برنامج مقترح من منظور العلاج الجماعي لتحقيق المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام

إعداد

أحمد بن علي الغامدي

ملخص البحث

عنوان البحث: برنامج مقترح من منظور العلاج الجماعي لتحقيق المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام

إن معاناة المرضى النفسيين تتعداهم لتصل إلى شريك حياتهم وعوائلهم والمجتمع؛ بسبب الضغط الواقع عليهم والمعاناة التي يشعرون بها؛ مما يجعلهم في حاجة إلى دعم نفسي واجتماعي لا علاجي قد لا توفره المستشفيات النفسية التي تُعنى بالمريض النفسي المراجع لها فقط.

وقد وضع الباحث برنامج مقترح من منظور العلاج الجماعي يقوم على مجموعة من الأسس والتكنيكات والمهارات، يمكن من خلاله تقديم المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي وقد تكونت عينة الدراسة من (47) أخصائيًا اجتماعيًا وأخصائية .وقام الباحث باستخدام (الاستبانة) كأداة لجمع البيانات.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج المرتبطة بالمحاور الرئيسة للدراسة، من اهمها مايلي:

- عمل جلسات للأسرة من قِبل المختصين داخل مجمعات الأمل للصحة النفسية.
- توفير كافة المعلومات للأسرة عن كيفية التعامل مع مريض الفصام.
- توفير كامل العلاجات النفسية لدى جميع مستشفيات الصحة النفسية بشكل دائم.

التوصيات:

من اهم التوصيات التي يراها الباحث مايلي:

- العمل على إقامة وتنظيم دورات تدريبية للأخصائيين والأخصائيات الاجتماعيات، العاملين في مجالات الصحة النفسية، تؤهلهم لتقديم المساندة الاجتماعية لأسر المرضى النفسيين بشكل عام، وأسر مرضى الفصام بشكل خاص.
- إقامة ملتقى نفسي واجتماعي يجمع أسر مرضى الفصام، ويجب أن يكون منظمًا، وتتخلله برامج علاجية وتوعوية للأسر، وأن يكون تحت إشراف نخبة من المختصين والخبراء.
- يجب أن تقوم الجهات المعنية بدعم أسر مرضى الفصام ماديًا، بما يتناسب مع متطلبات واحتياجات هذه الأسر؛ نظرًا لما تعانيه من زيادة في المصاريف؛ بسبب وجود مريض الفصام بينهم.

مقدمة:

يحدث مرض الفصام في كل المجتمعات، إلا أن معدل اكتشاف الإصابة به تزداد في البلاد الإسكندنافية، وألمانيا، وإنجلترا، والولايات المتحدة الأمريكية، واليابان، عنها في البلاد النامية. وقد وُجد أن الذين يهاجرون إلى بيئات وثقافات مختلفة اختلافًا كبيرًا عن بيئاتهم وثقافاتهم التي هاجروا منها، يكونون أكثر عرضة للفصام. وتتراوح نسبة مَن يُشفون منه عادةً ما بين 5% إلى 20%، أما البقية الباقية فتبقي في المستشفيات في تدهور مستمر حتى الوفاة. وبعد هذا المرض من الأمراض المستعصية في الطب العقلي والنفسي، ولم ينل أي مرض من الأمراض العقلية اهتمامًا من العلماء مثل الاهتمام الذي يناله هذا المرض. (مغازي. 2011: 47).

ولقد تبين أن نسبة انتشار مرض الفصام تبلغ 1% تقريبًا من تعداد السكان العام. وهذا الرقم ثابت على نحو ملفت للنظر، أيًا كان السكان الذين تجري دراستهم (Jablensky 1993)، باستثناء بعض الشعوب الذين لُوحظ أن نسبة انتشار مرض الفصام تزداد بينهم بعض الشيء (11 في الألف)، مثل شعوب شمال السويد وشمال غرب يوغسلافيا وغرب إيرلندا وكذلك الكاثوليك الكنديين وجماعة التاميل (cooper 1978) في جنوب الهند، دون وجود ما يفسر ذلك الاختلاف. (الحبيب، 2008: 17).

وفي المقابل لُوحظ انخفاض نسبة حدوث الفصام (1.1 في الألف) في بعض المجتمعات مثل مجتمع الهتريين (Hutterites)، وهو مجتمع زراعي منعزل يقع في شمال أمريكا (Eaton and weil, 1955).

ويعلل بعض الباحثين أن مرد الاختلاف في نسبة انتشار المرض يعود بشكل أساسي إلى اختلاف معايير تشخيص المرض بين الباحثين.

ولتوضيح مدى انتشار المرض؛ فإذا اعتبرنا النسبة المذكورة أعلاه (1%)؛ فإنه في بلد يبلغ عدد سكانه عشرة ملايين مثلًا، فإن عدد المرضى المصابين بالفصام منهم يبلغ مائة ألف شخص تقريبًا؛ مما يدل على انتشار هذا المرض ومدى الحاجة إلى التوعية به وعلاجه بكفاءة؛ لأن المصاب بالفصام يعد في أغلب الأحيان عضوًا غير فاعل في المجتمع، وفي أحيان أخرى عبئًا اجتماعيًا، خصوصًا إذا لم يتم علاجه بكفاءة. وقد لُوحظ أن الفصام يصيب الذكور والإناث على حدٍ سواء، ويظهر في العادة في عمر مبكر عند الرجال (15 – 25 سنة) مقارنةً بالنساء (25 – 35 سنة)، ولكن بشكل عام فإن النسبة الكبرى من المرضى يظهر عندهم المرض قبل سن الأربعين، ومن النادر ظهوره قبل سن العاشرة، كما أنه في حالات قليلة يظهر بعد سن الخمسين. (الحبيب، 2008: 18).

ويعاني مرضى الفصام من متاعب كثيرة، حيث تختلط فيه الصورة على أفراد المجتمع، وعدم وضوح الصورة ينعكس سلبًا على المرضى فيُتهمون بالجنون والخبل. إن معاناة المريض النفسي تتعداه لتصل إلى شريك حياتهم وعوائلهم والمجتمع؛ بسبب الضغط الواقع عليهم والمعاناة التي يشعرون بها؛ مما يجعلهم في حاجة إلى دعم نفسي واجتماعي لا علاجي قد لا توفره المستشفيات النفسية التي تُعنى بالمريض النفسي المراجع لها فقط. (الشرق، العدد 669: ص 14).

