الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف – المسيلة–

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي: ...../2020

واقع العمل التشاركي بين طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي في إطار العلاج النفسي

ـ دراسة ميدانية على عيّنة من الأطباء السيكاتريين والأخصائيين الإكلينيكيين بقطاع الصحة والقطاع الخاص لولاية المسيلة ـ

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

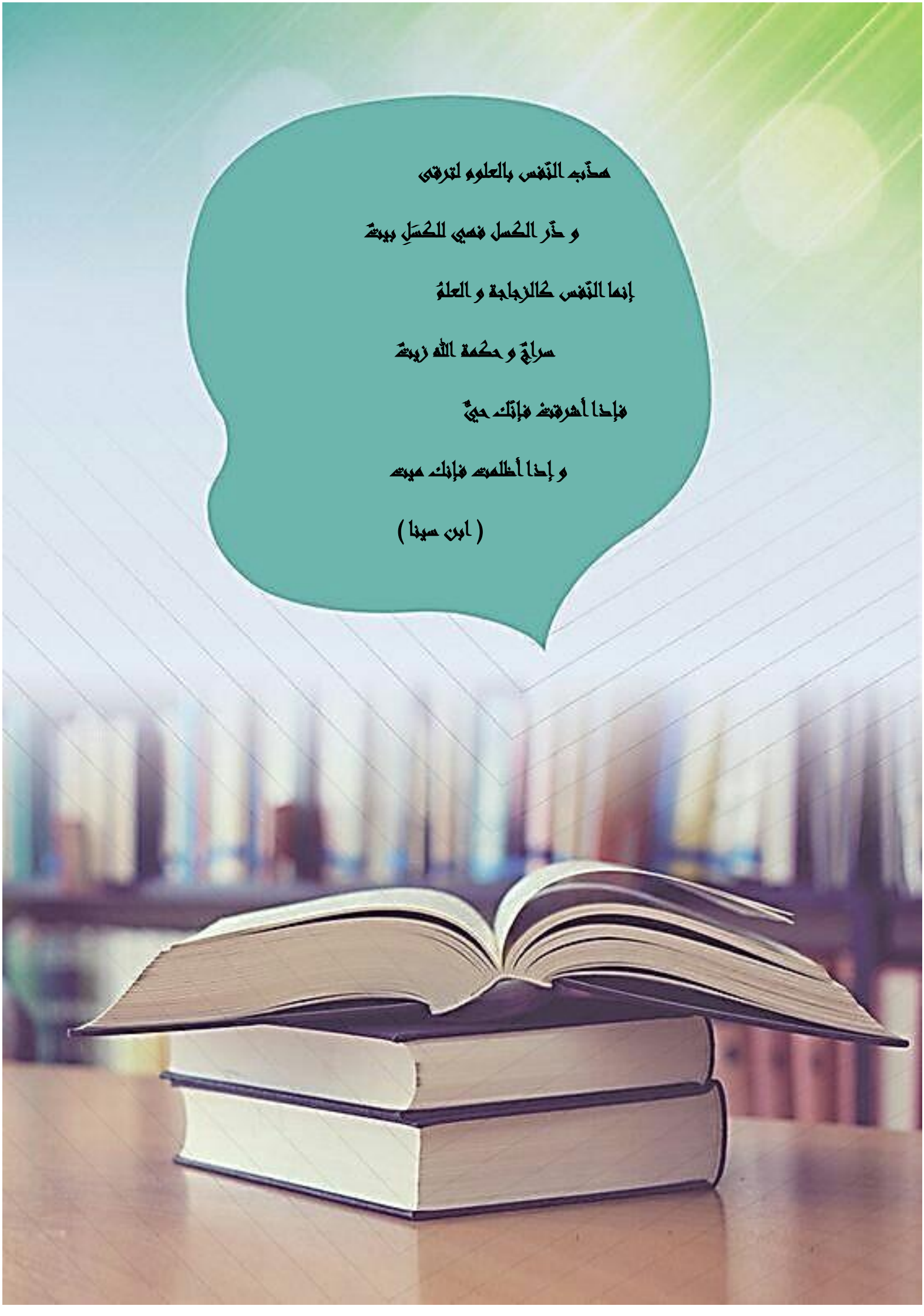
*هواري خليصة

إشراف:

*د/بوعلاقة فاطمة الزهراء

السنة الدراسية 2020/2019

بسم الله الرحمن الرحيم


هذّب النّفس بالعلوم لترقى
و ذر الكسل فهي للكسَلِ بيئة
إنما النّفس كالزجاجة و العلمُ
سراجٌ و حكمة الله زيته
فإذا أشرقت فإنك حيٌّ
و إذا أظلمت فإنك ميت
(ابن سينا)

إهـــداء:

أهدي ثمرة جهدي المتواضع:

إلى غاليتي و حبيبة قلبي إلى صديقة الروح ،إلى طيبة القلب و نقية السريرة إلى

أمي الحنون

إلى سندي في الحياة، إلى من وهبني تلك القوة بعد الله وعلمني تحمل المسؤولية في كل إختياراتي وأعطاني الضوء الأخضر كي أسير بثقة في دروب الحياة

أبي الغالي

إلى سعادتي وهنائي ومنبع راحتي بعد كل تعب إلى مصابيح حياتي

صمرة ،وسيلة ، عبدالرحيم ، نسيم ، مراد ، نصر الدين ، فؤاد ، شمرة

إلى أولادهم و أزواجهم و زوجاتهم كل باسمه

إلى من أخذتهم مني المنية ألف رحمة تنزل على أرواحهم النقية

جدي الحسين ، جدة خضرة ، جدي البخوش

إلى جميع زملائي وزميلاتي في العمل ،زميلاتي في الدراسة

إلى كل صديقاتي، إلى من ذكرهم قلبي و لم يذكرهم قلمي

"إلى كل من يقرأ مذكرتي "

خليـــصة

شكر و عرفان :

الحمد لله الذي أنار لي دروب العلم و المعرفة ، وأعانني على إنجاز هذا العمل المتواضع .

أما بعد، أتقدم بجزيل الشكر والتقدير والامتنان الى أستاذتي الفاضلة

" فاطمة الزهراء بوعلاقة "

لما قدمت من جهد وتوجيه ونصائح ، وعلى رحابة صدرها ومتابعتها لي لانجاز هذا العمل.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل أساتذتي بقسم علم النفس، وأخص بالذكر الأستاذ القدير "عبدالحميد شحام" كان نعم الأستاذ في عطائه و التزاماته .

وأقدم جزيل شكري للأخصائيين النفسانيين والأطباء السيكاتريين بقطاع الصحة العمومية و العيادات الخاصة، والذين لم يبخلوا علي بتجاوبهم أثناء توزيع الاستبيانات رغم الظروف التي مررنا بها بسبب الوباء.

و أشكر كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد و أخص بالذكر الأستاذة " بوبكر عائشة من جامعة سكيكدة، و الصديقة العزيزة " خيذر سميرة" .

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تقييم كل من طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي لواقع هذا العمل التشاركي في إطار إيجاد خطة علاجية متكاملة، وهل هناك اختلاف في ترتيب متطلبات إيجاد خطة علاجية وترتيب الصعوبات والعراقيل التي تواجه هذا العمل التشاركي، كما سعت إلى الكشف عن الفروق في تقييم واقع العمل التشاركي تبعا للمتغيرات التالية (الجنس، مكان العمل، المؤهل العلمي، المهنة، الأقدمية).

تكونت العينة من 27 طبيب أمراض عقلية ونفسية وأخصائي نفساني، اختيرت عن طريق المعاينة العشوائية البسيطة.

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، والاستبانة كأداة للدراسة .

أظهرت النتائج :

- أن تقييم الطبيب السيكاتري والأخصائي النفساني لواقع العمل التشاركي كان جيد.
- بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ترتيب متطلبات إيجاد خطة علاجية .
- وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ترتيب الصعوبات والعراقيل في وضع خطة علاجية متكاملة .
- كما أظهرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا في هذا التقييم تعزى لمتغيرات الدراسة .

خرجت الدراسة بمجموعة من التوصيات أهمها :

– وضع دليل توصيفي يوضح مهام كل من طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي النفسي الإكلينيكي بدقة متناهية و نقاط العمل المشتركة بينهم للوصول الى علاج نفسي متكامل.

Abstract:

This study aimed to know the evaluation of each of the psychiatrist and psychologist of the reality of this participatory work in the contex of psychotherapy, and is there a difference in ordering the requirements for creating a treatment plan and arranging the difficulties and obstacles facing this participatory work, as it sought to uncover differences in assessing the reality of participatory work according to the following variables (gender, workplace, educational qualification, profession,duration of employment).

The sample consisted of 27 psychiatrists and psychologists , chosen by simple random sampling.

The descriptive analytical method, the tool is a questionnaire.

The results are:

- the evaluation of the psychiatrist and a psychologist of the reality of participatory work was good.
- there are no statistically significant differences in the order of requirements for fining a treatment plan.
- there are statistically significant differences in the ranking of difficulties and obstacles in developing an integrated treatment plan.
- There are no statistical differences due to the study variables.

The study came out with a set of recommendations, the most important of which are:

- establishing a descriptive guide that clarifies the tasks of each of the mental and psychological diseases and clinical psychologists with extreme precision and the common work point between them to reach an integrated psychological treatment.

فهرس الموضـــــــــــــــــــوعات	رقم الصفحة
الإهداء	
شكر وتقدير	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
مقدمة	أ-هـ
الفصل الأول : الإطار العام للدراسة	
1-إشكالية الدراسة	7
2-فرضيات الدراسة	13
3-أهمية الدراسة	14
4-أهداف الدراسة	15
5-التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة	17
6-الدراسات السابقة	19
7-التعقيب على الدراسات السابقة	35
الفصل الثاني: الإطار النظري لمتغيرات الدراسة	
تمهيد	39
1. الممارسة النفسية وخصائصها العلاجية النفسية والعقلية	40
2. العلاج النفسي والعلاج العقلي (الطب- نفسي):	42
3. التكامل العلاجي بين الطب العقلي و العلاج النفسي:	44
4. ميدان الطب النفسي (العقلي) وعلم النفس العيادي :	45
5. الفرق بين ميدان الطب النفسي و علم النفس الإكلينيكي في إطار العلاج النفسي	53
6. الأخصائي الإكلينيكي	56
7. طبيب الأمراض العقلية والنفسية	77
8. الفرق بين الطبيب السيكاتري والأخصائي الإكلينيكي	89

9. العمل التشاركي ضمن فريق العمل العلاجي	92
خلاصة	102
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد:	104
1- الدراسة الاستطلاعية	105
2- الدراسة الأساسية	106
1.2 منهج الدراسة	106
2.2 حدود الدراسة	106
3.2 عينة الدراسة	107
4.2 أداة الدراسة	113
2-5 الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة	115
6.2 تقنيات و أساليب المعالجة الاحصائية	120
خلاصة	121
الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها.	
تمهيد:	123
أولا/ التحقق من شرط إعتدالية التوزيع:	124
ثانيا/عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة	125
1-عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية العامة	125
2-عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى	126
3-عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية	129
4-عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثالثة	132
5-عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الرابعة	134
6-عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الخامسة	135
7-عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية السادسة	136

8-عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية السابعة	138
الاستنتاج العام للنتائج	139
الاقتراحات و التوصيات	140
خاتمة	142
قائمة المراجع	145
الملاحق	155

فهرس الجداول	رقم الصفحة
جدول رقم (01) يوضح أوجه المقارنة بين علم النفس و الطب النفسي في مجال العلاج النفسي	54
جدول رقم (02): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير الجنس	108
جدول رقم (03): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير مكان العمل	109
جدول رقم (04): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير المؤهل العلمي :	110
جدول رقم (05):توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير المهنة:	111
جدول رقم (06): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير الخبرة المهنية	112
جدول رقم (07) يوضح عناوين محاور الاستبيان و عدد العبارات لكل محور	115
الجدول رقم (08) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور علاقات العمل واحترام الادوار مع درجته الكلية	116
الجدول رقم (09) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور متطلبات إيجاد خطة علاجية مع درجته الكلية	117
الجدول رقم (10) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الصعوبات والعراقيل مع درجته الكلية	118
الجدول رقم (11) يوضح مصفوفة ارتباطات محاور إستبيان العمل التشاركي مع درجته الكلية	119
لجدول رقم (12) يوضح ثبات إستبيان العمل التشاركي عن طريق ألفا كرونباخ	119
جدول رقم (13) يوضح التحقق من شرط إعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة	124
الجدول رقم (14) يوضح تقييم أفراد عينة الدراسة لواقع العمل التشاركي	125
جدول رقم (15) يوضح إختبار فريدمان لترتيب المتطلبات	127
جدول رقم (16) يوضح إختبار فريدمان لترتيب الصعوبات والعراقيل	129
الجدول رقم (17) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الجنس	133
الجدول رقم (18) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير مكان العمل	134

الجدول رقم (19) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المؤهل العلمي	136
الجدول رقم (20) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المهنة	137
الجدول رقم (21) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الأقدمية	138

فهرس الأشكال	الرقم
الشكل رقم(01) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	108
الشكل رقم(02) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير مكان العمل	109
شكل رقم (03) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المؤهل العلمي	111
شكل رقم (04) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المهنة	112
شكل رقم (05) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الخبرة المهنية	113
الشكل رقم (06) أعمدة بيانية توضح ترتيب متطلبات إيجاد خطة علاجية متكاملة	128
الشكل رقم (07) أعمدة بيانية توضح ترتيب الصعوبات والعراقيل	131

مقدمـــة

مقدمة:

يوصف هذا العصر بأنه عصر القلق والاكتئاب والمعاناة النفسية والعقلية نتيجة تعقد الحياة اليومية والأزمات الاقتصادية والسياسية، كما وأن التطور الحضاري والتصنيع زاد من تعقيد المجتمع فيصعب على فريق من الناس أن يتكيف مع هذه الحياة المتطورة إما بالنسبة لمستواهم العقلي وإما لعدم تناسب متاعبها وأزماتها مع تكوينهم الهش، فالمشكلة في المرض النفسي والعقلي أن له تأثير على انتاج المريض وعلى أسرته و كذلك المجتمع ككل .

إذ يعد شيوع الأمراض النفسية والعقلية في مجتمع ما مشكلة اجتماعية واقتصادية فضلا عن كونها مشكلة صحية طبية، فالمريض النفسي والعقلي يسبب اضطرابا شديدا لأسرته إما بسبب تصرفاته غير السوية و ما تسببه من إزعاج، و اما بسبب تدهور الحالة الاقتصادية بسبب انقطاعه الطويل عن العمل .

ويكفي للدلالة على ذلك أن نذكر أن نسبة المرضى العقليين الذين ينبغي وضعهم في مصحات الصحة النفسية تقدر بنسبة 1,5 % وإن عدد المرضى المتخلفين عقليا تقدر بحوالي 1 % فإذا أضفنا إلى هؤلاء و أولئك المرضى النفسيين وأمراض الشيخوخة والمنحرفين (السيكوباتيين) والذين يمثلون عددا ضخما آخر يتبين مدى أهمية العناية بهذا النوع من المرضى في مجتمعنا. (أسامة محمد الراضي ، ص131)

و قد أكدت المنظمة العالمية للصحة في السنوات 2001 ، 2002 ، 2003 ، 2005 على ارتفاع طلب العلاجات للاضطرابات النفسية، في الواقع يوجد شخص على أربعة تعرض لاضطرابات نفسية أو عقلية فعلية في حياته. (أحمد قويدر، 2011)

مقابل هذه الاحصائيات فان الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية التي تصيب الفرد في كيانه النفسي والعقلي والتي عان منها الإنسان منذ الأزل وتعامل معها بشتى الطرق للوصول إلى علاجات ناجحة لها، تتطلب نخبة متخصصة لعلاجها والوقوف على متابعتها وتقديم الخدمات النفسية والطب- نفسية العلاجية اللازمة لها، وهذه العملية تتطلب تخطيط وجهد ووقت من القائمين عليها لأنها تتعامل مع أصعب تركيبة وهي التركيبة البشرية في

تعقيداتها وعمق صراعاتها وصعوبة الوصول اليها وحلها لأنها عبارة عن تراكمات لأزمات وصراعات نفسية قديمة وجديدة وضعت الفرد في بوتقة من الاضطراب سواء العقلي أو النفسي .

فعملية العلاج النفسي والعقلي ليست بالعملية السهلة كما يظنها البعض من عامة الناس أو حتى من الطبقة المثقفة في المجتمع، فهي جد حساسة مقارنة بمثيلاتها في العلاجات العضوية التي تمتلك وسائل تقنية حديثة ومعدات متطورة ودقيقة تعمل على الكشف عن الخلل في العضوية ومعالجته في وقت وجيز أو في وقت محدد لإزالة مسببات المرض أو التخفيف من تفاقمه و تعقده.

أمام كل هذه المعناة للفرد المضطرب نفسيا وعقليا و معاناة عائلته، أولى العلم أهمية كبيرة لتخصص العلاجات النفسية والعلاجات العقلية وصخر لها دراسات عدة تابعة لميادين متخصصة أهمها ميداني الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي و حدد عمل هذان التخصصان بمهام و أدوار تحتاج الى فريق مدرب و متمكن لذلك، حيث برزت الأهمية والضرورة و الحاجة لجهود الفريق العلاجي النفسي الذي يضم عددا من المتخصصين في مجالات متعددة يتم التنسيق فيما بينهم بحيث يتم توزيع الأدوار على كل من عناصر هذا الفريق، ويضم الفريق العلاجي الذي يقوم بتقديم خدمات الرعاية النفسية كل من طبيب الأمراض العقلية والنفسية الذي يقوم بدور قيادة هذا الفريق في العادة ويتولى الواجبات الطبية بداية من التشخيص مرورا الى وضع خطة العلاج بالأدوية أو العلاج الكهربائي أو وسائل العلاج الأخرى بناء على الخبرة الطبية السريرية و خبرة التخصص في الطب النفسي، ومعه الأخصائي النفسي الذي لديه وسائل و تقنيات تؤهله لعمليتي التشخيص والعلاج والمتابعة، وكذلك الأخصائي الاجتماعي وقد ينضم الى الفريق العلاجي عناصر أخرى مثل أفراد التمريض النفسي أو المعالجين بالتأهيل، وغيرهم .

فحاجة الجزائر لهذه التخصصات والعمل المشترك فيما بينها في إطار التكامل

العلاجي المقدم للفرد الذي يعاني من الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية زاد مع العشرية السوداء التي مرت بها البلاد إلى جانب الظواهر الطبيعية كالزلازل والفيضانات التي شهدتها بعض المناطق من الوطن تطلب كل ذلك جهود كل من الأخصائي الإكلينيكي والطبيب السيكاتري .

فواقع ووضعية الصحة النفسية والعقلية بالجزائر كما أشارت اليها الباحثة عقاقنية كانت جد معقدة في البداية وسبب ذلك هو غياب الخطة التنموية التي تأخذ بعين الاعتبار مختلف أبعاد الصحة بما فيها النفسية والعقلية حيث همشت هذا المجال وكان آخر اهتمام وأولويات الوزارة الوصية لكن الأمر الآن يختلف قليلا عما كان عليه، فالقائمين على الصحة النفسية بدأوا في إثبات وجودهم وابراز أهمية عملهم سواء بالمراكز الاستشفائية أو العيادات الخاصة، فطبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي كل في مجاله وحدود عمله و ما يقدمانه من خدمات . (عقاقنية مهاء ،2018)

و في دراستنا هذه التي تهدف أساسا لإبراز أهمية هذا العمل المشترك بين طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي في سبيل إيجاد خطة علاجية متكاملة، من خلال دراسة واقعه وتقييم هذا العمل من خلال معرفة الصعوبات والعراقيل التي تواجهه وأهمية الخطط العلاجية المبرمة بين السيكاتري و الأخصائي في المراكز الاستشفائية لولاية المسيلة والموزعة عبر الدوائر، و بالعيادات الخاصة الموزعة عبر الولاية.

و ركزنا في هذه الدراسة على أربعة فصول تتمثل في :

الفصل الأول : يعد بمثابة الفصل التمهيدي وهو الإطار العام للدراسة ، يتضمن التعريف بموضوع الدراسة من خلال الإشكالية و تحديد مشكلة الدراسة المتمثلة في التساؤل العام و التساؤلات الفرعية ثم وضع فرضيات على شكل إجابات مؤقتة لهذه التساؤلات ، وقمنا بتحديد نقاط أساسية لأهمية الدراسة و أهدافها وتحديد بعض المصطلحات و التعريفات الإجرائية خاصة بعناصر الدراسة الى جانب تقديم دراسات سابقة عربية وأجنبية

كانت قد تطرقت لموضوع دراستنا من جانب او عدة جوانب تخص موضوع دراستنا .

الفصل الثاني : الذي يعد الركيزة النظرية التي نعتمد عليها في تحليل ما نتوصل اليه من نتائج ميدانية، حيث سنعرض فصل واحد فقط نظري يضم كل ما يخص العناصر الأساسية للعمل التشاركي في مجال الصحة النفسية، والمتمثلة بالتعريف بالممارسة النفسية وأيضا نتعرف من خلال هذا الفصل على كل من ميدان الطبيب السيكاتري وميدان الأخصائي الإكلينيكي و المتمثل في ميدان الطب النفسي و ميدان علم النفس الإكلينيكي وذكر الفرق بينهما ، و أيضا يشمل هذا الفصل على عنصر الأخصائي الإكلينيكي وطبيب الأمراض العقلية والنفسية وكل ما يهمنا في دراستنا هذه حول هذان العنصران من تعريفهما و خصائص و صفات كل منهما الى جانب أخلاقيات مهنتهما و حدود عملهما و المهام وأدوارهما حسب المشرع الجزائري وواقع عملهما الى جانب التقنيات المستعملة في العلاج والتشخيص لكل منهما والصعوبات و العراقيل التي تواجه عملهما، و نذكر أيضا في هذا الفصل الفرق بين طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي لتوضيح أكثر مهامهما و أدوارهما في الممارسة النفسية.

كذلك يوجد في هذا الفصل عنصر لا يخلو أهمية من العناصر السابقة التي تخدم دراستنا و هو التعريف بالعمل التشاركي ضمن الفريق العلاجي، ونشير فيه إلى مزايا التعامل ضمن هذا الفريق و العوامل المؤثرة في كفاءته ، و العقبات و المعوقات التي تواجه هذا العمل و الأخطاء التي يمكن أن يقع فيها الفريق العلاجي و مهارات عمل هذا الفريق.

الفصل الثالث : ويتمثل في الإطار المنهجي للدراسة حيث يتناول الإجراءات المنهجية من خلال الدراسة الميدانية التي شملت الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، والمنهج المستخدم وأدوات الدراسة و حدود الدراسة و عينة الدراسة وأساليب المعالجة الإحصائية والخصائص السيكو مترية.

الفصل الرابع : تم فيه عرض ومناقشة النتائج التي خلصت إليها الدراسة، وتفسيرها

على ضوء الفرضيات بالاعتماد على الدراسات السابقة والجانب النظري، و نخرج ببعض التوصيات و المقترحات، و في الأخير خاتمة عامة كحوصلة للموضوع .

