

فاعلية دور الاخصائي الاجتماعي في برامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين

(دراسة مطبقة بمستشفيات الامراض النفسية بامدرمان)

اعداد

الأمين محمد البشير

المستخلص

هدفت هذه الدراسة التعرف على الواقع الفعلي لبرامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين بمستشفيات الأمراض النفسية. واستخدم الباحث المنهج الوصفي ، حيث تمثلت عينة الدراسة في الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بمستشفيات الطب النفسي والعقلي بمدينة ادمرمان ، وذلك عن طريق المسح الشامل حيث بلغ عدد الأخصائيين الاجتماعيين بتلك المستشفيات (٣١) اخصائياً اجتماعياً وقت اجراء الدراسة ، وتم استخدام الاستبيان كأداة لجمع المعلومات و اشتملت على البيانات الأولية و أربعة محاور ، الأول ويتعلق بالواقع الفعلي لبرامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسانيين ، أما الثاني فيتعلق بمدى فهم الاخصائيين الاجتماعيين للرعاية اللاحقة ، في حين يتعلق البعد الثالث هل تحقق برامج الرعاية اللاحقة لدورها في اعادة تأهيل المرضى النفسانيين اجتماعياً، وأخيراً يتعلق البعد الرابع بالصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في تنفيذ برامج الرعاية اللاحقة. استخدم الباحث لتحليل البيانات برامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وأهم النتائج التي خرجت بها الدراسة:

١. توجد رعاية لاحقة بالمستشفى وهي معترف بها من ضمن الخطة العلاجية للمرضى.
٢. برامج الرعاية اللاحقة تقدم للمرضى كل الخدمات المتعلقة بالعلاج والتأهيل والمساعدات المادية بنسبة دون الوسط.
٣. الحافز المادي الذي يقدم للأخصائيين الاجتماعيين عند تنفيذ برامج الرعاية اللاحقة يكاد ينعدم تماماً بنسبة ٣٪.
٤. برامج الرعاية اللاحقة واحدة من الانشطة المهمة في التأهيل الاجتماعي للمرضى وتسهم في عملية الشفاء وعدم الانتكاسة بنسبة ٨٣٪، الا انها تفتقر للإمكانات الداعمة لها.
٥. ختم الباحث الدراسة بتوصيات ومقترحات تنصب في ذات الاتجاه.

الكلمات المفتاحية: الفاعلية، دور، برامج، الرعاية اللاحقة، المريض النفسي.

ABSTRACT

This study aimed to identify the actual reality of Aftercare programs for psychiatric patients in psychiatric hospitals. The researcher used the descriptive approach, where the sample of the study was in the social workers working in psychiatric and mental hospitals in Omdurman city, by means of the comprehensive survey. The total number in these hospitals was (٣١) social workers at the time of the study. The questionnaire was used as a data collection tool and included primary data and four axes. The first relates to the actual reality of Aftercare programs for psychiatric patients, the second relates to the understanding of social workers for subsequent care, while the third relates to the post-rehabilitation programs psychiatric patients, and finally the fourth dimension concerns the difficulties faced by the social worker in the implementation of Aftercare programs. The researcher used the data analysis programs statistical package for social sciences (SPSS), and the most important results of the study:

١. Aftercare in hospitals was recognized as part of the treatment plan for patients.
٢. Aftercare programs provide patients with all services related to treatment, rehabilitation and material assistance at a rate below the center.
٣. The financial incentive provided to social workers in the implementation of Aftercare programs is almost entirely lacking by ٣%.
٤. Aftercare programs are one of the important activities in the social rehabilitation of patients and contribute to the process of healing and non-relapse by ٨٣%, but it lacks the potential support.
٥. The researcher concluded the study with recommendations and suggestions .that focus on the same direction

Keywords: Effectiveness, Role, Programs, Aftercare, Psychiatric Patient

مقدمة:

انتشرت الأمراض والاضطرابات النفسية خلال العشرين سنة الماضية بطريقة لافتة للنظر، وقد تزداد في المستقبل إذا لم توضع لهذه الأمراض الحلول الوقائية والعلاجية لأن الحياة تشعبت، وتعقدت من حيث النواحي الاقتصادية والأسرية والاجتماعية والوظيفية والمعيشية ومتطلبات الحياة الأخرى. وأمام هذه التحديات أصبح بعض أفراد المجتمع غير قادر على الانسجام والخوض في معتزك هذه المشكلات الحياتية، ويزيد ذلك ويثبته أيضاً قلة التحصيل العلمي والأكاديمي من بعض أفراد المجتمع، فأصبح الشخص هائماً على نفسه منطويًا على وجدانه ومشاعره يوماً بعد يوم، لا أحد يشد ساعده ويقف بجانبه ويساعده لا من أسرته التي قد تعجز عن مساعدته ولا من مؤسسات المجتمع الأخرى الاجتماعية والدينية والصحية، فيدخل في غيابة الأمراض النفسية من اكتئاب أو عزلة أو قلق أو إدمان المخدرات والمسكرات، وقد تتحول هذه الأمراض النفسية إلى اضطرابات ذهانية مثل الفصام والهوس، وقد يشكل خطراً على نفسه وعلى أفراد أسرته ومجتمعه.

أن الخدمات النفسية من كوادر وبرامج علاجية لا ترتقي إلى مواجهة هذه التحديات. كذلك أن الزيارة الواحدة والاكتفاء بها من قبل بعض المرضى وأسرهـم خوفاً من وصمه بالجنون وقلة معرفتهم بالمرض النفسي ومحدودية تقديم الخدمة في الزيارة الأولى مما يجعل المريض لا يستفيد من هذه الزيارة الأولى، وبالتالي ضعف التواصل بين المريض والمعالج، بحسبان أن الاضطرابات الذهانية لا تمثل سوى ٥% من الاضطرابات النفسية بعكس الاضطرابات النفسية التي منها - القلق - الاكتئاب والإدمان... إلخ.

فالرعاية اللاحقة من قبل الفنيين من أطباء وأخصائيين اجتماعيين ونفسيين هي لب العلاج النفسي والعمود الفقري لمتابعة المريض في بيئته الطبيعية بعد الخروج من المستشفى وبدون متابعة ورعاية لاحقة فسوف تنتكس حالته وقد تكون أسوأ مما كانت قبل. ومن هنا كان هدف هذه الدراسة للوقوف على فاعلية برامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسانيين في مواجهة الانتكاسة مرة أخرى.

أولاً) مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة هذه الدراسة في وصف وتحديد ملامح الوضع الحالي لبرامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من المرض النفسي بالمستشفيات النفسية تمهيداً لصياغة وتحديد أهم المقومات الأساسية التي يمكن من خلالها تفعيل برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من المرضى النفسيين. ، حيث تعد الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين من أهم أنواع الرعاية التي يمكن أن تقدم للمتعافين في مواجهة الانتكاسة، باعتبار أنها تهدف إلى مساعدتهم على منع انتكاستهم، كما أنها تسهم في تقديم الدعم النفسي للمتعافين من المرض بالشكل الذي يسهم في وقايتهم من الإصابة مرة أخرى، فالرعاية اللاحقة" تمثل متابعة المريض النفسي العائد من العلاج في بيئته الطبيعية حتى يتم التأكد من تعافيه وعدم عودته للانتكاسة مرة أخرى.

إن تدعيم التغييرات الإيجابية التي حدثت في ذات المريض وسلوكه في الأسرة والعمل على مواجهة ما يظهر من مشكلات وصعاب قد تؤثر على إرادته ومن هذا المنطلق تأتي برامج الرعاية اللاحقة لتشكيل التوجه الفاعل نحو الوقاية واستمرارية العلاج في آن واحد بهدف غلق السبل للمريض في مواجهة الوقوع في انتكاسات مرضية .

إن الرعاية اللاحقة أمر ميسور ويحققه القائمون على المؤسسات والمصحات النفسية بالفلسفة تنطق من كون الرعاية اللاحقة مسئولية يجب أن تقوم بها المؤسسات والعلمين بها من أجل رأب الصدف بعد مرحلة العلاج وتحقيق الأمان الكامل للمريض بعد تعافيه من المشكلة النفسية وضمان عدم الانتكاسة التي من الممكن أن تؤدي الى فشل المحاولات السابقة في علاج المريض، وبالتالي تنطلق مشكلة الدراسة من التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى تحقيق برامج الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المرضى النفسيين اجتماعياً وعدم انتكاستهم

مرة أخرى؟

ثانياً) أهمية الدراسة:

يمكن النظر إلى أهمية الدراسة من وجهيها العلمي والعملية على النحو التالي:

أ/ الأهمية العلمية:

١. تستهدف الدراسة مشكلة على درجة كبيرة من الأهمية في ام درمان بالسودان والتي تكمن في العودة إلى الحالة مرة أخرى (الانتكاسة)، والتي هي من مراحل العلاج اللاحق .
٢. تعتبر هذه الدراسة اضافة للتراث العلمي في مجال الخدمة الاجتماعية. ولفت انتباه المسؤولين في مجال الصحة النفسية وبرامجها بضرورة الاهتمام بالرعاية اللاحقة ودور الاخصائي الاجتماعي في هذه البرامج مع المرضى النفسيين.
٣. قد تساعد الدراسة بما تقدمه من توصيات في معالجة مشكلة اجتماعية خطيرة في نشر الاهتمام بفكرة الرعاية اللاحقة وضورة متابعة المرضى النفسيين بعد مرحلة العلاج والتعافي .
٤. ندرة الدراسات الخاصة بالرعاية اللاحقة مع المرضى النفسيين.

ب/ الأهمية العملية:

١. برامج الرعاية اللاحقة عنصراً أساسياً ورئيساً في جميع الخطط العلاجية التي توجه نحو شرائح ونوعيات مختلفة من عملاء المؤسسات الاجتماعية ومنهم المرضى النفسيين.
٢. برامج الرعاية اللاحقة ضرورية لنجاح التدخل المهني العلاجي في كثير من المشكلات البدنية والنفسية والاجتماعية، للمرضى النفسيين.
٣. تصميم وتنفيذ هذه البرامج بطريقة مهنية يضمن إلى حد بعيد تحقيقها لأهداف عملية التدخل والخروج بنتائج مرضية.
٤. لتركيز على برامج الرعاية اللاحقة كأسلوب لتفعيل الدور المجتمعي في التعامل مع الصعوبات والتحديات النفسية والاجتماعية التي قد تواجه المتعافين بعد خروجهم.

ثالثاً) أهداف الدراسة:

تنطلق الدراسة الحالية من هدف عام مؤداه

" تحديد مدى فاعلية دور الاخصائي الاجتماعي في برامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين "

(١) تحديد الواقع الفعلي لبرامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين بمستشفيات الامراض النفسية بأمدردمان .

(٢) تحديد مدى فهم الاخصائيين الاجتماعيين بمستشفيات الامراض النفسية بأمدردمان للرعاية اللاحقة.

(٣) مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المرضى النفسيين اجتماعياً.

(٤) تحديد الصعوبات التي تواجه الاخصائيين الاجتماعيين في عدم فاعلية برامج الرعاية اللاحقة.

رابعاً) تساؤلات الدراسة:

تنطلق الدراسة الحالية من تساؤل رئيس مفاده :-

"تحديد مدى فاعلية دور الاخصائي الاجتماعي في برامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين؟

(١) ما هي برامج الرعاية اللاحقة المقدمة للمرضى النفسيين بمستشفيات الامراض النفسية بأمدردمان؟.

(٢) ما مدى فهم الاخصائيين الاجتماعيين بمستشفيات الامراض النفسية بأمدردمان للرعاية اللاحقة؟

(٣) ما مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المرضى النفسانيين اجتماعياً.؟

(٤) ما الصعوبات التي تواجه الاخصائيين الاجتماعيين في عدم فاعلية برامج الرعاية اللاحقة.

خامساً) مفاهيم الدراسة :

(١) مفهوم الفاعلية:

الفاعلية في اللغة: فعل الشيء: فعلاً، وفعالاً: عمله.. وتفاعل: أثر كلاً منهما في الآخر والفاعلية: وصف لكل ما هو فاعل (معجم الجامع).

وتعرف في الاصطلاح: اختلف الكتاب والباحثون في تعريف الفاعلية من الناحية الاصطلاحية، ويرجع هذا الاختلاف إلى وجود تباين في وجهات نظر المنظمات والأفراد القائمين عليها، كما يرجع إلى وجود تباين واختلاف في الخلفيات العلمية لهؤلاء الكتاب والباحثين، مما أدى إلى صعوبة في تحديد أهداف المنظمة، التي غالباً ما تتعدد وتتعارض ويصعب الاتفاق على صياغتها بصورة محددة، ويؤدي ذلك إلى اختلاف في تحديد مفهوم واضح وموحد للفاعلية لأنها تعتمد على مدى تحقيق الأهداف بصورة جيدة.

وبناءً على ما قدمه Raymond (١٩٨٢)، فإن **Barnard (١٩٣٨)** يعتبر أول من حاول أن يقدم تعريفاً للفاعلية، حيث عرف الفاعلية بأنها تحقيق الهدف المحدد، وعرف العمل الفعال بشكل عام بأنه العمل الذي ينجز الهدف الذي تم تحديده مسبقاً.

ويعرف Price (١٩٧٢) الفاعلية بأنها: الدرجة التي عندها يتم تحقيق أهداف متعددة، ويعرف **Hannan & Freeman (١٩٧٧)** الفاعلية بأنها درجة التطابق بين الأهداف التنظيمية والنتائج المتحققة، أما **Jennings & Goodman (١٩٧٧)** فيعرف الفاعلية بأنها الضوابط ذات العلاقة التي يمكن تحديدها، والنتائج التنظيمية التي يمكن تقديرها، أو زيادتها كمجموعة من المعايير لأهداف متعددة (السيد احمد ٢٠١٢م).

