دور الابتكار الاجتماعي
في تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي
لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض

إعـــــداد

د. رضية محمد المحسن حميد الدين
أستاذ علم النفس المشارك ـ قسم علم النفس
كلية الآداب والعلوم الإنسانية ـ جامعة الملك عبد العزيز

تاريخ الاستلام : ٢٣/ ٨/ ٢٠٢٢م
تاريخ القبول : ١٨/ ٩/ ٢٠٢٢م

ملخص:

يقوم المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية بعدة مهام لتطوير الرعاية النفسية، منها تسهيل الحصول على الدعم النفسي، إلا أنه لم يتم تسليط الضوء على مبادرات تعزز استخدام الابتكار الاجتماعي؛ وقد يكون ذلك لندرة الدراسات العربية التي تناولت هذا الموضوع، رغم ما له من دور كبير في توفير محفزات النجاح للبيئة العلاجية للنزلاء.

لذا يهدف البحث الحالي التعرف على مساعي وجهود فريق الممارس الصحي في تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض، وتحديد الاحتياجات والمتطلبات اللازمة للفريق الممارس الصحي في تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء، وكذلك الكشف عن المعوقات والصعوبات التي تواجهه في استخدام برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء، والوصول إلى استجابات ومقترحات من جانب فريق الممارس الصحي لتفعيل استخدام الابتكار الاجتماعي في تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.

طبق البحث باستخدام المنهج الوصفي وبأداة الاستبيان، على عينة قوامها (١٠١ مفردة) من فريق الممارس الصحي، حيث توصل البحث في نتائجه إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في استخدام الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء، ووجود علاقة ارتباطية دالة بين المتوسطات وبين متغيري النوع والمؤهل العلمي لعينة الدراسة، وكانت أهم التوصيات: إعداد برامج ودورات تدريبية متخصصة في برامج الابتكار الاجتماعي؛ يشترك فيها جميع أعضاء الفريق الممارس الصحي بشكل دوري لرفع كفاءته في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض، وأهمية الاستعانة بالخبراء المتخصصين في الابتكار الاجتماعي للتثقيف بأهمية الابتكار الاجتماعي في المؤسسات العاملة بمجال الصحة النفسية.

الكلمات المفتاحية: الابتكار الاجتماعي، الدعم النفسي الاجتماعي، فريق الممارس الصحي.

Abstract:

The National Center for Mental Health Promotion in the Kingdom of Saudi Arabia performs several tasks to develop psychological care, including facilitating access to psychological support, to the fact that no light was shed on initiatives that promote the use of social innovation, and this may be due to the scarcity of Arab studies that dealt with this topic, despite its role Significant in providing success stimuli for the therapeutic environment for guests.

Therefore, the current research aims to identify the efforts of the health practitioner team in implementing social innovation programs to achieve psychosocial support for the inmates of the Will and Mental Health Complex in Riyadh, and to identify the needs and requirements for the health practitioner team in implementing social innovation programs to achieve psychosocial support for inmates, as well as detecting On the obstacles and difficulties facing the health practitioner team in using social innovation programs to achieve psychosocial support for inmates, and reaching responses and suggestions from the health practitioner team to activate the use of social innovation in achieving psychosocial support for inmates.

The research was applied using the descriptive approach and the questionnaire tool, on a sample of (101 individuals) from the health practitioner team. In its results, the research found that there are statistically significant differences between the average responses of the health practitioner team in the use of social innovation to achieve psychosocial support for inmates, and there is a significant correlation between the averages between the variables of gender and educational qualification for the study sample.

The most important recommendations are the preparation of specialized training programs and courses in social innovation programs in which all members of the health practitioner team participate periodically to raise its efficiency in providing psychological and social support to the inmates of the Will and Mental Health Complex in Riyadh, and the importance of using experts specialized in social innovation to educate the importance of social innovation in institutions working in the field of Psychological health.

Keywords: Health Practitioner Team - PSS: Psychological Social Support. - social innovation

مقدمة:

إن الابتكار بالوقت الراهن يلعب دوراً أساسيًّا ومحورياًّ في كافة المجالات؛ التنمية والاقتصادية والتكنولوجية والاجتماعية والمعرفية، ويقوم بدور تكاملي بين تلك المجالات لتحقيق القيمة المضافة والمنفعة الاجتماعية المرغوبة؛ لذا تحول الابتكار كما أشار (العسيري. ٢٠١٥. ص٥٠) للأداة التغير المتواصل في حياتنا اليومية والمهنية، والاجتماعية لتحقيق نوع آخر من الابتكار وهو الابتكار الاجتماعي.

فالابتكار الاجتماعي غالباً ما يمثل جهداً للإبداع العقلي الذي يتضمن الطلاقة والمرونة من مجموعة واسعة من التخصصات داخل المجتمع، وهو يمثل نوعاً من القيمة التي تختلف عن القيمة المالية والاقتصادية، بخلق الاستحقاقات واستثمار جهود أفراد المجتمع بالشكل الأمثل، استجابة لتحديات في المجتمع من خلال الحلول القائمة على الفعالية والكفاءة والاستدامة، وتنفذ بطرق وتقنيات قائمة على تفاعل الجهات الفاعلة وصولاً لمخرجات جديدة ملبية لتلك التحديات، فالابتكار الاجتماعي مسئولية اجتماعية أخلاقية تقع على عاتق جميع الأفراد والمنظمات والهيئات (هواري، ٢٠١٥، ص١٠). وهذا ما أكدته نتائج دراسة: Grudinschi and Kaljunen and Hokkanen and Hallikas Sintonen and Puustinen (2014) التي أشارت إلى أن تطبيق الابتكار الاجتماعي يتحقق بتفاعل موارد المجتمع، وقدرات الشركاء بطريقة أكثر كفاءة، ومن أجل خلق قيمة اجتماعية، فهو يعد نموذجاً مغايراً للمصلحة الخاصة؛ حيث تعمل المؤسسات الكبرى على رعاية وتبني الأفكار النيرة من رواد الأعمال كجزء من المسئولية الاجتماعية للشركات، وكذلك المساهمة في تطوير الأفكار، وتنفيذ المقترحات بسبل جديدة تساهم بالفهم العميق لحاجات المجتمع: كالاستثمارات المعرفية المحلية والتقنية والخبرات المجتمعية، وهذا يتفق مع (دراسة الرفاعي. ٢٠١٢) التي توصلت إلى أن الابتكار الاجتماعي: عملية مرتبطة بتطوير

وتطبيق الممارسات والعمليات والهياكل التنظيمية المرنة والأساليب الحديثة لتحقيق الأهداف التنظيمية، تتمثل في تطويع التقنيات المختلفة، من أجل توفير خدمات جديدة حول القضايا المجتمعية الحيوية، التي تهم المجتمع الانساني مثل الاهتمام بنزلاء الدور والمصحات الطبية بما فيها منشآت العلاج النفسي.

فالابتكار الاجتماعي بمثابة العدسة التي يمكن من خلالها رؤية تعزيز الأنظمة الصحية؛ حيث سعت وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية بتقديم الرعاية الصحية النفسية للمرضى النفسيين وحماية حقوقهم وحفظ كرامته ووضع آلية لمعاملتهم، وعلاجهم في المنشآت العلاجية النفسية التي يقطن بها (٢٥,٢٤١) من المرضى النفسيين المنومين، بينما إجمالي المراجعين لنفس العام بلغ عددهم (٥٥٠,٧٢) مراجعاً، وذلك وفق آخر إحصائية سجلت بالكتاب الإحصائي السنوي ٢٠٢٠م، الصادر من وزارة الصحة.

فالابتكار الاجتماعي يعمل على خلق بيئة تمكينية يتشارك فيها عدة جهات لتعزيز ودعم وتطوير الابتكارات في تطوير الرعاية الصحية النفسية؛ لتحقيق الدعم النفسي لنزلائه.

فكل ما يعاني منه نزلاء منشآت العلاج النفسي من الأعراض النفسية والجسمية والسلوكية تختلف معها طرق العلاج والتدخل والتي تصب في بوتقة الدعم النفسي؛ سواء الدعم النفسي المتخصص (المقدم من الأطباء – وفريق الممارس الصحي: الأخصائي النفسي والاجتماعي والممرضين، أو الدعم النفسي غير المتخصص أي الاجتماعي (المقدم من فئات المجتمع: كالهيئات والأكاديميات والمؤسسات في صور الأنشطة الداعمة – مبادرات دعم مجتمعي)؛ لذا فإن حاجة المرضى النفسيين ليس فقط بتقديم العلاج والدعم النفسي من مختصين فقط، بل هم بحاجة لدعم النفسي الخارجي "الاجتماعي" أي من أفراد المجتمع، ويتحقق ذلك

بالابتكار الاجتماعي. فهو كما أوضح (عسكر. ٢٠٠٣. ص٤) يعمل لصالح الفرد وهم النزلاء، وكذلك المنظمة متمثلة بمنشآت العلاج النفسي، باحتواء النزلاء، وتشجيع المجتمع على المساهمة بالشعور بقضاياهم؛ لمساندتهم والوقوف معهم، وذلك يتفق مع نتائج (دراسة بلسم. ٢٠٠٢) إن الدعم النفسي الاجتماعي داخل المصحات بدعم داخلي أو خارجي، والملائم للنزلاء يساعد في التغلب على المشكلات النفسية للنزلاء بشكل أفضل.

وقد يتحقق ذلك من خلال إدارة تعني بالابتكار الاجتماعي بوضع برامج وطنية موحدة مبنية على دراسات اجتماعية واقتصادية؛ حيث أثبتت نتائج دراسة (Howaldt & Schwarz, 2017) أن وضع إدارة الابتكار الجديد (الاجتماعي) في مستوى التطبيق وحيز التنفيذ يدل على المهارات المستقبلية للإدارة الجيدة، التي تتميز بتقديم أفضل الخدمات التي تحقق الأمن النفسي والاجتماعي للنزلاء.

وهذا ما يستهدفه البحث الحالي بتسليط الضوء على أهمية استخدام الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض، للمساهمة في تحقيق أهداف برنامج تحول القطاع الصحي كأحد برامج رؤية المملكة ٢٠٣٠، والذي تم تأسيسه للعمل على تحسين جودة وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى (برنامج التحول القطاع الصحي- خطة التنفيذ. ٢٠٢١).

مشكلة البحث:

لقد نبع الشعور بمشكلة الدراسة الحالية من خلال الآتي:

- عملية مسح ومراجعة الدراسات والبحوث السابقة، تمكن الباحث إلى وصول ندرة في الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع البحث مما أثار الاهتمام بأهمية استخدام الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة.

- بعد الاطلاع على نتائج الدراسات السابقة تبين في وجود اختلاف هذه الدراسة في عنوان الدراسة بحد ذاته؛ حيث تجمع بين دور الابتكار الاجتماعي في الدعم النفسي الاجتماعي لدى المرضي.
- تختلف الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في بيئة التطبيق؛ حيث تنوعت البيئات التي طبقت فيها الدراسات السابقة ما بين بيئات محلية وعربية وأجنبية.
- وتختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في أنه لم يتم تسليط الضوء على مبادرات تعزز استخدام الابتكار الاجتماعي الأمر الذي سيكون له الأثر الفاعل خاصة في بعض المجتمعات وسبب رئيسي لتناول مثل هذا البحث.

وتأسيساً على ما تقدم يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في ضعف الدعم النفسي الاجتماعي لدي نزلاء المرضى وتأثيره على الصحة النفسية، مما يستدعي توظيف الابتكار الاجتماعي وما له من تأثير على نزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية.

لذا تحاول هذه الدراسة الإجابة على الأسئلة الآتية:

- ما جهود فريق الممارس الصحي في استخدام الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض؟
- ما الاحتياجات اللازمة لفريق الممارس الصحي لاستخدام الابتكار الاجتماعي في تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض؟
- ما المعوقات التي تواجه فريق الممارس الصحي في استخدام الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض؟
- ما مقترحات فريق الممارس الصحي في تفعيل استخدام الابتكار الاجتماعي لتحقيق المساندة والدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض؟

الأهداف:

١- التعرف على مساعي وجهود فريق الممارس الصحي في تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

٢- تحديد الاحتياجات والمتطلبات اللازمة لفريق الممارس الصحي في تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

٣- الكشف عن المعوقات والصعوبات التي تواجه فريق الممارس الصحي في استخدام برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

٤- الوصول إلى استجابات ومقترحات من جانب فريق الممارس الصحي لتفعيل استخدام الابتكار الاجتماعي في تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

أهمية البحث:

أولًا: النظرية:

- تعزيز أهمية الابتكار الاجتماعي لتطوير برامج الرعاية الصحية النفسية والاجتماعية.
- تسليط الضوء على أهمية الاستفادة من برامج الابتكار الاجتماعي لنزلاء منشآت العلاج النفسي.

ثانيًا: التطبيقية:

- توفير محفزات النجاح للبيئة العلاجية للنزلاء.
- يساهم في الارتقاء بالخدمات الصحية للنزلاء في منشآت العلاج النفسي.
- الاستفادة من النتائج البحث في تطبيق الابتكار الاجتماعي لمنشآت العلاج النفسي الأخرى.

الإطار النظري:

المحور الأول: الابتكار الاجتماعي:

الابتكار الاجتماعي هو المفتاح المهيء في هذه الحقبة الزمانية، وبوضعنا الراهن في المنطقة العربية؛ لأنه يتعامل مع موارد المجتمع، ومميزاته بطريقة فنية ونوعية؛ فهو لا يقوم على فكرة المعايير المطلقة في التعرف أو في استغلال الموارد المحلية، ولا يعظم ولا يقلل أي مورد؛ وإنما يختار المورد المناسب في الوقت والمكان المناسبين لتطبيق برامج ضمن رؤية متكاملة لعملية التطوير.

فالابتكار الاجتماعي يساهم في حل المشاكل التي لا يكون حلها من جهة واحدة، والتي لا تكون ظاهريًا هي المعنية؛ فالابتكارات الاجتماعية تربط بين تطلعات المجتمع وأهداف المؤسسة تتجاوز نتائج العمليات المتوقعة لحل المشكلات في الواقع؛ مما يعزز مزاياها وقدرتها التنافسية في السوق.

حتى تصبح جميع المشاريع ممكنة بفضل الانفتاح والتشجيع المقدمين من قبل أصحاب المصلحة ومؤسساتهم، فضلًا عن توفر الاهتمام بالابتكارات الاجتماعية، والتي جوهرها هو الجمع بين عوالم مختلفة وتوليد التغيير في الناس من خلال حل المشكلات المجتمعية، وهذا ما تتفق عليه دراسة، (Schutel &Figueiró & Bittencourt,2017) التي توصلت في نتائجها إلى: أن الابتكار الاجتماعي يمثل مجموعة من الفرص التي تم استغلالها من طرف الجهات الفاعلة عن طريق مشاركتهم؛ حيث تسمح تلك الفرص المتوالدة بخلق فوائد على المستويات الفردية والتنظيمية والاجتماعية.

