أسس دراسة الحالة
في الخدمة الاجتماعية

تأليف

أ / طلال الأسمري

اخصائي اول خدمة اجتماعية

1441هـ - 2019 م

لكي تكون اخصائي اجتماعي متميزا ؟

__ ابحث عن دراسة الحالات و كيف تم التدخل المهني معها ....

أ. طلال الاسمري

المحتويات

- مقدمة .....
- نشأة الخدمة الاجتماعية .....
- الخدمة الاجتماعية العلاجية .....
- الخدمة الاجتماعية امتداد للرعاية الاجتماعية .....
- مفهوم الخدمة الاجتماعية.....
- أهداف الخدمة الاجتماعية :.....
- الاتجاهات الحديثة في ممارسة الخدمة الاجتماعية .....
- أسس ومبادئ الخدمة الاجتماعية.....
- مفهوم دراسة الحالة ....
- عمليات الخدمة الاجتماعية .....
- معايير قسم الخدمة الاجتماعية في المجال الصحي نموذجا .....
- مجالات الخدمة الاجتماعية: الخدمة الاجتماعية الطبية نموذجا .....
- مفاهيم ومصطلحات الخدمة الاجتماعية.....
- المرتكزات الأساسية للخدمة الاجتماعية.....
- أدوار الاخصائي الاجتماعي .....
- طريقة التسجيل الحديث في اعداد التقييم .....
- طريقة اعداد ملخص خروج بالطريقة الحديثة.....
- خطة العلاج للحالة (حالة رهاب اجتماعي) .....

☐ الفصل الثاني :

- التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية
- تعريف التدخل المهني
- مداخل التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية
- المداخل العلاجية للتدخل المهني في الخدمة الاجتماعية: -
- امثلة المداخل العلاجية التي يمكن أن تستخدم في الخدمة الاجتماعية
- خطوات التدخل المهني
- الأساليب العلاجية في الخدمة الاجتماعية
- مدخل عملية المساعدة في الخدمة الاجتماعية.
- مدخل حل المشكلة .
- مفهوم التدخل في الأزمات

الفصل الثالث :

- مهارات الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية
- تعريف المهارة.
- أنواع المهارات .
- المهارات الأساسية .
- المهارات المتقدمة .

الفصل الرابع :

دراسة حالات تطبيقية

- **حالة رهاب اجتماعي .**
- **حالة اقتصادية .**
- **مشكلة زوجيه .**
- **حالة طبية .**

بسم الله الرحمن الرحيم

نحمد اللّه ونشكره ونستهدي ونصلى ونسلم على سيد الخلق سيدنا محمد حبيبنا و على اله وصحبه أجمعين.

طموحنا في تميز مهنه الخدمة الاجتماعية هي في تسجيل وتوثيق الخبرات والممارسات الإيجابية فان الجيل الحالي لممارسي الخدمة الاجتماعية من الشباب كتبت لهم هذا المؤلف لنقل الخبرة لهم لمستقبل زاهر باذن اللّه .

وهكذا كانت قصة هذا الكتاب حيث بدأت بطلب من بعض الزملاء الاخصائيين الاجتماعيين بتوثيق كتاباتي ليستفيدوا منها حيث بدأ الفكرة من مجموعات القروب واتس اب التعليمية ومن مناقشة الحالات

فارتأيت أن أسجل الخبرات العلمية والعملية لممارس الخدمة الاجتماعية بشكل عام وفي مجال الممارسة الطبية نموذجا بحكم عملي وخبراتي بشكل خاص مع التركيز على دراسة الحالات بشكل عملي ليستفيد ممارس الخدمة الاجتماعية في جميع المجالات وهذه نصائحي وخبراتي أقدمها لزملائنا وزميلاتنا ليكون طموحهم في خدمة مجتمعهم عنان السماء كما ذكر ذلك سيدي صاحب السمو الملكي ولي العهد الأمير / محمد بن سلمان حفظه اللّه في رؤية 2030م ولتساهم التخصصات الاجتماعية علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية في تنمية وطننا ، ، ،

وفقنا الله لما يحبه ويرضاه،،،

أ/ طلال الاسمري

المقدمة

ظهرت مهنة الخدمة الاجتماعية كضرورة حتمية؛ لعلاج المشكلات الاجتماعية التي تواجه الأفراد، والجماعات، والمجتمعات بسبب التغيرات الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية، والتكنولوجية التي شهدتها ولازالت تشهدها المجتمعات الإنسانية على مر العصور. وقد تتابعت طرق الخدمة الاجتماعية في الظهور بدءًا بخدمة الفرد، ثم خدمة الجماعة، أخيرًا تنظيم المجتمع. وصولا الى ظهور اتجاهات جديده في المحتوى والأساليب ويقع هذا الكتاب في جزئيين الجزء الأول: يعطي لمحة إجمالية أسس دراسة الحالة وادواتها وعن الاتجاهات الحديثة في ممارسة الخدمة الاجتماعية.

استعرض في الفصل الأول عن أهمية الخدمة الاجتماعية ومفهومها واتجاهاتها ونشأتها التاريخية وتناولت الفصل الثاني عن الإجابة للتساؤلات التالية :

ماهي مرتكزات الخدمة الاجتماعية وقيمتها المهنيه بين العلوم لخدمة المجتمع وفي الفصل الثالث ارفقت الكثير من النماذج والاستمارات الخاصة بالخطط العلاجية واستمارات البحث الاجتماعي . والتدخل المهني في الخدمة الاجتماعية وتعريف التدخل المهني ومداخل التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية وضرب امثلة المداخل العلاجية التي يمكن أن تستخدم في الخدمة الاجتماعية وعرض لخطوات التدخل المهني الأساليب العلاجية في الخدمة الاجتماعية ومدخل عملية المساعدة في الخدمة الاجتماعية. ومدخل حل المشكلة . و مفهوم التدخل في الأزمات وفي الفصل الثالث خصصنا جزء كبير لعرض مهارات الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية وتعريف المهارة وأنواع المهارات وعرض لاهم المهارات الأساسية والمهارات المتقدمة وفي **الفصل الرابع خصصت جزء من دراسة حالات قمت بها تطبيقية نسأل الله التوفيق لنا ولكم وكل عام وانتم بخير**

شكل (1) المشكلات الاجتماعية للمريض

يعاني بعض المرضى عند اصابتهم بالمرض او دخولهم للمستشفى بالمخاوف ... والضغوط النفسية والاجتماعية وكثرة التفكير في الظروف الاجتماعية مما يؤثر ذلك على سير الخطة العلاجية وتظهر مشاكل كثيره منها :

- عدم تقبل الوضع الصحي.
- كثرة التفكير ووقت الفراغ .
- الخوف او الحزن والتوتر .
- العزلة الاجتماعية .
- التفكير السلبي .

Design طلال الاسمري 2019م

• الفصل الأول

- نشأة الخدمة الاجتماعية .....
- الخدمة الاجتماعية العلاجية .....
- الخدمة الاجتماعية امتداد للرعاية الاجتماعية .....
- مفهوم الخدمة الاجتماعية.....
- أهداف الخدمة الاجتماعية :.....
- الاتجاهات الحديثة في ممارسة الخدمة الاجتماعية .....
- أسس ومبادئ الخدمة الاجتماعية.....
- مفهوم دراسة الحالة ....
- عمليات الخدمة الاجتماعية .....
- معايير قسم الخدمة الاجتماعية في المجال الصحي نموذجا .....
- مجالات الخدمة الاجتماعية: الخدمة الاجتماعية الطبية نموذجا .....
- مفاهيم ومصطلحات الخدمة الاجتماعية.....
- المرتكزات الأساسية للخدمة الاجتماعية.....
- أدوار الاخصائي الاجتماعي .....
- دور الاخصائي الاجتماعي في المجال الطبي نموذجا :.....
- ملخص ارشادي للنماذج والنظريات العلاجية (جدول)

نشأة الخدمة الاجتماعية

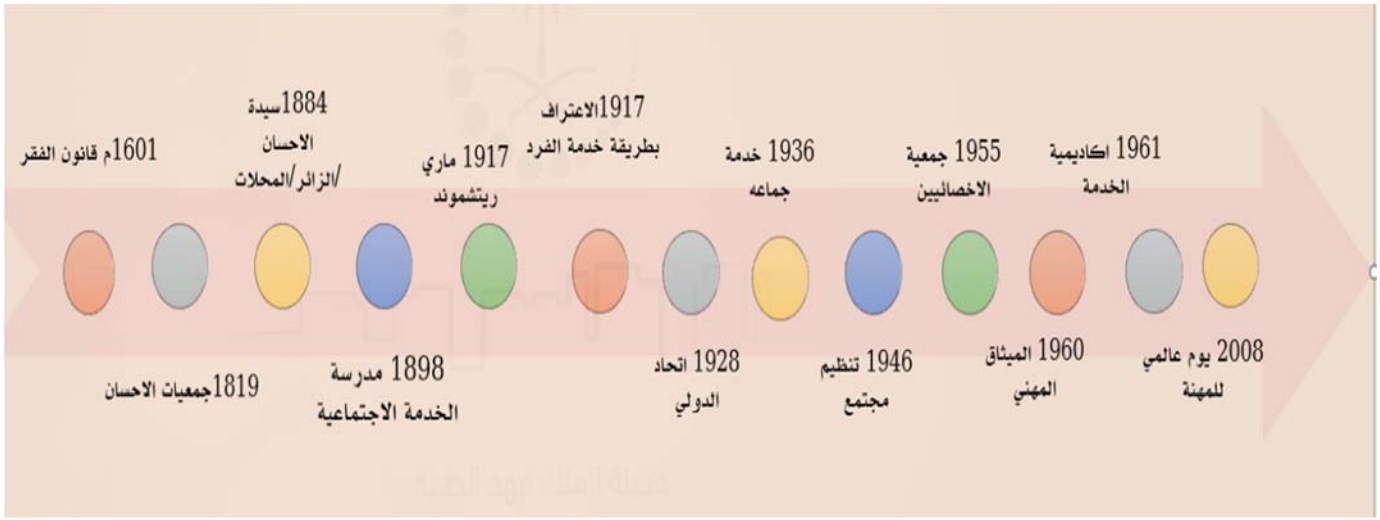
*تعتبر الخدمة الاجتماعية مهنة علمية إنسانية نشأت منذ أوائل القرن العشرين .

حيث أن يعود تاريخ نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية الى عام 1880في إنجلترا ثم ظهر نظام الزائرات الصحيات في نيورك عام 1893 ثم بعد ذلك تزعم تشارلز بوث في إنجلترا تدعو إلى ضرورة الاهتمام باب لأعمال الاجتماعية في المجال الطبي ثم نشاء قسم الخدمة الاجتماعية في مستشفيات نيورك عام 1905 وبعد ذلك انتشرت الأمراض المزمنة وازداد عدد المعاقين والمشوهين نتيجة الحرب العالمية وبعد ذلك ظهرت الخدمة الاجتماعية الطبية بمصر عام 1936 أخيرا قامت وزارة الصحة المصرية اعتبارا من عام 1947 بإنشاء أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية وهكذا دعت الحاجه الى ظهور الخدمة الاجتماعية الطبية (محمد فهمي) : (ص 52، 51 ، 2018)

نشأت الخدمة الاجتماعية العلاجية

نشأت الخدمة الاجتماعية العلاجية نتيجة أسباب كثيره منها :

- **استحداث أنظمة رعاية صحية حديثه.**
- **ظهور المشكلات المعيقة والمؤثرة في العلاج الطبي والرعاية.**
- **انتكاسة المريض بعد التدخل الطبي او / الخروج .**
- **80% من المرضى لديهم صعوبات اجتماعية تؤثر على سير المرض**
- **أهمية التاريخ الاجتماعي في العلاج الطبي .**
- **البعد الاجتماعي في الصحة والمرض .**



الخدمة الاجتماعية امتداد للرعاية الاجتماعية

مهنة الخدمة الاجتماعية social workامتداد للرعاية الاجتماعية social welfareالتي تعود بجذورها الأولى إلى بداية المجتمع البشري، متخذة في ذلك صوراً متعددة شأنها شأن كثير من المهن الأخرى، التي قامت بالإنسان ولأجله، بدافع الخير philanthropyوالإحسان .charity

العلوم الاجتماعية في مفهومها العلمي تُعّد أحد نتائج الثورة الصناعية في أوربا وأمريكا خلال القرن الثامن عشر والقرن التاسع عشر، وما صاحبها من ضنك العيش؛ حيثُ أخذت الخدمة الاجتماعية على عاتقها عمل الإحسان كنشاط لتخفيف المعاناة الإنسانية، حيث كانت جهود الإحسان في ذلك الوقت بحاجة إلى نشوء مهنة كالخدمة الاجتماعية، لتتبنى المساعدة والتنظيم وفق منهج يحقق فائدة أكبر. وعلى أثر ذلك نشأت حركة جمعيات تنظيم الإحسان charity organizationلمحاربة الفقر في إنجلترا خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر عام 1868م، ثم في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1877م

مفهوم الخدمة الاجتماعية

يقدمها أخصائيون الخدمة الاجتماعية الطبية عبارة عن مجموعة من الخدمات المتخصصة المهنية والتي أو كمتابعة لاحقة بعد الخروج من اجتماعيون لصالح المرضى وأسرهم خلال مراحل تلقي العلاج في المستشفى الاستمرار في تلقي العلاج المناسب بأقل على وعائلاتهم المستشفى وتهدف هذه الخدمات إلى مساعدة المرضى طريق التعامل مع المرضى وأسرهم بشكل رئيسي مع القائمين والمعنيين قدر من المصاعب الاجتماعية عن الأداء تحسين على الطبية والاجتماعية اللازمة في المجتمع بشكل عام إضافة للعمل بتقديم الخدمات والموارد الذاتية والبيئية لتحقيق هذه الاجتماعي لهؤلاء المرضى عن طريق استعمال الأساليب المهنية المناسبة .الأهداف

طابعا إنسانيا تعتبر الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي من الممارسات التي تتخذ نظراً للأدوار التي يقوم بها الممارس بالدرجة الأولى والتي تحظى باهتمام كافة المتخصصين في هذا المجال يمارسها المتخصصون الآخرون في المستشفي كما أنها جزءاً هاماً من المهني والتي تكمل الأدوار الأخرى التي مفاهيم على تأسيساً الاجتماعية التي تشكل إطاراً من الأهداف التي يسعى المجتمع إلى تحقيقها الخدمات النفسي للمرضى بكافة أنواعها لكي التكافل والتضامن الاجتماعي والمساندة الإنسانية بطابعها الاجتماعي نفسياً اجتماعيا) ، كما أن مواجهة المشكلات التي تواجه - ما يسهم في خطة العلاج المتكاملة لهم (طبيا المواقف الصعبة التي يعيشون فيها وكل ذلك من خلال علاقة طيبه بين إدارة على للتغلب المرضى أو ذويهم لتأدية أدوارهم المجتمعية المستشفى والمرضى والتي تستهدف تحسين الأداء الاجتماعي لهم واستثمار قدراتهم بكفاءة.

أهداف الخدمة الاجتماعية:

هناك ثلاثة محاور أساسية تنحصر فيها أهداف الخدمة الاجتماعية كما يأتي:

1)أهداف علاجية: تعمل مع الأفراد والجماعات والمجتمعات بما يمكن أن يؤهلهم جميعاً ليصبحوا قادرين على تجاوز مشكلاتهم وأزماتهم الاجتماعية، وتتيح لهم فرصاً تمكن من استثمار طاقاتهم ومقدراتهم وإمكانياتهم، من خلال تأهيلهم جسمياً ونفسياً واجتماعياً ومهنياً، و توفير المساعدات العينية أو المادية للأفراد والجماعات المحتاجة،

بمعنى آخر أنها تفتح الباب أمام تحرير الطاقات لأفراد وجماعات المجتمع بما يجعلهم يتخلصون من القصور الذي يمكن أن يلحق بحياتهم الاجتماعية وإزالة الأسباب التي تقف حائلاً دون تحقيق تطلعاتهم وطموحاتهم بالحياة.

2)أهداف وقائية: تتدخل لوقاية الأفراد والجماعات من الوقوع في المشكلات والأزمات الاجتماعية المختلفة، والمعوقات التي يمكن أن تعترض طريقهم، ويمكن بنشر الوعي العام وبذل الجهود المرتبطة بتحسين المستوى المعيشي للأفراد والجماعات، تهدف إلى التعرف على الظروف والمؤثرات التي أدت أو ساهمت في نشوء المشكلات الاجتماعية، عبر القيام بدراسات ومسوحات، ومن ثم الإسهام في وضع الخطط والحلول، و النهوض بالسياسات والتشريعات الملائمة والمساهمة في رفع مستوى البيئة الاجتماعية.

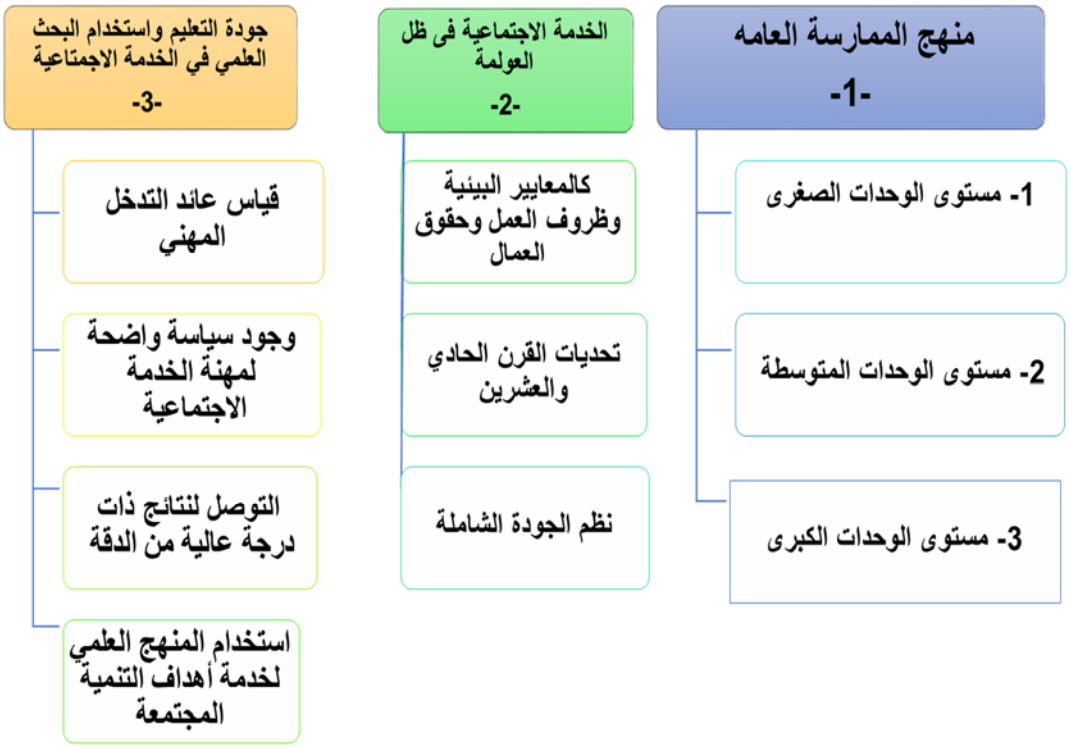
3)أهداف تنموية: تهدف إلى دعم وتنمية القدرات الفردية والجماعية و تطوير وتحسين المجتمع، وتشارك في وضع السياسات والآراء والمقترحات الخاصة بالسياسات الاجتماعية للمجتمع، وتنادي بضرورة تلازم الجانبين الاقتصادي والاجتماعي لخطط التنمية، وإثراء العمل التطوعي، وتفعيل المشاركة الشعبية في الرعاية الاجتماعية، وتنمية المجتمع المحلي، وتحقيق التنمية المتوازنة والمتعادلة بين شقي المجتمع الحضري والريفي وتعزيز دور المرأة والاهتمام برعاية الأطفال والمسنين والمعوقين.

الاتجاهات الجديدة في ممارسة الخدمة الاجتماعية

شهدت مهنة الخدمة الاجتماعية اتجاهات جديده في الممارسة فرضتها عوامل كثيره منها التغير الاجتماعي والتحضر في المجتمع وتلبية احتياجاته للتنمية المجتمعية التي يشهدها المجتمع ومؤسساته .

واهم ملامح تطور الخدمة الاجتماعية :

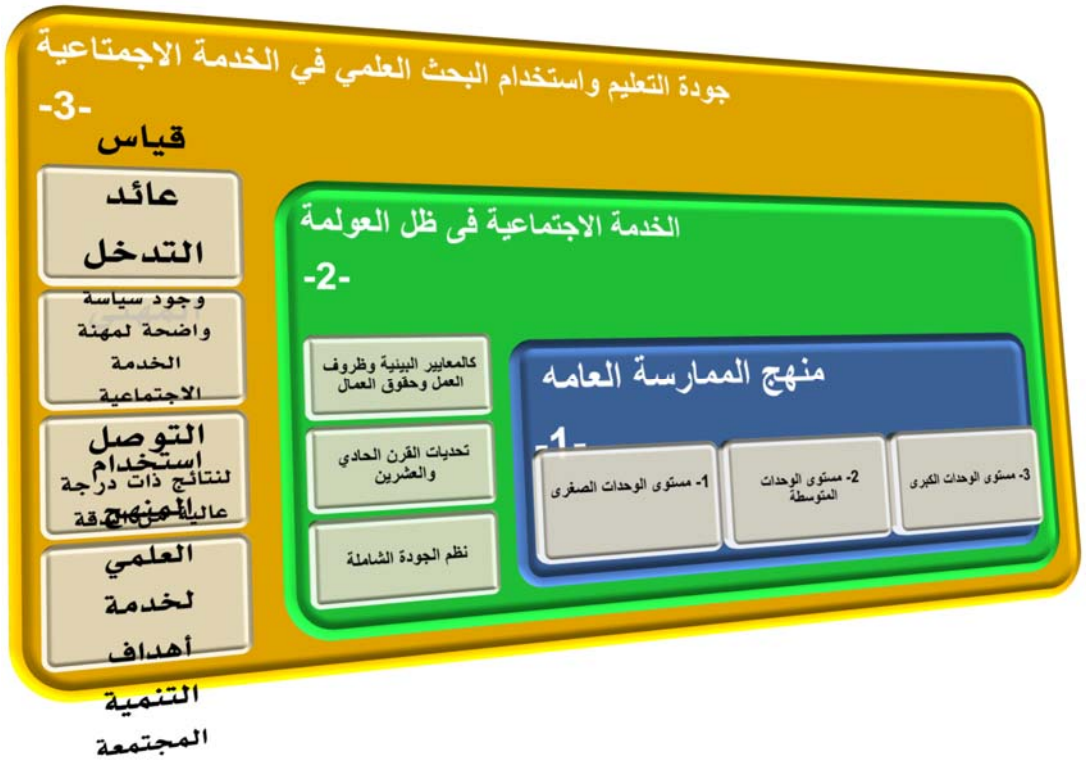
1. دمج طرق الخدمة الاجتماعية الثلاث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية علاجية تمارس مع فرد وجماعة او مجتمع أطلق عليها الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية (المصغرة) Micro .
2. استحداث وحدة تنموية شمولية (المكبرة) Macro تشمل السياسة الاجتماعية والإدارة والتخطيط وتستهدف الوقاية فيما بالسياج الدفاعي الاجتماعي بدلا من الجهد التقليدي الذي كان ينظر للمشكلة ثم محاولة حلها .
3. استحداث نمط وسيط يجمع بين العلاج والوقاية تسمى الخدمة الاجتماعية الوسيط (Mezzo)



تابع : الاتجاهات الجديدة في ممارسة الخدمة الاجتماعية

- يعد التدخل المهني الفعال وذو الكفاءة الذي يقلل الجهد والتكلفة على مستوى الخدمة المقدمة مطلب سريع وحالي سواء على المستوى الواقعي للممارسة وماتواجهه من أزمات او كاستراتيجية وقائية للمساهمة في تحقيق برامج الرؤية 2030 في المجال الصحي .
- ومع التحول في القطاع الصحي والسعي لتطبيق نموذج الرعاية الصحية الحديث في جميع أنظمة الرعاية الصحية في جميع المستشفيات يسعى الاخصائي الاجتماعي من خلال تطبيقات الخدمة الاجتماعية في مجال العمل الى الارتقاء بجودة العمل وكفاءته من خلال القدرة على توظيف النماذج العلاجية القصيرة والفعالة في التدخل المهني وبذلك تساهم مهنة الخدمة الاجتماعية في المجال الصحي في الوقاية والعلاج من الامراض من خلال ظهور مؤشرات أداء ذات فعالية يمكن قياسها وتطويرها

- دمج طرق الخدمة الاجتماعية الثلاث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية علاجية تمارس مع فرد وجماعة او مجتمع.



تابع : الاتجاهات الجديدة في ممارسة الخدمة الاجتماعية

أيضا شهدت الخدمة الاجتماعية تطورات وتغيرات كثيرة تواكب احتياجات افراد المجتمع ومؤسساته مثل :

- استحداث ما يعرف بالتعددية النظرية للممارسة مثال (نماذج التدخل المهني) يترك للممارس حرية الاختيار لصلاحية الموقف الاشكالي .

- استحداث نماذج علمية للخدمة الاجتماعية المعاصرة للتعامل مع شبه الذهانين والعصابيين والتبول اللاإرادي واعاقة النطق والكلام ترفض مهارات الامس التقليدية تستحدث مهارة العلاج الجماعي ومهارة المواجهة ومهارة تسجيل الأخطاء في اشرطة كاسيت ومهارة المشاركة في اللعب لحالة الانطواء ومهارة العلاج بالألم.

- مهارات جديده للخدمة الاجتماعية شمولية للمجتمع كدراسة المجتمع المحلي ومهارة المشاركة المجتمعية انطلقت الى التخطيط العمراني والتدريجي والإدارة الهرمية وبالإدارة بالأهداف والجدوى .

- التحول في مفاهيم الممارسة : لاحظنا مفاهيم الخدمة الاجتماعية في الممارسة كمبدأ حق تقرير المصير مبدأ شاع في الممارسة التقليدية ويتسم بالعمومية والشمولية ولكن اليوم قد يؤيده أحد المداخل العلمية وقد يرفضه الاخر تبعا للنظرية المختارة .

مهارات التسجيل بأشكاله التقليدية تغيرت في عصر الانترنت والحاسب الالي فاصبح لدينا تطبيقات ونماذج الكترونية للتسجيل ودراسة الحالات .

تابع : الاتجاهات الجديدة في ممارسة الخدمة الاجتماعية

شعرت اقسام الخدمة الاجتماعية بضرورة التحول الى اتجاهات جديده في الممارسة فتم تنظيم المؤتمرات في الخدمة الاجتماعية في اقسام الخدمة الاجتماعية لمواكبة التطورات الجديده في القطاع الصحي فتقدمت بمقترح لتطوير الممارسة وهذا ملخص ورقة عمل الأستاذ / طلال ناصر الاسمري عنوان ورقة العمل الاتجاهات الجديدة في ممارسة الخدمة الاجتماعية بالمجال الصحي "

الأسلوب الانتقائي الاجتماعي القصيرفي المجال الصحي" نموذجا

TherapyIn Health Medical Care Selective Short Social - SSST

يعد مجال الرعاية الصحي من اهم المجالات في التنمية الاقتصادية والمجتمعية والبيئية لأي مجتمع يسعى الى الازدهار والحيوية والتطور ونظرا لوجود تسارع وتغيير مؤسسي يشمل جميع القطاعات التنمية ومنها قطاع الرعاية الصحي مستمر لتخطيط وتنفيذ نموذج رعاية صحية حديث وبما ان العمل الاجتماعي والذي يتمثل في تطبيقات كثيره منها تخصص الخدمة الاجتماعية وممارستها في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية فكان من الواجب ان يقوم المتخصصين في العمل الاجتماعي بالمجال الطبي بمواكبة هذا التحديث بطرح نماذج للتدخل المهني حديثه غير تقليدية لمساعدة المرضى واسرهم والفريق الطبي وإدارة المستشفيات تراعي الوقت والتكلفة والجهد وتساهم في حل بعض التحديات والمشكلات التي يواجهها القطاع الصحي مثل شغل الأسرة وتطوير الكوادر البشرية ورفع كفاءتها وانتاجيتها وصولا للتميز في الخدمة وتحقيق معدلات عالية لرضى المستفيدين من الخدمات الصحية .

الورقة العلمية تتمحور حول كيف تحدث ازمة الممارسة للعمل الاجتماعي واسبابه انتقالا الى استعراض بعض الاستراتيجيات والحلول وصولا الى استعراض النموذج الانتقائي العلاجي الاجتماعي القصير في المجال الصحي بمستوياتها SSST - Selective Short Social TherapyIn Health Medical Careحيث ان نموذج مقترح تم تكوينه من النماذج العلاجية القصيرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية العلاجية ليلائم تطبيقاته في مجال الرعاية الصحية ويساعد الاخصائي الاجتماعي الممارس في المجال لتقديم المساعدة بفعالية وكفاءه مهنيه في وقت قصير. تم العمل لتصميمه أكثر من سنتين من خلال تجميع اكثر الخبرات ممارسة في المجال وخصوصا في المستشفيات المرجعية التخصصية.

الورقة العلمية تقدم تهيئه وتوضيح للنموذج حتى يلقى صدى لدى الممارسين لتطبيقه واحلاله بدل الممارسة التقليدية مع الحالات الأساسية والمتقدمة . ويهدف هذا النموذج لتحقيق التميز للممارسة في العمل الاجتماعي لتحقيق رعاية صحية متميزة وسوف تستعرض

المحاضرة المحاور التالية:

- ازمة الممارسة للخدمة الاجتماعية والعمل الاجتماعي في المجال الصحي.
- الحلول والاستراتيجيات لمواكبة نموذج الرعاية الصحي الحديث.
- لمحه سريعة عن المقارنة بين النماذج والأساليب في الخدمة الاجتماعية التقليدية والحديثة.
- الدور المتوقع لتطبيق النموذج الانتقائي العلاجي الاجتماعي القصير في المجال الصحي SSST

❖ أسس ومبادئ الخدمة الاجتماعية :

(أ) - القواعد التنظيمية للمقابلة :

- تحديد ميعاد للمقابلة .
- تحديد مكان للمقابلة .
- الاعداد المهني للمقابلة .
- زمن المقابلة .

(ب) - تقسيم المقابلة من حيث التوقيت :

1- مقابلة أولية .
2- مقابلة تالية .
3- مقابلة ختامية .
4- مقابلة تتبعيه .

(ج) - زمن المقابلة المهنية :

- الانسان يفقد القدرة على التركيز بعد عشر دقائق .
- الانسان يفقد القدرة على الانتباه بعد 60 دقيقه .
- لا يجوز ان تزيد مدة المقابلة على الساعة مهما كانت الظروف .

(د) - الاعداد المهني للمقابلة :

1- التخطيط المسبق للمقابلة وأهدافها .

2- الاعداد النفسي للمقابلة .

(هـ) - مبادئ توجيه المقابلة :

- مراعاة البدء مع العميل من بؤرة اهتمامه .
- ان يفطن الاخصائي الاجتماعي الى أساليب المقاومة والحيل الدفاعية .

- مراعاة توجيه المقابلة توجيه عمودي وليس افقي .
  - المرونه بماياناسب الموقف .
  - تطبيق الأسس المهنيه للعلاقة .
  - مراعاة قدرة العميل على التحرك .
  - الالتزام بهدف المؤسسة وامكانياتها .

(و) – شروط طرح الاسئله على العملاء :

- مراعاة التوقيت المناسب للسؤال.
- مراعاة الصياغة المناسبة للسؤال .
- طريقة القاء السؤال تحدد معناه

- تجنب الأسئلة المغلقة والمباشرة حيث ان الأسئلة المفتوحة الغير مباشره افضل .

(ز) - في حالة قام احد العملاء بسؤالي فماهي :

- أسئلة خاصة بالمؤسسة وشروطها وبرامجها .
- أسئلة متعلقة بنوع المساعدة او موعد تقديمها .
- أسئلة عن راي الاخصائي في العميل او في مشكلته .
- أسئلة شخصية متعلقة بذات الاخصائي خارجه عن حدود مشكلته .