الفصل الأول: الاطار العام للدراسة

1-إشكالية الدراسة

2-فرضيات الدراسة

3-أهمية الدراسة

4-أهداف الدراسة

5-التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة

6-الدراسات السابقة

7-التعقيب على الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة

يعتبر الإنسان اللبنة الأساسيّة للمجتمع وجوهر بنائه، فالإنسان السوي هو مصدر التفكير والتدبير والتقدم وأساس النهضة في كل مجالات الحياة، ولكي يقوم الفرد بأداء واجباته ومهامه الذاتيّة والاجتماعيّة على أكمل وجه لا بد أن يكون متمتّعاً بصحة نفسيّة وعقلية عالية تخلو من الاضطرابات والمشاكل التي تؤثر بشكل سلبيّ في بذله وعطائه وإنجازاته.

فالنفس البشرية تتأثر بكافة الظروف المحيطة بها، قد تكون هينة سهلة التعامل معها وحلها، وقد تكون صعبة ومعقدة تفوق قدرة الفرد النفسية والعقلية على تحملها ومواجهتها والاستجابة لها كالأزمات والصدمات النفسية والمشكلات المعقدة فتنشأ بذلك الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية، فالفرد المصاب باضطراب نفسي أو خلل بملكات عقله وسيرورة تفكيره له أثر سلبي يعود على ذاته وعلى الآخرين من حوله، فيقف عائقاً في وجه تقدّمه وإنجازاته، لأجل هذا ظهرت الأهميّة الكبرى لدراسة مجال الصحة النفسية والعقلية للفرد والتي تصل به إلى الانسجام والتوافق النفسي والاجتماعي، والقدرة العالية على الإنتاجية والسعادة والعطاء، مما يجعل الفرد سويا منتجا، و لذلك فقد أصبح العلاج النفسي والعقلي من أكثر المجالات أهمية في حياة الإنسان لمعالجته مشكلات العقل البشرية، والسلوكيات المضطربة والعلاقات الإنسانية و تفاعل الناس مع بعضهم، كما أن تعقيدات الحياة الحديثة جعلت من هذا العلاج أمرا لازما وضروريا، عندئذ يسعى الفرد المضطرب الى من يساعده من أهل الخبرة والاختصاص في هذا المجال والتعامل مع هذه المشكلات و تشخيصها و إيجاد حلول وعلاجات لها.

و بالتالي فإنه من المهم تأهيل مختصين معالجين في كل من ميدان الطب العقلي والنفسي والعلاج النفسي الإكلينيكي ، وإنشاء العيادات النفسية و المراكز الاستشفائية للصحة النفسية التي تخدم المجتمعات البشرية لتقديم خدمات الدعم النفسي والعقلي التي تسعى إلى تكيف

واستقرار الأفراد خلال حياتهم بكل ظروفها، وقد ساهم العديد من المعالجين النفسيين وعلماء النفس مع الأطباء النفسيين في عملية تطوير العلاج النفسي كل منهم في مجاله و في إطار دراساته في تفسير المرض النفسي وطرق علاجه، كل ذلك ساهم في حركة نهضة وتطور هذا العلاج .

ومع تقدم العلاجات النفسية والعقلية ظهرت أهمية العمل العلاجي التشاركي والذي يجمع بين عمل الأطباء السيكاتريين والأخصائيين الإكلينيكيين في سبيل الحصول على نتائج علاجية متكاملة و مميزة من حيث الفاعلية ، أحسن من كونها عمل فردي ينحاز له كل من الطبيب العقلي أو الأخصائي الإكلينيكي.

فرغم الاختلاف بين ميدان كل واحد منهما إلا أنهما يتشابهان في الطبيعة الأساسية في مجال معالجة وتحديد مشاكل الصحة العقلية والنفسية و إيجاد حلول علاجية لها والتي شملت هذان الميدانان اللذان يضمان الطبيب النفسي في ميدان الطب النفسي والأخصائي الإكلينيكي في ميدان علم النفس، و نظرتهما المشتركة للعملية العلاجية التي أساسها صحة الفرد النفسية والعقلية .

و نثمن رأينا هذا بقول الباحث عبد ربه أن: المريض النفسي بالنسبة للطبيب النفسي وللأخصائي الاكلينيكي هو المحور الرئيسي في العملية العلاجية، فهو المستقبل والمتلقي والمتغير والمفعول به والمتفاعل لكونه الحالة التي يطبق عليها البرنامج العلاجي .**(عبد ربه ،2015، ص52)**

و للدكتورة اجلال محمد سرى رأي في ذلك :" يشترك علم النفس العلاجي و الطب النفسي في دراسة سلوك الانسان غير السوي مثل الأمراض العصابية أو الأمراض الذهانية .والطبيب النفسي واحد من فريق العلاج النفسي " . **(إجلال محمد سرى ، 1997 ، ص14)**

وتضيف الدكتورة بأن " المنهج الاكلينيكي في علم النفس العلاجي قريب الى حد كبير من ميدان الطب وليس مطابقا له، على الرغم من اشتراك علم النفس العلاجي أو العلاج النفسي في عناصر كثيرة مع الطب النفسي psychiaty. **(إجلال محمد سرى، 1997، ص 13)**

وتشير الدكتورة لويس كامل مليكة إلى أن التطور في المعالجة النفسية شهدت اتجاهين اثنين قد أثرا فيها: الاتجاه الأول يتمثل في المنحى البيولوجي في العلاج النفسي و الذي يعتمد على التشخيص باستخدام التقنيات الطبية و العلاج بالأساليب ذات التأثير البيولوجي كالعلاج الدوائي ، أما الاتجاه الثاني فهو التوجه السيكولوجي و الذي يعتمد بشكل كبير على العلاقة بين المعالج والمريض وما يرتبط بها من أنواع التفاعل و أساليب العلاج .**(لويس كامل مليكة، 1997، ص 23)**

أما تاريخيا فبعد الحرب العالمية الثانية تطورت الممارسة المهنية للعلاج النفسي حيث برزت تغيرات كثيرة في ميدان الطب النفسي و علم النفس الاكلينيكي لمواجهة عدة صدمات عصبية واضطرابات نفسية ناجمة عن مخلفات الحرب وأصبح هناك تحولا كبيرا حيث قام الاخصائيين النفسانيين الإكلينيكيين الى جانب الاطباء النفسيين بدور كبير في حل مشاكل هؤلاء المصابين مما زاد الحاجة للعمل المشترك في العلاج النفسي وكل حسب مهارته العلاجية وافتتحت المستشفيات النفسية و العيادات المتخصصة في العلاج النفسي في انحاء متفرقة من العالم.

حسب شيندلر " تم تحديد أدوار ومهام العاملين في مجال الصحة النفسية من أخصائيين نفسيين وأخصائيين اجتماعيين وأطباء نفسيون، فالأخصائي النفسي أصبح يساهم في عملية التشخيص باستخدام المقاييس النفسية التشخيصية، والطبيب النفسي يقوم بعلاج المريض باستخدام أساليب العلاج النفسي والدوائي، والأخصائي الاجتماعي يساعد المريض كي يحصل على دعم كامل خارج البيئة العلاجية. **(Schindler etal , 1987)**

وأمام هذا التناسق في تطور العملية العلاجية عززته مخلفات الحروب العالمية ،ففي ميدان الحروب تولد التحالفات العلاجية وفي ظل هذه الأزمات أين كانت بدايات العمل الشبكي خلال سنوات الحرب في يوغسلافيا بين سنوات (1993_1996) في إطار المساعدة الإنسانية بمخيمات اللاجئين ، حيث عمل جون ماري لومياغ Jean –Marie Lemaire و هو طبيب أمراض عقلية ومعالج عائلي بلجيكي رفقة إيفلين شوفاليي Eveline chevalier وهي أخصائية نفسانية ومعالجة عائلية بلجيكية ،وقدما برامج نفسية ، فقد تم استخدامه في الجزائر بعد العشرية السوداء سنة 1998. **(Hellale Lemair ,2016)**

و الهدف من العمل العلاجي الشبكي مراجعة لعادات العمل الجماعي بطريقة أكثر منهجية وإتقان وكذا مراجعة لبعض وسائل العمل العلاجي لتقديم المساعدة الاجتماعية والنفسية والصحية من خلال وضع لغة مشتركة تسمح بخلق شبكة مهنية احترافية تدعم المهني في جميع مهامه، وتجعله أكثر استعداد لمواجهة الوضعيات المربكة، حيث أن المهنيين لا يمكنهم التطور في مجالات عملهم إذا كانوا لا يعملون في شبكة.**(مجلة العلوم النفسية و التربوية، جوان 2018 ، ص 14)**

فعندما يواجه المهني وضعيات معقدة، تجعله يحس بالعزلة و الخوف و أنه يحتاج أكثر من أي وقت مضى إلى زملائه في العمل و بالتالي إلى شبكة مهنيين، فهذه الوضعيات مفرطة

التعقيد هي التي تنشط على وجه التحديد العمل الجماعي، و الشبكة المهنية واضحة المعالم التي يتم اختيارها بعناية حسب صور العمل العلاجي الشبكي الملائمة هي الوحيدة التي تكون فعالة و مدعمة للعلاج أمام هذه التعقيدات الكبيرة . **(لومير، 2017، ص 17)**

و من خلال هذه الالتفاتة التاريخية و ما نتج عنها فيما بعد من اسهامات في تطور هذا النوع من الخدمات العلاجية المشتركة المقدمة من قبل طبيب الأمراض النفسية والعقلية والأخصائي الإكلينيكي، والتي فندت وعززت النظرة الايجابية إلى هذا العمل التشاركي ، حيث أن المريض النفسي والعقلي لا يجب أن ننظر اليه من جانب عضوي فقط و نهمل الجانب النفسي ، فالجسد والنفس واحد لا يتجزأ .

فأمام هذا التناغم بين الجسد و النفس والعقل تبين أن عمل السيكاتري والأخصائي الاكلينيكي رغم اختلاف ميدان كل منهما الا ان هناك نقاط اتصال تجمعهما في عمل مشترك.

وهذا ما سوف نناقشه و نعالجه من خلال دراستنا لواقع العمل التشاركي بين الأخصائي الإكلينيكي و الطبيب السيكاتري (طبيب الأمراض العقلية و النفسية) ، والرغبة في التعرف عن كثب إلى هذا الواقع الذي يجمع بين دور كل واحد منهما، في سبيل ايجاد خطة علاجية متكاملة ، وهذه الدراسة كانت بالمراكز الاستشفائية الموزعة عبر تراب الولاية و أيضا بالعيادات الخاصة بهدف معرفة الصعوبات والعراقيل التي تواجه هذا العمل التشاركي الذي يجمع بين الطبيب السيكاتري والأخصائي الإكلينيكي ، ومعرفة متطلبات هذه الخطة العلاجية المتكاملة وأهميتها في علاج الأمراض النفسية و العقلية حسب أراءهم، بالإضافة إلى ما قد تأتي به هذه الدراسة من نتائج و توصيات حول تعزيز هذا العمل التشاركي و الرفع من مستوى هذه الممارسة النفسية المهنية المشتركة بين الجانب النفسي والطب–نفسي والاستفادة من هذه الدراسة

مستقبلا من طرف الطلبة بعلم النفس و الأخصائيين الممارسين لهذه المهن، لذا سنحاول من خلال دراستنا هذه الإجابة على التساؤل العام التالي :

- ✓ ما تقييم كل من طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي لواقع العمل التشاركي في إطار إيجاد خطة علاجية متكاملة ؟

والذي تندرج تحته مجموعة من التساؤلات الفرعية جاءت كما يلي :

- ✓ هل هناك اختلاف في ترتيب متطلبات إيجاد خطة علاجية متكاملة بين طبيب الأمراض العقلية والنفسية والاخصائي الاكلينيكي؟
- ✓ هل هناك اختلاف في ترتيب الصعوبات والعراقيل التي تواجه كل من طبيب الأمراض العقلية و النفسية والاخصائي الاكلينيكي في وضع خطة علاجية متكاملة ؟
- ✓ هل توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الجنس ؟
- ✓ هل توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير مكان العمل ؟
- ✓ هل توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المؤهل العلمي ؟
- ✓ هل توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المهنة ؟
- ✓ هل توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الأقدمية ؟

2-فرضيات الدراسة:

وللإجابة على هاته التساؤلات تم افتراض ما يلي:

2-1- الفرضية العامة: واقع العمل التشاركي في إطار إيجاد خطة علاجية متكاملة حسب تقييم كل من طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي متوسط.

2-2- الفرضيات الفرعية:

- هناك اختلاف في ترتيب متطلبات إيجاد خطة علاجية متكاملة بين الطبيب النفسي والاخصائي الاكلينيكي.
- هناك اختلاف في ترتيب الصعوبات والعراقيل التي تواجه كل من طبيب الأمراض العقلية و النفسية والاخصائي الاكلينيكي في وضع خطة علاجية متكاملة.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الجنس.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير مكان العمل.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المؤهل العلمي.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المهنة.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الأقدمية.

3- أهمية الدراسة :

تكتسي الدراسة الحالية أهميتها نظرا لقلة الدراسات المحلية التي تناولت موضوع واقع العمل التشاركي بين طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الاكلينيكي في إطار العلاج النفسي في الجزائر ، فمعظم الدراسات ان لم نقل كلها تدور حول الأخصائي النفساني لوحده وأحيانا تتم الاشارة اليه ضمن الفريق العلاجي لكن دون ذكر للدور المهم الذي يحظى به طبيب الأمراض العقلية والنفسية كعنصر أساسي الى جانب الأخصائي الإكلينيكي في العملية العلاجية.

- تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها محاولة جادة للاهتمام أكثر بالعمل التشاركي بين الأخصائي الاكلينيكي وطبيب الأمراض العقلية والنفسية في ظل الغياب التام لقانون يضبط هذا العمل المشترك و يوضح أهميته وحدوده.
- و تتجلى أهمية هذه الدراسة أيضا في فتح آفاق جديدة للأخصائي النفسي الذي يعمل بالتوازي مع طبيب الأمراض العقلية والنفسية بالانفتاح على العلوم الطبية والعصبية لما لها من أهمية و مطلب لابد منه و محاولة الالمام بجوانبها ليساعد المختص الاكلينيكي على التشخيص و تحويل الحالات المستعصية الى الجهات المعنية للتكفل الجيد بها في إطار العمل التشاركي وهذا ما يطلبه واقع المجتمع الجزائري من جراء تفشي الاضطرابات النفسية و الامراض العقلية و العصبية.
- ازالة الغموض لدى بعض المهنيين بالمصالح الاستشفائية، وطلبة علم النفس الإكلينيكي وعامة الناس حول معرفة مهام وأدوار كل من الأخصائي الإكلينيكي والطبيب السيكاتري وعدم الخلط بين كل واحد منهما في ذلك ، وتسمية كل واحد منهما بحسب تخصصه.

- كما تكمن أهمية الدراسة انها تكون بداية لدراسات أخرى، وفتح آفاق جديدة أمام طلبة علم النفس والأخصائيين النفسانيين للاهتمام أكثر بالعمل المشترك والمتكامل الذي يجمع بين العلاج النفسي و العلاج العقلي و العلاج النسقي، فالأخصائي النفسي في حالات يستحسن أن يعمل ضمن فريق عمل علاجي يضم مختصين في ميادين أخرى طبية واجتماعية، لان التركيبة البشرية جد معقدة لا نستطيع ان نفصل الفرد عن البيئة التي يعيش فيها و لا نستطيع ان ننكر أهمية الجانب العضوي والتركيبة الفيسيولوجية للفرد فهذه التركيبة تجعلنا نضع المعالجة النفسية في اطار تشاركي مع تخصصات اخرى كعلم الاجتماع و الطب النفسي والطب العصبي والجانب الديني أيضا وغيره من الجوانب و الميادين الانسانية و الاجتماعية لأن عملنا إنساني بالدرجة الأولى.

4- أهداف الدراسة :

نرمي من خلال هذه الدراسة الى تحقيق الاهداف التالية :

- الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو التعرف على واقع العمل التشاركي بين الطبيب النفسي والأخصائي الإكلينيكي داخل المؤسسات الاستشفائية التابعة لولاية المسيلة، والعيادات الخاصة، والوقوف على الصعوبات و المعيقات التي تحول دون تحقيق العلاج التكاملي للعمل التشاركي، وهذا الهدف نابع عن تجارب علاجية بالميدان وإحساسنا بتقدير المهنة وأهمية هذا التشارك الذي هو أساس العلاج الناجح و المتكامل لأجل الوقوف على الحالات المرضية النفسية والعقلية والتي تتطلب هذا النوع من العلاج المشترك .
- أما الهدف الجوهري لهذه الدراسة هو الوصول الى معرفة متطلبات الخطة العلاجية التي يجب أن لا تفتقر الى الطابع التكاملي في ممارستها العلاجية النفسية والعقلية والتي تعتمد على جهود كل من طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الإكلينيكي في

رعاية الفرد المضطرب نفسيا وعقليا، الى جانب التنويه الى أن الهوة التي يُحدثها غياب العمل التشاركي سينعكس سلبا على جودة الممارسة النفسية وجودة النتائج العلاجية لبعض الحالات النفسية والعقلية المستعصية.

- و هدف آخر للدراسة هو تجسيد و تفعيل العمل التشاركي و هذا بتجاوز الصعوبات و المعيقات و ايجاد حلول فعلية وواقعية لها من أجل انجاح العملية العلاجية النفسية المتكاملة في سبيل تحسين وضعية العلاج النفسي للفئات التي تعاني من الاضطرابات والامراض النفسية والعقلية في المراكز الاستشفائية، و هذا بالخروج بتوصيات و اقتراحات من شأنها أن تعزز وتساهم في تفعيل هذا العمل التشاركي بين الطبيب النفسي و الأخصائي الإكلينيكي.
- تسليط الضوء حول أهمية العمل التشاركي في إطار العلاج و المتابعة النفسية من أجل الوصول بالمريض الى أنه لا يعتمد فقط على العلاج الدوائي و يهمل العلاج النفسي من طرف الاخصائي الاكلينيكي أو العكس لأنه توجد حالات تتطلب علاج و متابعة دوائية الى جانب الجلسات العلاجية النفسية ،لكن نجدها تتابع حالتها فقط عند الاخصائي الاكلينيكي، أو العكس و هذا يعد نقص في العملية العلاجية النفسية .
- كذلك من أهداف هذه الدراسة هو ايصال رسالة محتواها نظري و ميداني لطالب علم النفس حول الدور المهم للأخصائي الاكلينيكي الى جانب الطبيب السيكاتري مع تحديد أهم النقاط الأساسية المشتركة بين عملهما و نقاط الاختلاف و احترام أدوار و مهام وحدود عمل كل اختصاصي في ميدان عمله.

5- التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة :

5-1- الأخصائي الإكلينيكي :

هو ذلك الشخص الذي يستخدم الأسس والتقنيات، والطرق والاجراءات السيكولوجية لفهم ديناميات شخصية العميل وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته و مدى استجابته لمختلف أصناف العلاج، ثم العمل إلى الوصول به إلى أقصى درجة من التوافق الذاتي والاجتماعي الممكنة، و يكون هذا بالتعاون مع فريق طبي في تفاعل إيجابي بقصد الوصول إلى علاج تكاملي ، وهذا الفريق يعمل كل في حدود إعداده و تدريبه و إمكانيته.

الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو الشخص المتحصل على شهادة في علم النفس العيادي، يقوم بعلاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وجسمية أو ردود أفعال نتيجة عن عدم النضج و التكيف، كما يتمثل دوره في تزويد الطبيب النفسي بمعلومات حول الحالة لتسهيل عمليات التشخيص والعلاج. (أحمد معروف ، 2003 ، ص 87)

5-2- الطبيب النفسي :

هو فرد تلقى تكوينا جامعيا بكلية الطب لمدة 7 سنوات، حصل بعدها على شهادة في الطب العام، ثم درس تخصص الأمراض العقلية و النفسية لمدة تتراوح ما بين أربع إلى خمس سنوات لنيل شهادة في الطب النفسي والعقلي بالجزائر، وهو يشرف على معالجة ومتابعة المرضى من الناحية العقلية و الفيسيولوجية بالمراكز الاستشفائية التابعة لقطاع الصحة العمومية لولاية المسيلة موزعة على الدوائر و البلديات، والعيادات الخاصة بالولاية . يقوم الطبيب النفسي بالدور العلاجي باستخدام كل الوسائل الطبية و النفسية و الأدوية و العلاج الكهربائي حسب تشخيص الحالات النفسية.

5-3- العمل التشاركي العلاجي :

و هو العمل الذي يضم نخبة من المعالجين يمتلكون مهارات مختلفة يكمل بعضها البعض لإنجاز الهدف المشترك لأفراد الفريق العلاجي .

و حسب دراستنا هو عمل مشترك يضم مجموعة من المعالجين النفسانيين و الأطباء السيكاتريين، لديهم مهارات تكاملية و ملتزمين بأهداف علاجية مما يجعل كل منهم اضافة للآخر في أهداف العلاج، إذ يتكون فريق العمل في مجال الصحة النفسية عادة من عدد من المتخصصين أو المهنيين و يعتبر الأخصائي النفسي العيادي و الطبيب المختص جزء من هذا الفريق، ولكي يؤدي هذا الفريق عمله على أكمل وجه يجب على كل عضو أن يكون لديه فهم صحيح لمهامه و أدواره .

5-4- العلاج النفسي:

هو مصطلح عام لعلاج مشاكل الصحة العقلية والنفسية من خلال التحدث مع طبيب الأمراض العقلية والنفسية أو الأخصائي النفساني، أو غيرهم من مقدمي خدمات الصحة النفسية والعقلية.

في أثناء العلاج النفسي يتم التعرف على حالة المفحوص المزاجية ومشاعره وأفكاره وسلوكياته، كما يساعد العلاج النفسي على تعلم كيفية السيطرة على الحياة الشخصية والتوافق النفسي والاجتماعي وتحمل المواقف الصعبة من خلال مهارات التوافق الصحي.

5-5- الخطة العلاجية المتكاملة:

ما الخطة العلاجية للأمراض العقلية والنفسية إلا وثيقة توضح تفاصيل مشاكل الحالة النفسية و العقلية للعميل، وتحدد الأهداف والاستراتيجيات التي ستساعده على تخطي مشاكله النفسية، يجب على موظف الصحة النفسية مقابلة العميل للحصول على المعلومات اللازمة لاستكمال خطة العلاج، وتستخدم المعلومات المجمعة من المقابلة في كتابة خطة العلاج، فكل من طبيب الأمراض العقلية والنفسية والأخصائي الاكلينيكي يضع خطته العلاجية مع العميل دون مشاركة الآخر، لكن يشتركان فيما بعد بوضع معالم هذه الخطة أثناء عملية التشخيص والمتابعة النفسية و توجيه الحالات الى بعض إذا استلزم الأمر.

6- الدراسات السابقة :

لقد وجدنا صعوبة في العثور على دراسات سابقة بنفس جوهر و لب الموضوع والأهمية والأهداف وهذا ما تتفرد به الدراسة الحالية ، فجل الدراسات خاصة المحلية تصب في عنصر الأخصائي النفسي أما اعتمادنا على هذه الدراسات فقط لتقاربها من حيث عنصر الصعوبات والمعوقات التي يواجهها الأخصائي الإكلينيكي في عمله، و كذا اشتراكها في بعض الخصائص كالمنهج المتبع و بعض الحقائق التي سنستدل بها في نتائج دراستنا، أما الدراسات التي تجمع عمل طبيب الأمراض العقلية و النفسية مع الأخصائي فهي غير متوفرة إلا في الدراسات المشرقية والأجنبية .

