.</p> <p>- المظهر العام يحافظ عليه المريض.</p>
من حيث النشاط	
<p>- الوظائف العقلية فيها تأخر واضح.</p> <p>- التفكير يضطرب يصبح خياليًا، ويبدو التوهم والهذيان.</p> <p>- الكلام غير متماسك وغير منطقي ومضطرب المحتوى.</p> <p>- التحكم العقلي يكون مضطربًا اضطرابًا شديدًا.</p> <p>- الفهم يضطرب بشدة.</p> <p>- الإدراك مضطرب وتوجد أوهام وهلوسات.</p> <p>- البصيرة ضعيفة وهناك انفصال عن الواقع، ويعيش المريض في خيال.</p> <p>- التداعي يضطرب.</p>	<p>- الوظائف العقلية لا يبدو فيها تأخر واضح.</p> <p>- التفكير سليم أو مضطرب اضطراب بسيط.</p> <p>- الكلام متماسكًا منطقيًا متسلسلاً معتدل السرعة.</p> <p>- التحكم العقلي يكون عاديًا أو مضطربًا بدرجة بسيطة.</p> <p>- الفهم يضطرب قليلًا.</p> <p>- الإدراك عادي ولا توجد أوهام أو هلوسات.</p> <p>- البصيرة عادية والصلة بالواقع سليمة نسبيًا، ولا يفقد المريض صلته بالواقع من الناحية الشكلية على الأقل.</p> <p>- التداعي يبقى سليمًا.</p>
من حيث الانفعالات	
<p>- تتغير تغير كبير وتفقد طابعها تكون مضطربة اضطراب بالغ ولا يوجد ثبات انفعالي.</p> <p>- الاكتئاب الذهاني يكون منشؤه ذاتيًا أو خياليًا.</p>	<p>- تتغير تغيرًا خفيًا وتحتفظ بطابعها العادي أو تكون غير مضطربة فيما عدا الاكتئاب والقلق الخفيف.</p> <p>- الاكتئاب العصبي يكون منشؤه الواقع.</p>

العصاب	الذهان
من حيث الشخصية	
<p>-تبقى سليمة و متماسكة ويشترك جزء من الشخصية في النزاع.</p> <p>-الأنا يبقى سليماً.</p> <p>-يحتفظ الشعور بسيطرته ويبقى قادرًا على كبت اللاشعور .</p> <p>- الكبت يبقى موجودًا، ولا يظهر محتوى اللاشعور في السلوك بطريقة غير مباشرة لاستمرار الكبت.</p> <p>-الدفاعات تكون عاملة.</p> <p>-النكوص لا يكون حيلة دفاعية مهمة.</p>	<p>-تتكك وتفقّد تماسكها وتتغمس الشخصية في النزاع حتى تتغير جذريًا عمّا كانت قبل المرض.</p> <p>-الأنا يضطرب.</p> <p>- يفقد الشعور سيطرته ويطفو اللاشعور، ويصبح المريض كأنه يعيش في حلم.</p> <p>-يضعف الكبت وتقبل الدوافع والرغبات التي كانت مكبوتة يظهر محتوى اللاشعور في سلوك المريض.</p> <p>-الدفاعات تكون محطمة.</p> <p>-النكوص يكون شديدًا وقد يصل إلى المستوى البدائي.</p>
من حيث المآل	
<p>-التحسن ممكن مع العلاج.</p> <p>-لا يوجد تدهور في الشخصية على الرغم من وجود الاضطراب في بعض الحالات.</p> <p>-تعاون المريض يجعل العلاج منتظمًا ومفيدًا.</p>	<p>-التحسن ممكن في الحالات المبكرة مع العلاج المناسب، وقد يصل إلى 80%.</p> <p>-التدهور في الشخصية شائع إذا تأخر العلاج.</p> <p>-عدم تعاون المريض والعلاج غير المنتظم يؤدي إلى النكسات.</p>
من حيث العلاج	
<p>-لا يحتاج إلى دخول مستشفى الأمراض النفسية والعقلية.</p> <p>-العلاج النفسي هو العلاج الفعال.</p> <p>- علاج الأعراض مهم جدًا.</p> <p>-العلاج النفسي الشامل بعد التحسن.</p>	<p>-يحتاج إلى دخول مستشفى الأمراض النفسية والعقلية.</p> <p>-العلاج النفسي هو العلاج الفعال.</p> <p>-علاج الأعراض مهم.</p> <p>-المتابعة مهمة.</p>
ملاحظات مهمة	
<p>-الصراع في الغالب يكون بين الأنا والهو.</p> <p>-الأعراض لا تكون قاسية وشديدة.</p> <p>-يكون هناك مكسب ثانوي يرتبط بالأعراض.</p> <p>-التفاهم ممكن بسهولة مع المريض.</p>	<p>-الصراع في معظمه يكون بين الأنا والواقع.</p> <p>-الأعراض تكون قاسية وشديدة.</p> <p>-لا يوجد مكسب ثانوي يرتبط بالأعراض.</p> <p>-التفاهم عادة يكون صعبًا مع المريض.</p>

هـ. علاج الأمراض النفسية (العصابية):

1. علاج التحليل النفسي:

حيث يسمح للمريض بالتعبير عما يجيش بصدرة من مشكلات وذكريات مؤلمة مخزونة لديه بطريقة التداعي الحر، بهدف الكشف عن الذكريات المشحونة عاطفياً، والتي يعتقد أنها سبب الاضطراب لدى المريض، حيث يقوم المعالج بإعطاء المريض نظرة داخلية عميقة في أصول أعراضه العصابية.

2. العلاج المتمركز حول العميل:

أكد روجر أن العلاج من خلال العلاقة الصادقة القوية بين المعالج والمريض، حيث يتم مساعدة المريض على تغيير بناء شخصيته، والذي يؤدي إلى تغيير الذات لديه بما يتلاءم مع الواقع، وبالتالي اختفاء الأعراض المرضية وحدوث التوافق النفسي (علي، 2010، ص269).

3. العلاج المعرفي السلوكي:

هو أحد طرق العلاج النفسي الذي يستعمل في كثير من الأمراض النفسية، مثل: الاكتئاب، القلق، تعكر المزاج، والثنائي القطب، وحالات نفسية أخرى. والعلاج النفسي، هو طريقة علاجية تعتمد على الحديث بين المريض والطبيب المعالج، وذلك بهدف التغلب على المشكلات عن طريق تغيير طريقة التفكير والتصرف، وهو يستند إلى مساعدة المريض على إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية، بهدف تغييرها إلى أفكار أو قناعات إيجابية أكثر واقعية.

وهنا نجد دور هذه الطريقة من العلاج من خلال مختصين في تقديم النصائح، والعمل على تحسين صورة المريض أمام نفسه، وأمام مجتمعه حتى تذوب تلك الأفكار.

4. العلاج النفسي الاجتماعي:

هو مجموع الجهود والخدمات، التي يمكن للمعالج بالاشتراك مع المريض أن يجعل منها ذا أثر فعال في شخصية المريض، والظروف البيئية المحيطة به حتى يصل إلى درجة من الإشباع السليم، والقدرة على الاعتماد على نفسه في تناول أموره وأداء دوره الاجتماعي كاملاً.

5. المحاضرات والمناقشات الجماعية:

حيث يكون أعضاء الجماعة العلاجية عادة متجانسين من حيث نوع الاضطرابات، ويشمل موضوع المحاضرات، الصحة النفسية، وأسباب الاضطرابات النفسية، ومشكلات التوافق

النفسي، ويكون المحاضر هو أحد المتخصصين، ويهدف هذا الأسلوب إلى تغيير الاتجاه السلبي لدى المرضى، ويستخدم على نطاق واسع في المدارس والمؤسسات.

6. العلاج الأسري:

هو أسلوب من أساليب العلاج النفسي الاجتماعي، يتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس كأفراد، وهو علاج يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناجمة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي، ومحاولة التغلب على هذه المشكلات، عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة.

7. العلاج بالأدوية خاصة المهدئات والعلاج بالصدمات الكهربائية:

ويعد مآل العصاب أفضل من مآل الذهان، حيث إن كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسي والتحسين والشفاء مع العلاج المناسب، وتصل نسبة التحسن والشفاء في العصاب أكثر من 90% وكثير من الحالات تشفي تلقائيًا (شكشك، 2009، ص155).

2- الاضطرابات الشخصية:

نمط من سوء التوافق له جذوره العميقة، والخاص باضطراب العلاقة بالآخرين، والشخص المضطرب لا يعي بوجود مشكلة ولكنه يسبب أسي شديدًا للآخرين (wortman, 1992, p297).

وهو نمط معرفي سلوكي يظهر منذ عمر مبكر وينميه الفرد لكي يواجه مشكلات حياته المحددة والبسيطة (مصطفى، 2015، ص297).

ومن هذه الاضطرابات:

أ- إدمان الكحول:

يعد الفرد مدمنًا للكحول إذا لم يعد يتحكم في استهلاك المشروبات الكحولية، فإذا حُرِم المدمن فجأة منها أصبح يعاني من ردود أفعال انسحابية، وقد يترتب على إدمان الكحول اضطرابات جسدية مثل: تليف الكبد أو الغدد الصماء وغيرها.

ب- إدمان العقاقير:

يؤثر في المخ ويؤدي إلى تغيرات في الحالة المزاجية والسوك، فيتعرض المدمن لتدهور في القوى العقلية والنفسية والجسمية، وتعطل القدرة على الإنتاج، فالعقاقير تحتوي على كمية

كبيرة من المهدئات والمثبطات والمسكنات والمنومات، وأكثر المخدرات انتشارًا وخطورة الهروين والماريجوانا (المطيري، 2005، ص180).

ج- الأمراض السيكوسوماتية:

هي مجموعة من الاضطرابات، حيث يظهر على المصابين أعراض جسمية حقيقية في غياب وجود سبب عضوي واضح، في عضو أو أكثر لا يجد لها الطبيب عاملاً مرضياً عضويًا مشخصًا بيقين ثابت، فتعزى أسبابها لعوامل نفسية، وهي غير الأمراض المتعددة التي يصنعها الفرد للحصول على منفعة معينة، وغير الشكاوى الجسمية التي ليس لها أسباب محددة مثل: التعب المزمن (صالح، 2015، ص368).

فهذه الأمراض اعتلالات بدنية ذات إحساس عضوي حقيقي، ناجمة جزئيًا عن عوامل نفسية وبخاصة الكرب الانفعالي (weiten, 2004 , p535).

رابعًا: الآثار المترتبة على الأمراض النفسية:

للأمراض النفسية أثر كبير على الأشخاص والعائلات والمجتمعات، حيث يعاني الأفراد من أعراض الاضطرابات المزعجة، وكذلك عدم قدرتهم على العمل والمشاركة في النشاطات نتيجة للتحيز ضدهم أنهم دائمو القلق بسبب شعورهم بعدم القدرة على تحمل المسؤولية تجاه عائلاتهم وأصدقائهم وخوفهم أن يكونوا عبئًا على الآخرين.

إنّ توفير الدعم المادي والمعنوي للمريض، وتحمل التأثير السلبي للوصمة يزيد من العبء على عائلات المصابين، والذي يتراوح بين الصعوبات المالية وردود الفعل العاطفية، وصعوبات التعامل مع السلوك المضطرب، واضطراب نظام العائلة وجو المنزل، وتحديد النشاطات الاجتماعية والمهنية. إنّ تأثير المرض النفسي على المجتمعات كبير جدًا، هناك تكلفة توفير العناية والعلاج والخسارة في الإنتاج وبعض المشكلات القانونية التي لها علاقة بالمرض النفسي أحيانًا مثل العنف.

إنّ عبء الأمراض النفسية على الصحة والإنتاجية في جميع أنحاء العالم كان دائمًا تقديرًا من الواقع، وأثبتت دراسة العبء العالمي للأمراض التي قامت بها منظمة الصحة العالمية مع البنك الدولي وجامعة هارفارد أنّ الأمراض النفسية بما فيها الانتحار تشكلت 15% من عبء الأمراض عامة في المجتمعات ذات الاقتصاد القوي مثل الولايات المتحدة الأمريكية، وهذا أكثر من العبء الذي تسببه جميع أنواع السرطانات.

كما طورت دراسة العبء العالمي للأمراض مقياسًا واحدًا يسمح بالمقارنة بين عبء مرض ما وبين الأمراض المختلفة، وذلك يتضمن الموت والإعاقة، حيث وجد أن الإعاقة التي يسببها الاكتئاب الشديد تساوي الإعاقة التي يسببها العمى أو شلل الأطراف السفلي بينما الذهان الحاد يؤدي إلى إعاقة تساوي شلل الأطراف السفلية والعلوية (الختاتنة، 2011، ص172).

خامسًا: طرق الوقاية والتعامل مع الأمراض النفسية:

إنَّ المبدأ القائل "الوقاية خير من العلاج" هو أصدق ما يكون في مجال الصحة النفسية والوقاية من الأمراض النفسية تبدأ أولاً ما تبدأ في تربية الأبناء، فالطفولة أساس البناء إن كان هذا الأساس متينًا يصبح البناء كله قويًا لا خوف عليه. وكذلك الطفولة إن مرت بسلام من غير صدمات أو أخطاء كبرى في التربية يصبح بناء الشخصية في الكبر قويًا متماسكًا.

وتنقسم الوقاية من الأمراض النفسية إلى:

الوقاية الأولى: وهي محاولة منع حدوث المرض.

الوقاية الثانية: محاولة تشخيص المرض في مرحلته الأولى قدر الإمكان.

الوقاية الثالثة: محاولة تقليل أثر إعاقة وأزمات المرض.

وتتركز الخطوط العريضة للوقاية من المرض على (الفيل، والسيد، 2015، ص94):

1. الوقاية الحيوية: وتركز على رعاية الأم قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة.
2. الوقاية النفسية: وتركز على تنشئة الفرد تنشئة اجتماعية سوية، وأن يكون متوافق نفسيًا واجتماعيًا ومهنيًا.
3. الوقاية الاجتماعية: وتركز على فهم الأسباب الاجتماعية للاضطرابات النفسية (زهران، 2005، ص46).

ومن أهم الوسائل والطرق للوقاية من الإصابة بالأمراض النفسية والحفاظ على الصحة النفسية

1. اعرف نفسك: وهذه العبارة كانت محور فلسفة سقراط طوال حياته، وقد نقشها على مدخل معبد دلفي أنه من الخير معرفة مكامن القوة ونقاط الضعف فيه.
2. دع نفسك على سجيتها وتلقائيتها: كل فرد له شخصية متميزة ومتفردة، فإذا خجل من حقيقة نفسه وألبسها قناعًا لإخفائها فسيظل مهددًا طوال الحياة بسقوط هذا القناع، وإن كان

الصدق والمصارحة مع النفس ضمان صحتها النفسية، فمع الغير تعبير عن قوة الشخصية.

3. الاهتمام بالحاضر أكثر من الماضي والمستقبل: إنَّ التفكير المستمر فيما فعلته في الماضي غالبًا ما يشعرك بالتحسر والمرارة، ويزد حياتك الخاصة صعوبة في المستقبل، ويضخم الأعباء المنتظرة، ويجعلك تشعر بتقل وطأة الحياة، ويزيد همومك وضغوطك النفسية.

4. انظر إلى الفشل والنجاح نظرة موضوعية.

5. تخيّر هدفًا ساميًا.

6. تعلم المسالمة وليست الاستسلام: المسالمة هي الصبر على المكروه وتحمل الصعاب والشدائد، وإبداء المرونة في بعض المواقف التي تتطلب التروي وضبط النفس حتى تمر العاصفة.

7. تعلم حل المشكلات بطريقة صحيحة: والحلول الناجحة هي القائمة على التخطيط النابع من التفكير الواعي، وإذا فشلنا في حل المشكلة نعود بعد تغيير الطريقة.

8. اتخذ لنفسك صديقًا: والصديق المطلوب هو مَنْ يصدقك القول والعمل، ولا يجانبك في المواقف التي تتطلب عنه أن يكشف لك عن الحقيقة ولو كانت مرة. وإنَّ التحدث مع مثل هذا الصديق الوفي الأمين والموثوق عن مخاوفك المكبوتة وأحزانك المتينة يخفف كثيرًا عن أزماتك النفسية ويزيدها وضوحًا وتحديدًا.

9. قدّس الترويح كما تقدس العمل: إنَّ الراحة والترويح بعد العمل الشاق جسميًا ونفسيًا وعقليًا واجتماعيًا ضرورة من ضروريات الصحة في جميع مراحل العمر، مع ملاحظة أن يكون هذا الترويح إيجابيًا، وأن يتخذ طابع الراحة النفسية والترويح الإيجابي يكون الفرد فيه مشتركًا فعالًا.

10. التمسك بالإيمان: فهو جوهر الصحة النفسية، إنَّ الإيمان العميق بالله يملأ النفس طمأنينة ورضا ويقينًا ويحميها من التشاؤم؛ مما يجعل المؤمن ماضيه وحاضره ومستقبله تفاؤل (الغري، 2014، ص25).

11. عدم الإفراط في التدخين وتناول القهوة.

12. عدم الإمعان في توقيع العقوبات النفسية والجسدية بسبب حدوث أخطاء واقعية أو وهمية يرتكبها الفرد.

13. الحرص على التنوع والتشويق في التصرفات والحياة اليومية وعدم الظهور بمظهر غير لائق أمام الآخرين.
14. التقليل من ضخامة ما يتصوره الفرد والابتعاد عن الحساسية الزائدة في التعامل مع الآخرين.
15. الابتعاد عن مسببات الخوف والقلق والأرق والملل.
16. العيش بواقعية والبعد عن أحلام اليقظة وعالم الخيال (أحمد، 2007، ص46).

الفصل الثالث

الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي

المبحث الأول:

الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية.

أولاً: مفهوم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية:

يشير المعنى اللغوي للممارسة بأنها: أحد مشتقات الفعل مارس، ومارس الشيء ممارسة (البلبكي، 1996، ص714). وهي تعني المزاولة والتدريب عملياً أو التطبيق عملياً أو التعدد (مجمع اللغة العربية، 2005، ص78) .

بينما يشير مصطلح "مهنة" إلى نسق القيم والمهارات والأساليب الفنية والمعلومات ومعتقدات جماعة من الناس يتمسكون بها فيما بينهم، وتستخدم لمواجهة متطلبات اجتماعية (السكري، 2000، ص405) .

والمهنة هي امتهان فرد أو أفراد لأداء نشاط معين لا يمارسه إلا من يملكون مهارات خاصة أعدوا خصيصاً لممارستها، فهي من ثم تخصص دقيق (أبو المعاطي، 2003، ص107) .
وتعرف الممارسة المهنية بأنها: الجهد المبذول من جانب تخصص معين أو تخصصات عدة في إطار معين، وقد يطبق مدخل أو مداخل عدة لتحقيق الأهداف الموضوعية (weber, 2009, p223) .

كما تعرف بأنها: الجهود التي يستند إليها الأخصائي الاجتماعي لتحقيق أهداف المهنة في إطار مجموعة من المعارف والقيم والمهارات والنماذج باستخدام أساليب وأدوات الممارسة المهنية (Barker, 1989, p39).

ويمكن أن تعرف الممارسة المهنية بأنها: الأفعال التي يقوم بها الممارس والموجهة نحو بعض الأغراض المحددة، والتي تقدم في ضوء توجيه وإع من المعرفة والقيم، والتي تم تنميتها في مجموعة من الأساليب الفنية والمناهج العلمية (منقريوس، وأبو المعاطي، 2000، ص57) .

بينما تعرف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بأنها: المحصلة أو الناتج النهائي الناجم من التلاحم والتفاعل بين كل من القيم والأغراض والاعتراف والتصديق المجتمعي والمعرفة والمنهج .

وهي تشير إلى العمل مع الناس الذين لديهم مشكلات اجتماعية والمعرضون للخطر أو الانجرار بآثار المشكلات الاجتماعية، إضافة إلى أنها عملية تقوم بين ذوي حاجات اجتماعية وأخصائي اجتماعي في منظمة اجتماعية (بدوي، وعبد الفتاح، 2005، ص199).

أما الخدمة الاجتماعية النفسية فتعرف بأنها: العمليات المهنية والجهود العلمية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي بهدف التخفيف من تقدم المرض النفسي والعقلي، وتقليل المشكلات الوجدانية والاضطرابات السلوكية ليعود الإنسان إلى الحياة الطبيعية، وتمارس هذه الجهود والخدمات في مؤسسات الطب النفسي والصحة العقلية التي هدفها الأساسي هو دراسة وتشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية والوقاية منها (غباري، 2003، ص271).

وتعرف بأنها: خدمة فردية تقدم في حالات المشكلات الانفعالية، وترتبط ارتباطاً مباشراً بالطبيب النفسي، وتمارس في تعاون كامل معه، وتطبق في المستشفيات والعيادات أو بإشراف هيئة العلاج النفسي لمساعدة المرضى المصابين باضطرابات انفعالية، وفي الوقت الحاضر تطبيق خدمة الجماعة والعلاج النفسي الجمعي (رشوان، 2007، ص324).

وهي أحد مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية التي تتعامل مع المرضى ومضطربي الشخصية داخل وخارج العيادات النفسية والمستشفيات العقلية لتحقيق أهداف علاجية ووقائية وتنموية، من خلال قيام الأخصائي الاجتماعي بدور تكاملي مع الفريق العلاجي (أبو جبل، 2015، ص23).

وتعرف الباحثة الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية في الدراسة الراهنة بأنها: التطبيق العملي للأنشطة والأدوار والمعارف والمهارات والاستراتيجيات والأدوات والأساليب التي يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون أثناء تعاملهم مع المرضى النفسيين وأسرههم وفريق العمل في المراكز النفسية الحكومية بقطاع غزة؛ من أجل المساعدة في حل مشكلات المرضى وإحداث التغيير المطلوب.

ثانياً: الحاجة إلى الخدمة الاجتماعية النفسية ومبررات وجودها:

لم يكن دخول الخدمة الاجتماعية محض الصدفة في المجال النفسي ولكن كان دخولها بناءً على حاجة حقيقية شعر بها الأطباء والمرضى، خاصة مع تقدم علوم النفس والطب النفسي والصحة العقلية، وزيادة فهم تأثير العوامل الاقتصادية والأسرية والعلاقية والمالية والبيئية والاجتماعية على حدوث واستمرارية وانتشار الأمراض والاضطراب النفسية والعقلية، وكذلك مدى مساهمة العوامل الاجتماعية في الإسراع بعملية الشفاء لو انتكس المريض وتأخر علاجه؛

لأنّ التركيز على جانب دون آخر من جوانب الشخصية في أمراض تتصل بتلك الجوانب سلبيًا وإيجابيًا هو تركيز غير واعٍ وغير مبرر من وجهة النظر العلمية.

وقد كانت مستشفى مانهاتن الأمريكية للأمراض العقلية أول من طالبت عام 1906 بضرورة أن يكون هناك أسلوب لرعاية المرضى بعد خروجهم من المستشفى حتى لا تنتكس حالتهم، وقد سار على النهج نفسه مستشفى "بوسطن" عام 1910، حيث أعدت متخصصين مدربين على الجوانب الاجتماعية لمتابعة حالة مرضاها (يوسف، 1997، ص193).

ومع انتشار الأفكار والكتابات العلمية والدراسات البحثية حول الصحة العقلية، زادت مطالبة الأطباء ومنهم "دولف ماير" الذي طالب بضرورة الاهتمام بدراسة الأحوال الاجتماعية والبيئية لمرضاه، وقد كانت لأفكاره وأبحاثه في هذا الصدد تأثير كبير في إظهار أهمية العلاقات الإنسانية والتفاعلات الاجتماعية والظروف الأسرية، في التعجيل بظهور المرض النفسي والعقلي عندما تكون هذه الأحوال سلبية، وفي التعجيل بعلاج المرضى عندما تحول هذه الجوانب إلى أبعاد إيجابية تزيد من إقبال المريض على الشفاء والتفاعل مع المجتمع.

وقد كانت الولايات المتحدة الأمريكية سباقة في هذا الخصوص، حيث بدأت كلية "سميث" عام 1918، ومن بعدها مدرسة "نيويورك" عام 1919، في تدريس الخدمة الاجتماعية من أجل إعداد ممارس اجتماعي للعمل في المجال النفسي.

وفي المملكة المتحدة (بريطانيا)، بدأ منذ عام 1919 في إعطاء القائمين بعمل الخدمة الاجتماعية دراسات متخصصة لتأهيلهم على العمل الواعي في المجال الطبي النفسي، وقد كانت مستشفيات لندن سباقة في هذه الدراسات فيما يتعلق بتوجيه الأطفال ومراعاة احتياجات المرضى من كبار السن، وتلا ذلك كثير من المستشفيات في إنجلترا للاستفادة من ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي للتعامل مع حالات صغار وكبار السن.

وقد زادت الحاجة إلى جهود الخدمة الاجتماعية بتقديم دراسات علم النفس للاضطرابات السلوكية والمشكلات النفسية؛ لما لذلك من آثار مهمة على المريض وأسرته وتفاعلاته داخل مجتمعه.

ولقد أكدت هذه الدراسات ضرورة دراسة الإنسان من خلال تكاملية جوانب شخصيته فيما يتصل بالأبعاد الأربعة الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية، ولقد أكد كثير من الأطباء أن كثيرًا من الأمراض التي يشكو منها الفرد، ترجع في حقيقة الأمر إلى الخلل الواضح في

ظروف التنشئة الاجتماعية والأسرية لديهم، وأنَّ إصلاح هذه الأحوال من شأنه أنَّ ينعكس سريعاً على تقدم حالة المرضى خاصة مضطربي الشخصية (صالح، 2014، ص288-289).

ولمّا كانت الشخصية هي تنظيم متكامل من الاستعدادات المورثة والمكتسبة للجوانب النفسية والعقلية والجسمية والانفعالية، والتي تحدد سلوكيات الفرد وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين، فإنه من الخطأ الركون في معالجة الفرد من خلال جانب دون آخر، بل من الضروري النظر في المعالجة إلى مضمون الشخصية وتفاعل جوانبها الأربعة مع بعضها.

وقد زاد من أهمية وضرورة وجود الخدمة الاجتماعية النفسية انتشار الأفكار العلمية التي توضح أن سلوك الفرد يتأثر بتكوينه البيولوجي وخبراته النفسية، والتي تكون لديه العواطف والانفعالات والعمليات الإدراكية، وبجانب ذلك يتأثر السلوك البشري بمدى قدرة الفرد على التفاعل مع المؤثرات البيئية في ضوء خبراته وإدراكاته وطموحاته نحو المستقبل.

فالشخصية المتكاملة تتطلب إذن تناسقاً وتفاعلاً دينامياً بين الوظائف الحيوية والبيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية في سبيل الإبقاء على وحدتها الكلية.

إن إخفاق الفرد على المستوى النفسي أو الاجتماعي أو الصحي أو العقلي يتطلب تكامل التخصصات في أهمية عوامل هذا الإخفاق وأساليب علاجه، فإذا كان الطبيب يهتم بالجوانب البيولوجية والأخصائي النفسي يركز على الجوانب النفسية، فإنَّ الأخصائي الاجتماعي يدرس ويشخص ويعالج الجوانب الاجتماعية، ومن ثم فإن تعاون الفريق العلاجي أمر ضروري من أجل نجاح العمل في الحالات النفسية، والعقلية.

فلم تعد النظرة إلى الأعراض المرضية نظرة جزئية محدودة بل أصبحت نظرة شاملة، فالمرض الاجتماعي كالإدمان أو السرقة أو البغاء تؤثر فيه عوامل صحية ووراثية ونفسية بجانب العوامل الاجتماعية، والمرض النفسي كالهستيريا. والاكنتاب أو الخوف المرضى تؤثر فيه عوامل اجتماعية كالتشجيع والترحيب والمبادرة والمشاركة، بل إن المرض العقلي لم يعد من المتصور علاجه في حالات مثل الهوس والهذاء والبارانويا والصرع والفصام، بعيداً عن الاهتمام بالإطار الأسرى والبيئي والثقافي.

وترى الباحثة، بصفتها أحد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال النفسي بأنَّ دور الخدمة الاجتماعية مكمل لأدوار جميع المهن الطبية العاملة في المجال النفسي، بل هي حجر الزاوية لما يترتب عليها من أدوار جمة في المجال النفسي، فالأخصائي الاجتماعي دائماً يكون في الطليعة حيث يناط به استقبال المريض وأسرته وفتح ملف للمريض، والتعرف إلى

المعلومات الخاصة بالمريض ومرضه، وتقديم هذه المعلومات للطبيب المعالج ليقوم بالبناء عليها في التعرف إلى المريض وتشخيص المرض، وأثناء العملية العلاجية فإن الأخصائي الاجتماعي هو المسؤول عن الزيارات الميدانية للمريض للتعرف إلى المريض في بيئته الحقيقية ومتابعة حالته عن كثب ورفع التقارير للفريق المعالج، بالإضافة إلى عقد الجلسات الفردية والجمعية للمرضى بغرض العلاج واكتشاف إمكانات وقدرات المرضى، وتزويدهم بالإرشادات والتوجيهات المهمة لتذليل الصعاب أمام العملية العلاجية.

أما المبررات التي دفعت لوجود الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية تتمثل في الآتي:

- تزايد الأمراض والمشكلات النفسية والاجتماعية بشكل ملحوظ، مما دعا كل التخصصات إلى التدخل العلمي لمواجهة ذلك.
- تزايد أعداد المرضى المصابين بتزايد ضغوط الحياة وأزماتها، وانتشار الحروب وما نتج عنها من مشردين ومعوقين وعصابيين؛ مما يتطلب مزيداً من رعايتهم.
- تقدم العلوم النفسية خاصة في الطب النفسي والصحة العقلية والدعوة من جانبهم لضرورة دراسة الجوانب الاجتماعية والبيئية السوية لانتشار وعلاج الأمراض النفسية والعقلية.
- إدخال بعض المستشفيات لأساليب المساعدة الاجتماعية للمرضى النفسيين، وثبات فعالية ذلك في الإسراع بعملية الشفاء.
- تراكم خبرات الممارسة الميدانية في المجال الطبي، وتزايد تدريب القائمين على أعمال الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية، وتأكيد الأطباء على ضرورة الاستفادة من خدماتهم في رعاية مرضى النفس والعقل قبل وأثناء وبعد الخروج من المستشفيات المتخصصة.
- تزايد الدعاوى بضرورة معالجة كثير من الاضطرابات النفسية، خاصة لدى الأطفال وكبار السن في بيئاتهم الطبيعية؛ مما ترتب عليه ضرورة توجيه وإرشاد الأسر والمجتمعات لكيفية التعامل النفسي والاجتماعي معهم.
- الاعتراف الرسمي بطريقة خدمة الفرد عام 1917 كطريقة رائدة في الخدمة الاجتماعية في معالجة المشكلات الفردية والضغوط البيئية المختلفة.
- الاتجاه نحو المنظور العلمي التكاملية الشمولي في النظرة إلى الشخصية بجوانبها الأربعة في تفاعلها الدينامي مع مكونات البيئة المختلفة (أبو جبل، 2015، ص17-21).

ثالثاً: أهمية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية:

تبرز أهمية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بشكل عام في أن:

1. الممارسة المهنية هي التي تطوع النظرية للتطبيق؛ مما يتيح الاستفادة منها.
2. الممارسة تختبر النظرية في الواقع الميداني لفحص مكوناتها، واختبار مدى صلاحيتها، فتعمل على إثرائها؛ وذلك بتلقيها أبعاد جديدة، أو تعيد صياغة بنائها وقضاياها، أو تغيير من محور وبؤرة ارتكازها.
3. أن الممارسة المهنية تعمل على تراكم الخبرة التي توفر لنا المسلمات الأساسية والتي سبق إثبات فاعليتها عن غيرها والتي يمكن الاستناد عليها في عمليات الممارسة التالية، كي نستطيع تحقيق الأهداف بأفضل الطرق وأيسرها.
4. الممارسة المهنية الهادفة، هي التي تؤدي إلى اعتراف المجتمع بأهمية المهنة التي تتم الممارسة من خلالها، واعترافه بمن يقومون عليها دون غيرهم من فئات المجتمع (المليجي، 2000، ص39).

ومن خلال ما سبق يمكن أن نتحدد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية في الآتي:

إنَّ الأسباب البيئية الاجتماعية للأمراض النفسية كثيرة، وهذه الأسباب لا بُدَّ من مواجهتها وتصحيحها، وعمل حسابها قبل أن تُؤدي بالأفراد إلى المرض النفسي، والخدمة الاجتماعية الطبية النفسية لها جهودها الفنية وأدوارها المهنية التي تمكنها من ذلك، سواء كانت أدواراً دراسية أو علاجية أم أدواراً وقائية، وهي في مواجهتها لهذه الأسباب البيئية تحقق أهدافها الوقائية التي هي في الوقت نفسه من أهداف الطب النفسي.

كما أنَّ الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية لها أدوارها أيضاً في مواجهة العوامل الهدامة التي تؤثر في الصحة النفسية مثل: الانحلال، وعدم الاستقرار، والاضطراب والتفكك، فهي تحاول مساعدة الأفراد على تعديل هذه الاضطرابات السلوكية.

وعندما يشعر الفرد بالفشل في تحقيق رغباته المختلفة وما يصاحبه من شعور بخيبة الأمل، فإننا نبحث عن الأسباب الكثيرة المتنوعة التي سببت هذا الفشل وما يصاحبه من مشكلات واضطرابات وجدانية، والخدمة الاجتماعية الطبية النفسية تعمل على الكشف عن الأسباب الاجتماعية والنفسية والجسمية، حيث إنَّ لديها الوقت الكافي للبحث عن هذه الأسباب والقدرة على تعديلها، بما يساعد على تحقيق أهداف الطب النفسي (المليجي، 2004، ص203).

كما أنّ الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية تعمل في الميادين المتصلة بالصحة النفسية كالمدارس وغيرها، فإنها تكون قادرة على اكتشاف الأعراض التي يجب العناية بها مثل العزلة وسرعة الاستثارة والانحراف العقلي والتقلب الوجداني. وما إلى ذلك من الأعراض التي يسهل التخلص منها قبل أن تصبح سلوكًا مزمنًا، لا يمكن للفرد أن يستغني عنه أو يعيش بدونه.

ومن أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية أنها قادرة على فهم البيئة وتفاعلها مع الفرد، بما فيها من علاقات أسرية قد تكون مسببة لمشكلات المريض النفسية.

ومن أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية أيضًا، مساهمة الأخصائي الاجتماعي في مجال الطب النفسي بجهود علاجية منذ بدء العمل في الحالات، وذلك بقيامه بدراسة المشكلة من جميع جوانبها والإلمام بجميع أطرافها، حتى يصل إلى الإلمام بالتاريخ الاجتماعي للعميل؛ لما لها من أهمية في علاج مشكلة العميل النفسية.

ومن أهم ما تقوم به الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية هو مساهمة الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي في العلاج، سواء كان دوره في العلاج محدودًا أو شاملًا، فإن الدور الذي يقوم به مهم وخطير (غباري، 2003، ص 275-273).

وترى الباحثة أنّ أهمية الخدمة الاجتماعية تكمن في دراسة شخصية المريض وبيئته لتحديد الأسباب البيئية المؤثرة في حياته، حيث تشكل البيئة المنغص الأول الذي يؤدي إلى تراكم الضغوط النفسية والاجتماعية على الفرد، والتي تُحول حياته إلى جحيم وتعمق تحقيق رغباته وميوله، وتُحوّله إلى فرد غير سوي وغير منتج؛ بل معول هدم وعالة على الآخرين.

كما نلاحظ الدور الحيوي للخدمة الاجتماعية في الجانب العلاجي من خلال المشاركة الفاعلة للأخصائيين الاجتماعيين في الفريق الطبي، حيث يعد الأخصائي الاجتماعي هو مصدر المعلومات للفريق الطبي فيما يتعلق بحالة المريض، بالإضافة إلى أنه أحد ركائز العملية العلاجية والمتابعة.

رابعًا: خصائص الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية:

تتعدد الخصائص العامة للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، والتي منها:

1. التعامل مع نسق العميل والعملاء :

ونسق العميل دائمًا في الخدمة الاجتماعية هو الإنسان، ويتعامل الأخصائي الاجتماعي مع نسق العميل لتنمية قدراته الذاتية للتعامل مع المشكلة معتمدًا على نفسه، والتعامل مع مكونات نسق العميل التي أثرت في ظهور المشكلة والقابلة للتأثر والتغير حتى يستعيد النسق توازنه وقدرته

على أداء وظائفه، من خلال التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي، لتمكين العميل من استخدام الموارد المتاحة لمواجهة المشكلة (Zastrow, 2002, p15).

2. المرونة:

تعد المرونة من الخصائص والسمات التي تميز الخدمة الاجتماعية، فالخدمة الاجتماعية ليست مهنة جامدة ثابتة بل تتسم بالمرونة.

وتتحدد درجة المرونة هذه نتيجة للتغيرات البيئية، فأى تغير يطرأ على الحاجات يستلزم من الخدمة الاجتماعية الاستجابة لحاجات ومتطلبات هذا التغير من ناحية، ومواجهة مشكلات هذا التغير من ناحية أخرى، إضافة إلى التغيرات التي قد تطرأ على حاجات العملاء من خدمات الرعاية الاجتماعية (Connaway, & Gentry, 2008, p8).

3. الدينامية:

الخدمة الاجتماعية مهنة دينامية متفاعلة، ويأخذ هذا التفاعل أشكالاً عدة، ومن أهمها: التفاعل القائم بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، والذي يوجهه قيم ومبادئ المهنة، وفي إطار محدد لتحقيق هدف أو أهداف محددة، كما أنّ الاستراتيجيات والتكتيكات المهنية وكذلك الأدوات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي تعمل في طياتها على توجيه هذا التفاعل لتحقيق أهداف عملية المساعدة.

كما أنّ هناك التفاعل القائم بين العميل والأنساق التي يتفاعل معها في البيئة، وتنتظر الخدمة الاجتماعية للعميل والبيئة كوحدة في إطار تفاعل النسق، حيث يؤثر العميل في البيئة ويتأثر بها (حمزاوي، والسروجي، 1994، ص16).

4. المحاسبية في الخدمة الاجتماعية:

تعد المحاسبية في الخدمة الاجتماعية ذات أهمية في الممارسة المهنية والارتقاء بمستوى الممارسة، وترتبط بصورة مباشرة بالتقويم الذاتي للكشف عن الإيجابيات ومواطن القوة والاستفادة منها، والسلبيات ومحاولة مواجهتها، كما تنعكس بصورة مباشرة على تقويم الأداء المهني، وقياس فعالية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية كمتطلب أساسي لإثراء الجانب المعرفي في الخدمة الاجتماعية في المرحلة الراهنة من مراحل تطورها (السروجي، 2009، ص64).

وبناءً على ما سبق، تحدد خصائص الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية:

1. الخدمة الاجتماعية النفسية مجال مهم من مجالات الخدمة الاجتماعية الطبية في ممارستها على مبادئ وقيم ومهارات وفلسفة الخدمة الاجتماعية، بالإضافة إلى أساليبها الفنية.

