



جامعة الفيوم
كلية الخدمة الاجتماعية

عمليات وفلا العمل مع الأفراد

والأسر

إعداد

د/ أحمد صلاح الدين
سيدوفاحي

أستاذ خدمة فرد المساعد

قسم طرق الخدمة الاجتماعية

كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة الفيوم

أ. د / فوزي محمد الهادي
شحاتة

أستاذ خدمة فرد بقسم طرق الخدمة الاجتماعية

ووكيل الكلية لشئون الدراسات العليا والبحوث سابقاً

كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة الفيوم

العام الجامعي

٢٠٢٥ / ٢٠٢٤



عطايات في العمل مع الأفراد والأسر



الخريطة الزمنية الدراسية لمقرر (عمليات خدمة فرد) بالفصل الدراسي الثاني - العام الجامعي ٢٠٢٣/ ٢٠٢٤

م	الأسبوع	خلال الفترة		رقم المحاضرة	محتوى المحاضرة
		من	إلى		
١	الأول	٢٠٢٤/٩/٢٨	٢٠٢٤/١٠/٣	الأولى (مباشر بالكلية) الثانية (on line)	التعريف بالمنهج التعريف بالمنهج
٢	الثاني	٢٠٢٤/١٠/٥	٢٠٢٤/١٠/١٠	الثالثة (مباشر بالكلية) الرابعة (on line)	عملية الدراسة الاجتماعية عملية الدراسة الاجتماعية
٣	الثالث	٢٠٢٤/١٠/١٢	٢٠٢٤/١٠/١٧	الخامسة (مباشر بالكلية) السادسة (on line)	عملية الدراسة الاجتماعية عملية الدراسة الاجتماعية
٤	الرابع	٢٠٢٤/١٠/١٩	٢٠٢٤/١٠/٢٤	السابعة (مباشر بالكلية) الثامنة (on line)	عملية التشخيص الاجتماعي عملية التشخيص الاجتماعي
٥	الخامس	٢٠٢٤/١٠/٢٦	٢٠٢٤/١٠/٣١	التاسعة (مباشر بالكلية) العاشر (on line)	عملية العلاج الاجتماعي عملية العلاج الاجتماعي
٦	السادس	٢٠٢٤/١١/٢	٢٠٢٤/١١/٧	الحادية عشر (مباشر بالكلية) الثانية عشر (on line)	عملية العلاج الاجتماعي عملية العلاج الاجتماعي
٧	السابع	٢٠٢٤/١١/٩	٢٠٢٤/١١/١٤	الثالثة عشر (مباشر بالكلية) الرابعة عشر (on line)	إختبار الميدير الأول مراجعة
٨	الثامن	٢٠٢٤/١١/١٦	٢٠٢٤/١١/٢١	الخامسة عشر (مباشر بالكلية) السادسة عشر (on line)	إختبار الميدير الأول مراجعة
٩	التاسع	٢٠٢٤/١١/٢٣	٢٠٢٤/١١/٢٨	السابعة عشر (مباشر بالكلية) الثامنة عشر (on line)	التسجيل في خدمة الفرد التسجيل في خدمة الفرد
١٠	العاشر	٢٠٢٤/١١/٣٠	٢٠٢٤/١٢/٥	التاسعة عشر (مباشر بالكلية) العشرون (on line)	عملية الإنهاء عملية الإنهاء
١١	الحادي عشر	٢٠٢٤/١٢/٧	٢٠٢٤/١٢/١٢	الحادية والعشرون (مباشر بالكلية) الثانية والعشرون (on line)	عملية الإنهاء عملية الإنهاء
١٢	الثاني عشر	٢٠٢٤/١٢/١٤	٢٠٢٤/١٢/١٩	الثالثة والعشرون (مباشر بالكلية) الرابعة والعشرون (on line)	الممارسة العامة مع الأفراد والأسر الممارسة العامة مع الأفراد والأسر
١٣	الثالث عشر	٢٠٢٤/١٢/٢١	٢٠٢٤/١٢/٢٦	الخامسة والعشرون (مباشر بالكلية) السادسة والعشرون (on line)	الممارسة العامة مع الأفراد والأسر الممارسة العامة مع الأفراد والأسر
١٤	الرابع عشر	٢٠٢٤/١٢/٢٨	٢٠٢٥/١/٢	السابعة والعشرون (مباشر بالكلية) الثامنة والعشرون (on line)	إختبار الميدير الثاني مراجعة

بدء إمتحانات الفصل الدراسي الأول ٢٠٢٤ / ٢٠٢٥ إعتباراً من السبت ٢٠٢٥/١/٤ حتى الخميس

٢٠٢٥/١/٢٣

إجازة نصف العام الدراسي إبتداءً من السبت ٢٠٢٥/١/٢٥ حتى الخميس ٢٠٢٥/٢/٦

رقم الصفحة	فهرس الكتاب
٨	تقديم
٩	الباب الأول عمليات أساسية في خدمة الفرد
١١	الفصل الأول : عملية الدراسة الاجتماعية
٤٩	الفصل الثاني : عملية التشخيص الاجتماعي
٧١	الفصل الثالث : عملية العلاج الاجتماعي
١١٠	الفصل الرابع : التسجيل في خدمة الفرد
١٢٤	الفصل الخامس : عملية الإنهاء
١٥٢	الباب الثاني عمليات خدمة الفرد في المجالات المتنوعة
١٥٣	الفصل السادس : خدمة الفرد في المجال الأسري
١٨٤	الفصل السابع : خدمة الفرد في المجال المدرسي ورعاية الشباب
٢٠٥	الباب الثالث الممارسة العامة مع الأفراد والأسر
٢٠٦	الفصل الثامن : نشأة وتطور نموذج الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية
٢٣٤	الفصل التاسع : عناصر وانساق الممارسة العامة مع الأفراد والأسر
٢٦٧	الفصل العاشر : عمليات المساعدة في إطار الممارسة العامة مع الأفراد والأسر



FACULTY OF SOCIAL WORK



وحدة ضمان الجودة والتخطيط الاستراتيجي



كلية الخدمة الاجتماعية

توصيف مقرر عمليات خدمة الفرد

للعام الأكاديمي ٢٠٢٣ / ٢٠٢٤

١ - بيانات المقرر		
الرمز الكودي: ٢٣٠٧	اسم المقرر: عمليات خدمة الفرد	الفرقة: الثالثة
التخصص: طرق الخدمة الاجتماعية - خدمة الفرد العام الجامعي ٢٠٢٣ - ٢٠٢٤	عدد الوحدات الدراسية: ٤	نظري عملي

٢ - هدف المقرر:	١ - تزويد الطلاب بالأسس العلمية التي تقوم عليها عمليات خدمة فرد. ٢ - تزويد الطلاب بأهم الأسس وخطوات عمليات خدمة فرد. ٣ - تعليم الطلاب كيفية تنفيذ تطبيق عمليات خدمة فرد في التعامل مع مشكلات الأفراد والأسر.
٣ - المخرجات التعليمية المستهدفة:	أ - المعرفة والفهم: بنهاية هذا المقرر يكون الطالب قادراً على أن: أ-١ يحدد عمليات خدمة فرد. أ-٢ يشرح الأسس العلمية التي تقوم عليها عمليات خدمة فرد. أ-٣ يحدد خطوات ومراحل عمليات خدمة فرد. أ-٤ يشرح طبيعة العلاقات التبادلية بين عمليات خدمة فرد أ-٥ يحدد مفهوم وخصائص الدراسة الاجتماعية أ-٦ يحدد مفهوم وخصائص ونظريات التشخيص الاجتماعي أ-٧ يوضح العلاج الاجتماعي
ب - المهارات الذهنية:	بنهاية هذا المقرر يكون الطالب قادراً على أن: ب-١ يحلل مشكلات الأفراد والأسر في ضوء عمليات خدمة فرد. ب-٢ يفسر مشكلات الأفراد والأسر في ضوء عمليات خدمة فرد. ب-٣ يربط بين العوامل الاجتماعية والنفسية لمشكلات الأفراد والأسر. ب-٤ يربط بين عوامل البيئة الخارجية ومشكلات الأفراد والأسر. ب-٥ يستنتج نتائج تدخله مع مشكلات الأفراد والأسر.

<p>ب-٦ يستنتج احتياجات الأفراد والأسر .</p> <p>ب-٧ يختار أنسب البدائل لحلول لمشكلات الأفراد والأسر من بين البدائل .</p> <p>ب-٨ يربط بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية .</p>	
<p>ب-٦ بنهاية هذا المقرر يكون الطالب قادراً على:</p> <p>ج-١ يصمم خطة التدخل المهني في ضوء عمليات خدمة فرد.</p> <p>ج-٢ يقيم عائد الممارسة المهنية في ضوء عمليات خدمة فرد.</p> <p>ج-٣ يصنف حاجات ومشكلات الأفراد والأسر.</p> <p>ج-٤ يستخدم أساليب تحديد مشكلات الأفراد والأسر.</p> <p>ج-٥ يحدد مشكلات الأفراد والأسر وفقاً لأولوياتها .</p> <p>ج-٦ ينتقي الأساليب العلاجية المناسبة لطبيعة المشكلات والأنساق (أفراد وأسرة)</p> <p>ج-٧ يخطط لإنهاء عملية التدخل المهني مع الأفراد والأسر</p> <p>ج-٨ يقيم نماذج للتسجيلات المهنية مع الأفراد والأسر.</p> <p>ج-٩ يستثمر الموارد المتاحة في المجتمع لمواجهة مشكلات الأفراد والأسر</p>	<p>ج- المهارات المهنية والعملية:</p>
<p>ب-٦ بنهاية هذا المقرر يكون الطالب قادراً على:</p> <p>د-١ يضع جدول زمني لأنشطته المتنوعة.</p> <p>د-٢ يلتزم بالتوقيتات الزمنية في حضور الأنشطة التعليمية.</p> <p>د-٣ يستخدم اللغة بكفاءة في عملية التسجيل.</p> <p>د-٤ يستخدم الأساليب التكنولوجية في ممارسته المهنية.</p> <p>د-٥ يطلع على المعلومات الحديثة في التدخل المهني مع الأفراد والأسر</p> <p>د-٦ يطلع على كل ما هو جديد حول مشكلات العملاء الأسر.</p>	<p>د- المهارات العامة:</p>
<p>الفصل الأول : عملية الدراسة الاجتماعية</p> <p>الفصل الثاني : عملية التشخيص الاجتماعي</p> <p>الفصل الثالث : عملية العلاج الاجتماعي</p> <p>الفصل الرابع : التسجيل في خدمة الفرد</p> <p>الفصل الخامس : عملية الإنهاء</p> <p>الفصل السادس : خدمة الفرد في المجال الأسري</p> <p>الفصل السابع : خدمة الفرد في المجال المدرسي ورعاية الشباب</p> <p>الفصل الثامن : نشأة وتطور نموذج الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية</p> <p>الفصل التاسع : عناصر وإنساق الممارسة العامة مع الأفراد والأسر</p> <p>الفصل العاشر : عمليات المساعدة في إطار الممارسة العامة مع الأفراد والأسر</p>	<p>٤- محتوى المقرر:</p>
<p>١- المحاضرة .</p> <p>٢- المناقشة الجماعية .</p> <p>٣- العصف الذهني .</p> <p>٤- التعليم التعاوني .</p> <p>٥- ورش العمل .</p>	<p>٥- أساليب التعليم والتعلم:</p>

٦- تقويم الطلاب		
أ- الأساليب المستخدمة:	١/ مهمه بحثيه	٢/ مناقشات شفوية
ب- التوقيت:	٣/ اختبارات تحريرية	
ج- توزيع الدرجات:	- امتحان تحريري (نصف الفصل) خلال الأسبوع الثامن. - امتحان تحريري بنهاية الفصل الدراسي بعد ١٥ أسبوع من تاريخ بداية الفصل الدراسي . - مناقشات شفوية كل محاضرة مجموعة من الطلاب من ٤ إلى ٦ طلاب.	
٧- قائمة الكتب الدراسية والمراجع:	- اعمال السنة ٣٠ درجة - امتحان نهاية الفصل الدراسي ٧٠ درجة	
أ- مذكرات	لا يوجد	
ب- كتب ملزمة:	فوزي الهادي ، أحمد صلاح الدين: عمليات الممارسة المهنية في طريقة العمل مع الأفراد والأسر ، ٢٠٢٣/٢٠٢٤.	
ج- كتب مقترحة:	سالم صديق احمد: عمليات خدمة الفرد (الأسس النظرية وميادين التطبيق)، دار الفتح، الفيوم، ٢٠١٥. حسين سليمان وآخرون (٢٠٠٥) الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع الأفراد والأسر، بيروت، المؤسسة الجامعية للطباعة والنشر. Ashman K, (2004) Understanding generalist practice, Chicago, Nelson-Hall Publishers.	
د- دوريات علمية أو نشرات ... إلخ	١- المكتبة الرقمية وشبكة المعلومات. https://study.ekb.eg ٢- بنك المعرفة المصري. https://www.ekb.eg/ar/web/researchers/home ٣- اتحاد مكتبات الجامعات المصري. http://srv/libraries/start.aspx?x=0.eulc.edu.eg/eulc_v ٤- مجلة كلية الخدمة الاجتماعية جامعة الفيوم. https://jfss.journals.ekb.eg ٥/ مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية- جامعة حلوان http://www.sw.helwan.edu.eg/?p	

تقديم:

إن الخدمة الاجتماعية كمهنة يتم ممارستها بالمجالات المتنوعة من خلال طرق أساسية، ومن أهم تلك الطرق المهنية طريقة خدمة الفرد. ويتم ممارسة طريقة خدمة الفرد بمجالات الممارسة المتنوعة وفق طبيعة الموقف الإشكالي الذي تسعى المهنة بل والطريقة ذاتها إلى معالجته. وأيضًا وفق الهدف الذي تهدف لتحقيقه. وطريقة خدمة الفرد وهي في سبيلها لتحقيق ذلك فإنها تمارس من خلال عمليات أساسية تعتمد عليها الطريقة لتحقيق أهدافها، تلك العمليات التي تم تناولها في أدبيات وكتابات المهنة بمفاهيم متنوعة رغم كونها- أي المفاهيم الخاصة بهذه العمليات- تعني بعمليات أساسية هي (الدراسة- التشخيص- العلاج) وما تتضمنها تلك العمليات من عمليات أخرى مثل الإنهاء والتسجيل وفي عرض تلك العمليات وتعليمها لطلاب الخدمة الاجتماعية، فإنه من المنطقي أن يتم تناولها منفصلة للتوضيح رغم كونها تعد كوحدة واحدة ويتم ممارستها في وقت يكاد يكون واحد رغم اتسام كل مرحلة من مراحل عملية المساعدة بسمات واحدة من هذه العمليات وفق طبيعة مجالات الممارسة المتنوعة، وأيضًا أهمية تناول العمليات في إطار حالات إجرائية تطبيقية وعرض تكنيكات مناقشة مثل هذه الحالات.

وعليه جاء هذا الكتاب في أبواب وفصول تتضمن هذه المهام، آمين تحقيق أكبر استفادة للمتعلم عن عمليات طريقة خدمة الفرد من هذا الكتاب

المؤلفان

أ.د/ فوزي الهادي

د. / أحمد صلاح الدين

عمليات في المصالح مع الأفراد والأسر

الباب الأول
عمليات أساسية في خدمة الفرد

الفصل الأول
عملية الدراسة الاجتماعية

عمليات في العمل مع الأفراد والأسر

الفصل الأول

عملية الدراسة الاجتماعية

الدراسة الاجتماعية والنفسية هي دراسة للضغوط الداخلية للعميل في تفاعلها مع البيئة الخارجية وذلك بهدف تشخيص المشكلة.

تعريف الدراسة:

الدراسة الاجتماعية هي الوقوف على طبيعة الحقائق والقوى المختلفة النابعة من شخصية العميل والكامنة في بيئته. والتي يحتمل أن تكون قد ساهمت في حدوث الموقف السيئ الذي يعاني منه العميل وذلك بقصد التشخيص الذي يؤدي للعلاج الاجتماعي^(١).

كذلك تعرف الدراسة بأنها عملية مشتركة تهدف إلى وضع كل من العميل والأخصائي على علاقة إيجابية بحقائق الموقف الإشكالي بهدف تشخيص المشكلة ووضع خطة العلاج^(٢).

خصائص الدراسة:

يمكن حصر خصائص عملية الدراسة في النواحي التالية:

أولاً: الدراسة عملية مشتركة.

ثانياً: الدراسة لها مناطق محددة.

ثالثاً: الدراسة لها جوانب علاجية.

رابعاً: الدراسة لها مصادر متنوعة.

خامساً: الدراسة لها أساليب متعددة.

ونتناول كل هذه الخصائص بشيء من التفصيل على النحو التالي:

أولاً: الدراسة عملية مشتركة:

الواقع أن عملية الدراسة الاجتماعية عملية أخذ وعطاء بين الأخصائي الاجتماعي والعميل. يحدث فيها تجاوب عقلي وتبادل الخبرات والمعلومات والمعرفة ووجهات النظر حتى يتيسر لكل منهما فهم وتحديد الدور المطلوب منه أدائه كاملاً بعد الاقتناع به، وذلك لتحقيق أهداف عملية المساعدة.

والأخصائي الاجتماعي بما له من دراية وعلم هو الذي يعرف مواطن الدراسة وموضع الاهتمام، ويعرف الأساليب الدراسية المختلفة والموارد البيئية المعاونة في الكشف عن بعض القوى وقياسها لتعطي بعض الحقائق التي توصل للفهم السليم. ولا شك أن قيادة عملية الدراسة تقع كلية على عاتق الأخصائي الاجتماعي.

والقول بأن قيادة عملية الدراسة تقع على عاتق الأخصائي لا يتعارض مطلقاً مع تطبيق مبادئ خدمة الفرد، فلا بد أن يحاول الأخصائي الاجتماعي إتاحة الفرصة للعميل لكي يتعرف على وظيفته ووظيفة المؤسسة ونشاطها وشروطها ويسمح له بالاستفهام عما يريد من حقائق واستفسارات، وهذه العملية تعتبر دراسة العميل للمؤسسة من أجل فهم وتحديد الدور المطلوب منه. كذلك لابد من جذب العميل إلى المساهمة بنشاطه في بعض الخطوات الدراسية بعد أن تتضح اتجاهاتها، وبعد أن يكون الأخصائي الاجتماعي لديه البصيرة الكافية عن القوى الموجهة لشخصية العميل يحاول إشراكه في فهم دوافعه الذاتية وأساليبه السلوكية ومعناها وما ترمى إليه من أغراض وإن كان هذا نوع من البصيرة ينتمي للعلاج إلا أنه خطوة قد تكون ضرورية لتوضيح رؤية معالم الطريق الدراسي.

وتختلف الجهود والخطوات الدراسية التي يمكن أن يساهم بها العميل من حالة إلى حالة حسب الموقف ومتطلباته. ففي الحالات الاقتصادية يقوم العميل بالقسط الأكبر من النشاط الدراسي، فهو مطالب بتقديم البيانات والشهادات والمستندات التي تثبت حقائق معينة ودلائل ثابتة، بعبارة أخرى هو الذي يثبت

أحقية نفسه بما يقدمه من بنود الدفاع الاجتماعي، وإن كانت هذه مسئوليات مفروضة على العميل يطلبها منه الأخصائي تنفيذاً لسياسة المؤسسة كما في حالة مساعدات الضمان الاجتماعي وغيرها.

ثانياً: الدراسة لها مناطق محددة:

لِلدراسة في خدمة الفرد مناطق محددة مرتبطة أولاً بطبيعة الموقف أو المشكلة التي تواجه العميل وثانياً بفلسفة المؤسسة وإمكانياتها ويمكن توضيح ذلك بالتفصيل على النحو التالي:

(أ) دور طبيعة المشكلة في تحديد مناطق الدراسة:

إن طبيعة المشكلة ذاتها تشير إلى الجوانب التي تهمنا في كل سمات العميل الشخصية وفي الظروف المحيطة به المرتبطة بطبيعتها.

فالمشكلة الاقتصادية مثلاً تحدد نوعية الحقائق الواجب معرفتها كتكوين الأسرة وميزانيتها الشهرية ومصادر الدخل والأقارب الملزمين والطاقت القابلة للعمل وتاريخ المشكلة وتطورها ومدى استفادة الأسرة من مؤسسات أخرى وكيفية التصرف في الدخل والموارد وجهود الأسرة السابقة لحل المشكلة وما إلى ذلك.

كما أن المشكلة الأسرية تتطلب بدورها تركيزاً خاصاً على طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة وكيفية الزواج ونشأة المشكلة وتطورها والقيادة في المنزل وسمات كل من أفرادها وعدد الأولاد وتدخل الأقارب والظروف الصحية والاقتصادية التي أثرت على الجو العائلي للأسرة..... الخ.

والمشكلة المدرسية تتطلب إلماماً بالجو المدرسي ومواد الرسوب وآراء المدرسين وطريقة الاستنكار ومعامل الذكاء والبطاقة المدرسية وأسلوب شغل وقت الفراغ والجو الأسري والرفاق وما إلى ذلك من حقائق مرتبطة بتخلف الطالب الدراسي.

وحالات التبول اللاإرادي ننبه إلى أهمية التعرف إلى حالة الطفل الصحية (كالجهاز البولي) أو مدى اضطرابه النفسي والسلوكي. فنحن نبحث عن السمات الشخصية للطفل من عناد أو غيره أو خوف أو شعور بالنقص ومتابعة هذه السمات منذ ميلاده حتى تاريخ ظهور المشكلة لتتعرف إلى مواقف الإحباط المختلفة التي واجهت الطفل وخاصة في سنين حياته المبكرة من حرمان من العطف أو الحنان أو أسلوب التنشئة الخاطئة كالتدليل الزائد أو القسوة المسرفة أو الإهمال أو اللامبالاة التي تثبت فيه نزعات اتكالية ونكوصية أو قلق دائم الخ.

ومع الحدث المشرّد قد نركز على طبيعة الجو الأسري ومعامل الذكاء والرفاق والحي والمناطق التي يرتادها ومدى استقراره العاطفي وما إلى ذلك...

ومع المعوق الذي يطلب شهادة للتأهيل قد نسلط الضوء على طبيعة العجز ودرجته ونوع العمل الذي يناسبه وخبرته الحاضرة والسابقة والتزاماته الأسرية وبيئته التي سيعمل بها ومدى قبوله للعاهة وسلامة قواه الجسمية الأخرى وما إلى ذلك.

وبصفة عامة تتزايد اهتمامنا في حالات الطفولة كدراسة الظروف البيئية الخارجية وخاصة الأسرية منها بينما يتزايد اهتمامنا بالسمات الشخصية عند حالات الكبار.

أما في حالات الجناح أو الاضطراب النفسي فيهتم اتجاه "سيكولوجية الذات" بالتاريخ التطوري للتعرف منه على مواقف الإحباط المختلفة التي واجهها الفرد في سنين حياته الأولى والمرتبطة بسلوكه الحالي.

ويمثل التاريخ التطوري عادة على:

١- الجو النفسي العام الذي واجهه الطفل عند الولادة سواء كانت ولادة طبيعية أو قيصرية، وهل كان الطفل مرغوباً فيه أو غير مرغوب فيه ومدى انعكاس ذلك على سلوك الوالدين حيال الطفل.

٢- مواقف الإحباط المختلفة عند المرحلة الغمية. وما يكون قد واجهه الطفل من إهمال في فترة الرضاعة أو غياب أمه عنه أو مرضها وما إلى ذلك.

٣- عملية الفطام كحدث نفسي هام في نمو الطفل ومدى حرص الأم على الفطام التدريجي وحرصها على تعويضه عن الفراغ النفسي الهام الذي فقده وما يكون قد مارسه من عمليات "عض" أو "مص" متكررة.

٤- مدى نمو الطفل نموًا طبيعيًا وخاصة عند التسنين أو المشي أو ضبط عمليتي التبول والتبرز وما إلى ذلك.

٥- ما أحاط بالمرحلتين النرجسية والأوديبية من مواقف وأحداث لها أثرها النفسي على نمو الطفل واحتيازه متناقضات هاتين المرحلتين بسلام.

٦- الأحداث والخبرات الأليمة التي تتابعت سواء كانت فراقًا أو خوفًا أو مرضًا أو وفاة لأحد المقربين إليه والتي قد تثبت مواقف خوف سابقة أو تؤكد كراهية لأنماط خاصة أو تثبت سلوكه الأناني أو العدوانية الذي اكتسبه منذ الطفولة المبكرة.

فمثل هذه الحقائق الشاملة لتاريخ الطفل التطوري للعمل قد تكشف النقاب عن الأسباب الأولية الكامنة وراء طبيعة السلوك العدواني أو الاضطرابات النفسية التي تكمن وراء التبول الإرادي للطفل أو عيوب الكلام أو الخوف المرضي وما إلى ذلك. كما يحدد بالتالي اتجاهات عملية المساعدة ذاتها.

(ب) فلسفة المؤسسة تحدد مناطق الدراسة:

كما أن فلسفة المؤسسة وإمكانياتها تحدد بدورها طبيعة الحقائق الدراسية التي تتفق مع أهدافها وبرامجها. فالحقائق التي يركز عليها مكتب الخدمة الاجتماعية للأحداث قد تختلف نسبيًا عن الحقائق الواجب التعرف عليها في مؤسسة الإيداع. حيث أن هدف الأولى هو التعرف على العوامل التي أدت إلى انحراف الحدث حتى يمكن التوصية للمحكمة بأفضل أسلوب علاجي، بينما

تركز الأخرى على الحقائق الخاصة بقدرات الحدث ومستواه التعليمي والمهني والعقلي حتى تضعه في أفضل قسم مناسب بأقسامها.

كما أن الحقائق التي يتطلبها مكتب الخدمة المدرسية عن تلميذ متخلف دراسياً قد تختلف بدورها عن الحقائق المطلوبة للعيادة النفسية عن نفس هذا التلميذ... وهكذا.

لذلك تختلف المؤسسات في صياغة سجلاتها وتخطيط استمارات البحث بها حسبما يتفق وأهدافها وإمكانياتها.

ثالثاً: الدراسة لها جوانب علاجية:

يتحقق خلال عملية الدراسة جوانب علاجية هامة إلى جانب هدفها الرئيسي وهو تشخيص المشكلة ومن أهم الجوانب العلاجية لعملية الدراسة.

١- تساهم الدراسة في نمو العلاقة المهنية بين العميل والأخصائي الاجتماعي هذه العلاقة التي تنشأ منذ اللحظة الأولى التي يشارك فيها العميل والأخصائي في دراسة المشكلة ومع نمو العلاقة المهنية شعر العميل بالطمأنينة ونقل حدة التوتر والقلق التي يشعر بها ومن ثم يساعد هذا في إدراك العميل لحقيقة مشكلته.

٢- يتحقق للعميل خلال عملية سرد مشكلته استبصار بجوانب المشكلة وإدراك أفض لحقيقتها فهو عندما يكشف أسباب المشكلة للأخصائي بكل جوانبها فهو في نفس الوقت يكشفها لنفسه أيضاً ومن ثم يصبح أكثر قدرة على حلها.

٣- يعرض العميل أثناء سرده لمشكلته بعض الحقائق ويعبر عن القلق والتوتر الذي كان يمثل ضغطاً نفسياً عليه وهذا يسمى بالإفراغ الوجداني وهو في حد ذاته عملية علاجية.

ويجب على الأخصائي الاجتماعي عدم الاتصال بأسرة العميل إلا بعد موافقة العميل على ذلك تطبيقاً لمبادئ خدمة الفرد وفي حالة رفض العميل الاتصال بالأسرة يوضح له الأخصائي أهمية هذا الاتصال لعملية المساعدة.

٣ - الأشخاص المرتبطين بالعمل:

قد يحتاج الأمر للاتصال بأشخاص آخرين لاستكمال الدراسة كالاتصال بصاحب العمل أو أصدقاء العمل أو مدرسي الطالب أو رؤساء العميل وفي حالة انقصال الأخصائي لهؤلاء الأفراد لابد من استئذان العميل أولاً وتوضيح أهمية هذه الاتصالات لعلاج المشكلة.

٤ - الخبراء والمهنيين:

قد تتطلب الدراسة في بعض الأحيان الاتصال ببعض المتخصصين والخبراء هي مهن معينة مثل الاتصال بمتخصصين في القانون أو رجال الدين أو بأحد الأطباء النفسيين لإجراء بعض الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية للعميل. ويجب على الأخصائي أن يوضح للعميل أهمية هذه الاتصالات في مساعدته لحل المشكلة.

٥ - الوثائق:

يحتاج الأخصائي الاجتماعي في بعض الأحيان إلى الاستعانة ببعض الوثائق والمستندات للحصول منها على بيانات أو معلومات مثل شهادة الميلاد أو شهادة الوفاة أو عقد الزواج أو البطاقة الشخصية أو الشهادات الدراسية. كما قد يحتاج الأخصائي الاجتماعي إلى الاطلاع على بعض السجلات الخاصة بالعمل في نفس المؤسسة. خاصة إذا تردد العميل أكثر من مرة على نفس المؤسسة أو قد يستعين الأخصائي ببعض السجلات الخاصة بالعمل في مؤسسات أخرى.

٦ - البيئة المحيطة بالعميل:

تؤثر البيئة تأثيرًا كبيرًا في إحداث مشكلة العميل ولذا فإن الأخصائي الاجتماعي يحتاج إلى دراسة هذه البيئة للتعرف على تأثيرها في إحداث المشكلة سواء كانت البيئة الداخلية المتمثلة في الأسرة والعلاقات بين أفرادها والعادات والتقاليد التي تؤمن بها والمستوى الاجتماعي والاقتصادي لها أو البيئة الخارجية المتمثلة في الحي الذي يقطن فيه العميل وما به من عادات وتقاليد والمستوى الاقتصادي له ووسائل الترفيه المتوفرة به. كذلك يدرس الأخصائي المؤسسة التي ينتمي إليها العميل مثل المدرسة أو المصنع وعلاقاته داخل هذه المؤسسة.

رابعًا: الدراسة لها مصادر متنوعة:

مصادر الدراسة هي كل ما يمكن الحصول منه على معلومات أو بيانات متعلقة بمشكلة العميل سواء كانت مصادر بشرية (العميل - الأسرة - الأصدقاء) أو هيئات مثل (المدرسة - العمل) أو مستندات مثل (الوثائق والسجلات).

ومن أهم المصادر التي يمكن الحصول منها على البيانات والمعلومات ما يلي:

١ - العميل:

يعتبر العميل هو المصدر الأساسي للمعلومات والحقائق الدراسية فهو أكثر الناس دراسة بمشكلته وهو أكثر المتأثرين بها ومن ثم فإن من مصلحة علاجه، كما أن هناك بعض الجوانب الخاصة بالمشكلة لا يستطيع أحد التعرف عليها إلا العميل نفسه مثل المناطق المتعلقة بشخصيته.

٢ - أسرة العميل:

ويقصد بهم أقارب العميل الذي يعيشون معه في نفس المنزل مثل الأب والأم والأخوة أو الأبناء والزوجة وقد يضم أيضًا أقارب آخرين مثل الجد والجدة أو العم أو غير ذلك.

وتستمد الأسرة أهميتها كمصدر ثاني من مصادر الدراسة لأنها المكان الذي يعيش فيه العميل ويتفاعل مع أفرادها كما أن هناك بعض الجوانب الهامة في الدراسة مثل التاريخ التطوري للعميل لا يمكن الحصول عليه إلا من الأسرة.

خامسًا: الدراسة لها أساليب متعددة:

تتخصر الوسائل التي يحصل بها الأخصائي الاجتماعي على حقائق المشكلة من المصادر المختلفة في ثلاثة أساليب رئيسية هي:

أولاً: المقابلة بأنواعها المختلفة سواء مقابلة العميل أو الأقارب أو الخبراء.

ثانيًا: الزيارة المنزلية أو المؤسسة.

ثالثًا: المكاتبات أو الاتصالات التلفونية.

ويتوقف استخدام الأخصائي لوسيلة دون أخرى على طبيعة الحقائق ذاتها ومصادرها فكل أسلوب له أهدافه الخاصة، وسوف نتناول فيما يلي هذه الأساليب بشيء من التفصيل وذلك على النحو التالي^١:

أولاً: المقابلة:

المقابلة هي لقاء مهني مباشر بين الأخصائي الاجتماعي والعميل وأي مصادر أخرى مرتبطة بالمشكلة وذلك بغرض الدراسة والتشخيص والعلاج. وبمعنى آخر هي اجتماع الأخصائي الاجتماعي بالعميل وجهًا لوجه فهي طريقة يتمكن بها الأخصائي الاجتماعي من تحقيق أهداف الدراسة عن طريق تبادل المعلومات الوافية مع العميل وهي التي تهتم في إجراء التشخيص الذي على أساسه توضع الخطة العلاجية ومن ثم فالمقابلة أيضًا هي إحدى وسائل التشخيص والعلاج.

كما يعرفها "عبد الفتاح عثمان" بأنها لقاء مهني هادف بين الأخصائي والعميل أو أي فرد أو أفراد مرتبطين بالمشكلة في إطار أسس وقواعد منظمة تحقيقًا لعملية المساعدة.

وتمثل المقابلة الدعامة الأساسية لعملية المساعدة ولذا فهي تتميز بمجموعة من الحقائق تتمثل في:

- ١- تعمل المقابلة على تحقيق مجموعة من الأهداف.
- ٢- للمقابلة مجموعة من القواعد والإجراءات التنظيمية الخاصة بها.
- ٣- المقابلة لها بداية ووسط ونهاية.
- ٤- تختلف المقابلات من حيث الهدف، عدد الأشخاص، التوقيت.
- ٥- المقابلة لها مجموعة من الأساليب تساعد على تحقيق أهدافها.

ثانيًا: أهداف المقابلة:

تحقق المقابلة أهدافًا رئيسية وأخرى فرعية وأهمها^(٢):

(أ) الأهداف الرئيسية:

١- تعديل شخصية العميل كحجر الزاوية في عملية المساعدة. فالمقابلة هي المناخ التي تتم فيه العمليات التأثيرية المختلفة التي يقوم بها الأخصائي نحو العميل.

٢- هي الوسيلة لنمو العلاقة المهنية هذه العلاقة لا تنمو إلا بتطبيق مفاهيم ومبادئ خدمة الفرد كما سبق أن أوضحنا ولما كانت هذه المبادئ بدورها لا يمكن تطبيقها إلا في إطار مقابلة وجهًا لوجه من ثم فإن العلاقة المهنية لا يمكن أن تنمو إلا خلال المقابلة.

٣- هي أسلوب هام للتعرف على سمات العميل الشخصية وللتعرف على الدور الذي لعبته شخصية العميل في المشكلة.

٤- وسيلة هامة لتعديل اتجاهات المحيطين بالعميل سواء كانوا من الأقارب أو المرتبطين به في العمل أو المدرسة... الخ.

٥- تفيد في استقاء الحقائق من مصادرها الأولية كمقابلة الطبيب أو المدرس- وما إلى ذلك.

(ب) الأهداف الفرعية:

١- وسيلة سرعة للبت في مشكلات العملاء في اللقاءات الاستهلاكية اقتصاداً للوقت والجهد.

٢- تزيل أو تخفف عوامل القلق أو اليأس التي تنتاب بعض العملاء عند تحويلهم إلى مؤسسات أخرى لعدم انطباق شروط المؤسسة عليهم.

ثالثاً: القواعد والإجراءات التنظيمية للمقابلة:

يرتبط بالمقابلة بعض القواعد والأصول الواجب مراعاتها وهي (٤):

(أ) تحديد ميعاد للمقابلة.

(ب) تحديد مكان للمقابلة.

(ج) الإعداد المهني للمقابلة.

(د) زمن المقابلة.

وستتناول كلاً من هذه القواعد والإجراءات بشيء من التفصيل:

(أ) تحديد موعد للمقابلة:

إن تحديد ميعاد سابق للمقابلة من الأمور المستحبة بل والواجبة في حياتنا العادية سواء كانت مقابلات عمل أو زيارات خاصة، لما يكلفه هذا التحديد من استعداد وتنظيم وتفرغ. فإذا كان هذا من الأمور الواجبة في المقابلات العادية فهو من ألزمها في المقابلات المهنية في خدمة الفرد حيث ارتباطها بمشكلات الأفراد ومصائرهم.

وتحديد موعد سابق للمقابلة يحقق فوائد أهمها:

١- الميعاد هو لون من الارتباط يشكل بطبيعة التزامًا نفسيًا ومعنويًا عند كل من الأخصائي والعميل ينعكس على حرص كل منهما على نجاح المقابلة ذاتها.

٢- تهيئ العميل نفسيًا واجتماعية لما سيدور في المقابلة من مناقشات وما تمسه من موضوعات وما يعكسه ذلك على حسن استجابته للمقابلة.

٣- ينظم عمل الأخصائي إداريًا ومهنيًا فيكون أقدر على قيادة المقابلة قيادة ناجحة، وتأخذ بعض المؤسسات بالخارج بنظام الأجنحة وتأخذ بنظام الكارتات الملونة وثالثة باللوحات البيانية حتى تذكر هذه الأساليب الأخصائي الاجتماعي بمواعيد المقابلات يستعد لها بدراسة الملفات أو الاطلاع على آخر مقابلة وما إلى ذلك.

وإذا كان تحديد ميعاد للمقابلة هو ما يجب أن يكون فلا يسعنا إلا أن نتطرق إلى ما هو كائن فعلاً في المؤسسات نفسها، فالواقع الميداني كثيرًا ما يفرض نفسه لنتم الكثير من المقابلات دون تحديد ميعاد لها. يمكن أن نؤكد أن ثمة عقبات جوهرية تحول دون الأخذ بهذا التقليد في كل الظروف أهمها:

١- عدم تحديد الدور الواضح للأخصائي في كثير من المؤسسات.

٢- ضغط الحاجة نفسها عند الكثير من العملاء لدرجة جعلهم يسارعون إلى طلب مقابلة الأخصائي الاجتماعي دون ميعاد سابق.

٣- طابع العشوائية والارتجال الذي تجمدت عند بعض المؤسسات الاجتماعية.

٤- نقص الإمكانيات المادية والبشرية في كثير من هذه المؤسسات.

ويرتبط بميعاد المقابلة الفترة المناسبة بين كل مقابلة وأخرى. وهذه الفترة تختلف باختلاف طبيعة المشكلات نفسها وطبيعة المؤسسة وإمكانياتها. فقد تكون هذه الفترة أسبوعيًا أو أسبوعين أو قد تكون شهرًا كاملاً بل قد يقتضي الموقف في بعض الحالات ضرورة مقابلة العميل أكثر من مرة في الأسبوع الواحد.. وهكذا.

(ب) مكان المقابلة:

تختلف المؤسسات في تحديد المكان الذي تتم فيه مقابلات خدمة الفرد حسب إمكانياتها وأهدافها. فبينما تخصص بعض المؤسسات غرفة الأخصائي نفسها لتكون مكانًا للمقابلة تخصص أخرى غرفًا معينة بالطابق الأول للمؤسسة للمقابلات الفردية بينما تترك الثالثة للأخصائي حرية اختيار المكان لتجعل كل إمكانيات المؤسسة مشاعًا لها دون تحديد.

ومرة أخرى يقف الواقع الميداني عقبة في تهيئة أنسب مكان للمقابلة حسب إمكانياتها وظروف كل منها. ولكن سواء كان المكان مناسبًا أو غير مناسب من حيث الأثاث والعزلة وكافة الإمكانيات الأخرى فمن المهم أن يتسم قدر الإمكان بالسرية والهدوء بصفة خاصة في المشكلات ذات الحساسية الخاصة أو مع العملاء الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو سلوكية.

(ج) الإعداد المهني للمقابلة:

إلى جانب ميعاد المقابلة ومكانها يجب على الأخصائي أن يقوم بخطوتين هامتين هما:

١- التخطيط المسبق للمقابلة وأهدافها. ويتطلب منه ذلك دراسة وافية للملفات أو السجلات أو الطلب المقدم أو قرار المحكمة وما إلى ذلك حسب ظروف كل حالة وليضع نصب عينيه أهدافًا محددة ونقاط لاستيفائها كما يقرر بخبرته الخاصة احتمالات سير المقابلة واتجاهاتها قدر الإمكان.

٢- الإعداد النفسي للمقابلة. ويتمثل ذلك في التخلص من الضغوط النفسية الخاصة به سواء كانت لأسباب صحية أو شخصية أو اجتماعية.

وتذهب بعض المؤسسات إلى تحديد حد أقصى لعدد المقابلات التي يقوم بها الأخصائي في اليوم الواحد، وإن كان مثل هذا التحدد في تصورنا لا يغير من الموقف إذا ما أخذنا في الاعتبار اختلاف مشكلات العملاء واختلاف

فترة كل مقابلة تبعًا لذلك بحيث لا يعبر عدد المقابلات ذاتها عن الجهد الذي بذل حقيقة هي اليوم الواحد.

(د) زمن المقابلة:

من القواعد التي انتهى إليها علماء التربية أن الإنسان قد يفقد القدرة على التركيز بعد عشرة دقائق إذا ما ظل مستمعًا بصورة سلبية كما يفتر انتباهه بعد ساعة إلا ما كان مشتركًا بنفسه في المناقشة.

لذلك يتفق الأخصائيون الاجتماعيون على أن المقابلة لا يجوز أن تزيد مدتها على الساعة مهما كانت الظروف. وهي الفترة التي يفقد بعدها كل من الأخصائي والعميل القدرة على التركيز والفاعلية. أما مدة المقابلة ذاتها فشأنها شأن كافة عمليات خدمة الفرد تحدد بالضرورة طبيعة المشكلة وظروف العميل وإمكانيات المؤسسة فقد تصل إلى أقصاها وهي مدة الساعة في المقابلات المشتركة أو تكوين نصف ساعة في المقابلة الفردية وهكذا حسب طبيعة الموقف ذاته.

ثالثًا: المقابلة لها بداية ووسط ونهاية:

تمر المقابلة بمراحل ثلاثة متداخلة وليست منفصلة عن بعضها وهذه المراحل هي:

١ - بداية المقابلة:

وتتميز هذه المرحلة بشاعر عديدة أغلبها مشاعر سلبية من العميل ومخاوف وقلق مرتقب وربما تصل هذه المشاعر إلى حد العدوان ولذلك يقابل الأخصائي الاجتماعي العميل ببشاشة واطمئنان وتقبل واحترام حتى يزيل الحواجز ويخفف الانفعالات حتى يمهّد لتكوين العلاقة المهنية.

٢ - وسط المقابلة:

وفي هذه المرحلة يبدأ ارتباط العميل بالأخصائي الاجتماعي عن طريق العلاقة المهنية التي تكونت وبدأ فيها التفاعل والتجاوب بين الأخصائي

الاجتماعي والعميل ويستخدم الأخصائي الاجتماعي في هذه المرحلة وسائل محددة أهمها الملاحظة والأسئلة وتوجيه المناقشة والإنصات الواعي والاستماع الجيد حتى يتحقق الهدف من المقابلة.

٣- نهاية المقابلة:

وهذه المرحلة يتم فيها تلخيص المناقشات التي دارت بين الأخصائي الاجتماعي والعميل والاتفاق على الخطوات التنفيذية التي سيقوم كل منهما بها وتحديد موعد المقابلات التالية حسب ظروف كل منهما وتكون فيها العلاقة أكثر نموًا وأكثر عمقًا من بداية المقابلة.

رابعًا: المقابلات أنواع متعددة من حيث العدد والتوقيت والهدف:

تقسم المقابلات من حيث العدد إلى^(٥):

١- المقابلة الفردية.

٢- المقابلة المشتركة.

٣- المقابلة الجماعية.

وستتناول كل منها بشيء من التفصيل على النحو التالي:

المقابلة الفردية:

هي تلك المقابلة الشائعة حيث تتم فيها مقابلة الأخصائي الاجتماعي نفسه وبمفرده سواء في المنزل أو في أي مكان آخر (كالعميل أو المدرسة) وهي مقابلة تمارس فيها كل أساليب المقابلة وخصائصها كما تعتبر الوسيلة الوحيدة لنمو العلاقة المهنية ومباشرة العمليات التأثيرية المختلفة.

المقابلة المشتركة:

ويشارك مع العميل فيها جميع أفراد الأسرة أو أفراد معينين منها حسبما يقتضيه الموقف. وهي مقابلات تشيع عادة في المشكلات العائلية أو اضطراب

العلاقات بين أفراد الأسرة وفي الأسر البديلة حيث يشترك الطفل مع الأم البديلة في المقابلة كما تشيع في بعض حالات الضعف أو المرض العقلي التي قد يكون من المفيد وجود الأب والأم أو أحد الأقارب من خلال المقابلة.

ومثل هذه المقابلات تتم عادة بعد أن يقوم الأخصائي بمقالات فردية مع العميل نفسه ومع الأطراف المعنيين بالمشكلة من أفراد الأسرة ليجد من المفيد في النهاية تنظم مقابلة مشتركة بينهم.

ويستهدف هذا النوع من المقابلات منح فرصة أطراف المشكلة للتعبير عن أحاسيسهم وأفكارهم في مواجهة الطرف الآخر في ظل توجيه مهني وقيادة عاقلة تستثمر هذه الأحاسيس وهذه الأفكار رغم احتمال تصارعها لتوجهها وجهة بناءة لحل المشكلة. وهي نمط مستحدث من المقابلات التي استعين فيها بأساليب العلاج الجماعي وأهمية التفاعل المشترك في تحقيق عمليات عظيمة الأثر.

لذلك فهي تتطلب مهارات خاصة من الأخصائي الذي يجب أن يتسم باللباقة ودقة الملاحظة وعدم التهيب من مواجهة الانفعالات المتصارعة والمهارة في قيادة التفاعل وتوجيه المناقشة. وتلجأ بعض المؤسسات بالخارج إلى قصر مثل هذه الحالات على الأخصائيين الاجتماعيين ذوي الكفاءة العالية والمران الطويل.

وبالقدرة تنتهي هذه المقابلات إلى منح كل طرف للتعبير عن كل ما يحس به تجاه الآخر وبالقدر الذي يتفهم كل طرف حقيقة موقف الآخر ومعنى مشاعره السلبية تجاهه وبالقدر الذي تنتهي بوضع اتجاهات علاجية واتفاق حول خطط بناءة تكون هذه المقابلات قد حققت الغرض منها.

المقابلة الجماعية:

هي تلك المقابلات التي يقابل فيها الأخصائي الاجتماعي مجموعة من العملاء ذوي الظروف المتشابهة أو الحاجات المتجانسة لشرح لهم فلسفة

المؤسسة أو شروطها أو تفسير برامج جديدة عن آرائهم حول موضوعات معينة
تفيد في توجيه خدمات المؤسسة.

ومثل هذه المقابلات وإن كنا لم نأخذ بها بعد في مجتمعنا فهي تمارس
حاليًا في مؤسسات الضمان الاجتماعي والناقهيين والمسرحيين من الجندية ومن
إليهم بعض الدول المتقدمة. كما لجأت بعض مؤسسات الجانحين في الولايات
المتحدة إلى الأخذ بنظام المقابلات الجماعية للعلاج الفردي كنوع من نشاط
خدمة الجماعة وإنما كنوع من نشاط خدمة الفرد الذي يستثمر وجود الجماعة في
تعديل السلوك الفردي.

هذا وعادة ما تكون هذه المقابلات في المراحل يتم بعدها تنظيم زمني
للقاءات الفردية. وتفيد مثل هذه المقابلات في توفير الجهد والوقت الضائع في
تكرار شرح خدمات المؤسسة وشروطها لكل عميل على حدة، كما قد تساعد
بعض العملاء الذين يتهيئون للمقابلة الفردية مع الأخصائي الاجتماعي فمجرد
التعرف عليه في ظل مجموعة من العملاء تجعله أقل مقاومة لمقابلته بنفسه
حيث أصبح شخصًا مألوفًا لديه.

أما المقابلات من حيث التوقيت فتتقسم إلى:

١- مقابلة أولى.

٢- مقابلة ختامية.

٣- مقابلة تالية.

٤- مقابلة تتبعية.

١- مقابلة أولى:

المقابلة الأولى هي أول لقاء مهني بين الأخصائي والعميل سواء بميعاد
سابق أو بدونه لتمثل البداية الحقيقية لعملية المساعدة. وهي على ثلاثة أنواع:

١- مقابلة الاستقبال.

٢- المقابلة الأولى.

٣- مقابلات الصدفة.

ورغم أن كلاً من هذه المقابلات هي لقاءات للتعلم مع الأخصائي فتمت خصائص مميزة لكل منها نوضحها فيما يلي:

أولاً: مقابلة الاستقبال: Intake Interview:

هي مقابلة أولية يقوم بها أخصائي متخصص لاستقبال الحالات والبت فيها. لذلك فهي وحدة مستقلة مرتبطة بهدف محدد تنتهي بانتهاء البت في الحالة إما بقبولها بالمؤسسة أو بتحويلها إلى مؤسسة أخرى. وتتميز مقابلات الاستقبال بالخصائص التالية:

(أ) أنها وحدة متكاملة في ذاتها وليس حلقة مرحلية ممهدة لحلقات تالية.

(ب) تمارس فيها عمليات خدمة الفرد الثلاثة: الدراسة والتشخيص والعلاج ولكن بصورة مبدئية عامة.

(ج) الدراسة فيها هي دراسة استطلاعية عامة - كما يقوم التشخيص على مجرد فروض وانطباعات ليكون العلاج في النهاية خطوياً عريضاً تنحصر أما في قبول الحالة كبدائية لخطة العلاج أو تحويلها لمؤسسات أخرى أو أن يتحتم على العميل أن يعيش بها لعدم قابلية مشكلته للحل.

(د) العلاقة المهنية هنا هي علاقة مؤقتة محدودة بانتهاء المقابلة وبالتالي لا تتطلب عمقاً كبيراً أو محاولة لتعميقها.

(هـ) يقوم بها عادة أخصائي اجتماعي ذو خبرة طويلة متمكن يستطيع في مقابلة واحدة كسب ثقة العميل والقيام بالعمليات الثلاث لخدمة الفرد. لذلك تلجأ بعض المؤسسات إلى أن تستند مقابلات الاستقبال إلى الأخصائي الأول Supervisors بل أحياناً يتولاها مديروا المؤسسات بأنفسهم.

(و) يبت في الحالة على النحو التالي:

١- أما بقبول الحالة المؤسسة لانطباق شروطها عليه، وهنا يوجه العميل إلى أخصائي مختص، كما يوضح للعميل الإجراءات الواجب قيامه بها أو المستندات التي عليه إحضارها... وهكذا.

٢- أو بتحويل الحالة إلى مؤسسة أخرى أما تحويلاً رسمياً من المؤسسة أو توجيه العميل شفاهة للتوجه إليها.

٣- أو تكون المشكلة غير قابلة للحل وعلى العميل أن يعيش بها حيث يتطلب الأمر قدراً من التوضيح المناسب لكل حالة.

هذا ونظام مقابلات الاستقبال Intake لا تأخذ سوى بعض مؤسسات الأحداث والضمان والمعوقين وقلة من المؤسسات الصناعية في مجتمعنا رغم شموله وانتشاره في المؤسسات الاجتماعية عنه في المجتمعات المتقدمة.

ثانياً: المقابلة الأولى:

هي أول مقابلة يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الذي حولت إليه الحالة سواء عن طريق أخصائي الاستقبال أو عن طريق آخر. وتتميز عن مقابلة الاستقبال فيما يلي:

(أ) أنها ليست في ذاتها وحدة مستقلة، وإنما مرحلة من مراحل عملية المساعدة وتمهيد للقاءات تالية وخطوات متعاقبة.

(ب) رغم شمولها بدرجة أو بأخرى على عمليات خدمة الفرد الثلاثة إلا أنه قد يغلب عليها الطابع الدراسي والاستطلاعي لحقائق المشكلة.

(ج) تعتبر بداية لنمو العلاقة المهنية بكل ما تتطلبه من عمق وإيجابية.

(د) قد تظهر فيها مشكلة التحويل من أخصائي إلى آخر وخاصة إذا كانت الحالة محولة من أخصائي الاستقبال وأثر هذا التحويل على علاقة العميل بالأخصائي الجديد.

هـ) تتحمل هذه المقابلة مسؤولية كبرى في التخطيط لاتجاهات عملية المساعدة بل وإنجاحها.

ثالثاً: مقابلات الصدفة: Occasional Interview:

هي نموذج ثالث من المقابلات الأولى إلا أنها تتميز بعنصر المفاجأة حيث تتم دون ميعاد سابق أو دون التزام بالإجراءات الإدارية. وهي شائعة في كثير من مؤسسات الإيداع والمدارس والمستشفيات حيث يوجد العملاء على مقربة من الأخصائي الاجتماعي. وعادة ما تدفع إليها ضغط الحاجة عند العملاء والطبيعة الإنسانية لخدمة الفرد ذاتها التي تفرض على الأخصائي ظروف عملاته.

وهي مقابلات قد تجمع بين خصائص الاستقبال والمقابلة الأولى من حيث البت فيها بما يناسب كل حالة، وإن كان من المفضل أن تكون في ذاتها نوع من الاتفاق على تحديد ميعاد آخر لمقابلة تالية في أقرب وقت ممكن.

الخصائص العامة المشتركة في المقابلات الأولى:

سواء أكانت مقابلة للاستقبال أو مقابلة أولى أو مقابلة الصدفة فثمة خصائص مشتركة بينها تميز طبيعة هذه المقابلات وديناميكية التفاعل المهني فيها. فهناك دائماً أهداف محددة يجب تحقيقها كما أن هناك طرق خاصة يمارسها الأخصائي للوصول إلى هذه الأهداف.

وللمقابلة الأولى أهداف معينة أهمها:

١- تحديد الطبيعة العامة للمشكلة.

٢- تقرير إمكانية المساعدة في حدود إمكانيات المؤسسة.

٣- تحديد الخطوط العريضة لعملية المساعدة.

أولاً: لتحديد الطبيعة العامة للمشكلة يجب أولاً أن يميز الأخصائي بين:

١- المشكلة كما يراها العميل.

٢- المشكلة كما هي في الواقع.

فالعميل قد يعرض المشكلة من خلال تصوراتها لها متأثراً بنظرته الذاتية لجوانبها المختلفة إما لجهله بالحقائق الموضوعية في تفهم أبعادها وإما لتأثره بالفعاليات بالموقف ذاته. وفي كلا الحالتين فإنه قد يصور المشكلة تصويراً محرفاً أو بعيداً عن الحقيقة سواء كان ذلك عن عمد أو رغماً عنه. وقد سبق أن شرحنا ذلك تفصيلاً عند الحديث عن المشكلة بحقائقها الذاتية والموضوعية.

لذلك كان من ألزم واجبات الأخصائي في المقابلة الأولى أن الطبيعة الموضوعية للمشكلة بصرف النظر عن رأي العميل الخاص. فمن خلال إفصاح المجال للعميل للانطلاق والتعبير عن موقفه الإشكالي يقوم الأخصائي باختبار حقائقها الواردة في قصة العميل وقيمتها بمعيار دقيق موضوعي بما له من خبرة ودراية وعلم وما فطر عليه من كفاية إدراكية مناسبة. حيث يتوقف على تحديده الموضوعي لطبيعة المشكلة كافة الخطوات التالية والتي منها بالضرورة إمكانية مساعدتها من عدمه.

ولما كانت المشكلة أياً كانت نوعيتها هي دائماً موقف تتفاعل فيه شخصية العميل مع ظروفه المحيطة فإن تحديد طبيعة المشكلة لابد وأن يستتبعه بالضرورة تحديداً واضحاً للدور الذي يلعبه كل من شخصية العميل والظروف المحيطة في خلق المشكلة ذاتها.

ولا يعني هذا تحديداً مفصلاً قاطعاً لكل من دور عنصري المشكلة كلون من ألوان التشخيص وإنما ما تعنيه هو التعرف على الملامح الهامة في شخصية العميل والجوانب الواضحة من ظروفه المحيطة التي لها ارتباط وثيقاً بالمشكلة ذاتها.

فالانطباع الأولى للأخصائي الاجتماعي عن الضعف العقلي الواضح في التلميذ المتخلف دراسياً أو الهذات الواضحة في المسن طالب الإعانة أو معرفة حقيقة الزوج المودع بأحد السجون هي ألوان من الحقائق التي تحدد إلى حد كبير الخطوات التالية كلها لاتجاهات المساعدة فرغم كونها مجرد انطباعات أولية إلا أنه يترتب على معرفتها اتخاذ قرارات حاسمة بشأن الحالة برمتها منذ البداية بتحويلها مباشرة إلى عادة نفسية كما في حالتني الضعف العقلي والمرضى العقلي أو تحويلها إلى جمعية خاصة برعاية المسجونين كما هو الحال في الحالة الثالثة أو تحديد الخطوات الرئيسية التالية لعملية المساعدة.

أما ما يتعلق بالظروف البيئية فالأخصائي عليه أن يكشف في هذه المقابلة عن طبيعة الضغوط الخارجية أسرية كانت أو اقتصادية أو ثقافية.... الخ الخ والتي لها دور واضح في أحداث الموقف.

ثانياً: تقرير إمكانية المساعدة:

إن تقرير إمكانية المساعدة هي الخطوة الواجب تحديدها في المقابلة الأولى بعد تعرف الأخصائي على طبيعة المشكلة. ففي هذه المقابلة يجب على الأخصائي أن يقرر واحد من الأمور التالية:

- إن مشكلة العميل يمكن أن تحل كلياً في نطاق المؤسسة.
- أو يمكن تقديم مساعدة جزئية في حل المشكلة.
- أو أن هناك مؤسسات أخرى يمكنها المساعدة بطريقة أفضل فتحول إليها أو أن هناك مؤسسات أخرى هي المختصة بهذا النوع من المشكلات لا هذه المؤسسة.
- أو أن المشكلة خارجة عن نطاق المؤسسة ونطاق أي مؤسسة أخرى وعلى العميل أن يعيش بها.

وفي أي من هذه الحالات فعلى الأخصائي أن يوضح للعميل مبررات هذا الإجراء ويناقشه معه حتى يتمكن من اتخاذ قراره المناسب ويقرر الخطوات التالية سواء قبلت حالته بالمؤسسة أو حولت إلى مؤسسة أخرى.

ثالثاً: تحديد الخطوات العريضة لعملية المساعدة:

عند تقرير قبول الحالة بالمؤسسة لابد وأن يتم خلال هذه المقابلة تحديد عام لاتجاهات عملية المساعدة في خطواتها الثلاث الدراسية والتشخيص والعلاج. وقياس نجاح المقابلة الأولى مائل في قدرتها على تحديد الإطار العام لعملية المساعدة لتفادي بعثرة الجهد وتشتتته دون طائل خاصة ونحن نتطلع اليوم إلى الاقتصاد قدر الإمكان في عمليات خدمة الفرد وخطواتها.

والكي يتحقق ذلك نوضح فيما يلي أهم الجوانب الواجب استيفائها خلال المقابلة الأولى وهي:-

- ١- طبيعة المشكلة نفسها ومجالها الرئيسي أسرية كانت أو اقتصادية ... الخ.
- ٢- مدى جديتها وخطورتها سواء على العميل أو على أسرته أو على المجتمع.
- ٣- كيفية تفسير العميل لسببها أو بمعنى آخر كيفية تشخيصه للمشكلة من وجهة نظره الخاصة.
- ٤- ما هي الجهود السابقة التي بذلها كمحاولة منه لحلها ولماذا لم تنجح هذه الجهود أو ما هي الأشياء التي حققتها؟
- ٥- ماذا يطلب العميل من المؤسسة أو بمعنى آخر. ما هي خطته التي وضعها لعلاجها؟
- ٦- ما هو النمط العام لشخصية العميل وما هي السمات الشخصية الأكثر ارتباطاً بطبيعة المشكلة؟
- ٧- ما هي طبيعة ظروفه البيئية وأي من هذه الظروف المحيطة لها ثقل خاص في الموقف الذي يواجهه.
- ٨- ما هي المصادر الهامة الواجب الرجوع إليها لاستكمال دراسة المشكلة.
- ٩- ضرورة تعريف العميل بالمؤسسة وشروطها وإجراءاتها وإمكانياتها.

١٠- مدى استعداده للتعاون مع هذه الشروط والاستجابة لهذه الإجراءات.

١١- مدى فاعلية العميل واستعداده للتحرك لحل مشكلته.

١٢- وأخيرًا ما هي الاتجاهات العلاجية العامة الواجب التخطيط لها سواء في

ذات العميل أو في ظروفه المحيطة؟

ويهمنا أن نشير إلى الأهمية القصوى في الحصول إلى هذه الحقائق من خلال حوار سيال تلقائي قائم على التجاوب العقلي والنفسي في تناغم متعاطف يضفي على المقابلة طابعًا إنسانيًا لتثمر معه جهود الأخصائي العلاجية، وسبيله إلى ذلك أسس فنية وأساليب خاصة نعرضها فيما يلي:

عوامل إنجاح المقابلة الأولى:

أولاً: العمل على تحطيم دفاعات العميل أو التقليل من مقاومته قدر الإمكان ومهارة الأخصائي في ذلك هو في ممارسة أساليب المقابلة ومفاهيم العلاقة المهنية في توقيتها ومكانها الصحيح.

ثانيًا: البدء من بؤرة اهتمام العميل: بمعنى البدء من مشكلته التي يعرضها بل من جانبها الخاص الذي يشغل تفكيره.

ثالثًا: منح العميل كل الفرص للتعبير عن مشاعره.

رابعًا: التناغم العقلي والعاطفي: ونقصد به هذا التجاوب الطبع الرحب المتعاطف الذي يمثل النواة الحقيقية لنمو العلاقة المهنية.

خامسًا: الانتقاء والتخصيص: لا يعني تركنا العميل حرًا للتعبير عن مشكلته وأحاسيسه أن الأخصائي يقف موقفًا سلبيًا خلال المقابلة الأولى بل هو يمارس عمليات انتقائية وقياسية ليحدد نطاق المشكلة وجوانبها الهامة، فالعمليل عادة ما يعرض مشكلته كجوانب متناثرة أفقية أو عامة متأثرًا بانفعالاته الخاصة- فهو قد يشكو مرضه وتدهور صحته ثم ينتقل إلى عدم تعاون الزوجة معه ثم يشكو من ابنه الأكبر الذي يظن عليه بالمساعدة ثم من ابنه الآخر الذي علم بهروبه من

المؤسسة الإبداعية بل وينتقل فجأة إلى منزله الآيل .. وهكذا.. جوانب متراكمة من المحن والنكبات تحتل كل منها عنده أهمية خاصة. ولكنها تشكل على هذا النحو قاعدة عريضة مركبة تتوه بينها عملية المساعدة وتسيرها على غير هدى.

من هنا أهمية انتقاء الأخصائي لجانب معين أو أكثر من هذه الجوانب للتركيز عليها لما تحتله من أهمية خاصة سواء للعميل أو للمشكلة برمتها أو لإمكانيات المؤسسة. فقد تكون حالة العميل الصحية في المثال السابق هي الجانب الهام والمحور الأساسي للمشكلات الأخرى حيث يؤدي شفاء العميل من مرضه إلى تخفيف حدة الجوانب الأخرى كلها تلقائيًا حيث سيتمكن من العودة إلى عمله ثم مواجهة كل ما يحيط به من ضغوط أخرى أو أن تكون مجرد بداية فقط لعملية المساعدة لترجأ الجوانب الأخرى للقاءات أخرى وهكذا.

سادسًا: مراعاة الأسس الفنية للمقابلة وقواعدها التنظيمية:

نظرًا لحساسية المقابلة الأولى وأهميتها الزائدة فإنه يجب مراعاة تطبيق الأسس الفنية للمقابلة وقواعدها التنظيمية بكل دقة.

ولما كان نجاحها متوقفًا على حرية انطلاق العميل للتعبير عن مشكلته وانفعالاته دون قيود فإنه من المهم تجنب الأسئلة المباشرة والمتعددة قدر الإمكان مع الاهتمام بالملاحظة والاستماع والتعليقات اهتمامًا خاصًا بتوفير المناخ النفسي الصالح لتخفيف توتراته وأساليبه الدفاعية كما تفضل أن تكون هذه المقابلات بالمؤسسة قدر الإمكان.