6– 1– الدراسات العربية :

دراسة فطيمة دبراسو 2010 : بعنوان (أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي أثناء الممارسة الميدانية – دراسة ميدانية بمدينة بسكرة)

- تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفساني أثناء الممارسة السيكولوجية، إلى جانب التعرف على أسباب هذه الصعوبات من أجل مساعدة باقي المختصين النفسانيين المقبلين على العمل في مجال الممارسة السيكولوجية على تخطي ومواجهة هذه الصعوبات في المستقبل لضمان ممارسة سيكولوجية ناجحة وهادفة وبدون عراقيل .
- أما أهمية الدراسة فتتمثل في تذليل هذه الصعوبات من خلال ايجاد حلول و مقترحات لها
- استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي الملائم لهذه الدراسة.
- تمثلت أداة دراستها في استمارة استبيانيه، بالإضافة إلى مقابلات نصف موجهة .
- تكونت عينة دراستها من 36 أخصائي نفسي لديهم خبرة كافية في الممارسة السيكولوجية .
- خلصت هذه الدراسة إلى النتائج التالية :
- صعوبة التشخيص 83,33 % ، صعوبة في تطبيق الاختبارات 77,77 % ، صعوبة في العلاج 61,11 % ، تدني الراتب 58,33 % ، صعوبات إدارية 52,77% ، عدم وجود تعاون بين الأخصائيين50,00 % ، عدم اشراكهم في الملتقيات الجامعية 33,33 % النظرة السلبية للمجتمع لمهنة الأخصائي العيادي 25 % .
- أما الصعوبات الذاتية التي تمس الجانب التكويني، فهي: ضعف التكوين الجامعي بنسبة 83,33 % ، ونقص التدريب بنسبة 69,44 % ، ونقص الخبرة الميدانية 41,44 % .

وجود صعوبات مهنية في التشخيص و العلاج و صعوبات اجتماعية تتمثل في النظرة السلبية لمهنة الأخصائي الإكلينيكي والتي مازالت غامضة للبعض و التي غالبا ما تقترن بصورة "المرابط " أو "المنجم "، كذلك صعوبات تتمثل في ضعف التكوين الجامعي و نقص التدريب ونقص التربصات وأشارت الباحثة أيضا الى عدم وجود تعاون واتصال بين باقي المختصين النفسانيين في مختلف المؤسسات .

دراسة فالح بن صنهان العتيبي 2011 : بعنوان (دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض)

تمثلت أهمية هذه الدراسة في الإجابة على التساؤل الرئيسي " ما دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات ؟"، طبقت الدراسة على الأطباء و الأطباء النفسيين و الممرضين و الأخصائيين الإكلينيكيين ، وشملت عينة الدراسة على 181 عامل بالمستشفى، صالحة للتحليل الإحصائي ، تمثلت الأداة في استبانة طبقها الباحث على عينة بحثه ، أما منهج الدراسة فقد استخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي ، هدفت الدراسة إلى التعرف على دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في المستشفيات من وجهة نظر العاملين فيها، و التعرف على العوامل المعيقة والعقبات التي قد تواجه عمل الأخصائي في عمله، وآراء الفريق العلاجي حول وعيهم لدور الأخصائي الاكلينيكي و مدى فاعليته، وهدف آخر يتمثل في ما قد تأتي به نتائج الدراسة من اقتراحات تساهم في تقريب وجهات النظر حول دور الأخصائي النفسي و كذلك في زيادة فاعلية دور الأخصائي ورفع مستوى الممارسة المهنية للخدمة النفسية و العلاج النفسي و الإفادة من تلك الدراسة مستقبلا .

أما عن نتائج الدراسة فقد توصل الباحث إلى ما يلي :

- أفراد عينة الدراسة موافقون غالبا على أن أهم أدوار الأخصائي النفسي الإكلينيكي التي هي في المقام الأول هي التعرف على التاريخ المرضي للمفحوص، الى جانب قياس الذكاء و القدرات العامة.
- أهم المهارات التي يجيدها الأخصائي الإكلينيكي حسب الموافقون عليها هو التعرف على دور الأسرة في حدوث المرض النفسي و مهارة إقامة علاقة قوية مع المرضى.
- وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (0،01) فأقل في اتجاهات أفراد مجتمع الدراسة الأطباء، واتجاهات أفراد مجتمع الدراسة الأخصائيين الإكلينيكيين حول دور و مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي لصالح النفسانيين الإكلينيكيين .

و أهم التوصيات التي خرج بها الباحث تتمثل في العمل على التأهيل الأفضل في الجامعات و مجالات التدريب للأخصائيين النفسانيين الإكلينيكيين، و توفير الأجهزة و المقاييس المناسبة و الخاصة بالعلاج النفسي، وتوفير المكاتب المناسبة لدراسة الحالات.

دراسة محجر ياسين و بن سكيريفة مريم 2012 : بعنوان (واقع عمل الأخصائي النفسي في المؤسسات الاستشفائية)

تمت هذه الدراسة الميدانية بين ولايتي ورقلة و الجلفة ، تهدف الى التعرف على الخدمات النفسية التي يقدمها الأخصائي النفسي للمجتمع من خلال المؤسسات الاستشفائية ، و التعرف على خصائص الأخصائي النفسي الكفؤ من خلال خصائص الفاحص النفسي.

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي، وعينة اختيرت بطريقة عشوائية ، تمثلت في 35 أخصائي نفسي ، و الأداة المستعملة في الدراسة هي الاستبانة.

و بعد التحليل أظهرت النتائج : أن أهم الخدمات التي يقدمها الأخصائي النفسي في المؤسسات الاستشفائية تتمثل في : القيام بالمقابلات النفسية مع المرضى في المصالح الاستشفائية لمساعدتهم في التكيف مع المرض و تقبله، خاصة الأمراض المزمنة، وتعليم المرضى تمارين الاسترخاء للتخفيف من آلامهم ، و القيام بدورات تحسيسية للوقاية من بعض الأمراض كالسرطان.

دراسة فهد بن عبدالله الربيعة 2005 : بعنوان (دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي كما يدركه الطبيب النفسي)

هدفت هذه الدراسة الى معرفة دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي كما يدركه الطبيب النفسي.

وقد شمل مجتمع الدراسة من جميع الأطباء النفسيين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية والذي يبلغ عددهم (306) طبيبا و طبيبة، وكان عدد الذين طبقت عليهم الدراسة 100 طبيب و طبيبة أي نسبة الذين استجابوا للأداة المستخدمة في الدراسة كانت 64 % من عينة الدراسة الكلية، كما بلغت نسبة أفراد العينة بالنسبة لمجتمع الدراسة 20،9 ومعظم أفراد العينة من الذكور حيث بلغ عددهم (47) بنسبة 73،4 % من العينة الكلية أما الإناث فقد بلغ عددهن (17) بنسبة 26،6. %

قام الباحث بتصميم أداة لقياس مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي الرئيسة و المتمثلة في التشخيص، و العلاج النفسي، و الاستشارات النفسية، تم استخدام المنهج الوصفي المسحي.

و قد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين الأطباء النفسيين و الطبيبات النفسيات على محوري التشخيص و الاستشارات النفسية لصالح الطبيبات النفسيات، كذلك أظهرت نتائج

الدراسة فروقا بين الأطباء النفسيين و الطبيبات النفسيات قليلي الخبرة و بين نظرائهم كثيري الخبرة وذلك على جميع محاور أداة الدراسة، و جاءت هذه الفروق لصالح كثيري الخبرة، وأخيرا فإن نتائج الدراسة لم تكشف عن وجود فروق بين الأطباء النفسيين و الطبيبات النفسيات وفق متغير الرتبة الوظيفية .

دراسة قامت بها الباحثة راضية بوزيان 2009 : بعنوان (اتجاهات الأطباء النفسانيين بالجزائر نحو مهنة الأخصائي النفسي العيادي)

تمحورت الدراسة حول اتجاهات الأطباء النفسانيين بالجزائر نحو مهنة الأخصائي النفسي العيادي " ،من أجل مقاربة سوسيو – نفسية طبقت الدراسة ببعض مستشفيات و عيادات الشرق الجزائري، بالنسبة لمنهج الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المسحي نظرا لملائمة هذا المنهج لأهداف دراستها.

تكون مجتمع الدراسة من الأطباء النفسيين الجزائريين العاملين في عيادات و مستشفيات الصحة النفسية و عددهم (65) طبيبا و طبيبة ، اما عينة الدراسة فتكونت من (32) طبيبا نفسيا و طبيبة نفسية من الذين استجابوا لأداة الدراسة، أي نسبة 49،23% من المجتمع الكلي للدراسة.

أما فيما يخص أداة الدراسة فقد اعتمدت الباحثة على استبانة ، و خلصت الى النتائج التالية:

- وجود فروق بين الأطباء النفسيين و الطبيبات النفسيات و ذلك على بعدي التشخيص و الاستشارات النفسية لصالح الطبيبات النفسيات ، اي أن الإناث لديهن اتجاهات إيجابية نحو مهنة الأخصائي الإكلينيكي أكثر من الذكور .

- كذلك من النتائج أن الاستشارات النفسية لا تتطلب قاعدة طبية و إنما تتطلب إلمام بنظريات و فنيات الإرشاد و العلاج النفسي وهي أيضا من المتطلبات الأساسية لتأهيل الأخصائي النفسي العيادي.
- ومن ناحية أخرى فإن عدم وجود فروق بين الذكور و الإناث على محور العلاج النفسي بأن الأطباء النفسيين ربما يرون أن العلاج النفسي يتطلب خلفية طبية لا تتوفر لدى الأخصائي النفسي العيادي، ولذلك يعتبرون العلاج النفسي من المهام الرئيسة للطبيب النفسي القادر على وصف الأدوية النفسية.
- و بينت نتائج الدراسة وجود فروق في إدراك الأطباء و الطبيبات لدور الأخصائي النفسي العيادي وفق رتبة الوظيفة فقط على محور "العلاج النفسي "، ولكن هذه الفروق لم تصل الى مستوى الدلالة الاحصائية بل كانت قريبة جدا منها، فالطبيب النفسي هو أكثر من يقوم بتحويل الحالات الى الأخصائي النفسي العيادي مما قد يشير إلى فهمه لدور الأخصائي النفسي العيادي المتمثل في تقديم الاستشارات النفسية .

دراسة مصطفى منصوري (2014) : بعنوان (الأخصائي النفسي العيادي بين التكوين الجامعي و الممارسة العملية)

هدفت هذه الدراسة إلى:

- التعرف على دور الأخصائي النفسي العيادي في المستشفيات والمراكز الصحية من وجهة نظره ، و أيضا التعرف على العقبات التي قد تواجهه في عمله سواء ما تعلق بالجانب المادي أو الجانب العملي أو الجانب الإنساني .
- و القاء الضوء على التكوين الذي تلقاه في الجامعة و مدى تطابقه مع الممارسة السيكولوجية في المستشفيات والمراكز الصحية التي يعمل بها .

- و اسهام نتائج الدراسة والاقتراحات التي خرج بها الباحث في رفع مستوى الممارسة النفسية المهنية للخدمة النفسية والعلاج النفسي .

طبقت هذه الدراسة على الأخصائيين النفسانيين العياديين، و كان قوامها 41 أخصائيا (عينة قصدية) .

وقد اجريت هذه الدراسة في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لمدينتي مستغانم ووهران.

استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي .

اعتمد الباحث في جمعه للمعطيات على استمارة صممت لغرض الدراسة، وشملت أربعة محاور، نوضحها فيما يلي من خلال النتائج التي توصل اليها الباحث والمتمثلة في مجموعة من الصعوبات، تتنوع حسب شدتها وفق الترتيب التالي :

- صعوبات تتعلق بالأخصائي النفسي العيادي و بتكوينه الجامعي بنسبة:81,46 %
- صعوبات تتعلق بالبيئة المحلية و بالمحيط الاجتماعي و الثقافي بنسبة:76,82%
- صعوبات تتعلق بالمؤسسة الاستشفائية والمركز الصحي الذي يعمل فيه بنسبة:39,63%
- صعوبات تتعلق بالحالات التي يتابعها و بأسرهم بنسبة:34,75%

دراسة تزولت عمروني حورية و زهار جمال (2015) : بعنوان (معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أهم معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية الاستشفائية والجوارية بالشرق الجزائري، استخدم الباحثان المنهج الوصفي الاستكشافي نظرا لطبيعة الدراسة وحجمها ولإمكانية الاتصال بجميع أفرادها .

فيما يخص أداة الدراسة، قام الباحثان بإعداد صورة مبدئية لأداة القياس، والتي من خلالها تمكنا من تحقيق أهداف الدراسة والإجابة على التساؤلات، وفق مقياس ليكارت الثلاثي (دائما، أحيانا ، أبدا)، وقد إستند الباحثان في بناء الأداة إلى موريس أنجرس (2004) .

أما عينة الدراسة فقد شملت الأخصائيين العاملين بمؤسسات الصحة العمومية عددهم 255 أخصائي اختيرت العينة بطريقة عشوائية

أما فيما يخص نتائج الدراسة فقد خلص الباحثان في الأخيرة أن الأخصائي النفساني في الجزائر يعاني من جملة من المعوقات داخل مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية منها ما يتعلق بالمهام ، والعلاقات المهنية، وأخرى بالتكوين، والامكانيات الموفرة ، وثقافة المجتمع السائدة ، وقد تم تحديد هذه العناصر حسب الأهمية وفق الترتيب التالي :

- احتل عنصر تكوين الأخصائي النفساني المرتبة الأول بنسبة موافقة ب" دائما" بلغت 53,12 % .
- أما المرتبة الثانية فتعود الى ثقافة المجتمع من حيث الأهمية حيث بلغت نسبة الموافقة فيها ب دائما 50,45 % ،و هذا ما يدل على أن معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بثقافة المجتمع لها أهمية وأثر بليغ على الأداءات المهنية للأخصائيين النفسانيين .
- أما بالنسبة لعنصر الإمكانيات فكان في المرتبة الثالثة من حيث الأهمية حيث بلغت نسبة الموافقة ب دائما 48,32 % و هذا يدل على أن هذا العنصر له أهمية بالغة كذلك.
- أما مهام الأخصائي النفسي فقد احتلت المرتبة الرابعة من حيث الأهمية بنسبة موافقة ب دائما 44,90 % .

- واحتلت المرتبة الخامسة من حيث ترتيب أهم المعوقات "العلاقات المهنية "بنسبة موافقة 31,19 %، و فسرا هذا الترتيب الأخير الذي يعود للعلاقات المهنية إلى تفاوت الكفاءة المهنية و مستوى الاعداد بين الأخصائيين النفسانيين إذ يعتبر مسؤولا أو هو ما يمهد السبيل أمام ظهور هذه المعوقات في وجه الممارسة النفسية .

دراسة عبدالرحمن بن علي المعتق1997 : بعنوان (المسؤولية المهنية للأخصائي النفسي الإكلينيكي في عمل اللجنة الطبية)

دراسة وصفية استطلاعية على مستشفى الصحة النفسية بالرياض، هدفت الدراسة إلى عدة نقاط أساسية أهمها :

- إيضاح المسؤولية المهنية الفعلية للأخصائي النفساني كعضو في اللجنة الطبية وفعالية اسهامه في قرارات اللجنة الطبية.
- استطلاع آراء الأطباء النفسيين و الأخصائيين النفسانيين عن دور الأخصائي النفسي في اللجنة الطبية من خلال الاستبيان المصمم لهذا الغرض .
- تحديد بعض المعايير الواجب توافرها في كل من الأخصائي النفساني الإكلينيكي و الطبيب النفسي للقيام بدوره في اللجنة الطبية .
- معرفة مدى العلاقة التفاعلية و التكاملية بين كل من الطبيب النفسي و الأخصائي النفساني في الاستشارات المصدقة للجان الطبية .

و كانت نتائج الدراسة كما يلي :

- أن أكثر الحالات هي الحالات الموصي عليها بولاية شرعية نتيجة اضطرابات عقلية، تطلب المحكمة إجراء الكشف الطبي النفسي والتأكد من قراراتهم أنهم يحتاجون مساعدة بسبب اضطرابات ذهانية و يليها إصابات العمل و صلاحيته للعمل من عدمه، ثم طلب

تقرير عن الحالة يليها المحالين لأسباب، رهاب الامتحان والمشاكل الزوجية وغيرها، أما أغلب الحالات المشخصة فإنها ذهانية (50,9) منها (30,6 %) ذهان وظيفي و(20,3 %) ذهان عصبي، يليها الاضطراب النفسي (15 %) ثم التخلف العقلي (12,8 %) وبقية الحالات متفرقة .

- أما عن واقع دور الأخصائي النفساني و مسؤوليته المهنية في اللجنة الطبية بمستشفى الصحة النفسية بالرياض في فترة البحث، فبعد الاطلاع على عدد الحالات ونسبتها التي تم الاستعانة فيها بالأخصائي النفساني فإنها قليلة بالنسبة للحالات التي عرضت على اللجنة الطبية حيث بلغت الحالات التي عرضت على الأخصائي النفسي (11 %) من الحالات المعروضة على اللجنة الطبية، و لكن إذا نظرنا إلى نسبة ما أخذ برأيه منها والتي عددها (31) حالة فهي (67,7 %) أي (21) حالة من مجموع الحالات المحالة له ونسبة الحالات التي لم يؤخذ برأيه فيها هي (32,3%) .
- أما عن ما يجب أن يقوم به الأخصائي النفساني من خلال استطلاع آراء الأطباء و الأخصائيين أنفسهم كانت الإجابة متفقة مع بعضهم البعض أي أنه ليس هناك فارق و اختلاف في وجهات نظرهم فهم يرون نسبة (92,3 %) ضرورة مشاركة الأخصائي النفسي كعضو في اللجنة النفسية كما أنهم يرون نسبة (100 %) ضرورة وأهمية دور الأخصائي في عملية التشخيص والتقييم وهذه أهم ركائز اللجنة الطبية .أما فيما يخص الاكتفاء بتقرير الأخصائي النفساني دو حضوره للجنة، فهم يرون ضرورة حضوره بنسبة(100 %) للأطباء و (86,7 %) للأخصائيين وذلك من أجل مناقشة التقرير .
- أما عن كيف يمكن تحقيق التكامل بين دور الأخصائي النفساني والطبيب النفسي في اللجنة الطبية، كانت الإجابة بأنه لابد من أن يعرف كل منهما الوصف الوظيفي للآخر والاتفاق على تشخيص للحالة والاتصال والتنسيق فيما بينهما أولا بأول.

6-2- الدراسات الأجنبية:

دراسة شيندلر و زملائه ، Schindler etal 1987 : بعنوان (دور كل من الطبيب النفسي والأخصائي الاكلينيكي في علاج المرض العقلي)

حيث أوضحت هذه الدراسة أن تقييم عامة الناس لقدرة الأخصائي النفساني الإكلينيكي على علاج الاضطرابات العقلية كان مساويا لتقييمهم للطبيب النفسي، و كذلك كشفت هذه الدراسة بأن الأخصائي الإكلينيكي كان أكثر اهتمام و عناية بالمريض من الطبيب النفسي.

دراسة وود و زملائه Wood , etal 1986 : بعنوان (اتجاهات عامة الناس نحو الأخصائي الاكلينيكي و المهام التي يقوم بها)

هي دراسة مسحية على 201 من عامة الناس ،و قد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن غالبية أفراد العينة لديهم اتجاهات إيجابية نحو الأخصائي الإكلينيكي، حيث أفاد 84 % من أفراد العينة أن علم النفس علم تطبيقي، و أفاد 58% منهم أن علم النفس لا يستخدم من أجل استغلال الناس، بل يهدف إلى تحقيق سعادتهم .كما أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن عامة الناس ينظرون الى الأخصائي الإكلينيكي كعالم سلوكي، بينما يصفون الطبيب النفسي بالممارس المهني.

في نفس السياق السابق دراسة لوود و زملائه وجد شولت Schulte 1993 :

بعنوان (اتجاهات عامة الناس نحو العلاج النفسي)

افرزت الدراسة النتائج التالية: أن 93 % يعتقدون أن الأخصائي الإكلينيكي قادر على علاج المشكلات النفسية، بينما يرى 75% منهم أن الطبيب النفسي هو المؤهل للقيام بهذه المهمة.

دراسة أنجرماير و زملاؤه Angermeyer etal 1993 : بعنوان (المقارنة بين العلاج النفسي و العلاج الدوائي)

حيث قاموا بهذه الدراسة على عينة من عامة الناس في ألمانيا الاتحادية . و قد أوضحت هذه الدراسة أن العلاج النفسي هو الأسلوب الأفضل حتى بالنسبة لعلاج المرضى الفصاميين، وقد بررت عينة الدراسة تفضيلهم العلاج النفسي عل العلاج الدوائي بعدة مبررات من ضمنها الكفاءة الشخصية التي يتميز بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي و المتمثلة في قدرته على ممارسة العلاج النفسي .

دراسة بريمر و زملاؤه Bremer etal 2001 :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة آراء الناس حول كفاءة الأخصائي النفساني الإكلينيكي و قدرته على القيام بدوره المهني، فقد تكونت عينة الدراسة من (132) فردا تراوحت أعمارهم بين 18 و 68 سنة، و توصلت هذه الدراسة إلى أن الأخصائي الإكلينيكي و الطبيب النفسي كانا أقدر أعضاء الفريق العلاجي على علاج الاضطرابات العقلية مثل الاكتئاب الحاد.

دراسة موريس وداون 1975 Morrison & Duane :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة إدراك المتخصصين في تربية و رعاية الأطفال لكفاءة الأخصائي النفسي الإكلينيكي و الطبيب النفسي و الأخصائي الاجتماعي، و قد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي كان أكثر كفاءة و قدرة من الطبيب النفسي و من الأخصائي الاجتماعي على ممارسة أساليب العلاج السلوكي و الأسري و العلاج باللعب و تطبيق الاختبارات النفسية و تقديم الاستشارات النفسية .

دراسة شاربلي 1986 Sharpley : بعنوان (اتجاهات عامة الناس نحو الأخصائي الإكلينيكي، و الطبيب النفسي و الأخصائي الاجتماعي، و المرشد النفسي)

و قد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن 22,9 % من أفراد العينة يرون أن الأخصائي النفسي قادر على مساعدة الناس في حل مشاكلهم التي يتعرضون لها أحسن من الطبيب النفسي ،و في نفس السياق كشفت **دراسة بلاند و زملاؤه 1990 Bland etal** على أن عامة الناس يضعون الأخصائي النفسي الإكلينيكي في المرتبة الثانية بعد طبيب الأسرة في قدرته على تقديم الاستشارات و علاج الاضطرابات الانفعالية و العقلية، و تدل نتائج هذه الدراسة على أن إدراك عامة الناس لقدرة الأخصائي النفسي الإكلينيكي على علاج الاضطرابات العقلية في تزايد مستمر.