١- مفهوم الابتكار الاجتماعي:

يتناول الابتكار الاجتماعي الممارسات الجماعية الجديدة، والتي تم إنشاؤها من إجراءات جماعية ومقصودة وموجهة نحو هدف محدد، وتهدف هذه الإجراءات

إلى تعزيز التغيير الاجتماعي من خلال إعـــادة تشـــكيل كيفيـــة تحقيـــق الأهـــداف الاجتماعية(Figueiró & Bittencourt & Schutel,2017) حيث تم تناول مفهوم الابتكار الاجتماعي على أنه: "الأنشطة والخدمات المبتكرة التي يحفزها هدف تلبيـــة الحاجة الاجتماعية، والتي يتم تطويرها ونشرها في الغالب من خلال المنظمات التي تكون أغراضها الأساسية اجتماعية". (Mulgan & Tucker & Ali & Sanders, 2007,P.34)

كما تم تعريفه على أنه: "وضع الممارسات الاجتماعية اســـتجابة للتحـــديات المجتمعية، والتي تسعى إلى تعزيز النتائج على الرفاه المجتمعي، وتشمل بالضرورة مشاركة الجهات الفاعلة في المجتمع المدني. (Euromontana, 2017, p.27)

ويعرف بأنه: "هو حل جديد لمشكلة اجتماعية أكثر فعالية وكفاءة واســـتدامة من الحلول الحالية، والتي تتراكم فيها القيمة، والتي تنشأ في المقـــام الأول للمجتمـــع ككل بدلًا من الأفراد العاديين". (Matthew&Pinsent, 2012, p.37)

وهناك من يعرف الابتكارات الاجتماعية أيضاً على أنه: حل جديد لمشـــكلة اجتماعية أكثر فعالية وكفاءة واستدامة من الحلول الحالية، والتي تتراكم فيها القيمـــة، والتي تنشأ في المقام الأول للمجتمع ككل بدلًا من الأفراد العاديين. (Matthew & Pinsent, 2012, p.37) ومن خلال ما تم ذكره –من تعريفات الابتكار الاجتماعي– نستنبط العناصر الأساسية له.

٢- **العناصر الأساسية للابتكار الاجتماعي:**

مفهوم الابتكار الاجتماعي يتكون من خمسة عناصر أساسية، هي:

- **الإبداع:** تعتبر الابتكارات الاجتماعية جديدة على المجال أو القطاع أو المنطقـــة أو السوق أو المستخدم أو لتطبيقها بطريقة جديدة.
- **قابلية التطبيق:** هناك فرق بين الإبداع (تطوير الأفكار) والابتكار: (توليد أفكار وتطبيقها).

- **يلبي حاجة اجتماعية:** تم تصميم الابتكارات الاجتماعية بشكل صريح لتلبية الحاجة الاجتماعية المعترف بها.
- **الفاعلية:** تعتبر الابتكارات الاجتماعية أكثر فعالية من الحلول الحالية؛ فهي تخلق تحسناً قابلًا للقياس من حيث النتائج.
- **تعزيز قدرة المجتمع على التصرف:** تمكين المستفيدين من خلال خلق أدوار وعلاقات جديدة وتطوير الأصول والقدرات أو تحسين استخدام الأصول والموارد.

بحيث يجب أن تكون هذه المكونات: إما عنصر جديد في الهيكل التنظيمي أو العلاقات بين المنظمات مجموعة جديدة من الإجراءات التي تشكل التفاعلات والأنشطة البشرية، والعلاقات الإنسانية مع البيئة الطبيعية والاجتماعية، سياسة جديدة سارية المفعول، دور جديد أو مجموعة جديدة من الأدوار

(Caulier-Grice & Davies & Patrick & Norman,2012, P.56)

٣- أشكال الابتكار الاجتماعي:

تتنوع صور أو الحلول المقدمة من الابتكار الاجتماعي وفقًا لتحديات المجتمع والقضايا التي يعالجها، فهي تكون كما أشار(Caulier et al.2012, P.56) :

- **منتجات جديدة:** قد تكون سلعًا أو برمجيات جديدة تلبي حاجة اجتماعية، أو مثل التقنيات التعويضية المتقدمة للأشخاص ذوي الإعاقات (التطبيقات الناطقة بالأجهزة الذكية).
- **الخدمات الجديدة:** تشمل الخدمات التي قد تتطلب أدواراً متينة أو علاقات جديدة من أجل تقديمها مثل المصرفية عبر الهاتف المحمول.
- **العمليات الجديدة:** مثل التعاون بين الأقران والتعهد الجماعي.

- **أسواق جديدة:** التجارة العادلة أو الوقت المصرفي أو منصات البيع الإلكتروني.
- **منصات جديدة:** أطر قانونية أو تنظيمية جديدة أو منصات للرعاية.
- **أشكال تنظيمية جديدة:** شركات ذات اهتمامات للمجتمع.
- **نماذج أعمال جديدة:** الامتيازات الاجتماعية، نماذج الوقت المطبقة على التحديات الاجتماعية.

٤- **أبعاد الابتكار الاجتماعي:**

يمكن للابتكارات الاجتماعية أن تساهم في تمكين فئات معينة من الناس، أو معالجة التوزيع غير العادل أو الجائر للسلطة والموارد في المجتمع؛ وبهذه الطريقة تشارك الابتكارات الاجتماعية بالخطابات حول الصالح العام والمجتمع العادل، وتكون على ثلاثة جوانب تتقاطع مع هذه الأبعاد المختلفة، وهي:

- **إرضاء الاحتياجات البشرية غير المستوفاة حاليًا:** يكون الضغط على تلبية الاحتياجات الأساسية الغير متوفرة، على الرغم من الاعتراف بأن هذه الاحتياجات قد تختلف بين المجتمعات؛ مثلًا حاجة المريض النفسي أن يكون له جناح مستقل لتحقيق الراحة والهدوء، تختلف هذه الحاجة عن مجتمعات أخرى حاجة المريض بها تكمن: بتوفير أسرة بمستشفى أو وجود مستشفى بالمنطقة التي يسكن بها.
- **التغيرات في العلاقات الاجتماعية:** لاسيما فيما يتعلق بالحوكمة، والتي تمكن من تحقيق الرضا، وزيادة مستوى مشاركة جميع الفئات المحرومة في المجتمع على وجه الخصوص (بعد العملية).
- **زيادة القدرة الاجتماعية والسياسية:** للوصول إلى الموارد اللازمة لتعزيز الحقوق في تلبية احتياجات الإنسان والمشاركة (بعد التمكين)

(Figueiró & Bittencourt & Schutel,2017)

٥- عوائق تطبيق الابتكار الاجتماعي:

تنصب العوائق في توسيع نطاق الابتكار الاجتماعي بعدم وجود مشاركة واضحة مشتركة للابتكار بين أصحاب المصلحة، وعدم كفاية نماذج التمويل الخاصة بالابتكار الاجتماعي، ومشاكل الموظفين القائمين على أنشطة الابتكار الاجتماعي، وعدم الاستقرار في القيادة والالتزام والمهنية، والمقاومة من الحكومات والمنظمات غير المكترثة بالمخاطر.

ولحل هذه العوائق يتطلب التواصل مع أصحاب المصلحة وحل مشاكل التمويل والموظفين والقيادة ووضع المشاكل نصب الأهداف لتحفيز وتطوير الابتكار الاجتماعي (Caulier et al.2012, P.56).

٦- الابتكار الاجتماعي في القطاع الصحي:

وجهت منظمة الصحة العالمية دعوة للعمل العالمي لاحتضان الابتكار الاجتماعي واعتماده، كما دعت الحكومات والمنظمات والجهات الفاعلة الأخرى في النظام الصحي إلى تقديم مناهج مبتكرة وفعالة لتعزيز تقديم الرعاية الصحية، والوصول إلى الفئات السكانية الضعيفة. https://e3arabi.com/?p=705356

يتضخم دور المنظمات الصحية والحكومات في الابتكار الاجتماعي؛ لأنها تلعب دوراً رئيسياً في تعزيز هذا التغيير وخلق بيئة تمكينية، بشكل متزايد في تعزيز ودعم وتطوير، واختبار ونشر الابتكارات الاجتماعية ونهجهم لمعالجة فجوة تقديم الرعاية الصحية، كما تشمل المبادرات والبرامج الخاصة مبادرة الابتكار الاجتماعي في الصحة برنامج الابتكار من أجل الامتصاص والنطاق والمساواة في التحصين الذي أطلقه التحالف العالمي للقاحات والتحصين، ومركز اليونيسف للابتكار، وتدعو إلى اتخاذ خطوات لإطلاق قدرة الأفراد والمجتمعات على القيام بدور نشط في صحتهم ونظامهم الصحي، وإعادة توجيه الخدمات الصحية لضمان تقديم الرعاية في أنسب الأماكن، وتنسيق الرعاية عبر مقدمي الخدمات والمنظمات، وأماكن الرعاية وخارج القطاع الصحي لتشمل الخدمات الاجتماعية وغيره.

لذا يحظى الابتكار الاجتماعي في القطاع الصحي بأهمية كبرى، وذلك بسعي المجتمعات المتقدمة لوضع نظام صحي يستند إلى أفضل المعايير العالمية ليعزز من جودة الحياة؛ وذلك بإشراك المعنيين من ممثلي الوزارات، وإنشاء شبكة من الشراكات والتعاون مع الهيئات الحكومية، والصحية والأكاديمية والجهات الخاصة، والقطاعات الغير ربحية. لتساهم في الدعم الاستراتيجي الفعال للمبادرات الصحية الابتكارية، والدعم والمتابعة لها، فالابتكار الاجتماعي يعمل على تعزيز الأنظمة الصحية، ويبدأ بالاعتقاد بأن الأفراد من جميع مناحي الحياة يمكن أن يكونوا مترجمين أكفاء لحياتهم ويعرفون بشكل أفضل كيفية معالجة المشاكل التي تجابههم في الحياة.

المحور الثاني: الدعم النفسي الاجتماعي:

إن الدين الاسلامي قد سبق كافة المؤسسات والجمعيات الحكومية والأهلية التي تقوم بتلبية حاجات أفراد المجتمع؛ حيث اهتم الدين الإسلامي بالدعم النفسي الاجتماعي، فقد حث الدين المسلمين على دعم بعضهم البعض، فقد ورد الدعم النفسي الاجتماعي في القرآن الكريم في استجابة المولى –عز وجل– لطلب سيدنا موسى –عليه السلام– بأن يرسل معه أخاه هارون كي يكون عوناً له ولسانه الذي يتحدث به ويساعده ويسانده على مواجهة فرعون وبني إسرائيل؛ فيقول الله تعالى –على لسان سيدنا موسى عليه السلام: {وَأَخِي هَارُونُ هُوَ أَفْصَحُ مِنِّي لِسَانًا فَأَرْسِلْهُ مَعِيَ رِدْءًا يُصَدِّقُنِي إِنِّي أَخَافُ أَن يُكَذِّبُونِ(٣٤) قَالَ سَنَشُدُّ عَضُدَكَ بِأَخِيكَ وَنَجْعَلُ لَكُمَا سُلْطَانًا فَلَا يَصِلُونَ إِلَيْكُمَا بِآيَاتِنَا أَنْتُمَا وَمَنِ اتَّبَعَكُمَا الْغَالِبُونَ (٣٥)}[سورة القصص: ٣٤– ٣٥] صدق الله العظيم.

وفي السنة النبوية: كانت حادثة الهجرة في ذلك من أكبر الأمثلة في الدعم النفسي الاجتماعي؛ حيث تمثل فيها المؤازرة والدعم في الموقف الذي اتخذه الأنصار تجاه المهاجرين، وحث الرسول –عليه الصلاة والسلام– على الدعم والوقوف بجوار أخينا المسلم في وقت الشدة والعسر.

فالدعم النفسي الاجتماعي كما أشار (نوتس. ٢٠٠٣. ص ٣٧) "يزيد من روح المشاركة والتكافل الاجتماعي، كما أنه يوحد الأفراد مع بعضهم البعض في سبيل القيام ببعض الأهداف السامية وروح التعاون؛ والمشاركة بين الأفراد قد تساعد على خفض حدة الضغوط النفسية".

١- مفهوم الدعم النفسي الاجتماعي:

كل ما يتعرض له الأفراد من خلال الأزمات والظروف الضاغطة أو الصادمة، مما يترك آثاراً نفسية وسلوكية تجعل جميع الجهود تتجه نحو تخفيفها، أو الحد منها، وحتى الوقاية منها؛ فكل ما يعاني منه نزلاء منشآت العلاج النفسي من الأعراض النفسية والجسمية والسلوكية تختلف معها طرق العلاج والتدخل والتي تصب في بوتقة الدعم النفسي (شعبان. ٢٠١٣. ص ١٩). سواء الدعم النفسي المتخصص (المقدم من الأطباء – وفريق الممارس الصحي: الأخصائي النفسي والاجتماعي والممرضين، أو الدعم النفسي غير المتخصص أي الاجتماعي (المقدم من فئات المجتمع: كالهيئات والأكاديميات والمؤسسات في صور الأنشطة الداعمة – مبادرات دعم مجتمعي).

- فالدعم النفسي الاجتماعي كما ذكره (نوتس. ٢٠٠٣. ص ٣٨): "إنه مقدار ما يحصل عليه الفرد من مساعدة على مواجهة المواقف الضاغطة في حياته من الآخرين؛ كالزوج والزوجة، والأصدقاء، وزملاء العمل، والوالدين، والرؤساء المباشرين".
- عرفته (السرسي.٢٠٠١. ص٣٥) بأنه: "المساعدة الانفعالية والمادية والأدائية التي يتلقاها الفرد من قبل الآخرين المحيطين به؛ كالأسرة، والأصدقاء، والجيران، وزملاء العمل أو الفصل؛ ومدى قدرة الفرد على تقبل وإدراك هذه المساعدة".

- أما (حجازي. ٢٠٢١. ص٨٧) و(شعبان. ٢٠١٣. ص١٣) فقد عرفاه بأنه: "مصطلح مركب يستخدم في دليل الصحة النفسية والدعم النفسي لوصف أي نوع من أنواع الدعم المحلي أو الخارجي الهادف لحماية وتعزيز العافية النفس اجتماعية".
- أما (مراد. ٢٠١٥. ص٢١) فقد عرف الدعم النفسي الاجتماعي بأنه: "مصطلح يدل على تقديم المساعدة لمن يحتاجها على أسس نفسية اجتماعية، أي أن هناك عوامل نفسية اجتماعية مسئولة عن سلامة الأفراد، تهدف إلى حماية السلامة النفسية والاجتماعية، أو الوقاية ومعالجة الاضطرابات للوصول للصحة النفسية، كما أنها تشمل مجموعة الخدمات في المجال النفسي والاجتماعي لمساعدة النزلاء ودعمهم لاستئناف حياتهم الطبيعية ومنع ما قد ينتج من عواقب".
- وعرفته (عبد الوهاب. ٢٠١٨. ص ٢٢) بأنه:" مصطلح يدل على تقديم المساعدة لمن يحتاجها على أسس نفسية اجتماعية، أي إن هناك عوامل نفسية اجتماعية مسئولة عن سلامة الأفراد تهدف إلى حماية السلامة النفسية والاجتماعية أو الوقاية ومعالجة الاضطرابات للوصول للصحة النفسية".

٢- أهمية الدعم النفسي الاجتماعي:

يساهم الدعم النفسي الاجتماعي في تخفيف المعاناة النفسية التي تلازم نزلاء منشآت العلاج النفسي؛ فحين يتم إشراكهم بأنشطة حرفية مثل الرسم، الأعمال الحرفية، أنشطة ثقافية مع الآخرين داخل مقراتهم أو خارجها يشعرهم ذلك بالإنجاز، وقد يتحسن شعور السعادة لديهم من خلال تقدير الذات والثقة بالنفس، ويولد لديهم درجة من المشاعر الإيجابية، تزيد من مقدرتهم على مقاومة الإحباط، ويتفق ذلك مع (عسكر. ٢٠٠٣. ص٥٧) لأن الدعم النفسي الاجتماعي يعمل داخل المنظمة في اتجاهين كلاهما لصالح الطرفين: الفرد والمنظمة، فمن جانب يزيد من استجابات

الفرد في العمل لأنه يحقق حاجات مهمة، مثل: الضمان، والقبول والانتماء، والمحبة، وبث روح التعاون والتآلف بين العاملين، ومن جانب آخر: فإن الدعم النفسي الاجتماعي يعمل كمنطقة عازلة أو مخففة للضغوط، ويتم ذلك من خلال التعاطف وتقديم المساعدة.