وفي بحث أجرته الجمعية القومية- لرعاية الأسرة بأمريكا على أسباب تخلف العملاء عن حضور المقابلة الثانية وانسحابهم من المؤسسة ذكر ٥٤% منهم أنهم شعروا عقب المقابلة الأولى بقدراتهم على تناول مشكلاتهم بقدرة أفضل وكفاية مناسبة بينما ذكر ٢٧% من العملاء أن أسباب ذلك كانت خيبة أملهم عند المقابلة الأولى.

سابعًا: إشراك العميل في التخطيط للعمليات التالية:

لابد وأن يتم خلال المقابلة الأولى ما يطمئن العميل بوضوح كاف على حسن استجابة الأخصائي لمشكلته بصورة عملية فعالة ويتأتى هذا بإشراك العميل في التخطيط للخطوات التالية سواء في تحديد المصادر الواجب الرجوع إليها أو تحديد ميعاد اللقاء التالي أو المهام التي سنجزها الأخصائي وما إلى ذلك. فهذه كلها فكلا عن قيمتها العلاجية ذاتها فهي علامات تكسبه الطمأنينة في أن مشكلته وجدت آذانًا صاغية من الأخصائي ليتحضر بدوره لإنجاز المسؤوليات التي كلف بها والتشوق للعود مرة أخرى في الميعاد المحدد دون تأخير.

أما عدم إظهار هذه الخطة للعميل أو محاولة الأخصائي الانفراد بانجازها فالى جانب أن ذلك يجعل من العميل طرفًا سلبيًا فإن العميل قد يشعر بأن مشكلته لم تلق الاستجابة المناسبة ولم تنل اهتمام الأخصائي رغم نواياه الحقيقية الطيبة لمساعدة. بل قد يؤدي ذلك إلى تخلفه عن المقابلة التالية بل وانسحابه من المؤسسة.

المقابلة التالية أو (الدورية):

المقابلات التالية هي تلك المقابلات المتعاقبة التي تلي المقابلة الأولى التي قد تتم بصفة دورية أو بصفة متقطعة حسب الظروف وتتميز هذه المقابلات عن المقابلات الأولى بتخلص العميل من قدر كبير نسبيًا من مشاعره السلبية التي تملكته عند لقائه الأول مع الأول مع الأخصائي وتوطد العلاقة المهنية بينهما بتوفر عناصر الثقة والأمن والاستقرار - فباستثناء الحالات المضطربة نفسيًا أو سلوكيًا فالعميل في المقابلات التالية لم يعد هذا النمط الهش المتهيب كما كان في الماضي بل أضحى أكثر استقرارًا وأصلب عودًا.

من هنا كانت المقابلات التالية هي المناخ الصالح لعمليات التأثير والتعديل الإيجابي سواء في ذات العميل أو في ظروفه المحيطة حيث بدأت مرحلة من التجاوب العقلي والتفكير الواقعي والاستقرار المناسب.

ولما كانت هذه المقابلات تلي مقابلات سابقة فإن بدايتها لابد وأن تكون نهايات لما سبقها من مقابلات يستعرض خلالها ما تم إنجازه بين المقابلتين أو تناقش فيها ما يكون قد استجد من أمور.

هذا وقد تكون هذه المقابلات بمثابة لقاءات دورية لهدف علاجي كما هو الحال في العيادات النفسية أو في مؤسسات الإيداع، كما قد تكون الاستكمال جوانب دراسية أو مراجعة مستندات كما هو الحال في مؤسسات الإعانة الاقتصادية، كما قد تكون مزيجاً من مقابلات دراسية وتشخيصية وعلاجية كما هو الحال في المنازعات الأسرية وغيرها.

كما تتميز المقابلات التالية في أغلب الظروف بأنها أقل زمنًا عن المقابلات الأولى كما لا يشترط أن تتم بالمؤسسة حيث قد تكون في منزل العميل أو في عمله أو في مدرسته..... وهكذا.

المقابلة الختامية: ENDING:

المقابلة الختامية هي آخر لقاء مهني للأخصائي مع العميل، وتتم عادة في الحالات التالية:

١- انتهاء علاقة العميل بالمؤسسة باستكمال علاج المشكلة.

٢- تحويل الحالة إلى مؤسسة أخرى أو أخصائي آخر.

ورغم أنها مقابلات تتم عادة بعد الاستقرار على جوانب علاجية معينة إلا أنه قد يسودها مشاعر مختلفة تتفاوت بين مشاعر الحيرة البسيطة وبين مشاعر عميقة من الخوف أو القلق. وقد تصل هذه المشاعر إلى حد الاضطراب والاتجاهات النكوصية وخاصة عند الصغار وذوي الميول الاعتمادية.

بصفة عامة فهناك واجبات هامة على الأخصائي القيام بها وهي:

- ١- تلخيص الخطوات العلاجية للعميل وأهمية الالتزام بها.
- ٢- توضيح أسباب تحويل العميل إلى مؤسسة أخرى أو إلى أخصائي آخر بالقدر الذي يقتضيه الموقف وباللباقة الواجبة.
- ٣- يمكن طمأنة العميل في بعض الأحوال الخاصة- إلى أن المؤسسة يمكنها مساعدته مرة أخرى إذا ما عادت المشكلة إلى الظهور مستقبلاً- وبصفة خاصة مع المودعين بالمؤسسات الإيداعية أو مرضى العيادات النفسية الذين يتخوفوا من انفصالهم تمامًا عن المؤسسة.
- ٤- مراعاة المبادئ بين المقابلات الأخيرة تدريجيًا وخاصة مع الصغار أو من يعانون من الفطام النفسي.
- ٥- ربط العميل بالواقع الذي سيعيش فيه تدريجيًا وإشعاره بأن علاقته الأخصائي لم تكون إلا علاقة مهنية مؤقتة.
- ٦- عند تحويل العميل إلى أخصائي آخر يجب تقديمه إلى الأخصائي الجديد وأن يكون حازمًا في نقل كافة المسؤوليات إليه.

المقابلة التتبعية:

المقابلة التتبعية نوع آخر من المقابلات المهنة التي تتم بعد وضع خطة العلاج موضوع التنفيذ. وهي مقابلات تتم عادة ما في منزل العميل أو في مقر عمله أو في مدرسته وما إلى ذلك.

وتنحصر أهمية المقابلة التتبعية وأهدافها فيما يلي:

- ١- أنها وسيلة هامة للتأكد من متابعة العميل للخطة العلاجية خاصة مع العملاء الذين يعانون عجزًا جسميًا أو عقليًا أو خلقيًا.

٢- تجنب العملاء أية انتكاسة قد يتعرضون لها أو مواجهة ظروف طارئة لم تكون في الحسبان خاصة من الجانحين تحت المراقبة الاجتماعية أو الرعاية اللاحقة أو الناقهين العائدين إلى بيئتهم الطبيعية.

٣- وسيلة هامة لاستقرار بعض العملاء في حياتهم الجديدة وخاصة ذوي النزعات الاعتمادية أو المضطربين نفسياً أو الأطفال الذين أودعوا لمدد طويلة في المؤسسات ثم نقلوا إلى بيئاتهم الطبيعية.

٤- من أهم الأساليب المفيدة لتقييم خدمة الفرد أو خدمات المؤسسة تقييماً علمياً وإحصائياً.

٥- المقابلات التتبعية من أكرم المقابلات في حالات الأسر البديلة وحالات الإعانة الاقتصادية حيث تتوقف على هذه المقابلات تحديد مدى حاجة العميل إلى خدمات المؤسسة وتوجيه خطوات العلاج.

ومن ثم فهي مقابلات ذات طبيعة خاصة تشكل حسب ظروف كل حالة وكل جديد يطرأ على الموقف. كما أن مكان المقابلة ذاتها منزلاً كان أو عملاً يحدد بدوره قواعدها التنظيمية وزمنها وما إلى ذلك.

وباستثناء الحالات التي تعاني فطاماً نفسياً أو التي تنسم بنمط انكالي أو اضطراب نفس فإن العملاء عادة ما يقاومون مثل هذه المقابلات خاصة في حالات الإعانة الاقتصادية الأسر البديلة حيث يعتبرونها تشككاً أو تحسباً عليهم. أو هؤلاء الذين استقروا نسبياً في حياتهم الجديدة يرفضون أية وصاية عليهم لينكروا أية صلة لهم بالمؤسسة. لذلك فهي تتطلب مهارة وكفاءة لمواجهة محاولات العملاء المتعددة للتهرب منها، كما قد تزيد حدة هذه المقاومة عند تحويل الحاجة إلى أخصائي جديد لتتبعها لتكون آنذاك مقاومة مزدوجة للزيارة وللأخصائي في نفس الوقت. ومظاهر هذه المقاومة قد تأخذ أشكالاً شتى فقد يلجأ العميل إلى إنكار نفسه أو يتذرع بالمرض أو يدعى عدم حاجته إلى أي

مساعدة أو قد يطلب من الأخصائي جعل المقابلات بالمؤسسة حيث سيزوره بها ليحيطه بكل جديد في موقعه..... الخ.

وبالقدر الذي ينجح فيه الأخصائي الاجتماعي في مواجهة هذه المقاومة بكفاية تامة بالقدر الذي يشعر العميل نفسه بما حققته المقابلة له من فوائد تكون للمقابلة التتبعية قد حققت أهدافها المرجوة منها.

ثانياً: الزيارة المنزلية

ماهيتها:

الزيارة المنزلية هي نوع من المقابلات المهنية مع العميل أو مع أسرته تتم في بيئاتهم الطبيعية أو في أي مكان يقيم فيه لتحقيق أهداف مهنية تتحقق من خلالها.

وهي بهذا المعنى مقابلات مهنية شأنها كافة المقابلات الأخرى تتبع فيها أسس المقابلة وقواعدها وأساليبها، كما أنها عملية مهنية تمارس فيها بالضرورة كافة المبادئ والمفاهيم السابق شرحها.

الزيارة المنزلية أسلوب مهني ارتبط بخدمة الفرد عند نشأتها حينما كانت تغلب على مشكلات العملاء الطبيعية الأسرية والمالية كأشياء خارج ذات العميل. ولكنه مع التطور المعاصر لخدمة الفرد تتصارب الآراء اليوم حول قيمتها المهنية لتظهر وجهات نظر مختلفة أهمها:

أولاً: آراء تؤيدها بدون حدود: على أساس التلازم الحتمي بين مشكلة الفرد وحياته الأسرية، والزيارة وحدها هي التي تكشف عن طبيعة الجوانب الأسرية في واقعها وعلى طبيعتها.

ثانياً: آراء تعارضها: بدعوى أن العميل يجب أن يكون وحده مصدراً للمعلومات ووحده هدفاً لعملية العلاج. أما ظروفه الأسرية وضغوطه الأخرى

"فذاته" أو "أرادته" قادرة على أن تتكفل بها إذا ما منحت القدرة المناسبة خلال عملية المساعدة.

ثالثاً: آراء تقف منها موقف الاعتدال فبينما لا نحتما في كثير من الأحوال إلا أنها ترى أهميتها الحيوية في حالات خاصة.

وقبل أن نحدد موقفنا من هذه الاتجاهات يحسن أن نوضح الجوانب الإيجابية والسلبية للزيارة المنزلية وخاصة في مجتمعنا المصري.

أسس وخصائص الزيارة المنزلية:

أولاً: الزيارة المنزلية بصفة عامة ليس لازمة حتماً لعمليات خدمة الفرد.

ثانياً: المقابلة في المؤسسة يمكن لها في أغلب الأحيان أن تغني عن الزيارة المنزلية إذا ما توفرت الكفاية المهنية الواجبة للأخصائي الاجتماعي.

ثالثاً: رغم ذلك فهناك حالات بعينها يتحتم زيارة منزل العميل فيها. وهي الحالات التي سبق أن حصرناها على وجه التحديد.

رابعاً: في مثل هذه الحالات يجب التأكيد من أن الزيارة المنزلية هي الأسلوب الوحيد الذي يحقق أهدافها المرجوة وأن لا سبيل إلى مساعدة العميل إلا بزيارة المنزل.

خامساً: الزيارة المنزلية لا تخرج في النهاية عن كونها إما مقابلة فردية أو مقابلة مشتركة تراعي فيها كافة المفاهيم المهنية وأساليب المقابلة وقواعدها التي سبق أن أوضحناها.

خطوات الزيارة المنزلية وقواعدها:

أولاً: التأكيد من أهميتها لتحقيق أهداف محددة تعادل الجهد والوقت الضائعين فيها كما تتكافأ مع الاعتبارات المهنية التي سيضحي بها خلال الزيارة.

ثانيًا: توضيح هدف الزيارة للعميل توضيحًا كافيًا وتوضيح ما سوف تحققه من غايات لها أهميتها لمواجهة الموقف الذي يعاني منه، والأمل هو أن الاقتناع العقلي للعميل بأهمية الزيارة سيخفف نسبيًا من مقامته الوجدانية لها، تلك المقاومة التي نسلم بأنه لا مفر منها في أغلب الأحيان.

ثالثًا: الاتفاق المناسب على معادها بما يتلاءم مع ظروف كل من الأخصائي والعميل على حد سواء.

رابعًا: مراعاة الأسس والمفاهيم المهنية خلال الزيارة مع اهتمام زائد بمفاهيم السرية - التقبل - الفردية.

خامسًا: أن يكون مظهر الأخصائي الاجتماعي مناسبًا لبيئة العميل، قيمة وعاداته؛ ونقصد بهذا قدرًا من الاعتدال سواء في الزي أو الزينة التي تناسب البيئات الشعبية التي غالبًا ما يعيش فيها العملاء ومراعاة آداب الضيافة والعادات الشعبية الشائعة بينهم.

سادسًا: ضرورة التأكد من العنوان الصحيح للمنزل لتجنب الوقت الضائع ولتلافي سؤال المارة أو أهل الحي عن مكان المنزل.

الزيارة المنزلية المفاجئة أو المعارضة:

تضطر بعض الظروف المؤسسات الاجتماعية إلى أن يقوم الأخصائي بزيارة منزل العميل دون اتفاق سابق في الحالات التالية:

١- عند عدم إمكان التعرف على مقر إقامة العميل، إما تضليلاً متعمداً من العميل كحالات الأحداث الجانحين أو جهلاً بها كحالات ضعاف العقول. وفي مثل هذه الحالات يضطر الأخصائي إلى القيام بسلسلة من التحريات الواسعة حتى تسوقه المقادير إلى المنزل بوحى الصدفة أو بمعونة السلطات الإدارية أو أهل الحي أنفسهم.

٢- في الحالات التي يتحایل فيها العملاء للحصول على مساعدات المؤسسة رغم عدم أحقيتهم لها وذلك بإعطاء بيانات مشكوك في صحتها يدعون فيها الفقر أو الحاجة أو سوء حال المسكن الخالي من الأثاث وما إلى ذلك أو عند التشكك من سوء معاملة الأم البديلة أو الحاضنة للطفل وما أشبهه.

٣- في الظروف الطارئة التي تتطلب اتصالاً عاجلاً بالمنزل دون انتظار للإجراءات العادية، كحالات هروب الأحداث الخطرين أو عند إجراء جراحة طارئة أو لاستيفاء بيانات عاجلة عن الحدث لتقديمها إلى المحكمة وما أشبهه. فمثل هذه الحالات تحتم ضرورة زيارة المنزل دون اتفاق سابق تجنباً لأخطار محققة على العميل أو على أسرته أو على المجتمع ككل.

وثمة حقائق نرى إيضاحها في هذا الصدد وهي:

أولاً: تؤمن خدمة الفرد بأن هناك ضرراً واقعاً على العميل عند الزيارات الطارئة والمفاجئة، ولكن هناك ضرراً أشد خطورة إذا لم تتحقق مثل هذه الزيارات، ومن ثم فدورها يجب أن يكون مواجهة الخطر الأشد ضراوة مع التجاوز عن المضار الفرعية.

ثانياً: خدمة الفرد ومفاهيمها ليست مجرد شعارات براقية تفرض نفسها دون تفهم واع لدلالاتها الواقعية. فالمفاهيم ليست غاية في ذاتها بل هي وسيلة لإنجاح عملية المساعدة بأفضل أسلوب ممكن وأضواء تكشف الطريق الصحيح لهذه المساعدة ومن ثم فلا يضحى بالمساعدة ذاته إذا ما تعثر أحد هذه المفاهيم في الطريق بل علينا أن نؤمن بأنه "إذا لمن نتمكن من أن نقدم للعميل كل شيء فهو في حاجة ماسة إلى أي شيء".

ثالثاً: خدمة الفرد تتعامل دائماً مع الواقع، ومع ما هو كائن ولكن تتطلع دائماً إلى ما يجب أن يكون.

رابعاً: المؤسسة الاجتماعية هي الواجهة الواقعية للخدمة الاجتماعية التي تتعامل مع الواقع الميداني بكل ما يزخر به من ظروف وأحداث.

من ثم فيجب أن يترك له الحق في تحقيق أهدافها وفقاً لفلسفتها الأساسية ما دامت الخدمة الاجتماعية تمارس بواسطة أخصائيين مهنيين تحتهم ظروف عملهم القيام بمثل هذه الزيارات المفاجئة.

لهذا نرى أن مثل هذه الزيارات المفاجئة هي تعبير عن مرحلة واقعية في تطور خدمة الفرد، لا نحكم عليها بالخطأ أو الصواب فهي واقع لا مفرد من قبوله. ولكن بصفة عامة يجب على الأخصائي الاجتماعي القيام بدور مضاعف لاستعادة ثقة العميل وتخفيف حدة المشاعر السلبية بتوضيح واف للأسباب والمبررات التي أدت إلى الزيارة المفاجئة.

ثالثاً: وسائل أخرى للدراسة الاجتماعية

إلى جانب مقابلة العميل وأسرته سواء بالمؤسسة أو بالمنزل فإن هناك وسائل أخرى للحصول على حقائق المشكلة من مصادرها الأساسية.

فقد سبق أن ذكرنا أن مصادر الدراسة قد تمتد لتشمل العميل وأسرته بالإضافة إلى الأقارب والمتصلين به أو الخبراء أو المستندات والوثائق أو الاختبارات والفحوص المختلفة وما إليها. وللحصول على الحقائق من هذه المصادر فإن هناك عدة وسائل أخرى أهمها:

أولاً: مقابلة خبراء أو أخصائيين: كمقابلة الطبيب المعالج أو لمدرس المختص أو رئيس العمل أو ما أشبه. وهي مقابلات وإن كانت لها طبيعتها المهنية إلا أنها تقوم على التعاون والتأهم كما تعتمد على قدرة الأخصائي في استشارة الآخرين لمساعدة العميل.

ثانياً: الإطلاع على المستندات والسجلات: كالبطاقات المدرسية أو ملفات الحالات أو التقارير الطبية أو تقرير المحكمة وما أشبه في حالة توفر هذه المستندات في المؤسسة أو قريباً منها.

ثالثاً: المكاتبات والمراسلات: وذلك في الحالات التي تكون الجهة المطلوبة بيانات منها بعيدة عن المؤسسة أو في بلد آخر. ويجب أن يراعى في مثل هذه المكاتبات أن تتسم بالسرية الواجبة لضمان عدم إفشاء أسرار العملاء بين الجهات المختلفة. وتلجأ بعض المؤسسات إلى طمس معالم هذه المكاتبات الرئيسية باستعمال رموز مهنية عن أسماء العملاء أو نوع المرض وما إلى ذلك.

رابعاً: المكالمات التليفونية: وهي وسيلة أخرى للحصول على البيانات من مصادرها وتستعمل في الحالات المستعجلة والتي تتطلب إجراءات سريعة.

استمارة البحث الاجتماعي:

تنتهي عمليات الدراسة بالاستقرار على مجموعة من الحقائق سواء خاصة بالعمل أو بظروفه الخارجية. وهذه الحقائق يجب أن توضح في استمارة خاصة تصممها المؤسسة وفقاً لفلسفتها الخاصة يطلق عليها عادة "استمارة البحث الاجتماعي أو التاريخ الاجتماعي" ورغم اختلاف المؤسسات في تحديد رؤوس الموضوعات التي تتضمنها هذه الاستمارة إلا أن هناك موضوعات لها أهميتها في غالبية المؤسسات الاجتماعية نوضحها فيما يلي:

أولاً: بيانات معرفة:

وتشمل الاسم والسن والجنس والعنوان والمدرسة أو العمل والفرقة أو المهنة والحالة الاجتماعية والوطن والديانة، كما قد تشمل نوع المرض أو العجز أو التهمة.... الخ.

ثانياً: المشكلة كما تقدم بها العميل أو نوع الخدمات التي يريدها

ثالثاً: تكوين الأسرة ويفضل عمل جدول خاص كما هو موضح في النماذج التالية، يوضح أعضاء الأسرة ظروف كل منهم الاجتماعية والصحية والعملية.... الخ.

رابعاً: المسكن والحي: ويوضح هنا طبيعة المسكن ونوع الأثاث والحي والجيرة.

خامساً: السمات الشخصية للعميل.

ويوضح هنا سمة العميل الشخصية وما بها من جوانب قوة وضعف، كما قد تشمل توضيح سمات أشخاص آخرين كالأب أو الأم، أو الأقارب وخاصة في مشكلات المنازعات الأسرية واضطرابات الأطفال وما إليها.

سادساً: الميزانية الشهرية:

وعادة ما يكون لها جدول خاص لتوضيح الدخل والمنصرف والديون.... الخ.

سابعاً: تاريخ المشكلة والجهود السابقة لمعالجتها:

ونأخذ هذه صور شتى حسب طبيعة المشكلة وفلسفة المؤسسة وعادة ما

تتحصر هذه الصور فيما يلي:

أ- التاريخ الاجتماعي للمشكلة: إذا ما كانت اقتصادية أو اجتماعية يوضح نشأتها والدور الذي لعبه العميل فيها والجهود السابقة التي بذلت.

ب- التاريخ المرضي: إذا ما ارتبطت المشكلة بمرض معين جسمي أو نفسي.

ج- التاريخ التطوري: إذا ما كانت للمشكلة جوانب نفسية أو سلوكية لأسباب نفسية حيث ارتبط سلوك العميل برواسب طفلية أو كان حياً دفاعية تعبر عن عقد لا شعورية أو مظاهر صراع طفلي لم يحل.

ثامناً: العبارة التشخيصية:

لتوضيح طبيعة المشكلة والعوامل المتداخلة لإحداثها.

تاسعاً: الخطة العلاجية:

وتشمل خطوات العلاج بشقيه الذاتي والبيئي. وتلجأ بعض المؤسسات

إلى ترك المجال مفتوحاً للخطوات العلاجية بينما تحدد أخرى اتجاهات محدودة كالقبول بالمؤسسة أو استحقاق المعاش وما إلى ذلك.

كما نشير هنا إلى أن من هذه الاستثمارات ما ينفرد بتحريرها الأخصائي

ومنها ما قد يشترك معه آخرون من فريق المؤسسة كما هو الحال في مؤسسات

ضعاف العقول والمعوقين أو المرضى ومن إليهم. حيث تشمل الاستثمارة على

التقرر الطبي أو العقلي أو المهني وما إلى ذلك.

المراجع المستخدمة:

١- جلال الدين عبد الخالق: العمل مع الحالات الفردية، أسس وعمليات، الإسكندرية، المعهد العالي لخدمة الاجتماعية، ١٩٨٨، ص ١٩٨.

٢- عبد الفتاح عثمان، عبد الكريم العفيفي: المدخل التحليلي المعاصر لخدمة الفرد للمجتمعات النامية، مرجع سبق ذكره، ص ١٥٤.

٣- عبد الفتاح عثمان، عبد الكريم العفيفي: خدمة الفرد التحليلية بين النظرية والتطبيق، القاهرة، مكتبة عين شم، ١٩٩٤، ص ١٩.

٤- جلال الدين عبد الخالق: مرجع سبق ذكره، ص ص ٢٠٤ - ٢٠٥.

٥- عبد الفتاح عثمان، عبد الكريم العفيفي: خدمة الفرد التحليلية بين النظرية والتطبيق، مرجع سبق ذكره، ص ١٩٧.

عملية العمل مع الأفراد والأسر

الفصل الثاني عملية التشخيص الاجتماعي

عمليات في العمل مع الأفراد والأسر

الفصل الثاني

التشخيص الاجتماعي

إن التشخيص خطوة بينية تتوسط عمليتي الدراسة والعلاج وهو في أبسط صورة عملية تستهدف تفسير المشكلة والأسباب التي أدت إليها.

أولاً: تعريف التشخيص:

يعرف التشخيص بأنه عملية تفسيرية توضح تفاعل العوامل التي تداخلت في الموقف وتفاعلات مع شخصية العميل حتى وصل الأمر إلى الموقف الحالي^(١).

كذلك يعرف فاطمة الحاروني التشخيص بأنه هو إيجاد العلاقة السببية بين واقع العميل داخلياً وخارجياً وبين أعراض سوء التكيف من أجل العلاج^(٢).

في حين يعرف "عبد الفتاح عثمان" التشخيص بأنه تحديد لطبيعة المشكلة ونوعيتها الخاصة مع محاولة علمية لتفسير أسبابها بصورة توضح أكثر العوامل طوعية للعلاج^(٣).

أيضاً يعرف التشخيص بأنه العملية المهنية التي تستهدف الجهود المشتركة بين الأخصائي والعميل والمحيطين به في تحديد العوامل والأسباب التي تفاعلت لإحداث المشكلة من أجل الوصول إلى العلاج المنشود وفي ضوء ذلك التعريف يمكن استخلاص أهم الخصائص التي تميز التشخيص وهي^(٤):

- ١- أنه يبنى على الدراسة ويوصل إلى العلاج.
- ٢- أنه يحدد العوامل والأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة هذه الأسباب التي ترتبط بالعميل من ناحية وبالنواحي البيئية من ناحية أخرى.
- ٣- الرغم من أنه مسئولية الأخصائي ويخضع لوجهة نظره المهنية إلا أنه يتم التوصيل إليه من خلال إشراك العميل والمتصلين ه فهم أقدر من يعرف المشكلة.

ثانيًا: مستويات التشخيص:

يقصد بمستويات التشخيص درجات العمق التي يرتبط بها التشخيص وتأخذ هذه المستويات أشكالاً متعددة هي:

أولاً: الأفكار التشخيصية:

الأفكار التشخيصية هي ون من الانطباعات تتميز بأنها:

- ١- انطباعات غير يقينية وغير مؤكدة وأن ارتكزت على شواهد وقرائن معينة.
- ٢- تتسم بالكلية والعمومية دون تفصيلات جزئية فهي انطباعات عامة شاملة.
- ٣- تعتمد عليها مقابلات الاستقبال Intake في توجيه الحالات أو تحويلها.
- ٤- تعتبر وسائل للتشخيص النهائي أو فروض يتعين تحقيقها، لذلك كان من المفيد تسجيل هذه الانطباعات في أعقاب كل مقابلة أو خطوة مهنية حتى ترسم للخطوات التالية وبداية لما يعقب ذلك من خطوات.

ثانيًا: التشخيص الإكلينيكي "التصنيفي":

هو تشخيص يقتصر على تصنيف المشكلة أو المرض أو العاهة دون أي ذكر للعوامل المسببة لها. فبمجرد ذكر هذا التحديد تلقائيًا اتجاهات العلاج داخل هذه المؤسسة. ويمارس هذا النوع عادة في المستشفيات ومؤسسات المعوقين والعيادات النفسية والسجون وبعض الوحدات الإيداعية. حيث يكفي التشخيص بتحديد طبيعة المرض أو نوع العاهة أو درجة الذكاء أو نوعية المجرّد "مجرد معتاد أو مجرد خطير أو مجرم عارض".

ويمتاز هذا التشخيص بالبساطة والتركيز وتجنب الصياغات الوصفية كما يعتبر مصدرًا للبيانات الإحصائية والأبحاث العلمية إلا أنه يؤخذ عليه عدم توضيحه للظروف الفردية الخاصة لكل مشكلة والعوامل النوعية التي أدت إليها.

ثالثًا: التشخيص السببي:

هو دوره تشخيص تصنيفي عام كالنوع الإكلينيكي السابق إلا أنه يضيف على طبيعة المشكلة طائفتها الخاصة أو نوعيتها المميزة عن الطوائف الأخرى داخل التصنيف العام.

فالقول بأن المشكلة هي اضطراب نفسي هو تصنيف أكلينيكي عام، أما إضافة الطائفة الخاصة لهذا الاضطراب كالانطواء أو القلق أو العقدة الأوديبية هو تصنيف طائفي أو تشخيص سببي.

ولهذا النوع من التشخيص نفس مزايا التشخيص السابق وأن تميز باحتوائه على مزيد من التفسيرات لطبيعة المشكلة وأن كان بدوره لا يوضح فردية المشكلة.

رابعاً: التشخيص الدينامي الوصفي:

وهذا هو التشخيص الوصفي السيل الذي يوضح تفاعل العوامل الذاتية والبيئية "رأسياً أو أفقياً" وأدت إلى الموقف الإشكالي وهو نوع يسود كثيراً بين المؤسسات التي تتناول مشكلات الأسرة والانحراف وعدم التكيف المدرسي... وما إليها.

وهو تشخيص ارتبطت به خدمة الفرد منذ نشأتها كأنسب أسلوب لتفسير المشكلات الفردية، عرفته "ريشmond وهاملتون" بأنه أسلوب وصفي لتفهم الجوانب الاجتماعية والنفسية لمشكلة العميل وتقييم الدور الذي لعبه العميل في حدوث المشكلة.

ويمتاز التشخيص الدينامي بمناسبته للطبيعة الفردية الخاصة لكن من العميل وظروفه المحيطة وبالتالي طبيعة التفاعل بينهما الأمر الذي لا يمكن تفسيره إلا من صياغة سيالة وصفية ولا تخضع لأي لون من ألوان التصنيف.

ولكن يؤخذ عليه أن يشكل أمام الممارسين صعوبة بالغة في صياغته لدرجة جعلت بعض المؤسسات تقابل بين الجهد الواجب بذله لصياغته وبين

القيمة الفعلية التي يحققها لتقييم لها ألواناً متباينة من الصيغ الشخصية، بل أن بعضاً منها قد أسقطه نهائياً من حسابها مكتفية بالدراسة ثم العلاج مباشرة. كما أن هذه الصياغة الوصفية وقفت عائقاً أمام استثمارها في الأبحاث العلمية والإحصاءات العامة وما إليها.

خامساً: التشخيص المتكامل أو الدينامي والتصنيفي:

التشخيص المتكامل هو تشخيص جامع لمزايا الإشكال المختلفة السابقة ويقلل ما أمكن من عيوب كل منها. ويمكن تعريفه كما يلي:

تعريف:

"التشخيص المتكامل هو تحديد لطبيعة المشكلة ونوعيتها الخاصة مع محاولة علمية تفسير أسبابها بصورة توضح أكثر العوامل طوعية للعلاج".

كما يعرفه السنهوري بأنه "عملية تفسيرية توضح تفاعل العوامل التي تدخلت في الموقف وتفاعلت مع شخصية العميل حتى وصل الأمر إلى الموقف الحالي".

الخصائص الرئيسية للتشخيص المتكامل:

- ١- التشخيص المتكامل يجمع بين التصنيف العام والفردية الخاصة.
- ٢- التشخيص المتكامل يركز على أسس وقواعد علمية.
- ٣- قابل دائماً للتغير والتعديل بظهور حقائق جديدة.
- ٤- التشخيص في أحسن صورة هو افتراض علمي لأقرب الاحتمالات.
- ٥- التشخيص أسلوب علمي لتحديد العلاج وليس بحثاً مطلقاً وراء العلل.
- ٦- التشخيص ككل عمليات خدمة الفرد - عملية مشتركة بين الأخصائي والعميل.
- ٧- صياغة التشخيص ومضمونه مرتبط بالضرورة بأهداف المؤسسة وفلسفتها.

الأشكال النهائية لصياغة التشخيص النهائي:

توضح نتيجة التشخيص في شكل تقدير مكتوب وتتحدد محتويات هذا التقرير وأسلوب صياغته في ضوء المجال والمؤسسة وطبيعة مشكلة العميل وظروف عمل الأخصائي وسوف نعرض فيما يلي أكثر أشكال التشخيص شيوعاً^(١).

أولاً: العبارة التشخيصية:

ويطلق عليها التشخيص المتكامل أو الصياغة الدينامية وهي تحتاج إلى مستوى عالي من المهارة والخبرة من الأخصائي كما أنها تستغرق وقتاً وجهداً أكثر من غيرها من الصياغات ويكثر استخدامها في العيادات النفسية وحالات جناح الأحداث والمشكلات الأكثر تعقيداً، وتوضع الصياغة في صورة تفاعل بين العوامل في شكل وصفي يوضح العلاقة بين العرض وأسبابه.

وأهم المكونات التي يشتمل عليها هذا الشكل من التشخيص:

(أ) التصنيف العام:

وهو تحديد المجال العام للمشكلة أسرية أو مدرسية.. الخ ويجب أن يوضع في مقدمة العبارة التشخيصية ليحدد منذ الوهلة الأولى نوعية المشكلة الرئيسية لتتوالى بعدها الجوانب التفصيلية التالية ويعتمد هذا التصنيف على الرأي المهني للأخصائي الذي عليه أن يميز أصول المشكلة عن فروعها أو جذورها عن أعراضها الفرعية في ارتباطها بخدمات المؤسسة، فالمشكلة الخاصة بالمريض في المستشفى هي في الأساس صحية ولكنها إذا ارتبطت بانخفاض الدخل فإنها تصبح اقتصادية وإذا انعكست بموضوع على قلق واضطراب العميل وحدة انفعالاته أصبحت نفسية.. ولكن بصفة عامة يفضل أن يكون التصنيف العام مرتبطاً بنوعية المؤسسة ذاتها والمجال الذي تخدمه.

(ب) التصنيف الطائفي:

وهو الوحدة الجزئية المتخصصة داخل التصنيف العام وذلك لتحديد الطائفة المتميزة التي تنتمي إليها المشكلة في مجالها العام إذا كان التصنيف العام اقتصادية فإن الطائفي قد يكون أرملة ذات أولاد- أيتام- شيخوخة، وإذا كان التصنيف العام جناح أحداث فإن الطائفي يكون تشرد أو انحراف وهكذا.

ج) التصنيف السببي:

وبمعنى به تحديد العوامل الهامة التي أدت إلى حدوث المشكلة وهي قد تكون:

١ - عوامل ذاتية أكثر منها بيئية:

وذلك عندما يظهر بوضوح أن العوامل الذاتية هي الأكثر تأثيراً في المشكلة وإن كان ذلك لا يمنع من وجود بعض العوامل البيئية.

٢ - عوامل بيئية أكثر منها ذاتية:

وذلك عندما يظهر بوضوح أن العوامل البيئية هي التي لها غلبة التأثير وإن كان ذلك لا يمنع من وجود بعض العوامل الذاتية.

٣ - عوامل بيئية وذاتية:

وذلك عندما يظهر بوضوح توازن أثر العوامل مما يصعب معه تحديد أوجه العوامل الغالبة وكثيراً ما ستواجه بعض المواقف التي قد تمثل التفاعل الواضح بين مجموعتي العوامل وبنفس التأثير.

ونود أن نشير إلى أنه لا توجد حالة ترجع إلى عوامل ذاتية فقط أو عوامل بيئية فقط بل أن المشكلة عادة ما تتضمن التفاعل بينهما وإن اختلف قدر التأثير.

د) طبيعة المشكلة الحالية:

لابد أن توضع العبارة التشخيصية المشكلة الحالية للعميل وهنا ينبغي أن نميز بين ثلاثة أشياء وهي:

١ - تصنيفات المشكلة:

ويقصد بها تقسيمات المشكلة وبين أن أوضحناها على أنها التصنيف العام - الطائفي - السببي.

٢ - طبيعة المشكلة الحالية:

ويقصد بها وصف للمشكلة في الوقت الحاضر.

٣ - تطور المشكلة:

ويقصد به مجموعة الخطوات المتتالية التي مرت بها المشكلة من الماضي إلى الحاضر حتى ظهرت بالشكل الحالي.

فالقول بأن المشكلة أسرية فهذا تصنيف عام وبأنها نزاعات زوجية فهذا تصنيف طائفي وبأنها ترجع لأسباب بيئية أكثر منها ذاتية فهذا تصنيف سببي، وإذا ذكرنا أن طبيعة المشكلة الحالية تتمثل في الإعتداء المستمر بالضرب من جانب الزوج على زوجته وحرمانها من مصروف المنزل والتفكير في الزواج من أخرى فهذا وصف لطبيعة المشكلة الحالية، وإذا قلنا بأن الزواج تم منذ ستة شهور وأن الزوجة أجبرت عليه لأن زوجها يكبرها بعشرون عامًا وأنه ذو مؤهل متوسط وأنه بدأ يغار عليها ويمنعها من الخروج وحدث أن ذهبت للإقامة مع أسرته لمدة عشرة أيام في الشهر الماضي ثم تدخل أخيها الأكبر لحل المشكلة ولكن زوجها زاد في سوء معاملته لها واعتدى عليها بالضرب... الخ، فهذا عرضًا لتطور المشكلة.

هـ) صفات العميل الأساسية:

من المعروف أن العبارة التشخيصية توضح أساسًا عن العميل صاحب المشكلة لذا كان من الأفضل أن تتضمن وصفًا لملامح شخصية العميل خاصة الصفات التي لها مغزى ومدلول معين وارتبطت بالمشكلة وهذا لا يعني أننا لا نتعرض لصفات الأشخاص الآخرين في موقف العميل بل أن ذلك سوف يتضح عند تحديد أسباب المشكلة والتي كان بعضها راجعًا لصفات هؤلاء الأشخاص.

و) تفاعل العوامل والأسباب:

وهو هذا التفسير السيل الذي يوضح تفاعل العوامل المختلفة التي أدت إلى الموقف الإشكالي ليميز فردية المشكلة وظروفها الخاصة من بين التحديات العامة التي احتوتها التصنيفات السابقة والتفسير الدينامي كصورة وصفية يجب أن يكون وحدة عقلية متكاملة متتابعة في تسلسل منطقي وتتابع زمني ليصور الخُماليًا تفاعل كل من شخصية العميل مع ظروفه المحيطة.

وهو قد يتضمن تفاعلاً أفقيًا بين العوامل والأسباب في المشكلات البسيطة كما هو الحال في المشكلات الاقتصادية أو المشكلات المدرسية البسيطة أو قد يتضمن تفاعلاً رأسيًا في ربط الحاضر بالماضي في المشكلات الاقتصادية أو المشكلات المدرسية البسيطة أو قد يتضمن تفاعلاً رأسيًا في ربط الحاضر بالماضي في المشكلات المعقدة كما هو الحال في مشكلات الأمراض العقلية والأحداث الجانحين.

ز) تحديد خطوات العلاج:

توضع في نهاية العبارة لتبين الاتجاهات العلاجية الرئيسية أو ما يمكن أن تنتبأ بوضعه بصفة عامة عند تصميم الخطة العلاجية وتشتمل اتجاهات العلاج على:

١ - مناطق الضعف:

سواء في العميل أو الظروف المحيطة والتي لها ارتباط واضح بالمشكلة وفي نفس الوقت يمكن علاجها في حدود إمكانيات المؤسسة.

٢ - مناطق القوة:

هي الإمكانيات القائمة في الموقف ويمكن استثمارها في العلاج سواء أكانت أفرادًا أو إمكانيات معطلة لم تستثمر بصورة مناسبة.

ثانيًا: التشخيص العاملي:

وهو صياغة تأخذ بأسلوب العوامل المستقلة تفسير أسباب المشكلة مرتبة حسب أهميتها وهو وأن كان لا يصور التفاعل بين هذه العوامل إلا أنه يتميز بالبساطة وعدم التعقيد.

تعريفه:

هو ذلك التشخيص الذي يحدد العوامل والأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة.

صياغاته:

أ- قد تقسم الأسباب إلى عوامل ذاتية وبيئية ثم تحدد تلك العوامل التي تدخل في نطاق كل مجموعة.

ب- قد توضع العوامل كلها متسلسلة بغض النظر عن كونها ذاتية أو بيئية.

ولا يكفي عند إعداد هذا النوع من التشخيص الاقتصار على سرد العامل مجردًا ولكن يجب أن نوضح الكيفية التي أسهم بها هذا العامل في حدوث المشكلة.

مميزاته:

أ- سهولة الصياغة.

ب- يوفر الوقت والجهد إذا قورن بالعبرة التشخيصية.

ج- يساعد الأخصائي في سهولة التطرق إلى النواحي العلاجية.

عيوبه:

أ- لا يوضح تصنيفات المشكلة (العام - الطائفي - النوعي).

ب- لا يوضح التفاعل الكلي بين العوامل والأسباب.

ج- لا يحدد خطوات العلاج.

ثالثًا: خطوات التشخيص:

للوصول إلى التشخيص النهائي ثمة خطوات رئيسية يجب إتباعها (٦):

أولاً: إدراك كلي لحقائق المشكلة بصورة مبدئية.

ثانياً: حصر هذه الحقائق كل على حدة.

ثالثاً: تقييم هذه الحقائق.

رابعاً: التفسير الديني والسببي للمشكلة.

خامساً: تحديد مناطق العلاج واتجاهاته.

سادساً: الصياغة النهائية للتشخيص.

أولاً: الإدراك المبدئي لحقائق المشكلة:

إن أولى خطوات التشخيص هي هذه النظرة الكلية العامة إلى المشكلة وأبعادها المختلفة دون التعمق في تفاصيلها وجزئياتها. وقد تتم هذه الخطوة بقراءة البيانات التي احتوتها استمارة البحث الاجتماعي أو مراجعة التشخيص الطبي أو النفسي أو قد تمتد إلى الاطلاع على الانطباعات التشخيصية المسجلة عقد كل مقابلة.. الخ، فمثل هذه النظرة العامة تحقق فوائد أهمها:

١- تكوين الانطباع الكلي عن طبيعة المشكلة وأبعادها الكلية.

٢- يحدد هذا لانطباع مجا التفكير ويركزه في دائرة خاصة مرتبط بالمشكلة.

٣- يستدعى تحديد مجال التفكير أفكاراً مخزنة في الذهن نظريات علمية وخبرات سابقة ويهيئها لتفسير المشكلة.

٤- تمهد هذه الخطوات استشعاراً للأخصائي لجوانب المشكلة عقلاً وحساً أو ما يسمى بتقمص المشكلة Identify with the problem.

ثانياً: حصر الحقائق:

الخطوة الثانية هي عملية حصر الحقائق المشكلة كل على حدة فحقائق المشكلة ما هي في النهاية إلا:

١- سمات شخصية لأفراد (العميل أو الآخرين).

٢- أوضاع بيئية حالية (كالظروف الأسرية أو الاقتصادية).

٣- أحداث معينة في الماضي أو الحاضر (كمرض أو وفاة).

من ثم فيجب وضع كل وحدة من وحدات الدراسة في مكانها بين هذه المصنفات الثلاث ليكون أماناً في النهاية تجمعات تمثل سمات لكل فرد أو كل وضع بيئي على وحدة أو بمعنى آخر يجتمع لنا وحدتان رئيسيتان هما:

(أ) السمة الشخصية للعميل - لتمثل الضغوط الداخلية للمشكلة.

(ب) الأوضاع البيئية "ظروف أو أفراد" لتمثل الضغوط الخارجية للمشكلة.

ثالثاً: تقييم الحقائق:

وإذا تجتمع لنا هاتان الوحدتان بكل ما تحتويهما من خصائص وأوصاف كانت الخطوة التالية هي تقييم كل منهما تقييماً محدداً يقيس مدى انحراف كل سمة عن المتوسط العام العادي لهذه السمة. أي قياس ما هو كائن لما يجب أن يكون وتنحصر هذه الخطوة فيما يلي:

١- تقييم سمات العميل:

لقياس شخصية العميل ثمة أسلوبين رئيسيين هما:

(أ) قياس الشخصية في جوانبها الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية قياساً تحليلياً لكل جانب على حدة لتقويم مدى كفاية هذه العناصر أو ضعفها.

(ب) قياس الشخصية ككل كما يصدر عنها من وظائف خارجية قياساً وظيفياً يوضح تفاعل جوانبها الأربعة في حركتها وليس ثبوتها.

ولما كان ما يعنينا هو قياس الدور الذي لعبه السلوك النهائي للعميل ف المشكلة بصرف النظر عن طبيعة كل جانب من جوانب الشخصية على حدة، فإن النوع الثاني هو الأكثر مناسبة لقياس سمات العميل في التشخيص.

وترى "هوليس وموفيت" أن قياس سلوك العميل يعتمد على تقييم مركز القوى في الشخصية وهي:

قياس قوات الذات:

قياس الذات العليا، قوتها ومضمونها.

السمات المرضية:

وسنتناول كل منها بشيء من التفصيل.

ولتقييم هذه الذات علينا تقويم وظائفها الأربعة الأساسية وهي: القدرة على الإدراك + القدرة على الإحساس + القدرة على التفكير + القدرة على الانجاز.

تقييم الذات العليا (الضمير):

لتقييم الذات العليا في العميل يجب النظر إليها من ناحيتين:

أولهما: مدى قوة الذات العليا أو ضعفها أو تأرجحها.

وثانيهما: المضمون الذي تحتويه الذات العليا أي نوع من القيم التي اكتسبها الفرد.

تقييم السمات المرضية الخاصة:

إلى جانب الذات العليا ثمة سمات خاصة في الشخصية تؤثر في سلوك العميل ودوره في الموقف، وهذه السمات هي:

أ) رواشب طفلية خاصة.

ب) أعراض مرضية معينة.

رابعًا: التفسير الديني والسببي:

إذ تجتمع لنا حقائق قياسية عن العمل وظروفه المحيطة كانت الخطوة التالية هي البحث عن الكيفية التي تفاعلت بها هذه الحقائق وأدت إلى الموقف الإشكالي. وبصفة عامة ثمة أسلوبين لتحديد طبيعة هذا التفاعل وهما (٨):

أ) تفاعل أفقي.

ب) تفاعل رأسي.

التفاعل الأفقي:

التفاعل الأفقي هو هذا التفاعل الذي حدث بين العوامل الحاضرة في وضعها الراهن وأدت مباشرة إلى المشكلة دون الحاجة إلى البحث في الماضي عن أسباب نشوء هذه العوامل الحالية نفسها.

فالقول بأن الأسرة تواجه مشكلة اقتصادية نظرًا لغياب الزوج المحكوم عليه بالسجن وصغر سن الأطفال وعدم وجود أقارب ملتزمين مع عدم قدرة الزوجة نفسها على العمل هو تفاعل أفقي يصور التفاعل الحالي الذي أدى إلى حاجة الأسرة إلى إعانة المؤسسة.

التفاعل الرأسي:

وهو التفاعل الذي يوضح كيفية تفاعل عوامل سابقة في الماضي والتي أدت إلى نشوء العوامل الحالية نفسها. وفي المثال السابق قد يشمل تفسيراً لأسباب سجن الزوج أو أسباب عدم قدرة الزوجة على العمل وكافة العوامل السابقة التي تفاعلت وأدى إلى كل منها. والفاعل الرأسي قد يشمل:

أ) التاريخ التطوري للعمل وسبق أن عددنا جوانبه فيما سبق.

ب) التاريخ التطوري للمواقف المختلفة كتطور الخلاف بين الزوجين أو متابعة تاريخ المرض وتطوره وما إلى ذلك.

ولكل من هذين النوعين أهمية خاصة في المشكلات المرتبطة بالجنح أو الاضطرابات النفسية أو العلاقات الأسرية والتي يتطلب علاجها التعرف إلى كيفية نشوئها وتطورها والتي تكشف حسب المعتقدات الفرويدية - منابت المشكلة وخصورها الأولى.

هذا وقد يكفي التفاعل الأفقي لعوامل المشكلة الحالية لتفسير المشكلة واتجاهات العلاج في كثير من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية وخاصة في المؤسسات التي تقدم خدمات محددة تفرضها فلسفتها الخاصة.

كيفية صياغة التفاعل:

سواء أكان التفاعل رأسياً أو أفقياً فهناك خطوتان يجب القيام بهما وهما:

١ - انتقاء العوامل ذاتها.

٢ - كيفية تفاعل هذه العوامل.

١ - انتقاء العوامل.. تخضع عملية انتقاء العوامل لاعتبارات رئيسية أهمها:

أ) السببية النسبية:

أي انتقاء العوامل التي ترتبط بالموقف بعلاقة عليا مباشرة أو غير مباشرة، وقد تكون هذه العلاقة تلازماً في الحدث أو تعاقباً في الحدث. فطرد الأب لابنه من المنزل الذي أعقبه مباشرة سرقة الحدث يمكن أن يكون علاقة نسبية لانحرافه حيث العلاقة العلية هنا هي علاقة متعاقبة.

أما إذا قلنا أن اضطراب الحدث النفسي مرتبط بفترة المراهقة التي يمر بها فالعلاقة هنا هي علاقة متلازمة حيث أن كلاً من المراهقة والاضطراب النفسي قد حدثا في نفس الوقت.

ب) العلاقة الجبرية:

انتقاء هذه العوامل لابد وأن يأخذ في اعتباره العوامل السلبية أكثر من العوامل الايجابية. ومنطقنا هنا أن:

- العوامل السلبية أكثر ارتباطاً بنشوء المشكلة، ففسوة الأب وليست طيبة الأم هو عامل هام لتفسير اضطراب الحدث مثلاً.
- العوامل السلبية هي التي تتطلب علاجاً بل والتي يمكن علاجها وليست العوامل الايجابية.

٢ - التشخيص.. يرتبط أساساً بالعلاج:

أ) انتقاء الأصول وليس الفروع أو الأعراض. فالفقر وليس سوء حال المسكن هو العامل السلبي حيث أن سوء المسكن ما هو إلا عرضاً للفقر ولكنه ليس عاملاً مستقلاً.

ب) انتقاء العوامل الممكن علاجها أفضل من التي لا يمكن علاجها. فالقول بأن الأم كانت عاملاً من عوامل المشكلة أفضل منه القول بأن: عدم وجود بديل للأم يعرض الحدث عاطفياً عن فقدانه لما كان عاملاً من عوامل المشكلة.

ج) بصفة عامة فالعوامل الشخصية لها أهميتها البالغة في مشكلات الجناح أو الاضطراب النفسي. بينما العوامل البيئية أكثر أهمية في مشكلات الطفولة من العوامل الشخصية.

٣ - صياغة التفاعل:

هو هذه الصياغة التي توضح كيفية تفاعل هذه العوامل المنتقاة وأثرها المتبادل حتى أدت إلى الموقف الاتكالي وتعتمد هذه الصياغة على الأسس التالية:

أ) التسلسل الزمني أو التعاقب في الحدث: أي سرد التفاعل مع تسلسل الأحداث تسلسلاً زمنياً ومنطقياً ومتربطاً. كالقول بأنه بدأت اضطرابات الحدث السلوكية مع انتقاله إلى منزل أبيه وزوجة أبيه كما زادت حدة هذا الاضطراب مع إنجاب زوجة الأب لأبناء احتلوا اهتمام الأب.

فمثل هذه الصياغة صورت التفاعل في تسلسل زمني مترابط مع سير الأحداث.

ب) التفسير الدينامي لتفاعل هذه العوامل: أي تفسير الميكانيزم النفسي والاجتماعي الذي يوضح الأثر المتبادل بين هذه العوامل. فاننتقال الحدث إلى منزل أبيه هي حقيقة مادية غير كافية لتوضيح الموقف. ولكن تفسير هذا الانتقال في معناه النفسي هو الذي يعطي تفسيراً علمياً لما حدث كان تقول مثلاً بأن انتقال الحدث إلى منزل أبيه قد أثار مرة أخرى مشاعر الكراهية نحو الأب المترسبة من الموقف الأدبي خاصة وقد ارتبط الأب ببديل جديد له، ما أدى إلى اضطراب سلوكه إلى حدته مع اجتذاب زوجة الأب لأبناء غير أشقاء أثاروا في نفسه مشاعر الغيرة والكراهية والعدوان... الخ.

خامساً: تحديد مناطق العلاج واتجاهاته:

الخطوة التالية هي تحديد الخطوط العريضة لاتجاهات العلاج على ضوء ما كشفه التفسير الدينامي للمشكلة. ومن المهم أن تظهر في هذه الاتجاهات مناطق القوة الواجب استثمارها ومناطق الضعف التي يتعين مواجهاتها في حدود إمكانيات المؤسسة.

كما يجب أن توضح مدى الخطورة في الموقف والتي تتطلب إجراء عاجلاً كإيداع الطفل أو صرف إعانة مالية فضلاً عن الاتجاهات العلاجية بعيدة المدى كتعديل سلوك الطفل أو الأقارب... الخ.

سادساً: الصياغة النهائية للتشخيص:

وهي المرحلة الأخيرة لوضع العبارة التشخيصية ويجب أن يراعي فيها:

(أ) أن تتضمن مكونات التشخيص السابق عرضها ما يتناسب والخدمات العلمية للمؤسسة، فقد يكون صياغة إكلينيكية أو سببية أو ديناميكية أو متكاملة حسب فلسفة المؤسسة ذاتها.

(ب) أن تكون الصياغة واضحة المعاني محددة المعالم بسيطة الأسلوب.

(ج) أن تكون وحدة عقلية مترابطة وليس سردًا متناثرًا أو مجرد تكرار للتاريخ الاجتماعي.

(د) ألا تتسم بالعمومية والتحديد ولكنها صياغة تحدد فردية الحالة بظروفها الخاصة.

(هـ) يحسن أن يصاغ التفسير الدينامي للمشكلة صياغة احتمالية.

رابعًا: خصائص وشروط التشخيص:

يتميز التشخيص الجيد بأنه:

١- التشخيص يعتمد على تكامل المادة الدراسية وكفائتها؛

يجب أن يعتمد التشخيص على معلومات صحيحة وكافية عن المشكلة فالصياغة التشخيصية لا تعد إلا بعد استكمال عملية الدراسة التي يجب على الأخصائي أثنائها أن يغطي المناطق المطلوبة وذلك بالرجوع إلى كل المصادر المتاحة واستخدام كل الأساليب الممكنة بحيث يصبح الأخصائي متأكدًا من كفاية هذه المعلومات وصحتها لأنها ما لم تكن كافية فلن يستطيع أن يصل من خلال تحليلها إلى كل العوامل وبالتالي فسوف تكون نتائج العلاج محدودة.

٢- التشخيص يعتمد على مجموعة من الأسس العلمية:

وتتمثل هذه الأسس العلمية في السببية + النسبية + المذهب الجبري + المذهب البرجماتي + المذهب العقلي + قاعدة الاحتمالات.

٣- التشخيص يجب أن يرتبط بوظيفة المؤسسة:

ليس للتشخيص صياغة موحدة تعمم في كافة المؤسسات وإنما لكل مؤسسة حرية اختيار الصياغة والأسلوب الذي يناسبها وهذا الاختلاف يتضمن:

أ- اختلاف من حيث المستوى:

قد تختلف صياغة التشخيص من حيث المؤسسة باختلاف فلسفة المؤسسة فقد تقتصر على تصنيف عام أو طائفي للمشكلة في بعض المؤسسات ذات الخدمات المحددة كما قد يكون متكاملًا كما هو الحال في مؤسسات الأسرة أو مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية.

ب- اختلاف من حيث المضمون:

من المعروف أن الأخصائي يضع التشخيص بهدف العلاج ومن ثم يجب أن يراعى صياغة الأسباب التي يكون من الممكن علاجها عن طريق هذه المؤسسة وبمعنى آخر يراعى أن يحتوي التشخيص على الجوانب التي تنفي والخدمات الفعلية لكل مؤسسة على حدة.

٤- التشخيص يجب أن يكون عملية مشتركة بين الأخصائي والعميل:

كان الاعتقاد السائد في خدمة الفرد منذ وقت قريب أن الدراسة هي العملية الوحيدة التي يشترك فيها العميل مع الأخصائي لأننا حصل منه فيها على معلومات إلا أن الاتجاه المعاصر أصبح يرى ضرورة إشراك العميل في جميع العمليات، فرغم أن التشخيص النهائي هو مسؤولية الأخصائي فإن العملية التشخيصية ذاتها يجب أن تكون عملية مشتركة مستمرة لا ينفرد بها الأخصائي وحده.

واشتراك العميل في التشخيص ما هو إلا أسلوب تربوي يحقق فوائد

أهمها:

أ- تكتسب الذات من خلال ذلك قدرة أفضل على التفكير السليم وتدريبها على تحمل المسؤولية.

ب- يضفي اشتراكه موضوعية على التشخيص وواقعية أفضل باعتبار أنه أعلم الناس بدقائقه حياته وأكثرهم إحساسًا بمشكلته.

ج- يزيد عنصر الثقة بينهما حيث يشعر العميل بتقدير الأخصائي لقدراته.

د- يكشف أسلوب العميل الخاص في التفكير ومدى واقعيته وقيمه وثقافته مما يعتبر حقائق دراسية جديدة تزيد من وضوح الموقف للأخصائي.

هـ- إشراك العميل في التشخيص يمكن الأخصائي من مراجعة وتقويم التشخيص الذي قام بوضعه.

و- يجعل العميل أكثر تحمسًا للمساهمة في خطة العلاج والتعاون من أجل إنجاحها.

٥- أن تقدم الصياغة التشخيصية صورة واضحة عن المشكلة:

لما كانت الصياغة التشخيصية بمثابة محصلة لعمليتي الدراسة والتشخيص فإنها يجب أن تعطي صورة واضحة عن المشكلة تكفي من يطلع عليها أن يضع خطة علاجية متكاملة للمشكلة بحيث تغني عن الرجوع إلى أي مصدر آخر عن الحالة.

٦- التشخيص قابل للتعديل والتغيير:

تعتبر الحياة سلسلة متصلة من المواقف التي يعيشها العميل والتي تتميز بالتغيير المستمر من لحظة إلى أخرى ولأن مكوناتها متغيرة فالعميل كائن متغير شأنه في ذلك شأن من يتعامل معهم من أشخاص آخرين والظروف المحيطة به أيضًا متغيرة وبالتالي فعلاقة العميل مع هؤلاء الأشخاص ومع تلك الظروف متغيرة إلا أن هذا التغيير لا يكون محسوسًا في المدى الزمني القصير فالإنسان لا يلاحظ تغيرًا في

شخص رآه بالأمس ولكنه يلاحظه إذا رآه بعد عدة سنوات لذا فإن الصياغة التشخيصية لموقف معين لا تكون صالحة له أبد الدهر ولكنها تظل صالحة لفترة قد تكون أياماً وقد تكون أسابيعاً وصلاحياتها خلال هذه الفترة مشروطة بعدم حدوث تطورات مفاجئة تحدث تغييراً أساسياً في الموقف وإلا فإن الأمر يتطلب إعادة تشخيص الموقف من جديد بحيث يراعى المتغيرات التي طرأت أخيراً.

هذا وقد سبق أن أوضحنا أن الأخصائي عليه أن يقوم بكتابة الأفكار التشخيصية عقب كل مقابلة وأن هذه الأفكار تكون قابلة للتعديل وفقاً لظهور حقائق جديدة.

٧- التشخيص احتمالي وليس يقيني:

يجب أن نعتبر التشخيص فرضاً علمياً يحتمل الصواب كما يحتمل الخطأ فهو احتمالي للأسباب التالية:

أ- إغفال العميل متعمداً بعض الأمور الحساسة من حياته يحرص كل الحرص على كتمانها عن الآخرين مهما كانت الظروف.

ب- العميل كأى إنسان قد ينسى جوانب هامة في الموقف والنسيان ظاهرة لا حيلة لنا فيها.

ج- اعتماد التشخيص على الملكات العقلية للأخصائي تضيف عليه ذاتية لا يمكن تجنبها فأحكامه الخاصة النابعة من خبرته وتكوينه المتميز ستؤثر بالضرورة على موضوعية التشخيص.

المراجع المستخدمة:

١- أحمد عبد الحكيم السنهوري: أصول خدمة الفرد، القاهرة، المطبعة العالمية،

١٩٦٢، ص ٣٤٨.

٢- فاطمة الحاروني: مرجع سبق ذكره، ص ٣١٦.

٣- عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد في المجتمع النامي، مرجع سبق ذكره، ص ٢٢٠.

٤- علي الدين السيد، شريف صقر: مرجع سبق ذكره، ص ٢٦٨.

٥- عبد الفتاح عثمان، عبد الكريم العفيفي: خدمة الفرد التحليلية بين النظرية والتطبيق، مرجع سبق ذكره، ص ٢٢٩.

٦- علي الدين السيد، شريف صقر: مرجع سبق ذكره، ص ٢٨١.

٧- عبد الفتاح عثمان، عبد الكريم العفيفي: خدمة الفرد التحليلية بين النظرية والتطبيق، مرجع سبق ذكره، ص ٢٤٣.

٨- علي الدين السيد، شريف صقر: مرجع سبق ذكره، ص ٢٩٧.

عملان في العمل مع الأفراد والأسر

الفصل

الثالث

عملية العلاج الاجتماعي

عمليات في العمل مع الأفراد والأسر

الفصل الثالث

العلاج الاجتماعي النفسي Psychosocial Treatment

تقديم:

تعتبر طريقة خدمة الفرد طريقة علمية تطبيقية لتحقيق أهدافها في مساعدة العملاء والتي تتمثل في علاج مشكلاتهم التي يعانون من ضغوطها وما تتضمنه من عقبات تعترضهم في أدائهم لأدوارهم الاجتماعية المختلفة.

ويمكن القول بأن العلاج هو الهدف النهائي لعمليات خدمة الفرد التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي بالاشتراك مع عملية منذ بداية صلته بالمؤسسة، وهو إذاً نهاية المطاف بالنسبة لعمليات خدمة الفرد، بل إن كل مبادئها ومفاهيمها وأسسها تعمل على تحقيق غاية محددة وهي التأثير الإيجابي على الموقف الذي يعاني منه العميل والخدمات التي تقدم للعملاء عن طريق المؤسسة أو غيرها من موارد المجتمع الأخرى فإنها توجه أساساً للتغلب على العقبات التي تعترضه سواء تمثلت في ضغوط البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها لتوفر له الإحساس بالأمن الاجتماعي أو كانت موجّهة لذاته لتكون أكثر قدرة على تأدية وصفها.

والعلاج رغم أنه يعتمد على العمليات السابقة له - الدراسة والتشخيص إلا أنه عملية مستمرة متطورة منذ بداية اتصال العميل بالمؤسسة إلى أن ينتهي العمل معه. فحرارة القبول في اللقاء الأول واحترام العميل والاهتمام به وبمشكلاته توفر مناخاً نفسياً صالحاً لتحرير طاقات العميل السلبية وتزيد من ثقته في الأخصائي الاجتماعي هي في الواقع عملية علاجية.

كما أن إنصات الأخصائي الاجتماعي واستماعه الإيجابي لعميله ولقصته واستثارته وتشجيعه على التعبير عنها تساعد على إفراغ الشحنات الانفعالية التي يعاني منها وهي عملية علاجية أيضاً، وتخفيف التوترات التي

يعاني منها العميل تهيئ له قدرة أفضل للتعامل مع ظروفه البيئية المحيطة حيث أن الاستقرار الانفعالي يعيد إليه الرؤية والتفكير السليم.

كما أن مساعدة العميل على إدراك الواقع الذي يعيش فيه والتخلص من الذاتية والنظرة المحددة للموقف تعتبر وسيلة تمهد له الطريق لتناول أموره بوعي كامل ونضج تام وتستثير قواه الذاتية ليتغلب على مواقف عجز عن مواجهتها قبل اتصاله بالأخصائي الاجتماعي، وهذه كلها عمليات علاجية^١.

أولاً: تعريف العلاج:

يعرف "أحمد السنهوري" العلاج بأنه مجموعة الجهود والخدمات التي يمكن للأخصائي الاجتماعي بالاشتراك مع العميل أن يجعل منها أثراً فعالاً في شخصية العميل والظروف المحيطة به حتى يصل إلى درجة من الإشباع السليم والقدرة على الاعتماد على نفسه في تناول أموره^٢.

كما تعرفه "فاطمة الحاروني" بكونه العمل على تحسين الوظيفة الاجتماعية للعميل عن طريق العلاقة المهنية والحصول على الخدمات التي يشير بها التشخيص السليم وذلك بواسطة السيطرة على البيئة والتأثير السلوك^٣.