(ح) – مناطق الملاحظة في الجوانب التالية :

- المظهر الخارجي للعميل مثل هندامه وملابسه ونظافته / المظهر الصحي الملاحظ على الوجه او وجود عاهة او لزمة عصبية / الجوانب الجسمية الظاهرة كالطول والقصر والبدانة والنحافة ...الخ .
- الجوانب النفسية: الانفعالات كالغضب والحزن او الانفعالات المقنعة كالأنكار والاسقاط والنمط المزاجي العام كالاكتئاب والتشاؤم ومواقف الحيرة والتردد او ما يعرف بالتناقض الوجداني / والاتزان الانفعالي .
- الجوانب العقلية والمعرفية : كالقدرة على الادراك والتفكير المنطقي والتركيز والانتباه والتسلسل المنطقي في الحديث او الاسراف في مواضيع جانبيه غير الهامه في مشكلته الرئيسية .
- الجوانب السلوكية والاجتماعية : كاسلوب العميل في الحديث وطريقته في عرض مشكلاته ومظاهر التهويل والمبالغة في الحديث ومدى تمتع العميل بصفات الصدق والامانه والاتكالية او العناد والعدوان .

(ط) - القيمة المهنيه للملاحظة :

- الملاحظه وسيله من وسائل المقابلة تهتم بسمات العميل الشخصية وارتباطها بطبيعة مشكلته .
- أهميتها : العميل قد يقول شيء او يشعر به حتى لو لم ينطق .
- العميل قد يسلك في الظاهر سلوكا لا يعبر عن حقيقة احاسيسه .
- قد يعجز العميل التعبير الصادق عما يعانيه .
- للعميل أحيانا شطحات غير واقعيه قد لا تدرك .

❖ عمليات الخدمة الاجتماعية :

تتضمن ثلاث خطوات رئيسية ..

الدراسة والتشخيص والعلاج سابقا وحاليا الارتباط ثم التقدير ثم التخطيط ثم التنفيذ ثم التقويم ثم الانهاء وهي خطوات ليست منفصله عن بعضها البعض بل مترابطة وتؤثر بعضها في بعض ففي الوقت الذي يقوم فيه الاخصائي الاجتماعي

بمقابله العميل لدراسة حالته فانه يقوم ببعض العلاج وعمليه العلاج قد تؤدي في بعض الاحيان إلى مراجعه التشخيص والعمل على تعديله في ضوء ما يظهر خلال تنفيذ الخطة العلاجية مع العميل .

دراسة الحالة :-

تهدف الى تفهم شخصية العميل ومواقفه كما تهدف إلى تفهم مشكلته في ضوء الحقائق الشخصية والموضوعية تمهيدا لعلاج هذه المشكلة وعلى ذلك تعتبر دراسة الحالة في خدمة الفرد عملية نفسية اجتماعية بمعنى انها تهتم بدراسة شخصيه العميل وفي نفس الوقت لا تهمل دراسة المؤثرات الاجتماعية في حياته وبناء على ذلك تصبح المصادر الأساسية في الحصول على البيانات اللازمة لدراسة الحالة هي العميل نفسه إلى جانب المصادر الخارجية المتصلة بالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها العميل

التشخيص (التقدير حاليا)

هو الخطوة المهنية المرتبطة بعمليه الدراسة الموصلة للخطط العلاجية وهو حلقه الاتصال بين عملتي الدراسة والعلاج والمقصود بالتشخيص الاجتماعي هو فهم طبيعة المشكلة التي يعاني منها العميل وتفسيرها في ضوء العوامل الشخصية والبيئية التي لعبت دورا هاما في ظهورها .

معايير قسم الخدمة الاجتماعية

نستعرض لكم معايير الخدمة الاجتماعية المنتشرة محليا وعالميا وسوف نستغرض معايير اقسام الخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي نموذجا .

sc.1 يوجد في المستشفى وحدة للخدمة الاجتماعية

sc.1.1 يعمل في الوحدة عدد كافي من الموظفين وفقاً لحجم المستشفى و تعقيدات الرعاية المقدمة للمرضى.

sc.1.2 الوحدة مجهزة جيداً بالأجهزة الضرورية مثل الحواسب والطابعات والهواتف

sc.1.3 تحتل الوحدة مقراً ذو مساحة كافية وفقاً لاحتياجات الموظفين .

sc.1.4 الأخصائيون الاجتماعيون متواجدون أثناء النهار والمساء لتلبية الحاجات الاجتماعية للمرضى وعائلاتهم .

sc.1.5 يلتزم الأخصائيون الاجتماعيون بمعايير مكافحة العدوى ومعايير سلامة المرضى بالمستشفى

sc.1.6 تعتمد برامج التثقيف المقدمة لموظفي قسم الخدمة الاجتماعية جزئياً على الأقل على المعطيات الواردة من.

---

sc.2

يعمل في قسم الخدمة الاجتماعية أشخاص مؤهلون أصحاب خبرة و حاملو شهادات ويشرف على إدارته واحد منهم.

sc.1.2 رئيس القسم يجب أن يكون مؤهلاً بخبرة لا تقل عن ثلاث سنوات كأخصائي اجتماعي.

sc.2.2 أن يتمتع بالمهارة المطلوبة لإقامة علاقات مع المرضى والتقرب منهم وتحليل وتسجيل حالاتهم.

sc.3.2 تعتمد المهارات الاجتماعية على المهارات التثقيفية الاجتماعية (مهارات التواصل , لغة الجسد , صانع القرار والخ

---

sc.3

وجود وصف وظيفي لكل موظف بما فيهم رئيس القسم.

sc.4

يعمل الأخصائي الاجتماعي بالتعاون مع الأطباء والتمريض ويساعد على فهم الحاجات النفسية للمريض .

sc.5

يقيم الأخصائي الاجتماعي الحاجات الاجتماعية للمرضى وهو بذلك يساعد الأطباء على وضع مخطط لرعايتهم:

1.5يقابل المريض وعائلته لفهم الحاجات النفسية والاجتماعية

2.5يشرح حاجات المريض للطبيب وذلك لوضع مخطط يعتمد على حاجات المريض نفسه

---

sc.6

يقوم الأخصائي الاجتماعي باطلاع المريض على المكاتب والوكالات الموجودة في المستشفى والتي تؤمن له المساعدة.

sc.1.6يشرح للمريض جميع الخدمات التي تقدمها الوكالات الحكومية و الخاصة في المستشفى.

sc.2.6يوجه المريض أو ينصحه بخدمات الوكالات الأكثر ملائمة وفقاً لاحتياجاته.

---

sc.7

يقوم الأخصائي الاجتماعي بتقييم الحالة المادية للمريض ويساعده على إيجاد التمويل لشراء بعض الأدوية أو المعدات أو الأجهزة الضرورية.

sc.1.7يقوم بالاتصال بالوكالات الحكومية أو الخاصة أو أحد الممولين لتأمين التمويل اللازم.

sc.2.7يقوم بإخبار الممول أو الوكالات عن حاجات المريض ضمن محضر خاص.

sc.3.7يتابع خدمات الدعم والمساندة للمريض.

---

sc.8

يقيم الأخصائي حالة المريض المنزلية و عدم التزام المريض بالمعالجة أو الاستجابة لها.

sc.1.8يقابل المريض لاستيضاح حالته المنزلية.

sc.2.8يقوم بتقييم حالة المريض المنزلية من خلال مقابلته أو بالقيام بزيارته في المنزل.

---

sc.9

يقوم الأخصائي الاجتماعي بتقييم العوامل العاطفية و النفسية التي قد تؤثر على قدرة المريض على القيام بالرعاية الذاتية.

sc.1.9يجري مقابلة مع المريض لفهم العوامل العاطفية و النفسية.

sc.2.9يقييم الحاجات الاجتماعية النفسية للمريض.

sc.3.9يضع مخططاً يقيم جميع احتياجات المريض.

---

sc.10

يساعد الأخصائي الاجتماعي في عملية التخطيط لخروج المريض من المستشفى عن طريق:

sc.1.10الكشف عن أي عامل اجتماعي قد يؤثر أو يعيق خروج المريض من المستشفى.

sc.2.10القيام بالترتيبات الضرورية لتسهيل خروج المريض في الوقت المناسب.

sc.3.10توفير موارد و مساعدات من هيئات و جمعيات أخرى.

sc.4.10تقييم الحالة المنزلية.

---

sc.11

يقوم الأخصائي الاجتماعي بتيسير استمرارية الرعاية للمريض و يعمل على تسهيلها بالاستجابة لحاجات المريض .

---

sc.12

يقوم الأخصائي الاجتماعي بتقييم درجة العجز عند المريض ويعمل على تخفيف ذلك عليه عن طريق:

sc.1.12التواصل مع المريض و مساعدته على التغلب على عجزه.

sc.2.12إيجاد مساعدات اجتماعية في هيئات المجتمع المدني.

sc.3.12تثقيف المريض وعائلته.

---

sc.13

يقوم قسم الخدمة الاجتماعية بتسجيل جميع المعلومات المتعلقة بالمريض في سجله الطبي وتشمل:

sc.1.13سبب التحويل.

sc.2.13ملخص للتقييم الأولي للمريض وعائلته.

sc.3.13أهداف المساعدة والتداخلات التي يجب القيام بها ورسم المخطط اللازم لذلك.

sc.4.13مدونات إجرائية روتينية ونظامية عن التطورات الحاصلة تتضمن فهم المريض والعائلة والحاجة لخدمات اجتماعية سرية إضافية.

مجالات الخدمة الاجتماعية:

الخدمة الاجتماعية الطبية

تعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية أحد مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية التي تعتمد بشكل أساسي على خبرات ومهارات وأساليب الأخصائي الاجتماعي الطبي في مساعدة المريض وأسرته من ناحية ومساعدة الطبيب وهيئة التمريض وإدارة المستشفى من ناحية ومساعدة الطبيب وهيئة التمريض وإدارة المستشفى من ناحية أخرى ومساعدة المجتمع في الوقاية والعلاج من الأمراض المختلفة ذات الأبعاد الاجتماعية على وجه الخصوص من ناحية أخرى لم يكن دخول الخدمة الاجتماعية المجال الطبي إلا بناءا على الحاجة الحقيقية التي شعر بها الأطباء والعاملون في المجال الطبي .

أن الخدمة الاجتماعية في المملكة العربية السعودية لها دور كبير في المجال الصحي والقضايا المتعلقة بالصحة والمرض ، ومن أهمها الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الصحية ، لذلك عمدت إلى إنشاء المؤسسات والمراكز والمستشفيات التي تقدم الرعاية الصحية ، والتي لها دور كبير في الوقاية والعلاج والتنمية الصحية والوقاية من الامراض .

كما أن الأخصائي الاجتماعي هو الدعامة الرئيسية للخدمة الاجتماعية الطبية داخل المؤسسات العلاجية سواء كانت مستشفيات عامة أو مكاتب صحية أو عيادات كما انه له أدواره المهنية المتعددة سواء كانت أدوار وقائية أو إنشائية أو علاجية .(محمد فهمي):(ص 83، 2018)

وتتمثل هذه الأدوار الأساسية للأخصائي الاجتماعي في دور الممكن ، دور الوسيط ، ودور المنشط ودور المعالج ، ودور المدافع . (نيازي ، د ت 52) وتواجه هذه الأدوار في أداء الاخصائي الاجتماعي لمهنته معوقات تعوق أدائه المهني ومنها معوقات تتعلق بالمستفيدين من خدمات المؤسسات الصحية وهم المرضى واسرهم أو معوقات إدارية داخل المؤسسة الصحية او ثقافية او معوقات شخصية مما تؤدي الى ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية وعدم الرضا من المستفيدين للخدمات المقدمة والمشكلات الإدارية والشخصية للعمل الاجتماعي داخل المؤسسات الصحية ومن هنا تظهر أهمية البحث الذي يهدف الى التعرف على معوقات الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي مع المرضى واسرهم في المؤسسات الصحية .

مفاهيم ومصطلحات الخدمة الاجتماعية:

مفهوم الأخصائي الاجتماعي الطبي:

هو "المتخصص الحاصل على مؤهل عال من إحدى الكليات أو المعاهد العليا المتخصصة في الخدمة الاجتماعية، والذي تم إعداده لهذا العمل نظري، والمدرب تدريباً عملياً على أساليب الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية، بحيث يصبح قادراً على ممارسة عمله ضمن الفريق الطبي بهذه المؤسسة، سواء كانت علاجية أو وقائية (الشيباني، 2007م، ص 2.)

الدور:

نموذج يتركز حول بعض الحقائق والواجبات، ويرتبط بوضع محدد للمكانة داخل الجماعة أو موقف اجتماعي معين. يحدد دور الشخص في الموقف عن طريق مجموعة أفكار يعتنقها الآخرون لكي يعتنقها الشخص نفسه. (خيري ، 2004)

الأخصائي الاجتماعي الطبي:

هو الشخص المهني الذي يمارس عمله في المجال الطبي في ضوء مفهوم مهنة الخدمة الاجتماعية على أساس فلسفتها، ملتزماً بمبادئها ومعاييرها الأخلاقية بهدف مساعدة المرضى، ومساعدة المؤسسة الطبية في تحقيق أهدافها. (أبو المعاطي ، 2009)

المؤسسة الطبية:

يقصد بالمؤسسة الطبية كل هيئة أو تنظيم أو وحدة يستهدف تقديم رعاية صحية ،سواء كانت علاجية أو وقائية أو إنشائية. (خيري ، 2004)

المريض النفسي:

هو الذي يعاني من اضطراب وظيفي في الشخصية في صورة أعراض جسيمة منها القلق، الوساوس الخوف، الاكتئاب. (خيري ، 2004)

المريض العقلي:

هو ذلك الشخص الذي يعاني من اختلال شامل واضطراب في قوة العقلية عن المرحلة العمرية التي يمر بها مما يؤدي إلى اختلال بعض وظائف التكيف والتوافق الاجتماعي، بالإضافة إلى أنه يجهل الأسباب الكامنة وراء شذوذ لأنه ليس حرية بصيرة بمشكلة.[1] (خيري ، 2004)

الممارسة العامة:

هي تلك الممارسة التي تقوم على أساس عام من المعرفة والمهارة المرتبطة بالخدمة الاجتماعية التي تقدمها المهنة وفي ذلك يستخدم الأخصائي الاجتماعي أساليب مهنية متنوعة للتدخل المهني ويعمل مع أنساق مختلفة. (أبو المعاطي ، 2009)

العلاج الاجتماعي النفسي

العلاج هو تحقيق أفضل حل ممكن لمشكلة العميل التي تقدم بها للمؤسسة. ولما كانت المشكلة في مفهومها المعاصر هي عجز في أداء الفرد الاجتماعي فقد اتفقت التعاريف المعاصرة للعلاج بأنه المواجهة الفعالة لهذا العجز رغم اختلاف وجهات النظر حول الأساليب المحققة لهذا الهدف.

المرتكزات الأساسية للخدمة الاجتماعية

ترتكز الخدمة الاجتماعية على القوى التالية :

- تعمل في جانب اجتماعي انساني قوي ومهم في وقتنا الحاضر والمستقبل .
- تقدم المساعدة وهي وسيلة الانسان لتحقيق احتياجاته واهدافه .
- تساعد بطريقه مهنيه معروفه عالميا .
- تعمل بطريقة وسيط دائما كعامل ربط بين الانسان وتجاوز تحدياته .

أدوار الاخصائي الاجتماعي :

في تساؤل دائما عن دور الاخصائي الاجتماعي نذكر انه في كل مؤسسة تقدم خدمة يمارس الاخصائي الاجتماعي خمسة أدوار أساسية هي :

- **دور الممكن:** في هذا الدور يقوم الأخصائي الاجتماعي ببعض المهام لتحسين وتقوية دوافع نسق العملاء ليتعاملوا بكفاءة أكثر مع الضغوط عن طريق إكسابهم مهارات التحكم في المشاعر السلبية الناتجة عن تلك الضغوط وتدعيم المشاعر الايجابية وتأكيد قوة العميل ومنح الأمل وتدعيم الجهود التوافقية لهم.
- **دور الوسيط:** وفي هذا الدور يقوم الأخصائي الاجتماعي بمساعدة كل من نسق العميل والأنساق الاجتماعية ليصلا لبعضهما بطريقة أكثر واقعية وأكثر فائدة وذلك باستخدام المهارات التعاونية والقيام بالمناقشات وتحقيق التفاهم وإجراء التفاوض.
- **دور المعالج:** يعرف دور المعالج بأنه الأنشطة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لمساعدة العملاء لتحسين وتجديد طاقاتهم وإيجاد الظروف الاجتماعية الملائمة لتحقيق الأهداف وهذا يعنى مسئولية الأخصائي الاجتماعي في دراسة الظروف والمشكلات التي تواجه العملاء وتحديد أهم مسبباتها وآثارها والسعي للوصول إلى إيجاد حلول لمواجهة تلك المشكلات مستعيناً في ذلك بمعارفه وخبراته ومهاراته وتطبيق المداخل العلاجية في إطار الخدمة الاجتماعية.
- **دور المدافع:** ويقصد به تلك الجهود التي يبذلها الأخصائي الاجتماعي للمحافظة على حقوق أنساق التعامل وصيانة كرامتها ، خاصة الفئات المحتاجة لخدمات معينة تمشياً مع قيم المهنة التي تستوجب منع التمييز تحقيقاً للعدالة بين العملاء.

دور الاخصائي الاجتماعي في المجال الطبي نموذجا :

دور الأخصائي الاجتماعي بالتدخل بتقديم المساعدات للمريض وأسرته بالتعاون مع الفريق العلاجي في رسم خطة العلاج وتنفيذها سواء من الناحية الطبية أو النفسية أو الاجتماعية.

ومن تلك الأدوار التي يقوم بها في هذا المجال ما يلي:

1) **كمنسق:**

أ- تنسيق الموارد والإمكانيات المتاحة في المستشفى والمجتمع وحسن استخدامها لمصلحة المريض التي تساعدهم على التكيف مع الوضع الجديد.

ب- توفير الرعاية والدعم النفسي للمريض وتقديم المشورة والتنسيق بين أفراد الفريق العلاجي .

2) كمناقش:

مشاركة الفريق العلاجي في الاجتماعات لمناقشة حالات المرضى والجوانب المرتبطة بالمرض ووضع الخطة العلاجية لكل مريض حسب حالته المرضية والاجتماعية.

3) كمساعد:

أ- عمل دراسة اجتماعية شاملة للمريض وأسرته والتركيز على إيجاد الحلول للمشكلات الاجتماعية التي تعاني منها أسر المرضى.

ب- توعية الأسرة بالمرض وآثاره وكيفية التعامل مع المريض واتباع القواعد الصحيحة لتفادي حدوث المضاعفات للمريض.

ج- مساعدة المرضى وأسرهم للتعبير عن مشاعرهم ومساعدتهم للتعامل مع المشاعر المؤلمة بشأن المرض وسير العلاج.

د- مساعدة الأبوين للتعامل مع مشكلة إفراط الحماية أو الرعاية الزائدة للطفل.

هـ- توفير الدعم والتشجيع بمشاركة الفريق العلاجي والأسرة للمريض لاعتماده على نفسه والتأكد من قدراته وزرع الثقة بنفسه.

4) كمخطط:

المشاركة في التخطيط للبرامج التوعوية الشاملة على سبيل المثال:

أ- توفير الألعاب المسلية التي تتناسب مع المريض لكسر الشعور بالملل وإضافة الجو الأسري لهم.

ب- المساهمة مع الفريق العلاجي بوضع برامج توعوية وتثقيفية للمرضى تتلاءم مع قدراتهم واستعداداتهم النفسية والعلاجية.

ج- الحفلات الاجتماعية بمشاركة أهالي المرضى والفريق العلاجي لرفع الروح المعنوية للمريض وأسرته وإضفاء روح السعادة والمرح بين المرضى وإشراك الأسرة في الحوار وتبادل الخبرات فيما بينهم.

د- الندوات العلمية:

- المساهمة في إقامة المؤتمرات والندوات العلمية التي تسلط الضوء على هذه الفئة من المجتمع والمشاركة في مختلف المحاور ذات العلاقة.
- تثقيف المرضى وذويهم لكي يدركوا أبعاد المرض وكيفية التعامل معه بطريقة صحيحة تكفل للمريض الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية حتى يصبح عضو فعال في المجتمع.
- تنظيم الندوات العلمية بإلقاء المحاضرات والندوات بنشر التوعية والتثقيف الصحي حول المرض وكيفية الوقاية منه (في المدارس والجامعات).

هـ- إعداد الرحلات والجولات الترفيهية بمشاركة الفريق المعالج وإضفاء روح المرح للمرضى لما له أثر إيجابي في نفوسهم ورفع الروح المعنوية لهم.

5) <u>كملاحظ:</u>

أ- ملاحظة درجة استجابة المريض لمرضه حيث هناك اختلاف في درجة الاستجابة للمرض حتى لو كان المرض واحد.

ب- ملاحظة التغيرات النفسية والاجتماعية التي تطرأ على المرضى ومحاولة دراستها ووضع برامج مع تلك المتغيرات (مشاعر القلق / الكآبة / مستوى الأداء العقلي والجسمي).

6) <u>كباحث:</u>

المشاركة في البحوث والدراسات وذلك من خلال دراسة العوامل الاجتماعية والنفسية المرتبطة بتطور المرض في العلاج الطبي والوقائي.

7) <u>كإعلامي:</u>

أ- الإسهام في البرامج الإرشادية والإعلامية للمجتمع بالتعريف عن المرض وخطورته والحد من انتشاره.

ب- نشر الوعي والتثقيف الصحي حول مفهوم المرض وما قد يترتب عليه من آثار سلبية وأضرار نفسية واجتماعية لا تؤثر على المريض فقط بل تمتد آثارها لتصل للأسرة والمجتمع ككل.

ج- تكثيف التثقيف الصحي وذلك باستخدام جميع الوسائل المتاحة (كتيبات/ نشرات/ مقالات/ ندوات إلخ..) في توعية المرضى وأسرهم وارشادهم عن طريق تعريفهم بالمرض وطرق العلاج المتوفرة.

د- نشر الوعي من خلال البرامج التوعوية والتثقيفية القائمة على العلاج الجماعي ومناقشة أوضاعهم واكتساب الخبرات فيما بينهم وللتخفيف من شعورهم بالوحدة والألم.

8) كمعلم:

أ- زرع الثقة بالنفس والتكيف مع الوضع الجديد ومحاولة دمجه في المجتمع.

ب- تفسير طبيعة المرض للمريض وأسرته ومساعدته على كيفية فهم المرض وتوضيح خطة العلاج بطريقة فعالة.

ج- إكساب المريض بعض القيم الجديدة التي تحقق له أكبر قدر من التكيف الشخصي مع الظروف.

9) كناقد:

المشاركة في التحليل والنقد البناء للقضايا الصحية والاجتماعية المعاصرة للحد من تفاقم المشكلة وتقليصها في المجتمع مما يعكس إيجابياً فهم المجتمع للمشكلات المصاحبة لها.

10) كمدرب:

أ- تدريب الأسرة والمريض على كيفية استعمال المضخة لإزالة الحديد وأخذ العلاج والمداومة عليه.

ب- المساهمة في تأهيل المرضى لسوق العمل وتدريبهم على الحصول على مهن تتناسب مع قدراتهم وتمكنهم من العيش باستقلالية.

11) كمبادر:

مساعدة المرضى الذين لهم الحق في الحصول على بعض الخدمات أو المساعدات ولكنهم لا يعلمون عنها لعدم معرفتهم بوجودها فيبادر بتعريفهم بتلك الخدمات للحصول عليها (الإعانة السنوية للمصابين بأمراض الدم الوراثية) عن طريق التأهيل الاجتماعي بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية.

12) كوسيط:

أ- التأثير على الفريق المعالج لتزويد المريض وأسرته بجميع المعلومات المتصلة بالمرض ونتائجه وطرق التعامل معه والتعبير عن مشاعرهم بشأن المرض.

ب- القيام بدور الوسيط بين الفريق العلاجي والمريض وأسرته وذلك من خلال توضيح مخاوف ومشاعر المريض وأسرته وتزويدهم بتعليمات الفريق المعالج.

ج- العمل على تحويل المرضى إلى الجهات الحكومية والمؤسسات الخيرية المختلفة ومتابعة مدى استفادتهم من تلك الخدمات وحل مشاكلهم من خلالها.

د- المساهمة في حل مشكلات المدرسة والعمل للمرضى وإبلاغهم بالحالة المرضية برفقة تقرير طبي عن الحالة وما يتطلب في ضوء حالتهم المرضية.

13) كمدافع:

تبين مشكلات المرضى والدفاع عن حقوقهم إذا تعذر الحصول عليها والمساهمة في حل المشكلات الاجتماعية للمرضى وأسرهم وذلك بمقابلة الجهات المعنية لإقناعهم بمساعدة هؤلاء المرضى المزمنين.

14) مشارك ومتعاون:

أ- المشاركة في برامج الفحص الطبي وذلك بتعريف المجتمع بخطورة الامراض الوراثية للحد من انتشارها لدى الأجيال القادمة.

ب- المشاركة بتقديم المشورة الوراثية لحالات الفحص الطبي للأشخاص الغير متوافقين وذلك بحضور الطبيب الاستشاري المختص للمشورة.

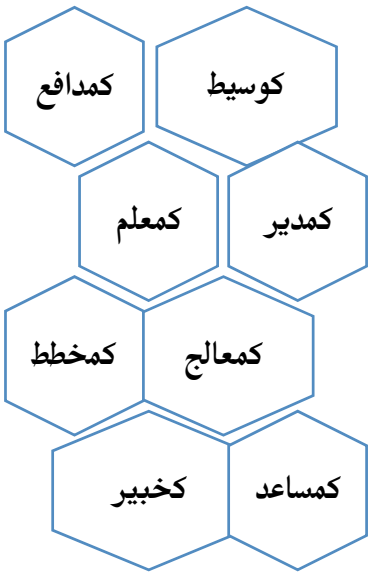
ج- التعاون مع المنظمات والمؤسسات المحلية في مجال مكافحة الامراض علاجاً ووقاية.

15) كموجه:

أ- حث كافة أفراد المجتمع بالتبرع بالدم للمرضى لإنقاذ حياتهم تحقيقاً لمبدأ التكافل بين أفراد المجتمع الإسلامي.

ب- تحفيز أفراد المجتمع على المشاركة بالتبرع المادي والمعنوي في دعم أمراض الدم وتقديم الخدمات المتنوعة لهم.

حث الجهات الحكومية والمؤسسات الأهلية على التبرعات المادية والمعنوية لمرضى أمراض الدم الوراثية.



الفصل الثاني :

- التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية
- تعريف التدخل المهني
- مداخل التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية
- المداخل العلاجية للتدخل المهني في الخدمة الاجتماعية: -
- امثلة المداخل العلاجية التي يمكن أن تستخدم في الخدمة الاجتماعية
- خطوات التدخل المهني
- الأساليب العلاجية في الخدمة الاجتماعية
- مدخل عملية المساعدة في الخدمة الاجتماعية.
- مدخل حل المشكلة .
- مفهوم التدخل في الأزمات

التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية

تعريف التدخل المهني

يعرف التدخل المهني بأنه: عبارة عن عمليـــة تتكون من مجموعة من المراحل والخطوات تمثل جهد الأخصائي الاجتماعي والعميل لإحداث التغيير في الشخـــص أو البيئـــة المحيطـــة به، وتسهيـــل تفعيـــل العـــلاقات بيـــن العميل والمحيطين به ▪

كما يعرف التدخل المهني بأنه: عملية مخططة تهدف إلى تيسير العلاقات والتفاعلات بين الأفراد وبيئاتهم للتغلب على الظروف التي تعوق مشاركتهم في الأنشطة أو القيام بوظائفهم في المجتمع

كما يعرف التدخل المهني بأنه: العمل الصادر من الأخصائي الاجتماعي والموجه إلى أنساق الممارسة في الخدمة الاجتماعية بغرض إحداث تأثيرات وتغييرات مرغوبة في هذه الأنساق تؤدى إلى تحقيق أهداف التدخل، ويكون مبنياً على أسس الخدمة الاجتماعية المعرفية والمهارية والقيمية، كما يعتمد التدخل المهني على الخطوات التالية الارتباط والتقدير وجمع البيانات والتخطيط والتدخل والتقويم، كما يركز على مستويات الممارسة بما يؤدى في النهاية إلى إحداث التغييرات المطلوبة

مداخل التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية

- المدخل هو اتجاه علمي ينبثق منه نماذج للممارسة تتصل به، كما أنه منهج للعمل واتجاه للممارسة .
- أن مداخل التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية يرتبط بـــ:-
  - الأهداف العلاجية: التي تعتمد على حل المشكلة لتقوية أو استعادة قدرات الأفراد والجماعات والمجتمعات على الأداء الاجتماعي.
  - الأهداف الوقائية: التي تعتمد على التعرف على المناطق الكامنة المحتملة لمعوقات الأداء الاجتماعي للعميل ومنع ظهورها مستقبلاً أو التقليل منها إلى أدنى حد ممكن.
  - الأهداف التنموية: لإيجاد نمط من التحديث يتلاءم وظروف وأهداف وقيم وثقافة المجتمع إلى جانب تقليل الفاقد المادي والبشرى بقدر الإمكان.

المداخل العلاجية للتدخل المهني في الخدمة الاجتماعية:

- تسمى الممارسة التي يقدم من خلالها الأخصائيون الاجتماعيون خدمات بشكل مباشر للأفراد والزوجان والأسر والجماعات بالممارسة المباشرة ، وتلك الممارسة انبثقت منها العديد من المداخل العلاجية للخدمة الاجتماعية، ونعنى بالمداخل العلاجية بأنها الأنشطة التي تساعد الأفراد والجماعات والمجتمعات على تحسين وتجديد طاقاتهم لأداء وظيفتهم الاجتماعية وإيجاد الظروف الاجتماعية لتحقيق أهدافهم.
- أما الممارسة المباشرة فهي العمل مع الأشخاص الذين يعانون من مشكلات اجتماعية أو المعرضين للخطر وتعرف على أنها الممارسة الإكلينيكية أو الممارسة على مستوى الوحدات الصغرى وتتكون الممارسة المباشرة من المساعدة أو العلاج الاجتماعي من خلال الخدمات التي تقدم للعملاء كخدمات العلاج، الإرشاد، التوعية، الدفاع، تقديم المعلومات، خدمات الإحالة، وبعض النواحي المرتبطة بتنظيم المجتمع مثل العمل والتوسط الاجتماعي.
- أما الممارسة غير المباشرة أو على مستوى الوحدات الكبرى فتشير إلى أنشطة المهنيون التي تركز على البناءات والأنساق التي من خلالها يتم تقديم الخدمات مثل تحليل السياسة، التخطيط، الإدارة ، تقويم البرامج.

أمثلة المداخل العلاجية التي يمكن أن تستخدم في الخدمة الاجتماعية فيما يلي :-

- مدخل الأنساق البيئية "الايكولوجي": والذي يؤكد على أن الإنسان هو نتاج حتمي لبيئته، فمنها انبعث وفيها يعيش وإليها سيعود مهما كانت قدراته أو عجزه، ولذا لا يمكن دراسة السلوك البشرى بمعزل عن البيئة التي يعيش فيها.
- مدخل التدخل في الأزمات: يعرف التدخل في الأزمات بأنه الممارسة العلاجية التي تستخدم في مساعدة العملاء في الأزمات لتدعيم فاعلية العميل في مواكبة الأزمة التي يمكن أن تؤدى إلى نمو إيجابي ومتغير بالاعتراف بالمشكلة وإدراك تأثيرها وتعلم سلوكيات جديدة أو أكثر تأثيراً للمواكبة مع مواقف متشابهة مستقبلاً .
- مدخل حل المشكلة : يرتكز هذا المدخل في مفاهيمه على العديد من النظريات مثل سيكولوجية الذات ، نظرية الدور، نظرية التعلم ومن بعض عناصر النظرية السلوكية والفلسفية الوجودية.

