تقييم الخدمات العلاجية غير الدوائية المقدمة للمستفيدين في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية بالمملكة العربية السعودية

(دراسة ميدانية)

Evaluation of the psychotherapy services provided to recipients at public mental health hospitals in Saudi Arabia

(Field study)

إعداد

د. إبراهيم بن علي الغامدي

اخصائي اجتماعي بمدينة الملك عبد العزيز الطبية

٢٠٢٢

الملخص

هدفت البحث إلى تقييم الخدمات العلاجية المقدمة للمستفيدين في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية بالمملكة العربية السعودية، واعتمد الباحث في هذا البحث على منهج المسح الاجتماعي بأسلوب الحصر الشامل لمجتمع الأخصائيين الاجتماعيين والاخصائيين النفسيين، وأسلوب العينة القصدية للمستفيدين من خدمات الصحة النفسية في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية. وقد استخدم الباحث أداتين لجمع البيانات في هذا البحث والتي تمثلت في: استبانة للأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين، واستبانة للمستفيدين، وذلك لتحقيق أهداف البحث. وقد توصل البحث إلى عدد من النتائج من أهمها: أن هناك قصورًا في عملية دراسة الحالة التي يقوم بها الاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، وان هناك ايضاً قصور في عملية التشخيص، وإعداد الخطة العلاجية غير الدوائية من قبل الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين. وأن هناك مستوى منخفضًا من البرامج العلاجية غير الدوائية التي تقدمها مستشفيات الصحة النفسية. وقد أسفرت البحث على عدد من التوصيات أبرزها: ضرورة الاعتماد على العلاج غير الدوائي كأسلوب علاجي أساسي لجميع الحالات، وتعزيز عمل الفريق العلاجي بشكل أكثر تقاربًا بين الأخصائيين والأطباء النفسيين.

الكلمات الدالة: تقييم، الخدمات العلاجية، المستفيدون، مستشفيات، الصحة النفسية.

Abstract

The study focused on the evaluation of psychotherapy services provided to recipients at public mental health hospitals in Saudi Arabia. The research is evaluative. The social survey method was used to achieve the research goals. The study has two population. First is the social workers and the psychologists working in public mental health hospitals. Second population is the recipients of public mental health hospitals services. The researcher applied two different tools for data gathering: first, a questionnaire for social workers and psychologists who work in public mental health hospitals. Second tool, a questionnaire for recipients of services provided in public mental health hospitals. As a result, the research found the following: the processes of social assessment, diagnosis and treatment plan are poor. Moreover, there is not enough psychotherapy methods that provided to recipients. Finally, there is a high level of realism from the perspective of view of social workers and psychologists. At the end, the study has given recommendations to improve the mental health services.

Keywords: Evaluation, Recipients, psychotherapy, metal health hospitals

مشكلة البحث:

أحد أهم الأمراض الشائعة والمتزايدة عالميًا، والتي لم تحظَ بتقدم كبير في خدماتها الصحية لعدة عوامل –هي أمراض الصحة النفسية–حيث أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن ربع سكان العالم يصابون بمرض نفسي في مرحلة ما من حياتهم، وأضافت أن (١٠%) تقريبًا من سكان العالم يتضرر بسبب الاضطرابات النفسية، والتي تمثل (٣٠%) من العبء العالمي للأمراض غير المميتة، وما زال هذا العبء في تزايد مستمر. فعلى المستوى العالمي يقدر عدد المصابين بالأمراض والاضطرابات النفسية بنحو (٤٠٠) مليون

شخص بمختلف الأعمار، الأمر الذي يدعو إلى مواجهة ذلك بتقديم أفضل الخدمات الصحية التي تتناسب مع حجم المشكلة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩).

وعلى الرغم من إنشاء مستشفيات ومصحات متخصصة؛ لتقديم خدمات الصحة النفسية على مر السنين في دول مختلفة إلا أن مستوى الخدمات المقدمة لم يرقَ بعدُ إلى المستوى المطلوب لمواجهة المشكلة، إضافةً إلى أن هناك تباينًا في مستوى تقديم خدمات الصحة النفسية حسب المعايير العالمية بين الدول وبين المؤسسات الصحية في نفس الدول. فإذا نظرنا إلى الجهود المبذولة من قبل منظمة الصحة العالمية والمنظمات الأخرى في وضع معايير وإجراءات خاصة لتقديم خدمات الصحة النفسية للحد من الأمراض والاضطرابات النفسية، وتقديم أعلى مستوى من خدمات الصحة النفسية، إلا أن بعض الدول لديها قصور في الالتزام بهذه المعايير لعوامل مختلفة.

ومن الدول التي تولي الرعاية الصحية أهمية خاصة المملكة العربية السعودية، إذ تعد المملكة إحدى الدول التي اهتمت منذ تأسيسها بتقديم الرعاية الصحية عامة، وخدمات الصحة النفسية بشكل متخصص ومتقدم، وذلك من خلال إنشاء مستشفيات الصحة النفسية على مستوى المملكة. وعلى الرغم من إنشاء مستشفيات الصحة النفسية في المملكة إلا أن إعداد مرضى الصحة النفسية في تزايد مستمر، حيث ذكر المشروع الوطني للصحة النفسية أن (٣٤%) من العينة السعودي تنطبق عليهم معايير تشخيص اضطرابات الصحة النفسية (التويجري، ٢٠١٩).

إذا كانت أعداد المصابين في تزايد مستمر عالميًا ومحليًا حسب إحصائية منظمة الصحة العالمية، وغيرها من الدراسات التي تشير إلى أن واحدًا من ثلاثة أشخاص في العالم قد يصاب بمرض نفسي في فترة من فترات حياته؛ فيستنتج أنه قد يرتفع عدد المصابين في المملكة العربية السعودية إلى ما يقارب (٧) ملايين. ومن ناحية أخرى صرحت منظمة الصحة العالمية أن هناك عوامل تؤثر على مستوى تقديم خدمات الصحة النفسية من المؤسسات الصحية، حيث إن هناك عوامل اجتماعية ونفسية وعوامل مرتبطة بالتغير السريع الذي نعيشه اليوم، وأسلوب الحياة غير الصحي تسبب تدني الصحة النفسية للأشخاص، وذلك بشكل أسرع من أن تتجهز له المنشآت الصحية، لكن التغير السريع في عوامل المشكلة يحتاج إلى استجابات وتطورات متوازية من تلك المؤسسات، وهذا ليس بالأمر اليسير. وهذا يمثل مسؤولية على تلك المؤسسات الصحية، إذ يرتب عليها تقييم خدمات الصحة النفسية وتطويرها بشكل مستمر؛ وذلك لتحقيق الأهداف التي أُنشئت من أجلها (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٨).

ومن هذا المنطلق ومن حيث إن مؤسسات الصحة النفسية والخدمات التي تقدمها ما هي إلا جزء لا يتجزأ من منظمات الرعاية الصحية العامة، وكما هو معتاد في المنظمات التي تقدم خدمات تحتاج إلى عملية تقييم من الحين للآخر؛ للحفاظ على مستوى عالٍ من الأداء، والتأكد من تحقيق أهداف المنظمة؛ لذا تتمحور مشكلة البحث في تقييم الخدمات العلاجية غير الدوائية المقدمة للمستفيدين في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية بالمملكة العربية السعودية

ثانياً– أهمية البحث:

أ–الأهمية النظرية للدراسة:

١– تسهم هذه البحث في سد الفجوات البحثية بالدراسات السابقة، ومحاولة الوصول إلى نتائج علمية قيمة وحديثة تفيد الباحثين في مجال التقييم.

٢– تسعى هذه البحث إلى رفد المكتبة السعودية ببعض الجوانب الحديثة في عملية تقييم خدمات مستشفيات الصحة النفسية.

٣– تسعى هذه البحث إلى أن تكون حلقة وصل بين الدراسات السابقة والبحوث المستقبلية في هذا المجال.

٤- نظرًا لقلة ومحدودية الدراسات -حسب علم الباحث-التي تتعلق بهذا الجانب، فإن هذه البحث تحاول أن تضع تصورًا حديثًا عن الخدمات المقدمة للمستفيدين في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية.

٥- القصور في تقديم الخدمات الصحية النفسية قد يهدد أمن المجتمع، ويعيق تنميته، وقد تكون نتائج هذه البحث داعمة لدراسات تنموية أخرى في المستقبل.

ب- الأهمية التطبيقية للبحث:

١- تساعد هذه البحث على وضع تصور واضح وواقعي عن الخدمات المقدمة لمرضى الصحة النفسية في المستشفيات الحكومية.

٢- تسهم هذه البحث في الكشف عن جوانب الضعف والخلل والقصور في الخدمات المقدمة لمرضى الصحة النفسية في المستشفيات الحكومية.

٣- تسعى هذه البحث إلى مساعدة العاملين في مستشفيات الصحة النفسية في تحسين مستوى الخدمات التي تقدمها بشكل تكاملي.

٤- تساعد نتائج هذه البحث أصحاب القرار في إحداث التغييرات الإدارية المناسبة، والتي تهدف إلى تحسين خدمات الصحة النفسية المقدمة للمستفيدين.

ثالثًا- أهداف البحث:

تقييم الخدمات العلاجية غير الدوائية المقدمة للمستفيدين في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية بالمملكة العربية السعودية والمتمثلة في التالي:

١- تقييم عملية دراسة الحالة الذي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

٢- تقييم عملية التشخيص الذي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

٣- تقييم عملية الخطة العلاجية الذي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

٤- تحديد مدى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية التي يقدمها الأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

رابعًا- تساؤلات البحث:

١- ما مستوى عملية دراسة الحالة في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية؟

٢- ما مستوى عملية التشخيص في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية؟

٣- ما مستوى عملية إعداد خطة العلاج غير الدوائي في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية؟

٤- ما مدى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية؟

خامسًا- مفاهيم البحث:

التقييم:

يعرف (المالكي، ٢٠١٩) التقييم بأنه: مجموعة من الإجراءات العلمية التي تهدف إلى معرفة مدى التزام العاملين بتطبيق المسؤوليات والمهام المنوطة بهم، وما يصادفها من عقبات وصعوبات في التنفيذ.

فعملية التقييم بصفة عامة عبارة عن نشاط إداري يقيس بدرجة شديدة من الدقة مدى تحقق الأهداف والغايات المطلوبة، ويتمحور هذا النشاط الإداري حول نشاطين رئيسيين يتابعان عملية التنفيذ، ويرصدان الأخطاء فيها، ويقدمان تقريرًا بذلك لاتخاذ القرار المناسب بشأنها. وتشكل المرحلة ما قبل الأخيرة من مراحل وضع استراتيجية إدارة الموارد البشرية، حيث يُطرح في هذه المرحلة سؤال: هل حققنا الهدف؟ وتتطلب الإجابة على هذا السؤال فحصًا دقيقًا لآلية العمل وخطواته. (صلاح، ٢٠١٦)

التعريف الإجرائي للتقييم: هو عملية إدارية تحتوي على إجراءات ميدانية، يتم من خلالها تحديد معايير دقيقة تستخدم كأداة لقياس مستوى العمليات الإدارية، ومستوى الخدمات المقدمة في المنظمة، وهي عملية تحدد نقاط القوى، وتبين مواطن الضعف التي تعيق تحقيق أهداف المنظمة، وتقدم التقرير النهائي الذي يساعد على اتخاذ القرارات التحسينية.

الصحة النفسية:

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بأنها حالة من العافية، يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة، والتكيّف مع حالات التوتّر العادية، والعمل بشكل منتج ومفيد، والإسهام في عينة المحلي. (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٧)

التعريف الإجرائي للصحة النفسية في هذه البحث: بأنها حالة صحية يكون فيها الفرد متكيف مع نفسه ومع البيئة من حوله، ويتمتع بشخصية سوية توصله إلى التوافق النفسي والاجتماعي، وهي أيضًا حالة صحية يتمتع بها الفرد، تمكنه من تحمل الصدمات والأزمات، والحفاظ على حالة التوازن النفسي.

