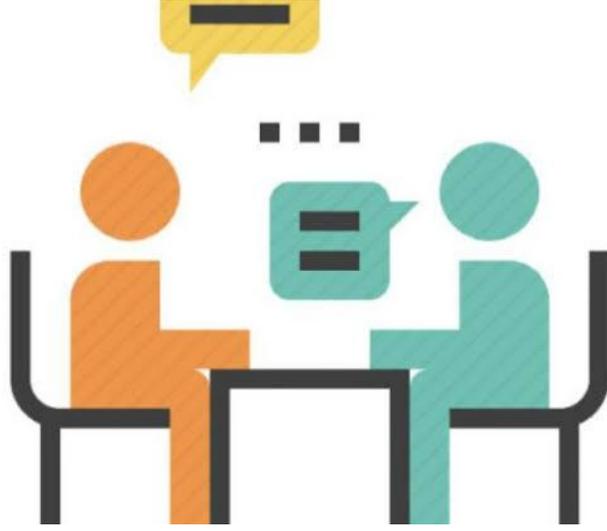


جامعة الفيوم
كلية الخدمة الاجتماعية

خدمة الفرد بين النظرية والتطبيق



دكتور/ مصطفى الحسيني النجار

أستاذ خدمة الفرد

جامعة الفيوم

٢٠٢٣

بسم الله الرحمن الرحيم

(وتنزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ولا

يزيد الظالمين إلا خسارا)

[الإسراء: ٨٢]

صدق الله العظيم

الخريطة الزمنية الدراسية لمقرر (عمليات خدمة الفرد)

بالفصل الدراسي الثاني - العام الجامعي ٢٠٢٢ / ٢٠٢٣

م	الأسبوع	خلال الفترة		رقم المحاضرة	محتوى المحاضرة
		من	إلى		
١	الأول	٢٠٢٣/٢/١٢	٢٠٢٣/٢/١٦	الأولى (مباشر بالكلية) الثانية (on line)	مراجعة على أساسيات خدمة الفرد
٢	الثاني	٢٠٢٣/٢/١٩	٢٠٢٣/٢/٢٣	الثالثة (مباشر بالكلية) الرابعة (on line)	مقدمة حول عمليات خدمة الفرد
٣	الثالث	٢٠٢٣/٢/٢٦	٢٠٢٣/٣/٢	الخامسة (مباشر بالكلية) السادسة (on line)	الدراسة الاجتماعية النفسية ج ١
٤	الرابع	٢٠٢٣/٣/٥	٢٠٢٣/٣/٩	السابعة (مباشر بالكلية) الثامنة (on line)	الدراسة الاجتماعية النفسية ج ٢
٥	الخامس	٢٠٢٣/٣/١٢	٢٠٢٣/٣/١٦	التاسعة (مباشر بالكلية) العاشرة (on line)	الدراسة الاجتماعية النفسية ج ٣
٦	السادس	٢٠٢٣/٣/١٩	٢٠٢٣/٣/٢٣	الحادية عشر (مباشر بالكلية) الثانية عشر (on line)	التشخيص الاجتماعي النفسي ج ١
٧	السابع	٢٠٢٣/٣/٢٦	٢٠٢٣/٣/٣٠	الثالثة عشر (مباشر بالكلية) الرابعة عشر (on line)	إختبار المديتيرم الأول
٨	الثامن	٢٠٢٣/٤/٢	٢٠٢٣/٤/٦	الخامسة عشر (مباشر بالكلية) السادسة عشر (on line)	التشخيص الاجتماعي النفسي ج ٢
٩	التاسع	٢٠٢٣/٤/٩	٢٠٢٣/٤/١٣	السابعة عشر (مباشر بالكلية) الثامنة عشر (on line)	التشخيص الاجتماعي النفسي ج ٣
١٠	العاشر	٢٠٢٣/٤/١٦	٢٠٢٣/٤/٢٠	التاسعة عشر (مباشر بالكلية) العشرون (on line)	العلاج الاجتماعي النفسي ج ١
١١	الحادي عشر	٢٠٢٣/٤/٢٣	٢٠٢٣/٤/٢٧	الحادية والعشرون (مباشر بالكلية) الثانية والعشرون (on line)	العلاج الاجتماعي النفسي ج ٢
١٢	الثاني عشر	٢٠٢٣/٤/٣٠	٢٠٢٣/٥/٤	الثالثة والعشرون (مباشر بالكلية) الرابعة والعشرون (on line)	إختبار المديتيرم الثاني
١٣	الثالث عشر	٢٠٢٣/٥/٧	٢٠٢٣/٥/١١	الخامسة والعشرون (مباشر بالكلية) السادسة والعشرون (on line)	التسجيل في خدمة الفرد
١٤	الرابع عشر	٢٠٢٣/٥/١٤	٢٠٢٣/٥/١٨	السابعة والعشرون (مباشر بالكلية) الثامنة والعشرون (on line)	التنمية وخدمة الفرد
١٥	الخامس عشر	٢٠٢٣/٥/٢١	٢٠٢٣/٥/٢٥	التاسعة والعشرون (مباشر بالكلية) الثلاثون (on line)	مراجعة شاملة على اجزاء المقرر
١٦	السادس عشر	٢٠٢٣/٥/٢٨	٢٠٢٣/٦/١	الحادية والثلاثون (مباشر بالكلية) الثانية والثلاثون (on line)	المحاضرة الختامية

فترة الدراسة بالفصل الدراسي الثاني ستة عشر أسبوعاً طبقاً للأجندة الجامعية للعام الجامعي

٢٠٢٣ / ٢٠٢٢

بدء إمتحانات الفصل الدراسي الثاني ٢٠٢٢ / ٢٠٢٣ اعتباراً من السبت ٣ / ٦ / ٢٠٢٣ م

مقدمة

بسم الله الرحمن الرحيم، والحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلي آله وصحبه أجمعين، بلغ الرسالة، وأدى الأمانة، وهو خير هداية للعالمين.

الحمد لله من قبل ومن بعد، فقد شاء العلي القدير أن أسجل خبراتي المتواضعة في الخدمة الاجتماعية، التي عايشتها عملياً ونظرياً، وخاصة في مجال خدمة الفرد والذي يسعى ويهتم بالحاجات والمشكلات الفردية التي وجدت مع الإنسان وستبقى ما بقى الإنسان. فقد سعى الإنسان منذ خلقه الله على الأرض إلى التعاون والتعامل مع أقرانه لمواجهة الظواهر الطبيعية والحياة الموحشة في تلك المرحلة، والتي كان يجهل فيها الكثير في الوقت الذي يحتاج إلى تجاربه وتجارب الآخرين حتى يتمكن من إشباع حاجاته ومواجهة مشكلاته. وفي استمرارية التطور وحتميتها قامت المجتمعات وظهرت التشريعات والقوانين في محاولة لمواجهة زيادة الناس وبالتالي حاجاتهم والمشكلات التي تنتج عن عدم إشباع تلك الحاجات.

يتبين من ذلك حتمية حاجات الإنسان منذ خلق وحتمية سعيه لإشباع حاجاته وطبيعة التعاون وتلقائية وفطرية مساعدة الضعفاء ومعاونة المحتاجين، مما أنتج لنا العديد من ألوان الرعاية والتي يمكن أن نطلق عليها أنها صور من الرعاية الاجتماعية وبالتالي فالرعاية الاجتماعية ظاهرة اجتماعية قديمة قدم الحياة الإنسانية، ومستمرة ارتباطاً باستمرارية الحياة الإنسانية نظراً لطبيعة الدينامية والتغير المستمر لها والذي يصاحبه ظهور حاجات جديدة ومتشعبة ومشكلات متجددة في حاجة إلى مواجهة.

والرعاية الاجتماعية بهذه الصورة يمكن النظر إليها على أنها المدخلات الإنسانية التي أخرجت وبزغت منها مهنة الخدمة الاجتماعية، إذ أن مهنة

الخدمة الاجتماعية هي وليدة القرن العشرين، لذا فهي مهنة حديثة كثمرة لبذور ألوان الرعاية الاجتماعية التي بدأت مع بدايات الإنسان على الأرض. ويسجل تاريخ بداية الخدمة الاجتماعية، بداية ظهور طريقة خدمة الفرد كأول طريقة مهنية من طرق الخدمة الاجتماعية، ليتلوها بعد ذلك طريقة خدمة الجماعة، وتأتي بعد ذلك طريقة تنظيم المجتمع.... وهكذا. وغنى عن البيان أنني حاولت ي تسجيل هذا الكتاب أن أعرض لطريقة خدمة الفرد مستفيداً بالأدبيات المتاحة في هذا المجال بالإضافة إلى الخبرات المهنية الميدانية التي جاءت عبر سنين من العمل في هذا الحقل. وأرجو من العلى التقدير أن يكون في هذه الطبعة ما يفيد القارئ لما تتضمنه من معرفة وخبرات وأخص بذلك طلابنا وزملائنا في ميدان الخدمة الاجتماعية.

والله الموفق وهو المستعان...

المؤلف

دكتور مصطفى الحسيني النجار

الباب الأول
أضواء على طريقة خدمة الفرد
في الخدمة الاجتماعية

الفصل الأول
مقدمة حول الخدمة الاجتماعية

الفصل الثاني
مقدمة عن خدمة الفرد

الفصل الأول

مقدمة حول الخدمة الاجتماعية

- ❖ مفهوم الخدمة الاجتماعية.
- ❖ فلسفة الخدمة الاجتماعية.
- ❖ طرق الخدمة الاجتماعية.

الخدمة الاجتماعية مهنة حديثة، وليدة القرن العشرين، ذات أساليب وتقنيات علمية، بدأت على إثر تعدد وانتشار المشاكل الاجتماعية التي عمت العالم خاصة في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، وغني عن البيان أن جذور هذه المهنة ارتبطت بأنشطة وأشكال الرعاية الاجتماعية التي تمتد في التاريخ إلى بداية البشرية والتي تأثرت بالتغيرات الاجتماعية، والمناخات الزمنية، والديانات السماوية.

والرعاية الاجتماعية كظاهرة اجتماعية ارتبطت بتاريخ الإنسان وحاجاته التي تلازمه دائماً، والتي يتم مقابقتها بواسطة تلك الرعاية الطبيعية، وإذا لم تؤمن هذه الحاجات ينتج عنها كثير من المشاكل، وقد أكد ذلك على حتمية الحاجة، وسعى الإنسان دوماً إلى إشباعها، وكذا حتمية المشكلة.

ومع تطور أشكال الرعاية الاجتماعية عبر المراحل التاريخية- والتي لا يتسع المجال هنا لذكرها- كان هنا ضرورة لظهور مهنة خاصة لها مقوماتها وأسسها، ويكون لها تقنية لها صفة مميزة عن بقية الخدمات التي تقدم للمجتمع، كما يجب أن يكون لها مؤسسات متخصصة لكي تحسن تقدم الخدمات المطلوبة، كما يجب أن يقوم بتقديم هذه الخدمات ممارسين مهنيين (أخصائيين اجتماعيين) Social Workers لديهم ما يكفي من العلم والمعرفة والمهارة في حقل الخدمة الاجتماعية ولهم صفات مميزة كـ رغبتهم في مساعدة الآخرين وإيمانهم بقدرة كل فرد وكل جماعة على مساعدة أنفسهم بأنفسهم ولهم من الاتزان العقلي والأخلاق وحسن التصرف وسرعة البديعة وسلامة العقل والجسد ما يمكنهم من القيام بهذا النوع من العمل ومعرفة جيدة لحضارة وتقاليد المجتمع الذي يعملون فيه ولأجله ومعرفة القوانين الاجتماعية والاقتصادية والصحية السائدة في المجتمع ذاته. فالخدمة الاجتماعية مهنة ذات أسس علمية ومهارات في العلاقات الإنسانية.

ومن هذا المنطلق بدأت الخدمة الاجتماعية تبرز على السطح كمهنة حيث قامت ماري ريشموند Mary Richmond، والتي تعتبر رائدة من رائدات الخدمة الاجتماعية وكانت إحدى أعضاء "جمعية تنظيم الإحسان الخيرية"- بتدريب المتطوعين على بحث الحالات ومداهم بالمعلومات النظرية، وتطور هذا العمل بعد ذلك إلى إنشاء مدرسة نيويورك للخدمة الاجتماعية عام ١٨٩٨ لتبدأ الخدمة الاجتماعية أولى خطواتها المهنية.

مفهوم الخدمة الاجتماعية:

الخدمة الاجتماعية نشاط اجتماعي منظم يهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات من أجل إشباع حاجاتهم وتحسين أوضاعهم في إطار نظم وقيم وتقاليدهم. والخدمة الاجتماعية مهنة تركز على مقومات أساسية وعلى قواعد علمية ومهارات فنية في إطار العلاقات الإنسانية تساعد الفرد والأسرة والمجتمع للحصول على الاستقرار الذاتي والنمو والتطور الإيجابي.

ومهنة الخدمة الاجتماعية The Social Work Profession مهنة إنسانية بالدرجة الأولى تسعى أيضاً إلى مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على تنمية مواردهم وقدراتهم، وتعديل اتجاهاتهم وسلوكياتهم، وإشباع حاجاتهم ومواجهة مشكلاتهم.

كما أنها مهنة مؤسسية تمارس من خلال مؤسسات المجتمع المختلفة مثل: المدارس، العيادات النفسية، المستشفيات، مراكز التنمية الاجتماعية، المصانع، وحدات الضمان، ومكاتب الاستشارات الأسرية، وحدات رعاية الأحداث، مراكز وأندية الشباب، ومراكز رعاية المعاقين.....

وهناك تعريفات متعددة ومتطورة للخدمة الاجتماعية، تطورت وتغيرت وفقاً للمراحل التاريخية التي وضعت فيها، ونتيجة للصعوبة في الاتفاق على

تعريف نظري محدد، نذكر فيما يلي التعريف الإجرائي للخدمة الاجتماعية والذي وضعه سيد أبو بكر.

مفهوم الخدمة الاجتماعية:

١- الخدمة الاجتماعية مهنة لها قاعدتها العلمية المكونة في تلك المرحلة من بعض معارف العلوم الإنسانية الأخرى ومن ما توصلت إليه الخدمة الاجتماعية من معارف راجعة إلى ممارستها الميدانية، كما أن لها طريقها المختلفة (خدمة فرد- خدمة جماعة- تنظيم مجتمع- تخطيط اجتماعي- إدارة مؤسسات).

٢- تهدف الخدمة الاجتماعية إلى إحداث تغيرات مرغوب فيها في الأفراد والجماعات والمجتمعات بهدف إيجاد تكيف متبادل بين الأفراد وبيئاتهم الاجتماعية- ولاستثمار أقصى ما لديهم من قدرات للوصول إلى مستويات اجتماعية أفضل.

٣- لتحقيق تلك الأهداف، تعمل الخدمة الاجتماعية في مجالات متعددة منها: المجال المدرسي، الطبي، العمالي، الأحداث المنحرفين، الريفية، الحضري،..... الخ.

٤- يمارس المهنة أخصائيون متخصصون، معدون إعدادًا خاصًا لهم مبادئهم وسماتهم.

٥- للمتطوعين من القيادات الشعبية والمواطنين فرصة التعاون مع الأخصائيين الاجتماعيين ومزاولة العمل الاجتماعي الذي يتناسب واستعداداتهم.

٦- تمارس الخدمة الاجتماعية عن طريق مؤسسات متخصصة يديرها أخصائيون اجتماعيون متخصصون، تعرف بالمؤسسات الأولية، كما

تمارس عن طريق مؤسسات أخرى للرعاية الاجتماعية، وتعرف بالمؤسسات الثانوية أو المضيفة.

٧- تتمسك الخدمة الاجتماعية بالديمقراطية في التطبيق، إذ أن ممارسة الديمقراطية السليمة تزيد من الثقة المتبادلة بين الأخصائيين الاجتماعيين وبين الوحدات التي يتعاملون معها (فرد- جماعة- مجتمع) مما يؤدي إلى نجاح البرامج في تحقيق أهداف المهنة.

٨- تتعاون المهنة مع غيرها من المهن الأخرى في المجالات المختلفة لمساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات للوصول إلى المستويات الاجتماعية المنشودة.

٩- تقوم الخدمة الاجتماعية باستثمار كل الموارد المتاحة والطاقة لتحقيق أهدافها.

١٠- لا تقتصر جهود الخدمة الاجتماعية على الأهالي وحدهم، بل تحاول أن تشرك الحكومة في بذل جهودها لصالح المواطنين، على أن تتسق الجهود الأهلية الحكومية المشتركة للعمل على تحقيق أهداف المواطنين.

١١- تتفق فلسفة وأساليب الخدمة الاجتماعية وأيديولوجية المجتمع الذي تعمل فيه.

١٢- يعترى الخدمة الاجتماعية في الوقت الحالي تطور سريع، فتنحول من فن علمي إلى علم، معتمدة في ذلك على تقدم طريقة البحث في الخدمة الاجتماعية.

فلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية:

يقصد بالفلسفة بمفهومها العام البسيط، أنها موقف أو تصور شامل تجاه الكون والمجتمع والإنسان، وتصور منطقي للعلاقات التي تربط كل ظاهرة بالأخرى استنادًا إلى منهج خاص، وبتطبيق ذلك المنهج على الماضي والحاضر

يمكن استخلاص تلك الكليات التي تكون الإطار النظري الذي يتحرك خلاله الإنسان عندما ينزل بالنظرية إلى الواقع بقيمها بالتجربة والممارسة. وفي ضوء هذا المفهوم فإن فلسفة أي مهنة أو علم من العلوم إنما تحتاج إلى الوقت الكافي الذي تستغرقه للممارسة والتجريب حتى تستقر نسبياً، لذا فإن مهنة أمكنها أن تكون لنفسها فلسفة، ولكن - من باب التحفظ - يجب أن نقول أنها فلسفة في ضوء ما توصلت إليه من ممارسات وخبرات وواقع أمبيرقي وإطار نظري معرفي، علماً بأن الخدمة الاجتماعية مازالت تعد من المهن الحديثة إذا قيست بالمهن الأخرى، كذلك نضيف أنها تتحرك حركة سريعة، وتنتقل من مرحلة تطويرية إلى أخرى في فترات زمنية قصيرة قياساً ببعض المهن الأخرى.

على ذلك يمكن القول أن مهنة الخدمة الاجتماعية قد استمدت فلسفتها من التراث الحضاري الإنساني القديم، ومن الرسائل والديانات السماوية ومن الحركات والأفكار والمذاهب الإنسانية ذات القيمة الاجتماعية، كذلك من العلوم الإنسانية والاجتماعية والطبيعية والخبرات العلمية والممارسات الميدانية التي سبقت مرحلة التمهين وحتى بعد أن أصبحت الخدمة الاجتماعية مهنة ذات علم وفن وركائز.

ويمكن القول أيضاً أنه مع تطور المهنة وتكاملها والوصول فيها إلى مرحلة النظرية العلمية تكون فلسفة المهنة قد تحددت بشكل شامل ودقيق ولكن في ضوء الوضع المعاصر نذكر أهم العناصر التي تقوم عليها فلسفة الخدمة الاجتماعية، والتي تحدد للمهنة اتجاهاتها، وتفسر أنشطة وعمليات المهنة التي ترتكز على تلك الفلسفة، وهي:

١- الإيمان بكرامة الإنسان وقيمه أي احترام الفرد واحترام حقه في أن يحيا الحياة التي تلائمه ويرضاها لنفسه والتمتع بحريته الشخصية، فقد فضله الله على كل مخلوقاته.

- ٢- الاعتقاد التام بأن كل إنسان له احتياجاته وآماله ومشاكله التي يجب مساعدته على التخلص منها.
- ٣- الإيمان بحق كل الإنسان في إشباع احتياجاته الأساسية وواجب المجتمع مساعدته على ذلك دون تفرقة ورفض مبدأ البقاء للأصلح حيث أنه لا يستند إلى أساس علمي.
- ٤- الإيمان بأن الفرد ليس مسئولاً عن كل ما يتعرض له من آلام، ومتاعب ومن ثم فإن المجتمع مسئول عن تقديم المساعدات اللازمة التي تساعد على التخلص من متاعبه وآلامه.
- ٥- تؤمن الخدمة الاجتماعية بالفردية الاجتماعية التي تقوم على التعاون الإنساني المتبادل بين الفرد والمجتمع لتحقيق مجتمع الرفاهية.
- ٦- أن تطور المجتمعات يؤدي إلى ظهور الكثير من المشكلات الاجتماعية التي يواجهها الأفراد بقدرات وإمكانيات مختلفة. لذلك يحتاج الأفراد إلى موارد وجهود خارجية تساعدهم على التكيف مع المجتمع المحيط بهم.
- ٧- الاعتراف بالفروق الفردية بين الناس وأن كل فرد له الحق المكافئ في الحصول على الخدمات الاجتماعية دون تمييز، والحق في التعبير عن آرائه وحرية التصرف طالما أنه لا يعتدي على حقوق الآخرين.
- ٨- احترام الأفراد والإيمان بأن لدى كل إنسان نواحي القوة ونواحي الضعف معاً، كما أن لديه قدراته الابتكارية الخلاقة.
- ٩- جميع الأفراد سواء إمام الخدمة الاجتماعية وأن الخدمات يجب أن تكون صالحة لدافع وحاجات الناس.
- ١٠- الإيمان بالتخطيط كأسلوب علمي لمواجهة المشكلات الاجتماعية من الجانب الوقائي والعلاجي.
- ١١- الإيمان بقدرة الفرد على التغيير والنمو وحقه في تنمية قدراته إلى أقصى درجة ممكنة.

١٢- الإيمان بحق الفرد والمجتمع في تقرير مصيره.

طرق الخدمة الاجتماعية:

بدأ الاهتمام بالتمييز بين طرق الخدمة الاجتماعية الثلاث الرئيسية في الفترة ما بين الحرب العالمية الأولى وعام ١٩٥٠، وظهرت أول تعاريف لطريقة خدمة الفرد Social Casework بين عامي ١٩١٧، ١٩٢٩، ثم تلى ذلك ظهور تعاريف لطريقة خدمة الجماعة Social Groupwork حوالي عام ١٩٣٥، وأخيراً ظهرت تعاريف لطريقة تنظيم المجتمع Community Organization فيما بين عامي ١٩٣٧، ١٩٤٦. وقبيل فترة الستينيات كانت الخدمة الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية تتعامل مع مشكلات متنوعة، وتتعامل مع كل مشكلة بالطرق الثلاثة.

ونتيجة لاستمرار ممارسة المهنة للعمل على مواجهة المشكلات المتزايدة أوضحت الخبرات الميدانية خلال الستينيات أن مهنة الخدمة الاجتماعية في حاجة إلى تعديل في أساليب ممارستها لكي تستطيع أن تتعامل مع كل مشكله اجتماعية بالتركيز على المشكلة نفسها، وليس على الطريقة المهنية التي تتعامل مع المشكلة. بمعنى أن يتعامل الأخصائي الاجتماعي مع المشكلة مستخدماً كل ما لديه من خبرة ومعرفة ومهارة ووفق ما يقتضيه الموقف وليس طبقاً للتخصص في الطريقة.

ولا شك أن طرق الخدمة الاجتماعية تتفق في الأهداف الأساسية والفلسفة وبعض الأساليب الفنية. فالخدمة الاجتماعية تهدف أساساً إلى مساعدة الناس على القيام بوظائفهم الاجتماعية على أحسن وجه، لذا، فإنه بالرغم من اختلاف مضمون العلم بالنسبة لأخصائي خدمة الجماعة أو أخصائي تنظيم المجتمع أو أخصائي خدمة الفرد، إلا أنهم جميعاً يسعون إلى نفس الهدف الأساسي، بل ويستخدمون بعض الأساليب المشتركة لتحقيق ذلك الهدف.

وغني عن البيان أن طرق الخدمة الاجتماعية الثلاث تتفق في جوانب عدة، فهي تتفق في اهتمامها بالناس والمواقف والعلاقات الاجتماعية، وفي الفلسفة والمسلّمات الأساسية وبعض المبادئ العامة، كما أن الطرق الثلاث قد استندت في أساسها النظري لنفس المنابع العلمية من العلوم الإنسانية والاجتماعية، ولو أن لكل طريقة أسلوبها الخاص في الاستفادة بتلك العلوم تبعاً للمجال الذي تعمل فيه.

ولما كانت مهنة الخدمة الاجتماعية تركز على أساس علمي أصبح البحث العلمي أداة هامة فيها، ويعتبر البعض البحث العلمي طريقة رابعة في الخدمة الاجتماعية كما يعتبر إدارة المؤسسات طريقة خامسة حيث يقوم الأخصائيون الاجتماعيون بدور هام في إدارة المؤسسات الأهلية والتطوعية، وهو نوع من الإدارة ذات صفة مميزة للعاملين في الخدمة الاجتماعية.

ومن الأهمية بمكان أن نذكر أنه قد عادت الآراء مرة أخرى لتتحدث عن الممارسة العامة كاتجاه من اتجاهات التدخل المهني المعاصر في الخدمة الاجتماعية، وقد ظهرت تلك الآراء مؤخرًا في الولايات المتحدة الأمريكية باعتبارها أساس بداية وتطور مناهج تعليم الخدمة الاجتماعية وأساليب ممارستها، ومع ذلك نترك لعمليات الممارسة والكيفية التي تتم بها- والتي بالضرورة ترتبط بقيم وثقافة المجتمع- أن تبرز لنا أفضل وأنسب أساليب تعليم وممارسة الخدمة الاجتماعية وفقًا لطبيعة مجتمعاتنا.

في ضوء ما تقدم عن مهنة الخدمة الاجتماعية وطريقها وفلسفتها فإننا نعرض فيما يلي لطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية وهي طريقة خدمة الفرد.

الفصل الثاني

مقدمة عن خدمة الفرد

❖ التطور التاريخي لخدمة الفرد.

❖ مفهوم خدمة الفرد.

❖ علاقة خدمة الفرد ببعض العلوم الإنسانية والمهن الأخرى.

بدأت مهنة الخدمة الاجتماعية خطواتها بتطبيق أساليب خدمة الفرد بواسطة متطوعات ومتطوعين مدربين من أعضاء الجمعيات الخيرية منها: جمعية تنظيم الإحسان الخيري، بقيادة إحدى عضواتها رائدة طريقة خدمة الفرد ماري ريشموند Mary Rech mond مؤلفة كتاب التشخيص الاجتماعي Social Dianosis عام ١٩١٧، وفي عام ١٩٥٠ تطورت هذه الأساليب على يد شارلوت تول Charlot Towel Towel وكرسى كويل Grece Coyle وغيرهما.

وفي تلك الآونة كانت هناك بعض المهن والتخصصات التي ظهرت لتعمل في مجال مساعدة الفرد The are of Helping Individualare كالعلاج النفسي والطب النفسي وعلم الاجتماع ونتج عنها الكثير من النظريات التي بدأت خدمة الفرد تستفيد وتنهل منها الكثير ومنها على سبيل المثال: اتجاه التحليل النفسي (Psychoanalytic Approach) الاتجاه السلوكي (Behavioral Approach)، الاتجاه الوظيفي (Functiona lapproach)، الاتجاه المتمركز حول العميل Client Centered Approach، الاتجاه الانفعالي العقلاني Rational Emotive Approach..... وغير ذلك ولا شك أن خدمة الفرد قد استفادت من تطور العلوم النفسية والاجتماعية وكان ذلك واضحاً في أول مؤلف في خدمة الفرد وأول مؤلف لماري ريشموند حيث استعانت ببعض مبادئ المحلل النفسي فرويد وقبل أن تتطور نظريته. كما ظهر ذلك على تعدد المؤلفات بعد ذلك في خدمة الفرد خصوصاً في الولايات المتحدة الأمريكية، كما انعكس ذلك أيضاً على عمليات الممارسة وظهور اتجاهات علمية متعددة في خدمة الفرد.

نشأة خدمة الفرد وتطورها

إن اصطلاح خدمة افرد Social Case Work تاريخه غير معروف ولكنه ذكر لأول مرة في فهرس موضوعات المؤتمر الوطني للخدمة الاجتماعية عام ١٩١١.

إلا أنه يمكن القول أن مصطلح خدمة الفرد كان يستخدم قبل هذا التاريخ- ويقال أنه ربما كان ديفين هو أول من استخدم هذا المصطلح- غير أن كونوبكا ترى أنه من المحتمل أن يكون وارد الذي كان يعمل في جمعية تنظيم الإحسان بواشنطن هو أول من استخدم هذا المصطلح عام ١٩٠٢- وكان يعني به دراسة الحالة بدقة وعناية بحيث تتضمن الدراسة الفرد وبيئته.

وفي عام ١٩٠٩ اقترحت ماري سمكوفتش أن يستخدم ما يسمى بخدمة الفرد للدلالة على الخدمات التي كانت تقدمها المحلات الاجتماعية للأسر- وفي عام ١٩١١- كان المثيرون يتداولون مصطلح خدمة الفرد وكانت فنيته تبرز خلال مقابلات الأخصائيين الاجتماعيين مع العملاء وأثناء قيامهم بالزيارات المنزلية وبحث الحالات بغرض مساعدة الأفراد على حسن التصرف في المساعدات المتاحة لهم حتى يمكنهم التغلب على مشكلاتهم بأسلوب يختلف عما كان متبعاً بواسطة جمعيات تنظيم الإحسان والذي يقتصر على منح الفرد معونات مادية مما كان يجعله متواكلاً فضلاً عن تدمير معنوياته والإضرار بكرامته الإنسانية.

وفيما بين عامي ١٩١١- ١٩١٧ كان مصطلح خدمة افرد معروفاً ومتداولاً وكان اداسيفيلد تستخدم هذا الأسلوب لمساعدة الفتيات المنحرفات وإصلاحهن. ويرى تشامبرز أنه بتأثير من ماري ريتشمند انتقل نظام الصديق الزائر الذين كانوا يعملون بجمعيات تنظيم الإحسان إلى خدمة الفرد.

ويرى "مارتن" أنه بتكوين جمعية الأخصائيين الاجتماعيين النفسيين عام ١٩١٩ أصبحت لطريقة خدمة الفرد أولوية على مدخل الإصلاح الاجتماعي - ولم تعد طريقة تعمل بعد تطورها مع الأفراد فحسب بل أصبحت الحالة كما ترى "برلمان" هي الفرد أو الأسرة.

وعلى ذلك يمكن القول بأن خدمة الفرد لم تنشأ كطريقة متخصصة في مهنة الخدمة الاجتماعية دفعة واحدة بشكلها المعروف في الوقت الحاضر ولكنها مرت بمراحل متعددة إلى أن وصلت إلى ما هي عليه ولم يحدث هذا التطور بطريقة عشوائية ولكنه تم نتيجة لاحتياجات الفرد والمجتمع تلك الاحتياجات التي كانت محركاً ودافعاً لأحداث التغيير من مرحلة إلى أخرى في أسلوب عمل هذه الطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية.

ويمكن عرض هذا التطور التاريخي من خلال الوجه التالي:

تطور خدمة الفرد من حيث تطور عملية المساعدة.

لما كانت حياة الإنسان تمثل سلسلة من التفاعل المستمرة بينه وبين غيره من الأفراد والجماعات والنظم الماثلة في البيئة ظلت المشكلة الأبدية التي تواجه الإنسان هي عدم قدرة هذه البيئة على أن تشبع جميع احتياجاته ومن هنا تظهر المشكلة الإنسانية في مختلف صورها الاقتصادية والنفسية والأسرية.... الخ.

حقاً إن هذه المشكلة قد تختلف من شخص إلى آخر في طبيعتها ودرجة عمقها فهناك الفقير الذي تواجهه الضائقة المالية والمريض الذي تعجز قدراته عن الانخراط في عملية الإنتاج بل أن تغلب الفرد على مشكلة لا يحتم عدم ظهورها مرة أخرى بنفس الصورة أو في صورة مغايرة وبالتالي نستطيع أن نستخلص من ذلك حتمية المشكلة الفردية طالما وجد الإنسان الذي يتفاعل مع غيره من الأفراد ومع البيئة المحيطة به الأمر الذي أدى بالضرورة إلى التدخل

بشكل أو آخر من أجل مساعدة الإنسان في التغلب على المشكلة التي يعاني منها.

وفيما يلي عرضًا مختصرًا لأهم الأشكال الأساسية لتطور عملية

المساعدة:

١ - المساعدة كأسلوب فردي:

عرف هذا الشكل من أشكال المساعدة منذ فجر التاريخ عندما كان ينفعل الإنسان ويتأثر بوجود مشكلة يواجهها أخيه الإنسان فيتدخل لتقديم العون في صورة الصدقات والندور وساعده أحد أفراد الأسرة لأقاربه في حالات المرض والعجز والفقير. إلا أنها كانت مساعدات تنسم بالطابع العشوائي ولا تخضع لتنظيم معين أي كانت لا تقدم عن طريق الشخص المتخصص مهنيًا، هذا وقد برز هذا الشكل من أشكال المساعدة في مختلف بقاع العالم وكان أكثر ظهورًا في الحضارات الفرعونية واليونانية والرومانية.

٢ - المساعدة كتنظيم اجتماعي:

أدى تعدد الحياة الاجتماعية إلى ازدياد نسبة الأفراد الذين يعانون من مشكلات في المجتمع والذين أصبحوا عاجزين عن حل مشكلاتهم كأفراد. الأمر الذي حتم ظهور هيئات متخصصة تقدم الخدمات والهيئات لمستحقيها وهي هيئات وإن ارتبطت في بادئ الأمر بالطوائف الدينية إلا أنها انطلقت خارجها مع ظهور حركات الإصلاح الاجتماعي المختلفة فتعددت الجمعيات الخيرية وتنوعت أغراضها لتأخذ المساعدة شكلًا جديدًا للتدخل وإن ظل يمثل تنظيمًا أهليًا مدفوعًا بطابع فعل الخير عند الناس وبعيدًا عن أي تدخل حكومي.

٣ - المساعدة كتنظيم حكومي:

بظهور معالم النهضة الحديثة التي أعقبت انهيار نظام الإقطاع وظهور الثورة الصناعية عجزت هذه التنظيمات الأهلية التطوعية عن مواجهة المشكلات

المتزايدة والحاجات الجديدة. الأمر الذي أدى إلى تدخل الدولة بما لها من سلطات وإمكانات لمواجهتها لتبدأ مرحلة جديدة من التوجيه الحكومي للمساعدات الفردية وقد بدأت مع ظهور قوانين الفقر المتوالية في إنجلترا مع بداية القرن السابع عشر ومع صدور قوانين التسول والمنتخبات في مصر لتسود التشريعات الاجتماعية مختلف أنحاء العالم لتنظيم المساعدات الفردية.

٤ - المساعدات كأسلوب علمي:

أوضحنا فيما سبق أن المساعدة الفردية لم تكن تقدم على أساس علمي فقد كانت الفلسفة التي تعتمد عليها المساعدة أبعد ما تكون صلة بدوافع الخدمة الاجتماعية في الوقت الحاضر فقد ظهرت قوانين الفقر في إنجلترا مثلاً لحماية الأغنياء من الفقراء لا لتوفير الحياة الكريمة لهم ولم تكن المساعدة في تفهم الحاجات الفردية للفقير وكانت تسحب وتلغي لأي خطأ بسيط يرتكبه. كما وأن المشرفون الذين كانوا يقومون بمهمة البحث لم يأخذوا في الاعتبار احترام وتقبل العميل وكانت زيارتهم أشبه ما تكون بالتنقيش الاتهامي، كما كان التحري الخارجي على أده فكان يؤخذ رأي الجيران والأقارب والأصدقاء في صرف المساعدة للعميل دون أخذ موافقته للاتصال بهم مما جعل الكثيرين من العملاء يحجمون عن الاتصال بهذه المؤسسات مفضلين معاناة الفقر بدلاً من التخلي عن ما يهين كرامتهم ويجرح كبريائهم، إلا أنه بالتدريج شعر المسئولين بخطأ طريقة البحث العنيفة واتجهوا إلى التوصية بتحسين معاملة العملاء، ولقد ساعد على ذلك النهضة العلمية التي سادت القرنين الثامن والتاسع عشر في دراسة العلوم الإنسانية والاجتماعية فظهرت علوم النفس والطب العقلي والاجتماع والوراثة وغيرها كما تعددت الأبحاث العلمية لتفسير السلوك الانحرافي ومشكلات الأسرة والعمل وغيرها بل اكتشفت أساليب مقننة لقياس القدرات العقلية والنفسية

ليؤدي ذلك كله إلى إمكان إخضاع المشكلة الإنسانية للبحث العلمي وإمكان علاجها بأسلوب علمي ومناسب.

٥- المساعدة كمهنة متخصصة:

كانت النتيجة لهذه الكشوف العلمية الإنسانية هي ظهور الحاجة إلى التخصص المهني لعلاج المشكلة الفردية علاجاً يقوم على الأسلوب العلمي بأفضل السبل وأيسرها ومن ثم ظهرت مهنة الخدمة الاجتماعية كتخصص عام لعلاج المشكلات الاجتماعية الفردية العامة في أوائل القرن الحالي وخدمة الفرد كتخصص دقيق للمشكلات الفردية الخاصة وكان ذلك على وجه التحديد سنة ١٨٩٨ عندما عقدت أولى الدراسات الاجتماعية المنظمة لإعداد أخصائيين اجتماعيين في تقديم عملية المساعدة بمدرسة نيويورك للخدمة الاجتماعية.

مدارس واتجاهات خدمة الفرد:

عند بداية ظهور خدمة الفرد كانت الممارسة تتصف فيها بالعمومية بمعنى أنها لم تكن قد ارتبطت بالنظريات النفسية والاجتماعية التي تعطي لها الطابع المميز إلا أنه بمرور الوقت أصبحت تواكب كل ما هو جديد في هذه النظريات وتمتص منها كل ما يصلح للممارسة الأمر الذي أدى إلى ظهور اتجاهات نوعية متميزة يختلف كل منها عن الآخر بل أصبحت بعض الجامعات تحرص كل الحرص على إعداد أخصائيي خدمة الفرد وفقاً لأسلوب خاص ترى أنه الأنسب والأكثر ملائمة لصالح العملاء.

وسنحاول فيما يلي أن نعرض باختصار لأهم المدارس والاتجاهات التي ارتبطت بها خدمة الفرد:

١- مدرسة التشخيص الاجتماعي: Social Diagnosis

وهي المدرسة الأولى لخدمة الفرد وضعت إطارها (ماري ريتشموند) في كتابها المعروف التشخيص الاجتماعي ويمكن تحديد ملامحها الأساسية فيما يلي:

- عميل خدمة الفرد إنسان له حقوقه ويجب احترامه- فالفقراء ليسوا فئة تستحق الزجر والتأنيب. فمشكلاتهم لا تقابل باللامبالاة.
 - تقوم على مفاهيم إنسانية تتمثل في احترام آدمية العميل وتقبله والعطف عليه لكي يكسب الأخصائي العميل ويضمن تعاونه.
 - الأسرة هي المحور الأساسي لمشكلات الفرد وبالتالي فالأخصائي الاجتماعي عليه أن ينظر إلى المشكلة ليس من خلال ارتباطها بالفرد فقط بل من خلال تفاعله مع الأسرة.
 - المشكلة هي دائماً مشكلة بيئية ولهذا فإن العلاج كان يتجه غالباً إلى تقديم الخدمات المادية الملموسة مثل صرف المساعدات المالية أو الخدمات الإيداعية والتشغيلية.
 - تهدف خدمة الفرد إلى تشخيص مشكلة العميل ومن ثم وضع خطة العلاج. فالتركيز قائم على تفهم المشكلات وخاصة في جوانبها الأسرية.
 - تعتمد خدمة الفرد على عمليات ثلاث هي "الدراسة- التشخيص- العلاج".
- فالدراسة تقوم على جمع حقائق من العميل وأقاربه والمستندات ومن كل المحيطين به والبيانات الخاصة بالبيئة ذاتها من العمل أو المديرية أو الحي.... الخ مما يلقي الضوء على طبيعة المشكلة ذاتها.

والتشخيص هو العملية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لتحليل وتفسير العوامل التي أدت إلى حدوث هذه المشكلة.

والعلاج يكون برسيم خطوات تواجه العوامل التي انتهى إليها التشخيص وللعلاج شقين:

العلاج المباشر Direct Treatment كجهود تركز على شخصية العميل.

العلاج غير المباشر Indirect Treatment كجهود توجه إلى البيئة كخدمات مادية- إيداعية- تشغيلية..... الخ.

٢- المدرسة النفسية Psychological School:

انتشرت في أواخر أيام ماري ريتشمند نظريات فرويد عن السلوك الإنساني ومكوناته النفسية وانعكست هذه النظريات على خدمة الفرد وكان أهم ما تضمنته هذه النظريات:-

- للإنسان حياة شعورية وأخرى لا شعورية كل منها تؤثر في الأخرى ومرتبطة بها في ديناميكية نفسية لا يدركها أو يحسها في معظم الأحيان.

- سلوك الإنسان الخارجي غالباً ما ينتج عن دوافع لا شعورية يتحكم فيها الجز الواعي الشعوري من الشخصية ولكن تدفع إليها العوامل الكامنة في أعماق اللاشعور.

مكونات الشخصية النفسية ثلاث هي:

الهي: (الذات الدنيا)- الذات- الذات العليا.

الهي: طاقة فطرية تمثل النزعات الملحة في تطلعها للإشباع العاجل

دون اعتبار للعرف والتقاليد وتسير وفقاً لمبدأ اللذة.

الذات: وهي تلك الطاقة الواعية من الشخصية التي تعيش الواقع الخارجي وترتبط به.

الذات العليا: وهي منطقة تقع غالباً في اللاشعور تمثل الضمير الذي يصدر الأوامر والنواهي ويمثل الرقيب الضاغط على نزعات الهو إذا ما عبرت عن نفسها بما يخالف قيم المجتمع.

ويرى فرويد أن توازن وتكامل الشخصية مرتبط بتوازن وتكامل هذه القوى الثلاث ذاتها.... فأى اضطراب أو انحراف لضوابط هذه القوى سيؤدي بالضرورة اعتلال الشخصية وعجزها عن التكيف السليم مع نفسها ومع بيئتها في نفس الوقت.

وكان لهذه المفاهيم تأثيرها على خدمة الفرد باعتبارها مهنة تتعامل مع الإنسان - لذلك ظهر اتجاه نفسي في خدمة الفرد له الملامح الآتية:-
أ- اهتمام زائد بنمط شخصية العميل وتنظيمه النفسي ففيه تكمن حقائق المشكلة بدلاً من الاهتمام بالمشكلة ذاتها.

ب- المشكلة هي أساساً نفسية وإن ظهرت في ثوب اجتماعي.

ج- إمكانية التأثير في العميل مرتبطة بتحريره في صراعاته الداخلية الشعورية واللاشعورية.

د- خبرات الخمس سنوات الأولى هامة في تحديد طبيعة مشكلة العميل ومن ثم تشخيصها تشخيصاً سليماً.

هـ- تعديل شخصية مرتبطة بتخليص الفرد من الصراعات التي تحدث بين الذات والذات العليا.... وصراع الأنا والغير... صراع الحب والكره... والتي تحدث إما تناقضاً وجدانياً في الإنسان يعطل حركته أو يتغلب جانب منها على الآخر فيفقد الإنسان قدرًا من تكيفه مع البيئة لذلك تنتج عمليات خدمة الفرد في المدرسة النفسية على تخليص الفرد من هذه الصراعات ولكي يتم ذلك يجب أن تنشأ علاقة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل قائمة على الحب

والثقة والرغبة عند كل منهما ليكونا طرفي هذه العلاقة ويتاح للعميل الفرصة للاسترخاء والتنفيس عن مشاعره المكبوتة ويتخلص من الصراعات والمشاعر الحبيسة ويتم له الاستبصار بمشكلة ليصبح استجابته الخاطئة باستجابات سوية مناسبة.

و- تطورت عمليات خدمة الفرد لكي تشتمل دراسة لنمط العميل وسماته وفقاً لمفهوم فرويد وتشخيص المشكلة بتشخيص وتفسير سلوك العميل. والعلاج يتبع أساليب البصيرة والتنفيس والعلاقة العلاجية.

ز- ظهرت مبادئ لخدمة الفرد أصبح لها مكان الصدارة في طريقة خدمة الفرد وهي: العلاقة المهنية- التقبل- حق تقرير المصير- النقد الذاتي.

٣- مدرسة سيكولوجية الذات: **Ego- Psychology**

وهو اتجاه استمد فلسفته من الاتجاه الفرويدي لمفهوم الشخصية- وإن ازداد التركيز فيه على اعتبار أن مواطن ضعف العميل وقوته تكمن في قدرة ذاته وقيامها بوظائفها (الإدراك- الإحساس- التفكير- التنفيذ) وأن عجز العميل عن تناول مشاكله بنجاح هو عجز ذاته في قيادة الشخصية قياده واعية- حيث أن الذات هي التي توافق بين نزعات إلهي والذات العليا والتي تقوم بكافة العمليات التوافقية للإنسان... فالعميل مشكلته كامنة في ضعف هذه الذات أو فقدها المؤقت لوظيفة من وظائفها وخدمة الفرد هي الوسيلة لتقويمها أو توظيفها توظيفاً سليماً.

ومن أهم أنصار هذا الاتجاه أنا فرويد Anna Freud كارين هورتي Karen Horney - سوليفان Sullivan ويؤمن بأن المشكلة الفردية هي نتاج التعامل مع الشعور بدلاً من اللاشعور ويطلق على أنصار هذه المدرسة بأصحاب النظريات الاجتماعية النفسية التي كانت تمثل محاولات لربط الشخصية بالجوانب الثقافية Culture.

وهورناي Horney على سبيل المثال يرى أن الصراع ينتج من الظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد ومن الممكن تجنبه إذا ربي الطفل في أسرة يتوافر فيها الثقة والأمن والحب والاحترام والتسامح والدفء العاطفي ومن ثم فإن الشخص الذي يحتمل أن يصبح عصائياً شخصاً خبر الصعوبات المحددة ثقافياً بصورة حادة.

كما يرى Sullivan الشخصية ككيان فرضي لا يتم عزله عن المواقف الشخصية المتبادلة فالفرد لا يوجد بمعزل عن علاقاته بالآخرين فالوليد منذ اليوم الأول للحياة جزء من موقف متبدل يكتسب صورته المتميزة نتيجة التفاعلات الاجتماعية.

وعلى أي حال فقد استفادت خدمة الفرد من هذه المدرسة ما يلي:

- ١- المشكلة ما هي في المقام الأول إلا مشكلة اجتماعية نفسية Psychosocial Problem تمثل التفاعل بين الفرد والبيئة.
- ٢- التركيز على دراسة الحاضر بدلاً من التعمق في دراسة الماضي السحيق.
- ٣- التركيز على الخبرات الشعورية وشبه الشعورية بدلاً من الاهتمام بتحليل الجوانب اللاشعورية.
- ٤- الاهتمام بالمنطقة الشعورية وهي منطقة الذات باعتبارها المنطقة التي تعمل على إحداث التوازن بين جوانب الشخصية المختلفة.
- ٥- تتم خدمة الفرد من خلال عملية المساعدة وتشمل الدراسة النفسية الاجتماعية- التشخيص - العلاج حيث تتضمن هذه العمليات التالية:-

الدراسة: تشمل: شخص العميل "صحته- حالته الاجتماعية- حقائق المشكلة". ويكون التركيز على الحصول على معومات عن مناطق القوة في الفرد وفي الدور الاجتماعي وطبيعة الذات وخاصيتها وطبيعة الذات العليا...

ويتضمن هذا ضرورة الرجوع إلى الماضي التاريخ التطوري للحالة ويشمل أيضًا طبيعة العلاقات بين العميل والمحيطين به وخاصة هؤلاء المرتبطين بطبيعة المشكلة.

والمشكلة هي المظهر الذي يوضح ضعف الذات ومن خلال حقائقها يتم تقدير العوامل العامة التي تفاعلت وخاصة كيفية نشأتها وجهد العميل السابق في علاجها... الخ.

التشخيص في هذه المدرسة يعتمد على التشخيص الدينامي المتفاعل الذي يبرز تفاعل العوامل الذاتية والبيئة التي أدت لحدوث المشكلة. العلاج ينقسم إلى علاج ذاتي يهدف إلى تقوية الذات عن طريق توظيفها في عملياتها مع تخفيف حدة الضغوط الداخلية- وهناك ثلاث طرق يلجأ إليها الأخصائي الاجتماعي لتحقيق ذلك وهي: تدعيم الذات "المعونة النفسية" عن طريق "العلاقة المهنية- التعاطف- المبادرة- الإفراغ الوجداني- التعزيز- الإيحاء- النصح- الضغط- السلطة- البصيرة- التوضيح.

٦- العلاقة المهنية هي المبدأ الهام في خدمة الفرد في هذا الاتجاه وينطوي تحتها المبادئ الأخرى "الفردية- التعبير الهادف عن المشاعر- التفاعل الوجداني المتزن- حرية الاختيار- التقبل- عدم إدانة العميل- السرية".

٧- هدف خدمة الفرد هو إعادة الذات للقيام بوظيفتها الطبيعية فإن هذه الذات كانت قبل حدوث المشكلة قادرة تمامًا أو نسبيًا على مواجهة مشكلات الحياة- ولكن حدث ما عطلت هذه الذات أو فقدت بعض فاعليتها ودور خدمة الفرد إذن هو مساعدة الذات على أن تؤدي وظيفتها الطبيعية- فليس مجرد تحول الفرد إلى عميل إزاء مشكلة صادفته مبررًا لسلب حقه في ممارسة وظيفته وإنابة آخر وهو "الأخصائي الاجتماعي" ليحل محل ذاته ويجرده من حقه الإنساني-

لذلك فإن أفضل حل للمشكلة هو العمل - فهو أقدر الناس على إدراكها والعمل على مواجهتها بنفسه.

٤ - المدرسة الوظيفية: **Funcional School**:

ظهرت هذه المدرسة عام ١٩٢٥ وتزعمها Rank اعتماداً على ما يعرف بعلم نفس الإرادة وفيه يؤمن بقوة الإنسان وبأنه يملك فطرياً قوة الإرادة التي تنشط في مواقف الألم والتحدي وقد اتبعتها مدرسة خاصة بالعلاج الوظيفي في فيلادلفيا Philadelphia خاصة في جامعة Pennsylvania لتظهر خدمة الفرد الوظيفية Functional Casework وقد امتد أثر هذه المدرسة الوظيفية ليشمل عمليات وطرق الخدمة الاجتماعية الرئيسية الأخرى مثل خدمة الجماعة وتنظيم المجتمع والطرق الثانوية مثل الإدارة والبحث.

وترى Jessitaft أن وظيفة المؤسسة واستخدام محددات الوقت والتركيز على العلاقة المهنية هي الجوانب التي يتميز بها هذا المدخل. وقد أوضحت **Robinson** أسس عملية المساعدة في هذا المدخل على النحو التالي:

- ١- العمل يملك جوانب القوة والإرادة التي تمكنه من اتخاذ القرارات.
- ٢- حدثت بعض المعوقات التي سببت تعطيل هذه الإرادة.
- ٣- عملية المساعدة هي تحرير الإرادة وتنشيطها وهذه المساعدة تتمشى مع سياسة المؤسسة وبنائها وإجراءاتها.
- ٤- لكي تتحقق عملية المساعدة لابد أن يمر العميل بتجربة نفسية جديدة يضع فيها الأخصائي خبراته بما يتفق مع وظيفة المؤسسة وقبولها.
- ٥- التجربة هي علاقة جديدة بمراحلها الثلاثة (الاتصال - التوحد - الانفصال) ولها بداية ووسط ونهاية يخطط لها الأخصائي بمهارة.

٥- الاتجاه العقلي: Rational Approach:

ظهر هذا الاتجاه في الستينات وتأثر بأبحاث ولب Walpe وجورهام Gorham ويرى أن مشكلة العميل ناجمة عن المعاني الخاطئة التي يدركها العقل أو في العقل المطرب الذي يحرف الحقائق أي أن الفكر هو الأساس في مشكلة العملاء وعلى أخصائي خدمة الفرد ترسيدها.

هذا وقد وضع المفاهيم الخاصة بخدمة الفرد العقلية على النحو التالي:

١- التفكير هو الذي يلعب الدور الأساسي في توجيه السلوك فهو المصدر لكل الانفعالات والدوافع.

٢- التركيز على الشعور وعدم إعطاء أهمية كبرى للجوانب اللاشعورية.

٣- الفكرة دائماً هي حاضر ومرتبطة بموقف حاضر ومن ثم فإن المشكلة في حد ذاتها هي موقف حاضر وهو محور عملية المساعدة.

٤- تعالى الأفكار الخاطئ بتصحيحها واستبدالها بأفكار سليمة فذا ما تعدلت الفكرة تعدل الإدراك وتعدل الإحساس وتعدلت الدوافع وأخيراً يتعدل السلوك.

الاتجاه السلوكي Behavioral Approach:

ظهر هذا الاتجاه في أواخر القرن الماضي واستمد أسسه الأولى من أفكار العالم واطسون John Watson ويعمل على تعديل عادات العميل الخاطئة باستخدام أساليب التعليم المختلفة مع تثبيتها بواسطة عمليات التدعيم والتعزيز المختلفة ليصبح إطاراً علاجياً يقوم على ميكانيكية الفعل ورد الفعل والمثير والاستجابة.

وقد حدد توماس Tomas إجراءات تطبيق خدمة الفرد السلوكية باستخدام الخطوات التالية:

- ١- تحديد جوانب المشكلة: أي التعرف على المشكلات الفرعية التي يراها الأخصائي والعميل.
- ٢- التعرف على حاجات العميل: أي الجوانب التي تشغل بؤرة اهتمام العميل وما يرغب فيه.
- ٣- التوصيف السلوكي للمشكلة: تحديد مدى تكرار السلوك وعمقه وبعده الزمني- هذا ويجب أن يقاس كميًا بدقة وعناية قبل التدخل المهني بفترة كافية.
- ٤- الدعوة للتعاون: أي الحصول على موافقة العميل للتعاون الكامل في جوانب التقييم والتعديل.
- ٥- تقييم الموارد البيئية: تحديد موارد البيئة التي يمكن استخدامها في تعديل السلوك.
- ٦- تحديد الأهداف: تحديد جوانب السلوك المطلوب تعديلها.
- ٧- صياغة خطة التعديل: والهدف هو اختيار الدور الملائم للأخصائي لإحداث التعديل السلوكي.
- ٨- التدخل: ويهدف إلى إجراء التعديل بما يتفق مع الخطة ويقوم به الأخصائي الاجتماعي بالتعاون مع العميل.
- ٩- مراجعة النتائج: أي قياس عائد التدخل وفقاً لما أسفر عنه تغيير السلوك.
- ١٠- التدعيم: والهدف هو تعزيز السلوك المقبول الذي من أجله تم التدخل.

تعريف خدمة الفرد:

من التقاليد المتبعة في العلوم المختلفة أن يبدأ المؤلف عادة بتعريف العلم حيث أن التعريف عادة يحدد مدلول العلم الذي يتعرض له الباحث على ضوء المفاهيم الخاصة بهذا العلم.

وقبل أن نحاول استعراض بعض التعاريف الخاصة بخدمة الفرد ينبغي أن نأخذ في الاعتبار أن هناك بعض الصعوبات التي قد تعترض وضع تعريف واحد شامل لأي علم من العلوم الإنسانية والاجتماعية الحديثة على العكس من العلوم الطبيعية- التي يتسم التعريف فيها بالدقة والموضوعية وإمكانية التعميم ولعل السبب في ذلك يرجع للعديد من العوامل منها أن الظاهرة الاجتماعية تتصف بالمرونة كما وأنه من الصعب إخضاعها بدقة للتجريب، هذه فضلاً عن أن العلوم الاجتماعية تتسم بسرعة التغير نظراً لطبيعة التطور الذي يحدث في المجتمع نفسه، فالتعريف الذي قد وجد في فترة زمنية معينة قد لا يلائم فترة أخرى عكس التعريف في العلوم الطبيعية الذي يتسم عادة بدرجة من الموضوعية والثبات.

إلا أن هذه الصعوبات السابق ذكرها لا يجب أن تدعونا للتشكك في محاولة وضع تعريف مقبول لطريقة خدمة الفرد فمن المعروف أن العلوم الطبيعية قد سبقت العلوم الاجتماعية منذ وقت طويل في مضمار الدراسة والتجريب الأمر الذي جعلها تصل إلى درجة عالية من التقدم والثبات أما العلوم الاجتماعية فهي حديثة الخضوع لاختبار الصدق والثبات في الظواهر المتعلقة بها ولنا أن نتوقع لها في المستقبل القريب أن تصل في دقة التعاريف الخاصة بها إلى نفس المرتبة التي سبقتها فيها العلوم الطبيعية، وقد سبق أن أوضحنا أن خدمة الفرد كانت تزاوّل منذ الخليقة في صور بدائية وأخذت ألواناً من المسميات كالإحسان والبر والرعاية الاجتماعية وأخذت تتطور هذه المسميات إلى أن دخلت في نطاق العلوم الإنسانية وأخذت تستكمل معالمها كطريقة تعتمد على أسس

علمية وكان من الطبيعي أن تحاول تعريف نفسها وأخذ هذا التعريف صورًا مختلفة تبعًا للتغيرات التي طرأت عليها نتيجة لتقدم العلوم الإنسانية والتعمق في فهم طرق تقديم الخدمات للعملاء. كما كان لتقدم علم النفس والطب النفسي بصفة خاصة أكبر الأثر في بلورة التعاريف الخاصة بهذه الطريقة.

وتاريخيًا لم يوضع لخدمة الفرد تعاريفًا إلا حديثًا ويرجع تاريخ بداية وضع هذه التعريفات إلى سنة ١٩١٥ حيث وضعت ماري ريتشموند Mary Richmond أول تعريف لخدمة الفرد في كتابها "التشخيص الاجتماعي Social Diagnosis الذي نشر سنة ١٩١٥ ثم وضعت تعريفًا آخر ظهر في كتابها "ماهية خدمة الفرد" What is Social Case Work الذي ظهر في سنة ١٩٢٢ وهنا التعريف المبدئي الذي وضعته في الكتاب الأخير المذكور لا يزال يخدم ليس فقط كنقطة انطلاق في هذا المجال ولكن كأحسن ما تكون عليه الصياغة التي كتبت به.

وقد قال برونو Rruno بعد أن درس موضوعات المؤتمر الوطني للخدمة الاجتماعية في أمريكا والتي وردت في الفترة ما بين ١٨٧٤ - ١٩٤٦ وعندما طرح سؤال عن ماهية خدمة الفرد. قال إن من الأمور التي تلفت النظر أنه لا يوجد أي مقال في المؤتمر عن هذا الموضوع بالذات.

وفي مؤتمر ملفورد Milford سنة ١٩٢٣ حاول فريد من أخصائي خدمة الفرد والممثلين في المؤتمر وضع تعريف دقيق شامل لخدمة الفرد، وقد أقر هذا الفريق صراحة في تقرير المؤتمر الذي خرج سنة ١٩٢٩ من أنهم كانوا غير قادرين في ذلك الوقت من تعريف خدمة الفرد ذاته ليتمكن تمييزه تمييزًا دقيقًا عن غيره من الأعمال الفنية المختلفة ولا عن الميادين الأخرى لخدمة الفرد كل على حدة حتى يمكن تمييز كل منهما تمييزًا دقيقًا عن غيرها.

على أن أول محاولة في وضع تعريف خدمة الفرد هي التي قامت بها ماري ريتشموند سنة ١٩١٥ ومنذ ذلك الوقت ظهرت تعاريف كثيرة ومتعددة.

وقبل أن نحاول استعراض بعض التعاريف الخاصة بخدمة الفرد سنحاول إعطاء فكرة عن الشروط التي يجب أن تتوفر في التعريف الجيد حتى يستطيع القارئ أن يتفهم مدى توافر هذه الشروط في التعاريف التي سيتم استعراضها.

شروط التعريف الجيد:

يمكن تقسيم الشروط التي يجب توافرها في التعريف الجيد إلى قسمين:

أ- من ناحية المظهر (الشكل الخارجي - الصورة):

- ١- السلامة اللغوية ومعنى هذا صحة الألفاظ وسلامة التركيب.
- ٢- الإيجاز والمقصود به أن يتمك اختيار ألفاظ ي تراكيب قصيرة تتضمن معاني كبيرة أي أن يأخذ أصغر قالب لأكبر معنى.
- ٣- الوضوح بمعنى البساطة وعدم التعقيد في التكوين واستخدام الكلمات بطريقة صحيحة مباشرة لا التواء فيها.

ب- من ناحية المضمون (المحتوى - الجوهر):

- ١- يكشف عن ماهية الشيء المعروف..... what ما المقصود بخدمة الفرد هل هي طريقة عملية- فن- نشاط..... الخ.
- ٢- يبين العلية أي سبب أداء هذا النشاط والأهداف التي يسعى لتحقيقها .why
- ٣- يحدد كيفية الأداء كيف تمارس خدمة الفرد من خلال الالتزام بمبادئ ومفاهيم- تطبيق عمليات محددة..... الخ.
- ٤- يشير إلى شخصية من يقوم بهذا النشاط.
- ٥- أن يبين من هو المستفيد من الخدمة.
- ٦- أن يبرز المكان الذي يمكن من خلاله أن تتم الممارسة.

٧- أن يكون التعريف جامعاً شاملاً لأكبر قدر ممكن من مميزات الشيء
المعرف.

٨- أن يكون مانعاً ومتميزاً يمنع دخول المهن المشابهة حتى لا يختلف مع
تعريف غيره من العلوم.

وفيما يلي عرضاً لبعض تعاريف خدمة الفرد وقد راعينا فيها أن تكون
مسلسلة وفقاً للتاريخ الزمني المرتبط بوضعها حتى يتسنى لمن يتبعها أن يخرج
بانطباعه عن انعكاس تطور هذه الطريقة من خلال مضمون هذه التعاريف كما
راعينا أيضاً أن تعطي أكبر قدر من المصطلحات التي يجب أن يفهمها
الطالب.

تعريف ماري ريشتموند سنة ١٩١٧ Mary Richmond:

خدمة الفرد هي فن القيام بأعمال مختلفة لأشخاص مختلفين وبالتعاون
معهم لتحسين أحوالهم الذاتية وظروف مجتمعهم في نفس الوقت.
وأهم ما نخرج لبه من هذا التعريف:

١- أوضح هذا التعريف ماهية خدمة الفرد:

على أنها فن والفن باختصار هو المهارة التي يصفها التعليم والممارسة
ومن ثم فهي تقوم على ثلاثة جوانب أساسية:

الاستعداد: فالشخص الذي يتصدى لمساعدة الآخرين ينبغي أن يتوفر له
الميل الطبيعي لهذا العمل، والإيمان بالإنسان وقيمه، والرغبة الملحة في تقديم
المساعدة له للخروج من مشكلته- وأن يتصف بالاتزان النفسي الذي يوصله إلى
تحليل موضوعي للمواقف التي يقوم بعلاجها.

العلم: فلا يمكن أن يكون الاستعداد الشخصي والميل الطبيعي وحب
الناس كافياً لتكوين المهارة التي تعتمد أساساً على الإلمام بالكثير من فروع
المعرفة والعلوم السلوكية والاجتماعية التي يهتدي بها في تفسير وتحليل جوانب
الشخصية والموقف الاجتماعي ورسم خطة للتدخل وعلاجها.

التدريب والمرن: إن الاستعداد الطبيعي والعلم النظري ضروريان ولكن لا يكفيان وحدهما لتكوين الأخصائي الاجتماعي بل لابد إلى جانبهما من توفر المران والممارسة الفعلية وتوفر الإشراف والتوجيه حتى يستطيع القيام بوظيفته على الوجه المطلوب- ولا يمكن التغاضي عن أهمية المرونة في الممارسة لأن الأخصائي الاجتماعي خلال عمله يتعامل في مواقف متعددة ومتنوعة يستخدم فيها العلم ويطوعه حسب مقتضيات الموقف ومتطلباته.

٢- **عمل أشياء مختلفة:** لفظ غير واضح ومبهم ليبين ما هو هذا العمل.

٣- **من أجل ومع أشخاص وبالتعاون معهم:** بالتعاون معهم هي ناحية إيجابية لأنها تؤكد أهمية استغلال النشاط الذاتي للعميل طبقاً لقاعدة العمل مع العميل وليس من أجل العميل أما الناحية السلبية فهي عابرة مع أشخاص ومن أجلهم لأنها توحى بأن الأخصائي هو الذي يعمل من أجل حل المشكلة للعميل.

٤- **الوصول إلى تحسين أحوالهم وأحوال مجتمعهم في نفي الوقت:** تعتبر هذه الفقرة أحد نواحي القوة في هذا التعريف لأنها تحقق أحد المفاهيم الأساسية وهي تعديل ظروف العميل إلى الأفضل بما ينعكس على تعديل إيجابي لظروف البيئة.

٢- **تعريف ريتشموند ١٩٢٢:**

وقد عرفت خدمة الفرد في كتابها ماهية خدمة الفرد What is Social Work بالتعريف التالي:

"تتكون خدمة الفرد من العمليات التي تهدف إلى تنمية الشخصية بواسطة تأثيرات ملموسة لكل فرد على حدة لكي ينسجم مع بيئته الاجتماعية.

ونلاحظ على هذا التعريف ما يلي: -

١- تم تعديل لفظ فن إلى عملية Process والعملية هي مجموعة من الخطوات المتتالية المترابطة المتفاعلة التي تبذل في سبيل الوصول لهدف معين، وأهم ما يميزها عنصر التفاعل والديناميكية ومن ثم فهي أسلوب علمي لتوفير عنصرى الاطراد المنظم من ناحية والهدف المحدد من ناحية أخرى.

٢- أوضح التعريف هدف خدمة الفرد وهو العمل على تنمية شخصية العميل ويمثل ذلك مفهوم جديد في هذا الوقت وقد أرت بعض مراجع خدمة الفرد بعد ذلك على اعتبار هذا الهدف بمثابة مبدأ أو مفهوم أساسي في خدمة الفرد.

٣- بواسطة تأثيرات ملموسة- أشار إلى الكيفية إلا أنها عبارة بها نوع من الغموض فلم يوضح ماهية هذه التأثيرات هل هي إحياء- وعظ- إرشاد- تفاعل دينامي بين الأخصائي والعميل أم ماذا.

٤- لكي ينسجم مع بيئته- إشارة إلى ربط الفرد وتوافقه مع البيئة- إلا أنه لا يميز بين خدمة الفرد وبين العلاج النفسي لأن كلاهما يشتركان في هذا الهدف وهذه نقطة ضعف لأن التعريف أصبح غير مانع.

٣- تعريف كارل دي شوانيتز 1939 Karl De Chweinitz:

خدمة الفرد هي تلك العمليات التي يقوم بها ممثلوا منظمات الرعاية الاجتماعية وهي التي تتضمن تقديم الخدمات للأفراد، سواء أخذت الخدمة شكل المساعدات المادية أو توجيه الأشخاص، وذلك في ضوء سياستها المقررة وحسب طبيعة الحاجات الفردية.

ويلاحظ على هذا التعريف ما يلي:

١- جعل العمليات بأنها تتضمن الخدمات التي تقدم للفرد سواء في شكل المساعدات المالية أو توجيه الشخص حسب طبيعة المشكلة التي

يواجهها وبذلك أضاف مفهوم جديد وهو الاهتمام بالخدمات ولكنه أغفل نمو شخصية العميل.

٢- ربط خدمة الفرد بمنظمات الرعاية الاجتماعية وسياستها مما يكسبها التنظيم فشرط المنظمة ضروري في طبيعة الخدمات التي تقدم للعملاء ويجعل نشاطها خاضعاً للإشراف.

٣- أشار إلى مفهوم جديد Individualuzation وهو التفريد وهو يعني إيمان مطلق بأن العميل إنسان فريد في نوعه يعامل ويساعد بطريقة تختلف عن أي إنسان آخر.

٤- لم يوضح الهدف.

تعريف سترودي 1940 Strode:

خدمة الفرد عملية مساعدة الفرد لتحقيق أفضل تكيف اجتماعي ممكن عن طريق دراسة الحالة الاجتماعية من المصادر الاجتماعية ومن المعرفة المستفادة من مجالات العلوم الأخرى.

ونلاحظ على هذا التعريف:

ركز على تحقيق أفضل تكيف اجتماعي ممكن وفي ذلك إضافة جديدة بالاهتمام بقدرات الفرد وقابليته للتعديل واستجابة البيئة للتغير.

كما حدد التعريف الأداة الرئيسية التي تستخدم عند العمل مع الحالة مركزاً على دراسة الحالة الاجتماعية والتي يجب أن يعتمد فيها على مصادر البيئة الاجتماعية بجانب معارف العلوم الإنسانية.

تعريف سويزن باروز: Swithen Bowers 1949:

خدمة الفرد فن يعتمد على المعرفة لعلم العلاقات الإنسانية والمهارة في تكوين العلاقات ويهدف إلى بعث وتنظيم القدرات الموجودة لدى الفرد وتعبئة الموارد الملائمة التي تتوفر في المجتمع المحل لتحقيق أفضل تكيف ممكن للعميل.

ونلاحظ على هذا التعريف.

تركيزه على أهمية العلوم الإنسانية بجانب المهارة في تكوين العلاقة، كما يحدد أهداف خدمة الفرد في التأثير الإيجابي في تنشيط وتنظيم قدرات العميل والبيئة باعتبار أن المشكلة تمثل دائماً شخصاً في موقف وينبغي أن توجه خدمة الفرد جهودها لكل منهما.

٦- تعريف هيلين برلمان: Helen Perlman 1957:

خدمة الفرد عملية تمارس في مؤسسات اجتماعية لمساعدة الأفراد على مواجهة الفعالة للمشكلات التي تعوق أدائهم لوظائفهم الاجتماعية بطريقة فعالة ومؤثرة.