خطوات التدخل المهني :

- أ- خطوات التدخل المهني في إطار الممارسة العامة في مجال رعاية العملاء:
- 1- الارتباط: يمثل الارتباط المرحلة الأولى من مراحل التدخل المهني ويقوم الممارس العام خلال هذه المرحلة بالآتي: -
  - تهيئة نفسه للمشاركة في عملية المساعدة.
  - البدء في عملية الاتصال مع نسق العميل والأنساق المرتبطة بالموقف.
  - تحديد الإطار الذي يعمل خلاله كل من الممارس العام والعميل.
  - البدء في تكوين علاقة مهنية من خلال الاتفاق على الأساليب والوسائل المطلوبة.
- ويتطلب الارتباط شعور كل من الممارس العام والعميل بأنهما أصبحا شركاء في برنامج عمل واحد بما يضفي المسئولية الضمنية على طبيعة التعامل بينهما ويتفقا على أسلوب التواصل بينهما ويرتبط بهذه المرحلة اتفاق كل من الممارس ونسق العميل على تحديد طبيعة المشكلة التي يجب التوصل لحلول لها.
- 2- التقدير: يعنى التقدير في الممارسة العامة قدرة الأخصائي الاجتماعي على مساعدة العميل في التعرف على طبيعة الموقف الإشكالي الذي يواجهة وتفهم كافة الجوانب المرتبطة به والكيفية التي يتم بها التفاعل بين هذه العوامل.
- ولعملية التقدير أربع أسس تقوم عليها:
- يتم التقدير على مستوى الأفراد والأسر على أساس بعض العوامل مثل التفاعل بين الأفراد وأسرهم وأصدقائهم والأنظمة الموجودة في بيئاتهم .
- التركيز على خصائص المرحلة العمرية لنسق العميل وتحديد المشاكل المرتبطة بتلك المرحلة والضغوط التي يعانى منها.
- يركز التقدير على مشكلات خاصة مثل الإهمال والعزلة الاجتماعية .
- يجب أن يكون التغيير تدريجي مع التعامل مع أنساق الممارسة كأن يتعامل مع الأفراد كنسق ثم مع أسرهم كنسق وهذه الأسر يجب إشراكها في تقدير المشكلة.
- ويتطلب التقدير من الممارس العام أن يقوم بما يأتي:-
  - جمع البيانات وتحليلها: سواء من نسق العميل والمصادر المرتبطة بنسق العميل كالأصدقاء والجيران والأقارب، وتتضمن هذه البيانات توضيح نطاق وعمق مشكلة نسق العميل الحالية، تحديد درجة أداء نسق العميل في المجالات الأساسية للحياة ومحاولاته في حل أو التوافق مع المشكلة وتحديد الموارد المتاحة لمواجهة المشكلة.
  - صياغة التقدير: فبعد جمع المعلومات والبيانات وبعد عقد جلسات الاستماع يكون الأخصائي الاجتماعي مستعداً لصياغة التقدير للمشكلة التي تم تحديدها فعليه أن

يحدد نسق العميل الذي يعانى من المشكلة وما هي المشكلة الحقيقية؟ ولماذا حدثت في هذا الوقت ؟ وهنا يجب على الأخصائي الاجتماعي ألا يكتفي بالتعرف على المشكلات التي ترتبط بالوحدات الصغرى فقط ولكن تلك التي ترتبط بالوحدات المتوسطة والكبرى والتي قد تكون المصدر الأساسي للمشكلات، وعلى الممارس العام أن يقوم بتحديد جوانب القوة في نسق العميل أو أنساق التعامل الأخرى وتحديد نسق الموارد الرسمية وغير الرسمية والتي يمكن الاستعانة بها في حل المشكلات.

- تحديد أولويات المشكلة: نظراً لتعدد المشكلات التي يعانى منها نسق العميل فإن الممارس العام قد يصعب عليه التعامل دفعة واحدة لذلك يجب وضعها في قائمة مرتبة حسب أهميتها بالنسبة لنسق العميل.
- 3- التخطيط للتدخل المهني والتعاقد: يقصد بالتخطيط المهني وضع خطة العمل التي تعتبر حلقة الوصل بين عملية التقدير من جانب والإجراء الهادف للتغيير من جانب آخر، فهو مرحلة بناء وتكوين الشكل العام لعملية المساعدة وتهدف إلى مراجعة وتحليل المعلومات والحقائق التي تم الحصول عليها من خلال عملية التقدير السابقة وذلك من أجل تنظيمها وتبويبها وفقاً لنوع المشكلة ودرجة صعوبتها وتأثيرها على نسق العميل والأنساق الأخرى.
- وتنتهي عملية التخطيط بوضع مجموعة من الأهداف العامة والنوعية تتطلب في البداية تحديد الأنساق المختلفة المرتبطة بالموقف الإشكالي مع تحويل المشكلات إلى احتياجات محددة مما يسهل عملية صياغة هذه الأهداف، كما أن هذه الأهداف تتوقف على طبيعة المشكلة.

الأساليب العلاجية في الخدمة الاجتماعية

عملية المساعدة في الخدمة الاجتماعية

HELPING PROCESS IN SOCIAL WORK

يعتمد الأخصائي الاجتماعي في تعامله مع الأفراد والأسر والجماعات على نظريات السلوك الإنساني المشكلة من مختلف نماذج الممارسة، ويطبق أساليب تدخل متنوعة بهدف مساعدتهم للتغلب على الصعوبات والمشكلات والمواقف التي يواجهونها ويعانون منها. وبغض النظر عن اختلاف الممارسين في النظريات التي يعتمدون عليها وأساليب التدخل التي يستخدمونها فإن جميعهم يعملون من أجل تحقيق هدف واحد مشترك ألا وهو "تحسين نوعية الأوضاع الاجتماعية التي يعيش فيها الناس"، وأنهم خلال سعيهم لتحقيق هذه الغاية يركزون جهودهم حول مساعدة عملائهم للتكيف مع مشكلات الحياة بصورة أكثر واقعية وفاعلية.

ويمكن أن نلخص أسباب المشكلات التي يقع فيها كثير من الناس اليوم في سببين رئيسيين هما:

1 -الأسباب أو المصادر الداخلية internal sources المرتبطة بالشخص نفسه.

2 -الأسباب أو المصادر الخارجية external sources المرتبطة بالبيئة المحيطة.

وهذه المشكلات تسبب ضغوطا على الإنسان وتفقده حالة التوازن equilibrium التي يعيش فيها وذلك نتيجة عدم قدرته على التكيف مع المشكلة أو الموقف الذي يمر به، أو بسبب عدم امتلاكه للمهارات الضرورية التي تساعده على مواجهتها والتعامل معها، وبالتالي يلجأ هؤلاء الأفراد إلى طلب المساعدة المتخصصة لاستعادة حالة التوازن التي فقدوها واكتساب المعلومات والخبرات والمهارات التي تدعم جهودهم للتكيف مع أوضاعهم ومشكلاتهم.

وعملية المساعدة في مجال الممارسة المباشرة تهدف إلى مساعدة الناس لاستعادة حالة التوازن واكتساب القدرات التي تعمل على تعزيز تكيفهم ونموهم النفسي والاجتماعي وذلك من خلال ما يكتسبونه من معلومات وخبرات ومهارات أثناء عملية المساعدة.

وبغض النظر عن الطريقة أو الأسلوب المتبع في عملية المساعدة يعتمد الأخصائيون الاجتماعيون الذين يعملون في مجال الممارسة المباشرة على أسلوب مشترك – إلى حد ما –

لحل مشكلات عملائهم، وخلال بحثهم عن تعزيز الأداء الاجتماعي لعملائهم يستخدم هؤلاء الممارسون أسلوب المقابلة interviewing كأداة رئيسة لإنجاز هذا الهدف.

ويتفق كثير من المنظرين والممارسين في مجال الخدمة الاجتماعية على أن عملية المساعدة تسير وفق ثلاث خطوات أو مراحل أساسية (Hepworth & Larsen, 1990) هي:

1 -مرحلة الاستكشاف والتقدير والتخطيط exploration, assessment and planning phase.

2 -مرحلة التطبيق وإنجاز الأهداف implementation and goal attainment phase.

3 -مرحلة الإنهاء والتقويم.termination and evaluation phase

ويؤكدون أن لكل مرحلة من هذه المراحل الثلاث أهداف محددة يسعى الممارس إلى تحقيقها، كما أن كل مرحلة تتضمن مجموعة من الأنشطة والعمليات والمهام الأساسية التي ينبغي على الممارس الاهتمام بها والعمل على تنفيذها.

مرحلة الاستكشاف والتقدير والتخطيط

وهي المرحلة الأولى من مراحل التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية وتعتبر هذه المرحلة القاعدة الأساسية التي تعتمد عليها عملية المساعدة في إنجاز أهدافها وحل المشكلات، وتعزيز مهارات التكيف لدى العملاء. وتتضمن هذه المرحلة العمليات الأساسية التالية:

1 -تأسيس أو تكوين العلاقة.establishing rapport

2 -استكشاف مشكلة العميل من خلال استنباط واستخراج المعلومات عن العميل والمشكلة والعوامل البيئية environmental factors .

3 -تشكيل التقدير متعدد الأبعاد multidimensional assessment للمشكلة، والأنظمة التي لها علاقة بالمشكلة، والموارد الضرورية.

4 -تعزيز الدافع enhancing motivation لدى العميل للعمل على حل المشكلة ومواجهة الموقف.

5 -التفاوض المشترك بشأن أهداف عملية المساعدة وتشكيل العقد.contract

1 (تأسيس أو تكوين العلاقة:

والعلاقة في مقابلات الخدمة الاجتماعية in social work interviews هي حالة التوافق والانسجام harmony والتعاطف empathy التي تسمح بالفهم المشترك بين الأخصائي الاجتماعي والعميل .(Barker, 1991) وتمر مرحلة تكوين العلاقة بعدة مراحل تبدأ بالاستقبال، ثم عرض الخدمة، وتوضيح وظيفة الأخصائي الاجتماعي، وقبول الخدمة من جانب العميل.

فالاتصال الفعال خلال عملية المساعدة يساعد وبدرجة كبيرة في كسب ثقة العميل وتفعيل دوره في عملية التدخل. والممارسة الفاعلة والناجحة هي تلك التي تساعد العميل على التعبير عن مشاعره وانفعالاته وأفكاره وآرائه بكل حرية وصراحة ودون الشعور بالخوف أو التردد أو التهديد، وتعمل على خفض درجة القلق والتوتر والإرباك الذي قد يشعر به بعض العملاء في لقائهم الأول، وتكسب ثقة العميل وإيمانه بكفاءة وقدرة الأخصائي الاجتماعي على مساعدته.

ويستخدم الأخصائي الاجتماعي لتكوين العلاقة أساليب ومهارات مختلفة منها التقبل، والتعاطف، والتقدير، والاحترام، والتفهم، والاهتمام، وإتاحة الفرصة له للتعبير عن مشاعره وأفكاره، والاستجابة لحاجات العميل. ويرى (Hepworth & Larsen, 1990) أن تكوين العلاقة تتطلب من الممارس الالتزام بمبادئ وقيم واتجاهات إيجابية كعدم التسرع في إصدار الأحكام على العميل، وتقبل كل ما يصدر عنه من أقوال وأفعال، ومراعاة حقه في تقرير مصيره، واحترام كرامته وقيمته الإنسانية، ومراعاة فرديته، والتعاطف معه ومع مشكلته، والثقة فيه وفي قدراته.

ونرى أن من المهارات العملية المساعدة في تكوين العلاقة المهنية مع عملاء الخدمة الاجتماعية ما يلي:

-العمل على ربط الخدمات الاجتماعية التي يراد تقديمها بحاجات العميل الشخصية ومشكلته.

-توضيح دور الخدمة الاجتماعية والأخصائي الاجتماعي بشكل مفهوم وإقناع العميل بإمكانية المساعدة.

-الاستجابة لأسئلة واستفسارات العميل.

-الاستجابة لمشاعر العميل والتعاطف معه، وإبداء مشاعر التقبل والتعاطف والاهتمام.

وتصل العلاقة المهنية إلى مستوى مقبول ومعقول عندما يتم الاتفاق بين الأخصائي الاجتماعي والعميل على العمل سويا والتعاون في سبيل حل المشكلة والتغلب على الموقف، كما أن تكوين العلاقة هي العملية الأساسية للدخول في العمليات التالية وإنجازها.

2 (استكشاف المشكلة:

تتضمن عملية الاستكشاف جمع المعلومات ذات الصلة بالمشكلة وتحديد العوامل المسببة لها والمرتبطة بها، ونؤكد في هذا المجال على أن الاتصال التعاطفي empathic communication من جانب الأخصائي الاجتماعي لا يساعد في تكوين العلاقة المهنية فقط، بل يساهم وبدرجة كبيرة في إتاحة الفرصة للعميل للتعبير عن مشاعره واستخراجها مما يساعد على تقويم هذه المشاعر وتحديد دورها في المشكلة.

وتعتبر عملية استكشاف المشكلة من العمليات الأساسية في نجاح التدخل المهني وعلى الممارس بذل كل جهد ممكن للحصول على أكبر قدر من البيانات والمعلومات قبل القيام بعملية التقدير، وتبدأ عملية الاستكشاف أولا بالتعرف على مشاعر العميل المترتبة على المشكلة، والتعرف على اهتماماته وحاجاته، وبالتدريج يحاول الأخصائي الاجتماعي التوسع في عملية الاستكشاف لتتضمن جميع العوامل الشخصية والبيئية، كما يعمد الأخصائي خلال هذه العملية إلى التعرف على جوانب القوة في شخصية العميل للاستفادة منها في إنجاز أهداف العملية العلاجية.

وترى (Schram & Mandell, 1986) أن عملية الاستكشاف تتطلب من الأخصائي الاجتماعي الاهتمام بمعرفة مدى تفاعل وتأثير العوامل الشخصية والبيئية والثقافية في المشكلة، والاهتمام بالمرحلة العمرية التي يمر بها العميل والحاجات النفسية والاجتماعية لها. كما ينبغي في بعض الحالات استكشاف البناء الأسري من حيث المراكز والعلاقات، وثقافة الأسرة من حيث القيم والأهداف والاتجاهات.

وللقيام بعملية الاستكشاف ينبغي على الأخصائي الاجتماعي مراعاة الجوانب التالية:

-معرفة وجهة نظر العميل عن المشكلة، ونوع المساعدة المطلوبة.

-دراسة حياة العميل للتحقق من طرق وأساليب التكيف مع المشكلات والصعوبات، ومعرفة تأثير المشكلة على شخصية العميل وعلاقاته الاجتماعية.

-ملاحظة الآثار النفسية الناجمة عن المشكلة بما فيها مشاعر القلق والخوف والشعور بالذنب أو النقص ومستوى الأداء العقلي والحسي والنظرة إلى النفس والمحاولات الأولى للتكيف بما فيها المحاولات الدفاعية.

-معرفة تأثير السن وعلاقته بالتكيف أو القدرة على التكيف.

-معرفة الموارد المادية والشخصية المتاحة في البيئة.

3 التقدير متعدد الأبعاد:

يرى (Barker, 1991) أن التقدير هي عملية فهم وتحديد طبيعة المشكلة وأسبابها وتطوراتها والاحتمالات المستقبلية لها، كما تتضمن هذه العملية تحديدا دقيقا للأشخاص والمواقف المرتبطة بالمشكلة، وتحديدا دقيقا للأنشطة التي يمكن أن تعمل على الحد من آثارها أو التخلص منها نهائيا .

والتقدير أيضا يعني معرفة كيفية تفاعل العوامل الشخصية والبيئية والثقافية مع المشكلة ومعرفة نتائج هذا التفاعل خاصة من حيث درجة الضغط الواقع على العميل، ومن حيث نوعية ودرجة التكيف.

وعملية التقدير هي عملية مستمرة تبدأ من أول اتصال يتم بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، وتنمو وتتطور هذه العملية خلال المقابلات اللاحقة ومن وقت لآخر طالما ظل الاتصال قائم بين الأخصائي الاجتماعي والعميل حيث يقومان بمراجعة وتقويم وتقدير سلوكيات العميل ومشاعره والمعلومات التي يدلي بها .

وبالإضافة إلى عملية التقدير يقوم الأخصائي الاجتماعي بتشكيل ما يسمى بالتقدير العملي working assessmentالذي يقصد به تحديد أهداف عملية المساعدة ومضمون العقد الاجتماعي social contract (Hepworth & Larsen, 1990) .

وتحتوي عملية التقدير تحليلا للمشكلة، والعميل والبيئة المحيطة به. فتحليل المشكلة يقتضي من الأخصائي الاجتماعي تحديد طبيعة الصعوبات التي تواجه العميل كعدم توفر الموارد اللازمة والضرورية، ومعرفة القرارات الهامة في حياته، وتحديد المعوقات الشخصية، والعلاقات الشخصية، والأنظمة المجتمعية، والتفاعل بين كل هذه العوامل. كما تتضمن عملية تحليل المشكلة اتخاذ قرار بشأن مدة التدخل، ودرجة التغيير المطلوبة، وتحديد مدى القدرة على إنجاز الأهداف، وقدرة الأخصائي الاجتماعي على مساعدة العميل، وتحديد نوعية الخدمات التي تقدمها المؤسسة وعلاقتها بمشكلة وحاجة العميل.

أما تحليل العميل (صاحب المشكلة) فيستلزم تقدير حاجاتهneeds ، وقدراته التكيفية coping capacity، وجوانب القوة strengths والضعف limitations في شخصيته، ودوافعه للعمل واستعداده للتعامل مع المشكلة.

ويرى (Seidman, 1983) أن تحليل العميل يتطلب من الأخصائي الاجتماعي تقويم درجة مرونة العميل وقدرته على الحكم، وتقدير عواطفه وانفعالاته، ومعرفة خصائصه الشخصية، ودرجة تحمله للمسؤولية، ودرجة تحمله للضغوط، وأسلوب تفكيره، ومهاراته الشخصية حيث أن هذه العوامل ضرورية وأساسية في عملية اختيار الأهداف وأسلوب التدخل.

وأخيرا فإن التقدير البيئي يقتضي الاهتمام بالعوامل البيئية المحيطة بالعميل وتحديد درجة تأثير كل منها في مشكلته. ويتضمن التقدير البيئي تحديد الأنظمة التي تحتاج إلى التعامل معها سواء من خلال تدعيمها وتقويتها أو من خلال تنميتها وتطويرها، أو من خلال الاستعانة بها في إنجاز أهداف عملية المساعدة. وتشمل الأنظمة البيئية الأسرة، وموارد أو مصادر المساندة الاجتماعية social support كالأصدقاء والأقرباء والزملاء، ورعاية الأطفالchild care ، والرعاية الصحيةhealth care ، ونظام العمل والمؤسسات المختلفة، والبيئة الماديةphysical environment ، والعوامل الثقافية.cultural factors

والتقدير العملي يستلزم قيام الأخصائي الاجتماعي بترتيب وتركيب جميع المعلومات ذات الصلة والتي حصل عليها في مرحلة الاستكشاف بطريقة علمية تساعد على فهمها والاستفادة منها في حل المشكلة. كما أن تفعيل عملية التقدير تستلزم أيضا إشراك العميل فيها من خلال التعرف على انطباعاته بشأن طبيعة المشكلة وأهداف عملية التدخل وأساليب العلاج.

ويمكن أن نلخص محتوى عملية التقدير في الجوانب التالية:

-العوامل المرتبطة بالمشكلة :problem factors والتي تتضمن معرفة طبيعة المشكلة وآثارها الشخصية والبيئية، وتحديد بداية ظهور المشكلة وتطورها والعوامل التي أسهمت في ذلك، وتحديدا للمدة الزمنية اللازمة للعلاج، والشروط التي يجب أن يخضع لها العميل طوال فترة التدخل.

-العوامل الشخصية :personal factors وتتضمن معرفة المرحلة العمرية للعميل وما يرتبط بها من حاجات نفسية وجسمية واجتماعية، ومعرفة الخصائص النفسية والانفعالية والاجتماعية والثقافية للعميل. هذا

بالإضافة إلى تحديد قدرة العميل على مواجهة الموقف وأداء دوره الوظيفي ومقدار عجزه، وتحديد جوانب القوة الضعف في شخصية العميل وعملياته الدفاعية ودوافعه.

-العوامل المرتبطة بعلاقات العميل :interpersonal factors كتحديد المرحلة التي تمر بها الأسرة وما يتصل بها من حاجات، ومعرفة عمليات الاتصال والتفاعل، والبناء الأسري، وعلاقة العميل بالأشخاص المحيطين به، وقدرته على تكوين العلاقات، ودرجة اهتمام الأسرة بالمشكلة والعميل وتأثير كل ذلك على العميل.

-العوامل البيئية :environmental factors وتتضمن تحديدا دقيقا للعقبات والعوائق البيئية، والموارد والإمكانات المتاحة، والتعرف على الوضع الاقتصادي للعميل، والسكن، والتسهيلات والخدمات المتوفرة في البيئة، مكان العمل أو الدراسة.

-العوامل الثقافية :cultural factors وتشمل الأهداف والاتجاهات والخصائص الخلقية والعادات والطبائع الاجتماعية والمثل العليا.

-تفاعل جميع هذه العوامل السابقة وتأثيرها سواء في إحداث الضغوط على العميل أو الحفاظ عليها.

4 (تعزيز الدافع لدى العميل:

إن نجاح عملية المساعدة يعتمد بدرجة كبيرة على اعتراف العميل بوجود المشكلة ووجود الدافع لديه للعمل على حلها حيث يلاحظ أن كثيرا من العملاء يفتقدون إلى أحد أو كلا هاذين الجانبين، كما يخطئ كثير من الممارسين بسبب عدم اهتمامهم للتعامل مع هاذين الجانبين، لهذا فإن الممارس الناجح هو الذي يمتلك المهارات اللازمة التي تساعده في تعزيز دوافع عملائه خاصة ممن لا يعترفون بوجود المشكلة أو الذين ينقصهم الاستعداد الكافي لبذل الجهد والعمل في سبيل التخلص منها .

ويرى (Hepworth & Larsen, 1990) أن التعامل مع مثل هذه النوعية من العملاء يتطلب من الأخصائي الاجتماعي مساعدتهم من خلال:

1 -التعامل مع مشاعرهم السلبية والتخفيف من آثارها عليهم.

2 -توضيح الأسباب التي تدعوهم إلى عدم الاعتراف بوجود المشكلة.

3 -إيجاد الدافع الذي يحفزهم على العمل.

ويستخدم الأخصائي الاجتماعي مهاراته المهنية لزرع أو إيجاد الدافع لدى عملائه والمحافظة عليه، كما يعمل على تشجيع الأشخاص المقربين لتوفير الدعم والمساندة للعميل. ويشير (Schlesinger, 1985) إلى بعض العوامل التي تساعد على إيجاد الدافع لدى العميل والمحافظة عليه منها: مساعدة العميل للمحافظة على الأمل والتفاؤل، وتحديد المتغيرات الجديدة حفاظا على الوقت والجهد والمعنويات، والاستفادة من جوانب القوة لدى العميل، وتقسيم المشكلات والحاجات إلى أجزاء صغيرة يمكن التعامل معها والتحكم فيها، وإعادة تعديل وتغيير الأهداف والواجبات عند الحاجة، وتوفير الدعم البيئي.

5 (التفاوض بشأن الأهداف وتشكيل العقد:

بعد اتفاق الأخصائي الاجتماعي والعميل على طبيعة المشكلة والعوامل المؤثرة فيها يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتفاوض مع العميل على أهداف عملية المساعدة وأساليبها، وهذه العملية هي عملية مشتركة تهدف إلى تحديد حاجات العميل والجوانب التي تحتاج إلى تدخل وتغيير، كما تهدف إلى تحديد خطة التدخل وأساليب العمل لحل المشكلة والتغلب عليها.

وعملية وضع الأهداف هي الاستراتيجية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي لمساعدة عملائه في توضيح وتحديد أهداف عملية المساعدة، وتحديد ما يريدون أو يأملون تحقيقه من خلال علاقة المساعدة، وتحديد الخطوات العملية اللازم اتخاذها لإنجاز الأهداف، وتحديد المدة الزمنية التي تحتاج إليها عملية تحقيق الأهداف .

وبعد الانتهاء من هذه العملية يقوم الأخصائي الاجتماعي والعميل بتشكيل محتوى العقد والذي يحتوي عادة على جوانب مرتبطة بموافقة كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل على أهداف عملية التدخل، والأنشطة والمهام المطلوبة لإنجاز هذه الأهداف، والأدوار والواجبات والمسؤوليات المترتبة على كل منهما، وتحديد المدة الزمنية المقترحة للتدخل. ويعتبر العقد عاملا مهما يساعد في توضيح أهداف عملية المساعدة، والمتابعة والتقويم، كما يضفي أهمية لعملية المساعدة. وقد عرف (Barker, 1991) العقد بأنه اتفاق شفوي oral أو مكتوب written بين العميل والأخصائي الاجتماعي على أهداف عملية المساعدة وطرق التدخل ومدة العمل وواجبات كل منهما، وأن الاتفاق ينبغي أن يقود الطرفين إلى فهم لفظي واضح clear verbal understandingلكل عملية المساعدة ومتطلباتها .

ويشير (Schulman, 1986) إلى مجموعة من مهارات التعاقد contracting skills نلخصها في التالي:

-الوصول إلى اتفاق بشأن طبيعة المشكلة وحاجات العميل.

-الوصول إلى اتفاق بشأن أهداف عملية المساعدة.

-الوصول إلى اتفاق بشأن الخطوات التالية وواجبات ودور كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل.

-تحديد الشروط والقيود – إذا دعت الحاجة – لكل من العميل والأخصائي الاجتماعي.

-الاتفاق بشأن موعد ومكان عقد الجلسات.

-تحديد الجوانب والنقاط التي يمكن الاستفادة منها في عملية التقويم.

مرحلة التطبيق وإنجاز الأهداف

بعد الانتهاء من تشكيل العقد والاتفاق على مضمونه يدخل كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل في لب عملية حل المشكلة وهي مرحلة التطبيق وإنجاز الأهداف، أو مرحلة العمل والتغيير كما يسميها البعض. وتتضمن هذه المرحلة تحويل الخطط إلى أفعال actions حيث يوحد المشاركون في عملية المساعدة جهودهم ومحاولاتهم ويعملون من أجل إنجاز الهدف أو الأهداف المتفق عليها. وتبدأ هذه العملية بتقسيم أو تجزئة الهدف إلى أهداف فرعية subgoals صغيرة يمكن التحكم فيها والتعامل معها، وإنجازها في وقت أقصر، وتحديد الأساليب والأعمال والمهام والأنشطة التي تساعد على تحقيقها.

وينبغي أن يقوم الأخصائي الاجتماعي باختيار الهدف ذو الأولوية والأهمية للتعامل معه أولا واختيار أسلوب أو أساليب التدخل المناسبة والمباشرة ذات العلاقة بالهدف والمشكلة والتي تساعد في حل مشكلة العميل ثم تطبيقها.

ويرى (Germain, 1984) أن واجبات الأخصائي الاجتماعي في هذه المرحلة تتلخص في:

-مساعدة العميل للمحافظة على الدافع للتكيف، والتعامل مع مشاعره وأساليب المقاومة التي يبديها.

-التعليم والتوجيه والتدريب على أساليب التكيف.

-توفير المعونة النفسية.

-تزويد العميل بالمعلومات التي يحتاج إليها ، وتوفير فرص المشاركة في الاختيار واتخاذ القرار وممارسة الأنشطة.

ونؤكد أن فعالية ونجاح الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع هذه المرحلة يعتمد بدرجة كبيرة على قدرته على الوفاء بالجوانب التالية:

1 -تعزيز فعالية الجانب النفسي لدى العميل.enhancing self-efficacy

2 -مراقبة التطورات.monitoring progress

3 -التعامل مع المعوقات.dealing with barriers

4 -تعزيز درجة وعي العميل بنفسه.enhancing clients' self-awareness

5 -استخدام النفس.use of self

1 (تعزيز فعالية الجانب النفسي لدى العميل:

أشارت كثير من الدراسات إلى أن زيادة إحساس العميل بفعاليته وثقته في قدراته ونفسه يعتبر من المكاسب الأساسية لعملية التدخل (Bandura, 1977; Kazdin, 1979; Zeiss, Lewinsohn, & Munos, 1979) . وفعالية النفس self-efficacy تعني إيمان العميل بقدرته على إنجاز المهام والأعمال وأداء السلوكيات المرتبطة بتحقيق أهداف عملية المساعدة بكل فعالية ونجاح. ويستخدم الأخصائي الاجتماعي أساليب مختلفة ومتنوعة لتعزيز فعالية الجانب النفسي لدى العميل وزرع الثقة في قدراته ومهاراته منها:

1 -مساعدته لأداء سلوكيات وأعمال محدودة تساعده في إنجاز الأهداف المرغوبة ، ومن المفضل تكليف العميل بأعمال تتناسب مع قدراته وإمكانياته والتدرج معه من السهل إلى الصعب وهكذا حتى يشعر العميل بالإنجاز ويكتسب الثقة اللازمة .

2 -مساعدة العميل من خلال توضيح جوانب القوة في شخصيته والإيمان بقدرته على القيام بالأعمال التي كلف بها ، وتشجيعه وزرع الثقة في نفسه.

3 -يرى (Barker, 1991) أن تعزيز إيمان العميل بنفسه يتم من خلال قيام الأخصائي الاجتماعي بتقديم المساعدة المباشرة له، وتوضيح جوانب القوة في شخصيته، وتقسيم المهام والأعمال إلى أجزاء صغيرة تسهل مهمة القيام بها وتنفيذها، واستخدام كل الموارد المتاحة.

2 (مراقبة التطورات:

فخلال مرحلة التطبيق وأثناء أداء الأعمال المتفق عليها ينبغي على الأخصائي الاجتماعي مراقبة التطورات التي تحدث نتيجة عملية التدخل وذلك بصورة منتظمة. ومراقبة التطورات تعني قيام الممارس بالتالي :

1 -تقويم درجة فعالية أساليب واستراتيجيات التدخل وتغيير غير الملائم منها.

2 -توجيه طاقات وجهود العميل نحو إنجاز الأهداف المتفق عليها، والعمل على زيادة التركيز والاستفادة من الوقت.

3 -التعامل مع مشاعر العميل الناتجة عن عملية التدخل، والتعامل مع رأيه في كل ما يحدث سواء كان إيجابيا أو سلبيا .

4 -تعزيز الدافع لدى العميل، والعمل على زيادة درجة ثقته بنفسه، وتقويم العوامل المسببة للإحباط لدى العميل والتخلص منها.

3 (التعامل مع الصعوبات والمعوقات:

أي التعامل مع الصعوبات والمعوقات التي تواجه عملية التطبيق وإنجاز الأهداف، فخلال مرحلة التطبيق تواجه عملية المساعدة ببعض الصعوبات والمعوقات التي تقف عقبة في سبيل تحقيق الأهداف، وينبغي على الأخصائي الاجتماعي الانتباه لهذه المعوقات والتعامل بما يناسبها. وتعتبر مشاعر وتوقعات كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل المرتبطة بعملية المساعدة وسير العمل من أهم معوقات عملية المساعدة، كما أن إساءة فهم العميل لبعض جوانب وأهداف وأساليب عملية التدخل قد تؤثر سلبا على العمل، وقد يشعر بعض العملاء بعدم الرضا، وخيبة الأمل، والإحباط، والغضب من بطئ سير العملية العلاجية وعدم تقدمها وفي مثل هذه الحالات يقوم الأخصائي الاجتماعي بتحديد مثل هذه المعوقات ومعرفة أسبابها والتعامل معها بما يضمن استمرارية العملية العلاجية.

كما قد يشعر الأخصائي الاجتماعي أيضا بالملل والإحباط وعدم المبالاة والعجز واليأس في بعض المواقف وهذا أمر طبيعي ولكن عليه أن يدرك مدى تأثير ذلك على العميل وعلى علاقة المساعدة، كما ينبغي عليه الاعتراف بها للعميل وتوضيح كيفية التعامل معها والتغلب عليها.

4 (تعزيز درجة وعي العميل بنفسه:

يواجه كثير من العملاء خلال مراحل عملية المساعدة المختلفة بعدد من المشاعر السلبية نتيجة دخولهم في علاقة شخصية جديدة عليهم وقد تشكل هذه العلاقة تحديا وتهديدا للبعض الآخر منهم، فقد يشعر العميل بالخوف والإرباك والشك وقد تتطلب هذه المشاعر من الأخصائي الاجتماعي الخروج – لبعض الوقت – بعملية المساعدة عن مسارها وإيقاف أنشطتها للتعامل معه ومساعدة العميل للتغلب عليها. ويرى (Hepworth & Larsen, 1990) أن ظهور مثل هذه المشاعر يعتبر فرصة مناسبة للأخصائي الاجتماعي لكي يساعد عملاءه في زيادة وعيهم بأنفسهم لأن وعي العميل بنفسه يعتبر الخطوة الأولى في فهم وإدراك العميل لنفسه self-realization.