دراسة بلومنثال و لافندر1997 Blumenthal & Lavender : بعنوان (دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي كما يدركه أعضاء الفريق العلاجي)

تكونت عينة البحث من (55) فردا من الأخصائيين الاجتماعيين، و الأطباء النفسيين، والمرشدين، و الممرضين ،وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة إجماع أفراد العينة على أن التشخيص

النفسي، و تقديم الاستشارات النفسية وممارسة أساليب العلاج السلوكي المعرفي تعتبر من أهم الأعمال التي يمارسها الأخصائي الإكلينيكي . و قد ذكر 96% من أفراد العينة أن التشخيص النفسي من مهام الأخصائي النفسي لإكلينيكي، وأفاد 83% منهم أن تقديم الاستشارات النفسية مهمة أساسية من مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي، في حين أفاد 72% منهم أن ممارسة أساليب العلاج السلوكي تأتي في المرتبة الثالثة .

دراسة قام بها ماثيو Matthew 1993 : بعنوان (إدراك الأطباء النفسيين و الأخصائيين الاجتماعيين لدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي)

هدفت إلى معرفة إدراك الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين لدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي، وذلك على عينة مكونة من (16) طبيبا نفسيا و(20) أخصائيا اجتماعيا من ولاية كونكيتكت الأمريكية، وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي :

- أن 41,7% من أفراد العينة أفادو بأنهم يقومون بتحويل الحالات إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي من أجل التشخيص النفسي .
- كما أوضح 16,7% أن التشخيص و العلاج النفسي و العناية اللاحقة هي الأسباب الرئيسية التي تجعلهم يقومون بتحويل الحالات إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي .
- كما كشفت هذه الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء النفسيين و الأخصائيين الاجتماعيين في إدراكهم لدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي و دلك لصالح الأخصائيين الاجتماعيين الذين يرون أن من أهم مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي قيامه بتقييم شخصية المريض.

- وأظهرت نتائج هده الدراسة أيضا اتفاقا بين الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين على أن العلاج النفسي و ممارسة مهام علم النفس الشرعي من الأعمال الهامة التي يزاولها الأخصائي النفسي الإكلينيكي.
- وأن التصريح للمرضى بدخول المستشفيات النفسية و علاج الاضطرابات العقلية الشديدة من الأمور التي لا يستطيع الأخصائي الإكلينيكي التعامل معها بكفاءة تامة .

دراسة بريور و نويلز (2001) Pryor & Knowles :

فقد أجريت لهدف معرفة اتجاهات الأطباء العموميين نحو الأخصائي النفسي الإكلينيكي على عينة قوامها (105) تراوحت أعمارهم بين 26 و 69 سنة، وقد كشفت هذه الدراسة عن أن اتجاهات الأطباء بشكل عام نحو الأخصائي النفسي الإكلينيكي كانت مقبولة، كذلك أوضحت هذه النتائج أن الأطباء يرون أن تدريب الأخصائي النفسي غير كاف، ومن ناحية أخرى أشارت هذه الدراسة إلى أن الطبيبات يحولن المرضى إلى الأخصائي النفسي بنسبة أكبر مما يقوم به الأطباء و هذا الإجراء ربما يعكس اتجاههن الإيجابي نحو الأخصائي النفسي الإكلينيكي وثقتهن به وما لديه من مهارات و قدرات، وأخيرا أوضحت نتائج هذه الدراسة أن غالبية الأطباء والطبيبات يعتقدون أن الأخصائي النفسي قادر على المشاركة بفاعلية في برامج العناية الطبية .

7- التعقيب على الدراسات السابقة :

7- 1 من حيث مجتمع الدراسة وعينة الدراسة :

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في عينة الأخصائيين النفسانيين و الأطباء السيكاتريين كل من دراسة (العتيبي، 2011) ، (الربيعة ، 2005) ، (بن علي المعتق،1997) ،(بوزيان،2009)، (شيندلر ،1987) ،(بلومنثال و لافندر،1997)، (ماثيو ،1993) اما باقي الدراسات ركزت فقط على عينة الأخصائيين النفسانيين .

كل الدراسات تقريبا تشابهت مع دراستنا في بيئة الدراسة وهي المراكز الاستشفائية (العتيبي ،2011) ،(بن الربيعة ،2005) ،(محجر و بن سكريفة ،2012) (بوزيان ،2009)، (مصطفى منصوري ،2014)، (تزولت و زهار ،2015) ، (بن علي المعتق ،1997)

اختلفت مع بيئة الدراسة ل(فطيمة دبراسو ،2010) انها طبقت على الأخصائيين في كل المجالات المهنية التي يتواجد فيها الاخصائي الى جانب المراكز الاستشفائية .

7- 2- من حيث أداة الدراسة:

جل الدراسات السابقة تتشابه في الأداة التي اعتمدنا عليها في جمع المعلومات وهي الاستبانة و منها دراسة (العتيبي ،2011) ، (بن سكريفة و محجر ،2012) ، (بوزيان، 2009) ، (عبدالله الربيعة، 2005) ،(المنصوري ،2014) ،(تزولت و زهار ،2015)

وهناك دراسات استعملت المقابلة الى جانب الاستبانة وهي دراسة (فطيمة دبراسو ، 2010)

7– 3– من حيث منهج الدراسة: فقد كانت بعض الدراسات تتشابه مع دراستنا في المنهج الوصفي التحليلي، خاصة دراسة كل من (فطيمة دبراسو،2010)، (محجر ياسين وبن سكريفة، 2012) ، (مصطفى منصوري، 2014) .

أما دراسات كل من (عبدالله الربيعة ،2005) ، (العتيبي ،2011) (راضية بوزيان ،2009) ، (وود وزملائه ، 1986) اعتمدوا في دراستهم على المنهج الوصفي المسحي، أما(تزولت و زهار ،2015)،و(بن علي المعتق، 1997) فقد اعتمدوا المنهج الوصفي الاستكشافي.

7– 4– من حيث الأهداف:

لا تتفق دراستنا من حيث الهدف الرئيسي حول تقييم واقع العمل التشاركي بين الطبيب و الاخصائي مع باقي الدراسات ، ماعدا دراسة (بن سكريفة ومحجر ،2012) حول واقع عمل الأخصائي لكن دون ذكر لعنصر الطبيب السيكاتري أي التشابه فقط من حيث الهدف العام ، ودراسة (ماثيو،1993) حول ادراك الأطباء السيكاتريين لدور الأخصائي الإكلينيكي.

لكن تتفق في الأهداف الجزئية من حيث الصعوبات والمعوقات التي تواجه عمل الأخصائي النفسي ضمن فريق العلاج النفسي كدراسة : (دبراسو،2010) ، (العتيبي ،2011) ، (الربيعة ،2005) ، (بوزيان،2009) ، (منصوري ،2014) ، (تزولت و زهار ،2015) ، (المعتق، 1997)

من خلال تطرقنا لنقاط التشابه و الاختلاف بين دراستنا و الدراسات السابقة اتضح أن الدراسات التي قام بها باحثون من المملكة السعودية هي فقط ما لاحظت أنها تتطرق بحثيا حول العمل المشترك بين الأخصائي النفساني مع باقي فريق العمل العلاجي في الصحة النفسية أما

الدراسات في الجزائر تركز فقط على عمل الأخصائي النفساني كعنصر لوحده ضمن الممارسة النفسية و العملية العلاجية النفسية .

اذن فالتشابه كان أكثر مع بعض الدراسات الأجنبية خاصة دراسة (ماثيو ،1993) والدراسات العربية الا في اختلاف البيئة المتمثل في البيئة السعودية ، والبيئة الأمريكية .

اذن من خلال ذلك يجب مراجعة نظرة الباحث إلى أن الأخصائي النفساني لا يعمل وحده بل يعمل ضمن فريق علاجي متكامل، و هذا للإحاطة فعلا بالصعوبات التي تواجهه في اثبات مهاراته ضمن هذا الفريق العلاجي .

7-5- مدى الاستفادة من الدراسات السابقة :

تعد مرحلة مراجعة الدراسات السابقة مهمة للتقليل من الصعوبات التي يواجهها الباحث في دراسته، لما لها من اسهامات في تخطيط و توجيه و ضبط متغيراته وأيضا تستخدم في الحكم و المقارنة والإثبات والنفي ومن بين الفوائد التي حصلنا عليها من الدراسات السابقة :

- رؤية بحثية واضحة لكيفية معالجة المشكلات السابقة.
- الاستفادة من التراث النظري .
- تحديد المراجع والأساليب و الأدوات الإحصائية التي تخدم البحث.
- الاستفادة من بعض الدراسات حول عمل الأخصائي النفساني بالمؤسسات الاستشفائية والصعوبات التي تواجهه في الميدان خاصة الدراسات التي أجريت على بعض الولايات الداخلية والقريبة جدا من منطقة المسيلة، أما فيما يخص طبيب الأمراض العقلية فلم تكن هناك دراسات حوله إلا دراسات عربية، خدمت دراستنا في بعض الجوانب.

الفصل الثاني: الإطار النظري لمتغيرات الدراسة

تمهيد

1. الممارسة النفسية وخصائصها العلاجية النفسية والعقلية

2. العلاج النفسي والعلاج العقلي (الطب– نفسي):

3. التكامل العلاجي بين الطب العقلي و العلاج النفسي:

4. ميدان الطب النفسي (العقلي) وعلم النفس العيادي :

5. الفرق بين ميدان الطب النفسي و علم النفس الإكلينيكي في إطار العلاج النفسي

6. الأخصائي الإكلينيكي

7. طبيب الأمراض العقلية والنفسية

8. الفرق بين الطبيب السيكاتري والأخصائي الإكلينيكي

9. العمل التشاركي ضمن فريق العمل العلاجي

خلاصة

تمهيد:

إن الاهتمام بالمرضى النفسيين والعقليين أمر ضروري وواجب على الأسرة بالدرجة الأولى وعلى المختصين بالدرجة الثانية، وهذا بمساعدتهم في الحصول على التوافق النفسي مع ذاتهم و مع المجتمع الذي يعيشون فيه، حيث يعتبر دور كل من الأخصائي النفسي و الطبيب السيكاتري الخط الدفاعي والوقائي من تأزم الأمور وتعقدها على الفرد الذي يعاني نفسيا وهو يصارع ألامه في بداية الأزمة أو في منتصفها.

يقول شيشرون " أن أمراض النفس و العقل أكثر شيوعا و أشد فتكا من أمراض الجسم "، فهناك الكثير من الأشخاص يواجهون صعوبة ويقعون في حيرة من أمرهم أثناء تعرضهم لصدمات نفسية أو اضطرابات في التفكير والسلوك إلى أين يتوجهون ؟، من يقصدون من أهل الاختصاص لانتشالهم ومساعدتهم ومعالجتهم ؟ ، هل إلى الطبيب النفسي أو الأخصائي الإكلينيكي ؟ أو إلى كليهما معا؟

فهناك من يخلط بين الأخصائي الإكلينيكي والطبيب النفسي من حيث المهام والأدوار واساليب العلاج ، وحتى التسميات، كل هذه التساؤلات والحيرة و أمام هذه الازدواجية و المهام المشتركة وعدم التفريق بين التخصصين والمجالين، والخلط بين مهنتيهما و عدم معرفة و ادراك مدى التكامل في هدفهما المشترك المتمثل في العلاج، و الذي يتعين على الفرد الذي يطلب مساعدة نفسية الإلمام بهذه المعارف، والتي نحاول في هذا الفصل شرحها بالتفصيل .

1. الممارسة النفسية وخصائصها العلاجية النفسية والعقلية

إن الممارسة النفسية العيادية من أهم المهن وأرقاها، كونها تهتم بالبحث في أغوار الحياة النفسية للفرد و الوقوف على أهم التفسيرات الباطنية التي تساهم في إصدار السلوكيات السوية و المرضية على حد سواء، فيعتمد الممارسون طرقا متعددة في التقدير في محاولتهم التعرف على أفضل طريقة لوصف العميل أو الشخص المضطرب، وفي البحث عن أسباب مشكلاته أو اضطرابه، و في تصميم الخطط العلاجية النافعة و الفعالة و مراقبة التقدم و التغير بعد تنفيذ العلاج و التأكد من فعاليته . **(بلميهوب ، 2013 ، ص 56)**

- **مفهوم الممارسة النفسية :**

يقول ع.إبراهيم و ع. عسكر (1999) أن "الممارسة النفسية تحدد في المساهمة في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية، باستخدام المقابلة أو الاختبارات النفسية أو الملاحظة أو دراسة الحالة، ثم التصنيف الى فئات إكلينيكية أو فئات التخلف العقلي، والعلاج والبحث والاستشارة الإكلينيكية التي تشمل ممارسة الإكلينيكي بنفسه للتشخيص و العلاج، أو تقتصر على إعطاء المشورة للآخرين الأقل تدريبا إكلينيكيا، بخصوص المناهج العلاجية المناسبة للحالة، و أساليب التعامل مع المشكلات الطارئة في حياة المريض، و كذلك الاستشارة التي تتم بهدف إنشاء البرامج الإكلينيكية العامة و تقييمها. " **(إبراهيم عبد الستار و عبدالله عسكر ، 1999 ، ص27، 30)**

كما يعرف الباحثان Bergeret, Reynnaud (1989) الممارسة النفسية بأنها تشمل تشخيص الاضطراب النفسي أو العقلي أو حالات التخلف العقلي، باستخدام المقابلة أو الاختبارات النفسية أو الملاحظة أو دراسة الحالة، و التعاون مع الأفراد المحيطين بالحالة سعيا إلى تقديم الأسلوب العلاجي المناسب لكل حالة، و في حالات أخرى : العون من خلال البرامج

التدريبية و الإرشادية بالمؤسسات الاستشفائية أو التأهيلية التي يعمل بها. و يكون تدخله بشكل فردي أو كعضو ضمن فريق عمل يسعى إلى القيام بتكفل متكامل، و كذا وضع الخطط و البرامج الإكلينيكية لتطوير نوعية التكفل النفسي ،الاجتماعي و التربوي للعميل ، ويتم الكشف عن ذلك من خلال تحليل نتائج بروتوكول المقابلة الذي صمم لذلك الغرض. **(REYNAUD M : et BERGERET J . 1989)**

أما رشوان (2007) فيرى أن الممارسة النفسية هي :"ذلك النوع من الممارسات المهنية المرتبط بالطب النفسي و تقدم في إطار برامج المؤسسات العمومية التي يكون أهدافها دراسة وعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية منها" . **(رشوان ، 2007 ، ص 324)**

يرى رشوان أن الخدمة النفسية العمومية تتميز عن غيرها من الخدمات بما يلي:

أنها تسعى إلى تحقيق أهداف الصحة النفسية والعقلية، وأنها أداة لتحقيق الهدف الوقائي من الأمراض النفسية و تقدم داخل مؤسسات الصحة العمومية و المراكز الاستشفائية للصحة العقلية من خلال برامجها المتخصصة , أنها خدمة مؤسساتية لها مكانها في الهيكل التنظيمي لخدماتها المختلفة ، أنها تتطلب مهارات خاصة و ممارس تم تدريبه للتعامل مع الأمراض النفسية و علاجها بطرق فنية تراعى فيه الاعتبارات الأخلاقية و المهنية ، لها بناء علمي ومعرفي متميز، يتضمن أطر نظرية محددة و تقنيات تشخيصية وأساليب علاجية صممت خصيصا للتعامل مع مختلف مظاهر المعاناة النفسية، أنها خدمة تتسم بالمرونة حيث تتفاعل مع كل الحاجيات النفسية التي يبديها المريض ، أنشطتها متنوعة ومصممة بشكل خدمات فردية و جماعية ، تساعد الشخص الذي يطلب المساعدة النفسية على الاستقلالية و التكيف والتوازن النفسي ، وللممارسة نفسية قواعد يجب على الاخصائي النفساني الالتزام بها .

اذن من خلال ما سبق حول الآراء و التعريفات للممارسة النفسية ترى الباحثة أن الممارسة النفسية تضم عمل كل من الطبيب السيكاتري و الأخصائي الإكلينيكي في مجال الصحة العمومية و علاج الأمراض النفسية و العقلية ، وهي خدمة متعددة الجوانب يمكن أن تقدم بشكل فردي أو بشكل جماعي، وتمارس ضمن المؤسسات الاستشفائية.

2. العلاج النفسي والعلاج العقلي (الطب- نفسي):

نحن نعلم أن الانسانية مثلما عرفت المرض منذ القدم عرفت العلاج أيضا معه، وقد علمت بمختلف الوسائل والتقنيات، وحتى التفسيرات المبينة للمرض والتي كانت الاستجابة المثلى للقلق من خلال عقلنته أو جعله خفيا غير واضح، لذلك نجد العديد من الطرق العلاجية التي وصفها تاريخ الطب النفسي من خلال ممارسات طقوسية متعلقة بالثقافات الإنسانية البدائية والسحر والشعوذة والعلاج بالدين .

فالعلاج النفسي هو البحث عن مخرج للوضعية المأساوية التي يعاني منها الفرد المريض من خلال تخليصه من الصراع والقلق الذي يعيشهما، ويهيمنان على كيانه وعلى تفكيره وعلى نشاطه و على محيطه الأسري و المهني

من المعلوم أن القلق الشديد لدى بعض المرضى هو الذي يدفع الأطباء النفسيين لإعطاء عقاقير مهدئة لمرضاهم عندما تفشل الوسائل العادية في تخفيف حدة القلق، لكن من المهم أن نؤكد أن هذه العقاقير ماهي إلا وسيلة مؤقتة و ليست حلا نهائيا للمشكلات ، ولهذا يجب أن يكون استخدام العقاقير مصحوبا دائما بالعلاج النفسي و الذي يقوم به الأخصائي النفسي عبر جلسات علاجية نفسية ، و أن يكون المعالج النفسي مسلحا بكثير من الوسائل والطرق و المهارات التي تساعد في التخفيف من حدة مشاعر القلق لدى مرضاه .

فهنا أردنا أن نؤكد على ضرورة عدم الفصل بين العلاج بالأدوية كاعتماد جسدي بحت و بين ما يجب أن يتبعها من علاج نفسي عبر الجلسات النفسية مع الأخصائي، لكي يخفف المتعالج من التبعية الدوائية مع مرور الوقت (انقاص من جرعات الأدوية النفسية / طبعا تحت اشراف الطبيب السيكاتري) التي تأتي كنتيجة ممتازة بسبب المتابعة النفسية مع الأخصائي الإكلينيكي ، وهنا يأتي دور الأخصائي في اثبات جدارته و قدرته على متابعة المتعالج و خلق جو من الأمان و الاطمئنان لتخفيف حدة القلق والمشاعر السلبية للمفحوص و طمأنته بضرورة مزاولة العلاج النفسي إلى جانب العلاج الدوائي .

يشير (1979) Phareses الى أن الشروط الرئيسية للعلاج النفسي، بما فيها طبيعة العلاقات و شخصية المعالج ،و المحافظة على أسرار المريض كلها تتضافر لخلق إحساس بالأمان و الاطمئنان لدى المريض بشكل يمكنه من احتمال مشاعر القلق و بالتالي يعطيه القدرة على مواجهة مصادر مشكلاته و خططه العلاجية في المستقبل بأقل قدر ممكن من التوتر و الصراع (Phareses , 1979 . p .326) .

- **المسار العلاجي الطب العقلي و العلاج النفسي:**

حدد كليمان Klienman المسار العلاجي على أنه مختلف المحطات التي يتبعها المريض النفسي للبحث و الوصول إلى حل لمشكلته ويصفه بسلوكيات البحث عن العلاج أو استراتيجيات الطعون العلاجية، وهذا يعود إلى البحث عن العلاج و البحث عن معنى المرض أيضا .**(Patricia Joly , 2005,p 542)**

ويتحدد المسار العلاجي من خلال الاستعمال الموسع للعلاجات المتوفرة لدى المتعالج ، سواء علاج نفسي أو علاج طبي (الأدوية النفسية) ، و في العنصر القادم نوضح التكامل بين

المسارين، بعد أن وضحنا في البداية عن ماهية العلاج النفسي و العقلي و ضرورة تماشي هذان العلاجان بالتوازي في الحالات المرضية النفسية المستعصية .

3. التكامل العلاجي بين الطب العقلي و العلاج النفسي:

يوضح **سيجموند فرويد S . Freud** تلك العلاقة قائلا: " أن العلاقة بين الطب العقلي والتحليل النفسي (العلاج النفسي– البعد العلاجي) مماثلة للعلاقة بين التشريح وعلم الأنسجة. فالطب العقلي له توجه مبني على العلوم التجريبية والطبيعية العلمية، تعمل على ملاحظة الاضطرابات النفسية، وتصنيفها ، وتنميطها، وجعلها واضحة ، فالعلاج النفسي مرتبط بفرضيات يتم استحداثها من قبل بعض الباحثين وهي محملة بحقل مفاهيمي لكل مدرسة".**(christian Mùller 1982 , p10)**

نلاحظ الفرق الموجود بين العلاج الطبي والعلاج النفسي والمتمثل في التجربة والافتراضات الواردة في التشخيص والعلاج، بينما العلاج النفسي يقوم على فرضيات نظرية تخضع للسجل المفاهيمي للنظرية التفسيرية للمرض، وعليه فالعلاج النفسي أشد تعقيدا من علاج الطب العقلي.

وهذا مايشير اليه **تان نيغان Tan Nguyen** حيث يحدد ماهية العلاجات النفسية بقوله: "فالعلاجات النفسية تشكل إجابات على استفهامات وحوارات حول الانسان، والهدف من وجوده في هذا العالم، إضافة إلى قلقه ، وعنفه، وحريته". **(Tan Nguyen et coll 2005 ; p10)**

فتعدد الطرق المختلفة في العلاج ينم على اختلاف في الافتراضات المؤسسة للتفسير المرضي للمرض النفسي، ولذلك نجد العديد من الطرق العلاجية النفسية منها: التحليل النفسي،

العلاج السلوكي المعرفي، العلاج الوجودي، الفينومنولوجي، العلاج الأسري، العلاج بالعمل، العلاج المؤسساتي، والعلاج التقليدي الذي هو نابع من ثقافة الشعوب وتفاعلاتهم فيما بينهم.

يضيف تان نيغان أن اختلاف المقاربات العلاجية مؤسس على الاختلاف بين تصورات المعاناة النفسية. **(Tan Nguyen et coll 2005 ; p10)**

ومجيئ المقاربات العلاجية من أجل تخليص المريض من معاناته، سواء الجسمية أو النفسية، هو في حد ذاته عقبة إذا لم تكن منسجمة مع معتقداته، لأن منطق وتسلسل العملية يشير إلى وجود صعوبة في التشخيص وتعقده وكذلك صعوبة في خضوع الحالة للعلاج، وإيمانها الحقيقي فيه، وثقتها بنجاعته وهل فعلا ما يقدم للمريض كعلاج يتناسب مع ما يحتاج إليه فعلا ؟ لذلك نوضح في العنصر القادم ميدان كل نموذج علاجي يخص علاج الأمراض النفسية والعقلية .

4. ميدان الطب النفسي (العقلي) وعلم النفس العيادي :

يقوم على خدمات الصحة النفسية في الأنظمة الحديثة مجموعات متكاملة من تخصصات مختلفة باختلاف ميادينها و يعمل أفرادها معا في مؤسسات تقدم الرعاية النفسية من خدمات الوقاية والعلاج و الإرشاد و التأهيل.