ونلاحظ على التعريف:

١- أشار التعريف إلى أن خدمة الفرد عملية وقد سبق أن أوضحنا المقصود

بها

٢- أوضح المكان الذي ينبغي أن تقدم من خلاله المساعدة فاشتراط المؤسسة كأساس لتحديد نوعية الخدمة التي تقدم للعملاء.

٣- لمساعدة الأفراد- حدد التعريف الطابع العلاجي للطريقة وأن الفرد هو الوحدة الأساسية للعمل (وإن كان ذلك ينعكس بطبيعة الحال على الأسرة والمجتمع).

٤- على المواجهة الفعالة للمشكلات أن المواجهة الفعالة تجعل العميل يرتبط بالإيجابية واستغلال النشاط الذاتي إلا أن الهدف قد يصعب تحقيقه في بعض الحالات خاصة عندما تكون المشكلة على درجة كبيرة من التعقيد من ناحية وعندما لا تتوافر للعميل القدرة على تحقيق ذلك ونرى أن التعريف قد ابتعد قليلاً عن الواقعية في تحقيق الهدف وكان من الأفضل أن يشير إلى تحقيق أفضل درجة ممكنة من الفاعلية.

٥- التي تعوق أدائهم لوظائفهم الاجتماعية: حاولت Perlman الربط بين خدمة الفرد وبين علم الاجتماع وذلك من خلال إحدى النظريات الشهية وهي نظرية الدور Role theory فهي ترى أن الإنسان يمارس في الحياة العديد من الأدوار مثل دوره كأب- كزوج- كعاطل- كابن- كطالب..... الخ وأن أداء الدور يرتبط بمجموعة من الوظائف ومن ثم فإن المشكلة ما هي إلا عجز في التوظيف الاجتماعي المرتبط بأداء الدور Social Functioning ومن ثم فإن العلاج ما هو إلا تعديل في أداء الأدوار.

٧- تعريف المؤتمر السنوي للخدمة الاجتماعية ١٩٤٦:

خدمة الفرد طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية التي تستهدف التدخل والتأثير في حياة الفرد الاجتماعية والنفسية لتحسين وتوجيه وتدعيم وظيفته الاجتماعية.

ويلاحظ على هذا التعريف:

- ١- أشار التعريف إلى أن خدمة الفرد طريقة والطريقة هي الوسيلة لعمل الشيء أو هي شكل ونوع خاص من الإجراءات وهي تعتمد على:
 - أ- المعرفة وتنقسم إلى معرفة في اللوم التأسيسية ومعرفة في الطرق المهنية.
 - ب- الفهم وهي أن يفهم الأخصائي المعرفة ويفهم العميل وعليه أيضًا أن يفهم نفسه.
 - ج- المبادئ وهي القواعد التي ينبغي أن يلتزم بها الأخصائي في العمل ويؤدي ارتباطه بها إلى تحقيق نتائج إيجابية كما وإن إغفالها يترتب عليه الكثير من الإضرار.
 - د- المهارة وهي القدرة على التطبيق وتكتسب من خلال الممارسة.

٢- أضاف التعريف اصطلاحًا وهو التدخل وهو اصطلاح حديث يستخدم للدلالة على إيجابية خدمة الفرد ومبادرة الأخصائي لحل مشكلات العملاء.

٣- أشار التعريف إلى أن التعديل يكونه في الفرد أو البيئة المحيطة به وبمعنى آخر نظر إلى المشكلة من خلال المنظور الاجتماعي النفسي المتكامل.

٤- أبرز التعريف التكتيكات المختلفة التي يمكن أن يستخدمها الأخصائي في تحقيق التدخل وهي:

أ- التحسين ونعني به عنصر الإضافة.

ب- التوجيه وهو ليس إضافة بقدر ما يكون وضع القدرات والإمكانات المتاحة للتنفيذ في القنوات السليمة للانجاز.

ج- التدعيم وهو تشجيع يساعد على زيادة فاعلية الأداء بالطريقة السليمة.

٨- تعريف بياستوك 1966: **Biestok**

خدمة الفرد فن تستخدم فيه معارف العلوم الإنسانية والمهارة في العلاقة الإنسانية لتوجيه كل من طاقات الفرد وإمكانات المجتمع لتحقيق أفضل درجة ممكنة من التكيف بين الفرد وبيئته الاجتماعية أو بينه وبين جانب منها. **ويلاحظ على هذا التعريف:**

١- جمع التعريف بين الفن والعلم والمهارة أي أنه تلافى الأخطاء التي ارتبطت بها التعاريف السابقة من التركيز على جانب معين وإغفال الجوانب الأخرى.

٢- ربط بين استغلال إمكانات الفرد والموارد المتاحة في البيئة لتحقيق التكامل بين النواحي الذاتية والبيئية.

٣- ارتبط التعريف بالواقعية عندما ذكر التوفيق مع كل أو بعض بيئته فإذا لم نستطع إحداث التوافق الكلي فيكون توافق جزئي في ضوء الإمكانيات المتاحة.

٩- تعريف أحمد السنهوري ١٩٦٢:

خدمة الفرد هي الطريقة المؤسسية لتنبية واستثمار قدرات الأفراد للنضج الاجتماعي للاستفادة من إمكانياتهم وإمكانيات المجتمع على مواجهة العقبات الاجتماعية التي تعترضهم.
وقد تضمن هذا التعريف:

١- خدمة الفرد طريقة وسبق أن أوضحنا أن الطريقة أسلوب علمي خاص يقوم على مبادئ معينة وأن مجال التطبيق في الطريقة متروك لتصرف الأخصائي الاجتماعي في حدود فردية العميل ونوعية المشكلة.

٢- مؤسسة أي أن الخدمة يجب أن تقدم عن طريق المؤسسة مرتبطة بأهدافها ووظيفتها وشروط العمل فيها، فالأخصائي الاجتماعي موظف بالمؤسسة الاجتماعية وليس له أن يخرج عن نطاقها وحدود العمل التي رسمتها له- هذا إلى جانب أن ارتباط الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة يعتبر المصدر الوحيد لاتصاله بالعملاء، كذلك يحدد مستويات الخدمة بالمؤسسة.

٣- التنبية عملية التنبية هي محاولة إيقاظ الطاقات الكامنة عند العملاء وهذه العملية تساعد على كشف الأسباب الحقيقية للمشاق التي يعاني منها العملاء وتوظيف هذه الطاقات في علاج المشكلة.

٤- استثمار قدرات الفرد فعلية الاستثمار لقدرات العميل تهدف إلى زيادة طاقتها بعد اكتشافها ثم توظيفها، وزيادة قدرة العميل على التفاعل السليم بتهيئة الظروف المناسبة وإزالة المعوقات التي تحول دون توظيفها. ونقصد بالقدرات الطاقات الحيوية من قدرات جسمية وعقلية ونفسية،

- فالمهارات نوع من القدرات التي يتمتع هبها العميل شأنها شأن مستوى الذكاء- ويدخل في هذه القدرات القدرة على تكوين علاقات سليمة.
- ٥- النضج الاجتماعي وهو وصول الفرد إلى مستوى من تكامل الشخصية بحيث يصبح قادرًا على تناول أموره بوعي كافي ويستجيب استجابات سليمة- ويعتبر الشخص ناضجًا إذا كان:
- خاليًا من صفات النقص أو الاضطراب أو الضعف أي أنه في حالة من الصحة النفسية الممتازة.
 - قدرته على الاستفادة بموارد وإمكانيات البيئة الموجود فيها بحيث يكون قادرًا على استغلال فرص التعليم والصحة والإنتاج والترفيه في البيئة التي يعيش فيها.
 - أن يكون قادرًا على اكتساب مهارات تساعد على أن يعمل ويكسب ليفي حاجاته الضرورية. للاستفادة من إمكانياتهم وإمكانيات المجتمع وقد وضع التعريف الاستفادة من إمكانيات العميل قبل الاستفادة من إمكانيات المجتمع.
 - للتغلب على العقبات التي تعترضهم: أي أن جميع الجهود التي يبذلها الأخصائي الاجتماعي مع العميل تهدف إلى مساعدة العميل على تخطي العقبات الاجتماعية التي تعترض حسن تكيفه.
- ١٠- تعريف الأستاذة فاطمة الحاروني ١٩٧٠:
- خدمة الفرد هي طريقة مهنة الخدمة الاجتماعية في مساعدة الأفراد سيء التكيف الذين يقعون في مجالها باستغلال الطاقات الشخصية والبيئة في تصحيح تكيفهم.
- ويلاحظ على التعريف:**

- ١- أشار التعريف إلى ماهية خدمة الفرد على أنها طريقة وقد أوضحنا قبل ذلك المقصود بهذا الاصطلاح إلا أن التعريف ربط الطريقة بكونها

تنتمي لمهنة الخدمة الاجتماعية والمهنة تعتمد على مجموعة من المقومات هي العلم والمعاراة والهدف والقيم الأخلاقية والاعتراض المجتمعي.

٢- أوضح أن الهدف هو مساعدة الأفراد سيء التكيف أي الذين يعانون من مشكلات معينة وهذا ما يؤكد طابع هذه الطريقة العلاجية.

٣- الذين يقعون في مجالها أن تنطبق عليهم شروط مؤسساتها ويعانون من مشكلات يمكن علاجها عن طريق الخدمات التي يقدمها أخصائي خدمة الفرد.

٤- أشار التعريف إلى عملية التأثير تكون باستغلال طاقات الفرد والإمكانات المتاحة في البيئة.

١١- تعريف الدكتور عبد الفتاح عثمان ١٩٧٠:

خدمة الفرد عملية تعتمد على العلم والمهارة لمساعدة الأفراد على بلوغ أقصى درجة ممكنة من القدرة على مواجهة المشكلات التي تعوق أداءهم لوظائفهم الاجتماعية في حدود فلسفة المؤسسة.

وقد حاول هذا التعريف أن يجمع مناطق القوة التعاريف السابقة وتجنب أوجه الضعف التي ذكرناها.

ومن جانبنا نعرف خدمة الفرد بأنها: عملية فنية تساعد الفرد على التعرف على الجوانب المشكلة لشخصيته حتى يتمكن من اتخاذ قراراته ومواجهة مشكلاته مما يسهم في نموه الشخصي وتطور أدائه الاجتماعي من خلال علاقة مهنية بينه وبين الأخصائي الاجتماعي الذي يتولى دفع عملية المساعدة نحو تحقيق غايتها بخبراته المهنية في حدود فلسفة المؤسسة.

الخصائص العامة لخدمة الفرد:

سنحاول فيما يلي عرض الخصائص العامة لخدمة الفرد، وسنجد أن معظم هذه الخصائص مستخلصة من استعراض التعاريف المختلفة كما أننا نود

أن تشير إلى أنه يمكن إضافة الكثير من الخصائص الأخرى المتعددة لهذه الطريقة غير تلك التي سوف نذكرها والتي أهمها:

١- خدمة الفرد طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية تتميز بالتعامل الفردي وليس المقصود بالتعامل الفردي أن تقصر التعامل على الفرد بل يمتد إلى الأسرة والمجتمع الخارجي.

٢- خدمة الفرد Method طريقة يقوم في الأخصائي الاجتماعي بتسهيل عملية التفاعل بين الفرد وبيئته الاجتماعية بحيث يأخذ الأخصائي الاجتماعي في اعتباره دائماً التأثير بينهما- وتقوم خدمة الفرد بتسهيل عملية التغيير في شخصية الفرد في علاقته الاجتماعية- وفي البيئة الاجتماعية في تأثيرها على الفرد، وفي كل من الفرد والبيئة الاجتماعية في التفاعل القائم بينهما.

٣- خدمة الفرد Process عملية تخضع لخطوات منهجية تتجه نحو تحقيق هدف معين وتتميز العملية بعنصري التفاعل والتغيير الذي يرى الأخصائي الاجتماعي أهميتها في تحقيق أهدافه العلاجية، وقد تتضمن هذه العملية امتصاص العميل لبعض القيم أو الأساليب التي يتبعها الأخصائي الاجتماعي- أو قد تكون بين العميل وذاته بسبب تغيير بعض اتجاهاته أو أفكاره، وقد تكون هذه العمليات بين العميل وبيئته الاجتماعية.

٤- خدمة الفرد فن Art بمعنى علم تطبيقي يعتمد على مهارة الأخصائي الاجتماعي وقدرته على استخدام المعرفة في العلوم الإنسانية بفاعلية وتأثيره في التنفيذ أو الأداء- وهذه القدرة على مساعدة عميل معين بطريقة تجعله قادراً على هدف الأخصائي الاجتماعي ودوره، وبحيث يتمكن من المشاركة في عملية حل مشكلاته، ويعتبر الإعداد الجيد لاستقبال العميل والالتزام بالتشجيع والحث على المشاركة والإحساس بمشاعره والتمسك بالموضوعية كلها من الأساليب الملائمة لتسهيل عملية الاتصال.

٥- خدمة الفرد تنتظر إلى العميل (فرد أو أسرة) كوحدة متميزة فكل فرد أو أسرة ذات خصائص ومقومات ومشكلات فريدة في نوعها... وخدمة الفرد لا تمارس في قوالب جامدة بل تراعى الفروق الفردية سواء بالنسبة للأشخاص أو الأسرة.

والتعامل الفردي لا يعني أن نتعامل مع الفرد منعزلاً عن الأنساق الاجتماعية الأخرى والواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه مؤثراً فيه ومتأثراً به.

٦- العملاء يشتركون في خاصية واحدة وهي وجود مشكلة ما تعوق من أدائهم لوظائفهم الاجتماعية وهذه المشكلات نابعة منه أو من بيئته الاجتماعية وخدمة الفرد تملك القدرة على التأثير في كل من الإنسان وبيئته في نفس الوقت ومن ثم فهناك تلازم وثيق بين العوامل النفسية والاجتماعية.

٧- خدمة الفرد تقدم من خلال مؤسسات الرعاية الاجتماعية، فقد ظهرت خدمة الفرد نتيجة اعتراف المجتمع بالحاجة إلى توفير خدمات لإشباع الحاجات الأساسية. والخدمات التي تتطلب تدخل الأخصائيين الاجتماعيين المؤهلين والمعدّين إعداداً مهنيّاً مناسباً من الناحية النظرية والعملية- لتفهم طبيعة هذه الخدمات، وتفهم أنفسهم، وتفهم الأفراد، ومعرفة الوسائل التي تجمع بين هذه العناصر في صورة متكاملة- وخدمة الفرد لا تمارس في فراغ أو حسب تصور الأخصائيين الاجتماعيين وحدهم- ومن ثم فإن الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي والطريقة التي يتبعها لتقديم خدماته مسؤوليته الاجتماعية وطبيعة مؤسسة الرعاية الاجتماعية التي يعمل بها.

٨- تستند خدمة الفرد على قاعدة علمية عريضة وهذا يعني أنها تستخدم الكثير من فروع المعرفة المختلفة- وتطوع الكثير منها لبناء الإطار والجسد المعرفي لها- لتستمد منه الزاد في فهم شخصية العميل والمشكلة والبيئة الاجتماعية، والتعامل مع هذه البيئة الاجتماعية- كما أن لها مهاراتها الخاصة سواء مهارات إدراكية أو علاقية أو تأثيرية.

٩- تركز خدمة الفرد على قيم إنسانية وتعمل على تدعيم ولعل أهم هذه القيم هي الاعتراف بقيمة الإنسان وكرامته والإيمان بفرديته والإيمان به كإنسان يملك طاقات وقدراته- وحقه في الحياة الحرة.

١٠- خدمة الفرد تهتم بمساعدة الأفراد على زيادة النضج وتحقيق أقصى ما يمكن من تكامل واتزان وتقبل الواقع، والشعور بالرضا والانتماء، ورسم أهداف واقعة تلائم قدراتهم، والتوافق مع الذات ومع الآخرين، والإحساس بالمسؤولية نحو الذات ونحو الآخرين والاستبصار بالقوى الاجتماعية التي تؤثر في نمو الشخصية - كما تتجه خدمة الفرد نحو مساعدة الفرد على التحرر من الشعور بالإحباط والقلق والذنب حتى يستطيع الوصول إلى تقبل موضوعي لأفكاره ومشاعره ودوافعه - وليس الهدف الأساسي هو تشكيل الفرد في قالب معين بل مساعدته على تقبل ذاته وتفهم دوافعه الأساسية وإدراك بيئته الاجتماعية والتفاعل معها بطريقة موضوعية.

١١- خدمة الفرد طريقة علاجية فجميع العملاء يشتركون في خاصية واحدة وهي وجود مشاكل تعوق تكيفهم الاجتماعي ودور خدمة الفرد هو مساعدة هؤلاء الأفراد بعلاج مشكلاتهم وإن كان ذلك بالضرورة يتحقق من خلاله أهداف وقائية وإنمائية- فهي تهتم تحريك طاقات الأفراد المعطلة وتنشيط قدراتهم ومساعدتهم على حل مشكلات العلاقات الإنسانية- وبالتالي فهي تسهم في تحقيق الرفاهية العامة للمجتمع فهي لا تساعد الفرد معزولاً عن العوامل الاجتماعية الأخرى ولا توجه اهتماماً إلى الفرد وتستبعد البيئة الاجتماعية التي تؤثر في الموقف وتؤدي إليه- كما أنها لا تستهدف الإصلاح الاجتماعي دون إدراك أو إلمام بحاجات الفرد وآماله وطموحه- وبعبارة أخرى تهدف خدمة الفرد إلى الرفاهية الاجتماعية أساساً مع تركيز اهتمامها على الفرد ذاته- فهي عملية علاج اجتماعي للفرد.

علاقة خدمة الفرد بالعلوم الإنسانية والمهن الأخرى:

يعتبر الإنسان هو المحور الأساسي لكل عمليات خدمة الفرد. ولهذا فإنه من الضروري فهم هذا الإنسان من مختلف جوانبه الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية وذلك من أجل مساعدته في التغلب على العقبات التي تواجهه لذا نجد من الضروري أن ترتبط بغيرها من العلوم الإنسانية التي تستهدف دراسة الإنسان حيث أن هذه العلوم تمثل القاعدة العلمية العريضة التي تستقي منها خدمة الفرد البناء المعرفي الذي ترتبط فيه في ممارستها المختلفة مثل علوم النفس والاجتماع والاقتصاد والتشريعات والصحة العامة، وغيرها وخدمة الفرد في علاقتها بهذه العلوم تهدف إلى استخدام القواعد المستخدمة والمستحدثة في هذه العلوم من أجل توظيفها والاستفادة منها في تحقيق أكبر قدر من الفاعلية عند التعامل مع العملاء.

**وسنحاول فيما يلي أن نعرض باختصار علاقة خدمة الفرد بهذه العلوم:
أولاً: علاقة خدمة الفرد بعلم النفس والطب النفسي:**

يوجد ارتباط وثيق بين خدمة الفرد والعلوم النفسية بل يندر أن توجد مدرسة من الطب النفسي أو علم النفس دون أن يكون لها نظير في خدمة الفرد فالمدرسة التحليلية يقابلها خدمة الفرد الوظيفية..... الخ.

وبالتالي فإن أي تغير يحدث في العلوم النفسية يكون له الأثر الواضح على طريقة خدمة الفرد ولعل هذا الارتباط يرجع في المقام الأول إلى أن علم النفس يقدم البناء النظري (التصوري) المتكامل للشخصية الإنسانية في سوائها ومرضاها، ولما كانت خدمة الفرد تعمل على مساعدة الإنسان فهي في أمس الحاجة إلى فهم البناء النظري للشخصية الإنسانية من حيث مظاهر ودوافع السلوك والآثار النفسية التي تنتج عن الضغوط المختلفة التي يعاني منها هذا الإنسان وكذلك العلاقات الأسرية على التنشئة الاجتماعية للأطفال ولعلم النفس

يقدم هذا البناء النظري للشخصية ويفسر سلوك الإنسان وكيفية تعامله مع البيئة والمتغيرات التي يمكن أن تؤثر في هذا السلوك.

ثانياً: علاقة خدمة الفرد بعلم الاجتماع:

يهتم علم الاجتماع بدراسة المجتمعات الإنسانية بأنواعها المختلفة من ريفي وحضري وبدوي، كما يهتم بتحليل بناء هذه المجتمعات والنظم السائدة بينها ودراسة الظواهر العامة التي تحكمها، وبالتالي فهو يزود أخصائي خدمة الفرد بالمفاهيم التي تمكنه من فهم الظروف البيئية التي تحيط بالعمل الذي يعمل معه مثل التنشئة الاجتماعية- الحراك والتغير الاجتماعي- الثقافة- والحضارة- المستويات الاجتماعية والاقتصادية- بل يزود الأخصائي بالمعلومات والحقائق المتعلقة بالطبقات والفئات المختلفة التي ينتمي إليها العملاء.

والعلاقة بين علم الاجتماع وخدمة الفرد هي علاقة تكاملية تنبؤية، فإذا كان علم الاجتماع يهتم بوصف وتحليل الظواهر الاجتماعية فإن خدمة الفرد تهتم بموضوع أساليب التدخل الملائم من أجل معالجة هذه الظواهر، فمثلاً نجد علم الاجتماع قد يهتم في أحد المجتمعات بدراسة ظاهرة الانحراف وأسبابها ووضع التصنيفات والمستويات المختلفة للانحراف..... الخ بينما يهتم أخصائي خدمة الفرد اعتماداً على هذه المعلومات بوضع إطار مرجعي يمكن الاعتماد عليه من الناحية التطبيقية في مواجهة هذا الانحراف.

ثالثاً: علاقة خدمة الفرد بالعلوم الصحية والطبية:

يواجه أخصائي خدمة الفرد في عمله الكثير من المشكلات التي يكون الجانب الصحي فيها من بين العوامل المسببة للمشكلات، والتي تستدعي توجيه العميل إلى الإجراءات التي يجب إتباعها مثل عزل بعض المرضى عن أسرهم أو عدم مخالطة المرضى بأمراض معدية والتحصين ضد هذه الأمراض، وكذلك توجيه العملاء للموارد البيئية المتاحة للعلاج والوقاية.... الخ، كما يتطلب أن

يكون الأخصائي على دراية ومعرفة بدور الوراثة ومسئوليتها في أحداث بعض الأمراض.

رابعًا: علاقة خدمة الفرد بعلم الاقتصاد:

يتناوب علم الاقتصادي كثيرًا من الموضوعات مثل مشكلات البطالة وارتفاع مستوى المعيشة، ومستوى الأجور، وسوء تخطيط الميزانية..... الخ، حيث إن علاج مثل هذه الحالات يتطلب التغلب على العامل الاقتصادي قبل إتاحة فرص العمل لرب الأسرة أو زيادة الدخل، أو تنظيم ميزانية الأسرة، كما أن الأخصائي يكون على بينة من أن الكثير من حالات المشاجرات الأسرية، والتي قد يصل فيها الأمر إلى الطلاق أو الهجرة، يلعب العامل الاقتصادي دورًا كبيرًا في حدوثها، ومن ثم فإن معرفة الأخصائي ودراسته للقواعد الاقتصادية الأساسية تساعده وتعيّنه في تناول مثل هذه المشكلات، ويكون أقدر على وضع الخطط العلاجية المناسبة لكل حالة.

خامسًا: علاقة خدمة الفرد بالتشريعات:

المقصود بالتشريعات هنا القوانين الوضعية والدينية التي تمثل مجموعة القيود والضوابط التي يلتزم بها الأفراد لصالح المجتمع وجماعته وأفراده، وفي نطاق ذلك نجد التشريعات المتعلقة بالأسرة من زواج ونفقة وحضانة ورؤية وميراث وعمل الأخصائي، خاصة في المجال الأسري يتطلب دراسة ومعرفة هذه الموضوعات التشريعية حتى يتمكن من مساعدة عملائه على مواجهة المشكلات المختلفة مثل الفصل من العمل والتعويضات من إصابة العمل، كما يتطلب معرفة قوانين وتشريعات الأحداث وعمل المرأة..... الخ.

سادسًا: علاقة خدمة الفرد بالإحصاء:

تعتمد خدمة الفرد على قوانين الإحصاء في الكثير من جوانب عمل الأخصائي، سواء كان ذلك في الممارسة المهنية أو في البحوث، فعند إجراء تجربة لنموذج في خدمة الفرد (تطبيق العلاج القصير مع حالات النزعات

الزواجية- استخدام نموذج التدخل في الأزمة مع حالات انهيارات المنازل.....
الخ) يتطلب الأمر تقييم النتائج التي تم التوصل إليها، وقياس مدى فاعليتها، ولا
يتحقق ذلك بدون استخدام قوانين الإحصاء، كما أن هذه القوانين تستخدم لمعرفة
مدى نجاح المؤسسات في تحقيق أغراضها وهو ما يعرف بالرسوم والبيانات
الإحصائية.

الفصل الثالث

مكونات (عناصر) خدمة الفرد

- ❖ أولاً: العميل.
- ❖ ثانياً: المشكلة الفردية.
- ❖ ثالثاً: المؤسسة الاجتماعية.
- ❖ رابعاً: الأخصائي الاجتماعي.
- ❖ خامساً: عملية المساعدة.

مكونات خدمة الفرد

عميل يعاني من مشكلة توجه إلى المؤسسة فقابله الأخصائي الاجتماعي لكي يساعده على حل هذه المشكلة، إن المدقق لهذه المقولة يلحظ أنها تشتمل على مكونات خدمة الفرد التي تعبر عن العناصر أو الأركان الأساسية لهذه الطريقة، وبمعنى آخر، فإنها تمثل الوحدات الرئيسية والفرعية التي يتضمنها العمل، فإذا ما انتفى جزء منها، فإن ذلك لن يحقق عملية المساعدة، فهل يمكن أن تتم الخدمة دون وجود العميل، وهذا العميل هل يمكن مساعدته دون أن تكون هناك مشكلة يعاني منها؟

وهل يمكن أن تحل دون أن تكون هناك مؤسسة يمثلها أخصائي اجتماعي يقدم المساعدة؟ إن مثل هذه التساؤلات تجعلنا نتأكد من أن العناصر يوجد بينها تكامل، فإذا ما نقص عنصر واحد من هذه العناصر، فإن ذلك يحول دون تطبيق عمليات خدمة الفرد ومفاهيمها، ومن ثم فإننا إذا حاولنا تفسير هذه العناصر إلى الأجزاء الفرعية التي تشتمل عليها، فإن هذا بغرض الدراسة فقط، ولكنها في حقيقة الأمر متفاعلة مترابطة من الناحية العملية.

وفي ضوء ما تقدم فإن المكونات (العناصر) الأساسية لخدمة الفرد

تشتمل على ما يلي:

أولاً: العميل: Client

العميل هو إنسان عادي له خصائصه الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية كسائر الناس أجمعين، ومن ثم فقد يكون نمطاً في منطقة الأسوياء والعاديين، كما قد يكون نمطاً في منطقة غير الأسوياء وغير العاديين.

والعميل في أبسط تحديد هو شخص يعاني من مشكلة لا يستطيع

علاجها بمفرده، فيتقدم بطلب المساعدة إلى الأخصائي بالمؤسسة.

وسنحاول فيما يلي أن نستعرض بعض وجهات النظر في تحديد

المقصود بالعميل:

تعريف أحمد السنهوري:

"العميل هو الفرد الذي عجز عن علاج مشكلته بنفسه، وأنه يسعر بحاجته للمساعدة ويطلبها على أن تنطبق عليه شروط المؤسسة، ويتوافر له الاستعداد والتعاون معها".

بالنظر إلى هذا التعريف نلاحظ ما يلي:

- ١- أبرز التعريف نوعية المشكلات التي يعاني منها العميل، وهي تلك التي يعجز عن حلها بنفسه، فمن المعروف أن الإنسان يواجه العديد من المشكلات البسيطة المحدودة يستطيع إذا ما بذل بعض الجهد أن يتغلب عليها، وبالتالي فهو لم يصبح عميل في خدمة الفرد، إذن الأصل أن يعجز العميل عن حل مشكلته بنفسه.
- ٢- يمكن أن يوجه لهذا التعريف نقدًا سلبيًا إذا فرض أن العميل هو الذي يحس بالحاجة ويطلبها، ونحن نرى أن هذا ينطبق على العميل الذي يتسم ويتصف بالنضج والإحساس بالمسؤولية، ولكن ذلك قد لا يتحقق مع بعض الفئات الأخرى، والتي لا توافر لها هذا القدر من النضج والإحساس بالمسؤولية مثل حالات مرض العقول - الحالات السيكوباتية - حالات الأحداث العاديين أو الجانحين - الدعارة - وغيرها، بل إننا نلاحظ أن بعض هؤلاء العملاء قد تفرض عليهم الخدمة (التدخل المهني)، ويتم تحويلهم للأخصائي رغماً عنهم دون أن يكون لديهم الرغبة في الحصول على المساعدة.
- ٣- أوضح التعريف ضرورة توافر وانطباق شروط المؤسسة على العميل، والتي بمقتضى هذه الشروط يصبح الفرد عميلاً لها، وعلى الأخصائي أن يلتزم بتطبيق سياسة ولوائح المؤسسة عند تقديم الخدمة.

٤- أشار التعريف إلى ضرورة توافر الاستعداد للتعاون، وحن نعارض ذلك لأننا قد لا نجد التعاون من بعض العملاء، خاصة الفئات السلبية والانسحابية والعدوانية التي أدمنت الانحراف، وافقدت الثقة بالآخرين، وليس معنى ذلك إنكار أهمية إيجابية وتعاون العميل، ولكنه دعوة لأن يستخدم الأخصائي مهارته في تحطيم مقاومة العميل ودفعه لهذا التعاون بشكل أو بآخر.

تعريف هيلين برلمان:

"العميل هو أي فرد يشعر بالحاجة إلى المساعدة، وتقدم بالحصول عليها للمؤسسة نتيجة عجزه عن القيام بدوره في التوظيف الاجتماعي".

تعريف عبد الفتاح عثمان:

"العميل هو نسق تتفاعل فيه عناصر جسمية وعقلية ونفسية واجتماعية فطرية ومكتسبة، في تنظيم شبه دائم، عجز عن أداء أحد أدواره الاجتماعية لاضطراب دائم أو عارض في هذا النسق أو لضغوط خارجية في بيئته".
وبالنظر إلى هذا التعريف نجد أنه حدد مفهوم العميل من خلال التركيز على الأبعاد التالية:

١- أشار إلى العميل على أنه نسق System، وفكرة النسق مستمدة أساساً من علم الاجتماع الذي يعتبر أن المجتمع هو عبارة عن نسق يتضمن مجموعة من الأنساق الفرعية المتساندة والمتفاعلة في علاقة متبادلة تحقق التوازن لهذا المجتمع.

٢- النسق من وجهة نظر هذا التعريف يمثل الوحدات الجزئية الفرعية التي تشتمل عليها شخصية العميل في كل متفاعل، ومن ثم فإن مكونات النسق هي:

أ- التنظيم الجسمي: ويشمل على الطول- الوزن- شكل الوجه- القوام- العاهات- الأمراض- الحواس- الغدد، ويفضل المجتمع أن تكون هذه

الصفات والقوى الجسمية والصحية على درجة عالية من الكفاءة والتعاون والتنسيق.

ب- التنظيم العقلي: مثل الذكاء- التذكر- التصور- التخيل- القدرة على التركيز - القدرة على الإقناع- القدرة على الربط والتركيب.... الخ.
ولا شك أن المجتمع يفضل توافر الذكاء ووجود حب الاستطلاع بالدرجة التي لا تصل إلى التطفل إلى جانب التفكير السليم المنطقي، بالإضافة إلى الإبداع والابتكار، واضطراب العوامل العقلية غالبًا ما يؤثر على أبعاد الشخصية والسلوك العام لها.

ج- التنظيم النفسي- وتتمثل في دوافع السلوك، والتي يعتبرها بعض علماء النفس من أهم العوامل التي تحدد نمط الشخصية وتفاعلها مع البيئة، بل ذهب البعض ليوحدوا بين الشخصية وبين دوافع السلوك، ويتميز السلوك بأنه غرضي، بمعنى أنه لا سلوك دون دافع معين يمكن ورأته، وبأنه قابل للتغيير وفقًا لمتطلبات الموقف، أي أنه قابل للتعديل والتحسين، وهذه الخاصية توضح أهمية الدور الذي يكمن أن يلعبه الأخصائي في تعديل سلوك العميل.

والصورة المفضلة للناحية النفسية التي يجب أن يرتبط بها العميل هي الإحساس بالحب والشعور بالأمن والانتماء والارتباط بالتفاؤل أكثر من التشاؤم، وإشباع عاطفة اعتبار الذات والتفوق، هذا بالإضافة إلى الاتزان الانفعالي والعاطفي، والرغبة في التفوق والنجاح.

د- التنظيم الاجتماعي: ويمثله العادات الاجتماعية والقيم الأخلاقية واللغة واللهجة والضوابط الاجتماعية، وما شابه ذلك، والمجتمع يفضل العادات والتقاليد السليمة التي لا تنتج ضررًا، وأن يكون لأي فرد ضوابط اجتماعية سليمة، وأن يعيش في حدود الواقع، وأن يكون طموحًا معتدلاً، وأن يكون الإنسان قادرًا على إنشاء العلاقات الاجتماعية السليمة والاحتفاظ بها.

٣- رغم أن جميع العملاء يشتركون في مكونات النسق، إلا أن الفروق الفردية أمر لا مفر منه، ومن ثم فالأخصائي الماهر لا ينظر إلى الخصائص المشتركة العامة للنسق، بل عليه أن يأخذ في الاعتبار ما يميز كل عميل عن غيره من العملاء.

٤- طالما أن لهذا النسق بعض الجوانب الفطرية والمكتسبة، فعلى الأخصائي أن يهتم في المقام الأول بالجوانب المكتسبة؛ لأنها تمثل الوحدات الأكثر طواعية وقابلية للتعديل.

٥- أشار التعريف إلى ربط خدمة الفرد بأحد النظريات الشهيرة في علم الاجتماع، وهي نظرية الدور عندما ننظر إلى المشكلة على أنها عجز في أداء أحد الأدوار نتيجة لنقص التوظيف المرتبط بالأداء.

٦- العملاء في خدمة الفرد يمكن تقسيمهم إلى ثلاث فئات هم:

أ- أنماط إشكالية دائمة- وهم الأشخاص مضطربي الشخصية، ويمكن تقسيم هؤلاء إلى:

١- حالات المرض العقلي (الذهان)، سواء كان عضوياً مثل الشيخوخة- الزهري،/ أو وظيفياً مثل الفصام- البارانونيا- الاكتئاب المركب- الهوس.

٢- حالات المرض النفسي مثل الهستيرا- القلق العصابي- الفوبيا (الخوف المرضي).

٣- حالات الضعف العقلي مثل المأفون (المورون) الأبله- المعتوه- أو ما يطلق عليه الضعف العقلي البسيط والمتوسط والشديد.

٤- الأمراض المضادة للمجتمع- مثل الحالات السيكوباتية، وهم فئات تتسم بالاندفاع الشديد نحو الأعمال المضادة لقيم المجتمع- لا يرتدعون، ولا يستبصرون نتائج أعمالهم- يفتقدون المشاعر والأحاسيس لكل ما يرتكبونه من أفعال فهم غالباً من الأذكياء الذين يجيدون الخداع والإيهام بحسن نواياهم، ولكنهم في واقع الأمر كاذبون فاقدوا الضمير. كما يدخل ضمن

الأمراض المضادة للمجتمع حالات الأحداث الجانحين - الدعارة، والتي تمثل نزعة تدميرية نحو الذات والآخرين في صور شتى مادية ومعنوية.

ب- أنماط إشكالية في مواقف خاصة- وهي أنماط تعاني اضطراباً في تنظيم الشخصية الأساسي، ولكن مشكلاتها لا تظهر إلا إذا توفرت مثيرات خارجية خاصة وتمثلها حالات الشعور بالنقص أو الذنب أو الاضطهاد والمدفعون وحالات الانطواء والأغبياء وذوي الحساسية المفرطة.... الخ.

ج- أنماط سوية- وهي الأنماط التي يتوفر لها أكبر قدر ممكن من التوازن بين عناصر والقادرة على التكيف مع العالم الخارجي بطريقة تكفل لها الشعور بالسعادة والرضا، ومثل هؤلاء يتحولون إلى عملاء إذا ما واجهتهم ظروف خارجية مفاجئة أعجزتهم عن أداء وظائفهم الاجتماعية، كالتعطل وحالات التهجير والكوارث والنكبات مثل انهيارات المنازل والحريق..... وغيرها.

وبعد استعراض هذه المجموعة المختارة من التعاريف نوضح أننا، وإن كنا نتفق مع ما ورد في التعريف الأخير، إلا أنه يمكن من جانبنا أن نضع التعريف التالي للعميل:

العميل هو: "نسق متميز تنطبق عليه شروط المؤسسة، يقع في منطقة الأسوياء أو غير الأسوياء، إلا أنه لا بد أن يعاني من مشكلة عجز عن إيجاد حلًا لها".

بالنظر إلى هذا التعريف نلاحظ ما يلي:

١- إن العميل هو نسق مكون من وحدات جسمية وعقلية ونفسية واجتماعية، ورغم توافر هذه المكونات في كل فرد، إلا أنها تختلف، وهذا ما جعلنا نطلق عليها لفظة متميز.

٢- لا بد من انطباق شروط المؤسسة على العميل.

٣- أشار التعريف إلى أن العميل قد يقع في منطقة الأسوياء، أو غير

الأسوياء، وبالتالي يمكن تقسيم العملاء على النحو التالي:

أ- العميل غير السوي: **Abnormal Client**

الشخصية غير السوية هي التي لا تستطيع أن تتوافق مع نفسها أو مع العالم الخارجي المحيط بها بالطريقة التي تحقق لها الأمن والشعور بالسعادة. إن خبراء الصحة النفسية يعترفون أنه ما زال أمامهم الكثير إلى أن يتوصلوا للاختبارات الحقيقية والمقاييس الموضوعية للحكم على السواء من عدم السواء. إلا أنه على الرغم من ذلك فهناك اتفاق مطلق على بعض الفئات التي تدخل في نطاق اللاسواء (مرضى العقول - مرضى النفوس - ضعاف العقول - الأمراض المضادة للمجتمع).

ونود أن نشير في هذا الصدد إلى نقطة على جانب كبير من الأهمية، وهي أن معظم عملائنا في خدمة الفرد يعتبرون من العملاء الأسوياء، رغم أنهم يعانون من صعوبة التوافق ووجود المشكلات، فنسبة غير الأسوياء في المجتمع محدودة، ولا نستطيع تعميمها على عملاء خدمة الفرد.

أشار التعريف في النهاية إلى أحد الشروط الأساسية التي ينبغي أن تنطبق على العميل، وهو أنه لا بد أن يعاني من وجود المشكلة، سواء كان يعتبر عميلاً سويًا أو غير سوي، فكلاهما يشترك في صعوبة التوظيف التي دفعت به للحضور إلى المؤسسة، كما لا ينبغي أن ننسى عملية التدخل في الحالات التي سبق ذكرها، وخاصة مرضى العقول، كالفصامي مثلاً الذي لا يطلب العلاج رغم أنه يعيش مشكلة يعاني منها.

ب- العميل السوي: **Normal Client**

إن تحديد المضمون اللفظي للإنسان السوي يعتره الكثير من الغموض، هذا فضلاً عن أنه لا توجد حدود قاطعة وفاصلة بين السواء واللاسواء، وإنما يحدد ذلك مجالاً واسعاً لمنطقة السواء يمتد من نمط مثالي للشخصية ليتدرج

تتازلياً ليشمل مستويات أقل حتى تظهر الجوانب السلبية في الشخصية بشرط أن تشكل أخطاراً حقيقية على سعادة الفرد أو تجلب لها الكثير من مواقف الألم، وبالتالي مرحلة اللاسواء.

واتساع هذه القاعدة على هذا النحو يشكل أمام كل فرد العديد من الصعوبات عند القيام بعمليات القياس، فهناك العديد من المواقف يختلف الأفراد في حكمهم عليها، فالشخص الذي يتسم بالوداعة والطيبة والأدب الجم قد يكون من وجهة نظر الصحة النفسية هو الشخص الانطوائي، والذي يفتقد إلى المبادرة الإيجابية، كما قد نصف الشخص الذي لديه القدرة على إقامة حياة اجتماعية ويتصف بالانبساط قد يوصف بأنه السطحي المندفع الذي لا يزن الأمور حق قدرها.

إن هذه الأمثلة القليلة التي توضح لنا كيف يختلف الأفراد في حكمهم على موضوعية القياس للحكم على السواء وغير السواء، إلا أن مثل هذه الصعوبات لا تعني الدعوة للتخلي عن معرفة الفرق بين السواء واللاسواء، وإن كنا لا نستطيع تحديد الخطوط الفاصلة تمامًا فإن معرفة المؤشرات العامة على الأقل تساعد الأخصائي في العمل مع العملاء.

وسنحاول فيما يلي أن نعرض باختصار لمفهوم الشخصية، إذ أن هذا المدخل هو الذي يساعد على تفهم شخصية العميل السوي.

فالشخصية هي ذلك الكل المتحد من النزعات الثابتة نسبيًا (العقلية والجسمية والنفسية والاجتماعية) التي تميز فردًا معينًا وتقرر الأساليب المميزة لتكيفه مع البيئة.

وبالتالي فإنه من الواضح أن معرفة أخصائي خدمة الفرد للخصائص المرغوبة في كل من أبعاد الشخصية السابق ذكرها بصفة عامة قد يساعده على فهم المؤشرات العامة التي ترتبط بالسواء (راجع الصفا التي ينبغي أن تتوافر في نسق شخصية العميل).

العميل أو العملاء في الحالة الواحدة:

عادة ما ينقل لنا طلابنا في المحاضرات خلال تدريبهم الميداني أسئلة كثيرة حول من هو العميل؟ هل هو التلميذ أو والده أم أخته أم هم جميعاً، طالما أن كل منهم يمثل جانباً معيناً للمشكلة يؤثر فيها ويتأثر بها؟

ويرى عبد الفتاح عثمان أن المشكلة هي مشكلة تنظيمية أكثر منها مشكلة مهنية، فخدمة الفرد تتعامل أساساً مع موقف يمثله عميل في مشكلة معينة، ودورها هي المساعدة في حل هذا الموقف وإنهاء المشكلة من ثم فهي تذهب إلى كافة المناطق المؤثرة في هذا الموقف للتأثير عليها لتحقيق التوازن المنشود، فقد تؤثر في العميل ذاته إذا كان له الثقل الأكبر في أحداث المشكلة، ويمكن أن يستجيب لدور الأخصائي معه، كما قد تؤثر في الوالدين أو الأقارب المحيطين به، كما قد تعدل من اتجاهات الأم البديلة أو الأم الحاضنة، طالما أن كل من هؤلاء يمثل ضغطاً معيناً على الموقف ذاته.

والخلاصة أنه من الناحية المهنية وعند ممارسة ألوان المهارة المختلفة، سواء في العلاقات أو المقابلة أو التأثير بمختلف وسائله يمكن أن تعتبر وجود أكثر من عميل في الحالة الواحدة، أما من الناحية التنظيمية البحتة (فالحالة) يجب أن ترمز باسم الشخص موضوع المساعدة أو هدفها، كما ارتبطت بها المؤسسة في أول الأمر، سواء كان طفلاً رضيعاً أو حدثاً منحرفاً أو رباً لأشربة، وفي هذه الحالة يعتبر المحيطون به هم بمثابة الضغوط الخارجية، وإن مارس الأخصائي معهم نفس الأساليب المهنية كعملاء سواء بسواء.

ثانياً: المشكلة الفردية: Problem:

تواجه الفرد في حياته العديد من المشكلات والعقبات، منها البسيطة ومنها المركبة، ومنها المؤلمة، ومنها الأشد ألماً، ومنها المؤقتة، ومنها المستمرة، والفرد العادي الذي يتمتع بذات قوية يمكنه مواجهة هذه المشكلات بقدر مناسب

من النجاح، وإذا لم يستطيع فإنه يصبح إنسان في موقف عجزت قدراته عن مواجهته بفاعلية مناسبة، ولهذا فإن المشكلة في أبسط صورها تعبر عن حالة أو ظرف يعاني فيه لعميل من مشقات وصعوبات لا يستطيع التغلب عليها، فيحتاج إلى من يعاونه في التغلب عليها.
أسباب حدوث المشكلة الفردية؟

تختلف وجهات النظر في تحديد أسباب المشكلة الفردية، وإن كانت هذه الاختلافات من الناحية الشكلية، إلا أنها تتفق من حيث المضمون، فهناك وجهة نظر ترى أن المشكلة تظهر نتيجة للاحتتمالات الآتية:

أ- فقد تكون البيئة هي المسؤولة عن حدوث بعض المشكلات كان يتعطل رب الأسرة عن العمل أو تكثر المشاجرات بينه وبين زوجته بسبب عصبيتها الزائدة أو تدخل أقاربها المستمر في حياته الخاصة.

ب- أن تصاب قدرات الفرد بنوع من العجز في الوظائف المتعددة لها، فينجم عن ذلك حدوث المشكلة، كما يحدث أن يصاب الفرد بعجز جسمي معين يفقده العمل الذي كان يقوم به أو يحدث له اضطراب في قدراته العقلية فينعزل عن المجتمع.

ج- أن تكون قدرات الفرد معطلة فطرياً كأن يولد الفرد ضعيف العقل أو يعاني من شلل الأطفال، ومن ثم يحتاج إلى معاونة الآخرين في حل المشكلات التي يعاني منها.

بينما ترى "برلمان" Problem أن المشكلة ما هي إلا موقف يظهر نتيجة لنقص إشباع الحاجات أو تراكم الإحباطات وسوء التكيف أو نتيجة للتفاعل بينهما بطريقة تهدد الفرد وتحول دون قيامه بالتوظيف الاجتماعي المناسب، ومن ثم فإن المشكلة تظهر نتيجة للاحتتمالات الآتية:

١- عدم إشباع الحاجات الأساسية للفرد (الاقتصادية- التعليمية- الترويحية..... الخ) بطريقة تحول دون تمتع الإنسان بالحياة الكاملة.

٢- وجود العديد من الضغوط الخارجية أو التوترات الداخلية التي تحول دون قيام الفرد بأدواره الاجتماعية، وبمعنى آخر فالمشكلة تظهر نتيجة لسوء التفاعل بن الفرد والآخرين وبين البيئة المحيطة به.

أنواع المشكلات:

تتعدد وجهات النظر في تصنيف المشكلات الفردية، وسنحاول أن نعرض باختصار لأهم التصنيفات التي تهتم بها طريقة خدمة الفرد، علماً بأن هذه التصنيفات ليست مانعة بالتبادل، أي من الممكن أن تكون قابلة للتداخل.

١- تصنيف المشكلات حسب النوع:

يرى أكثر العاملين في خدمة الفرد أن تقسيم المشكلات وفقاً لنوعية

وقوعها في مجال معين كأن تكون:

- أ- المشكلة الأسرية.
- ب- المشكلة المدرسية.
- ج- المشكلة الاقتصادية.
- د- المشكلة العملية.
- هـ- مشكلة الطفولة.
- و- الضعف العقلي.
- ز- العجز والعاهة والمرض.
- ح- المرض العقلي.
- ط- الانحراف والجريمة.
- ى- المرض النفسي.

وغالبا ما يوضع هذا التصنيف وفقاً لوظيفة المؤسسة التي يعمل بها

الأخصائي.

٢- تصنيف المشكلة حسب الأسباب التي أدت لحدوثها:

أ- مشكلات ترجع إلى أسباب ذاتية أكثر منها بيئية:

وهي المشكلات التي يكون من الواضح أن الأسباب الذاتية للفرد هي العامل الضروري والحاسم في إحداث المشكلة، كأن تكون العصبية الزائدة للطالب، ووجود بعض الرواسب الطفلية لديه هي الدافع لحدوث المشاجرات المستمرة بينه وبين بقية الطلاب، وإن كان ذلك لا يمنع من وجود بعض الأسباب البيئية التي أدت إلى حدوث المشكلة مثل قسوة معاملة الأب والتفرقة في المعاملة بينه وبين شقيقته الصغرى.

ب- مشكلات ترجع إلى أسباب بيئية أكثر منها ذاتية:

وهي المشكلات التي يتضح فيها أثر العوامل البيئية في إحداث المشكلة، فمثلاً المرأة التي تهدم مسكنها، وترتب على ذلك وفاة الزوج، والتي تتقدم لطلب مساعدة اقتصادية لكي تنفق على أبنائها، حيث كان الزوج المتوفى يوفر لها كل احتياجات الحياة قبل أزمتها الحالية، فمن الواضح أن العوامل البيئية (وفاة الزوج بسبب الانهيار المفاجئ للمسكن) لعبت دوراً في أحداث مشكلتها، وإن كان الأمر لا يخلو من وجود بعض العوامل الذاتية في إحداث المشكلة مثل ضعف قدرتها الجسمية التي تحول دون قيامها بأي عمل تتعيش منه وصغارها.

ج- مشكلات ترجع إلى عوامل ذاتية وبيئية معاً:

في هذا النوع من المشكلات قد يصعب معرفة العوامل المرجحة في إحداث المشكلة إذ أنها غالباً ما تكون ناجمة عن تفاعل هذه العوامل بنفس القدر دون أن يستطيع الأخصائي أن يميز بسهولة أي من العوامل له التأثير الأكبر في أحداث الموقف (المشكلة) كما هو الحال في حالات الأحداث والحالات السيكوباتية عندما نجد أن شخصية العميل لها أثر كبير في حدوث المشكلة إلى

جانب الظروف البيئية غير الملائمة من تفكك أسرى وقسوة في المعاملة، وما شابه ذلك، وفي مثل هذه الحالات نضطر إلى تحديد المشكلة على أنها ترجع إلى عوامل ذاتية وبيئية معاً.

وهناك وجهات نظر ترى أن هناك مشكلات ترجع إلى أسباب ذاتية فقط، ومشكلات أخرى ترجع إلى أسباب بيئية فقط، ولنا أن نختلف مع وجهة النظر هذه؛ لأنه من الصعب أن مشكلة ترجع إلى مجموعة واحدة من العوامل أخذاً عن الرأي العلمي الذي يلاقي تأييداً هائلاً وهو تعدد العوامل عند بحث المشكلات الفردية بجانب حقيقة أخرى، وهي أن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه، أي يؤثر ويتأثر بالبيئة التي يعيش فيها.

٣- تصنيف المشكلات وفقاً لاستمرارها الزمني:

يمكن تصنيف المشكلة حسب استمرارها أو حدثها، فنقول بالمشكلات العارضة أو المستمرة، المؤقتة أو الدائمة، البسيطة أو المركبة.... الخ. ولهذا يمكن النظر إلى المشكلات التي يعانها مرضى العقول على أنها مشكلات غالباً ما تكون مستمرة ودائمة ومركبة في آن واحد على غير تلك المشكلات التي تتطلب مساعدة العميل بتقديم مساعدة اقتصادية، فينظر إليها على أنها مشكلة عارضة ومؤقتة وبسيطة تحل بمجرد الحصول على المساعدة المطلوبة.

٤- تصنيف المشكلات وفقاً لدرجة تعقدها:

إننا نعني بالتعقيد هنا الصعوبة التي تواجه الأخصائي في تمييزها، ولا نعني بها درجة تعقيد مشكلة العميل نفسها- فهناك المشكلات البسيطة التي يمكن تفهمها بسهولة مثل رب الأسرة الذي كان يعمل بنجاح، ويتميز بعلاقاته الناجحة مع زوجته وأبنائه والآخرين، فضلاً عن أن دخله يكفي لسد حاجات الأسرة، ثم أصيب بأحد الأمراض المستعصية التي تحتاج لعلاج طول مثل

مرض الدرن أو السرطان قد يكون من السهل على الأخصائي أن يحدد مشكلة هذا العميل بأنها مشكلة صحية، نظرًا لعدم تداخلها مع عوامل أخرى، وقد تكون المشكلة غاية في التعقيد يصعب على الأخصائي تمييزها، فمثلاً الطالب الذي يعاني من انخفاض الدخل، نظرًا لكثرة عدد أفراد الأسرة، ويضطر إلى السرقة في المدرسة ولا يستطيع تحصيل المواد الدراسية قد يضع الأخصائي في حلقة متشابكة من المشكلات هل هذه المشكلة اقتصادية أم أنها أسرية في المقام الأول؟ أم أنها مرتبطة بالتحصيل الدراسي نتيجة انخفاض الدخل وسوء الظروف الأسرية.

المواصفات الأساسية للمشكلة الفردية:

لا يكفي لأخصائي خدمة الفرد أن يكون على دراسة بالتصنيفات المختلفة للمشكلات بل لابد أن يكونه على معرفة بالخصائص التي تميز المشكلة في خدمة الفرد عن غيرها من المشكلات في التخصصات الأخرى، فهذا الفهم هو الذي يمكنه من إجراء التطبيق العلمي المناسب عند التعامل معها.

وفيما يلي أهم المواصفات التي تميز المشكلة في خدمة الفرد.

أ- المشكلة ما هي إلا موقف يتفاعل مع شخصية العميل:

لا معنى للمشكلة بالمعنى المجرد، فهي لا تعطي مدلول معين إلا من خلال تفاعلها مع شخصية الفرد، هذا التفاعل هو الذي يعطي لها المدلول المتميز، بمعنى أنه يمكن أن نجد حالة رسوب ثلاثة طرب (لاحظ أن المشكلة واحدة وهي الرسوب) قد يفكر الأول في ترك الدراسة، والآخر في الانتحار، أما الثالث فيدرك أن الرسوب جاء نتيجة إهماله في الاستنكار وينوي الاستعداد للدراسة في العام المقبل بطريقة أفضل، وبالتالي فالمشكلة واحدة، ولكن الذي أعطى لها الطابع المحدد هو كيفية استجابة وتفاعل الفرد معها.

ب- جوانب المشكلة متعددة ولكن الأخصائي عليه أن يختار جانبًا منها كنقطة بداية:

إنه من السهل أن تتفهم مشكلة الفرد ككل، ولكن من الصعب التعامل معها دفعة واحدة، فخدمة الفرد كأى أسلوب آخر لحل المشكلة ينبغي أن تؤكد على التجزئة والاهتمام بالبوّرة المحددة في العمل عند بداية التدخل، وعلى أية حال فهناك ثلاثة اعتبارات هامة تلعب دورًا كبيرًا في تحديد نقطة البداية وهي:

١- بوّرة اهتمام العميل- فالمشكلة هي مشكلة العميل في المقام الأول، فيجب أن يستجيب الأخصائي لها بالطريقة التي ينظر إليها العميل ويشعر بها، فيجب أن يبدأ مع العميل من حيث هو، ففي بعض الأحيان يكون من الواضح إمام الأخصائي أن المشكلة التي يعرضها العميل ليست هي المشكلة الحقيقية، وهنا قد يكون لدى الأخصائي الرغبة في أن يعرض وجهة النظر الخاصة به دون الاهتمام بوجهة نظر العميل، فإذا حدث ذلك فإنه قد يكون قد تفهم المشكلة بطريقة أكثر موضوعية، ولكنه يكون قد افتقد جانبًا أهم من ذلك، وهو الشخص الذي عانى من المشكلة.

٢- الرأي المهني للأخصائي- إن وجهة نظر الأخصائي من خلال خبراته ومعلوماته المهنية هي التي يمكن أن تحدد المدخل المناسب للعمل، فهو منذ البداية ينظر إلى شخصية لها طابع مميز تعاني من مشكلة فريدة تحاول الوصول إلى حلول أو أهداف محددة.

٣- وظيفة المؤسسة- من المعرفة أن كل مؤسسة تعمل من أجل إشباع أنواع من الحاجات، وبالتالي فإن تركيز الأخصائي على هذه الناحية يمكنه من جذب العميل في أن يهتم بالنواحي التي يمكن تناولها بالعلاج عن طريق المؤسسة.

ج- المشكلة لها تراكماتها المتعددة:

إن المشكلة الفردية ما هي إلى محصلة للتراكمات والحلقات الإشكالية الأخرى، وبالتالي فإنه يصعب النظر إليها كموقف مستقل دون أن يؤخذ في الاعتبار المشكلات الفرعية التي مهدت لحدوثها، وبالتالي فعلى الأخصائي أن يميز بين:

- ١- طبيعة المشكلة الحالية- ويقصد بها المشكلة القائمة في الوقت الحاضر، وهي التي دفعت العميل لطلب المساعدة حين حضر إلى المؤسسة.
- ٢- تطور المشكلة- ويقصد به مجموعة الخطوات المتتالية المترابطة المتراكمة التي أدت إلى حدوث المشكلة الحالية.

د- المشكلة لها جوانبها الذاتية والموضوعية:

يقصد بالجوانب الذاتية تلك التي يغلف بها العميل المشكلة من وجهة نظره، ولا يشترط أن تكون قد أدت بالفعل إلى حدوث المشكلة، أما الحقائق الموضوعية فهي تلك القائمة بالفعل في الموقف الإشكالي، فمثلاً أن تقدم عميل إلى مؤسسة يطلب المساعدة المالية، وقرر أنه متعطل وأن أولاده يتضورون جوعاً، وأنهم منذ أسبوع لم يتناولوا طعاماً، نجد أن الحقيقة الموضوعية في هذا الموقف أن هذا العميل متعطل عهن العمل، وأنه يعول أسرة، والنواحي الذاتية هي أن أولاده لم يتناولوا الطعام منذ فترة سبعة أيام، فالناحية الموضوعية تعتمد على الحقائق القائمة بالفعل، أما الذاتية فهي إحساس يصدر عن الشخص نتيجة لرد الفعل، ولا يقوم إلا على إحساس الفرد الخاص نحو هذا الموضوع.

إن الأخصائي الماهر هو الذي يساعد العميل تدريجياً، ومن خلال العلاقة المهنية أن يتخلص من نظرتة الذاتية للمشكلة، وأن ينظر إليها بطريقة أكثر موضوعية.

وما دمننا قد تحدثنا عن الناحية الذاتية والموضوعية يجدر بنا أن نتحدث عن الأخصائي في تصرفه من العميل، وأن هذا التصرف يجب أن يكون معتمداً على النظرة الموضوعية من جانب الأخصائي، وألا تتدخل الناحية الذاتية الخاصة به في موضوع العميل كأن يظهر غضبه للعميل مثلاً لأن أساء معاملة زوجته بينما الأخصائي يقدر زوجته.

غير أننا نرى أنه يصعب على النفس البشرية أن تقف على الحياد مما تشاهد من شئون الحياة اليومية، ومن الخطر أن يختلط شعور الأخصائي بموضوع من موضوعات العميل، فيجب على الأخصائي أن يحرص كل الحرص على ألا يصدر حكماً ذاتياً مرتبطاً بإحساسه الشخصي، وأن يكون قادراً على النقد الذاتي لتصرفاته واتجاهاته حيال العملاء.

ثالثاً: المؤسسة الاجتماعية: Agency:

المؤسسات الاجتماعية هي هيئات تكونت لتعبر عن إرادة المجتمع ولمقابلة حاجات الإنسان، سواء كانت حاجات مادية أو معنوية، وتهدف المؤسسات الاجتماعية بكافة أنواعها ليس إلى تحقيق الربح المادي، ولكنها قامت أساساً على تقديم المساعدات والخدمات للمواطنين، سواء في صورة خدمة فردية أو جماعية أو مجتمعية، والمؤسسة Agency هي المكان الذي يقدم فيه الأخصائي عملية المساعدة للعملاء، ولا بد أن يتفهم هذا الأخصائي وظيفتها والهدف من إنشائها وقوانينها ولوائحها المعمول بها وفلسفتها؛ لأنه يعمل في المقام الأول وفقاً لهذه النواحي الهامة، ويختلف عدد المؤسسات من مجتمع إلى آخر ولا بد لها أن تساير حاجات الجماهير المتعددة والمتنوعة المستمرة، فيقدر انتشار تلك المؤسسات الاجتماعية في المجتمع الواحد بقدر ما ينظر إلى أن هذا المجتمع يتميز بالتقدم، مع العلم بأن العبرة ليست في كم هذه المؤسسات، بل أيضاً بالكيف الذي تتصف به الخدمات فيها كأن تتسم بالكفاءة والفاعلية.

على أي حال تعتبر المؤسسة أحد العناصر الأساسية لخدمة الفرد، بغض النظر عن نوعية وطبيعة هذه المؤسسة.

تصنيف المؤسسات في خدمة الفرد:

توجد العديد من التصنيفات الخاصة بمؤسسات خدمة الفرد، ونرى من جانبنا أننا سوف نركز على تصنيف المؤسسات الذي يتمشى مع طبيعة خدمة الفرد والواقع العملي لممارستها.

أ- تصنيف المؤسسات وفقاً لموقع ممارسة طريقة خدمة الفرد:

أ- مؤسسات أولية: Primary Agencies:

وهي تلك المؤسسات المتخصصة أساساً في تقديم وتطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية بطرقها المختلفة، وفي بعض هذه المؤسسات قد تعمل طريقة خدمة الفرد جنباً إلى جنب مع الطرق الأخرى ومن أمثلتها مراكز رعاية الشباب- دور الإيداع- المحلات الاجتماعية- الأندية.....، بينما في بعض المؤسسات الأخرى تكون خدمة الفرد هي الطريقة الأساسية كما هو الحال في مكاتب التوجيه والاستشارات الأسرية- مكاتب الخدمة المدرسية- مكاتب الأحداث- وحدات الضمان الاجتماعي.

ونلاحظ أن هذه المؤسسات يكون فيها دور الأخصائي واضحاً، وحتى وإن عمل ضمن فريق العلاج كما يحدث في مكاتب الخدمة المدرسية التي تتألف من الطبيب المعالج- الأخصائي النفسي- المرشد النفسي- الأخصائي الاجتماعي.

ب- مؤسسات ثانوية: Secondary agency

وهي المؤسسات غير المتخصصة أساساً في طريقة خدمة الفرد أو في الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، بل تكون الخدمة الاجتماعية مساعدة على تحقيق أهدافها فتمارس كجانب من أوجه أنشطتها المتعددة، ومن أمثلة هذه

المؤسسات المدارس- المستشفيات- المصانع- أقسام الشرطة- السجون- التوجيه المعنوي بالقوات المسلحة.... وغيرها، فمثلاً المدرسة كإحدى المؤسسات الثانوية للخدمة الاجتماعية يكون هدفها الأساسي هو القيام بالعملية التعليمية والتربوية للطلاب ويكون دور الخدمة الاجتماعية هو العمل على تحقيق هذا الهدف.

ب- تصنيف المؤسسات الاجتماعية حسب مجال خدماتها الأساسية:

مثل مؤسسات رعاية الأحداث- رعاية الأسرة والطفولة- رعاية المكفوفين- الصم والبكم- رعاية المرضى أو أصحاب العاهات..... الخ.

ج- تصنيف المؤسسات الاجتماعية من حيث تتبعية الإشراف ومصدر التمويل:

١- مؤسسات حكومية: **Governmental agencies**:

وهي المؤسسات التي تديرها الدولة وتشرف عليها وتتولى مسؤولية تمويلها ومن أمثلتها المدارس- المصانع- وحدات الضمان الاجتماعي، وغالباً ما يعين الأخصائي الاجتماعي في هذه المؤسسات عقب تخريجه.

٢- مؤسسات أهلية (خاصة): **Private agencies**:

وهي المؤسسات التي يديرها الأهالي أنفسهم بدافع الخير فيتولوا تمويلها وإشهارها والعمل على تحقيق أهدافها وإن كان تخضع قانونياً للإشراف الحكومي ومن أمثلتها جمعية تحسين الرعاية الصحية- جمعيات دفن الموتى- النور والأمل..... الخ.

٣- مؤسسات حكومية أهلية: **Semi Governmental agencies**:

وهي مؤسسات تجمع بين الجهود الحكومية والأهلية وهو أسلوب أتبع في السنوات الأخيرة ليجمع بين المزايا التي تميز الأجهزة الحكومية من إمكانيات مادية وفنية بين مزايا الإدارة الأهلية المتحررة من التعقيدات الروتينية ومن أمثلة

هذه المؤسسات يوم المستشفيات لتأهيل المعوقين والمركز الموزجي لرعاية المكفوفين.

د- تصنيف المؤسسات من حيث مستوى العمل الجغرافي:

١- مؤسسات محلية: **Local level**:

خدمة الفرد وهي مؤسسات توجد في المجتمع المحلي الذي يعمل فيه الأخصائي وتعمل على مستوى محافظة معينة، ويعتبر هذا المستوى من المؤسسات هو أكثر المستويات شيوعاً في خدمة الفرد.

٢- مؤسسات فنية: **National agencies**:

وهي مؤسسات لا تعمل على المستوى المحلي ولكنها تعمل على مستوى الدولة ككل ومن أمثلتها الاتحاد النوعي لرعاية الإحداث.

٣- مؤسسات دولية: **International agencies**:

ومن أمثلتها منظمات هيئة الأمم المتحدة، وتمثل الخدمة الاجتماعية دوراً هاماً في أنشطتها ومنها هيئات اليونسكو واليونسيف.

الشروط والمواصفات التي ينبغي توافرها في مؤسسات خدمة الفرد:

لما كانت مؤسسة خدمة الفرد هي في المقام الأول مؤسسة اجتماعية، فلا بد أن يتوفر لها مجموعة من الخصائص نذكر منها على سبيل المثال وليس الحصر ما يلي:

١- المؤسسة ما هي إلا تنظيم وضع لتقديم الرعاية الاجتماعية تعبيراً عن احتياجات المجتمع.

٢- كل مؤسسة لها برنامج معين يتم من خلاله إشباع الحاجات الخاصة بالمواطنين.

٣- يجب أن يتصف البرنامج بالمرونة والطوعية لمواجهة كل ما هو جديد لهذا ينبغي على الأخصائي أن يهتم بإجراء البحوث والدراسات الدورية

داخل المؤسسة لمعرفة مدى ملائمة وفاعلية الخدمات في مواجهة احتياجات الجماهير.

٤- لكل عضو في الجهاز العامل في المؤسسة دوره المتخصص في تحقيق أهدافها ووظائفها وأخصائي خدمة الفرد يمثل وظيفة المؤسسة في مساعداتها الفردية.

٥- رغم أن أخصائي خدمة الفرد يمثل المؤسسة، إلا أنه في الاعتبار الأول يكون ممثلاً للمهنة.

٦- يجب أن تخضع إدارة المؤسسة لمبادئ العمل الديمقراطي والمشاركة الجماعية والتخلي عن السياسة البروقراطية حتى تتمشى فلسفة الإدارة مع فلسفة المهنة نفسها.

رابعاً: الأخصائي الاجتماعي: Social Worker:

الأخصائي الاجتماعي هو الشخص المهني الذي يعد في المعاهد والكليات المتخصصة لممارسة طرق الخدمة الاجتماعية والأساليب المختلفة لها في مجالاتها المتعددة، وقد اختلفت وجهات النظر حول الخصائص التي ينبغي أن تتوفر في هذا الشخص المهني هل هو الشخص الحكيم قليل الكلمة أو الباسم المنطلق، أم هو القادر في المقام الأول على تكوين العلاقات، أم هو الذي يتوفر لديه قدر مرتفع من الذكاء..... الخ.

مجموعة من التساؤلات تثار حول شخصية الأخصائي وما ينبغي أن يتوفر فيها أن خلق نوعاً متجانساً من الأخصائيين الاجتماعيين يتنافى مع قوانين الفروق الفردية بين البشر أنفسهم، ولكننا لا بد أن ندعو على الأقل إلى إيجاد نوعاً من التجانس النسبي لمن يمارس هذا العمل المهني، ويتحقق ذلك عن طريق مسارين أساسيين هما:

أ- الاستعداد الشخصي.

ب- الإعداد المهني.

أ- الاستعداد الشخصي وقياسه:

قد يكون من الصعب ليس فقط في مهنة الخدمة الاجتماعية أن ينجح فيه الفرد دون أن يتوفر له الاستعداد الشخصي، أي الميل التلقائي إلى الشيء المراد ممارسته، فمثلاً لا نستطيع أن نتصور الموسيقي في تفوقه في العزف دون أن يتوافر لديه الاستعداد وحب الموسيقى ولا نستطيع أن نتنبأ بنجاح المدرس ما لم يكن لديه الاستعداد لمهنة التدريس، وبالمثل أن نتصور مدى القصور الذي يرتبط به العمل المهني في مجال الخدمة الاجتماعية عندما يمارسها الشخص الذي لا يتوافر لديه الاستعداد، ونعني به أيضاً حب الناس والرغبة في مساعدتهم بغض النظر عن الجنس أو اللون أو العقيدة، والقدرة على تكوين العلاقات معهم وتوفير الرغبة الخالصة في التعامل معهم، ولذلك فقد دأبت الكثير من المعاهد التعليمية للخدمة الاجتماعية على إجراء الاختبارات الشخصية لقياس هذا الاستعداد، وعلى الرغم من الاعتراف بأن هذه الاختبارات مازالت لا تتصف بالموضوعية والدقة ولا تحقق قياس الاستعداد إلا أنها على الأقل تعطي بعض المؤشرات على توافر هذا الاستعداد.

خلاصة القول أن الاستعداد الشخصي لممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية هو النقطة الأساسية الأولى، ولا شك أن هذا الاستعداد لا بد أن يتوافر في الشخصية التي تتمتع بالخصائص التالية:

- أ- الناحية الجسمية: قدرة صحية ملائمة مع الخلو من العاهات الواضحة والأمراض التي قد تؤثر في حركته وإمكانية المساعدة التي يمكن أن يقدمها.
- ب- من الناحية العقلية- ذكاء اجتماعي مناسب- قدرة على الإقناع والتعبير
- سرعة البديهة والتجاوب مع العملاء- القدرة على الاستنتاج والتصور والربط.

ج- من الناحية النفسية- يجب أن يتصف بالاتزان الانفعالي والعاطفي القدرة على ضبط النفس دون التسرع في إصدار الأحكام، كما يجب أن يكون محباً للناس- خالياً من الأحقاد والصراعات الهدامة.