ونؤكد على أهمية مساعدة الأخصائي الاجتماعي لعملائه في فهم أنفسهم وذلك من خلال توضيح مشاعرهم وأفكارهم، وتوجيه عملية اكتشاف النفس self-discovery بواسطة التعاطف والتقدير، واستخدام أسلوب المواجهة– confrontation إن لزم الأمر– لتوضيح المشاعر والأفكار والسلوكيات والقيم والاتصالات والاتجاهات الخاطئة.

5 (استخدام النفس:

خلال مرحلة التطبيق وإنجاز الأهداف تكون العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي والعميل قد وصلت إلى مرحلة جيدة، لهذا يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يستخدم نفسه كأداة أو وسيلة لتوجيه عملية النمو وإنجاز أهداف عملية المساعدة. واستخدام الأخصائي الاجتماعي لنفسه يعني استخدامه لخبراته ومشاعره وأفكاره وآرائه الشخصية المشابهة لخبرات ومشاعر العميل بشكل مناسب يدعم من العملية العلاجية.

كما تتطلب مهارة استخدام النفس تمثل (القدوة) الأخصائي الاجتماعي للسلوكيات الجديدة المرغوب إكسابها العميل وتشجيع العميل لأدائها والعمل بها. ويستخدم الأخصائي الاجتماعي هذا الأسلوب أيضا بهدف تعزيز عملية التقدم في العملية العلاجية وذلك من خلال التعامل مع السلوكيات والأفكار والقيم الخاطئة وغير السوية بحزم.

مرحلة الإنهاء والتقويم

وتتضمن مرحلة الإنهاء والتقويم أربعة مهمات أساسية هي:

1 -تقدير الحاجة إلى إنهاء العلاقة والتخطيط لذلك.

2 -إنهاء العلاقة.

3 -التخطيط للمحافظة على المكتسبات والتغييرات الجديدة.

4 -تقويم نتائج عملية المساعدة.

ويرى (Ratliff & Others, 1982) أن هذه العمليات تتأثر بعدة عوامل منها طبيعة عمل المؤسسة ونوعية الخدمات التي تقدمها، ونوعية المستفيدين أو العملاء، وشروط الاستفادة من الخدمة، وعوامل أخرى ترتبط بعلاقة الأخصائي الاجتماعي بالعميل. وتنتهي العلاقة عادة نتيجة إنجاز أهداف عملية المساعدة، أو في حالة انتهاء المدة الزمنية المخصصة للعمل والمتفق عليها سلفا بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، أو في حالة عدم رغبة العميل مواصلة العلاج، أو في حالة اعتراف الأخصائي الاجتماعي بعدم قدرته على تقديم مزيد من الخدمات والمساعدات. وينبغي أن يشترك كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل في تحديد مدى الحاجة إلى إنهاء العلاقة المهنية.

وإنهاء العلاقة termination هي عمليات أو إجراءات منظمة تهدف إلى إنهاء علاقة المساعدة، وتتضمن الدعوة إلى تقويم العمل وتحديد الإنجازات، والحديث عن كيفية معالجة المشكلات المستقبلية، والحديث عن طرق الحصول على الموارد في المستقبل عند مواجهة مشكلات معينة.

وينبغي على الأخصائي الاجتماعي مراعاة مشاعر العميل المرتبطة بهذه المرحلة والتعامل معها بطريقة مناسبة، فقد يشعر بعض العملاء بالغضب وعدم الرضا والإنكار ويقاومون هذه المرحلة بسبب ما لمسوه من فوائد وأحسوا به من تغيير في حياتهم، وعلى الممارس التعامل مع هذه المشاعر من خلال إتاحة الفرصة للعميل للتعبير عنها، وتوضيح أسبابها. يرى (Kerson & Kerson, 1985) أن عملية إنهاء العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل قد تتسبب في ظهور بعض المشاعر السلبية لدى العميل كالخوف والقلق والحزن أو مقاومة عملية إنهاء العلاقة من خلال التظاهر بالحاجة إلى مزيد من الرعاية، لذلك فإن على الأخصائي الاجتماعي

الاهتمام بهذه المرحلة والاستعداد لها عن طريق التنبؤ بتأثيرها على العميل، وإعداد وسائل تدخل ملائمة للتعامل معها .

كما قد يشعر بعض العملاء بالسعادة والرضا والاعتزاز والفخر نتيجة لما قاموا به من جهد وما حصلوا عليه من مكتسبات خلال عملية المساعدة وعلى الأخصائي الاجتماعي مشاركتهم هذه المشاعر والعمل على تعزيزها وتدعيمها.

كما ينبغي على الأخصائي الاجتماعي الاهتمام بوضع الخطط المناسبة للمحافظة على المكتسبات والتغييرات والاستمرار في عملية النمو بعد انتهاء فترة العمل الرسمية. ويمكن تحقيق ذلك بواسطة ترتيب لقاءات وجلسات لاحقة، وتوجيه العميل إلى خدمات مجتمعية مناسبة يمكن أن تساعد في متابعة تقديم الخدمات.

وللقيام بمهمة إنهاء العلاقة المهنية نرى إتباع التعليمات التالية:

1 -التلميح للعميل بهذه المرحلة وتوضيح أسباب إنهاء العلاقة. وينبغي أن يكون التلميح إليها قبل بدايتها بوقت كاف بحيث تكون أكثر قبولا.

2 -الاستجابة المباشرة لمشاعر العميل وذلك عن طريق الاعتراف بهذه المشاعر وإتاحة الفرصة للتعبير عنها وتوضيح أسبابها ومواجهتها، كما أن من المهم تقبل الأخصائي الاجتماعي لهذه المشاعر ومشاركة العميل فيها.

3 -الإشادة بمجهودات العميل والدعوة إلى تقويم العمل وذلك من خلال مراجعة الاتفاق وتحديد الإنجازات، والإشادة بمجهودات العميل في تحقيقها.

4 -تحديد الخطوات التالية لاستكمال الأعمال التي لم يتم إنجازها، والتحويل حال الضرورة.

وأخيرا يقوم الأخصائي الاجتماعي والعميل بتقويم نتائج العمل وتحديد درجة فعالية وكفاءة أساليب التدخل، وتحديد عوامل النجاح والفشل. وعند إجراء عملية التقويم ينبغي التركيز على تقويم الجوانب النفسية والاجتماعية في عملية المساعدة وذلك من خلال فحص ما وصلت إليه قدرات العميل في الأداء الوظيفي وعلاقاته **بالأشخاص الآخرين المحيطين به، ومدى توفر الخدمات والموارد. ويستخدم الأخصائيون الاجتماعيون عادة مجموعة** من الإجراءات والطرق والأساليب للقيام بعملية التقويم منها:

1 -استخدام السجلات والتقارير المختلفة والمستخدمة في المؤسسة) كالتسجيل الذي يركز على المشكلة-problem oriented recording)والاستفادة منها في تقويم الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي وذلك من خلال التعرف على

طريقة الأخصائي الاجتماعي في دراسة المشكلة، والخطوات التي سار عليها أثناء الدراسة، ونوعية المعلومات التي حصل عليها وعلاقتها بالمشكلة أو الموضوع، ومعرفة مصادر المعلومات التي اعتمد عليها ، وطريقة تقويم العوامل النفسية والاجتماعية للمشكلة، ومعرفة جوانب النقص في كل من هذه الجوانب.

2 -استخدام نموذج المراقبة الذاتية وهو نموذج يساعد الأخصائي الاجتماعي في التعرف على درجة تطبيقه للأسس العلمية من مبادئ وطرق وأساليب وأنشطة، ومعرفة جوانب النقص في تطبيق هذه العناصر.

3 -استخدام مقياس تحقيق الأهداف وهو مقياس يحتوي على مجموعة من الأسئلة التي تهدف إلى التعرف على الأسلوب المتبع في وضع الأهداف، ومدى وضوحها وواقعيتها ومرونتها، وارتباطها بمشكلة العميل وحاجاته الفعلية، ومدى ملاءمة الأساليب المقترحة للتدخل، ومدى ملاءمة الوقت المخصص لعملية المساعدة.

4- استخدام سجل تدوين تقدم أو تطور العمل وهو مقياس يساعد في التعرف على درجة تطبيق الأخصائي الاجتماعي لسجلات تطور العمل مع الحالة، ومدى ملاءمة محتوى هذا السجل لأهداف عملية المساعدة، والوقت المخصص للعمل.

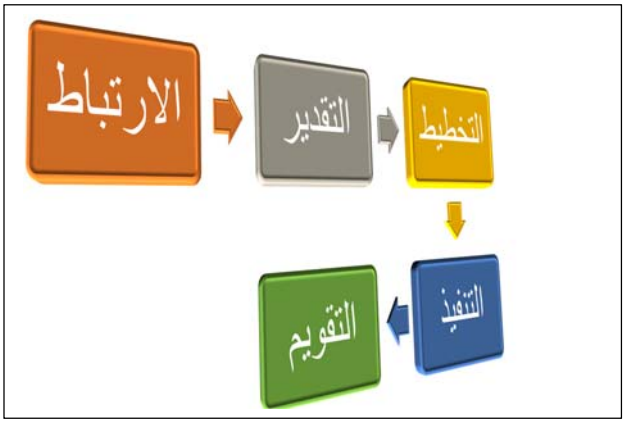
الأساليب العلاجية في الخدمة الاجتماعية

مدخل حل المشكلة

تشخيص المشكلة حسب نموذج حل المشكلة هي بدورها عملية مشتركة لا تبحث عن اسبابها ولكن العوامل الاكثر ارتباطا بالمشكلة .

العمليات كلها عمليات شعورية لا يهمها الماضي البعيد ولكن الحاضر والمستقبل.

خطوات النموذج :



أولا : الارتباط

- تهيئة العميل للمشاركة بنفسه في حل المشكلة.
- البدء بالاتصال بنسق العميل والأنساق المرتبطة بالموقف.
- تحديد الإطار الذي يعمل خلاله كل من العميل والأخصائي .
- البدء في تكوين علاقة عمل من خلال الاتفاق على الأساليب والوسائل المطلوبة .

هذا النوع من الارتباط يؤكد على أن العميل والأخصائي بكونهما شركاء في المسؤولية والتي تحدد طبيعة المشكلة والخطوات التي يجب إتباعها.

ثانيا : التقدير

- يرتبط التقدير بعملية تحديد المشكلة.
- ويستهدف تفهم أبعاد وجوانب المشكلة.

- يتيح الفرصة للعميل ليعبر عن تصوراته وانطباعاته حول المشكلة.
- يوفر جمع المعلومات التي تساعد تحديد الموقف والعوامل المرتبطة به.
- التعرف على العوامل المتفاعلة في المشكلة وتحديدها.
- مراجعة لتاريخ ظهور المشكلة وتطورها

ثالثا : التخطيط

- يتم وضع مجموعة من الاختيارات عن كيفية مواجهة الموقف والعمل على حل المشكلة وتتضمن عملية التخطيط.
- تحديد الاحتياجات.
- تحديد الأهداف.
- تحديد الواجبات والمهام.
- الاتفاق على أساليب تحقيقها.

رابعا : التنفيذ

من خلال هذه المرحلة يتم:

- تنفيذ الأنشطة المهنية.
- تكون هذه الأنشطة في صورة مناقشات، ممارسة سلوك معين، متابعة أفكار ..الخ.

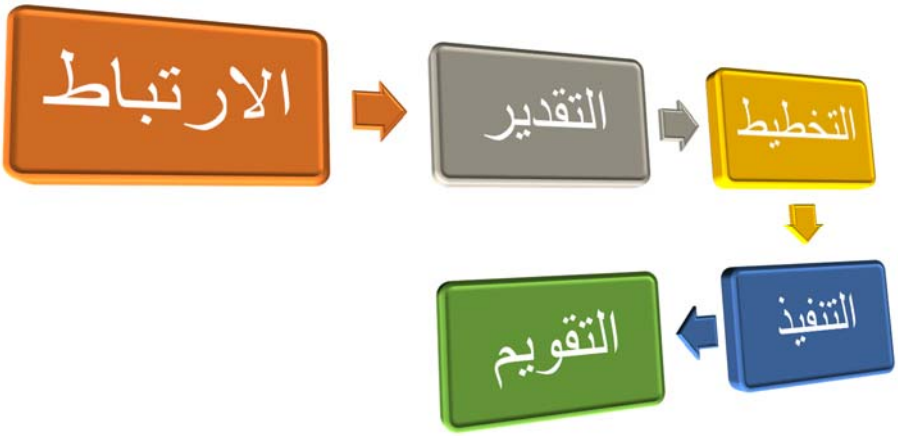
يستخدم الأخصائي أساليب مهنية مثل التشجيع التوجيه

حامسا : المتابعة والانهاء

- يبدأ الإعداد لعملية الإنهاء من خلال المقابلة الأولى بشكل مباشر أو غير مباشر.
- الإعداد المباشر يشمل توضيح أهداف المؤسسة وطبيعة عملها من حيث العمل على تنفيذ الأهداف .

- غير المباشر يتضمن المراجعة الدورية بين الأخصائي الاجتماعي والعميل لما تم إنجازه وتوضيح التغيير ومراجعة قدرة العميل على الاعتماد على النفس بشكل يوحي للعميل أن التقدم على هذه المحاور يعني قرب الانتهاء من العلاقة المهنية والوصول إلى مرحلة الإنهاء.

نموذج حل المشكلة
في ممارسة
الخدمة الاجتماعية



مفهوم التدخل في الأزمات CRISIS INTERVENTION:

هي ممارسة علاجية تستخدم لمساعدة العميل الواقع في أزمة بهدف تعزيز فعالية التكيف والذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى نمو وتغير إيجابي في ذات العميل أو بيئته. ويحدث ذلك من خلال تعرف العميل على المشكلة وتقدير حجمها وأبعادها، وكذلك تعلم سلوكيات جديدة أو أكثر فاعلية لمواجهة مواقف مشابهة ومتوقعة. للتعامل مع العميل وقت الأزمة يستخدم الأخصائيون الاجتماعيون أو المتخصصون الآخرون مداخل وتكنيكات علاجية مختلفة. فردية وجماعية كما يتعاملون مع العديد من الأزمات الموقفية مثل إيذاء الأطفال، تغير المكانة والمنصب، الاغتصاب، المرض أو العجز الجسمي، تعذيب الزوج، الطلاق، الانتحار، الإدمان، الفقد أو الموت، وغير ذلك" (الدخيل, 2006: 65).

قدم كل من Gilliland & James نموذج الست خطوات للتدخل في الأزمات ويتلخص النموذج في ست خطوات هي:

1. تحديد المشكلة
2. الحفاظ على سلامة العميل
3. تقديم الدعم من قبل الأخصائي والبحث عن مصادر الدعم المتاحة
4. فحص الخيارات المتاحة سواء لدى العميل او في بيئته
5. وضع الخطة
6. الخطوة السادسة الحصول على تعهد والتزام العميل

الخطوة الأولى: تحديد المشكلة Define the Problem:

التعرف على المشكلة وتحديدها من وجهة نظر العميل, لأن التعامل مع الأزمة دون فهم وجهة نظر العميل ليس له قيمة, والوصول إلى ذلك يتطلب الاستخدام الجيد لعدد من المهارات وهي: الإنصات, التقبل, الإخلاص والتعاطف.

الخطوة الثانية: الحفاظ على سلامة العميل Ensure client safety:

يحتل أمان العميل وسلامته الأولوية طوال مدة التدخل في الأزمات سواء للعميل أو لمن حوله من الخطر السيكولوجي أو الفسيولوجي, حيث إنه أمر في غاية الأهمية بل إنه لزاما على المختص أن يجعل هذه الخطوة جزءا لايتجزأ من تفكيره وسلوكه طوال تعامله مع الأزمة. سواء كان هذا الخطر واضحا للعيان يمكن ملاحظته أو مخفيا يكتشفه المتخصص من خلال تقديره المستمر للأوضاع.

الخطوة الثالثة تقديم الدعم والمساندة Provide support:

يجب إظهار الاهتمام بالعميل وقبوله وجعله يشعر بذلك من قبل المتخصص في هذه المرحلة , لأن العميل في الأزمات عادة مايشعر بعدم القبول وعدم التقدير وأنه ليس هناك من يحترمه أو يهتم لأمره, والمتخصص هو الذي يجب أن يقبل عميله قبولاً غير مشروط ويشعر بقيمته وإنسانيته أكثر من أي شخص آخرحتى لو كان العميل لايتعامل معه بالمثل. (Hepworth, Dean H, 2010 pp404)

الخطوة الرابعة 4. فحص الخيارات المتاحة سواء لدى العميل او في بيئته Examine alternatives:

تتسبب الأزمة عادة في قصور في رؤية العميل للحلول المتاحة وربما يرى حلا واحدا فقط إذا لم ينجح فليس هناك حل غيره, ودور المتخصص هو مساعدة العميل على اكتشاف البدائل الموجودة للتعامل مع الأزمة. وفحص الخيارات المتاحة يمكن أن نحصره في ثلاثة مصادر:

- أشخاص يهتمون لأمر العميل .
- مهارات تكيفية, سواء كانت هذه المهارات سلوكا معينا, أو طريقة تفكير, أو استخداما لمصادر متاحة للدعم في المجتمع.
- نمط تفكير إيجابي يخفف حدة التوتر والقلق لدى العميل.

ويجب أن ينتبه المتخصص إلى أن العميل خلال الأزمة غير قادر على التعامل مع عدد كبير من الخيارات, وعليه يجب اختيار عدد من البدائل الواقعية المناسبة لاحتياجات العميل.

الخطوة الخامسة وضع الخطط Make plans

يجب الإشارة هنا إلى أمر في غاية الأهمية في هذه الخطوة وهو أن مشاركة العميل في وضع الخطط للتعامل مع الأزمة من أفضل الأساليب العلاجية لمساعدة العميل على الخروج من حالة عدم التوازن من خلال شعوره باستعادة قدرته على التحكم في مجريات الأمور, لذلك لابد أن يكون المتخصص واعيا لأهمية هذه الخطوة.

الأمر الثاني في هذه الخطوة هو الخطة والتي يجب أن تشمل:

1. تحديد مصادر يمكن أن تقدم دعما ومساندة للعميل سواء كانت هذه المصادر أفرادا, جماعات، مؤسسات أو غيرها.

2. تقديم تقنيات وطرق للتكيف وشرحها للعميل بخطوات عملية تطبيقية واضحة تخفف من الضغوط التي يمر بها خلال الأزمة.

يشترط في الخطة أن تقدم خطوات منظمة للتعامل مع الأزمة تتوافق مع قدرات العميل وواقعه. وأخيرا الخطط التي توضع خلال الأزمات الهدف منها هو الوقاية من أثر الأزمة الذي يمكن أن يشل حياة العميل طوال العمر إذا لم نتعامل معه بشكل مناسب. والمقصود من وضع هذه الخطط أو تعليم العميل مثالا للتكيف والتعامل مع هذه الأوضاع سواء على مستوى السلوك, المشاعر أو الأفكار,كما أن هذه الخطط قصيرة المدى عادة مايستغرق تنفيذها دقائق , ساعات أو أيام وليس أسابيع شهور أو سنين.

الخطوة السادسة الحصول على تعهد والتزام العميل Obtain commitment

هناك أمر يجب التنبيه له وهو أنه لا يمكن أن يفرض على العميل الالتزام بالتعهد بتنفيذ الخطة, بل يجب أن يكون هذا قراره واختياره. حيث إن موافقة العميل الاختيارية هي شرط لنجاح الخطة التي وضعت للتعامل مع الأزمة. والذي يسهل الحصول على التعهد والتزام العميل هومشاركته في وضع الخطط و احترام رأيه ومراعاة استقلاليته. و التعهد في الأزمات يتميز بأنه قصير وسريع ويمكن أن يكون لفظيا شفهيا, من خلال الطلب من العميل بإعادة الخطة شفهياً, أو عن طريق وضع االمتخصص يده بيد العميل والتعهد بتنفيذ الخطة, يستثنى من ذلك إبرام العقد عندما يتعلق الأمر بوجود خطر على حياة العميل مثل حالات الانتحار أو تهديد الحياة من قبل شخص آخر, فإنه لابد من إبرام تعهد كتابي ويتم التوقيع عليه من الطرفين.

جدول رقم (3) يوضح ملخص لاهم المداخل العلاجية التطبيقية الأكثر انتشارا في تعليم الخدمة الاجتماعية في التدخل المهني مع الحالات الاكاديمية وحقول الممارسة .

عملية المساعدة في الخدمة الاجتماعية HELPING PROCESS IN SOCIAL WORK	مدخل حل المشكلة Problem Solving	مدخل الانساق الأيكولوجية Ecological System Theory
عملية المساعدة تسير وفق ثلاث خطوات أو مراحل أساسية هي: 1- مرحلة الاستكشاف والتقدير والتخطيط 2- مرحلة التطبيق وإنجاز الأهداف 3- مرحلة الإنهاء والتقويم مفاهيم وفلسفة النموذج يقوم على الاتي: 1- تأسيس أو تكوين العلاقة. 2- استكشاف مشكلة العميل من خلال استنباط واستخراج المعلومات عن العميل والمشكلة والعوامل البيئية 3- تشكيل التقدير متعدد الأبعاد multidimensional assessment 4- تعزيز الدافع enhancing motivation 5- التفاوض المشترك بشأن أهداف عملية المساعدة وتشكيل العقد contract . - العوامل الثقافية :cultural factors 4) تعزيز الدافع لدى العميل: 5) التفاوض بشأن الأهداف وتشكيل العقد:	هو مدخل جمع بين مناطق الاختلاف والاتفاق للنظرية التحليلية سيكولوجية الذات والنظرية الوظيفية والدور الاجتماعي اطلق عليها بيرلمان 1957 مدخل لحل المشكلة او عملية المساعدة . ينطلق المدخل من قواعد هي : أ- لكل فرد طريقته وقدراته لحل المشكلة التي يواجهها بأسلوبه الخاص . ب_ اذا ما فاجأته مشكلة حاد غير مألوفة يفقد للحظات ديناميكية اسلوبه المألوف ليعجز مؤقتاً عن مواجهتها . ج - عملية المساعدة هي عملية متدرجة دينامية تعتمد على عمليات العون النفسي اولا لتخليص العميل من المضاعفات النفسية للمشكلة . د - الدراسة للمشكلة تكون مشتركه كما يراها العميل والاخصائي . هـ - تشخيص المشكلة هي بدورها عملية مشتركة لا تبحث عن اسبابها ولكن العوامل الاكثر ارتباطا بالمشكلة . و_ الاتفاق سويا على خطوات العلاج الممكنة والمتاحة . ع- العمليات كلها عمليات شعورية لا يهمها الماضي البعيد ولكن الحاضر والمستقبل . خطواته : 1- الارتباط 2- التقدير 3- التخطيط 4- التنفيذ 5- التقويم	يقوم الأساس النظري لهذا المدخل على فكرة أساسية مؤداها أن: 1- الكائن الإنساني يحاول بشكل مستمر أن يشبع احتياجاته، وينمي خبراته ومهاراته، ويحقق التوازن في التفاعل مع المجتمع بأنساقه المختلفة. 2- أن الإنسان يعتبر جزءاً أساسياً من البيئة التي يعيش فيها فإنه في تفاعل مستمر معها تؤثر فيه وبتأثر بها. 3- ومن هنا فإن عدم قدرة الإنسان على تحقيق وإشباع احتياجاته بشكل متكامل أو نتيجة الضغوط التي قد تنتج من نوع التفاعل مع البيئة أو نتيجة الصراعات التي قد تحدث نتيجة لتعقد العلاقات والمصالح أو نتيجة لعدم التوازن في مستويات القوة والتأثير. 4- ونظراً لتعدد وتشابك العوامل المرتبطة بمشكلة ما فإنه لا يمكن لنظرية واحدة أو نموذج عملي واحد " "Modelأن يقدم تفسيرات كاملة للسلوك الإنساني وطبيعة المشكلات والعوامل التي تؤثر فيها

• ملخص ارشادي للنماذج والنظريات العلاجية (جدول)

لنماذج والنظريات العلاجية – طلال الاسمري 2019 (1)

النموذج	نبذه مختصره عنه
علاج الإيقاع الشخصي المتناسق	هو أحد طرق العلاج النفسي الاجتماعي الذي يستعمل في الكثير من المشكلات النفسية الاجتماعية مثل الكآبة والقلق وتعكر المزاج الثنائي القطب وحالات نفسية أخرى ويستند على مساعدة المريض في العيش بتناغم مع الأشخاص القريبين والمحيطين بالشخص مثل افراد العائلة بواسطة تشخيص الأساليب الغير المرنة التي يستعملها شخص معين في تعامله مع الأخرين اما نتيجة لأعراض بعض الأمراض النفسية أو نتيجة لصفات متأصلة في شخصية الأنسان. ويكمن أهمية هذا العلاج بكونه يستهدف عوامل التوتر الخارجية ومن ضمنها العلاقات الشخصية التي تلعب في بعض الأحيان دورا كبيرا في تسبب نوبات الكآبة فيقوم المحلل النفسي أو الطبيب النفسي باستطلاع الطرق الغير السليمة التي يستعملها الشخص عندما يواجه توترا خارجيا فهناك على سبيل المثال طرق غير سوية قد يستعمل من قبل البعض مثل اللجوء إلى الكحول لمواجهة المشاكل أو الانفعال الشديد والصراخ عند حدوث خلافات وهنا يلعب المتخصص النفسي دورا في تثقيف الشخص ان الأنسان في حالة الأنفعال والقلق وحسب قوانين جسمية ثابتة سوف يستقبل اقل كمية من الدم إلى خلايا الدماغ حيث يتم ضخ كمية أكبر من الدم إلى اطراف جسم الأنسان ليساعده اما في الدفاع عن نفسه أو الهرب لأنقاذ حياته وهنا فاي كلمة أو قرار يتفوه به الشخص في لحظة الانفعال هذه تكون غير موضوعية ويقوم الاخصائي الاجتماعي بمساعدة المريض في تكوين قائمة بالمواقف التي تسبب انفعالا أو احباطا في ذلك الشخص ويقوم بتمرين المريض على استعمال طرق أكثر فعالية مثل تجنب اتخاذ القرارات في لحظة العصبية أو الأبتعاد عن الموقف أساسا أو مساعدة المريض في تحليل سبب كون ظاهرة معينة او المرض وما يرتبط به عامل احباط من الأساس. ويفضل في مثل هذا النوع من العلاج ان يتم في حظور الأشخاص الذين يتعايشون مع المريض بصفة يومية مثل افراد العائلة أو الزملاء في العمل والفكرة النهائية هي مساعدة جميع الأطراف في تحديد العوامل التي تسبب التوتر ومساعدتهم على انتهاج اساليب عملية لحل هذه الخلافات.
العلاج العائلي	هو إحدى أساليب العلاج النفسي الاجتماعي الذي يستعمل في الكثير من المشكلات النفسيه الاجتماعية مثل الاكتئاب والقلق وتعكر المزاج وحالات نفسية أخرى ويستند على مساعدة المريض في حل مشاكله مع افراد عائلته بدل القاء اللوم على افراد العائلة. حيث يقوم الاخصائي الاجتماعي الارشادي والعلاجي عادة مع شخصين أو أكثر من نفس أسرة المريض في كل جلسة من خلال الجلسات يستمع المختص الاجتماعي إلى شكوى ومعاناة افراد الأسرة ويقوم أيضا خلال استماعه إلى ملاحظة كيفية الحوار والتعامل بين الأشخاص الموجودين في الجلسة ويتم مساعدة الأفراد في ايجاد حلول للمشاكل الرئيسية التي تهدد ترابط الأسرة كوحدة واحدة وهذه مهمة صعبة على أرض الواقع لان اي مشكلة تحدث في العائلة لها أسباب متعددة مثل الوضع الأقتصادي للأسرة والصحة النفسية لافراد الأسرة ولهذا فان مجرد حظور هذه الجلسات مع عدم حل المشاكل الأخرى ستكون عديمة الجدوى ولكن الفكرة هنا تكمن في تثقيف اعضاء الأسرة بالجلوس فيما بينهم والتحدث بصراحة ووضع جدول لخطوات معينة قد تؤدي في المستقبل إلى تحسين قدراتهم الذاتية على الحوار بدون استعمال وسيط خارجي.

النماذج والنظريات العلاجية – طلال الاسمري 2019 (2)

النموذج	نبذه مختصره عنه
العلاج السّلوكيّ المعرفيّ	هو أحد طرق العلاج النفسي الاجتماعي الذي يستعمل في الكثير من المشكلات الاجتماعية والنفسية والأسرية كالكآبة والقلق وتعكر المزاج وحالات نفسية أخرى ويستند على مساعدة المريض في ادراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغيرها إلى افكار أو قناعات ايجابية أكثر واقعية وستعمل هذا النوع من العلاج بصورة متزامنة مع الأدوية المستعملة لعلاج الكآبة.
العلاج الواقعي	إلى البشر على أنهم مسؤولون عن اختياراتهم لما سوف يعملون، بمعنى أن الأسلوب العلاجي يعتمد على الحاضر والمستقبل، أكثر من اعتماده على الما ضي، فجميع المشكلات هي في الزمن الحا ضر، حتى ولو كانت جذورها تمتد إلى الزمن الماضي، كما ينظر الأسلوب العلاجي إلى مشكلات العملاء على أنها نوع واحد تتمثل في "نقص عن الحد المأمول والكافي من التفاعلات والعلاقات الاجتماعية"، ومن هذا المنطلق فالمعالج الناجح هو الذي يستطيع أن يساعد العميل في تحقيق الفاعلية في علاقاته ومن ثم -وفي خطوات لاحقة- مساعدة العميل على تعلم أساليب أكثر فاعلية في سلوكياته وتصرفاته. يرى "جلاسير" (Glasser, 1998) بأنه ليس من الضروري إخبار العميل بما يعاني منه، وهو في هذه النقطة يشير إلى أن الهدف من ذلك ضمان نجاح الأسلوب العلاجي، مؤكدا مرة أخرى على أنه يمكن إخبار العميل عند الضرورة القصوى. والتشخيص وفقا للعلاج الواقعي هو وصف لتصرفات العملاء التي اختاروها عند تفاعلهم مع الآخرين والتي سببت لهم الألم والمتاعب والإحباطات الداخلية وأشعرتهم بعدم الرضا الآني عن علاقاتهم مع الآخرين. والعملاء على ذلك الحال ليسوا مرضى عقليين، كمرضى الزهايمر، والصرع، وأمراض الدماغ الأخرى، الذين من المفترض أن يتم علاجهم أساسا لدى أطباء الأعصاب. والعلاج الواقعي يتوقف بالدرجة الأولى على تعليم العملاء كيف يمكن أن يكونوا أكثر فاعلية من حيث اختيارهم للتصرفات والسلوكيات التي يحتاجونها لتحقيق التفاعل مع الآخرين في حياتهم اليومية. فنظرية الاختيار تشرح كيفية اختيار التصرف الذي يحسن العلاقات، وعلى هذا، ومن ذلك المنطلق، تعليم نظرية الاختيار للعملاء جزء هام من العلاج الواقعي. ونتيجة لذلك يمكن قياس استفادة العميل من العلاج الواقعي، بمدى قدرته على اختيار تصرفاته وسلوكياته بكفاءة.