وتعرف المنظمة العربية للعلوم الإدارية (١٩٧٤) الفاعلية بأنها "مدى صلاحية العناصر المستخدمة (المدخلات) للحصول على النتائج المطلوبة (المخرجات) (رشيدة ٢٠٠٦م)".

وتعرف بأنها مصطلح يدل على: مجموعة من القياسات الاحصائية التي يمكن أن يستخدمها الباحث في العلوم الاجتماعية والتربوية والنفسية للتعرف على الأهمية العلمية لنتائج البحوث والدراسات وتهتم بصفة خاصة بالأثر الذي تحدثه المتغيرات المستقلة في المتغيرات التابعة التي يقوم عليها تصميم البحث (الرجوب ٢٠١٥م).

كما تعرف دائرة المعارف الأمريكية الفاعلية بأنها المدى الذي تستطيع المنظمة تحقيق نتائج مقصودة (wikipedia).

ويعرفها الباحث إجرائياً:-

بأنها القدرة على تحقيق الأهداف المخطط لها والمرجوة من خلال برامج التأهيل والرعاية المستمر المتاحة للمرضى النفسيين بمستشفيات الامراض النفسية بمدينة ادمرمان.

(٢) مفهوم الدور:

نمط من الدوافع والأهداف والمعتقدات والقيم والاتجاهات والسلوك التي يتوقع أعضاء الجماعة أن يروه فيمن يشغل وظيفة ما أو يحتل وضعاً اجتماعياً معيناً والدور الذي يصف السلوك المتوقع من شخص في موقف ما (الرجوب ٢٠١٢م).

ويعرفها الباحثة اجرائياً بأنه: "السلوك المتوقع من الفرد أو مجموعة الأفراد العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بولاية الخرطوم نحو المرضى النفسيين في إطار الخدمة الاجتماعية".

(٣) مفهوم البرنامج :

البرنامج هو مجموعة من الخطوات المحددة ، والمعروفة ، والتي أعدت مسبقاً وتم وضعها وفق جدول زمني يسير عليه ، من خلالها يتم الوصول إلى مجموعة من الأهداف وتحقيق النتائج المرغوبة .

ويعرف البرنامج لغوياً بأنه : يعرف البرنامج في معجم المعاني الجامع بالبرنامج كاسم .

الجمع : برامج " وهو سلسلة من العمليات الحسابية المعقدة ، يمكن القول تُجرى على الحاسب الآلي لحل مسألة ما " ، أو خطوات عملية منهجية . أو خطة مرحلة موضع التنفيذ.

البرنامج الدراسي : المنهج الدراسي

تُقدّم الإذاعة برامج ثقافيةً وغنائيةً : الخطة المرسومة في كل يوم لعملها _ (معجم الجامع).

يعتبر البرنامج هو: المفهوم أو المدرك أو الفكرة المجردة التي تحتوى على أوجه النشاط المختلفة والعلاقات والتفاعلات والخبرات للفرد والجماعة التي توضع وتنفذ بمساعدة الأخصائي لمقابلة حاجاتهم واشباع رغباتهم ، وأن عملية التفاعل هي العامل الأساسي لنمو الأعضاء (شمس الدين ١٩٨٦م). ويقصد بالبرنامج program كما حددها قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية انه مجموعة الأنشطة التي تعتمد على بعضها البعض والموجهه لتحقيق غرض او مجموعة من (السكري ٢٠٠٠م).

ويعرف البرنامج بأنه مجموعة: من الأنشطة التي تعتمد بعضها على بعض ، وموجهه لتحقيق غرض او مجموعة من الاغراض ، وفي الخدمات الاجتماعية يعتبر البرنامج استجابة منظمة للمشكلة الاجتماعية(السكري ٢٠٠٠م).

هو عدد من المشروعات والأنشطة التي يتم تخطيطها وإدارتها معاً لتحقيق مجموعة من الأهداف والنتائج الأخرى المترابطة وهي كلمة معربة: فارسية الأصل وتجمع على برامج

مفهوم البرنامج: هو مفهوم يتضمن العلاقات والخبرات والأنشطة والتفاعلات التي تصمم أو توضع لتقابل احتياجات النزلاء في المؤسسات الإصلاحية أو خارجها (خليفة، ١٩٨٥م).
ويعرف الباحث البرنامج إجرائياً بأنه:ـ

- عبارة عن أنشطة وخدمات علاجية وتأهيلية وتدريبية
- خطة معده مسبقاً وخطة مجهزه وفق رؤية إنسانية للمرضى النفسيين
- خطوات ارشادية تعتمد على توجيههم وتوسيع مداركهم وتغيير اتجاهاتهم نحو المرض النفسي.
- متابعة مهنية تقوم تنمية وغرس الطموح والأمل لديهم بعد مرحلة العلاج.

(٣) الرعاية:

الرعاية هي نوع من الدعم المقدم لأفراد المجتمع، قد يتم توفير الرفاهية للأشخاص من أي مستوى دخل، كما هو الحال مع الضمان الاجتماعي، ويطلق عليه في كثير من الأحيان شبكة تحقيق الأمان (Encyclopaedia, ٢٠١١).

وتعد الرعاية ضمان أن يتمكن الناس من تلبية احتياجاتهم الإنسانية الأساسية مثل الغذاء والمأوى، وتحاول الرعاية توفير الحد الأدنى من الرفاهية، وعادة ما تكون إما مجانية أو مدعومة من بعض السلع والخدمات الاجتماعية، مثل الرعاية الصحية والتعليم والتدريب المهني وتنمية القدرات والأداء المهني (Daniele, ٢٠٢١).

وتعرف الرعاية لغويًا بأنها: قال ابن فارس الرعاية: الرأ والعين والحرف المعتل أصلان , أحدهما المراقبة والحفظ والآخر الرجوع (الرازي ٢٠١٢م).

والرعاية تعني: حفظه وفي التنزيل العزيز: (والذين هم لأماناتهم وعهدهم راعون) (المعارج

(٢٤)

عرفها معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية بأنها: الجهود والخدمات التي تبذل للإفراد الذين حصلوا على الرعاية في المنشآت المختلفة للأحداث وذلك بعد خروجهم منها.

ويعرفها الباحث إجرائياً بأنها:ـ

- الرعاية عبارة عن مجموعة من البرامج والخدمات المساندة.

- قد تكون في شكل مساعدات المادية والعينة والإرشادات والتوجيهات والتدريب التي يقدمها الاخصائي الاجتماعي.
- تكون وفق خطط مدروسة وأوليات محددة وبرامج هادفه.
- تتحدد وفق طبيعة الاختصاص وتعتمد على مبادئ تلبية الاحتياجات أو الحاجات للأفراد.
- يمكن أن تقدم من خلال مؤسسات أو أفراد .

٤) الرعاية اللاحقة:

تعرف الرعاية اللاحقة في اللغة العربية بأنها : كلمة رعاية تأتي بمعان عدة، وهي تدور في مجملها على الملاحظة والمحافظة على الشيء ومراقبته (الرازي، ١٩٨٦ م).

وجاءت الرعاية اللاحقة في اللغة الانجليزية بمعنى (Aftercare) أي العناية بالناهقين او موالاة العناية لهم وهو يستخدم على الجهود والخدمات التي تبذل نحو الافراد الذين حصلوا على الرعاية في المنشآت المختلفة كالمستشفيات ودور الملاحظة للأحداث ... وذلك بعد خروجهم من هذه المنشآت(السدحان ١٩٨٦م) .

الرعاية اللاحقة هي: عملية استمرارية تقديم العلاج وتوفير الرعاية والمحافظة على الصحة وتوفير الدعم الاجتماعي وجميع الخدمات التي يحتاج إليها العميل بعد خروجه من المؤسسة أو المستشفى لمدة زمنية معينة(ksu، ٢٠١١).

وعرفت الرعاية اللاحقة: بأنها مجموعة الخدمات المتخصصة الهادفة إلى إعادة التأهيل المهني والاجتماعي والاقتصادي للمرضى والمذنبين والمفرج عنهم ليتمكنوا من العيش وممارسة حياة جديدة. خدمات الدعم التي تقدمها وكالة الرعاية لشخص خرج من مؤسسة، مثل المستشفى أو بيت الشباب أو السجن. الرعاية قبل وبعد الخروج من المستشفى للمريض المتعافى من مرض أو عملية (British Dictionary).

الرعاية اللاحقة هي مجموعة من البرامج والخدمات التي تستهدف تعزيز العملية العلاجية التي تلقاها المتعافى في المؤسسات العلاجية(أبو المعاطي ٢٠٠٠م).

وتعرف الرعاية اللاحقة للمتعافين بكونها، متابعة المدمن العائد من العلاج في بيئته الطبيعية حتى يتم التأكد من عدم عودته إلى الإدمان مرة أخرى، وتدعيم التغييرات الإيجابية التي حدثت في ذات المدمن وسلوكه في الأسرة والعمل على مواجهة ما يظهر من مشكلات وصعاب قد تؤثر على إرادته في البعد عن المخدرات، كما يعتبرها (نيازي، ١٩٨٦م).

وتعرف أيضاً الرعاية اللاحقة للمتعافين بأنها: المرحلة الأخيرة في البرنامج العلاجي التي تستهدف توفير جميع أشكال الرعاية اللازمة والمحافظة على الصحة وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي وجميع أشكال الخدمات التي يحتاج إليها المتعافي وأسرته بعد الخروج من المستشفى، كما يعتبر البعض الرعاية اللاحقة بمثابة الخطوة الأخيرة في عملية التهذيب، "عبد الحليم ٤٠٨ هـ).

ويعرف الباحث الرعاية اللاحقة وفق الدراسة الحالية : بأنها تلك الإجراءات والعمليات والخطط والبرامج الاجتماعية والعلاجية والتأهيلية الموجهة لفئة المتعافين من المرضى النفسيين بمستشفيات الصحة النفسية بمدينة ادمرمان ، وذلك بهدف مساعدتهم للتكيف من جديد مع البيئة الطبيعية والنظم الاجتماعية السائدة في المجتمع بشكل يمكنهم من المساهمة من جديد في كل ما يتعلق بأوجه الحياة المختلفة في المجتمع.

(٥) المرض النفسي:

المرض النفسي هو نقيض للصحة النفسية، حيث يمكن تعريفه بأنه اضطراب نفسي المنشأ، تتجم عنه اتجاهات غير سليمة للفرد تجاه نفسه ومجتمعه، أي أنه حالة من عدم التوافق في التفاعل النفسي والاجتماعي، وظهور السلوكيات غير السوية التي تؤثر في سلامة إنجازات الفرد، وسير حياته بشكل آمن ومستقر لنفسه ولمن حوله (منظمة الصحة العالمية) .

وعرف زهران عرف المرض النفسي بأنه: اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه .والمرض النفسي أنواع ودرجات فقد يكون خفيفا وقد يكون شديدا(زهران، ٢٠٠٥م) .

ويتبنى الباحث في التعريف الإجرائي للمرض النفسي تعريف زهران للمرض النفسي لاتصافه بالشمولية .

التعريف الاجرائي للمريض النفسي:

بأنه المريض الذي اصيب بأحد الامراض النفسية وتلقي علاجاً بأحد المستشفيات النفسية التخصصية وتمائل للشفاء والذي يحتاج للمتابعة عن طريق الرعاية اللاحقة لفترة زمنية تمكن من عدم انتكاسته مرة أخرى.

سادساً) الدراسات السابقة:

كانت حصيلة الدراسات التالية والتي تتطرق لموضوع الرعاية اللاحقة والتي منها ذات العلاقة المباشرة واخرى غير مباشرة.

أولاً الدراسات العربية:

(١) دراسة رحمة الله ٢٠١٤م: بعنوان "الرعاية اللاحقة كمعاملة خاصة لنزلاء المؤسسات الإصلاحية

والتي اسهدفت الدراسة الى التعرف على النظرة المحدودة التي شابت بعض الانظمة العقابية في تعاملها مع المذنبين واعادة هيكلة انظمة عقابية يكون لها عظيم الاثر في اصلاح المذنبين وتأهيلهم وتوضيح الدور المهم الذي يقع على عاتق المجتمع القيام به في سبيل اعادة تكيف المفرج عنهم من السجون مع الحياة الجديدة بعد الافراج، استخدم الباحث المنهج الاستقرائي التحليلي . وتوصلت الدراسة الى نتائج أهمها أن العقوبة السالبة للحرية التي تنفذ في حق السجين يتعين أن يكون هدفها الاصلاح والتأهيل وليس الزجر والانتقام وذلك انسجاما مع الوظائف الجديدة للعقوبة السالبة للحرية. واوصى الباحث بأن النهج القويم والامثل لتأهيل المنحرفين المفرج عنهم هو استكمال برامج الرعاية التي بدأت بدخولهم المؤسسة العقابية أو الاصلاحية.

(٢) دراسة البراك ٢٠١٤م: مدى فاعلية برامج الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في تأهيلهم

اجتماعيا والتي هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية برامج الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في تأهيلهم اجتماعيا، من وجهة نظر المستفيدين في مستشفى الصحة النفسية في منطقة حائل، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد منهج المسح الاجتماعي الشامل، للأفراد الذين تلقوا علاجاً بسبب الإدمان على المخدرات والبالغ عددهم ٩١ شخصا، واستعين أيضا بمجموعة من الطرق الإحصائية أهمها الإحصائي الوصفي، واختبار مربع كاي، واختبار تحليل التباين. وأظهرت الدراسة النتائج التالية:- أن برامج الرعاية الصحية النفسية اللاحقة كانت ناجحة بدرجة كبيرة وملموسة ، وتبين وجود تقصير من قبل المرشد الاجتماعي في متابعة الحالات بعد الخروج من المستشفى إذ يتابع فقط ١١ % منهم ، وأن الرعاية اللاحقة بعد خروج المرضى من المستشفى في مجال التأهيل الوظيفي كانت ضعيفة جدا ، وأوصت الدراسة بضرورة تفعيل دور المرشد الاجتماعي خاصة بعد خروج المرضى من المستشفى، ومتابعة حالات الرعاية الصحية لأبناء القرى خاصة الذين خرجوا من المستشفى.