2. تتعامل مع المريض وفريق العمل الطبي وبيئة المريض الداخلية والخارجية، لتمكن المريض من العودة إلى المجتمع والاندماج فيه بعد الشفاء.
3. تهدف إلى استعادة المريض أكبر استفادة ممكنة من الخدمات الطبية والإمكانات المتاحة حتى يتم الشفاء.
4. تتطلب الخدمة الاجتماعية الطبية تعاون المريض مع الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي ليعتمد شفاء المريض، ويتمكن من التوافق مع البيئة (غباري، 2003، ص21-20).
5. تسعى إلى تحقيق أهداف الصحة النفسية والعقلية، حيث تعمل في إطارها كأدوار مكملة لأدوار الطب النفسي.
6. هي أداة لتحقيق الهدف الوقائي من الأمراض النفسية والعقلية، من خلال برامجها المتخصصة في ذلك.
7. هي خدمة مؤسسية؛ أي: تقدم في مؤسسات الصحة النفسية، ولها وضع في الهيكل التنظيمي.
8. تتطلب مهارات خاصة وأخصائي متخصص تمّ تدريبه للتعامل مع الأمراض النفسية وعلاجها بطريقة فنية تراعي الاعتبارات الخاصة لهذه النوعية من الأمراض.
9. لها بناء علمي ومعرفي متميز يتضمن أطراً نظرية وأساليب ومداخل علاجية وبرامج للتدخل المهني عن مواقف الاضطرابات النفسية، ولمواجهة الأسباب بالاعتماد على المقاييس العلمية خصيصاً للتعامل مع هذه الأمراض لتحديد المظاهر ودرجة الحدة، ويتطور الأمر باستخدام المعطيات التكنولوجية في هذا الصدد.
10. لا تخضع الخدمة الاجتماعية النفسية بصورة استاتيكية لمفاهيم الممارسة وإجراءاتها ولكن تتطور لتناسب نوعية المرض النفسي، مثل:
 - أ- نوعية العلاقة المهنية المناسبة.
 - ب- مقابلات تخضع لشروط في إجراءاتها.
 - ج- تتسم بالمرونة حسب الموقف.
 - د- خدمات تقدم ولا تخضع لحرفية القوالب الروتينية.

11. لها قيمها العامة والأدائية، وأهمها:

أ- المريض النفسي ليس عاجزاً ولكن له مجموعة من القدرات في جوانب شخصيته.

ب- إنسانية المرضى النفسيين كأفراد لهم كل مقومات الإنسان الطبيعي.

ج- المرض النفسي ليس سبباً للتبكي واستمرار التعاطف.

د- رعايته ليست منحة ولكنها حق من حقوقه.

12. أنشطة الخدمة الاجتماعية النفسية هي غالباً ضمن فريق العمل الذي يجمع بين الطبيب، ومشرف التأهيل، والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي (رشوان، 2009، ص328-325).

خامساً: فلسفة الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية النفسية:

تستمد الخدمة الاجتماعية النفسية فلسفتها من فلسفة المهنة الأم التي تركز على احترام كرامة الإنسان مع احترام الفروق الفردية، هذا بجانب استنادها إلى مجموعة من الركائز المهمة، منها:

1. إنَّ التمتع بأعلى مستوى من الصحة الذي يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو العقيدة، ويتسع مفهوم الصحة ويصبح أكثر شمولية، بحيث ينظر إلى الصحة بأنها حالة من اكتمال السلامة النفسية والبدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد انعدام المرض أو العجز.

2. إنَّ الإنسان كائن اجتماعي بطبيعته، ويعيش بالتالي مع آخرين، وهناك العديد من الأمراض التي تنشأ من معايشة الإنسان مع الآخرين وتعرضه لأزمات الحياة.

تؤمن الخدمة الاجتماعية بالفلسفة الخاصة بالعلوم الطبية التي تؤكد أنَّ الأحداث الطبيعية تخضع لسيطرة الإنسان، وكل ذلك يتحكم في الطب؛ أي: أنه لا يمكن وضع حدود فاصلة بين الأمراض العضوية والأمراض الوظيفية والواقع الاجتماعي والبيئة الطبيعية التي يعيش فيها الإنسان بمستوياته الثلاثة (كفرد وكعضو في جماعة، وكعضو في مجتمع، بل أصبح الفكر المعاصر ينظر إلى المريض كوحدة متكاملة أو كنسق متكامل، وأنَّ التعاون بين فريق العمل داخل النسق الطبي هو الأساس لتحقيق أهداف المؤسسة الطبية.

3. الإنسان كل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية دائماً، ما دام هو إنسان يعيش في مجتمع إنساني وفي بيئة اجتماعية، ومن

ثم فإن أي اضطراب في أحد هذه العناصر هو نتيجة للتفاعل بينه وبين العناصر الأخرى لإحداث هذا الاضطراب، كما أن الاضطراب يؤدي بدوره إلى اضطراب العناصر الأخرى وهكذا.

4. إن العوامل الاجتماعية للإنسان ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمرض؛ بل وقد تكون سبباً له، ويفضل أن يسير كل من العلاج الطبي والاجتماعي والنفسي جنباً إلى جنب، فالعلاج الطبي قد يكون أحد العوامل المؤدية إلى الشفاء ولكنه ليس كل العوامل، وفي الوقت نفسه، فإن غياب العلاج النفسي قد يكون وراء عودة المرض وانتكاسة أو فشل العلاج الطبي (عثمان، والسيد، 1997، ص383).

وترى الباحثة أن للخدمة الاجتماعية العديد من المنطلقات الفلسفية التي تصب في المريض وتراعي مشاعره بوصفه إنساناً له حقوقه واحترامه وتقديره، وبوصفه كائناً اجتماعياً لا يستطيع العيش بمفرده؛ بل يعيش في جماعة يؤثر بهم ويتأثر بهم، ويتشارك معهم الأفرح والأتراح ويتعاون معهم في المصائب والملمات، كما أن فلسفة الخدمة الاجتماعية المعاصرة في المجال الطبي تنظر للعميل كوحدة واحدة بجميع مشكلاتها العضوية والنفسية.

سادساً: أهداف الممارسة المهنية الخدمة الاجتماعية النفسية:

هناك أربعة أهداف رئيسة للممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية، وهي:

1- الرعاية. 2- العلاج. 3- التغيير والتنمية. 4- التمكين.

1. الرعاية:

إن قلب الممارسة هو التعامل مع الإنسان من أجل رعايته وتحقيق مستوى لائق من المعيشة بالنسبة له، والعمل على توفير الخدمات بالشكل الذي يساعد الناس على الحياة، وعلى مواجهة مشكلاتها؛ ولذلك كان اهتمام الأخصائيين موجهاً نحو التعامل مع مشكلات الأفراد والمشكلات الاجتماعية المحيطة بهم، والرعاية تشمل الاهتمام بالفرد وبالموقف؛ أي: الاهتمام بالشخصية والوسط الاجتماعي المؤثر فيها (خاطر، 2003، ص47).

2. العلاج:

من أبرز الأهداف التي تسعى إليها الممارسة المهنية هي مساعدة الأفراد والجماعات على التعرف إلى المشكلات الناجمة عن عدم التوافق بينهم وبين البيئة التي يعيشون فيها؛ بل توجيه الإنسان إلى النظر إلى ذاته، واكتشاف ما بها من نواحي قوة وضعف، وبالتالي العمل

على علاج ما يعانیه الإنسان من مشكلات قبل أن يستفحل أمرها، ومع هذا نجد أن الناس عندما يواجهون أعباء الحياة بعضهم يستطيع اتخاذ الخطوات المناسبة، والبعض الآخر قد يخفق في ذلك، وذلك بسبب قد لا يرجع إلى عجز لديهم وإنما يرجع إلى عدم إتاحة الفرص لهم لكي يمارسوا السلوك الجيد على النحو المطلوب.

3. التغيير:

تستهدف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية توسيع نطاق الخدمات الاجتماعية لجميع أفراد المجتمع والفئات المحرومة على وجه الخصوص، وهي بذلك تتوافق مع المجهودات التي تقوم بها الدولة لتطوير الخدمات الاجتماعية، وتعمل على التأثير في متخذي القرارات فيما يتعلق بالتشريعات والقوانين الخاصة بالرعاية الاجتماعية لتوسيع نطاقها، واستفادة أكبر عدد من الأفراد منها.

4. التمكين:

تسعى الممارسة المهنية إلى مساعدة الناس على اكتساب مقدرة متزايدة لحل ما يقابلهم من مشكلات، والعمل على تعريفهم بالمؤسسات الموجودة بالمجتمع، والتي يمكن من خلالها الحصول على المساعدة المناسبة لهم، وكذلك مساعدة المنظمات حتى تتمكن من تأدية وظائفها على الوجه المطلوب (عبد اللطيف، 2005، ص 13-15).

ومن خلال ما سبق، تهدف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية إلى الآتي:

1. المساهمة في علاج المرض النفسي والعقلي والعمل على الوقاية منه.
2. تقليل المشكلات الوجدانية والاضطرابات السلوكية.
3. نشر التربية الصحية التي تعتمد على أسس الصحة العقلية.
4. إيقاف تقدم المرض النفسي والعقلي، وإعادة المريض إلى الحياة الاجتماعية النشطة.
5. مساعدة الفرد على تحقيق التوافق مع نفسه ومع بيئته ومع الآخرين.
6. مساعدة الفرد على استغلال قدراته واستثمارها حتى يستطيع مواجهة مطالب الحياة والواقع.
7. تسهم في تفهم العلاقات الاجتماعية والصعوبات الشخصية والعوامل البيئية التي أدت إلى حالة عدم التكيف للمريض.

8. تسهم في تحقيق أهداف وقائية وعلاجية من خلال التعامل مع أربعة مستويات "المريض، وأسرته، ومجتمعه، والمؤسسة العلاجية" (غباري، 2003، ص 272-273).

وترى الباحثة أنّ الخدمة الاجتماعية تهدف إلى العناية بالفرد وإعداده ليكون قادرًا على تحمل الضغوط المؤثرة، والاعتماد على نفسه في مواجهة مشكلات البيئة المحيطة والتغلب عليها أو تطويعها لخدمته، وذلك من خلال اكتشاف مكامن القوة لديه واستثمارها بالحد الأقصى وعلاج مكامن الضعف ليستطيع مواكبة ركب الحياة.

سابعًا: المراكز والعيادات النفسية الحكومية بقطاع غزة:

1. نبذة تاريخية:

بدأت الخدمات النفسية المجتمعية في قطاع غزة بإنشاء مستشفى الطب النفسي بغزة عام 1978، كمستشفى تخصصي وحيد بسعة (32) سريرًا على جزء مستقطع من مستشفى العيون، بعد أن كانت الحالات النفسية تُحوّل إلى مستشفى بيت لحم للأمراض النفسية بالضفة الغربية ومستشفى العباسية بجمهورية مصر العربية.

وفي العام 1996 تمّ إنشاء دائرة الصحة النفسية المجتمعية لتقديم خدمات نفسية على أساس مجتمعي، وكانت تشرف على إدارة (5) مراكز للصحة النفسية المجتمعية.

منذ إنشاء وزارة الصحة عام 1994 حتى 2008 كانت خدمات الصحة النفسية مجزأة بين دائرة الصحة النفسية المجتمعية التي تشرف عليها الإدارة العامة للرعاية الأولية، وبين مستشفى الطب النفسي، ويشرف عليها الإدارة العامة للمستشفيات.

وفي العام 2008 تم إنشاء الإدارة العامة للصحة النفسية المجتمعية كجسم هيكلي موحد ومتكامل لخدمات الصحة النفسية؛ من أجل تقديم خدمات صحية نفسية شاملة ومتكاملة لتلبي الاحتياجات المتزايدة للمجتمع الفلسطيني للخدمات النفسية نتيجة الأوضاع الصعبة التي يعيشها المجتمع.

2. مهام الإدارة العامة للصحة النفسية المجتمعية:

1. متابعة الخدمات النفسية المقدمة في مرافق الإدارة العامة للصحة النفسية.
2. وضع سياسات وإجراءات العمل في الصحة النفسية، ومراجعتها دوريًا.
3. وضع معايير وضوابط للعمل في المجال النفسي ومتابعة تطبيقها دوريًا.

4. المشاركة في وضع المناهج والبرامج المتعلقة في مجال الصحة النفسية وتقييمها.
5. تمثيل الوزارة في اللجان والمهام التي لها علاقة بالصحة النفسية.
6. تقديم البرامج والخطط للمسؤولين في الوزارة، والتي تهدف إلى تطوير الخدمات المقدمة.
7. التنسيق والتعاون مع مختلف القطاعات في مجال الصحة النفسية.
8. إعداد الدراسات والإحصائيات المتعلقة في مجال الصحة النفسية.
9. متابعة أي مهام تكلف بها الإدارة ضمن اختصاصها (الإدارة العامة للصحة النفسية المجتمعية، 2017).

3. الأهداف الاستراتيجية:

1. تقديم خدمات صحة نفسية مجتمعية شاملة بجودة عالية.
2. رفع كفاءة العاملين في مجال الصحة النفسية المجتمعية.
3. تطوير نظام صحة نفسية مجتمعية متكامل.
4. توفير الموارد اللازمة للرعاية الصحية النفسية.
5. تعزيز الوعي المجتمعي بمفاهيم الصحة النفسية والتقليل من الوصمة.
6. تعزيز خدمات الطب النفسي والدعم النفسي الاجتماعي.
7. تأهيل البنية التحتية لمرافق الصحة النفسية.
8. تعزيز الخدمات التأهيلية للمرضى النفسيين والمدمنين.

4. البرامج والأنشطة والخدمات:

أ: الخدمات العلاجية:

1. استقبال وتقييم وتشخيص وعلاج المرضى النفسيين ومرضى الأعصاب والمدمنين وفتح ملفات لهم.
2. تقييم الأدوية النفسية والعلاج النفسي للمرضى النفسيين مجاناً.
3. تقديم الرعاية التمريضية والدعم والإرشاد النفسي والاجتماعي للمرضى النفسيين.
4. عمل الفحوصات والاختبارات النفسية للمرضى النفسيين ومرضى الأعصاب.

5. عمل صور تخطيط الدماغ للمرضى النفسيين وغيرهم من الحالات المحتاجة لذلك.
6. إدخال للحالات التي تحتاج دخول ومبيت بمركز التأهيل النفسي المجتمعي.
7. استقبال وتشخيص وعلاج المرضى من الأطفال والمراهقين من خلال قسم وعيادة الأطفال بالمركز.
8. استقبال وعلاج ومتابعة المدمنين من خلال قسم الإدمان بدائرة التأهيل النفسي.
9. عمل جلسات الإرشاد والعلاج الجمعي والفردى.
10. عقد الندوات والمحاضرات التثقيفية للمرضى وذويهم والمجتمع بخصوص التعامل مع المرض النفسي.
11. عمل أنشطة رياضية وجلسات تفريغ نفسي ومسابقات ثقافية.

ب: التدريب والتعليم المستمر:

1. الإشراف والتدريب العملي للطلبة والخريجين من كليات الطب والتمريض والعلوم الإنسانية وطلبة الدراسات العليا وأطباء الامتياز والبورد الفلسطيني.
2. تدريب داخلي للعاملين من خلال الدورات التدريبية والأيام الدراسية وورش العمل والمحاضرات، وعرض ومناقشة الحالات المرضية ودورات عبر الفيديو كونفرانس.
3. تدريب الأطباء والممرضين العاملين في الرعاية الأولية على مبادئ الصحة النفسية والأمراض النفسية الشائعة، وكيفية التعامل معها من خلال إعداد الدليل الإرشادي للعاملين.
4. تنظيم دورات في الصحة النفسية للعاملين في المجال الصحي من أجل تقديم خدمة صحية جسمية ونفسية شاملة ومتكاملة.
5. تنظيم دورات تدريبية في الصحة النفسية للعاملين في الوزارات الأخرى والمؤسسات الأهلية.

ج: التثقيف الصحي النفسي:

1. تقديم برامج تثقيفية عبر وسائل الإعلام المسموعة والمرئية.
2. محاضرات تثقيفية في المدارس والجامعات ورياض الأطفال والمخيمات الصيفية والمنتديات الشبابية والجمعيات النسائية.

3. برامج تثقيفية للمرضى وذويهم لمساعدتهم على التكيف مع المرضى النفسيين.

د: الزيارات المنزلية:

يقوم الفريق النفسي بزيارة المرضى في بيوتهم لتقييم حالتهم وإعطائهم العلاج اللازم، وإرشاد وتثقيف ودعم أسرهم، ومتابعة حالتهم النفسية من أجل دمج المريض في الأسرة والمجتمع.

هـ: زيارة المؤسسات:

يقوم الفريق النفسي في المراكز بزيارة المؤسسات والجمعيات والمننديات الشبابية والمخيمات الصيفية والمدارس ورياض الأطفال لتقديم الدعم النفسي والمشورة والتثقيف الصحي، والكشف المبكر عن الحالات المرضية.

و: البحث العلمي:

1. من خلال تنظيم والمشاركة في المؤتمرات والأيام الدراسية وورش العمل، وتسهيل مهمة الباحثين لإنجاز أبحاثهم النفسية.
2. من خلال الأرشيف الطبي يتم عمل الإحصائيات الشهرية والسنوية عن معدلات الدخول والخروج والمراجعين والحالات الجديدة.

ز: خدمات تأهيلية:

يقوم الفريق النفسي بتقديم خدمات تأهيلية للمرضى والمدمنين لدمجهم في المجتمع.

ح: التنسيق مع المؤسسات المحلية والأجنبية:

1. زيارة المؤسسات والمراكز والجمعيات العاملة في المجال النفسي للتعاون والتنسيق وتبادل الخبرات وتكامل الخدمات.
2. التنسيق مع المرشدين النفسيين في المدارس للمساعدة في الوقاية والاكتشاف المبكر للحالات المرضية، وتحويل الحالات التي تستدعي تدخلاً وعلاجاً إلى مراكز الصحة النفسية المجتمعية.
3. تقييم الحالات وكتابة التقارير الطبية للمرضى الذين يتلقون مساعدات من الشؤون الاجتماعية ووكالة الغوث.
4. تقييم الحالات الجنائية المحولة من النيابة العامة والمحاكم؛ وذلك لتحديد مدى مسؤوليتها القانونية.

5. التنسيق والتعاون مع المؤسسات الدولية، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية لتطوير وتنظيم خدمات الصحة النفسية، وتدريب وتأهيل العاملين فيها (الإدارة العامة للصحة النفسية المجتمعية، 2017).

وتشرف الإدارة العامة للصحة النفسية في الوقت الراهن على (7) مراكز نفسية تغطي خدماتها جميع محافظات قطاع غزة، وهي على النحو الآتي:

مركز التأهيل النفسي المجتمعي "مستشفى الطب النفسي سابقاً" - مركز الصوراني للصحة النفسية - مركز غرب غزة للصحة النفسية "المشتل" - مركز الشمال للصحة النفسية "أبو شباك" - مركز الوسطى للصحة النفسية "الزوايدة" - مركز خان يونس للصحة النفسية - مركز رفح للصحة النفسية.

1. مركز التأهيل النفسي المجتمعي "مستشفى الطب النفسي سابقاً":

هو مستشفى حكومي متخصص في تقديم الخدمات النفسية المجتمعية، وتم تشييده عام 1980 على مساحة (6000) متر مربع، ويقع في المنتصف بين مستشفى العيون ومستشفى الرنتيسي للأطفال، في شارع العيون- حي النصر وسط مدينة غزة، ويخدم جميع مناطق ومحافظات قطاع غزة؛ كونه المستشفى التخصصي الوحيد في مجال الصحة النفسية بالقطاع، لكن كما تشير معلومات المركز فإنَّ أقصى قدرة استيعابية له هي 50 سريرًا فقط، ويوجد بالمركز عدد من الأقسام والعيادات، مثل: قسم الرجال - قسم النساء - قسم تخطيط الدماغ والعضلات - قسم التأهيل النفسي المجتمعي - عيادة الإدمان "وهي العيادة الوحيدة التخصصية في قطاع غزة" - الصيدلية المركزية.

2. مركز الصوراني للصحة النفسية:

وهو عبارة عن عيادة نفسية متخصصة أنشئت عام 1995، وتحتل الطابق الرابع من عيادة الصوراني الطبية، وهذا المركز مخصص لتقديم الخدمات النفسية والاجتماعية لسكان شرق مدينة غزة.

3. مركز غرب غزة للصحة النفسية "المشتل":

وهو عبارة عن عيادة نفسية متخصصة أنشئت عام 2009، تقع بالقرب من أبراج الفيروز - منطقة المشتل غرب مدينة غزة، وهذا المركز مخصص لتقديم الخدمات النفسية والاجتماعية لسكان غرب مدينة غزة.

4. مركز الشمال للصحة النفسية "أبو شباك":

وهو عبارة عن عيادة نفسية متخصصة أنشئت عام 2008، تقع في شارع مسعود - جباليا البلد، وهذا المركز مخصص لتقديم الخدمات النفسية والاجتماعية لسكان محافظة شمال غزة.

5. مركز الوسطى للصحة النفسية "الزوايدة":

وهو عبارة عن عيادة نفسية متخصصة أنشئت عام 2008، تقع في بلدة الزوايدة مقر المحافظة سابقاً، وهذا المركز مخصص لتقديم الخدمات النفسية والاجتماعية لسكان محافظة الوسطى.

6. مركز خان يونس للصحة النفسية:

وهو عبارة عن عيادة نفسية متخصصة أنشئت عام 1996، تقع في مدينة خانيونس، وهذا المركز مخصص لتقديم الخدمات النفسية والاجتماعية لسكان محافظة خانيونس.

7. مركز رفح للصحة النفسية:

وهو عبارة عن عيادة نفسية متخصصة أنشئت عام 2006، تقع في مدينة رفح - تل السلطان، وهذا المركز مخصص لتقديم الخدمات النفسية والاجتماعية لسكان محافظة رفح.

5. التحديات والمعوقات:

1. زيادة الطلب على الخدمات بسبب الزيادة الديمغرافية واستمرار الأوضاع الحياتية الصعبة.
2. الوصمة المجتمعية للاضطرابات النفسية.
3. النقص الحاد في الموارد البشرية وخصوصاً في فئة الأطباء النفسيين والأخصائيين.
4. النقص في تخصصات الطب النفسي كطب نفس الطوارئ، وطب نفس الأطفال، والإدمان، والطب النفسي الشرعي، والطب النفسي الارتباطي.
5. عدم توفر أخصائيي تأهيل وظيفي ولا مدربين حرفيين.
6. ضعف التمويل اللوجستي لأنشطة التأهيل والتدريب والتثقيف الصحي النفسي.
7. النقص الحاد في الأدوية النفسية (الإدارة العامة للصحة النفسية المجتمعية، 2017).

المبحث الثاني:

الأخصائي الاجتماعي الطبي في المجال النفسي

أولاً: مفهوم الأخصائي الاجتماعي الطبي:

هو الشخص المعد إعداداً مهنيًا خاصًا، والذي يجب أن يتوافر لديه الاستعداد لممارسة طرق الخدمة الاجتماعية وفي مختلف التنظيمات؛ وذلك من أجل تخفيف المشكلات الاجتماعية، وفي الوقت نفسه مساعدة المنظمات على تحقيق أهدافها (رضا، 1886، ص161).

هو المسؤول المهني عن جميع عمليات الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المؤسسة الصحية والطبية والتأهيلية أو في البيئة الخارجية؛ بهدف إحداث عمليات التغيير الاجتماعي والمساهمة مع الفريق الطبي أو التأهيلي في إعادة تأهيل المرضى، وتحقيق تكيفهم واندماجهم الاجتماعي، والعمل على تحسين الظروف الصحية في البيئة (الشهراني، 2014، ص686).

هو الشخص المعد إعداداً مهنيًا سليمًا يؤهله للقيام بممارسة الخدمة الاجتماعية، وهذا يعني أنه ذلك الشخص الحاصل على مؤهل علمي في الخدمة الاجتماعية لا يقل عن البكالوريوس (محنتشي، وآخرون، 2021، ص412).

وتعرف الباحثة الأخصائي الاجتماعي الطبي في الدراسة الراهنة بأنه:

الشخص الحاصل على درجة البكالوريوس على الأقل في تخصص الخدمة الاجتماعية، والتي تم من خلالها إكسابه المعارف والأساليب والمهارات المهنية التي تؤهله للقيام بأدوار ومهام ذات طبيعة اجتماعية محددة ضمن الفريق العمل الطبي بالمراكز النفسية الحكومية.

ثانيًا: سمات الأخصائي الاجتماعي الطبي في مجال الصحة النفسية:

لكي يقوم الأخصائي الاجتماعي بدوره في مجال الصحة النفسية، وفي مواجهة مشكلات الأفراد وعلاجها للوصول بهم إلى حالة التأقلم والتكيف والتوافق، يجب أن يتصف بصفات، وأهمها:

أ. مجموعة صفات شخصية:

تؤدي شخصية الأخصائي الاجتماعي دورًا مهمًا في أدائه المهني، وخاصة في مجال الصحة النفسية؛ لأنَّ الخدمة الاجتماعية ما زالت تتسم بطابع فني يعتمد أدائه على شخصية الأخصائي الاجتماعي نفسه، والتي تختلف من أخصائي اجتماعي لآخر. وعلى ذلك؛ فإنَّ أهم الصفات الشخصية الفطرية والمكتسبة، والتي يجب أن يتحلَّى بها الأخصائي الاجتماعي هي:

1. قدرات صحية وجسمية مناسبة بالقدر الذي لا يثير في عملائه أحاسيس الإشفاق والرثاء وتكون مناسبة للقيام بواجباته.
2. اتزان انفعالي يكسبه القدرة على ضبط النفس، وإدراك الواقع، والذي لا تشوبه نزعات أو تهورات أو اندفاع أو بلادة انفعالية.
3. تنظيم معرفي عقلي مناسب يجمع إلى جانب معارف العلوم الاجتماعية بعض القدرات الخاصة مثل (التعبيرية - اللفظية - الحسية - التصويرية).
4. أن تكون له القدرة على نقد الذات والتخلي بالخلق السوي، وقدرته على إقامة علاقات اجتماعية ومدركًا لطبيعة العلاقات واتجاهاتها في المجتمع (السنهوري، 2002، ص312).

ب. مجموعة صفات عقلية:

إنَّ الخدمة الاجتماعية كمهنة لا تؤدي روتينيًا ولكنها تتطلب قدرًا كبيرًا من التفكير واستثمار القدرات الذهنية، ولذلك يجب أن يكون الأخصائي الاجتماعي مزودًا بما يلي:

1. قدر مرتفع من الذكاء العام.
2. قدرات عقلية خاصة مثل: التخيل والإبداع؛ ليتمكن من التغلب على العوائق التي قد تواجهه في العمل مع القدرة على تحليل المواقف.
3. قدرته على إيجاد العلاقات بين الظواهر ليتمكن من تقدير المواقف.
4. أن يكون قادرًا على التعبير السليم، ولديه القدرة على القيادة والإقناع.
5. أن يكون سريع البديهة، قوي الملاحظة.
6. قادر على الإدراك العقلي، والتفكير السليم، والتجاوب مع العملاء.
7. أن يكون يقظًا، واثقًا بنفسه، واسع الاطلاع.

ج. مجموعة صفات مهنية:

إنَّ عمل الأخصائي الاجتماعي في الصحة النفسية لا بُدَّ وأنَّ يرتكز على قاعدة المعلومات الكافية في علم النفس بفروعه المختلفة، بالإضافة إلى المعرفة العلمية التخصصية للمهنة المتكاملة، ولذلك يجب على الأخصائي الاجتماعي مراعاة ما يلي:

1. أن يداوم الاطلاع والاتصال بمصادر المعرفة الضرورية للممارسة في مجال الخدمة الاجتماعية وخاصة علم النفس والصحة النفسية.
2. أن يتقن المهارات الضرورية لأدائه لعمله.
3. أن يتسم بالقدرة على الاستفادة من التجارب التي يمر بها ويخترنها في صورة خبرات يمكن أن يستفيد بها في حياته المهنية في مختلف مواقف تعامله مع الحالات التي يتناولها.
4. أن يتسم بالثابرة في أدائه لعمله، وألا يكون متعاساً أو سريع الملل، ولا يرتبط في ذهنه وقت محدد للعمل كيربط مرتبه بالوظيفة.
5. أن تكون لديه الرغبة التلقائية في تحمل المسؤولية، والقدرة على اتخاذ القرار المبني على صنع القرار بصورة علمية.
6. أن يكون ملماً بمهنته، مهتماً بأدائه، شديد الولاء لمهنته، ويدافع عنها، ويفتخر بمكانته ووضعه الوظيفي أمام المتخصصين الآخرين، ولا يقلل من شأن تخصصه (رشوان، 2007، ص341-339).

د. الصفات النفسية:

1. أن يكون منبسطاً متزناً، لا يتسرع في انفعالاته، ولا يتسرع في إصدار الأحكام.
2. أن يكون قادراً على التحكم في انفعالاته.
3. أن يكون محباً للناس، ولديه الرغبة الصادقة في مساعدتهم.
4. أن يتصف بالتضحية والعطاء وإنكار الذات.
5. أن يكون خالياً من العقد والاضطرابات النفسية.
6. أن يكون خالياً من الأحقاد والصراعات الهدامة، ومحباً لعمله ووطنه (النوحي، 2018، ص638).

هـ. الصفات الاجتماعية:

1. أن يكون قادرًا على تكوين علاقات قوية، قائمة على الثقة والاحترام المتبادلان.
2. أن يكون متعاونًا مع الآخرين، لديه الرغبة الصادقة في المساعدة، وتقديم الخدمات للعملاء.
3. أن يكون عادلاً وموضوعيًا وغير متحيز، ومتصفاً بالصبر، والتسامح والنزاهة.
4. أن يكون مساهمًا للاتجاهات البناءة، ومنفعلاً بأحداث عصره، فاهمًا ما حوله من تطورات، وتغيرات اجتماعية.
5. متفهمًا لمشكلات وتقاليد وعادات وأهداف مجتمعه وأمانيه المختلفة.
6. أن يكون محبًا لعمله ووطنه ودينه، متمسكًا ومنفذًا لتعاليمه (أبو جبل، 2001، ص-77-79).

وترى الباحثة أنه يجب أن يتوفر في الأخصائي الاجتماعي الناجح مجموعة من الخصائص (الشخصية والعقلية والنفسية والاجتماعية والمهنية) التي تساعد على القيام بمهامه على أكمل وجه وأداء دوره بفاعلية، لذلك على الأخصائي أن يتميز بالحكمة والرزنة والقدرة على ضبط النفس في التعامل مع العميل، وما ينتج عنه من تصرفات غير متزنة، كذلك القدرة على ضبط الجلسة والحزم مع العميل وأهله، بالإضافة إلى غزارة المعلومات، والقدرة على الإقناع وإدارة دفة الحوار، كذلك القدرة على اكتشاف أبعاد مشكلة العميل، وتقديم خبرات له فيما يتعلق بحل المشكلة، وذلك من أجل كسر الجمود مع العميل وكسب ثقته، ودفعه للتداعي الحر من أجل الكشف عن مزيد من جوانب شخصيته ومشكلته، وبناء علاقة مهنية معه تؤدي أكلها أثناء تطبيق الخطة العلاجية، وتعيد العميل إلى حالة السواء كما كان من قبل بقدر الإمكان.

ثالثًا: مقومات الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي بالمجال النفسي:

1. المقوم المعرفي:

تعتمد ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية على مجموعة من المعارف المستمدة من العلوم المختلفة خاصة العلوم الاجتماعية (السنهوري، 2001، ص352).

ويمكن القول بأنّ المعارف المهنية التي يحتاجها الأخصائي الاجتماعي متعددة ومتنوعة، وهي كما حددها مجلس تعليم الخدمة الاجتماعية نوعين من المعارف، النوع الأول: المعارف التأسيسية: وهي نظريات السلوك البشري والبيئة الاجتماعية، والمرتبطة بالإنسان والمجتمع، مع العديد من مستويات الشخصية والنظم الاجتماعية، والنوع الثاني: المعارف

المهنية: المتصلة بممارسة الخدمة الاجتماعية وطرقها المختلفة والإمام الجيد الشامل بجميع المعارف المتخصصة في الخدمة الاجتماعية (الدباغ، 2000، ص336).

ولكي يحقق الأخصائي الاجتماعي الهدف من عمله مع الأفراد والجماعات والمجتمعات فلا بُدَّ أن يكون مدعماً بأساس معرفي قوي يزيد من قوته على التعامل المهني المنشود، وذلك وفقاً لأسس علمية بعيداً عن العشوائية والارتجال (Donald, 2003, p14).

إنَّ الأساس المعرفي يمثل أحد مقومات الأداء المهني الرئيس، وخاصة في ضوء ربط ذلك بالأساس المعرفي بالنواحي التطبيقية التي تعتمد على:

– قاعدة علمية نابعة من العلوم الاجتماعية.

– قاعدة علمية خاصة بالخبرة الاجتماعية.

معارف نابعة من الخبرات الميدانية (حجازي، 2008، ص1141).

لذا؛ فإنَّ الأخصائي الاجتماعي أثناء ممارسته المهنية في المجال النفسي يجب أن تكون لديه المعارف المتعددة والمتمثلة في الآتي:

1. معلومات طبية مبسطة بالقدر الذي يستطيع معرفة أنواع الأمراض النفسية ومسبباتها، وخصوصاً تلك الأمراض التي تتميز بطابع الخطورة، بالإضافة إلى حفظ المفاهيم الشائعة في المجال الطبي والنفسي.

2. معرفة الاحتياجات والخصائص النفسية للمرضى، فعلم النفس الاجتماعي والطب النفسي وعلم النفس العام وعلم الاجتماع، تعد مصادر أساسية للأخصائيين الاجتماعيين النفسيين في فهم معاني بعض ألوان السلوك والأعراض النفسية عند المريض، والتي يجب التعامل معها بطريقة تقلل من آثارها السيئة على المرضى.

3. معرفة مستفيضة لأسس الخدمة الاجتماعية وطرقها ومجالاتها، مع التركيز على الخدمة الاجتماعية النفسية.

4. ثقافة واسعة بالمسائل القانونية والتأهيلية وغيرها لمساعدة الأخصائي الاجتماعي النفسي في عمله، مثل: قوانين التأهيل المهني والتأمينات الاجتماعية، ومعاشات العجز والإصابة، وقوانين الضمان الاجتماعي التي تساعد في توجيهه وتنبيهه المرضى للحصول على حقوقهم.

5. أن يكون على علم ووعي بالمشكلات الناتجة عن المرض النفسي.

6. الإلمام التام بالاحتياجات البشرية في حالة المرض وأثناء العلاج.

7. معرفة واسعة بالمصادر التي يمكن الاستعانة بها في تكملة خدمات المستشفى والعيادات النفسية لمساعدة المرضى على الاستعادة من إمكانات المجتمع أثناء المرض وما بعده (صالح، 2014، ص302-305).

2. المقوم المهاري:

وتعرف المهارة في اللغة العربية من (مهر الشيء)؛ أي: أحكمه وصار به حازماً فهو ماهر (مجمع اللغة العربية، 2000، ص593).

وينظر إليها في قاموس اللغة الإنجليزية Skill بأنها مهارة أو براعة أو حزم (البلبكي، 2004، ص861).

وينظر إليها بأنها: القدرة على الاستخدام الأمثل للمعارف والخبرات من أجل القيام بالأعمال والمسؤوليات داخل المجتمع (Courmoverly, 2000, p2).

وهي أيضاً القدرات الضرورية لقيام الفرد بالسلوك الاجتماعي الواضح ليؤدي عمله بصورة أفضل (الجوهري، و خليل، 2007، ص1191).

كما تعرف المهارة بأنها: قدرة الأخصائي الاجتماعي على تطبيق المعارف والمعلومات وإدراكه وفهمه للعوامل المختلفة التي تؤثر في المواقف المتعددة، ولا تظهر تلك المهارات إلا أثناء أدائه لمسؤولياته المهنية (فتحي، 2000، ص318).

وفى إطار مهنة الخدمة الاجتماعية عرفت المهارة بأنها: قدرة الأخصائي الاجتماعي على عمل معين في الخدمة الاجتماعية، معتمداً في ذلك على الاستعداد والعلم والخبرة (قاسم، 2006، ص57).

تعتمد مهنة الخدمة الاجتماعية في ممارستها على ما لدى الأخصائي الاجتماعي من مهارات مهنية، والمهارة المهنية تعطي قدرة للأخصائي الاجتماعي على ممارسة أدواره المهنية بصورة أفضل (الغزاوي، 2004، ص46).

وتعد المهارات المهنية ضرورة أساسية في الخدمة الاجتماعية لنجاح الممارسة، حيث إنها أحد المكونات التي توجه المسارات الصحيحة بشكل واضح ومحدد، كما أنها توفر المؤشرات المناسبة التي يمكن أن تكون أساساً لتقويم ممارسة المهنة بالمنظمات الاجتماعية، والخطوات الفعلية التي تحقق أهداف عملية المساعدة (الفيندي، 2002، ص199).

ومهنة الخدمة الاجتماعية مهنة إنسانية تتعامل مع الإنسان بهدف التأثير الإيجابي والموجه، ولكي تستطيع القيام بهذا التأثير لا بُدَّ من اكتساب ممارستها مجموعة من القدرات والمهارات (عفيفي، 2001، ص31)، ويكتسب الأخصائي الاجتماعي مهارات الممارسة المهنية من خلال قيامه بالأنشطة المهنية مسترشداً بمعارف وقيم المهنة لتحقيق أهدافها، فتلك الأنشطة هي التي تشكل مهارات الأخصائي الاجتماعي، بالإضافة إلى التدريب الذي يحصل عليه أثناء عملية الإعداد المهني (Neil, 1996, p13).

ومن ثم لا يمكن أن تكون الممارسة فعّالة في غياب المهارات المهنية وتدني درجاتها ومستوى أدائها، حيث تكمن الفروق الحقيقية في الأداء المهني في العزوف في المهارات المهنية للممارسين (عبد اللطيف، وآخرون، 2002، ص3).

لذا؛ فإن الأخصائي الاجتماعي أثناء ممارسته المهنية في المجال النفسي يجب أن تكون لديه المهارات المتعددة والمتمثلة في الآتي:

مهارات الاستماع، والملاحظة والمنافسة، والوساطة والتفاوض، ومهارات انتقاء المعلومات، وتجميع الحقائق المتعلقة بالمشكلة، وربط العملاء بالجهود المبذولة لحل مشكلاتهم، وكسب ثقتهم في أنفسهم، وإيجاد حلول مبتكرة لحالتهم، ومهارات تكوين علاقات المساعدة والحفاظ عليها، وإقامة العلاقات التنظيمية المتبادلة، ومهارات تفسير نتائج الدراسات والكتابات المهنية.

مهارة تقديم الخدمات والمساعدات المادية والعينية، ومهارات التقدير ومهارات الإعلام والنصح، مهارة التوضيح والاتصال، مهارة الوساطة، ومهارة التعليم (حسين، 2007، ص235).

