إمـارة منطقـة القصيـم
اللجنة النسائية التنموية
بمنطقة القصيم

أسرة

الإبداع في التدخلات العلاجيــة

«تطبيقات عملية في التعامل مع حالات العنف الأسري».

أ. حنين فهد عبد الهادي الحربي.
أخصائية اجتماعية بمستشفى الصحة النفسية
ومركز إرادة بالقصيم

ملتقى
حماية الأسـرة
مـن العنف الأسري

تحت شعار "بيوت مستقرة لا تعرف العنف"

القصيم - بريدة 26 - 27 / 10 / 1442 الموافق 7 - 8 / 6 / 2021 م

شكر وتقدير:

إلى زملاء المهنة..

من يقع على عاتقهم إصلاح أحوال الأسرة..

وإعادة الحياة من جديد في شريان‌ها..

أخص بشكري من قال لي يومًا: (لا يكفي أن يعمل الأخصائيّ الاجتماعيّ بمهنيّة فقط، وإنما يحتاج أيضًا أن يعمل بإنسانيّة، وأن يستشعر آلام الآخرين)

شكرًا أستاذي لكل حرف ومبدأ ومهارة كنت ملهمًا فيها لنا..

شكرًا رئيس الخدمة الاجتماعية بالمركز: غانم اليوسف.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لأختي (سارة الحربي) على جهدها معي في تدقيق مادة البحث لغويًّا...

مقدمة:

لقد عرفت المجتمعات الإنسانية العنف منذ القدم؛ حيث تعود أول حالة عنف بشريّ سجلها التاريخ لدى الأمم والثقافات والحضارات إلى البدايات الأولى للوجود الإنسانيّ على الأرض، وذلك عندما قتل قابيل أخاه هابيل، وكانت تلك أول حالة عنف بشريّ.

وقد تزايدت مشكلة العنف الأسريّ؛ بسبب المتغيرات الاجتماعيّة الـتي يشهدها المجتمع السعوديّ، ونتيجة لما طرأ على ثقافة المجتمع السعوديّ من تحولات وتبدلات في الجوانب الاجتماعيّة والثقافيّة والاقتصاديّة، فقد برزت أنماط وأشكال مختلفة للعنف الأسريّ لم تكن مألوفة من قبل في ثقافة المجتمع. (المرواني،٢٠١٠م).

إن العنف الأسريّ بمختلف صوره وأشكاله بدأ يطفو على السطح في المجتمع السعوديّ وفق ما تؤكده الدراسات التي أجريت على المجتمع من خلال الحالات التي ترد إلى المستشفيات، والشكاوى العديدة المتداولة في مراكز الشرطة، ولجنة الحماية الاجتماعيّة، إضافة إلى معايشتنا لحالات العنف الأسريّ من خلال طبيعة العمل. (المرواني،٢٠١٠م).

ومهما بلغت الحالات إلا أنها لا تمثل واقع العنف الأسريّ، ولا تعكس الحقيقة بصورة دقيقة؛ لأنه غالباً ما يحدث العنف الأسريّ في البيوت بعيداً عن الأنظار وتبقى الكثير من الحالات في طيّ الكتمان، حفاظاً على الخصوصية الأسريّة التي ترتبط بعديد من المعايير المختلفة. (المرواني،٢٠١٠م).

كما تشير الدراسات النفسيّة إلى أن الضحيّة في العنف الأسريّ غالبًا لا يتحدث عن تعرضه للعنف؛ وذلك نتيجة للتهديد والضغط الذي يمارس عليه، مما يجعله يعتقد أن أي تبليغ عن وضعه سيعرضه للمزيد من العنف.

كما أن العنف الأسريّ قد تفاقم في ظل الأزمة العالميّة التي نعاني منها كوفيد-١٩، فقد أفاد تقرير لمنظمة الصحة العالميّة بعنوان "كوفيد-١٩ ، والعنف ضد المرأة في إقليم شرق المتوسط:" أن الإقليم يأتي في المرتبة الثانية على مستوى العالم من حيث انتشار العنف ضد المرأة (٣٧٪)، وأن هناك زيادة في حالات العنف خلال الجائحة بنسبة تتراوح من ٥٠٪ إلى ٦٠٪ بناءً على مكالمات الاستغاثة التي تجريها النساء عبر الخطوط الساخنة لمنظمات المرأة.

بين تقرير منظمة الصحة العالميّة أن العنف الأسريّ أصبح مشكلة عالمية ت تزايد بوتيرة متسارعة، خاصة العنف الموجه تجاه النساء، وأوضح التقرير أن واحدة من كل ثلاث نساء تتعرض للعنف الجسديّ، أو الجنسيّ خلال حياتها (منظمة الصحة العالميّة).

وقد قام د. ياسر الكزاز وزملاؤه في مركز البحوث بمدينة الملك عبدالله بمراجعة البحوث التي نشرت حول العنف بالمملكة العربيّة السعوديّة، وخلصت الدراسة إلى أن امرأة واحدة من كل ثلاث نساء تتعرض للعنف في المملكة متطابقا مع الإحصاءات العالميّة.

النشأة التاريخية للخدمة الاجتماعية:

نشأت الخدمة الاجتماعيّة الطبيّة في إنجلترا ١٨٨٠م عندما تبين أن المرضى المصابين بأمراض عقليّة يحتاجون إلى رعاية لاحقة بعد خروجهم من المصحات، وتقدم لهم هذه الرعاية في بيوتهم تجنباً لتكرار المرض، وكان المصدر الثاني للخدمة الاجتماعيّة، فريق السيدات المحسنات اللاتي كن يتطوعن في المستشفيات الإنجليزيّة في لندن ١٨٩٠م، للقيام بالبحوث الاجتماعيّة لتقرير أحقية مقدم الطلب، والاستعانة بالجمعيّات الخيرية لمساعدة المريض.

وفي نيويورك عام ١٨٩٣م، قامت الزائرات الصحيّات بزيارة بيوت الفقراء من المرضى في الأحياء المجاورة لسداد نفقات الفقراء للرعاية العلاجيّة والتمريض، وقد استرعى انتباههن العديد من المشكلات الاجتماعيّة والشخصيّة التي تنشأ عن المرض، وكان هذا المصدر الثالث للخدمة الاجتماعيّة الطبيّة.