(٣) دراسة العزة ٢٠١٤م: بعنوان " إلى معرفة علاقة الرعاية المؤسسية بالأحداث في دور الرعاية

والحماية التابعة لوزارة التنمية وحل مشكلة جنوح الأحداث، من خلال رصد العلاقة بين البرامج المقدمة في دور الحماية والرعاية والسلوكيات السلبية للأحداث فيها، والتي أدت إلى تحويلهم إلى

مراكز الأحداث الجانحين. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام منهج المسح الإجماعي بالعينة، وبمغ حجم العينة (١٠٠) حدثا من الذكور والإناث في دور الحماية والرعاية والبالغة (٤) دور، وتم استخدام عدة أساليب لجمع البيانات تمثمت بالاستبانة والسجلات والوثائق والمقابلات الشخصية. ومن أبرز نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لبرنامج التهيئة والاستقبال لأحداث في دور الرعاية والحماية، بينما لوحظ وجود فروق ذات دلالة

(٤) دراسة الخراشي ٢٠١٠م: بعنوان " تصور مقترح لبناء استراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان" هدفت الدراسة إلى معرفة أشكال الجهود الحالية لبرامج الرعاية اللاحقة المقدمة لمتعافين من الإدمان، ومعرفة طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات و معرفة دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان وتعاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي، وتحقيقاً لهذا اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي المسحي التحليلي للوصول إلى تصور مقترح لتفعيل دور المؤسسات التعليمية في الوقاية من المخدرات وانتهت النتائج الخاصة بالممارسي • أن المستشفى تقوم بعمل لقاءات لتثقيف أسر المتعافين بطرق التعامل معهم بنسبة ٨٠٪. ان المستشفى تقوم بتوفير الوعظ وعلماء الدين للتوعية بأضرار المخدرات من خلال محاضرات يتم إلقاءها على المتعافين بنسبة ٩٨٪، وأوصت الدراسة بعدة توصيات منها: الاهتمام بالجانب التثقيفي للمتعافين من الإدمان عن طريق وضع برامج توعوية وتثقيفية بخطورة العودة إلى إدمان وتعاطي المخدرات .

(٥) دراسة الهليل: ٢٠١٠م: بعنوان " واقع الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم من الموقفين امنيا في مركز محمد بن نايف للمناصحة والرعاية بالرياض" واقع الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم من الموقفين امنيا في مركز محمد بن نايف للمناصحة والرعاية بالرياض تتلخص الدراسة في الكشف عن واقع الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم من الموقفين امنيا في مركز محمد بن نايف للمناصحة والرعاية من النواحي الاقتصادية والاجتماعية والنفسية والفكرية حيث كان مجتمع الدراسة الأشخاص المفرج عنهم من الموقفين امنيا ممن استفادوا من مركز محمد بن نايف منذ نشأته ١٤٢٨هـ حتى تطبيق الدراسة عام ١٤٣١هـ استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي من خلال اسلوب المسح الاجتماعي الشامل وتوصلت الدراسة إلى اضافة بعض المقترحات لتكون ضمن الخدمات والمساعدات المقدمة للمفرج عنهم مثل تقديم القروض المالية. اشغال المفرج عنهم بما يفيد مثل الدراسة والعمل الذي يرجع عليهم بالفائدة، الاهتمام بالرعاية الفكرية. اهمية ابراز جهود الدولة في مجال الرعاية اللاحقة.

- (٦) دراسة: السلطان ٢٠٠٥م: بعنوان " دور الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً"
حول "دور برامج الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً" هدفت الدراسة التعرف على مدى فهم العاملين بمستشفيات الأمل للرعاية اللاحقة، والتعرف على مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في الرياض. والتعرف على مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في الدمام، مع وضع بعض المقترحات والحلول لتلافي سلبيات هذه البرامج في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً . وتوصلت الدراسة بمقارنة إجابات الأخصائيين الاجتماعيين في مجمع الرياض والدمام لم يتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية تبعاً لاختلاف جهة العمل أو المتغيرات الشخصية
- (٧) دراسة الهاجري: بعنوان " تقييم البرنامج العلاجي لمدمني المخدرات في الرعاية اللاحقة بمجمع الأمل للصحة النفسية في مدينة الرياض" من وجهة نظر المستفيدين والفريق المعالج تقييم البرنامج العلاجي لمدمني المخدرات في الرعاية اللاحقة بمجمع الأمل للصحة النفسية في مدينة الرياض وتشكل مجتمع الدراسة من مدمني المخدرات المستفيدين من البرنامج العلاجي للرعاية اللاحقة بمجمع الأمل للصحة النفسية من الذكور في مدينة الرياض، وعددهم (٨٥) مستفيداً، إلى جانب الفريق المعالج في البرنامج العلاجي للرعاية اللاحقة بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض، وعددهم (١٢). واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم جمع البيانات بواسطة أداة الاستبانة، وقد أفرزت الدراسة مجموعة من النتائج، منها توجد فروق بين الفريق المعالج والمستفيدين بالنسبة لمدى إسهام البرنامج العلاجي في الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في عدم العودة إلى الإدمان، وكان مستوى الدلالة (٠,١,٠) لصالح الفريق المعالج. توجد فروق بين الفريق الطبي المعالج والمستفيدين بالنسبة إلى مدى إسهام البرنامج العلاجي في الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في تحسين المهارات الاجتماعية وتكيفهم مع مجتمعهم الخارجي (مستوى الدلالة (٠,١,٠) لصالح المستفيدين. توجد فروق بين الفريق المعالج والمستفيدين بالنسبة إلى مدى إسهام البرنامج العلاجي في تقوية الجانب الديني والنفسي والاجتماعي (مستوى الدلالة (٠,٥,٠) لصالح الفريق المعالج. لا توجد فروق في مدى إسهام البرنامج العلاجي في تطوير وعي المدمنين بمشكلة الإدمان كمرض يمكن العلاج منه بين الفريق المعالج والمستفيدين.

ثانياً) الدراسات الأجنبية:

(١) دراسة Sarah j ٢٠٢١: بعنوان " لماذا توقفنا عن استخدام مصطلح "الرعاية اللاحقة" والتي استهدفت تحديد الكلمات التي نختارها لوصف علاجات الكحول والمخدرات الأخرى (AOD) والتدخلات التي تقترن بعد عميات العلاج فيما يعرف بالتدخل الممنهج للرعاية اللاحقة للمرضى ، وذلك عن افتراضات حول كيفية فهمنا لاستخدام AOD. علاوة على ذلك ، فإن لها آثاراً مهمة على كيفية تخيل العلاج وتنفيذه وتمويله. غالباً ما يُطلق على تقديم الخدمة الذي يتبع المشاركة في برنامج مكثف (سكني عادةً) اسم "الرعاية اللاحقة" في مجال AOD الدولي. في هذا التعليق.

(٢) دراسة روبرت ٢٠١٥م: بعنوان " التغيير العملي والنتائج مع المنتكسين الوقاية مقابل برامج الرعاية اللاحقة المكونة من ١٢ خطوة ، والتي استهدفت جراء التحليل التلوي من أجل توليد المزيد من الفهم فيما يتعلق بفعالية برامج الرعاية اللاحقة في الحد من معدلات العودة إلى الإجرام للمجرمين الأحداث الذين يعودون إلى مجتمعاتهم بعد فترة من الحبس. الطريقة: ٣٠ مؤهل تم الحصول على الدراسات الأولية من خلال مراجعة الأدبيات المنهجية وتم ترميزها. كان العود إلى متغير النتيجة و ١١ متغيراً معتدلاً تم تجميعها وفقاً للعينة أو المعالجة أو المنهجية أو خاصية الدراسة. ملخص تم حساب حجم التأثير أثناء إجراء تحليلات الوسيط والانحدار التلوي أيضاً. النتائج: حجم تأثير الملخص من برامج الرعاية اللاحقة كانت غير مهمة ولكن التحليلات الفرعية أحادية المتغير ومتعددة المتغيرات أسفرت عن آثار علاجية مهمة لعينات من الشباب الذين تزيد أعمارهم عن ١٦.٥ عاماً والذين كانت إساءتهم السائدة في مؤشرهم عنيفة. حسن التنفيذ . وتوصلت الدراسة الى أن المؤشرات الموثقة للصعوبات في تنفيذ البرنامج مستوى الاتصال بين الشباب والموظفين المهنيين خلال برنامج الرعاية اللاحقة يجري أقل مما كان متوقعاً في البداية ، يشعر الشباب بالتخلي عن الموظفين بسبب الاتصال غير الكافي ، ودوران الموظفين ، وانخفاض مستويات الدعم للمستهدفين.

(٣) دراسة Michelle Jordan ٢٠١٢ : بعنوان " برامج الرعاية اللاحقة الفيدرالية للشباب في سن انتقالية" وتهدف الدراسة تقييم خمسة برامج فيدرالية لدعم الرعاية اللاحقة للشباب في سن انتقالية ، بما في ذلك المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة لوالد واحد ، خدمات دعم الطلاب TRIO لطلاب الجامعات من الجيل الأول ، قانون الفرصة الثانية للشباب العائدين ، قوائم تعليم وتدريب الكاهن للشباب بالتبني ، وبرنامج المعيشة الانتقالية للشباب المشردين وتوصلت

الدراسة بالعمل نحو تدعيم وزيادة نظم جمع البيانات والإبلاغ المنتظمة التي تحدد خدمات الرعاية اللاحقة المقدمة والنتائج بين تلك التي يتم تقديمها والتي يمكن للجماهير الوصول إليها .

٤) دراسة Barry ٢٠٠٩ : بعنوان "العوامل المرتبطة بنتائج العلاج في مجتمع الرعاية اللاحقة" والتي استهدفت تحديد نتائج ستة أشهر لـ ١٩٤ من عملاء العدالة الجنائية الذين خرجوا من العلاج والتعافي من المخدرات في العيادات الخارجية وتم تكليفهم بالرعاية اللاحقة، أو العلاج القياسي. قارنت بين العينات الفرعية لأولئك الذين حققوا نتائج إيجابية (ن = ١١١) ونتائج سلبية (ن = ٥٩) ، كما هو محدد بواسطة تعاطي المخدرات والكحول والاعتقالات. تميزت المتغيرات النفسية والحضور في الخدمات الدينية بشكل ملحوظ بين المجموعات. كما أن التقيد الديني أيضًا ينبئ بتعاطي المخدرات، وأوصت الدراسة بضرورة تفعيل برامج الرعاية اللاحقة للمرضى حتى لا تتعدد أمورهم النفسية مما يؤدي بهم إلى الاعتياد عما كانوا عليه وبالتالي ضرورة المتابعة العلاجية كالرعاية اللاحقة .

٥) دراسة John C & others ٢٠٠٩ : بعنوان "تحديد آثار برامج الرعاية اللاحقة للشباب المعرضين للخطر" ، والتي استهدفت من هذا البحث هو التأكد مما إذا كانت إمكانية الوصول الجغرافي (بالاقتران مع خصائص المريض الأخرى) تقلل من احتمال المشاركة في علاج ما بعد الإدمان على الكحول. الطريقة: تم تحديد عينة من ٤٦٢١ من المحاربين القدامى في الولايات المتحدة الذين خرجوا من المستشفى مع موعد في العيادة الخارجية من واحد من ٣٣ برنامجًا لعلاج إدمان الكحول للمرضى الداخليين التابعين لإدارة شؤون المحاربين القدامى. تم الحصول على سجلات المرضى الخارجيين لكل مريض لتحديد ما إذا كانت خدمات الرعاية اللاحقة قد تم الاستفادة منها بعد الخروج من المستشفى. تم استخدام تحليل الاختيار الثنائي لنمذجة قرار دخول علاج الرعاية اللاحقة كدالة لمسافة السفر ، والعمر ، والحالة الاجتماعية ، والعرق ، وشدة المرض ، والتحضر. النتائج: أدت حواجز السفر إلى انخفاض كبير في المشاركة في الرعاية اللاحقة ، خاصة بالنسبة لكبار السن وقدامى المحاربين في المناطق الريفية، وتوصلت الدراسة الى انه يجب إيلاء اهتمام خاص لخطط خروج المرضى المعرضين لخطر عدم الامتثال للمواعيد حيث ثبت أن الرعاية اللاحقة تحسن نتائج العلاج. علاوة على ذلك ، نظرًا لأن علاج إدمان الكحول يقلل من الاستفادة من الخدمات الطبية الأخرى ، فإن تعزيز استمرارية الرعاية يجب أن يساعد في خفض التكاليف الإجمالية لتوفير الرعاية الصحية لمرضى الكحول.

٦) دراسة Steven ٢٠٠٦: بعنوان " العوامل المرتبطة بامتثال أفضل للرعاية النفسية اللاحقة " والتي استهدفت تحديد معدل الامتثال للرعاية اللاحقة بعد الاستشفاء منخفض بشكل مزعج على الرغم من فعاليتها المثبتة في منع الانتكاس وإعادة الاستشفاء. فحصت هذه الدراسة لـ ١٣٤ حالة دخول طارئة إلى مستشفى بلدية مدينة نيويورك تأثير خصائص المريض والمتغيرات السريرية والمواقف تجاه العلاج على الامتثال للرعاية اللاحقة في الأشهر الستة التالية للخروج. باستثناء ٣١ مريضاً احتاجوا إلى إعادة توطينهم في المستشفى ، حضر ٧٠ بالمائة من المرضى مواعيدهم الأول للرعاية اللاحقة ، وأكمل ٤٠ بالمائة ستة أشهر من الرعاية اللاحقة. كانت العوامل المرتبطة بالامتثال للرعاية اللاحقة هي استمرارية الرعاية ، كما ينعكس في وقت أقل بين الخروج وموعد الرعاية اللاحقة الأول ؛ زيادة عدد حالات دخول المستشفى السابقة ؛ زيادة مدة الإقامة في المستشفى ؛ إنكار أقل للحاجة إلى العلاج ؛ وزيادة الحاجة إلى الأدوية. يتم تقديم توصية لتحسين الامتثال للرعاية اللاحقة.