كما يعرفه "عبد الفتاح عثمان" على أنه التأثير الإيجابي في شخصية العميل أو ظروفه المحيطة لتحقيق أفضل أداء ممكن لوظيفته الاجتماعية ولتحقيق أفضل استقرار ممكن لأوضاعه الاجتماعية في حدود إمكانيات المؤسسة^٤.

والعلاج وفق وجهة نظر "سالم صديق" هو مجموعة الجهود المهنية ذات التأثير المرغوب في شخصية العميل وظروفه المحيطة لتصل إلى معدل أفضل في أدائه لوظيفته الاجتماعية في حدود إمكانيات المؤسسة وقدراته الذاتية^٥.

ويتضمن هذا التعريف - المفاهيم التالية:-

١- إن العلاج يقوم على مجموعة من العمليات المهنية يوجهها الأخصائي الاجتماعي منذ بداية صلة العميل بالمؤسسة.

٢- إن هذه العمليات لا تتم دفعة واحدة وإنما هي جهود متتالية من العمل الأساسي؟؟ للأخصائي الاجتماعي

٣- إن التعديل قد يتناول شخصية العميل والظروف المحيطة به بقدر متساوي، أو يتناول أحدهما بقدر أكبر من الآخر حسب الظروف الفردية للموقف.

٤- الهدف الأساسي من العلاج هو الوصول بالعميل إلي معدل في أدائه لأدواره الاجتماعية أفضل مما كان عليه الحال وجود المشكلة أو علي الأقل معدل مساوي له.

٥- أن هذا التعديل يسير في ضوء اعتبارين أساسيين الأول هو قدرة العميل على التحرك والثاني هو فلسفة المؤسسة وإمكانياتها.

ثانيًا: أهداف العلاج^(١):

أن أهداف العلاج هي ذاتها أهداف خدمة الفرد كما سبق دراستها في مستوياتها الخمس وهذه المستويات هي:-

أ- تعديل أساسي في شخصية العميل من خلال التأثير في جوانب القوة والضعف فيه تعديلاً يستهدف تقوية فعالة لذاته، وفي نفس الوقت تأثير إيجابي في ظروفه المحيطة باستثمار موارد البيئة والمؤسسة للتخفيف من ضغوطها الخارجية عليه، بحيث يكتسب في النهاية قدرة وكفاية لمواجهة الموقف ومثيله مستقبلاً بل يمتد إلى أن يصبح نفسه أداة فعالة لمساعدة الآخرين كذلك.

ب- تعديل نسبي في سمات العميل أو في بعض من ظروفه المحيطة قدر الإمكان بصورة تحقق درجة مناسبة من الاستقرار المعيشي وبأقل قدر ممكن من الألم.

ج- تعديل كلي أو نسبي في سمات العمل أو في بعض من ظروفه المحيطة عندما يتعذر تعديلها أو أن يكون العمل نفسه هو المصدر الأساسي للمشكلة.

د- تعديل كلي أو نسبي في الظروف المحيطة دون تعديل يذكر في سمات العمل حينما تكون الضغوط الخارجية هي المسؤولة أساسًا عن المشكلة كحالات الأطفال أو المرض الخ.

هـ- تجميد الموقف كما هو دون أدنى تعديل في سمات العمل أو ظروفه البيئية بهدف تجنب مزيد من التدهور، كحالات المرض العقلي الحادة مثلاً.

ثالثاً: أساليب العلاج:

يتضح أن ثمة اتجاهين رئيسيين للعلاج هما: العلاج الذاتي والعلاج البيئي.

حيث يقصد بالعلاج الذاتي، أنه التأثير المقصود في سمات العمل الشخصية لمواجهة مواطن العجز في شخصيته وتدعيم مواطن القوة فيها، ويقصد بالعلاج البيئي الجهود التي تبذل لتخفيف الضغوط الخارجية والخدمات العملية التي تقدم للعمل سواء من المؤسسة أو من مصادر البيئة المختلفة.

ورغم الاتفاق التام بين مختلف الاتجاهات والآراء حول أساليب العلاج البيئي، إلا أن وجهات النظر قد اختلفت حول أساليب العلاج الذاتي، وإذا كان هناك اتجاهين واضحين في العلاج:

الأول، اتجاه أمريكي متخيراً أساليب علاجية تتاسب التحرر الذي اعتاده الفرد الأمريكي الذي يفتقد بعض التقاليد الأسرية العريقة واتسمت هذه الأساليب بطول فترة العلاج.

الثاني، اتجاه انجليزي ينادي بالأسلوب التقليدي وخاصة مع العملاء الجانحين والمنحرفين، كما يرى بعض الأخصائيون الاجتماعيون الانجليز أن الأسلوب الأمريكي المتحرر لا يناسب المجتمع الانجليزي الذي يدين لتقاليد

راسخة، ونحن في حاجة ماسة لأن يكون لنا أساليبنا العلاجية الخاصة التي تتناسب مع قيمنا وتقاليدنا وتتناسب أيضًا مع أوضاع مجتمعنا دون التقيد بأي أساليب مستوردة^٧.

ويرى عبد الفتاح عثمان أننا في حاجة إلى توحيد مصطلحاتنا العلمية لأساليب العلاج والتمييز بينها وبين الأهداف. كما نحن في حاجة إلى أن نفرّد بأساليبنا الخاصة لتتناسب أوضاعنا المحلية دون التقيد بمنهج محدد أمريكي أو إنجليزي، فمن خبرتنا الميدانية سواء في مؤسساتنا المحلية أو المؤسسات الأمريكية لمسنا الهوة الواسعة بيننا وبينهم في مختلف النواحي، فمثلاً شتان بين هذه الأرملة المصرية التي عملت "شغالة" لتعول الأسرة دون علم ابنها حفاظاً على شعوره ليتهار عندما اكتشفها تخدم أسرة زميل ذهب لمنزله للاستذكار، وبين الأمريكية أم الأبناء الخمس غير الشرعيين (وكل من أب مختلف) وتتعجل صرف المعاش رافضة العمل لأن سيارتها لا تتحمل مشاق الطريق. وشتان بين الحدث المصري سارق الطعام لإصابته بديدان معوية وبين الأمريكي الصغير قاتل رجل البوليس الذي أمره بمغادرة الحانة وفرق كبير بين الأم القلقة على سمعة ابنتها لتتجنب أمام أخصائية المدرسة وبين الأمريكية القلقة على "أنوثتها" لأن زوجها يخونها مع ابنتها.

بل وفي مجال اضطراب الشخصية فالهوة واسعة بين نسبة الـ (١) في الألف المترددة على العيادات والمستشفيات العقلية في مجتمعنا وفي نسبة الـ ٣٩% المترددة على العيادات الأمريكية.

بل شتان بين ذهان مصري ارتبط بلوثات دينية أو تبلى انسحابي سلبي منتشر في بلادنا وبين ذهان عدواني يقتل العشرات في بلادهم، أن الملايين المترددة على المؤسسات الأمريكية هم غالباً من مصريي الشخصية العائدون من رحلات الحرب والدمار أو ضحايا القلق والعنف والذنب الذي يعيشه المجتمع الأمريكي.

فإذا كان غالبية عملائهم هم من العصابين وشبه العصابين والساعين إلى المخاطرة فعملائنا هم غالبًا الأميون والمتواكلون والخائفون. فالفرق شاسع بين مشكلات مجتمع غني ممعن في الفردية وفتور العواطف ومجتمع اشتراكي نام تسوده العواطف والتقاليد ويناضل ليسبق الزمن ليدعم التضامن الاجتماعي.

من ثم كان علينا أن نضمن أساليب العلاج أساليب إضافية أخرى تواجه الأمية وتدعم المسؤولية الاجتماعية وتتدخل في مواجهة مشكلات مجتمعنا المتراكمة. وسبيلنا إلى ذلك، أساليب تعليمية تربوية وأساليب ضاغطة وأساليب للعلاج القصير حتى تسهم إيجابيًا في سباق الزمن الذي يخوضه مجتمعنا.

فالعمل المصري في حاجة إلى تعلم الكثير مما يحيط به من أمور واضحة قبل أن نطلب منه استبطان مشاعره الغامضة. فهو مازال الأمي وقليل الوعي أو ضعيف العقل وهو مازال الطفل نزيل المؤسسة قليل الإدراك أو مازالت الزوجة التي تؤمن بالدجل والخرافات. وهؤلاء وغيرهم ليسو مشاكل تتطلب حلاً لكنهم عقول تتطلب معرفة. فإذا كان كميون وروجرز يربان في العلاج النفسي ذاته لوًا من التعلم لتعديل استجابة هروبية بأخرى سوية فإن خدمة الفرد بدورها عملية تعليمية وتربوية في كثير من الحالات. بل أن هوليس وهاملتون ألمحتا إلى ما أسمياه بالعمليات التعليمية في خدمة الفرد.

كما أن العمل المصري يمكن أن يستجيب للسلطة الوالدية في حبها وأوامرها لأنه اعتادها من أسرته وتقاليده. بل أن تاول تشير إلى حاجة بعض العملاء إلى السلطة الضابطة حيث يشعرون بالقلق إذا لم يحاسبوا. فمن هذه العلاقة الوالدية يمكن لخدمة الفرد تهذيب الجانح وإثارة الخامل دون انتظار طويل لسعيه أو تحركه.

كما يمكن تقصير مدة العلاج وتبسيط جهده بل والتدخل لمواجهة المشاكل دون انتظار مادامت العاطفة الوالدية تصبغ هذه الخطوات^٨.

وفيما يلي نستعرض أساليب العلاج بنوعيه: الذاتي والبيئي.

العلاج الذاتي

ينحصر العلاج الذاتي في العمليات التأثيرية التي تستهدف أحداث تعديل إيجابي مقصود في الشخصية (أو في الذات) سواء في مجال العادات الأساسية (الانفعالية أو العقلية أو السلوكية) أو في مجال الاستجابات لمواقف معينة (الأعراض). أو بعبارة أخرى إما أحداث تعديل جذري في بناء الشخصية أو تعديل نسبي في بعض جوانبها العارضة.

أساليب العلاج الذاتي:

من العسير بعد كل ما قدمناه أن نعرض تصنيفًا مقنعًا لأساليب العلاج الذاتي يسد كل الثغرات أو يجيب على كل التساؤلات.

فالأسلوب يمكن أن يكون هدفًا والهدف يمكن أن يصبح أسلوبًا بل أن عدم الاتفاق على معاني المصطلحات العلمية تضيف مشكلة أخرى ورغم هذا فأنا يمكن أن نميز بين ثلاث وحدات مختلفة لأساليب العلاج تحقق أهدافًا مميزة قدر الإمكان رغم إيماننا بالتداخل الحتمي بين الأهداف ذاتها. وهذه الأهداف ووسائلها هي كما يلي:

أولاً: تدعيم الذات:

(المعونة النفسية) لإزالة المشاعر السلبية التي ارتبطت بحدوث الموقف

الإشكالي ذاته كالقلق والغضب والألم والذنب، ولابد من التخلص منها ومن آثارها أولاً حتى يستجيب العميل للعمليات العلاجية التعديلية. وأساليب المعونة النفسية هي: العلاقة المهنية + التأكيد + التعاطف + المبادرة + الإفرار الوجداني.

ثانياً: تعديل الاستجابة أو علاج الأعراض:

وتعتمد بدورها على نمو العلاقة المهنية إلى جانب أساليب أهم:
الإيحاء + النصح + السلطة (الأوامر) كعمليات إرادية والتحويل + التقمص
كأساليب تلقائية.

ثالثاً: تعديل العادات:

وبدورها تعتمد على نمو العلاقة المهنية إلى جانب:

(أ) أساليب لتكوين البصيرة وهي: الاستدعاء + التفسير + الاستبصار.

(ب) أساليب التعلم وهي: الاستثارة + التوضيح + الإقناع + التدعيم + التعميم
(انتقال الأثر).

أولاً: المعونة النفسية:

المعونة النفسية هي وسيلة لتخفيف حدة المشاعر المصاحبة للمشكلة أو
أزالتها ولكنها ليست مواجهة معتمدة لأي شاعر عصابية أو شبه عصابية.
بمعنى أنها أساليب تزيل أو تخفف حدة القلق أو الذنب أو الغضب الواضحة أو
المكثومة (عمداً) والتي نشأت نتيجة المشكلة فأفقدت مؤقتاً قدرة الذات على
التماسك والاستقرار. وبإزالتها تعود الذات إلى استقرارها ومباشرة وظائفها كما
كانت من قبل.

والمعونة النفسية وأساليبها ليست ملزمة في جميع الحالات فون تمييز ولكن
تمارس فقط عندما تتطلبها الحاجة. والقاعدة هنا أن الأخصائي لا يتطوع
لممارسة أسلوب ليس العميل في حاجة إليه أو يواجه مشكلة استطاع العميل
حلها بنفسه.

وأهم وسائل المعونة النفسية:

١ - العلاقة المهنية:

وهي الشريان الرئيسي لكافة أساليب العلاج ويتحقق من نموها تدعيمًا لذات العميل وتخفيفًا لتوتراته لما توفره من عوامل أمن وثقة واستقرار.

٢ - التأكيد: Reassurance:

هو أسلوب تدعو إليه حالات خاصة تنتاب العميل فيها مشاعر حادة من القلق أو الألم أو الذنب كحالة الأُم التي جزعت حال معرفتها بالقبض على ابنها أو العامل الذي انهار عقب اكتشاف إصابته بمرض خطير. والتأكيد هو موقف للأخصائي من عميلة يقول له فيه:

"لا تخش شيئًا - فالمشكلة لا تدعو إلى كل هذا القلق" ويشترط لممارسته:-

- ١- أن يكون موضوعيًا وليس خياليًا، فهو يمنح الأمل ولا ينكر الخطورة.
- ٢- أن يمارس فقط في الحالات الحادة من الفزع والانهيال والقلق الشديد.
- ٣- ألا يتكرر دوماً مع نفس العميل بمناسبة وغير مناسبة.
- ٤- ألا يمارس مع العملاء الذين يبالغون في إبداء مشاعر القلق أو الألم استدراجاً للعطف.
- ٥- ألا يمارس مع حالات الخوف أو القلق أو الذنب المرضية العصابية والذهانية.

٣ - التعاطف: Sympathetic Attitude:

التعاطف اتجاه وجداني يمارس بتركيز خاص في مواقف معينة يعاني العميل فيها موقفًا أليماً قد يدعو إلى البكاء الشديد وخاصة عند الفواجع الطارئة. وهو وأن كان أسلوبًا للعلاج إلا أنه يهيئ للعميل للاستجابة له. فالأُم التي تكالبت عليها المآسي ثم تفاجأ بابنتها الوحيدة تصاب في حادث لتجهش في

البكاء تحتاج إلى قدر من المشاركة الوجدانية لتخفيف آلامها حتى تقتنع بضرورة إجراء الجراحة لابنتها.

٤ - المبادرة: Supportive gift:

المبادرة أسلوب يمارس فقط مع العملاء النافرين أو المتباعدين أو الخائفين من الارتباط بالغير حيث قد يقوم الأخصائي بجهود خاصة لجذب العميل إلى طلب المساعدة أو الاستمرار في طلبها. وعادة ما تمارس مع الأطفال أو الأنماط الخائفة أو العدوانية فاقدة الثقة في الآخرين.

وقد تكون المبادرة هدية بسيطة للطفل أو زيارة للسجين في زنزانته، بشرط عدم تكرارها إلا عند الضرورة الملحة.

٥ - الإفرار الوجداني: Ventilation:

هي العمليات التي تساعد العميل على التعبير الحر عن مشاعره التي يكظمها- ولا يقمعها أو يكتبها- فهو رغم أنه يظهرها إلا أنه يعيش في مجالها النفسي، وتعتمد هذه لعملية على ثلاثة وسائل هي: الاستثارة + التشجيع + التوظيف.

١ - الاستثارة:

هي أسلوب تنبهي يسلط الأضواء على جوانب عينة يستشف الأخصائي من خلفيتها مضامين وجدانية حبيسة في الشعور وقد تكون الاستثارة بالاستماع أو بالتعليق أو بالاستفهام.

فقد يتساءل الأخصائي من العميل المعوق الذي يبدي تبرماً مقنعاً عما إذا كان مجيئه لمكتب التأهيل قد أنهكه أو قد تعلق الأخصائية على العبارة الاستسلامية للأمر الغير شرعية بالمستشفى بأنها ربما حائرة حول مصير الطفل- وهكذا ليبدأ العميل في التعبير عن مشاعره.

٢ - التشجيع:

هو تعزيز الاستثارة لضمان استمرار العمل في التعبير عن مشاعره، كأن يشجع الأخصائي عملة المعوق على الاستمرار في إطلاق مشاعره بالقول "شيء طبيعي أنك تتضايق، أو أن تقول الأخصائية للأم السابقة "مش غريبة أنك تكرهي الطفل وتفكري في التخلص منه".

٣- التوظيف:

هو محاولة استثمار هذه المشاعر وتوجيهها لنواحي أخرى. ويتم هذا التوظيف بأسلوبين:

١- الإبدال:

وهو تحويل الطاقة الوجدانية المستدعاة إلى قنوات أخرى تمتصها أو تخفف من حدتها، فبدلاً من أن تتركز كراهية الأم في طفلها اللقيط يمكن تحويلها إلى كراهية للظروف التي أوقعها في هذا المأزق أو للأب الذي أنكر علاقته بها.. أو أن تحول كراهية الزوج لزوجته الثانية الحالية للوم نفسه على الانصياع لرغبة والدته للزواج بها أو للحادث الذي أودى بحياة زوجته الأولى. فانتقال الوحدة الحسية من نقطة إلى أخرى يخفف بالتالي من تركيز هذه المشاعر عند الشخص الذي كانت كلها موجهة إليه.

٢- الواقعية:

هي محاولة لضبط هذه المشاعر بالمواجهة الواقعية المنطقية. وهو أسلوب يفيد مع كثير من الحالات التي تتسم بالتطرف والخيال وعدم النضج ليجتاج الأمر إلى أسلوب يوقف تيار المشاعر المسرفة ويصد هذه الفجاجة العاطفية فقد يواجه الزوج السابق برفق عما إذا كان يرى أن زوجته وحدها تتحمل كل مسئولية الموقف الحالي، أو أنه وقد ألح طويلاً لزوجته منها فماذا يظنه قد تغير فيها اليوم، ولا يخشى الأخصائي من ممارسة هذا الأسلوب مع هذه الأنماط الخاصة من العملاء فرغم أنه قد يغضب مؤقتاً ولكن سرعان ما

يدرك أن الأخصائي على حق لأن ما ذكره كان واقعًا حدث فعلاً وهو يعلمه ولكنه كان يتهرب إراديًا من ذكره صراحة.

مثال على الإفراغ الوجداني:

في مقابلة تمت بين أم بديل عاقر والأخصائية الاجتماعية تساءلت الأم عما إذا كانت ترى ضرورة تعريف الطفل الذي تبنته حقيقة أمره وفي شيء من الحزن أضافت بأنها قلقة لهذا الأمر وتخشى أن يعرف الطفل هذه الحقيقة من أحد مما يهدد استقراره ويفسد حياته معها. مزيد من المناقشة المشجعة ذكرت الأم أنه لا أحد يعلم بحقيقة الطفل من الجيران سوى أقاربها الذين يعلموا بقصة التبني. وحتى هؤلاء هم بعيدون عن القاهرة وأنها وزوجها قد تنقلوا عدة مرات من مسكن إلى آخر والجميع من حولها الآن يعتقدون أنه ابنها الوحيد ويعاملونه على هذا الأساس، كان واضحًا عليها هنا علامات الاضطراب والتردد الأمر الذي أدى بالأخصائية إلى الاعتقاد بأن ثمة مشاعر حبيسة تخفيها وراء هذه الكلمات. علقت الأخصائية بقولها أنها ربما ترغب هي نفسها في كتمان هذا الأمر تمامًا خاصة أمام الجيران الذين لا يتركوا الناس في حالهم.

بعد نظرة فاحصة إلى الأخصائية انطلقت التبعين عن أنها عانت كثيرًا من كلام أقاربها وأهل زوجها بما فيه الكفاية وكلمة "عاقر" أصبحت تقزعها وتكره أن تسمعها مرة أخرى من أحد.. وفي صوت متهدج العبرات أخذت تعدد المواقف المختلفة التي مرت بها منذ زواجها وكيف كانت تكره زيارة شقيقاتها وأبنائهن وزيارة أقارب زوجها إليها..

وتحمد الله على أنها تركتهم جميعًا وانتقلت إلى القاهرة. بدأ على الأم شيء كبير من الارتياح. وابتسمت الأخصائية لتقول: "ربما خائفة لحسن المكتب هو اللي يقول للطفل الحقيقة" أمنت الأم بسرعة على ذلك واستطردت بأنها "قد شرحت كل شيء واللي في قلبها أفصحت عنه وعلى الأخصائية أن تتدبر الموقف واللي تشور بيه حتمشيه..."

يتضح من هذه المقابلة كيف أن العملية لم تكن قلقة على الطفل نفسه بل على نفسها أمام الآخرين. وكيف أدى تعبيرها عن مشاعرها الحقيقية إلى استقرارها وتبسيطها لنتيهاً بعد ذلك لعملية أخرى لمساعدتها على مواجهة الواقع.

ثانياً: أساليب لتعديل الاستجابات:

من الوهم أن نتصور أننا في جميع الحالات نستهدف تعديلاً جوهرياً في سمات الشخصية الأساسية من خلال عدة مقابلات محدودة.

فلسنا دائماً نملك قوة السحر الذي يغير معالم الأشياء بين يوم وليلة.

ولكن نملك في كثير من الأحوال أن نمنح قوة دافعة تزيد سرعة دوران عجلة الإنسان أو قوة مهدنة تخفف من سرعتها أو قوة مانعة توقف حركتها مؤقتاً.. لكن العجلة نفسها هي لم تتغير.

وهذا ما نعينه بتعديل الاستجابات أو بمعنى آخر تعديل "الأعراض" فالغضب نفسه قد لا تمنعه أو مشاعر الكراهية قد لا تقتلعها من جذورها. ولكن يمكن أن نعدل من أسلوب التعبير عن هذا الغضب أو هذه الكراهية بدرجة أو بأخرى أو أن نقلل من فرص حدوثها قدر الإمكان وأسلوبنا في ذلك وسائل خمس هي الإيحاء + النصح + التشديد (السلطة) كوسائل إرادية والتحويل + التقمص كوسائل تلقائية، وكلها تعتمد على نمو العلاقة المهنية.

١ - الإيحاء : Suggestion

الإيحاء هو بث بعض الآراء والأفكار بصورة غير مباشرة في ذهن العميل وإرادته يتأثر بها دون مقاومة وكأنها صادرة من نفسه. والإيحاء في خدمة الفرد ليس همساً خلف الأذن كما هو الحال في التتويم المغناطيسي أو التحليل النفسي حالما يصبح المريض قابلاً للاستهواء ولكنه "تلميح" أو اقتراح غير مباشر يمارس في حالات خاصة أهمها:

(أ) حالات الحيرة الشديدة للاختيار بين أمرين كل منهما يحتاجه العميل هو تعزيز خارجي لرأي قد تهيأ فعلاً ولكن الحاجة ماسة إلى معونة خارجية لاتخاذ القرار.

(ب) الحالات المتقدمة من الضعف العقلي ليكون الإيحاء بمثابة استثارة لقدر من التفكير المحدود كمن يلقي الحبل للغريق وما عليه إلا محاولة انتشال الحبال والعلق به.

(ج) حالات الأطفال والأنماط الاعتمادية المسرفة التي تحتاج إلى مجرد إدارة لمحرك السيارة فيستطيعوا قيادتها بأنفسهم بعد ذلك.

(د) في حالات الأزمات النفسية الشديدة - الغير مرضية - التي قد تعوق العميل عن رؤية الطريق الواضح للنجاة، بشرط اختفاء أساليب المقاومة.

والإيحاء طريقة علاجية محدودة الأثر تهاجم الأعراض وليس الجذور، كما أنها تتعارض مع مفهوم "التوجيه الذاتي" لذلك فهو يمارس فقط مع الحالات المستثناة من تطبيق هذا المفهوم أو في حالات خاصة تتطلب سرعة اتخاذ قرار لا يحتمل الانتظار، فالأم الغير شرعية التي تملكها حيلة شديدة للاحتفاظ بابنها - رغم سوء العواقب - وبين التضحية به في أسر بديلة وعليها أن تتخذ قرارها خلال ساعات قبل مغادرتها للمستشفى قد تتطلع إلى "تعزيز" خارجي من "صديق" ينفذها من صراع عاطفة الأمومة وبين مصيرها ومصير أسرتها.

فقد تقول الأخصائية لها: فيه أسر بديلة كثير بتحب الأطفال ويتوفر لهم كل حاجة زي أمهاتهم تمام.. بل ومعهدهاش مانع تخلي أمهاتهم تشوفهم أو تأخذهم في أي وقت.

٢ - النصح: Advice:

أسلوب آخر لتعديل الاستجابات يمارس في حالتين هما:

١- عند عدم استجابة العميل للإيحاء ويتطلب الأمر سرعة اتخاذ قرار.

٢- عند طلب العميل نفسه المشورة.

والنصح يختلف عن الإيحاء بالوضوح والرأي المباشر. ففي مثال الأم السابق قد تنصح الأخصائية صراحة عميلتها بقولها: "أن إيداع طفلك في أسرة بديلة أفضل حل للموقف الراهن..". ولتقديم النصيحة شروط أهمها:

١- أن يطلبها العميل شفاهة أو تلميحا.

٢- التأكيد من موضوعيتها وفائدتها العملية.

٣- التأكد من أن العميل يطلبها حقاً وليس من باب "المجاملة" أو "التواضع".

٤- لا تقدم النصيحة بعد حدوث الخطأ لتعني "لقد قلت لك هذا من قبل".

٥- أن تحمل النصيحة دائماً عنصر الاحتمال والحركة لمنح العميل فرصة الاختيار والتأمل.

وتحذر "فيراد" من أن بعض العملاء قد يستجيبوا عقلاً لما في النصيحة من منطق ولكنهم لا يستجيبون لها عاطفة فيكرونها، ليخرجوا عقب المقابلة ليسلكوا شيئاً آخر، أو يسلكوا ما كانوا قد قدروه بأنفسهم من قبل.

٣- السلطة والأوامر: Orders

لا نعني بالسلطة دائماً معناها العسكري الأراغمي ولكن نعني بها قيادة والديه تقع في مكان ما بين النصيحة والتعسف. فهي نصيحة صاغطة تجمع بين الرغبة والعقل والإرغام.

وهي أسلوب يمكن إتباعه خلال عمليات التعذيب والتربية وأن كانت من ألزم الأساليب مع الجانحين الخطرين أو الشواذ حيث يكون الأسلوب العملي لتجنب أخطار محققة.

ويطلق الأمريكيون على هذا الأسلوب "التشديد أو التوظيف" Advocation, Manupulation بينما يطلق عليه الانجليز في صراحة: التعليمات والأوامر.

ولممارسة السلطة شروط واعتبارات أهمها:

- ١- وضوح الخطورة من تصرفات معينة.
- ٢- في حالات الأطفال والأنماط الاعتمادية كأسلوب تربوي.
- ٣- أن يكون أسلوباً أولياً لتجنب الخطر أو لا يعني قبل عمليات تدعيمية وتفسيرية.
- ٤- يفضل عدم اللجوء إليه إلا بعد نمو العلاقة المهنية إلا عند الضرورة الملحة.
- ٥- يحذر من إتباعه مع العملاء الذين يحسون إحساساً شديداً بالذنب تجنباً لزيادة اضطراب العميل.

وفي مثال الأم السابقة قد تضمن الأخصائية خطورة واضحة إذا ما احتفظت الأم بالطفل معها لتقول لها. "أنه من الواجب تسليم الطفل لأسرة بديلة سلامة لنفسك وللطفل معاً". أو بأن يقول الأخصائي للحدث متكرر الهروب: "يجب أن تثبت أنك تحترم نظام المؤسسة حتى يسمح لك بالخروج ثانية..". وهكذا.

٤- التحويل: Transference:

التحويل عملية عرفها اليونان قديماً لعلاج المرضى خلال نومهم في احتفالات "بيدوراس" وأن استثمرها فرويد فيما بعد العمليات الإيحاء والتأثير.

كما أنها عملة مألوفة لنا في حياتنا الشعورية نمارسها خلال ما نطلقه من أحكام عامة على أفراد أو أشياء لجرد خبرة سابقة معها وقد سبق أن ذكرنا أن العلاقة المهنية لها هدف تصحيحي في بعض الحالات عندما يصبح الأخصائي بديلاً لشخص آخ في حياة العميل ليمارس عمليات تصحيح لأحكامه

العامّة التي سبق أن أطلقها بدون تمييز على آخرين وكانت من عوامل مشكلته معهم.

ويستثمر التحويل بأسلوب علاجي في حالتين:

١- إذا ما تم التحويل تلقائيًا فيستثمر لتعديل اتجاهاته.

٢- أو أن يعتمد الأخصائي القيام بدور معين ليتم التحويل وتبدأ معه عمليات العلاج.

والتحويل قد يكون سلبيًا (كراهية) أو إيجابيًا (حب) حسب خبرة العميل السابقة وطبيعة الرمز الذي يمثله الأخصائي.

ورغم أن التحويل هو من معوقات نمو العلاقة في صورتها المهنية إلا أنها ظاهرة يمكن الاستفادة منها في حالات معينة وبصفة خاصة مع الأطفال وفي المنازعات الأسرية.

ففي حالات التحويل الإيجابي (الحب الزائد) قد يكون التحويل فرصة لممارسة عمليات (تهذيبية) تحد من الإسراف العاطفي المطلق.

أما في حالات التحويل (السلبي)، فقد يكل فرصة لتخفيف حدة هذه المشاعر ليأخذ الأخصائي موقفًا كمن يقول لعملية فيه: "ها أنا ذا مثل أبوك فهل يمكن أن تكرهني إلى هذا الحد".

مثال على التحويل السلبي:

تقدمت أم إلى مكتب لخدمة الأحداث تطلب مساعدتها في تهذيب ابنها ١٢ سنة لمروقه وانحرافاته. كانت تبدو مضطربة نائرة يتسم سلوكها بالجفاء والعداء. في لحظات المقابلة الأولى كانت قليلة الكلام ردودها جافة غير متجاوبة. سألها الأخصائي عما إذ كان مجيئها إلى المؤسسة قد أجهداها. انطلقت الأم لتعبر صعوباتها وكيف أعيتها الحيل إزاء ابنها وما سببه لها من إزعاج.. فم تعد تحتمل حتى مجرد الحديث عنه. "فشقاوته خلت الحنة كلها

بنتكلم عنه. وبيلوموها الناس على أنها السبب في أفساده، حتى جوزها وأهل
جوزها بيبتهوموها بأنها دلعته".

علق الأخصائي بأنها ربما تظن أنه بدوره سيلومها كما لامها الآخرين..
اندفعت الأم مؤكدة ذلك وأردفت تقول: "لولا إصرار جوزها وأهل الحنة على
تسليمه (للأحداث) ما جاءت إلى المكتب.. فالناس ما بيسيوش حد في حاله..
إلى تقولي زوريه المشايخ، والي تقولي حطيله حجاب واللي قالتلي وديه مستشفى
المجانين" واندفعت في غضب واضح لتعبر عن أنها ملت هذا الكلام "وعايزة
تريح نفسها".. عجب الأخصائي بقوله ربما احتملتني أنني أنا كمان حضيف حاجة
ثانية.. ضحكت الأم كمن تحسن بالندم وبان عليها شيء من الاستقرار.. أوضح
الأخصائي لها بعد ذلك وظيفة المكتب ودوره معها (كدور مختلف عن الآخرين)
وكيف أنه لا يحاسبها ولا يلومها بل يريد مساعدتها إذا وافقت على ذلك.. الخ.

(من هذه المقابلة يتضح كيف رأت العميلة في الأخصائي صورة أخرى
من هؤلاء الذين يلومونها دائماً: وكيف استثمر الأخصائي هذا التحويل لتبدأ منه
عملية العلاج والتي قد تضمن تصحيح فكرتها السلبية العامة عن الناس والتي قد
تكون نفسه عاملاً عاماً في انحراف الحدث ذاته).

مثال على التحويل الايجابي:

ارتبط طفل بإحدى مؤسسات الإيداع بالأخصائية الاجتماعية ارتباطاً
شديداً. كانت أمه دائماً مصدراً لإشباع كافة حاجاته بينما كان أبوه محكوماً عليه
بالسجن فترة طفولته.. وبموت أمه أودع المؤسسة منذ ثلاث سنوات بموافقة أبيه
الذي تزوج بأخرى عقب وفاة زوجته.

كان الطفل يبكي كل مساء عندما تغادر الأخصائية المؤسسة لتعود في
اليوم التالي. (كان يخشى أن لن تعود تماماً كما ذهبت أمه من قبل ولم تعد إليه
حتى الآن). كما كان واضحاً اضطراب سلوكه في المساء بالاعتداء على زملائه
وعدم إتباعه لنظام العشاء أو النشاط قبل النوم. استثمرت الأخصائية "تحويل"

الطفل حبه لأمه لها وحضرت ذات مساء بعد انصرافها لتجد الطفل مثار للعديد من المشاكل لتمارس معه ألوانًا من التأثير المباشر كان من بينها (تعليمات أمرة) كسلطة والديه موضحة له بأن ما يفعله يسيئها ويعرضه للعقاب.... تحسن سلوك الطفل عقب ذلك وبالتدرج بدأت الأخصائية تقطعه "عنها شيئًا فشيئًا حتى امتثل الطفل للواقع.

التقمص: Identification:

يقول فرتز الكسندر أن التقمص يلعب أهم الأدوار في نمو الإنسان بما يتيح من تقليد للسلوك وامتصاص للاتجاهات فبنمو العلاقة المهنية قد يحدث أن يتقمص أو ييوجد العميل مع الأخصائي كفرد يعيش "مشكلته" ويحس معه بها. يبدو الأخصائي وكأنه الصورة التي عليه أن يقتدي بها والمثل الأعلى لما يجب أن يكون عليه.

وفي مثل هذه الحالات قد يلجأ الأخصائي إلى استثمار هذه الظاهرة ليركز "عامدًا" على اتجاهات معينة أو يسلك سلوكًا "خاصًا" يمتصه العميل فتتعدّل استجاباته. فقد يسرف في هدوئه مع العميل الصاخب أو يراجع الفكرة مع العميل المندفع... وهكذا.

ثالثًا: أساليب لتعديل النمط الدائم للعميل:

أن تعديل نمط الشخصية الدائم ضرورة تستوجبها بعض الحالات التي تلعب شخصية العميل دورًا أساسيًا في المشكلة. بمعنى أن أي جهود أخرى خارج العميل لن تفيد ولن تمنع حدوث المشكلة وغيرها مستقبلاً - وواضح أننا نعني هنا فئات: الشبه عصابي، ومنحرفي الذات العليا وضعاف العقول ومن يعانون قصورًا واضحًا في الإدراك أو الإحساس و التفكير والانجاز، حيث لا يمكن حل الموقف إلا بتعديل جذري في الشخصية ذاتها كما تبدو في عاداتها الانفعالي والعقلية والسلوكية وبغير ذلك ستظل شخصية العميل خالقة للمشاكل وسبيلنا إلى ذلك اتجاهين رئيسيين: اتجاه استبصاري واتجاه تعليمي.

أولاً: الاستبصار (تكوين البصيرة):

Insight, Self- awareness:

والاستبصار كما يدل عليه اللفظ هو حالة من الفهم أو الإشراف التلقائي يدرك العميل عندها حقيقة ذاته وما بها من اضطراب وما وراء هذا الاضطراب من أسباب.

أو بمعنى آخر يصل إلى حالة من الوعي يدرك عندها: حقيقة نفسه: لماذا يخجل كل هذا الخجل؟ أو لماذا يضطرب عند التحدث إلى الكبار؟

أو لماذا لم يحتمل نقد صاحب العمل له أو لماذا يكره كل الناس؟... الخ من أمور ليست مأثوفة. لذلك فهو عملية حيوية في حالات اضطراب الشخصية. الشبه عصابية- كالخجل الزائد أو الكراهية أو العناد أو العدوان التي تعود إلى رواسب في الماضي القريب أو البعيد والتي كبت- ولم تكبت- في الشعور أو شبع الشعور.

ومن المسلم به اليوم- حتى بين إتباع الاتجاه التحليلي- أن الإحباط والصراع والتناقض الوجداني والحيل الدفاعية ليست بالضرورة لا شعورية ولكن الكثير منها يتم على أساس شعوري أو شبه شعوري يدركه الفرد أو يستطيع إدراكه بالاستدعاء والاستبطان العادي للأحداث الماضية.

لذلك فإن الكثير من اضطرابات الشخصية الشبه العصابية يمكن علاجها بأسلوب الاستبصار كما يمارس في خدمة الفرد. ويتم الاستبصار في ثلاث خطوات أساسية هي: الاستدعاء + التفسير + الاستبصار.

١- الاستدعاء (الاستيطان):

الاستدعاء هو مساعدة العميل على استيطان نفسه دون تأويل لكي تشاهد الذات الواعية ما يحتويه الذهن من خبرات ومشاعر وتذكر لأحداث وخبرات مخزنة في الماضي القريب والبعيد - Seif Observation ولما كانت

هذه الخبرات المستدعاة هي بالضرورة جوانب حساسة في حياة العميل الماضية فإنه قد يلجأ إلى مختلف أساليب المقاومة ما لم تكن العلاقة المهنية في أفضل مستوى لها.

ويعتمد الاستدعاء على انطلاق العميل الحر والتأمل الذاتي والتذكر دون مقاطعة لتيار تفكيره أو توارد خواطره حتى تستدعي الخبرات واضحة دون تحريف.

وإن كان استدعاء الخبرة الماضية بمصاحبتها الوجدانية هو شرط أساسي للعلاج التحليلي، بمعنى معاشية المريض للخبرة مرة أخرى فليس هذا بضروري في خدمة الفرد بـ قد يعوق العملية العلاجية ذاتها أحياناً.

ولهذا نحذر من العميل على استدعاء خبرات قد تثير اضطرابه وخاصة الخبرات الحادة المؤلمة. فاستدعاء خبرة- كبحت- في ذهن العميل الذي يرتعد خوفاً عن وفاء والده بالمستشفى قد تزيد من مخاوفه فيرفض الجراحة.

والاستدعاء يسلط الأضواء على خفايا وراء سلوك العميل الحالي لعبت دوراً هاماً في مشكلته. فقد يشجع الأخصائي الأم غير الشرعية الراضة إيداع طفلها بأسرة بديلة رغم تهديد أسرته على توضيح ظروفها لتستدعي ذكريات ماضية من بينها أنها عاشت طفولتها مع عمته التي سبقتها ألوان العذاب وكيف كانت دائماً تخيفها من الغرباء.. الخ من خبرات تفسر مخاوفها الحالية من الأسرة البديلة. أو قد تأخذ هذه الخبرات طريقاً آخر لتذكر كيف توفيت والدتها بعد أن علمت بمرضها وأن شقيقتها التي تحبها فسخت خطوبتها بعد هروبها من المنزل إلى القاهرة لتعاني إحساساً (شعورياً) بالذنب رغبة (شعورية) لتعذيب الذات فتحفظ بالطفل وتعرض نفسها عامدة إلى الأخطار المحدقة بها.

٢- التفسير : Interpretation :

التفسير هو الترجمة العلمية لهذه الخبرات المستدعاة وتفسير أثرها على سلوك العميل الحالي. وهي عملية يمارسها الأخصائي عادة مع العميل عقب

استدعاء خبراته لتكشف له حقيقة نفسه وما وراء سلوكه ففي المثال السابق يقوم الأخصائي بتفسير منطقي للألم بأن احتفاظها بالطفل مرتبط بخوفها من الغرباء وخبرتها السابقة معهم، أو أنها تعاني إحساسًا بالذنب وترغب في تعذيب نفسها كما هو الحال في الحالة الثانية. وهو هذا الشكل أما:

١- تفسير منطقي لعلاقة هذه الخبرات بالسلوك الحالي يفرض جهل العميل بها.

٢- تصحيح أفكار العميل الخاطئة عن طبيعة هذا السلوك.

تكوين البصيرة: Developing Insight:

هو النتيجة النهائية للعمليات السابقتين، نمو تلقائيًا عند العميل ليكون قوة دافعة ليسعى "لتقائيًا" لتعديل اتجاهاته بعد أن "تبصر" بأنها خاطئة. والذات القوية نسبيًا تكون أقدر على الاستبصار الاسترجاعي والتنبؤي معًا حيث يدرك العميل إلى جانب أسباب سلوكه الحالي (استرجاعي) ما سوف يؤدي إليه تعديل اتجاهاته من أوضاع مستقبلًا (تنبؤي).

مثال على الاستبصار:

في مكتب لتوجيه الأسرة تقابلت الأخصائية مع السيدة (ن) ٢٨ سنة تطلب إقناع زوجها ٣٥ سنة بالطلاق لتدهور العلاقة بينهما إلى حد لم يعد يطاق. أوضحت لتبرير ذلك أن طباعه قد ساءت ويغار عليها كالأطفال بل يكره أن تهتم بابنتهما ولا تمنحه هذا الاهتمام.

إجابة على استقهام للأخصائية قالت بأن خلاف قديم بدأ عقب زواجهما مباشرة منذ ثلاث سنوات ثم أوضحت بأنها تزوجته بضغط من والدتها لأنه قريبها وكانت آنذاك تعطف عليه لأنه كفيف وتمنى الزواج بها قبل إصابته بالعمى زادت حدة الخلاف بينهما هذا العام لدرجة لم تعد تحتمل فهما يتشاجران لأنفه الأسباب بل وبدأ يسبها ويتشكك في سلوكها. بعد عمليات تدعيمية أوضحت

بأنها لا تكرهه ولكنها تفضل الانفصال عنه.. ولولا ابنتهما لتركت له المنزل وأقامت مع شقيقها القادر على إعالتها.

بعد مناقشة استبطانية قررت أنها لا تعرف سبباً للضيق الذي انتابها عقب الزواج منه كما أنها لا تعرف سبباً آخر لقبولها الزواج سوى الإشفاق الذي أحسّت به نحوه وتأثير والدتها عليها.. كما ذكرت بأنه يملك المنزل الذي يقيمون فيه وله معاش من عمله السابق. كان واضحاً أنها تعاني تناقضا وجدانياً حاداً وبدأت وكأنها تقاوم الحديث عن ظروفها السابقة وتريد أن تصل إلى قرار سريع.. اتجه الحديث للاستيفاء بعض التفاصيل ثم وافقت الزوجة على أن تقابل الأخصائية الزوج ويلتقيا مرة ثانية في الأسبوع القادم.

تمت المقابلة مع الزوج وظهر أنه حساس شديد الاكتئاب ولكنه مؤمن بقضاء الله ومشيتته. استجاب الزوج للمقابلة وكأنها فرصته للانطلاق والتعبير عن أحاسيس دفنت طويلاً، وذكر للأخصائية أنه يحب زوجته رغم معاملتها الجافة، ويخشى أن تتركه في ظروفه الحالية ولكن إذا ما أصرت على موقفها فسيوافق مرغماً على الطلاق فهذه مشيئة الله وسيوفر لها كافة حقوقها وحقوق ابنتهما.

وفي اللقاء التالي مع الزوجة أوضحت لها الأخصائية موقف زوجها فبان عليها الاضطراب ثم أجهشت في البكاء.. بعد فترة من الصمت عبت الأخصائية بأنها تبدو وكأنها تواجه موقفاً محيراً.. تماسكت الزوجة لتحكي كيف أنها تكره أن تصل به الحال إلى هذا النحو... بعد لحظات استنارتها الأخصائية لتكشف عن المزيد عن نفسها.. انطلقت الزوجة لتحكي كيف عاشت طفولتها مع والدتها وشقيقها، وكانت متعلقة بأبيها أكثر من أمها كما كان شقيقها شديد العطف عليها بل كان دائماً يحميها من تسلط والدتها.. أضافت بأنها لم تحس يوماً بعاطفة أمها بل ولا تتذكر سوى أنها كانت دائماً مصدراً للكثير من شقاء الأسرة ولولا حكمة "أبيها" رحمة الله لانهارت الأسرة منذ زمن بعيد.

تساءلت الأخصائية أنها ربما تمننت لو كان زوجها الحالي مثل أبيها.. سكتت الزوجة وبعد قليل أضافت "أن كل شيء قسمة". هي لا تكرهه ولكنها لا تشعر بالرغبة في استمرار حياتها معه على هذا النحو - عقت الأخصائية بأنه يبدو وأن مشكلتها مع زوجها هي أنها تراه "أما أخرى لعجزه وأن مشاعرنا الطيبة نحو أبيها وشقيقها وإعجابها بهما قد أنعكس على زوجها الكفيف الذي لم يمثل في الواقع إلا صورة أخرى لوالدتها وهو الشيء الذي لم تكن ترغبه.. فهي لم تكره زوجها كإنسان كما أنه لم يكرها ولكنها كانت تكره صفة "الضعف" ذاتها فأهملت شئونه الخ.

في المقالة التالية حضرت الزوجة لتخبر الأخصائية بأنها عدلت تماماً عن فكرة الطلاق وتمنت لها الأخصائية حظاً موفقاً.

ثانياً: التعلم والتربية:

إذا كان الاستبصار هو تعديل السلوك بمراجعة وتقييم الخبرات الماضية فإن التعليم على النقيض هو تعديل السلوك نتيجة الخبرات الجديدة.

ويمارس الأخصائي الاجتماعي بالضرورة عمليات تعليمية وتربوية طالما يتعامل مع أنماط متباينة من العملاء في مختلف المجالات. وسبق أن ذكرنا حاجة العميل المصري بأميته إلى المعرفة والوعي وحاجة مجتمعه النامي إلى زيادة إحساس أبنائه بالمسؤولية الاجتماعية.

من ثم كانت أساليب التعلم إضافة لأبد منها لأساليب العلاج إذا ما شئنا تعديلاً أساسياً في السلوك بتزويده بالخبرة والممارسة. تنقسم هذه الخبرات إلى ما يلي:

- ١- خبرات يزود بها خاصة بالموقف نفسه خارج الفرد وأثره على سلوكه الحالي.
- ٢- خبرات خاصة بالمؤسسة وأهدافها ودور الأخصائي الاجتماعي فيها.
- ٣- خبرات خاصة بما يجب أن يقوم به العميل لمواجهة الموقف الحالي.

٤- خبرات عامة مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية وتدعيم المسؤولية الاجتماعية للعميل.

ولما كان الأخصائي يتحمل مسؤولية تزويد العميل بهذه الخبرات بطريقة مباشرة فإنه من المهم إتباع أساليب معينة حتى تتصهر الخبرات في "ذات العميل" فتتعدل عاداته وإلا أصبح التعلم مجرد تلقين سطحي لا يلبث العميل أن يتجاهله عند زوال الموقف، هذه الأساليب يمكن حصرها على التوالي في: التنبيه + التوضيح + الإقناع + التدعيم، التعميم.

التنبيه: Stimuli

التنبيه هو الأسلوب الذي يمارسه الأخصائي لإيجاد الدافع للتعلم. فوجود الدافع شرط أساسي لتحرير الطاقة في العميل ويوجهها وجهة خاصة.

ويتم التنبيه بوسائل مختلفة أهمها: توضيح فوائد التعلم، توضيح أخطار عدم التعلم + إتاحة فرصة التعلم، وتتم هذه العمليات تصريحاً أو تلميحاً حسب درجة نضج العميل ودرجة فاعليته. فقد يحتاج الطفل ضعيف العقل إلى تعلم آداب المائدة، كما قد تحتاج الأم إلى تعلم أسلوب معاملة ابنتها المراهقة أو قد يحتاج الحدث إلى تعلم أسلوب التعامل مع زملائه.

فبدلاً من تقديم الخبرة التعليمية- تطوعاً من الأخصائي- يتعين عليه تنبيه وإيقاظ الدافع لطلب الخبرة ذاتها بل والإلحاح في طلبها. فقد يبين لضعيف العقل الخطر الواضح على صحته بصراحة ووضوح وقد تلمح الثانية بالمزايا التي تتحقق إذا ما عدلت سلوكها نحو أبنيتها. وقد يبدى مع الثالث إعجابه بزميل له يتعامل مع زملائه بأسلوب أفضل وهكذا.

التوضيح: Explanation

التوضيح يعقب التنبيه حيث يتطلع العميل إلى الخبرة المعرفية تلقائيًا سواء كانت خبرة خاصة بالمؤسسة أو بالأخصائي أو الموقف أو بجوانب عامة مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية. وللتوضيح ثلاثة مناطق رئيسية هي:

١- تزويد العميل بمعلومات جديدة، كتعريف الحدث بطريقة استخراج كعب العمل.

٢- تفسير لأسباب موقف معين، كتوضيح أسباب حرمان الحدث من الخروج.

٣- تصحيح معلومات خاطئة لدى العميل، كتصحيح معلوماته بأن أخلاء سبيله ليس رهناً- بقضاء مدة (العقوبة) بل يتحسن سلوكه حسب تقدير المؤسسة.

الإقناع: Persuasion

الإقناع هو تأثير عقل على آخر، يمارس عندما تلقي الخبرة المعرفية ومقاومة من العميل وهو تأثير يعتمد على المنطق والواقعية وحسن التقدير يتطلب من الأخصائي رحابة الصدر واللباقة في مناقشة العميل في معتقداته الخاطئة ونواحي عدم صوابها كما أنه يمارس مع العميل الذي يتمتع بقدر مناسب من الذكاء وتكامل في الذات فقد يعارض الأب في تحويل أبنه إلى العيادة النفسية أو يعارض الزوج في تشغيل زوجته لمعتقدات خاطئة ليكون الإقناع المنطقي هو الأسلوب المناسب لتعديل سلوك العميل.

التدعيم: Reinforcement

أن استجابة العميل لأساليب التوضيح والإقناع يتحدد بناء على ما يتعقبهما من تدعيم أو ما يعقبهما من تثبيط Extinction. والمقصود بالتدعيم هو مكافأة الفعل أو الثواب الذي يعقب الاستجابة. وتختلف أساليب التدعيم تبعًا لنضج العميل وطبيعة الاستجابة. فقد يكون مع ضعيف العقل الذي استجاب لنظام تناول الطعام كلمة ثناء مشجعة وقد يكون مع الأم التي عدلت من

اتجاهاتها نحو ابنتها المراهقة إبراز دائم لمدى التحسن الذي طرأ على سلوك ابنتها... هكذا.

التعميم: Generalization:

هي العملية النفسية المسؤولة عن نقل ما اكتسبه العميل من عادات جديدة في موقف معين إلى غيره من المواقف المتشابهة. وكما سبق أن قلنا أننا لا نستهدف فحسب اكتساب العمل لعادات معينة بل نتطلع إلى انتقال أثر السلوك إلى العديد من المواقف سواء واجهته أو واجهت آخرين من المحيطين به. فقد ينتقل تعديل ضعيف العقل لسلوكه في تناول الطعام إلى سلوكه في الفصل الدراسي بل وقد يمتد إلى أن يعلم العميل الآخرين خبراته كما قد ينتقل تعديل اتجاهات الأم نحو ابنتها إلى اتجاهاتها نحو بناتها الأخريات بل وقد يمتد بدوره لتكون نفسها موجهة لسلوك الأقارب.... وهكذا.

نماذج للاتجاهات العامة لأساليب العلاج الذاتي (١١):

- ١- في حالات عجز الإدراك لعام (الضعف العقلي) أو عجز الإدراك الخاص (الأمية) تمارس الأساليب التعليمية والاستبصار البسيط.
- ٢- في حالات القلق والندم والغضب: تمارس المعونة النفسية والتعديل البيئي.
- ٣- في حالات الإحساس بالذنب أو خوف الذات الزائد من الذات العليا يمارس التنفيس الوجداني وتعديل الاستجابات (الإيحاء والنصح والتحويل) والتأكيد.
- ٤- السلوك الدفاعي الشعوري وشبه الشعوري: الاستبصار بأساليبه الثلاثة.
- ٥- النقص في الحكم لخطأ المعتقدات: التوضيح والإقناع.
- ٦- عدم اعتبار الذات: الاستبصار والتعلم وتدعيم التعلم.
- ٧- عدم القدرة على التحكم في الدوافع: النصح والسلطة والاستبصار.
- ٨- تزلزلت الذات العليا: المعونة النفسية كالتأكيد + الإقناع + التوضيح.

٩- تأرجح الذات العليا: الإقناع+ السلطة + النصح+ التعلم.

١٠- خمول الإرادة: الاستشارة+ الإقناع+ السلطة.

١١- الرواسب الطفلية (الأنانية) وتقيد معها أساليب التعلم كتوضيح آثارها الضارة، والاتكالية وتقيد معها الإيحاء والنصح والسلطة والتقمص والتحويل والعدوان يفيد معه التنفيس الوجداني والاستبصار. والانحرافات الجنسية وتقيد معها الاستبصار والتنفيس الوجداني.

ثانيًا: العلاج البيئي:

وينقسم إلى خدمات مباشرة وخدمات غير مباشرة:

(١) الخدمات المباشرة:

وهي تلك الخدمات العملية التي تقدم للعميل مباشرة سواء من المؤسسة أو من موارد البيئة ويدخل في نطاق هذه الخدمات الإعانات المالية أ التأهيلية أو الطبية أو السكنية أو الإبداعية... الخ. مما يكون له أثر إيجابي في مواجهة المشكلة.

(٢) الخدمات غير المباشرة:

وهي جهود تستهدف تعديل اتجاهات الأفراد المحيطين بالعمل سواء كان ذلك تخفيفاً لضغوطهم الخارجية عليه أو كان لزيادة فاعليتهم لمساعدة العميل مثل الوالد- المدرس- رئيس العمل.. الخ وفي هذه الحالات تمارس بدرجة أو بأخرى أساليب العلاج الذاتي وبصفة خاصة التعلم بأساليبه. تعديل الاستجابات. المعونة النفسية. طالما كانت البيئة هي أشخاص يجب تعديل اتجاهاتهم بطريقة أو أخرى.

بين العلاج الذاتي والبيئي:

هناك إجماع على تأثير نوعية العلاج على بعضهما وما تقسيم العلاج إلى علاج ذاتي وعلاج بيئي إلا للدراسة فقط ويمكن عرض وجهات النظر من خلال ما يأتي:-

١- الفرد وبيئته هما وحدة زمنية ومكانية لا يمكن فصلهما صناعيًا عن بعضهما فما يحدث للفرد يؤثر في بيئته وما يحدث لبيئته ينعكس عليه. باستثناء بعض الحالات الخاصة التي يكون العلاج البيئي أو العلاج الذاتي وحده هو أسلوبنا لحل المشكلة لحالات اللقطاء- أو الطوارئ الاقتصادية واضطرابات الشخصية.

٢- كلما زادت فاعلية العلاج الذاتي قلت الجهود الموجهة للعلاج البيئي حيث سيكتسب العميل القدرة على تعديل بيئته واستثمار مواردها بنفسه.

٣- إن النواحي الذاتية لابد وأن تؤثر في خطة العلاج البيئي كما أن العوامل البيئية لابد وأنها ستؤثر في خطة العلاج الذاتي ومثال على ذلك الحدث الذي يسرق بالعمل على تعديل الظروف المحيطة كمعاملة الوالدين أو نقص الموارد الاقتصادية سيخفف الضغوط الخارجية المحيطة بالطفل وبالتالي يسهل لتعديل اتجاهاته. كما أن علاج النواحي الذاتية فيه وتخفيف ما يعاني من توترات داخلية يساعد البيئة المحيطة على تقبله وتخفيف ضغطها عليه. أي أن العلاج البيئي والعلاج الذات متكاملين في علاج الموقف الذي يعاني منه العميل.

٤- بالرغم من تقديم العلاج للدراسة على أنه نوعين منفصلين بيئي وشخصي إلا أن التطبيق العملي للعلاج على الواقع يخرج بين هذين النوعين في أغلبية الحالات ولكن بنسب متفاوتة تبعًا لنوع العناصر الغالبة بموقف العميل.

العوائق التي تعطل الاستفادة من العلاج:

قد يتعذر في بعض الأحيان تحقيق أهداف علاجية نظرًا لوجود عقبات تحول دون الوصول إلى هذه الأهداف وتتصل هذه العقبات بنواحي أربع هي:

١- المشكلة: قد تكون غير قابلة للعلاج كبعض الأمراض الجسيمة مثل السرطان المتقدم أو بعض الأمراض النفسية والعقلية.

٢- شخصية العميل: ويمكن أن تكون شخصية العميل عائق في الاستفادة من العلاج في الحالات الآتية:

أ- عدم إحساس العميل بوجود المشكلة كما في حالات الانحلال الأخلاقي الذي يستمتع به صاحبه- والتزمت الذي ينظر إليه على أنه قيم أخلاقية عليا من معالم قوة الشخصية.

ب- وجود اتجاهات شخصية تتعارض مع الخطط العلاجية كالأفكار الشخصية الخاطئة أو العقائد أو التحيزات التي تدفع العميل لمقاومة المحاولات العلاجية كمعارضة المريض اشتغال زوجته أثناء مرضه.

ج- قد يكون رفض العلاج ومقاومته بسبب عدم ثقة العميل في جدية المحاولات العلاجية لارتباط موقفه الحالي بخبرة قديمة في مؤسسة اجتماعية أحبطت أمانيه.

٣- المؤسسة: من حيث وظيفتها ونطاقها فقد تكون وظيفة المؤسسة محدودة ووسائلها ضعيف لا تلبي إلا جزء من مطالب لبعض العملاء المستحقين لخدماتها وأيضًا تعقيد إجراءات المؤسسة في تقديم الخدمات وقسوة شروطها التي يراد انطباقها.

البيئة:

فقد تكون البيئة بما تضمه من عوامل مقاومة للعلاج سببًا في تعطيل الاستفادة منه. فقد تكثر فيها عوامل الانحراف والتشرد كما يوجد بها المثل السيئ والمستويات الأخلاقية السيئة. وكذلك تعقد إحداث التغير في أسرة العميل أو في مجتمعه الصغير بسبب عدم التمكن من السيطرة على بعض العوامل والشخصيات والعلاقات بها.

شروط العلاج السليم:

حتى يمكن أن تؤدي الخطة العلاجية الهدف الموضوعة من أجله وأيضًا حتى يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يحقق العلاج السليم للعميل فلا بد من مراعاة ما يأتي:-

(١) يعتمد العلاج على الدراسة والتشخيص السليم.

(٢) يجب أن يرتبط العلاج بنوع المشكلة التي يعاني منها العميل.

(٣) يجب أن يعتمد على حق العميل في تقرير مصيره.

(٤) يجب أن تتفق الخطوات العلاجية وقدرة العميل.

(٥) مراعاة أن الموقف كل متفاعل.

(٦) يراعى أن تكون خطة العلاج مقنعة.

(٧) مراعاة أن العميل فرد في أسرة

وترى الدكتورة فاطمة الحاروني أن هناك مقومات لنجاح الخطة العلاجية وهي أن نجاح خطة العلاج تتوقف إلى حد كبير على إخلاص وحماس ومهارة الأخصائي الاجتماعي واستجابة العميل للعلاقة والمجهودات المهنية وترى أيضًا أن هناك عوامل أو ضمانات تحقق نجاح الخطة العلاجية إلى أبعد مدى مثل:

١- العلاقة المهنية.

٢- توافر الاتزان الانفعالي عند العميل (الخلو من الانفعال الذي يسبب الحراف البصيرة).

٣- وضوح الأهداف العلاجية الفرعية وتحديد الأولويات مع مراعاة اتساقها مع مراحل العلاج وترتيبها الزمني ونوع استجابة العميل لها.

ويرى الأستاذ عبد الفتاح عثمان أنه من الخصائص الرئيسية للعلاج أن الخطة العلاجية يجب أن تتناسب مع طبيعة المشكلة وإمكانيات المؤسسة وأيضًا

أن العلاج لابد وأن يتفق وأيدلوجية المجتمع وقيمه الاجتماعية ولذلك يرى أن العلاج كجميع عملات خدمة الفرد لابد وأن يتفق مع المعاني الإنسانية للخدمة الاجتماعية ومفاهيمها ومفاهيم خدمة الفرد بصفة خاصة.

ويتضح من عرض عملية العلاج الاجتماعي في خدمة الفرد وأساليبه المختلفة الآتي:-

١- أن تعدد واختلاف اتجاهات العلاج في خدمة الفرد تعكس مدى التطور في طريقة خدمة الفرد منها أنها طريقة علاجية تحاول الاستفادة من كل تطور وكل جديد في العلوم الاجتماعية والتفتيش لصالح العملاء.

٢- اعتمد الاتجاه العربي في تقسيم العلاج وفي أساليبه على الاتجاه الأمريكي مع العلم أن الإنسان العربي في قيمه الاجتماعية والأخلاقية يختلف عن الإنسان الأمريكي وإن كان الأستاذ عبد الفتاح عثمان اتجه إلى وضع النظرية الميكانيكية في خدمة الفرد (نظرية الطاقة) لتتناسب مع المواطن العربي من حيث سماته والحاجة إلى تعديل أساس في سمات النمط القومي للمواطن العربي في سلبياتها وعدم مرونة وطوعية البيئة العربية للتعديل مع نقص عياناتها ومؤسساتها وإمكاناتها.

البعض وضع العلاقة المهنية كأساس في العلاج والبعض الآخر وضعها ضمن أساليب المعونة النفسية.

ويعتبر العلاقة المهنية مبدأً أساسياً واسع شامل لكل المبادئ والأسس الأخرى بل أن خدمة الفرد نفسها يمكن اعتبارها كعلاقة مهنية سيعمل على مساعدة الأخصائي للتعامل على مواجهة مشكلة وحلها ن خلال ظروف مهنية من خلال العلاقة المهنية.

٤- هناك علاقة وثيقة بين العلاج الاجتماعي ومبادئ خدمة الفرد فتطبيق مبادئ خدمة الفرد تعتبر أساليب علاجية مستمرة تساعد وتهيئ الظروف الملائمة لعملية المساعدة.

والتزام الأخصائي الاجتماعي بمبادئ خدمة الفرد تساعده على تقديم المساعدة للعميل، فالمبادئ تعتبر استجابة للحاجات العقلية ولعاطفية للعميل في موقف المساعدة وهذه الاستجابة تؤدي إلى تكوين وعقد العلاقة التي من خلالها تقدم المساعدة للعميل.

٥- مدخل العلاج السلوكي يعتمد على تعلم العميل لأنماط سلوكية جديدة وهذا يتفق مع ما وضعه عبد الفتاح عثمان في أسلوب التعليم والتربية كأحسن أساليب لتعديل النمط الدائم للعميل في العلاج الذاتي.

تداخل عمليات خدمة الفرد:

يمكن التأكيد على أن عمليات خدمة الفرد عمليات متداخلة ومتلازمة ومتوازنة أي أنه تسير معاً من أجل السعي كوسائل لتحقيق أهداف خدمة الفرد المتمثلة في علاج المشكلة، ألا أنه يمكن أن نوضح أن الفصل بين هذه العمليات إنما يكون لإيضاح معناها ومفهومها وأساليبها بالنسبة للدارسين والممارسين، وحينما نتجه إلى العمل مع الأفراد فإن الممارس يجد نفسه يعمل من خلال هذه العمليات ويحقق أهداف عملية أو أكثر في آن واحد فالأخصائي الاجتماعي في لقاءه الأولي مع العميل إنما قد يتصور أنه بصدد جميع معلومات عن مشكلة عميلة، بينما يتضح له أن العميل في حاجة إلى مثل هذه المقابلة وبمجرد اللقاء الأول مع الأخصائي تجد أن مشكلة العميل قد انتهت فإن حاجة العميل أحياناً إلى تكوين علاقة مطمئنة مع شخص يستطيع أن يتكتم أسراره هذا العميل إنما تمنح له فرصة للتعبير عن مشاعره، وتقدير الأخصائي الاجتماعي لهذه المشاعر إنما قد يبعث في نفس العميل الطمأنينة أو إذا كان هناك بعض الأشخاص الذين لديهم الرغبة في عرض بعض أفكارهم التي تشوشها بعض الخبرات فهم في حاجة إلى شخص يطمئنون إليه لتوجيههم، وتصحيح بعض أفكارهم لتسير وجهة صحيحة أو هم متشككون في هذه الأفكار وبمجرد عرضها على الأخصائي الاجتماعي كمستشار إنما يطمئنون إلى أفكارهم نتيجة لها اللقاء.