٣- أهداف الدعم النفسي الاجتماعي:

أوضح (شقيرات.٢٠٠١، ص ص٦٢-٦٣) أهداف الدعم النفسي الاجتماعي بأنها:

- الهدف الرئيسي هو التخفيف من المعاناة النفسية والجسدية للأشخاص، ومنهم نزلاء منشأة العلاج النفسي.
- تحسين السمات الحيوية على المدى القصير لأنه مع ردود الأفعال البسيطة والمباشرة تتطور إلى مشكلات ذات نتيجة سلبية مع الزمن.
- التدخل لنفسي المبكر يخفف من التوتر بشكل كبير ويحد من تطور ردود الفعل البسيطة إلى ردود فعل حادة.
- توفير مساعدات لنزلاء منشآت العلاج النفسي من خلال تقديم المعلومات والتثقيف.
- توفير الاحتياجات النفسية والاجتماعية (الحاجات الفيزولوجية – احتياجات السلامة والأمان – الاحتياجات النفسية – احتياجات الحب والانتماء – احتياجات التدير – احتياجات تحقيق الذات).

٤- أنواع الدعم النفسي الاجتماعي:

تتنوع مصادر الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء بمنشآت العلاج النفسي تبعًا لحالتهم المرضية، يتمثل أهمها كما أوضحها (مراد. ٢٠١٥. ص ٥٥) على النحو التالي:

- **الدعم النفسي الوجداني:** هو إظهار مظاهر الثقة والحب والحنان، كما يعرف على أنه دعم وسند يجده المريض في وقوف الناس معه، ومشاركتهم

له مناسباته السعيدة والحزينة، واتجاهاتهم نحوه، واهتمامهم بأمره؛ مما يجعله يشعر بالثقة في نفسه وفي الآخرين؛ فيزداد سعادة في السراء وصبراً في الضراء؛ ويتحقق ذلك لنزلاء من خلال الأنشطة الفنية والترفيهية التي يقوم بها فريق الممارس الصحي، وزيارة الأهل والأصدقاء لهم، ومشاركتهم بالمناسبات والاحتفالات المقامة بمقر إقامتهم.

- **الدعم الإدراكي:** هو دعم نفسي يتلقاه المريض من فريق الممارس الصحي والآخرين عند تقديم التهاني والثناء عليه والتقدير والتقبل والحب المتبادل، ومواساته والتخفيف عليه من مشاعر التوتر والقلق والسخط والجزء بتشجيعه على التفكير المتفائل والرضا بقدر الله.
- **الدعم المعلوماتي:** ويسمى بالتوجيه المعرفي؛ لأنه يشمل تقديم المعلومات ووجهات النظر أو الخبرات والنصائح التي تثري المريض من قبل فريق الممارس الصحي، وتجعله أكثر تبصراً وعلماً بعوامل النجاح أو الفشل؛ فيزداد قدرة على مواصلة النجاح وتحمل السقطات والفش، أي تقديم النصيحة التي تدعو الفرد لتجنب الفشل، وتقوده للنجاح.
- **الدعم السلوكي:** بالمشاركة في الأنشطة والمهام التي تتطلب جهداً بدنياً.
- **الدعم المادي:** إمداد الفرد بالدعم المادي.
- **دعم التقدير:** يسمى بالدعم التعبيري أو دعم تقدير الذات؛ لأن الدعم فيه يكون بشكل معلومات توصل للفرد بأن هذا الشخص مقدر ومقبول، ويتحسن تقدير الذات بأن تنقل الأشخاص أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وخبراتهم وأنهم مقبولون بالرغم من أية صعوبات أو أخطاء شخصية.
- **الدعم الاجتماعي:** يحصل عليه الفرد بطريقتين بشكل رسمي متخصص من قبل أخصائيين ومرشدين نفسيين أو اجتماعيين مؤهلين لمساعدة الناس في الأزمات

أو المشكلات، أو عن طريق منصات أو مؤسسات حكومية متخصصة، أو من قبل جمعيات أهلية متطوعة تقدم خبراتها من الأخصائيين؛ أما غير الرسمي هو مساعدة يحصل عليها الفرد من الأهل والأصدقاء والزملاء والجيران والأسرة، ويكون في صورة زيارات واتصالات وتجمعات بالمناسبات والأعياد ومساعدات مالية في الأزمات.

٥- أساليب الدعم النفسي الاجتماعي:

أساليب الدعم النفسي الاجتماعي للفرد كما أوضحها (شعبان. ٢٠١٣. ص ١٠٥) تتمثل في:

- ممارسة الأنشطة والهوايات مع فنانين من خلال إقامة ورش عمل فنية تفاعلية.
- التفريغ بإقامة الرحلات والحفلات.
- ممارسة الرياضات المتنوعة.
- جلسات الفضفضة بالإرشاد النفسي.
- أسلوب الدراما النفسية (السيكو دراما).
- التعايش مع من سبق له خبرة.

أما أساليب الدعم النفسي الاجتماعي المقدمة لنزلاء بمنشآت العلاج النفسي تتنوع تبعاً للحالة المرضية وتقدم لكل حالة بعد تشخيص ودراسة حالة لميوله ومواهبة وقدراته، وتقدم لهم وفق عدة برامج متنوعة كالعلاجية والعناية الذاتية والدينية، والتدريب بوحدة الأعمال اليدوية، وتقدم من قبل فريق الممارس الصحي.

٦- حاجة نزلاء منشآت العلاج النفسي لدعم النفسي الاجتماعي:

وفي هذا البحث تظهر الحاجة إلى الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء منشآت العلاج النفسي ومنها مجمع إرادة لصحة النفسية؛ لأن النزلاء أثناء بقائهم فترات طويلة بالمنشأة، دون أنشطة تفاعلية إثرائية تنمي المواهب والقدرات، وتشعرهم

بالإنجاز وتحقيق الذات قد يزيد ذلك من الشعور بالإحباط وتأخر الاستجابة للعلاج؛ فالدعم النفسي الاجتماعي كما أشار(شعبان،٢٠١٣) الذي يستمده النزلاء من خارج منشآت العلاج النفسي أي من المجتمع، يتحقق من خلال تفعيل تنفيذ برامج للابتكار الاجتماعي المقدمة من جهات خارجية داعمة، كإقامة أنشطة إثرائية مشتركة لنزلاء تحت إشراف الأطباء وفريق الممارس الصحي، مما يزيد من الشعور بالأمن النفسي الاجتماعي، والثقة بالنفس وتحقق المشاعر الإيجابية تجاه الآخرين.

٧- نظرية الدور الاجتماعي:

تحتل نظرية الدور الاجتماعي مكانة مهمة في علم النفس الاجتماعي؛ لأن مفهوم الدور من أهم الأفكار والنظريات في مجال علم النفس الاجتماعي؛ حيث تتوسع لتشمل مفاهيم أساسية أخرى، مثل: الدور والوضع والمكانة والطبقة، حيث تطور مفهوم الدور الاجتماعي إلى معنى الوظيفة الاجتماعية أو المهنة الاجتماعية. هناك تسميات مختلفة، من الذاتية إلى الموضوعية، ومن النفسية إلى الاجتماعية، ومن المفهوم الفلسفي إلى المفهوم العلمي، ومن النظرية إلى التطبيق. المواقف الشخصية، أحياناً تمثيلات الأدوار، وفي حالات أخرى الوظائف أو الممارسات الاجتماعية. النشاط الاجتماعي مهم جدًّا لدرجة أن مصطلح الدور يتضاعف ويتطور (حسن. ٢٠٠٣. ص ٧٦).

مفهوم نظرية الدور الاجتماعي:

تم ربط مفهوم الأدوار الاجتماعية في علم النفس الاجتماعي مؤخراً بمفاهيم المركز والحالة والمكانة التي حققها الفرد، أو مؤسسة اجتماعية معينة ترتبط فيها الأدوار الاجتماعية ارتباطًا وثيقًا بأنماطٍ وأنماط الفرد. ففريق الممارس الصحي -وما يقوم به من مهام لنزلاء- ساعٍ في ذلك تحقيق الدعم النفسي لهم، من خلال حصر الاحتياجات اللازمة لهم تبعًا لتخصص المهام لكل ممارس، كالبرامج العلاجية بمجال الأمراض النفسية، ومجال أمراض الإدمان، إضافة لذلك البرامج الوقائية والتأهيلية،

والتدريب، وبرامج العناية الذاتية، والبرامج الدينية. ومعالجة المعوقات التي تجابههم، بوضع المقترحات والحلول للإدارات العليا بمركز الإرادة والصحة النفسية بالرياض، فمن خلال فريق الممارس الصحي يكتسب النزلاء منهم المهارات ويتعلمون أدوارهم وأنشطتهم وممارستهم اليومية والنفسية والعائلية والاجتماعية؛ لذا نجد أن نظرية الدور الاجتماعي تركز بشكل كبير على الجوانب النفسية والاجتماعية. (حسن. ٢٠٠٣. ص ٧٦).

٨- **القضايا الرئيسية لنظرية الدور الاجتماعي:**

أ. **التوقعات:** ويشكل أحد أهم الأعمدة التي تقوم عليها النظرية؛ لأن السلوك يتقرر نوعه تبعاً لتوقعات الفرد عن دوره المرتقب؛ فكل فرد من فريق الممارس الصحي لديه توقعات حول مساعيهم وجهودهم لتحقيق الدعم النفسي لنزلاء من خلال تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي.

ب. **التماثل:** وهو حالة من التطابق بين خصائص الفرد والدور الاجتماعي المرتقب. فمثلًا يتوقع المجتمع من الرد الذكر أن يكون قوياً وشجاعاً، غير آبهٍ بالمخاطر، ويترتب على ذلك أن يتحمل الصعوبات، يصمد أمام المكاره؛ فكل فرد من فريق الممارس الصحي يتحمل المسئولية ويقوم وفق تخصصه بدوره في تحقيق الابتكار الاجتماعي للنزلاء بحصر الاحتياجات اللازمة لتنفيذه، وإزالة المعوقات، وتقديم المقترحات لضمان جودة تنفيذ الابتكار الاجتماعي في تحقيق الدعم النفسي للنزلاء.

ج. **التأييد الاجتماعي:** ويعنى بذلك الدور الاجتماعي الذي يقوم به الفرد يقتضي أن يحظى بتأييد الآخرين، وذلك عبر نمذجة الأدوار التي يؤديها الآخرون؛ فمن خلال ما يقدم من مساعٍ لتنفيذ الابتكار الاجتماعي، ونجاح ذلك يلقى تأييداً خارجياً من قبل الداعمين والمجتمع، ودعم داخلي من قبل النزلاء بتفاعلهم وتقبلهم للأنشطة المقامة.

٩- المكانة التي يكتسبها الممارس الصحي من خلال نظرية الدور الذي يقوم به:

يكتسب الفرد المكانة بناء على أدواره الاجتماعية؛ ذلك لأن الدور الاجتماعي ينطوي على واجبات وحقوق اجتماعية؛ فواجبات الفرد يحددها الدور الذي يشغله والحقوق تحددها الواجبات والمهام التي يجدها في المجتمع، وبالنظر إلى هذه النظرية من واقع الحياة الاجتماعية من خلال الدور الذي يلعبه الممارس الصحي بمركز الإرادة والصحة النفسية عبر المكانة التي يشغلها باعتبار المهام والواجبات التي يؤديها داخل المركز وخارجه مع أسر المرضى والمؤسسات والمجتمع المحلي؛ فإن هذه الأدوار التي يلعبها ربما تتعدد داخل وخارج المركز؛ حيث له دور هام في المجال الطبي عبر دوره في أدائه بصورة فاعلة في تطبيق أساليب الممارسة العامة. ويعتبر الدور مجموعة من التوقعات أو السلوكيات المرتبطة يوضع في التركيبة الاجتماعية، كما أن الفكرة توحي بأن الأدوار يجب تقديرها وفقًا لمحيط العلاقات التي عن طريقها يمكن تحديد تلك الأدوار والمهام وفق الأهداف التي يسعى لها (حسن. ٢٠٠٣. ص ٧٦).

١٠- نقاط القوة والضعف في نظرية دور وطور النمو الاجتماعي:

أولًا: نقاط القوة (الإيجابيات): إن نظرية الدور الاجتماعي والدور الذي تقوم به من أجل التطوير والنمو الاجتماعي خلقت رابطًا قويًّا في المجتمع يتفاعل فيه جميع الأفراد من خلال تبادل الأدوار والمفاهيم والعقائد والثقافات والتوعية والإدراك والسلوكيات فيما بينهم، وبناء حياة جديده ومستقبل واعد متزن خال من المشاكل والعقد؛ فمن خلال ظهور المؤسسات المختلفة التي تسعى لتبني المشاركة والتعاون لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي -بالتالي- سوف تلعب أدوارًا اجتماعية واضحةً وإيجابيةً في مجتمع النزلاء داخل المراكز، سواء كانت ثقافية أو اجتماعية أو تثقيفية أو حتى رياضية، مما تساهم بشكل كبير وفعال في تعزيز نظرية الدور والتطور والتقدم في الكثير من المجتمعات.

ثانياً: نقاط الضعف: إن نظرية النمو الاجتماعي ودورها كانت تفترض بـــأن الأفراد – وهم الممارسون الصحيون– من السهل عليهم الانسجام مع بعضهم البعض برغم من اختلاف الثقافات والمنابت والعروق والأصول والديانات، وهذ أمر صعب أن يتم التوقع به من خلال هذه النظرية؛ حيث إنه يعرف كل فرد من أفراد المجتمـــع بتوقعات الآخرين وأدوارهم؛ حيث التوقعات في كثير من الأحيان يصعب قياسها.

المصطلحات:

- **التعريف الإجرائي للابتكار الاجتماعي:**

هي تلك البرامج أو الحلول الناتجة عن سعي فريق الممارس الصحي بمنشأة العلاج النفسي لتطبيقها بعد حصر الاحتياجات اللازمة لتنفيذها ودراســـة المعوقـــات التي تحول عن تنفيذها، وتقديم المقترحات لتطبيقهـــا كاســـتقطاب الجهـــات الفعالـــة كالهيئات والأكاديميات والجهات الخاصة والتعاون معها لتلبية الحاجـــة الاجتماعيـــة لنزلاء لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي.

(١) الدعم النفسي الاجتماعي:

- **التعريف الاجرائي لدعم النفسي الاجتماعي:**

هو الدعم المقدم من خلال مساعي فريق الممـــارس الصـــحي مـــع غيـــر المتخصص كالجهات الفعالة، والهيئات والأكاديميات والجهات التطوعية بـــالمجتمع، بالتعاون مع المختصين بمنشآت العلاج النفسي ممثلًا بفريق الممارس الصحي لحماية وسلامة النزلاء نفسيًا واجتماعيًا، وذلك بتطبيق برامج الابتكار الاجتماعي المتمثلـــة في برامج ومساعدات مادية ومعنوية ووجدانية ومعلوماتية فـــي صـــور الأنشـــطة والفعاليات المتنوعة.