-3-النماذج والنظريات العلاجية – طلال الاسمري 2019

النموذج	نبذه مختصره عنه
الاتجاه النفسي الاجتماعي psychosocial approach	هذا المصطلح نجد أنه يشير إلى إطار النظرية التي تؤكد الحاجة إلى الدراسة المزدوجة والمتكاملة للإنسان النفسي والإنسان الاجتماعي؛ أي علاقة الإنسان بنفسه، وعلاقة الإنسان بالأشخاص الآخرين، وعلاقته داخل النظام الاجتماعي الاتجاه النفسي الاجتماعي من حيث المبدأ ، معني بالكثير من التركيز والتمحيص في الواقع النفسي للإنسان، والتفاعل الاجتماعي الذي يعيشه، وتفاعله مع من حوله. ويدعو الاتجاه إلى فهم لقواعد التحليل النفسي، وذلك لكي يتمكن المعالج من التعامل مع القوى النفسية. فيستطيع أن يضع يده على مواطن الخلل. الأمر الذي يؤدي إلى وضع خطة علاجية ناجحة للعملاء. والدعوة إلى فهم قواعد التحليل النفسي، مردها أن الاتجاه يعود بجذوره الأولى إلى نظرية التحليل النفسي لعالم النفس الشهير "سيجمند فرويد" S. Freud.
أساليب المعونة النفسية "تدعيم الذات":	كالعلاقة المهنية والتأكيد والتعاطف والمبادرة الافراغ الوجداني " التنفيس " وتستهدف إزالة المشاعر السلبية التي ارتبطت بالموقف الإشكالي لحاله ن م كحاله من الحزن والاكتئاب و لتخفيف حده المشاعر المصاحبة للمشكلة أو إزالتها، وايضا تهدف الى ازالة أو تخفيف حده القلق أو الغضب الواضحة أو المكظومة (عمدا) والتي نشأت نتيجة المشكلة ، فأفقدت مؤقتا قدرات الذات علي التماسك والاستقرار . **1 - العلاقة المهنية:** هي الشريان الرئيسي لكافة أساليب العلاج ويتحقق من نموها تدعيما لذات العميل وتخفيفا لتوتراته لما توفره من عوامل أمن وثقة واستقرار. **2- التأكيد :** **3- التعاطف :** **4 - المبادرة:** **5 - الإفراغ الوجداني (التنفيس):**

-4-النماذج والنظريات العلاجية – طلال الاسمري 2019

النموذج	نبذه مختصره عنه
العلاج النفسي الممركز حول المريض Client-Centered Therapy :	وتعتمد هذه الطريقة في العلاج على "نظرية الذات" حيث يقوم المعالج النفسي بالإصغاء لكل ما يقوله المريض ملتزماً الجانب السلبي دون توجيه أوامر أو فرض الرأي بل يناقش ما يريد المريض مناقشته من مواضيع تاركاً للمريض الفرصة لفهم مشكلته والتعبير عن انفعالاته. ويهدف العلاج النفسي المركز حول المريض إلى أحداث التطابق بين الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي ومفهوم الذات الاجتماعي.
العلاج السلوكي Behavior Therapy :	يعتبر العلاج السلوكي نوعاً جديداً من العلاج النفسي لتعديل السلوك المضطرب، ويعتمد هذا النوع من العلاج على نظرية التعلم الشرطي حيث ترى أن المرض النفسي ما هو إلا أمراً متعلماً اكتسبه الفرد من خلال عادات سيئة، لذلك يقوم المعالج بمحاولة تجريد المريض من هذه العادات وحل مشاكله السلوكية وتعديل سلوكه المضطرب وتنمية السلوك السوى لديه مستخدماً مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي.
التحليل النفسي Psychoanalysis :	يعتبر التحليل النفسي أهم أنواع العلاج النفسي ويستند إلى نظرية التحليل النفسي التي ترى أن تكوين الشخصية يقوم أساساً على الصراع بين الهو والأنا والأنا الأعلى، ويقوم العلاج على أساس إفصاح المريض عن كل ما يدون في نفسه حيث يقوم المحلل النفسي باستكشاف ما يكمن في اللاشعور من خبرات وذكريات والتي لها الأثر السلبي في المرض، ويقوم المحلل باستدراج هذه الخبرات من اللاشعور إلى حيز الشعور وذلك عن طريق التداعي الحر ومساعدة المريض كي يبوح عما في نفسه بهدف استبصاره وإعادة بناء شخصيته على أساس صحي سليم.

النماذج والنظريات العلاجية – طلال الاسمري 2019 (5)

النموذج	نبذه مختصره عنه
نظرية الدور الاجتماع ي	• : حيث ترى هذه النظرية أن المشكلة الفردية السلوك – الموقف الاشكالي تحدث عندما يفشل الفرد في أداء دور أو أكثر من الأدوار الاجتماعية أو إذا حدث تعارض بين المتطلبات والوظائف المختلة لأدوار الفرد أو تعرض لمعوقات معينة.
نظرية التفاعل الرمزي:	• يرى أصحاب هذه النظرية أن السلوك يتم تعلمه من خلال عملية التفاعل، فسلوك العنف يتعلمه الأبناء بنفس الطريقة التي يتعلمون فيها أي نمط آخر من أنماط السلوك الاجتماعي.
النظرية السلوكي ة " نظرية التعلم الاجتماع ي	• من أنصار هذه النظرية (ألبرت بأندورا) حيث يرجع السلوك إلى انه متعلم، وأن الأفراد ينتهجون سلوك (موقف اشكالي – مشكلة حل) لأنهم تعلموا هذه السلوكيات في مرحلة ما ،وان الطفل يتعلم سلوكًا جديدًا بمجرد مراقبته لطفل أو شخص يمارس مثل هذا السلوك أو من خلال محاكاته لسلوك الآخرين ،وأن الإنسان يتعلم السلوك من المجتمع حوله سواء كان ذلك في الحياة اليومية في الأسرة أو المدرسة أو وسائل الإعلام
مقارنه بين المداخل السلوكي ة والمعرفية والتحليل ية	**مقارنة بين المدخل السلوكي والتحليلي والمعرفي- السلوكي** مثيرات ← انفعال (المدخل السلوكي) مثيرات ← دوافع لا شعورية ← انفعال (المدخل التحليلي) مثيرات ← معنى خاص ← انفعال (المدخل المعرفي-السلوك

الفصل الثالث : مهارات دراسة الحالات

- مهارات الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية
- تعريف المهارة.
- أنواع المهارات .
- المهارات الأساسية .
- المهارات المتقدمة .

مهارات الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية

تمهيد :

المهارة هي خبرة وقدرة مهنية ترتبط بخطوات محددة تسعى للوصول إلى نتيجة معينة.

وتتمثل المهارات في ترجمة كل من المعارف والقيم المهنية في عملية التدخل المهني.

ويصنف استخدام المهارات إلى:

- مهارات الاتصال الشخصي وهي مهارات أساسية في المقابلة. مثل طرح السؤال، إعادة الصياغة، الصمت، الملاحظة.
- مهارات التأثير لإحداث التغيير وترتبط بالأنشطة الموجه في عملية التدخل المهني مثل التفسير، التوضيح، المواجهة.

ويمكن أن تقسم المهارات إلى:

أ- **مهارات أساسية**Basic Skills:

وتهدف إلى التعرف على المشكلة وأبعادها وجوانبها وذلك عن طريق بناء علاقة مهنية فعَالة مع العميل.

ب- **مهارات متقدمة:**

وتعرف بمهارات التأثير, وتستخدم للمساعدة على تغيير الموقف وتعديل الظروف سواء بتنمية قدرات العميل وتطوير خبراته أو بتزويده مهارات ومنظومات جديدة للتفكير والتحليل.

ويستخدم الأخصائي مجموعة من المهارات الأساسية مع جميع العملاء بهدف اكتساب ثقة العميل وإزالة مخاوفه وإعطائه شعوراً بالأمان وبناء الارتباط الشعوري المهني بينه وبين العميل, وباستخدام هذه المهارات يستطيع المرشد أن يتعرف على جوانب المشكلة وأبعادها.

<u>وتشمل المهارات الأساسية:</u>

1) التواصل والاستجابة والاستماع:

يستخدم الأخصائي حاسة السمع لسماع مشكلة العميل ويرصد ما يقوله من خلال الإنصات والإصغاء الواعي, وبملاحظة أشكال الاتصال غير اللفظية من خلال تعبيرات العميل وإشاراته الجسدية وانفعالاته الداخلية, ويستجيب الأخصائي للغة العميل ومقالاته بطريقة تعمل على تشجيع العميل لكي يشارك بأحاسيسه ومشاعره وأفكاره تجاه المشكلة.(سليمان,2005,121)

وتسمى المهارات التعبيرية :وهي التي يستخدمها الاخصائي لتشجيع عملائه للتعبير عن مشاكلهم ومشاعرهم بكل حرية ,ومعرفة تأثيرها عليهم ,ومساعدتهم للتعامل معها(ابوعباة,1420,297)

الإصغاء الواعي للعميل وإعطائه الإيحاء بأنه يستطيع مشاركة وعرض كل مشاعره وانفعالاته وأفكاره من أهم المهارات الافتتاحية.

وهناك مجموعة من مهارات الاستجابة اللفظية يستخدمها الأخصائي وتعطي انطباع للعميل بأنه ينصت له ويستمع باهتمام إلى ما يقوله, وذلك مثل مهارات الإيقاع أي وتيرة العميل في الحديث ومعدل تنفسه وأسلوب صياغته للجمل, أي يركز الأخصائي على نبرة الصوت, وسرعته, بطئه, ويحاول أن يتوافق إيقاعه من إيقاع العميل.

أما مهارات الاستجابة فتكون باستخدام الأخصائي بعض العبارات التي تنقل للعميل شعور وأحاسيس الأخصائي بوصفه شريكاً في عملية المساعدة.

1) المقابلة المهنية: والتي تعرف بانها((محادثة موجهة لغرض محدد)) قد تكون لتحسين الجوانب المعيشية.

وعرفت بانها وسيلة شفوية مباشرة او عن طريق الهاتف يتم خلالها سؤال فرد او خبير عن معلومة لاتوجد في الكتب أو المصادر الاخرى.

على الاخصائي الاجتماعي أن يكون حصيفاً في تنفيذ عملية المقابلة ,من خلال تبني علاقة مهنية قوية مع العميل وإبداء رغبة قوية وصادقة في مساعدته والوقوف الى جانبه في مشكلته (الشهراني,1434)

ويمثل عنصر المقابلة المدخل الأساسي عند التقاء طرف ما بآخر لما فيها من كشف لطبيعة كل طرف وما يمكن تكوينه من انطباعات ,وانعكاسات أولية تخص الهدف الذي من اجله تم إجراء المقابلة (الشهراني,138,1428)

المقابلة المهنية: والتي تعرف بانها((محادثة موجهة لغرض محدد)) قد تكون لتحسين الجوانب المعيشية.

2) الأسئلة Questioning:

تستخدم مهارة الأسئلة للتعرف على الحقائق والمعلومات المتعلقة بالموقف الذي يواجه العميل, ومساعدته على الاستمرار في عرض جوانب المشكلة وأبعادها وتفهم مشاعر وأفكار واتجاهات العميل تجاه المشكلة.

ومن الأهمية أن يستخدم الأخصائي الأسئلة فقط لجمع المعلومات وتفهم ظروف العميل, وليس بهدف الاستجواب أو التحقيق.

وتوجيه الاسئلة يعتمد عليه الاخصائي لطلب المعلومات ,واسترجاع الغامض منها وتوضيحها, ومعرفة الانطباعات النفسية للعملاء ,كما تساعد هذه العملية العملاء على فهم أنفسهم ,وتعلم مهارات جديدة.(ابوعباة,307,1420)

ومن الخصائص الأساسية لمهارة الأسئلة:

أ- تساعد على بدء المقابلة وتشعر العميل بالطمأنينة والارتياح.

ب- التعرف على تفاصيل الموقف وتوضيحه.

ت- تساعد الأسئلة في التعرف على المعلومات والأحداث بشيء من الدقة والتحديد.

ث- تساعد في التعرف على معلومات أساسية ترتبط بعملية التقدير.

ج- تساعد العميل على التفكير في أبعاد أخرى للمشكلة.

ح- تستخدم الأسئلة بهدف ضبط إيقاع وسير المقابلة.

خ- تحقق الأسئلة أغراض متعددة مثل الاستكشاف, مواجهة النفس, فهم الذات.

الأنواع الأساسية للأسئلة:

- أسئلة ذات أبعاد إدراكية معرفية تتناول الخبرات والآراء
- أسئلة تتلمس الأحاسيس تجاه حدث بذاته ولها أبعاد شعورية وانفعالية
- الأسئلة التجريبية التي تركز على الأحداث وتفاصيلها

3) مهارة الصمتSilence:

من الضرورة تفهم لحظات الصمت أثناء المقابلة, فكثير من الأخصائيين الجدد يشعرون بالقلق عندما يصمت العميل, ولكن لحظات الصمت التي قد تستمر من ثانية إلى عشرين ثانية تعطي للعميل الفرصة لالتقاط أنفاسه, وترتيب أفكاره, والتفكير في النقطة التالية التي سوف يعرضها وأيضاً يحتاج العميل لحظات الصمت للتعامل مع المشاعر الحرجة والمؤلمة التي قد تم استدعاؤها وتذكرها في المقابلة, كذلك بالنسبة للأخصائي مهمة لحظات الصمت للتفكير في الموضوع أو السؤال الذي سيطرحه.(والصمت يعتبر أسلوباً غامضاً من أساليب الاتصال لإنه يفشل في تحديد مايريد المرسل من المستقبل أن يفعله)(علي,171)

4) الارتداد التعبيري Reflection :

يقوم الأخصائيين في أثناء المقابلة باستخدام هذه المهارة على شكل ترديد مقطع من الجملة التي قالها العميل وتعتبر ذات أهمية ودلالة لموقف معين أو شعور معين لدى العميل, وهناك نوعان للارتداد التعبيري هما:

- ارتداد المشاعر: يتركز في مهارة الأخصائي في تلخيص وعكس الشعور للعميل مثل (يبدو من كلامك انك متأثر جداً)
- ارتداد الأفكار: يعرض الأخصائي الأفكار التي يشاركها العميل أثناء الحديث مثل(من حديثك يبدو انك تفكر في.....)

وتفيد هذه المهارة في الآتي:

أ- أن العميل يدرك اهتمام ومتابعة الأخصائي لحديثه.

ب- يعطي العميل الفرصة لأن يستمع إلى كلماته.

ت- يعطي الارتداد التعبيري الفرصة للعميل للاستطراد في الحديث حيث أنه يأخذ الكلمة أو مقطع العبارة التي رددها المرشد ويكمل شرحها وتحليلها.

ث- يعطي العميل فرصة لإعادة التفكير فيما قاله، فيؤكده أو يتراجع عن العبارة.

الارتداد التعبيري للمشاعر يتركز في مهارة المرشد في تلخيص وعكس شعور العميل.

أما الارتداد التعبيري للأفكار فيتضح في مهارة الأخصائي في عرض الأفكار التي يشاركها العميل، ومن المهم هنا أن يكون الأخصائي حذراً من أن يضيف أو يستنتج أية مشاعر أو أفكار لم يعرضها العميل أثناء المقابلة، لأن ذلك سيعطي انطباع للعميل بأن الأخصائي لم يتفهم مشاعره أو يتعرف على أفكاره بدقة.

5) إعادة الصياغةParaphrasing:

هذه المهارة تعني أن يقوم الأخصائي بإعادة ما قاله العميل بكلمات ومعان أخرى، وتفيد صياغة عبارات العميل في مواجهة ما قاله حين يسمعه من الأخصائي فيؤكده أو يعيد ما قاله، وباستخدام الأخصائي لهذه المهارة يساعد العميل في التعرف على مشاعره وأفكاره بدقة وموضوعية.

6) التركيز Focusing:

لكون الأخصائي يتعامل مع أحداث ومواقف وانفعالات كثيرة متشابكة ومعقدة, تنبع أهمية مهارة التركيز والتي يمكن أن تساعد في:

- التركيز على الجوانب الرئيسية من الموقف مثل التفاصيل والأحداث المرتبطة بالمشكلة.
- تتبع مشاعر العميل وأفكاره من الموقف, كالتفاصيل والأحداث والتطورات المرتبطة بالمشكلة.
- يدرك ويتتبع الأخصائي مشاعره وأفكاره الذاتية المرتبطة بالمشكلة المعروضة.
- يتتبع الأخصائي ويحدد الإجراءات والخطوات العملية التي سيتم اتخاذها أو تطبيقها.

7) التلخيص Summarizing:

ويتضمن الملخص من قبل الأخصائي عرض للحوار والانفعالات والآراء التي تم عرضها في المقابلة, بانتقاء الأساسيات والجوانب الرئيسية وتلخيصها للعميل من وقت لآخر.

بالإضافة لأي معلومات أخرى مرتبطة مثل نتيجة تقرير طبي, أو تقييم نفسي تم تطبيقه على العميل.

ويتم استخدام أنواع للتلخيص وذلك حسب مراحل المساعدة:

أ. التلخيص المرحلي:

ويستخدم هذا النوع للانتقال من جانب في المقابلة إلى نقطة أو إلى موضوع آخر, ويهدف للتركيز على النقاط والمواضيع الرئيسية التي تم طرحها من قبل العميل ليوافق عليها أو يستدرك نقطة أخرى فيذكرها ويلاحظها الأخصائي.

ب. التلخيص الاستهلالي:

ويستخدم في بداية المقابلات بعد الأولى, بغرض تذكير العميل بما تم عرضه في المقابلات السابقة, وتجهيزه لما سوف يتم مناقشته في هذه المقابلة.(الشهراني,1434)

ت. التلخيص النهائي:

عند نهاية كل مقابلة، وذلك لعرض ما تم مناقشته والتوصل إليه في المقابلة, وذلك لمساعدة العميل على حصر الحقائق والتفكير في أنشطة المقابلة, والأهداف التي تم عرضها والمهام التي عليه أن يقوم بها حتى موعد المقابلة القادمة.

8. الملاحظة Observation:

بهدف تكوين صورة متكاملة عن المشكلة وأبعادها بملاحظة الجوانب الشخصية للعميل, والجوانب اللفظية وغير اللفظية وملاحظة المظاهر المادية والانفعالات, والكلمات, والأسلوب... وغير ذلك من مؤثرات على واهم مايستخدمه الأخصائي من أنواع الملاحظة هي الملاحظة السلوكية الشخصية.(نوري,115,1431)

9. التسجيل Recording: يقوم الأخصائي بتسجيل النقاط الرئيسية والمفاتيح اللغوية التي تستخدم في صياغة المقابلة بعد الانتهاء منها.

أنواعه:

1. **قصصي:**تسجيل كل مايحدث من البداية وحتى النهاية بطريقة قصصية وواقعية يستخدم مع الحالات الفردية.
2. **الموضوعي:**يتم فيه تحديد اهم الموضوعات ويراعى التسلسل المنطقي في العرض,مع وضوح وتوافر كافة البيانات .
3. **تلخيصي:**وضع تلخيص شامل لكل ما انجزه الاخصائي الاجتماعي في موقف بعينه ,أي تلخيص ماحدث دون شرح للأدوار التي قام بها العملاء(الشهراني,1434)
4. **التسجيل الاكاديمي:**وضع نمط اكاديمي ,واستخدام اللغة المهنية والمصطلحات التي تمت دراستها.
5. **التسجيل الموقفي:** تعتمد على عرض المواقف الاساسية في التعامل مع الحالات المختلفة وتسجيل بعض المواقف.
6. **التسجيل المؤسسي:** تقوم المؤسسة بتحديد البيانات التي تحتاجها في تحقيق اهدافها ,وترتبط هذه بوظيفة المؤسسة والمجال الذي تعمل فيه.

المهارات التأثيرية (المتقدمة)Influencing(Advanced)Skills:

وتستخدم بمرحلة متقدمة من مراحل المساعدة للتأثير في الحالة وتحقيق عملية التغيير, وهذه المهارات تستخدم بطريقة انتقائية أي أن الأخصائي يطبق المهارة حسب الموقف وبناء على طبيعة وظروف الحالة, والمهم إلا يكون استخدام المهارات التأثيرية في المراحل البدائية, لأن تطبيق هذه المهارات يتطلب نمو العلاقة المهنية وتواصلها بين الأخصائي والعميل, واستخدام هذه المهارات في غير وقتها يؤدي لنتائج وآثار عكسية, وتتضمن هذه المهارات:

1. التفسير Explanation:

عبارة عن اقتراح يتجاوز رأي العميل,او هو وجهة نظر الاخصائي ورأيه الشخصي بشان ملاحظات العميل وأفكاره ومشاعره المرتبطة بالمشكلة.

2. التوضيح Clarification:

ويستخدمها الأخصائي عندما يبني العميل أحكاماً وتحليلات لا تستند على حقائق موضوعية, مثل أن يتعصب لرأيه ويعيش مع الأفكار والآراء الذاتية.

3. التعبير الذاتي Self-Disclosure:

وهي من المهارات التي تستخدم بحذر مع العميل الذي لا يتقدم ولا يبذل جهوداً حقيقية في سبيل التعامل مع مشكلته هنا يتدخل الأخصائي وليس بشكل شخصي ولكن بوصفه خبيراً وممارساً مهنياً, فالأخصائي يوضح للعميل ضرورة تغيير بعض الاتجاهات, واتخاذ بعض الخطوات العملية من قبل العميل حتى يتم إجراء بعض التقدم في الحالة والتوضيح للعميل بأنه بعدم وجود الدافعية والايجابية لديه فإن الحالة قد تتعرض للإنهاء.

4. المواجهةConfrontation :

هناك تحفظات على استخدام هذه المهارة في الأوقات والظروف غير الملائمة لما قد تسببه من مشكلات في العلاقة وما قد تحتويه من احتمالية عدم تفهم أغراضها.

والمواجهة بشكل أساسي تعني كشف التناقضات وعدم المواءمة، ووفقاً لطبيعة البشر فإن هذا الأسلوب قد يعتبره الفرد نوعاً من الهجوم الشخصي أو محاولة إحراجه والتقليل منه, وهناك شروط لاستخدامها:

أ- أن لا تستخدم إلا بعد توطيد العلاقة المهنية.
ب- أن لا يكون هناك وسيلة أخرى للتخلص من ركود عملية المساعدة.
ت- أن تستخدم بطريقة مهنية وليس بشكل شخصي الهدف منه إحراج العميل, أو معاقبته.

5. النتائج المنطقية للسلوك Logical Consequences:

العميل يتصرف بأسلوب أو بآخر وذلك حسب تفكيره ورؤيته الذاتية للأمور, وبالتالي يستخدم الأخصائي مهارة توضيح النتائج المنطقية لمساعدة العميل على التفكير والتوقع والتحليل للأمور وطبيعة التفاعلات بحيث تتكون لديه رؤية ومفهوم مختلف عن توقعات الأمور, وهناك ضرورة لإن يصل العميل بنفسه لهذه النتائج المنطقية بناءاً على مساعدة الأخصائي له.

6.الإرشاد المباشرDirective ness:

يخطئ كثير من الأخصائيين الاجتماعيين عندما يعتقدون أن النصح والإرشاد المباشر هو من الأساليب التي يعتمد عليها الأخصائي في مساعدة العميل, بل إن كثير منهم يستخدم هذا الأسلوب بشكل مباشر في تحقيق عملية المساعدة, لذلك فالممارسة العامة ترى أن عملية المساعدة تتوقف على العمليات المهنية التي تقوم على الأساليب العلمية وفقاً لمعايير محددة, ولذلك فمن الخطأ المهني أن يتركز دور الأخصائي الاجتماعي على تقديم النصح المباشر ويخبر العميل ما يجب أن يفعله, حيث أن هذا الأسلوب لا ينظر إليه كأحد أساليب التدخل المهني, ولكن الإرشاد المباشر كمهارة تعني شيئاً آخر حيث يعتبرها معظم الممارسين الاجتماعيين مهارة مهنية يستخدمها الأخصائي في ظروف معينة حسب تطور واحتياج الحالة فهي لا تستخدم مع جميع العملاء ولا يتم تطبيقها إلا بعد أن تتطور العلاقة المهنية وتتوثق.

وتتعلق هذه المهارة بقدرة الأخصائي على اكتشاف احتياج العميل لآداء مهمة معينة أو القيام بنشاط معين فيساعده على تفهم هذه المهمة والخطوات المرتبطة بها.

مهارات متقدمة في دراسة الحالات :

الهدف العام اكساب المتدرب مهارات دراسة الحالات

1- مهارة جمع المعلومات .

2- مهارة السؤال والاستقصاء .

3- مهارة التسجيل .

4- الارتباط وتكوين العلاقة المهني

مهارات متقدمة في دراسة الحالات :

أولا : مهارة جمع المعلومات .

أساليب جمع المعلومات هي :

1- الملاحظة .

2- المقابلة .

3- دراسة الحالة .

4- مؤتمر حالة

5- الاختبارات والمقاييس .

- **يلجأ الاخصائي الاجتماعي إلى استخدام أساليب مُعيّنة يستطيع من خلالها جَمْع بيانات، ومعلومات عن حالة الشخص العميل ؛ بهدف الوصول إلى التشخيص المناسب لمختلف المشكلات التي يُواجهُها ، والتنبُّؤ بها ، ومحاولة حلِّها ، وتقويمها ، ومعالجتها خلال فترة زمنيّة قصيرة ، ومن أهمّ هذه الوسائل**

❑ **الملاحظة المهنية** تفيد في مايقوله العميل لفظيا وما لايقوله لفظيا

❑ **سلامة الحواس ، اليقظة وسرعة البديهة ، سلامة التقديرات والمقاييس ، التهيؤ النفسي والجسمي للمقابلة ، القدر على التمييز بين الصفات المختلفة ، الإدراك العقلي ، عدم التحيز ، النضج الانفعالي هذه شروط الأسئلة المهنية**

❑ **سلامة الحواس ، اليقظة وسرعة البديهة ، سلامة التقديرات والمقاييس ، التهيؤ النفسي والجسمي للمقابلة ، القدر على التمييز بين الصفات المختلفة ، الإدراك العقلي ، عدم التحيز ، النضج الانفعالي هذه شروط مهارة الملاحظة**

- سلامة الحواس ، اليقظة وسرعة البديهة ، سلامة التقديرات والمقاييس ، التهيؤ النفسي والجسمي للمقابلة ، القدر على التمييز بين الصفات المختلفة ، الإدراك العقلي ، عدم التحيز ، النضج الانفعالي هذه شروط المقابلة
- ملاحظة الجوانب النفسية والانفعالية تشمل الجوانب الخارجية المظهرية من حيث الملبس والنظافة والطول والبدانة أو القصر إلخ وكذلك المظاهر الصحية الواضحة مثل العاهات الظاهرة أو الأزمات العصبية والتهتهة وغيرها.
- ملاحظة الجوانب الجسمية تشمل الجوانب الخارجية المظهرية من حيث الملبس والنظافة والطول والبدانة أو القصر إلخ وكذلك المظاهر الصحية الواضحة مثل العاهات الظاهرة أو الأزمات العصبية والتهتهة وغيرها.
- ملاحظة الجوانب العقلية والمعرفية تشمل القدرة الإدراكية العامة من حيث تمتعه بقدرة الذكاء الاجتماعي أو الإدراك الواضح الواقعي لمشكلته والقدرة على التفكير المنطقي والقدرة على التركيز والانتباه والتسلسل المنطقي في الحديث.
- الجوانب النفسية والانفعالية تشمل انفعالات واضحة ومقنعة

دراسة الحالة (بالإنجليزيّة: Case Study) على أنّها: جَمْع المعلومات عن العميل بأسلوب مُنظّم، ودراسة شخصيّته، وتشخيص مشكلاته، ومحاولة الوصول إلى حلول مناسبة لها، وتعتمد هذه الوسيلة على باقي وسائل جَمْع المعلومات، مثل: الملاحظة، والمقابلة

مكونات دراسة الحالة هي:

- البيانات الأولية (الاسم والعمر والحالة الاجتماعي والتعليم ...الخ)
- المُلخّص العامّ: وهو مُوجَز المعلومات ذات العلاقة.
- التشخيص: وهو مجموعة الافتراضات القابلة للفحص حول الأسباب المُؤدّية إلى المشكلة.
- الخطة العلاجية وتشمل الأهداف والأساليب العلاجية والتوصيات: وهي الاقتراحات حول الحالة، مثل: العلاج الطويل، أو السريع.
- المتابعة: وهي الاستمراريّة في مراقبة الحالة؛ بهدف التأكُّد من مدى تحقيق أهداف الإرشاد، وجَمْع المعلومات.

مؤتمر حالة .

يُمكن تعريف مؤتمر الحالة (بالإنجليزيّة: Case conference) على أنّه: اجتماع مناقشة خاصّة يضمُّ الأشخاص المُهتمّين بأمر العميل (فريق الإرشاد)، ومن يمتلك معلومات خاصّة به، مع ضرورة معرفة العميل بذلك، ومراعاة المعايير الأخلاقيّة، وعدم الإجبار على الحضور، وأن يتمّ المؤتمر في أجواء غير رسميّة، حيث تتمّ في المؤتمر مناقشة العلاقة بين المُسترشِد، ومَن حوله، ودراسة الأنشطة التي يُمارسها، والتغيُّرات الحاصلة خلال مراحل النُموّ، ومحاولة فَهْم الخلفيّة التي يعيش فيها العميل

• المقاييس

(Measuresفتعني: الأداة المُنظَّمة التي تُتيح قياس ظاهرة ما ، والتعبير عنها بلُغة الأرقام.

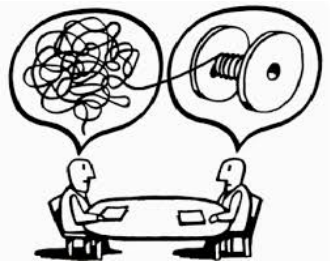
- مقاييس تحليل الشخصية

- مقياس الاكتئاب .
- مقياس القلق .
- مقايس الرهاب الاجتماعي

ثانيا : الارتباط وتكوين العلاقه المهنيه.

مفهوم الارتباط والعلاقة المهنية

العلاقة بمفهومها العام هي: حالة من الارتباط بين شخصية أو أكثر بموضوع معين، وتمثِّل العلاقة المهنية في الخدمة الاجتماعية حالة من الارتباط المهني المؤقت بين العميل بمستوياته المختلفة من فرد، جماعة، مجتمع وبين الأخصائي، وتنتهي بتحقيق الأهداف التي أُقيمت من أجلها.



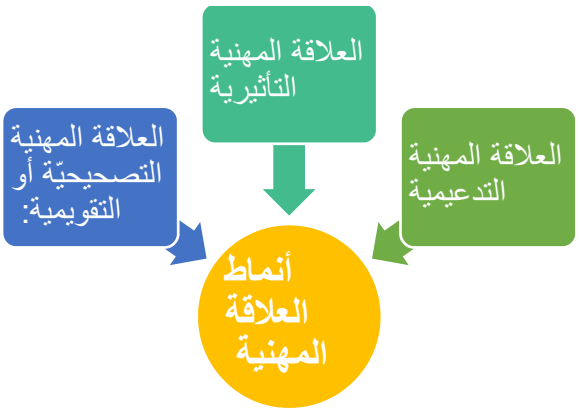
مهارة تكوين العلاقة المهنية

انظر الى الصورة نجد ان العميل في أفكاره تشتت وحيرة

يصل عملائنا الينا لطلب المساعدة وفي اذهانهم صور مشتتة عن ذاتهم وعن مشاكلهم واحتياجاتهم .

الاخصائي الاجتماعي يمسك بطرف الخيط

أي البدء من بؤرة الاهتمام



أنواع العلاقة المهنية العلاجية:

أ – العلاقة المهنية التصحيحيّة أو التقويمية: وهي قدرة الأخصائي على تقييم بعض الاضطرابات أو العادات السلوكية وتصحيحها، وتعديل اتجاهات العميل نحو نفسه ونحو الظروف البيئية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية التي يعيشها، وتعديل اتجاهاته نحو الآخرين.