ففريق العمل العلاجي في المستشفيات منظومة متكاملة من المتخصصين وكل له أدواره الخاصة به وقد يتكون هذا الفريق من(الطبيب المعالج، الطبيب النفسي، والاخصائي الاجتماعي) وغيرهم من المتخصصين الذين لا تكتمل العملية العلاجية إلا بوجودهم وهذا هو النظام العالمي المتبع من وزارات الصحة في كل دولة من الدول المتقدمة ولابد للمتخصص في أي مجال من تلك المجالات أن يفهم أدواره وأدوار غيره .**(العتيبي ،2011،ص4)**

ومن بين هؤلاء المتخصصين الأخصائي الإكلينيكي و الطبيب السيكاتري .

ونظرا للتداخل في الأدوار بين العاملين في هذا المجال فإننا سنقوم بتوضيح ذلك في عنصر الطبيب السيكاتري وعنصر الأخصائي الإكلينيكي، لعرض نظري حول المفاهيم والتعريفات، وتحديد المهام والأدوار لأن مشكلة التحديد للأدوار المهنية للعاملين في مجال الصحة النفسية محل جدل وخلاف كانت ولا تزال لها نتائج سلبية على خدمات الصحة النفسية، ولكن قبل ذلك نحاول التعريف بميدان كل من الأخصائي الإكلينيكي وميدان طبيب الأمراض النفسية و العقلية والمتمثل في كل من ميدان الطب النفسي، و ميدان علم النفس الإكلينيكي أو العيادي.

- **ميدان الطب النفسي أو الطب العقلي:**

الطب العقلي عبارة عن تخصص في الطب (أحد فروع الطب) حيث يتمكن الطالب من الالتحاق به بعد إنهاء الطب العام، ويقضي ثلاث إلى أربع سنوات كطبيب مقيم في المستشفيات لتقييم وعلاج اضطرابات الصحة العقلية، وبعد ذلك، يعمل الأطباء المختصين في عدد من الأماكن المختلفة بما في ذلك المستشفيات والمراكز المتخصصة أو العيادات الخاصة والمراكز السكنية ودور المسنين وحتى في السجون.

يهتم الطب العقلي بدراسة وتشخيص ووقاية، وعلاج الاضطرابات والأمراض النفسية المختلفة، كما يهتم الطب العقلي بفحص الحالة العقلية للمرضى، وعمل الفحوصات الطبية و العصبية اللازمة لتخطي حالة المريض، وأبرز ما يميز الطبيب النفسي أنه الوحيد من يحق له إعطاء الأدوية اللازمة لعلاج الاضطرابات النفسية، و العقلية بعد عمل التشخيص اللازم.

و الذين يعملون بهذا المجال يسمون الأطباء النفسيين « LES PSYCHIATRIES» ، وهم أطباء بشريون«Medical Doctors–MDs» ، ولأن الأطباء النفسيين يتم تدريبهم كأطباء

أولًا قبل أن يتخصصوا في هذا المجال، فإنهم هم «الوحيدين» الذين لديهم الرخصة لكتابة وصفات طبية، لعلاج الاضطرابات النفسية مثل الفصام، الاكتئاب، والقلق، واضطراب ثنائي القطب، واضطرابات فرط الحركة «ADHD» وغيرها، والعديد منها يمكن علاجه بفعالية بأدوية محددة .

لذلك إذا كنت تتعامل مع طبيب نفسي (عقلي)، فإن الكثير من العلاج يرتكز في الأساس على الأدوية الموصوفة.

ويضيف غزوان ناصيف (2012) : بأن الطب النفسي يبحث في تشخيص الاضطرابات العقلية و الاضطرابات النفسية و التخلف العقلي و الانحرافات السلوكية الخطيرة، و يبحث في أسبابها و طرق الوقاية منها، و في علاجها بالجراحة و العقاقير و الصدمات الكهربائية، وهذا يعني أن هذا العلم يسعى الى إعادة الصحة النفسية لمن ضعفت عنده بدرجة خطيرة، باستخدام العلاج الطبي .**(غزوان ناصيف ، 2012 ، ط1 ، ص 31)**

ويحدد **فوكو** نشوء العمل العيادي في الطب العقلي منذ "**فليب بينيل**"، ومن بعده تلميذه **دومينيك اسكيرول (1840 – 1772)** الذي وصف العمل العيادي في كتابه "علاج الأمراض العقلية" بقوله :" لاحظت أعراض الخبل، درست الطقوس، العادات وحاجات المخبولين في الوسط الذي قضيت فيه حياتي، واهتمامي بأفعال المرضى، قمت بتقريبها ومجانستها ورويتها كما رأيتها، وقفت أمام النظم التي بدت لي دائما أكثر جاذبية منشقة مفيدة في تطبيقاتها".**(P.Pichot ,p8)**

يتحدث هنا **اسكيرول** تلميذ **فيليب بينيل** على العمل العيادي في إطار التعاون مع الطب العقلي الذي يكشف من خلاله الأخصائي عن حالة المريض من خلال ملاحظة الأعراض ومدى تجانسها في شكل نظم تشخيصية وتصنيفية وتجانسها فيما بينها .

فالطب العقلي يقوم على " المعاينة الطبية والتي تعتمد على تحديد الأهداف المتوخاة من الفحص والتي هي عمل يقوم من خلاله الأخصائي العيادي باستخراج علامات وأعراض الاضطرابات العقلية : لإيجاد الروابط السببية بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ويقترح خلاصة تشخيصية، من بين أهدافه :

-الوصول مع المريض إلى علاقة ثقة والتي تصبح فيما بعد قاعدة التوافق العلاجي.

-جمع المعطيات ، واقتراح خلاصة تشخيصية وعلاجية .(**L . Gasman ,J.F. Allilaire) (et coll , 2003,p05**

إضافة إلى أن العلاج يكون داخل المؤسسة الاستشفائية ولما كان فرعا من الطب بصفة عامة فهو يعتمد بشكل كبير على العلاج البيولوجي والكيميائي أي علم الأدوية النفسية، والتي تركز على العقاقير الكيميائية، وهذا يجعلنا نحدد توجهه العضوي والجسمي، من خلال معرفة الاختلالات الكيميائية والفيزيولوجية وإعادة ترميمها بواسطة الأدوية من طرف السيكاتري .

- كما لاحظنا أو استنتجنا من أن مفهوم الطب النفسي قد أصبح محددا على أنه أحد فروع الطب الذي يهتم بحالات الاضطراب و الخلل الذي يصيب العقل و النفس، وإذا كان ذلك واضحا إلى حد ما بالنسبة للمهنيين و الأطباء، فإن التحديد ليس بنفس الوضوح بالنسبة للعامة من الناس بدليل أن الكثير من المرضى النفسيين لا يذهبون للعلاج لدى الأطباء النفسيين بقدر ما يذهبون إلى الأطباء من تخصصات الطب الأخرى، أو إلى الأطباء الشعبيين و المشعوذين.

وقد تم مؤخرا الفصل بين تخصص الطب النفسي و بين تخصص الأمراض العصبية الذي يهتم بأمراض الجهاز العصبي العضوي مثل : الشلل الحركي ، النزيف الدماغي ، الأورام، الصرع ولا مجال للخلط بين التخصصين كما حدث بين عامة الناس حين يصفون

المرضى النفسيين بمرضى الأعصاب ، كما أن تخصص جراحة المخ و الأعصاب يهتم بالتدخل الجراحي لعلاج أمراض الجهاز العصبي و لا مجال للخلط بين مجالاته و بين مجالات الطب العقلي والنفسي .(هنا للتوضيح فقط، لأن كثيرا من الناس يخلطون بين الطبيب العقلي و النفسي Psychiatrist و طبيب الأمراض العصبية Neurologist)

➢ **ميدان علم النفس العيادي أو الإكلينيكي :**

- **تاريخ علم النفس العيادي :** يعتبر الطبيب السويسري Edouard Claparéd أول من أشار إلى مفهوم علم النفس الإكلينيكي سنة 1949، والفضل في اكتشافه كفرع قائم بذاته يرجع إلى دانيال لاقاش Daniel Lagache .

بدأ التيار الإكلينيكي في علم النفس في عكس اتجاه فكر Auguste Comte الذي لم يكن يتنبأ بأي احتمال لانتماء علم النفس للجانب العلمي بسبب افتقاره لموضوع الدراسة، و يعتبر John Stuart Mill الذي كان يفتقر للدلائل الموضوعية أول المدافعين عن علمية علم النفس. وتتابعت بعده العديد من الاسهامات بدأت مع Pierre Janet مرورا ب , H .Wallon .S . Freud , J . Piaget .

بفضل التغيير الذي أحدثه Philippe Pinel في نظرته للمريض (المجنون) في القرن التاسع عشر، إذ أصبح يعد فردا يطبق عليه العلاج النفسي بعد أن كان يقبح كالشيطان ويُضرب كالحيوان وضع مخططا كتصميم أولي، للمساعي العيادية للمريض وإدخال البعد الإكلينيكي ذي الصبغة الفلسفية على الطب العقلي، مظهرا بذلك رغبته في إعطاء تفاسير وتأويلات لسلوك المرضى بالارتكاز على ملاحظتهم .

وبالرغم من أن فرويد استعمل تعبير " علم النفس العيادي " مرة واحدة في رسالة وجهها ل Wilhelm Flissسنة 1899 ، الا أنه كان صاحب التأثير الكبير في التوجه الإكلينيكي و

تقنياته العلاجية من خلال دراسة الحالة المعمقة للأفراد. و يعتبر Janet والذي كان متأثرا ب Henri Piéronأول من تكلم عن علم النفس العيادي، و أظهر اهتمامه بدراسة الفرد دراسة خاصة و فردية لفهم مرضه مبتعدا عن منهج علم النفس التجريبي الذي كان ساندا بدايات القرن العشرين. وتم تناول التجربة الأولى لعلم النفس العيادي في الولايات المتحدة الأمريكية عن طريق Lightner Witmer سنة 1896 ويعتبر أول من استعمل تعبير "علم النفس العيادي " و" الطريقة العيادية " وقد أنشأ أول عيادة نفسية للتكفل بالأطفال المتخلفين عقليا ومن هنا وجد هذا التخصص طريقه إلى فرنسا بعد الحرب العالمية الثانية، ليجد اتساعا و انطلاقة حقيقية بفضل أعمال و مجهودات Daniel Lagache .

ومنه نرى بأن علم النفس العيادي قد استمد أصوله و منابعه من الطب العقلي، و التحليل النفسي، وعلم النفس العام ، و التجريبي ، وكذا علم النفس الفارق مع ما أدرجه من تطبيق للاختبارات النفسية .

علم النفس العيادي كما هو معروف حاليا في فرنسا و العديد من دول العالم و الجزائر أيضا مرتبط باسم Daniel Lagache و Juliette Favez-Boutonnier كلاهما طبيب و فيلسوف ذو توجه تحليلي، هذه التركيبة الثلاثية هي ما أعطت لعلم النفس العيادي طابعه الخاص . فهو مكون من قطبين يعبر أحدهما عن القطب الموضوعي ممثلا باستعمال الاختبارات، والآخر عن القطب الذاتي ممثلا بوضعية الفحص والعلاج، ولقد استند علم النفس العيادي الى هذه الركائز الثلاث:

- ✓ فمن الطب أخذ الطريقة و هي العيادة، وهدفا هو التشخيص والعلاج.
- ✓ و من الفلسفة استقى مفهوما عن الانسان، وخاصة الاتجاه الظواهري الذي يرى بأن كل فرد فريد، ولكل معاشه الخاص الذي لا يمكن تلخيصه في معاش فرد آخر .

✓ أما من التحليل النفسي فقد سعى لفهم التوظيف النفسي، أركان الجهاز النفسي، النزوات و الصراعات الحاصلة و آليات الدفاع و ما ينجر عنه من أعراض.

وكانت ل Daniel Lagache مساهمات في علم النفس الاكلينيكي، حيث أدت الأبحاث و التأملات العديدة التي قام بها إلى تحديد ثلاث أشكال لعلم النفس و هي علاقة الفرد الأخصائي مع نفسه أين يستكشف حياته مع محاولة لتفهم الذات ، و العلاقة بين الفرد الأخصائي و الآخر أين يتم التحاور مع الآخر و دخول شخص آخر في العلاقة يجعل منها علاقة إكلينيكية وعلم النفس هنا عبارة عن علم نفس إكلينيكي ، و العلاقة بين الفرد الأخصائي وآخر غائب هو علم نفس تجريبي الذي يتلخص في ملاحظة سلوكيات الفرد، ولا تستدعي علاقة بين فردية.

وعلى هذا الأساس اقترح Daniel Lagache في 1949 نظريته حول علم النفس العيادي أثناء إلقاء لمحاضرته في جامعة السوربون بعنوان " علم النفس العيادي و الطريقة الإكلينيكية " أوضح فيها موضوع علم النفس الإكلينيكي و بأنه الدراسة المعمقة لسلوك الإنسان السوي و المرضي، المتكيف وغير المتكيف، وبهذه الكلمات وضع أسس علم النفس العيادي كاختصاص يُدرس في الجامعات، واقترح تعريفا خاصا به يميزه عن باقي الاختصاصات كالطب العقلي و علم النفس المرضي ،وهو ما سمح باقتراح أسلوب لمقارنة أشمل من علم النفس التجريبي، و بأقل درجة من المرضية المميزة للطب العقلي، وأكثر استعمالا للأدوات منه في التحليل النفسي، هذا الأخير الذي كان له تأثيره الخاص في تحديد طابع علم النفس العيادي في فرنسا، وأصبح علم النفس العيادي على يده اختصاصا قائما بذاته، وسطر له حدودا خاصة به، وقد أنشأ منهجه المتمثل في طريقة دراسته المعمقة للحالات الفردية لفهم التوظيف النفسي الإنساني . ويعتبر أحد رواد علم النفس العيادي الذين عملوا على تطوير الطريقة العيادية.

و قد أوضح Lagache عن وجود منهجين أساسيين في علم النفس العيادي :

الأول يركز على الملاحظة والمقابلة العيادية والتي عبر عنها بقوله:

« c'est la clinique à main nus »

أما الثانية فهي تتميز بتطبيق الاختبارات وعبر عنها بقوله:

« Il s'agit de la psychologie armée »

- تعريف علم النفس العيادي:

ترجع كلمة عيادي " إكلينيكي " الى الكلمة اليونانية kliné أي سرير، و ترجع الى التطبيق الطبي أين يلاحظ الطبيب مرضاه على السرير، و التي من خلالها يمكنه وضع تشخيص و اقتراح علاج له.

- تعريف Daniel Lagache :

هو علم يدرس السلوك الإنساني المتكيف و غير المتكيف، السوي و المرضي . يهدف لفهم و تأويل سلوكيات الفرد في إطار " المعنى، البنية و النشوء " و هو الدراسة المعمقة للسلوك الإنساني الفردي الخاص في مختلف شروطه و ظروفه (النفسية ،الجسدية ، المرضية و المتعلقة بالمحيط ،تاريخ الفرد النضج ..) عن طريق الملاحظة و المقابلة العيادية.

- تعريف Anzieu Didier :

لقد كان Anzieu يسعى دائما إلى تحديد العلاقة بين علم النفس الإكلينيكي و التحليل النفسي، حيث يرى بأن علم النفس يهتم بكل ما هو علائقي و تكيفي كما يهتم بكل الفئات والأعمار . و

أن وظائف علم النفس الإكلينيكي يتمثل في ثلاث نقاط : تكوين الأخصائيين ،تشخيص الاضطرابات ، وتكوين الخبرة.

في سنة 1974 أعاد أونزيو تعريف علم النفس الإكلينيكي وذلك بإضافة ثلاثة مسلمات قاعدية وهي :

- المسلمة الديناميكية :أن الفرد دائما في صراع مع نفسه، و مع الآخرين و مع محيطه فعلى علم النفس دراسة هذا الصراع من حيث شدته و الميكانيزمات التي يستعملها وكيفية التعبير عن هذا الصراع و حله.
- المسلمة التفاعلية : من أجل فهم المريض و أعراضه في تفاعله مع محيطه العائلي و الثقافي، و هو ما يوضح معنى الصراعات و الأعراض التي يعيشها الفرد.
- المسلمة النشوئية : ويقصد بها تاريخ الفرد (النكوصات ، التثبيتات ..) و كل هذا مهم لفهم ظهور السلوك المرضي و أسبابه.

5. الفرق بين ميدان الطب النفسي و علم النفس الإكلينيكي في إطار العلاج النفسي

هناك الكثير من الاختلافات التي تظهر بين علم النفس والطب النفسي السيكاتري، إلا أنهما يتشابهان في الطبيعة الأساسية في مجال معالجة وتحديد مشاكل الصحة العقلية حيث يعمل كل من العلاج النفسي والطب النفسي على دراسة الأُطر الواسعة في عملية البحث لتحليل وتصنيف الظواهر السلوكية الإنسانية التي تتسم بالتعقيد سواءً كانت سوية أو شاذة.

إذ يرى أنجلش أنّ الطبيب النفسي ينتمي الى ميدان الطب النفسي و الأخصائي الاكلينيكي ينتمي الى ميدان علم النفس العلاجي و الذي يعد أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس ،وكان هذا الأخير الانطلاقة للاهتمام بعلاج الأمراض النفسية و العقلية ،والذي يتناول أي علم

النفس العلاجي المعارف والمهارات التي تستخدم في مساعدة المرضى الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو عقلية و ذلك لتحقيق توافق أفضل و يتضمن تدريب وممارسة في التشخيص والعلاج و الوقاية. **(English & English , 1958)**

و ترى الدكتورة إجلال سرى أن هذان الميدانان الذي ينتمي اليهما كل من الطبيب النفسي و الأخصائي الاكلينيكي يشتركان في دراسة سلوك الانسان غير السوي مثل الأمراض العصابية أو الأمراض الذهانية و الطبيب النفسي واحد من فريق العلاج النفسي . (إجلال سرى ،1997، ص15)

جدول رقم (01) يوضح أوجه المقارنة بين علم النفس و الطب النفسي في مجال العلاج النفسي

وجه المقارنة	العلاج النفسي الإكلينيكي	العلاج الطبي النفسي
المنطلقات	ينطلق من فهم الشخصية ، وفهم الأثر الباثوسيكولوجي للمرض النفسي .	ينطلق من الفهم البيولوجي للإنسان الفهم الباثوفيسيولوجي للمرض النفسي
المعالج	المعالج النفسي هو شخص حاصل على شهادة عالية التخصص في العلاج النفسي أو علم النفس الإكلينيكي .	الطبيب النفسي هو شخص حاصل على شهادة متخصصة في علاج الأمراض النفسية ، بعد حصوله على بكالوريوس الطب .
الأساليب العلاجية المتبعة	أساليب نفسية بحثه تختلف تبعا لخلفية المعالج العلمية، ولاحتياجات المريض (التحليلية –السلوكية – معرفية)	أساليب فيسيولوجية التأثير مثل العلاج الدوائي ، العلاج الجراحي
المكان	العيادة النفسية قد تكون تابعة لمستشفى أو مركز، عيادة خاصة	العيادة النفسية (قد تكون تابعة لمستشفى متخصص – مصحة خاصة

المرضى	يتعامل مع جميع الحالات التي تحتاج إلى تدخل نفسي يقابل احتياجها .	يتعامل مع الحالات التي تحتاج إلى تدخل طبي نفسي متخصص في مقابلة احتياجاتها
العلاقات العلاجية	مهمة جدا وتعتبر أساسا لإنجاح العملية العلاجية .	مهمة و هي جزء من العمل العلاجي .
الإجراءات	الفحص وجمع المعلومات – التشخيص – العلاج –الارشاد العلاجي .	المقابلة التشخيصية – العلاج –المتابعة .
الأدوات المستخدمة	المقابلة ،دراسة الحالة ،الاختبارات،المقاييس، الدليل التشخيصي، البرامج العلاجية:العلاج السلوكي،العلاج المعرفي	المقابلة الإكلينيكية الدليل التشخيصي، العلاج الفيسيولوجي
الهدف العلاجي	إزالة الأعراض – تغيير السلوك – إعادة بناء الشخصية – التوافق .	التحكم بالأعراض – التخلص من الأعراض .
مستويات التدخل العلاجي	العلاج – الإرشاد – الاستشارة .	العلاج –المتابعة أثناء العلاج – المتابعة بعد إنهاء العلاج .
أساليب تقييم العلاج	- تقييم الطريقة العلاجية ذاتها و مدى تلاؤمها مع احتياجات العميل . - تقييم نتائج العلاج في ضوء الأهداف .	تقييم مدى نجاح العلاج في تحقيق هدفه، التحكم بالأعراض أو التخلص منها .

نجية ناجي احمد الوسيع (بدون سنة)، ص 7 .

6. الأخصائي الإكلينيكي

➢ تعريف الأخصائي الإكلينيكي :

هناك عدة تعاريف للأخصائي النفسي الإكلينيكي و نذكر منها:

- يعرفه دانيال لاقاش Daniel Lagache : بأنه الشخص الذي يهتم بدراسة السلوك الانساني، حيث يرتكز أساسا على الملاحظة و التحليل العميق للحالات الفردية ،عادية أو مرضية ،فهو يهتم بالبحث عن إيجاد مفهوم و بنية و أصل الصراعات لوضعية ما ثم الخطوات المناسبة لحلها. **(Lagache , 2004 , p.p. 16 -17)**
- الأخصائي النفسي هو الشخص الذي يدرس السلوك الإنساني و العمليات العقلية و يعمل على تطبيق ما تعلمه من خلال تكوينه السيكولوجي في عملية تقويم و علاج الأمراض النفسية. **(Brunet , et Casoni , 2009, p. 18)**

- الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو ذلك الشخص المتخصص في المجال النفسي و الذي يستخدم الأسس و التقنيات و الطرق و الاجراءات السيكولوجية في ميادين تطبيقه، و يتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل الطبيب النفسي و الأخصائي الاجتماعي و الطبيب و الممرض ... كل في حدود إعداده و تدريبه و إمكاناته في تفاعل إيجابي، بقصد فهم ديناميات شخصية المفحوص و تشخيص مشكلاته و التنبؤ باحتمالات تطور حالته و مدى استجابته لمختلف أساليب العلاج ثم العمل على الوصول به إلى أقصى درجة تمكنه من التوافق الشخصي و الاجتماعي .**(Bourguignon , 2009 , p . 11)**

-يعرف ساراسون و ساراسون (Sarason & Sarason 1984) الأخصائي النفسي الإكلينيكي بأنه " الحاصل على درجة علمية عالية غالبا ما تكون الدكتوراه، و متخصص في السلوك غير العادي، وهو مدرب على تشخيص وعلاج اضطرابات الشخصية و الاضطرابات

النفسية الأخرى غير عضوية المنشأ، ويقوم أيضا بعمل البحوث و الدراسات النفسية " **(Sarason & Sarason , p . 12)**

-كما يعرفه هولمز (Holmes ,1994) بأنه " الشخص الحاصل على درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي، و يكون أيضا حاصلا على تدريب كافي في المجال الإكلينيكي بحيث يصبح قادرا على تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية. **(Holmes , p .600)**

من خلال التعاريف السابقة الخاصة بعلماء النفس، و النخبة من المختصين في هذا المجال نستنتج أن الأخصائي النفساني يجب أن يكون ذو كفاءة و درجة علمية كبيرة حتى يتمكن من أداء دوره العلاجي النفسي على أكمل صورة .