د- من الناحية الاجتماعية- يجب أن يكون مؤمناً بالقيم الاجتماعية المرغوب فيها- أن يكون ذو خلق حميد- حسن السمعة- القدرة على تحمل المسؤولية- التعاون والقدرة على إنشاء علاقات اجتماعية سليمة والاحتفاظ بها- يقدر أهداف المجتمع وثقافته العامة ويحافظ عليها.

٢- الإعداد المهني:

إن توافر الاستعداد الشخصي والصفات السابق ذكرها في مكونات الشخصية لا يعني أن الشخصية المهنية قد تكونت، بل يعني أن الشخصية المناسبة قد توفرت ليتم صقلها وإعدادها مهنيًا بعد ذلك، ومن ثم فإن توافر الصفات السابق ذكرها يجعل من عملية الإعداد أمرًا سهلاً، وهذا الإعداد المهني ينصب على الجوانب التالية:

أولاً: الإعداد النظري:

أ- مجموعة العلوم التأسيسية التي تعطي للطالب الكثير من المعارف والمعلومات التي ترتبط بممارسة عمله المهني وتؤهله لفهم الشخص الذي يساعده مثل علوم النفس - الاجتماع- الصحة النفسية- الشريعة- العلوم الصحية- الاقتصاد- الإحصاء- النظم السياسية..... الخ.

ب- مجموعة العلوم المهنية- وهي دراسة شاملة للخدمة الاجتماعية وطرقها المختلفة (الفرد- الجماعة- تنظيم المجتمع) مع تطبيق هذه الطرق في المجالات المختلفة (المجال الأسري- الشباب- الفئات الخاصة- المدرسي... الخ).

ثانياً: الإعداد العملي:

وهو ما يعرف بالتدريب الميداني الذي يتلقاه الطالب ليستطيع أن يربط بين النظرية والتطبيق، هذا التدريب يجب أن يخضع للإشراف والتوجيه كمساعدة الممارس على اكتساب أكبر قدر من المهارة. وفي ضوء ما تقدم يمكننا أن نؤكد أن الإعداد المهني هو عملية دائمة ومستمرة حتى بعد عملية التخرج لاكتساب كل ما هو جديد في عالم الخدمة الاجتماعية نظراً للتغيرات التي تحدث في كافة النواحي، كما أنه يمكن أن نعرف أخصائي خدمة الفرد، بأنه الشخص المهني الذي يتوافر له الاستعداد الشخصي والذي يصفه الإعداد المهني النظري والعملي معاً، ويعمل في المؤسسات الاجتماعية المختلفة في مقابل الحصول على أجر.

خامساً: عملية المساعدة: **helping Process**:

إن اصطلاح عملية المساعدة كأحد العناصر الخمس الأساسية لطريقة خدمة الفرد يعني مجموعة الإجراءات المتتالية المتعاقبة المتفاعلة التي تؤدي في النهاية لحصول العميل على الخدمة المطلوبة، وترى بعض وجهات النظر استخدام هذا الاصطلاح بدلاً من كلمة العلاج على اعتبار أن في ذلك إعطاء العميل القوة والايجابية، أما اصطلاح العلاج فيعني اضطراب العميل، وأنه في حالة ضعف.

وينحصر تقديم عملية المساعدة في الجوانب التالية:

١- علاقة علاجية تستهدف استعادة الذات لوظائفها وقدراتها كما هو الحال في حالات الاضطراب العقلي والنفسي وحالات التبول اللاإرادي والدعارة والإدمان. أو مساعدة الذات على استغلال ما تبقى لها من قدرات أفضل استخدام ممكن كما هو الحال في حالات الضعف العقلي أو حالات البتر أو حالات الشلل.

٢- تقديم المساعدات المادية أو الاجتماعية عن طريق المؤسسة نفسها،
كأن تصرف المساعدة الاقتصادية للأرملة أو يحصل المعوق على
جهاز التأهيل الخاص به أو تصرف بعض الملابس للحدث داخل
المؤسسة.

٣- تقديم المساعدات عن طريق الإمكانات المتاحة في البيئة ويفضل عدم
تقديم الخدمات المتاحة في البيئة، إلا في حالة عدم توافرها في
المؤسسة.

الفصل الرابع

المفاهيم والأسس المهنية

لخدمة الفرد

- ✓ تطور مفاهيم خدمة الفرد.
- ✓ الخصائص العامة لمفاهيم خدمة الفرد.
- ✓ العلاقة المهنية.
- ✓ التقبل.
- ✓ السرية.
- ✓ حق تقرير المصير.

المفاهيم والأسس المهنية لخدمة الفرد

إن أي مهنة على وجه العموم وتلك التي تتناول الإنسان على وجه الخصوص تضع لنفسها العديد من المفاهيم والأسس التي تمكنها من الحفاظ على تحقيق أهدافها دون ما تداخل بين تلك المفاهيم التي تخص مهنة بذاتها دون غيرها، فمهنة الخدمة الاجتماعية وهي تتعامل أساساً مع الشخصية الإنسانية قد وضعت لنفسها مجموعة من المفاهيم والأسس التي تعتبر دستورياً للعمل، وحيث أن خدمة الفرد كطريقة أولى لمهنة الخدمة الاجتماعية لا تخرج عن فلسفة وأخلاقيات المهنة نفسها، بل تعتبر جزء لا ينفصل عنها، فقد تعارف المشتغلون بالمهنة على مجموعة من المقومات التي اجتازت مراحل التجريب وأثبتت الخبرة صلاحيتها وفائدتها في التعامل مع الإنسان، بل أصبحت أساساً يعتمد عليه في توجيه دفة العمل المهني، وهي ضرورية لكي ينجح الممارس المهني في عمله لأن التزامه بها يؤدي إلى تحقيق مجموعة من الفوائد الإيجابية، كما وأن الإخلال أو عدم الالتزام بتطبيق تلك المفاهيم قد يترتب عليه - غالباً - أحداث الكثير من الآثار السلبية.

تطور مفاهيم خدمة الفرد:

١- الأصل في وضع مفاهيم خدمة الفرد عند نشأتها سنة ١٨٩٨ هو ضرورة الالتزام بمجموعة من القيم الأخلاقية الواجب مراعاتها طالما أنها تتعامل مع الإنسان في حالة عجزه أو فقره أو مرضه، وذلك في وقت لم يكن ينظر آنذاك إلى الفقير أو العاجز أو المريض نظرة إنسانية كريمة، كما أن مادة العمل في خدمة الفرد تعتبر العميل وهو إنسان له كرامته، كما أن هذا الإنسان قد يمر بمجموعة من الظروف التي قد يشعر إزاءها ببعض المشاعر السلبية مثل القلق الزائد - الخوف الزائد - الإحساس بالنقص..... الخ، ولهذا فهو يكون في حاجة إلى معاملته بطريقة

نستطيع معها إزالة أو التخفيف من هذه المشاعر السلبية وعدم تعريضه للتجريب أو المحاولة والخطأ، لذا كانت قيمة هذه الأسس المهنية هي التي تثير الطريق أمام الأخصائي وتساعد العملاء على إزالة المشاعر السلبية التي يعانون منها، وبالتالي تكوين علاقة مهنية معهم والتي تعتبر حجر الزاوية والركن الأساسي في تقديم عملية المساعدة.

٢- بتطور خدمة الفرد تبلورت وحدات متناثرة ومتعددة من المفاهيم الأخلاقية والمهنية اختلفت وجهات النظر في تحديدها من خلال المواقع التالية:

أ- شاء البعض اعتبار أنها مجموعة من القيم الأخلاقية والإنسانية على الممارس وهو الأخصائي الاجتماعي أن يلتزم بها لصالح المهنة.

ب- البعض الآخر اعتبر أنها بمثابة مبادئ للعمل المهني.

ج- حبذ البعض التمييز في مستوى الممارسة بين ما يعرف بمبادئ خدمة الفرد، باعتبار أنها قواعد لا تخضع للاستثناء من ناحية، وبين مفاهيم خدمة الفرد باعتبار أنها قواعد تخضع للاستثناء.

د- لما كان لهذه المبادئ الطابع العلاجي فقد فضل البعض وضع مجموعة منها على أنها أساليب علاجية قبل أي اعتبار آخر.

هـ- لما كانت المقابلة هي المجال الحيوي الذي يتم من خلاله تطبيق مبادئ وعمليات خدمة الفرد فقد أثر البعض أن يعتبر هذه المبادئ بمثابة الأسس المهنية للمقابلة.

٣- نظرًا لتعدد وجهات النظر واختلاف الاتجاهات العلاجية كان لابد وأن تختلف بالتالي مضامين هذه المبادئ بين الآراء المتعددة لتظهر لنا في النهاية هذه القاعدة العريضة من المبادئ.

ولنا أن نتساءل بعد ذلك هل وجود هذه الاختلافات يعني في النهاية وجود تناقض وتعارض بين هذه المبادئ أم أنها تلتقي في النهاية في معانيها

الإنسانية وتخدم لصالح المهنة، سواء وضعت كمبادئ أساسية أو مفاهيم أو -
كأساليب للمهنة أو العلاج، كما أننا من ناحية أخرى نميل إلى الأخذ بمفاهيم
خدمة الفرد بدلاً من مبادئ خدمة الفرد، وذلك للدواعي التالية:
١- أن مهنة خدمة الفرد تتعامل أساساً مع الإنسان وهو دائماً في حالة تغير
ونمو مستمر .

٢- من خلال الممارسة العلمية اتضح تعديل ما كان يسمى مبدأ إلى مفهوم
ومثال ذلك الحب تحول إلى التقبل- السرية تحولت إلى السرية المناسبة- ثم
ماذا يحدث لو طبقنا مبدأ حق تقرير المصير على المريض العقلي أو
الأحداث الجانحين، فهذا لا بد أن يكون هناك استثناءً أيضاً عند تطبيقنا
لمبدأ حق تقرير المصير ليصبح مفهوم حق تقرير المصير مرتبطاً بالأهلية
التي يصلح معها العميل العاقل ويملك إرادته الحرة.

وجدير بالذكر أن نستعرض مختلف الآراء التي ظهرت حول موضوع
المفاهيم منذ نشأة خدمة الفرد حتى الآن.

مارى ريتشموند ١٩١٧ Richmond:

حددت مفاهيم الصداقة والاحترام وحق تقرير المصير كمفاهيم إنسانية
أخلاقية في مجتمع ديموقراطي حر .

نوردون هاملتون ١٩٤٠ Hamilton:

أشارت إلى أهمية العلاقة المهنية كمبدأ أساسي في المقام الأول كما
تناولت العديد من المفاهيم الأخرى مثل التقبل- حق تقرير المصير- البدء مع
العميل من حيث هو- التشجيع- نقد الذات- البصيرة- الفردية- السرية.

جاريت ١٩٤٢ :Garrette

تناولت فن المقابلة لتضع ضمن أساليبها التقبل- حق تقرير المصير-
عدم التحيز- الإفراغ الوجداني، كما وضعت للعلاقة المهنية مكاناً خاصاً بين
أهداف المقابلة.

أوستين ١٩٤٨ :Austin

حددت حق تقرير المصير- التقبل- البدء مع العمل من حيث هو-
السرية، وإن تناولت العلاقة المهنية كمفهوم علاجي ينطوي عنها مفاهيم البصيرة
والتقبل والعمليات التدعيمية.

برلمان ١٩٥٧ :Perlman

ركزت على العلاقة المهنية كمحور لعملية المساعدة وهي بدورها تعتمد
على مفاهيم التقبل والتوجيه الذاتي والرغبة في التعاون بالإضافة إلى الإيجابية.

هوليس ١٩٦٤ :Hollis

أشارت إلى مفهومي حق تقرير المصير والتقبل كجوانب أخلاقية لتعطي
للعلاقة المهنية أهمية قصوى في عمليات العلاج التي تقوم على العمليات
التدعيمية والتأثير المباشر Direct influence والإفراغ الوجداني
Ventilation.

نويل تيمز ١٩٦٤ :Timms

أكد على ضرورة التمييز بين ما يعرف بقيم Valuses خدمة الفرد وبين
ما يعرف بمبادئها وأشار إلى مبادئ الإيجابية واستغلال النشاط الذاتي-
المسئولية- التوجيه الذاتي- السرية.

فاطمة مصطفى الحاروني ١٩٧٥:

حددت مبادئ الإعداد المهني- القبول- النشاط الذاتي- تنمية الشخصية- حق تقرير المصير- السرية- واعتبرت أن العلاقة المهنية هي المبدأ الأساسي الذي يحوى المبادئ الأخرى.
أحمد عبد الحكم السنهوري ١٩٧٠:

حدد النضج بالممارسة- التقبل- حق تقرير المصير- نقد الذات- السرية- البدء مع العميل من حيث هو، كما أفرد للعلاقة المهنية إطاراً مستقلاً ومكاناً بارزاً.

عبد الفتاح عثمان ١٩٨٠:

ميز بين ما يعرف بمبادئ خدمة الفرد وهي الالتزام الديني- الالتزام الأخلاقي- الالتزام القومي، وبين المفاهيم وهي العلاقة المهنية بما لها من مفاهيم فرعية (التقبل- التوجيه الذاتي- السرية- التعبير الهادف عن المشاعر- التفاعل الوجداني المتزن- الفردية- تجنب إدانة العميل- الواقعية الإيجابية).
من الملاحظ أن ما ورد في التطور التاريخي لمفاهيم خدمة الفرد انحصرت في النهاية لتشتمل على الاحتمالات التالية:

أ- أما أنها قيماً أخلاقية.

ب- أما أنها أسساً مهنية.

ج- أو أنها جمعت بين الأسس المهنية والقيم الأخلاقية في نفس الوقت.

الخصائص العامة لمفاهيم خدمة الفرد:

لا يكفي لأخصائي خدمة الفرد أن يكون على بينة بتعريف المفهوم وطريقة تطبيقه، بل لابد أن يكون على دراية بالخصائص التي تتصف بها المفاهيم بصفة عامة وهي:

- ١- تعمل المفاهيم كوحدة متفاعلة، فالتطبيق العملي في خدمة الفرد يستلزم نوع من التكامل بينها، فقد يتطلب الموقف الواحد من الأخصائي تطبيق أكثر من مفهوم في آن واحد، كما أن الالتزام بأحد هذه المفاهيم يدعم المفاهيم الأخرى، كما وأن عدم الالتزام بأحدها يعوق الأخرى أو يقلل من قيمتها.
- ٢- تجمع المفاهيم بين الهدف المهني والقيم الأخلاقية، ولا شك أن كل ما هو علاجي لابد أن يكون أخلاقي والعكس صحيح.
- ٣- تتسم هذه المفاهيم بالمرونة في التطبيق، وذلك حتى تناسب ظروف كل عميل على حدة، ومن ثم فلكل مفهوم معوقات واستثناءات يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند التعامل مع أنماط معينة من العملاء في مواقف خاصة يرتبط بها العمل المهني.
- ٤- تتوقف فاعلية هذه المفاهيم على الروح التي تطبق بها وليس مجرد الالتزام الحرفي بشكلياتها.

نخلص من كل ما تقدم إلى تعريف للمفهوم "بأنه مضمون لفظي يعبر عن قيمة إنسانية نسبية يلتزم بها ممارس خدمة الفرد تأكيداً لإنسانية العميل والتزاماً بالتعاليم الدينية والأخلاقية السائدة".

العلاقة المهنية: Professional relationship:

العلاقة في معناها العام هي حالة من الارتباط بين شخصين أو أكثر حول موضوع معين يرسم طبيعة هذه العلاقة ويحدد أهدافها، وأهم العلاقات الإنسانية ثلاث: علاقة الفرد بنفسه، وعلاقته بالآخرين، ثم علاقته بالخالق عز

وجل، كما وأن العلاقة بالآخرين ممكن أن تكون علاقة شخصية وأخرى منفعية (مهنية).

أما العلاقة المهنية فهي الرابط التي تنشأ بين الأخصائي الاجتماعي والعميل في موقف المساعدة وتقوم بغرض تيسير التعامل بينهما حيث يتم من خلالها التأثير المطلوب في شخصية العميل وبيئته ويزول أو يقل ما يعانيه من قصور في بعض جوانب شخصيته أو من ضغوط بيئية واقعة عليه.

من هذا المنطلق تظهر لنا أهمية العلاقة المهنية التي تعتبر الأساس الذي تقوم عليه خدمة الفرد من حيث أهميتها البالغة في تحقيق عملية المساعدة، وقد اتفق جميع علماء خدمة الفرد من مختلف المدارس والاتجاهات العلمية على هذه الأهمية، حيث يمكن تشبيه العلاقة المهنة بجسر أو قنطرة عن طريقها تمر المعلومات الدراسية إلى أن تصل إلى العلاج، ولن تتمكن هذه المعلومات وتلك الآثار من العبور ما لم تكن العلاقة قوية وممتينة.

وهناك بعض الاختلافات بين العلاقة المهنية والعلاقات الاجتماعية الأخرى، وتأخذ الأخيرة أشكالاً متعددة نذكر منها على سبيل المثال:

١ - علاقة المنفعة:

وهي علاقة تتبادل فيها المصلحة بين الطرفين فقد يشعر البعض بالحاجة للذهاب إلى الطبيب أو المحامي أو مأمور الضرائب للحصول على خدماتهم، والعلاقة هنا قوامها المصلحة المشتركة، فعلى سبيل المثال المريض يتوقع الحصول على العلاج والطبيب يتوقع الحصول على الأجر المناسب، فالعلاقة رغم أنها علاقة عمل، إلا أن قوامها المنفعة.

٢ - علاقة الصداقة:

وهي تعني الارتباط العاطفي والوجداني بين الأصدقاء، فالصديق يجذب إلى صديقه تحت تأثير العاطفة التي قد تستمر ما استمرت الحياة وقد تنتعش نتيجة لظهور خلافات في الميول والاتجاهات والسلوك.

٣- العلاقة الوالدية:

وهي تلك العلاقة التي تتميز بصفة الدوام والاستقرار فهي عميقة العواطف قد يشوبها التحيز العاطفي يملك أحد طرفيها السلطة على الآخر كما يملك حق قيادتها، ولا يملك الآخر حق التمرد على هذه السلطة، وإلا خرج عن العرف المألوف والقيم والعادات السائدة.

ومن ثم فإن العلاقة المهنية في خدمة الفرد تختلف عن كل تلك العلاقات الاجتماعية المتعددة، فهي ليست علاقة نفعية كعلاقة الطبيب بمرضيه أو المحامي بموكله، وليست علاقة وجدانية متحيزة كعلاقة الصديق بصديقه أو الأب بابنه، ولكنها نمط فريد من العلاقات، حيث إن لها هدفاً معيناً يسيطر على تفاعل طرفيها.

ماهية العلاقة المهنية:

تختلف وجهات النظر في تحديد المقصود بالعلاقة المهنية إلا أن هذه الاختلافات، وإن كانت من الناحية الشكلية، إلا أنها تتفق في الناحية الجوهرية، وفيما يلي عرضاً لبعض هذه التعاريف.

تعريف بياستوك:

العلاقة المهنية هي التفاعل الدينامي للمشاعر والاتجاهات المتبادلة بين الأخصائي والعميل بهدف مساعدته على تحقيق توافق أفضل بينه وبين بيئته الاجتماعية.

تعريف هوليس:

العلاقة المهنية هي وسيلة للاتصال بين الأخصائي والعميل قوامها مجموعة من الاتجاهات والاستجابات يعبر عنها سلوك كل منها.

تعريف عبد الفتاح عثمان:

العلاقة المهنية هي حالة من الارتباط العاطفي والعقلي المؤقت تتم بتفاعل مشاعر وأفكار كل من العميل والأخصائي خلال عملية المساعدة.

أما من جانبنا فإننا نعرف العلاقة المهنية على أنها حالة من الارتباط العاطفي والعقلي تتفاعل فيها مشاعر وأفكار كل من الأخصائي والعميل بما يحقق التعاون الإيجابي نحو تحقيق عملية المساعدة. وبالنظر إلى هذا التعريف نجد أنه يتضمن المقومات التالية:

١- المشاعر:

المشاعر هي حالات انفعالية تصاحب الموقف التي يتعرض لها وهي أساس هام في تكوين العلاقة المهنية بدونها لن يكون لها وجود، وإن كانت خالية منها، فهي علاقة ليس لها أي هدف علاجي.

ويتضح أهمية الجانب الوجداني عند تكوين العميل في موقف مؤلم، فمواقف الألم بين العملاء تثير أحاسيس وانفعالات كثيرة ومختلفة، فهذا العميل ربما يحتاج إلى لمسة عاطفية لأن أهميتها تظهر في تلك المواقف ولغة العاطفة هنا هي الأساس في التعامل متناسين إلى حين لغة العقل والمنطق.

والمعروف أيضًا أن أية علاقة مؤثرة لا يمكن أن تنشأ، إلا ويكون لها عمق وجداني، فالإنسان لا يذكر من علاقاته بالآخرين إلا العلاقات التي تحركت خلالها المشاعر، سواء أكانت مشاعر سلبية أو إيجابية مبكية أو مفرحة..... الخ.

٢- الأفكار:

إن اقتصار العلاقة المهنية على الجانب الوجداني ليس كافيًا لتحقيق هدفها العلاجي لأن ارتباطها بالعقل يجنبها انحرافها عن هذا الهدف، كما وأن ارتباطها بالعقل دون العاطفة قد يؤثر على النجاح في تحقيق عملية المساعدة أي العلاج.

٣- التفاعل:

إن كل من المشاعر والأفكار المتبادلة ليست ثابتة، وإنما هي دائمًا في حالة حركة مستمرة ومتغيرة، فاستجابة الأخصائي إلى مشاعر الغضب عند

العميل مثلاً قد يؤدي إلى إحساسه بالذنب لإبدائه مشاعر الغضب ذاتها، وإذا ما استجاب الأخصائي لهذا الإحساس الجديد بالتفهم والتأكيد لتخفيف حدة الإحساس بالذنب قد تؤدي ذلك إلى إحساس جديد بالحيرة أو التناقض الوجداني ونعني به- أي التناقض الوجداني- هو أن يحب الإنسان الشيء ويكرهه في آن واحد.

وتسير ديناميكية التفاعل في العلاقة المهنية على النحو التالي:

أ- شحنات متتابعة من الخوف والقلق والإحساس بالذنب كمشاعر تصاحب المشكلة التي يعاني منها العميل.

ب- استجابة مناسبة من الأخصائي بالحرارة والتجاوب والتقدير للتخفيف من حدة هذه المشاعر السلبية التي انتابت العميل.

ج- يترتب على ذلك إحساس العميل بالأمن والاستقرار النسبي، ومن ثم رغبة في الإفصاح عن مزيد من المشاعر الأخرى أو يبدأ في عرض الأفكار المختلفة.

د- يناقش الأخصائي العميل في هذه الأفكار من أجل التوصل لأفضل الحلول المرتبطة بالمشكلة.

٤- التعاون الايجابي:

التعاون الايجابي هو ذلك التجاذب السليم الخلاق الذي ينشأ عن اتجاه بناء وهو بهذه الصفة يعتبر عكس السلبية وهو ينحصر في ضبط معدل السرعة لجهد الأخصائي على سرعة الجهد المبذول من جانب العميل.

إن مهارة الأخصائي لا تكمن في زيادة الجهد المبذول من جانبه نحو العميل، وإنما في قدرته على تقليل جهوده في العمل كلما زاد نطاقات وجهود العميل في التعامل مع الموقف الإشكالي.

أهمية العلاقة المهنية في خدمة الفرد:

- ١- تعتبر هي المجال الأساسي الذي يتم من خلاله تطبيق المفاهيم الأخرى والعمليات الأساسية في خدمة الفرد.
- ٢- هي الوسيلة التي من خلالها يتمكن الأخصائي من تعديل اتجاهات وسلوك العميل.
- ٣- يشعر العميل من خلال هذه العلاقة بالثقة المتبادلة والإحساس بالأمن، فيتعاون مع الأخصائي على مواجهة وجل المشكلة.
- ٤- تتميز العلاقة المهنية ببعض السمات الخاصة، كالبشاشة والحرارة في التعامل والتركيز على ذات العميل، والاهتمام به واحترامه وتقديره فيكون لها الأثر الكبير في معارضة العميل في موقف القلق الذي يعاني منه، ولذلك فهي تعتبر كمصدر أمن للعميل يساعد على تحريره من الخوف والقلق اللذين يحدان من انطلاق طاقاته وقدراته.
- ٥- العلاقة المهنية كمنهاج للعمل تربط بين العميل والمؤسسة وتشعره بأهمية أتباع شروطها والالتزام بما يتفق عليه.

الخصائص العامة للعلاقة المهنية:

- ١- العلاقة المهنية تنمو تلقائياً:
تعتبر العلاقة حالة تنمو تلقائياً بين الأخصائي والعميل، وهي ليست أسلوب محدد يمارس، ويتم ذلك من خلال:
أ- التفاعل الايجابي بين مشاعر وأفكار كل من الأخصائي والعميل.
ب- تطبيق المفاهيم الفرعين الأخرى لخدمة الفرد (السرية- التقبل- حق تقرير المصير....الخ).

٢- العلاقة المهنية ثلاثية الأبعاد لها بداية ووسط ونهاية:

هناك بعض المؤشرات العامة التي يمكن من خلاله تحديد ما إذا كانت هذه مرحلة البداية أم وسطها أم نهاية لعملية المساعدة، ويمكن تناول ذلك على النحو التالي:

أ- مرحلة البداية:

- يقل فيها نسبيًا التفاعل القائم على الأفكار ويزداد التفاعل على المشاعر.
- تكون مرحلة اختبار واستطلاع تظهر فيها مقاومة العميل بوضوح.
- بوادر الثقة لا زالت محدودة.
- وظيفة المؤسسة لم تتضح بعد أمام العميل.
- ربما تكون هناك بعض المشاعر السلبية كالغضب والخوف والقلق لم يتخلص منها العميل بعد، ولكنها على أي حال في طريقها إلى إزالتها أو التخفيف من حدتها على العميل.
- ويكون دور الأخصائي في هذه المرحلة أن يتقبل مشاعر العميل المختلفة، ويوفر له المناخ النفسي المناسب الذي يساعده في التعبير عن هذه المشاعر بشكل أو آخر حتى يمكنه من الانتقال من مرحلة لأخرى.

ب- مرحلة الوسط:

- تكون العلاقة قد بدأت في الاستقرار.
- تقل حدة المشاعر السلبية التي يعاني منها العميل.
- تظهر بوادر الثقة بين الأخصائي والعميل.
- يزداد التفاعل بين أفكار كل من الأخصائي والعميل.
- يعتبر وسط العلاقة هو المجال الخصب لتطبيق عمليات خدمة الفرد وإحداث التأثيرات المرغوبة في شخصية العميل.

- قد تحدث مواقف لا توافقية بين العميل والأخصائي كمحاولة لربط العميل بالواقع الذي يعيش فيه.

- قد تظهر عملية التحويل من العميل للأخصائي أو العكس لتشكل عقبات تعرقل الهدف العلاجي للعلاقة المهنية.

ج- مرحلة النهاية:

- تخفف فيها حدة التفاعل حيث استقرت الأمور واتضحت معالم خطة العلاج.

- مطلوب من الأخصائي التمهيد لعملية الانفصال.

٣- العلاقة تقوم على أساس من الاحترام والثقة والحرية المتبادلة بين الأخصائي والعميل.

أ- الاحترام المتبادل:

لابد أن يحترم الأخصائي العميل مهما كان موقف الإشكالي تأكيداً لكرامته وفرديته، حيث إن فلسفة المهنة تؤكد إنسانية العميل، وفي نفس الوقت يجب أن يحترم العميل الأخصائي، لأنه الشخص الذي يضحى بوقته وجهده من أجل مساعدته في التخلص من العقبات التي تعترضه.

ب- الثقة المتبادلة:

وتتمثل ثقة الأخصائي في الجوانب التالية:

١- ثقته في نفسه ومعلوماته ومعارفه ومهاراته.

٢- ثقته في الإحساس بالقرّة على مساعدة العميل.

٣- ثقته في إمكانات وقدرات العميل على مواجهة الموقف الإشكالي، أما من حيث ثقة العميل فيجب أن يشعر بكفاءة وقدرة الأخصائي على مساعدته، وإلا أنسحب من المؤسسة.

ج- الحرية المتبادلة:

إن الحرية من جانب الأخصائي نعني بها أن يكون للأخصائي الحرية في اختيار أفضل الأساليب الملائمة لمساعدة العميل دون تدخل وبطبيعة الحال فالحرية هنا مقيدة بفلسفة وشروط المؤسسة التي يعمل فيها باعتبار أنه ممثل لها في المقام الأول.

أما الحرية من جانب العميل فنعني بها الحرية في قبول أو رفض خدمات المؤسسة، ورغم الإيمان بهذه الحرية التي تتمشى مع فلسفة الديمقراطية، إلا أن الأخصائي في بعض الأحيان قد يضطر للتدخل من أجل فرض الخدمة على العميل، رغمًا من إنه لا يتقبلها كما هو الحال عند العمل مع الأحداث الجانحين- الدعارة- الإدمان.... الخ.

وهنا يجب على الأخصائي أن يوضح للعميل أن فرض الخدمة لمصلحته في المقام الأول ولحمايته من أخطار معينة.

٤- العلاقة المهنية علاجية:

هناك اتفاق على أن العلاقة المهنية وسيلة تحقيق هدف علاجي، وهو الوصول بالعميل إلى النضج الاجتماعي، بالإضافة إلى أنه لا يمكن تقديم مساعدة بدونها، وذلك من خلال:

أ- العلاقة المهنية كأسلوب مباشر للعلاج- وهي أن يصبح مجرد نموها بين العميل والأخصائي يحقق هدفًا علاجيًا مباشرًا، كما هو الحال عند العمل مع حالات الاضطراب النفسي والسلوك المنحرف.

ب- العلاقة المهنية كأسلوب غير مباشر للعلاج- وتتضح فيما توفره من مناخ صالح آمن يتم من خلاله تحقيق عملية المساعدة.

٥- العلاقة المهنية حيادية:

يجب أن تكون العلاقة المهنية خالية من ألوان التحيز الوجداني أو الانحراف العاطفي بنوعيه الايجابي أو السلبي، مهما كان شكل العميل أو لغته

أو مظهره أو عقيدته ومهما كان سلوكه، فالتحيز الوجداني يقف حجر عثرة في سبيل تقدم الحالة نحو الحل، والخلو من هذا التحيز أمر صعب في بعض الأحيان، خصوصاً مع بداية عمل الأخصائي في مجال خدمة الفرد. ففي بعض الحالات يجد الأخصائي أنه يشعر بالنفور من العميل بسبب كذبه أو تحديه، ولكن هذه الكراهية صفة غير مهنية، بل يجب أن تكون المظاهر التي يبديها العميل لا تثير في الأخصائي أية كراهية، بل تثير تأملاً علمياً في موقف العميل، وفي الدوافع التي أدت به إلى هذه الاتجاهات أو الصفات.

ويجب أن يكون سلوك الأخصائي إزاء هذا الحياد هو التمسك بمبادئ المهنة وفلسفة المؤسسة التي يعمل فيها، وأن يكون قادراً على نقد ذاته وتحليل تصرفاته ومواقفه المختلفة، كما يمكن أن يستعين بالإشراف.

٦- العلاقة المهنية عملية قيادية:

من المعروف أن الأخصائي هو الذي يتولى عملية توجيه التفاعل ويتحمل مسؤوليته في الأخذ في الاعتبار أن هذه القيادة مهنية خالية من السيطرة والإرغام، حيث إنهما يتعارضان مع مبدأ حتى تقرير المصير، ولكن هذا لا ينفي استخدامها حين الضرورة في بعض الحالات حينما تتعرض مصلحة العميل أو الأسرة أو المجتمع إلى الخطر.

كما يجب أن تكون هناك إيجابية في القيادة تتمشى مع قدرة الأخصائي في إشراك العميل عند القيام بخطوات العمل المختلفة حتى يشعر بالثقة.

ويستمد الأخصائي قيادته من خلال الجوانب التالية:

- أ- من مكانته المهنية كمثل للمؤسسة.
- ب- من مكانته كإنسان يرغب في مساعدة العميل.
- ج- من كونه صمام أمن يعمل من أجل صالح الفرد والأسرة والمجتمع.
- د- من مكانته العلمية وخبراته ومهاراته وقدرته على مساعدة عملية.

٧- العلاقة المهنية لها مستويات متعددة:

يمكن تصنيف العلاقة المهنية من خلال المستويات التالية:

أ- العلاقة التدميمية:

وهي أبسط مستويات العلاقة وتعمل على توفير المناخ النفسي المناسب الذي يساعد العمل على التخلص من المشاعر والتوترات التي يعاني منها دون أن يصاحب ذلك تأثيراً في شخصية العميل، وهذا المستوى من العلاقة هو السائد في مؤسسات المساعدات الاقتصادية مثل وحدات الضمان الاجتماعي وإدارات الخدمة الاجتماعية بالقوات المسلحة.... الخ.

ب- العلاقة التأثيرية:

وهي علاقة تتميز بعمق عنصر الثقة والحب والسلطة، وهي نمط شائع من الجانحين والمنحرفين الذين يستجيبون للسلطة والحب معاً، فهي علاقة والدية تمارس ألوان من السلطة أو الإثارة لمواجهة الموقف، ولكنها سلطة تحب ولا تكره أشبه بالسلطة الوالدية نحو الأبناء، وأهم ما يميز هذا المستوى أن التأثير في شخصية العميل يتم بأسلوب مباشر.

ج- العلاقة التقويمية (التصحيحية):

وهي أعمق المستويات ويمارسها الأخصائي عادة مع العملاء المضطربين نفسياً أو سلوكياً، وتستهدف بالضرورة تعديلاً لاتجاه مرضي عند العميل، كما هو الحال عند الارتباط باتجاهات عدائية لجنس أو فئة خاصة من الناس، فعلى الأخصائي عامداً إلى أن يمثل ويتقمص نموذجاً لهذه الفئة أو هذا النمط، ومن خلال سلوك الأخصائي المختلف يكتشف العميل فجأة خطأ اعتقاده ليبدأ في تعديل اتجاهه العام الذي أفسد الكثير في علاقاته بالآخرين.

وأهم ما يميز هذا المستوى أن التأثير في شخصية العميل يتم بأسلوب

غير مباشر.

٨- العلاقة المهنية مؤقتة:

لما كان الهدف من تكوين علاقة مهنية هو إتمام عمليات خدمة الفرد بنجاح، وكذا مساعدة العميل وتوصيل الخدمات على أحسن وجه، فإنها تنتهي باستكمال العلاج أو حصول العميل على بعض الخدمات المطلوبة أو بتحويل الحالة إلى مؤسسة أخرى.

وحتى يتم تحقيق ذلك، على الأخصائي أن يلتزم بمجموعة من الواجبات:

- أ- أن يناقش العميل من وقت لآخر في معنى العلاقة بينهما حتى لا يفاجئ العميل بالانفصال المفاجئ.
- ب- التباعد الزمني بين المقابلات.
- ج- التخفيف تدريجياً من طابع الحرارة والتوكيد الذي تميزت به بداية العلاقة.
- د- ربط العميل بالواقع كي تتم له الاستقلالية والثقة بنفسه وقدرته على تنفيذ الخطة العلاجية.
- هـ- أن يوضح للعميل أنه في حالة تكرار المشكلة مرة أخرى من حقه التقدم للمؤسسة.

٩- العلاقة المهنية مؤسسية:

يجب أن لا يتعامل الأخصائي مع العملاء إلا بالقدر الذي يتطلبه مصلحة العمل، كما وضعته لائحة المؤسسة، فالأخصائي لا يعمل فقط وفقاً لشروط ونظام المؤسسة، بل إنه مسئول عن تعريف وجذب العميل من أجل الالتزام بذلك.

وهناك بعض الاعتبارات التي يجب أن يراعيها الأخصائي حتى ترتبط العلاقة بالمؤسسة:

- ١- لا يبدأ العمل مع العميل إلا عندما تنطبق عن الأخير شروط المؤسسة.

- ٢- لا يجوز للأخصائي أن يجعل مكان التقائه ومقابلته للعميل في مكان لا يرتبط بموضوع المشكلة.
- ٣- عم موافقة الأخصائي على قبول هدايا يحاول بها العميل توثيق صلته بالأخصائي؛ لأن في ذلك خروج عن حدود المؤسسة إلى تعامل شخصي.
- ٤- يجب أن لا تقوم علاقة مالية بين الأخصائي والعميل؛ لأن ذلك يؤثر في العلاقة المهنية بينهما ويحولها إلى علاقة شخصية.

معوقات تكوين العلاقة المهنية:

رغم ما يبذله الأخصائي من جهد بهدف تكوين العلاقة المهنية فإنه قد لا ينجح في تكوين هذه العلاقة، إما لأسباب ترتبط بالعمل، أو ترجع إلى المؤسسة، أو ترجع للأخصائي نفسه، وفيما يلي عرضاً لأهم الأسباب التي قد تحول دون تكوين العلاقة.

١- رغبة العميل في الإسراع بالعلاج- فمعنى العلاج عند العميل يختلف عنه عند الأخصائي، فالعميل يطمع في الحصول على المساعدة في أسرع وقت ممكن، بغض النظر عن أي اعتبار آخر، بينما يعني العلاج عند الأخصائي ضرورة استيفاء المستندات والقيام بعمليات الدراسة والتشخيص والعلاج، وهنا قد يعتقد العميل أن الأخصائي يتعمد تأخير المساعدة أو تعقيد الأمور والذي يعرقل العلاقة بينهما.

٢- نقص الكفاية المهنية عند الأخصائي- فالأخصائي الذي تعوه القدرة على الإدراك السليم لمشاعر واتجاهات العميل قد تضلله بعض الظواهر النفسية فيستجيب لها استجابات خاطئة، فقد لا يستطيع التمييز بين تردد العميل كمظهر من مظاهر الحذر، وبين التناقض الوجداني كسمة نفسية، أو لا يستطيع أن يفرق بين الغرور والثقة ليشعر العميل بأن هناك مسافة بينه وبين الأخصائي فيتعثر نمو العلاقة.

- ٣- تعقد إجراءات المؤسسة- فمن المعروف أن المؤسسات الاجتماعية تواجه ضغوطاً متزايدة، الأمر الذي أدى إلى نشأة تنظيمات إدارية بيروقراطية لتنظيم سير العمل، ولما كان العميل هو صاحب حاجة ملحة تضي عليه حساسية خاصة، فإن أي تأخير يعطل المساعدة يشكل حاجزاً نفسياً بينه وبين المؤسسة، وبالتالي بينه وبين ممثل هذه المؤسسة وهو الأخصائي نفسه.
- ٤- تواكل العميل وسلبيته الزائدة- وهي ظاهرة سائدة بين معظم العملاء نتيجة لعدم الفطام النفسي ونقص الموارد في البيئة بشكل ملحوظ، وكثيراً ما نجد أن العميل يطلب من الأخصائي أن يحدد له ما يقوم به من علاج، بل يقاوم كل جهد ذاتي لتناول الموقف الإشكالي.
- ٥- قد تنشأ كراهية العميل للأخصائي من استعمال الأخصائي للسلطة، وهنا لا بد أن يقوم الأخصائي بتوضيح أن المؤسسة هي مصدر هذه السلطة.
- ٦- عدم التزام الأخصائي بتطبيق المبادئ الأخرى لخدمة الفرد مثل حق تقرير المصير- النقل- السرية..... الخ.
- ٧- خوف العميل من تكشف بعض جوانب حياته- فالعميل يرتبط في ذهنه الحصول على خدمات المؤسسة دون الدخول في تفاصيل معينة، ولما كانت لحياة العميل صفات ومظاهر خارجية يسهل عليه أن يكشف عنها، فإن هناك مظاهر داخلية يحرص كل الحرص على كتمانها في الوقت الذي يرى الأخصائي ضرورة الحصول عليها من أجل استكمال دراسة الموقف الإشكالي بطريقة متكاملة، الأمر الذي قد يعرقل نمو العلاقة بينهما.
- ٨- نمط شخصية العميل- قد يكون من العملاء من ارتبطوا بتاريخ طويل من السلوك الانحرافي أو من يعانون من اضطرابات نفسية، فهؤلاء قد يشوب شخصياتهم سمات التشكك المرضي أو الإحساس بالاضطهاد أو فقدان الثقة بالغير.... الخ، فمثل هؤلاء العملاء يجد الأخصائي صعوبة بالغة في إمكانية تكوين العلاقة المهنية الملائمة معهم.

- ٩- ممارسة بعض العمليات النفسية مثل التحويل: Transference، والتحويل العكسي (المضاد) Caunter- Transference.
- لأهمية العلاقة المهنية في مجال العمل لابد للأخصائي أن يلاحظ تطورها ونموها ليقيس مدى ما وصلت إليه من عمق ومتانة حتى يطمئن إلى أنها قادرة على تحمل تنفيذ عمليات خدمة الفرد، ويمكن أن نعتد على المؤشرات الآتية كعلامات تدل على مدى تقدم العلاقة المهنية ومنها:
- ١- الشعور بوجود الارتياح المتبادل عند طرفي العلاقة.
 - ٢- توافر الثقة عند طرفي العلاقة، وخاصة ثقة العميل في الأخصائي، وتظهر في إقبال العميل على الحديث والكشف عن جوانب حياته وأسراره دون كذب أو تضليل.
 - ٣- وجود التفاهم الكافي بين كل من الأخصائي والعميل، ومعرفة كل منهما لحقيقة الدور المطلوب منه في ضوء وظيفة المؤسسة.
 - ٤- التزام العميل بشروط المؤسسة ورضاه عن خدماتها واستيفاء المستندات والوثائق المطلوبة.
 - ٥- اختفاء المشاعر السلبية التي كان العميل يعاني منها في بداية صلته بالأخصائيين.
 - ٦- اختفاء أساليب المقاومة بصورها المختلفة من التأخير في المواعيد- التضليل..... الخ.
 - ٧- تعاون العميل مع الأخصائي والمؤسسة في حدود طاقاته ونشاطه الذاتي.
 - ٨- تقبل العميل لإنهاء العلاقة المهنية دون مقاومة وشعور الارتياح والامتنان.

التقبل: Acceptance:

التقبل موقف وجداني يقفه الأخصائي من عملائه، وهو مفهوم بدأ مع خدمة الفرد منذ نشأتها حتى اليوم، وضعت لبنته الأولى "ماري ريتشموند" حتى

دعت إلى احترام آدمية العميل وكرامته في وقت لم يكن للفقير أو العاجز أي حق في هذا الاحترام، وهذه الكرامة، إلا أنه بتطور خدمة الفرد من إطار المشكلة الخارجية إلى الفرد نفسه داخل المشكلة، تطور بدوره من مفهوم أخلاقي إلى مفهوم علاجي لعملية التعديل أو المعونة الذاتية نفسها، فتحوّلت فكرة الاحترام المجرد إلى نوع من الحب تهيئ تربة خصبة لنمو العلاقة المهنية وأبعادها المختلفة التدعيمية والتأثيرية والتقويمية.

تعريف التقبل:

اختلف وجهات النظر في تحديد المقصود بمعنى التقبل، ولكنها اتفقت جميعها في النظر إليه على أنه موقف وجداني ومشاعر ودية نحو العميل، بهدف خلق مناخ مناسب يتيح الفرصة لعملية المساعدة.

فتعرفه فاطمة الحاروني على أنه إظهار مشاعر الود والارتياح إلى ملاقة العميل في موقع العمل المهني، فقد أشار التعريف إلى أهمية التقبل في خلق المناخ النفسي، ولكنه لم يحدد المعنى الدقيق المقصود بهذا التقبل.

ومن جهة أخرى يعرفه عبد الفتاح عثمان على أنه "اتجاه عاطفي عام للأخصائي نحو طالب المساعدة يتسم بالحب والتسامح والرغبة إلى المساعدة، ويعني ذلك قبولاً له كإنسان له قيمته وله كرامته مهما مارس من أخطاء".

وبالنظر إلى هذا التعريف نجد أنه أشار إلى النواحي التالية:

١- أوضح العناصر التي يتضمنها التقبل، وهي وحدات من الحب والتسامح والرغبة في المساعدة، وفي هذا اهتمام بالعمل، حيث يشعره بأنه يرغب في مساعدته بصدق ووضوح، فالعميل بجانب أنه يحتاج إلى من يتعاطف معه فهو في أشد الحاجة إلى أن يلمس وجود الشخص المهني الذي يعمل على مساعدته في حل المشكلة.

٢- أشار التعريف إلى كيفية تطبيق التقبل من الناحية الإجرائية العملية فقد أظهر أن التقبل له جانبان.

أ- جانب إيجابي، ونعني به قبول الإنسان كفرد له قيمته وكرامته بغض النظر عن نوعية السلوك الذي يرتبط به.

ب- جانب سلبي، ونعني به عدم الموافقة على السلوك اللاأخلاقي، فتقبل العميل كإنسان مع الرغبة الصادقة في مساعدته لا يتضمن موافقته على السلوك الانحرافي أو غيره من ألوان السلوك الشاذ.

لذا فإنه من الأخطاء الشائعة لدى الكثيرين في خدمة الفرد أن يعتقد البعض أن تقبل العميل يعني في نفس الوقت موافقة وتقبل لسلوكه الخاطيء. والأخصائي الماهر هو الذي يستطيع التقبل بما يحقق النجاح المنشود تدريجياً، فعليه أن يركز في البداية على الجانب الإيجابي للتقبل حتى ينجح في تكوين العلاقة، ثم ينتقل بعد ذلك التركيز على الجانب السلبي، حيث يكون قد وصل إلى مرحلة يستجيب فيها لتوجيهات الأخصائي في نقد الجوانب غير المرغوبة التي ترتبط بها.

وتعتبر إدانة السلوك الانحرافي للعميل على جانب كبير من الأهمية للأسباب التالية:

١- العميل يدرك تماماً أن أفعاله انحرافية لا أخلاقية، وإذا حكم عليها الأخصائي بغير ذلك فسيظنه العميل شخصاً مخادعاً مضللاً، وبالتالي لا يثق فيه.

٢- إن إدانة السلوك المنحرف يمكن اعتباره جزء من العلاج الذي يتطلب تصحيح اتجاهات العميل، كما هو العمل مع حالات الأحداث والإدمان.

٣- إدانة هذه الأفعال تحتها أخلاقيات المهنة وفلسفة المؤسسة والقيم السائدة في المجتمع.

قواعد تطبيق مفهوم التقبل:

- ١- يعتبر مفهوم التقبل وحدة متكاملة لا انفصام فيها، بمعنى مخاطبة العميل بالطريقة التي يفهمها أو التعبيرات أو اللغة أو نوع التحية ولا ينفرد من ملبسه أو مظهره ولا يتأفف من مسكنه ويتقبل أفكار العميل ومعتقداته، ويتقبل مشاعر العميل حتى ولو كانت سلبية.
- ٢- تنمية الاعتقاد بأن خصائص الإنسان هي قدر حتمي كتب عليه نتيجة الوراثة والبيئة.
- ٣- الإيمان بضرورة تقديم الخدمة والمساعدة بغض النظر عن اللون أو الجنس أو العقيدة أو الدين.
- ٤- تنمية الصفات الإيجابية في الشخصية المهنية للتخلص من نزعات الجفاء والقسوة والكراهية بمداومة التدريب والإشراف.
- ٥- الالتزام بتطبيق عملي يستهدف الوحدات الفرعية التي يرتبط بها المفهوم وهي:

أ- الاحترام:

الاحترام عامل أساسي في جميع التفاعلات وأنواع العلاقات، حيث إنه يشعر العميل بقيمته كإنسان، واحترام ذات العميل توجب إشعاره عملياً بهذا الاحترام، فالأخصائي يترجم هذا الاحترام إلى سلوك وتصرفات تصدر منه لتشبع في العميل عاطفة اعتبار الذات.

ب- الاهتمام والرغبة في المساعدة:

يجب أن يشعر الأخصائي العميل عملياً بالاهتمام به وبمشكلته، وهذه تظهر بصورة واضحة في رغبة الأخصائي الجادة في مساعدته وإخلاصه في عمله وارتباطه بمسئوليته تجاه العميل.

ج- تقدير مشاعر العميل:

يعاني العميل من كثير من المشاعر السلبية نتيجة ضغوط المشكلة، أو نتيجة فشله في بعض الأمور الخاصة بحياته، وتظهر هذه المشاعر في صورة قلق أو خوف أو شعور بالذنب..... الخ، وتقدير شعور العميل يقوم على تفهم الأخصائي لحقيقة شعور العميل، وبأنه يقدر ما يعانيه العميل من أحاسيس.

د- تجنب النقد والتعامل على العميل:

يجب أن يدرك الأخصائي ويعي دوافعه الذاتية نحو العميل، فلا يقف منه موقف العدا، أو يحاول باستمرار أن ينقده أو يسخر منه، ربما لعيب في جسمه أو أسلوب حديثه أو طريقة تفكيره..... الخ.

كما يقتضى الأمر أيضاً عدم تسرع الأخصائي في إصدار أحكام على العميل أو الموقف الذي يعاني منه، إلا بعد دراسة مستفيضة تشعر العميل بأن الأخصائي يقف منه موقف المساعدة الذي ينشد صالحه.

٦- مراعاة الواقعية والالتزام في تطبيق التقبل، حيث إن الإسراف في إظهار ذلك قد يؤدي إلى إحداث آثار سلبية عند العميل.

معوقات تطبيق مفهوم التقبل:

إن معوقات التقبل وثيقة الصلة بمعوقات العلاقة المهنية، بمعنى أن جميع المعوقات التي تحدثنا عنها في العلاقة المهنية قد تؤدي أيضاً إلى إعاقة حدوث التقبل.

وسوف نحاول أن نعرض لمعوقات التقبل من خلال التقسيم التالي:

أولاً: معوقات من جانب العميل:

١- ارتباط العميل ببعض المشاعر السلبية، ومنها على سبيل المثال:
أ- بعض القلق الذي ينتاب العميل: مثل الخوف من المجهول داخل المؤسسة، وكيف ستكون معاملته، وما إذا كان سيجد احتراماً أو احتقاراً- الخوف من

إفشاء أسرارهِ وانفصاح أمرهِ بين الناس- الخوف أن يكتشف الأخصائي كذبه إذا كان قد أدلى ببعض البيانات المضللة- الخوف من أن تكون المساعدة التي سينالها من المؤسسة هزيلة لا تكفي مطالبه.

ب- شعور العميل بالعار، وذلك عندما تكون مشكلة العميل من المشكلات التي ينظر إليها المجتمع نظرة خاصة، ويتوقع نفس الاتجاه من قبل الأخصائي فيتخذ موقفًا دفاعيًا تجاه الأخصائي كحالات الجانحين والإدمان.

ج- شعور العميل بالنقص- حيث يعتقد بأن وقوعه فريسة لهذه المشكلة التي يعاني منها تعني أنه فقد العناصر والعوامل التي تدعو الناس إلى تقديره واحترامه ويتوقع معاملة خالية من الاحترام من الأخصائي فلا يتقبله.

د- شعور العميل بالذنب وذلك عندما يشعر العميل بوجوده في وقع اتهام لأنه تسبب بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في مشكلاته أو مشكلات أبنائه ويعبر العميل هنا عن ذلك بمقاومة عملية التقبل.

٢- قد لا يتقبل العميل الأخصائي نظرًا للمستويات التي يلقاها عليه ويشعر أنه غير قادر على القيام بها أو يتوهم أنه لا يستطيع تنفيذها وخاصة إذا كانت طبيعة العمل تحتم القيام بهذه المسئوليات وإصرار الأخصائي عليها كتقديم بيانات أو مستندات ضرورية لإثبات الاستحقاق للمساعدة فيتحول شعور العميل وكراهية لهذه المسئوليات إلى شخص الأخصائي ويظهر ذلك في عدم تقبله وكراهيته التعامل معه.

٣- صغر سن الأخصائي وضآلة تكوينه، فقد تكون هذه العقبات الموجودة في الأخصائي سببًا في عدم تقبل العميل له ويرفضون التعاون معه إما استهتارًا أو اعتقادًا بأنه ليس لديه الخبرات التي تمكنه من تقديم المساعدة أو توهمًا أن ذلك فيه تقليل من شأنهم.

٤- قد لا يتقبل العميل الأخصائي بسبب الجنس أو الدين أو العقيدة، فمثلاً إذا كانت خبرته العملية في التعامل مع الرجال سيئة فأنها تحول هذه - الاتجاهات برمتها إلى شخص الأخصائي وبالتالي التعامل معه.

٥- الثقافة السائدة في المجتمع-فقد يجد العميل الرجل غضاضة في أن تعالج مشكلته أخصائية اجتماعية وليس من السهل عليه حسب تقاليده وقيمه تقبل هذا الأمر وشعورها بأنه تحت توجيه امرأة.

أ- التحويل:

وقد سبق أن ذكرنا أنه يعني أن العميل ينقل مشاعره نتيجة خبرة سابقة وقعت في حياته مع شخص معين إلى شخص الأخصائي وذلك إذا ما وجدت الظروف التي تساعد على ذلك التحويل، وهذه المشاعر تنتج من العميل نحو الأخصائي سواء كرهاً أو حباً.

ب- الإسقاط:

وهو يعني وجود نقائص معينة وعيوب في شخصية العميل فيتخلص منها عن طريق ألقائها على الأخصائي ويفترض وجودها فيه ويتعامل معه على هذا الأساس، فإذا كان العميل يكذب ظن وهماً أن الأخصائي كذلك.

ج- التبرير:

ومعناه - أن يتهرب الإنسان من الاعتراف بأخطائه ويحاول باستمرار أن يبرر من الأسباب والعوامل الكامنة في مناطق بعيدة عن ذاته ما يبرر هذا السلوك ومحاولة الأخصائي أن يجعل العميل يعيش الواقع ويبتعد عن ذلك الخداع الذي يعوق عملية التقبل.

٦- عدم استجابة العملاء للتقبل حينما تتميز سمات بعض العملاء بالتشكك المرضي أو الانحراف الحاد أو البلادة الحسية أو العدوان الكامن.

ثانياً: معوقات من جانب الأخصائي:

- ١- قد يمارس الأخصائي هو الآخر بعض العمليات النفسية كالتحويل والإسقاط والتبرير وقد سبق لنا توضيح هذه المفاهيم.
 - ٢- نقص الخبرة لدى الأخصائيين الجدد قد يجعلهم يتسرعون في إصدار أحكام على العملاء أو يتعاملون معهم ولا يستطيعون بسهولة ممارسة التقبل.
 - ٣- مغالاة الأخصائي أو تهوينه من مشكلة العميل قد تعني رضا للعميل للواقع الذي يعيش فيه وعدم قبوله.
 - ٤- ضغط العمل على الأخصائي كثيراً ما يعطل مفهوم التقبل- وذلك حينما يفنقد الأخصائي أعطاء العميل العناصر المطلوبة من احترام وتقدير..... الخ. وبعض المؤسسات في الخارج تحاول علاج ذلك بتحديد عدد محدد من الحالات يعمل معها الأخصائي.
 - ٥- تحيز الأخصائي هو الآخر للجنس أو العقيدة أو الموطن أو لفكرة معينة.
 - ٦- عدم تنفيذ العميل للخطط العلاجية المتفق عليها قد يجعل الأخصائي لا يتقبله على اعتبار أن هذا يعتبر تثبيطاً لجهد الأخصائي وتأخر علاج الموقف.
 - ٧- إصابة العميل بأمراض معدية كالأمراض الصدرية أو الجلدية فيخشى الأخصائي من انتقال العدوى إليه.
 - ٨- إحساس الأخصائي بأن العميل يحرص على استغلال المؤسسة وخدماتها دون وجه حق فيقاومه نفسياً ولا يتقبله.
- والأخصائي الماهر عليه أن يتغلب بقدر ما يستطيع على المعوقات السابق ذكرها فالمهنة تفرض عليه عملاؤه وسبيله إلى ذلك:-

أ- الالتزام بأسس ومفاهيم خدمة الفرد ونقد الذات والرجوع على الإشراف باستمرار وإلى المراجع العلمية.

ب- إذا كان شعوره برفض العميل قوياً يشعر بأنه لا ولن يستطيع الاستمرار في التعامل معه فلا بد من نقل العميل إلى أخصائي آخر.

ثالثاً: معوقات من جانب المؤسسة:

١- سوء معاملة أحد العاملين في المؤسسة للعميل- فقد يسيء البعض إلى العميل ومنهم السعاة والكتبة خلال تردد العميل على المؤسسة.

٢- قد يكون شروط المؤسسة وكثرة المستندات التي تطلبها لإثبات الاستحقاق من العميل يعطل تطبيق مفهوم التقبل.

٣- تعقد إجراءات المؤسسة وصعوبة انتقال العميل إليها قد يجعله غير متقبل لها أيضاً.

تقبل العميل للأخصائي:

أنا وأن كنا نقول بأن تقبل الأخصائي للعميل لا يمكن أن يستجاب بكراهية ونفور، ألا أنه لا يمكننا أن نتحكم كثيراً في تقبل العميل للأخصائي بنفس الدرجة، فنحن لا نملك في أيدينا كأخصائيين إلا ما نقوم به أما استجابة العميل فهي أمر خارج عن أرادتنا..... بصفة عامة فإننا نرجح بأنه باستثناء الفئات التي تعاني من بعض الأمراض العقلية كالفصامين أو السيكيوباتيين فالعملاء على اختلاف أنماطهم حتى أصحاب المرض النفسي (العصابيون) أو ضعاف العقول يستجيبون لكل من يمنحهم التعاطف والحب والاحترام والتقدير وأن اختلفت درجة الاستجابة وعمقها من عميل إلى آخر.

الأهداف الإيجابية التي يحققها مفهوم التقبل:

١- تخليص العميل من مشاعر الخوف والخجل والشعور بالذنب والدونية حيث يمارس نوعاً من الحساسية الناتجة عند وجودهم في موقف صعب عجزوا عن التصرف فيه بإمكاناتهم وقدراتهم الخاصة.

٢- صون كرامة العميل- فالعميل يفضل أن يحتفظ بمشاكلته التي تحوي أسراره الخاصة مع عزة النفس عن أن يتنازل عن كرامته من أجل معونة مهما كانت قيمتها.

٣- إدخال الطمأنينة إلى نفس العميل بإشعاره بالأمن في علاقته مع الأخصائي.

٤- يمكن أن يكون للتقبل جانب علاجي مؤقت وخاصة مع بداية العمل مع العميل حيث يكون الأخصائي دوره كقدوة ومثل أعلى للسلوك السوي يقتبس منه العميل قواعد المعاملة السليمة.

٥- عن طريق التقبل يتم وضع اللبنة الأساسية للعلاقة المهنية.

السرية: Confidentiality:

يمثل هذا المفهوم في حقيقة الأمر قيمة أخلاقية وإنسانية هامة في مجتمع التقاليد حيث يتعلق باحترام الإنسان وعدم إذاعة أسراره وإفشائها وعلى هذا الأساس يجب أن يكون في كل مؤسسة نظام يساعد الأخصائي في تطبيق هذا المفهوم.

فنجد أن مفهوم السرية لا تطبقه مهنة الخدمة الاجتماعية فقط بل نجد مهن كثيرة منها الطب والمحاماة حيث يحمي القانون حق المحامي أو الطبيب في المحافظة على حماية الأسرار وفي الخدمة الاجتماعية جرى العرف على أن ما يدور بين العميل والأخصائي يعتبر سرًا.

فالبعض يحرص على إخفاء بعض المعلومات لما تسببه لهم من الإحساس بالحرج وتؤدي إلى شعور سلبي من المحيطين منهم مثل الإصابة بمرض السرطان أو أحد الأمراض التناسلية، كما قد يختلف حرص الأفراد على الأسرار تبعًا لتقديرهم لأهميته هذا السر.

فمثلاً العميل الذي تقدم لمؤسسة اقتصادية قد يخفي ميزانية الأسرة حتى لا يحرم من الحصول على المساعدة وعلى العكس من ذلك إذا ما تقدم نفس العميل إلى مؤسسة أسرية فقد لا يخفي الناحية الاقتصادية.

تعريف السرية:

السرية هي صيانة لأسرار العملاء التي كشفتها عمليات خدمة الفرد وتجنب إذاعتها وانتشارها بين عامة الناس.

وعندنا تحليلنا لهذه التعريف نلاحظ ما يلي:

١- السرية هي صيانة متعمدة ومقصودة للبيانات والمعلومات التي يدلى بها العملاء وهذه المسؤولية تقع على عاتق الأخصائي من ناحية والمؤسسة من ناحية أخرى.

٢- السرية وثيقة الاتصال بعمليات خدمة الفرد (الدراسة- التشخيص- العلاج) وخاصة عملية الدراسة لأن الأخصائي خلال هذه العملية يحصل على المعلومات والبيانات الدراسية والمطلوب الحفاظ عليها.

فلسفة السرية:

يقوم مفهوم السرية على أساس نفسي حيث تميل الطبيعة البشرية وتحرص دائماً على أخفاء نواحي النقص والقصور والعيوب عن الغير بقصد الدفاع عن الذات فإن أي فرد يحرص دائماً على أخفاء بعض الجوانب ويشعر بالحرج أو القلق إذا ما أرغمته الظروف على كشف جانب منها ويشعر بالكراهية والحقد تجاه الأشخاص الذين يحاولون كشف ستارها دون الاقتناع بأهمية هذا الكشف.

أسس تطبيق مفهوم السرية:

هناك مجموعة من القواعد الأساسية انفتحت الجمعية القومية للأخصائيين- الاجتماعيين بالولايات المتحدة الأمريكية أنها بمثابة الركائز

الأساسية التي ينبغي أن يحرص عليها كل أخصائي عند تطبيق هذا المفهوم وهي: -

١- يعتبر العميل نفسه مصدر المعلومات الأول والأساسي، كما ينظر إليه على أنه أقدر إنسان على التعبير ومعرفة حقائق مشكلته، إلا أنه ليس المصدر الوحيد وفي هذا الشأن وفي حالة الاتصال بمصادر أخرى من الضروري الحصول على موافقته.

٢- لا يكشف عن المعلومات الخاصة بالعملاء والتي حصل عليها الأخصائي داخل المؤسسة إلا للأشخاص الفنيين والمهنيين القائمين على خدمة الحالة وفي أضيق الحدود وهذا ما يعرف بالسرية المناسبة أو الجماعية.

٣- يمكن تبادل المعلومات مع هيئات ومؤسسات أخرى ويكون التبادل بالقدر الضروري لخدمة العميل وبعد الحصول على موافقته، ويستثنى من ذلك بعض المؤسسات التالي دون استئذان العميل وهي:-

أ- المؤسسة التي قامت بتحويل الحالة.

ب- المؤسسة التي حولت إليها الحالة.

ج- المؤسسات التي ينص عليها القانون.

٤- لا يشمل من المعلومات إلا لضرورة لمساعدة العميل وتحدد كل مؤسسة النظام الخاص بها في التسجيل.

أولاً: دور الأخصائي في تطبيق السرية:

١- يجب أن يعتبر الأخصائي أن العميل هو المصدر الأساسي للمعلومات فهو صاحب المشكلة وأدرى الناس بحقائقها. ولكن في بعض الحالات قد يعجز العميل عن إعطاء صورة واضحة عن مشكلته، وفي الحالات

المستثناة يجب أخذ موافقته على الاتصال بالمصادر الأخرى إلا إذا اقتضت الضرورة غير ذلك مثل العمل بحالات المرض العقلي أو الضعف العقلي.

٢- يجب أن يطمئن الأخصائي العميل في بداية اتصاله، وفي المقابلة الأولى على سرية المعلومات التي يحصل عليها، كما أن عليه أن ينتهز المواقف التي يظهر فيها مقاومة العميل كتردده في الحديث حول موضوعات ذات أهمية أو امتناعه عن الإجابة عن بعض أسئلة الأخصائي أو صمته، وذلك لإعادة توكيد مفهوم السرية.

٣- على الأخصائي أن يتجنب التسجيل خلال المقابلات، وأن يلتفت النظر إلى أنه يحتاج إلى تسجيل بعض البيانات ذات الأهمية البالغة، فالعملاء يشعرون بقلق شديد نتيجة تسجيل هذه البيانات ومصيرها، الأمر الذي يدفعهم إلى الحرص الشديد على أسرارهم ولا يذكرونها للأخصائي حتى لا تسجل عليهم، ولقد اتفق كقاعدة عامة أن يكون التسجيل عقب المقابلة مباشرة، وقد يحتاج الأخصائي إلى تسجيل بعض البيانات يخشى عليها من النسيان، كالأسماء أو العناوين أو الدخل أو أية بيانات تحوى أرقام، فلا بد أن يوضح للعميل قيمة وأهمية تسجيل مثل هذه البيانات في حينه.

٤- أن لا يتحدث الأخصائي مع العميل عن أسرار العملاء الآخرين حتى ولو أشار العميل نفسه إلى ذلك؛ لأن الحديث عن أسرار الغير يدخل الشك في نفس العميل حول مصير أسرارهم وحول جدية مفهوم السرية.

٥- يجب أن يراعي الأخصائي أن تكون المقابلة انفرادية بقدر الإمكان وبعيدة عن أعين الفضوليين.

٦- أن يركز الأخصائي على المعلومات الأساسية حينما يتصدى لدراسة مشكلة العميل دون التزود بمعلومات زائدة.

٧- عند اتصال الأخصائي بالمصادر الأخرى للدراسة، ونعني الاتصال بأكثر من طرف في الأسرة الواحدة يجب عليه أن يطمئن كل فرد على حدة على

سرية ما سيدلى به من معلومات، ونفس الوقف مع ذوي المصالح المشتركة، كالمدارس وتلميذه والعامل وصاحب العمل..... الخ.

٨- يجب على الأخصائي ألا يتحدث حول الحالات التي يعمل معها في الأماكن العامة؛ لأن ذلك يعوده على عدم المحافظة على سرية المعلومات، وهو سلوك غير مهني.

٩- يحتاج الموقف أحياناً إلى اتصال الأخصائي بمؤسسات أخرى سبق للعميل الاتصال بها، كالمدارس والعيادات النفسية ومكاتب الخدمة المدرسية..... الخ، ويجب أن لا يتم هذا الاتصال إلا بعد موافقة العميل صراحة بعد توضيح الأخصائي لهذا الاتصال وشرح ضرر عدم الاتصال في حالة رفض العميل ذلك.

١٠- أن يحرص الأخصائي على عدم تسجيل تقاريره عن العملاء ونتائج مقابلاته في أماكن عامة، أو حتى منزله إذا كان ذلك سيتيح لغيره الإطلاع على هذه التسجيلات.

١١- يجب ألا يسطح الأخصائي سجل العملاء معه في ذهابه ومجيئه وزياراته للحالات؛ لأن ذلك قد يعرضها للضياع أو الوقوع في أيدي أشخاص آخرين يطلعون على أسرار العملاء.

١٢- هناك بعض ضمانات السرية يجب أن يلتزم بها الأخصائي في زياراته لمنازل العملاء وأهمها:

أ- أن تتم زيارة العميل بعد الحصول على موافقته وتوضيح أهميتها والغرض منها.

ب- أن يتفق الأخصائي مع العميل على موعد مناسب للزيارة، وأن يتحقق من عنوانه وطريقة الوصول إليه، إذ أن كثرة السؤال في بيئة العميل عن موقع مسكنه من شأنه أن تثير تساؤلات المتطفلين والغريباء.

ج- إذا كان للمؤسسة عربة مميزة أو إشارة خاصة، فلا يجب أن يستعملها الأخصائي في زيارته لمنازل العملاء؛ لأن فيها دليل على صلة العملاء بالمؤسسة.

د- يجب تجنب الحديث عن أسرار العميل في الزيارات المنزلية في حالة حضور زوار أو أقارب للعميل، كما على الأخصائي أن يختصر الزيارة ويكتفي بالوقوف على الأهداف المحددة التي يريد تحقيقها.

وفي جميع المواقف السابق الإشارة إليها يجب أن يتصف الأخصائي بالموضوعية، كما يتصف سلوكه بالمرونة والواقعية المناسبة وفقاً لمتطلبات الموقف ومراعاة مصلحة العميل في المقام الأول.

ثانياً: دور المؤسسة في تطبيق السرية:

- ١- يجب أن توفر المؤسسة الأماكن اللازمة لعقد المقابلات، ويعتبر النقص في هذه الناحية ظاهرة عامة في المؤسسات المصرية.
- ٢- يجب حفظ سجلات العملاء في أماكن مغلقة، وحتى لا تتعرض للوقوع في أيدي غير المسؤولين، كما يجب عدم تداولها إلا بين الأخصائيين، ويجب أن تكون المستندات داخل غلاف حتى لا تكشف عن أسرار عما بداخله.
- ٣- يجب أن يفهم الإداريون في المؤسسة دورهم في تطبيق مفهوم السرية، فقد يحتاج الأمر إلى تحويل الملفات إلى بعض الإداريين لأعمال مالية مثلاً، ويتم ذلك الوعي عن طريق عقد اجتماعات دورية بين مدير المؤسسة والعاملين لهذا الغرض.
- ٤- يجب ألا تسمح المؤسسة بإخراج سجلات العملاء من المؤسسة بأي حال من الأحوال، وإذا وافق العميل على اطلاع الأخصائي من خارج المؤسسة على سجله يجب أن يتم ذلك داخل المؤسسة فقط.
- ٥- يجب ألا يكون على أظرف الخطابات التي ترسلها المؤسسة للعملاء أي علامة تدل على اسم أو نوعية المؤسسة التي يتعامل معها العميل.