(١) مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض:

يصنف ضمن منشآت العلاج النفسي، وهي المنشأة التي تتوافر فيها المواصفات الخاصة بالرعاية الصحية النفسية، وتقدم الخدمات النفسية من تشخيص وعلاج وتأهيل أيًّا كان نوعها –مستقلة كانت أو ملحقة بمنشآت صحية أخرى في القطاعين العام والخاص" (اللائحة التنفيذية لنظام الرعاية الصحية النفسية بوزارة الصحة. ٢٠١٧. ص٤)؛ فمجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض يعد منشأة طبية متخصصة، ويشتمل على مستشفيين بمرافق متعددة، يقدمان خدمات علاجية مجانية أحدهما في مجال الأمراض النفسية، والآخر في مجال أمراض الإدمان. إضافة للبرامج الوقائية والتأهيلية التي تقدم للمرضى والمراجعين وتوفير جميع ما يحتاجه المريض داخل المنشأة، ويسهم بعد توفيق الله في عودته إلى المجتمع عضواً نافعاً.

(٢) فريق الممارس الصحي:

عرف الممارس الصحي (وفق دليل نظام مزاولة المهن الصحية بوزارة الصحة السعودية. ٢٠١٩. ص٢): "كل من يرخص له بمزاولة المهن الصحية التي تشمل الفئات الآتية: الأطباء البشريين، وأطباء الأسنان، والصيادلة، الأخصائيين، والفنيين الصحيين في: (الأشعة، والتمريض، والتخدير، والمختبر، والصيدلية، والبصريات، والوبائيات، والأطراف الصناعية، والعلاج الطبيعي، ورعاية الأسنان، وتركيبها والتصوير الطبقي والعلاج النووي، واجهزة الليزر، والعمليات) والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، وأخصائي التغذية والصحة العامة والبالة والإسعاف، ومعالجة النطق والسمع، والتأهيل الحرفي والعلاج الحرفي، وغير ذلك من المهن الصحية الأخرى التي يتم الاتفاق عليها بين وزيري الصحة والخدمة المدنية والهيئة السعودية للتخصصات الصحية".

التعريف الإجرائي لفريق الممارس الصحي:

هم القائمون على رعاية نزلاء مجمع الإدارة والصحة النفسية بالرياض من الذكور والإناث، بتقديم البرامج العلاجية بمجال الأمراض النفسية، ومجال أمراض الإدمان، إضافة لذلك البرامج الوقائية والتأهيلية، والتدريب، وبرامج العناية الذاتية، والبرامج الدينية، ويتكون فريق الممارس الصحي من: الاستشاري النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والمرشد الديني والمرشد المعافى، وطاقم التمريض.

الدراسات السابقة:

المحور الأول: الابتكار الاجتماعي:

دراسة (محمد. ٢٠٢١):

كانت بعنوان: (معوقات الابتكار الاجتماعي لدى العاملين بالجمعيات الأهلية) هدفت الدراسة إلى تحديد الفجوة التي ظهرت بين الجمعيات الأهلية المختلفة، واعتمدت الدراسة على استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت أدوات الدراسة من: استبيان لجمع المعلومات والبيانات، والتعرف على آراء أعضاء ومسئولي المشروعات بالجمعيات الأهلية المختلفة لتحديد معوقات الابتكار الاجتماعي لدى العاملين بالجمعيات الأهلية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن معوقات الابتكار الاجتماعي الخاص بالموارد البشرية بها ضعف.

دراسة (Grudinschi et al. 2014):

كانت بعنوان: (تحديات الإدارة في التعاون عبر القطاعات، دراسة حالة، رعاية المسنين): هدفت الدراسة إلى خلق معرفة جديدة حول إدارة التعاون عبر القطاعات المختلفة، لتحقق نوع من التحديات التي من الممكن توقعها عند التحضير

لأعمال مشتركة من قطاعات مختلفة لتقديم خدمة رعاية المسنين، وكيف يمكن أن يؤدي هذا التعاون إلى ابتكارات في الحوكمة بخلق قيمة جديدة، وتقليل التكاليف وتحقيق فوائد للمجتمع، واستخدمت المنهج الوصفي – دراسة الحالة؛ بإجراء المقابلات الفردية والجماعية مع ممثلي موردي خدمات رعاية المسنين من القطاعين العام والخاص؛ وتوصلت في نتائجها إلى أن إدارة التعاون عبر القطاعات يجب أن تركز على الابتكار الاجتماعي؛ لتحقيق تفاعل بين الموارد وقدرات الشركاء بطريقة أكثر فعالية من أجل خلق قيم اجتماعية، ويتطلب التعاون بين القطاعين العام والخاص والثالث التفكير الإبداعي والقيادة والعمل، كما أنه لا يزال هناك حاجة إلى مهارات وأشكال جديدة من التعاون بين الشركاء. تتفق هذه الدراسة مع البحث الحالي من جانب أهمية دراسة الابتكار الاجتماعي لخدمة المجتمع إلا أنها اختلفت عنها في العينة.

دراسة: (Figueiró & Bittencourt & Schutel,2017)

كانت بعنوان: (تأثير الابتكار الاجتماعي: الفوائد والفرص من الأعمال الاجتماعية البرازيلية): هدفت إلى تحليل الفوائد والفرص من الأعمال التجارية التي يمكن أن تولدها الابتكارات الاجتماعية التي تعمل على تقارب المشاكل الاجتماعية المختلفة، والفوائد والفرص الرئيسية من ممارسات مبتكرة اجتماعياً في إقليم (افافيلا) البرازيلي. وتوصلت في نتائجها: توفر مجموعة من الفرص التي تم استغلالها من مختلف الجهات الفاعلة عن طريق مشاركتهم؛ حيث سمحت لهم تلك الفرص بخلق فوائد على المستويات الفردية والتنظيمية والاجتماعية. والابتكارات الاجتماعية تربط بين تطلعات المجتمع وأهداف المؤسسة تتجاوز نتائج العمليات المتوقعة لحل المشكلات في الواقع، مما يعزز مزاياها وقدراتها التنافسية في السوق. تتفق هذه الدراسة مع البحث الحالي من جانب أهمية توجيه دراسة الابتكار الاجتماعي لخدمة المجتمع إلا أنها اختلفت عنها في العينة.

دراسة: (خلوفي، شريط. ٢٠٢٠):

كانت بعنوان: (دور الابتكار الاجتماعي في تعزيز القدرة التنافسية للمؤسسات الاقتصادية)، هدفت الدراسة إلى التعرف على دور الابتكار الاجتماعي بأشكاله لتعزيز القدرة التنافسية للمؤسسات الاقتصادية، ولتحقيق أهداف البحث استخدم المنهج الوصفي، بأداة الاستبيان على عينة قوامها (٦٤ مفردة) من مدراء الإدارات وإطارات مجموعة من المؤسسات الاقتصادية على مستوى ولاية ميلة. فتوصلت في أهم نتائجها إلى وجود علاقة تأثير معنوية للابتكار الاجتماعي على القدرة التنافسية للمؤسسات الاقتصادية؛ فنتائج هذه الدراسة تثري وتدعم توجه البحث الحالي؛ لأن تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي قد يخلق قدرة تنافسية أيضًا بين مؤسسات القطاع الصحي لخدمة المرضى.

دراسة الحسيني (٢٠١٩):

كانت بعنوان: (الابتكار المجتمعي ودوره في إدماج النوع بقضايا المجتمع)، ركز البحث على مفهوم النوع الاجتماعي وكيف تم تناوله في الأدبيات، والتي من خلالها تم استخلاص المفاهيم المرتبطة بالنوع الاجتماعي والمتمثلة بالدور والمكانة الاجتماعية، والتي من خلالها يمكن قياس علاقة النوع الاجتماعي، ولمعرفة الأساس في اختلاف مكانة وأدوار كلا الجنسين في المجتمعات تم التطرق إلى النظريات المفسرة للنوع الاجتماعي، والتي من خلالها تم استخلاص أهم العوامل التي تؤثر على علاقات النوع الاجتماعي، والمتمثلة بالعوامل البيولوجية والاجتماعية والاقتصادية، فضلًا عن النظم السياسية، وركز البحث على مفهوم الابتكار الاجتماعي ودور المبادرات المجتمعية كوسيلة لإدماج النوع الاجتماعي بقضايا التنمية، وتتوضح مشكلة البحث بالقصور المعرفي بشأن أهمية الابتكارات المجتمعية في إدماج وحل قضايا النوع الاجتماعي؛ ولذلك يفترض البحث: أن الابتكارات والمبادرات المجتمعية الخاصة بقضايا النوع الاجتماعي تسهم في إدماج المفهوم (النوع الاجتماعي) على مجالات ومستويات.

المحور الثاني: الدراسات السابقة بمجال الدعم النفسي الاجتماعي:

دراسة (إسماعيل. ٢٠١٨):

كانت بعنوان: (فاعلية تجربة الرعاية الداعمة النفسية والاجتماعية على جودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي: دراسة تداخلية في المعهد القومي للسرطان): هدفت إلى تقييم تأثير نموذج الرعاية الصحية المطوّر والداعم النفسي والاجتماعي على التأقلم ونوعية الحياة لأفراد الدراسة. المواد والطريقة: في تدخلي، دراسة (١٨٥) مريض بسرطان الثدي تم توزيعهم على المجموعة التداخلية والمجموعة الضابطة. تلقت المجموعة التداخلية خمس جلسات رعاية داعمة نفسية لمدة (٤ – ٥) أيام متتالية. تم تقييم كلا المجموعتين عند التجنيد، بعد ٨ أسابيع. كانت معايير التقييم هي الصحة العامة، مقياس تصنيف هاملتون للاكتئاب واستبيانات مقياس المواجهة الموجزة. النتائج: في مجموعة التدخل؛ تم تحسين ملف الصحة النفسية بشكل ملحوظ (P٠,٠٠٥)، وانخفض الاكتئاب بشكل ملحوظ (P ٠,٠٥)، وزادت بشكل ملحوظ المقاييس الفرعية لأسلوب المواجهة العاطفية المركزة على المشكلة (P٠,٠٠٥)، ولكن هذه التغييرات في لم تتحسن المجموعة الضابطة. الاستنتاجات: وأظهرت النتائج أن نموذج الرعاية الصحية المتطور الداعم النفسي والاجتماعي هو وسيلة فعالة في تحسين التأقلم ونوعية الحياة لمرضى سرطان الثدي.

دراسة (صابر. ٢٠٢١):

كانت بعنوان: (التعقل والدعم النفسي الاجتماعي كمتغيرين وسيطين للعلاقة بين الإجهاد النفسي ونوعية الحياة لدى الشباب مرضى السرطان): هدفت الدراسة إلى اختبار توسط التعقل والدعم النفسي الاجتماعي في العلاقة بين الإجهاد النفسي ونوعية الحياة لدى الشباب مرضى السرطان، كما استخدمت الدراسة المنهج الوصفي

الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من الشباب مرضى السرطان تتراوح أعمارهم بين (١٨ – ٤٠) عاماً، وعددهم (٧٧)، واستخدمت الدراسة مقياس الإجهاد النفسي: (استبيان الصحة العامة)، ومقياس نوعية الحياة: (الصيغة المختصرة لاستبيان منظمة الصحة العالمية)، ومقياس التعقل: مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية، ومقياس الدعم النفسي الاجتماعي، وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الإجهاد النفسي ونوعية الحياة لدى الشباب مرضى السرطان، وكذلك وجود علاقة ارتباطية طردية بين نوعية الحياة وكل من التعقل والدعم النفسي الاجتماعي لدى الشباب مرضى السرطان، كما أوضحت النتائج وجود تأثير موجب للدعم النفسي والاجتماعي وتأثير سالب للإجهاد النفسي في نوعية الحياة في حين لا يوجد تنبؤ للتعقل في نوعية الحياة لدى الشباب مرضى السرطان، وبالتالي أشارت النتائج إلى أن التعقل والدعم النفسي الاجتماعي يتوسطا العلاقة بين نوعية الحياة والإجهاد النفسي لدى شباب مرضى السرطان.

دراسة (العنزي. ٢٠١٥):

كانت بعنوان: (العوامل الاجتماعية والثقافية التي تحد من فاعلية الجهود العلاجية للمرضى النفسيين)، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل الاجتماعية التي تحد من فاعلية الجهود العلاجية للمرضى النفسيين من وجهة نظر الفريق الطبي المعالج، وسعت إلى التعرف على العوامل الثقافية التي تحد من فاعلية الجهود العلاجية للمرضى النفسيين من وجهة نظر الفريق الطبي المعالج، كما سعت إلى الكشف عن اتجاهات الفريق الطبي المعالج نحو المرض النفسي والعلاج النفسي في ضوء بعض المتغيرات، مثل: العمر، الجنسية، المستوى التعليمي، الحصول على دورات تدريبية في مجال التخصص، الحالة الاجتماعية، التخصص، عدد سنوات الخدمة في مستشفيات الصحة النفسية؛ استخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي، والاستبانة كأداة لجمع البيانات، وتكون مجتمع الدراسة من الفريق الطبي المعالج في

مستشفى الصحة النفسية في محافظة حفر الباطن وعددهم (٥٨)، ومستشفى الصحة النفسية في منطقة الحدود الشمالية عرعر وعددهم (١٢٥)، وأسفرت النتائج عن: أن أفراد مجتمع الدراسة موافقون بدرجة عالية على العوامل الاجتماعية التي تحد من فاعلية الجهود العلاجية للمرضى النفسيين من منظور الفريق الطبي المعالج. وتعد نتيجة هذه الدراسة متفقة مع هدف البحث بالسعي في التعرف على الخدمات التي تقدم للنزلاء من قبل الكادر الطبي أو الممارس القائم على رعائيتهم.

دراسة (Holmes & Yang & Aryal & Walters, 2018)

كانت بعنوان: (تأثير سلوكيات نمط الحياة والدعم الاجتماعي على أعراض الاكتئاب): هدفت للكشف عن تأثير سلوكيات نمط الحياة والدعم الاجتماعي على أعراض الاكتئاب، لدى (٤٢٠) من الذكور والإناث المشاركين ببرنامج صحي تطوعي. واستخدم المنهج الوصفي بأداة استبيان تضمن عدة محاور، منها: نمط الحياة، الدعم الاجتماعي، لتقييم السلوك لمدة ستة أشهر، توصلت في أهم النتائج إلى أن الدعم الاجتماعي ساهم بشكل كبير في الحد من أعراض الاكتئاب. وكانت نتائج هذه الدراسة تتفق مع أهداف البحث الحالي في دور الدعم الاجتماعي بخدمة المرضى النفسيين.

دراسة: (بدوي، وآخرين. ٢٠٢٠):

كانت بعنوان: (الخدمات الاجتماعية المقدمة في مستشفيات الطب النفسي ودورها في سرعة تعافي المريض)، هدفت الدراسة للتعرف على دور الخدمات الاجتماعية التي تقدمها مهنة الخدمة الاجتماعية داخل المستشفى ومساهمتها في سرعة تعافي المرضى بالمستشفيات النفسية الحكومية بولاية الخرطوم. ويمثل مجتمع الدراسة المستفيدين من الخدمات داخل المستشفى وهم المرضى الذين يتلقون هذه الخدمات عن طريق الأخصائي الاجتماعي، باستخدام المنهج الوصفي وبأداة

الاستبيان التي طبقت على عينة عشوائية قوامها (١٨٠) مريض، أسفرت النتائج تأكيد (٩٠ %) من عينة الدراسة ان الخدمات الاجتماعية ذات اهمية عالية، وتساهم في نجاح خطة العلاج؛ مما يؤثر إيجاباً على استجابة المرضى للعلاج. كما أكد (٨٧%) منهم على أن الخدمات تشعرهم بالراحة التامة والاستقرار وخاصة عند خروجهم من المستشفى، وتعمل على إعادة دمجهم في المجتمع. وتدعم نتيجة تلك الدراسة تساؤلات البحث الحالي؛ بأهمية الأنشطة لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لفئة المرضى.