- و يقصد بالأخصائي النفسي الإكلينيكي في هذه الدراسة بالفرد الذي تحصل على ديبلوم في علم النفس العيادي بعد دراسته الجامعية التي دامت 4 أو 3 سنوات على حسب نوع النظام التعليمي جديد كان ام قديم و متحصل على الأقل على درجة الماستر أو الماجيستير أو شهادة الدكتوراه و يعمل بأحد المراكز الاستشفائية أو بعيادة خاصة، ويجب أن يكون هذا الشخص قادرا على المساهمة في عمليتي التشخيص و العلاج النفسي عن طريق تطبيق و تفسير الاختبارات النفسية، ودراسة الحالات الفردية، و إجراء المقابلات الإكلينيكية.

- في كل ما سبق من تعريفات و حسب ما تعنيه هذه الدراسة حول الأخصائي النفسي الاكلينيكي و ماله من أهمية و دور فهو الشخص المؤهل علميا و مهنيا، لتقديم الخدمات النفسية لمن يحتاجها، وذلك من خلال تشخيص و دراسة و علاج المشكلات، التي يعاني منها الأفراد ،والتي يلجأ فيها المفحوص سواء إلى المؤسسات الاستشفائية أو إلى العيادات الخاصة لطلب العلاج و المساعدة ، و من دراستنا هذه سوف نتطرق الى عمل الأخصائي الى جانب الطبيب السيكاتري في اطار ايجاد خطة علاجية مشتركة .

➢ مهام وأدوار الأخصائي الإكلينيكي في الممارسة العيادية :

ليس هناك اتفاق حول الدور الحقيقي الذي ينبغي أن يضطلع به الأخصائي النفسي الاكلينيكي، ذلك أن عمله يختلف من موقف لآخر وفقا لنوع الوضع الذي يشغله، وكذلك وفقا للتنظيم الخاص للهيئة الفنية التي قد يعمل بها السيكولوجي الاكلينيكي.

ففي مستشفيات الأمراض العقلية يتحدد دوره في تطبيق الاختبارات التشخيصية أو بعملية القياس النفسي، كأدوات كاشفة و مساعدة في استكمال العمل الاكلينيكي، فهي تكشف عن الذكاء و القدرات الخاصة بالفرد ،كما تكشف أيضا عن الجوانب المختلفة للشخصية ،وكذلك تحديد العوامل المؤثرة في سلوك الفرد، كما يتحدد دور السيكولوجي الاكلينيكي بالقيام في عملية تقييم بعض الاشتراك مع هيئة المعالجين من مختلف الاختصاصات من كل ميدان في عمليتي التشخيص و العلاج، أو برسم خطة علاجية،.

يقصد بالدور هنا المهام المنوطة بالأخصائي النفسي الإكلينيكي و المتمثلة في تشخيص الاضطرابات النفسية و علاجها، وتقديم الاستشارات النفسية للأفراد و المؤسسات العلاجية، وعمل البحوث النفسية.

أشار **الدكتور عطية محمود هنا** (1976) إلى أن دور الأخصائي النفسي يتمثل في :

- ✓ تطبيق الاختبارات و تصحيحها و تفسير نتائجها.
- ✓ المقابلة لجمع المعلومات عن الأفراد لوضع تقارير نفسية عنهم.
- ✓ المقابلة للتوجيه و الإرشاد النفسيين.
- ✓ وضع التقارير الخاصة بالأفراد.
- ✓ الاشتراك مع غيره من الأخصائيين في وضع الخطط العلاجية وتنفيذها.

- ✓ مقابلة من يتصل بالحالات كأهل المرضى أو بقية الأخصائيين ممن يتعاونون في تقديم المساعدة
- ✓ القيام بالبحوث المختلفة . **(عطية محمود هنا ، 1976 ، ص 49)**

وقد حدد **قاموس الألقاب المهنية** في الولايات المتحدة الأمريكية واجبات الأخصائي النفسي الإكلينيكي فيما يلي:

- ✓ الأخصائي الإكلينيكي يشخص اضطرابات الأفراد العقلية و الانفعالية في العيادات و السجون و المؤسسات الأخرى.
- ✓ يقوم بتنفيذ برامج العلاج.
- ✓ يقوم بمقابلة المرضى.
- ✓ يدرس تاريخ الحالة الطبي و الاجتماعي.
- ✓ يلاحظ المرضى أثناء اللعب أو في المواقف الأخرى.
- ✓ ينتقي الاختبارات الاسقاطية و النفسية الأخرى و يطبقها و يفسرها ليشخص الاضطراب.
- ✓ يضع خطة العلاج و يعالج الاضطرابات النفسية للأحداث التوافق باستخدام أفضل أنواع العلاج المختلفة مثل علاج البيئة، والعلاج باللعب، والسيكودراما و غيرها.
- ✓ يختار الأسلوب الذي يُستخدم في العلاج الفردي مثل العلاج المُوجه والعلاج غير الموجه و العلاج المساند.
- ✓ يخطط عدد مرات العلاج أسبوعيا و عمقه و مدته، و قد يتعاون مع تخصصات مهنية أخرى مثل أطباء الأمراض العقلية، و أطباء الأطفال و أطباء الأعصاب و أطباء الأمراض الباطنية وغيرهم كالأخصائيين الاجتماعيين و الأطباء النفسيين و المساعدين لتطوير برامج علاج المرضى التي تعتمد على تحليل البيانات الإكلينيكية.
- ✓ قد يدرب الطلبة الإكلينيكيين الذين يؤدون فترات الامتياز في المستشفيات و العيادات.

- ✓ قد يطور التصميمات التجريبية، و يقوم بالبحوث في ميدان تطور الشخصية و نموها و التوافق (التكيف في الصناعة و المدارس و العيادات و المستشفيات)، وفي مشكلات التشخيص و العلاج والوقاية من الأمراض العقلية .
- ✓ قد يعمل كمستشار في المؤسسات الاجتماعية و التربوية و الترفيهية و المؤسسات الأخرى وذلك بالنسبة لحالات الأفراد أو التقويم أو التخطيط أو تطوير برامج الصحة النفسية. وقد يستخدم مهاراته في التدريس و البحث و الاستشارة" . **(عطوف ياسين، 1986، ص ص 96- 97)**

- ➢ **مهام الأخصائي الإكلينيكي في الجزائر كما وضحها المشرع الجزائري:**

و قد تحددت مهام الأخصائي النفساني للصحة العمومية في الجزائر وفقا للمادة 18 للمرسوم التنفيذي رقم 91 – 111 المؤرخ في 27 أفريل 1991 يكلف الأخصائيون النفسانيون العياديون للصحة العمومية و تحت وصاية مسؤوليتهم بتنفيذ المهام التالية: الفحوصات النفسية، الميزانيات النفسية، التشخيص والتنبؤ النفساني، المساعدة النفسانية إرشاد وتوجيه، المرافقة النفسية للأفراد الذين يعانون من أمراض خطيرة، التحضير النفساني للتدخل الجراحي وغيرها.**(بوزوان، ح، 2016، ص 358)**

وتشير المادة 19 من نفس المرسوم التنفيذي إلى تطبيق التقنيات العلاجية المتخصصة .

أما العمل المؤسساتي يتمثل في تكوين الطاقم الطبي والشبه الطبي.

فيما يخص الجانب العلائقي مع المريض: تطبيق بعض العلاجات النفسية كالعلاج السندي، العلاجات السلوكية كالاسترخاء و الفك الإشراطى للألم، العلاجات الخاصة بالرضع والأطفال و تسيير العلاقات الإنسانية، والعلاج الجماعي (ديناميكية الجماعات، و السيكودراما) والمشاركة في تكوين الأخصائيين العياديين.

حسب المادة 18 للمرسوم التنفيذي رقم 09 – 240 المؤرخ في 22 جويلية 2009 يكلف النفسانيون العياديون للصحة العمومية بالمهام التالية :

- تصور المناهج وتطبيق الوسائل والتقنيات المطابقة لمؤهلاتهم في مجالات اختصاصاتهم .
- المساهمة في تحديد وتبيان وتحقيق النشاطات الوقائية والعلاجية التي تضمنها المؤسسات و المساهمة في مشاريعها العلاجية أو التربوية، لاسيما الاختبارات و التحاليل و التشخيص والتنبؤات النفسية .
- المشاركة في أعمال التكوين و تأطير الطلبة و مهني الصحة في مجالات اختصاصاتهم.

(بوزوان، ح، 2016، ص 359)

و تشير المادة 19 من نفس المرسوم التنفيذي زيادة على المهام المسندة للنفسانيين العياديين للصحة العمومية يكلف النفسانيون العياديون الرئيسيون للصحة العمومية بضمان التأطير التقني لنشاطات النفسانيين العياديين الذين يتم تعيينهم في مجموعة من هياكل الصحة و يكلفون بهذه الصفة، لاسيما بما يأتي :

- انجاز تقنيات نفسانية علاجية متخصصة، القيام بالخبرة النفسية، تحليل العلاقات و التفاعلات بين الفرق.
- المشاركة في التقييم و البحث في مجالات اختصاصاتهم.

أما المادة 20 تشير إلى أن زيادة على المهام المسندة للنفسانيين العياديين الرئيسيين للصحة العمومية، يكلف العياديون النفسانيون الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي :

- إدارة أشغال البحث و القيام بالتحقيقات في مجالات اختصاصاتهم .
- تحديد الاحتياجات النفسانية الجديدة للمرضى .

- دراسة و اقتراح كل إجراء من شأنه تحسين الصحة النفسية للمرضي .

- دراسة بواسطة مسعى مهني خاص العلاقات المتبادلة بين الحياة النفسانية و السلوكيات الفردية والجماعية قصد ترقية استقلالية الشخصية. **(الجريدة الرسمية، 2009 ، ص 21 – 22)**

يهتم الأخصائي النفساني بتطبيق العلاجات باستعمال وسيط من نوع لفظي أو جسدي، و من نوع مادي (التعبير التشكيلي، العلاج بالماء، بالموسيقي...). و في بعض الأحيان يمكن أن يشمل العلاج استثمار السيرورات النفسية اللاشعورية كالتحليل النفسي.

و قد يشارك أيضا في بعض الأحيان في المشاريع التابعة للمؤسسة منها التربوية، البيداغوجية، أو الطبية، كما يمكنه أن يساهم في تكوين طلبة علم النفس، الطب، الممرضين أو المتربصين في التربية الخاصة.

➢ مجالات عمل الأخصائي الإكلينيكي:

يتدخل الأخصائيون النفسانيون العياديون في مختلف الميادين: ميدان الصحة، الميدان الطبي الاجتماعي، الميدان القضائي، الميدان التربوي، الميدان المهني، ميدان البحث و غيرها .

و يكونون في اتصال مع مختلف أفراد المجتمع :أطفال، مراهقين، راشدين، الأشخاص المسنين، البطالين و غيرهم ، وهم يواجهون مشكلات متعددة كالإعاقة، الأمراض العقلية أو الجسدية، مواقف صدمية، مشكلة الإدمان، الإنهاك المهني، الشيخوخة المرضية وغيرها. فالنفسانيون العياديون يأخذون بعين الاعتبار كل أشكال المعاناة النفسية، وحسب مكان ممارستهم، فإن تطبيقاته تكون جد متنوعة . **(L. Zanouy, sans date, P. 2)**

إن مهنة الأخصائي النفسي تُؤدى في قطاع عمومي أو خاص، و تختلف باختلاف المؤسسة التي يعمل بها.

- العمل في العيادات النفسية أو المستشفيات و مجال الصحة، يقوم فيها بالتشخيص أو العلاج أو بهما معا، وعمل الأخصائي النفسي في هذا المجال هو محاولة التعرف على أصل السلوك ومرافقة و مساعدة الأشخاص لإيجاد طريقة أنسب للتعامل مع المرض.
- العمل في المؤسسات الاصلاحية كمؤسسات الأحداث و المنحرفين، ويقوم فيها بدراسة الحالات، و تقديم الاقتراحات الخاصة بتلك الحالات، ويساعد في توجيه الأفراد و العمل على تكيفهم مع متطلبات الحياة الاجتماعية.
- العمل في ميادين الخدمة الاجتماعية و الإسكان و التعمير و الصناعة ، في الشركات ووسائل الاعلام، مكاتب العلاقات العامة، ومؤسسات التأمين، ومكاتب التدريب و التوجيه المعنوي للقوات المسلحة.
- العمل في مجالات التوجيه المهني و التربوي و النفسي في المؤسسات التعليمية و الجامعية على اختلاف مراحلها، فمهمة الأخصائي النفسي هي مساعدة الطفل الذي يعاني من مشاكل على التكيف الأفضل في المدرسة، و أيضا مساعدة الأساتذة على تفهم تلاميذهم من حيث استعداداتهم و قدراتهم.. و فيه يساعد الأخصائي العيادي التلاميذ والطلبة على الاختيار السديد للدراسات التي تلائم إمكانياتهم، مع محاولة إيجاد ارتباط بين مختلف استعداداته و ما يطمح إلى الوصول إليه ، ويقوم بدراسة مشاكلهم و إيجاد الحلول المناسبة لها, ويعتمد في عمله على الاختبارات و المقاييس، فهو يؤدي عمليتين : التشخيص و التوجيه و الارشاد، واحيانا يتابع عملية العلاج طبقا لحجم المؤسسة وظروفها، ويمكن للأخصائي النفسي على مستوى الجامعة أن يقوم بأدوار التعليم، البحث، والعمل الاداري.

- العمل في مراكز البحوث و متابعة الدراسات التربوية و الصحية و الاجتماعية، و يعمل في مراكز التخطيط و التنظيم و الإدارة .

➢ ميثاق أخلاقيات الأخصائي الإكلينيكي:

لكل مهنة من المهن أخلاقيات و ضوابط و معايير تحكم سلوك العاملين فيها، و يعتبر ميثاق أخلاقيات مهنة الأخصائي النفساني دستور أخلاقي يبرز أبعاد الممارسة و الضوابط و المعايير التي يجب أن يراعيها جميع الأخصائيين النفسانيين العاملين في مجال الصحة النفسية و الخدمات النفسية ،والميثاق الأخلاقي من شأنه أن يوضح للأخصائيين النفسانيين مالهم من حقوق و ما عليهم من واجبات و يحفظ كرامة مهنتهم و الاعتزاز بالانتماء اليها و كسب احترامها في المجتمع.

فقد أصدرت جمعية علم النفس الأمريكية (APA) في عام 1981 دستورا أخلاقيا له قوة القانون في الولايات المتحدة الأمريكية، و يطبق الدستور الأخلاقي على الأعمال المتصلة بالأنشطة ذات الطابع النفسي ،حيث توصلت الجمعية الى وضع دستور يحتوي على ستته مبادئ عامة و على 8 معايير أخلاقية للعاملين في المجال النفسي.

➢ أدوات ووسائل و تقنيات يستعملها الأخصائي الإكلينيكي في التشخيص والعلاج :

ينظر المعالجون النفسانيون إلى عملية الفحص و التشخيص و العلاج كعملية متصلة الحلقات، حتى وإن قام بالفحص و التشخيص أكثر من أخصائي، و تعتبر هذه العمليات الثلاث عمليات متكاملة و متداخلة ،حيث أن تشخيص المرض ليس هدفا بحد ذاته، فالتشخيص لا يتعدى كونه وسيلة تمهد السبل وصولا الى الهدف الأساسي و هو تحديد علاج للمرض النفسي و مساعدة المريض للوصول إلى أفضل حالة نفسية و نفسو–جسدية و عقلية ممكنة ، و هكذا

فإن قيام المعالج بواجبه يقتضي منه التقيد بخطوات دقيقة من شأنها أن تؤدي في النهاية الى وضع تشخيص محدد و دقيق للحالة، بغية التوصل الى علاجها علاجا موضوعيا و ناجعا.

فوسائل جمع المعلومات للتشخيص تتمثل في:

- ✓ **المقابلة** : هي الوسيلة الأساسية للفحص و التشخيص وهي علاقة مهنية بين المعالج و المتعالج في مناخ نفسي تسوده الثقة المتبادلة و السرية التامة بين الطرفين ،أما المقابلة العلاجية فهي نوع من المحادثة الغاية منها الحصول على معلومات حول أفكار المريض التي تزعجه و السلوكيات التي تصدر عنه و تشكل ازعاج للآخرين و من ثم العمل على تفسيرها و حلها و تحقيق الرضى النفسي و التوافق الشخصي و الاجتماعي.
- ✓ **الملاحظة** : وهي وسيلة هامة و أساسية حيث يحصل من خلالها المعالج على معلومات تخدمه في عملية التشخيص و تقييم الحالة و تعد من أقدم وسائل جمع المعلومات، فمن خلالها يتم متابعة سلوكيات المفحوص و طريقة تصرفاته و تعاملاته و ردود أفعاله أمام المواقف وحتى أثناء اللعب و العمل...
- ✓ **الاختبارات و المقاييس الشخصية:** تعد أيضا من أهم الوسائل لجمع المعلومات في التشخيص و الفحص و تكون فردية أو جماعية و تعد وسائل مهمة لتحديد الدوافع و الاستعدادات و الصراعات و القدرات الذهنية واللفظية والأدائية ، ولها ضوابط و امكانية التأكد من صدقها و دلالتها الاكلينيكية و بذلك تعد وسيلة لتحديد نوع العلاج المتبع .
- ✓ **دراسة الحالة** : و هي وسيلة شائعة الاستخدام لتلخص كل المعلومات التي يجمعها الفاحص حول المفحوص، و هي أكثر الوسائل شمولا و تفصيلا لأنها تتضمن جميع المعلومات فهي كبحث شامل لأهم عناصر حياة المتقدم للعلاج النفسي، و عادة يقوم المعالج بدراسة الحالة

التي تكون غير معقدة، أما في الحالات الشديدة فيقوم بذلك أكثر من أخصائي كل في مجال تخصصه.

وتعتبر دراسة الحالة بمثابة قطاع مستعرض في حياة الفرد، أي أنها دراسة استعراضية لحياة الفرد تركز على حاضره وماضيه مع نظرة و تطلع إلى المستقبل، وذلك من باب ربط الأحداث أو الخبرات، أي أنها دراسة تتبعيه لحياة المريض. **(رسمية خليل، 1968)**

➢ صعوبات ومعوقات تواجه الأخصائي الإكلينيكي أثناء الممارسة النفسية في الجزائر:

إن لكل مهنة معوقات عديدة ومتعدة، فالمماسة النفسية لها معوقات قلما نجد لها نظير في بقية المهن، ومن بين أهم المعوقات كما أشار لها مصطفى حجازي.

- مشكلات المكانة و العلاقة.
- مشكلات الأدوات.
- مشكلات الوظيفة. **(مصطفى حجازي ، 1993 ، ص65)**

وفي هذا العنصر سوف نركز على أهم المعوقات والصعوبات التي يواجهها الأخصائي الإكلينيكي في الجزائر، ونستدل بذلك من خلال نتائج الدراسات الميدانية التي طبقت هنا في الجزائر من طرف أساتذة باحثين جامعيين في إطار إثراء البحث العلمي لنقف على أهم هذه الصعوبات والمعوقات من خلال النتائج التي خلصت لها هذه الدراسات.

❖ **جاء في ورقة بحثية للدكتورة عقاقنية ،وفاء (2018)** حول تحليل صعوبات الممارسة السيكولوجية في قطاع الصحة العمومية في الجزائر حيث تقول الباحثة: عرفت الممارسة السيكولوجية في الجزائر تطور بطيء و صعب تخللته العديد من العوائق المهنية و

الاجتماعية، فالمجتمع الجزائري غير المعتاد على مثل هذه النوعية من التكفل، كما أن الصحة العمومية لم تفسح المجال لهذه الممارسة التي لم تخضع إلى تكوين طبي خاصة مع العديد من المشاكل التي ظهرت في العلاقة بين الأخصائي النفساني و الطبيب النفسي و مهام و دور كل منهما. ضف إلى ذلك ضعف التكوين في هذا التخصص وفق فترة زمنية محددة بثلاث سنوات(نظام(L.M.D ، كل هذه العوامل و غيرها لم تمكن الأخصائي النفساني من فرض نفسه و تكوين وضعيته و ممارسته وفق الأسس العلمية لعلم النفس .

- **أما دراسة تاوريريت (2010)** حول تبيان صعوبات الممارسة السيكولوجية في ولاية بسكرة و التي خلصت إلى وجود مجموعة من المعوقات التي تواجه الأخصائيين النفسانيين في الميدان والتي تتمثل في: معوقات شخصية، معوقات خاصة بالتكوين، معوقات خاصة بالوظيفة ومحيط العمل، ومعوقات خاصة بالعلاقة مع الزملاء من باقي التخصصات، وإلى جانب هذه المعوقات فإن غياب الاتصال بالأخصائيين النفسانيين وانعدام الملتقيات العلمية والدورات التدريبية هي الأخرى تؤثر سلبا على الخدمات التي يقدمها الأخصائي النفسي.
- **أما دراسة دبراسو(2010)** حول مصادر الضغط النفسي وأثره على مهنة الأخصائي النفسي في الجزائر تمثلت في :

- **صعوبات مهنية** : تتمثل في صعوبة التشخيص، وهذا راجع إلي نقص الخبرة وصعوبة التعامل مع الحالات وتعقدها، أو عدم توفر المهارات لدى الأخصائي، أو عدم تفهم العميل لتوجيهاته، وإخفاء معلومات مهمة عن الأخصائي لعدم ثقته فيه .
- **صعوبة في العلاج** : قد يرفض العميل بعض التقنيات العلاجية التي يستعملها الممارس السيكولوجي كعلاج الأزواج ، العلاج الجماعي، وهذا لعدم وجود ثقافة نفسية، أو لأنه لا تناسب بعض الحالات .

- **صعوبات اجتماعية** : النظرة السلبية لمهنة الأخصائي النفساني من المجتمع، والتي ما زالت غامضة وغالبا ما تقترن بصورة المرابط أو المنجم .
- **صعوبات على المستوى الشخصي** : الإحباطات التي يتعرض لها الأخصائي النفسي عند فشله في التشخيص و العلاج، تدني صورة الذات لديه، وذلك بسبب نظرة المجتمع السلبية له ، وبالتالي عدم التعاون لتسهيل مهمة العلاج الفعال ، الصعوبة في تحديد هويته المهنية لتدخل البعض في طرق العلاج وعدم احترام خصوصية هذه المهنة الإنسانية، (عراقيل إدارية ، عدم تفهم المدير ، الزملاء في العمل .. الخ)
- **صعوبات في توضيح الهوية المهنية للأخصائي النفساني:** و تنجلي في الصعوبات العلائقية التي يواجهها الأخصائي النفساني مع الفريق الطبي الذي يحاول فرض هيمنته على العلاج باعتبار الأخصائي النفساني مساعد له و ليس له كيان و هوية خاص به.