ويشير أحمد السنهوري إلى مدى ترابط وتكامل وتفاعل عمليات خدمة الفرد من خلال الأشكال الآتية:

التي استطاع الوقوف عليها وتكرر هذه العمليات الثلاث في المقابلات المتوالية فكلما ظهرت حقائق جديدة في الموقف أدت إلى نشأة أفكار تشخيصية جديدة تعدل من الأفكار التشخيصية السابقة أو تزيد فهم الموقف أكثر، والأفكار التشخيصية هي فروض واحتمالات يجب على الأخصائي أن يضعها لتفسير الموقف الجزئي الذي يعرضه العمل ثم ربط هذه الجزئيات بالموقف الكلي على ضوء أفكار تشخيصية ترتبط بحصيلة المعلومات الدراسية التي وصل إليها الأخصائي مع العميل.

وعلى ذلك يمكن القول بأن التداخل في العمليات الثلاث أمر طبيعي وضروري ولكن ما يميز العمليات هو أن:

١- الاتصالات الأولى تصطبغ بالطابع الدراسي، وإن كانت لا تخلو من بعض العمليات التشخيصية والعلاجية.

٢- إن الاتصالات التالية تتميز بالطابع التشخيصي وإن كانت تتدخل فيها عمليات الدراسة والعلاج إلى درجة ما.

٣- الاتصالات النهائية أو التي تلي الاتصالات التي تتميز بالطابع التشخيصي تتميز بالطابع العلاجي.

والرسوم السابقة توضح لنا أن الشكل (أ) يمثل الثلاث عمليات بدوائر منفصلة بعضها عن بعض وهذا يعتبر تمثيلاً خاطئاً لأننا كما سبق أن أوضحنا أن العمليات الثلاث متداخلة.

وفي الشكل (ب) يمثل العمليات الثلاث بثلاث دوائر يتشابك كل اثنين معاً وهذا تمثيل خاطئ أيضاً إذ أن عملية التداخل غير متكاملة فالتداخل واضح بين الدراسة والتشخيص كما أنه واضح بين التشخيص والعلاج، وهذه عملية تسلسل وتماسك أكثر منها تداخل لأن العلاج غير متداخل مع الدراسة في نفس الوقت الذي يتداخل فيه مع التشخيص.

والشككين (ج، د) يوضحان عملية التداخل السليم فالتشخيص متداخل مع الدراسة في الوقت الذي يتداخل فيه مع العلاج كما أن الدراسة والعلاج يتداخلان مع بعضهما في الوقت الذي يتداخل معهما التشخيص فهي عملية متفاعلة مع الثلاث خطوات في نفس الوقت.

كذلك تختلف درجة التداخل في العمليات الثلاث حسب نوع المشكلة وحسب شخصية العميل فالمشكلة البسيطة كالمشاكل الاقتصادية مثلاً كطلب المساعدات المالية أو البحث عن عمل للعميل أو مساعدة العميل في القيام بمشروع من المشروعات يكون واضحاً فيها المناطق الدراسية بتميز كما أن المرحلة التشخيصية تعقبها بشكل واضح، وكذلك العمليات العلاجية والشكل (ج) يمثل درجة التداخل في هذا النوع من المشكلات.

ويزيد التداخل حدة كلما كان الموقف أعمق أو كانت الشخصية في حاجة إلى تعديل اتجاهاتها، فالعمليات العلاجية في مثل هذه المشكلات تبدأ بعمق وتحتاج إلى جهد قبل أن يستطيع العميل الاشتراك في عملية الدراسة اشتراكاً إيجابياً.

وعلى ضوء هذا التشابك في العمليتين الدراسيتين والعلاجية تتشابه العمليات التشخيصية كما هو موضح بالشكل (د) ومن أمثلة هذه المشكلات مشكلات الأحداث ومشكلات العلاقات الزوجية وحالات الاضطراب النفسي والمشاكل السلوكية، فإذا نجح الأخصائي مع العميل استطاع أن يصل به إلى درجة من الوعي بالنسبة للموقف يمكنه أن يوضح التداخل بعد ذلك بالرسم (ج) إذا أنه في مثل هذه المرحلة يكون واضحاً في ذهن العميل العمليات الدراسية التي تمت والعمليات التشخيصية والعمليات العلاجية.

والحقيقة أن موقف العميل في هذه العمليات الثلاث يمكن تمثيله بالمنطقة المشتركة بين الثلاث دوائر تمثل شبه مثلث صغير في الشكل (ج) بينما تمثل قطاعاً كبيراً في الشكل (د) وذلك راجع إلى أن العميل في المشكلات

البسيطة التي أشرنا إليها يكون واضحًا في ذهنه أسباب مشكلته وفكرته أو تشخيصه عنها وبعض الاقتراحات أو الحلول التي يعتقد أنها تصلح لعلاج المشكلة فالموقف متميز في هذه الحالة بالوضوح.

بينما في المشكلات الأكثر تعقّدًا يكون الموقف مبهمًا بالنسبة للعميل وتغلب فيه نظرتة الذاتية على الحقائق الموضوعية في الموقف مما يغفلها ويحول دون ظهورها بشكل واضح، كما أن العمليات الدفاعية والتناقض الوجداني يوسع رقعة الإبهام الذي يحوط هذا الموقف الأمر الذي يؤدي إلى شدة التداخل بين العمليات الثلاث^(١٣).

عملية العمل مع الأفراد والأسر

المراجع

١- سالم صديق أحمد وآخرون: خدمة الفرد في المجالات النوعية، مذكرات غير منشورة، القاهرة، ١٩٨٢، ص ص ٣٢-٣٣.

٢- أحمد السنهوري: أصول خدمة الفرد، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٦٥، ص ٣٧٥.

٣- فاطمة الحاروني: خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية، مطبعة السعادة، القاهرة، ١٩٧٧، ص ٣٦٢.

٤- عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد في المجتمع النامي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨١، ص ٢٥٨.

٥- سالم صديق أحمد وآخرون: خدمة الفرد في المجالات النوعية، مرجع سبق ذكره ص ٣٥.

٦- عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد في المجتمع المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧، ص ص ٣٣٥ - ٣٣٦.

٧- سالم صديق وآخرون: خدمة الفرد في المجالات النوعية، مرجع سبق ذكره، ص ٣٧.

٨- عبد الفتاح عثمان وعبد الكريم العفيفي: المدخل التحليلي المعاصر لخدمة الفرد للمجتمعات النامية، مكتبة عين شمس، ١٩٩٣، ص ص ٢٨٧ - ٢٨٠.

٩- عبد الفتاح عثمان وعبد الكريم العفيفي: المرجع السابق، ص ص ٢٨١ - ٢٩٣.

١٠- عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد في المجتمع النامي، مرجع سبق ذكره، ص ص ٢٧٤ - ٢٨١.

١١- نفس المرجع السابق ص ٢٨٢.

١٢- سالم صديق أحمد وآخرون: عمليات خدمة الفرد، دار المروة، الفيوم، ١٩٩٦، ص ص ٦٣ - ٦٨.

١٣- محمد مصطفى أحمد: التكيف والمشكلات المدرسية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٩٢، ص ص ١٥٣ - ١٦٠.

الفصل الرابع
التسجيل في خدمة الفرد

عمليات في العمل مع الأفراد والأسر

الفصل الرابع

التسجيل في خدمة الفرد

التسجيل:

يعد التسجيل بجميع أنواعه وأساليبه ووسائله من أهم العمليات التي يجب أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي خلال ممارسته المهنية ليس لخدمة الفرد فقط بل لمهنته الخدمة الاجتماعية بصفة عامة.

فالتسجيل إلى جانب ما يحققه من أهداف تدريبية وتنظيمية وتعليمية فثمة عمل هام يحقق التسجيل يتمثل في نقل التراث العلمي والخبرات الميدانية التي أرى أنها تعد بمثابة الأساس الذي يمكن من خلاله تقدير الواقع لتحقيق إمكانية استشراف المستقبل العملي لخدمة الفرد، والعمل في ضوء هذا الاستشراف إلى تحقيق أكبر فاعلية ممكنة لممارسة الطريقة.

التسجيل في خدمة الفرد:

يعتبر التسجيل بصفة عامة إثبات المعلومات والحقائق اللفظية والرقمية بأية وسيلة لحفظ المادة التي تحملها هذه المعلومات والحقائق^(١).

ويعرفه السنهوري في خدمة الفرد بأنه إثبات المقابلات والخطوات التي يقوم بها الأخصائي في العمل المستمر مع العميل^(٢).

كما تعرفه "فاطمة الحاروني" بأنه تدوين للمعلومات وإثبات الحقائق، بطريقة مناسبة لغرض حفظ المادة التي تحملها هذه المعلومات والحقائق، والمقصود من حفظ المعلومات في سجل هو أن يكون السجل أداة فعالة في خدمة الحالة وخدمة أغراض المؤسسة^(٣).

كما يعرفه "عبد الفتاح عثمان" بأنه عملية فنية لتدوين العمليات المهنية المختلفة لكل حالة في صياغات كتابية أو صوتية أو بيانية مناسبة تحفظها من الاندثار أو تعرض حقائقها للنسيان. وهو بهذا المعنى ليس رصدًا روتينيًا

للحقائق ولكن عملية انتقاء وتركيز تضع العمليات المتناثرة في صياغة مهنية صالحة للاستثمار^(٤).

والتسجيل في خدمة الفرد له طرق متعددة ووسائل عديدة منها:

١- التسجيل بطريقة التدوين أو الكتابة وهو الأسلوب الشائع في مؤسسات خدمة الفرد.

٢- التسجيل الصوتي باستخدام أجهزة خاصة في الحالات النفسية التي تحتاج إلى تحليل عميق.

٣- التسجيل الضوئي مثل استخدام شرائح مصورة فقط ثابتة أو متحركة.

٤- التسجيل الصوتي والضوئي وهو يجمع بين النوعين الثاني والثالث مثل الأفلام السينمائية ويستخدم عادة لأغراض تدريب الطلاب والأخصائيين الجدد.

ويختلف استخدام هذه الطرق من مؤسسة إلى أخرى حسب إمكانيات المؤسسة التي يعمل فيها الأخصائي من جانب وحسب طبيعة المشكلة التي يتناولها وعموماً نستطيع القول أن أكثرها استخداماً في مؤسسات خدمة الفرد هما التسجيل بطريقة التدوين والتسجيل الصوتي أما الطرق الأخرى فغالباً ما تستخدم لأغراض التدريب.

وينسب التقدم الذي أحرزته خدمة الفرد بالنسبة للطرق الأخرى للخدمة الاجتماعية إلى أن الأخصائيين الذين كانوا يعملون بخدمة الفرد أول من سجل خطوات العمل مع عملائهم فتوفرت الفرصة لهم لتحليل أسلوبهم وطبيعتهم لعملهم فتوفرت لهم ذلك خبرات أفادت منها المهنة.

والتسجيل عمل فني يعتمد على المهارة ويهدف إلى فهم وتوضيح ما يمكن أن يصل إليه الأخصائي ويجب أن يعتمد على الأمانة العلمية في كل ما يجله الأخصائي في الحالة، كما وأن نوع العمل الذي يقوم به الأخصائي لا

يمكن أن يخضع للتطور والتقدم إلا إذا سجلت عنه التقارير الفنية بعناية تامة وكانت خاضعة للفحص والدراسة العملية.

وباختصار شديد لا نستطيع تصور استمرار طريقة خدمة الفرد بصفة خاصة ومهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة ما لم يكن هناك التسجيل الملائم، ومما هو جدير بالذكر أن الكثير من التجارب والبحوث المعاصرة في خدمة الفرد تمت عن طريق الحالات المسجلة بالمؤسسات الاجتماعية (٥).

أهداف التسجيل:

تحدد أهداف التسجيل في ثلاثة جوانب رئيسية:

١- أهداف مهنية (عملية).

٢- أهداف إدارية (تنظيمية).

٣- أهداف تعليمية (علمية).

أما الأهداف المهنية:

فترتبط بسلامة أداء وممارسة العمليات المهنية بالمؤسسة أو خارجها من خلال الأخصائي لخدمة العميل، وفي هذا يحقق التسجيل:

- أهداف إجرائية للمساعدة تتصل بالدراسة والتشخيص والعلاج.

- أهداف تتصل ببيان سبب تحويل أو غلق الحالة.

- أهداف تتصل بتقديم مادة علمية تساعد في بحوث تقييم الأداء

والممارسة والمقارنة واختبار الاتجاهات المتنوعة للممارسة المهنية في خدمة الفرد.

بينما الأهداف الإدارية (التنظيمية):

تدور حول أهمية التسجيل لما يلي:

- تنظيم العمل بالمؤسسة وتحديد اختصاصات كل فرد.
- تسهيل تقديم الخدمات للعملاء.
- تقييم الأداء المهني لممارسين بالمؤسسة.
- حفظ المستندات أو الوثائق أو المعلومات الدالة على أحقية أو عدم أحقية عمل ما للمساعدة وذلك حماية للأخصائي من التعرض للشكاوى الكيدية.
- يؤمن التسجيل مصالح العملاء لأنه يمكننا من عمل تقرير دوري عن الحالة أو كتابة ملخص تحويلي لها عند تحويلها من المؤسسة لمؤسسة أخرى.
- وتحقيق الأهداف التعليمية العلمية التدريبية فوائد متعددة تتعلق بما يلي:
 - تدريب الطلاب والأخصائيين الجدد في الخدمة الاجتماعية في ضوء قراءتهم لملف حالات قديمة ليتعرفوا على كيفية سير إجراءات المساعدة للعملاء بالمؤسسة.
 - تقديم نماذج علمية تصلح كحالات دراسية تعرض على الطلاب داخل قاعات الدروس وحلقات المناقشة.
 - وسيلة هامة للأشراف المؤسسي أو الجامعي يعاوبهم في توجيه طلابهم.
 - مفيد للغاية في معاونة الأخصائي على كيفية تحليل عمله وتقييم ممارساته وتقويم جهده ونقد ذاته لتكشف جوانب القوة فيه وتدعيمها والتعرف على جوانب الضعف لتلافيها وسد الثغرات المرتبطة بها.
- عرض نشاط المؤسسة وخدماتها وهذا من شأن اختبار المجتمع بالأهداف الكبرى لطبيعة عملها فضلاً عن تقويم وتحسين وتطوير هذه الخدمات لأن التسجيل يكشف عن نقاط القوة والضعف في الأداء المهني^(١).

أساليب التسجيل

يمكن أن تميز بين اتجاهين لتصنيف أساليب التسجيل وهما:

أ- تصنيف حسب الأهداف.

ب- تصنيف حسب النوع.

أولاً: تصنيف التسجيل حسب الأهداف:

تنقسم أساليب التسجيل حسب الأهداف إلى قسمين:

أ- أساليب مؤسسية (عملية).

ب- أساليب تعليمية.

حيث أوضحت التطورات المعاصرة مدى اتساع الشبه بين الأساليب المختلفة التي تتبعه المؤسسات في تسجيل عملياتها وبين الأساليب التي تطلبها عمليات التدريب والتعليم المختلفة، الأمر الذي يجعلنا نميز بين كل منهما فيما يلي:-

(أ) الأساليب المؤسسية:

تقيم المؤسسات الاجتماعية أساليب مختلفة للتسجيل تتفق وطبيعة خدماتها. فمنها من أخذت بأساليب الاستثمارات "المطبوعة أو البطاقات أو الجداول الإحصائية أو المقاييس المتدرجة ومنها من أخذت بأساليب الملخصات أو التقارير الموجزة ومنها من أخذت بأساليب التسجيل الصوتي.

بينما قلة نادرة هي التي تأخذ بأساليب تصلح للتعلم والتدريب. فهي أساليب تتسم بالتركيز والتبسيط واقتصاد النفقات مادامت بهذه الصورة تخدم مصالح عملاتها في حدود إمكانياتها.

(ب) الأساليب التعليمية:

وهي أساليب تمارس فقط بهدف التدريب العملي، وتنقسم إلى قسمين:

١- أساليب أولية.

٢- أساليب متقدمة.

والأساليب الأولية: هي التي تسجل العملية المهنية مقابلة كانت أو زيارة منزلية تسجيلاً حرفياً Verbatim شاملاً لكافة التفاصيل الهامة منها وغير الهامة في إفادة مسرفة.

ويرى البعض أن هذا الأسلوب يجب إتباعه في المراحل الأولى لتدريب الطلاب ليترجوا بعد ذلك نحو أساليب أكثر تركيزاً باكتسابهم تدريجياً المهارات المهنية التي تمكنهم من التمييز بين العام وغير الهام.

ونحن نرى أن الإسراف في ممارسة هذا الأسلوب الحرفي قد حمل تدريب خدمة الفرد أعباءً لا تحتملها اليوم بل كان هذا الإسراف ذاته هو على حساب إكساب الطالب المهارات الحقيقية لخدمة الفرد ذاتها حيث استهلك وقت التدريب في انكباب لطالب على كتابة صفحات طويلة تسرد الكثير من الأمور البديهية الساذجة.

وقد اتجهت العديد من المؤسسات الخارجية إلى الأخذ بأسلوب التسجيل الصوتي والحوار الشفاهي بين الطالب والمشرّف ليقصر التسجيل الكتابي على الملخصات المؤسسية القصيرة. فالعبرة ليست فيما يكتبه الطالب وإنما فيما فعله في واقع الأمر.

أما الأساليب المتقدمة فهي أساليب تعليمية أميل إلى التركيز والموضوعية بحذفها الكثير من المترادفات والأمور البديهية ليقصر على كل ما هو جوهري في العملية المهنية أو له دلالة خاصة، وهو الأسلوب الذي يجب أن يتجه إلى التدريب الميداني في كافة مراحله.

هذا ويرتبط بالأساليب التعليمية إلى جانب تسجيل المقابلات - عمليات تسجيلية أخرى كتسجيل النشاط اليومي للطالب وعدد الساعات والتقارير الدرية والاجتماعات الإشرافية وما إليها لقياس النمو المهني للطالب^٤.

ثانيًا: تصنيف أساليب التسجيل حسب النوع:

من الأهمية أن نوضح هنا أنه سواء كنا نسجل لخدمة أغراض المؤسسة أو التدريب فلا بد أن يكون لنا خط وطريق واضح ومرسوم في التسجيل.

ويتحدد هذا في أنواع ثلاثة هي:

أ- التسجيل بالأسلوب القصصي.

ب- التسجيل بالأسلوب التخيصي.

ج- التسجيل بالأسلوب الموضوعي.

أ- التسجيل القصصي:

أسلوب يصف الحوار اللفظي ويبين الجو النفسي ويكشف التفاعل العقلي الحادث بين الممارس المهن والعميل في صورة حياة دينامية تعرض الأمور بتسلسل وقوعها الزمني.

مميزاته:

١- يصف طبيعة شخصية العميل وانفعالاته.

٢- يوضح العمليات النفسية المصاحبة للحوار.

٣- يبين مدى نمو العلاقة المهنية.

٤- يوضح كيفية ممارسة الأخصائي للأسس والمفاهيم المهنية ومواقف تطبيقها.

٥- يوضح مدى التزام الأخصائي بإجراءات المقابلة أو الزيارة أو المحادثة وأساليبها الفنية.

٦- يستخدم بعض عبارات العميل كما هي إن كان لها دلالة مهنية تتصل بمشكلته.

٧- مفيد للغاية في نقد الأخصائي أو الطالب لذاته المهنية.

٨- وسيلة هامة للأشراف الجامعي الأكاديمي أو المؤسسي على طلاب الخدمة الاجتماعية.
عيوبه:

١- مكلف في الوقت والجهد والمال.

٢- يصعب الحصول منه على بيانات عاجلة.

٣- يصعب استخدامه في البحوث العلمية والإحصاءات العامة.

٤- لا يتناسب مع طبيعة المؤسسات التي فيها ضغط كثير في العمل على الأخصائي الاجتماعي.

٥- يهرب منه بعض الأخصائيين الجدد لأنه يكشف مستواهم الحقيقي في الممارسة ويوضح فهمهم للأساس النظري وصعوبة تطبيقهم لذلك في الواقع العملي^(٨).

٦- نظرًا لأنه يصف بدقة وبتسلسل وقوع الأحداث كيف بدأت وسارت وانتهت المقابلة، فقد يهرب منه الكثير من الممارسين لأنه يتطلب ذاكرة قوية لكتابة تفاصيل المقابلة بعد انتهائها.

(ب) التسجيل التلخيصي^(٩):

أسلوب موجز يلخص المادة العلمية ويعرفها بشكل دقيق ومركز دون التقيد بحرفية المقابلة أو تسلسلها.

ويستخدم هذا الأسلوب التلخيصي في حالات عدة من بينها:

- عند عمل تلخيص للمقابلة أو الزيارة أو المكالمة.
- عند عمل ملخص دوري عن الحالة يوضح مدى تقدمها كل فترة زمنية تقدرها المؤسسة.
- عند كتابة الملخص الختامي لغلق العمل مع الحالة بسبب علاجها أو تحويلها لأخصائي آخر.
- عند تحويل الحالة إلى مؤسسات أخرى يرفق بها موجز مختصر يوضح ما قامت به المؤسسة من جهود وخدمات مع الحالة وأسباب تحويلها.

مميزاته:

- ١- مختصر في الوقت والجهد والمال.
- ٢- لا يعرض الأمور بتفاصيلها ولهذا يتناسب مع ضغط العمل بالمؤسسات المثقلة بالأعباء.
- ٣- وسيلة سريعة لعمل البحوث العلمية والمهنية
- ٤- وسيلة سريعة لاستخراج الإحصائيات العامة
- ٥- لا يتطلب ذاكرة حادة لكتابة تفاصيل المقابلة بعد وقوعها لأنه يكفي بذكر ملخص مختصر عن ما تم بها.

عيوبه:

لا يحقق مزايا الأسلوب القصصي المتعددة السابق الإشارة إليها.

(ج) الأسلوب الموضوعي:

تسجيل مقيد برؤوس موضوعات محددة مسبقاً وهو على ثلاثة أشكال:

- ١- تسجيل موضوع من خلال الاستثمارات المتنوعة أو الكروت أو البطاقات الخاصة باتصال العميل بالمؤسسة وطبيعة الخدمات التي تقدم له فيها.

٢- تسجيل موضوعي من خلال المقاييس العلمية الاجتماعية والنفسية المختلفة التي توضح سمات العميل من جوانبها المختلفة وتكشف عن مناطق القوة والضعف في شخصية العميل أو بيئته الاجتماعية.

٣- تسجيل موضوعي عن طريق الجداول البيانية أو الإحصائية التي ترفق دورياً بملف الحالة.

مميزاته:

١- يتسم بالبساطة والبعد عن التعقيد.

٢- يكون واضحاً وهادفاً ومحددًا.

٣- مختصرًا للوقت والجهد ولكنه قد يكون مكلفًا ماليًا لطبع الاستثمارات أو المقاييس.

٤- يعطى بيانات يستفاد منها بشكل مباشر في البحوث العلمية أو استخراج إحصاءات معينة.

٥- يوضح نشاط المؤسسة وخدماتها بشكل غير متحيز وأمين مما يكون من شأنه البحث عن كيفية تطوير الخدمة بها بشكل مستمر.

عيوبه:

١- يجب نمو الشخصية المهنية للممارس لأنه يتحول إلى أبه بكتاب حكومي روتيني يقوم بملئ استمارات ليستوفي بياناتها بغض النظر عن فائدتها.

٢- لا يراعى مميزات الأسلوب القصصي.

ولكن بغض النظر عن نوعية أساليب التسجيل فإن الأساليب الثلاثة تستخدم معاً في مؤسسات خدمة الفرد بشكل تكاملي أو قد يغلب على المؤسسة أسلوب دون آخر أو الجمع بين أكثر من أسلوب للدخول مباشرة في تشخيص المشكلة وهو ما يسمى أحياناً بالأسلوب التشخيصي^(١٠).

الاعتبارات الهامة الواجب مراعاتها في التسجيل:

١- الدقة والأمانة والوضوح. فالتسجيل عملية مهنية وأخلاقية، تستهدف أساسًا مساعدة العميل وليس استعراضًا لجدارة الأخصائي. من ثم كانت الدقة والأمانة في التسجيل حتى ولو تضمن أخطاء مهنية للأخصائي الاجتماعي هي ضرورة تحتّمها أخلاقيات المهنة وتدعو إليها مصالح العملاء.

٢- أن يخضع التسجيل بأساليبه المختلفة لفلسفة المؤسسة وطبيعة خدماتها.

٣- أن يحدد التسجيل فردية الحالة بظروفها الخاصة.

٤- أن يتجنب العبارات الأدبية والألفاظ الرنانة والغامضة.

٥- رغم ضرورة التزام التسجيل باللغة العربية فمن المفضل أن يتضمن عبارات مختارة من العميل أو الأخصائي كما هي ويكون لها دلالات مهنية خاصة.

٦- يصاغ التسجيل بحيث يأخذ الأخصائي صفة المتكلم والعميل صفة الغائب.

٧- التسجيل عملية اقتصادية تخضع لقوانين القيمة والتكلفة. من ثم فيجب أن يتسم بالتركيز وتجنب المترادفات والجوانب عديمة القيمة.

٨- عند تسجيل الآراء والأحكام المهنية الخاصة يجب أن توضح الأدلة والبراهين التي تؤكدتها أو أن ترفق به المستندات الدالة على صحتها (١١).

محتويات الملف:

يخصص لكل حالة ملف خاص بالمؤسسة تحفظ به تسجيلات الحالة ووثائقها ومكاتباتها الخاصة بها. ويتكون الملف عادة مما يلي:

١- الغلاف الخارجي: ويوضح عليه اسم العميل وعنوانه أو القسم التابع له ونأخذ بعض المؤسسات بأغلفة يبرز منها بطاقة صغيرة يكتب عليها اسم العميل

كما تأخذ أخرى بكتابة محتويات الملف كله على الغلاف الخارج مسلسلة حسب ترتيبها بالملف.

٢- صحيفة الوجه: وهي أولى صحائف الملف تكون عادة من الورق السميك وتكون منفصلة عن الملف أو مشبوكة بظهر الغلاف الخارجي من الداخل. ويسجل في هذه الصحيفة كافة البيانات المعرفة وطبيعة المشكلة وتطورات عمليات المساعدة أولاً بأول.

٣- استمارة البحث الاجتماعي: ويوضح فيها حقائق المشكلة وتشخيصها وخطة علاجها.

٤- التقارير الصحية أو النفسية أو العقلية وعادة ما يكون لها ألواناً مميزة.

٥- المقابلات المتعاقبة والزيارات المهنية، قصصية أو تلخيصية أو موضوعية.

٦- المكاتبات الصادرة والواردة والوثائق والمستندات الخ.

٧- الخدمات العلاجية أو الدورية أو الموسمية.

٨- الملخصات الدورية.

٩- الطلب المقدم أو خطاب التحويل أو صحيفة الاتهام.

وعند قفل الحالة يوضح ملخص للحالة وأسباب قفلها في صدر الملف

كما قد يوضح هذا على صحيفة الوجه بإشارة معينة أو علامة خاصة^(٢).

المراجع

- ١- محمد شمس الدين أحمد: العمل مع الجماعات في الخدمة الاجتماعية، مؤسسة يوم المستشفيات، القاهرة، ١٩٨٢، ص ٣٥٢.
- ٢- أحمد السنهوري: أصول خدمة الفرد، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٦٥، ص ٤٣٣.
- ٣- فاطمة الحاروني: خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية، مكتبة السعادة، القاهرة، ١٩٧٧، ص ٤١٤.
- ٤- عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد في المجتمع النامي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨١، ص ٢٩٠.
- ٥- إحسان زكي وآخرون: المدخل في خدمة الفرد، مذكرات غي منشورة، القاهرة، ١٩٨٣، ص ص ٢٠٨ - ٢٠٩.
- ٦- إحسان زكي عبد الغفار وآخرون: أساسيات التدخل في خدمة الفرد، المكتب العلمي للطباعة، القاهرة، ١٩٩١، ص ص ٢١٥ - ٢١٧.
- ٧- عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد في المجتمع المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٠، ص ص ٣٧٢ - ٣٧٣.
- ٨- زينب حسين أبو العلا، عبد الناصر عوض أحمد، مقدمة في خدمة الفرد، مذكرات غير منشورة، القاهرة، ١٩٩٠، ص ١٢١.
- ٩- إحسان زكي وآخرون: المدخل في خدمة الفرد، مرجع سبق ذكره، ص ص ٣٢٠ - ٣٢٢.
- ١٠- فاطمة الحاروني: خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية، مطبعة السعادة، القاهرة، ط ٦، ١٩٧٥، ص ٤٨٨.
- ١١- عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد في المجتمع النامي، مرجع سبق ذكره، ص ص ٢٩٧ - ٢٩٨.
- ١٢- عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد والمجتمع المعاصر، مرجع سبق ذكره، ص ٣٧٨.

الفصل الخامس
عملية الإنهاء في خدمة الفرد

عمليات في القسم مع الأفراد والأسر

الفصل الخامس

عملية الإنهاء في خدمة الفرد

أولاً: مفاهيم نظرية أساسية:

١ - مفهوم الإنهاء : Termination:

يشير مفهوم الإنهاء إلى خاتمة عملية التدخل للأخصائي الاجتماعي والعميل. وهي إجراءات منتظمة لإنهاء العلاقة المهنية للأخصائي الاجتماعي مع العميل، وتبدأ هذه المرحلة عندما يتم التوصل للأهداف المطلوب تحقيقها، أو عندما ينتهي الوقت المحدد للعمل مع العميل أو عندما لا يرغب العميل في الاستمرار في العمل على مساعدته. وغالبًا ما تتضمن هذه المرحلة تقييم تقدم العمل نحو تحقيق الهدف (١٢ : ٥٣١)، كما أن الإنهاء يعد بمثابة عملية وليس مجرد نقطة يصل إليها الأخصائي الاجتماعي، فهو عملية معقدة ومتشابكة تتضمن مجموعات متباينة من السلوك للأخصائي الاجتماعي والعميل في نفس الوقت^٨.

وتشير أدبيات مهنة الخدمة الاجتماعية إلى أن عملية إنهاء الخدمة هي محصلة فقدان وإنهاء العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، والتي تتضمن الإنكار والتجاهل، الغضب، الإحباط، والاكتئاب ثم القبول في النهاية (١ : ٢٣٩٩).

كما يدل هذا التعبير (الإنهاء) على نهاية التدخل المهني من جانب الأخصائي الاجتماعي تجاه العميل، وهي مرحلة تحتاج إلى مهارة ولباقة وتخطيط، يعد لها الأخصائي الاجتماعي والعميل معًا عندما تتحقق نتائج العلاج، ويصبح العميل فيغير حاجة للأخصائي الاجتماعي.

ويجب تقييم الموقف من جميع وجوهه قبل إنهاء هذه المرحلة والتأكد من إمكانية العميل على مواجهة ما قد يقابله من مشاكل مستقبلاً. (١٣ : ١٦٣)

وبغض النظر عن الأسباب التي قد تدعو إلى الإنهاء، يجب النظر إلى الإنهاء على أنه جزء من الخدمة، ويتم تنفيذه في ضوء احتياجات العميل (١٤).

وبصفة عامة فإن المواقف التي قد يتم إنهاء الخدمة يمكن تمثيلها في:

(١: ٢٣٩٨)

أ- إنهاء حسب مخطط زمني مسبق.

ب- إنهاء بسبب عدم الرغبة في الخدمة وحسب اتفاق متبادل.

ج- إنهاء بسبب عوامل أو أسباب غير مخططة ولكن مع وجود وقت للإنهاء.

د- التحول إلى أخصائي اجتماعي آخر أو التحول للحصول على خدمة أخرى.

هـ- بعد العميل أو تهريبه.

والإنهاء قد يحدث نتيجة لظروف معينة تتعلق بجوانب أخلاقية بعيداً

عن أهداف الخدمة وبدون اتفاق مسبقاً مع العميل، ومن تلك الظروف (١٤):

أ- أن يمثل العميل تهديداً مادياً مباشراً على حياة الأخصائي الاجتماعي.

ب- أن يسبب العميل مشكلات أو مضايقات للأخصائي.

ج- أن يخل العميل بالاتفاق الخاص بشروط المؤسسة (بدون سبب معقول).

د- أن يطلب العميل خبرات مغايرة لتلك الموجودة لدى الأخصائي.

هـ- مرض الأخصائي الاجتماع أو تقاعده عن العمل أو انتقاله للعمل في جهة

أخرى أو عمل آخر.

و- عدم وجود تقديم يذكر أو ملحوظ في العلاج (فشل).

وتتطلب مرحلة الإنهاء أهمية الاتفاق بين الأخصائي الاجتماعي والعميل

منذ البداية على تحديد عدد الأسابيع المحددة للتدخل المهني، وهذا له فائدته

الكبيرة للأخصائي الاجتماعي، حيث يمكنه ذلك من العمل خلال تلك الفترة

والتوصل لنقطة أو مرحلة النهاية، ثم يبدأ في حصر الأهداف التي تم إنجازها ويركز على طبيعة الإنجاز من خلال عملية التقييم.

وبذلك ينجح الأخصائي الاجتماعي في تقييم قدرة العميل على التعامل مع المشكلات بدون مساعدة منه. وهذه تعد بمثابة المهمة الرئيسية لمرحلة النهاية ويمكن الحكم على التدخل المهن من خلالها (١٥ : ٢٠٧).

ولتحقيق الإنهاء يجب على الأخصائي الاجتماعي الاهتمام والإدراك بمرحلة بداية التدخل المهني، وباستعراض الانجازات تبدأ جهود الأخصائي الاجتماعي لاختبار وتقييم جوانب المشكلة للعميل. ومن أهم المكاسب التي يجب أن يحققها الأخصائي الاجتماعي من خلال التقييم للمشكلة هي تحسين قدرة العميل على التفكير والتخطيط للمستقبل (١٦ : ٥٢).

وتعتبر عملية الإنهاء في التدخل المهني ذات صعوبة كبيرة في أساليبها عنها في مرحلة البداية، وعليه فإنه يجب على الأخصائي الاجتماعي والعمل خلال عمليات التدخل المهني الأخذ في الاعتبار ما يلي (١٥ : ٢٥٦):

أ- هل تم إنجاز أهداف التدخل.

ب- ما هي الأهداف التي لم تنجز؟ وما هو التقدم الممكن حدوثه من خلال إنجازها؟

ج- هل يمكن التفكير في استكمال هذه الأهداف، واستعداد العميل الآن للتعامل بمفرده مع الموقف، وهل يمكن تقدمه في إنجاز الأهداف بدون مساعدة الأخصائي؟

د- هل يمكن أن يفيد الاتصال المستقبلي بين الأخصائي الاجتماعي والعمل في تحقيق أهداف مستقبلية وفي اتخاذ قرارات تتعلق بالإنهاء؟

وفي إطار ما تقدم يمكن تحديد مفهوم الإنهاء في كونه عملة من عمليات التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع العميل، تتم من خلال عمل

مشارك بين الأخصائي الاجتماعي والعميل لتحقيق إجراءات إنهاء العلاقة فيما بينهما، وفي ضوء تقدير وإدراك طبيعة المشاعر التي قد تظهر لدى كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل. ويتم تحقيق عملية الإنهاء من خلال قيام الأخصائي الاجتماعي بالآتي:

أ- التخطيط والتحديد لزمن إنهاء العلاج أو الخدمة.

ب- تقدير وتقييم طبيعة المشكلة وتحقيق حلها.

ج- مراعاة وتقدير توقعات العميل وردود أفعاله خلال عملية الإنهاء.

٢- مفهوم الممارسة المهنية:

يشير مفهوم الممارسة إلى التطبيق العملي للافتراضات النظرية، وهي طريقة لامتحان صحة أو خطأ تلك الافتراضات، والممارسة هي المقياس السليم لما هو ممكن ولما هو مستحيل، وتقضي الممارسة لتحقيق الهدف توفر الحرية والمسؤولية. (١٧: ٣٢٣)

والممارسة المهنية تعني كل أشكال وأساليب التدخل المهني وما يترتب عليه من إجراءات وتدابير يتم من خلالها تحديد المشكلات والواقف والعملاء ومهام العمل ومسئولياته سواء على المستوى الفردي أو الجمعي أو المجتمعي، وما يلزم لذلك من توافر بعض المتطلبات والموارد والإمكانات (١٨: ٧٧).

ويدل مفهوم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية على استخدام معلومات ومهارات الخدمة الاجتماعية لتقديم خدمات اجتماعية بطرق تتسلسل مع قيم الخدمة الاجتماعية وتشمل الممارسة العلاجية والدعم والوقاية ويمكن أن تصف مستويات ممارسة الخدمات الاجتماعية إلى ثلاث مستويات هي: مستوى الوحدات الصغرى، مستوى الوحدات المتوسطة ومستوى الوحدات الكبرى. (١٢: ٥٠٤ - ٥٠٥).

ومن المفاهيم الخاصة بالممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية ما يشير إلى كونها تتمثل في تحديد العميل والأخصائي الاجتماعي معًا للمشكلة في جميع جوانبها ووضع خطة لمقابلة هذه المشكلة واختيار الإستراتيجية التي يمكن بها تحقيق استجابة ملائمة للعمل مع الأفراد والأسر والجماعات والمؤسسات والمجتمعات، وكذا اختيار العمل في ضوء أهم المشكلات، تلك التي تؤخذ في الاعتبار لإحداث التغيير. (١٩ : ٤٢٦).

ووفقًا لمفهوم الخدمة الاجتماعية الذي وضعته الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين عام ١٩٧٣م فإن مفهوم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية يتكون من التطبيقات المهنية لقيم ومفاهيم الخدمة الاجتماعية، وكذلك الأساليب المهنية لتحقيق واحدًا أو أكثر من الأهداف التالية: (٢٠ : ١٧).

(أ) مساعدة الناس وتمكينهم من الحصول على الخدمات.

(ب) التوجيه والعلاج للأفراد والأسر والجماعات.

(ج) مساعدة الجماعات والمجتمعات للحصول على الخدمات الاجتماعية والصحية وتطوير تلك الخدمات.

كما يشير مفهوم الممارسة المهنية إلى مجموعة الوسائل والأساليب والمهارات القائمة على أساس من المعارف المتنوعة والمستمدة من التراث النظري للخدمة الاجتماعية، ويتم استخدامها وتنفيذها بواسطة أخصائيين اجتماعيين. (٢١ : ٤٠٩).

وفي ضوء ما تقدم يمكن تحديد مفهوم الممارسة المهنية في تلك الجهود والإجراءات والأساليب المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الممارس لطريقة خدمة الفرد، في إطار قيم ومفاهيم ومهارات ومعارف خدمة الفرد، بهدف تحقيق عمليات خدمة الفرد مع العملاء بأنسب الأساليب لمقابلة مشكلاتهم وحصولهم على أفضل الخدمات الممكنة.

ثانيًا: أهمية وإشكالية عملية الإنهاء :

تسعى خدمة الفرد كإحدى طرق الخدمة الاجتماعية إلى تحقيق أهدافها مع عملائها من خلال عمليات مهنية رئيسية تمكنها من تحقيق تلك الأهداف، هذه العمليات التي يمكن النظر إليها على كونها تشكل متصلاً للممارسة المهنية لخدمة الفرد، وتمثل عملية إنهاء العلاج أو الخدمة نهاية هذا المتصل، وبذلك تلعب عملية الإنهاء هذا الدور الكبير في رسم الصورة النهائية لعملية الممارسة ككل من حيث كونها صحيحة أم أنه قد جانبها الصواب.

ومع التسليم بكون الخدمات أو المساعدات التي تقدم للعملاء بسبيلها دائماً إلى الإنهاء فإنه لتتضح تأثيرات عملية الإنهاء بما اتخذته الأخصائي الاجتماعي فيها من خطوات وأساليب مهنية على تلك الخدمات وعلى عائد الممارسة المهنية مع هؤلاء العملاء.

ولا تقف التأثيرات المترتبة على الإنهاء أو المصاحبة للأسلوب المتبع في تحقيقه على طبيعة الخدمات وعوائد الممارسة المهنية لخدمة الفرد فحسب، بل تمتد لتشمل العميل ذاته بانفعالاته وردود أفعاله تجاه عملية الممارسة برمتها، كما أن تلك التأثيرات قد تمتد لتشمل الأخصائي الاجتماعي الممارس نفسه.

فعلى الرغم من أن بعض الدراسات تشير إلى أن ردود أفعال العملاء تجاه الإنهاء غالباً تكون إيجابية وذلك انطلاقاً من كون إنهاء علاقة الأخصائي بالعمل يمثل بداية جديدة ورحلة استقلالية جديدة للعميل، إلا أنه في أحيان أخرى تتضمن ردود أفعال العميل ردوداً سلبية مثل الإنكار والرفض والغضب والإحباط والاكْتئاب، ويجدر القول هنا أن العملاء لا يتساوون في الخبرات التي يحصلون عليها من الخدمة وبالتالي فهم لا يتساوون في ردود أفعالهم تجاه الإنهاء. (١ : ٢٣٩٩).

وقد أشارت دراسة "شريل رسنيك وصوفيا Cheryl Resnick &

Sophia F.

والتي استهدفت تحديد طبيعة العلاقة بين الإنهاء والرضا الوظيفي للأخصائيين الاجتماعيين، كما اهتمت بأوجه إنهاء خدمات العلاج بطريقة غير مخططة وقد أجريت الدراسة على (١٤٤) أخصائي اجتماعي من العاملين بالمجال الطبي، أشارت إلى أن هناك علاقة إيجابية بين كل من الإنهاء والرضا الوظيفي للأخصائي الاجتماعي، كما طرحت توصياتها بضرورة إجراء المزيد من الدراسات حول عملية الإنهاء.

ومن الجدير بالذكر أن من بين الأسباب التي تجعل إنهاء العلاقة والانفصال تمثل تجربة فاشلة للعملاء، أن الأخصائي الاجتماعي لا يوفق في التمييز بين إنجاز العمل وإنهاء العلاقة، ففي كثير من الحالات نلاحظ أن العميل رغم تمكنه من تحسين أدائه الوظيفي وتحقيق ما انتق عليه مع الأخصائي الاجتماعي إلا أنه لا يرغب في الانقطاع أو الانفصال.

فإذا كان اهتمام الأخصائي الاجتماعي ينصرف إلى الأفعال أكثر من اهتمامه بالمشاعر، فإن عليه رغم ذلك أن يشعر برغبة العميل في استمرار العلاقة به وذلك لا يعني مطالبة الأخصائي الاجتماعي في جميع الحالات إشباع رغبات العملاء في الإبقاء على العلاقة واستمرارها بل ما نقصده هو مطالبة الأخصائي الاجتماعي باكتشاف العوام الكامنة وراء مقاومة العميل لعملية الإنهاء. (٣: ٣٦٩)

وكما يؤثر الإنهاء وأسلوب تحقيقه في كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل برودود أفعال فإنه من جانب آخر يتأثر بعوامل عديدة تتعلق بالأخصائي الاجتماعي والمؤسسة، تلك العوامل التي قد تتمثل في فلسفات ومعتقدات ومقاصد الأخصائي الاجتماعي المعالج إلى جانب مستوى الالتزام تجاه المؤسسة والتدريب وأيضاً العلاقات الإدارية بالمؤسسة.

فقد أوضحت دراسة "أرنفيلد جوديث Ehrenfeld Judith (٤) والتي اهتمت بالإنهاء في العلاج من منظور العلاج النسوي من خلال إلقاء الضوء

على نسق القيم لدى المعالجات والوقوف على إدراكهن لمفهوم الإنهاء وترجمة ذلك إلى ممارسة فعلية، وقد أجريت الدراسة على عدد (٧) من الممارسات تم إجراء لقاءات معهن فيما يزيد على (٣١) ساعة لقاء للحديث حول خبراتهن في الإنهاء، كما أجريت تحليلات للقاءات مع المستفيدين.

أوضحت الدراسة أن معتقدات المعالجات من الأخصائيات الاجتماعيات تؤدي إلى اختلافات كبيرة في الخلفيات المعرفية لديهن، وكذلك في التوجهات النظرية والأخلاقية ونمط التعامل مع مرحلة الإنهاء إلى جانب المنهج المتبع في عملية الإنهاء ذاته.

كما تشير دراسة هريسون Harrison Selma (٥) والتي استهدفت كشف العوامل المرتبطة بالإنهاء بين الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال رعاية الطفل ودور المؤسسة حول موضوع الإنهاء، وقد اعتمدت الدراسة على عدة بحوث مسحية طبقت على (٢٢٦) أخصائي اجتماع يعمل معظمهم في مؤسسات عامة بولاية أوهايو Ohio، أشارت الدراسة إلى وجود ارتباط بين مستوى الالتزام تجاه المؤسسة ن قبل الأخصائي الاجتماعي - ذلك المستوى الذي يحكبه عوامل مثل المكافآت والتدريب - وبين إتمام الإنهاء، كما أوضحت أيضًا تأثير الإنهاء بنمط العلاقات الإدارية للأخصائي بالمؤسسة.

واتساقًا مع الأهمية التي يتمثلها الإنهاء في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة، فقد اهتمت العديد من الدراسات بتناول الإنهاء كعملية أساسية في الممارسة المهنية بهدف الوقوف على طبيعته والصعوبات التي قد تعترضه إلى جانب أهمية التدريب على تحقيقه بالأسلوب الصحيح سعيًا لتحقيق فاعليته في عمليات الممارسة المهنية.

فقد أوضحت دراسة "شيبيرد وكريمير Shepard Tew & Creamer Andrew (٦) والتي استهدفت الوقوف على طبيعة الممارسة المهنية لفريق الخدمات المتكاملة بالمدارس النوعية، أوضحت أهمية وضرورة العمل في إطار

عمليتين رئيسيتين هما التخطيط لإنهاء العلاج وعملية الإنهاء ذاتها لتحقيق التدخل النشط الفعال لدعم الأسر التي تواجه المخاطر، كما أكدت أهمية دور الأخصائي الاجتماعي بالمدارس في تحقيق ذلك.

وقد اهتمت دراسة "وودس هندرسون Woods Henderson (٧) بعملية الإنهاء وطبيعتها بهدف تنمية وتطوير سلوك الممارسين أو المعالجين، وذلك من خلال استكشاف مبدئي لسلوكياتهم خلال فترة الإنهاء للعلاج أو الخدمة وقد طبقت الدراسة على (٣٠) من الأخصائيين الاجتماعيين من خلال إجراء مقابلات معهم.

كما أوضحت دراسة لكي Lackey Mary (٨) والتي اهتمت أيضًا بمرحلة الإنهاء في مجال الخدمة الاجتماعية من خلال التوصل لمعايير الإنهاء ودراسة سلوكيات العميل والأخصائي الاجتماعي التي تسهل عملية الإنهاء أوضحت أهمية التعاقد المبدئي بين الأخصائي الاجتماعي والعميل في توضيح أبعاد عملية الإنهاء وتحقيقها، كما أكدت الدراسة على تحقيق تحسنًا كبيرًا في الاهتمام بمشاعر العميل الايجابية عند اتباع الأسلوب الملائم في عملية الإنهاء. وقد أوصت الدراسة بأهمية قيام الأخصائي الاجتماعي بإعداد وتحديد متى يبدأ الإنهاء وتتبع ذلك وصولاً للمرحلة الأخيرة، كما أكدت الدراسة أن إتباع الأخصائي الاجتماعي لذلك مع إجراء فحص وتقييم للعوائد يمكن تطوير نظرية للممارسة أكثر تكاملًا.

وقد أشارت دراسة هاردين مارك وآخرون Hardin Mark Others (٩) والتي استهدفت التخطيط الدائم رعاية الطفولة من خلال تحديد المواد التعليمية والموارد المستخدمة في العملية التعليمية وفي تدريب الطلبة وأخصائي خدمة الفرد في كليات الخدمة الاجتماعية أشارت إلى ضرورة وأهمية الإلمام كيفية إنهاء العلاج والإعداد لذلك من قبل ممارسي خدمة الفرد خاصة عند العمل على تحقيق سلسلة المهام المطلوبة في العمل مع الآباء.

وفي هذا الصدد أيضًا أوضحت دراسة فيكتور وآخرون Pike Victor & Oyjers (١٠) والتي اهتمت بالتوصل إلى دليل للأخصائيين الاجتماعيين للعمل على التخطيط الدائم والمستمر لرعاية الطفولة، أوضحت أهمية تضمين عملية الإنهاء وكيفية إجرائها وأسسها النظرية ضمن برنامج المساعدة الفنية والإطار المفاهيمي لخدمة الفرد في مجال رعاية الطفل.

وعلى الرغم من الأهمية التي قد يتمثلها الإنهاء في الممارسة المهنية لخدمة الفرد، إلا أن أدبيات الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة تفتقد لاعتبار موضوع الإنهاء في كتاباتها بالمستوى الذي تتناول به عمليات الممارسة المهنية الأخرى.

ويتفق هذا ما أوضحتته دراسة شبيرو Shapiro Constance (١١) والتي اهتمت بالإنهاء وبكونه من المفاهيم المهملة في مناهج الخدمة الاجتماعية بهدف وضع مفاهيم متكاملة مرتبطة بالإنهاء فقد أوضح أن الإنهاء يعد من الموضوعات التي لا تزال تحت الدراسة والبحث وذلك على نطاق واسع، وذلك من خلال تحليل محتوى مناهج الخدمة الاجتماعية.

وإذا كان هذا الافتقاد لتناول موضوع الإنهاء يأخذ صفة عدم الكفاية على مستوى الاهتمام الأجنبي فإنه يتسم بالندرة من قبل أدبيات وبحوث الخدمة الاجتماعية بعامة وخدمة الفرد بخاصة على المستوى العربي والمصري.

واتساقًا مع الطرح السابق حول أهمية إنهاء الخدمة أو المساعدة في الممارسة المهنية لخدمة الفرد، وكذا التأثيرات التبادلية بين الإنهاء وبين عناصر ومكونات عملية الممارسة المهنية لخدمة الفرد، إلى جانب ندرة تناول الإنهاء في أدبيات ودراسات خدمة الفرد، فإنه يجب التحقق من واقع ممارسة الإنهاء في الممارسة المهنية لخدمة الفرد وما قد نأمله في ضوء هذا الواقع لإتمام الإنهاء بالصورة التي تحقق فاعلية الممارسة لخدمة الفرد.

ثالثاً: المنطلقات النظرية لعملية الإنهاء في خدمة الفرد:

١ - محددات الإنهاء وأسبابه:

من الملاحظ أن العمليات الدينامية المركبة لوضع نهاية للتدخل المهني وما يحدث خلالها من انفصال بين العميل والأخصائي الاجتماعي لم تجد ما تستحقه من اهتمام مؤلفات الخدمة الاجتماعية، رغم أنها تمثل أحد الأبعاد الدقيقة في الخدمة الاجتماعية والتي لا مفر من أن يواجهها جميع العملاء والأخصائيين الاجتماعيين. ولعل إنهاء علاقة ما يمكن أن يمثل في بعض الظروف تجربة إيجابية، إلا أن إنهاء علاقة المساعدة غالباً ما يعبر عن خبرة أليمة ومخزنة ومثيرة للانفعالات المتناقضة، ويشير كل من "فوكس Fox وبولمان Bolman" إلى أن الثغرة التي تظهر في المؤلفات حول هذا الموضوع، تمثل انعكاساً لعمليات الأخصائي الاجتماعي الدفاعية نحو المشاعر التي يتضمنها إنهاء الحالة، كما أن هذه الثغرة قد ترجع إلى أن عدم نجاح التدخل يرتبط عادة بإنهاء الحالة وحفظها (٣: ٣٦٣-٣٦٤).

وثمة مواقف يتم في إطارها إنهاء الخدمة وتعد بمثابة أسباب تدفع إلى الإنهاء، يتمثل أولها في: إنهاء الخدمة في ظل الوقت المحدد سلفاً بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، حيث أن المشاركين في الخدمة يدركون في ظل هذا الوضع فترة التدخل ونهايتها، لذلك فإن قرار الإنهاء للخدمة هنا يكون سهل اتخاذه.

ويتمثل الموثق الثاني في إنهاء الخدمة بالاتفاق أي عندما يتفق كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل على أنه لا داعي للخدمة أو أنها لم تعد مرغوبة فيها، ومن المؤشرات التي يعتمد عليها الأخصائي الاجتماعي في ذلك (لوفاء بالأهداف وحاجات العملاء، تحسن سلوك العميل، الإحساس بسهولة نقل العميل لإنهاء الخدمة) كما قد يتم الإنهاء بسبب عدم تحسن الخدمة أو عدم توقع تحسنها مع استمرارية العلاج.

ويتمثل السبب الثالث في إنهاء الخدمة لعوامل غير متوقعة، وتعزي نسبة (٤٠% : ٦٠%) من إنهاء الخدمة لهذا السبب، مثال ذلك، حدوث تغيرات مفاجئة في المؤسسة، انتقال الأخصائي المسئول عن العلاج، أما الموقف الرابع فيتمثل في البعد أو الهروب للعميل، فقد يبتعد العميل من ذات نفسه عن الخدمة خوفاً من إخبار الأخصائي الاجتماعي ويعزي هذا لفشل العلاج، وربما بسبب عدم قدرة العميل نفسه على تقييم نتائج العلاج. (١ : ٢٣٩٨ - ٢٣٩٩).

ولكي تتم عملية الإنهاء بالشكل المرغوب فيه في إطار أيًا من المواقف والأسباب المحددة له، فإنه يجب على الأخصائي الاجتماعي العمل في ضوء مؤشرات رئيسية، حددها "هولمان Holman" (١٤) في البداية يجب التنويه إلى أن هذه الإرشادات تتطلب وجود نوع من التعاقد، سواء كان مكتوباً أو شفهيًا متعلق بنوعية الخدمة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، وسوف يتم تناول موضوع التعاقد هذا في جزئية خاصة به - والإرشادات هي:

- ١- يجب أن يتعلق الإنهاء بأهداف الخدمة وحسب اتفاق مسبق مع العميل.
- ٢- على الأخصائي الاجتماعي أن يرجع التعاقد الخاص بالخدمة عند التخطيط لإنهائها وذلك للوقوف على الخدمات التي أنجزت أو التي لم تنجز، وعليه أن يوفر البديل في حالة استحالة استمراره في تقديم الخدمة.
- ٣- إذا كانت الخدمة مقدمة بقرار من المحكمة يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يحدد ما إذا كانت شروط المحكمة قد تحققت جميعها قبل قرار الإنهاء أم لا.. مع الأخذ في الاعتبار أن العميل قد يسعى إلى الإنهاء ضد رغبة أو توصية المحكمة، وهذا يتطلب من الأخصائي الاجتماعي إخبار العميل وبصراحة بكل الآثار السلبية الممكنة والمحتملة ضده.
- ٤- إن تحقيق الإنهاء بهدف منفعة مادية أو اجتماعية للأخصائي هذا مرفوض أخلاقياً.

٥- من المحتمل أن يكون للعلاقة فيما بين الأخصائي الاجتماعي والعميل آثارًا على فكر ومشاعر وسلوكيات العميل، وعلى الأخصائي أن يدرك هذه الآثار ويدرك قوته في هذا الشأن عند الإنهاء.

٦- على الأخصائي الاجتماعي التزامًا مهنيًا بالبحث عن استشارة فورًا، إذا أدرك أن أفكار ومشاعر عميلة قد تتأذى خلال الإنهاء وليس لديه القدرة لذلك.

٧- في الممارسة الخاصة، على الأخصائي الاجتماعي تعيين شخص آخر مؤهل للعلاج، إذا كان غير قادر على تكملة العلاج بنفسه.

٨- على الأخصائي الاجتماعي أن يدرك أن الإنهاء لن يؤثر على العميل فقط، بل على الأنساق المحيطة به.

٩- يجب النظر إلى الإنهاء على أنه جزء من الخدمة، ينفذ في ضوء احتياجات العميل.

١٠- على الأخصائي أن يكون متمكنًا من استقبال العمليات العاطفية والنفسية المصاحبة للإنهاء.

١١- يجب أن تتضمن عملية الإنهاء تقديم لفظي، وأحيانًا كتابيًا عن الخدمة.

١٢- يجب أن يمد الأخصائي الاجتماعي عميله بكل المعلومات اللازمة إذا هدف إلى الحصول على خدمة أخرى.

١٣- يجب أن يتمتع الأخصائي الاجتماعي بالحساسية الكافية لتحديد متى وكيف تبدأ عملية الإنهاء.

١٤- يجب أن يتولى الأخصائي الاجتماعي بنفسه مسئولية إنهاء الخدمة وما يتبعها من قضايا في حالة ما إذا كان يشترك في الخدمة أطراف أخرى، كما هو الحال في المستشفيات أو المؤسسات التي يشارك العمل فيها أفراد آخرون.

ويتسق مع الأسباب والإرشادات المتعلقة بالإنهاء تلك المهام التي أوضحتها "أنى فورتين Anne Forune والتي حددتها في خمسة مهام رئيسية تتعلق بمساعدة العميل على: (١: ٢٤٠٠ - ٢٤٠١).

١- تقييم درجة التقدم في العلاج: وذلك من خلال مساعدته على تقييم درجة تحقق الأهداف وحالة العميل ومشكلاه وكذا التغيرات التي طرأت على حياته كما يتطلب ذلك إزالة الشكوك والغموض من ذهن العميل بخصوص التطور الإيجابي لحالته، وأيضًا يفيد التقييم في تحديد ما يجب التدخل فيه مستقبلاً، ومراجعة عملية العلاج برمتها.

٢- تعميم المكاسب: حيث أن العميل قد يستخدم مهاراته بمحدودية مما يصعب معه تعميم ما حققه من مكاسب (فمثلاً قد يحسن اتصالاته بزملائه وليس بأعضاء أسرته) كما يمكن أن يعمم مهاراته في المواقف الحياتية المستقبلية، وكذلك امتدادها إلى البيئة المحيطة به.

٣- الحفاظ على المكاسب: وتتعلق هذه النقطة بالمدى الزمني الذي يحتفظ فيه العميل بالمكاسب من المهارات بعد انتهاء الخدمة مثل التأكد من ممارسات السلوكيات المكتسبة بعد انتهاء العلاج. وأيضًا تضاءل شكايات اجتماعية جديدة خاصة بالعمل لتحقيق دوام واستمرارية المكاسب العلاجية.

٤- التحول إلى خدمة أخرى: فسواء انتهت الخدمة أو تم تحويل العميل إلى أخرى، على الأخصائي الاجتماعي مهمة تسهيل عملية التحويل وذلك من خلال تخفيف درجة تبعية العميل، ومناقشة الأحداث الجديدة التي تخرج عن نطاق العلاج.

٥- التفاعل مع المشاعر المصاحبة لعملية الإنهاء: حيث أن التعبير عن المشاعر جزئية هامة في عملية الإنهاء، حيث تجعلها حقيقة، وتصبح عملية الإنهاء بمثابة بداية جديدة لأوضاع حياتية أفضل، ويجب هنا مناقشة أية ردود أفعال سلبية مع العميل وبصرامة.

٢ - التعاقد والإنهاء :

يقصد بالتعاقد اتفاق مكتوب أو شفوي أو ضمني بين الأخصائي الاجتماعي والعميل على الأهداف وطرق حل المشكلة، أو المواعيد والجدول الزمنية والالتزامات المتبادلة للعلاج، وذلك للحصول على فهو واضح وفعلي، أو وضع اتفاق حول هذه الموضوعات (١٢: ١٢١).

وتتطلب عملية تقديم الخدمة أو المساعدة بصفة عامة تحقيق تعاقد فيما بين الأخصائي الاجتماعي والعميل سواء أخذ هذا التعاقد الصورة المكتوبة أو يتم في صورة اتفاق شفهي بين الأخصائي والعميل، وفي هذا الصدد يشير "ريد Reid" إلى تفصيل الاتفاق أو التعاقدات الشفهية عن المكتوبة لأنها أقل إثارة للخوف أو القلق إلا في حالة تواجد عدد من الناس أو أن تكون المشكلة معقدة (٢٢: ١٢٠).

ويفيد التعاقد بما يتضمن من بنود واضحة في قياس عائد التدخل المهني في كل مراحل العمل المهني، وكذلك النتائج النهائية لأنه يمثل صورة واضحة لواجبات كل الأطراف المشاركين أو المؤثرين في الموقف. (٢٢: ١٢٠).

وعملية الإنهاء كإحدى العمليات المرتبطة بتقديم الخدمة، يظهر فيها جلياً أهمية هذا التعاقد أو الاتفاق، حيث تتطلب ضرورة التوصل إلى اتفاق بشأن إنهاء الخدمة، أو تحديد كيف ومتى يتم اتخاذ قرار الإنهاء فيما بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، ومدى إشراك الأخصائي الاجتماعي للعميل في اتخاذ قرار الإنهاء.

وفي هذا الصدد تشير الدراسات إلى أن نسبة (٥٦%) من الأخصائيين الاجتماعيين يتخذون قرار الإنهاء بمفردهم وأن نسبة (٤٤%) يقومون بإشراك العميل في ذلك، وذلك القرار المتبادل بين الأخصائي الاجتماعي والعميل للاتفاق حول عملية الإنهاء يعد بمثابة نتاج عملية التخطيط، والتي تتطلب

اشترك كامل بين الأخصائي الاجتماعي والعميل للإحساس بزمان أو مرحلة الانفصال عن الأخصائي ولا يجب أن يحدث ذلك مفاجأة، لأنه قد يؤدي إلى رد فعل عكسي، حيث أنه عندما يتجنب الأخصائي الاجتماعي مقابلة عملية فقد تحدث الانتكاسة مرة أخرى (١٥: ٢٥٧).

والتعاقد يجب أن يبدأ قبل بداية الخدمة، فيجب إنشاء تعاقد تفاوضي بين العميل والأخصائي الاجتماعي والذي تتبع أهميته في أنه يخدم هدف مزدوج مهم للغاية لمرحلة العلاج حيث أنه يرشد العميل والأخصائي أثناء عملية العلاج أو الخدمة، إلى جانب كونه يوفر أساس لحل الخلافات أو نقاط عدم الاتفاق بينهما واتي قد تنشأ أثناء عملية العلاج أو الخدمة.

هذا الاتفاق الذي يجب أن يتضمن الحدود التي تفرضها سياسة المؤسسة، في إطار رضا كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل والتزامات وواجبات كلاً من العميل والأخصائي الاجتماعي كذلك الوقت اللازم لأداء الخدمة وأماكن المقابلات وهو بذلك يعد أساس لتحقيق عملية الإنهاء ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن كافة التعاقدات والاتفاقات يجب أن تتفق وآداب المهنة (١٤).

٣- الإنهاء في ممارسة خدمة الفرد:

يهدف الأخصائي الاجتماعي إلى مساعدة الأفراد والأسر لكي يكونوا قادرين ومستعدين لإغلاق الحالة لذلك يعمل الأخصائي الاجتماعي معهم على استعادة قدرتهم لمقابلة متطلباتهم وتحقيق الاستقرار في الأوضاع والمواقف الجديدة التي تقابلهم، وفي الواقع فإن إغلاق الحالة يتطلب على نحو أساسي ضرورة عمل كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل سوياً لإنهاء عملهم، من خلال النظر إلى ما تم إنجازه، والتحدث سوياً حول ما سيتم عمله لاحقاً وذلك على الرغم مما يحدث إغلاق الحالة من مشاعر بعدم السعادة لكل من الأخصائي والعميل (٢٤).

وقد يغيب عن الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في إطار العلاج قصير المدى، أن العميل في مثل هذه الظروف ربما يعتقد أنه ليس من حقه التعبير عن مشاعره وأفكاره حول إنهاء الحالة ذلك أن شروط المساعدة التي وضعها الأخصائي الاجتماعي عادة، خلال المقابلة الأولى قد تجعل لعميل يشعر بالحرج في مناقشة الاتفاق الذي وافق عليه في البداية.