أما المصدر الرابع للخدمة الاجتماعيّة الطبيّة، فكان عن طريق طلاب كليّة الطب، الذين أجروا تدريباً علمياً في المؤسسات الاجتماعيّة، فقد طلبت جامعة بالتيمور في عام ١٩٠٢م أن تشمل الدراسة المشكلات الاجتماعيّة والانفعاليّة.

وعلى هذه الخبرات نشأت الخدمة الاجتماعية الطبية عام ١٩٠٥م، في الولايات المتحدة الأمريكيّة. (الشيخي،٢٠٢٠م).

الخدمة الاجتماعيّة، وظاهرة العنف الأسريّ:

يعدُّ المجال الطبيُّ أحد أهم مجالات ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعيّة التي يتعامل فيه الأخصائيّون الاجتماعيّون مع العديد من المشكلات؛ ومنها مشكلة العنف الأسريّ التي تشكل تهديداً كبيراً وخطيراً على الأفراد والأسر، ومن ثم المجتمعات، لما يسببه العنف الأسريّ من مشكلات نفسيّة واجتماعيّة تتطلب التدخل معها، ومواجهتها من خلال فريق يحتوي على مجموعة ممارسين من مختلف التخصصات التي تعمل في المجال الطبيّ من: أطباء، وأخصائيين اجتماعيين ونفسيين، وفريق معالجة كامل؛ مؤهلين وعلى قدرة من المهارة في مواجهة العنف بجميع أشكاله، وتقديم الرعاية الكاملة للمعنفين. (الشيخي،٢٠٢٠م).

تعمل الخدمة الاجتماعيّة الطبيّة مع العنف الأسريّ من خلال الأخصائيين الاجتماعيين عن طريق لجان استحدثتها المملكة عبر وزارة الصحة، التي قامت في عام(١٤٢٥هـ-) بإصدار قرار من الإدارة العامة للصحة النفسيّة والاجتماعيّة بإنشاء لجان للحماية من العنف والإيذاء داخل المنشآت الصحيّة في جميع مناطق المملكة، مكوّنة من أعضاء من مختلف التخصصات لمواجهة هذه المشكلة، وليتم التعامل مع حالات العنف الأسريّ من مختلف الجوانب. (الشيخي،٢٠٢٠م).

وقد رصد تقرير السجل الوطني الصادر عن برنامج الأمان الأسريّ في عام (٢٠١٣م) حالات إيذاء الأطفال المسجلة من قبل لجان الحماية بالقطاع الصحيّ أن هناك (٢١٢) حالة إيذاء لـ (١٧٢) طفلاً دون الثامنة عشرة، وكانت حالات الإهمال هي الأكثر انتشاراً بنحو (٤٦،٢٪)، تليها حالات الإيذاء الجسديّ بنسبة (٣٤،٩٪)، وقد سجلت الإناث أعلى نسبة على الذكور في الحالات. (الشيخي،٢٠٢٠م).

دور الأخصائيّ الاجتماعيّ في المجال الطبيّ في التعامل مع حالات العنف والإيذاء:

١. التبليغ عن الحالات المشتبه تعرضها للأذى، أو العنف حسب الآلية المتفق عليها بالتنسيق مع الطبيب المعالج.

٢. مباشرة الأخصائيّ الاجتماعيّ للحالات المعرضة للأذى، أو العنف المحولة من قبل الفريق الطبيّ (لجنة الحماية بالمستشفى).

٣. القيام بتقييم مبدئيّ للحالة، وتوثيق المعلومات، وتسجيلها في الملف الطبيّ.

٤. التنسيق لتحويل الحالة إلى لجنة الحماية من العنف، والإيذاء بالمستشفى.

٥. متابعة إكمال النماذج المتعلقة بالحالة، وإبلاغ وحدة الحماية الأسريّة بوزارة الموارد البشريّة، والتنمية الاجتماعيّة حسب الآلية المتفقة عليها من وزارة الصحة.

٦. إجراء التدخل المهنيّ بما يناسب وضع الحالة وفق سياسات التقييم النفسيّ والاجتماعيّ، والعلاج النفسيّ والاجتماعيّ، وكذلك الإحالات والتوثيق في الملف الطبيّ.

٧. إعداد التقارير الاجتماعيّة مشتملة على كل المعلومات المطلوبة وفق النموذج، وحفظ نسخة منها بالقسم.

٨. كما يتم إحالة صورة من استمارة تسجيل حالات العنف والإيذاء لجهات أخرى داخليّة، أو خارجية إن لزم الأمر. (الشيخي،٢٠٢٠م).

"عرض لبعض حالات العنف الأسريّ ونوع التدخل المهني فيه وتحليلها"

مشكلة الدراسة:

- تتعلق مشكلة الدراسة بدراسة حالات عنف أسري، وعلاقة الإدمان على المخدرات بها كسبب رئيس، وإبراز دور التدخلات العلاجيّة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين، وتقديم مقترح لتجويد عمل الأخصائيّ الاجتماعيّ في مجال الإرشاد، والعلاج الأسريّ، كما تتضمن اقتراح سبل الوقاية من حدوث مثل هذه الحالات وتكرارها.

هدف الدراسة:

الهدف العام:

- إبراز دور الخدمة الاجتماعيّة في مواجهة ظاهرة العنف الأسريّ الناتج عن تعاطي المخدرات، والتدخل المهنيّ الملائم مع كل حالة.

الأهداف الثانوية:

١-نقل خبرات الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع حالات العنف بالمركز إلى المهتمين في مجال العنف الأسريّ للاستفادة وتبادل الخبرات.

٢-حدوث نتائج إيجابية لكثير من الحالات تؤكد أهمية التنسيق بين مؤسسات المجتمع في الحد من حالات العنف الأسريّ الناتج عن تعاطي المخدرات.

٣-إبراز أهمية العلاج الأسريّ، ودوره في تحقيق التعافي للمدمن، وضمان عدم العودة إلى ممارسة العنف الأسريّ.

منهج الدراسة:

تستخدم الدراسة منهج دراسة الحالة كمنهج وأداة.

الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات التي اهتمت بالعنف الأسريّ، ومهارات الأخصائيين الاجتماعيين في مجالات الممارسة المهنية المختلفة للخدمة الاجتماعيّة، نذكر منها على سبيل المثال:

دراسة أماني محمد رفعت قاسم (٢٠٠٩م):1 .

جاءت الدراسة بعنوان:" نحو برنامج مقترح لتنمية المهارات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في العمل مع حالات العنف الأسريّ"، وهدفت إلى التعرف على واقع المهارات المهنيّة التطبيقيّة للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع حالات العنف الأسريّ في ضوء أسس الممارسة المهنيّة لخدمة الفرد، ووضع برنامج مقترح لتنمية تلك المهارات لتطوير أدائهم المهني بما يتفق مع المتغيرات المعاصرة المرتبطة بطبيعة تفاقم مشكلة العنف الأسريّ، كما ركزت الدراسة على عدد من المهارات هي: (التوجيه، وتوفير المعونة النفسيّة، والتوضي، وإعادة تنظيم الأفكار وعرضها) ، وتوصلت الدراسة إلى أنه يمكن وضع برنامج مقترح لتنمية المهارات المهنيّة للأخصائيين العاملين مع حالات العنف الأسريّ. (حواوسة،٢٠١٩م).

٢.دراسة محمود، خالد (٢٠١٣م):

تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى تطبيق الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المرأة المعنفة لبعض المهارات المهنيّة بمؤسسات الحماية الاجتماعيّة، ومن نتائجها: أن أكثر المهارات المهنيّة للأخصائيين الاجتماعيين في مؤسسات الحماية الاجتماعيّة هي: مهارة حل المشكلة لمواجهة أسباب العنف لمساعدة المعنفة على اتخاذ القرارات المناسبة لحل مشاكلها، ويليها مهارة الاتصال لتحقيق التفاوض بين المعنفة وأطراف المشكلة، كما أوضحت أن الأخصائيين الاجتماعيين يحتاجون إلى العديد من الدورات التدريبية لزيادة فعالية ممارستهم المهنية.

٣.دراسة رزق، السيد (٢٠١٧م):

استهدفت الدراسة الوصول إلى تصور جديد من منظور طريقة العمل مع الجماعات لحماية المرأة من العنف الأسريّ، ومن نتائجها: التوصل إلى تصور يهدف إلى حماية المرأة من العنف، وزيادة الخدمات الاجتماعيّة والثقافيّة والدينيّة والترويحيّة المقدمة لها، وتنمية وعيها

وحمايتها بـما يحقق تماسك الأسرة، كما أوصت بضرورة تعاون فريق العمل والأسرة بشكل جاد في تقديم الخدمات للمرأة المعنفة، والتنسيق بين المؤسسات لمواجهة ظاهرة العنف.

٤.دراسة العباني، رانيا (٢٠١٩م):

استهدفت تحديد مراحل التدخل المهنيّ للممارسة العامة للخدمة الاجتماعيّة للتخفيف من ظاهرة العنف ضد المرأة، ومن نتائجها: تتضمن مراحل التدخل المهنيّ في: الدراسة والتقدير المتمثلة في عقد مقابلات، ودراسة طبيعة العلاقات الأسريّة، وكتابة دراسة شاملة للحالة، وتقديمها إلى الجهة القضائية، ثم يليها مرحلة التشخيص والمتضمنة انتقاء العوامل التي أسهمت في حدوث المشكلة، ثم مرحلة العلاج الهادفة إلى تحقيق الأمان النفسيّ للحالة من خلال عقد جلسات علاجيّة. (محروس،٢٠٢١م).

أهم المبادئ المهنيّة المستخدمة مع حالات العنف الأسريّ:

١. التركيز على بناء علاقة مهنيّة تعاطفيّة علاجيّة تعاونيّة غير مشروطة أساسها الاحترام المتبادل، والثقة وتجنب النقد والإدانة، وإظهار التقدير مما يتيح الفرصة للتواصل والتفاعل السليم من خلال استخدام أساليب اتصال لفظيّة، وغير لفظيّة.
٢. النظرة الإيجابيّة غير المشروطة من خلال إشعار المرأة المعنفة (زوجة، أو شقيقة) بالتقبل والاهتمام بـما يساعدها على استعادة ثقتها بنفسها، والقدرة على التعامل مع الآخرين.
٣. الفهم التعاطفي من خلال فهم الأخصائيّ الاجتماعيّ لمشاعر المرأة المعنفة حتى يساعدها على تكوين صورة واقعية لمشاعرها، واكتشاف ذاتها، والتعبير عنها بصدق.
٤. واقعيّة الأخصائي الاجتماعيّ مع المرأة المعنفة من خلال مساعدتها على التعبير بشكل واضح وتلقائي عما بداخلها، والإفصاح عن مشاعرها.
٥. السريّة والحفاظ على المعلومات، وأسرار المعنفة.
٦. حق المرأة المعنفة في تقرير مصيرها. (المفتي،٢٠١٨م).

الأدوار المهنيّة للأخصائيّ الاجتماعيّ في حالات العنف الأسريّ:

- دوره كمسهل، وذلك من خلال مساعدة المرأة المعنفة على حشد قدراتها وطاقاتها، واتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بتفاعلاتها الاجتماعيّة، والمطالبة بحقوقها الخاصة.

- دوره كموضح وذلك من خلال قيام الأخصائيّ الاجتماعيّ بتوضيح تأثير العنف الواقع عليها في قدرتها على التعبير عن مشاعرها وتفاعلاتها الاجتماعيّة، وعدم القدرة على مقاومة الضغوط التي تتعرض لها.
- دوره كمساعد من خلال مساعدة المرأة المعنفة على مساعدة نفسها، وتنمية مهاراتها.
- دوره كمعالج، ويتمثل في الأنشطة التي يقوم بها الأخصائيّ الاجتماعيّ لمساعدة المرأة المعنفة على زيادة فاعليّة وظائفها الاجتماعيّة، وزيادة قدرتها على كيفيّة التعامل مع الضغوط التي تتعرض لها.
- دوره كمرشد لتوجيه النصيحة لأفراد الأسرة، وتقديم الاستشارة المهنيّة للمسترشدين ممن يعانون من العنف الأسريّ.
- دور جامع المعلومات ومحللها ومنظمها ومفسرها عن مشكلة العنف الأسريّ سواء على نطاق الأسرة، أو على نطاق انتشار الظاهرة في المجتمع.
- دور المنسق بين البرامج، والمؤسسات المعنيّة بمواجهة المشكلة. (المفتي، ٢٠١٨م).
- دور الوسيط، حيث يقوم بهذا الدور بين أفراد الأسرة التي تعاني من مشكلة العنف، فهو وسيط اجتماعيّ يتدخل بمهنيته ومعرفته وخبرته ومؤهلاته. (حواوسه،٢٠١٩م).
- دور المخطط للبرامج العلاجيّة، والبرامج التوعويّة والإرشاديّة لتوعية المجتمع بالآثار المترتبة على مشكلة العنف الأسريّ. (المفتي،٢٠١٨م).

<u>أهم الاستراتيجيات المهنيّة المستخدمة مع حالات العنف الأسريّ:</u>

١. استراتيجية تغيير السلوك وتتمثل في:
   - إيجاد نوع من السلوك الإيجابيّ للتعامل داخل الأسرة.
   - تغيير الاتجاهات، والنظرة السلبيّة للمرأة.
٢. استراتيجية ضبط الانفعال لمساعدة المرأة المعنفة في التعامل مع مشاعر الخوف، والقلق، والتوتر عند تعرضها للعنف.
٣. استراتيجية البناء المعرفيّ لتنمية معارف المرأة المعنفة بالمشكلات التي تواجهها، وكيفية التعامل مع العنف الموجه إليها، ومعرفة حقوقها.
٤. استراتيجية الإقناع:
   - تسهيل عملية الاتصال بين أفراد الأسرة.
   - تنمية ثقافة الحوار بين أفراد الأسرة.
٥. استراتيجية القوة، وتركز هذه الاستراتيجية على دعم ثقة المرأة في نفسها، وفي قدرتها على التعاون بشكل فعّال مع المشكلات التي تواجهها. (المفتي،٢٠١٨م).

الأساليب العلاجيّة المستخدمة مع حالتي العنف الأسريّ:

١. أسلوب تعديل الاتجاهات، وإعادة صياغة الأفكار.
٢. أسلوب التأكيد، ويعني أن يعبر الأخصائيّ عن اهتمامه بالعميل (المرأة المعنفة) حتى تتحسن قدرتها على التفاعل الاجتماعيّ، ومقاومة الضغوط.
٣. أسلوب التدعيم، ويتضمن الاهتمام بالمرأة المعنفة، والرغبة في مساعدتها، ولاسيما مع الحالات التي يكون فيها قلق وتوتر وانخفاض في تقدير الذات لدى المرأة المعنفة.
٤. أسلوب التفسير يستخدم لتنمية إدراك المرأة المعنفة للعلاقة بين العنف الواقع عليها، وبين المشاعر السلبيّة التي لديها، والضغوط الواقعة عليها، وتفاعلاتها الاجتماعيّة، وتأثير ذلك على الصورة التي تكوّنت عن ذاتها والآخرين، والتي بدورها لها تأثير على سلوكها حتى تنمو بصيرتها، وتكون لديها قوة دافعة لتوكيد ذاتها.
٥. بناء الاتصالات من خلال تشجيعها على فتح قنوات اتصال بينها وبين المحيطين بها لإقامة علاقات جديدة مع الآخرين أساسها التفاعل الاجتماعيّ، والشعور بأهميتها والقبول الاجتماعيّ.
٦. التعاطف من خلال تقدير الأخصائيّ لموقف المرأة المعنفة، والظروف المؤلمة والصعبة التي مرت بها، وإبداء الأخصائيّ ثقته الكاملة في المرأة المعنفة، وقدرتها على تجاوز ما مرت به. (قاسم، ٢٠٠٩م).
٧. توفير المعونة النفسيّة، ويستخدم الأخصائيّ الاجتماعيّ مجموعة من الأساليب في توفير المعونة النفسيّة منها:
- استخدام الإفراغ الوجداني مع أفراد الأسرة للتعبير عن معاناتهم.
- الإشادة بقدرات أفراد الأسرة، وبجهودهم في مساعدة بعضهم بعضًا.
- زرع الثقة والأمل في نفوسهم للاستمرار في أداء الأعمال المنوطة بهم.

٨. أسلوب تقديم النصيحة تتطلب عملية التحكم في العنف الأسريّ بذل جهود منظمة في مجال تقديم النصيحة، ومجال إرشاد وعلاج كل من المعتدي والضحية حتى يتجنبا الممارسات التي تصعد عنف الأول، واستهداف الثاني فضلاً عن إكسابهما بعض الأساليب التي من شأنها تنمية قدرتهما على التحكم الذاتي، وإيقاف الأفعال العنيفة، وضمان عدم تكرارها، أو انخفاض معدل حدوثها، ويتوقف نجاح الأخصائيّ الاجتماعيّ في تقديم النصيحة على عدة عوامل منها:
- اختيار الوقت المناسب الذي تقدم فيه النصيحة، وعادة ما يكون ذلك بعد تكوين العلاقة المهنيّة، وشعور الأخصائيّ الاجتماعيّ باستعداد مرتكبي العنف الأسريّ وضحياه لتقبل النصيحة.
- اختيار الأسلوب المناسب الذي تقدم به النصيحة بالصورة التي تجعلها واضحة ومفهومة.
- أن تكون النصيحة مناسبة للموقف، أو المشكلة التي تسببت في ظهور العنف الأسريّ.

٩. أسلوب المواجهة، والمواجهة تعني لفت انتباه أفراد الأسرة إلى السلوكيّات والتصرفات غير المرغوبة التي تكون سبباً في العنف الأسريّ، وهو ما يغلق أحد منافذ العنف وبداياته.

١٠. تدخل بيئيّ مباشر يتم تزويد المرأة المعنفة بالمعلومات، والخدمات والبرامج المتاحة في المجتمع المحليّ التي تستهدف التعامل مع حالات العنف الأسري، ومعاونتهم في الوصول إليها والاستفادة منها. (قاسم، ٢٠٠٩م).

الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعيّة:

هي إطار للممارسة يوفر للأخصائيّ الاجتماعيّ أساسًا نظريًا انتقائيًا لأحداث التغيير في كافة مستويات الممارسة لتوجيه التغيير المخطط وتنميته، والمساهمة في حل الموقف الإشكاليّ، كما أنه نوع من الممارسة المهنيّة للخدمة الاجتماعيّة تعتمد على انتقاء بعض المداخل والنماذج المهنيّة من جملة النماذج، والمداخل العلميّة المتاحة أمام الأخصائيين، واستخدامها في التدخل المهني. (يوسف،٢٠٢٠م).

تعدُّ الانتقائية النظريّة eclecticism استراتيجية يتم من خلالها توظيف أكثر من نظرية، أو أكثر من نموذج نظريّ أثناء الممارسة المهنيّة؛ فالخدمة الاجتماعيّة ترتكز على قاعدة معرفيّة عريضة، حيث توظف العديد من النظريّات، والنماذج النظريّة في التدخل المهني. (محمد،٢٠١٦م).

الموجهات النظريّة التي اعتمدت عليها الباحثة في التدخلات:

١.نظريّة العلاج الأسريّ: خاصة فيما يتعلق بتنمية المشاعر الإيجابية لدى أفراد الأسرة، وزيادة الاعتبار الذاتي لديهم، الأمر الذي يؤدي إلى إكسابهم بعض الأساليب التي من شأنها تنمية القدرة على التحكم في الذات، ومن ثم الحد من الممارسات العنيفة وهو ما يغلق أحد منافذ العنف الأسريّ وبداياته. (قاسم،٢٠٠٩م).

٢.نظريّة الدور الاجتماعيّ: تنطلق من أن لكل شخص أو فرد لابد أن يكون له دور يحدد هويته ومكانته، ويتصرف من خلاله. (حجازي،٢٠١٢م) ، وهو مجموعة التصرفات والسلوكيّات التي تنتظرها الجماعة، وتطلبها من فرد له مركز معين فيها.

٣.نظريّة الاتصال: تتعلق بمعرفة العلاقات الأسريّة وفهمها، وطبيعة الاتصالات مع توجيه هذه الاتصالات بما يحقق الوقاية، والعلاج لكل مظاهر العنف الأسريّ وأشكاله، والعمل على إيجاد أساليب جديدة لتعميق الاعتماد المتبادل بين أفراد الأسرة بما يؤدي إلى تخفيف الضغوط الأسريّة القائمة، وتنمية قدرة الأسرة على مواجهة المواقف الحياتيّة بصورة متوازنة، وبعيدة عن مظاهر العنف المختلفة وأشكاله. (قاسم،٢٠٠٩م).

٤.نظريّة العلاج المعرفيّ السلوكيّ: عن طريق تعديل طريقة التفكير والتشوهات المعرفيّة، مما ينتج عنه تغيير مشاعر الفرد تجاه الأحداث، ومن ثم يتغير سلوكه.

٥.النظريّة السلوكيّة: تتعلق النظريّة بمساعدة الأفراد على تحديد السلوكيّات التي يجب تعديلها وتصحيحها، وأيضا التعرف على الأفكار والمعتقدات التي تغذي هذه السلوكيّات والأفعال المؤدية إلى ممارسة العنف داخل الأسرة. (قاسم،٢٠٠٩م).

"عرض لبعض حالات العنف الأسريّ وتحليلها، ونوع التدخل المهني فيه":

- كان لقسم الخدمة الاجتماعيّة بمركز إرادة العديد من التدخلات الاجتماعيّة التي أفضت إلى نتائج جيّدة لحالات عانت من العنف الأسريّ، ولعلنا نستعرض منها حالتين.

ملخص الحالة الأولى:

في بيت شعبيّ بسيط يقع على أطراف قرية تبعد مئات الكيلومترات عن بريدة تسكن الشقيقتان نورة وسارة (الأسماء غير حقيقة) البالغة أعمارهما (٤٣) سنة و(٣٧) سنة هناك حيث لا شمس تشرق، ولا مطر يهطل منذ أعوام.

والدتهما مسنة، ولديها قصور عقليّ بسيط جداً (متلازمة داون) ، والأب مقعد على كرسيّ متحرك، مارس عليهما العضل من أجل راتب الوظيفة، وشاطره أبناؤه الثلاثة أشكالاً أخرى من العنف تمثلت في الضرب، والركل حد التسبب لإحداهن بمشكلة صحيّة في فقرات الظهر عدا إصابتهن بمشكلات نفسيّة تمثلت في التبول اللاإرادي، والقلق، واضطرابات النوم.

كما مارس الأشقاء العنف الاقتصاديّ وحرمانهما من استقدام عاملة منزليّة لرعاية الوالدين في غيابهما.

نورة تعمل أستاذة جامعيّة وسارة معلمة في ثانويّة، كابدتا ووصلتا لما عليهما في ظروف، وتعنيف أسريّ متواصل لاسيما من شقيقهن خالد (المدمن) الذي مارس عليهن العنف كثيراً، ومع إفراطه في تعاطي المخدرات حدثت لديه أعراض ذهان، وبات يشكل خطورة على أسرته مما دفعهم لإحضاره بالتعاون مع الشرطة للمركز.

خطوات التدخل المهنيّ مع الحالة الأولى:

طريقة التعرف على الحالة: عن طريق الفريق العلاجيّ المباشر لحالة المريض، وأبلغت لجنة الحماية، والعنف الأسريّ بالمستشفى لإكمال اللازم.

في مرحلة الدراسة وتقدير الموقف تم ما يلي:

- عقد مقابلة أولى مع إحدى الشقيقتين المعنفتين تم من خلالها التعريف بالأخصائيّة الاجتماعيّة، ودورها والتأكيد على بعض المبادئ المهنيّة؛ كالسريّة تمهيداً لبناء علاقة مهنيّة جيّدة مع الحالة المعنفة، والتعرف على تاريخ المشكلة، وإنهاء الجلسة نظراً إلى الحالة النفسيّة السيئة للشقيقة.
- تم عقد جلسة أخرى مع الحالة المعنفة، وخلال الجلسة تقديم المعونة النفسيّة للحالة من خلال أسلوب الإفراغ الوجدانيّ، كما تم ممارسة أساليب مهنيّة أخرى؛ كالتعاطف، والدعم المعنويّ، والإنصات، والتبصير للحالة وطمأنتها بوجود جهات يمكنها مساعدتها، وحمايتها من العنف.
- كما تم خلال الجلسة استكمال دراسة الحالة، والحصول على بعض المعلومات المتعلقة (طبيعة العلاقات الأسريّة، ومعرفة المستوى التعليميّ، وتحديد أعراض المشكلة، وتحديد المعتقدات والأفكار الشخصيّة للمعنفة، وتحديد الاضطرابات النفسيّة التي تعاني منها الحالة المعنفة، والاتصال بأفراد آخرين في الأسرة لفهم المشكلة، وبعد ذلك تم كتابة دراسة مبدئية للحالة.

ثانيًا: في مرحلة العلاج.

تم تحديد بعض الأهداف العلاجيّة للحالة:

١.تحقيق الأمان النفسيّ للحالة المعنفة، وإنهاء العنف الواقع على الشقيقات.

٢.محاولة تصحيح العلاقات الأسريّة، وإحداث التغييرات المطلوبة التي تكفل عودة الاستقرار للأسرة.

٣.عقد جلسات علاجيّة مع المريض لمحاولة رفع استبصار المريض بمشكلاته، وتأثير تعاطي المخدرات على حياته، وما آل إليه الأمر من ممارسته للعنف على شقيقاته.

٤.من أساليب التدخل المهنيّ البيئيّ المباشر لمثل هذه الحالات هو ربطها، والاستعانة بالمؤسسات الاجتماعيّة الأخرى المعنية بحالات العنف الأسريّ، وبالفعل تم التنسيق مع ممثل لوحدة الحماية الأسريّة من وزارة الموارد البشريّة، والتنمية الاجتماعيّة لمزيد من الضغط على المريض، ومحاولة إيصال رسالة له بخطورة ما أقدم عليه، وربما يتم تصعيد المعاملة لحقوق الإنسان في حال استمرار العنف، لكنه تعهد بعدم تكرار العنف والتوقف عنه لاسيما أنه تم إخباره حتى بعد خروجه من المركز، وانقضاء فترة العلاج أن قسم الخدمة الاجتماعية سيواصل المتابعة والاطمئنان على الشقيقات كل فترة.

نتائج خطة العلاج:

- تم إيجاد حلف علاجيّ من خارج الأسرة يتولى مساعدتهن، ودعمهن ووقع ترشيح الشقيقات على أحد الأقارب الذي أبدى وقوفه الكامل ومساندته لهن.
- بناء على رغبة الشقيقات في تغيير السكن لظروف الوالدين الصحيّة كان لهن قرار الانتقال، والعيش بجوار العم في سكن مستقل.
- تم إنهاء العنف، وتحقيق الأمان النفسيّ للشقيقات؛ حيث لم يتعرض لهن الأخ مجدداً.

المتابعة:

- كان التواصل مستمراً مع الشقيقات من قبل الأخصائيّة الاجتماعيّة لمتابعة الوضع، وتقديم الدعم حتى بعد خروج المريض، وأكدن أن أمورهن مستقرة وباتت جيدة.
- بدأت المتابعة بعد خروج الأخ من المركز، وكانت خلال الفترة الأولى من خروجه على فترات متقاربة جداً بمعدل اتصال كل أسبوعين.
- بعد ذلك أصبحت المتابعة على فترات متباعدة كل بضعة أشهر.
- وحتى إعداد هذه الدراسة كان هناك متابعة وتواصل مع الشقيقات، ولاتزال الأمور جيدة ومستقرة.

ملخص الحالة الثانية:

محمد معلم متقاعد، يبلغ من العمر (٤٧) سنة، يعيش في صراعات مستمرة مع زوجته التي تعمل ممرضة، كان لمادة الحشيش التي يتعاطاها تأثير سلبيّ كحال المواد الإدمانيّة الأخرى، وما تسببه من مشكلات للمدمن وأسرته، كانت أسرته تعاني من العنف اللفظيّ والنفسيّ والجسديّ حد إشهاره السلاح بوجه زوجته، وابنه المراهق البالغ من العمر (١٨) سنة، وقيامه بتهديدهم مما دفع بالزوجة لإبلاغ مكافحة المخدرات لإحضاره للمركز وعلاجه.

خطوات التدخل المهنيّ مع الحالة الثانية:

طريقة التعرف على الحالة: من خلال تواصل الزوجة (المعنفة) مع الأخصائيّة.

أولا: في مرحلة الدراسة، وتقدير الموقف:

١.تم عقد مقابلة أولى للحالة المعنفة، والتعريف بالأخصائيّة الاجتماعيّة، ودورها المهنيّ، والتأكيد على بعض المبادئ المهنيّة؛ كالسريّة.

كما تم خلال المقابلة الأولى:

- دراسة طبيعة العلاقات الأسريّة، حيث لوحظ من خلال المعلومات أن هناك صراعاً شديداً داخل الأسرة، وتحزبات وعدم وضوح بالأدوار، ونتيجة لتعاطي الزوج للمخدرات، وتخليه

عن مسؤولياته قامت الزوجة بكلا الدورين مما عقّد وفاقم من المشكلات بينهم، كما أن مناخ الأسرة كان متوتراً جداً يسوده الصراعات والنديّة بين الزوجين، بالإضافة إلى شكوى الزوج من تهميش الزوجة له، كما تم التعرف على تاريخ المشكلة، والاضطرابات والمشكلات التي تعاني منها الحالة، بالإضافة إلى مقابلة ابن المريض لفهم المشكلة الواقعة بين الوالدين.

٢.تم عقد جلسة أخرى إرشاديّة مع الزوجة، وبحضور الطبيب المعالج، وتم شرح البرنامج العلاجيّ وإرشادها حول آلية التعامل مع المدمن، وتجاوز الفترة الماضية، وعدم الحكم على شخصيّة المريض أثناء التعاطي، كما تم محاولة تعديل استجابة الزوجة لبعض تصرفات المريض، وعدم العمل على تصعيد الموقف الإشكاليّ بينهم.

٣.تم عقد جلسة أولى مع المريض لبناء علاقة مهنيّة، ومحاولة فهم طبيعة المشكلة بينه وبين زوجته، لكن كان لدى المريض إنكار لمشكلاته الأسريّة، ولم يكن متعاوناً.

٤.تم عقد جلسة أخرى مع المريض لمحاولة نزع أسلحة المريض الدفاعيّة من إنكار ومحاولة رفع الاستبصار لديه بمشكلاته الأسريّة، ومشكلة التعاطي، حيث تم تغيير بعض أفكاره المتعلقة بمادة الحشيش، وتوضيح خطورتها، وآثارها السلبيّة، ومدى ارتباطها في إصابة الشخص بمرض الفصام، وفي نهاية الجلسة كان المريض متعاوناً، وأبدى شكره لما تم طرحه واستفادته من كثير من المعلومات، وحققت الجلسة هدفها العلاجيّ (تم استخدام العلاج المعرفيّ السلوكيّ).

ثانياً: في مرحلة العلاج:

١.تحديد الأهداف العلاجيّة (إنهاء العنف، وإعادة التواصل الأسريّ، وتحديد الأدوار، ومعرفة الزوجين لحدود ومسؤوليات كل طرف، والتزام الزوج بالمتابعة، ومراجعة العيادات لتحقيق التعافي من المخدرات).

٢.تحقيق الأمان النفسيّ للحالة المعنفة.

٣.إبرام عقد مع الحالة لتحقيق الأهداف العلاجيّة.

٤.تصحيح العلاقات الأسريّة، وإحداث التغيرات المطلوبة عن طريق أساليب التدخل العلاجيّة.

٥. تم عقد جلسة علاج أسريّ للزوجين بالتركيز على نظرية الدور والاتصال، واستخدام أسلوب المواجهة بين الطرفين، في نهاية الجلسة تم الاتفاق بين الزوجين على إعادة ترتيب شأنهم الأسريّ، والقيام بتنفيذ ما تم التوصل والاتفاق من قيام كل منهما بتأدية دوره الاجتماعيّ، وإعادة مهام الزوج، والعمل على توحيد جهودهم، والعمل معاً كشركاء متكاملين متحدين من أجل استقرار الأسرة وسعادتها، على أن يقوم قسم الخدمة الاجتماعيّة بالمتابعة مع الأسرة بعد خروج المريض.

٦.محاولة تهدئة الوضع واحتوائه بين الزوجين لاسيما أن الزوجة في وقت سابق، وقبل دخول المريض للمركز قدمت بلاغاً لحقوق الإنسان حول تعرضها للتهديد بالسلاح وابنها من قبل الزوج، و لاتزال المعاملة قائمة.

٧.حضر ممثل حقوق الإنسان للمركز، واستقبله رئيس الخدمة الاجتماعيّة والأخصائيّة الاجتماعيّة، وتم شرح البرنامج العلاجيّ له، وأن المريض حالياً مستقر، وليس لديه أعراض ذهانية، وتم تقديم مقترح لممثل حقوق الإنسان بأن يتولى قسم الخدمة الاجتماعيّة محاولة التهدئة بين الطرفين، وحل الإشكال القائم بينهما بما يكفل استقرار الأسرة، وعدم حدوث تعقيدات أكثر، وسيتولى قسم الخدمة الاجتماعيّة تزويد ممثل حقوق الإنسان بالمستجدات، وتطورات الحالة (ولم يتم إبلاغ الزوج عن وجود معاملة لدى حقوق الإنسان) وبالفعل تم إسناد المعاملة إلى قسم الخدمة الاجتماعيّة.

٨.رئيس الخدمة الاجتماعيّة كان على تواصل دائم بممثل حقوق الإنسان، وتم اطلاعه على مستجدات وضع الأسرة والمآل الجيّد لهم، وتم تزويدهم بتقرير طبيّ نفسيّ عن استقرار الحالة الصحيّة والنفسيّة، وأنه لم يعد يشكل خطورة على أسرته.

نتائج خطة العلاج:

- تم تحقيق كافة الأهداف العلاجيّة التي سبق ذكرها.
- عودة الاستقرار، والعلاقات الجيّدة بين أفراد الأسرة.
- تم التزام الزوج بالمتابعة، والحضور وبرفقة ابنه وزوجته.

المتابعة:

- كان هناك تواصل مع الزوجة بعد خروج الزوج من المركز، وذكرت أن الأمور مستقرة وجيّدة.
- واستمرت المتابعة لبضعة أشهر فقط بناء على رغبة الزوجين.

سبل الوقاية من تكرار حدوث هذه الحالات:

١.تفعيل الدور الوقائيّ للخدمة الاجتماعيّة في توعية المجتمع بكيفية مواجهة العنف الأسريّ.

٢.التأكيد على الأسر التي تعاني من وجود مدمن عدم إهمال علاجه، وعدم التأخر في إحضاره للمركز، حيث إن ذلك يزيد الوضع سوءاً، ولا يمكن التنبؤ بما يمكن أن يقدم عليه المدمن من عنف نتيجة وجود مؤثرات عقليّة.

٣.ضرورة ربط المتعافين من الإدمان بمؤسسات اجتماعيّة، مثل: وحدة الحماية الأسريّة إن كان هناك عنف يمارسه على أسرته، أو ربطة بمكافحة المخدرات من حيث إلزامه بالحضور للمركز، ومتابعة مواعيده، وفي حالة عدم التزامه تتولى مكافحة المخدرات إحضاره للمركز.

مقترح لتجويد عمل الأخصائيّ الاجتماعيّ للتعامل مع حالات العنف الأسريّ:

١. تطبيق أسس ومبادئ وأخلاقيات المهنة، والالتزام بالميثاق الأخلاقيّ للأخصائيين الاجتماعيين.

٢. الإعداد المهنيّ المستمر للأخصائيين الاجتماعيين من خلال حضور الدورات التدريبيّة، وورش العمل والنشرات الدوريّة، واللقاءات العلميّة، حيث إن فاعليّة التدخل المهنيّ مع حالات العنف الأسريّ ترتبط بقدرة الأخصائيّ الاجتماعيّ على تنمية مهاراته المهنيّة والتطبيقيّة حتى يتمكن من مسايرة التطورات والمتغيرات المعاصرة المسببة للعنف الأسريّ، ويرتفع بمستوى الممارسة المهنيّة في عمله مع حالات العنف الأسريّ. (المفتي، ٢٠١٨م).