ومما لاشك أن للأسرة أثرًا في تمتع أفرادها بالصحة العقلية أو معاناتهم من الأمراض والاضطرابات، ومن هنا لزمت العناية بالأسرة وضرورة إرشادها وتوجيهها عن تلك الأمراض. (مغازي 2011: ص101).

وتبرز هنا مهنة الخدمة الاجتماعية، حيث إن لها دورًا فاعلًا في تقديم أنواع مختلفة من المساندة الاجتماعية لمرضى الفصام وأسرهم، وذلك من خلال الممارسين الاجتماعيين العاملين في مجالات الصحة النفسية.

مشكلة الدراسة:

يعد مرض الفصام من الأمراض التي تؤثر سلبًا في المجتمعات بشكل عام وفي أسر المرضى بشكل خاص. ونجد أن نسبة المرضى الفصاميين بالمملكة العربية السعودية نسبة ليست بالبسيطة، حيث بينت إحصائيات وزارة الصحة السعودية للعام 1432هـ أن أعلى نسبة من مراجعي مستشفيات الصحة النفسية بسبب الفصام والاضطرابات فصامية النمط. وقُدر عدد مراجعي أقسام الصحة النفسية بمستشفيات وزارة الصحة عام 1432هـ بـ «74.851» ألف مريض بالفصام، وبلغ عدد المنوَّمين من مرضى الفصام في أقسام الصحة النفسية بمستشفيات وزارة الصحة عام 1432هـ "1352"مريضًا (صحيفة اليوم, 1435/12/21هـ. العدد. 15097).

ومرض الفصام من أخطر الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان وتسبب له المشاكل التي تبعده عن أهله وأصدقائه، وتدفعه إلي العزلة والانطواء على ذاته، ليسبح في أحلام خيالية لا تمت إلى الواقع بصلة, وليس فقط المرضى، ولكن كذلك أسرهم وأصدقائهم يتأثرون بسبب المرض كلا بطريقةٍ ما، ومعاناتهم لا تُقاس، حيث يعانى 10-13 % من أسر مرضى الفصام من مشاكل واضطرابات وجدانية ومعاناة اقتصادية ومادية؛ بسبب أن أبنائهم لا يستطيعون الاعتماد على الذات وتحمل أعباء حياتهم، ويظلون معتمدين على أسرهم لمدد طويلة أو مدى الحياة. وكذلك يتأثر المجتمع اقتصاديًا واجتماعيًا على المدى الواسع، ويكوّن مرض الفصام 10% من نسبة المعاقين في المجتمع وثلث عدد المشردين بدون مأوى (أبو العزايم. 1436).

وقد أُجريت دراسات عديدة في هذا الجانب، ومنها دراسة (ساينز بوري Sainsbury) و(جريد دي ألاركون G.deAlarcon)، عن دور الأسرة في علاج المريض العقلي بالمنزل في عام 1974م

بإنجلترا، والمشكلات التي تعانيها الأسرة بسبب قيامها بالرعاية المنزلية للمرضى العقليين, وتأثيرها في صحة الأقارب وفي الأنشطة الاجتماعية ونظام الحياة اليومية. وقد أوضحت نتائج الدراسة أن رعاية الأسرة للمريض العقلي في المنزل تترتب عليها كثير من المشكلات الصحية والاجتماعية والمعيشة الاقتصادية, ومن ذلك أن الرعاية المنزلية تؤثر في صحة الأقارب العقلية بنسبه 60% والبدنية بنسبه 28%، كما تستهلك هذه الرعاية نشاط الأسرة ووقت فراغها بنسبه 35%، وتؤثر في رعايتها للأطفال بنسبة 34%، علاوةً على ارتباك نظام الحياة اليومية بالمنزل بنسبة 29%، وتدهور دخل الأسرة بنسبة 23%؛ نتيجة الإنفاق على صحة المريض العقلي ورعايته. كما ترتبك عمالة أفراد الأسرة بنسبه 23% نتيجة تكريس الوقت والجهد لرعاية المريض على حسب العمل الوظيفي (العريني.2011: 4).

ونجد أن نبأ إصابة أحد أفراد الأسرة بالفصام يقع وقع الكارثة على هذه الأسرة, ويعني فقدانها لأحد أفرادها ولو مؤقتًا, ويُضاف إلى ذلك (وصمة العار) في نظر المحيط الخارجي للأسرة؛ مما يجرح كبرياء الأسرة –خاصة في المجتمعات الشرقية–" (مغازي.2011: 98).

ومن هنا بدأ الباحث يستشعر هذه المعاناة لدى أسر مرضى الفصام, فحينما نلحظ النسب العالية جدًا للمصابين بهذا المرض, لابد من النظر إلى أسر هؤلاء المرضى، والسعي في تقديم الدعم والمساندة لهم؛ نظرًا لوجود العديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية لديهم.

وتعد المساندة الاجتماعية مصدرًا مهمًا من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الذي يحتاجه الفرد في حياته اليومية؛ لأنها تلعب دورا مهمًا في إشباع حاجاته للأمن النفسي والاجتماعي, حيث يؤثر حجم المساندة ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة, وأساليبه في مواجهه هذه الضغوط, وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة. (الطايفي.1433هـ: 3).

وتهدف تدخلات الخدمة الاجتماعية مع أسر مرضى الفصام إلى مساعدتهم في مواجهة العديد من المشكلات التي يواجهونها, ويرى (منقريوس, 2012) أن العلاج الجماعي أو العمل مع الجماعات يعد من إحدى الطرق المهنية للخدمة الاجتماعية، والتي تلعب دورًا مؤثرًا فيما يتعلق بإنجاز الأهداف المنوطة بالخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية, والعمل مع الجماعات يمثل منظومة مهنية متكاملة تنطلق من خلال مجموعة من مقومات الممارسة، مستهدفةً تنقيح التدخل المهني وجعله على أعلى مستوى, هذا فضلًا عن البرنامج في طريقة العمل مع الجماعات واتجاهات تطويره، بما يسهم في تفعيل دور الطريقة في المجتمع بشكل جيد.