خدمات الصحة النفسية:

تعرف منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (٢٠١٨)، خدمات الصحة النفسية بأنها الخدمات التي تركز على توفير طائفة من خدمات الرعاية العقلية، والتي تشمل علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، وتشمل خدمات الرعاية الصحية العقلية عمومًا طائفة متنوعة من الخدمات المقدمة للأشخاص من جميع الأعمار، بما في ذلك تقديم المشورة والعلاج النفسي وخدمات الطب النفسي، والتدخل في حالات الأزمات، ومجموعات الدعم. إلا أن تركيز هذه المرافق لا يقتصر على توفير العلاج من الإدمان للمخدرات فحسب. حيث تشير هيئة الخبراء السعودية إلى أن خدمات الصحة النفسية ما هي إلا فرع من الرعاية الصحية العامة التي تعني بالخدمات النفسية الوقائية والعلاجية والتأهيلية. (هيئة الخبراء، ٢٠١٤)

التعريف الإجرائي لخدمات الصحة النفسية: هي الخدمات العلاجية النفسية والاجتماعية والبيولوجية والإدارية التي تقدمها مستشفيات الصحة النفسية للمستفيدين منها، وذلك للتخفيف من أعراض الأمراض والاضطرابات النفسية ومنع الانتكاسة، وضمان قدرة المرضى الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية على الحفاظ على أفضل مستوى من أدائهم، والوصول إلى حالة من التوازن النفسي والاجتماعي.

المستشفى الحكومي:

عبارة عن منظمة صحية تقدم خدمات صحية علاجية ووقائية للسكان، وتدار بواسطة جهات حكومية ضمن الأنظمة واللوائح الحكومية المالية والإدارية والإجرائية في تنظيمها، وإن كان تشغيل هذه المستشفيات يتم عن طريق شركات خاصة، ويدار هذا النوع من المستشفيات وفق مفاهيم الإدارة العامة.

مستشفى الصحة النفسية:

هي المؤسسة الصحية المتخصصة في تقديم خدمات الصحة النفسية، والتي تتمثل في الخدمات العلاجية الدوائية، والخدمات العلاجية غير الدوائية، والخدمات الإدارية. وذلك للأفراد الذين يعانون من اضطرابات وأمراض نفسية، ويعيشون حالة من عدم التوازن النفسي والاجتماعي، وليس لديهم القدرة على التكيف مع الظروف المختلفة.

المستفيدين:

هم الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو أمراض عقلية تعوقهم عن ممارسة حياتهم بشكل طبيعي، وتحد من تكيفهم مع أنفسهم ومجتمعهم بشكل طبيعي، ويتلقون الرعاية الصحية المتكاملة المناسبة من مستشفيات الصحة النفسية الحكومية في المملكة العربية السعودية.

الخدمات العلاجية غير الدوائية:

التعريف الإجرائي للخدمات العلاجية غير الدوائية: هي الخدمات العلاجية التي تقدمها مستشفيات الصحة النفسية للمرضى المصابين باضطرابات وأمراض نفسية، من خلال فريق عمل متخصص مكون من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يعملون على تقديم جلسات علاجية فردية وجماعية، يقدم من خلالها الدعم النفسي والاجتماعي والعلاج النفسي السلوكي؛ لمساعدة هؤلاء المرضى على التكيف مع مرضهم، وإكسابهم المهارات الحياتية التي تساعدهم على الحفاظ على أعلى مستوى ممكن من جودة أسلوب حياتهم، وذلك ضمن خطة علاجية متفق عليها من قبل الفريق الطبي.

سادساً: منهجية البحث

أولًا– نوع البحث:

تعد هذه البحث من الدراسات الوصفية التقييمية، التي تهتم بتقييم الخدمات العلاجية غير الدوائية المقدمة للمستفيدين في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

ثانيًا– منهج البحث:

اعتمدت البحث على منهج المسح الاجتماعي عن الحصر الشامل لمجتمع البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، وطريق العينة القصدية لمجتمع البحث من المستفيدين، وذلك لتلائم هذا المنهج مع طبيعة ونوع البحث وأهدافها، والذي من خلاله تمت عملية تقييم الخدمات المقدمة، والوقوف على جوانب الضعف، والقوة، والوصول إلى التوصيات المطلوبة؛ لتحسين مستوى الخدمات بشكل متكامل بطريقة علمية، باعتبار أن هذا المنهج من المناهج العلمية التي نستخدمها لتحقيق أهداف البحث.

ثالثًا– مجتمع البحث:

١– **مجتمع الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين:** ويشمل كافة الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية في المملكة العربية السعودية، والذي بلغ عددهم (٧٨١) أخصائيًا.

٢–**مجتمع المستفيدين:** يشمل مجتمع كافة المستفيدين من خدمات الصحة النفسية في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية، والذي بلغ عددهم (١٣٠٦٩١) مستفيدًا.

رابعًا– أدوات البحث:

اعتمدت هذه البحث أداتين من أدوات جمع البيانات، استبانة موجهة للأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية، واستبانة موجهة للمستفيدين من خدمات الصحة النفسية في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية. وذلك

للوصول إلى أقصى حد ممكن من البيانات المطلوبة، بهدف تحقيق نتائج واقعية تساعد على تحقيق أهداف البحث باستخدام المنهج العلمي المتبع.

سادسًا– مجالات البحث:

المجال المكاني: شملت هذه البحث كافة مستشفيات الصحة النفسية الحكومية في المملكة العربية السعودية.

المجال الزمني: تم تطبق هذه البحث ابتداءً من ربيع الثاني لعام ١٤٤٣هـ ولمدة أربعة أشهر.

المجال البشري:

١. عينة من مجتمع البحث للمستفيدين من خدمات مستشفيات الصحة النفسية الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

٢. عينة من مجتمع الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية في المملكة العربية السعودية.

سابعًا– إجراءات تطبيق البحث:

قام الباحث بعد تحكيم أدوات البحث، واعتمادها بالحصول على موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي بجامعة الملك سعود، وإرسال خطابات تسهيل المهمة من اللجنة إلى مستشفيات الصحة النفسية الحكومية في المملكة العربية السعودية؛ لتسهيل مهمة الباحث في جمع البيانات من عينة البحث. وتم بالفعل جمع الاستبيانات الخاصة بالبحث، وقد بلغ عدد الاستبيانات الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية (١٠٠) استبيان، بينما بلغت عدد الاستبيانات الخاصة بالمستفيدين (٢٠٠) استبيان، وبلغ عدد المقابلات الخاصة بالأطباء النفسيين العاملين بمستشفيات الصحة النفسية (٢٧) مقابلة.

ثامنًا– الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

استخدم الباحث البرنامج الإحصائي SPSS لتحليل البيانات التي يتم الحصول عليها من خلال استمارة الاستبيان، وذلك باستخدام الأساليب التالية:

أولًا– معامل ارتباط بيرسون ومعادلة ألفا كرو نباخ للتأكد من صدق أدوات البحث وثباتها.

ثانيًا– التكرارات والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لوصف عينة البحث، والإجابة عن تساؤلات البحث.

الدراسات السابقة

دراسة الإمام وآخرين (٢٠٠٣) بعنوان: "محددات جودة الخدمة الصحية، وأثرها على رضا العملاء في المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة الدقهلية".

هدفت البحث إلى قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الجامعية، والتعرف على مدى إدراك عملاء المستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة للعوامل المحددة لجودة الخدمات الصحية. كما هدفت أيضًا إلى التعرف على درجة تأثير أبعاد الجودة الكلية، وجودة الخدمات الصحية على مستوى الرضا لدى العملاء في المستشفيات الجامعية والخاصة. وتعد البحث من الدراسات الوصفية التي اعتمد فيها الباحث على استخدام منهج المسح الاجتماعي، وتحدد عينة البحث من المرضى المستفيدين من المستشفيات

الجامعية والخاصة بمحافظة الدقهلية في جمهورية مصر العربية. وتمثلت عينة البحث في (٢٨٨) عميلًا من عملاء المستشفيات الجامعية، و(١٩٢) عميلًا من العملاء في المستشفيات الخاصة. وقد اعتمد الباحث على استقصاء مقياس الفجوة كأداة لقياس جودة الخدمات الصحية.

وكان من أبرز نتائج البحث أن غالبية عملاء المستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة غير مدركين لمحددات جودة الخدمات الصحية، وأن هناك علاقة طردية قوية بين جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا العملاء، وأن من أهم الأبعاد التي تعطي التنبؤ برضا العملاء هو بعد الاعتمادية؛ حيث إن النتائج أثبتت أن هناك ارتباطًا قويًا بين الاعتمادية ورضا العملاء.

دراسة العجلاني (٢٠٠٥) بعنوان: "تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية"

هدفت البحث إلى الوقوف على طبيعة المهارات المهنية لدى الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الصحة النفسية، والتعرف على العلاقة بين سنوات الخبرة، ومستوى المهارات المهنية لدى الأخصائيين الاجتماعيين بناءً على مقياس المهارات المهنية. والتعرف على العلاقة بين العمر والمهارات المهنية لدى الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الصحة النفسية، وهي من الدراسات التقويمية التي اعتمد فيها الباحث على منهج المسح الاجتماعي، وقد استخدم الباحث الاستبانة لجمع البيانات، والتي استهدفت الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية.

ومن أبرز النتائج التي أسفرت عنها البحث أن غالبية الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية يرون أنهم يمتلكون المهارات الإدراكية والمعرفية للتعامل مع مرضى الصحة النفسية. وأشارت النتائج إلى أن غالبية الأخصائيين الاجتماعيين لديهم وعي وتفهم بالدور الذي يقومون به أثناء التعامل مع المرضى. وبخصوص سنوات الخبرة فقد كان من نتائج البحث أنه كلما زادت سنوات الخبرة؛ كلما ارتفع مستوى المهارات المهنية لدى الأخصائيين الاجتماعيين حسب مقياس المهارات المهنية.

دراسة بشماني وآخرين (٢٠١٠) بعنوان: "تقويم جودة الخدمات الصحية للمرضى في المستشفيات العامة والخاصة في محافظة اللاذقية".

هدفت البحث إلى تقويم مستوى جودة الخدمات الصحية للمرضى في المستشفيات العامة والخاصة، ودراسة الفروق بين المستشفيات العامة والخاصة في مستوى رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية من قبل الأطباء والممرضين، ودراسة الفروق بين المستشفيات العامة والخاصة في مستوى رضا المرضى في جانب التغذية والنظافة والراحة، وأخيرًا دراسة الفروق بين المستشفيات العامة والخاصة عن جودة الخدمات الصحية تبعًا لمستوى دخل المريض. واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي باستخدام أسلوب التحليل الإحصائي للبيانات. وحدد عينة البحث من جميع المرضى المستفيدين من المستشفيات العامة والخاصة خلال فترة البحث. وقد طبق البحث على عشر مستشفيات، خمس منها عامة وخمس خاصة. وقد بلغت عينة البحث (٢٠٠) مريض تم اختيارهم بشكل عشوائي، وقد توزعت بين (١٠٠) مريض من المستشفيات العامة، و(١٠٠) آخرين من المستشفيات الخاصة. واستخدم الباحث في هذه البحث الاستبيان كأداة البحث لجمع البيانات.

أبرز النتائج التي أسفرت عنها البحث أنه لا توجد فروق في مستوى رضا المرضى بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة في مستوى الخدمات الصحية من قبل الأطباء والممرضين. وأنه لا توجد فروق أيضًا في مستوى رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية في جانب الراحة، والنظافة، والتغذية. وتوصلت أيضًا البحث إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة والخاصة تبعًا لمستوى دخل المرضى.

دراسة الجياشي (٢٠١٣) بعنوان: "تقويم الخدمات الصحية العامة في مدينة الخضر".

هدفت البحث إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية العامة بمدينة الخضر، ومقارنة واقعها بالمعايير التخطيطية المعتمدة عالميًا ومحليًا في جانب الخدمات الصحية، وذلك للتعرف على مدى كفاءة الخدمات الصحية بالخضر. وتعد هذه البحث من الدراسات الوصفية التي اعتمد فيها الباحث على المنهج التحليلي باستخدام أسلوب المقارنة بين كل مفردة من مكونات الخدمات الصحية، وبين المعايير العالمية والمحلية المعتمدة. وقد طبقت البحث في مدينة الخضر بالعراق، وحدد عينة البحث من السكان المستفيدين من الخدمات الصحية في مدينة الخضر. وقد استخدم الباحث الاستبانة والبيانات الرسمية الصادرة من مؤسسات الدولة الرسمية كأدوات لجمع البيانات.

وأبرز نتائج هذه البحث أن هناك عجزًا نوعيًا في الكوادر البشرية؛ فإنها تفتقر إلى العديد من التخصصات. وأن هناك نقصًا كبيرًا في الأجنحة المخصصة لغرف العمليات الكبرى والصغرى، وأن توزيع المؤسسات المراكز الصحية لم يحقق موقعًا إقليميًا بحيث إنها لم تغطِ جميع حدود النطاق الإقليمي المحدد لخدماتها. وقد أسفرت النتائج أيضًا فيما يخص جودة الخدمات الصحية أن الخدمات الصحية في مدينة الخضر عاجزة نسبيًا عن تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تسد احتياجات السكان في المدينة.