دراسة (القفاري، ٢٠٢٠):

كانت بعنوان:(فاعلية الاقتصاد النفسي): هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج سلوكي معرفي إرشادي في تعزيز الأمن النفسي لدى عينة من زوار المركز النفسي، واستخدمت المنهج التجريبي من خلال تصميم المجموعتين المتكافئتين (الضابطة والتجريبية) بالاختبارين القبلي والبعدي. ولإجراء الدراسة استخدمت الباحثة مقياس الأمن النفسي لماسلو وإعادة تعديله وتقنينه وتطبيقه على البيئة السعودية، وكذلك المقابلة التشخيصية المستهدفة. وبرنامج معرفي سلوكي تأشيري من إعداد الباحثة. وطبقت البحث على عينة قوامها (٢٤) زائرة للعيادة النفسية بمجمع الأمير محمد بن سعود الطبي بالرياض، فكانت أهم النتائج: زيادة الأنشطة الإيجابية للأمن النفسي. محاولة تخليصهم من الشعور بالوحدة النفسية وآثارها على الحياة النفسية والعائلية، ودعم مفاهيم الأمن النفسي كبديل لها. وأهمية تدريبهم على خطوات حل المشكلات، ومناقشة فكرة السعي إلى الكمال والتميز في جميع مجالات الحياة معهم. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع هدف البحث الحالي في طرق تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء المنشآت الصحية بعدة أساليب، منها: زيادة الأنشطة الإيجابية التي قد تتمثل بأنشطة برامج الابتكار الاجتماعي.

التعليق على الدراسات السابقة:

وكنتيجة لما سبق توصل الباحث من خلال استطلاع مختلف الدراسات السابقة إلى أنه لا توجد دراسة تشبه الدراسة الحالية في توجهها للتعرف على دور الابتكار الاجتماعي في تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية.

وقد استفاد الباحث من مراجعة تلك الدراسات كما يلي:

- التعرف على بعض المفاهيم العلمية حول قيم الابتكار الاجتماعي ودورة في عدة مجالات.
- التعرف على منهجية الدراسات في تناول المعلومات والمتغيرات وبناء الإطار النظري.
- التعرف على بعض المقاييس المتعلقة بدور الابتكار الاجتماعي في تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية.

الفروض:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في جهودهم لتنفيذ برامج بالابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في تحديد الاحتياجات اللازمة لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

٣- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي حول المعوقات التي تواجه تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

٤- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في جهودهم لتنفيذ برامج بالابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية: (النوع -السن - الحالة الوظيفية - المؤهل العلمي - عدد سنوات الخبرة - الدورة التدريبية).

٥- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في تحديد الاحتياجات اللازمة لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية: (النوع -السن - الحالة الوظيفية - المؤهل العلمي - عدد سنوات الخبرة - الدورة التدريبية).

٦- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي حول المعوقات التي تواجه تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية: (النوع - السن - الحالة الوظيفية - المؤهل العلمي - عدد سنوات الخبرة - الدورة التدريبية).

إجراءات البحث:

أولًا: منهج البحث: يتبع البحث المنهج الوصفي في وصف وتحليل النتائج، لأنه المنهج يهتم بوصف الظاهرة التي يراد دراستها وجمع الحقائق والمعلومات عنها (عبيد. ٢٠٠٣. ص١٨).

ثانيًا: مجتمع البحث: مجتمع البحث/ تحدد مجتمع البحث الحالي بفريق الممارس الصحي الذي يشمل الاستشاريين النفسيين، والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي، والمرشد الديني، والمرشد المعافى، والممرضين بمجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض. بمنطقة الرياض بالمملكة العربية السعودية بعام ٢٠٢١ م البالغ عددهم (١٣٠) ممارساً صحيًّا.

ثالثًا: عينة البحث: تم تطبيق الاستبيان الإلكتروني على عينة عشوائية من العاملين في فريق الممارس الصحي وعددهم (١٠١) ممارس بمجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض. وذلك نظراً لوجود بعض أعضاء فريق الممارس الصحي في إجازة والانتداب خارج المجمع، وبالإضافة إلى حذف المفردات التي تم عليها قياس معامل الصدق والثبات النتائج الخاصة بوصف خصائص عينة الدراسة:

جدول رقم (١) يوضح توزيع العينة وفقا للنوع ن =١٠١

المتغيرات	ك	%
ذكر	58	%57.43
أنثى	43	%42.57
المجموع	101	%100

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن: عينة الدراسة في فريق الممارس الصحي تتوزع إحصائيا من حيث النوع كما يلي: تفوق نسبة الذكور حيث بلغت (٥٧,٤%) بينما نسبة الإناث (٤٢,٥%)؛ وقد يرجع ذلك إلى أن بداية التعيين عند إنشاء مجمع الإرادة والصحة النفسية في عام ١٤٢٢هـ كان قاصراً على الذكور، ولكن بمرور الوقت تم إدخال العنصر النسائي في العمل داخل المجمع.

جدول رقم (٢) يوضح توزيع العينة وفقا السن ن =١٠١

المتغيرات	ك	%
أقل من ٢٥	5	%4.95
٢٥ - ٣٤	12	%11.88
٣٥-٤٤	36	%35.64
٤٥-٥٤	38	%37.62
٥٥ فأكثر	10	%9.90
المجموع	101	%100

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن نسبة من يزيد عمرهم عن ٤٥ سنة من عينة مجتمع البحث تأتي في المقدمة، حيث بلغت (٣٧,٦%)، يليها نسبة من (٣٥-٤٤) بنسبة (٣٥,٦%) وجاءت في المرتبة الثالثة بنسبة (١١,٨%) ممن هم في المرحلة السنية من (٢٥-٣٤)، وفي المرتبة الأخيرة جاء من هم أقل من ٢٥ سنة بنسبة (٤,٩%)، وتعكس هذه البيانات أن معظم أفراد العينة لديهم رصيد من الخبرات والمهارات مما يتيح لهم فهم وتقدير حالات النزلاء، وإدراك احتياجاتهم حتى يمكن تحقيق رضاهم، إلى جانب إمكانية تلبية احتياجاتهم في إطار الإمكانات الموجودة في بيئة العمل داخل المجمع، وبما ينعكس على تقديم خدمات ذات جودة عالية، بالإضافة إلى مرور (٢٢) عاماً على إنشاء مجمع الإرادة استمرار معظم العاملين في العمل؛ قد يرجع ذلك نتيجة لأن بيئة العمل تعد بيئة مميزة تسعى دائماً للاحتفاظ بالعاملين لديها ذوات الكفاءات العالية والخبرات الطويلة.

جدول رقم (٣)

يوضح توزيع العينة وفقًا للمجال الوظيفي ن =١٠١

المتغيرات	ك	%
ممرض	16	%15.84
أخصائي نفسي	31	%30.69
أخصائي اجتماعي	29	%28.71
إداري	2	%1.98
استشاري نفسي	10	%9.90
مرشد ديني	8	%7.92
مرشد متعافي	5	%4.95
المجموع	101	%100

يتضح من بيانات الجدول السابق توزيع المجالات الوظيفية لأفراد عينة البحث؛ حيث نجد أن النسبة الأكبر كانت لفئة الأخصائي النفسي (٣٠,٦٩%) ومن ثم الأخصائي الاجتماعي (٢٨,٧١%) ومن ثم الكادر التمريضي (١٥,٨٤%)، ومن ثم الاستشاري النفسي (٩,٩٠%)؛ وقد يفسر ذلك بأن مجمع الإرادة والصحة النفسية يقدم معظم خدماته للمرضى النفسيين، وكذلك مرضى الإدمان، وعليه فإن نزلاء المجمع في حاجة ماسة إلى الخدمات المتنوعة التي يقدمها الأخصائيون النفسيون والأخصائيون الاجتماعيون، منها: التأهيلية والتوعوية والإرشادية للنزلاء، وذلك ضمن فريق الممارس الصحي، بالإضافة إلى الخدمات التمريضية من حيث تقديم العلاج والإسعاف للنزلاء، وقد مثلت (٦٩,٣٠%) من مفردات العينة، ويشارك في فريق الممارس الصحي عادة طبيب أو أكثر للمتابعة الصحية والطبية للنزلاء. وتتكامل الخدمات الطبية والعلاجية والتأهيلية والإرشادية المقدمة للنزلاء من قبل الأدوار المنوط بها أعضاء الفريق، ويتولى الإداريون التنسيق بين أعضاء الفريق من حيث الجوانب الإدارية الخاصة بالنزلاء، ووفقًا لما يسند لهم من مهام.

جدول رقم (٤) يوضح توزيع العينة وفقًا للمؤهل العلمي ن =١٠١

المتغيرات	ك	%
دبلوم إداري	1	0.99%
دبلوم صحي	3	2.97%
بكالوريوس	70	69.31%
ماجستير	17	16.83%
دكتوراه وما فوق	10	9.90%
المجموع	101	%100

يتضح من الجدول السابق المؤهل العلمي لأفراد عينة البحث، حيث إن النسبة الأكبر (69.3%) كانت لفئة الحاصلين علي التعليم الجامعي (البكالوريوس) و(٢٦,٧%) للحاصلين علي درجة الماجستير والدكتوراه، وتشير تلك النتائج إلى أن أغلبية مفردات العينة يتوافر لديهم قدر من الأطر المعرفية والقيمية والمهارية للعمل في مجال الإدمان، وقد يرجع ذلك إلى حساسية أدوارهم مع الحالات بالمجمع؛ حيث إنه بعد الانتهاء من عرض الحالة على الطبيب المختص (وهم أقل نسبة) وتحديد بروتكول العلاج الطبي، ثم تحول الحالة إلى الأخصائيين (النفسي والاجتماعي) ليبدأ العمل المهني والتأهيلي والإرشادي، بتصميم برنامج مفصل يختص بتلك الحالة وفقا لظروفها، ويحدد البرنامج مراحل التطبيق والتنفيذ والمتابعة الشاملة للحالة، وكذلك وتسجيل التغييرات التي تطرأ علي الحالة خلال فترة تلقي العلاج، بالإضافة إلى أن نتيجة التوسع في المنشأة وزيادة السعة السريرية، وفتح عيادات جديدة داخل المجمع؛ ترتب علي ذلك فتح باب التعيينات لحملة المؤهلات الجامعية.

جدول رقم (٥)

يوضح توزيع العينة وفقًا لمستوى الخبرة بالعمل ن =١٠١

المتغيرات	ك	%
أربع سنوات فأقل	9	8.91%
من خمس إلى أقل من عشر سنوات	43	42.57%
عشر سنوات فأكثر	49	48.51%
المجموع	101	%100

أظهرت بيانات الجدول السابق مستويات الخبرة لأفراد عينة البحث، حيث إن ما يقرب من نصف العينة لديهم خبرة أكثر من عشر سنوات و(٤٢,٥%) لديهم خبرة من (خمس إلى أقل من عشر سنوات) قد يعود ذلك إلى حرص إدارة المجمع على الإبقاء على أصحاب الكفاءات العالية والخبرات الطويلة من الموظفين لديها.

جدول رقم (٦)

يوضح توزيع العينة وفقًا لتلقي دورات تدريبية في مجال الابتكار الاجتماعي ن =١٠١

المتغيرات	ك	%
نعم	9	%8.91
لا	92	%91.09
المجموع	101	%100

كشفت البيانات الواردة في الجدول السابق أن أغلبية عينة البحث (٩١%) لم تتلق دورات بمجال الابتكار الاجتماعي، وقد يعود ذلك لأن اختيار الدورات التطويرية يكون من قبل الموظف، وكذلك لحداثة مجال الابتكار الاجتماعي.

حدود البحث:

١- **الحدود المكانية:** طبق البحث في: مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

٢- **الحدود الزمانية:** خلال شهر نوفمبر ٢٠٢١م.

٣- **الحدود البشرية:** فريق الممارس الصحي بمجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

أداة البحث:

١- بناء أداة البحث: وهي الاستبيان الموجه لفريق الممارس الصحي بمجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض، بأسئلة مغلقة وفق محاور البحث (٤ محاور) في التساؤلات للإجابة عليها من قبل المبحوثين.

تتكون أداة الاستبيان من (٣٧ عبارة) بحيث يتطلب من عينة البحث الإجابة على الاستبيان كاملًا، يتبع الاستبيان في بنائه في الأوزان المرجحة تدرج ليكرت ثلاثي، حيث يتدرج من (موافق)، (إلى حد ما)، (غير موافق) بوضع إشارة أمام هذه التغيرات الثلاث درجات هي (١، ٢، ٣) على الترتيب، وذلك عندما يكون اتجاه

العبارات إيجابياً، بينما تكون هذه التقديرات في اتجاه عكسي (٣، ٢، ١) عندما يكون في اتجاه سلبيٍّ.

يتكون الاستبيان من جزأين هما:

أولا: البيانات الديموجرافية:

وهي البيانات الأولية، وتتكون من (٦) أسئلة، وهي كالتالي:

الجنس – العمر – المجال الوظيفي – المؤهل العلمي – مستوى الخبرة بالعمل – الدورات التدريبية بمجال الابتكار الاجتماعي.

١- **وتم تقسيم عبارات الاستبيان وفقًا للمحاور التالية:**

- مساعي فريق الممارس الصحي في تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.
- الاحتياجات اللازمة فريق الممارس الصحي لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.
- المعوقات التي تواجه فريق الممارس الصحي عند تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.
- مقترحات فريق الممارس الصحي لتنفيذ الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

إجراءات الصدق والثبات:

أ- صدق المحكمين[١]:

تم عرض عبارات أداة الدراسة على عدد من المحكمين، (١٠) الأكاديميين في جامعتي الملك عبد العزيز وجدة، وترتب على صدق المحكمين، حذف وتعديل

[١] تقديم خالص الشكر والتقدير للمحكمين والذي بلغ عددهم (١٠) محكمين.

صياغة بعض البنود نحو مزيد من التبسيط. ولكن نظراً لأن صدق المحكمين صدق ظاهري، فقد قامت الباحثة بحساب صدق الأداة بطريقة أخرى.

ب- صدق الاتساق الداخلي:

تم تطبيق الأداة في صورتها المبدئية (٣٧ عبارة) على عينة قوامهـــا (١٠) مفردات، وحُسِبَ معامل الارتباط لبيرسون بين كل عبارة والدرجة الكلية، واعتماداً على هذا الإجراء، تم حذف (٨) عبارات من الصورة المبدئية، فأصبح عدد عبارات الاستبيان (٢٩) عبارة في صورته قبل النهائية. ويوضح الجدول رقم (1) معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٧)

يوضح معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (ن=١٠)

رقم العبارة	قيمة ارتباط بيرسون	رقم العبارة	قيمة ارتباط بيرسون	رقم العبارة	قيمة ارتباط بيرسون	رقم العبارة	قيمة ارتباط بيرسون
البعد الأول		البعد الثاني		البعد الثالث		البعد الرابع	
1	.746**	1	.931**	1	.895**	1	.953**
2	.891**	2	.927**	2	.911**	2	.938**
3	.888**	3	.730**	3	.947**	3	.913**
4	.920**	4	.917**	4	.972**	4	.922**
5	.887**	5	.896**	5	.916**	5	.937**
6	.760**	6	.978**	6	.940**	6	.954**
7	.808**	7	.978**	7	.973**	7	.941**
		8	.989**	8	.981**	8	.945**
		9	.976**	9	.959**	9	.959**
		10	.978**	10	.973**	10	.949**

*** عند مستوى معنوية ٠,٠٥**

**** عند مستوى معنوية٠,٠١**

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين قد تراوحت بين (٠,٧٤٦-٠,٩٨٩)، وجميعها دال إحصائياً، وهذا يدل على أن الأداة تتسم بمستوى صدق جيد، أي أنها تقيس ما وضع لقياسه.