لذا تسعى هذه الدراسة إلى وضع برنامج علاج جماعي مقترح؛ ليتم الاستفادة منه في تحقيق المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

أهداف الدراسة:

1. التعرف على أنواع المساندة الاجتماعية والنفسية المطلوبة لأسر مرضى الفصام.
2. التعرف على أنواع المساندة المعلوماتية المطلوبة لأسر مرضى الفصام.
3. التعرف على أنواع المساندة المادية المطلوبة لأسر مرضى الفصام.
4. وضع برنامج مقترح من منظور العلاج الجماعي، يمكن من خلاله تحقيق المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

تساؤلات الدراسة:

1. ما أنواع المساندة الاجتماعية والنفسية المطلوبة لأسر مرضى الفصام؟
2. ما أنواع المساندة المعلوماتية المطلوبة لأسر مرضى الفصام؟
3. ما أنواع المساندة المادية المطلوبة لأسر مرضى الفصام؟

4. ما البرنامج المقترح من منظور العلاج الجماعي لتحقيق المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام؟

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

بالرغم من وجود دراسات متخصصة في مجال المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام؛ تبقى هذه الدراسة من الدراسات الأولية في هذا المجال وفقًا لعلم الباحث.

وتكمن أهمية هذه الدراسة في محاولة تقديم المساندة الاجتماعية لأسرة المريض الفصامي؛ نظرًا لما تحتاجه هذه الأسرة من احتياجات نفسية واجتماعية ومادية وغيرها,حيث أنه من خلال هذه الدراسة قد تم عرض أبرز وأهم أنواع المساندة الاجتماعية المطلوبة لتلك الأسر .

الأهمية العملية:

نأمل أن يستفيد من هذه الدراسة جميع الممارسين الاجتماعيين العاملين في مجمعات الأمل للصحة النفسية وغيرهم ممن يعملون في المجال الطبي ومجال الصحة النفسية.

كما نأمل أن تتم الإستفادة من البرنامج العلاجي المقترح في هذه الدراسة وأن يتم العمل به وتطبيقه وبالتالي ستكون الفرصة أكبر في تقديم المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

كما انه بالإمكان إستخدام وتطبيق برنامج العلاج الجماعي المقترح في هذه الدراسة على مجموعة مختلفة من العملاء.

نوع الدراسة:

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية، والتي تهدف إلى تحقيق المساندة الاجتماعية والنفسية والمساندة المعلوماتية والمادية لأسر مرضى الفصام، حيث إن الدراسات الوصفية تهتم بدراسة الظاهرة, وتحديد خصائصها, ووصف طبيعتها, كما أنها تهتم بالتعرف على حقيقة الظاهرة على أرض الواقع.

منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في هذه الدراسة على منهج المسح الاجتماعي؛ لكونه أحد المناهج التي تلائم الدراسات الوصفية. ويُعرف المسح الاجتماعي بأنه "محاولة جمع البيانات بطريقة منظمة، سواءً من جمهور معين أو عينة منه، باستخدام المقابلات أو أي أداة من أدوات البحث" (العتيبي، 1429: 83), وقد تم هنا استخدام المسح الشامل لكافة الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات، العاملين في المستشفيات التي تم تطبيق هذه الدراسة فيها، وذلك أثناء فترة التطبيق.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الأخصائيين الاجتماعين والأخصائيات، العاملين في مجمعات الأمل للصحة النفسية، والذي بلغ عددهم أثناء تطبيق الدراسة (47) أخصائيًا وأخصائية.

أداة الدراسة:

استخدمت الدراسة الحالية (الاستبانة) كأداة لجمع البيانات، والتي بدورها تكونت من جزأين:

الجزء الأول: تناول البيانات الأولية لأفراد العينة , والجزأ الثاني تناول محاور الدراسة الرئيسة .

البرنامج المقترح من منظور العلاج الجماعي لتحقيق المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام:

1) برنامج التدخل المهني:

يعني التدخل المهني وصف ما يقوم به الأخصائي الاجتماعي من أداة وبرامج وأنشطة وتكنيكات علاجية في التعامل مع المشكلات التي تواجه العملاء، حيث يمكن تحقيق عملية المساعدة وتحقيق الهدف المنشود من هذا التدخل". كما يعد التدخل المهني أحد الأنشطة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لإحداث التغيير المطلوب في العميل وأسرته للمشاركة بفاعلية في النسق الاجتماعي الذي ينتمي إليه المجتمع. (الطايفي، 1432هـ: 47).

ويتم في هذه الدراسة عرض برنامج مقترح من منظور العلاج الجماعي لتحقيق المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.

2) الأسس التي اعتمد عليها البرنامج المقترح:

- الإطار النظري للعلاج الجماعي وما يتضمنه من أسس نظرية وتكنيكات واستراتيجيات.
- نتائج الدراسات والبحوث السابقة.
- نتائج الدراسة الحالية.

3) الهدف من البرنامج المقترح:

يهدف هذا البرنامج إلى تحقيق ثلاثة أنواع رئيسة من أنواع المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام، وهي:

- المساندة الاجتماعية والنفسية.
- المساندة المعلوماتية.
- المساندة المادية.

ويتحقق ذلك من خلال المشاركة وتبادل الخبرات والعملية العلاجية وعملية التوعية والتثقيف التي تتم خلال الجلسات العلاجية ضمن هذا البرنامج.

4) نوع الجماعة في البرنامج المقترح:

جماعة (مساندة اجتماعية) لمجموعة من أسر مرضى الفصام، وهي ليست جماعة علاجية بحتة، حيث إن أعضاء هذه الجماعة ليسوا من المرضى، ولكن قد تتكون لديهم بعض الأعراض المرضية المصاحبة نتيجة لوجود مريض فصامي داخل الأسرة لديهم، وكذلك قد تكون هذه الجماعة توعوية وإرشادية، إضافةً إلى أنها تتيح الفرصة لأعضائها لمناقشة مشكلاتهم واستفساراتهم المتعلقة بمرض الفصام.

5) فترة البرنامج العلاجي:

من المقترح أن يتكون البرنامج العلاجي من (6) جلسات علاجية. بواقع جلسة علاجية كل أسبوع لمدة 45 دقيقة للجلسة الواحدة.

6) عدد ونوعية الأعضاء:

من الأفضل أن يكون عدد الأعضاء من 8 – 10 أشخاص، وألا يتجاوز ذلك لكي تكون الفرصة أكبر في مشاركة الأعضاء بعضهم البعض؛ وذلك لضمان عملية المناقشة الفعالة وطرح المواضيع بشكل أكبر.