دراسة غانم وآخرين (٢٠١٥) بعنوان: "تقييم المهارات المهنية لأخصائي خدمة الفرد في مجال الصحة النفسية في مستشفيات الصحة النفسية".

هدفت البحث إلى التعرف على مستوى درجات المهارات المهنية لدى أخصائيي خدمة الفرد –العاملين بمجال الصحة النفسية– باستخدام مقياس المهارات المهنية، والتعرف على العلاقة بين سنوات العمل في مجال الصحة النفسية ودرجة الأخصائيين في مقياس الدرجات المهنية. وهدفت البحث أيضًا إلى التعرف على العلاقة بين العمر والمهارات المهنية لدى أخصائيي خدمة الفرد بالصحة النفسية. واستهدفت البحث كذلك التعرف على الفروق بين درجة المهارة المهنية لدى الأخصائيين. وتعد هذه البحث من الدراسات التقييمية. وقد اعتمد الباحث على منهج المسح الاجتماعي الشامل في هذه البحث. وكانت عينة البحث تتمثل في الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية في محافظة الدقهلية بمصر. وتحددت عينة البحث في (٦٠) أخصائيًا اجتماعيًا، واستخدم الباحث في هذه البحث المقياس كوسيلة لجمع المعلومات.

ومن أبرز النتائج التي أسفرت عنها البحث أن غالبية الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الصحة النفسية يتوفر لديهم مهارات العلاقات الإنسانية للتعامل مع المستفيدين. وأنه كلما زادت سنوات الخبرة للأخصائيين العاملين في مجال الصحة النفسية، وكلما زادت القناعة بتوفر المهارات المعرفية ومهارات تفهم الدور ومهارات العلاقات الإنسانية. ومن نتائج البحث أن الأخصائيين الاجتماعيين يمتلكون المهارات التأثيرية في التعامل مع المستفيدين. وأخيرًا أنه كلما زاد العمر زادت القناعة بتوفر مهارات العلاقات الإنسانية والمهارات المعرفية.

دراسة الصبوة وآخرين (٢٠١٧) بعنوان: "الفروق في رضا المنتفعين بالخدمات النفسية والطبية النفسية والإدارية بين العيادات الحكومية والخاصة بالضفة الغربية – فلسطين".

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين رضا المستفيدين من الخدمات الإدارية والنفسية والطبية النفسية في العيادات الحكومية والعيادات الخاصة بفلسطين. وتعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية، وقد استخدم الباحث فيها منهج المسح الاجتماعي للوصول إلى أدق النتائج الممكنة. وكانت الاستبانة هي الأداة المستخدمة لجمع البيانات في هذه الدراسة. وتحدد عينة الدراسة في

المستفيدين الذين يترددون على العيادات الحكومية والخاصة بفلسطين، وقد احتوت عينة الدراسة على (٤٠٠) من المستفيدين المترددين على العيادات الحكومية، و(٤٠٠) من المستفيدين المترددين على العيادات الخاصة.

من أبرز نتائج الدراسة أن رضا المستفيدين على الخدمات الإدارية والنفسية والطبية النفسية في العيادات الخاصة أعلى درجات من المستفيدين من نفس الخدمات في العيادات الحكومية بفلسطين. وقد كان هناك أيضًا فروق في رضا المستفيدين من الخدمات المقدمة من العيادات الحكومية والخاصة؛ بناءً على متغير إمكانية الوصول إلى العيادة حيث إن رضا المستفيدين من الخدمات النفسية والإدارية والطبية النفسية بالعيادات الخاصة أعلى إيجابية من المستفيدين من خدمات العيادات الحكومية؛ وذلك لبعد العيادات الحكومية وقلة توفرها.

التعليق على الدراسات السابقة:

أسهمت الدراسات السابقة في مساعدة الباحث في التعرف على مشكلة البحث من نواحٍ مختلفة، كما ساعدته في الاطلاع على الدراسات التقييمية للتعرف على جوانب الضعف والقوة؛ بهدف الاستفادة منها في بناء البحث الحالية، ومراعاة تلك الجوانب في أداة البحث. كما ساهمت الدراسات السابقة في تحديد واختيار المنهج البحثي الذي يتناسب مع طبيعة البيئة وعينة البحث، وساهمت أيضًا في تحديد الأدوات المناسبة لجمع البيانات؛ وذلك لتحقيق أهداف البحث. وقد تم الاستفادة من الدراسات السابقة في إثراء الإطار النظري لهذه البحث حيث إنها ساهمت في تحديد المفاهيم وتعريفها.

وهناك أوجه تشابه واختلاف بين الدراسات السابقة، حيث إن غالبية الدراسات اتفقت على أن هناك عجزًا في الكوادر البشرية في مستشفيات الصحة النفسية. واتفقت أيضًا في أن هناك فروقًا وتباينًا بين أداء الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين رغم توفر مهارات العلاقات الإنسانية لدى غالبيتهم للتعامل مع المستفيدين.

وأجمعت دراسة الجياشي ودراسة الصبوة على أن متغير إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة النفسية والتغطية الجغرافية من قبل مستشفيات الصحة النفسية أحد أهم المتغيرات في تقييم خدمات الصحة النفسية. كما اتفقت الدراسات على أن خدمات الصحة النفسية في المستشفيات الحكومية أقل استجابة في تقديم الخدمات من مثيلاتها بالقطاع الخاص.

وبعد الاستعراض المختصر للدراسات السابقة اتجهت البحث الراهنة بدراسة تقييمية لخدمات الصحة النفسية بشكل تكاملي حيث سيتم تقييم خدمات الصحة النفسية العلاجية الدوائية وغير الدوائية، وتقييم الخدمات الإدارية التي هي جزء لا يتجزأ من مراحل تقديم الخدمات.

الإطار النظري

الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة النفسية

مهنة الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة النفسية، أو ما نطلق عليه الخدمة الاجتماعية الطبية هي مجموعة من الخدمات المتخصصة المهنية، والتي يقدمها أخصائيون اجتماعيون لصالح المرضى وأسرهم خلال مراحل تلقي العلاج في المستشفى أو كمتابعة لاحقة بعد الخروج من المستشفى. وتهدف هذه الخدمات إلى مساعدة المرضى وعائلاتهم على الاستمرار في تلقي العلاج المناسب بأقل قدر من المصاعب الاجتماعية عن طريق التعامل مع المرضى وأسرهم بشكل رئيس مع القائمين والمعنيين بتقديم الخدمات الطبية والاجتماعية اللازمة في المجتمع بشكل عام، إضافة للعمل على تحسين الأداء الاجتماعي لهؤلاء المرضى عن طريق استعمال الأساليب المهنية المناسبة، والموارد الذاتية والبيئية لتحقيق هذه الأهداف، ويكون ذلك داخل المستشفيات حيث يظهر دور الأخصائي الاجتماعي بشكل كبير في التعامل مع المستفيدين (المرضى) وذويهم، وتحقيق الخدمات لهم بسهولة ويسر.

إن للخدمة الاجتماعية دورًا أساسيًا في المشاركة بتقديم برامج الرعاية الاجتماعية في عدة مجالات. وأن من أحد أهم المجلات التي تعمل بها الخدمة الاجتماعية هي المجال الطبي، وأن الرعاية الصحية من أهم برامج الرعاية الاجتماعية التي تقدمها الدول لمجتمعاتهم؛ للوصول بهم إلى مستوى مرضٍ من الرفاهية. وأن للخدمة الاجتماعية دورًا كبيرًا منذ نشأتها في مجال الرعاية الصحية بشكل عام، وفي مؤسسات الصحة النفسية بشكل خاص. حيث لو تتبعنا تاريخيًا دور الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة النفسية، سنجد أن هناك مساهمات فعالة تقوم بها الخدمة الاجتماعية للمساعدة في تقديم خدمات الصحة النفسية.

وكان لدخول الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة النفسية بشكل أعمق، فيعود الفضل فيه إلى ماري ريتشموند رائدة في علم النفس الاجتماعي الأمريكي، في ابتداء دخول الخدمة الاجتماعية إلى مجال الصحة النفسية. وقد أوضحت في بحوثها أن هناك علاقة واضحة بين السبب والنتيجة في عملية التشخيص، تبعها بعد ذلك عام 1941م غوردون هاميلتون في تسمية مفهوم التشخيص الاجتماعي باسم البحث النفسية الاجتماعية، تم بعدها تطوير البحث النفسية الاجتماعية من قبل هوليس عام 1964م الذي ركز على نموذج أسلوب العلاج الاجتماعي، وأنه لا يتناقض مع علم النفس الاجتماعي العام، الذي يحاول شرح الأنماط الاجتماعية داخل الفرد. (Randall، 2020)

وفي المؤسسات العلاجية دخلت الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة النفسية إليها في القرن العشرين، إذ كانت أول محاولة ظهرت في مستشفى مانهاتن للأمراض العقلية عام 1906م، ثم تبعتها مستشفى بوسطن عام 1910م، ويرجع السبب الرئيسي في ذلك إلى شعور الأطباء والعاملين في المجال الطبي بضرورة تقديم العلوم النفسية والاجتماعية، والتشديد على أهميتها للمرضى وأسرهم نظرًا لدورها المهم في الإسراع بعملية الشفاء، وفي دراسة العوامل الاجتماعية المسببة للأمراض، وفي إزالة أو تخفيف المعوقات التي تساعد في استمرار أعراض المرض ومضاعفاته.

ومن حيث الطريقة التي تقدم بها الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة النفسية، فبحسب إحدى التصنيفات فإن هناك ما يقارب ١٥٠ طريقة للعلاج النفسي في الخدمة الاجتماعية للأفراد أو المجتمعات، وكذلك يوجد أكثر من ١٤٨ نوعًا من العلاجات والأساليب حسب تصنيفات أخرى، لكن هنالك خمسة أنواع للعلاج النفسي، والتي تعد الأكثر شيوعًا، حسب جمعية علم النفس الأمريكية، وهي: الديناميكية النفسية، والسلوكية، والإنسانية، والمعرفية، وبعد أسلوب العلاج الاجتماعي واحدًا من أهم الأساليب العلاجية في علم النفس، والذي يهتم بالعلاقة بين السّلامة النفسية والعقلية والانفعالية.

فقد اعتمدت الخدمة الاجتماعية في بداياتها على نظريات مدرسة التحليل النفسي، وحاولت توظيف مفاهيم النظرية وفرضياتها للتعامل مع مرضى الصحة النفسية، وذلك من خلال أولى طرق الخدمة الاجتماعية، والمتمثلة في خدمة الفرد. وبعدها تدرجت باستخدام نظريات المدرسة السلوكية والنظريات الأخرى، ومحاولة الاستفادة من مفاهيمها وفرضياتها وتوظيفها في عملية التدخل أثناء تقديم الجلسات العلاجية، وتم تطوير نماذج تدخل علاجية معتمدة على عدة نظريات نفسية واجتماعية. ومزامنة مع هذا التطور والنمو فقد تدرجت الخدمة الاجتماعية بطرق ممارستها حيث اتجهت بعد العمل مع الأفراد والأسر إلى العمل مع الجماعات؛ حيث إنها قدمت الجلسات الجماعية العلاجية، والتي أثبتت كفاءتها مع الوقت، وبعد العمل مع الجماعات اتجهت للعمل على نطاق أوسع، وهو العمل على مستوى المنظمات.

وهناك عدة طرق وأساليب للممارسة العلاجية التدخلية، يستخدمها الأخصائيين في تقديم الخدمات العلاجية غير الدوائية للمستفيدين، والمتمثلة في الجلسات العلاجية الفردية، والجلسات العلاجية الجماعية، والبرامج الترفيهية العلاجية، وجماعات الدعم،

والبرامج التثقيفية النفسية، والجلسات العلاجية الروحية (الدينية). وتتوفر لكل حالة الفرصة للحصول على البرنامج، أو الأسلوب العلاجي المتناسب مع نوع المرض، أو الاضطراب النفسي الذي يعاني منه.

وينصب اهتمام الخدمة الاجتماعية في مجال الصحة النفسية من خلال الأخصائي الاجتماعي في تقديم الخدمات العلاجية غير الدوائية، التي تساعد بجانب العلاجي الدوائي على الحد من أعراض الاضطرابات والأمراض النفسية لدى المستفيدين، ومساعدتهم للوصول إلى التوافق النفسي والاجتماعي الذي يمكنهم من العيش بشكل طبيعي، ثم التكيف في بيئته الاجتماعية. (مخيمر والطعامنة، 2013، ص8).