التعليق على الدراسات السابقة:

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في تناولها للرعاية اللاحقة كمتغير مستقل. اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة كل من: دراسة الخراشي ودراسة السلطان ودراسة الهليل ودراسة البراك ودراسة الهاجري من حيث المنهج المستخدم (الوصفي التحليلي) بينما اختلفت مع دراسة رحمة الله الذي استخدم المنهج الاستقرائي التحليلي. اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة الهاجري ودراسة البراك ودراسة السلطان من حيث مجال ومكان الدراسة وهو مجال المستشفيات النفسية بينما اختلفت مع دراسة رحمة الله ودراسة الهليل التي كانت بالمؤسسات العقابية.

- تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث أهدافها وطبيعة المشكلة ومجتمع ومكان اجراء الدراسة (الاخصائيين الاجتماعيين بمستشفيات الامراض النفسية بولاية الخرطوم) وما تود الوصول اليه من نتائج.

- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في التأكيد على أهمية الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين لوصفها من اساليب الوقاية من الانتكاسة، وعلى حسب اطلاع الباحث على الدراسات السابقة أنه لم يسبق أن تطرقت دراسة علمية في مجال الرعاية اللاحقة لما تطرقت له هذه الدراسة الحالية من حيث تناولها بالنسبة للرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين.

الخدمة الاجتماعية وبرامج الرعاية اللاحقة:

تمثل الخدمة الاجتماعية مهنة تستهدف استخدام العلم لمساعدة الناس لتحقيق مستوى مناسب من التوظيف النفسي الاجتماعي لعملائها فالرسالة الرئيسية لهذه المهنة تتمثل في تنمية قدرات الإنسان، من خلال المساعدة في إشباع الاحتياجات الرئيسية للناس بصفة عامة، وغيرهم من ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة خاصة (Gibelman, 1999). فالأخصائيين الاجتماعيين لهم باستخدام المهنة جذور عميقة في السياسات الاجتماعية منذ نحو مائة عام والى وقتنا المعاصر وحاليا يري كل من "سيجال" و"برزي"، أنهم أصبح لهم دورا متناميا في هذا الصدد، وقد تضمنت هذه الجهود الممارسات من خلال حركة المحلات الاجتماعية ومنظمات تنظيم الإحسان، بالإضافة إلى برامج العمل السياسي والإصلاحي للمهنة (Paul, 1995).

ومن الملاحظ أن لمهنة الخدمة الاجتماعية تاريخ طويل في العمل مع برامج مكافحة العنف، هذا بالإضافة إلى التعامل مع قضايا الدفاع عن الاحتياجات والخدمات الاجتماعية للمجرمين والضحايا والمذنبين (Robert, 1999).

وبصفة عامة تستخدم الخدمة الاجتماعية في طار العدالة الجنائية من خلال تصميم وتوظيف الحلول من أجل ضحل وتقليل السلوك الإجرامي وضبطه وتأتي هذه الحلول من خلال تنمية وتطوير تدخلاتها لتحسين حياة الأسر ، ومجتمع الحيرة والتعامل بهدف إزالة العوامل المسببة للفقر، والاهتمام بفاقد القدرة في المجتمع والذين تنظر إليهم كضحايا ، بالإضافة إلى تعاملها مع المذنبين ، الاهتمام بالضحايا من العاطلين عن العمل والمغتصبات من النساء ، وغير ذلك من المشكلات الإنسانية التي ترتبط بالأحداث السياسية والاقتصادية التي تحدث من حين إلى آخر (Rosemary, 1995) .

أدوار الأخصائي الاجتماعي في الرعاية اللاحقة :

١. البحث والدراسة والتشخيص :

وتعد هذه الخطوة من الخطوات الأولى للتعامل مع المريض النفسي، بل لا يتصور تحقيق برنامج للرعاية اللاحقة بدونها، وقد يكون هناك بحوثا ودراسات اجتماعية سابقة أجريت على المريض المتعافي أو أبحاث تتبعيه ، فيلزم هنا مراجعة كل ما أعد عن المريض المتعافي، وقد يحتاج الأمر إلى إعداد دراسة وبحث حالة جديدة عنه، لتحديث البيانات، والتعرف على ما استجد على الحالة خلال فترة التنويم.

٢. تكوين علاقة مهنية مع المريض:

أو ما يسمى بالعلاقة العلاجية وهي ارتباط مؤقت بين الأخائي المريض ، وينبغي أن تكون هذه العلاقة تجمع أين العاطفة من جانب والعقل من جانب آخر بحيث لا يطغي جانب على جانب، ولا يمكن أن تبني هذه العلاقة بسهولة إلا للأخصائي المتمرس، الذي يعرف كيف يسبر أغوار نفسية مقابلة مستندا في ذلك على دراسته المسبقة للحالة من خلال الأبحاث المعدة سابقا عن المريض ، إضافة إلى إظهار الاهتمام من قبل الأخصائي بالمريض ويمكن جعل تلك العلاقة المهنية مصدر أمن للمريض في ظل الظروف التي يواجهها في المجتمع بعد خروجه من المؤسسة العلاجية.(الجهني، ١٤١٥هـ)

٣. التسجيل: ويقصد بالتسجيل تدوين المعلومات وحفظها بطريقة يسهل الرجوع إليها والاستفادة منها وتتضح أهمية التسجيل بالنظر إلى حجم الأعمال المناطة بأخصائي الرعاية اللاحقة وتعدد شبكات مصادر المعلومات عن المرضى النفسيين وكثرتهم واستمرارية رعايته لهم لفترة قد تطول في الغالب لحين ضمان استقرارهم.

٤. التفريد: لكل حالة نوع خاص من المعاملة، فنجاح برنامج ما مع إحدى الحالات لا يعني نجاحه مع كل الحالات حتى وإن تشابهت الظروف والمشكلة ولعل ما يسبب فشل كثير من حالات الرعاية اللاحقة هو تطبيق البرنامج الواحد مع كل حالة يشرف عليها أخصائي الرعاية اللاحقة(غازي، ١٤١٥هـ) .

٥. تحديد الهدف بشكل واقعي وعملي: ينبغي تحديد هدف واضح وعملي لبرنامج الرعاية اللاحقة ووفق خطوات عملية محددة مقننة ويجب أن يكون ذلك الهدف قابلا للتحقيق والوصول إليه فعلا، وهذا لا يتم إلا بالنظرة الواقعية لجميع المتغيرات في عملية الرعاية اللاحقة والبرنامج الذي سيقدم للمرضى النفسيين .

٦. البدء مع المريض النفسي من حيث هو: وذلك من حيث اهتماماته وطاقاته وقدراته ونظراته لواقعه وكيفية تجاوزه، فينبغي أن يكون المنطلق في فعاليات برنامج الرعاية اللاحقة بؤرة اهتمام المريض النفسي بقدر الإمكان وعدم تجاهله (جبلي، ١٩٧٣م).

الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين والجوانب المرتبطة بها:

سبق وأن أوضحنا أن الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين بأنها تشكل مرحلة مهمة في الجانب العلاجي التي تستهدف توفير جميع أشكال الرعاية اللازمة والمحافظة على الصحة وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي وجميع أشكال الخدمات التي يحتاج إليها المريض النفسي وأسرتة بعد

الخروج من المستشفى، كما يعتبر البعض الرعاية اللاحقة بمثابة الخطوة الأخيرة في عملية العلاج. والمقصود بالرعاية اللاحقة في هذا المجال ووفقا لما استقر عليه في سياسة العلاج الحديثة للمرضى النفسيين، هو مساعدة المريض على العودة إلى المجتمع بشكل سليم، والعمل على تقليل امكانية الانتكاسة المرضية مرة وليمارس حياة سوية كفرد في المجتمع، ويمكننا أن نتناول هذا الموضوع من خلال: .

أهمية برامج الرعاية اللاحقة في مقابل الانتكاسة:

يرى البعض على أن أهمية برامج الرعاية اللاحقة تركز على:

١. كونها جزءا مكملا للعملية العلاجية التي بدأت في المؤسسة وبدونها فإن هذه العملية تعد ناقصة وغير فاعلة.
٢. عدم ضمان الأخصائيين القائمين على البرامج العلاجية داخل المؤسسة التغيرات البيئية التي قد تؤدي إلى حدوث انتكاسات في الحالات التي يشرفون على علاجها أو انهيار الأنماط السلوكية الإيجابية التي اكتسبها أثناء فترة العلاج.
٣. وهذا يعني أن أهداف خطط وبرامج الرعاية اللاحقة للمتعاين يجب أن تعكس حاجاتهم البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية وتساعدهم في التعامل مع الصعوبات والمشكلات والتحديات التي يمكن أن تواجههم خلال فترة تعافهم.
٤. إن الرعاية اللاحقة تعتبر التنمية الطبيعية لجهود إعادة التأهيل، فهي تؤد دوران الأول هو تكميلي والثاني هو صيانة الجهود كي لا تفسدها العوامل الاجتماعية.
٥. إن الفلسفة نكمن من فكرة الرعاية اللاحقة بمختلف مدلولاتها والمتمثل في ضرورة التقليل من إهدار الطاقات التي يقوم عليها .
٦. إن انعدام الرعاية اللاحقة يكرس عملية الوصم التي يخضع لها المدمن، خاصة تلك الصادرة عن المجتمع الذي يرفض عادة رجوع المدمن بين أحضانه. (طارق ، ١٩٩٣م).

الأهداف التي تقوم عليها برامج الرعاية اللاحقة للمريض النفسي:

- يرى البعض أن هناك جملة من الأهداف التي تضمنها مفهوم الرعاية اللاحقة وبرامجها للمريض النفسي تشمل (نيازي ١٤٢٩هـ):
١. خفض فترة التنويم بالمستشفيات العلاجية.
 ٢. توفير الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية التأهيلية اللازمة للمريض.
 ٣. توفير الدعم النفسي والاجتماعي للمريض وأسرته.

٤. مساعدة المريض وأسرته في فهم المشكلات التي يمكن أن تواجههم بعد الخروج وإكسابهم المهارات اللازمة للتعامل معها.
٥. مساعدة المريض وأسرته وتوجيههم بشأن التكيف مع الأوضاع والأدوار الجديدة .
٦. المساعدة في الحصول على الخدمات المجتمعية.
- وهناك جوانب أخرى لأهداف برامج الرعاية اللاحقة تتضمن:
١. مساعدة المريض النفسي على تقوية صلته بالله عز وجل .
 ٢. مساعدة المريض النفسي للاعتماد على نفسه وتحمل المسؤولية.
 ٣. مساعدة المريض النفسي على تكوين علاقات إيجابية جديدة مع المحيطين به.
 ٤. مساعدة المريض النفسي على التخطيط لشغل أوقات الفراغ واستغلالها بطريقة بناءة.
 ٤. مساعدة المريض النفسي على إثبات ذاته وتقبل نفسه.
 ٥. مساعدة المريض النفسي على التعامل مع بعض المشكلات التي قد يواجهها خلال فترة التعافي .
 ٦. مساعدة المريض النفسي على تحسين علاقاته الأسرية. (برنامج الطريق ١٤٢٤ هـ) .
- وبهذا يمكن القول أن الرعاية اللاحقة تحقق:

أ- هدفًا اجتماعيًا إنسانيًا ويتمثل ذلك في الرعاية الاجتماعية للمرضى النفسيين ومعاونتهم في الحصول على فرص للاندماج المجتمعي .

ب- هدفًا وقائيًا وتأهيليًا :

ويتمثل فيما تحققه البرامج من تقليل الوقوع في الانتكاسات المرضية مرة أخرى.

المحتوى النوعي لبرامج الرعاية اللاحقة وعوامل نجاحها:

تختلف وتتعدد حاجات المرضى النفسيين من برامج الرعاية اللاحقة والأنساق المرتبطة بهم تبعًا لاختلاف مشكلاتهم وخصائصهم البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية، وبالتالي فإن خطط الرعاية اللاحقة -البرامج والخدمات- التي يحتاج إليها هؤلاء العملاء بعد خروجه من المؤسسة العلاجية أو التأهيلية تكون مختلفة أيضًا، ومن هنا فإن محتوى خطة الرعاية اللاحقة للمريض يجب أن تعكس حاجاته والبيئة التي يعيش فيها.

ويحدد ثمانية جوانب رئيسة يمكن مراعاتها في خطط الرعاية اللاحقة هي (نيازي ٢٠١٥م)

- طبيعة حالة المريض النفسي وما تفرضها من حاجات بدنية ونفسية واجتماعية.
- المساعدات أو المعونات التي ينصح بها كالأجهزة والتكنولوجيات المستخدمة في التأهيل.

- الخوف من التطورات المستقبلية من جانب المريض وأسرته.
- الموارد المالية التي يجب توفيرها.
- المعونات المنزلية كخدمات التمريض والعناية الشخصية.
- السكن.
- سبل الرعاية المؤسسية طويلة الأمد.
- سبل الرعاية المؤسسية قصيرة الأمد أو المؤقتة.