أما عن نوعية الأعضاء؛ فهذا البرنامج يخدم أي فرد من أفراد أسرة المريض الفصامي، سواء كان (أب، أو أم، أو أخ، أو أخت، أو قريب من الدرجة الأولى)؛ علمًا بأنه بالإمكان تخصيص البرنامج للنساء فقط، ويكون تحت إشراف إحدى الأخصائيات الاجتماعيات.

7) المشرف على البرنامج:

يجب أن يكون المشرف على هذا البرنامج أخصائيًا اجتماعيًا أو أخصائية اجتماعية، ويجب أن يكون لديه المهارة والتدريب الكافي والاستعداد التام لعمل مثل هذه البرامج العلاجية.

8) الجهة المنظمة للعمل:

من المقترح هنا أن تكون الجهة المنظمة لهذا البرنامج مجمعات الأمل للصحة النفسية، وبالإمكان تطبيقه في أيٍّ من المؤسسات الأخرى التي يتوافر بها مثل أعضاء هذه الجماعة.

9) التجهيزات اللازمة لعمل البرنامج:

- موافقة إدارة المؤسسة على إقامة البرنامج.
- وجود غرفة (قاعة) مجهزة بشكل جيد من حيث (مقاعد الجلوس – الإنارة – التكييف – بروجكتر للعرض).
- تخصيص ميزانية بسيطة إن أمكن؛ وذلك لتوفير بعض الاحتياجات الأساسية.
- التنسيق مع كافة المشاركين من خارج أعضاء المجموعة (كالأطباء – الاستشاريين – الأخصائيين – ممثلي بعض الجهات الحكومية الأخرى أو الجمعيات الخيرية، الذين يمكن الاستعانة بهم في تقديم مزيد من الخدمات لأعضاء المجموعة).

10) الموضوعات المقترحة للمناقشة خلال فترة البرنامج:

- فكرة شاملة عن مرض الفصام.
- الطرق السليمة للتعامل مع مرضى الفصام.
- أهم المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه الأعضاء.
- أهم المشكلات المادية التي تواجه الأعضاء.
- الإجابة عن جميع استفسارات وتساؤلات الأعضاء المرتبطة بهم أو بالمريض الذي لديهم. ومن خلال الجلسات العلاجية وعملية المشاركة والمناقشة قد تطرأ مواضيع أخرى يمكن إضافتها إلى ما سبق.

11) الاستراتيجيات المستخدمة في تنفيذ البرنامج:

هنالك العديد من الاستراتيجيات، نقترح منها ما يلي:

- استراتيجية حل المشكلة.
- استراتيجية تنمية المهارات.
- استراتيجية المساعدة وتوفير المعلومات.
- استراتيجية الاستفادة من موارد البيئة.
- استراتيجية التأثير.

12) المهارات الأساسية المطلوبة من الأخصائي الاجتماعي:

ينبغي أن تتوفر للأخصائي الاجتماعي المهارات التالية كي يتعامل بها مع العملاء في هذا البرنامج العلاجي:

- مهارة تقدير واستخدام المشاعر.
- مهارة تشخيص وتقدير الاحتياجات الاجتماعية.
- مهارة ملاحظة وتحليل المواقف والمشكلات الجماعية.
- مهارة استغلال مصادر البيئة وإمكانيات المؤسسة.
- مهارة تقييم العمل مع الجماعة.

13) أهم التكنيكات (الأساليب) العلاجية:

لا بد من وجود أساليب علاجية يستخدمها الأخصائي الاجتماعي مع عملائه أثناء البرنامج العلاجي؛ وذلك لتحقيق الأهداف المطلوبة. والأساليب العلاجية كثيرة جدًا، ويمكن للمعالج انتقاء ما يراه مناسبًا في بعض التدخلات العلاجية، ونذكر منها:

- **المناقشة الجماعية:** وتعني مشاركة جميع الأعضاء داخل الجماعة في مناقشة منطقية بما يتعلق بالمشكلات التي يواجهونها.
- **النمذجة:** وهي عبارة عن تقديم نموذج علاجي للعملاء، يمكن أن يُحتذى به ليكون مساعدًا في العملية العلاجية.
- **الاستبصار:** ويقصد بها توعية العميل بمشكلته وإدراكها بشكل واضح حتى يتم التعامل معها بشكل أفضل.

- **الإفراغ الوجداني**: يساعد على خفض حدة الإحساس بالقلق والتوتر الذي قد يظهر على العميل نتيجة موقف معين أو أكثر.
- **التعليم الذاتي**: قيام الجماعة بإجراء بعض الأنشطة بمعرفة الأعضاء.
- **التجزئة**: أي تجزئة مشكلة العميل إلى عدة أجزاء صغيرة، والبدء في مساعدته لإيجاد الحلول المناسبة لكل جزء على حدة.
- **لعب الدور**: وهو أسلوب يعتمد على قيام كلٍّ من العميل والأخصائي الاجتماعي بتمثيل أدوار أشخاص معينين في حياة العميل؛ فمن خلال هذا التمثيل يستطيع العميل الحصول على استبصار بطرائقه وردود أفعاله المحتملة للمشكلات، كما أن هذا الأسلوب يساعد الأخصائي في فهم العميل بشكل أكبر.
- **الاسترخاء**: يساعد أسلوب التدريب على الاسترخاء، في تعليم وتدريب العميل على الاسترخاء وتحرير العقل من المشكلات مؤقتًا؛ مما يساعده على مناقشة المشكلات مع الأخصائي الاجتماعي بطريقة أفضل، كما يساعد في التخفيف من حدة التوترات المرتبطة بالمشكلات.

14) الأدوار التي يقوم بها المعالج في البرنامج:

يعد الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي من الأشياء الأكثر أهمية في العملية العلاجية، حيث إنه من خلال الأدوار التي يقوم بها يمكن أن تتحقق الكثير من الأهداف المرجوة لهذا البرنامج.

