

محددات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى

إعداد

دكتورة/ فاطمة أنور محمد السيد

أستاذ مساعد بقسم طرق الخدمة الاجتماعية

ملخص بحث

محددات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى

تتعدد مجالات الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد، ومنها المجال النفسى الذى يعد من أهم مجالات الممارسة المهنية، ولا يخفى على أحد من المتخصصين فى مجال الصحة النفسية أن العلاقة بين انتشار الأمراض النفسية وما قد تحدثه من نتائج وآثار سلبية على المريض نفسه وأسرته ومجتمعه، أهمها الضعف أو الخلل فى أداء المريض النفسى والمحيطين به لأدوارهم المختلفة، ولما كان الأخصائى الاجتماعى أحد أعضاء فريق العلاج فى المجال النفسى، وأن كثيرا من المرضى النفسىين قد تلعب الظروف الاجتماعية والأسرية دورا فى إصابتهم ببعض الأمراض النفسية أو قد ينتج عن الإصابة بها مشكلات اجتماعية ونفسية عديدة، فإن فهم الأخصائى الاجتماعى لطبيعة تلك الأمراض وأنواعها وأسبابها والمشكلات التى قد تنتج عنها وطرق وأساليب التعامل مع نسق المريض وأسرته وفريق العلاج وحدود ومتطلبات دوره وما يتصل بذلك من توافر المعارف العلمية والمهارات المهنية.

وتعتبر اجتماعات مناقشة الحالة وسيلة هامة لتنسيق المعلومات التى تجمع عن الحالة وتفسيرها، ويتم فى هذه الاجتماعات عرض الحالة من كل جوانبها واستعراض الجوانب الإرشادية والعلاجية المناسبة للحالة، ويعد مؤتمر الحالة فرصة لفريق العمل مع الحالة الفردية لتبادل المعلومات والآراء والخبرات، ومناقشة خطط العلاج، وتعديلها حسب متطلبات الموقف، ووضع الخطط البديلة، ويساعد استعداد الاخصائىين الاجتماعىين للعمل مع الحالة الفردية المعروضة على مؤتمر الحالة من جمع معلومات عن الحالة، وتحديد جوانب القوة فى شخصية العميل، واستكمال مناطق الدراسة طبقاً لطبيعية الحالة، ويتطلب عمل الاخصائىين الاجتماعىين أثناء انعقاد مؤتمر الحالة مناقشة مشكلات الحالات الفردية المعروضة عليهم، وتقديم تفسير منطقى للعوامل التى أدت إلى حدوثها، واقتراح أسلوب العمل المناسب معها، ويتطلب عمل الاخصائىين الاجتماعىين أيضاً مع الحالة الفردية بعد الانتهاء من مؤتمر الحالة تحديد جوانب القصور فى تنفيذ الخطة العلاجية، ومتابعة سير الخطة المتفق عليها، واتساقا مع الطرح السابق الذى يؤكد الأهمية التى يمثلها مؤتمر الحالة فى المجال النفسى؛ إلا أن الواقع يؤكد ندرة فى الكتابات والدراسات الأجنبية والعربية التى تناولت الموضوع؛ لذا فقد تحددت القضية الرئيسية للبحث فى الوقوف على محددات استخدام الاخصائىين الاجتماعىين لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى.

يُعد هذا البحث من نمط البحوث الوصفية، اعتمادا على المنهج الوصفى، تم تطبيقه على جميع الاخصائىين الاجتماعىين العاملين بالمستشفيات النفسية بإقليم القاهرة الكبرى، والبالغ عددهم (87) اخصائى اجتماعى، واعتمدت الباحثة فى البحث الميدانى على مقياس محددات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى، وقد وتوصل البحث إلى الإجابة على تساؤلات الدراسة التى تمثلت فى انخفاض استعداد الاخصائىين الاجتماعىين لاستخدام مؤتمر الحالة فى المجال النفسى، وضعف قدراتهم على تنفيذ

المهام المطلوبة منهم أثناء انعقاد المؤتمر، وضعف قدراتهم على تنفيذ المهام المطلوبة منهم بعد انعقاد مؤتمر الحالة، وأكدت نتائج البحث وجود بعض المعوقات التي تحول دون قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على استخدام مؤتمر الحالة، وخلص البحث إلى عدد من المقترحات لتطوير قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على استخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسى.

Summary

Determinants of the use of the social worker for the case conference in the psychological field

Dr. Fatma Anwar Mohamed El Sayied

Assistant Professor, Department of Social Work Methods

There are many areas of professional practice in the way of serving the individual, including the psychological field, which is one of the most important areas of professional practice, and no one in the field of mental health conceals that the relationship between the spread of mental illness and the negative consequences and effects it may have on the patient himself, his family and society, the most important of which is weakness Or the defect in the performance of the psychiatric patient and those around him to their different roles, and since the social worker was one of the members of the treatment team in the psychological field, and that many of the psychiatric patients may play a role in social and family conditions in their affliction with some mental illnesses, or many social and psychological problems may result from them, The social worker understands the nature of these diseases, their types, causes, problems that may result from them, methods and methods of dealing with the patient, his family and treatment team, the limits and requirements of his role, and the related availability of scientific knowledge and professional skills. are many areas of professional practice in the way of serving the individual, including the psychological field, which is one of the most important areas of professional practice, and no one in the field of mental health conceals that the relationship between the spread of mental illness and the negative consequences and effects it may have on the patient himself, his family and society, the most important of which is weakness Or the defect in the performance of the psychiatric patient and those around him to their different roles, and since the social worker was one of the members of the treatment team in the psychological field, and that many of the psychiatric patients may play a role in social and family conditions in their affliction with some mental illnesses, or many social and psychological problems may result from them, The social worker understands the nature of these diseases, their types, causes, problems that may result from them, methods and methods of dealing with the patient, his family and treatment team, the limits and requirements of his role, and the related availability of scientific knowledge and professional skills.

Case discussion meetings are an important way to coordinate and interpret the information gathered about the case, and in these meetings the case is presented in all its aspects and the indicative and therapeutic aspects appropriate to the case are

reviewed, and the case conference is an opportunity for the work team with the individual case to exchange information, opinions and experiences, discuss treatment plans, and amend them according to Situation requirements, developing alternative plans, and social workers' willingness to work with the individual case presented to the case conference helps by collecting information about the case, determining the strengths of the client's personality, completing the study areas according to the nature of the case, and the work of social workers during the case conference requires discussion of case problems. The individual presented to them, providing a logical explanation for the factors that led to their occurrence, and proposing an appropriate method of work with them, and the work of social workers also requires the individual case after the completion of the case conference to identify deficiencies in the implementation of the treatment plan, and follow up the progress of the agreed plan, and in line with the previous proposal Which confirms the importance of the case conference in the psychological field; However, the reality confirms the scarcity of foreign and Arab writings and studies that deal with the subject Therefore, the main issue of research has been identified in identifying the determinants of social workers' use of the case conference in the psychological field.

This research is of the type of descriptive research, depending on the descriptive approach, it was applied to all social workers working in psychiatric hospitals in the Greater Cairo Region, and the number of (87) social workers, and the researcher adopted in the field research on the scale of the determinants of the use of the social worker for the case conference in the psychological field The research found an answer to the study's questions, which were represented in the low willingness of social workers to use the case conference in the psychological field, their weak ability to carry out the tasks required of them during the conference, and their weak ability to carry out the tasks required of them after the case conference was held, and the results of the research confirmed the existence of Some of the obstacles that prevent social workers from using the case conference, and the research concluded a number of proposals to develop the capacity of social workers to use the case conference in the psychological field.

أولاً: مشكلة البحث

تتعدد مجالات الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد، ومنها المجال النفسي الذي يعد من أهم مجالات الممارسة المهنية؛ حيث انتشرت في الآونة الأخيرة العديد من الأمراض النفسية، نتيجة لزيادة الضغوط النفسية على الأفراد، وأصبح العديد منهم يعانون من مشكلات معقدة وأزمات متنوعة سواء علي المستوى الشخصي أو الأسري أو المجتمعي، كالاكتئاب والقلق وغيرها من الأمراض النفسية السائدة في هذا العصر، وتلعب الضغوط الاجتماعية تأثيرها على شخصية الفرد دوراً مهماً في حدوث الاضطرابات النفسية؛ فالمشكلة لم تعد مشكلة نفسية بحتة؛ ولكنها مشكلة نفسية تحتاج إلى تكامل جهود مهنية مختلفة كالطبيب النفسي، والاختصاصي النفسي، والاختصاصي الاجتماعي.. الخ (سيمون بيل، ماكلاتشلان: 2007م، 86-103)؛ فالمرض النفسي هو اضطراب نفسيّ تنجم عنه اتجاهات غير سليمة للفرد تجاه نفسه ومجتمعه، أي أنّه حالة من عدم التوافق في التفاعل النفسي والاجتماعي، وظهور السلوكيات غير السوية التي تؤثر في سلامة إنجازات الفرد، وسير حياته بشكل آمن ومستقرّ لنفسه ولمن حوله، وقد ينتقل المرض النفسي في حالات متقدّمة من الاعتلال النفسي إلى الاعتلال العضويّ أو الوظيفي، مثل اضطرابات الجهاز التنفسيّ نفسيّة المنشأ، أو حالات الأكرزيميا النفسيّة (كليفر اتش، ولكر إس: 2004م، 86)، وأن المرضى النفسيين يعانون من الأعراض المزعجة، وكذلك عدم قدرتهم على العمل والمشاركة في النشاطات المختلفة، نتيجة للتحيز ضدهم، وإنهم دائمو القلق بسبب شعورهم بعدم القدرة على تحمل المسؤولية تجاه عائلاتهم وأصدقائهم وخوفهم أن يكونوا عبئاً على الآخرين (سونج إل، وآخرون: 2005م، 162)، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه نتائج دراسة (مصطفى النجار: 1999م) إلى أهمية دور الخدمة الاجتماعية في رعاية المرضى النفسيين والعقليين لارتباط الأمراض النفسية والعقلية في الغالب بتأثيرات العوامل الاقتصادية والأسرية والبيئة الاجتماعية، وأن تخفيف الضغوط الخارجية الواقعة علي المريض وتوعية الأسرة لتهيئة الجو النفسي والعاطفي والاجتماعي السليم يساهم في علاج المريض وعدم انتكاسته.

ولا يخفى علي أحد من المتخصصين في مجال الصحة النفسية أن العلاقة بين انتشار الأمراض النفسية وما قد تحدثه من نتائج وآثار سلبية علي المريض نفسه وأسرته ومجتمعه، أهمها الضعف أو الخلل في أداء المريض النفسي والمحيطين به لأدوارهم المختلفة، وما يترتب علي ذلك أيضاً من إهدار للقوي البشرية العاملة في المجتمع وعرقلة جهود التنمية، ولذا فإن الاهتمام بالمرضى النفسيين وتضافر وتكامل كافة الجهود المهنية الطبية والنفسية والاجتماعية في علاج أمراضهم بل والوقاية منها - وخاصة في ظل التزايد المستمر في أعدادهم- يعد استثماراً لموارد المجتمع البشرية التي هي عماد التنمية الاجتماعية والاقتصادية(سلامه منصور: 2015م، 2)، وهذا يتفق مع نتائج دراسة(صلوحة عبد الرحمن، 2000) التي أشارت إلي أنه لا يمكن الفصل بين وجود الضغوط الاجتماعية والنفسية وظهور الأعراض والاضطرابات النفسية المؤدية إلي الاكتئاب والمشكلات الأخرى الناتجة عنه، وأن تقديم العلاج الاجتماعي يساعد في الاستفادة من العلاج الطبي.

وما يزيد من أهمية الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد في المجال النفسي أنه لم تعد النظرة إلى الأمراض النفسية والاضطرابات النفسية نظرة جزئية محدودة بل أصبحت نظرة شاملة، فالمرض النفسي يؤثر فيه عوامل اجتماعية عديدة (عبدالناصر أبو جبل: 2002م، 20)، وبالتالي أصبحت مشاركة الأخصائي الاجتماعي في العلاج للمرضي النفسيين مع باقي أعضاء الفريق العلاجي ليست ترفاً أو تفضلاً يسمح أو لا يسمح به الطبيب النفسي (باعتباره رئيساً لفريق العلاج) بل ضرورة تفرضها النظرة المتكاملة لدراسة وتشخيص وعلاج المرض النفسي، وأنه لا سبيل لتحقيق المشاركة الفعالة للأخصائي الاجتماعي في هذا المجال إلا من خلال فهمه لدوره وأبعاد وحدود هذا الدور وقدرته علي القيام به وإقناع الآخرين بأهمية دوره لتحقيق له المكانة المرجوة لدي المرضى وأسرههم وكذلك الفريق العلاجي ومن ثم المجتمع، ويعانى الاخصائيين الاجتماعيين تعاملهم مع الحالات الفردية في المجال النفسي من نقص معارفهم ومهاراتهم المرتبطة بالعمل مع الحالة الفردية، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (نصر خليل: 1999م) التي أكدت على أن أهم التحديات التي تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية تمثلت في عدم كفاية الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، ووجود فجوة بين الجوانب النظرية والواقع العملي في ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية، ونقص الدورات التدريبية، وعدم اهتمام كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية بتوثيق الصلة بالممارسين في المؤسسات الطبية، ويتفق مع نتائج دراسة (فاطمة أمين: 2003م) التي أشارت إلى وجود قصور في المهارات الحالية التي يمارسها الاخصائي الاجتماعي في المجال الطبي.