3. الأساس القيمي:

تتأثر الخدمة الاجتماعية تأثيراً شديداً بثقافة المجتمع الذي تمارس فيه، ولذلك فإن القيم هي أكثر مكونات الممارسة اختلافاً من مجتمع لآخر، حيث تتبع القيم من تراث المجتمع وأيديولوجيته السائدة وتطلعاته في المستقبل (الدباغ، 2004، ص310).

لذا؛ تمثل القيم المهنية أحد الأبعاد الأساسية في ممارسة الخدمة الاجتماعية، فهي تحكم تصرفات وسلوك الأخصائيين الاجتماعيين، وتؤدي إلى ارتقاء وتفعيل الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين، وذلك بأن يتقبل سلوك عملائه، ويسعى إلى تنمية قدراتهم الذاتية ويتجه إلى التقليل.

والقيم هي من أهم المكونات المهنية لممارسة الخدمة الاجتماعية، فهي تحدد الشكل الذي تكون عليه الممارسة، ولقد وصفت القيم في المجتمع الأمريكي بأنها إنسانية ومستمدة من الشعارات الإسلامية، وتتضمن تقبل الناس كأفراد وتقبل اختلافاتهم واحترام كرامتهم، فالخدمة الاجتماعية وفق التراث العربي كانت تركز على القيم الدينية (فتحي، 2017، ص 11).

وتحدد أهم القيم التي يجب أن يلتزم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي في المجال النفسي في الآتي:

- العدالة الاجتماعية: إنَّ تدعيم المرضى ومساعدتهم في إشباع حاجاتهم وحل مشكلاتهم هو التزام لمهنة الخدمة الاجتماعية.
- المساواة: من أهم مبادئ العدالة الاجتماعية هو مبدأ المساواة في الحقوق والواجبات بين جميع المرضى.
- احترام كرامة المريض.
- الإيمان بحرية المريض: الإيمان بحق الفرد في التعبير عن حاجاته، وفي الحصول على ضروريات الحياة، وفي تلقي المساعدات في وقت الحاجة.
- الإيمان بضرورة قيام الدولة بمسؤولية توفير الحياة الكريمة لغير القادرين (قاسم، 1999، ص 154-155).
- الإيمان بأهمية العلاقات الإنسانية: أن يعمل الأخصائي الاجتماعي على تعزيز الرفاهية للمرضى بتدعيم وتقوية العلاقات الإنسانية.
- الاستقامة والأمانة: أن يلتزم الأخصائي الاجتماعي بالاستقامة والأمانة، وأن يرتبط بممارسة أخلاقية تجعله مصدر شرف وسمعة حسنة في التزامه أمام المرضى وأمام المؤسسة التي يعمل فيها.
- الكفاءة: المقصود بالكفاءة هو أن الأخصائيين الاجتماعيين ملتزمون بأن يكتسبوا ويحافظوا على أعلى مستوى من المعرفة والمهارات والقيم (السنهوري، 2007، ص 346-347).

وترى الباحثة أن الخدمة الاجتماعية تعتمد على عدد من المقومات (المقوم المعرفي والمهاري والقيمي)، التي تعد ركائز أساسية لمهنة الخدمة الاجتماعية. ولكي يقوم الأخصائي الاجتماعي بممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية مع العملاء في المراكز النفسية يجب أن يتسلح بالمعرفة أولاً، فهو يجب أن يكون ذا اطلاع واسع على طبيعة الأمراض النفسية وأسبابها

ومضاعفاتها وطرق التعامل مع المرضى النفسيين، بالإضافة إلى تبادل الخبرة والمعرفة مع المؤسسات الشريكة بهذا المجال لتقديم خدمة أفضل للعملاء، كما يجب أن يمتلك الأخصائي الاجتماعي العديد من المهارات والقدرة على تطويعها لمصلحة العمل، لأنَّ تلك المهارات تمكنه من إقامة علاقة مهنية قوية مع المريض، وبالتالي يستطيع اكتشاف أسباب مشكلته ومكامن القوة والضعف لديه، والعمل على تقويتها بما يخدم العملية العلاجية. وأخيرًا يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يكون على دراية تامة بثقافة المجتمع الذي يعمل به، حتى يتم تقديم الخدمة الاجتماعية في قالب متناغم مع ثقافة المجتمع ونظمه وأعرافه، وحتى يجد أدنًا صاغية من المرضى وأسرهم، ويجاد الترحيب والقبول من المجتمع.

رابعًا: أدوار ومسؤوليات الأخصائي الاجتماعي الطبي في المجال النفسي:

يعرف الدور بأنه: مجموعة من أنماط السلوك التي يمكن من خلالها القيام بالعمل المحدد، وكما يعرف بأنها: معيار اجتماعي مرتبط بوضع اجتماعي معين يملئ علاقة تبادلية معينة بين شاغل الوظيفة وما يتوقع منه العملاء والجمهور والمشرفين على العمل وزملائه وغيرهم بأن يتصرف ويسلك الأساليب والطرق الملمزة لكل الأخصائيين الاجتماعيين (أبو المعاطي، 1999، ص83).

كما يعرف بأنه: نمط السلوك الذي تنتظره الجماعة من فرد ذي مركز معين فيها من سلوك يميز الفرد عن غيره ممن يشغلون مراكز أقوى (زهرا، د. ن ، ص127).

والدور هو: المسؤوليات والأعمال التي يؤديها للتعامل مع الأفراد مستخدمًا الأساليب العلمية لممارسة الخدمة الاجتماعية، وملتمزًا بمبادئها بالتعاون مع التخصصات الأخرى بما يحقق الأهداف (أبو المعاطي، 2004، ص51).

ويعرف الدور المهني بأنه: مجموعة من المسؤوليات التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي بوصفه ممارسًا عامًا لمواجهة مواقف ترتبط بالممارسة في مجال من المجالات، ويلتزم فيه الممارس العام بالمبادئ والقيم المهنية (حجاج، 2020، ص181).

وتتمثل أدوار ومسؤوليات الأخصائي الاجتماعي الطبي في المجال النفسي بما يلي:

أ: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المريض:

1. استقبال المريض وتهيئة الجو المناسب له بالمراكز النفسية.

2. إقناع المريض بضرورة الاستمرار في تلقي العلاج.

3. تخفيف الآثار المترتبة على مرض الفرد، والمرتبطة باضطراب مسؤولياته في الدراسة أو العمل أو الأسرة أو البيئة.
4. دراسة حالة المريض من الناحية الاجتماعية لمعرفة طبيعة مرضه أو مشكلته أو اضطرابه وأسبابه وأنسب الأساليب لعلاج.
5. تحسين علاقات المريض مع نفسه وأسرته والمحيطين به.
6. تزويد المريض بالمعلومات التثقيفية الصحية عن مرضه.
7. القيام بتنظيم السجلات وإعداد التقارير الاجتماعية الدورية اللازمة عن حالة المريض.
8. إجراء المقابلات أو الزيارات أو المكاتبات اللازمة للإسراع بعملية شفاء المريض وتهيئة البيئة لاستقباله إذا كان محجوراً بالمستشفى.
9. العمل المستمر على تقبل المريض لمرضه، وزيادة دافعيته للعمل على الشفاء السريع منه وتنشيط إرادته للقيام بوظائفه الاجتماعية المختلفة.
10. إجراء البحوث والدراسات العلمية التي تظهر مدى استفادة المرضى من جهود المؤسسة العلاجية أو معوقات ذلك والسعي لتلافيها.
11. العمل على تنظيم الخدمات الترويحية والثقافية اللازمة للمرضى وسرعة إدماجهم في المجتمع من خلال برامج المشاركات الاجتماعية المتنوعة.
12. القيام بالمعالجات الاجتماعية المتطلبة للعمل حسب حالته، سواء ارتبط هذا العلاج بتغيير مفاهيم أو عادات وسلوكات المريض الخاطئة أو ارتبط بالتطبيق المهاري لأساليب للعلاج الفردي والجماعي.
13. تتبع حالات المرضى بعد خروجهم من المستشفيات النفسية، والعمل على حل مشكلاته سواء كانت في العمل أو الدراسة أو البيئة المنزلية (صالح، 2014، ص325).
14. تخفيف شعور الوصمة الذي يحس به العميل لالتجائه إلى هذه المراكز والعيادات.
15. إزالة هيبة العميل في العمل مع العيادة والأشخاص الذين لم يألفهم من قبل، وإقناع العميل بضرورة التعاون لإتمام الخطة العلاجية.
16. التوضيح للعميل أن التخلص من الاضطرابات النفسية دليل على يقظة الفرد وقوة شخصيته، ورغبته في العلاج هي أولى خطوات الشفاء.

17. التوضيح للعميل الفرق بين المرض النفسي والجسمي، وأنَّ كلاً منهما يتطلب علاجًا خاصًا به للوصول إلى حالة الشفاء التام (رشوان، 2007، ص 99).

18. التعاون المستمر بين الأخصائي الاجتماعي والطبيب النفسي، وإطلاعه أولاً بأول على حالة المريض من خلال التقارير بوصفه المسؤول الأول عن الخطة العلاجية.

19. القيام بالإحصائيات وتسجيل التقارير الفنية التي تحتاج إلى الجهات المسؤولة بالوزارة (فهيم، 2007، ص 1997).

ب. دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع أسرة المريض:

1. إقناع الأسرة بضرورة معالجة المريض وتغيير الأفكار الخاطئة بشأن رفض العلاج النفسي والعقلي والاجتماعي بدعوى ارتباط المرض النفسي بالعار والخجل.

2. تبصير الأسرة بمدى مساهمتها في خلق مشكلة المريض أو استمراريتها، وتعليمها كيفية تغيير الأساليب الخاطئة التي من شأنها إعاقة عملية النجاح.

3. تزويد الأسرة بالمعلومات التثقيفية عن المرض وأسبابه وطرق علاجه، وذلك في محاولة لاستقرار أفراد الأسرة وعدم مقاومتهم علاج أحد أفراد النسق الأسري.

4. تكوين علاقة مهنية جيدة مع الأسرة لتعكس بدورها على زيارتهم المتواصلة الهادئة للمريض.

5. مساعدة الأسرة على حل مشكلاتها التي تسبب استمرار أعراض المرض النفسي أو الاضطراب الانفعالي على بعض أو كل أو أحد أفرادها.

6. تهيئة الأسرة نفسيًا واجتماعيًا لاستقبال المريض، إذا كان بالمستشفى مع ضرورة الابتعاد عن المؤثرات والضغوط الانفعالية على المريض، والتي قد تسبب انتكاسًا لحالته.

7. اشتراك الأسرة في بعض جلسات العلاج خاصة في حالات الأطفال وكبار السن لكي يدركوا أثر التفاعلات السالبة لهم على ظهور واستمرارية المرض النفسي والعقلي لدى الفرد (صابر، وحمدى، 2010، ص 41-40).

ج. دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المؤسسة العلاجية:

1. تنظيم سجلات الحالات المختلفة بما يحقق وظيفة المؤسسة.

2. المساهمة في دراسة الجوانب الاجتماعية المسؤولة عن المرض، والقيام بالبرامج التثقيفية اللازمة لهذا.

3. المساهمة في وضع تصور للعلاجات الاجتماعية والنفسية الملائمة لحالة المريض.
 4. تسهيل حصول المرضى على الخدمات من المستشفى أو العيادة النفسية أو العيادات الخارجية.
 5. وضع التوجيهات والإرشادات والملصقات الملائمة لنشر الوعي الصحي عن إمكانية تخفيف الضغوط النفسية والاجتماعية عن المرضى.
 6. المحافظة على النظام وحفظ حقوق العملاء والمؤسسة في آنٍ واحد.
 7. تحسين العلاقات المهنية الطبية مع جميع العاملين بالمستشفى واستثمارها لصالح المرضى.
 8. معاونة المستشفى في معرفة مدى استفادة المرضى من خدماتها ومعوقات ذلك.
 9. رسم الخطط الكفيلة بإزالة جميع المعوقات التي تعترض عملية العلاج.
 10. تزويد المؤسسة العلاجية بالبرامج والأنشطة اللازمة للترويج عن المرضى.
 11. مشاركة الفريق العلاجي في جميع المراحل، وتقديم التقارير المناسبة لذلك (فهمني، وبهنسي، 2011، ص 285-289).
 12. عدم التخلف عن حضور جلسات مناقشة الحالات والإبداء بالرأي الاجتماعي في هذا، في ضوء الدراسة الاجتماعية التي يجريها الأخصائي لكل حالة.
- د. دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المجتمع:**

1. استشارة أفراد المجتمع بأهمية رعاية المرضى النفسيين والسعي لعلاجهم وعدم التستر على ذلك خوفاً من الأفكار الهدامة، مثل ارتباط المرض النفسي والعقلي بالعار والفضيحة والإثم.
2. تقديم البرامج والنشرات والمجلات والملصقات والكتابة في الصحف بشأن ضرورة تلقي المشورة المهنية المتخصصة عن الأمراض النفسية من المتخصصين وليس من السحرة والكهنة والمشعوذين وأنصاف المتعلمين (فرماوي، 2004، ص 149-152).
3. تنبيه المجتمع نحو مسؤولية العوامل الذاتية والبيئية معاً في إحداث المرض النفسي، وبيان كيفية مواجهة ذلك.
4. تعليم أفراد المجتمع عن طريق البرامج المتخصصة الإذاعية والتلفزيونية وغيرها، وضرورة مبادرة الفرد غير السوي إلى العلاج، وعدم الركون إلى أنّ المشكلات تحل نفسها بنفسها؛ لأن هذا خطأ كبير يزيد من تفاقم واستمرارية المشكلات النفسية والعقلية والاجتماعية.

5. تغيير أفكار المجتمع غير العقلانية غير الرشيدة عن خطورة الاختلاط أو الملامسة للمرضى النفسيين أو العقل، حيث إنَّ هذه ليست من أساليب نقل المرض مطلقًا.
6. حث المجتمع على تنمية قيم التواصل والتواد والتراحم والتكافل الاجتماعي والمسؤولية المشتركة؛ لما لهذا من فائدة نفسية واجتماعية في تخفيف الضغوط عن الكثيرين.
7. تعليم أفراد المجتمع كيفية مواجهة الأزمات والكوارث ومواقف التحدي، وأن تكون المواجهة بطريقة مرنة واعية دون أن تتسبب في إصابة الفرد بالإحباطات المتراكمة، والتي من شأنها أن تنفع النفس البشرية للاضطراب وللمرض النفسي.
8. تزويد أفراد المجتمع بالمعلومات الصحيحة عن تأثير بعض الأمراض الجسمية على نفسية الفرد، وشرح طرق تجنب هذه الأمراض ذات الأبعاد الاجتماعية، وكيفية التعامل مع مضاعفاتها (أبو جبل، 2015، ص31-25).

وترى الباحثة أن الأخصائي الاجتماعي يقع على عاتقه العديد من الأدوار والمسؤوليات على مستوى الوحدات المختلفة (المريض - الأسرة - المؤسسة العلاجية - المجتمع)، ولكي يكون دوره فاعل، يجب أن يقوم بمسؤولياته وواجباته على أكمل وجه، فعلى مستوى المريض، يجب على الأخصائي استقبال المريض، والتعرف إلى مشكلته وعرضها على الطبيب المعالج، بالإضافة إلى بناء علاقة مهنية معه، ومحاولة تعديل السلوك غير السوي، وتغيير الأفكار السلبية لديه، وتزويده بالمعلومات المتعلقة بطبيعة مرضه. أما على المستوى الأسري، فإنَّ مسؤوليات الأخصائي الاجتماعي تكمن في أهمية بناء علاقة مهنية معهم وإقناعهم بأهمية الكشف المبكر عن مشكلة العميل، وتقديم النصائح لهم عن كيفية التعامل مع العميل في بيئته الحقيقية ومتابعة ذلك. وعلى مستوى المؤسسة العلاجية، فإنَّ على الأخصائي المساعدة بالتعاون مع الفريق الطبي في وضع الخطة العلاجية المناسبة للعميل وإقناعه الالتزام بها، وتسهيل حصوله على الخدمات داخل المؤسسة العلاجية، وتشبيكه مع المؤسسة الأخرى ذات العلاقة للحصول على الخدمات. أما على مستوى المجتمع، يكون دور الأخصائي من خلال توعية أفراد المجتمع بالآثار الخطرة للأمراض النفسية وطرق الوقاية منها، وكيفية التعامل مع المرضى النفسيين، وكيفية مواجهة ضغوط الحياة، وإرشادهم إلى المراكز التي قد يطلب منها العملاء أو ذويهم الاستشارات والإرشادات النفسية.

خامسًا: معوقات الممارسة المهنية الفاعلة للأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي:

تعرف المعوقات بأنها: المفارقات بين الظروف الواقعة والمسؤوليات الاجتماعية المنشودة أو المرغوبة، وهي إضراب وتعطيل في النظم الاجتماعية، وتحول دون قيام الأفراد بمسؤولياتهم (قاسم، والفرماوي، 2005، ص49).

كما ينظر إلى المعوقات بأنها: مشكلات، وتعرف بأنها: موقف معقد يواجه الفرد ويعجز عن قدراته وإمكاناته وموارده عن الأداء الأمثل والممكن لأحد أدواره الاجتماعية أو بعضها (محمود، 2005، ص472).

ويمكن تحديد أهم معوقات الممارسة المهنية الفاعلة للأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي في الآتي:

أ. معوقات راجعة إلى المريض النفسي وأسرتة:

1. عدم الوعي بأدوار الأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية.
2. مقاومة بعض الأسر في تكوين علاقات مهنية بينهم وبين الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية.
3. رغبة المرضى وأسرهم في الحصول على الخدمات بطريقة أسرع.
4. عدم استجابة بعض الأسر للتعاون مع الممارس العام داخل المراكز النفسية.
5. صعوبة إدراك المريض لمهام ومسؤوليات الأخصائي الاجتماعي.
6. الاتجاهات السلبية لدى الأسرة نحو المريض.
7. عدم التزام أسر المرضى بالحضور للمراكز النفسية ومقابلة الأخصائي (إبراهيم، 2008، ص60).

ب. معوقات ترجع إلى الأخصائي الاجتماعي:

1. القصور في الإعداد المهني للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المرضى النفسيين.
2. عدم الحصول على دورات تدريبية تنشيطية أثناء العمل.
3. نقص الخبرة لدى عدد من الأخصائيين الاجتماعيين.
4. ضعف الإشراف المهني لتوجيه الأخصائيين الاجتماعيين.

5. عدم توافر الدافعية لدى الأخصائيين الاجتماعيين للعمل مع المرضى.
6. عدم تفهم الأخصائي الاجتماعي لطبيعة العمل الفريقي ومتطلباته.
7. كثرة عدد المرضى وكثرة مشكلاتهم.
8. نقص عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمراكز النفسية (حجازي، 2003، ص107).
9. عدم توافر روح الابتكار والتجديد في العمل المهني من جانب الأخصائي الاجتماعي.
10. عدم إتاحة الفرصة لممارسة النشاط الاجتماعي بتكليف الأخصائيين بأعمال إدارية، وعدم التزام الإدارة باللوائح المتصلة بالنشاط الاجتماعي.

ج. معوقات ترجع إلى الهيئة الطبية بالمراكز النفسية:

1. النظرة غير المتكافئة بين الأطباء والأخصائي الاجتماعي، وسيطرة الأطباء واقتناعهم بأهمية دورهم عن سائر الأدوار الأخرى؛ الأمر الذي يؤدي إلى عدم الاهتمام بهذه الأدوار المعاونة.
2. نظرة الأطباء وهيئة التمريض إلى دور الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى على أنه خاص بتقديم المساعدات والخدمات المادية فقط.
3. ضغط العمل على الأطباء يحول دون اجتماعهم أو عقد لقاءات مع الأخصائيين الاجتماعيين؛ مما يحد من فاعلية العمل الفريقي لفاعلية الخطة العلاجية.
4. قصور معرفي وعدم فهم حقيقي لدى الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي، وبالتالي عدم الإيمان بدور الخدمة الاجتماعية في المستشفى.
5. نظرة الأطباء إلى أهمية التشخيص والعلاج الطبي دون الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والنفسية؛ مما يؤثر بدوره على دور الأخصائي الاجتماعي (صالح، ورمضان، 1999، ص283).

د. معوقات ترجع إلى إمكانية المراكز النفسية:

1. عدم وجود الموارد والإمكانات المادية والبشرية لرعاية المرضى.
2. الجمود في النظم الإدارية واللوائح المالية في المراكز النفسية.
3. نقص كبير في عدد الأخصائيين في المراكز النفسية؛ الأمر الذي يؤدي إلى عدم استطاعة قسم الخدمة الاجتماعية الموجودة بالقيام بدوره على أكمل وجه، وبالتالي العمل مع الحالات العاجلة.

4. عدم وجود المكان المناسب لقسم الخدمة الاجتماعية؛ الأمر الذي يحد من قيام الأخصائيين بأدوارهم المهنية (مصيلحي، 2008، ص96).

هـ. معوقات راجعة إلى المجتمع:

1. ضعف الوعي المجتمعي بحاجات ومشكلات المرضى النفسيين.
2. عدم اهتمام المجتمع المحلي بفئة المرضى بوصفهم عالة على المجتمع.
3. ضعف اهتمام المؤسسات الأخرى من المجتمع المحلي بتوفير الخدمات للمرضى.
4. قلة التنسيق بين الأجهزة الموجودة في المجتمع المحلي لإشباع احتياجات المرضى.
5. قلة اهتمام وسائل الإعلام لعرض قضايا المرضى النفسيين (أبو جبل، 2015، ص31-25).

وترى الباحثة أنّ هذه المعوقات تؤثر في عمل الأخصائي الاجتماعي وعلى الخدمات المقدمة للعملاء بمراكز تقديم الخدمة وعلى العملاء أنفسهم كطالبين للخدمة، كما وتؤثر في العملية العلاجية برمتها وتحوّل دون إنجاز الأهداف. ولكي تتم عملية الممارسة المهنية على أكمل وجه يجب أن يقوم كل المشاركين بالعملية العلاجية بأداء أدوارهم على أكمل وجه. فعلى المريض وأسرته الالتزام بالخطة العلاجية كل حسب دوره والتعاون مع الأخصائي الاجتماعي على أنه طرف مهم لمساعدة العميل في حل مشكلته، كما أنّ على الأخصائي أن يكون مُعدّاً إعداداً جيداً على المستوى النظري والعملي، ومحّب ومنتمٍ لهذه المهنة ليستطيع تقديم كل ما لديه لمساعدة العميل في حل مشكلته، أضف إلى ذلك أنّ العمل الدؤوب المشترك للفريق الطبي دون النظر بدونية مهنة الخدمة الاجتماعية، يخلق جوّاً من الألفة والتعاون بين الفريق الطبي، ويعود بالنفع على العميل، كذلك يجب التغلب على الروتين القاتل والأنظمة الجامدة داخل مؤسسات تقديم الخدمة، وتبصير الرأي العام بأهمية قضية المرضى النفسيين، ومدى المخاطر الناجمة عن إغفال هذه الفئة وما يترتب عليها من تعطيل عجلة الإنتاج.

سادساً: سبل تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي النفسي:

1. توضيح دور الخدمة الاجتماعية النفسية بين فئات المجتمع المحلي من أجل الحصول على مزيد الاعتراف المجتمعي بأهمية الخدمة الاجتماعية.
2. تنمية وعي الفرق الطبية بطبيعة أدوار ومهام الأخصائيين الاجتماعيين بالمراكز النفسية لتغيير النظرة الخاطئة تجاه الأخصائيين، من خلال عقد اللقاءات الدورية، والندوات وورشات العمل.

3. الاهتمام بعقد الاجتماعات الدورية لفريق العمل الجماعي.
4. يجب على الأخصائيين الاجتماعيين التركيز على عمل البحوث الاجتماعية الشاملة على المرضى.
5. الاهتمام بشغل أوقات الفراغ للمرضى والترفيه عنهم، وإنشاء برامج وأنشطة.
6. يجب العمل على إعطاء الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في المراكز النفسية البدلات والحوافز المادية.
7. القيام بتنظيم دورات للأخصائي الاجتماعي العاملين في المجال النفسي.
8. زيادة الموارد اللازمة لمساعدة المرضى، وكذلك التعرف إلى الأجهزة المعاونة التي لا بُدَّ للمريض منها، وكذلك المتابعة المستمرة للعمل (سرحان، 2006، ص415).
9. تنمية معارف ومهارات الأخصائي الاجتماعي النفسي الخاصة بكيفية التعامل مع الفريق الطبي، ويمكن أن يتم ذلك من خلال عقد مجموعة من الدورات التدريبية التأهيلية.
10. العمل على تخفيف الأعباء الإدارية عن كاهل الأخصائي الاجتماعي النفسي، والتي تقيد دوره وتحد من قيامه بمهامه بالفريق الطبي، وحث المديرين على منح الأخصائيين الاجتماعيين الفرصة الحقيقية للقيام بأدوارهم ومهامهم المهنية داخل المراكز النفسية.
11. رفع معنويات الأخصائيين الاجتماعيين وتوفير الأدوات والوسائل التي تعين الأخصائي الاجتماعي على أداء مهامه مع المرضى وأسره، وتفعيل دور قسم الخدمة في التنسيق مع الهيئات الطبية لتفعيل دور الأخصائي الاجتماعي بالفريق الطبية.
12. صقل مهارات الأخصائيين الاجتماعيين الخاصة بالتوعية والتثقيف الصحي كآلية لتفعيل دور الأخصائيين بشكل حقيقي في الفريق الطبي، عن طريق تنظيم دورات تدريبية (سويدان، 2020، ص342).
13. الاهتمام بعمليات الرقابة والمراجعة والتقييم الدوري حول آلية عمل الأخصائيين الاجتماعيين في المراكز النفسية، مع أخذ توجيهات الفريق الطبي واهتمامات المرضى النفسيين بعين الاعتبار.
14. البحث عن المؤسسات الداعمة وكتابة المقترحات التمويلية للحصول على دعم مادي لمراكز الصحة النفسية، تستطيع من خلالها أداء خدماتها وتطبيق برامجها، وتحقيق أهدافها، وإنشاء لجنة متخصصة لذلك.

15. تدريب العاملين بالمراكز النفسية على كيفية التعامل مع المرضى النفسيين وعائلاتهم لضمان تقديم خدمات بفاعلية أكثر.

16. الاستعانة بالخبراء والمتخصصين والمؤسسات الأكاديمية في وضع وتصميم البرامج التدريبية، ووضع الخطط الاستراتيجية للمراكز النفسية، ليتم اكتساب الخبرات والمهارات الجديدة ومواكبة كل ما هو جديد.

17. عقد الدورات التدريبية المتخصصة، وكيفية استخدام تكنولوجيا المعلومات لتنمية مهارات وخبرات الأخصائيين الاجتماعيين في المراكز النفسية.

18. إجراء التقييمات الدورية للأنشطة والبرامج والفعاليات التي يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون مع المرضى النفسيين، وقياس مدى تحقيقها لأهدافها.

19. تشجيع الأخصائيين الاجتماعيين على التشبيك والتنسيق والاتصال مع مؤسسات المجتمع المدني لتبادل المنفعة والخبرة، والعمل على تمكين المرضى النفسيين من الاستفادة من خدمات هذه المؤسسات (محمود، 2020، ص810).

21. إشراك الأخصائيين الاجتماعيين بالمرور مع الأطباء على المرضى النفسيين بالأقسام الداخلية، بالإضافة إلى حضور المناقشات التي تعقد لدراسة بعض الحالات "مؤتمر الحالة" (أبو رمان، وآخرون، 2018، ص34).

وترى الباحثة بصفقتها أحد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال النفسي بأنَّ تفعيل دور الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي هو أمر غاية الأهمية لهذه المهنة الناشئة حتى تجد نفسها رائدة جنبًا إلى جنب في مصاف المهن الأخرى، ولن ترقى لهذا المستوى إلا من خلال إعداد الأخصائي الاجتماعي إعدادًا نظريًا وعمليًا وتزويده بالمعارف والخبرات والمهارات اللازمة، وتنمية حب الاطلاع والمتابعة لديه لمواكبة ركب التقدم، وقيام الأخصائي الاجتماعي بدوره على أكمل وجه في مساعدة العميل وأسرتة على حل مشكلته وتقديم الخدمات له، وتتبع حالته داخل بيئته الحقيقية، وتشبيكه مع مؤسسات المجتمع، وعمله الدؤوب مع وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي لنشر الرسالة السامية للخدمة الاجتماعية، وتنوير المجتمع بأهميتها في مساعدة أفراد المجتمع على التغلب على المشكلات الاجتماعية والنفسية، من خلال ذلك يمكن للخدمة انتزاع مزيد من الاعتراف على المستوى الرسمي والمجتمعي، وبذلك تصبح أكثر فاعلية وتأثيرًا في المجتمع.

الفصل الرابع
الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: نوع الدراسة

من المتعارف أنّ تحديد نوع الدراسة يتحدد في ضوء طبيعة موضوع الدراسة، وفي ضوء المجال الذي تهتم به، وكذلك نوعية وطبيعة المعلومات التي يرغب الباحث في الحصول عليها (عبد العال، 1988، ص142-141).

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية، حيث تمدنا بثروة من المعلومات عن الأفراد وظروفهم وبيئاتهم، وتؤكد على وصف وشرح العلاقات بين الظواهر والأحداث والهدف الأساسي من البحث الوصفي أنه يعطي صورة واضحة عن الأفراد والظواهر من خلال الوصف (Bruce, 1988, p131).

ثانياً: منهج الدراسة:

اتفاقاً مع نوع الدراسة وطبيعة المشكلة وأهدافها، فإنّ أنسب المناهج التي يمكن استخدامها هو منهج المسح الاجتماعي، الذي يعد أحد المناهج الرئيسة في البحوث الوصفية، والتي تهتم بدراسة الظواهر لجماعات معينة في مكان معين، كما تهتم بدراسة الاتجاهات والمعارف والقيم والسلوكيات الراهنة لمجتمع معين للحصول على بيانات حقيقية (عليان، وغنيم، 2000، ص44-45).

مزايا استخدام منهج المسح الاجتماعي تتمثل في:

- أ. وصف الوضع الراهن (القائم) للظاهرة بشكل تفصيلي دقيق.
- ب. مقارنة الظاهرة موضوع البحث بمستويات ومعايير يتم اختيارها للتعرف الدقيق إلى خصائص الظاهرة المدروسة.
- ج. تحديد الوسائل والإجراءات التي من شأنها تحسين وتطوير الوضع القائم.

ولقد اعتمدت الباحثة على منهج المسح الاجتماعي بنوعيه، وهما:

1. المسح الاجتماعي الشامل: لجميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المراكز النفسية الحكومية بقطاع غزة، وبلغ عددهم (20) أخصائياً اجتماعياً.
2. المسح الاجتماعي بالعينة: للمرضى النفسيين المستفيدين من المراكز النفسية الحكومية، وبلغ عددهم (144) مريضاً.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

الأداة تعني الوسيلة المستخدمة في جمع البيانات، والمعلومات المتوفرة لدى مجتمع البحث ثم تصنيفها وجدولتها (توفيق، 2004، ص3458-3459).

ولذلك؛ اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على الأدوات الآتية:

1. استمارة استنبار: للمرضى النفسيين المستفيدين من المراكز النفسية الحكومية.

2. استمارة استبانة: للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المراكز النفسية الحكومية.

خطوات إعداد أدوات الدراسة:

تمثلت خطوات إعداد أدوات جمع بيانات الدراسة الراهنة في أربع مراحل رئيسة كما يلي:

المرحلة الأولى: (مرحلة التجميع) مرحلة جمع عبارات أدوات الدراسة.

المرحلة الثانية: (مرحلة التحكيم).

المرحلة الثالثة: مرحلة الصياغة النهائية لأدوات الدراسة.

المرحلة الرابعة: مرحلة تحديد صدق وثبات أدوات الدراسة.

المرحلة الأولى: مرحلة التجميع:

تضمنت مرحلة التجميع القيام بجمع أكبر عدد من العبارات ذات الصلة بموضوع البحث، معتمدة في ذلك على الإطار النظري للدراسة الحالية بجميع جوانبها والاعتماد على الدراسات السابقة والبحوث العلمية في المجال النفسي.

المرحلة الثانية: مرحلة التحكيم:

تم عرض أدوات الدراسة في صورتها المبدئية على عدد من المحكمين وعددهم (24) محكماً (انظر إلى ملحق رقم 1)، من الأساتذة المتخصصين في الخدمة الاجتماعية وعلم النفس والطب (بفلسطين والأردن ومصر والسعودية)؛ وذلك لاستطلاع آرائهم ووجهات نظرهم بشأن اتفاق مضمون كل سؤال وعبارة مع المحور المراد قياسه، وقد تم تعديل وحذف بعض الأسئلة وإضافة أسئلة أخرى تهدف إلى تحقيق النتائج المرجوة من الدراسة، وقامت الباحثة بحذف العبارات التي جاءت نسبة الاتفاق عليها أقل من (80%).

المرحلة الثالثة: مرحلة الصياغة النهائية لأدوات الدراسة:

تم الصياغة النهائية لاستمارتي الاستبار والاستبانة، وتضمنت الاستمارتين عددًا من الأبعاد ويندرج تحت كل بعد عدد من المحاور، والتي تضمنت عددًا من العبارات المراد قياسها والتي ترددت الاستجابات عليها ما بين (نعم - إلى حد ما - لا)، مستخدمًا في ذلك التدرج الثلاثي للاستجابات ما بين (3 - 2 - 1).

وتشتمل أبعاد الاستمارتين (الاستبار والاستبانة) على الآتي:

القسم الأول: البيانات الأولية.

القسم الثاني: يتكون من (23) عبارة مقسمة على النحو الآتي:

- الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع المريض نفسه (9) فقرات.

- الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض (8) فقرات.

- الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع فريق العمل (6) فقرات.

القسم الثالث: الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية (5) فقرات.

القسم الرابع: يتكون من (27) عبارة مقسمة على النحو الآتي:

- المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المريض (5) فقرات.

- المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى أسرة المريض (6) فقرات.

- المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي (5) فقرات.

- المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى فريق العمل (6) فقرات.

- المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المراكز النفسية (5) فقرات.

القسم الخامس: المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في المراكز النفسية الحكومية (14) فقرة.

المرحلة الرابعة: مرحلة تحديد صدق وثبات أدوات الدراسة.

1. أداة الاستبار للمرضى النفسيين:

أ- صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاستبار:

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبار، مع البعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات الاستبار بحساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية والبعد التابع له.

جدول (4.1): يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبار والدرجة

الكلية للاستبار

الدالة	معامل الارتباط	م	الدالة	معامل الارتباط	م	الدالة	معامل الارتباط	م	الدالة	معامل الارتباط	م
.001	.486**	3	المعوقات الراجعة للمرضى			.000	.605**	6	الدور مع المرضى		
.000	.703**	4	.002	.557**	1	.000	.0725**	7	.000	.683**	1
.000	.882**	5	.000	.698**	2	.000	.729**	8	.000	.804**	2
المعوقات الراجعة لفريق العمل			.000	.799**	3	الدور مع فريق العمل			.000	.712**	3
.000	.613**	1	.000	.585**	4	.000	.677**	1	.000	.769**	4
.000	.705**	2	.000	.593**	5	.000	.651**	2	.000	.673**	5
.000	.703**	3	المعوقات الراجعة لأسر المرضى			.000	.781**	3	.000	.649**	6
.000	.837**	4	.000	.634**	1	.000	.808**	4	.000	.587**	7
.000	.476**	5	.000	.803**	2	.000	.699**	5	.001	.445**	8
.000	.787**	6	.000	.717**	3	.001	.437**	6	.000	.520**	9
المعوقات الراجعة للمراكز النفسية			.000	.898**	4	الأساليب المهنية			الدور مع أسرة المريض		
.000	.602**	1	.000	.836**	5	.002	.434**	1	.000	.713**	1

م	معامل الارتباط	الدلالة	م	معامل الارتباط	الدلالة	م	معامل الارتباط	الدلالة	م	معامل الارتباط	الدلالة
2	.742**	.000	2	.540**	.000	6	.897**	.000	2	.685**	.000
3	.717**	.000	3	.925**	.000	المعوقات الراجعة للأخصائي			3	.885**	.000
4	.627**	.000	4	.569**	.000	1	.540**	.000	4	.847**	.000
5	.746**	.000	5	.911**	.000	2	.737**	.000	5	.628**	.000

**دال عند مستوى معنوية 0.05

* دال عند مستوى معنوية 0.01

يوضح الجدول رقم (4.1) حساب معامل الارتباط للاستبار أن قيم معامل الارتباط الناتجة تراوحت بين (0.434: 0.925) وجميع هذه المعاملات دالة عند مستوى معنوية (0.001) إلى (0.005)، مما يشير إلى صدق الاستبار بدرجة مناسبة بحيث يمكن الاعتماد على نتائجه.

ب - الصدق البنائي:

يعد الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقاس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل محور من محاور الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبانة.

جدول (4.2): معامل الارتباط بين كل محور من محاور الاستبار مع الدرجة الكلية لفقرات الاستبار

م	التساؤلات	معامل الارتباط	الدلالة
1	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع المريض؟	0.643	**0.000
2	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع أسرة المريض؟	0.725	**0.000
3	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع فريق العمل؟	0.746	**0.000
4	ما الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية؟	0.565	**0.000
5	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى المريض؟	0.637	**0.000
6	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى أسرة المريض؟	0.776	**0.000
7	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي؟	0.721	**0.000
8	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى فريق العمل؟	0.737	**0.000
9	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى المراكز النفسية؟	0.792	**0.000

يتضح من خلال الجدول (4.2) وجود ارتباط دال إحصائياً عند مستوى (0.000) بين كل محور والدرجة الكلية للاستبانة.

ج- ثبات الاستبانة:

يشير هذا المصطلح إلى قدرة الأداة على قياس ما صممت لقياسه في فترات زمنية متفاوتة. (القواسمة، و آخرون، 2012، ص236)

يقصد بثبات الأداة (دقة و موثوقية) هل الأداة تعطي نتائج متقاربة إذا طبقت أكثر من مرة في ظروف مماثلة. (أبو النصر، 2017، ص1997)

أو بعبارة أخرى إنَّ ثبات الأداة يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها مرات عدة خلال فترات زمنية معينة، ولقد تم احتساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ.