ومن الأدوار المقترحة هنا:

- **دور المعالج**: يعد دور المعالج أحد أهم الأدوار التي يمكن أن يلعبها الأخصائي الاجتماعي؛ حيث لابد أن يكون على دراية كاملة بالأساليب العلاجية، إضافةً إلى التدريب الجيد عليها.
- **دور المدافع**: يُقصد به العمل مع العميل وتمثيله أمام الجهات والمؤسسات المختلفة للحصول على حقوقه وعلى الخدمات والموارد التي يحتاج إليها، والتي لا يمكن الحصول عليها إلا عبر تدخل الأخصائي الاجتماعي.

- **دور المعلم**: حيث يعمل الأخصائي على تزويد العميل بالمهارات والمعلومات المطلوبة؛ لتحسين الوظائف الاجتماعية، أو لتفادي التعرض لمشكلة معينة.
- **دور المنسق**: يتعلق هذا الدور بتحقيق استمرارية العميل في الخدمة عن طريق متابعة الأخصائي الاجتماعي لخطوات وعمليات توصيل العميل للخدمات الملائمة لاحتياجاته والقيام بتنسيق هذه الجهود.
- **دور مقدم الرعاية**: يقوم الأخصائي الاجتماعي بتقديم الرعاية للعملاء بشكل مستمر، سواء كانت من الناحية الاجتماعية أو المادية.
- **دور عضو الفريق**: ويكون ذلك في معظم مؤسسات الرعاية الصحية والعقلية ومراكز التأهيل، حيث إن الأخصائي الاجتماعي يعمل كعضو في فريق تعاوني يتضمن الطبيب النفسي والأخصائي النفسي والممرض وغيرهم.
- **دور الباحث**: يتحمل الأخصائي الاجتماعي تقويم تدخلاته المهنية ومراقبة تطورات العمل مع عملائه بطريقة علمية ومنظمة.

15) **عوامل تساعد في نجاح البرنامج المقترح:**

- يجب أن يتميز البرنامج بالمرونة، بمعنى استجابة البرنامج للتغيرات التي تطرأ نتيجةً للظروف الطارئة.
- مشاركة جميع المصادر والمؤسسات المجتمعية اللازمة لتحقيق المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام.
- التقويم المستمر لهذا البرنامج بالاشتراك مع الخبراء والمختصين في مجال العلاج الجماعي ومجال الصحة النفسية.
- التدريب المستمر للأخصائيين الاجتماعيين في مجال العلاج الجماعي.

جدول (4–12) مختصر يبين محتوى الجلسات العلاجية ضمن البرنامج المقترح

الجلسة العلاجية	الهدف من الجلسة	مدة الجلسة	أطراف الجلسة	دور الأخصائي الاجتماعي	الأسلوب (التكنيك) المستخدم
الجلسة العلاجية الأولى	– التعارف بين أعضاء المجموعة بعضهم البعض، وكذلك معرفة المعالج بهم ومعرفتهم به. – تحديد المشكلات الأساسية المشتركة بين أعضاء المجموعة، والتي من أجلها تم تكوين الجماعة العلاجية. – تحديد الأدوار والمعايير لكلٍ من الأخصائي الاجتماعي والأعضاء، والتي يجب أن يتم الاتفاق عليها مسبقًا. مثل: (الالتزام بالحضور والانصراف في المواعيد المحددة، المشاركة أثناء الجلسات، طرح وجهات النظر بكل شفافية وصدق).	45 دقيقة	– الأخصائي الاجتماعي – أعضاء الجماعة	– دور الباحث عن المعلومات: يسعى الأخصائي الاجتماعي في هذه الجلسة إلى معرفة المزيد من المعلومات عن طبيعة الأعضاء وطبيعة المشكلات الأساسية لديهم؛ مما يساعده كثيرًا في العملية العلاجية.	– العلاقة المهنية: يجب أن تكون هناك علاقة مهنية جيدة وصحيحة بين المعالج وأعضاء المجموعة؛ حتى يتم إنجاز هذا البرنامج وتحقيق أهدافه على أكمل وجه.

تابع جدول (4–12) مختصر يبين محتوى الجلسات العلاجية ضمن البرنامج المقترح

الجلسة العلاجية	الهدف من الجلسة	مدة الجلسة	أطراف الجلسة	دور الأخصائي الاجتماعي	الأسلوب (التكنيك) المستخدم
الجلسة العلاجية الثانية	– التعرف بشكل واسع على أبرز المشكلات التي يواجهها الأعضاء، سواءً كانت مشكلات اجتماعية أو نفسية، أو مادية، أو مشكلات متعلقة بقصور الوعي تجاه مرض الفصام وغياب المعلومات الهامة عن طبيعة هذا المرض.	45 دقيقة	– الأخصائي الاجتماعي – أعضاء الجماعة	دور المعالج: من خلال هذا الدور؛ يتعين على الأخصائي الاجتماعي أن يستخدم المهارات اللازمة مع الأعضاء لمحاولة الوصول إلى مشكلاتهم الأساسية مثل: (الإنصات الجيد – التسجيل). وكذلك استخدام الأساليب العلاجية المناسبة في هذه الجلسة.	أسلوب البطاقة: يمكن استخدام ما يسمى بأسلوب البطاقة، وهو عبارة عن ورقة يكتب بها كل عميل أبرز المشكلات التي تواجهه وتؤثر عليه في حياته اليومية، وفي الجهة المقابلة من الورقة نفسها يكتب أبرز الحلول التي يراها مناسبة لحل هذه المشكلات. حيث إن أسلوب البطاقة لا يتطلب كتابة الاسم، وبالتالي يمكن من خلال هذا الأسلوب إثارة المشكلات المهمة لدى أعضاء الجماعة، والتي قد لا يتم ذكرها بسبب الخجل أو الحرج أو غيرها.

تابع جدول (4–12) مختصر يبين محتوى الجلسات العلاجية ضمن البرنامج المقترح

الجلسة العلاجية	الهدف من الجلسة	مدة الجلسة	أطراف الجلسة	دور الأخصائي الاجتماعي	الأسلوب (التكنيك) المستخدم
الجلسة العلاجية الثالثة	– الإجابة عن جميع تساؤلات الأعضاء حول مرض الفصام بجميع جوانبه: – طبيعة مرض الفصام – أسباب الإصابة بالفصام – أعراض الفصام – أفضل وأنسب الطرق التي يجب الأخذ بها عند التعامل مع مريض الفصال.	45 دقيقة	– الأخصائي الاجتماعي – أعضاء الجماعة – طبيب نفسي مختص	– دور عضو الفريق: حيث يعمل الأخصائي الاجتماعي هنا، وبالتعاون مع الطبيب النفسي، كفريق واحد؛ من أجل تقدير مشكلات العملاء وتقديم الخدمات المطلوبة لهم بقدر الإمكان.	– تنمية المهارات: وذلك من خلال إكساب الأعضاء مجموعة من المعلومات والمهارات حول مرض الفصام؛ حتى يتمكنوا من التغلب على المشكلات التي تواجههم في هذا الجانب.