و هناك صعوبات يتلقاها الأخصائي الإكلينيكي بصفة عامة نوجزها فيما يلي:

- **ضعف التكوين العلمي :**

ويقصد به نقص التكوين الجامعي من حيث المعرفة النظرية للممارسة النفسية، وهذا ما يؤكده Windfridبقوله : " أن مشكلة التكوين تعتبر من أكثر المشكلات حدّة في علم النفس العيادي، لذلك لابد من توفير تكوين صلب في الجانب النظري والميداني حتى تتوفر الكفاءة التي هي شرط من شروط الممارسة النفسية**(Windfrid ,1986,P.225)** . "

❖ في هذا الصدد أجرى **بول ديفارج** (1982) Desfareges . P دراسة على طلبة علم النفس العيادي بجامعة قسنطينة حول مدى ملائمة التكوين العيادي للسياق الثقافي الجزائري، ومن النتائج التي توصل إليها :

- أن صورة الأخصائي النفساني الجزائري غالبا ما تقترن بصورة " المرابط" أو "المنجم."

- و أن معظم المتخرجين من معهد علم النفس لا يشعرون بأنهم مستعدون للعمل مباشرة في مجالهم، بل الأخطر من ذلك أنهم يختبرون مشاعر عدم الفعالية:" لا نعرفماذا نفعل؟ لا نعرف أي شيئ " ، كما أظهرو خيبة أمل كبيرة بالنسبة لما كانوا ينتظرون .

❖ أكدت **دراسة قام بها " محمد بن المحسن التويجري "** حيث توصلت إلى أن نسبة كبيرة من الأخصائيين النفسانيين (95 ,7 %) يملكون قدرا محدودا جدا من الخبرة الميدانية خلال تعليمهم في المرحلة الجامعية.

❖ و دراسة " **مصطفى منصور** " بجامعة وهران (2016) التي أكدت أن هناك صعوبات يتلاقاها الأخصائي النفسي الإكلينيكي لها علاقة بالتكوين الجامعي بنسبة (81,64%) وانطلاقا من هذا تبرز جملة من المشكلات التي تواجه الأخصائي النفساني الإكلينيكي بالجزائر و التي تتنوع بتنوع الاضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية و بتنوع البيئة التي يمارس فيها الإكلينيكي وظيفته .

❖ فقد أشارت نتائج الدراسة التي قام بها كل من **الباحث زهار جمال و الباحثة ترزولت عمروني حورية** حول معوقات الممارسة النفسية بالجزائر بمؤسسات الصحة العمومية أين احتل عنصر التكوين للأخصائي النفسي المرتبة الأول بنسبة موافقة ب" دائما" بلغت 53,12 %، وتفسير ذلك أنه اذا كان تكوين الأخصائي النفساني تكوينا نظريا و تطبيقيا في المستوى المطلوب ينعكس ذلك على بقية العوامل الأخرى، فتسهل مهامه داخل مؤسسات الصحة العمومية و الجوارية، و ينعكس ذلك على علاقاته المهنية فتصبح علاقات ممتازة نظرا لزيادة ثقة العاملين بالقطاع بمهامه داخل مؤسسات الصحة العمومية، و بالتالي يوفر له الإمكانيات اللازمة لعمله وأخذ كل ما يحتاجه مأخذ الجد، مما ينعكس على ممارسته النفسية مع المفحوصين فتزيد ثقة أفراد المجتمع بدوره و تتغير نظرتهم لمهنة الأخصائي

النفساني، فالتكوين إذا له أهمية كبيرة و هو ركيزة أساسية لنجاح الممارسة النفسية بكل جوانبها . **(ترزولت .ح ، زهار.أ ، 2015، ص109)**

- **ضعف التدريب الميداني:**

ويقصد به نقص التدريب الميداني من حيث المعرفة التطبيقية لاستخدام التقنيات العلاجية.

❖ ففي دراسة قامت بها **كلثوم بلميهوب** 1998 (حول المشكلات التي تواجه الأخصائي النفساني وجدت أن 26 % من العياديين اعتبروا أن ضعف التكوين في العلاج يشكل أهم الصعوبات التي يواجهونها، وأشارت بيانات الدراسة إلى افتقار العياديين إلى التحكم في التقنيات العلاجية الحديثة التي ثبتت فعاليتها، وكذا عدم مسايرتهم للتطور الذي يعرفه علم النفس العيادي في العالم المتقدم . **(بلميهوب ،1994 ، ص 675)**

- **عدم الاعتراف بالمهنة :**

أي عدم الاعتراف بمهنة الأخصائي النفساني من طرف المحيطين به بدءا من مدير المؤسسة إلى العاملين بالقطاع أي زملاء العمل وصولا إلى كافة شرائح المجتمع المختلفة، فالأخصائيون النفسانيون يعانون من التهميش حتى من طرف فئة المثقفين والمسؤولين، مما يحول دون تحسين وضعيتهم المهنية.

❖ حيث أشارت نتائج الدراسة التي قام بها كل من الباحث زهار جمال و الباحثة ترزولت عمروني حورية حول معوقات الممارسة النفسية بالجزائر بمؤسسات الصحة العمومية أين احتل عنصر ثقافة المجتمع المرتبة الثانية في الترتيب من حيث معوقات الممارسة النفسية للأخصائي النفساني بالجزائر، وفسرا الباحثان ذلك بسبب التأثير الشديد لعينة الدراسة بالنظرة الدونية التي تتسم بها الممارسة النفسية في الوسط الصحي العمومي و الجواري، هناك أيضا الآراء و التصورات الشعبية المسبقة عن الأخصائي النفسي و كلها مشبعة بالخيال و السحر

و التذبذب ما بين الخشية و الأمل، مما يطرح ظلالا من التشويش على الواقع و يعرقل قدرة الفاحص على المساعدة، و عدم قدرة الأخصائيين النفسانيين على تغيير هذه النظرة بحكم جملة من العوائق تمنع الأخصائيين النفسانيين من إثبات أهمية المهنة التي يزاولونها، فقد تكون الممارسة النفسية للأخصائيين النفسانيين هي المتسبب في هذه النظرة ، لكون المجتمعات لا تؤمن بالشعرات و الأهداف الضمنية بل تعترف بما هو ملموس على أرض الواقع و بما حقق من نتائج و ما يمكن أن يتحقق، و هو ما لم يتمكن الأخصائيين النفسانيين إثباته لأن مهنة الأخصائي النفساني مهنة تطبيقية.

- ❖ وهذا ما أكدته دراسة محمدي فوزية (2013) بأن 56 % ترجع صعوبات الممارسة النفسية لقلة الوعي الاجتماعي بأهمية عمل الأخصائي النفساني .
- ❖ وكذا نتائج دراسة دبرراسو (2010) التي أشرنا اليها من قبل، حيث أكدت على مدى معاناة مهنة الأخصائي النفساني من النظرة السلبية للمجتمع بحيث بلغت 55 % تقريبا اذ أن مهنة الأخصائي النفساني مازالت تعاني من النظرة السلبية .

➢ واقع الممارسة النفسية للأخصائي الإكلينيكي في الجزائر:

➢ حسب دراسة ميدانية قام بها الدكتور شرفي محمد الصغير مع نخبة من الأساتذة الجامعيين حول " واقع الممارسة النفسية العيادية في الجزائر و قد طرحت الدراسة تساؤل تمثل في:

ما هو واقع الممارسة النفسية للأخصائي النفسي العيادي في الجزائر كما يدركها هو؟

حيث قام الباحثون بإجراء مقابلات مفتوحة مع 35 أخصائي نفسي إكلينيكي موزعين على ست ولايات لمحاولة التعرف على تقييمهم لواقع ممارستهم اليومية .

و أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن واقع الممارسة اليومية للأخصائي النفسي في الجزائر يعكس عدم فعاليته و غموض دوره كممارس، سواء بالنسبة له أو للآخرين ،و يرجع ذلك حسب

الباحثين الى عدة معوقات و صعوبات تحول دون الرقي بعمل الأخصائي النفسي في الجزائر و أهمها :

- **التكوين الأكاديمي ووجود هوة بين التكوين النظري و الميداني :**

- ضعف الجانب النظري الأكاديمي الذي تلقوه أثناء التكوين (الاختبارات ، الطرق العلاجية)

- محدودية المعلومات و الخبرات في الميدان، و نقص الممارسة و قصر فترة التربص أثناء سنوات التدرج حيث كانت الدراسة نظرية بحتة.

- نقص تكوين المؤطرين وعددهم، مما أدى إلى تكليف أساتذة ليسوا من أصحاب الاختصاص.

- محدودية التكوين الذي يتلقاه الطالب في علم النفس العيادي.

- اعتماد التكوين باللغة العربية رغم توفر معظم المراجع باللغة الأجنبية.

- نقص الرسكلة والتكوين المستمر .

- **نظرة المجتمع :**

- غموض في فهم دور المختص النفساني و عدم وعي المجتمع بوظيفته و أهميتها.

- استهزاء الأشخاص بالتخصص و غياب ثقافة علم النفس.

- **عوامل شخصية :**

- توجه بعض الطلبة إلى الاختصاص دون رغبة، بل بسبب المعدلات المنخفضة.

- صعوبة استخدام اللغة الفرنسية أثناء الممارسة.

- عدم التنسيق بين الأخصائيين النفسانيين.
- وجوب توفر عامل الرغبة في مساعدة الآخرين و الاستعداد لهذه الوظيفة .

- **ظروف العمل:**

- افتقار المكتب و هو أدنى الشروط اللازمة للعمل العيادي.
- الوسط المهني غير المشجع .
- تكليف الأخصائي الإكلينيكي بمهام لا علاقة لها بمهنته الحقيقية .

و في الأخير لخص الباحثون واقع الممارسة العيادية في الجزائر بأنها لا تعود إلى تقصير من جانب المشرع الجزائري الذي أولى أهمية كبيرة للأخصائي النفسي العيادي والمهام المنوطة به، و لا من جانب التراث العلمي الذي ألم بمكانته، و إنما يعود إلى :

- جهل معظم الأخصائيين النفسانيين للنصوص القانونية.
- ضعف التكوين الأكاديمي، ووجود هوة بين التكوين النظري و الميداني.
- غياب الثقافة النفسية في المجتمع الجزائري.
- عوامل متعلقة بشخصية الأخصائي النفساني.
- ظروف العمل غير الملائمة.

- و دراسة قام بها غياث الدين بوفلجة (2010) حول " واقع مهنة المساعدة النفسية في الجزائر"، حيث ذكر في هذا الصدد أن " هناك عدم اعتراف السلك الطبي بدور ومكانة الأخصائي النفسي الذي يتخرج من كليات غير كليات الطب ،وطبيعة دراسته و طرق

علاجه تختلف عن الطرق التي يستعملها الأطباء، اذ أن غالبية الأطباء يرون أن للمشاكل النفسية أسبابا عضوية و عصبية و بالتالي فهي من اختصاص الطبيب النفسي ،و الأخصائي في أمراض الأعصاب .و هكذا فإن مكانة الأخصائي النفسي ،و خاصة مكانته الهرمية في المستشفى لا تتعدى مكانة المساعد الصحي ، تضيف الدكتورة أن لكل ذلك يعرف الأخصائيون النفسيون في الجزائر صعوبات في إثبات أنفسهم أمام الأطباء النفسيين و هو ما يؤثر سلبا على أدائهم.

ومن التوصيات التي خرج بها هي إعادة الاعتبار لمهنة الأخصائي النفسي في الجزائر و تقديم الدعم المادي والمعنوي من أجل مساعدته على القيام بالدور المنوط له.

و أضاف بأن بعض النقائص في مناهج التدريب للأخصائي النفسي الاكلينيكي والتي ترجع في الأساس الى البرامج الدراسية التي تقدمها الجامعات للطالب الذي يجد نفسه بعد ولوجه عالم المهنة في منافسة بينه و بين الأطباء النفسيين و بين الطب الشعبي و المشعوذين و الرقاة.**(غياث بوفلجة ،2010، ص 7)**

➢ سمات وخصائص شخصية الأخصائي الإكلينيكي الناجح:

لكي يشعر الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالتميز الإيجابي داخل الفريق الطبي النفسي المعالج معه يجب أن يحظى بجملة من السمات و الخصائص، حيث يتفاعل بينها لكي تؤهله وتساعد وتسهل له الممارسة السيكولوجية وهي كالتالي :

- الاهتمام بالناس والرغبة في معاونة الآخرين و مساعدتهم في حل مشكلاتهم.
- القدرة على إقامة علاقات فعالة مع الآخرين.
- أن يتمتع بقدر عال من الضبط الانفعالي الذي يشكل مطلبا ضروريا يجب توافره على مستوى الممارسة، لأن ردود فعل الفرد تؤثر بشكل أو بآخر بذاتية الممارسة.

- أن يكون مخلصا أمينا في ممارسته وفي مساعدته للفرد، مستخدما كافة مهاراته ومعلوماته من أجل وقاية مريضه وشفائه.
- الإحساس بالمسؤولية المهنية والالتزام بمعايير المهنة فنيا وأخلاقيا.
- الاهتمام بعلم النفس عامة وبالجوانب الإكلينيكية في علم النفس على وجه الخصوص، حتى على مستوى الممارسة السيكولوجية تتطلب منه أن يكون لديه كفاءة شخصية وقدرة على اتخاذ القرارات الملائمة في المواقف الغامضة، خاصة وأن ميدان الممارسة يتضمن مشكلات يومية تحتاج لاتخاذ قرارات، فقد يجد الأخصائي الإكلينيكي المدرب نفسه في مواجهة المواقف الخرقاء، وعاجز عن المساهمة في الميدان إذا لم يكن على درجة كبيرة من الثقة بالنفس، و الكفاءة والمبادرة والقدرة على اتخاذ القرارات العلمية السليمة.
- القدرة على تطوير علاقات إنسانية مهنية دافئة بمرضاه ويتمتع بالتعاطف وفهم المشكلة المرضية له والاحساس بها كما يعيشها ذاته، وهو يختلف عن العطف والشفقة، ويدخل في ذلك المشاركة و الاصغاء، وتشجيع المريض على الحديث وتقبله دون نقده، لكي يستطيع التشخيص والعلاج.
- احترام الذات وفهمها، فالأخصائي النفسي الإكلينيكي المؤثر هو الذي يستطيع أن يحقق التوازن بين ذاته وحاجاته من ناحية وطبيعة عمله الصعبة من وجهة أخرى خاصة أنه يتعامل مع مشكلات نفسية طيلة الوقت، وأن يحقق الرضا الانفعالي النفسي بعيدا عن مشاكل عمله . **(حسن مصطفى عبد المعطي، 1988، ص ص 99، 100)**

ويضيف كلا من عبد الستار ابراهيم و عبدالله عسكر مجموعة من الصفات نورد بعضها فيما يلي:

- يتطلب الإكلينيكي كفاءة شخصية وقدرة على اتخاذ القرارات الملائمة في أكثر المواقف غموضا فيجب على الأخصائي الناجح أن ينمي في نفسه حب البحث و التساؤل، لكن

يجب في نفس الوقت أن ينمي ثقته في معالجة المشكلات الطارئة و العملية ، ولهذا فإن المؤتمرات المهنية و التدريبية و التفاعلات بين الزملاء ضرورة لإعطائه هذا السلاح القائم على الخبرة.

- القدرة على تطوير علاقات إنسانية و لكن مهنية بمرضاه و جمهوره، لهذا يؤكد كثير من المعالجين أهمية التعاطف بالمريض، و التعاطف معناه إحساس المعالج بمشكلة المريض كما يعيشها المريض ذاته و بهذا فهو يختلف عن العطف و الشفقة .
- إدراك المريض في إطاره الاجتماعي و التصرف بمقتضى ذلك، فالمعالج الإكلينيكي الناجح هو من يحاول أن يفهم الاطار الاجتماعي و البيئة التي أتى منها المريض بهدف فهم كيفية تكون المريض و كيفية علاجه.
- التعامل مع الزملاء و مؤسسات العمل، فيجب أن يطّلع على أدوار العاملين الرسمية و مصادر القوة غير الرسمية و كيفية الاتصال بأصحاب القرارات و المهيمنين على جهاز المؤسسة .
- احترام الذات و فهمها: احترام الذات و فهمها و تطوير إمكانياتها عمل ضروري لكل إكلينيكي سواء كان اهتمامه موجها للبحث أو العلاج أو الاستشارة، و لهذا فإن الأخصائي الإكلينيكي المؤثر هو من يستطيع أن يحقق التوازن بين حاجته للانغماس أو البعد عن عمله و أن يعرف متى ينشط و متى ينسحب و يتراجع. **(عبدالستار ابراهيم ، عبدالله عسكر 1999 ، ص ص35.38)**

7. طبيب الأمراض العقلية والنفسية

يعد الطب النفسي من الاختصاصات الطبية المهمة التي تعنى وتستهدف علاج الاضطرابات النفسية، ويعتبر الطبيب النفسي المختص في الصحة العقلية بمجملها وحل مشاكلها بما في ذلك المشاكل العاطفية والسلوكية، وكذا المتعلقة بتعاطي المخدرات، وهو الطبيب المؤهل لتقييم جميع الجوانب للحالات النفسية، وصرف الأدوية وفقا لكل حالة.

الطبيب النفسي قد يوصي بالعلاج النفسي فقط، أو بالعلاج النفسي بالدمج مع العلاج الدوائي. عندما ينصح بالعلاج النفسي، فان اللقاءات التالية تكون مع اختصاصي علم النفس . أحيانا تكون هناك حاجه لجلسة اضافية مع الطبيب النفسي بعد 4-3 أشهر، وأحيانا بعد ستة أشهر أو سنة; أو دون ذلك بالمرة. أود أن أؤكد على أن المعالج النفسي لا يمكنه أن يعطي حلا بالنسبة للأدوية، وأن أي علاج دوائي يتطلب المتابعة من قبل الطبيب النفسي كما ذكر سابقا، بالتزامن مع العلاج النفسي. في بعض الأحيان (بعد الحصول على موافقة المريض) يمكن أن يكون الطبيب النفسي واختصاصي علم النفس على اتصال فيما بينهم بالنسبة لحالة المريض وحول تحسن حالته خلال فترة العلاج. هذا الطريقة عادة ما تكون فعالة. بعض الأطباء النفسيين يجرون المعالجة النفسية بأنفسهم. ميزة ذلك هي أنه ليست هناك حاجة لتكرار التشخيص والتعارف، ونفس الشخص هو العنوان على حد سواء للأدوية ولغيرها من الأمور التي قد تطرأ. الميزة السلبية المحتملة من ذلك هي تكلفة الجلسات لدى الطبيب النفسي، والتي عادة ما تكون أعلى من تكلفة الجلسات لدى اختصاصي علم النفس.

➢ تعريف الطبيب النفسي :

- يعرف الدكتور عادل صادق الطبيب :" هو طبيب تخصص في المراكز المخية المسؤولة عن العمليات العقلية، و يهتم أيضا بكل العوامل التي تؤثر على هذه العمليات العقلية، سواء كانت مرتبطة بالجسد أم مرتبطة بالبيئة و المجتمع و الثقافة ". **(عادل صادق، ب ت، ص 16)**
- يعرف هولمز (1994) Holmes الطبيب النفسي بأنه " طبيب متخرج من إحدى كليات الطب، والتحق ببرنامج تدريبي في الطب النفسي يركز على التشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية، لمدة ثلاث سنوات، وعادة ما يقدم هذا البرنامج في مستشفيات الصحة النفسية . (Holmes1994, p13)

– الطبيب السيكاتري هو طبيب مختص في طب الأمراض العقلية و النفسية، ولديه شهادة جامعية في علاج الاضطرابات النفسية، ويتم تدريب جميع الأطباء المختصين في التقييم و التشخيص والعلاج النفسي، الطبيب السيكاتري هو واحد من القليلين من أخصائيو الصحة النفسية الذين قد يصفوا أدوية للأمراض النفسية كجزء من تقييمه للمريض، و أن يجري الفحوص البدنية و طلب وتفسير الاختبارات المعملية ورسم كهرباء المخ، و يجوز له أن يطلب الدراسات التصويرية للدماغ مثل التصوير الطبقي المحوسب أو التصوير الطبقي المحوسب المحوري، والتصوير بالرنين المغناطيسي، وتصوير طبقي لمسح انبعاثات البوزيترون.

– ويضيف طارق بن علي الحبيب أن طبيب الأمراض العقلية والنفسية "هو الفرد المتخصص المسؤول عن تقديم الخدمة الطبية الملائمة لاحتياجات المريض النفسي، بحكم خصوصية شكواه، ويحمل الطبيب النفسي درجة عالية التخصص في الطب، تتضمن إعدادا نظريا مطولا قد يصل الى أربع سنوات في مجال تقديم الخدمة الإكلينيكية النفسية، والمتمثلة في

تقديم العلاجات الطبية الفيسيولوجية الأثر للمريض، وتحديد مدة التعاطي و شكل الجرعة وتكرارها، والطبيب النفسي مسؤول مسؤولية قانونية عن حياة أو موت المريض نتيجة لهذه العلاجات الفيسيولوجية " . **(طارق بن علي الحبيب 2004 ،ص353)**

– و حسب دراستنا فالطبيب السيكاتري أو كما يسمى بطبيب الأمراض العقلية والنفسية هو شخص درس الطب العام ثم تخصص في طب الأمراض العقلية والنفسية، يعتمد في تشخيصه على الأعراض القائمة أمامه واهتمامه بالتاريخ المرضي قليل جدا، حيث أن العلاج الأساسي لديه هو الأدوية والعقاقير النفسية للسيطرة على الأعراض دون الكشف عن الأسباب الأساسية للمرض النفسي ، ودون تدخل منه في علاجها و غالبا بمجرد أن يمتنع المريض عن الدواء المصروف له من طرف الطبيب النفسي ينتكس و يعود الى حالته السابقة، الطبيب السيكاتري لديه صلاحية صرف الأدوية النفسية ، يختصر جلسته مع مرضاه الى جلسة واحدة يتم فيها تشخيص الحالة و تحديد العلاج الدوائي المناسب ، لدى الطبيب السيكاتري أسلوب موحد للعلاج، لديه قوائم محددة من الأدوية النفسية.

➢ مهام ومسؤوليات وواجبات الطبيب النفسي الوظيفية:

- تشخيص الحالة النفسية للمريض و معالجتها.
- إرشاد المرضى و تقديم النصائح لهم.
- التحدث مع المرضى والاستماع والإنصات إليهم.
- دراسة المشاكل و الاضطرابات النفسية لدى المرضى.
- إجراء الدراسات و البحوث العلمية و دراسة وظائف و أداء الدماغ.
- جمع المعلومات عبر الملاحظات و الاستنتاجات المعتمدة على مبادئ علم النفس.
- جمع المعلومات من خلال المقابلات و الاحصائيات ، والوسائل الأخرى.

- اختبار الأنماط و الوسائل المتبعة التي تساعد على فهم السلوك الإنساني.
- استخدام المعرفة النظرية و الشخصية لتحقيق الفهم الأفضل لسلوكيات الأفراد والجماعات.
- العمل والتعاون مع الأطباء والأخصائيين النفسانيين و آخرين بهدف علاج المرضى بشكل كامل.
- فحص المعلومات التي يحصل عليها الأخصائي النفساني والتوصل إلى النتائج والتفسيرات المنطقية لها .
- مراقبة سلوكيات المريض و محاولة فهم لغة الجسد و تعابير الوجه، وردود الفعل.
- العمل والتعاون مع جميع الفئات المختلفة من الناس تحديدا المرضى، والعملاء، و المعنيين الآخرين .