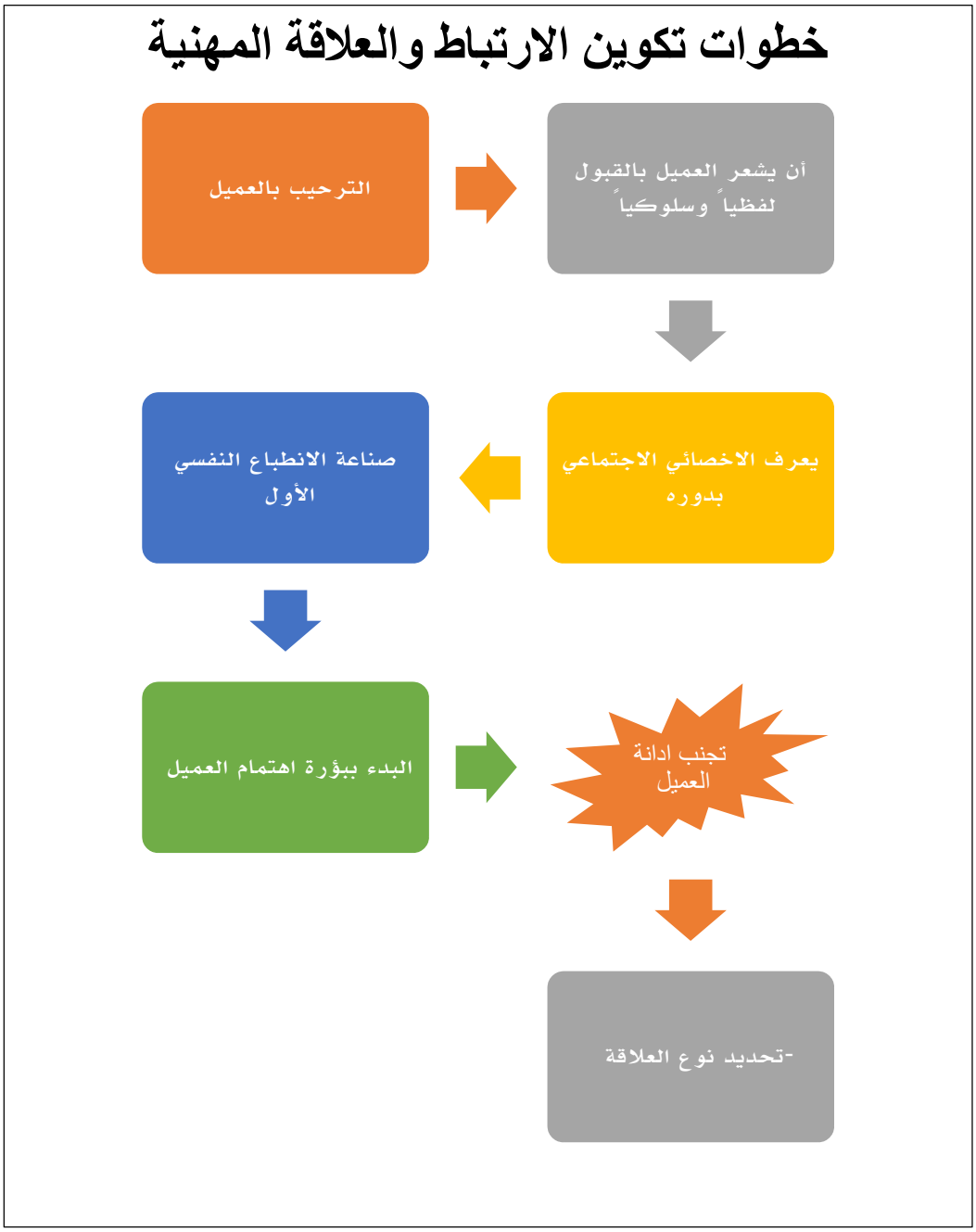
وتُستخدَم الطريقة التقويمية مع المضطربين نفسياً ومع بعض حالات انحراف السلوك أو العادات السلوكية السلبية مثل:

- حالات الاضطرابات النفسية مثل: القلق، الخوف، الوساوس، وغيرها.
- حالات الانحرافات السلوكية مثل: السرقة، الاعتداء اللفظي، أو الجسدي، أو غيرها.
- حالات العادات السلوكية السلبية مثل: مص الأصابع، قضم الأظافر، التبول اللاإرادي، وغيرها.

ب – العلاقة المهنية التأثيرية: تتميَّز هذه العلاقة بقدرة الأخصائي ومهاراته في استغلال عامل الثقة والاحترام المتبادل بينه وبين العميل، ومعلوماته وخبراته ووظيفته في التأثير في شخصية العميل، ويستخدم هذا النمط بشكل فعّال مع الأحداث المنحرفين أو الأطفال أو طلبة المدارس.

ج – العلاقة المهنية التدعيمية: إن بناء عوامل الثقة والاحترام المتبادل بين الأخصائي والعميل وتدعيمها يزيد في اطمئنان العميل وشعوره بالأمن، ويُزيل عنه عوامل الخوف والقلق، الأمر الذي يدفع العميل إلى التعاون مع الأخصائي في مراحل تقديم الخدمة منذ بدايتها وحتّى نهايتها.

مراحل تكوين الارتباط والعلاقة المهنية


خطوات تكوين الارتباط والعلاقة المهنية
الترحيب بالعميل
أن يشعر العميل بالقبول لفظياً وسلوكياً
يعرف الاخصائي الاجتماعي بدوره
صناعة الانطباع النفسي الأول
البدء ببؤرة اهتمام العميل
تجنب ادانة العميل
-تحديد نوع العلاقة

ثالثا : مهارة السؤال والاستقصاء .

- الأسئلةQuestioning:
  - تستخدم مهارة الأسئلة للتعرف على الحقائق والمعلومات المتعلقة بالموقف الذي يواجهه العميل, ومساعدته على الاستمرار في عرض جوانب المشكلة وأبعادها وتفهم مشاعر وأفكار واتجاهات العميل تجاه المشكلة.
  - ومن الأهمية أن يستخدم الأخصائي الأسئلة فقط لجمع المعلومات وتفهم ظروف العميل, وليس بهدف الاستجواب أو التحقيق.
  - وتوجيه الاسئلة يعتمد عليه الاخصائي لطلب المعلومات ,واسترجاع الغامض منها وتوضيحها, ومعرفة الانطباعات النفسية للعملاء ,كما تساعد هذه العملية العملاء على فهم أنفسهم ,وتعلم مهارات جديدة.

مهارة السؤال والاستقصاء .

- **الخصائص الأساسية لمهارة الأسئلة:**
  - تساعد على بدء المقابلة وتشعر العميل بالطمأنينة والارتياح.
  - التعرف على تفاصيل الموقف وتوضيحه.
  - تساعد الأسئلة في التعرف على المعلومات والأحداث بشيء من الدقة والتحديد.
  - تساعد في التعرف على معلومات أساسية ترتبط بعملية التقدير.
  - تساعد العميل على التفكير في أبعاد أخرى للمشكلة.
  - تستخدم الأسئلة بهدف ضبط إيقاع وسير المقابلة.
  - تحقق الأسئلة أغراض متعددة مثل الاستكشاف, مواجهة النفس, فهم الذات.

رابعا : مفهوم التسجيل .

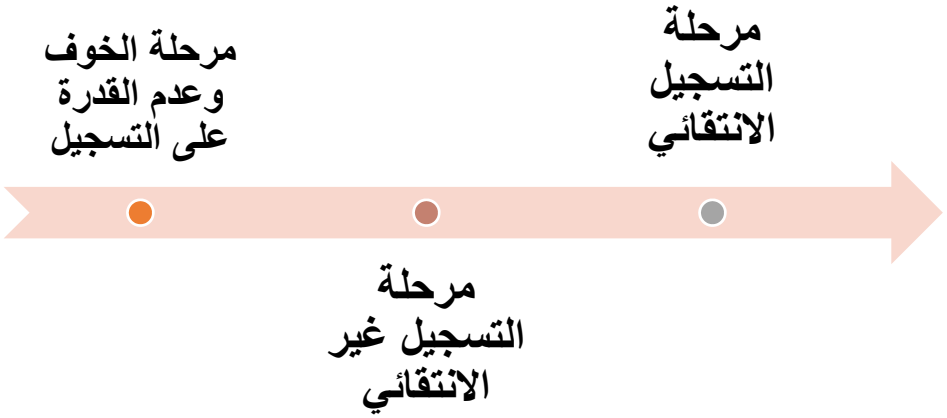
- تعرف هذه العملية بـ أنها (عملية مهنية يتم فيها تدوين وتحرير المعلومات والحقائق والبيانات الخاصة بالجهود الفردية أو الجماعية أو المجتمعة أو كافة أساليب الممارسة)

أنواع التسجيل

التسجيلRecording : يقوم الأخصائي بتسجيل النقاط الرئيسية والمفاتيح اللغوية التي تستخدم في صياغة المقابلة بعد الانتهاء منها.

- **أنواعه:**
- **قصصي:** تسجيل كل ما يحدث من البداية وحتى النهاية بطريقة قصصية وواقعية يستخدم مع الحالات الفردية.
- **الموضوعي:** يتم فيه تحديد اهم الموضوعات ويراعى التسلسل المنطقي في العرض , مع وضوح وتوافر كافة البيانات .
- **تلخيصي :** وضع تلخيص شامل لكل ما انجزه الاخصائي الاجتماعي في موقف بعينه ,أي تلخيص ما حدث دون شرح للأدوار التي قام بها العملاء(الشهراني,1434)
- **التسجيل الاكاديمي:** وضع نمط اكاديمي ,واستخدام اللغة المهنية والمصطلحات التي تمت دراستها.
- **التسجيل الموقفي:** تعتمد على عرض المواقف الاساسية في التعامل مع الحالات المختلفة وتسجيل بعض المواقف.
- **التسجيل المؤسسي:** تقوم المؤسسة بتحديد البيانات التي تحتاجها في تحقيق اهدافها ,وترتبط هذه بوظيفة المؤسسة والمجال الذي تعمل فيه.

مراحل التسجيل .



تمر مهارة التسجيل في الخدمة الاجتماعية بثلاث مراحل متكاملة هي:-

- أولا: مرحلة الخوف وعدم القدرة على التسجيل
- ثم مرحلة التسجيل غير الانتقائي
- ثم مرحلة التسجيل الانتقائي.

كيف تسجل مقابلة

أجزاء التسجيل

الخطوات

- م
- **المشكلة التي تم التعامل معها:**
- .....
.....
.....
.....
.....
- **ما تمّ تقديمه من مساعدة مهنية :**
- .....
.....
.....
.....
.....
- **التوصيات المهنية للأخصائية الاجتماعية :**
- .....
.....
....

وضع تلخيص شامل لكل ما انجزه الاخصائي الاجتماعي في موقف بعينه ,أي تلخيص ما حدث دون شرح للأدوار التي قام بها العملاء

1

ما تم اثناء المقابلة: (التسجيل القصصي)

.....
.....
.....

تسجيل كل ما يحدث من البداية وحتى النهاية بطريقة قصصية وواقعية يستخدم مع الحالات الفردية.

2

يتم فيه تحديد اهم الموضوعات ويراعى التسلسل المنطقي في العرض , مع وضوح وتوافر كافة البيانات .

3

محتويات السجل المهني

- ❑ الغلاف الخارجي وتكتب علية عبارة سري (سري للغاية) ثم يذكر أسم العميل، وعنوانه، والجهة التي يتبع لها.
- ❑ صحيفة الوجه وتدون فيها المعلومات الهامة وتشمل البيانات الأولية كاملة ومشكلة العميل.
- ❑ استمارة البحث الاجتماعي وتتضمن أهم المعلومات عن التاريخ الاجتماعي.
- ❑ المقابلات التي تمت مع الحالة.
- ❑ خطة العلاج الاجتماعي أساليبها ومراحل تنفيذها.
- ❑ الزيارات المختلفة لبيئة العميل.
- ❑ المكاتبات والمراسلات والاتصالات التلفونية التي لها علاقة بمشكلة العميل.
- ❑ الخدمات التي قدمتها المؤسسة أو المؤسسات الأخرى.
- ❑ التقارير المختلفة ونتائج الاختبارات والفحوص الطبية والنفسية والعقلية.
- ❑ تقرير مختصر عن الدراسة الاجتماعية.
- ❑ ملخصات خاصة بمتابعة الحالة أو تحويلها من أخصائي إلى أخصائي أخر، أو من مؤسسة إلى مؤسسة أخرى.

المهارات الأساسية في التسجيل المهني .

(تدريب)

-كيف يكون التسجيل يكشف عن الجو النفسي والتفاعلات التي تتم أثناء المقابلات الفردية أو الجماعية.

عند مقابلة الحالة ن ح سمح الاخصائي بجو من الراحة التي تشعر فيه بالثقة وحرية التعبير مع تزويد الحالة بمعلومات تخص ممارسة الخدمة الاجتماعية ودور الاخصائي الاجتماعي لزيادة مستوى الثقة وبث روح الامل والطمأنينة دون ادنى احساس بتجاهل اي مشاعر او افكار او وجود رهبه او ضيق ولقد مارست في المقابلة مع الحالة الوان من الاستجابات والمهارات مثل :

- صنع الانطباع الاولي وذلك خلال البشاشة والتلقائية المشبعة بالبساطة والثقة والصدق .

اعقب ذلك مارست مع الحالة الهدف الاخر بعد صنع الانطباع الاولي وهو اتجاهات سلوكيه نفسيه لتحطيم الحيل الدفاعية واساليب المقاومة المختلفة ومواجهة المشاعر السلبية كالخوف والقلق والتردد والحيرة والانكار والغضب والالم والشعور بالنقص وطلب التعاطف الغير عقلاني وهذه الممارسة كانت للتطمين وبث روح الامل وان مشكلته لها حل وقبول مساعدته ولا يعتبر مساعدتي لها كسلطه كريهة الى النفس وان ارادته حاضره بتقريره لنفسه فيما يحب ان يكون وايضا بإعطائه بالإيحاء بان لديه اراده تحرره من الشعور بالنقص .

ان حالة العلاقة المهنيه بين الاخصائي الاجتماعي والحالة ن ح كانت اسلوب ممارسه تنمو تدريجيا وبدأت العلاقة المهنية بمرحلة شبه اختيار واستطلاع من قبل الحالة ن ح وظهرت فيها مقاومه لبدء العلاقه والتي ظهرت في سلوك وقائي ودفاعي من خلال التردد والاسئله المتكرره وفي هذه المرحلة زادت المشاعر وتفاعلها اكثر من الافكار للتعبير عن الاحاسيس كنوع من الاستكشاف والتحليل والعلاج وتم التجاوب معها والتفاعل مع اتجاهاتها وذلك بهدف انشاء مناخ نفسي مناسب .

اما مرحلة وسط العلاقة المهنيه فهي حالة من الاستقرار فلم يعد الحالة ن م تخشى الاخصائي الاجتماعي او فاقده الثقة فيه واختفت مشاعر الخوف والقلق ونمت الثقة اكثر في العلاقة وثقة المريضة في الاخصائي الاجتماعي وفي تعاطفه وتقديم المساعده وتقدير ذلك .

الفصل الرابع : دراسة حالات تطبيقية

- حالة رهاب اجتماعي .
- حالة اقتصادية .
- مشكلة زوجيه .
- حالة طبية .

دراسة حالة (رهاب اجتماعي)

مدخل تعريفي عن المشكلة :

الرهاب الاجتماعي social Anxiety Disorder مشكلة تبدأ غالبا من الطفولة المبكر والمراهقة كالخوف من الغرباء والخوف من النقد وكثيرا ما تنسى الاسر في تربية الاطفال وانتقالهم للمجتمع الخارجي ان يقوموا بتهيئتهم نفسيا للتعامل مع الغرباء وايضا في حالات كثيره للمراهقين يقوموا الاباء والاقارب بانتقاد المراهقين امام الضيوف والاصدقاء او حتى امام اخوتهم واقاربهم وهذا يسبب مع الوقت القلق الاجتماعي .

كثيرا من افراد المجتمع وزملائنا في ميدان العمل الانساني والاجتماعي والخدمات الاجتماعية يواجهون هذه المشكلة وفي نفس الوقت يوجد غموض في تقديم المساعدة او طلب العلاج بسبب عدم المعرفة بهذه المشكلة خوفا من المواجهة او عدم الاعتراف بها او الخجل منها وهذا يترتب عليه تطور في شكل المشكلة من رهاب الى عوامل نفسيه اخرى كالاكتئاب وعدم الثقة بالنفس والعزلة الاجتماعية مما يكون فيه الفرد الى ان يصل الى الاعاقة النفسية التي تعوقه الى اداء حياته.

الخطة العلاجية:

من خلال البحث والدراسة والتتبع

تعزيز كسب الأصدقاء حيث يشكلون اهمية في علاج الرهاب الاجتماعي، ربما هذه الخطوة يجب أن تبدئي بها بمجرد التفكير في علاج الرهاب الاجتماعي، حاولي أن تكسبي المزيد من الأصدقاء، أو قرّبي صديقاتك إليكِ أكثر، حاولي أن تتعاملي مع أشخاص يعززون من التفكير الإيجابي لديكِ ويقدمون الدعم النفسي لكِ دائمًا، أظهرت الدراسات أن أولئك الذين يمتلكون دعمًا اجتماعيًا أكبر هم أكثر ثقة دائمًا بأنفسهم، والثقة بالنفس تساعد كثيرًا على علاج الرهاب الاجتماعي.

إزالة الخوف بمواجهة المخاوف

هذه الخطوة تتطلب منكِ شجاعة وقوة، وقد تكون هي الأصعب، ولكن نتائجها هي الأسرع والأفضل في علاج الرهاب الاجتماعي، وقد تجعلك قوية كثيرًا في مواجهة كل ما تخافين منه، الرهاب الاجتماعي قد ينشأ عنه

عدة مخاوف، من أهمها الخوف من التعرض للإحراج، وكذلك الخوف من حكم الناس عليك، في بعض الحالات وجد أن مواجهة هذه المخاوف لفترة كافية حتى التعود عليها قد يخلصك منها، وهو ما يعرف بـ(إزالة التحسس .(Desensitization

يمكنك مثلا أن ترتدي زي مهرج، وأن تخرجي لمكان شبه عام وتواجهي الناس بهذا الزي، وأن تبقي لساعات حتى تشعري بأنك لست خائفة أو غير محرجة، يمكنك أيضًا أن تقومي بالتمثيل في مكان عام أو القراءة بصوت عالٍ أو شيء من شأنه أن يلفت الانتباه إليك، وأن تبقي على هذه الحال لحين التوقف عن الشعور بالخوف والتوتر.

التحكم بتسلسل الأفكار

من أفضل ما يمكن أن تفعليه كخطوة تالية هي أن تتحكمي بتسلسل أفكارك، والتي قد تقودك إلى الخوف اللامنطقي أو القلق، فبدلا من التوجه نحو السلبية، يمكنك أن تفكري: لماذا راودتني هذه الفكرة؟ وما هي البدائل الأخرى؟ وما هي النتائج من هذا التفكير؟ وما أهميتها؟ يمكنك أن تفكري مع نفسك، أو حتى أن تكتبي هذه الأفكار في ورقة لتسهل على نفسك التعامل معها.

التنبيه الذهني

نعني بالتنبيه الذهني انتباهك لنفسك، أن تلاحظي حالتك النفسية في كل خطوة، بحيث تدركين أن ما يمنعك من تقديم عرضٍ ما -مثلا- هو الرهاب الاجتماعي الذي تعانين منه، عندما تفصلين ما بين تفكيرك الشخصي وتفكيرك الناشئ من رهابك الاجتماعي ستكونين في الطريق الصحيح إلى العلاج.

الرهاب الاجتماعي يسبب حالة من التفكير السلبي في خطوات كثيرة، ولذا يجب أن تفهمي أثره عليك، وأن تلقي اللوم عليه في كل مرة يمنعك فيها من أداء شيء .

دراسة حالة (حالة إقتصادية)

تاريخ التعامل مع الحالة : 3 / مارس / 2019م

اكتشاف الحالة :

بالتحويل من الطبيب المعالج بالتنسيق مع التمريض .

حيث لاحظت الطبيبة أوضاع المريضة الاقتصادية ثم قامت بطلب مساعدة الاخصائية للنظر في حل مشكلات المريضة .

التعريف بالحالة :

انثى سعودية عمرها 55 سنه مصابة بارتفاع الضغط والسكر من النوع الثاني مع مشكلتها الباطنية الإمساك حيث ان الوضع الصحي : لديها خروج من المستشفى وحالتها استقرت في ارتفاع السكر والضغط الى مستوى الى حد ما مقبول

- ترفض المريضة اكمال الخطة العلاجية نظرا لأوضاعها الاقتصادية وهذا ما ذكرته للطبيب المعالج في عدم مقدرتها على الحضور للمواعيد وأيضا صعوبة الخروج
- كيف دخلت المريضة المستشفى: عن طريق الطوارئ حيث كانت في حالة ارتفاع للسكر والضغط والذي قام بإيصال المريضة احد سكان الحي .
- عند الحاجه للحصول على المال تذهب الى المسجد وتطلب المصلين المساعدة أيضا تبحث في صناديق الجمعيات الخيرية العينية للبحث عن أي وسائل مساعده من كسوة وغيره لبناتها بالمنزل
- المشكلة الحالية الحاضرة : لديها صعوبة في العودة للمنزل لعدم وجود اجرة المواصلات بالإضافة الى التفكير في المواعيد للمستشفى القادمة كيف سيكون الوضع مع التفكير في وضعها بشكل عام خاصتا الصعوبات الاقتصادية .
- تحولت للاخصائية الاجتماعية لان لديها صعوبات خروج .
- ترافق المريضة ابنتها 17 سنه .

- التكوين الاسري : عدد الأبناء 5 اناث . + 4 اناث من بنات الأخت المتوفاة أعمارهم (الكبيرة 17 سنه واصغرهم 9 سنوات) منقطعين عن التعليم فترات ويحتمل بشكل كبير بان لديهم صعوبات في الصحة النفسية حسب الوضع الاجتماعي المذكور صعوبات لا تصل الى حد الغير سوي .
- الحالة الاجتماعية للمريضة مطلقه حاليا بعد ان عانت من الزوج فترة طويله .
- المرافقة : تذكر المرافقة بان ابيها خرج من المنزل منذ 4 سنوات ولا يعلموا عن اخباره شيئا والقائم بإعالتهم هي الام " المريضة "
- الوضع الاقتصادي : الدخل الشهري 1000ريال من الضمان الاجتماعي

  لديها ايجار لم يسدد أقساط حتى 6 شهور + فاتورة كهرباء.
- الحالة التعليمة: تقرأ وتكتب .
- الحالة النفسية : مصابة باكتئاب حاد حسب التقرير النفسي .
- السمات الشخصية: المريضة يلاحظ عليها الحساسية الشديدة القلق الشديد ويرى الاخصائي بان لديها أحد سمات العصابية في الشخصية وعادتا من يصاب بهذه السمة يكون لديه القلق، والغضب، والعدائية، والاكتئاب، والشعور بالذات، والاندفاع، والانعصاب، وعدم القدرة على تحمل الضغوط أيضا يتضحمن هيئتها عدم الاهتمام بمظهرها الشخصي او العناية + التلعثم في الحديث وعدم ترابط الأفكار + الشعور بالنقص (المريضة نحيلة الجسم.
- التاريخ التطوري الاجتماعي:

1- تكرر دخول المريضة للمستشفى عند ارتفاع السكر .

2- تكفل المريضة بأبناء الأخت نظرا لوفاتها في حادث .

3- تهرب أقاربها عن مساعدتها .

التقييم المنزلي : منزل من الحجم الصغير شعبي في حي غير مكتمل الخدمات – لا يوجد فيه اساسيات مثل الثلاجة – فاتورة الكهرباء لم تسدد وعلى المريضة إنذارات بفصل تيار الكهرباء .

مصادر الدراسة: العميلة (المريضة – ابنتها المرافقة) - الطبيب المعالج – الملف الطبي – التقرير النفسي .

تكوين العلاقة المهنية:

ان حالة العلاقة المهنية بين الاخصائي الاجتماعي والحالة م ب كانت اسلوب ممارسه تنمو تدريجيا وبدأت العلاقة المهنية استطلاع من قبل الاخصائي وظهرت فيها مقاومه لبدء العلاقة من قبل الحالة والتي ظهرت في سلوك وقائي ودفاعي من خلال التردد والأسئلة المتكررة وفي هذه المرحلة زادت المشاعر وتفاعلها اكثر من الافكار للتعبير عن الاحاسيس كنوع من الاستكشاف والتحليل والعلاج وتم التجاوب معها والتفاعل مع اتجاهاتها وذلك بهدف انشاء مناخ نفسي مناسب .

اما مرحلة وسط العلاقة المهنية فهي حالة من الاستقرار فلم تعد الحالة م ب تخشى الاخصائي الاجتماعي او فاقده الثقة فيه واختفت مشاعر الخوف والقلق ونمت الثقة اكثر في العلاقة وثقة المريضة في الاخصائي الاجتماعي وفي تعاطفه وتقديم المساعدة وتقدير ذلك.

وفي مرحلة نهاية المقابلة كانت العلاقة يمهد فيها الاخصائي الاجتماعي لأقفال الحالة حتى تدرك الحالة م ب من بداية العلاقة المهنية ان الارتباط وقتي وكانت هذه المرحلة فيها تناقض وجداني وحيره للانفصال وهنا قد تكون مرحلة الانفصال علاجيه لمواقف الانفصال التي عاشتها المريضة في حياتها وكانت فاشله وهنا يلزم ان يخطط الاخصائي الاجتماعي في مرحلة انهاء العلاقة المهنية تباعد مواعيد الجلسات والمقابلات للتخفيف من الارتباط الوجداني والتعاطف والتي تميزت به العلاقة المهنية في البداية وزيادة ربط المريضة بالواقع اكثر وزيادة الثقة والاستقلالية.

الجدير بالذكر ان استراتيجية العلاقة المهنية كانت علاجيه بأسلوب غير مباشر حيث ان اغلب مشكلات المريضة ليست هي السبب فيها كالمرض ووفاة اختها وتخلي الزوج عن مسؤولياته وأيضا الأقارب من كلا الطرفين .

وتصنف العلاقة المهنية التي قام بها الاخصائي الاجتماعي في مستوى علاقه مهنيه تدعيميه اكثر من انها تأثيره ضاغطه او تقويميه تصحيحيه لأنها علاقه يسود فيها قدر من الثقة والاحترام الكافي لتكوين مناخ مناسب لاستكمال عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج على احسن وجه ممكن حتى تتم تنفيذ الخطة العلاجية . وتعتبر نوع العلاقة التي يهدف اليها الاخصائي مع هذه الحالة علاقه مهنية تدعيمية وخاصتا في مرحلة جمع المعلومات قد تتغير الى علاقه مهنيه تأثيرية او تصحيحيه في مرحلة العلاج .

تساؤلات الاخصائي الاجتماعي بعد النظر في مشكلة الحالة :

- س مالذي يساعدني لفهم مالذي يحدث ؟ ولماذا وصلت المريضة لهذا الوضع الاجتماعي الصحي ؟
- هل مشكلة المريضة ذاتيه ام بيئيه ؟ . بماذا تصنف الحالة اجتماعية ام نفسية ام اقتصادية ام صحية.
- ماهو المدخل لتفسير الموقف الاشكالي ؟
- ماهو المدخل المناسب العلاجي لحل الموقف الاشكالي ؟

افتراضات للمناقشة :

أولا : مشكلة الحالة : اقتصادية لأسباب ذاتيه وبيئية تتمثل في الاتي الأسباب الذاتيه نتيجة الوضع الصحي والنفسي واضطراب سمات الشخصية الى حد ما والأسباب البيئية نتيجة الطلاق و تخلي الزوج عن مسؤولياته وانخفاض التعليم والوضع الاقتصادي واعباء تربية الأبناء مع عدم المقدرة لتوفير الاحتياجات الأساسية لهم وضغوط تربية البنات بالإضافة الى حادث وفاة الأخت وماتبعها من تداعيات ترتب عليها احتضان بنات الأخت وتخلي العم عن كفالتهم او الانفاق عليهم .

دراسة حالة (مشكلة زوجيه)

تقديم الحالة:

- الـزوج : ابـو عبـدالله . أ 55 سـنه سـعودي متقاعـد مـن القطـاع الخـاص متـزوج ولديـه 6 ابنـاء اكـبرهم 19 سـنه واصـغرهم 1و7 سـنه وسـبعة اشـهر وكـان قـد بـادر بطلـب الاستشـاره الزوجيـه حيث صرح بان علاقته الزوجيه في تدهور لحدود لايمكن القبول بها .

- **الزوجـه** : تبلـغ مـن العمـر 40 سـنة ، سـعوديه معلمـه في مدرسـة .... وكانـت هـي تـرفض تـدخل الاخرين في مشاكلها وترفض المواجهه لاي شخص كان

قـام المعـالج بـإجراء مقابلـة تقييميـه للحالـة الـتي دامـت 90 دقيقـة ، تميـز الـزوج بمتوسـط القامـة وحسـن الشخصـية ، هندامـه متميـز ويـدل علـى المثاليـة ، متقاعـد منـذ سـنتين وكـان يعمـل في مجـال القطـاع الخـاص الحكـومي بالشـراكه وكـان يتقلـد منصـب كـبير في الشـركه ذو شخصـيه فيهـا هيبـه وقيادية ، ذو خبره ودرايه وترتيب في التعبير عن مشكلته والمواقف في العلاقه الزوجيه .

المشكلة :

تتمثـل الحالـة المدروسـة حاليـا في السـيد " ابـو عبـدالله . أ 55 سـنه " وزوجتـه " م 40 سـنه "، ممـثلان في مشـكلة تسـمى في الخدمـة الاجتماعيـة الأسـريه والزواجيـه بـ "اضـطراب الإتصـال الزواجـي"أو المشـكله العلائقيه communication problem.

بـدأ المعـالج في الجلسـة العلاجيـة بطـرح السـؤال التـالي: - مـا الـذي تريـده مـن الاستشـاره في هـذا الوقت بالذات من حياتك الزوجية؟

- **الزوج** : اريد ان اقوم باقناع الزوجه بالمواجهة ؟ .

لست ادري.زوجتي سيئه للغاية، خاصة لما نكون مجتمعين. حيث يسودها الكثير من الغموض وعدم التحدث معي ، وكانت تنتظر دائما أن أبادر في الجانب الحميمي من علاقتنا. كما أنها مجنونه بالتسوق والخروج من المنزل باوقات معينه وتهملني ، سبق ان كشف علاقتي بنساء اخريتا وعلاقات وحدثت مشكلة كبيره بعد ولادة الابن الاخير و لا تجاملني. و حتى إن أردت أن اجامع زوجتي ، فليس بالطريقة التي ترضيني (عدم الإشباع الجنسي).

المعالج: حسناً. يبدو أنك غير مدرك جيدا حجم أو أهمية المشكلة التي تعرضها وأنه من الضروري إيجاد الحلول. أريد أن أغتنم 80 دقيقة القادمة للتعرف عليك وعلى زوجتك من وجهة نظرك و ما هو مرضي وغير المرضي في علاقتكما.

- **المعالج**: حدثني عنك ، ماذا تفعلان، وأين تسكنان؟

الزوج : باختصار متحصل على شهادة وتعليم عالي ودورات تدريبية في الاداره ، لدي راتب تقاعدي ممتاز ولله الحمد حوالي 70 ٪ من راتبي الذي كان 60 الف في الشهر واسكن في حي مكتمل الخدمات وراقي وفي مسكن جميل وحضاري .

- **السوابق العائلية:**

- **الزوج** : لديه 4 من الاخوه ، اجتماعي في اسرته ، وُلد وترعرع بمنطقة الرياض من عائله محافظه ومحترمه ، عاش في بيئه حرمان عاطفي ويشاهد الاب يقسي على الام بشكل دائم مما ادى الى هروبه من المنزل ، في فتره من الفترات يدمن على شرب الكحول لكن يحب أبناءه – كان الزوج يعمل ساعات طويله في العمل وكان يشاهد اطفاله فترة فصيره ثم يخلد للنوم وهكذا سنوات طويله حتى طلب التقاعد بمشاركه واخذ راي الزوجه ودعمته وايدته في هذا القرار .
- كان الزوج لديه سفرات بمفرده وكان اثناء هذا السفر يتعاطى شرب الكحول وفي غرف معزوله في الفندق ظنا منه انها الوسيله للهروب وحل المشكلة ، ومنذ فتره طويله تخلى عنها ، وهو الان يدخن السيجاره بشكل شره وكما ذكرنا احد اسباب التقاعد هو التفرغ للاسره ، مما يعني أنه أصبح إنسان مسئول .

- **الزوجه** : تنحدر من عائلة محافظه ولديها قرابه مع الزوج " ابن الخاله " وكانت انثاء فترة الخطبه فتره قصيره تمتد الى 7 اشهر ولم يكن فيها تعارف كثير وعاشت الزوجه في بيئه فقدت فيها الام بالوفاه وبعدها قام الاب بالزواج من اخرى مما وضعها في موضع اهمال "كانت طفله الترتيب الاوسط بين اخوتها .

وصف الزوج ان ام الزوجه بالودودة والعطوفة aimente، لكنها شديدة الانفعال "فجأة تقلق ثم بعدها مباشرة تحاول أن تُهدئ من روعها وتطلب الاعتذار وتقدم الهدايا .. اب الزوجه لا يعتني وليس لديه مسؤوليات تجاه الابناء بعد وفاة ام الزوجه تزوج بامراه اخرى .

- **تاريخ العلاقة :**

تم التعارف بين الزوجين في الرياض ، حيث كانت الزوجه في سن 18 سنه والزوج في سن 25 سنه حينما اتفاق على الزواج الزوجه كما ذكرنا تنحدر من عائلة محافظه ولديها قرابه مع الزوج " ابن الخاله " وكانت انثاء فترة الخطبه فتره قصيره تمتد الى 7 اشهر ولم يكن فيها تعارف كثير وعاشت الزوجه في بيئه فقدت فيها الام بالوفاه وبعدها قام الاب بالزواج من اخرى مما وضعها في موضع اهمال "كانت طفله الترتيب الاوسط بين اخوتها .