تابع جدول (4–12) مختصر يبين محتوى الجلسات العلاجية ضمن البرنامج المقترح

الجلسة العلاجية	الهدف من الجلسة	مدة الجلسة	أطراف الجلسة	دور الأخصائي الاجتماعي	الأسلوب (التكنيك) المستخدم
الجلسة العلاجية الرابعة	– من خلال الجلسات العلاجية السابقة، سوف يتكون لدى المعالج أبرز المشكلات الاجتماعية والنفسية المشتركة بين الأعضاء، ومن ثَمَّ يبدأ هنا العمل مع الأعضاء للحد من تلك المشكلات والمساعدة في إيجاد الحلول المناسبة لها. – تغيير بعض المفاهيم لدى العملاء من ناحية (الشعور بالخجل لوجود المريض الفصامي، والخوف من نظرة المجتمع، ووصمة العار).	45 دقيقة	– الأخصائي الاجتماعي – أعضاء الجماعة أحد أفراد أسر مرضى الفصام (من خارج أعضاء الجماعة).	دور المعالج: يساعد الأخصائي الاجتماعي أعضاء الجماعة من خلال هذا الدور على زيادة فاعلية وظائفهم الاجتماعية، وزيادة قدرتهم على تفهم مشاعرهم وتعديل سلوكياتهم، وتعليمهم كيفية التعامل مع المواقف المشكَلة عليهم.	– تعلم مهارات حل المشكلة: إدراك المشكلة. وضع الحلول البديلة. اختيار أفضل الحلول. تنفيذ أفضل الحلول. تقييم النتائج بالاشتراك بين العميل والمعالج. – الإفراغ الوجداني: من خلال هذا التكنيك؛ يمكن أن تنخفض حدة الإحساس بالقلق والتوتر الذي قد يظهر على أعضاء الجماعة بسبب شعورهم بوجود مشكلات تؤثر عليهم بشكل مباشر – تقديم نموذج للاقتداء: يتم الاستعانة بشخص كان يعاني من نفس المشكلات التي لدى الأعضاء ولكن تغلب عليها وأصبح بحال أفضل، فمن خلال تجربة هذا الشخص قد يستفيد جميع الأعضاء ويجدوا لأنفسهم الحافز للتغلب على مشكلاتهم النفسية والاجتماعية.

تابع جدول (4–12) مختصر يبين محتوى الجلسات العلاجية ضمن البرنامج المقترح

الجلسة العلاجية	الهدف من الجلسة	مدة الجلسة	أطراف الجلسة	دور الأخصائي الاجتماعي	الأسلوب (التكنيك) المستخدم
الجلسة العلاجية الخامسة	– التعرف على أبرز الجهات الحكومية التي تقدم الدعم المادي لأسر مرضى الفصام مثل (مؤسسة الضمان الاجتماعي، وزارة الشؤون الاجتماعية). – التعرف على أبرز الجمعيات الخيرية الخاصة التي تقدم الدعم المادي والنفسي والاجتماعي مثل: (الجمعية السعودية الخيرية للفصام). – توضيح الشروط المطلوبة للاستفادة من تلك المؤسسات، والسعي في تسهيل بعض الإجراءات الإدارية للأعضاء كالحصول على بعض الخطابات من مجمع الأمل إن لزم الأمر. – معرفة أبرز الصعوبات التي يواجهها أعضاء الجماعة تجاه مجمع الأمل من ناحية (الزيارات، والمواعيد، ومقابلة الأطباء المشرفين على الحالة، وغيرها).	45 دقيقة	– الأخصائي الاجتماعي – أعضاء الجماعة أحد ممثلي تلك المؤسسات التي تم ذكرها إن أمكن ذلك.	دور الوسيط: أي مساعدة الأعضاء في تحديد الموارد والخدمات المجتمعية المتاحة وربطهم بها.	المناقشة الجماعية: من خلال الاشتراك مع كافة الأعضاء في النقاش حول أهم الخدمات المجتمعية المطلوبة وكيفية الاستفادة منها.

تابع جدول (4–12) مختصر يبين محتوى الجلسات العلاجية ضمن البرنامج المقترح

الجلسة العلاجية	الهدف من الجلسة	مدة الجلسة	أطراف الجلسة	دور الأخصائي الاجتماعي	الأسلوب (التكنيك) المستخدم
الجلسة العلاجية السادسة	– مناقشة أعضاء الجماعة عن مدى الاستفادة التي حصلوا عليها في هذا البرنامج ومدى الرضا العام. – توزيع استبانه بسيطة على جميع الأعضاء لمعرفة ما تم تحقيقه من أهداف لهذا البرنامج. – إجراء عملية تقويم لجميع الأعضاء ، فإن رأي الأخصائي الاجتماعي بأن هنالك عدم استفادة لدى أحد الأعضاء أو قصور في استيعاب بعض الأمور التي دارت خلال الجلسات العلاجية السابقة فإنه يبدأ معه بالجلسات الفردية إن أمكن حتى تتضح الصورة وتتم الاستفادة بشكل أكبر.	45 دقيقة	– الأخصائي الاجتماعي – أعضاء الجماعة	مقدم الرعاية: يقوم الأخصائي الاجتماعي بتقديم الرعاية للأعضاء بقدر الإمكان بشكل مستمر، ولا ينتهي ذلك بانتهاء فترة البرنامج العلاجي.	– النصح والتوجيه: حيث يقوم الأخصائي بحث الأعضاء على العمل بما تم الاستفادة منه خلال الجلسات العلاجية في هذا البرنامج، وكذلك توجيه الأعضاء وتشجيعهم على حضور الأنشطة والبرامج وورش العمل الخاصة بمرضى الفصام وأسرهم، والتي قد تنظمها مجمعات الأمل أو غيرها من الجمعيات المهتمة بهذا الجانب.