يتضح من العرض السابق أن الخدمة الاجتماعية لها دور في مؤسسات الصحة النفسية على مستوى الوحدات الصغرى ومستوى الوحدات المتوسطة ومستوى الوحدات الكبرى؛ حيث إن مستوى الوحدات الصغرى يشير إلى دور الأخصائيين الاجتماعيين في العملية العلاجية، والمتمثلة في تقديم الجلسات العلاجية باستخدام النماذج العلاجية للتدخل؛ كنموذج العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج المتمركز حول الذات أو العلاج الوجودي، وغيرها من النماذج المستخدمة. هذا يشير إلى أن الأخصائي الاجتماعي يكون معالجًا نفسيًا اجتماعيًا في مؤسسات الصحة النفسية، ويقوم بعدة أدوار أخرى سيتم ذكرها لاحقًا، وذلك عند العمل على مستوى الوحدات الصغرى.

وإذا تحدثنا عن العمل على مستوى الوحدات الكبرى، فإن الخدمة الاجتماعية لها أيضًا دور أساسي في عملية إدارة منظمات الخدمات الإنسانية، حيث إن تنظيم المجتمع كان من أعلى المستويات التي عملت عليها الخدمة الاجتماعية، وإن دور الأخصائي الاجتماعي الإداري هو دورٌ قيادي؛ فهذا الدور يركز على الوظائف الإدارية المتمثلة في التخطيط، والتنظيم، والتوجيه، والرقابة، بما تحتويه من عمليات داخلية، وذلك لتحقيق أهداف المنظمة.

دور الأخصائي الاجتماعي في مجال الصحة النفسية:

للعمل في مستشفيات الصحة النفسية على مستوى الوحدات الصغرى، هناك أدوار يقوم بها الأخصائي الاجتماعي، وهي كالتالي:

يقوم الأخصائي الاجتماعي في مجال الصحة النفسية بعدد من الأدوار الأساسية، والتي تسعى إلى تحقيق أهداف المهنة، فهو يقوم بالتدخل المهني، ويمارس العديد من الأعمال والأنشطة من خلال مراحل التدخل المهني المختلفة في إطار من أسس الخدمة الاجتماعية. ومن هذه الأدوار ما يلي:

أ- استقبال الحالات الجديدة، وإعداد التقدير البيولوجي النفسي الاجتماعي للمريض، ويتضمن كافة الجوانب النفسية والاجتماعية والبيولوجية.

ب- القيام بعملية التشخيص من الجوانب الاجتماعية والنفسية، وذلك بحصر جميع الأعراض، والاعتماد على الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية.

ج- تهيئة المستفيد للعملية العلاجية، وذلك ببث روح الثقة والاطمئنان، ومساعدته على التخفيف من مشاعر الخوف والانزعاج.

د- مساعدة المستفيد على أن يتقبل العمليات العلاجية المناسبة لحالته، وإعطائه حق تقرير المصير إذا كان مؤهلًا عقليًا.

هـ- مساعدة المستفيد على حل مشاكله التي تزيد من الأعراض المرضية.

و- الربط بين المريض وأسرته من خلال الوسائل المختلفة.

ز- وظيفة الأخصائي الاجتماعي الأساسية هي مساعدة المستفيد وفق إمكانيات المؤسسة الصحية.

ح- العمل على إعادة تكيف المستفيد للمواقف الجديدة، والعمل على إعادة توازن شخصيته.

ط- العمل على إقناع المستفيدين وأسرهم بوجود الحالة المرضية، ومساعدتهم على تقبل الواقع.

ي- توجيه المستفيدين وإرشاداتهم حسب ظروف كل حالة، ومساعدتهم على الوصول إلى الخدمات حسب الإمكانيات المتاحة.

ك- متابعة الحالات حسب الخطة العلاجية.

ل- إحالة المستفيدين للأطباء النفسيين.

م- إحالة المستفيدين إلى الجهات الخارجية من جمعيات ومنظمات ووزارات حكومية للحصول على الخدمات.

ن- التسجيل والتوثيق لكامل الجلسات، وما يحدث بها من تقدم إيجابي وسلبي.

س- توعية المستفيدين عن الخدمات المقدمة، وطريقة الحصول عليها.

ع- توعية المستفيد بأهمية رغبته واستجابته؛ للإسهام في العملية العلاجية.

ف- توعية عائلة المستفيد بدورهم في العملية العلاجية.

ص- يساعد المريض بالاشتراك في الأنشطة والبرامج التي تساعد العملية العلاجية.

ق- على الأخصائي أن يكون ملمًا بجميع المؤسسات التي تقدم الدعم بكامل مستوياته للفئات التي تحتاجه، وذلك لمساعدة المستفيدين.

ر- الاهتمام ببرامج الترفيه والترويح بما يناسب مع حالة المستفيدين.

ش- المساعدة في تأهيل المرضى بالتعاون مع الأجهزة المتخصصة بما يتناسب وقدراته.

ت- المشاركة في برامج العلاج بالعمل بما يحقق تنمية وتوجيه قدرات المريض للأعمال الحرفية.

ث- التوعية الدينية، والحرص على أداء الشعائر الدينية، وتعويد جماعة المرضى على الترابط الاجتماعي.

خ- تذليل العقبات التي تعترض طريق تأهيل المريض، بالتعاون مع مؤسسات التأهيل بما يتناسب مع قدرات المريض.

ذ- إعداد استلام المريض من قبل ذويه، وتسهيل عملية خروجه يعد ملخص للتقرير والبحث الاجتماعي، بما يضمن استمرار رعايته عن طريق العيادات النفسية بالمستشفيات العامة.

ض- توعية أسرة المريض، ويوجههم لأسلوب معاملته والاهتمام به.

غ- يسهم في إعداد البحوث الاجتماعية لحالات المرضى الذين يتكرر دخولهم للمستشفى.

ظ- يسجل جميع الأنشطة والبيانات الإحصائية في الكتاب والسجل السنوي (استقبال المريض). (رشوان: ٢٠١٠)

ومن أهم العمليات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في مستشفيات الصحة النفسية هي عملية التقدير البيولوجي النفسي الاجتماعي، وما يسمى بدراسة الحالة، وعملية التشخيص، وأخيرًا عملية إعداد الخطة العلاجية. والتي قد تختلف قليلًا عن باقي المؤسسات، كون أن مستفيدي الصحة النفسية يعتبرون من الحالات المعقدة، والتي تحتاج إلى معلومات أكثر عمقًا وأدق تحليلًا من غيرهم من الفئات. وهنا نستعرض الثلاثة عمليات ببعض من التفصيل.

أولًا- دراسة الحالة:

وهي عملية يجمع بها الأخصائي الاجتماعي معلومات عن العميل بالمشاركة معه؛ لمساعدته بهدف تشخيص المشكلة وعلاجها. والبحث هنا تكون عملية مشتركة بين العميل والأخصائي. ولها خصائص كالتالي:

- عملية مشتركة بين الأخصائي والعميل أو من ينوب عنه، في حال كان العميل طفلًا أو غير واعٍ.

- عملية لها مناطق محددة.
- عملية لها مصادر متعددة.
- عملية لها هدف علاجي.
- عملية لها طرق وأساليب علميه خاصة بها. (عثمان، ٢٠١٦)

ودراسة الحالة من أهم العمليات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي عند مقابلة عميل جديد، حيث يقوم الأخصائي في هذه العملية بإقامة علاقة مهنية مع العميل، والتعرف عليه من خلال جمع المعلومات الخاصة بالعميل ومشكلاته، والجوانب الذاتية والبيئية. ومن خلال هذه العملية أيضًا يتعرف العميل على الأخصائي من خلال بناء العلاقة المهنية التي يعمل عليها الأخصائي الاجتماعي.

تعد عملية جمع البيانات في دراسة الحالة عملية مهمة ومختلفة عن عملية جمع البيانات في أي مجال آخر، فجمع المعلومات في دراسة الحالة يتطلب من الأخصائي الاجتماعي دراسة جوانب المواقف وأبعادها المختلفة في حياة العميل الداخلية والخارجية، ومساعدة العميل على شرح مشكلاته بطريقة أكثر سهولة، خاصة تلك الأحداث المؤلمة التي يعجز الشخص عن التعبير عنها. فمن خلال المقابلات التي يقوم عليها الأخصائي الاجتماعي يعمل على بناء الثقة والعلاقة المهنية التي تجعل العميل يشعر بالارتياح، بإعطاء معلومات عن مشكلة بشكل مريح وسهل، فهناك الكثير من نماذج دراسة الحالة المنتشرة في جميع المؤسسات والجامعات.

ولقد مرت هذه النماذج بكثير من التحديثات والتغيرات مع تقدم العلم ونتائج الأبحاث والدراسات، بل إن هناك اختلاف بين النماذج المستخدمة بين الأخصائيين في المجال نفسه، حيث إن الأخصائيين العاملين في المجال الطبي يستخدمون نموذجًا يختلف عن الأخصائيين العاملين في المجال الطبي في أقسام الصحة النفسية. وهذا الاختلاف بين النماذج يكون في كمية المعلومات المطلوبة وعمقها. وبعض الجهات كالضمان الاجتماعي لديه نموذج حالة يركز فيه على الدخل والتكوين الأسري والوضع الصحي بشكل سطحي؛ فمعايير الدعم لديهم تعتمد بشكل مباشر على دخل العميل وعدد أفراد الأسرة، وهذا يجعل من نموذج دراسة الحالة لديهم مختص بما يهم المؤسسة، وكذلك في المجالات المختلفة.

وفي مجال الصحة النفسية نموذج دراسة الحالة هو الأكثر والأعمق جمعًا للمعلومات؛ لأن التعامل من العميل الذي يعاني من اضطرابات وأمراض نفسية وعقلية يتطلب كثيرًا من البيانات والمعلومات التي تساعد الأخصائي الاجتماعي على تشخيص مشكلته، ووضح الخطة العلاجية بالمشاركة مع العميل والفريق الطبي.

وهذا النموذج في الصحة النفسية قد مر بمراحل تطور حتى وصل إلى ما هو مستخدم في وقتنا هذا، فقد اتفقت العديد من المنظمات ذات العلاقة كمنظمة الصحة العالمية والجمعية الدولية للخدمة الاجتماعية والجامعات العالمية المتطورة في هذا المجال كجامعة كولومبيا وجامعة واشنطن وبريكلي وغيرها، على أن نموذج دراسة الحالة المستخدم مع مرضى الصحة النفسية لا بد أن يحتوي على المعلومات التالية:

- **المعلومات الديموغرافية:** ويطلق عليها البيانات الأولية للعميل.
- **المعلومات النفسية:** وتحتوي تاريخ المرض النفسي بكامل تفاصيله حسب ما يذكر العميل، وسمات العميل النفسية والشخصية، والمشكلات التي يعاني منها في الوقت الحاضر متضمنة الأعراض الحالية.
- **المعلومات البيولوجية:** وتتضمن حالة العميل من الناحية البيولوجية حسب ما يذكر العميل، وحسب ما يلاحظ الأخصائي، وما تذكره التقارير الطبية إن وجدت.

- **المعلومات الاجتماعية:** وتتضمن المعلومات الأسرية، والعلاقات الاجتماعية، والحي، والثقافة.
- **المعلومات الإدمانية:** وتتضمن معلومات خاصة بالإدمان، وتقييم إذا ما كان العميل لديه سلوك إدماني أو لا، بغض النظر عن المادة الإدمانية، فيكون هناك تقييم خاص بالتدخين، والكحول، والمرجوانة، وبقية المواد الأخرى مع معرفة كمية، وأسلوب التعاطي.
- **المعلومات الجنسية:** وتتضمن معلومات خاصة بالسلوك الجنسي لدى العميل.
- **معلومات الهويات والأنشطة الترفيهية:** وتتضمن معرفة هويات العميل والأنشطة الترفيهية التي يفضل ممارستها.
- **المعلومات الروحانية:** وتتضمن الجانب الديني لدى العملاء الذين ينتمون إلى أحد الأديان، والجانب الروحاني للذين لا ينتمون إلى أي ديانة.
- **المعلومات الاقتصادية:** وتتضمن مصادر الدخل لدى العميل.
- **المعلومات المهنية:** وتتضمن المعلومات الخاصة بالجانب المهني لدى العميل، سواء موظف أو رجل أعمال.