جدول (4.3): يوضح طريقة معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة

م	التساؤلات	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
1	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع المريض؟	9	0.832
2	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع أسرة المريض؟	8	0.848
3	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع فريق العمل؟	6	0.763
4	ما الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية؟	5	0.745
5	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى المريض؟	5	0.623
6	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى أسرة المريض؟	6	0.875
7	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي؟	5	0.713
8	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى فريق العمل؟	6	0.779
9	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى المراكز النفسية؟	5	0.787
	جميع فقرات الاستبانة	55	0.776

ب - الصدق البنائي:

جدول (4.5) معامل الارتباط بين كل محور من محاور الاستبانة مع الدرجة الكلية لفقرات الاستبانة

م	التساؤلات	معامل الارتباط	الدلالة
1	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع المريض؟	0.663	**0.000
2	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع أسرة المريض؟	0.752	**0.000
3	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع فريق العمل؟	0.766	**0.000
4	ما الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية.	0.654	**0.000
5	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى المريض؟	0.813	**0.000
6	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى أسرة المريض؟	0.723	**0.000
7	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي؟	0.749	**0.000
8	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى فريق العمل؟	0.737	**0.000
9	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى المراكز النفسية؟	0.715	**0.000

يتضح من الجدول رقم (4.5) وجود ارتباط دال إحصائياً عند مستوى (0.000) بين كل محور والدرجة الكلية للاستبانة.

ج- ثبات الاستبانة: ولقد تم احتساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ.

جدول (4.6): يوضح طريقة معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة

م	التساؤلات	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
1	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع المريض؟	9	0.793
2	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع أسرة المريض؟	8	0.858
3	ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع فريق العمل؟	6	0.861
4	ما الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية؟	5	0.722
5	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى المريض؟	5	0.853
6	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى أسرة المريض؟	6	0.761
7	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي؟	5	0.786
8	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى فريق العمل؟	6	0.827
9	ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى المراكز النفسية؟	5	0.740
	جميع فقرات الاستبانة	55	0.796

بعد تطبيق الاستبانة تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ لجميع محاور الاستبانة قد بلغت 0.796، وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بمعامل ثبات كما هو موضح في جدول رقم (4.6).

رابعًا: مجالات الدراسة:

أ- المجال المكاني:

تحدد المجال المكاني للدراسة بالمراكز النفسية الحكومية التابعة لوزارة الصحة - قطاع غزة وهي على النحو الآتي:

1. مركز شمال غزة للصحة النفسية المجتمعية (أبو شباك).
2. مركز شرق غزة للصحة النفسية المجتمعية (الصوراني).

3. مركز غرب غزة للصحة النفسية المجتمعية (المشتل).
4. مركز الوسطى للصحة النفسية المجتمعية (الزوايدة).
5. مركز خانيونس للصحة النفسية المجتمعية.
6. مركز رفح للصحة النفسية المجتمعية.
7. مستشفى الطب النفسي.

يعود اختيار هذا المجال المكاني تناغمًا وانسجامًا مع المبررات الآتية:

1. عمل الباحثة أخصائية اجتماعية لدى وزارة الصحة - مستشفى الطب النفسي، وهي إحدى المراكز النفسية الحكومية التي يطبق عليها الدراسة، مما يجنب الباحثة العديد من العقبات الإدارية والبيروقراطية أثناء التعامل مع العينات وجمع البيانات الخاصة بالدراسة.
2. الحصول على موافقة الجهات المسؤولة في وزارة الصحة - قطاع غزة على إجراء الدراسة في المراكز النفسية التابعة لها.
3. ترحيب الزملاء بالفكرة وخصوصًا الأخصائيين الاجتماعيين، واستعدادهم لتقديم المساعدة المطلوبة لتخرج الدراسة بالشكل اللائق وعلى أكمل وجه.

ب- المجال البشري:

1. بالنسبة للأخصائيين الاجتماعيين: تمّ الحصر الشامل لجميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمراكز النفسية الحكومية، وعددهم (20) أخصائيًا اجتماعيًا.
2. بالنسبة للمرضى النفسيين: تم تحديد عدد المرضى النفسيين المستفيدين من خدمات الخدمة الاجتماعية والأخصائيين الاجتماعيين في المراكز النفسية الحكومية، وعددهم (2497) مريضًا، ومن ثم قامت الباحثة بتحديد شروط العينة العمدية (القصدية) والتي تمثلت فيما يلي:

- أن يكون من ذوي الأمراض النفسية البسيطة.
- أن تكون الحالات النفسية المستقرة والمستبصرة.
- أن يكون قد استفاد من خدمات الأخصائي الاجتماعي لمدة لا تقل عن عام.
- ومتردد بشكل مستمر على الأخصائي الاجتماعي.

حيث انطبقت الشروط على (144) مريضًا نفسيًا مثلوا عينة الدراسة.

ج- المجال الزمني:

هي الفترة التي استغرقتها الباحثة في جمع البيانات الميدانية، وقد تحددت في الفترة الزمنية من 1/3/2022 وحتى 30/4/2022 .

خامسًا: المعالجات الإحصائية:

بعد عملية جمع البيانات ومراجعتها، تم تغريغ البيانات آليًا باستخدام برنامج SPSS للتحليل الإحصائي، وتم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

1. التكرارات والنسب المئوية والوزن النسبي.
2. المتوسط الحسابي.
3. الانحراف المعياري.
4. معامل الارتباط بيرسون لقياس الصدق والثبات.
5. معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة.
6. اختبار (One Way Anova) لحساب الفروق بين فرضيات الدراسة.
7. اختبار "ت" (Independent Samples t-test) لدلالة الفروق.
8. اختبار شيفيه البعدي للفروق.

وتم حسابه للمقياس الثلاثي عن طريق:

(مج نعم 3 x + مج إلى حد ما 2 x + مج لا 1 x) / ن للعبارات الإيجابية.

(مج نعم 1 x + مج إلى حد ما 2 x + مج لا 3 x) / ن للعبارات السلبية.

كيفية الحكم على مستوى /درجة أبعاد مقياس الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية باستخدام متوسط الوزن المرجح:

تكوين بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي: تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي. ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا) تم حساب المدى (3-1=2)، ثم تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية الصحيح (3/2 = 0.67)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس

وهي الواحد الصحيح)، وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 : 1.67
متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 1.67 : 2.34
مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 2.34 : 3

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتحليلها

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتحليلها

أولاً: عرض الجداول الخاصة بالمرضى:

عرض الجداول المرتبطة بوصف عينة الدراسة:

.1

جدول (5.1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النوع

النسبة %	التكرار	النوع
41.0	59	ذكر
59.0	85	أنثي
100	144	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.1) أن 59.0% من أفراد عينة الدراسة هم من الإناث، بينما 41.0% من أفراد عينة الدراسة كانت من الذكور.

ويتضح من الجدول السابق أنّ: أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة من المرضى هم من الإناث، وترجع الباحثة ذلك إلى أسباب عدة تساهم في ارتفاع نسبة إصابة المرأة بأحد الأمراض النفسية، ومن هذه الأسباب ما هو مرتبط بالنمو والبلوغ الجسدي والتغيرات الهرمونية في سن البلوغ أو الحمل والولادة وانقطاع الطمث، أو مرتبط بالناحية الاجتماعية والثقافية مثل السلطة الذكورية وعدم التكافؤ والعنف بمختلف أشكاله، بالإضافة إلى طبيعة التركيبة العاطفية والحساسة للأنثى والتي تضعف بعضهن أمام الضغوط والأزمات الحياتية، والتعامل معها بشكل سليم.

جدول (5.2): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

النسبة %	التكرار	العمر
9.0	13	18 سنة إلى أقل من 25 سنة
6.9	10	25 سنة إلى أقل من 30 سنة
18.1	26	30 سنة إلى أقل من 35 سنة
15.3	22	35 سنة إلى أقل من 40 سنة
50.7	73	40 سنة فأكثر
100	144	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.2) أنّ 50.7% من أفراد عينة الدراسة أعمارهم 40 سنة فأكثر، بينما 18.1% أعمارهم تتراوح بين 30 إلى أقل من 35 سنة، وأن 15.3% كانت أعمارهم بين 35 إلى أقل من 40 سنة، بينما 9.0% من أفراد عينة الدراسة كانت أعمارهم بين 18 إلى أقل من 25 سنة، وأخيراً من أعمارهم تتراوح بين 25 سنة إلى أقل من 30 سنة فكانت نسبتهم 6.9%.

ويتضح من الجدول السابق أنّ: ما يقارب من نصف أفراد العينة من المرضى أعمارهم فوق سن 40 سنة، وهذه الفترة العمرية يكون فيها الإنسان قد مرّ بتجارب عديدة في الحياة وتعرّض لمنغصات وضغوط نفسية متنوعة أنهكته وأثرت في كامل مجريات حياته، سواء داخل الأسرة أو العمل أو المجتمع بشكل عام.

كما تتفق هذه النتائج مع نتائج تقرير وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة، والتي أشارت إلى أنّ أعلى نسبة من الإصابات بالمرض النفسي هم من أعمارهم تزيد على 30 سنة (وزارة الصحة الفلسطينية، 2019، ص 48).

جدول (5.3): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية
18.8	27	أعزب
71.5	103	متزوج
6.3	9	مطلق
3.5	5	أرمل
100	144	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.3) أنّ 71.5% من أفراد عينة الدراسة هم متزوجون، بينما 18.8% هم عزاب، أما 6.3% فحالتهم الاجتماعية مطلقين، وأنّ 3.5% من هم من فئة الأرامل.

ويتضح من الجدول السابق أنّ: أعلى نسبة من أفراد عينة المرضى هم من المتزوجين، حيث تتوافق هذه النتائج مع نتائج جدول رقم (5.2)، والتي أشارت إلى أنّ (50.7%) من أفراد عينة المرضى أعمارهم فوق (40 سنة)، ففي هذا العمر يكون الإنسان قد تزوج وأنجب، وفي كثير من الحالات يكون قد زوج أبناءه، وبالتالي تكثر مسؤولياته وأعبائه، ويحمل هم الجميع

خصوصًا في ظل الأوضاع التي يعيشها المجتمع الفلسطيني المتمثلة في البطالة والفقر والاحتلال والحروب والحصار؛ مما يساهم في انتشار الأمراض النفسية.

جدول (5.4): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوي التعليمي
59.7	86	أقل من ثانوي
23.6	34	ثانوي
15.3	22	جامعي
1.4	2	دراسات عليا
100	144	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.4) أنّ 59.7% من أفراد عينة الدراسة مستواهم التعليمي أقل من ثانوي، بينما 23.6% مستواهم ثانوي، كما تبين أنّ 15.3% مستواهم التعليمي جامعي، وأنّ 1.4% من أفراد عينة الدراسة من حملة الدراسات العليا.

ويتضح من الجدول السابق أنّ: أعلى نسبة من عينة المرضى هم من ذوي المستوى التعليمي المنخفض (أقل من ثانوي)، وترى الباحثة أنّ هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي ومعدل الإصابة بالمرض النفسي، حيث إنّ المرض يستوطن ويزيد لدى الأشخاص الأقل حظاً في التعليم لافتقارهم إلى العلم والمعرفة في التعامل مع ضغوط ومشكلات الحياة.

وتعزو الباحثة أنّ نصف عينة الدراسة من المرضى أعمارهم فوق (40) سنة، يرجع إلى أنه قبل أربعة أو خمسة عقود لم يكن التعليم متوفراً ومتاحاً بسهولة في مجتمعنا الفلسطيني كما هو اليوم خاصة على مستوى الجامعات والكليات.

جدول (5.5): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المهنة

النسبة %	التكرار	المهنة
9.0	13	موظف حكومي
5.6	8	موظف قطاع خاص
6.9	10	أعمال حرة
78.5	113	لا أعمل
100	144	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.5) أنّ 78.5% من أفراد عينة الدراسة لا يعملون، بينما 9.0% يعملون كموظفين حكوميين، وأنّ 6.9% يعملون أعمالاً حرة، أما 5.6% فهم يعملون كموظفين في القطاع الخاص.

ويتضح من الجدول السابق أنّ: أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة من المرضى هم عاطلون عن العمل، وترى الباحثة أنّ النتائج السابقة تبدو طبيعية جداً؛ لأنّ الفقر والبطالة تعد أحد الأسباب الرئيسة للإصابة بالأمراض النفسية هذا من ناحية، كما أنّ المريض النفسي الذي يوصم بهذا المرض ينظر إليه في المجتمع على أنه غير مؤهل وكفء للإنتاج والعمل، وبالتالي يجد صعوبة في الحصول على فرصة عمل من ناحية أخرى، بالإضافة إلى ارتباط النتائج بنتائج جدول رقم (5.4)، والذي أشار إلى أنّ (59.7%) مؤهلهم العلمي أقل من الثانوي، وهذا بالطبع يؤثر في فرصة الحصول على العمل وطبيعة هذا العمل.

جدول (5.6): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن

النسبة %	التكرار	مكان السكن
14.6	21	محافظة شمال غزة
37.5	54	محافظة غزة
15.3	22	محافظات الوسطي
16.0	23	محافظة خانينونس
16.7	24	محافظة رفح
100	144	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.6) أنّ 37.5% من أفراد عينة الدراسة هم من سكان محافظة غزة، بينما 16.7% يسكنون محافظة رفح، وأنّ 16.0% من سكان محافظة خانينونس، و15.3% هم من سكان محافظة الوسطي، بينما 14.6% من أفراد عينة الدراسة هم من سكان محافظة شمال غزة.

ويتضح من الجدول السابق أنّ: أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة من المرضى هم من سكان محافظة غزة، حيث ترى الباحثة أنّ النتائج طبيعية؛ لأنّ محافظة غزة تحتوي على أعلى كثافة سكانية بين محافظات القطاع، وبالتالي ستزيد أعداد المصابين بالمرض النفسي مقارنة مع حجم السكان، كما أنّ النتائج تتوافق مع تقرير وزارة الصحة الفلسطينية، والذي أشار إلى أنّ العدد

الأكبر من المراجعين والمسجلين والحالات الجديدة في المراكز والعيادات النفسية الحكومية كانوا من محافظة غزة وعددهم (30-201) مريض (وزارة الصحة الفلسطينية، 2021، ص 52).

جدول (5.7): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المرض

النسبة %	التكرار	نوع المرض
51.4	74	اكتئاب
3.5	5	هوس
13.9	20	قلق
4.8	7	اضطرابات نفسية
12.5	18	وسواس قهري
3.5	5	فوبيا
6.9	10	صدمة نفسية
3.5	5	رهاب
100	144	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.7) أن 51.4% من أفراد عينة الدراسة مصابون بالاكتئاب، بينما 13.9% مصابون بالقلق، وأن 12.5% مصابون وسواس قهري، وأن 6.9% مصابون بالصدمة النفسية، وأن 4.8% مصابون باضطرابات نفسية، أما المصابون بالهوس والفوبيا والرهاب كانت نسبتهم 3.5% من أفراد عينة الدراسة.

ويتضح من الجدول السابق أن المصابين بالقلق والاكتئاب يمثلون أعلى نسبة من المرضى النفسيين، حيث يعد الاكتئاب أكثر الأمراض النفسية انتشاراً، إذ تقدر إحصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم ما يزيد على 500 مليون إنسان، كما تشير تقارير وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة أن مرضى الاكتئاب يشكلون (21.7%) من المرضى النفسيين (وزارة الصحة الفلسطينية، 2021، ص 53).

جدول (5.8): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة الإصابة بالمرض النفسي

النسبة %	التكرار	مدة الإصابة بالمرض النفسي
11.8	17	من 1 إلى أقل من 3 سنوات
20.8	30	من 3 إلى أقل من 6 سنوات
13.2	19	من 6 إلى أقل من 9 سنوات
54.2	78	9 سنوات فأكثر
100	144	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.8) أنّ 54.2% من أفراد عينة الدراسة مصابون بالمرض من مدة 9 سنوات فأكثر، بينما 20.8% مصابون من مدة 3 إلى أقل من 6 سنوات، أما 13.2% فهم مصابون من 6 إلى أقل من 9 سنوات، كما أنّ 11.8% مصابون من سنة إلى أقل من 3 سنوات.

ويتضح من الجدول السابق أنّ: أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة من المرضى النفسيين مدة إصابتهم بالمرض 9 سنوات فأكثر، وتفسر الباحثة ذلك بأن المرض النفسي من الأمراض الصعبة في علاجها، وتحتاج إلى وقت كبير لعلاجها أو تكيف الشخص المصاب معها بعكس بعض الأمراض الجسمية، كما تتوافق هذه النتائج وتتناغم مع نتائج جدول رقم (5.2)، والتي أشارت إلى أعلى نسبة من المرضى أعمارهم فوق (40) سنة.

2- عرض الجداول المرتبطة بالإجابة عن تساؤلات الدراسة:

النتائج المرتبطة بالإجابة عن التساؤل الأول:

1- ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع المريض نفسه؟

جدول (5.9): يوضح مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع المرضى

م	دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
1	يصبح اتفاقاً يحدد فيه المهام المطلوبة مني للعلاج والمتابعة.	4	2.8	45	31.3	95	66.0	197	1.36	.538	45.3	منخفض	7
2	يساعدني على تفهم خطة العلاج.	6	4.2	65	45.1	73	50.7	221	1.53	.578	51	منخفض	4
3	يعزز مشاعري الإيجابية ويمنحني الأمل لمواجهة المرض.	10	6.9	69	47.9	65	45.1	233	1.61	.614	53.6	منخفض	2
4	يعدل أفكاري الخاطئة عن طبيعة الإصابة بالمرض النفسي.	3	2.1	77	53.5	64	44.4	227	1.57	.536	52.3	منخفض	3
5	يساعدني على التقبل والتكيف مع الواقع.	11	7.6	69	47.9	64	44.4	235	1.63	.622	54.3	منخفض	1
6	يشجعني على المشاركة في برامج وأنشطة المركز النفسي.	8	5.6	45	31.3	91	63.2	205	1.42	.598	47.3	منخفض	5
7	يكسبني مهارات التعامل مع المشكلات المترتبة عن المرض النفسي.	0	0	31	21.5	113	78.5	175	1.21	.412	40.3	منخفض	8
8	يسهل حصولي على المساعدات والخدمات داخل المركز النفسي،	4	2.8	33	22.9	107	74.3	185	1.28	.510	42.6	منخفض	6
9	يرحس على أن تتلاءم خدمات المركز مع احتياجاتي الفعلية.	0	0	21	14.6	123	85.4	165	1.14	.354	38	منخفض	9
المجموع الكلي								204	1.42	....	47.3	منخفض	

يتضح من الجدول رقم (5.9) أن المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع المرضى كما يحدده المرضى) تراوحت ما بين (1.14-1.63)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (1.42)، ويتضح من ذلك أن دوره مع المرضى النفسيين كما يحدده المرضى "منخفض" وباستعراض ترتيب الفقرات للدور، تبين أن الفقرة رقم (5) والتي تنص على "يساعدني على التقبل والتكيف مع الواقع"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (1.63)، يليها الفقرة رقم (3) والتي تنص على "يعزز مشاعري الإيجابية ويمنحني الأمل لمواجهة المرض"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (1.61)، ثم الفقرة رقم (4) والتي تنص على "يعدل أفكارى الخاطئة عن طبيعة الإصابة بالمرض النفسي"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (1.57). بينما حصلت الفقرة رقم (2) والتي تنص على "يساعدني على تفهم خطة العلاج" على المرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (1.53)، تليها الفقرة رقم (6) والتي تنص على "يشجعني على المشاركة في برامج وأنشطة المركز النفسي"، والتي جاءت في المرتبة الخامسة، وذلك بمتوسط مرجح (1.42)، كما حصلت الفقرة رقم (8) والتي تنص على "يسهل حصولي على المساعدات والخدمات داخل المركز النفسي" على المرتبة السادسة، وذلك بمتوسط مرجح (1.28). أما الفقرة رقم (1) والتي تنص على "يصيغ اتفاقاً يحدد فيه المهام المطلوبة مني للعلاج والمتابعة"، جاءت بالمرتبة السابعة، وذلك بمتوسط مرجح (1.36)، وتليها الفقرة رقم (7) والتي تنص على "يكسبني مهارات التعامل مع المشكلات المترتبة عن المرض النفسي"، وذلك في المرتبة الثامنة وبمتوسط مرجح (1.21)، ثم الفقرة رقم (9)، والتي تنص على "يحرص على أن تتلاءم خدمات المركز مع احتياجاتي الفعلية"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.14).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أن أدوار الأخصائي الاجتماعي مع المرضى منخفضة في مؤشرات هذا الدور.

وتعزو الباحثة ذلك: إلى سلبية بعض المرضى في التعامل داخل المراكز النفسية من حيث عدم الالتزام بالقواعد والأنظمة والبروتوكولات المتبعة، واعتقادهم بأنهم يحضرون للمركز النفسي لمراجعة الطبيب النفسي للاطمئنان على أنفسهم وصرف الدواء إن كان هناك حاجة لذلك، بالإضافة إلى نقص معارف الأخصائي الاجتماعي بالاتجاهات الحديثة في الممارسة المهنية، وضعف التوجيه المهني والتدريب والتأهيل الذي يتلقاه الأخصائي الاجتماعي مما يؤثر في أدائه المهني، خاصة في تصميم البرامج والأنشطة وتوظيف المهارات المهنية في التعامل مع المرضى النفسيين.

ولقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج العديد من الدراسات السابقة خاصة:

نتائج دراسة (السبئي، وسيف، 2020)، ودراسة (العباسي، 2017)، والتي أكدت أنّ الأخصائيين الاجتماعيين بحاجة إلى تفعيل دورهم مع الحالات الفردية، ويعانون من عدم تطوير معارفهم لممارسة العمل مع المرضى، وعدم معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بكيفية تصميم البرامج والأنشطة الجماعية، ونقص مهاراتهم للعمل مع المرضى، وعدم معرفتهم بأساليب ممارسة العمل المهني، وعدم وجود الخبرات الكافية لدى الأخصائيين الاجتماعيين لممارسة العمل مع المرضى.

ودراسة (الأمين، 2010) والتي أكدت نتائجها افتقار المعايير المحددة لتقديم الخدمات وضعف القدرات الفردية والمؤسسية.

ودراسة (Jennifer,2014) (عبد العال، 2015) (العجلاني، 2005)، والتي أكدت نتائجهم ضعف امتلاك الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال الطبي مهارات مهنية في الخدمة الاجتماعية مثل: التأثيرية والعلاقة المهنية الإنسانية، والمعرفية، والإدراكية، والاتصال والتواصل، والتدخل المهني وحاجة الأخصائيين إلى برامج ومتطلبات لتحقيق التنمية المهنية المستمرة.

2. ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض؟

جدول (5.10): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض

م	دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الدرجة	الترتيب
1	يقدم الأخصائي لأسرتي الإرشادات حول كيفية التعامل مع مرضي أثناء فترة العلاج.	5	3.5	36	25.0	103	71.5	190	1.31	.537	43.6	منخفض	1
2	يعرض لأسرتي الحقائق والمعلومات الكافية حول مرضي.	1	0.7	39	27.1	104	72.2	185	1.28	.468	42.6	منخفض	2
3	ينظم اللقاءات والندوات لتوعية الأسرة كيفية رعاية أبنائهم.	0	0	17	11.8	127	88.2	161	1.11	.323	37	منخفض	7
4	يقوي العلاقة بين أسرتي وفريق العمل الذي يقدم لي الخدمات.	0	0	14	9.7	130	90.3	158	1.09	.297	36.3	منخفض	8
5	ينمي وعي أسرتي بالآثار الاجتماعية المترتبة على إصابتي بالمرض النفسي.	1	0.7	23	16.0	120	83.3	166	1.17	.398	39	منخفض	4
6	يساعد أسرتي على التكيف مع ظروف مرضي.	0	0	22	15.3	122	84.7	166	1.15	.361	38.3	منخفض	5
7	يتعرف إلى مشكلاتي من وجهة نظر أسرتي.	0	0	31	21.5	113	78.5	175	1.21	.412	40.3	منخفض	3
8	يخفف المشاعر السلبية المرتبطة بمرضي لدى أسرتي.	0	0	18	12.5	126	87.5	162	1.12	.331	37.3	منخفض	6
المجموع الكلي												منخفض	
								170	1.18	.....	39.3		

يتضح من الجدول رقم (5.10) أنّ المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض النفسي كما يحدده المرضى) تراوحت ما بين (1.09-1.31)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (1.18)، ويتضح من ذلك أنّ دور الأخصائي الاجتماعي مع أسر المرضى النفسيين كما يحدده المرضى "منخفض"، وباستعراض ترتيب الفقرات للدور، تبين أنّ الفقرة رقم (1) والتي تنص على "يقدم الأخصائي لأسرتي الإرشادات حول كيفية التعامل مع مرضي أثناء فترة العلاج" جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (1.31)، تليها الفقرة رقم (2) والتي تنص على "يعرض لأسرتي الحقائق والمعلومات الكافية حول مرضي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (1.28)، ثم الفقرة رقم (7) والتي تنص على "يتعرف إلى مشكلاتي من وجهة نظر أسرتي" وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (1.21). وجاءت الفقرة رقم (5) والتي تنص على "ينمي وعي أسرتي بالآثار الاجتماعية المترتبة على إصابتي بالمرض النفسي" في المرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (1.17). أما الفقرة رقم (6) والتي تنص على "يساعد أسرتي على التكيف مع ظروف مرضي" في المرتبة الخامسة، وذلك بمتوسط مرجح (1.15)، بينما حصلت فقرة رقم (8) والتي تنص على "يخفف المشاعر السلبية المرتبطة بمرضي لدى أسرتي"، والتي جاءت في المرتبة السادسة، وذلك بمتوسط مرجح (1.12)، وتليها الفقرة رقم (3) والتي تنص على "ينظم اللقاءات والندوات لتوعية الأسرة كيفية رعاية أبنائهم" وذلك في المرتبة السابعة وبمتوسط مرجح (1.11)، ثم الفقرة رقم (4) والتي تنص على "يقوي العلاقة بين أسرتي وفريق العمل الذي يقدم لي الخدمات"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.09).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ أدوار الأخصائي الاجتماعي مع المرضى منخفضة في مؤشرات هذا الدور.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: انشغال بعض أسر المرضى أو تذرعها بالانشغال وإهمال البعض الآخر لأهمية اللقاءات والندوات وعدم اقتناعهم بجداولها أو بمن يقومون باللقاءها، كما أن ضعف تردد المرضى وذويهم على المراكز النفسية، واقتصار قناعاتهم على زيارتهم للطبيب النفسي ونقص المعلومات لدى أسرة المريض حول دور الأخصائي الاجتماعي، وعدم إبداء الاستعداد الكافي للتعامل مع بقية الفريق العامل يحول دون تنمية العلاقة بين الفريق الطبي من جهة والمريض وأسرته من جهة أخرى، وتبقى العلاقة الضعيفة بين الطرفين سيدة الموقف، وبالتالي تؤثر في أداء الأخصائيين واستفادة المرضى النفسيين من الخدمات المقدمة لهم.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج جدول رقم (5.14) والتي أكدت نتائجه أنّ من أهم معوقات الممارسة المهنية والراجعة لأسرة المريض نقص المعلومات لدى أسرة المريض حول دور الأخصائي الاجتماعي، وقلة حضور بعض الأسر للمتابعة مع المريض، وضعف قنوات الاتصال بين أسرة المريض والأخصائي الاجتماعي.

ولقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من (Maramaldi et al 2014 ، الناصر 2011)، حيث أكدت دراستهما على عدم التعاون من قبل أسر المرضى مع الأخصائي الاجتماعي، وأنّ الأخصائي لا يقوم بالزيارات الميدانية للمرضى.

3. ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع فريق العمل؟

جدول (5.11): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل

م	دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الدرجة	الترتيب
1	يشارك فريق العمل العلاجي لحل مشكلاتي.	2	1.4	45	31.3	97	67.4	193	1.34	.504	44.6	منخفض	1
2	يوثق العلاقات بيني وبين فريق العمل.	3	2.1	28	19.4	113	78.5	178	1.23	.472	41	منخفض	6
3	يساعد فريق العمل على تنفيذ الخطة العلاجية والبرامج والأنشطة المناسبة لحالتي.	1	0.7	40	27.8	103	71.5	186	1.29	.471	43	منخفض	2
4	يمد فريق العمل بالمعلومات والبيانات عن حالتي الاجتماعية وظروفي البيئية.	0	0	41	28.5	103	71.5	185	1.28	.452	42.6	منخفض	3
5	يوضح لفريق العمل الآثار الاجتماعية الواقعة على كمريض.	1	0.7	36	25.0	107	74.3	182	1.26	.457	42	منخفض	4
6	يساعد فريق العمل في تحديد احتياجاتي ومشكلاتي الاجتماعية.	2	1.4	34	23.6	108	75.0	182	1.26	.472	42	منخفض	5
		المجموع الكلي											
		منخفض											
		154											
		1.06											
												
		35.3											

يتضح من الجدول رقم (5.11) أنّ المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع فريق العمل كما يحدده المرضى) تراوحت ما بين (1.23- 1.34)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (1.06)، ويتضح من ذلك أنّ دوره مع المرضى النفسيين كما يحدده المرضى "منخفض"، وباستعراض ترتيب الفقرات للدور، تبين أنّ الفقرة رقم (1) والتي تنص على "يشارك فريق العمل العلاجي لحل مشكلاتي"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (1.34)، تليها الفقرة رقم (3) والتي تنص على "يساعد فريق العمل على تنفيذ الخطة العلاجية والبرامج والأنشطة المناسبة لحالتي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (1.29)، ثم الفقرة رقم (4) والتي تنص على "يعد فريق العمل بالمعلومات والبيانات عن حالتي الاجتماعية وظروفي البيئية"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (1.28) وحصلت الفقرة رقم (5) والتي تنص على "يوضح لفريق العمل الآثار الاجتماعية الواقعة على كميض" على المرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (1.26)، أما الفقرة رقم (6) والتي تنص على "يساعد فريق العمل في تحديد احتياجاتي ومشكلاتي الاجتماعية"، وذلك في المرتبة الخامسة بمتوسط مرجح (1.26)، وحصلت الفقرة رقم (2) والتي تنص على "يوثق العلاقات بيني وبين فريق العمل" على المرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.23).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ أدوار الاخصائي الاجتماعي مع فريق العمل منخفضة في مؤشرات هذا الدور.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: تهيمش الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي، واعتبار أن دورهم ثانوي يمكن أن يقوم به الأخصائي النفسي أو التمريض، وعدم إيمان بعض أعضاء الفريق بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي، ويعتبرون أنّ دوره إداري أو توزيع المساعدات على المحتاجين؛ مما يؤدي إلى ضعف العلاقة بين الأخصائي والفريق العامل، وبالتالي يعود بالضرر على الخدمات التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي للمرضى.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج جدول رقم (5.16) والتي أكدت أنّ من أهم معوقات الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي والراجعة لفريق العمل؛ عدم اقتناع الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى النفسيين، وعدم إيمانهم بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي، وتهيمش الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي، وعدم تحديد الأدوار الخاصة بأعضاء فريق العمل في المراكز النفسية.

ولقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج العديد من الدراسات السابقة خاصةً: دراسة (عبد العال 2015)، والتي أكدت أنّ هناك ضعفًا في أداء الأخصائيين لبعض مسؤولياتهم ضمن فريق العمل. ودراسة (الناصر، 2011)، والتي أكدت نتائجها عدم وجود تعاون من قبل الفريق الطبي والمرضى مع الأخصائي الاجتماعي. ودراسة (phillipowsk, 2018)، حيث أشارت نتائجها إلى ارتباط الأدوار فيما يتعلق بتنظيم الرعاية المتكاملة داخل المنظمة الصحية، ونقص التعاون المشترك بين المهن المختلفة داخل المنظمة الصحية.

النتائج المرتبطة بالإجابة عن التساؤل الثاني:

ما الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية؟

جدول (5.12): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية

م	الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الدرجة	الترتيب
1	يسجل الأخصائي جميع البيانات التي يحصل عليها.	117	81.3	25	17.4	2	1.4	403	2.79	.435	93	مرتفع	1
2	يقوم الأخصائي بملاحظة ردود فعلي وانفعالاتي.	12	8.3	36	25.0	96	66.7	204	1.41	.642	47	منخفض	2
3	يعقد الأخصائي جلسات علاج جمعي وفردى مع المريض.	9	6.3	26	18.0	109	75.7	188	1.30	.582	43.3	منخفض	3
4	يستخدم الأخصائي المقاييس المناسبة لتقدير حالتي.	0	0	14	9.7	130	90.3	158	1.09	.297	36.3	منخفض	5
5	يعقد الأخصائي المقابلات الفردية للتعرف إلى حالتي.	12	8.3	20	13.9	112	77.8	188	1.30	.617	43.3	منخفض	4
		المجموع الكلي											
		منخفض											

يتضح من الجدول رقم (5.12) أنّ المتوسطات المرجحة (للأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية) تراوحت ما بين (1.09-2.79)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (1.58)، ويتضح من ذلك أنّ الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كما يحددها المرضى "منخفضة"، وباستعراض ترتيب الفقرات للأساليب المهنية، تبين أنّ الفقرة رقم (1) والتي تنص على "يسجل الأخصائي جميع البيانات التي يحصل عليها"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.79)، تليها الفقرة رقم (2) والتي تنص على "يقوم الأخصائي بملاحظة ردود فعلي وانفعالاتي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (1.41)، ثم الفقرة رقم (3) والتي تنص على "يعقد الأخصائي جلسات علاج جمعي وفردى مع المريض" وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (1.30)، ثم الفقرة رقم (5) والتي تنص على "يعقد الأخصائي المقابلات الفردية للتعرف إلى حالتي"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (1.30)، وتليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "يستخدم الأخصائي المقاييس المناسبة لتقدير حالتي"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.09).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ مستوى الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي مع المرضى النفسيين كما يحددها المرضى منخفضة.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: عدم التزام كثير من المرضى وأسرهم بالحضور إلى جلسات العلاج واكتفائهم بالحضور مرة واحدة في الشهر بغرض مراجعة الطبيب النفسي للاطمئنان على الصحة وصرف الدواء، كما أنّ هناك قناعة مترسخة لديهم بأنّ علاجهم طبي وليس اجتماعي نفسي، وهذا يحتاج إلى جهد كبير لتغيير هذه القناعات، بالإضافة إلى غياب التدريب المستمر للأخصائيين الاجتماعيين وعدم إلحاقهم بالدورات التدريبية المتخصصة يحول دون اكتسابهم مهارات وأساليب جديدة في التعامل مع المرضى، لذلك تراهم لا يستخدمون المقاييس أو جلسات الإرشاد الفردية أو الجمعية والأساليب الفاعلة المتطورة في أدائهم المهني.

ولقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج العديد من الدراسات السابقة خاصة: دراسة (العباسي، 2017)، والتي أكدت نتائجها عدم معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بأساليب ممارسة العمل المهني، وعدم وجود الخبرات الكافية لدى الأخصائيين الاجتماعيين لممارسة العمل مع المرضى.

ودراسة (إبراهيم، 2019)، والتي أكدت حاجة الأخصائيين الاجتماعيين للتعرف إلى الاتجاهات الحديثة في الممارسة المهنية بمستشفيات الصحة النفسية.

دراسة (Jennifer,2014)، حيث أظهرت النتائج ازدياد حاجة الأخصائيين إلى برامج ومتطلبات لتحقيق التنمية المهنية المستمرة.

النتائج المرتبطة بالإجابة عن التساؤل الثالث:

1. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المريض؟

جدول (5.13): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المريض

م	المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى المريض	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب		
1	نقص معرفتي بدور الأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية.	109	75.7	34	23.6	1	0.7	396	2.75	.450	91.6	مرتفعة	1		
2	قلة الثقة بقدرة الأخصائي على حل مشكلاتي.	75	52.1	60	41.7	9	6.3	354	2.45	.613	81.6	مرتفعة	3		
3	عدم الالتزام بقواعد وأنظمة المراكز النفسية.	64	44.4	63	43.8	17	11.8	335	2.32	.677	77.3	متوسطة	4		
4	اعتقادي أن علاجي طبي ولا أهمية للعلاج الاجتماعي.	79	54.9	20	13.9	45	31.3	322	2.23	.900	74.3	متوسطة	5		
5	سلبية بعض المرضى وضعف تعاونهم مع الأخصائي الاجتماعي.	110	76.4	31	21.5	3	2.1	395	2.74	.483	91.3	مرتفعة	2		
المجموع الكلي											360	2.50	83.3	مرتفع

يتضح من الجدول رقم (5.13) أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى المريض) تراوحت ما بين (2.23-2.75)، حيث إنّ المتوسط الحسابي العام بلغ (2.50)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمعوقات، تبين أنّ الفقرة رقم (1) والتي تنص على "نقص معرفتي بدور الأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.75)، تليها الفقرة رقم (5) والتي تنص على "سلبية بعض المرضى وضعف تعاونهم مع الأخصائي الاجتماعي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.74)، ثم الفقرة رقم (2) والتي تنص على "قلة الثقة بقدرة الأخصائي على حل مشكلاتي" وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.45)، ثم الفقرة رقم (3) والتي تنص على "عدم الالتزام بقواعد وأنظمة المراكز النفسية"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (2.32)، وتليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "اعتقادي أنّ علاجي طبي ولا أهمية للعلاج الاجتماعي"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.09).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ مستوى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المريض كما يحددها المرضى مرتفعة.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: قلة الاجتماعات واللقاءات التي يعقدها الأخصائي مع المريض النفسي وأسرته لتعريفهم بأدوار الأخصائي الاجتماعي وأهميته في المتابعة المنزلية، وفي شرح الخطة العلاجية، ومساعدة المريض على حل مشكلته، وفي تقديم النصائح والتوجيهات التي تساعده على التكيف مع المرض النفسي، وتغيير الأفكار السلبية لديه وتعزيز الأفكار الإيجابية، كما أنّ قلة ثقة المريض بالأخصائي وعدم اقتناعه بأهمية دوره في العملية العلاجية نتيجة أفكار خاطئة سابقة، كل ذلك يؤدي إلى الحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي لأدواره تجاه المرضى.

ولقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج العديد من الدراسات السابقة خاصة: دراسة (أبو رمان وآخرون، 2018) التي دعت إلى ضرورة توضيح دور الأخصائي الاجتماعي داخل المستشفيات والمراكز الصحية. ودراسة (عواد، 2013) التي أظهرت نتائجها أنّ من أبرز المعوقات التي تواجه الأخصائيين هي غياب التقدير والنظرة السلبية للأخصائي الاجتماعي.

2. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى أسرة المريض؟

جدول (5.14): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى أسرة المريض

م	المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى أسرة المريض	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
1	نقص المعلومات لدى أسرة المريض حول دور الأخصائي الاجتماعي.	102	70.8	41	28.5	1	0.7	389	2.70	.474	90	مرتفعة	1
2	عدم تعاون المريض في تنفيذ المهام المطلوبة منهم لنجاح خطة العلاج.	88	61.1	44	30.6	12	8.3	364	2.52	.647	84	مرتفعة	5
3	عدم ترحيب بعض الأسر بقيام الأخصائي بالزيارات المنزلية.	72	50.0	25	17.4	47	32.6	313	2.17	.895	72.3	متوسطة	6
4	صعوبة إقامة علاقة مهنية مع أسرة المريض.	92	63.9	40	27.8	12	8.3	368	2.55	.645	85	مرتفعة	4
5	قلة حضور بعض الأسر للمتابعة مع المريض.	98	68.1	40	27.8	6	4.2	380	2.63	.562	87.6	مرتفعة	2
6	ضعف قنوات الاتصال بين أسرة المريض والأخصائي الاجتماعي.	95	66.0	41	28.5	8	5.6	375	2.60	.593	87	مرتفعة	3
المجموع الكلي												مرتفعة	
								364	2.52	.....	84		

يتضح من الجدول رقم (5.14) أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية والراجعة إلى أسرة المريض) تراوحت ما بين (2.17-2.70)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.52)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمعوقات، تبين أنّ الفقرة رقم (1) والتي تنص على "نقص المعلومات لدى أسرة المريض حول دور الأخصائي الاجتماعي" جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.70)، تليها الفقرة رقم (5) والتي تنص على "قلة حضور بعض الأسر للمتابعة مع المريض"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.63)، ثم الفقرة رقم (6) والتي تنص على "ضعف قنوات الاتصال بين أسرة المريض والأخصائي الاجتماعي"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.60). أما الفقرة رقم (4) والتي تنص على "صعوبة إقامة علاقة مهنية مع أسرة المريض"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (2.55)، وتليها الفقرة رقم (2) والتي تنص على "عدم تعاون المريض في تنفيذ المهام المطلوبة منهم لنجاح خطة العلاج"، وذلك في المرتبة الخامسة، وبمتوسط مرجح (2.52)، ثم الفقرة رقم (3) والتي تنص على "عدم ترحيب بعض الأسر بقيام الأخصائي بالزيارات المنزلية"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (2.17).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ مستوى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة الي أسرة المريض كما يحددها المرضى مرتفعة.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: اقتناع بعض الأسر بأنّ حل مشكلة أبنائهم طبي ولا أهمية للجانب النفسي والاجتماعي، واقتناع البعض الآخر بعدم جدوى وأهمية المتابعة والمراجعة المستمرة، بالإضافة إلى قلة الزيارات الأسرية والمتابعة الهاتفية التي يقوم بها الأخصائي مع المريض وأسرته، فينتج عن ذلك ضعف العلاقة وقنوات الاتصال بين الأخصائي من جهة والمريض وأسرته من جهة أخرى؛ مما يزيد من المعوقات التي تواجه الخدمة الاجتماعية.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (Maramaldir.et.al 2014)، والتي أكدت عدم التعاون من قبل أسر المرضى مع الأخصائي الاجتماعي وعدم وجود تخطيط جيد للممارسة المهنية.

3. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي؟

جدول (5.15): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي

الترتيب	الدرجة	%	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	مجموع الأوزان	%	لا	%	إلى حد ما	%	نعم	المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي
4	مرتفعة	83.3	.528	2.50	361	1.4	2	46.5	67	52.1	75	1 نقص المعرفة لدى الأخصائي فيما يتعلق بالأمراض النفسية.
5	مرتفعة	81.6	.513	2.45	354	0.7	1	52.8	76	46.5	67	2 نقص الخبرة والمهارة لدى الأخصائي.
3	مرتفعة	84.6	.527	2.54	366	1.4	2	43.1	62	55.6	80	3 ضعف مستوى الأداء المهني للأخصائي وعدم قدرته على مساعدتي.
2	مرتفعة	91	.554	2.73	394	5.6	8	15.3	22	79.2	114	4 يهتم بالجوانب الإدارية أكثر من الجوانب المهنية عند العمل مع المرضى.
1	مرتفعة	94.3	.392	2.83	408	0.7	1	15.3	22	84.0	121	5 الروتين في العمل وعدم توفير روح الدافعية والابتكار لدى الأخصائي.
مرتفعة		87	.....	2.61	376	المجموع الكلي						

يتضح من الجدول رقم (5.15) أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي) تراوحت ما بين (2.45-2.83)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (2.61)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمعوقات، تبين أنّ الفقرة رقم (5) والتي تنص على "الروتين في العمل وعدم توفير روح الدافعية والابتكار لدى الأخصائي"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.83)، تليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "يهتم بالجوانب الإدارية أكثر من الجوانب المهنية عند العمل مع المرضى"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.73)، ثم الفقرة رقم (3) والتي تنص على "ضعف مستوى الأداء المهني للأخصائي وعدم قدرته على مساعدتي" وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.54)، ثم الفقرة رقم (1) والتي تنص على "نقص المعرفة لدى الأخصائي فيما يتعلق بالأمراض النفسية"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (2.50)، وتليها الفقرة رقم (2) والتي تنص على "نقص الخبرة والمهارة لدى الأخصائي"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (2.45).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ مستوى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي كما يحددها المرضى مرتفعة.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: قلة الاهتمام بالأخصائيين الاجتماعيين ومتطلباتهم واحتياجاتهم من قبل الإدارة، وقلة الحوافز والعلاوات والترقيات المقدمة لهم، وقلة الدورات وورش العمل التي يلتحقوا فيها لاكتساب مزيد من الخبرة والمعرفة للتعامل مع المرضى؛ مما يجعل الأخصائي بعيداً عن الابتكار والإبداع، كما أنّ اعتبار دور الأخصائي ثانوي في العملية العلاجية، وأنّ هذا الدور يمكن أن يقوم به أي عضو بالفريق العامل، واعتبار أنّ دورهم الإداري مشابه لدور الكاتب أو السكرتير أي ينحصر في استقبال المرضى وفتح ملفات، فهذا يدخل الملل والروتينية على الدور ويضعف من مستوى الأداء والفاعلية لدى الأخصائي، ويحول دون تمكنه من مساعدة المرضى في التغلب على مشكلاتهم.

ولقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج العديد من الدراسات السابقة خاصة: دراسة (الطالب، 2018) والتي توصلت إلى ارتفاع مستوى الإعياء المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين، واستنزاف طاقة الأخصائيين الاجتماعيين في مهام لا تتعلق بصميم عملهم وانخفاض الرضا الوظيفي لديهم.

دراسة (الشهري، 2015)، والتي أكدت عدم حصول الأخصائي على المكافأة والتقدير المناسب من مديره، وضعف التوجيه المهني الذي يتلقاه الأخصائي الاجتماعي؛ مما يؤثر في أدائه المهني.

دراسة (Huxley, 2005)، وقد أشارت إلى أنّ أكثر الجوانب غير المرضية في سياق عملهم هو عدم الشعور بالتقدير من قبل أصحاب العمل.

دراسة (Evans, et al, 2018)، وأكدت نتائجها أنّ هناك مستويات عالية من الإجهاد والإرهاق وعدم الحصول على التقدير، وانخفاض مستويات الرضا الوظيفي لدى الأخصائي الاجتماعي.

4. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى فريق العمل؟

جدول (5.16): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي

الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى فريق العمل

م	المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى فريق العمل	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب		
1	عدم اقتناع الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى النفسيين.	99	68.8	38	26.4	7	4.9	380	2.63	.574	87.6	مرتفعة	3		
2	عدم إيمان بعض الأعضاء بالفريق بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي.	101	70.1	39	27.1	4	2.8	385	2.67	.526	89	مرتفعة	2		
3	تضارب آراء فريق العمل حول طبيعة التعامل مع المريض النفسي.	88	61.1	51	35.4	5	3.5	371	2.57	.561	85.6	مرتفعة	4		
4	الخبرة المحدودة لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي.	83	57.6	54	37.5	7	4.9	364	2.52	.590	84	مرتفعة	6		
5	تهميش الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي.	90	62.5	44	30.6	10	6.9	368	2.55	.623	85	مرتفعة	5		
6	عدم تحديد الأدوار الخاصة بأعضاء فريق العمل في المراكز النفسية.	105	72.9	32	22.2	7	4.9	386	2.68	.562	89.3	مرتفعة	1		
المجموع الكلي												مرتفع			
375												2.60	86.6	

يتضح من الجدول رقم (5.16) أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى فريق العمل) تراوحت ما بين (2.52-2.68)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.60)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمعوقات، تبين أنّ الفقرة رقم (6)، والتي تنص على "عدم تحديد الأدوار الخاصة بأعضاء فريق العمل في المراكز النفسية"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.68)، تليها الفقرة رقم (2) والتي تنص على "عدم إيمان بعض الأعضاء بالفريق بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.67)، ثم الفقرة رقم (1) والتي تنص على "عدم اقتناع الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى النفسيين"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.63)، وحصلت الفقرة رقم (3) والتي تنص على "تضارب آراء فريق العمل حول طبيعة التعامل مع المريض النفسي" على المرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (2.57)، وتليها الفقرة رقم (5)، والتي تنص على "تهميش الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي"، وذلك في المرتبة الخامسة وبمتوسط مرجح (2.55)، ثم الفقرة رقم (4) والتي تنص على "الخبرة المحدودة لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (2.52).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ مستوى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى فريق العمل كما يحددها المرضى مرتفعة.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: أنّ الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي بشكل عام والمجال النفسي بشكل خاص في فلسطين تعاني من ضعف الوجود والمكانة في ظل اعتبار المؤسسات والمراكز الطبية والنفسية المكان الأولى والأساسي للمهن الطبية (الأطباء ومساعدتهم والتمريض)، وأنّ للأخصائيين الاجتماعيين الدور الثانوي وانحصار عملهم في أماكن محددة وارتباط صورتهم في أذهان العاملين من المهن الأخرى بالأعمال الإدارية أو بالمساعدات المادية والإغاثية، وعدم أهميتهم في المجال النفسي، وهذا يجعل مشاركتهم خجولة في الفرق الطبية العاملة، ويؤدي إلى مزيد من ضعف الدور لديهم.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من (Perriam ، phillipowsk 2018 ، 2015، عواد 2013، الناصر 2011، العبد 2009، Douglas. & Mitchel 2008 ، 2008)، حيث أكدت دراستهم ارتباط الأدوار فيما يتعلق بتنظيم الرعاية المتكاملة داخل المنظمة الصحية

المتكاملة، ونقص التعاون المشترك بين المهن المختلفة داخل المنظمة الصحية المتكاملة، كما أنّ بيئة المستشفى لم تكن داعمة للعمل الاجتماعي، بالإضافة إلى غياب التقدير والحوافز والنظرة السلبية عن الأخصائي الاجتماعي، كما وأكدت الدراسات عدم وجود تعاون من قبل الفريق الطبي مع الأخصائي الاجتماعي، وتفاوت معاملة المسؤولين لهم، وكذلك فإنّ موظفي العمل الاجتماعي في الفرق النفسية يعانون من مستويات عالية من الارتباك في الأدوار.

5. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المراكز النفسية؟

جدول (5.17): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي وترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الراجعة إلى المراكز النفسية

م	المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الراجعة إلى المراكز النفسية	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
1	عدم تناسب خدمات المراكز احتياجات المرضى المتعددة.	113	78.5	31	21.5	0	0	401	2.78	.412	92.6	مرتفعة	4
2	ضعف الصلاحيات الممنوحة للأخصائي الاجتماعي.	116	80.6	28	19.4	0	0	404	2.80	.397	93.3	مرتفعة	2
3	نقص الموارد والإمكانات المتاحة بالمراكز مع تعدد الحاجات والمشكلات للمرضى النفسيين.	119	82.6	20	13.9	5	3.5	402	2.79	.485	93	مرتفعة	3
4	جمود اللوائح والمعايير التي تحول دون استفاضة المرضى من الخدمات.	106	73.6	31	21.5	7	4.9	387	2.68	.560	89.3	مرتفعة	5
5	عدم توفير أساليب رعاية حديثة في المراكز النفسية لرعاية المرضى النفسيين.	125	86.8	16	11.1	3	2.1	410	2.84	.415	94.6	مرتفعة	1
المجموع الكلي												مرتفع	
			92.3					400	2.77	.....		

يتضح من الجدول رقم (5.17) أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى المراكز النفسية) تراوحت ما بين (2.68-2.84)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.77)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمعوقات، تبين أنّ الفقرة رقم (5) والتي تنص على "عدم توفير أساليب رعاية حديثة في المراكز النفسية لرعاية المرضى النفسيين"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.84)، تليها الفقرة رقم (2) والتي تنص على "ضعف الصلاحيات الممنوحة للأخصائي الاجتماعي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.80)، ثم الفقرة رقم (3) والتي تنص على "نقص الموارد والإمكانات المتاحة بالمراكز مع تعدد الحاجات والمشكلات للمرضى النفسيين"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.79)، ثم الفقرة رقم (1) والتي تنص على "عدم تناسب خدمات المراكز احتياجات المرضى المتعددة"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة وذلك بمتوسط مرجح (2.78)، وتليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "جمود اللوائح والمعايير التي تحول دون استفادة المرضى من الخدمات"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (2.68).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ مستوى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المراكز النفسية كما يحددها المرضى مرتفعة.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: أنّ توفير الإمكانات والموارد يعتمد على منح المؤسسات الخارجية والموازنات التي تخصصها الحكومة للمراكز النفسية، فالمنح غير ثابتة باستمرار أما موازنات الحكومة ضعيفة جدًا نتيجة للوضع الاقتصادي الصعب الذي تعيشه الحكومة والمجتمع الفلسطيني خصوصًا في قطاع غزة، كما يدخل في ضعف الإمكانات والموارد للمراكز النفسية النقص الكبير في عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في هذه المراكز مقارنة بعدد المرضى المستفيدين وقلة الصلاحيات الممنوحة لهم، كل ذلك يقف حاجزًا أمام دور الأخصائي الاجتماعي بشكل مهني وفعال.

ولقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج العديد من الدراسات السابقة خاصة:

دراسة (إدريس، 2019)، ودراسة (إبراهيم، 2019)، والتي أكدت نتائجهما أنّ هناك نقصًا في عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الصحة النفسية، ونقصًا في الإمكانات المادية بمستشفيات الصحة النفسية.

كذلك دراسة (الحسيني، 2018)، ودراسة (الشهري، 2015)، ودراسة (Maramaldi, et al, 2014)، والتي أكدت نتائجهم عدم توفر ميزانية خاصة بالأنشطة والأعمال التي تخدم عمل الأخصائي الاجتماعي وتحد من قيامه بالبرامج والأنشطة مع المرضى، وقلّة الموارد المتوفرة، وعدم وجود تخطيط جيد للممارسة المهنية، وعدم وضع خطط العلاج الملائمة.

النتائج المرتبطة بالإجابة عن التساؤل الرابع:

ما المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية؟

جدول (5.18): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية

للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية

م	المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين في المراكز النفسية الحكومية	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
1	زيادة أعداد الأخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسي.	131	91.0	11	7.6	2	1.4	417	2.89	.349	96.3	مرتفعة	6
2	تخفيف الأعمال الإدارية عن كاهل الأخصائيين الاجتماعيين التي لا تتناسب مع دورهم الفعلي.	92	63.9	52	63.1	0	0	380	2.63	.482	87.6	مرتفعة	14
3	الاهتمام بالتعليم والتدريب المستمر للأخصائيين الاجتماعيين.	119	82.6	25	17.4	0	0	407	2.82	.380	94	مرتفعة	9
4	توعية المرضى وأسرهم بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي.	115	79.8	29	20.2	0	0	403	2.79	.402	93	مرتفعة	13
5	توعية المرضى وأسرهم بأهمية اتباع الخطة العلاجية.	133	92.4	10	6.9	1	0.7	420	2.91	.301	97	مرتفعة	4
6	دعم فكرة العمل المشترك بين المريض وأسرته والأخصائي الاجتماعي.	117	81.3	27	18.7	0	0	405	2.81	.391	93.6	مرتفعة	12م

م	المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين في المراكز النفسية الحكومية	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
7	تعزيز ثقة المرضى وأسرهم بقدرة الأخصائي الاجتماعي على حل مشكلاتهم.	122	84.7	21	14.6	1	0.7	409	2.84	.386	94.6	مرتفعة	7
8	تعديل اتجاهات الفريق الطبي نحو أهمية دور الأخصائي الاجتماعي.	118	81.9	26	18.1	0	0	406	2.82	.385	94	مرتفعة	10
9	تنمية روح العمل كفريق مع المرضى النفسيين.	117	81.3	27	18.7	0	0	405	2.81	.391	93.6	مرتفعة	11
10	زيادة فناعة الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى.	120	83.3	24	16.7	0	0	408	2.83	.373	94.3	مرتفعة	8
11	تنمية المعارف والخبرات لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي.	132	91.7	11	8.3	1		419	2.90	.310	96.6	مرتفعة	5
12	توفير وتطوير الإمكانيات المادية والبشرية بالمراكز النفسية.	132	81.7	12	8.3	0	0	420	2.91	.277	97	مرتفعة	3
13	تيسير إجراءات العمل بالمراكز النفسية وتسهيل حصول المرضى على الخدمات.	137	95.1	7	4.9	0	0	425	2.95	.215	98.3	مرتفعة	2
14	زيادة فعالية وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى.	139	96.5	5	3.5	0	0	427	2.96	.183	98.6	مرتفعة	1
المجموع الكلي								410	2.84	....	94.6	مرتفع	

يتضح من الجدول رقم (5.18) أنّ المتوسطات المرجحة (للمقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين في المراكز النفسية الحكومية) تراوحت ما بين (2.96-2.63)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.84)، ويتضح من ذلك أنّ المقترحات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمقترحات، تبين أنّ الفقرة رقم (14) والتي تنص على "زيادة فعالية وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.96)، تليها الفقرة رقم (13)، والتي تنص على "تيسير إجراءات العمل بالمراكز النفسية وتسهيل حصول المرضى على الخدمات"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.95)، ثم الفقرة رقم (12) والتي تنص على "توفير وتطوير الإمكانيات المادية والبشرية بالمراكز النفسية"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.91).

أما الفقرة رقم (6) والتي تنص على "دعم فكرة العمل المشترك بين المريض وأسرته والأخصائي الاجتماعي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية عشر، وذلك بمتوسط مرجح (2.81)، وتليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "توعية المرضى وأسرهم بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي"، وذلك في المرتبة الثالثة عشر، وبمتوسط مرجح (2.79)، ثم الفقرة رقم (2) والتي تنص على "تخفيف الأعمال الإدارية عن كاهل الأخصائيين الاجتماعيين التي لا تتناسب مع دورهم الفعلي"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (2.63).

وبتحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ من أهم المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي مع المرضى وأسرهم تتمثل في توعية المرضى وأسرهم بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي، ودعم فكرة العمل المشترك بين المريض وأسرته والأخصائي الاجتماعي، وتعزيز ثقة المرضى وأسرهم بقدرة الأخصائي الاجتماعي على حل مشكلاتهم.

وترى الباحثة أنّ هذه المقترحات تتطابق وتتناغم مع معوقات الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي كما حددها المرضى وأسرهم، والتي تتمثل في نقص المعرفة بدور الأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية، وسلبية بعض المرضى، وضعف تعاونهم مع الأخصائي الاجتماعي، وقلة الثقة بقدرة الأخصائي على حل المشكلات، وهذا ما أكدته نتائج جدول رقم (5.13) وجدول رقم (5.14)، وربما يعكس ذلك موضوعية وصدق الاستجابات التي حصلت عليها الباحثة من المرضى النفسيين.

كما نجد أنّ من أهم المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي مع المؤسسة وفريق العمل تتمثل في تنمية روح العمل كفريق مع المرضى النفسيين،

وتعديل اتجاهات الفريق الطبي نحو أهمية دور الأخصائي الاجتماعي، وزيادة قناعة الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى، وتوفير وتطوير الإمكانيات المادية والبشرية بالمراكز النفسية، وتيسير إجراءات العمل بالمراكز النفسية وتسهيل حصول المرضى على الخدمات.

وترى الباحثة أن هذه المقترحات تتطابق وتتناغم مع معوقات الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الراجعة للمراكز وفريق العمل كما حددها المرضى، والتي تتمثل في عدم تحديد الأدوار الخاصة بأعضاء فريق العمل في المراكز النفسية، وعدم إيمان بعض الأعضاء بالفريق بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي، وعدم اقتناع الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى النفسيين، وعدم توفير أساليب رعاية حديثة في المراكز النفسية لرعاية المرضى النفسيين، ونقص الموارد والإمكانيات المتاحة بالمراكز مع تعدد الحاجات والمشكلات للمرضى النفسيين.

وهذا ما أكدته نتائج جدول رقم (5.15) وجدول رقم (5.16)، وربما يعكس ذلك موضوعية وصدق الاستجابات التي حصلت عليها الباحثة من المرضى النفسيين.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من (السبئي وسيف 2020، إدريس 2019، إبراهيم 2019، أبو رمان وآخرون 2018، عبد العال 2015، Mathiesen & hohman 2013)، حيث أكدت دراستهم حاجة الأخصائي إلى تفعيل دوره مع الحالات الفردية والجماعية والمجتمعية، والحاجة إلى وجود عدد كافٍ من الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات، بالإضافة للتعرف إلى الاتجاهات الحديثة في الممارسة المهنية والمهارة في تكوين علاقة مهنية ناجحة، وزيادة الإمكانيات المادية بمستشفيات الصحة النفسية، كما أن هناك ضرورة لعمل دورات وورشات عمل للأخصائيين الاجتماعيين لتوضيح دور الأخصائي الاجتماعي داخل المستشفيات والمراكز الصحية، وأنهم بحاجة ماسة لتنمية مهاراتهم المهنية، وهناك ازدياد حاجة الأخصائيون إلى برامج ومتطلبات لتحقيق التنمية المهنية المستمرة.

ثانياً: عرض الجداول الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين

(1) جداول وصف مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين

جدول (5.19): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب متغير النوع

النسبة %	التكرار	النوع
30.0	6	ذكر
70.0	14	أنثى
100	20	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.19) أن 70.0% من مفردات الدراسة هم من الإناث، بينما 30.0% هم من الذكور.

ويتضح من الجدول السابق بأن: أعلى نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين بحسب متغير النوع هم من الإناث، وتبدو هذه النتيجة طبيعية، حيث إن نسبة الإناث الملتحقات والمتخرجات من الجامعة بتخصص الخدمة الاجتماعية أكثر من الذكور، وبالتالي فرصة المنافسة والتوظيف أكبر من الذكور، ولهذا التعيينات الوظيفية كانت أكثر لصالح الإناث.

كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج جدول رقم (5.1)، والتي أشارت إلى أن أغلب المرضى النفسيين المترددين على الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية هم من الإناث.

جدول (5.20): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب متغير العمر

النسبة %	التكرار	السن
10.0	2	30 سنة إلى أقل من 35 سنة
15.0	3	35 سنة إلى أقل من 40 سنة
75.0	15	40 سنة فأكثر
100	20	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.20) أن 75.0% من مفردات الدراسة كانت أعمارهم 40 سنة فأكثر، بينما 15.0% منهم كانت أعمارهم تتراوح بين 35 إلى أقل من 40 سنة، بينما 10.0% كانت أعمارهم تتراوح بين 30 إلى أقل من 35 سنة.

ويتضح من الجدول السابق بأن: أعلى نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين بحسب متغير العمر هم فوق 40 سنة، وأن أصغر الأخصائيين عمراً تجاوز 30 سنة، ويشير ذلك إلى عدم وجود موظفين جدد من الأخصائيين الاجتماعيين، حيث إنَّ آخر عملية توظيف للأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي النفسي بقطاع غزة كانت عام 2010.

جدول (5.21): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب الحالة الاجتماعية

النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية
5.0	1	أعزب
95.0	19	متزوج
100	20	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.21) أنَّ 95.0% من مفردات الدراسة هم من المتزوجين، بينما 5.0% هم من العزاب.

وتتفق هذه النتيجة مع المرحلة العمرية للأخصائيين الاجتماعيين في أنَّ ما نسبته (75.0%) من مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين أعمارهم 40 سنة فأكثر، حيث إنَّ في هذه المرحلة من العمر يكون الإنسان غالباً قد تزوج واستقرت حياته الاجتماعية.

جدول (5.22): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
65.0	13	بكالوريوس
25.0	5	ماجستير
10.0	2	دكتورة
100	20	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.22) أنَّ 65.0% من مفردات الدراسة مستواهم التعليمي بكالوريوس، بينما 25.0% مستواهم ماجستير، بينما 10.0% كان مستواهم التعليمي دكتوراة.

ويتضح من الجدول السابق بأن: ثلثي الأخصائيين الاجتماعيين الحكوميين العاملين في المجال النفسي هم من حملة شهادة البكالوريوس، حيث يعد البكالوريوس في العادة هو المؤهل الذي تشترطه الوظيفة الحكومية في فلسطين، كما تظهر النتائج انخفاضاً في عدد

الحاصلين على الدراسات العليا، وذلك يرجع لعدم وجود دراسات عليا في مجال الخدمة الاجتماعية في قطاع غزة حتى عام 2020، حيث تم افتتاح برنامج الماجستير الأول في الجامعة الإسلامية، وتعد الباحثة إحدى طالبات الدفعة الأولى في هذا البرنامج.

جدول (5.23): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب سنوات الخبرة

النسبة %	التكرار	سنوات الخبرة
10.0	2	من 5 إلى أقل من 10 سنوات
55.0	11	من 10 إلى أقل من 15 سنة
35.0	7	أكثر من 15 سنة
100	20	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.23) أن 55.0% من مفردات الدراسة سنوات الخبرة لديهم من 10 إلى أقل من 15 سنة، بينما 35.0% سنوات خبرتهم أكثر من 15 سنة، وأن 10.0% سنوات خبرتهم من 5 إلى أقل من 10 سنوات.

ويتضح من الجدول السابق بأن هذه النتيجة تتفق مع المرحلة العمرية للأخصائيين الاجتماعيين في أن ما نسبته (75.0%) من مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين أعمارهم 40 سنة فأكثر، وبالتالي لديهم فترة طويلة من العمل مقارنة بأعمارهم.

جدول (5.24): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين حسب حصولهم على

دورات تدريبية في مجال رعاية المرضى النفسيين

النسبة %	التكرار	الدورات التدريبية
75.0	15	نعم
25.0	5	لا
100	20	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.24) أن 75.0% من مفردات الدراسة قد حصلوا على دورات تدريبية في مجال الأمراض النفسية، بينما 25.0% منهم لم يحصلوا على تلك الدورات التدريبية.

ويتضح من الجدول السابق بأن: 25% من الأخصائيين الاجتماعيين؛ أي: حوالي ربع العدد الكلي من الأخصائيين الاجتماعيين لم يتلقوا أي دورة تدريبية في مجال الأمراض النفسية،

وهذا يتناغم مع الجدول رقم (5.25)، الذي يوضح أنّ معظم الأخصائيين لم يتلقوا إلا دورة واحدة وهي لا تلبّي الحد الأدنى من المعرفة المطلوبة لدى الأخصائيين فيما يتعلق بالأمراض النفسية، وهذا بالتأكيد يؤثر في مستوى الممارسة المهنية لهم في المجال النفسي.

جدول (5.25): توزيع مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين في حالة حصولهم على دورات تدريبية في مجال رعاية المرضى النفسيين ويبين عدد الدورات

النسبة %	التكرار	نوع المرض
40.0	6	دورة واحدة
33.3	5	دورتان
26.7	4	ثلاث دورات فأكثر
100	15	المجموع

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (5.25) أنّ 40.0% من مفردات الدراسة حصلوا على دورة تدريبية واحدة، بينما 33.3% حصلوا على دورتين، وأنّ 26.7% قد حصلوا على ثلاث دورات فأكثر.

ويتضح من الجدول السابق بأنّ: عدد الدورات التي تلقاها بعض الأخصائيين الاجتماعيين خلال فترة التحاقهم بالوظيفة الحكومية داخل المراكز النفسية ضعيف مقارنة بعدد سنوات خدمتهم، وحسب الجدول السابق فإنّ أكثر من (70%) من الأخصائيين الذين تلقوا التدريب قد حصلوا على ثلاث دورات في أحسن الأحوال في المجال النفسي، وهذا يدلّ على قلة برامج التدريب والتأهيل للأخصائيين الاجتماعيين أثناء الخدمة، وأنهم لم يأخذوا حقهم في التعليم والتدريب المستمر في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية والمجال النفسي أسوةً بغيرهم من التخصصات الأخرى، وهذا يضعف مستوى الأداء لديهم، ويقلل من خبرتهم فيما يتعلق بالأمراض النفسية.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من (إدريس 2019، الأمين 2010)، حيث أكدت دراستهما على عدم وجود برامج تدريب وتأهيل كافية للأخصائيين الاجتماعيين أثناء الخدمة.

جدول (5.26): يبين مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى أوجه الاستفادة من الدورات التدريبية

م	أوجه الاستفادة من الدورات التدريبية في مجال العمل	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
1	فهم مشكلات المرضى النفسيين وأسرهـم.	6	30.0	6	33	1.65	1.18	55	منخفض	3
2	اكتساب معارف وخبرات التعامل المهني مع المرضى.	6	30.0	7	34	1.70	1.17	56.6	متوسط	2
3	اكتساب مهارة العمل كفريق.	8	40.0	5	36	1.80	1.23	60.0	متوسط	1
4	التعرف إلى أحدث أساليب التعامل مع المرضى النفسيين.	2	10.0	5	24	1.20	0.95	40	منخفض	4
المجموع الكلي										
					31.7	1.58	.....	52.6	منخفض	

يتضح من الجدول رقم (5.26) أنّ المتوسطات المرجحة (للاستفادة من الدورات التدريبية في مجال العمل) تراوحت ما بين (1.20-1.80)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام بلغ (1.58)، ويتضح من ذلك أنّ أوجه الاستفادة من الدورات التدريبية في مجال العمل كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "منخفض"، وباستعراض ترتيب الفقرات، تبين أنّ الفقرة رقم (3) والتي تنص على "اكتساب مهارة العمل كفريق" جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (1.80)، تليها الفقرة رقم (2) والتي تنص على "اكتساب معارف وخبرات التعامل المهني مع المرضى"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (1.70)، ثم الفقرة رقم (1) والتي تنص على "فهم مشكلات المرضى النفسيين وأسرهـم"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (1.65)، ثم تليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "التعرف إلى أحدث أساليب التعامل مع المرضى النفسيين"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.20). ويتضح من الجدول السابق أنّ: مستوى استفادة الأخصائيين الاجتماعيين من الدورات التدريبية منخفض، وترجع الباحثة ذلك إلى قلة حصول الأخصائيين على تلك الدورات، وقلة عددها، وهذا ما تؤكدته نتائج جدول رقم (5.25).

2- عرض الجداول المرتبطة بالإجابة عن تساؤلات الدراسة:

◀ النتائج المرتبطة بالإجابة عن التساؤل الأول:

1. ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع المريض؟

جدول (5.27): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز

النفسية الحكومية مع المريض

م	دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
1	أصبح اتفاقاً أحدد فيه المهام المطلوبة من المريض للعلاج والمتابعة.	4	20.0	3	15.0	13	65.0	31	1.55	.825	51.6	منخفض	7
2	أساعد المريض على تفهم خطة العلاج.	0	0	4	20.0	16	80.0	24	1.20	.410	40	منخفض	9
3	أعزز المشاعر الإيجابية للمريض وأمنحه الأمل لمواجهة المرض.	8	40.0	12	60.0	0	0	48	2.40	.502	80.0	مرتفع	1
4	أعدل أفكار المريض الخاطئة عن طبيعة المرض النفسي.	10	50.0	5	25.0	5	25.0	45	2.25	.850	75.0	متوسط	2
5	أساعد المريض على التقبل والتكيف مع الواقع.	1	5.0	8	40.0	11	55.0	30	1.50	.606	50.0	منخفض	8
6	أشجع المريض على المشاركة في البرامج والأنشطة داخل المركز النفسي.	5	25.0	11	55.0	4	20.0	41	2.05	.686	68.3	متوسط	3
7	أكسب المريض مهارات التعامل مع المشكلات المترتبة عن المرض النفسي.	1	5.0	14	70.0	5	25.0	36	1.80	.523	60.0	متوسط	5

م	دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
8	أسهل حصول المريض على المساعدات والخدمات داخل المركز النفسي.	3	15.0	13	65.0	4	20.0	39	1.95	.604	65.0	متوسط	4
9	أحرص على أن تتلاءم خدمات المركز مع احتياجات المريض الفعلية.	2	10.0	12	60.0	6	30.0	36	1.80	.615	60.0	متوسط	6
المجموع الكلي													
								37	1.85	.....	61.6	متوسط	

يتضح من الجدول رقم (5.27) أنَّ المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع المرضى أنفسهم) تراوحت ما بين (1.20- 2.40)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام بلغ (1.85)، ويتضح من ذلك أنَّ دوره مع المرضى النفسيين كما يحدده الأخصائي الاجتماعي "متوسط"، وباستعراض ترتيب الفقرات للدور، تبين أنَّ الفقرة رقم (3) والتي تنص على "أعزز المشاعر الإيجابية للمريض وأمنحه الأمل لمواجهة المرض"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.40)، تليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "أعدل أفكار المريض الخاطئة عن طبيعة المرض النفسي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.05)، ثم الفقرة رقم (6) والتي تنص على "أشجع المريض على المشاركة في البرامج والأنشطة داخل المركز النفسي"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.05).

بينما حصلت الفقرة رقم (8) والتي تنص على "أسهل حصول المريض على المساعدات والخدمات داخل المركز النفسي"، على المرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (1.95)، تليها الفقرة رقم (7) والتي تنص على "أكسب المريض مهارات التعامل مع المشكلات المترتبة عن المرض النفسي"، والتي جاءت في المرتبة الخامسة، وذلك بمتوسط مرجح (1.80)، كما حصلت الفقرة رقم (9) والتي تنص على "أحرص على أن تتلاءم خدمات المركز مع احتياجات المريض الفعلية"، على المرتبة السادسة، وذلك بمتوسط مرجح (1.80).

أما الفقرة رقم (1) والتي تنص على "أصبح اتفاقًا أحدد فيه المهام المطلوبة من المريض للعلاج والمتابعة"، والتي جاءت بالمرتبة السابعة، وذلك بمتوسط مرجح (1.55)، وتليها الفقرة رقم (5) والتي تنص على "أساعد المريض على التقبل والتكيف مع الواقع"، وذلك في المرتبة الثامنة، وبمتوسط مرجح (1.50)، ثم الفقرة رقم (2) والتي تنص على "أساعد المريض على تفهم خطة العلاج"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.20).

وبتحليل نتائج الجدول السابق نجد أن مستوى الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي مع المرضى النفسيين كما يحدده الأخصائيون أنفسهم متوسط، حيث تمثلت أقل أدوارهم في صياغة الاتفاقات مع المرضى ومساعدة المرضى على تقبل الواقع وتفهم خطة العلاج.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: ضعف مشاركة الأخصائيين الفاعلة داخل الفريق الطبي، والتي تحول دون تفهم الأخصائيين للخطة العلاجية، وبالتالي عدم القدرة على إقناع المرضى باتباعها، وأيضًا ضعف قدراتهم على صياغة اتفاقات مع المرضى لتنفيذها، كما أن قلة الزيارات الميدانية التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون للمرضى في بيئتهم الطبيعية يمنع من تفهم الأخصائيين لحاجات ومتطلبات المرضى، وبالتالي لا يستطيعون إقناعهم بالتكيف والتلاؤم مع طبيعة مرضهم والمجتمع الذي يعيشون بداخله، وهذه الأمور تجعل دور الأخصائيين مع المرضى دون المستوى المرجو منهم ومن المهنة كمهنة إنسانية.

وتتقارب هذه النتائج من نتائج جدول رقم (5.9)، والتي أشارت إلى المستوى المنخفض لدور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى كما يحدده المرضى أنفسهم.

ولقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة (السبي، وسيف، 2020)، ودراسة (العباسي، 2017)، والتي أكدت أن الأخصائيين الاجتماعيين بحاجة إلى تفعيل دورهم مع الحالات الفردية ويعانون من عدم تطوير معارفهم لممارسة العمل مع المرضى، ونقص مهاراتهم للعمل مع المرضى، وعدم معرفتهم بأساليب ممارسة العمل المهني، وعدم وجود الخبرات الكافية لدى الأخصائيين الاجتماعيين لممارسة العمل مع المرضى.

2. ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض؟

جدول (5.28): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز

النفسية الحكومية مع أسرة المريض

م	الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
1	أقدم الإرشادات لأسرة المريض حول كيفية التعامل معه أثناء فترة العلاج.	3	15.0	11	55.0	6	30.0	37	1.85	.670	61.6	متوسط	4
2	أعرض الحقائق والمعلومات الكافية لأسرة المريض حول مرضه.	3	15.0	13	65.0	4	20.0	39	1.95	.604	65	متوسط	3
3	أنظم اللقاءات والندوات لتوعية أسرة المرضى النفسيين حول كيفية رعاية أبنائهم.	1	5.0	6	30.0	13	65.0	28	1.40	.598	46.6	منخفض	7
4	أقوي العلاقة بين أسرة المريض وفريق العمل الذي يقدم له الخدمات.	0	0	13	65.0	7	35.0	33	1.65	.489	55	منخفض	6
5	أثرى وعي أسرة المريض بالآثار الاجتماعية المترتبة على الإصابة بالمرض النفسي.	1	5.0	5	25.0	14	70.0	27	1.35	.587	45	منخفض	8
6	أساعد أسرة المريض على التكيف مع ظروف مرضه.	0	0	15	75.0	5	25.0	35	1.75	.444	58.3	متوسط	5
7	أتعرف إلى مشكلة المريض من وجهة نظر أسرته.	3	15.0	13	65.0	4	20.0	39	1.95	.604	65	متوسط	2
8	أعمل على تخفيف المشاعر السلبية لأسرة المريض المرتبطة بمرضه.	4	20.0	13	65.0	3	15.0	41	2.05	.604	68.3	متوسط	1
المجموع الكلي													
								34.8	1.74	.....	58	متوسط	

يتضح من الجدول رقم (5.28) أنّ المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض النفسي) تراوحت ما بين (-2.05) (1.35)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (1.74)، ويتضح من ذلك أنّ دوره مع المرضى النفسيين كما يحدده الأخصائي الاجتماعي "متوسط"، وباستعراض ترتيب الفقرات للدور، تبين أنّ الفقرة رقم (8) والتي تنص على "أعمل على تخفيف المشاعر السلبية لأسرة المريض المرتبطة بمرضه"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.05)، تليها الفقرة رقم (7) والتي تنص على "أتعرف إلى مشكلة المريض من وجهة نظر أسرته"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (1.95)، ثم الفقرة رقم (2) والتي تنص على "أعرض الحقائق والمعلومات الكافية لأسرة المريض حول مرضه"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (1.95)، بينما حصلت الفقرة رقم (1) والتي تنص على "أقدم الإرشادات لأسرة المريض حول كيفية التعامل معه أثناء فترة العلاج"، على المرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (1.85)، تليها الفقرة رقم (6) والتي تنص على "أساعد أسرة المريض على التكيف مع ظروف مرضه"، والتي جاءت في المرتبة الخامسة، وذلك بمتوسط مرجح (1.75)، كما حصلت الفقرة رقم (4) والتي تنص على "أقوي العلاقة بين أسرة المريض وفريق العمل الذي يقدم له الخدمات"، على المرتبة السادسة، وذلك بمتوسط مرجح (1.65). أما الفقرة رقم (3) والتي تنص على "أنظم اللقاءات والندوات لتوعية أسرة المرضى النفسيين حول كيفية رعاية أبنائهم"، وذلك في المرتبة السابعة، وبمتوسط مرجح (1.40)، ثم الفقرة رقم (5) والتي تنص على "أثري وعي أسرة المريض بالآثار الاجتماعية المترتبة على الإصابة بالمرض النفسي"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.35). وتحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ مستوى الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي مع أسر المرضى النفسيين كما يحدده الأخصائيون أنفسهم متوسط، حيث تمثلت أقل أدوارهم في تقوية علاقة الأسرة بفريق العمل، وقلة تنظيم الندوات واللقاءات للأسر، وعدم إثراء وعي الأسرة بالآثار الاجتماعية للإصابة بالمرض النفسي.