بالإضافة إلى أن الأخصائي الاجتماعي في العلاج المحدود المدى غالبًا ما يوجه جهده نحو الأفعال، وقد يغفل نتيجة لذلك المشاعر الكامنة وراء الإحساس بالذنب والغضب والاكتئاب (٣: ٣٦٦).

فكل من الأخصائي الاجتماعي والعميل (أفراد أسر) ينتابهم القلق بشأن إنهاء العلاقة فيما بينهم، ولافتقاد كل منهما الآخر ومن واقع الخبرة العملية، فقد حددت "اليزابيث كوبلر - روس Elizabeth Kunler - Ross" الأبحاز والمآسي التي تظهر خلال هذه المرحلة في: الغضب المساومة، الوهن والحزن والاستحسان وربما يواجه العملاء مشاكل جديدة تتعلق بمحاولة الحفاظ على مستوى علاقتهم بالأخصائي الاجتماعي وبرغم ذلك، فإن إجراء عملية الإنهاء يكون مهم جدًا لكل من طرفي العلاقة، حيث أنه يتم من خلالها معرفة مشاعر كلا منهما تجاه الآخر مع تحقيق إنهاء العلاقة (٢٤).

وفي إطار النظرية الوظيفية يعتبر الإنهاء أو تجربة الانفصال من المفاهيم الأساسية التي تقوم عليها النظرية، تجربة الانفصال، وهي عادة تجربة أليمة عند نهاية عملية المساعدة، لابد وأن تعقبها فترات من الحيرة والقلق إلا أنها تنشط لدى العميل إرادة الخلق والابتكار وهي نهاية المطاف في عملية المساعدة وتتحدد مهارة الأخصائي في التمهيد لها، وجعلها انفصالاً مؤقتاً إلى لقاء وليس وداعاً نهائياً وفي نهاية التدخل المهني، تبدأ مبادرات خلاقة من العميل لحل مشكلته، وتحرر نسبي لإرادته لفعل شيء ما كالمصالحة أو التنازل أو الاعتزاز (٢٥: ٢٠٥ - ٢٠٧).

وفي ضوء النموذج البيئي ونموذج الأنساق، فإن عملية الإنهاء تتضمن أنشطة رئيسية مثل التقييم الختامي، الفصل من العلاقات وتثبيت عملية التغيير، ويتم ذلك من خلال مهارات وطرق تتعلق بإعداد الأخصائي الاجتماعي لتقييمات التطورات الحادثة من خلال الأنشطة السابقة وفي ذلك قد يتأثر الانفصال أو الإنهاء بتجارب كل من العميل والأخصائي السابقة عن العلاقات وعلى الأخصائي الاجتماع التآهب لذلك بمراجعة خبرات العميل السابقة عن فقدان من خلال مراحل من الرفض والمشاعر السلبية والحزن لذلك فإن مرحلة الإنهاء تحتاج إلى تقييم التقدم الحادث للعملية من قبل كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل، ويتحمل الأخصائيون الاجتماعيون أيضًا مسؤولية الاستعانة بالمعلومات الواردة في دراسة الحالات، لمتابعة قضايا اجتماعية قد تنشأ من هذه الحالات، وذلك بالاشتراك مع المؤسسات الاجتماعية وعلى نطاق واسع (٢٢: ١٧٥-١٨٢).

أما الإنهاء وفق نموذج التدخل في الأزمة وكما حدده جولان Colan فإن عملية الإنهاء والتي قد تبدأ في اللقاء السابع أو الثامن إذا لزم الأمر فإنها تتضمن مفاهيم ومحددات رئيسية مثل:

(أ) اتخاذ قرار الإنهاء: ويتضمن ذلك فحص الفترة منذ التحويل وبقاء العميل، افتراض أو اقتراح الفترة الزمنية بين الاتصال والإنهاء التعامل مع مقاومة مرحلة الإنهاء.

(ب) مراجعة التقدم وتشمل، مراجعة الموضوعات الرئيسية تذكر المهام التي تم إنجازها والأهداف التي تم التوصل إليها وأيضًا التغييرات والعمل الذي لم يستكمل.

(ج) التخطيط للمستقبل: ويشمل، مناقشة المشكلات الحالية ومناقشة خطط العميل، مساعدة العميل على الإحساس بعملية الانتهاء وإمكانية العودة في حالة ظهور مشكلات أخرى (١٦: ١٠٣ - ١٠٤).

وتتحد عملية الإنهاء وفق نموذج التركيز على المهام في اشتراك الأخصائي الاجتماعي والعميل في القيام بالإجراءات التالية (٢٦: ١١١):

(أ) وصف المشكلة المستهدفة كما كانت وكيف أصبحت الآن ويشمل ذلك اختبار أو التأكد من إذا كانت هي أكثر المشكلات أهمية.

(ب) اشتراك كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل في تقدير التغييرات والإنجازات المحققة.

(ج) التخطيط للمستقبل مثال، كيفية استخدام العميل لأي مهارات تعلمها أو تغيير ظروفه، ومساعدة العميل على التعامل مع ما يظهر من مشكلات مستقبلاً.

(د) التعاقدات الإضافية لتحقيق عملية الإنهاء بشكل ملائم أو للعامل مع مشكلات جديدة وتحديات للمهام.

(هـ) إجراءات نهاية محددة وفقاً لاستمرار الاتصال بالأخصائي المؤسسة (كما هو الحال في حالة الرعاية الداخلية أو المراقبة المستمرة للعملاء لتنفيذ متطلبات قانونية).

(و) التحرك لعملية العلاج الطويل أو تنظيم مرحلة التتبع لفحص ما قد تم حدوث تقدم بشأنه.

(ز) التحويل لمؤسسة أخرى للحصول على مساعدة إضافية مساعدة بديلة.

وفي العلاج الأسري، فإن الأفراد في أغلب الحالات سوف يستمرون في المعيشة مع بعضهم البعض، ومن ثم، فإن استجابات أعضاء الأسرة نحو الإنهاء أو الانفصال يتركز محورها عادة حول أدائهم الوظيفي في غياب الأخصائي الاجتماعي (٣: ٣٧٨) ولذلك فإنه يتم التركيز خلال مرحلة الإنهاء في العمل مع الأسرة على مواقف إعادة التأهيل، مثال ذلك حالات سوء تكيف الفرد أو الأسرة، حيث يتم التركيز على إعادة التأهيل للقدرات الضعيفة أو مواطن

العجز، وذلك من خلال تقييم الانجازات المرتبطة حل المشكلة، ذلك التقييم أو إعادة التأهيل يمكن اعتباره ضمن عمليات الوقاية (٢٧: ٧).

والإنهاء في العلاج الأسري قد يختلف في مكوناته، وذلك إذا ما أخذ في الاعتبار إمكانية تحقيق الهدف منه بعيداً عن الأخصائي الاجتماعي، والذي قد يتمثل في استمرار الأسرة أو الطلاق ولكن يتم التركيز عادة على الأساليب التي تمثل الأداء الوظيفي للأسرة كوحدة واحدة (٢٨: ١٤٧) وبذلك فإن إنهاء الخدمة المقدمة للأسرة يمكن إجرائها في ضوء مؤشرات قياس مثل: التغيرات التي تطرأ على العلاقة بين أعضاء الأسرة تحسن عمليات التفاعل أو الاتصال فيما بينهم، ووجود أدوار أكثر مرونة لأعضاء الأسرة إلى جانب حدوث تغييرات في المسؤوليات، والسلطة وكذلك حدوث تغييرات في علاقة أفراد الأسرة بالغير، قدرة الأسرة على الوفاء بالاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية لأعضائها إلى جانب قدرتها على تحقيق التنشئة الاجتماعية لأعضائها (١: ٢٣٩٨).

وبصفة عامة يمكن تحديد خطوات وطرق الإنهاء في خطوتين رئيسيتين: الخطوة الأولى تتمثل في التهيئة اللفظية حيث يتم التمهيد للعميل بعملية الإنهاء، وقد يكون ذلك بأن يذكر الأخصائي الاجتماعي العميل بما اتفقا عليه في الجلسة الأولى، عند بداية العلاج، مثال ذلك قد يقول الأخصائي الاجتماعي ها نحن نقرب من نهاية عملنا سوياً حيث أنني أتوقع في خلال أسبوعين من الآن أن تكون قد وصلنا إلى خاتمة عملنا المشترك، أو يقول في نهاية إحدى الجلسات أتوقع أننا في خلال ثلاثة أسابيع من الآن نكون قد اطمأنا إلى تحقيق الهدف الذي حددناها سوياً أو يقول الأخصائي أتصور أننا قد وصلنا إلى مرحلة يمكن أن تستمر فيها في العمل معتمداً على مهاراتك، وقد ننهي العلاقة بعد أسبوع من الآن.

ثم يقوم الأخصائي الاجتماعي عندئذ بإعداد ملخص للانجازات الخاصة بالحالة ويمكن مناقشة ذلك مع العميل أما الخطوة الثانية: يهتم الأخصائي فيها

بجعل الحالة مفتوحة للتتبع على أن يتفادى إعطاء فرصة لعودة العلاقات
الاعتمادية من جانب العميل. (٢٩: ٥٠٧ - ٥٠٨).

مقترحات للإنهاء في ضوء واقع الممارسة الميدانية:-

في ضوء ما تقدم من نتائج حول واقع قيام الأخصائي الاجتماعي
بإجراءات عملية الإنهاء للخدمة أو العلاج عند عمله مع الحالات الفردية، والتي
أشارت إلى ضعف إجراءاته في إتمام هذه العملية بالأسلوب الملائم. فإنه يمكن
وضع مقترحات حول كيفية إتمام عملية الإنهاء مع الحالات الفردية بالصورة
الملائمة من خلال قيام الأخصائي الاجتماعي باتباع أساليب معينة لتحقيق
الإنهاء، وذلك وفق محددات الإنهاء التالية:

أولاً: تحديد الفترة الزمنية للإنهاء والإعداد لها من خلال الآتي:

- ١- الاتفاق مع العميل حول بداية عملية الإنهاء.
- ٢- عندا نرغب في الإنهاء يجب إتمامه في فترة زمنية محددة له سلفاً.
- ٣- يجب القيام بمتابعة العميل باستمرار خلال فترة الإنهاء.
- ٤- مقابلة الضغوط التي قد تقع على الأخصائي الاجتماعي لإتمام الإنهاء دون
تعجل أو تسرع.
- ٥- يجب تجنب إجراء عملية الإنهاء بصورة مفاجئة، ومراعاة ضرورة التمهيد
والإعداد لها.
- ٦- إتباع خطوات متدرجة ومنظمة لمرحلة الإنهاء.

ثانياً: تحديد مدى تحقق علاج المشكلة والإلمام بطبيعتها والأهداف
المرجوة لتحقيق الخدمة، من خلال الآتي:

- ١- مراعاة التوازن بين لوائح المؤسسة وتحقيق الخدمة بصورة تامة لإجراء الإنهاء
بعد ذلك.

- ٢- عدم التسرع في القيام بالإنتهاء إذا تطلبت الخدمة وقت طويل.
- ٣- القيام باستخدام مؤشرات قياس للتقدم في الحالة قبل الإنتهاء.
- ٤- عدم القيام بالإنتهاء في حالة عدم توقع نجاح الخدمة ويجب الاجتهاد حول إنجاح الخدمة.

ثالثاً: مراعاة رغبة العميل وتوقعاته وردود أفعاله، وذلك من خلال الآتي:

- ١- تحديد بداية الإنتهاء وفق رغبة العميل.
- ٢- مناقشة العميل حول ما تم إنجازه وتوقعاته حول الإنتهاء.
- ٣- مراجعة العميل حول أسلوب الإنتهاء وطبيعة أفعاله بعد إجراء الإنتهاء.
- ٤- تقدير مشاعر العميل التي قد تنتابه عند إحساسه بقرب إنهاء العلاقة.
- ٥- يتم أخذ رأي العميل إذا تطلب الأمر ضرورة تحويله لمؤسسة أخرى.

عملات في العمل مع الأفراد والأسر

مراجع الدراسة

- 1- Anne E. Fortune: Termination in Direct Practice, In Encyclopedia of Social Work, N. A. S. W., Press, 19th Edition, Vol. 3, 1995.
- 2- Cheryl Resnick: The Relationship Between Therapeutic Termination and Job Satisfaction Among Medical Social Workers, Social Work in Health Care, Vol. 23, N. 3, 1996.
- ٣- محمود حسن محمد: ممارسة خدمة الفرد، الكويت منشورات ذات السلاسل، ١٩٨٣.
- 4- Ehrenfeld Judith: Thrmiation In Psychotherapy, An Investigation from A Frminist Therapy perspectives, Social Work, Vol. 43, 1995.
- 5- Harrison Selma: Exploration of Factors Related to Intent to Leave Among Child Welfare Caseworkers, the Ohio State University, 1995.
- 6- Shepard Tew, Creamer Andrew: Elementary School Integrated Services Teams, Applying Case. Management Techniques. Journal Articles, Professional- School- Counseling, Vol. 2, N. 2, 1998.
- 7- Woods Henderson, An Exploratory Investigation of Termination, the Development of the Counselor Termination Behavior Inventory (Therapy, Questionnaire Behavior Instrument), the Ohio- State- University, 1995.
- 8- Lacky Mary Beit Hallahmi; The Termination Phase In Social Work With Groups. University of Southern California. 1996.
- 9- Hardin Mark and Others: Permanent Planning In Foster Care, Resource For Training, Portland State University, 1998.
- 10- Pick Victor, and Others: Permanent Planning For Children in Foster Care, A. Handbook for Social Workers, Portland State University, 1997.
- 11- Shapiro Constance: Termination: A Neglwcted Concept in Social Work Curriculum, Journal of Education for Social Work . Vol. 16, N. 2, 1980.
- ١٢- أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠.
- ١٣- يحيى حسن درويش: معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، القاهرة، الشركة المصرية العالمية للنشر، ١٩٩٨.
- 14- Sandra L. Holman: Guidelines For Termination of Social Work Service with Adults, NASW, 1996.

15- F. M. Loewenberg: Fundamentals of Social Intervention, Second Edition, New York, Columbia University Press, 1983.

16- Veronica Coulhed: Social Work Practice, London, Macmillan Education Ltd, 1988.

١٧- أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان، ١٩٨٦.

١٨- محروس خليفة، إنصاف عبد العزيز: الخدمة الاجتماعية وأساليب الرعاية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٧.

19- Louse C, Johonson: Social Work Practice, A Generalist Approach, London, Allen and Bacon, 1986.

20- Armondo Morales, Bradford W. She for Social Work Profesion of Many Faces, Fifth Edition, London, Allen and Bacon, 1989.

21- Coral Meyer: Direct Practice In Social Work, in Encyclopedia of Social Work, Vol. 2. NASW, 1987.

٢٢- مالكولم باين: ترجمة حمدي منصور، سعيد عبد العال: نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، الإسكندرية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، ١٩٩٨.

٢٣- علي حسين زيدان وآخرون: الاتجاهات الحديثة في خدمة الفرد، القاهرة، مطابع غياشي، ١٩٩٦.

24- Mary P. Van Hook: Termination and Case Closing, Social Work in Health Care, N. A. S. W. Vol. 26, N. I, 1999.

٢٥- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد: خدمة الفرد بين النظريات المعاصرة، القاهرة، ط٣، مكتبة عين شمس، ١٩٩٥.

26- Malcolm Payne: Modern Social Work Theory, Second Edition, London, Macmillan Press, Ltd, 1997.

27- Ann Hartman, Joan Laird: Family Centered Social Work Practice, New York, A Division of Macmillan, Inc., 1993.

28- Charles D. Garvin, John E. Tropman: Social Work In Contemporary Society, New Jersey, Prentice- Hall, Inc., 1992.

٢٩- محمد محروس الشناوي: العملية الإرشادية، القاهرة، دار غريب للنشر والتوزيع، ١٩٩٦.

مقياس إنهاء العلاج أو الخدمة للعميل
خاص بالأخصائي الاجتماعي

أولاً: بيانات أولية:

١- الاسم: (اختياري)

٢- مكان العمل:

٣- السن:

٤- النوع: ذكر () أنثى ()

٥- المؤهل الدراسي:

٦- سنوات العمل والخبرة بالمجال:

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا
	ثانياً: فيما يتعلق بالتخطيط والتحديد للفترة الزمنية لإنهاء الخدمة:			
١	يتم إنهاء الخدمة وفق ما يخصص لها من وقت من جانب المؤسسة.			
٢	أقوم بالتحديد والتخطيط لبداية مرحلة إنهاء مع العميل.			
٣	يتم إنهاء العلاج فجأة وفي وقت قصير بانتهاء الخدمة.			
٤	يتم إنهاء العلاج أو الخدمة في فترة زمنية محددة مسبقاً.			
٥	أقوم بإنهاء العلاج وفق تخطيط وتدرج منظم خلال فترة زمنية.			
٦	يتم الاتفاق مع العميل على بداية مرحلة الإنهاء للخدمة.			
٧	يتم إجراء عملية متابعة للحالة خلال فترة الإنهاء للعلاج أو الخدمة.			

٨	تلقى عملية إنهاء الخدمة ضغوطاً على بما يدفعني إلى التعجل فيها.		
٩	يتم الإنهاء بعد التأكد من قدرة العميل على التعامل مع مشكلته مستقبلاً.		
ثالثاً: فيما يتعلق بطبيعة المشكلة وتحقق العلاج أو الخدمة:			
١٠	أقوم بعملية الإنهاء للخدمة عندما تتحقق الخدمة بصورة تامة.		
١١	يتم الإنهاء وفق لوائح المؤسسة بصرف النظر عن مدى تحقق العلاج أو الخدمة.		
١٢	يتم الإنهاء عند عدم توقع نجاح الخدمة أو العلاج.		
١٣	أقوم بالإنهاء إذا تطلب العلاج وقت طويل.		
١٤	أقوم بالإنهاء لنحويل العميل لمؤسسة أخرى ليحصل على خدمة أفضل.		
١٥	أجرى عملية قياس لمدى التقدم في الحالة قبل الإنهاء.		
١٦	يتم إنهاء الخدمة في ظل القيم والمبادئ المهنية.		
١٧	اعتبر إنهاء الخدمة خطوة مهنية في العمل مع الحالة.		
١٨	أقوم بتدعيم وتحسين علاقة العميل بالأخصائي الآخر عند تحويله.		
رابعاً: فيما يتعلق برغبة العميل وتوقعاته وردود فعله:			
١٩	تهتم بردود فعل العميل عند إجراء الإنهاء للخدمة.		
٢٠	تتم عملية الإنهاء للخدمة أو العلاج وفق رغبة العميل.		
٢١	أقوم بإجراء مراجعة بيني وبين العميل حول العلاج قبل الإنهاء.		
٢٢	تتم عملية الإنهاء عند التأكد من إمكانية العميل في تعميم ما تعلمه في مواقف أخرى.		
٢٣	يتم تزويد العميل بمهارات خلال فترة الإنهاء للاستفادة منها مستقبلاً.		
٢٤	يتم الإنهاء بعيداً عن تقبل العميل لإنهاء الخدمة.		
٢٥	أراعي مشاعر العميل وأقدرها أثناء عملية إنهاء الخدمة.		
٢٦	يتم إنهاء الخدمة دون مناقشة العميل في مدى استفادته		

			منها.	
			يتم مناقشة العميل في منفعه من الخدمة التي سيحول إليها قبل الإنهاء للحالة.	٢٧

عمليات في العمل مع الأفراد والأسر

عمليات في العمل مع الأفراد والأسر

الباب الثاني
عمليات خدمة الفرد في المجالات المتنوعة

العمليات في الأسر مع الأفراد والأسر

الفصل السادس
خدمة الفرد في المجال الأسري
العلاج الأسري في خدمة الفرد

الفصل السادس

خدمة الفرد في المجال الأسري

تقديم:

تعد الأسرة باعتبارها اللبنة الأولى والأساسية في المجتمع من أهم وحدات المجتمع ونظمه والتي تظهر فيها انعكاسات التغيرات التي تحدث في المجتمع بصورة جلية، لذا يصبح واضحاً أهمية دراسة الأسرة في إطار السباق الاجتماع للمجتمع الذي توجد به إذا ما هدفت أي من التخصصات المهنية إلى تناول أي جانب من جوانب الأسرة أو إذا ما هدفت إلى تناول أي من مشكلاتها، والخدمة الاجتماعية بطرقها المهنية كأحدى هذه التخصصات المهنية في المجمع يجب عليها العمل مع الأسرة في إطار إدراك وفهم طبيعة هذا السياق الاجتماعي لما له من انعكاساته على أوضاع الأسرة وخصائصها وبالتالي طبيعة ونوعية المشكلات التي يمكن أن يفرضها هذا السياق ينسق الأسرة، وهذا ما يحقق للمهنة وطرقها إمكانية التعامل مع الأسرة وأفرادها وزيادة عالية الجهود المبذولة من قبل المهنة وطرقها تجاه الأسرة ومشكلاتها.

هذا ويتم تناول العلاج الأسري في خدمة الفرد من خلال تناول مباحث أساسية تشمل موضوعات رئيسية مثل: الأسرة ماهيتها ومفهومها، المشكلات الأسرية وتصنيفها، خدمة الفرد والمشكلة الأسرية، الأساس النظري للعلاج الأسري، العلاج الأسري كاتجاه علاجي معاصر في خدمة الفرد، دورة حياة الأسرة كإطار مرجعي للعلاج الأسري.

الأسرة ماهيتها ومفهومها:

لا يوجد مجتمع قائم بالفعل ولا يشتمل على بناءات أية على أية صورة من الصور، إلا أنه من الصعب بمكان أن نقدم تعريفاً شاملاً لها وذلك نظراً لتعدد أنماطها، فمعظم الزوجات التي نطلق عليها مصطلح الأسرة قد لا ينطبق

عليها المعنى التقليدي الذي نطلقه على الأسرة خاصة إذا عرف أن ملايين الزيجات التي تحدث في الكاريبي أو أمريكا اللاتينية تتم دون أن تصاحبها الإجراءات الرسمية والقانونية والشعائر الدينية(١).

ويتباين المعنى الاصطلاحي لتعريف الأسرة باختلاف وجهات النظر. هذا بالرغم من الاتفاق حول أهمية الأسرة كنظام اجتماعي يؤدي وظائف ضرورية وحيوية للمجتمعات الإنسانية (٢).

فالأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأولى التي تهدف إلى المحافظة على النوع الإنساني ويعوم على المقترضات التي يرتضيها العقل الجمعي والقواعد التي تقررها المجتمعات المختلفة.

ويعتبر نظام الأسرة قوة المجتمع لذلك كان أساساً لجميع النظم، وتختلف النظم العائلية في جميع مظاهرها باختلاف الجماعات، كما يختلف نطاقها ضيقاً وسعة فأحياناً يتسع حتى يشمل جميع أفراد العشيرة كما هو الحال في العشائر الطوطمية وأحياناً يشمل الزوج والزوجة وأولادهما كما تضم المتزوجين منهم وصغارهم وهي الأسرة الممتدة Extended Family وأحياناً يضيق حتى لا يتجاوز نطاق الأب والأم وأولادهما الصغار وهي الأسرة النووية Nuclear or Conjugal family كما هو الحال في المجتمعات الحديثة ويقال أسرة الإنجاب Family of Procreation أي الأسرة التي ينتمي إليها الوالد والوالدة، وأسرة التوجيه Family of Orientation أي الأسرة التي نشأ فيها الفرد(١).

وعلى أية حال فإنه لا يمكن أن ينكر أحداً اعتبار الأسرة كتنظيم اجتماعي، لكن بالطبع ، فإن الأسرة تأخذ أشكالاً متنوعة، مثال الأسرة النووية التي تتميز بالعلاقة الزوجية وعلاقة الآباء بالأبناء، والأسرة الممتدة والتي تختلف عن الأسرة النووية في طبيعة شبكة علاقات النسب الهامة والأقارب، عموماً يمكن النظر إلى الأسرة كجماعة ترتبط برباط الزواج أو الدم أو التبني(٢).

وتعرف الأسرة في نطاق الخدمة الاجتماعية بأنها نظام اجتماعي يتكون أساسًا من رجل وامرأة يرتبطان بطريقة منظمة اجتماعيًا وقد يزداد عدد أفراد الأسرة بالإنجاب أو بانتماء بعض الأقارب للأسرة كما يمكن إطلاق لفظ الأسرة على الجزء المتبقي منها نتيجة وفاة أو انفصال أحد الوحدات البنائية المكونة لها (٣).

كما تعرف الأسرة في نطاق مهنة الخدمة الاجتماعية أيضًا بأنها جماعة اجتماعية ونظام اجتماعي جددت صورته ثقافة المجتمع وأقرت أساسه رجل وامرأة يقوم بينهما رابطة زواجية مقررة، وقد يتكاثر عدد الأسرة بإنجاب الأبناء أو بشمول أعضاء ينتمون إلى أحد الزوجين أو كليهما أو بالتبني ويمكن أيضًا أن ينسحب بلفظ الأسرة على جزء منها نتيجة وفاة أحد الزوجين أو كليهما (٤).

خصائص الأسرة:

إن الأسرة مؤسسة عامة من المؤسسات الموجودة في أي مجتمع على امتداد رقعة العمران البشري بأبعاده الزمانية والمكانية على السواء، ولكن الحقيقة المكملة لهذا المبدأ العام هي أن خصائص المجتمع الإنساني وظروفه هي التي تحدد في كل حالة الشكل التي تتخذه الأسرة في هذا المجتمع، ويأتي على رأس تلك الخصائص والظروف الاجتماعية الأنساق الاقتصادية الثقافية في المجتمع، فهي أبرز العوامل المؤثرة في الأسرة، وإذا دققنا النظر في تأثير المجتمع على الأسرة لوجدنا هذا التأثير ينفذ من خلال التنظيم الاجتماعي للزواج والقيود والمحرمات التي تفرضها على العلاقة الزوجية ونظم النسب وبالتالي شرعية نسب المواليد وقواعد اللاشرعية. ونظم القرابة واكتساب اسم الأسرة، ونظم الملكية، والمهنة أو المكانة، والهيبة، والوصاية، نظم الإعالة، وتوزيع السلطة داخل الأسرة وخارجها، وتقسيم العمل، والنشاط الاقتصادي بن الرجل والمرأة، وحقوق وواجبات الوالدين وغيرهما من الأقارب، وحقوق وواجبات الأطفال قبل والديهم وتقبل غيرهم من الأقارب^١.

ومن أهم خصائص الأسرة الحديثة^(٣):

١- تتمتع أفراد الأسرة بالحريات الفردية العامة، فلكل فرد كيانه الذاتي وشخصيته القانونية والاعتبارية عندما يبلغ سن الأهلية القانونية.

٢- تفسير المركز الاجتماعي لعناصر الأسرة، خصوصاً الوضع الاجتماعي للمرأة في الأسرة والحياة الاجتماعية، حيث نزلت إلى ميدان العمل بعد تعليمها، فأصبحت مشاركة ومسئولة.

٣- سيادة الاتجاهات الديمقراطية، فلم يعد المنزل قلعة يحكمها الرجل ويقبض مقاليد أموره وحده، بل أصبح خلية للاستمتاع والشعور بقيم الحياة الاجتماعية.

٤- العناية بمظاهر الحضارة والكماليات وإغفال مسائل ضرورية، وتنتشر هذه النزعة حتى في أبسط الأسر وأرقاها حالاً.

٥- العناية بتنظيم الناحية الروحية والمعنوية في محيط الأسرة، مثل تنظيم أوقات الفراغ واستغلال نشاط الأفراد فيما يعود على الأسرة والمجتمع بالفائدة، والعناية بالفنون والناحية الترويحية.

٦- ومن مميزات الأسرة الحديثة أنها أصبحت صغيرة العدد ومحدودة النطاق، فهي تتكون من الزوج والزوجة والأولاد المباشرين ويندر أنها تحتوي بعض ذوي القربى.

٢- وظائف الأسرة:

فضلاً عن الأدوار المنسوبة للأسرة والتي تحظى باعتراف عالمي تقريباً، فإن من الأهمية بمكان الإقرار بالأكال المختلفة التي يتخذها التنظيم الأسري، وهذا التنوع مسألة ملازمة لتعدد أشكال التنظيم الاجتماعي والقيم الثقافية والدينية، وقد تفرضت الأسرة، بوصفها وحدة اجتماعية لتحولات جذرية في العقدين الآخرين في شكلها وهيكلها بسبب التغيرات الديمغرافية وكذلك التغيرات الاجتماعية-الاقتصادية الكبرى^(٤).

وعلى الرغم من كل تلك التغيرات، ستبقى الأسرة لتقوم بوظائف أساسية متنوعة، ولسوف يجد الغالبية العظمى من الناس في التفاعل الزوجي والأسري الأساس الحيوي والهام للاستقرار العاطفي والنفسي، كذلك ستبقى الأسرة هي المصدر الأول للتنشئة الاجتماعية، وستظل كذلك مصدر الأمن والمودة وإعطاء الحياة معنى، وقد يتغير الشركاء خلال الزواج، وقد تتغير توقعات الرجال والنساء، الأمر الذي يمكن أن يعطي إلى تغيرات واسعة النطاق في الصيغ الأسرية إلا أن هذه التغيرات لا يجب أن تقررنها بالانحلال والأخلاقية.

إن المجتمع الذي قد يقترب من الانحلال ويكون للأسرة إسهام في ذلك فلن يكون الأمر راجعاً إلى التغير في حد ذاته، بل إنه سيرجع في المحل الأول إلى عدم القدرة على التغير واستيعاب الأوضاع والمواقف الجديدة^١.

وإذا جار القول بأن التخصص وتقسيم العمل يؤدي إلى تفكك المجتمع الحديث، فإنه يمكن القول بنفس القدر بأن تقلص وظائف الأسرة يمكن أن يؤدي إلى تفككها، ولكننا رأينا كيف أن التخصص وتقسيم العمل في المجتمع قد أدى إلى تدعيم التضامن الاجتماعي على نحو لم يشهده المجتمع الإنساني من قبل، كذلك نقول أن تقلص وظائف الأسرة قد حول أعضائها إلى مجموعات من الشخصيات المستقلة التي لا سبيل أمامها للوجود والحياة داخل إطار واحد سوى تكوين شبكة جديدة من علاقات التآلف الحميمة التي تهض على أساس من الإقناع والعاطفة لم يكن له نظير في الأسرة من قبل، لأنه وليد إرادة مستقلة وليس وليد حاجات مادية أو اجتماعية ملحة^٢.

والأسرة كنس اجتماعي لها من الوظائف ما يعد من وجهة نظر المجتمع ضروريات، وقد تعرضت كتابات عديدة لمثل هذه الضروريات، وتعد أكثر هذه الكتابات ملاءمة لوظائف النسق الأسري تلك التي عرضها كل من "بنيت وتوميس Benett and Tumis" والتي تتمثل في المحافظة على التوظيف

البيولوجي للأفراد، وظيفة التناسل، التنشئة الاجتماعية للأفراد، إنتاج وتوزيع الخدمات، المحافظة على المعتقدات وحث الأفراد على النشاط (٣).

وبذلك يمكن القول أن الأسرة تقوم بأربعة عمليات أساسية هي (١):

١- إشباع الجنسي لكل من الزوج والزوجة بطريقة يعترف بها الدين والمجتمع.

٢- إنجاب الأطفال وبذا يستمر الجنس البشري.

٣- حماية الأطفال وتنشئتهم.

٤- تقوم الأسرة بتوزيع العمل على أعضائها.

وبصفة عامة فإن وظائف الأسرة تشمل على (٢):

١- تنظيم العلاقات الجنسية بين الزوج والزوجة وتنظيم الإنجاب والتناسل.

٢- القيام بعمليات التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي للأبناء خصوصاً في مرحلة الطفولة المبكرة والمتأخر حيث يظل الطفل في حاجة إلى الرعاية الدائمة فترة طويلة يتزود خلالها بأهم القيم والمعايير والعادات والتقاليد والعناصر الثقافية الأساسية من أسرته ويكتسب مكونات المجتمع الثقافية من خلال تفاعل الحياة اليومية داخل الأسرة.

٣- إشباع الحاجات الأساسية كالحاجة للأمن والحب والانتماء فضلاً عن إشباع الحاجات المادية الأساسية كالمسكن والمأكل والملبس والرعاية أثناء المرض أو العجز.

٤- توفير حد معقول من التعليم والتدريب للطفل على كيفية التعامل مع الآخرين عن طريق توفير مناخ للتفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية تلك التي تنتج عن علاقة الطفل بأسرته.

وإذا كانت تلك الوظائف قد تتسلخ على الأسرى بوجه عام فإنه وفق الدراسة التي أجرتها "سنة الخولي" لمعرفة الوظائف التي تقوم بها الأسرة المصرية في الوقت الحاضر تبين الآتي:

١- إن وظائف الأسرة المصرية لم تتغير كثيراً فما زالت نسبة لا بأس بها تحتفظ بوظائف كانت تميز الأسرة الممتدة التقليدية، وربما يرجع ذلك إلى التأثير النسبي (لغات العينة) بالتغير واستجاباتها المتفاوتة له. تلك الاستجابات التي تعكس المستوى الاجتماعي والثقافي والمهني.

٢- تتحول الأسرة المصرية تحت تأثير الحياة الحضرية بالتدرج من وحدة منتجة إلى وحدة مستهلكة. كما أن إسهام الأسرة ككل في الأنشطة الاقتصادية المتنوعة في المجتمع دراد من حيث معدله بالمقارنة بالأسرة التقليدية القديمة.

٣- لا يظهر بصورة واضحة أن الأسرة المصرية كالأسرة في المجتمعات الغربية مثلاً تعتمد اعتماداً يكاد يكون مطلقاً على السوق الخارجية في كل مطالبها المادية على وجه الخصوص.

٤- أصبحت الأسرة المصرية تشارك في الوظيفة التعليمية عن طريق المتابعة والإشراف المنتظم في كثير من الأحوال على تقدم أبنائها المدرسي وإنجازهم لواجباتهم.

٥- تتغير أساليب التنشئة الاجتماعية إلا أن عملياتها المختلفة لا تزال أهم وظائف الأسر جميعاً، وليس هناك شك في أن طرق التربية والتنشئة الاجتماعية تتغير من فئة إلى أخرى حيث تعكس خبرة الوالدين ومستواهما الاقتصادي والثقافي والاجتماعي والمهني (١).

وانطلاقاً من أهمية الأسرة ووظائفها تجدر الإشارة هنا إلى عملية تقلص وظائف الأسرة، وما يمكن أن يكون عليه وضع الأسرة وأهميتها وفقاً لذلك.

تقلص وظائف الأسرة ما له وما عليه:

لعله قد اتضح من كل الدراسات التقليدية والحديثة للأسرة أن المؤسسات المتخصصة الحديثة تستطيع أداء كل (أو على الأقل أغلب) الوظائف التي

كانت تؤديها الأسرة في الماضي بنفس الكفاءة، إن لم يكن يشكل أكفأ ومن هنا يصبح من المنطقي أن تتساءل. هل بعد ذلك يمكن أن تعتبر تخلي الأسرة الحديثة عن بعض وظائفها تدهور للأسرة.

لا شك أن هذه النتيجة الواضحة تؤكد أن هذه الظاهرة لا يمكن أن تعد تقلصاً حقيقياً للأسرة ولا تدهور لمكانتها، خاصة إذا أفنا إلى هنا بروز الوظيفة الحقيقية للأسرة واتساحها أكثر فأكثر مع الوقت وهي وظيفة بناء الشخصية الاجتماعية الثقافية للفرد، أي وظيفة التنشئة الاجتماعية وكذلك التربية العاطفية وتقنيته بالمشاعر والأحاسيس التي تكفل له فعالية التوترات ومواجهة الأزمات ولا توجد أي مؤسسة اجتماعية أخرى يمكن أن تؤدي هذه الوظيفة يمثل هذه الكفاءة^(١).

المشكلات الأسرية وتصنيفها:

تتمثل المشكلات الاجتماعية بصفة عامة في المفارقات ما بين المستويات المرغوبة والظروف الواقعية فهي مشكلات بمعنى أنها تمثل اضطراباً وتعطيلاً لسير الأمور بطريقة مرغوبة كما يحددها القانون بدراسة المجتمع.

وتتصل المشكلات الاجتماعية بالمسائل ذات الصلة الجمعية التي تشمل عدداً من أفراد المجتمع بحيث تحول دون قيامهم بأولهم الاجتماعية وفق الإطار المنفق عليه والذي يتمشى مع المستوى المألوف للجماعة وعادة تكون المشكلة الاجتماعية ذات تأثير معوق لأحد النظم الاجتماعية الأساسية كما في حالة البطالة وتشرد الأحداث وغيرها^(٢).

وتعرف المشكلة بأنها: حالة من الاختلال الداخلي والخارجي الناجم عن وجود نقص في إشباع الفرد أو الأسرة ككل مما يؤدي إلى أنماط سلوكية تتنافى مع الأهداف السامية^(٣).

كما تعرف أيضاً على أنها: موقف اجتماعي يوجد بفعل مجموعة من العوامل والمتغيرات ويعرف الأسرة كوحدة اجتماعية عن أداء وظائفها، أو تحقيق أهدافها، أو إشباع احتياجاتها^(٣).

وبذلك تتضح طبيعة العلاقة بين المشكلة الاجتماعية بصفة عامة والمشكلة الأسرية من حيث التبادل والتأثير، فكما أن المشكلة الأسرية قد تكون نتيجة لمشكلات اجتماعية فإنها قد تكون سبباً في وجود مثل هذه المشكلات الاجتماعية، ويتفق هذا أيضاً مع طبيعة العلاقة بين العوامل المجتمعية والأسرة.

تصنيف المشكلات الأسرية:

تتنوع التصنيفات التي تتناول المشكلة الأسرية وفقاً لوجهات النظر تجاه المشكلة الأسرية وزاوية الاهتمام بها، وبذلك يصعب الاتفاق حول تصنيف محدد للمشكلات الأسرية، فالبعض يصنفها وفق مراحل ظهورها أو وفق دورة حياة الأسرة، كما تصنف وفق العوامل المؤثرة في حدوثها وكذلك وفق عجزها عن القيام بوظائفها، ويتم عرض تلك التصنيفات فيما يلي:

١ - تصنيف المشكلات وفق مراحل ظهورها ^(١):

(أ) مشاكل قبل الزواج ومن أمثلتها سوء الاختيار الزوجي ومشكلة الإسكان والمغالاة في المهور وارتفاع الأسعار وخاصة فيما يتعلق بمستلزمات بناء الحياة الزوجية.

(ب) مشاكل ما بعد الزواج، ومن أمثلتها سوء التوافق والغيرة والخيانة واختلاف القيم والميول والصراع الزوجي وغيرها.

(ج) مشاكل ما بعد زواج الأبناء ومن أمثلتها الشعور بالوحدة وأمراض الشيفوخة وتقاعد رب الأسرة.

٢ - تصنيف المشكلات وفق دورة حياة الأسرة ^(٢):

الملاحظ أن مفهوم دورة حياة الأسرة Family Cycle قد ازداد أهمية في الكتابات الحديثة عن الأسرة، ولا عجب في ذلك لأنه أمكن من خلال هذا المفهوم أن ندرك أن معنى أو مضمون الأسرة يختلف من حالة لأخرى حسب

المرحلة الزمنية التي تعيشها تلك الأسرة. ولا شك أن هذا المفهوم الجديد للأسرة يطرح علينا طائفة جديدة من المشكلات نذكر منها:

أ- الزوجان الشبان بدون أطفال.

ب- الزوجان مع أطفالهما في سن ما قبل المدرسة.

ج- الزوجان مع أطفالهما في مرحلة المراهقة المبكرة.

د- الزوجان مع أطفالهما في مرحلة المراهقة.

هـ- دخول الأسرة في مرحلة ما بعد الوالدية، حيث يبقى الأولاد الكبار في البيت أو يكونون قد غادروه بالفعل، ومن ثم يعود الزوجين وحيدين كما كان في البداية.

و- الزوجان يعيشان وحيدين.

ز- عند وفاة أحد الزوجين تظل حالة جديدة يمكن مواجهتها باحتمالات عديدة إما معيشة الطرف الثاني وحيداً أو أن يتزوج من جديد أو ينتقل للإقامة مع أحد أولاده الكبار، أو ينتقل للإقامة بأحد بيوت عائلة المسنين.

ولعل هذا التصنيف يشير إلى أن تلك المراحل لدورة حياة الأسرة كمنظور حديث لدراسة الأسرة ليست مشكلة في حد ذاتها، ولكن ما قد يستتبع هذا التحول من مرحلة إلى أخرى وظروف كل مرحلة من ظهور مشكلات ترتبط بطبيعة ونوع تلك المرحلة.

٣- تصنيف المشكلات وفق عجز الأسرة عن القيام ببعض وظائفها (١):

(أ) مشاكل الإنجاب والتي قد تنشأ عليه عدم القدرة على الإنجاب أو الإفراط في الإنجاب أو عدم التوازن في الإنجاب مما قد يؤثر في تماسك الأسرة وسعادتها.

(ب) مشكلات التنشئة الاجتماعية وهي تتعلق بقدرة كل من الأب والأم على القيام بأدوارهم في عملية التنشئة الاجتماعية وتربية أطفالهم.

(ج) المشكلات الاقتصادية وهي تتعلق بقصور أو نقص في الموارد المالية وعدم كفايتها للوفاء بالالتزامات الأسرية أو سوء توزيع الدخل.

(د) مشكلات أداء الدور حيث أن البناء الأسري يتضمن العديد من المراكز التي تتطلب أداء أدوار معيشة من شاعليها.

وتتمثل المشكلة في عدم قدرة الزوج أو الزوجة أو باقي أفراد الأسرة على القيام بالدور المتوقع منهم.

ويؤثر بهذا التصنيف أيضًا هذا التقسيم لتلك المشكلات الأسرية والتي تنتج عن عدم إمكانية الأسرة على القيام بدورها وهي (١):

أ- مشكلات الرعاية الأسرية للأطفال وما يترتب عليها من مشكلات سيكولوجية يتعرض لها الأبناء.

ب- مشكلات المراهقة والتي تزيد على عدم وجود قنوات اتصال فعالة بين الوالدين والأبناء وكذلك بين الأبناء بعضهم البعض.

ج- مشكلات أطراف القيادة الأسرية مثل مشكلات تعرض أحد أطراف الأسرة للأمراض العقلية أو الزهانية مما يفقد الأسرة توازنها وعدم قدرتها على الاستمرار.

٤- تصنيف المشكلات الأسرية وفق ارتباطها بالضغوط الأسرية والأوضاع المختلفة التي قد تتعرض لها الأسرة وتؤثر على الروابط والعلاقات بالأسرة (١):

(أ) مشكلات ترتبط بإضافة متغيرات جديدة للأسرة وتؤثر على الترابط الأسري:

Accession to membership.

- الزواج أو الزوج الثاني.

- الحمل المرغوب أو غير المرغوب فيه.

- الهروب من المنزل أو العودة إليه مرة أخرى.

- وجود رب أسرة جديد بالزواج بآخر ينضم للأسرة.

- وجود صراع مرتبط بالعائلة.
- تبني طفل أو مراهق.
- عودة أحد أفراد الأسرة بعد غياب للعلاج مثلاً.
- (ب) مشكلات متعلقة بتفكك العلاقات وفقد الأعضاء:

Loss of membership:

- موت أحد أفراد الأسرة.
- إقامة أحد الأفراد بالمستشفى.
- الصراع الذي يؤدي إلى الانفصال.
- ترك الأطفال للمنزل.
- بدء عمل المرأة.

(ج) مشكلات متعلقة بالانحراف أو الانهيار الخلقي: Demorlization:

- عدم الإعالة أو فقدان الدخل أو فقدان الوظيفة.
- الخيانة الزوجية.
- تعاطي الخمر أو الإدمان.
- الجنوح.

(د) مشكلات متعلقة بالانهيار الخلقي تبعاً لفقدان أو إضافة العضوية:

Demoralization Plus Loss or accession:

مثل:

- حمل غير شرعي.
- الهروب أو هجر الأسرة.

- الانفصال والطلاق.

- السجن لأحد الأفراد.

- الانتحار أو القتل.

- دخول المستشفى لمرض عقلي.

Changes of Status: (هـ) مشكلات متعلقة بتغير المكانة أو الوضع:

- الفقر أو الغنى المفاجئ.

- التحرك والانتقال لمنزل جديد أو جيرة جديدة.

- تغير في وضع ومكانة المرأة.

- النضج المصاحب لمراحل النمو مثال مرحلة المراهقة أو التغيرات المصاحبة للعلاج.

وتتنوع المشكلات الأسرية من حيث تقسيماتها بواقع الممارسة المهنية بمكاتب التوجيه والاستشارات الأسرية وذلك من حيث انتشارها وتواجدها بالواقع المجتمعي بين الأسر، ويتحدد هذا التقسيم فيما يلي (١):

أ- مشكلات نزعات زواجية وعائلية.

ب- مشكلات اقتصادية.

ج- مشكلات تتعلق بالحضانة للأطفال.

د- مشكلات تتعلق بالنفقة.

هـ- مشكلات خاصة بالرؤية.

و- مشكلات نفسية.

وبعد هذه التصنيفات لطبيعة ونوعية المشكلات الأسرية وفق الاهتمامات والمجالات المختلفة لتناول المشكلة الأسرية، تجدر الإشارة في هذا

الصدد إلى أن مثل هذه التصنيفات تتشكل وفق المنظور الذي يتم تناولها في إطاره إلى جانب الواقع المجتمعي الاجتماعي والاقتصادي والثقافي الذي تتشكل وفقًا له تلك التصنيفات، فقد تشمل مثل هذه التصنيفات على نوعيات من المشكلات لا نجد لها وجودًا بمجتمعاتنا العربية، وهذا يتبعه أيضًا احتمالية وجود نوعية من المشكلات الأسرية التي تختص بها مجتمعاتنا العربية ودون غيرها، بل والأكثر من ذلك إمكانية وجود مشكلات خاصة بالمجتمع المصري ذاته مثال المشكلات الأسرية التي تتجم عن سفر العمالة المصرية للدول الأخرى.

عملنا في العمل مع الأفراد والأسر

خدمة الفرد والمشكلات الأسرية

لقد اقترحت سيمكوفتش "MARY K. SIMKHOVITCH" في عام ١٩٠٩ أن يستخدم ما يسمى "بخدمة الفرد" مع الأسر التي تخدمها المحلات الاجتماعية، وفي عام ١٩١١ كان الكثيرون يتداولون مصطلح "خدمة الفرد" وبدأت فتيته تتكون خلال مقابلات الأخصائيين الاجتماعيين مع عملائهم وقيامهم بالزيارات المنزلية وبحثهم للحالات^١.

وقد انتشر تدريس طريقة خدمة الفرد في الولايات المتحدة الأمريكية نتيجة للتوسع في ممارسة هذه الطريقة من منطلق رعاية الأسرة والطفولة لتشمل العمل في المستشفيات والمحاكم والمدارس بناء على تقرير مؤتمر مليفوردي الذي عقد في عام ١٩٢٩، وقد ركز هذا المؤتمر على المجالات التي تمارس بها خدمة الفرد، ومن ثم أصبح التخصص في الخدمة الاجتماعية قائمًا على طريقة خدمة الفرد ومجالات ممارستها في خدمات رعاية الأسرة والطفولة وغيرها من المجالات^٢.

ويشير مصطلح الخدمة الاجتماعية الأسرية إلى ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال العمل المهني مع الأسرة لمساعدتها على القيام بوظائفها كأ أسرة أو جماعة وأيضًا كأفراد وذلك من أجل تدعيمها من حيث أدائها الاجتماعي لوظائفها مع مختلف أعضائها، ولا يقتصر أمر الخدمة الاجتماعية الأسرية عند حد العمل على الوقاية والحماية بل أنه أيضًا يمتد ليشمل علاج ما تواجهه الأسرة من صعوبات أو مشكلات تهدد استمرارها في القيام بوظائفها^٣.

لذلك ليس بالعجيب أن ترتبط مهنة الخدمة الاجتماعية منذ زمن بعيد بالأسرة وحتى هذه الآونة، بل أن المهنة قد وظفت طرقها الثلاثة الرئيسية وكذلك طرقها الفرعية لخدمة الأسرة.

فهناك طريقة خدمة الفرد بكل جوانبها ونظرياتها الحديثة قد ارتبطت بالبناء الأسري لدرجة أن هناك نظرية قائمة بذاتها تسمى نظرية العلاج الأسري تأكيداً على أهمية العلاج للأسرة التي تصادفها الصعوبات أو المشكلات أو عوامل التفكك والانحيار^(١).

ويذهب هذا الارتباط بين خدمة الفرد كطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية والأسرة ومشكلاتها إل أن تحددت هذه الطريقة (طريقة خدمة الفرد) في أبسط صورها بأنها نشاط معين يبذل نحو فرد أو أسرة يواجه ظروفًا اجتماعية صعبة هو أو أسرته عاجزة عن مواجهتها مواجهة فعالة أو عاجزة تمامًا عن مواجهتها بهدف التخلص تمامًا أو التخلص نسبيًا من هذه الظروف^(٢).

وتهتم طريقة خدمة الفرد في مجال العمل مع الأسرة، بدراسة وتحديد العمليات المختلفة للعلاج من مشكلات الأسرة وحيث تختلف هذه العمليات وتتباين بحسب احتياجات الفرد وطبيعة المشكلات التي يواجهها وحيث تجد أنواعًا من العلاج الذي يعرف باسم العلاج طويل المدى والعلاج قصير المدى، وهناك الكثير من الأدوات والأساليب المستخدمة في التعامل مع هذه المشكلات^(٣).

التوجيه والإرشاد الأسري:

تتمثل خدمات التوجيه والإرشاد بصفة عامة في كونها نظام تعليمي أو عملية تعليمية تتم من غير طريق المدرسة ويتضمن التوجيه والإرشاد جهودًا منظمة للتأثير على الأفراد وتعديل سلوكهم ليقابل حاجاتهم بما يتفق وظروف مجتمعهم، ويقسم الإرشاد عادة على أساس المجال الذي يخدمه إلى إرشاد صحي يهتم بالشئون الصحية وإرشاد زراعي يهتم بالنواحي الزراعية وإرشاد تربوي يهتم بالشئون التربوية وإرشاد عائلي أو أسري ويهتم بالشئون الأسرية^(٤).

ويتمثل الإرشاد والتوجيه الأسري في النشاط الذي تقوم به بعض المؤسسات الاجتماعية لمساعدة الأسرة على التغلب على ما يعترضها من تصدع وتفكك. وتهتم مكاتب التوجيه والاستشارات الأسرية بالمشاكل التي تنشأ عن

العلاقات بين أفراد الأسرة وخاصة المنازعات بين الزوجين التي قد تهدد بالطلاق فتعمل على دراستها ومعاونة العملاء على مواجهتها (١).

ويمكن للخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة القيام بتوجيه وإرشاد الأسر إلى أساليب المعيشة، الزواج، الطلاق، حالة الضم والوصاية للأبناء، تكرار الزواج، حتى تتمكن الأسرة من النجاح في مثل هذه الحالات، ويجب أن يتضمن هذا التوجيه والإرشاد إعادة توجيه أهداف الأفراد والجماعات (٢).

مداخل الخدمة الاجتماعية في التوجيه والإرشاد الأسري:

يوجد ثلاثة مداخل أساسية للخدمة الاجتماعية تعمل من خلالها على توجيه وإرشاد الأسرة لمساعدتها على تغيير أدوارها والتعامل مع المشكلات التي تواجهها وتتمثل هذه المداخل في:

١ - مدخل خدمة الفرد الأسرية: Family Casework:

ويهتم هذا الاتجاه بمساعدة أفراد الأسرة على تغيير سلوكياتهم وجعلهم مساهمين ومنتجين في الأسرة بدرجة كبيرة، ويتحقق ذلك من خلال استخدام الأساليب الخاصة بخدمات خدمة الفرد مع الأفراد، تلك الأساليب التي تدعم على نحو قوى باتجاهات العلاج النفسي الاجتماعي والتوجهات الخاصة بأسلوب حل المشكلة.

٢ - مدخل خدمة الجماعة الأسرية: Family Group work:

ويعتبر هذا الاتجاه أن الأسرة شكل خاص من أشكال الجماعات الصغيرة، ويتضمن كثيراً من النظريات الخاصة بممارسة الخدمة الاجتماعية مع الجماعات، ويحدد هذا الاتجاه العملية الأساسية للأسرة في عملية العلاقات ونوعيتها بها، وعلى ذلك يساعد الأخصائي الاجتماعي أفراد الأسرة على العمل معاً لحل المشكلة.

٣- ويمثل المدخل الثالث اتجاه العلاج الأسري: Family therapy

ويركز هذا الاتجاه على تغيير البناء الأسري حتى يصبح أكثر تدعيماً ومواءمة لأفراد الأسرة، وعندئذ ينظر للأسرة كوحدة يمكن تنمية أفرادها حتى يتمكنوا من مساعدتها على تحقيق وظائفها، وعلى ذلك فإن كل من اتجاه خدمة أفراد الأسرية، خدمة الجماعة الأسرية والعلاج الأسري يتضمن مهارات أساسية وأساليب تتلاءم مع هذه الأنشطة العلاجية^(١).

وبذلك يتضح الدور الذي يمكن أن تقوم به خدمة الفرد بالاعتماد على أساليبها العلاجية ونماذج ممارستها في تحقيق عملية التوجيه والإرشاد للأسرة وأفرادها، ممثلة في تلك الجهود التي تقدمها مهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة مع الأسرة، حيث أن خدمة الفرد بذلك تعد من أنسب طرق الخدمة الاجتماعية في التعامل مع الأسرة ومشكلاتها.

العلاج الأسري مع الأفراد والأسر

مداخل ونماذج علاجية للعمل مع الأسرة

تقديم:

هناك العديد من النماذج العلاجية المعنية بشئون الأسرة، حيث أن لكل نموج مجموعة من الافتراضات والتي تؤثر على دور العميل ومعرفة الأسباب الأساسية للمشكلات الأسرية وتحديد مستوى المسؤولية لدى العميل أو المعالج في عملية إعادة حل المشكلة.

١ - العلاج التحليلي النفسي:

العلاقة بين العلاج الأسري والتحليل النفسي:

العلاقة وثيقة بين التحليل النفسي والعلاج الأسري بحكم نقاط مشتركة بينهما وأول مظاهر هذه العلاقة (١٩):

أن كثيرًا من معالجي الأسرة بل من رواد العلاج الأسري قد تلقوا تدريبهم في البداية كمعالجين تحليليين ومارسوا التحليل النفسي كمنهج علاجي ثم اتجهوا بعد ذلك إلى العلاج الأسري وكانوا جزءًا من حركة نشأة هذا النوع من العلاج. أن نظريات التحليل النفسي وممارساته تعطي للأسرة وللعلاقات الوالدية ولعلاقات الأبناء بأبائهم دورًا مركزيًا وحاسمًا في نمو شخصية الطفل على النحو السوي أو النحو غير السوي.

ومن هنا كان من الطبيعي أن يكون رواد حركة علاج الأسرة من أصحاب التوجه التحليلي.

- أن التحليلين لا يرون أنهم يعالجون الفرد بعيدًا عن أسرته ولكنهم يعتبرون أن التأثيرات الأسرية المبكرة تترك بصماتها على شخصيته في الوقت الذي تعكس فيه سمات شخصية الفرد ملامح الأسرة وكأن المعالج التحليلي النفسي يعمل مع الأسرة ولكن من خلال الفرد المريض.

- اعتبرت مدرسة التحليل النفسي أن تأثيرات الأسرة لم تظل على مستوى العلاقات بين الفرد والآخرين أي على مستوى العلاقات الشخصية ولكن تجسدت في أجهزة ووظائف دائمة داخل شخصية الفرد هي (الهو) و(الأنا) و (الأنا الأعلى) والتفاعلات بينها.

يهدف التوجه التحليلي في العلاج الأسري إلى إحداث تغير في البنى التحتية أو البنى الكامنة وراء سلوك الأسرة واعتبر البعض أن هذا التغير هو الهدف الأساسي لعملية العلاج.

- وتؤكد النماذج التحليلية النفسية على العوامل التاريخية والتغاضي عن الصراعات المعلقة من الماضي والتي لازالت عالقة بأفراد الأسرة ومواقفهم الحالية ويكمن دور المعالج النفسي في إعداد التفسيرات للنماذج الفردية والأسرية مع التركيز على شعور أفراد الأسرة تجاه بعضهم البعض (٢٠).

استراتيجيات وأساليب العلاج التحليلي الأسري:

تتضح أهمية هذا الاتجاه إلى أن أصحابه يهتمون بمعرفة الحياة الداخلية والصراعات القائمة بين أعضاء الأسرة لفهم الروابط المشتركة بينهم وهذا يتيح الفرصة للتعرف على الأعراض المرضية المتداخلة التي تؤثر على الجلسات الأسرية خاصة عندما يتعامل الأفراد بطريقة تجعل كل منهم يعمل على تجنب الآخر والابتعاد عنه.

ويرى كثيرون من مؤيدي هذا الاتجاه أن أي اضطراب انفعالي لدى أي فرد يؤثر على علاقته بالآخرين. وأن العلاقة العلاجية مع هذا الفرد المضطرب ذات تأثير على علاج الاضطرابات الأسرية.

ويمكن للمعالج الأسري الاستفادة من هذا الاتجاه أثناء تطبيق الاستراتيجيات الثلاث للعلاج الأسري حيث يمثل الفرد- العميل- أو أعضاء النسق الأسري- كأفراد محورًا أساسيًا في العملية العلاجية. ويتم ذلك في ضوء (٢١):

- التعرف على الدوافع الشخصية للفرد.
- معرفة مصادر آلام الفرد وأحزانه ومتاعبه.
- التعرف على المؤثرات في العلاقات المرضية بين الفرد وبقية أعضاء الأسرة.
- مراعاة التغير الداخلي المستمر في عملية اللا شعور التي تحدث بين أعضاء الأسرة.

- تأثير البيئة الأسرية المضطربة على نمو الفرد أثناء طفولته نموًا مضطربًا.
- الاهتمام بدلالات الإشارات غير اللفظية والإيماءات وآثارها على العلاقات داخل الأسرة.
- فهم التحالفات العلاقات الثنائية والعلاقات الثلاثية التي تحدث داخل الأسرة والتي تحدث نتيجة لسعي فردين بالأشرة إلى ضم شخص ثالث إليهما لضمان مساندتهما لفرض وجهة نظر معينة وهذه المثلثات قد تكون مرضية وتساهم في خلق الصراعات والاضطرابات الأسرية.

دور المعالج في العلاج التحليلي الأسري:

من العوامل التي تساعد على نجاح الجهد العلاجي التحليلي أن يعمل المعالج على (٢١):

- ١- وجود علاقة قوية بينه وبين الأسرة وصفها البعض بأنها ترقى إلى مستوى التحالف بينهما حيث يسعى إلى هدف واحد. وبدون هذا التحالف قد لا تستمر الأسرة في العلاج. وليس من المطلوب أن يكون لدى المعالج نموذج علي لها يجب أن يكون عليه العلاج لو كان هذا النموذج سيتعارض بدرجة كبيرة مع نمط الحياة والتوقعات الخاصة بالمرضى أو بالناس الذين يعيش المريض في وسطهم.
- ٢- لا بد وأن تشعر الأسرة بمجرد مقابلة المعالج النفسي بأنها منخرطة في عملية تتوافق وتتسجم مع إحساسهم بتلك المناسبة.

٣- يجب أن يسمع المعالج من جميع أعضاء الأسرة عن المشكلة وعن تصوراتها حولها. والسائد أن الأب أو الأم أو أحد أعضاء الأسرة يفوض من قبل الأسرة أو ينصب نفسه (متحدثاً رسمياً) باسم الأسرة.

لكن هذا لا يمنع من أن يسمع المعالج من كل فرد من أفراد الأسرة تصوراتها وفي حضور الجميع، وبعد أن يكون قد أعلن لهم في التدريبات الأولية أن جلسات العلاج فرصة لكل فرد أن يقول ما يريد أن يقول وأن كل فرد له حرية مناقشة الآخرين بما فيهم المعالج.

٤- على المعالج أن يدرس بناء القوة في الأسرة وأن يعرف مواطن النفوذ والسيطرة ومواطن الضعف القابلة للاستغلال لأن هذه المعرفة ستعيده في فهم وتشخيص مشكلة الأسرة على نحو أقرب إلى الدقة.

٢- المدخل السلوكي في علاج الأسرة:

تعتبر الأسرة من وجهة النظر السلوكية البيئة الطبيعية لتعلم وإكساب السلوك فأعضاء الأسرة من خلال التفاعلات اليومية بينهم والعلاقات المستمرة مع بعضهم البعض تكتسب السلوكيات وتدعم سلوكيات بعض الأعضاء وتحظى سلوكيات آخرون بعدم الرضا والتقبل وفي النهاية فالأسرة تمثل مجالاً حيويًا يتعلم فيه عضو الأسرة كيف يسلك تجاه الآخرين وتجاه المواقف المختلفة حتى خارج نطاق الأسرة.

تؤكد النماذج السلوكية على ما يحدث في الحاضر، وتركز على العوامل الشخصية المتبادلة والعوامل البيئية التي تعد بمثابة (مكافأة) تعني الحفاظ على الأنماط السلوكية، ففي مشكلات الزواج بصفة عامة يتم التركيز على العلاقات بين الزوجين بدلاً من العمل على الأخطاء الفردية، ولذا فإنهم يفضلون هذه الطريقة، وبذلك يتعلم الزوجان كيفية تحسين مهارات الاتصال، والإرضاء الجنسي، ومهارات التأكيد (Assertiveness) والتفاوض، ويمارسون أداء

الواجبات المطلوبة فيما بين الجلسات، وينظر إلى السلوك باعتباره إما تعلم خطأ أو محاكاة لأحد الأبوين.

إن توجيه الزوجين إلى تجربة شتى أنواع السلوكيات أثناء الجلسة نفسها يعد أمرًا شائعًا. ويتولى الأخصائي القيام بدور المدرب أو النموذج أو المفاوض (٢٣).

أسس العلاج السلوكي الأسري:

ويحدد العلماء السلوكيون الهدف النهائي والشامل للعلاج الأسري السلوكي بأنه تغيير (اتساقات التدعيم) (Contingencies of Reinforcement) حتى يتعلم أفراد الأسرة أن يقدموا التدعيم الإيجابي المناسب للسلوك المرغوب فيه بدلًا من تدعيم السلوك اللاتكفي.

وقد يكون التدعيم وهو الملمح الرئيسي في عملية تعلم السلوك - بسيط مثل نظرة العين المشجعة أو الابتسامة الحقيقية أو كلمة تقدير، وقد يكون سلوكًا أكثر تعقيدًا مثل منح الفرد بعض الامتيازات.

ويعتمد العلاج السلوكي الأسري على التحليل السلوكي للنسق الأسري، والتحليل السلوكي الأولي يتضمن تقدير وظائف الأسرة، وقد يستغرق هذا التقدير عدة جلسات فردية وثنائية وجمعية، وربما يتضمن التقدير ملاحظات طبيعية لفاعلات الأسرة. ويبحث المعالج السلوكي الأسري خلال هذا التقدير بصفة خاصة عن (٢٤):

- إقامة تحالف علاجي مع كل أفراد الأسرة.
- استخدام المشكلة المقدمة كنقطة بداية لتحليل وظائف الأسرة.
- معلومات تفصيلية عن ملاحظات كل فرد في الأسرة وأفكاره ومشاعره حول المشكلة المقدمة.

- معلومات حول تفاعل كل فرد في الأسرة داخل النسق الأسري واتجاهاته ومشاعره وسلوكه نحو أعضاء الأسرة الآخرين وكذلك دافعيته.

دور المعالج الأسري:

يمكن للمعالج الأسري الاستفادة من النظرية السلوكية الأسرية في صياغة أساليب العلاج وأثناء تطبيق استراتيجيات العلاج الأسري الثلاث حيث أن سلوك أعضاء النسق الأسري يتم ويؤثر في مختلف الجوانب التي تشكل نسق الأسرة.

- الحدود والقواعد الأسرية.

- الاتصالات داخل الأسرة.