ويمكن تحديد أمثلة لنوعية برامج الرعاية اللاحقة في:

١. برامج إعادة البناء المعرفي: وفيه تتم مساعدة المريض النفسي على إعادة بناء وتنظيم أفكاره السلبية وتهيئة أفكاره الإيجابية.
٢. برامج تحسين أليب المراقبة الذاتية وتستهدف جعل المريض قادراً على تحليل أنماط الاستخدام وطرق مراقبتها وكذلك مساعدة المريض النفسي على بناء إفادات تكبير وعبارات تنبيه دائم بشأن الالتزام والانتظام.
٣. برامج تحسين المهارات الاجتماعية: وفيها يتم تدريب المريض على بعض المهارات الاجتماعية التي تساعده على إقامة تفاعلات شخصية سواء من خلال الاقتداء بالنماذج الاجتماعية أو من خلال استغلال الدعم الاجتماعي.
٤. برامج تحسين مهارات الاتصال: ويتم ذلك من خلال تطوير مهارات تساعد المريض النفسي على التعبير اللفظي عن نفسه ومشاعره واستخدام ضمائر "الأنا" بدلاً من التهرب والتسويق.
٥. برامج تطوير مهارات حل المشكلات: ويتضمن تعليم المريض النفسي مهارات التعامل مع المواقف الحياتية الضاغطة.
٦. برامج تحسين مستوى التقدير والاحترام الذاتي: ويتضمن تحديد نقاط القوة والإنجاز الشخصي والتركيز عليها وتحديد المناطق والجوانب التي تحتاج إلى تغيير في شخصية.
٧. برامج تطوير مهارات الرفض: ويتم ذلك من خلال البحث عن المساعدة والتعبير بصدق عن المشاعر والاعتقادات والأفكار.
٨. برامج تحسين مهارات التأقلم والمواجهة: وفيها يتم تدريب المريض النفسي وتعليمه تسهيل عملية تحديد المشاعر والتعرف عليها.

٩. تشجيع عدم الانقطاع عن العلاج: وذلك بتعزيز الالتزام ومتابعته مع الفريق المعالج

١٠. دعم وتثقيف الأسرة: ويتم فيها تقييم مواقف الأسر وسلوكياتها من المريض النفسي (اللوم، العزلة، والخوف، الخجل، العيب الاجتماعي، مشاعر الذنب، ... إلخ). الأسرة أنفسهم حتى تتم عملية التواصل والتفاعل بشكل إيجابي.

ويضاف إلى ذلك تصنيفاً آخر لعدة مناحي علاجية وتأهيلية تشمل:

* برامج الرعاية والمتابعة الطبية.

* برامج آليات التعامل مع الحاجات اليومية الأساسية .

* برامج العلاج النفسي والاجتماعي الفردي والجماعي والأسري.

* برامج الدعم والمساندة الاجتماعية.

* برامج المساعدات المالية.

* برامج الأنشطة الترويحية.

* برامج الخدمات التأهيلية والتدريبية والتشغيلية.

ولضمان نجاح البرامج الخاصة بالرعاية اللاحقة فإنه يجب أن يؤخذ في الحسبان

الاعتبارات التالية حتى يحقق النتائج المأمولة:

١ - الوصول إلى المصادر المطلوبة المالية والبشرية والمادية والطبية والتأكد من إمكانية الاستفادة منها.

٢ - توقع وجود أنشطة وبرامج مضادة للبرامج التي يخطط لها من قبل بعض الجهات والفئات التي تتعارض مع خطط الرعاية اللاحقة.

٣ - السماح للبرامج اللاحقة بالوقت الكافي وعدم الاستعجال في الحصول على نتائج فورية وسريعة.

٤ - الحرص على تنظيم برامج وتصميم أنشطة ذات كفاءة عالية من حيث الجودة التخطيطية .

٥ - التأكد من أن البرامج لن تتسبب في بروز مشكلات أو صعوبات جديدة .

٦ - الأخذ في الاعتبار، المتغيرات الديموغرافية كالعمر، والجنس، والتعليم والحالة الاجتماعية والاقتصادية .

يرصد البعض (نيازي، ٢٠١٥م، ص١٤٢) مجموعة من الصعوبات والتحديات والمشكلات التي

تواجه المرضى النفسيين بعد خروجهم من المراكز العلاجية هي، والتي يجب أن يضعها القائمون

على تصميم برامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين وهي:

- المشكلات والتحديات المرتبطة بتغيير نمط أو أسلوب الحياة والمعيشة.
- التحديات المرتبطة بصعوبة اتخاذ القرارات (المعيشية، الوظيفية ، الأسرية. الخ)
- الاضطرابات الانفعالية والنفسية والسلوكية .
- مشكلات عدم القدرة على تنظيم الوقت.
- المشكلات الاقتصادية.
- التحديات المرتبطة بعدم القدرة على التحكم في الضغوط ومشاعر القلق.
- المشكلات المرتبطة بعلاقات المريض مع المحيطين.

الإجراءات المنهجية

١) مجتمع الدراسة ومنهجها:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية واعتمدت على استخدام منهج المسح الاجتماعي الشامل، وليس عن طريق العينة، وذلك لأنها انصبت على جميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات الأمراض النفسية والعصبية بمدينة ادمرمان. لذا انصبت الدراسة الميدانية على تلك المستشفيات في الفترة من اكتوبر ونوفمبر ٢٠١٨م وهي:

١- مستشفى التجاني الماحي للطب النفسي بمدينة ادمرمان وهو أكبر مستشفى للطب النفسي في السودان.

٢- مستشفى الأمراض النفسية والعصبية التخصصي بالسلاح الطبي بمدينة ادمرمان الذي يركز على علاج منسوبي القوات المسلحة.

ولقد تم اختيار هذه المستشفيات لأنها لها نظائرها في الولايات الأخرى ومن ثم يمكن أن يكون مجتمع الدراسة ممثلاً لها تمثيلاً صادقاً، وكذلك تعتبر هذه المؤسسات مستقرة حيث تأسست منذ فتره لا تقل عن ثلاثين عاماً، فضلاً عن توافر الاخصائيين الاجتماعيين بها.

٢) عينة الدراسة:

فيما يختص بالأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مستشفيات الأمراض النفسية والعصبية بمدينة ادمرمان، تم عمل مسح شامل لكل الأخصائيين وكان عددهم (٣١) أخصائياً اجتماعياً وقت إجراء الدراسة تم استبعاد استمارة واحدة بسبب عدم استيفائها.

٣) أداة الدراسة:

تعتبر الاستبانة هي الأداة الأساسية لجمع البيانات الخاصة بهذه الدراسة وقد قام الباحث بتطوير أداة الدراسة بغرض جمع المعلومات للإجابة على أسئلة الدراسة، بعد ما اضطلع على الأدبيات ذات الصلة بالدراسة والدراسات السابقة. وقد اشتملت الاستبانة جزئيين: الأول: يتضمن بعض المتغيرات المرتبطة بالأخصائيين الاجتماعيين، أما الجزء الثاني فيتكون من (٣١) سؤال موزعة على أربعة محاور ، الأول ويتعلق بالواقع الفعلي لبرامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسانيين ، أما الثاني فيتعلق بمدى فهم الاخصائيين الاجتماعيين للرعاية اللاحقة ، في حين يتعلق البعد الثالث هل تحقق برامج الرعاية اللاحقة لدورها في اعادة تأهيل المرضى النفسانيين اجتماعيا، وأخيراً يتعلق البعد الرابع بالصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في تنفيذه لبرامج الرعاية اللاحقة.

٤) صدق الأداة وثباتها:

وفى هذه الدراسة تم التأكيد من صدق الأداة عن طريق عدة إجراءات وهي كالآتي:

▪ صدق المحتوى:

وللتأكد من صدق محتوى الاستبيان في هذه الدراسة عرضت على عدد من أساتذة الخدمة الاجتماعية في قسم الدراسات الاجتماعية من ذوي الخبرة والاختصاص حيث أبدوا وجهات نظر حول تعديلات معينة أخذت بعين الاعتبار، وقد اعتمدت نسبة (٩٠٪) من اتفاق المحكمين لاعتماد الفقرات الواردة في أداة الدراسة.

▪ ثبات الاداة:

يعنى الثبات أن الاداة تتمتع بدرجة عالية من الاستقرار بحيث يمكن الاعتماد عليها في إعطاء نفس النتائج إذا ما تكرر استخدامها في نفس الظروف تقريبا (التير، ص١٧٢) قام الباحث بحساب معامل الثبات باستخدام معامل كرينا ألفا /

جدول رقم (١) الآتي يوضح ثبات الأداة وفق الأبعاد الآتية:

قيمة الثبات	البعد
٠.٨٩	الواقع الفعلي لبرامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسانيين
٠.٨٤	مدى فهم الاخصائيين للرعاية اللاحقة
٠.٧٩	برامج اللاحقة لها دور في اعادة تأهيل المرضى النفسانيين اجتماعيا
٠.٧٨	الصعوبات التي تواجه الاخصائي الاجتماعي في تنفيذه لبرامج الرعاية اللاحقة.
٠.٨٢,٥	الدرجة الكلية

يتضح من نتائج الجدول (١) إن قيمة معامل الثبات لما يخص فاعلية دور الأخصائي الاجتماعي في برامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين في مواجهة الانتكاسة (٠,٨٢,٥) وهي قيمة صالحة لأغراض التحليل الإحصائي.

(٥) المعالجة الإحصائية:

تمت معالجة البيانات إحصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، فبعد حساب كل من:

١. معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's alpha) لتحديد معامل ثبات أداة الدراسة.

٢. تضمنت المعالجة الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص مفردات الدراسة، ولتحديد الاستجابة تجاه محاور الدراسة التي تضمنتها أداة الدراسة.

عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية أولاً: البيانات الأولية

جدول رقم (١) النوع

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
%٤٣	١٣	ذكر
%٥٧	١٧	انثى
%١٠٠	٣٠	المجموع

من الجدول رقم (١) اتضح ان معظم فئات العينة من فئة النوع انثى بنسبة %٥٧ بينما حصلت فئة النوع ذكر بنسبة %٤٣ نظراً لأن ممارسة مهنة الأخصائي الاجتماعي يسيطر عليها العنصر النسوي في كثير من البلدان. كما وأن مهنة الأخصائي الاجتماعي في المجتمع السوداني مازالت حديثة نسبياً بالإضافة الى أن إقدام الذكور على العمل في مجال الصحة النفسية ما زال ضعيفاً.



شكل رقم (١) يوضح نسبة العينة من الذكور والإناث.

جدول رقم (٢) العمر

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
١٧%	٥	أقل من ٢٥
٣٣%	١٠	٢٩-٢٥
٢٣%	٧	٣٤-٣٠
١٠%	٣	٣٩-٣٥
١٧%	٥	٤٠ فأكثر
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول رقم (٢) اتضح ان الفئة العمرية ٢٥ - ٢٩ بنسبة ٣٣% والفئة العمرية ٣٠ - ٣٤ بنسبة ٢٣% والفئتين اقل من ٢٥ و ٤٠ فأكثر على نسبة متساوية بنسبة ١٧% لكل واحدة وحصلت الفئة العمرية ٣٥ - ٣٩ على نسبة ١٠%.



جدول رقم (٣) المؤهل العلمي

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٠	٠	دبلوم وسيت
٥٠%	١٥	بكالوريوس
١٧%	٥	دبلوم عالي
٣٣%	١٠	ماجستير
٠	٠	دكتوراه
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول رقم (٣) اتضح ان معظم فئات العينة من فئة المؤهل العلمي بكالوريوس بنسبة ٥٠% وفئة الماجستير بنسبة ٣٣% وفئة الدبلوم العالي بنسبة ١٧% ولم تحصل الفئتان الدبلوم الوسيط والدكتوراه على اي من النسب.

جدول رقم (٤) التخصص

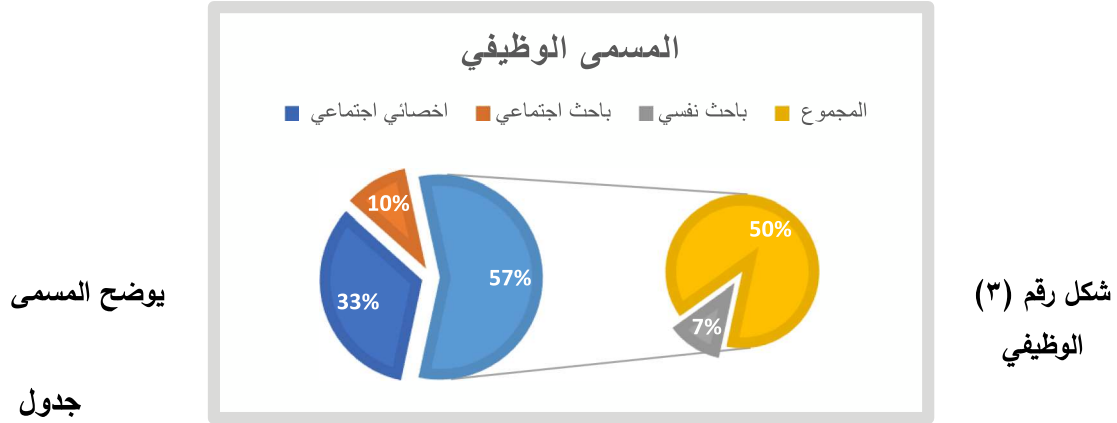
النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٤٧%	١٤	الخدمة الاجتماعية
٤٠%	١٢	علم الاجتماع
١٣%	٤	علم النفس
٠	٠	اخرى
١٠٠	٣٠	المجموع

باستقراء بياناتنا الجدول رقم (٤) اتضح ان معظم فئات العينة في فئة التخصص الخدمة الاجتماعية بنسبة ٤٧% بينما حصلت الفئة علم الاجتماع على نسبة ٤٠% والفئة علم النفس على نسبة ١٣% مما يظهر ازدواجية مهنة الاختصاصي النفسي في شغل مهنة الأخصائي الاجتماعي الشيء الذي يؤثر على أحييته في ممارسة المهنة بالتخصص في مجالها. ولم تحصل الفئة اخرى على اي نسبة.