النتائج والتوصيات

يعرض الباحث هنا ملخصًا لأبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة, بالإضافة إلى مجموعة من التوصيات والمقترحات, وذلك على النحو التالي:

أولًا– مجموعة النتائج المرتبطة بوصف خصائص أفراد الدراسة:

- أظهرت نتائج الدراسة أن معظم أفراد العينة من الأخصائيين الاجتماعيين حيث كانت نسبتهم (63.83%)، ثم الأخصائيات الاجتماعية بنسبة (36.17%)؛ علمًا بأنه عندما تم إجراء اختبار T.test لمعرفة الفروق المتعلقة بمتغير الجنس اتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية؛ مما يدل على تقارب آراء أفراد العينة.
- أظهرت نتائج الدراسة أن معظم أفراد العينة كان تخصصهم (خدمة اجتماعية) حيث كانت نسبتهم المئوية (74.47%)، ثم يليهم من تخصصهم (علم اجتماع) وذلك بنسبة مئوية (23.40%)، وأخيرًا يأتي ذوو التخصصات الأخرى بنسبة مئوية (2.13%). ويتضح من ذلك أن أفراد العينة هم من المتخصصين الذين يمكن الاستفادة منهم في تطبيق البرنامج العلاجي المقترح ضمن هذه الدراسة.
- كانت الغالبية من أفراد العينة سنوات خبرتهم في مجال العمل الحالي (من 5 إلى أقل من10 سنوات) حيث كانت نسبتهم المئوية (44.68%). وذلك يشير إلى أن لهم خبرة كافية في مجال العمل، بالإضافة إلى مقابلتهم للكثير من أسر مرضى الفصام.
- بينت نتائج الدراسة أن الغالبية من أفرد العينة لم يسبق لهم الحصول على دورات تدريبية في مجال مساندة أسر مرضى الفصام حيث كانت نسبتهم المئوية (68.09%)، ثم يأتي مَن سبق لهم الحصول على دورات تدريبية في مجال مساندة أسر مرضى الفصام وذلك بنسبة مئوية (31.91%). وبالنظر إلى عدد من حصل على دورات تدريبية في مجال المساندة الاجتماعية لأسر مرضى الفصام؛ يتبين أنه عدد قليل بالنسبة لعدد أفراد العينة، وهذا مؤشر قوي يشير إلى أنه من الواجب عمل المزيد من الدورات التدريبية المتخصصة، وكذلك يجب التحاق أكبر عدد ممكن من الأخصائيين والأخصائيات الاجتماعيين بمثل هذه الدورات.

ثانيًا– مجموعة النتائج المرتبطة بمحاور الدراسة:

1– المحور الأول: المساندة الاجتماعية والنفسية لأسر مرضى الفصام:

أظهرت نتائج الدراسة أن أبرز وأهم أنواع المساندة الاجتماعية والنفسية المطلوبة لأسر مرضى الفصام ما يلي:

- عمل جلسات للأسرة من قِبل المختصين داخل مجمعات الأمل للصحة النفسية.
- تشجيع الأسرة على المشاركة في حضور الأنشطة الخاصة بمرضى الفصام.
- إقامة ملتقي نفسي اجتماعي لأسر مرضى الفصام تحت إشراف نخبة من المختصين.

2– المحور الثاني: المساندة المعلوماتية لأسر مرضى الفصام:

أظهرت نتائج الدراسة أن أبرز وأهم أنواع المساندة المعلوماتية المطلوبة لأسر مرضى الفصام ما يلي:

- توفير كافة المعلومات للأسرة عن كيفية التعامل مع مريض الفصام.
- توعية الأسرة بحقوق مريض الفصام.
- تزويد الأسرة بمعلومات عن نتيجة تشخيص حالة مريض الفصام.

3– المحور الثالث: المساندة المادية لأسر مرضى الفصام:

أظهرت نتائج الدراسة أن أبرز وأهم أنواع المساندة المادية المطلوبة لأسر مرضى الفصام ما يلي:

- توفير كامل العلاجات النفسية لدى جميع مستشفيات الصحة النفسية بشكل دائم.
- السعي في أن يكون هنالك دعم مادي إضافي من قِبل الجهات المعنية للأسر التي يكون عائلها الوحيد مصابًا بالفصام.
- تقديم جميع الدورات التدريبية المخصصة لأسر مرضى الفصام بالمجان

التوصيات:

من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية؛ يمكن للباحث أن يطرح مجموعة من التوصيات، ومن أهمها ما يلي:

- العمل على إقامة وتنظيم دورات تدريبية للأخصائيين والأخصائيات الاجتماعيات، العاملين في مجالات الصحة النفسية، تؤهلهم لتقديم المساندة الاجتماعية لأسر المرضى النفسيين بشكل عام، وأسر مرضى الفصام بشكل خاص.
- ضرورة قيام الأخصائيين الاجتماعيين بعمل المزيد من الجلسات العلاجية لأسر مرضى الفصام المراجعين لمجمعات الأمل للصحة النفسية في المملكة, وتقديم المزيد من الخدمات لهؤلاء الأسر؛ نظرًا لطبيعة مرض الفصام وما يسببه من معاناة لتلك الأسر.
- تشجيع أسر مرضى الفصام على المشاركة وحضور جميع الأنشطة الخاصة بمرض الفصام، والتي قد تنظمها مجمعات الأمل للصحة النفسية أو غيرها من الجمعيات والمؤسسات المهتمة.
- إقامة ملتقى نفسي واجتماعي يجمع أسر مرضى الفصام، ويجب أن يكون منظمًا، وتتخلله برامج علاجية وتوعوية للأسر، وأن يكون تحت إشراف نخبة من المختصين والخبراء.
- زيادة توعية الأسر بمفهوم مرض الفصام، بل يجب أيضًا توعية المجتمع بأسره، ويكون ذلك من خلال وسائل الإعلام وغيرها من الندوات والمؤتمرات.
- ضرورة توفير العلاجات النفسية لدى جميع مستشفيات الصحة النفسية بشكل دائم من قِبل وزارة الصحة؛ حتى لا يضطر المريض الفصامي أو أسرته إلى اللجوء لمراكز صرف العلاج الأهلية للحصول على الدواء المطلوب؛ وذلك نظرًا لارتفاع ثمن الأدوية النفسية.
- يجب أن تقوم الجهات المعنية بدعم أسر مرضى الفصام ماديًا، بما يتناسب مع متطلبات واحتياجات هذه الأسر؛ نظرًا لما تعانيه من زيادة في المصاريف؛ بسبب وجود مريض الفصام بينهم.
- العمل على إشراك أكبر قدر ممكن من مرضى الفصام ضمن برامج الطب المنزلي، وهي الخدمة التي تقدمها مجمعات الأمل للصحة النفسية؛ لما في ذلك من مساعدة لأسر هؤلاء المرضى من نواحي مادية ونفسية واجتماعية.