الثبات:

تم التحقق من ثبات الأداة من خلال معامل ألفا كرونباخ؛ حيث تم حساب الثبات لأبعاد الأداة، كما موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (٨)
يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ

م	الأبعاد	ألفا كرونباخ
1	البعد الأول	0.94
2	البعد الثاني	0.91
3	البعد الثالث	0.95
4	البعد الرابع	0.95

يتضح من الجدول رقم (٢) أن: قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ قد تراوحت ما بين (٠,٩٤- ٠,٩٥)، وقد بلغت قيمة ألفا الكلية (0.94) وهي معاملات ثبات عالية، تدل على صلاحية الأداة للتطبيق.

ومن ناحية أخرى ولضمان صلاحية الاستبيان للتطبيق: تم إعادة الاختبار بفاصل زمني مقداره أسبوعان على نفس العينة للتحقق من ثبات الاستبيان، وجاءت قيمة ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والثاني (٠,٩٠) وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥) فأقل، مما يؤكد أن نتائج الأداة مستقرة وثابتة، ومن ثم الطمأنينة لصلاحية الاستبيان للتطبيق.

أساليب المعالجة الإحصائية:

للإجابة عن فروض البحث والتحقق من مؤشرات الصدق والثبات لها استخدم الباحث أساليب المعالجة الإحصائية التالية باستخدام برنامج (SPSS):

١- التكرارات والنسب المئوية.

٢- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

٣- معامل ارتباط بيرسون لحساب الصدق والثبات، وكذلك حساب العلاقة الارتباطية للأبعاد مع متغيري (السن – عدد سنوات الخبرة).

٤- معامل الثبات ألفا كرونباخ لحساب ثبات الاستبيان.

٥- معامل (كرايمر – جاما – كا^{٢}) حساب العلاقة الارتباطية للأبعاد مع المتغيرات الديموغرافية.

٦- اختبار "ت" لعينة واحدة One-Sample Test.

نتائج الدراسة وتفسيرها:

فيما يتصل بنتائج الدراسة الميدانية حول التساؤل الثاني:

- **ما الاحتياجات اللازمة فريق الممارس الصحي لاستخدام الابتكار الاجتماعي في تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإدارة والصحة النفسية بالرياض؟**

جدول (١٠)

يوضح الاحتياجات اللازمة لفريق الممارس الصحي لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء

م	العبارات	موافق		إلى حد ما		غير موافق		مجموع الأوزان	الوسط المرجح	الانحراف المعياري	الترتيب
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	توفير مناخ عمل جيد يسمح بتطبيق برامج الابتكار الاجتماعي.	101	100.0	0	0.00	0	0.00	303	3.00	0.00	١
٢	تكوين فريق من الخبراء والاستشاريين ببرامج الابتكار الاجتماعي.	95	94.06	6	5.94	0	0.00	297	2.94	0.24	٢
٣	تسهيل حضور فريق الممارس الصحي لملتقيات وندوات الابتكار الاجتماعي.	88	87.13	13	12.87	0	0.00	290	2.87	0.34	٦
٤	عقد دورات تدريبية للكادر الإداري في الابتكار الاجتماعي لتحقيق نموهم مهنيا.	92	91.09	9	8.91	0	0.00	294	2.91	0.29	٣
٥	الاكتفاء بعقد شراكات محددة مع جهات خارجية دون غيرها في برامج الابتكار الاجتماعي.	74	73.27	23	22.77	4	3.96	272	2.69	0.54	٧
٦	توفير داعم استراتيجي مستمر لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي.	92	91.09	9	8.91	0	0.00	294	2.91	0.29	٣
٧	خلق بيئة تمكينية تحفيزية لتطبيق برامج الابتكار الاجتماعي.	91	90.10	9	8.91	1	0.99	292	2.89	0.34	٤
٨	دعم الأبحاث العلمية في برامج الابتكار الاجتماعي لدعم النزلاء نفسيًا واجتماعيًا	88	87.13	13	12.87	0	0.00	290	2.87	0.34	٦
٩	حصر الدورات التدريبية لبرامج الابتكار الاجتماعي على القيادات الإدارية فقط.	48	47.52	21	20.79	32	31.68	218	2.16	0.88	٨
١٠	توفير قنوات اتصال مفتوحة بين فريق الممارس الصحي وبين المجتمع المحلي.	89	88.12	12	11.88	0	0.00	291	2.88	0.33	٥
المتوسط الحسابي				2.81		الانحراف المعياري				1.78	

كشفت نتائج الدراسة الميدانية في المحور الثاني المرتبط بالاحتياجات اللازمة لفريق الممارس الصحي لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء، وذلك وفق إفادة عينة البحث بأكملها: أن من أهم الاحتياجات **(توفير مناخ عمل جيد يسمح بتطبيق برامج الابتكار الاجتماعي)**؛ لأنه هو المفتاح المهيىء في هذه الحقبة الزمانية وبوضعنا الراهن في المنطقة العربية، فيتم ذلك بتخصيص إدارة في جميع مؤسسات الدول والحكومات تعنى بالابتكار الاجتماعي وتطبيق برامجه بالكفاءة والفاعلية المطلوبة من خلال وضع برامج وطنية موحدة مبنية على دراسات اجتماعية واقتصادية قابلة لتطبيق وتلبي حاجة النزلاء؛ حيث أثبتت نتائج دراسة (Howaldt &Schwarz,2017) أن وضع إدارة الابتكار الجديد (الاجتماعي) في مستوى التطبيق وحيز التنفيذ يدل على المهارات المستقبلية للإدارة الجيدة. واتفقت معها دراسة (بلسم، ٢٠٠٢)، كما أشارت نتائج دراسة (بدوي، وآخرون ٢٠٢٠.) أنه في داخل المصحات النفسية، مثل: مجمع الإرادة وجود دعم داخلي أو خارجي يتلاءم مع النزلاء، ويساعد كثيراً في التغلب على المشكلات النفسية للنزلاء، ويساعدهم على الاندماج بالمجتمع بشكل أفضل. ومن ضمن الاحتياجات التي أشارت لها مفردات عينة الدراسة لضمان النجاح في تطبيق برامج الابتكار الاجتماعي **(خلق بيئة تمكينية تحفيزية لتطبيق برامج الابتكار الاجتماعي)** بوسط مرجح (٢,٨٩) مما يساعد على إنجاز المهام، بما ينعكس على توفير المناخ الاجتماعي الإيجابي الذي يسمح بحرية التفاعل الاجتماعي وتدعيم نسق الاتصالات بما يساعد فريق الممارس الصحي على توفير جميع احتياجات ومتطلبات النزلاء بأسلوب ابتكاري يساهم في تنفيذ البرامج العلاجية والتأهيلية والإرشادية بالكفاءة المطلوبة.

ومن المتطلبات المهمة **(تكوين فريق من الخبراء والاستشاريين ببرامج الابتكار الاجتماعي)** لإدارة وحدة الابتكار الاجتماعي وفق خبرات عالية وتعمل على

(توفير داعم استراتيجي مستمر لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي) بوسط مرجح (٢,٩١)، وذلك لأن من فوائد الابتكار الاجتماعي وفقًا لما توصلت له نتائج دراسة (Figueiró & Bittencourt & Schutel,2017) إتاحة الفرص للجهات الفاعلة بالمجتمع المشاركة والتعاون لخدمة النزلاء لتعزيز قدرة المجتمع على التصرف بعمل علاقات جديدة وتطوير الأصول والقدرات و/ أو تحسين استخدام الأصول والموارد المتاحة، واستقطاب داعمين وخبراء أكاديميين وباحثين للقيام بدعم برامج الابتكار الاجتماعي بالأبحاث العلمية، ومن ضمن مهام الإدارة وبالاستعانة بخبراتها من خلال المستشارين والقائمين عليها حصر الشركات من الجهات الخارجية المتميزة لعمل عقود حصرية معها تقدم خدماتها بشكل خاص للمجمع؛ لأن ذلك قد يساهم بتقديم خدمات أفضل؛ لأن زيادة الأنشطة الإيجابية بالنوع والابتكار بالبرامج المناسبة للنزلاء. وتلي ذلك في ذات السياق **(توفير قنوات اتصال مفتوحة بين فريق الممارس الصحي وبين المجتمع المحلي)** بوسط مرجح (٢,٨٨). يتحقق ذلك باعتماد إدارة مستقلة تعمل أيضاً على توفير قنوات اتصال مفتوحة بين فريق الممارس الصحي وبين المجتمع المحلي، وكشفت عينة الدراسة أن من الاحتياجات الضرورية **(عقد دورات تدريبية لفريق الممارس الصحي لتحقيق نموهم مهنيًّا)** بوسط مرجح (2.91)، وهذا يؤكد ما ورد في الجدول رقم ٨ الذي يشير إلى أن (٩١%) لم يحصلوا على أية دورات تدريبية في مجال الابتكار الاجتماعي، وأنه يجب **(حصر الدورات التدريبية لبرامج الابتكار الاجتماعي على القيادات الإدارية فقط)** بوسط مرجح (٢,١٦) قد يكون ذلك لحداثة مجال الابتكار الاجتماعي، ومع مساعي تحقيقه ضمن الاحتياجات من خلال إدارة مستقلة قد يتطلب ذلك بشكل مبدئي مقتصر على القيادات الإدارية لحين التمكن ثم تتاح للجميع بالمجمع .

- **فيما يتصل بنتائج الدراسة الميدانية حول التساؤل الثالث:**

ما المعوقات التي تواجه فريق الممارس الصحي في استخدام الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإدارة والصحة النفسية بالرياض؟

جدول (١١)
يوضح المعوقات التي تواجه فريق الممارس الصحي عند تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.

م	العبارات	موافق		إلى حد ما		غير موافق		مجموع الأوزان	الوسط المرجح	الانحراف المعياري	الترتيب
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	رفض الجهات الخارجية المشاركة بمبادرات للابتكار الاجتماعي.	8	7.92	21	20.79	72	71.29	266	2.63	0.63	٣
٢	تبني المبرّرات المقرّرة لتمويل برامج الابتكار الاجتماعي.	9	8.91	38	37.62	54	53.47	247	2.45	0.66	٥
٣	تقاعس فريق الممارس الصحي في تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي.	6	5.94	43	42.57	52	51.49	248	2.46	0.61	٤
٤	مقاومة الحكومات والمنظمات لتعاون والدعم لمبادرات الابتكار الاجتماعي.	4	3.96	21	20.79	76	75.25	274	2.71	0.54	١
٥	ضعف امكانيات الجهات الخارجية الداعمة لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي.	10	9.90	43	42.57	48	47.52	240	2.38	0.66	٧
٦	عزوف النزلاء عن المشاركة بأنشطة برامج الابتكار الاجتماعي.	4	3.96	28	27.72	69	68.32	267	2.64	0.56	٢
٧	ضعف محتوى برامج الابتكار الاجتماعي المقدمة من الجهات الداعمة.	7	6.93	53	52.48	41	40.59	236	2.34	0.60	٨
٨	اختلاف وجهات النظر بين أعضاء فريق الممارس الصحي عند تطبيق برامج الابتكار الاجتماعي.	12	11.88	49	48.51	40	39.60	230	2.28	0.67	٩
٩	التغيير المتكرر لرئيس اللجنة المكلفة بتطبيق برامج الابتكار الاجتماعي.	3	2.97	51	50.50	47	46.53	246	2.44	0.56	٦
١٠	نمطية أنشطة برامج الابتكار الاجتماعي وعدم جاذبيتها للنزلاء.	22	21.78	46	45.54	33	32.67	213	2.11	0.73	١٠
	المتوسط الحسابي			2.44		الانحراف المعياري				4.54	

أسفرت نتائج الدراسة الميدانية في الجدول السابق عن: أن من أهم المعوقات التي تواجه فريق الممارس الصحي عند تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء، تمثلت في المرتبة الأولى بإجماع عينة الدراسة **(مقاومة الحكومات والمنظمات للتعاون والدعم لمبادرات الابتكار الاجتماعي)** قد يكون لتلك البرامج توجهات لا تتفق مع سياسات الحكومات أو تمس الشعائر الدينية أو القيم والمعايير الاجتماعية، أو تكون البرامج غير المكتملة في التصميم والتخطيط لها، حيث إن الابتكار الاجتماعي الذي يتم السعي له يمثل "الأنشطة والخدمات المبتكرة التي يحفزها هدف تلبية الحاجة الاجتماعية والتي يتم تطويرها ونشرها في الغالب من خلال المنظمات التي تكون أغراضها الأساسية اجتماعية". (Mulgan & Tucker & Ali & Sanders, 2007)، وتلي ذلك في المرتبة الثانية **(عزوف النزلاء عن المشاركة بأنشطة برامج الابتكار الاجتماعي)** بوسط مرجح (٢,٦٤) قد يعود ذلك للتكرار والنمطية في الأنشطة المطروحة وعدم التدريب الكافي لفريق الممارس الصحي عليها؛ لذا يجب مواكبة رغبات واحتياجات النزلاء والتجديد والتغيير بما يشبع رغبات وميول النزلاء؛ لأن زيادة الأنشطة الإيجابية التي تتمثل بفعاليات برامج الابتكار الاجتماعي تساهم كما أشارت دراسة (القفاري ٢٠٢٠.) بتحقيق المساندة والتأييد والدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء. ويتواكب مع ذلك تأييد بعض مفردات عينة الدراسة في **(ضعف محتوى برامج الابتكار الاجتماعي المقدمة من الجهات الداعمة)** بوسط مرجح (٢,٣٤). وأيضاً **(نمطية أنشطة برامج الابتكار الاجتماعي وعدم جاذبيتها للنزلاء)** وكذلك قد يكون السبب في ذلك متوافقًا مع شكوى النزلاء من عدم تحديث بياناتهم، وعدم تلبية احتياجاتهم وفقًا لميولهم ورغباتهم التي هي الأساس التي تبنى عليه أنشطة برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم

النفسي الاجتماعي لهم؛ لأن الدعم النفسي الاجتماعي كما أشار عسكر (٢٠٠٣) يعمل داخل المنظمة في اتجاهين كلاهما لصالح الطرفين: الفرد والمنظمة أي النزلاء وإدارة المجمع.

ومن المعوقات التي احتلت المرتبة الثالثة بوسط مرجح (٢,٦٣) **(رفض الجهات الخارجية المشاركة بمبادرات للابتكار الاجتماعي)** قد يرجع ذلك لعدم معرفة تلك الجهات الخارجية بمدى أهمية تلك المبادرات ومدى تأثيرها الإيجابي في نجاح البرامج العلاجية المقدمة للنزلاء، ومدى احتياج نزلاء المجمع لها ــ وعليها يجب على الإدارة الناجزة في المجمع أن تحاول جذب تلك الجهات الخارجية وإقناعهم بالمشاركة معها لصالح نزلاء المجمع، وتقديم الدعوات والزيارات التعريفية، وعرض برامج الابتكار المعبرة عن حاجة النزلاء في صور برامج وعروض فنية مدروسة وتطلب دعماً لها.