جدول رقم (٥) المسمى الوظيفي

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٦٧%	٢٠	اخصائي اجتماعي
٢٠%	٦	باحث اجتماعي
١٣%	٤	باحث نفسي
١٠٠%	٣٠	المجموع

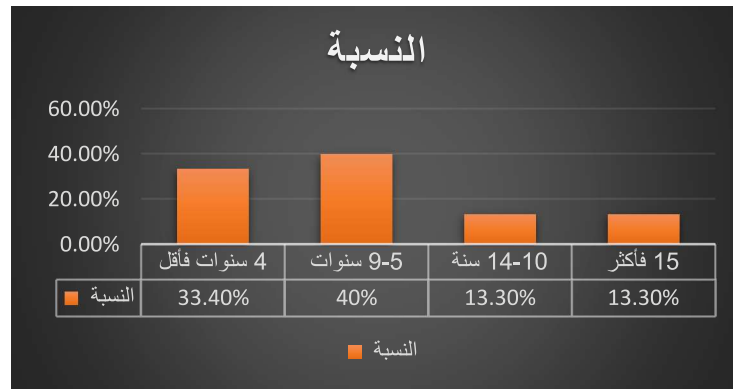
باستقراء بيانات الجدول (٥) اتضح ان فئة اخصائي اجتماعي هي اعلى فئة بنسبة ٦٧% والفئة باحث اجتماعي على نسبة ٢٠% والفئة باحث نفسي ١٣% مما يظهر ازدواجية مهنة الباحث النفسي في شغل مهنة الأخصائي الاجتماعي الشيء الذي يؤثر على أحييته في ممارسة المهنة بالتخصص في مجالها، كما يلاحظ اختلاف المسمى الوظيفي ما بين باحث اجتماعي وأخصائي اجتماعي.



رقم (٦) سنوات الخبرة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٣٣.٤%	١٠	٤ سنوات فأقل
٤٠%	١٢	٥ - ٩ سنوات
١٣.٣%	٤	١٠ - ١٤ سنة
١٣.٣%	٤	١٥ سنة فأكثر
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول رقم (٦) اتضح ان الفئة ٥ - ٩ سنوات اعلى فئة بنسبة ٤٠% من سنوات الخبرة والفئة ٤ سنوات فأقل بنسبة ٣٣.٤% والفئتين ١٠-١٤ و ١٥ فأكثر حصلتا على نسبة متساوية ١٣.٣ لكل فئة



شكل رقم (٤) يوضح سنوات الخبرة

جدول (٧) الدورات المتخصصة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
١٣%	٤	واحدة
٦٧%	٢٠	اثنان فأكثر
٢٠%	٦	لم اتلقى اي دورات
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول رقم (٧) اتضح ان معظم فئات العينة تحصلوا على دورتان فأكثر بنسبة ٦٧% وحصلت الفئة لم اتلقى اي دورة على نسبة ٢٠% والفئة دورة واحدة نسبة ١٣% فهاتان النسبتان تؤكدان قلة في الدورات التي تلقونها وبالتالي ضعف المعارف مهارات الممارسة في مجال الرعاية اللاحقة.

ثانياً: الواقع الفعلي لبرامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين بمستشفيات الامراض النفسية بام درمان.

جدول (٨) توجد رعاية لاحقة داخل المستشفى

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٨٠%	٢٤	توجد
٢٠%	٦	لا توجد
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٨) اتضح ان معظم فئات العينة المبحوث تؤكد على وجود رعاية لاحقة بالمستشفى بنسبة ٨٠% وحصلت الفئة لا توجد على نسبة ٢٠% وهي ذات النسبة التي ظهرت في الجدول (٧) والتي اجابت بأنها لم تتلق أي دورة مما يؤكد على أن ضعف الدورات يؤدي الى عدم الالمام بالمعارف والمهارات الخاصة بالرعاية اللاحقة.

جدول (٩) إذا كانت الاجابة بنعم على السؤال (٨) فان هذه البرامج تتم.

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٥٨%	١٤	داخل المستشفى
٠	٠	خارج المستشفى
٤٢%	١٠	داخل وخارج المستشفى
١٠٠%	٢٤	المجموع

من الجدول (٩) اتضح ان الرعاية اللاحقة تقدم داخل المستشفى بنسبة ٥٨% والفئة داخل وخارج المستشفى بنسبة ٤٢% ولم تحصل الفئة خارج المستشفى على اي نسبة وهنا نتضح وجود ضعف في ممارسة الرعاية اللاحقة خارج المستشفى.

جدول (١٠) تطبق برامج الرعاية اللاحقة بصورة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٣٣%	١٠	مستمرة
٤٧%	١٧	متقطعة
١٠%	٣	لا يطبق
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (١٠) اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تطبق بصورة متقطعة بنسبة ٤٧% وبصورة مستمرة بنسبة ٣٣% وأنها لا تطبق بنسبة ١٠% وبالتالي فإن تطبيق الرعاية اللاحقة بصورة متقطعة أو عدم تطبيقها له تأثير في مدى استعادة المرضى منه في عملية التعافي وعدم الانتكاسة شأنه في ذلك شأن تأثير تناول المريض للعلاج الدوائي المقرر من الطبيب ويتناوله بصورة متقطعة.

جدول (١١) تقدم برامج الرعاية اللاحقة للمرضى

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٢٣%	٧	المنومين
١٠%	٣	المتابعين بالعيادة الخارجية
٦٧%	٢٠	كل ما ذكر
١٠٠%	٣٠	المجموع

باستقراء بيانات الجدول (١١) اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تطبق مع المنومين والمتابعين بالعيادة الخارجية بنسبة كبيرة حيث حصلت الفئة كل ما ذكر على نسبة ٦٧% وحصلت الفئة المنومين على نسبة ٢٣% والفئة المتابعين بالعيادة الخارجية على نسبة ١٠%.

جدول رقم (١٢) الخدمات التي تقدمها برامج الرعاية اللاحقة في المستشفى هي

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
١٧%	٥	علاجية
١٠%	٣	تأهيلية
٠	٠	مساعدات مادية
٣٦.٥%	١١	علاجية ومادية
٣٦.٥%	١١	كل ما ذكر
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (١٢) اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تقدم كل الخدمات المتعلقة بالعلاج والتأهيل والمساعدات المادية حيث حصلت الفئتين كل ما ذكر وعلاجية ومادية على نسبة متساوية ٣٦.٥% لكل فئة منهما والفئة علاجية على نسبة ١٧% والفئة تأهيلية ١٠% ولم تحصل الفئة مساعدات مادية على اي من النسب.

جدول (١٣) أنشطة برامج الرعاية اللاحقة التي تطبق

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٪٣٦.٥	١١	متنوعة
٪٦٣.٥	١٩	محددة
٪١٠٠	٣٠	المجموع

من الجدول (١٣) اتضح ان الانشطة المطبقة أنشطة محددة بنسبة ٪٦٣.٥ ومتنوعة بنسبة ٪٣٦.٥ الشيء الذي يؤكد على ان محدودية الأنشطة لبرامج الرعاية اللاحقة يؤثر في مردود البرامج في علاج وتأهيل المرضى.

جدول (١٤) نوع الأنشطة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٪٢٣	٧	ثقافية
٪٧٠	٢١	تأهيلية
٪٧	٢	فنية
٠	٠	رياضية
٪١٠٠	٣٠	المجموع

من الجدول (١٤) اتضح ان معظم انواع الأنشطة المستخدمة في الرعاية اللاحقة هي أنشطة تأهيلية بنسبة ٪٧٠ وثقافية بنسبة ٪٢٣ وفنية بنسبة ٪٧ ولم تحصل الفئة رياضية على اي من النسب على الرغم من أن الأنشطة الرياضية يسهل تنفيذها وغير مكلفة والتي أبسطها ممارسة المشي .

جدول (١٥) برامج الرعاية اللاحقة ضمن الخطة العلاجية للمرضى

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٩٣%	٢٨	نعم
٧%	٢	لا
١٠٠%	٣٠	المجموع

باستقراء بيانات الجدول (١٥) اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة هي من ضمن الخطة العلاجية للمرضى بنسبة ٩٣% وحصلت الفئة لا على نسبة ٧%، وبما أنها من ضمن الخطة العلاجية هذا يؤكد على أهميتها والاعتراف بها.

جدول (١٦) إذا كانت الاجابة لا فالسبب هو؟

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٠	٠	عدم وجود برامج
١٠٠%	٢	عدم فاعلية البرامج
١٠٠%	٢	المجموع

من الجدول (١٦) اتضح ان السبب في عدم اعتماد برامج الرعاية اللاحقة من ضمن خطة العلاج يرجع لعدم فاعلية البرامج بنسبة ١٠٠%.

ثالثا: ما مدى فهم الاخصائيين الاجتماعيين للرعاية اللاحقة؟

جدول (١٧) مدى معرفتك ببرامج الرعاية اللاحقة للمرضى

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٧٠%	٢١	معرفتي به تامة
٣٠%	٩	معرفة محدودة
٠	٠	ليس لدى معرفة به
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (١٧) ان معظم فئات العينة لديهم معرفة ببرامج الرعاية اللاحقة حيث بلغت نسبة الفئة معرفتي تامة ٧٠% والفئة معرفة محدودة على نسبة ٣٠% ولم تحصل الفئة ليس لدي معرفة به على اي نسبة.

جدول (١٨) الرعاية اللاحقة ببرامج تقدم ل...ل

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
١٠%	٣	المريض فقط
٠	٠	اسرة المريض فقط
٩٠%	٢٧	المريض واسرته
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (١٨) اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تقدم للمريض واسرته بنسبة ٩٠% وتقدم للمريض فقط بنسبة ١٠% ولم تحصل الفئة اسرة المريض فقط على اي نسبة.

جدول (١٩) برامج الرعاية اللاحقة ينفذ مع المريض

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٠	٠	قبل خروجه من المستشفى
٢٠%	٦	بعد خروجه من المستشفى
٨٠%	٢٤	قبل وبعد الخروج من المستشفى
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (١٩) اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تنفذ مع المريض قبل وبعد خروجه من المستشفى بنسبة ٨٠% وبعد خروجه من المستشفى بنسبة ٢٠% ولم تحصل الفئة قبل خروجه من المستشفى على اي نسبة.

جدول (٢٠) مدى مشاركتك في برامج الرعاية اللاحقة للمرضى

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٣٣%	١٠	اشارك
٣%	١	لا اشارك
٦٤%	١٩	اشارك الى حد ما
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٢٠) اتضح ان معظم افراد العينة يشاركون الى حد ما في برامج الرعاية اللاحقة بنسبة ٦٤% وحصلت الفئة اشارك على نسبة ٣٣% والفئة لا اشارك على نسبة ٣%.

جدول (٢١) إذا كانت اجابتك على السؤال ٢٠ لا اشارك السبب هو

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٠	٠	لم اتلق تدريبا عليه
٠	٠	لا اعتبره ذو اهمية
١٠٠%	١	لم تتح لي فرصة المشاركة
١٠٠%	١	المجموع

من الجدول (٢١) اتضح ان السبب وراء عدم مشاركة المبحوثين في برامج الرعاية اللاحقة انهم لم تتح فرصة المشاركة بنسبة ١٠٠%.

جدول (٢٢) برامج الرعاية اللاحقة من ضمن الانشطة التي يمارسها الاخصائي

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
١٠٠%	٣٠	نعم
٠	٠	لا
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٢٢) اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة من ضمن الانشطة التي يمارسها الاخصائي الاجتماعي بنسبة ١٠٠%.

رابعا: هل تحقق برامج الرعاية اللاحقة لدورها في اعادة تأهيل المرضى النفسيين اجتماعيا؟

جدول (٢٣) تعد الرعاية اللاحقة مهمة في تأهيل المرضى اجتماعيا

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٨٧%	٢٦	مهمة
٠	٠	ليست مهمة
١٣%	٤	مهمة الى حد ما
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٢٣) اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة واحدة من الانشطة المهمة في التأهيل الاجتماعي للمرضى حيث حصل الفئة مهمة على نسبة ٨٧٪ والفئة مهمة الى حد ما نسبة ١٣٪ ولم تحصل الفئة ليست مهمة على اي نسبة.

جدول (٢٤) إذا كانت اجابتك مهمة ومهمة الى حد ما السبب هو؟

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٨٣٪	٢٥	تسهم في عملية الشفاء وعدم الانتكاسة
١٧٪	٥	تخرج المريض من عزلته
٠	٠	تعمل على اعادة دمج المريض في مجتمعه
٠	٠	تزيل وصمة المرض النفسي
٠	٠	تعيد المريض الى ممارسة نشاطه الطبيعي
١٠٠٪	٣٠	المجموع

من الجدول (٢٤) اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تسهم في عملية الشفاء وعدم الانتكاسة بنسبة ٨٣٪ وانها تخرج المريض من عزلته بنسبة ١٧٪ ولم تحصل الفئات تعمل على اعادة دمج المريض في مجتمعه وتزيل وصمة المرض النفسي تعيد المريض الى ممارسة نشاطه الطبيعي على اي من النسب.

جدول (٢٥) برامج الرعاية اللاحقة تشجع المرضى على متابعة العلاج

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
١٠٠٪	٣٠	نعم
٠	٠	لا
١٠٠٪	٠	المجموع

من الجدول (٢٥) اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تشجع المرضى على متابعة العلاج حصلت الفئة نعم على نسبة ١٠٠٪ ولم تحصل الفئة لا على نسبة.

جدول (٢٦) أنشطة الرعاية اللاحقة تسهم في اخراج المقدرات الذاتية للمرضى

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٦٠%	١٨	تسهم
٠	٠	لا تسهم
٤٠%	١٢	تسهم الى حد ما
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٢٦) اتضح ان أنشطة الرعاية اللاحقة تسهم في اخراج مقدرات المرضى الذاتية بنسبة ٦٠% وتسهم الى حد ما بنسبة ٤٠% ولم تحصل الفئة لا تسهم على اي نسبة

جدول (٢٧) يشارك المريض في أنشطة الرعاية اللاحقة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٤٣%	١٣	نعم
٠	٠	لا
٥٧%	١٧	يشارك الى حد ما
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٢٧) اتضح ان المريض يشارك في أنشطة الرعاية اللاحقة الى حد ما بنسبة ٥٧% ونعم على نسبة ٤٣% ولم تحصل الفئة لا على اي نسبة.