هذه المعلومات التي يقوم بجمعها غالبًا الأخصائي الاجتماعي في مجال الصحة النفسية قد تنقص أو تزيد حسب سياسات وأنظمة كل دولة وكل مؤسسة طبية، فهذا الكم من المعلومات يعطي الأخصائي رؤية أكثر وضوحًا وخارطة تساعده على تشخيص مشكلة العميل إلى حد كبير. فعند القيام بتقييم عملية دراسة الحالة في المؤسسات التي تقدم خدمات الصحة النفسية لا بد من التأكد بأن الأخصائي الاجتماعي يعمل على جمع البيانات المطلوبة، والتي تؤهله إلى تشخيص المشكلة بشكل صحيح. (رشوان، ٢٠١٠)

ثانيًا–التشخيص:

التشخيص هو العملية التي تلي عملية دراسة الحالة، حيث إن الأخصائي لديه معلومات عن العميل بجوانبها وأبعادها المختلفة، فتعتبر عملية التشخيص من أدق العمليات؛ لأنها عملية عقلية يحاول فيها الأخصائي تحليل المعلومات وتفسيرها، وهي لا تتم بسهولة؛ لأن الإنسان كائن في غاية من التعقيد والغموض، الأمر الذي يجعل عملية التشخيص ليست سهلة، وتقوم على أسس علمية ذكرها الكثير من علماء الخدمة الاجتماعية. وهي:

- العلاقة السببية.
- العلاقة الحبرية.
- المنهج العقلي.
- المنهج العلمي.
- قاعدة الاحتمالات. (عبد الفتاح، ٢٠١٦)

وقد ذكر (عثمان، ٢٠١٦) أن أولى الخطوات التي يجب على الأخصائي اتباعها أثناء عملية التشخيص هي عملية إدراك الحقائق، وهي النظرة الشاملة لجميع أبعاد المشكلة من غير التعمق فيها. ويتم ذلك من خلال قراءة دراسة الحالة بشكل أكثر تركيزًا، الأمر الذي يكون انطباعًا لدى الأخصائي عن المشكلة بجميع أبعادها بشكل مبدئي. وتأتي بعد ذلك الخطوة الثانية وهي حصر الحقائق، وهنا يبدأ الأخصائي بتقسيم مشكلة العميل إلى أجزاء؛ بحيث يجمع المشاكل الذاتية على حدة، والمشاكل البيئية على حدة. وبعد ذلك تأتي الخطوة الثالثة وهي تقييم الحقائق، والتي من خلالها يقيس الأخصائي الاجتماعي حجم المشكلات، وإمكانيات العميل في التعامل معها. وتأتي الخطوة الرابعة بعد ذلك؛ وهي صياغة الحقائق في علاقتها بالمشكلة، وهذا يعني أن الأخصائي يحدد المسببات الأساسية للمشكلة، وتحديد مدى قوة تأثير كل مسبب على المشكلة. وفي الخطوة الخامسة تحدد مناطق العلاج، حيث يتم

تحديد اتجاهات على ما تم استنتاجه من تفسير وتحليل المشكلة ومسبباتها. وفي هذه الخطوة لا بد من تحديد مواطن الضعف والقوة لدى العميل، وإمكانيات المؤسسة التي تقدم الخدمات. وأخيرًا يتم وضع الصياغة التشخيصية النهائية وتسمى بالعبارة التشخيصية، حيث تكون بسيطة واضحة المعاني، ومترابطة غير عامة تحدد فردية الحالة بظروفها الخاصة.

ثالثًا–العلاج:

العملية العلاجية في الخدمة الاجتماعية تعتبر التأثير الإيجابي في ذاتية العميل وبيئته المحيطة؛ لتحقيق أفضل أداء ممكن لوظيفته الاجتماعية، وتحقيق أفضل استقرار ممكن لأوضاعه الاجتماعية، وذلك في نطاق حدود وإمكانيات المؤسسة مقدمة الخدمة. فعملية العلاج تعتبر التأثير الناتج من عملية التدخل الذي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي تجاه العميل بهدف حل المشكلة، أو الحد منها، أو الوقاية. ولعملية العلاج مجموعة أهداف، وهي كالتالي:

١. تأثير وتحسين في شخصية العميل بالاعتماد على جوانب الضعف والقوة لدى العميل، وذلك باستغلال جوانب القوة، وتقوية جوانب الضعف، وتوجيهها لحل المشكلة.
٢. تعديل نسبي أو كلي في ذاتية العميل وسماته، حيث يتم التركيز على العميل، وسماته الشخصية، ومحاولة تنميتها، وتطويرها، وتحسينها.
٣. تعديل نسبي أو كلي في الظروف المحيطة بالعميل، حيث يتم التركيز على بيئة العميل سواء العائلة، أو الحي، أو الأصدقاء، أو أي مؤسسة ينتمي إليها العميل.
٤. تجميد الموقف لتجنب المزيد من التدهور، وهذا يعتبر أقل الحلول حيث إن بعض الحالات تكون معقدة وغامضة يصعب تحسينها، فيحاول الأخصائي فيها تجميد الموقف كليًا حتى لا تتمادى المشكلة إلى مشكلة أكبر. (عثمان، ٢٠١٦)

بعد عرض أهداف العملية العلاجية، وإيضاح أنها عملية تدخل لتحسين الموقف وحل المشكلة، وهذا التدخل يكون في ذاتية العميل وبيئته، فهناك بعض الأساسيات التي يجب على الأخصائي مراعاتها عند القيام بالعملية العلاجية؛ لأنها مبنية على خطة علاجية يتشارك فيها الأخصائي مع العميل والفريق الطبي، حيث يتم تحديد أهداف يقر عليها العميل أو من ينوب عنه بشكل شرعي في حالة الأطفال أو في حالة فقدان الوعي، ويقر عليها الفريق الطبي. وبعد تحديد الأهداف يحدد الأساليب التي يتم اتباعها لتحقيق الأهداف، وبعد ذلك تضع مدة للخطة العلاجية من أجل تقييمها والاستمرار في العملية العلاجية. فالعملية العلاجية تحتاج إلى خطة وتحتوي جميع العناصر التي ذكرت.

وقد طور علماء الخدمة الاجتماعية وعلم النفس العديد من الطرق العلاجية وأنواعها المستخدمة مع مرضى الصحة النفسية. وقد أثبتت العديد من الدراسات أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات وأمراض نفسية يحتاجون إلى عملية علاجية متكاملة من حيث الأساليب والأنواع. فهناك العلاج الدوائي المعتمد على العقاقير الطبية التي أثبتت كفاءتها، رغم ذلك فإن هذا لا يعني الاستغناء عن العلاج غير الدوائي كالجلسات العلاجية النفسية الفردية والجماعية، والبرامج العلاجية الترفيهية، وبرامج التثقيف النفسي، وجماعة الدعم والرعاية اللاحقة، وغيرها من البرامج العلاجية. فإن تقديم الخدمة العلاجية بشكل متكامل يساعد بشكل كبير على تحقق التأثير الإيجابي المطلوب لحل مشكلة العميل.

وهذه الأدوات جميعًا يتم تقييمها بناءً على معايير ومقاييس محددة توضع في جدول مواصفات خاص بها يحدد مدى التزام الأخصائي الاجتماعي بما وضعه من أهداف، وما رسمه من خطط خلال الأدوات التي استخدمها مع الحالات المرضية حسب اختلاف كل حالة عن غيرها، وقد اعتمدت عدة معايير عالمية لتقييم الأدوات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي (رشوان، ٢٠١٠).

دور الأخصائي الاجتماعي على مستوى العمل الإداري في المؤسسات الطبية للصحة النفسية (السروجي وآخرون، 2006):

للأخصائي الاجتماعي الإداري أدوار عديدة في المؤسسات الطبية للصحة النفسية، منها:

أ– المساهمة في دراسة المجتمع المحلي المحيط بالمؤسسة، والمساهمة في وضع سياسة وضبط المؤسسة، سواء المؤسسات التطوعية أو الحكومية.

ب– القيام بتنفيذ سياسات وبرامج المؤسسة وإجراءاتها.

ج– العمل على توفير الموارد المالية والأدوار والإمكانات للمؤسسة.

د– المساهمة في تحديد الميزانية السنوية لعرضها على الجهات الإدارية العليا.

هـ– العمل على زيادة التبرعات والهبات، وزيادة العضوية داخل المؤسسة.

و– القيام بالتقييم والمتابعة بأسلوب جيد، سواء للعاملين أو الأعمال التي يقوم بها.

ز– القيام بالبحوث والدراسات بما يمكن من المساهمة في الأداء الجيد للمنظمة.

ح– رسم خطة لتوفير علاقات جيدة بينها وبين المجتمع، من خلال توضيح خدماتها وأهدافها.

ط– القيام بالأعمال الكتابية، والسجلات، وإعداد التقارير الدورية بالمؤسسة بأسلوب علمي منظم.

ي– الاشتراك في بناء جهاز المنظمة بما يحقق أهدافها، والمشاركة في توزيع المسؤوليات.

ك– تحديد المعايير التي تحدد العلاقة بين المسؤوليات المختلفة، والعمل على تحقيق المشاركة والتعاون بالمنظمة.

ل– السعي إلى تحديد احتياجات المنظمة وأعضائها كأفراد.

م– الوصول إلى الاستخدام الأمثل للموظفين، وتحقيق الكفاءات الإنتاجية.

ن– التقييم لإنجازات البرامج وكفاءة الموظفين؛ طبقًا للأهداف المحددة والمطلوب الوصول إليها.

س– تنظيم وتوجيه الموارد البشرية والمادية بالمؤسسة.

ع– تشجيع المتطوعين، والاستفادة منهم في تنمية قدرات الموظفين بالمؤسسة.

ف– العمل على اتخاذ القرارات المناسبة لمواجهة الظروف التي تتعرض لها المؤسسة والمجتمع المحلي.

مهارات الأخصائي الاجتماعي الإداري:

تشير مهارة الأخصائي الاجتماعي الإداري إلى قدرته على الإنجاز الجيد للمهام الخاصة والمحددة، التي ترتبط بوظائفه المختلفة في المنظمة، وهذه المهارة تتكون من كل من المعرفة الإدارية، والخبرة الإدارية؛ بحيث يمتزج كلاهما بالسمات الفطرية للأخصائي الاجتماعي الإداري، والمهارات الإدارية تشمل القدرة على أداء ما يلي (رشاد، 2007):

أ– التفكير والتخطيط بواقعية.

ب– تقدير مدى معقولية الخطط، ومدى قابليتها للتطبيق.

ج– التفكير كليًا في البدائل المختلفة لعمل الأشياء.

د– توقع الآثار المحتملة للقرارات وتقديرها.

هـ– وضع الأولويات.

و– اتخاذ القرارات.

ز– القيام بالعديد من الأدوار والمهام في نفس الوقت.

ح– الحفاظ على التوازن والاتزان الشخصي.

ط– استخدام السلطة وتفويضها بطريقة إيجابية وبناءة.

ي– الاتصال بفاعلية بالآخرين.

ك– مساعدة الآخرين على العمل بطريقة منتجة، مع استخدام وتوظيف مواهب وقدرات الأفراد.

من خلال استعراض السابق نتوصل إلى أن للخدمة الاجتماعية دورًا فعالًا في مجال الصحة النفسية على جميع المستويات، وأن للخدمة الاجتماعية أُطرًا وأُسسًا نظرية علمية تعمل في إطارها. فمن الناحية العلاجية فإن الأخصائيين الاجتماعيين يعملون على تقديم خدمات علاجية سلوكية نفسية غير دوائية بما لديها من ممارسة إكلينيكية مهنية، وذلك على مستوى العمل مع الوحدات الصغرى. ويعمل الأخصائيون الاجتماعيون على إدارة المنظمات معتمدة على الأُسس والنماذج النظرية والمهارات الإدارية التي يكتسبها الأخصائيين في فترة التعليم الجامعي والممارسة المهنية، وذلك على مستوى العمل مع الوحدات الكبرى.