- ٦- قد يقتضي الأمر أن تتصل المؤسسة بمؤسسات أخرى بشأن العميل، ويجب الحصول على موافقة العميل على هذا الاتصال ويستثنى من ذلك:
- أ- المؤسسات التي قامت بتحويل العميل.
- ب- المؤسسات التي حول إليها العميل لاستكمال بعض نواحي الدراسة، كتحويل العميل للعيادة النفسية لإجراءات بعض اختبارات الذكاء.
- ج- الاتصال بالمؤسسات التي يلزم القانون ضرورة الاتصال بها كاتصال وحدة الضمان الاجتماعي بسجل تبادل المعلومات لمعرفة المؤسسات التي سبق للعميل التعامل معها ونوع المساعدات التي حصل عليها.
- ٧- قد يستدعى الأمر في بعض الأحيان تحويل العميل إلى هيئات ومؤسسات أخرى للمساعدة في علاج مشكلته، ويستلزم الأمر إرسال ملخص عن حالة العميل للمؤسسة الجديدة، ويجب في هذه الحالة على المؤسسة أن لا تدون في هذا الملخص إلا المعلومات الضرورية جداً، والتي تنصب أساساً على نوع المساعدات التي يتطلبها الموقف.
- ٨- في حالة استعمال الحالات للدراسة، أو الإعلان عن نشاط المؤسسة يجب أن نطمس معالم الحالة.

استثناءات مفهوم السرية:

لا تخضع المفاهيم الإنسانية والاجتماعية لما تخضع له العلوم الرياضية أو الكيميائية من حيث التطبيق الجزئي للقواعد والقوانين؛ لأن الحياة الإنسانية فيها الكثير من المرونة، وتعرض لمواقف كثيرة متغيرة قد تحتم الخروج في بعض الأحيان عن المفاهيم أصلاً من أجله.

وفيما يلي أهم الظروف التي تتيح الخروج عن مفهوم السرية وهي:

- ١- الأشخاص المصابون بانحرافات شاذة في شخصياتهم مثل السيكيوباتيين الذي تسيء تصرفاتهم إلى المجتمع.

٢- الأطفال العابثين الذين لا يقدرّون المسؤولية كما هو الحال في حالات الغياب المتكرر من المدرسة أو الانضمام لعصابات الأحداث. فهؤلاء يهددون سلامة وأمن المجتمع ومستقبلهم كأفراد عاملين في المجتمع، ويجب على الأخصائي الاتصال بالأهل والأقارب أو الاتصال بالجهات المسؤولة لاتخاذ الإجراءات اللازمة الكفيلة بحماية المجتمع.

٣- في حالة الآباء المهملين لأبنائهم أو الذين يعرضونهم لأضرار اجتماعية أو خلقية.

٤- المرضى بأمراض عقلية، خاصة الفئات التي تحاول تحقيق أضرار بنفسها أو بالمجتمع مثل الميول الانتحارية أو الانحراف الشاذ.

٥- الأشخاص المصابون بأمراض معدية ويسببون انتقال العدوى للمخالطين بهم كالمصابين بالدرن والحميات.

ويلجأ الأخصائي قبل اتخاذ الخطوات الاستثنائية في إفشاء أسرار العميل محاولة إقناعه بالتماس العلاج، أما إذا وجد منه إصرار على عدم السعي للعلاج يعرفه خطورة الموقف وحرصه على أن المصلحة العامة تقتضيه التبليغ إلى الجهات المسؤولة.

القيم والأهداف التي يحققها مفهوم السرية:

أ- الهدف المهني ويتمثل في تحقيق عدة جوانب هي:

١- تأمين الأفراد على ما يحتفظون به من حقائق خاصة بهم، وفي ظل هذا المفهوم يجد العميل الأمان الكافي للحفاظ على شخصيته، فلا يقاوم إطلاع الأخصائي على الجوانب التي تحتاج إلى معرفتها دون تزيين أو حذف، فتسير عملية المساعدة على أساس من الواقع.

٢- قد تكون مادة الأسرار لدى العميل مما يشكل ضغطاً نفسياً عليه، ولذا فإنّ منحه فرصة إخراج هذه الأسرار ومناقشتها في جو من الراحة والأمان يكون جزءاً من العلاج.

ب- هدف أخلاقي:

ويعني حق الإنسان في أن يملك أسرار حياته ووقائعها، وفي إذاعة أسراره إهدار لكرامته وخدمة الفرد لا يمكن أن نرتضى التضحية بكرامة الفرد وأدميته مقابل المساعدة وحصوله على الخدمة مهما كان نوعها أو قيمتها.

حق تقرير المصير: Self- determination:

حق تقرير المصير من المفاهيم القديمة لطريقة خدمة الفرد ظهر لأسباب تتعلق بالتحكم والسيطرة التي كانت تفرض على العملاء بعد أن ثبت أنهم لم يتنازلوا عن حريتهم في تدبير شئونهم في مقابل الحصول على المساعدة مهما كانت قيمة هذه المساعدة وأصبح هذا المفهوم من ألزم الأمور التي يلتزم بها أخصائيو خدمة الفرد.

وقام هذا المفهوم بعدد من المسميات من الناحية الشكلية ولكنها

اتفقت في المضمون الفلسفي الذي نصت عليه ومنها:-

✓ التوجيه الذاتي Self- Direction

✓ المساعدة الذاتية Self- Help

✓ حرية الاتجاه Self- Destination

✓ الاختيار الحر Free- Destination

✓ حرية الإرادة Free-Will

وتقوم فلسفة هذا المفهوم على أن الفرد وهو يكتسب الكثير من الخبرات في حياته وإنما يحرص على حريته ويعتز بها في كل خطوة من خطوات حياته وتكون نابعة من تصميمه وإراداته الذاتية.

فحق تقرير قد ثار من حوله الجدل طويلاً بشأن قضية الحرية وهناك

بعض وجهات النظر التي تحدد قضية الحرية هذه هل هي مطلقة أم دكتاتورية أو أنها مقيدة متزنة؟

أ- الحرية المطلقة: وهي حرية لا حدود لها لا ترتبط بوضع أي قيود ورغم أن الفرد يمارسها ألا أنها تؤدي إلى الفوضى والاستغلال ويترتب عليها تفكك المجتمع وسوء التنظيم.

ب- الدكتاتورية: وفيها يرغم الفرد على تنفيذ قرارات دون إقناع ودون إتاحة الفرصة للمنافسة وهي تحد من انطلاق الطاقات الخلاقة وتهد الإنسان الحماس لتنفيذ القرار بل تدفع به إلى مقاومة تنفيذه وأحياناً الثورة عليه.

ج- الحرية المقيدة المتزنة: وهي هذا النوع الذي يتمتع فيه الفرد بحق اتخاذ القرار بشرط أن لا يتعارض مع مصلحته أو مصلحة الجماعة أو المجتمع ومن ثم فإن الحرية هنا ليست مطلقة بل حرية هادفة صادقة تحقق حاجات الإنسان المختلفة دون أن تطغى أو تتعارض مع حاجات ومصالح وحقوق الأفراد الآخرين في المجتمع.

وبالنظر إلى المداخل الثلاث السابقة نجد أن خدمة الفرد تعتق فكرة الحرية المقيدة طالما أنها تهدف إلى تقوية الشخصية وفي نفس الوقت تعمل على إحداث التكامل بين المصالح المشتركة.

تعريف حق تقرير المصير:

تعرف فاطمة الحاروني بأنه "منح العميل المسئول (ذي الأهلية) حق التصرف الحرفي شئونه الخاصة داخل نطاق المؤسسة وخارجها في حدود القوانين والنظم المعمول به".

ومن الملاحظ في هذا التعريف أنها أعطت للعميل كامل الأهلية حق تقرير مصيره، وهو ذلك الشخص العاقل المتمتع بحقوقه السياسية والاجتماعية

والذي تتمشى اتجاهاته وقيمه وتصرفاته وأهدافه مع المستويات الاجتماعية المقبولة وقوانين وقيم وأهداف المجتمع.

كما يعرفه عبد الفتاح عثمان بأنه عبارة عن "حرية مقيدة للعملاء بدرجات متفاوتة تتفق مع طبيعة مشكلاتهم وأنماط شخصياتهم في إطار فلسفة المؤسسة وإمكانياتها.. وبالنظر إلى هذا التعريف نلاحظ ما يأتي:-

- ١- أوضح معنى الحرية المقصودة في خدمة الفرد وهي كما سبق أن ذكرنا الحرية التي تتفق مع مصلحة الفرد والجماعة والمجتمع، وليس هذا فحسب بل أنه أعطى للأخصائي المرونة في التطبيق وفقاً لما يقتضيه الموقف.
- ٢- أشار إلى المتغيرات الأساسية التي يمكن أن يضعها الأخصائي في الاعتبار عند مساعدة العميل في اتخاذ القرار وهي المشكلة نفسها وشخصية العميل ووظيفة المؤسسة.

الخطوات التي يقوم بها الأخصائي عند تطبيق هذا المفهوم:

- ١- **إزالة التوترات الداخلية:** مثل الخوف- القلق- الغضب- الشعور بالنقص..... الخ لأن الانفعالات كثيراً ما يشوه التفكير الجيد ويعوق الإدراك والحكم السليم على الأمور فالأب تحت تأثير الانفعال قد يطرد أبنه الصغير من المنزل وهذا بدوره قد يعرض الصغير للجنوح أو الانحراف الشديد ثم نجد أن الأب يندم بعد ذلك تحت وقوعه للانفعال ويكون دور الأخصائي هنا أن يترك له فرصة التفكير في اتخاذ القرارات ويخصص له أساليب العلاج التي تسمع بتصريف الانفعالات الضارة واسترداد قدرته على التفكير السليم الهادي.
- ٢- **إزالة الضغوط الخارجية:** في كثير من الأحيان يكون قرار العميل نابغاً من تأثير عوامل خارجية، ويكون دور الأخصائي هنا هو مساعدة العميل على التخلص من ضغط بعض الأفراد أو النظم غير السليمة عليه، فعلى سبيل المثال قد يقتنع الطالب بضرورة استكمال دراسته ولكنه يتخذ قراراً بترك الدراسة نتيجة انخفاض الدخل أو القسوة وسوء معاملة المدرسين.

٣- إزالة جهل العميل وتوضيح الإمكانيات المتاحة لمواجهة الموقف: ففي بعض الأحيان قد يكون اتخاذ القرار الخاطئ نتيجة النقص المعرفي وعدم إدراك بعض الأمور الهامة، فعلى سبيل المثال السائق الذي فقد عينه أن أبواب الرزق قد سدت في وجهه واتخذ قرارًا بالبقاء في المنزل لاعتقاده أنه لا يصلح لعمل آخر يكون قد اتخذ قرار خاطئ لأنه ليس لديه المعرفة بمؤسسات ومكاتب التأهيل المهني.

٤- نتيجة للالتزام بتطبيق الخطوات السابقة يكون العميل قد أصبح لديه البصيرة الكافية والرؤية الواضحة ويكون في موقع أفضل يمكنه من اتخاذ القرار السليم وعلى الأخصائي كما سبق وذكرنا أن يتأكد من توافر الأمور التالية:

أ- الدراسة الذاتية: يعلم حقيقة دوافعه وأفكاره واتجاهاته وتحيزاته وميوله الخاصة، كما يعلم حدود قواه الذاتية المختلفة ونواحي القوة والضعف في شخصيته.

ب- أن العميل يدرك ما يؤثر في الموقف من قوى بيئة خارجية.

ج- وضوح كافة جوانب المشكلة للعميل ومعرفته وتأثيرها بحقائق المشكلة وتأثيرها عليه.

د- أن يكون لدى العميل صورة واضحة بكافة الإمكانيات الموجودة في البيئة لمواجهة الموقف بإيجابية.

هـ- مراعاة التدرج في التطبيق: بعد أن يتأكد الأخصائي من توفير الجوانب السابق ذكرها يجب أن يراعي المستويات التالية:-

أ- أن يكون العميل قد اتخذ القرار نابغًا منه ومعبرًا عن أرائته.

ب- إعطاء وتزويد العميل بمجموعة من البدائل يفكر فيها ويختار القرار المناسب فيما بينها، فرغم عرض الأخصائي لهذه البدائل على العميل إلا أن عملية الاختيار واتخاذ القرار النهائي يكون من جانب العميل ذاته.

ج- استخدام الإيحاء في أضييق الحدود وفي الحالات الخاصة التي لم ينجح فيها استخدام الأساليب الأخرى مع مراعاة التأكد من أن هذا الإيحاء يكون لصالح العميل قبل أي اعتبار آخر.

استثناء تطبيق مفهوم حق تقرير المصير:

هناك بعض المحددات أو القيود التي تحول دون تطبيق هذا المفهوم

وهي:

أولاً: محددات ترجع إلى العميل:

١- الأطفال صغار السن فليس لديهم الإدراك الواعي ولم يصلوا بعد إلى مرحلة النضج التي تمكنهم من التفكير السليم. وبالتالي اتخاذ القرارات السليمة لموقفهم الإشكالي.

٢- مرضي العقول وذلك لأن قدرتهم على الحكم السليم قد اضطربت لظروف المرضية وهم غالباً منفصلون عن الواقع وليست لديهم الأهلية التي بموجبها يتحملون المسؤولية تجاه قراراتهم.

٣- ضعاف العقول- ومن المعروف أن مستوى تفكير هذه الفئة من العملاء لا يرقى إلى المستوى المطلوب لفهم الأشياء وتقييمها الصحيح المناسب ولا يتمكنون من إصدار قرارات سليمة كما لا يمكن لهم توجيه أنفسهم. ويمكننا النظر إليهم كما لو كانوا أطفال صغار إذ أن عمرهم العلي يقف عند حد معين مهما كبر عمرهم الزمني.

٤- الحالات التي يتعذر فيها أخذ رأى العميل لوقوعه تحت وطأة عجز مؤقت كما في حالات الصرع- الإغماء- غياب الوعي.

٥- العملاء الذين تشوب تصرفاتهم الانحرافات الضارة أو نتيجة اتجاه إرادتهم اتجاه غير مقيد كما في الحالات السادية الماسوكية والجنسية المثلية.

- ٦- حالات الإدمان الشديدة بحيث تصبح حالة العميل المرضية لا تمكنه من اتخاذ القرار المناسب مثل إدمان الخمر والمخدرات.
- ٧- الآباء المهملين لأبنائهم الذين يعرضونهم للانحراف ليس من حقهم تقرير مصيرهم وقانون سحب الولاية ما هو إلا نوع من الحرمان لهؤلاء الآباء من حق تقرير مصيرهم.
- ٨- الأحداث المنحرفين الذين مازالوا واقعين تحت تأثير عوامل انحرافهم وتصدر في هذه الحالات قرارات محكمة الأحداث تحدد الاتجاه العلاجي دون النظر إلى رأى آبائهم في هذا الشأن نتيجة عدم تعاونهم أو لأن البيئة الأسرية تشجع الحدث على الانحراف.

ثانياً: محددات ترجع إلى المؤسسة:

- ١- وظيفة المؤسسة: فكل مؤسسة لها هدف معين منها المؤسسات الاجتماعية التي تقوم على تحقيق هذا الهدف فلا يجوز للعميل أن يطلب خدمات أو مساعدات ليست من اختصاص المؤسسة.
- ٢- شروط نظام المؤسسة: تشترط المؤسسات لاستمرار التعامل مع العميل تقديم مستندات معينة أو أتباع نظام معين كالاختبارات النفسية أو المهنية أو الزيارات المنزلة.... الخ. وتعتبر هذه الشروط ملزمة للعميل لكي يحصل عليها وعدم تنفيذه لها يحرمه بطبيعة الحال من الحصول على الخدمة.
- ٣- إمكانيات المؤسسة: فكل مؤسسة خدماتها حسب إمكانياتها وفي حدود مصلحة العميل.

ثالثاً: محددات ترجع إلى القانون والقيم الأخلاقية والدين:

- ١- الخارجون عن القانون كالمجرمين بشتى أنواع الإجرام، لأن الجريمة هدم لنظام المجتمع، وتظهر مهارة الأخصائي هنا في تفسير القانون العميل وهدفه وأهميته وذلك لحمايته هو وأسرته في آن واحد.
- ٢- الخارجون عن أحكام القيم الأخلاقية. إذا كان القانون يمثل القواعد والتشريعات فإن أحكام القيم الأخلاقية هي القواعد التي جرى العرف على إتباعها رغماً من أن القانون لا ينص عليها صراحة مثال ذلك السلوك الماجن- الخروج عن العادات والتقاليد المألوفة في المجتمع.
- ٣- الهادمون لتعاليم الدين كحالات شرب الخمر ولعب الميسر والإقراض بالربا الفاحش.

الفوائد التي تعود على العملاء من تطبيق المفهوم:

- ١- أن إتاحة الفرصة للعميل لاتخاذ إجراء معين أو قرار بموافقته أو اختياره لأحد الحلول المناسبة يعني في المقام الأول نمو قدرته على التفكير والمقارنة والاعتماد على الذات وخلال هذه العمليات ينمو الشعور بالمسئولية وتزيد ثقة العميل في نفسه ويشعر بأنه أصبح إنسانياً مستقلاً.
- ٢- إتاحة الفرصة للعميل لكي يتخذ القرار يجعله أكثر اقتناعاً به ومن ثم أكثر تحمساً له ويقوم بتنفيذه بهمة ونشاط، كما أنه يكون أكثر تقبلاً لنتائجه فإذا نجح فهذا حافز على مواصلة جهوده وإذا لقي الفشل فلا يلقي بتبعته على الآخرين أو على الأخصائي إنما يبحث عن عوامل وأسباب الفشل لتلافيها مستقبلاً.
- ٣- ممارسة حق تقرير المصير تحقق لبعض العملاء هدفاً علاجياً، وخاصة بالنسبة للعملاء الذين قيدت طاقاتهم واتسمت شخصياتهم بالخوف والشعور بالدونية وفقدان الثقة بالنفس.

٤- يهدف المفهوم إلى الاهتمام بصالح الفرد والجماعة والمجتمع، وتعمل خدمة الفرد على الموازنة بين صالح كل من هذه الجوانب الثلاث، وإذا تعارضت هذه المصالح أو تعرض أي منها لأخطار يقيد حق العميل في ممارسة حريته ويتدخل الأخصائي في توجيه الموقف، والتدخل يكون نسبيًا تفرضه درجة الخطورة في ممارسة العميل لحريته.

٥- تطبيق هذا المفهوم يساعد على نمو وتدعيم العلاقة المهنية.

الباب الثالث العمليات الفنية لخدمة الفرد

الفصل الخامس

مقدمة حول عمليات خدمة الفرد

الفصل السادس

الدراسة الاجتماعية النفسية

الفصل السابع

التشخيص الاجتماعي النفسي

الفصل الثامن

العلاج الاجتماعي النفسي

الفصل الخامس

مقدمة حول عمليات خدمة الفرد

✓ سيكولوجية الذات وعملية المساعدة.

✓ مدخل لعمليات خدمة الفرد.

مقدمة حول عمليات خدمة الفرد:

يقصد بعمليات خدمة الفرد أسلوب العمل الذي يسلكه الأخصائي الاجتماعي بطريقته الخاصة على ضوء إعداد المهني (نظرياً وعملياً). فالعمليات هي مجموعة الخطوات المتتالية المترابطة المتفاعلة التي تؤدي إلى تحقيق هدف معين.

ولخدمة الفرد ثلاث عمليات أساسية هي: الدراسة والتشخيص والعلاج، وبرغم الاتفاق في عمليات الإعداد العلمي والمهني للأخصائيين الاجتماعيين، إلا أن عملية الممارسة تتأثر بكثير من المتغيرات عند التطبيق من أهمها: طبيعة تكوين وشخصية الأخصائي الاجتماعي، ومقدار ما يتحملة من جهد وعمل، وطبيعة المؤسسة التي يعمل بها، والنظم واللوائح التي تتبعها المؤسسة في إدارة عملها، وغير ذلك من متغيرات، هذا بالإضافة إلى شخصية العميل ومدى إحساسه بمشكلته وإيجابيته في تناولها، وطبيعة المشكلة ومدى حدتها، ومشاركة أفراد الأسرة والبيئة المحيطة بالعمل.

ولذا؛ فهناك من الأخصائيين من يلتزمون إلى حد كبير بالتطبيق الحرفي لعمليات خدمة الفرد، وهناك من يختصر أو يتجاوز عن التطبيق الحرفي، ولا شك أن كثيراً من الآراء في الوقت الحاضر بدأت تنادي بتوظيف العلاج القصير المدى، نظراً لما يتطلبه أسلوب تطبيق العمليات حرفياً من وقت وجهد ومعاونة أحياناً للأخصائي الاجتماعي.

وسنحاول فيما يلي أن نعرض لتلك العمليات في ضوء اتجاه سيكولوجية الذات، وهو الاتجاه الذي ما زال شائع الاستخدام في عمليات الإعداد الأكاديمي للأخصائيين الاجتماعيين، وكذلك في عمليات الممارسة الميدانية في مؤسسات الخدمة الاجتماعية بشكل عام الأولية منها، والثانوية في غالبية المجتمعات العربية.

سيكولوجية الذات وعملية المساعدة:

تتعدد النظريات التي تتناول السلوك ودينامياته، وكيفية تعديله، وأول نظرية متكاملة في هذا الصدد هي نظرية التحليل النفسي التي صاغها فرويد، والتي قدم من خلالها تصورًا كاملاً لبناء الشخصية وديناميات السلوك، وقد وجه إليها العديد من الانتقادات، من أهمها: إهمال أثر المتغيرات الاجتماعية في السلوك وجعل الدافع الجنسي هو المحور الذي تدور حوله حياة الفرد، وإعطاء خبرات الطفولة أهمية أكبر مما تستحق كمحدد للسلوك.

وقد كانت الانتقادات التي وجهت إلى هذه النظرية هي البداية لظهور نظريات متعددة، اعتمد بعضها على المفاهيم الأساسية للتحليل النفسي مع محاولة لإحداث تعديلات تكفل سد الثغرات التي ظهرت في هذه النظرية، ورفض بعضها الإطار التحليلي بكامله وقدم وجهات نظر مستحدثة في تعديل وتفسير السلوك، من هذه النظريات النظرية الوظيفية التي كان من روادها العالم أوتورنك الذي كان تلميذًا لفرويد، ثم انشق عنه، والنظرية السلوكية التي ساهم في صياغتها عدد من العلماء منهم ثورنديك ودولارد.

وقد استقر اختيارنا على نظرية سيكولوجية الذات كمرجع ف تفسير السلوك لسببين أساسيين هما:

١- تقدم هذه النظرية إطارًا لتفسير السلوك يتسع ليشمل متغيرات متعددة لا تقتصر على ذات الفرد، ولكنها تمتد إلى البيئة المحيطة بما فيها من أشخاص وظروف.

٢- الانتشار الواسع الذي تحظى به هذه النظرية بين المتخصصين في خدمة الفرد بصفة عامة، وفي البلاد العربية بصفة خاصة.

وقد تبلورت هذه النظرية في الثلاثينيات على يد عدد من تلاميذ فرويد من بينهم أنا فرويد وأدler وستام وكارين هورتن وسوليفان، وفيما يلي المعالم الأساسية لهذه النظرية:

أولاً: بناء الشخصية:

اعتمدت هذه النظرية على المفاهيم الفرويدية الأساسية في بناء الشخصية وهو Id والذات Ego والذات العليا Super-Ego، وهي النظم التي تتكون منها الشخصية، وعلى الرغم من أن لكل منها وظائفه وخصائصه وميكانيزماته، إلا أنها تتفاعل تفاعلاً وثيقاً يجعل من غير الممكن فصل تأثير كل منها، ويكون السلوك هو الحصلة النهائية لهذا التفاعل.

أول هذه المكونات هو Id ويتكون من كل ما هو موروث ووجود منذ الولادة من غرائز وهو مستودع الطاقة النفسية المستمدة من الغرائز، والتي يزود بها كل من المكونين الآخرين. ويعمل Id طبقاً لمبدأ اللذة بهدف تخفيض التوتر الناتج عن عدم إشباع الغرائز.

ثم الذات العليا Super - Ego التي تعتبر بمثابة الممثل الداخلي لقيم المجتمع ومثله، كما يفسرها للطفل والده، وبالشكل الذي يفرضه نظام الثواب والعقاب في السنوات الأولى من العمر من خلال عملية التنشئة الاجتماعية.

آخر هذه المكونات هي الذات Ego، وهي تنظيم فرعي تمثل نقطة الوسط التي تتجمع حولها كافة النظم الأخرى في الشخصية، فهي تجمع هذه النظم حولها وتعطي للشخصية التوازن والثبات وتتعرف عليها من خلال آثارها، وهي تحتل مكاناً وسطاً بين المنبهات المؤثرة في الفرد واستجابته لهذه المنبهات، كما أنها قابلة للنضج والتعلم، والذات شعورية ولهذا فإن الشعور هو مركز الشخصية "الإنسان كائن شعوري وهو يعرف في العادة أبواب سلوكه، كما أنه يشعر بنقائصه ويشعر بالأهداف التي يحاول بلوغها، بل أكر من ذلك أنه فرد

شاعر بذاته قادر على التخطيط لأعماله وتوجيهها مع فطنة تامة لمعناها بالنسبة لتحقيق ذاته"، كما يقول الفريد ألدر، وتمارس الذات وظيفتين على درجة بالغة من الأهمية هما:

أ- تحقيق التوازن الداخلي في الشخصية بين نزعات الهو ومتطلبات الذات العليا.

ب- المواءمة بين الشخصية ككل، وبين متطلبات الواقع الاجتماعي المحيط بالفرد.

وحتى تتمكن الذات من أداء هاتين الوظيفتين، فإنها تمارس أربع عمليات هي الإدراك والإحساس والتفكير والنزوع.

وتتم هذه العمليات في الذات السوية دون إحساس مرضي بالذنب أو القلق وباستهلاك الحد الأدنى من الطاقة، بحيث يستطيع أن يمارس مسؤوليات أدواره الاجتماعية بشكل مقبول.

ثانياً: ديناميات السلوك:

تنظر هذه المدرسة إلى الإنسان لا على أنه مخلوق بيولوجي تحركه غرائز داخلية تكمن في لا شعوره، ولا يدري عنها شيئاً ولكنها تنظر إليه على أنه كائن اجتماعي، فهو لا يعيش في فراغ ولكنه بمثابة وحده في بناء اجتماعي يتكون من نسيج من الأدوار الاجتماعية التي يلعبها الأفراد، بحكم شغلهم لأوضاع اجتماعية معينة، وتحدد الأنماط الاجتماعية المتعارف عليها في المجتمع لكل دور إطاراً من المشاعر والاتجاهات السلوكية المتوقعة ممن يؤدي هذا الدور، وتمثل هذه المتغيرات المحدد الأساسي لسلوك الفرد، وذلك على النحو التالي:

أ- يفرض شغل الفرد لوضع اجتماعي معين القيام بدور أو أكثر يتضمن كل من هذه الأدوار عددًا من الأعمال أو المسؤوليات.

ب- يترتب على أداء الفرد لمسئوليات دورة الدخول في تفاعل مع شخص أو أشخاص آخرين.

ج- تتحدد طبيعة هذا التفاعل بناء على أفكار واتجاهات وأحكام وسلوك القائم بالدور والأطراف الأخرى الداخلة في عملية التفاعل.

د- تتشكل أفكار وتوقعات واتجاهات وأحكام وسلوك كل من هذه الأطراف على ضوء دوافعه ومشاعره.

وعلى هذا يمكن تفسير السلوك في ضوء التفاعل بين مجموعتين من

المتغيرات هما:

أ- متغيرات راجعة إلى شخصية الفرد، وتتمثل في محددات أربعة للشخصية وهي:

محددات جسمية: وتشمل المظهر الجسمي وكفاءة أجهزة الجسم المختلفة في تأدية وظائفها والمستوى الصحي العام للفرد، وأوجه القصور الجسمية التي يعاني منها، سواء كانت ظاهرة أو مستترة.

محددات عقلية: وتشمل مستوى الذكاء والقدرات العقلية اثنوعية وكفاءة العمليات العقلية العليا والمستوى المعرفي للفرد.

محددات نفسية: وتشمل السمات النفسية العامة المستديمة والعارضمة والسمات المرضية أو شبه المرضية.

محددات اجتماعية: وتتمثل في مجموعة القيم والمعايير التي اكتسبها الفرد من الثقافة المحيطة به أثناء عملية التنشئة الاجتماعية وأصبحت جزءاً لا يتجزأ من شخصية متجسدة في محتوى الذات العليا.

ب- متغيرات راجعة إلى الظروف البيئية المحيطة بالفرد:

وتشمل كل ما يحيط بالفرد ، ويؤثر فيه ويتأثر به، وتبدأ هذه المتغيرات بالأسرة بما تتضمنه من أشخاص آخرين والعلاقات التي تربطه بهم، ثم تتسع

هذه الدوائر لتشمل ظروف العمل والمجتمع المحلي الذي يعيش فيه والنظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي في المجتمع بعامه.

ثالثاً: الأداء الاجتماعي للشخصية:

يتحدد السلوك في ضوء التفاعل المستمر بين الفرد وبيئته، ولكن استجابة الذات للمؤثرات الخارجية تتوقف على الصورة التي يتم بها إدراك المتغيرات البيئية فقد يكون إدراك الفرد لهذه المتغيرات مطابقاً لما هي عليه في الواقع، وفي هذه الحالة يكون الفرد صورة ذهنية صحيحة لها، وقد يكون إدراكه لها مختلف عما هي عليه بالفعل، ولكن استجابة الذات لهذه المتغيرات تتحدد في ضوء ما هو مدرك وليس ما هو واقع، فإذا كانت المعرفة المنقول عن طريق الحواس عن هذه المتغيرات ناقصة أو غير صحيحة فإن إدراك، الذات لهذه المتغيرات لن يكون مطابقاً لما هي عليه في الواقع، ويؤثر ذلك على استجابتها لها، وبعد انتقال أثر المتغيرات البيئية إلى الفرد عن طريق الحواس يقوم باستدعاء ما لديه من معارف وخبرات عن هذه المتغيرات، ويبدأ في استعراض البدائل المختلفة للتعامل معها، ومحاولة تحديد الآثار المحتملة لكل بديل، سواء كانت واقعة عليه، أم على الآخرين ومدى توافق كل بديل مع التوقعات الاجتماعية المرتبطة بالدور الذي يلعبه، ثم الاستقرار على البديل الذي يراه مناسباً، ويعطي الشحنة الانفعالية التي تتناسب في نوعها وشدتها مع طبيعة هذا القرار وتقديره لأهميته، فقد تكون حباً أو بغضاً أو خجلاً أو فخراً تتفاوت في شدتها لينتجون ما يسمى بالاتجاه، والذي يعرف بأنه "استعداد الشخصية للاستجابة تجاه نمط معين من المواقف بسلوك جاهز ومعد من قبل، ويقع اتجاه الفرد نحو الموضوع على نقطة ما من متصل يمثل أحد طرفيه أقصى درجات القبول على حين يمثل الطرف الآخر أقصى درجات الرفض، وبذلك يتحدد

سلوك الفرد تجاه هذا الموضوع ويكون قراره جاهزاً ليوضع موضع التنفيذ في الوقت الذي يراه الفرد مناسباً.

وقد تتجح الذات من خلال قيامها بوظائفها في أداء مسئوليات الأدوار الاجتماعية التي يلعبها الفرد بشكل يتطابق أو يقترب من توقعات المجتمع، كما أنها قد تعجز عن أداء مسئوليات دور أو أكثر، فإذا كان هذا العجز شديداً إلى الدرجة التي يشعر فيها الفرد نفسه والأفراد الآخرين الداخليين في علاقة التفاعل الاجتماعي بذلك، أو إذا خرج سلوكه عن الإطار المقبول اجتماعياً ممن يلعب هذا الدور تكون قد تكونت مشكلة في حاجة إلى حل.

ويمكن إرجاع القصور في أداء مسئوليات الدور، أما إلى الفرد الذي يؤدي هذا الدور بسبب عجز ذاته عن أداء وظائفها بالكفاءة المطلوبة أو إلى ضغوط بيئية تعجز هذه الذات عن مواجهتها مثل القصور في الإمكانيات المادية أو وجود ظروف تجعل من العسير على هذا الشخص أو أي شخص آخر أن يؤدي مسئوليات الدور في ظل مثل هذه الظروف، كما قد يكون هذا القصور ناجماً عن التغيير في المجتمع الذي يعيش الفرد فيه، إذ أن عملية التغيير هذه قد تتطلب إضافة مسئوليات جديدة إلى أدوار قديمة أو تستحدث أدواراً جديدة لم يحدد النسق الاجتماعي إطاراً متوقعاً لسلوك من يمارسها، كما يعتبر صراع الأدوار أحد الأسباب التي قد تسهم في عجز الفرد عن أداء مسئوليات دور أو أكثر مثل الصراع بين دوري الزوجي التي تريد أن تستمر جذابة لزوجها، والأم التي تهتم برعاية أطفالها مما يجعل من الصعب أداء كل من الدورين بنجاح.

يتبين من عرض هذه النظرية أنها تقدم إطاراً لتفسير السلوك يتسع ليشمل العديد من المتغيرات التي تغطي الجوانب المختلفة في كل من شخصية الفرد والأوضاع البيئية المحيط به التي توصلت إليها الدراسات العديدة.

مدخل لعمليات خدمة الفرد:

يقصد بعمليات خدمة الفرد مجموعة الخطوات المترابطة المتفاعلة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي بالاشتراك مع العميل أو من ينوب عنه في حالة عجزه الكامل بإتمام عملية المساعدة.

ولخدمة الفرد عمليات ثلاث هي الدراسة والتشخيص والعلاج الاجتماعي والنفسي، وسوف نتناول كل منهم منفصلين فقط من ناحية الدراسة، ولكنهم - أي العمليات الثلاث متداخل متفاعلة على النحو التالي:

أولاً: الدراسة الاجتماعية النفسية:

ويقصد بها جمع الحقائق والمعلومات والبيانات الخاصة بالمشكلة بأساليبها المهنية من مصادرها المختلفة، وعلى سبيل المثال، إذ ما حول طفل في مدرسة ابتدائية إلى إحدى العيادات النفسية بسبب مشكلة التبول اللاإرادي فتكون الخطوة الأولى من جانب الأخصائي الاجتماعي هي جمع الحقائق والمعلومات عن هذه المشكلة، فيقوم بدراسة لشخصية الطفل من حيث جوانبه الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية بجانب دراسته للظروف الأسرية المحيطة به، والمستوى المعيشي والاقتصادي الذي يعيش فيه وعلاقته بالوالدين، زملائه بالمدرسة، وأسلوب معاملة المدرسين له، هذا بجانب تاريخه التطوري، أي دراسة الخمس سنوات الأولى التي مرت بالطفل... الخ.

وتظهر مهارة الأخصائي هنا في الحصول على الحقائق والمعلومات والبيانات التي ترتبط بالمشكلة الأساسية، وهي التبول اللاإرادي، والتي يقوم الأخصائي الاجتماعي بدراستها.

ثانياً: التشخيص:

التشخيص هو خطوة تتوسط عمليتي الدراسة والعلاج، وهو في أبسط صورته عملية علمية لتفسير طبيعة المشكلة وأسبابها، حتى يمكن وضع الخطة العلاجية المناسبة للمشكلة.

إن عملية التشخيص تأتي متعاقبة لعملية الدراسة، فبعد جمع الحقائق الخاصة بالمشكلة على الأخصائي أن يفكر فيها، ويقوم بتحليلها وتفسيرها بالأساليب العلمية، ففي المثال السابق قد يصل الأخصائي إلى أن مشكلة التبول اللاإرادي ناجمة عن معاملة الأم التي تتصف بالحساسية الشديدة ولهفتها على الطفل، والاهتمام المتزايد في الوقت الذي قد نجد فيه الأب يتسم أسلوبه بالقسوة والشدّة (لاحظ التناقض الواضح في أسلوب معاملة الوالدين للطفل - تفوق شقيقه الأصغر عليه في الدراسة - سخريته زملائه منه في المدرسة).

ولمهارة الأخصائي وقدرته على تقييم كل من شخصية العميل والظروف البيئية المحيطة أهمية خاصة في عملية التشخيص، هذا بالإضافة لمشاركة العميل له في تلك العملية، فلا ينفرد بها الأخصائي الاجتماعي دون العميل.

ثالثاً: العلاج الاجتماعي النفسي:

وهو العملية الثالثة والأخيرة بعد الدراسة والتشخيص، أي نهاية المطاف لعمليات خدمة الفرد، والعلاج في أبسط صورته لتعريفه هو: "تحقيق أفضل حل ممكن لمشكلة العميل التي تقدم بها إلى المؤسسة، كما أنها تعني وضع خطة متكاملة لإزالة أو تخفيف ضغط العوامل والأسباب التي أدت إلى وجود المشكلة في حدود الإمكانيات المتاحة للعميل وأرته والمؤسسة والبيئة الخارجية.

في المثال السابق، قد نستطيع توجيه الأم للتقليل من حساسيتها في معاملة الطفل وتوضيح الأسلوب المعتدل لمعاملة طفلها وتنشئته بأسلوب تربوي سليم، كما يمكن توجيه الأب لإزالة القسوة وإبدالها بتفهم لشخصية طفله، وأسلوب

معاملته، هذا فضلاً عن تشجيع الطفل على الاستذكار والتقدم في الدراسة في حدود قدراته..... الخ.

وتتمثل مهارة الأخصائي الاجتماعي في اختيار أنسب الأساليب العلاجية في ضوء الظروف الفردية للعميل ومدى اشتراكه في وضع خطة العلاج.

وجدير بالذكر أن العمليات السابق الإشارة إليها ينظر إليها البعض على أنها عمليات منفصلة، والعكس هنا صحيح، حيث إن هذه العمليات متداخلة ومتراصة- كما سبق القول- من الناحية العملية دون ترتيب زمني محدد، فإنه أثناء قيام الأخصائي بالدراسة قد يقوم بتقدير مشاعر العميل، وهذه في حد ذاتها عملية علاجية- وإن كان العلاج هنا مؤقتاً، كما أن الأخصائي الاجتماعي منذ بداية عملية الدراسة يبدأ في التساؤل عن حقيقة الأسباب والعوامل التي أدت إلى المشكلة التي يعاني منها العميل، وهي بدورها أفكاراً تشخيصية، كما أنه في بعض الحالات كانهيار منزل أو حريق، وكلها طوارئ وأزمات حادة قد تتخذ بعض الخطوات العلاجية العاجلة دون انتظار حتى تتم دراسة وتشخيص المشكلة بالطريقة المتعاقبة المتعارف عليها.

وعلى الرغم من التداخل بين العمليات الثلاث يمكن أن نوضح الجوانب التالية:

١- إن طبيعة اللقاءات الأولى تصطبغ بالطابع الدراسي، وإن كانت لا تخلو من بعض الانطباعات التشخيصية والخطوات العلاجية.

٢- المقابلات التالية تشخيصية، وإن كانت تتضمن استكمال بعض جوانب الدراسة والخطوات العلاجية.

٣- المقابلات التالية يغلب عليها الطابع العلاجي، وإن كانت لا تخلو من بعض جوانب الدراسة والتشخيص.

ويعد أن أشرنا بصورة مختصرة لعمليات خدمة الفرد الثلاثة: الدراسة والتشخيص والعلاج الاجتماعي النفسي، سوف نتناول بالتفصيل أولى العمليات، وهي الدراسة الاجتماعية النفسية.

الفصل السادس

الدراسة الاجتماعية النفسية

- ✓ تعريف الدراسة وخصائصها.
- ✓ أولاً- الدراسة عملية مشتركة.
- ✓ ثانياً- الجوانب العلاجية للدراسة.
- ✓ ثالثاً- مصادر الدراسة.
- ✓ رابعاً- أساليب الدراسة.
- ✓ خامساً- مناطق الدراسة.

الدراسة الاجتماعية النفسية

تعريف الدراسة وخصائصها:

تناول العديد من الكتاب تعريف الدراسة كل من وجهة نظره ورؤيته العلمية إلا أن الجميع قد اتفقوا في مضمون هذا التعريف على النحو التالي: فقد عرفت فاطمة الحاروني "بأنها الوقوف على طبيعة الحقائق والقوى النابعة من شخصية العميل والكامنة في بيئته، والطريقة التي تتفاعل بها لأحداث الموقف السيئ الذي يعاني منه العميل، وذلك بقصد التشخيص الذي يؤدي إلى العلاج".

كما يعرفها عبد الفتاح عثمان على "أنها عملية مشتركة تهدف إلى وضع كل من العميل والأخصائي على علاقة إيجابية بحقائق الموقف الإشكالي بهدف تشخيص المشكلة ووضع خطة العلاج".

كما يعرفها أحمد السنهوري على "أنها عملية مساعدة العميل على الوقوف على أسباب المشكلة والعوامل التي أدت إلى تطورها وموقفه منها".

ومن جانبنا نستطيع أن نعرف الدراسة على النحو التالي:

الدراسة هي خطة العمل المشترك بين الأخصائي الاجتماعي والعميل أو المتصلين به للتعرف على الحقائق الاجتماعية والنفسية بهدف التوصل للتشخيص الذي يؤدي إلى وضع خطة لعلاج الموقف.

ويقودنا تحليل هذا التعريف إلى النقاط التالية:

١- الدراسة خطة مشتركة- فالدراسة ليست مجرد جمع الحقائق والبيانات عن الموقف؛ لأن مجرد الحصول على هذه البيانات من جاني الأخصائي الاجتماعي تعني سلبية العميل، وهنا يصبح الأخصائي هو المسئول بمفرده عن الموقف، وهذا يتعارض مع مفاهيم خدمة الفرد، وخاصة مفهوم حق

تقرير المصير وغيره من المفاهيم التي توضح أهمية مشاركة العميل في عملية الدراسة.

٢- تركز الدراسة على جانبين هما: دراسة العوامل الذاتية المتصلة بشخصية العميل والعوامل الاجتماعية من خلال دراسة العوامل البيئية التي تداخلت في إحداث المشكلة الحالية.

٣- إن هدف الدراسة هو تفسير للعوامل التي أدت إلى المشكلة أي وضع التشخيص الملائم الذي يساعد بدوره على وضع خطة العلاج الاجتماعي النفسي.

خصائص الدراسة:

لِلدراسة مجموعة من الخصائص الرئيسية التي تميزها وهي:

- ١- الدراسة عملية مشتركة.
- ٢- للدراسة بعض الجوانب والآثار العلاجية.
- ٣- للدراسة مصادر متنوعة ومناطق محددة.
- ٤- للدراسة أساليب (تكتيكات) متعددة.

أولاً: الدراسة عملية مشتركة:

يقوم كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل مع بداية عملية الدراسة بالعمل معاً، حيث يقومان بدراسة جوانب الموقف الإشكالي وأبعاده المختلفة- فإذا يستقر الأخصائي من العميل عن أمر من الأمور يقوم العميل بدوره بالبحث عن هذا الأمر في جوانب حياته الذاتية الداخلية أو بيئته الخارجية، وهو يبحث ويزن ويتخير ليكون عنصراً فعالاً في عملية الدراسة ذاتها.

فالدراسة إذن لا تقتصر على الدور الإيجابي فقط للعميل في إعطاء الحقائق والمعلومات والبيانات الخاصة بالمشكلة، بل إن أحد مقومات نجاح

عمليات تقوم على التعاون والمشاركة والإيجابية والفاعلية بين الأخصائي الاجتماعي والعميل.

فالدراسة تمثل تفاعل مشترك فالأخصائي الاجتماعي والعميل كلاهما يتأثر ويؤثر في الآخر فيحدث مزيج من التجاوب العاطفي المتزن من جانب الأخصائي والعميل بجانب التجاوب العقلي بينهما، فالعميل هو أكثر من يشعر ويدرك ويعرف مشكلته والأخصائي يعرف ما يلزم الدراسة من جوانب مهنية عليه أن يوضحها ويستكملها حتى يجمع خيوطها وعواملها المسببة للمشكلة، فعلى الرغم من أن الدراسة هي عملية مشتركة، إلا أن قيادة هذه العملية تقع على عاتق الأخصائي الاجتماعي، ويحدد مدى مساهمة واشتراك العميل في الجهود الدراسية حسب متطلبات الموقف.

ثانياً: الجوانب العلاجية للدراسة:

أ- ما تمهد إليه عملية التجاوب العاطفي العقلي أثناء الدراسة من نمو العلاقة المهنية، هذه العلاقة التي تنشأ من اللحظة الأولى التي يشارك الأخصائي الاجتماعي فيها العميل أثناء عملية دراسة مشكلته، كما تتوطد هذه العلاقة مع أطراد تفاعلها حول حقائق المشكلة.

ب- قد يعرض العميل أثناء سرده لمشكلته بعض الحقائق، والتي كانت تمثل ضغوطاً نفسية يعاني منها وهو ما اصطلحنا عليه بالإفراغ الوجداني وهو في ذاته عملية علاجية؛ لأن الإفراغ الوجداني هو عملية مقصودة وهادفة من جانب الأخصائي حتى يسمح للعميل برؤية الموقف بطريقة أكثر موضوعية.

ج- ما يتحقق للعميل خلال سرده وتعبيره عن جوانب مشكلته من عملية وضوح ورؤية وإدراك أفضل لطبيعة موقفه، فهو إذ يكشف هذه الحقائق للأخصائي إنما يكشفها لنفسه أيضاً في نفس الوقت، وتلك أيضاً عملية علاجية.

ثالثاً: مصادر الدراسة:-

المقصود بمصادر الدراسة هي تلك الأطراف العديدة التي شاركت بصورة أو بأخرى في إحداث الموقف الإشكالي، وأهم هذه المصادر العميل صاحب المشكلة والأطراف الأخرى مثل أسرة العميل- الأشخاص المتصلين بالعمل- الخبراء- الوثائق والسجلات- البيئة الداخلية والخارجية المحيطة بالعمل.

وسوف نتناول كل من هذه المصادر على النحو التالي:

١- العميل:

يعتبر العميل هو المصدر الرئيسي للمعلومات والحقائق والبيانات الدراسية فهو شخص في موقف يعاني منه، وهو بهذه الصفة أدرى الناس بمشكلته، وهو الشخص الأول الذي يعاني منها ويعيش فيها ويتأثر بها وتتدخل في جميع تصرفاته وسلوكه، وهو في نفس الوقت صاحب المصلحة في علاج هذه المشكلة، وجدير بالذكر أن العميل لا يفقد أهميته كمصدر أساسي للدراسة حتى في الحالات التي يكون فيها عاجزاً عن الكلام مثل حالات الصم والبكم وحالات الأمراض العقلية وضعاف العقول، فمجرد رؤية الأخصائي الاجتماعي للعميل والحالة التي يبدو عليها ومظهره وصمته قد تعطي انطباعاً له أهميته عند دراسة الحالة، بل وتشخيصها.

ونجد في بعض الحالات أن العميل لا يدرك أبعاد الموقف نظراً لفدائه البصيرة وعدم تفهمه لأبعاد الموقف ونظرته إلى الأمور نظرة ذاتية، بل إنه قد يقف موقفاً دفاعياً يجعله يغفل بعض الجوانب الهامة، فيعطي بعض الحقائق المبتورة أو المشوهة، الأمر الذي يتطلب ضرورة الاتصال بمصادر أخرى.

ونؤكد أن القاعدة الأساسية هي رجوع خدمة الفرد إلى موقف العميل باعتباره المصدر الأساسي والمحور الرئيسي الذي تدور حوله عملية الدراسة،

وفي حالة الضرورة يجب الاتصال بأطراف أخرى أو مصادر أخرى للحصول منها على الحقائق والمعلومات التي لم يتمكن الأخصائي من استيفائها من العميل.

٢ - أسرة العميل:

ويقصد به هنا أقارب العميل من الدرجة الأولى الذين يشاركونه في معيشة واحدة مثل الأب- الأم- الإخوة والأبناء والزوجة، وقد يتسع هذا المفهوم ليشمل أقارب آخرين.

وتعتبر الأسرة المصدر الذي يلي العميل مباشرة في الحصول على الحقائق والمعلومات الدراسية، ويستمد أفراد الأسرة أهميتهم كمصدر للمادة والدراسة من حيث كونهم يعيشون مع العميل ويتفاعلون معه، هذا بالإضافة إلى الدور الذي تلعبه الأسرة في حياة الإنسان وتحديد شخصيته، كما إنه ي كثير من الحالات تكون مشكلة العميل ذات اتصال وثيق بأسرته، أي أن يكون أحد أطراف الأسرة أو أكثر له ثقل معين في إحداث مشكلة العميل ذاته.

كما قد يلجأ الأخصائي الاجتماعي إلى أسرة العميل حينما يحتاج إلى بعض المعلومات الهامة التي تتصل بالتاريخ التطوري كجوانب مرت بالعمل وهو في طفولته، ولا يذكر عنها شيئاً، أو قد يكون العميل غير منطقي في حديثه أو أن المعلومات والحقائق التي يدلى بها غير مقنعة للأخصائي الاجتماعي ويحتاج هنا إلى التعرف على حقيقة هذه البيانات- كما قلنا من المعاشين للعميل.

والتزاماً بمفاهيم خدمة الفرد وتطبيقاً لمفهوم السرية وحق تقرير المصير لا يجب أن يتصل الأخصائي بأسرة العميل إلا بعد موافقته على ذلك، ونجد في بعض الحالات أن يقاوم العميل اتصال الأخصائي بأسرته، وفي مثل هذا الموقف يراعى الأخصائي أن يناقش العميل في ذلك ويوضح له أهمية وأهداف

هذا الاتصال لعملية المساعدة، وإذا حدث ولاحظ الأخصائي أن هذا الاتصال بالأسرة من جانبه قد يسبب نوع من القلق للعميل فلا يتعجل القيام بهذه الخطوة المهنية، أي عملية الاتصال إلا بعد أن يطمئن إليه العميل ويثق فيه وسبيل الأخصائي في ذلك هو العلاقة المهنية.

٣- الأشخاص المتصلين بالعميل:

قد يحتاج الأمر الاتصال بأشخاص آخرين لاستكمال الدراسة، كالاتصال بصاحب العمل أو أصدقاء العميل أو مدرس الطالب في الحالات التي لا يستطيع العملاء أو أسرهم إلقاء الضوء على الموقف، وفي هذه الحالات يجب استئذان العميل وتوضيح أهمية هذه الاتصالات التي هي لصالح الحالة. ونلاحظ أنه إذا كانت هنا بعض جوانب المقاومة من العميل للاتصال بأفراد أسرته، فإن هذه المقاومة ستزداد في حالة الاتصال بالآخرين.

وتظهر مهارة الأخصائي الاجتماعي في الأخذ بمبدأ التدرج في اتصاله بالمصادر المختلفة، فإذا كانت المعلومة الدراسية لا يستطيع العميل أن يوضحها فيلجأ إلى الأسرة فإذا لم تستطع فيعمل الأخصائي الاجتماعي على الاتصال بالأشخاص الآخرين.

٤- الخبراء:

قد يتطلب الأمر في بعض المشكلات الاتصال ببعض المتخصصين والخبراء في مهن أخرى مثل الاستعانة بمتخصص في القانون لتحديد التكيف القانوني لهجر الزوج لزوجته أو لجريمة حدث جانح أو الاستعانة برجل دين لتحديد موقف مطلقه بالنسبة لحضانة أبنائها أو الاستعانة بالطبيب النفسي لتحديد أعراض المرض على العميل.... الخ.

هذا، بالإضافة إلى الاستعانة بالمتخصصين في قياس اختبارات الذكاء، كما هو الحال في مؤسسات إيداع الأحداث الجانحين أو في حالات التأخر

الدراسي في المراحل الأولى من التعليم الإلزامي، وذلك لقياس قدرة العميل كجانب هام من جوانب الدراسة.

وحتى لا يكون هنا نوع من القلق بالنسبة للعميل فعلى الأخصائي أن يقوم بتوضيح ذلك للعميل حينما يريد الاتصال بأي من التخصصات المختلفة.

٥- الوثائق والسجلات:

أ- الوثائق والمستندات

توجد في بعض الحالات حاجة ضرورية وملحة للاستعانة ببعض الوثائق والمستندات، سواء للحصول منها على مادة دراسية أو للتأكد من صحة المادة الدراسية أو لإثبات أحقية العميل في الحصول على المساعدة.

ومن هذه الوثائق شهادة الميلاد- شهادة الوفاة- الشهادة الدراسية قسيمة الطلاق- عقد الزواج- عقد الإيجار- البطاقة الشخصية أو العائلية- إيصال الكهرباء- الإعلان الشرعي للورثة- وشهادات التأهيل..... الخ.

وأيضاً حتى لا يشك بعض العملاء في جدوى الإطلاع على هذه الوثائق والسجلات فعلى الأخصائي أن يوضح أهمية ذلك لأحقية المساعدة من ناحية وأنه يعمل في ضوء لوائح ونظام المؤسسة من ناحية أخرى، ومن هنا يتدعم عنصر الثقة في المؤسسة التي يمثلها الأخصائي فور إزالة هذه الشكوك.

ب- السجلات الخاصة بالعميل:

يمكن تقسيم السجلات الخاصة بالعميل إلى ما يلي:

١- السجلات الخاصة بالعميل في نفس المؤسسة:

وهذه ناحية هامة يجب ألا يغفلها الأخصائي الاجتماعي، فالعميل المتردد على المؤسسة يجب أن يدرس تاريخه في هذه المؤسسة وظروف حالته فيما مضى، وأنواع العلاج التي نالها وسبب إنهاء صلته في المرات السابقة، وذلك حتى يمكن ربط ذلك بمشكلته الحالية، فمثلاً في إحدى مؤسسات الأحداث

الجانحين قد يتم القبض على الحدث أكثر من مرة، وقد يدخل المريض نفس المستشفى لعدة مرات، وقد يحول الطالب للأخصائي في العديد من المواقف لتكرار عدوانه وشغبه، وقد يحول الطالب المتأخر دراسياً إلى مكتب الخدمة الاجتماعية المدرسية لعدة مرات وهكذا.

وفي كل هذه الحالات على الأخصائي أن يرجع إلى الملف (السجل) السابق للعميل في المؤسسة. وقد يتناول الحالة أخصائي اجتماعي جديد، وفي هذه الحالة فعليه أن يطلع على كل ما يبق تسجيله في الملفات التي سيتعامل معها، كما أنه سيستفيد من آراء من سبقه من الأخصائيين ويجنب العميل الملل الذي يعانیه من تكرار الإجابة على نفس الأسئلة السابقة الحصول عليها.

٢ - السجلات الخاصة بالعميل في المؤسسات الأخرى:

إن إطلاع الأخصائي على سجلات العميل في المؤسسات الأخرى أمر هام وضروري في بعض الحالات، ففي حالة الطالب قد يحتاج إلى الإطلاع على السجل الخاص به بالمدرسة (مؤسسة أخرى) لمعرفة أسباب انقطاعه عن الدراسة وإعفائه من مدة الغياب.

كما أن الإطلاع على السجلات الأخرى قد يفيد في تنسيق الخدمات التي يحصل عليها العميل، فمثلاً قبل صرف المساعدة الاقتصادية لمريض الدرن عن طريق تحسين الصحة قد نرجع إلى السجل الخاص بهذا العميل في وحدة الضمان الاجتماعي للتعرف على المساعدة التي سبق وأن حصل عليها حتى لا يحدث تكرار في الصرف دون وجه حق.

٦ - البيئة المحيطة بالعميل:

تنقسم البيئة المحيطة بالعميل إلى ما يلي:

أ- البيئة الداخلية للعميل:

وهي أسرة العميل ذاته- العلاقات القائمة بين أفرادها- المستوى الاقتصادي- العادات السائدة لأفراد الأسرة- حالة الأثاث- التهوية والنظافة، فكثيراً ما تكون هناك بعض المؤثرات المرتبطة بهذه الجوانب ولها علاقة بالمشكلة.

ب- البيئة الخارجية للعميل:

وهي تشمل على:

١- الحي:

ويلاحظ الأخصائي المستوى الاقتصادي- العادات السائدة فيه وسائل الترفيه- الخدمات المتوفرة فيه- العلاقة بين العميل والجيران.

٢- المؤسسة التي ينتمي إليها العميل أثناء دراسة الحالة:

ففي حالة الطالب السابق الإشارة إليها يجب على الأخصائي أن يلاحظ مجتمع أو بيئة المدرسة، كما يلاحظ سلوك الطالب داخله وعلاقاته بالطلاب والمدرسين- هل يشترك في الأنشطة، هل يهرب من المدرسة؟ وأين يذهب؟ وفي حالة الشخص المضطرب عقلياً؛ ما هي الخصائص التي تميز علاقته ببيئة المستشفى- علاقته بالمرضى- بالطبيب- الممرضات- سلوكه العام داخل المستشفى- هل تحدث له انتكاسة المرض في توقيت معين- هل يشارك في العلاج بالعمل داخل المستشفى- هل يمارس أنشطة بالنادي.... الخ.

الخلاصة:

إن مصادر الدراسة هي منابع التي نحصل منها على المناطق الدراسية، وتتمثل مهارة الأخصائي في انتقاء المصادر التي تناسب نوعية الحالة، فمثلاً في المجال المدرسي قد يكون الطالب- المدرس- الوالدين- أصدقاء الطالب- البطاقة المدرسية، بينما قد يكون في حالة الاقتصادية الخاصة بصرف مساعدة للأرملة هي شهادة وفاة الزوج- إيصال الإيجار- الأقارب أصحاب الديون- الحي..... الخ.

رابعاً: أساليب الدراسة:

المقصود بأساليب الدراسة هي الأدوات أو الوسائل أو الطرق التي يتبعها الأخصائي الاجتماعي في الحصول على بيانات وحقائق الدراسة من مصادرها المختلفة وأساليب الدراسة بصفة عامة هي المقابلة- الزيارة المنزلية- المكاتبات- المحادثات التليفونية، فعلى الرغم من أن تصنيفات أساليب الدراسة السابقة تعتبر جميعها على جانب كبير من الأهمية إلا أن درجة استخدامها تختلف من مجتمع لآخر. فمثلاً في مجتمعنا المصري كدولة نامية نظراً لقلّة الإمكانات وثقافة ووعي العميل، فنجد أن ألوبي المقابلة والزيارة المنزلية بصفة خاصة والزيارات البيئية الأخرى (للعمل- المستشفى.... الخ) هي الأكثر استخداماً، وإن كان هذا لا يعني عدم استخدام الأساليب الأخرى.

ويمكن لنا أن نتناول هذه الأساليب تفصيلاً على النحو التالي:

أ- المقابلة:

المقابلة كأسلوب هي حوار يدور بين شخصين أو أكثر في الميادين المختلفة يكون لها هدف، وقد يكون هذا الهدف السعي نحو كسب نوع من الصداقة أو كسب مادي، ولكن المقابلة في خدمة الفرد "هي لقاء مهني هادف

بين الأخصائي الاجتماعي والعميل أو أي فرد أو أفراد مرتبطين بالمشكلة في إطار أسس وقواعد منظمة تحقيقاً لعملية المساعدة".

خصائص المقابلة:

للمقابلة في خدمة الفرد مجموعة من الخصائص المميزة لها نحصرها

فيما يلي:

- ١- تعمل المقابلة على تحقيق مجموعة من الأهداف.
- ٢- للمقابلة مجموعة من القواعد والإجراءات التنظيمية الخاصة بها.
- ٣- المقالة لها بداية ووسط ونهاية.
- ٤- تختلف المقابلات من حيث الهدف- عدد الأشخاص- والتوقيت.
- ٥- للمقابلة أساليب متنوعة.

وسوف نتناول كل خاصية منها كما يلي:

أولاً: أهداف المقابلة:

- ١- تعتبر المقابلة الأسلوب المهني الذي يشعر العميل بفرديته، واهتمام المؤسسة والأخصائي الذي يمثلها به.
- ٢- تعطي المقابلة للأخصائي فرصة الاستماع إلى مشكلة العميل وجوانبها المختلفة في جو يسوده الود والثقة.
- ٣- تساهم المقابلة في التعرف على سمات العميل وشخصيته وانفعالاته المختلفة للتعرف على الدور الذي لعبته جوانب شخصية العميل في إحداث المشكلة.
- ٤- يتم تكوين العلاقة المهنية من خلال المقابلة بين الأخصائي والعميل وأساسها الثقة والاحترام والتقدير، وتكون بدورها أساساً لما ينبع من الصلة بين الأخصائي والعميل، وتتكون العلاقة عن طريق المقابلة؛ لأنها لا تنمو إلا بتطبيق مفاهيم خدمة الفرد التي سبق الحديث عنها، وهذه المفاهيم بدورها لا يمكن تطبيقها إلا من خلال المقابلة.

- ٥- التعرف على حاجات العميل كما تتحدد الخدمات اللازمة لحل مشكلته وعلاجها.
- ٦- تقييد في الحصول على حقائق دراسية معينة من مصادرها الأساسية، والسعي إلى ذوي الخبرة للتزود ببعض الآراء التي تتعلق بموقف العميل.
- ٧- الحصول على المعلومات التي تعيننا على فهم الموقف ومناقشة الطرق والأساليب الممكنة لمواجهته.
- ٨- تعتبر المقابلة من الوسائل الهامة التي عن طريقها يتم تعديل بعض اتجاهات المحيطين بالعميل، سواء كانوا من الأقارب أو المتصلين به في العمل أو المدرسة أو غيرها.
- ٩- إعطاء العميل الفرصة للتعبير عن مشاعره السلبية وإزالة مخاوفه، فهي تمثل إذن جانب علاجي هام في خدمة الفرد.
- ١٠- المقابلة هي الوسط الذي تتم فيه العمليات التأثيرية المختلفة التي يقوم بها الأخصائي نحو العميل.

ثانياً: الإجراءات التنظيمية للمقابلة:

- يرتبط بالمقابلة بعض القواعد والإجراءات التي يجب مراعاتها لنجاح المقابلة في تحقيق هدفها، منها:
- ١- تحديد ميعاد المقابلة.
 - ٢- تحديد مكان المقابلة.
 - ٣- استعداد الأخصائي للمقابلة.
 - ٤- تسجيل المقابلة.
 - ٥- نقد الأخصائي لذاته.
 - ٦- زمن المقابلة.

وسوف نتناول كل عنصر بالتفصيل على النحو التالي:

أولاً: تحديد ميعاد للمقابلة:

بداية يجب أن يكون هناك اتفاق مسبق على موعد المقابلة، هذا الموعد يتناسب مع ظروف كل من الأخصائي والعميل، فهو بالنسبة للأخصائي لتنظيم جدول أعماله والمطلوب إنجازه من أعمال، وللعميل تطبيقاً لمفهوم حق تقرير المصير.

وتحديد ميعاد سابق للمقابلة يحقق فوائد مهنية أهمها:

- ١- الميعاد لون من الارتباط يشكل بطبيعته التزاماً نفسياً ومهنيًا عند كل من الأخصائي والعميل.
- ٢- تهيئ للعميل الجو النفسي والاجتماعي المناسب لما سيدور في المقابلة من مناقشة وما يعكسه ذلك على حسن استجابته للمقابلة.
- ٣- ينظم عمل الأخصائي إدارياً ومهنيًا، فيكون أقدر على قيادة المقابلة بما يحقق الهدف منها.

وهناك موضوعين يجدر الاهتمام بهما في إطار تحديد موعد المقابلة:

- أ- يجب أن يتخلل المقابلات فترات زمنية تتناسب مع أهمية المشكلة وقابليتها للانتظار أو التأجيل، كما تتناسب مع حجم العمل وطاقة كل من الأخصائي والعمل على إنجاز المسؤوليات المطلوبة.
- ب- قد تتحكم وظيفة بعض المؤسسات وأهدافها في سرعة الدراسة مثال ذلك في حالات الأحداث المنحرفين، إذ يجد الأخصائي نفسه مضطراً لإتمام عدد كبير من المقالات مع العملاء في فترة زمنية وجيزة، وهي التي يحددها القاضي لنظر القضية.

ثانياً: تحديد مكان المقابلة:

بصفة عامة، فإن المقابلات لابد وأن تتم في المؤسسات الاجتماعية عدا الزيارات المنزلية بطبيعة الحال.

كما تختلف المؤسسات في تحديد المكان الذي تتم فيه المقابلات في خدمة الفرد حسب إمكاناتها وأهدافها، فقد تكون غرفة الأخصائي نفسها مكاناً للمقابلة أو قد تخصص غرفة معينة بالطابق الأول للمؤسسة للمقابلات الفردية، بينما تترك المقابلات التالية للأخصائي حرية اختيار المكان المناسب بالمؤسسة. وهنا قد يقف الواقع الميداني عقبة في تهيئة أنسب مكان للمقابلة بالمؤسسات حسب إمكاناتها وظروف كل منها، ولكن سواء كان المكان مناسباً أو غير مناسب من حيث الأثاث- الإضاءة- العزلة- وكافة الإمكانات الأخرى، فمن المهم أن يتسم قدر الإمكان بالسرية والهدوء بصفة خاصة في المشكلات ذات الحساسية الخاصة كمؤسسات التوجيه والاستشارات الأسرية أو مع العملاء الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو نفسية.

ثالثاً: استعداد الأخصائي للمقابلة:

- ١- على الأخصائي الاجتماعي أن يرتب عمله بحيث لا يكون مشغولاً بعمل آخر أثناء موعد المقابلة حتى يكون متفرغاً في انتظار العميل.
- ٢- تحديد الهدف من المقابلة أمر هام يجب أن يراعيه الأخصائي الاجتماعي حيث يجب أن يكون قد حدد مع العميل الموضوع الذي ستدور حوله المناقشة في المقابلة التالية.
- ٣- يجب أن يكون الأخصائي الاجتماعي مهياً بقدر الإمكان نفسياً لملاقاة العملاء، ويجب أن يواجه نفسه قبل المقابلة لمواجهة التوترات التي يعاني منها، ومعرفة المؤثرات التي يخضع لها، ومعرفة المؤثرات الذاتية التي يعتقد أنها ستؤثر في مقابلته للعميل.

٤- يجب على الأخصائي أن يكون مستعدًا للمقابلة من خلال الإطلاع على ما سبق إجراؤه من خطوات مهنية سابقة، بحيث يكون الموقف واضحًا تمام الوضوح في ذهن الأخصائي.

رابعًا: تسجيل المقابلة:

لتسجيل المقابلة بعض الواجبات الأساسية وأهمها:

١- يجب أن يكون التسجيل دقيقًا لكل ما قام به في المقابلة بعد انتهائها مباشرة في الوقت الذي تكون المعلومات والحقائق حية في ذاكرته وحتى لا تتعرض لظاهرة النسيان.

٢- يجب أن يكون التسجيل أمينًا صادقًا حتى يستعين الأخصائي أو غيره من الأخصائيين في حالة الحاجة إلى ذلك وفي الاستفادة من الإشراف وفي تقويم سلوك الأخصائي المهني أثناء المقابلة.

خامسًا: نقد الأخصائي لذاته:

لا تنتهي مهمة الأخصائي في المقابلة عند حد انتهائها، بل يستمر نوع من النشاط بينه وبين نفسه يتمثل في تقييم مدى ما حققه من نجاح في المقابلة وقياس مدة توفيقه في مراحلها المختلفة وذلك في ضوء:

١- مدى التزامه بمفاهيم وأسس خدمة الفرد وقدرته على استخدامها في المواقف المختلفة وتطويعها لتناسب كل الظروف الفردية التي تواجهه.

٢- العلاقة المهنية بينه وبين العميل ومدى ما وصلت إليها من عمق وأثار هذه العلاقة في تحقيق هدف عملية المساعدة، وإذا اعترى هذه العلاقة أي نوع من المعوقات فمن أي اتجاه؟ هل منه شخصيًا أم من العميل؟ ويعتبر عنصر الثقة في الحقيقة ميزان تقييم مدى نمو وعمق العلاقة المهنية.

٣- التزام الأخصائي بالأسس الفنية للمقابلة من ملاحظة وتساؤلات واستفسارات وتعليقات..... الخ ومهارته في استخدامها بما يحقق أهدافه في عمليات خدمة الفرد الثلاث.

سادساً: زمن المقابلة:

أثبت الواقع العملي لممارسة المقابلات في خدمة الفرد أنه لا يوجد زمن محدد للمقابلة يمكن تحديده بشكل قاطع، وإنما توجد بعض الاعتبارات في ضوءها يمكن أن يتحدد الزمن الذي تستغرقه المقابلة وهي:

أ- ظروف العميل وموقفه ومدى حساسيته أو قابليته للانتظار وللظروف الخاضع لها، فهناك حالات مرضية لا تحتمل أن تطول فيها المقابلة.
ب- طبيعة المكلة فالمقابلة في الحالة الاقتصادية قد تستغرق وقتاً أقل من مثيلتها في حالة حدث جانح أو حالة اضطراب نفسي حيث تختلف من حيث درجة عمقها وتعقدها.

ج- ظروف المؤسسة والأخصائي فالمؤسسة التي يوجد بها العديد من الحالات مع نقص في عدد الأخصائيين نتوقع أن وقت المقابلة فيها يكون أقل من تلك التي يوجد بها عدد كبير من الأخصائيين.

د- عدد من يقابلهم الأخصائي فقد يعقد الأخصائي مقابلة مشتركة مع العديد من الأفراد مثلما يحدث مع جماعة من الأحداث الجانحين لمناقشة مشكلة ما، فهي تحتاج إلى وقت أطول من ذلك الوقت الذي تستغرقه مقابلة الأخصائي مع حدث جانح واحد.

هذا وقد أثبت علماء النفس والخبرة الميدانية للأخصائيين الاجتماعيين أن الإنسان العادي قد يفقد القدرة على التركيز بعد مضي عشرة دقائق إذا ما ظل مستمعاً بصورة سلبية، كما يفتر انتباهه بعد ساعة إذا ما كان مشتركاً بنفسه في المناقشة لذلك يتفق الأخصائيين الاجتماعيين على أن المقابلة لا يجوز أن تزيد مدتها على الساعة.