- التوازن الأسري. ويتم ذلك من خلال (٢٥):

- تقييم الأوضاع الأسرية قبل التعامل العلاجي مع أعضاء النسق الأسري.
- تشخيص الأوضاع الأسرية من خلال ملاحظة وتسجيل مشيرات وأعراض ومدعمات ونتائج السلوك.
- تقييم التغيير السلوكي الذي يتم كنتيجة للتدخل العلاجي أولاً بأول.
- إجراء تحليل للمشاكل الأسرية للتعرف على مناطق الخلل.
- تحديد نوعية السلوك الذي يتطلب إطفاء وتقليل السلوك غير المرغوب فيه داخل الأسرة.
- مساعدة الأسرة على تغيير السلوك غير السوي.
- تهيئة المناخ المناسب لتدعيم أعضاء النسق الأسري للسلوك الإيجابي.

٣- النموذج البنائي في علاج الأسرة:

يعد "منوشن Minuchin" من الرواد الأوائل الذين كانت لهم إسهامات واضحة في العلاج الأسري. ولقد حدد "منوشن" المدخل البنائي الأسري كأحد

المداخل العلاجية الأكثر استخداماً مع الأسرة وقد أكد على البناء الأسري والأنساق الفرعية.

وأشار إلى أن البناء الأسري هو مجموعة من الوظائف وأن أساليب السلوك الخاصة بالفرد تعطي مؤشراً على بناء الأسرة وضرورة إعادة تشكيل البناء الأسري بشكل جيد يتفق والواقع الحالي (٢٦).

ويهدف النموذج البنائي إلى تغيير تنظيم الأسرة وكذلك تغيير وظائفها ولكي يتحقق هذا الهدف فإن التدخل يكون مباشراً مادياً أو عملياً. وموجهة بالفعل إلى الأسرة ككل. ولذا فإن دور المعالج يتمثل في (٢٧):

- ربط الأنساق الأسرية بالمتغيرات الحالية التي تساعد على إمكانية فهم الواقع وفهم المزيد من السلوكيات خاصة المرتبطة منها بالجانب النفسي للأسرة.
- يستخدم المعالج الاتصالات اللفظية والاتصالات الرمزية والأنماط التعليمية وكافة الوسائل الأخرى لإنجاز الهدف الحالي.

يبدأ المعالج عمله مع الأسرة ككل في مقابلة تجمع كل أفراد الأسرة وقد يعقد فيما بعد جلسات فرعية متتالية لحل بعض المشكلات الفرعية التي تخص بعض أفراد الأسرة ثم بعدها يعود المعالج إلى الجلسات الشاملة محاولاً خلق أشكال جديدة من التفاعل بين أعضاء الأسرة.

ويضع القائمون على المدخل البنائي الأسري ثلاث مكونات أساسية يجب مراعاتها في هذا المدخل وهي:

* المكون الأول: ضرورة النظر إلى مشكلة أحد أفراد الأسرة في إطار الأسرة ككل وخاصة الوالدين وتبصير كل منهما وتحمله للمشكلة وضرورة اندماج الأسرة ككل في السعي لحل المشكلة.

* المكون الثاني: الأنساق الفرعية للأسرة ومدى ارتباطها وتفاعلها مع النسق العام. ومدى قيامها بوظائفها.

* المكون الثالث: الحدود الأسرية التي تحيط بالتوجهات الفردية والأنساق الفرعية.

٤- النموذج الاستراتيجي:

يسمى هذا النموذج نموذج "هالي" Haley نسبة إلى مؤسسة "جاي، هالي" ويركز "هالي" أن على المعالج الاستراتيجي استخدام التسهيلات المتعددة، واستخدام المدافعة لدى العمل ويحدد الأخصائي الاجتماعي العديد من المهام المنوط من العمل القيام بها في إطار التقاليد المعترف بها.

وقد وضع "ميلان" Milan وآخرون خمس نقاط رئيسية لهذا النموذج تتمثل في (٢٨):

١- العمل مع الأسر كأحد الأنساق القائمة في المجتمع والتي تسيطر على كافة أعضائها طبقاً لمجموعة من اللوائح والعمل من خلال المحاولة والخطأ.

٢- تتفرد كل أسرة ببنائها ومعتقداتها، والهدف الأول الذي يرمى إليه الأخصائي الاجتماعي هو إيجاد خط علاجي لدى الأسرة.

٣- يحاول الأخصائي تحديد بعض النماذج التي تتفق مع طبيعة المشكلة مثل المدخل التكاملي وتوضيح المعلومات المتعلقة بهذا النموذج وطرق العمل.

٤- يهدف المعالجون الأسريون إلى التوسع في كافة أشكال القوى التي يمكن الاستفادة منها وتحاول زيادة الأداء لدى الأسر والتفكير في العمل بفعالية وربط ذلك بالسلوك.

٥- تدعيم المنظور النسقي لزيادة فاعلية ممارسة الخدمة الاجتماعية.

ويهدف العلاج الاستراتيجي إعادة فهم القوى الحالية وكذلك فهم الأعراض المرضية وتحديد العلاقات بين أفراد الأسرة ومحاولة استعادة القوى لدى أفراد الأسرة وتوضيح إمكانية التدخلات الحالية المناسبة مع المشكلة.

كذلك يهدف العلاج الاستراتيجي إلى تطوير نظم العلاج المستخدمة والتي تساعد على تنفيذ المهام والوظائف الأخرى. ولذا فإن دور المعالج يتمثل في مساعدة الأسر للتغلب على المشكلات العامة والمرتبطة بالمرحلة الأولى في دورة حياة الأسرة ويساعد المعالج الأسرة على تصحيح مسارات حياتها. ويستخدم المعالج هنا الاستراتيجيات المباشرة وغير المباشرة لتحقيق الأهداف التي يراد تحقيقها (٢٩).

٥- نموذج علاج الذات لأحد الزوجين دون الآخر:

يقوم هذا النموذج على فرضيات أساسية تتمثل في (٣٠):

- ١- لكل مشكلة مفتاح حاسم يحدد قيامها كما يحدد علاجها فيما أسماه راتليف "صانع المشكلة وقد يكون الزوج أو الزوجة أو أحد الأبناء.
- ٢- أي جهود بعيداً عن شخص صانع المشكلة ليست مجدية. فالمشكلة ستكرر الآن وفي المستقبل.
- ٣- مرور هذا الطرف في تجربة عميقة حادة مع ممارس قادر يحدث تعديلاً جذرياً في سلوكه ومدرسته.
- ٤- جوهر عملية المساعدة هي:
 - مساعدة العميل على التعبير الصادق والصريح عن مشكلاته كون مواربة.
 - تقدير مقنن لقوة ذاته وعلاقة ذلك بمشكلاته الأسرية.
 - توظيف ما للذات من قدرة على إدراك أفضل لمشكلته.
 - ترك العميل يقدم اقتراحاته لحلها.
 - مناقشة إسقاطيه لهذه الاقتراحات الاتفاق نهائياً على مدى صلاحيتها.
 - البدء بتنفيذها مع استمرار المتابعة والتقويم.

المراجع المستخدمة:

- ١- إحسان زكي عبد الغفار وآخرون: الأسرة والطفولة في محيط الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة، ١٩٨٥.
- ٢- أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، ١٩٨٦م.
- ٣- أحمد محمد السنهوري وآخرون: الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والطفولة، دار الحكيم للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٩١.
- ٤- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية: المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري، القاهرة، ١٩٨٥.
- ٥- تقرير الأمم المتحدة: المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، البند ٨ من جدول الأعمال، القاهرة، ٥-١٣ سبتمبر ١٩٩٤.
- ٦- سامية الخشاب: النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة، دار المعارف، القاهرة، ط٢، ١٩٨٧.
- ٧- سعود بن عبد العزيز التركي: التصور الإسلامي لمواجهة مشكلات الأسرة في المجتمع العربي، بحث في المؤتمر العلمي الثالث، ١٧-١٩ مارس، الأسرة العربية الواقع والمتطلبات المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، المجلد الثاني، الجزء الأول، ١٩٩٠.
- ٨- سناء الخولي: الزواج والأسرة في عالم متغير، دار لمعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٨، ص ص ٥٠-٥١.
- ٩- سناء الخولي: علم الاجتماع ومستقبل الإنسان العربي "مستقبل الأسرة"، بحث في ندوة عاطف غيث العلمية، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ٢٣-٢٥ فبراير، الإسكندرية، ١٩٩٢.
- ١٠- سيد أبو بكر حسانين: مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، مكتبة التجارة والتعاون، القاهرة، ١٩٧٧.

١١- عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد في المجالات النوعية، مكتبة الأنجلو المصرية، ط٢، ١٩٨٢، ص١١.

١٢- علياء شكري: الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة، دار المعارف، القاهرة، ط٢، ١٩٨١.

١٣- محروس محمود خليفة، إنصاف عبد العزيز عوض: المدخل في ممارسة الخدمة الاجتماعية دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٢.

١٤- مختار عجوبة: المنطلقات النظرية لمدخل الخدمة الاجتماعية المعاصرة، في المؤتمر العلمي الثالث- الخدمة الاجتماعية ومشكلات المجتمع المعاصر، ٩- ١١ ديسمبر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة، ١٩٨٩.

15- Carlton E, Munsan; Social Work With Families theory and practice, N. Y. the free press, 1980.

16- Curtis Jenzen and Oliver Hennis: Family Treatment in Social Work Practice, U. S. A., peacock publishers, Inc. 1986.

17- Noel and Rita Timms, Dictionary of Social Welfare, London, Routledge and Kegen Paul, 1982, p. 74.

18- Santord N. Sherman: "Family therapy", In francis J. Turner, Social Work Treatment, N. Y., the free press, 1979.

١٩- علاء الدين كفاي: علاج الأسرة. العلاجات التحليلية والسلوكية والنفسية، مجلة علم النفس، العدد (٥٢) السنة (١٣)، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٩، ص٧.

٢٠- فيرونیکا كولشيد: مقدمة في ممارسة الخدمة الاجتماعية، ترجمة حمدي منصور، سعيد عويضة، الإسكندرية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ٢٠٠٠، ص ١٩٧.

٢١- مدحت أبو بكر: الإنسان والمشكلات، الأسباب ونظريات العلاج، القاهرة، بل برنت للطباعة والتصوير، ٢٠٠٠، ص ص ٤٠ - ٤١.

٢٢- علاء الدين كفاقي: مرجع سبق ذكره، ص ٩.

٢٣- فيرونیکا كولشيد: مرجع سبق ذكره، ص ٢٠٠.

٢٤- علاء الدين كفاقي: مرجع سبق ذكره، ص ١٠.

٢٥- مدحت أبو بكر: مرجع سبق ذكره، ص ٣٩.

26- John B. Burnham: Family Therapy. First Steps Towards A Systemic Approach, Tavistock Publication, New York, 1986, p.p. 64-65.

27- Curtis Janzen and Oliver Harris: Family Treatment in Social work Practice, University of Maryland, N. Y., 1986, pp 9-10.

28- Martin Davis: Social work and Society Library of Conquess, N. Y., 1997, p. 186.

John B. Buirham: Op. Cit, p.p 66- 67.

٢٩- عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد في إطار التعددية المعاصرة، مرجع سبق ذكره، ص ٣٨٣.

عمليات في العمل مع الأفراد والأسر

الفصل السابع

خدمة الفرد في المجال المدرسي ورعاية الشباب

الفصل السابع

خدمة الفرد في المجال المدرسي ورعاية الشباب

أولاً: الحاجات الاجتماعية والنفسية للطلاب:

تتعدد حاجات الطلاب وتختلف باختلاف المراحل العمرية ولكن ورغم تعدد هذه الحاجات واختلافها إلا أنها لا بد أن تشبع فعدم إشباع هذه الحاجات يصيب الطالب بالإحباط مما يترتب عليه ظهور العديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية.

ويمكننا أن نحدد أهم الحاجات الاجتماعية والنفسية للطلاب فيما يلي:

١ - الحاجات الاجتماعية:

التي تتمثل في حق الطالب في أن ينشأ في أسرة متماسكة تتمتع بالحب والاستقرار بحيث توفر له فرصة النمو في مناخ يشعره بالأمن والرعاية الوالديه بعيداً عن الاضطرابات الأسرية مثل النزاع المستمر أو الطلاق أو الهجر.

٢ - الحاجات النفسية:

التي تتمثل في شعور الطالب بالحب والمحبة من الآخرين وخاصة الوالدين والأخوة والأصدقاء والأقارب وشعوره باحترام الآخرين له واحترامه لذاته. كذلك الحاجة إلى تقبل السلطة والخاصة إلى الأمن والشعور بالاستقرار.

٣ - الحاجات التعليمية:

يحتاج الطالب إلى أن يتعلم ويكتسب المهارات العلمية والاجتماعية وأن توفر له الأسرة والمجتمع تلك الحاجات التي يجب أن تتم داخل مؤسسات تعليمية تراعي قيم وثقافة المجتمع وتنمي لدى الطالب القدرة على التفكير العلمي الواقعي.

٤ - الحاجات الاقتصادية:

يحتاج الطالب إلى العيش في مسكن صحي مناسب وأن يتوفر له الملابس اللازم وكذلك الموارد المالية اللازمة لشراء مستلزماته اليومية وخاصة المدرسية.

٥ - الحاجات الصحية والغذائية:

يحتاج الطالب إلى أن تتوفر له الرعاية الصحية في حالة الإصابة بالأمراض وكذلك أخذ التطعيمات المختلفة للحد من الإصابة كذلك يحتاج الطالب إلى أن توفر له الأسرة الغذاء الصحي المتوازن الذي يساعد على نمو الجسم وتقويته.

٦ - الحاجات الترويحية:

يحتاج الطالب إلى ممارسة أنواع الألعاب المختلفة التي تساهم في نموه وفي إدخال البهجة والسعادة عليه فاللعب دور كبير في تنمية الجسم وفي التنفيس الانفعالي ويتعلم الطالب بعض القواعد الاجتماعية مثل قواعد اللعب وأصوله ومراعاة أدوار الآخرين وحقوقهم في اللعب كذلك يساهم اللعب في إكساب الطالب السلوكيات الايجابية وتعديل أنماط السلوك غير السوي كذلك من حق الطالب أن يمارس الهويات التي يفضلها وأن يكتسب المهارات الجديدة في بعض الأنشطة وذلك من خلال الجو المحيط به سواء في المنزل أو المدرسة.

ثانيًا: المشكلات الفردية للطلاب:

يواجه الطلاب داخل المدرسة العديد من المشكلات التي تختلف باختلاف المرحلة الدراسية ومرحلة النمو وكذلك شخصية الطالب وأن كانت جميعها تشترك معًا في أن أسبابها ترجع إلى عوامل ذاتية في شخصية الطالب وعوامل بيئية (سواء الأسرة أو المدرسة أو المجتمع المحلي). ولذا فإن تدخل الأخصائي الاجتماعي للعمل مع هذه المشكلات يتطلب أن توجه الجهود

العلاجية إلى كل من شخصية الطالب وكذلك البيئة الخارجية بحيث تتضمن كلاً النوعين من العلاج (العلاج الذاتي - العلاج البيئي).

ولقد تعددت وجهات النظر التي تناولت هذه المشكلات بالتصنيف فعلى سبيل المثال يحددها "عبد الفتاح عثمان" في مشكلة التأخر الدراسي، مشكلة الهروب، المشكلات النفسية والمشكلات السلوكية والمشكلات الاقتصادية.

أما "محمد نجيب" فيحددها في التأخر الدراسي والغياب والانحرافات الأخلاقية والسلوك العدواني والمشكلات النفسية والمشكلات الاقتصادية ومشكلات وقت الفراغ والمشكلات الصحية والدينية والعاطفية، أما "عبد الكريم العفيفي" فيحددها في مشكلة التأخر الدراسي والهروب والاضطراب النفسي، الحيرة في اختيار التخصص والمشكلات الأسرية والمشكلات الاقتصادية والمشكلات السلوكية. أما من جانبنا فيمكن تحديد هذه المشكلات على النحو التالي:

أولاً: المشكلات المدرسية:

يواجه الطلاب مع دخولهم إلى المدرسة العديد من المشكلات المدرسية الناتجة عن عدم مناسبة المواد الدراسية مع إمكانياتهم وقدراتهم العقلية أو لسوء علاقة الطلاب بزملائهم ومدرسيهم أو تكون الأسرة هي السبب الأساسي في هذه المشكلات. وتتمثل هذه المشكلات في مشكلة الغياب المتكرر والتأخر الدراسي وسوف نتناولهما هنا بالشرح والتحليل مركزين على مشكلة التأخر الدراسي نظراً لانتشارها بين الطلاب في كل المراحل التعليمية.

١ - مشكلة الغياب وعدم الانتظام في الدراسة:

ترتبط مشكلة غياب الطالب المتكرر وعدم انتظامه الدراسي ارتباطاً وثيقاً بشخصيته وعلاقاته المنزلية. ومشكلة الغياب والتأخر تعوق استفادة الطلاب من فرص التنشئة الاجتماعية السليمة التي تتيحها المدرسة لطلابها.

وترجع أسباب هذه المشكلة إلى مجموعة من العوامل الذاتية مثل نقص ذكاء الطالب وقدراته العلمية كذلك قد يعاني الطالب من بعض التشوهات الجسمية أو معاناته من أحد الأمراض المزمنة أو الإعاقات الجسمية أو الحسية مما يترتب عليها غياب الطالب المتكرر.

كذلك قد تكون هناك مجموعة من العوامل البيئية التي ترجع أما إلى البيئة المدرسية مثل كراهية الطالب لبعض الموارد الدراسية أو البعض المدرسين أو ترجع هذه العوامل إلى الأسرة مثل سوء المعاملة الوالدية للطالب وعدم تقدير الأسرة لأهمية التعليم وعدم حسم الطالب على الانتظام في الدراسة. كذلك قد تكون هناك وسائل إغراء مختلفة في البيئة المحيطة مثل دور السينما وغيرها من المغريات.

ويختلف الدور الذي يقوم به الأخصائي مع هذه المشكلة باختلاف العوامل المؤدية إليها ففي الحالات التي يظهر فيها تأثير الأسرة على غياب الطالب يكون دور الأخصائي الاتصال بالأسرة لتوضيح الآثار المترتبة على هذا الغياب.

أما إذا كان السبب راجعاً إلى المدرسة يقوم الأخصائي بمقابلة مدرس الطالب أو أصدقائه للعمل على إقناعهم بتحسين معاملتهم للطالب.

٢ - مشكلة التأخر الدراسي:

وسوف نتناول هذه المشكلة بالتفصيل على النحو التالي (أ):

(أ) مفهوم التأخر الدراسي:

يقصد بالتأخر الدراسي، التخلف عن التحصيل الدراسي.

فالتلاميذ المتأخرون دراسياً هم هؤلاء الذين يكون مستوى تحصيلهم الدراسي أقل من مستوى أقرانهم ونظرائهم العاديين الذين في مستوى أعمارهم

ومستوى فرقههم الدراسية، أو هؤلاء الذين يكون تحصيلهم الدراسي أقل من مستوى ذكائهم.

كذلك يعرف التأخير الدراسي بأنه ^(٢): "حالة تأخر أو تخلف أو نقص أو عدم اكتمال النمو التحصيلي نتيجة لعوامل عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط. ولأغراض التربية يعرف التأخر الدراسي إجرائياً على أساس الدرجات التحريرية التي يحصل عليها التلميذ في الاختبارات في جميع المواد (تخلف دراسي عام). وهكذا نجد أن التخلف الدراسي نوعان:

- تأخر دراسي عام: يرتبط بالغباء حيث تتراوح نسبة الذكاء بين ٧٠ - ٨٥.
- تأخر دراسي خاص: في مادة بعينها كالحساب مثلاً ويرتبط بنقص القدرة.

(ب) أسباب التأخر الدراسي:

التأخر الدراسي، أو "التأخير في التحصيل" له أسباب عديدة فقد تكون أسبابه عوامل خلقية ترجع لقصور في نمو الجهاز العصبي، أو العمليات الجسمية المتصلة بها، وذلك كما هو واضح في (الضعف العقلي). أو انخفاض الذكاء.

ولكن ينبغي أن لا نفترض أن سبب كل تخلف دراسي هو انخفاض الذكاء أو الضعف العقلي، فهناك أسباب أخرى عديدة يطلق عليها بعض العلماء "التخلف الدراسية الوظيفي" والذي تكون أسبابه عوامل اجتماعية أو انفعالية، أو تربية. وهذه العوامل قد تعوق التلميذ عن مستوى قدراته وإمكاناته العقلية.

ويمكن تصنيف أسباب التأخر الدراسي فيما يلي:

أولاً: عوامل ذاتية:

وهي عوامل ترتبط بالطالب ذاته سواء أكانت عوامل خلقية، أو جسمية، أو انفعالية.

١- فقد يرجع التأخر الدراسي إلى عوامل خلقية كالضعف العقلي أو انخفاض مستوى الذكاء العام، أو انخفاض مستوى القدرات الخاصة، مما يؤدي إلى التأخر الدراسي العام، أو التأخر في مواد دراسية معينة.

وانخفاض مستوى الذكاء يعتبر من أقوى عوامل وأسباب التأخر الدراسي.

٢- عوامل جسمية: تتعلق بضعف الصحة العامة، والإصابة ببعض الأمراض المزمنة، والاضطرابات في إفرازات الغدد الصماء. كذلك ضعف البصر، وطوله أو قصره، أو الإصابة بعَمي الألوان، أو الاستجماتزم، أو ضعف السمع.

٣- عوامل انفعالية: تتعلق بالاضطرابات الانفعالية التي تبدو في قلق الطفل وعدم استقراره، وخجله، كذلك اضطرابات النطق التي تؤدي إلى فقدان الثقة بالنفس والإحساس بمشاعر النقص. مثل هذه الاضطرابات الانفعالية تعرض التلميذ لمصاعب متعددة عند مجابهة المواقف التعليمية مما قد يؤدي إلى تأخره الدراسي.

ثانيًا: عوامل أسرية:

ويقصد به عدم الاتفاق بين الوالدين، وكثرة المشاحنات واضطراب الحالة المنزلية، والانفصال، والطلاق، وقسوة الوالدين أو تدليلهما للطفل، أو التذبذب في المعاملة، أو سوء علاقة الطفل بأبويه.

مثل هذا الجو الذي لا يتوفر فيه أمن الطفل ويتعرض فيه للحرمان والإحباط يؤدي إلى اختلال في التوازن الانفعالي مما يؤثر على حالة الطالب الدراسية.

٢ - المستوى الثقافي للأسرة:

جو الأسرة الثقافي الذي يحيط بالطفل يؤثر في تقدمه أو تخلفه الدراسي. فالأسرة التي يشيع فيها الجهل والحرمان الثقافي لا تعني بحالة الطفل الدراسية،

واجباته المنزلية ولا توفر له الجو المناسب الذي يساعد على الاستذكار واستيعاب الدروس. وغالبًا ما يتخذ الأميون اتجاهات سلبية إزاء التعليم والنظم التربوية.

أما الأسر التي يتوافر فيه الجو التعليمي، والثقافة المناسبة توفر لأبنائها الظروف المناسبة للاستذكار والتحصيل الدراسي ومتابعة الواجبات المدرسية المنزلية، كذلك توفر لأفرادها ثقافة عامة متنوعة عن طريق الكتب والإذاعة والتلفزيون والصحف اليومية والمجلات.

٣- المستوى الاقتصادي للأسرة:

يلقى كثير من الباحثين أهمية كبرى على المستوى الاقتصادي للأسرة، ويرون أنه كلما ارتفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة كلما أتيح لأفرادها توفير الغذاء المناسب، والمسكن المناسب، والجو الصالح للاستذكار، والفرص التعليمية والثقافية التي لا تتوفر للأسرة ذات المستوى المنخفض.

فالأسرة الفقيرة عاجزة عن إشباع احتياجات أفرادها الغذائية والثقافية، وقد تلجأ مثل هذه الأسر للاستعانة بالأبناء وهم تلاميذ في المدارس للقيام ببعض الأعمال لمساعدة الأسرة والعمل على زيادة دخلها مما يعوق الأبناء عن دراستهم ويؤدي بهم إلى التخلف الدراسي.

ثالثًا: عوامل مدرسية:

١- أساليب المدرسة غير التربوية والاستبدادية التي تستخدم وسائل القمع والتي تفتقر إلى الأنشطة الاجتماعية والرياضية، وإلى الإمكانيات المتعددة التي تشبع احتياجات التلاميذ الثقافية والعلمية.

٢- ازدحام الفصول بالتلاميذ مما يعوق العمليات التعليمية.

٣- سوء توزيع التلاميذ مما يجعل الفصل الواحد يحتوي على مجموعات متباينة في المستوى التعليمي، فالطلاب سريعو التعلم لا يجدون ما يشد أذهانهم، و؟؟؟ التعلم يحسنون بمشاعر النقص فيزدادون تخلفاً دراسياً.

٤- عدم انتظار التلاميذ في المدرسة، وكثرة تأخرهم مما يعرضهم للتخلف عن أقرانهم في التحصيل الدراسي.

٥- دور بعض المدرسين غير التربويين الذين لا يراعون الفروق الفردية في الذكاء والقدرات بين التلاميذ، وعدم استطاعة المدرس الإلمام التام بتلاميذه وظروفهم المحيطة بهم، والتي تسبب في إعاقة التحصيل الدراسي.

٦- طرق التدريس، ونظم الامتحانات، والمناهج الدراسية والتي يجب أن تكون متطورة ومتماشية مع الأساليب التربوية والعلمية الحديثة، والتي يجب أن تقوم على مراعاة قدرات التلاميذ، وميولهم، واستعداداتهم، والفروق الفردية بينهم، وتشبع لديهم كل ما يتطلبونه من احتياجات.

(ج) دور الأخصائي الاجتماعي: في علاج التأخر الدراسي:

١- العمل على تكوين علاقة مهنية طيبة مع الطالب قوامها الثقة والاحترام المتبادل.

٢- مساعدة الطالب على استبصار موقفه وتوضيح الآثار السلبية المترتبة على استمرار هذا التأخر.

٣- تعديل بعض الأفكار والاتجاهات لدى الطالب التي تعوق تحصيله الدراسي مثل الاعتماد على الدروس الخصوصية، التركيز في المذاكرة فقط أيام الامتحانات، وإلقاء المسؤولية على المدرسين وما إلى ذلك.

٤- العمل ما أمكن على تهيئة البيئة الأسرية للطالب لتكون أكثر مناسبة له في المذاكرة وأداء الواجبات المنزلية، مع ضرورة قيام الأسرة بدورها في عملية التوجيه والمتابعة للطالب.

٥- مساعدة الطالب على تنظيم أوقاته وتزويده بأساليب المذاكرة الصحيحة، وشغل أوقات فراغه بطريقة تنأى به عن مصاحبة رفقاء السوء.

٦- العمل على توفير بيئة علاجية للطالب داخل المدرسة عن طريق الآتي:

أ- مساعدة الطالب على التوافق مع الجو المدرسي وتحسين علاقاته بالمدرسين والزملاء.

ب- إعطاء الطالب مزيداً من الاهتمام من قبل المدرسين واستخدام أسلوب التشجيع بأنواعه المختلفة.

ج- ألحاق الطالب بفصول التقوية التي قد تنظمها المدرسة كلما كان في الإمكان ذلك.

٧- تقديم بعض الخدمات المباشرة للطالب التي قد يكون لها علاقة بتأخره الدراسية مثل جهاز لتقوية السمع ونظارة طبية وغير ذلك وخلافه، كما يمكن الاستعانة بجهود الأخصائي النفسي للتخفيف من حدة ما يعانيه الطالب من شروء وسرحان وعدم تركيز أثناء الدرس.

ثانياً: المشكلات السلوكية والنفسية:

تتعدد المشكلات السلوكية للطلاب لتشمل السلوك العدواني والهروب والسرقة والتدخين والمشكلات الانحرافية أما المشكلات النفسية فنتمثل في الاضطرابات النفسية مثل القلق المستمر للطالب والخوف المستمر أو الانطواء والتبول اللاإداري وقد تكون هذه المشكلات ناتجة عن عدم قدرة الأسر على الفصام النفسي للطفل وعدم إشباع احتياجاته المختلفة.

وسوف نتناول هنا إحدى المشكلات الهامة وهي مشكلة السلوك العدواني نظرًا لانتشارها بين نسبة كبيرة من الطلاب.

ثالثاً: المشكلات الاقتصادية:

تعتبر المشكلات الاقتصادية من أهم المشكلات التي تواجه الطلاب وتسبب لهم التأخر الدراسي وربما الفشل الدراسي والهروب من المدرسة أو ترك المدرسة نهائياً ويقصد بالمشكلة الاقتصادية هي ما يواجه الأسرة أو الطالب من العوامل التي تؤثر على الجانب الاقتصادي للأسرة وبالتالي على الطالب وينعكس ذلك على تحصيله الدراسي.

وقد تنتج المشكلات الاقتصادية نتيجة انخفاض دخل الأسرة أو كثرة عدد الأبناء أو انعدام مصدر الدخل في الأسرة مما يؤثر تأثيراً مباشراً على إشباع الأسرة لحاجات أفرادها أو قد تواجه في بعض الحالات محناً طارئة أو حوادث مفاجئة تؤثر عليها.

رابعاً: المشكلات الأسرية:

ترجع أسباب المشكلات الأسرية إلى سوء العلاقات داخل الأسرة أما بين الزوجين أو سوء معاملة الوالدين لأبنائهم فتعاون الوالدين واتفاقهم على أسلوب المعاملة موحد دون تذبذب في المعاملة أو قسوة أو تدليل زائد يقلل من حدة هذه المشكلات.

ولا يمكن أن يتم عزل مشكلات الطالب عن الأسرة فالأسرة تلعب دوراً كبيراً في إحداث المشكلة وكذلك في علاج هذه المشكلة.

وتعتبر الخلافات الأسرية والانفصال والطلاق أو موت أحد الوالدين أو كليهما وعدم القدرة على اعتبار الوالدين كأصدقاء للطالب وعدم حرية أبداء الرأي مشكلات تؤثر على الطالب وبالتالي على حياته الدراسية والعامة.

هذا بالإضافة إلى أن هناك مشكلات أخرى مثل مشكلات القدرة على اختيار التخصص ومشكلات وقت الفراغ والمشكلات العاطفية والمشكلات الصحية والدينية والأخلاقية.

خدمة الفرد في المجال المدرسي

١ - عناصر خدمة الفرد في المجال المدرسي:

يقصد بالعناصر مجموعة الوحدات التي تتكون منها طريقة خدمة الفرد وهذه العناصر في المجال المدرسي تتمثل في:

١- العميل: وهو الطالب (ابتدائي - إعدادي - ثانوي).

٢- المشكلة: وهي الموقف الذي يواجهه الطالب ويؤثر على تحصيله الدراسي.

٣- الأخصائي الاجتماعي: هو ذلك الشخص المعد نظريًا وعمليًا للعمل في المجال المدرسي.

٤- المؤسسة: وهي المؤسسة التعليمية سواء كانت مدرسة أو معهد أو كلية.

٥- عملية المساعدة: وهي مجموعة الخطوات المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لمساعدة الطالب على حل مشكلته.

٢- عمليات خدمة الفرد في المجال المدرسي: وهي العمليات المهنية المترابطة والتي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لمساعدة الطلاب على مواجهة مشكلاته والتي تتضمن عملية الدراسة والتشخيص والعلاج وفيما يلي هذه العناصر بالتفصيل (٧):

عمليات خدمة الفرد في المجال المدرسي: هي العمليات المهنية المتفاعلة والمترابطة والتي تحقق التأثير المهني المطلوب مع الطلاب بالمدرسة وهي الدراسة والتشخيص والعلاج.

أولاً: عملية الدراسة الاجتماعية والنفسية:

وهي عملية تهدف إلى مساعدة الطالب على الوقوف على جوانب المشكلة تمهيداً للتعرف على مسبباتها والعوامل التي أدت إليها، وهي عملية مشتركة بين الأخصائي والطالب وللدراسة مناطق ومصادر وأساليب.

أ- مناطق الدراسة:

وهي مجموعة البيانات النوعية التي تتحدد طبقاً لطبيعة المشكلة ونمط شخصية العميل وفلسفة المؤسسة، وتتوقف على مهارة الأخصائي الاجتماعي في تحديدها.

ثانياً: عملية التشخيص في المجال المدرسي:

وهو حديد لطبيعة مشكلة الطالب ونوعيتها الخاصة مع محاولة علمية لتفسير أسبابها بصورة توضح أكثر العوامل طوعية للعلاج.

وفيها يحدد الأخصائي مع الطالب العوامل والأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة ويستخدم الأخصائي الأفكار التشخيصية عقب كل مقابلة ثم يختار شكل التشخيص النهائي المناسب وأن كانت العبارة التشخيصية تحتاج لوقت وجهد في المجال المدرسي لذلك لا يلجأ الأخصائي إليها إلا في حالات محددة ويفضل الأنواع الأخرى كالتشخيص العاملي.

ويستعين الأخصائي في التشخيص بمكتب الخدمة الاجتماعية المدرسية أو العيادات النفسية للمساهمة في إثراء هذه العملية.

ثالثاً: العلاج في المجال المدرسي:

يهدف العلاج في المجال المدرسي إلى تنمية شخصية الطالب ومساعدته على الاعتماد على نفسه ومواجهة مشكلاته، وهو عبارة عن العمليات والخدمات التي تستهدف التأثير الإيجابي في ذات الطالب أو في ظروفه المحيطة لتحقيق أفضل أداء ممكن لوظيفته الاجتماعية، أو لتحقيق أفضل استقرار ممكن لوظيفته الاجتماعية في حدود فلسفة المؤسسة.

ويستخدم الأخصائي الاجتماعي في المجال المدرسي أساليب علاجية نذكر أهمها:

أولاً: العلاج الذاتي:

وهو العمليات التي تهدف إلى تأثير الأخصائي في ذات الطالب تأثيراً يهدف إلى تنمية ذاته باستخدام جوانب القوة في شخصيته لتقوية جوانب الضعف فيها من خلال أساليب أهمها:

١ - المعونة النفسية:

وهي أسلوب يستخدم في معظم الحالات المدرسية لمساعدة الطالب على التخلص من المشاعر السلبية التي تصاحب المشكلة التي يواجهها لمساعدة ذات الطالب على الاستقرار والتماسك، ويحتاج الأخصائي إلى المبادرة كأحد أساليبها في الحالات التي تحتاجها.

٢ - التأثير المباشر:

ويركز الأخصائي في بعض الحالات على التشديد والسلطة كما في الحالات السلوكية.

٣ - التوضيح:

وفيه يساعد الأخصائي الطلاب على فهم مشكلته وإدراك جوانبها.

ثانياً: العلاج البيئي:

وفيه يلجأ الأخصائي إلى الاتصال بالمصادر الخارجية التي تعاونه الأخصائي في مساعدة الطالب كمكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية، والعيادات النفسية وأولياء أمور الطلاب وغيرها من المصادر الهامة لمساعدة المدرسة على تحقيق رسالتها.

ويحتاج الأخصائي إلى أساليب علاجية أخرى مثل:

١ - العلاج القصير:

وهو أسلوب يناسب المجال المدرسي بظروفه الحالية من كثرة عدد الطلاب وفيه يتلقى الطالب أكبر قدر من المساعدة في أقل وقت ممكن.

٢ - الدور الاجتماعي:

ويمكن استخدام مفاهيم نظرية الدور الاجتماعي واستثمارها بين طلاب المدرسة لمواجهة مشكلاتهم، وخاصة أهمية خلق أدوار اجتماعية جديدة أو التمييز بين مشكلة الطالب الناجح في أداء دوره الرياضي رغم فشله في أداء دوره التحصيلي، ونظرًا لارتباط الدور الاجتماعي للطلاب بالمحيطين به داخل المدرسة وخارجها فإن على الأخصائي مراعاة أن أي علاج مركز على الذات لا يمكن أن يحقق نفس الهدف إلا إذا صاحب ذلك في نفس الوقت جهودًا علاجية أخرى في البناء الاجتماعي تتمشى مع خطة العلاج طالما أن الطالب هو طرف في علاقة اجتماعية بينه وبين الآخرين.

ممارسة خدمة الفرد في مجال رعاية الشباب

يمارس الأخصائي الاجتماعي خدمة الفرد مع الشباب لمساعدتهم على استثمار قدراتهم وإمكانياتهم وإمكانيات المجتمع في حل المشكلات التي تواجههم وكذلك مساعدتهم للتعرف على أسباب هذه المشكلات وأكثر العوامل تأثيراً فيها.

وتتميز خدمة الفرد مع الشباب بأنها:

- ١- جهود مهنية تهدف إلى تنمية شخصية الشباب بجوانبها المختلفة.
 - ٢- تهدف خدمة الفرد مع الشباب إلى الاستفادة من قوى شخصية الشباب وكذلك البيئة المحيطة به في حل المشكلات التي تواجههم.
 - ٣- يراعى الأخصائي الاجتماعي الفروق الفردية بين الشباب ولذا فإن عملية المساعدة تختلف من شاب لآخر ووفق نمط الشخصية وطبيعة المشكلة والعوامل المسببة لها.
 - ٤- تتميز خدمة الفرد في مجال الشباب بطابعها العلاجي فجميع الشباب يشتركون في خاصية واحدة هي وجود مشكلات تعوق تكيفهم الاجتماعي وإن كانت عملية المساعدة تحقق لهم أيضاً الأهداف الوقائية والإنمائية فهي تساعدهم على حل المشكلات وفي نفس الوقت تمدهم بالخبرات والاتجاهات التي تجنبهم الوقوع في المشكلات مستقبلاً.
- ويواجه الشباب العديد من المشكلات الاجتماعية التي ربما ترجع إلى الأسرة أو المدرسة أو الأصدقاء أو العمل وهناك مشكلات نفسية ترجع للشباب نفسه مثل مشكلات سوء التوافق والمشكلات السلوكية ومشكلات العلاقات مع الآخرين.

والأخصائي الاجتماعي في عمله مع هذه المشكلات يستعين بالمؤسسات الأخرى التي يمكن أن تقدم المساعدات للشباب.

وبصفة عامة فإن الأخصائي الاجتماعي خلال ممارسته المهنية لطريقة خدمة الفرد مع الشباب يقوم بالعملية الآتية:-

أولاً: عملية الدراسة:

الدراسة هي عملية الوقف على طبيعة الحقائق والقوى المختلفة النابعة من شخصية العمل والكامنة في بيئة والتي يحتمل أن تكون قد ساهمت في حدوث الموقف السيئ الذي يعاني منه العميل وذلك يقصد التشخيص الذي يؤدي للعلاج الاجتماعي (١).

وعملية الدراسة في مجال الشباب عملية مشتركة ما بين الأخصائي الاجتماعي والشباب تهدف إلى التعرف على طبيعة المشكلة التي يعاني منها الشباب والعوامل المؤثرة فيها سواء كانت هذه العوامل ترجع إلى الشاب نفسه أو إلى البيئة المحيطة به.

يستخدم الأخصائي الاجتماعي مصادر متعددة عند قيامه بعملية الدراسة هي الشاب نفسه صاحب المشكلة، البيئة المحيطة بالشباب سواء البيئة الداخلية المتمثلة في الأسرة والعلاقات بين أفرادها أو البيئة الخارجية المتمثلة في المدرسة أو العمل كما يلجأ الأخصائي إلى استخدام الوثائق والسجلات التي تعطي صورة مفصلة عن الشباب سواء كانت هذه الوثائق تتعلق بعمله أو دراسته هذا بالإضافة إلى الاستعانة بآراء الخبراء إذا تطلب الأمر ذلك.

كذلك فإن الأخصائي الاجتماعي يستخدم أساليب متعددة أثناء قيامه بعملية الدراسة منها المقابلات سواء الفردية مع العميل (الشاب) أو المشتركة مع الأسرة أو الأقارب وقد يقوم الأخصائي بمقابلات فردية مع أحد أفراد الأسرة الذي يكون سبباً في مشكلة العميل كذلك يستخدم الزيارات المنزلية أو زيارات إلى مكان عمل أو مدرسة الشاب بالإضافة إلى استخدام المكاتبات والاتصالات التليفونية.

يقوم الأخصائي عند دراسة مشكلة الشباب بتحديد مناطق أساسية لهذه الدراسة فيما يسمى بالتاريخ الاجتماعي وهو يتضمن البيانات الأولية (الاسم - السن - الحالة الاجتماعية...)، طبيعة المشكلة الحالية، شخصية الشاب، التكوين

من الأسرى، الدخل، تطور المشكلة وغير ذلك من المناطق التي توضح سبب المشكلة.

ثانيًا: عملية التشخيص:

التشخيص هو خطوة بينية تتوسط عمليتي الدراسة والعلاج وهي عملية عقلية لتفسير طبيعة المشكلة وأسبابها حتى يمكن وضع الخطة المناسبة للعلاج.

وهنا يقوم الأخصائي الاجتماعي بتحديد كل الأسباب والعوامل المؤثرة في أحداث المشكلة ويقوم بترتيب هذه الأسباب وفق أولوياتها وتأثيرها في حدوث المشكلة ومحاولة تفسير أسبابها.

وبصفة عامة يقوم الأخصائي بالخطوات التالية هي عملية التشخيص.

١- إدراك كلي لحقائق المشكلة بصورة مبدئية وهنا يقوم الأخصائي بوضع تصور عام لمشكلة الشاب وأبعادها دون التعمق في تفاصيلها وذلك بمراجعة استمارة البحث الاجتماعي مثل توضيح أن أسبابها الاجتماعية أو نفسية أو أسرية أو اقتصادية.

٢- حصر هذه الحقائق كل على حدة وهنا يحدد الأخصائي هل سبب مشكلة الشاب ترجع إلى سمات شخصية في الشاب أو الآخرين أم ترجع إلى أسباب بينية مرتبطة بالأسرة أو العمل والمدرسة أم أسباب ماضية كمرض أو وفاة.

٣- تقييم حقائق المشكلة: يقوم الأخصائي بتقسيم كل سبب من الأسباب السالفة ومدى تأثيره في أحداث المشكلة ومدى انحرافه عن المتوسط لتحديد الجهود العلاجية اللازمة لكل سبب.

٤- التفسير السببي للمشكلة: بمعنى أن يحدد الأخصائي الكيفية التي تفاعلت بها هذه الأسباب والحقائق وأدت إلى الموقف الإشكالي لمشكلة الشاب.

٥- تحديد مناطق العلاج واتجاهاته: وهذا يحدد الأخصائي الاجتماعي مناطق القوة الواجب استثمارها سواء في الشباب صاحب المشكلة أو البيئة المحيطة به وكذلك تحديد جوانب الضعف التي يجب مواجهتها في حدود إمكانيات المؤسسة.

٦- الصياغة النهائية للتشخيص: إذا وضع الأخصائي تشخيص عاملي يكون في شكل سرد لأهم العوامل والأسباب ويقوم ترتيبها طبقاً لتأثيرها دون تحديد تفاعل هذه العوامل وأما أن يقوم الأخصائي بوضع عبارة تشخيصية يراعى فيها كل النقاط السابقة بما فيها تصور لخطة العلاج.

ثالثاً: العلاج:

العلاج هو مجموعة الجهود المهنية ذات التأثير المرغوب في شخصية العميل وظروفه المحيطة لتصل إلى معدل أفضل في أدائه لوظيفته الاجتماعية في حدود إمكانيات المؤسسة وقدراته الذاتية (١) وهنا نجد أن أهداف العلاج في العمل مع الشباب يتمثل في:

١- تعديل أساسي في شخصية الشباب من خلال التأثير في جوانب القوة والضعف فيه تعديلاً يستهدف تقوية فعالة لذات الشاب وفي نفس الوقت تأثير إيجابي في ظروفه المحيطة باستثمار موارد البيئة ونامي الشباب للتخفيف من ضغوطها الخارجية عليه بحيث يكتسب في النهاية قدرة لمواجهة المشكلة وغيرها من المشاكل مستقبلاً بل يمتد ليصبح هذا الشاب أداة فعالة لمساعدة غيره من الشباب.

٢- تعديل نسبي في سمات الشباب أو في بعض من ظروفه المحيطة قدر الإمكان.

٣- تعديل كلي أو نسبي في سمات الشاب دون تعدي يذكر في ظروفه المحيطة عندما يصعب تعديلها أو يكون الشاب نفسه هو المصدر الأساسي للمشكلة.

٤- تعديل كلي أو نسبي في الظروف المحيطة دون تعديل يذكر في سمات الشاب عندما تكون الضغوط الخارجية هي المسؤولة عن المشكلة.

٥- تجميد الموقف كما هو دون أدنى تعديل في سمات الشاب أو ظروفه البيئية بهدف تجنب مزيد من التدهور في المشكلة.

وهنا نجد أن الأخصائي الاجتماعي في مجال الشباب يمارس أسلوب (العلاج الذاتي) وهو التأثير في سمات الشاب الشخصية لمواجهة مواطن العجز في شخصيته وتدعيم مواطن القوة فيها.

(العلاج البيئي): وهو الجهود التي تبذل لتخفيف الضغوط الخارجية والخدمات العملية التي تقدم إلى العميل سواء في مراكز أو نادي الشباب أو عن مصادر البيئة الأخرى مثل العمل أو المدرسة أو

ويتضمن العلاج البيئي:

- الخدمات المباشرة وهي الخدمات المادية الملموسة للشباب والتي تقدم مباشرة له مثل الأنشطة الرياضية أو الاجتماعية أو المساعدات المالية والخدمات الترويحية.

- الخدمات غير المباشرة. وهي جهود تستهدف تعديل اتجاهات الأفراد المحيطين بالشباب أما بتخفيف ضغوطهم عليه أو زيادة فاعليتهم لمساعدته. وقد تمارس أساليب العلاج الذاتي مع هؤلاء الأفراد.

أما العلاج الذاتي:

المواجهة إلى الشباب فيتضمن أساليب المعونة النفسية التي تتضمن العلاقة المهنية والتعاطف، المبادأة، الإفراغ الوجداني وأساليب التأثير المباشر مثل التعزيز والترجيح والإيحاء والنصح والضغط والسلطة وكذلك أساليب تكوين البصيرة لتمكين الشاب من فهم ذاته وأيضًا التوضيح لشرح الأشياء الغامضة على الشاب.

المراجع المستخدمة:

١- عبد المنعم السنهوري: ممارسة الخدمة الاجتماعية في المدرسة، ١٩٩٥،
كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص ٧٩.

٢- حامد زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، ط٣،
١٩٧٧، ص ٥٠٢..

٣- عبد الكريم العفيفي: الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي، مذكرات غير
منشورة، ١٩٨٥، ص ٩٥.

٤- فاطمة الحاروتي: خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية، مطبعة
السعادة، القاهرة، ١٩٧٧، ص ١٩٤.

٥- عبد الفتاح عثمان، عبد الكريم العفيفي: خدمة الفرد التحليلية بين النظرية
والتطبيق، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٩٤، ص
٢٢١.

عملية العمل مع الأفراد والأسر

الكتاب الثالث
الممارسة العامة مع الأفراد والأسر

عمليات في العمل مع الأفراد والأسر

الفصل الثامن

نشأة وتطور نموذج الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية

الفصل الثامن

نشأة وتطور نموذج الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية
إذا أردنا الحديث عن نشأة وتطور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية
فحرى بنا أن نعطي إطلاله سريعة حول نشأة الخدمة الاجتماعية وتطورها
انطلاقاً من أن الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية هي التطور لممارسة الخدمة
الاجتماعية ولمنظور الأحداث في الممارسة.

تمتد جذور مهنة الخدمة الاجتماعية إلي انعقاد المؤتمر الوطني
لجمعيات الإحسان والإصلاحات عام ١٨٧٤م بالولايات المتحدة الأمريكية،
كأسلوب رسمي لدراسة ومناقشة مشكلات الفقر والجريمة، وقد سبقت
الموضوعات التي ناقشها المؤتمر سنوياً معرفة الخدمة الاجتماعية كمهنة بحوالي
ثلاثة عقود، وهي تعكس جذور الخدمة الاجتماعية ، وقد بدأ إنشاء أول مدرسة
لتعليم الأخصائيين الاجتماعيين عام ١٨٩٨م حيث قامت جمعية تنظيم الإحسان

بمدينة نيويورك بإعداد دورات تدريبية للعاملين بها والتي نجم عنها إنشاء مدرسة نيويورك للأعمال الإنسانية تحت إشراف وتوجيه إدوارد ديفين Edward T.Devine سكرتير الجمعية، وقد بدأت المدرسة ببرنامج صيفي لمدة ستة أسابيع لتدريب الأخصائيين الاجتماعيين والذي أصبح في عام ١٩٠٤م ، مدرسة نيويورك لأعمال الإنسانية وذلك لمدة عام واحد ثم امتداد إلي عامين في عام ١٩١١م، ثم مدرسة نيويورك للخدمة الاجتماعية عام ١٩١٧م ثم أصبحت مدرسة الخدمة الاجتماعية بجامعة كولومبيا بنيويورك عام ١٩٦٣م.

ثم قامت الجامعات الأمريكية بتنظيم برامج دراسية وتدريبية لإعداد الأخصائيين الاجتماعيين في أوائل القرن العشرين ، وفي البداية ركزت مهنة الخدمة الاجتماعية علي مداخل الإصلاح البيئي لمقابلة المشكلات الاجتماعية وتركز تلك المداخل علي تغيير النظم الاجتماعية لكي تستطيع مقابلة حاجات الناس، ويعد قانون الضمان الاجتماعي في عام ١٩٣٥م لمقابلة حاجات الفقراء والعاطلين مثلاً لمدخل الإصلاح البيئي.

وفي عام ١٩٥١م قدم أبراهام فلكسنر Abraham Flexner دراسة عن مقومات أي مهنة ومدي اتفاقها مع الخدمة الاجتماعية كمهنة Is Social work A profession واستنتج أن الخدمة الاجتماعية في ذلك الوقت لم تستكمل جميع مقومات المهنة. إلا أنها في الطريق لاستكمالها ، وفي عام ١٩١٧م تم الاعتراف بأول طريقة علمية للخدمة الاجتماعية وهي طريقة خدمة الفرد (العمل مع الأفراد Individual work) في المؤتمر الوطني للخدمة الاجتماعية بالولايات المتحدة الأمريكية ، وتقرر تدريسها في كل مدارس الخدمة الاجتماعية في ذلك الوقت، حيث استفادت من المؤلفات العلمية التي ظهرت في تلك الآونة وأهمها كتاب التشخيص الاجتماعي لماري ريتشموند، وفي عام ١٩١٨م تم إنشاء الجمعية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفيات.

وفي عام ١٩١٩م كانت في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي سبع عشرة مدرسة للخدمة الاجتماعية ، أنشأت فيما بينها الجمعية الأمريكية لمدراس

الخدمة الاجتماعية، والتي تعرف الآن بمجلس تعليم الخدمة الاجتماعية الذي أنشأ عام ١٩٥٢م Council on Social work Education وقد دخلت الخدمة الاجتماعية في المدارس عن طريق بعض المدارس الأهلية في الولايات المتحدة الأمريكية بمدن بوسطن وهارتفورد ونيويورك في العام الدراسي ١٩٠٦ - ١٩٠٧م - وفي العام الدراسي ١٩١٣ - ١٩١٤م ، عينت مدرسة روتشستر الحكومية بولاية نيويورك أخصائيين للعمل بها وكان الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل بالمدرسة يسمى بالمدارس الزائر في تلك الفترة. ثم اتسع نطاق تعيين الأخصائيين الاجتماعيين بالمدارس في العديد من الولايات، وفي عام ١٩١٩م تم إنشاء الجمعية الأمريكية للمدرسين الزائرين.

وفي عام ١٩٢٦م تكونت الجمعية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين النفسيين، وقد اهتمت الخدمة الاجتماعية في العشرينات بنظريات الشخصية وأصبحت مفاهيم وتفسيرات الأطباء النفسيين ملائمة للخدمة الاجتماعية في ذلك الوقت وبالتالي فإن الخدمة الاجتماعية تحول اهتمامها من الإصلاح Reform إلى العلاج Therapy.

وفي عام ١٩٥٣م تم الاعتراف بالطريقة العلمية الثانية للخدمة الاجتماعية وهي طريقة خدمة الجماعة (العمل مع الجماعات Social Group work) في المؤتمر الوطني للخدمة الاجتماعية ، وصدرت توصية المؤتمر بتدريس تلك الطريقة العلمية للخدمة الاجتماعية في مدارس الخدمة الاجتماعية بالولايات المتحدة الأمريكية نظراً لتكوين قاعدة علمية مناسبة لتدريس تلك الطريقة، وقد اهتم الأخصائيون الاجتماعيون بالعمل مع الجماعات بالاستفادة من الكتابات عن التربية والتنشئة الاجتماعية ، وفي عام ١٩٣٦م تكونت الجمعية الأمريكية لدراسة العمل مع الجماعات وفي فترة الثلاثينات ميلادية بدأ استخدام الأسلوب العلمي في إدارة المؤسسات الاجتماعية.

كما بدأ الاهتمام بالبحث في الخدمة الاجتماعية، وفي عام ١٩٤٦م تم الاعتراف بالطريقة الثالثة للخدمة الاجتماعية وهي طريقة تنظيم المجتمع

(Community Organization) في المؤتمر الوطني للخدمة الاجتماعية حيث اهتم الأخصائيون الاجتماعيون بالعمل مع المجتمعات وفي نفس العام تكونت الجمعية الأمريكية لدراسة تنظيم المجتمع.

وفي عام ١٩٤٧م تكون بالمؤتمر الوطني للخدمة الاجتماعية قسم خاص بتنظيم المجتمع وفي عام ١٩٤٩م تكونت جماعة البحث في الخدمة الاجتماعية وفي عام ١٩٥٥م تكونت الجمعية الوطنية للأخصائيين بالولايات المتحدة الأمريكية (N.A.S.W) والتي تمثل مهنة الخدمة الاجتماعية بالولايات المتحدة الأمريكية.

وقد أصدرت الجمعية جريدة ربع سنوية بعنوان الخدمة الاجتماعية (Social work)، كما أصدرت دائرة معارف الخدمة الاجتماعية (The Encyclopedia of Social work) وفي الستينات عاد اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين بالمداخل السوسولوجية وتهتم بالإصلاح البيئي، والخدمة الاجتماعية في الوقت الحالي اهتمت بالمدخلين معاً (مدخل الإصلاح البيئي ومدخل العلاج)، وقد انتشرت مدارس الخدمة الاجتماعية بالجامعات الأمريكية، وفترة السبعينات ميلادية ازداد اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين بأنشطة التغيير الاجتماعي أكثر من أي فترة مضت، وأصبح لدى الأخصائيين الاجتماعيين إعداد كافياً للتحرك من توجهاتهم العلاجية إلى تقدم العمل الاجتماعي Social Action كما اهتم الكثير من دول العالم بتعليم الخدمة الاجتماعية وممارستها كمهنة. وأصبح لديها من المقومات التي تجعلها في صف المهن ذات الأهمية في المجتمعات.

ومما سبق نجد أن مهنة الخدمة الاجتماعية قد مرت عبر تطورها بعدة مراحل بداية بمرحلة الإحسان ثم مرحلة مدارس تعليم الخدمة الاجتماعية ، ثم البرامج في الجامعات المختلفة وتكوين الجمعية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين ثم ظهور طرق الخدمة الاجتماعية تباعاً حتي نصل إلي اتجاه بالإصلاح الاجتماعي والاهتمام بالمداخل المختلفة، وصولاً في الوقت الراهن إلي

ظهور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية والتي تتعدد المسببات الخاصة بها مثل النموذج والاتجاه والمنظور وإذا أردنا الحديث عن نشأة الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية نجد أن الممارسة العامة (Generalist Model) تمثل واحد من أهم نماذج الممارسة الحديثة في الخدمة الاجتماعية حيث كانت البداية الحقيقية لظهوره في النصف الثاني من السبعينات من القرن العشرين وقد أخذ في النمو والتطور بشكل واضح خلال التسعينات من نفس القرن ، وإن كان ذلك لا ينكر المحاولات المبكرة التي نادت بهذا النموذج والتي واكبت ظهور مهنة الخدمة الاجتماعية في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين والتي تمثلت في الأصوات التي نادت بتكامل ووحدة ممارسة الخدمة الاجتماعية .

هذا ويمكن أن نوجز أهم العوامل التاريخية التي أدت إلى ظهور نموذج الممارسة العامة كما يلي:

* الحقيقة التي سادت الستينيات من القرن العشرين والتي نادت بأن ظهور مشكلات جديدة وأنواع جديدة من العملاء كشفت عن عجز طرق الخدمة الاجتماعية التقليدية (خدمة الفرد - خدمة الجماعة - تنظيم المجتمع) عن مواجهة هذه المشكلات وتحسين أحوال هؤلاء العملاء ، وأن المنهج بين هذه الطرق ربما يكون أكثر استجابة مع المشكلات المعقدة التي تواجه عملاء الخدمة الاجتماعية.

* أصبحت الأسرة هي الوحدة الأساسية حيث ظهرت العديد من الاتجاهات التي تهتم بالتعامل مع الأسرة والتي عكست طبيعة العلاقات الوثيقة بين الفرد وأسرته . وكان هذا مؤشراً لظهور العديد من الدراسات والبحوث حول جدوى الخدمة الاجتماعية التقليدية والتي تمخض عنها صياغة نموذج خدمة الفرد الجماعية (Group - case work) والذي كان اللبنة الأولى في تطور ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية .

* في نهاية الستينيات وبداية السبعينيات من القرن العشرين ظهرت بعض النظريات العلمية التي جذبت انتباه الأخصائيين الاجتماعيين فتهموها

واستخدموها في عملهم مثل التعديل السلوكي والعلاج الواقعي والعلاج المعرفي الإدراكي وغيرها من النظريات التي أدت إلي التقليل من حدة سيطرة نظرية الدور الاجتماعي والنظرية الأيكولوجية، حيث ساعدت هذه النظريات في تفسير مشكلات العملاء والتخطيط لمواجهتها.

* علي الرغم من غزارة النظريات العلمية التي تعتمد عليها ممارسة الخدمة الاجتماعية إلا أنه لا يوجد اتفاق بين أتفاق الأخصائيين الاجتماعيين حول فعالية هذه النظريات، وكان هذا أیذاً بظهور اتجاهات للممارسة تابعة من الخبرات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين مثل التركيز علي المهام والعلاج القصير والتدخل في الأزمات وغيرها.

* في عام ١٩٧٠ ظهرت محاولتين لوصف الخدمة الاجتماعية بالتكامل، كانت المحاولة الأولى لكارول ماير Carol Mayer وهي كتاب بعنوان " ممارسة الخدمة الاجتماعية كاستجابة للأزمات الحضرية" وقد بين هذا الكتاب الحاجة إلي إطار نظري حديث للممارسة نتيجة للقصور في النظريات والأطر الحالية. أما المحاولة الثانية فتمثلت في كتاب هاريت بارتليت Harriet Bartlett بعنوان " الأساس العام لممارسة الخدمة الاجتماعية"، وقد تميز هذان المؤلفان بعدم توجيه الاهتمام الأكبر للنظريات التي ترتبط بالعمل مع الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات، ولكن ركزا علي أهمية التوصل إلي خدمة اجتماعية متكاملة كاستجابة للحاجات والمشكلات الراهنة وقد تلا ذلك العديد من المؤلفات والكتابات التي اهتمت بتكامل مهنة الخدمة الاجتماعية ومنها كتاب " بينكس وميناها" الذي لاقى قبولاً واسعاً في ذلك الوقت. وفقاً لهذه الكتابات والاتجاهات فقد أصبح ينظر إلي الخدمة الاجتماعية علي أنها تغيير مقصود من خلال خطة التدخل المهني تقوم علي تقدير المشكلة ووضع الأهداف وتحديد الاستراتيجيات والمهام وتنفيذ جهود التغيير.

* تميزت الفترة من منتصف السبعينيات وبداية التسعينيات بالعديد من الاهتمامات المعاصرة سواء علي مستوى المجتمع أو علي مستوى المهنة فقد

انصب الاهتمام علي مستوى المجتمع بالعديد من القضايا الجديدة مثل التضخم والبطالة والأمن الاجتماعي، أما علي مستوى المهنة فقد كانت أهم القضايا المثارة ما يتعلق بالتمييز بين أدوار الأخصائيين الحاصلين علي درجة البكالوريوس وبين أدوار الأخصائيين الحاصلين علي الماجستير ، وكذلك تطوير التخصص علي مستوي الماجستير، ومفهوم الممارسة العامة، وتحديد أسس وعناصر ممارسة الخدمة الاجتماعية ككل. وقد اهتمت الخدمة الاجتماعية في هذه المرحلة بمشكلات المشردين ، وإهمال الأطفال، والإدمان ، والمساعدة الذاتية، والعدالة والأمن الاجتماعي.

* ذهب كل من وايتاكر Waittaker وستيفن steven ولاويني Lawayne إلي أن الأخصائيين الاجتماعيين يتحركون بثبات نحو نموذج جديد للممارسة وأسلوب جديد في التفكير ، حيث حدوداً نموذج التفكير الحديث هذا بالنموذج البيئي Ecological Paradigm الذي يتضمن شكلين رئيسيين للممارسة أولهما تحسين المساعدات البيئية وثانيهما تحسين الكفاءة الشخصية من خلال تعليم العملاء مهارات الحياة المتنوعة ويرتبط هذا النمط من التفكير بالممارسة العامة التي تتضمن إمكانية الاستخدام المهني للتركيز علي تغيير البيئة.

* إن الممارسة العامة تمثل اتجاهاً تطورياً تولدت أركانها في نهاية القرن العشرين، حيث يتضمن الاهتمام بالنسق وحاجاته وأساليب تفكيره وأنساق بيئته. ويتيح للأخصائي الاجتماعي استخدام ما يتوفر لديه من أدوات ونظريات وأساليب عمل في ضوء حاجات ومشكلات عملائه علي كافة المستويات.

مفهوم نموذج الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية:

تعتبر الممارسة العامة من أهم وأحدث النماذج التي فرضت نفسها علي ممارسة الخدمة الاجتماعية خلال الربع الأخير من القرن العشرين، حيث أنها تمثل اتجاهاً تفاعلياً يبتعد عن النمط التقليدي للخدمة الاجتماعية الذي يقسمها

إلي طرق أساسية مثل خدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع (Ashman & Hull, 1993).

كما يشير مفهوم الممارسة العامة أيضا إلى قدرة الأخصائيين الاجتماعيين على العمل مع مختلف الأنساق مثل الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة والمنظمات والمجتمعات مستخدمين إطارا نظريا فعالاً يتيح لهم الفرصة للاختيار ما يتناسب واستراتيجيات للتدخل مع مشكلات ومستويات هذه الأنساق (Tolson, 1994, p.2).

ويرى باركر Barker أن الأخصائي الاجتماعي الممارس العام هو الذي يكتسب معارف الممارسة ومهاراتها على نطاق واسع دون الارتباط بإطار نظري معين أو طريقة معينة، حيث يقوم بتقدير مشكلات العملاء وإيجاد الحلول المناسبة لها بصورة شمولية متكاملة تتناول جميع الأنساق التي تتضمنها هذه المشكلات (Barker, 1999 , p. 190). ويمكن تعريف الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية على أنها:

اتجاه للممارسة يركز فيه الأخصائي الاجتماعي على مواجهة المشكلات الاجتماعية لأنساق التعامل (فرد - زوجان - أسرة - جماعة - مجتمع) مستخدما كل الطرق والأساليب الفنية لأحداث التغير المنشود دون تفضيل طريقة بعينها.

تعددت التعريفات والكتابات التي تناولت مفهوم الممارسة العامة ومن هذه التعريفات " أن منظور الممارسة العامة هو وجهة نظر معينة لطبيعة ممارسة الخدمة الاجتماعية تؤكد على أن تركيز الأخصائي الاجتماعي يكون على المشكلات الاجتماعية والحاجات الإنسانية، وليس على تفضيل المؤسسة لتنفيذ طريقة معينة للممارسة، وتؤكد على ما يجب أن يتم عمله لتحديد المشكلة، فالممارسة العامة هي أسلوب موحد للممارسة يشمل جميع أنساق العملاء، أفراد ، زوجان ، أسرة ، جماعة صغيرة، مجتمع ، منظمة أو مؤسسة، شبكات اجتماعية ، مجتمع جيزة، مجتمع محلي ، مجتمع وطني، مجتمع أقليمي ،

مجتمع عالمي، محدود ، مجتمع عالمي شامل وتشمل وتشمل الممارسة العامة علي قدرة الأخصائي الاجتماعي علي التدخل المهني علي مستويات متعددة، وأداء أدوار للممارسة مختلفة ومتنوعة.