عرض نتائج البحث

أ- عرض نتائج البحث للأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين:

عرض نتيجة السؤال الأول للأخصائيين: ما مستوى عملية دراسة الحالة؟

وللإجابة عن هذا التساؤل تم استبيان موجه إلى الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، وقد تم استخدام التكرارات والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات محور ما مستوى عملية دراسة الحالة من وجهة نظر عينة البحث المتمثلة في الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، وجاءت النتائج كما يلي في الجدول التالي:

جدول (١)

توزيع عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين تجاه مستوى عملية دراسة الحالة

م	العبارة	بدرجة عالية جدًا		بدرجة عالية		بدرجة متوسطة		بدرجة ضعيفة		لا يوجد		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%				
١	استيفاء المعلومات الأولية	٠	٠	٩٥	٩٥	٥	٥	٠	٠	٠	٠	٣٠٩٥٠	٠.٢١٩	١	مرتفع
٢	استيفاء المعلومات الخاصة بالتكوين الأسري	٠	٠	٥٥	٥٥	٣٢	٣٢	١٢	١٢	٠	٠	٣.٢٩٠	٠.٩٩٨	٣	متوسط
٣	استيفاء المعلومات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية	٠	٠	١٣	١٨	١٣	١٣	٦٩	٦٩	٠	٠	١.٨٠٠	١.٢٣١	٦	منخفض جدًا
٤	استيفاء المعلومات السكنية	٠	٠	٣١	٣١	٢٦	٢٦	٤٣	٤٣	٠	٠	٢.٤٥٠	١.٣٢١	٥	منخفض
٥	استيفاء المعلومات الخاصة بالأنشطة الترفيهية	٠	٠	١٢	١٢	١١	١١	٧٧	٧٧	٠	٠	١.٥٨٠	١.٠٩٣	٧	منخفض جدًا
٦	استيفاء المعلومات الخاصة بالتاريخ المرضي	٠	٠	٤٢	٤٢	٣٢	٣٢	٢٦	٢٦	٠	٠	٢.٩٠٠	١.٢١٠	٤	متوسط
٧	استيفاء المعلومات الاقتصادية	٠	٠	٧٥	٧٥	٢٣	٢٣	٢	٢	٠	٠	٣.٧١٠	٠.٥٧٤	٢	مرتفع
مستوى عملية دراسة الحالة												٢.٨١١	٠.٩٤٩	متوسط	

يتضح من الجدول رقم (١) أن هناك مستوى متوسطًا من عملية دراسة الحالة من وجهة نظر عينة البحث المتمثلة في الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لعبارات محور مستوى عملية دراسة الحالة ٢.٨١١ بانحراف معياري ٠.٠٩٤٩.

وترى كافة عينة البحث أنه يتم استيفاء المعلومات الأولية بنسبة ١٠٠% بمستوى موافقة مرتفع، وجاءت في المركز الأول بين عبارات محور مستوى عملية دراسة الحالة بلغ المتوسط الحسابي ٣.٩٥٠ وانحراف معياري ٠.٠٢١٩.

وترى نسبة منخفضة من عينة البحث أنه يتم استيفاء المعلومات الخاصة بالأنشطة الترفيهية بنسبة ٣١% بمستوى موافقة منخفض جدًا، وجاءت في المركز السابع بين عبارات محور مستوى عملية دراسة الحالة بلغ المتوسط الحسابي ١.٥٨٠، وانحراف معياري ٠.١٠٩٣.

عرض نتيجة السؤال الثاني للأخصائيين: ما مستوى عملية التشخيص؟

وللإجابة عن هذا التساؤل تم استخدام التكرارات والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات محور ما مستوى عملية التشخيص من وجهة نظر عينة البحث المتمثلة في الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين. وجاءت النتائج كما يلي في الجدول التالي:

جدول (٢)

توزيع عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين تجاه مستوى عملية التشخيص

م	العبارة	بدرجة عالية جدًا		بدرجة عالية		بدرجة متوسطة		بدرجة ضعيفة		لا يوجد		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%				
١	تحديد الأعراض التي يعاني منها المستفيد	٠	٠	٦٠	٦٠	٣٦	٣٦	٤	٤	٠	٠	٣.٥٢٠	٠.٧٠٣	١	مرتفع
٢	تحديد المسببات النفسية	٠	٠	٣٤	٣٤	٤٨	٤٨	١٨	١٨	٠	٠	٢.٩٨٠	١.٠٣٥	٣	متوسط
٣	تحديد المسببات الفكرية	٠	٠	٢٠	٢٠	١٤	١٤	٦٦	٦٦	٠	٠	١.٨٨٩	١.٢٦٩	١٢	منخفض
٤	تحديد المسببات الجسمية	٠	٠	٢٣	٢٣	٢٧	٢٧	٥٠	٥٠	٠	٠	٢.٢٣٠	١.٢٨٦	٨	متوسط
٥	تحديد المسببات العائلية	٠	٠	٢٣	٢٣	٣١	٣١	٤٦	٤٦	٠	٠	٢.٣١٠	١.٢٦٩	٧	منخفض
٦	تحديد المسببات من مكان السكن "الحي"	٠	٠	٢١	٢١	١٠	١٠	٦٩	٦٩	٠	٠	١.٨٣٨	١.٢٧٥	١٣	منخفض
٧	تحديد المسببات من العلاقات الاجتماعية	٠	٠	٢٦	٢٦	٨	٨	٦٦	٦٦	٠	٠	١.٩٤٠	١.٣٤٠	١١	منخفض
٨	تحديد المسببات الأكثر تأثيرًا	٠	٠	٢٦	٢٦	٢٢	٢٢	٥٢	٥٢	٠	٠	٢.٢٢٠	١.٣٢٣	٩	منخفض
٩	تحديد المسببات الأقل تأثيرا	٠	٠	٢٢	٢٢	٢٤	٢٤	٥٤	٥٤	٠	٠	٢.١٤٠	١.٢٨٧	١٠	منخفض
١٠	تحديد نقاط القوة لدى المستفيد	٠	٠	٢٢	٢٢	٤٢	٤٢	٣٦	٣٦	٠	٠	٢.٤٩٥	١.١٩٨	٥	متوسط
١١	تحديد نقاط الضعف لدى المستفيد	٠	٠	٢٣	٢٣	٤١	٤١	٣٦	٣٦	٠	٠	٢.٥١٠	١.٢٠٢	٤	متوسط
١٢	ربط المسببات بالأعراض	٠	٠	٤٨	٤٨	٤١	٤١	١١	١١	٠	٠	٢.٤٦٠	١.٢٣٤	٦	متوسط
١٣	صياغة الجملة التشخيصية	٠	٠	٢١	٢١	٤٦	٤٦	٣٣	٣٣	٠	٠	٣.٢٦٠	٠.٩٢٨	٢	مرتفع
مستوى عملية التشخيص												٢.٤٤٦	١.١٨١	منخفض	

يتضح من الجدول رقم (٢) أن هناك مستوى منخفضًا من عملية التشخيص من وجهة نظر عينة البحث المتمثلة في الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لعبارات محور مستوى عملية التشخيص ٢.٤٤٦ بانحراف معياري ١.١٨١.

وترى أغلب عينة البحث أنه يتم تحديد الأعراض التي يعاني منها المستفيد بنسبة ٩٦% بمستوى موافقة مرتفع، وجاءت في المركز الأول بين عبارات محور مستوى عملية التشخيص بلغ المتوسط الحسابي ٣.٥٢٠، وانحراف معياري ٠.٠٧٠٣.

وترى نسبة منخفضة من عينة البحث أنه يتم تحديد المسببات من مكان السكن "الحي" بنسبة ٣١% بمستوى موافقة منخفض، وجاءت في المركز الثالث عشر بين عبارات محور مستوى عملية التشخيص بلغ المتوسط الحسابي ٨٣٨، وانحراف معياري ١.٢٧٥.

عرض نتيجة السؤال الثالث للأخصائيين: ما مستوى عملية إعداد خطة العلاج غير الدوائي؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم استخدام التكرارات والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات محور ما مستوى عملية إعداد خطة العلاج غير الدوائي من وجهة نظر عينة البحث المتمثلة في الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين وجاءت النتائج كما يلي في الجدول التالي:

جدول (٣)

توزيع عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين تجاه مستوى عملية إعداد خطة العلاج غير الدوائي

م	العبارة	بدرجة عالية جدًا		بدرجة عالية		بدرجة متوسطة		بدرجة ضعيفة		لا يوجد		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%				
١	تحديد أهداف العلاج الخاصة بتعديل الأفكار	٠	٠	٥٥	٥٥	٣٦	٣٦	٩	٩	٠	٠	٢.٥٥٠	١.١٥٨	٥	منخفض
٢	تحديد أهداف العلاج الخاصة بتعديل السلوك	٠	٠	١٨	١٨	٣٨	٣٨	٤٤	٤٤	٠	٠	٣.٣٧٠	٠.٨٨٤	٣	متوسط
٣	تحديد أهداف العلاج الخاصة بالعلاقات الأسرية	٠	٠	١٥	١٥	١٣	١٣	٧٢	٧٢	٠	٠	٢.٣٠٠	١.٢٢٠	٦	منخفض
٤	تحديد أهداف العلاج الخاصة بالعلاقات الاجتماعية	٠	٠	١٥	١٥	١٣	١٣	٧٢	٧٢	٠	٠	١.٧١٠	١.١٧٥	٧	منخفض جدًا
٥	تحديد أهداف العلاج الخاصة بمكان السكن "الحي"	٠	٠	١٥	١٥	٨	٨	٧٧	٧٧	٠	٠	١.٦١٠	١.١٤٥	٩	منخفض جدًا
٦	تحديد أهداف العلاج الخاصة بالأنشطة الترفيهية	٠	٠	١٣	١٣	١٤	١٤	٧٣	٧٣	٠	٠	١.٦٧٠	١.١٣٨	٨	منخفض جدًا
٧	إشراك المستفيد في الخطة العلاجية	٠	٠	٣٠	٣٠	٤٥	٤٥	٢٥	٢٥	٠	٠	٢.٨٠٠	١.١٢٨	٤	متوسط
٨	إشراك الفريق العلاجي في الخطة العلاجية	٠	٠	٦٠	٦٠	٣٨	٣٣	٧	٧	٠	٠	٣.٤٦٠	٠.٨٢٢	١	مرتفع
٩	تحديد فترة الخطة العلاجية	٠	٠	٦٢	٦٢	٢٨	٢٨	١٠	١٠	٠	٠	٣.٤٢٠	٩٢٣.	٢	مرتفع
	مستوى عملية إعداد خطة العلاج غير الدوائي											٢.٥٤٣	١.٠٦٥		منخفض

يتضح من الجدول رقم (٣) أن هناك مستوى منخفضًا من عملية إعداد خطة العلاج غير الدوائي من وجهة نظر عينة البحث المتمثلة في الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لعبارات محور مستوى عملية إعداد خطة العلاج غير الدوائي ٢.٥٤٣، بانحراف معياري ١.٠٦٥.

وترى أغلب عينة البحث أنه يتم إشراك الفريق العلاجي في الخطة العلاجية بنسبة ٩٣% بمستوى موافقة مرتفع، وجاءت في المركز الأول بين عبارات محور مستوى إشراك الفريق العلاجي في الخطة العلاجية بلغ المتوسط الحسابي ٣.٤٦٠، وانحراف معياري ٠.٨٢٢.

وترى نسبة منخفضة جدًا من عينة البحث أنه يتم تحديد أهداف العلاج الخاصة بمكان السكن "الحي" بنسبة ٢٣% بمستوى موافقة منخفض جدًا، وجاءت في المركز التاسع بين عبارات محور مستوى إشراك الفريق العلاجي في الخطة العلاجية بلغ المتوسط الحسابي ١.٦١٠، وانحراف معياري ١.١٤٥.

عرض نتيجة السؤال الرابع للأخصائيين: ما مدى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية؟

وللإجابة عن هذا التساؤل تم استخدام التكرارات والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات محور ما مدى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية من وجهة نظر عينة البحث المتمثلة في الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، وجاءت النتائج كما يلي في الجدول التالي:

جدول (٤)

توزيع عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين تجاه مستوى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية

م	العبارة	أسبوعي		شهري		كل ٦ شهور		سنوي		لا يوجد		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%				
١	الجلسات العلاجية الفردية	٥٠	٥٠	٢٢	٢٢	٢	٢	٢٦	٢٦	٠	٠	٣.٨٧٧	١.٦٧٣	١	مرتفع
٢	الجلسات العلاجية الجماعية	٧	٧	٢٢	٢٢	١٣	١٣	٥	٥	٥٣	٥٣	٢.٢٥٠	١.٤٥٩	٤	منخفض
٣	جلسات العلاج الديني	٦	٦	٦	٦	١٠	١٠	١٥	١٥	٦٣	٦٣	١.٧٧٠	١.٢١٣	٥	منخفض جدا
٤	جلسات مجموعة الدعم	٧	٧	٤	٤	٦	٦	١٦	١٦	٦٧	٦٧	١.٦٨٠	١.١٩٧	٦	منخفض جدا
٥	برامج التثقيف النفسي	١٠	١٠	٢٥	٢٥	٢٦	٢٦	١٠	١٠	٢٩	٢٩	٢.٧٧٠	١.٣٧٠	٢	متوسط
٦	البرامج العلاجية الترفيهية	١٣	١٣	١٥	١٥	١٩	١٩	٢٤	٢٤	٢٩	٢٩	٢.٥٩٠	١.٣٨٦	٣	منخفض
مستوى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية										٢.٤٦٠		١.٣٨٣		منخفض	

يتضح من الجدول رقم (٤) أن هناك مستوى منخفض من توفر البرامج العلاجية غير الدوائية من وجهة نظر عينة البحث المتمثلة في الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، حيث بلغ المتوسط الحسابي لعبارات محور مستوى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية ٢.٤٦٠، بانحراف معياري ١.٣٨٣.