وترى الباحثة أنّ ذلك نتيجة حتمية لقلة الزيارات البيتية التي يقوم بها الأخصائي للمريض وأسرته، وقلة الندوات التثقيفية والإرشادية والتوجيهية التي يعقدها الأخصائيون مع أهالي المرضى، كما أنّ التعاون الخجول بين الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي يحول دون تفعيل وتنمية العلاقة بين الفريق الطبي والمريض من جهة وأسرته من جهة أخرى.

كما ترى الباحثة أنّ هناك تقارباً إلى حد كبير بين فقرات جدول رقم (5.28) وجدول رقم (5.10)، والذي أشار إلى أن أقل أدوار الأخصائي مع أسرة المرضى كما يحدده المرضى هو تقوية العلاقة بين الأسرة وفريق العمل وقلة تنظيم اللقاءات والندوات للأسر.

3. الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية مع فريق العمل.

جدول (5.29): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع فريق العمل

م	الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع فريق العمل	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
1	أشارك فريق العمل العلاجي في حل مشكلة المريض.	4	20.0	9	45.0	7	35.0	37	1.85	.745	61.6	متوسط	4
2	أوثق العلاقات بين المريض وبين فريق العمل.	1	5.0	8	40.0	11	55.0	30	1.50	.606	50	منخفض	6
3	أساعد فريق العمل على تنفيذ الخطة العلاجية والبرامج والأنشطة المناسبة لحالة المريض.	3	15.0	13	65.0	4	20.0	39	1.95	.604	65	متوسط	2
4	أزود فريق العمل بالمعلومات والبيانات عن حالة المريض الاجتماعية وظروفه البيئية.	8	40.0	9	45.0	3	15.0	45	2.25	.716	75	متوسط	1
5	أوضح لفريق العمل الآثار الاجتماعية الواقعة على المريض.	4	20.0	10	50.0	6	30.0	38	1.90	.718	63.3	متوسط	3
6	أساعد فريق العمل في تحديد احتياجات ومشكلات المريض الاجتماعية.	4	20.0	8	40.0	8	40.0	36	1.80	.767	60	متوسط	5
المجموع الكلي													
			62.3	....	1.87	37.5						متوسط	

يتضح من الجدول رقم (5.29) أنّ المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع فريق العمل) تراوحت ما بين (1.50-2.25)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (1.87)، ويتضح من ذلك أنّ دوره مع المرضى النفسيين كما يحدده الأخصائي الاجتماعي "متوسط"، وباستعراض ترتيب الفقرات للدور، تبين أنّ الفقرة رقم (4) والتي تنص على "أزود فريق العمل بالمعلومات والبيانات عن حالة المريض الاجتماعية وظروفه البيئية"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.25)، تليها الفقرة رقم (3) والتي تنص على "أساعد فريق العمل على تنفيذ الخطة العلاجية والبرامج والأنشطة المناسبة لحالة المريض"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (1.95)، ثم الفقرة رقم (5) والتي تنص على "أوضح لفريق العمل الآثار النفسية والاجتماعية الواقعة على المريض"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (1.90). أما فقرة رقم (1) والتي تنص على "أشارك فريق العمل العلاجي في حل مشكلة المريض"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (1.85)، وتليها الفقرة رقم (6) والتي تنص على "أساعد فريق العمل في تحديد احتياجات ومشكلات المريض الاجتماعية"، وذلك في المرتبة الخامسة، وبمتوسط مرجح (1.80)، ثم الفقرة رقم (2) والتي تنص على "أوثق العلاقات بين المريض وبين فريق العمل"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.50).

وبتحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ مستوى الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل كما يحدده الأخصائيون أنفسهم متوسط، حيث تمثلت أقل أدوارهم في مشاركة فريق العمل العلاجي في حل مشكلة المريض، ومساعدة فريق العمل في تحديد الاحتياجات والمشكلات الاجتماعية للمريض، وتعزيز علاقات المريض بفريق العمل.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: النظرة الدونية من الفريق الطبي لأهمية دور الخدمة الاجتماعية في العملية العلاجية، وهذا يحول دون المشاركة الفاعلة للأخصائي الاجتماعي في الفريق الطبي، وتمنع الأخصائي من تنمية العلاقة المهنية بين الفريق الطبي من جهة والمريض النفسي من جهة أخرى. كما ترى الباحثة أنّ هناك تقارباً إلى حد كبير بين فقرات جدول رقم (5.29) وجدول رقم (5.11)، والذي أشار إلى أنّ أقل أدوار الأخصائي مع فريق العمل والمرضى كما يحدده المرضى هو يساعد فريق العمل في تحديد احتياجاتي ومشكلاتي الاجتماعية، ويوثق العلاقات بيني وبين فريق العمل.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة (عبد العال 2015)، والتي أكدت أنّ هناك ضعفاً في أداء الأخصائيين لبعض مسؤولياتهم ضمن فريق العمل. ودراسة (الناصر، 2011)، والتي أكدت نتائجها عدم وجود تعاون من قبل الفريق الطبي والمرضى مع الأخصائي الاجتماعي.

النتائج المرتبطة بالإجابة عن التساؤل الثاني:

ما الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية؟

جدول (5.30): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي

الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية

م	الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الدرجة	الترتيب			
1	أسجل جميع البيانات التي أحصل عليها من المرضى.	13	65.0	4	20.0	3	15.0	50	2.50	.760	83.3	مرتفع	1			
2	ألاحظ ردود فعل وانفعالات المرضى.	12	60.0	3	15.0	5	25.0	47	2.35	.875	78.3	مرتفع	2			
3	أعقد جلسات علاج جمعي وفردى مع المرضى.	3	15.0	6	30.0	11	55.0	32	1.60	.753	53.3	منخفض	4			
4	أستخدم المقاييس المناسبة لتقدير مشكلة المريض.	2	10.0	3	15.0	15	75.0	27	1.35	.670	45	منخفض	5			
5	أعقد المقابلات الفردية للتعرف إلى حالة المريض.	5	25.0	5	25.0	10	50.0	35	1.75	.850	58.3	متوسط	3			
المجموع الكلي												متوسط				
												38.5	1.91	63.6	

يتضح من الجدول رقم (5.30) أنّ المتوسطات المرجحة (للأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية) تراوحت ما بين (1.35-2.50)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (1.91)، ويتضح من ذلك أنّ الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "متوسط"، وباستعراض ترتيب الفقرات للأساليب، تبين أنّ الفقرة رقم (1) والتي تنص على "أسجل جميع البيانات التي أحصل عليها من المرضى"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.50)، تليها الفقرة رقم (2) والتي تنص على "ألاحظ ردود فعل وانفعالات المرضى"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.35)، ثم الفقرة رقم (5) والتي تنص على "أعد المقابلات الفردية للتعرف إلى حالة المريض"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (1.75)، ثم الفقرة رقم (3) والتي تنص على "أعد جلسات علاج جمعي وفردى مع المرضى"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (1.60)، وتليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "أستخدم المقاييس المناسبة لتقدير مشكلة المريض"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.35).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ مستوى الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي مع المرضى النفسيين كما يحددها الأخصائيون الاجتماعيون متوسطة.

وتعزو الباحثة ذلك إلى: إغفال الأخصائيين الاجتماعيين لأهمية جلسات العلاج الجمعي والفردى والتي تشجع التفاعل بين المرضى وتبادل الخبرات، وكيفية التعامل مع المشكلات التي تواجههم، بالإضافة إلى عدم معرفة الأخصائيين باستخدام المقاييس المناسبة مع المرضى نتيجة لنقص الإعداد والتدريب لديهم في المجال النفسي، وهذا يظهر حاجة الأخصائيين للمزيد من الإعداد النظري والعملية للنهوض بمستوى الممارسة المهنية، وحتى يكون لهم دور مؤثر وفاعل في العمل مع المرضى النفسيين.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من دراسة (العباسي، 2017)، والتي أكدت نتائجها عدم معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بأساليب ممارسة العمل المهني، وعدم وجود الخبرات الكافية لدى الأخصائيين الاجتماعيين لممارسة العمل مع المرضى، ودراسة (إبراهيم، 2019)، والتي أكدت حاجة الأخصائيين الاجتماعيين للتعرف إلى الاتجاهات الحديثة في الممارسة المهنية بمستشفيات الصحة النفسية.

النتائج المرتبطة بالإجابة عن التساؤل الثالث:

1. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى المريض؟

جدول (5.31): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المريض

م	المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى المريض	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الدرجة	الترتيب
1	نقص وعي المريض بدور الأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية.	14	70.0	5	25.0	1	5.0	53	2.65	.587	88.3	مرتفع	1
2	ضعف ثقة المريض بقدرة الأخصائي على حل مشكلاته.	5	25.0	13	65.0	2	10.0	43	2.15	.587	71.6	متوسط	5
3	عدم التزام المريض بقواعد وأنظمة المراكز النفسية.	11	55.0	9	45.0	0	0	51	2.55	.510	85	مرتفع	4
4	اعتقاد المريض أنّ علاجه طبي ولا أهمية للعلاج الاجتماعي.	14	70.0	5	25.0	1	5.0	53	2.65	.587	88.3	مرتفع	2
5	سلبية بعض المرضى وضعف تعاونهم مع الأخصائي الاجتماعي.	11	55.0	9	45.0	0	0	51	2.55	.510	85	مرتفع	3
المجموع الكلي												مرتفع	
								50.2	2.51	.....	83.6		

يتضح من الجدول رقم (5.31) أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى المريض) تراوحت ما بين (2.15-2.65)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.51)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفع"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمعوقات، تبين أنّ الفقرة رقم (1) والتي تنص على "نقص وعي المريض بدور الأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.65)، تليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "اعتقاد المريض أنّ علاجه طبي ولا أهمية للعلاج الاجتماعي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.65)، ثم الفقرة رقم (5) والتي تنص على "سلبية بعض المرضى وضعف تعاونهم مع الأخصائي الاجتماعي"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.55)، ثم الفقرة رقم (3) والتي تنص على "عدم التزام المريض بقواعد وأنظمة المراكز النفسية"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (2.55)، وتليها الفقرة رقم (2) والتي تنص على "ضعف ثقة المريض بقدرة الأخصائي على حل مشكلاته"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.15).

ومن خلال تحليل نتائج الجدول السابق نجد أنّ مستوى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المريض كما يحددها الأخصائيون الاجتماعيون مرتفعة.

وترى الباحثة أنّ هذه النتائج تتفق مع نتائج جدول رقم (5.13) والتي أكد فيها المرضى أنّ مستوى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي والراجعة للمرضى أنفسهم مرتفعة خاصة في نقص وعي المرضى بدور الأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية وضعف التعاون معه، وربما يعكس ذلك مصداقية النتائج التي حصلت عليها الباحثة وتطابقها بين المرضى والأخصائيين الاجتماعيين.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من دراسة (أبو رمان وآخرون، 2018)، والتي أكدت على ضرورة توضيح دور الأخصائي الاجتماعي داخل المستشفيات والمراكز الصحية، ودراسة (عواد، 2013)، التي أظهرت نتائجها أنّ من أبرز المعوقات التي تواجه الأخصائيين هي غياب التقدير والنظرة السلبية للأخصائي الاجتماعي.

2. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى أسرة المريض؟

جدول (5.32): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي وترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى أسرة المريض

م	المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى أسرة المريض	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الدرجة	الترتيب
1	نقص المعلومات لدى أسرة المريض حول دور الأخصائي الاجتماعي.	8	40.0	11	55.0	1	5.0	47	2.35	.587	78.3	مرتفع	5م
2	عدم تعاون أسرة المريض في تنفيذ المهام المطلوبة منهم لنجاح خطة العلاج.	18	90.0	2	10.0	0	0	58	2.90	.307	96.6	مرتفع	1
3	عدم ترحيب بعض الأسر بقيام الأخصائي بالزيارات المنزلية.	8	40.0	11	55.0	1	5.0	47	2.35	.587	78.3	مرتفع	4
4	صعوبة إقامة علاقة مهنية مع أسرة المريض.	4	20.0	14	70.0	2	10.0	42	2.10	.552	70	متوسط	6
5	قلة حضور بعض الأسر للمتابعة مع المريض.	9	45.0	10	50.0	1	5.0	48	2.40	.598	80	مرتفع	3
6	ضعف قنوات الاتصال بين أسرة المريض والأخصائي الاجتماعي.	18	90.0	2	10.0	0	0	58	2.90	.307	96.6	مرتفع	2م
المجموع الكلي												مرتفع	
								50	2.50	....	83.3		

يتضح من الجدول رقم (5.32) أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى أسرة المريض) تراوحت ما بين (2.10- 2.90)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.50)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفع"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمعوقات، تبين أنّ الفقرة رقم (2) والتي تنص على "عدم تعاون أسرة المريض في تنفيذ المهام المطلوبة منهم لنجاح خطة العلاج"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.90)، تليها الفقرة رقم (6) والتي تنص على "ضعف قنوات الاتصال بين أسرة المريض والأخصائي الاجتماعي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.90)، ثم الفقرة رقم (5) والتي تنص على "قلة حضور بعض الأسر للمتابعة مع المريض"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.60). أما فقرة رقم (3) والتي تنص على "عدم ترحيب بعض الأسر بقيام الأخصائي بالزيارات المنزلية"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (2.35)، وتليها الفقرة رقم (1) والتي تنص على "نقص المعلومات لدى أسرة المريض حول دور الأخصائي الاجتماعي"، وذلك في المرتبة الخامسة، وبمتوسط مرجح (2.35)، ثم الفقرة رقم (4) والتي تنص على "صعوبة إقامة علاقة مهنية مع أسرة المريض"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (2.10).

وتعزو الباحثة ذلك إلى: عدم فهم أسرة المريض أنّ المشكلة سببها عامل نفسي واجتماعي وليس عامل عضوي، وضعف قنوات الاتصال بينهم وبين الأخصائي الاجتماعي هذا يولد لدى المريض نوعًا من عدم الثقة بالأخصائي الاجتماعي، كما يدفع أسر المرضى إلى إهمال الندوات والاجتماعات وجلسات العلاج الفردي والجماعي التي يعقدها الأخصائي الاجتماعي للمرضى وذويهم، كما يدفعهم إلى عدم التعاون مع الأخصائي الاجتماعي في تنفيذ وإنجاح الخطة العلاجية، بالإضافة إلى رفضهم المتابعة والزيارة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي للمريض في بيئته الطبيعية؛ مما يعزز من الصعوبات التي تواجه عمل الأخصائي الاجتماعي بفاعلية.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (Maramaldir.et.al 2014)، والتي أكدت عدم التعاون من قبل أسر المرضى مع الأخصائي الاجتماعي، وعدم وجود تخطيط جيد للممارسة المهنية.

3. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي؟

جدول (5.33): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي

م	المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الدرجة	الترتيب		
1	نقص المعرفة لدى الأخصائي فيما يتعلق بالأمراض النفسية.	11	55.0	7	35.0	2	10.0	49	2.45	.686	81.6	مرتفع	3		
2	نقص الخبرة والمهارة لدى الأخصائي.	4	20.0	11	55.0	5	25.0	39	1.95	.686	65	متوسط	5		
3	ضعف مستوى الأداء المهني للأخصائي وعدم قدرته على مساعدة المرضى.	6	30.0	10	50.0	4	20.0	42	2.10	.718	70	متوسط	4		
4	الاهتمام بالجوانب الإدارية أكثر من الجوانب المهنية عند العمل مع المرضى النفسيين.	15	75.0	3	15.0	2	10.0	53	2.65	.670	88.3	مرتفع	2		
5	الروتين في العمل وعدم توفير روح الدافعية والابتكار لدى الأخصائي.	15	75.0	5	25.0	0	0	55	2.75	.444	91.6	مرتفع	1		
المجموع الكلي												مرتفع			
47.6												2.38	79.3	

يتضح من الجدول رقم (5.33) أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي) تراوحت ما بين (1.95-2.75)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (2.38)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفع"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمعوقات، تبين أنّ الفقرة رقم (5) والتي تنص على "الروتين في العمل وعدم توفير روح الدافعية والابتكار لدى الأخصائي"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.75)، تليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "الاهتمام بالجوانب الإدارية أكثر من الجوانب المهنية عند العمل مع المرضى النفسيين"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.65)، ثم الفقرة رقم (1) والتي تنص على "نقص المعرفة لدى الأخصائي فيما يتعلق بالأمراض النفسية وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.45)، ثم الفقرة رقم (3) والتي تنص على "ضعف مستوى الأداء المهني للأخصائي وعدم قدرته على مساعدة المرضى"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (2.10)، وتليها الفقرة رقم (2) والتي تنص على "نقص الخبرة والمهارة لدى الأخصائي"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (1.95).

وتعزو الباحثة ذلك إلى: أنّ المرضى النفسيين يقصدون الأخصائيين الاجتماعيين أثناء زيارة المراكز النفسية؛ لأنهم الوسيلة الوحيدة لفتح الملفات للتواصل مع الطبيب المعالج، وليس بغرض الاستفادة من خدمات الخدمة الاجتماعية أو الشعور بأهمية الأخصائيين الاجتماعيين، فيبدو أنّ دور الأخصائي الاجتماعي إداري وروتيني رتيب، كما أنّ نقص التدريب والمعرفة لدى الأخصائيين الاجتماعيين بالاضطرابات النفسية وأسبابها وأعراضها، يحول دون فهم الأخصائيين لمشكلات المرضى النفسيين وعدم القدرة على استخدام الأساليب الحديثة في التعامل معهم، وهذا ما أكدته نتائج جدول رقم (5.15)، وربما يعكس ذلك موضوعية وصدق الاستجابات التي حصلت عليها الباحثة من المرضى النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (الطالب، 2018)، والتي توصلت إلى ارتفاع مستوى الإعياء المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين واستنزاف طاقة الأخصائيين الاجتماعيين في مهام لا تتعلق بتصميم عملهم، وانخفاض الرضا الوظيفي لديهم.

4. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى فريق العمل؟

جدول (5.34): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى فريق العمل

م	المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى فريق العمل	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	%	الدرجة	الترتيب
1	عدم اقتناع الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى النفسيين.	12	60.0	6	30.0	2	10.0	50	2.50	.688	83.3	مرتفع	5
2	عدم إيمان بعض أعضاء الفريق بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي.	16	80.0	3	15.0	1	5.0	55	2.75	.550	91.6	مرتفع	1
3	تضارب آراء فريق العمل حول طبيعة التعامل مع المريض النفسي.	10	50.0	10	50.0	0	0	50	2.50	.512	83.3	مرتفع	3
4	الخبرة المحدودة لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي.	14	70.0	6	30.0	0	0	54	2.70	.470	90	مرتفع	2
5	تهميش الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي.	9	45.0	7	35.0	4	20.0	45	2.25	.786	75	متوسط	6
6	عدم تحديد الأدوار الخاصة بأعضاء فريق العمل في المراكز النفسية.	11	55.0	8	40.0	1	5.0	50	2.50	.606	83.3	مرتفع	4
المجموع الكلي													
			84.3					50.6	2.53	.....		مرتفع	

يتضح من الجدول رقم (5.34) أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى فريق العمل) تراوحت ما بين (2.25-2.75)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.53)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفعة"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمعوقات، تبين أنّ الفقرة رقم (2) والتي تنص على "عدم إيمان بعض أعضاء الفريق بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.75)، تليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "الخبرة المحدودة لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.70)، ثم الفقرة رقم (3) والتي تنص على "تضارب آراء فريق العمل حول طبيعة التعامل مع المريض النفسي"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.50)، أما الفقرة رقم (6) والتي تنص على "عدم تحديد الأدوار الخاصة بأعضاء فريق العمل في المراكز النفسية"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (2.50)، وتليها الفقرة رقم (1) والتي تنص على "عدم اقتناع الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى النفسيين"، وذلك في المرتبة الخامسة، وبمتوسط مرجح (2.50)، ثم الفقرة رقم (5) والتي تنص على "تهميش الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (2.25).

وتعزو الباحثة ذلك إلى: عدم المعرفة الكافية لدى أعضاء الفريق الطبي عن طبيعة وأهمية دور الخدمة الاجتماعية في التعامل مع الجوانب الاجتماعية والنفسية للمرضى، وإغفال أهمية دورهم في الخطة العلاجية كموجهين ومرشدين للمرضى النفسيين وأسرههم، أضف إلى ذلك قلة التدريب والإعداد والدورات التي يتلقاها الأخصائيون الاجتماعيون، والتي تحد من الخبرة والمعرفة لديهم في المجال النفسي، بالإضافة إلى غموض الدور لدى الكثير من الأخصائيين الاجتماعيين، وعدم توزيع الأدوار على أعضاء الفريق الطبي النفسي يؤدي إلى الارتباك وعدم التناسق في العمل، وبالتالي يعوق الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من (Perriam ، phillipowsk 2018 ، 2015، عواد 2013، الناصر 2011، العبد 2009، Douglas. & Mitchel 2008)، حيث أكدت دراستهم على ارتباط الأدوار فيما يتعلق بتنظيم الرعاية المتكاملة داخل المنظمة الصحية المتكاملة، ونقص التعاون المشترك بين المهن المختلفة داخل المنظمة الصحية المتكاملة، كما أنّ بيئة المستشفى لم تكن داعمة للعمل الاجتماعي، بالإضافة إلى غياب التقدير والحوافز والنظرة السلبية عن الأخصائي الاجتماعي، كما وأكدت الدراسات على عدم وجود تعاون من قبل الفريق الطبي مع الأخصائي الاجتماعي، وتفاوت معاملة المسؤولين لهم، وكذلك فإن موظفي العمل الاجتماعي في الفرق النفسية يعانون من مستويات عالية من الارتباك في الأدوار.

5. ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية الراجعة إلى المراكز النفسية؟

جدول (5.35): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الراجعة إلى المراكز النفسية

م	المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الراجعة إلى المراكز النفسية	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الدرجة	الترتيب
1	عدم تناسب خدمات المراكز احتياجات المرضى. المتعددة.	16	80.0	4	20.0	0	0	56	2.80	.410	93.3	مرتفع	4م
2	ضعف الصلاحيات الممنوحة للأخصائي الاجتماعي.	14	70.0	6	30.0	0	0	56	2.80	.470	93.3	مرتفع	3
3	نقص الموارد والإمكانات بالمراكز مع تعدد الحاجات والمشكلات للمرضى النفسيين.	16	80.0	4	20.0	0	0	56	2.80	.410	93.3	مرتفع	2
4	جمود اللوائح والمعايير التي تحول دون استفادة المرضى من الخدمات.	9	45.0	11	55.0	0	0	49	2.45	.510	81.6	مرتفع	5
5	عدم توفير أساليب رعاية حديثة في المراكز النفسية لرعاية المرضى النفسيين.	18	90.0	2	10.0	0	0	58	2.90	.307	96.6	مرتفع	1
المجموع الكلي								55	2.75	....	91.6	مرتفع	

يتضح من الجدول رقم (5.35) أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى المراكز النفسية) تراوحت ما بين (2.45 - 2.90)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.75)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفعة"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمعوقات، تبين أنّ الفقرة رقم (5) والتي تنص على "عدم توفير أساليب رعاية حديثة في المراكز النفسية لرعاية المرضى النفسيين"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.90)، تليها الفقرة رقم (3) والتي تنص على "نقص الموارد والإمكانات بالمراكز مع تعدد الحاجات والمشكلات للمرضى النفسيين"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.80)، ثم الفقرة رقم (2) والتي تنص على "ضعف الصلاحيات الممنوحة للأخصائي الاجتماعي"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.80)، ثم الفقرة رقم (1) والتي تنص على "عدم تناسب خدمات المراكز احتياجات المرضى المتعددة"، والتي جاءت بالمرتبة الرابعة، وذلك بمتوسط مرجح (2.80)، وتليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "جمود اللوائح والمعايير التي تحول دون استفادة المرضى من الخدمات"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (2.45). **وتعزو الباحثة ذلك إلى:** أنّ المراكز النفسية هي مراكز حكومية فلسطينية، فهي تفتقد إلى الدعم والإمكانات والخدمات الكافية، ومعظم الخدمات والإمكانات التي تمتلكها هي هبات ومساعدات من جهات دولية مانحة، وهذه المساعدات متذبذبة وغير مستقرة، وهي بالتالي تؤثر في سير العمل والخدمات التي تقدم للمرضى، وتحد من صلاحيات الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل في تقديم الخدمات المطلوبة لاحتياجات المرضى النفسيين.

وهذا ما أكدته نتائج جدول رقم (5.17)، من أنّ مستوى المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي مع المرضى النفسيين كما يحددها المرضى مرتفعة، وفي مقدمتها نقص الموارد والإمكانات المتاحة بالمراكز مع تعدد الحاجات والمشكلات للمرضى النفسيين، وعدم توفير أساليب رعاية حديثة في المراكز النفسية لرعاية المرضى النفسيين.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة كل من دراسة (الحسيني، 2018) ودراسة (الشهري، 2015) ودراسة (Maramaldi, et al, 2014)، والتي أكدت نتائجهم عدم توفر ميزانية خاصة بالأنشطة والأعمال التي تخدم عمل الأخصائي الاجتماعي، وتحد من قيامه بالبرامج والأنشطة مع المرضى، وقلة الموارد المتوفرة، وعدم وجود تخطيط جيد للممارسة المهنية، وعدم وضع خطط العلاج الملائمة.

النتائج المرتبطة بالإجابة عن التساؤل الرابع:

ما المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين في المراكز النفسية الحكومية؟

جدول (5.36): مجموع الأوزان والمتوسط المرجح والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لدى المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية

للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية

م	المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين في المراكز النفسية الحكومية	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الدرجة	الترتيب
1	زيادة أعداد الأخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسي.	15	5	0	55	2.75	.444	91.6	مرتفع	4
2	تخفيف الأعمال الإدارية عن كاهل الأخصائيين الاجتماعيين التي لا تتناسب مع دورهم الفعلي.	6	9	5	41	2.05	.759	68.3	متوسط	14
3	الاهتمام بالتعليم والتدريب المستمر للأخصائيين الاجتماعيين.	15	4	1	54	2.70	.871	90	مرتفع	5
4	توعية المرضى وأسرهم بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي.	7	9	4	43	2.15	.745	71.6	متوسط	13

الترتيب	الدرجة	النسبة النئوية	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	مجموع الأوزان		لا	إلى حد ما		نعم	المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين في المراكز النفسية الحكومية	م	
8	مرتفع	86.6	.980	2.60	52	10.0	2	20.0	4	70.0	14	5	توعية المرضى وأسرهم بأهمية اتباع الخطة العلاجية.
12	متوسط	76.6	.656	2.30	46	10.0	2	50.0	10	40.0	8	6	دعم فكرة العمل المشترك بين المرضى وأسرته والأخصائي الاجتماعي.
7	مرتفع	86.6	.598	2.60	52	5.0	1	30.0	6	65.0	13	7	تعزيز ثقة المرضى وأسرهم بقدرة الأخصائي الاجتماعي على حل مشكلاتهم.
9	مرتفع	83.3	.688	2.50	50	10.0	2	30.0	6	60.0	12	8	تعديل اتجاهات الفريق الطبي نحو أهمية دور الأخصائي الاجتماعي.
11	مرتفع	83.3	.760	2.50	50	15.0	3	20.0	4	65.0	13	9	تنمية روح العمل كفريق مع المرضى النفسيين.
10م	مرتفع	83.3	.688	2.50	50	10.0	2	30.0	6	60.0	12	10	زيادة قناعة الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى.

الترتيب	الدرجة	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	مجموع الأوزان		لا		إلى حد ما		نعم	المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين في المراكز النفسية الحكومية	م
6	مرتفع	88.3	.970	2.65	53	10.0	2	15.0	3	75.0	15	تنمية المعارف والخبرات لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي.	11
3	مرتفع	95	.266	2.85	57	0	0	15.0	3	85.0	17	توفير وتطوير الإمكانيات المادية والبشرية بالمراكز النفسية.	12
2	مرتفع	96.6	.307	2.90	58	0	0	10.0	2	90.0	18	تيسير إجراءات العمل بالمراكز النفسية وتسهيل حصول المرضى على الخدمات.	13
1	مرتفع	98.3	.223	2.95	59	0	0	5.0	1	95.0	19	زيادة فعالية وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى.	14
مرتفع		85.6	.....	2.57	51.4	المجموع الكلي							

يتضح من الجدول رقم (5.36) أنّ المتوسطات المرجحة (لمقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين في المراكز النفسية الحكومية) تراوحت ما بين (2.95-2.05)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام بلغ (2.57)، ويتضح من ذلك أنّ المقترحات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفعة"، وباستعراض ترتيب الفقرات للمقترحات، تبين أنّ الفقرة رقم (14) والتي تنص على "زيادة فعالية وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى"، جاءت في المرتبة الأولى، وذلك بمتوسط مرجح (2.95)، تليها الفقرة رقم (13) والتي تنص على "تيسير إجراءات العمل بالمراكز النفسية وتسهيل حصول المرضى على الخدمات"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية، وذلك بمتوسط مرجح (2.90)، ثم الفقرة رقم (12) والتي تنص على "توفير وتطوير الإمكانيات المادية والبشرية بالمراكز النفسية"، وجاءت في المرتبة الثالثة، وذلك بمتوسط مرجح (2.85).

أما فقرة رقم (6) والتي تنص على "دعم فكرة العمل المشترك بين المريض وأسرته والأخصائي الاجتماعي"، والتي جاءت بالمرتبة الثانية عشر، وذلك بمتوسط مرجح (2.30)، وتليها الفقرة رقم (4) والتي تنص على "توعية المرضى وأسرهم بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي"، وذلك في المرتبة الثالثة عشر، وبمتوسط مرجح (2.15)، ثم الفقرة رقم (2) والتي تنص على "تخفيف الأعمال الإدارية عن كاهل الأخصائيين الاجتماعيين التي لا تتناسب مع دورهم الفعلي"، وجاءت بالمرتبة الأخيرة، وذلك بمتوسط مرجح (2.05).

وترى الباحثة أنّ: هذه المقترحات تأتي استجابة طبيعية للمعوقات الكبيرة والمرتفعة، والتي تحد من مستوى ممارستهم المهنية كما حددها الأخصائيون أنفسهم؛ وذلك في نتائج جدول رقم (5.31)، وجدول (5.32)، وجدول (5.33)، وجدول (5.34)، وجدول (5.35).

كما تتطابق هذه النتائج مع نتائج جدول رقم (5.18) والذي أكد فيه المرضى النفسيون أنّ أهم وأعلى المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في المراكز النفسية الحكومية هي زيادة فعالية وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى، وتيسير إجراءات العمل بالمراكز النفسية، وتسهيل حصول المرضى على الخدمات، وتوفير وتطوير الإمكانيات المادية والبشرية بالمراكز النفسية، وهذا يتطابق تمامًا مع المقترحات التي حددها الأخصائيون الاجتماعيون.

ويدل هذا على صدق النتائج التي حصلت عليها الباحثة بالتوافق بين نتائج المرضى ونتائج الأخصائيين الاجتماعيين.

ثالثاً: الجداول الارتباطية بين الممارسة المهنية والمتغيرات الشخصية والمهنية
للأخصائي الاجتماعي الطبي

1. الفروق بين الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية، والتي تُعزى إلى متغير الجنس.

جدول (5.37): يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار "ت"
(Independent Samples t-test) لدلالة الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي
الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية تُعزى إلى متغير الجنس

مستوي الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	النوع	الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية
0.020	.405	5.019	17.00	6	ذكر	دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض
		2.893	16.28	14	أنثى	
0.434	.933	3.898	15.00	6	ذكر	دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض
		3.031	13.50	14	أنثى	
0.317	-1.15	2.898	10.00	6	ذكر	دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل
		3.285	11.78	14	أنثى	
0.195	-.406	1.940	9.166	6	ذكر	الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية
		3.023	9.714	14	أنثى	
0.147	.150	1.751	12.66	6	ذكر	معوقات راجعة للمريض
		2.441	12.50	14	أنثى	
0.210	.466	0.816	15.33	6	ذكر	معوقات راجعة لأسرة المريض
		2.413	14.85	14	أنثى	
0.036	.320	1.169	12.16	6	ذكر	معوقات راجعة للأخصائي الاجتماعي
		2.778	11.78	14	أنثى	
0.225	-.390	1.722	14.83	6	ذكر	معوقات راجعة لفريق العمل
		3.053	15.35	14	أنثى	
0.741	- 1.671	0.983	12.83	6	ذكر	معوقات راجعة للمراكز النفسية
		1.568	14.00	14	أنثى	
0.125	-.225	9.591	118.00	6	ذكر	الدرجة الكلية للأبعاد
		5.976	118.78	14	أنثى	

تبين من جدول رقم (5.37) وباستخدام اختبار (Independent- Samples T Test) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين الذكور والإناث في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية الحكومية مع المريض لصالح الذكور (ت= 405، $\alpha = 0.020$)، كذلك وجود فروق في المعوقات الراجعة للأخصائي الاجتماعي لصالح الذكور (ت= 320، $\alpha = 0.036$)، بينما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في: دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض (ت= 933، $\alpha = 0.434$)، وفي دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل (ت= -1.15، $\alpha = 0.317$)، وفي الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية (ت= -0.406، $\alpha = 0.195$)، وفي المعوقات الراجعة للمريض (ت= 150، $\alpha = 0.147$)، وفي المعوقات الراجعة إلى أسرة المريض (ت= 466، $\alpha = 0.210$)، وفي المعوقات الراجعة إلى فريق العمل (ت= -390، $\alpha = 0.225$)، وفي المعوقات الراجعة إلى للمراكز النفسية (ت= -1.671، $\alpha = 0.741$)، وفي الدرجة الكلية للمقياس (ت= -0.225، $\alpha = 0.125$).

وبتحليل نتائج الجدول السابق نجد أن: الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية تعزى لمتغير الجنس في بُعد دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض، وبُعد المعوقات الراجعة للأخصائي الاجتماعي لصالح الذكور كما يتضح من خلال المتوسط الحسابي للجدول السابق.

وترجع الباحثة ذلك: لأنَّ العدد الأكبر من المرضى النفسيين المستفيدين من المراكز النفسية هم من الإناث، وبالتالي يجد الأخصائي الاجتماعي صعوبة في التعامل مع المستفيدات لاختلاف الجنس، وهذا ما أكدته نتائج جدول (5.1) والتي أشارت إلى أنَّ 59% من المرضى هم من الإناث.

2. الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية تُعزى إلى متغير السن

جدول (5.38): الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية تعزى إلى السن

قيمة الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية
.745	.300	4.033	2	8.067	بين المجموعات	دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض
		13.467	17	228.933	داخل المجموعات	
			19	237.000	المجموع	
.784	.247	2.892	2	5.783	بين المجموعات	دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض
		11.716	17	199.167	داخل المجموعات	
			19	204.950	المجموع	
.387	1.004	10.342	2	20.683	بين المجموعات	دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل
		10.298	17	175.067	داخل المجموعات	
			19	195.750	المجموع	
.405	.954	7.008	2	14.017	بين المجموعات	الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي
		7.349	17	124.933	داخل المجموعات	
			19	138.950	المجموع	
.602	.523	2.692	2	5.383	بين المجموعات	معوقات راجعة للمريض
		5.151	17	87.567	داخل المجموعات	
			19	92.950	المجموع	
.170	1.972	7.533	2	15.067	بين المجموعات	معوقات راجعة لأسرة المريض
		3.820	17	64.933	داخل المجموعات	
			19	80.000	المجموع	
.185	1.865	9.700	2	19.400	بين المجموعات	معوقات راجعة للأخصائي الاجتماعي
		5.200	17	88.400	داخل المجموعات	
			19	107.800	المجموع	

قيمة الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية
.501	.719	5.350	2	10.700	بين المجموعات	معوقات راجعة لفريق العمل
		7.441	17	126.500	داخل المجموعات	
			19	137.200	المجموع	
.714	.343	.825	2	1.650	بين المجموعات	معوقات راجعة للمركز نفسه
		2.406	17	40.900	داخل المجموعات	
			19	42.550	المجموع	
.907	.098	5.275	2	10.550	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		53.906	17	916.400	داخل المجموعات	
			19	926.950	المجموع	

تبين من جدول رقم (5.38) وباستخدام اختبار (One Way Anova) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية الحكومية مع المريض ($F = 0.300$ ، $\alpha = 0.745$)، وكذلك في دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض ($F = 0.247$ ، $\alpha = 0.784$)، وكذلك في دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل ($F = 1.004$ ، $\alpha = 0.387$)، وكذلك في الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية ($F = 0.954$ ، $\alpha = 0.405$)، وكذلك في المعوقات الراجعة للمريض ($F = 0.523$ ، $\alpha = 0.602$)، وكذلك في المعوقات الراجعة إلى أسرة المريض ($F = 1.972$ ، $\alpha = 0.170$)، وكذلك في المعوقات الراجعة للأخصائي الاجتماعي ($F = 1.865$ ، $\alpha = 0.185$) وكذلك في المعوقات الراجعة إلى المراكز النفسية ($F = 0.343$ ، $\alpha = 0.714$)، وكذلك في الدرجة الكلية للمقياس ($F = 0.098$ ، $\alpha = 0.907$)

وبتحليل نتائج الجدول السابق نجد أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية تُعزى إلى متغير السن. وترجع الباحثة ذلك: إلى أن أصغر الأخصائيين عمراً تجاوز 30 سنة، وأنهم متقاربون في السن، ولا توجد فروقات عمرية كبيرة بين الأخصائيين الاجتماعيين، وبالتالي مستوى ممارستهم المهنية متقاربة، وهذا ما أكدته نتائج جدول رقم (5.20).

3. الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية والتي

تُعزى إلى متغير سنوات الخبرة

جدول (5.39): الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية

تُعزى إلى سنوات الخبرة

قيمة الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية
.317	1.230	14.981	2	29.961	بين المجموعات	دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض
		12.179	17	207.039	داخل المجموعات	
			19	237.000	المجموع	
.483	.759	8.397	2	16.794	بين المجموعات	دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض
		11.068	17	188.156	داخل المجموعات	
			19	204.950	المجموع	
.097	2.685	23.495	2	46.990	بين المجموعات	دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل
		8.751	17	148.760	داخل المجموعات	
			19	195.750	المجموع	
.123	2.381	15.202	2	30.405	بين المجموعات	الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي
		6.385	17	108.545	داخل المجموعات	
			19	138.950	المجموع	
.691	.378	1.978	2	3.956	بين المجموعات	معوقات راجعة للمريض
		5.235	17	88.994	داخل المجموعات	
			19	92.950	المجموع	
.898	.108	.503	2	1.006	بين المجموعات	معوقات راجعة لأسرة المريض
		4.647	17	78.994	داخل المجموعات	
			19	80.000	المجموع	
.676	.401	2.429	2	4.858	بين المجموعات	معوقات راجعة للأخصائي الاجتماعي
		6.055	17	102.942	داخل المجموعات	
			19	107.800	المجموع	

قيمة الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية
.488	.749	5.558	2	11.116	بين المجموعات	معوقات راجعة لفريق العمل
		7.417	17	126.084	داخل المجموعات	
			19	137.200	المجموع	
.827	.192	.470	2	.940	بين المجموعات	معوقات راجعة للمركز نفسه
		2.448	17	41.610	داخل المجموعات	
			19	42.550	المجموع	
.156	2.074	90.613	2	181.827	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		43.831	17	745.123	داخل المجموعات	
			19	926.950	المجموع	

تبين من جدول رقم (5.39) وباستخدام اختبار (One Way ANova) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية الحكومية مع المريض ($F = 1.230$ ، $\alpha = 0.317$)، وكذلك في دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض ($F = 0.759$ ، $\alpha = 0.483$)، وكذلك في دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل ($F = 2.685$ ، $\alpha = 0.097$)، وكذلك في الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية ($F = 2.381$ ، $\alpha = 0.123$)، وكذلك في المعوقات الراجعة للمريض ($F = 0.378$ ، $\alpha = 0.691$)، وكذلك في المعوقات الراجعة إلى أسرة المريض ($F = 0.108$ ، $\alpha = 0.898$)، وكذلك في المعوقات الراجعة للأخصائي الاجتماعي ($F = 0.401$ ، $\alpha = 0.676$)، وكذلك في المعوقات الراجعة إلى فريق العمل ($F = 0.749$ ، $\alpha = 0.488$)، وكذلك في المعوقات الراجعة إلى المراكز النفسية ($F = 0.192$ ، $\alpha = 0.827$)، وكذلك في الدرجة الكلية للمقياس ($F = 2.074$ ، $\alpha = 0.156$).

وبتحليل نتائج الجدول السابق نجد أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية تُعزى إلى متغير سنوات الخبرة.

وترى الباحثة أنه: من البديهي أن لا يكون لسنوات الخبرة تأثير مستوى الممارسة المهنية في ظل القيود والمعوقات الكبيرة التي تحيط بالأخصائي الاجتماعي من قبل المرضى وعائلاتهم وزملاء وأماكن العمل، فكيف للأخصائي أن يطبق خبرته في علاج المرضى وحل

مشكلاتهم والتواصل مع أسرهم لإنجاح الخطة العلاجية، وهو يعاني من ضعف الإمكانيات والصلاحيات الممنوحة له في مكان العمل، وإهمال زملاء العمل لدوره الاجتماعي في خطة العلاج، وضعف إقبال المرضى وعائلاتهم على التعامل معه.

4. الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية والتي تُعزى إلى متغير عدد الدورات التدريبية في المجال النفسي

جدول (5.40): الفروق في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية تعزى إلى عدد الدورات التدريبية في المجال النفسي

قيمة الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية
.108	2.375	24.340	3	73.019	بين المجموعات	دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض
		10.249	16	163.981	داخل المجموعات	
			19	237.000	المجموع	
.085	2.638	22.609	3	67.826	بين المجموعات	دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض
		8.570	16	137.124	داخل المجموعات	
			19	204.950	المجموع	
.083	2.669	21.764	3	65.293	بين المجموعات	دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل
		8.154	16	130.457	داخل المجموعات	
			19	195.750	المجموع	
.017	4.597	21.440	3	64.321	بين المجموعات	الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي
		4.664	16	74.629	داخل المجموعات	
			19	38.950	المجموع	
.250	1.508	6.831	3	20.493	بين المجموعات	معوقات راجعة للمريض
		4.529	16	72.457	داخل المجموعات	
			19	92.950	المجموع	
.488	.848	3.657	3	10.971	بين المجموعات	معوقات راجعة لأسرة المريض
		4.314	16	69.029	داخل المجموعات	
			19	80.000	المجموع	

قيمة الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية
.075	2.781	12.314	3	36.943	بين المجموعات	معوقات راجعة للأخصائي الاجتماعي
		4.429	16	70.857	داخل المجموعات	
			19	107.800	المجموع	
.289	1.364	9.314	3	27.943	بين المجموعات	معوقات راجعة لفريق العمل
		6.829	16	109.257	داخل المجموعات	
			19	137.200	المجموع	
.319	1.267	2.723	3	8.169	بين المجموعات	معوقات راجعة للمركز نفسية
		2.149	16	8.1694.381	داخل المجموعات	
			19	42.550	المجموع	
.225	1.617	71.898	3	215.693	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		44.454	16	711.257	داخل المجموعات	
			19	926.950	المجموع	

تبين من جدول رقم (5.40) وباستخدام اختبار (One Way ANova) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية الحكومية مع المريض ($F = 2.375$, $\alpha = 0.108$)، وكذلك في دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض ($F = 2.638$, $\alpha = 0.085$)، وكذلك في دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل ($F = 2.669$, $\alpha = 0.083$)، وكذلك في المعوقات الراجعة للمريض ($F = 1.508$, $\alpha = 0.250$)، وكذلك في المعوقات الراجعة إلى أسرة المريض ($F = 0.848$, $\alpha = 0.488$)، وكذلك في المعوقات الراجعة للأخصائي الاجتماعي ($F = 2.781$, $\alpha = 0.075$)، وكذلك في المعوقات الراجعة إلى فريق العمل ($F = 1.364$, $\alpha = 0.289$)، وكذلك في المعوقات الراجعة إلى المراكز النفسية ($F = 1.267$, $\alpha = 0.319$)، وكذلك في الدرجة الكلية للمقياس ($F = 1.617$, $\alpha = 0.225$).

بينما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية ($F = 4.597$, $\alpha = 0.017$).

وترى الباحثة أن: هناك علاقة طردية بين عدد الدورات التدريبية التي يتلقاها الأخصائي والأساليب المهنية التي يستخدمها، حيث إن الأخصائي الذي يحصل على عدد دورات أكثر، يكون لديه القدرة على التنوع في استخدام الأساليب المهنية بطريقة مهنية وفاعلة ومؤثرة أكثر من غيره؛ لأنه يكون دائم الاضطلاع والمواكبة لكل ما هو جديد في المهنة.

وبناءً على نتائج الجدول السابق، والذي أوضح وجود فروق دالة إحصائية بين عدد الدورات التدريبية والأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية، لذلك؛ تم إجراء اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة لتوضيح الفروق في عدد الدورات للأخصائيين الاجتماعيين.

جدول (5.41): اختبار شيفيه البعدي للفروق في عدد الدورات

الدالة	فوق المتوسطات	عدد الدورات	
0.032	4.60000*	لم يأخذ دورات	ثلاث دورات فأكثر
0.938	1.00000	دورة واحدة	
0.122	3.28571	دورتان	

وبإجراء اختبار شيفيه (scheffe) البعدي للفروق في عدد الدورات تبين وجود فروق دالة إحصائية في عدد الدورات التي تم الحصول عليها، بين من أخذ دورات تدريبية وبين من لم يأخذ دورات تدريبية، وكانت الفروق لصالح من أخذ ثلاث دورات تدريبية فأكثر (0.032)، بينما لم تكن الفروق دالة إحصائية مع من أخذ دورة واحدة (0.938)، ومن أخذ دورتين تدريبيتين (0.122).

وبتحليل نتائج الجدول السابق نجد أن: هناك فروقاً دالة إحصائية في عدد الدورات التي تم الحصول عليها، بين من أخذ دورات تدريبية وبين من لم يأخذ دورات تدريبية، وكانت الفروق لصالح من أخذ ثلاث دورات تدريبية فأكثر بنسبة (0.032)، وتوضح النتائج أن هناك علاقة طردية بين عدد الدورات التدريبية وأساليب الممارسة المهنية لدى الأخصائيين الاجتماعيين، فنجد أن الأخصائيين الذين حصلوا على عدد أكبر من الدورات التدريبية في المجال النفسي يتمتعون بمستوى عالٍ من المهارة والخبرة والاستخدام الفعال للأساليب المهنية في التعامل مع المرضى النفسيين كما هو موضح في الجدول السابق، وهذا انعكاس إيجابي بأن من يأخذ الدورات التدريبية تزداد عنده الخبرة والمهارة في مجال العمل.

الفصل السادس

النتائج العامة للدراسة والتوصيات لتفعيل
الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي
الطبي في المراكز النفسية الحكومية

الفصل السادس

النتائج العامة للدراسة والتوصيات لتنفيذ الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية

أولاً: النتائج العامة للدراسة:

1. النتائج المرتبطة بوصف عينة الدراسة من المرضى النفسيين

أشارت نتائج الدراسة إلى أن:

- أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة من المرضى هم من الإناث بنسبة (59.0%).
- أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة من المرضى أعمارهم (40 سنة فأكثر) بنسبة (50.7%).
- أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة من المرضى هم من المتزوجين بنسبة (71.5%).
- أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة من المرضى مستواهم التعليمي (أقل من ثانوي) بنسبة (59.7%).
- (78.5%) من أفراد عينة الدراسة من المرضى لا يعملون.
- (37.5%) من أفراد عينة الدراسة من المرضى هم من سكان محافظة غزة.
- أكثر الأمراض النفسية شيوعاً بين أفراد عينة الدراسة من المرضى هو (الاكتئاب) بنسبة (51.4%).
- (54.2%) من أفراد عينة الدراسة من المرضى عدد سنوات إصابتهم بالمرض (9 سنوات فأكثر).

2. النتائج الخاصة بالإجابة عن تساؤلات الدراسة من وجهة نظر المرضى النفسيين

أ- النتائج الخاصة بالإجابة عن الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية مع المريض

أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع المرضى كما يحدده المرضى) تراوحت ما بين (1.14-1.63)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (1.42)، ويتضح من ذلك أن دوره مع المرضى

النفسيين كما يحدده المرضى "منخفض"، وتمثل القصور في عدم صياغة اتفاق بين الأخصائي والمريض لتحديد المهام المطلوبة للعلاج والمتابعة، وعدم اكتساب المريض مهارات التعامل مع المشكلات المترتبة عن المرض النفسي، وعدم حرصه على أن تتلاءم خدمات المركز مع احتياجات المريض الفعلية.

ب- النتائج الخاصة بالإجابة عن الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض

أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض النفسي كما يحدده المرضى) تراوحت ما بين (1.09-1.31)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (1.18)، ويتضح من ذلك أن دور الأخصائي الاجتماعي مع أسر المرضى النفسيين كما يحدده المرضى "منخفض" وتمثل القصور في عدم تخفيف المشاعر السلبية المرتبطة بالمرض لدى أسرة المريض، وقلة اللقاءات والندوات لتوعية الأسرة حول كيفية رعاية أبنائهم، بالإضافة إلى ضعف العلاقة بين أسرة المريض وفريق العمل الذي يقدم الخدمات.

ج- النتائج الخاصة بالإجابة عن الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية مع فريق العمل

أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع فريق العمل كما يحدده المرضى) تراوحت ما بين (- 1.34 1.23)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (1.06)، ويتضح من ذلك أن دوره مع المرضى النفسيين كما يحدده المرضى "منخفض"، وتمثل القصور في عدم اطلاع فريق العمل على الآثار الاجتماعية الواقعة على المريض، وعدم مساعدتهم في تحديد الاحتياجات والمشكلات الاجتماعية للمرضى، بالإضافة إلى ضعف العلاقات بين المريض وبين فريق العمل.

د- النتائج الخاصة بالإجابة عن الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية

أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسطات المرجحة (للأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية) تراوحت ما بين (1.09-2.79)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (1.58)، ويتضح من ذلك أن الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كما يحددها المرضى "منخفضة"، وتمثلت أقل الأساليب استخدامًا في

عدم اهتمام الأخصائي بعقد المقابلات الفردية للتعرف إلى المرضى، وعدم استخدامه للمقاييس المناسبة لتقدير حالاتهم.

هـ- النتائج الخاصة بالإجابة عن المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المريض النفسي

أوضحت نتائج الدراسة أنَّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى المريض) تراوحت ما بين (2.23-2.75)، حيثُ إنَّ المتوسط الحسابي العام بلغ (2.50)، ويتضح من ذلك أنَّ المعوقات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وتمثلت المعوقات في عدم الالتزام بقواعد وأنظمة المراكز النفسية، كما أنَّ المريض يعتقد أنَّ علاجه طبي ولا أهمية للعلاج الاجتماعي.

و- النتائج الخاصة بالإجابة عن المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى أسرة المريض

أوضحت نتائج الدراسة أنَّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية والراجعة إلى أسرة المريض) تراوحت ما بين (2.17-2.70)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.52)، ويتضح من ذلك أنَّ المعوقات كما يحددها المرضى "مرتفع"، وتمثلت المعوقات في صعوبة إقامة علاقة مهنية مع أسرة المريض، وعدم تعاون المريض في تنفيذ المهام المطلوبة منه لنجاح خطة العلاج، بالإضافة إلى عدم ترحيب بعض الأسر بقيام الأخصائي بالزيارات المنزلية.

ز- النتائج الخاصة بالإجابة عن المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي

أوضحت نتائج الدراسة أنَّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي) تراوحت ما بين (2.45-2.83)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.61)، ويتضح من ذلك أنَّ المعوقات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وتمثلت المعوقات في نقص المعرفة لدى الأخصائي فيما يتعلق بالأمراض النفسية، بالإضافة إلى نقص الخبرة والمهارة لديه.

ح- النتائج الخاصة بالإجابة عن المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى فريق العمل

أوضحت نتائج الدراسة أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى فريق العمل) تراوحت ما بين (2.52-2.68)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.60)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وتمثلت المعوقات في تضارب آراء فريق العمل حول طبيعة التعامل مع المريض النفسي، وتهميش الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي، بالإضافة إلى الخبرة المحدودة لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي.

ط- النتائج الخاصة بالإجابة عن المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المراكز النفسية

أوضحت نتائج الدراسة أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى المراكز النفسية) تراوحت ما بين (2.68-2.84)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.77)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وتمثلت المعوقات في عدم تناسب خدمات المراكز احتياجات المرضى المتعددة، بالإضافة إلى جمود اللوائح والمعايير التي تحول دون استفادة المرضى من الخدمات.

ي- النتائج الخاصة بالإجابة عن المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية

أوضحت نتائج الدراسة أنّ المتوسطات المرجحة (للمقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين في المراكز النفسية الحكومية) تراوحت ما بين (2.63-2.96)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.84)، ويتضح من ذلك أنّ المقترحات كما يحددها المرضى "مرتفعة"، وتمثلت أهم المقترحات في زيادة فعالية وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى، وتيسير إجراءات العمل بالمراكز النفسية، وتسهيل حصول المرضى على الخدمات، وتوفير وتطوير الإمكانيات المادية والبشرية بالمراكز النفسية.

1. النتائج المرتبطة بوصف مفردات الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين

أشارت نتائج الدراسة إلى أن:

- أعلى نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين هم من الإناث بنسبة (70.0%).
- أعلى نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين كانت أعمارهم 40 سنة فأكثر بنسبة (75.0%).
- أعلى نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين هم من المتزوجين بنسبة (95.0%).
- أعلى نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين مستواهم التعليمي (بكالوريوس) بنسبة (65.0%).
- (55.0%) من الأخصائيين الاجتماعيين سنوات الخبرة لديهم من 10 إلى أقل من 15 سنة
- (75.0%) من الأخصائيين الاجتماعيين قد حصلوا على دورات تدريبية في مجال الأمراض النفسية.
- (40.0%) من الأخصائيين الاجتماعيين حصلوا على دورة تدريبية واحدة فقط.
- أوضحت نتائج الدراسة أن مستوى الاستفادة من الدورات التدريبية في مجال العمل منخفضة بمتوسط حسابي بلغ (1.58).

2. النتائج الخاصة بالإجابة عن تساؤلات الدراسة من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين

أ- النتائج الخاصة بالإجابة عن الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية مع المريض

أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع المرضى) تراوحت ما بين (1.20 - 2.40)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام بلغ (1.85)، ويتضح من ذلك أن دوره مع المرضى النفسيين كما يحدده الأخصائي الاجتماعي "متوسط"، وتمثل القصور في عدم صياغة اتفاق بين الأخصائي والمريض تُحدّد فيه المهام المطلوبة من المريض للعلاج والمتابعة، بالإضافة إلى عدم مساعدته على التقبل والتكيف مع الواقع، وعلى تفهم خطة العلاج.

ب- النتائج الخاصة بالإجابة عن الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض

أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع أسرة المريض النفسي) تراوحت ما بين (1.35 - 2.05)، حيث بلغ

المتوسط الحسابي العام (1.74)، ويتضح من ذلك أنّ دوره مع المرضى النفسيين كما يحدده الأخصائي الاجتماعي "متوسط"، وتمثل القصور في ضعف العلاقة بين أسرة المريض وفريق العمل الذي يقدم له الخدمات، وندرة اللقاءات والندوات التي توعي أسرة المرضى النفسيين حول كيفية رعاية أبنائهم، والتي تثري وعيهم بالآثار الاجتماعية المترتبة على الإصابة بالمرض النفسي.

ج- النتائج الخاصة بالإجابة عن الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية مع فريق العمل

أوضحت نتائج الدراسة أنّ المتوسطات المرجحة (للدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية مع فريق العمل) تراوحت ما بين (1.50-2.25)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (1.87)، ويتضح من ذلك أنّ دوره مع المرضى النفسيين كما يحدده الأخصائي الاجتماعي "متوسط"، وتمثل القصور في عدم مشاركة فريق العمل العلاجي في حل مشكلة المريض، وعدم مساعدتهم في تحديد احتياجات ومشكلات المريض الاجتماعية، كما أنه لا يقوم بتوثيق العلاقات بين المريض وبين فريق العمل.

د- النتائج الخاصة بالإجابة عن الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية.

أوضحت نتائج الدراسة أنّ المتوسطات المرجحة (للأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية) تراوحت ما بين (1.35-2.50)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (1.91)، ويتضح من ذلك أنّ الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "متوسط"، وتمثلت أقل الأساليب استخدامًا في ندرة جلسات العلاج الجمعي والفردى مع المرضى، وعدم استخدام المقاييس المناسبة لتقدير مشكلة المريض.

هـ- النتائج الخاصة بالإجابة عن المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المريض النفسي

أوضحت نتائج الدراسة أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى المريض) تراوحت ما بين (2.15-2.65)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (2.51)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفع"، وتمثلت المعوقات في عدم التزام المريض بقواعد وأنظمة المراكز النفسية، بالإضافة إلى ضعف ثقته بقدرة الأخصائي على حل مشكلاته.

و- النتائج الخاصة بالإجابة عن المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى أسرة المريض

أوضحت نتائج الدراسة أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى أسرة المريض) تراوحت ما بين (2.10-2.90)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.50)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفع"، وتمثلت المعوقات في عدم ترحيب بعض الأسر بقيام الأخصائي بالزيارات المنزلية، ونقص المعلومات لدى هذه الأسر حول دور الأخصائي الاجتماعي، بالإضافة إلى صعوبة إقامة علاقة مهنية مع أسرة المريض.

ز- النتائج الخاصة بالإجابة عن المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي

أوضحت نتائج الدراسة أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى الأخصائي الاجتماعي) تراوحت ما بين (1.95-2.75)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.38)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفع"، وتمثلت المعوقات في ضعف مستوى الأداء المهني للأخصائي وعدم قدرته على مساعدة المرضى، بالإضافة إلى نقص الخبرة والمهارة لديه.

ح- النتائج الخاصة بالإجابة عن المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى فريق العمل

أوضحت نتائج الدراسة أنّ المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى فريق العمل) تراوحت ما بين (2.25-2.75)، حيثُ بلغ المتوسط الحسابي العام (2.53)، ويتضح من ذلك أنّ المعوقات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفعة"، وتمثلت المعوقات في عدم تحديد الأدوار الخاصة بأعضاء فريق العمل في المراكز النفسية، بالإضافة إلى عدم اقتناع الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى النفسيين، وتهميش الأطباء لهذا الدور.

ط- النتائج الخاصة بالإجابة عن المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية الراجعة إلى المراكز النفسية

أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسطات المرجحة (للمعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الراجعة إلى المراكز النفسية) تراوحت ما بين (2.45 - 2.90)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (2.75)، ويتضح من ذلك أن المعوقات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفعة"، وتمثلت المعوقات في أن خدمات المراكز غير مناسبة لاحتياجات المرضى المتعددة، إضافة إلى جمود اللوائح والمعايير التي تحول دون استفادة المرضى من الخدمات.

ي- النتائج الخاصة بالإجابة عن المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية

أوضحت نتائج الدراسة أن المتوسطات المرجحة (للمقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين في المراكز النفسية الحكومية) تراوحت ما بين (2.05-2.95)، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام بلغ (2.57)، ويتضح من ذلك أن المقترحات كما يحددها الأخصائي الاجتماعي "مرتفعة"، وتمثلت أهم المقترحات في توفير وتطوير الإمكانيات المادية والبشرية بالمراكز النفسية، وتيسير إجراءات العمل بالمراكز النفسية، وتسهيل حصول المرضى على الخدمات، وزيادة فعالية وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى.

ق- النتائج الخاصة بالإجابة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية وبعض متغيرات الجنس والسن وسنوات الخبرة وعدد الدورات التدريبية

- أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية تُعزى إلى متغير الجنس، خاصةً لصالح الذكور.

- أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية تُعزى إلى متغير السن.

- أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية تُعزى إلى سنوات الخبرة.

- أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الممارسة المهنية للأخصائي

الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية تُعزى إلى عدد الدورات التدريبية في المجال النفسي، خاصةً لصالح الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية.

ثانيًا: التوصيات لتفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية

يتضح من خلال نتائج الدراسة الراهنة أنَّ هناك ضعفًا في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية، سواء على مستوى الأدوار أو مستوى الأساليب المهنية المستخدمة، لذلك توصي الباحثة بمجموعة من التوصيات على النحو الآتي:

أ- توصيات لتفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي مع المرضى النفسيين

1. عقد جلسات العلاج الفردي والجمعي للمرضى.
2. عقد لقاءات تثقيفية وتوعوية مع المرضى للتعريف بدور الأخصائي الاجتماعي.
3. القيام بالزيارات البيتية الدورية للوقوف ومتابعة حالة المرضى.
4. تشجيع المرضى على الحضور الدوري للمراكز النفسية لمتابعة حالتهم.
5. زيادة تعاون المريض مع الأخصائي الاجتماعي، وزيادة الثقة في دوره من خلال تحقيق مصالح المرضى التي تحول ظروفهم دون الحصول على الخدمات المؤسسية التي يحتاجون إليها لإشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم.

ب- توصيات لتفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي مع أسر المرضى

1. تقديم التوجيهات لأسر المرضى حول كيفية التعامل مع المرضى أثناء فترة العلاج خاصة من الناحية الاجتماعية.
2. تنظيم اللقاءات والندوات والاجتماعات لتوعية الأسرة كيفية رعاية أبنائهم.
3. توجيه أسر المرضى للمؤسسات الاجتماعية التي تقدم المساعدات للمرضى.

ج- توصيات لتفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي مع فريق العمل

1. التقاهم بين أعضاء فريق العمل حول نمط التعامل ودور كل عضو مع المرضى النفسيين.
2. الاتفاق على خطة عمل ومنهجية في الأداء.

3. إمام كل عضو في فريق العمل بطبيعة عمل التخصصات الأخرى.
 4. القيام بعقد الاجتماعات الدورية لمتابعة الأنشطة والخطط العلاجية.
 5. فهم الجهود المهنية من جانب أعضاء فريق العمل في التعامل مع المرضى النفسيين.
 6. توفر سجل معلومات عن المرضى النفسيين بين أعضاء فريق العمل.
 7. تشجيع العمل بروح الفريق على أساس تبادل المعارف والخبرات.
- د- توصيات لتفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي من خلال تطوير خدمات المراكز النفسية

1. تيسير الإجراءات الإدارية في تقديم الخدمات للمرضى النفسيين وأسراهم.
 2. العمل على تناسب خدمات المراكز مع احتياجات المرضى المتعددة.
 3. توفير الموارد والإمكانات المتاحة بالمراكز مع تعدد الحاجات والمشكلات للمرضى النفسيين.
 4. زيادة عدد الأخصائيين الاجتماعيين بما يتناسب مع عدد الحالات.
 5. زيادة الصلاحيات الممنوحة للأخصائي الاجتماعي.
 6. توفير أساليب رعاية حديثة في المراكز النفسية لرعاية المرضى النفسيين.
- هـ- توصيات لتفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي والمرتبطة بتطوره ونموه المهني

1. تقبل الأخصائي الاجتماعي للعمل مع المرضى النفسيين وأسراهم.
2. إعداد الدورات التدريبية التنشيطية التي تنمي مهارات وأداء الأخصائيين، والمواظبة على الحضور والاستفادة منها، والتي تساهم بتزويد الأخصائي الاجتماعي الطبي بالخبرات وبكل ما هو جديد ومستحدث في المجال النفسي والخدمة الاجتماعية، والتي تشمل على:
 - فهم طبيعة المرض النفسي.
 - اكتساب الأساليب والنماذج المهنية الجديدة لتطوير العمل مع المرضى النفسيين وأسراهم.
 - اكتساب المهارات في تصميم البرامج التي تقدم للمرضى النفسيين.

3. دوام القراءة والاطلاع على كل ما هو جديد في مجال الخدمة الاجتماعية النفسية، والاهتمام بالدراسات التكميلية والتجديدية من خلال إكمال الأخصائيين الاجتماعيين لدراساتهم في المستويات المختلفة من أجل تطوير الأداء المهني لهم في هذا المجال.
4. حضور المؤتمرات العلمية للوقوف على كل ما هو جديد في مجال المهنة.
5. حضور الندوات العلمية والمحاضرات وورشات العمل لتبادل الخبرة والمعرفة.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية

- إبراهيم، احمد نجيب. (2008). أدوار الممارس العام في الخدمة الاجتماعية في مواجهة المشكلات المؤدية إلى انقطاع التلاميذ عن المدرسة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة حلوان.
- إبراهيم، حسين. (2019). متطلبات عملية المساعدة في خدمة الجماعة لتحقيق أهداف الجماعة العلاجية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة حلوان، القاهرة.
- إبراهيم، عبد الستار، وعسكر، عبد الله. (2008). علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي. ط1. القاهرة. مكتبة الانجلو المصرية.
- أحمد، وفاء. (2007). الأمراض النفسية وسبل الوقاية منها ومن تداعياتها. ط1. القدس: مطبعة الأمل.
- الإدارة العامة للصحة النفسية المجتمعية. (2017). مهام الإدارة العامة للصحة النفسية المجتمعية بغزة. تاريخ الاطلاع: 2022/07/15م. الرابط: <https://www.moh.gov.ps/portal/nafsea>
- إدريس، خالد. (2019). معوقات أداء الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الحكومية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النيلين، مصر.
- الأمين، محمد. (2010). العوامل المؤثرة على أداء الأخصائي الاجتماعي في ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية: دراسة تطبيقية على الأخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات النفسية والعصبية بولاية الخرطوم (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النيلين، الخرطوم.
- بدوي، هناء، وعبد الفتاح، محمد. (2005). الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع. ط1. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- بركات، زياد، وحسن، كفاح. (2006). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينة من الطلبة والطالبات. مجلة علم النفس، 36(49)، 49-70.
- البلبكي، منير. (1996). المورد. ط2. بيروت: دار العلم للملايين.
- البلبكي، منير. (2004). المورد: قاموس إنجليزي - عربي (ط38). بيروت: دار العلم للملايين.
- البناء، انور. (2006). الأمراض النفسية والعقلية. ط1. دمشق: منشورات آفاق للطباعة.

- بني يونس، محمد. (2004). علم النفس. ط1. القاهرة: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- توفيق، محمد نجيب. (2004). دور الخدمة الاجتماعية العمالية وتنمية مهارات واتجاهات الإنتاج لدى شباب العمال في المصنع . ورقة مقمة إلى المؤتمر العلمي السابع عشر بكلية الخدمة الاجتماعية في جامعة حلوان، مصر .
- جبريل، موسى، و آخرون. (2009). التكيف ورعاية الصحة النفسية. ط1. فلسطين: منشورات جامعة القدس المفتوحة.
- أبو جبل، عبد الناصر. (2001). ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي. ط1. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- أبو جبل، عبد الناصر. (2002). الخدمة الاجتماعية النفسية. (د.ط). القاهرة: دار النهضة المصرية.
- أبو جبل، عبد الناصر. (2015). الخدمة الاجتماعية النفسية (قضايا ومشكلات). ط1. القاهرة: مكتبة دار السلام.
- جمال، رنا. (2016). استراتيجية التعامل مع الضغوط النفسية. ط1. عمان: دار أمجد للنشر.
- الجوهري، سميرة، و خليل، زكنيه عبد القادر. (2007). برنامج مقترح لتنمية مهارات الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالإدارة الاجتماعية لتحسين أدائهم المهني في العمل مع الجمعيات الأهلية، مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية بجامعة حلوان. 3(23)، 1195-1191.
- حجاج، ابراهيم عبد المحسن. (2020). الرعاية الاجتماعية تشريعاتها وخصائصها. ط1. القاهرة: دار التعليم الجامعي.
- حجازي، حمدي حامد. (2003). دراسة تقييمية لدور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع الحالات الفردية بدور الرعاية الاجتماعية للأيتام (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة حلوان، القاهرة.
- حجازي، هدي. (2008). الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع في بعض مجالات بين الواقع والمأمول. مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية في جامعة حلوان. القاهرة. (24)، 1150-1141.
- حربي، ندى. (2021). الرضا الوظيفي لدى الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الصحة النفسية بمنطقة مكة المكرمة، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية. 25(2)، >476-450

- حسين، جابر عوض سيد. (2007). *العمل مع الجماعات أسس ونماذج نظرية*. ط1. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- الحسيني، فاطمة. (2018). *واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي دراسة ميدانية مطبقة على المستشفيات الحكومية في منطقة مكة المكرمة، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية بجامعة الفيوم*. (12).
- الحسيني، نهر محمد. (2007). *خوارق الشفاء الصوفي والطب الحديث*. (ط9). دمشق: دار القادري للنشر والتوزيع.
- حمزاوي، رياض، و السروجي، طلعت. (1994). *إدارة منظمات الرعاية الاجتماعية*. ط1. القاهرة: دار الحكيم للطباعة والنشر.
- أبو حويج، مروان، و الصفدي، عصام. (2001). *المدخل إلى الصحة النفسية*. ط1. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- خاطر، أحمد مصطفى. (2003). *الخدمة الاجتماعية في مناهج الممارسة*. ط1. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- الختانتة، سامي. (2011). *مقدمة في الصحة النفسية*. ط1. الأردن: دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع.
- الخطيب، عبد الرحمن. (2006). *ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية و النفسية*. ط1. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- داكو، بيير. (2002). *العصاب والامراض الذهنية*. ط1. الأردن: مكتبة التراث الاسلامي.
- الدباغ، عفاف إبراهيم. (2000). *المنظور الإسلامي لممارسة الخدمة الاجتماعية*. ط1. القاهرة: دار الصفاة للنشر والتوزيع.
- رشوان، عبد المنصف حسن. (2009). *الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية*. ط1. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- رشوان، عبد المنصف. (2007). *الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال النفسي والعقلي*. (ط2). القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- رضا، عبد الحليم. (1986). *الخدمة الاجتماعية المعاصرة*. ط1. القاهر: دار النهضة العربية.
- أبو رمان، أسيل، وآخرون. (2018). *تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي داخل المؤسسات الطبية في الأردن*. ط1. عمان: مؤسسة فريدريش ايبيرت.
- الريماوي، محمد، وآخرون. (2006). *علم النفس العام*. (ط2). عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.

- زكار، زاهر. (2013). *مدخل الى سيكولوجية الشخصية والصحة النفسية*، ط1. بيروت: منشورات مركز الاشعاع الفكري للدراسات والبحوث.
- زكار، زاهر. (2020). *الشامل في الطب النفسي*. ط1. بيروت: منشورات مركز الاشعاع الفكري للدراسات والبحوث.
- زهران، حامد. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. (ط4). القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد. (د. ت.). *علم النفس الاجتماعي*. ط1. القاهرة: عالم الكتب.
- زيدان، علي. (2003). *خدمة الفرد (نظريات وتطبيقات)*، مكتبة كلية الخدمة الاجتماعية. ط1. القاهرة: جامعة حلوان.
- زيدان، علي. (2004). *خدمة الفرد ونماذج ونظريات معاصرة*. ط1. القاهرة: مطبعة نور الإيمان.
- زيدان، علي. (2005). *نظريات وتطبيقات معاصرة في خدمة الفرد*. ط1. القاهرة: مطبعة المهندس.
- السبئي، ماجد، وسيف، تمانى . (2020) . تصور مقترح لتفعيل دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي دراسة ميدانية لعينة من العاملين في المجال الطبي. *مجلة العلوم التربوية والدراسات الإنسانية*. جامعة تعز 6(5)، 420-403.
- سرحان، نظيمة أحمد. (2006). *الخدمة الاجتماعية المعاصرة*. ط1. القاهرة: مجموعة النيل العربية.
- سرحان، و ليد، وآخرون . (2010) . *الصحة النفسية*. ط1. فلسطين: منشورات جامعة القدس المفتوحة.
- السروجي، طلعت. (2009). *الخدمة الاجتماعية أسس النظرية والممارسة*. ط1. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- السروجي، طلعت، وأبو المعاطي، ماهر . (2009). *مبادئ لممارسة الخدمة الاجتماعية*. ط1. فلسطين: منشورات جامعة القدس المفتوحة .
- السكري، أحمد شفيق. (2000). *قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية*. ط1. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- سمور، عايش. (2006) . *الأمراض النفسية أسباب وتشخيص وعلاج*. ط1. غزة: دار المقداد للطباعة.
- السنهوري، أحمد محمد. (2007). *موسوعة منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الواحد والعشرين الميلادي (ط6)*. القاهرة: دار النهضة العربية.

- السنهوري، أحمد. (2001). *الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين* (ط.4). القاهرة: دار النهضة العربية.
- السنهوري، أحمد، و آخرون. (2002). *الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين* (ط.4). القاهرة: دار النهضة العربية.
- سويدان، محمد. (2020). برنامج مقترح من منظور الوقائي لطريقة خدمة الجماعة لتفعيل دور الأخصائي الاجتماعي في الفريق الطبي. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*، 2(52)، 342-365.
- السيد، فاطمة . (2021) . *محددات استخدام الأخصائي الاجتماعي لمؤتمر الحالة في المجال النفسي*. *مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية بجامعة الفيوم*. 29(5)، 8-30.
- الشفيع، بدري، وآخرون. (2020). *الخدمات الاجتماعية المقدمة في مستشفيات الطب النفسي ودورها في سرعة تعافي المريض*، *مجلة العلوم الإنسانية*. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. 21 (2)، 126-140.
- شكشك، أنس. (2009). *الأمراض النفسية والعلاج النفسي*. ط1. القاهرة: دار الشروق.
- الشهراني، عائض. (2014). *دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة*، *مجلة كلية الآداب بجامعة المنصورة*، (55)، 686.
- الشهري، أماني. (2015) *الإعفاء المهني للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالعيادات النفسية* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود. السعودية.
- صالح، عبد الحي. (2014) . *مجالات الخدمة ومجالات الممارسة المهنية*. ط1. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- صالح، عبد المحي، ورمضان، السيد. (1999). *أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل*. ط1. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- صالح، قاسم. (2015) . *الاضطرابات النفسية والعقلية: نظرياتها- أسبابها - طرق علاجها*. ط1. العراق: دار دجلة للنشر والتوزيع.
- الصادقي، سلوى، و رمضان، السيد. (2004). *طريقة العمل مع الأفراد (مداخل نظرية وعمليات تطبيقية)*. ط1. القاهرة: دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.
- الصفدي، عصام حمدي. (2001). *مبادئ علم وبائيات الصحة*. ط2. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. عمان.

- الصيخان، ابراهيم. (2010). الاضطرابات النفسية و العقلية - الأسباب والعلاج. ط1. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- الطالب، أسماء. (2018). تصور مقترح للخدمة الاجتماعية في التخفيف من حد الإعياء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بمجال الصحة النفسية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القصيم. السعودية .
- العباسي، سعاد. (2017). معوقات عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي مع جماعات المرضى بالمستشفيات الحكومية بمدينة بريدة، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين. 7 (58)، 24-52.
- عبد الخالق، جلال الدين. (2000). الملامح المعاصرة للموقف النظري في طريقة العمل مع الحالات الفردية (الحدود والمعالجة). مجلة جامعة حلوان. (2)، 227-228.
- عبد العال، السيد. (2018). متطلبات جودة ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين لأدوارهم المهنية مع مرضى الصرع وأسرههم. مجلة الخدمة الاجتماعية، (55) .
- عبد العال، سلامة. (2015). دليل إرشادي للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال النفسي. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان. 2 (38)، 273.
- عبد العال، عبد الحليم . (1986). البحث الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية. ط1. القاهرة: دار الثقافة للطبع والنشر.
- عبد اللطيف، رشاد احمد. (2005). عمليات ومداخل حديثة في طريقة تنظيم المجتمع. ط1. القاهرة: دار الوفاء لدينا النشر.
- عبد اللطيف، رشاد أحمد، و آخرون. (2002). التدريب على مهارات العمل الاجتماعي. ط1. القاهرة: مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.
- عبد الله، مجدي. (2000). علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب. ط1. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- العبد، جلال. (2009). التوافق المهني لدى الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي: دراسة ميدانية عن الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات مدينة طرابلس (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الفاتح. ليبيا.
- العبيدي، محمد. (2013). علم النفس الاكلينيكي. ط1. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عثمان، عبد الفتاح، والسيد، على الدين. (1997). الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ومجال رعاية المعوقين. ط1. القاهرة: مكتبة عين شمس.