قائمة المراجع

1. إبراهيم، عبد الرحمن (2011م). **إضاءات حول الفصام والاكتئاب**. حلب: شعاع للنشر والتوزيع.
2. أبو العزايم، محمد جمال http://www.elazazem.com 1436/10/10هـ.
3. أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2008م). **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية**. دار الإسكندرية: المعرفة الجامعية.
4. أبو عباة، صالح، نيازي، عبد المجيد (2000م). **أساسيات ممارسة طريقة العمل مع الجماعات**. ط1، الرياض: مكتبة العبيكان.
5. بشير، إقبال، ونهى، سامية (1985م). **ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي**. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
6. البوعينين، ابتسام درويش (02012م). **دور المساندة الأسرية في تحقيق التكيف الاجتماعي لمريض الفشل الكلوي**. جامعة الملك سعود: الرياض.
7. جمعة، سلمى محمود، (2012م). **النظرية والممارسة في خدمة الجماعة**. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
8. الحبيب، طارق على (2008م). **الفصام**. الإسكندرية: مؤسسة حوري الدولية للنشر والتوزيع.
9. الخضير، إبراهيم (2003م). **100 سؤال عن مرض الفصام**. ط1، الرياض: دار طويق للنشر والتوزيع.
10. الخواجة، عبد الفتاح (2010م). **برنامج الإرشاد والعلاج الجماعي**. ط1، عمان: دار البداية.

11. الرخاوي, يحي (2004). **مبادئ العلاج بالقراءة مع دراسة تطبيقية على مرضى الفصام**. ط1، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

12. رشوان، عبد المنصف حسن (2007م). **الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال النفسي**. ط1، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

13. سرحان، وليد (2009م). **سلوكيات الفصام**. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

14. السلطان، ابتسام محمود (2009م). **المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة**. ط1، عمان: دار صفاء للنشر.

15. السلوم، أحمد عبد الرحمن (1432هـ). **نموذج مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للتخفيف من الضغوط النفسية والاجتماعية لدى أسر الأطفال التوحيديين**. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية: الرياض.

16. السليم، محمد بن إبراهيم (1427هـ). **علاقة مستوى التدين والمساندة الاجتماعية بالانتكاسة**. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية: الرياض.

17. السنهوري، عبد المنعم (2003م). **الاتجاهات المعاصرة في ممارسة خدمة الفرد الإكلينيكية**. كفر الشيخ: مطبعة السلام للنشر.

18. السويداني، إخلاص على (2008م). **المساندة الاجتماعية والمشكلات الزواجية وعلاقتها بأعراض اكتئاب ما بعد الولادة**. جامعة الملك سعود: الرياض.

19. شحتة، مروى محمد (1430هـ). **أشكال المساندة الاجتماعية للمسنين المتقاعدين عن العمل**. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

20. صالح، عبد المحي محمود (1996م). **الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية.** القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

21. صبار، الجوهرة بنت سعد (2013م). **الضغوط النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.** جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية: الرياض.

22. صحيفة اليوم، 1435/12/21هـ. العدد (15097).

23. الطايفي، عبده كامل (1432هـ). **نموذج مقترح من منظور العلاج الأسري لتحقيق المساندة الاجتماعية لمرض إدمان المخدرات.** بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (32)، جامعة حلوان، القاهرة.

24. العتيبي, ياسر (1429هـ). **مشكلات التنسيق بين الوحدات العاملة في مدينة الملك فهد الطبية.** جامعة الملك سعود: الرياض

25. العريني، عبد الله (1433هـ). **مشكلات أسر مرضى الاضطرابات العقيلة المترتبة على المرض ودور الخدمة الاجتماعية في التخفيف منها.** جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية: الرياض.

26. عطية، السيد عبد الحميد (1406هـ). **الاتجاهات النظرية والعملية في ممارسة خدمة الجماعة.** الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

27. عطية، السيد عبد الحميد (2002م). **أساسيات ممارسة طريقة العمل مع الجماعات.** الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

28. عكاشة، أحمد (1969م). **الطب النفسي المعاصر.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

29. على، على عبد السلام (2005م). **المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية**. ط1، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

30. غالب، مصطفى (1983م). **فصام الشخصية الازدواجية**. بيروت: مكتبة الهلال.

31. غانم، محمد حسن (2009م). **العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق**. الإسكندرية: المكتبة المصرية للنشر.

32. غباري، محمد سلامة (2003م). **أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي**. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

33. الفاخري، مي بنت عبد الرحمن (1435هـ). **دور المساندة الاجتماعية في تلبية احتياجات أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والأطفال ذوي التوحد**. جامعة الملك سعود: الرياض.

34. فطيم، لطفي (1993م). **العلاج النفسي الجمعي**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

35. القحطاني، منيرة بنت ناصر (2012م). **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المرافقات سمعيًا**. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية: الرياض.

36. متولي، عبد الله حسن (2004م). **مبادئ العلاج بالقراءة مع دراسة تطبيقية على مرضى الفصام**. ط1، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

37. المحسيري، خالد رشيد (1404هـ). **مدخل إلى الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية**. الرياض: مطابع نجد.

38. مغازي، نهى سعدي (2011م). **الخدمة الاجتماعية وفصام الشخصية**. ط1، الإسكندرية: دار الوفاء للنشر.

39. منقريومس، نصيف فهمي (2012م). **أساسيات وديناميات التدخل المهني في العمل مع الجماعات**. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

40. اليامي، هلا حسين (1434هـ). **المساندة الاجتماعية والخجل كمنبئات بإدمان الإنترنت لدى طالبات جامعة الملك سعود**. جامعة الملك سعود: الرياض.