وتلي ذلك في المرتبة الرابعة **(تقاعس فريق الممارس الصحي في تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي)** بوسط مرجح (٢,٤٦) قد يعود ذلك لعدم وجود خطة تنفيذية واضحة؛ لأن الابتكار الاجتماعي حتى يتحقق بفعالية لابد أن يبدأ بالاعتقاد بأن الأفراد وهم أعضاء فريق الممارس الصحي يجب أن يكونوا متحمسين لأداء أعمالهم، ويعرفون بشكل أفضل كيفية معالجة المشاكل التي قد يواجهونها مع النزلاء.

في المرتبة الخامسة بوسط مرجح (٢,٤٥) جاءت **(تدني الميزانيات المقررة لتمويل برامج الابتكار الاجتماعي)** قد يعود ذلك لضعف تقدير الاحتياجات الفعلية للنزلاء، وضعف الخطط التسويقية لاستقطاب الداعمين لبرامج الابتكار الاجتماعي،

وضعف قياس الأثر الاجتماعي الناتج عن تطبيق التجارب الناجحة والمحفزة للجهات الأخرى؛ لأن الابتكار الاجتماعي كما أشارت نتائج دراسة (Schutel, 2017 & Figueiró & Bittencourt) بمثابة الفرص التي يجب استغلالها من الجهات الفاعلة عن طريق مشاركتهم وخلق الفوائد المترتبة عليها، فلابد أن تعرض احتياجات المجمع في صور برامج للابتكار الاجتماعي بطريقة مدروسة ومحفزة للداعمين للحصول على دعم مناسب لتلك الاحتياجات، وفي الترتيب السادس اتضح أن: **(التغيير المتكرر لرئيس اللجنة المكلفة بتطبيق برامج الابتكار الاجتماعي)** بوسط مرجح (٢,٤٤) يشكل عائقًا كبيراً في تحقيق برامج الابتكار الاجتماعي لأهدافها، قد يعود ذلك لعدم التمكن بمهام العمل (ضعف الخبرة)، وعدم التجانس مع فريق العمل، وعدم ملائمة المهام للقدرات الشخصية للرئيس المكلف، فالابتكار الاجتماعي يتطلب قائداً متمكناً، فغياب ذلك يحقق معوقات أخرى منها: ضعف إمكانيات الجهات الخارجية الداعمة لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي قد يقع ذلك لقلة الخبرة بالجهات المناسبة ذات دعم متناسب مع الاحتياجات، وضعف محتوى برامج الابتكار الاجتماعي المقدمة من الجهات الداعمة نتيجة لضعف تقدير الاحتياجات، وعدم عرضها بطرق فنية مدروسة محفزة للاستقطاب الداعمين، ويتواكب مع ذلك: **(اختلاف وجهات النظر بين أعضاء فريق الممارس الصحي عند تطبيق برامج الابتكار الاجتماعي)** قد يكون السبب في ذلك لعدم كفاءة الإدارة المكلفة بتنفيذ البرامج، أو غياب خطة عمل واضحة لأعضاء الفريق وما إلى ذلك.

- **وفيما يتصل بنتائج الدراسة الميدانية حول التساؤل الرابع:**

ما مقترحات فريق الممارس الصحي في استخدام الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإدارة والصحة النفسية بالرياض؟

جدول (١٢)
يوضح مقترحات فريق الممارس الصحي لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء

م	العبارات	موافق		إلى حد ما		غير موافق		مجموع الأوزان	الوسط المرجح	الانحراف المعياري	الترتيب
		ك	%	ك	%	ك	%				
١	التطوير المستمر لخبرات القيادات والعاملين في برامج الابتكار الاجتماعي.	99	98.02	2	1.98	0	0.00	301	2.98	0.14	١
٢	اعتماد إدارات مستقلة للابتكار الاجتماعي داخل المجمع.	88	87.13	10	9.90	3	2.97	287	2.84	0.44	٨
٣	الاستفادة من التجارب الناجحة في تطبيق برامج الابتكار الاجتماعي .	91	90.10	10	9.90	0	0.00	293	2.90	0.30	٣
٤	إعداد أدلة تسويقية لبرامج الابتكار الاجتماعي لدى الجهات الداعمة.	88	87.13	13	12.87	0	0.00	290	2.87	0.34	٧
٥	دعم المنظمات الصحية الحكومية والأهلية لمبادرات الابتكار الاجتماعي.	89	88.12	11	10.89	1	0.99	290	2.87	0.37	٦
٦	إعداد الأبحاث والدراسات عن أهمية الابتكار الاجتماعي والدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.	86	85.15	14	13.86	1	0.99	287	2.84	0.39	٩
٧	عقد الدورات التدريبية لفريق الممارس العام في مجال الابتكار الاجتماعي.	92	91.09	8	7.92	1	0.99	293	2.90	0.33	٢
٨	خلق بيئة تمكينيه معززة لتطبيق برامج الابتكار الاجتماعي.	91	90.10	8	7.92	2	1.98	291	2.88	0.38	٤
٩	تقديم برامج فعالة بالابتكار الاجتماعي لتعزيز الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.	86	85.15	14	13.86	1	0.99	287	2.84	0.39	٩
١٠	مكافأة المتميزين من فريق الممارس الصحي في تفعيل برامج الابتكار الاجتماعي.	90	89.11	9	8.91	2	1.98	290	2.87	0.39	٥
	المتوسط الحسابي			2.88		الانحراف المعياري				1.99	

تبين من نتائج الدراسة الميدانية مجموعة من الآراء والمقترحات لفريق الممارس الصحي للنجاح في تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء. تمثلت وفقًا للترتيب فيما يلي:

١- التطوير المستمر لخبرات القيادات والعاملين في برامج الابتكار الاجتماعي.

٢- عقد الدورات التدريبية لفريق الممارس الصحي في مجال الابتكار الاجتماعي.

٣- الاستفادة من التجارب الناجحة في تطبيق برامج الابتكار الاجتماعي.

٤- خلق بيئة تمكينيه معززة لتطبيق برامج الابتكار الاجتماعي.

٥- مكافأة المتميزين من فريق الممارس الصحي في تفعيل برامج الابتكار الاجتماعي.

٦- دعم المنظمات الصحية الحكومية والأهلية لمبادرات الابتكار الاجتماعي.

٧- إعداد أدلة تسويقية لبرامج الابتكار الاجتماعي لدى الجهات الداعمة.

٨- اعتماد إدارات مستقلة للابتكار الاجتماعي داخل المجمع.

٩- تقديم برامج فعالة بالابتكار الاجتماعي لتعزيز الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.

لا بد من السعي بالأخذ بهذه المقترحات التي صاغها فريق الممارس الصحي للاحتياجات والمعوقات التي تجابههم عند تطبيق برامج الابتكار الاجتماعي. فتلك المعوقات كما أوضح (العنزي. ٢٠١٥. ص ٢) تحد من فاعلية الجهود العلاجية للمرضى النفسيين من وجهة نظر الفريق الطبي المعالج، بالتالي تؤثر على تحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء؛ أي إنه من المهم تهيئة بيئة تسهم في تحقيق الابتكار الاجتماعي، وذلك حتى يمكن دعم الأفكار الجديدة والجريئة التي تطور من أساليب العمل داخل المجمع، وتؤدي إلى تقديم خدمات ذات جودة عالية، وهذا يعكس أهمية الالتزام بقيم ومبادئ التشاور لدعم وتكامل عمل فريق الممارس الصحي،

وتوسيع فرص الحوار ومجالات المنافسة لتبادل الآراء والأفكار بما ينعكس بالإيجابية على الصحة النفسية للنزلاء، ويتفق ذلك مع ما أشار إليه (مراد، ٢٠١٥) أنه قد يكون بشكل رسمي متخصص من قبل أخصائيين ومرشدين نفسيين أو اجتماعيين مهيئين لمساعدة الناس في الأزمات وحل المشكلات داخل المجمع، أو عن طريق برامج الابتكار الاجتماعي من خلال المنصات أو مؤسسات حكومية متخصصة، أو من قبل جمعيات أهلية متطوعة تقدم خبراتها، أما غير الرسمي: فمساعدة يحصل عليها النزلاء من الأهل والأصدقاء والزملاء والجيران والأسرة، ويكون في صورة زيارات واتصالات وتجمعات المناسبات والأعياد ومساعدات مالية في الأزمات.

ثالثا: النتائج الخاصة باختبار فروض الدراسة ومناقشتها:

١- اختبار الفرض الأول توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في جهودهم لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.

جدول (١٣)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في جهودهم لتنفيذ برامج بالابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء

المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة "ت"	الدلالة
20.38	.937	100	187.28	.000

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في جهودهم لتنفيذ برامج بالابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي

الاجتماعي للنزلاء، ويُلاحظ من نتائج اختبار "ت" وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط استجابات أفراد العينة؛ حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي للمحور الأول (٢٠,٣٨)، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (١٨٧,٢٨) وهي قيمة أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية (١٠٠) ومستوى دلالة (0.01)؛ مما يؤكد صحة الفرض الأول.

- وجود الفروق بين آراء العينة قد يرجع لعدة عوامل منها: اختلاف النوع، والسن، والمستوى التعليمي والخبرة؛ فكلما زادت تلك العوامل تختلف أكثر تلك الجهود، فينظر لها كمعايير تمزج فيها واقع خبرة وممارسة العمل وفي إطار الرؤية وأهداف المجمع يتحقق من خلالها تقييم لتلك المعايير المراد تحقيقها لتنفيذ الابتكار الاجتماعي، كذلك عامل المجال الوظيفي فالأطباء وهم الاستشاريون النفسيون تختلف نظرتهم لتلك الجهود عن الأخصائيين (النفسي والاجتماعي) فالأطباء قد ينظرون لبرامج الابتكار الاجتماعي على أنها تخدم الجانب العلاجي، بينما قد ينظر لها الأخصائيون على أنها خدمات وبرامج تأهيلية وتثقيفية وذاتية وإرشادية، أي تخدم المريض من جانب المهارات والميول والرغبات، بينما الممرض ينظر لها كخدمات تخدم النزلاء بمجال الخدمات الإسعافية، وتقديم الدواء في الأوقات المحددة له . كذلك توجد فروق وفق تلقي الدورات التدريبية فمن سبق له تلقي دورات تدريبية خاصة بالابتكار الاجتماعي قد يكون لديه إلمام أكثر بتلك الجهود.

الفرض الثاني:

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في تحديد الاحتياجات اللازمة لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.

جدول (١٤)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في تحديد الاحتياجات اللازمة لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.

المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة "ت"	الدلالة
٢٨,١٢	١,٧٧	100	١٤٣,٢٩	.000

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في تحديد الاحتياجات اللازمة لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.

ويلاحظ من نتائج اختبار "ت" وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط استجابات أفراد العينة، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (٢٨,١٢)، كما بلغت قيمة "ت" المحسوبة (١٤٣,٢٩)، وهي قيمة أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية (١٠٠) ومستوى دلالة (0.01)؛ مما يؤكد على صحة الفرض الثاني.

- توجد الفروق بين آراء العينة في تحديد الاحتياجات نظراً لوجود عدة متغيرات مؤثرة، منها: اختلاف النوع؛ فالعنصر النسائي في فريق الممارس الصحي قد يضع في اعتباره تنوع الاحتياجات المرتبط بالابتكار الاجتماعي، وخاصة فيما يقدم للنزيلات من خدمات، وكذلك تصور الدور المتوقع الذي يقوم به كل عضو من أعضاء الفريق وأسلوب وطريقة رؤيته لمتطلبات أدائه لذلك الدور بالشكل الذي يحقق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.

- كما أن هناك فروقًا دالة وخاصة فيما يتعلق بعدم تلقي الدورات التدريبية لأكثر من (٩٠%) من عينة الدراسة في مجال الابتكار الاجتماعي، والأمر الذي يكشف قصوراً واضحاً في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لنسق المستهدف (النزلاء)، ولذلك يجب تركيز الاهتمام بالدورات التدريبية المتقدمة، والتي تحتوي على معارف متنوعة وآليات حديثة ترتبط ببرامج الابتكار الاجتماعي وترفع من كفاءة الأداء المهني والفني لأعضاء الفريق الصحي.

الفرض الثالث:

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي حول المعوقات التي تواجه تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي لنزلاء مجمع الإدارة والصحة النفسية بالرياض.

جدول (١٥)

يوضح دلالة الفروق الإحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي حول المعوقات التي تواجه تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء

المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة "ت"	الدلالة
٢٤,٤٢	٤,٥٤	100	48.65	.000

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي حول المعوقات التي تواجه تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي لتحقيق الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء، ويلاحظ من نتائج اختبار "ت" وجود فروق ذات دلالة

إحصائية بين متوسط استجابات أفراد العينة؛ حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (٢٤,٤٢)، كما بلغت قيمة "ت" المحسوبة (٢٩,٦٢) وهي قيمة أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية (١٠٠) ومستوى دلالة (0.01) مما يؤكد على صحة الفرض الثالث.

- توجد الفروق دالة بين آراء العينة حول المعوقات، ويرجع ذلك لعدة عوامل، منها: اختلاف المجال الوظيفي، فعلي سبيل المثال: نجد أن الممرض في فريق الممارس الصحي يكون أقرب للمريض وأكثر تعاملًا معه عن الأطباء الذي يتحدد دوره مع النزلاء في تشخيص الحالة المرضية وأسلوب وطريقة العلاج ووصف نوعية العلاج، وتتيح برامج الابتكار الاجتماعي للتمريض التوجيه بالإرشادات للتعامل مع النزلاء بطريقة تحترم عاداتهم وتقاليدهم بطريقة جيدة تحمى كرامة المريض طوال فترة تلقى العلاج والرعاية بالمجمع.

- كذلك توجد فروق دالة مع الذين تلقوا الدورات التدريبية في برامج الابتكار الاجتماعي (١٠%) حيث إنه سيكون لديهم المام أكثر بتجاوز العقبات عند تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي للنزلاء.

الفرض الرابع:

٤- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في مساعيهم لتنفيذ برامج بالابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية (النوع – السن – الحالة الوظيفية – المؤهل العلمي– عدد سنوات الخبرة – الدورات التدريبية).

جدول (١٦)

يوضح العلاقة الارتباطية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي حول تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية (ن=١٠١)

م	المتغيرات الديموغرافية	البعد الأول			الدلالة
		المعامل المستخدم	قيمته ودلالته	درجات الحرية	
١	النوع	كا^{٢}	٠,٩١١	٤	غير دال
٢	السن	بيرسون	٠,٩٩٢		غير دال
٣	الحالة الوظيفية	كرايمر	٠,٩٤٩		غير دال
٤	المؤهل العلمي	جاما	٠,٠٠٣ **		دال
٥	عدد سنوات الخبرة	بيرسون	٠,٦٩٠		غير دال
٦	الدورة التدريبية	كا^{٢}	٠,٠٢٧	٤	غير دال
** دال عند مستوى معنوية (٠,٠١) * دال عند مستوى معنوية (٠,٠٥)					

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح ما يلي:

توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًّا بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في مساعيهم لتنفيذ برامج بالابتكار الاجتماعي وبين متغير المؤهل العلمي.

حيث أسفرت النتائج باستخدام معامل ارتباط (جاما) عن وجود علاقة ارتباطية قوية (٠,٠٠٣) دالة عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين الجهود الذي يبذلها فريق الممارس الصحي وبين متغير المؤهل العلمي.

لا توجد علاقة دالة إحصائيًّا بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في جهودهم لتنفيذ برامج بالابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية التالية (النوع – السن – الحالة الوظيفية – عدد سنوات الخبرة – الدورات التدريبية) مما يجعلنا نقبل الفرض الرابع للدراسة بشكل جزئي.