كما تشير الممارسة العامة علي أنها " إطار للعمل يتضمن تقدير كل من الأخصائي والعميل للموقف لتحديد النسق الذي يجب أن يوجه إليه الاهتمام وتركيز الجهود لتحقيق التغيير المطلوب فيه حيث ينصب تركيز الاهتمام علي الفرد أو الأسرة أو الجماعة الصغيرة أو المنظمة والمجتمع المحلي " Ashman (& Hull, 1993, p.6).

وتعد الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية هي " الطابع الأساسي الذي تتسم به هوية المهنة وتتميز بها عن سائر المهن. كما تعرف الممارسة العامة علي أنها " أحد اتجاهات الممارسة المهنية التي يركز فيه الأخصائي الاجتماعي علي استخدام الأساليب والطرق الفنية لحل المشكلة بالتركيز علي جميع الأنساق سواء كان نسق التعامل فرد أو أسرة . كما ينظر للممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية علي أنها كل أشكال وأساليب التدخل المهني وما يترتب عليه من إجراءات وتدابير من خلالها تحديد المشكلات والمواقف والعملاء ومهام العمل ومسؤولياته سواء علي المستوي الفردي أو الجماعي أو المجتمعي، وما يلزم ذلك من توافر بعض المتطلبات والموارد والإمكانات.

كما تعرف علي أنها العملية التي تعتمد علي المهارات والقيم في فهم ومساعدة الأفراد والجماعات للوصول إلي التكيف مع البيئة التي يعيشون فيها ومواجهة الضغوط وتحسين أحوالهم المعيشية.

خصائص الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:

وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد أهم خصائص الممارسة العامة في

الآتي:

١- اتجاه تطبيقي يحدد خطوات التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي ويمنحه الفرصة لاختيار ما يتناسب من أساليب علاجية مع مشكلات العملاء بغض النظر عن النظرية أو الاتجاه الذي تنتمي إليه هذه الأساليب.

٢- يعتمد نموذج الممارسة العامة علي مفاهيم العديد من النظريات منها النظرية العامة للأنساق General system theory والمنظور الأيكولوجي Ecological, Rerspective وخاصة فيما يتعلق بتفسير مشكلات العملاء في ضوء العلاقة التبادلية والتكاملية بين الأنساق وبعضها وبينها وبين البيئة التي تعيش فيها.

٣- تعتبر الممارسة العامة نموذجاً وحدوياً Unitary متكاملًا Integrated شاملاً Holistic يتضمن العمل مع الأفراد والجماعات والمجتمعات، حيث لا يركز علي طريقة معينة للتدخل المهني بل يعتبر أسلوباً عاماً وشاملاً لوصف وتفسير المشكلات علي أي مستوى حيث يركز التدخل المهني علي أنساق مؤثرة Affected Systems تؤدي إلي سهولة اختيار الأخصائي الاجتماعي للأساليب المناسبة التي تتلاءم مع الموقف أو المشكلة التي يواجهها العميل في أي مجال من مجالات الخدمة الاجتماعية.

٤- تؤكد الممارسة العامة علي أهمية التعامل مع العميل والبيئة التي يعيش فيها من أجل تفهم التأثير المتبادل والتفاعل المستمر وكيفية تعديل هذه التفاعلات من أجل التغيير المطلوب.

٥- تركز الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية علي عناصر أو أنساق لتحقيق الأهداف العنصر الأول: مؤسسات الممارسة المهنية (النسق المؤسسي) وارتباطها بميادين أو مجالات الممارسة (طلبي، مدرسي، معاقين، دفاع

اجتماعي ، رعاية الأسرة والطفولة).. إلخ . العنصر الثاني: المشكلات الاجتماعية لأنساق العملاء (نسق المشكلة) مشكلات تعليمية ، مشكلات صحية ، مشكلات أسرية ، وطفولة... إلخ. العنصر الثالث: أنساق التعامل (فرد ، أسرة، منظمة ، مجتمع) خاصة فئات السكان المعرضين للخطر (طلاب معاقون، مرضي، أحداث... إلخ).

٦- تتمثل المسؤولية الرئيسية للممارس العام في توجيه وتنمية التغيير المخطط أو حل المشكلة لمساعدة المستفيدين من المؤسسات الاجتماعية أيا كانت نوعية تلك المؤسسات أولية أو ثانوية لممارسة الخدمة الاجتماعية لتوفير الخدمات التي يحتاجها عملاء تلك المؤسسات.

٧- يعتمد الممارس العام في ممارسته لدوره في أي حال علي أسس معرفية ومهارية وقيمية ، حيث يرتبط الأسس المعرفي بمفاهيم النظرية العامة للأنساق ونظرية الأنساق البيئية وخاصة فيما يتعلق بتفسير مشكلات العملاء في ضوء العلاقة المتبادلة بين الأنساق وبعضها من ناحية وبين البيئة من ناحية أخرى كما يعتمد علي عديد من مداخل التأثير والتغيير وفقا لموقف التدخل. كما يجب توافر المهارات اللازمة لممارسة العمل المهني مثل: مهارات الاتصال، مهارات تحليل المشكلات، مهارات التعاقد ، مهارات التقبل، مهارات تطبيق أساليب التدخل المهني.... إلخ. إلي جانب الالتزام بالقيم المهنية للخدمة الاجتماعية التي تؤكد علي كرامة نسق التعامل وحقه في تقرير مصيره وغيرها من القيم التي توجه الممارسة المهنية للممارس العام.

٨- يمارس الأخصائي دوره كممارس عام كأحد التخصصات التي تعمل في أي من مجالات الممارسة المهنية كالمجال الطبي، المجال المدرسي، مجال رعاية الشباب، مجال رعاية المسنين ، مجال رعاية الطفولة ، مجال رعاية الأحداث،

مجال رعاية الأسرة... إلخ. علي أساس من العمل الفريقي الذي يعتمد علي اشتراك عند من المهنيين ذوي التخصصات المختلفة يعمل كل منهم من خلال إطار مرجعي للتخصص الذي يمثله لرسم أفضل الخطط للتعامل مع المستفيدين من خدمات المؤسسات الاجتماعية مما يستوجب ضرورة تفهم ديناميات وميكانيزمات العمل الفريقي والتعاون مع التخصصات الأخرى لتوفير الرعاية المتكاملة لأنساق العملاء الذين يتم التعامل معهم.

٩- تسعى الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية إلي مساعدة المؤسسات الاجتماعية علي تحقيق أهدافها، والمساهمة في توفير الخدمات للمواطنين ووقايتهم من الوقوع في المشكلات وتنمية قدراتهم ليتمكنوا من القيام بمسئولياتهم أي تحقيق الأهداف الوقائية والعلاجية والتنمية في أي مجال من مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.

المفاهيم المرتبطة بمفهوم الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:

١- مفهوم عملية المساعدة في الممارسة العامة:

تعتبر عملية المساعدة هي القاعدة الأساسية التي تساعد علي التعامل مع الموقف الإشكالي والظروف التي يعيشها نسق العمل ولقد وجدنا أن جميع الأبحاث والدراسات الحديثة في الخدمة الاجتماعية تعطي عملية المساعدة اهتماماً كبيراً حيث أن وضوح مفهوم المساعدة لدي نسق العمل والأخصائي الاجتماعي سوف يؤدي بالضرورة إلي تحقيق الأهداف المطلوبة وإحداث التغيير في الموقف والظروف التي يعيشها العميل. ولقد لاحظ العلماء والباحثون في الخدمة الاجتماعية أن نجاح عملية المساعدة قد اعتمد بشكل أساسي عبر تاريخ المهنة علي طبيعة وفاعلية العلاقة المهنية والجهود المبذولة لدعمها وتقويتها (Perlman, 1979) , (Hollis, 1970) ولقد وصف بيستك (Biestek, 1957) العلاقة المهنية التي تقوم عليها عملية المساعدة تعرف بأنها " المحور لعملية المساعدة والتي تقوم علي التفاعل الديناميكي للعواطف والاتجاهات بين

العميل والأخصائي" بينما عرفت ببرلمان العلاقة المهنية بأنها الداعمة لتكوين ارتباط قائم علي الفهم والتقدير للمشاعر بين العميل والأخصائي الاجتماعي. ويتطلب ذلك التفكير في الأفكار والمشاعر التي تنتاب العميل عندما يبدأ لأول مرة التعامل مع الأخصائي الاجتماعي حيث يمكن تلخيصها في الآتي:

١- الخوف من كيفية استقبال الأخصائي للعميل ومدى قدرته علي تفهم شعور العميل بدون إطلاق الأحكام أو أدانته.

٢- الرهبة من مقابلة شخص غريب وإطلاعه علي معلومات ومواقف شخصية وخاصة.

٣- عدم تأكد العميل من استعداده لأن يلعب دور العميل بما يتضمنه من الواجبات والأنشطة التي قد تطلب منه.

٤- عدم التأكد من استعدادات الأخصائي ومؤهلاته وكفاءته وقدرته علي تقديم المساعدة للعميل حتي يتمكن من مواجهة مشكلاته بشكل فعال.

٥- القلق من منح الأخصائي الاجتماعي الثقة وعدم التأكد من أن الأخصائي قادر علي تقديم المساعدة الفعالة له.

٦- الخوف من التغير الذي قد يحدث في حياة العميل وظروفه كنتيجة لعملية المساعدة.

وهناك ضرورة للأخصائي الاجتماعي أن يتفهم كل هذه الأفكار بالمخاوف التي قد تنتاب العميل ويشعر بها، ذلك فضلاً عن الآلام النفسية والمعاني التي يعيشها العميل نتيجة الموقف الإشكالي الذي من أجله قام بطلب المساعدة.

ونظراً لتطور مفاهيم الخدمة الاجتماعية وممارستها والاتجاه نحو التخلي

عن الاعتماد في النموذج الطبي The medical Model الذي يقوم علي دراسة العميل وتشخيصه ثم تقديم العلاج له. ولقد وجد الباحثون والممارسون أن هذا النموذج يقوم علي فكرة خاطئة في تصور العميل كنسق ساكن Static ولقد

أدى هذا المفهوم إلي الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطأ في العمل لابد من إصلاحه. ولذلك فإن المفاهيم الحديثة في ممارسة الخدمة الاجتماعية تركز علي التفاعل الدينامي بين العميل والأنساق الأخرى حيث إن مشاعر العميل وسلوكياته وأفكاره تتأثر بشكل كبير بعلاقاته مع الأنساق الموجودة في البيئة وطبيعة التفاعل مع هذه الأنساق (Shulman,1992).

ويري شولمان (١٩٩٢) أن النموذج التفاعلي بين العميل والأنساق الأخرى الهامة في حياته وبيئته والمشكلات التي قد تنشأ من نوعية هذا التفاعل، و لتفهم النموذج التفاعلي فإن شولمان يقدم ثلاثة فروض أساسية.

١- أن هناك علاقة تكافلية وتضامنية Symbiotic بين الناس والمحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه فنجد في حالة (أحمد الخطيب) أن الظروف التي تمر بها أسرته والتوترات التي يشعر بها نتيجة ضغوط الزملاء لتعاطي المخدرات ونتيجة للإحساس السلبي لديه تجاه نسق المدرسة التي لا تنقهم احتياجاته وظروفه شكل بالنسبة له إحساساً بالعزلة الاجتماعية وعدم التوافق مع كل هذه الأنساق ومن ثم فقدان العلاقة التكافلية والتضامنية مع البيئة الاجتماعية التي يتفاعل معها بشكل يومي ومتكرر.

٢- أن هناك ظروفاً معينة قد تشكل عائقاً يمنع إشباع الناس لاحتياجاتهم الإنسانية (البيولوجية والنفسية والاجتماعية). بعض هذه الظروف ربما ترجع لنسق العمل نفسه وبعضها الآخر قد يرجع إلي الأنساق الأخرى التي يجب علي العميل أن يتحاور معها.

٣- أن هناك ضرورة بأن يقوم الأخصائي الاجتماعي باكتشاف وتنمية مصادر العميل من أجل أحداث التغير المطلوب وفي ذلك نجد أن النموذج التفاعلي

يركز علي أهمه التفاعل بين الأخصائي والعميل علي اكتشاف مصادر قوته وتمييزها من أجل السعي إلي الظروف التي يعيشها العميل.

٢- مفهوم التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية:

يعتبر مصطلح التدخل المهني من المفاهيم المعاصرة في الخدمة الاجتماعية وخاصة في مجال العمل علي المستوي الأصغر Micro، حيث بدأ في الظهور في كتابات الخدمة الاجتماعية في السبعينات من القرن العشرين بدلاً عن المصطلح العلاج Treatment الذي استخدم كأحد العمليات الرئيسية للعمل مع الأفراد (دراسة - تشخيص - علاج) وفي هذا الخصوص يري "باركر" ١٩٨٧ أن مصطلح التدخل المهني يماثل مصطلح العلاج Treatment عند الطبيب، حيث يفضل الأخصائيون الاجتماعيون استخدام مصطلح التدخل المهني لأنه يتضمن العلاج بالإضافة إلي بعض الأنشطة الأخرى التي يستخدمونها لحل مشكلات العملاء أو الوقاية منها وتحقيق أهداف العملاء (Johnson, 1992).

والتدخل المهني بمعناه الشامل هي الانتقال من مرحلة تحديد المشكلة إلي مرحلة حل المشكلة وذلك من خلال تحديد أبعادها وما يجب عمله لمواجهتها وكيفية ذلك وبواسطة من وما هي النتائج المراد الوصول إليها.

ويشير مفهوم التدخل المهني إلي الأنشطة العلمية المنظمة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي التي تتضمن الفهم الواعي للعميل كشخص في موقف.

يشير مفهوم التدخل المهني إلي العمل الصادر عن الأخصائي الاجتماعي والموجه إلي النسق أو إلي جزء منه بغرض إدخال تغييرات عليه أو إحداث تغييرات فيه بحيث يكون هذا التدخل مبنياً علي معارف الخدمة الاجتماعية ملتزماً - بقيمها.

ويفضل البعض استخدام مصطلح تنفيذ (تطبيق) الخطة
Implementaion بدلاً من مصطلح التدخل المهني Intervention في
الممارسة العامة (Hoffman, 1994) ويتضح أن معظم الكتابات لم تفرق بين
المصطلحين في ممارسة الخدمة الاجتماعية، إلا أن البعض يستخدمها بشكل
منفصل ويفرق بينهما، وذلك في إطار التمييز بين الممارسة العامة للخدمة
الاجتماعية والممارسة الإكلينيكية الخاصة Private clinical practice.
فالتدخل المهني من وجهة نظر وليم ريد William Raid هو استخدام أساليب
فنية محددة للتعامل مع مشكلات نوعية خاصة بالعملاء بحيث تتوافر لهذه
المشكلات أسباب وعوامل إكلينيكية أدت إلي ظهورياً، ومن هنا يأتي تركيز ريد
علي حل المشكلات --- في إطار الممارسة العامة فإن التركيز لا يكون دائماً
علي حل المشكلات معينة العميل، التأثير في الأنساق الأخرى المحيطة
بالعميل، تعليم العميل مهارات حل المشكلة .. الخ.

ومعني ذلك فإن تركيز الأخصائي الاجتماعي الممارس العام ليس دائماً
علي المشكلة والحل ليس هو النتيجة النهائي (Reid, 1983).

كما يعتبر مفهوم التدخل المهني من المفاهيم المهنية التي يستخدمها
الأخصائيون الاجتماعيون حيث أنه يصف ما يقومون به من أفعال تجاه
عملائهم ولا يعتبر هذا المفهوم مرادفاً لعملية العلاج أو أي عملية مهنية أخرى
من عمليات المهنة ولكنه مفهوماً قائماً بذاته حيث يعني هذا المفهوم المشاركة
النشطة والمخططة والهادفة بني كل من الأخصائي والعميل خلال مراحل
التعامل إذا كانت حل مشكلة أو ممارسة نشاط أو إشباع احتياج.

ويشير مفهوم التدخل المهني إلى الأفعال المقصودة والمخططة التي يقوم بها كل من الأخصائي والعميل لحل المشكلة ويبدأ إجراءات التدخل منذ أن يتم تحديد المشكلة وتحديد الحلول المناسبة التي يمكن استخدامها.

وهو مجموعة من الإجراءات المنظمة التي تبني علي أساس من الدراسة والبحث وتتضمن هذه الإجراءات خبرات ومهارات الممارسة ويعتبر التدخل جزءاً من ممارسة الخدمة الاجتماعية .

كما يشير مفهوم التدخل المهني إلى أنه مجموعة من الأنشطة التي تقوم بها المهنة علي مختلف المستويات ويتم تطبيقها خلال فترة زمنية محددة وتستخدم هذه الأنشطة لوصف العمل سواء مع الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات، لذلك فإن التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية هو أسلوب هام يمكن عن طريقه تقييم مستوى الأداء بالنسبة لكل من العميل (فرد ، جماعة ، مجتمع) والأخصائي بالمؤسسات بصفة خاصة. وعلي يمكن تعريف التدخل المهني إجرائياً في النقاط الآتية:

- ١- عملية مشتركة بين كل من العميل والأخصائي الاجتماعي.
- ٢- هذه العملية مكونة من عدة خطوات وإجراءات محددة.
- ٣- تستلزم العملية مجموعة من المهارات وتتنوع طبقاً لنوع الوحدة التي تتعامل معها والموقف المراد تعديله.
- ٤- يسعى التدخل إلى تحقيق أهداف محددة مادية ومعنوية.
- ٥- التدخل المهني محدد الزمن تحديد دقيقاً طبقاً لتخطيط مسبق ومعلوم .

٦- ينتهي التدخل المهني عادة بعملية المساعدة والعلاج ثم تقييمه للأداء لكل من الأخصائي الاجتماعي والعميل.

وبالنظر لمفهوم التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية نجد أن هناك تداخل بينه وبين مفهوم الممارسة المهنية إذ أن الممارسين في مجالات الممارسة المختلفة والباحثين يستخدمون التدخل المهني كمرادف لمفهوم الممارسة المهنية ومن جانبنا نؤكد أن التدخل المهني جزءاً من الممارسة المهنية حيث أن الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية تشتمل علي عناصر ومقومات هي في مجملها مكونات ومقومات المهنة وللتدخل المهني هو شكل من أشكال الممارسة وليس مرادفاً لها.

أهداف الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:

أولاً: مفهوم أهداف المهنة وتطورها:

تنشأ كل مهنة استجابة لاحتياجات مجتمعية، ولذلك فلا بد أن يكون كل مهنة أهداف أو وظائف محددة نشأت المهنة لتؤديها للمجتمع ؛ بل إنه من المفترض أن تكتسب المهنة أهمية متزايدة انعكاساً لأهمية الوظائف أو الأهداف التي تؤديها للمجتمع وفعاليتها في القيام بالتزاماتها المجتمعية.

والأهداف هي الغايات والمطالب التي يسعى المجتمع لتحقيقها، حيث لا يمكن تصور أي جهد جماعي منتج وفعل دون أن يكون له هدف يتجه إليه يتعلق بالمستقبل وبالآمال التي يراد تحقيقها. وعلي كل المهن أن تدرك أنها مرتبطة بعلاقة تعايشية مع بيئة تفرض عليها مطالبها، ولذلك فإنه من المنطقي القول بان أهداف أي مهنة هي بمناوبة مطالب يفرضها عليها المجتمع أو هي مشتقة من ظروف المجتمع، فالمهنة توجد وتستمر وتحظى بتأييد المجتمع طالما أنها في المقابل تؤدي للمجتمع وظائف يحتاج إليها. ويمكن القول انه علي مدى

مراحل تطور مهنة الخدمة الاجتماعية قد تعدلت أهدافها وغاياتها خلال هذا القرن علي النحو التالي:

* ارتبطت أهداف المهنة في مراحلها الجنينية الأولى بمعنى غامضة وبما أطلق عليه فن عمل الخير أو فن المساعدة وكان الهدف علاجي محدود لموقف إشكالي واجه الفرد في حياته لتحقيق سعادته.

* تعدلت هذه الأهداف في الثلاثينات لتشمل تنمية الفرد لمساعدة نفسه بنفسه وزيادة قدرته علي مواجهة المشكلات التي تعترضه في الحاضر والمستقبل.

* في أوائل الخمسينات ومع ظهور طرق الخدمة الاجتماعية الجديدة (طريقة خدمة الفرد، طريقة خدمة الجماعة ، طريقة تنظيم المجتمع) تسامت أهداف المهنة لترتفع إلي تحقيق مستوى من تكيف الفرد أو الجماعة أو المجتمع مع بيئاتهم الاجتماعية.

* في الستينات ظهر مفهوم الأداء الأمثل للوظيفة الاجتماعية للفرد أو الجماعة أو المجتمع كهدف واقعي طالما كانت المهنة تتعامل مع أي منها وهو في موقع اجتماعي معين وشاغل لمكانة معينة.

* في المراحل الأخيرة استقرت أهداف المهنة في تحقيق درجات الاستثمار الأمثل للإمكانيات المتاحة لمواجهة عقبات التوافق والتكيف الاجتماعي .

* بظهور اتجاه الممارسة العامة اتجهت المهنة إلي تحقيق أهدافها من خلال مساعدة مختلف الأنساق التي تعمل معها علي إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلات حياتهم عن طريق تحسين التبادل بين الأفراد وبيئاتهم وتسهيل المزاوجة بينهما بطريقة أفضل وإحداث التلاؤم الجيد بين الحاجات الإنسانية وموارد البيئة.

ثانياً: أهداف الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية :

١- منح القوة للناس سواء بشكل فردي أو بشكل جمعي، لكي يتمكنوا من حل مشكلاتهم الشخصية، والاستفادة من قدراتهم بفاعلية أكثر، فالخدمة الاجتماعية تستخدم المشاركة بين أنساق العمل والأخصائيين الاجتماعيين، تلك المشاركة

تدو حل منح القوة والتي تتضمن أن كل الأنساق المستفيدة من خدمات مهنة عملية إطلاق القوي الكامنة لدي الأنساق الاجتماعية، واكتشاف وإيجاد الموارد والفرص لتعزيز الأداء الاجتماعي السليم أثناء محاولة أنساق العميل لإيجاد حلول لمشكلاتهم ومحاولاتهم لإشباع حاجاتهم.

١- لدعم وضع اجتماعي بديل، فيما يتعلق بسياسة تنمية اجتماعية واقتصادية لمنع مشكلات الأفراد والمجتمع من الظهور، فالأخصائيون الاجتماعيون يجب عليهم توقع التحديات، وإيجاد وتنفيذ سياسة لمنع المشكلات من الظهور.

٣- تأييد تكامل المهنة في كل جوانب ممارستها، وتؤكد علي هذا قيم وأخلاقيات المهنة.

٤- إقامة روابط بين الناس والموارد المجتمعية، لتعزيز الأداء الاجتماعي وتحسين نوعية الحياة، فالأخصائيون الاجتماعيون يكتفون الروابط بين الأنساق المستفيدة من الخدمات والموارد والفرص التي يقدمها المجتمع المحلي والنظم المجتمعية، فالأخصائي الاجتماعي يزود أنساق العميل بالمعلومات ويقدم خدمات لهم فيما يتصل بالموارد المجتمعية.

٥- إقامة شبكات تضامنية بداخل نسق الموارد المؤسسية والمتصلة بالنظم الاجتماعية، فالموارد الإنسانية تشتمل علي برامج الخدمات الاجتماعية التي تعد لتعزيز رفاهية كل أفراد المجتمع، وتقدم تلك الخدمات بداخل المؤسسات والنظم الاجتماعية بما تشمله من النظم الاقتصادية، والسياسية والصحية، والتعليمية وغيرها، وذلك بتضامن كل تلك الموارد مع بعضها لفائدة كل أفراد المجتمع.

٦- تسهيل استجابة أنساق الموارد المؤسسية لمقابلة الحاجات للخدمات الصحية والإنسانية، كحق للمواطنين.

٧- تحقيق العدالة الاجتماعية والمساواة بين جميع الناس حتى تتم مشاركتهم الكاملة في أمور مجتمعهم، والعدالة الاجتماعية هي الوضع الاجتماعي الذي من خلاله يشترك جميع أفراد المجتمع بمساواة في الحقوق والفرص التي يقدمها المجتمع، وفي المسؤوليات والالتزامات المطلوبة من كل فرد في المجتمع، والمشاركة في المجتمع تعني أن الأفراد يجب عليهم العمل لتحقيق مصالح المجتمع لتحقيق طموحاتهم في الحياة، والإسهام في الرفاهية المجتمعية.

٨- الإسهام في تنمية الأساس المعرفي لمهنة الخدمة الاجتماعية من خلال البحث والتقييم، فالمعرفة المتعلقة بالممارسة تتعلق بالأساليب المنهجية التي تتحسن باستمرار من خلال جهود البحث الإمبريقي، وتقييم فاعلية الممارسة، فالأخصائيون الاجتماعيون يستخدمون نتائج البحث لتعزيز الأداء الاجتماعي، وإحداث التغيير الاجتماعي المرغوب فيه، فالمهنة تعتمد علي أعضائها لكي يشاركوا في الأساس المعرفي للمهنة، وأبعاد مهارات الممارسة ، وتأسيس وترسيخ قيم المهنة.

٩- تشجيع تبادل المعلومات بين الأنساق المؤسسية التي من خلالها تقدم فرص للموارد لمواجهة المشكلات، فالأخصائيون الاجتماعيون يستخدمون عملية منح القوة لتشجيع النسق الاجتماعي للتعرف علي دوره في اكتشاف الحلول للمشكلات.

١٠- تدعيم الاتصال من خلال تقدير التنوع والاختلافات بين الناس، وعدم التفرقة بين الناس في الخدمات التي تقدمها المهنة.

١١- استخدام استراتيجيات تعليمية للعلاج والوقاية من المشكلات، فالتعليم للوظيفة للخدمة الاجتماعية هو عملية حيوية علي المدى البعيد، يسهم في الوقاية من المشكلات الاجتماعية، والتعليم يعد حافزاً لتغيير وأساساً للتعميم علي جهود حل المشكلات في المستقبل.

١٢- اعتناق وجهة نظر عالمية للقضايا الإنسانية والحلول للمشكلات، لأننا نعيش وتفاعل في مجتمع عالمي، ورغم أن المشكلات قد تختلف من مجتمع لآخر من حيث نوعها ومداه، إلا أن هناك أوجه تشابه في تلك المشكلات العالمية، فهذه الحاجات إنسانية مشتركة تتجاوز الحدود لجغرافية والسياسية للقارات والدول، بالإضافة إلي أن المشكلات العالمية تتطلب حلولاً عالمية.

فلسفة الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية:

أولاً: مفهوم الفلسفة:

الفلسفة في مفهومها العام هي عبارة عن موقف أو تصور شامل تجاه الكون والمجتمع والإنسان، كما أنها تصور منطقي للعلاقات التي تربط كل ظاهرة بالأخرى استناداً إلي منهج خاص.

أما مفهوم فلسفة الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية فتعني مجموعة الحقائق التي يؤكد عليها العاملون بمهنة الخدمة الاجتماعية (الأخصائي كممارس عام) ويعملون ويتفاعلون ويمارسون مهنتهم مع الوحدات الإنسانية المختلفة (الفرد ، الأسرة، الجماعة ، المنظمة ، المجتمع) في إطارها.

ولتحديد فلسفة الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية فإن ذلك يتضمن

توضيح كل من:

١. الإطار الفلسفي للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.

٢. الحقائق والمسلّمات التي تستند عليها الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في مجالاتها المتعددة.

وفيما يلي توضيحاً لكل منهما بشيء من التفصيل:

١ - الإطار الفلسفي للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية:

يتضمن الإطار الفلسفي مجموعة المعايير العامة المستوحاة من مهنة الخدمة الاجتماعية لتتناسب طبيعة الممارسة المميزة التي تميز أنشطتها كتدخل مهني مباشر مع أنساق العملاء ونظرة المهنة إلي تلك الأنساق بوصفهم كأفراد أو أعضاء في جماعة أو في مجتمع والذي يتحرك من خلالها الممارس العام لتحقيق أهداف المهنة الوقائية والعلاجية والتنموية في مجالاتها المختلفة. ويدور الإطار الفلسفي حول القيم التالية:

القيمة الأولى:

أن الإنسان الفرد هو اسمي ما في الوجود وهو محور الاهتمام في المجتمع وأن المجتمع يسعى لإسعاده طالما التزم بقيم المجتمع ومعاييره.

القيمة الثانية:

أن للفرد احتياجاته المتعددة من تعليمية واقتصادية ونفسية وجسمية وجنسية واجتماعية وروحية كما أنه يعيش في مجتمع يتمثل في أسرته وزملائه والجماعات التي ينتمي إليها في إطار مجتمع أكبر يطوي علي كافة الخدمات والمؤسسات وأن الإنسان يتفاعل حتماً مع الآخرين ، ومن ثم فإن هناك اعتماد متبادل بين الأفراد في أي مجتمع من المجتمعات وأن عليهم مسئوليات تجاه بعضهم البعض.

القيمة الثالثة:

أن هناك احتياجات عامة للبشر جميعاً. كما أن لكل إنسان فرديته الخاصة واختلافه عن الآخرين وبالتالي قلة احتياجاته الخاصة به بالرغم من اشتراكه مع قرنائهم في الاحتياجات العامة.

القيمة الرابعة:

انه من السمات المميزة للمجتمع الديمقراطي إدراك إمكانيات كل إنسان ومسئولية المجتمع هي تدعيم كافة قدراته وإمكانيات وتدعيم مسؤولياته الاجتماعية من خلال منحة فرصة المشاركة الفعالة في حياة المجتمع.

القيمة الخامسة:

أن من بين مسؤوليات المجتمع أن يوفر كل الطرق والوسائل التي تساعد علي مواجهة وتخطي كافة العقبات لتدعيم ذاتية الإنسان كإنسان وحقه في الحياة الكريمة من خلال تفاعله الايجابي مع المجتمع.

٢- الحقائق والمسلمات التي تستند عليها الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية:

تستند الممارسة العامة في عملها مع أنساق التعامل (فرد ، أسرة ، جماعة منظمة ، مجتمع محلي ، مجتمع قومي) في المجالات المختلفة لممارسة المهنة علي مجموعة من الحقائق والمسلمات التي تمثل أساساً لفلسفة المهنة. تلك الحقائق هي:

الحقيقة الأولى:

إن الإنسان كل متكامل تتفاعل عناصر شخصية الأربعة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية خاصة وأنه يعيش في بيئة اجتماعية ومجتمع إنساني وأي تغير في أي عنصر من تلك العناصر يؤثر علي العناصر الأخرى. وعلي ذلك فإن الممارسة العامة تستند في تعاملها مع الأنساق المختلفة

علي منهج متكامل يسمح باستخدام العديد من النظريات والمداخل التي تفسر الجوانب المختلفة من حياة الإنسان وتساعد علي مواجهة مشكلاته المتعددة والمتداخلة في تفاعله مع البيئة التي يعيش فيها علي أساس النظر للناس وبيئاتهم في علاقة متبادلة كنسق موحد في إطار محيط ثقافي وتاريخي معين.

الحقيقة الثانية:

أن الممارسة العامة تؤكد في توجيهاتها للعمل مع الأنساق المتعددة فرد، أسرة ، جماعة، منظمة، مجتمع) علي أهداف العدالة الاجتماعية انطلاقاً من قيم المساواة والإيمان بكرامة الإنسان وذلك في إطار تحسين ظروف الحياة وتخفيف الآلام مع التركيز علي الفئات الأكثر تعرضاً للخطر والأكثر احتياجاً لعملية المساعدة.

ولذا فإن الممارس العام لابد وأن يسعى من أجل تنمية قدرات الأنساق المختلفة ومصادر المجتمع حتى يمكن المشاركة الإيجابية لتحقيق أعلى مستوى من مستويات التلازم بين الإنسان وبيئته لتحقيق عملية المساعدة علي أساس من كرامة الإنسان واحترام ذاته وحقه في تقرير مصيره.

الحقيقة الثالثة:

أن الإنسان وحدة متكاملة لديه القدرة علي التغير ومساعدة نفسه ذاتياً انطلاقاً من التأكيد علي مساعدة الذات.

لذا ينبغي أن يحظي كل نسق بالموارد المطلوبة لسد احتياجاته وبالفرص الملائمة للتعرف علي إمكانياته ومساعدته علي أساس تعاقدية بين الممارس وأنساق التعامل من خلال تحديد دور كل منهم والالتزام أخلاقياً خلال فترة تعاملهم بما جاء بهذا التعاقد علي أساس أن الوعي بالذات هو الخطوة الأولى لتحقيق الذات.

الحقيقة الرابعة:

أن تعامل الممارس العام مع أنساق العملاء لا يرتبط بمجرد تقديم خدمات لهم بقدر ما هو محاولة من جانبه للتأثير علي سلوكهم علي أساس أن الناس قادرون علي تعلم سلوكيات جديدة.

وعلي ذلك يجب علي الممارس أن يساعد العملاء علي أن يكونوا أكثر قدرة علي تأدية وظائفهم الاجتماعية علي اعتبار أن السلوك البشري هو سلوك هادف ، خاصة وأن التفاعل بين الممارس والأنساق المستفيدة لا يتم علي مستوى شخصي بل يتم من خلال موقف عمل يمثل فيه الممارس منظمة من

المنظمات التي أسسها المجتمع لتأدية وظائف معينة وتقديم خدمات تعتبر حقاً لتلك الأنساق.

الحقيقة الخامسة :

أن الناس قادرون علي القيام باتخاذ قرارات بناء علي اختيارك من بين بدائل عدة ورغم أنهم محكومون إلي حد ما ببيئاتهم فإنهم قادرون علي توجيه حياتهم كما أن لديهم حرية ومسئولية في تشكيل حياتهم الخاصة علماً لا تعارض مع حرية الآخرين.

لذلك ينبغي العمل علي زيادة تفاعلهم واستفادتهم من الموارد الذاتية والمجتمعية والعمل علي تعزيز استقلاليتهم وتقديمهم لذاتهم لتحقيق التفاعل بينهم من خلال احترامهم وشعورهم بذاتهم ومساعدتهم علي اتخاذ القرارات التي تحقق الأهداف من خلال التدعيم والحب المتبادل القائم علي أساس مشاعر القبول والاحترام والاهتمام والتشجيع.

الحقيقة السادسة:

انطلاقاً من أن الخدمة الاجتماعية كمهنة تتعاون مع المهن الأخرى فإن الممارسة العامة تؤكد علي إمكانية تحقيق عملية المساعدة من خلال التعاون مع المهنيين والأخصائيين الآخرين سواء المتخصصون في الخدمة الاجتماعية أو التخصصات الأخرى.

لذا فإن علي الممارس العام أن يشارك في جميع الأنشطة المطلوبة منه عندما يكون عضواً في فريق عمل لمساعدة الأنساق المختلفة علي إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم.

الحقيقة السابعة:

إن كثيراً من المشاكل الحياتية للأنساق التي تتعامل معها الخدمة الاجتماعية هي مشاكل اجتماعية أكثر منها مشاكل شخصية فبالرغم من أن الإنسان يمتلك منزله وقيمه كبيرة إلا أنه في نفس الوقت قد يكون عرضه لخطأ ولابد من توفير نظام لحمايته يتم تدعيمه من خلال البيئة التي يعيش فيها.

لذا فإن علي الممارس العام أن يساهم في تعليم الناس كيفية مواجهة المشاكل حتى يمكنهم التأثير علي تغييرات كثيرة تكون سبباً فيها خاصة أن بعض تلك المشاكل تتولد نتيجة نقص المعرفة وأن اكتسابهم لتلك المعرفة يساعدهم علي مواجهة مشكلاتهم وتحقيق نموهم ذاتياً.

الحقيقة الثامنة:

انطلاقاً من أن الفروق الفردية أمر حتمي بين كافة الأنساق (بين الفرد وغيره من الأفراد ، بين الجماعة وغيرها من الجماعات إلخ).

لذا يجب أن يهتم الممارس العام في الخدمة الاجتماعية بمراعاة الفروق الفردية بين الأنساق التي يتعامل معها في مجالات الممارسة المهنية، وهو في ذلك لا يؤكد علي الفردية المطلقة بل يؤكد علي الفردية الاجتماعية أي علي النسق الذي يتعامل معه بسماته الخاصة وسماته الاجتماعية الناتجة عن تفاعله مع البيئة الاجتماعية وتأثيره بالقيم المجتمعية.

الحقيقة التاسعة:

التأكيد علي أن الناس مع الممكن تغييرهم وتحسين معيشتهم، كما أن التنظيم المجتمعية يمكن تغييرها، ولكن ذلك ليس بالأمر اليسير بل إنه يستوجب أن يكون الممارس العام مؤهلاً لمساعدة أنساق التعامل علي التغيير لتحقيق أهداف تلك الأنساق.

وهذه الأسس هي التي تشكل الأساس الفلسفي الذي تستند عليه الممارسة العامة في مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.

عمليات في العمل مع الأفراد والأسر

الفصل التاسع

عناصر وانساق الممارسة العامة مع الأفراد والأسر
(العميل ، المشكلة ، الممارسة العام ، المؤسسة)

الفصل التاسع

عناصر وانساق الممارسة العامة مع الأفراد والأسر
(العميل ، المشكلة ، الممارس العام ، المؤسسة)

١- نسق العميل:

أولاً: من هو نسق العميل في الممارسة العامة:

تختلف النظرة لنسق العميل وفقاً لطبيعة طرق الخدمة الاجتماعية التي تمارس لتحقيق أهداف المهنة حيث نجد أن:

- * الفرد هو نسق التعامل في طريقة خدمة الفرد:
- * عضو الجماعة والجماعة ككل تمثل نسق التعامل في طريقة خدمة الجماعة .
- * المجتمع هو نسق التعامل في اهتمامات طريقة تنظيم المجتمع علي أساس أن مجتمع الحاجة أو المشكلة هو وحده العمل في تلك الطريقة.
- أما بالنسبة لاتجاه الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية فإن الممارس العام يعمل مع العديد ابتداء من نسق الفرد وحتى المجتمع. وقد يكون هذا النسق:

- ❖ فرد.
- ❖ زوجان يمثلان أسرة واحدة.
- ❖ جماعة صغيرة.
- ❖ منظمة.
- ❖ مجتمع جيره
- ❖ مجتمع محلي.
- ❖ مجتمع قومي.

والممارس العام عندما يتعامل مع أحد الأنساق لا يقتصر تعامله مع هذا النسق فقط بل يتعداه إلي التعامل مع كافة جوانب ومستويات البيئة المحيطة به مع التركيز بشكل خاص علي التفاعلات والعلاقات القائمة بين نسق العميل وكافة الأنساق الأخرى خاصة المؤثرة أو المتأثرة بالموقف الإشكالي.

وبالرغم من أن الممارس العام قد لا يتعامل مع جميع تلك الأنساق مرة واحدة إلا أنه يتم إعادة الممارسة دوره في العمل مع كل تلك الأنساق علي أساس قاعدة مشتركة من القيم والمعرفة والمهارات التي ترتبط بطبيعة الممارسة العامة مع تلك الأنساق.

ثانياً: عوامل تحديد نسق العمل الاولى / الاساسي للتدخل في الممارسة العامة:

النسق الذي يتم اختياره للبدء به هو الذي يعرف في إطار الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية بالنسق الأساسي أو النسق الأولي ، مع الأخذ في الاعتبار بأن تحديد النسق الأولي لا يعني إهمال الأنساق الأخرى أثناء التدخل المهني. ويتطلب الاختيار الفعلي للنسق من الأنساق للبدء به أو اعتبار النسق أولياً مراعاة العوامل التالية:

العامل الأول:

النسق الذي يعرف المشكلة أو يكشف وجود المشكلة يعتبر هاما وذلك لأنه في معظم المواقف يحتوي هذا النسق علي الحوافز والموافز وتتوفر لديه الرغبة للعمل والمساهمة في مواجهة المشكلة، وقد تتعدد الأنساق التي تعرف المشكلة.

العامل الثاني:

النسق الذي توجد به المشكلة أو تكمن فيه المشكلة. لأنه النسق الذي يجب مساعدته علي التغيير أو التأثير فيه. أو بمعنى آخر تحديد أين تقع المشكلة ، وهذا لا يعني تحديداً لسبب المشكلة بقدر ما يعني تحديداً لموقع إمكانية التغيير أو التأثير أي تحديد أين يمكن أن يحدث التغيير.

العامل الثالث:

تحديد النسق تحدث فيه التغييرات لتحقيق عملية المساعدة أو الحد من المشكلة. أي تحديد أسباب المشكلة لتحقيق عملية المساعدة أو الحد من المشكلات وهذا يعني تحديد أسباب المشكلة.

العامل الرابع:

تحديد أكثر وأفضل الأنساق السابقة من حيث قدرتها علي إحداث التغيير المرغوب فيه والمستهدف.

٢- نسق المشكلة:

أولاً: تعريف المشكلة الاجتماعية:

بعد مفهوم المشكلة من اكبر المفهومات شيوعاً في مجال العلوم الاجتماعية بوجه عام والخدمة الاجتماعية بصفة خاصة.

تعرف المشكلة علي أنها هي الحاجة أو الصعوبة التي ترتبط بالتوظيف الاجتماعي والأنظمة البشرية داخل البيئة وتحتاج لجهود متعددة من جانب الممارس العام للتوجيه أو الحفاظ علي التوظيف البشري أو منع انهيار ذلك التوظيف لمساعدة أنساق العملاء ليتعاملوا ويعملوا داخل الأنظمة البيئية.

كما تعرف أنها هي أي موقف جديد لا يكون لدي الكائن الحي استجابة توافقية مباشرة تناسبه ، وقد يعبر عن المشكلة لغة (بسؤال) أو بموقف بيئي جديد، وقد تكون موقفاً مألوفاً ولكنه حدث فجأة، ومهما اختلفت طبيعة ذلك الموقف فإنه يشتمل علي كف لسلوك الكائن الحي، ويستمر بقاء المشكلة طالما بقيت مقتضيات الموقف البيئي ومتطلباته دون إشباع.

وبوجه عام فإنه يمكن تعريف المشكلة في إطار الممارسة العامة علي أنها موقف يؤثر علي أنساق العملاء الذين يتعامل معهم الممارس العام في الخدمة الاجتماعية ينشأ نتيجة عدم توافر الإشباع اللازم للحاجات الإنسانية نتيجة عدم كفاية الموارد أو عدم معرفة النسق بها أو نتيجة إخفاق النسق في القيام بوظائف ومهام دور من أدواره مما يترتب عليه ظهور صعوبات تتناسب مع مدي عدم إشباع الحاجات.

ومن التعريف يتضح ما يلي :

* المشكلة في إطار الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية والتي يتعامل معها الممارس العام هي موقف أو مواقف يتأثر بها أحد الأنساق أو كافة الأنساق

التي يتعامل معها (فرد، أسرة ، جماعة، منظمة، مجتمع) وله تأثيره علي الحياة الاجتماعية وإعاقة التوظيف الاجتماعي.

* ينشأ هذا الموقف عن عدم توافر الإشباع اللازم للحاجات الإنسانية نتيجة لعدم كفاية الموارد الشخصية أو المجتمعية اللازمة لإشباع تلك الحاجات كلياً أو جزئياً أو قد تنتج تلك المواقف لإخفاق أحد الأنساق في القيام بمهام دور من أدواره أو أدوارها جميعها.

* يترتب علي هذا الموقف عدم إشباع حاجات النسق ووجود صعوبات تتوقف علي مدي الإخفاق في إشباع الحاجة.

* يستوجب هذا الموقف مساعدة الممارس للنسق علي مواجهة الموقف الإشكالي بتوظيف إمكانيات وقدرات النسق أو المؤسسة التي يمثلها الممارس أو المجتمع بوجه عام لمواجهة هذا الموقف الإشكالي الذي يرتبط بعدم إشباع الحاجات أو إعاقة التوظيف وأداء الأدوار الاجتماعية علي أساس أن المشكلة في إطار الممارسة العامة تحدد مبدئياً في ضوء ما يحدث في نقطة التلاقي بين الشخص والبيئة.

ثانياً: مكونات وعناصر المشكلة الاجتماعية:

وبالرغم من تعدد تعريف المشكلة الاجتماعية إلا أن هناك بعض المكونات أو العناصر التي تتكون منها المشكلات الاجتماعية وهي:

المكون الأول :

وجود أوضاع ينظر إليها علي أنها تسبب أضرار بدنية أو عقلية أو نفسية أو مواقف ناجمة عن عدم إشباع حاجة من حاجات الإنسان لأحد الأنساق (فرد، أسرة ، جماعة ، منظمة، مجتمع محلي ، مجتمع قومي).

المكون الثاني:

أن تلك الأوضاع تنافي القيم والمعايير التي يعتنقها شريحة كبيرة من سكان المجتمع تتمتع بالقوة الاجتماعية وتعطي تلك القيم والمعايير شرعيتها حتى لا يخالفها أحد.

المكون الثالث:

أن لها درجة من الاستمرارية أي أنها لا تمثل أمرا عارضا يزول بسرعة.

المكون الرابع:

يحتاج ذلك الموقف إلي بذل الجهود من كافة الأنساق المجتمعية والمؤسسات للنواصل لحلول لتلك المشكلات.

المكون الخامس:

قد تصنف تلك المشكلات تبعا لنوعها إلي مشكلات أسرية أو مدرسية أو اقتصادية أو صحية. الخ وقد تصنف تبعا لأسباب إلي مشكلات خاصة بنسق الفرد أو النسق الأسري أو النسق المجتمعي. الخ وقد تصنف تبعا لدرجة تعقدتها إلي مشكلات بسيطة وأخرى معقدة.

ثالثاً: العوامل المؤثرة في حدوث المشكلات الاجتماعية في إطار الممارسة العامة:

تتأثر كافة الأنساق بالمشكلات الاجتماعية وتلك المشكلات ليست وليدة عامل معين أو سبب واحد لكن لكل مشكلة تاريخها وتطورها وعواملها المتعددة وتتمثل تلك العوامل في :

يمكن تصنيف العوامل المؤثرة في حدوث المشكلة الاجتماعية إلي:

* عوامل ذاتية:

ترجع للفرد ذاته سواء كانت عوامل مرتبطة بعدم إشباع احتياجاته، أو قصور في إمكاناته العقلية أو الجسمية أو النفسية أو ظروفه الاقتصادية والاجتماعية التي قد تكون سبباً في حدوث مشكلاته.

* عوامل أسرية:

حيث تلعب الظروف الأسرية الدور الرئيسي في ظهورها مثل: قصور في العلاقات والتفاعلات داخل الأسرة، عدم إشباع احتياجات الأسرة نتيجة عدم توفر الموارد اللازمة لذلك، أو سوء الاتصال بين أفرادها.

* عوامل اجتماعية:

حيث ترجع أسباب المشكلات إلي بعض الجماعات في المجتمع مثل: خلل في بناء الجماعة، عدم وضوح أدوارها، عدم تماسك الجماعة، عدم إشباع احتياجات الجماعة لعدم توفر الموارد اللازمة لذلك.

* عوامل بيئية:

تتعلق بالحي أو المجتمع الذي يعيش فيه العملاء مثل : الظروف الاقتصادية والسياسية والتعليمية والدينية والتربوية وقيم المجتمع وعاداته وعدم توفر الموارد اللازمة لإشباع الاحتياجات مما يسبب مشكلات يعاني منها سكان المجتمع.

٣- نسق الممارس العام:

أولاً: مفهوم الممارس العام:

لقد تعددت التعاريف حول تحديد المقصود بالخصائي الاجتماعي كممارس عام ويمكن تعريفه علي أنه هو تلك المتخصص في الخدمة الاجتماعية الذي يعد بحيث تتوفر لديه المبادرة والقدرة علي استخدام الأساس العام ومنهج حل المشكلة متعددة المستويات التعامل مع بيئات متعددة وأنساق مختلفة من العملاء لإحداث التغييرات التي تؤدي إلي زيادة الأداء الاجتماعي إلي أقصى درجة ممكنة.

كما يعرف علي أنه هو المتخصص في الخدمة الاجتماعية الذي يستطيع أن يعمل مع العديد من الأنساق التعامل ليقدم عديد من الخدمات مستخدماً النسق الأيكولوجي وطرقاً عامة لتحقيق الأهداف.

كما أنه هو تلك المتخصص في الخدمة الاجتماعية الذي يعد بحيث تكون لديه المهارة والقدرة علي العمل مع مختلف المواقف ومع مجموعات متنوعة من العملاء ويساهم في حل أو مواجهة مجموعة من المشكلات الفردية والاجتماعية باستخدام مهاراته للتدخل المهني وعلي مستويات مختلفة تتراوح ما بين الفرد والمجتمع. ومن التعاريف السابقة يمكن تعريف الممارس العام علي أنه :

➤ متخصص في الخدمة الاجتماعية يتم إعداده نظرياً وعملياً علي أسس معرفية ومهارية وقيمية.

➤ يعد بحيث يصبح قادراً علي العمل مع مختلف المواقف ومع مجموعات متنوعة من العملاء.

➤ يستخدم مهاراته في التدخل المهني مع كافة الأنساق (فرد، أسرة ، جماعة، مجتمع ، محلي ، مجتمع قومي) لإحداث التغيرات التي تؤدي لمساعدة أنساق العملاء علي زيادة الأداء الاجتماعي وإشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم.

ثانياً: الاعداد المهني للممارس العام:

١- مفهوم الاعداد المهني للممارس العام:

لقد تعددت تعريفات الإعداد المهني للممارس العام للخدمة الاجتماعية ومنها هو اختيار أفضل العناصر الصالحة لدراسة الخدمة الاجتماعية وإكسابهم القدرة والمهارة في التعامل مع العملاء من خلال الإعداد النظري والعملي . كما يعرف علي أنه هو تكوين الشخصية المهنية للأخصائي الاجتماعي وذلك بتعلمه أساسيات المهنة وإكسابه الاتجاهات الحديثة في مجال التفاعل الوظيفي . ومن التعاريف السابقة يتضح أن الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي كممارس عام هي:

* العملية التي تتضمن اختيار أفضل العناصر لدراسة الخدمة الاجتماعية مع ضرورة أن يتم التأكد من ذلك بإجراء الاختبارات والمقابلات التي تقيس توفر الاستعداد الشخصي والمهني للمتقدمين لدراسة الخدمة الاجتماعية.

* يتم إعداد من لديه هذا الاستعداد من خلال برنامج نظري وعملي يتضمن إكساب الطلاب المعارف والخبرات والمهارات المهنية اللازمة لممارسة عملهم بعد التخرج علي أن يتضمن ذلك ضرورة التكامل بين جانبي لإعداد النظري والعملية.

* يتضمن ذلك الإعداد اكتساب الطلاب قيم وأخلاقيات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بحيث يكون قادرا علي استخدام الأساس العام ومهج حل المشكلة في الخدمة الاجتماعية للعمل والتدخل المهني مع بيئات متعددة وأنساق مختلفة من العملاء يعانون من مشكلات متعددة ومتباينة لتحقيق عملية المساعدة.

٢-متطلبات الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي كممارس عام:

الاستعداد المهني والشخصي، الإعداد النظري، الإعداد العملي تعتبر من أهم ما يتمتع به الأخصائي كممارس عام. وفيما يلي توضيح لتلك المحاور:

١ - المحور الأول : الاستعداد المهني والشخصي:

ويتم التحقق من ذلك بالتدقيق في اختيار الطلاب الصالحين لممارسة المهنة من خلال إجراء الاختبارات الشخصية والمقابلات قبل الالتحاق بدراسة الخدمة الاجتماعية للتأكد من توفر مجموعة الخصائص والمقومات الشخصية والمهنية التي ترتبط بقدرة الأخصائي الاجتماعي كممارس علي القيام بعمله بنجاح، خاصة وأن فاعلية الإعداد النظري والعملية لطالب الخدمة الاجتماعية تتوقف على مدى استعداده لممارسة المهنة.

وترجع أهمية توفر الاستعداد المهني والشخصي لدارسي الخدمة الاجتماعية إلي أنه يؤدي إلي التأكد من وجود الرغبة لديهم في خدمة الغير ومساعدتهم علي حل مشكلاتهم بالإضافة إلي حب المهنة وزيادة الانتماء إليها والرضا عن العمل والإخلاص فيه. ويجب أن يتحلي الطالب المتقدم لدراسة الخدمة الاجتماعية ببعض الخصائص اللازمة لإعداده مهنيًا وهي:

- أ- اتزان الشخصية، وحيث يجب أن يتصف الطالب باتزان الشخصية.
- ب- تطابق نسبي بين الخصائص المفروض أن يتحلي بها الأخصائي الاجتماعي كممارس لمهنة الخدمة الاجتماعية، مع خصائص الطالب كي لا تتعرض شخصيته لتغير عنيف قد لا تحمد عقباه، حيث يجب علي وجه الخصوص أن تتمشي قيم الطالب إلي حد كبير مع قيم المهنة.
- ج- القدرة علي التفكير والتحليل والوصول إلي النتائج، ويتضمن ذلك قدر الطالب علي تحليل الموقف إلي عناصره ثم إعادة تركيبة مع أخذ فكر واضحة عن كل جوانب الموقف.
- د- القابلية لتكوين علاقات مهنية إيجابية مع العملاء.
- هـ- القدرة علي حب الموضوع أو الموقف الذي يتعامل من خلاله وعدم تركيز الحب علي الذات.
- و- الرغبة والاستعداد للعمل المهني وعدم قبوله تعلم المهنة مضطراً ، بل يكون واثقاً من نفسه ويتصف تفكيره بالمرونة.

المحور الثاني: التعليم النظري أو الإعداد النظري:

ويعتمد علي تعليم طالب الخدمة الاجتماعية الإطار النظري أو القاعدة العملية التي تساعد الممارس العام علي فهم الواقع والقدرة علي تفسير العلاقات بين الظواهر التي تهتم بها المهنة.

١- مفهوم القاعدة العلمية في الخدمة الاجتماعية:

ويقصد بالقاعدة العملية المعرفة النظرية التي تبني عليها الممارسة المهنية أو الأساس العملي الموضوعي لممارسة الخدمة الاجتماعية والذي يحتوي علي النظريات العلمية والنماذج العلمية والمداخل النظرية، التي توجه مسار التدخل المهني بعيداً عن العشوائية والارتجال.

ولقد أوضح " ما نجولد " Mangold أن فائدة الخدمة الاجتماعية يمكنهم أن يخضعوا الأسلوب العلمي لفهم المشاكل الاجتماعية والمبادئ الأساسية سواء في علم الاقتصاد أو الاجتماع حيث أنها مبادئ أساسية ضرورية لتطوير خططهم من أجل رفاهية المجتمع.

والخدمة الاجتماعية تعتبر علماً لأنها تتطلب معلومات تعتمد علي مبادئ خاصة وحقائق أي مفاهيم وفروض علمية Hypothess اختبرت عن طريق الملاحظة أو التجريب أو كليهما، كما أن الممارس العام استخدام الطريقة العلمية لمساعدة أساق العملاء التي تتضمن الحصول علي الحقائق ثم التفكير والتحليل. وأخيراً وضع وتصميم خطة التدخل لمواجهة المواقف ومساعدتهم في المواقف المختلفة.

٢- المصادر الرئيسية للإطار النظري والقاعدة العلمية وتتمثل تلك المصادر في:

A. قاعدة علمية توليفية منتقاة من علوم أخرى وتمثل تلك القاعدة العملية داخل المهنة كي تكون صالحة للاستخدام المباشر.

B. قاعدة علمية خاصة بالخدمة الاجتماعية مكونة من نتائج البحوث العلمية التي أجريت لتحسين مستوى أداء المهنة لوظائفها في مجالات الممارسة المتعددة للمهنة.

C. معلومات ناتجة من خبرات ميدانية ذات تعميمات واسعة ومقبولة مبنياً وهي أضعف حلقات القاعدة العملية للخدمة الاجتماعية. وتلك المصادر تكون القاعدة العلمية للخدمة الاجتماعية التي تتمثل في شكل:

* قوانين أو قضايا علمية ثابتة وأكيدة أكدتها التجارب المختلفة.

* فروض علمية وأن كانت قد اختبرت ولكن لم تتأكد بصورة قاطعة .

* مسلمات بديهية وهي حقائق يعتقد في صحتها مشاعاً ولم يظهر دليل علي عدم صدقها.

وتستفيد الخدمة الاجتماعية في معظم معرفتها العلمية من العلوم الاجتماعية والسلوكية والبيولوجية لمساعدة المتخصصين في الخدمة الاجتماعية علي الفهم الجيد للأنساق التي تعاملون معها من خلال المفاهيم النظرية للعلوم الأخرى، وما توصلت إليه العلوم من معرفة وحقائق تستعين بها المهنة في مجال التطبيق.

٤- أهم المعارف التي يجب أن يحصل عليها الممارس العام:

يمكن أن نحدد أهم المعارف التي تتطلبها الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية فيما يلي:

- * معارف مرتبطة بالنظريات والأساليب التكتيكية لمهنة الخدمة الاجتماعية.
- * معارف مرتبطة بالموارد والخدمات المجتمعية والتي تفسر علاقة الإنسان بالبيئة من ناحية وعلاقة الأنساق ببعضها من ناحية أخرى.
- * معارف مرتبطة بنظريات وخدمات الرعاية في مجالاتها المتعددة.
- * معارف مرتبطة بالنظرية الاجتماعية والسياسية والتي تحدد كيفية تنمية أو تغيير الواقع الاجتماعي والإنساني.
- * معارف مرتبطة بالمصادر المهنية والبحث العلمي المناسب للممارسة.
- * معارف مرتبطة بالنظريات والمفاهيم الخاصة بالإشراف المهني لممارسة الخدمة الاجتماعية.
- * معارف مرتبطة بنظريات ومفاهيم إدارة الأفراد.
- * معارف مرتبطة بالإحصاء الاجتماعي والإحصاء النفسي وكذلك أساليب وطرق البحث الأخرى.
- * معارف مرتبطة بنظريات ومفاهيم إدارة مؤسسات الرعاية الاجتماعية.
- * معارف مرتبطة بالعوامل البيئية والاجتماعية المؤثرة في أنساق العملاء من أجل تقديم الخدمات إليهم.

* معارف مرتبطة بالنظريات والسلوك التنظيمي والأنساق الاجتماعية والمناهج المختلفة لتحقيق عملية التغيير.

* معارف مرتبطة بنظريات النمو الإنساني ورعاية الأسرة والتفاعل الاجتماعي.

* معارف مرتبطة بنظريات التفاعل الجماعي والتدخل العلاجي.

* معارف مرتبطة بنظريات التدخل في الأزمات والأساليب المرتبطة .

* معارف مرتبطة بنظريات المدافعة وأساليبها.

* معارف مرتبطة بالجوانب الأخلاقية والممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.

* معارف مرتبطة بتعليم وبناء النظريات والأساليب المهنية وتدريب الخدمة الاجتماعية.

* معارف مرتبطة بسياسات واتجاهات الرعاية الاجتماعية.

* معارف مرتبطة بالتشريعات والقوانين المؤثرة في الخدمات الاجتماعية.

٥- الأساس المهاري للممارس العام:

يمكن أن نحدد أهم المهارات التي تتطلبها الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية فيما يلي:

أ- مهارة في اختيار المدخل النظري المناسب للعمل بالنسبة لكل طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية بافتراض وجود أكثر من مدخل للطريقة الواحدة.

ب- مهارة في تطبيق كل مدخل علمي للتدخل علي حده.

ج- مهارات في تكامل عملية المساعدة وترابطها وتشمل:

* مهارة متميزة في حصر الحقائق الدراسية عن الموقف.

* مهارة في تفسير الموقف.

* مهارة في تحديد اتجاهات العلاج.

د- مهارات في ممارسة الإجراءات المهنية وتشمل:

* مهارة في قيادة المقابلة بأساليبها المختلفة وشروطها المتفق عليها .

* مهارة في تطبيق المبادئ والمفاهيم.

- * مهارة في التسجيل.
- * مهارة في العمل مع الفريق.
- * مهارة في تحويل الحالات إلى الجهات المختلفة.
- * مهارة في قيادة المقابلات المشتركة والجماعية .
- * مهارة في تدعيم علاقة المؤسسة بالمؤسسات الأخرى.
- * مهارة إدارية (حفظ الملفات والتنظيم الإداري).
- * مهارة تدريبية لطلاب الخدمة الاجتماعية.
- هـ- مهارات قيمة وتشمل:
- * مهارة في ترجمة قيم المهنة إلى سلوك وأداء.
- * مهارة في غرس القيم والمعايير في نفوس العملاء.
- * مهارة في اختيار الزمان والمكان لتدعيم هذه القيم بالأساليب المناسبة.
- و- مهارة مهنية عامة وتشمل:
- * مهارة في استخدام الذات المهنية في الممارسة.
- * مهارة في النقد والتقويم الذاتي.
- * مهارة في توظيف خدمات المؤسسة والمجتمع لخدمة العملاء (أفراد ، أسر ، جماعات ، مجتمع).
- * مهارة في التوفيق الإبداعي بين النظرية والتطبيق لكل مؤسسة علي حدة.

٦- الأساس القيمي للممارس العام:

لقد أعلنت الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بأمريكا N.A.S.W الميثاق الأخلاقي الذي يمثل القيم الأساسية للمهنة ومعاييرها التي تميز المنتمين إليها وتحدد حقوقهم وواجباتهم خلال ممارستهم المهنية.

ويوضح هذا الميثاق مجموعة القواعد التي تحكم سلوكيات الممارس العام في الخدمة الاجتماعية بصفته المهنية ومسئوليته تجاه كل من العملاء ، زملاء

العمل ، مؤسسة العمل العاملين في المنظمة، من التخصصات الأخرى المهنة وأخيراً المجتمع. وفيما يلي ملخصاً لمحتويات هذا الميثاق:

١ - السلوك الشخصي للأخصائي الاجتماعي كممارس عام :

(أ) التمسك بأداب المجتمع:

ينبغي أن يتمسك الأخصائي الاجتماعي كممارس عام بالمبادئ الرفيعة للسلوك الشخصي الملائم والمناسب لشخصيته كأخصائي اجتماعي.

(ب) القدرة والنمو المهني:

ينبغي للأخصائي كممارس عام أن يسعى إلى تحقيق الكفاءة ففي الممارسة المهنية وإنجاز مهام في كافة المجالات.

(ج) الخدمة:

لابد للممارس العام أن يعتبر الالتزام بتقديم الخدمات أمراً أساسياً في ممارسة العمل المهني، وأن يتذكر مسؤوليته المطلقة عن نوعية ومدي الخدمة التي يتولى القيام بها وتحديثها والوفاء بها.

(د) الأمانة والاستقامة:

علي الممارس العام أن يتبع أقصى درجات التكامل المهني في تصرفاته.

(هـ) العلم والبحث:

ينبغي للأخصائي الاجتماعي كممارس عام مشغول بالبحث والعلم أن يتبع أسلوب البحث العلمي من خلال المؤتمرات والبرامج التعليمية المختلفة.

٢ - المسؤولية الأخلاقية للأخصائي الاجتماعي كممارس عام تجاه أنساق

العملاء :

(أ) الأولوية لمصلحة العميل:

تتجه مسئولية الممارس العام إلى إعطاء الأولوية لمصلحة واهتمامات أنساق العملاء وألا يستغل علاقاته بهم للحصول على منافع شخصية، و أن يتجنب العلاقات التي تتعارض مع اهتماماتهم.

(ب) حقوق وامتيازات العميل:

ينبغي للممارس العام أن يبذل قصاري جهده لتعزيز تقدير العميل لذاته بأقصى درجة ممكنة، وألا يرتبط بأى عمل ينتهك أو ينقص من حقوق العملاء .

(ج) السرية والخصوصية:

يجب على الأخصائي الاجتماعي كممارس عام أن يحترم خصوصيات العميل وأن يحفظ بكافة المعلومات التي يحصل عليها أثناء ممارسته لعمله بسرية تامة أثناء أدائه لخدماته المهنية.