- العجلاني، عمر. (2005). تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين: دراسة مسحية في مستشفيات الصحة النفسية للمملكة العربية السعودية (رسالة ماجستير غير منشورة). الرياض.
- عربي، معتز. (2015). دور الخدمة الاجتماعية في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية السودان (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النيلين، مصر.
- العفيفي، عبد الخالق محمد. (2001). المهارات المعاصرة للخدمة الاجتماعية المتطورة، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية. المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة. (12).
- عكاشة، أحمد، وعكاشة، طارق. (2010). الطب النفسي المعاصر (ط15). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- عليان، يحيى، وغنيم، عثمان. (2000). مناهج وأساليب البحث العلمي (النظرية والتطبيق). القاهرة: دار الصفا للنشر والتوزيع.
- عواد، يوسف. (2013). الانتماء المهني للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين في المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة ووكالة الغوث وتشغيل اللاجئين (بحث غير منشور). مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية 1(2)، 56-88.
- عوض، احمد. (2011). دراسة تقييمية للممارسة المهنية لعملية العلاج في المجال الطبي، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية. جامعة حلوان. (31)5.
- العيسوي، عبد الرحمن محمد. (1999). موسوعة كتب علم النفس الحديث علم نفس الشواذ والصحة النفسية. بيروت: دار الراتب الجامعية.
- غانم، محمد. (2004). اتجاهات حديثة في العلاج النفسي. ط1. القاهرة: جامعة حلوان.
- غانم، محمد. (2006). الصحة النفسية والعقلية والسلوكية: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص - الأسباب - العلاج - المآل والمسار. ط1. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- غباري، محمد سلامة. (2003). أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي. ط1. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- الغزير، أيمن. (2014). علم الصحة النفسية. ط1. بيروت: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- الغزوي، جلال الدين. (2004). مهارات الممارسة في العمل الاجتماعي. ط1. القاهرة: مكتبة الإشعاع الفني.
- فتحي، مديحة مصطفى. (2000). مهارات الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع في مجال الإعاقة الذهنية. ورقة مقدمة إلى المؤتمر العلمي الثالث عشر، كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان.

- فتحي، مديحة مصطفى. (2017). رؤية مستقبلية في تعليم و ممارسة الخدمة الاجتماعي. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم (7).
- فرماوي، مصطفى عبد العظيم.(2004). معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي. (د.ط). القاهرة: جامعة حلوان.
- فضلي، وفاء، وآخرون. (1999). أسس خدمة الفرد. ط1. القاهرة: جامعة حلوان. القاهرة.
- فهيمي، محمد سيد .(2007). الخدمة الاجتماعية التطور- الطرق- المجالات. القاهرة: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.
- فهيمي، محمد ، و بهنسي، فايزة.(2011). ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي. ط1. القاهرة: دار الوفاء للطباعة والنشر.
- الفهيدي، محمد. (2015) . تقييم دور الخدمة الاجتماعية الطبية في الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والمرضى (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية السعودية.
- الفيل، حلمي، والسيد، سمير. (2015). الصحة النفسية. ط1. (د.م): مكتبة بستان المعرفة.
- الفيندي، سهام على. (2002). تصور مقترح لإكساب طلاب الخدمة الاجتماعية مهارات الممارسة العامة، مجلة الدراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية. مجلة جامعة حلوان. القاهرة. (12)، 199-220.
- قاسم، محمد رفعت. (1999). تنظيم المجتمع الأسس والأجهزة. ط1. القاهرة: جامعة حلوان.
- قاسم، محمد رفعت. (2006). مهارات وتطبيقات في تنظيم المجتمع. (د.ط)، القاهرة: دار المهندس للطباعة.
- قاسم، محمد رفعت، و الفرماوي، مصطفى.(2005). الخدمة الاجتماعية المدرسية. ط1. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- القحطاني، فيصل. (2015) . تقييم واقع الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- قمحية، حسان.(1997). الموسوعة الطبية الميسرة. ط1. الأردن: دار ابن النفيس.
- القواسمة، رشدي، و آخرون. (2012). مناهج البحث العلمي. منشورات جامعة القدس المفتوحة.

- كرم الله، عطا. (2018). دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في تطبيق أساليب الممارسة العامة، دراسة تطبيقية على مستشفى الأمراض النفسية والعقلية التخصصي (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الدراسات العليا. جامعة النيلين . السودان.
- مجمع اللغة العربية. (2005). المعجم الوجيز. ط1. القاهرة: الهيئة القومية لشئون المطابع الأميرية.
- مجمع اللغة العربية. (2011). المعجم الوسيط. (ط.5). القاهرة: مكتبة الشروق الدولية.
- مجيد، سوسن. (2015). اضطرابات الشخصية: أنماطها- قياسها. القاهرة: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- محمد، جاسم محمد. (2004). المدخل الى علم النفس العام. (د.ط). عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- المحمدي، زياد . (2013) . تقييم واقع الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي من وجهة نظر المرضى : دراسة ميدانية على مستشفيات صحة المدينة المنورة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.
- محمود، مشيرة. (2020). بناء القدرات المؤسسية كإلية لمساعدة مؤسسات الصحة النفسية على تحقيق أهدافها. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية. 2(52)، 812-825.
- محمود، منال طلعت. (2005). إدارة المرأة لمراكز الشباب . الواقع . المعوقات. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، بجامعة حلوان. (13)، 472-488.
- محنشي، محمد، و آخرون . (2021) . معوقات تمكين الأخصائي الاجتماعي من أداء دوره بالمستشفيات الحكومية. المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية. 5(18)، 412-425.
- مركز الميزان لحقوق الإنسان. (2010). تقرير عن تحديات الحق في الصحة النفسية في قطاع غزة، 13. تاريخ الاطلاع: 2022/06/15م. الرابط <http://www.mezan.org/uploads/files/11376.pdf>
- مصطفى، أسامة. (2010). مدخل الى الاضطرابات السلوكية الانفعالية: الاسباب - التشخيص العلاج. ط1. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- مصيلحي، أمل سعيد. (2008). معوقات ممارسة البرامج والأنشطة الجماعية لجماعات الأيتام وتصور مقترح لتطويرها من منظور طريقة خدمة الجماعة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة حلوان.

- المطيري، معصومة.(2005). الصحة النفسية مفهومها - اضطراباتها. ط1. القاهرة: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .
- أبو المعاطي، ماهر. (1999). التخطيط الاجتماعي ونماذج من السياسة الاجتماعية في الدول العربية (ط3). القاهرة: مكتبة الصفوة.
- أبو المعاطي، ماهر. (2003). مقدمة في الخدمة الاجتماعية. ط1. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- أبو المعاطي، ماهر. (2004). دليل إرشادي لدور الأخصائي الاجتماعي للتعامل مع مشكلة العنف بين تلاميذ المدارس. ط1. القاهرة: شبكة مناهضة العنف ضد المرأة. رابطة المرأة العربية.
- المليجي، إبراهيم عبد الهادي.(2000). ممارسات تنظيم المجتمع. ط1. القاهرة: المكتب العلمي للنشر والتوزيع.
- المليجي، و آخرون. (2004). الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي. ط1. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- منسي، حسن.(2001). الصحة النفسية (ط2). عمان: دار الكندي للنشر والتوزيع .
- منظمة الصحة العالمية. (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، النسخة العربية، الاوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التخصصية. ط1. (د.م): المكتبة الطبية القومية.
- منظمة الصحة العالمية. (2021). تقرير الاضطرابات النفسية ط1. (د.م): منظمة الصحة العالمية
- منقريوس، نصيف، وأبو المعاطي، ماهر. (2000). مهارات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية. ط1. القاهرة: مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.
- الناصر، صالح. (2011). معوقات تطبيق الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية: دراسة مطبقة على منشآت الصحة النفسية بمنطقتي القصيم والرياض النفسية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القصيم، السعودية.
- أبو النصر، مدحت. (2017). مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية. القاهرة: المجموعة العربية للتدريب و النشر.
- النعمي، حسن . (2013). دور الأخصائي الاجتماعي في المساندة الاجتماعية لمرضى القلب. الجمعية المصرية للأخصائيين الإجتماعيين، 2 (58)، 90-112.

- النوحي، عبد العزيز ابراهيم.(2018). *الخدمة الاجتماعية الطبفسية*. ط1. القاهرة: مطابع دار المعارف.
- وزارة الصحة الفلسطينية. (2021). *التقرير السنوي لوزارة الصحة*. ط1. غزة: وزارة الصحة الفلسطينية.
- يوسف، أميرة منصور. (1997). *المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية*. ط1. بيروت: دار المعرفة الجامعية.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

- Acker, G. M., & Lawrence, D. (2009). Social work and managed care: Measuring competence, burnout, and role stress of workers providing mental health services in a managed care era. *Journal of Social Work*, 9(3), 269-283.
- Barker, Robert.(1989). *The social work dictionary*. N.A.S.W. press..
- Brieland, D. (1987). History and evolution of social work practice. *Encyclopedia of social work*, (1), 739-754.
- Bruce A. (2001). *The hand book of socialwork research methods*. London: soge puplication , Inc
- Connaway, R. S., & Gentry, M. E. (1988). *Social work practice*. Prentice Hall.
- Donald, brieland. (2003). *History and evaluation of social work practice. encyclopedia of social work marling*. N. A. S. W. p14.
- Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., ... & Katona, C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 75-80.
- Gordon, M. J. (2018). *Everyday social work practice: Listening to the voices of practitioners*. (Unpublished PhD Thesis). The University of Edinburgh
- Huxley, P., Evans, S., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., ... & Katona, C. (2005). Stress and pressures in mental health social work: The worker speaks. *British Journal of Social Work*, 35(7), 1063-1079.
- Maramaldi, P., Sobran, A., Scheck, L., Cusato, N., Lee, I., White, E., & Cadet, T. J. (2014). Interdisciplinary medical social work: A working taxonomy. *Social Work in Health Care*, 53(6), 532-551.
- Martin, J. (2014). The duality of continuing professional development in mental health social work: Voluntary and involuntary status. *Australian Social Work*, 67(2), 227-239.
- Mathiesen, S. G., & Hohman, M. (2013). Revalidation of an evidence-based practice scale for social work. *Journal of Social Work Education*, 49(3), 451-460.

- Mitchell, F., & Patience, D. A. (2002). Conjoint multi-disciplinary assessment in a community mental health team: the impact on the social work role. *Social Work in Health Care*, 35(1-2), 605-613.
- Neil, maria. (1996). *The general method of social work practice*. Ally and bacon. Boston.
- Nilsson, D., Joubert, L., Holland, L., & Posenelli, S. (2013). The why of practice: Utilizing PIE to analyze social work practice in Australian hospitals. *Social Work in Health Care*, 52(2-3), 280-295.
- ourmover, porry. (2000). *The social work skill* (3rd. edit). Prokkscole Thomson. Learning.
- Perriam, Christine . (2015) . *Social work is what social workers do: A study of hospital social workers' understanding of their work and their professional identity*, (Unpublished Master Thesis), Edith Cowan University
- Phillipowsk, James. (2018). *An Exploration of the Role of Social Workers Within an Integrated setting*.(Unpublished PhD Thesis). University of Worcester
- Ramsey, A. T., & Montgomery, K. (2014). Technology-based interventions in social work practice: A systematic review of mental health interventions. *Social Work in Health Care*, 53(9), 883-899.
- Roeckelein .(1998).*dictionary of theories law and concept in psychology*. (1st edition). London: Green wood press.
- Spencer, P. C., & Munch, S. (2003). Client violence toward social workers: The role of management in community mental health programs. *Social Work*, 48(4), 532-544.
- uri aviram. (2008) . *The Changing Role of the social work in the mental health System* (Unpublished PhD Thesis), The Hebrew University.
- Weber, merrier.(2009). *collegiate dictionary*. USA: Library of congress.
- Weiten , w.(2004). *psychology, themes and variations*. New York: International Thomson publishing company
- wortman et al.(1992). *Psychology*. (4th edition). New York: Hill,inc.
- zastrow, C.. (2002). *Introduction to social work and social welfare*. New York: International Thomson publishing company.
- .

ملاحق الدراسة

الملحق (1):
أسماء السادة محكمي أدوات الدراسة (مرتبة أجددياً)

الاسم	الدرجة العملية
1	د. أحمد حمدان الرفاعي أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد - المعهد العالي للخدمة الاجتماعية مصر.
2	د. أحمد محمد الرنتيسي أستاذ الخدمة الاجتماعية المشارك - الجامعة الإسلامية - غزة.
3	د. أحمد محمد العرابيد أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد - جامعة الأقصى - غزة.
4	د. أسامة جبر عماد أستاذ علم النفس غير المتفرغ - الجامعة الإسلامية - غزة.
5	أ. د أسماء محمد الجعفر اوي أستاذ الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان - مصر.
6	د. أمير فايد حرارة أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد غير المتفرغ - جامعة القدس المفتوحة - غزة.
7	د. امين شلاش شبيب أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد غير المتفرغ - الجامعة الإسلامية - غزة.
8	د. أيمن اسماعيل أحمد الغريز أستاذ علم النفس المساعد -أكاديمية أزهرى - الأردن.
9	د. اسماعيل محمود الرحل أستاذ علم الاجتماع المساعد - جامعة الأقصى - غزة.
10	د. اسماعيل منصور ابو ركاب أستاذ علم النفس غير المتفرغ - وزارة الصحة بغزة.
11	د. جيهان صديق محمد أستاذ علم النفس -اكاديمية السعادة - مصر
12	د. حنان عطية زعرب أستاذ علم الاجتماع المساعد غير المتفرغ - جامعة القدس المفتوحة - رفح.
13	أ. د خليل عبد المقصود عبد الحميد أستاذ الخدمة الاجتماعية - جامعة ام القرى - السعودية.
14	د. رائد نمر يعقوب أستاذ الخدمة الاجتماعية المشارك جامعة القدس المفتوحة - جنين.
15	د. زيد محمود الشمالية أستاذ علم الاجتماع المشارك-جامعة مؤته - الأردن
16	د. ضاحي حمدان الرفاعي أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد المعهد العالي للخدمة الاجتماعية - مصر.
17	د. عماد عبد اللطيف اشنتية أستاذ الخدمة الاجتماعية المشارك- جامعة القدس المفتوحة - نابلس.

الاسم	الدرجة العملية
18	د. عميد أحمد بدر أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد - جامعة القدس المفتوحة - رام الله.
19	د. قصي عبد الله ابراهيم أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد - جامعة الاستقلال - أريحا.
20	د. محمد اسماعيل مطر أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد غير المتفرغ - جامعة القدس المفتوحة.
21	أ. د محمد حاج يحيى أستاذ الخدمة الاجتماعية - الجامعة العبرية - القدس.
22	د. نافذ سليمان جبارة المسالمة أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد - جامعة القدس المفتوحة - الخليل.
23	أ. د يوسف محمد عبد الحميد أستاذ مجالات الخدمة الاجتماعية - جامعة الفيوم - مصر.
24	د. وليد شلاش شبير أستاذ علم الاجتماع المشارك غير المتفرغ - الجامعة الإسلامية - غزة.

The Islamic University of Gaza
Deanship of Research & Graduate Studies
Faculty of Arts
Master of Social Work



الجامعة الإسلامية بغزة
عمادة البحث العلمي والدراسات العليا
كلية الآداب
ماجستير خدمة اجتماعية

الملحق (2) :

استمارة استنبار

الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية
"مطبقة على عينة من المرضى النفسيين المترددين على المراكز النفسية الحكومية بقطاع غزة"

إعداد الطالبة

سمية رمضان صباح

إشراف الدكتور

امجد محمد المفتي

صممت هذه الاستمارة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الخدمة
الاجتماعية بكلية الآداب في الجامعة الإسلامية بغزة.

2022م-1443هـ

لطفا ضع علامة (✓) أمام العبارة المناسبة :

أولاً: البيانات الأولية

الاسم: (اختياري).....

1- النوع:

ذكر أنثى

2- السن:

18 سنة إلى أقل من 25 سنة 25 سنة إلى أقل من 30 سنة
 30 سنة إلى أقل من 35 سنة 35 سنة إلى أقل من 40 سنة.
 40 سنة فأكثر.

3- الحالة الاجتماعية:

أعزب متزوج مطلق أرمل.

4- المستوى التعليمي:

أقل من ثانوي ثانوي جامعي دراسات عليا

5- المهنة:

موظف حكومي موظف قطاع خاص أعمال حرة لا أعمل.

6- مكان السكن:

شمال غزة غزة الوسطى خان يونس رفح.

7- مدة الإصابة بالمرض النفسي:

1 الى أقل من 3 سنوات 3 الى أقل من 6 سنوات 6 الى أقل من 9 9 سنوات فأكثر.

ثانياً: ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية؟

م.	الفقرة	نعم	الى حد ما	لا
دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض				
1	يصيغ اتفاقاً يحدد فيه المهام المطلوبة منى للعلاج والمتابعة.			
2	يساعدني على تفهم خطه العلاج.			
3	يعزز مشاعري الإيجابية ويمحني الامل لمواجهة المرض.			
4	يعدل اتجاهاتي وافكاري الخاطئة عن طبيعة الإصابة بالمرض النفسي.			
5	يساعدني على التقبل والتكيف مع الواقع.			
6	يشجعني على المشاركة في الأنشطة والبرامج داخل المركز النفسي.			
7	يكسبني مهارات التعامل مع المشكلات المترتبة عن المرض النفسي.			
8	يسهل حصولي على المساعدات والخدمات داخل المركز النفسي.			
9	يحرص على أن تتلاءم خدمات المركز مع احتياجاتي الفعلية.			
دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض				
1	يقدم الأخصائي لأسرتي الإرشادات حول كيفية التعامل مع مرضي أثناء فترة العلاج.			
2	يعرض لأسرتي الحقائق والمعلومات الكافية حول مرضي.			
3	ينظم اللقاءات والندوات لتوعية أسر المرضى النفسيين حول كيفية رعاية أبنائهم.			
4	يقوي العلاقة بين أسرتي وفريق العمل الذي يقدم لي الخدمات.			
5	ينمي وعي أسرتي بالآثار الاجتماعية المترتبة على إصابتي بالمرض النفسي.			
6	يساعد أسرتي على التكيف مع ظروف مرضي.			
7	يتعرف على مشكلاتي من وجهة نظر اسرتي.			
8	يخفف المشاعر السلبية المرتبطة بمرضي لدى أسرتي.			

م.	الفقرة	نعم	الى حد ما	لا
دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل.				
1	يشارك فريق العمل العلاجي لحل مشكلاتي.			
2	يوثق العلاقات بيني وبين فريق العمل.			
3	يساعد فريق العمل في تنفيذ الخطط العلاجية والبرامج والانشطة المناسبة لحالتي.			
4	يمد فريق العمل بالمعلومات والبيانات عن حالتي الاجتماعية وظروفي البيئية.			
5	يوضح لفريق العمل الآثار النفسية والاجتماعية الواقعة على كمرريض.			
6	يساعد فريق العمل في تحديد احتياجاتي ومشكلاتي الاجتماعية.			

ثالثا: ما الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية؟

م.	دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض	نعم	الى حد ما	لا
1	يسجل جميع البيانات التي يحصل عليها مني.			
2	يقوم الاخصائي بملاحظة ردود فعلي وانفعالاتي.			
3	يعقد الاخصائي جلسات علاج جمعي و فردي مع المرضى.			
4	يستخدم الاخصائي المقاييس المناسبة لتقدير حالتي.			
5	يعقد الاخصائي المقابلات الفردية للتعرف على حالتي.			

رابعاً: ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية؟

م.	الفقرة	نعم	الى حد ما	لا
معوقات راجعة للمريض				
1	نقص معرفتي بدور الأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية.			
2	قلة الثقة بقدرة الأخصائي الاجتماعي على حل مشاكلي.			
3	عدم التزامي بقواعد وأنظمة المراكز النفسية.			
4	اعتقادي أن علاجي طبي ولا أهمية للجانب الاجتماعي.			
5	سلبية بعض المرضى وضعف تعاونهم مع الأخصائي الاجتماعي.			
معوقات راجعة لأسرة المريض				
1	نقص المعلومات الكافية لدى أسرة المريض حول دور الأخصائي الاجتماعي.			
2	عدم تعاون أسرة المريض في تنفيذ المهام المطلوبة منهم لنجاح خطة العلاج.			
3	عدم ترحيب بعض الأسر بقيام الأخصائي الاجتماعي بالزيارات المنزلية.			
4	صعوبة إقامة علاقة مهنية مع أسرة المريض.			
5	قلة حضور بعض الأسر للمتابعة مع المريض.			
6	ضعف قنوات الاتصال بين أسرة المريض والأخصائي الاجتماعي.			
معوقات راجعة للأخصائي الاجتماعي				
1	نقص المعرفة لدى الأخصائي فيما يتعلق بالأمراض النفسية.			
2	نقص الخبرة والمهارة لدى الأخصائي.			
3	ضعف مستوى الأداء المهني للأخصائي وعدم قدرة على مساعدتي.			
4	يهتم بالجوانب الإدارية أكثر من الجوانب المهنية عند العمل مع المرضى.			
5	الروتين في العمل وعدم توفر روح الدافعية والابتكار لدى الأخصائي.			

م.	الفقرة	نعم	الى حد ما	لا
معوقات راجعة لفريق العمل				
1	عدم اقتناع الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى النفسيين.			
2	عدم إيمان بعض الأعضاء بالفريق بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي.			
3	تضارب آراء فريق العمل حول طبيعية التعامل مع المريض النفسي.			
4	الخبرة المحدودة لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي.			
5	تهميش الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي.			
6	عدم تحديد الأدوار الخاصة بأعضاء فريق العمل في المراكز النفسية			
معوقات راجعة للمراكز النفسية				
1	عدم تناسب خدمات المراكز احتياجات المرضى المتعددة.			
2	ضعف الصلاحيات الممنوحة للأخصائي الاجتماعي.			
3	نقص الموارد والإمكانيات المتاحة بالمراكز مع تعدد الحاجات والمشكلات للمرضى النفسيين.			
4	جمود اللوائح والمعايير التي تحول دون استفادة المرضى من الخدمات.			
5	عدم توفير أساليب رعاية حديثة في المراكز النفسية لرعاية المرضى النفسيين.			

خامسا: ما المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في المراكز النفسية الحكومية؟

م.	مقترحات تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي	نعم	الى حد ما	لا
1	زيادة أعداد الأخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسي.			
2	تخفيف الأعمال الإدارية عن كاهل الأخصائيين الاجتماعيين التي لا تتناسب مع دورهم الفعلي.			
3	الاهتمام بالتعليم والتدريب المستمر المتخصص للأخصائيين الاجتماعيين.			
4	توعية المرضى وأسرههم بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي.			
5	توعية المرضى وأسرههم بأهمية إتباع الخطة العلاجية.			
6	دعم فكرة العمل المشترك بين المريض وأسرتة والأخصائي الاجتماعي.			
7	تعزيز ثقة المرضى وأسرههم بقدرة الأخصائي الاجتماعي على حل مشكلاتهم.			
8	تعديل اتجاهات الفريق الطبي نحو أهمية دور الأخصائي الاجتماعي.			
9	تنمية روح العمل كفريق مع المرضى النفسيين.			
10	زيادة قناعة الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى.			
11	تنمية المعارف والخبرات لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي.			
12	توفير وتطوير الإمكانيات المادية والبشرية بالمراكز النفسية.			
13	تيسير إجراءات العمل بالمراكز النفسية وتسهيل حصول المرضى على الخدمات.			
14	زيادة فعالية وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى.			

شكراً لحسن تعاونكم معنا

The Islamic University of Gaza
Deanship of Research and Graduate
Studies
Faculty of Arts
Master of Social Work



الجامعة الإسلامية بغزة
عمادة البحث العلمي والدراسات العليا
كلية الآداب
ماجستير خدمة اجتماعية

الملحق (3) :

استمارة استبيان

الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المراكز النفسية الحكومية
"مطبقة على الاخصائيين الاجتماعيين في المراكز النفسية الحكومية بقطاع غزة"

إعداد الطالبة

سمية رمضان صباح

إشراف الدكتور

امجد محمد المفتي

صممت هذه الاستمارة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الخدمة
الاجتماعية بكلية الآداب في الجامعة الإسلامية بغزة.

2022م-1443هـ

أولاً: البيانات الأولية

الاسم: (اختياري).....

1- النوع: ذكر أنثى

2- السن:

أقل من 25 سنة 25 - 30 سنة 31 - 35 سنة

36 - 40 سنة. 41 سنة فأكثر.

3- الحالة الاجتماعية:

أعزب. متزوج. مطلق أرمل.

4- المستوى التعليمي:

دبلوم بكالوريوس ماجستير دكتوراه

5- سنوات الخبرة في مجال العمل:

أقل من 5 سنوات 5 - 10 سنوات 11 - 15 سنة أكثر من 15 سنة.

6- هل حصلت على دورات تدريبية في مجال رعاية المرضى النفسيين؟

نعم لا

7- في حالة الإجابة (بنعم) ما عدد الدورات التدريبية التي حصلت عليها؟

دورة واحدة دورتان ثلاث دورات فأكثر

8- ما أوجه الاستفادة من هذه الدورات في مجال عملك؟

لا	الى حد ما	نعم	اوجه الاستفادة
			فهم مشكلات المرضى النفسيين واسرهم
			اكتساب معارف وخبرات التعامل المهني مع المرضى
			اكتساب مهارة العمل كفريق
			التعرف على أحدث اساليب التعامل مع المرضى النفسيين
أخرى تذكر.....			

ثانياً: ما الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية؟

م.	الفقرة	نعم	الى حد ما	لا
دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض				
1	اصيغ اتفاقا احدد فيه المهام المطلوبة من المريض للعلاج والمتابعة.			
2	أساعد المريض على تفهم خطه العلاج.			
3	أعزز المشاعر الإيجابية للمريض وأمنحه الامل لمواجهة المرض.			
4	أعدل اتجاهات وافكار المريض الخاطئة عن طبيعة المرض النفسي.			
5	أساعد المريض على التقبل والتكيف مع الواقع.			
6	أشجع المريض على المشاركة في الأنشطة والبرامج داخل المركز النفسي.			
7	أكسب المريض مهارات التعامل مع المشكلات المترتبة عن المرض النفسي.			
8	أسهل حصول المريض على المساعدات والخدمات داخل المركز النفسي.			
9	أحرص على أن تتلاءم خدمات المركز النفسي مع احتياجات المريض الفعلية.			
دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض				
1	أقدم الإرشادات لأسرة المريض حول كيفية التعامل معه أثناء فترة العلاج.			
2	اعرض الحقائق والمعلومات الكافية لأسرة المريض حول مرضه.			
3	أنظم اللقاءات والندوات لتوعية أسر المرضى النفسيين حول كيفية رعاية أبنائهم.			
4	أقوي العلاقة بين أسرة المريض وفريق العمل الذي يقدم له الخدمات.			
5	أثري وعي أسرة المريض بالآثار الاجتماعية المترتبة على الإصابة			

م.م	الفقرة	نعم	الى حد ما	لا
	بالمرض النفسي.			
6	أساعد أسرة المريض على التكيف مع ظروف مرضه.			
7	أتعرف على مشكلة المريض من وجهة نظر أسرته.			
8	أعمل على تخفيف المشاعر السلبية لأسرة المريض المرتبطة بمرضه.			
	دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل.			
1	أشارك فريق العمل العلاجي في حل مشكلة المريض.			
2	أوثق العلاقات بين المريض وبين فريق العمل.			
3	أساعد فريق العمل في تنفيذ الخطط العلاجية والبرامج والأنشطة المناسبة لحالة المريض.			
4	أزود فريق العمل بالمعلومات والبيانات عن حالة المريض الاجتماعية وظروفه البيئية.			
5	أوضح لفريق العمل الآثار النفسية والاجتماعية الواقعة على المريض.			
6	أساعد فريق العمل في تحديد احتياجات ومشكلات المريض الاجتماعية.			

ثالثاً: ما الأساليب المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية؟

م.م	دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض	نعم	الى حد ما	لا
1	أسجل جميع البيانات التي احصل عليها من المرضى.			
2	ألاحظ ردود فعل وانفعالات المرضى.			
3	أعقد جلسات علاج جمعي و فردي مع المرضى.			
4	أستخدم المقاييس المناسبة لتقدير مشكلة المريض			
5	أعقد المقابلات الفردية للتعرف على حالة المريض.			

رابعاً: ما المعوقات التي تحد من الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المراكز النفسية الحكومية؟

م.	الفقرة	نعم	الى حد ما	لا
معوقات راجعة للمريض				
1	نقص وعى المريض حول دور الأخصائي الاجتماعي بالمراكز النفسية.			
2	ضعف ثقة المريض بقدرة الأخصائي الاجتماعي على حل مشاكله.			
3	عدم التزام المريض بقواعد وأنظمة المراكز النفسية.			
4	اعتقاد المريض أن علاجه طبي ولا أهمية للجانب الاجتماعي.			
5	سلبية بعض المرضى وضعف تعاونهم مع الأخصائي الاجتماعي.			
معوقات راجعة لأسرة المريض				
1	نقص المعلومات الكافية لدى أسرة المريض حول دور الأخصائي الاجتماعي.			
2	عدم تعاون أسرة المريض في تنفيذ المهام المطلوبة منهم لنجاح خطة العلاج.			
3	عدم ترحيب بعض الأسر بقيام الأخصائي الاجتماعي بالزيارات المنزلية.			
4	صعوبة إقامة علاقة مهنية مع أسرة المريض.			
5	قلة حضور بعض الأسر للمتابعة مع المريض.			
6	ضعف قنوات الاتصال بين أسرة المريض والأخصائي الاجتماعي.			
معوقات راجعة للأخصائي الاجتماعي				
1	نقص المعرفة لدى الأخصائي فيما يتعلق بالأمراض النفسية.			
2	نقص الخبرة والمهارة لدى الأخصائي.			
3	ضعف مستوى الأداء وعدم القدرة على مساعدة المرضى.			
4	الاهتمام بالجوانب الإدارية أكثر من الجوانب المهنية عند العمل مع المرضى النفسيين.			
5	الروتين في العمل وعدم توفر روح الدافعية والابتكار لدى الأخصائي.			

م.	الفقرة	نعم	الى حد ما	لا
معوقات راجعة لفريق العمل				
1	عدم اقتناع الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى النفسيين.			
2	عدم إيمان بعض أعضاء الفريق بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال النفسي.			
3	تضارب آراء فريق العمل حول طبيعية التعامل مع المريض النفسي.			
4	الخبرة المحدودة لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي.			
5	تهميش الأطباء لدور الأخصائي الاجتماعي.			
6	عدم تحديد الأدوار الخاصة بأعضاء فريق العمل في المراكز النفسية			
معوقات راجعة للمراكز النفسية				
1	عدم تناسب خدمات المراكز مع احتياجات المرضى المتعددة.			
2	ضعف الصلاحيات الممنوحة للأخصائي الاجتماعي.			
3	نقص الموارد والإمكانيات بالمراكز مع تعدد الحاجات والمشكلات للمرضى النفسيين.			
4	جمود اللوائح والمعايير التي تحول دون استفادة المرضى من الخدمات.			
5	عدم توفير أساليب رعاية حديثة في المراكز النفسية لرعاية المرضى النفسيين.			

خامسا: ما المقترحات التي تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في المراكز النفسية الحكومية؟

م.	مقترحات تساهم في تفعيل الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي	نعم	الى حد ما	لا
1	زيادة أعداد الأخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسي.			
2	تخفيف الأعمال الإدارية عن كاهل الأخصائيين الاجتماعيين التي لا تتناسب مع دورهم الفعلي.			
3	الاهتمام بالتعليم والتدريب المستمر المتخصص للأخصائيين الاجتماعيين.			
4	توعية المرضى وأسرهم بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي.			
5	توعية المرضى وأسرهم بأهمية إتباع الخطة العلاجية.			
6	دعم فكرة العمل المشترك بين المريض وأسرته والأخصائي الاجتماعي.			
7	تعزيز ثقة المرضى وأسرهم بقدرة الأخصائي الاجتماعي على حل مشكلاتهم.			
8	تعديل اتجاهات الفريق الطبي نحو أهمية دور الأخصائي الاجتماعي.			
9	تتمية روح العمل كفريق مع المرضى النفسيين.			
10	زيادة قناعة الفريق الطبي بأهمية العلاج الاجتماعي للمرضى.			
11	تتمية المعارف والخبرات لأعضاء فريق العمل في مجال المرض النفسي.			
12	توفير وتطوير الإمكانيات المادية والبشرية بالمراكز النفسية.			
13	تيسير إجراءات العمل بالمراكز النفسية وتسهيل حصول المرضى على الخدمات.			
14	زيادة فعالية وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى.			

شكراً لحسن تعاونكم معنا

الملحق (4):

موافقة وزارة الصحة الفلسطينية على اجراء الدراسة الميدانية

State of Palestine
Ministry of health



دولة فلسطين
وزارة الصحة

التاريخ: 16/02/2022

رقم المراسلة: 890926

السيد : جهاد عبدالقادر عكاشه المحترم

مدير دائرة الإدارة العامة للوحدات الإدارية المساعدة لوزارة الصحة

السلام عليكم ...

الموضوع/ تسهيل مهمة الباحثه سمية رمضان صباح

التفاصيل //

السلام عليكم

لهديكم أطيب التحيات ونود منكم تسهيل مهمة الباحثه سمية رمضان محمود صباح الملتحقه ببرنامج ماجستير

الخدمة الاجتماعية - الجامعة الإسلامية في إجراء بحث بعنوان

تفعيل دور الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال النفسي

" دراسة مطيقة على العيادات النفسية الحكومية ومستشفى الطب النفسي "

حيث الباحثه بحاجة لتعينة استثنائية من الأشخاص الذين الاجتماعيين وعدد من المرضى النفسيين المؤهلين لذلك في مرافق

وزارة الصحة (العيادات النفسية الحكومية ومستشفى الطب النفسي)، بما لا يتعارض مع مصلحة العمل وضمن أخلاقيات

البحث العلمي، وتكون تحمل الوزارة أي أعباء أو مسئولية

وتفضلوا بقبول التحية والتقدير،

ملاحظات /

تسهيل المهمة الخاص بالدراسة أعلاه صالح لمدة 6 أشهر من تاريخه.

علي حسن البليبيسي

حكيم جامعي



لإتمام - استكمال الباقية
بالتعاون مع
العمل

د. أسامة عمار
مدير إدارة البحوث
والتطوير



سبب ذلك في نظام برنامج
انقضا منه المراسلة

جهاد عكاشه
مدير

الملحق (5)

التحويلات الإدارية لكتاب تسهيل المهمة داخل وزارة الصحة

State of Palestine
Ministry of health



دولة فلسطين
وزارة الصحة

التاريخ: 16/02/2022
رقم المراسلة: 890926

السيد: جهاد عبدالقادر مكاشه المحترم

مدير دائرة الإدارة العامة للوحدات الإدارية المساعدة لوزارة الصحة

السلام عليكم ...

الموضوع: تسهيل مهمة الباحث سمية رمضان صباح

التفاصيل: السلام عليكم. نهدىكم أطوب التحيات ونود منكم تسهيل مهمة الباحث سمية رمضان محمود صباح الملتحقاة ببرنامح ماجستير الخدمة الاجتماعية - الجامعة الإسلامية في إجراء بحث بعنوان "تفعيل دور الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال النفسي" دراسة مطبقة على العيادات النفسية الحكومية ومستشفى الطب النفسي " حيث الباحث باحاجة لتعبئة استبانة من الأشخاص الاجتماعيين وعدد من المرضى النفسيين المؤهلين لذلك في مرافق وزارة الصحة العيادات النفسية الحكومية ومستشفى الطب النفسي، بما لا يتعارض مع مصلحة العمل وضمن أطلاقات البحث العلمي، وبموجب تحمل الوزارة أي أعباء أو مسؤوليات وتغطوا بقبول التحية والتقدير. ملاحظات: تسهيل المهمة الخاص بالدراسة أعلاه صالح لمدة 6 أشهر من تاريخه.

علي حسن البوابيس
حكيم جامعي

التحويلات

16/02/2022	← جهاد عبد القادر مصطفى مكاشه مدير دائرة	■ علي حسن عبد القادر البوابيس حكيم جامعي
إجراءكم بالخصوص 16/02/2022	← هاني سلطان ارميج الوحدوي مدير وحدة	■ جهاد عبد القادر مصطفى مكاشه مدير دائرة
20/02/2022	← جميل محمد سليمان علي مدير عام بالوزارة	■ هاني سلطان ارميج الوحدوي مدير وحدة
20/02/2022	← هشام محمود يوسف العدلاي حكيم رئيس قسم	■ جميل محمد سليمان علي مدير عام بالوزارة
20/02/2022	← عبدالله عبد العزيز شعبان الجمل اطبيب بشري لخصائي	■ جميل محمد سليمان علي مدير عام بالوزارة
20/02/2022	← عامل عبد الغني محمد عوده مدير دائرة	■ جميل محمد سليمان علي مدير عام بالوزارة
22/02/2022	← اسامه جبر شميس عدلاي حكيم جامعي	■ هشام محمود يوسف العدلاي حكيم رئيس قسم



Gaza

Tel. (+970) 8-2846949
Fax. (+970) 8-2826295

فزة تليفون: (+970) 8-2846949
فاكس: (+970) 8-2826295

جامعة الإسكندرية

كلية التربية

قسم علم النفس التربوي

فعالية برنامج قائم على نظرية المخططات العقلية في تحسين مهارات التفكير ما وراء المعرفي وفعالية الذات في مادة علم النفس والإجتماع لدى طالبات المرحلة الثانوية

بحث مقدم من الباحثة/

إيمان عادل الحسين محمد جمال

استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية
(تخصص علم النفس التربوي)

إشراف

أ.د/ نرمين عوني محمد أحمد
أستاذ علم النفس التربوي
ورئيس قسم علم النفس التربوي
كلية التربية – جامعة الإسكندرية

أ.د/ ناجي محمد قاسم الدمهورى
أستاذ علم النفس التربوي
ورئيس قسم علم النفس التربوي الأسبق
كلية التربية – جامعة الإسكندرية

١٤٤٣ هـ - ٢٠٢٢ م



Alexandria University

Faculty of Education

Educational Psychology Department

Effectiveness of a Program based on Mental Schemata Theory in Improving Meta – Cognitive Thinking Skills and Self – Efficacy in Psychology and Sociology Subject for Secondary Stage Female Students

Research submitted by

Iman Adel Al - Hussein Mohamed Gamal

Under requirement of obtaining a Doctor of Philosophy Degree in Education

(Specialized in Educational Psychology)

Supervised by

Prof. Dr.

Nagy Mohamed Qassem Al - Damanhour

Professor of Educational psychology

Former Head of Educational psychology

Department

Faculty of Education - Alexandria University

Prof. Dr.

Nermin Awny Mohamed Ahmed

Professor of Educational psychology

Head of Educational psychology

Department

Faculty of Education- Alexandria University

2022 AD – 1443AH