ولما كان الأخصائي الاجتماعي أحد أعضاء فريق العلاج في المجال النفسي، وأن كثيراً من المرضى النفسيين قد تلعب الظروف الاجتماعية والأسرية دوراً في إصابتهم ببعض الأمراض النفسية أو قد ينتج عن الإصابة بها مشكلات اجتماعية ونفسية عديدة، فإن فهم الأخصائي الاجتماعي لطبيعة تلك الأمراض وأنواعها وأسبابها والمشكلات التي قد تنتج عنها وطرق وأساليب التعامل مع نسق المريض وأسرته وفريق العلاج وحدود ومتطلبات دوره وما يتصل بذلك من توافر المعارف العلمية والمهارات المهنية سوف يساعد من ناحية في تغيير الصورة الذهنية السلبية السائدة لدي بعض المرضى، وبعض أعضاء فريق العلاج عن دوره - وأنه متواجد فقط لمساعدة المرضى الفقراء - ومن ناحية أخرى تدعيم الثقة في دوره كعضو فاعل في عملية العلاج، وبالتالي تحسين صورة ومكانة مهنة الخدمة الاجتماعية في المجتمع (سلامه منصور: 2015م، 1).

ويتطلب عمل الأخصائي الاجتماعي في هذا المجال الإلمام الوافي والكافي بالعديد من المعارف العلمية واكتساب وممارسة المهارات والقيم المهنية والأخلاقية المرتبطة بالعمل بالمجال النفسي والقدرة علي المشاركة الدائمة لفريق العلاج (الطبيب النفسي، الأخصائي النفسي، الممرضة، أخصائي التأهيل، وغيرهم) في عمليات التدخل المهني مع الحالات الفردية (إقبال البشير، سامية فهمي: 1985م، 34)؛ حيث تعد دراسة الحالة من أهم الأعمال التي يقوم بها الاخصائي الاجتماعي، والذي يتوقف نجاحه في دراسة الحالة على ما يمتلكه من مهارة وخبرة (هول وسليمبروك: 2001، 84).

وتعتبر اجتماعات مناقشة الحالة وسيلة هامة لتنسيق المعلومات التي تجمع عن الحالة وتفسيرها، ويتم في هذه الاجتماعات عرض الحالة من كل جوانبها واستعراض الجوانب الإرشادية والعلاجية المناسبة للحالة، حيث يقدم كل عضو في الاجتماع ما لديه من معلومات على أن تكون هذه المعلومات ملخصة في نشرة توزع على بقية الأعضاء المجتمعين الذين يأخذون في مناقشتها مُبدئياً كل واحد منهم برأيه في تحليل المعلومات وتشخيص الحالة وعلاجها، وتنتهي باجتماعات عادة لتحديد نقاط الاتفاق والاختلاف مع ضرورة تحديد الخدمات الإرشادية والعلاجية للحالة (ديل مار: 2005م، 67)، ويعد مؤتمر الحالة إجراء يعمل به في المجال النفسي يتيح أمام فريق العمل مناقشة الحالات الفردية المعروضة عليهم بهدف مناقشة مشكلة أحد العملاء للوصول إلى أهداف بشأن التعامل مع المشكلة ووضع خطة التدخل المناسبة لها، وهو وسيلة مهمة لمناقشة الأهداف وخطط العمل، وجمع المعلومات التي يتم الحصول عليها من العميل ومصادر أخرى (جيفري كيه ميتشل: 2002م، 45).

ولقد ظهر مؤتمر الحالة انطلاقاً من الاعتقاد بأن رأى الجماعة أكثر قيمة من رأى الفرد، وأن الجهد الجماعي أكثر أثراً من الجهد الفردي، ومن هذا المنطلق يعمل بعض الاخصائيين الاجتماعيين على مناقشة الحالات الفردية مع فريق العمل إحساساً منهم بأن بعض الحالات تكون أفضل لو تمت مناقشتها مع آخرين بطريقة مخطط لها، وأفضل وسيلة لتحقيق ذلك تكون عن طريق مؤتمر الحالة (عبدالله: 2013م، 156) ويعد مؤتمر الحالة فرصة لفريق العمل مع الحالة الفردية لتبادل المعلومات والآراء والخبرات، ومناقشة خطط العلاج، وتعديلها حسب متطلبات الموقف، ووضع الخطط البديلة، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (كيم هولت، نانسي كيلي: 2014م، 1011) التي أكدت على أن العمل مع فريق العمل يساعد على تبادل المعلومات والخبرات ومناقشة خيارات العلاج، وأنه فرصة تعليمية وتدريبية، ويساعد على إدارة المشاكل السلوكية، والتخفيف من أعراضها، وهو وسيلة لتحسين المعرفة والمهارة في إدارتها.

ويساهم مؤتمر الحالة في تشكيل مفاهيم وتصورات الاخصائيين الاجتماعيين عن الحالات الفردية التي يتعاملون معها، وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة (س هولندا: 2000م، 149)، والتي أكدت على ضرورة تزويد الاخصائيين الاجتماعيين بالمعارف والمهارات الخاصة بالتعامل مع الحالات الفردية من خلال مؤتمر الحالة خصوصاً في المجال النفسي.

ويساعد استعداد الاخصائيين الاجتماعيين للعمل مع الحالة الفردية المعروضة على مؤتمر الحالة من جمع معلومات عن الحالة، وتحديد جوانب القوة في شخصية العميل، واستكمال مناطق الدراسة طبقاً لطبيعية الحالة، وإعداد ملخصاً عن المعلومات التي تم جمعها عنها، والاتفاق مع أطراف فريق العمل على مكان وموعد انعقاد مؤتمر الحالة جدول أعماله، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (نيل كوبر، دونالد بنينجتون: 1995، 599) التي أكدت على ضرورة جمع أعضاء الفريق العلاجي معلومات عن الحالة المعروضة عليهم، وتقديم ملخص

لها، وتبادل هذه المعلومات فيما بينهم، واقترحت ضرورة توفير قاعدة بيانات عن طبيعة الحالات الفردية وأسبابها وسبل علاجها والوقاية منها.

ويتطلب عمل الاخصائيين الاجتماعيين أثناء انعقاد مؤتمر الحالة لمناقشة مشكلات الحالات الفردية المعروضة عليهم تقديم تفسير منطقي للعوامل التي أدت إلى حدوث المشكلة، واقتراح أسلوب العمل المناسب معها، وتقديم البراهين والأدلة اللازمة علي دقة الأسلوب العلاجي المستخدم، وتبادل الآراء المهنية حول مشكلة العميل مع فريق العمل، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (آن ماكاسكيل، بيتر آشورث: 1995م، 583) التي أكدت على ضرورة تعميم مؤتمر الحالة على الحالات الفردية في مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، وأن مؤتمر الحالة يقلل من مناطق الاختلاف بين فريق العمل، وساعدهم على وضع خطط علاجية للتعامل مع المشكلات الفردية المعروضة عليهم، مع ضرورة وجود مرونة في الخطة العلاجية بما يتناسب مع المتغيرات التي تطرأ على المشكلة محل الدراسة، ويلعب مؤتمر الحالة دوراً مهماً في تنفيذ وإدارة الحالة الفردية؛ حيث يتيح لأعضاء فريق العمل من التخصصات المختلفة الفرص في تقليل اختلاف رؤاهم والاتفاق على خطط للتدخل المهني تتناسب وطبيعة الحالة الفردية محل الدراسة، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (كوبون هويجن وآخرون: 2017م) التي أكدت على أن مؤتمر الحالة يقلل من اختلاف الرأي بين التخصصات المختلفة، ويمكنهم من التوصل إلى اتفاق حول خطة التدخل المهني مع الحالات المعروضة عليهم.

ويتطلب عمل الاخصائيين الاجتماعيين مع الحالة الفردية بعد الانتهاء من مؤتمر الحالة تحديد جوانب القصور في تنفيذ الخطة العلاجية، ومتابعة سير الخطة المتفق عليها، ومقارنة ما تم إنجازه مع أهداف الخطة العلاجية الموضوعة للحالة، وتشجيع العملاء على تنفيذ المهام المطلوبة منهم في الخطة العلاجية، وتذليل الصعاب التي قد تظهر أثناء تنفيذ الخطة العلاجية، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (تيرى فيشر، ليزا بينجلي ميلر: 1995م، 192) التي أكدت على ضرورة متابعة فريق العمل للحالة المعروضة عليهم كل في مجال تخصصه، وتقييم جهودهم المهنية مع الحالة وفق الخطة المتفق عليها، وتقديم ملخصاً عنها في الاجتماع القادم، وأكدت أيضاً على ضرورة توفير الإمكانيات اللازمة لتنفيذ الخطة العلاجية، وتعزيز ثقافة الحوار والتواصل بين فريق العمل.

ويتضح من خلال الطرح السابق من معطيات نظرية، ونتائج الدراسات السابقة أن مؤتمر الحالة لا يزال من فنيات الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد التي لم تمارس حتى الآن بصورة واضحة في مؤسسات الممارسة المهنية، إضافة إلى ندرة الدراسات والبحوث التي تناولت مؤتمر الحالة في الخدمة الاجتماعية وخاصة في المجال النفسي، الأمر الذي يتطلب تضافر كافة الجهود المهنية الأكاديمية والميدانية والاستفادة من كافة الخبرات والتخصصات التي من شأنها المساهمة في تفعيل استخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسي، مع الاستفادة من نتائج الدراسات والبحوث الموجودة التي تناولت مؤتمر الحالة في التخصصات الأخرى؛ ونظراً لعدم وجود دراسات وبحوث عربية تناولت استخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسي في ضوء علم الباحثة، مع

ندرة في البحوث والدراسات الأجنبية؛ وهذا ما دفع الباحثة لدراسة هذا الموضوع للوقوف على محددات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى، والوقوف على معوقات استخدامه له، ووضع مقترحات لتفعيل استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى.

ثانياً: أهداف البحث

يهدف البحث إلى:

- 1- الوقوف على محددات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى.
- 2- الوقوف على معوقات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى.
- 3- وضع مقترحات لتفعيل استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى.
- 4- تحديد مستوى التباين بين الاخصائين الاجتماعيين فى استخدامهم لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى وفقاً ل (النوع - السن - المؤهل الدراسى - الخبرة - الدورات التدريبية).

ثالثاً: تساؤلات البحث:

يسعى البحث للإجابة على التساؤلات الآتية:

- 1- ما محددات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى؟ وينبثق عن هذا التساؤل التساؤلات الفرعية الآتية:
 - أ) ما محددات استعداد الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة؟
 - ب) ما محددات مهام الاخصائى الاجتماعى أثناء انعقاد مؤتمر الحالة؟
 - ت) ما محددات مهام الاخصائى الاجتماعى بعد انعقاد مؤتمر الحالة؟
- 2- ما معوقات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى؟
- 3- ما مقترحات تفعيل استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى؟
- 4- ما مستوى التباين بين الاخصائين الاجتماعيين فى استخدامهم لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى وفقاً ل(النوع - السن - المستوى التعليمى - الخبرة - الدورات التدريبية)؟

رابعاً: مفاهيم البحث

مفهوم مؤتمر الحالة.

يخط البعض بين دراسة الحالة، ومؤتمر الحالة فدراسة الحالة تتضمن جمع معلومات تفصيلية غالباً ذات طبيعة شخصية بدرجة عالية من سلوك فرد أو جماعة (عائلة، مجتمع أو ثقافة مثلاً)؛ وذلك خلال فترة زمنية طويلة، ويطلق على دراسة الحالة مصطلح الملاحظات الإكلينيكية عندما تحدث في مؤسسات الصحة العقلية أو الطبية، ومن خلال تلك الدراسات يأمل علماء النفس في تكوين أفكار عامة عن نمو العمليات الداخلية مثل المشاعر والأفكار، والشخصية، وجمع المعلومات تستخدم وسائل المقابلات، والملاحظات غير المنتظمة، وتزود دراسة الحالة العلماء بمعلومات موثوقة غنية عن السلوك الإنسانى (لندال . دافيدوف:

1083، 76)، ويعرف (الزغبى: 2007م، 113) دراسة الحالة بأنها أسلوب منظم لجمع المعلومات من العميل من خلال أساليب جمع المعلومات بهدف تكوين معلومات عن الموقف الإشكالي لتحديد مشكلة العميل وتشخيصها والتوصل إلى قرار مناسب بشأنها؛ بينما مؤتمر الحالة من الوسائل المهمة لتنسيق المعلومات التي تم جمعها عن مشكلة العميل لتقديم تفسير لها، وينتج عن مؤتمر دراسة الحالة الفرصة لتبادل الآراء والخبرات، ومناقشة جميع الأمور المتعلقة بالحالة (سيان لونج: 2019م، 24)، ويعرف (أحمد السكري: 2000م، 98) مؤتمر الحالة بأنه اجتماع رسمي لمناقشة الحالة، وهو إجراء غالباً ما يستخدم في المؤسسات الاجتماعية؛ حيث يجتمع الفريق المهني لمناقشة مشكلة العميل، وخطة التدخل والأهداف المراد تحقيقها، وتشخيص الحالة واحتمالات مسارها، والمشاركين في الاجتماع قد يكونوا من الاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين الذين يقدمون الخدمة المباشرة للعميل أو الأفراد المحيطين بالعميل (كالأم والأب والإخوة، وكذلك المشرفين المهنيين على الاخصائيين الاجتماعيين، ويضم أيضاً الاخصائيون من مؤسسات أخرى كالخبراء المتخصصين أو من لهم خبرة في حالات مماثلة، وكذلك العاملين من جهة أخرى أو فروع علمية يمكن أن يقدموا معلومات أو توصيات تفيد في علاج الحالة، ويعرفه (فكري متولي، خالد الدلبي: 2017م، 66) بأنه إجراء يعمل به في الخدمة الاجتماعية أو المؤسسات الاجتماعية بشكل عام بحيث يتم جمع عدد من المتخصصين بهدف مناقشته مشكله احد العملاء، ومناقشة ذلك للوصول الى أهداف بشأن التعامل مع المشكلة ووضع خطة التدخل المناسبة لها، كما يتم تحديد الأساليب المناسبة ومراقبة ومتابعة العمل، وهو اجتماع يضم كل أو بعض الأشخاص الذين يهمهم أمر العميل، وكل أو بعض من لديه معلومات خاصة به، ومستعد للتطوع والإدلاء بها وتفسيرها، وإبداء بعض التوصيات بموافقة العميل، ويضم مؤتمر الحالة المختصين وأهل الخبرة بما يتعلق بالمشكلة المطروحة من حيث أسباب المشكلة والعوامل المرتبطة بها، والأهداف العلاجية المقترحة للتعامل مع الحالة، وأساليب التدخل المناسبة معها.