بعد الزواج مباشره تطورت المشاكل وأخذت منحى درامي بين الزوجين، حدثت عدة مواقف مباشره بعد الزواج واثناء فترة شهر العسل وتدخل الاهل وعادت الامور الى مجاريها .

- **جوانب أخرى من حياتهما:**
- **الأطفال**: الزوجان لديها 6 اطفال .
- **العمل**: الزوج متقاعد والزوجه معمله وهي في حالة اجارزه وضع امومه تمتد الى سنه كامله ولا ترغب في الرجوع للعمل
- **الحياة الاجتماعية**: كلاهما له أصدقاء على انفراد. ني لا احد من أصدقاء الزوج أو الزوجة تجمعه صداقة بأصدقاء الطرف الآخر

- **الأداء الجنسي sexuel fonctionnement**: اتسمت الممارسة الجنسية للزوجين بالتدني في مستواها ، أصبحت مرة واحدة في الشهر. ولا أحد منهما على ممارستهما الجنسية ولا على نوعية العلاقة بينهما.
- **الدعم الاجتماعي social support**: يتلقى الزوج دعم من طرف عائلته، في حين أن الزوجه لا تتلقى الدعم المالي والنفسي من طرف عائلتها. ولدى الزوجه اصدقاء من داخل وخارج العلاقه .
- **الغيرة والاستقلالية l'indépendance et la jalousie**: كان الزوج يغار دائما من كون الزوجه لديها خروج للعمل او للتسوق ومن صداقاتها ، الزوج يشعر باستقلاليه اكثر من الزوجه .

- **التفسير السببي للأزمة Explication causale de la crise:**

يحاول المستشار والمعالج الوصول الى اسباب منطقية للمشكلة حيث تفترض المواقف الى حصول الصراع والكدر الزواجي وافتراض ان السمات الشخصية لعبت دورا في المشكلة بالاضافه الى مشكلات في سوء التواصل والاتصال بين الزوجين .

بعد أ تم تلخيص تاريخ الحالة، والصراع الدائر، والأهداف التي يراها طالب الاستشاره الزوج . قام المعالج بطرح ثلاثة اختيارات على الزوج للدعم والعلاج الاجتماعي الزواجي والاسري :

1- اولاها أن لا يقوم بعملية التغيير وحل المشكلة ويتم ترك الوضع على حاله.

1. ثانيا أن يتم تقبل العلاج مع التفريق بين كلا من الزوج والزوجه (علاج فردي).
2. أو العلاج مع بعض في جلسة واحدة من أجل تحسين العلاقة بين الزوج والزوجه .

- **المعالج**: طرح المعالج على الزوج طالب الاستشاره أي نوع من الثلاثة يفضل ؟ وأي دور يغرب أن أقوم به في أي حالة يختارها ؟...

ملخص للخطوات العمليه لحل المشكلة :

1- الاقرار باختيار واحد من الخيارات المطروحه .

2- ملء الاستبيانات الخاصة بالعلاقه الزوجيه .

- **الاستبيانات:**

- الخلاف العام للأزواج
- مقياس التوافق الزواجي **(lucke and wallace, 1959)**

َيحتوي على 23 بند لقياس المستوى العام للكدر الزواجي.

- مقياس الاتصال العام (جرد الاتصال الزواجي) **(navran, 1967)**

يحتوي على 25 سؤال تحدد القيم الوالدية المألوفة في الاتصال عند الأزواج.

- قائمة المشاكل الممكنة **(Weiss and margolin, 1978)**

عبارة عن مقياس ذو ثلاثة أوجه يقوم بتقدير 29 ناحية من المشاكل الممكنة بالاعتماد على سلم بسيط يتكون من أربع نقاط.

- مقياس السعادة الزوجية **(Azrin, Naster and Jones, 1973)**

مقياس بسيط يتكون من 10 أسئلة طورت من طرف "أزران، ناستير وجونز" (1973) تميز بصدق المحك والثبات.

3- العلاج الأسري الزواجي هنا يتطلب إجراء العديد من التعديلات السلوكية فيما يخص الزوجين، وتتمثل في:

1- إدراك الذات والآخر

2- تعلم مهارات حل المشاكل.

3- تحسين في الهوايات ونظام التخطيط في الاسره الخاص بهما، إذا رغب الزوجان في ذلك.

العلاج العلائقي يمكن أن يحسن من الشعور باللذة في المجال الجنسي وإيجاد حلول لهذا الصراع.

4- التدريب على حل المشاكل:

الهدف هنا هو تعليم الزوجان المراحل الخمس في حل المشكلات:

1- تحديد المشكله.

2- البحث عن جميع الحلول الممكنة لحل المشكل.

3- تقييم المشكله.

4- القيام باختيار حل.

5- إعداد النشاط والتأكد من فعالية الحل المطروح.

- **تعليق على تقديم الحالة:**

كما سبق وبصفة أكثر تفصيلا (**Wight, Perreault and Mathiew, 1977**) فٔن الزوجان اللذين يعانيان من مشاكل في العديد من مناحي الحياة الخاصة بهما خاصة الناحية العلائقية (تواصل، عدوانية، الجنسية). لقد أشار كل من "**جاكبسون ومارقولان**" **1979** إلى أن (**80- 90%**) من بوادر النجاح تحصل من خلال ستة إلى ثماني جلسات في العلاج الزواجي السلوكي.

- **ملخص تقنيات التدخل في العلاج الزواجي:**

بالنسبة للأزواج الذين يقررون تحسين علاقاتهم، يخضعون إلى إستراتيجية علاجية سلوكية يمكن تجميعها تحت ثلاث عناوين هي:

1- التدريب وتعلم مهارات الاتصال.

2- تغيير وتعديل المعتقدات المشوهة والذاتية.

3- الزيادة من عدد النشاطات التدعيمية والنشاطات المشتركة.

1- التدريب على الاتصال:

يبذل السلوكيون جهدا في تعليم مختلف أنواع المهارات الاتصالية (إصغاء جيد، حل المشكلات، التعبير عن المشاعر الإيجابية، التعبير عن المشاعر السلبية، ...).كما تم الإشارة إليه من طرف "**جاكبسون ومارقولان**" **1979**، و "**وايت وماثيو**" **1977**. فإن الطرق العلاجية يمكن أن تستعمل على مستويات مختلفة للتدريب الخاص على مهارات الاتصال. تم الإشارة هنا من طرف الكاتب (**O. Fontaine/ J. Cottraux/ R. Ladouceur**) حيث حدد كل جزء على حسب ما يقدمه من التدريب على

مهارات الاتصال. ثم التساؤل هو:"ما هي المهارات المتعلمة، وكذا في أي المرحلة؟ ". والتي تستلزم أنه لما يتقدم الزوجان إلى طلب العلاج من مشاكلهما المختلفة ستعرض للتصدي من خلال تقنيات علاجية.

1- ما هي الموضوعات محل الخلاف ؟

4- موضوعات محل الخلاف بين الزوجين والتي يبدو أنها غير قابلة للتغيير، تدور حول الخبرات الشخصية (استخدام استراتجيات التقبل).

5- الموضوعات المتعلقة بالسلوكيات العامة المساعدة (كيفية إدارة الدخل المالي للأسرة: استراتيجيات التغيير).

6- يرى الزوج أن العلاقة تغيرت بعد ولادة الابن الاخير وبدأت تتغير منذ 7 اشهر بشكل اكبر

7- الزوج كثير الضجر.

8- تدني المستوى الجنسي بين الزوجين (مرة في الأسبوع وبشكل غير متبادل والزوج يريد ان يشعر بمكانته في العلاقه وان يشعر بالقبول والرغبه).

9- الزوج يغار من زوجته (لا زالت تعمل ولها أصدقاء) وهو في نفس الوقت لا يرغب في ان تعمل الزوجه . وهي بدورها لا تغار .

- **توضيح أسباب الأزمة:**

التعرف على الشيء الذي يزعج كل واحد منهما في هذا المشكله

الزوج : عدم الاشباع العاطفي الجنسي – الخروج من المنزل بشكل متكرر – اهمال الابناء – قضاء وقت كبير في وسائل التواصل

الزوجه : التقاعد – كثرة الاسئله ومعناها التحقيقي – المراقبه وعدم الثقه .

- **استراتيجيات التقبل:**

1- **الارتباط العاطفي حول المشكلة**: تأكيد وجود الألم دون لوم و اتهام الآخر، التعبير عن مشاعر التأثر الكامنة وراء التعبير عن المشاعر.

2- **النظر إلى المشكلة من الخارج**: محاولة اشعار الزوجين أن المشكلة خارج نطاق العلاقة بدلا من الشعور بأنها شيء متبادل أو تبادلي بينهما.

3- **التعرف على أنماط التواصل لدى الزوجين**: المطالب/المنسحب؛ العاطفي/المنطقي؛ الناقد/المدافع؛ الضاغط/المقاوم.

4- **تنمية مشاعر التقبل**: عن طريق مناقشة الأحداث السلبية الأخيرة والأحداث المتوقعة التي قد تتحول إلى مشكلة ، وكذا الأحداث السلبية التي مرت بسلام.

5- **تنمية التقبل العاطفي من خلال تنمية وخلق الروح التسامحي**: فالأزواج المتكدرون يركزن أكثر على النقاط السلبية في القرين. فالمساعدة في توضيح المصادر الأخرى للدافعية والسلوك السلبي، قد يكون خاضعا لسيطرة مشاعر الأذى، عدم الأمان، أو ببساطة الجهل بالسلوك الذي يؤثر في الشريك.

6- **إعادة التوكيد الإيجابي**: يوضح المعالج الاسري هنا ، الجوانب الإيجابية في السلوك السلبي، بدلا من القول انه سلوك إيجابي.

7- **الاختلافات المكملة لبعضها البعض**: عادة الاختلافات تخلق توازنا ،إظهار لكل طرف في العلاقة إيجابية ما يراه سلبيا في علاقته بالآخر.

8- **التأمين من الانتكاسة**: يُهيئ الزوجان جيدا حتى يكونا في مأمن من عودة الأنماط السلوكية السلبية.

9- **التجريب:** حيث يعطي المعالج الاسري تعليمات لأحد الزوجين بإصدار سلوك سلبي خلال الأسبوع، وذلك لغرض معرفة تأثير هذا السلوك السلبي في الوقت الذي يكون فيه متعاطفا مع الطرف الآخر (يشترط إخبار الطرف الآخر بمضمون التجربة حتى لا تتصاعد الأمور).

10- **التقبل العاطفي من خلال الاعتناء بالذات:** يشجع كل طرف على تحمل المسؤولية الشخصية عن حاجاته الخاصة مما يغير الاستجابة المعتادة من عدم الرضا ولوم الطرف الآخر.

نموذج لكيفية كتابة التقييم والتشخيص النهائي ؟

رقم الحالة :

تصنيف الحالة العام : مشكلة صحية نفسيه اجتماعية .

التصنيف الطائفي : اضطرابات سمات شخصية نفسيه مع اضطرابات كرب مابعد الصدمة

ملخص عن الحالة :

المريضة و.م العمر 23 سنه سعودية ارمله متوفي زوجها في نفس الحادث الذي تعرضت له ونتج عنها اصابة في الحبل الشوكي افقدتها القدرة على الحركه وصعوبة في الكلام تم تنويمها في مستشفى ( ) الجناح رقم ( ) تنتمي لاسره ممتده وتعيش بمنطقة نائيه ومستوى تعليمها منخفض ولديها مرافق وهي الام متعاونه . تعرضها للحادث قبل التنويم بـ 7 اشهر واصابة الحبل الشوكي الذي نتج عنه فقد الحركه وصعوبة في الكلام ووظائف الذات الاساسيه .

الوضع الحالي للحالة :

تعاني الحالة من التبلد والانكار مع بعض من الشعور بالذنب والندم والشرود الذهني والتفكير في الحادث وفقد الزوج ووفاته مع مجموعه من المخاوف و الحزن مع انعدام للشهيه للاكل الخوف – عدم التفريغ الوجداني والاستبصار لما حدث وعدم استيعابه

مع ملاحظة العزلة الاجتماعية مع اسرتها والفريق الطبي ووسائل التواصل الاجتماعي المتاحه بالمستشفى وعند الحديث والكلام يتضح من شرحها للمواقف الاجتماعية في حياتها عدم الاتزان الانفعالي و انخفاض مفهوم الذات مع عدم التعبير عن الذات وبعد تطبيق بعض المقاييس على الحالة وجدنا لديها بعض السمات الشخصية السلبية التي تؤثر على الموقف الاشكالي وتتمثل

في الانطواء – التجنبية – الاستسلام مع وجود عدم مساندة الاسره – انخفاض مستوى التعليم والثقافه والعوامل الاقتصادية بجانب الفراغ وعدم العمل وعدم ممارسة الهوايات ومن هنا يتضح ان العوامل الذاتيه للمشكلة هي :

- سمات الشخصية للحالة .
- انخفاض مفهوم الذات وعدم الاتزان الانفعالي .
- الاكتئاب والقلق وكرب ما بعد الصدمة .
- تفاعلت هذه العوامل الذاتيه مع العوامل البيئيه التي تتمثل في :
- الوضع الصحي الجسدي .
- فقد ووفاة الزوج في الحادث الذي نتج عنه الاصابه والاعاقه .
- ضعف وتخلف دور الاسره لدعم الحالة .
- عدم العمل وانخفاض مستوى التعليم بجانب وجود وقت فراغ غير منظم مع عدم ممارسة الهوايات وتنميتها .

الاجراءات الاولية :

- زيارة المريضه وتقديم المعلومات الاساسيه عن المستشفى والخدمات الاجتماعية المقدمة وتوضيح دور الاخصائي الاجتماعي مع التأكد من الاتي :
- مدى جدوى ونوعية العلاقه المهنيه التي يتم اختيارها .
- التأكد من الوضع الصحي من الطبيب والتحليل في مؤتمر الحاله والاطلاع على الملف الطبي .
- استكشاف الحالة ومدى قابليتها للنجاح في التدخل المهني الشامل العلاجي مع استخدام قياس لجدوى التدخل المهني S.I.E.M Social Intervention Effective Measurable .
- التقييم والتحليل الاجتماعي للحالة
- بناء العلاقه المهنيه العلاجية .
- استمرارية تقديم الدعم والزيارة المستمرة .
- وضع خطه علاجية للحالة .
- وضع خطة متابعة وانهاء مع كتابة تقرير اجتماعي .

العوامل الذاتيه :

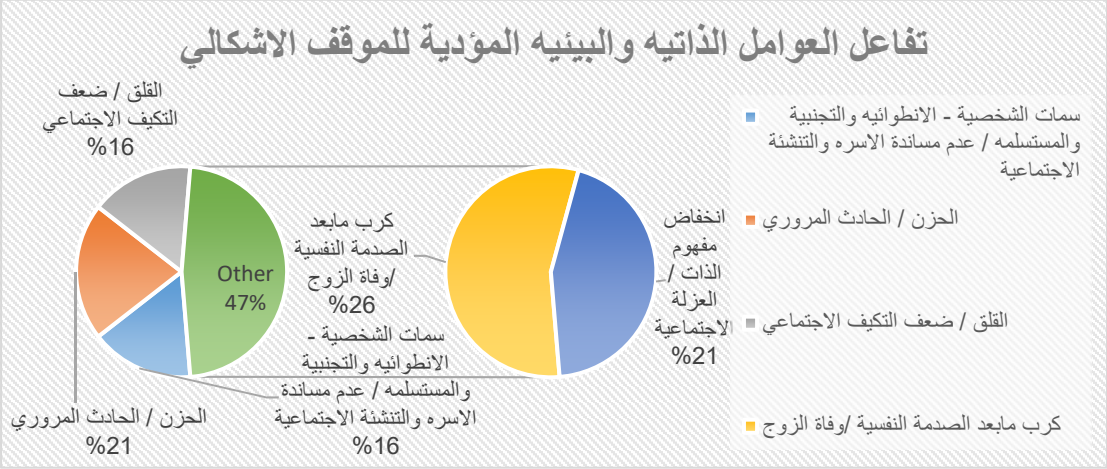
- سمات الشخصية : لدى المريضه سمات شخصيه تتفاعل مع الوضع الصحي حيث لديها سمات الشخصية الانطوائيه مع سمات من الشخصية التجنبية والاستسلاميه كالتبلد والانكار - الشعور بالذنب – الشرود الذهني – الخوف الحزن

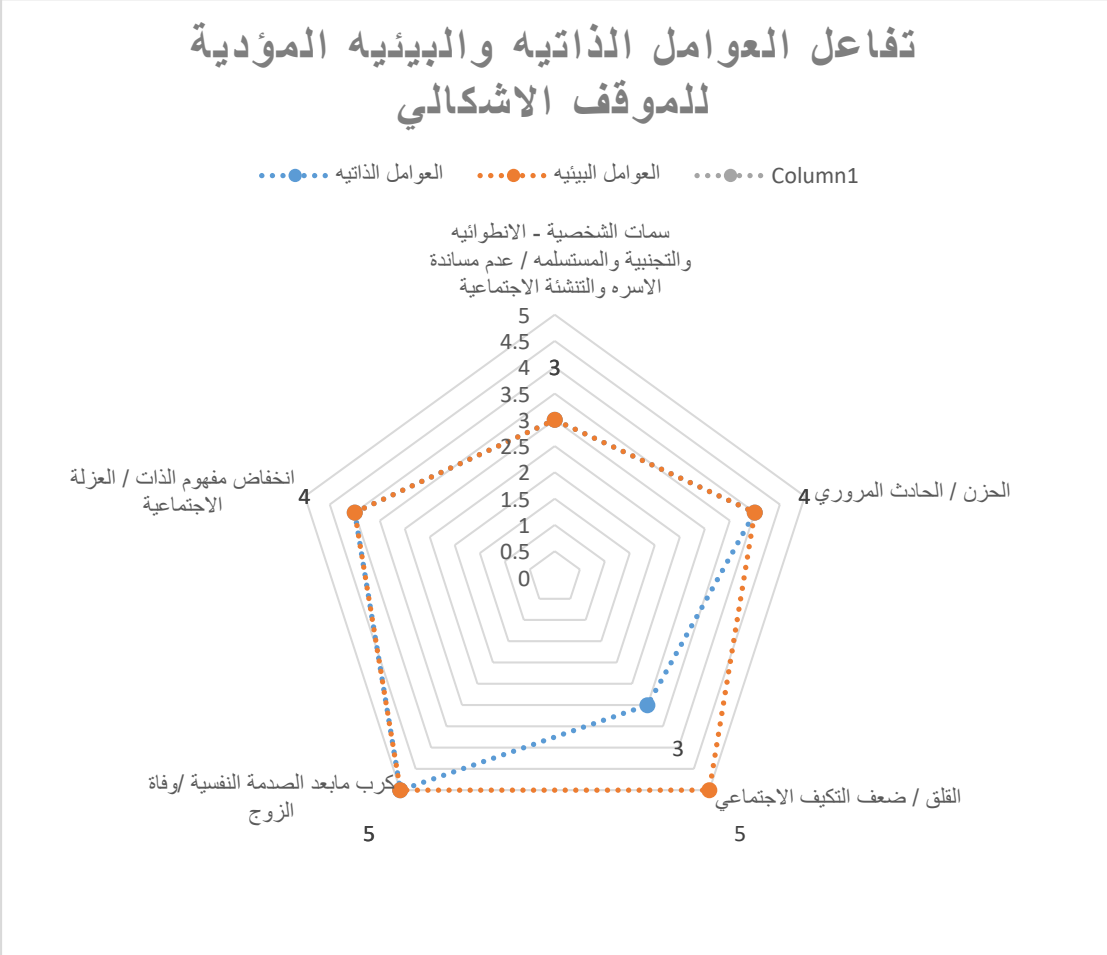
– الشعور بالندم – عدم الشهيه للاكل – فقد الزوج . الخوف – عدم التفريغ الوجداني والاستبصار بالذات وانخفاض مفهوم الذات.

- تفاعلت هذه العوامل الذاتيه مع العوامل الاجتماعية كما ذكرنا في الوضع الصحي والعوامل الاجتماعية كوفاة الزوج والحدث الصادم العزلة الاجتماعية – الاتزان الانفعالي – انخفاض مفهوم الذات مع عدم التعبير عن الذات وضعف دور الاسره وعدم اكمال التعليم / الوظيفه

م	الاحتمالات / الانطباعات	تفاصيل
1	كرب ما بعد الصدمة نفسية	التبلد والانكار - الشعور بالذنب – الشرود الذهني – الخوف
2	اكتئاب	الحزن – الشعور بالندم – عدم الشهيه للاكل – فقد الزوج .
3	اضطرابات قلق	الخوف – عدم التفريغ الوجداني والاستبصار
4	انخفاض التكيف الاجتماعي	العزلة الاجتماعية – الاتزان الانفعالي – انخفاض مفهوم الذات مع عدم التعبير عن الذات وضعف دور الاسره وعدم اكمال التعليم / الوظيفه
5	السمات الشخصية	الانطواء – التجنبية – الاستسلام
6	عوامل اجتماعية	عدم مساندة الاسره – انخفاض مستوى التعليم والثقافه والعوامل الاقتصادية بجانب الفراغ وعدم العمل وعدم ممارسة الهوايات

الرسم البياني لتشخيص الحالة :





مناطق العلاج والمساعده :

الجوانب الواجب التأثير فيها هي :

1- في سمات شخصية الحاله اولا مثل تعديل سمات الحاله الانطوائيه والتجنبية والاستسلاميه مع تقديم المعونه النفسيه كالدعم والاطمئنان والتشجيع .

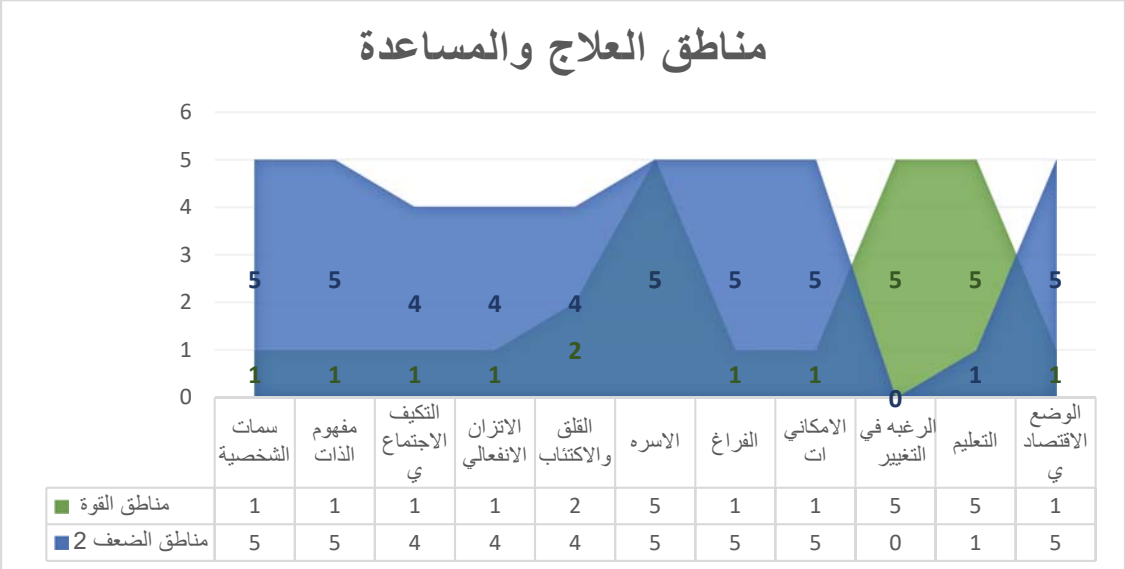
2- علاج انخفاض التكيف الاجتماعي وذلك بتخفيض العزلة الاجتماعية وزيادة الاتزان الانفعالي والرفع من معرفة مفهوم الذات .

:

- أ - مناطق الضعف : وتمثل في اضطراب السمات الشخصية وانخفاض مفهوم الذات وضعف التكيف الاجتماعي وانعدام دور الاسره مع عدم الاتزان الانفعالي والقلق والاكتئاب وهي العوامل المباشره والاساسيه لها ارتباط واضح بالمشكلة الصحيه والوضع النفسي الاجتماعي وفي نفس الوقت يمكن علاجها والمساعده فيها.

وفي الظروف المحيطه تتمثل نقاط الضعف ضعف في دور الاسره مع عدم توفر عوامل شغل وقت الفراغ والترفيه وتطوير الذات .

- ب – مناطق القوة وهي الامكانيات القائمه في الحالة او الظروف المحيطه وتتمثل في الرغبه للتطوير والتغيير مع كمون الاراده والمساعده من الاسره وهي عوامل لم تستثمر بصورة مناسبة .



	سمات الشخصية	مفهوم الذات	التكيف الاجتماعي	الاتزان الانفعالي	القلق والاكتئاب	الاسره	الفراغ	الامكانيات	الرغبه في التغيير	التعليم	الوضع الاقتصادي
مناطق القوة	1	1	1	1	2	5	1	1	5	5	1
مناطق الضعف 2	5	5	4	4	4	5	5	5	0	1	5

تقييم الوضع الصحي

المريضه و . م مصابه في الحبل الشوكي منذ 1435/10/11هـ بسبب حادث مروري مما ادى الى ضعف كبير في الاطراف وصعوبه في الكلام والتحدث .

ويعرف الحبل الشوكي(النخاع الشوكي) Spinal Cord بأنه حزمه من الاعصاب - نسيج عصبي - تصل بين أسفل المخ وتمر من خلال القناه الشوكيه في فقرات العمود الفقري Vertebral Cord وتخرج هذه الاعصاب لتغذي الطرفين العلويين والطرفين السفليين والصدر والبطن.

ماهي مهمه الحبل الشوكي(النخاع الشوكي) : بأختصار شديد مهمه الحبل الشوكي(النخاع الشوكي) هي نقل الاوامر العصبيه من المخ Brain الي سائر اطراف الجسد وذلك لأعطاء الاوامر للعضلات بالانقباض والانسباط وتكون هذه الاوامر صادره عن المخ . كذا تتحكم في العمليات الحيويه كمعدلات زياده ضربات القلب والتنفس والمثانه البوليه.

ولأعصاب الحبل الشوكي دور ايضا في عمليه تعرف بالفعل المنعكس Spinal Reflexes

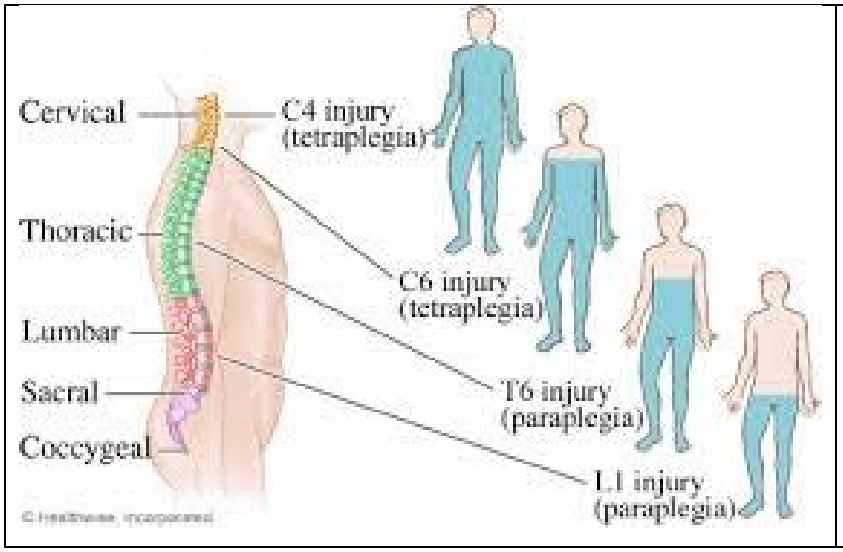
يبلغ عدد الاعصاب الشوكيه 31 زوج منها 8 أزواج عنقيه Cervical Spinal Nerves..... و 12 زوج صدريه Thoracic ... و 5 أزواج قطنيه Lumbar و 5 ازواج عجزيه Sacral وزوج واحد عصعصي Coccygeal .

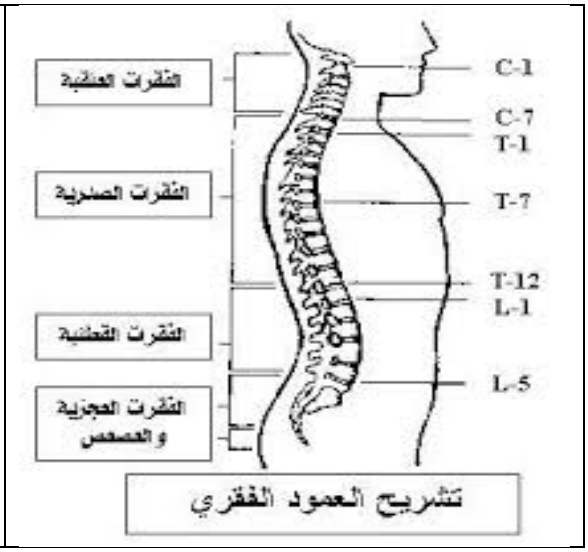
وتحاط هذه الاعصاب الشوكيه بالعمود الفقري Spinal Cord لحمايتها من الاصابات

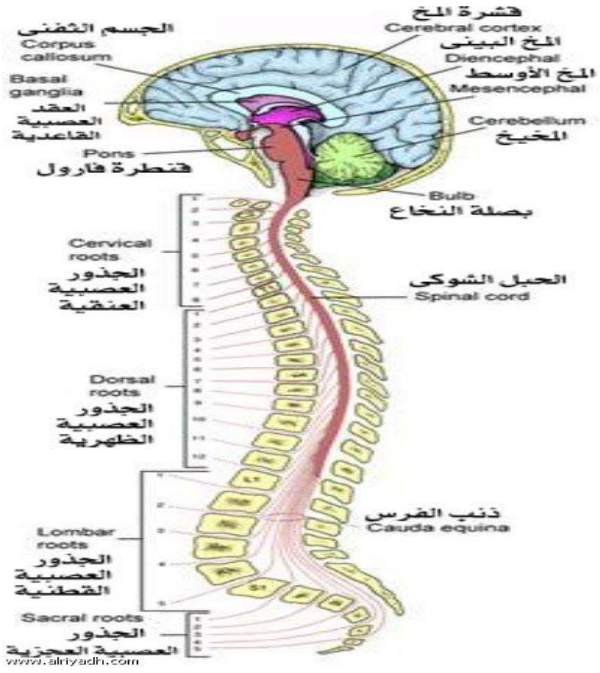
<u>تسبب الاصابة بالنخاع الشوكي الاعراض التالية:</u>

- فقدان القدرة على الحركة.
- فقدان الاحساس، ويشمل الاحساس بالحرارة، البرودة او اللمس.
- فقدان السيطرة على طرح البول.
- ازدياد وتيرة المنعكسات (Reflex) وتوتر العضلات (Muscle tone).
- ضعف قوة الاداء الجنسي والخصوبة
- الشعور باوجاع او الوخز في اطراف الاعصاب المتضررة.
- صعوبة في التنفس، السعال وخروج افرازات من الرئة

الجهاز العصبي المركزي: ويشمل المخ والحبل الشوكي ، ويقع المخ داخل علبة عظمية تسمى الجمجمة ويمتد الحبل الشوكي من المخ خلال العمود الفقاري مما يوفر الحماية للجهاز العصبي داخل العظام.ثانيًا: الجهاز العصبي الطرفي : ويشمل سلسلة الأعصاب التي تصل الجهاز العصبي المركزي بالأعضاء المختلفة ، وتقسم الأعصاب إلى نوعين : أعصاب تخرج من المخ إلى تراكيب في الرأس كالعيون والفكين والجذع وتسمى الأعصاب المخية. أعصاب تخرج من الحبل الشوكي إلى الذراعين والأرجل والتراكيب المختلفة في الجذع وتسمى الأعصاب الشوكية (كما بالشكل)







نموذج تطبيقي كيف يتم كتابة التقييم النفسي الاجتماعي ؟

المريضه و . م 23 سنه سعودية أرمله توفي زوجها في الحادث الذي تعرضت له ونتج عن اصابتها وكان زواجها في فترة قريبه قبل الحادث بستة اشهر متعلمه الى مستوى الثانوي تقيم مع اسرتها خارج منطقة الرياض في منطقة نائيه الى حد ما تنتمي لأسره ممتدة مكونه من اب غير متعلم متزوج من ثلاث زوجات غير الام ولديها 9 اخوه من الاب والام جميعهم في مستوى تعليمي وصحي طبيعي وترافقها الام خلال فترة التنويم والام متعاونة وعلاقتها ممتازة معها الحالة مصابه في الحبل الشوكي منذ 1435/10/11هـ بسبب حادث مروري مما ادى الى ضعف كبير في الاطراف وصعوبة في الكلام والتحدث :

وتعاني من الاعراض التالية:

- فقدان القدرة على الحركة.
- فقدان الاحساس، ويشمل الاحساس بالحرارة، البرودة او اللمس.
- فقدان السيطرة على طرح البول.
- ازدياد وتيرة المنعكسات (Reflex) وتوتر العضلات (Muscle tone).
- ضعف قوة الاداء الجنسي والخصوبة
- الشعور بأوجاع او الوخز في أطراف الاعصاب المتضررة.
- صعوبة في التنفس، السعال وخروج افرازات من الرئة

تحليل العوامل الاجتماعية النفسية للمريضة:

(1) - دور الأسرة في دعم المريضة : يتضح من خلال تطبيق المقياس على اسرة المريضه انخفاض بمستوى جيد في الدعم المقدم للمريضة بدرجة 3 وذلك بسبب عدم وعي الأسرة بدورهم في التعامل مع المريضة ووضعها الصحي وبسبب نظرتهم لإصابة الحالة وتوقعاتهم بالإضافة الى العوامل الاجتماعية البيئية في وفاة زوجها في الحادث الذي تعرضت له ونتج عن اصابتها وكان زواجها في فترة قريبه قبل الحادث بستة اشهر وهي كانت الزوجة الثانية

وتعيش مع اسرتها خارج منطقة الرياض في منطقة نائيه الى حد ما تنتمي لأسره ممتدة وترتيبها الأوسط بين الابناء في الأسرة بالإضافة الى الوضع الصحي الحالي .