ثالثاً: للمقابلة بداية ووسط ونهاية:

تمر المقابلة المهنية في خدمة الفرد بمراحل ثلاث هي البداية والوسط والنهاية، إلا أن كل مرحلة منها تتميز بمجموعة من الخصائص تساعد على تحقيق الهدف العام للمقابلة، ويمكن تناول كل مرحلة على النحو التالي:

١- مرحلة البداية:

وهي مرحلة استطلاع وخيال تسودها انفعالات كالخوف والقلق والغضب والعدوان أحياناً، وتكون هذه المشاعر غير مقبولة وبغيضة، فقد يغلفها العميل بقناعات زائفة فتزداد حدة المقاومة- ليقبل التعامل مع الأفكار- بوادر الثقة مازالت ضعيفة- العلاقة المهنية مازالت محدودة- وفي هذه المرحلة يترك الأخصائي للعميل حرية التعبير والانطلاق ليعرض مشكلته كما يتخيلها ويتصورها ويكون دوره هو التشجيع والاستثارة والتعاطف والتأكيد ليساعد العميل على الانطلاق في عرض مشكلته فيما بعد دون قيود.

ونخلص إلى أن بداية المقابلة تتميز بالحوار الوجداني أكثر منه بالحوار

العقلي.

٢- مرحلة الوسط:

وفيها تكون حدة الانفعالات قد استقرت نسبياً وضعفت حدة المقاومة ويزداد التعامل مع الأفكار وتنمو بوادر الثقة وتتوطد العلاقة المهنية ويتسع المجال للأحاسيس الإيجابية مثل الثقة والأمن والرغبة في التعاون وتتضمن التفاعل العقلي عمليات تنبيه وتأثير وتوجيه وتدعيم، وغير ذلك من العمليات التأثيرية الأخرى. ونخلص إلى أن وسط المقابلة تتميز بالحوار العقلي أكثر منه بالحوار الوجداني.

٣- مرحلة النهاية:

وفي هذه المرحلة يكون دور الأخصائي هو تلخيص ما تم في مرحلتي البداية والوسط، إذ إن المناقشة من المحتمل أن تكون قد تشعبت إلى عدة جوانب مما يصعب معه أن يركز العميل على النقاط التي تم مناقشتها والتي استهدف الأخصائي التركيز عليها، ويكون الدور الثاني للأخصائي في مرحلة النهاية هو أن يخطط لبداية المقابلة الجديدة، أي يتفق مع العميل على خطة المقابلة التالية، وعلى ما يجب إنجازه بين المقابلتين.

ونخلص أيضًا إلى أن مرحلة النهاية تتميز بالحوار الذي يجمع بين الجانبين العقلي والوجداني معًا.

وقد يعتقد البعض أن المقابلة التالية سوف تخلو من المشاعر؛ نظرًا لأن العميل يكون قد تخلص منها عند بداية المقابلة الأولى، إلا أن هذا الاعتقاد لا أساس له من الصحة، فأى مقابلة تالية لابد وأن يكون فيها قدر من المشاعر، وإن كانت بدرجة أقل عن تلك التي ظهرت في المرة السابقة.

رابعًا: للمقابلات أنواع متعددة من حيث التوقيت - العدد - الهدف:

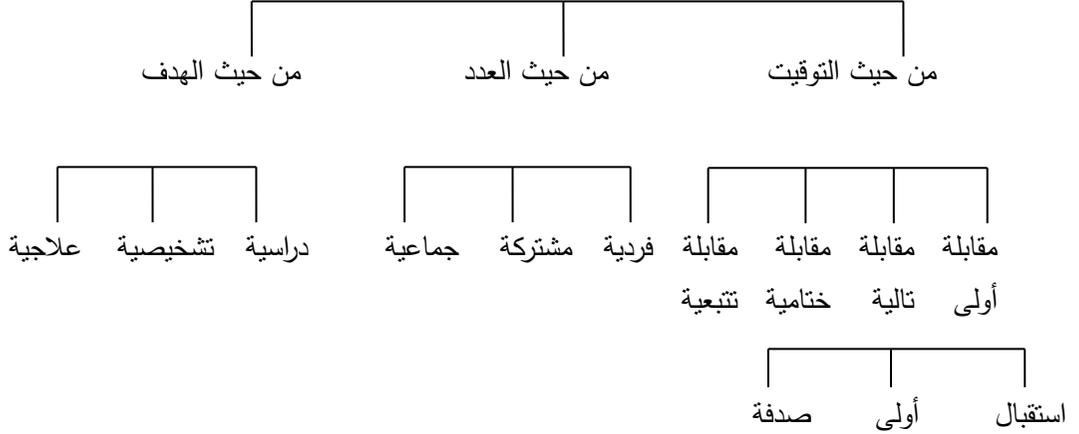
للمقابلات أنواع متعددة وهي:

أولاً- تقسيم المقابلات من حيث التوقيت.

ثانيًا- تقسيم المقابلات من حيث العدد.

ثالثًا- تقسيم المقابلات من حيث الهدف.

تصنيف المقابلات



أولاً: تقسيم المقابلات من حيث التوقيت

وهي تنقسم إلى مقابلة أولى - مقابلات تالية - مقابلة ختامية - مقابلات تتبعية.

١- المقابلة الأولى:

المقابلة الأولى هي لقاء مهني بين الأخصائي والعميل وجهاً لوجه بموعد سابق أو بدونه لتمثل البداية الحقيقية لعملية المساعدة، وهي ثلاث أنواع:

- ١- مقابلة الاستقبال.
- ٢- مقابلة أولى.
- ٣- مقابلة الصدفة.

وعلى الرغم من أن كل هذه المقابلات هي لقاءات أولى للعميل، إلا أن لكل واحدة منها بعض الخصائص وهي:

١- مقابلة الاستقبال:

وهي مقابلة أولية يقوم بها أخصائي اجتماعي متخصص لاستقبال الحالات والبيت فيها لذلك فهي وحدة مستقلة مرتبطة بهدف محدد وأهم غيرها.

أ- أنها وحدة متكاملة في حد ذاتها وليست حلقة مرحلية ممهدة لحلقات أخرى.

ب- تمارس فيها كافة العمليات من دراسة وتشخيص وعلاج، ولكن بصورة مبدئية سريعة.

ج- العلاقة المهنية هنا مؤقتة ومحدودة بانتهاء هذه المقابلة، وبالتالي لا تتطلب عمقاً كبيراً.

د- يقوم بها أخصائي ذو خبرة طويلة يستطيع في مقابلة واحدة كسب ثقة العميل، ولهذا تلجأ بعض المؤسسات في الخارج لإسنادها إلى الأخصائي الأول، بل يتولاها أحياناً مديرو المؤسسات بأنفسهم.

هـ- بيت في الحالة على النحو التالي:

١- يعاني العميل من مشكلة وتطبق عليه شروط المؤسسة فيحول إلى أخصائي مختص في نفس المؤسسة، وهنا يوضح العميل الإجراءات الواجب القيام بها أو المستندات التي عليه إحضارها..... وهكذا.

٢- أو بتحويل الحالة إلى مؤسسة أخرى، إما تحويلاً رسمياً من المؤسسة أو توجيه العميل شفاهة للتوجيه إليها.

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

المقابلة الأولى:

وهي أول مقابلة يقوم بها الأخصائي، سواء تمت مباشرة أو حولت

إليه عن طريق أخصائي الاستقبال وتتميز بالتالي:

أ- ليست وحدة في حد ذاتها، وإنما هي مرحلة تمهيد للقاءات مهنية تالية.

ب- رغم شمولها على عمليات خدمة الفرد إلا أنه يغلب عليها الطابع العلاجي.

ج- تتطلب عمق للعلاقة بين الأخصائي والعميل، وإن كان هذا العمق يخضع لطبيعة المشكلة نفسها.

د- ستتحمل القدر الأكبر للتخطيط لعملية المساعدة.

هـ- يفضل أن تكون المقابلة الأولى داخل المؤسسة.

٣- مقابلة الصدفة:

وهي نموذج يتميز بعنصر المفاجأة دون ميعاد سابق، وهي شائعة في كثير من المؤسسات التي يكون العملاء فيها على مقربة من الأخصائي مثل مؤسسات الإيداع- المدارس- المستشفيات، وعادة ما يدفع إليها ضغط الحاجة عند العملاء والطبيعة الإنسانية لخدمة الفرد ذاتها التي تفرض على الأخصائي الاستجابة لظروف عملائه.

وحتى تتحقق هذه المقابلة يكون هناك احتمالين:

- أ- أن تكون المشكلة على درجة عالية من الحساسية والخطورة فتفضل إجراء مقابلة الصدفة لمنع الخطورة المترتبة على التأجيل.
- ب- أن لا تكون المشكلة على درجة عالية من من الخطورة فكون من الأفضل أن تكون مقابلة الصدفة في حد ذاتها نوع من الاتفاق على تحدد ميعاد آخر لمقابلة تالية في أقرب وقت ممكن.

الأهداف العامة للمقابلة الأولى:

للمقابلة الأول أهداف معينة أهمها:

- أ- تحديد الطبيعة العامة للمشكلة.
- ب- تقرير إمكانية المساعدة في حدود إمكانيات المؤسسة.
- ج- تحديد الخطوط العريضة لعملية المساعدة.
- أ- لتحديد الطبيعة العامة للمشكلة يجب أن يميز الأخصائي الاجتماعي

بين:

- المشكلة كما يراها العميل.

- المشكلة كما هي في الواقع.

فالعميل قد يعرض مشكلته من خلال تصوره لها من وجهة نظر ذاتية، إما لجهله بالحقائق الموضوعية في تفهم جوانبها، وإما لتأثره انفعاليًا بالموقف، وبالتالي يكون تصوره للمشكلة محرفًا عن الحقيقة، سواء كان ذلك عن عمد أو

رغمًا عنه، لذا نجد أن الأخصائي يجب أن يحدد الطبيعة الموضوعية للمشكلة بصرف النظر عن رأى العميل وتصوره الذاتي لها، حيث يتوقف على تحديده الموضوعي لطبيعة المشكلة كافة الخطوات التالية، والتي فيها بالضرورة إمكانية مساعدة العميل من عدمه.

أن تحديد طبيعة المشكلة يستتبعه بالضرورة تحديدًا واضحًا للدور الذي تلعبه كل من شخصية العميل والظروف المحيطة في إيجاد المشكلة.

ب- تقرير إمكانية مساعدة العميل:

بعد التعرف على طبيعة المشكلة فعلى الأخصائي أن يقرر أحد الأمور

التالية:

- ١- أن مشكلة العميل يمكن أن تحل كليًا في نطاق المؤسسة.
- ٢- أو يمكن تقديم مساعدة جزئية في حل هذه المشكلة.
- ٣- أو أن هناك مؤسسات أخرى يمكنها المساعدة بطريقة أفضل فتحول إليها الحالة.

٤- أو أن هناك مؤسسات أخرى هي المختصة بهذا النوع من المشكلات لا هذه المؤسسة.

٥- أو أن المشكلة خارجًا عن نطاق عمل المؤسسة أو أي مؤسسة أخرى وعلى العميل أن يعيش بها.

وفي أي من الحالات السابقة فعلى الأخصائي الاجتماعي أن يوضح للعميل مبررات هذا الإجراء ويناقشه معه حتى يمكن من اتخاذ قراره المناسب ويقرر الخطوات التالي، سواء قبلت حالة المؤسسة أو حولت إلى مؤسسة أخرى.

ج- تحديد الخطوات العريضة لعملية المساعدة:

إن قياس نجاح المقابلة الأولى مائل في قدرتها على تحديد الإطار العام لعملية المساعدة في خطوطها الثلاث: الدراسة- التشخيص- العلاج، لكي يتحقق ذلك نوضح أهم الجوانب الواجب استيفائها خلال المقابلة الأولى وهي:

- ١- طبيعة المشكلة ومجالها الرئيسي مدرسية- أسرية- اقتصادية..... الخ.
- ٢- مدى جديتها وخطورتها على العميل أو على أسرته أو على المجتمع.
- ٣- كيفية تفسير العميل لأسبابها أو بمعنى آخر تشخيص للمشكلة من وجهة نظره الخاصة.
- ٤- ما هي الجهود السابقة التي بذلها كمحاولة لحلها، ولماذا لم تتجح هذه الجهود، أو ما هي النتائج التي حققتها؟
- ٥- ماذا يطلب العميل من المؤسسة؟ وبمعنى آخر ما هي خطته التي وضعها لعلاجها من وجهة نظره الخاصة؟
- ٦- ما هو النمط العام لشخصية العميل؟ وما هي السمات الأساسية الأكثر ارتباطاً بطبيعة المشكلة؟
- ٧- ما هي طبيعة ظروف العميل البيئية، وأي من هذه الظروف المحيطة لها ثقل خاص في الموقف الذي يواجهه؟
- ٨- ما هي المصادر الهامة الواجب الرجوع إليها الاستكمال 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 لحمل مشكلته.
- ١٢- ما هي الاتجاهات العلاجية الواجب التخطيط لها، سواء في ذلك العميل، أو في ظروفه المحيطة؟

ب- المقابلات التالية:

وهي تلك المقابلات المتعاقبة التي تلي المقابلة الأولى، والتي قد تتم بصفة دورية أو منقطعة حسب ظروف الحالة، وتتميز هذه المقابلات بالخصائص التالية:

- ١- تخلص فيها العميل من قدر كبير من المشاعر السلبية وتقل درجة المقاومة.
- ٢- ازدياد بؤادر الثقة والعلاقة المهنية بين الأخصائي والعميل.

- ٣- يغلب عليها طابع الأفكار والتجاوب العقلي والاستقرار.
 - ٤- يختلف عندها من حالة إلى أخرى حسب طبيعة المشكلة.
 - ٥- هي المجال الخصب الذي يتم فيه عمليات خدمة الفرد من دراسة وتشخيص وعلاج.
 - ٦- لما كانت المقابلة الأولى تتم بالضرورة في المؤسسة، فإن المقابلات التالية لا يشترط فيها أن تتم في المؤسسة، فقد تتم زيارات بيئية تشمل (زيارة المنزل- العمل- المستشفى- أو أي موقع آخر).
 - ٧- لما كانت هذه المقابلات وحدات دورية، لذا فإنه نهاية كل منها يجب أن تخطط لبداية تالية.
 - ٨- تستغرق في العادة زمناً أقل مما تستغرقه المقابلات الأولى.
- ج- المقابلة الختامية:**

هي عبارة عن آخر لقاء مهني بين الأخصائي والعميل، وتتم عادة في المواقف التالية:

- ١- انتهاء علاقة العميل بالمؤسسة باستكمال علاج المشكلة.
 - ٢- عند تحويل الحالة إلى مؤسسة أخرى بسبب عدم تطابق شروط المؤسسة على الحالة.
 - ٣- عدم تعاون العميل مما يدفع الأخصائي إلى غلق الحالة.
- وهناك بعض الإجراءات التي يجب أن يمهدها في المقابلة الختامية وهي:**
- ١- ربط العميل بالواقع الذي يعيش فيه تدريباً وإشعاره بأن علاقته بالأخصائي لم تخرج عن كونها علاقة مهنية مؤقتة.
 - ٢- تخفيف حدة الحرارة والتجاوب الذي ترتبط به المقابلات.
 - ٣- مراعاة المبادعة بين المقابلات تدريجياً.
 - ٤- توضيح أسباب تحويل العميل إلى مؤسسة أخرى أو إلى أخصائي آخر بالقدر الذي يقتضيه الموقف باللياقة الواجبة.

- ٥- يمكن طمأننة العميل في بعض الأحوال إلى أن المؤسسة يمكنها مساعدته مرة أخرى إذا ما عادت المشكلة إلى الظهور في المستقبل.
- ٦- عند تحويل العميل إلى أخصائي آخر يجب تقديمه إلى الأخصائي الجديد، وأن تنقل إليه كافة المسئوليات المتعلقة بالحالة.
- ٧- تلخيص الخطوات والجهود التي تمت وقدمت للعميل.

المقابلات التتبعية:

وهي تلك المقابلات التي تتم بعد أن تكون الخطة العلاجية قد وضعت موضع التنفيذ، وهي تتم عادة إما في منزل العميل أو في مقر عمله أو في مدرسته أم في المؤسسة، وما إلى ذلك.

تحقق هذه المقابلات أهمية خاصة نجلها فيما يلي:

- ١- أنها وسيلة هامة للتأكد من متابعة العميل للخطة العلاجية وتنفيذها.
- ٢- تجنب العميل أية انتكاسة قد يتعرض لها أو مواجهة ظروف طارئة لم تكن في الحسبان، خاصة مع الجانحين الموضعين تحت المراقبة الاجتماعية أو الرعاية اللاحقة.
- ٣- وسيلة هامة لاستقرار بعض العملاء في حياتهم الجديدة، وخاصة هؤلاء الذين تغيبوا فترات طويلة في بيئاتهم الطبيعية.
- ٤- من ألزم المقابلات في حالات الأسر البديلة والحالات الاقتصادية لمعرفة مدى التزام العميل بشروط المؤسسة أو تحديد مدى استمرار حاجته للمؤسسة ومساعدتها.
- ٥- من أهم الأساليب المفيدة لتقييم خدمة الفرد أو خدمات المؤسسة تقييماً علمياً أو إحصائياً.

ثانياً: تقسيم المقابلات من حيث العدد:

١- المقابلات الفردية:

وهي المقابلات الشائعة في خدمة الفرد حيث تتم مقابلة الأخصائي للعميل نفسه أو أي فرد آخر، فمن لهم علاقة بالمشكلة في المؤسسة، أو أي مكان آخر، وتعتبر الوسيلة الأساسية لنمو العلاقة المهنية ومباشرة العمليات التأثيرية المختلفة.

٢- المقابلات المشتركة:

وهي مقابلات يشترك فيها الأخصائي مع العميل وأفراد أسرته أو المحيطين به ممن له علاقة بالمشكلة حسبما يقتضيه الموقف، وهي شائعة في المؤسسات التي تعمل في المجال الأسرى- الضعف العقلي- حالات الأسر البديلة- بعض الحالات المدرسية.... الخ، وعادة ما يسبقها مقابلات فردية مع الأطراف المعنيين بالمشكلة ليجد من المفيد في الزيادة تنظيم مقابلة مشتركة بينهم.

وتتطلب في هذه المقابلات نوع من المهارة من جانب الأخصائي لتنظيم ير عمليات المناقشة، ويراعى فيها عدم تحيز الأخصائي لأحد الأطراف فيها، كما يجب أن يؤمن هذه الأطراف على المعلومات التي حصل عليها من كل طرف. وتلجأ بعض المؤسسات في الخارج إلى قصر هذه المقابلات على الأخصائيين الاجتماعيين ذوي الكفاءة العالية والمران والخبرة الطويلة.

كما يميز هذه المقابلات أنها تنتمي إلى اتخاذ قرارات يتم اتفاق الأطراف عليها؛ لأنه من الصعب أن تجتمع الأطراف مرة أخرى لاتخاذ قرارات معينة.

٣- المقابلة الجماعية:

وهي تلك المقابلات التي يلتقي فيها الأخصائي بمجموعة من العملاء ذوي الظروف المتشابهة أو الحاجات المتجانسة ليشرح لهم فلسفة المؤسسة أو

شروطها أو تفسير برامج جديدة، ومن أمثلتها مؤسسات إيداع الأحداث الجانحين - بعض مرضى الدرن بالمستشفيات العامة..... وغيرها.

وتجمع هذه المقابلات بين أسلوب المقابلة الفردية والجماعية، فقد يعقد الأخصائي مقابلات فردية يتبعها مقابلات جماعية أو يعقد مقابلة جماعية في البداية ثم يعقبها مقابلات فردية.

وتحقق هذه المقابلة الجماعية الأهداف التالية:

أ- توفير الوقت والجهد الضائع في تكرار شرح خدمات المؤسسات وشروطها لكل عميل على حدة.

ب- تخفيف حدة التوتر التي تصاحب بعض العملاء عندما يجدوا أن هناك غيرهم من العملاء يعانون من مشكلات مشابهة.

ج- الاستفادة من وجهات نظر العملاء المتعددة في مناقشة المشكلة واقتراح الحلول لها.

د- تساعد بعض العملاء الذين يتهيئون المقابلة الفردية مع الأخصائي بمجرد التعرف عليهم في ظل مجموعة من العملاء تجعلهم أقل مقاومة لمقابلتهم بأنفسهم، حيث أصبحوا أشخاص مألوفين لديه.

والفرق الأساسي والجوهري بين كل من المقابلة المشتركة والمقابلة الجماعية هو أنه في الأولى يكون هناك مجموعة أطراف في مشكلة واحدة، بينما في الثانية يكون مجموعة أشخاص كل منهم يمثل مشكلة.

ثالثاً: تقسيم المقابلات من حيث الهدف:

يمكن تقسيم المقابلات من حيث الهدف إلى:

١- مقابلة دراسية: وهي تستهدف التركيز على جمع الحقائق والمعلومات والبيانات المرتبطة بكل من شخصية العميل وظروفه البيئية المحيطة به.

٢- مقابلة تشخيصية: والهدف منها تفسير الأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة من جانب الأخصائي بالاشتراك مع العميل.

٣- مقابلة علاجية: وهي التي تهتم أساساً برسم خطة العلاج وتنفيذه.
وجدير بالذكر في أنه لا يمكن أن نتصور وجود مقابلات دراسية خالصة أو تشخيصية فقط أو أخرى تركز فقط على الجوانب العلاجية، لذا فإننا لا نتوقع غالباً- أن يكون هناك تداخل بين الجوانب الثلاثة، ولكننا بصفة عامة يمكننا أن نقول:

- أ- المقابلات الأولى: يغلب عليها الطابع الدراسي، وإن كانت لا تخلو من التشخيص والعلاج، أو ما يطلق عليه أحيانا العلاج المؤقت.
ب- المقابلات التالية: يغلب عليها الجوانب التشخيصية، وإن كانت لا تخلو من الدراسة والعلاج.
ج- المقابلات الختامية والتتبعية (النهائية) تصطبغ بالصبغة العلاجية مع وجود بعض الملامح الدراسية والتشخيصية.

رابعاً: أساليب المقابلة:

الأساليب هي الأدوات والوسائل التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في المقابلة لتسهم في تحقيق الهدف منها في استيفاء العملية الدراسية.

وهناك وسائل عديدة، ولكننا سوف نركز على أهمها على النحو

التالي:

- ١- الملاحظة.
- ٢- الاستماع.
- ٣- الأسئلة.
- ٤- توجيه المقابلة.
- ٥- احترام لحظات الصمت.
- ٦- توجيه المقابلة.

أولاً: الملاحظة:

تعتبر الملاحظة من أدق الأسس الفنية للمقابلة، وهي مهارة لازمة وضرورة للأخصائي الاجتماعي في دراسة سمات شخصية العميل، كما تعبر الملاحظة عن نشاط عقلي بدور حول المدركات الحسية، ومن ثم فالملاحظة تعتمد على:

أ- الحواس: (السمع/ البصر/ الشم/ اللمس.... الخ)، وهي صادقة ما دامت سليمة.

ب- العقل: وذلك لتفسير هذه المحسوسات وتحليل مدلولها.

الملاحظة تساعد على الحكم على الموقف:

إن ملاحظة الأخصائي تساعد على وضع بعض الفروض التشخيصية يسعى عن طريق وسائله وأدواته المهنية الأخرى لتحقيق صحتها من عدمه. فمثلاً ملاحظة الأخصائي لمظهر العميل قد يعطي فكرة عن مستواه الاقتصادي، ولكن لا يجب أن نعتبره الدليل الوحيد على هذا المستوى، وإنما يدعم ويساعد هذا الحكم إذا ظهر من الوقائع والقرائن ما يؤيد هذا الرأي. كما يمكن عن طريق الملاحظة فهم مدلول أقوال العميل وحديثه؛ لأنها لا تظهر بوضوح إلا بملاحظة ما يصاحبها من انفعالات.

مناطق الملاحظة:

أ- الجوانب الجسمية:

١- مظهر العميل وملبسه وعنايته بنظافته، وهذه الملاحظة توضح علامات لها دلالة خاصة بطبيعة المشكلة، فهناك علاقة مثلاً بين مظهر العميل وملبسه وحاجته للمساعدة الاقتصادية.

٢- الجوانب الجسمية الظاهرة، كالطول والقصر والبدانة والنحافة؛ لأنها قد تكون مرتبطة بطبيعة المشكلة.

٣- المظاهر الصحية الواضحة، وخاصة العاهات الواضحة والتهتهة أو التشوهات، كما يلاحظ الأعراض الخاصة كالسعال أو الأورام.... الخ.
ب- الجوانب النفسية:

١- انفعالات العميل الواضحة، فقد تمتلك بعض العملاء نوبات من الغضب أو الحزن أو الخوف أو القلق تلك التي تظهر في سلوك العميل، وفي نبرات صوته وحركاته العصبية والبكاء... الخ.

٢- المقاومة، كثيرًا ما تظهر أنواع من المقاومة في سلوك العميل في المقابلة، كالتهرب من الحديث أو الحذر الشديد فيما يقوله.

٣- السمة العامة للشخصية من حيث أتران هذه الشخصية أو اضطرابها النفسي، والسمات الدائمة في الشخصية أو كالانبساط أو الانطواء أو الاكتئاب.

ج- الجوانب العقلية:

١- التسلسل المنطقي في الحديث، ويعتبر هذا دليلاً على وضوح الموقف في ذهن العميل، ويلاحظ أحيانًا انتقال العميل المفاجئ من موضوع لآخر دون مبررات لذلك.

٢- ملاحظة التناقض في الحديث الذي يدلي به العميل للأخصائي، والتنافس مظهر من مظاهر الحيل الدفاعية التي يتهرب بها العميل من مواجهة الموقف.

٣- القدرة على قياس أهمية المواقف المختلفة في مشكلته، فقد يمسك عن المناطق الهامة في مشكلته ويسرف في موضوعات جانبية.

٤- قدرة العميل على التفكير المنطقي والإدراك الواضح الواقعي لمشكلته ولموقف.

د- الجوانب الاجتماعية:

- ١- أسلوب العمل في الحديث؛ ألفاظه وعباراته من حيث ارتباطها بقيم وثقافة معينة وطريقته في عرض مشكلته.
 - ٢- ميل العمل للتواكل على الآخرين، ومنهم الأخصائي، وقد يرجع ذلك إلى عدم ثقته في نفسه.
 - ٣- قد يحاول العمل التأثير على الأخصائي بإظهار الاستكانة والذلة والتهويل والمبالغة لاستدرار العطف.
 - ٤- تعلق العمل بموافقته على كل ما يقوله الأخصائي أو إبداء إعجابه به، ويرجع ذلك إلى تعود العمل في حياته على هذا الأسلوب، ويحاول التأثير به مع الأخصائي.
 - ٥- مدى تمتع العمل بصفات معينة، كالصدق والأمانة والقيم الأخلاقية، كما تبدو سلوك العمل وحديثه خلال المقابلة.
- #### الشروط الواجب توافرها في الملاحظة الجيدة:
- ١- سلامة الحواس- حتى تدرك هذه الحواس بوضوح دون تحريف أو تهويل أو حذف، ومعنى هذا صحة الإدراك الحسي.
 - ٢- لا بد أن يكون الأخصائي متنبهاً واعياً يقظاً لكل ما يحيط به ويدور حوله وما يصدر عن العمل من نشاط عقلي أو حسي أو حركي، بالإضافة إلى سرعة البديهة، كما يجب أن يتخذ الأخصائي في جلسته مكاناً ييسر له عملية الملاحظة بأبعادها المختلفة.
 - ٣- سلامة التقديرات والمقاييس دون استخدام أدوات القياس، ومثال ذلك حكم الأخصائي على سن العمل أو مستوى ذكائه... الخ بالتقريب.
 - ٤- خلو الأخصائي من الأمراض، فالشخص المريض أو المجهد لا يمكنه الملاحظة السليمة وتمر عليه الأشياء دون أن يهتم بها أو تلفت نظره.
 - ٥- التسجيل الدقيق المباشر ويفضل أن يكون عقب المقابلة مباشرة.

- ٦- الإدراك العقلي الواسع بحيث يمكنه هذا الاتصال وتفكيره الواسع وخبرته إدراك حقائق لا يدركها من ليس له خبرته وتفكيره.
- ٧- الخلو من التحيزات أو من عادات النقد، فقد يكون للأخصائي اتجاه معين أو متعصب لفكرة معينة فيصف العميل بما ليس فيه.
- ٨- الخلو من الانفعال والثورة في أثناء الملاحظة؛ لأن ذلك قد يؤدي بالأخصائي لأن يرى مساوئ العميل وعيوبه فقط دون أن يرى حسناته وميزاته.

ثانياً: الاستماع:

يحتاج الاستماع الجيد حين إجراء المقابلة إلى مكان تتوفر فيه السرية والهدوء والتركيز؛ لأن الاستماع في خدمة الفرد هو لون من الحوار المهني بين شخصين أحدهما (العميل) يحكي قصته بصوت مسموع والآخر (الأخصائي) يستجيب وتتمثل استجابته في مظاهر التجاوب والتشجيع، سواء بالتعبير أو الإيماءة أو التعليق أو الإشارة.

أهمية الاستماع:

- ١- الاستماع وسيلة هامة تعطي الفرصة للأخصائي لملاحظة سلوك العميل وتفكيره وانفعالاته.
- ٢- الاستماع وسيلة لتوضيح المشكلة، فالعميل عندما يتحدث عن مشكلته يتخير الجوانب التي يعتقد أن لها أهمية في الموقف، وإتاحة الفرصة للعميل على الحديث تساعده على أن يعبر عن هذه الجوانب.
- ٣- الاستماع يتيح للعميل فرصة للتعبير الحر عن مشاعره الإيجابية والسلبية، سواء كانت جزءاً أو قلقاً أو خوفاً أو عداًء... الخ، وبالتالي فالاستماع الجيد يساعد على تخفيف حدة التوترات التي يعاني منها العميل.

- ٤- الإنصات الواعي هو تأكيد لفردية العميل وتأكيد لذاته واحترام حقه في التعبير عن نفسه في حرية تامة.
- ٥- الاستماع يعطي العميل الفرصة لاسترجاع الخبرات القديمة، ففقدرة العميل الذهنية على التذكر تكون في أعلى درجاتها إذا هيا له الأخصائي الفرصة في جو هادئ خالي من المقاطعة والأسئلة الكثيرة.
- ٦- يساعد على استجماع أفكار الأخصائي وتقييمها لما يتيح له من فرصة هادئة للملاحظة واختيار أفكاره التشخيصية.
- ٧- يحقق الإنصات الواعي أهدافاً علاجية، خاصة لفئة العملاء مضطربي الشخصية الذين حبسوا مشاعرهم فترة طويلة ولم يجدوا من ينصت لهم.
- ثالثاً: الأسئلة:**

للأسئلة قيمة كبيرة في التوصل إلى الحقائق التي تسعى إليها المقابلة، كما أن الاستفهام من العميل عن أشياء معينة وسيلة ضرورية للتعرف على حقائق لا بد من معرفتها لمساعدته.

أهداف الأسئلة:

- ١- معرفة بعض الحقائق الهامة التي لم ترد خلال سرد العميل لمشكلته، والتي تمثل ضرورة العملية المساعدة.
- ٢- السؤال في حد ذاته هو أسلوب الأخصائي لبدأ المقابلة ذاتها كعامل استثارة مشجع للعميل ينطلق منه إلى جوانب المشكلة.
- ٣- الأسئلة تشعر العميل باهتمام الأخصائي به.
- ٤- قد يكون للأسئلة هدف علاجي مع العملاء قليلي الكلام الذين يحتاجون إلى مثيرات للتعبير عن موقفهم.

شروط الأسئلة:

١- مراعاة التوقيت المناسب للأسئلة:

١- ألا يكون السؤال مفاجئًا للعميل، بحيث يقطع تسلسل أفكاره، فالسؤال يجب أن يكون مرتبطًا ارتباطًا مباشرًا أو غير مباشر بموضوع المناقشة أو المنطقة التي يدور حولها الحديث.

٢- أن يراعي في السؤال ظروف اللحظة النفسية التي يعيشها العميل حزنًا كانت أو غضبًا، ولا يكون السؤال محبطًا لمشاعر العميل.

٣- أن يكون للسؤال هدف واضح له أهميته الخاصة في عملية المساعدة، وأن يشعر العميل بهذا الهدف.

عند تحويل المناقشة من منطقة إلى أخرى يراعي التدرج في توجيه الأسئلة التحولية دون الالتجاء إلى نقلات مفاجئة لا مبرر لها.

ب- مواصفات صياغة الأسئلة:

١- أن يكون السؤال بسيطًا واضحًا أي خلوه من التعقيدات اللفظية وتكون لغة السؤال مقبولة، وأن تتناسب مع درجة ثقافة العميل ومستوى إدراكه العقلي.

٢- ألا يكون السؤال مركبًا، بمعنى أن يشتمل السؤال على موضوع واحد وليس موضوعين أو أكثر.

٣- أن يكون السؤال موجزًا؛ لأن السؤال الطويل قد يصعب على العميل متابعة وقد يذكر نهايته وينسى بدايته.

٤- يفضل أن يكون السؤال مفتوحًا؛ لأن ذلك يساعد العميل على التعبير الحر والانطلاق لعرض جوانب مشكلته وآرائه ووجهات نظره.

٥- تجنب أسئلة الإدانة والأسئلة الملتوية أو الساخرة أو الإيجابية، فمثل هذه الأسئلة تثير الشك عند العميل وتفقد الثقة الواجب توفرها لنمو العلاقة المهنية.

٦- أن يعطي السؤال فكرة واضحة عن المعلومات المطلوبة، ويفي بالغرض منه.

ج- اتساق الأسئلة من مفاهيم خدمة الفرد:

١- مجموع الأسئلة التي يوجبها الأخصائي الاجتماعي يتحتم أن تتكون في نطاق الحدود المتصلة بالمشكلة ومناطق دراستها، ولا يصح التساؤل عن أمور تخص العميل، ولا تنتمي بصلة للحقائق المطلوبة في الموقف تطبيقاً لمفهوم السرية.

٢- المادة الدراسية لا تؤخذ من العميل بالرغم منه، فإذا كانت البيانات ضرورية جداً لفهم المشكلة ومساعدة العميل، فيوضح ذلك ويترك له القرار تطبيقاً لحق العميل في تقرير مصيره.

٣- مفهوم القبول يتضمن أن صياغة السؤال تكون مقبولة لدى العميل نصاً وموضوعاً، ولا بد أن تكون صورة السؤال وموضوعه، مما يرتاح إليه العميل.

٤- مفهوم نضج الشخصية بالممارسة يشير إلى نشاط الأخصائي يكون أقل ما يمكن ونشاط العميل أكثر ما يمكن، ومعنى هذا أن تقل أسئلة الأخصائي، ويزيد حديث وتساؤل العميل.

٥- على الأخصائي أن يراعي أن تكون أسئلته في البداية تدور حول الموضوع الذي يشغل بال العميل وموطن اهتمامه، وهذا يشير إليه قاعدة البدء مع العميل من حيث هو.

٦- يجب أن تنمشى الأسئلة مع الدرجة التي وصلت إليها العلاقة المهنية، فبعض المناطق الدراسية لا يمكن التعمق فيها مع بداية الصلة المهنية.

أسئلة العملاء:

تدور أسئلة العملاء - غالبًا - حول ثلاث مناطق هي:

- ١- أسئلة متعلقة بالمؤسسة وشروطها والمستندات المطلوب استيفائها.
- ٢- أسئلة متعلقة بنوع المساعدة وميعاد تقديمها.
- ٣- أسئلة خاصة بشخص الأخصائي الاجتماعي.

ويجب أن نعلم أن المنطقتين الأولى والثانية من الأسئلة تقع مسؤولية الإجابة عليهما على عاتق الأخصائي الاجتماعي - أما النوعي الثالثة من الأسئلة وهي الأسئلة الشخصية يجب ألا يجيب عنها الأخصائي، إلا ما كان منها عامًا لا يتعلق بأسراره، وعلى الأخصائي أن يميز الأهداف الكامنة وراء هذه الأسئلة حتى يكيف إجابته عليها بالطريقة المناسبة وأن يكون ملتزمًا بالأسس والأساليب المهنية.

رابعًا: التعليقات:

من الأساليب والأدوات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي لاستثارة - نشاط العميل وتفاعله في المقابلة وكسب ثقته، فالتعليقات تشجع العميل على الاسترسال المقصود، أي الحديث في الاتجاهات المناسبة، وتشجيع في توضيح بعض النقاط ويوجز في نقاط أخرى، كما أنها تمنع العميل العون والقبول في بعض المواقف.

ويأتي شكل التعليقات في صورتين حركية ولفظية:

أ- التعليقات اللفظية متنوعة ومن أهم أهدافها ما يلي:

- ١- منها ما يدل على أن الأخصائي مقدر لمشكلة العميل ومتفهم لما يعاينه.
- ٢- عامل تشجيع واستثارة لانطلاق العميل خلال المقابلة.
- ٣- عامل تأكيد للتجاوب العقلي والوجداني.
- ٤- منها ما يكون في صورة طلب لتفسير حقيقة معينة.

- ٥- ومنها ما يدفع العميل إلى اتجاه استرجاعه لبؤرة الاهتمام.
 - ٦- ومنها ما يساعد على توجيه المناقشة وجهة معينة.
 - ٧- وهناك تعليقات تسند العميل في موقف معين.
 - ٨- ومنها ما يساعد على تخفيف حدة المشاعر السلبية التي يعاني منها العميل.
 - ٩- وتعتبر أيضاً وسيلة لوضع مبادئ خدمة الفرد موضع التنفيذ.
- وكل هذه تشعر العميل بقدر من الطمأنينة، بل هناك من يقدر ما تحمله من آلام لتزيد من ثقة العميل في الأخصائي كخطوة هامة لتوطيد العلاقة المهنية.

ب- التعليقات الحركية: ومنها هز الرأي- علامة التتبع أو الإيجاب أو القبول- وحركة اليدين- تعبيرات الوجه في مواقف معينة- وكل هذه دلائل تقنع العميل باهتمام الأخصائي بحديثه ومتابعته.

وقد تكون التعبيرات الحركية أبلغ تأثير من الكلمات، فالانفعالات التي ترتسم على وجه الأخصائي لتدل على الانتباه أو الاهتمام أو الإشفاق أو التأثير أو الفرح أو الاندهاش تشعر العميل أن الأخصائي يشعر معه بالمشكلة ويهتم به ويريد مساعدته، ويلاحظ أن التعليقات غير مطلوبة بمناسبة وغير مناسبة، ولكن تكون في حدود معقولة ومتزنة.

تعليقات العميل:

وهناك إلى جانب ما سبق ما يسمى بتعليقات العميل كأن يقصد بها إحداث تأثيرات معينة في نشاط الأخصائي وتفكيره كأن يقول: "ربنا وحده عالم بحالنا" "المنحوس دائماً منحوس" "ولا يصح أن تمر هذه التعليقات دون تأمل، بل لابد من فهم دلالتها ومعرفة معناها ومغزاها.

خامساً: احترام لحظات الصمت:

يتخلل المقابلة لحظات من الصمت لكل من العميل والأخصائي، وعلى الأخصائي أن يحترم هذه اللحظات ويحاول أن يستثمرها بما يحقق الهدف من المقابلة.

أ- فترات صمت العميل:

- ١- السماح للعميل المرهق أو المتعب من الطريق بالنقاط أنفاسه والشعور بالراحة استعداداً للدخول في نشاط المقابلة.
- ٢- منح العميل الفرصة لتنظيم أفكاره وصياغتها بالأسلوب الذي يريد ترتيب طريقة عرضها أثناء الحديث، واختيار الموضوعات التي يتحدث عنها.
- ٣- قد يلزم العميل الصمت عند الانتقال في الحديث من موضوع إلى آخر، وذلك للتخلص من اتجاه معين ف الحديث والتهيؤ العقلي والنفسي للتركيز على موضوع آخر.
- ٤- كثيراً ما يصمت العميل ليقيس مدى قبول الأخصائي لحديثه أو تأثره به أو اقتناعه بمنطقة أو رغبته في سماع المزيد مما يقول.
- ٥- قد يصمت العميل لشعوره أنه قد وضح الموقف للأخصائي بالدرجة الكافية.
- ٦- قد يكون صمت العميل راجعاً لانفعال شديد سيطر عليه، فيستغرق في هذا الانفعال فترة ويعود مرة أخرى لبؤرة الاهتمام في المناقشة.
- ٧- إذا طلب الأخصائي الكشف عن بعض الخبرات الماضية أو القديمة، ففترة الصمت تجعل العميل قادر على تذكر تفاصيل الخبرات الماضية أو الذكريات القديمة.
- ٨- قد يلجأ العميل للصمت بسبب الجهل أو بسبب مشاعر النقص أو القلق أو الخوف أو الخجل من موقف المقابلة، ويحتاج العميل هنا إلى نوع من التشجيع لمواصلة الحديث.

٩- يصمت العميل أحياناً بسبب المقاومة وتهريه من التحدث عن مواطن معينة، ويجب أن يحدد الأخصائي هذه المواطن ليوليها عنايته.

ب- فترات صمت الأخصائي الاجتماعي:

١- التفكير الهادئ فيما يدلي به من بيانات وتعريف العميل بما يحتاج إلى استيفائه أو معرفته من بيانات.

٢- إذا خرج العميل عن موضوع المناقشة وانحرف عن هدفها فيكون الصمت للتفكير في طريقة مناسبة لجذب العميل إلى المناطق الهامة في الحديث.

٣- عندما يسأل العميل أسئلة لم يستعد لها الأخصائي يكون الصمت لاختيار الإجابة المناسبة ليفكر في دوافع أسئلة العميل لتكون الإجابة مرتبطة بالغرض من السؤال.

٤- يضطر الأخصائي للصمت من أن لآخر ليستعرض ما أدلى به العميل من معلومات، وما فات ذكره من حقائق يجب معرفتها، ثم يحاول مراجعة ما فاتة لاستكمال الدراسة.

٥- يستخدم الأخصائي الصمت في الاختيار والاستعداد المناسب لصياغة الأسئلة والتعليقات واختيار ما يحقق الهدف فيها.

٦- الصمت يسمح للأخصائي أن ينقد نفسه في مختلف نواحي نشاطه المهني أثناء المقابلة حتى يتمكن من أداء مسؤولياته بالصورة المهنية السليمة.

سادساً: توجيه المقابلة:

المقابلة في خدمة الفرد هي مقابلة موجهة بقيادة مهنية متزنة لتحقيق هدف المساعدة وترك العميل وإعطاءه الحرية للتعبير عن مشكلته ومشاعره إنما يتم داخل إطار مهني هادف ويحدد الخطوط الرئيسية لهذا الإطار الأخصائي الاجتماعي نفسه.

والأخصائي الاجتماعي يقابل عميله، وفي ذهنه ثلاث حقائق هامة هي:

١- أنه يدرك دوره كمثل للمؤسسة.

٢- أنه يدرك مسؤوليته المهنية نحو العميل الذي ينشد المساعدة.

٣- ما المقابلة إلا وسيلة لتحقيق هذه المساعدة في حدود هذه المؤسسة.

فالأخصائي عليه مسؤولية تحقيق الهدف الأساسي للمقابلة من خلال

إدراكه لهذه الحقائق وتعني ضرورة قيادته للمقابلة وتوجيهها توجيهاً يستهدف

أساساً مساعدة العميل.

وحتى يمكن للأخصائي تحقيق هذا الهدف هناك بعض القواعد التي يمكن أن

يتبعها:

١- البدء من بؤرة اهتمام العميل- وهو أن يناقش مع العميل ما يشغل تفكيره.

أما إذا أثار الأخصائي موضوعات هامة من وجهة نظره فإنه يعرضها على

العميل، ويشعر العميل أنه مسلوب الحرية ويفقد حماسه للاشتراك في

المقابلة بصورة إيجابية وفعالة.

٢- إعطاء العميل الفرصة الكافية للتعبير عن مشكلته، وعلى الأخصائي عدم

مقاطعته إلا إذا خرج عن موضوع المشكلة، فيستطيع الأخصائي من خلال

الأسئلة التحويلية أن يجذبه مرة أخرى للارتباط بالهدف الدراسي دون إحراج.

٣- تقدير مشاعر العميل- وذلك بأن يستجيب لها الأخصائي الاجتماعي

بإعطاء العميل الفرصة للتعبير عن هذه المشاعر، وخاصة السلبية منها

ويشعر العميل بتقديره لهذه المشاعر ويعطيها الوقت الكافي حتى ينخفض

التوتر المصاحب للموقف.

٤- تحطيم أساليب المقاومة والحيل الدفاعية، وذلك في ضوء فهم الأخصائي

للدوافع التي أدت إلى ظهورها ومناقشتها حتى يساعد العميل على التخلص

من آثارها.

- ٥- المرونة بما يناسب الموقف ويناسب كل جديد يطرأ عليه، فالأخصائي عليه أن يستخدم القواعد والأسس العامة، بحيث تناسب فردية ما يواجهه من عملاء ومشكلات ومواقف.
- ٦- مراعاة قدرة العميل على التحرك والسير إلى الخطوات التالية قبل التأكد من قدرته على استيعاب التحرك الجديد.
- ٧- التأني في إصدار الأحكام على العميل، بحيث يحتفظ الأخصائي بالحيطة الكاملة، ولا يسمح لنفسه بإصدار أحكام على أعمال العميل، إلا إذا توفر له من الحقائق والبيانات ما يؤكد هذا الحكم.
- ٨- لا يجب أن يعطى الأخصائي الاجتماعي وعود للعميل ليس متأكدًا من إمكانية الوفاء بها، ولكن عليه أن يطمئن العميل بالإشارة إلى أنه سيبذل كل جهده لمساعدته بعد أن يستكمل دراسة الموقف.
- ٩- مراعاة الالتزام بالمفاهيم المهنية وأيضًا الأسس الفنية المختلفة للمقابلة.
- ١٠- الالتزام دائمًا بهدف المؤسسة ووظيفتها وإمكانياتها.

ب- الزيارة المنزلية:

الزيارة نوع من المقابلات تتم بين الأخصائي والعميل أو أي فرد آخر في مكان إقامة العميل (منزله)، وأنا نفضل مع آخرين إطلاق زيارة البيئة بدلاً من الزيارة المنزلية على أساس أن زيارة البيئة لها احتمالات أكثر نطاقًا من مجرد الزيارة المنزلية فقد تكون زيارة العميل في مقر عمله أو مدرسته أو في أي مكان آخر وفقًا لطبيعة المشكلة.

وهناك وجهات نظر تدور حول موضوع الزيارة وأهمها:

- ١- آراء تؤيدها بلا حدود على أساس أن المشكلة دائمًا تمثل تفاعل بين الفرد والأسرة والبيئة التي تعيش فيها، وقد كان هذا الأسلوب المطبق عند بداية

ظهور طريقة خدمة الفرد؛ لأنها كانت تركز على مساعدة الأسر الفقيرة، وكان الأمر يحتم زيارة هذه الأسر لإثبات الاستحقاق.

٢- آراء تعارضها على أساس أن العميل وحده هو مصدر المعلومات، بالإضافة إلى التكلفة في الوقت والجهد الذي يستغرقه الزيارة الواحدة بجانب العبء النفسي واستقبال الغرباء، خاصة في ممارسة خدمة الفرد في المجتمعات الشرقية ذات العادات والقيم السائدة عبر السنين.

٣- وجهات نظر معتدلة- وهي تتضمن أن زيارة المنزل قد لا تكون ضرورية أو هامة في بعض الحالات، بحيث تكفي المقابلات ف المؤسسة لتغطية المطلوب في الدراسة بينما في حالات أخرى تكون هامة لدرجة أنه يستحيل السير في إجراءات الدراسة أو اتخاذ أية قرارات لصالح العملاء قبل إتمام الزيارة ونحن نؤيد وجهة النظر هذه.

العوامل التي تحدد طبيعة وأهمية الزيارة المنزلية:

هناك مجموعة من العوامل التي تحدد درجة أهمية القيام بالزيارة وهي:

١- **شخصية العميل:** قد يصعب على العميل الانتقال إلى المؤسسة، ومن ثم يذهب الأخصائي لزيارته بالمنزل، كما نلاحظ في حالات الشيوخة- الشلل- ضعاف العقول.... وغيرها.

٢- **طبيعة المشكلة:** قد تفرض طبيعة المشكلة أن يقوم الأخصائي بزيارة منزل العميل مثل المشكلات الاقتصادية لإثبات الأحقية- حالات الأحداث الجانحين والأسر البديلة للتعرف على المناخ الأسري الذي يعيش فيه الابن في الأسرة البديلة.

٣- **ظروف ووظيفة المؤسسة:** قد يكون الأفضل لوظيفة المؤسسة التي تريد أن تقدم خدماتها للعملاء بطريقة أفضل القيام بإجراء الزيارة المنزلية ومن أمثلة تلك المؤسسات (الأسر البديلة- المساعدات المالية- مؤسسات إيداع الأحداث الجانحين- مكاتب التوجيه والاستشارات الأسرية.

أهمية الزيارة المنزلية:

- ١- تعتبر الزيارة المنزلية من الأساليب الهامة في خدمة الفرد للتعرف على بيئة العميل الطبيعية والأسباب الكامنة في هذه البيئة، والتي يكون لها تأثيرًا مباشرًا أو غير مباشر في إحداث المشكلة.
- ٢- تعتبر كخطوة هامة للتأكد من صلاحية الأسرة والبيئة المحيطة لاستقبال العملاء الذين تقرر عودتهم إلى بيئاتهم الطبيعية بعد فترة غياب طويلة عنها، كما يلاحظ ذلك في انتقال المريض العقلي أو الحدث الجانح إلى منزله في حالة الشفاء أو انتهاء مدة الإيداع بالمؤسسة.
- ٣- أن للزيارة أهمية خاصة في حالات الاستحقاق للمساعدات الاقتصادية حتى يتمكن الأخصائي من قياس مستوى المعيشة، وما يعانون من ظروف معيشية في بيئاتهم الطبيعية.
- ٤- تعتبر الزيارة هامة لعقد لقاء أو مقابلة مشتركة بين أفراد الأسرة للتعرف على خطة العلاج كما في بعض المشكلات الأسرية.
- ٥- يمكن عن طريقها الإطلاع على نوع العلاقات داخل الأسرة ونوع معاملة الأبناء، وكذلك الوسط الاجتماعي أي البيئة المحيطة بالأسرة.
- ٦- تعتبر الزيارة ضرورية كما في حالات الشيخوخة والمرض والعجز الجسمي والعقلي وغيرها من الحالات التي تعوق قدرة العميل على التردد على المؤسسة.
- ٧- في حالة رعاية الطفولة، فقد يكون هدف الزيارة الإطلاع على نوع المعاملة التي يلقاها الصغار في بيوت الحضانة.
- ٨- هامة جدًا في قياس مدى صلاحية الأسرة التي تتقدم بطلب لحضانة طفل.

٩- هامة في حالات الأزمات حيث ينتقل الأخصائي إلى مناطق الإيواء العاجلة كما في حالات انهيارات المنازل للتعرف على الظروف الجديدة التي يعيشها العملاء والوقوف على المشكلات التي يتعرضون لها.

سلبيات الزيارة المنزلية:

- ١- الزيارة المنزلية تكلف المؤسسة والأخصائي كثيرًا من الجهد أو الوقت لدرجة أن يوم عمل بأكمله قد يضيع في زيارة منزلية واحدة.
- ٢- باستثناء بعض الحالات فقد يعتبر العميل أن قيام الأخصائي بزيارته بالمنزل هي بمثابة تشكيك لما قد أدلى به من معلومات من قبل، وخاصة في حالات الرعاية البديلة أو المشكلات الاقتصادية.
- ٣- تشكل الزيارة أعباء نفسية على العميل، فهي تهدد لفرديته وحقه في صيانة أسراره.
- ٤- تثير الزيارة بعض المخاوف لدى بعض الأخصائيين، وخاصة حديثي العهد بالعمل المهني، مما يؤثر بالتالي على قيادته السليمة للزيارة. إزاء ما تقدم وبالنظر إلى ظروف مجتمعنا النامي، وما نراه من ضرورة الاقتصاد في نفقات خدمة الفرد وتبسيط عملياتها لا يسعنا إلا أن نقف من الزيارة المنزلية موقف الاعتدال لنقرر أسسها وخصائصها كما يلي:

خصائص وأسس الزيارة المنزلية:

- ١- ليست الزيارة المنزلية ملزمة حتمًا للأخصائي القيام بها بصفة عامة.
- ٢- المقابل المؤسسية يمكن لها في أغلب الأحيان أن تغني عن الزيارة المنزلية إذا ما توافرت الكفاية المهنية للأخصائي بجانب الثقة المتبادلة بينه وبين العملاء عن الإدلاء بحقائق المشكلة.

- ٣- في مثل بعض الحالات التي يتحتم القيام بإجراء زيارة منزلية لها يجب التأكد من أن الزيارة هي الأسلوب الوحيد الذي يحقق أهدافها المرجوة، وأن مساعدة العميل تتوق على القيام بهذه الخطوة المهنية وهي الزيارة المنزلية.
- ٤- الزيارة المنزلية شأنها شأن المقابلة المؤسسية فهي لا تخرج عن كونها مقابلة فردية أو مشتركة تراعي فيها كافة المفاهيم والأسس الخاصة بالمقابلة كما عرضناها.

كيفية الإعداد للزيارة المنزلية:

- ١- أن يقوم الأخصائي قبل قيامه بزيارة العميل بتحديد الأهداف المراد الوصول إلى تحقيقها من خلال تلك الزيارة.
- ٢- أن يكون تحديد هذا الهدف واضحًا ولا لبس فيه وذلك لمواجهة الموقف المحدد الذي يعاني منه العميل.
- ٣- ضرورة اتفاق العميل والأخصائي على موعد ومكان وطريقة الوصول لإجراء الزيارة المنزلية، وحتى يكون العميل مستعدًا لاستقبال الأخصائي في الموعد المحدد.
- ٤- أن يقوم الأخصائي بالزيارة في مرحلة مناسبة من مراحل الدراسة حتى توضح، وتصل إلى أكبر قدر من الحقائق.
- ٥- سؤال العميل قبل توجه الأخصائي لإجراء الزيارة عن وصف دقيقة لكيفية الوصول حتى لا يضطر إلى سؤال الغريب، وفي ذلك مراعاة لمشاعر العميل أو أسرته بنشر حقيقة صلته بالمؤسسة.
- ٦- لمفهوم التقبل أهمية خاصة فيما يتعلق بظروف العميل والحي الذي يعيش فيه، فقد يكون السكن أو الحي المحيط بمنزل العميل غير مرغوب فيه أو رطبًا أو قذرًا، وهنا لا يجب على الأخصائي أن يظهر أو يلمح بشيء يجرح إحساس العميل.

- ٧- يجب ألا يتحدث الأخصائي في موضوع المشكلة، بل عليه أن يختصر الزيارة في حالة وجود بعض الأقارب أو الجيران أو غيرهم وقت الزيارة.
- ٨- أن يحترم الأخصائي تقاليد البيئة، إذ أن بعض الأسر مثلاً لا توافق على مقابلة الأخصائي الرجل لسيدات الأسرة.
- ٩- من الأهمية بمكان أن يكون مظهر الأخصائي مناسباً للمكان الذي يزوره، فلا يفرط في التأنق لأسر ذات مستوى اقتصادي منخفض مثلاً.
- ١٠- مراعاة آداب الضيافة، فالبيئة العربية مشهورة بالكرم، وتعتبر عدم تناول التحية إهانة من جانب الضيف، فالأفضل أن يحاول الاعتذار بلباقة وأدب، أو أن يقبل في حالة الإلحاح إذا كانت تحية لا تخرج عن تقديم مشروب مثلاً.
- ١١- يجب ألا يطول وقت الزيارة حتى لا يسبب إرهاقاً للعملاء، فلا يجب أن تزيد الزيارة عن ساعة في الأحوال العادية.

الزيارة المنزلية المفاجئة (الطارئة):

- تضطر بعض ظروف المؤسسات الاجتماعية إلى أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بزيارة منزل العميل دون اتفاق سابق في الحالات التالية:
- ١- عند عدم إمكان التعرف على مقر العميل، إما تضليلاً متعمداً من العميل كحالات الأحداث الجانحين أو جهلاً بها كحالات ضعاف العقول.
- ٢- في الحالات التي يتحایل فيها العملاء للحصول على المساعدات، برغم عدم أحقيتهم لها، وذلك بإعطاء بيانات مشكوك في صحتها عندما يدعى البعض الفقير أو سوء حال المسكن. الخ.
- ٣- في الظروف الطارئة التي تتطلب اتصالاً عاجلاً بالمنزل، كما في حالة الأزمات الخاصة بحوادث حريق المنازل وانهياراتها، أو كما في حالة الأحداث الخطرين أو عند إجراء جراحة طارئة أو لاستيفاء بيانات عاجلة من الحدث لتقديمه إلى المحاكمة.

أسلوب الأخصائي في معاملة مقاومة الزيارة:

- ١- شرح الهدف من الزيارة المنزلية للعميل على أنها ضمن خطوات- الدراسة والتعرف على بعض الظروف المتصلة بعملية المساعدة.
 - ٢- أن يطمئن الأخصائي العميل الذي ينتابه الخوف من افتضاح أمره بين الناس بأن الزيارة ستكون سرية.
 - ٣- هناك بعض العملاء ممن يعانون من الدونية وارتباطها بالعار من طلب الخدمة، ويأتي دور الأخصائي هنا ليشرح لهم أن حصوله على الخدمة هو حق لهم قبل المجتمع.
 - ٤- أما إذا كانت المقاومة لحقارة المنزل أو المستوى المتواضع يوضح الأخصائي للعميل؛ لأنه ليس للأخير ذنب في ذلك مما يشعره بالارتياح والاطمئنان.
 - ٥- قد يطمئن العميل أن زيارة الأخصائي له سوف تكلف الأخصائي مشقة الوصول، وهنا يشرح الأخصائي للعميل أن ذلك واجبه وعمله.
- ج- المكاتبات (المراسلات):

تستخدم هذه الوسيلة في الحالات التي يكون فيها العميل أو الجهة المطلوب بيانات منها بعيدة عن المؤسسة، أو يكون هناك صعوبة في اتصال العميل بالمؤسسة، ويجب أن يراعى في هذه المكاتبات أن تتسم بالسرية الواجبة لضمان عدم إفشاء الأسرار الخاصة بالعملاء والمكاتبات لها صورتين:

- ١- مكاتبات إدارية: وقد توجه لى مؤسسات أخرى أو للعميل نفسه إلا أنه يغلب عليها الطابع الروتيني مثل إرسال خطاب استدعاء للعميل، وذلك للحضور أو إرسال حوالة بريدية له.... الخ.
- ٢- مكاتبات فنية: وهي المكاتبات التي تدور ول مشكلة العميل، كأن يرسل العميل خطاب للأخصائي يوضح له فيه الجهود التي قام بها من أجل إجراء

الصلح مع زوجته أو كأن يرسل الأخصائي للزوجة ملخص لوجهة نظر الزوج بعد المقابلة التي أجراها معه مع افتراض أنها تقيم في بلد آخر. ويلاحظ أن مؤسساتنا يقتصر استخدامها على المكاتبات الإدارية ويندر استخدام أسلوب المكاتبات الفنية لصعوبة تطبيقه في مجتمعنا.

د- المحادثات التليفونية:

يستخدم التليفون في الحالات التالية:

- ١- عند الرغبة في الحصول على بيانات عاجلة وسريعة.
- ٢- تعذر نزول الأخصائي لزيارة البيئية، بسبب ضغط العمل عليه.
- ٣- صعوبة انتقال العميل للمؤسسة، وذلك لسبب أو آخر.

مناطق الدراسة:

من المعروف أن صور حياة الإنسان الحاضرة منها، والماضية متعددة لا حصر لها كما وأن ظروفه المحيطة بدورها وحدات متنوعة لا نهاية لها. ولا يمكن تصور إمكان دراسة كافة سمات العميل الشخصية وخبراتها الماضية وكافة الظروف المحيطة بها، ولكن لحسن الحظ أن الدراسة في خدمة الفرد ليست دراسة لكافة هذه الجوانب برمتها، ولكنها تقتصر على مناطق محدودة مرتبطة بطبيعة المشكلة ووظيفة المؤسسة.

وهنا تظهر دقة ومهارة الأخصائي في اختيار المناطق الدراسية التي تتناسب مع مشكلة العميل.

المقصود بمناطق الدراسة:

هي البيانات النوعية الانتقائية التي تحددها طبيعة المشكلة ووظيفة المؤسسة:

دور طبيعة المشكلة:

تعتبر المشكلة من أهم المحكات التي على أساسها تحدد مناطق الدراسة وإليك بعض الأسئلة ومنها:

فمثلاً في المشكلة الاقتصادية: قد يركز الأخصائي على بعض المعلومات ومنها- البيانات الأولية وتكوين الأسرة- معلومات متعلقة بالبيئة كالحى والسكن وعدد الحجرات وأثاث المنزل- الإمكانيات المادية والبشرية داخل الأسرة- الدخل- أوجه الصرف في ميزانية الأسرة- الجهود السابقة التي بذلتها الأسرة في التغلب على المشكلة- الأقارب الملزمون بالنفقة شرعاً .

أما في المشكلات الأسرية: قد يركز الأخصائي على شخصية كل من الزوجين- طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة وكيفية الزواج- نشأة المشكلة وتطورها- الدخل- مدى تدخل الأهل أو الأقارب أو الجيران في الحياة الأسرية- التوافق الجنسي.

أما في مشكلة تبول لا إرادي: قد نهتم بدراسة شخصية الطفل من الناحية الجسمية والصحية، وخاصة الجهاز البولي- ومدى اضطرابه النفسي والسلوكي والسمات التي تميزه من عناد وغيره وشعور بالنقص- أسلوب معاملة الوالدين- مواقف الإحباط التي تعرض لها- التاريخ التطوري- التكوين الأسري- العلاقات بينه وبين المدرسين وبقية الأطفال داخل المدرسة.

ومن ثم فإن أحد محكات اختيار مناطق الدراسة هو طبيعة المشكلة.

ب- دور وظيفة المؤسسة:

إن الحقائق التي يركز عليها الأخصائي تختلف من مؤسسة إلى أخرى، فنجد مثلاً أن الحقائق التي يركز عليها مكتب الخدمة الاجتماعية للأحداث قد تختلف نسبياً عن الحقائق الواجب التعرف عليها في مؤسسة الإيداع، حيث إن هدف الأولى هو التعرف على العوامل التي أدت إلى انحراف الحدث حتى يمكن وضع تقرير أمام القاضي يستطيع أن يسترشد به عند إصدار الحكم، بينما تركز الأخرى على الحقائق الخاصة بقدرات الحدث ومستواه التعليمي والمهني والعقلي، حيث تضعه في أفضل قسم مناسب من أقسامها.

ويطلق البعض على مناطق الدراسة اصطلاح التاريخ الاجتماعي فهو نتيجة أو محصلة عملية الدراسة مرتبة ترتيباً يحكمه التفكير العلمي السليم وتتبع المؤسسة الاجتماعية- أسلوب وضع دليل عن هذا التاريخ على ضوء الخبرة العملية حتى يساعدها على سرعة التطرق الهامة في عملية الدراسة.

النقاط المشتركة في التاريخ الاجتماعي:

هناك مجموعة مشتركة من البيانات بين جميع الحالات بغض النظر عن طبيعة المشكلة أو وظيفة المؤسسة التي تنتمي إليها الحالة، مع الأخذ في الاعتبار أنه قد تضاف مناطق أخرى حسب نوعية الحالة نفسها، ولكن النقاط المشتركة تمثل الحد الأدنى من الحقائق الدراسية بصفة عامة وهي:

أولاً: البيانات الأولية (المعرفة):

وهي عبارة عن البيانات التي تستهدف التعريف بالعميل وتميزه عن غيره من العملاء وأهم هذه البيانات: الاسم - السن - الجنس - الجنسية - العمل - عنوان المسكن - مصدر التحويل - تاريخ تقديم الطلب - تاريخ البحث.

ويختلف مضمون هذه البيانات الأولية من حالة إلى أخرى، فمثلاً في حالة الحدث قد تكون اسم الحدث - الجنسية - الجنس - الديانة - السن - تاريخ القبض - التهمة - تاريخ صدور الحكم - اسم ولي الأمر - العنوان ... الخ، أما في حالة الطالب فقد تكون - الاسم - السن - الجنسية - الفصل الدراسي - حالة القيد - منقول باق - معاد قيده) اسم ولي الأمر وصناعته - عنوان المنزل.

ثانياً - طبيعة المشكلة الحالية:

ويقصد بها توصيف لخصائص المشكلة في الوقت الحاضر - وغالباً ما تكون هذه المشكلة هي السبب المباشر الذي دفع العميل إلى الالتجاء إلى المؤسسة وتساعد على تفهم الموقف الحاضر الذي يحتمل بؤرة اهتمام العميل، فالأخصائي قبل تحديد طبيعة المشكلة عليه أن يتفهم وجهة نظر العميل منها، وطبيعة المشكلة في إحدى حالات التأهيل قد تتمثل مع أفراد الأسرة ومقاومة

قبول أي عمل آخر يسند إليه بعد حدوث العاهة، وقد تكون في مشكلة حدث مارق عن سلطة الوالدين أو الاشتغال بجمع أعقاب السجاير والمبيت في الطرقات.

ثالثاً: شخصية العميل:

ويقصد بها دراسة لشخصية العميل من مختلف الجوانب الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، كما تختلف درجة التعمق في شخصية العميل وفقاً لطبيعة المشكلة ووظيفة المؤسسة.

ففي الحالات الاقتصادية البسيطة قد لا تحتاج إلى التعمق كثيراً في دراسة شخصية العميل بينما في حالات الاضطراب العقلي أو التبول اللاإرادي قد تحتاج إلى التعرف على العديد من المناطق، (الجوانب) المرتبطة بشخصية العميل لما لها من أثر كبي في إحداث المشكلة الحالية...

وجدير بالذكر، فإننا قد نحتاج إلى التركيز على أحد أبعاد الشخصية بدرجة أكبر من الأبعاد المكملة الأخرى، فمثلاً في حالات التخلف الدراسي قد يكون الاهتمام مرتبط بالناحية العقلية، أما في حالات المرض العقلي أو النفسي قد نعطي الاهتمام للجانب النفسي، بينما في حالات الانحراف الخلق مثل الدعارة أو جناح الأحداث قد تهتم بإكساب العميل القيم الاجتماعية المرغوبة، أي نهتم بالبعد الاجتماعي، وأخيراً قد نهتم بالبعد الجسمي، كما هو الحال في حالات التأهيل لمبتوري الأطراف... وهكذا، إلا أننا نؤكد مرة أخرى أن الشخصية وحدة ديناميكية وهي متكاملة لا نستطيع أن نؤثر في جانب منها دون أن نهتم بالأبعاد الأخرى.

رابعًا: التكوين الأسري:

ويقصد به مجموعة الأفراد الذين يتضمنهم هذا التكوين في معيشة مشتركة بغض النظر عن درجة القرابة بين هؤلاء الأفراد، ويعبر الجدول التالي عن مناطق الدراسة طبقًا لجدول التكوين الأسري التالي:

م	الاسم	الجنس	السن	الصلة بالعميل	الحالة الاجتماعية	المهنة	الدخل	الحالة الصحية	ملاحظات

وهذا الجدول يشير إلى التكوين الأسري بنائياً ووظيفياً ويمكن توضيح

ذلك فيما يلي:

أ- **بناء الأسرة:** نحن في خدمة الفرد نهتم ونركز على مجموعة الأفراد الذين يشكلون التكوين الأسري وقت حدوث المشكلة وتعمل على توصيف خصائصهم من خلال النواحي الاجتماعية والصحية والتعليمية، وما شابه ذلك.

ب- **الوظيفة:** ويقصد بها مجموعة التفاعلات التي تحدث بين الأفراد الذين يشغلون بناء الأسرة أو بينهم وبين من يحيطون بهم خارج نطاق الأسرة مثل العلاقة بين الوالدين - العلاقة بين الأبناء - العلاقة بين الوالدين والأبناء - أسلوب القيادة داخل الأسرة - درجة التعاون بين الأفراد - أسلوب الأسرة في مواجهة الأزمات - القيم التي تدين بها الأسرة - أسلوب التنشئة الاجتماعية - مستوى الطموح الخاص بالأسرة.

خامسًا: الدخل:

على الرغم من أننا قد نحصل على انطباعه عامة من متوسط الدخل من خلال جدول التكوين الأسري، إلا أننا نعني هنا الحصول على بعض النقاط المتعلقة بتحليل المستوى الاقتصادي مثل مصادر الدخل ونواحي الإنفاق

والإمكانات المادية والبشرية داخل الأسرة والأقارب والملزومون بالنفقة وأثر الناحية الاقتصادية على المشكلات الأخرى.

سادساً: الظروف البيئية المحيطة بالعميل:

أ- الحي الذي يقطن به العميل:

ونعني بذلك القسيم الأخلاقية والعادات السائدة فيه- التسهيلات والخدمات المتوفرة في البيئة- وسائل الإعلام- العلاقات بين العميل والجيران- مستوى النظافة والإسكان في هذا الحي.

ب- المؤسسة التي ينتمي إليها العميل وقت دراسة الحالة:

في حالة الطالب نهتم بدراسة العلاقة بين الطالب والمدرسة، كالعلاقة بينه وبين المدرسين- مستواه التحصيلي بصفة عامة، أما في حالة العامل فنهتم بدراسة العلاقة بينه وبين باقي العمال، ثم بينه وبين الرؤساء ومدى تقبله للعمل- قدرته على الإنتاج- مواظبته في الحضور للعمل.