(د) النفقات:

ينبغي للممارس العام أن يكون عادلاً ومتفهماً عند تقدير نفقات الخدمة الاجتماعية بحيث تتلاءم مع طبيعة الخدمة التي أداها للعميل من جهة وقدرة العميل على الدفع من ناحية أخرى.

٣- المسؤولية الأخلاقية للأخصائي الاجتماعي كممارس عام تجاه زملائه:

(أ) الاحترام والعدل واللباقة:

ينبغي للممارس أن يعامل زملائه بكل احترام وعدل ولباقة وحسن نية وأن يتعاون مع زملائه لتعزيز المصالح والاهتمامات المهنية، وأن يحترم الأسرار المشتركة مع زملائه من خلال علاقاتهم ومعاملاتهم المهنية.

(ب) التعامل مع عملاء الزملاء:

علي الممارس العام مسئولية أخلاقية عند التعامل مع عملاء زملائه خلال فترة غيابهم وأن يقدم الخدمة لهؤلاء العملاء بنفس الأهمية والاعتبار الذي يعطيه لعملائه.

٤ - المسؤولية الأخلاقية للأخصائي الاجتماعي كممارس عام تجاه رؤسائه
والمؤسسة التي يعمل بها:
(أ) الالتزام:

يجب علي الممارس العام الالتزام بالتعهدات التي قطعها علي نفسه تجاه
المؤسسة فيلتزم بكل ما تحدده لوائحها وان يعمل علي تحسين سياسة المؤسسة
التي يعمل بها وان يستخدم مواردها لتحقيق أهدافها.

٥ - المسؤولية الأخلاقية للأخصائي الاجتماعي كممارس عام تجاه مهنة
الخدمة الاجتماعية.

(أ) المحافظة علي آداب المهنة:

يجب علي الممارس العام المحافظة علي القيم والأخلاقيات والمعارف المرتبطة
بالمهنة والنهوض بأعباء وظيفته وأن يتخذ الإجراءات اللازمة ضد أي تصرف
أخلاقي يقوم به عضو آخر في المهنة من خلال القنوات المناسبة.

(ب) خدمة المجتمع:

ينبغي للممارس العام أن يساعد علي توفير الخدمات التي يكملها المجتمع لكافة
الناس وأن يسهم بوقته وخبرته في تكامل المهنة وتطوير وتنفيذ السياسات
الاجتماعية .

(ج) تطوير أو تنمية المعرفة:

تقع علي عاتق الممارس العام مسؤولية التعرف علي والاستفادة التامة من
المعرفة المهنية وتطويرها واستخدامها باستخدام الكامل في الممارسة المستمرة.

٦ - المسؤولية الأخلاقية للأخصائي الاجتماعي كممارس عام تجاه المجتمع:
(أ) العمل علي تعزيز الرعاية الاجتماعية الشاملة:

يقع علي عائق الممارس العام العمل علي تعزيز توفير الرعاية الاجتماعية الشاملة في المجتمع وأن يتخذ الإجراءات لتقديم الخدمات المهنية المناسبة في حالات الطوارئ وأن يطالب بإحداث تغييرات لتحسين الظروف الاجتماعية وتعزيز العدالة الاجتماعية .

المحور الثالث: التدريب الميداني والعمل:

ويقصد بالتدريب الميداني تلك العملية التي تهدف الي اكساب طالب الخدمة الاجتماعية المهارات المهنية التي تجعله قادرا على ممارسة عمله المهني الميداني بكفاءة واقتدار .

٤- النسق المؤسسي:

أولاً : مفهوم المؤسسة الاجتماعية:

- ١- بناء من الأفراد المتفاعلين معاً يستخدمون المهارات والموارد لتأدية أعمال وإنتاج خدمات بواسطة أنظمة اتصال.
 - ٢- مصطلح يطلق علي التنظيم الاجتماعي أو الجهة أو الهيئة أو الإدارة التي تعني بتقديم خدمات اجتماعية للأفراد أو الجماعات أو المجتمعات.
 - ٣- نسق من العلاقات التنظيمية التي تنظم وتيسر حصول المستفيدين علي كلماتها المهنية في إطار هيكلي منظم وسلطة يكتفها النظام العام.
- ومن وجهة نظرنا يمكن تعريف المؤسسة الاجتماعية بأنها:

نسق اجتماعي له بناء ووظيفة ، بينه وبين البيئة المحيطة به تفاعل تحقيق أهداف محددة للنسق وللبيئة .

ثانياً: مكونات المؤسسة الاجتماعية:

ومن التعريف السابق يتضح أن المكونات الرئيسية للمؤسسة هي:

بناء :

والذي يتكون من وحدات اجتماعية (أنساق فرعية) مرتبطة بنائياً ووظيفياً وهو إطار الذي ينظم الأنشطة والعمليات التي تؤديها المؤسسة لتحقيق هدفها من خلال التفاعل بين تلك الوحدات الفرعية لخدمة عملائها ويتضح ذلك في وصف

المؤسسة الاجتماعية من تكوينها وأقسامها وتحديد قنوات الاتصال بين تلك الأقسام لتحقيق التكامل بينها.

وظيفة:

أو مهام وأهداف حيث أن أي مؤسسة تقوم من أجل إنتاج سلعة أو تقديم خدمة لتحقيق أهداف معينة وتتميز المؤسسات الاجتماعية بأنها مؤسسات خدمية.

مجموعة من الأفراد:

يمثلون متغيراً من المتغيرات المحددة للسلوك التنظيمي للمؤسسة ويعملون معاً لتحقيق هدف مشترك علي أساس مجموعة من القواعد المتفق عليها، ويمثل هؤلاء الأفراد بالنسبة للمؤسسات الاجتماعية كافة المتخصصين الذين يقدمون الخدمات لعملاء تلك المؤسسات كما يمثل الممارس العام في الخدمة الاجتماعية أحد تلك التخصصات التي تسعى في إطار العمل الفريقي لتحقيق أهداف تلك المؤسسات.

الموارد:

يقصد بها المواد الخام والمعدات والآلات التي تملكها المؤسسة وتستخدمها في أنشطتها وتوفير خدماتها للعملاء المستفيدين منها ومن أمثلتها الأدوات الرياضية أو المكتبة والملاعب في أحد المراكز الشبابية أو الفوش التعليمية في مؤسسات لرعاية الأحداث حيث يسهم توفر تلك الموارد في تحقيق أهداف المؤسسة.

الأنشطة:

حيث تمارس المؤسسة عدداً من الأنشطة أو العمليات التي تستهدف الحصول علي الموارد اللازمة وتحويلها إلي سلع وخدمات لأنساق العملاء بالإضافة إلي صيانة تلك الموارد وحسن استثمارها وتنميتها بما يحقق أهدافها.

وجود اعتماد متبادل بين المؤسسة والبيئة:

وذلك لتحقيق أهداف كل من المؤسسة والبيئة، خاصة وأن المؤسسة تعتمد علي بيئتها من أجل الحصول علي الموارد والفرص الضرورية لوجودها ، كما أن البيئة تحدد أنشطة المؤسسة.

وتوفر المنظمة للبيئة ما تحتاجه من خدمات متمثلة في مخرجات المؤسسة أي الإنجازات والنتائج المتحققة عن العمليات والأنشطة التي تمت بالمؤسسة.

ثالثاً: خصائص مؤسسات الخدمة الاجتماعية:

من أهم خصائص المؤسسات الاجتماعية التي يقوم من خلالها الممارس العام عملية المساعدة لأنساق العملاء ما يلي:

١- إن لها هدفاً أو مهمة أساسية هي إنتاج خدمات من أجل أنساق العملاء (أفراد - أسر ، جماعات، منظمات ، مجتمعات) تعبيراً واقعياً عن التكافل الاجتماعي والمسئولية المتبادلة بين كل من الفرد والمجتمع، حيث تعتبر المؤسسة مصيراً لمقابلة الحاجات الإنسانية ومواجهة المشكلات ، ويعتبر عملاء مؤسسات الخدمة الاجتماعية - مهما اختلف مجال عملها - هم أغلبية المدخلات والمخرجات بالنسبة للمؤسسة وهدف المؤسسة هو مساعدتهم علي التغيير وتوجيههم نحو الغايات الاجتماعية.

٢- لها جهاز فني وإداري متكامل يقوم فيه الإخصائي الاجتماعي كممارس عام بدوره في التدخل المهني لمساعدته أنساق العملاء علي إشباع احتياجات ومواجهة مشكلاتهم حيث تمثل الخدمة الاجتماعية في البناء التنظيمي للمؤسسة أدواراً مهنية محددة بالتعاون مع المهن الأخرى التي تمارس أدوارها جنباً إلى جنب في تلك المؤسسات لتحقيق أهدافها.

٣- تختلف عن الهيئات أو المؤسسات الأخرى من حيث: خاصة من ترعاها، حجمها ، درجة تعقيدها ، ومن حيث موقع الخدمة الاجتماعية فيها وتأثيرها علي علاقته بالبناء الخاص للمؤسسة ككل ، وداخل هذا المحتوى يجب علي الممارس العام أن يهتم بتنظيم المصدر والوسائل كي يصل إلي عمل ذو فاعلية لخدمة عملاء تلك المؤسسات.

٤- لها مكان لممارسة وتقديم خدماتها لعملائها المستفيدين من تلك الخدمات يختلف وفقاً لنوع الخدمات التي تقدمها ونوعية العملاء المستفيدين سواء كانت مؤسسات أهلية أو مؤسسات حكومية.

٥- أنها مؤسسات غير تجارية لا تستهدف الربح أو العائد بكل مسمياته وإنما هدفها توفير الرعاية الاجتماعية لفئات معينة من أفراد المجتمع وأن تضمنت أشطتها عمليات تربوية ، وتأهيلية أو تشغيلية في بعض الأحيان.

٦- تلزم إدارة المؤسسة الاجتماعية بالنظام الأساسي لها وبلوائها التنظيمية التي تحدد نوعية المستفيدين وشروط الاستفادة من خدماتها ومصادر تمويلها التي تتضمن تمويلاً حكومياً وأهلياً إلى جانب الهبات والتبرعات المحلية والدولية.

٧- تتسم بالمرونة والديناميكية التي تمنحها حرية الحركة والتغيير بتغير احتياجات العملاء من ناحية والتغيرات الاجتماعية أو السياسية والاقتصادية المرتبطة بأساليب الرعاية الاجتماعية التي يوفرها المجتمع لمواطنيه .

٨- لها ولاء لقيم مهنة الخدمة الاجتماعية حيث تستند الممارسة بها علي الأسس المعرفية والقيمية والمهارية للمهنية ملتزمة بمبادئها، كما تعتمد علي الأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم من المتخصصين والمهنيين لكي تؤدي دورها في تقديم البرامج الفعالة لتحقيق أهداف الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في تعاملها مع كافة أنساق العملاء.

الممارس العام
(المفهوم ، الادوار ، المهام، المهارات)

أولاً: مفهوم الممارس العام في الخدمة الاجتماعية:

هو ذلك الشخص الذي يمثل القيادة المهنية للخدمة الاجتماعية والذي يتم إعداده لممارسة دوره المهني مع عديد من أنساق التعامل مستخدماً أطر معرفية وقيمية ومهارية دون التركيز علي طريقة معينة لتحقيق أهداف الممارسة المهنية في المجال التعليمي بالتعاون غيره من التخصصات المهنية الأخرى. وهذا اتفق علماء الخدمة الاجتماعية علي تحديد الصفات التي يجب أن تتوفر في الممارس العام في المجال التعليمي ، ويمكننا أن نحدد هذه الصفات فيما يلي:

أ- الصفات الشخصية:

* قدرات جسمية وصحية مناسبة بالقدر الذي لا يثير في العملاء أحاسيس الإشفاق أو الرثاء ، ومناسبة لقيامهم بواجباتهم نحو عملائهم.

* اتزان انفعالي يكسب صاحبه القدرة علي ضبط وإدراك الواقع والنضج الانفعالي الذي لا تشويه نزعات نهور أو اندفاع أو بلباده أو سلوك طفلي كالاتكالية وعدم تحمل المسؤولية.. وما إلي ذلك.

* تنظيم معرفي (عقلي) مناسب يجمع إلي جانب معارف العلوم المهنية المختلفة، ذكاء اجتماعي مناسب وبعض القدرات الخاصة مثل القدرة التعبيرية واللفظية والحسية والتصويرية.

* قيم اجتماعية تسمح له بالتحلي بسمات أخلاقية سوية، والتحكم في نزعاته وأهوائه الخاصة، ومن أبرز هذه القيم سعة الصدر وحُب الآخرين والاجتماعية والسلوك اللاعذواني والبعد عن الأسلوب الانتقادي أو التهكمي في علاقته بالآخرين. الخ

* الرغبة والاستعداد للعمل المهني.

لهذا كله تعقد معاهد الخدمة الاجتماعية وكلياتها في جميع أنحاء العالم اختبارات قبول المتقدمين إليها تنتقى خلالها العناصر الصالحة وتتولهم بالعناية والإعداد طوال فترة الدراسة.

ب- السلوك المهني:

السلوك المهني للممارس العام:

- أن يكون واضحاً في تصرفاته شريفاً في معاملاته ، متواضعاً في علاقته مع الناس.

- أن لا تؤثر مشكلاته الذاتية في أعماله وان لا يشرك من يتعامل معهم فيها ولا في أسرارهم الخاصة كذلك.

- أن لا يكون عمله في مهنته وسيلة لإشباع رغباته أو ميوله الشخصية أو لاستغلال منصبه أو مركزه لتحقيق مصالحه الشخصية.

- أن لا يستغل تفسير دوره لمن يتعامل معهم في الدعاية لنفسه.

- أن لا يزوج نفسه بوعود لا مبرر لها ، وإذا وعد وجب عليه تنفيذ وعده.

- أن يكون متقهما لحدود علاقته المهنية بمن يتعامل معهم.

- أن يكون موضع ثقة بين زملائه وكذلك أفراد وجماعات وتنظيمات المجتمع الذي يعمل معه.

- أن يكون تعامله مع الوحدات الإنسانية التي يتعامل معها طبقاً لعاداتها وتقاليدها وقيمها ومعاييرها الأخلاقية إلى أن يستطيع تغيير أو تعديل ما يستلزم ذلك منها.

ج- الصفات المهنية :

يجب أن يتحلى الممارس العام بصفات مهنية منها:-

* أن يزود بقاعدة عملية واسعة من العلوم الإنسانية المختلفة وخاصة علم النفس والاجتماع وفروعها والاقتصاد والصحة والشريعة والتشريعات الاجتماعية والنظم السياسية.. وما إلى ذلك.

* دراسة شاملة للخدمة الاجتماعية ماهيتها وفلسفتها وطرقها المختلفة (فرد- جماعة - تنظيم) وعمليتها المتعددة ، ومجالات تطبيقات وأنظمة وأهداف العمل في الميادين المختلفة وكذلك يدرس المؤسسات الاجتماعية كموارد بيئية وكذلك

يدرس الطرق المساعدة للطرق الأساسية وهما البحث الاجتماعي وإدارة المؤسسات.

* تدريباً عملياً يخضع لإشراف مؤسسي ومعهدي ، يكسب الممارس خبرة عملية تربط النظرية بالتطبيق، لتكوين المهارات الأساسية للمهنة في كافة المجالات والميادين. ومنها المجال التعليمي، ويحتل التدريب جزءاً كبيراً من الوقت المخصص للإعداد كله قد يصل إلى ثلاثة أو يزيد.

ومن هنا نجد أن أعداد الأخصائي كممارس عام في معاهد الخدمة الاجتماعية وكلياتها على مستوى البكالوريوس، يؤدي إلى تخصيص طالب الخدمة الاجتماعية في إحدى طرق المهنة ولكنه يعد هذا الطالب لتطبيق كل طرق المهنة في المجال الذي يمارس عمله فيه. والإعداد المهني مبدأ مستمر لا ينتهي بمجرد التخرج والحصول على الشهادة والوظيفة .

ثانياً: أدوار الممارس العام في الخدمة الاجتماعية:

كما سبق أن أوضحنا أن الممارس العام في الخدمة الاجتماعية أحد المهنيين العاملين بمجالات الرعاية الاجتماعية الذي يتم أعداده مهنيًا لممارسة دوره بفاعلية في هذا المجال وتتحدد طبيعة عمله بمستويات قد ترتبط بمستوي وضع السياسة أو المستوي الإشرافي أو المستوي الإداري أو المستوي التنفيذي وفي كل من تلك المستويات توجد عديد من المؤسسات التي يمارس دوره من خلالها وفقاً لوضعه الوظيفي في تلك المؤسسات والتي تحتم عليه القيام بأداء مهام معينة ترتبط بما يوكل إليه من أعمال حسب طبيعة هذا الوضع.

ولتوضيح دور الممارس العام في الخدمة الاجتماعية وما يمكن أن يقوم به من مهام في مجالات الرعاية الاجتماعية سنحاول تحديد دور وصفي لتلك المهام علي أساس ربطه بالعمليات المهنية التي يمارسها في إطار مدخل الممارسة العامة مع الوضع في الاعتبار أن تلك الأدوار متكاملة يقوم بها

الممارس أو ببعضها تبعاً لطبيعة وضعه الوظيفي في المؤسسة والموقف الذي يتدخل فيه.

وقبل أن نحدد تلك الأدوار فإنه يجدر بنا أن نوضح أن مدخل الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية يستلزم أن يتوفر في الممارس العام المهارة والقدرة على العمل مع مختلف المواقف ومع مجموعات متنوعة من العملاء ويساهم في حل أو مواجهة مجموعة من المشكلات الفردية والاجتماعية باستخدام مهاراته للتدخل المهني وعلى مستويات الفرد أو الأسرة أو الجماعات أو المنظمات أو المجتمعات المحلية أو المجتمع الأكبر بصفة عامة.

ومدخل الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية يهتم بما يلي:

* استخدام النظريات متعددة الأغراض مثل نظرية ايكولوجية الاتساق مثلاً والتي تركز على الارتباط المتداخل بين المشكلات الإنسانية وظروف الحياة الاجتماعية ، وإطار نظري للاتساق الاجتماعية لتحديد مصادر المشكلات الاجتماعية وأسبابها كأساس أو مدخل للتغيير في هذه الأنساق وكذلك نموذج وعمليات حل المشكلة التي تستخدم في مجالات العمل المختلفة.

* توفر أساس معرفي وعلمي وقيمي ومهاري يمكن استخدامه من جانب الممارس العام في مختلف البيئات ومع مختلف المشكلات الاجتماعية مع استخدام النظريات وخطوات التدخل المهني لتحديد النسق الذي يعمل معه الممارس أي تحديد النسق الذي يبدأ بالعمل معه في حالة وجود أي موقف إشكالي، مع الوضع في الاعتبار أن هناك علاقة بين الفرد والبيئة وبين الجماعة والبيئة ، خاصة وأن طبيعة الأنساق في المجتمع تتفاعل مع بعضها بطريقة مستمرة ومداخله ويؤثر كل منها في الآخر وأن هذا التفاعل يفسر كثيراً من الظواهر في المجتمع.

* أن مدخل الممارسة العامة يتيح للممارس العام فرصة اختيار الاستراتيجيات والأدوار المناسبة للتدخل المهني والتي تبني على أساس المشكلة، الأهداف ، الموقف الذي يتم التدخل فيه ، النسق المتأثر بالمشكلة خاصة مع تعقد المشاكل

الإنسانية ووجود أسباب متعددة لها مما يعني تفاعل عناصر مختلفة تسهم في وجود واستمرار المشكلة مما يستدعي أن يتدخل الممارس العام علي مستوى أنساق مختلفة ويتعامل مع كل منها وصولاً لحل المشكلة.

* أن هذا المدخل يحقق التفاعل بين الممارس العام توجيه قيم ومبادئ المهنة وبين التخصصات الأخرى. في إطار محدد لتحقيق الأهداف.

كما أن الاستراتيجيات والتقنيات المهنية وكذلك الأدوات التي يستخدمها الممارس العام تعمل علي توجيه هذا التفاعل لتحقيق أهداف عملية المساعدة.

* أنه من خلال هذا المدخل يمكن أيجاد مبادئ تسمو علي اختلاف الطرق والتشويه للحقائق المتعلقة بحياة الأفراد حيث ينتمي مفهوم أن العميل إنسان يعيش في بيئة وينبغي علي الممارس القيام بتحليل نسق العميل وتفاعلاته وأدائه ومن ثم تحديد أسباب ظهور المشكلة ومساعدة النسق علي استخدام الموارد والمصادر المتاحة لمواجهة المشكلة سواء كانت موارد شخصية لنسق العميل أو مؤسسية أو مجتمعية. ادوار الممارس العام في الخدمة الاجتماعية:

(١) دور الممكن Enabler:

وهو الأخصائي الاجتماعي الذي يقدم التشجيع ، والأمل ، ويساعد العملاء لتحديد الأهداف ، والتركيز عليها، ويمكن العملاء من الاختيارات التي تحسن أدائهم الاجتماعي.

(٢) دور المتوسط لتسوية الخلافات Mediator:

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور المتوسط لحل الخلافات فهو يساعد علي حل الصراعات بين أنساق العملاء علي واحد أو أكثر من المستويات البيئية من خلال تأديته لدور محايد.

(٣) دور محدث التكامل والمنسق Integrator / Coordinator:

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور محدث التكامل والمنسق فهو يساعد علي أن يجتمع معا مختلف مكونات النسق في كل موحد لإيجاد تغيير إيجابي.

(٤) دور المدير العام General Manager:

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور المدير العام فو يقوم بمسؤولية إدارية لمشروع معين، أو برنامج معين، أو مؤسسة معينة.

(٥) دور المعلم Educator:

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دوراً تعليمياً لمهمة أساسية لنقل المعلومات والمعرفة لينمي المهارات، فهذا الدور يمكن تأديته في مواقف متعددة، بالإضافة لموقف التعليم الرسمي في فصول الدراسة.

(٦) دور المحلل والمقوم Analyst / Evaluator :

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور المحلل والمقوم فهو يجمع المعلومات لتقدير مدى فاعلية العمل مع العملاء أو أنساق العملاء ويقدم توصيات للتغيير كلما احتاج الأمر.

(٧) دور الوسيط Broker:

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور الوسيط هو يربط الأنساق بالموارد الموجودة. كما أنه أيضا يؤدي مسؤولية مهنية في العمل للتأكيد أن تلك الموارد تعامل أنساق العميل بطريقة إنسانية وذات فاعلية.

(٨) الميسر أو المسهل Facilitator:

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور الميسر أو المسهل فإنه ييسر أو يسهل التغيير بجمع جماعات الناس معا ومساعدتهم لاستخدام مواهبهم، وبالمثل الموارد الأخرى، لإحداث تغيير إيجابي.

(٩) دور المستهل الذي يبدأ العمل litigator:

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور المستهل الذي يبدأ بالعمل، عندما يوقظ الانتباه بشأن مشكلة أو حاجة لا ينصب الاهتمام عليها.

(١٠) دور المفاوض negotiator:

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور المفاوض فهو يطالب ويدافع لصالح نسق العمل، والأخصائي في هذا الدور يقف في جانب نسق العمل.

(١١) دور المحرك أو المعبئ mobilized:

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور المحرك أو المعبئ فهو يجمع ويحشد ويستحث وينظم الجماعات الجديدة والقائمة.

(١٢) دور المطالب أو المدافع advocate :

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور المطالب أو المدافع فهو يناضل من أجل حقوق وكرامة الناس المحتاجون للمساعدة من أجل قضيتهم.

(١٣) دور الممتد أو المنتشر outreach worker

إن الأخصائي الاجتماعي عندما يؤدي دور الممتد أو المنتشر فهو يعين هوية أنساق عملاء محددين، ويمتد وينتشر لتقديم المساعدة لهم.

ثالثاً: مهام الممارس العام في الخدمة الاجتماعية:

المهمة الأولى:

التعرف على وتقدير المواقف عندما تحتاج العلاقة بين الناس والنظم الاجتماعية إلى مبادرة أو تعزيز أو تدعيم وفي هذا الإطار ينبغي أن يحل ويشير إلى مواطن الخلل في الأداء الجماعي أو المشكلات الاضطرابات بين الناس وبيئاتهم الاجتماعية التي يعيشون فيها من خلال ممارسة مهارات الملاحظة والاتصال وجمع البيانات المناسبة من مصادر وتحليلها ليحدد أين تكن مناطق الموقف الإشكالي.

المهمة الثانية:

مساعدة أنساق التعامل علي استخدام قدراتهم الذاتية لمواجهة المشكلات التي يتعرضون لها، خاصة العملاء غير المتوافقين مع حياتهم أو

يمرون بحالات من القلق والكآبة بسبب تعرضهم لمشكلات نفسية واقتصادية واجتماعية تحد من أدائهم لأدوارهم مع الأنساق الأخرى التي يتعاملون معها.

المهمة الثالثة:

مساعدة أنساق التعامل على ترابط بينهم وبين أنساق الموارد المتاحة في المجتمع خاصة في احتياجهم لتلك الموارد وهم غير مرتبطين بها رسمياً أو غير رسمي، أو في حالة عدم معرفتهم بتلك الموارد، أو بسبب إخفاقهم في استخدامها، أو لاعتقادهم في أنها لن تشبع احتياجهم. وبالتالي فإن مساعدتهم على إقامة تلك العلاقة يسهم في إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم.

المهمة الرابعة:

تيسير التفاعل وبناء علاقات جديدة بين العملاء وأنساق الموارد المؤسسية والمجتمعية خاصة في حالة عدم استجابة تلك الأنساق لاحتياجاتهم وعدم توفيرها لأوجه المساعدة التي يحتاجون إليها حتى تكون أكثر فعالية واستجابة لتلك الاحتياجات.

المهمة الخامسة:

المساهمة في تعديل سياسة مؤسسات الرعاية وإعادة تغيير تلك السياسات بحيث تكون برامجها قادرة على إشباع احتياجات العملاء ومواجهة مشكلاتهم أو العمل على توفير خدمات جديدة أو التنسيق بين الخدمات القائمة لتحسين التفاعل بين العملاء والأنساق الاجتماعية.

المهمة السادسة:

القيام بوضع خطة والمساهمة في إنجازها لمواجهة مشكلات العملاء وإشباع احتياجاتهم على أساس علمي يقوم على الأسلوب العلمي في تحديد احتياجات العملاء وتقدير حجم مشكلاتهم وتحديد الأهداف التي يمكن تحقيقها واختيار أفضل البدائل المتاحة وتعزيز عملية حل المشكلة.

المهمة السابعة:

المساهمة في تعزيز فعالية سياسات المؤسسات التي تقدم خدماتها للعملاء وإعادة تنظيم بناءاتها لمساعدة العملاء علي إشباع احتياجاتهم وتقويم خدمات تلك المؤسسات لتصبح أكثر فاعلية في تقديم خدماتها لهم.

المهمة الثامنة:

التأثير علي السياسات الاجتماعية حيث أن من أهداف الممارسة العامة النهوض بالسياسات والتشريعات التي تحسن من مستوى البيئة الاجتماعية والمساهمة في حل مشكلات أنساق التعامل بل السعي إلي معرفة واكتساب مهارات جديدة. ويرتبط ذلك بالأهداف الوقائية علي أساس أن الوقاية من المشكلات تؤدي إلي عدم ظهورها أو تأخر من تفاقمها بعد ظهور أعراضها الأولي، أو أنها الإجراءات التي يتخذها الممارسون والمهنيون الآخرون لتقليل أو القضاء علي الظروف الاجتماعية والسيكولوجية أو الظروف الأخرى المسببة لحدوث المشكلات.

المهمة التاسعة:

التدخل بفاعلية لصالح العملاء الأكثر تعرضاً للخطر أي الأكثر تعرضاً للمشكلات والعمل مع العملاء الذي يعيشون تحت ضغط ظروف جائرة، إلي جانب المشاركة النشطة مع التخصصات الأخرى لإيجاد خدمات أو موارد جديدة لإشباع احتياجات العملاء ومواجهة مشكلاتهم والتزود بالفرص الأكثر عدالة وإنصافاً استجابة للعملاء المستفيدين من الخدمات والعمل مع الآخرين للتخلص من تلك الأنساق الجائرة.

المهمة العاشرة:

المشاركة بفعالية مع الأخصائيين الاجتماعيين والتخصصات الأخرى في توفير موارد جديدة مع التوزيع العادل للموارد الهامة لحياة العملاء وبقائهم في إطار التشريعات والقواعد المنظمة لعمل منظمات الرعاية حتي يمكن استفادة أكبر عدد منهم من هذه الموارد في إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم ، مع

السعي لزيادة فعالية وإنسانية العمليات التي تقوم بها الأنساق المسؤولة في المجتمع عن إشباع احتياجات العملاء ومواجهة مشكلاتهم.

رابعاً: مهارات الممارس العام في الخدمة الاجتماعية:

يمكن القول أن الخدمة الاجتماعية تعتبر فناً فهي تعتمد علي حقائق العلوم الاجتماعية، ثم المهارة في تطبيق واستخدام تلك الحقائق في الواقع العملي لممارسة المهنة في مجالاتها المتعددة.

ويمكن أن نوضح بعض تعاريف مهارة الممارس العام في الخدمة الاجتماعية فيما يلي:

التعريف الأول:

قدرة الممارس العام علي التأثير لتعديل سلوك الأنساق التي يتعامل معها أو مساعدتها في المواقف الصعبة مستخدماً مختلف المعارف والخبرات أثناء ممارسته لعمله المهني.

التعريف الثاني:

اختيار واع للمعرفة وثيقة الصلة بالمسؤوليات المهنية المطلوبة من الممارس العام والقدرة علي إدماج تلك المعرفة مع قيم مهنة الخدمة الاجتماعية وبلورتها ثم التعبير عنها بنشاط مهني مناسب تبعاً لطبيعة الموقف.

التعريف الثالث:

قدرة الممارس العام علي توظيف النظريات والمعارف والخبرات والمبادئ المهنية لتنمية أدائه في مجالات الممارسة العامة المهنية لتحقيق عملية المساعدة للأنساق التي يتعامل معها في مختلف المواقف بسهولة ويسر مع الاقتصاد في الوقت والجهد. وتتوقف قدرة الممارس العام في الخدمة الاجتماعية علي ممارسة المهارات المهنية علي:-

*مدي إدراكه للمعارف المهنية التي اكتسبها أثناء الدراسة.

* قدرته علي تحقيق التفاعل بين المعارف التي اكتسبها وقيم مهنة الخدمة الاجتماعية.

* الخبرات التي اكتسبها أثناء تدريبه الميداني باعتبار أن التدريب أحد الركائز التي يكتسب من خلالها الممارس العام من قيم وعادات ومهارات واتجاهات الممارسة.

* شخصية الممارس وما يتميز به من سمات تؤهله لاكتساب المهارات اللازمة للممارسة المهنية في هذا المجال.

ويؤدي توفير المهارة لدي الممارس العام في الخدمة الاجتماعية إلي زيادة المرونة في أدائه لعمله في مجالات الممارسة وزيادة ثقته في قدراته علي أداء عمله بالإضافة إلي زيادة فهمه للعمل وإدراكه للعلاقات بين المشاركين في أي موقف إشكالي، والانتظام في أدائه للعمل والإقبال عليه بمعدل أداء علي درجة كبيرة من الفاعلية.

ويمكن تحديد أهم مهارات الممارسة العامة التي تساعد الممارس علي القيام بدوره في إطار مستويات الممارسة فيما يلي:

(أ) مهارات الممارسة علي مستوى المايكرو (Micro).

- * المهارة في المقابلة.
- * المهارة في تكوين العلاقة المهنية.
- * مهارة الاتصال اللفظي وغير اللفظي.
- * المهارة في الملاحظة.
- * المهارة في مساعدة العميل علي إدراك مشكلته.
- * المهارة في تحويل الحالات.
- * المهارة في تسجيل الحالات الفردية.

(ب) مهارات الممارسة علي مستوى الميزو (Mezzo).

- * المهارة في تكوين الجماعة.
- * المهارة في مساعدة الجماعة علي تنظيم نفسها.
- * المهارة في فهم ديناميات الجماعة .
- * المهارة في إدارة المناقشة الجماعية.
- * المهارة في استخدام العلاقات الجماعية.
- * المهارة في استخدام وظيفة المؤسسة .

- * المهارة في مساعدة الجماعة علي تنفيذ البرنامج.
- * المهارة في مساعدة الجماعة علي تقييم البرنامج .
- * المهارة في تسجيل علي مستوى الميزو

(ج) مهارات الممارسة علي مستوى الماكرو (Macro).

- * المهارة في صنع القرار .
- * المهارة في التأثير علي متخذي القرار .
- * المهارة في الاستفادة من الموازنات .
- * المهارة في تصميم المشروعات .
- * المهارة في استخدام البحوث .
- * المهارة في اكتشاف القيادات .
- * المهارة في المواجهة والإقناع .
- * المهارة في التفاوض .
- * المهارة في التسجيل علي مستوى الماكرو .

كما أن هناك مهارات عامة تستخدم مع كافة مستويات الممارسة المهنية منها:

- * المهارة في تقدير الموقف .
- * المهارة في تحديد النسق الأولي للتعامل والأنساق المستهدفة .
- * المهارة في إجراء التعاقد .
- * المهارة في تحديد أهداف التدخل المهني .
- * المهارة في تحديد أساليب التدخل المهني .
- * المهارة في تنفيذ استراتيجيات التدخل التي تم الاتفاق عليها .
- * المهارة في إنهاء التدخل .

الفصل العاشر

عمليات المساعدة في إطار الممارسة العامة مع الأفراد والأسر

الفصل العاشر

عمليات المساعدة في إطار الممارسة العامة مع الأفراد والأسر

إن عمليات أنساق التعامل في أي مجال من مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في إطار الممارسة العامة يحتم علي الممارس العام القيام بعدة عمليات و لا شك في أن جميع أنشطة الخدمة الاجتماعية تتم بين الأخصائي الاجتماعي ونسق العمل (فرد - أسرة - جماعة - مؤسسة - مجتمع) وحيث أن جميع عمليات الخدمة الاجتماعية (تقدير - تخطيط - تدخل - تقييم) تهدف بالضرورة إلي تحقيق تغيير في ظروف العمل أو حل الموقف

الإشكالي أو تخفيف ظروف المشكلة، فإن هناك أهمية كبيرة لبناء علاقة قوية بين الأخصائي والعميل. لذلك فالعلاقة المهنية هي الوسيلة والمنهج المطلوب لتنشغيل عملية المساعدة. ولذلك فإن تأكيد وبناء علاقة مهنية قوية وعميقة بين الأخصائي والعميل تزيد من فرص النجاح وتحقيق أهداف عمليات المساعدة. وبشكل أساسي فإن العلاقة المهنية تلتزم بالمعايير والضوابط الأخلاقية والقانونية التي يضعها المجتمع وكذلك اللوائح والمعايير التي تضعها الهيئة التنفيذية التي يعمل بها الأخصائي الاجتماعي وكذلك ميثاق العمل الأخلاقي الذي تضعه المهنة. ويقوم العلاقة المهنية بشكل أساسي علي أسس ومبادئ محددة. وتتمثل عمليات المساعدة في الآتي:

العملية الأولى: التقدير وتحديد الموقف الإشكالي.
العملية الثانية: تحديد أهداف التدخل لمواجهة الموقف. (التخطيط للتدخل المهني)
العملية الثالثة: صياغة التعاقد أو الاتفاق.
العملية الرابعة: اختيار الأساليب المناسبة للتدخل المهني وتنفيذها. (التدخل المهني)
العملية الخامسة: التقويم وإنهاء التدخل المهني.

العملية الأولى: التقدير وتحديد الموقف الإشكالي: (١) تعريف عملية التقدير:

تبدأ عمليات مساعدة أنساق العملاء في أي مجال من مجالات الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية لإشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم في إطار الممارسة العامة بعملية التقدير. ولقد تعدد التعاريف التي تناولت عملية التقدير ومنها.

التعريف الأول:

الوصول إلي فهم واضح لطبيعة الموقف الإشكالي من حيث أسبابه والعوامل المرتبطة به وما يجب اتخاذه من إجراءات أو تغيير في المواقف لمواجهته أو التقليل من حدته.

التعريف الثاني:

عملية توقعية تحليلية لتجميع وتنظيم واختيار البيانات والحقائق التي تتعلق بالمشاعر والأفكار والمعاني وتوقعات أنساق التعامل وظروفهم واحتياجاتهم كأساس لتخطيط وإشباع الاحتياجات وتحقيق التغيير المطلوب.

التعريف الثالث:

عنصر أساسي في ممارسات الخدمة الاجتماعية بدونه يتعامل الممارس العام مع المواقف والتدخل بطريقة غير مخططة وغير محكمه إذ تعتبر عملية مبدئية لاتخاذ القرارات المرتبطة بعملية المساعدة بطريقة مجدية.

ومن التعاريف المصاحبة يتضح أن عملية التقدير هي:

العملية التي يتم من خلالها تجميع وتنظيم البيانات المرتبطة بنسق التعامل والموقف الإشكالي والاستفادة منها في وضع خطة التدخل لإحداث التغيير المطلوب.

(٢) خطوات عملية التقدير:

تتضمن عملية التقدير ثلاثة خطوات هي:

١- تحديد المشكلة وصياغتها.

٢- تحديد نقاط القوة والضعف.

٣- تحديد الأولويات .

الخطوة الأولى: تحديد المشكلة وصياغتها:

سبق القول بأن أي مشكلة يتعامل معها الممارس العام في الخدمة

الاجتماعية تتضمن جوانب متعددة وتتداخل في وجودها عوامل كثيرة ، لذا فإن

الممارس العام مطالب بتحديد المشكلة من خلال تحديد الحاجات غير المشبعة

للأنساق التي يتعامل معها لأن عدم إشباع الحاجات هو الذي كان سببا في

حدوث المشكلة، مع تحديد الأسباب أو المعوقات التي حالت دون إشباع تلك

الاحتياجات سواء كانت هذه الأسباب ترجع للنسق الأولي للتعامل أو الأنساق

الأخري مما يسهم في صياغة المشكلة إجرائياً لتحديد الخطوات التالية في عملية

المساعدة.

ويقصد بتحديد المشكلة:

الخطوة التي يقوم فيها الممارس العام في الخدمة الاجتماعية بمساعدة النسق الذي يتعامل معه علي تحديد المشكلة التي تواجهه بدقة وتحديد الظروف الخاصة التي تحيط به لحظة حدوث تلك المشكلة والجوانب التي يمكن تغييرها في تلك الظروف. من أهم الجوانب التي يجب التواصل إليها في تحديد المشكلة وصياغتها ما يلي:

* ما المشكلة الحقيقية التي يعاني منها النسق طالب المساعدة والتي سوف يتعامل معها الممارس العام؟ أي دراسة وتفسير الموقف الإشكالي في الوقت الحاضر وهذا يعني تحديد نطاق المشكلة.

* متي بدأت المشكلة، وكم مضي عليها، وكيف تطورت حتي أصبحت علي النحو الذي وصلت إليه؟ أي دراسة وتفسير الموقف الإشكالي منذ بدأ حتى الآن خاصة في المواقف التي تستدعي ذلك. وهل كانت المشكلة مستمرة أم متقطعة؟ * ما الأنساق التي تعاني من تلك المشكلة أو الموقف؟ وما دور كل نسق في وجود المشكلة لدى نسق التعامل أو الأنساق الأخرى؟

* ما هي مشاعر العميل المتعددة تجاه المشكلة؟ ومن هم الذين ينظرون إليها علي أنها مشكلة و الذين لا ينظرون إليها علي أنها مشكلة؟

* ما مدي خطورة المشكلة وما المشكلات والصعوبات الفرعية التي ترتبت علي المشكلة الأصلية والمضاعفات المحتملة لها حالياً وعلي المدي البعيد؟ ومن سيتأثرون بتلك المشكلات أو الآثار الفرعية؟ وما مدي هذا التأثير؟

* ما الجهود التي بذلت من جانب كافة الأنساق لمواجهة المشكلة؟ وما تأثير تلك الجهود علي إزالة أو التقليل من آثار المشكلة أو النتائج التي ترتبت علي ظهورها؟

* ما الأنظمة والتشريعات الجماعية والمجتمعية المؤثرة علي المشكلة؟ ومن هم متخذوا القرارات في مواجهة المشكلة من الأنساق المتعددة (أفراد، أسر، جماعات ، منظمات ، مجتمعات).

ويتوقف تحديد المشكلة بصورة دقيقة علي قدرة الممارس في تصنيف وتحليل وتفسير المعلومات وصياغتها في صورة تقديرية مبسطة علي أساس خبراته ومعلوماته المهنية وهو ما يعبر عنه بالرأي المهني للأخصائي ، إلي جانب بؤره اهتمام نسق التعامل وضرورة مشاركته في تحديد المشكلة باعتباره أعلم الناس بالموقف كما أن تكل يضمن مساهمة الجدية في الإجراءات اللازمة لمواجهة الموقف ، هذا بالإضافة لوظيفة ونوعية الخدمات التي تقدمها المؤسسة التي يمثلها أو يعمل بها الممارس ، مع الأخذ في الاعتبار تفسير المشكلة في إطار الأنساق التي تفاعلت لأحداثها.

الخطوة الثانية: تحديد نقاط القوة والضعف:

بعد تحديد المشكلة وتحديد الأنساق المتأثرة لها والأنساق التي يمكن أن تساهم في مواجهتها يقوم الممارس العام بتحديد جوانب القوة سواء كانت في النسق الأولي أو الأنساق الأخرى حتي يمكن الاستفادة منها. وتتضمن تلك الخطوة قيام الأخصائي كممارس عام بما يلي:

- * تقدير مبدئي لجوانب القوة ومحددات النسق طالب المساعدة أو الذي يمر بالمشكلة وإلي أي مدي يمكنهم مواجهة الموقف والحفاظ علي أو تحسين مستوي أدائهم علي التعامل مع مثل هذا الموقف ، وجوانب المساهمة التي يمكن للأنساق الأخرى القيام بها كي تساعد بعد ذلك في اقتراح الضل الأساليب لمشاركة طالب المساعدة في عملية الدخل المهني.

* تحديد الأنساق المشاركة للنسق الأولي في المشكلة والتي يمكنها المساعدة ، وأولوية دور كل نسق منها بقدر ما يتوفر لديه من موارد وخدمات تسهم في مواجهة المشكلة، وما هي عوامل القوة والضعف فيهم وما دوافعهم وقدراتهم وهل هم قادرون علي التعامل مع الموقف الإشكالي بمفردهم أم أنهم سيقبلوا مساعدة الآخرين.

* تحديد نسق الموارد الرسمية متمثلاً في الجماعات والمنظمات ونوادي الترفيه التي ينتمي إليها النسق وما يمكن أن تزود به تلك النسق من جوانب قوة أو موارد تسهم في مواجهة الموقف الإشكالي حيث توفر مساعدة أكثر تخصصاً من تلك التي توفرها النظم أو الموارد غير الرسمية.

* تحديد نسق الموارد غير الرسمية كالأسرة والأصدقاء والجيران وزملاء العمل الذين يمكنهم المساهمة في تقديم الخدمات المساعدة في العديد من مهام الحياة اليومية وهم غالباً ما يقدمون النصيحة، الدعم الأنفعالي، المعلومات أو الخدمات الملموسة والمساعدة العملية.

الخطوة الثالثة : تحديد الأولويات :

يقصد بتحديد الأولويات :

قيام الممارس العام بتحديد درجة الأسبقية لمشكلة علي أخرى أو برنامج تدخل علي برامج أخرى لتحقيق عملية المساعدة بدرجة أدنى والتوصل إلي تحديد نسق التعامل وجوانب القوة والضعف فيه والأنساق ذات التأثير بدرجة أكبر بالمشكلة وذات التأثير في مواجهتها ، وتتضمن هذه الخطوة قيام الممارس العام بتحديد أولوية كل من الجوانب التالية:

الجانب الأول:

المشكلة الأساسية التي لها تأثيرها علي نسق التعامل أو التي سيعمل الممارس معها والتي ستوجه الجهود لمواجهتها وفق عدة محكات منها:

(أ) اعتراف نسق العمل بوجود هذه المشكلة وأهميتها بالنسبة له وأنها تمثل أهم مشكلاته ، ومن ثم لجأ للمؤسسة أو الممارس العام لمساعدته علي مواجهتها.

(ب) أن تقع المشكلة في نطاق اهتمامات المؤسسة التي يعمل بها الممارس كجزء من الخدمات التي تقدمها لعملائها أو هدف تسعى المؤسسة لتحقيقه للمستفيدين منها.

(ج) أن يكون هناك إمكانية للتعامل مع المشكلة من جانب الممارس العام ونسق التعامل مع توفر الاستعداد لدي تلك الأنساق لاستيعاب وملاحقة التغيير الناتج عن مواجهتها أو الآثار الفرعية التي قد تترتب علي مواجهة المشكلة الرئيسية.

(د) إمكانية صياغة المشكلة وتحديد بدقة علي أساس ما يتوفر لدي الممارس من ملاحظات ومعلومات.

(هـ) مدى وفرة الموارد والإمكانات اللازمة لمواجهة المشكلة سواء كانت شخصية نسق العميل أو مجتمعية ، ففي بعض المشكلات من الممكن أن يكون لدي الأشخاص الدوافع العامة والقدرة لكن البيئة قد تمنح فرصة ضئيلة لاحتمالية تغيير الأشخاص ، مثال ذلك : شخص عاطل قد يملك المهارات والدوافع الشديدة للحصول علي وظيفة ولكن موارد البيئة لا توفر له وظائف للعمل بها.

(و) مدى تأثير مواجهة المشكلة في التغلب علي مشكلات أخرى تواجه نسق التعامل أو الأنساق الأخرى المتأثرين بالمشكلة الرئيسية.

الجانب الثاني:

تحديد أولوية أنساق العملاء الواجب التدخل معهم لتحقيق عملية المساعدة (فرد ، أسرة ، جماعة ، منظمة ، مجتمع) ، حتي تكون هي نقطة بداية العمل المهني وفقاً لأهمية التدخل مع كل نسق من تلك الأنساق لمواجهة المواقف الإشكالي ككل علي أساس أنه أثر في وجود المشكلة أو علي أساس مساهمته في مواجهتها.

الجانب الثالث:

تحديد أولوية الجانب أو الجزء الذي يبدأ الممارس العمل معه من المشكلة تبعاً لتأثيره الأكبر علي نسق التعامل أو الأنساق الأخرى. وهذا يعني إمكانية تجزئة

المشكلة والبدء بمواجهة جزء منها ثم الانتقال إلي التعامل مع جزء آخر وهكذا حتى ينتهي الممارس من مساعدة نسق التعامل في مواجهة المشكلة.

العملية الثانية : تحديد أهداف التدخل المهني ومواجهة الموقف: (التخطيط للتدخل المهني)

تنتهي عملية التقدير بتحديد النسق الأولي للتعامل بما يتوفر لديه جوانب ضعف وقوة إلي جانب تحديد الأنساق المرتبطة بالنسق الأولي وسواء كل منها في حدوث المشكلة والمسئوليات التي يمكن أن يسهم بها لمواجهة لموقف الإشكالي إلي جانب تحديد الأولويات. وبلي ذلك ضرورة تحديد أهداف التدخل لمواجهة لموقف.

١- المقصود بتحديد أهداف حل المشكلة أو التدخل لمواجهة الموقف:

ويقصد بتحديد أهداف التدخل لمواجهة الموقف. تلك الجهود التي تبذل سواء من جانب الممارس العام أو النسق الأولي أو الأنساق الأخرى أو المهنيين من الأخصائيين الاجتماعيين أو التخصصات الأخرى غير الأخصائي لمواجهة الموقف الإشكالي ، مع مراعاة ضرورة أن يشارك كل من الممارس في تحديد أهداف حل المشكلة مع النسق طالب المساعدة أو الأنساق الأخرى ، ويتضمن ذلك الأهداف التي تتعلق بالتغيرات التي تطرأ علي نسق التعامل والبيئة ودور العقد الذي يتم التفاوض بشأنه والذي يجسد هذه الأهداف والوسائل التي يمكن أن تحقق تلك الأهداف.

٢- أهداف الممارسة العامة في مواجهة الموقف الإشكالي:

تتضمن أهداف الممارسة العامة لمواجهة الموقف الإشكالي نوعان من

الأهداف هما:

الأهداف البعيدة المدى:

وهي الأهداف بعيدة المدى التي يسعى كلاً من نسق التعامل والممارس لتحقيقها ، و يلاحظ ضرورة مشاركة نسق التعامل في تحديد الأهداف وفقاً لدرجة نضجة ومهارة الممارس العام في إتاحة القصة لمشاركته في تحديدها. وتتسم تلك الأهداف بأنها عامة تحدد النتيجة النهائية المطلوب الوصول إليها لمواجهة الموقف الإشكالي.

الأهداف القريبة المدى :

وهي أهداف مرحلية أو مكونات جزئية للهدف البعيد أو الهدف العام لمواجهة الموقف وتتسم بأنها أهداف عملية يؤدي تحقيقها إلي تحقيق الأهداف البعيدة أو الاستراتيجية .

٣- خطوات تحديد أهداف التدخل لمواجهة الموقف:

الخطوة الأولى:

تحديد مدى استعداد النسق الأولي والأنساق الأخرى للمساهمة في وضع الأهداف وفقاً لتأثرهم بالموقف أو تعاونهم في مواجهته.

الخطوة الثانية:

قيام الممارس العام يشرح الغرض من وضع وتحديد الأهداف للنسق الأولي أو الأنساق الأخرى.

الخطوة الثالثة:

التعرف علي الأهداف من وجهة نظر النسق الأولي علي أساس ما يريد تحقيقه من لجوئه للمؤسسة أو الممارس لمساعدته علي تحقيقه واقتراح الممارس العام للأهداف التي يمكن تحقيقها في ضوء تعرفه علي طبيعة الموقف الإشكالي.

الخطوة الرابعة:

تحديد الأهداف الممكنة والمعوقات المتوقعة لتنفيذ كل هدف من تلك الأهداف المقترحة.

الخطوة الخامسة:

ترتيب الأهداف حسب أولوياتها من وجهة نظر الممارس العام ونسق التعامل تبعاً لما يتوفر من موارد لتنفيذها وقدرتها علي تحقيق الأهداف النهائية لمواجهة المواقف.

الخطوة السادسة:

اختيار أفضل الأهداف الأكثر ملاءمة لمواجهة المشكلة من وجهة نظر كل من الممارس ونسق التعامل.

العملية الثالثة : صياغة التعاقد:

١- تعريف التعاقد:

التعريف الأول:

اتفاق مكتوب أو شفهي أو ضمني بين الممارس العام ونسق التعامل أو الأنساق المرتبطة بالموقف (الفرد والأسرة) يتعلق بالأهداف القريبة والبعيدة، والطرق والمجال الزمني والتزامات كل منهم لتحقيق عملية لمساعدة.

التعريف الثاني:

الاتفاق الذي يتم بين الممارس العام وأنساق التعامل (الفرد والأسرة) حول الخطوات المستقبلية للتدخل المهني متضمناً الأهداف والوقت اللازم لتحقيقها والمسؤوليات المتبادلة والمهام المتفق عليها.

التعريف الثالث :

اتفاق بين الممارس العام والأنساق المرتبطة بموقف التدخل المهني سواء كان مكتوباً أو شفهيّاً يحدد الخطوات المستقبلية للتدخل في إطار زمني للالتزامات كل منهم لتحقيق أهداف عملية المساعدة.

٢- مراحل عملية التعاقد:

المرحلة الأولى: مرحلة الاستطلاع والتفاوض:

والتي يقوم فيها كل من نسق التعامل والممارس بجمع أكبر قدر من العوامل المؤثرة علي المواقف وتلك التي يمكن التعامل معها من وجهة نظر كل

منهما للتعبير عن توقعاته من الآخر ويتم توصلهما إلي تقييم للالتزامات التي يقوم بها كل منهما.

ويلاحظ أن توقع العميل لإدارة هو إنتاج خبراته السابقة في عمليات المساعدة ومفهوم العميل عن الخدمة الاجتماعية حيث يري بعض أنساق التعامل أن مسئوليتهم هي الإشارة إلي الممكنة ثم علي الممارس أن يقوم بمواجهتها، وبعضهم يفترض أنهم يمكنهم مواصلة الدور السلبي ، في حين يتخذ الآخرون الإجراءات المطلوبة لمواجهة الموقف من خلال تعاونهم مع الممارس. كما أن توقع الممارس لدور أنساق التعامل قد يكون نتاج اتجاه نصري وتقدير لدوافع العميل وقدراته ، وأغلب الاتجاهات تتطلب أن يشارك العملاء في حل مشاكلهم وتنفيذ الحلول. وتظهر المشاكل عندما يكون هناك تضارب بين توقعات كل من الممارس ونسق التعامل، ويظهر الصراع عندما يتوقع الممارس أن يشارك العملاء بفاعلية ويتوقع العملاء من الممارس أن يحل مشكلاتهم.

المرحلة الثانية: وهي المرحلة الأولية للتعاقد:

وفيها تظهر بعض الشكوك التي تحتاج إلي التوضيح وبعض تحفظات كل طرف حول التوصل إلي الأهداف القريبة والبعيدة والتي تمثل أهدافاً مشتركة لجميع الأنساق المشاركة في الموقف ووسائل تحقيق تلك الأهداف.

المرحلة الثالثة : الاتفاق:

وهي مرحلة يتمكن فيها كل من الممارس العام ونسق التعامل أو الأنساق الأخرى من التوصل إلي تقييم مشترك حول الأهداف ووسائل تحقيقها وواجبات كل منهم والفترة الزمنية التي تتضمنها خطة التدخل أي التوصل إلي صياغة بنود عقد التفاوض، أي أنه خلال هذه المرحلة يتم الاتفاق علي شروط

الخدمة والتزامات كل من الممارس ونسق التعامل وهو ما يسمى الارتباط أو التعاقد.

٣- محتويات العقد المهني:

ويتضمن العقد المهني كل أو بعض المحتويات التالية:

- ❖ يوم وتاريخ تحرير العقد.
- ❖ اسم النسق الأولي الذي تقدم بطلب المساعدة.
- ❖ اسم الأخصائي أو الممارس العام الذي سيتعامل مع الموقف .
- ❖ المؤسسة أو المكان الذي تتم فيه عملية المساعدة أو من خلاله تقدم الخدمات لطالب المساعدة.
- ❖ الموقف أو المشكلة المراد التدخل بشأنها أو المشكلة الرئيسية ذات الأولوية المطلوب التعامل معها.
- ❖ الأنساق المشاركة مع النسق الأولي أي كافة الأطراف المشتركين في الموقف سواء كان النسق الأولي للتعامل أو الأنساق الأخرى أو المهنيين من أخصائيين اجتماعيين أو تخصصات أخرى لها دور في مواجهة الموقف.
- ❖ الأهداف الاستراتيجية والأهداف الفرعية المراد تحقيقها والأساليب الموضوعة لتحقيق كل هدف فرعي وصولاً للهدف النهائي.
- ❖ المهام والمسؤوليات الخاصة بكل من النسق الأولي والأنساق الأخرى لتحقيق عملية المساعدة ودور كل منهم في إطار الهدف العام لمواجهة الموقف الإشكالي.
- ❖ دور الممارس العام والمهام المسئول عنها في تنفيذ خطة التدخل المهني التي يتم الاتفاق عليها.
- ❖ مدة سريان العقد أو الزمن الذي يستغرقه التدخل لتحقيق الأهداف سواء كانت أهدافاً جزئية أو هدف نهائي، وترتيب تلك التوقيتات تبعاً للزمن الذي يستغرقه تنفيذ كل هدف .

العملية الرابعة: اختيار الأساليب المناسبة للتدخل المهني

وتنفيذها:

١- تعريف التدخل المهني:

التعريف الأول:

هو أنشطة مقننة وموجهة لأهداف تحكمها أخلاقيات وقيم ومعارف وفتيات منفردة في مجموعها ومعتزف بها في إطار مهنة الخدمة الاجتماعية.

التعريف الثاني:

العمل الصادر من الممارس العام والموجه إلي النسق أو جزء منه بغرض إدخال تغييرات عليه أو إحداث تغييرات فيه بحيث يكون هذا العمل مبنيا علي معارف الخدمة الاجتماعية وملتزمًا بقيمها .

التعريف الثالث:

هو مصطلح يعبر عما يقوم به الأخصائيون الاجتماعيون من أنشطة للتعامل مع المشكلات في إطار استراتيجية محددة لتحديد الأهداف وطرق تحقيقها.

التعريف الرابع:

مجموعة من الأنشطة المهنية في الخدمة الاجتماعية علي مختلف المستويات تطبق خلال فترة زمنية محددة وتستخدم لوصف العمل سواء مع الفرد أو الجماعة أو المجتمع كجهود وأنشطة مخططة وموجهة من قبل الأخصائي الاجتماعي بهدف إحداث تغييرات مقصودة ومرغوبة في الإنسان أو البيئة.

٢- أهداف تحديد أساليب التدخل المهني:

وعملية اختيار الأساليب المناسبة للتدخل المهني تهدف إلي تحقيق ما

يلي:

الهدف الأول:

مساعدة التعامل علي إشباع حاجة من حاجاته أو إزالة عقبه تعرقل إشباع تلك الحاجة من خلال سلسلة من الأفعال والأنشطة والأعمال المطلوب القيام بها من جانب نسق التعامل أو الممارس العام.

الهدف الثاني:

مساعدة أنساق العملاء علي مواجهة مشكلاتهم التي يهتمون بها أو التي يتأثرون بها خلال سلسلة من الأفعال والمهام والواجبات المرتبطة بتخفيف أو إزالة الضغوط أو توفر مساعدات أو تعديل سلوك من خلال الجهود التي يقوم بها الممارس العام والأنساق الأخرى .

الهدف الثالث:

تزويد الأنساق بخبرة بناءه في مواجهة الموقف الإشكالي وزيادة قدراتها علي مواجهة المشكلات التي قد يتعرضون فيها في المستقبل أي زيادة قدرة النسق علي القيام بوظائف أدوار وذلك من خلال التدريب المتكرر لقدرات العميل العقلية والانفعالية والعملية للتوافق مع نفسه واتخاذ القرارات اللازمة التعامل مع الموقف الإشكالي الذي يتعرض له .

الهدف الرابع:

توصيل نسق العميل بموارد الدعم أو مصادر الخدمات التي تساعد علي مواجهة الموقف الذي يواجهه في حالة عدم توفر معرفة لديه بوجود نسق الموارد الذي يمكنه الاستفادة منه.

العملية الخامسة : التقويم وإنهاء التدخل المهني:

١ - مفهوم تقويم وإنهاء التدخل المهني:

إن المرحلة الأخيرة في عقد التفاوض تتضمن تحديد موعد وإجراءات إنهاء عملية المساعدة وهذا يتطلب أن يقوم كل من الممارس العام وأنساق

التعامل بتقويم نتائج جهودهم المشتركة لتحقيق الأهداف المتفق عليها وذلك بتقويم أداء كل منهما لواجباته والأساليب التي تم إتباعها.

التعريف الأول:

تقدير جدوي وفاعلية جميع العمليات التي تصمم لمساعدة أنساق التعامل في تحقيق أهدافهم وتحليل نوعية العلاقات القائمة وقياس النتائج وإحداث التغيير في الأهداف والأساليب بما يسمح بالتنمية المستمرة في أساليب التدخل.

التعريف الثاني:

هو العمليات التي تهتم بقياس نتائج الأفعال التي تمت بواسطة التدخل المهني مقارنة بالأهداف التي خطط لتنفيذها لتحقيق عملية المساعدة.

التعريف الثالث:

هي عملية جمع المعلومات والبيانات وتحليلها لمعرفة درجة تأثير طرق وأساليب التدخل المستخدمة ومدى الإنجازات التي تحددت ومقارنتها بالأهداف.

٢- أهداف تقويم التدخل المهني:

وعند إنهاء التدخل المهني يصبح التقويم ضروري لأنه يستهدف ما يلي:

الهدف الأول:

التعرف علي النتائج ومراجعة تقييم ما تم إنجازه والأهداف التي تم تحقيقها والتي مثلت أهداف التدخل المهني والتعرف علي ما وصل إليه نسق التعامل من تقدم في ضوء ما تم الاتفاق عليه وما تم إنجازه فيما يتعلق بالتغييرات التي خطط لها لمواجهة المشكلة.

الهدف الثاني:

مساعدة أنساق للمحافظة علي التغييرات والمكتسبات الجديدة وتعميمها علي جوانب حياتهم من خلال تدعيم ثقتهم في أنفسهم وقدراتهم واستخدام مواقف

مختلفة ومتنوعة لممارسة السلوكيات الجديدة وهذا يعني إقرار وترسيخ جهد التغيير بحيث يحتفظ النسق بالمكاسب التي حققها .

وفي هذه الحالة يمكن لنسق التعامل أن يعمم المكاسب التي تحققت علي المواقف الأخرى وزيادة قدرته في التغلب علي المشاكل من خلال اكتساب مهارات هامة ، أما إذا لم تعمل جهود التدخل علي توسيع مكاسب العميل فيكون استخدامه للمهارات الجديدة محدوداً في المناطق المشابهة للمواقف الإشكالي السابق .

الهدف الثالث:

مساعدة الأنساق المختلفة المشاركة في الموقف الإشكالي للتعامل مع المشاعر المرتبطة بمرحلة الانفصال أي التحرر من العلاقات بين الممارس العام وأنساق التعامل سواء كانت مشاعر معقدة أو مؤلمة. وذلك لأن معرفة الوقت التقريبي لإنهاء العمل منذ البداية أثناء إبرام العقد يؤدي إلي القليل من ظهور بعض المشكلات المرتبطة بالإنهاء أو الانفصال خاصة في حالة ارتباط نسق التعامل بالممارس ارتباطاً عاطفياً.

الهدف الرابع:

التخطيط للمستقبل إذ أن إنها عملية المساعدة من خلال المؤسسة التي يعمل فيها الممارس لا تعني بالضرورة عدم حاجة أنساق التعامل إلي خدمات لاحقة . لذا يجب أن يقوم الممارس بمساعدتهم لوضع خطة عمل لمقابلة تلك الحاجات سواء من داخل المؤسسة أو تحويلهم إلي مؤسسة أخرى للاستفادة منها .

٣- متطلبات نجاح التقويم وإنهاء التدخل المهني.

ويتطلب التقويم عند إنهاء التدخل ضروري إلى كل من:

➤ أسباب وأهداف التقويم.

➤ تحديد قدرة المؤسسة والأنساق المشاركة علي توفير الدعم والتشجيع

والإمكانات للقيام به من خلال استخدام أفضلأاليب وأدوات التقويم.

توفر مهارات لازمة وضرورية في الممارسه سواء كانت:

أ- مهارات فنية ترتبط بجمع البيانات أو تحليلها وتفسيرها .

ب- مهارة القياس والتقويم.

ج- مهارات تفاعلية كالمهارة في الاتصال والإقناع أو مهارات تفاعلية كالمهارة

في الاتصال والإقناع .

د- مهارات تحليلية وإدارية كالمهارة في إدارة الموازنات وإبرام الاتفاقات

والإشراف.

وغيرها من المهارات التي تساعد علي تحقيق الهدف من التقويم لمعرفة

مدي تحقق الأهداف وإنجاز المهام المتفق عليها وتحقيق عملية المساعدة وفقا

لما خطط له .

رؤية كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة الفيوم

تسعى كلية الخدمة الاجتماعية

بجامعة الفيوم أن تكون مؤسسة تعليمية معتمدة ومتميزة محلياً وإقليمياً.

رسالة كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة الفيوم

تلتزم كلية الخدمة الاجتماعية بجامعة الفيوم بإعداد خريج مكتسباً للمهارات المعرفية والذهنية والمهنية والعامة طبقاً للمعايير القومية الأكاديمية القياسية، قادراً على المنافسة محلياً وإقليمياً، مواكباً التطور التكنولوجي، متفرداً في إجراء البحث العلمي لمواجهة المشكلات والأزمات المجتمعية في إطار من القيم والأخلاقيات، مشاركاً في تحقيق التنمية المستدامة.

تاريخ اعتماد مجلس الكلية

٢٠٢٠/١١/١١ بجلسته رقم (٣٠٩)

مركز الدراسات
الأسرية