جدول (٢٨) إذا كانت الاجابة يشارك ويشارك الى حد ما الانشطة هي؟

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٣%	١	ثقافية
٠	٠	فنية
١٧%	٥	اجتماعية
٢٣%	٧	تأهيلية
٥٧%	١٧	كل ما ذكر
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٢٨) اتضح ان معظم افراد العينة المبحوث يشاركون في جميع الانشطة حيث حصلت الفئة كل ما ذكر على نسبة ٥٧% وتأهيلية على نسبة ٢٣% واجتماعية بنسبة ١٧% وثقافية بنسبة ٣% ولم تحصل الفئة فنية على اي نسبة.

جدول (٢٩) الزيارة المنزلية كنشاط للرعاية اللاحقة يدعم المريض واسرته

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٪٨٠	٢٤	يدعم
٠	٠	لا يدعم
٪٢٠	٦	يدعم الى حد ما
٪١٠٠	٣٠	المجموع

من الجدول (٢٩) اتضح ان نشاط الزيارة المنزلية يدعم المريض واسرته بصورة كبيرة حيث حصلت الفئة يدعم على نسبة ٪٨٠ والفئة يدعم الى حد ما نسبة ٪٢٠ .

جدول (٣٠) يتعلم المريض النفسي من برامج الرعاية اللاحقة مهارات اجتماعية جديدة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٪٦٣	١٩	يتعلم
٠	٠	لا يتعلم
٪٣٧	١١	يتعلم الى حد ما
٪١٠٠	٣٠	المجموع

من الجدول (٣٠) اتضح ان المريض النفسي يتعلم مهارات اجتماعية جديدة من برامج الرعاية اللاحقة بنسبة ٪٦٣ ويتعلم الى حد ما بنسبة ٪٣٧ ولا يتعلم لم تحصل على اي نسبة.

خامسا: المعوقات التي تواجه الاخصائي الاجتماعي في عدم فاعلية برامج الرعاية اللاحقة

جدول (٣١) هل تتوفر بالمستشفى امكانيات لبرامج الرعاية اللاحقة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٪١٧	٥	تتوفر
٪٤٠	١٢	لا تتوفر
٪٤٣	١٣	تتوفر الى حد ما
٪١٠٠	٣٠	المجموع

من الجدول (٣١) اتضح انه تتوفر الى حد ما امكانيات لبرامج الرعاية اللاحقة بالمستشفى بنسبة ٪٤٣ ولا تتوفر بنسبة ٪٤٠ وتتوفر بنسبة ٪١٧.

جدول (٣٢) يوجد اعتراف ببرامج الرعاية اللاحقة من ادارة المستشفى

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٨٧%	٢٦	معترف بها
٠	٠	غير معترف بها
١٣%	٤	معترف بها الى حد ما
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٣٢) اتضح انه يوجد اعتراف ببرامج الرعاية اللاحقة من قبل ادارة المستشفى بنسبة ٨٧% ومعترف بها الى حد ما بنسبة ١٣% وغير معترف بها لم تحصل على اي نسبة.

جدول (٣٣) يتلقى الاخصائيين الاجتماعيين دورات في مجال برامج الرعاية اللاحقة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٥٧%	١٧	نعم
٤٣%	١٣	لا
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٣٣) اتضح ان الاخصائيين الاجتماعيين يتلقون دورات في مجال الرعاية اللاحقة بنسبة ٥٧% ولا بنسبة ٤٣%.

جدول (٣٤) إذا كانت الاجابة نعم فالدورات بصفة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
١٧%	٣	مستمرة
٨٣%	١٤	متقطعة
١٠٠%	١٧	المجموع

من الجدول (٣٤) اتضح ان معظم الذين يتلقون دورات كانت بصورة متقطعة بنسبة ٨٣% ومستمرة بنسبة ١٧%.

جدول (٣٥) توجد وسائل نقل للأخصائيين الاجتماعيين في مجال الرعاية اللاحقة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٢٣%	٧	توجد
٧٧%	٢٣	لا توجد
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٣٥) اتضح انه لا توجد وسائل نقل للأخصائيين الاجتماعيين بنسبة ٧٧% وتوجد وسائل نقل بنسبة ٢٣%.

جدول (٣٦) يقدم الحافز المادي للأخصائيين عند تنفيذ برامج الرعاية اللاحقة

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٣%	١	يقدم
٧٧%	٢٣	لا يقدم
٢٠%	٦	يقدم الى حد ما
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٣٦) اتضح انه لا يقدم حافز مادي عند تنفيذ برامج الرعاية اللاحقة بنسبة ٧٧% ويقدم الى حد ما بنسبة ٢٠% ويقدم بنسبة ٣%.

جدول (٣٧) يتقبل المريض واسرته برامج الرعاية اللاحقة المقدمة لهم

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
٤٠%	١٢	يتقبلون
٠	٠	لا يتقبلون
٦٠%	١٨	يتقبلون الى حد ما
١٠٠%	٣٠	المجموع

من الجدول (٣٧) اتضح ان كل المرضى واسرهم يتقبلون ويتقبلون الى حد ما برامج الرعاية اللاحقة المقدمة لهم حيث حصلت الفئة يتقبلون الى حد ما بنسبة ٦٠% ويتقبلون بنسبة ٤٠% ولا يتقبلون لم تحصل على اي نسبة.

مناقشة النتائج وفقاً لتساؤلات الدراسة

يتناول هذا الجزء مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها بعد تحليل البيانات إحصائياً ثم مناقشة

كل تساؤل على حدا.

س ١) ما الواقع الفعلي لبرامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين بمستشفيات الامراض النفسية بأمدردمان؟.

اتضح ان معظم فئات العينة تؤكد على وجود رعاية لاحقة بالمستشفى بنسبة ٨٠٪ وحصلت الفئة لا توجد على نسبة ٢٠٪، وان الرعاية اللاحقة تقدم داخل المستشفى بنسبة ٥٨٪ والفئة داخل وخارج المستشفى بنسبة ٤٢٪ ولم تحصل الفئة خارج المستشفى على اي نسبة وهنا تتضح وجود ضعف في ممارسة الرعاية اللاحقة خارج المستشفى حيث تتفق ذات النتيجة مع دراسة البراك (٢٠١٤). كما اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تطبق بصورة متقطعة بنسبة ٤٧٪ وبصورة مستمرة بنسبة ٣٣٪ وأنها لا تطبق بنسبة ١٠٪ وبالتالي فإن تطبيق الرعاية اللاحقة بصورة متقطعة أو عدم تطبيقها له تأثير في مدى استعادة المرضى منه في عملية التعافي وعدم الانتكاسة شأنه في ذلك شأن تأثير تناول المريض للعلاج الدوائي المقرر من الطبيب ويتناوله بصورة متقطعة.

وأكدت اجابات الباحثين ان برامج الرعاية اللاحقة تطبق مع المنومين والمتابعين بالعيادة الخارجية بنسبة كبيرة حيث حصلت الفئة كل ما ذكر على نسبة ٦٧٪ وحصلت الفئة المنومين على نسبة ٢٣٪ والفئة المتابعين بالعيادة الخارجية على نسبة ١٠٪. و اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تقدم كل الخدمات المتعلقة بالعلاج والتأهيل والمساعدات المادية حيث حصلت الفئتين كل ما ذكر وعلاجية ومادية على نسبة متساوية ٣٦.٥٪ لكل فئة منهما والفئة علاجية على نسبة ١٧٪ والفئة تأهيلية ١٠٪ متفقة مع دراسة الخراشي (٢٠١٠) ولم تحصل الفئة مساعدات مادية على اي من النسب.

وعن الانشطة المطبقة فهي أنشطة محددة بنسبة ٦٣.٥٪ ومتنوعة بنسبة ٣٦.٥٪ الشيء الذي يؤكد على ان محدودية الانشطة لبرامج الرعاية اللاحقة يؤثر في مردود البرامج في علاج وتأهيل المرضى. واتضح ان معظم انواع الانشطة المستخدمة في الرعاية اللاحقة هي أنشطة تأهيلية بنسبة ٧٠٪ وثقافية بنسبة ٢٣٪ وفنية بنسبة ٧٪ ولم تحصل الفئة رياضية على اي من النسب على الرغم من أن الانشطة الرياضية يسهل تنفيذها وغير مكلفة والتي أبسطها ممارسة المشي في المساحات المتاحة داخل المستشفى. وأبانت النتائج ان برامج الرعاية اللاحقة هي من ضمن الخطة العلاجية للمرضى

بنسبة ٩٣٪ وحصلت الفئة لا على نسبة ٧٪، وبما أنها من ضمن الخطة العلاجية هذا يؤكد على أهميتها والاعتراف بها. واتضح ان السبب في عدم اعتماد برامج الرعاية اللاحقة من ضمن خطة العلاج يرجع لعدم فاعلية البرامج بنسبة ١٠٠٪.

س٢) ما مدى فهم الاخصائيين الاجتماعيين بمستشفيات الامراض النفسية بامدرمان للرعاية اللاحقة؟

ان معظم فئات العينة لديهم معرفة ببرامج الرعاية اللاحقة حيث بلغت نسبة الفئة معرفتي تامة ٧٠٪ والفئة معرفة محدودة على نسبة ٣٠٪ ولم تحصل الفئة ليس لدي معرفة به على اي نسبة. كما اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تقدم للمريض واسرته بنسبة ٩٠٪ وتقدم للمريض فقط بنسبة ١٠٪ ولم تحصل الفئة اسرة المريض فقط على اي نسبة.

تبين ان برامج الرعاية اللاحقة تنفذ مع المريض قبل وبعد خروجه من المستشفى بنسبة ٨٠٪ وبعد خروجه من المستشفى بنسبة ٢٠٪ ولم تحصل الفئة قبل خروجه من المستشفى على اي نسبة. منققة مع دراسة رحمة الله (٢٠١٤) باستمرارية البرامج بدء من دخول النزول وبعد خروجه.

وعن مشاركة افراد العينة فمعظمهم يشاركون الى حد ما في برامج الرعاية اللاحقة بنسبة ٦٤٪ وحصلت الفئة اشارك على نسبة ٣٣٪ والفئة لا اشارك على نسبة ٣٪. وان السبب وراء عدم مشاركة بعض المبحوثين في برامج الرعاية اللاحقة انهم لم تتح فرصة المشاركة بنسبة ١٠٠٪.

س٣) ما مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المرضى النفسانيين اجتماعياً؟

من خلال النتائج اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة واحدة من الانشطة المهمة في التأهيل الاجتماعي للمرضى حيث حصل الفئة مهمة على نسبة ٨٧٪ والفئة مهمة الى حد ما نسبة ١٣٪ ولم تحصل الفئة ليست مهمة على اي نسبة. وعن اسهام برامج الرعاية اللاحقة فهي تسهم في عملية الشفاء وعدم الانتكاسة بنسبة ٨٣٪ وأنها تخرج المريض من عزلته بنسبة ١٧٪ ولم تحصل الفئات تعمل على إعادة دمج المريض في مجتمعه وتزيل وصمة المرض النفسي تعيد المريض الى ممارسة نشاطه الطبيعي على اي من النسب، كما اتضح ان برامج الرعاية اللاحقة تشجع المرضى على متابعة العلاج حيث حصلت الفئة نعم على نسبة ١٠٠٪ ولم تحصل الفئة لا على نسبة.

بينت النتائج ان أنشطة الرعاية اللاحقة تسهم في اخراج مقدرات المرضى الذاتية بنسبة ٦٠٪ وتسهم الى حد ما بنسبة ٤٠٪ ولم تحصل الفئة لا تسهم على اي نسبة من، وان المريض يشارك في أنشطة الرعاية اللاحقة الى حد ما بنسبة ٥٧٪ ونعم على نسبة ٤٣٪ ولم تحصل الفئة لا على اي نسبة.

وأكدت النتائج على أن معظم افراد العينة بأن المرضى يشاركون في جميع الأنشطة حيث حصلت الفئة كل ما ذكر على نسبة ٥٧٪ وتأهيلية على نسبة ٢٣٪ واجتماعية بنسبة ١٧٪ وثقافية بنسبة ٣٪ ولم تحصل الفئة فنية على اي نسبة.

وأجاب المبحوثين بأن نشاط الزيارة المنزلية يدعم المريض واسرته بصورة كبيرة حيث حصلت الفئة يدعم على نسبة ٨٠٪ والفئة يدعم الى حد ما نسبة ٢٠٪ ولم تحصل الفئة لا يدعم على اي نسبة الا انه لا توجد وسيلة مواصلات نقل الاخصائيين لتنفيذ نشاط الزيارات المنزلية حسب اجابات المبحوثين. واتضح ان المريض النفسي يتعلم مهارات اجتماعية جديدة من برامج الرعاية اللاحقة بنسبة ٦٣٪ ويتعلم الى حد ما بنسبة ٣٧٪ ولا يتعلم على اي نسبة.

س٤) ما الصعوبات التي تواجه الاخصائيين الاجتماعيين في عدم فاعلية برامج الرعاية اللاحقة؟

أكدت النتائج انه تتوفر الى حد ما امكانيات لبرامج الرعاية اللاحقة بالمستشفى بنسبة ٤٣٪ ولا تتوفر بنسبة ٤٠٪ وتتوفر بنسبة ١٧٪، رغما انه يوجد اعتراف ببرامج الرعاية اللاحقة من قبل ادارة المستشفى بنسبة ٨٧٪ ومعترف بها الى حد ما بنسبة ١٣٪.

اتضح ان الاخصائيين الاجتماعيين يتلقون دورات في مجال الرعاية اللاحقة بنسبة ٥٧٪ ولا بنسبة ٤٣٪. وان معظم الذين يتلقون دورات كانت بصورة متقطعة بنسبة ٨٣٪ ومستمرة بنسبة ١٧٪. ومن الصعوبات أيضاً انه لا توجد وسائل نقل للأخصائيين الاجتماعيين بنسبة ٧٧٪ وتوجد وسائل نقل بنسبة ٢٣٪. وعن الحوافز اتضح انه لا يقدم حافز مادي عند تنفيذ برامج الرعاية اللاحقة بنسبة ٧٧٪ ويقدم الى حد ما بنسبة ٢٠٪ ويقدم بنسبة ٣٪.