سابعاً: تطور المشكلة:

يقصد بتطور المشكلة مجموعة الخطوات المتتالية المترابطة المتفاعلة التي مرت بها المشكلة حتى وصلت إلى شكلها الحالي- وهي تختلف عن طبيعة المشكلة الحالية التي تمثل وصفاً للمشكلة في الوقت الحاضر- فمثلاً طبيعة المشكلة الحالية هي ضبط الفتاة الداعرة في أحد المنازل السرية وتحريضها للأخريات على القيام بذلك رغم القبض عليها من قبل بنفس التهمة، أما تطور المشكلة فيكون أنها كانت تقطن بمدينة القاهرة وتقيم بقلعة الكيش بالسيدة زينب في كنف رعاية جدتها المسنة التي لم تستطيع أن تملئ عليها السلطة الضابطة فكانت تهرب من المدرسة وتصادق الشباب للحصول على المال الذي يشبع احتياجاتها التي حرمت منها بسبب انخفاض الدخل إلى أن غرر بها أحد الشبان

بعد أن وعدها بالزواج، ثم تخلى عنها، مما جعلها تضرر الحقد تجاه الآخرين، وتحاول الإيقاع بغيرها من الفتيات، فاحترفت الدعارة وشجعت الآخرين عليها. وتظهر مهارة الأخصائي في أنه يحاول أن يركز في البداية على المشكلة الحاضرة التي تشغل اهتمام العميل تطبيقاً لمفهوم البدء مع العميل من حيث هو ثم يندرج بعد ذلك في التعرف على تطور المشكلة.

التاريخ التطوري:

يستوجب العمل المهني أحياناً أن يرجع الأخصائي الاجتماعي إلى فترات ماضية من تاريخ العميل، وغالباً ما تكون هذه الحالات في المجالات التي تعمل مع عملاء مضطربي الشخصية مثل التبول اللاإرادي- المرض العقلي- الضعف العقلي- المرض النفسي- الدعارة- الإدمان- الشذوذ الجنسي..... الخ. إن التاريخ التطوري يعتبر جزء من التاريخ الاجتماعي، وهو الذي يهتم بدراسة شخصية العميل وتطورها خاصة في الخمس سنوات الأولى من حياته. ويستمد التاريخ التطوري أهميته، مما أكدته نظريات علم النفس عن حقيقة السلوك الإنساني وخاصة السنوات الخمسة الأولى، وأن أساس الشخصية يشكل في هذه الفترة، وأنه إذا أردنا الوصول إلى أسباب المشكلة، فعلياً بالرجوع إلى دراسة الظروف التي أحاطت بتكوين ونمو الشخصية في السنوات الأولى من عمر الإنسان.

وهناك بعض النقاط المشتركة في التاريخ التطوري، والتي يمكن أن نستخلص منها مناطق للدراسة وأهمها الظروف التي أحاطت بحمل الطفل- نوع الولادة وأثره- الجو العاطفي لاستقبال الوليد- نمو شخصية العميل والأخيرة تهتم بمناطق النمو الجسمي والحركي- النمو العقلي- النمو النفسي- النمو الاجتماعي.

وجدير بالذكر أن التركيز على جانب معين أكثر من الجوانب الأخرى يكون فوقاً لما تمليه طبيعة المشكلة، فمثلاً في حالات التأخر الدراسي قد يكون التركيز على الناحية العقلية، وفي حالات الانحرافات السلوكية يكون التركيز على النمو النفسي والعقلي، وفي حالات الضعف العقلي قد تلقي جميع الأبعاد نفس الاهتمام.

التاريخ النوعي للحالات:

قد تحتاج بعض الحالات إلى الحصول على ما يعرف بالتاريخ النوعي مثل التاريخ الدراسي - التاريخ المرضي - التاريخ العملي - تاريخ العاهة، ونظراً لأن البعض يدمج التاريخ النوعي ضمن بنود التاريخ الاجتماعي، فإننا نرى وضع تاريخ منفصل له نظراً لأننا قد نتعمق في دراسة أحداثه.

وسنحاول في إيجاز أن نعرض لبعض صور التواريخ النوعية الشائعة الاستخدام والتطبيق مع مراعاة المرونة في تطبيقها.

التاريخ الدراسي:

وأهم مناطقه النوعية الرئيسية هي نوع التأخر - التاريخ الدراسي - العلاقة بين الطالب وبقية الطلاب والمدرسون - أسلوب الاستذكار عند الطلاب - اهتمام الأسرة بالتعليم - مستوى طموح الطالب وغيرها.

التاريخ المرضي:

وأهم مناطقه المشتركة هي بداية المرض ونشأته وتطوره والعوامل التي ساعدت على ظهوره - فكرة العميل وأسرته عن المرض - أنواع الأمراض - الأخرى التي أصيب بها العميل - الجهود العلاجية السابقة في التغلب على المرض - المشكلات المترتبة على المرض - المؤسسات الأخرى التي سبق للمريض التعامل معها - فكرة الطبيب عن المرض الحالي.

تاريخ العمل:

يتضمن التاريخ الخاص بالعمل بصفة عامة بعض الجوانب مثل العلاقة بين العامل وبقية العمال- العلاقة بين العامل والرؤساء- مدى تقبل العامل لطبيعة العمل- مدى استقرار العامل في العمل- المشكلات المترتبة على العمل. خلاصة القول أن مناطق الدراسة هي بيانات نوعية انتقائية تحدد طبيعة المشكلة ووظيفة المؤسسة، وتتضمن العديد من أشكال التاريخ الاجتماعي التي قد تتضمن التاريخ الاجتماعي فقط أو الاجتماعي والتطوري أو الاجتماعي التطوري والنوعي أو الاجتماعي والنوعي.

واليك الشكل التالي الذي يوضح الاحتمالات المختلفة لمناطق الدراسة

الاجتماعي	الاجتماعي	الاجتماعي	الاجتماعي
	التطوري	التطوري	
النوعي	النوعي		

الفصل السابع

التشخيص الاجتماعي النفسي

- ❖ مقدمة.
- ❖ تعريف التشخيص.
- ❖ الركائز العلمية المعاصرة للتشخيص.
- ❖ مستويات التشخيص.
- ❖ أشكال التشخيص.
- ❖ خطوات التشخيص.
- ❖ خصائص وشروط التشخيص الجيد.
- ❖ معوقات التشخيص

التشخيص في خدمة الفرد:

يعتبر التشخيص من أكبر الموضوعات التي ثار من حولها الجدل والنقاش في خدمة الفرد إذ توجد وجهات نظر متعددة ليس فقط في صياغاته ومقوماته وخطواته بل حول أهميته ومدى جدواه في العمل مع الحالات، هذا بالإضافة إلى أن أسلوب ممارسته في المؤسسات لا تتفق مع الخطوات التي يجب إتباعها عند استخدامه.

ويمثل التشخيص خطوة تتوسط عمليتي الدراسة والعلاج وهو في أبسط صورة عملية عقلية تستهدف تفسير المشكلة والأسباب والدوافع التي أدت إليها، وبمعنى آخر فإن التشخيص يمثل المحصلة التي توصل إليها الأخصائي عن طبيعة العميل والمشكلة التي يعانيها من خلال عملية الدراسة بكل جوانبها الذاتية والموضوعية، وبالتالي فإن التشخيص ليس تلخيصًا للمعلومات - وهي الصورة التي تضعها المؤسسات التي تستخدم التشخيص - وإنما هو في حقيقة الأمر يمثل محاولة عملية للربط بين هذه المعلومات والحقائق المتناثرة بطريقة تفسر كيفية حدوث المشكلة.

تعريف التشخيص:

لقد تعدد الصياغات لمعنى التشخيص في خدمة الفرد والتي نستعرضها على النحو التالي:

تعريف ماري ريتشموند:

التشخيص الاجتماعي هو محاولة الوصول إلى التحديد الدقيق بقدر الإمكان للموقف الاجتماعي وشخصية العميل.

بالنظر لهذا التعريف نلاحظ ما يلي:

- ١- نظرًا لأن خدمة الفرد كانت تركز خلال هذه الفترة على المدخل الاجتماعي في النظر إلى المشكلة فإن التعريف اهتم بالناحية البيئية وعلى ذلك فإن التشخيص في الوقت الحاضر هو تشخيص اجتماعي نفسي معًا.
- ٢- عند يشير التعريف إلى التحديد الدقيق بقدر الإمكان فإن ذلك يتسم بالواقعية حيث أنه من المعلوم أن التشخيص في خدمة الفرد احتمالي يحاول الوصول إلى أكثر الأسباب ارتباطًا بالمشكلة وليس كلها.
- ٣- اهتم التعريف بالنظر إلى التشخيص من فكرة "عميل في موقف" بمعنى أن التشخيص لا يمكن أن يوضع إلا من خلال التفاعل القائم بين شخصية العميل والموقف الذي يحيط به.

تعريف بيرلمان:

التشخيص هو تحديد طبيعة مشكلة الفرد وتقديرها من خلال إطار من الأهداف والغايات المحددة واستخدام هذا التقدير كدليل للعمل.
بالنظر إلى هذا التعريف نلاحظ ما يلي:

الأهداف التي يصل إليها التشخيص ليس غاية في حد ذاتها ولكنها وسيلة لوضع خطة عمل من أجل أن يصل العميل إلى قدر من التعاون والإيجابية.

تعريف أحمد السنهوري:

التشخيص هو الرأي للأخصائي عن تفاعل العميل مع المشكلة التي يعاني منها أو بمعنى آخر هو عملية تفسيرية توضح تفاعل العوامل التي تداخلت في الموقف وتفاعلت مع شخصية العميل حتى وصل الأمر إلى الموقف الحالي.

وضح هذا التعريف ما يلي:

- ١- اهتم هذا التعريف بالنواحي الذاتية والبيئية معاً وهو ما يعرف بالتشخيص الاجتماعي (البيئي) والنفسي (الذاتي للعميل أو العملاء في الحالة الواحدة). فهو يؤكد هنا على أهمية المدخل التكاملي لعملية التشخيص.
- ٢- فرق التعريف عمليتي الدراسة التي تهتم بجميع المعلومات والحقائق والبيانات الخاصة بالحالة وبين التشخيص الذي يهتم بتحليل وتفسير مدلول هذه الحقائق.
- ٣- أشار التعريف إلى ارتباط التشخيص بالموقف الحالي لأن التشخيص مرتبط بفترة زمنية محددة تلك التي ظهرت مشكلة العميل فيها وبالتالي فهو من الممكن أن يكون قابلاً للتغيير من فترة لأخرى.

تعريف عبد الفتاح عثمان:

- التشخيص هو تحديد لطبيعة المشكلة ونوعيتها الخاصة مع محاولة علمية لتفسير أسبابها بصورة توضح أكثر العوامل طوعية للعلاج.
- يوضح هذا التعريف النقاط التالية:
- ١- أضاف للصياغة التشخيصية ضرورة توضيح النوعية الخاصة للمشكلة، وبمعنى آخر فإن الصياغة لا يجب أن تهتم فقط بتحديد مشكلة العميل بل وضع التصنيفات الخاصة بها.
 - ٢- أشار إلى أن تحديد أهداف التشخيص يعتمد على مجموعة من الأسس العلمية.
 - ٣- اعتمد على حقيقة واقعية عند تعريفه للتشخيص بأنه يحدد أكثر العوامل طوعية وارتباطاً بالعلاج. أي أن العوامل التي يمكن تحديدها يكون لها في المقابل الأسلوب الملائم من العلاج.

ويمكن أن تعرف التشخيص على النحو التالي:

التشخيص هو عملية علمية تمثل مشاركة كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل للوصول إلى تحديد لطبيعة المشكلة والعوامل التي أدت إليها أجل وضع خطة مناسبة وواقعية للعلاج.

وبعد استعراض التعاريف السابقة يمكن أن نحدد:

- التشخيص عملية تعتمد في المقام الأول على الرأي المهني للأخصائي الاجتماعي في تحديد وتفسير أسباب المشكلة.
- أن أغلب التعريفات لم تهمل أهمية مشاركة العميل في تشخيص المشكلة باعتباره متأثرًا بها على الرغم من التركيز على أهمية أن الأخصائي هو الذي يقوم بوضع التشخيص النهائي.
- أن التشخيص يبني ويرتكز على الدراسة ويوصل إلى العلاج.
- التشخيص في خدمة الفرد هو تشخيص يتسم بالواقعة وأن نتصف صياغته بطريقة تمكنه من الوصول إلى العلاج المطلوب.

الركائز العلمية للتشخيص:

ارتبط التشخيص دومًا بما يعرف بالنظرية السببية أو العلاقة بينهما وهو أن لكل ظاهرة مجموعة من العوامل والأسباب التي أدت إليها فإذا ما عرفت هذه الأسباب وأزيلت اختلفت المشكلة أو كان من الممكن التقليل من حدتها. ومعنى هذا أنه ليس للمشكلة عامل أو سبب واحد بعينه بل أنها تتألف أو تتكون بفعل مجموعة من العوامل المختلفة.

وإذا طبقنا ذلك على طريقة خدمة الفرد فإن مشكلة الطلاق كان لابد وأن تكمن ورائها العديد من العوامل وكذلك مشكلة التبول اللاإرادي فإن هناك الأسباب المحدثة لها.

ورغم الأصالة العلمية للعلاقة السببية إلا أنه قد وجهت إليها العديد من الانتقادات عند تطبيقها في العلوم الاجتماعية منها على سبيل المثال وليس الحصر ما يلي:

أ- غموض العلاقة السببية وعدم موضوعيتها.

بمعنى أن العلاقة السببية غامضة وغير محددة بل تخضع للتحيز فنلاحظ مثلاً إذا قام أكثر من أخصائي بوضع تشخيص لنفس الحالة فقد يختلف كل منهم في تحديد العوامل والأسباب التي أدت لحدوث المشكلة.

ب- العلاقة السببية قائمة في الذهن وليست في الواقع:

كان بعض العلماء والفلاسفة ومن أشهرهم "كانت" يتشكك في احتواء العقل على الحقيقة وأن العلاقة السببية مضمون قائم في الذهن وليس في الواقع وأن هناك فارقاً بين الواقع وبين انطباع العقل عن هذا الواقع.

ج- النسبية ألغت السببية:

بمعنى أن العلاقة السببية لا تعني فكرة الضرورة أو الحتمية بل هي أكثر ارتباطاً بالاحتمالية فالأسباب التي يحصل عليها الأخصائي تكون سليمة إلا أننا لا نستطيع أن نثبت أنها هي جميع الأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة فقد تكون هناك أسباب أخرى مجهولة.

الحرية الفردية في التفكير:

يرى هذا النقد أن فكرة السببية تتعارض مع فكرة الحرية التي يتمتع بها الإنسان فكل فرد يمكن أن يضع تشخيص من زاوية تختلف عن الآخر فهو قادر في كل الظروف على حرية الاتجاه يميناً أو يساراً حينما تظهر العلة.

ونستخلص من كل ما تقدم أنه يمكن أن نعتمد في الأساس العلمي للتشخيص على أسس أكثر اعتدالاً من العلاقة السببية بشكلها الحتمي وهي ترتكز على مجموعة من الركائز يمكن أن نجملها فيما يلي:

أولاً: السببية النسبية:

أ- لا يمكن الجزم بأن (أ) + (ب) + (ج) هي علل قاطعة للظاهرة (ن) فمثلاً لا يمكن القول بأن قسوة الأم + إدمان الأب + ضيق السكن + انخفاض الدخل يؤدي حتماً إلى التخلف الدراسي.

ب- لكن يمكن التسليم بأن العوامل (أ) + (ب) + (ج) + عوامل أخرى مجهولة تؤدي إلى (ن).

مما سبق نستطيعه أن نستخلص أن التشخيص بالعوامل الظاهرة الأكثر ارتباطاً بالمشكلة من بين عوامل متعددة.

ثانياً: العلاقة الجبرية:

العلاقة الجبرية قياس علمي يستمد منطقته من المعادلات الجبرية المعروفة فقياساً على أسلوب هذه المعادلة يمكن أن نوضح صدق القضية التالية:

"تلعب العوامل السالبة في الموقف دوراً أكبر من العوامل الموجبة لتعتبر أسباب المشكلة بوصفها بالضرورة موقفاً سلبياً".

فالفرق صفة منحرفة عن مستوى الدخل المناسب، والتفكك الأسري انحراف عن الاستقرار الأسري والاضطراب الانفعالي صفة منحرفة للاستقرار الانفعالي وهكذا فهي صفات تحيد سلباً عن المتوسط العادي لما يجب أن تكون عليها.

فالمشكلة كموقف سلبي لا بد وأن ترتبط بالضرورة بمجموعة العوامل السلبية المرتبطة بالموقف. ونلاحظ أننا عند دراسة أي موقف نجد أنه يتضمن:

(أ) عوامل إيجابية مثل:

- ١- ارتفاع ذكاء الطفل.
- ٢- حب الأم للطفل وتحقيقها للإشباع العاطفي.
- ٣- إتقان العديد من المهارات.

ب) عوامل سلبية مثل:

١- قسوة معاملة الأب.

٢- سوء الحالة الصحية.

٣- سوء التغذية.

٤- انخفاض الدخل.

ففي التشخيص نركز على العوامل السلبية لأنها هي المسببة للمشكلة وفي العلاج نركز على العوامل الإيجابية في التغلب والتخلص بقدر الإمكان من العوامل السالبة.

ثالثاً: المذهب البرجماتي (العملي):

وهو منهج علمي يهمننا فيه أن العمل المهني العلمي هو ما يحقق نفعاً واضحاً فالعلم هو المنفعة وليس النظر أو الفكر المجرد. فالتشخيص ليس بحثاً فلسفياً مجرداً وراء العلل وإنما بحث كيفية علاج المشكلة ومعياري صدقه هو بما يؤديه فعلاً من نفع حقيقي لعلاج المشكلة.

رابعاً: المذهب العقلي:

ويستند هذا المذهب على الاعتقاد المطلق في قوانين العقل بما يملكه من قدره على التفكير، فالعقل البشري يضفي على التشخيص صبغة علمية إذا التزم بالأسلوب السليم في ممارسة عملياته الرئيسية وهي التفكير- التذكر- الترابط- التخيل الحكم.

ويمكن أن نوضح بإيجاز المقصود بالعمليات العقلية فيما يلي:

أ- التفكير: هو العملية التي ينظم بها العقل خبراته السابقة بطريقة جديدة لمواجهة المشكلة.

ب- التذكر: استدعاء الخبرات السابقة دون تحريف.

ج- التخيل: وضع تصورات ذهنية في صورة جديدة.

د- الترابط: هو أرقى عمليات العقل التي بها يستدعى الصور الذهنية صوراً أخرى ارتبطت بها في الماضي لتقييم بينهما علاقة جديدة.
هـ- قدرة العقل على الحكم: أي وضع الخبرات المذكورة بصورة أعم وهي بدورها عملية هامة لتحويل جزئيات الموقف إلى وحدة كلية تيسر طريق العلاج.

ونود أن نشير إلى أن هذه القدرات تختلف من شخص إلى آخر فقد يبرز جانب التذكر عند شخص ما أكثر من النواحي الأخرى بينما قد يكون التفكير هو أفضل ما تميز به شخص آخر. فالفروق الفردية لا مفر منها بين الناس.

خامساً: قوانين الاحتمالات:

يقصد بها تلك القاعدة العلية التي تحتم عنصر الصدفة والخطأ في كل قضية علمية، فإذا كانت الصدفة لها وجود ولو بنسبة ضئيلة في العلوم الطبيعية فإنها يجب أن تتضاعف في الظواهر الإنسانية، ومن ثم فإن التشخيص في خدمة الفرد احتمالي وليس يقيني.

مستويات التشخيص:

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

أولاً: الأفكار التشخيصية (الانطباعات - التشخيص المبدئي):

وهي أفكار مبدئية تتولد في ذهن الأخصائي الاجتماعي قابلة للتعديل والتغير وفقاً لمقتضيات التعمق في دراسة الحالة وأهم ما يميزها:

١- أنها انطباعات غير يقينية وغير مؤكدة وأن ارتكزت على شواهد وقرائن معينة.

٢- تتسم بالكلية والعمومية دون تفصيلات جزئية فهي انطباعات عامة شاملة.

٣- تعتبر وسائلاً للتشخيص النهائي أو فروض يتعين تحقيقها.

٤- من المفيد تسجيل هذه الانطباعات عند كل مقابلة أو خطوة مهنية حتى ترسم الطريق للخطوات التالية.

وقد تكون الأفكار التشخيصية التي يصفها الأخصائي الاجتماعي ذي المهارة العالية- في بداية الحالة- قريبة إلى حد كبير للتشخيص النهائي، بينما الأخصائي قليل الخبرة غالبًا ما يحتاج كثيرًا إلى تعديل أفكاره حتى يصل في نهاية الأمر أو العمل مع الحالة إلى التشخيص النهائي.

ثانيًا: التشخيص الأكلينيكي (التصنيف العام):

وهو تشخيص يعتمد على تصنيف المشكلة دون ذكر للعوامل المسببة لها. فمجرد ذكر هذا التحديد تتضح تلقائيًا اتجاهات العلاج داخل المؤسسة ويمارس هذا النوع عادة في المستشفيات، ومؤسسات المعوقين والعيادات النفسية والسجون حيث يكفي بتحديد طبيعة المرض أو نوع العاهة أو درجة الذكاء.

ولهذا النوع من التشخيص مميزات نجملها فيما يلي:

- ١- توفير الكثير من الوقت والجهد الذي يبذله.
 - ٢- الأخصائي سهولة الصياغة والبساطة والتركيز حيث نجد هنا تجنب الصياغات الوصفية.
 - ٣- يعتبر مصدر هام للبيانات الإحصائية والأبحاث العلمية.
- غير أن له بعض العيوب وهي:
- أنه لا يوضح فردية الحالة أو بمعنى آخر لا يوضح العوامل والأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة.

ثالثًا: التشخيص الطائفي:

يهتم هذا النوع من التشخيص بأنه يضيف على طبيعة المشكلة طائفتها الخاصة أو نوعيتها المميزة عن الطوائف الأخرى الواقعة داخل التصنيف العام. فإذا قلنا أن التصنيف العام هو أسرية فإن التصنيف الطائفي قد يكون فئة

متخصصة داخلها وهي النزاعات الزوجية مثلاً. وإذا قلنا أنها مدرسية تصنيف عام فإن التصنيف الطائفي قد يكون تخلف دراسي أو اقتصادية..... الخ. ولهذا النوع من التشخيص نفس مزايا التشخيص السابق وأن تميز باحتوائه على النوعية الجزئية المتخصصة داخل التصنيف العام إلا أنه لا يوضح فردية الحالة وأسبابها.

رابعاً: التشخيص الديني (الوصفي):

وهو نوع من التشخيص يعتمد على الوصف التفصيلي (السيال) الذي يوضع تفاعل العوامل الذاتية والبيئية والتي أدت إلى الموقف الإشكالي الحالي. وهو نوع يسود كثيراً بين المؤسسات التي تتناول مشكلات الأسرة والانحراف وعدم التكليف المدرس وما إليها. وهو تشخيص ارتبطت به خدمة الفرد منذ نشأتها كأنسب أسلوب التفسير المشكلات الفردية.

ولهذا النوع بعض المزايا حيث يمكن أن يوضح فردية الحالة عن طريق إبراز العوامل والأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة التي تفاعلت بها. ومن عيوبه صعوبة الصياغة، ويحتاج الكثير من الوقت والجهد، لا يوضح تصنيفات المشكلة ويصعب الحصول منه على البيانات السريعة أو استخدامه في البحوث والإحصاءات.

خامساً: التشخيص المتكامل:

وهو تشخيص يجمع بين مزايا الأشكال المختلفة السابقة ويقال ما أمكن من عيوب كل منها ويمكن تعريفه كما يلي:

هو تحديد لطبيعة المشكلة نوعيتها الخاصة مع محاولة علمية لتفسير أسبابها بصورة توضيح أكثر العوامل طواعية للعلاج.

أشكال التشخيص:

توضح نتيجة التشخيص في شكل تقرير مكتوب وتتحدد محتوياته وأسلوب صياغته في ضوء المجال الذي تعمل فيه المؤسسة وطبيعة مشكلة

العميل وظروف عمل الأخصائي ووف نعرض فيما يلي أكثر أشكال التشخيص شيوعاً.

أولاً: العبارة التشخيصية:

ويطلق عليها التشخيص المتكامل أو الصياغة النهائية وهذا النوع يتطلب نوعاً من الأخصائيين ذوي المستوى المهاري العالي والخبرة الميدانية، كما أن العبارة التشخيصية تستغرق وقتاً وجهداً أكثر من غيرها من الصياغات ويكثر استخدامها في حالات جناح الأحداث وفي العيادات النفسية 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 هي:

أ- التصنيف العام:

وهو تحديد المجال العام للمشكلة أسرية- مدرسية- عمالية.... الخ. ويجب أن يوضح في مقدمة العبارة التشخيصية ليحدد منذ الوهلة الأولى طبيعة المشكلة الرئيسية لنتوالى 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 المؤسسات، فمشكلة المريض في المستشفى هي في أساسها صحية ولكنها إذا ارتبطت بانخفاض الدخل فإنها تصبح اقتصادية..... 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 لتوضيح الطائفة المتميزة التي تنتمي إليها المشكلة في مجالها العام. فإذا كان التصنيف العام اقتصادية فإن الطائفي قد يكون أرملة ذات أولاد- أيتام- شيخوخة. وإذا كان التصنيف العام أحداث فإن الطائفي يكون تشرد أو انحراف.... وهكذا، ومن

ثم فهو بمثابة تمييز أكثر دقة يكسب التشخيص موضوعية وتنظيمًا فضلاً عن قيمته الإحصائية والعلمية.

ج- التصنيف النوعي: ويقصد به تحديد العوامل العامة 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 وأن كان ذلك لا يمنع من وجود بعض العوامل البيئية.

٢- عوامل بيئية أكثر منها ذاتية معاً: وذلك عندما يظهر بوضوح أن العوامل البيئية هي التي لها غلبة التأثير معاً وإن كان ذلك لا يمنع من وجود بعض العوامل الذاتية.

٣- عوامل بيئية وذاتية: وذلك عندما يظهر بوضوح توازن أثر العوامل معاً. ونود أن نشير إلى أنه لا توجد حالة تراجع إلى عوامل ذاتية فقط أو عوامل بيئية فقط إلا في الحالات النادرة جداً، وذلك لأن المشكلة عادة ما تتضمن التفاعل بينهما وأن اختلف تأثير كل من العوامل الذاتية والبيئية على إحداث المشكلة.

د) طبيعة المشكلة الحالية: لا بد أن توضح العبارة التشخيصية المشكلة الحالية للعميل، وهنا ينبغي أن نميز بين ثلاثة أشياء وهي:

١- تصنيفات المشكلة: ويقصد بها تقسيمات وتصنيفات في العبارة وسبق أن أوضحناها على أنها التصنيف العام- الطائفي- النوعي.

٢- طبيعة المشكلة الحالية: ويقصد بها وصف للمشكلة في الوقت الحاضر.

٣- تطور المشكلة: ويقصد بها 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 نوعي.

وإذا ذكرنا أن طبيعة المشكلة الحالية تتمثل في الاعتداء المستمر بالضرب من جانب الزوج على زوجته وحرمانها من مصروف المنزل والتفكير في الزواج من أخرى فهذا وصف لطبيعة المشكلة الحالية، وأنه إذا قلنا بأن الزواج تم منذ شهرين 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 الماضي ثم تدخل أخيها الأكبر لحل المشكلة، ولكن زوجها زاد في سوء معاملته لها واعتدى عليها بالضرب..... الخ فهذا عرض لتطور المشكلة.

هـ) صفات العميل الأساسية:

من المعروف أن العبارة التشخيصية توضع أساسًا عن العميل ومشكلته لذا كان من الضروري أن تتضمن وصفًا لملامح شخصية العميل، وهذا لا يعني ألا نتعرض لصفات الأشخاص الآخرين في موقف العميل بل أن ذلك سوف يتضح عبر تحديد أسباب المشكلة والتي كان بعضها راجعًا لصفات هؤلاء الأشخاص.

و) تفاعل العوامل والأسباب:

وهو هذا التفسير السببي الذي يوضح تفاعل العوامل المختلفة التي أدت إلى الموقف الإشكالي ليميز فردية المشكلة وظروفها الخاصة من بين التحديدات العامة التي احتوتها التصنيفات السابقة.

وهو قد يتضمن تفاعلًا أفقيًا بين العوامل والأسباب في المشكلات البسيطة كما هو الحال في المشكلات الاقتصادية أو المشكلات المدرسية أو قد

يتضمن تفاعلاً رأسياً في ربط الحاضر بالماضي في المشكلات المعقدة كما هو الحال في مشكلات الأمراض العقلية والأحداث الجانحين.

ز) تحديد خطوط العلاج:

وتوضح في نهاية العبارة التشخيصية لتبين الاتجاهات العلاجية الرئيسية ويمكن أن تتنبأ 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: وهي الإمكانيات القائمة في الموقف ويمكن استثمارها في العلاج سواء كانت أفراد أو إمكانيات معطلة لم تستثمر بصورة مناسبة.

مثال تطبيقي:

حولت نيابة الأحداث الحدث سيد شاهين ١٥ سنة إلى مكتب الخدمة للأحداث بتهمة شروعه في سرقة لوازم ورشة يعمل بها كصبي سمكري اعترف الحدث بالسرقة ولكنه قرر أن هذه أول حادثة له. وبعد عمليات الدراسة المختلفة اجتمع للأخصائي الاجتماعي الحقائق التالية:

فأسرة الحدث تتكون من الأب ٤٨ سنة وزوجة أب ٣٥ سنة وثلاث أخوة غير أشقاء (١٢ - ٨ - ٣) تعيش الأسرة في مستوى اقتصادي متواضع يدخل الأب الشهري من عمله وهو ٣٨ جنيهاً.

كما أن الحدث سيد يتمتع بذكاء متوسط وصحة جيدة، كما أن ذاته العليا (الضمير) ليست من الضعف بحيث تبرر "السرقة"، تتسم ذاته بالاضطراب فهو قلق - مندفع - قليل الثقة بالغير وخاصة والده وكل من يمثل عليه أي سلطة أو قيادة. ويشكو من قسوة أبيه وإهمال زوجته له. يحس بالندم على فعلته ولكنه يبررها أنها كانت لاستخلاص حقوقه حيث خصم صاحب الورشة من أجره ٣٥ قرشاً بحجة أنه وزملائه أضاعوا "كوريك" لإحدى السيارات.

ويبدو من دراسة حقائق تاريخه التطوري أن ولادته وطفولته عادية ففي الرابعة من عمره توفيت والدته في حادث. عرف "بالشقاوة" و"الجموح" عاش فترة مع "خالته" التي يحبها قبل زواج الأب بزوجه الحالية ولكن عاد للإقامة معه بعد الزواج. كان دائماً يتحين الفرص لزيارتها (الخالة) ولكنها ماتت في العام الماضي. وتكرر هروبه من المدرسة ثم من البيت من عقاب والده. ألحقه والده رغماً عنه بالعمل كصبي سمكري بأجر ثلاث جنيهات أسبوعياً. كان والده يهدده منذ صغره بإيداعه "إصلاحية الأحداث" لأنه في رأيه "فاسد لا يرجى منه خيراً".

وتبدو شخصية الأب في صورة نمط قاس - ذاته العليا متمتمة، أمي ولكنه واع، ذاته متماسكة وأن كان يعوزه إدراك سليم لمعاملة أبنائه. ويؤمن بالشدة كما اعتاد هو نفسه.

ولوحظ أن زوجة الأب نمط انطوائي - ذاتها ضعيفة لعجز واضح في الإدراك - سطحية التفكير - تعاني مشكلات صحية وبها عيب أساسي في النطق - لم ترحب بالزيارة - وتصر على أن الحدث "قليل الأدب" و"ناقص تربيته" كانت تتحاشاه لأنه مرة "شتمها" وقال لابنتها "يا عبيطة يا بنت".

أما صاحب الورشة في الحدث سيد شاهين بأنه متقلب المزاج- ورغم ذكائه فهو أهوج لا يطبق الأوامر أبداً، اضطر لخصم جنيهان من كل عامل لتسببهم في ضياع لوازم الورشة ومنهم الحدث.

العبارة التشخيصية:

أنه في ضوء الحقائق السابقة والتي نذكر الطالب بها وهي "التصنيف العام- التصنيف الطائفي- التصنيف النوعي- طبيعة المشكلة الحالية- صفات العميل الأساسية- تفاعل العوامل والأسباب- تحديد خطوط العلاج" يمكن وضع العبارة التشخيصية في مثالنا السابق على النحو التالي:

سيد حدث جانح (تصنيف عام) اتهم بالسرقة (تصنيف طائفي)، ارتبط سلوكه بعوامل شخصية أكثر منها اجتماعية أو بيئية (تصنيف نوعي)، فالسرقة - كما تبدو- تعبيراً عن سلوك انتقامي عبر به الحدث عن نزعات عدائية لكل من يمثل سلطة أبوية عليه. فقد ارتبطت حياة الحدث بأحداث متتابعة أحس معها الاضطهاد والعداء وفقدان الثقة بالغير (طبيعة المشكلة الحالية).

فقد توفيت أمه وهو في مرحلة حياته الأدبية لتثير في الطفل إحساس عدواني عام كتعبير عن فقدته لأمه وهو في حاجة إليها، ولم يدرك الأب أسلوب معاملته بعد ذلك كان شديداً قاسياً عليه الأمر الذي ألجأه إلى الحياة لدى "خالته" وهي (بديل الأم).

وبزواج الوالد مرة أخرى ثم عودة الحدث لمنزل أبيه كانت هذه بداية أخرى لاضطهاد الوالد مرة أخرى زادت من حدته إنجابه لأطفال ثلاث غير أشقاء احتلوا ما بقي لدى والده من اهتمام به، كما ساعد عليه سطحية زوجة الأب ومشاعرها الفاترة نجوه. وقد عبر الحدث عن هذه الأحاسيس مرة بالهرب

من الأسرة ثم من المدرسة ثم في سب زوجة أبيه ليقابل هذا بقسوة زائدة من الأب ليتركز في ذهن الحدث إحساس بأنه "غير مقبول" وأنه كما يقول أبوه عنه دائماً ولد مفسود مفيش فايدة منه أو أن محله هو "إصلاحية الإحداث" ويموت خالته في العام الماضي تضاعف إحساسه بالاضطهاد حيث مرة أخرى فقد "بديلة أمه" التي كانت تعطف عليه.

وأخيراً يواجه الحدث وهو في سن المراهقة "أب" آخر هو صاحب الورشة ليظلمه مرة أخرى فيخصم من أجره ثمن أشياء فقدت ليس له ذنب فيها. فكانت الاستجابة الانتقامية التي أدت إلى السرقة (صفات العميل الأساسية+ تفاعل العوامل والأسباب).

ورغم ذلك فالحدث ذكي قادر على التعليم، وذاته العليا متماسكة كما أن والده- رغم قسوته- متعاون راغب في رعاية ابنه رغم عجزه عن إدراك حاجاته وتشده في عقابه، كما أن زوجة الأب- رغم ذاتها الضعيفة- فيمكن للحدث معاشتها بأقل قدر من المشاكل إذا استطاع الأب التخفيف من حدة معاملته لابنه، وتنازله عن بعض معتقداته المتزمته ليحس الحدث بمزيد من الثقة والأمن (تحديد خطوط العلاج).

ثانياً: التشخيص العاملي (السببي):

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

تعريفه:

يعرف التشخيص العاملي بأنه التشخيص الذي يحدد العوامل والأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة.

صياغاته:

١- قد تقسم الأسباب إلى عوامل ذاتية وعوامل بيئية ثم نحدد تلتك العوامل التي تدخل في نطاق كل مجموعة.

٢- قد توضح العوامل كلها مسلسلة بغض النظر عن كونها ذاتية أو بيئية.

ويتميز التشخيص العاملي بسهولة الصياغة كما أنه يساعد الأخصائي في سهولة التطرق إلى المناطق العلاجية. ولكن يعتره بعض العيوب التي من أهمها أنه لا يوضح تصنيفات المشكلة (العام- الطائفي- النوعي) كما أنه لا يوضح التفاعل بين كل العوامل والأسباب داخل الحالة وأيضاً لا يحدد خطوط العلاج.

مثال تطبيقي:

ففي الحالة السابقة يمكن صياغة التشخيص كما سلي:

أولاً: العوامل المرتبطة بشخصية الحدث:

١- اضطرابه الانفعالي بمظاهره المتعددة: الشعور بالاضطهاد- الشعور بالنبذ كراهيته للسلطة- الانفعالية الزائدة- عدم الشعور بالأمن.

٢- سلوكه العدوانى ومظاهره: الرغبة في الانتقام- العناد- الرغبة في إغائة الآخرين.

٣- فترة المراهقة التي يجتازها الحدث وما تنثيره من مظاهر التحدي والتمرد على السلطة.

العوامل الماضية التي أدت إلى اضطراب شخصية الحدث:

١- العقاب واتجاهاته نحو السلطة.

٢- وفاة والدته في المرحلة الأوديبية- كحادث هام في مرحلة تكوين عاطفتي الحب والكره وخاصة مشاعر الكره نحو الوالد.

٣- وفاة الخالة التي كانت بديلة لأمه وعاش معها طويلاً في فترة نموه العاطفي ليحس مرة أخرى بالاضطهاد ويواجه فراغاً وجدانياً عميق الأثر.

٤- زواج الأب من زوجته الثانية الذي ثبتت في عقل الطفل مشاعر اضطهاد والده بإحضار أخرى بديلة لأمه وتأخذ اهتمامه بها.

٥- سوء معاملة زوجة الأب للحدث وعدم ترحيبها بإقامته معها وعدم تقبلها لسلوكه واندفاعيته بروح القبول والتسامح.

٦- قسوة الأب في معاقبة الحدث لأقل خطأ يرتكبه واتهامه له دائماً بالفساد وإن ومكانه هو في "إصلاحية الأحداث".

٧- إنجاب والده لطفلين من زوجته الثانية وما قد يحس به الحدث من المعاملة واستحواذهما على عطف الوالدين واهتمامهما.

ثانياً: العوامل البيئية:

وتنحصر فيما يلي:

١- الوضع الأسري القائم كحدث يعيش مع والده وزوجة أبيه- وليست

أمه- ومع طفليهما وأثره على شعور الحدث بأنه غريب في بيته.

- ٢- قسوة الأب الحالية وانقياده لايعاز زوجته ضده.
- ٣- كراهيته لزوجة أبيه وكراهية زوجة الأب له.
- ٤- المشاجرات المستمرة بينهما.
- ٥- تعثر الحدث في دراسته وتركه للمدرسة.
- ٦- ظروف العمل الشاقة التي فرضت عليه في السن المبكرة.
- ٧- الجزاء الذي وقعه صاحب الورشة على الحدث دون ذنب اقترفه.

خطوات التشخيص:

تعريفها:

هي مجموعة الإجراءات المتعاقبة المترابطة التي يقوم بها الأخصائي لوضع التشخيص في صورته النهائية.

وتشمل خطوات التشخيص النواحي التالية:

أولاً: الإدراك المبدئي لحقائق المشكلة (إدراك عام):

أن أولى خطوات التشخيص في النظرة الكلية إلى المشكلة وأبعادها المختلفة دون التعمق في تفاصيلها وجزئياتها. ويتم ذلك من خلال قراءة البيانات التي احتوتها استمارة البحث الاجتماعي أو المقابلات المختلفة ومراجعة التقارير الطبية أو التأهيلية أو النفسية (وذلك حسب ظروف الحالة) أو قد تمتد إلى الإطلاع على الانطباعات التشخيصية المسجلة عند كل مقابلة. وهذه النظرة الكلية تحقق ما يلي:

١. تكوين انطباع كلي عن طبيعة المشكلة بصفة عامة.

٢. يحدد هذا الانطباع مجال التفكير ويركزه في دائرة خاصة مرتبطة بالمشكلة فنجد- مثلاً- الأخصائي في المدرسة يعمل مع أنواع متعددة من المشكلات منها النفسية- الاقتصادية- التسرب المدرسي- التخلف الدراسي- المشكلات الأسرية..... الخ وعندما يقوم بالخطوة السابقة فإن ذلك يؤدي إلى تركيز تفكيره في نوعية محددة من المشكلات وهي تلك التي يعاني منها هذا الطالب كأن يرتبط بمشكلة التخلف الدراسي.
٣. يستدعى تحديد مجال التفكير أفكار مختزنة في الذهن أو نظريات علمية وخبرات سابقة مرتبطة بهذه المشكلة.
- ففي المثال السابق يحاول الأخصائي الاجتماعي الاجتماعي أن يتذكر خبراته في العمل مع الحالات..... الخ.
٤. تمهد هذه الخطوات إلى استشعار الأخصائي لجوانب المشكلة عقلاً وحساً أو ما يسمى تقييص المشكلة.

ثانياً- حصر الحقائق:

يتم في هذه الخطوة تحليل الإدراك العام إلى أدرك خاص في الوحدات الجزئية التي يشتمل عليها الموقف، وتشبه هذه الخطوة ما يحدث عند تحليل المعادلات الكيميائية فمثلاً الماء رزمه الكيميائي يد ٢أ وعند تحليله يكون يد٢، وهذه هو الفارق بين الخطوة الأولى في التشخيص والخطوة الثانية ففي الأولى ننظر إلى المشكلة وأسبابها بصفة عامة، وأما في الثانية فتحلل الأسباب إلى وحدات جزئية.

وحقائق المشكلة ما هي في النهاية إلا سمات شخصية لأفراد (العميل أو الآخرين) وأوضاع بيئية حالية كالظروف الأسرية والاقتصادية..... الخ.

ومن ثم فإنه يجتمع لنا من هذا الحصر وحدتان أساسيتان:

أ- السمات الشخصية للعميل (النواحي الذاتية) وهي ما يتعلق بالأسباب التي أدت لحدوث المشكلة وترجع للعميل،.

ب- الوضع البيئي (النواحي البيئية) وهي كل ما يخرج عن ذات العميل ويحيط به ويؤثر فيه وهي تكون أفراد أو ظروف تحيط به.

ثالثاً: تقسيم الحقائق:

إذا تجمعت لنا هاتان الودتان بكل ما تحويهما من خصائص وأوصاف كانت الخطوة التالية هي تقييم كل منها تقييماً محدداً يقيس مدى انحراف كل سمة عن المتوسط العام العادي لهذه السمة أي قياس ما هو كائن لما يجب أن يكون.

فالفارق بين الخطوة الثانية والثالثة هي أن الثانية تحدد الوحدات الجزئية بوضعها الحالي وكما هي في الموقف أما الثالثة فتقارن بين ما هو قائم وما يجب أن يكون وفقاً للمتعارف عليه.

وهذا التقييم ينصب على:

١- التقييم سمات العميل (النواحي الذاتية).

٢- تقسيم الظروف أو الضغوط البيئية (النواحي البيئية).

١- تقييم سمات العميل:

ويمكن استخدام أسلوبين رئيسيين هما:

أ- قياس الشخصية في جوانبها الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية قياساً تحليلياً لكل جانب على حدة لتقويم مدى كفاية هذه العناصر قوة أو ضعفاً

فمثلاً إذا كان العميل لديه بتر في أحد أطرافه، ففي هذا انحرافاً عندما يتمتع به الشخص العادي من تكامل في الإطراف، وإذا كان نكاه العميل يرتفع عن المتوسط العام استطعنا أن نقوم قدراته بأنها مرتفعة وهكذا.

ب- قياس الشخصية ككل وفقاً لما يصدر عنها من وظائف شخصية خارجية قياساً وظيفياً يوضح تفاعل جوانبها وهذا القياس يعتمد على تقييم مراكز القوى في الشخصية وهي قياس قوة الذات- قياس قوة الذات العليا ومضمونها.

١- قياس قوة الذات:

الذات هي العنصر الهام في قيادة الشخصية التي تعيش الواقع وتوائم بين متطلباته والدوافع الداخلية للإنسان وتقييم الذات ينصب على تقويم وظائفها الأساسية وهي:

الإدراك: ويعتمد على سلامة الحواس (السمع- البصر- الشم-..... الخ) وسلامة الفهم والانتباه كعمليات مرتبطة بدرجة الذكاء أو الإدراك العام.

الإحساس: وهنا يجب قياس ومعرفة الانفعالية العامة (شدتها أو بلادتها أو اعتدالها) كما يشمل العمليات النفسية الخاصة كالإحساس بالذنب والتقصص والقلق واعتبار الذات.

التفكير: ويجب فيه قياس أسلوب التفكير السليم والقدرات العقلية الخاصة كالتهويل والتذكر والترابط والحكم.

الإنجاز: ويعني القدرة المناسبة على اتخاذ القرارات دون اندفاع أو وهن الإرادة بما يعجزها عن اتخاذ القرار.

٢- تقييم الذات العليا (الضمير):

وهذا التقييم ينظر إليه من حيث قوة الذات العليا ومن حيث مضمونها وفي قياس الذات العليا نميز أربعة مستويات:

أ- شدتها وتزامنها الزائد عن الحد.

ب- ضعفها أو تساهلها الشديد.

ج- تأرجحها بين الشدة والضعف.

د- اعتدالها في الحكم على الخطأ والصواب.

أما مضمون الذات العليا فيقصد به ما تحتويه الذات من قيم ومدى مناسبتها للقيم المتعارف عليها للبنية التي يعيش فيها بغض النظر عن قوة الذات أو ضعفها فقد تكون ريفية (مثل الاحترام الزائد للكبار) أو صعيدية (مثل الأخذ بالثأر) أو شعبية (مثل الفتونة).

٣- تقييم الظروف البيئية المحيطة (النواحي البيئية):

ولتقييم هذه الظروف البيئية المحيطة فإنه يمكن تقسيمها إلى:

أ- أفراد محيطين بالعمل:

ولتقييم هؤلاء الأفراد نتبع معهم نفس الأسلوب الذي تم مع العميل.

ب- مواقف وظروف بيئية خاصة:

وهي تقييم حسب المعدلات المتعارف عليها في المجتمع، فالأسرة المفككة أو انعدام الدخل أو قسوة العمل أو ضيق المسكن أو رداءة الحي هي

بالضرورة مظاهر سلبية تحيد عن المتوسط العادي للأسرة أو الدخل أو العمل..... الخ.

وطبيعي أنه يجب مراعاة طبيعة البيئة والقيم الثقافية والمستوى المعيشي العام عند حساب مدى انحراف هذه العوامل عن متوسطها العام.

رابعاً: التفسير الديني السببي:

أنه إذا تجمعت لدى الأخصائي الاجتماعي تلك الحقائق القياسية عن العمل والظروف المحيطة به كانت الخطوة التالية هي البحث عن الكيفية التي تفاعلت بها هذه الحقائق وثمة أسلوبين لتحديد طبيعة هذا التفاعل وهما:

أ- التفاعل الأفقي:

وهو يعبر عن التفاعل الذي يحدث بين العوامل الحاضرة في وضعها الراهن وأدت مباشرة إلى المشكلة دون الحاجة إلى البحث في الماضي عن أسباب نشوء هذه العوامل الحالية نفسها، ويكفي التفاعل الأفقي في كثير من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية خاصة في المؤسسات التي تقدم خدمات محددة تفرضها فلسفتها.

ب- التفاعل الرأسي:

وهو التفاعل الذي يوضح كيفية التفاعل عوامل سابقة في الماضي والتي أدت إلى نشوء العوامل الحالية نفسها أي تعمقه في دراسة الإحداث وماضيها أو تعمقه في دراسة شخصية العميل نفسها وعلى هذا فإن التفاعل الرأسي قد يشتمل على:

١- التاريخ التطوري لشخصية العميل.

٢- التاريخ التطوري للأحداث المختلفة.

لتحديد هذا التفاعل يجب أن يكون لدى الأخصائي المهارة في انتقاء العوامل ثم كيفية وضع التفاعل بينها.

خامساً- تحديد مناطق العلاج واتجاهاته:

بعد صياغة التفاعل بين العوامل والأسباب يقوم الأخصائي بوضع خطوط واتجاهات العلاج ومن المهم أن تظهر هذه الاتجاهات مناطق القوة الواجب استثمارها ومناطق الضعف التي يتعين مواجهتها في حدود إمكانيات المؤسسة، كما يجب أن توضح مدى الخطورة في الموقف والتي تتطلب إجراءً عاجلاً (كإيداع الطفل) أو (صرف مسكن للإيواء العاجل) فضلاً عن الاتجاهات العلاجية بعيدة المدى كتعديل سلوك الطفل أو الأقارب..... الخ.

سادساً- الصياغة النهائية للتشخيص:

وهي المرحلة الأخيرة التي يجب أن يراعي فيها ما يلي:

١. أن تكون الصياغة واضحة المعاني محددة العالم بسيطة الأسلوب.
٢. أن تكون وحدة عقلية مترابطة لتفسير الأسباب وليست سرداً متناثراً أو تكررًا للتاريخ الاجتماعي.
٣. أن تتسم بالعمومية والتجريد ولكنها صياغة تحدد فردية الحالة وظروفها.
٤. يحسن أن يصاغ التفسير الدينامي للمشكلة صياغة احتمالية.

خصائص وشروط التشخيص الجيد:

١. التشخيص يعتمد على تكامل المادة الدراسية وكفايتها.
٢. التشخيص يعتمد على مجموعة من الأسس العلمية.

٣. التشخيص يجب أن يكون عملية مشتركة بين الأخصائي والعميل.
٤. التشخيص احتمالي وليس يقيني.
٥. التشخيص قابل للتعديل والتغيير بظهور حقائق جديدة.
٦. أن تقدم الصياغة التشخيصية صورة واضحة متكاملة عن المشكلة.
٧. التشخيص يرتبط بوظيفة المؤسسة.

ومن الأهمية بمكان فإنه يجب أن نتناول في إيجاز كل عنصر من هذه الخصائص كما يلي:

١- التشخيص يعتمد على تكامل المادة الدراسية وكفايتها:

أن الصياغة التشخيصية لا تعد إلا بعد استكمال عملية الدراسة الاجتماعية النفسية والتي يجب على الأخصائي أثنائها أن يتوصل إلى المناطق المطلوبة وذلك من خلال المصادر المتاحة واستخدام ما يمكنه من أساليب بحيث يقتنع الأخصائي ويتأكد من كفاية الحقائق والمعلومات والبيانات وصحتها حتى لا تكون ناقصة وبالتالي تؤثر على خطة العلاج وتجعل النتائج خاطئة أو محدودة الأثر.

٢- التشخيص يعتمد على مجموعة من الأسس:

سبق لنا أو أوضحنا هذه الأسس بالتفصيل وهي السببية النسبية- العلاقة الجبرية- المذهب البرجماتي (العملي)- المذهب العقلي- قوانين الاحتمالات. (انظر الركائز العلمية للتشخيص).

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

أن الاتجاه المعاصر لخدمة الرد يرى ضرورة اشتراك العميل في جميع عمليات خدمة الفرد (الدراسة- التشخيص- العلاج) وذلك على الرغم من أن

التشخيص النهائي هو مسئولية الأخصائي فإن العملية التشخيصية ذاتها هي عملية مشتركة لا ينفرد بها الأخصائي وحده.

ويتيح اشتراك العميل في عملية التشخيص الفوائد التالية:

أ- يزيد عنصر الثقة بين الأخصائي والعميل حيث يشعر العميل بتقدير الأخصائي لقدراته.

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

ج- تكتسب ذات العميل قدرة أكبر على التفكير السليم وتدريبها على تحمل المسئولية.

د- اشتراك العميل في التشخيص يمكن الأخصائي من مراجعة وتقويم التشخيص الذي قام بوضعه.

هـ- العميل هو أعلم الناس بمشكلته وأكثرهم إحساساً بها وهذا في حد ذاته يضيفي موضوعية على التشخيص.

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

٤ - التشخيص احتمالي وليس يقيني:

يجب النظر إلى التشخيص على أنه فرضاً علمياً يحتمل الصواب أو الخطأ فهو بهذه الصفة احتمالي للدواعي التالية:

أ- العميل كأى إنسان يخضع لعمليتي التذكر والنسيان. فقد ينسى جوانب هامة في الموقف وليست لنا حيلة في هذا.

ب- إغفال العميل متعمداً بعض الأمور الخاصة في حياته والتي تتسم بالحساسية فهو يحرص على كتمانها على الآخرين مهما كانت الظروف ودرجة العلاقة.

ج- اعتماد التشخيص على المدركات العقلية للأخصائي يضيف عليه ذاتية لا يمكن تجنبها، حيث يؤثر في ذلك أحكامه الخاصة النابعة من خبرته، وتكوينه المتميز سيؤثر بالضرورة على موضوعية التشخيص.

٥- التشخيص قابل للتعديل والتغيير بظهور حقائق جديدة:

يعيش العميل العديد من المواقف التي تتميز بالتغيير المستمر من لحظة إلى أخرى، كما أن العميل ذاته كائن متغير شأنه في ذلك شأن من يتعامل معهم من أشخاص آخرين بل أن الظروف المحيطة به متغيرة أيضاً ويترتب على ذلك أن علاقته مع هؤلاء الأشخاص ومع تلك الظروف متغيرة إلا أن هذه التغيير لا يكون محسوساً في الزمن القصير، لذا فإن الصياغة التشخيصية لموقف معين لا تكون صالحة أبداً الدهر ولكنها تظل صالحة لفترة قد تكون أياماً أو أسبوعياً وصلاحيتها خلال هذه الفترة مشروطة بعدم حدوث تطورات مفاجئة تحدث تغييراً أساسياً في الموقف وإلا فإن الأمر يتطلب إعادة تشخيص الموقف من جديد بحيث يستدعى المتغيرات التي حدثت أخيراً.

٦- أن تقدم الصياغة التشخيصية صورة واضحة عن المشكلة:

كما علمنا فإن الصياغة التشخيصية هي محصلة عمليتي الدراسة والتشخيص لذا فإنه يجب أن تعطي صورة عن جوانب المشكلة تكفي لمن يطلع

عليها أن يضع دون عناء الخطة العلاجية المتكاملة للمشكلة بحيث تغني عن الرجوع إلى أي مصدر آخر عن الحالة.

٧- التشخيص يرتبط بوظيفة المؤسسة:

ليس للتشخيص صياغة موحدة ثابتة تعمم في كل المؤسسات وإنما يترك لكل مؤسسة حرية اختيار الصياغة المناسبة لها والأسلوب المناسب وهذا يتضمن ما يلي:

أ- اختلاف من حيث المضمون أو الجوهر:

يضع الأخصائي التشخيص بهدف العلاج من ثم يجب أن يراعي صياغة الأسباب التي يكون من الممكن علاجها عن طريق المؤسسة أي أنه يجب أن يراعي أن يحتوي التشخيص على الجوانب التي تتفق والخدمات العقلية لكل مؤسسة على حدة.

ب- اختلاف من حيث المستوى:

تلعب فلسفة المؤسسة دورًا هامًا في تحديد مستوى التشخيص فقد تأخذ بعض المؤسسات بوضع تصنيف عام أو طائفي للمشكلة ذات الخدمات المحددة، كما قد يكون التشخيص متكاملًا كما هو الحال في مؤسسات الأسرة أو مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية.

معوقات التشخيص:

هناك بعض الحالات التي يصعب بل يتعذر فيها على الأخصائي والعميل معًا أي صلا فيها إلى تشخيص كامل لمشكلة العميل لأسباب خارجة عن إرادتهما ومن أهم هذه الصعوبات (العوائق) ما يلي:

- ١- وجود ألوان من أساليب المقاومة عند العميل في الإدلاء ببعض الأسباب المتعلقة بالمشكلة أو يحاول متعمدًا أو غير ذلك عرض بعض المعلومات ناقصة مما يجعل التشخيص في صورة غير متكاملة.
- ٢- غياب فرد هام من الأسرة لديه معلومات هامة لتشخيص الحالة كموت الأم المصدر الرئيسي للتاريخ التطوري مثلاً.
- ٣- ربما يعجز العميل- كما في حالة الأطفال الصغار- أو من يعانون من أمراضًا خاصة مؤقتة أو دائمة أو حالات الصم والبكم- عن التعبير.
- ٤- غالبًا ما نجد في الدول النامية وجود نقص في أجهزة الكشف والقياس في بعض المؤسسات أو البيئات لعدم وجود من يقيس الذكاء أو من يكشف عن ظاهرة صحية أو نفسية أو مرضية معينة.
- ٥- قد يغفل العميل- بفعل ظاهرة النسيان- بعض النقاط التي لها أهميتها في إحداث المشكلة دون أن يعتمد القيام بذلك فيؤثر هذا على تكامل التشخيص.
- ٦- تعقد المشكلة بدرجة يصعب معها التعرف على العوامل المسببة لها حتى وأن استطاع الأخصائي أن يتوصل إلى بعضها فهي لا تؤكد وضع تشخيص متكامل.
- ٧- نقص الخبرة والكفاية المهنية لدى الأخصائي مما يعجزه عن التعرف على العوامل والأسباب أو صياغتها بطريقة مناسبة.

الفصل الثامن

العلاج الاجتماعي النفسي

- ✓ مقدمة.
- ✓ تعريف العلاج الاجتماعي النفسي.
- ✓ أهداف العلاج.
- ✓ أساليب العلاج الذاتي والبيئي.
- ✓ الشروط الواجب توافرها في العلاج السليم (الخصائص)

مقدمة:

من المعروف أن خدمة الفرد رغم تداخل عملياتها الثلاث إلا أنها تبدأ- عادة- بالدراسة ثم التشخيص وتنتهي إلى العلاج وهو الهدف النهائي لخدمة الفرد، فالعميل يأتي إلى المؤسسة وهو ينشد من وراء ذلك علاجًا لمشكلته التي يعاني هو أو أطراف أخرى منها. ومهما تكن الخدمات المهنية التي تقدمها المؤسسة للعميل أو عن طريق موارد المجتمع المختلفة فأنها تنصب أساسًا على مساعدة العميل في التغلب على العقبات التي تعوق أدائه لوظائف الاجتماعية وذلك لتحقيق نوعًا من الإحساس بالأمن الاجتماعي في الوسط الذي يعيش فيه. والعلاج الاجتماعي النفسي عملية مستمرة متطورة منذ اتصال العميل بالمؤسسة إلى أن تنتهي عملية المساعدة، فليس للعلاج توقيت محدد وإنما يدخل في اتجاه انسيابي يتزايد تدريجيًا حتى تتميز المرحلة الأخيرة من التعامل بين العميل والأخصائي بأنها منطقة علاجية في التعامل، فحرارة العلاقة المهنية تهيئ المناخ لتحرير طاقات العميل وهي عملية علاجية، كما أن إصغاء الأخصائي ومقابلة انفعالات العميل بهدوء واتزان تساعد العميل على تفرغ الشحنات الانفعالية هذه وهي عملية علاجية مقصودة من جانب الأخصائي ويطلق عليها عادة الإفراغ الوجداني.

تعريف العلاج:

لقد تعددت تعريفات العلاج في خدمة الفرد وسوف نحاول فيما يلي التعرض لبعض تعريفات العلاج كما يلي:

تعريف فلورانس هوليس: Florence Hollis:

العلاج هو إحداث تغيير في الأداء الاجتماعي وخاصة في مجال العلاقات الاجتماعية.

وبالنظر إلى التعريف السابق نجد أن العلاج هدفه الأساسي هو تغيير الأداء الاجتماعي للفرد حيث تأثر هذا الأداء بوجود مشكلة يعاني منها. مثال: فؤاد (عامل) تعرض لمشكلة يغلب عليها طابع القلق الزائد (عصاب) وهو ما زال يعيش ويقوم بالأداء الاجتماعي ولكن علاقته مع زملائه ورؤسائه وإنتاجيته غير سليمة كما أصبح متوترًا عصبياً وهنا يكون الهدف هو العمل على تحسين علاقاته بزملائه ومرؤوسيه في عمله.

وتحسين الأداء له احتمالات مختلفة هي:

- أ- تحسين الأداء- ونعني به عنصر الإضافة التي يمكن أن تحدث للعميل مثل زيادة دخل أسرة معدمة أو مساعدة الحدث الجانح على تعديل سلوكه.
- ب- توجيه الأداء- ونعني به مساعدة العميل على اختيار أفضل الطرق للإنجاز والعمل مثل توجيه الزوجة لكيفية تخطيط ميزانية الأسرة بطريقة سليمة أو توجيه الأم لأسلوب معاملة أطفالها بطريقة صحية.
- ج- تدعيم الأداء- ونعني به تشجيع وبث الثقة في العميل للاستمرار في الأداء المرغوب للسلوك.

وهذه الطريقة أو الوسائل السابقة التحسين والتوجيه والتعديل هي عمليات منفصلة فقط من حيث توضيح معنى كل منها ولكنها في حقيقة الأمر عمليات متداخلة متفاعلة يصعب فصلها وعادة ما يكمل بعضها البعض.

تعريف هيلين بيرلمان: HELLEN PERLMAN:

أشارت بيرلمان إلى أن العلاج في خدمة الفرد هو تمكين الفرد من أداء وظيفته الاجتماعية من خلال علاقة مهنية.

وبالنظر إلى هذا التعريف نجد أن تزواج بين علم الاجتماع وخدمة الفرد فالوظيفة الاجتماعية ترتبط بالدور الاجتماعي الفرد مهما كان يشغل مكانة معينة

أو له وضعًا اجتماعيًا فإن له دوره أو مجموعة أدوار تحدد مكانته وما يتوقعه الآخرون منه من وظائف لهذا الدور.

ومن ثم فإن المشكلة التي يواجهها الفرد ما هي في النهاية إلا عجزًا معينًا في أداء الدور، بل إن العلاج هنا ما هو إلا علاج الأدوار ولا نقصد- هنا- جميع الأدوار ولكن يقتصر ذلك فقط على الأدوار التي ترتبط بحدوث المشكلة.

وتتجه فكرة العلاج في ضوء التعريف السابق إلى ما يلي:

- ١- أنه من خلال المقابلات المؤسسية أو البيئية (الزيارة المنزلية) يحدد الأخصائي نواحي القصور في أداء الدور.
- ٢- يكون لدى الأخصائي تصورًا مثاليًا أو على الأقل واقعيًا لمتطلبات الدور أو ما يطلق عليه حقوق وواجبات الدور.
- ٣- من خلال المقارنة بين المتطلبات الواقعية وبين جوانب القصور يعدل في دور العميل بما ينعكس على العلاج المطلوب.

تعريف عبد الفتاح عثمان:

"العلاج هو التأثير الإيجابي في شخصية العميل أو في ظروفه المحيطة لتحقيق أفضل أداء ممكن لوظيفته الاجتماعية أو لتحقيق أفضل استقرار ممكن لأوضاعه الاجتماعية في حدود إمكانيات المؤسسة".

يشير هذا التعريف إلى أهمية كلاً من شخصية العميل والظروف البيئية المحيطة به وباعتبار أن المشكلة عادة ما تنتج بفعل تفاعل هذه العوامل الذاتية والبيئية معاً، كما أشار التعريف إلى درجة من الاقتناع حيث كان يتسم بالواقعية حيث حدد تحقيق العلاج بأفضل درجة ممكنة وربطه بوظيفة المؤسسة.

كما يمكن تعريف العلاج بأنه:

العلاج هو خطة منظمة يشارك فيها العميل والأخصائي الاجتماعي وهي تستهدف التأثير في شخصيته أو في ظروفه البيئية المحيطة به بهدف الوصول إلى أفضل أداء ممكن لأدواره وأدائه الاجتماعي.

ترى في هذا التعريف ما يلي:

- ١- العلاج هو خطة منظمة لها خطوات تحقق أهدافاً معينة.
- ٢- أن تحقيق أهداف العلاج يتم بالتعاون الإيجابي والمشاركة الفعلية بين الأخصائي ممثل المؤسسة والعميل صاحب المشكلة أو الأفراد المشاركين في أحداثها.
- ٣- العلاج يرتبط بكل من النواحي الذاتية والبيئية المحيطة بالعميل.
- ٤- لا يشترط في هذا التعريف الوصول إلى حل كلي شامل لمشكلة العميل أو العملاء في الحالة الواحدة جذرياً بل أنه يرتبط بالواقعية في أن يحقق أفضل درجة ممكنة في ضوء إمكانيات المؤسسة.
- ٥- يركز العلاج على التعاون الإيجابي للعميل في تحقيق الأداء الاجتماعي المناسب الذي يحقق له بالتالي التوافق في البيئة التي يعيش فيها.

أهداف العلاج:

من الأمور المعاصرة في خدمة الفرد أنه كلما زاد التقدم ارتبط ذلك بزيادة التخصص والتحديد، فمثلاً كنا نتحدث عن العلاقة المهنية، ونعني بها درجات العمق التي ترتبط بها العلاقة وبالمثل للتشخيص بعد أن كنا نتناوله بصفة عامة أصبحت هنا مستويات متعددة لعمق التشخيص.

وترتيباً على ما تقدم فإن العلاج كنا نتحدث عنه قديماً بصفة عامة بل أن العلاج كان يعتمد على مصطلحات جوفاء قد يصعب فهمها أو تحقيقها، مثل إحداث التكيف الأمثل- الحل الكلي والجذري للمشكلة- أو التغلب على أبعاد المشكلة. وعلى الرغم من استخدام هذه المصطلحات فإن المشكلة لم تكن قد تم

علاجها جذرياً فأصبح الأمر يتطلب وجود مستويات من العلاج أي درجات من العمق العلاجي كل منها يرتبط بهدف معين.

ويمكن تحديد أهداف العلاج على النحو التالي:

جدير بالذكر أن أهداف العلاج هي ذاتها أهداف خدمة الفرد وعلى هذا فإن الأهداف تتناول ما يلي:

١- تعديل جذري في شخصية العميل والظروف المحيطة به:

وهو المستوى الأمثل الذي قد يصعب تحقيقه في الكثير من الحالات إذ أنه يعني التغلب على جميع العوامل والأسباب الذاتية والبيئية التي أدت لإحداث المشكلة.

٢- تعديل نسبي في شخصية العميل والظروف المحيطة به:

وهو مستوى أكثر واقعية واعتدالاً عن سابقه وكثيراً ما يتحقق في العمل مع الحالات عندما نستطيع التغلب على بعض- وليس كل- العوامل الذاتية والبيئية التي أدت إلى حدوث المشكلة.

ويرى البعض أن عدم القضاء على جميع العوامل قد يؤدي إلى حدوث المشكلة مرة أخرى ونحن لا ننكر ذلك ولكننا نرى أن تخفيف حدة العوامل قد يؤدي نسبياً إلى تخفيف ضغط المشكلة على العميل.

٣- تعديل نسبي أو كلي في النواحي الذاتية:

ونعني به المستوى الذي يعدل العوامل الذاتية التي أدت إلى حدوث المشكلة أو بعض منها.

وهناك احتمالين يطبق فيهما هذا المستوى كما يلي:

أ- أن تكون العوامل التي أحدثت المشكلة هي العوامل الذاتية بدرجة كبيرة وتكون واضحة.

ب- أن يكون من الصعب إحداث تعديل في النواحي البيئية فنلجأ إلى التركيز على إحداث التعديل من خلال التأثير في شخصية العميل.

٤- تعديل نسبي أو كلي في البيئة المحيطة بالعمل:

ويمثل هذا المستوى القضاء على بعض العوامل البيئية أو جميعها وهو عكس المستوى السابق تمامًا ونعتمد عليه في الاحتمالين التاليين:
أ- أن تكون العوامل البيئية هي الواضحة التأثير في إحداث المشكلة (الموقف).
ب- أن يكون من الصعب إحداث تعديل في النواحي الذاتية.

٥- تجميد موقف العميل:

وقد نحتاج في خدمة الفرد ونحن نمارس العلاج تجميد الموقف كما هو دون محاولة إجراء أدنى تعديل في سمات العميل أو في ظروف البيئة بهدف تجنب المزيد من التدهور كحالات المرض العقلي الحاد.
ويعلق البعض على أن هذا المستوى الأخير يتنافى مع أهداف خدمة الفرد التي تعمل على تغيير في شخصية العميل للأفضل سواء أكان هذا التغيير جذرياً أو نسبياً أو كان من خلال التأثير في العوامل الذاتية أو البيئية.
إلا أننا نرى أن المستوى الأخير لا يستمر دوماً مع العميل بل أنه مؤقت لفترة من الوقت تخف فيه حدة الهذيان أو الهوس أو الاكتئاب أو غير ذلك من أعراض الاضطراب ثم يعمل بعد ذلك الأخصائي على اختيار أحد المستويات الأربعة الأخرى وفقاً لظروف الحالة.

أساليب العلاج:

أوضحنا فيما سبق أن هدف الدراسة يكون الوقوف على الحقائق والبيانات والمعلومات النابعة من شخصية العميل والكامنة في بيئته بهدف التوصل إلى التشخيص الذي يمثل عملية عقلية يقوم بها الأخصائي لاستخلاص العوامل والأسباب التي أدت إلى حدوث المشكلة، وقد وجدنا أن هذه العوامل مهما اختلفت من حالة إلى أخرى فإنها لا تخرج عن نطاق كونها عوامل ذاتية وعوامل بيئية، ولما كان هدف العلاج هو القضاء على العوامل والأسباب فأنا

نتوقع منطقيًا أن الأساليب العلاجية (التكنيكات المستخدمة أما أن تكون مرتبطة بالنواحي الذاتية وهي ما تعرف بالعلاج الذاتي أو مرتبطة بالنواحي البيئية وهي ما تعرف بالعلاج البيئي).

وسنحاول فيما يلي أن نتناول أساليب العلاج بنوعية الذاتي والبيئي

على النحو التالي:

أ- أساليب العلاج الذاتي:

يقصد بأساليب العلاج عامة الوسائل التي يستخدمها الأخصائي بغرض التوصل لتحقيق الأهداف العلاجية الخمس المشار إليها سابقًا. أما أساليب العلاج الذاتي فيقصد بها العمليات التأثيرية التي تستهدف إحداث تعديل إيجابي مقصود في شخصية العميل فضلاً عن إزالة التوترات التي يعاني منها.

ونلاحظ أن هناك العديد ومن جهات النظر فيما يتعلق بتحديد أساليب العلاج الذاتي أي أنه من الصعب أن نجد تصنيفًا متفقًا عليه لهذه الأساليب يعمل على سد كل الثغرات أو يجيب على كل التساؤلات.

وسنحاول فيما يلي أن نضع تقسيمًا لأساليب العلاج الذاتي يساير معظم وجهات النظر التي تناولت هذا الموضوع.