(2) - الحالة المعنوية للمريضه : يتضح من الملاحظة المهنيه ومقابلة المريضه التالي :

بعد النظر في الوضع الصحي في الجوانب النفسيه حيث الانفعالات الواضحة مثل الصدمة النفسيه والكبت والقلق والت ظهرت في نبرات الصوت والعينين والبكاء وتهدج الصوت والانفعالات المقنعة خلف اساليب المقاومة المختلفة مثل التسامح الاستسلامي الزائد

(3)- درجة تقبل الوضع الصحي : كانت درجة مقبولة نظرا لعدم التدخل المهني بعد الحادث وبالتالي تم امتصاص هذا الموقف في الوضع الصحي والاجتماعي مما انعكس على درجة تقبل الوضع الصحي بالإنكار والاستسلام وعدم الوعي .

(4) - قوة الشخصية والعوامل الذاتية :بعد تحليل الشخصية وعقد المقابلات التشخيصية وتطبيق مقياس الشخصية (مرفق) وجدنا ان المريضه لديها سمات شخصية انطوائية ومستسلمة وتجنبيه وهذه ابرز النتائج :

1. **تفضيل العزلة والانفراد على الخلطة والاجتماع دائماً** ، ويكون ذلك حتى في أوقات الفراغ داخل المستشفى او في علاقاتها مع الفريق الطبي والمرافق (إجازة نهاية الأسبوع و الإجازة السنوية ...) ويفضل الاستمتاع الفردي على الاستمتاع المشترك (في الجلسات والرحلات ..).
2. **برودة المشاعر وانحسار العواطف** (المحبة ، الشفقة ،العطف)حتى مع الأهل والأولاد وليس ذلك بسبب قسوة القلب وغلظة الضمير.
3. **برود الانفعالات النفسية** (الفرح ، السرور، الحزن ، الغضب ، العداء) وعدم المبالاة بالمواقف التي تثير المشاعر.
4. **ضعف التأثر بالانتقادات والتوبيخ والتشجيع والمدح والثناء** ، وليس ذلك لدافع خلقي أو ديني وإنما طبع وجبلة.
5. **ضعف التأثر بالنصح والإرشاد والتوجيه** ليس بسبب العناد والرفض والتحدي وإنما لبرود المشاعر وضعف تأثيرها على التفكير والسلوك.
6. **ضعف القدرة على التعبير عن المشاعر الإنسانية** (لعدم توفرها أو ضعفها في قرارة نفسه) وضعف الاشتياق إلى الأهل والأحباب حتى عند طول الفراق.

7. **تفضيل المجالات التي يغلب عليها الانفراد في الدراسة والعمل.**
8. **ضعف في التواصل اللفظي** (كلامه محدود ومختصر وبدون مشاعر) وغير اللفظي (نظراته وإشاراته باليدين والرأس ..).
9. **ضعف التواصل مع المقربين** (في اللقاءات والزيارات).
10. **ضعف في المبادرة والتلقائية** والتحرك الذاتي والتفاعل الاجتماعي وفي القيام بالمسئوليات.
11. **الإغراق في أحلام اليقظة** و الاسترسال فيها بدرجة كبيرة جداً (حتى في مرحلة ما بعد المراهقة) وعدم تحديد للأهداف المستقبلية.

- **السمات الظاهرة من المقابلة والقياس والملاحظة في الشخصية المستسلمه :**

1. **الميل إلى موافقة الآخرين** ومسايرتهم في أغلب الأحوال ومجاملتهم والنزول عند رغباتهم ولو على حساب الشخص فهو لا يجرؤ أن يقول : لا أو لا أريد أو نحو ذلك ،و لذا فإنه يكثر من قول : نعم ،صح ، حاضر أبشر ، سم لمن يستحق ذلك ومن لا يستحق.
2. **ضعف القدرة على إبداء الرأي الشخصي** ووجهات النظر ولاسيما إذا كانت مخالفة لمعظم آراء الآخرين.
3. **ضعف القدرة على إظهار المشاعر الداخلية** (رضا ، استياء ، حب ، كره ..) وحبسها في أعماق النفس.
4. **الحرص الزائد على مشاعر الآخرين** وخشية إزعاجهم (جرح مشاعرهم).
5. **ضعف الحزم في اتخاذ القرارات** .
6. **التواضع في غير موضعه ولغير أهله (الذلة).**

- **السمات الظاهرة من المقابلة والقياس والملاحظة في الشخصية التجنبية :**

- **ضعف التواصل البصري** بشكل ملحوظ جداً (يتجنب التقاء العيون دائماً أو غالباً) مع ضعف الصوت وحتى وإن كان الحق له ومعه البرهان والشهود .
- **نقص واضح في مهارات التواصل الاجتماعي ومهارات إثبات الذات.**
- **تجنب الاندماج الاجتماعي ومخالطة الناس** خوفاً من الانتقادات وهرباً من الاحراجات المتوقعة (الارتباك، الخجل ..) رغم الرغبة في المخالطة وعدم الاستمتاع بالوحدة (مقارنة بالشخصية المعتزلة)، وحينما يتأكد من قبول الآخرين له ورضاهم عنه يخالطهم.
- **التقوقع والانكفاء على الذات** والإحجام عن المبادرة وإظهار الإمكانات والقدرات.
- **المبالغة في احتقار الذات وتصغير القدرات وتقليل الطموحات.**

(5) - التكيف الاجتماعي : لا حظنا ان التكيف والموائمة لدى المريضه مقبولة وذلك بأسباب عدم تكيفها مع الإصابة وعدم تأهيلها سابقا مما ادى ذلك الى تأثرها النفسي الاجتماعي نتيجة الوضع الصحي .

(6) القدرة على الاندماج الاجتماعي: حسب معطيات النتائج والتحاليل للشخصية وعوامل الشخصية الذاتية والبيئية فان قدرة الحالة على الاندماج الاجتماعي ضعيف الى حد كبير وبالتالي تم وضع خطة علاجية في المقابلة الثالثة والرابعة والخامسة لمعالجة تعديل سمات الشخصية للحالة وترتكز على تقوية وظائف الذات الجانب الحسي والادراك والتفكير واتخاذ القرار .

التقييم النفسي الاجتماعي (قبل) :

من خلال تطبيق مقياس قوة الذات وقياس الاكتئاب والقلق والملاحظة المهنية وما نتج عنه من خلال المقابلات وجدنا الاتي:

م	عناصر التقييم	ضعيف (1)	مقبول (2)	جيد (3)	جيد جدا(4)	ممتاز (5)	الدرجة	
							قبل	الهدف
1	دور الأسرة في دعم المريضة	☐	☐	☐	☐	☐	3	5
2	الحالة المعنوية للمريضة	☐	☐	☐	☐	☐	1	4
3	درجة تقبل الوضع الصحي	☐	☐	☐	☐	☐	2	4
4	قوة الشخصية والعوامل الذاتية	☐	☐	☐	☐	☐	2	4
5	التكيف الاجتماعي	☐	☐	☐	☐	☐	2	4
6	القدرة على الاندماج الاجتماعي	☐	☐	☐	☐	☐	1	4

الخطة العلاجية

الخطوات والاجراءات المهنية مع الحالات

م	الخطوات	المرحلة	التدخل المهني
الاطلاع على الملف الطبي			
1	الخطوة الاولى	جمع المعلومات	التعريف بالأخصائي الاجتماعي
2	الخطوة الثانية		الانصات العلاجي
3	الخطوة الثالثة		التفريغ الوجداني العلاجي
4	الخطوة الرابعة		بناء العلاقة المهنية
تقييم التدخل المهني قبل			
5	الخطوة الخامسة	التقييم	اجراء التقييم لمناطق الدراسة والعوامل
6	الخطوة السادسة		التحليل والتشخيص
7	الخطوة السابعة		بناء الخطة العلاجية
8	الخطوة الثامنة	العلاج والمتابعة	العلاج والمساعدة والجلسات
9	الخطوة التاسعة		تقييم التدخل المهني بعد
10	الخطوة العاشرة	انهاء العلاج	اتخاذ القرار بأنهاء العلاقة المهنية

الخطوات والاجراءات المهنية مع الحالات

1	الخطوة الاولى	جمع المعلومات	التعريف بالأخصائي الاجتماعي

التعريف بالأخصائي الاجتماعي في هذ الخطوة امر مهم يمهد للعلاج والمساعدة واتخاذ القرار حيث يقوم الاخصائي بالتعريف بدور الاخصائي الاجتماعي مع الالتزام للأفكار التالية:

- المساعدة مع الحالة / العميل وليس من اجل حيث هذا يعطي انطباع بالمشاركة.
- التزام الحالة / العميل بمهام يقوم بها وليس فقط الاستقبال من جهة واحده.
- الالتزام بحقوق الحالات من خصوصية وسريه وفردية وحق تقرير مصير
- العلاقة المهنيه : بحيث يكون الحالة على علم تام بماهية العلاقة المهنيه العلاجية وخصائصها .
- الالتزام بسياسات العمل وحقوق العميل داخل المؤسسة / المستشفى.
- عملية الاستثمار الذاتي (وهي القدرة على توظيف الطاقات الكامنة في الوصول إلى التوافق النفسي والاجتماعي)، هي عملية مستمرة مدى الحياة.
- الإنسان يستطيع أن يحقق النمو النفسي والاجتماعي متى ما توفر المناخ الإيجابي الذي يساعده على ذلك.
- الاحترام والتعاطف والعلاقة المهنية هي مقومات العملية العلاجية ومتى ما توفرت أنشأت حالة من الاستقرار تساهم في دفع عملية العلاج نحو تحقيق أهدافها.
- دور الأخصائي الاجتماعي هو دور المساعد وليس الأساسي في العملية العلاجية ويقع على عاتقه توفير الاحترام والتقدير.
- التركيز على الموقف الحالي والآني وما يرتبط به من مشاعر وسلوك يحضرها العميل للعملية العلاجية.
- الوصول إلى معرفة العميل لذاته هو الهدف النهائي للعلاج فإذا ما تحقق ذلك أصبح العميل قادراً على التمتع بالاستقلال في الشخصية والتكامل في وظائفها.

2 الخطوة الثانية	الانصات العلاجي

الانصات العلاجي تكنيك مهم في بداية مقابلة الحالة يعتمد على اظهار التقبل والتركيز لكل ما يقوله اثناء المقابلة ومحاولة فهم كل ما وراء الكلمات ويشمل على التوجيهات التالية :

- التعاطف: ويعني إدراك الأخصائي الاجتماعي أو المعالج لمشاعر الحالة وتقدير كل ما مر به من خبرات.أي قدرة الممارس على أن يبدي للحالة أنه يشعر بما يعانيه ويتفهم ما يحس به الحالة من الألم او المرض او الاعاقه . والتعاطف هنا قد يكون لفظيا من خلال الكلمات والعبارات التي يسمعها للحالة وقد يكون غير لفظيا من خلال استخدام حركة الجسم وتعبيرات الوجه.
- الاحترام الايجابي غير المشروط: ويعني عدم محاولة قيام الأخصائي الاجتماعي بالتوصل لاستنتاجات ثم الضغط على العميل بتقبلها. بل يجب إعطاء العميل الفرصة الكاملة للتعبير عما يشعر به ويفكر فيه. وهنا لا بد من الإشارة إلى أن الاحترام الايجابي غير المشروط لا يعني أن موافقة وتقبل الأخصائي الاجتماعي أو المعالج لأنماط السلوك المضادة للمجتمع والانحرافية.
- استرجاع الأفكار والمشاعر والاتجاهات حول الوضع الحالي.
- تنمية الإدراك الذاتي لدى العميل من خلال مساعدته على استثمار حرية التفكير الواعي.

- **الخطوات والاجراءات المهنية مع الحالات**

---

2 **الخطوه الثالثه التفريغ الوجداني العلاجي**

مقدمة : أن ما نحس به من عواطف لا يمثل إلا جزءا بسيطا من الطاقة الوجدانية الكامنة داخلنا، وهذه الطاقة قابلة للترويض والتهذيب، إذ أن معظمنا بحاجة في جميع مراحل حياتنا إلى تدريبات تصقل حياتنا الوجدانية وتنقي سلوكنا العاطفي مؤدية بالتالي إلى تقوية الشخصية،

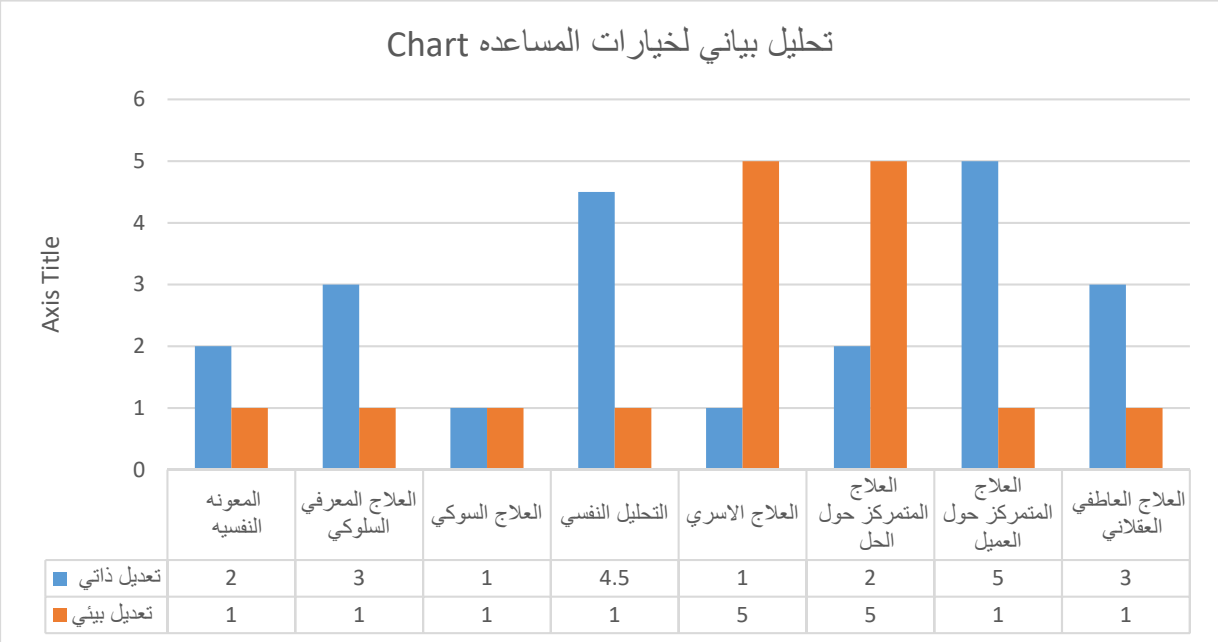
هناك أحزان كثيرة داخلنا نكبتها في اللاشعور لكنها تضغط علينا من الداخل ولا سبيل للتخلص من ضغطها إلا بالنبش عنها وجعلها تطفو على السطح ولتحقيق هذا النبش نفذ ما يأتي:

- أغلق باب الغرفة على نفسك
- قم بتذكر أحزانك الدفينة (بعض الصور الخاصة بأحبائك الذين فارقوا الحياة أو سافروا بعيدا ربما تساعد على إثارة مشاعرك).
- لا تمنع نفسك من التفجير العاطفي واترك دموعك تنهمر فالدموع الساخنة فيها شفاء وراحة لحياتك الوجدانية
- احضر حوالي خمسين ورقة من الورق الفولسكاب
- اجلس في مكان هادئ وابدأ في تقطيع الورق الى ثمان قطع متساوية (بتطبيق حوافه على بضعها البعض ثم تقطيعها)
- استمر في هذه العملية البسيطة بهدوء وبطء وستحس بالراحة النفسية بعد الانتهاء لأنك قد فرغت شحناتك الانفعالية المكبوتة داخلك بهذا التقطيع .. فالورق هنا يرمز إلى العقبات التي أعاقت تفريغ طاقتك الوجدانية لكنك نجحت في إخراج هذه الطاقة المكبوتة عن طريق الرمز الممزق.
- الحديث عن المشكلة مع صديق مقرب يتميز بفن الاستماع أو بعمل جلسة مع الاصدقاء وعلى كل فرد في المجموع ان يقوم بالتنفيس عما بداخله من ضيق ..
- تطبيق تمارين الاسترخاء الخاصة بالتنفس
- توجيه الحاله بممارسة المشي (يفضل على الرمل والقدمين حافيتين) أو السباحة أو رياضه محببة

- توجيه الحالة شراء كرة الضغط stress bool وممارسة الضغط عليها اثناء الحياه اليومية ومجرد التفكير في الضغط النفسي .

س : كيف يتم تحديد واختيار خيارات العلاج ؟ :

الخيارات في العلاج والمساعدة هي اسلوب المعونة النفسية وما يتضمنه من علاقه مهنيه وتعديل استجابات وسلوك وسمات بالإضافة الى العلاج السلوكي والاسري والعلاج المعرفي السلوكي واعلاج العاطفي العقلاني ونموذج العلاج المتمركز حول الحل ونموذج العلاج المتمركز حول العميل المتاحة كما هو واضح في الرسم البياني ان العلاج المتمركز حول العميل والتحليل النفسي والعلاج المعرف السلوكي هي الخيارات الافضل امام الاخصائي الاجتماعي لاستخدامها في التعديل الذاتي مع الحالة في حين جاءت الخيارات الاقل اختيارا حسب المعطيات هي العلاج السلوكي والاسري حيث ان الحالة من الصعب جدا حسب وضعها الصحي وعدم قدرتها على الحركة وصعوبات الكلام في ان يكون من الخيارات العلاج الاكثر فعالية مع الحالة هي كما ذكرنا العلاج السلوكي والاسري حيث ان الاول يتطلب حركه وقدرات والعلاج الاسري يتطلب تواصل واتصال فعال واجتماع اسري وهذا صعب جدا في ظروف التنويم في المستشفيات .



الاهداف العلاجية مع الحالة:

الهدف الرئيسي : تعديل جزئي في شخصية الحالة مع بعض الظروف المحيطة البيئية ويتضح من البيان التالي الاهداف الفرعية :

نوع المقابلة	اسلوبها	ملاحظه	الاهداف الفرعية
المقابلة الاولى	فردية		استهلاليه وبناء علاقه مهنيه مع الحاله
المقابلة الثانية	مشتركه	الحاله مع الام	جمع معلومات اوليه
المقابلة الثالثة	فردية		التقييم النفسي الاجتماعي والتحليل
المقابلة الرابعه	فردية		تعديل سمات الشخصية -1-
المقابلة الخامسة	فردية		تعديل سمات الشخصية-2-
المقابلةالسادسة	فردية		تعديل سمات الشخصية -3-
المقابلة السابعه	فردية		تعديل سمات الشخصية بناء الثقه تقوية الاراده
المقابلة الثامنه	فردية		تقليل حدة المخاوف والقلق وآثار المرض
المقابلة التاسعه	جماعيه	مع الاسره	تعليم اسرة المريض كيفية التعامل مع المريض
المقابلة العاشره	مشتركه	قبل الخروج	تقييم وتخطيط خروج مع التثقيف بموارد المجتمع
المقابلة الحادي عشره	فردية	انهاء العلاقة المهنيه	اقفال الحالة

تقرير عن المقابلات مع الحالة :

- **نوع المقابلة التاريخ تقسيم المقابلات ملاحظه الاهداف**
- المقابلة الاولى 2015/12/3م اوليه فردية استهلاليه وبناء علاقه مهنيه
- المقابلة الثانية 2015/12/4م تاليه مشتركه الحاله مع الام جمع معلومات اوليه
- المقابلة الثالثة 2015/12/5م تتبعيه فردية التقييم النفسي الاجتماعي

- المقابلة الرابعه 2015/12/8م تتبعيه فردية جلسة علاجيه
- المقابلة الخامسة 2015/12/12م تتبعيه فردية جلسة علاجيه
- المقابلة السادسة 2015/12/15م تتبعيه فردية جلسة علاجية
- المقابلة السابعه2015/12/17م تتبعيه فردية جلسة علاجية
- المقابلة الثامنه 2015/12/19م تتبعيه فردية جلسة علاجية
- المقابلة التاسعه2015/12/21م تتبعيه جماعيه مع الاسره ارشاد وتوجيه
- المقابلة العاشره2015/12/23م تتبعيه مشتركه قبل الخروج تخطيط خروج
- المقابلة الحادي عشره 2015/12/27م ختامية فردية انهاء العلاقه المهنيه اقفال الحالة

خطة المقابلات كانت كالتالي :

- تهيئة المناخ النفسي المناسب للمقابلة prepare Interview
- خطة تكوين العلاقة المهنيه Provisional Relation
- قائمه جمع المعلومات Collect information Area plan checklist
- نموذج تسجيل مقابلة Social record form
- قياس قبلي لوضع المريض Measurement
- خطة الدعم النفسي الاجتماعي Psychosocial support plan
- تسليم المريض مذكرة تمارين (1) و (2) تطبيقية Exercise
- التوثيق مع التوقيع وتسجيل التاريخ Signature

الجلسات العلاجية مع المريض

الهدف العام : تعديل نسبي في سمات العميل أو في بعض من ظروفه المحيطة

الاهداف :

(ب) - أهداف المقابلة / الجلسة الارشادية :

- إزالة التوترات من المريض :
  - احساس بالنقص .
  - الخوف .
  - القلق .
  - ضغط نفسي .
- **العلاقة المهنيه :**
  - تدعيمية .
  - تصحيحيه .
  - تأثيريه .
- التعاطف :
  - تقدير مشكلة المريض بدون التأثير .
  - المشاركه الوجدانية .
- التوكيد :
  - الموضوعيه وعدم انكار خطورة المشكلة .
  - ليس دائما في كل الحالات .
- المبادرة .
- الافراغ الوجداني :
  - تلقائي .
  - مقصود (التعبير الهادف عن المشاعر)
  - الاستثاره .

- التشجيع .
- التوظيف .
- الابدال . تحويل الشحنة السالبة الى قناة فرعية تمتص من اثر حدة الكراهية نحو موضوع الافراغ .
- الواقعية . رد الشحنة السالبة للعميل لكي يتامل دوره في احداث المشكلة .

الخطوات المهنية الأساسية التي تمت :

1- بعد استقبال الحالة وزيارتها وتقييمها التقييم المبدئي .

2- تحليل التدخل المهني وفق قياس جدوى التدخل المهني وحصلت الحالة على 55 كنسبة قابلة للتدخل المهني .

3- تم زيارة المريضه للمره الثالثة وشرح دور الاخصائي الاجتماعي العلاجي والبدء في التقييم المتكامل والشامل مع تطبيق بعض المقاييس المتوافقه مع معايير التصنيف الدولي للامرض DSM-IVبالاضافه الى مراعاة ما ينتج عن المقابلة والملاحظة المهنيه مثل :

- استمارة البحث الاجتماعي العلاجية .
- مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية Goldberg1999 .
- مقياس الاكتئاب .
- مقياس القلق .
- مقياس الكرب لما بعد الصدمة لدافيسون PTSD

4- تم في هذا الخطوة التحليل والتشخيص النهائي بناء على المعطيات .

5- وضع خطة علاجية للحالة .

6- البدء في الجلسات العلاجية .

7- التقييم والمتابعة .

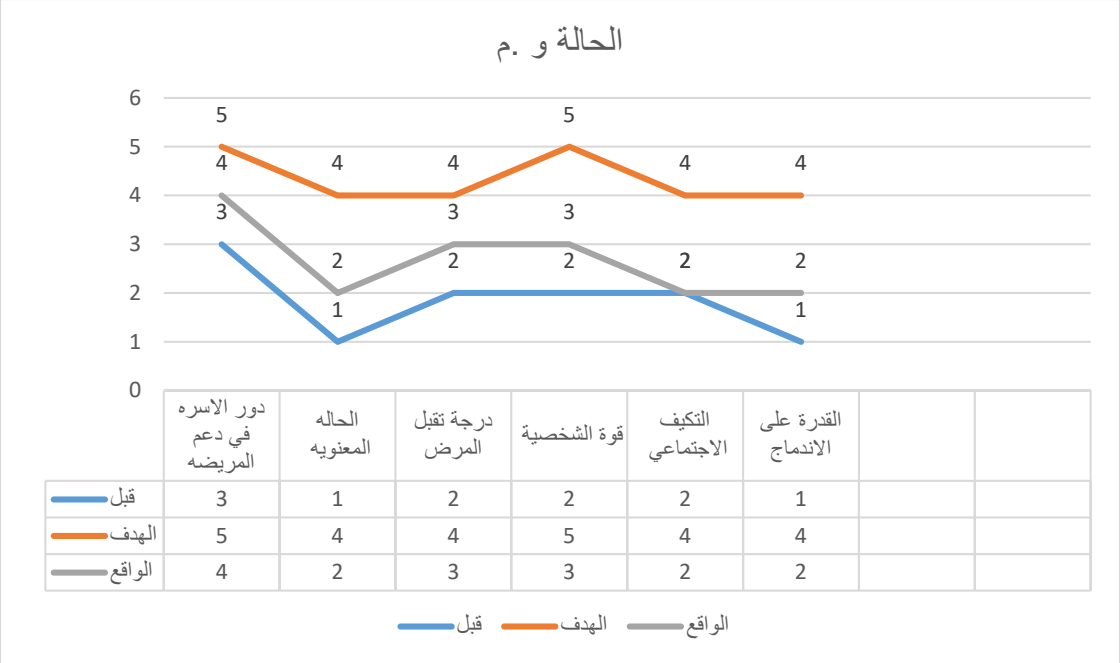
8- انهاء العلاج والعلاقة المهنيه .

9- اجراء التقييم النهائي وتقويم المساعدة عبر استمارة خاصة لتقويم المساعدة مترجمة .

تقرير التدخل المهني :

من خلال تطبيق مقياس قوة الذات وقياس الاكتئاب والقلق والملاحظه المهنيه وما نتج عنه من خلال المقابلات وجدنا الاتي :

م	عناصر التقييم	ضعيف (4)	مقبول (5)	جيد (3)	جيد جدا (4)	ممتاز (5)	الدرجة		
							قبل	الهدف	الذي تم تحقيقه
1	دور الاسره في دعم المريضه	☐	☐	☐	☐	☐	3	5	4
2	الحاله المعنويه للمريضه	☐	☐	☐	☐	☐	1	4	2
3	درجة تقبل الوضع الصحي	☐	☐	☐	☐	☐	2	4	3
4	قوة الشخصية والعوامل الذاتية	☐	☐	☐	☐	☐	2	5	3
5	التكيف الاجتماعي	☐	☐	☐	☐	☐	2	4	2
6	القدرة على الاندماج الاجتماعي	☐	☐	☐	☐	☐	1	4	2



خطة المتابعة:

يتم متابعة الحالة وفقا للاتي:

- مدى تحسن مناطق العلاج بشكل عام.
- متابعة يومية في الفترة الزمنية الأولى (الجلسات الأولى)
- متابعة اسبوعيه في الفترة الزمنية الثانية (الجلسات التبعية)

تقرير عن متابعة الحالة :

- **رقم المقابلة التاريخ تقسيم المقابلات الاهداف**
- (1) 24-3-2015م فردية / اسريه متابعه

في الختام

نتمنى في هذا الإصداران لجميع الزملاء المتخصصين والعاملين في القطاع الاجتماعي الاستفادة ونتمنى ان يقدموا مقترحاتهم وتواصلهم

على الايميل التالي

tasmri@kfmc.med.sa

- المراجع:

1 - ماهر أبو المعاطي/ مقدمة في الخدمة الاجتماعية/ 2003/ مكتبة زهراء الشرق.

2- ماجدة السيد عبيد وحزامة جودت/ وقفة مع الخدمة الاجتماعية/ 2001/ دار صفاء للنشر.

3- أسس الخدمة الاجتماعية/ محمد سيد فهمي/ 1998/ المكتب الجامعي الحديث

4- الخدمة الاجتماعية المعاصرة/ نظيمة أحمد سرحان/ 2006/ مجموعة النيل العربية.

5- مقدمة الخدمة الاجتماعية/ محمود حسن الشؤون الاجتماعية رعاية وتنمية/ 2003.

6 .الدخيل، عبدالعزيز عبدالله، (معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية والعلوم الاجتماعية)، الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأخيرة.

7- .رشوان ،عبد المنصف ، و القرني ،محمد مسفر. المداخل العلاجية المعاصرة للعمل مع الأفراد والأسرة، مكتبة الراشد، الطبعة الأخيرة.

8- .رشوان، عبد المنصف(الطبعة الأخيرة). الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال النفسي والعقل، القاهرة : المكتب الجامعي الحديث.

9- .سليمان ،حسين وآخرون . الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة، الطبعة الأخيرة.

References

1. Barker, L. Robert (Latest Edition). Social Work Dictionary. National Association of Social Workers. Nasw press.

2. Encyclopedia of Social work (Latest Edition). National association of Social workers (NASW press).

3. Malcolm, P. (Latest Edition). Modern Social Work Theory: A Critical Introduction. London: The Macmillan Press LTD.

4. NASW. (Latest Edition). Code of Ethics. National Association of Social Workers. Washington, DC.

5. Nelson, J. C. (Latest Edition). Intermediate Treatment Goals as Variables in Single-Case Research Social Work Research and Abstracts 20 (march): 3-10.

References CLIENT – CENTERED THERAPY

1- Cain, D. J. (1988). Roundtable Discussion. Person-centered Review, 3 (3), 353-390.

2- Corey, J. (1996). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Brooks /Cole Publishing Company, New York.

3- Greene, R. & Ephross, P. (1991). Human Behavior Theory and Social Work Practice. Aldine De Gruyter, New York.

4- Lambert, M. J. (1986). Future Directions for Research in Client-centered Psychotherapy. Person-centered Review, 1 (12), 185-200.

5- Rogers, C. (1942). Counseling and Psychotherapy. Houghton Mifflin, Boston.

5- Rogers, C. (1951). Client-Centered Therapy. Houghton Mifflin, Boston.

6- Rogers, C. (1961). On Becoming a Person. Houghton Mifflin, Boston.

7- Rogers, C. (1977). Carl Rogers on personal Power: Inner Strength and its Revolutionary Impact. Delacorte Press, New York.

8- Thorne, B. (1992). Carl Rogers. Sage, Newbury Park, CA.

9- Zimring, F. & Raskin, N. (1992). Carl Rogers and Client / person-centered Therapy. In D. Freedheim (Ed.), History of Psychotherapy: A Century of Change. American Psychological Association, Washington, D.C.