وترى أغلب عينة البحث أنه تتوفر الجلسات العلاجية الفردية بنسبة ٧٤% بمستوى موافقة مرتفع، وجاءت في المركز الأول بين عبارات محور مستوى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية بلغ المتوسط الحسابي ٣.٧٠٠، وانحراف معياري ١.٦٧٣.

وترى نسبة منخفضة جدًا من عينة البحث أنه تتوفر جلسات مجموعة الدعم بنسبة ١٧% بمستوى موافقة منخفض جدا، وجاءت في المركز السادس بين عبارات محور مستوى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية بلغ المتوسط الحسابي ١.٦٨٠، وانحراف معياري ١.١٩٧.

مناقشة النتائج

عملية دراسة الحالة في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية:

أظهرت نتائج البحث أن هناك استيفاء للمعلومات الأولية للمستفيدين بدرجة عالية أثناء عملية دراسة الحالة، وقد جاءت عبارة (استيفاء المعلومات الأولية) في المركز الأول بمستوى مرتفع من بين العبارات. وهذا يعني أنه يتم جمع معلومات أولية كافية عن المستفيدين أثناء عمل دراسة الحالة في الحدود التي تحتاجها مستشفيات الصحة النفسية لتقديم خدماتها. وهذا يعني أن كمية المعلومات الأولية أو الديموغرافية التي يتم استيفاؤها من المستفيدين بواسطة الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين أثناء عملية دراسة الحالة لا تحتاج إلى مراجعة وتطوير في الوقت الحالي، وهذا ما بينته النتائج. وهذا يتفق مع ما أكد عليه (عثمان، ٢٠١٦) من حيث استيفاء المعلومات الأولية أثناء عملية دراسة الحالة.

ويتبين من النتائج أن عبارة (استيفاء المعلومات الاقتصادية) جاءت في المركز الثاني من بين العبارات بمستوى مرتفع. وهذا يشير إلى أن غالبية أفراد العينة من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يستوفون المعلومات الاقتصادية الخاصة بالمستفيدين أثناء عملية دراسة الحالة بشكل يسمح لهم بتقدير الوضع الاقتصادي للمستفيد، وأهليته للدعم المالي المقدم من الجهات المختلفة.

أظهرت النتائج أيضًا أن عبارة (استيفاء المعلومات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية) جاءت في المركز ما قبل الأخير من بين العبارات بمستوى منخفض، حيث إنه أثناء عملية دراسة الحالة لا يتم استيفاء المعلومات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية للمستفيدين من قبل الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، رغم أهميتها في عملية التشخيص والعلاج، كما أكدت (عبد الفتاح، ٢٠١٦) بأهمية معرفة العلاقات الاجتماعية للعميل أثناء دراسة الحالة، وذلك لمساعدة الأخصائيين في رسم تصور عن مسببات الأعراض التي يعاني منها العميل.

وأوضحت النتائج بأن عبارة استيفاء المعلومات الخاصة بالبرامج الترفيهية في عملية دراسة الحالة حصلت على المركز الأخير من بين العبارات بمستوى منخفض، وهذا يدل على أنه أثناء دراسة الحالة لا يتم استيفاء معلومات عن البرامج الترفيهية التي يمارسها المستفيدين من قبل الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، رغم أنها أحد الأساليب العلاجية التي أثبتت فعاليتها، والتي أكدت عليها (عثمان، ٢٠١٦) حيث إن الترفيه أثبت فاعليته في علاج الأمراض والاضطرابات النفسية، واعتبر العلاج بالترفيه أحد الأساليب الحديثة المستخدمة.

يتضح من النتائج أن عملية دراسة الحالة التي تتم في مستشفيات الصحة الحكومية من قبل الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين تتم بمستوى متوسط وتحتاج إلى تطوير وتحسين حيث إن دراسة الحالة هي المرحلة الأولى التي يعتمد عليها تشخيص حالة المستفيد وإعداد خطط العلاج، فأي قصور في عملية دراسة الحالة قد يؤثر بشكل مباشر على مستوى الخدمة العلاجية المقدمة للمستفيدين، حيث إن استيفاء كامل البيانات والمعلومات أثناء دراسة الحالة يساهم في تقدم العلاج المناسب للمستفيد على جميع المستويات، سواء من الجانب الذاتي أو الجانب البيئي.

عملية التشخيص في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية:

أظهرت النتائج أن أفراد العينة من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يحددون الأعراض التي يعاني منها المستفيد أثناء عملية التشخيص، حيث إن عبارة (تحديد الأعراض التي يعاني منها المستفيد) من محور مستوى عملية التشخيص جاءت في المركز الأول من بين العبارات بمستوى موافق مرتفع. وهذا يدل على أنه أثناء عملية التشخيص الذي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون يتم تحديد الأعراض التي يعاني منها المستفيد كأحد الخطوات التي يتبعها الأخصائيون في عملية التشخيص، وهذا يتفق مع النموذج الطبي للعمل الإكلينيكي للأخصائيين في التعامل المستفيدين الذين يعانون من اضطرابات وأمراض نفسية في مستشفيات الصحة النفسية.

أوضحت نتائج البحث أيضًا أن أفراد العينة من الأخصائيين يصيغون العبارة التشخيصية في عملية التشخيص، حيث إن عبارة صياغة الجملة التشخيصية جاءت في المركز الثاني من بين العبارات بمستوى موافق مرتفع، وهذا يؤكد على أن الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يحددون الجملة التشخيصية أثناء عملية التشخيص، وهذه أحد الأركان التي تعتمد عليها عملية التشخيص كما ذكر. (عبد الفتاح، ٢٠١٦)

أظهرت النتائج أن غالبية أفراد العينة من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين لا يحددون المسببات الفكرية، حيث إن عبارة (تحديد المسببات الفكرية) جاءت في المركز ما قبل الأخير من بين العبارات بمستوى موافقة منخفض. وهذا يدل على أحد أهم أركان عملية التشخيص شبه مفقودة، وهذا يؤثر على مستوى عملية التشخيص بشكل عام.

أوضحت النتائج أن أفراد العينة من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين لا يحددون المسببات من مكان السكن في الغالب، حيث إن عبارة تحديد المسببات من مكان السكن جاءت في المركز الأخير بمستوى موافقة منخفض. وهذا أيضًا يؤثر على مستوى عملية التشخيص ويضعفها؛ لأن المسببات من مكان السكن تعتبر أحد المسببات البيئية التي تؤثر على الصحة النفسية للمستفيدين، والتي نأخذ بالاعتبار أثناء عملية التشخيص، ومن ثم يترتب عليها أهداف علاجية كما ذكرها. (عبد الفتح، ٢٠١٦) و(kang, 2015) و(رشوان: ٢٠١٠)

تبين من النتائج أن مستوى عملية التشخيص التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون في مستشفيات الصحة النفسية منخفضة، وتحتاج إلى تحسين حيث إن الدراسات أثبتت أن عملية التشخيص تتم بعد تحديد المسببات الذاتية والبيئية للمستفيدين، وعلى ضوء هذه المسببات تصاغ الجملة التشخيصية، وبذلك تكتمل عملية التشخيص التي يعتمد عليها في إعداد الخطة العلاجية، وانخفاض مستوى عملية التشخيص يؤثر بشكل عام على مستوى الخدمات العلاجية المقدمة.

عملية الخطة العلاجية في مستشفيات الصحة النفسية الحكومية:

أظهرت النتائج أن غالبية أفراد العينة من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين يؤكدون على أن هناك إشراك للفريق الطبي في عملية إعداد الخطة العلاجية، حيث إن عبارة (إشراك الفريق الطبي في الخطة العلاجية) جاءت في المركز الأول من بين العبارات بمستوى موافقة مرتفع. وذلك يدل على إعداد الخطة العلاجية يتم بطريقة مشتركة ومتفق عليها من أعضاء الفريق العلاجي، وهذا مؤشر إيجابي على مستوى إعداد الخطة العلاجية.

أوضحت النتائج أن أفراد عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يؤكدون على أنه يتم تحديد فترة زمنية للخطة العلاجية، ويتم تمديدها حسبما إذا تحققت الأهداف العلاجية، أو تحتاج إلى تمديد الفترة، حيث إن عبارة تحديد فترة الخطة العلاجية جاءت في المركز الثاني من بين العبارات بمستوى موافقة مرتفع. وقد ذكروا أن من ضمن خطوات إعداد الخطة العلاجية تحديد الفترة الزمنية للخطة كما ذكرها. (القرني، ٢٠٠٩)

أظهرت النتائج أيضًا أن نسبة منخفضة من أفراد عينة البحث المتمثلة في الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يقومون بتحديد أهداف علاجية ترفيهية في الخطة العلاجية، حيث إن عبارة (تحديد أهداف العلاج الخاص بالأنشطة الترفيهية) جاءت في المركز ما قبل الأخير بمستوى موافقة منخفض جدًا، وهذا يضعف مستوى الخطة العلاجية، ويتوقع الباحث أن عدم تحديد أهداف علاجية ترفيهية في الخطة العلاجية مقترن بما إذا كان هناك استيفاء لمعلومات البرامج الترفيهية للمستفيدين أثناء عملية دراسة الحالة، والتي أظهرت نتائجها البحث أعلاه أنها منخفضة، ولذلك هناك نتيجة حتمية بأن يكون هناك مستوى منخفض من تحديد أهداف علاجية ترفيهية في مرحلة إعداد الخطة العلاجية، وهذا المستوى المنخفض يؤثر على مستوى إعداد الخطة العلاجية للمستفيدين.

أشارت النتائج إلى أن غالبية أفراد عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين لا يحددون أهدافًا علاجية خاصة بمكان السكن، حيث إن عبارة تحديد الأهداف الخاصة بمكان السكن جاءت في المرحلة الأخيرة بمستوى موافقة منخفض جدًا. ويدل ذلك على أن تحديد أهداف خاصة بمكان السكن لا تشمله الخطة العلاجية غالبًا، ويرى الباحث أن هذا نتيجة ضعف تحديد المسببات من مكان السكن في عملية التشخيص، كما أسفرت النتائج مسبقًا. حيث إن الأخصائيين غير ملتزمين بتحديد المسببات من مكان السكن في عملية التشخيص، الأمر الذي نتج عنه ضعف في تحديد أهداف علاجية خاصة بمكان السكن، وهذا يؤثر على مستوى الخدمة العلاجية غير الدوائية المقدمة للمستفيدين.

تبين النتائج أن هناك مستوى منخفض في عملية إعداد خطة العلاج غير الدوائي، وذلك يعود إلى عدم شمول الخطة العلاجية على أهداف علاجية متكاملة من الجانب البيئي للعميل، حيث إن هناك مستوى منخفض من تحديد أهداف علاجية ترفيهية، والاكتفاء بتحديد أهداف علاجية سلوكية وفكرية، وهذا لا يكفي بحد ذاته كما أوضحت بعض الدراسات، ومنها دراسة (Poliaten et al 2008) والذي أكد على إمكانية الحصول على نواتج علاجية أكثر قيمة للعلاج، إذا ما تم دمجه مع أنماط علاجية أخرى، مثل: العلاج باللعب، أو الرقص، أو الموسيقى. وأيضًا دراسة (Gold Voracck ,and Wigram، 2004) من خلال مراجعتهم الشاملة للعديد من الأبحاث والدراسات –التي قامت بتوظيف أساليب العلاج بالترفيه إلى جانب أساليب العلاج النفسي الأخرى–. وأخيرًا نوضح أن عملية إعداد الخطة العلاجية يؤثر على مستوى تقديم الخدمات العلاجية غير الدوائية للمستفيدين من مستشفيات الصحة النفسية الحكومية.