اتضح ان كل المرضى واسرهم يتقبلون ويتقبلون الى حد ما برامج الرعاية اللاحقة المقدمة لهم حيث حصلت الفئة يتقبلون الى حد ما بنسبة ٦٠٪ ويتقبلون بنسبة ٤٠٪.

ملخص النتائج العامة للدراسة:

١. توجد رعاية لاحقة بالمستشفى بنسبة ٨٠٪ وهي معترف بها من ضمن الخطة العلاجية للمرضى.
٢. ضعف ممارسة الرعاية اللاحقة خارج المستشفى.
٣. برامج الرعاية اللاحقة تطبق بصورة متقطعة بنسبة ٤٧٪.
٤. برامج الرعاية اللاحقة تطبق مع المنومين والمتابعين بالعيادة الخارجية بنسبة ٦٧٪.
٥. برامج الرعاية اللاحقة تقدم كل الخدمات المتعلقة بالعلاج والتأهيل والمساعدات المادية بنسبة دون الوسط ٣٦.٥٪.
٦. الأنشطة المطبقة أنشطة محددة بنسبة ٦٣.٥٪ ويغلب عليها النشاط التأهيلي.
٧. الاخصائيين الاجتماعيين لديهم معرفة تامة ببرامج الرعاية اللاحقة بنسبة ٧٠٪.
٨. برامج الرعاية اللاحقة تقدم للمريض واسرته بنسبة ٩٠٪ ويتقبلونها الى حد ما.
٩. برامج الرعاية اللاحقة تنفذ مع المريض قبل وبعد خروجه من المستشفى بنسبة ٨٠٪.
١٠. يشارك الاخصائيين الى حد ما في برامج الرعاية اللاحقة بنسبة ٦٤٪.
١١. برامج الرعاية اللاحقة واحدة من الأنشطة المهمة في التأهيل الاجتماعي للمرضى وتسهم في عملية الشفاء وعدم الانتكاسة بنسبة ٨٣٪.
١٢. برامج الرعاية اللاحقة تشجع المرضى على متابعة العلاج بنسبة ١٠٠٪.
١٣. نشاط الزيارة المنزلية يدعم المريض واسرته بصورة كبيرة حيث حصلت الفئة يدعم على نسبة ٨٠٪ الا انه لا توجد وسيلة مواصلات تقل الاخصائيين لتنفيذ نشاط الزيارات المنزلية حسب اجابات المبحوثين.
١٤. تتوفر الامكانيات لبرامج الرعاية اللاحقة بالمستشفى بنسبة ١٧٪.
١٥. الاخصائيين الاجتماعيين يتلقون دورات في مجال الرعاية اللاحقة بنسبة ٥٧٪ الا أنها بصورة متقطعة بنسبة ٨٣٪.
١٦. الحافز المادي الذي يقدم للأخصائيين الاجتماعيين عند تنفيذ برامج الرعاية اللاحقة يكاد ينعدم تماماً بنسبة ٣٪.

التوصيات:

١. إتاحة الفرصة لجميع الإخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات بالمشاركة في برامج الرعاية اللاحقة للمرضى.
٢. ضرورة تنويع أنشطة برامج الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين.
٣. تحفيز الإخصائيين الاجتماعيين مادياً عند تنفيذ برامج الرعاية اللاحقة.
٤. توفير وسائل نقل للأخصائيين عند تنفيذ البرامج الخارجية والزيارات المنزلية الخاصة بالرعاية اللاحقة.
٥. تكثيف الدورات في مجال الرعاية اللاحقة وبصورة مستمرة.
٦. توسيع برامج الرعاية اللاحقة ليشمل المرضى المنومين والمرضى المتابعين بالعيادة الخارجية (داخل وخارج المستشفى).
٧. زيادة عدد الإخصائيين العاملين في المستشفيات النفسية.
٨. تخصيص ميزانيات لتوفير الامكانيات المادية الداعمة لبرامج الرعاية اللاحقة.
٩. تشجيع البحوث في مجال الرعاية اللاحقة للمرضى النفسيين.
١٠. الاستفادة من وسائل الاعلام والوسائط في رفع الوعي المجتمعي بدور الرعاية اللاحقة في علاج وتأهيل المرضى النفسيين.
١١. الاستفادة من برامج التواصل الاجتماعي في التواصل مع المرضى لتفعيل نشاط الرعاية اللاحقة.

خاتمة:

تعد برامج الرعاية اللاحقة عنصراً أساسياً ورئيساً في جميع الخطط العلاجية التي توجه نحو شرائح ونوعيات مختلفة من عملاء المؤسسات الاجتماعية، كما أنها ضرورية لنجاح التدخل العلاجي في كثير من المشكلات البدنية والنفسية والاجتماعية، هذا بالإضافة إلى أن تصميمها وتنفيذها بطريقة مهنية يضمن إلى حد بعيد تحقيقها لأهداف عملية التدخل والخروج بنتائج مرضية. وقد أشارت بعض الدراسات إلى نوعية محددة من العملاء الذين أصبحت برامج الرعاية اللاحقة للتعامل مع أوضاعهم ومشكلاتهم -بعد خروجهم من المؤسسات والمراكز الاجتماعية والعلاجية على وجه الخصوص- أمراً مسلماً به وجزءاً رئيساً في خطط وبرامج العلاج.

ومن هنا فإن برامج الرعاية اللاحقة من المنظور العلمي مطالبة بأن تعنى بأبعاد متعددة كثيرة ومتلازمة تشمل معالجة الجوانب النفسية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها بمهنية عالية حتى تصبح هذه البرامج الاستراتيجية المرسومة لهذه المؤسسات هي التي تحقق في النهاية المفهوم العالمي للصحة، والوقاية، وإشاعة العافية فب كل الجوانب الأخرى ليصبح بذلك المريض المتعافي من المرض عضواً بنائاً فعالاً في مجتمعه، ليعيش حياة إيجابية في محيطه الأسرى أو الاجتماعي على حد سواء.

المراجع:**أولاً: القرآن الكريم.****ثانياً: الكتب العربية:**

- إبراهيم خليفة بن ثاني، دور البرامج التأهيلية لنزلاء المؤسسات الإصلاحية في الحد من العودة لتعاطي وإدمان المواد المخدرة. المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض، ١٩٨٥.
- ابو الحسن احمد بن فارس الرازي، معجم مقاييس اللغة، تحقيق ابراهيم شمس الدين، شركة الاعلمى للمطبوعات، ٢٠١٢.
- أحمد السيد أحمد، الفرق بين الفاعلية والكفاءة في الاداء الوظيفي كلية التجارة جامعة الازهر، مقال بموقع kenanaonline.com.
- البرامج المقترح لمنزل منتصف الطريق، الرياض، مجمع الامل للصحة النفسية، الادارة الطبية لأقسام الادمان ١٤٢٤هـ.
- حامد زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب، ط٤، ٢٠٠٥.
- حمد بن عبد الله بن عبد الرحمن الهاجري، تقييم البرنامج العلاجي لمدمني المخدرات في الرعاية اللاحقة بمجمع الأمل للصحة النفسية في مدينة الرياض من وجهة نظر المستفيدين والفريق المعالج، أطروحة (ماجستير)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية، ٢٠٠٩.
- محمد طارق، مفهوم المنهاج ومفهوم البرامج، مجلة علوم التربية، العدد الرابع مارس ١٩٩٣.
- خوارشيدة، عالية بنت خلف، المساءلة والفاعلية في الإدارة التربوية عمان: دار مكتبة الحامد، ٢٠٠٦.
- الرجوب وآخرون، فاعلية برامج تدريبي لمعلمي العلوم بمنحني التعلم النشط في اكساب طلبة الصف الثامن المفاهيم العلمية وتنمية تفكيرهم الناقد واتجاهاتهم نحو التعليم النشط، مجلة جامعة القدس المفتوحة، مجلد ١، ٣٦٤، ٢٠١٥.
- عبد الرحمن مقبل صالح السلطان، دور الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، ١٤٢٦.

- عبد العزيز عبد الرحمن الهليل، واقع الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم من الموقفين امنيا في مركز محمد بن نايف للمناصحة والرعاية بالرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، كلية الدراسات العليا قسم العلوم الاجتماعية، ٢٠١٠.
- عبد الله السدحان، الرعاية اللاحقة، الرياض، مكتبة العبيكان، ١٩٩٦.
- عبد الله بن ناصر السدحان، الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم في التشريع الإسلامي والجنائي، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، الرياض، ٢٠٠٦.
- عبد المجيد طاش نيازي، فن تصميم وتنفيذ الخطط العلاجية، ورشة عمل، جدة، مستشفى الصحة النفسية، ١٤٢٩هـ.
- عبد الرحمن محمد الخراشي، تصور مقترح لبناء استراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان، رسالة ماجستير غير منشوره، جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية، كلية العلوم الاجتماعية، قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية ١٤٣١ هـ - ٢٠١٠م
- على عبد الرازق جليبي، أثر عمليات الرعاية اللاحقة في سلوك الاحداث المفرج عنهم، المجلة الجنائية القومية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، المجلد ١٦، العدد الاول، ١٩٧٣.
- علي، ماهر أبو المعاطي، الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية. جامعة حلوان: مركز توزيع الكتاب ال جامعي ٢٠٠٠م.
- غازي رحمي الجهني، اتجاهات المجتمع السعودي نحو السجناء المفرج عنهم، رسالة ماجستير غير منشوره، المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب، الرياض، ١٤١٥هـ.
- محمد بن ابي بكر الرازي مختار الصحاح، دار الدعوة، تركيا، ١٤٠٨.
- محمد شعراوي الشال. النظريات الحديثة في مجال رعاية الشباب وكيفية استخدامها وتطبيقها، جامعة حلوان: كلية الخدمة الاجتماعية، ٢٠١٢
- محمد، الخير رحمة الله إدريس، الرعاية اللاحقة كعامل خاصة لنزلاء المؤسسات الإصلاحية: دراسة مقارنة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أمدرمان الاسلامية، كلية الشريعة والقانون، ٢٠١٤م
- مصطلحات ومفاهيم في الخدمة الاجتماعية النفسية faculty.ksu.edu.sa
- معجم المعاني الجامع - معجم عربي عربي، الشبكة العنكبوتية (الانترنت).

- منظمة الصحة العالمية، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض- تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية.
- نيازي، عبد المجيد طاش، المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه المتعافين ودور الخدمة الاجتماعية في التعامل معها ، ورشة عمل، الرياض: مجمع الأمل للصحة النفسية، ١٤٢٨هـ.
- عبد العال، عبد الحليم تجارب وخبرات محلية ودولية في الرعاية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، ١٤٠٨هـ.
- يوسف محمد براك، مدى فاعلية برامج الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات في تأهيلهم اجتماعيا، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الاردنية، كلية الدراسات العليا، ٢٠١٤م.

ثالثاً: الكتب الاجنبية:

- Margaret Gibelman “ **The Search For Identity Defining Social Work, Past, Present, Future**”, In Social Work Journal Vol. ٤٤ No.٤.(١٩٩٩).
- MurrayA.ross **Community organization theory ,Theory and Principles,**
- **Paul H. Stuart.** “Linking Client and icy: Social Work Distinctive Contribution”, In Ibid. ١٩٩٥.
- Robert Schneider, and F. **Ellen Netting.** ١٩٩٩“**Influencing Social Policy IN a Time Of Devolution:** Upholding Social Works Great Tradition”, In Ibid.
- Rosemary C., **Sarri**١٩٩٥ “**Criminal Behavior Overview**”, In Ibid.
- ٢٠.Margaret Gibelman “**The Search for Identity Defining Social Work, Past, Present, Future**”, In **Social Work** Journal Vol. ٤٤ No.٤. (١٩٩٩).
- Paul H. Stuart. “**Linking Client and icy: Social Work Distinctive Contribution**”, In Ibid ,١٩٩٥ p٢٦٩
- Robert Schneider, and F. Ellen Netting. ١٩٩٩“**Influencing Social Policy IN a Time of Devolution: Upholding Social Works** Great Tradition”, In Ibid.

- [Sarah J. MacLean, Gabriel Caluzzi, Mark Ferry, Andrew Bruun,:](#) **Why we stopped using the term 'aftercare', Special Products: All Wiley Journals FF ٢٧ May ٢٠٢١**
- Robert D. Weaver^١ and Derek Campbe : **Fresh Start: A Meta-Analysis of Aftercare Programs for Juvenile Offenders** , Research on Social Work Practice ٢٠١٥, Vol. ٢٥(٢) ٢٠١-٢١٢.
- Alvin S. Mares &Michelle Jordan : **Federal aftercare programs for transition-aged youth** , science direct, ١٣ April ٢٠١٢.
- [Barry S. Brown , Kevin O' Grady](#) : **Factors Associated with Treatment Outcomes in an Aftercare Population** , American Journal on Addictions ١٠ Jul ٢٠٠٩, Pages ٤٤٧-٤٦٠.
- John C. Fortney & Brenda M Booth&Frederic C BlowHSR&Janice: **The Effects of Travel Barriers and Age on the Utilization of Alcoholism Treatment Aftercare** , The American Journal of Drug and Alcohol Abuse , ٠٧ Jul ٢٠٠٩ , Pages ٣٩١-٤٠٦ .
- Steven Axelrod , and Scott Wetzler : **Factors Associated With Better Compliance With Psychiatric Aftercare** , American Psychiatric Association , Apr ٢٠٠٦ , p١٣٧.

رابعاً: المواقع الالكترونية:

www.dictionary.com/browse/aftercare British Dictionary
<https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar>