



BIRZEIT UNIVERSITY

الدراسات العليا

كلية الآداب

برنامج الماجستير في علم النفس المجتمعي

قضايا أخلاقية لدى مقدمي الخدمة النفسية في مناطق الضفة الغربية

Ethical Issues among Providers of Psychological

Services in the Palestinian West Bank

رسالة ماجستير مقدمة من الطالبة:

دعاء أكرم مصطفى محسن

بإشراف:

د. مصلح كناعنة

جامعة بيرزيت - فلسطين

2019

قضايا أخلاقية لدى مقدمي الخدمة النفسية في مناطق الضفة الغربية

Ethical Issues among Providers of Psychological Services in The Palestinian West Bank

دعاء أكرم مصطفى محسن

نوقشت في تاريخ 26/8/2019

التوقيع:

اللجنة المشرفة:

د. مصلح كناعنة، رئيس اللجنة

د. سما دواني، عضواً

د. محمود بيضون، عضواً

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في علم النفس
المجتمعي من كلية الدراسات العليا في جامعة بيرزيت، فلسطين.

الإهداء

إلى أمي وأبي ،،

لكل شخص يحاول الحصول على الخدمة النفسية،،

أهديكم هذا العمل المتواضع

شكر وتقدير

التعليم يحتاج المثابرة، والإنجاز يستحق الشكر والتقدير، والعون يقابل بالامتنان، والنجاح لي ولكل من يرى الخير بي، إلى الدكتور العزيز مصلح كناعنة الذي كان خير داعم لإتمام هذا العمل بكل مراحلها، فضلك فاق مثابرتي، وكلمة شكراً لا توفيك خيرك وفضلك، تقديراً مني أرى أن هذا أقل وفاءً لك ولعلمك وتعبك.

إلى الدكتورة سما، الاكاديمية المتميزة بعطائها خلال سنوات دراستي الجامعية. إلى الدكتور محمود بيضون ذو اليد الممتدة دوماً لمساعدتي لك كل التقدير والاحترام. لعائلتي، لوالدي وأخوتي، وللكتير من الأصدقاء والزملاء الذين ساعدوا أيضاً في إتمام هذا

العمل

أتقدم لكم بجزيل الشكر والعرفان مؤمنة أن هذه الكلمات لن تفيكم حقكم.

قائمة المحتويات

ج	قائمة المحتويات
٥	ملخص الدراسة باللغة العربية:
ح	Abstract:
1	الفصل الأول: المقدمة
6	هدف الدراسة
8	إشكالية الدراسة
11	مصطلحات الدراسة
15	الفصل الثاني: الإطار النظري
15	مقدمة:
19	تعريف الأخلاقيات في الدراسات السابقة:
22	الأخلاقيات في المواثيق العالمية والعربية:
25	الميثاق الأخلاقي الأسترالي
26	جمعية علم النفس الأمريكية (APA)
32	الميثاق الأخلاقي في الدول العربية
37	كيف على الأخصائي تطبيق القيم خلال عمله؟
38	ملخص الدراسات السابقة:
40	أهمية الموضوع في السياق الفلسطيني:
45	ثقافة المجتمع:
47	المؤسسات الدولية والبرامج الممولة:
52	الفصل الثالث : منهجية الدراسة
54	منهج الدراسة:
58	أدوات البحث:

61	مجتمع الدراسة:
62	حدود الدراسة:
62	جمع وتحليل البيانات:
62	منهجية تدوين المعلومات وتفريغها:
63	تحديات:
54	الفصل الرابع: تحليل النتائج و تفسيرها
67	المحور الأول: مركزية الخدمة النفسية المقدمة في الضفة الغربية
67	أولاً: وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين - الأونروا
80	ثانياً: المؤسسات الحكومية (وزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم):
87	ثالثاً: المؤسسات شبه الحكومية (المؤسسات الأهلية):
106	المحور الثاني: الإشراف في المؤسسات المقدمة للخدمة النفسية في الضفة الغربية..
123	استنتاجات:
	المحور الثالث: الكفاءة المهنية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية في مؤسسات
125	الضفة الغربية
	المحور الرابع: ثقافة المجتمع: الأبعاد المجتمعية وأثرها على تقديم الخدمة النفسية في
157	مؤسسات الضفة الغربية
65	الفصل الخامس: مناقشة النتائج

ملخص الدراسة باللغة العربية:

ينطوي العمل في مجال الصحة النفسية على مبدأ أساسي وهو تحسين الصحة النفسية للأفراد وتعزيز رفاههم النفسي، وذلك من خلال فهم شعور وطريقة تفكير الأفراد ودراسة بيئاتهم ومساعدتهم على اتخاذ قراراتهم وتحديد مصيرهم. هذه العملية تعتمد على المشاركة الفاعلة من قبل مقدم الخدمة النفسية والمستفيد منها، والذين تحكمهما علاقة إرشادية مبنية على قيم أساسية، كأن تقدم هذه الخدمات المهنية ضمن خطة علمية تتبع نهجاً معيناً سواء كان التدخل نفسياً فردياً أو تدخلاً على المستوى المجتمعي. ولقد ركزت هذه الدراسة على وصف الخدمة النفسية المقدمة للأفراد والمجموعات من قبل المؤسسات الأهلية والحكومية التي تقدم الخدمة النفسية في مناطق الضفة الغربية. تمت الدراسة من خلال العمل على جانبين؛ الجانب النظري، والجانب العملي، فصممت الدراسة بناءً على تداخل هذين الجانبين بشكل وصفي نقدي تكاملي. والهدف الأساسي من الجانب النظري هو مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة التي تحدثت عن موضوع أخلاقيات مهنة علم النفس في مختلف أرجاء العالم، وكذلك مراجعة الموثيق العالمية، وهو أمر ضروري لوضع إطار أساسي لوصف السياق، حيث لا بد من وصف السياق بناءً على المعايير العالمية للصحة النفسية التي تضمن حقوق الأفراد في الحصول على الخدمة النفسية. أما بالنسبة للشق العملي فقد تم العمل على وصف وتحليل وتفسير واقع الخدمة النفسية المقدمة ضمن المؤسسات المختلفة في مناطق الضفة الغربية، والغرض من ذلك هو معرفة امتثال العاملين في مجال الصحة

النفسية للأخلاقيات المهنية، بالتالي تمكنا نتائج الدراسة من رفع التوصيات لتعزيز قدرة المؤسسات ذات الصلة بمجال الصحة النفسية للتعامل مع الإشكاليات التي تم رصدها.

صممت الدراسة بناءً على المنهج الكيفي، فمن غير الممكن اختزال التجارب النفسية الشخصية للأفراد إلى أرقام أو تحويل المعايير الأخلاقية إلى مؤشرات رقمية، فالأخلاقيات تقدم بالكامل ومن غير المنطقي أن تقدم ضمن تدرج رقمي أو تحقيقها بنسب مئوية.

كانت أهم نتائج الدراسة:

- مركزية العمل في المؤسسات، مما يؤدي إلى تقديم الخدمة النفسية ضمن نهج هذه المؤسسات، حيث تركز هذه المؤسسات في نهجها على اعتبارات سياسية واقتصادية وليس على اعتبارات مهنية وأخلاقية.
- غياب أهم البنود الأساسية لضمان تحقيق جودة الخدمة النفسية في مؤسسات الضفة الغربية المتخصصة في تقديم الخدمة النفسية، والإشراف يعد أهم هذه البنود .
- تدني في مؤشرات الكفاءة لدى مقدمي الخدمة النفسية.
- قلة المحاولات التي قدمتها المؤسسات لسن التشريعات وخلق ميثاق أخلاقي يناسب السياق الفلسطيني، الأمر الذي أدى إلى تراجع جودة الخدمة النفسية في المؤسسات.
- لثقافة المجتمع الفلسطيني أثر كبير على دعم العاملين في مجال الصحة النفسية، حيث أن ثقافة العار السائدة في المجتمعات العربية تؤدي إلى الحد من التعامل مع القضايا الأخلاقية الحاصلة لدى العاملين في مجال الصحة النفسية.

- غياب الفهم والتفهم لأدوار ومهام العاملين في مجال الصحة النفسية أدى إلى إطلاق العديد من الأحكام التي انعكست بشكل سلبي على ممارسة مهنة تقديم الخدمة النفسية.
- تتمخض نتائج الدراسة عن توصيات موجهة إلى مجالين: مجال المؤسسات الحكومية، حيث على الوزارات المختصة في تقديم الخدمة النفسية تحسين مجال الصحة النفسية من خلال سن القوانين والتشريعات الخاصة بمهنة علم النفس وتطوير ميثاق أخلاقي بما يتناسب مع السياق الفلسطيني، والمجال الثاني هو مجال الجامعات الفلسطينية، حيث على الجامعات الفلسطينية إعادة النظر في البرامج الأكاديمية وبرامج التدريب، وطرح برامج متخصصة في مجال علم النفس، وتأهيل الطلبة حسب التخصصات المختلفة.

Abstract:

Working in the field of mental health involves the fundamental principle of improving the mental health of individuals and enhancing their psychological well-being. This can be achieved by understanding individuals' feelings and the way they think, studying their conditions and helping them to make their decisions and determine their destiny.

This process depends on the active interaction and involvement between the psychological service provider and the beneficiary, which is governed by a supervised relationship based on essential core values, such as providing these professional services within a systematic plan following a specific scientific approach. This applies to both individual psychological intervention or community intervention.

This study focuses on describing the psychological services provided to individual persons as well as groups by NGOs and governmental institutions that provide psychological services on the West Bank. It was carried out by working on two aspects: the theoretical, and the practical. The study was thus designed based on the overlap between these two aspects in a descriptive, critical and integrative manner.

The main objective of the theoretical side is to review the literature and previous studies that had dwelled on issues related to the ethics of the profession of psychology in various parts of the world, and to investigate global conventions pertaining to the ethics of psychological health services. This is necessary for establishing a basic framework for describing the local context that ought to be

described based on global standards that guarantee the rights of individuals to psychological services. As for the practical part, we have worked on describing, analyzing and interpreting the real situation of the psychological services provided within the different institutions on the West Bank.

The major aim of this inquiry is to investigate the compliance of mental health workers with the standardized professional ethics of psychological work, such that the results of the study would enable us to make recommendations pertaining to the enhancement of the capacity of institutions operating within the field of Mental health to deal with the observed problems.

The study is designed on the basis of a qualitative methodology, due to the researcher's belief that it is not possible to reduce the personal psychological experiences of individual persons to numbers, or to convert ethical standards to numerical indicators.

The main findings of the study were:

- Inflated centralization of work in the relevant institutions, which renders the provided psychological services contingent on the agenda, approach and politics of these institutions, whereas these institutions in fact pursue political and economic considerations rather than professional and ethical ones.
- The absence of the most essential ethical principles to ensure the quality of psychological service in the institutions of the West Bank specialized in providing psychological services, whereas supervision is the most important of these principles.

- Decrease in the efficiency indicators of psychological service providers.
- Lack of attempts by institutions to enact legislation and create an ethical charter that suits the Palestinian context, which has led to a decline in the quality of psychological services provided by such institutions.
- The culture of the Palestinian society has a significant impact on supporting mental health workers, as the culture of shame prevailing in Arab societies leads to a reduction in dealing with the ethical issues of mental health workers.
- Lack of understanding of the roles and tasks of mental health workers has led to the release of many provisions that have negatively impacted the practice of providing psychological services.

Subsequently, the recommendations of this study are divided into two categories: Firstly, the field of government institutions where the ministries specialized in providing psychological services; to improve the field of mental health through the enactment of laws and legislation relevant to the profession of psychology, and to develop a code of ethics appropriate for the Palestinian context. Secondly, the Palestinian universities; they should reconsider the academic and training programs and offer specialized programs in the field of psychology, and qualify students according to different, more applicable specializations.

الفصل الأول

المقدمة

إن إحدى المسلّمات الفلسفية لعلم النفس هو السعي إلى فهم الذات الإنسانية والعمل على تحسين نوعية الحياة للأفراد، وهذا يتطلب وجود قيم أخلاقية تحدد اتجاهات الممارسين لعلم النفس والساعين نحو التغيير من خلال العلاج والإرشاد الفردي والجماعي. ولكي ينجح في تأدية دوره على أكمل وجه، فلا بد لعلم النفس من أن يتخذ مجموعة من القيم التي تعطيها الأساس الأخلاقي والمهني للتعامل مع الناس كأفراد وجماعات. ولذا فإن موضوع الأخلاقيات في مجال علم النفس هو موضوع في غاية الأهمية، حيث أننا نتكلم هنا عن مجال من المعرفة والممارسة يقدم الخدمات النفسية للأشخاص على مختلف انتماءاتهم ومستوياتهم واحتياجاتهم من خلال الخوض في أدق تفاصيل حياتهم والكشف عن آلامهم ومعاناتهم، وذلك من أجل فهم مشاعرهم وطريقة تفكيرهم ومنطقهم في التعامل مع تحديات العيش وظروف الحياة. وكما يتضح من ذلك فإن العاملين الممارسين لهذه المهنة الإنسانية يتخذون إجراءات إرشادية وعلاجية من شأنها أن تحدد مصائر الأشخاص الذين يلجئون إليهم ويطلبون مساعدتهم.

لقد أصبحت القضايا الأخلاقية في علم النفس مهمة ومفصلية بشكل متزايد في الجزء الأخير من القرن العشرين، وهي الآن راسخة كجزء لا يتجزأ من علم النفس الحديث. فهي لا تبرز فقط كمجال للدراسة في حد ذاتها، بل إن جميع الأبحاث والممارسات السيكولوجية تخضع لفحص متزايد فيما يتعلق بأبعادها وأثارها الأخلاقية.

على خلفية تزايد أعداد وشمولية برامج الصحة النفسية التي تقدمها المؤسسات المختلفة في فلسطين، والتي تسعى إلى تغيير حياة الأفراد وتحسين جودتها نحو الرفاه والتحرر من خلال

خلق قيم إنسانية تتناسب السياقات الاجتماعية والثقافية المختلفة، جاءت الفكرة الأساسية لهذه الدراسة البحثية كضرورة لفحص وتقييم ما يجري على أرض الواقع في مجال الخدمة النفسية في فلسطين، إذ يتوجب علينا كباحثين من داخل المجال التنبُّه إلى أخلاقيات المهنة التي من المفترض أن تهيمن على هذا المجال، وتعد هذه الأخلاقيات بمثابة البوصلة التي توجه العاملين أثناء عملهم اليومي، وبالتالي التحقق من جودة الخدمة المقدمة للأفراد الفلسطينيين في ظروف الاحتلال وما ينجم عنها من قهر وعنف واستبداد.

ومما يُصعب الأمر ويجعل هذه الدراسة في غاية الأهمية هو عدم وجود مقاييس محلية خاصة بقياس التغييرات والآثار الناجمة عن عملية التدخل النفسي في جميع مستوياته. ومع ضرورة قياس الخدمة النفسية اعتماداً على المقاييس العالمية لذا توجهتُ في الدراسة إلى التعرف على أهم الموثيق المعمول بها دولياً وذلك لفهم الأسس الأخلاقية للممارسة المهنية على مستوى العالم، فتم التطرق إلى الميثاق البريطاني، الأسترالي، الميثاق الخاص بدولة الشيك والمستمد من الميثاق الأوروبي. وبشكل أساسي تم الارتكاز على المقياس العالمي وهو مقياس "الجمعية الأمريكية لعلم النفس" APA - حيث يعد هذا الميثاق المعتمد رسمياً لقياس الخدمة النفسية، لذا تم وصف الخدمة ضمن المعايير الطموحة والإلزامية التي نص عليها الميثاق .

لم يكن هناك وثيقة فلسطينية يمكننا من خلالها وصف الممارسات المهنية لمقدمي الخدمة النفسية، لذا توجهتُ للبحث عن دراسات وموثيق من الدول العربية المجاورة، مع ذلك وعلى الرغم من محاولاتني في البحث عن ميثاق عربي لقياس الخدمة النفسية؛ لم يكن هناك سوى

الوثيقة المصرية "الميثاق الأخلاقي لدى المشتغلين في علم النفس" وحسب رأيي إن الارتكاز على هذه الوثيقة وحدها لن تمكننا من عكس واقع الممارسة المهنية لدى العاملين في الخدمة النفسية في مؤسسات الضفة الغربية، حيث أن السياق الفلسطيني لديه خصوصية تختلف عن بقية الدول العربية تحديداً، فالخدمة النفسية المقدمة في مؤسسات الضفة الغربية تتأثر بشكل مباشر بالعوامل السياسية والاقتصادية والثقافية المفروضة على المنطقة.

أيضاً فإن من العوامل المهمة التي بنيت على أساسها الدراسة هي التجربة الميدانية التي عايشتها كباحثة، فقد شكلت هذه التجربة عاملاً مهماً آخر دفعني إلى تقديم هذه الدراسة. حيث الدراسة الأكاديمية التي استمرت لأكثر من سبع سنوات في مجال علم النفس، والتوجه أيضاً للعمل في المجال ذاته مدة أربع سنوات مكنتني كباحثة أن أكون مشاركة فاعلة في العمل الإرشادي ومكنتني لأكون مطلعة على حيثيات وملازمات ممارسته. وتمثلت التجربة من خلال العمل كمرشدة نفسية في المراكز التابعة للجمعيات الأهلية في مشاريع تنمية يتم تنفيذها بالشراكة مع المؤسسات الدولية ووزارة التربية والتعليم.

شكل تعاملتي بشكل يومي مع المرشدين والأخصائيين النفسيين تصور عن الخدمات النفسية المقدمة من قبل المؤسسات المختلفة ومكنتني من تفسير المشاهدات اليومية، وأتاحت لي هذه الفرصة التعرف على آليات العمل داخل المؤسسات بشكل معمق.

لذا جاءت الدراسة لتقديم وصفاً لواقع الممارسة المهنية للخدمة النفسية في مؤسسات الضفة الغربية من منطلق فلسفي وهو أن غاية السلوك الأخلاقي هي ذاتية وتعني أن تفعل الخير لأجل الخير بعيداً عن المصلحة المادية أو المنفعة الشخصية. استندت الدراسة على

المواثيق العالمية والمتمثلة في ميثاق "الجمعية الأمريكية لعلم النفس" أيضاً استندت الدراسة على الأدبيات التي ناقشت أخلاقيات مهنة علم النفس، حيث هناك بعض الدراسات التي ركزت على بند معين من بنود الأخلاقيات، وقدمت الدراسات مراجعة للسياق التاريخي والثقافي وأولت اهتمام لقضايا التنوع، وهذا ساعد في تقديم وصف مفصل عن الأخلاقيات والخوض في حيثياتها، بعض الدراسات قدمت نقاش حول القضايا الأخلاقية التي تواجه العاملين في مهنة علم النفس وآلية التعامل مع هذه القضايا، هذا الأمر ساهم في تشكيل فهم أوضح وإيجاد بدائل وحلول للتعامل مع القضايا الأخلاقية. لذا كان المنطلق المهني الأساسي لفحص واقع الأخلاقيات هو الميثاق الأخلاقي الخاص بالجمعية الأمريكية لعلم النفس. أما عربياً فإن الدراسات التي تناولت موضوع الأخلاقيات لم تكن وفيرة، وأيضاً لم يكن هناك ميثاق أخلاقي فلسطيني أو عربي تستند عليه الدراسة. أغلب الدراسات المقدمة في فلسطين حول أخلاقيات المهنة تمثلت في وصف كفاءة المرشدين التربويين داخل المدارس، حيث تم تقديم الدراسة حسب المنهج الكمي، وهذا يعني أنه تم التعامل مع القضايا الأخلاقية وقياس امتثال المرشدين لأخلاقيات المهنة من خلال مقاييس ومؤشرات رقمية، هذا الأمر يجرّد موضوع الأخلاقيات من أهميتها ويحولها إلى مجرد نسب مئوية، وهذا يدعينا للتساؤل هل يجوز أن يظهر المؤشر الرقمي أن هناك اختراق للسرية بنسبة 20%؟ وهل تتم المسائلة بناءً على نسبة التجاوزات؟ لذا إن تهاون بسيط في مسألة الأخلاقيات يعد انتهاكاً لأخلاقيات المهنة بشكل كامل ولا يمكن تجزئتها إلى نسب مئوية.

وبناءً على ذلك تم العمل على الشق الميداني وتمثل باتباع المنهج الكيفي الذي يعتمد في الحصول على المعلومات من خلال تشكيل المعاني التي يضيفها الأفراد، وكانت الأدوات الأنسب لإتمام الدراسة هي إجراء المقابلات شبه المفتوحة مع العاملين في مجال الخدمة النفسية والمتلقين لهذه الخدمة، أيضاً من خلال أسلوب الملاحظة بالمشاركة والتي اعتمدت على ملاحظتي كباحثة للعمل في ميدان عمل النفس. لذا كان لتداخل العمل النظري والعمل الميداني دور مكمل لتقديم فهم لأخلاقيات المهنة مما ساهم في وصف الواقع والخروج بالنتائج الأساسية لهذه الدراسة .

تمثلت أهمية الدراسة لكونها تقدم وصف لواقع الممارسة المهنية في مجال الصحة النفسية فإنها تهتم بالأفراد الحاصلين على الخدمة النفسية، وهذا يعني علينا فحص أثر الخدمة على هؤلاء الأفراد. لذا فإن أهمية هذه الدراسة تعنى بتوجيه النظر إلى تحسين جانب الخدمة النفسية وذلك للسعي في توفير الرفاهية النفسية التي يسعى لها الأفراد، ولضمان أن الأفراد يتلقون الخدمة ضمن معايير تحترم كرامتهم وتحقق العدالة لهم.

هدف الدراسة:

إن هذه الدراسة موجهة إلى جميع العاملين في مجال الصحة النفسية، ويتوقع من الدراسة أن تقدم وصفاً تحليلياً للممارسة المهنية للخدمة النفسية في مؤسسات الضفة الغربية التي تعنى في تقديم الخدمات النفسية، والغرض منها أن تسلط الضوء على أهم الممارسات غير الأخلاقية، بهدف إيجاد سياق مهني أخلاقي تقدم من خلال الخدمة النفسية للأفراد

والجماعات. وهذا يعني أن علينا كمقدمي للخدمة النفسية وباحثين في هذا المجال إعادة النظر في نوعية الخدمات النفسية المقدمة ومراجعتها وتحكيمها ضمن القواعد الأخلاقية لمهنة علم النفس. تهدف الدراسة بدايةً إلى إعادة النظر لمهنة علم النفس من منظور إنساني بعيداً عن المنفعة الشخصية، وثانياً البحث عن آليات تطوير وتحسين مجال الصحة النفسية في مختلف المؤسسات المقدمة للخدمة النفسية والتي تشمل المؤسسات الحكومية بشكل أساسي، والمؤسسات الدولية، والمؤسسات الأهلية. إن العمل على تحسين الخدمات المجتمعية وضمن برامج التدخل المنبثقة من علم النفس المجتمعي تفترض أن التغيير المجتمعي يبدأ من "بطن الوحش" والتي يقصد بها "الحكومات". ويهتم التغيير المجتمعي مراعاة السياق الثقافي الاجتماعي وهذا يهدف إلى سن الإجراءات والقوانين بما يتناسب مع السياق الفلسطيني المتأثر بالعوامل السياسية بشكل أساسي، والذي يعكس على أداء العاملين في هذه المهنة الإنسانية.

وبعد ما تم عرضه سابقاً وللدفاع عن أهمية هذه الدراسة أجد كباحثة أن هذه الأسباب كفيلة لأن توقظنا كعاملين في مجال الصحة النفسية على حال الخدمة النفسية المقدمة في مؤسسات الضفة الغربية المختلفة. وهذه أسباب مهمة للتنبه لما يحدث من ممارسات غير أخلاقية في مجال الخدمة النفسية. وأشار أن المجال الذي تم دراسته قد تم في مختلف المؤسسات التي تقدم الخدمات المتعلقة بالصحة النفسية الاجتماعية في فلسطين. لذا مع تداخل هذه العوامل أصبح من المهم الانتباه لواقع المؤسسات الخاصة بتقديم الخدمة النفسية وفحص جودة الخدمة المقدمة ومدى ملاءمتها للأفراد الفلسطينيين ضمن سياقهم.

إشكالية الدراسة:

ناقشت الأدبيات المختلفة في السنوات الأخيرة المعضلات والتحديات الأخلاقية في ممارسة مهنة علم النفس، وذلك على اعتبار أن الضرورات الأخلاقية تشكل جانباً مهماً في علم النفس. وتجدر الإشارة إلى أن قواعد الأخلاق في مجال الإرشاد النفسي والعمل المجتمعي خضعت لتغييرات مع مرور الوقت وما زالت مستمرة، وذلك جراء العديد من العوامل التي ساهمت في تطوير المعايير الأخلاقية، حيث من الملاحظ أن التغييرات الأخيرة في المواثيق المختلفة في موضوع أخلاقيات المهنة تعكس حساسية متزايدة واحتراماً أخلاقياً للبنى الثقافية المختلفة في مجال الصحة النفسية عالمياً، كذلك ترجع أهمية تركيز الباحثين على دراسة الأخلاقيات المهنية إلى الوعي بأهمية قيمة الفرد وحقوقه داخل المجتمع. (Essays, UK,) (2013)

فلسطينياً وفي ظل هذه التغييرات الحاصلة فإن من المقلق عدم وجود تعريف واضح لمهنة علم النفس من جهة، ونقص في عدد العاملين في هذا المجال -وتحديداً في عدد المختصين- من جهة أخرى، حيث لا يوجد أخصائيين نفسيين مختصين ضمن مجالات محددة في علم النفس يتوجه الناس إليهم للحصول على الخدمة النفسية حتى وإن كانت مكلفة.

ولعل أكثر القضايا أهميةً حول أخلاقيات مهنة علم النفس هي قضية الطلاب الذين يحصلون على شهادات جامعية تؤهلهم للعمل في مجال علم النفس، حيث تمكنهم هذه الشهادة من التسجيل كأخصائيين في الصحة النفسية والعمل بموجبه في مجال التدخل

المجتمعي أو العمل في العلاج الفردي. فإن المرشد النفسي الذي أنهى أربع سنوات دراسية أي بما يوازي شهادة "بكالوريوس" يستطيع وحسب القانون الفلسطيني أن يأخذ دور أخصائي نفسي يقدم الخدمات العلاجية للمنتفعين والتي تشمل تقديم الاستشارات النفسية. مقارنة للسياق الفلسطيني مع الغالبية العظمى من دول العالم فإن الأمر مغاير، حيث يمنع المرشد من العمل كمختص نفسي يقدم علاج نفسي إذا لم يكن حاصل على درجة "ماجستير"، وفي دول أخرى يجب أن يكون الأخصائي حاصل على درجة "دكتوراه".

في هذا السياق أكدت الدراسة التي قدمها العموري وصيام (2011) في موضوع "الصحة النفسية في القانون الفلسطيني" أنه لا توجد تشريعات تحمي المنتفعين في مجال الصحة النفسية، وأن هذه المؤسسات تحمل مسؤولية مهنية اتجاه الأفراد المتوجهين للحصول على الخدمة النفسية، ويقع على عاتق هذه المؤسسات توفير الخدمة النفسية ضمن المعايير الأخلاقية. وأكدت أيضاً في تقرير نشرته حول الصحة النفسية في فلسطين (2011) أن من أهم التحديات التي تواجه المنظمات المختصة في مجال الصحة النفسية والعاملين فيها تتمثل في قلة الموارد المادية، نقص التدريب، قلة المهارات الإرشادية عند العاملين والمشرفين، ونقص في المهارات الوقائية والعلاجية.

تجدر الإشارة إلى أن مهمة المؤسسات الأكاديمية، والمؤسسات التي تأخذ على عاتقها تطوير الصحة النفسية في المجتمع هي إيجاد قيم إنسانية في المجتمعات، فمن المهم إذن فهم ما هي القيم الإنسانية وكيفية قياسها. كذلك على العاملين في مجال الخدمة النفسية التفكير في دور الأشخاص الآخذين على عاتقهم مسؤولية التغيير وأن لا يتهاونوا بقضية

التحيزات التي قد يقعوا بها والتي تحد من قدرتهم على فهم قضايا الأفراد. على سبيل المثال: إن العمل مع مؤسسات لا تشارك الأخصائي نفس القيم والرؤية، بالتأكيد سيعطي نتائج غير مرضية، لذا وقبل البدء بالعمل مع المؤسسات التي تقدم الخدمات النفسية، يجب أن يأخذ بعين الاعتبار نوعية الخدمة المقدمة، وأن يتم فحص علاقة القيم بين كل مقدمي الخدمة في المؤسسات والمنتفعين، وتحديد نوع التدخل الذي يستخدم، لذا حتى تكون هذه التحسينات والتغيرات فعالة يتطلب من الأخصائيين النفسيين مهارات محددة تخدم عملية التدخل مع الأفراد. (Nelson and Prilleltensky, 2005)

ستقدم هذه الدراسة وصف لواقع الممارسة المهنية للخدمة النفسية في مؤسسات الضفة الغربية، وذلك من حيث المبادئ والمعايير الأساسية اللازم النظر إليها أثناء اتخاذ قرار أخلاقي معين، من المهم أن يتم مراجعة مدونات قواعد السلوك العالمية عند اتخاذ الخطوات التي يجب إتباعها أثناء عملية صنع قرار اتجاه العضلات الأخلاقية، أخذين بعين الاعتبار التغيرات على العوامل الثقافية والسياسية، وستوضح الدراسة أهم القضايا الأخلاقية التي تنشأ لدى العاملين في مجال الصحة النفسية أثناء ممارستهم لمهنتهم، ومناقشتها وذلك بهدف إيجاد الحلول والخروج بتوصيات من شأنها تحسين أداء العاملين في الصحة النفسية ورفع مستوى جودة الخدمة المقدمة، وتقديمها ضمن المعايير المهنية الأخلاقية.

فسؤال الدراسة هو: ما هو واقع أخلاقيات ممارسة الخدمة النفسية لدى العاملين في

مؤسسات الصحة النفسية في الضفة الغربية؟

مصطلحات الدراسة:

الصحة النفسية: عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية على أنها "هي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيف مع حالات التوتر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي." أيضاً تم تعريفها من قبل المنظمة على أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز". (موقع منظمة الصحة، 2013) .

وتعرف أيضاً الصحة النفسية على أنها هي حالة ديناميكية من التوازن الداخلي والتي تمكن الأفراد من استخدام قدراتهم توائماً مع القيم العالمية للمجتمع. هي المهارات المعرفية والاجتماعية الأساسية، وهي القدرة على التعرف على مشاعر الفرد والتعبير عنها وإدارتها، وكذلك التعاطف مع الآخرين، المرونة والقدرة على التعامل مع أحداث الحياة الصعبة، والقيام بالأدوار الاجتماعية. وتمثل أيضاً العلاقة المتناغمة بين الجسد والعقل كمكونات مهمة للصحة النفسية التي تسهم وبدرجات متفاوتة على حالة التوازن الداخلي. وتشير القيم العالمية المستخدمة في هذا السياق إلى احترام ورعاية الذات ورعاية الآخرين، إدراك العلاقات بين الناس، احترام الفرد وحرية الآخرين (Galderisi, Heins and others,2015).

مقدم الخدمة النفسية: تعتبر الخدمة النفسية حسب جمعية الإرشاد الأمريكية على أنها خدمة يسعى إليها الأشخاص المتعرضين لحالة من عدم التوافق النفسي أو الذين يمرون بمحنة معينة ويرغبون في مناقشة مشاكلهم وحلها ضمن علاقة أكثر انضباطاً وسرية من الصداقة، وربما أقل تكون أقل وصمة عار من تلقي الخدمة ضمن الإطار الطبي. وتعرف

أيضاً على أنها "تطبيق مبادئ الصحة النفسية من خلال التدخلات المعرفية أو العاطفية أو السلوكية" وتستند إلى منهجية معينة، حيث يستمد مقدمو الخدمة عدد من الأساليب النظرية بما في ذلك المناهج المعرفية والعاطفية والسلوكية، ويمكن تطبيق هذه النظريات على الأفراد والجماعات والأسر (Gladding, 2004).

يعتبر مقدم الخدمة هو يقدمون الاستشارة النفسية أو الذي يعملون في مجال البحث العلمي، وهم من يقدمون العلاج النفسي، ويجرون اختبارات شخصية، وهم يدرسون في الكليات والجامعات. ويساعد الأخصائيين أو المعالجين الإكلينيكين الأفراد على التغلب على مشاكلهم التي تمنعهم من العيش حياة أكثر سعادة ورضا. قد يمارسون أيضاً علم النفس الشرعي ويدلون بشهادتهم في المحكمة أو يساعدون في اختيار المحلفين أو يقررون الكفاءة للمحاكمة (من موقع All Psychology School).

المرشد النفسي: والذي أنهى أربعة سنوات دراسية في مجال الإرشاد النفسي، تعد وظيفته تقديم الاستشارات النفسية في المجال الذي ينطوي على العلاقات وتتضمن المجالات والاهتمامات الشخصية المتعلقة بتعزيز التكيف الإيجابي ويقدم في المدارس والأسر وأماكن العمل. الإرشاد يلبي احتياجات شريحة واسعة من الناس، وعادة يقدم الإرشاد للأفراد الذين لديهم مشاكل وبحاجة لتعديل السلوك أو العلاج ولكن غالباً ما تتطلب مشكلاتهم تدخلاً قصير الأمد ولكن قد يتم تمديد العلاج في بعض الأحيان ليشمل الاضطرابات المشمولة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي (Gladding, 2004).

المعالج النفسي: هو متخصص في الصحة النفسية ومرخص ومهمته مساعدة الأفراد على تحسين حياتهم وتطوير مهارات إدراكية وعاطفية أفضل، ويساعد الآخرين على العثور على نقاط قوتهم ومواجهة مشاعرهم وتجاربهم الصعبة وفهمها، وتخفيف الأعراض النفسية والتغلب على التحديات المختلفة (Rauch,2016).

وفي سياق آخر هم متخصصون في دراسة العقل والسلوك البشري مهمته مساعدة الناس على التغلب على المخاوف والقلق، والعمل على تحسين العلاقات الشخصية والتواصل بشكل أفضل مع الأصدقاء والعائلة والزملاء، وتحسين مستوى الحياة بشكل عام. وللممارسة هذه المهنة ولإستحقاق لقب "معالج نفسي" أو "أخصائي نفسي" الحصول على مزولة المهنة والحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس والتي تتطلب من 5 إلى 7 سنوات. في الكثير من الأحيان يتم اعتماد شهادة الماجستير للعمل كمعالجين أو أخصائيين والتي تتطلب من سنتين إلى ثلاث سنوات من العمل بعد التخرج.

الأخصائي الاجتماعي: هم الأخصائيون المرخصون للعمل مع الأفراد من خلال برامج الدعم النفسي الاجتماعي للوصول إلى الدعم الذي يحتاجونه، ومن متطلبات إستحقاق اللقب هو الحصول على متطلبات التدريب المشابهة للمتخصصين في علم النفس. ويتحدد دورهم في العمل مع قضايا الزواج والأسرة والطفل والعمل الاجتماعي، ويساعدون الأزواج والعائلات والآباء والأمهات والأطفال على تحسين علاقاتهم وإيجاد استراتيجيات للتغلب على المشكلات والعمل معاً لصالح الأسرة.

الطبيب النفسي: الأطباء النفسيين هم أطباء أنهموا تعليمهم في كلية الطب ويمكنهم فقط التشخيص ووصف الأدوية. هذه الأدوية تساعد عملائها على التعامل مع الاكتئاب واضطرابات ما بعد الصدمة، والتغلب على تعاطي المخدرات، وأكثر من ذلك. ويقدم الأطباء النفسيين الدعم للمنتفعين من خلال مناقشة كيفية تأثير أدويتهم عليهم وضبط الجرعة أو تغيير الأدوية إذا لزم الأمر وذلك أثناء حضور جلسات العلاج مع معالج أو طبيب نفسي

(من موقع All Psychology School)

الفصل الثاني

الإطار النظري

مقدمة:

تقدم هذه الدراسة وصفاً تحليلياً مفصلاً لواقع ممارسة مهنة علم النفس في المجتمع الفلسطيني المحلي من منظور الالتزام بالأخلاقيات، حيث أنه من الملاحظ في المجتمع الفلسطيني المحلي أن هناك بون شاسع بين ممارسة مهنة علم النفس والأخلاقيات على أرض الواقع، وأنه ليس هناك ما يكفي من الترابط والتداخل بين الممارسة والأخلاقيات المطلوبة، وسوف يتضح ذلك تدريجياً كلما تقدمنا في الوصف والتحليل في هذه الرسالة.

تعتمد هذه الدراسة في الأساس على مناقشة القضايا الأخلاقية المتعلقة بالممارسات اليومية لمقدمي الخدمة النفسية في المجتمع الفلسطيني المحلي، وفي أثناء هذا النقاش نقدم وصفاً عاماً لواقع أخلاقيات مهنة علم النفس في المؤسسات ذات العلاقة. ويرتكز التوجه المبدئي الأساسي لهذا النقاش على الاقتناع بأن القضايا الأخلاقية ليست مجرد مبادئ قانونية يتم الالتزام بها من أجل تجنب الوصول إلى القضاء أو تفادي العقوبات، وهي في نفس الوقت ليست مجرد مدونة لقواعد السلوك أو مجموعة من المواثيق الأخلاقية المكتوبة، ولا هي مشروطة كلياً وحصرياً بالصفات الشخصية أو المبادئ الأخلاقية العليا لمقدمي الخدمة كأفراد، وإنما الأخلاقيات هي في واقع الأمر مُجمل الممارسات والإجراءات الفعلية التي يقوم بها العاملون في مجال الصحة النفسية خلال عملهم اليومي مع المنتفعين والزملاء على حد سواء، ومع النظام المؤسس للخدمات النفسية بشكل كامل، انطلاقاً من الطبيعة الإنسانية (humanitarian) الجوهرية للخدمة النفسية، والتي تحتم علينا أن نقدمها بوعي تام وحس مرهف وضمير حي وشعور حاد بالمسؤولية تجاه الذات الإنسانية الأخرى التي تحتاجنا

وتتطلب خدماتنا وتضع مصيرها بين أيدينا. وعليه فإن أخلاقيات ممارسة مهنة علم النفس وتقديم الخدمات النفسية مستمدة في جوهرها من ثلاثة مصادر متداخلة ومتكاملة: البعد الإنساني للتعامل بين الذات المانحة والذوات المحتاجة (الصفات الإنسانية والمبادئ العليا للشخص الممارس)، والمواثيق الأخلاقية العالمية والمحلية، والمواثيق القضائية الملزمة.

وليس من المفروض أن يخفى على أحد أن هذا البحث يقدم من باب التضامن مع الأفراد المحتاجين للخدمات النفسية، والذين هم دائماً الضحية الأولى والأخيرة لعدم التزام مقدمي الخدمات النفسية بالأخلاقيات. فمهمتنا الأساسية كباحثين ومُختصين هي التنبيه إلى الأخطاء التي يرتكبها ممارسو هذه المهنة، والتي انتشرت وتفاقت وأصبحت واضحة للعيان. ومن منطلق دورنا كباحثين في حقل علم النفس، علينا تغيير الوضع القائم وتحسين ما يمكننا تحسينه من خلال تسليط الضوء على القيم الأساسية في خدمات الصحة النفسية، والدفاع عن أخلاقيات المهنة في علم النفس، وبذل كل الجهود في سبيل تطوير هذه المهنة الإنسانية والحفاظ على إنسانيتها من خلال العمل على الرفع من شأن أخلاقياتها وإلزام مقدمي الخدمات النفسية بها.

بدايةً من المهم فهم تطور فلسفة الخدمة النفسية، وهي حق الأفراد بالحصول على الخدمة ضمن معايير واضحة تحترم فيها كرامة وقيمة الفرد. ففي السياق التاريخي الأكبر، يبدو أن مفاهيم ومعايير الممارسة والمساءلة في مجال الخدمات الصحية قد تطورت بشكل متزامن مع تعداد وتفصيل واجبات الأطباء والمعالجين في مصر القديمة حوالي 2000 قبل الميلاد، ومع النصوص الواردة حول هذا الشأن في قانون حمورابي البابلي، والذي يوضح العقوبات

المفروضة على سوء الخدمة المقدمة للمواطنين (الكلية الأمريكية للأطباء، 1984). كما ويُعدّ "قسم أبقرط" (Hippocrates) الذي وُضع حوالي عام 400 قبل الميلاد مثلاً لمدونة الأخلاق المهنية التي بنى عليها ممارسو مهنة الطب في العصر الحديث، والتي نصت على واجبات مقدمي الخدمة تجاه المهنة وتجاه "المنتفعين" من أعضاء المجتمع. والواقع أن "قسم أبقرط" يحتوي على العديد من المبادئ والقيم الأخلاقية المتأصلة في قواعد الأخلاق الحديثة، حيث يتم طرح العديد من أبرز المبادئ الأخلاقية الواجب على مقدمي الخدمة الالتزام بها أثناء ممارسة مهنتهم، ولعل أهمها عدم الضرر، والحفاظ على السرية، وتعدد الأدوار (Remley & Herlihy, 2007).

ينطلق المفهوم الفلسفي للأخلاق من علاقة الأخلاق المفاهيمية بأفعال الخير والشر، وبالتالي من وظيفتها القيمية كمنظومة للحكم على الأفعال بالخطأ أو الصواب. فالأخلاق عند أرسطو هي الأفعال الناتجة عن أعمال العقل من أجل الخير الأسمى، بينما يشدد عمانويل كانت على مفهوم "الإرادة" فيرى أن منبع الخير والشر هو الإرادة الناجمة عن عقل الإنسان الواعي، والعقل الإنساني لدى كانت محدود الإدراك بطبيعته وليس بمقدوره أن ينفذ من ظواهر الأشياء إلى جوهرها. وعلى العكس من ذلك، يرى جان جاك روسو أن الأحاسيس (والفطرة) هي التي تجعلنا نميز الخير من الشر. ويجمع فردريك نيتشه بين كل هذه التيارات الفلسفية "التنويرية" فيعتبر أن مصدر الأخلاق الأوحده هو الفرد الإنساني نفسه في محاولته الدائمة لتحقيق الذات والسّموّ على نفسه، وعليه بنى فلاسفة الوجودية مبدأهم حول "أخلاق الإرادة الإنسانية الحرة." (عساف، 2016)

وبشكل عام، فالأخلاق عند فلاسفة التنوير والحداثة والفلاسفة المعاصرين هي مُنتج عقلي مرتبط في جوهره بالوعي والإرادة، يهدف إلى الارتقاء عن السلوك الغريزي، وهي بالتالي أعمال إنسانية ناتجة عن الفكر الواعي والضمير الحي والإرادة الذاتية الحرة لدى الإنسان الفرد، مع مطابقتها للصواب والخطأ من خلال ارتباطها بالواجب والحق والمثل العليا. وعليه فإن غاية السلوك الأخلاقي (كما يقول فيلسوف الأخلاق باروخ سبينوزا) هي أن تكون الأخلاق ذاتية في المنبع والدافعية، وأن يكون مصدرها نطاق العقل الأخلاقي نفسه، فقيمة الأخلاق تكمن في ذاتها، من الداخل، أي أن يفعل المرء الخير لأنه خير، فتكون الفضيلة فضيلة في ذاتها، وتكون الأخلاق غاية في ذاتها وليست مجرد وسيلة لتحقيق المنافع الشخصية أو للوصول إلى اللذة.

ولكن حين تشوّه ظروف الواقع الوعي وتدخل أنانية "الأنا" في هذه المعادلة، تتغلب اعتبارات المنفعة الذاتية على اعتبارات الصبح والخطأ الأخلاقيين، فتصبح الخدمات الإنسانية وسيلة لتحقيق المنافع الشخصية للمقدمين، والتي تعتبر بدورها نوعاً من "اللذة"، وبالنتيجة تصبح الأخلاق الممارسة على مستوى السلوك الفعلي وسيلة للحصول على تلك اللذة. وهكذا فإن الأخلاق في هذه الحالة تُمارس على أساس منفعي أناني لا على أساس مبدئي أخلاقي، بعيداً عن الفضيلة التي تعتبر المنطلق الأساسي لممارستها (عمل الخير لأجل الخير وليس للوصول إلى غاية شخصية) (شهيدي، 2008).

ومن ناحية أخرى فإن الدافع لممارسة الفضيلة (الفعل الذي تحكمه مبادئ العقل) ليس فعل الصواب لمجرد وجود أسس وعادات ومواثيق تحت على ذلك، وإنما فعل الصواب من منطلق

وعي وإدراك كاملين له ولأهدافه ونتائجه ومضاعفاته. وحين تكون ممارسة الخدمة النفسية لتحقيق مآرب ومنافع شخصية بعيدة كل البعد عن الفضيلة، يتحول المنتفع إلى أداة ووسيلة لوصول مقدم الخدمة إلى تلك المنفعة مضطهداً بذلك المنتفع وضارباً عرض الحائط بسلامته وكرامته وصحته النفسية. إن عدم إدراك مقدم الخدمة النفسية للأخلاقيات المنوطة بمهنته تؤثر بشكل بالغ الخطورة على مصائر الناس، مما ستؤدي حتماً إلى آثار كارثية لأجيال من المنتفعين.

للحصول على وصف دقيق لواقع أخلاقيات ممارسة المهنة في المجتمع الفلسطيني المحلي، علينا أن نفهم معنى أخلاقيات المهنة وتفسيرها حسب ما ورد في النظريات المختلفة، ومعرفة مصدر هذه الأخلاقيات، أي من الذي يقرر هذه الأخلاقيات في المناطق المختلفة وما هي آلية الاتفاق عليها، وكيف تتم ممارستها في المهنة على أرض الواقع، وكيف تناولتها الموثيق العالمية والمجتمعات المختلفة.

تعريف الأخلاقيات في الدراسات السابقة:

للمفاهيم والمصطلحات المستخدمة في حقل علم النفس تأثير واضح ومباشر في عملية التدخل النفسي وتقديم الخدمات في مجال الصحة النفسية بكل أشكالها ومستوياتها، ولذا فمن المهم عند مناقشة القضايا الأخلاقية وأهميتها لممارسات الصحة النفسية أن يتم فهم الطرق المختلفة التي يُعرّف بها مصطلح الأخلاقيات، وتأثير العوامل الثقافية في تشكيل مدونة الأخلاقيات لمهنة الصحة النفسية.

إن القواعد الأخلاقية لـ"اتحاد الاستشارة الأمريكية" (ACA، 2005)، و"الجمعية الأمريكية لعلم النفس" (APA، 2002)، و"الرابطة الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين" (NASW، 1999)، كلها تذكر بالتفصيل مجموعة واسعة من المعايير العملية للممارسات المهنية الأخلاقية التي تعكس جوهر قيم هذه المهن. وتتمحور هذه القيم الأخلاقية الجوهرية حول أهمية العمل بطرق تحترم كرامة وقيمة الأشخاص الذين يخدمهم الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين (Pack, Sherton, 2008). ويؤكد الباحثان باك وشيرتون أنه على الرغم من أن بعض المفكرين يعرفون الأخلاق من موقف نظري وأخلاقي مجرد، إلا أنه علينا التركيز على المعنى العملي والمهني لمصطلح "أخلاق المهنة" في علم النفس، ولذا فهما يقرران بلهجة شديدة الحسم أن أخلاق المهنة في علم النفس تتطوي على ما يُعتبر أنه "صواب" أو "خطأ" (وفقاً للمعايير الأخلاقية المقبولة) في العمل مع الناس فيما يخص صحتهم النفسية. كما ويشير مصطلح "الأخلاقيات المهنية" إلى القواعد والمبادئ والمعايير المتفق عليها للحكم على "السلوك المناسب" من طرف الممارس في مجال الصحة النفسية (نفس المصدر).

ويقول الأخصائي النفسي الفلسطيني محمود بيضون (2018) أن أخلاقيات ممارسة المهنة هي جزء أساسي من الشخصية المهنية لأي إنسان يعمل في مجال الصحة النفسية، وأي عمل مهني له علاقة بالإنسان يجب أن يخضع لمنظومة قيمية واضحة وثابتة، وهي بمثابة معايير مهمة جداً لتحديد الإطار الأخلاقي الذي من خلاله يقدم الأخصائي النفسي خدماته المهنية للناس. ونحن حين نتحدث عن الإطار الأخلاقي أو المنظومة الأخلاقية فإننا نتحدث

عن التقبّل، السرية، الثقة، الاحترام المتبادل، المكان الآمن، احترام المنتفع، مساعدة المنتفع في تحديد مصيره. ويعتبر بيضون أن العقد الأخلاقي هو عقد لفظي (شفهي) يوضح ويحدد العلاقة بين المرشد والمنتفع، ولاحقاً يمكن صياغة هذا العقد اللفظي في نص مكتوب. ويجب أن يكون هذه العقد لفظياً (شفهياً) في أساسه لكي يُمكن المنتفعين من الفهم الحقيقي لأخلاقيات المهنة التي تحكم العلاقة بين الأخصائي والمنتفع، حيث أن بعض المنتفعين قد لا يتمكنوا في البداية من فهم الأخلاقيات من خلال العقد المكتوب.

ويعرف الحيارى وعبد الحميد (1985) الأخلاقيات المهنية على أنها الأصول العامة للآداب والسلوك الاجتماعي في المهنة، والتي حددتها اللوائح والقوانين المنظمة لمزاولة تلك المهنة؛ بحيث يؤدي عدم مراعاتها والالتزام بها إلى تعريض مزاول المهنة للمساءلة، ولذا تعد "آداب سلوك المهن" أحد أشكال الرقابة الاجتماعية التي يمارسها المجتمع الصغير المكون من العاملين في تلك المهنة (كما ورد في طشطوش ومزاهرة، 2012).

ينطوي مفهوم الأخلاقيات لدى Snyman & Easser على كون أخلاقيات المهنة تجسيدا للعلاقة الديناميكية بين المجتمع وعلم النفس المجتمعي، فهي بمثابة القواعد الأخلاقية القائمة على تنظيم التدخلات النفسية بغرض تعزيز الحماية لمصالح الناس فيما يخص صحتهم النفسية وحياتهم بشكل عام (كما ورد في Duncan, Bowman, and others, 2007).

الأخلاقيات في الميثاق العالمية والعربية:

لوصف واقع الحال من حيث الالتزام بالأخلاقيات في ممارسة مهنة الخدمة النفسية في المجتمع الفلسطيني المحلي، علينا التعرف على أخلاقيات هذه المهنة من خلال مراجعة الميثاق العالمية المعمول بها عالمياً، حيث أن مؤسسات الصحة النفسية تعتمد على هذه الميثاق في تطوير مدوناتها الخاصة للسلوك في المهنة.

إن وجود مثل هذه الميثاق العالمية مهم جداً لتنظيم العملية الإرشادية وتحسين ممارسة المهنة لدى الأخصائيين النفسيين المحليين في أي مجتمع وأي مكان في العالم، وذلك من خلال خلق وتحديد بُعد أخلاقي يُلزم جميع العاملين في مجال الصحة النفسية. وترى كوري (2011) أن وضوح القواعد الأخلاقية والبعد القانوني للأخلاقيات أمران مهمان لتكون على دراية بالأبعاد القانونية للموضوع، ولكن من الأهم أن نمتلك النضج المهني المتمثل في مناقشة المآزق الأخلاقية مع الزملاء في سبيل المحافظة على هوية المنتفع بأقصى قدر ممكن، وعلى الأخصائي أن يعبر بوضوح عن قيمه الأخلاقية بشكل مستمر وأن يبقى في وضع التساؤل حول دوافعه تجاه الخدمة التي يقدمها.

وترى كوري (2011) في "الميثاق الأخلاقي العالمي" ميثاقاً أخلاقياً غير قانوني، بمعنى أنه غير ملزم للمرشدين بالمعنى القانوني، وللتعويض عن هذا النقص فقد تم تطوير ميثاق قانونية مختصة بمقدمي الخدمة النفسية، ولذا فإن مقدم الخدمة - بغض النظر عن صفاته ونزعاته الشخصية - ملزم بالميثاق القانونية والأخلاقية ذات العلاقة، مما يشكل بعداً مهنيّاً خاضعاً للمساءلة القانونية في حال الإخلال بأحد بنود الميثاق الأخلاقي. فالبعد القانوني إذاً

يختلف باختلاف السياقات، أما البعد الأخلاقي فيحمل قيمة ذاتية مستقلة، مصدرها وعي الإنسان وضميره وإدراكه للمسؤولية الإنسانية العظيمة المترتبة على قيامه بدور المرشد النفسي لذوات إنسانية أخرى.

تخدم مدونات الأخلاق المهنية عددًا من الأهداف في نفس الوقت، فهي تتقف كلاً من العاملين في مجال الخدمة النفسية وعامة الناس حول مسؤوليات وأخلاقيات المهنة، وبهذا توفر أساساً للمساءلة وتحمي المنتفعين من الممارسات غير الأخلاقية للمختصين النفسيين. وربما كان الأمر الذي يعد أكثر الأمور أهمية هو أن هذه المدونات توفر قواعد الأخلاق التي تشكل أساساً للتفكير في أصول الممارسة المهنية وسبل إتقانها وأساليب تطويرها وتحسينها. ولعل المراقبة الذاتية هي الطريق الأفضل للمهنيين الذين يحتاجون إلى أن يكونوا أكثر مهنية وإتقاناً للمهنة من كونهم يخضعون للرقابة (كوري، 2011).

على الرغم من تعدد وتزايد الدراسات والمواثيق القانونية الخاصة بالقضايا الأخلاقية في مجال علم النفس، إلا أنه هناك تحولات ملموسة في مواقف العاملين في مجال الصحة النفسية، نابعة من التغيرات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية الهائلة على مستوى العالم وانعكاسها على البيئات المحلية، وهذه التحولات تؤدي في كثير من الأحيان إلى خلق وتأجيج صراعات وتعارضات في المصالح، مما يؤدي بدوره إلى خلق تساؤلات جوهرية في قضايا بالغة الأهمية في مجال الخدمات النفسية وكيفية التعامل معها، وفي هذه الحالة فإن العاملين في هذا المجال غالباً ما يتوجهون إلى القانون وسلطة القضاء لحل المسائل الأخلاقية. وعلينا هنا التأكيد على أن "أخلاقيات" الالتزام بأخلاق المهنة لا يجب أن تكون

مدفوعة بالرغبة في تجنب الوصول إلى القضاء والمحاكم، بل بالرغبة في النهوض بالمسؤولية الإنسانية المترتبة على ممارسة المهنة وفي أن تسود "الأخلاق السليمة" كل العملية الإرشادية بكل مراحلها وتفصيلها (Bricklin,2001).

لقد تم وضع مدونات أخلاقية لمهنة علم النفس على مستوى العالم، وذلك مع وجود ميثاق أخلاقي عالمي تابع للجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA)، إلا أن هناك مواثيق أخلاقية إقليمية على مستوى العالم الغربي والعالم العربي. وقد تطرقت في هذه الدراسة إلى عدة مدونات من مناطق مختلفة من العالم رأيت أنها ذات أهمية للنقاش في الدراسة، ومن ضمنها: الجمعية الأمريكية لعلم النفس، والاتحاد الأوروبي لرابطات علم النفس (والذي تمت مراجعته استناداً للميثاق الأخلاقي التشيكي)، والميثاق الأخلاقي الأسترالي، والميثاق الأخلاقي المصري.

وروجعت هذه المواثيق هنا اعتماداً على المعايير التالية:

- رؤية الميثاق وهدفه .
- التخصصات التي يشملها الميثاق.
- التعامل مع المخالفات الأخلاقية.

الاتحاد الأوروبي لرابطة علم النفس (EPPA:Rules on EuroPsy and Appendices)

يسعى "الاتحاد الأوروبي لرابطات علم النفس" إلى وضع معايير مهنية أوروبية في علم النفس في لوائحه الخاصة بالأخصائيين النفسيين الأوروبيين، ويشمل ست صلاحيات أساسية لعلم النفس: تحديد الأهداف، والتقييم، وتطوير واختبار الإجراءات على أساس النظرية النفسية، والتدخل، والتقييم، والاتصال، فضلاً عن تمكين وتطوير الكفاءات (بدءاً من القدرة

على اختيار استراتيجية ملائمة للتعامل مع المشكلات من خلال التطوير المستمر، ثم العلاقات المهنية والإدارة، وضمان الجودة، وانتهاءً بالتأمل الذاتي). وتستند ممارسة المهنة على كفاءة الأخصائي، أي على المعرفة والمهارات والمواقف الأخلاقية التي اكتسبها الأخصائي من خلال التعليم الجامعي والدراسات العليا، ومن خلال ممارسة الإشراف وتطوير الكفاءة والخبرة العملية، مع التأكيد على الانعكاس النقدي للمعرفة والتأمل الذاتي على مهارات الفرد ومواقفه.

الميثاق الأخلاقي الأسترالي

في عام 2010 تم تطوير مجموعة من المعايير والقوانين والمبادئ التوجيهية لمدونة الأخلاقيات لجمعية علم النفس الأسترالي بحيث تكون المدونة متسقة مع المبادئ الأخلاقية الدولية ولاسيما الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ومختلف الوثائق الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان، وأن تعكس العادات الاجتماعية المحلية والتوقعات المترتبة عليها، وأن تكون متسقة مع القانون الوطني وقوانين جميع الولايات والأقاليم في أستراليا. كما واشتُرط في المدونة أن تحافظ على تقليد وتفرد أسلافها من المدونات من خلال الاحتفاظ بنسقتها والمصطلحات المستخدمة فيها. واشتُرط، رابعاً، في المدونة أن ترسخ الصورة العامة لعلم النفس كتخصص مهني أخلاقي في أستراليا، وتحافظ على الانسجام والتناغم بين علماء النفس الأستراليين. ومن ثم اشتُرط، خامساً، أن يقوم هذا الميثاق بتوجيه ودعم جميع علماء النفس الأستراليين في ممارستهم اليومية، وأن يكون ذا إفادة للمعلمين كأداة تنظيمية. وأخيراً، اشتُرط أن تكون

المدونة المنقحة ذات معايير تقنية عالية، وأن تكون متاحة ويمكن الوصول إليها بسهولة، وأن تكون موجزة وبعيدة عن التكلفة، ومتسقة داخلياً قدر المستطاع.

جمعية علم النفس الأمريكية (APA)

لتوضيح المبادئ العامة في العمل في مهنة الإرشاد النفسي، اعتمدت "الجمعية الأمريكية لعلم النفس" على تصنيفين أساسيين للقيم؛ القيم الطموحة، والقيم الملزمة. ويُقصد بالقيم الطموحة أنها مبادئ عامة توضح أعلى المثل الأخلاقية لمهنة علم النفس، وهي عكس المعايير الأخلاقية، فهي لا تمثل الالتزامات ولا تشكل الأساس لفرض العقوبات القانونية، وأهم مكوناتها: الإحسان، وعدم الضرر، والنزاهة، والإخلاص في تحمل المسؤولية، واحترام حقوق الناس وكرامتهم. أما المعايير الأخلاقية التي يُنتظر من جميع العاملين في مجال الصحة النفسية - والذين ينطبق عليهم قانون الأخلاقيات - أن يلتزموا بها، فتتشكل من عدة قيم ملزمة أهمها: الكفاءة، وتعدد الأدوار، والسرية، والإشراف، والتقبل. هذه القيم المعيارية لا يجوز التهاون بها، وفي حال ارتكاب أية مخالفة من قبل المرشد يتم فرض عقوبات تأديبية تصل إلى سحب الترخيص بمزاولة المهنة. وهنا يذكر Novotney (2016) أن الأسباب الرئيسية التي استدعت فرض العقوبات التأديبية من قبل مجالس الترخيص كانت: الاستغلال، وتعدد العلاقات من قبل المرشد للمتفاعلين وخاصة في القضايا الجنسية، وانتهاك السرية، وانتحار المريض أو محاولة الانتحار.

ينطبق قانون الأخلاقيات في جمعية علم النفس الأمريكية (APA) على السلوكيات والأدوار المهنية للأعضاء كممارسين لمهنة تقديم الخدمات النفسية، وليس على سلوكهم الشخصي كأفراد. ويوفر قانون الأخلاقيات مدونة سلوك قياسية ليس للعلاقات المهنية فحسب، وإنما للأفراد أيضاً (كالمعلم والطلاب والمتدربين والمشاركين في الأبحاث)، وذلك بهدف معرفة ما يمكن توقعه عند العمل مع المهنيين في علم النفس. وتشمل المجالات التي يتم تغطيتها، على سبيل المثال: المجال الإكلينيكي، الاستشارة، علم النفس التربوي، الأبحاث، التعليم، الإشراف على المتدربين، الخدمات العامة، تطوير سياسات التدخل الاجتماعي، تطوير أدوات التقييم، إجراء التقييمات، الاستشارات التعليمية، الاستشارات التنظيمية، أنشطة الطب الشرعي، تصميم البرامج وتقييمها وإدارتها. وتنص التعليمات المرفقة على أنه يجب التمييز بين هذه الأنشطة كأنشطة وبين السلوك الخاص للعاملين في هذه الأنشطة كعاملين.

في هذا الموقف، تناقش Heany (2013) في دراسة لها حول الاعتبارات الأخلاقية للمرشدين النفسيين، ضرورة التوفيق بين القيم والمعتقدات الشخصية للأخصائي النفسي وبين واقع المهنة، ومدى مراعاة الجمعية الأمريكية لعلم النفس لمسألة الفصل بين القيم الشخصية والمهنية لدى الأخصائيين النفسيين، فنقول أن الأخصائيين النفسيين لا يحتاجون فقط إلى أن يصبحوا خبراء في الجوانب الفنية للتعليم، وإنما هم بحاجة كذلك إلى تطوير قدراتهم المهنية على إدارة الصراعات الناشئة عن التفاعل بين حياتهم الشخصية والمهنية، وهنا تقع على عاتق الأخصائيين مهمة تطوير التفكير النقدي التأملي في مهنتهم ومحاولة تحقيق التوازن بين معتقداتهم الشخصية والقيم المهنية. وعلى الرغم من أن قانون الأخلاقيات للـ APA لا

يقيد كيفية سلوك علماء النفس أنفسهم خلال وقتهم الشخصي، إلا أنه يفترض أن اتخاذ موقف علني من قضية مثيرة للجدل جماهيرياً قد يؤدي بالأخصائي النفسي إلى إجهاد علاقاته المهنية، الأمر الذي ينعكس سلباً على أداء المهنة.

من المتوقع أن يتبع الأخصائيون النفسيون الإرشادات الواردة في قانون الأخلاقيات، إلا أنه قد يكون لدى بعض الأخصائيين وجهات نظر شخصية تتعارض مع ما هو منصوص عليه في ميثاق الـ APA، والتي يُشهرونها ويتصرفون بحسبها في وقتهم الشخصي (كانتخابات الرئاسة الأمريكية مثلاً)، حيث أنه من السهل رؤية أخصائيين نفسيين يشاركون في بعض القضايا العامة التي تهمهم شخصياً. وحتى إن كان انخراط مثل هؤلاء الأخصائيين النفسيين في علم النفس يحدث في أوقات فراغهم الشخصية، فإن الأفراد المطلعين على مهنة علم النفس قد يفترضون أن سلوك هؤلاء الأخصائيين يمثل سلوك الأخصائيين النفسيين عامةً، وهذا ما قد يكون له أثر ضار على المنتفعين الحاليين أو المستقبلين. ولذا فإنه من المهم بالنسبة للأخصائيين الذين يفكرون في اتخاذ مواقف جماهيرية عامة استناداً إلى قيمهم الشخصية أن يفكروا في العواقب السلبية المحتملة لأدوارهم المهنية، وأن ينتبهوا للأفراد الذين يضطلعون بمسؤولية مهنية تجاههم (Heany, 2013).

لعل أهم "القيم الملزمة" التي وردت في ميثاق أخلاق المهنة للجمعية الأمريكية لعلم النفس، والتي أكد العديد من الأدبيات السابقة على أهميتها لضمان تحقيق الأخلاقيات أثناء ممارسة المهنة، هي الكفاءة، والإشراف.

ونظراً لأهمية هاتين القيمتين في الدراسة الحالية، فعلى توضيحهما ببعض الإسهاب.

الكفاءة: يعتبر Dean (2010) أن الكفاءة هي المفتاح في كل ما يتعلق بتقديم الخدمات النفسية، وأنه من أسس أخلاقيات المهنة أن نحافظ على كفاءتنا كأخصائيين طوال مسيرتنا المهنية، فالكفاءة هي التي تمكن المرء من اتخاذ قرارات أخلاقية سليمة. ويؤكد Dean على أن الكفاءة في العمل تتطلب القدرة على الدمج بين الإدراك والتفكير والعمل، وأن الكفاءة الأخلاقية تتضمن معرفة وفهم مدونات الأخلاق، والقدرة على التعرف على المواقف الأخلاقية وتحليلها والعمل على حلها. فبالإضافة إلى ضرورة أن يكون مُقدّم الخدمة ضليعاً في علم النفس ومدونات السلوك، عليه أن يكون كذلك قادراً على تحديد المواقف غير الأخلاقية واتخاذ الإجراءات اللازمة لتصحيحها على الفور.

ويتفق هذا مع ما ورد في دراسة طشطوش ومزاهرة (2012) حول الخبرة التراكمية وما تُكسبه للمرشدين من القدرة على التعامل مع المشكلات، وحول الكفاءة المهنية المتمثلة بالمؤهلات العلمية للأخصائيين النفسيين، حيث أن للمؤهل العلمي المرتفع دور إيجابي في العمل الإرشادي، فالمؤهل العلمي المرتفع يجعل المرشد أكثر تفاعلاً وتكيفاً مع البيئة الإرشادية، وأكثر إدراكاً وتفهماً للمشكلات التي يعاني منها المسترشدون، وأكثر معرفة وإماماً بالمهارات الإرشادية، وأكثر قدرة على تناول العلاقات الإرشادية بموضوعية ومهنية، وأكثر كفاءة في تطبيق الأساليب والفنيات المهنية لنظريات الإرشاد.

أما أرملی (2007) فيؤكد في دراسته حول أخلاقيات الإرشاد النفسي على الأهمية القصوى لكفاءة المرشدين في العمل في مجال الصحة النفسية، والآثار السلبية التي من شأنها أن تلحق بالمنتفعين كنتيجة لعدم كفاءة المرشد. كما ويؤكد أرملی على أهمية دور العاملين

الاجتماعيين في تقديم الخدمات للمنتفعين، ولكنه يرى أنه يتحتم على العاملين الاجتماعيين ألا يقدموا أنفسهم كخبراء إلا داخل حدود تعليمهم أو تدريبهم أو ترخيصهم أو تصديقهم أو استشارتهم، أو الخبرة الخاضعة للإشراف.

الإشراف: كان يُنظر إلى الإشراف في بداية الأمر على أنه امتداد للإدارة التربوية، وكان ظهوره خلال النصف الثاني من القرن العشرين بوصفه ميداناً أساسياً من ميادين الإرشاد. وعلى الرغم من ظهور المبكر نسبياً، إلا أنه لم يحقق حتى اليوم المكانة المهنية نفسها التي يتمتع بها الإرشاد (Patricia,2010). ولقد مر "الإشراف في الإرشاد" بتطورات نظرية وعملية كثيرة، حيث ظهرت العديد من الاتجاهات والأنماط والنماذج، الأمر الذي أدى إلى هيمنة الخلط والضبابية والغموض على مفهوم "الإشراف الإرشادي" وتعريف مهامه وأهدافه، ولذا يُلاحظ تعدد تعريفات الأخصائيين للإشراف في الإرشاد، فالبعض ينظر إليه على أنه عملية تعلم، والبعض يعتقد أنه عملية تدريب، والبعض الآخر ينظر إليه باعتباره عملية إدارية بحت. والحقيقة أن الإشراف هو بمثابة عمل فني معقد، مبني أساساً على مجموعة من العلاقات والنشاطات الإنسانية بهدف المراقبة والتوجيه لشخص أو أشخاص أقل خبرة ومهارة. كما أنه نشاط ذو غاية، وغايته الأولى والأخير هي إعانة الآخرين على أداء وظيفتهم في الإرشاد النفسي بطريقة أفضل، ولهذا السبب فهو يتضمن حتماً تقديم التدريب والتعليم المستجد. ويُعرّف Goodyear (2009) الإشراف على أنه تدخل يقدمه عضو متخصص في الإرشاد النفسي إلى مرشد آخر، بهدف تعزيز الخصائص المهنية أو الوظيفية للعملية الإرشادية ومتابعة نوعية الخدمات التي تقدم

للمسترشدين (كما ورد في الشرفين، 2011). أما Hart (1982) فعرف الإشراف بأنه خبرة تعليمية مهنية تتطوي على خبرة عميقة في الإرشاد، حيث يحرص من خلاله المشرف على إكساب المرشد المتدرب مهارات مهنية متقدمة وسمات شخصية مختلفة لكي يصبح بدوره قادراً على مساعدة المسترشدين وتحقيق هدف الإرشاد. وأما Ladany and Bradley (2001) فيعرفان الإشراف على أنه عمل يقوم به مشرفون خبراء وناجحون، أعدوا خصيصاً لذلك ضمن منهجية الإشراف، بهدف تسهيل عملية تطور المرشد المتدرب على المستويين الشخصي والمهني، من أجل الارتقاء بكفاءته ومهارته عبر مجموعة من أنشطة الإشراف (الشرفين، 2011).

وفي السياق الفلسطيني المحلي، يذكر بيضون (في مقابلة شخصية 2018) أن المرشدين والمشرفين في فلسطين لم يتم العمل معهم من الجانب التنموي (تقييم ذاتهم ومعرفة احتياجاتهم)، وبالتالي فإن هذه هي المعضلة الأخلاقية الأساسية التي يواجهها حقل الخدمات النفسية في المناطق الفلسطينية. وبحسب تقييم بيضون فإن الشهادات الجامعية التي تُمنح للخريجين في الجامعات الفلسطينية لا تتناسب مع العمل الإرشادي، وذلك على الرغم من أن الإشراف النفسي يُعتبر عالمياً نظاماً كاملاً أو منظومة متكاملة على المشرف أن يكون متمكناً منها وحاصلاً على شهادات تشهد له بذلك، وأن يتم العمل عليه تدريجياً ومن جوانب عديدة حتى يصل إلى مرحلة "المشرف". فالإشراف ليس مجرد لقب، بل هو استحقاق لتعب وجهد معرفي ومهني علاجي حقيقي. على الأقل، يجب أن يحصل المشرف على شهادة ماجستير في الإرشاد النفسي (أو حسب المسميات الموجودة) وأن يعمل تحت إشراف رسمي،

حيث أن الإشراف هو جزء مهم من عملية التعلم والتطور المهني للشخص المعني، فالإشراف يساهم في عملية التطور المهني الذي يُمكن المشرف من الحصول على القدرة على التكيف؛ التكيف الواعي للعمل مع الآخرين. والإشراف، كما يقول بيضون، هو عملية متكاملة لا تنتهي إلا في اللحظة التي يقرر فيها المشرف أنه غير راغب بالعمل في هذا المجال.

الميثاق الأخلاقي في الدول العربية.

لعله من أكثر الأمور وضوحاً للباحث في شؤون علم النفس في العالم العربي، أن المواثيق الأخلاقية لمهنة علم النفس لم تأخذ حيزاً كبيراً من تفكير الباحثين العرب، ولم تحظَ بما تستحق من جهد من قبل هؤلاء الباحثين.

لقد تم تطوير ميثاق أخلاقي من قبل "الجمعية المصرية للدراسات النفسية"، و"رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية". ويسري مفعول هذا الميثاق على جميع العاملين في الخدمة النفسية، والذين يشار إليهم بمسمى "الأخصائي النفسي"، ويقصد بهم في هذا الميثاق: جميع الحاصلين على الليسانس أو البكالوريوس أو الدبلوم أو الماجستير أو الدكتوراه في علم النفس ويعملون في تخصصهم. ويعتمد هذا الميثاق على تطبيق ثمانية معايير أساسية، ويتضمن كل معيار بنوداً مختلفة لضمان تحقيقه، وهي مقسمة كالتالي:

1. مبادئ عامة،

2. القياس النفسي، ويشمل جميع الاختبارات النفسية،

3. أخلاقيات البحوث والتجارب،

4. أخلاقيات التشخيص والعلاج،

5. أخلاقيات التدريس والتدريب،

6. العمل في المؤسسات الإنتاجية والمهنية،

7. الإعلام والإعلان والشهادة،

8. حل مشكلات تطبيق الميثاق، وذلك من خلال نشر الوعي بين الزملاء حول أهمية

الأخلاقيات والالتزام بها، وكذلك المسائل القانونية عند ارتكاب أي خرق أخلاقي.

يُعد "الميثاق المصري" الوثيقة الأخلاقية الوحيدة من أصول عربية التي تم تطويرها على

مستوى الوطن العربي، وهي التي تم اعتمادها فلسطينياً من قبل المؤسسات المختلفة في

المناطق الفلسطينية كالجامعات والجمعيات الأهلية. إن اعتماد المؤسسات الفلسطينية على

ميثاق أخلاقي تم تطويره من قبل جمعية مصرية ودون وجود أي شراكة للجمعيات النفسية

العربية الأخرى (بما في ذلك الجمعيات الفلسطينية)، يعكس عدم مراعاة هذه الجمعيات

لخصوصيتها الثقافية، علماً بأن اعتماد الوسط الفلسطيني لهذه الوثيقة كان ولا يزال أحد أكثر

العامل أهمية في الحدّ من فرص ومحاولات تطوير وثيقة فلسطينية مبنية على الاعتبارات

الخاصة والمميزة للحالة الفلسطينية، حيث أننا ما زلنا، فلسطينياً، نفتقد إلى ميثاق أخلاقي

مهني يشمل تعريفاً واضحاً لممارسة مهنة علم النفس وتخصيص أدوار العاملين فيها. وعلينا

أن نعيد التذكير هنا بأن الميثاق الأخلاقي المهني يحمي كلاً من المنتفع والأخصائي، في

حين أن الميثاق القانوني يُعنى بالمنتفعين بشكل أكبر بكثير من اهتمامه بالأخصائيين. أما

على صعيد النقابات، فإن الوسط الفلسطيني يتميز بوجود نقابة مشتركة تجمع ما بين الأخصائيين النفسيين والعاملين الاجتماعيين. وتُعتبر هذه النقابة غير مهنية، ليس فقط لتعدد المهن التي تمثلها، وإنما لحقيقة أنها أصبحت عبارة عن أطر "مسيّسة" فاقدة لجانبها المهني. وعليه فنحن في فلسطين بأمر الحاجة إلى تطوير ميثاق أخلاقي مهني يحرص على توفير بيئة سليمة ومُجدية وآمنة لمقدم الخدمة وللمنتفع على حد سواء.

يوضح Fish (2016) أهمية التعديلات الحاصلة على الأخلاقيات مع مرور الزمن من خلال سرده لمسيرة التعديلات على بنود ميثاق الأخلاقيات للجمعية الأمريكية لعلم النفس، والتي عادت بالفائدة على تطبيق مهنة تقديم الخدمة النفسية، فقد ازدادت المبادئ الأخلاقية نمواً وتطوراً من حيث العدد والنوعية، وأصبح لدى الجمعية الأمريكية لعلم النفس في نسخة 2010 من ميثاق الأخلاقيات خمسة مبادئ عامة وعشرة معايير، تضم ما مجموعه تسعة وثمانون معياراً فرعياً لتحقيق ممارسة مهنية أخلاقية. ولعل الأهم من ذلك كله أن أي خرق لهذه البنود يمكن أن يؤدي إلى عقوبات وخيمة كفقدان رخصة مزاولة المهنة. إن القوانين والقضايا القانونية التي تصل إلى القضاء، وضرورة معرفة كيفية تجنب المقاضاة، كان لها أكبر الأثر على معرفة الأخصائيين المهنية والأخلاقية، وعلى تفكيرهم الأخلاقي والتزامهم بأخلاقيات المهنة، وعلى الطريقة التي يتم بها تدريب الأخصائيين النفسيين بشكل عام.

ويبقى السؤال هنا: مع كثرة الأدبيات التي تحدثت في موضوع أخلاقيات المهنة، ومع المواقف الواضحة للجمعية الأمريكية لعلم النفس؛ هل تمت تغطية كافة القضايا الأخلاقية

المتعلقة بتقديم الخدمات النفسية في المجتمع الإنساني؟ وهل على جميع مقدمي الخدمات النفسية الموافقة على القيم الأخلاقية الأساسية كما حددتها الجمعية الأمريكية لعلم النفس؟

ترى Heany (2013) أنه على الرغم من وجود العديد من الأدلة المتضاربة حول القضايا الأخلاقية في الأدبيات المتوفرة، فإنه من الواجب المهني لمقدمي الخدمة النفسية أن يقوموا بإجراء تقييم نقدي لما يقرؤونه، أخذين في الاعتبار محدودية الدراسات المختلفة، قبل أن يصلوا إلى الاستنتاجات ويتبنوا موقفاً عاماً قائماً على البحث. وبغض النظر عن الأدلة المتضاربة المنشورة في الأدبيات، إذا اتخذت الجمعية الأمريكية لعلم النفس موقفاً علنياً بشأن قضية مثيرة للجدل فإن هذا لا يعني حتماً أن جميع مقدمي الخدمة النفسية يجب أن يتفقوا مع الجمعية ويوافقوا على قيمها، بل عليهم بدلاً من ذلك أن يكونوا قادرين على تحديد وتقرير متى تتعارض قيمهم ووجهات نظرهم مع تلك التي تتبناها الجمعية، وأن يكونوا قادرين على الوصول إلى وضع يمكنهم فيه الحفاظ على معتقداتهم الشخصية في الوقت الذي يحافظون فيه على التزامهم الكامل بمسؤولياتهم المهنية كمقدمين للخدمة النفسية، ومن الممكن التوصل إلى هذا الوضع من الناحية المثالية عند التوفيق بين القيم الشخصية والتوقعات المهنية.

أما بالنسبة لـ Duncan, Bowman, and others (2007)، فهم يعتقدون أن العمل مع المجتمعات من خلال "علم النفس المجتمعي" يتضمن الحاجة إلى التطبيق الصارم للمبادئ الأخلاقية العامة ولكن ليس بشكل مطلق وليس إلى حد كبير، فميثاق أخلاقيات المهنة هو ميثاق - في رأيهم - ميثاق مرن يمكن تعديله بحيث يظل مناسباً للسياق المقصود منه،

فدور هذه المبادئ الأخلاقية ينحصر في توفير المعرفة لكيفية إدارة أخلاقيات المهنة من الناحية السلوكية، كجزء من التدخلات الخاصة. ولمواجهة التطبيق الصارم لقواعد الأخلاقيات المكتوبة والمُلزمة للأخصائي، يقترح هؤلاء الباحثون أن يكون تطوير أخلاقيات علم النفس المجتمعي ضمن مسعى تفاوضي مستمر بين الأخصائي والمجتمع المعني.

هنا يقدم Heany (2013) بعض التوجيهات لمقدمي الخدمة النفسية لتعزيز فهمهم لأهمية الأخلاقيات في مهنتهم، وأهم هذه التوجيهات ما يلي:

1. تُعتبر الدورات أو الندوات الأخلاقية مكانًا مثاليًا للطلاب للتعرف على الآثار السلبية المحتملة لعدم الالتزام بأخلاق المهنة، حيث أنها يمكن أن توفر مساحة للطلاب لوضع استراتيجيات بهدف تجنب انتهاك أخلاق المهنة.

2. على مقدمي الخدمة الذين يفكرون في اتخاذ موقف عام بشأن قضية مثيرة للجدل، أن ينظروا أولاً في النتائج المحتملة ويضعوا سيناريوهات للحالات الأسوأ، لكي يكونوا سباقين في تحديد الخطوات اللازمة للحد من الضرر الذي يمكن أن يلحق بالعلاقات المهنية.

3. تمكين مقدمي الخدمة النفسية من التمييز بين معتقداتهم الشخصية ودورهم المهني. وقد يكون وضع هذا الإجراء موضع التنفيذ أكثر صعوبة مما يبدو. ونظرًا لهذه الصعوبة، يبدو أن مقدم الخدمة النفسية لا يُنظر إليه أبدًا على أنه مواطن له مهنة خاصة، وبالرغم من أن مقدمي الخدمة قد يرغبون في أن تكون حياتهم الشخصية مستقلة عن

حياتهم المهنية فالحقيقة هي أن هويتهم كمقدمين للخدمة النفسية قد لا يتم فصلها أبداً عن هويتهم الشخصية العامة، حتى خارج السياق المهني.

كيف على الأخصائي تطبيق القيم خلال عمله؟

يتجسد دور مقدم الخدمة النفسية في القول والعمل، وفي الفكر والسلوك، ويتضمن ذلك أن يشكل الأخصائي من ذاته هوية تشمل الهوية الشخصية والمهنية والسياسية، والتي تتشابك من خلال نمو وعيه وضميره تجاه القضايا الاجتماعية. إن انعكاس المبادئ والقيم الأخلاقية للأخصائي في الفكر والسلوك هو أمر بالغ الأهمية لتطوير آليات المسؤولية والالتزام تجاه الأفراد، فهي تكشف النقاط السوداء وتفكك الامتيازات الشخصية الأنانية، وتعزز العمل الجاد على إحداث تدخل فعال. وبما أن الاتصال الشخصي والاجتماعي والسياسي يأتي في سياق العلاقة بالآخرين، فإنه من المهم بناء شبكة داعمة في المجتمع ككل، وإيجاد أماكن يمكن من خلالها أن نكون مبدئين ثابتين نحو هذه المجموعات ومسؤولين عنها بضمير حي. وعليه فإن مقدم الخدمة لا يعمل لوحده، بل هو بحاجة لأشخاص متمكنين في علم النفس، ولأطر الأكاديمية، وكذلك لجماعات التقرير الملزمة بالسعي نحو العدالة والتغيير الاجتماعي، وهو بحاجة لأن يكون داعماً للآخر بصدق، وبصدق مع الذات، Duncan, (Bowman, and others, 2007).

ملخص الدراسات السابقة:

وثقت الأدبيات السابقة الكثير من القضايا التي تتعلق بأخلاقيات المهنة في مجال الصحة النفسية، وقد تم مراجعة عدة دراسات، عربية وأجنبية، ولكن تبيّن من مراجعة الدراسات العربية ندرة الأبحاث التي ناقشت موضوع أخلاقيات مهنة تقديم الخدمة النفسية. وقد يعزى نقص الدراسات العربية إلى مجموعة من الأسباب، لعل أهمها قلة الاهتمام بالبحوث والدراسات المتعلقة بالجانب الأخلاقي للممارسة المهنة، كما وأن قلة الدراسات العربية قد يكون ناتجاً عن عدم توفر تمويل كافٍ لإجراء مثل هذه البحوث في مجال علم النفس.

ومن الملاحظات المهمة كذلك أن الدراسات العربية المقدمة تعتمد في منهجيتها على البحث الكمي، فمثلاً عند سؤالي للمرشدين الذين قاموا بدراسات بحثية أثناء الدراسات العليا في مجال علم النفس عن المنهجية التي استخدموها، أفاد أغلب المرشدين بأن المنهج الكمي هو المستخدم، وذلك لأن العملية البحثية من خلال المنهج الكمي تحتاج إلى جهد ووقت أقل للحصول على المعلومات من عينة البحث. كما ويبدو جلياً أن مسألة تمويل الأبحاث تساهم في خلق هذا الميل إلى استخدام منهج البحث الكمي، حيث يتم اختيار المنهجية بما يتناسب مع حجم التمويل، فقلة التمويل للأبحاث تضطر الباحث للتوجه إلى إحدى المؤسسات كي تمويل بحثه، وهذا الأمر يضعه أمام قرار بالخضوع لمتطلبات المؤسسة، وغالباً ما تطلب المؤسسات نتائج سريعة، مما يضطر الباحث إلى اعتماد المنهج الكمي اعتقاداً منه بأن المنهج الكمي أسرع في جمع البيانات وتحليلها واستخراج النتائج. وهنا لا يتورع French, Chan & others (2010) عن التصريح بأن الباحث الذي يعتمد على المؤسسات في

تمويل دراسته قد تتحول دراسته إلى مشروع تجاري أكثر من كونه مشروعاً علمياً أخلاقياً، وأن اعتماد الباحث الكلي على أموال شركة قد تستفيد من نتائج الدراسة، يمكن أن يؤثر بشكل كبير على الباحث بحيث تجري استنتاجات دراسته³ بما تشتهيه الشركة.

ترى الدراسات التي تناولت موضوع أخلاقيات مهنة الخدمة النفسية أنه من الضروري عند تطوير مدونات أخلاقيات المهنة مراعاة بُعدين أساسيين هما؛ البعد القانوني، والبعد الأخلاقي، من منطلق أنه ليس من الممكن ممارسة المهنة بأخلاقياتها المثلى دون وجود تكامل بين البعدين الأخلاقي والقانوني. كما وترى الدراسات أنه من الضروري أن يُخضع مقدّم الخدمة نفسه باستمرار للتأمل والنقد الذاتي، ويمكن أن يتم ذلك بالتشارك مع الزملاء، بهدف تطوير وتجذير أخلاقيات المهنة لديه من خلال إيجاد حلول للمعضلات التي يواجهها أثناء عمله مع المنتفعين. وتؤكد معظم الدراسات كذلك على أهمية مساهمة السياق الفعلي الواقعي لتقديم الخدمة النفسية في تطوير الميثاق الأخلاقي، وعلى الأخص في برامج التدخل المجتمعي. ولقد ركزت الكثير من الدراسات السابقة على أهمية دراسة الممارسة الأخلاقية لدى الأخصائيين أثناء أدائهم لعملهم في تقديم الخدمات النفسية واعتمادهم الفعلي على البنود الأخلاقية التي وردت في ميثاق الجمعية الأمريكية لعلم النفس، وعلى الحاجة القصوى للتحدّث مع مقدمي الخدمة النفسية حول المعضلات الأخلاقية التي يواجهونها أثناء عملهم، والبحث معهم عن طرق للتعامل مع هذه المعضلات، متخذين الميثاق الأخلاقي كمرجعية أساسية. كما وقدمت بعض الأدبيات ذات الشأن دراسة نقدية تحليلية للمواثيق الأخلاقية العالمية وفحصت مدى ملاءمتها لسياق ممارسة المهنة.

أهمية الموضوع في السياق الفلسطيني:

إذا أردنا أن نفسر الوضع الراهن لأخلاقيات ممارسة الخدمة النفسية في الواقع الفلسطيني المحلي، فلا بد لنا من التركيز على فهم السياق الثقافي الاجتماعي الخاص في فلسطين. ولطالما عمد حقل علم النفس إلى فهم الثقافة كمنظومة من السمات الاجتماعية الثابتة، واعتبرها خلفية تساهم في فهم الاختلافات بين الجماعات البشرية. وفي دراسة للخبيرين النفسيين Cruz & Sonn (2011) حول الثقافة ومناهضة الاستعمار في دراسات علم النفس المجتمعي، يؤكد الكاتبان على ضرورة إشراك الثقافة واحتوائها كُبعد أساسي في الدراسات والبحوث المجتمعية، فالثقافة في مفهوم علم النفس المجتمعي تتشكل باستمرار بفعل التفاعلات الاجتماعية والسياسية والتاريخية المتشابكة، وهي في نفس الوقت تترك المجال واسعاً أمام البشر لصنع تاريخهم بهدف تحرير الأفراد من ظروف الهيمنة والقهر في مجتمعاتهم. هذا التأكيد يعكس الاهتمام المتزايد الذي يكتسبه مفهوم الثقافة في علم النفس المجتمعي.

هناك عدة عوامل مسؤولة عن خصوصية الواقع الفلسطيني المحلي، أهمها على الإطلاق هو الاحتلال الإسرائيلي. لقد وضحت الدراسات المختلفة سياسة التضييق التي يمارسها الاحتلال الإسرائيلي على جميع فئات الشعب الفلسطيني، والتي فُرضت عليه قهراً وسببت له الكثير من الأزمات والمعاناة والألم النفسي بما ترتب عليها من العنف والتهجير القسري والحرمان والعوز، والقيود المفروضة على أبسط الحقوق. إن الدراسة الاستطلاعية التي قام بها الباحثان إغيجورين وسعادة (2014) تحت عنوان "الحماية في الأراضي الفلسطينية

المحتلة"، استعرضت بإسهاب الأزمات التي يتعرض لها الفلسطينيون في الضفة الغربية والقدس الشرقية وقطاع غزة، وعبرَ فيها الفلسطينيون عن رأيهم بأن ممارسات الاحتلال شكلت المعيق الأكبر لحياتهم، وذكروا من أهم هذه الممارسات المعيقة: جدار الفصل العنصري، والحواجز على مداخل المدن والقرى والمخيمات، وانتشار المخدرات، والقيود المفروضة على التعليم، ومحدودية الخدمات الصحية، وخطر هدم المنازل، وعدم القدرة على الحصول على تصاريح بناء قانونية، وعدم السماح بتوسيع مساحة السكن للأسر الممتدة، ولقيود الناجمة عن العزل الكامل لقطاع غزة والقدس الشرقية عن الضفة الغربية، والشعور بالإهانة العميقة، وفقدان حرية التنقل والسفر بشكل عام، والتهميش المطلق بخصوص تقرير المستقبل، إضافة إلى التوسع الاستيطاني والعنف المنفلت لجماعات المستوطنين. ولقد أدت ممارسات الاحتلال التعسفية بجميع أشكالها إلى تفاقم المشاكل الاقتصادية لدى السكان الفلسطينيين، ويتجسد ذلك في أوضاع اقتصادية مأساوية كالمعدلات المتضخمة للفقر والبطالة بين الفلسطينيين، واضطرار قسم لا يُستهان به من القوة العاملة الفلسطينية إلى العمل في المستوطنات الإسرائيلية تحت ظروف مهينة ولإنسانية، والشح الشديد في مصادر المياه، والانقطاع المتكرر في خدمات الكهرباء، والاستمرار في مصادرة مساحات شاسعة من الأراضي الزراعية، والقيود المفروضة على حركة الناس والسلع، والنقص الشديد في المواصلات الملائمة (والذي يؤثر بشكل خاص على تلاميذ المدارس والشباب والنساء)...

كل ذلك يسير جنباً إلى جنب مع غياب الاستثمارات من القطاع الفلسطيني الخاص والفساد المستشري والمحسوبة المتفاقمة في مؤسسات السلطة وأجهزة الحكم المحلي. كل هذه

العوامل والظروف الاقتصادية المأساوية تتراكم مسببة قلة في الفرص العمل وكسب المعيشة وبالتالي وفداحة في الفقر، ويؤدي الفقر بدوره للعديد من الأزمات الاجتماعية والنفسية.

إن مواجهة الفلسطينيين لكافة أشكال القهر والمعاناة الناجمة عن الممارسات القمعية للاحتلال الإسرائيلي تؤثر بشكل مباشر على صحتهم النفسية وتلحق بهم أضراراً نفسية ومعنوية جسيمة. ومما يزيد الأمر تعقيداً هو الدور الذي تلعبه (أو لا تلعبه) مؤسسات السلطة الفلسطينية في الضفة الغربية، حيث أن الأوضاع السياسية والاقتصادية التي يعاني منها الشعب الفلسطيني بكافة شرائحه هي جذر المشكلة وأساسها بالنسبة للفلسطينيين، إلا أن غياب دور السلطة الوطنية الفلسطينية، المتمثل بغياب دور مؤسسات السلطة في وضع التشريعات والقوانين وعدم وجود نقابات متخصصة، هو الذي يزيد الأمر سوءاً، ونخص بالذكر هنا ما هو متعلق بالصحة النفسية في مختلف الجوانب وعلى مختلف المستويات.

تتم متابعة الخدمة النفسية ضمن مؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية من خلال النقابات، والنقابات هي جسم منفصل عن الوزارة (أي وزارة الصحة الفلسطينية) - وليس النقابات - هي المصدر الأساسي لوضع السياسات وتشريع القوانين. والوزارة هي أكثر جهة تضطلع بمهمة مراقبة وضبط ممارسة مهنة تقديم الخدمة النفسية في المناطق الفلسطينية؛ فمثلاً، عند قيام أخصائي نفسي بأي عمل غير أخلاقي يمكن أن تقوم النقابة بفصله من عمله، بينما الوزارة هي جهة الاختصاص المسؤولة عن محاسبته قانونياً. و"جهة الاختصاص" بالنسبة لمهنة الأخصائيين النفسيين لا تزال موضع خلاف حتى هذه اللحظة، فهي لم تحدد بعد لمن تتبع؛ هل تتبع لوزارة التنمية، أم لوزارة الصحة؟ وعليه فهناك الكثير من القضايا التي لا تزال

مستعصية على الحل بسبب عدم وجود مرجعية قانونية مكتوبة، وذلك على الرغم من أن وزارة الصحة هي التي تعطي حق الممارسة وتمنح ترخيص مزاوله المهنة للأخصائيين الخريجين ولكن دون وجود لائحة واضحة بالسياسات والإجراءات. لقد أهدر هذا الخلاف القائم منذ سنوات الكثير من الوقت لتطوير برامج الصحة النفسية في فلسطين. أما بالنسبة للنقابات فهي موجودة في كل المحافظات، ووجودها المادي واضح وملموس، ولكن من حيث المتابعة فلا أثر لوجودها. وهنا كما هو الحال في أي مكان آخر في العالم، ففي حال غياب المتابعة والمراقبة سيكون هناك حتماً من لا يلتزم بالمهنة، وهؤلاء نوعان: من لا يلتزمون بأخلاقيات المهنة بحكم الجهل، ومن يتعمدون القيام بممارسات لأخلاقية وغير مقبولة ولكنها ليست شديدة الخلاف مع القانون (انظر ترزي، 2018).

تقوم وزارة الصحة الفلسطينية بتقديم الخدمة النفسية للمواطنين، وهي تفعل ذلك من خلال الأطباء والأخصائيين النفسيين والمرشدين في المستشفيات والعيادات في المناطق المختلفة. ومن الجدير بالذكر أنه ليس هناك وجود لما يسمى بـ"الإشراف" داخل هذا النظام الحكومي، وهذا مقلق إلى أبعد الحدود من حيث أنه يعني فعلياً أنه لا يوجد أي "معيان أمن" لمقدمي الخدمة النفسية، بمعنى أنه لا توجد في وزارة الصحة الفلسطينية أية سياسات تحمي الأخصائيين النفسيين كما هو الحال بالنسبة للأطباء والممرضين. أما الجهة الحكومية الثانية التي تقدم الخدمات النفسية للمواطنين فهي وزارة التربية والتعليم، وتتمركز خدماتها في المدارس الحكومية، ويتم تقديم هذه الخدمات من خلال نظام كامل وواضح المسؤوليات يبدأ من وجود "قسم الإرشاد" الذي يتمثل بالأدوار التالية: مسئول قسم - مشرف - مرشد تربوي

داخل المدارس. وما يميز هذه المؤسسة أنها تعمل ضمن نظام مؤسساتي منظم، إلا أن جودة ونوعية العمل خاضعة للاختلافات الفردية بشكل كبير، وهي تختلف من فرد إلى آخر داخل هذا النظام الهرمي.

أن أخلاقيات ممارسة المهنة في مجال الصحة النفسية يجب أن تستحوذ على أهمية قصوى من قبل المسؤولين والممارسين والجمهور العام على حد سواء، ذلك لأن ممارس هذه المهنة يتعامل مع نفس بشرية ويحدد مصيرها، وبهذا المعنى فعمله مشابه جداً لعمل الطبيب، فالتعامل مع النفس البشرية وصحتها لا يقل أهمية عن التعامل مع الجسد البشري وصحته. إن التعامل مع الإنسان على اعتبار أن تركيبته الجسمانية أكثر أهمية من تركيبته النفسية يجعل من عمل الأخصائي النفسي أقل أهمية من عمل الطبيب، فحين يتم تحضير طالب الطب البشري ليصبح طبيباً متخصصاً يُفرض عليه أن يمر بعدة مراحل إجبارية من الدراسة والتدريب والتأهيل والتخصص، أما حين يتم تحضير طالب علم النفس ليصبح أخصائياً نفسياً يمارس مهنة العناية بالصحة النفسية فإنه لا يُفرض عليه المرور بنفس المراحل من التعليم والتدريب والتأهيل، ولذا فإن أعداداً لا يُستهان بها من الأخصائيين النفسيين العاملين في الحقل يمارسون مهنتهم دون الحصول على ترخيص رسمي بمزاولة المهنة، ودون التأكد من كفاءتهم ومؤهلاتهم الأكاديمية والتدريبية، مع الاكتفاء بشهادة جامعية في المستوى الأدنى أو الأوسط، وحتى من تخصصات ليست معدة لتأهيلهم للعمل في مجال العناية التخصصية بالصحة النفسية، والاكتفاء ببعض التدريبات القصيرة في سياقات محدودة وحالات لا تمثل إلا الحد الأدنى من الواقع النفسي في المجتمع الفلسطيني المحلي.

ثقافة المجتمع:

من سمات المجتمع الفلسطيني (كغيره من المجتمعات الشرقية) أنه في مبناه وتفاعلاته ونمط حياته متأثر إلى أبعد الحدود بالثقافة المحلية الناتجة عن الصيرورة التاريخية والمتجذرة في أعماق التاريخ، وبالأخص ما يدعى في العادة "العادات والتقاليد". ولا شك أن ثقافة المجتمع الفلسطيني تستند بمجملها على الدين والمفاهيم الدينية وما تتضمنه من النظرة "القدرية"، على اعتبار أن كل شيء هو قضاء وقدر ومشئئة إلهية، وهي في نفس الوقت نابعة من القناعة المطلقة بأن "الكتب المقدسة" تحمل في طياتها رسائل سماوية (إعجازية) تشفي الناس من المعاناة النفسية، وهناك من يرى (حتى من مقدمي الخدمات النفسية أنفسهم) أن المريض النفسي هو شخص لا يؤمن بالدين، وأن عدم التزام الشخص بالعبادات المفروضة هو الذي يوصله إلى حالته النفسية الصعبة. وهناك بعض المرشدين الذين أقروا بلجوئهم إلى الدين (كالعلاج بالقرآن) أثناء تقديمهم للخدمة النفسية للمنتفعين. كما وهناك عدد لا يمكن الاستهانة به من الناس في المجتمع الفلسطيني المحلي ممن لا يزالون يعتقدون أن المريض النفسي هو شخص تعرض للسحر أو الشعوذة.

ومما لا شك فيه أن ثقافة المجتمع الفلسطيني تميل إلى ما يسمى "ثقافة العار"، والتي يصفها كناعنة (2016) بأنها بمثابة موضوع مركزي أساسي في الثقافة العربية مُستمد من المبنى القبلي للمجتمعات العربية والذي نجم عن الظروف البيئية التي تحتم انصهار الفرد في القبيلة لضرورات البقاء والرخاء. ويُعرّف "العار" على أنه حكم الذات على ذاتها بناءً على موقف الآخرين منها ومن أفعالها، وفي حال قيام الذات بفعل خاطئ فإن النقد يوجّه إلى طبيعة

الذات وتكويناتها وليس إلى الفعل نفسه، فتهتز ثقة المرء بنفسه ويضعف إيمانه بمقدرته على إصلاح ذاته، وبالتالي تضعف إمكانية التغيير. ذلك لأن المرء يعتمد على حكم الآخرين في تقييمه لخطئه وتقرير رد فعله عليه، وليس على اعترافه الذاتي بالخطأ ومحاسبة نفسه على أخطائه. ولذا فإن الفرد في ثقافة العار لا يعترف بالخطأ إلا إذا عرف الآخر بذلك وحاسبه عليه، أما إذا لم يكتشف الآخر الخطأ فإن الفرد قد يشعر بالذنب ولكن ليس للدرجة التي يندم فيها على فعله ويغير من سلوكه، وهذا يتيح إمكانية الفرد للاستمرار بالخطأ وعدم التوقف عنه. كما وأن مجرد اعتقاد الآخرين بأن الفرد أخطأ سيُلحق العار به وبعائلته، وهذا مما يحد من قدرة الفرد على الاعتراف بالخطأ ويكبح دافعيته للاعتراف بأخطائه. كما سنرى من خلال تحليل المعطيات في هذه الدراسة، فإن عدم الميل إلى محاسبة الذات، وعدم تحكيم "الضمير الحي" أثناء ممارسة المهنة، والافتقار إلى الوازع الذاتي للالتزام بأخلاقيات المهنة، وفلسفة "الغاية تبرر الوسيلة"، هي من أهم الصفات التي تغطي على مجال تقديم الخدمات النفسية في المجتمع الفلسطيني المحلي بشكل عام. كما وأنا سنرى أن الخوف من عقاب المجتمع الشديد من خلال إصاق وصمة العار، لا يردع مقدم الخدمة النفسية عن خرق أخلاق المهنة وإنما يردعه عن الاعتراف بمثل هذه الخروقات ويدفعه إلى عمل المستحيل كي لا ينكشف الأمر.

كما وأن الاستخفاف العام بقضايا الخدمات النفسية وأخلاقياتها، والإهمال الواضح وعلى كل المستويات لقضايا الكفاءة والتأهيل في مجال الصحة النفسية، قد يعكس النظرة النمطية التي ما زالت منتشرة ومهيمنة في المجتمع حول علم النفس والعلاج النفسي والخدمات

النفسية بشكل عام، والتي ترى أن علم النفس هو "علم المجانين" وأن الخدمة النفسية لا تقدّم إلا "للمجانين"، وبالتالي فمقدمي الخدمة النفسية هم أيضاً "مجانين" بحكم أنهم هم أيضاً بحاجة إلى معالجين نفسيين، ولذا فإن من يهتم بالعمل على تطوير هذا المجال سيخضع لنفس الحكم المجتمعي عليه. ويأتي استخدام مصطلح "مجانين" في هذا النص من حقيقة تكراره بين المرشدين الذين تمت مقابلتهم، حيث عبر معظمهم عن التحديات التي واجهوها كمرشدين عاملين في مجال الخدمة النفسية، ومن بينها عدم وجود فهم كافي لمهام المرشد النفسي حيث يتم الحكم عليه على أنه "فاقد عقله"، وذلك لاختياره وظيفة تتمثل في التعامل مع الأفراد المحتاجين لرعاية داخل "المصحات العقلية". هذا يمس قضية أخرى مهمة، ألا وهي غياب التعريفات الواضحة لمهنة الخدمة النفسية الأمر الذي ساهم في وجود فهم غير واضح لمهام مقدمي الخدمة.

المؤسسات الدولية والبرامج الممولة:

في نطاق دراستنا لوضع الخدمات النفسية في المجتمع الفلسطيني المحلي، برز في هذا المجال دور المؤسسات الدولية والجمعيات الأهلية المعتمدة على تنفيذ برامج تدخل مجتمعي ممول من الدول المانحة، وهي نوعان: مؤسسات دولية، وأكثر منظمين نفوذاً في الواقع الفلسطيني هما "وكالة الغوث الدولية - الأونروا" و"الاتحاد العالمي لإنقاذ الطفل"؛ ومؤسسات تحت مسمى جمعيات ومراكز صغيرة أهلية غير ربحية ذات سيادة فلسطينية ولكنها تعتمد على التمويل الخارجي في إدارة وتنفيذ مشاريعها.

لعبت المؤسسات الأهلية والجمعيات الخيرية دوراً بارزاً في العمل المجتمعي في فلسطين، ولذا علينا دراسة هذه المؤسسات الأهلية من الداخل بغرض فحص علاقات السلطة والمال ومساهمتهما في تشكيل ملامح نظام التبعية السياسية والاجتماعية، والتي تنعكس بطبيعة الحال على الحياة اليومية للأفراد في المجتمع. ويعتبر القطاع الخاص الفلسطيني - والمنظمات الأهلية الفلسطينية - خاضعاً كغيره لسياسات الاحتلال وللسيطرة الخارجية، ويعاني من عوائق في ممارسة نشاطه دون تدخل. وفي هذا السياق تفترض لالة خليلي (2011) في دراستها حول أخلاقيات البحث الاجتماعي أن الأشخاص والباحثين يعيشون دوماً في شبكة من العلاقات التي تفرزها وتعيد إنتاجها علاقات عدم التكافؤ من حيث المصادر الثقافية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية المتوفرة، وفي هذه الأوضاع يُقر الباحثون بمركزية علاقات القوة والأخلاقيات المرتبطة بها. وذكر الصلاحي (2016) في مقالته حول دور مؤسسات المجتمع المدني في التربية المدنية "أن ثقافة هذه المؤسسات تحوّل المعاني والقيم من أفكار وتصورات مجردة إلى وعي مدرك لدى الأفراد والجماعات، والتي بدورها تحول ذلك الوعي إلى سلوك ممارس في الواقع المعاش، وترسخ في وعيهم ومداركهم كقناعات معرفية ثابتة."

من النقاط المهمة في هذا السياق اعتماد فلسطين على البرامج الممولة دون أخذ القيم والمواقف التي تحملها هذه البرامج بعين الاعتبار، فقد قدم الكثير من البرامج التي تُعنى بـ"تحسين" الصحة النفسية، وتصف الفلسطيني بـ"المريض نفسياً". هذا بالطبع يعرض مجال الصحة النفسية للعديد من الإشكاليات، والتي بدورها تؤثر على جودة الخدمة النفسية المقدمة

وكذلك على القيم التي تحملها هذه المؤسسات، وبالتالي تأثير على الأخصائيين العاملين وعلى المنفعين. ومن الملاحظ أنه على الرغم من الاستثمارات التنموية الكبيرة في المناطق الفلسطينية والبرامج العديدة المنفذة في أغلب المناطق، إلا أن هذا التمويل الكبير للبرامج لا ينسجم مع النتائج المرجوة.

علينا أن نعتبر هذا الأمر في غاية الخطورة، وإن نتنبه إلى حاجتنا للعمل على موضوع الصحة النفسية في فلسطين. والدليل على ذلك، كما يقول بيضون (2018)، أن هناك إحصائيات تتضمن نسباً وأرقاماً غير صحيحة عن فصام الشخصية في فلسطين، وذلك بقصد تبرير برنامج ممول من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO)، ففي عام 2010 نُشرت إحصائية تبين أن 20-35% من الشعب الفلسطيني يعانون من "مرض الاكتئاب" و"مرض فصام الشخصية"، وكان الهدف من هذه الإحصائيات "المشبوّهة" هو تبرير استمرارية برنامج ممول يتم تنفيذه مع وزارة الصحة الفلسطينية حول موضع "الأمراض النفسية"، ولكن بعد التدقيق أكتُشف عدم صحة هذه الأرقام، علماً بأن الكثير من المؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية في فلسطين تبنت هذه الإحصائيات.

ويُعتبر الخضوع للأجندات الخارجية أحد المآخذ الكبرى على المؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية في المناطق الفلسطينية، حيث تقبل الوزارات والمؤسسات بهذه الأجندات لمجرد الحصول على تمويل، والكثير من هذه المؤسسات لا تسأل عن الجودة في العمل بل عن الأرقام، وتبحث عن إحصائيات كمية لا عن صدق المعلومات أو جودة النتائج، ومن هنا فإن دور المؤسسات ينحصر في تنفيذ البرامج حسب قيم لا تتناسب، في الأغلب، مع

السياق الفلسطيني. وينطبق هذا الأمر في بعض الحالات على الأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات، حيث يستخدمون القوة والنفوذ في منصبهم لتبني قيم المؤسسة أو لتحقيق مصالحهم الشخصية من خلال تجاوزهم مع سياسات التمويل، مثل تنفيذ أنشطة لا تتناسب مع احتياجات المجتمع وربما تضر به ولكنها مطروحة ضمن خطة البرنامج الممول، لا لشيء سوى الالتفاف على المنظومة الاقتصادية الفلسطينية الصعبة والحفاظ على دخله. صحيح أن هذا التجاوز يحصل بنيتة التغلب على الظروف الاقتصادية الصعبة وليس بنيتة الضرر، ولكن لا مبرر للتجاوزات المهنية لمجرد الحصول على المال، كما أنه لا مبرر لانتهاك أخلاقيات المهنة لمجرد كسب الرزق.

إن حاجتنا في فلسطين إلى تقديم الخدمات النفسية بما يحقق المنفعة الجمعية ويضمن تحقيق الكرامة والعدالة للجميع، لا يمكن تلبيتها إلا من خلال تقديم الخدمات النفسية على ضوء خصوصيات السياق السياسي الثقافي الاجتماعي في فلسطين، وإيجاد أدوات التطبيق ضمن هذا السياق بما يتلاءم مع احتياجات المجتمع وقيمه ورؤيته نحو مستقبله القادم.

تكثر في المناطق الفلسطينية المؤسسات والجمعيات المحلية التي تُعنى بتقديم الخدمة النفسية، فقد كانت هذه المؤسسات نتاجاً للحالة الاستعمارية التي يزرح تحتها الواقع الفلسطيني، حيث تكاثفت الجهود من قبل الأكاديميين والناشطين الفلسطينيين لإنشاء الجمعيات والمؤسسات الأهلية والمراكز التنموية التي تُعنى بتقديم الخدمات النفسية للأفراد الفلسطينيين، وخاصة على إثر النكبات والنكسات المتلاحقة التي تعرض لها المجتمع الفلسطيني خلال العقود السبع الماضية، وكانت نشأة هذه المؤسسات في ظل سلطة وإدارة

الاحتلال الإسرائيلي، وكان أهم أهداف هذه الجهود المكثفة هو العمل على إحداث التغييرات والتحسينات المجتمعية على مستوى المؤسسات والمجتمع، وتعزيز الرفاه والحرية للمواطنين الفلسطينيين، خاصة في مناطق (ج)، وتم ذلك في معظمه من خلال التطوع في مختلف المؤسسات. ولكن سرعان ما أظهرت النتائج أن بناء البرامج التخصصية داخل هذه المؤسسات لا بد أن يواجه الكثير من المعضلات، وأنها في المجتمع الفلسطيني بحاجة في البداية إلى تمكين وتأهيل العاملين في هذه المؤسسات من خلال بناء قدراتهم ورفع مستوى كفاءاتهم بحيث يتمكنوا من خدمة المجتمع على أكمل وجه وتقديم الخدمات التي تمس احتياجات المجتمع بهدف الوصول إلى الرفاه الاجتماعي.

إن المساعدات الخارجية دوراتها قصيرة الأمد، وكذلك أهدافها، والخدمات التنموية المقدمة تعمل على التخفيف من المشكلة لا حلها جذرياً، وهي تعمل من منطلق الإغاثة في حالات الطوارئ وليس من أجل الوقاية أو التدخل المبني على حل المشكلة جذرياً. فمن الواضح إذاً أن هذا النمط غير مناسب في إطار الأزمات الطويلة والمتجدرة في المجتمع، وعليه فنحن بحاجة إلى إعادة النظر في هذا النمط من التدخلات الخارجية.

الفصل الثالث
منهجية الدراسة

منهج الدراسة:

تتخذ هذه الدراسة نهجاً وصفيّاً تحليلياً ذا توجه نقدي تأويلي. واستناداً إلى رأي الباحثين في مجال الدراسات النقدية، فإن الدراسات من هذا النوع تركز في الأساس على البحث في العلاقات المختلفة (دراسة التاريخ الجمعي، وعلاقات السلطة والمال والعولمة، وفحص العلاقات الاجتماعية ضمن هذا السياق)، وتعتمد بشكل أساسي على إعادة قراءة تجارب الأفراد المبحوثين (وهم في هذه الدراسة "متلقو الخدمة النفسية"). وتتعامل الدراسات النقدية في هذا المجال مع الأفراد المبحوثين على أنهم ضحايا ومضطهدين.

وبما أن المنظومة المعرفية التي توجه الباحثة في الدراسة الحالية هي المنظومة المعرفية الخاصة بعلم النفس المجتمعي، فإنه من الجدير بنا أن نقرر، وبوضوح تام، أن علم النفس المجتمعي يدعونا (حسب ربابورت، 1999) إلى استخدام أدواتنا البحثية - المشتمة على الملاحظة والتفسير والتحليل النقدي بشكل أساسي - من خلال توظيف روايات الأفراد وسردهم للتجارب الشخصية التي مروا بها، وتحويل ذلك إلى بيانات بغرض وصف وتحليل السياقات التي يعايشها هؤلاء الأفراد، ومن ثم تركيز البحث على معاناة الأفراد وكشف الخطورة الكامنة في تجاربهم الشخصية أثناء رحلتهم مع العلاج النفسي، بهدف رفع الضرر عنهم وتحسين واقع صحتهم النفسية. وعليه فإن دور الباحث في مجال علم النفس هو مساعدة الأفراد على الحديث عن تجاربهم المؤلمة (المحتملة) أثناء تلقّيهم للخدمات النفسية. ولقد تجسد هذا الأمر في هذه الرسالة في سعينا إلى كسر حاجز الصمت والحديث عن الضرر الحاصل نتيجة تلقي الأفراد لخدمة نفسية لم تكن تتناسبهم أو لم تكن ترقى إلى

المستوى الذي يكفل استفادتهم منها. وكان العمل البحثي مع المبحوثين يتم من خلال فتح الحوار بالطريقة التي يستطيع الأفراد من خلالها أن يشاركوا برؤيتهم وانطباعاتهم وتجاربهم الشخصية. ولم يكن من الممكن القيام بعمل بحثي كهذا إلا من خلال العلاقة التشاركية المفتوحة والتفاعل المبني على الثقة ما بين الباحثة والمبحوثين، حيث تتم مشاركة المبحوثين لتجاربهم الشخصية في السياق الثقافي الخاص، ومن ثم إدماج هذه التجارب في سياق السرد المشترك. هذه هي المادة الخام التي استُخدمت لبناء ما تحتويه هذه الدراسة وصف تحليلي نقدي لواقع الخدمة النفسية في مناطق الضفة الغربية في فلسطين من خلال وصف الواقع المدروس استناداً من التطبيق ثم الوصول إلى النظرية.

وعليه فقد بنيت منهجية الدراسة على أساس علمي وبمشاركة حقيقية من قبل مقدمي الخدمة النفسية ومتلقيها، واحتوت على أدوات مختلفة أهمها المقابلات شبه المفتوحة. وتشكلت المقابلات في مجملها من الحوار الفعال والنقاش المنظم المفتوح. ومن المؤكد أن الحوارات هي ما يُضفي "الروح" والمعنى على المعلومة، فالمعلومة لا تبقى مجرد مفردات لكسيكونية بل يعيئها أصحابها بالمعاني الذاتية الخاصة. ومن هنا فإن موضوعية البحث قائمة على اعتبار أن المعلومات يتم تفسيرها وتحليلها على ضوء الحوار والنقاش القائم مع المبحوثين وليس اعتماداً على "مونولوج" الباحث وحده، أي ليس اعتماداً على مقدرة الباحث على التفسير والتأويل. فتشكيل المعاني التي تُشكل محتوى المادة البحثية الناجمة عن المقابلات يتضمن كلمات المبحوثين، وتعابيرهم، ومصطلحاتهم، وأصواتهم، ونبرات حديثهم، والصور الشفاهية التي شكلوها، وطرق تفاعلهم، وأنماط صياغاتهم اللغوية. وكان هناك من حاور

وناقش، وكان هناك من اعتبر نفسه في جلسة تفرغ نفسي، وكان منهم من قدم "أدلة علمية" ناتجة عن خبرة سنوات طويلة في المجال.

إن الحصول على المعلومات الحقيقية يعتمد إذاً على بناء علاقات الثقة المتبادلة بين الباحث والمبجوثين، وهو مرهون بمقدرتي كباحثة على خلق الحوارات التفاعلية في الميدان، وعلى الانخراط في علاقات جديدة أو العودة إلى أماكن العمل السابقة، وقد تطلب مني كباحثة التنبه باستمرار إلى الأدوار التي أمارسها في نفس الوقت، فكوني موظفة في إحدى المؤسسات الفلسطينية التي تُعنى بتقديم الخدمات النفسية (يتمثل عملي كمرشدة في تلك المؤسسة، وزميلة لمجموعة من المرشدين) اضطرني إلى أن أبقى على درجة قصوى من التنبه إلى تعدد الأدوار التي كانت ألعبها أثناء الدراسة، وكذلك تطلب أخذ الموافقة الشفهية على استخدام المعلومات عند إجراء أي مقابلة أو أي حوار مع الزملاء.

لذا، ولتحقيق أهداف الدراسة، كان لا بد من إيجاد المنهجية الأنسب لجمع المعلومات اللازمة في دراسة من هذا النوع وفي هذا الحقل. فتجارب الأفراد في مجال العمل النفسي، والتي تعتمد بطبيعتها على بناء علاقة وثيقة بين مقدم الخدمة النفسية ومنتلقيها، لا يمكن قياسها من خلال الأرقام وتحويل التجربة الفعلية إلى إحصائيات، حيث أن التجارب المختلفة والمشاعر والأفكار التي يعيشها أو يعايشها شخص معين تختلف كلياً عنها لدى أي شخص آخر، وبالتالي فإن تحويل تجارب الأفراد إلى أرقام وإحصائيات يؤدي إلى تجريد التجربة من محتواها الفعلي، فهي حسب كناعنة ونتلاند (2003) تقتض أن التجارب الإنسانية متساوية إذا ما تم التعامل معها على أنها نسب رياضية متساوية.

ومن الجدير بالذكر أن الدراسات العربية المخصصة للبحث في الخدمات النفسية في المجتمع الفلسطيني اعتمدت على المنهج الكمي بشكل شبه كلي، وحين سُئل المرشدون (المبحوثون) الذين قاموا بدراسات في مجال علم النفس أثناء دراستهم العليا عن المنهجية المستخدمة، أفاد معظمهم بأنهم استخدموا المنهج الكمي، وذلك لأن العملية البحثية من خلال المنهج الكمي تحتاج إلى جهد ووقت أقل بكثير. السبب الآخر لهذا النزوع نحو المنهج الكمي يتعلق بتمويل البحوث، حيث يتم اختيار المنهجية بما يتناسب مع حجم التمويل، فالكثير من الباحثين يعتمدون في تمويل بحوثهم على المؤسسات التي يعملون فيها، وهذا الأمر يضطرهم إلى الخضوع لمتطلبات المؤسسة، وغالباً ما تطلب المؤسسات نتائج سريعة، ولذا تشترط استخدام المنهج الكمي لاعتقادهم بأنه أسرع من حيث مدة إجراء البحث واستخراج النتائج. وبهذا الخصوص يقول French, Chan and others (2010) أن الباحث الذي يعتمد على المؤسسات في تمويل دراسته قد تتحول دراسته إلى أمر تجاري أكثر منه علمي أخلاقي.

بناء على ما سبق نقرر تبني المنهج الكيفي في هذه الدراسة، فمنهج البحث الكيفي يبحث في العلاقات كما تُفَعَّل في السلوك على أرض الواقع، والباحث يتعايش مع الناس المُستهدفين ويتعلم الحقائق منهم ومعهم، ويركز على "الأشخاص المفاتيح"، أي الأشخاص الذين يتركز لديهم القسط الأكبر من المعرفة عن واقع المشكلة المبحوثة بحُكم انغماسهم في الظاهرة ذات الشأن. والمنهج الكيفي هو في نفس الوقت منهج يُستخدم من أجل استخلاص

المعلومات من الملاحظة المُنهجية والمنظمة للسلوك الإنساني في السياق الثقافي-الاجتماعي، وبالتالي تكون هذه المعلومات قابلة للإخضاع للتأمل والتحليل النظري النقدي.

أدوات البحث:

1. المقابلات شبه المفتوحة: للحصول على المعلومات من المبحوثين، اعتمدتُ على استخدام المقابلات المرنة أو شبه المفتوحة (semi-structured)، وذلك من خلال طرح مجموعة من الأسئلة ومن ثم توجيه الحوار كي يظل دائراً ضمن الموضوع الذي تفرضه الأسئلة المطروحة. وتتيح المقابلات شبه المفتوحة للأفراد المبحوثين قدراً أكبر من حرية التفكير والتصرف والتعبير. كما ويتيح هذا النوع من المقابلات للباحثة أن تصغي للمبحوثين بشكل شديد التركيز، مما من شأنه أن يمكّن الحوار من الانسياب في اتجاهات جديدة لا يتوقعها الباحث، وهذا بدوره يسمح للحوار بأن يتطور، ويساعد في تقديم معلومات جديدة، (بيير وليفي، 2011).

جمعت المقابلة شبه المفتوحة ما بين الأسئلة المفتوحة والأسئلة المنهجية المعمقة، وقد أدى هذا الأسلوب إلى غنى في المعلومات المنظمة والعميقة. ولقد تم التحضير المسبق لعدد من الأسئلة الثابتة المختصرة، وكانت لكل فئة من المبحوثين أسئلة خاصة طرحت على الجميع داخل الفئة الواحدة بنفس الطريقة، ولكن أبقيت الإمكانية مفتوحة على الدوام لتوجيه أسئلة إضافية كان يتم استنتاجها من إجابات المبحوثين في لحظتها، ولذا فهي تختلف من مبحوث إلى آخر.

كانت مقابلات المنتفعين (أي متلقي الخدمة النفسية) تتجه في بعض الأحيان أكثر منها في الفئات الأخرى نحو الأسئلة المغلقة، نظراً لأهمية المعلومات المقدمة من قبل أفراد هذه الفئة، ولذا فقد كان على الباحثة التنبيه الشديد للدور الذي تلعبه مع المنتفعين، حيث أن الأسئلة المعقدة لهذه الفئة بالذات تتجه أكثر نحو الوظيفة العلاجية، وهذا ما اضطرني كباحثة إلى صياغة الأسئلة بحذر شديد، وأن لا أطرح السؤال إلا وقت الحاجة القصوى مَغَبَّةً التسبب بالضرر للمبحوثين، علماً بأن دوري كباحثة هو جمع المعلومات وليس العلاج، وهذا ما استدعاني لأكون على مستوى عالٍ من المسؤولية تجاه المبحوثين ومتابعة البعض منهم بعد المقابلة ومساعدتهم في البحث عن مختصين نفسيين لتقديم العلاج إذا تطلب الأمر ذلك. ولتفادي حصول أي ضرر للمبحوثين، كان المفتاح هو كسب ثقة الشخص المبحوث وتطوير الآلفة معه، علماً بأن أنجع أسلوب يمكننا استخدامه لكسب الثقة هو الإصغاء الجيد والتواصل الفعال دون التسبب بأي إحراج، وكذلك إظهار التعاطف وإبداء الفهم والتفهم حتى إذا لم تكن الباحثة موافقة على الأمر أو الرأي الذي يدلي به المبحوث. ولقد تبعت الباحثة منطق ونظام المبحوث وليس منطقها ونظامها هي كباحثة، حيث أن هذه الاستراتيجية البحثية كفيلة بأن تساعد المبحوث على سرد المعلومات كما يدركها ويعايشها هو كمبحوث، فهو في نهاية الأمر من يضيف المعاني على للمعلومات.

تجدر الإشارة هنا إلى أنه تم توضيح إجراءات المقابلة للمبحوثين قبل البدء بالمقابلة، وكذلك التأكيد على بعض القيم الأساسية مثل الحفاظ على سرية المعلومات، وأخذ الموافقة على التسجيل الصوتي والكتابي، والسماح باستخدام بعض الكلمات أو العبارات الواردة في المقابلة

كأقتباسات لإفادة النص. وقد اختلف أسلوب الطرح لهذه القيم والملاحظات الاستباقية باختلاف الفئة المبحوثة، فمثلاً لم يكن هناك داعٍ في فئة المشرفين والمرشدين للإسهاب في الشرح والتفصيل عن مبدأ السرية والحاجة للموافقة على التسجيل الصوتي، بينما تم شرح هذين المبدأين بالتفصيل لفئة المنتفعين وملتقي الخدمة النفسية.

قمت بإجراء مقابلة أولية كعينة تجريبية، وبناء على هذه المقابلة تم تغيير وعدل صياغة بعض الأسئلة وإعادة ترتيب البعض الآخر، وكذلك أضيف أسئلة أكثر تحديداً.

مدة المقابلة: حددت مدة المقابلة بناء على عدد الأسئلة المطروحة، وعليه تقرر أن تصل مدة المقابلة بالمعدل إلى 45 دقيقة. إلا أنه أكتُشِف عند التنفيذ الفعلي للمقابلات أن بعض المقابلات تأخذ شكل حوار مفتوح، وفي هذه الحالة كانت المقابلة تمتد بين الساعة وساعتين، وتتجاوز الساعتين في بعض الحالات.

مكان المقابلة: لقد اعتمدنا في هذه الدراسة مبدأ إجراء المقابلات في أماكن عمل المبحوثين، فطلب هذا الذهاب إلى مناطق مختلفة من الضفة الغربية والتنقل بين المحافظات، فأجريت المقابلات في الوزارات والعيادات، وفي المؤسسات الدولية والمحلية، في حين تم إجراء بعض المقابلات أثناء الورشات التدريبية لمجموعات من المرشدين، والتي كنت كباحثة مشاركة فيها، حيث انتهزت الفرصة لإجراء مقابلات مع المرشدين الذين أبدوا استعداداً ورغبة للمشاركة في الدراسة.

2. **الملاحظة بالمشاركة:** أسلوب بحثي علمي يساعد الباحث في الدخول إلى عمق الظاهرة المبحوثة والكشف عن جوانبها وأبعادها المختلفة، وذلك من خلال الملاحظة المباشرة للسلوك

الإنساني في مختلف سياقاته الثقافية والاجتماعية. والميزة الأهم لهذه المنهجية تكمن في حقيقة أن ملاحظة السلوك تتم من خلال المشاركة الفعلية المكثفة للباحث في مجريات الأحداث على أرض الواقع، فيرصد الباحث الأحداث كما هي (أو كما تبدو له) بالإضافة إلى ما يجمعه من معلومات عن الأحداث كما تبدو للمبحوثين. وبما أنني كباحثة في الدراسة الحالية فإن الخلفية الأكاديمية والمهنية في حقل علم النفس، وفي نفس الوقت أعد ناشطة في مجال الصحة النفسية من حيث المهنة والعمل، وتحديداً في برامج الإرشاد النفسي ذات التدخل المجتمعي، فقد كان بإمكانني جمع المعلومات اللازمة للدراسة من خلال المشاركة الفاعلة في الحقل. وقد اعتمدتُ في جمع المعلومات على الملاحظة الدقيقة لما يجري حولي في مجال الإرشاد وتقديم الخدمات النفسية لمختلف أنواع المنتفعين، وكذلك من خلال التجربة الذاتية مع كل من المرشدين والمشرفين ومقدمي الخدمات والمنتفعين في المؤسسات المرتبطة بعملها، إضافةً إلى الحوارات العفوية التي كانت تدور تلقائياً مع الموظفين الزملاء في أماكن العمل ومع زملاء المهنة في مؤسسات أخرى.

مجتمع الدراسة:

تم الوصول والدخول إلى مجتمع الدراسة من خلال عمل الباحثة المهني في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي في مؤسسات مختلفة في الضفة الغربية متخصصة في تقديم الخدمة النفسية منذ سنوات عديدة. وكان من شأن هذا المدخل المميز إلى مجتمع البحث أن ساعد في بناء علاقات وثيقة بين الباحثة والعاملين في مجال الصحة النفسية على اختلاف

مستوياتهم المهنية. وكذلك تم استخدام الرسائل والوثائق الرسمية للتواصل مع المراكز والمؤسسات المختلفة من أجل الحصول على إذن لإجراء المقابلات مع المبحوثين. وتمثلت عينة المبحوثين بثلاث فئات:

1. المشرفين المهنيين، وعددهم تسعة،
2. المرشدين والأخصائيين النفسيين، وعددهم خمسة،
3. المنتفعين (متلقي الخدمة النفسية)، وعددهم خمسة.

حدود الدراسة:

امتدت الدراسة الميدانية من بداية شهر آذار 2018 وحتى منتصف شهر حزيران 2019، وشملت الدراسة المحافظات التالية: القدس، رام الله، نابلس، بيت لحم، الخليل، قلقيلية.

جمع وتحليل البيانات:

جُمعت البيانات التي تعتمد عليها هذه الدراسة على فترات متقطعة استمرت لأكثر من سنة، وذلك من قبلي كباحثة نفسها ودون الاستعانة بأي مساعدين.

منهجية تدوين المعلومات وتفريغها:

اعتمدتُ على أسلوب التسجيل الصوتي الكامل للمقابلات ثم تفريغ التسجيلات الصوتية كتابياً، وقد فُرِغت المقابلات في ملفات خاصة لكل مبحوث، ومن ثم صُنِّفت ملفات المبحوثين إلى ثلاث فئات لكل منها ملف خاص: مشرف، ومرشد، ومنتفع.

وفيما يخص تحويل المعلومات إلى معطيات، فقد تم ذلك من خلال عمليتين متزامنتين هما: الاكتشاف، والتحليل؛ حيث كان يتم تصنيف المعلومات المجموعة وتحليلها حسب المحاور الرئيسية للدراسة، ومن خلال ذلك يتم اكتشاف عناصر ومركبات وترابطات جديدة يتم إخضاعها للتحليل، ثم يُعاد تحليل المركبات والترابطات كلها بناء على ذلك، وبهذا كان التحليل بمثابة عملية دائرية راجعة تعود على نفسها بانتظام، فتؤدي إلى فهم منظم للظاهرة المبحوثة يزداد عمقاً ووضوحاً باستمرار.

تحديات:

واجهتُ كباحثة عدداً من التحديات فيما يتعلق بإجراء المقابلات المطلوبة، وكان أهم هذه التحديات ما يلي:

1. صعوبة الوصول إلى عدد من المبحوثين، خاصة من فئة "متلقي الخدمة النفسية"، حيث قام عدد كبير من المنتفعين بإلغاء المقابلات معهم بعد أن تراجعوا عن موافقتهم واعتذروا عن المشاركة "لأسباب خاصة". كما وكانت هناك صعوبة في الوصول إلى فئة المشرفين، بسبب الانشغال المستمر للبعض منهم وعدم استجابتهم لمحاولاتي للتواصل معهم. أما المرشدين فكان من السهل التواصل معهم نظراً لطبيعة عملي.
2. تعمد بعض المراكز والمؤسسات عدم الصدق في المواعيد، فكان هناك من تغاضوا عن وعودهم ولم يحضروا إلى المقابلة في الموعد المتفق عليه، بينما قام البعض بتأجيل موعد المقابلة عدة مرات، وهناك من تخلف عن وعوده بالتنسيق لإجراء

مقابلات مع زملائه داخل المركز. ولقد تكون لدي شعور قوي بأن المقابلات الأولى التي قمت بإجرائها مع المبحوثين نبّهت مبحوثين آخرين إلى حساسية الموضوع وجعلتهم يحجمون عن المشاركة في المقابلات.

3. إيجاد المكان الأنسب لإجراء المقابلات مع فئة "متلقي الخدمة النفسية"، حيث حاولتُ إيجاد المكان الأكثر راحة وأماناً والأقل إخراجاً للمبحوثين، ولم يكن ذلك متوفراً في بعض الحالات.

الفصل الرابع

تحليل النتائج و تفسيرها

اعتمدتُ في هذا الفصل عرض نتائج المقابلات من خلال منهج تحليل المضمون، وذلك لتقديم وصف تحليلي لواقع أخلاقيات مهنة علم النفس في المؤسسات ذات العلاقة في الضفة الغربية. وقد جرى إخضاع محتويات جميع المقابلات التي أجريت لهذه الدراسة لمنهج تحليل المضمون. ويستمد هذا المنهج أهميته من القراءة العميقة والدقيقة والمتأنية للبيانات المجموعة، ومن ثم تجزئتها إلى وحدات من المضامين تتم مقارنتها مع بعضها البعض للكشف عن أوجه الشبه والاختلاف فيما بينها، وبناءً عليه تُصنَّف وتُجمَع في خانات تتخذ شكلاً هرمياً تنتهي في المستوى البنائي الأعلى على شكل عدد محدود من المحاور تُستخدم للوصف والتحليل والتفسير. وكنت أثناء هذه المسيرة الطويلة من التركيب والتحليل أسجل أفكارى واستنتاجاتي المرحلية على شكل حواشي وتعليقات أفادتنى فيما بعد في صياغة الوصف والتحليل.

وكنت قد قمتُ منذ البداية بتصنيف المقابلات حسب فئات الأفراد المشاركين في الدراسة: (المشرفين - المرشدين - المنتفعين)، وبناءً عليه قمت بقراءة جميع المقابلات لكل فئة بشكل أولي، ثم أعدتُ قراءة كل مقابلة على حدة قراءة معمقة، وفي أثناء ذلك قمت بتدوين أهم الملاحظات لكل مقابلة كي تساعدني في عملية التجزيء والتصنيف، وفي المرحلة التالية من العمل تم فرز وتجميع الملاحظات المتشابهة من كل مقابلة في خانة واحدة ومن ثم تحليل المضامين واستخلاص النتائج في كل خانة. وقد اعتمدتُ في التجزيء والفرز والتصنيف على تكرار وتقاطع المعلومة بين المشاركين في الدراسة. وفي النهاية قمت بالمقارنة بين المحاور المصنفة من أجل تحليلها والخروج بالمعنى من مضامينها بهدف الحصول على

تفسير كلي وفهم شامل للظاهرة المبحوثة. ومن المهم أن نذكر هنا أنه وأثناء هذه العملية التحليلية كلها كان يتم التعامل مع البيانات بتفاعل مستمر بيني كباحثة وبين المشاركين في الدراسة، ولذا فللطرفين تأثيرهما ووزنهما في التحليل واستخراج النتائج وتفسيرها .

تمخض العمل على مواد المقابلات عن أربعة محاور رئيسية، وهي:

1. مركزية الخدمة النفسية في المؤسسات المقدمة للخدمة في الضفة الغربية.
2. الإشراف المهني في المؤسسات المقدمة للخدمة النفسية.
3. الكفاءة لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية في مؤسسات الضفة الغربية
4. ثقافة المجتمع والأبعاد المجتمعية وأثرها على تقديم الخدمة النفسية في مؤسسات الضفة الغربية.

يجب التنبيه هنا إلى أن المحور الأول وهو "مركزية الخدمة النفسية في المؤسسات المقدمة للخدمة في الضفة الغربية" تم من خلاله وصف ما تقدمه هذه المؤسسات من خدمات نفسية، ثم اعتمدنا على تصنيف المؤسسات في هذا المحور لمناقشة كل من المحور الثاني (الإشراف المهني) والمحور الثالث (الكفاءة)، بحيث ناقشنا الإشراف المهني والكفاءة في كل نوع من المؤسسات على حدة.

المحور الأول: مركزية الخدمة النفسية المقدمة في الضفة الغربية

أظهرت نتائج المقابلات مع المشاركين في الدراسة أن الخدمة النفسية المقدمة ضمن مؤسسات الضفة الغربية تتركز في ثلاث جهات رسمية هي:

- وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا).
 - القطاع الحكومي: وزارة التربية والتعليم العالي ووزارة الصحة الفلسطينية.
 - المؤسسات غير الحكومية (المؤسسات الأهلية غير الربحية – NGOs)
- يتألف الوصف والتحليل في هذا المحور من المركبات الأساسية الأربعة التالية:

1. وصف عام للمؤسسة،
2. العاملين في المؤسسة وأدوارهم،
3. الميثاق الأخلاقي،
4. المتابعة داخل المؤسسات.

أولاً: وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين – الأونروا

❖ وصف عام لنشأة المؤسسة.

وكالة غوث وتشغيل اللاجئين هي منظمة دولية تابعة لهيئة الأمم المتحدة، وهي من أكبر البرامج التي تديرها الأمم المتحدة. وكان الغرض الأساسي من إنشاء وكالة الغوث هو إغاثة اللاجئين الفلسطينيين وتلبية احتياجاتهم الأساسية من خلال توفير عدة خدمات ضمن المعايير الدولية كالتعليم الأساسي، والرعاية الصحية، والإغاثة أثناء الطوارئ، وبرنامج

التمويل الصغير، والإسكان. وتعتمد الوكالة في تمويلها على تبرعات الدول المساهمة وعلى الجمعية العامة للأمم المتحدة ومصادر أخرى أقل شأنًا، أما حدود عملياتها فلم يرد تحديداً قاطعاً لها في نص قرار التأسيس (أبو عودة، 2016).

مع مرور السنوات منذ نشأة الوكالة تقلص حجم التمويل من الدول المانحة، وذلك لأسباب سياسية في معظم الحالات، وفي حالات أخرى بسبب زيادة عدد اللاجئين التي فاقت أحياناً قدرة الوكالة على توفير الخدمات. ومع تقليص الميزانيات تأثر حجم تمويل اللاجئين في المناطق الفلسطينية، الأمر الذي انعكس على عمل المؤسسات التابعة للأونروا في الضفة الغربية، حيث انسحبت الوكالة من بعض البرامج وأوقفت كلياً عدداً من الخدمات التي تحتاج إلى تمويل عالٍ، في حين ترك هذا العجز المتراكم في الموازنة أثراً سلبياً ملحوظاً على جودة الخدمات الأساسية التي تقدمها الوكالة، (أبو عودة، 2016).

ولتفادي الأضرار الناجمة عن انحسار التمويل، عملت وكالة الغوث على اتخاذ عدة إجراءات تنظيمية كان أهمها إعادة هيكلة المؤسسة على مستوى المناطق الفلسطينية، فأدى هذا إلى البحث عن إداريين جدد ليشغلوا مناصب إدارية وفنية في الوكالة. والغريب في الأمر أن اختيار الموظفين الجدد كان يتم من داخل المؤسسة نفسها حصرياً، وفيما يخص تقديم الخدمات النفسية أدت هذه التعديلات الداخلية إلى تعيين موظفين إداريين ومشرفين من بين المرشدين أنفسهم، بمعنى أنه تم نقل بعض المرشدين النفسيين إلى مناصب إدارية وترقية البعض إلى مشرفين، وقد تم ذلك بشكل تنظيمي بحت ودون حصول هؤلاء "المرشدين" على شهادة الماجستير التي تعتبر المؤهل الأدنى للقيام بوظيفة "مشرف مهني".

وعلينا أن ننوه هنا إلى أن المواثيق العالمية المتعلقة بهذا الشأن تنص على معايير دقيقة وواضحة لا يمكن الاستهانة بها ليصبح المشرف متخصصاً مؤهلاً معرفياً ومهنيّاً لتأدية مهامه كمشرف، فالنظام العالمي لخدمات الصحة النفسية يعتبر عملية الإشراف استحقاقاً وليس امتيازاً، وعلى المشرف أن يمر بمراحل التعليم الأكاديمي اللازمة والتدريب العملي الضروري حتى يصبح مؤهلاً لممارسة مهنة الإشراف ومستحقاً لشغل وظيفة المشرف. ولتميرير هذه التعيينات الجديدة، فرضت وكالة الغوث على المرشدين الذين تحولوا إلى مشرفين "بين ليلة وضحاها" الانتساب لبرامج أكاديمية في الجامعات المحلية كتلبية (مؤجلة) لشروط الوظيفة الجديدة التي أصبحت تُدعى "مشرف إداري ومهني"، وعليه سجل هؤلاء المرشدين أنفسهم في برامج الماجستير في الجامعات الفلسطينية، والتي كان أبرزها في تلك المرحلة "برنامج الماجستير في علم النفس المجتمعي" في جامعة بيرزيت. وللخروج مؤقتاً من هذا المأزق المهني "للمشرفين" الجدد وتعييناتهم الاعتباطية، قامت الوكالة بتعيين مشرف خارجي يعلم هؤلاء المرشدين الإشراف المهني، مع العلم أن المشرف المهني الذي تم اختياره كان هو نفسه موظفاً من بينهم، حيث شغل هذا المشرف المهني الخارجي أكثر من وظيفة في نفس الوقت وعلى ذات الموظفين أنفسهم. وهنا علينا التنبيه إلى أمرين مهمين:

أولاً: إن بنود الميثاق الأخلاقي للجمعية الأمريكية لعلم النفس "APA" تشجع على وضع حدود مهنية مناسبة لمنع "تعدد الأدوار" الذي من شأنه أن يؤدي إلى تداخل المصالح الشخصية والمهنية. إن القيام بمهام "مشرف إداري" و"مشرف مهني" من قبل نفس الشخص وفي نفس الوقت يندرج تحت ما يُدعى "تعدد الأدوار وتضارب المصالح". فتعدد الأدوار

حسب الـ"APA" من شأنه أن يحدث الضرر للعلاقات بين المُعالج ومنتفعيه أو للعلاقات بين الموظفين، حيث أن أخطر ما يمكن أن يحصل أثناء ممارسة المشرف لأكثر من دور هو حدوث الاستغلال نتيجة للعلاقات المهنية المتعددة. ولذا فإن ممارسة المشرف المهني دوره بتزامن مع دور المشرف الإداري أو دور المعالج قد يؤدي إلى ضرر جسيم ربما يكون غير مقصود ولكنه وارد الحدوث. فالمشرفون المهنيون يدركون مسؤولياتهم المهنية والعلمية تجاه المهام المحددة التي يقومون بها، وعلى المشرفين الحفاظ على معايير السلوك المهني وأخلاقيات المهنة، وأن يمارسوا واجباتهم وأدوارهم المهنية بوضوح وشفافية، وهم يتحملون مسؤولية قراراتهم، وعليهم قبول المسؤولية المنوطة بمهنتهم وأدوارهم حتى لو اضطرتهم المؤسسة إلى الجمع بين أدوار متضاربة، وعليهم في كل الأحوال العمل الجاد على إدارة "تضارب المصالح" الذي يمكن أن يؤدي إلى الاستغلال أو الإضرار بالآخرين حتى وإن كان بدون قصد.

" أعمل في مجال الإدارة والإشراف. عندما قدمت لوظيفة الإشراف، صراحة كنت خائفة... مش وظيفة عادية، تقولي سهلة. لا، هي وظيفة صعبة، بدك تديري قسم، بدك تديري مرشدين باختلاف الأطباع، باختلاف الشخصيات واختلاف المهارات والقدرات. لهيك، أول ما بلّثت، وهُمّ زملائي، وبأي وظيفة كنتِ تشتغلي مع ناس بنفس المستوى وبعدين (فجأة) تصيري أعلى منهم... راح تواجهي شوية مقاومة، وأنا هذا واجهته..."

ثانياً: في السياق الفلسطيني، فإن الجامعات الفلسطينية لا تُخرّج طلبة متخصصين لخدمات نفسية علاجية أو حتى وقائية، بل تُخرّج طلاباً لديهم معرفة عامة في حقل علم النفس

وفروعه المختلفة. ولقد أدى هذا الوضع القائم إلى إيجاد بدائل تلبي سوق العمل، فبدأت المؤسسات ذات العلاقة بتدريب خريجي الجامعات، وكننتيجة لهذا التدريب المحدود أصبح خريجو الجامعات يعتقدون أنهم قادرون على تقديم خدمات علاجية أو حتى وقائية، ووصل بهم الأمر إلى الاعتقاد بأن لديهم القدرة على تقديم إشراف مهني متخصص لمجموعة من المرشدين. وعلينا أن نذكر في سياق حديثنا عن الجامعات الفلسطينية أن المشرفين الذي شاركوا في هذه الدراسة، والذين كانوا قد تقدموا للحصول على درجة الماجستير استيفاءً للشروط المهنية للقب "مشرف مهني"، انتسبوا إلى برنامج ماجستير علم النفس المجتمعي في جامعة بيرزيت، علماً بأن هذا البرنامج هو برنامج متخصص في تعليم أساليب العمل المجتمعي ولا علاقة له بتأهيل خريجين قادرين على ممارسة دور المشرف المهني في مجال الصحة النفسية. يتضح هذا على ضوء ما أقرته الجمعية الأمريكية لعلم النفس "APA" في وثيقتها لعام 1996 (والتي أكدت عليها مجدداً في عام 2011) من أن هناك شروط يجب أن يستوفها المشرف لاستحقاق لقب "مشرف مهني"، وتستند هذه الشروط على تعريف المشرفين كمقدمي خدمات صحية، وأهم هذه الشروط ما يلي:

1. أن يتم تدريبهم عملياً ومهنيّاً لاكتساب الخبرة لتقديم خدمات التدخل الوقائي والخدمات التشخيصية والعلاجية، وأن يكون ذلك في مستوى يتم تقييمه على أنه يؤهل صاحبه للحصول على درجة الدكتوراه .
2. الحصول على الخبرة في مجال الإشراف في أماكن تقديم الخدمة النفسية، وهي لمدة سنة لطالب الدكتوراه وستين لطالب الماجستير.

3. الحصول على ترخيص كمقدم للخدمة النفسية على مستوى الممارسة المستقلة
(APA,. 2014)

أما المشرفين العاملين حالياً في برنامج الأونروا للخدمات النفسية، فهم يرون أنهم مستوفون شروط استحقاقهم للقب "مشرف مهني" مع العلم أنه تم تعيينهم كمشرفين مهنيين قبل حصولهم على درجة الماجستير، وأن الماجستير الذي يدرسه الآن لن يؤهلهم فعلياً لهذا اللقب، وأنهم كانوا زملاء لمرشدين بنفس الدرجة العلمية وأصبحوا الآن مشرفين عليهم.
"وشايفة أنه صح الي عملته، لأنني اشتغلت وأخذت خبرة من الميدان، بعدين توجهت للماجستير لأنه ساعدني كثير في شغلي؛ برنامج الماجستير، خبرتنا في العمل مع المجتمع، الناس، واللاجئين، خاصة لما كنا نعمل أبحاث ودراسات. لهيك، كثير بوصي الطلاب أنهم يشتغلوا وياخذوا خبرة بعدين يكملوا ماجستير. لأنك بتعكسي تجربة مختلفة عن شي نظري عم تأخديه من الكتب".

والسؤال هنا: كيف يمكننا أن نعيد بناء معايير التوظيف وتشكيل هيكلية سليمة للمؤسسة وبرنامجها لتقديم الخدمات النفسية، بعد مرور كل هذه الأعوام على هذا الخطأ الفادح وعلى هذه الهيكلية المشوّهة؟

العاملين في المؤسسة:

حسب مشرفي وكالة الغوث، هناك تقسيم وظيفي واضح، ووضوح في الأدوار، لدى موظفين وكالة الغوث، حيث تنقسم المؤسسة في تقديم خدماتها النفسية إلى ثلاثة مستويات:

1. مرشدو المدارس (ويشرف عليهم "مشرف التعليم")، مهمتهم تقديم الإرشاد التربوي

الجمعي والفردي لطلبة المدارس،

2. مرشدو العيادات، وهم - حسب المشرفين المشاركين في الدراسة - لديهم الصلاحية

لتشخيص الاضطرابات النفسية وتقديم خدمات الإرشاد الفردي العلاجي،

3. مرشدو الصحة النفسية المجتمعية: ينحصر عملهم في مجال علم النفس المجتمعي من

خلال المراكز النسوية ومراكز التأهيل.(CPOs)

تتفاوت خبرة المرشدين حسب تخصصاتهم، فمرشدو الصحة مثلاً يحصلون على تدريبات

مخصصة أكثر للاضطرابات النفسية، بينما يختص دور المرشد التربوي داخل المدارس

بالإرشاد التربوي، أما المرشد المجتمعي فأكثر تدريباته متخصصة في مجال العنف مثلاً،

وكيفية التعامل مع النساء المعنفات، والظواهر الاجتماعية، والحملات المجتمعية، والعمل

المجتمعي بشكل عام. ولقد ساعد هذا التقسيم المهني على تخصيص الأدوار بين المرشدين

وتقديم مهامهم بشكل تكاملي، ففي كل مخيم للاجئين نجد المرشدين الثلاثة. ومن الجدير

بالذكر أن المرشدين الذين قابلتهم عبروا عن عدم رضاهم عن مستوى التعليم الجامعي،

وأنهم يطمحون إلى استكمال دراساتهم العليا من أجل رفع مستوى قدرتهم على العمل بمهنية

وكفاءة، ونحن لا يمكننا إلا أن نعتبر هذا الموقف إيجابياً، لكون المرشدين مدركين لأهمية التأهيل الأكاديمي لتحقيق الكفاءة المهنية.

وعليه يمكننا القول، وحسب البيانات من مشرفي الأونروا، أن هيكلية وكالة الغوث والتقسيم المهني فيها يتصفان بوضوح الأدوار والمهام للموظفين العاملين في المؤسسة. كما وأن هناك وعي لدى المرشدين بالأدوار والمهام والسياسات المتعلقة بالمؤسسة. ولكن على الرغم من ذلك فإن هناك تجاوزات لا يمكن إنكارها في تنفيذ المهام، وقد عبر عنها مرشدو المؤسسة نفسها. على سبيل المثال؛ على الرغم من معرفة المرشد التربوي (أي مرشد المدارس) لدوره الذي ينحصر في تقديم الإرشاد الجمعي والتدخل في بعض قضايا الإرشاد الفردي ذات الطابع التربوي، إلا أنه ليس من النادر أن يُطلب من مرشدي المدارس تقديم إرشاد فردي ذي طابع عيادي علاجي خارج إطار تخصصهم، مثل التعامل مع الاكتئاب والصدمة النفسية، ويعد هذا الأمر تجاوزاً لمهامهم الرسمية وقدراتهم المهنية وكفاءاتهم المعرفية، الأمر الذي من شأنه أن يعرض المنتفعين للضرر، وأحياناً يعرض المرشدين أنفسهم للخطر. وكما عبرت عن ذلك إحدى المرشدات العاملات في مدارس الوكالة:

"حالياً أعمل مع حالات فردية، حالات مثل قضم الأظافر، ولكن هناك حالتين صعب التعامل معها، وهنّ حالتين نتاج عنف داخل الأسرة، حيث الأب قام بعملية قتل، وحالة أخرى لطالبة تم قتل ابن عمها أمامها. كمرشدة، أسأل وأقرأ حتى أقدم المساعدة للطالبات، ولكن عند سؤالي للمعلمات والمديرة يخبروني أن لا أتدخل في مثل هذه القضايا لأنها قضايا

حساسة، وخاصة أنني غريبة عن المجتمع الذي أعمل به، المجتمع المحيط بي يساعدوني أن أمارس دوري ويدعموني."

تضيف المرشدة قائلة:

"أشعر أنني غير متمكنة تماماً في تقديم الإرشاد الفردي داخل المدرسة، ويمكن بسبب عدم توفر الإشراف للحالات الفردية. متمكنة من تقديم إرشاد تربوي، أما الإرشاد النفسي الفردي فهو غير تخصصي. كنت بالأول أقوى في مجال الإرشاد الفردي، أما الآن لا أستطيع العمل كما يجب، وهذا بسبب عدم وجود وقت كافي لعمل جلسة إرشادية كاملة. مع تغيب المعلمات، أنا كمرشدة أحل محلهن داخل الصفوف. أكثر ما يهمني بالعمل هو التوجيه الجمعي، مريح أكثر أشعر أن المعلومة وصلت للجميع."

استنتاج:

هناك تضارب في المعلومات المقدمة من المشرفين من ذات المؤسسة (أي وكالة الغوث)، وخاصة في موضوع مرشدي العيادات واعتبارهم معالجين نفسيين قادرين على تشخيص الحالات وتقديم العلاج لها. ويصل هذا التضارب أوجه حين يعزو أحد المشرفين لمرشدي العيادات القدرة الكاملة على تشخيص الحالات وتقديم العلاج لها بالرغم من أنهم غير حاصلين إلا على شهادة البكالوريوس فقط، فمن وجهة نظر هذا المشرف:

"المرشدين في العيادات هم فقط مرشدين حاصلين على شهادات في علم النفس، ومنهم حاصل على شهادات ماجستير فقط يقدموا خدمات اجتماعية أو مجتمعية، وطبعاً يمكنهم

أن يشخصوا الاضطرابات ولديهم القدرة على التشخيص، لأنهم أخذوا دورات كثير مكنتهم على التشخيص، والحالات الصعبة يتم تحويلها."

أما المشرف الآخر فقد عبر عن دور مرشدي العيادات كمعالجين قائلاً:

"المرشد النفسي هو من يقدم خدمة العلاج النفسي، الإرشاد الفردي، الإرشاد الجماعي، المجموعات، المجموعات الداعمة، المجموعات العلاجية، وأنشطة التمكين للنساء والأطفال والشباب."

هنا قمت بتوجيه سؤال للمبحوث للتأكد من المعلومة: هل دور هؤلاء المرشدين هو تقديم علاج نفسي؟ هل هم يُعتبروا معالجين ضمن أدوارهم؟

فكان الجواب:

"يقدموا إرشاد نفسي فردي وجماعي، ما عدا الحالات التي بحاجة لدواء مثل فصام الشخصية، الاكتئاب الشديد، ثنائي القطب، الهوس الاكتئابي. وعند اكتشاف هذه الحالات وتشخيصها يتم تحويلها للشركاء معنا في المجال وهم وزارة الصحة الفلسطينية... يأخذوا العلاج المناسب ثم يرجعوا لنا. هذا بالإضافة لحالات صعوبات التعلم، التوحد، التخلف العقلي؛ عندما نشك أن لديهم أي عرض من أعراض الحالة، يتم تحويلهم أيضاً للمراكز الشريكة."

ليس واضحاً تماماً من هذه الإجابة ما إذا كان المبحوث هنا يعتبر المرشد معالج أم لا، وحتى إذا اعتبر المبحوث أن المرشد هو من يمارس دور المعالج بغير قصد، فما كانت إجابته الأولى إلا اعترافاً ضمنياً بأن مرشدي العيادات هم بمثابة معالجين نفسيين، حيث أن من يقدم وصفاً لمرشد العيادة على أنه "يشخص ويعالج" فإنما هو ينسب إليه مهام معالج نفسي. وإذا لم يكن الأمر متعلقاً بعدم وضوح تحديد الأدوار، تصبح المشكلة إذاً مشكلة في المفاهيم والمسميات. وفي كلتا الحالتين فإن هذا أمر يُعرض متلقي الخدمة للضرر بحكم

كونهم يحصلون على تشخيص لحالاتهم وصحتهم النفسية من مرشدين نفسيين غير مؤهلين لذلك أكاديمياً ومهنياً، وهذا يعكس حالة التخبط المهني التي تعاشها المؤسسات الفاعلة في الحقل من حيث الأدوار المهنية والإدارية (في محور الكفاءة سيتم التطرق لأمر التشخيص بشكل موسع).

لقد أوضحت دراسة Duncan, Bowman, and others (2007). أن أكثر القضايا أهميةً بخصوص أخلاقيات مهنة علم النفس هي قضية الطلاب الذين يحصلون على شهادات جامعية في علم النفس تعتبرها المؤسسات الفاعلة مؤهلاً كافياً للعمل في مجال علم النفس، وبالتالي تمكنهم هذه الشهادة من التسجيل كأخصائيين في الصحة النفسية والعمل بموجب ذلك في مجال التدخل المجتمعي أو حتى العلاج الفردي. فالمرشد النفسي الفلسطيني الذي أنهى أربع سنوات دراسية - أي ما يوازي شهادة "بكالوريوس" - يستطيع حسب أنظمة المؤسسات الفلسطينية أن يقوم بدور أخصائي أو خبير نفسي يقدم الخدمات العلاجية للمنتفعين، بما في ذلك تقديم الاستشارات النفسية. وإذا ما قورن السياق الفلسطيني مع الغالبية العظمى من دول العالم فإن الأمر يصبح مثيراً للقلق، حيث يُمنع المرشد من العمل كأخصائي نفسي يقدم علاجاً نفسياً إذا لم يكن حاصلاً على درجة "ماجستير" مع تخصص ملائم في الحد الأدنى، وفي كثير من الدول الأوروبية يجب أن يكون الأخصائي النفسي حاصلاً على درجة الدكتوراه في التخصص الملائم من علم النفس.

❖ الميثاق الأخلاقي:

هناك ميثاق أخلاق تم تطويره داخل الوكالة وتدريب جميع العاملين في الخدمات النفسية عليه، وهو متواجد بنسخ إلكترونية تعمم بشكل مستمر على طواقم العاملين خلال جلسات الإشراف، ومع ذلك هناك حالة من التضارب في المعلومات بين موظفي الوكالة حول الميثاق الأخلاقي للوكالة، فالمشرفون أكدوا على وجود ميثاق أخلاقي وبنسخة الكترونية وقعوا عليها مع بداية استلامهم للمهام، وكذلك الأمر بالنسبة للمرشدين العاملين في مؤسسات الوكالة، فهم على علم بوجود الميثاق الأخلاقي، وتُمرر بعض قيم الميثاق من خلال جلسات الإشراف، وأهم هذه القيم هي السرية. ولكن هناك تضارب واضح حول مصدر هذا الميثاق، فقد قدم كل من المشرفين والمرشدين إجابات مختلفة عن مصدر الميثاق، فمنهم من قال أن مصدره هو الميثاق الأخلاقي المصري، ومنهم من ادّعى أن الوكالة طورت ميثاقاً خاصاً بها، وآخرون لا يعلمون مصدر الميثاق أساساً، بل حتى يشككون في وجوده حيث كما عبّر عن ذلك أحد المشاركين من فئة المرشدين: "لا يوجد وثيقة مكتوبة، ولا يوجد متابعة من قبل الإشراف. منذ زمن طويل لم نتلقى أي إشراف". وقال مرشد آخر: "موضوع أخلاقيات المهنة واضحة للجميع، مرت معنا بالجامعة ومرت معنا بالماجستير. هناك شيء مكتوب وواضح، كمان بالإشراف إذا تطلب الأمر نتطرق له". أما رأي المشرفين فكان: "يوجد ميثاق، وهو الميثاق الأخلاقي المصري، وهو نص ميثاق أخلاقي يتم توزيعه على المرشدين عنا بالأونروا، ويتم قراءته مع بداية توظيفه (المرشد) في المؤسسة وثم مناقشته معه في الإرشاد الفردي".

وحسب قول المشاركين في الدراسة فإن الميثاق الأخلاقي للوكالة لا تتم مراجعته، ولا تتم قراءته إلا مرة واحدة عند استلام الموظف للوظيفة، حيث على الموظف أن يقرأ الميثاق ويوقع عليه، وعدا عن ذلك تمرر الأخلاقيات من خلال جلسات الإشراف النشاط اليومي في المهنة، وعلى حد قول أحد المشرفين فإن المدير أو المشرف "هو الذي يعكس أخلاقيات المهنة عند المرشدين، من خلال سلوكه، فهو مرآة المرشد": "في بداية عملنا وقعونا على ميثاق كبير.. وأوقات مع نهاية عملك، إذا بتراجع المؤسسة بخبروك إن أنت كنت موقع على الميثاق. بس نحن وقعنا وما قرأنا.. كنا متشوقين للعمل، فما قرأنا."

❖ نظام المتابعة والتقييم:

هناك نظام شديد في الأونروا للمتابعة والمراقبة والمحاسبة على المخالفات القانونية والأخلاقية، وكذلك على قضايا استغلال موارد الوكالة لأغراض شخصية مثل استخدام سيارة الوكالة، واستغلال الميزانيات. وتعد المحاسبة في الأونروا صارمة جداً قد تصل إلى فصل الموظف دون حصوله على أتعابه. وهذا يؤكد الانطباع بأن الميثاق الأخلاقي في وكالة الغوث يركز على الجانب القانوني بشكل أساسي. ويرى المشاركون في الدراسة أن القضايا الأخلاقية تحدث وتصل إلى القضاء لأن الوثيقة التي يوقعون عليها عند استلامهم العمل مختصرة، إضافة إلى أن معظم العاملين لا يقرأون الوثيقة ولا يعرفون حقوقهم وواجباتهم:

"كلنا بنوقع على وثيقة أول ما نتوظف بالمؤسسة، نوقع على بنود الوظيفة وشروط المؤسسة والقوانين والتفاصيل والمواضيع الي ممنوع تشتغل فيها... وثيقة مختصرة ولا تكفي. في على

موقع المؤسسة الإلكتروني قسم قانوني وموثق فيه جميع حقوقك. وكثير من الأوقات بحكي للمرشدين إننا ما بنقرأ وما بنعرف شو حقوقنا، لهيك بأي شي بيصير بينك وبين مديرك أو زميلك ما بتعرف شو تعمل. لهيك المشكلة بالجهل، إن ما بنقرأ حقوقنا."

ثانياً: المؤسسات الحكومية (وزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم):

تقدم الخدمة النفسية في المؤسسات الحكومية من خلال وزارتين هما: وزارة الصحة، ووزارة التربية والتعليم.

وزارة الصحة:

تقدم خدمة نفسية منظمة وشاملة لجميع أفراد المجتمع الفلسطيني، وذلك من خلال المؤسسات والمراكز الصحية التي أنشأتها الوزارة في مختلف المحافظات، وهي ذات كفاءة وفاعلية تهدف إلى الاستدامة. وتعمل الوزارة على تنظيم خدمات الصحة النفسية المجتمعية في فلسطين بحيث تبقى وزارة الصحة الضابط الرئيسي لهذه الخدمات. والمهام التي تقوم بها وزارة الصحة تشمل: بناء قدرات العاملين في مجال الصحة النفسية، التطوير المجتمعي، زيادة وعي المواطنين بأهمية الصحة النفسية، محاربة الوصمة الاجتماعية المتعلقة بعلم النفس والعلاج النفسي. وقد بادرت وزارة الصحة إلى إضافة تخصصات متعددة من العلاج النفسي أهمها: العلاج التأهيلي والوظيفي، العلاج السلوكي الإدراكي، العلاج العائلي، التشخيص والعلاج بالأدوية النفسية. ويضاف إلى كل ذلك تعاون الوزارة مع مؤسسات

المجتمع المدني والمؤسسات الأكاديمية في برامج التعليم والتدريب (الموقع الرسمي لوزارة الصحة).

وزارة التربية والتعليم :

حسب ما أصدرته الإدارة العامة للإرشاد في وزارة التربية والتعليم في رؤيتها حول الصحة النفسية فإن الهدف من الخدمة النفسية التي تقدمها هو تحسين العملية التعليمية والتربوية وتجهيز البيئة المدرسية مادياً ومعنوياً لتصبح بيئة أكثر حماية، ومساعدة الطلبة على حل مشاكلهم النفسية والدراسية والاجتماعية، وتوفير الحماية لهم وتحقيق العدالة بينهم، كذلك فإن دائرة الإرشاد لا تستثني الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة من الخدمات النفسية المقدمة (موقع وزارة التربية والتعليم العالي) .

أما بخصوص نظام الإرشاد والإشراف المدرسي الذي بدأت به وزارة التربية والتعليم في عام 1996، فيخبرنا بيضون (2018) أنه في بداية تطوير الإرشاد والإشراف المدرسي لم تكن استجابة العاملين في الوزارة جيدة، فهم لم يكونوا مقتنعين به، وهذا انعكس سلبياً على تأهيل المرشدين التابعين للوزارة، وبالتالي فإن أثر التدريبات التي يتلقاها مرشدو الوزارة هو أثر ضعيف جداً. ولتحسين الوضع يرى بيضون أنه يجب أن تقدّم التدريبات حسب حاجات الطلاب في المدارس، وأن يطور المرشدون خططهم بناء على احتياجات الطلاب وليس بناء على نظريات المدربين. ويتلقى كثير من المرشدين داخل المدارس الحكومية تدريبات مدعومة من قبل المؤسسات الأهلية بغرض تطبيق برامج معينة تريد المؤسسات الأهلية أن

تطبقها على الطلبة، والكثير من المرشدين يطبقون البرنامج كما يُطلب منه فقط، وكثيرون من بينهم يطبقون "الاستبيان" وكأنه تدريب في الإرشاد. وهكذا أصبح عمل المرشد لا يختلف كثيراً عن عمل المعلم، في حين أن المرشد هو في الواقع شخص مختلف عن المعلم، وعن المدير، وعن الأهل، وهذا ما يكسبه المصادقية وما يكتسب به ثقة الطالب.

❖ العاملون في المؤسسات الحكومية:

هناك تسلسل وظيفي بارز في الدوائر الحكومية، فهناك دائرة خاصة بقسم الإرشاد تدير نظاماً كاملاً يبدأ بالمشرفين المهنيين (وعليهم مشرف خارجي) وينتهي بالمرشدين. وتعد الوزارات المصدر الرئيسي لسن التشريعات وسياسات الإشراف وتعميمها سأخصص الحديث هنا عن مرشدي المدارس الحكومية، حيث يحظى مرشدو المدارس الحكومية بالنصيب الأكبر من الوظائف في مجال الصحة النفسية في الضفة الغربية، بجانب مرشدين وكالة الغوث، وهم يعملون مع أكبر شريحة من المجتمع وهي شريحة الطلاب وذويهم، بالإضافة إلى المعلمين في المدارس.

يُعد المرشد التربوي التابع لوزارة التربية والتعليم الحلقة الأضعف في جهاز الإرشاد النفسي في المناطق الفلسطينية، وذلك حسب تعبير المشرفين والمرشدين المشاركين في الدراسة، حيث وصفت قدرات مرشدي الوزارة بأنها ضعيفة، ووصفوا بأنهم غير مؤهلين لتقديم الإرشاد النفسي.

يعقد المشاركون في الدراسة من فئتي المشرفين والمرشدين في الأونروا مقارنة واضحة بين المرشد التابع للأونروا والمرشد التابع لوزارة التربية والتعليم، ويُجمعون على أن مرشدي

المدارس الحكومية أقل كفاءة من مرشدي الأونروا، وأنهم الأقل حظاً في الحصول على التدريبات وإمكانيات التطور المهني. وفي رأي أحد المشاركين في الدراسة من مرشدي الأونروا، فإن موظف الأونروا لديه تطور مهني أفضل بكثير من الموظف التابع للمؤسسة الحكومية، وهو (أي مرشد الأونروا) يرى نفسه مختلفاً عنهم، فهو "دكتور بالنسبة لهم" حسب تعبيره. وهو يرى كذلك أن موظف الأونروا هو موظف له قيمته داخل المدرسة، فله دور فاعل وواضح ومؤثر ("أنا مش ديكور بالمدرسة")، وهو يشعر أن له أهمية وقيمة عند الطلبة والمعلمين على حد سواء، وهذا ما يلاحظه أثناء تغيبه عن المدرسة (لحضور تدريبات أو ورشات لعدة أيام)، فالطلبة وزملاؤه المعلمون داخل المدرسة يفتقدونه .

هناك من المسؤولين المهنيين من يرى أن مرشدي المدارس الحكومية والأونروا هم في نفس المستوى من الكفاءة، وبحسب رأي أحد المشرفين المشاركين في الدراسة عبر قائلاً:

"أنا بشوفهم الحلقة الأضعف. في الأونروا والحكومي هم الحلقة الأضعف من ناحية الأنشطة والدورات. مرشدين المدارس ما أخذوا حقهم من ناحية الأنشطة والتدريبات، وعلى اختلاف دورهم إلا أن المعلومات والمهارات لازم تتطور وتمكن المرشد من تقديم الأفضل".

أما بالنسبة المسؤولين الإداريين العاملين في الدوائر الحكومية فهم غير معنيين باتخاذ إجراءات واضحة تهدف إلى تحسين قطاع الخدمة النفسية، حيث أن هذه التغييرات إذا ما تمت ضمن المعايير الصحيحة فستهدد مناصبهم الإدارية، لأن معظم من يشغل المناصب العليا لهذه المهنة هم غير متخصصين، فمدير الإدارة العامة للإرشاد والتربية الخاصة في وزارة التربية والتعليم، على سبيل المثال، يحمل شهادة علمية لا تمت إلى علم النفس بصلة ومع ذلك تم تعيينه مديراً لدائرة الإشراف والإرشاد التربوي في الوزارة .

وعلينا هنا أن نوضح مهمة علم النفس المجتمعي في إحداث التغيير الإيجابي داخل المجتمعات، فهو يعمل على مستويين: أولاً العمل بشكل داخلي من داخل الحكومات، وثانياً العمل بشكل خارجي من خلال المؤسسات غير الحكومية وحركات التغيير الاجتماعية، وذلك من أجل القيام بتدخلات اجتماعية بمنهجية دقيقة وواضحة.

إن مستوى الخدمات التي يقدمها الأخصائيون النفسيون في الوقت الراهن لا تكون صالحة إذا لم تقدّم الخدمة باتجاه مصدر المشكلة أو المصدر الذي تتبع منه معاناة واحتياجات المنتفعين. ولذا فإن تقديم الخدمة للأفراد دون إصلاح المجتمعات يُعدّ أمراً غير كافٍ وغير مُجدٍ، وما علينا فعله حقاً هو إجراء تعديلات وإصلاحات جذرية بعيدة المدى على النظام الحكومي والمؤسسات الأهلية العاملة في المجال، إضافة إلى تقديم الخدمات للأفراد وبذل الجهد لإصلاح أحوالهم على المستوى الفردي. فعملية التغيير تبدأ من خلال العمل "في بطن الوحش" ويُقصد بالوحش هنا المؤسسات الحكومية، حيث تبدو الحكومات بالنسبة للمواطن العادي كماردٍ ضخم له حياته الخاصة وتتكون بُنيته من أفراد قابعين في مكاتبهم يتخذون قرارات تؤثر في حياة الملايين من الناس وتحدد مصائرهم. وأنا أتفق هنا مع الكاتب حين يصرح بأن الأخصائيين لديهم فرصة جديّة في التأثير على السياسات من خلال العمل "من داخل بطن الوحش"، ويبقى التحدي الأكبر للأخصائي هو العثور على الأماكن التي يجد فيها نفسه مندمجاً مع المحيط، والحصول على الدعم الكافي من داخل وخارج المؤسسات الحكومية كي يتمكن من تأدية عمله. وعليه فمن المهم فهم آلية العمل المجتمعي من خلال التدخل مع الحكومات والمؤسسات لتغيير السياسات والهيكليات، علماً بأن تغيير القيم

والمفاهيم لن يكون مُجدياً بدون تغيير السياسات والهيكليات.

(Nelson and Prilleltensky, 2005)

❖ الميثاق الأخلاقي

حسب بيضون (2018)، لا يوجد ما يسمى "ميثاق أخلاقي" على مستوى فلسطين أو مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، ولكن هناك محاولات لإيجاد منظومة كاملة وموحدة لميثاق أخلاقي مهني يتضمن كل القيم التي تحكم ممارسة عمل الأخصائي النفسي، وبدونها لا يستطيع العمل. فالميثاق الأخلاقي يحمي الأخصائي والمنتفع على حد سواء، فهو يوفر بيئة آمنة للطرفين في علاقتهما المهنية. لقد جرت محاولات خجولة لوضع ميثاق أخلاقي فلسطيني، ولكن حتى اليوم لا يوجد شيء واضح نعتمد عليه في مجتمعنا كمقدمي خدمات نفسية.

أما على صعيد العمل في المؤسسات، فلا شك أن للنقابات دور مهم في تمكين الأخصائيين النفسيين من مناقشة المخاوف المهنية في ظل شح المبادئ التوجيهية. إن النقابة الخاصة بمهنة علم النفس في فلسطين تضم كلا من الأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين، ويترتب على ذلك حصول الأخصائيين الاجتماعيين على الحق الكامل في ممارسة مهنة علم النفس بالرغم من عدم توفر الكفاءة لديهم وعدم حصولهم على الخلفية الأكاديمية المطلوبة لذلك ولو بالحد الأدنى. لقد كان هناك العديد من المحاولات للتغلب على هذه المشكلة، ومنها محاولات لفصل المهنتين (الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي)،

وعلى صعيد الأخصائيين الاجتماعيين تمثلت هذه المحاولات في عقد لقاءات مع جامعات مختلفة لصياغة وثيقة تشمل تعريفاً واضحاً لمهنتهم وللمبادئ العامة للممارسة المهنة، أما على صعيد الأخصائيين النفسيين فليس هناك ما يدعم أية مبادرات لتطوير ميثاق أخلاقي لممارسة المهنة سوى بعض المحاولات البسيطة التي لم يكتب لها النجاح.

❖ المتابعة و التقييم

هناك متابعات للعملية الإرشادية في الوزارات والقطاع الحكومي، ف لدى الوزارات مشرفين خارجيين، ويشرف على هؤلاء المشرفين مشرفون من المؤسسات الأهلية، ولدى الوزارات مشرفين داخليين أيضاً، إضافة إلى كون الموظفين مثبتين في وظائفهم ولديهم سنوات طويلة من خبرة العمل تصل في معظم الأحيان إلى أكثر من عشرين سنة. وعلى الرغم من وجود هيكل مؤسستي بالغ التعقيد في الوزارات، فإننا نستطيع أن نجزم بأن هناك متابعة حثيثة على المرشدين داخل المؤسسات الحكومية. ولكن المشكلة تكمن في نوعية هذه المتابعات، فقد أفاد مرشدو المدارس الحكومية بأن المتابعات الميدانية من قبل المشرفين عادة ما تأخذ شكل المراقبة والمساءلة وتعبئة التقارير، وهم لا يعتبرون زيارة المشرفين لهم في المدارس زيارات دعم وإشراف وتطوير، وبالتالي فالمتابعة ليست إشرافاً مهنيّاً يفيد المرشدين بل هي في معظم الأحيان أبعد ما تكون عن ذلك.

ثالثاً: المؤسسات شبه الحكومية (المؤسسات الأهلية):

❖ نشأة المؤسسات الأهلية

نشأت المؤسسات الأهلية العاملة حالياً في القرن الماضي، وتعود بداياتها إلى عشرينيات القرن الماضي حيث اتسمت في ذلك الوقت بكونها مؤسسات دينية (إسلامية، مسيحية)، وانحصر دورها في الجانب الديني الخيري. ومن البديهي أن المؤسسات الأهلية تأثرت بالحالة السياسية في المجتمع الفلسطيني، ولذا فعلى الرغم من أصولها الدينية فقد اتسمت هذه المؤسسات بأبعاد وطنية سياسية وقامت بمهام سياسية واجتماعية على مستوى الوطن لا يمكن التقليل من شأنه. ولا شك أن المؤسسات الأهلية والدولية في فلسطين لم تؤسس لتلبية احتياجات الأفراد فقط وإنما تأثرت كذلك بالظروف السياسية والاجتماعية العامة مما أكسبها أبعاداً وأهدافاً سياسية جماعية (أبو عودة، 2016).

لقد اكتسب قطاع المؤسسات الأهلية غير الحكومية زخماً منقطع النظير في اعقاب اندلاع الانتفاضة الأولى عام 1987، وجاء ذلك في غالبيته تحت مظلة منظمة التحرير الفلسطينية. ولكن بعد توقيع اتفاقية أوسلو وقيام السلطة الوطنية الفلسطينية عام 1994، كان على المؤسسات الأهلية إيجاد دور جديد ومستقل ضمن المجتمع المدني، وإعادة طرح مواقفها وتحديد مهماتها كشريك سياسي إلى جانب القطاع الحكومي الناشئ، ولكنها استمرت في الاعتماد شبه المطلق على المساعدات الخارجية. وازدهرت هذه المؤسسات في ظل تمويل الاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية في عهد السلطة الوطنية. ومع تغير نهج المؤسسات الأهلية (غير الحكومية) وتحولها من قاعدة شعبية إلى منظمات رسمية

احترافية متخصصة، تغيرت سياسات الممولين واتجهت نحو تمويل المشاريع المُعدة مُسبقاً وضمن شروط مُملة ومفروضة من قبل الجهة المانحة. وقد خلقت معايير التمويل الخارجية حالة من التنافس الشديد بين المؤسسات الأهلية الفلسطينية، وشكّل الاحتراف (الذي اتخذ شكل الالتزام الصارم بشروط الممول) الأساس الحصول على التمويل، وبالتالي تم تهميش المؤسسات التي لم تُبدِ استعداداً "للاحتراف" وشطبها من قوائم التمويل (جرستر، 2011).

❖ العاملين في المؤسسات الأهلية:

إن دراسة جرستر (2011) التي ناقشت فيها أثر المنظمات غير الحكومية على الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في المناطق الفلسطينية، تؤكد على أن غالبية العاملين في المؤسسات الفلسطينية غير الحكومية هم من فئة الشباب المتقنين (المتعلمين)، وهم مقسمون إلى ثلاث فئات:

1. أفراد النخبة في المنظمات غير الحكومية، وهم الفاعلون في المنظمة،
2. الطبقة المتوسطة الطامحة، أي الطبقة الوسطى التي يطمح أفرادها إلى وظائف أفضل ورواتب أعلى، وهم عادةً ما يحصلون على وظائف بعقود طويلة المدى،
3. الموظفون غير المستقرين: حملة شهادات جامعية، غالبيتهم حاصلون على تدريبات ودورات، يبحثون عن عمل داخل المنظمات الأهلية ويقبلون بأجر متدنٍ وفي أي مجال متاح، فهم يبحثون عن مصدر للعيش وليس لديهم بديل، وهم لا يشعرون بالأمن الوظيفي وبالتالي معرضون للاستغلال .

والجهة الفاعلة في المؤسسات الأهلية هي فئة "النخبة"، وهم شباب أكاديميون "متقنون" يتلقون أجوراً عالية ويحظون بامتيازات سخية مقارنة بالفلسطيني العادي، ويُنظر إليهم في المجتمع المحلي على أنهم شباب من "البورجوازية الجديدة"، ذوو ثقافة معولمة، غير مهتمين بأمور السياسة، "غير متطرفين"، منفصلون نوعاً ما عن الحركة الوطنية والنضال الوطني. فهم إذاً "الموظفون النخبة"، والنخبة في العادة تشتمل على القوة والسلطة، والسلطة في هذه الحالة تتشكل ضمن مفاهيم الدول المانحة، فهم الموظفون الفاعلون في المؤسسة والقادرون على التأثير وصنع القرار، وتطوير برامج التدخل، والتشبيك مع المؤسسات الدولية والمانحين، وعلى جلب الأموال وإدارتها، وكل هذا يعكس قدرة هؤلاء الموظفين على التحكم بمصائر الناس من خلال كتابة مقترح لبرنامج ممول ورفعته للممولين للحصول على الأموال وإدارتها وتدويرها من خلال تنفيذ برامج تدخل مجتمعي .

هذه الفئة من الموظفين حملة الشهادات والحاصلين على التدريبات من داخل المؤسسة الأهلية التي يعملون فيها، صدقوا أنفسهم واعتقدوا أن لديهم القدرة على ممارسة دورهم في تطوير برامج تخصصية للتدخل المجتمعي تشمل التفكير الاستراتيجي ووضع خطط إدارية ومالية وتنفيذية تناسب الحالة الفلسطينية بجميع اعتباراتها وخصوصياتها، علماً بأن أهم ما يميز الخدمة النفسية المقدمة للأفراد من خلال برامج التدخل المجتمعي هي قدرة المختصين على تحليل السياق المحلي بنهج تشاركي أيكولوجي يشمل أفراداً من داخل السياق المحلي نفسه، وهذا النمط من التدخل بحاجة إلى مستويات عالية من التعليم والتدريب المتخصصين

قبل الخوض فيه، بُغيةً تطوير قدرات عالية واكتساب الأخلاقيات الأساسية للتفاعل مع المجتمعات المختلفة .

ففي دراسات علم النفس المجتمعي يعتبر التوجه الايكولوجي له قيمة مهمة في تقديم منهجية شاملة لفهم التجربة الإنسانية والسلوك، وهذا أدى إلى تطور طرق مختلفة لفهم وتقييم البيئات البشرية. فيهتم التوجه الايكولوجي في دراسة العلاقات بين الأفراد والأنظمة الاجتماعية المتعددة حيث أنهم جزء لا يتجزأ، ويركز التوجه الايكولوجي على الناس في سياق النظم الاجتماعية. حيث أن تيار علم النفس سابقاً ركز على العمليات النفسية الفردية بشكل كبير وأهم الأديان المهمة التي تلعبها النظم الاجتماعية بما تشمل القيم والسلوكيات الثقافية في عملية التنمية البشرية. بحيث يدرس البيئات من جوانبها المختلفة تشمل الاجتماعية الدينية والاقتصادية والنفسية أخذين بعين الاعتبار خلاقات القوة داخل النظم الاجتماعية. فتمثلت الفكرة الأساسية للتصور البيئي (الايكولوجي) في التأكيد على مشاركة الأفراد داخل بيئاتهم بحيث تهتم في فهم الطرق التي تتشابك بها الثقافة مع السلطة والاضطهاد والاستغلال، وتحديد هذه العمليات ضمن السياقات التاريخية والاجتماعية والسياسية.

التدخل الايكولوجي يهتم بعلاقة الإنسان بالبيئة المحيطة به من جميع جوانبها ويبحث عن التأثيرات المختلفة للبيئة على الإنسان من مختلف الأوجه سواء كانت من النواحي النفسية، الفسيولوجية، والانفعالية، والإنتاجية، والأزمات والكوارث وتأثيرها على صحة الفرد النفسية. إن التدخل الايكولوجي يشمل العمل مع المجتمع وليس فقط مع الناس، بحيث أن آثار

التدخل تتمثل في أن محاولات التغيير مبنية على مستويات الأنظمة الاجتماعية المتعددة وحسب

(Schensul & Trickett) تشمل أربع مستويات متشابكة وهي:

- Micro-System – نظام صغير (البيئة المباشرة مثل المنزل و المدرسة و الحي).
- Meso-System – النظام الوسيط (العلاقات المتبادلة بين مختلف البيئات داخل النظام الصغير).
- Exo-System – يشمل وسائط الإعلام و الأسرة الممتدة و الخدمات الاجتماعية.
- Macro-System – الأيديولوجيات و المواقف الثقافية

لذا لا بد من أن تبنى برامج التدخل بطريقة تشاركية تعاونية. ومن وجهة نظري أؤكد على أهمية التوجه الذي يدعم العمل من خلال التعاون والمشاركة على مستوى المجتمع ومع أكثر من جهة وفئة. وحسب رابورت، يمكننا فهم التشاركية في عملية التدخل من خلال فهم تاريخ الثقافة التي ينتمي لها أفراد المجتمع ومؤسساته، وذلك من خلال فهم سياقات الأفراد من خلال قراءة تاريخهم والعوامل السياسية والاقتصادية التي شكلت هذا التاريخ. فإن العمليات النفسية الفردية التي تتشكل بها الهوية الشخصية في سياق السرد المشترك. فنجد أن هذه العمليات المعرفية متشابهة بين الناس، بغض النظر عن محتوى تجاربهم. وبالتالي، فإن طبيعة الروايات المجتمعية المتاحة هي عنصر رئيسي في التغيير الفردي والاجتماعي. لذا وحسب (Trickett 2009) فإن الأخصائي لا يستطيع فعل التدخل دون التشاركية مع المستويات المجتمعية المتعددة ذات العلاقة بالتأثير على الفرد داخل المجتمع المستهدف. لذا

فالاقتراض ضمن المنظور الإيكولوجي، أن العمل المجتمعي يتطلب استراتيجيات تدخل متعددة تقوم على التعاون بين أطراف السياق المتعددة، وله جوانب متعددة في التوصل إلى أهداف التدخل.

إن أهم ما يحدث في المؤسسات الأهلية هو كتابة مقترحات لبرامج تدخل مجتمعي بعيداً عن فحص خصوصيات السياق واحتياجات المجتمع المحلي، ويتم تطوير خطة مالية وتنفيذية بما يتناسب مع حجم وشروط التمويل المقدم من البلدان المانحة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن بعض المنظمات الأجنبية الكبرى مثل "UN" و "UNICEF" هي التي تقوم بفحص الاحتياجات المحلية ثم تقرر تمويل البرامج المقترحة بناءً على نتائج الدراسات التي أجرتها بنفسها، وفي الأعوام الأخيرة تم تبني مفهومي الفقر و"الجنذر" كأهم الأمور التي يجب التركيز عليها في المجتمع الفلسطيني المحلي، وهكذا فُرضت هذه المفاهيم والمواضيع على المؤسسات المحلية ضمن المشاريع الممولة. وبالمحصلة فإن هذا يعني على أرض الواقع أنه إذا كانت هناك حاجة أساسية ماسة للتدخل في المجتمع المحلي ولكن هذه الحاجة ليست مشمولة في قائمة أولويات الممولين الخارجيين، فإن هذا الحاجة تُستثنى وتُهمل من قبل المؤسسات الأهلية المحلية. بمعنى أن برامج التدخل تصمّم بناءً على التمويل وفلسفة الممولين وليس على حاجة الأفراد أو الجماعات في المجتمعات المحلية.

مثال على ذلك؛ يُعد نشاط الإشراف المهني في مجال الخدمات النفسية من الأنشطة القاعدية لتنفيذ برامج الدعم النفسي الاجتماعي، ومن المتعارف عليه أن عملية الإشراف المهني هي عملية طويلة ومستمرة ولذا فهي مُكلفة. ولذا فإن ما يحصل أثناء تصميم برامج

التدخل وقبل رفعها للممولين من قبل المؤسسات الأهلية هو أن المسؤولين في المؤسسات الأهلية عادةً ما يقومون عند تصميم البرامج باستبعاد نشاط الإشراف، بسبب كونه نشاطاً مُكلفاً بالنسبة للموازنة المطروحة، غير مكثرين بأهمية النشاط وضرورته ومدى تأثيره الإيجابي في رفع قدرة العاملين في مجال الصحة النفسية. وفي كثير من الأحيان يتم إدراج نشاط الإشراف المهني ضمن الخطة، ولكن عند تنفيذ النشاط واختيار المشرفين يتم اعتماد المشرفين بناءً على اعتبارات مالية وليس اعتبارات فنية تتعلق بالكفاءة والأهلية والجودة. فمن وجهة نظر المؤسسات الأهلية، يُعد المعيار المالي هو الأهم، وعليه يتم اختيار المشرف الذي قدم أقل سعر أو تكلفة لتنفيذ النشاط بغض النظر عن خبرته وكفاءته، وفي هذه الحالة يستثنى المشرف الأكثر كفاءة وخبرة لأن تكلفته لا تتناسب ميزانية البرنامج وإمكانيات التمويل.

وبالنسبة للموظفين الذين يصممون مقترحات المشاريع ويرفعونها للممولين، فقد أظهرت نتائج دراسة (جرستر) أن تعيين هؤلاء الموظفين في المؤسسات غير الحكومية يتم في معظمه حسب المحسوبية وعلاقات القرابة والعلاقات الشخصية غير الرسمية. ومن وجهة نظري كباحثة عاملة في هذا المجال (المؤسسات غير الحكومية)، فإنني أرى أن الموظفين العاملين في هذه المؤسسات هم شباب أكاديميون ولكنهم يحملون شهادات بتخصصات تختلف كل الاختلاف عن مجال عملهم، وقد تم تدريبهم وتمكينهم من خلال تدريبات مؤلتها المؤسسة التي يعملون بها (أو على حسابهم الشخصي أحياناً) وذلك بغرض الحصول على الوظيفة وتنفيذ المهام المطلوبة. وعدا عن ذلك فإن هؤلاء الموظفين يخضعون لعدة تدريبات في

مجالات متعددة (وأحياناً متنافرة) وليس في مجال تخصصي واحد، وهذا يتعلق بالمشاريع الممولة في المؤسسة، فيتم تدريب العاملين في المؤسسة على موضوع "الجندر" على سبيل المثال، لا لسبب سوى أن البرنامج المقدم من الدول المانحة موضوعه "الجندر"، وإذا ما حصلت المؤسسة فيما بعد على تمويل لبرنامج جديد لا علاقة له بموضوع "الجندر" فإنه يتم تدريب هؤلاء العاملين على الموضوع الجديد، وهكذا. هذا هو السبب الذي يجعلنا نجد في المؤسسات غير الحكومية موظفين حاصلين على عدد من التدريبات المختلفة والمتنافرة التي لا يجمع بينها شيء سوى توفرها في المؤسسة، وهذا هو الأمر الذي يخلق "عدم التخصصية" المميّزة لغالبية موظفي المؤسسات غير الحكومية.

رأي مشرفي المؤسسات الأهلية في هذا الأمر، "أنَّ يُؤمَّل المرشد من حيث المهارات العامة الأساسية ومهارات خاصة بالموضوع. ولكن الأهم من هذا، أنه (أي المرشد) إذا لم يقدم فائدة، أن لا يتسبب بضرر. وهذا ما تقوم به المؤسسات، من حيث علمها بأن المرشدين ليسوا أقوى المرشدين ولكن المهم أنَّ هناك متابعة ومراقبة لهم بأن لا يتسببوا بالضرر للناس."

لفهم خطورة الإشكالية المتضمنة في هذا الاقتباس مما أدلت به إحدى المشاركات في الدراسة، علينا أن نذكر أن مراكز خدمات الصحة النفسية هي الملاذ الأخير الذي يلجأ إليه الأفراد لطلب المساعدة في وضع حد للمعاناة النفسية التي تُفقدهم توازنهم وتعصف بصحتهم النفسية. فحين يصل المرء إلى أحد مراكز الصحة النفسية، أو حين يقبل المشاركة في برنامج تدخّل نفسي مجتمعي، يكون قد فقد الأمل بأية وسيلة أخرى لمساعدته ولم يتبقَّ أمامه

سوى اللجوء إلى مراكز الصحة النفسية، فالمنتفعون عادةً لا يطرقون أبواب هذه المراكز من بداية معاناتهم النفسية، أولاً بسبب وضعهم المادي المُتردّي وثانياً بسبب الخوف الشديد من الوصمة الاجتماعية. وهكذا فعندما يصل المرء إلى هذا الحل الأخير فإنه يتوقع أن يجد المساعدة التي ستنقذه من معاناته، فإذا لم تُلبّ الخدمة المقدمة حاجته وتستجيب لتوقعاته فإن هذا سيستنزف ما تبقى من توازنه وتفاؤله وسيكلف نفسيته غالباً ويزداد الأمر سوءاً. ولذا فإن عبارة: "إذا لم يقدم فائدة، أن لا يتسبب بضرر" تعكس تهاوناً خطيراً من قبل مقدمي الخدمة وفهماً خاطئاً لمفهوم الصحة النفسية ومعنى قيمة "عدم الضرر"، وبالتالي تعكس استخفافاً "لإنسانياً" بأخلاق ممارسة المهنة، ذلك لأن قيمة "عدم الضرر" تعد القاعدة الأساسية في أخلاقيات مهنة علم النفس، فعدم حصول المنتفع على الخدمة المرجوة أو المتوقعة وعودته مخيب الأمل بعد أن استنفذ كل الوسائل وطرق كل الأبواب، هو ضرر خطير بحد ذاته، وهو الضرر بذاته، وكما يقول كناعنة (2003): "في تعاملنا مع أعماق النفس البشرية الجريحة فإن ما لا ينفع، ليس فقط لا ينفع، بل يمكن أن يضر ويهدم ويحطم" (كناعنة ونتلاند، 2003 : 10).

لقد أكد أحد المشرفين أن المرشدين في المؤسسات الأهلية يتلقون دائماً تدريبات حسب حاجة المؤسسة:

"التدريبات هي جزء مهم من تطورهم (يقصد المرشدين). خلال السنة يتم تقديم 3 - 4 ورشات للمرشدين، من يومين إلى ثلاثة أيام، والتدريب يكون حسب الحاجة، مثلاً السنة الماضية كان تدريب في التربية الإيجابية، تدريب للمسنين، تفرغ نفسي عن طريق صناعة

الدمى والمسرح والدراما، التدخل وقت الأزمات، تدريب مكثف عن التدخل العائلي... حسب كل فترة واحتياجاتها. لذا التدريب مع الإشراف ومع المتابعات اليومية تغني المرشد وتثريه... مع الأزمة المالية في الأونروا، بالفترة الأخيرة نحن مضطرين لهذه الورشات، مثلاً أنا كمشرف أقدم لهم (للمرشدين) تدريبات في المجال الذي أكون متمكن وقوي فيه. وأيضاً عن طريق علاقاتي الشخصية أقدم للمرشدين تدريبات. يتم التنسيق مع أكثر من مؤسسة لتقديم تدريبات مثل الهلال الأحمر، مركز المرأة للإرشاد القانوني. بالإضافة إلى انه المرشدين أنفسهم يثروا بعض."

وهنا يحق لنا القول - استنتاجاً من تصريحات المبحوثين - أن موظفي المؤسسات غير الحكومية، وبعد تلقيهم لعدة تدريبات، يتولد لديهم الإيمان الراسخ بأن لديهم القدرة على القيام بمهام المتخصص، وبالأخص في تصميم برامج التدخل المجتمعي، البعيدة عن تخصصاتهم الأكاديمية في المقام الأول. هذا مع العلم بأن برامج التدخل المجتمعي، وحسب المعايير العالمية، لا يتم تصميمها وتطبيقها إلا بعد دراسة وافية وفهم عميق لأخلاقيات هذا المجال، كما وتتطلب ممارسة هذه الأخلاقيات من الأخصائي أن يكون ملماً بالمعارف والمهارات والقيم الأساسية أثناء عمله داخل المجتمعات، أن يكون ممارساً جيداً للمهارات الخاصة بالتدخل المجتمعي.

وقد أكد أحد المشرفين في إحدى المؤسسات الأهلية على أن الحالة الفلسطينية الخاصة هي ما يحتم على المسؤولين في المؤسسات الأهلية العمل مع الموظفين من خلال تمكينهم

بتدريبات، لكون هذا هو الخيار الوحيد الذي تستطيع المؤسسات من خلاله تلبية احتياجات الأفراد في ظل الظروف الحياتية الصعبة التي يعيشها الفلسطينيون:

"نحن كفلسطينيين، والحياة التي نعيشها تحت الاحتلال وجميع ممارسات الاحتلال ضد الفلسطينيين من حيث الانتهاكات، وأساليب الحياة تجعلنا كفلسطينيين نعيش بأوضاع غير أخلاقية، غير قانونية، وغير إنسانية على جميع المستويات. وبذات الوقت، الفلسطينيون يطالبوا أنفسهم بأن يكونوا فوق أي خطأ، حيث أن أي خطأ سوف ينعكس على مسيرتهم الوطنية. لذا، الموضوع هو أخلاقي كأمر ثقافي أكثر مما هو مهني، على المستوى المهني وتقسيم عمل وتقسيم مهن، ليس مبني على المستوى المهني ولكن مبني على الحاجة. كمجتمع فلسطيني، قدرنا أننا بحاجة لدعم نفسي، لدينا علم في مجال علم النفس وهناك خبرات قادمة من الخارج. ولكن مثاليين، هناك خريجين من الجامعات الفلسطينية يفتقرون للمهارات للعمل في المجال النفسي، ولكن لديهم معرفة نفسية جيدة، ومهاراتهم تتطلب منهم أن يسافروا إلى الخارج، والحصول على دراسات عليا مركزة على المهارات سواء على الإرشاد، العلاج، التدخل المجتمعي وغيره. وبما أن هذه الفرص غير موفرة للجميع بسبب تكلفة الدراسة أو لمعوقات السفر بسبب الإغلاق وغيرها، لم يكن هناك تاريخياً، وهذا لأهمية المجتمع الفلسطيني غير الأهلي، لأنه حتى قبل أوصلو وقبل السلطة لم يكن هناك مؤسسات، وأن من كان قائم على العمل في البلد هي مؤسسات المجتمع الأهلي، وهي عبارة عن أكاديميين يحملون فكر حول احتياجات المواطن وينظرون إليه كفرده له احتياجاته على الرغم من وجوده تحت الاحتلال، مع اعتبار السياق المتواجد فيه. لذا كان هناك خيارين: إما أن

نقف ونقول لا يوجد لدينا متخصصين وعلينا إحضار متخصصين، أو يبقى لدينا خيار وحيد وهو أن يقود المتخصص الذي أنهى تعليمه في الخارج عملية الإرشاد والتوجيه للخريجين الجدد وأن يقدموا الخبرات والمهارات لهم قبل توجيههم للماجستير، وهذا يساعدهم باكتساب المهارات بشكل جيد قبل التوجه للماجستير. لذا أصبح لدى الخريجين تدريب على مهارات الإرشاد النفسي من قبل مؤسسات المجتمع الأهلي مثل مركز الإرشاد، (مركز) ضحايا التعذيب، مركز الأسرة والطفل، وغيرهم من المراكز. هذه المراكز تركز عملهم على الإرشاد النفسي فقط وما زالوا في نفس المجال، وجزء من هؤلاء المتخصصين قرروا أن يكونوا أكاديميين في الجامعات، وكانوا مسئولين عن التدريب المهني. وعملهم تضمن النظرية والتطبيق، بمعنى أنهم عاملين على تطبيق النظريات ولكن بما يتناسب مع السياق الفلسطيني، فالفكرة والمبدأ والدافعية أخلاقية وبنية سليمة."

مُرَكِّز المَرَكِّز: في بعض المراكز يكون هناك وظيفة بمسمى "مُرَكِّز المَرَكِّز"، وتتلخص وظيفة هذا الموظف في التحضير للورشات والندوات واختيار الزملاء لتنفيذ الأنشطة. وفي أحد المراكز الخاصة بتقديم الخدمة النفسية والمعروف على مستوى الضفة الغربية ويُعتبر من المراكز الرائدة في العمل النفسي في المناطق الفلسطينية، يُطلب من مُرَكِّز المَرَكِّز ممارسة دور المعالج النفسي، فنجري وتدير جلسات علاجية فردية للأطفال من خلال استراتيجية "الإرشاد عن طريق اللعب"، وكذلك تدير جلسات الإشراف في حال تغيب المشرف المهني، حيث يشارك في جلسة الإشراف عدد من الموظفين والمتدربين في المركز، ويتم أثناء جلسة الإشراف مناقشة الحالات الفردية التي يعمل عليها المرشدون والمتدربون. تقول إحدى

المبحوثات من هذا المركز أنه خلال جلسة إشراف كهذه أدارتها "مركزة المركز" نوقشت حالة فردية وُصفت بأنها "من الحالات الساخنة"، وذلك بحضور المتدربين، وكانت الأسئلة التي طرحت من قبل المرشدين تعكس فضول المرشد وليست أسئلة من أجل فهم الحالة، وأثناء الجلسة سُردت تفاصيل المشكلة وُذكرت معلومات خاصة عن الحالة مثل الاسم الكامل ومكان السكن وتفاصيل حادثة الاعتداء التي جرت مع الحالة... علماً بأن "مركزة المركز" لا تحمل سوى شهادة بكالوريوس في علم النفس من إحدى الجامعات المحلية وحاصلة على تدريب لمدة سنة واحدة من داخل المركز نفسه. وتفيد المعلومات البحثية التي حصلتُ عليها أن هذه ليست حالة وحيدة أو استثنائية وإنما هي تعبير عن نمط واسع الانتشار في مراكز الخدمات النفسية المحلية.

❖ سياسة التمويل:

في تعامل المؤسسات مع سياسات التمويل، ذكر بعض المشرفين المشاركين في الدراسة أن الأمر يعود إلى حنكة وذكاء القائمين على تنفيذ البرامج في الاستفادة من أموال التمويل بما يتناسب مع احتياجات الأفراد، حتى وإن اختلفت الأنشطة المنفذة مع طبيعة المشروع الممول وخطته؛ قال أحدهم عند سؤالي عن موضوع التمويل:

"... هذا يعود إلى شطارة المؤسسة. رح أتحدث عن السياسة التي أعمل وفقها: مثلاً، بأخر سنتين كان التمويل مقدّم لموضوع الجندر، ولكنني كنت أقدم أشياء ثانية تحت مظلة الجندر، مثلاً إذا كان هناك حاجة للعمل مع الأطفال أو بحاجة لتدريبات للتفريغ النفسي، كنا نقدمها

تحت موضوع الجندر، كنا ندبر الموضوع بطريقة ما. الإطار الأساسي هو العمل على موضوع الجندر، ولكن كنا نستطيع العمل مع نساء معنفات مثلاً، أو مع أطفال كنا نعمل معهم تفريغ أو تمكين تحت مظلة الجندر. وهذا يرجع لكل مؤسسة كيف تدير سياساتها صح."

وعلى النقيض من ذلك، عبر مشرفون آخرون عن موقفهم الراض للخروج على سياسات التمويل، فقال أحدهم:

"هناك مؤسسات متخصصة في جانب عمل معين، مثل العمل القانوني، ترفض العمل ضمن أي برنامج يخرج عن أهدافها، ولكن هذا يكلفها خسارة التمويل. وهناك مؤسسات لديها مرونة في تنفيذ البرامج وتعلن أنها تعمل في جانب الخدمات الإنسانية بشكل عام، وهنا تعمل على حماية المؤسسة من خلال تأهيل الموظفين للعمل على البرنامج أو أنها توظف ذوي الاختصاص، ولكن مع انتهاء المشروع ينتهي العقد، وهنا ندخل في موضوع غير أخلاقي من حيث الاستدامة، أي من حيث مدى استدامة البرامج."

وترى الأدبيات المتعلقة بالموضوع أنه على العاملين في البرامج المحلية المعتمدة على التمويل الخارجي أن تجري تفاوضاً بشكل مستمر، منذ بداية التخطيط للبرامج وحتى الانتهاء من تنفيذه، وتتحقق المسؤولية الأخلاقية من خلال إشراك جميع الأعضاء المساهمين في تصميم وتنفيذ البرامج في هذه المفاوضات، وأن يتم تقديم البرامج بما يخدم احتياجات المنتفعين والعاملين، مع الحفاظ على مبدأ ألا تخرق أخلاقياتك من أجل الحصول على التمويل. (Duncan, Bowman, and others, 2007)

❖ الميثاق الأخلاقي:

هناك أكثر من وثيقة يتم تمريرها من خلال الورشات التدريبية الخاصة بأخلاقيات المهنة، وهناك مؤسسات أهلية طورت سياسة خاصة بمراكزها تنص على ما يسمونه "أخلاقيات العمل المهني داخل المركز". وخلال عملي في المؤسسات الأهلية لطالما سمعت زملائي في المهنة يتحدثون عن عدم معرفتهم بالميثاق الأخلاقي الخاص بالمؤسسات التي يعملون بها، فليست هناك وثيقة خاصة بالموظفين وإنما هناك وثيقة خاصة بالمدرسين الذين يتم التعاقد معهم من خارج المؤسسة، وهي وثيقة تخص حماية الطفل حصرياً وبشكل خاص، وتنص على ضرورة توفير الحماية وتجنب إلحاق الأذى بالأطفال المشاركين في الأنشطة التي تقدمها المؤسسة وتنفيذها مجموعة من المدرسين من خارج المؤسسة، وتمرر هذه الوثيقة على المدرسين أحياناً، وفي أحيان أخرى يتم تجاهلها تماماً.

❖ المتابعة والتقييم:

الأمر المقلق في المؤسسات الأهلية هو عدم وجود جهة عليا لمتابعة العمل في هذه المؤسسات. من حيث المبنى التنظيمي، تتبع المؤسسات الأهلية لوزارة التنمية من حيث المتابعة والمساءلة، ويتم بالفعل متابعة المؤسسات الأهلية قانونياً إذا ما حصل ضرر على منافع وقام بتقديم شكوى ضد المؤسسة. ولكن من حيث تفاصيل مجريات العمل اليومي، وتطوير الموظفين ومتابعة كفاءتهم، فليست هناك أية متابعة. هناك مؤسسات بارعة في توفير التطوير لموظفيها من خلال التنسيق مع مؤسسات وجمعيات محلية أخرى، وهناك

مؤسسات لا تبذل أي جهد في سبيل تطوير موظفيها، لأنها ما زالت حديثة العهد قليلة التمويل وتتعامل مع السوق حسب ما هو متوفر بالسوق. فالأمر برؤيته متوقف على المؤسسات نفسها وليس هناك من يتابعها أو يراقبها، لا وزارة التنمية ولا غيرها. وحسب رأي المشاركين في الدراسة من داخل المؤسسات الأهلية، فإن العمل في هذه المؤسسات غير مقنن من حيث المتابعة، إلا في الحالات التي تخلق فيها إدارة المؤسسة نفسها سياسات وإجراءات للتدقيق الداخلي بتحفيز من إحدى الوزارات ذات العلاقة، وعدا عن ذلك فقد أصبح المشرفون يمارسون عملهم بثقة عليا من حيث القانون، مقتنعين بأنه لا أحد يراقبهم أو يتابع ما يفعلون. وفي هذا الوضع فإن ما يثير القلق فعلاً هو عدم وجود مجموعة رسمية موحدة من المبادئ التوجيهية الأخلاقية لعلم النفس وممارسته، حيث تمارس الأخلاقيات حسب الأنظمة الداخلية للمؤسسات المختلفة وبناءً على متابعة المؤسسات نفسها للأمر من حيث الإشراف على طواقم المرشدين، مع التواجد الضبابي الهزيل لوثائق أخلاقية داخلية تُعرض على المنتفعين لضمان حقوقهم وواجباتهم وإيجاد أساس قانوني لمساءلة افتراضية.

استنتاج أول: العيادات الخاصة – المعالجين Freelancers

على الرغم من عدم مركزية العمل في العيادات الخاصة في الضفة الغربية، والذي يعود إلى عدة أسباب أهمها قلة المتخصصين والتكلفة العالية في برامج العلاج الفردي، إلا أن هناك تفضيل واضح لدى متلقي الخدمة للتوجه إلى العيادات النفسية الخاصة أكثر من توجيههم إلى المؤسسات الأهلية والحكومية .

من المتعارف عليه بين عامة الناس أن خدمة العلاج النفسي الفردي المقدمة في المؤسسات الفلسطينية تعتمد على البرامج الممولة، وأن سياسات الممولين تفرض برامج دعم نفسي للأفراد لا تتطلب الدفع من قبل الأفراد، ولذا لا تطلب المؤسسات الأهلية من متلقي الخدمة النفسية سوى مبالغ رمزية، وفي أغلب الأحيان تقدم الخدمة النفسية مجاناً ودون أي مقابل. وترى المؤسسات أن الغاية من المبلغ الرمزي المطلوب من متلقي الخدمة هو إضافة قيمة للخدمة النفسية وليس للانتفاع المادي :

"تأخذ من المنتفعين مبلغ رمزي، وهذا يعزز قيمة الخدمة وأن يعرف المنتفع أنه من حقه أن تأخذ هذه الخدمة وعليك أن لا تتحمل جميلة أي شخص... نحن لا نساعد، نحن نشغل، وهذا يعزز من احترام المهنة وبنفس الوقت المبلغ رمزي، ولكن هو غير مضطر على تقديم أي أمر آخر". ولكن على الرغم من وجود هذا الفرق الكبير في التكلفة، فإن الأفراد المحتاجين يفضلون التوجه إلى العيادات الخاصة، وثقتهم بهذه العيادات أكبر وأمتن من ثقتهم بمؤسسات الإرشاد والخدمات النفسية. وللمنتفعين أسبابهم في تفضيلهم للعيادات الخاصة، أهمها أن التواصل يكون مع المُعالج مباشرة، حيث لا يحبذ المنتفعون وجود وسيط بينهم وبين المعالج كالمسكرتيرة أو مُرَكِّزة المركز، وكذلك لأن العيادات الخاصة توفر للمنتفع مكاناً أكثر خصوصية حيث لا وجود لأخصائيين أو معالجين آخرين (أو متدربين) في العيادة، ولذا فهي تحقق الخصوصية والأمان بالدرجة الأولى، وإضافة على ذلك تكون ثقة المنتفعين بالمعالجين المستقلين في عياداتهم الخاصة أكبر وأعمق .

أما المشرفين المشاركين في الدراسة فكان لهم رأي آخر حول العيادات الخاصة، فهم يعتبرون من المقلق انعدام الشفافية في العيادات الخاصة، وعلى الأخص عدم خضوع المعالجين للإشراف المهني، فهم يتخوفون من عدم تلقي المعالجين للإشراف المهني المتخصص بسبب تكلفته العالية وقلة المتخصصين وعدم وجود مشرفين خارجيين. وقد عبر أحد المشرفين عن ذلك قائلاً :

"في العيادات الخاصة قد تقدّم هذه الخدمات دون معرفة ماذا يحدث، ولكن في المؤسسات هناك متابعة، وجلسات إشراف جماعي وإشراف فردي، ودراسة حالات ونقاشها وتوزيع مهام. وهذه العملية في رأيي، وقد يختلف معي البعض فيها، ولكن هي أفضل في تقديمها من خلال المؤسسات، حيث توافر الإشراف. أما في العيادات الخاصة فهل نضمن أن المعالج يتلقى إشراف، وخاصة أن الإشراف سوف يكون على حسابه الشخصي؟ في المؤسسات، كل المشرفين يعملون في التدريبات، والتعليم، والإشراف، وداخل المؤسسة هناك مشرف من الزملاء في المؤسسة، وكل فترة يحصل المشرفين على إشراف خارجي".

استنتاج ثاني: دور الجامعات الفلسطينية:

علينا الوقوف هنا عند دور الجامعات في تأهيل طلبة علم النفس وتحسين قدراتهم. فعلى سبيل المثال، تخصص الإرشاد التربوي النفسي "Educational Psychology" مختلف غاية الاختلاف عن تخصص علم النفس الاكلينيكي "Clinical Psychology"، ومع ذلك فإن الممارسين لهاتين المهنيتين في فلسطين حاصلون على نفس التعليم، بحكم أن هذين التخصصين غير موجودين في الجامعات الفلسطينية. وفي رأيي فإن التغيير في الوعي لهذين

المفهومين وللفرق بين هذين التخصصين يبدأ من الجامعة، وعلى الأكاديميين في الجامعات الفلسطينية دراسة حاجة المجتمع لهذه التخصصات. وعلم النفس كالتب، يبدأ بالتعليم العام ومن ثم يتوجب على الطلبة أن يتوجهوا إلى التخصصات المختلفة والمدارس العلاجية المختلفة لكي يصبحوا مؤهلين للقيام بالمهام العلاجية المتخصصة .

ولعله لا يخفى على أحد أن الجامعات الفلسطينية تعاني من عجز واضح في الأكاديميين الذين يُدرّسون المساقات المختلفة في علم النفس، والدائرة في جامعة بيرزيت مثلاً، دائمة البحث عن أكاديميين متخصصين مؤهلين لتدريس المساقات المختلفة، ولذا فإنه لا يكون واضحاً للطلبة أثناء تلقيهم العلم أن ما يتعلمونه ليس إلا الأساسيات، وأن عليهم أن يبنوا على هذه الأساسيات مساراً معرفياً ومهنياً طويلاً حتى يصلوا إلى المسمى المهني التخصصي الذي يريدون الحصول عليه clinical community, educational : etc...، ومن هنا يمكن أن يبدأ التغيير والتأسيس لسياسات وطنية تضع الأساس المتين لسوق عمل مهني.

كما وأن الجامعات المحلية تلعب دوراً محورياً في تأهيل وتمكين الطلبة، ويتضح هذا الأمر عند عملية قبول الطلبة الملتحقين بالتخصصات في برامج الماجستير. فجامعة بيرزيت، على سبيل المثال، تقبل في برنامج ماجستير علم النفس المجتمعي عدداً من الطلبة القادمين من تخصصات لا علاقة لها بعلم النفس، فهناك طلبة من تخصصات الإعلام، والعلوم السياسية، والقانون، وطلبة يعملون في السلك الأمني. ولذا فالطلبة المتقدمين لبرنامج ماجستير علم النفس المجتمعي يشتملون في الواقع على المرشد النفسي، والأخصائي

الاجتماعي، والمحامي، والصحفي، وحتى العسكري. ولا شك أن جميع هؤلاء يسعون إلى تقديم الخدمات الإنسانية، كل على طريقته، إلا أن استخدام المعرفة والمهارات السيكلوجية تختلف باختلاف خلفية الطالب الأساسية؛ المحامي يستعين بعلم النفس لخدمة أهداف مهنته، وكذلك الصحفي والسياسي والعسكري. هذا يعني أن هؤلاء الطلبة سوف يستخدمون معرفتهم السيكلوجية لأغراض بعيدة عن الأهداف الأساسية لمهنة علم النفس، والتي تعتبر في جوهرها خدمة إنسانية تهدف إلى تخليص الأفراد من معاناتهم النفسية ورفع الضرر عنهم وتحسين صحتهم النفسية، وبالتالي النهوض بجودة حياتهم. وبالنتيجة فإن برنامج ماجستير علم النفس المجتمعي في حقيقة الأمر لا يؤهل هؤلاء الطلبة كأخصائيين نفسيين قادرين على ممارسة العلاج النفسي الفردي أو الجماعي، وإنما يزودهم بالمعرفة السيكلوجية التي يُمكنهم أن يستعينوا بها لأداء مهامهم في تخصصاتهم المختلفة.

المحور الثاني: الإشراف في المؤسسات المقدمة للخدمة النفسية في الضفة الغربية.

يحتوي هذا المحور على وصف لعملية الإشراف في المؤسسات المركزية التي تم وصف مبنائها وعملها في المحور الأول، وهي وكالة الغوث الدولية - الأونروا، والمؤسسات الحكومية، والمؤسسات الأهلية (غير الحكومية) .

تعد عملية الإشراف مسرحاً لأهم القيم الإلزامية التي نص عليها الميثاق الأخلاقي العالمي. وكما عرّفناه في الإطار النظري أعلاه، فالإشراف هو عملية يتمثل الهدف الأساسي منها في

إعداد أخصائيين مؤهلين أكفاء قادرين على الممارسة المهنية للخدمات النفسية، وبالتالي فالإشراف هو حجر الزاوية في إعداد الأخصائيين لتقديم الخدمات النفسية. وحسب المبادئ التوجيهية للجمعية الأمريكية لعلم النفس، فإن الإشراف يعتمد على ثلاثة معايير أساسية وهي: (1) الحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس، (2) الحصول على الكفاءة، وتشمل عمليتين؛ التدريب والتعليم، (3) العمل من خلال الاستناد على المبادئ التوجيهية للمواثيق الأخلاقية. ويتحقق الإشراف كإجراء أساسي لتقديم الخدمة النفسية في حال توفرت هذه المعايير الملزمة. وبناءً على هذه المعايير تمت دراسة ووصف عملية الإشراف في مؤسسات الضفة الغربية في هذه الدراسة.

لخص المشرفون المشاركون في هذه الدراسة معايير الإشراف بما يلي:

1. الجهوزية:

والجهوزية تعني أن يكون المشرف جاهزاً نفسياً ومعرفياً ومن حيث مستوى المهارة للعمل مع متلقي الخدمة النفسية (المنتفعين)، وللتعامل مع الإشكاليات الشخصية التي تعيق التطور الشخصي للمشرف وتؤثر على أدائه المهني، وخاصة إشكالية التحيزات التي غالباً ما يقع فيها المشرفون. ولذا فإن المشرفين المشاركين في الدراسة يرون أنه من المهم أن يعمل المشرف قبل أن يتولى منصبه على حل الإشكاليات الشخصية من خلال الخضوع للعلاج النفسي. كما وأكد المشرفون على ضرورة التمسك بالمبادئ الأخلاقية للمهنة ومدونة قواعد السلوك، فهم يدركون أنه من المفروض بهم كمشرفين أن يشكلوا نماذج يُحتذى بها في الانفتاح على استكشاف الذات وفهم نزعة الذات إلى التحيز، والرغبة في متابعة التعلم، كما وأنهم يدركون حقيقة أن الناس عامة يتوقعون من المشرف أن يكون قدوة للغير فيما يتعلق

بتنوع معارفه ومهاراته ومواقفه، ولكنهم في نفس الوقت يعترفون بأنه لم يتم تجهيز المرشدين والمشرفين في المؤسسات الفلسطينية من الجانب التنموي (أي تقييم ذاتهم ومعرفة احتياجاتهم)، وبالتالي فهذه هي إحدى المعضلات الأخلاقية الأساسية التي نواجهها لدى العاملين في مجال الصحة النفسية في مؤسسات الضفة الغربية.

2. الشهادات العلمية:

عالمياً، يُعد الإشراف منظومة معرفية وعملية متكاملة على المشرف أن يكون قد مر بها بنجاح وحصل على الشهادات التي تشهد له بذلك. وحسب نظام APA، يشمل تعريف مقدم الخدمة النفسية شرط أن يكون قد أنهى التدريبات المخصصة واكتسب الخبرة المطلوبة في مجالات التدخل الوقائي والتقييم والتشخيص والخدمات العلاجية، وذلك على أساس: (1) التأهل معرفياً ومهنيّاً لدرجة الدكتوراه في علم النفس، (2) الانتهاء من التدريب الداخلي والحصول على الخبرة العملية الكافية في الإشراف، (3) الحصول على ترخيص رسمي لمزاولة المهنة كمقدم للخدمات النفسية (APA، 2014). أما في المؤسسات الفلسطينية فغالبية من يشغلون وظيفة الإشراف هم من حملة شهادة الماجستير أو ما دونها في أحد التخصصات المختلفة في علم النفس.

3. توفير الحماية للمشرف:

من المهم أن يكون المشرف المهني محمياً في موقعه في التسلسل الإداري، وأن تمكنه هذه الحماية من مواجهة المرشد الذي يشرف عليه بأي خلل مهني أو أخلاقي يقوم به. ويبدو أن الوضع مختلف على أرض الواقع في الحالة الفلسطينية، فقد تطرقت إحدى المشاركات في الدراسة إلى حالة أحد المرشدين من زملائها الذي أقدم على مهاجمة مشرفه، وهو مشرف

مهني متخصص، لأن الأخير واجهه باختراقات تكمن في صلب عمله، مما دفع إلى تشويه سمعة ذلك المشرف ومن ثم الاستقالة من عمله في المؤسسة التي يعمل فيها والتوجه إلى مؤسسة حكومية ليحصل على نفس المركز واللقب وهو "مشرف مهني" دون التأكد من حصوله على التدرج المهني والعلمي المطلوب.

إن السلطة المهنية المخولة للمشرف تمنحه القدرة (والجراً) على تحويل المرشدين إلى الجهات المسؤولة للمساءلة والمحاسبة في حال التجاوز للمعايير الأخلاقية، ومن المفترض أن تتم هذه المحاسبة دون مهاجمة المشرف من قبل المسؤولين في المؤسسات المهنية، فمن المفترض أن يكون المشرف محل ثقة مهنية عالية لدى هؤلاء المسؤولين، مما يساهم في تحديد دور العاملين في المهنة والعلاقات التراتبية بينهم، بما في ذلك اتخاذ الإجراءات العقابية المناسبة بحق العاملين غير المهنيين للحد من الضرر الذي قد يلحقونه بمتلقي الخدمة .

وفي هذا الصدد يؤكد ميثاق الـ APA أنه في حال تعرض أحد المشرفين أو المرشدين لمشاكل في أدائه للمهنة، يتوجب على المشرفين التشاور في القضية لضمان فهم السياسات والإجراءات المؤسسية والقانونية واتخاذ الإجراءات السليمة المتعلقة بتقييم الأداء. وفي هذا التشاور يسعى المشرفون إلى تحديد مشكلات الأداء المحتملة والإبلاغ عنها كي تُتخذ الخطوات اللازمة لمعالجتها في الوقت المناسب، مما يتيح الفرصة لإصلاح الوضع وإحداث التغيير. وعلى المشرفين أن يقيّموا أداء المرشدين بشكل مستمر فيما يتعلق بمجموعة من الكفاءات التأسيسية والوظيفية، بما في ذلك المواقف والسلوكيات المهنية ذات الصلة

بالممارسة المهنية، وأن يتخذوا قرارات حاسمة بشأن الحالات التي لا يفي فيها مقدمو الخدمة النفسية بتوقعات الكفاءة. في معظم الحالات، يتمتع مقدمو الخدمة أخلاقياً وقانونياً بفرصة عادلة للتغلب على مشاكل الكفاءة والاستمرار في العمل، وفي هذه الحالة على المشرفين أن يسعوا إلى مراقبة مقدم الخدمة وتوثيق التقدم الذي يحرزه في تحسين كفاءته للتعامل مع المشكلة. وفي حال عدم استيفاء مقدم الخدمة لمستويات الأداء المنصوص عليها حسب الخطة المتفق عليها، فعلى المشرفين النظر في فصله من عمله. هذه التوجيهات تفترض ضمناً أنّ لدى المشرفين فهم واضح لمشاكل الكفاءة التي تعكس السلوك غير الأخلاقي أو غير القانوني الذي يعد خطيراً بدرجة تستوجب الفصل الفوري من العمل، علماً بأن هذه الاعتبارات تحدث في سياق خطط منظمة وواضحة لمعالجة المشاكل الناجمة عن قلة الكفاءة وسوء الأداء المهني. (APA, 2014)

يتضح من خلال مقابلي للعاملين في مجال الصحة النفسية في المؤسسات الفلسطينية أن معايير الإشراف في السياق الفلسطيني المحلي لا تختلف عن المعايير العالمية، وهناك امتثال لما هو عالمي من حيث معرفة المشرفين بالأسس المهنية. وقد تبين ذلك من خلال وصف المبحوثين للمعايير بشكل متطابق مع النظام العالمي، حتى وإن لم تطبق بشكل فعلي. ومن أهم المعايير التي ركز عليها المشرفون في المؤسسات الفلسطينية، المسؤولية القانونية، والتي رصدوا تغييبها في مؤسسات الضفة الغربية مما يقلل من مهنية وجودة العمل في مجال الخدمة النفسية، وهذا يؤثر بدوره على عمل المشرفين بسبب فقدانهم للحماية القانونية.

وفيما يتعلق بتطبيق الإشراف في مؤسسات الضفة الغربية فإن ذلك متعلق بفلسفة المؤسسة وإيمانها بأهمية الإشراف، إضافة إلى اعتبارات أخرى كارتباط أنشطة الإشراف بسياسات التمويل والميزانيات المطروحة. ولذا فسوف أقوم هنا بوصف واقع عملية الإشراف في كل نوع من أنواع مؤسسات الضفة الغربية التي يتمركز فيها العمل النفسي، كما تم توضيحه في المحور الأول.

أولاً: وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين - الأونروا:

يرى المشرفون في وكالة الغوث الدولية أن الإشراف من الأنشطة الهامة جداً في مجال الخدمة النفسية، فهو في رأيهم يساعد المرشدين على التخلص من الضغوطات النفسية الناجمة عن أعباء العمل أو ظروف أخرى، وهو كذلك يطور ويعزز قدرة المرشدين وكفاءتهم المهنية، ويضمن اكتساب المعرفة والمهارات من خلال الأنشطة التي ينفذها المشرف مع مجموعة المرشدين:

"الإشراف سياسة مهمة في العمل، وغير معمول بها في البلد. عدد قليل جداً من المؤسسات تقدم خدمة إشراف لطاقتها. الإشراف يريح ويقوي ويعزز نقاط القوة ويكشف نقاط الضعف عند الموظف ليحسن من ذاته. الإشراف يقدم تفريغ نفسي ويعلمنا مهارة ويقدم معلومة. أنا أوصي بالإشراف. يا ريت يكون في كل مؤسسة إشراف، لو ما كان ضمن سياسة المؤسسة يكون من خلال تعاقد مع مؤسسات مختصة في تقديم الإشراف، لو مرة بالشهر، من خلال مشرف خارجي، لأن الإشراف يقدم أثر أفضل مع الموظف".

ولذا يعتبر المشرفون أن الأشراف نشاط بالغ الأهمية، فهو يساهم بشكل كبير في تحسين الخدمة النفسية المقدمة للمنتفعين. ولكن على الرغم من التأكيد على أهميته، فهو في الواقع لا يولى الاهتمام الكافي من قبل المسؤولين داخل الوكالة، ويبقى رهن الحالة المادية للوكالة وخاضعاً لسياسات التمويل. وقد صرح المشرفون بأنهم لم يتلقوا إشرافاً خارجياً لفترة طويلة نتيجةً للأزمة المالية الخانقة التي تحيق بالوكالة مؤخراً: "نعم، هناك إشراف خاص بالمشرفين، لكن إله من بداية السنة موقوف، لأسباب تتعلق بتمويل المؤسسة." ويتفق مع هذا الرأي مشارك آخر من الوكالة، حيث يقول :

"في العشر سنوات الأخيرة أصبح موضوع الإشراف أفضل داخل المؤسسات، بمجموعة محددة من المؤسسات الأهلية. كخدمة إشراف، المصطلح مألوف ولكن غير متوفر بسبب التكاليف العالية، وأيضاً عدم توفر عدد كافي من المتخصصين."

ثانياً: المؤسسات الحكومية :

تعتبر وزارة الصحة هي المؤسسة الرسمية في تقديم الخدمات النفسية، بالإضافة إلى وزارة التربية والتعليم التي تقدم خدمة الإرشاد التربوي في المدارس الحكومية . يتضح من المعلومات المجموعة لهذه الدراسة أن المراكز التابعة للسلطة الفلسطينية لا تعترف بأهمية الإشراف، فالإشراف موجود كمفهوم ولكن لا يتم تزويد العاملين بأي جلسات إشراف في العيادات التابعة لوزارة الصحة. ولقد حدثنا أحد المشرفين عن رفض المسؤولين في الوزارة تقديم أي خدمات إشراف عندما تم طلبها منهم، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل

على عدم استيعاب المسؤولين لمفهوم الإشراف وأهميته، علماً بأن الإشراف يعد في النظام العالمي من الشروط الإلزامية الأساسية للعاملين في مجال الصحة النفسية. إن العيادات التابعة للحكومة ليس فيها مشرف مهني، ويقوم الأخصائيون والمرشدون في المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة بمهامهم كمعالجين وكمشرفين بتفويض من مدير المركز المعني، وفي أحيان كثيرة تتم مناقشة الحالات الخاصة نت قبل الطبيب المسئول عن المركز ومجموعة الأخصائيين العاملين في المركز، وذلك بشكل عفوي ودون تحضير مسبق لجلسة إشراف .

أحد المشرفين المشاركين في الدراسة، والذي يعمل في إحدى المؤسسات الحكومية، حاصل على دبلوم في الإشراف المهني، على الرغم من أن التخصص الرئيسي في دراسته الأكاديمية كان في مجال لا يمت بصلة إلى علم النفس، وعدد سنوات خبرته العملية أقل من سنوات الخبرة للموظفين الذين يشرف عليهم. ويعمل هذا المشرف كمعالج نفسي في المركز، ويقوم بمهمة العلاج النفسي وصرف الأدوية وكأنه من كبار المتخصصين في علم النفس أو الطب النفسي. وكان هذا المشرف قد حصل سابقاً على إشراف ضمن إطار مدرسة التحليل النفسي، وعليه فقد رأى أن ذلك كان كافياً كي يتبنى الإشراف من منطلق "المرساة التحليلية" ويبدأ رحلته المهنية في العلاج النفسي التحليلي، مُشكلاً لذاته هوية مهنية غير ناضجة ولا مقنعة حتى له نفسه، ولذا قرر استكمال دراسته في الصحة النفسية فتسجل للماجستير بتخصص صحة نفسية. ويعتبر هذا المشرف (المعالج) أن الإشراف الذي تلقاه هو ما ساعده في اكتساب الخبرة العملية والكفاءة المهنية، ويؤكد على أهمية الإشراف على الرغم من عدم اعتراف الوزارة التي ينتمي إليها بذلك: *فكرة الإشراف مش متبلورة في المؤسسات، خاصة*

الحكومية منها. المؤسسات الخاصة يوجد فيها مفهوم الإشراف، ومش فاهمين شو يعني إشراف. لما توصلنا مع مديرة الصحة النفسية وطلبنا دعم وإشراف للفريق كان ردها: "انتو لسة بدكم حدا يشرف عليكم؟!"

وزارة التربية والتعليم:

في هذه الوزارة نظام للإشراف تم تطويره داخلياً في عام 1996 بمشاركة مشرفين خارجيين، وتم تدريب قسم الإرشاد على النظام، وعليه أصبح هناك قسم الإدارة العامة للإرشاد والتربية، ولهذا القسم رئيس ومجموعة مشرفين مهنيين مسئوليتهم متابعة المرشدين داخل المدارس الحكومية. إذاً، هناك نظام ومنهجية واضحة في وزارة التربية والتعليم، ويبقى علينا فحص جودة الخدمة المقدمة.

ثالثاً: المؤسسات الأهلية :

تقدم المؤسسات الأهلية نشاط الإشراف المهني بناءً على سياسات التمويل. وحيث أن التدخل الذي تقدمه غالبية المؤسسات الأهلية ليس علاجياً وإنما يحمل طابعاً وقائياً، فإن المؤسسات الأهلية عامةً تفتقر إلى الإيمان بأهمية الإشراف، ولذا فهي بحاجة إلى تقديم الكثير من المبررات للممولين للحصول على تمويل للإشراف (أو التدريب على الإشراف) للموظفين. وفي حال كان هناك برنامج للإشراف فهو يخضع لسياسات التمويل وللميزانيات المطروحة، وفي العادة يتم تخصيص عدد ضئيل من الجلسات لتنفيذ النشاط الإشرافي.

إن التقسيم الوظيفي في المؤسسات الأهلية يفرض على مدراء المشاريع القيام بدورين في نفس الوقت؛ الدور الإداري، والدور المهني. نتحدث إحدى المشاركات في الدراسة عن أدوارها في المؤسسات الأهلية فتقول: "كان كثير صعب عليّ اشتغل بدورين، إدارية ومشرفة... المؤسسات لا ترى إن الإشراف المهني هو أمر ضروري."

إن هدف الإشراف، حسب تعريف ميلن (2009)، هو تعزيز النتائج الإيجابية لمتلقي الخدمة النفسية، وتحقيقاً لهذه الغاية يجب أن يضمن الإشراف تدريب العاملين في مجال الخدمة النفسية بأمان وفعالية، إضافة إلى بناء وتعزيز نقاط القوة لدى العاملين من خلال التعامل مع الحالات التي يجلبونها جراء عملهم مع المنفَعين. هذا الدور المعياري للإشراف هو دور رئيسي منصوص عليه في السياسات الإجرائية المهنية. فالدراسات تؤكد على أهمية الإشراف وفعاليته في تحقيق جودة الخدمة النفسية المقدمة، ومع ذلك يكاد نشاط الإشراف يكون غائباً عن برامج الخدمة النفسية في مؤسسات الضفة الغربية. فكيف يمكن لهذه المؤسسات إذاً ضمان نتائج إيجابية في عملية التدخل النفسي التي تقوم بها طالما لا يوجد هناك بند إلزامي يحتم الإشراف المهني؟! إن الإشراف في المؤسسات الأهلية في الضفة الغربية هو بمثابة أمر تجميلي لا بد منه كي تظهر المؤسسة بمظهر مؤسسة رصينة تؤدي مهامها حسب أصول المهنة، وكان الإشراف قد بدأ في هذه المؤسسات عندما أخذ عدد كبير من المؤسسات بالمطالبة بضرورة توفير الإشراف ولكن دون توفر فهم عميق وواضح لمعنى الإشراف ومعايير تقديمه، ولذا تم تعيين المشرفين دون الاهتمام بالمعايير المهنية للتأهيل والكفاءة، ولم يتم فيما بعد تطوير هؤلاء المشرفين وتأهيلهم لتقديم الإشراف المهني على

أصوله، وهكذا خلقت مشكلة كبيرة لا يزال حقل الخدمات النفسية في فلسطين يعاني منها حتى الآن.

هناك عدد قليل ولكنه متزايد من الأدبيات التي تُظهر أن المنتفعين الذين يتلقون علاجاً لدى معالجين يحصلون على الإشراف، لديهم نتائج إيجابية أكثر في العلاج. بامبلنج وآخرون (2006)، على سبيل المثال، وجدوا أن العملاء المصابين بالاكتئاب والذين يتلقى معالجتهم إشرافاً، كانوا أقل عرضة للتسرب من العلاج، وعبروا عن ارتياحهم الكبير للعلاج، وانخفضت لديهم نسبة الاكتئاب بمعدل أعلى من منتفعي المعالجين غير الخاضعين للإشراف. إلا أن Harkness و Hensley (1991) وجدوا أن فوائد الإشراف التي تعود على المنتفعين كانت واضحة فقط عند التركيز على جوانب محددة من العمل العيادي (Donovan, Walters, 2011).

وفي هذا السياق ركزت دراسة Wade و Jones (2015) حول موضوع "الإشراف القائم على مبدأ القوة" على أهمية الإشراف المهني وارتباطه بالعلاج النفسي، فبحكم أن للإشراف قواسم مشتركة مهمة مع أدوار مهنية أخرى كالعلاج النفسي، فإن هذا التقارب يجعل حدوث المشاكل ممكناً، وخاصة إذا أصبح الإشراف مركزاً جداً على التدريس فقط أو متجهاً نحو النمط التعليمي فقط، أو يركز بشكل كبير على المساعي العلاجية، أو على الاستشارات، حيث أن العديد من التقنيات المستخدمة في العلاج تستخدم في الإشراف أيضاً. فنماذج الإشراف القائمة على العلاج النفسي تُعتبر امتداداً طبيعياً لنماذج العلاج، وغالباً ما يتقاسم النوعان نفس المفاهيم ومجالات التركيز والمصطلحات. وبما أن الكثير من الممارسات

الشائعة في العلاج النفسي لا تزال حتى اليوم تطبق في عملية الإشراف، فمن المهم أن يتم تطبيق النظريات الخاصة بهذه الممارسات بشكل مدروس ومبرمج سواءً في العلاج النفسي أم في الإشراف المهني، وذلك على اعتبار أن العلاقة بين المشرف والمرشد في عملية الإشراف لا تتطابق مع العلاقة بين المعالج والمنتفع في عملية العلاج، ناهيك عن أن المهارات ومجالات التركيز في العمليتين مختلفة جداً.

يرى غالبية المشرفين أن على المرشدين العمل على القضايا الشخصية التي تعيق تطورهم المهني، والعمل على تفكيك النزعات والتحييزات الشخصية، والخضوع للعلاج النفسي قبل المباشرة في تقديم الإشراف أو الإرشاد أو العلاج للمنتفعين:

"عندي إيماني الخاص إن مجتمعنا، لا يستطيع المعالج أن يمارس مهنته بنجاح إذا لم يعيش تجربة العلاج على نفسه. مع أن هذا الأمر ليس قانون وغير إلزامي، وأنا بعرف، ولكنني أرى إنها تجربة أساسية في مجتمعنا الفلسطيني، لأنه كل واحد فينا عاش بأزمات وما عرف يشتغل عليها صح، وأكد علق بمحل معين، وحتى ما يوقع تحت التحويل والتحويل المعاكس على المرشد أن يخضع لتجربة علاج، حتى لو لفترة قليلة."

لقد أثر النموذج الديناميكي النفسي بشكل كبير على الإشراف في السنوات الأولى من قدومه إلى المناطق الفلسطينية. وحيث أن المشرف كان في معظم الأحيان يقوم بدور المعالج النفسي، فقد تطلب هذا النموذج من المشرف الخضوع للتحليل النفسي حتى لا يتفاعل المعالج سلباً مع المنتفع ويعيق العملية العلاجية. أما في الوقت الحالي فمعظم برامج التدريب لا تتطلب رسمياً من الطلاب المتدربين أن يخوضوا تجربة شخصية مع العلاج

النفسي. ولذا فإن هذه الدراسة تشجع بشدة العاملين في مجال الخدمة النفسية على الخضوع للعلاج النفسي بشكل متكرر، حيث أن كلتا العمليتين (الإرشاد والعلاج) تحتاجان إلى تحالف قوي بين طرفي العلاقة، وهذا بدوره يحتاج إلى شعور الطرفين بالأمان والاحترام المتبادل، بالإضافة إلى الفهم والتعاطف الشديد مع عمليات التحويل والتحويل المعاكس (Wade, Jones, 2015).

لقد اتضح من المقابلات التي أجريتها أن لدى المشرفين المهنيين وعي تام لمهامهم ومسئولياتهم، فهم على علم ودراية بحدود عملهم كمشرفين وكمعالجين ولا يتم الخلط بين الأدوار. وعليه يبقى التساؤل عن نوعية الإشراف المقدم للمرشدين، وهنا وجهتُ أسئلتني للمشرفين والمرشدين حول عملية الإشراف. وكان هناك تباين بين بعض الإجابات، إلا أن جميع المشرفين كانوا متفقين على أن الإشراف يقدم تفرغاً نفسياً للمرشدين ويساهم في تطوير مهاراتهم ورفع مستوى كفاءتهم:

"دائماً ما أعمل على أمرين وهما: تفرغ الضغوطات النفسية من خلال جلسات الإشراف، دائماً يتم العمل على هذه الجلسات حتى لا يحدث تراكم للضغوطات وتؤثر على المرشد. وثانياً، العمل على تطوير جسور التواصل والتفاهم بين المرشدين."

وفي نفس الاتجاه يقول مشرف آخر:

"لا يوجد حدود للعلاقة. هي علاقة مفتوحة. أنا كمشرف، عليّ أن أتبع مع المرشد من A لـ Z؛ شغله، ملفاته، مجموعاته، حالته، وذاته. أيضاً يتم متابعة العمل على ذات المرشد؛ كيف عم تتطور، إذا أداؤه ما زال كما هو لا يحدث عليه تقدم أو تطور خلال سنوات عمله، وهذه

مشكلة عليّ كمشرف متابعتها. لدينا تقييم سنوي، ويقيم تطور المرشد بناءً عليه، وفي حال اكتشاف أنه لا يوجد تطور في عمله أخبره بذلك وعليه العمل خلال السنة القادمة على تطوير ذاته في المجالات التي تم تقييمه عليها، وفي حال لم يطور نفسه في المجال تكون هناك مشكلة عند المرشد نفسه."

أما بخصوص الإشراف الفردي فقد أفاد المشرفون بأنهم يواجهون العمل مع المرشدين إلى قضاياهم ومشاكلهم الشخصية ويحاولون مساعدتهم في تطوير وعيهم لمشاكلهم والعمل على تجاوزها: "فالإشراف الفردي نعمل من خلاله أكثر على الوعي عند المرشد حتى يعرف ماذا حقق في عمله؛ هل هو بالمكان المناسب أم لا، هل بقدرته تقديم الخدمة أم لا. هناك مرشدين يقولون: "بطلت قادر أشوف حالي في هذا المجال". أو في مرشدين عملوا بنفس المكان سنوات طويلة وأنا أتفهمهم، وأتفهم الاحتراق الذي أصابهم. ومن الأمور الصعبة أن يصل المرشد لمكان لا يستطيع فيه أن يعطي أو يقدم شيء... نحن بدورنا نشتغل معه حتى نطلع من هذه المشكلة؛ دعمه، تغيير جزئي في شغله يقدم له دافع، مثل تغيير المنطقة، تغيير التدريب، تقديم موضوع جديد له."

وعند سؤال المرشدين عن دور الإشراف وأهميته بالنسبة لهم، كانت أجوبتهم كالتالي:
 - "ننلقى إشراف، وهو أشبه بالاجتماع أكثر من كونه شيء تفرغي. في فرق بالإشراف، إنو أروح وأفزع لأنني كنت أشعر بالضغط النفسي وتلقيت إشراف... الإشراف الفردي، يأتي مشرفي إلى غرفتي، أما الجماعي كمرشدين نتوجه إلى مكان. ونحصل على الإشرافين الفردي والجماعي، ولكن الإشرافين لا يقدمان 100%، أحصل على إشراف فردي لكن لا يتم

اتقانه 100% أو جماعي لا يتقن 100%... لا أريد القول قلة مهارة بالمشرفين أو عدم خبرة، ولكن هو روتين أو نمط، أو يأتي المشرف يسألنا عن صعوبات العمل التي كانت بالفترة السابقة، والإنجازات؛ نفس الأسئلة، كل مره نفس الأسئلة، وبدائرتنا وبالذوائر الأخرى وبنفس المنطقة أو بمنطقة أخرى، نفس الشيء ونفس الأسئلة."

- "تلقيت خلال عملي بالمؤسسة إشراف فردي وجمعي وتدريبات، كنا نشعر أننا أقوىاء. ولكن البرنامج توقف وتم تحويلنا لقطاع التعليم. حالياً أعمل في قطاع التعليم، والمشرفين الذين يشرفون على العمل للأسف هم مشرفين لا يحملون الشهادات التي تؤهلهم في وظيفتهم، هناك مشرفة تخصصها رياضة، ومشرف آخر فقط يتفلسف علينا. دور الإشراف مهم في التطوير، ولكن المشرف عندنا يأتي لينتقدنا فقط، لا يدعم ولا يطور، يبحث عن أخطاء ويلوم ويحرق الموظف وظيفياً."

- "الإشراف المهني الذي يقدم على مستوى شمال الضفة الغربية، حيث هناك متابعة من قبل المشرفين باستمرار، فتقدم جلسات الإشراف كل أسبوعين أو كل شهر، ويتم فيها متابعة الحالات التي تم العمل معها خلال الفترة مع الحفاظ على سرية وخصوصية الحالة. يتم عمل تفريغ نفسي للمرشدين. تقديم خدمات تطويرية من خلال التدريبات والاجتماعات، تطوير مهني. يتم في جلسات الإشراف تقديم مشاركة من جميع الزملاء، حيث يتم التشاور بينهم في الحالات، وهذا يقدم بدوره تطور مهني ويساعد في أخذ الخبرة في التعامل مع الحالات المختلفة والتي يصعب على المرشد العمل معها. ولكن برأبي أن في جلسات الإشراف لا يتم مناقشة أخلاقيات المهنة مثل التأكيد على موضوع السرية، لأن هذه الصفات

هي صفات إنسانية قبل أن يحملها المرشد كصفة أساسية ضمن مهنته، وهي معروفة مسبقاً وقبل التوجه لجلسة الإشراف. لذا لا داعي لذكرها في جلسات الإشراف بما أن هناك اتفاق مهني مسبقاً."

أوضح المرشدون خلال المقابلات أن برنامج الإشراف متوفر في الغالب، وهو يقدم لهم فرصة للتعبير عن الضغوطات النفسية، فهو المكان الذي يعبر فيه المرشدون عن أعباء العمل ويتحدثون عن الحالات التي تم التعامل معها. فهو إذاً موجود كنشاط، ولكنه يقدم كنشاط تفريري أكثر مما هو نشاط تطويري. ويحصل المرشدون العاملون في العيادات والمرشدون المجتمعيون على إشراف وتدريبات بمستوى أفضل من المرشدين في المدارس، حيث يُعتبر مرشدو المدارس الأقل حظاً من حيث التطور المهني وتحسين الكفاءة. كما وأفاد المرشدون المشاركون في الدراسة بأن الإشراف في شمال الضفة الغربية يقدم باستمرار ويتم اعتباره المكان الأكثر أماناً للتفرغ عن الضغوطات، أما في جنوب الضفة فهناك استياء من عملية الإشراف المقدمة، من حيث تخصص المشرفين وطريقة الإشراف المتبعة، خاصة مشرفي المدارس، والتي تتخذ شكل المراقبة والتدقيق.

❖ الاحتراف:

يعتمد كثير من المشرفين على عدة أساليب لتطوير المرشدين وتدريبهم على العمل المهني، وأحد هذه الأساليب هو "النمذجة" أي التعلم من خلال النموذج، حيث يرى المشرف في نفسه قدوة للمرشدين ويؤمن أن المرشدين قادرين على ملاحظة واكتساب المهارات والصفات المهنية منه، الأمر الذي يزيد من كفاءتهم المهنية. وفي هذا السياق قالت إحدى المشرفات:

"بدأت بالعمل مع المرشدين مركزة على احتياجاتهم، نقاط القوة أعمل على تعزيزها ونقاط الضعف أبقى أذكرهم بها. كنت أركز على الجانب القوي لأنه بهذه الطريقة سيخف الضعف. كنت أبذل الجهد حتى أتفهم، أتقبل، أنزل لكيف بفكروا، ونفكر بشكل مشترك وليس لوحدي وكأنني أعطي أوامر، بل كنا نأخذ قرار مشترك، وهذا ساعدني لأكسبهم، لأكون قدوة جيدة لهم، لأنني إذا أردته أن يكون صادق معي يجب أن أكون أنا صادقة معه، ودائماً أقول أن المدير هو مرآة الموظف، وهم يأخذوا الأخلاقيات من المدير. عندما أرافقهم بالعمل الميداني أتصرف ولا أشعرهم أنني أراقبهم بل أساعدهم وأعمل معهم."

لقد أطلق نظام الـ APA مفهوم "الاحتراف" لتوضيح مهمة تدريب المشرف للمرشدين على الناحية التنموية، والتي تم تعريفها على أنها اكتساب مهارات تضمن الإيثار، والمساءلة، والإحسان، والعطف، والرحمة، والشجاعة، والممارسة الأخلاقية، والتميز، والصدق، والشرف، والإنسانية، والنزاهة، والتفكير، والوعي الذاتي، واحترام الآخرين، والمسؤولية والواجب، والخدمة، والمسؤولية الاجتماعية، والعمل الجماعي، والجدارة بالثقة. ويؤكد هذا النظام أن النمذجة وحدها لا تكفي لتعليم الاحترافية في العمل، وأنه يجب تضمينها في منهج أكبر للتدريب يشتمل على سلوكيات متوقعة من الناحية التنموية. ومن المهم بالطبع أن يكون المشرف في المستوى الأعلى من الحرفية، ولكن التعلم بالنمذجة لوحدها لا تكفي، بل يجب أن يعمل المشرف على تقديم التدريبات وإكساب المهارات بأكثر من وسيلة (. APA, 2014

استنتاجات:

1. لا يوجد إشراف خارجي للمشرفين الداخليين في المؤسسات الفلسطينية، وهذا ما أدى إلى احتراق الموظفين في وكالة الغوث، خاصة وأن الإشراف يقدّم ضمن سياسات التمويل في الوكالة ويتأثر بانخفاض وارتفاع التمويل من قبل الدول المانحة. ومع الأزمة المادية الحاصلة في وكالة الغوث في السنوات الأخيرة، قلّ الدعم المادي المقدم لبرامج الإشراف، وبالتالي توقف مشرفو الوكالة عن تلقي أي إشراف مهني، على أمل أن يتم توفير التمويل لجلسات الإشراف في المستقبل القريب.
2. أبدى المشرفون احتراماً للمرشدين؛ احترام السياق الثقافي-الاجتماعي والتنوع في المشارب والانتماءات. وعلى الرغم من عدم الرضا عن سياسات المؤسسة في كثير من الأحيان، إلا أن المشرفين يقدمون للمرشدين ما يرونه أخلاقياً ومهنياً، كالسؤال عن أوضاعهم الاجتماعية الناجمة عن الظروف السياسية المتعلقة بالاحتلال، وذلك على الرغم من رفض المؤسسة القاطع للخوض في شؤون السياسة تحت أي طائل .
3. يقدم الإشراف للمرشدين تفريغاً نفسياً، ولكنه يعجز حتى الآن عن أداء وظيفته كإشراف تطويري.
4. الإشراف في عيادات الوكالة أفضل منه في المدارس، فهو في الوكالة يعمل على تطوير المرشدين ويحسن من كفاءتهم، بينما يقدّم الإشراف في المدارس غالباً باعتباره تفريغ نفسي في المقام الأول، ومتابعة ومراقبة للمرشد في المقام الثاني .

5. هناك استياء شديد لدى المرشدين، خاصة في قطاع التعليم، من تدني جودة الإشراف وعدم استمراريته بالقدر المطلوب، علماً بأن الدراسات تؤكد على أهمية استمرارية الإشراف المهني كمعيار أساسي لأخلاقيات مهنة الإرشاد والعلاج النفسي، فالإشراف إذا استمر بالقدر المطلوب هو الذي يحسن كفاءة المرشدين ويطورها .
6. من الشائع في السياق الفلسطيني تعيين مشرفين بخبرات أقل من خبرات المرشدين، أو تعيين مشرفين غير متخصصين في برامج علم النفس أساساً ويحملون شهادات علمية في تخصصات بعيدة كل البعد عن علم النفس .
7. كثر القضايا الأخلاقية التي يتعامل معها المشرف مع المرشدين في جلسات الإشراف هي التحويل والتحويل المعاكس، ثم يليها الضعف المهني للمرشدين .
8. تكلفة الإشراف المرتفعة وعدم حصول المشرفين على إشراف خارجي أثراً بشكل خطير على الإشراف الداخلي. إن اعتماد المؤسسات المحلية الكلي على التمويل الخارجي لتنفيذ الأنشطة، له الأثر الأكبر على جودة الخدمة المقدمة وكفاءة العاملين في مجال الخدمة النفسية. وقد أدى هذا إلى أمرين:
- (أ) إضعاف ثقة المنتفعين بالمرشدين والمعالجين وفقدان الأمل في الحصول على العون النفسي الذي من شأنه أن يوصل المرء إلى حالة نفسية طبيعية ومنتزعة.
- (ب) اكتساب قيم الممول الخارجي بفعل الخضوع لسياسات التمويل، الأمر الذي انعكس على قيمة الإشراف وأخلاقيات العاملين في الصحة النفسية. إن التفاوض عن تقديم الإشراف بسبب كلفته الباهظة قد كلف مجال الخدمات النفسية الكثير مهنيًا، وأثر بشكل

كبير على كفاءة المؤسسات ومصداقيتها، وحفز العاملين في مجال الصحة النفسية على
التقاسم عن إلزام أنفسهم بالأخلاقيات الإلزامية لمهنة علم النفس.

المحور الثالث: الكفاءة المهنية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية في

مؤسسات الضفة الغربية

❖ المنفعة وعدم الضرر (Beneficence and No maleficence):

إن القيمة الأساسية التي يركز عليها الميثاق الأخلاقي العالمي لعلم النفس هي "عدم
الضرر"، وذلك استناداً إلى قسم أبقراط. فالعمل في مجال الصحة النفسية ينطلق من مبدأ
أساسي في غاية الأهمية، وهو تقديم الخدمة النفسية بهدف الإفادة، وعدم التسبب بأي
ضرر للشخص المنتفع مهما كان انتماؤه. ويعتبر مبدأ "عدم الضرر" من "القيم الطموحة"،
ذلك لأنه من الصعب تحقيقها بالكامل، ولذا فهي غير ملزمة بالمطلق ولا تشكل الأساس
لفرض العقوبات في حال لم يتم تحقيقها من قبل العاملين بالكامل.

ولتفادي اللبس في فهم ما قيل أعلاه بخصوص مبدأ عدم الضرر، يمكننا مقارنته بفكرة تم
طرحها سابقاً، وهي أن العمل على النفس البشرية لا يقل أهمية عن العمل على الجسد، وأن
إخضاع النفس البشرية للعلاج النفسي هو أشبه ما يكون بإخضاع الجسد البشري لعملية
جراحية: فلو أخذنا مشهداً يمثل حدوث إحدى المضاعفات الطبية لمريض بعد خروجه من
عملية جراحية، فإن المعايير التي يتم الاستناد إليها لتحليل الحادثة وتقييم ملبساتها، هي
تلك المعايير التي وُضعت للجراحة الطبية بحيث يتحتم على الجراح الالتزام بها من أجل

تقليل نسبة حدوث أمر كهذا، وإذا ما وجدنا ان الطبيب الجراح قد أدخل بهذه المعايير فإن التسمية تتحول من "مضاعفة" إلى "خطأ طبي" يستلزم المحاسبة وربما يستوجب العقوبة. في هذا الصدد، وضحت لجنة الاعتراف بالتخصصات والكفاءات في علم النفس المهني (CRSPPP) التابعة للجمعية الأمريكية لعلم النفس الهيكلية التي على مقدمي الخدمة النفسية أن يمروا بها حتى يتم الاعتراف بهم كمختصين مهنيين لديهم الكفاءة التي تؤهلهم للعمل في مهنة علم النفس. وشددت اللجنة على أن هناك سياسات وإجراءات فعالة ومنظمة يجب التقيد بها من أجل ضمان سلامة الخدمة النفسية المقدّمة وتحسين جودتها، وتشتمل هذه السياسات والإجراءات على مراجعة الوثيقة (أو العريضة) المقدمة من قبل المنظمات التي تطلب اعتراف الجمعية بتخصصها المهني، وتطبيق آليات للتقييم الدوري وتجديد الاعتراف بترخيص مزاوله المهنة من قبل الجهات المختصة، وتقديم توصيات إلى إدارة المنظمة المعنية للاحتفاظ بترخيص مزاوله المهنة. كما وتنص تعليمات اللجنة على أنه على الخريجين المُقدمين على العمل في مجال الصحة النفسية الحصول على ترخيص مزاوله المهنة من خلال التقدم لامتحان على مستوى الدولة يحصل الخريج من خلاله على الاعتراف بأنه أخصائي نفسي قادر على ممارسة تخصص معين في مهنة علم النفس (لجنة الاعتراف بالتخصصات والكفاءات في علم النفس المهني، APA, 2017).

وفي دراسة تحمل عنوان "كيف تصبح أخصائياً نفسياً"، هناك وصف تفصيلي للإجراءات الرسمية التي يجب اتباعها للحصول على ترخيص بممارسة مهنة علم النفس، وحسب هذا الوصف يحتاج مقدم الخدمة إلى الحصول على الدرجة المطلوبة في التعليم الجامعي،

واجتياز اختبار الدولة أو اختبار وطني، واستيفاء متطلبات التراخيص اللازمة. وخطوات الحصول على الترخيص لممارسة المهنة تتطلب من مقدم الخدمة أن يتخطى عدة إجراءات:

(1) الحصول على درجة البكالوريوس في علم النفس لاكتساب المعرفة الأساسية الضرورية في المجال،

(2) اكتساب الخبرة العملية أثناء دراسة البكالوريوس مع التركيز على تخصص معين، مثل علم النفس التطوري إن كان الطالب يميل إلى العمل مع الأطفال أو ذوي الاحتياجات الخاصة، أو علم النفس العيادي إن كان الطالب يميل إلى العمل كمعالج اكلينيكي لاحقاً،

(3) اختيار برنامج الماجستير،

(4) اختيار التخصص حسب اهتمامات الطالب،

(5) اكمال درجة الدكتوراه بما تتطلبه من معدل تراكمي وخبرة عملية،

(6) إجراء تدريب داخلي أثناء العمل لمدة عامين وتحت إشراف مهني، وهنا يحدد مقدم الخدمة إذا ما كان التخصص مناسباً له، وفي هذه الحالة قد يحتاج التدريب إلى موافقة الجمعية الأمريكية للأمراض النفسية،

(7) الحصول على الترخيص بمزاولة المهنة من خلال استيفاء شروط التعليم والتدريب واجتياز الامتحان الوطني (من موقع All Psychology School).

وبناءً عليه فإن تقديم الخدمة النفسية دون إحداث ضرر لدى المنتفعين يتطلب (منطقياً) وضع مبادئ إلزامية يتم تفعيلها كمعايير أساسية للتقييم والمحاسبة، أسوة بالمعايير الطبية في طب الجراحة، بحيث تحتم على مقدمي الخدمة النفسية اتباعها بمهنية عالية ودون تهاون،

حيث أن أي خطأ فيها قد يتسبب بالضرر، والغرض منها ضمان سلامة وجودة الخدمات النفسية المقدمة. ومن أهم تلك المبادئ الإلزامية: الموافقة المستنيرة، والسرية، والإشراف، وتعدد الأدوار، والكفاءة، والمسئولية المهنية.

يبوح المنتفعون بأسرارهم وخبايا معاناتهم الشخصية أثناء العلاج النفسي، بالتالي فهم يضعون مصيرهم بين يدي المعالج ويطلبون منه أن يكون موضع ثقة وأن يتحلى بالقوة، وهذا الأمر يتطلب من المعالج الكفاءة والمقدرة على التعامل مع قضايا المنتفعين بمهنية تامة واحترافية عالية. فعلى المعالجين المهنيين إذاً أن يحافظوا على مبدئين أخلاقيين أساسيين: الإحسان، أي أن يحاول المعالج فعل الخير للمنتفعين لأجل الخير فقط، وعدم الضرر كما شرحناه سابقاً. هذان الأمران يتطلبان مزيجاً من المعرفة والمهارة والمقدرة على التحليل والاجتهاد. وتتطلب الممارسة المهنية الكفاءة الفكرية والعاطفية، حيث يتكون المركب الفكري من قاعدة معرفية غنية وواسعة، وتقييم وتخطيط العلاج الفعال للمنتفعين، وفهم القيود العلاجية للشخص المعالج (بمعنى التخصصية)، أما الكفاءة العاطفية فتتعلق بإدارة المعلومات واستخدام الأدوات الإرشادية والتعامل مع التحيزات الشخصية والرعاية الذاتية Remley (and Herlihy, 2007).

ومن وجهة نظري فإن المعالج النفسي الذي لم يخُص تجربة العلاج النفسي بنفسه غير مؤهل تماماً لممارسة دوره كمعالج. فالمعالج غير الواعي لتجربته وتركيبته النفسية ومشاعره هو معالج غير متيقظ لآليات الدفاع النفسية، ومهما بلغت بنا القدرة على الفهم المجرد للآليات الدفاعية فإن الوعي بها واختبارها ذاتياً خلال رحلة العلاج النفسي تمنح المعالج

المقدرة على فهم ديناميكياتها لدى منتفعيه، علماً بأن آليات الدفاع تشكل صلب العملية العلاجية. وفيما يتعلق بمقدمي الخدمة النفسية في المؤسسات الفلسطينية، فهم لم يتعلموا هذا الجانب العلاجي إلا من خلال المساقات الجامعية النظرية التحضيرية فقط، في حين يشجع النموذج الديناميكي النفسي على ضرورة خضوع المعالج للتحليل النفسي كشرط لضمان جودة العملية العلاجية ولكي لا يتفاعل المعالج سلباً مع المنتفع ويعيق العملية العلاجية. صحيح أن هناك دراسات ترى أنه ليس من الضروري أن يخضع المعالج للتجربة العلاجية، وصحيح أن معظم برامج التدريب الراهنة لا تتطلب من الطلاب رسمياً أن يمارسوا بتجربة شخصية مع العلاج النفسي، ولكن دراسات كثيرة أخرى، كدراسة John and Janise (2015)، تنادي بضرورة خضوع المعالج لتجربة العلاج النفسي، وترى أن كرسي المنتفع يختلف تماماً عن كرسي المعالج، فعلى الرغم من أنه من الممكن أن تصبح معالماً جيداً دون تجربة علاج شخصية إلا أن الأمر أشبه ما يكون بمدرّب لفريق كرة سلة لم يمارس كرة السلة في حياته .

إن عدم الكفاءة وعدم المسؤولية المهنية لدى مقدمي الخدمة النفسية هو ثاني أكثر الأمور التي يتم الإبلاغ عنها من حيث الشكاوى الأخلاقية (ويحتل تعدد العلاقات المرتبة الأولى)، وتثبت الدراسات أن الداعي من وراء هذه الشكاوى هو التسبب بالضرر للمنتفع. Remley (and Herlihy, 2007).

بناءً على ما تقدم، سنركز في هذا المحور على مبدأ الكفاءة المهنية، وذلك لأهميته في تحقيق العلاج النفسي بمهنية عالية. وسيتم وصف الكفاءة لدى مقدمي الخدمة النفسي في السياق الفلسطيني اعتماداً على ثلاثة محاور:

1. وصف الكفاءة من وجهة نظر متلقي الخدمة النفسية.

2. وصف الكفاءة من وجهة نظر مقدمي الخدمة النفسية.

3. معايير تقييم الاستفادة من الخدمة النفسية.

أولاً: الكفاءة من وجهة نظر متلقي الخدمة النفسية (المنتفعين)

سيتم توضيح الكفاءة من وجهة نظر المنتفعين من خلال سرد بعض تجارب المنتفعين المشاركين في الدراسة، مع العلم أن هناك ثلاثة منتفعين من أصل خمسة من الذين قابلتهم كانوا قد حصلوا على الخدمة النفسية أكثر من مرة في مراكز مختلفة ولكن تشاركوا في تجربة واحدة من تجاربهم العديدة مع نفس المركز، وأبدى المنتفعون ملاحظات متقاربة جداً عن آلية العمل في المركز المشترك بينهم. كذلك تلقى اثنان من المنتفعين العلاج من ذات المعالج النفسي من داخل المركز. ولذا كانت هناك تجربة علاج مشتركة لثلاثة منتفعين مع نفس المركز، وأثنين مع نفس المعالج النفسي في المركز.

المنتفعة الأولى:

"تلقيت الخدمة النفسية قبل 10 سنوات. ذهبت للقاعين فقط. لم يتغير أي شيء بعد الخدمة. بالعكس، ندمت للتوجه وطلب الخدمة النفسية ومشاركة موضوع خاص أزعجني مع شخص لم يفدني. كنت أشعر أن المعالج من عالم آخر، طريقة حديثه الرسمية وردوده ونقاشه كانت

فقط لأجل الرد وليس للمساعدة. كان شكله يعطي طابع غريب، خصوصاً لبسه للطاقيّة طوال الوقت... لا أعرف أحد آخر ذهب للمركز، ولم أنصح أحد بالذهاب. استقبال المركز وطريقة التحويل من مرشد لآخر غير مريح، ومع عدم درايتي وخبرتي بالأمور الإرشادية، لكن صاحب المؤهل والخبرة يستطيع المساعدة، عكس تجربتي."

نحن نتحدث هنا عن اللبنة الأولى في العلاج النفسي، وهي بناء العقد العلاجي. ويتضح في هذه الحالة أن العقد العلاجي لم يُبنَ مع المنتفعة بطريقة مهنية، ويتجسد ذلك بعدم شعورها بالراحة، والذي عبرت عنه بشعورها بالندم لمشاركة المعالج تجربتها الشخصية. يركز هذا على مبدأ "الموافقة المستنيرة" الذي تعتبره الجمعية الأمريكية لعلم النفس من المبادئ الإلزامية. لم تذكر المنتفعة أية معلومات تدل على أن المعالج قام بتأسيس عقد علاجي مهني معها وضّح من خلاله أهداف العلاج أو آليته، بل هي عبّرت عن عدم درايتها بالعملية الإرشادية وعدم ارتياحها من طريقة الاستقبال وطريقة التحويل بين المرشدين دون ذكر أسباب التحويل. في دراسة قام بها موقع "Good Therapy" المتخصص بتقديم استشارات نفسية، تم تحديد صفات التي يحتاجها المعالج النفسي ليقوم بدوره، فكان أهمها القدرة على الاتصال وامتلاك المهارات الاجتماعية وأهميتها في اللقاءات الأولى من العلاج النفسي، فمهارات الاتصال القوية تساعد المنتفع على شعور بالراحة، كونه لم يتعرف على معالجه من قبل ومن المحتمل أن تنشأ علاقة علاجية إيجابية معه، والتي بدورها تمنح الثقة والاطمئنان للمنتفع. كما وتساعد مهارات الاتصال المُعالج على تطوير شبكة علاقات قوية

مع زملاء المهنة تمكّنه من تحويل الحالة إليهم إذا اقتضى الأمر
(Good therapy,2013).

المنتفعة الثانية:

شاركنا هذه المنتفعة تجربتها العلاجية معبرة عن عدم الثقة بالمعالج وقلقها الدائم من قضية السرية. كانت تقلق من الالتقاء مع المعالجين ضمن التدريبات التي تنسق لها. اهتمت أثناء البحث عن معالج بأن تتواصل مع معالج معروف، لأنها - كما تقول - تعرف ماذا يناسب احتياجاتها؛ هي تحتاج لمعالج مستواه في الأداء عالٍ جداً، وأن يكون شخصاً متمرساً ومتمكناً من المهنة، يقدم خدمات نفسية بكفاءة عالية. ولأنها إنسانة مرهفة الوعي بمشاكلها، فهي تعلم أنه ليس بمقدور أي معالج تفهم مشكلتها ومساعدتها .

كانت طبيعة عملها تجمعها بالعديد من المعالجين النفسيين ذوي الخبرة العالية، ولكن في إطار مهني. هذا جعل الأمر صعباً عليها في التواصل مع هؤلاء الأشخاص كمعالجين لها دون أن تتأكد من عدم التداخل في الأدوار. كانت على الدوام قلقة من نظرة المعالجين لها عندما تشتغل معهم وتوك بصحبتهم في إطار المهنة، وكانت تشك دائماً في طريقة تعاملهم معها، فوصفت تعاملهم معها بأنه "تعامل غير أصيل كمعالجين"؛ سوف يرونها بدور المنتفع، وهذا ما كان يخلق لديها أزمة في التواصل معهم كمهنيين وكمعالجين.

ما زالت تعاني إلى هذا اليوم من "حُكم المعالج" عليها، والذي قدمه المعالج على أنه تشخيص لحالتها، وهذا ما جعلها تشعر بأنها في موضع المتهم، وأنها بحاجة للدفاع عن نفسها دائماً؛ تدافع عن نفسها من الحكم الذي أصدره المعالج بحقها: *أنا متضايقة لليوم من*

حكمه علي. تلقيت الأذى من خلال تشخيصي. كنت أشعر أنني أجلس مع نكر وليس مع مهني، سريع الحكم والتشخيص، غير مريح من حيث النظرات ونبرة الصوت، كان يصلني توتر مزعج منه، وكان يستخدم مصطلحات بلغة لا أعرفها. كنت أشعر بعد الجلسة أنني أضيع وقتي. لم أستفد، لم أكن أنتظر الجلسة التالية، وبعد خمس جلسات الموضوع أزمني ولم يفدني، بل على العكس؛ أخذت قرارات سيئة بحياتي، أي أن العلاج لم يكن مؤثر إيجابي في حياتي."

عكست تجربة هذه المنتفعة عدم ثقة الأفراد بالمعالجين النفسيين، فهناك تجاوزات مهنية تمثلت في عدم القدرة على حفظ السرية، ولا احترام خصوصية المنتفعين أمام الزملاء وغير الزملاء. ويُعد فقدان ثقة المنتفعين بالمعالجين النفسيين أحد أهم الأسباب في فقدان الأفراد الثقة بمهنة علم النفس بشكل عام، وهذا ينعكس بشكل سلبي على المهنة وتطورها، فسوء الخدمة المقدمة للأفراد من بعض المعالجين يُكسبهم صورة نمطية عن علم النفس بأكمله. ويرى Jensen في دراسته حول حدود الكفاءة المهنية (1979)، أن الحالات التي لا يؤدي فيها المعالجون دورهم بطريقة كفؤة تسبب الضرر للمنتفعين ويمكن أن تؤدي إلى فقدان الثقة بالعلاج النفسي بالمطلق (Overholser & Fine, 1990).

لقد عبّر المنتفعون الذين مروا بتجربة العلاج النفسي عن استيائهم وتذمرهم من نوعية الخدمة النفسية التي تلقوها، والتي اتضح من خلالها وجود العديد من التجاوزات المهنية. وعليه قمتُ باستنتاج المؤشرات التالية التي تدل على أن جودة الخدمة التي حصل عليها المنتفعون غير مرضية:

أولاً: لوجستيات العلاج.

تأخذ غرفة العلاج النفسي أهمية لا تختلف كثيراً عن غرفة العمليات الجراحية، فكما على الطبيب الانتباه إلى أدق التفاصيل لإنجاح العملية الجراحية، كذلك على المعالج النفسي أن يتحضر جيداً لتقديم الخدمة النفسية مراعيًا أدق التفاصيل. فاللوجستيات المقدمة داخل المؤسسات تعكس واقع المؤسسة ومهنيّتها وتتضح بمدى احترام المؤسسة للفرد وكرامته. والملاحظة الموضوعية المباشرة تثبت أن الغرفة المخصصة للخدمات النفسية في مقرات وكالة الغوث ومدارسها هي من أسوأ غرف المؤسسة، وهذا إنما يعكس عدم اهتمام المؤسسة بمهنة الأخصائي النفسي ويخلق لدى المنتفع الشعور بعدم التقدير أو عدم الاحترام. وفي المدارس، سواءً الحكومية أو مدارس الوكالة، فالاهتمام بغرفة المرشد النفسي لا يشكل أمراً أساسياً، وفي بعض المدارس لا توجد غرفة للمرشدين، بل لا يوجد مرشد من أصله. لقد صرح المشاركون في الدراسة عما يعتبرونه من أكثر الأمور التي لم تكن مرضية لهم، والتي عادت عليهم بالضرر جراء تلقيهم الخدمة النفسية في المراكز التي توجهوا إليها، وعلى رأس هذه الأمور: طريقة الاستقبال، وموقع المركز، ومدة الجلسة.

طريقة الاستقبال:

قال أحد المنتفعين عن سوء الاستقبال شاكياً شعوره: "حسيت حالي موجود بعيادة أسنان وأنا عم أستنى، ثم استقبلني الدكتور مع والدي في غرفته. كان جالس مثل الأسد، بطريقة نافس حاله، فاتح إيديه ويلعب بالقلم. بعد حديثه مع والدي، كونه في معرفة سابقة بيننا، بالرغم من

أني توجهت له مغصوباً، قام بتوجيه سؤال محرج لي وبشكل مباشر وأمام والدي. هنا أنا شعرت بالإساءة الشديدة، وشعرت أن هذا البني آدم أنتهى بالنسبة لي".

منتفع آخر وصف استقبال المعالج له، وكيف أن المعالج كان جالساً على كرسي دوار خلف مكتبه بينما هو جالس على مقعد غير مريح، وكان المعالج يحمل استمارة ويوجه له أسئلة محددة، وكان المظهر الخارجي للمعالج يوحي بنمط روتيني مما يدل على أنه ينجز المهام الموكلة إليه دون وجود مشاعر أو تواصل فعال مع الشخص المقابل، وكأنه ينهي مهمة معينة حتى يتسنى له متابعة عمله مع منتفعين آخرين.

أما بالنسبة لحيثيات الوصول إلى المعالج داخل المؤسسات فهناك مسار ثابت يمر من خلاله المنتفعون، ويبدأ من عند سكرتيرة المركز التي تقوم بالإجراءات الرسمية، فتأخذ معلومات المنتفعين وتحدد المواعيد قبل الوصول إلى المعالج. وعبر المنتفعون عن أثر هذه العملية عليهم:

"دخلت إلى المركز، توقعت أن يكون المكان أفضل من حيث الشكل والألوان. شعرت أنني في عيادة أسنان. استقبلتني السكرتيرة وطلبت معلومات؛ الاسم، رقم الجوال، وأسئلة وتفاصيل رسمية. هذه الطريقة اشعررتني أنني مريض نفسي. يمكن بالغت بتوقعاتي، ولكن من حقي أن لا يتم معاملتي بطريقة رسمية بعد أن اتخذت قرار بعد رحلة طويلة من التساؤلات حتى قررت، وجاي عم بجُر رجلي، لأنني بحاجة للمساعدة وهذا آخر حل، لكن عند وصولي إلى المعالج كان شيء بشع جداً أنني جلست على كرسي بلاستيك والمعالج يجلس مقابلي، كان بيوتزني".

رأى المنتفعون أنه كان لموقع المركز تأثير على عملية العلاج. مثلاً، الموقع القريب من وسط المدينة لا يشعرهم بالراحة، فالمكان الشائع الظاهر لجميع المارة، والمكان الذي يتواجد فيه الكثير من اليافطات لمؤسسات أخرى يمكن أن يخلق فرصاً للقاء المنتفع بزملائه أو معارفه، وهذا سيؤثر على خصوصية المنتفع. ولذا يفضل المنتفعون أن يكون المكان غير معروف وغير مطروق من قبل زوار المؤسسات، والأفضل أن يكون بعيداً عن التجمعات الجماهيرية الكبيرة وعن أماكن سُكناهم. ولا شك أن هذا يعكس القلق الذي يشعر به المنتفعون من الوصمة الاجتماعية حول علم النفس والعلاج النفسي.

كما ويتبين لنا أن لشكل المبنى الداخلي، وتحديدًا تصميم الغرف العلاجية وقطع الأثاث الموجودة فيها وموقعها بين غرف ومكاتب المركز، أثر لا يمكن الاستهانة به في عملية العلاج النفسي. ولقد عبر المنتفعون المشاركون في الدراسة، والذين تلقوا علاجاً نفسياً في المؤسسات المختلفة، سواء المؤسسات الحكومية أو وكالة الغوث أو المؤسسات الأهلية، عن عدم ارتياحهم، لا بل انزعاجهم، من طريقة الجلوس أثناء الجلسة: "كانت غرفة المعالج تُطل على ممر يمر منه جميع المنتفعين والموظفين، وكان الموظفون يترددوا إلى غرفة العلاج أثناء الجلسة. كان هناك ازعاج وأصوات أسمعها من خارج الغرفة." وهناك موقف مررتُ به كباحثة أثناء تواجدي في أحد المراكز الصحية لإجراء مقابلة مع أحد الأخصائيين، حيث استقبل الأخصائي عددًا من المنتفعين وصرف لهم الأدوية أثناء إجرائي المقابلة معه، مما اضطرني إلى إيقاف المقابلة أكثر من مرة. وفي موقف آخر قام مدير المركز (بمبادرته الذاتية ودون وجود داعٍ لذلك) بإشراكي وإشراك الأخصائي الذي كنت أُجري المقابلة معه في

مناقشة حالة خاصة جداً، وأجرى في حضورنا حديثاً مطولاً على الهاتف للسؤال عن حالة المنتفع، حيث اتصل بأحد أقرباه المنتفع ووصف له حالته للحصول منه على أكبر قدر من المعلومات، وقام أثناء ذلك بذكر أسم المنتفع وتشخيصه لحالته.

نستنتج من هذه المواقف أن بعض العاملين في الخدمة النفسية لا يتصرفون وفق قواعد الأخلاق للمهنة، وأن هناك تجاوزات وخروقات واضحة لأهم المبادئ كمبدأ السرية وحماية خصوصية المنتفعين، وعدم وجود عقد علاجي مهني يستند إلى مبدأ الموافقة المستنيرة، وقلة مهارات التواصل التي تمثلت في انعدام الوضوح اللغوي من حيث المفردات وأسلوب الكلام المستخدم.

تبين عدم الكفاءة لدى "المعالجين" من خلال وصف المنتفعين للقاءاتهم العلاجية الأولى، حيث اتضح عدم وجود تسلسل لمراحل العلاج النفسي، والتي كان من المفروض أن تبدأ بتعبئة استمارة الفحص الخاصة بالمنتفعين، ثم تحديد أهداف العلاج، ثم اختيار التوجه العلاجي، ثم بناء العقد العلاجي، ثم توضيح أنواع العلاجات الممكنة، وأخيراً بناء خطة علاجية تناسب المنتفعين. لقد اكتفى المعالجون بإيجاد حلول سريعة مبنية على التشخيص المتسرع، والذي اعتبره بعض المنتفعين "حكماً عليهم" وليس تشخيصاً لحالتهم. وفي هذا السياق تؤكد دراسة (Overholser & Fine 1990) أن عدم الكفاءة ينشأ بسبب قلة "المهارات السريرية" لدى المعالجين، والمهارات السريرية تشمل مهارات إجراء المقابلات الأساسية اللازمة لتقييم المنتفعين ومعالجتهم. وتتطور هذه المهارات في العادة من خلال تجارب علاجية خاضعة للإشراف، بعد الحصول على المواد التعليمية النظرية المناسبة.

وعلى المعالجين استخدام هذه المهارات لدمج معلومات التشخيص والتقييم في تركيب وتحليل الحالة وتحديد خطة العلاج.

بالعودة إلى معضلة المنتفعة الثانية أعلاه بشأن القلق الناجم عن الخشية من خرق السرية وانتهاك الخصوصية، فإن ما يترتب على ذلك هو الشك بالمعالجين وفقدان الثقة بقدراتهم وكفاءاتهم. إن هذا الموقف يؤكد أن للمنتفع الحق بالشعور بالقلق بشأن مبدأ السرية، إلا أن ذلك لا ينفي بالمطلق إمكانية أن يستخدم المعالج الكفاءة هذا الشك أو القلق كمادة علاجية، باعتباره مؤشراً أو دالاً غير قصدي يساعده في إعادة بناء العقد العلاجي والثقة بالعلاج. فليس من المستبعد كلياً أن يكون شعور القلق الذي عبرت عنه المنتفعة بمثابة مضمون غير سوي يشكل مادة علاجية، ومع تكراره يمكن أن يعكس نمط شخصية قلقة، ومع تحديد نمط الشخصية تصبح عملية التشخيص أوضح وأسرع. هذا ما نبهت إليه دراسة Good therapy (2013) من باب التأكيد على أهمية التفكير النقدي في تجميع المعلومات وتحليلها بحيث يكون المعالج قادراً على اكتشاف ما يمكن أن يكون قابلاً تحت السطح. فعدم تمكن المعالج من أساسيات مهنته وعدم امتلاكه التفكير النقدي يمكن أن يفوتاً عليه فرصاً جديدة لتفسير سلوك المنتفع وبناء خطة ناجعة للعلاج. وبالتالي فإن هذا التفكير يعكس حرفية المعالج وكفاءته المهنية على أعلى المستويات، ونحن بالكاد نجد مثيلاً لهذا بين معالجي المؤسسات في المناطق الفلسطينية.

مدة الجلسة:

مدة الجلسة العلاجية هو أحد الأمور المقلقة للمنتفعين، فقد صرح غالبيتهم بأن تحديد مدة الجلسة بـ 45 دقيقة يربك عملية العلاج وبالتالي يثير استياءهم الشديد، حيث أن هذه المدة الزمنية غير كافية للتحدث عن مشكلتهم والتعبير عن مشاعرهم، بل إن البعض يدعي أن هذا التحديد يمنعهم من الحديث والتعبير، الأمر الذي يضطر المنتفع إلى أن يحدد ما يريد قوله قبل انتهاء وقت الجلسة، مما يبعث في نفسه شعوراً بالإحباط لعدم قدرته على التعبير عن مشاعره ومشاكله ومعاناته.

تعتبر مدة الجلسة محوراً علاجياً تُبنى عليه خطة العلاج وتوضع على أساسه الحدود المهنية، وعلى الرغم من ذلك فإن المعالجين في المؤسسات الفلسطينية لا يبذلون أي جهد لتوضيح أهمية تحديد مدة جلسات العلاج وربط ذلك بالعملية العلاجية، وهذا يؤكد مرة أخرى على أن العقد العلاجي لا يُبنى بطريقة مهنية، ومبدأ الموافقة المستنيرة مغيب بالكامل.

ثانياً: كفاءة مقدم الخدمة النفسية.

أولى المنتفعون أهمية كبيرة لكفاءة مقدمي الخدمة النفسية، والتي تمثلت بالنسبة لهم في أمرين: المظهر الخارجي لمقدم الخدمة النفسية، والعلاقة العلاجية والتشخيص.

1. المظهر الخارجي:

تؤكد المواثيق الأخلاقية الخاصة بمهنة علم النفس على أهمية المظهر الخارجي لمقدم الخدمة النفسية. فالميثاق الأخلاقي للمشتغلين في علم النفس، على سبيل المثال، والذي طوره الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ورابطة الأخصائيين النفسيين المصريين، ركز

في المبدأ الأول على المظهر العام لمقدم الخدمة النفسية: "الأخصائي النفسي يكون مظهره

ملتزماً بحميد السلوك والآداب." (الميثاق الأخلاقي للمشتغلين في علم النفس)

أشار جميع المنتفعين المشاركين في الدراسة إلى أهمية المظهر الخارجي لمقدم الخدمة

النفسية، وأول ما تطرقوا إليه هو عُمر مقدم الخدمة، الذي يرون فيه انعكاساً للخبرة العملية،

حيث يفضل المنتفعون التعامل مع معالجين أكبر منهم سناً، باعتبار أن ذلك مؤشر على

الخبرة الطويلة والمستوى الأكاديمي العالي. إلا أن المنتفعين يرون أنه من المهم ألا يكون

هناك فارق عمري كبير بين المنتفع والمعالج، حيث أنهم يعتقدون أن الفرق الكبير في السن

قد يشكل عائقاً يمنع مقدم الخدمة من فهم متطلبات واحتياجات أبناء وبنات الجيل الجديد .

الأمر الآخر الذي اعتبره المنتفعون مهماً في المظهر الخارجي هو الملابس التي يرتديها

المعالج، والتي يرون أنها تعكس شخصية المعالج، خصوصاً إذا كان فيها ما هو لافت

للنظر، كأن يصر مقدم الخدمة على ارتداء "قبعة" (طاقية) طوال جلسة العلاج، والتي يقرأ

فيها بعض المنتفعين دلالات إيديولوجية أو فكرية أو طبية معينة: الشكل مهم، نكذب إذا

قلنا أن الشكل غير مهم. يجب أن يكون (المعالج) حسن المظهر ولا يوجد رموز في لباسه

تعكس أيديولوجيات سياسية أو دينية، مما قد يؤثر على اتجاهاتي ومواقفي ومشاركتي

وتفاعلاتي معه."

وكانت منتفعة أخرى أكثر حدة ووضوحاً في التعبير عن موقفها: " شكل المرشد مهم،

وخاصة كانطباع أول. مهم من حيث المظهر والبيئة. ولكن أن أجد المرشد ما زال متمسك

بالصورة الكلاسيكية، هذا مقلق للشخص، حيث أن كل شيء يتطور. اللبس الرسمي كالبدة،

ويمكن أن يكون المرشد لابس هذا اللباس بحكم عمله مثل الدكتور، ولكن هذا المظهر من المهم أن لا يدخل بشخصية المرشد".

ورأت إحدى المرشدات أن الشكل الخارجي مهم جداً بحيث يجب أن يكون مقدم الخدمة جميلاً وليس لبقاً فقط: "هناك مرشدين شكلهم بشع لا أعرف كيف يعملون في هذه المهنة، شكلهم مش حلو، طويل وناصح وضخم.. هذول (هؤلاء) غير مناسبين للعمل في مهنة الإرشاد، لازم يلاقولهم وظيفة مختلفة. مثلاً أنا طولي 150 ما بينفع اشتغل عارضة أزياء. وهم كذلك، هذه المهنة لا تناسبهم".

علينا هنا أن نأخذ بعين الاعتبار رؤية علم النفس المجتمعي لأهمية المظهر الخارجي لمقدم الخدمة النفسية في برامج التدخل المجتمعي، حيث أكدت الدراسات في هذا المجال على ضرورة التزام مقدم الخدمة النفسية بالسياقات المجتمعية الثقافية التي يعمل فيها، وأن يلتزم بحسن المظهر بما يتناسب مع السياق الاجتماعي (مصدر). وفي هذا الصدد كانت إحدى المشاركات أكثر من غيرها قدرة على شرح هذه القضية والتعبير عن رأيها فيها بوضوح:

"العمل ضمن السياق الثقافي الفلسطيني يختلف من منطقة لأخرى. علينا الانتباه أن هناك تجمعات غير مقبول فيها طرح مواضيع معينة، مثل الزواج المبكر عند تجمعات البدو، أو قضية اللباس، أو قضية التعارف. عدا عن الأدوات المستخدمة في تقديم الخدمة النفسية، علينا الانتباه لطريقة اللباس، المفردات، أسلوب الحديث. هناك سياقات منفتحة مثل رام الله نستطيع طرح الكثير من المواضيع فيها، على خلاف التجمعات الأخرى، وتختلف أيضاً فيما بينها. طريقة ليسي تختلف تماماً عندما أتعامل مع بيئات محافظة. نحن نعمل لمساعدتهم

وليس لأغراض شخصية. هناك من المرشدين الذين يشخصنوا الأمور كثيراً، وهذا يؤثر على جودة الخدمة المقدمة."

2. العلاقة العلاجية:

تعد العلاقة العلاجية من الأمور الأساسية الحاسمة في العلاج النفسي، ويعتمد نجاح العلاج على كفاءة المعالج ومقدرته على التحكم بالعلاقة بينه وبين المنتفع. ولقد أوضحت هذه الدراسة آراء المنتفعين بالمعالجين والآليات المستخدمة في بناء العلاقة العلاجية، وبناءً عليه سأستعرض هنا ما بينته نتائج تحليل المقابلات من عوامل هامة في العلاقة العلاجية:

• التشخيص:

نستنتج من تجارب المنتفعين السابقة أن أكثر ما يسبب الضرر لمتلقي الخدمات النفسية هو التشخيص المبكر والخطئ من قبل "معالجين" غير أكفاء أو غير مؤهلين لممارسة المهنة. فقد أفاد المنتفعون بأنه تم تشخيصهم و"صرف الدواء" لهم من قبل المعالج خلال اللقاء الأول أو الثاني فقط، وقال معظمهم بأن ذلك تسبب لهم بالشعور بالأذى، والذي استمرت معهم لسنوات عديدة. وفي الحالات التي طلب فيها المنتفع من المعالج إعادة النظر في التشخيص، كان المعالج يرفض ذلك "بعنجهية" بحجة رفضه مشاركة المنتفعين في عملية التشخيص: " كنت أتمنى أن يتفهموني. اللوم الوحيد أنهم حكموا على الموضوع أنه تنمّر، ولاموني في نقطة معينة، ولكن أنا لم أعطيهم تفاصيل حتى يلوموني، لكن اللوم كان طبيعياً، حتى مع أنه مرشد".

وبغض النظر عن التوجه النظري للمعالج، فعليه كمعالج أن يُشرك المنتفع في عملية التقييم والتشخيص، فهذا جزء أساسي ومستمر من العملية العلاجية، فالتقييم والتشخيص يعتمدان على متابعة المعالج لحالة المنتفع وتجميع المزيد من البيانات خلال جلسات العلاج.

يُعتبر معظم الممارسين المهنيين لعلم النفس أن التقييم والتشخيص عملية تراكمية مستمرة تركز على الفهم المتنامي للمنتفع، انطلاقاً من المشاركة الفعالة والمستمرة للمنتفع في مسيرة البحث والاكتشاف التي يقوم بها المعالج طوال عملية العلاج، من الجلسة الأولى حتى الأخيرة. وعلى الرغم من أن بعض الممارسين قد يتفادون الإجراءات التشخيصية، إلا أنه يجب اعتبار الفرضيات المؤقتة التي يفترضها المعالج خلال العملية العلاجية شكلاً من أشكال التشخيص المستمر، وعلى المعالج تشاركتها مع المنتفع وإشراكه فيها. ويتوافق هذا المنظور المتعلق بالتقييم والتشخيص مع التوجه النقدي للعلاج النسوي، وهو نهج ينتقد الإجراءات التشخيصية التقليدية (Corey, 2011) كما وأنه يُعتبر من ضروريات التقييم والتشخيص أن يتم تقييم الشخص بأكمله، أي ككيان إنساني معقد ومكوّن من عقل وجسم ونفس، ولذا فعلى المعالج مراعاة العمليات البيولوجية كعوامل كامنة محتملة للأعراض النفسية ومتابعة حالتهم مع الأطباء، وكذلك العمل على قيم المنتفعين ومُسلماتهم الثقافية، فهي من الأمور الهامة التي تساعد في البحث عن حلول لمشاكلهم، أما القيم الروحية والدينية فهي غالباً ما تساعدنا في إلقاء الضوء على مخاوف المنتفع (نفس المصدر) .

ومما يجعل إشكالية التشخيص الذي يقوم به مقدمو الخدمة النفسية في المؤسسات الفلسطينية أكثر عُسراً وخطورة هو أن التشخيص يتم من قبل مرشدين حاصلين على شهادة

البكالوريوس أو الماجستير لا غير، علماً بأن التشخيص وتحديد العلاج يجب ألا يقوم به إلا أخصائي نفسي مؤهل أو طبيب نفسي متخصص. وبخصوص العلاج الدوائي بالذات، يعد الطبيب النفسي (Psychiatrist) الشخص الوحيد المخوّل بصرف الأدوية وضبط الجرعة وتغيير الدواء للمنتفع إذا لزم الأمر، وهو الذي يجب أن يتابع حالة المنتفع من خلال حضور جلسات العلاج مع الأخصائي النفسي المؤهل (All Psychology "Psychologist" School).

حسب النظام العالمي وضمن شروط الترخيص لمزاولة المهنة، على المعالج النفسي أن يكون حاصلاً على الدكتوراه في علم النفس (في بعض الدول تُعتمد شهادة الماجستير) وتخصص إضافي في العلاج النفسي. أما في المؤسسات الفلسطينية فيتم تقديم العلاج النفسي من قبل مرشدين غير مؤهلين، لا أكاديمياً ولا من حيث الخبرة المهنية، والبعض منهم لا يستوفي حتى الحد الأدنى من شروط التأهيل، ولذا فإن التشخيص لا يتم ضمن المعايير والشروط المهنية المتفق عليها عالمياً: "على مستوى الخدمات التشخيصية لدينا الدكتور الذي يقوم بعملية التشخيص. لا يوجد أفراد بالتشخيص، دائماً عنا نقاش جماعي لتشخيص الحالات، عنا اجتماعات أسبوعية من الساعة 8-11 نتناقش بجمع الحالات التي كانت خلال الأسبوع، وتحويل الحالات للبعض من قبل الأخصائيين.

في هذا الإطار أوضحت دراسة Corey (2011) أن عملية تقييم وتشخيص الحالات النفسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالممارسات المهنية للعلاج النفسي، وكثيراً ما يُنظر إلى كليهما على أنهما أساسيان للتخطيط العلاجي. بالنسبة لبعض الأساليب فإن التقييم الشامل للمنتفع

هو الخطوة الأساسية في العملية العلاجية، والأساس المنطقي لذلك هو أنه لا يمكن تصميم استراتيجيات العلاج المناسبة حتى يتم فهم السياق التاريخي للمنتفع وعمله الحالي. هذا ما عبر عنه أحد المنتفعين مؤكداً على أنه من الضروري أن يعكس عمله شخصيته، مما يعني أن المعالج المحترف بالفعل لديه القدرة على أن يكشف الكثير عن المنتفع دون الحاجة إلى توجيه أسئلة تقليدية نمطية لا تخدم العملية العلاجية: *أنا أعمل في مجال إنساني وأتعامل مع نفسيات الناس، يعني كل شيء يحصل في حياتي هو عبارة عن سر كبير. فمن غير المنطقي وبعد علم المعالج بتخصصي أن يعلمني مبدأ سرية الأشياء. لا تتعامل معي وكأنني جاي من خلفية موظف بنك ولا أعرف هذه الأمور، حاول أن تعرف خلفية تخصصي.*

في هذا المجال أشارت دراسة LORENZO (2018) إلى أن من أهم الصفات التي يجب أن تتوفر في المعالج النفسي الجيد، قدرته على تحفيز المنتفع على التأمل الذاتي، والغوص في حياة المنتفع لمعرفة التحديات الشخصية واستنباط الإجابات الخاصة بالعملية العلاجية، فالمعالج يعمل كدليل للمنتفع في طريقه إلى التأمل والتبصّر والمعرفة الذاتية. ولكن في أغلب حالات المشاركين في الدراسة الحالية لم يتمكن المعالجون الذين توجه المنتفع إليهم من طرح الأسئلة المبتكرة الناقدة والتي تخلق الثقة بين المعالج والمنتفع وترفع من مستوى العلاج. ويتضح من هذه الحقيقة أن إحدى أهم المهارات في فنيات العلاج النفسي لم تكن مستخدمة، وهذا يعكس عدم كفاءة المعالجين وقلة المسؤولية المهنية لديهم. ويقول LORENZO في الدراسة المشار إليها أن قدرة المعالج النفسي على صياغة وتوجيه الأسئلة وإثارة التساؤلات لدى المنتفع ومساعدته على التأمل الذاتي واستكشاف وعيه لذاته، تعكس

مدى حرفية المعالج وكفاءته، فالمعالج لا يصنع القرارات نيابة عن المنتفعين ولا يجيب على تساؤلاتهم، وإنما عليه أن يثير التساؤلات التي من شأنها أن تحرض المنتفع على إيجاد الإجابات بنفسه بناءً على تأمله الذاتي والتعرف على قدراته الذاتية.

• الصدق:

أي أن تكون ردود أفعال المعالج النفسي صادقة غير متكلفة، فلا يتصرف لأنه تعلم أن عليه أن يتصرف على هذا النحو، بل أن يكون سلوكه أصيلاً ومتاعماً مع آنية الموقف. ومن المهم إلى أقصى الحدود أن يعكس سلوك المعالج احترامه للمنتفعين، فلا يتعامل معهم على أنهم حالات مَرَضِيَّة ولا على أنه هو المرشد الدليل والأخصائي المتمكن من شفاء النفوس المريضة وتعديل أفكار الناس. ورغم أن المنتفعين أُصروا على أن صدق المعالج من أهم الصفات التي تساعدهم على إنهاء العلاج النفسي بنجاح، إلا أن بعضهم اشتكى من عدم توفر فهم كافٍ لقيمة الصدق:

"المرشدة كانت كبيرة بالعمر، وكانت صريحة، تتحدث بصراحة وهذا أمر يعجبني، لأنني لو وجدت شخص أتحدث معه بصراحة كان ما صارت المشكلة. ولكن على النقيض، كان معها مرشد، وهذا المرشد كان يكذب ويلف ويدور. كنت أعرف أنه يكذب من موضوع بسيط؛ كان يقول: "أنا بتفكرني ما بعرف عن مشكلتك؟ أنا سألت وعرفت." لذا هو كان يكذب. يمكن كنت أتقبل الموضوع لو حاول يعرف عن المشكلة قيماً بعد وليس في حينها. ومع الجلسة الثانية كنت قد قطعت العمل مع المرشدين داخل المستشفى. الصراحة، وأنها كبيرة بالعمر وتحدثت معي باختصار: "إنت مش مريض نفسي، أنت مدلع زيادة." أنا ممكن

أقبل كلام مثل هذا لأنها تحدثت معي بصراحة، حتى لو كانت قاسية، ولكن كلمتها لم تكن صحيحة، لأنه ما في حدا "مدلع" يحاول ينتحر. أن يكون إنسان، هي أهم صفة تختصر الكثير من الصفات التي على المرشد امتلاكها."

نلاحظ في هذه الحالة أن المرشدة تُبدي عدم كفاءتها (لا بل سذاجتها) في تشخيص الحالة، وعدم تعاطفها مع الحالة، عند قولها "أنت مدلع زيادة" وإصدار حكم ارتجالي سريع على المنتفع. ثم إن هذا يعكس كذلك حقيقة أن المنتفعين لم يتم تعريفهم مسبقاً بالمهارات الإرشادية الخاصة بالمعالج والكيفية التي يسير عليها العلاج النفسي من حيث مهارات العلاج والخطة العلاجية، وهذا أثر على فهم المنتفع لقيمة الصدق.

إن عدم قدرة المرشدة النفسية على توشي الحذر في استعمالها للكلمات (والتحدث إلى المنتفع وكأنها تتحدث إلى صديق عابر) تدل على افتقارها للكفاءة ولمهارات التفكير الناقد، وهذا بدوره يعكس عدم مهنية المرشدة، المتمثل بعدم كفاءتها في تحليل وتفسير حالة المنتفع، والذي اعتبرته مجرد طفل مدلل، فهي لم تتعامل بجدية مع محاولته للبوخ بالأزمة النفسية التي يعاني منها وقد تشكل خطراً حقيقياً على حياته وسلامته.

- متصالح مع ذاته و خضع لعلاج مكثف:

يعتبر المنتفعون أن المعالج يكون أقوى في مهنته إذا كان قد خضع لعلاج نفسي، وإذا لم يكن مكتئباً أو تظهر عليه علامات تشير إلى أنه لا يزال عالق بمشاكله الشخصية، ويفضل المعالج الذي يشارك المنتفعين بتجربة العلاج النفسي التي كان قد خاضها. كما وأكدت إحدى المشرفات المشاركات على ضرورة أن يكون مقدم الخدمة النفسية شخصاً متزناً نفسياً،

فمن الصعب على الأشخاص الذين يمرون بأزمات معينة أن يعملوا مع أشخاص يواجهون نفس المشكلة:

"في حال كان هناك شخص مر بأزمات نفسية معينة وتخطى هذه الأزمات، أنا لا أناقض نفسي وأرفض العمل معه، حيث أن الصحة النفسية مهمة لجميع الناس. ولكن علينا أن نميز بين شخص يمر بتوترات وأزمة نفسية وبين مريض أو مضطرب نفسي، لأنَّ بالنهاية مهنة الإرشاد النفسي تعتمد على العقل والنظام الفكري المبني على المنطق والترابط بغض النظر عن التوجه. الإنسان غير المتوازن ولديه صورة شمولية عن الموضوع لا يكون في هذا المجال. أيضاً الشخص السوداوي والحزين لا ينفع. الأشخاص الذين يمرون بأزمة معينة لا يعملون مع أشخاص لديهم ذات المشكلة. نحن نتحدث عن شخص يمارس حياته الطبيعية، فعال ومنتج ونشيط ولكن تعبان، لحين تجاوز التعب يمكن أن يعمل مع الآخر إلى أن ينهي أزمته".

في هذه الحالة يعتقد Overholser & Fine (1990) أنه من المهم أن يتشارك المعالج مع منتفعيه ولكن ضمن حدود مهنية معينة، وتعمل المستويات المناسبة من الكشف على تعزيز الشعور بالأصالة في "البيئة السريرية"، وقد تزيد من فعالية المعالج كنموذج يُحتذى به. ومع ذلك، إذا تم الإفراط في الكشف عن الذات فإن ذلك قد يربك المنتفعين من حيث عدم وضوح الفارق بين أدوار المحترفين والأصدقاء.

ثانياً: الكفاءة من وجهة نظر مقدمي الخدمة النفسية.

عبر غالبية المشرفين والمرشدين المشاركين في الدراسة عن رأيهم في أداء العاملين في مجال الخدمات النفسية. وتم تقييم واقع كفاءة المرشدين من خلال سؤالي للمرشدين والمشرفين عن رأيهم في كفاءة المرشدين العاملين في هذا المجال ومدى تأهيلهم، ولاحظت من خلال إجاباتهم أن هنالك اختلافات نمطية في وجهات النظر حول كفاءة المرشدين المقدمين للخدمة النفسية في مؤسسات الضفة الغربية. فالعاملون في مؤسسات وكالة الغوث يُنظر إليهم على اعتبار أن مهاراتهم وكفاءتهم المهنية أعلى وأفضل من مرشدي المؤسسات الحكومية: "أنا (مرشد في وكالة الغوث) بالنسبة لألهم (مرشدي المدارس الحكومية) دكتور!" ويعتبر المشاركون في الدراسة أن المرشدين العاملين في المؤسسات الأهلية هم أكثر كفاءة وخبرة من المرشدين في وكالة الغوث وفي المؤسسات الحكومية، وذلك بسبب التدريبات التي يحصلون عليها باستمرار:

"أنا أعتبر نفسي ابن مؤسسات أكثر من ابن مدارس. شغلي كان كثير مع المؤسسات. أشعر أنه مهني أكثر، يعني الأخصائي مهني أكثر بالمؤسسة، بمعنى أنه لا يجوز للمرشد أن يضرب أو أن يناوب أو يجمع تبرعات من الطلاب أو أن يتحمل مسؤولية الطلاب بالرحل المدرسية، لكن جزء من طبيعة عملنا بالمدارس أن نتجول بين الطلاب في الساحة. أنا بعملها، بتجول بين الطلاب، ولكن بلحظة من اللحظات بحس حالي مناوب بالساحة، صرت مثل المعلم، بحس حالي ما بفرق عن المعلم. أما مرشد المؤسسات، لديه أزماته الخاصة

ولكن لا يأخذ دور السلطة التي أخذها مرشد المدارس من خلال تقمصه لدور المعلم، وهذه العلاقة بالسلطة تسيء لعلاقة المرشد مع المنتفع".

حسب رأي المشاركين في الدراسة، يعتبر التطور المهني أعلى في المؤسسات الأهلية والمدارس التابعة لوكالة الغوث منه في المدارس التابعة للحكومة، وذلك بسبب برامج التدريب المقدمة للعاملين في المؤسسات الأهلية بشكل مستمر، الأمر الذي يساهم في رفع قدرة العاملين في مجال الصحة النفسية. وكذلك من الأمور الهامة التي تجعل المرشد العامل في المؤسسات الأهلية أكثر كفاءة، القدرة على العمل داخل حدود دوره كمرشد فقط دون أن يكون مضطراً للقيام بأدوار غير دوره، وهذا يعطي عمله صفة المهنية. هذا على العكس من مرشد المدارس الذي يُفرض عليه أن يقوم بأدوار ليست أدواره ويمارس مهاماً ليست مهامه، كالمراقبة على الامتحانات وإشغال الحصص في حال تغيب معلم، حتى أن بعض المرشدين يتقمصون دور المعلم، وبخاصة استخدامهم للعنف مع التلاميذ.

ولكن رأيي كباحثة وعاملة في إحدى المؤسسات الأهلية هو أن المرشدين في المؤسسات الأهلية ليسوا الأجدر ولا الأكثر كفاءة، حيث أن معظمهم يقدمون الخدمة الحصول على شهادات تؤهلهم لذلك، بل هم يعتمدون فقط على تلك التدريبات المقدمة من المؤسسة الراعية أو التي يحصلون عليها على نفقتهم الشخصية.

وبالرجوع إلى آراء المشرفين حول المرشدين في المؤسسات بشكل عام، فقد تم وصف أداء المرشدين على أنه يفتقر إلى الكفاءة والمسؤولية المهنية. ويحظى مرشدو المدارس بالتوصيفات الأسوأ: "بدهم حرق" و "هم الحلقة الأضعف". وتباينت آراء المشرفين بالمرشدين

تبايناً كبيراً: "في المرشد القوي جداً، وفي مرشدين وسط ومرشدين ضعاف. للأسف، المرشدين الضعاف إلهم ثلاث أو أربع سنوات بالعمل ولم يتطوروا، ربما تطوروا ولكن بجزء بسيط جداً. في مرشدين قفزوا قفزة نوعية في العمل. الضعاف عددهم قليل جداً. النسبة الأعلى عنا بالمؤسسة هم الممتازين."

"المرشدين عنا كثير ضعاف، مرشد غير واعي لذاته ولا واعي للآخر وعلقان بمشاكله الشخصية أكثر من كونه قادر يشتغل مع المنتفع... المشكلة ليست مشكلة تعليم بل هي أمر يخص المجتمع الفلسطيني، فنحن نعيش كثير أزمات متكررة وما عنا المساحة اللي نحكي فيها عن هذه الأزمة كيف بتأثر علينا. مشكلة المرشد النفسي أنه لا يقدر يعزل حاله عن السياق اللي عايش فيه. هو بيبرر العنف لان هو عايش في محيط عنيف في عائلته فهو غير قادر أن ينكر العنف. فهو بيبرر أشياء هي ممنوعة عنا كأخصائيين أو كمرشدين، فهو بيبرر العنف للمنتفعين أو لأباء المنتفعين لأن في السياق الفلسطيني العنف أمر عادي."

قضية "التأهيل المتدني" لدى مرشدي المدارس تثير قلق المشرفين، فقد انعكس الأمر بشكل سلبي على حياتهم الشخصية والمهنية على حد تعبيرهم. وقد عبر مشرفان اثنان من المشاركين في الدراسة عن قلقهما على أطفالهما من مرشدي المدارس، فقالت الأولى: "صراحة، أوقات إحنا بنحكي عن دور المرشدين في مدارسنا الحكومية، وبحكيها مع المرشد الموجود في مدرسة أولادي؛ إن هذا المرشد شو بيعمل؟ شو دوره؟ وبحكيها كأم." وقال الثاني: "أوقات بكون خجول... في أخصائيين بيعت أولادي أو زوجتي عندهم، لأنهم بيعذوهم. وفي أخصائي ثاني يمكن يضرني ويضيع وقتي. هذا مستوى الخدمة في البلد."

إن عملية تأهيل المرشدين - حسب أخلاقيات المهنة - تقع على عاتق المشرفين، فأين كان إذاً دور المشرفين في عملية تأهيل مرشدي المدارس الذين يثيرون قلقهم على أطفالهم وعلى أطفال الآخرين؟! مع العلم أن تأهيل المرشدين يشمل التعليم والتدريب والمتابعة والتقييم، وبناء على نتائج التقييم يتم اتخاذ الإجراءات القانونية والمهنية بحق المرشدين المخالفين أو الذين لم يحققوا مستوى جيداً من الكفاءة المهنية. فلماذا لم يتخذ المشرفون إجراءات قانونية بحق المرشدين غير الكفؤين، كأنهاء عملهم كمرشدين لكونهم يتسببون بالضرر للمنتفعين نتيجة عدم كفاءتهم المهنية؟ ما الذي يعيق المشرفين من إتمام المحاسبة والمساءلة المهنية والقانونية؟

العلاقات بين الزملاء:

تم توجيه سؤال للمشرفين حول علاقات الزملاء داخل المؤسسة وأثر هذه العلاقات على تطور المهنة، فلخص أحد المشرفين المشاركين في الدراسة رأي المشرفين بالعلاقات بين الزملاء بقوله: "ممتازة، ممتازة جداً. تواصلهم جيد. العمل بينهم يكون ضمن فريق، الكل يساعد الآخر. لا شك أن المؤسسة مثل باقي المؤسسات فيها صراعات داخلية وخلافات بين المرشدين، ولكن كسياسة عمل، التي أعمل عليها بشكل شخصي، هي العمل على "الأنا" عند المرشد، كيف يفهم ذاته ويوعى على نفسه، يفهم نقاط القوة والضعف عنده."

أما رأي المرشدين بهذه العلاقات فكان مغايراً، حيث أفاد البعض منهم بأن هناك علاقات تنافس بين الزملاء. أحد المشاركين في الدراسة تحدث عن تجربته السابقة في العمل كمرشد، وكان يشرف عليه مشرف يتولى المسؤولية المهنية والإدارية، فسرد علينا المشاكل العديدة

التي كانت تنشأ بينه وبين زملائه المرشدين، وقد توجه مراراً إلى المشرف المسؤول لحل المشكلة ولكنه لم يثقل أية استجابة ولم يكن المشرف قادراً على التعامل مع المشكلة. وحسب رأي المرشد فإن من مصلحة المشرف أن تبقى هناك حالة تنافس بين الزملاء، وذلك لضمان مصالح العمل. ويدعي هذا المرشد أن المشرف كان يخلط بين دوره المهني ودوره الإداري، وهذا ما جعله عاجزاً عن أداء دوره كمشرف بكفاءة: أنكر جيداً أنني عندما كنت أعلق مع مشرفي كنت أعلق بسبب عدم قدرته على العمل بدوره المهني ودوره الإداري. هو ضاع بين الدورين. لم يدعمني مهنياً ولا إدارياً، عدا أنه كان يفرض عليّ العمل بطريقته ولم يتفهم طريقتي. كذلك كنت عندما أتوجه له بحالة معينة، كان غالباً يُنظر عليّ. كان شعوري سيء، أن يُنظر عليّ من إيمانه هو وليس من إحدائيات الحالة نفسها. كان استعراض للمعرفة ولم يكن الأمر مهنياً."

هذا التنافس وهذه العلاقات غير المهنية بين الزملاء تعكس نمط العلاقات العام في المؤسسة، وهذا بدوره يؤثر على المنتفعين ويُضعف ثقتهم بالمعالجين، فالمنتفعين عادة ما يجرون "فحصاً" عن المؤسسة وعن العاملين فيها قبل التوجه للعلاج. تقول إحدى المنتفعات المشاركات في الدراسة: "مسألة ثقة المنتفع بالمعالج أمر صعب، وخاصة أننا نسمع إشاعات بأن المعالج الفلاني يقوم بالحديث عن قضايا المنتفعين أمام زملائه أو خلال الأحاديث العامة، وهذه تعتبر مشكلة في موضوع السرية. أيضاً، القيم التي يحملها الأخصائي تجاه زملائه في المهنة وخاصة بعد حدوث خلاف معين، تعد قضية مهمة. هناك معالجين

سمعت أنهم لا يفصلون بين أدوراهم، والخلافات التي تحدث داخل المهنة لا يعمل على فصلها عن حياته الشخصية."

ثالثاً: كيف يتم تقييم المسؤولية المهنية وكفاءة مقدمي الخدمة؟ ما هي المعايير الأساسية

في تقييم جودة الخدمة النفسية؟

تعد الكفاءة المفتاح في تقييم جودة الخدمة النفسية، وتشمل التعليم، والخبرة، والقيم والاتجاهات. ويرى بيضون (2019) أن هناك منهجية أساسية لتقييم جودة العلاج النفسي من قبل المنتفعين الذين تلقوا علاجاً نفسياً أو ما زالوا يتلقونه، وتحتوي هذه المنهجية على مُركّبين هما:

أولاً: يمكن للشخص الذي يخضع لعلاج نفسي أن يقيّم أهمية العلاج بالنسبة له من خلال ما يسمى "الشعور بالمعص" (Gut feelings)، وهو شعور غامض ينتاب المنتفع تجاه العلاج بعد جلستين أو ثلاث، حيث يبدأ المنتفع بطرح أسئلة على نفسه تساعده في تقييم عملية العلاج، مثل: ما أهمية العلاج بالنسبة لي؟ وما هي كفاءة المعالج؟ وإذا كان الأجوبة على معظم هذه الأسئلة سلبية فعليه مشاركة أفكاره مع مقدم الخدمة، ويجب اتخاذ قرار بشأن تغيير مسار التدخّل العلاجي أو تغيير مقدم الخدمة العلاجية.

ثانياً: "نطاقات التفكير"، وهي طرق للتفكير بمقدمي الخدمة النفسية، وهي ثلاثة نطاقات يحتوي كل منها ثلاثة عناصر:

1. الممارسة النفسية القائمة على دليل مُستمد من البيئة والسياق، وتعني تقديم العلاج بشكل يلائم قيم المنتفع والسياق الثقافي الذي تقدم الخدمة فيه، وتشمل الخبرة، والشهادات العلمية، والقيم الثقافية.

2. تحالف علاجي قوي يفحص جودة علاقة الثقة والصدق بين المنتفع والمعالج، والمفاهيم المشتركة في العملية العلاجية، ونوع التدخل العلاجي (فهم الجوانب العديدة لأسباب المشكلة).

3. تقدير عملية العلاج على أساس ثلاثة معايير هي الوعي، والقبول الرحيم، التغيير النشط.

فلتقييم العملية العلاجية على المنتفع أن يقوم أولاً بفحص "شعور المغص" لديه، ثم فحص الطريقة التي يعمل بها المعالج النفسي وفق النطاقات الثلاث المذكورة والعناصر التسعة المتضمنة فيها، ثم التأكد من وجود تحالف علاجي قوي يحقق نقلات نوعية في مستويات الوعي والقبول والتغيير.

يتحمل المشرف المهني المسؤولية في تأهيل وتطوير المرشدين، وتُلمّزه موثيق أخلاق المهنة بذلك. ولكن على الجانب الآخر، هناك الكفاءة الذاتية والمسؤولية الشخصية للمرشدين، فقد أوضحت الدراسات أهمية إيلاء اهتمام خاص للمسؤولية الشخصية والمهنية لدى مقدمي الخدمة النفسية والطلاب الذين ما زالوا في مرحلة الدراسة لتطوير قدراتهم الشخصية وتوجيهها نحو اكتساب الخبرات وتطوير نهج عملي مهني لممارسة دورهم كمتخصصين. وتجدر الإشارة هنا إلى أن مستوى المسؤولية الشخصية يعتمد على عدد من الظروف

الاجتماعية والنفسية لنشاط الأفراد، وكذلك على طبيعة وجودة عملية التعليم في الجامعة التي تقع على عاتقها مهمة تطوير المسؤولية باعتبارها سمة اجتماعية لا غنى عنها لمهنيّ المستقبل (Lazareva and Zavodevkina, 2016).

إن نتائج الدراسة الحالية تتفق اتفاقاً تاماً مع ما توصلت إليه الدراسات الخاصة بالميثاق العام للجمعية الأمريكية لعلم النفس فيما يتعلق بأهمية الشعور الذاتي بالمسؤولية المهنية لدى المشرفين والعاملين في مجال الصحة النفسية بشكل عام، فهذا الشعور الذاتي بالمسؤولية المهنية هو العماد الأساسي والشرط الذي مناص منه لتوفر الكفاءة المهنية والأخلاقية لممارسة أية مهنة تتعلق بالصحة النفسية.

من الأمور الهامة في تطوير كفاءة مقدمي الخدمة النفسية، التركيز على قضايا الثقافة، والتنوع، والنمطية. إن احترام الكرامة الإنسانية يتحقق في حال اتباع المبادئ الإرشادية الخاصة بقضايا التنوع الثقافي، والتي تعطي للمعالج حساً ثقافياً يجعله أكثر تفهماً لقضايا الأفراد والجماعات ويساعده على أن يكون بعيداً عن النمطية في تقديم العلاج. هذا يعكس رغبة المعالجين الحقيقية في قبول التنوع الثقافي وتقبل الآخر المختلف، وهذا بدوره يعزز من أداء المؤسسة ويزيد من فعالية العلاج وإمكانات نجاحه. ولذا فإنه من الضروري أن يكون المشرفون قد حصلوا على تدريب رسمي مستفيض في التنوع الثقافي من خلال برنامج الدكتوراه وبرامج التخصص المهني والدراسة المستقلة وتطوير الكفاءة. كما ويجب أن يكون المشرفون على دراية بالمبادئ التوجيهية للجمعية الأمريكية لعلم النفس التي تتناول قضايا التنوع، وبالآداب العلمية المتعلقة بالتنوع في تقديم الخدمة النفسية، وذلك من أجل التغلب

على الصراع بين القيم الشخصية والمهنية، لما فيه مصلحة وسلامة المنتفعين
(APA,2014)

المحور الرابع: ثقافة المجتمع: الأبعاد المجتمعية وأثرها على تقديم الخدمة

النفسية في مؤسسات الضفة الغربية

يركز مجال علم النفس المجتمعي في دراسته على الفئات المهمشة ومحاولة إيجاد التغيير
اللازم، لذا ينطلق علم النفس المجتمعي من الافتراض القائم على الحاجة إلى وجود القيم
التي تحدد اتجاهنا نحو عملية التغيير .

ففي الوقت الذي يسعى فيه علم النفس المجتمعي إلى التغيير من خلال تعزيز وتدعيم القيم
الإنسانية في المجتمعات، علينا أن نفهم ما هي القيم الإنسانية وكيف يتم قياسها والتعامل
معها في كل سياق اجتماعي، حيث يكون الأشخاص الذين يأخذون على عاتقهم مسؤولية
التغيير مطالبين بأن لا يتهاونوا بشأن التحيزات التي قد يقعوا فيها والتي تحد من قدرتهم على
فهم القضايا الاجتماعية. علينا أن نرصد المخاطر ومحاولات التغلب على التراخي والتواطؤ
مع الهياكل والتفاعلات الاجتماعية الظالمة من خلال العمل الجماعي والشمولي، وأن تكون
قضيتنا الأساسية هي تقديم الخدمة النفسية حسب المعايير الأخلاقية المتفق عليها.

(Nelson and Prilleltensky, 2005)

قدم العلماء دراسات كثيرة لتوضيح مفهوم الثقافة ودورها في الظواهر الاجتماعية والنفسية،
والحقيقة أن الفضل الأكبر في ذلك يعود إلى مساهمات علماء الإنسان (الأنثروبولوجيين)

الذين كافحوا منذ بداية القرن العشرين لكسر ادعاء "العالمية" الذي يهيمن على علم النفس منذ نشوئه وإقناع علماء النفس بإدماج الثقافة في تأويلاتهم النظرية، ليس فقط كعامل مساعد أو متغير من المتغيرات وإنما كجوهر الوجود الإنساني بكل تعقيداته الإدراكية والشعورية والسلوكية، ولم يفلح علماء الإنسان في مسعاهم هذا إلا في الربع الأخير من القرن العشرين، وقد ساهم نشوء "علم النفس المجتمعي" مساهمة عظيمة في ذلك (Cruz, 2011)، في الآونة الأخيرة خصصت عدة مقالات وأبحاث منشورة في "المجلة الأمريكية لعلم النفس المجتمعي" والمجلات ذات الصلة لدراسة مواضيع مختلفة تتعلق بالثقافة، وقد خلص عدد كبير من الدارسين إلى المطالبة باعتماد مبدأ "النسبية الثقافية" ودمج مفاهيم الثقافة في مشاريع علم النفس المجتمعي في مختلف الثقافات.

نحن نتبنى هنا تعريف الثقافة على أنها منظومة من القيم والمفاهيم والإدراكات التي تشكل الجانب الحيوي التفاعلي من المبنى الاجتماعي، وهذه المنظومة هي التي تشكل معايير السلوك التي تتحكم بسلوكنا الاجتماعي وتحدد الطرق التي نمارس بها العيش ونضفي المعنى على الحياة كأفراد في الكُل الاجتماعي، وذلك من خلال علاقاتنا مع الآخرين في نطاق شبكة من العلاقات الاجتماعية يتم تفعيلها في مختلف السياقات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والتاريخية. فالثقافة هي محصلة التجارب التاريخية المشتركة لجماعة من البشر، وهي بذلك مُنتج جماعي مكوّن من القيم والمفاهيم والتصورات الإدراكية المتجسدة في العادات والتقاليد وأنماط التفكير والسلوك وكل المخزون الثقافي الجمعي من الرموز التي تم إنشاؤها عبر الأجيال من خلال اللغة وتعبيرات الجسد في المكان والزمان الاجتماعيين.

باختصار، تشير الثقافة إلى منتج تاريخي تراكمي، فهي نتاج التجارب المشتركة للإنسان في الماضي، وهي التي تحدد إمكانياته في الحاضر ومصيره في المستقبل. وبقدر ما يهتم علماء النفس المجتمعون بمعالجة قضايا السلطة والعدالة الاجتماعية، فعليهم إدماج الثقافة في مشاريعهم البحثية والتطبيقية واعتبارها أمراً في غاية الأهمية لفهم ديناميات العلاقات الاجتماعية والتنافس وعدم المساواة بما يساهم في تحديد أطر العمل في مجال الصحة النفسية (cruz، 2011).

توصلت هذه الدراسة إلى أن هناك أثراً واضحاً لثقافة المجتمع المحلي في تقديم الخدمة النفسية للأفراد، حيث تحدث المشاركون عن المعايير الاجتماعية التي تحد من ممارسة مهنتهم، كما وقدمت إجاباتهم وصفاً للسياق الثقافي الفلسطيني، وبينت وجهات النظر المختلفة حول الخدمة النفسية المقدمة في مناطق الضفة الغربية. ويمكننا تلخيص هذه النتائج بما يلي:

1. المسؤولية المهنية والضمير الشخصي: الثقافة العربية - ثقافة الذنب والعار.

فسر كناعنة في مقالته "العار والذنب والفشل العربي في التغلب على العجز" (2016) دور الثقافة في تشكيل السلوكيات الاجتماعية العربية من منطلق أنثروبولوجي، استناداً إلى التصنيف الأنثروبولوجي لثقافات المجتمعات كتقافات عار وثقافات ذنب. فالثقافة في المجتمعات العربية تميل إلى أن تكون ثقافة عار، على خلاف ثقافات بعض الشعوب الأخرى التي تميل إلى أن تكون ثقافة ذنب. ومركب العار تشكل في الثقافة العربية بفعل المبنى الاجتماعي للنظام العربي القبلي المعقد، والذي يتميز بتماسك النسيج الاجتماعي القبلي، فسلوك الفرد تحدده مصلحة القبيلة، لأن بقاء الفرد متوقف بشكل جوهري على بقاء

القبيلة. ويقصد بثقافة العار أن حكم المجتمع على الذات الفاعلة هو الذي يقرر سلوك الفرد وبالتالي يحدد مصيره. وبغض النظر عما إذا كان الفرد مذنباً أو غير مذنب، أو كان الاتهام صحيحاً أو غير صحيح، فإن المجتمع هو الذي يُدينه (على الشبهة) ويُلق العار به، ومن ثم يُولد لديه الشك في طبيعة ذاته ويُنبئها. ولذا فإن الأمر لا يقتصر على إدانة الفعل السيئ وإنما يتعدى ذلك إلى تصنيف الذات الفاعلة على أنها "ذات سيئة"، وبالتزاوج بين هذا الحكم وبين النزعة القدرية المتجذرة في الثقافة العربية فإنه يحدد مقدرة الذات على إصلاح ذاتها ويحرمها من إمكانية التغيير. وعليه فإن التغيير في سياق الثقافة العربية محدود ويعتمد على الأحكام الاجتماعية، وغالباً لا يتم التغيير لأن ثقافة العار تدين "طبيعة الذات" وليس الفعل. وبالتالي فإن المشكلة ليس في ارتكاب الخطأ وإنما في انكشاف الخطأ للآخرين، والدافعية إلى تجنب الخطأ أو تصحيحه ليست ذاتية، بمعنى أنها لا تتبع من داخل الذات، وإنما هي اجتماعية نابعة من حرص المرء على تقادي حكم المجتمع عليه وعقابه له. بمعنى أن فرصة ارتكاب الأخطاء واردة طالما لم يتم كشف الأمر من قبل الآخرين: "أنا اليوم كمعالج مؤهل، بتوَلد عنا الخوف على سمعتنا، لِهيك بيصير في التزام أخلاقي أكثر". أي أن مصدر الأخلاق هو موافقة الآخر على سلوكياتنا، ولذا يضطر العاملون للامتثال للقوانين والأحكام الاجتماعية حتى لا يُحاسبوا اجتماعياً وتُلصق بهم الوصمة أو يتم التشهير بهم أو تشويه سمعتهم. إننا نرى هنا بوضوح أن "الضمير" (أي محاسبة الذات للذات) ليس هو العامل الحاسم والأهم في تحديد سلوك مقدمي الخدمة النفسية في المجتمع الفلسطيني المحلي بشكل

عام، أما الحالات الاستثنائية القليلة فهي التي يجب أن نعززها ونبني عليها سياسات المستقبل.

في حال لم تكن هناك مراقبة مهنية واجتماعية، ما هي معايير الالتزام الأخلاقي بالمهنة؟
تقول إحدى المشرفات المشاركات في الدراسة:

"في كل مؤسسة في سياسات بتلزم الجميع فيها. مثلا بالجامعة، إحنا كلنا أخذنا الأخلاقيات بالجامعة. بس لما تيجي كأخصائية عالمؤسسة... في كثير ناس أخذوا موضوع الأخلاقيات، وبس يشتغل بالمؤسسة في سياسات بيضطر يلتزم فيها، وخاصة لما يكون في محاسبة وقوانين داخل المؤسسة، واللي هي ممكن تحمي المنتفع أو حتى بتحميه كمان (الأحصائي)، لأنه بالأخر إذا أنت مشيت عالقوانين بطريقة صحيحة أنت بتحمي حالك، بس إذا أنت اخترقت هاي الأخلاقيات يعني مثلاً تحرشت، أو عملت إشي غير قانوني أو مثلا حكيت عن موضوع سري وسببت لحالك مشكلة، أنت هنا اذا مشيت عالقوانين بتكون حميت حالك بس اذا ما مشيت معناها رح تتحاسب".

نستشف من هذا أن الميثاق القانوني هو الملزم في أخلاقيات المهنة، على الرغم من وجود الميثاق الأخلاقي المهني الذي تم تمريره على طلبة الجامعات من خلال التعليم الجامعي أو من خلال الوثيقة الأخلاقية المهنية في كل مؤسسة. وتعتمد المساءلة والمحاسبة على وجود نظام المتابعة والتقييم داخل كل مؤسسة، والذي تم توضيحه في المحور الأول .

ولكن في رأيي كباحثة فإنه في حال تم كشف قضايا لأخلاقية يكون هناك تهاون شديد في الأخطاء أو الانتهاكات لعدم وجود نظام محاسبة ونقابات تحمي المنتفعين. فغياب المسؤولية

القانونية (لاعتبارات عدم استحقاق أصحاب المسؤوليات لمناصبهم ولالألقاب المهنية) ساهم في التخازل والتواطؤ في محاسبة المخالفين. هنا يبقى الأمر منوطاً بالوعي الذاتي والضمير الأخلاقي لدى مقدم الخدمة، وإيمان العاملين في هذا المجال بتقديم الخدمة من أجل الهدف الأسمى وهو تقديم الخير لأجل الخير، علماً بأن كل الدلائل تشير إلى أن هذه المركبات الأخلاقية الذاتية تكاد تكون غائبة لدى مقدمي الخدمة النفسية في المجتمع الفلسطيني المحلي الراهن.

هناك أمر شائك يؤثر بشكل كبير على تقديم الخدمة النفسية في فلسطين، ألا وهو شبكة العلاقات الاجتماعية وتعقيدها وتداخلاتها مع العلاقات الرسمية المهنية في المجتمع الفلسطيني الحديث، حيث تتعدد الأدوار وتتناقض المسؤوليات لدى الأفراد الذين يلعبون أدواراً مختلفة ويمارسون مهاماً مختلفة في ذات الوقت. وبالنسبة للخدمة النفسية فإن تضارب المصالح يحصل من خلال الدمج بين الدور المهني والعلاقات الاجتماعية الشخصية. مثال على ذلك المعالجين وعلاقاتهم الاجتماعية، وقد روت لنا إحدى المشاركات كيف أنها عندما كانت بحاجة لمساعدة اتجهت إلى أصدقاءها الذين يعملون في مجال الخدمة النفسية لمساعدتها، ولم يكن من الصعب على الصديق المعالج أن يستقبلها كحالة ويقدم لها الخدمة النفسية من خلال لقاءات منظمة وضمن سياسات المركز، وهنا تحولت العلاقة من صديق إلى صديق معالج واختلطت الأدوار بين الصديق والمعالج. وعلينا التذكير هنا بأن الجمعية الأمريكية لعلم النفس تعتبر قيام المعالج بأكثر من دور مهني واجتماعي "تعدد أدوار وتضارب في المصالح"، وهو أمر يمس بأخلاقيات المهنة. لكن الأمر الذي كان أكثر

خطورة هو أن "الصديق المعالج" عمل أثناء العلاج على مساعدتها في اتخاذ قرار ما، إلا أن ذلك القرار كان خاطئاً فلم يساعد المنتفعة بل عاد عليها بالضرر. وعند مواجهة المعالج بنتيجة القرار كان رده "أنه في اللحظة التي ساعدها فيها على اتخاذ القرار كان يقدم لها النصيحة كصديق وليس كمعالج".

في رأيي الشخصي، إن هذا التبرير من قبل المعالج هو محاولة للتملص من المسؤولية كمعالج أخطأ في العلاج، وما قام به من تحمّل لنتيجة القرار الخاطئ على أنه "نصيحة صديق" وليس "قرار معالج" هو وسيلة للدفاع عن نفسه وحماية نفسه كممارس لمهنة الخدمة النفسية، غير مدرك لحقيقة أن حماية المهنة تشترط الالتزام الكامل بالبنود الأخلاقية للمهنة وعدم "تعدد الأدوار" والمراوحة بينها بهذا الشكل البراغماتي. كما وأن الحجة التي ساقها المعالج في هذه الحالة هي خرق واضح ومباشر لمبدأ الاستقلالية الذي يهدف إلى تشجيع المنتفعين على أن يكونوا مستقلين وغير تابعين وقادرين على اتخاذ القرارات المستقلة؛ فالعاملون في الصحة النفسية لا يفرضون أهدافهم وقراراتهم بل يتقبلون الأفكار والمعتقدات والقيم المختلفة للمنتفعين. (Remley, Herlihy, 2007) إن احترام كرامة المنتفعين يتم من خلال مساعدتهم في تحديد مصيرهم واتخاذ قراراتهم بأنفسهم، بمعنى أن المنتفعين هو المسئولون عن قراراتهم، بينما ينحصر دور المعالج بمساعدتهم في تحديد الخيارات والبدائل (بيضون، 2018).

يعمل الكثير من المعالجين بحسن نية ولفعل الخير ومن باب التضامن والرغبة في مساعدة المنتفعين، وهذا يدفعهم إلى مساعدة المنتفعين في اتخاذ القرارات، ولكن كثيراً ما يعطي

المعالج نفسه الحق في اتخاذ القرارات عن المنتفع (بمعنى أنه يفرض قراره على المنتفع) على اعتبار أن المعالج أكثر دراية بأمر المنتفع وأكثر معرفة بمصلحته، وهذا ما عبرت عنه المنتفعة المذكورة أعلاه: "كنت أطلب دائماً منه أن يعيد النظر بما قاله، كان رده: إنت اسمعي مني، لازم تعملي هيك."

2. الخدمة النفسية في فلسطين: وجهات نظر المشاركين في الدراسة .

أفاد المشاركون في الدراسة، خاصة فئة المرشدين، بأن المجتمع غالباً ما يعيق عملهم كمرشدين، حيث غياب الفهم الاجتماعي لمهنة المرشد النفسي، وعدم إيمان المجتمع بجدوى الخدمة النفسية مما يفقد المهنة قيمتها، وهذا الأمر يثير الإحباط لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية:

"بس إحنا في هذا المجال ما أخذنا حقنا لسة. ما زالت في صورة سلبية عنا وعن دورنا، ودرجة تعليمك تشعرك أنهم مستخفين فيك، لذلك احنا بحاجة لنشتغل على جامعاتنا لنغير هذه النظرة، وكمان المرشد يغير من نظرتة عن نفسه. المرأة في مجال الصحة النفسية"

تباينت آراء المشاركين في الدراسة حول جودة الخدمة النفسية المقدمة في مؤسسات الضفة الغربية، واتفقوا على أن العمل ضمن السياق الثقافي الفلسطيني يختلف من منطقة لأخرى ومن بلدة لأخرى. هناك تجمعات من غير المقبول فيها طرح مواضيع معينة كالزواج المبكر أو قضية اللباس أو التعارف أو الاختلاط بين الجنسين. وعبدا عن الأدوات المستخدمة في تقديم الخدمة النفسية، علينا أيضاً الانتباه لأمر ثقافية محلية، كالمظهر وطريقة اللبس، والمفردات المستخدمة في الأحاديث، ولغة الجسد، وأسلوب الحديث. هناك بيئات اجتماعية

منفتحة، مثل رام الله، نستطيع طرح الكثير من المواضيع فيها، ولكن حتى في داخل المدينة نفسها هناك بيئات فرعية شديدة الاختلاف: "طريقة لبسي تختلف تماماً عندما أتعامل مع بيئات محافظة. نحن نعمل لمساعدتهم وليس لأغراض شخصية. هناك من المرشدين الذين يحملون الأمور على محمل شخصي، وهذا يؤثر على جودة الخدمة المقدمة من قبلهم".

تقدم الخدمات النفسية بنوعية مختلفة بين المحافظات، فهناك مركزية في الخدمة النفسية في مدينة رام الله على خلاف مناطق الشمال والجنوب من الضفة الغربية، حتى في محافظة الجنوب تختلف الخدمة ما بين الخليل وبيت لحم حيث أن بيت لحم تقدم الخدمات فيها اعتماداً على طائفة هذه المدينة وهي المسيحية، فالطائفة المسيحية هناك تستقبل منح ومساعدات من الدول المانحة أكثر من غيرها ولها امتيازات واعتبارات في هذا الجانب، وتحصل على دعم عالي خاصة لمؤسسات التابعة للكنيسة، لذا يرى أن الخدمات المقدمة من حيث تطوير قدرات المرشدين وتأهيلهم من خلال البرامج والدورات المطروحة أفضل من الخليل وهي المدينة المجاورة لبيت لحم.

كما وأن لبرامج التمويل أثر كبير على جودة الخدمة النفسية المقدمة في مؤسسات الضفة الغربية، وهذا يتوقف على القيم الثقافية المركزية التي يُراد تحقيقها، فهناك مراكز تقدم الخدمة النفسية لاعتبارات تجارية بحت وليست إنسانية، وهناك مؤسسات تريد تحقيق أهداف قصيرة الأمد حتى لو كانت هذه الأهداف تعيق تحقيق الغايات بعيد الأمد للمجتمع الفلسطيني وقضيته:

"الخدمة المقدمة جيدة جداً. في شركة ممتازة مع بعض المراكز. في مراكز تستحق التقدير على عملها، وفي مراكز حرام تشتغل لأن همها التجارة فقط. بدون ذكر أسماء المراكز، ولكن كانت هناك حالة لمنتفعة تم التعامل معها داخل المركز، ولكن طبيعة الخدمة اللي كانت بحاجة إليها ليست متوفرة لدينا، وكان الخيار لنا هو تحويلها لمركز أو مؤسسة معينة، وطلب هذا المركز مبلغ مالي (200 شيكل) والمنتفعة لا تمتلك المبلغ، ولم يتم استقبالها، ولم تتلقى العلاج، وانحزمت من الخدمة وهي بحاجة لها. فأنا اعتبر أن هذه كارثة أخلاقية في العمل داخل البلد. المؤسسات غير فعالة في التعامل مع الحالة بسرعة، كانت تأخذ وقت طويل. موضوع التحويل، وأخذ الأطفال من المنزل، وتوفير بيوت الأمان، هذه أمور بحاجة لشغل أكثر وبجاجة لسرعة أكبر، لأن كلما تأخرنا كلما صار الوضع أخطر. بالأونروا بالمخيمات مثلاً، هناك مشكلة وهي مع حالات الهدم (هدم المنازل) الحاصلة، نجد الكثير من المؤسسات تقدم المساعدة لنفس الحالة، وهنا وقعنا في مطب أخلاقي؛ إنه الكل يقدم الخدمة ويتدخل ويتحدث عن المشاعر ويعبر مع الطفل أو مع العائلة نفسها، وهنا كان الأمر غير أخلاقي أبداً، لأنه مرهق ومتعب للناس ويضعهم في أوضاع بتخليهم يملأوا بعد فترة."

3. المرأة في مجال الصحة النفسية

لم يطرح موضوع الفروق الجندرية ضمن أسئلة الدراسة، ولكن كانت هناك استنتاجات من إجابات المشاركين في الدراسة حول قضايا الجندر. فقد ذكر غالبية المنتفعين المشاركين في الدراسة أن هناك أثر لجنس المعالج على عملية العلاج، كما وتطرق بعض المشرفين

المشاركين في الدراسة لقضية الإناث بالذات في عملية العلاج النفسي. فالمشرفون يرون أن الضغوطات التي تعاشها المرأة الفلسطينية تجعلها أكثر إقبالاً على العلاج النفسي من الذكور، وربما كان هذا هو السبب في انتشار قضايا الاستغلال الجنسي للمنتفعات الإناث من قبل العاملين (الذكور) في مجال الصحة النفسية، حيث يشكل الاستغلال الجنسي أكثر قضية أخلاقية تم ذكرها من قبل المشاركين في الدراسة، وذلك عند سؤالهم عن أهم القضايا الأخلاقية التي سمعوا عنها أثناء عملهم، وهناك أيضاً الاستغلال العاطفي والمادي للمنتفعات الإناث .

ويعزو أحد المشرفين ظاهرة توجُّه المرأة للخدمة النفسية إلى ثقافة المجتمع، حيث أن التنشئة الاجتماعية في المجتمعات العربية مبنية على التقسيم الحاد للأدوار بين الجنسين، وهذا التقسيم لم يتغير كثيراً في الظروف الاجتماعية والاقتصادية المتغيرة في المجتمع الفلسطيني الحديث، وهذا بدوره يضع أعباءً اجتماعية متزايدة على المرأة تجعلها تعيش تحت ضغوط نفسية شديدة، ناهيك عما تعانيه المرأة من الإهمال وقلة الاهتمام وعدم التقدير من الطرف الآخر. كل هذه الأمور الضاغطة تجبر المرأة الفلسطينية على التوجه إلى مقدم الخدمة النفسية لتلقي المساعدة، وهنا تصبح المرأة عرضة للاستغلال من قبل المرشد أو المعالج، خاصة في الحالات التي تنشأ فيها علاقة وثيقة بين المنتفعة والمرشد، أو في قضايا التحويل والتحويل المعاكس:

"كونك معالج، ذلك يعني أنه لديك القدرة على الاستغلال بشكل كثير عالي. بالتالي يجب أن تكون لديك ضوابط أخلاقية كثير عالية... وعادة حسب العمل في البلد، في كثير تجاوزات.

مثلاً، هناك المكالمات الهاتفية ليلاً، هناك حالات يلمس فيها المعالج المنتفخة، وإذا بدنا نقيّم المشكلة من وبن، فهي مشكلة ناتجة عن فهمنا للتحويل والتحويل المعاكس. إذا المعالج فهم التحويل، ما رح يوقع بمشكلة كمعالج، أما إذا كمعالج فكرت أنك ممكن تنحب وأن توقع بهذا المطب، رح يكون في اختراقات أخلاقية على مستويات مادية وعلى مستويات جنسية."

في دراسته للماجستير حول "الفروقات الجندرية وعلاقتها بالمشاركة في خدمة الإرشاد النفسي الجماعي في وكالة الغوث الدولية في الضفة الغربية"، يؤكد شريف نصار (2016) أن سياسة المراكز التي تقدم الخدمة النفسية في المناطق الفلسطينية عززت من تواجد الإناث كمتلقيات للخدمة النفسية، وذلك بسبب تركيز المؤسسات الدولية على إنشاء المراكز النسوية بهدف تعزيز دور المرأة ودعم صحتها النفسية الاجتماعية، بينما توجهت نفس المؤسسات لدعم الشباب الذكور من خلال النوادي الرياضية فقط. ويضيف نصار أن الموروث الثقافي والتنشئة الاجتماعية يؤثران بشكل أساسي في التوجه لطلب الخدمة النفسية، فالمواقف والاتجاهات حول الأدوار الاجتماعية، والتي اكتسبت من خلال الأنماط التربوية والتنشئة الاجتماعية، حدت من توجه الرجال لطلب الخدمة النفسية وذلك تحسباً من الوصمة الاجتماعية، ولذا فإن الرجال يدفعون فعلياً بنسائهم إلى المؤسسات لطلب الخدمة النفسية بينما يبغون هم بمنأى عن الانكشاف للمجتمع.

ويعبّر أحد المنتفعين عن وجهة نظر توضح الأبعاد الحقيقية لهذه العقلية الذكورية:

"أنصح بالتوجه للإرشاد، ولكن بغير مدينة الخليل، لأنني مررت بنماذج كثيرة تم وصم الناس الذي تلقوا علاج نفسي بالمجنون، حتى لو أن هذا الشخص أعقل منهم ولكن يبقى اسمه

مجنون. رام الله تعتبر مدينة كبيرة لا أحد يعرف الآخر، وهذا أفضل بالنسبة للعلاج. الخليل وناבלس أكثر منطقتين الارشاد فيهم صعب. لا أعلم عن أشخاص توجهوا للإرشاد، لأنهم عادة يخبوا المرض ويتحكموا فيه. أنصح بعدم التوجه في حال استطاع التحكم والسيطرة على مرضه، وخاصة للرجال حيث أن كبرياءهم لا يفضل أن يتوجهوا للإرشاد، الإناث قد تتعرض لضغط اجتماعي، بينما الرجل.. عادي."

أما بالنسبة للمنتفعين الآخرين فقد تباينت آراؤهم حول توجههم لتلقي الخدمة لدى أخصائية أو معالجة أنثى، فبعضهم حبذ ذلك بينما رفضه البعض الآخر، والغريب في الأمر أن أحد المنتفعين لا يحبذ التوجه إلى معالجة أنثى من باب التضامن مع المرأة والتعاطف مع النساء الفلسطينيات، فهو يرى أن المرأة في فلسطين تواجه ضغطاً اجتماعياً نتيجة الأدوار الكثيرة التي تقوم بها، فهي مثقلة بالأعباء اليومية وهو لا يفضل أن يضيف على أعباءها اليومية مشاكله الشخصية، فجلسات العلاج تتطلب الكثير من الوقت والجهد من المعالج، ولذا فهو لا يفضل التوجه للإناث في العلاج من باب التضامن والعدالة مع النساء .

تفضل المنتفعات المشاركات في الدراسة التوجه للعلاج لدى معالجات إناث، فهن يعتبرن أن الأمر مريح أكثر في التعامل وبناء الثقة، وهو في نفس الوقت أكثر ضماناً لعدم نشوء مشاعر غير مرغوب فيها مما قد يعرضهن للاستغلال الجسدي أو العاطفي، وفي حال توجههن للمعالجين الذكور فهن يفضلن أن يكون المعالج كبير السن بالنسبة لهن.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

بعد مناقشة البيانات المجمعة والمصنفة من خلال مقابلات المشاركين في الدراسة ومشاهداتي في الحقل، توصلت الدراسة إلى عدة نتائج تم حصرها في أربعة محاور أساسية وهي: مركزية المؤسسات المقدمة للخدمة النفسية، الإشراف المهني، كفاءة مقدمي الخدمة النفسية، ثقافة المجتمع وأثرها على تقديم الخدمة النفسية. وبالمحصلة تجيب النتائج الموزعة على المحاور على السؤال الرئيسي للدراسة: ما هو واقع أخلاقيات ممارسة الخدمة النفسية

لدى العاملين في مؤسسات الصحة النفسية في الضفة الغربية؟

أولى النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة هي المركزية المفرطة التي تهيمن على مجال تقديم الخدمة النفسية من قبل مؤسسات هرمية المبنى تتمثل في ثلاث جهات رسمية: مراكز الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة، ووكالة الغوث الدولية - الأونروا، والمؤسسات غير الحكومية (الجمعيات الأهلية). وقد بينت نتائج الدراسة أن هناك اختلافات ذات دلالة بالغة الأهمية بين هذه المؤسسات فيما يتعلق بممارسة الخدمة النفسية، وذلك حسب السياسات والأنظمة المطروحة، حيث تشكلت هذه السياسات بناءً على اعتبارات متباينة بتباين السياق التاريخي لنشأة كل مؤسسة .

وعليه فإن تقديم الخدمة النفسية للأفراد من خلال مؤسسة معينة يعني أن الخدمة المقدّمة تخضع للنهج الخاص لتلك المؤسسة. ولفهم منهجية المؤسسات لا بد من التطرق إلى تاريخ نشأتها، حيث أن المؤسسات المقدّمة للخدمة النفسية في الضفة الغربية نشأت بالمُجمل في ظل الاعتماد الكلي على التمويل الأجنبي، وهذا يعني في حقيقة الأمر أن السلطة الأساسية المتحكمة في الخدمات النفسية المقدمة هي المال. وعلى ضوء هذا الاستنتاج نفهم تصرف

المؤسسات التي تعرضت لأزمات مالية حرجة نتيجة عدم توفر التمويل اللازم، حيث عملت هذه المؤسسات على تقليص الأنشطة المقدمة للموظفين (وبالتالي للمنتفعين) في سبيل الحفاظ على بقائها، فأعطت بذلك الأولوية القصوى لبقائها وليس لجودة الخدمة التي تقدمها أو لاحتياجات الناس والمجتمع والوطن. هذا الأمر أثر بشكل مباشر على تصميم البرامج النفسية، حيث تم إلغاء أنشطة أساسية، وفي مقدمتها أنشطة الإشراف المهني التي أقدمت بعض المؤسسات على إلغائها، علماً بأن مؤسسات أخرى لم توفرها في الأصل إلا بعد فترة طويلة. ومما لا شك فيه أن إلغاء الإشراف المهني هو خرق للمبادئ الأخلاقية لمهنة علم النفس، فميثاق الجمعية الأمريكية لعلم النفس ينص بوضوح على أن الإشراف المهني من القيم الإلزامية التي لا محيد عن توفيرها، فالغاية من الإشراف هي تطوير وتأهيل مقدمي الخدمة النفسية ورفع مستوى المسؤولية المهنية لديهم. كما وأثرت قضايا التمويل على تحديد معايير الخدمة النفسية واختيار نوعية الخدمة؛ فهي وقائية أم علاجية؟ وهل يجب أن تقدم ضمن الإرشاد الفردي أم ضمن التدخل المجتمعي؟ هذا إضافةً إلى كون قضايا التمويل المسؤول الأساسي عن عدم استمرارية البرامج المنفذة من قبل المؤسسات، الأمر الذي ينعكس بشكل سلبي على المتلقين للخدمة النفسية، حيث يتم توقيف الخدمة بمجرد توقف التمويل.

كان لمركزية السلطة وتزواجها مع التراخي في الهيكل التنظيمي داخل المؤسسة دور في عملية توظيف المهنيين. ففي بعض المؤسسات مثل وكالة الغوث كان هناك تعدد لأدوار بعض المدراء، وخاصة في بداية تشكيل الدوائر الرسمية للصحة النفسية، فقد تم تعيين عدد

من الموظفين في مهنتين في نفس الوقت؛ "مدير إداري" و "مشرف مهني"، الأمر الذي ساعد على تمركز السلطة والإدارة في أيدي قلة من الأفراد فأصبح لهؤلاء الأفراد تأثير أكبر على الأخصائيين العاملين ضمن المؤسسة. ومن ناقل القول أن تعدد الأدوار هذا يُعد منافياً لأخلاقيات المهنة، فهو ينضوي على "تعدد المصالح" الذي من شأنه أن يساهم في حدوث الاستغلال والحاق الضرر بالموظفين الآخرين وبالمنتفعين.

وبحكم السلطة المُمرّكة والقوة المضاعفة التي يتمتع بها هؤلاء الأشخاص، فقد تم استغلالهما لإصدار الأحكام المتسّرة على المنتفعين وتصنيفهم حسب معايير الدليل العالمي لتشخيص الأمراض النفسية، حيث يُعطي هؤلاء الموظفون لأنفسهم صلاحيات تفوق مؤهلاتهم بكثير ويعتقدون أن لديهم الحق في تشخيص الأفراد عن بُعد ومن اللقاء الأول، مبررين ذلك بسنوات الخبرة الطويلة. كما وتمكن هؤلاء الموظفون، من خلال المسميات المهنية الرسمية التي حصلوا عليها، من أن يمنحوا لأنفسهم الحق في تقديم تدريبات لمجموعات من المرشدين الخريجين، معتبرين أن التدريبات التي يقدمونها تؤهل المرشدين المتدربين للحصول على شهادة دبلوم مهني متخصص، وهنا علينا الوقوف عند بعض الحالات التي تقدم برامج تدريبية وقيمتُ بمعايينتها خلال عملي. فقد لاحظتُ من خلال عملي مع عدة مؤسسات أنه يتم تدريب مجموعة من المرشدين من قبل معالج نفسي يحمل درجة الدكتوراه على برنامج "تشخيص ويكسلر"، على اعتبار أن هذا البرنامج التدريبي يؤهل المتدربين لتشخيص القدرات العقلية وصعوبات التعلم، ويتم تقديم التدريب من خلال ورشات تستغرق عدداً محدوداً من ساعات التدريب. وبالمقابل (ومن أجل المقارنة) فإن عملية تأهيل الخريج في "الجامعات

الإسرائيلية" لكي يستحق شهادة الماجستير ويُعتبر متخصصاً في مجال علم النفس وقادراً على تقديم هويته المهنية كمشخص للاضطرابات النفسية والقدرات العقلية، تتطلب من الخريج أن يعمل تحت التدريب المهني ويسعى لاستكمال مساقات نظرية من 4-5 سنوات، وبعد انهاء كافة المساقات والتدريبات يتقدم إلى لجنة خاصة تزوده بتغذية راجعة حول أدائه، وبناءً على تقرير هذه اللجنة يتم تعيين امتحان للتخخيص لمزاولة مهنة التشخيص والعلاج النفسيين. أي أن أي خريج في علم النفس لن يتمكن من ممارسة التشخيص النفسي قبل أن يحصل على رخصة مزاولة المهنة توافق عليها لجنة عليا في وزارة الصحة بعد الانتهاء من فترة تعلم وتدريب لا تقل عن خمس سنوات.

هناك برنامج تدريبي آخر يقدّم من قبل مختصين حاصلين على درجة الماجستير في مجال الإرشاد النفسي والصحة النفسية، وهذا البرنامج يستهدف خريجي الجامعات بدرجة بكالوريوس في كل من التخصصات التالية: علم النفس، علم الاجتماع، إرشاد تربوي، صحة نفسية، خدمة اجتماعية. ويؤهل البرنامج المتدربين للحصول على دبلوم مهني متخصص في الإرشاد النفسي ومعتمد من قبل وزارة العمل في فلسطين. ويقدم البرنامج تدريب على 16 موضوعاً في مجال الخدمة النفسية من بينها: فنيات الإرشاد الجماعي، فنيات الإرشاد العائلي، فنيات الإرشاد الفردي، فنيات التعامل مع المشاكل السلوكية والعدوانية، فنيات الإسعاف النفسي الأولي، وغيرها. عند النظر إلى هذا الدبلوم وآلية التحضير له نجد أن هناك الكثير من التجاوزات، والتي تبدأ بتقديم التدريب كله في عدد محدد من الساعات لا يتجاوز مجموعها أياماً معدودة، في حين أن التدريب على موضوع واحد من هذه المواضيع

يحتاج إلى سنوات من الدراسة والتدريب والإشراف ليصبح الخريج متمكناً من ممارسة دوره المهني. التجاوز الثاني هو أن التدريب يجمع بين خريجي تخصص علم النفس وتخصص علم الاجتماع، وهذا يعني أن البرنامج التدريبي المرخص من وزارة العمل يمنح خريج علم الاجتماع وخريج الخدمة الاجتماعية ترخيصاً بممارسة مهنة الإرشاد النفسي دون أن يكون لديهما الحد الأدنى من المعرفة السيكولوجية.

بناءً على ما سبق، فإن الإجراءات الرسمية في مؤسسات الضفة الغربية تسمح للأخصائيين العاملين فيها بممارسة دورهم في مجال علم النفس وهم غير مؤهلين، وذلك من خلال المسميات والأدوار المهنية التي تُمنح لهم من قبل وزارة العمل، وفي معظم الحالات يصبح مثل هذا "الأخصائي" معتداً بنفسه ويدخل سوق العمل بثقة تامة من خلال ورشات التدريب القصيرة التي تقدمها له المؤسسات المحلية، مع العلم أن هذه المؤسسات، وبناءً على التجربتين السابقتين، لا تستوفي المعايير المهنية لتأهيل الخريجين لمزاولة المهنة. ومن المهم أن نذكر أن مزاولة المهنة في مجال علم النفس هي عملية مستمرة تتطلب من الأخصائي تجديد الترخيص بمزاولة المهنة بناءً على تأهيله وكفاءته (لجنة الاعتراف بالتخصصات والكفاءات في علم النفس المهني، 2017، APA).

وفي هذا الصدد يبرز دور خريجي الداخل الفلسطيني (أي فلسطينيو الـ48)، حيث عبر المنتفعون والمشرفون المشاركين في الدراسة عن ثقتهم بالمتخصصين الحاصلين على شهاداتهم الجامعية من الداخل الفلسطيني، مؤكدين على أن مستوى كفاءتهم ومسؤوليتهم المهنية أفضل من مقدمي الخدمة في مؤسسات الضفة الغربية. ويُعزى هذا التقدم إلى عملية

التعليم والتأهيل التي يمر بها الطلبة أثناء دراستهم في "الجامعات الإسرائيلية"، وكذلك إلى وجود تخصصات متعددة في إطار علم النفس حيث يمنح الخريج شهادة مزاولة المهنة ضمن تخصص واحد محدد وليس ضمن الإطار العام لعلم النفس، إضافة إلى الإجراءات الرسمية المعمول بها من أجل إصدار الترخيص وشهادة مزاولة المهنة. وكما عير عن ذلك أحد المشرفين المشاركين في الدراسة، فإن تأهيل المختصين في مجال علم النفس يعتمد في الداخل الفلسطيني على التخصص في الدراسة والعمل: "في الداخل، هناك مع الشغل يبدأ الأخصائي في التخصص من خلال عمله من قبل وزارة الصحة أو وزارة التعليم، ومن هنا يبدأ المرشد بالتخصص من خلال عمله كل حسب المكان الذي يعمل فيه، تربوي أو علاجي أو تطوري، وهذا لا يوجد في الضفة".

وفي نفس السياق عبرت إحدى المشاركات في الدراسة عن الصعوبات في إيجاد معالجين موضع ثقة في منطقة الضفة الغربية، حيث ترى أن المعالجين في منطقة الداخل الفلسطيني أكثر كفاءة وجدارة في القيام بهذه المهنة، وتعلل ذلك بأن التعليم في الجامعات ومتابعة الخريجين تُخرج كفاءات مهنية أفضل مما تُخرجه العملية التعليمية في الجامعات الفلسطينية. أما في الضفة الغربية فإن بعض المعالجين الذين نثق بقدراتهم وكفاءاتهم منشغلون بشكل مستمر وبالتالي غير قادرين على توفير وقت للمنتفعين، وعضواً عن أن سفرهم الدائم وضغط العمل الملقى عليهم يجعل الوصول إليهم أمراً في غاية الصعوبة .

في مؤسسات الضفة الغربية، تخرّج الجامعات طلبة أنها برنامج البكالوريوس في علم النفس أو علم الاجتماع أو أحد التخصصات القريبة من ذات المجال، فتقدّم لهم بعض

التدريبات في المؤسسات العاملة في مجال للخدمة النفسية، وبعدها يبدأ الخريج العمل كأخصائي نفسي أو مرشد نفسي في إحدى المؤسسات المحلية ذات العلاقة. ويتضح من خلال هذه الدراسة أن هذه المؤسسات في الضفة الغربية تعاني من مشكلة حقيقية في فهم المسميات والأدوار، حيث يُطلق لقب "أخصائي نفسي" على من أنهى تعليمه الجامعي بشهادة بكالوريوس وحصل على بعض التدريب من خلال ما هو متوفر من برامج وورشات التدريب قصيرة الأمد.

أما فيما يخص الخدمات التي تقدمها المؤسسات المركزية الفاعلة في الضفة الغربية، فقد أظهرت الدراسة أن هناك نوع من "توزيع المهام" بين الجهات الرسمية الثلاث: فوكالة الغوث تقدم برامج إغاثة وتشغيل للاجئين الفلسطينيين مباشرة وبالتعاون مع الحكومات المحلية، وتدرج نوعية خدماتها تحت "الخدمات الوقائية التوعوية"، في حين تقدم وزارة الصحة خدمات علاجية تشمل علاج "أمراض نفسية"، وكذلك برامج دعم نفسي اجتماعي، أما المؤسسات الأهلية غير الحكومية فتعمل على تأهيل خريجين متخصصين في علم النفس وخريجين من غير تخصص علم النفس، من خلال دورات وورشات قصيرة الأمد تهدف إلى تمكينهم من تقديم خدمات علاجية وخدمات وقائية وبرامج دعم نفسي اجتماعي (بدون شهادة أو ترخيص بمزاولة المهنة) .

وعلينا أن نذكر هنا أنه على الرغم من هذا "التوزيع للمهام" بين المؤسسات في تقديم الخدمات، إلا أن هناك حالة من الفوضى في تقديم الخدمات النفسية، وتحديداً في المؤسسات التي تقدم برامج الوقاية والتدخل الطارئ، حيث لا توجد خطة لتنظيم وتنسيق

العمل بين هذه المؤسسات، وبالتالي يوجّه العمل من قبل جميع المؤسسات إلى فئة واحدة في نفس الوقت، والمثال على ذلك توافد المؤسسات (بشكل فردي) لتقديم الدعم لأهالي الشهداء عند حدوث حالة استشهاد، ويكون التدخل مؤقتاً وغير منظم وبشكل عبثاً على الأفراد المعنيين.

بالنسبة لوزارة التربية والتعليم، فقد أكد المشرفون المشاركون في الدراسة على أن الوزارة توظف المرشدين بناءً على الشهادة الأكاديمية، ولا يقبل توظيف أي خريج من خارج التخصصات التي أقرتها الوزارة، ويُقبل المرشد للعمل في مجال الإرشاد النفسي إذا كان لديه تأهيل أكاديمي، ولا يقبل أقل من شهادة البكالوريوس في تخصصات محددة: "نحن لا نقبل بشهادة أقل من بكالوريوس من أحد عشر تخصص من بينها: تأهيل تربوي، إرشاد تربوي، إرشاد نفسي، تنمية اسرية وخدمة اجتماعية، توجيه وإرشاد، علم اجتماع وفرعي خدمة اجتماعية، علم نفس وإرشاد نفسي." ولكن على الرغم من اعتماد التأهيل الأكاديمي كشرط للعمل كمرشد مدرسي، فإن التخصصات المطروحة تمكن خريجي علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية من ممارسة المهنة بجانب المرشد النفسي أو المرشد التربوي. وفي هذا السياق، لعل من أهم الأمور التي تعيق تطور مجال علم النفس والخدمة النفسية هي القرارات الصادرة عن الوزارات والنقابات والتي تساوي بين مهام المرشد النفسي والأخصائي الاجتماعي، فالنقابة تضم كلا التخصصين وتعطي صلاحيات للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في ممارسة أدوارهم بشكل متكافئ ودون أي تمييز.

أما بخصوص المواثيق الأخلاقية فقد أوضح غالبية المشاركين في الدراسة من فئة المرشدين أنهم غير مطلعين على المبادئ الأخلاقية التوجيهية المكتوبة الخاصة في مهنتهم، وعضاً عن ذلك يتم مناقشة بعض أخلاقيات المهنة شفاهياً من خلال جلسات الإشراف الجماعية والفردية، مثل "السرية" و"تعدد الأدوار" أو "تعدد المصالح". ومن الجدير بالملاحظة أن المرشدين المشاركين في الدراسة لم يذكروا أبداً أية بنود أخلاقية أخرى يتم مناقشتها في جلسات الإشراف ما عدا "السرية" و"تعدد المصالح"، علماً بأن "تعدد المصالح" يُناقش دائماً بالتركيز على قضايا الاستغلال الجنسي والعاطفي والمادي. وقد عدّ المشاركون في الدراسة عدداً من القضايا غير الأخلاقية التي علموا بوجودها ولم يتخذوا أية خطوات إجرائية للتعامل معها، وذلك بسبب ضعف الإجراءات القانونية في التبليغ عن "الحالات الساخنة"، وقد ذكر المشرفون الذين علموا بحالات استغلال جنسي أن مقدم الخدمة النفسية غير مُصرّح له بالتبليغ عن حالات كهذه حتى وإن علم بها من خلال المنتفعين أنفسهم. أما المنتفعين المتضررين من الاستغلال فلا يقدمون شكاوي للجهات الرسمية خوفاً على خصوصيتهم وما يترتب على ذلك من إشكاليات وضغوطات اجتماعية، علماً بأنه لا يمكن التعامل مع التجاوزات التي يرتكبها مقدمو الخدمة النفسية إلا إذا تم تقديم شكوى رسمية من قبل المنتفع.

كما وأن عدداً لا يُستهان به من المشاركين في الدراسة ليسوا على علم بوجود ما يسمى "الميثاق الأخلاقي" الخاص بمهنة علم النفس في المؤسسة التي يعملون فيها، في حين أكد قلة من المشاركين على معرفتهم بوجود ميثاق أخلاقي ولكن دون أن تكون لديهم أية معرفة عن مصدر هذا الميثاق، وهم لم يقرأوا الميثاق من قبل. كما وأكد المشرفون المشاركون في

الدراسة أن الغالبية العظمى من العاملين في مجال الصحة النفسية في الضفة الغربية لم يقرأوا الميثاق الأخلاقي، وذلك على الرغم من أن المؤسسة تقدم الميثاق الأخلاقي مع عقد العمل ويتم التوقيع على الوثيقة دون قراءتها. هذا يعكس حالة التخبط التي تعاشها المؤسسات، ويعكس في نفس الوقت عدم المهنية من حيث تأهيل وتطوير الموظفين.

ومما يثير القلق، عدم وجود منظومة رسمية جامعة من المبادئ الأخلاقية التوجيهية لعلم النفس، حيث تمارس الأخلاقيات في كل واحدة من المؤسسات على حدة، حسب متابعة المؤسسة للأمر من حيث الإشراف على الطاقم، ومن خلال وثيقة أخلاقية داخلية تعمم على جميع المنتفعين، والتي تحدد واجباتهم وتضمن حقوقهم وتمنحهم إمكانية المساءلة.

وعليه فإنني أرى أن يكون هناك تدخل متعدد الأطراف للخروج بميثاق أخلاقي واحد وموحد ينظم وينقي الحالة المهنية للخدمة النفسية في المناطق الفلسطينية، وعلى وزارة الصحة (التي تشكل مصدر الخدمة النفسية) وبالشراكة مع النقابة (التي تمثل الجانب القانوني) ووزارة التربية (التي تمثل الجانب التربوي) أن تتخذ إجراءات مهنية حاسمة بهدف تعديل وإصلاح وتطوير مجال الخدمة النفسية، على أن تشمل التعديلات الشهادات الجامعية بحيث يتم اقتصار العمل في مجال الخدمات النفسية على خريجي تخصص علم النفس. وأرى كذلك أنه من المهم والمُلح جداً مراجعة المناهج التي تدرّس ضمن تخصص علم النفس في الجامعات الفلسطينية، حيث أن هناك الكثير من المناهج التي لا علاقة لها بتأهيل المرشدين النفسيين لممارسة عملهم، في حين يقع على عاتق النقابات المختصة أن توضح المفاهيم

والأدوار وحدود الاختصاص، حتى يصبح لدينا علم نفس مشتمل على تخصصات محددة توائم احتياجات الأفراد وتؤهل المرشدين للعمل في مجال تأهيلهم بالذات.

وبناءً على ما تقدم فإنني أرى أنه آن الأوان لتطوير خطة وطنية منهجية واضحة متكاملة تضم جميع المؤسسات العاملة في مجال الخدمة النفسية في المناطق الفلسطينية على اختلاف مستوياتها، فخطة كهذه أصبحت في حُكم الضرورة لتمكين العاملين في مجال الصحة النفسية من وضع ميثاق أخلاقي فلسطيني موحد لمهنة علم النفس، وكذلك لتطوير وتشكيل نقابة خاصة للأخصائيين النفسيين تجسد وتحقق مفهوماً واضحاً للخدمة النفسية ولمهنة علم النفس. وهنا أوصي بضرورة إيجاد نهج عملي يجمع بين مختلف المؤسسات المقدمة للخدمات النفسية، وعلى الجامعات والنقابات أن تلعب دوراً مركزياً في الجهود الرامية إلى تحسين واقع الخدمة النفسية في المناطق الفلسطينية، حيث أنه من المفروض أن تكون نقابة الأخصائيين النفسيين الجهة الأساسية للدفاع عن حقوق مقدمي الخدمات النفسية والمسؤول الأول والأهم عن فتح باب المساءلة والمحاسبة للعاملين وللمنتفعين المتضررين من سوء التصرف أو الاستغلال المقصود أو الأخطاء الناجمة عن الإهمال في التأهيل المهني أو التراخي في الالتزام بأخلاقيات مهنة تقديم الخدمة النفسية، على أن يتم في نفس الوقت العمل على رفع الوعي من خلال النشرات والدورات، وتطوير مهارات العاملين في مجال الخدمة النفسية، وتقديم إشراف مهني متخصص ومتطور لتطوير الطواقم.

والحقيقة أن نتائج تحليل مادة المقابلات التي أجريت في نطاق هذه الدراسة قد بينت بوضوح أن هناك تطور مهني أعلى وأفضل لدى مقدمي الخدمة النفسية في وكالة الغوث الدولية -

الأونروا منه في المؤسسات الحكومية، وبالأخص لدى فئة المرشدين التربويين العاملين في المدارس. كما وأن هناك تباين واضح في كفاءة مقدمي الخدمة النفسية داخل المؤسسة نفسها، ففي وكالة الغوث مثلاً يُعد المرشدون العاملون في العيادات أكثر تطوراً من حيث المهنية والكفاءة من المرشدين العاملين في المدارس، ويعزى ذلك إلى أمرين: التدريبات التي يحصل عليها مرشدو العيادات، والإشراف المقدم لهؤلاء المرشدين دون غيرهم. هذا يوضح أهمية الإشراف المهني في تطوير وتحسين قدرة العاملين، وهذا الأمر هو الذي استدعى مني كباحثة أن أركز على الإشراف في الدراسة، لما له من أهمية عبّر عنها المشاركون في الدراسة بوضوح تام.

إن الإشراف المهني من الأمور المهمة لتطوير مجال الخدمة النفسية، فهو يرفع من كفاءة المرشدين ويحسن من أدائهم من خلال جلسات الإشراف الفردي والجماعي. وقد عبر الكثير من المشاركين في الدراسة عن غياب عملية الإشراف عن عملهم الإرشادي، ويعود ذلك إلى عدم إيمان القائمين على تطوير البرامج بأهمية الإشراف، وكذلك بسبب التكلفة العالية لوظيفة الإشراف مما يضطر الكثير من المؤسسات إلى إلغاء بند الإشراف من موازنتها السنوية. وفي المؤسسات الحكومية هناك نظام إشراف قائم على نظاماً كاملاً وذات منهجية واضحة، ولكن هذا النظام تم تطويره من خلال البرامج الممولة من الدول الأجنبية ومع غياب التمويل حدث تراجع كبير في تقديمه. وفي وزارة التربية والتعليم بالذات هناك نظام كامل وذو منهجية واضحة للإشراف التربوي لمرشدي المدارس بدأت الوزارة بتقديمه قبل عشر سنوات فقط على الرغم من أن الإرشاد التربوي أسس عام 1996. وعلى الرغم من

وجود نظام الإشراف في وزارة التربية والتعليم، فإن نوعية الاشراف تختلف بين المحافظات، ويبدو أن هذا الاختلاف يشكل أحد المعوقات لتطور عملية الإشراف، حيث يوجد تباين وفجوات واختلافات في عملية الإشراف بين المحافظات. ونلاحظ أن منهج ومحتوى عملية الإشراف في المديرية المختلفة بنيت حسب فهم رئيس القسم والمشرفين في كل محافظة، وهو يختلف باختلاف المديرية ومدى التعاون والتفاهم بينها، فهناك إشراف لا يكون جيداً في محافظة معينة بسبب عدم فهم المشرفين لأدوارهم وعدم التناغم بينهم في تقديم الخدمة، وفي نفس الوقت ليس هناك في الوزارة جهة مسؤولة أو رئيس قسم للإشراف يتحكم بعملية الإشراف على مستوى الوطن. وبهذا الخصوص أرى أنه على المسؤولين في قسم الإرشاد في وزارة التربية والتعليم أن يطوروا خطة عمل شاملة وموحدة يوحدون من خلالها نهج عملية الإشراف ومضمونها، وعلى الوزارة أن توفر الفرص لتمكين المشرفين من تقديم إشراف موحد ومتماثل في جميع المحافظات. كما وأرى أنه من المهم أن يترسخ إيمان الوزارة (بما فيها من سياسيين وإداريين وموظفين) بأهمية الإشراف المهني بحيث تعمل الوزارة ككل على تقديم برامج عالية الجودة لتعليم الإشراف المهني ك تخصص قائم بذلته، وذلك لتمكين المشرفين من ممارسة دورهم بكفاءة عالية.

أما من وجهة نظر المرشدين حول الإشراف فقد رصدنا مستويات عالية من الاستياء من تدني جودة الإشراف وعدم استمراريته، خاصة في قطاع التعليم. ويصبح هذا الأمر مثيراً للقلق بشكل خاص بناءً على الدراسات التي أكدت على أهمية استمرارية الإشراف المهني ك معيار أساسي لأخلاقيات مهنة الإرشاد والعلاج النفسي، فالإشراف هو الذي يحسن ويطور

كفاءة المرشدين، ومن شروطه ضمان استمراريته. وقد كان لتغاضي المؤسسات عن تقديم الإشراف المهني أثر سلبي كبير على جودة الخدمة المقدمة من قبل المرشدين، الأمر الذي أثر حتماً على كفاءة المرشدين وأدائهم المهني وبالتالي تسبب بالضرر لمتلقي الخدمة النفسية.

أما في المراكز الخاصة فيحصل المشرفون والمرشدون على الإشراف بشكل شخصي رغم تكلفته العالية، وهذا يضعنا أمام مأزق مهم وهو مدى قدرة المشرف أو المرشد على توفير هذه التكاليف الباهظة. لا شك أن المؤسسات الأهلية تعتمد على الإشراف الممول، ومع غياب برامج الإشراف الممولة يبقى تقديم الإشراف معتمداً على العمل الجماعي بين المشرفين داخل المؤسسة الواحدة، ولذا فمن المهم في المؤسسات الأهلية أن يتم طرح موازنات رسمية مخصصة لبند الإشراف ومقتصرة عليه بحيث لا يتأثر بانحسار التمويل عن البنود الأخرى أو عن الميزانية العامة للمؤسسة.

كان لتغيب عملية الإشراف في المؤسسات المقدمة للخدمة النفسية في الضفة الغربية أثر سلبي على تطوير كفاءة المرشدين والمشرفين، علماً بأن الكفاءة تعتبر أساس العملية الإرشادية والضمان لنجاحها، ولقد ركزت هذه الدراسة على مُركّب الكفاءة، فكانت أهم النتائج التي توصلت إليها وجود اختلاف كبير في معايير تحقيق الكفاءة بين مقدمي الخدمة والمتلقين لها، حيث عكس طرح المنتفعين أثناء المقابلات الكثير من النقاط الهامة في عملية العلاج النفسي. ومن خلال مشاركتهم لتجاربهم الشخصية قدم المنتفعون وصفاً لواقع الخدمة النفسية المقدمة في مؤسسات الضفة الغربية. ولقد بينت نتائج المقابلات أنه كانت لدى

المنتفعين توقعات حول الخدمة النفسية مختلفة عما حصلوا عليه في الواقع، ويعزى ذلك حسب رأيي، وبناءً على تحليل المقابلات، إلى كون المنتفعين لا يمتلكون المعرفة الكافية حول حقوقهم كمنتفعين ولا المعرفة الكافية حول الإجراءات الأساسية في الخدمة النفسية وتسلسل مراحل العلاج. وقد تبين هذا في اعتراض المنتفعين على مدة الجلسة العلاجية، وعلى استمارة الفحص والتقييم، وعلى تشخيص المعالج لهم في بداية الجلسات دون إشراك المنتفع في عملية التشخيص، وعلى عدم معرفتهم بنوع التوجه العلاجي المقدم لهم. هذه الأمور عكست ضعف المهنية لدى مقدمي الخدمة النفسية، فغياب المعرفة لدى المنتفعين حول مراحل العلاج النفسي توضح أنه لم يتم بناء عقد علاجي مهني معهم منذ بدء الجلسات. إن عملية "تنقيف" المنتفع حول حقوقه وإطلاعه على مسار رحلته في العلاج النفسي هي من الأمور الأساسية التي يستحيل بناء الثقة مع المنتفع بدونها، وعلى هذه الثقة يبنى نجاح العملية العلاجية.

بعد مراجعة معايير الكفاءة في الدراسات المحلية والعالمية المستندة على الميثاق الأخلاقي للجمعية الأمريكية لعلم النفس، تبين أن هناك عدة أسباب لعدم الكفاءة لدى مقدمي الخدمة النفسية في الضفة الغربية، أهمها عدم كفاية المهارات العلاجية السريرية لدى المعالجين، حيث تشير المهارات السريرية العامة إلى مهارات إجراء المقابلات الأساسية اللازمة لتقييم المنتفعين ومعالجتهم، والتي عادة ما تتطور من خلال عملية التعليم والتدريب الخاضعين للإشراف، وقد تنشأ عن عدم الكفاءة في المهارات السريرية العامة ملاحظات سلبية أخرى مثل

عدم توفر الموافقة المستنيرة والتي تعد أمراً بالغ الأهمية قبل بدء التشخيص أو بدء العلاج النفسي (Overholser & Fine, 1990).

وبخصوص الموافقة المستنيرة، فقد بينت نتائج المقابلات مع المنتفعين الضعف في كفاءة المعالجين في تقديم العلاج، والذي كان واضحاً في بداية اللقاءات العلاجية. فقد كان واضحاً أن المنتفعين لم يتلقوا أية معلومات عن هدف العلاج، ومدة العلاج، والفرق بين العلاجات، واختيار نوع العلاج الأنسب لحالة المنتفع، وإشراك المنتفع في تحديد نوع العلاج الأنسب له. الأمر الآخر هو التشخيص، فعملية التقييم والتشخيص تعتمد على مبادئ أساسية، وقد أفاد جميع المنتفعين الذين تمت مقابلتهم أنه تم تشخيصهم في اللقاء العلاجي الأول، بشكل ارتجالي متسرع ودون أية مشاركة من قبل المنتفعين أنفسهم، ويُستفاد من وصف المنتفعين أن ما مروا به لا يعد تشخيصاً بل وصماً، فالتشخيص يبني على عدة معايير ومبادئ أساسية لم يذكر أحد من المنتفعين وجود أي أثر لأي واحد منها في عملية التشخيص التي جرت؛ لم يكن هناك أي ذكر للمبادئ التي ارتكز عليها المعالج في عملية التشخيص؛ هل رجع لاختبارات القياس أو لاستشارة طبيب نفسي أو أخصائي نفسي متخصص، ولم يكن هناك أي ذكر لأسباب التحويل في الحالات التي تم تحويلها. وهذا إن دلَّ على شيء فإنما يدل على انعدام المهنية في العلاج، فالعلاج النفسي ليس مجرد تفريغ نفسي، وإنما هو منهجية علمية لها أهداف وخطط علاجية محددة ومدة زمنية محددة.

ولذا فإنني أوصي بضرورة رفع مستوى الوعي حول حقوق المنتفعين، وذلك من خلال تصميم وتفعيل برامج للتوعية حول أنواع العلاجات، والتخصصات الموجودة، ومؤهلات

الأخصائيين، وطبيعة الخدمات المقدمة، وحقوق المنتفعين، والأعراض وكيف يتم استخدامها في التشخيص النفسي، ومشاركة المنتفع في التشخيص وخطة العلاج، والموافقة المستنيرة كشرط للعقد العلاجي. كما ويجب أن تشمل الجلسات العلاجية الأولى على تثقيف المنتفع وتعريفه بالخدمة النفسية وحقوقه في مواجهة الأخصائي المعالج، وتوضيح مبادئ التشخيص وآلياته وإجراءات التحويل التي يمكن أن تتخذ إن اقتضى الأمر.

وفيما يتعلق بدور المجتمع والثقافة فقد عبر المرشدون المشاركون في الدراسة عن اعتقادهم بأن المجتمع يعيق المرشد في ممارسة مهنته، وأكدوا على أن عدم وضوح المسميات والمفاهيم والسياسات في هذا المجال ساهم في تكثيف الغموض الذي يكتنف دورهم المجتمعي. وإذا لم توضع السياسات وتتخذ الإجراءات وتوضَّح المسميات والمعايير الواجب توفرها لكي يحصل كل مهني على اللقب الذي يناسب تخصصه ومؤهلاته، فلن نتمكن من مساعدة المجتمع على فهم وتقدير وتقبُّل دور المرشدين النفسيين .

يتضح من هذه الدراسة أن جامعاتنا الفلسطينية تعاني من الضعف في طرح التخصصات المطلوبة في مجال علم النفس، وكذلك في تعيين المتخصصين الأكاديميين الذين يدرسون المساقات المختلفة في علم النفس. ولعلنا لا نبالغ حين نقول أنّ من أكثر ما تساهم به الجامعات الفلسطينية سلباً في الوضع المتردي للخدمات النفسية في المناطق الفلسطينية هو أنها تدع طلاب علم النفس يمرون في مسار التعليم بأكمله دون أن تجعلهم على بيّنة من حقيقة أن ما يتعلمونه من علم النفس في مستوى البكالوريوس ليس إلا الأساسيات التي عليهم أن يبنيوا عليها مساراً مهنيّاً طويلاً حتى يصلوا إلى التخصص المهني الدقيق الذي

يريدون الحصول عليه ويصبحوا مؤهلين فعلياً لممارسة هذه المهنة الإنسانية بالغة الخطورة والحساسية. وإنني لعلى قناعة تامة بأن الجامعات هي المصدر الأول لطرح سياسات التغيير والتأسيس لسياسات وطنية تؤهل الكوادر الكفؤة لعمل مهني محترف ومسؤول في مجال الخدمة النفسية والعلاج النفسي.

إن ثقافة المجتمع الفلسطيني الراهن ثقافة عربية شرقية تضرب جذورها في قبلية البداوة التي وصفها ابن خلدون أروع وصف في "المقدمة"، وما يميّزها من حيث هي كذلك هو أن وجود الفرد لا يتحقق إلا بانصهاره في الجماعة، وأن سلوكيات الفرد متأثرة إلى أبعد الحدود بالانصياع للإرادة الجمعية والضمير الجمعي، ذلك لأن مصير الفرد تحدده الجماعة ومصالحها وليس الفرد ومصالحته، وهذا يعني أن أي خطأ يحصل من قبل الفرد يؤثر على النسيج الاجتماعي للجماعة، وهذا يعطي صلاحية للجماعة لأن تقرر إذا ما كان الفرد مذنباً أم غير مذنب، أخلاقياً أم غير أخلاقي، وبالتالي خاطئاً أم سويماً، في حين يستدخل الفرد هذه الأحكام الجمعية إلى ذاته فتصبح بمثابة موجّه داخلي لسلوكه وحتى لمشاعره وإدراكاته. وبالنتيجة فإن هذه السمات الثقافية الجمعية تتحكم بسلوك أفراد المجتمع في كافة مناحي حياتهم، بما في ذلك حياتهم المهنية. وفي سياق الخدمة النفسية، يمارس مقدم الخدمة دوره بمهنية ومسؤولية تجنباً لمخالفة الأعراف الاجتماعية وللحفاظ على سمعته وقبول صورته في المجتمع، وهذا ما عبر عنه أحد المشرفين قائلاً:

" أنا اليوم كمعالج مؤهل يتولد عندي الخوف على سمعتي، لهيك بيصير في التزام أخلاقي أكثر". هذا في حقيقة الأمر يعني أنه في حال كانت هناك خروقات أخلاقية فإن الأفراد

العاملين في الخدمة النفسية لا يعترفون بهذه الخروقات إلا إذا تم اكتشافها وكشفها من قبل الآخرين، ويترتب على ذلك أن الالتزام الأخلاقي لمقدم الخدمة النفسية ينبع من النزوع إلى تجنب الوصمة الاجتماعية والفشل الاجتماعي، وبالتالي تجنب الإجراءات القانونية. ونستنتج من ذلك أن تجنب العقاب، الاجتماعي والقانوني، هو المعيار الأساسي الذي يحدد الممارسات المهنية للعاملين في الخدمة النفسية ومدى التزامهم بأخلاقيات المهنة، في حين أن "الضمير" ومحاسبة الذات والالتزام المهني بالمواثيق الأخلاقية تتراجع لتحل موضعاً ثانوياً يكون غير ذي بال في معظم الأحيان. ولقد بينت النتائج بهذا الصدد أن المشاركين في الدراسة يعتقدون أن الالتزام بأخلاقيات المهنة ينبع في الأساس من صفات أصيلة في شخص مُقدم الخدمة كفرد في المجتمع، فهي في نظرهم "صفات إنسانية" يتسم بها الشخص نتيجة لتنشئته الاجتماعية، كاحترام والصدق والأمانة والتقبل، ويصبح من الصعب تطوير هذه الصفات لدى المرشدين من خلال التعليم والتدريب إذا لم يكونوا يمتلكونها كصفات شخصية في الأساس. فأصل الأخلاقيات إذاً هي التنشئة الاجتماعية في نطاق الثقافة المحلية، ومن ثم يمكن تطويرها من خلال المبادئ التوجيهية والمواثيق الأخلاقية.

يتضح من هذا أن المشرفين النفسيين في المجتمع الفلسطيني المحلي لا يعززون للتعليم والتدريب المهني الدور الأساسي في إيجاد وتطوير وتجذير الصفات الأساسية لمهنة الخدمة النفسية، وهذا يُعد في رأيي تهاوناً من قبل المشرفين والأكاديميين في الجامعات في تأهيل وتطوير الطواقم المهنية المتخصصة في العمل النفسي؛ هذا العمل الإنساني الحساس الذي يحدد مصائر الناس وجودة حياتهم بشكل عام. إن تأهيل الطلاب للعمل في مجال الصحة

النفسية يبدأ منذ لحظة قبولهم في التخصص ويستمر إلى حين تخرجهم، ويتضمن إجراءات القبول للدراسة في برامج علم النفس، ونوعية المساقات المقدمة، والتدريب العملي، والتركيز على الموثيق الأخلاقي والقانونية المتعلقة بممارسة مهنة الرعاية النفسية والعلاج النفسي. أما ترك هذا الأمر كلياً للصفات الشخصية العامة لمقدم الخدمة النفسية كفرد من أفراد المجتمع، وللنزعة الثقافية لتجنب العقاب الاجتماعي، فهو في رأبي استخفاف بعلم النفس كتخصص معرفي تطبيقي بالغ الدقة والخطورة والتعقيد، واستخفاف بالجانب الإنساني الرفيع للرعاية النفسية وللتعامل مع المعاناة النفسية الإنسانية للبشر بشكل عام وللفلسطينيين الخاضعين لمآسي الظلم والقهر والعنف والاضطهاد تحت الاحتلال بشكل خاص. إننا لا نقبل ذلك من الطبيب بل نبذل أعواماً من الجهود الأكاديمية لتجذير أخلاقيات المهنة في كيانه ثم نرغمه على القسم بالالتزام بأخلاقيات مهنته (ولا نترك الأمر رهناً بصفاته الاجتماعية العامة كشخص مُفرد)، فلماذا نقبله من الأخصائي النفسي ومقدم الخدمة النفسية؟

يتضح من كل ما ورد أعلاه أن الخدمة النفسية في المناطق الفلسطينية - مقارنةً بالعالم الغربي - لم تصل حتى الآن إلى المرحلة الدنيا من مراحل تأسيس وتأطير وتنميط العلاج النفسي على أصوله وحسب ما يقتضيه التراكم المعرفي في حقل علم النفس، فنحن ما زلنا في مرحلة العمل المتخبط وغير المبني على منهجية واضحة ومحددة وموحّدة، ولم نصل إلى مرحلة السياسات والتشريعات المنبثقة عن السلطات المركزية ذات الشأن في الدولة. فعلياً إذاً التفكير بأقصى درجات الجدية والنظامية في الكيفية التي سننشئ بها مؤسسات متخصصة ومعالجين نفسيين متخصصين يكون ولاؤهم الأول (وربما الأوحد) لـ"مواضيع"

عملهم، أي للمتفيعين وما يصب في مصلحتهم ككيانات إنسانية تحتاج للرعاية والعناية والعلاج والدعم والتمكين، بأخلاقيات مهنية إنسانية لا تعرف التلاعب أو التهاون أو التقاعس لأي سبب كان. كما وعلينا البحث بأقصى درجات الجدية والنظامية عن الإجراءات المهنية الكفيلة بتطوير كفاءة العاملين في مجال الخدمة النفسية في المناطق الفلسطينية. فنحن ما زلنا حتى الآن نتحدث عن مرشد يأخذ دورة للتأهيل المهني لعدة ساعات، ومرشد يتلقى برنامجاً تدريبياً لعدة أسابيع أو أشهر في مجال العلاج السلوكي المعرفي على يد مدرب قادم من الخارج فيصبح ذاك المرشد "متخصصاً" في هذا المجال ويُعامل على أنه مؤهل كل التأهيل لممارسة العلاج السلوكي المعرفي، علماً بأن التأهيل الفعلي لهذا النوع الخاص من العلاج يتطلب سنوات من التعليم الأكاديمي والتدريب العملي كي يكتسب المعالج معرفة شمولية عميقة بالجوانب والمركبات المختلفة لهذا المنهج المتخصص، وهذا بالطبع ينطبق على المناهج العلاجية الأخرى في علم النفس.

وختاماً فإنني أعتقد أنه قد آن الأوان لأن نبدأ التفكير بمنتهى الجدية في تطوير منهجية ونظام معرفي كفيلين بتحسين مجال الصحة النفسية في المناطق الفلسطينية، وذلك من خلال البدء بطرح سياسات جادة وهادفة من قبل الجهات المختصة في الحكومة الفلسطينية، على أن يبدأ العمل التنفيذي من الجامعات نحو الميدان، فالجامعات هي التي يجب أن تضع معايير التخصص، وتطرح المساقات الملائمة على مستوى البكالوريوس والماجستير لتأهيل مرشدين متخصصين للعمل في مجال علم النفس. على الجامعات أن تعمل بجهد نحو تطوير مجال الصحة النفسية من خلال تطوير علم النفس كتخصص معرفي أكاديمي، حتى

وإن اضطرت للاستعانة بأكاديميين خارجيين متخصصين بجوانب معرفية أو تطبيقية معينة، إلى حين تجهيز الجامعات والمؤسسات الأخرى من حيث الكوادر التعليمية ومحتوى المساقات من أجل الحصول على متخصصين قادرين بالفعل على تقديم التدريب المتخصص في برامج متخصصة بتأهيل المرشدين للعمل في أحد المناهج العلاجية المتخصصة ضمن مجال العلاج النفسي والصحة النفسية.

قائمة المصادر والمراجع:

- أبو عودة، محمد عاطف. (2016). دور وكالة الغوث الدولية في الحفاظ على قضية اللاجئين الفلسطينيين. رسالة ماجستير. غزة، جامعة الأزهر.
- بيضون، محمود. مقابلة مشرف في رام الله بتاريخ 30.7.2018.
- بيضون، محمود. (2019). كيف تقيم جودة الخدمة النفسية. مقال تم نشره في صفحته الشخصية على الفيسبوك بتاريخ 6 أبريل 2019 <https://www.facebook.com/mbaidoun45v>
- بيير، شارلين، وياتريشيا ليفي. (2011). البحوث الكيفية في العلوم الاجتماعية. المركز القومي للترجمة.
- ترزي، لمى. مقابلة مشرف في رام الله بتاريخ 28.9.2018.
- جرستر، كارين. (2011). المنظمات غير الحكومية الفلسطينية وأثرها الاجتماعي، الاقتصادي - الاجتماعي والسياسي في المجتمع الفلسطيني. رام الله، جامعة بيرزيت.
- خليلي، لاله. (2011). "أخلاقيات البحث في العلوم الاجتماعية". في روجر هيكوك، ادوارد كونت، مجدي المالكي، رائد بدر (محررون) في البحث النقدي في العلوم الاجتماعية. جامعة بيرزيت، معهد أبو لغد للدراسات الدولية.
- سعادة، لونا، وإيغورين رافنيل. (2014). الحماية في الأراضي الفلسطينية المحتلة. منشورات مبادرة من المحلي إلى العالمي.
- شهيد، حسين حمزة. (2008). الأخلاق في فكر أفلاطون الفلسفي. جامعة الكوفة، مركز دراسات الكوفة. ع 10. صص 257 - 271.
- الصحة النفسية في فلسطين. (2011). "تقرير". في ياسر العموري، وأشرف صيام (محررون). الصحة النفسية في النظام القانوني الفلسطيني. بيروت، ورشة الموارد العربية.

- الصلاحي، فؤاد. (2016). دور مؤسسات المجتمع المدني في التربية المدنية. المركز الدولي للدراسات والأبحاث. المحمل بتاريخ 10.9.2018 موقع الكتروني:
<http://www.medadcenter.com/articles/547>
- طشطوش، رامي، ورانية مزاهرة. (2012). "درجة ممارسة المرشدين التربويين لأخلاقيات مهنة الإرشاد من وجهة نظرهم". مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، مجلد 20، عدد 2، ص- 623
581.
- عساف، دانية. (2016). مفهوم الأخلاق في الفلسفة. موقع "موضوع" المحمل بتاريخ 16.1.2019.
https://mawdoo3.com/%D9%85%D9%81%D9%87%D9%88%D9%85_%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%AE%D9%84%D8%A7%D9%82_%D9%81%D9%8A_%D8%A7%D9%84%D9%81%D9%84%D8%B3%D9%81%D8%A9
- كناعنة، مصلح. (2016). العار والذنب والفشل العربي في التغلب على العجز. إضافات. عدد 33 - 34، صص 86 - 104.
- كناعنة، مصلح، وماريت نتلاند. (2003). أعماق الذات المنفضة. الجمعية النرويجية الفلسطينية، نوردباس. حيفا، جمعية "البلد" الثقافية.
- منظمة الصحة العالمية. الصحة النفسية. المحمل بتاريخ 25.2.2019.
https://www.who.int/topics/mental_health/ar/
- الميثاق الأخلاقي للمشغلين بعلم النفس. (1995). عدد 24، صص 154 - 160.
<https://www.arabpsynet.com>
- نصار، شريف. (2016). الفروقات الجندرية وعلاقتها بالمشاركة في خدمة الإرشاد النفسي الجماعي في وكالة الغوث الدولية في الضفة الغربية. رسالة ماجستير. رام الله، جامعة بيرزيت.

- وزارة التربية والتعليم العالي. الإدارة العامة للإرشاد والتربية الخاصة. المحمل بتاريخ 25.3.2019. فلسطين.
<https://www.mohe.ps/home/%D8%A7%D9%84%D8%A5%D8%AF%D8%A7%D8%B1%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%A7%D9%85%D8%A9-%D9%84%D9%84%D8%A5%D8%B1%D8%B4%D8%A7%D8%AF-%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B1%D8%A8%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%AE%D8%A7/>
- وزارة الصحة الفلسطينية. وحدة الصحة النفسية. المحمل بتاريخ 25.3.2019. فلسطين.
<http://site.moh.ps/Index/Circle/CircleId/43/Language/ar>
- Alfred, Allan. (2011). *The Development of a Code for Australian Psychologists*. School of Psychology and Social Science. Edith Cowan University.
<https://doi.org/10.1080/10508422.2011.622176>
- All Psychology School. Learn How to Become a Psychologist. Retrieved in 5.5.2019. https://www.allpsychologyschools.com/clinical-psychology/how-to-become-a-psychologist/?fbclid=IwAR36lkjmylu8sYymYb44aYVbFdfKI6Mjb12vPgE9HihjQddTgCpUs3f_kQ
- American Psychological Association. (2019) Commission for the Recognition of Specialties and Proficiencies in Professional Psychology (CRSPPP). Retrieved in 1.6.2019.
<https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/crsppp?fbclid=IwAR0nWrOR5bPdyw3fzaXr6UbHtwJ6rnsAESJ7WEFvWoYNa0PgbDY3G-nWWqU>
- American Psychological Association. (2017). *ETHICAL PRINCIPLES OF PSYCHOLOGISTS* Czech-Moravian Psychological Society – Board of Ethics (2017). CODE OF ETHICS OF THE PSYCHOLOGICAL PROFESSION.
https://cmps.ecn.cz/EK/Ethical%20Code_CZ_2017_en.pdf
- American Psychological Association. (2017). *CODE OF CONDUCT*.
<https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>

- APA (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- Bricklin, Patricia. (2001). "Being Ethical: More Than Obeying the Law and Avoiding Harm." *Journal of Personality Assessment*, 77:2, 195-202.
- The British psychological Society. (2011). *Good Practice Guidelines on the use of psychological formulation*. [link](#)
- Corey, G. (2011). Ethical issues in counseling practice. ch 3. pp: 36 - 56. اسم الكتاب
واسم محرر
- Cruz, M., & Sonn, C. (2011). "Decolonizing Culture in Community Psychology: Reflections from Critical Social Science." **American Journal of Community Psychology**, 47:203-214.
- De Lorenzo, Carolyn. (2018). *How to Tell if a Therapist Isn't a Good Fit for You, According to Experts*. Aug 10 2018. <https://www.bustle.com/p/how-to-tell-if-a-therapist-isnt-a-good-fit-for-you-according-to-experts-10011169?fbclid=IwAR22-zHVeZEmublh116eO-wcdf8vZ7-JXEikzQYix6q91-COKatfV3M-pbM>
- Donovan o Analise, Halford, Kim and Walters Benjamin. (2011). *Towards Best Practice Supervision of Clinical Psychology Trainees*. School of psychology, Griffith, University of Queensland. June 2011.
- Duncan, N., and B. Bowman, V. Roos, J. Pillay, A. Naidoo. (2007). *Community Psychology - Analysis, Context and Action*. Juta Legal and Academic Publishers.
- Edison J.Trickett. (2009). *Multilevel Community – Based Culturally Situated Interventions and Community Impact: An Ecological Perspective*. AM J Psychol PP: 243- 257.
- Essays, UK. (November 2013). *The Importance of Ethical Issues in Psychology*. Retrieved from <https://www.ukessays.com/essays/psychology/the-importance-of-ethical-issues-in-psychology-psychology-essay.php?vref=1>
- Gladding, S.T. (2004). *Counseling: A Comprehensive Profession* (5th edition). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.
- Gladerisi, Silvana, Heinz Andreas, Kastrup Marianne and Beezhold Julian. (2015). "Toward a new definition of mental health." *World psychiatry*. 04 June 2015. PP 231 – 232.

- Good Therapy. *What Skills Does a Therapist Need?*_30 July 2013. Retrieved in 20.4.2019 <https://www.goodtherapy.org/become-a-therapist/skills-needed.html?fbclid=iwar1n4blsdxycsrjzm5okro08-frfg-6dgbqi4e1epwamlofxr-nspkijpu>
- Haeny M. Angela (2013). *Ethical Considerations for Psychologists Taking a Public Stance on Controversial Issues: The Balance Between Personal and Professional Life*. Published online: 20 Nov 2013. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10508422.2013.860030>
- Jefferson M Fish. (2016). Is Psychologists' Code of Ethics Immoral? Posted Mar 01, 2016. <https://www.psychologytoday.com/us / 14.9.2018>
- John c. wade, Janice Jones. (2015). *Strength based clinical supervision – Appositive Psychology Approach to Clinical Training*. New York, Springer publishing company.
- Lazaerva P Larisa And Zavodevkina. (2016). *Personal and Professional Responsibilities of Students: Psychological and Pedagogical Factors of Real Opportunities*._A pacific state University, Russia. Eastern state Transport University, Russia. Vol. 11, No 5, PP: 1351 – 1358. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10508422.2013.860029>
- Nelson and Prilleltensky. (2005). "The project of community psychology: issues, values and tools for liberation and well-being." In *Community Psychology. In pursuit of liberation and well-being*, pp. 23-44.
- Novotney, Amy. (2016). "Five ways to avoid malpractice." In *American Psychological Association*. Vol 47, No. 3. <http://www.apa.org/monitor/2016/03/malpractice.aspx>
- Overholser, J. C., & Fine, M. A. (1990). "Defining the boundaries of professional competence: Managing subtle cases of clinical incompetence." *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(6), PP: 462-469.
- Rabinowit, Phil. Ethical issues in community interventions. Analyzing community problems and designing and adapting community interventions. ch19. *community tool box*. Retrieved in 10.11.2018. <https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/analyze/choose-and-adapt-community-interventions/ethical-issues/main>

- Rappaport, Julian. (2000). "Community narratives: Tales of terror and joy." *American Journal of Community Psychology*, university of Illinois at Urbana-Champaign. Vol. 28, No.1,2000. university of Illinois at Urbana- Champaign.
- Rauch, Joseph. (2016). What is therapist psychotherapist? The complete Definition. Staff Writer at Talkspace. Posted November 15, 2016.
<https://www.talkspace.com/blog/therapist-psychotherapist-complete-definition/>
- Remley, T. and B. Herlihy (2007). ETHICS: CASE STUDIES. Presented by continuing psychology education inc.
https://www.texcpe.com/html/pdf/tx/tx_ecs2.pdf