أولاً: المعونة النفسية (التعديل الذاتي):

ويقصد بها مجموعة الأساليب التي تستهدف التخفيف من حدة المشاعر والتوترات وهي كلها مشاعر سلبية يعاني منها العميل مثل الخوف- الذنب- الإحساس بالنقص- الإحساس بالدونية- العار- الغضب- العدوانية... وغيرها. فمن المعروف أن أي مشكلة يعاني منها العميل لا بد وأن يصاحبها قدر من التوترات سواء أكانت كثيرة أو قليلة واضحة أو مقنعة حتمًا أن هذه التوترات قد تختلف من مشكلة إلى أخرى إلا أنها توجد في جميع المشكلات تقريبًا.

وترجع أهمية العون النفسي إلى أنها تساعد العميل على الاستقرار والتخلص من الجوانب السلبية التي تعرقل تقبله للتفكير المتزن، فالانفعال دائماً ما يقف حائلاً أمام إمكانية التوصل إلى الحل المناسب للمشكلة.

والمعونة النفسية رغم أهميتها في كل الحالات إلا أن ذلك لا يعني استخدام جميع أساليبها في كل حالة دون تمييز بل أن الأخصائي الماهر هو الذي يستطيع انتقاء ما يناسب الحالة والقاعدة التي عليه أن يتمسك بها أن لا يتطوع لممارسة أسلوب مع العميل ليس في حاجة إليه.

وفيما يلي نعرض لأهم أساليب المعونة النفسية:

١ - العلاقة المهنية: Professional Relationship:

أن العلاقة المهنية هي المعبر الرئيسي الذي تمر من خلاله جميع عمليات خدمة الفرد بل يرى البعض أنها القاسم المشترك والشريان الرئيسي لكافة أساليب العلاج. وقد سبق أن عرفنا أن العلاقة المهنية هي حالة من الارتباط المؤقت تتفاعل فيها مشاعر وأفكار كل من الأخصائي والعميل من أجل تحقيق عملية المساعدة.

وننبه منذ البداية أنه وأن كنا قد وضعنا العلاقة المهنية ضمن أساليب المعونة النفسية فهذا لا يعني بأي حال أنها لا تدخل في نطاق الأساليب العلاجية الأخرى، حيث أن العلاقة المهنية تمثل جانباً هاماً في جميع الأساليب العلاجية، ولكن المهارة تكون في كيفية استخدامها، فعندما نستخدم - مثلاً - العلاقة المهنية في المعونة النفسية فإن تركيزنا - هنا - يكون على المشاعر أكثر من الأفكار، أما العلاقة في المعونة في مصاحبتها للأساليب الأخرى قد ترتبط بالتركيز على استخدام الأفكار أكثر من المشاعر.

مثال: الأم التي ضبط ابنها في حادث سرقة وصدر حكم بإيداعه في مؤسسات إيداع الأحداث الجانحين قد ترتبط مشاعرها بالقلق على مستقبله - الخوف على مصيره - الإحساس بالذنب لاعتقادها أن إهمالها الزائد له هو الذي

تسبب في هذا السلوك الخ من مشاعر مختلفة متباينة تحتاج إلى علاقة من عمق معين تستهدف التخلص من هذه المشاعر، فإذا ما وقفنا عند هذا الحد فإننا نقول قد استخدمنا العلاقة على مستوى إعطاء المعونة النفسية لأن هدف العلاقة كان هو التقليل من حدة مشاعر الألم.

أما إذا انتقلنا بعد ذلك لكي نبصرها ونوضح لها أسباب المشكلة وكيفية علاجها كأن نعرفها أن سوء معاملتها له- إهماله- النبذ- التفرقة بينه وبين أخيه- ضرورة زيارته بالمؤسسة وإعطائه جرعة من الحنان.... فإن العلاقة هنا أصبحت لا تستخدم على مستوى المعونة النفسية بل أنها تضمنت العمل مع الأفكار من أجل التوصل إلى العلاج أو هو ما يعرف بتعديل اتجاهات الأم نحو طفلها وهذا الأمر سوف نناقشه فيما بعد.

٢- التعاطف EMPATHY:

التعاطف هو اتجاه وجداني يمارس بتركيز خاص في مواقف يعاني فيها العميل من حزم أو ألم الذي قد يدعوه إلى البكاء الشديد خاصة عند الأزمات الطارئة فهو بمثابة لمسة حانية من جاني الأخصائي، وعلى الرغم من أنه أسلوب علاجي يتصف بالسلبية إلا أنه قد يساعد على إنجاز الخطوات التالية: فالزوجة التي توفى زوجها بعد حياة طويلة حافلة بالسعادة معه هي في حاجة إلى من يقلل من حزنها والعامل الذي اكتشف إصابته بالسرطان يشعر غالبًا- بالأسى من جراء ذلك.

وهنا يجب أن نفرق بين التعاطف المتزن EMPATHY الذي يقدر موقف العميل دون أن يجعل الأخصائي يتأثر به انفعاليًا وبين التعاطف الوجداني SYMPATHY الذي ينزلق فيه الأخصائي متأثرًا بمشكلة العميل. ويجب هنا على الأخصائي الاجتماعي أن يمارس التعاطف دون مبالغة أو تهويل من الموقف حتى لا يفسر التفسير الخاطئ من جانب العميل خصوصًا إذا كان مضطرب نفسيًا.

٣- التأكيد: REASSURMENT:

التأكيد هو موقف يدعو الأخصائي لأن يقول للعميل "لا تخشى شيئاً فالمشكلة لا تدعو إلى كل هذا القلق".

فقد يواجه البعض صعوبة في التفرقة بين التعاطف والتأكيد نظراً لأن وظيفة كل منها متشابهة وهي محاولة من الأخصائي لإزالة المشاعر السلبية المختلفة التي يعانيتها العميل وإعطاء لمسة تقدير حانية من جانب الأخصائي إلا أننا عندما نتأمل بدقة نجد أن التأكيد يحتاج إلى الاستخدام في حالات أكثر عمقاً تتميز بعنصر المفاجأة- شدة المشكلة- خطورتها- القلق والذنب والخوف المصاحب للمشكلة.

مثال: الأب الذي يعود من عمله فيجد المنزل قد أنهار على بعض أفراد أسرته وتوفيت زوجته، أو الأم التي فوجئت بأن ابنتها مرتبطة بحمل غير شرعي- العامل الذي اكتشف خيانة زوجته له- الزوجة التي تفاجأ بأن زوجها تزوج عليها..... وغيرها.

وبراعى عند تطبيق التأكيد النواحي التالية:

- أ- أن يكون موضوعياً بمعنى أنه بمنح الأمل ولكنه لا ينكر الخطورة.
- ب- أن يمارس في الحالات الحادة من الفزع والانهيال والقلق الشديد لأن تكراره بدون مناسبة قد يؤدي إلى سلبية العميل وعدم اكرثائه بالموقف.
- ج- أن لا يمارس مع عملاء يبالغون في أبداء مشاعر القلق والألم واستدرار العطف، وقد يوجد بعض العملاء الذين يستخدمون المسكنة- البكاء الشديد- التمادي في السلوك التعويضي بغرض اختبار الأخصائي فإذا ما استجاب لهم فإنهم يكرروا نفس الأسلوب.
- د- أن لا يمارس مع الحالات العصابية والذهانية الحادة إذ أن ذلك قد يعوق الشفاء.

٤- المبادرة (التدخل المهني): **intervention**:

هذا الأسلوب يمارس عادة مع العملاء النافرين المتباعدين أو الخائفين من الارتباط بالغير يقوم الأخصائي بجهود خاصة لجذب العميل إلى طلب المساعدة أو الاستمرار في طلبها وعادة ما يمارس هذا الأسلوب مع الأطفال أو الأنماط الخائفة أو العدوانية أو فاقدة الثقة في الآخرين.

والمبادرة قد يكون لها مواقع متعددة:

أ- عند بداية اكتشاف الحالة ويستخدمها الأخصائي في المؤسسات التي يكون العملاء على مقربة منه مثل المؤسسات الإيداعية للأطفال- المدارس- المستشفيات- مؤسسات الأحداث وغيرها.

ب- خلال وأثناء العمل مع الحالة إذ أن العميل قد ينقطع فجأة عن حضور المقابلات مع وجود حاجة ملحة لحل المشكلة. وهنا قد يتحرك إليه الأخصائي في زيارة مفاجئة بالمنزل أو العمل أو أي موقع آخر يقتضيه الموقف.

٥- الإفرغ الوجداني: **VETILATION**:

وهي العملية التي تستهدف مساعدة العميل على التخلص من الشحنات السلبية وذلك بإتاحة الفرصة للتعبير عنها، فهو رغم أنه لا يظهرها إلا أنه يعيش في مجالها النفسي.

فالطالب قد يحتاج إلى أن يعبر عن مشاعره السلبية تجاه زوجة أبيه والحدث قد يحتاج أن يعبر عن مشاعره تجاه والد قاس الطباع. واللقيط قد يتطلب الأمر منحه الفرصة ليعبر عن إحساسه بالألم تجاه مشرف العنبر الذي يعتدي عليه بالضرب.

ونلاحظ أن العميل قد يعبر تلقائياً عن مشاعره دون حاجة من جانب الأخصائي لإظهارها، ويعبر هذا عن تنفيس وجداني هو بمثابة إخراج الشحنات الانفعالية تلقائياً دون حاجة لمساعدة الأخصائي. إلا أنه في الإفرغ الوجداني فإن الأخصائي مضطر لاستثارة العميل بطريقة مقصودة حتى يجعله ينطلق في

التعبير عن مشاعره بل يشجعه على الانطلاق ثم يحاول توظيف هذه المشاعر في النهاية فبدلاً من أن نعتب على الأم كراهيتها للطفل غير الشرعي فقد نجعلها تحول هذه الكراهية نحو الرجل الذي أنجبه ثم أنكر علاقته بها، كما نجعل الطفل يصب كراهيته على الطلاق الذي أدى إلى التفارقة بين والديه بدلاً من أن يتجه بالكره نحو زوجة أبيه.

كما يستخدم الأخصائي الإبدال هنا هو تحويل الطاقة الوجدانية المستدعاة إلى قنوات أخرى تمتصها أو تخفف من حدتها.

ثانياً: أساليب التأثير المباشر: **DIRECT INFLUENCE**:

من المعروف أن أحد المفاهيم الأساسية لخدمة الفرد هو "مفهوم حق تقرير المصير" الذي يعطي العميل الحرية لاتخاذ القرار النابع من إرادته، إلا أننا قد نلاحظ أحياناً أنه قد يستخدم الأخصائي بعض الأساليب التي تحتاج نوعاً من التدخل المباشر مع عميله وتعمل على مستويات متدرجة مختلفة تبدأ بأقلها تدخلاً في شؤون العميل وتنتهي بأكثرها تدخلاً، ولا يعني التدخل - هنا - حرمان العميل من حريته في اتخاذ بعض القرارات التي تحدد مصيره بنفسه، بل هو تدخل الهدف منه تحقيق مصلحة العميل.

وسوف نعرض لبعض الأساليب التي يستخدمها الأخصائي في هذا

الصدق:

أ- التعزيز: **GIVING EMPHASIS**:

هذا الأسلوب يعبر عن تعزيز السلوك المقبول أو الإقبال على عمل جديد فهو - أي التعزيز - يمنح العميل الطاقة النفسية التي تدفعه إلى المزيد من بذل الجهد من أجل الاستمرار في السلوك مثل الزوج الذي يفكر في الصفح عن زوجته ورغبته في إعادة الحياة الزوجية، والطالب الذي يفكر في الاعتذار للمدرس، والحدث الذي يفكر في عدم تكرار الهروب من المؤسسة.... غيرها.

٢- الترجيح: OVERWEIGH:

وفيه يرتبط العميل بفكرتان أو أكثر في موضوع معين ولا يستطيع أن يفضل الفكرة المناسبة فيكون دور الأخصائي هو العمل على مساعدته على ترجيح الفكرة الصائبة وقد يكون الطالب في حيرة من أمره هل من الأفضل أن يلتحق بإحدى الكليات التي لا يرغب فيها أم يدخل الثانوية للعام الثاني لإعادة كما قد تكون الأم في حيرة عن ما إذا كان من الأفضل أن يستقر طفلها ضعيف العقل في المنزل أم ترسله إلى مؤسسة التنقيف الفكري.

وهنا تكون- موافقة الأخصائي على فكرة معينة هي الدوافع الفعلية المحرك له على تنفيذها واتخاذ قرار بشأنها.

وجدير بالذكر أن على الأخصائي ألا يقوم بترجيح فكرة معينة إلا بعد دراسة الاحتمالات المختلفة الخاصة بأفكار العميل حتى يستطيع أن يساعده على اختيار الفكرة التي تناسب الموقف.

ففي حالة مساعدة الأم على التفضيل بين إبقاء طفلها في الأسرة أو إيداعه في المؤسسة عليه أن يدرس الموقف جيداً- ما هو مدى تقبل الأب له في الأسرة- ما هي شخصية الطفل- هل الضعف العقلي بسيط (مأفون أو مورون) أم شديد (عته)- هل يحتاج إلى رعاية مؤسسية خاصة يصعب توفيرها في المنزل..... الخ.

لأنه إذا حدث ورجح الأخصائي فكرة كانت هي غير مناسبة للعميل فقد يعود ويحمل الأخصائي بعد ذلك مسؤولية الموقف وما ترتب عليه من أضرار.

٣- الإيحاء: Suggestion:

وهو يعني بث بعض الأفكار بصورة غير مباشرة في ذهن العميل وإرادته فيتأثر بها وكأنها صادرة من نفسه. فهو بمثابة تلميح أو اقتراح غير مباشر.

أمثلة لذلك. الزوج الذي يفكر في طلاق زوجته بسبب اكتشاف خروجها دون إذنه فهنا قد يوحي له الأخصائي بالسؤال التالي..... تفكر الطلاق سينهي

المشكلة، أو أن يرى الأخصائي أن سبب تخلف الطالب هو مذاكرة الجماعة مع بعض الطلاب يضيعون الوقت دون جدوى، فبدلاً من أن يقول الأخصائي "بلاش تذاكر مع أصحابك" وقد يقاومها العميل فقد يوحى له بنفس الفكرة ولكن بطريقة مختلفة كأن يول له "فيه طلاب كثير بيذاكروا لوحدهم وبيكونوا من الأوائل".

ويراعي أن الاتجاه يستخدم فقط في الحالات التالية:

أ- حالات الأزمات النفسية الشديدة التي تعوق العميل عن رؤية الطريق الواضح للنجاة.

ب- الحالات المتقدمة من الضعف العقلي (المورون أو المأفون) ليكون إحياء بمثابة استثارة لقدر من التفكير المحدود.

ج- حالات الحيرة الشديدة للاختيار بين أمرين، وهنا يكون العميل في حاجة إلى تعزيز خارجي لرأي قد تهباً له فعلاً ولكن الحاجة ماسة إلى معونة خارجية لاتخاذ القرار (نلاحظ أن هناك فرق بين هذا الموقف وموقف استخدام الترجيح فهنا قد يكون هناك فكرتان ويلمح الأخصائي بأحدهما للعميل أي يوحى له بها أما في الترجيح بطريقة مباشرة يساعد العميل على اختيار أحدهما).

٤- النصح: **ADVICE**:

يختلف النصح عن الإيحاء بالوضوء والرأي المباشر. لذا فقد يستخدم عند عدم استجابة العميل للإيحاء ويتطلب الأمر سرعة اتخاذ القرار. ويراعي عند تقديم النصح ما يلي:

أ- أن يطلبها العميل شفاهة أو تلميحاً. فالأفضل تلك النصيحة التي يطلبها العميل وأن كانت هناك بعض المواقف تحتم إعطاء النصيحة دون أن يلمح لها أو يطلبها العميل نظراً لجهله بالموقف.

ب- أن لا تقدم بعد وقوع العميل في الخطأ حتى لا تهدد اعتبار الذات لديه أو تشعره بفسله أو تزيد من درجة اعتماده على الأخصائي ممثل المؤسسة.

ج- التأكد من موضوعيتها وفائدتها العملية حتى لا يترتب عليها وقوع مشكلات للعميل.

د- أن تحمل النصيحة دائماً عنصر الاحتمال والحركة للعميل وتترك له فرصة الاختيار بين البدائل المختلفة والتي تشعره بأنه كان له رأي في اتخاذ القرار .

٥- الضغط PRESSURE:

يختلف الضغط عن النصح بالإلحاح والتكرار من جانب وإثارة قدر من القلق لدى العميل من جانب آخر ويهدف إلى إظهار وتوضيح الأخطار أو الأضرار التي يمكن أن تترتب على عدم اتخاذ قرار معين كالمدمن الذي يتعاطى المخدر رغم إصابته بمرض صدري والأم التي تسرف في القسوة على أبنها مع ازدياد ظاهرة قضم الأظافر لديه ومص أصابعه.

ونلاحظ هنا أن الأخصائي لا يجبر العميل على تنفيذ سلوك معين بل غاية ما هناك فإنه يلح عليه ويوضح له الخطر الذي يمكن أن يحدث عن الموقف.

٦- السلطة AUTHORITY:

لا نقصد بالسلطة هنا معناها العسكري الإرغامي، ولكنها سلطة مهنية تمنح للأخصائي كممثل للمؤسسة، وهي أسلوب يمكن إتباعه خلال عمليات التهذيب والتربية وإن كانت من ألزم الأساليب مع الجانحين والخطيرين أو الشواذ حيث تكون الأسلوب العلمي لتجنب أخطار محققة، وهي سلطة تجمع بين الحب والحزم.

ويمكن على سبيل المثال استخدامها في التبليغ عن مريض عقلي يفكر في الانتحار أو طالب مهتد بالفصل من المدرسة بسبب تكرار التسري، أو مع مريض بمرض معد يرفض العلاج ويعرض حياة الآخرين لخطورة انتشار العدوى.

ولممارسة السلطة من جانب الأخصائي بعض الشروط والاعتبارات

أهمها:

- أ- وضوح الخطورة من تصرفات معينة.
- ب- يفصل عدم اللجوء إليها إلا بعد نمو العلاقة المهنية.
- ج- أن تكون أسلوب أوليًا لتجنب الخطأ ثم يعقبها عمليات تدعيمية وتفسيرية.
- د- يحذر من إتباعه مع العملاء الذين يحسون أحساسًا شديدًا بالذنب أو الاضطهاد تجنبًا لزيادة اضطراب العميل.

ونخلص مما تقدم إلى أننا تناولنا أساليب التأثير المباشر بأقلها تدخلًا من جانب الأخصائي وهو "التعزيز" إلى أكثرها تدخلًا وهو "السلطة" كما يراعى أنه في أي مستوى من التدخل لابد أن يكون الهدف واضح لدى الأخصائي وهو تحقيق مصلحة العميل ومساعدته للتوصل إلى حل المشكلة.

ثالثًا: أساليب الاستبصار: INSIGHT SELF- AWARENCE:

يقصد بالاستبصار مساعدة العميل على فهم ذاته والتعرف على الأسباب الذاتية في المشكلة والتي كانت خافية عنه من قبل فهو كما يدل عليه حالة من الفهم أو الإشراق 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 فيها حقيقة ما يدور بنفسه، لماذا يتصف بعناد الكبار؟ لماذا يكره هذا المدرس؟ لماذا يخشى الجنس الآخر؟ لماذا يخجل هذا الخجل الشديد وما سبب ذلك؟ كيف أسهم في حالة الاكتئاب الذي أصيبت بها زوجته؟ وما الذي يجعله يتعاطى المخدرات؟

وهناك بعض الخطوات المتتالية التي يقوم بها الأخصائي حتى تتم عملية الاستبصار.

١ - الاستدعاء:

وهنا يمكن مساعدة العميل على تذكر واسترجاع الخبرات السابقة الكامنة في منطقتي الشعور وشبه الشعور لكي تشاهد الذات ما يحتويه الذهن من خبرات ومشاعر وهذه العملية تعتمد على انطلاق العميل الحر والتأمل الذاتي والحديث دون مقاطعة لتيار تفكيره أو توارد خواطره حتى تستدعي واضحة دون تحريف. أما التوغل في أغوار اللاشعور فهذا من اختصاص الأخصائي النفسي، ومن ثم فإن الاستدعاء كخطوة أولى يقوم بها العميل ويجب أن يساعده الأخصائي على القيام بها بعد توطيد العلاقة بينهما لأن العميل دون هذه العلاقة قد يقاوم إعطاء المعلومات خاصة الأنماط الحساسة من العملاء مما يعوق صعوبة التوصل للخطوات التالية بعد ذلك.

٢ - التفسير:

وهو الخطوة التالية للاستدعاء والهدف منها الترجمة العملية لهذه الخبرات وتفسير آثارها على السلوك الحالي أي أن التفسير عملية يقوم بها الأخصائي وعليه أن يتخير الطريقة المناسبة لكي يقنع العميل بها وبالأسلوب المقبول.

وهو بهذا المعنى يشمل إما:

- أ- ربط منطقي لعلاقة الخبرات السابقة بالسلوك الحالي بفرض جهل العميل بها.
- ب- تصحيح أفكار العميل الخاطئة عن طبيعة هذا السلوك.

٣ - تكوين البصيرة:

وهو النتيجة النهائية للعملياتين السابقتين، فهي تنمو تلقائيًا عند العميل لتكون قوة دافعة تسعى تلقائيًا لتعديل اتجاهاته.

والخلاصة أن أساليب الاستبصار الثلاث السابقة تستخدم لتعديل اتجاهات العميل التي كانت سبباً في إحداث المشكلة أو كانت سبباً في عدم فهم وإدراك العميل لأبعادها المختلفة في ضوء عدم وعيه وتصوره للواقع والحقيقة.

رابعاً: التوضيح:

ويقصد به مساعدة العميل على فهم العوامل المتداخلة في الموقف والخارجة عن ذاته أو بعبارة أخرى هو مساعدة العميل على الفهم لما يتصل بالعمل أو بالخطوات أو بمواقف الغير تجاهه دون أن ينصب ذلك على فهم دوافعه أو انفعالاته، فإذا كان التبصير يعني بالعوامل الذاتية، فإن التوضيح غالباً ما يرتبط بالنواحي البيئية المحيطة به.

وقد يصاحب التوضيح عمليات أخرى مثل التفسير والشرح. فمثلاً قد يفسر للعميل أن سبب التخلف الدراسي هو كثرة تغيبه وطريقته الخاطئة في الاستدكار وعوامل أخرى (تفسير جوانب بيئية تخرج عن ذات العميل). أما الشرح فهو تبسيط الأمور بطريقة يستطيع العميل فهمها كأن يوضح بأسلوب مبسط للعميل قانون العمل أو كيفية استخراج شهادة التجنيد أو خطوات التأهيل التي سيمر بها.

وعلى أي حال فإننا نستطيع القول بصفة عامة إذا كان العميل ذو شخصية سوية ومشكلته لا تختلط بكثير من اضطرابات الشخصية فإن أسلوب التوضيح يكون هو البارز في العلاج والعكس صحيح.

نماذج للاتجاهات العامة لأساليب العلاج الذاتي:

- ١- في حالة المشاعر السلبية للعملاء مثل الغضب والقلق والندم تمارس أساليب المعونة النفسية والتعديل البيئي.
- ٢- في حالات إحساس العملاء بالذنب أو خوف الذات الزائد من الذات العليا يمارس الإفرغ الوجداني بجانب استخدام أساليب الإيحاء والنصح والتأكيد.
- ٣- في حالة استخدام العملاء للسلوك الدفاعي الشعوري وشبه الشعوري تمارس أساليب الاستبصار بأنواعه الثلاثة الاستدعاء+ التفسير+ تكوين البصيرة.
- ٤- في حالات عجز الإدراك العام (الضعف العقلي) أو عجز الإدراك الخاص (الأمية) تماري الأساليب الخاصة بالاستبصار.
- ٥- النقص في الحكم لخطأ المعتقدات يمارس التوضيح والإقناع.
- ٦- في حالات عدم اعتبار الذات يمارس أساليب الاستبصار+ التوضيح والشرح.
- ٧- في حالات عدم القدرة على التحكم في الدوافع تمارس أساليب النصح+ السلطة+ الاستبصار.
- ٨- في حالة العميل الذي يعاني من تزلزلت الذات العليا يمارس المعونة النفسية كالتأكيد+ الإقناع+ التوضيح.
- ٩- في حالة العميل الذي يعاني من تأرجح الذات العليا يمارس أسلوب الإقناع+ السلطة+ النصح والشرح.
- ١٠- خمول الإرادة تمارس أساليب الاستثارة والاستدعاء+ السلطة+ الإقناع.
- ١١- الرواسب الطفلية (الأنانية) وتقيد معها أساليب التوضيح لإزالة الآثار الضارة، (العدوان) ويفيد معه التنفيس الوجداني والإفرغ الوجداني+ الاستبصار، (الانحرافات الجنسية) ويفيد معها الاستبصار+ الإفرغ الوجداني.

أساليب العلاج البيئي:

يقصد بأساليب العلاج البيئي تلك الجهود والخدمات الموجهة نحو الأفراد أو الظروف المحيطة بالعمل ويمكن أن يقسم إلى قسمين رئيسيين هما:

١- الخدمات المباشرة:

ويقصد بها الخدمات العملية التي تقدم للعمل مباشرة سواء أكان ذلك من المؤسسة أو من موارد البيئة ويدخل في نطاق ذلك الإعانات السكنية- الطبية- الترويحية- الإيداعية- التأهيلية- التشغيلية- المالية..... الخ مما يؤدي إلى إحداث تأثير إيجابي في مواجهة المشكلة، فقد يتطلب موقف المساعدة تشغيل الطالب في فترة الإجازة السنوية أو صرف مبالغ تخص إصابات العمل أو المعاش أو إلحاق المريض بالمستشفى أو إلحاق الحدث الجانح بورشة للتدريب على مهنة النجارة بالمؤسسة وهكذا.

وينبغي على الأخصائي أن يتوفر لديه المهارة في استغلال الموارد والمصادر المتعددة التي يمكن عن طريقها تقديم هذه الخدمات والتي بصفة عامة يمكن توفيرها عن طريق:

أ- الأسرة:

وهي أول المصادر أو الموارد التي يجب أن يلجأ إليها الأخصائي، وهنا يجب النظر إلى الأسرة باعتبارها مكملة للمؤسسة عند تقديم المعونة المالية أو الرعاية الصحية مثلاً كما يجب أن تقع مسئولية المساعدة على الأسرة قبل أن تقدمها المؤسسة في حالة تمكنها من ذلك.

ب- المؤسسة:

وهي أول الموارد البيئية الخارجية التي يتيسر استخدامها لصالح العميل ويجب معاونته في الانتفاع بخدماتها وذلك بشرح وظيفتها في ضوء موقفه وما يتطلبه من خدمات ويكون استغلالها في حدود حاجته الحقيقية.

ج- الموارد البيئية الأخرى:

قد يتطلب الأمر استغلال الموارد البيئية الأخرى للحصول على خدمات عملية تكميلية وتختلف هذه الموارد في حالة عنها في حالة أخرى- فقد تكون مؤسسات الإعاقة أو المستشفيات أو العيادات النفسية أو مكاتب الخدمات المدرسية أو البرامج التعليمية والدينية والترفيهية.

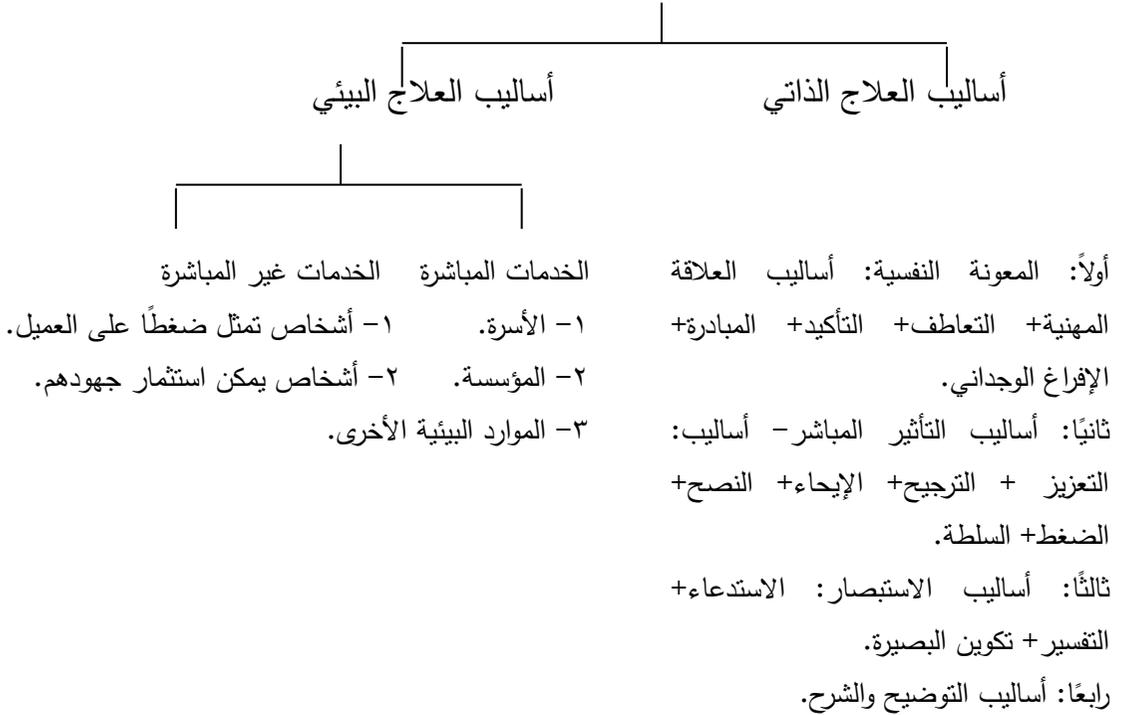
٢- الخدمات غير المباشرة:

وهي مجموعة من الجهود المهنية التي يقوم بها الأخصائي في تعديل اتجاهات الأفراد المحيطين بالعميل وهي غالبًا ما تشمل:
أ- الأفراد الذين يمثلون ضغوطاً على العميل مثل: الأب الذي يقسو في معاملته على الابن أو الأم التي ترتبط بالتدليل الزائد عن الحد للطفل وزوج الأم الذي يفرق في المعاملة بين ابنه وبين ابن زوجته، ورئيس العمل الذي يضطهد أحد العمال ويصر على توقيع العقوبة المستمرة عليه.

أن مقل الأفراد السابق الإشارة إليهم جميعاً أشخاصاً يمثلون ضغطاً على العميل وتكون الجهود مركزة على توجيه هؤلاء الأشخاص للتخفيف من حدة ما يسببه من ضيق أو مشقات للعميل.

ب- الأشخاص الذين يمكن استثمار جهودهم في علاج المشكلة كالجدة التي يمكن أن توفر الحنان للطفل بعد وفاة الأم. والطالب المتفوق الذي يمكنه مساعدة زميله الذي تغيب عن المدرسة لفترة ليس له ذنب فيها كأن يكون مريضاً أو قد يكون أجرى عملية جراحية هو في أمس الحاجة إلى إجرائها.

أساليب العلاج الاجتماعي النفسي



الخصائص الرئيسية للعلاج الاجتماعي النفسي:

(الشروط الواجب توافرها):

هناك بعض الشروط الواجب توافرها والتي يجب أن يراعيها الأخصائي عند ممارسة العلاج الاجتماعي النفسي وحتى يتحقق له النجاح وتقديم علاج سليم وهي كما يلي:

- 1- العلاج يعتمد على الدراسة المتكاملة والتشخيص النهائي.
- 2- للعلاج خطة متناسقة ومتكاملة.
- 3- العلاج عملية مشتركة تعتمد على حق العميل الحر في تقرير مصيره وتتفق مع قدراته.
- 4- مراعاة النظر إلى العميل كفرد في أسرة (الإطار المرجعي للعميل).
- 5- العلاج لا بد وأن يتفق مع أيديولوجية المجتمع وقيمه الاجتماعية.

وسوف نحاول أن نتناول هذه الشروط والخصائص كما يلي:

أولاً: العلاج يعتمد على الدراسة المتكاملة والتشخيص النهائي:

سبق أن ذكرنا أن العلاج الاجتماعي النفسي هو الغرض النهائي لخدمة الفرد، فإذا كان العلاج غير قائم على دراسة سليمة لا توضح جوانب المشكلة وأبعادها المختلفة يصبح علاجاً مبتوراً لأنه يتناول جانباً من الموقف ويغفل الجوانب الأخرى التي لم تتم دراستها.

كما أن التشخيص غير السليم يعتبر مضللاً للخطة العلاجية، فإذا كانت عمليتي الدراسة والتشخيص تحققان نوعاً من العلاج فهو علاج مؤقت وليس نهائياً ولكن العلاج الذي نعنيه هو العلاج النهائي الذي لا نصل إليه إلا بعد استكمال عمليتي الدراسة والتشخيص بصورة سليمة.

ثانياً: للعلاج خطة متناسقة ومتكاملة:

يجب ألا ينظر إلى العلاج على أنه عملية ارتجالية عشوائية بل أنها في حقيقة الأمر عملية مخططة تعتمد على تنسيق يوجه بخطة محددة المعالم، ويقصد بالخطة- هنا- هي خطة العلاج لانتقاء أفضل الأساليب العلاجية التي تناسب الموقف الإشكالي بما يحقق التوصل للأهداف المطلوبة.

وعملية التنسيق هنا إنما يقصد بها ضرورة الارتباط بنوعية المشكلة ومتطلباتها وهي تحتاج إلى إعطاء الأولوية إلى العلاج الذاتي أم البيئي. فإذا افترضنا أننا سوف نطبق أساليب العلاج الذاتي فإن وضع خطة العلاج هنا تكون محددة هل سنطبقها جميعاً أم سوف نختر أو نستخدم أسلوب مثل التأثير المباشر فهل سيكون الإيحاء أم السلطة، وإذا ما تناولنا العلاج البيئي فهل الموقف يحتاج إلى التركيز على إعطاء الخدمات العملية أم توفير العون البيئي عن طريق تعديل اتجاهات المحيطين به ومن هم؟ وأهم هؤلاء الأشخاص سواء أكانوا فقي أسرته أو خارجها.

وننبه إلى أن عملية وضع خطة متكاملة للعلاج تتطلب نوع من المهارة من جانب الأخصائي حتى يمكنه أن يحقق العلاج السليم.

ثالثاً: العلاج عملية مشتركة تعتمد على حق العميل الحر في تحقيق مصيره وتتفق مع قدراته:

سبق أن تناولنا أن جميع عمليات خدمة الفرد تتطلب تعاون العميل من أجل تحقيق النجاح لها وبراى في هذه الناحية الجوانب التالية:

أ- يجب ألا تفرض خطة العلاج على العميل بل عليه أن يشارك في تصميمها وتحديد جوانبها المختلفة فهو أقدر من يعرف مشكلته بل ربما أنه يمتلك بعض التصور عن علاج المشكلة- عندما أتى إلى المؤسسة طالباً للعلاج- ولكنه يحتاج إلى من يعاونه في تخطيط الخطوات العلاجية أي وضع أولويات لها.

كما قد يقاوم العميل تنفيذ خطة العلاج ويضع العراقيل أمامها إذا ما فرضت عليه أيضاً بل قد يذهب بعض العملاء إلى تحميل المؤسسة وممثلها الأخصائي مسؤولية الفشل في الوصول إلى العلاج المطلوب.

ب- يجب أن تتفق خطة العلاج مع قدراته العميل ويشمل ذلك ضبط معدل سرعة التغيير، كما يجب مراعاة تجزئة المشكلة لتتفق مع قدرات العميل وحتى ينجح في تنفيذها ويستعيد ثقته بنفسه.

فالخطة العلاجية التي تفوق طاقة العميل تشعره بالعجز ولا يستطيع مسايرتها، الأمر الذي يفقده الثقة بنفسه ويؤدي إلى نشأة بعض الاتجاهات السلبية من جانب العميل نحو الأخصائي، ومن ناحية أخرى إذا كانت الخطة العلاجية أقل من طاقة العميل ونشاطه فإن سيشعر بتفاهة العمل مع الأخصائي ولا يرى جدوى من مواصلة المشاركة معه في خطة العلاج.

رابعاً: مراعاة النظر إلى العميل كفرد في أسرة (الإطار المرجعي للعميل):

يجب أن ينظر الأخصائي إلى العميل على أساس أنه فرد في أسرته وذلك عند وضع خطة العلاج سواء كانت هذه الأسرة هي أسرته الطبيعية. أو البديلة، وأن أي تغيير يطرأ على العميل لا بد وأن يكون له أثر على الأسرة في نفس الوقت وأن تكون الخطة العلاجية شاملة لهما معاً حتى يضمن لها النجاح.

أن الفردية في العلاج تعزل الفرد عن أسرته إذ أن الخدمات لو قدمت للفرد دون وضع اعتبار للأسرة لنشأت مشاكل متعددة نتيجة عزلة الخدمات الفردية في محيط الأسرة، فإن إعادة ثقة العميل في نفسه وتدريبه على مناقشة أموره مناقشة منطقة قد تكون من وجهة نظر الأسرة نوعاً من الخروج على حدود اللياقة إذا كانت الأسرة قد تعودت من العميل قبل ذلك الطاعة والتسليم وبذلك ينشأ نوع جديد من الخلافات.

كما أن إغفال دور الأسرة في الخدمات يؤدي إلى نشأة أنواع من المقاومة عند أفراد الأسرة الآخرين. الأمر الذي يؤدي إلى تعطيل العلاج لعدم تعاونهم فيه.

خامساً: العلاج لا بد أن يتفق مع أيديولوجية المجتمع وقيمه الاجتماعية:

فمجتمع العمل والمسئولية الاجتماعية لا بد وأن يؤخذ في الاعتبار، كما أن المجتمع المتدين أيضاً له قيمه وتقاليده التي يجب أن توضع في الاعتبار عند وضع خطة العلاج، فمجتمعاتنا العربية الإسلامية تمر بظروف تنموية تؤكد أهمية العلاج القصير كما أنها لا توافق على مواقف وأساليب علاجية تتنافى مع القيم والمبادئ الدينية التي يقرها المجتمع.

الباب الرابع
التسجيل والتنمية والممارسة
في الوطن العربي

الفصل التاسع
التسجيل في خدمة الفرد
الفصل العاشر
التنمية

الفصل الحادي عشر
خدمة الفرد والتنمية
الفصل الثاني عشر
الممارسة المهنية في الوطن العربي

الفصل التاسع

التسجيل في خدمة الفرد

- ❖ تعريف التسجيل.
- ❖ أهداف التسجيل.
- ❖ أساليب التسجيل.
- ❖ الشروط الواجب توافرها في التسجيل السليم.
- ❖ سجل خدمة الفرد ومحتوياته.

التسجيل في خدمة الفرد

تعريف التسجيل

التسجيل في خدمة الفرد هو إثبات المقابلات والخطوات المهنية التي -
يقوم بها الأخصائي في العمل المستمر مع العميل.

والتسجيل في خدمة الفرد له وسائل متعددة منها:

١- التدوين أو الكتابة وهو أسلوب شائع الاستخدام في مؤسسات خدمة الفرد.

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

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

٤- التسجيل الذي يجمع بين النوعين الثاني والثالث أي الصوتي والضوئي معاً
مثل الأفلام السينمائية ويستخدم عادة لأغراض تدريب الطلاب والأخصائيين
الجدد وكذلك أفلام الفيديو كاست.

والتسجيل عمل فني يعتمد على المهارة ويهدف إلى فهم وتوضيح ما
يمكن أن يصل إليه الأخصائي ويجب أن يعتمد على الأمانة العلمية وجدير
بالذكر أنه لا نستطيع تصور استمرار طريقة خدمة الفرد بصفة خاصة ومهنة
الخدمة الاجتماعية بصفة عامة ما لم يكن هناك التسجيل الملائم.

أهداف التسجيل:

تختلف وجهات النظر في عرض وتحديد أهداف التسجيل، وبالرغم من
أن هذه الأهداف يمكن تقسيمها من الناحية النظرية إلا أنها متداخلة من الناحية
العملية وسنحاول أن نعرض لوجهة النظر التي يتفق معها معظم الآراء والتي ترى
تقسيمها إلى:

أولاً: الأهداف المهنية.

ثانياً: الأهداف الإدارية.

ثالثاً: الأهداف التعليمية.

رابعاً: الأهداف البحثية.

أولاً: الأهداف المهنية:

وهي تلك الأهداف (الأغراض) المرتبطة بسلامة العمليات المهنية لتحقيق أفضل مساعدة فنية ممكنة لخدمة العملاء، وتتنحصر هذه الأغراض فيما يلي:-

١- فهم تصور العلاقة المهنية: يكشف التسجيل عن طبيعة العلاقة المهنية بين الأخصائي والعميل ودور كل منهما في تكوينها وكيف تمكن الأخصائي من إزالة أو التخفيف من حدة المشاعر السلبية لدى العميل وكيف استطاع أن يقود هذه العلاقة لتحقيق الأهداف العلاجية.

٢- تقدير الكفاءة والمهارة: يكشف التسجيل عن ما يتمتع به الأخصائي من مهارات وقدرات في تفهم العمل مع الحالة وبواسطته نستطيع أن نقيس عمق الخبرة والنمو المهني لأغراض التسجيل أو المفاضلة لذا فإن أحد الواجبات المهنية هي الأمانة في التسجيل لإعطاء الفرصة الموضوعية لهذا التقدير من جانب الآخرين.

٣- النقد الذاتي للأخصائي: التسجيل هو المرآة التي تعكس تصرفات الأخصائي الذي من خلاله يراجع الخطوات المهنية في العمل ومن ثم يجد الفرصة لنقد ذاته بهدف تحسين مستوى الأداء والنهوض بمستوى المساعدة التي تقدم للعميل.

٤- تنظيم العمل: التسجيل المنظم يضمن الأداء المنتظم ويساعد الأخصائي على معرفة ما لديه من عملاء فيتعامل معهم ويحدد الخطوات المهنية مع

العملاء، كما يساعده على فهم الخطوات التي ينبغي أن يقوم بها لذا ننصح دائماً بمراجعة ما سجل في ملف الحالة قبل إجراء المقابلة الجديدة.

٥- يحفظ الحقائق الهامة ويحول دون نسيان الأخصائي لها، فالأخصائي يعمل مع العديد من الحالات لكل منها ظروفها الخاصة وإذا لم يعتمد الأخصائي على التسجيل فإن ذلك أدعى إلى وقوعه في الخلط بين وقائع الحالات المختلفة.

٦- تحرير الطاقة الذهنية للأخصائي: التسجيل يحرر الطاقة الذهنية من أعباء مسئولية الانشغال والانقسام ومحاولة التذكر وغالباً ما يشعر الأخصائي بعد تسجيل الحالات بنوع من الارتياح وتتجدد طاقته الذهنية واستعداده ولاستقبال مادة أخرى.

٧- التسجيل وسيلة للاتصالات والمراسلات: يعتبر التسجيل من أفضل أساليب الاتصال بين العملاء والمؤسسات دون مقابلة لتقوم المراسلات باستدعاء العملاء أو تغيير بعض المواعيد أو ما إلى ذلك مما يستدعيه موقف العميل.

٨- تحويل الحالات: تحويل الحالات يتضمن التحويل الداخلي أي في نفس المؤسسة من أخصائي إلى آخر أو من مؤسسة إلى أخرى، ففي التحويل الداخلي للحالات يتطلب الأمر كتابة ملخص بسبب انتهاء مدة خدمة أحد الأخصائيين أو نقله من المؤسسة أو ذهابه لدورة تدريبية أو لأي من الأسباب الأخرى، أما في الحالة الثانية فقد تنقل الحالة ذاتها إلى مؤسسة أخرى أو قد نحتاج إلى حصول العميل على خدمات متخصصة غير متوفرة في المؤسسة، وهنا يتطلب أيضاً كتابة ملخص للمؤسسة لاستيفاء الأغراض السابقة.

ثانياً: الأهداف الإدارية:

١- تقسيم العمل: التسجيل هو الأداء التي تكشف عن حجم المجهودات المهنية التي تتطلبها بعض الحالات حيث أن هناك فروقاً كبيرة في حجم العمل بين حالة وأخرى والتسجيل هو الذي يوضح هذه الفروق ومن ثم يمكن الاسترشاد به تحقيقاً للعدالة في التوزيع.

٢- تسهيل نقل الأخصائيين: التسجيل يؤمن مصالح العملاء عند تحويل الحالات من أخصائي إلى آخر فمن محتويات السجل يمكن للأخصائي الجديد التعامل مع الحالة من الموقف الذي انتهى إليه من الأخصائي السابق.

٣- تأمين موقف الأخصائي والمؤسسة: يحفظ التسجيل المبررات اللازمة لأحقية العملاء في المساعدة أو مبررات عدم استحقاقهم لها بما يوضح سلامة موقف المؤسسة ويجنبها شكاوى العملاء أو مراجعة السلطات المعنية.

ثالثاً: الأهداف التعليمية:

١- النمو المهني للأخصائيين: يعتبر التسجيل وسيلة هامة وضرورية للنمو المهني للأخصائيين خاصة حديثي العهد بالعمل منهم وذلك من خلال تقييم العمليات المهنية وما يتخللها من نقاط القوة والضعف، ومن الملاحظ أن معظم الأخصائيين في بداية عملهم يقاومون عملية التسجيل لاعتقادهم بأن ذلك سوف يكشف عن عيوبهم وضعف قدراتهم المهنية، وهذا يعبر عن عدم الشعور بالأمن الذي يعاني منه الأخصائي معتقداً أن التسجيل سوف يكشف عن أخطائه ولكن على العكس من ذلك فالتسجيل يساعد على النمو والأداء الوظيفي.

٢- الأشراف: الإشراف في خدمة الفرد عملية تعليمية يمارسها أخصائي مدرب وذو خبرة ميدانية طويلة لإكساب آخرين أقصى نمو مهني ممكن من خلال ممارسة ميدانية تربط النظرية بالتطبيق.

والأشراف الذي نقصده هنا هو المعنى الواسع له الذي يتضمن:

أ- الإشراف على الأخصائي حديث التخرج يتم ذلك بواسطة من هو أكثر- خبرة منه في المؤسسة نفسها أو يتلقى الخبرة من مشرف خارجي لا يعمل في نفس المؤسسة ويكون الهدف هو مساعدته على النمو وأداء وظيفته بكفاءة.

ب- الإشراف على تدريب طلاب الخدمة الاجتماعية، ويكون الهدف هو مساعدة الطالب على اكتساب الخبرات التي تساعد على أداء عمله المهني مستقبلاً. وجدير بالذكر أنه من الصعب على المشرف أن يحقق مسؤولياته الأشرافية دون أن يتوفر التسجيل الملائم الذي يساعده على ذلك.

٣- تدريب طلاب الخدمة الاجتماعية: يمر طالب الخدمة الاجتماعية بثلاثة مراحل بالنسبة للتدريب هي:-

أ- المرحلة الأولى: وفيها لا يشعر الطالب بأهمية التسجيل، وينتابه نوع من الحيرة والتردد فلا يجد ما يستحق التسجيل، وهنا نجد الكثير من الطلاب يكون شعارهم في البداية أنهم لا يستطيعون التسجيل أو يجدوا صعوبة في ذلك.

ب- المرحلة الثانية: يسجل الطالب فيها كل ما يتعلق بالعقل سواء أكان يهم الحالة أو لا يهمها، وبمعنى آخر لا تكن لديه مهارة في انتقاء ما يناسب الحالة من تسجيل.

ج- المرحلة الثالثة: ويكتسب هنا الطالب خبرة انتقاء مادة التسجيل ويستطيع أن يكتسب أيضاً القدرة على الصياغة والتحليل وتنظيم المعلومات التي يحصل عليها.

٤- تقديم الحالات لمناقشتها داخل الفصول التعليمية: يمكن عن طريق التسجيل اقتباس بعض الحالات الواقعية العملية لمناقشتها داخل الفصول التعليمية مع

الطلاب ومن الممكن في بعض الحالات أن تضاف بعض المواقف التي توضع خصيصاً بهدف إكساب الطالب الخبرة في التعامل مع هذه المواقف.

٥- الاستفادة من الحالات المسجلة كنماذج في الاختبارات: غالباً ما يعتمد واضعي الاختبارات الخاصة بالامتحانات على تسجيل لبعض الحالات بعد مراجعتها وبلورتها لتكون محققة لهدفين أولهما أن هذه الحالات واقعية وتؤدي إلى اهتمام الطلاب بتسجيلاتهم وثانيهما وهو الذي يعبر عن أهمية تسجيل هذه الحالات وإمكانية الاستفادة منها مستقبلاً.

رابعاً: الأهداف البحثية:

١- إجراء البحوث: يقدم التسجيل مادة هامة للأبحاث العلمية فيمكن تجميع المعلومات خاصة عن المؤسسة وخصائص العملاء أو المجتمع بصفة عامة ولهذا أكبر الأثر في وضع الخطط الاجتماعية الجديدة.

٢- تطوير خدمات المؤسسة: عن طريق التسجيل يمكن التعرف على طبيعة الخدمات التي قدمتها المؤسسة كما وكيفاً للعملاء خلال فترة زمنية وما إذا كانت مرتبطة بالتقدم أو التخلف عن فترة زمنية سابقة وبالتالي يمكن وضع المقترحات الخاصة بتطوير الخدمات داخل المؤسسة.

وخلاصة القول أن أهداف أو أغراض التسجيل لا تخرج عن كونها أهدافاً تساعد الممارسة والإدارة والتعليم والبحث.

أساليب التسجيل:

من الأمور المتعارف عليها أنه لا يوجد شكل ثابت لتحديد الأساليب التي يستخدمها الأخصائي حيث أنها تختلف باختلاف الأفراد والمواقف والمؤسسات والجهود التي تبذل لتناول المشكلة، وعلى ذلك فإن أهم ما يؤخذ في الاعتبار هو أن يكون التسجيل أداة تستجيب لنوعية الحالة....

وسنحاول فيما يلي أن نعرض لأهم أساليب التسجيل التي يستخدمها

الأخصائي:

أولاً: الأسلوب القصصي:

يعتبر هذا النوع من أقدم الأساليب التي ارتبط بها التسجيل في خدمة الفرد فمعظم المؤسسات مازالت تتمسك به لأنها ترى أنه يحقق من المزايا ما قد لا يحققه أسلوب آخر ومن الواضح أن هذا الأسلوب يسجل على هيئة قصة تعبر عن أهم ما يدور بين الأخصائي والعميل حول موضوع المشكلة ويتميز بالخصائص التالية:-

- ١- الوصف الدقيق حول لأبعاد المشكلة: وصف شخصية العميل وانفعالاته- سرد موضوعي للحوار ووصف للعمليات النفسية المصاحبة له- استجابات الأخصائي لهذه العمليات- مدى نمو العلاقة المهنية.
- ٢- تصوير المقابلة في تسلسلها الزمني ووحداتها المتتابعة.
- ٣- رغم أنه لا يشترط سرد الحوار كما دار خلال المقابلة ولكن يمكن أن يتضمن بعض عبارات العميل أو الأخصائي إذا كان لها دلالات- مهنية معنية.
- ٤- يستخدم في تسجيل المقابلات التي تحوي من التفاعلات الأولى للحالات السلوكية والنفسية والنزاع الأسري والأزمات الطارئة.

مزايا الأسلوب القصصي:

- ١- من أفضل الأساليب لوصف شخصية العميل وطبيعة المشكلة.
- ٢- يبين تسلسل الأحداث ومدى ارتباطها ببعضها.
- ٣- يوضح تطور العلاقة المهنية في أبعادها الثلاث البداية والوسط والنهاية.
- ٤- يوضح الجو النفسي المصاحب لعمليات الوصف.
- ٥- يوضح مدى التزام الأخصائي بتطبيق الأسس المهنية في شتى مراحل عملية المساعدة.

- ٦- يمنح الأخصائي فرصة النقد الذاتي واستكمال مواطن النقص في المقابلة.
- ٧- من أصلح الأساليب لتدريب الطلاب ميدانياً.
- ٨- وسيلة هامة للإشراف المعهدي والمؤسسي.

عيون التسجيل القصصي:

- ١- يستنفذ الكثير من الجهد والوقت.
- ٢- يصعب الحصول منه على العمليات العاجلة.
- ٣- يصعب استخدامه في إجراء البحوث أو الإحصاءات العامة.

ثانياً: الأسلوب التلخيصي:

وفيه يتم تسجيل أي نشاط مهني بنوع من الإيجاز الدقيق الذي يؤدي المعنى العام دون تفاصيل مطولة أو عرض كل محتويات ما تم من نشاط للأسباب التالية:

- ١- أن تكون التفاصيل المحذوفة قد سبق عرضها ولم يظهر ما هو جديد يستحق التسجيل.
 - ٢- أن تكون التفاصيل خاصة بالسلوك المهني ومهارة الأخصائي.
 - ٣- يستخدم التلخيص في ظروف ضغط العمل.
- ومن أهم مميزاته أنه يوفر الوقت والجهد ويساعد على سرعة الحصول على البيانات لخدمة الحالة فضلاً عن إمكانية استخدامه في البحوث أما عيوبه فهي أنه لا يوضح الجوانب التي يتميز بها التسجيل القصصي.

أنواع الملخصات:

هناك أنواع للملخصات فأما أنها ملخصات دفترية- ملخصات عادية- ملخصات انتقالية أي عند نقل الحالة من أخصائي إلى آخر- الملخصات التحويلية وقد سبق الحديث عنها- ثم الملخصات الختامية والتي تتعلق بثلاثة نواحي خاصة بعد انطباق شروط المؤسسة على العميل، عند عدم تعاون العميل

مع الأخصائي أو عدم قابلية المشكلة للحل بالإضافة إلى حل المشكلة وحصول العميل على العلاج.

ثانياً: الأسلوب الموضوعي:

وهو تسجيل مقيد برؤوس موضوعات محددة، وهو بدوره له ثلاثة

أنواع هي:-

أ- الاستمارات أو البطاقات (المطبوعة).

ب- مقاييس متدرجة تحوي درجات أو صفات يكتفي بالتأشير بعلامة × على النقطة التي ينطبق عليها الوحدة المسجلة مثل متشائم/ متوسط/ متفائل.

ج- جداول بيانية إحصائية ترفق بملف الحالة دورياً.

* وأهم مزايا الأسلوب الموضوعي البساطة والوضوح والتركيز والاقتصاد في الوقت والجهد فضلاً عن قيمتها الإحصائية الهامة. وعيوبها هي (أنه لا يوجد ارتباط بين إجراء التسجيل- لا يظهر مهارة الأخصائي- لا يصلح لأغراض التدريب والتعليم).

الشروط الواجب توافرها في التسجيل السليم:

١- التسجيل شأنه مثل كل عمليات خدمة الفرد يخضع لفلسفة المؤسسة وطبيعة خدماتها.

٢- يجب توضيح فردية الحالة وظروفها الخاصة.

٣- أن يتعد التسجيل كلما أمكن عن العبارات الأدبية والألفاظ التي يشوبها نوع من الغموض.

٤- عند تسجيل الآراء والأحكام المهنية الخاصة يجب أن توضح الأدلة التي تؤكدتها أو ترفق به المستندات الدالة على صدقها.

٥- يجب أن يتسم التسجيل بالتركيز وتجنب المترادفات والجوانب عديمة القيمة.

٦- أن يسير التسجيل من خلال أن يأخذ العميل صفة الغائب والأخصائي صفة المتكلم.

٧- من المفضل أن يتضمن التسجيل بعض عبارات من العميل أو الأخصائي كما هي ويكون لها دلالات مهنية خاصة.

٨- أن يصاغ التسجيل بكل دقة وأمانة ووضوح.

سجل خدمة الفرد ومحتوياته:

السجل في خدمة الفرد هو المرجع المهني المهياً لتدوين وحفظ الحقائق والمعلومات والبيانات والوثائق والمكاتبات المتعلقة بالعميل ورغم اختلاف محتويات هذا السجل من مؤسسة إلى أخرى إلا أنه يحتوي على ما يلي:

١- الغلاف الخارجي.

٢- صحيفة الوجه والتي تشملها البيانات الأولية عن العميل- معلومات عن أسرته- وصف الحالة المعيشية- السكن- الحي- المستوى المعيشي- الدخل- المشكلة والجهود التي بذلها العميل للتغلب عليها- المؤسسات الاجتماعية التي اتصل بها العميل ونوع الخدمات التي تقدمها له- تشخيص مختصر عن الحالة- أسماء الأخصائيين الاجتماعيين والخبراء الذين قاموا بالعمل من الحالة ثم الملخص الختامي.

٣- صحائف تاريخ الحالة بالتفصيل.

٤- المراسلات الداخلية والخارجية الخاصة بالحالة.

٥- التقارير الخاصة بالعميل.

٦- الوثائق والمستندات.

٧- الملخصات لمختلف أنواعها.

٨- تشخيص الحالة.

٩- الجهود العلاجية.

الفصل العاشر

التممية

❖ مقدمة.

❖ مفاهيم التتممية.

❖ خصائص الدول النامية.

❖ نحو تنمية مستدامة.

مقدمة:

منذ بداية عصر النهضة العربية، والمشكلة الجوهرية التي تفرض نفسها على العقل العربي، بأشكال مختلفة، وعلى مستويات متباينة، هي مشكلة التخلف والتقدم لذا فإن مفهوم التنمية هو مفهوم حديث النشأة لا يرجع إلى التاريخ البعيد بقدر ما يرجع إلى منتصف الأربعينات من هذا القرن وبالتحديد عند بداية ظهور حركات الاستقلال لشعور آسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية وذلك عقب نهاية الحرب العالمية الثانية.

والاهتمام المستمر بموضوع التنمية، ينبع من ثلاثة اعتبارات:

أولاً: طبيعة الانتماء إلى مجتمعات تعيش في برائن التخلف، وتسعى للفاك منه.
ثانياً: تعقد موضوع التنمية وتشابك جوانبها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وتداخل العوامل الداخلية والخارجية.

ثالثاً: استمرارية البحث عن طريق التنمية، ومازالت عديد من مجتمعات العالم الثالث تبحث عن صيغ لتنظيمها الاجتماعي والاقتصادي والسياسي.
وتحظى قضية التنمية الآن باهتمام واسع النطاق خاصة في النصف الثاني من هذا القرن، حيث أن أكثر من نصف سكان العالم يعيشون في الدول النامية التي تعاني من ظروفها الاجتماعية والاقتصادية، كما تعاني من كثير من المشكلات التي تؤثر على تقدمها ورفيها.

وفي ظل هذه الظروف بدأت الدول النامية، تواجه تحديات البناء السياسي والاقتصادي لمجتمعاتها التي كانت تخضع لمختلف أنواع التغييرات الاجتماعية السريعة.

ولقد حظيت ظاهرة التنمية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في الدول النامية على اهتمام مفكري العلوم الاجتماعية، وتمت تبعاً لذلك أدبيات التحديث والتنمية Development وأدبيات التبعية لدراسة ظاهرتي التخلف والتنمية.

كما أن مشكلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للدول النامية أصبحت تحتل المركز الأول بين المشكلات على المستوى العالمي، ومن هنا نجد أن الجانب الأكبر من الدراسات الاقتصادية والاجتماعية الحديث أصبح يهتم أولاً وقبل كل شيء بمشكلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية خاصة وأن هذه المشكلة صارت الشغل الشاغل لرؤساء الدول ورجال السياسة وخبراء الأمم المتحدة والمنظمات الدولية، كما وأن مناقشتها والبحث فيها لم يعد قاصراً على الاقتصاديين وحدهم، بل أصبح الباحثون في العلوم الاجتماعية يدلون برأيهم بشأنها، ذلك لأن التخلف الاقتصادي لم يعد قاصراً على تنفيذ أعمال تهدف إلى زيادة الإنتاج وإنشاء المشاريع الجديدة واستغلال الموارد العاطلة فقط، بل أنه يستدعى أولاً القيام ببعض الخطوات التمهيديّة لإحداث تطوير في هيكل المجتمع، بحيث يصبح الإطار العام ملائماً للتقدم والنمو، مع مراعاة أن يتم اختيار المشروعات المطروحة للتنمية وتمنح أولويات التنفيذ بناءً على مقدرتها على تحويل المجتمع إلى الوضع الذي يتفق ومقتضيات التنمية وأن يتوافر التنسيق والتساند والتكامل بين بعضها البعض.

مفاهيم التنمية:

مازالت المشكلة التي تواجه بلدان العالم الثالث هي قضية التخلف، وكيف يمكن لهذه البلاد أن تواصل طريق التنمية بمعناها الشامل - الاقتصادي والسياسي والاجتماعي، أن تتخلص من حالة التخلف التي تعيشها. والمتتبع والمتأمل لواقع البلاد النامية يكتشف أن مفهوم التنمية لهذه البلاد مازال في حاجة إلى كثير من التوضيح والدراسة والتعديل. ففي الخمسينات، ومع تصاعد حركات الكفاح ضد الاستعمار، وحصول العديد من البلاد الأفريقية على استقلالها السياسي، وازدياد الدور الذي لعبته الدول الآسيوية الأفريقية على مسرح السياسة الدولية، في هذه الفترة سادت

أحلامك وردية حول المستقبل، سرعان ما بددتها قسوة الأحداث وتصاريح الزمان، والتي يمكن إيجاز صورتها فيما يلي:

١- أن أغلب هذه البلاد ركزت على الجانب الاقتصادي من التنمية، دون أن تشمل بنفس الدرجة- الجوانب السياسية والثقافية والاجتماعية، الأمر الذي أدى إلى تعثر هذه التجارب لاصطدامها بالواقع الاجتماعي والقيمي السائد، واد لدى المسؤولين في تلك البلاد، غياب النظرة الشاملة والتي بدونها لا يمكن استمرار البرامج التنموية، أو ضمان نجاحها.

٢- أن هذه التجارب أخذت طرقاً تطويرية أو تدريجية، ولم تتخذ الإجراءات اللازمة لمنع أو الحيلولة دون بروز شرائح اجتماعية وطبقات جديدة، تؤثر على عائد التنمية.

٣- أن هذه التجارب لم تتجح في حماية ذاتها من الأساليب الجديدة للسيطرة الاستعمارية- مثل المعونات الخارجية والاستثمارات- والتي توجد منافذ جديدة للنفوذ الأجنبي وأشكالاً جديدة للتبعية والتغلغل.

ومن ثم فإن مفهوم وجوهر عملية التنمية، هو شمولها وتعدد أبعادها وجوانبها، والتنمية هي تغير حضاري يتناول كافة أبنية المجتمع، ويشمل جوانبه المادية والبشرية والمعنوية وهكذا فإن التنمية ليست مجرد رفع مستوى الدخل، وليس مجرد تحقيق أهداف إنتاجية اقتصادية بل أن النجاح في رفع مستوى الدخل لا يتوقف على عوامل اقتصادية فحس، بقدر ما يرتبط أيضاً بظروف اجتماعية عامة تتعلق بالقيم والتعليم والنظام السياسي والعلاقات الاجتماعية والإطار الدولي وغيرها من اعتبارات.

كما أن مفهوم التنمية يتحدد انطلاقاً من الواقع الاجتماعي الذي تهدف التنمية إلى تغييره أو تطويره، وانتهاءً باحتذاء نماذج مجتمعية أخرى حققت قدرًا أكبر أو نوعية أرقى من الحياة الاجتماعية.

وتكاد تتفق معظم المصادر العلمية المتخصصة من حيث تحديد مفهوم التنمية الشاملة على أنها عملية نقل للمجتمع من الأوضاع القائمة إلى أوضاع أكثر تقدمًا لتحقيق أهداف محددة تسعى أساسًا لرفع مستوى معيشة المجتمع ككل في المدن والقرى، اقتصاديًا واجتماعيًا وثقافيًا وسياسيًا وعمرانيًا، وللتنمية الشاملة ثلاثة أبعاد رئيسية:

- ١- البعد النوعي: وهو الذي يحدد نوع التغيير المطلوب وحجمه في مختلف القطاعات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والعمرانية والروحية.
- ٢- البعد الزمني: وهو الذي يحدد الجدول الزمني لإحداث التغيير، كأن يكون سريعًا أو بطيئًا، قصيرًا أو متوسطًا أو طويل المدى.... الخ
- ٣- البعد المكاني: وهو الذي يحدد موقع التغيير في حيز الدولة، أي ما يعرف بالتنمية الإقليمية.

وظهر اصطلاح الدول النامية لأول مرة عقب نهاية الحرب العالمية الثانية، فقد نتج عن الحرب تغييرات في موازين القوى العالمية، وشهد العالم دولاً لها خصائص وسمات تختلف عن الدول المتقدمة، وأطلق اصطلاح الدول النامية كمسمى لهذه الدول وكانت البداية لهذا الاستخدام في إطار الأمم المستخدمة ومنظماتها الدولية. وقد اختلفت وجهات النظر والمعايير المستخدمة لتحديد المقصود بالدول النامية حتى أنه من الصعب أن نجد تعريفًا واضحًا متكاملًا متفق عليه.

فعلى سبيل المثال، يعرف البعض الدولة النامية بأنها: تلك الدولة التي تنتشر فيها ظاهرة الفقر، وأن كان الفقر في هذه الحالة مزمنًا لا يرجع إلى أزمة طارئة، وتتسم هذه الدول إلى جانب ذلك بإتباع مناهج عتيقة في الإنتاج وفي التنظيم الاجتماعي.

والبعض الآخر يعرف الدول النامية بأنها: تلك الدول التي يكون نصيب الفرد فيها من الدخل الحقيقي منخفضاً إذا ما قورن بمعدل الدخل الفردي في الدول المتقدمة.

ويميل بعض المفكرين إلى تقسيم المجتمعات من حيث درجة نموها إلى مجتمعات ما بعد التنمية ومجتمعات نامية أو في طريق النمو ومجتمعات ما قبل التنمية ويميل فريق آخر إلى تقسيم المجتمعات إلى أربعة مجموعات:

- ١- المجتمعات الغنية مادياً- المتقدمة اجتماعياً وتكنولوجياً.
- ٢- المجتمعات الفقيرة مادياً- المتقدمة اجتماعياً وتكنولوجياً حيث تواجه موازين مدفوعاتها- حالياً- مشاكل مادية بينما لديها قوى عاملة ماهرة ومستويات معيشية مرتفعة، مثل إنجلترا وإيطاليا.
- ٣- المجتمعات الغنية مادياً- المتخلفة اجتماعياً وتكنولوجياً مثل الدول البترولية الغنية.

٤- المجتمعات الفقيرة مادياً- المتخلفة اجتماعياً وتكنولوجياً وهي تأتي في قاع القائمة ويعيش سكانها في مستويات معيشية متخلفة مثل الهند وكثير من الدول التي تعاني من استنزاف مواردها.

ومهما تعددت التقسيمات واختلفت وجهات النظر وتنوعت، فإنها تشير إلى حقيقة واضحة، وهي أن هناك مجموعتان من الدول أحدهما دول غنية والأخرى دول فقيرة وأن الفروق بين هاتين المجموعتين تزداد اتساعاً في الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية..

خصائص الدول النامية:

تتسم الدول النامية ببعض الخصائص، والتي قد تزيد أو تقل من دولة إلى أخرى ولكنها سمة غالبية المجتمعات النامية، والتي اكتسبتها كنتيجة للتراكمات التاريخية التي مرت بها تلك الدول ومن هذه الخصائص.

١ - البناء الديموجرافي:

حيث تتضح في الدول النامية من خلال:

- ارتفاع كبير في معدل المواليد.
- كذلك ارتفاع معدل الوفيات.
- نمو متزايد في المعدلات السكانية، لا يقابلها تناسب في النمو في الموارد والخدمات والاستثمارات، مما يؤدي إلى انخفاض نصيب الفرد من الدخل القومي.
- انتشار البطالة.

٢ - البناء الأيكولوجي:

- درجة التحضر - أي نسبة سكان المدن لمجموع السكان في بلد ما في وقت معين، يكون في البلاد النامية أقل منه بكثير مما عليه السكان في البلاد المتقدمة.
- وهناك ظاهرة أخرى تسود البلاد النامية يطلق عليها العلماء اصطلاح الثنائية الإقليمية. ويقصد بها وجود فجوة متزايدة بين المناطق الريفية والحضرية داخل المجتمع الواحد، وليس هناك التكامل الإقليمي ويستخدم هذا كمقياس للتخلف.
- مشكلات تلوث البيئة.

٣ - النسق الاقتصادي:

- يتميز النسق الاقتصادي في البلاد النامية بتركز الجزء الأكبر من العاملين في القطاع الزراعي.
- انتشار ظاهرة البطالة المقنعة في القطاع الزراعي.
- عدم استغلال الموارد الطبيعية استغلالاً كافياً وبطرق وأساليب غير تكنولوجية.

- يعتمد الدخل القومي في غالبية الدول النامية، على إنتاج الموارد الأولية وغالبًا ما يتركز على سلع أولية محدودة مما يجعل اقتصاديتها عرضة للتقلبات.
- تحويل رؤوس الأموال الأجنبية لجانب كبير من الاستثمار القومي للبلاد النامية، تابعة للاقتصاد في الخارج.
- يتسم أيضًا النسق الاقتصادي بوجود ما يعرف بالثنائية التكنولوجية أي انشطار الاقتصاد إلى قطاعين، أحدهما متقدم لاتصاله بالاقتصاد العالمي والثاني قطاع تقليدي زراعي يشتمل على الجزء الأكبر من الاقتصاد القومي المحلي.
- تشييع ظاهرة البطالة في بنين البلاد النامية، حيث لا تستخدم الأيدي العاملة استخدامًا كاملاً ولا تستغل قدراتها إلا استغلالاً جزئياً.
- نقص وسائل التمويل والذي يرجع إلى:
 - أ- نقص المدخرات القومية.
 - ب- صعوبة تجميعها.
 - ج- سوء استخدامها.