توفر البرامج العلاجية الدوائية غير الدوائية:

أظهرت النتائج أن غالبية أفراد العينة من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يعملون على تقديم جلسات فردية علاجية للمستفيدين كبرنامج علاجي غير دوائي، حيث إن عبارة (تتوفر جلسات علاجية فردية) جاءت في المركز الأول بين عبارات محور مستوى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية بمستوى موافقة مرتفع. وهذا يشير إلى أن الجلسات العلاجية الفردية تقدم بشكل مرتفع عن باقي البرامج العلاجية الأخرى. وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة استجابات المستفيدين إذا ما قارنها بغيرها من البرامج، حيث إن غالبية المستفيدين اتفقوا على أن الجلسات العلاجية الفردية تقدم بمستوى أكثر من غيرها من البرامج. وهذا لا يعني أن الجلسات الفردية تقدم بمستوى مرتفع في حد ذاتها حيث إن نتيجة استجابات المستفيدين لعبارة (توفر الجلسات الفردية) جاءت بمستوى موافقة منخفض، حيث أفاد ما نسبته ٥٤% منهم أنهم يخضعون لجلسات علاجية فردية بفترات متباعدة، وأفاد ما نسبته ٤٦% من أفراد العينة أنهم لا يخضعون إلى جلسات علاجية فردية. وهذا يؤكد على انخفاض مستوى البرامج العلاجية غير الدوائية، حيث إن أحد أهم الأساليب العلاجية غير الدوائية هي الجلسات الفردية.

أظهرت النتائج أن أفراد العينة من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يعملون على تقديم برامج تثقيف نفسي للمستفيدين ضمن البرامج العلاجية غير الدوائية. حيث إن عبارة (تتوفر برامج التثقيف النفسي) جاءت في المركز الثاني بين عبارات محور مستوى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية بمستوى موافقة متوسط. وهذا يختلف مع نتيجة أفراد عينة البحث من المستفيدين، حيث اتفق ما نسبته ٨٥% على أن مستوى توفر برامج التثقيف النفسي منخفض جدًا.

وأوضحت النتائج أن أفراد العينة من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يعملون على توفير جلسات علاجية جماعية بمستوى منخفض، حيث إن عبارة (تتوفر الجلسات العلاجية الجماعية) جاءت في المركز ما قبل الأخير بين عبارات محور مستوى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية بمستوى موافقة منخفض. وهذا يتفق مع نتيجة استجابات أفراد العينة من المستفيدين، حيث أفاد كافة

أفراد العينة أن مستوى توفر الجلسات الجماعية العلاجية منخفض جدًا. وهذا يعتبر قصور في الخدمة العلاجية كما ذكر (RandallK, 2020).

تشير النتائج إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يعملون على تقديم جلسات مجموعة الدعم بمستوى منخفض. حيث جاءت عبارة تتوفر جلسات مجموعة الدعم في المركز الأخير من بين عبارات محور مستوى توفر البرامج العلاجية غير الدوائية بمستوى موافقة منخفض جدًا. وذلك يتفق من نتيجة استجابات أفراد عينة البحث من المستفيدين، حيث اتفق ما نسبته ١٥.٥% من أفراد عينة المستفيدين أن هناك مستوى منخفض جدًا من توفر جلسات مجموعة الدعم، وذكر غالبية أفراد العينة ما نسبته ٨٦.٥% من عدم توفر جلسات مجموعة الدعم.

تبين من النتائج بأن هناك مستوى منخفضًا من البرامج العلاجية غير الدوائية من وجهه نظر الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، ومن وجهة نظر المستفيدين. وهذا يتطلب تحسين ورفع مستوى لجميع برامج العلاج غير الدوائي التي تقدمها مستشفيات الصحة النفسية الحكومية. فالعلاج الدوائي وحده لا يكفي لعلاج الاضطرابات والأمراض النفسية في الغالب، وهذا ما أكدت عليه الدراسات. فقد أثبتت دراسة (2012, Wroe & Wise) أن هناك تحسنًا ملحوظًا في الكثير من الحالات التي تعاني من الاضطرابات والأمراض النفسية بعد أن خضعوا إلى الجلسات العلاجية الفردية والجماعية معًا أثناء مرحلة العلاج. وأثبتت دراسة (2019, Anne et. Al) أن الاستمرارية بالالتزام بجلسات جماعية الدعم لفترة تفيد بتجنب مرحلة الانتكاسة، ولديها أثر كبير على الحالات التي تم قياس الأثر عليهم. كما أكد (Poliaten et al, 2008) على إمكانية الحصول على نواتج علاجية أكثر قيمة للعلاج الدوائي، إذا ما تم دمجه مع أنماط علاجية أخرى سلوكية، مثل: العلاج باللعب، أو الموسيقى. واتفق معه (2004 ،Gold Voracck, and Wigram) من خلال مراجعتهم الشاملة للعديد من الأبحاث والدراسات التي قامت بتوظيف أساليب العلاج باللعب والموسيقى إلى جانب أساليب العلاج النفسي.

المراجع

أولًا–المراجع العربية:

الرسائل العلمية:

- أبو ماضي، خالد (٢٠٠٧)، معوقات تقييم أداء العاملين في الجامعات الفلسطينية وسبل علاجها، فلسطين: الجامعة الإسلامية، غزة.
- أحمد مصطفى خاطر وآخرون (٢٠٠١)، الإدارة في المؤسسات الاجتماعية، الإسكندرية، المكتبة الجامعية.
- البياني، حسين ذنون (٢٠١١)، أثر درجة الاعتمادية بين المعايير في أداء المستشفيات دراسة وصفية تحليلية في المستشفيات الحكومية في محافظة نينوى، رسالة دكتوراه، جامعة الموصل.
- الجبوري، فهد عبد الهادي، (٢٠١٠)، " قياس الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى أبناء الجالية العربية المقيمين في الدنمارك "، رسالة ماجستير، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك: الدنمارك.
- السيد، منى عبده، (٢٠١٠) "فاعلية أسلوب العلاج الواقعي في خفض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طالبات الجامعة وأثره في تقدير الذات" (رسالة ماجستير) جامعة المنصورة، مصر.
- عبد الجواد، احمد سيد، (٢٠١٠)، " أثر العلاج الواقعي على تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الجامعة" (رسالة دكتوراه) جامعة الفيوم، مصر.
- النجمة، علاء الدين إبراهيم، (٢٠٠٨)، "مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية" (رسالة ماجستير) الجامعة الإسلامية، غزة.

المجلات:

- ابن حليمة، حميدة. (٢٠١٧م). تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة بالبوني، مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة عناية.
- ذياب، صلاح. (٢٠١٢). قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية.
- عبد المحسن، مروة كاظم. (٢٠١٩م). الكشف عن الضغوط النفسية لدى الأيتام المودعين في دور الرعاية، مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، العراق، مج (٤٤)، ع (٢).
- غانم، وآخرون. (٢٠١٥م). تقييم المهارات المهنية لأخصائيي خدمة الفرد في مجال الصحة النفسية، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين.
- حبيب، جمال شحاتة (٢٠١٠)، العلاقة بين تطبيق برنامج تدريبي للأخصائيين الاجتماعيين وتنمية أدائهم المهني، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الثاني، عدد أبريل.
- حنتول، أحمد، (٢٠١٩)، فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج المتمركز حول العميل في مفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين بدار الملاحظة الاجتماعية بجازان " المجلة التربوية، العدد التاسع والخمسون، مارس، كلية التربية، جامعة سوهاج.

- عبد العال، سلامة منصور محمد (٢٠١٥)، دليل إرشادي للأخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسي. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع ٣٨، ج٢، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- بشماني، وآخرون. (٢٠١٠م). تقويم مستوى جودة الخدمات الصحية للمرضى في مستشفيات العامة والخاصة في محافظة اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية–سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، جامعة تشرين.
- أبو هنود، أنور. (٢٠١٧م). الفروق في رضا المنتفعين بالخدمات النفسية والطبية النفسية والإدارية بين العيادات الحكومية والخاصة بالضفة الغربية فلسطين، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين.

المواقع الإلكترونية:

- أكاناو، محمد الحبيب. (٢٠١٨). مصطلحات ومفاهيم في التقويم والتقييم والقياس. دار الفكر العربي: القاهرة.
- البكري، ثامر ياسر. (٢٠٠٥م). إدارة المستشفيات. دار اليازوري: عمّان.
- الجضعي، خالد بن سعد. (٢٠٠٦م). الإدارة: النظريات والوظائف. مكتبة الملك فهد الوطنية: الرياض.
- الإمام، وفقي. (٢٠٠٣). محددات جودة الخدمات الصحية وأثرها على رضا العملاء في المستشفيات
- الجامعية والخاصة بمحافظة الدقهلية، جامعة المنصورة، المجلة المصرية للدراسات التجارية، ٢٠٠٣م.
- الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية، وزارة الصحة السعودية. (٢٠١٤م). دليل إجراءات وسياسات الخدمة الاجتماعية الطبية. مكتبة الملك فهد الوطنية: الرياض.
- الجندي، إيمان إبراهيم أحمد، وخليل، زكية عبد القادر، وحجاج، إبراهيم عبد المحسن. (٢٠٢١م). استخدام نموذج التغيير المخطط في تحسين خدمات الرعاية بمؤسسات الصحة النفسية، كلية التربية بجامعة الأزهر، مصر، مج (٤٠)، ع (١٨٩).
- الجياشي، يحي. (٢٠١٣). تقويم كفاءة الخدمات الصحية العامة في مدينة الخضر، مجلة البحوث الجغرافية، جامعة الكوفة – كلية التربية.
- خاطر، أحمد مصطفى وآخرون. (٢٠٠١م). الإدارة في المؤسسات الاجتماعية. المكتبة الجامعية: الإسكندرية.
- العجلاني، وآخرون. (٢٠٠٥). تقييم المهارات المهنية عند الأخصائيين الاجتماعيين في مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- البياتي، حسين ذنون علي، (٢٠١٥)، المعايير المعتمدة في اقامة وإدارة المستشفيات، عمان، الأردن، دار وائل للنشر
- تقرير منظمة الصحة العالمية، (٢٠١٥)، الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة والخيارات السياسية (التقرير المختصر)، منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
- ثابت، زهير (٢٠١١)، كيف تقيم أداء الشركات والعاملين، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- جلدة، سليم بطرس، (٢٠١٧)، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق، عمان، الأردن.
- حبيب، جمال شحاته (٢٠١١)، الخدمة الاجتماعية المعاصرة، المكتب الجامعي الحديث.
- خليل موسى (٢٠٠٥) الإدارة المعاصرة المبادئ والوظائف والممارسة، بيروت المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ط ٣.

- رشاد، أحمد عبد اللطيف: (٢٠٠٧)، إدارة المؤسسات الاجتماعية في مهنة الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ط١.
- رشوان، حسين عبد الحميد أحمد (٢٠٠٤م) علم اجتماع التنظيم، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.
- روزليف، مهدي حسن، (١٩٩٤)، إدارة الأفراد في منظور كمي والعلاقات الإنسانية، الأردن، عمان، دار مجدلاوي.
- زهران، حامد. (٢٠١٧)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب، ط٣.
- سرحان، نظيمة أحمد، (٢٠٠٦م) الخدمة الاجتماعية المعاصرة. القاهرة، مجموعة النيل العربية.
- السروجي وآخرون، طلعت مصطفى (٢٠٠٦)، إدارة مؤسسات الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.
- الشحات، إلهام أحمد (٢٠١٥)، المعوقات التنظيمية التي تعوق الارتقاء بمستوى الخدمات في مستشفيات الصحة النفسية، ودور طريقة تنظيم المجتمع في مواجهتها- دراسة مطبقة على مستشفى الأمراض النفسية بالعباسية، بحث منشور بالمؤتمر العلمي التاسع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- صباح، شاوي (٢٠١٤)، أثر التنظيم الإداري على أداء المؤسسات الصغيرة والمتوسطة (ولاية سطيف) مذكرة لنيل شهادة الماجستير، سطيف، كلية الاقتصاد بجامعة فرحات عباس.
- عبد العال، عبد الحليم رضا (٢٠١٦). الخدمة الاجتماعية المعاصرة، ط ١، القاهرة، دار الثقافة.
- عبد المحسن، توفيق محمد (٢٠١١)، تقييم الأداء، القاهرة، دار النهضة العربية.
- عثمان، عبد الفتاح وآخرون، (١٩٩٦م) الخدمة الاجتماعية في المجالين الطبي والإعاقة. القاهرة: مؤسسة نبيل للطباعة.