٣.الإلمام بالعديد من المهارات المهنيّة (بناء العلاقة المهنية، والقدرة على الملاحظة، وسرعة الاستجابة، والتسجيل، وإعادة الصياغة، ومهارة طرح وتوجيه الأسئلة، وإدارة المقابلات، والإنصات، ومهارات بناء الجلسة العلاجيّة، ومهارة حل المشكلة، ومهارة الاتصال، ومهارة تقديم المشورة، مهارة التفاوض. (حجازي،٢٠١٢م).

٤.توافر قاعدة معرفيّة متخصصة في مجالات عدة: (معرفة في مجال المشكلات النفسيّة والاجتماعيّة التي تقع ضمن مجال اختصاصه، والتي يعاني منها المجتمع، ومعرفة في مجال خدمات الصحة النفسيّة، ومعرفة بخصائص العملاء النفسيّة والاجتماعيّة، ومعرفة عامة بتأثير عوامل؛ كالثقافة، والعرق، والجنس، والمستوى الاقتصاديّ في الإنسان، ومعرفة في أسس العلاج الزواجيّ والأسريّ، والإلمام بنظريّات العلاج النفسي والاجتماعي ونماذجه، ومعرفة عامة بالأمراض النفسيّة، والاختبارات والمقاييس النفسيّة والاجتماعيّة، ومعرفة بالخدمات والبرامج المجتمعيّة. (نيازي،١٤٢٨هـ).

التوصيات:

١.ضرورة الاهتمام برفع مستوى الوعي الاجتماعيّ، والثقافيّ بخطورة العنف ضد المرأة، وعلاقة المخدرات به كسبب رئيس من خلال وسائل الإعلام المختلفة.

٢.إنشاء قاعدة بيانات تتضمن كافة المعلومات عن المعنفات وأسرهن، وإحصائيّات عن حالات العنف لدى الأسر التي تعاني من وجود مدمن، وتتولى فيها المرأة سواء (زوجة، أم، أخت، أم ابن) مسؤولية رعايته، وليس لديها داعم ومساند من الأسرة تمهيداً لربطها بالجهات ذات العلاقة للحد من العنف الذي يمارسه المدمن.

٣.التوسع في عقد الندوات، والمؤتمرات والملتقيات للمساهمة في الحد من العنف الأسريّ الناتج عن تعاطي المخدرات.

٤.التشجيع على إجراء المزيد من الدراسات عن ظاهرة العنف الأسريّ لتحديد الحجم الفعليّ لهذه الظاهرة، وحتى يتم وضع الخطط والآليات اللازمة لمعالجتها.

٥.إعداد برامج إرشاديّة وعلاجيّة لضحايا العنف الأسريّ، والعمل على تقديم الدعم النفسيّ والاجتماعيّ لهم.

٦.الاهتمام بتنمية مهارات العاملين في مجال الإرشاد، والعلاج الأسريّ.

٧.ضرورة الاهتمام بالبرامج الوقائيّة التي تتناول خطورة المخدرات، والمؤثرات العقليّة، ودورها في العنف الأسريّ.

٨.تخصيص صندوق وطنيّ لتمويل كافة البرامج، والدراسات والبحوث الخاصة بدعم ضحايا العنف الأسريّ، وتأهيل الأخصائيين الاجتماعيين.

المراجع:

١. أماني محمد رفعت قاسم، برنامج مقترح لتنمية المهارات المهنيّة للأخصائيين الاجتماعيين في العمل مع حالات العنف الأسريّ، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعيّة والعلوم الإنسانيّة، العدد السادس والعشرون أبريل ٢٠٠٩م.

٢. الشيخي، سعيد عبدالله، دراسة دور الخدمة الاجتماعيّة في التعامل مع ظاهرة العنف الأسريّ، مجلة القراءة والمعرفة، ٢٠٢٠ (الجزء الأول ٢٢٩ نوفمبر)

٣. المفتي، أمجد محمد وآخرون، ورقة عمل تصور مهنيّ للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعيّة للتعامل مع النساء ضحايا العنف، الجامعة الإسلاميّة غزة، ٢٠١٨م

٤. المرواني، نايف محمد، العنف الأسريّ دراسة مسحيّة تحليليّة في منطقة المدينة المنورة، المجلة العربيّة للدراسات الأمنيّة والتدريب المجلد ٢٦ العدد ٥١، ٢٠١٠م

٥. حجازي، هدى محمود، الممارسة المهنيّة للخدمة الاجتماعيّة في التعامل مع مشكلة العنف الأسريّ بالمملكة العربيّة السعوديّة، بحث مقدم للمؤتمر العلميّ الخامس والعشرون للخدمة الاجتماعيّة، ٢٠١٢م.

٦. حواوسة، جمال، دراسة دور الخدمة الاجتماعيّة في الحد من المشكلات الأسريّة: العنف الأسريّ نموذجاً، مجلة دراسات إنسانيّة واجتماعيّة، جامعة وهران، العدد التاسع، ٢٠١٩م

٧. محروس، منى طه، صعوبات تقديم خدمات الحماية الاجتماعيّة للمعنفات أسرياً من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعيّة "دراسة ميدانيّة مطبقة على بعض وحدات الحماية الاجتماعيّة في المنطقة الشرقيّة بالمملكة العربيّة السعوديّة" مجلة كليّة الخدمة الاجتماعيّة للدراسات والبحوث الاجتماعيّة ٢٠٢١م .

٨. محمد، علاء عبدالعظيم سليمان، التدخل المهنيّ بطريقة خدمة الفرد للتخفيف من حدة المشكلات المرتبطة باضطراب القلق الاجتماعيّ لدى عينة من الطلاب المراهقين، التربيّة (الأزهر) مجلة علميّة محكمة للبحوث التربويّة والنفسيّة والاجتماعيّة، ٢٠١٦م.

٩. نيازي، عبدالمجيد طاش، ورشة عمل العلاج الأسريّ (رؤية للتعامل مع مشكلات الطفولة)، مجمع الأمل (إرادة) للصحة النفسيّة بالرياض ١٤٢٨هـ-

١٠. يوسف، عبير محمد عبدالصمد، مشكلات المرأة المعنفة، ودور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعيّة في التخفيف منها، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعيّة والعلوم الإنسانيّة، العدد ٤٩، المجلد ١، يناير ٢٠٢٠م.