يعرف (حامد زهران: 2003م، 196-197) مؤتمر الحالة بأنه اجتماع مناقشة خاصة يضم فريق الإرشاد كله أو بعضه، ويضم كل أو بعض من يهمهم أمر العميل، وكل أو بعض من لديه معلومات خاصة به، ومستعد للتطوع والحضور شخصياً للإدلاء بها والمشاركة في تفسيرها وفي إبداء بعض التوصيات بموافقة العميل، ويضم مؤتمر الحالة عادة الاخصائي الاجتماعي والنفسي، والمعلم.. الخ، ويعرفه (صالح الداھري: 2008م، 209) جهد جماعي تعاوني لجمع المعلومات، وتكون الحاجة له للحصول على أكثر من رأى أو جهد، وتعرف (كامله، عبدالجابر: 1999م، 102) مؤتمر الحالة بأنه اجتماع مناقشة خاصة يضم كل أو بعض من يهمهم أمر المسترشد ويكون بموافقة المسترشد نفسه.

ويعرف (نيل كوبر، دونالد بنينجتون: 1995، 601) مؤتمر الحالة بأنه حدثاً رسمياً ومخططاً ومنظماً بشكل منفصل عن جهات الاتصال المنتظمة، والهدف منه تقديم خدمات شاملة ومنسقة ومتكاملة عبر مقدمي الخدمات، والحد من الازدواجية في العمل، ويعرف (كيم هولت، نانسي كيلى: 2014م، 1009-1011)

مؤتمر الحالة بأنه اجتماع أو مناقشة يتم عقدها لتخطيط ومراقبة رعاية المقيم من المسنين لضمان تلبية جميع احتياجاتهم من خلال نهج متعدد التخصصات ومنسق، ومن خلال العرض السابق يمكن للباحثة تعريف مفهوم مؤتمر الحالة "بأنه اجتماع رسمي بين تخصصات مهنية مختلفة (طبيب نفسي - إخصائي اجتماعي - إخصائي نفسي - ممرضة .. الخ) لمناقشة حالة فردية معينة يتم خلاله عرض استعدادات كل طرف من هذه التخصصات لتقديم تفسير للمشكلة من وجهة نظره، وتبادل الآراء حولها، ووضع خطة علاجية مقترحة تتناسب وطبيعة المشكلة محل النقاش، وتحديد دور كل منهم في تنفيذ ومتابعة الخطة العلاجية".

أهمية مؤتمر الحالة

- 1- يساعد في التأكد من وجود نهج جماعي للرعاية الفئات التي في حاجة للرعاية.
 - 2- يساعد على التأكد من أن كل شخص يقدم الرعاية لديه الحقائق التي يحتاجها.
 - 3- يساعد على التأكد من أن كل شخص يفهم ثلاثة أشياء رئيسية: احتياجات الشخص. الأهداف الموضوعية للوفاء تلك الاحتياجات، وخطة تحقيق الأهداف. (كوليت كيليه: 2017م، 32)
- ويتطلب عقد مؤتمر الحالة عدة اعتبارات مهنية وأخلاقية يجب وضعها في الحسبان وهي: (أليسون فيرغسون، ليندا وورال: 2009م، 54)

- 1- تحديد هدف المؤتمر بدقة وموضوعية.
- 2- تحديد الزمن الذي يستغرقه انعقاد المؤتمر.
- 3- موافقة العميل على عقد مؤتمر الحالة.
- 4- شمول المؤتمر على التخصصات المختلفة والمتعلقة بتشخيص وعلاج الحالة.
- 5- وجود ملف يحتوي على معلومات شاملة عن الحالة.
- 6- الالتزام بالجدية والموضوعية والمناقشة الهادفة، وعدم السيطرة على الجلسة وعدم الاستخفاف بآراء الآخرين من الأعضاء.
- 7- تقديم ملخص لكل ما دار في الجلسة ووضع التوصيات الخاصة بالحالة.
- 8- المشاركة الجادة في الوصول إلى علاج للمشكلة.
- 9- وجود معلومات شاملة وكاملة عن العميل تكون عوناً للأعضاء في التشخيص وإعداد البرنامج العلاجي المناسب للحالة.

أنواع مؤتمر الحالة:

يشعر الأخصائيون في عيادات التوجيه وفي مراكز الإرشاد أن مساعده بعض الحالات تكون أفضل لو تيسر مناقشتها مع الآخرين، ولاشك أن رأي الجماعة أبلغ أثراً من الجهد الفردي؛ فأفضل وسيلة لتحقيق ذلك تكون عن طريق مؤتمر الحالة، ومن أنواع مؤتمر الحالة: (فكري متولي، خالد الدلبجي: 2017م، 67- 69)

1- **مؤتمر الحالة الواحدة:** وهو خاص بمسترشد واحد ومجموعة من المرشدين. وهو يكون بمثابة اجتماع لفريق التوجيه عندما يجتمع المتخصصين في التوجيه وعلم النفس والخدمة الاجتماعية والصحة النفسية لتقييم حاله فرد يبدو أنه بحاجة إلى مساعده متخصصة، وعندما يعقد مؤتمر الحالة لأكثر من مرة وعندما يعقد لغرض تزويد التربية الخاصة بغير المختصين فإن المشاركين في المؤتمر يضمنون جميع أعضاء الفريق الذين لهم صلة بالفرد ويكونوا قادرين على إعطاء معلومات وثيقة الصلة بالفرد مثل الأسرة أو رفقاء العمل أو المدرسة.

2- **مؤتمر الحالات:** هو الذي يضم مجموعة من المسترشدين تكون لديهم علاقة أو مشكلة مشتركة.

3- **مؤتمر الحالات:** هو الذي يضم مجموعة من العميلين تكون لديهم علاقة أو مشكلة مشتركة (فكري متولي، خالد الدلبجي: 2017م، 67-69).

4- **مؤتمر الأخصائي والعميل وولي الأمر:** هو يكون بين الأخصائي والعميل وولي الأمر بالنسبة للعميل، ويكون أكثر ثماراً في المرحلة الابتدائية أكثر منه في المتوسط والثانوي لأن المراهقين يميلون إلى الاستقلال عن الوالدين.

5- **مؤتمر الاخصائيين:** وهو عادة يضم الأخصائيين فقط من غير مسترشد (صالح الخطيب: 2009م، 149).

عوامل نجاح مؤتمر الحالة:

يساعد على نجاح مؤتمر الحالة بعض الشروط منها: (حامد زهران: 2003م، 198-199)

1- **عقده في حالات الضرورة فقط:** يجب أن يقتصر عقد مؤتمر الحالة على حالات الضرورة التي تحتاج إلى عقده أي أن هذه الوسيلة ليست عامه بالنسبة لجميع حالات الإرشاد النفسي، فهناك حالات لا تستدعي عقد مؤتمر بشأنها، وهناك حالات يمكن باعتبارها (حاله مؤتمر) وحالات أخرى. لذلك يجب تحديد الحالات التي تعرض على المؤتمر للمناقشة.

2- **موافقة المسترشد:** يجب الحصول على موافقة المسترشد على عقد مؤتمر الحالة فبعض المسترشدين يأتون للاسترشاد بشروط خاصة منها ألا يعرف رؤسائهم وهؤلاء لا يجوز عقد مؤتمر حالة بخصوصهم.

3- **مراعاة المعايير الأخلاقية:** يجب مراعاة أخلاقيات الإرشاد الخاصة بأسرار المسترشد أي أن المؤتمر يجب أن يقتصر على ما لا يعتبر سراً بالمسترشد نفسه فضلاً عن تأكيد السرية التامة لكل ما يدور في المؤتمر.

4- **اهتمام الحاضرين:** ويجب أن يكون الحاضرون مهتمين بحالة المسترشد، ويجب أن يكونوا فاهمين لطبيعة المؤتمر وهدفه والمطلوب من كل منهم ويجب التزامهم بالجدية والموضوعية في أحكامهم وتفسيراتهم.

5- **الجو غير الرسمي:** يجب أن يسود المؤتمر جو غير رسمي، ولكن يجب في الوقت نفسه أن يتوفر قدر من المسؤولية؛ إذ يجب أن يكون لدى المؤتمرين معلومات هامه وحديثه ولازمة فعلاً ويدلون بها في مسؤولية.

6- **مراعاة التخصصات:** ويجب مراعاة التخصصات المختلفة والخلفيات المتنوعة لأعضاء المؤتمر وعدم سيطرة بعضهم على الجلسة، وعدم الاستخفاف بما يدل به بعض الأعضاء من معلومات أو آراء أو تعليقات أو توصيات.

مزايا مؤتمر الحالة:

يمتاز مؤتمر الحالة بما يلي:

1- يزود المرشد بمعلومات عن المسترشد وشخصيته وخاصة المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها من

الوسائل الأخرى التي تفيد في مناقشة الفروض المختلفة وفي التشخيص وفي عملية الإرشاد.

2- يفيد في تجميع أكبر قدر من المعلومات من مصادر متعددة ومن وجهات نظر مختلفة وفي وقت

قصير، ولذلك يعتبر بمثابة استشارة وتبادل آراء تفيد في الحكم على التقديرات الذاتية لكل من المرشد

والمسترشد.

3- يمكن التعرف من خلاله على من يستطيع أن يسهم في عملية إرشاد الحالة من غير أعضاء هيئة

الإرشاد.

4- يساعد في تبني الإرشاد الخياري حيث يطلع أعضاء فريق الإرشاد على وجهات نظر مختلفة لكل منها

وجهاتها. ويدركون أنه يجب أن تتوع طرق الإرشاد (فكري متولي، خالد الدلبحي: 2017م، 72-

73).

5- تأكيد العلاقة بين الإخصائي والعميل.

6- يساعد في زيادة فهم المشتركين لمشكلة العميل.

7- يعتبر الوسيلة النموذجية للاتصال بالأسرة وغيرها من مصادر المجتمع الأخرى في الإرشاد النفسي

(صالح عتوته: 2018م، 34).

عيوب مؤتمر الحالة:

تحدد عيوب مؤتمر الحالة في الآتي: (برنامج تدريب رعاية الطفل بولاية أوهايو: 2015م، 32)

1- قد يأخذ زمن طويل.

2- قد يخفي على العميل بعض المعلومات.

3- قد تأتي المعلومات التي تجمع في أثناء المؤتمر مشتتة وغير منسقة وغير متكاملة.

4- قد لا يتوافر الوقت لدى الكثيرين لحضور المؤتمر مما يهدده بالفشل.

5- قد يمانع بعض العملاء عقد مؤتمر لهم لأنهم يعدونه تدخل الآخرين فيما لا يعنيههم.

مفهوم المرض النفسي:

يمثل الشعور بالوصمة الاجتماعية تجاه المرضى النفسيين معاناة وعبء نفسي مضاعف على المريض وبأن ما أصابه ليس مجرد مرضاً عادياً كغيره من الأمراض بل وصمة أليمة يجب أن يخفيها عن الناس؛ ولأن المجتمع لا يرحب بمرضى النفس والعقل، ولا يسمح لهم الآخرين بالاقتراب منهم كثيراً، وأحياناً ما تظهر عليهم علامات عدم الارتياح عند وجودهم داخل بعض تجمعات الأهل والزملاء ويشعر هؤلاء المرضى أنه لم يعد يمكنهم التعامل أو التعايش بتلقائية كالسابق (الطفي الشرييني: 1999م، 92-93)، وتتفاعل العوامل التي يعاني منها المريض النفسي من عوامل داخلية (مكونات الشخصية) والتي تتفاعل فيما بينها مع أنساق بيئته كنسق الأسرة ونسق المدرسة أو العمل ونسق الزملاء ونسق الأصدقاء، وقد تكون تفاعلاته أو تعاملاته تفاعلات سلبية ينتج عنها مخرجات غير سوية كالتوتر والإحباط والقلق واليأس والتشاؤم وتؤثر تلك المخرجات على سلوكه وعلى علاقاته وأدواره المختلفة، كما يمكن أن تتحول هذه المخرجات السلبية إلى أمراض أو اضطرابات نفسية حينما تتفاعل مع بعض الضغوط التي يواجهها الفرد في محيط بيئته الاجتماعية (سلامه منصور: 2015م، 2).

وتكمن المشكلة في المرض النفسي ليست في إصابة المريض به فقط، ولكن في تأثيره على إنتاج المريض وعلى مجتمعه الصغير الممثل في أسرته وذويه، وكذلك المجتمع الأكبر بكل طاقاته البناءة المنتجة، فإن انقطاع المريض عن عمله لا يضر بالمريض فحسب، وإنما يضر بإنتاج الوطن وفاعليته وتقدمه (إسماعيل أحمد: 2009م، 31)، ويوجد اختلاف في وجهات نظر علماء النفس والطب النفسي حول مفهوم المرض النفسي، فمنهم من يطلق عليه مصطلح الاضطراب النفسي ومنهم من يسميه المرض النفسي، ويعرف (سعيد حسنى العزة: 2004م، 50) المرض النفسي بأنه مجموعة من الانحرافات التي لا تتجم من حيث السبب عن علة عضوية أو تلف في تركيب المخ فهو مرضاً ليس جسماً أو عضواً من حيث المنشأ ولكنه قد يسبب أمراضاً جسمية، ويعرفه (حامد زهران: 1997م، 9-10) بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه، والمرض النفسي أنواع ودرجات فقد يكون خفيفاً وقد يكون شديداً.

ويعرف (محمد الريماوي، وآخرون: 2006م: 625) المرض النفسي بأنه "يتميز بتغيير التفكير أو المزاج أو العواطف، أو السلوك، وعلى أن يكون هذا التغيير شديداً، وأدى إلى عدم الارتياح والمعاناة لدى الشخص أو أثر على أدائه"، ويُعرف (بول إي ميهل: 2015م، 225) المرض النفسي بأنه حدوث خلل في الوظائف المتعلقة في شخصية الإنسان، ويحدث هذا الخلل نتيجة لحدوث انحراف عن السواء، وفي هذه الحالة يصاب الإنسان بالضيق وعدم قدرته على القيام بأي عمل يتعلق به، وتؤدي إلى الشعور الداخلي لدى

الشخص بأنه يكره نفسه ولا يتقبلها، ومما سبق عرضة تعرف الباحثة المرض النفسي بأنه حالة من سوء التوافق مع النفس أو مع البيئة، أو خلل في الوظائف المتعلقة بشخصية الإنسان، ويعبر عنها بدرجة عالية من القلق والتوتر والإحساس باليأس والتعاسة والقهر، ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلى إنتاجه وعلى مجتمعه الصغير الممثل في أسرته وذويه، وكذلك المجتمع الأكبر بكل طاقاته البناء المنتجة.

خامسا: الإجراءات المنهجية للبحث:

نوع البحث والمنهج المستخدم: ينتمي هذا البحث إلى نمط الدراسات الوصفية تلك الدراسات التي تستهدف تقرير خصائص ظاهرة معينة أو موقفاً تغلب عليه صفة التحديد والوصف ينصب على الجوانب الكيفية والجوانب الكمية معا، وتحاول وصف الواقع الحاضر، وتسهم في تحليل الظاهرة بهدف الوقوف على محددات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى، اعتمادا على المنهج الوصفى.

أدوات البحث: اتساقاً مع متطلبات البحث فقد اعتمدت الباحثة في البحث الميدانى على مقياس محددات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى، ولتصميمه فقد رجعت الباحثة إلى الكتب النظرية والدراسات السابقة والمقاييس المرتبطة به لتحديد العبارات التى ترتبط بكل متغير من متغيرات البحث، وأمكنها صياغة خمسة أبعاد أساسية للمقياس وهى: البعد الأول: محددات استعداد الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة، والبعد الثانى: محددات مهام الاخصائى الاجتماعى أثناء انعقاد مؤتمر الحالة، والبعد الثالث: محددات مهام الاخصائى بعد انعقاد مؤتمر الحالة، والبعد الرابع: معوقات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة، والبعد الخامس: مقترحات تفعيل استخدام الاخصائى لمؤتمر الحالة فى المجال النفسى، وتم إجراء صدق المقياس بعرضه على عدد ثمانية من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة الفيوم، وكلية التربية، والآداب جامعة الفيوم، وذلك لطرح رؤيتهم فى المقياس؛ ولتحديد مدى صلاحية الأداة واتساق فقراتها وملاءمتها لأهداف البحث، وسلامة الصياغة اللغوية للعبارات، وكذلك مدى وضوح العبارات وسهولتها؛ وقد استفادت الباحثة من ملاحظاتهم، واستبعدت بعض العبارات غير المرتبطة بالموضوع، وقد اعتمدت الباحثة على العبارات التى أكدت عملية التحكيم وجود اتفاق عليها بنسبة ثقة 85% فأكثر، وقد أسفرت هذه الخطوة عن حذف بعض العبارات التى لم يتفق عليها غالبية المحكمين والتي قلت نسبة اتفاقهم عليها عن 75%، وإضافة بعض العبارات التى زادت نسبة الاتفاق عليها عن 75%، ثم قامت الباحثة بقياس الاتساق الداخلى للأداة للوقوف على الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس بإجمالى العبارات التى يشتمل عليها كل بعد، وكانت النتيجة أن 74% من إجمالى العبارات ارتباطها دال عند مستوى معنوية 0.01، و 21% ارتباطها دال عند مستوى معنوية 0.05، بينما كان 5% من العبارات غير دال، وهذه النسبة مقبولة لإجراء الثبات على المقياس، ثم قامت الباحثة بإجراءات ثبات المقياس باستخدام اختبار T-Test للتأكد من

ثبات الأداة عن طريق إجراء تطبيق المقياس على مجموعة من المبحوثين قوامها خمسة وعشرون مبحوثاً من مجالات الممارسة المهنية، على فترتين يفصل بينهما فاصل زمني مقداره خمسة عشر يوماً، وذلك للوقوف على مدى وجود فروق ذات دلالة معنوية بينهما، وقد أفادت نتائج تطبيق الاختبار أن قيمة ت المعنوية (0.223) وهي قيمة أكبر من (0,05) وهذا يعنى عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين القياسين مما يؤكد على ثبات أداة جمع البيانات، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (1) تطبيق اختبار T- Test للتعرف على الفروق بين القياسين القبلي والبعدي.

إجمالي المقياس	المتوسط	الفروق بين المتوسطين	مستوى المعنوية	درجة الحرية	قيمة T	المعنوية	القرار
القبلي	19.2121	26.100	0.95	11	1.264	0.223	لا توجد فروق
البعدي	135.312						

وللتحقق من ثبات الأداة نفسها بأسلوب الاتساق الداخلي Reliability Coefficient حسب معامل "كرونباخ ألفا" على العينة الأساسية للدراسة، والتي بلغت (87) مبحوثاً، بلغت قيمة ألفا له (0.85). وهذه النتيجة تعتبر مقبولة ومؤشر جيد على الاتساق الداخلي للأداة.

مجالات البحث: تم تطبيق البحث على جميع الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفيات النفسية بإقليم القاهرة الكبرى، والبالغ عددهم (87) اخصائى اجتماعى؛ وذلك فى مستشفى الأمراض النفسية بالعباسية، مركز الطب النفسى وعلاج الإدمان بجامعة عين شمس، العيادة النفسية بالقصر العيني جامعة القاهرة، مستشفى المطار للصحة النفسية، مستشفى الخانكة للأمراض النفسية، مستشفى أم المصريين، مستشفى جمال ماضى أبو العزايم، مستشفى جامعة الأزهر، وقد تم اختيار إقليم القاهرة الكبرى لأنه يضم أكبر عدد من المستشفيات التي تعالج الأمراض النفسية وأقدمها على مستوى الجمهورية، وقد استغرق تطبيق البحث حوالى شهر ونصف تقريباً وذلك في الفترة من 2020/10/11م - 2020/11/29م، وبعد ذلك تم مراجعة البيانات ميدانياً ومكتبياً ثم تفرغ البيانات باستخدام برنامج SPSS الإصدار رقم 21، وتطبيق الاختبارات الإحصائية المستخدمة في هذا البحث من تكرارات ونسب مئوية، ومتوسط حسابى للحكم على مستوى تطبيق الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة في المجال النفسى؛ بحيث تكون بداية ونهاية المقياس الثلاثى: أوافق (ثلاث درجات)، أوافق إلى حد ما (درجتان)، لا أوافق (درجة)، ثم تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلى، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثى (الحدود الدنيا والمتوسطة والعليا) تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (3-1=2) ثم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية (3/2=1.67). وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة فى المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح؛ وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول (2) مستويات المتوسطات الحسابية

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 - 1.67
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 1.67 - 2.35.
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 2.35 - 3.

سادسا: تحليل البيانات الميدانية ومناقشة النتائج.

1- وصف البيانات المعرفة لمجتمع البحث: يعد تحليل البيانات الأولية من أهم العمليات التي تقودنا إلى إعطاء وصف دقيق لمجتمع البحث، وتؤدي إلى استخلاص النتائج الميدانية، وقد تكون الموجه والمرشد للباحث للكشف عن علاقات ذات دلالة معنوية مع الأبعاد والمحاور الرئيسة لأداة جمع البيانات.

جدول رقم (3) يوضح خصائص مجتمع البحث ن = 87

النوع	النوع	ك	%
	ذكر	54	62.1
	انثى	33	37.9
السن	فئات السن	ك	%
	أقل من 30 سنة	10	11.5
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	19	21.8
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	25	28.7
	من 50 سنة فأكثر	33	37.9
	متوسط السن: 42.42.	الانحراف المعياري	8.982
المؤهل الدراسي	المستوى التعليمي	ك	%
	بكالوريوس خدمة اجتماعية	65	74.7
	ليسانس أداب علم اجتماع	12	13.8
	دراسات عليا في الخدمة الاجتماعية	9	10.3
	دراسات عليا في علم الاجتماع	1	1.1
سنوات الخبرة	سنوات الخبرة	ك	%
	أقل من خمس سنوات.	5	5.7
	من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات.	14	16
	من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنة.	49	56.3
	من 15 سنة فأكثر.	15	17.2
م الخبرة	10.44	الانحراف المعياري	4.607

عدد الدورات	عدد الدورات	ك	%
م عدد الدورات	أقل من خمس دورات	25	28.7
	من خمس دورات الى 10 دورات	41	47.1
	من عشر دورات فأكثر	21	24.1
	6.20	الانحراف المعياري	3.386

1- وصف مجتمع البحث من حيث النوع: تظهر نتائج الجدول السابق إلى أن النسبة الغالبة من مجتمع الدراسة من الذكور بنسبة 62.1% من إجمالي العاملين بمجال الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية النفسية.

2- وصف مجتمع البحث من حيث السن: تشير نتائج الجدول السابق الخاص بتوزيع مجتمع البحث طبقاً لفئات السن إلى أن متوسط سن مجتمع البحث بلغ 42.42 سنة، وانحراف معياري بلغ 8.982، وهذا السن يؤكد إلى أن الفئة المبحوثة تقع في مرحلة النضج المهني، ويشير إلى وجود خبرة لديهم للارتقاء بالمهنة، والقدرة على استخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسى، هذا وقد تمركزت الغالبية العظمى من مجتمع البحث في الفئة العمرية من 50 سنة فأكثر بنسبة 37.9% من إجمالي مجتمع البحث، ثم جاءت الفئة العمرية (من 40 إلى أقل من 50 سنة) بنسبة 28.7% من إجمالي الإحصائيين الاجتماعيين، ثم جاءت الفئة العمرية من 30 إلى أقل من 40 سنة في الترتيب الثالث بنسبة 21.8%، في حين جاءت الفئة العمرية أقل من 30 سنة في الترتيب الأخير بنسبة 11.5% من إجمالي الإحصائيين الاجتماعيين، وقد يرجع انخفاض هذه النسبة إلى انخفاض نسبة التوظيف في الفترة الأخيرة.

3- وصف مجتمع البحث من حيث المؤهل الدراسي: يتضح من نتائج الجدول السابق الخاص بالمؤهل الدراسي لمجتمع البحث أن غالبيتهم من الحاصلين علي بكالوريوس خدمة اجتماعية بنسبة 74.7%؛ وقد يعد هذا تطور طبيعي زيادة أعداد الإحصائيين الاجتماعيين خريجي الخدمة الاجتماعية لزيادة عدد كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية وزيادة أعداد المقبولين بها، وجاء في الترتيب الثاني الحاصلين على ليسانس آداب قسم اجتماع بنسبة 13.8%، ثم جاء في الترتيب الثالث الحاصلين على دراسات عليا في الخدمة الاجتماعية بنسبة 10.3%، وجاء في الترتيب الأخير الحاصلين على دراسات عليا من قسم علم الاجتماع بنسبة 1.1% من إجمالي مجتمع البحث.

4- وصف مجتمع البحث من حيث سنوات الخبرة: تشير نتائج الجدول السابق المرتبط بسنوات الخبرة لمجتمع البحث أن متوسط سنوات خبرة للإحصائيين الاجتماعيين بلغ 10.44 سنة، وانحراف معياري قدره 4.607، ويعد هذا المتوسط كافياً لاستخدام الإحصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة، ويتضح ارتفاع مستوى خبرة العاملين في المجال النفسى أن نسبة كبيرة من مجتمع البحث تتراوح سنوات

خبراتهم ما بين (10 إلى أقل من 15 سنة) بنسبة 56.3%، تلى ذلك من تزيد مستوى خبراتهم عن 15 سنة فأكثر بنسبة 17.2%، تلى ذلك من تتراوح سنوات خبراتهم من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات بنسبة 16%، ثم جاء في الترتيب الأخير من تقل مستوى خبراتهم عن خمس سنوات بنسبة 5.7%، وهذا يتفق مع النتائج المرتبطة بالجدول الخاص بالسن الذي يؤكد إلى أن أقل فئات مجتمع البحث تمثيلاً من يقل أعمارهم عن ثلاثون سنة.

5- وصف مجتمع البحث من حيث عدد الدورات: تظهر نتائج الجدول السابق أن متوسط عدد الدورات التي حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال النفسى بلغت (6.20) دورة، وبانحراف معياري قدره (3.386)، وترى الباحثة ضرورة استمرار مديرية الصحة فى تنفيذ دورات تدريبية تأهيلية للموظفين الجدد، ودورات تنشيطية للاخصائيين الاجتماعيين القدامى، هذا وأن غالبية مجتمع البحث قد حصل على عدد دورات تتراوح ما بين خمس دورات إلى أقل من 10 دورات بنسبة 47.1%، تلى ذلك من حصلوا على أقل من خمس دورات بنسبة 28.7% ثم جاء فى الترتيب الأخير من حصلوا على أكثر من عشر دورات بنسبة 24.1% من إجمالي مجتمع البحث.

1- نتائج الإجابة على تساؤلات البحث:

(أ) النتائج الخاصة بالتساؤل الأول: محددات استعداد الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة.

جدول رقم (4) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري والأوزان المرجحة لاستجابات مجتمع البحث على محددات استعداد الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة. ن = 87

ت	م الوز ن المر جح	مج ك	لا أوافق		أوافق الى حدما		أوافق		العبرة
			%	ك	%	ك	%	ك	
2	73	21 9	13 .8	1 2	20 .7	1 8	65 .5	5 7	اتفق مع أطراف فريق العمل على موعد انعقاد مؤتمر الحالة.
4	68	20 4	5. 7	5	54 .0	4 7	40 .2	3 5	اتفق مع فريق العمل على المدة الزمنية التي يستغرقها مؤتمر الحالة.
1	82. 3	24 7	5. 7	5	4. 6	4 6	89 .7	7 8	اتفق مع أطراف فريق العمل على مكان انعقاد مؤتمر الحالة.
5	66. 7	20 0	26 .4	2 3	17 .2	1 5	56 .3	4 9	أجمع معلومات عن الحالة المعروضة على المؤتمر.
7	46	13 8	67 .8	5 9	5. 7	5 7	26 .4	2 3	أحدد جوانب القوة فى شخصية العميل.
9	45. 7	13 7	62 .1	5 4	18 .4	1 6	19 .5	1 7	استكمل مناطق الدراسة طبقاً لطبيعية الحالة.
8	47.	14	60	5	14	1	24	2	أعد ملخصاً عن المعلومات التي عن

	3	2	.9	3	.9	3	.1	1	الحالة.
6	56.	16	40	3	25	2	34	3	أحدد عدد المقابلات التي تمت مع
	3	9	.2	5	.3	2	.5	0	الحالة.
3	68.	20	13	1	36	3	49	4	اتفق مع أطراف فريق العمل على جدول
	3	5	.8	2	.8	2	.4	3	أعمال المؤتمر.
1	43.	13	70	6	9.	8	20	1	اعتمد على أساليب متعددة لجمع بيانات
0	7	1	.1	1	2		.7	8	عن الحالة.
	597.	17							المجموع
	3	92							
المتوسط الحسابي: 20.597 الانحراف المعياري = 2.712									القوة النسبية * = 67.9%

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن القوة النسبية للبعد الأول الخاص بمحددات استعدادات الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة في المجال النفسى جاءت منخفضة حيث بلغت قوتها (67.9%)، وبمتوسط حسابي 20.597، وانحراف معياري 2.712، وقد تمثل ذلك في أن الاخصائيين الاجتماعيين لم يكن لديهم الأساليب المتعددة لجمع البيانات عن الحالة المعروضة عليهم، ولم يكن لديهم القدرة الكافية على استكمال مناطق الدراسة طبقاً لطبيعية كل حالة، ولديهم نقص في قدرتهم على إعداد ملخصاً عن المعلومات التي تم جمعها عن الحالة، ويواجهون صعوبة في تحديد جوانب القوة في شخصية العميل، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (نيل كوبر، دونالد بنينجتون: 1995م) التي أكدت على ضرورة جمع أعضاء الفريق العلاجي معلومات عن الحالة المعروضة عليهم، وتقديم ملخص لها، وتبادل هذه المعلومات فيما بينهم، واقترحت ضرورة توفير قاعدة بيانات عن طبيعة الحالات الفردية وأسبابها وسبل علاجها والوقاية منها؛ وبالرغم من وجود انخفاض في مستوى استعداد الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة والتي يجب العمل على تزويد الاخصائيين الاجتماعيين بالمعارف والخبرات التي تعينهم على الاستعداد له؛ إلا أن هناك بعض الجوانب كان الاخصائيين الاجتماعيين لديهم استعداد لها تمثل ذلك في قدراتهم على الاتفاق مع أطراف فريق العمل على مكان انعقاد مؤتمر الحالة، وموعد انعقاده، وجدول أعماله، كما لديهم قدرة على الاتفاق مع فريق العمل على المدة الزمنية التي يستغرقها مؤتمر الحالة، وهذه جوانب إيجابية يجب التأكيد عليها والعمل على استمرار تزويد الاخصائيين الاجتماعيين بها لما لها من أهمية في العمل الحالات الفردية في المجالات النفسى.

* تم حساب قوة الدرجة النسبية لقياس البعد بقسمة مجموع الأوزان على أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المبحوثين في هذا البعد وهي 3 × 10 × 87، وتم اعتبار من يحصل على درجة أقل من 50% استعداد ضعيف، ومن 50-70 استعداد منخفض، ومن 70-80 استعداد متوسط، ومن 80 فأكثر استعداد مرتفع.

(ب) النتائج الخاصة بالتساؤل الثاني: محددات مهام الاخصائى الاجتماعى أثناء انعقاد مؤتمر الحالة.
جدول رقم (5) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري والأوزان المرجحة لاستجابات مجتمع البحث على البعد الثاني: محددات مهام الاخصائى الاجتماعى أثناء انعقاد مؤتمر الحالة ن = 87

ت	م الوز ن المرج ح	مج ك	لا أوافق		أوافق الى حدا		أوافق		العبارة
			%	ك	%	ك	%	ك	
3	70.3	21 1	14.9	1 3	27. 6	2 4	57. 5	50	أعرض على فريق العمل معلوماتي عن الحالة محل الدراسة.
7	51	153	43.7	3 8	36. 8	3 2	19. 5	17	أعرض جهودى المهنية التى تمت مع الحالة.
9	48.3	145	52.9	4 6	27. 6	2 4	19. 5	17	أتبادل الآراء المهنية حول مشكلة العميل مع فريق العمل.
6	52.6	15 8	41.4	3 6	35. 6	3 1	23. 0	20	أضع بدائل مقترحة للخطة العلاجية.
11	44.6	13 4	63.2	5 5	19. 5	1 7	17. 2	15	أقدم البراهين والأدلة اللازمة علي دقة الأسلوب العلاجي المستخدم.
10	48	14 4	52.9	4 6	28. 7	2 5	18. 4	16	أقدم تفسير منطقي للعوامل التى أدت إلى حدوث المشكلة.
8	50.6	15 2	52.9	4 6	19. 5	1 7	27. 6	24	أقدم اقتراحاتي لأسلوب العمل المناسب مع الحالة.
5	58.6	17 6	21.8	1 9	54. 0	4 7	24. 1	21	استمع إلى آراء فريق العمل حول الحالة المعروضة.
4	58.7	17 6	23.0	2 0	51. 7	4 5	25. 3	22	ناقش فريق العمل الخطة العلاجية المقترحة.
2	73.6	22 1	4.6	4	36. 8	3 2	58. 6	51	أشارك في وضع خطة العمل مع الحالة.
1 2	46.3	13 9	64.4	5 6	11. 5	1 0	24. 1	21	أشارك في تعديل الخطة العلاجية حسب الموقف.
1	74	22 2	12.6	1 1	19. 5	1 7	67. 8	59	أواظب على حضور اجتماعات فريق العلاج التي تعقد لتنسيق العمل.
	676. 6	203 1							المجموع
المتوسط الحسابى = 23.344 الانحراف المعياري = 2.840									القوة النسبية = 64.8%

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن القوة النسبية للبعد الثاني الخاص بمحددات مهام الاخصائيين الاجتماعيين أثناء انعقاد مؤتمر الحالة في المجال النفسي جاءت منخفضة حيث بلغت قوتها (64.8%)، وبمتوسط حسابي 23.344، وبانحراف معياري 2.840، وقد تمثل ذلك في ضعف قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على المشاركة في تعديل الخطة العلاجية حسب الموقف، وتقديم البراهين والأدلة اللازمة علي دقة الأسلوب العلاجي المستخدم مع الحالة أو تقديم تفسير منطقي للعوامل التي أدت إلى حدوث المشكلة، وضعف قدراتهم على تبادل الآراء المهنية حول مشكلة العميل مع فريق العمل أو تقديم اقتراحات لأسلوب العمل المناسب مع الحالة المعروضة على مؤتمر الحالة، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (تيرى فيشر، ليزا بينجلي ميلر: 1995م)؛ وبالرغم من وجود انخفاض في مستوى التزام الاخصائيين الاجتماعيين بالمهام المطلوبة منهم أثناء انعقاد مؤتمر الحالة والتي يجب العمل على تدريبهم عليها؛ إلا أن هناك بعض المهام كان الاخصائيين الاجتماعيين لديهم قدرة على القيام بها أثناء انعقاد مؤتمر الحالة منها مواظبتهم على حضور اجتماعات فريق العلاج التي تعقد لتنسيق العمل بينهم، ومشاركتهم في وضع خطة العمل مع الحالة، وعرضهم على فريق العمل معلوماتهم عن الحالة محل الدراسة، ومناقشتهم فريق العمل الخطة العلاجية المقترحة، واستماعهم إلى آراء فريق العمل حول الحالات المعروضة عليهم، ووضع بدائل مقترحة للخطة العلاجية.

(ت) النتائج الخاصة بالتساؤل الثالث: محددات مهام الاخصائي بعد انعقاد مؤتمر الحالة.

جدول رقم (6) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأوزان المرجحة لاستجابات مجتمع البحث

على البعد الثالث: محددات مهام الاخصائي بعد انعقاد مؤتمر الحالة. ن = 87

ت	م الوز ن المرج ح	مج ك	لا أوافق		أوافق الى حدما		أوافق		العبارة
			%	ك	%	ك	%	ك	
11	40.3	12 1	75.9	6 6	9.2	8	14. 9	1 3	أشارك في تحديد جوانب القصور في تنفيذ الخطة العلاجية.
9	51	153	39.1	3 4	46. 0	4 0	14. 9	1 3	أراجع تصرفاتي المهنية مع العميل من وقت لآخر.
12	37.7	113	77.0	6 7	16. 1	1 4	6.9	6	أطلع فريق العلاج علي نتائج تدخلاتي العلاجية مع بعض الحالات.
3	58	17 4	43.7	3 8	12. 6	1 1	43. 7	3 8	أوفر الإمكانيات اللازمة لتنفيذ الخطة العلاجية.
5	56	16 8	33.3	2 9	40. 2	3 5	26. 4	2 3	أنفذ المهام المطلوبة مني وفقاً للخطة العلاجية المتفق عليها.
6	55.6	16 7	20.7	1 9	65. 5	5 6	13. 8	1 2	أشجع العملاء علي تنفيذ المهام المطلوبة منهم في الخطة العلاجية.

4	57.6	17 3	46.0	4 0	9.2	8	44. 8	3 9	أحث الأطراف العلاجية المحيطة للمساعدة في تنفيذ الخطة العلاجية المقترحة.
1	74.3	22 3	5.7	5	32. 2	2	62. 1	5 4	أحتفظ بالسجلات الخاصة بالحالة للرجوع إليها عند متابعتها.
7	54.6	16 4	32.2	2 8	47. 1	4	20. 7	1 8	أتابع تنفيذ العميل والمحيطين به للمهام المطلوبة منهم.
13	30.3	91	66.7	5 8	31. 0	2	2.3	2	أقارن ما تم إنجازه مع أهداف الخطة العلاجية الموضوعة للحالة.
8	52.6	15 8	54.0	4 7	10. 3	9	35. 6	3 1	أتابع سير الخطة المتفق عليها مع الحالة.
2	68.3	20 5	28.7	2 5	6.9	6	64. 4	5 6	أدلل الصعاب التي قد تظهر أثناء تنفيذ الخطة العلاجية.
1 0	49.6	14 9	57.5	5 0	13. 8	1	28. 7	2 5	أتشاور مع الفريق العلاجي قبل انتهاء التدخل المهني مع الحالة.
	685. 9	20 59							المجموع
المتوسط الحسابي = 23.988 الانحراف المعياري = 3.525									القوة النسبية = 60.7%

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن القوة النسبية للبعد الثالث الخاص بمحددات مهام الاخصائي الاجتماعي بعد انعقاد مؤتمر الحالة في المجال النفسي جاءت منخفضة حيث بلغت قوتها (60.7%)، وبمتوسط حسابي 23.988، وانحراف معياري 3.525، وقد تمثل ذلك في انخفاض قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تنفيذ المهام المطلوبة منهم في مقارنة بين ما تم إنجازه مع أهداف الخطة العلاجية الموضوعة للحالة، وعدم اطلاعهم فريق العلاج علي نتائج تدخلاتهم العلاجية مع بعض الحالات، وعدم مشاركتهم في تحديد جوانب القصور في تنفيذ الخطة العلاجية، وأوضحت نتائج الجدول انخفاض قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على التشاور مع الفريق العلاجي قبل انتهاء التدخل المهني مع الحالة، ومراجعة تصرفاتهم المهنية مع العميل من وقت لآخر، ومتابعة سير الخطة المتفق عليها مع الحالة، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (تيري فيشر، ليزا بينجلي ميلر: 1995م)، كما أشارت نتائج الجدول أيضاً انخفاض قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تنفيذ المهام المطلوبة في متابعة تنفيذ العميل والمحيطين به للمهام المطلوبة منهم، وتشجيعهم العملاء علي تنفيذ المهام المطلوبة منهم في الخطة العلاجية؛ وبالرغم من وجود انخفاض في مستوى التزام الاخصائيين الاجتماعيين بالقيام بالمهام المطلوبة منهم بعد انعقاد مؤتمر الحالة والتي يجب العمل على تدريبهم عليها؛ إلا أن هناك بعض المهام كان الاخصائيين الاجتماعيين لديهم قدرة على القيام بها كاحتفاظهم بالسجلات الخاصة بالحالة للرجوع إليها عند متابعتها، وتذليلهم للصعاب التي قد تظهر أثناء تنفيذ الخطة العلاجية، والعمل على

توفير الإمكانيات اللازمة لتنفيذ الخطة العلاجية، وحثهم الأطراف العلاجية المحيطة للمساعدة في تنفيذ الخطة العلاجية المقترحة.

ث) النتائج الخاصة بالتساؤل الرابع: معوقات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة.

جدول رقم (7) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري والأوزان المرجحة لاستجابات مجتمع البحث

على البعد الرابع: معوقات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة. ن = 87

ت	م الوز ن المرج ح	مج ك	لا أوافق		أوافق الى حدما		أوافق		العبرة
			%	ك	%	ك	%	ك	
2	77.3	23 2	1.1	1	31.0	2	67.8	59	صعوبة فهمى للمصطلحات الطبية.
6	72	216	19.5	17	12.6	1	67.8	59	نقص المعلومات المتوفرة لدي عن مؤتمر الحالة.
9	68	204	21.8	19	21.8	1	56.3	49	ضعف التعاون بين فريق العمل.
11	60.6	18 2	26.4	23	37.9	3	35.6	31	عدم اتفاق أعضاء الفريق علي خطط العلاج للمرضى.
10	61.6	18 5	27.6	24	32.2	2	40.2	35	عدم تحديد حدود الدور لكل عضو من أعضاء فريق العلاج.
4	76	22 8	5.7	5	26.4	2	67.8	59	ضعف مستوي اللغة الإنجليزية لدى.
3	77	23 1	16.1	14	2.3	2	81.6	71	عدم وجود دورات تدريبية حول مؤتمر الحالة.
1	81.6	24 5	4.6	4	9.2	8	86.2	75	سيطرة الطبيب النفسى علي فريق العمل.
5	72.6	21 8	18.4	16	12.6	1	69.0	60	عدم توفر مراجع علمية حول مؤتمر الحالة.
15	42.3	12 7	67.8	59	18.4	1	13.8	12	نقص الإمكانيات اللازمة لتنفيذ مؤتمر الحالة.
1	57.6	17 3	27.6	24	46.0	4	26.4	23	ضعف مهاراتي في العمل الفريقي.
7	70	21 0	17.2	15	24.1	2	58.6	51	ضعف استجابة العملاء لتنفيذ المهام المطلوبة منهم.
8	68.6	20 6	31.0	27	11.5	1	57.5	50	ضعف إدراك المرضى للعلاقة بين ظروفهم الاجتماعية وإصابتهم بالمرض النفسى.
1	60.6	18 2	39.1	34	12.6	1	48.3	42	عدم وجود جدول زمني لتأهيل الاخصائيين علي مؤتمر الحالة.

1 4	49.6	14 9	56.3	4 9	16. 1	1 4	27. 6	24	زيادة الأعباء الإدارية الملقاة على عاتق.
	995. 4	29 88							المجموع
المتوسط الحسابي = 34.241 الانحراف المعياري = 2.786									القوة النسبية = 76.4%

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن القوة النسبية للبعد الرابع الخاص بمعوقات استخدام الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة جاءت متوسطة حيث بلغت قوتها (76.4%)، وبمتوسط حسابي 34.241، وانحراف معياري 2.786، وقد تمثلت أهم المعوقات التي تحول دون قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على استخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسي في سيطرة الطبيب النفسي علي فريق العمل، وصعوبة فهم الاخصائيين الاجتماعيين للمصطلحات الطبية التي يستخدمها الطبيب النفسي أثناء العمل مع الحالة، وأوضحت نتائج الجدول نقص عدد الدورات التدريبية للاخصائيين الاجتماعيين حول مؤتمر الحالة، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (نصر خليل: 1999م)، وأشارت نتائج الجدول أيضاً ضعف مستوي اللغة الإنجليزية للاخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسي، وعدم توفر مراجع علمية حول مؤتمر الحالة، ونقص المعلومات المتوفرة للاخصائيين الاجتماعيين عن مؤتمر الحالة، كما أوضحت نتائج الجدول ضعف استجابة العملاء لتنفيذ المهام المطلوبة منهم، وضعف إدراكهم لطبيعة مرضهم وللعلاقة بينه وبين ظروفهم الاجتماعية وإصابتهم بالمرض النفسي؛ وبالرغم من الإتفاق بين الاخصائيين الاجتماعيين على وجود المعوقات السابقة التي تواجههم عند القيام بدورهم للعمل مع الحالات الفردية من خلال مؤتمر الحالة والتي يجب العمل على مواجهتها؛ إلا أن هناك بعض المعوقات جاء تأثيرها على قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على استخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسي في ترتيب أقل منها نقص الإمكانيات اللازمة لتنفيذ مؤتمر الحالة، وزيادة الأعباء الإدارية الملقاة على عاتق الاخصائيين الاجتماعيين، وضعف مهاراتهم في العمل الفريقي، وعدم وجود جدول زمني لتأهيل الاخصائيين على مؤتمر الحالة، وعدم اتفاق أعضاء الفريق علي خطط العلاج للمرضي، عدم تحديد حدود الدور لكل عضو من أعضاء فريق العلاج، ضعف التعاون بين فريق العمل حول الحالة المعروضة على مؤتمر الحالة.

(ج) النتائج الخاصة بالتساؤل الخامس: مقترحات تفعيل استخدام الاخصائى لمؤتمر الحالة في المجال النفسى. جدول رقم (8) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى والأوزان المرجحة لاستجابات مجتمع البحث على البعد الخامس: مقترحات تفعيل استخدام الاخصائى لمؤتمر الحالة في المجال النفسى. ن = 87

ت	م الوز ن المرج ح	مج ك	لا أوافق		أوافق الى حدما		أوافق		العبرة
			%	ك	%	ك	%	ك	
2	77.6	23 3	11. 5	10	9.2	8	79. 3	6 9	تزويد الاخصائيين الاجتماعيين بمعارف ومعلومات حول مؤتمر الحالة.
3	77	231	12. 6	11	9.2	8	78. 2	6 8	رفع مستوى الاخصائيين الاجتماعيين في اللغة الإنجليزية.
1	80	240	9.2	8	5.7	5	85. 1	7 4	تنظيم دورات تدريبية للاخصائيين على كيفية استخدام مؤتمر الحالة.
4	76.6	23 0	8.0	7	18. 4	1 7	73. 6	6 3	توفير المراجع العلمية المرتبطة بمؤتمر الحالة الفردية.
13	51.3	15 4	41. 4	36	40. 2	3 5	18. 4	1 6	تبنى مؤسسات الممارسة المهنية في المجال النفسى لمؤتمر الحالة.
11	54	16 2	40. 2	35	33. 3	2 9	26. 4	2 3	تنمية مهارات الاخصائيين الاجتماعيين المرتبطة بالعمل الفريقي.
12	53.6	16 1	32. 2	29	49. 4	4 2	18. 4	1 6	توفير الإمكانيات اللازمة لتنفيذ الخطة العلاجية.
1	61.3	18 4	13. 8	12	60. 9	5 3	25. 3	2 2	تعزيز ثقافة الحوار والتواصل بين فريق العمل.
6	75.6	22 7	5.7	5	27. 6	2 4	66. 7	5 8	تشجيع الباحثين والدارسين لإجراء بحوث ودراسات حول مؤتمر الحالة.
5	77.3	23 2	9.2	8	14. 9	1 3	75. 9	6 6	تسويق البحوث والدراسات التطبيقية التي تناولت مؤتمر الحالة.
7	73.3	22 0	16. 1	14	14. 9	1 3	69. 0	6 0	عمل جدول زمني محدد لضمان تدريب الاخصائيين على استخدام مؤتمر الحالة.
8	72.6	21 8	4.6	4	40. 2	3 5	55. 2	4 8	تنظيم ورش عمل ولقاءات مهنية لتعزيز قدرة الاخصائى على استخدام مؤتمر الحالة.
9	64	19 2	21. 8	19	35. 6	3 1	42. 5	3 7	صقل خبرات الاخصائيين الاجتماعيين للعمل مع الحالة في المجال النفسى.
1	48	14	60.	53	12.	1	26.	2	تخفيف الأعباء الإدارية الملقاة على

4		4	9		6	1	4	3	عائق الإخصائي الاجتماعي.
	942.2	282 8							المجموع
المتوسط الحسابي = 32.528 الانحراف المعياري = 2.679									القوة النسبية = 77.4%

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن القوة النسبية للبعد الخامس الخاص بمقترحات تفعيل استخدام الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة في المجال النفسي جاءت مرتفعة حيث بلغت قوتها (77.4%)، وبمتوسط حسابي 32.528، وانحراف معياري 2.679، وقد تمثلت أهم مقترحات الاخصائيين الاجتماعيين لتفعيل استخدامهم لمؤتمر الحالة في ضرورة تنظيم دورات تدريبية لهم علي كيفية استخدام مؤتمر الحالة، وتزويدهم بمعارف ومعلومات حول مؤتمر الحالة، وزيادة قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على استخدام اللغة الإنجليزية في مؤتمر الحالة حتى يسهل عليهم التعامل والتعاون مع الطبيب النفسي، وأشارت نتائج الجدول ضرورة توفير المراجع العلمية المرتبطة بمؤتمر الحالة الفردية، وتسويق البحوث والدراسات التطبيقية التي تناولت مؤتمر الحالة، تشجيع الباحثين والدارسين لإجراء بحوث ودراسات حول مؤتمر الحالة، وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة(ختام إسماعيل، سمر إسماعيل: 2018م)، وأوضحت نتائج الجدول ضرورة عمل جدول زمني محدد لضمان تدريب الاخصائيين الاجتماعيين على استخدام مؤتمر الحالة، وتنظيم ورش عمل ولقاءات مهنية لهم لتعزيز قدراتهم على استخدام مؤتمر الحالة، وصقل خبرات الاخصائيين الاجتماعيين للعمل مع الحالة في المجال النفسي؛ وبالرغم من أهمية المقترحات التي عرضها الاخصائيين الاجتماعيين لتفعيل دورهم للعمل مع الحالات الفردية من خلال مؤتمر الحالة والتي يجب العمل على تعزيزها؛ إلا أن هناك بعض المقترحات جاءت أهميتها في ترتيب أقل في تأثيرها على تفعيل استخدام الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة في المجال النفسي منها تخفيف الأعباء الإدارية الملقاة على عاتق الاخصائيين الاجتماعيين، وتبنى مؤسسات الممارسة المهنية في المجال النفسي لمؤتمر الحالة، وتوفير الإمكانيات اللازمة لتنفيذ الخطة العلاجية، وتنمية مهاراتهم المرتبطة بالعمل الفريقي، وتعزيز ثقافة الحوار والتواصل بين فريق العمل.

الإجابة على التساؤل الخامس: الخاص بالفروق بين البيانات المعرفة لمجتمع البحث وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

1- المصفوفة الارتباطية لأبعاد المقياس:

جدول رقم (9) يوضح المصفوفة الارتباطية لأبعاد المقياس

المقياس ككل		البعد الخامس		البعد الرابع		البعد الثالث		البعد الثاني		البعد الأول	الأبعاد
قيمة	الق رار	قيمة	الق رار	قيمة	الق رار	قيمة	الق رار	قيمة	الق رار		
.78	دال	.42	دا ل	-	دال	.75	دال	غير	دال	.07	محددات استعداد الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة.
.336	دال	.084	غير ر دال	-	دال	.08	غير دال			3	محددات مهام الاخصائى الاجتماعى أثناء انعقاد مؤتمر الحالة.
.777	دال	.419	دال	-	دال						محددات مهام الاخصائى بعد انعقاد مؤتمر الحالة.
											موقوفات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة.
.715	دال										مقترحات تفعيل استخدام الاخصائى لمؤتمر الحالة في المجال النفسى.
											المقياس ككل

تظهر نتائج الجدول السابق الخاص بالمصفوفة الارتباطية لأبعاد المقياس وجود ارتباط معنوى عند مستوى 0,01 بين البعد الأول الخاص بمحددات استعداد الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة مع البعد الثالث الخاص بمحددات مهام الاخصائى الاجتماعى بعد انعقاد مؤتمر الحالة، والبعد الرابع الخاص بموقوفات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة، والبعد الخامس الخاص بمقترحات تفعيل استخدام الاخصائى لمؤتمر الحالة في المجال النفسى، والمقياس ككل، إلا أنه لا توجد علاقة بينه وبين البعد الثانى الخاص بمحددات مهام الاخصائى الاجتماعى أثناء انعقاد مؤتمر الحالة، وتشير نتائج الجدول أيضا وجود ارتباط بين البعد الثانى الخاص بمحددات مهام الاخصائى الاجتماعى أثناء انعقاد مؤتمر الحالة، وكل من البعد الرابع، والمقياس ككل، وذلك عند مستوى معنوية 0,01 فى حين لا يوجد ارتباط بينه وبين كل من البعد الثالث والخامس، كما يوجد ارتباط بين البعد الثالث الخاص بمحددات مهام الاخصائى بعد انعقاد مؤتمر الحالة مع

كل من البعد الرابع، والخامس، والمقياس ككل عند مستوى عند مستوى 0,01، وتظهر نتائج الجدول وجود ارتباط بين البعد الرابع الخاص بمعوقات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة، والمقياس ككل عند مستوى عند مستوى 0,01، إلا أنه لا يوجد ارتباط بينه وبين البعد الخامس، كما يوجد ارتباط أيضاً بين البعد الخامس الخاص بمقترحات تفعيل استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة في المجال النفسى والمقياس ككل، وهذا يؤكد الترابط والتكامل بين أبعاد المقياس في قياس الشئى المراد قياسه وهو قدرة الاخصائى الاجتماعى على استخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسى.

2- الوقوف علي الفروق ذات الدلالة المعنوية بين الذكور والإناث من الاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس ككل يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول رقم (10) يوضح نتيجة تطبيق اختبار t-test لإيجاد فروق بين النوع وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

مدى الدلالة	قيمة " ت "		درجة الحرية	الانحراف المعياري		المتوسطات		المتغيرات
	إناث	ذكور		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
دال	-0.020	- .022	85	3.41 8	2.21 0	20.60	20.59	محددات الاخصائى لمؤتمر الحالة. استعداد الاجتماعى
غير دال	.783	.806	85	3.05 6	2.71 0	23.03	23.53	محددات الاخصائى اجتماعى أثناء انعقاد مؤتمر الحالة.
غير دال	-0.269	- .273	85	3.66 3	3.47 1	24.12	23.90	محددات الاخصائى بعد انعقاد مؤتمر الحالة.
غير دال	.324	.313	85	2.54 6	2.94 4	34.12	34.31	معوقات الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة.
غير دال	-0.876	- .869	85	2.62 3	2.71 9	32.84	32.33	مقترحات استخدام الاخصائى لمؤتمر الحالة في المجال النفسى.
دال	-0.025	- .025	85	7.83 1	7.41 9	134.7 2	134.6 8	المقياس ككل

يتضح من تطبيق اختبار t-test لقياس الفروق بين الذكور والإناث من الاخصائيين الاجتماعيين مجتمع البحث (كمتغير مستقل) وبين كل من أبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغيرات تابعة) قدرة المتغير المستقل المرتبط بالنوع علي إحداث تغيير في المتغير التابع والخاص بمحددات استعداد الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة، والمقياس ككل أي وجود فروق لصالح الفئة الأكثر في المتوسط الحسابى، كما

تشير نتائج الجدول عدم قدرة المتغير المستقل المرتبط بالنوع علي إحداث أي تغييرات في المتغيرات التابعة والخاصة بمحددات مهام الاخصائيين الاجتماعيين أثناء انعقاد مؤتمر الحالة، ومحددات مهامهم بعد انعقاد مؤتمر الحالة، ومعوقات استخدامهم لمؤتمر الحالة، وكذلك مقترحاتهم لتفعيل استخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسي، وبين المتغيرات السابقة أي أن وجهه نظر الذكور تتشابه مع وجهة نظر الإناث في مستوى استعدادهم وتنفيذهم ومعوقاتهم، وكذلك ومقترحات تطوير دورهم في استخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسي.

3- للتعرف على دلالة الفروق بين فئات العمر للاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس ككل

يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول رقم (11) يوضح دلالة الفروق بين فئات العمر وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

فئات العمر	أبعاد المقياس	متوسط الفروق بين المجموعات	متوسط الفروق داخل المجموعات	درجات الحرية	قيمة ف	المعذوية	القرار
محددات استعداد الاخصائي الاجتماعي لمؤتمر الحالة.	27.56	6.629	3	4.15	0.00	9	توجد فروق
محددات مهام الاخصائي الاجتماعي أثناء انعقاد مؤتمر الحالة.	38.30	6.973	3	5.49	0.00	2	توجد فروق
محددات مهام الاخصائي بعد انعقاد مؤتمر الحالة.	53.20	10.956	3	4.85	0.00	4	توجد فروق
معوقات استخدام الاخصائي الاجتماعي لمؤتمر الحالة.	7.233	7.786	3	0.929	0.43	1	لا توجد فروق
مقترحات تفعيل استخدام الاخصائي لمؤتمر الحالة في المجال النفسي.	20.87	6.687	3	3.12	0.00	2	توجد فروق
المقياس ككل	88.18	55.611	3	1.58	0.19	9	لا توجد فروق

يتضح من تطبيق مقياس تحليل التباين (ANOVA) لقياس الفروق بين فئات العمر للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) أكدت النتائج وجود فروق قوية بين فئات العمر والبعد الأول المرتبط بمحددات استعداد الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة، ومحددات مهامهم أثناء انعقاد مؤتمر الحالة، ومحددات مهامهم بعد انعقاده، ومقترحاتهم لتفعيل استخدامهم لمؤتمر الحالة في المجال النفسي عند مستوى معنوية 0.01، وهذا يدل علي أنه كلما زاد العمر زادت الفروق لصالح الأكبر سناً أي عامل الخبرة الحياتية بمعنى أن عامل السن يمثل عاملاً جوهرياً، في حين لا توجد فروق قوية بين فئات العمر والبعد الرابع الخاص بمعوقات استخدام الاخصائي الاجتماعي لمؤتمر الحالة، والمقياس ككل بمعنى أن عامل السن ليس له تأثير في تحديد معوقات استخدام الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة.

4- للتعرف علي دلالة الفروق بين المؤهل الدراسي للاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس

ككل يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول (12) يوضح دلالة الفروق بين المؤهل الدراسي وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

المؤهل الدراسي	أبعاد المقياس	متوسط الفروق بين المجموعات	متوسط الفروق داخل المجموعات	درجات الحرية	قيمة ف	المعدوية	القرار
محددات استعداد الاخصائي الاجتماعي لمؤتمر الحالة.	71.38 6	5.045	3	14.149	.000	توجد فروق	
محددات مهام الاخصائي الاجتماعي أثناء انعقاد مؤتمر الحالة.	84.64 9	5.298	3	15.978	.000	توجد فروق	
محددات مهام الاخصائي بعد انعقاد مؤتمر الحالة.	146.0 01	7.602	3	19.205	.000	توجد فروق	
معوقات استخدام الاخصائي الاجتماعي لمؤتمر الحالة.	6.086	7.827	3	.778	.510	لا توجد فروق	
مقترحات تفعيل استخدام الاخصائي لمؤتمر الحالة في المجال النفسي.	106.1 59	3.605	3	29.449	.000	توجد فروق	
المقياس ككل	925.2 45	25.355	3	36.491	.000	توجد فروق	

يتضح من تطبيق مقياس تحليل التباين (ANOVA) لقياس الفروق بين المؤهل الدراسي للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وبين كل من أبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغيرات تابعة) أكدت وجود فروق قوية بين المؤهل الدراسي وكل من البعد الأول المرتبط بمحددات الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة، ومحددات مهامهم أثناء انعقاد مؤتمر الحالة، ومحددات مهامهم بعد انعقادهم، ومقترحاتهم لتفعيل استخدامهم لمؤتمر الحالة في المجال النفسي والمقياس ككل عند مستوى معنوية 0.01، وهذا يدل علي أنه كلما زاد المستوى التعليمي كلما زادت قدرة الاخصائيين الاجتماعيين المرتبطة باستعدادهم، واستخدامهم لمؤتمر الحالة واقتراحهم أساليب لتفعيل استخدامهم له، كما أكدت النتائج عدم قدرة المتغير المستقل المؤهل الدراسي علي إحداث أي تغييرات في المتغير الخاص بمعوقات استخدام الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة بمعنى أنه لا توجد فروق بين المؤهل الدراسي لمجتمع البحث وبين قدراتهم على اقتراح حلول لتحسين قدرتهم على استخدامهم لمؤتمر الحالة في المجال النفسي.

5- للتعرف على دلالة الفروق بين سنوات الخبرة للاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس

ككل يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول (13) يوضح دلالة الفروق بين سنوات الخبرة وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

القرار	المعد وية	قيمة ف	درجا ت الحرية	متوسط الفروق داخل المجمو عات	متوسط الفروق بين المجمو عات	سنوات الخبرة أبعاد المقياس
توجد فروق	.00 0	10.3 42	2	6.046	62.52 5	محددات استعداد الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة.
توجد فروق	.00 0	14.2 38	2	6.167	87.80 9	محددات مهام الاخصائى الاجتماعى أثناء انعقاد مؤتمر الحالة.
توجد فروق	.00 0	23.6 99	2	8.136	192.8 02	محددات مهام الاخصائى بعد انعقاد مؤتمر الحالة.
لا توجد فروق	.22 3	1.52 8	2	7.672	11.72 6	معوقات استخدام الاخصائى الاجتماعى لمؤتمر الحالة.
توجد فروق	.03 1	3.61 1	2	6.771	24.45 0	مقترحات تفعيل استخدام الاخصائى لمؤتمر الحالة في المجال النفسى.
توجد فروق	.01 0	4.89 4	2	52.03 5	254.6 55	المقياس ككل

يتضح من تطبيق مقياس تحليل التباين (ANOVA) لقياس الفروق بين سنوات الخبرة للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وبين كل من أبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغيرات تابعة) أكدت وجود فروق قوية بين سنوات الخبرة وكل من البعد الأول المرتبط بمحددات استعداد الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة، ومحددات مهامهم أثناء انعقاد مؤتمر الحالة، ومحددات مهامهم بعد انعقاده، ومقترحاتهم لتفعيل استخدامهم لمؤتمر الحالة في المجال النفسى والمقياس ككل عند مستوى معنوية 0.01، وهذا يدل على أنه كلما زادت سنوات الخبرة كلما زاد استعداد الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة، وأصبح لديهم قدرة أكبر على القيام بمهامهم أثناء انعقاد المؤتمر وبعد انعقاده، وقدراتهم على اقتراحهم أساليب لتفعيل استخدامهم له لصالح الاخصائيين الاجتماعيين الأكثر خبرة، كما أكدت النتائج عدم قدرة المتغير المستقل الخاص بسنوات الخبرة على إحداث أي تغييرات في المتغير الخاص بمعوقات استخدامهم لمؤتمر الحالة بمعنى أنه لا توجد فروق بين سنوات الخبرة لمجتمع البحث وقدراتهم على تحديد معوقات تطبيق مؤتمر الحالة فى المجال النفسى أى أن عامل الخبرة ليس مهماً فى تحديد معوقات استخدامهم فالمعوقات يعانى منها الاخصائى الاجتماعى الحديث والقديم على حد سواء .