٤ - البناء الطبقي:

- من خصائص الدول النامية هو التفاوت الكبير في الدخل، والذي ينتج عنه وجود طبقة غنية مسيطرة على جزء كبير من الدخل القومي، ووسائل الإنتاج، وطبقة فقيرة كثيرة العدد يعمل أغلبها في الزراعة أو الأعمال البسيطة وطبقة متوسطة معدومة وغير قادرة على ضغط التوازن الطبقي.
- الحراك الاجتماعي يكاد يكون معدومًا.
- يترتب على ما سبق صعوبة تجميع المدخرات وانخفاض مستوى الإنتاج القومي.

٥- النسق السياسي:

تحررت غالبية الدول النامية من الاستعمار حديثاً، وتحاول الدول المتقدمة أن تحافظ على سيطرتها السياسية بمختلف الأساليب، خاصة التركيز على التبعية الاقتصادية ومازالت المفاهيم والمشاركة السياسية لم تستقر بعد، لارتباط المشاركة بجوانب عديدة كالجوانب الاقتصادية والسياسية والثقافية- أضف إلى ذلك زيادة الأمية في المجتمعات النامية، ومنها ما يمكن أن نطلق عليه الأمية السياسية.

٦- نسق الأسرة:

رغم ما تتميز به الأسرة في الدول النامية من تماسكها وتربطها عن أسر المجتمعات المتقدمة، إلا أن تزايد حجم الأسر مع العقبات الاقتصادية وضعف الخدمات المتاحة لمواجهة التزايد في السكان، لا يتيح الفرصة لتنمية الأفراد التنمية اللازمة لنمو وتقدم ورقي المجتمعات. ويتأثر حجم الأسرة في الدول النامية بمؤثرات أهمها:
أ- اعتماد الأسرة على توافر الأيدي العاملة فيها، اعتقاداً بأن ذلك يرفع من مستواها الاقتصادي.

ب- انخفاض مستوى الدخل.

ج- انتشار الأمية والتمسك ببعض العادات والتقاليد السلبية.

د- نقص الخدمات والرعاية اللازمة.

لذا فغالباً ما تتميز الأسرة بكبير الحجم، وتنتشر صورة الأسرة الممتدة التي تلاشت تقريباً من المجتمعات المتقدمة ليحل محلها صورة الأسرة النووية.

٧- الحالة الصحية:

وتتضح صورة الحالة الصحية في مجموعة من المتناقضات، فرغم محاولات الدول النامية الاهتمام بالجوانب الصحية إلا أنه يتبين:-
- انخفاض المستوى الصحي.

- انخفاض نسبة الوفيات.
- زيادة نسبة الوفيات بين الأطفال.
- التغذية غير كافية وغير مناسبة.
- انتشار الأمراض المتوطنة والأوبئة.
- نقص الأطباء والهيئات المعاونة كالتمريض.
- انتشار بعض العادات والتقاليد الغير صحية.

٨- النسق التعليمي:

- ارتفاعه نسبة الأمية.
- انخفاض نسبة المقيدون في مراحل التعليم.
- التسرب في مراحل التعليم المختلفة.
- وجود تفاوت كبير في التعليم بين الذكور والإناث مما يؤدي إلى تخلف المرأة.
- وجود تفاوت في التعليم بين المناطق الريفية والحضرية.
- عدم مسايرة التعليم للتقدم والتحديث في المجتمعات المتقدمة.

٩- نسق القيم:

- الفرد في المجتمعات النامية يشعر بالانتماء إلى الجماعة، وبالاعتماد على السلطات واحترامها.
- الإحساس بالتبعية نتيجة للتنظيم الاجتماعي، وهناك تأكيد على قيم ومعايير المجتمع.
- أغلب القيم في البلاد النامية تتصف بالجمود وتدعو إلى التواكل والسلبية والتبعية، والوقوف موقفاً سلبياً تجاه التقدم المادي، واحتقار العمل اليدوي، ووضع المرأة في مكانة أقل من الرجل، وعدم الاهتمام بعنصر الزمن، والميل إلى التقليد والمحاكاة، إلى غير ذلك من القيم.
- انتشار الروتين في الأجهزة والإدارات التنفيذية.

- سوء توزيع القوى العاملة على قطاعات الإنتاج والخدمات.
- بعد أن كانت الدول النامية تتميز بإنتاجها الزراعي، أصبحت هناك مشكلة في الإنتاج الزراعي وتقوم الدول النامية باستيراد بعض المحاصيل.

- انتشار القيم السالبة بين الكثير من الأفراد.

ومن الخصائص العامة أيضاً والمرتبطة بقضية خدمة الفرد التنموية:

- ١- نقص مؤسسات الرعاية الاجتماعية العامة والمتخصصة.
- ٢- نقص الكادرات الفنية والعلمية اللازمة لقيادة هذه المؤسسات.
- ٣- سيطرة البيروقراطية في إدارة أعمال هذه المؤسسات.
- ٤- وجود الأنساق الاجتماعية غير المتوازية لنجد تقدماً في نسق معين يصاحبه تخلفاً في نسق آخر.
- ٥- تعثر وجود المؤسسات الاجتماعية القائمة لعجزها عن التحقيق الأمثل لأهدافها حينما واجهتها القيم والمعايير القائمة السائدة ويتجلى هذا في مؤسسات الرعاية الاجتماعية الأسرية والاضطرابات النفسية والأمراض العقلية.
- ٦- قصور خطط برامج الرعاية الاجتماعية عن تحقيق أهدافها لافتقارها الدقة والموضوعية.

ومما لا شك فيه أن التعرف على سمات المجتمع والناس عموماً وفهم هذه السمات والمشكلات هي المدخل الحقيقي لأي تنمية كذلك هي محاولة لخدمة فرد تنموية كذلك فخدمة الفرد ينصب اهتمامها على الفرد وشخصيته حيث أصبحت شخصية الفرد مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالمشكلة وهي المنطلق الأول لعمليات التنمية ولا شك أن مشاكل الفرد وسوء تصرف العقل البشري في إدارة الأمور ومواجهة المشاكل يؤدي بالتالي إلى الإخفاق في عمليات التنمية... ولذا كان من الأهمية بمكان التعرف على بعض سمات الشخصية في الدول النامية.

ويعرف علماء الطب النفسي الشخصية بأنها:

هذا الكل المتحد من النزعات الثابتة نسبياً العقلية والنفسية والجسمية والاجتماعية التي تميز فرداً معيناً وتقرر الأساليب المميزة لتكيفه مع بيئته المادية والاجتماعية.

وعرف البعض الشخصية القومية بأنها:

القيم الاجتماعية والاتجاهات السلوكية والفكرية والثقافية والحضارية السائدة فيه.

ولما كانت الشخصية القومية للمجتمع هي في الواقع الصفات الاجتماعية والحضارية والنفسية الغالبة فيه وهذه الصفات بعضها إيجابي وبعضها سلبي ويمكن رصد سماتها وتحديد معالمها الأساسية باصطناع الطرق والمناهج العلمية ودراسة التنشئة الاجتماعية لأن التنشئة الاجتماعية هي مفتاح التكوين السيكولوجي في المجتمع.

والشخصية في المجتمعات النامية باعتبارها محل اهتمامنا لها سلبياتها وإيجابياتها كما أن تلك السلبيات لها مسبباتها وأرى أنه من الضروري أن نضع أيدينا على كل ذلك حتى يمكن وضعه في الحسبان عند محاولة الصياغة للأسلوب المناسب لخدمة الفرد في المجتمع النامي.

وفيما يلي بعض سلبيات الشخصية في الدول النامية في إيجاز كما

يراهها البعض:

- ١- تحقير العمل اليدوي.
- ٢- التواكل.
- ٣- الخوف من المستقبل.
- ٤- التفكير الخرافي.
- ٥- الإسراف.
- ٦- الاهتمام الزائد بالشكليات.

يرى البعض أن للمجتمع النامي وأفراده سماتهم النفسية الخاصة ومن السمات النفسية والاجتماعية: الرضا والقناعة والكرم والطاعة والاستغراق في الوعي الديني وحب الأسرة وتماسكها والتوحد وروح الفكاهة والتوازن والاعتدال واللامبالاة الإرادية.

ويرى البعض أن مسببات، سلبيات الشخصية في الدول النامية ترجع إلى:-

أولاً: تخلف التعليم والثقافة:

- ١- زيادة الأمية بنسبة كبيرة في المجتمع.
- ٢- التعليم تلقين وليس تدريباً على التفكير.
- ٣- التخصص في غير استعداد الطالب.
- ٤- العمل في غير التخصص.

ثانياً: النظام القبلي.

ثالثاً: رواسب الماضي.

رابعاً: البيروقراطية.

ويجدر بنا بعد ما سبق عرضه أن نذكر تعريف التنمية: والذي وضعته

الأمم المتحدة وهو:

عملية تصمم لتهيئة الظروف الملائمة للتقدم الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع بأسره بحي يسهم سكان المجتمع بفاعلية في تلك العملية، كما أنها تعتمد إلى أقصى حد ممكن على مبادأة المجتمع.

نحو تنمية مستدامة:

التنمية المستدامة هي التنمية التي تلبي حاجات الحاضر دون المساومة على قدرة الأجيال المقبلة في تلبية حاجاتهم، وهي تحتوي على مفهومين أساسيين.

أولاً: مفهوم (الحاجات) وخصوصاً الحاجات الأساسية للفقراء، والتي ينبغي أن تعطي الأولوية المطلقة.

ثانيًا: فكرة القيود التي تفرضها حالة التكنولوجيا والتنظيم الاجتماعي على قدرة البيئة للاستجابة لحاجات الحاضر والمستقبل.

لذلك فإن التنمية المستدامة تقضي بتلبية الحاجات الأساسية للجميع، وتوسيع الفرصة أمام الجميع لإرضاء طموحاتهم إلى حياة أفضل، وعلى ذلك يجب أن نأخذ بعين الاعتبار الآتي:-

١- العمل على تلبية الحاجات الإنسانية عن طريق كل من زيادة الإنتاج وتأمين الفرص المتساوية للجميع على حد سواء.

٢- نشر القيم التي تشجع على تعديل الأنماط الاستهلاكية.

٣- العمل على إحداث التناغم بين التزايد السكاني مع الإمكانية الإنتاجية.

٤- الاستغلال الأمثل للموارد والإمكانيات.

٥- الاهتمام بالزراعة ونوعياتها وما يرتبط بها من المياه والري والصرف.

٦- تحسين استخدام الطاقة.

٧- تعديل توزيع الأيدي العاملة على قطاعات الإنتاج والخدمات المختلفة.

٨- محاربة الأمية والاهتمام بتطوير وتحديث التعليم.

٩- التوعية ضد التلوث والأمراض والعادات والقيم السلبية.

١٠- إعادة النظر في الكثافة السكانية وغزو الصحراء.

١١- الاهتمام بعمليات التنشئة والتربية لخلق المواطن الصالح.

١٢- الاهتمام بأوجه الرعاية الاجتماعية المختلفة.

١٣- الاهتمام بمشاركة الفئات المختلفة في العمل والإنتاج.

باستعراض ما سبق عرضه، يتبين أهمية العنصر البشري في التنمية، ومدى ما يمكن أن يساهم به في عمليات النمو أو عمليات التخلف لمجتمعه.

لذا يجدر بنا الإشارة إلى أن التركيز الأول لعمليات التنمية هو الفرد، فيجب أن تحشد الجهود، وتستثمر الطاقات من أجل إعداد الفرد وتأهيله ليشارك في حركة التنمية.

ومن ذلك يتضح أهمية المهن التي تسعى إلى إعداد ومساعدة الفرد على النمو السليم وتوفير مناخ جديد يستطيع من خلاله تعديل سلوكياته، والتوافق مع إمكانياته، والمساهمة بطاقاته وقدراته من أجل تنمية مستديمة له ولمجتمعه ومن هذه المهن مهنة الخدمة الاجتماعية بطرقها الثلاثة خدمة الفرد، وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع.

الفصل الحادي عشر خدمة الفرد والتنمية

- ❖ الخدمة الاجتماعية والتنمية.
- ❖ خدمة الفرد كضرورة للدول النامية.
- ❖ العلاقة بين التنمية الاجتماعية وخدمة الفرد.
- ❖ تعريف خدمة الفرد الترموية.
- ❖ أهداف خدمة الفرد في المجتمع النامي.
- ❖ بعض مشكلات الدول النامية.

الخدمة الاجتماعية والتنمية:

من أهم القضايا المعاصرة للخدمة الاجتماعية في الدول النامية، والتي تفرض نفسها كمدخل ضروري، هي قضية الخدمة الاجتماعية ودورها في المجتمعات الساعية إلى النمو والتنمية ومحاولة اللحاق بركب المجتمعات المتقدمة.

والتنمية كهدف يحلم به الأفراد والمجتمعات بغية تحقيق المطالب، وإشباع الحاجات والرقي بالفرد والمجتمع، يحتاج إلى تكامل الجهود، والنظر لقضية التنمية من مختلف التخصصات والعلوم والمهن.

والخدمة الاجتماعية تعد من المهن التي بادرت إلى مناقشة قضايا التنمية سواء في قاعات البحث والمدارس، أو من خلال بعض التجارب الأمبريقية والتي قد يعوقها الكثير من العقبات والمشكلات.

فالخدمة الاجتماعية كمهنة حديثة استمدت قاعدتها العلمية المعرفية من علوم إنسانية أخرى، بدأ ونمت في تطورات في مجتمعات غربية ودول أجنبية، تتصف بصفات تختلف عن طبيعة الدول النامية ومحدوديتها، منها على سبيل المثال سرعة التغيير واختلاف الثقافات، والتقدم التكنولوجي السريع، واستخدام أدوات ووسائل تقنية ذات مستوى عال من الدقة،.... وغير ذلك من الجوانب.

من ثم فأساليب الممارسة والتطبيق في الدول المتقدمة، قد لا تصلح بالطبيعة إلى التطبيق في المجتمعات النامية، فالحاجات مختلفة، كذلك أساليب الإشباع، ومستوى الطموح ولا يعني ذلك انعدام محاولات الممارسة والتطبيق في المجتمعات النامية، بل على العكس من ذلك فهناك محاولات علمية وجادة في المجتمعات النامية، ومنها في مصر، لذا قد يصل إلى الأسماع مفاهيم عدة خاصة بالتأصيل والتوطين للخدمة الاجتماعية في العشر سنوات الأخيرة.

ورغم ما ذكرناه سالفًا، إلا أن هذا لا يعفينا من مسئولية عدم بلورة خدمة اجتماعية تنموية توأم طبيعة المجتمعات النامية، ويرجع ذلك إلى التقصير وإغفال تسجيل تجاربنا، ومحاولة الاستفادة منها في دعم الإطار النظري للخدمة الاجتماعية، حيث أن العلم تراكمي بطبيعته، وعادة ما يبدأ الدارس أو الباحث أو المنظر من حيث انتهى غيره، ومن ذلك تتكون القاعدة المعرفية للعلوم والمهن.

والخدمة الاجتماعية كمهنة، تتطلب مجموعة من القواعد والأصول والحقائق العلمية والإنسانية التي يمكن أن تنطبق على ظروف المجتمع والبيئة والأفراد الذين يعيشون في هذا المجتمع ومعتقداتهم ومتطلباتهم. وتثير هذه المقولة قضايا هامة أبرزها:

أولاً: إذا ما سلمنا بالطبيعة المميزة لكل وحدة ثقافية، فإن علينا أن نسلم ضمناً بعدم صلاحية النماذج العملية لوحدة التطبيق الحرفي في وحدة أخرى.

ثانياً: يتوقف مدى صلاحية التطبيق الحرفي للنماذج العلمية على مدى التشابه والاختلاف بين الوجدتين وسكان الوحدة المقتبسة قريباً أو بعداً من تراث وثقافة الوحدة الأصلية.

ثالثاً: ترتيباً على ذلك فسوف تتباعد إلى أقصى مدى صلاحية نماذج علمية لمجتمع متقدم للتطبيق في مجتمع نام.

رابعاً: بل وبافتراض الصلاحية المطلقة لهذه النظريات والنماذج، فإن طرق الخدمة الاجتماعية ستظل قائمة على نظريات علوم إنسانية أخرى لم ترقى بعد نظرياتها إلى مستوى القوانين الحتمية والتعميم المنهجي، وهي بدورها قابلة للتغيير والتبديل بين الين والآخر.

خامساً: أن أقرب القضايا إلى الصدق هي المقولة التي تشير إلى أن صدق قضية ما، هي التي تتبع من داخلها.

فالمجتمع الأمريكي مثلاً، هو مجتمع متقدم بكل مشاكله وخصائصه ونوعية أنظمتها وقيمه وتقاليد وثقافته.. الخ، أفرز هذا الواقع مفهوماً خاصاً

لخدمة الفرد ودورًا، وأساليبيًا تكتيكية مناسبة له، وليست بالاحتمية مناسبة لغيره من المجتمعات وخاصة إذا كانت مجتمعات نامية، وإذا وضعنا في الاعتبار أن خدمة الفرد تتعامل بشكل مباشر مع الإنسان بكل أبعاده ومن خلال تفاعلاته وارتباطاته بنظام مجتمعي متأثر به ومؤثر فيه.

ويمكن القول أيضًا أن التطورات والاتجاهات الحديثة في خدمة الفرد تسير في نفس الاتجاه، ويتطلب ذلك من الباحثين والممارسين البحث حول تطويع تلك الاتجاهات والأساليب الفنية المنقولة من الغرب حتى تكون صالحة الاستخدام في المجتمعات النامية.

والمجتمع المصري كأحد المجتمعات النامية يستلزم بالضرورة دورًا مختلفًا ومعاصرًا وملامًا للخدمة الاجتماعية بعامة ولخدمة الفرد، كأحدى طرق الخدمة الاجتماعية وموضع دراستنا خاصة، دورًا يتناسب مع كل ما يطرحه المجتمع من معطيات، بحيث تتوافق وظروفه الاقتصادية والاجتماعية والدينية والثقافية والسياسية، فمساهمة أي مهنة في مواجهة قضايا المجتمع الرئيسية والهامة، ومدى هذه المساهمة وفعاليتها، هو السبيل الوحيد لأهمية هذه المهنة والاعتراف المجتمعي بها.

والسؤال الذي يطرح نفسه الآن هو: ما يمكن أن تقدمه الخدمة الاجتماعية بطرقها المختلفة للدول النامية وقضاياها؟

ولا شك أن أهم القضايا التي تهتم بها الدول النامية، هي التنمية الشاملة بقطاعيها الاقتصادي والاجتماعي، بل هو التحدي الرئيسي والأول الذي تسعى تلك الدول جاهدة لمقابلته.

ومهنة الخدمة الاجتماعية يمكن أن تقوم بدور فعال في خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية، خاصة ونحن نعلم أن المعوق الحقيقي لخطة التنمية هو العنصر البشري الذي يعجز وحده تحت تأثير مخلفات الماضي عن أن

يتحرر ثم ينطلق فكريًا وإنجازًا بالسرعة التي تقتضيها خطة التنمية وبالقوة التي تستطيع مقابلة التحديات التي تواجهها تلك الخطة.

ويمكن للخدمة الاجتماعية أن تساعد الأفراد على تغيير الثقافات المترسبة، وتبصيرهم بحقوقهم وتحرير طاقاتهم وإمكانياتهم لرفع الكفاية الإنتاجية وتعديل اتجاهاتهم وأنماط سلوكهم وأسلوب تفكيرهم بما يتفق واتجاهات الفكر المتطور وتدريبهم على ممارسة دورهم في المجتمع وإحاطتهم بالجو النفسي الملائم الذي يساعد على تحطيم جميع العوائق التي تحول دون ممارستهم لهذا الدور.

كذلك فالخدمة الاجتماعية لها دور هام وحيوي مع الشباب من خلال الأنشطة وداخل التجمعات والتنظيمات، فيمكن عن طريق ملاحقة التغيير الداخلي والتغيرات الموجودة في العالم الخارجي والتي تؤثر على الشباب، كما تدعم القيم والمثل وتشجعهم على الإسهام بالجهود الذاتية والتطوعية، كما يمكنها خلق المناخ المناسب للممارسة الديمقراطية السليمة وأساليب القيادة كما تساعد الشباب على حل مشكلاته ومواجهة التحديات التي تقابله في بداية حياته.

وللخدمة الاجتماعية دور هام آخر في مواجهة مشكلات التغيير الاجتماعي والذي يتطور بطريقة سريعة في الدول النامية، فمع محاولات التغيير لتطوير وتقديم المجتمع، تظهر مشاكل متعددة في انتقال المجتمع من مرحلة إلى أخرى في حاجة إلى مهنة تقابل تلك المشكلات.

ومن هذا يتضح لنا أهمية الخدمة الاجتماعية في الدول النامية كمهنة تستخدم الأسلوب العلمي من أجل إحداث التغيير المقصود والموجه في الأفراد والجماعات والمجتمعات ولمقابلة الاحتياجات بطريقة فعالة ولمواجهة التغيير السريع الذي يعني الدول النامية.

خدمة الفرد كضرورة للدول النامية:

لما كانت التنمية الشاملة لجانبيها الرئيسيين الاقتصادي والاجتماعي، هي التحدي الأساسي أمام الدول النامية عمومًا ومصر كإحدى هذه الدول وإذا كانت أهمية مهنة من المهن، والاعتراف المجتمعي بها يرجع إلى مدى مساهمتها وفعاليتها في مواجهة قضايا المجتمع الرئيسية. وحيث أن مهنة الخدمة الاجتماعية من الأهمية بمكان في إحداث التنمية الشاملة في الدول النامية، وحيث أن العقل البشري (الإنسان/ الفر) هو المسئول الأول عن تحقيق التنمية أو الإخفاق فيها، وأن تحقيق التنمية لمجتمع ما، يعتمد بشكل أساسي على جهود الإنسان وطاقاته الخلاقة وقدراته وتخطيطه وتنفيذه. أذن وانطلاقًا مما سبق فإنه من الطبيعي أن يكون لخدمة فرد نفس الدور الهام في عملية التنمية، والذي تستمد من كونها إحدى طرق الخدمة الاجتماعية وأنها الطريقة التي تتعامل مع أهم عنصر من عناصر التنمية وهو الإنسان الفرد.

ومع تسليمنا بصحة أهمية خدمة الفرد للمجتمعات النامية، إلا أن ذلك يقال من تصور نظري لما يجب أن يكون وليس ما هو كائن بالفعل في الجانب التطبيقي من خلال الممارسة في تلك المجتمعات.

وقد يرجع ذلك إلى أسباب عديدة منها: أن تطبيق الخدمة الاجتماعية وخدمة الفرد على وجه الخصوص، بدأ من مجتمعات مختلفة في ظروفها ومناخها واقتصادها وتنظيماتها وتقدمها.. (الولايات المتحدة الأمريكية أساسًا)، وتم نقل هذا إلى الدول النامية بخصائصها وتجاربها وظروفها ومعاناتها. ولا شك أن المهنة حينما نشأت بشكلها الرسمي ارتبطت بطبيعة مكان المنشأ، وبالتالي كان هناك توافق بين خدمة الفرد ومجتمعات المنشأ.

وخدمة الفرد انتقلت إلى بعض مجتمعات الدول النامية، ولكنها نقلت دون مراعاة للتطويع والتغيير في الأساليب والخطوات والفلسفة تتواءم مع تلك المجتمعات.. وفي الواقع لا يقصد بالمقولة السابقة أن خدمة الفرد قد أخفقت في

المجتمعات النامية كمهنة تستخدم أساليب فنية ولها قاعدتها العلمية، ولكن كان هناك العديد من المشاكل الناتجة عن التطبيق في المجتمع النامي.. وبالطبيعة هناك أسباب عديدة لتلك المشاكل مثل: المؤسسات والتنظيمات الاجتماعية، الممارسين طريقة إعداد الممارسين، مكانه الأخصائي الاجتماعي، مدى تفهم المجتمع للمهنة واعترافه بها.. الخ.

بالإضافة إلى ذلك، فإن حداثة المهنة في المجتمعات النامية، وعدم تسجيل التجارب والخبرات العديدة للممارسة، أدى إلى عدم تكوين رصيد علمي وعملي كافي يرتبط بطبيعة بيئات الدول النامية، حتى يمكن أن تنطلق منه لمحاولة الوصول إلى ما يمكن تسميته مثلاً خدمة فرد خاصة بالدول النامية، أو بمعنى آخر خدمة الفرد ترتبط بطبيعة وظروف المجتمع المصري، والذي يمكن أن يرتبط بطريقة للتعامل مع أفراد المجتمع، وأساليب للقياس مناسبة.... الخ الأساليب الفنية للمهنة.

العلاقة بين التنمية الاجتماعية وخدمة الفرد:

يمكن أن تحدد العلاقة بين التنمية الاجتماعية وطريقة خدمة الفرد في النقاط التالية:

١- تتفق طريقة خدمة الفرد مع التنمية في التركيز على الإنسان ومساعدته لكي يستطيع أداء أدواره في الحياة وذلك بمساعدته وتدعيمه وإزالة أو تخفيف المعوقات التي تواجهه.

٢- تلقتي خدمة الفرد مع التنمية في السعي لتحقيق ثلاث أهداف رئيسية هي:-
أ- علاج المشكلات الاجتماعية التي تعوق التنمية السلبية، الانعزال، الأثنية، اللامبالاة، انخفاض مستوى المعيشة، زيادة السكان).

ب- مساندة الإنتاج في جميع الميادين بتوفير العلاقات الإنسانية داخل الوحدات الإنتاجية.

ج- إعادة جميع المعوقين لعجلة الإنتاج بمساعدتهم على علاج مشكلاتهم والاستفادة من قدراتهم.

ويمكن لخدمة الفرد أن تحقق هذه الأهداف عن طريق عدة أساليب هي:
أ- أساليب وقائية:

عن طريقها نتلافى وقوع المشكلات ونوفر المعانة والألم والتكلفة اللازمة لعلاجها فيما لو انتظرنا حتى تقع.

ب- أساليب علاجية:

وفيها تقع المشكلة بالفعل فيتم معالجة أو تصحيح الانحراف الذي وقع.

ج- مجموعة الأساليب الإنمائية:

بهدف المحافظة على قيمة الإنسان ومساعدته على الإنتاج بأقصى حد ممكن كعمليات التأهيل الاجتماعي...).

٣- على الرغم من أن الخدمة الاجتماعية (وطريقة خدمة الفرد) كطريقة أساسية فيها والتنمية الاجتماعية تشتركان في الجهود العلاجية، إلا أن العلاج الذي تسعى إليه التنمية الاجتماعية هو علاج المشكلات المجتمعية التي تعرقل التنمية وتعوق التقدم بينما العلاج في خدمة الفرد فيهتم بالمشكلات الفردية وهو يأتي في مرتبة تالية في المجتمعات النامية وحتى هذا النوع من العلاج الفردي أصبح يسير حسب (وفقاً) للأولوية التالية:-

أ- علاج الأفراد داخل المجتمع الذي يعيشون فيه وليس داخل المؤسسات باعتبار أنها مشكلات مجتمعية... والعلاج يتم في نفس البيئة حيث يشمل ذوي المشكلات عموماً والجماعات المتصلة بهم والمؤثرة عليهم.

ب- علاج الفرد داخل انساق اجتماعية كالعلاج الأسري.

ج- العلاج السريع القصير للحالات الفردية استخداماً لنظرية المواجهة وهكذا انكمش العلاج الطويل الأمر الذي كان يسود الخدمة الاجتماعية وحلت محله اتجاهات أكثر تناسباً مع المجتمع النامي.

٤- خدمة الفرد التنموية تلقي بثقلها في تنمية الموارد الإنسانية عن طريق تدعيم وتقوية حياة الأسرة وإعداد الأفراد لتحسين أحوالهم من خلال أسهامهم في عمليات التنمية. أن خدمة الفرد الأنمائية تعمل على دفع عجلة التغيير وإزالة العقبات التي تعوق مسار معدلات التنمية المطلوبة عن طريق إحداق تغييرات إيجابية في العلاقات الاجتماعية والتي ستؤدي بطبيعة الحال إلى إزالة الظروف المعوقة التي تقف في سبيل التنمية.

٥- تساهم خدمة الفرد في تحديد طبيعة المشكلات الفردية التي يعاني منها سكان منطقة ما في المجتمع وبالمشاركة مع المنظم الاجتماعي يمكن تنمية الإمكانات والقدرات المتاحة لمواجهتها مواجهة فعالة.

تعريف خدمة الفرد التنموية:

هي ممارسة مهنية على مستوى الفرد تتعامل مع تحديات التنمية وتهدف إلى مساعدة الإنسان في المجتمع النامي على مواجهة مشكلاته ليرتبط بمجتمعه ويشارك بجهوده في الإنتاج.

وقد عرفت بما يلي:

خدمة الفرد التنموية هي مجموعة العمليات التي تستهدف مساعدة العميل على التخلص من المعوقات الذاتية والبيئية التي تحد من إسهامه الفعال في عملية الإنتاج وتمكنه من تحقيق الأداء المناسب لوظائفه الاجتماعية بما يساعد على تحقيق حسن استثمار واستغلال للطاقات البشرية في المجتمع.

نستخلص من هذا التعريف أن أهم ما يجب أن تتصف به خدمة الفرد

التنموية هو ما يلي:

١- الاهتمام في المقام الأول بمعالجة المشكلات العامة في المجتمع والتي تؤثر على التنمية مثل محو الأمية- تنظيم الأسرة- ترشيد الاستهلاك..... الخ.

٢- يجب أن تركز جهود خدمة الفرد في المجتمعات النامية على الجوانب الوقائية والإنمائية والعلاجية في نفس الوقت.

٣- لا بد أن تساير خدمة الفرد التنمية فلسفة المجتمع وسياسته وإستراتيجيته مثل الدعوة إلى العمل وتنظيم الأسرة ومقاومة الخرافات والعادات الضارة وهكذا.

٤- يعتمد أخصائي خدمة الفرد عندما يقوم بجهوده الإنمائية على القدرة على التأثير والإقناع، ولكي يصبح قادرًا على ذلك فإنه يعتمد على مبادئ الخدمة الاجتماعية عامة وخدمة الفرد خاصة مثل السرية حق تقرير المصير (نضج الشخصية بالممارسة) احترام كرامة العميل الفردية... الخ من المبادئ التي يعتمد عليها في تكوين العلاقة المهنية القائمة على الاهتمام والاحترام والثقة المتبادلة.

فإن اكتسب الأخصائي ثقة احترام من يتعامل معهم يصبح قادرًا على التأثير فيهم وتغييرهم، وإذا أصبح قادرًا على التغيير أصبح قادرًا على البناء والإنماء.

وباعتبار أن خدمة الفرد التنموية تسعى إلى تنمية المجتمع عن طريق تنمية أفرادها، فهي تنمي القيم والاتجاهات والأخلاق والقدرات وتنمي العلاقات... الخ، كذلك يحدث عن طريق دور خدمة الفرد في العلاج التربوي أو التعليمي الذي يعتمد على إكساب العملاء خبرات جديدة عن طريق تعديل السلوك أو تغيير الاتجاهات.

إذن الهدف الذي تسعى خدمة الفرد في المجتمعات النامية إلى تحقيقه هو تنمية الأفراد وزيادة قدرتهم على أداء أدوارهم الاجتماعية ومواجهة الصعوبات التي تعترضهم وبالتالي تعترض الجهود التنموية والمتعلقة بالعنصر البشري.

أهداف خدمة الفرد في المجتمع النامي:

- ١- زيادة حجم الطاقة المنتجة في المجتمع "وذلك بإعادة السليبين والمنحرفين والمعوقين إلى عجلة الإنتاج وهو الأمر الذي يزيد من الدخل القومي تحقيقاً للتنمية البشرية.
- ٢- تجنب المجتمع أعباء اقتصادية واجتماعية مستقبلة. حيث أنه يتحقق برعاية هذه الفئات تجنباً لتحويلها إلى طوائف طفيلية تشكل أعباءً إضافية مستقبلة، فالمشكلة الفدية تتضاعف بمتواليه هندسية، فما كان يسيراً بالأمس معقداً في الغد وأكثر تعقيداً بعد الغد.
- ٣- تدعيم قيم التكافل والتضامن الاجتماعي. فخدمة الفرد إحدى مظاهر العدالة والشعور الجمعي. تكسب المواطن ولاء لمجتمع يمد له يد العون إذا ما وجهته محن طارئة.
- ٤- الاكتشاف المبكر لمشاكل المجتمع ومظاهر التفكك فيه. فمن خلال دراسة المشكلات الفردية وتحليل أبعادها يمكن الوقوف على المظاهر المرضية في المجتمع.
- ٥- توفير أموال الدولة وخدماتها، من خلال التأكد من أهلية الاستحقاق لطلاب المعونات المختلفة في أكار من العدالة التامة. لتصل الخدمة لمن هو حاجة إليها.
- ٦- خدمة فرد طريقة هدفها العام يتركز في علاج المشكلات الفردية والأسرية في المجتمع تحقيقاً لرفاهية الإنسان وعزته وعلى ذلك فهي طريقة إيجابية تبادر لمساعدة الأفراد حماية لهم ولمجتمعهم في نفس الوقت فهي معروضة ومفروضة في نفس الوقت فمسئولياتها الاجتماعي تبيح لها حق التدخل إذا ما تعرضت سلامة المجتمع للأخطار.

بعض مشكلات الدول النامية:

تعاني الدول النامية من مشكلات عديدة ترتبط بالنظام الاقتصادي السائد فيها، حيث يلعب العامل الاقتصادي دورًا هامًا في حياة الأفراد والمجتمعات ومن أهم المشكلات التي يمكن أن تساهم فيها جهود خدمة الفرد في المجتمعات النامية هي:

- ١- مشكلة الأمية.
- ٢- زيادة السكان وتنظيم الأسرة.
- ٣- مشكلة العمالة (التصنيع).
- ٤- مشكلات الريف.
- ٥- توزيع القوى العاملة.
- ٦- المشكلات الأسرية.
- ٧- الروتين الوظيفي.
- ٨- العزوف عن العمل اليدوي خاصة الزراعي.
- ٩- مشكلات الهجرة.

ومنها:

- أ- الهجرة من الريف إلى المدينة.
- ب- الهجرة من بلد المنشأ إلى بلاد أخرى.
- ج- سفر الآباء للعمل خارج بلد المنشأ.

الفصل الثاني عشر الممارسة المهنية في الوطن العربي

مقدمة.

الممارسة المهنية في دولة قطر.

الممارسة المهنية في دولة الكويت.

الممارسة المهنية في دولة السودان.

الممارسة المهنية في الإمارات العربية المتحدة.

الممارسة المهنية في الوطن العربي

مقدمة:

عرفت الإنسانية منذ القدم أساليب وأشكال مختلفة للرعاية الاجتماعية ارتبطت مظاهرها بتعدد الجهود الإنسانية وتتابعها على مر التاريخ، ففي الجماعات البشرية الأولى والترابطات البدائية ظهرت ألوان من البر في طقوسهم الدينية المختلفة، ويتوالي العصور المختلفة بعد ذلك برزت الخدمات الاجتماعية بصورة أكثر وضوحًا وتنظيمًا سواء أكانت برًا أو إحسانًا أو تعاونًا كما اتسمت بطابع ديني وإنساني فرضته الحضارات القديمة.

في هذا السياق يمكن القول أن أشكال الرعاية الاجتماعية عبر التاريخ تعتبر الجذور الأولى التي نتج عنها مهنة الخدمة الاجتماعية والتي كانت نشأتها في أوائل القرن العشرين بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث تم إنشاء مدرسة للخدمة الاجتماعية عام ١٩٠٤ بمدينة نيويورك، وتلى ذلك استكمال المهنة لمقوماتها حتى اعترف بها كمهنة.

وقد انتشرت الخدمة الاجتماعية كمهنة في كثير من الدول العربية مع نشأة وتطور نظم التعليم بها، ومن ثم فقد تأثرت تلك النشأة بوضع الخدمة الاجتماعية القائم آنذاك بمصر، حيث اعتمدت كثير من الدول العربية على مصر في إقامة نظم التعليم بها، وبدأ المصريون في نقل نظم التعليم والمناهج الدراسية إلى هذه الدول العربية لاسيما وأن هناك رباط قوى من وحدة الدين واللغة والقيم والتاريخ المشترك.

وكانت مهنة الخدمة الاجتماعية قد دخلت المنطقة العربية من أمريكا إلى مصر وبالتالي فقد كان النمط السائد في الخدمة الاجتماعية هو النمط الأمريكي في الممارسة.

ولكن الظروف المختلفة بين المجتمعين الأمريكي والمصري أثر على طبيعة ومجالات تلك الممارسة، ففي حين كان يغلب على الممارسة في الولايات المتحدة الأمريكية أن تنتشر بداية في مؤسسات الرعاية الاجتماعية الأسرية نجد أنها بدأت في المدارس الثانوية في مصر وبالتالي انعكس ذلك على بدايتها في المدارس في الدول العربية على يد المصريين ومن ثم يمكن القول بأن الخدمة الاجتماعية في الكثير من الدول العربية نبتت في أحضان المؤسسات التعليمية ومنها انتشرت؟؟؟ ميادين ومجالات أخرى.

ويلاحظ أن الخدمة الاجتماعية قد انتشرت في عديد من الدول العربية، ودخلت في مجالات متنوعة، كما بدأت تستقر أيضًا على المستوى الأكاديمي وتتفرد بأقسام علمية متخصصة في بعض الجامعات العربية، ولا شك أن ذلك ارتبط بالتطورات والتغيرات المتنامية، وتزايد الحاجات والمشكلات على المستويين العالمي والقومي وسنتناول فيما يلي صورة موجزة للممارسة المهنية في بعض الدول العربية.

١ - الممارسة المهنية في دولة قطر:

كانت بداية دخول ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية إلى دولة قطر في المجال المدرسي، ففي عام ١٩٥٧ تم إنشاء إدارة للتربية والتعليم للإشراف على التعليم في دولة قطر حيث بدأ التعليم النظامي فيها سنة ١٩٥٦، ونتيجة للزيادة المطردة في عدد المدارس تضاعفت أعداد التلاميذ وبدأت تظهر بعض المشكلات التي يعانون منها، فقررت إدارة التربية والتعليم إنشاء إدارة الخدمة الاجتماعية في عام ١٩٦٠ لمواجهة تلك المكالات، وقامت هذه الإدارة بالتعاقد مع اثنين من الأخصائيين الاجتماعيين المؤهلين، تم تعيين أحدهما بدار المعلمين للبنين والآخر بمدرسة الدوحة الثانوية للبنين.

ولما صدر النظام الأساسي المؤقت للحكم في دولة قطر وتشكل أول مجلس للوزراء في ٢/٤/١٩٨٢، قامت وزارة التربية والتعليم بالتوسع في الاستعانة بالأخصائيين الاجتماعيين بمدارسها واستقدمت عددًا كبيرًا منهم من مصر، هذا فضلاً عن تحديد اختصاصات إدارة التربية الاجتماعية، وانعكس ذلك على انتشار الممارسة المهنية في مختلف المدارس والمراحل التعليمية الابتدائية والإعدادية والثانوية.

ومما لا شك فيه أن نجاح عمل الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع طلاب المدارس وإحساس الأسر والمجتمع انعكس على دخول الخدمة الاجتماعية في مجالات أخرى للعمل كوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.

أما عن تعليم الخدمة الاجتماعية والإعداد الأكاديمي للأخصائيين الاجتماعيين في دولة قطر، فنلاحظ أن مسئولية الإعداد قامت على أقسام علمية بدأت في كلية التربية، ويعتبر ذلك امتدادًا لطبيعة النشأة وطبيعة الخدمة الاجتماعية في مصر وسائر الدول العربية لأن هذه الدول حاولت توفير الإعداد الكافية من المعلمين من أبنائها، فأنشأت كليات للتربية لتخريج المعلمين وضمت إلى هذه الكليات التخصصات التي توجد داخل نسق التعليم العربي المتميز بما فيها الخدمة الاجتماعية حتى تتكامل التربية مع التربية الاجتماعية.

٢ - الممارسة المهنية في دولة الكويت:

دخلت الخدمة الاجتماعية كمهنة في بداية الستينات في دولة الكويت وكانت بدايتها في المجال المدرسي، وكانت البداية بعدد محدود من الأخصائيين الاجتماعيين فقد كان عددهم في العام الدراسي ١٩٦٦ - ١٩٦٧ (٥٢) أخصائيًا وأخصائي اجتماعي نمت وتطور بعد ذلك ليعم جميع المدارس ويتزايد وفقًا للاحتياجات والمطالب التعليمية.

أعقب نجاح الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع طلاب المدارس العادية أن ينتقل الاهتمام بممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال مدارس الفئات الخاصة وبدأت عملية الممارسة مع مختلف الإعاقات والاستعانة بالتخصصات العلمية الأخرى ليتكامل فريق العمل في رعاية فئة المعوقين.

ومع تنامي الممارسة المهنية في دولة الكويت انتشرت الخدمة الاجتماعية في مجالات العمل المختلفة الحكومية منها والأهلية وكان الاعتماد في بداية الممارسة غالباً على الأخصائيين الوافدين، حتى بدأت عملية تعليم الخدمة الاجتماعية في دولة الكويت ليتخرج ممارسين من أبناء الدولة يعملون جنباً إلى جنب مع الأخصائيين من الوافدين.

أما عن تعليم الخدمة الاجتماعية في دولة الكويت فقد قطع شوطاً طويلاً منذ بدايته فقد بدأ تدريس الخدمة الاجتماعية بالجامعة ولكن كانت تدرسي في أقسام واحدة مع علم الاجتماع، ويرى البعض أن ذلك يرجع إلى أن الكثافة السكانية لهذه البلاد بالنسبة لمساحتها قليلة، ولذلك فلا توجد - حالياً - ثمة ضرورة لتخريج متخصصين من تخصصين مختلفين وإن كان هناك اليوم بادرة نحو إنشاء قسم خاص بالخدمة الاجتماعية متى استكملت المقومات الأكاديمية لإنشاء هذا القسم.

٣- الممارسة المهنية في دولة السودان:

النشأة الأكاديمية المهنية للخدمة الاجتماعية في السودان ترجع إلى عام ١٩٦٩م حين أنشئ الدبلوم الأوسط في الخدمة الاجتماعية وألحق بمعهد الدراسات الإضافية بجامعة الخرطوم، باعتبار أن الخدمة الاجتماعية تمثل نوعاً من التدريب أثناء الخدمة، لموظفين بخبرات لا تقل عن سنتين ومن خريجي الثانوية العامة، بغض النظر عن مستوى الدرجة التي نالوها في الشهادة الثانوية، حيث يكتفي بنجاح الطالب أو الطالبة.

كما حدث في بعض بلدان العالم اعترض الخبراء الأوائل الذين أسسوا دبلوم الخدمة الاجتماعية في السودان، على أن تصطبغ الدراسة بصبغة أكاديمية بحتة خوفاً من أن يؤدي ذلك إلى التركيز على التقاليد الأكاديمية المتشددة في وضع المناهج الدراسية وإمكانية تعديلها.

لقد كان الغرض من إنشاء دبلومات الخدمة الاجتماعية رغبة الباحثين الاجتماعيين- كما كانت تسميهم مؤسساتهم التي يعملون بها- في الحصول على مشروعية مجتمعية للنشاط الذي يقومون به، وذلك حتى لا تقوم ممارسة الخدمة الاجتماعية على حسن النية.

وللحصول على الاعتراف المهني والأكاديمي حرص الخبراء الذين استعانت بهم جامعة الخرطوم سواء كانوا من البريطانيين أو من المصريين على الإبقاء على تعليم الخدمة الاجتماعية في أحضان جامعة الخرطوم، وللمحافظة على المرونة أجمعت مقترحاتهم على أن خير مكان لبرنامج تعليم الخدمة الاجتماعية هو معهد الدراسات الإضافية، ولعل إلحاق هذا البرنامج بالدراسات الإضافية قد أضفى عليه مرونة أضعفت من إمكانية الاعتراف الأكاديمي والمهني به، وكما حدث في البلدان الأخرى فإن تعليم الخدمة الاجتماعية نشأ في الغالب كاستجابة لضغوط الوزارات والمصالح الحكومية واستعدادها لتمويل الدراسة، ولم ينشأ تعليم الخدمة الاجتماعية بمبادرة من القيادات الأكاديمية العليا داخل الجامعة.

وقد استفاد خبراء الخدمة الاجتماعية في تأسيسهم لتعليم الخدمة الاجتماعية من التجارب التي توصلت إليها برامج تعليم الخدمة الاجتماعية في بقية أنحاء العالم ومن ثم تبني هؤلاء الخبراء المنهج التكاملية لطرق الخدمة الاجتماعية مع نبذ فكرة التخصص الدقيق في الخدمة الاجتماعية سواء بالنسبة للدبلوم المتوسط أو الدبلوم فوق الجامعي في الخدمة الاجتماعية. وقيام الدبلوم الأوسط يرجع في الأساس إلى استبقاء هذه التجربة من بريطانيين ويتمثل هذا

الاتجاه في الجمع بين دراسات نظرية وميدانية مدتها سنتان وتقدمها الكليات التقنية أو كليات التعليم المستمر وهي الدراسات الإضافية. وقد انتشر عمل الأخصائيين في ميادين العمل المختلفة مع دعم الوزارات المعنية كالصحة والداخلية والتربية والشباب والشئون الاجتماعية للعملية التعليمية.

٤ - الممارسة المهنية في الإمارات العربية المتحدة:

التطور التاريخي لمهنة الخدمة الاجتماعية في الإمارات العربية المتحدة:

إن ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية The Social Work Profession في الإمارات العربية المتحدة حديثة العهد، فلم يمضى على أول تخطيط منظم للاستعانة بالأخصائيين الاجتماعيين Social Workers سوى عقدين من السنين.

وكانت بداية انتقال مهنة الخدمة الاجتماعية من مصر إلى الإمارات العربية المتحدة في شكل جهود فردية محدودة كما حدث في قطر والكويت ودول عربية أخرى.

وكان العام الدراسي ١٩٧٢ - ١٩٧٣ أول ظهور لمهنة الخدمة الاجتماعية في الإمارات حيث قامت وزارة التربية والتعليم والشباب بتعيين أخصائيتين اجتماعيتين مؤهلتين مصريتين، تعمل إحداهما بمدارس إمارة الشارقة بينما تعمل الأخرى بمدارس إمارة دبي.

ويعتبر العام الدراسي ١٩٧٣ - ١٩٧٤ البداية الرسمية لدخول الخدمة الاجتماعية إلى المدارس في الإمارات حيث أنشأت وزارة التربية والتعليم والشباب دائرة الخدمة الاجتماعية والنفسية، ومقرها دبي.

وبالرغم من أن البداية الرسمية لدخول مهنة الخدمة الاجتماعية للمدارس كانت في ذلك العام، إلا أن البداية الفعلية لممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي لم تبدأ إلا بعد العام الدراسي ١٩٧٤ - ١٩٧٥.

فعندما أنشئت دائرة الخدمة الاجتماعية والنفسية وبدأت في ممارسة اختصاصاتها، لم يكن يتوفر لديها حينذاك العدد المناسب من الأخصائيين الاجتماعيين المؤهلين الذي يمكن أن تبدأ به العمل بالمدارس، ولتغطية هذا العجز، استعانت الدائرة بالمدرسين ذوي الخبرة في المجال الاجتماعي مع التركيز بصفة خاصة على من سبق لهم العمل في مجالات التربية والتعليم في الدول العربية الفقيرة.

وكان الغرض من الإسراع بالاستعانة بجهود هؤلاء المدرسين، هو شعور دائرة الخدمة الاجتماعية والنفسية بضرورة مواجهة المشكلات التي ظهرت بين التلاميذ نتيجة للتغير السريع والتطور الحضاري الذي شمل رخاء المجتمع وكان له تأثيره الواضح في سلوكهم وعاداتهم وتقاليدهم وقيمهم وعلاقاتهم الاجتماعية.

وفي العام الدراسي ١٩٧٤ - ١٩٧٥، تم وضع أول تخطيط منظم لاختيار أخصائيين اجتماعيين للعمل بمدارس الدولة، وبدأت وزارة التربية والتعليم في اختيار أخصائيين اجتماعيين مؤهلين عن طريق عقد مقابلات شخصية وانتقاء من يقع عليهم الاختيار، وبدأ استقدام أخصائيين اجتماعيين مصريين مؤهلين تبعاً عن طريق الإعارة والتعاقد الشخصي، كما استعانت الوزارة ببعض الأخصائيين الاجتماعيين الفلسطينيين المتخرجين من مصر. ومن ثم سارت الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي بخطى واسعة.

ولتعميق مفهوم الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي School Social Workers واكتساب خبرات الممارسة Practic Experiences عن طريق المتخصصين، تقوم وزارة التربية والتعليم بشكل دوري بعقد الندوات حول

الموضوعات الاجتماعية والدورات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين في جميع المدارس بهدف تحسين مستوى الممارسة المهنية لديهم في المدارس.

ومن الملاحظ أن الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي تحظى باهتمام كبير في دولة الإمارات، إذ بحلول العام الدراسي ١٩٨١ - ١٩٨٢، أصبح بكل مدرسة من مدارس الإمارات السبع أخصائي اجتماعي واحد أو أخصائية اجتماعية واحدة على الأقل، وأنشئ في كل منطقة تعليمية (إمارة) قسم للخدمة الاجتماعية والنفسية يتولى مسئوليته موجهًا للخدمة الاجتماعية ويعاونه أخصائي بحوث وأخصائي نفسي يعمل بعض الوقت، كما أنشئت "الإدارة العامة للخدمة الاجتماعية التربوية" بوزارة التربية والتعليم والشباب، وتضم تلك الإدارة جهازًا فنيًا متخصصًا إلى جانب خبير في التربية من منظمة اليونسكو، ويرأسها وكيل وزارة مساعد.

وتختص تلك الإدارة بوضع خطة سنوية Annual Plan لعمل الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة، وتقوم الخطة على أربعة مجالات رئيسية هي:

١- الإدارة المدرسية School

٢- الهيئة التدريسية Teaching Staff

٣- الطالب Student

٤- المجتمع Society / Community

وتتضمن الخطة تحديد أهداف معينة لكل مجال والإجراءات التنفيذية لتحقيق تلك الأهداف.

هذا، وتحول الحالات النفسية من المدارس إلى أقسام الخدمة الاجتماعية والنفسية بالمناطق التعليمية حيث يتناولها الأخصائي النفسي الذي يعمل بعض الوقت بكل من تلك الأقسام.

وفي عام ١٩٩٢م صدر القرار الوزاري رقم ١٤٧٩ / ٢ بشأن تنظيم العمل في المدارس.

والخدمة الاجتماعية وإن كان لها نشاط ظاهر وملحوس في المجال المدرسي، إلا أنها دخلت أيضاً وزارات Ministries أخرى مثل: وزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة الصحة.. ومجالات Fields أخرى مثل: رعاية المعاقين ورعاية الأحداث ومراكز التنمية الاجتماعية والجمعيات ذات النفع العام.. وأثبتت أهميتها وأن لها دور رئيس في هذه الوزارات والمجالات.

فعلى سبيل المثال دخلت الخدمة الاجتماعية وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في عام ١٩٧٥ في إدارات الوزارة التالية: إدارة الضمان الاجتماعي، إدارة مراكز التنمية الاجتماعية، إدارة رعاية الفئات الخاصة، إدارة التعاون، إدارة الجمعيات ذات النفع العام، إدارة التخطيط والتدريب، إدارة الشؤون المالية والإدارية.

وفي عام ١٩٨٠ بدأت مهنة الخدمة الاجتماعية تطرق المجال الطبي والمجال الطبي النفسي. حيث قامت وزارة الصحة Ministry Of Health بالاستعانة ببعض الأخصائيين الاجتماعيين للعمل بمستشفياتها، وبعض الأخصائيين النفسيين للعمل بوحدات الصحة المدرسية التابعة لوزارة الصحة بدولة الإمارات.

بعد ذلك استعانت وزارة الصحة بالأخصائيين الاجتماعيين في جميع المستشفيات والإدارات بالوزارة، منها على سبيل المثال إدارة الطب الوقائي والرعاية الصحية الأولية ورعاية الأمومة والطفولة، وهكذا دخلت الخدمة الاجتماعية كتخصص مهني في كثير من المستشفيات الطبية والنفسية.

وفي العام الدراسي ١٩٨١ - ١٩٨٢ دخلت الخدمة الاجتماعية مجال رعاية الفئات الخاصة Special Groups باشتغال الأخصائيين الاجتماعيين في فصول التربية الخاصة التابعة لوزارة التربية والتعليم، ومراكز رعاية المعاقين التي أنشأت في أبو ظبي ودبي والتابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية بالإمارات.

ومنذ ذلك الحين والخدمة الاجتماعية تطرق مجالات عديدة للممارسة، ليس فقط في ميادين الرعاية الاجتماعية الحكومية، بل أيضاً في هيئات الرعاية الاجتماعية الأهلية والتي يطلق عليها الجمعيات ذات النفع العام ولقد حدد القانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ١٩٧٤ في شأن الجمعيات ذات النفع العام، والمعدل بالقانون الاتحادي رقم ٢٠ لسنة ١٩٨١ أسس تنظيم والإرشاد هذه الجمعيات وتحديد أهدافها وطرق الإشراف الفني والمالي عليها.

ويقصد بالجمعيات ذات النفع العام: "كل جماعة ذات تنظيم له صفة الاستمرار لمدة معينة أو غير معينة تؤلف من أشخاص طبيعيين أو اعتباريين، بقصد تحقيق نشاط اجتماعي أو ديني أو ثقافي أو تربوي أو فني أو تقدم خدمات إنسانية أو تحقق غرض من أغراض البر إلى غير ذلك من أنواع الرعاية، سواء عن طريق المساعدة المادية أو المعنوية أو الخبرة الفنية، وأن تعمل في جميع أنشطتها على تحقيق النفع العام دون الحصول على ربح مادي.

ويمكن تقسيم هذه الجمعيات بحسب طبيعة عملها إلى المجموعات التالية:

- ١- الجمعيات النسائية.
- ٢- جمعيات الإصلاح والتوجيه الديني.
- ٣- جمعيات الفنون الشعبية.
- ٤- الجمعيات الثقافية.
- ٥- الجمعيات المهنية.
- ٦- جمعيات الجاليات (العربية والأجنبية).

وفي عام ١٩٨١ أنشأت "جمعية الاجتماعيين بالشارقة" بموجب القرار رقم ٢/٧٦ وفي ضوء أحكام القانون الاتحادي رقم (٢٠) لسنة ١٩٨١ بشأن الجمعيات ذات النفع العام، وجمعية الاجتماعيين هي جمعية مهنية تضم في عضويتها خريجي أقسام العلوم الاجتماعية والإنسانية مثل: الخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع وعلم النفس.

وخاتمة لما سبق فإنه يمكن أن نقول أن ممارسة الخدمة الاجتماعية نشأت وتطورت في الإمارات من خلال نسق الرعاية الحكومية، وخاصة بعد أن توسعت حكومة الإمارات في تقديم الخدمات الاجتماعية بصورة واضحة لمواطنيها خلال عقد السبعينات، وأصبحت الخدمة الاجتماعية منذ ذلك الحين إحدى المهن الرئيسية لتنفيذ برامج الرعاية الحكومية في الأجهزة والمؤسسات الحكومية.. ثم دخلت الخدمة الاجتماعية القطاع الأهلي التطوعي فأصبح الأخصائي الاجتماعي يعمل في بعض الجمعيات ذات النفع العام.

ونظرًا لأهمية إعداد أخصائيين اجتماعيين من العناصر الوطنية، قامت جامعة الإمارات العربية المتحدة في العام الدراسية ١٩٧٩ - ١٩٨٠ بتدريس الخدمة الاجتماعية كتخصص فرعي بقسم الاجتماع بكلية الآداب وذلك بهدف تخريج الكوادر الوطنية من الأخصائيين الاجتماعيين القادرة على تحمل مسؤولياتها تجاه مجتمعها وفهمه ودراسة مشكلاته، واقتراح الحلول المناسبة والعمل على تقديم الخدمات اللازمة في مختلف مجالات التنمية وميادين الرعاية الاجتماعية في الدولة.

ومنذ عام ١٩٨٨ أدخلت الدراسات العليا في القسم، وذلك من خلال طرح دبلوم التنمية والرعاية الاجتماعية لتأهيل العاملين في مجال البحث والخدمة الاجتماعية، إلا أن هذا الدبلوم للأسف قد توقف. ويطالب كثير من الأخصائيين الاجتماعي بعودة هذا الدبلوم مرة أخرى.

وفي العام الدراسي ١٩٩٤ - ١٩٩٥ أنشأ قسم مستقل Department of Social Work للخدمة الاجتماعية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، إيمانًا من جامعة الإمارات بأهمية هذه المهنة وضرورة تطويرها لتواكب التغييرات الاجتماعية والاقتصادية السريعة التي تحدث في مجتمع الإمارات، ومالها من تأثيرات سلبية على هذا المجتمع، وما ينتج أيضًا عنها من مشكلات عديدة تحتاج بلا شك إلى جهود أخصائيين اجتماعيين مواطنين لمواجهتها.

ولاقتناع جامعة الإمارات بضرورة مواكبة مهنة الخدمة الاجتماعية للتطورات الحديثة التي ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا وأوروبا الغربية، مع مراعاة طبيعة المجتمع الإماراتي وثقافته ومشكلاته.. قام قسم الخدمة الاجتماعية بإعداد خطة جديدة (خطة عام ١٩٩٠ المطورة) والتي بدأ العمل بها في الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي ١٩٩٥-١٩٩٦ لتلبي التوقعات السابق ذكرها، وتواكب التطورات الحديثة في المهنة.

ويهدف قسم الخدمة الاجتماعية إلى إعداد وتخريج كوادر فنية مؤهلة من الأخصائيين الاجتماعيين من حملة درجة البكالوريوس في الخدمة الاجتماعية، الأمر الذي يؤدي إلى دعم ومساندة كافة المؤسسات المتخصصة والعاملة في ميدان الخدمة الاجتماعية بالدولة، أو تلك التي تقدم برامج خدمات اجتماعية كجزء معاون لأنشطتها الأساسية، وذلك من خلال توفير الكوادر المؤهلة اللازمة لهان وبما يؤدي في النهاية إلى توظيف الوظائف في هذا الميدان الرحب من ميادين العمل اتساقاً مع سياسة الدولة في هذا السبيل.

هذا، وقد حرص القسم في إعداد خططه وبرامجه الدراسية مراعاة

المحاور الرئيسية التالية:

- ١- التوجه الإسلامي العام في تعليم وممارسة الخدمة الاجتماعية والحرص على مراعاة خصوصية مجتمع الإمارات من حيث قيمة وأخلاقياته واحتياجاته، وما يمر به من تطور سريع وما قد ينشأ من هذا التطور - جانبياً - من مشكلات.
- ٢- تأصيل الانتماء الوطني لمجتمع الإمارات العربية المتحدة.
- ٣- ارتكاز الخطة على محوري التنمية Development والوقاية Prevention أكثر من العلاج Treatment , Therapy.
- ٤- تدريس مساقات الخطة في ضوء أسلوب الممارسة العامة The Generalist Approach in Social Work كأسلوب متفق عليه عالمياً، فضلاً عن أنه يناسب ظروف وطبيعة الدول النامية بما فيها الإمارات.

٥- مراعاة المستويات التي حددها "مجلس تعليم الخدمة الاجتماعية Council on Social Work Education (C. S. W. E) كمستويات مقبولة علمياً لمرحلة البكالوريوس في الخدمة الاجتماعية، الأمر الذي يتيح لخريجي القسم فرصة القبول بسهولة بأسى من كليات الخدمة الاجتماعية بالخارج إذا رغبوا في مواصلة دراساتهم العليا بها.

٦- يقوم القسم بإعداد خريجه من خلال تزويدهم بالأطر العلمية الحديثة والمعاصرة في الخدمة الاجتماعية، وتدريبهم ميدانياً (٤٠٠ ساعة على الأقل) في مؤسسات المجتمع المختلفة، بما يكسبهم المهارات اللازمة للعمل في مختلف مواقع العمل المهني والتي من أمثلتها: المدارس، ومؤسسات رعاية الأسرة، والطفولة، والشباب، والمسنين، والمعاقين، والأحداث، والمستشفيات، والسجون، والأندية، والشرطة ومراكز التنمية الاجتماعية وغير ذلك.

ويهتم هذا القسم بالبحث العلمي من خلال أعضاء هيئة التدريس به وبالتعاون مع الأقسام الأخرى بالكلية، وكذا مع مختلف الهيئات والمؤسسات بهدف الدراسة العلمية للموضوعات التي تشكل دراستها استجابة لحاجة مجتمعية، فضلاً عن متابعة المؤتمرات العلمية- المحلية والدولية- والمساهمة فيها كلما كان ذلك ممكناً، مع تشجيع التأليف والنشر العلمي بين أعضائه، والعمل على استقطاب أكثر أعضاء هيئات التدريس تميزاً للعمل به.

أيضاً يسعى القسم للتعاون الجاد مع مختلف مؤسسات وجهات التنمية الاجتماعية والرعاية الاجتماعية وتقديم برامج "التعليم المستمر" للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بها- وبما يؤدي إلى رفع مستويات الأداء المهني من جانب هؤلاء الأخصائيين عموماً وتعريفهم- بشكل مستمر- بالاتجاهات الحديثة والمعاصرة في مهنة الخدمة الاجتماعية.

المراجع العربية والأجنبية

أولاً: المراجع العربية:

- ١- محمد شريف صفر، عبد النبي يوسف، المدخل في خدمة الفرد، مكتبة النهضة بكفر الشيخ، ١٩٨٦.
- ٢- عبد الفتاح عثمان، المدارس المعاصرة في خدمة الفرد، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٧٩.
- ٣- عبد الفتاح عثمان، الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٧٩.
- ٤- عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد في المجتمع النامي، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٧٩.
- ٥- فاطمة مصطفى الحاروني، خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية، القاهرة، مطبعة السعادة، ١٩٧٢.
- ٦- أحمد عبد الحكيم السنهوري، أصول خدمة الفرد، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٦٣.
- ٧- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٤.
- ٨- عبد العزيز القوصي، أسس الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة النهضة العربية، ١٩٥٣.
- ٩- ابتسام مصطفى عبد الرحمن وآخرون، خدمة الفرد في المجالات النوعية، (بدون) ١٩٨٥-١٩٨٦.
- ١٠- محمود محمد الزيني، رعاية الأسرة والطفولة في المجتمع الاشتراكي العربي، الإسكندرية، الطبعة الأولى، ١٩٦٨.

- ١١- علياء شكري، الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة، القاهرة، دار المعارف، الطبعة الأولى، ١٩٧٩.
- ١٢- عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد في المجالات النوعية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٨٠.
- ١٣- عمر شاهين، يحيى الرخاوي، مبادئ الأمراض النفسية، القاهرة، مكتبة النصر الحديثة، د. ت.
- ١٤- أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٦٦.
- ١٥- سجموند فرويد، الموجز في التحليل النفسي، مترجم بإشراف مصطفى زيوار، دار المعارف، ١٩٦٢.
- ١٦- ك، هول، ج لنذري، نظريات الشخصية، مترجم بإشراف لويس كامل مليكه، الهيئة العامة للتأليف والنشر.
- ١٧- عبد الفتاح عثمان، مدخل اجتماعي لعلاج مرضي النفسي ومضطربي الشخصية في المجتمعات النامية، مجلة الصحة النفسية، مجلد ١٥ العدد السنوي ١٩٧٤.
- ١٨- كاميليا عبد الفتاح، العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٧٥.
- ١٩- رؤوف عبيد، أصول علم الأجرام والعقاب (دار الفكر العربي، ١٩٧٧).
- ٢٠- سعد المغربي، أمد الليثي، المجرمون، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٦٧.
- ٢١- حامد عمارة في اقتصاديات التعليم، المركز العربي للبحث والنشر، ١٩٨٤.
- ٢٢- عدلي سليمان، وإسماعيل رياض، خدمة الفرد المدرسية، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٦٢.

- ٢٣- زينب حسين أبو العلا، مصطفى الحسيني النجار، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩٠.
- ٢٤- مصطفى الحسيني النجار، مقدمة في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ١٩٩١.
- ٢٥- مصطفى الحسيني النجار، خدمة الفرد- النظرية والتطبيق في مجال التنمية، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ١٩٩٠.
- ٢٦- مصطفى الحسيني النجار، خدمة الفرد- النظرية والتطبيق في مجال التنمية، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ١٩٩٠.
- ٢٧- مصطفى الحسيني النجار، اتجاهات خدمة الفرد المعاصرة، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ١٩٩١.
- ٢٨- عبد النبي يوسف عبده، مصطفى الحسيني النجار، مدخل في خدمة الفرد، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ١٩٩٤.
- ٢٩- مصطفى الحسيني النجار، عبد النبي يوسف عبده، مدخل إلى خدمة الفرد (الجزء الثاني)، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ١٩٩٤.
- ٣٠- مصطفى الحسيني النجار- عبد النبي يوسف عبده، مدخل إلى خدمة الفرد، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ١٩٩٤.
- ٣١- مصطفى الحسيني النجار، العلاقة بين غياب الأب للعمل بالخارج وبين المشكلات الاجتماعية والنفسية للأطفال ودور خدمة الفرد في مواجهتها، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، رسالة ماجستير غير منشورة، ١٩٨٥.
- ٣٢- مصطفى الحسيني النجار، العلاقة بين ممارسة يكلوجية الذات والتوافق النفسي والاجتماعي للأطفال الصم وضعاف السمع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٨٩.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

- 1) Mary Richmond, social diagnosis, New York, pussal sage foundation 1917.
- 2) H. H. Perlman, problem splving approach in Encyclopedia of social work, national association of social workers, 1977.
- 3) Florance Holis, casework a psycho– social therapy, new York. Random House, 1964.
- 4) Gorden Hamlton, principles of social case Recording, new Yprk, colmbia university.
- 5) Evelyn H. Devison, social casework. Landom. 1970.
- 6) Neel Timmes, social case work principles andpractic, London, Routledge and kogan paul, 1966.
- 7) Hepwo and Larsen, direct social work practice theory and skills, 1982.

محتويات الكتاب

الصفحة	الموضوع
	مقدمة.
	الباب الأول: أضواء على طريقة خدمة الفرد في الخدمة الاجتماعية.
	الفصل الأول: مقدمة حول الخدمة الاجتماعية.
	- مفهوم الخدمة الاجتماعية.
	- فلسفة الخدمة الاجتماعية.
	- طرق الخدمة الاجتماعية.
	الفصل الثاني: مقدمة عن خدمة الفرد.
	- التطور التاريخي لخدمة الفرد.
	- تعريف خدمة الفرد.
	- علاقة خدمة الفرد ببعض العلوم الإنسانية والمهن الأخرى.
	الفصل الثالث: مكونات (عناصر) خدمة الفرد.
	أولاً: العميل.
	ثانياً: المشكلة الفردية.
	ثالثاً: المؤسسة الاجتماعية.
	رابعاً: الأخصائي الاجتماعي.
	خامساً: عملية المساعدة.
	الفصل الرابع: المفاهيم والأسس المهنية لخدمة الفرد.
	تطور مفاهيم خدمة الفرد.
	الخصائص العامة لمفاهيم خدمة الفرد.

	العلاقة المهنية.
	التقبل.
	السرية.
	حق تقرير المصير.
	الباب الثالث: العمليات الفنية لخدمة الفرد.
	الفصل الخامس: مقدمة حول عمليات خدمة الفرد.
	سيكولوجية الذات وعملية المساعدة.
	مدخل لعمليات خدمة الفرد.
	الفصل السادس: الدراسة الاجتماعية النفسية.
	تعريف الدراسة وخصائصها.
	أولاً: الدراسة عملية مشتركة.
	ثانياً: الجوانب العلاجية للدراسة.
	رابعاً: أساليب الدراسة.
	خامساً: مناطق الدراسة.
	الفصل السابع: التشخيص الاجتماعي النفسي.
	مقدمة.
	تعريف التشخيص.
	الركائز العلمية المعاصرة للتشخيص.
	مستويات التشخيص.
	أشكال التشخيص.
	خطوات التشخيص.
	خصائص وشروط التشخيص الجيد.
	معوقات التشخيص.

	الفصل الثامن: العلاج الاجتماعي النفسي.
	مقدمة.
	تعريف العلاج.
	أهداف العلاج.
	أساليب العلاج.
	الشروط الواجب توافرها في العلاج السليم.
	الباب الرابع: التسجيل والتنمية والممارسة في الوطن العربي.
	الفصل التاسع: التسجيل في خدمة الفرد.
	- تعريف التسجيل.
	- أهداف التسجيل.
	- أساليب التسجيل.
	- الشروط الواجب توافرها في التسجيل السليم.
	- سجل خدمة الفرد ومحتوياته.
	الفصل العاشر: التنمية.
	مقدمة.
	مفاهيم التنمية.
	خصائص الدول النامية.
	نحو تنمية مستدامة.
	الفصل الحادي عشر: خدمة الفرد والتنمية.
	- الخدمة الاجتماعية والتنمية.
	- خدمة الفرد كضرورة للدول النامية.
	- العلاقة بين التنمية الاجتماعية وخدمة الفرد.
	- تعريف خدمة الفرد التنموية.

	- أهداف خدمة الفرد في المجتمع النامي.
	- بعض مشكلات الدول النامية.
	الفصل الثاني عشر: الممارسة المهنية في الوطن العربي.
	- مقدمة.
	- الممارسة المهنية في دولة قطر.
	- الممارسة المهنية في دولة الكويت.
	- الممارسة المهنية في دولة السودان.
	- الممارسة المهنية في دولة الإمارات العربية المتحدة.
	المراجع.



كلية الخدمة الاجتماعية
Faculty of Social Work



وحدة ضمان الجودة والتخطيط الاستراتيجي
Quality Assurance and Strategic Planning Unit



جامعة الفيوم
Fayoum University

رؤية ورسالة

كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة الفيوم

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 مثقلاً بالمهارات المعرفية والذهنية والمهنية والعامّة
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 - جلسة رقم (٣٠٩)