الفرض الخامس:

٥- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في تحديد الاحتياجات اللازمة لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية (النوع – السن – الحالة الوظيفية – المؤهل العلمي – عدد سنوات الخبرة – الدورات التدريبية).

جدول (١٧)

يوضح العلاقة الارتباطية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي حول تحديد الاحتياجات اللازمة لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية (ن=١٠١)

م	المتغيرات الديموغرافية	البعد الثاني			الدلالة
		المعامل المستخدم	قيمته ودلالته	درجات الحرية	
١	النوع	كا^{٢}	*٠,٠٤٠	٧	دال
٢	السن	بيرسون	0.793		غير دال
٣	الحالة الوظيفية	كرايمر	0.946		غير دال
٤	المؤهل العلمي	جاما	٠,٢٠٢		غير دال
٥	عدد سنوات الخبرة	بيرسون	٠,٥٣٨		غير دال
٦	الدورة التدريبية	كا٢	٠,٥٦٨	٧	غير دال
** دال عند مستوى معنوية (٠,٠١) * دال عند مستوى معنوية (٠,٠٥)					

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح ما يلي:

توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في تحديد الاحتياجات اللازمة لتنفيذ برامج بالابتكار الاجتماعي وبين متغير النوع، حيث أسفرت النتائج باستخدام معامل (كا^{٢}) عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بقيمة (٠,٠٤) بدرجات حرية (٧) عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين تحديد الاحتياجات لتنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي وبين متغير النوع.

لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي في تحديد الاحتياجات اللازمة لتنفيذ برامج بالابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية التالية: (السن ــ الحالة الوظيفية– عدد سنوات الخبرة – الدورات التدريبية)؛ مما يجعلنا نقبل الفرض الخامس للدراسة بشكل جزئي.

الفرض السادس:

٦- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي حول المعوقات التي تواجه تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية: (النوع – السن – الحالة الوظيفية – المؤهل العلمي – عدد سنوات الخبرة – الدورات التدريبية).

جدول (١٨)

يوضح العلاقة متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي حول المعوقات التي تواجه تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي وبين المتغيرات الديموغرافية (ن=١٠١)

م	المتغيرات الديموغرافية	البعد الثالث			الدلالة
		المعامل المستخدم	قيمته ودلالته	درجات الحرية	
١	النوع	كا^{٢}	٠,٣٧٩	١٤	غير دال
٢	السن	بيرسون	٠,٧٥٨		غير دال
٣	الحالة الوظيفية	كرايمر	٠,٧٠٠		غير دال
٤	المؤهل العلمي	جاما	٠,٨٨٧		غير دال
٥	عدد سنوات الخبرة	بيرسون	٠,٥٦٦		غير دال
٦	الدورة التدريبية	كا^{٢}	٠,٤٨٥	١٤	غير دال

** دال عند مستوى معنوية (٠,٠١)

* دال عند مستوى معنوية (٠,٠٥)

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح ما يلي:

لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين متوسطات استجابات فريق الممارس الصحي وبين المعوقات التي تواجه تنفيذ برامج بالابتكار الاجتماعي وبين متغيرات الديموغرافية: (النوع – السن – الحالة الوظيفية – عدد سنوات الخبرة – الدورات التدريبية)؛ مما يجعلنا نرفض الفرض الخامس للدراسة كلية.

المقترحات والتوصيات:

استمدت الباحثة توصياتها من الإطار النظري الموجه للدراسة الحالية، ونتائج الدراسات السابقة، وملاحظاتها في مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض ومقابلاتها مع فريق الممارس الصحي وكذلك نتائج الدراسة الميدانية، وجاءت أهم التوصيات كالتالي:

١- إعداد برامج ودورات تدريبية متخصصة في برامج الابتكار الاجتماعي تطبق على جميع أعضاء الفريق الممارس الصحي بشكل دوري؛ لرفع كفاءة فريق الممارس الصحي في دعم نزلاء مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض.

٢- الاستعانة بالخبراء من المتخصصين في الابتكار الاجتماعي؛ لإحداث تثقيف بأهمية الابتكار الاجتماعي في دعم المؤسسات العاملة مجال الصحة النفسية.

٣- إتاحة الفرصة لعقد اجتماعات ولقاءات بين الجهات الداعمة لبرامج الابتكار الاجتماعي وبين القائمين على مجمع الإرادة والصحة النفسية بالرياض؛ لإعطائهم صورة واضحة عن الدور الذي يقدمه المجمع في المجتمع، وتحديد وتوصيف الدور المهني الذي يقوم به كل عضو من أعضاء الفريق الممارس الصحي ومسئولياته الوظيفية التي يقوم بها تجاه نزلاء المجمع.

٤- التوسع في الاستعانة بالوسائل التكنولوجية الحديثة عند تنفيذ برامج الابتكار الاجتماعي؛ لأن ذلك يوفر كثيراً من الوقت والجهد ويقدم بشكل مناسب لظروف نزلاء المجمع.

المراجـــــــع

أولا: المراجع العربية:

١- بدوي الشفيع، الشفيع، علي محمد بخيت، هاجر، عمـر نبـق، فاطمـة (٢٠٢٠). *الخـدمات الاجتماعية المقدمة في مستشفيات الطب النفسي ودورها في سرعة تعافي المـريض. مجلـة العلوم الإنسانية*، المجلد (٢١) العدد (٢) ص ص ١٢٦-١٤٠. تم الاسترجاع من موقع

http://repository.sustech.edu/handle/.:[Adobe Digital Edition version] 123456789/25500
http://www.damascusuniversity.edu.sy/old/education/2001/17-3/yousef.pdf

٢- حجازي، مصطفى. (٢٠١٠). الصحة النفسية. منظور دينامي تكـاملي للنمـو فـي البيـت والمدرسة. الدار البيضاء. المركز الثقافي العربي. المغرب.

٣- حسن، محمود شمال. (٢٠٠٣). سيكولوجية الفرد في المجتمع. دار الآفـاق العربيـة للنشـر والتوزيع. القاهرة. مصر.

٤- خلوفي، سفيان، كمال، شريط (٢٠٢٠). *دور الابتكار الاجتماعي في تعزيز القدرة التنافسـية للمؤسسات الاقتصادية – دراسة على عينة من اطارات المؤسسات الاقتصادية بولاية ميلـه. المجلة العربية لدراسات والأبحاث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، المجلد (١٢). العـدد(٤) ص ص ٣٠١-٣١٥ . تم الاسترجاع من موقع

https://www.asjp.cerist.dz/en/article/131754

٥- الحسيني، زهراء عماد. الأحبابي، شيماء حسين. (٢٠١٩). *الابتكار المجتمعـي ودوره فـي إدماج النوع بقضايا المجتمع*". مجلة كلية التربية للبنات. بغداد. العراق. المجلد ٣٠. العدد ٣. ص ص ٥٢ – ٦٨.

٦- محمد. محمد أحمد حسين (٢٠٢١) *معوقات الابتكار الاجتماعي لـدي العـاملين بالجمعيـات الأهلية*، بحث منشور بمجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية – جامعة الفيوم، العدد ٢٤. ص ص ٣٣٧: ٣٥٨

٧- الرفاعي، ممدوح عبد العزيز (٢٠١٢، يناير). *استراتيجيات الابتكار: طريـق الإدارة نحـو الابتكار الجذري* . [عرض ورقة] المؤتمر العلمي الاول – استراتيجيات الابتكار: دعم وتنمية المشروعات الصغيرة – بكلية التجارة. جامعة عين شمس. القاهرة، مصر.

٨- السرسي، أسماء، عبد المقصود، أسماء. (٢٠٠١). *المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقون وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، مجلة كلية التربية* – جامعة بنها كلية التربية بمصر، المجلد (١٠) العدد (٤٤) ص ص ١٩٦-٢٤٤. تم الاسترجاع من موقع

https://search.mandumah.com/Record/45748

٩- السيد، محمد .(١٩٩٨). *دراسات في الصحة النفسية " المهارات الاجتماعية " – الاستقلال النفسي – الهوية* " الجزء الثاني، القاهرة، مصر، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

١٠- شعبان، مرسيلينا حسن (٢٠١٣). *الدعم النفسي ضرورة مجتمعية*، سلسلة "وفي أنفسكم"، العدد (٥) مؤسسة العلوم النفسية العربية. تم الاسترجاع من موقع:

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_product=94&controller=product&id_lang=3

١١- الشقيرات، محمد عبد الرحمن. (٢٠٠١). *علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسدًيا. مجلة جامعة دمشق*. المجلد (١٧). العدد (٣). ص ص ٥٩-٨٢ . *تم الاسترجاع من موقع: http://www.damascusuniversity.edu.sy/old/education/2001/17-3/yousef.pdf*

١٢- عبد الوهاب، ريم ياسين. (٢٠١٨). *الدعم النفسي في مواجهة الضغوط النفسية لدى الأطفال فاقدي الآباء*. (رسالة ماجستير). جامعة سبها بليبيا. تم الاسترجاع من قاعدة البيانات

http://dspace.sebhau.edu.ly/handle/1/2098?show=full

١٣- عبيد، مصطفى فؤاد. (2003). *مهارات البحث العلمي*، غزة، فلسطين، مكتبة ومطبعة دار المنارة للنشر.

١٤- عسكر، علي. (٢٠٠٣). *ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها* – الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق. عمان. الأردن. دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع.

١٥- العسيري، خالد حسين سعيد. (٢٠١٥). *مقومات الابتكار الاجتماعي كمدخل لتطوير الإدارة الجامعية من وجهة نظر الهيئة الإدارية والأكاديمية في الجامعات السعودية*. (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة أم القرى. السعودية.

١٦- إسماعيل، سماح شحاتة محمد (٢٠١٨). *فاعلية تجربة الرعاية الداعمة النفسية والاجتماعية على جودة الحياة لدى* مرضى *سرطان الثدي*: دراسة تداخلية في المعهد القومي للسرطان. رسالة دكتوراه منشورة. كلية طب. جامعة القاهرة. مصر.

١٧- العنزي، أنور بن شداد (٢٠١٥). *العوامل الاجتماعية والثقافية التي تحد من فاعلية الجهود العلاجية للمرضى النفسيين*. (رسالة ماجستير منشورة) جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. تم الاسترجاع من موقع: http://repository.nauss.edu.sa/123456789/62658

١٨- القفاري، أروى عبد الكريم عبد الرحمن. (٢٠٢٠). *فاعلية الاقتصاد النفسي*. (رسالة ماجستير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. تم الاسترجاع من موقع:

https://repository.nauss.edu.sa/handle/123456789/66890

١٩- كويك، نوتس (٢٠٠٣). *كيف تتغلب على الضغوط النفسية في العمل*؟ دار الفاروق للنشر والتوزيع. القاهرة. مصر. تم الاسترجاع من موقع https://2u.pw/sE19p/

٢٠- مجلة بلسم (٢٠٠٢). غزة. فلسطين، العدد (٣٢٩) صادرة عن جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني. ص٦٣. تم الاسترجاع من موقع

http://213.6.8.28:310/records/1/18707.aspx

٢١- مراد، وحيدة محمد (٢٠١٥). *اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالدعم النفسي*. (رسالة ماجستير منشورة). كلية التربية جامعة دمشق. العراق. تم الاسترجاع من موقع:

https://drive.google.com/file/d/1ZVdbvRdM83sdBTHdyjF5hVtJkkJjDEWe/view

٢٢- هواري، غياث (٢٠١٥). *حديث عن الابتكار الاجتماعي*. سلسلة الابتكار الاجتماعي. العدد (٦). تم الاسترجاع من موقع:https://www.sabr-sp.com/

٢٣- وزارة الصحة. (٢٠٢٠). *الكتاب الإحصائي السنوي*. تم الاسترجاع من موقع:

https://www.moh.gov.sa/Ministry/Information-and-services/Pages/psychiatry

٢٤- وزارة الصحة السعودية. (٢٠١٩). نظام مزاولة المهن الصحية. الإصدار الثالث، وزارة الصحة السعودية، تم الاسترجاع من موقع:

https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/f1de206c-eef4-4a76-904a-a9a700f2899a/1

٢٥- وزارة الصحة السعودية. (٢٠١٧). اللائحة التنفيذية لنظام الرعاية الصحية النفسية. بوزارة الصحة السعودية. تم الاسترجاع من موقع:

http://www.eradah.med.sa/Eradah.shtml

٢٦- وزارة الصحة السعودية. (٢٠٢١). دليل برنامج تحول القطاع الصحي – خطة التنفيذ. *برنامج تحول القطاع الصحي*، تم الاسترجاع من موقع:
http://www.eradah.med.sa/Eradah.shtml
https://www.moh.gov.sa/Ministry/Rules/Documents/Executive-Regulations-Health-Profession.pdf [Adobe Digital Edition version]

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

1- Bittencourt, B. A., Figueiró, P. S., & Schutel, S. (2017). *The impact of social innovation: Benefits and opportunities from Brazilian social business*. *Revista Espacios*, *38* (26), 1-7, Retrieved from: https://www.revistaespacios.com/a17v38n26/a17v38n26p07.pdf

2- Caulier-Grice, J., Davies, A., Patrick, R., & Norman, W. (2012). Defining social innovation. A deliverable of the project: "*The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe"* (TEPSIE), European Commission–7th Framework Programme, Brussels: European Commission, DG Research, 22.

3- Euromontana, S. (2017). *COLLECTION OF EXAMPLES OF SOCIAL INNOVATION*، p 04, Retrieved from: www.simra-h2020.eu/wpcontent/uploads/2016/11/SIMRA-Brochure29.11.2017-2.pdf [Adobe Digital Edition version]. Doi: (07-03-2019، 15:36). IV

4- Marcelline, B. François, J. (n.d) *State of. the Art on Social innovation in cities*, Thessaloniki, Greece, December. 2014, p04

5- Grudinschi, D., Kaljunen, L., Hokkanen, T., Hallikas, J., Sintonen, S., & Puustinen, A. (2014). *Management challenges in cross-sector collaboration*: Elderly care case study. STRATEGIC MANAGEMENT OF VALUE NETWORKS: how to create value in cross-sector collaboration and partnerships.

6- Holmes, E. J., Yang, L., Aryal, S., & Walters, S. T. (2018). *Influence of lifestyle behaviors and social support on depressive symptoms*. Health Behavior and Policy Review, 5. (5), p p 28-36, Retrieved from: https://www.ingentaconnect.com/content/psp/hbpr/2018/00000005/00000005/art00003

7- Howaldt, J., & Schwarz, M. (2017). *Social innovation and human development—how the capabilities approach and social innovation theory mutually support each other*. Journal of Human Development and Capabilities, 18. (2), p p 163-180, Retrieved from:

https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19452829.2016.1251401

8- Mulgan, G., Tucker, S., Ali, R. & Sanders, B. (2007*). Social Innovation: what it is, why it matters, how it can be accelerated*. London: University of Oxford, Young Foundation. Retrieved June 08, 2020 from [Adobe Digital Edition version] https://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2012/10/Social-Innovation-what-it-is-why-it-matters-how-it-can-be-accelerated-March-2007.pdf

9- Pinsent, Matthew, (2012). *Understanding social innovation and the need for resiliency*: The volunteer and non-profit sector, Retrieved from: https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/3951/pinsent_matthew_mpa_2012.pdf?sequence=1

ثالثا: المواقع:

١- المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية (١٤٣٥). استرجع في فبراير٢٩ .٢٠٢١.

2- https://ncmh.org.sa/index.php/pages/view/81/12/29

3- https://www.my.gov