6- للتعرف على دلالة الفروق بين عدد الدورات التدريبية التي حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس ككل يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول (14) يوضح دلالة الفروق بين عدد الدورات التدريبية وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

الدورات التدريبية	أبعاد المقياس	متوسط الفروق بين المجموعات	متوسط الفروق داخل المجموعات	درجات الحرية	قيمة F	المعدية	القرار
محددات استعداد الاخصائي الاجتماعي لمؤتمر الحالة.	170.6 44	3.472	2	49.1 52	.00 0	توجد فروق	
محددات مهام الاخصائي الاجتماعي أثناء انعقاد مؤتمر الحالة.	50.53 2	7.055	2	7.16 3	.00 1	توجد فروق	
محددات مهام الاخصائي بعد انعقاد مؤتمر الحالة.	368.1 04	3.962	2	92.9 16	.00 0	توجد فروق	
معوقات استخدام الاخصائي الاجتماعي لمؤتمر الحالة.	86.42 5	5.894	2	14.6 64	.00 0	توجد فروق	
مقترحات تفعيل استخدام الاخصائي لمؤتمر الحالة في المجال النفسي.	140.7 67	4.002	2	35.1 77	.00 0	توجد فروق	
المقياس ككل	1387. 710	25.05 7	2	55.3 82	.00 0	توجد فروق	

يتضح من تطبيق مقياس تحليل التباين (ANOVA) لقياس الفروق بين عدد الدورات التدريبية التي حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) وجود فروق قوية بين عدد الدورات التدريبية التي حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين وكل أبعاد المقياس المرتبطة بمحددات استعداد الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة، ومحددات مهامهم أثناء انعقاد مؤتمر الحالة، ومحددات مهامهم بعد انعقاده، ومعوقات استخدامهم لمؤتمر الحالة، ومقترحاتهم لتفعيل استخدامهم له في المجال النفسي والمقياس ككل عند مستوى معنوية 0.01، وهذا يدل على أنه كلما زادت عدد الدورات التدريبية التي يحصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين كلما زاد استعدادهم لمؤتمر الحالة، وأصبح لديهم قدرة أكبر على القيام بمهامهم أثناء انعقاد المؤتمر وبعد انعقاده، وقدراتهم على تحديد معوقات استخدامهم له، واقتراحهم أساليب لتفعيل استخدامهم لمؤتمر الحالة لصالح الاخصائيين الاجتماعيين الأكثر حصولاً على الدورات التدريبية، وهذا يدل على أن عدد الدورات التدريبية التي يحصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين تمثل عاملاً مهماً في هذه الجوانب.

النتائج العامة للبحث:

- 1- أوضحت نتائج البحث انخفاض استعداد الاخصائيين الاجتماعيين لاستخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسى.
- 2- أشارت نتائج البحث إلى ضعف قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تنفيذ المهام المطلوبة منهم أثناء انعقاد مؤتمر الحالة في المجال النفسى.
- 3- بينت نتائج البحث انخفاض قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تنفيذ المهام المطلوبة منهم بعد انعقاد مؤتمر الحالة في المجال النفسى.
- 4- أكد البحث أن الاخصائيين الاجتماعيين لديهم بعض المعوقات التى تحول دون قدراتهم على استخدام مؤتمر الحالة في المجال النفسى أهمها:
 - (أ) سيطرة الطبيب النفسى على فريق العمل مع الحالة الفردية.
 - (ب) صعوبة فهم الاخصائيين الاجتماعيين للمصطلحات الطبية.
 - (ت) عدم توفر دورات تدريبية للاخصائيين الاجتماعيين حول مؤتمر الحالة.
 - (ث) ضعف مستوى اللغة الإنجليزية لدى الاخصائيين الاجتماعيين في المجال النفسى.
 - (ج) عدم توفر مراجع علمية حول مؤتمر الحالة.
 - (ح) نقص المعلومات المتوفرة لدى الاخصائيين الاجتماعيين عن مؤتمر الحالة.
 - (خ) ضعف استجابة العملاء لتنفيذ المهام المطلوبة منهم لتنفيذ الخطة العلاجية المقترحة، وضعف إدراكهم للعلاقة بين ظروفهم الاجتماعية وإصابتهم بالمرض النفسى.
- 5- خلص البحث إلى عدد من المقترحات لتطوير قدرة الاخصائيين الاجتماعيين فى تطبيق مؤتمر الحالة في المجال النفسى أهمها:
 - (أ) تنظيم دورات تدريبية للاخصائيين الاجتماعيين على كيفية استخدام مؤتمر الحالة.
 - (ب) تزويد الاخصائيين الاجتماعيين بمعارف ومعلومات حول مؤتمر الحالة.
 - (ت) رفع مستوى الاخصائيين الاجتماعيين في اللغة الإنجليزية.
 - (ث) توفير المراجع العلمية المرتبطة بمؤتمر الحالة الفردية.
 - (ج) تسويق البحوث والدراسات التطبيقية التي تناولت مؤتمر الحالة.
 - (ح) ضرورة تشجيع الباحثين والدارسين لإجراء البحوث والدراسات حول مؤتمر الحالة.
 - (خ) عمل جدول زمني محدد لضمان تدريب الاخصائيين على استخدام مؤتمر الحالة.
 - (د) تنظيم ورش عمل ولقاءات مهنية لتعزيز قدرة الاخصائي علي استخدام مؤتمر الحالة.
- 6- أوضحت نتائج البحث وجود فروق بين الذكور والإناث من الاخصائيين الاجتماعيين مجتمع البحث (كمتغير مستقل) وبين كل من البعد الأول والمقياس ككل (كمتغيرات تابعة) عند مستوى معنوية

- 0.01، في حين لا توجد فروق قوية بين الذكور والإناث وكل من البعد الثاني، والثالث، والرابع والخامس لاستخدام الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة في المجال النفسى.
- 7- أكدت نتائج البحث وجود فروق قوية بين فئات العمر للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) وبين كل من البعد الأول، والثاني، والثالث، والخامس عند مستوي معنوية 0.01 لصالح الأكبر سناً، في حين لا توجد فروق قوية بين فئات العمر والبعد الرابع الخاص بمعوقات استخدام الاخصائي الاجتماعى لمؤتمر الحالة، والمقياس ككل بمعنى أن عامل السن ليس له تأثير في تحديد معوقات استخدام الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة في المجال النفسى.
- 8- أوضحت نتائج البحث وجود فروق قوية بين المؤهل الدراسى للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وبين كل من البعد الأول، والثاني، والثالث، والخامس، والمقياس ككل عند مستوى معنوية 0.01، في حين أكدت النتائج عدم قدرة المتغير المستقل الخاص بالمؤهل الدراسى على إحداث أي تغييرات في المتغير الخاص بمعوقات استخدام الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة في المجال النفسى.
- 9- أكدت نتائج البحث وجود فروق قوية بين سنوات الخبرة للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وبين كل من البعد الأول، والثاني، والثالث، والخامس، والمقياس ككل عند مستوى معنوية 0.01، في حين أكدت النتائج عدم قدرة المتغير المستقل الخاص بسنوات الخبرة على إحداث أي تغييرات في المتغير الخاص بمعوقات استخدام الاخصائيين الاجتماعيين لمؤتمر الحالة في المجال النفسى.
- 10- أشارت نتائج البحث وجود فروق قوية بين عدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين (كمتغير مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل عند مستوى معنوية 0.01.

مراجع البحث

أولاً: المراجع العربية:

- 1- أحمد شفيق السكرى: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2000م.
- 2- أحمد محمد الزغبى: الإرشاد النفسى، الرياض، مكتبة الرشد للنشر والتوزيع، 2007م.
- 3- إسماعيل أحمد محمد أحمد: الاتجاه نحو المرض النفسى في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية . غزة، كلية التربية، قسم علم النفس والإرشاد النفسى، 2009م.
- 4- إقبال محمد بشير، سامية محمد فهمى: ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، 1985م.
- 5- حامد عبد السلام زهران: التوجيه والإرشاد النفسى، القاهرة، عالم الكتب، الطبعة الثالثة، الجزء الأول، 2003م.
- 6- حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسى، الطبعة الثالثة، القاهرة، عالم الكتب، 1997م.
- 7- ختام إسماعيل السحار، سمر إسماعيل أبو مزيد: برنامج علاجى لتخفيف ضغوط العمل باستخدام تقنية (عرض الحالة) لدى المرشدين التربويين، بحث منشور في مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، غزة، الجزء 16، العدد 1، 2018م.
- 8- سعيد حسنى العزة: تمرىض الصحة النفسية، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2004م.
- 9- سلامه منصور محمد عبد العال: دليل إرشادى للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المجال النفسى دراسة من منظور الممارسة العامة على مستوي الوحدات الصغرى، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، العدد (38)، الجزء الثانى، 2015م.
- 10- صالح أحمد الخطيب: الإرشاد النفسى في المدرسة، أسسه ونظرياته وتطبيقاته، الطبعة الثالثة، الإمارات، دار الكتاب الجامعى، 2009م.
- 11- صالح حسن الداھرى: الإرشاد النفسى المدرسى أساليبه ونظرياته، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع، 2008م.
- 12- صالح عتوته: مدخل إلى التوجيه والإرشاد النفسى والتربوى، الجزائر، سطيف، جامعة محمد لمين دباغين، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس، 2018م.
- 13- عبد الناصر عوض أحمد جبل: الخدمة الاجتماعية النفسية، القاهرة، دار النهضة المصرية، 2002م.

- 14- فاطمة أمين أحمد: مهارات الممارسة المهنية في خدمة الفرد مع الأطفال التوحدين، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، العدد الخامس عشر، الجزء الأول، أكتوبر 2003م.
- 15- فكري لطيف متولي، خالد غازي الدلبي: دراسة الحالة لذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع، 2017م.
- 16- كامله شعبان الفرغ، عبد الجابر تيم: مبادئ التوجيه والإرشاد النفسى، الطبعة الأولى، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع، 1999م.
- 17- لطفى الشربيني: تشخيص وعلاج الصرع، الإسكندرية، المكتب العلمى للنشر والتوزيع، 1999م.
- 18- لندال. دافيدوف: مدخل علم النفس، ترجمة سيد الطواب وآخرون، الطبعة الثانية، القاهرة، المكتبة الأكاديمية للنشر والتوزيع، 1983م.
- 19- محمد الريماوي، وآخرون: علم النفس العام، الطبعة الثانية، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2006م.
- 20- نصر خليل عمران: تحديات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، العدد السادس، إبريل 1999م.
- 21- هادى ربيع: الإرشاد التربوى والنفسى من منظور حديث، عمان، مكتبة المجمع العربى للنشر والتوزيع، 2008م.

ثانياً: المراجع الإنجليزية:

- 1- Alison Ferguson, Linda Worrall: The impact of communication disability on interdisciplinary discussion in rehabilitation case conferences, N.Y, journal Disability and Rehabilitation, Volume 31, 2009.
- 2- ANN MACASKILL, PETER ASHWORTH: Parental Participation in Child Protection Case Conferences: The Social Worker's View, The British Journal of Social Work, Volume 25, Issue 5, October 1995.
- 3- C Hall & S Slembrouck: Parent participation in social work meetings - the case of child protection conferences, European Journal of Social Work, Volume 4, 2001.
- 4- Cleaver, H., & Walker, S: The Child Protection Case Conference Social Work, London: Jessica Kingsley, 2004.
- 5- Colette Kelleher, Chief Executive: Case Conference Guidelines, COPE foundation, April 2017.
- 6- Del Mar: General practitioner, specialist providers case conferences in palliative care: lessons learned from 56 case conferences, Australia, The Family Journal of Australia, Volume 34 Issue 5, 2005.

- 7- Geoffrey K Mitchell: General practitioner attitudes to case conferences: how can we increase participation and effectiveness?, Australia, The Medical Journal of Australia, 2002.
- 8- Kim Holt, Nancy Kelly: Administrative Decision Making in Child-Care Work: Exploring Issues of Judgement and Decision Making in the Context of Human Rights, and Its Relevance for Social Workers and Managers, The British Journal of Social Work, Volume 44, Issue 4, June 2014.
- 9- NEIL COOPER, DONALD PENNINGTON: The Attitudes of Social Workers, Health Visitors and School Nurses to Parental Involvement in Child Protection Case Conferences, The British Journal of Social Work, Volume 25, Issue 5, October 1995.
- 10- Ohio Child Welfare Training Program: Supervisor Checklist Individual Case Conferences, Institute for Human Services for the Ohio Child Welfare Training Program and The Ohio Department of Job and Family Services, 2015.
- 11- Paul E. Meehl: Why I Do Not Attend Case Conferences, Minneapolis, University of Minnesota Press, 2015.
- 12- S Holland: The assessment relationship: interactions between social workers and parents in child protection assessments, The British Journal of Social Work, Volume 30, Issue 2, April 2000.
- 13- Siân Long: CASE CONFERENCING: AN INNOVATIVE APPROACH TO ADDRESSING COMPLEX NEEDS OF VULNERABLE CHILDREN, the generous support of the American people through the United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), and the United States Agency for International Development (USAID), 2019.
- 14- Simon Bell, McLachlan: Mental health case conferences in primary care: Content and treatment decision making, N.Y, Research in Social and Administrative Pharmacy, Volume 3, Issue 1, March 2007.
- 15- Song, L. et. al.: Community Attitudes towards the mentally ill: The Results of a National Survey of the Taiwanese Population. International Journal of Social psychiatry, Vol. (2), No. (51), 2005.
- 16- TERRY FISHER, LIZA BINGLEY MILLER: Which Children are Registered at Case Conferences?, The British Journal of Social Work, Volume 25, Issue 2, April 1995.