➢ التقنيات و الوسائل التي يستخدمها الطبيب النفسي في عمليتي التشخيص والعلاج:

إن عملية التشخيص معقدة خاصة في الذهانات، فهناك تصادم بين طبيب الأمراض العقلية و الأخصائي النفساني في مصلحة الأمراض العقلية، فلكل منهما تقنيات تختلف عن الآخر، فالأول يعتمد على المقابلة والملاحظة لمعرفة الاضطراب النفسي مع استعمال الدليل الإحصائي لتصنيف الاضطرابات النفسية DSM5، و أيضا يستخدم التصنيف العالمي العاشر للأمراض (ICD-10)، فالطبيب العقلي يشخص و يعالج المريض بطريقته السيكاترية و على أساسها يتم التكفل الدوائي .

➢ السمات الشخصية و مواصفات الطبيب النفسي الناجح :

إن السمات الشخصية و المهارات المهنية التي يحتاجها الطبيب النفسي ليكون طبيبا نفسيا سريريا ناجحا لابد أن تكون لديه بعض المهارات التي تعد أساس نجاح الطبيب النفسي إذ

يعتمد على قدرته في بناء علاقة علاجية سليمة بينه وبين المريض، ولذلك يجب أن ترتكز العلاقة بينهما على الثقة، والتفاهم، والموضوعية من طرف الطبيب النفسي، والتقدير المتبادل بين المريض والطبيب، وتبدأ هذه العلاقة بين الطبيب النفسي والمريض منذ لحظة دخوله إلى غرفة الطبيب.

يعتمد الدكتور النفسي في ممارسته العملية لعلاج المشاكل النفسية على الأدوية في معظم الحالات، وقد يختار بعض الأطباء النفسيين المشاركة والجمع بين العلاجين الدوائي والسلوكي في التعامل مع مرضاهم.

ويتلقى الطبيب النفسي تكوينا على مجموعة من العلاجات النفسية القائمة على الأدلة، بما في ذلك العلاج المعرفي السلوكي، وهو منهج علاجي حديث النشأة، أثبت أنه يتمتع بمستوى عال من الفعالية في علاج مجموعة واسعة من الحالات النفسية، بما في ذلك اضطرابات القلق والهلوسة وكذا الاضطرابات الجسدية والتوتر، ويركز المنهج على مساعدة المرضى في التغلب على الأفكار السلبية وأنماط التفكير المعقدة.

ويتلقى بعض الأطباء النفسانيون تكوينات إضافية في مجال معين من المجالات التخصصية أيضا مثل:

الطب النفسي للشيخوخة و الطب النفسي للأطفال والمراهقين و الإدمان وغيرها من المجالات.

وعلى العموم فإن الطبيب النفسي له مجموعة من الخبرات والمهارات التي تساعده في فهم و تشخيص وعلاج الأمراض النفسية، والطبيب النفسي الناجح له مجموعة من المعايير التي تميزه عن طبيب آخر وتجعل منه أفضل طبيب بين العموم.

و في ما يلي أبرز السمات التي تجعل من الطبيب النفسي مميزا في مجاله:

- **التفاؤل من مواصفات الطبيب النفسي الناجح:**

التفاؤل هو تعبير صادق عن الرؤية الايجابية للحياة سواء كانت في الحاضر أوفي المستقبل، وهو من الصفات الأساسية لأي طبيب نفسي ناجح، فهو يزرع الأمل ويبث الطمأنينة والسكينة في نفوس المرضى مثل ما جاء في تعاليم الرازي حول اهتمامه بالأثر النفسي في حالات المرض النفسي إذ كان يدعو الطبيب أن يُدخل الطمأنينة في نفس مريضه و يبشره بالشفاء حتى و ان لم يكن متأكدا من ذلك لأن الجسم حسب الرازي خاضع للسلوك النفسي.

ولقد اكتشف العلم بأن هناك رابطة بين التفاؤل وصحة الإنسان البدنية حيت قرر الطب أن مادة الكولسترول، وهي مادة سامة تتكون في الجسم، فتترسب في الشرايين، وينتج عنها كل الأمراض كانسداد الشرايين، والضغط والذبحة الصدرية والسكتة القلبية، ويساعد الإجهاد العقلي و التفكير المعتل على تكوينها في الجسم، وينصح الدكاترة المرضى المصابين بهذه المادة أن يحاولوا جهد طاقاتهم الترفيه عن أنفسهم، بل يقرون أن التفاؤل والبشاشة لا تفيد المرضى فقط بل هم خير وقاية للإنسان من الامراض النفسية.

و للتفاؤل علاقة قوية جدا بالصحة النفسية، ويجب أيضا أن يتابع الأخصائي النفسي مع مرضاه بالابتسامة المتفائلة، التي تبعث فيهم روح الأمل والتفاؤل لأنها سمة من السمات التي لها وقع مهم على نفسية المريض النفسي، و كذا على مدى إيمانه بالشفاء و يجب على كل الأطباء النفسين التحلي بهذه الميزة التي تجعل منهم أفضل الأطباء.

- **البساطة والتواضع:**

التواضع والبساطة من السمات الإيجابية التي يجب أن يتحلى بها الطبيب النفسي الناجح، فالتواضع من الأخلاق الحميدة والحسنة، التي تساعد المرضى للوصول إلى أعلى درجات الصحة النفسية والتوافق النفسي والتوافق مع الحياة.

فالطبيب النفسي المتواضع يمتلك قلوب مرضاه ويؤثر ذلك على العملية الاستشفائية المتمثلة في ثقة المريض به، مما يزيد العملية الاستشفائية نجاحا والوصول إلى الهدف المبتغى في ظرف وجيز.

- **صدق النوايا:**

فصدق النوايا من الأخلاق الحسنة التي يتحلى بها أحسن الأطباء النفسيين، فالطبيب النفسي عندما يصدق في عمله ويكون مخلصا له، فإن ذلك يؤثر على شخصيته ومهنته ويكسبه صفات المحبة من الجميع، والسر في ذلك هو إخلاص النية والصدق في مساعدة الآخرين والحفاظ على أسرارهم، وبالصدق والإخلاص يحدث تقدم هائل وفهم في العلاقة بين الطبيب والمريض أو طالب المساعدة، فيحدث تبادل ومشاركة بين الطرفين، فحينها يشعر الطرف الأخر طالب المساعدة بالحب وأنه مقبول بكل ظروفه للدكتور أو المعالج، فيؤثر ذلك على العملية العلاجية بالتقدم و النجاح.

- **التفاهم من مواصفات الطبيب النفسي الناجح:**

التفاهم من الأمور التي تدل على التوازن بين المعالج والمريض، وتدل على أن صاحبها يتمتع بقدر كبير من المسؤولية في التعامل، لأنه يتدارك الأمور بحكمة وتدبر، وهذه الصفة من متطلبات عمل الدكتور النفسي لأن فهم المرضى وتفهمهم، أمر مهم لسير العملية الإرشادية والعلاجية، فالدكتور المتفهم يتقبل الناس على ما هم عليه، وحتى يتقن الأخصائي النفسي ذلك

لابد، من أن يتعلم أن ينظر بمنظار الآخرين، ويفكر بصدق بما يريدون، فالناس طاقات وقدرات تختلف من شخص لآخر، وعندما يتقبل الدكتور الناس على ما هم عليه، فإن هذا من معايير نجاحه لأن ذلك التقبل يؤدي إلى شعور الطرف الأخر بالطمأنينة، عندها يتمتع الطبيب النفسي بخاصية النجاح وتقبل الآخرين إليه.

ومن بعض صفات الأخصائي النفسي المتفاهم هو فهم النفس والتقييم الواقعي الموضوعي للقدرات والإمكانيات والطاقات لدى مرضاه، وتقبل نواحي القصور لديهم، وتقبل مبدأ الفروق الفردية، وتقدير ذواتهم حق قدرها، واستغلال قدراتهم وطاقاتهم إلى أقصى حد ممكن ومساعدتهم إلى الدفع بها إلى الأمام، وبذلك يكون الدكتور النفسي ناجح في عمله وفي مهنته الإرشادية مما يعود عليه وعلى الآخرين بالخير والنفع.

- **الاتزان الانفعالي :**

إن الاتزان الانفعالي هو حالة شعورية يبدي فيها الفرد استجابة انفعالية مناسبة لطبيعة المواقف التي تستدعي هذه الانفعالات.

والإتزان الانفعالي من الأمور المهمة لمهنة الأخصائي النفسي وللمشتغلين في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي لأنهم معرضين لكثير من الأمور الصعبة التي تلزم الحكمة والتوازن الانفعالي والحكم على الأمور بكل روية وتأني، فليس من الحكمة أن يكون الدكتور النفسي عرضة للانفعالات الشديدة، فمثلا ليس من الحكمة أن يسترسل الدكتور النفسي في الغضب لكل شيء لا يوافق هوى نفسه أو يستسلم للعديد من المخاوف.

ويستطيع الأخصائي النفسي بشيء من التدريب والصبر والعقل والروية أن يتعلم كيف يضبط نفسه ويتحكم في انفعالاته ويسيطر عليها كما أن مهمته كأخصائي نفسي تهيئ له هذه

الظروف ككونه يقابل العديد من الناس، يختلفون في الطباع والصفات والثقافة، مما يجعله عرضة للانفعالات العديدة، ولذلك وجب عليه أن يتحكم في انفعالاته، وأن يكون متوازنا في عواطفه اتجاه مرضاه، وهذا من الحكمة التي تجعل من الدكتور النفسي ناجحا و متفوقا في مجاله.

- **أخلاقيات المهنة :**

يسعى الدكتور الناجح مع زملائه للحد من الأخطاء الطبية، وتحسين حالات المرضى، إذ أن ما يميز الشخص الموهوب عن الناجح هو الاجتهاد بالعمل، كما قال ستيفن كينج، ومن أخلاقيات المهنة أيضا أن يحافظ الدكتور على خصوصية وسرية المهنة، مما يساهم في كسب ثقة، واحترام المرضى، والزملاء في الرعاية الصحية والمجتمع وبالتالي تصنيفه من أحسن الاطباء.

- **التعلم المستمر من مواصفات الدكتور النفسي الناجح:**

يضع الدكتور الناجح التزاما على نفسه بالاستمرار في التعلم على مدى مسيرته العملية، فهو يحاول دائما أن يحسن من مهاراته ومعرفته، فكما قال جون ديوي إن التعليم ليس تحضيرا للحياة، بل هي الحياة ذاتها، وتتجلى أهمية التعليم المستمر في تقليل الوقوع بالأخطاء الطبية، وتعزيز الثقة بالنفس، وتعزيز المصداقية المهنية بالإضافة إلى أهمية أن يكون الطبيب مستعدا للتعلم من الآخرين بغض النظر عن أعمارهم، أو أدوارهم، أو ظروفهم.

- **مشاركة المعرفة مع الزملاء :**

يشارك الدكتور الناجح المعلومات والخبرات مع أقرانه الأطباء، حيث يقول براين تريسي إن الأشخاص الناجحين يبحثون دائما عن الفرص لمساعدة الآخرين، ويمكن للدكتور القيام

بمشاركة المعرفة عبر التكنولوجيا الحديثة وشبكات التواصل الاجتماعي، والتي تزيد من إمكانية الوصول إلى المعلومات والتحقق منها، وتساهم في بناء علاقات داخل وخارج مكان العمل.

ولكل ما ذكرناه من السمات والمميزات لأفضل دكتور نفسي نجد من الأمثلة الاخرى الإيجابية التي سبق ذكرها أراء المرضى حول صفات أفضل طبيب نفسي وهي كالتالي:

– أنه واثق في نفسه، ويتعاطف مع مرضاه، ويتفهم ما يشعرون به من ألم جسدي أو نفسي،
– أنه يتصف بالإنسانية والرحمة، ويخبر مرضاه بما يحتاجون معرفته بطريقة واضحة ومباشرة.

– يستمع إلى مداخلات المريض بجدية، بالإضافة إلى كونه صاحب ضمير.

خلاصة القول أن أفضل دكتور نفسي هو الذي يجمع بين الشخصية المتزنة المتواضعة والمتفهمة، أي مجموع السمات الاخلاقية الشخصية، وبين الشخصية العملية والتي تتميز كما سلف الذكر، باحترام أخلاقيات العمل والمحافظة على سرية حياة المرضى، كل هذه المعايير يتسم بها الطبيب النفسي الناجح وبالتالي يصنف كأفضل طبيب نفسي.

➢ أخلاقيات مهنة الطبيب النفسي :

للطب النفسي كباقي المهن العديد من النقاط الأخلاقية التي تقع على عاتق الطبيب النفسي الالتزام بها، ومن أهم البنود التي جاءت في دستور طب علم النفس: الأمانة في تقييم المريض، واحترام الكرامة الإنسانية، والتزام السرية، واحترام جنس المريض، ونبذ العنصرية، ونبذ التمييز العرقي، و تتجلى هذه المسألة في القضايا التالية:

- السلطة المخولة للطبيب النفسي على المريض :

إن الطبيب النفسي بحكم موقعه يتميز بقوة و سلطة على المريض و يجب عليه أن يحرص على ألا يسئ باستخدام هذه السلطة و التي قد تصل إلى حد سلب المريض أهم حقوقه كحرمانه من حريته بإدخاله المستشفى بدون حاجة أو ضد رغبته.

-الثقة التي يوليها المريض للطبيب :

إن العلاقة بين المريض و الطبيب تتميز بخصوصية كبيرة، وتبنى على الثقة التي يوليها المريض للطبيب المعالج، و في مجال الطب النفسي بالذات يقوم الكثير من المرضى بالكلام عن أمور شخصية جدا، ويكشفون عن أمور شخصية و خاصة جدا قد لا يذكرونها لغيره .

هذا و لا يخفى ما تحمله هذه الثقة من تبعات و مسؤوليات أدبية على عاتق الطبيب إذ عليه المحافظة على هذه السرية.

-سر المهنة :

يجب على الطبيب أن يوضح للمريض أن تكون المعلومات التي يدلي بها ستخضع لسرية تامة، كما يجب أن يشرح له أنه يحتاج إلى تدوين بعض هذه المعلومات كي يتذكر ما تتم مناقشته . و يجب على الطبيب أن يحصل على موافقة المريض إذا أراد أن يتحدث عن مشكلته مع أي شخص آخر سواء كان قريب أو صديق أو من الموظفين الذين يريد الطبيب أن يشاركهم معه في رعاية المريض .

-حقوق المريض :

يجب أن يشارك المريض قدر المستطاع في اتخاذ القرارات المتعلقة به و بعلاجه، وأن يُبَلّغ أولا بأول بالقرارات التي تُتخذ بشأنه وأسبابها، وخاصة في مجال العلاج بالأدوية أو المعالجة بالصدمات الكهربائية و يجب ألا يُعطى له أي علاج إلا بعد شرح تفاصيله وآثاره الجانبية وموافقته على تلقيه، و اذا كان المريض غير مؤهل لإعطاء مثل هذه الموافقة لأسباب مرضية فيجب اتباع الخطوات المنصوص عليها في سياسة الجهة العلاجية للحصول على الموافقة من جهة الأهل و الأقارب في مثل هذه الحالات .

-طبيعة العلاقة مع المريض :

يجب أن يكون هناك فرق بين احترام المريض و الاهتمام به من جهة ، وعدم التورط معه بعلاقات حميمة، اذ أن تداخل عواطف الطبيب مع المريض يعيق الموضوعية اللازمة للعملية العلاجية، لذا يجب المحافظة على الحدود التي تمليها عليه وظيفته في العلاقة مع المريض، وإذا شعر الطبيب أن علاقته مع أحد المرضى قد خرجت عن الحدود المناسبة، فيستحسن أن يحيله إلى طبيب آخر، و أن يراجع الأخطاء التي أدت إلى ذلك الخلل في تلك العلاقة حتى لا تتكرر هذه المشكلة في المستقبل، وبالرغم من ذلك لابد من التأكيد على أن حب الطبيب لمرضاه وإخلاصه لقضاياهم ينعكس إيجابيا على علاقته المهنية معهم و على عملية العلاج. **(نخبة من مؤسسي و أساتذة الطب النفسي 2009، ص 30 ، 31)**

و لخص ابراهيم عبد الستار (1988) بعضها فيما يلي:

- التمسك بالمعايير الأخلاقية و احترام عادات و تقاليد المنطقة.
- المحافظة على السرية.

- التحلي بالتواضع عند التصريح و تفسير الأمراض النفسية.
- احترام الصالح العام للعميل.
- عدم الإعلان عن الخدمات النفسية بشكل تجاري.
- تفسير الاختبارات النفسية والاحتفاظ بحرية الاطلاع عليها فقط للعاملين في العلاج النفسي
- الحيطة و الحذر عند ممارسة البحث العلمي.
- أخذ الموافقة عند البدء في العلاج من ذوي المريض.

8. الفرق بين الطبيب السيكاتري والأخصائي الإكلينيكي

الفرق بين الأطباء النفسيين و الاختصاصيين الإكلينيكيين أكثر من مجرد القدرة على وصف الدواء، تختلف المهمتان بشكل أساسي في فهمهما للمشكلات السلوكية أو الانفعالات والمدخل إليها والاختصاصيون الإكلينيكيون مدربون بالتأكيد على تقدير المظاهر البيولوجية لمشكلات عملائهم، ولكن تدريب الأطباء السيكاتريون يؤكد على البيولوجية لدرجة أن الاضطرابات : الاكتئاب، القلق، فرط النشاط وضعف الانتباه (ADHD)والشخصية وغيرها– تم رؤيتها أولا وعلى الأغلب كحالات اضطرابات سيكولوجية ناشئة عن تغيرات مرضية في الموصلات العصبية في المخ. لذلك ولإصلاح المشكلة يميل الأطباء السيكاتريون إلى إصلاح المخ عن طريق وصف العقاقير . **(Noll, 2015)**

هذا لا يعني أن الأطباء السيكاتريون لا يحترمون "العلاج بالكلام" مثل العلاج النفسي أو الارشاد، ولكنهم يفضلون الدواء(Harris, 2011; Manninen , 2006) ، وبالنسبة للاختصاصيين الإكلينيكيين فإن المظاهر البيولوجية لمشكلات العملاء قد لا تكون الخاصية الحاسمة لديهم وكذلك ليس العلاج الدوائي هو خط الدفاع الأول بدلا من ذلك، ينظر الأخصائيين الإكلينيكيين لمشكلات العملاء على أنها سلوكية، معرفية، انفعالية، ومع ذلك تنبع

من نشاط المخ، ولكنها قابلة للتغير عبر وسائل غير دوائية .**(أحمد.إ.هاشم و تيسير.إ.ش، 2018،ص ص 55،56)**

- الطبيب النفسي يستطيع صرف الأدوية النفسية في حين لا يستطيع الأخصائي ذلك.
- عادة يقوم الأخصائي الإكلينيكي باستخدام المقاييس النفسية (ذكاء ، شخصية ، إسقاطيه) و المقابلات التشخيصية و العلاج السلوكي و ليس الطبي.
- الفروق الرئيسية بين العيادي النفساني الذي يتركز اختصاصه على تقويم المشاكل النفسية وعلاجها، والطبيب النفسي هو أن الأخير يملك بوصفه طبيبا أن يوصي بتناول عقاقير معينة .لذا يؤدي تكامل العمل المتضافر ضمن إطار فريق لأفضل النتائج.**(فيصل عباس ، 2002، ص 15)**

✓ **الفرق بين الطبيب النفسي و الأخصائي الإكلينيكي من حيث دور كل واح منهم في العملية العلاجية:** الطبيب النفسي يصف الدواء و يضع التشخيص و الخطة العلاجية و المختص النفسي يُجري الاختبارات النفسية المختلفة، و يشارك في الخطة العلاجية، كلاهما يمكنه ممارسة العلاج النفسي بعد تلقي التدريب و الدراسة الملائمة ، فاختيار الطبيب و المعالج النفسي المناسب من مسؤولية الذي يطالب بالعلاج و أهله مثلما يقومون باختيار طبيب الأمراض الداخلية و أي مختص آخر .

✓ **الفرق بين الطبيب النفسي و الأخصائي الإكلينيكي من حيث الدرجة العلمية ، و التكوين الأكاديمي الجامعي :**

يذهب الأطباء النفسيون إلى كليات الطب ويحملون ترخيص طبيب نفسي (في الحقيقة تدريبهم التخصصي في الطب النفسي لا يبدأ حتى يكونوا قد قضوا فترة لابأس بها في تخصصهم العام، السنوات الأولى عادة تكون مطابقة لما تمر به الأنواع الأخرى من

التخصصات الطبية). و كأطباء يسمح لهم بوصف الأدوية، حتى وقت قريب لم يمن يستطيع الاختصاصيون النفسيون كتابة الأدوية، و لكن سعى الاختصاصيون في السنوات الأخيرة إلى الحصول على امتيازات وصف الأدوية ونالوا بعض الانتصارات المهمة في عدد قليل من الولايات.**(أحمد.إ.هاشم و تيسير.إ.ش، 2018 ،55)**

- ✓ **الفرق بين الطبيب النفسي و الأخصائي الإكلينيكي من حيث كتابة الدواء النفسي :** الطبيب يُسمح له بكتابة الأدوية النفسية فالأطباء النفسيون مدربون و يمكنهم وصف الأدوية، و يقضون معظم وقتهم مع المرضى في إدارة الأدوية كعلاج ، بينما الأخصائي الإكلينيكي لا يُسمح له بكتابة وصفة الدواء ، بل يركزون على العلاج النفسي للمعاناة العاطفية والتفكيرات اللاعقلانية والسلوكيات غير السوية.
- ✓ **الفرق بين الطبيب النفسي والأخصائي الإكلينيكي من حيث تشخيص الأمراض:** يركز الطبيب النفسي على الأعراض العضوية و النفسية في تشخيصه للحالات ، بينما يستخدم الأخصائي الإكلينيكي الإختبارات و المقاييس النفسية في التشخيص.
- ✓ **الفرق بين الطبيب النفسي و الأخصائي الإكلينيكي من حيث علاج الأمراض والاضطرابات النفسية :** يعتمد الطبيب النفسي في علاجه للأمراض والاضطرابات النفسية على الأدوية النفسية (و يمكنه عمل جلسات علاج نفسي بعد حصوله على التدريب اللازم و الدرجات العلمية التي تمكنه من ذلك)، بينما يعتمد الأخصائي الإكلينيكي على جلسات العلاج النفسي التي يتم فيها تتبع مراحل العمر المختلفة للمريض لمعرفة الأسباب الأساسية للمرض، و عمل خطة علاجية على هذا الأساس و المتابعة مع المريض حتى استعادته صحته النفسية و الاعتماد على نفسه في تخطي المشاكل التي تواجهه دون انتكاسة للمرض

لتفهم أكثر عن الفرق بين الطب النفسي وعلم النفس اقرأ معنا المثال التالي:

علماء النفس ينظرون عن كثب في سلوكك، فإذا كنت تعاني من الاكتئاب، ولا يمكنك الخروج من السرير، إذن فإنه يوجد تفعيل سلوكي، ودور الأخصائي النفسي هو أن يقوم بتتبع أنماط النوم، وأنماط الأكل، والأفكار السلبية التي يمكن أن تسبب أو تساهم في هذه المشكلة.

أما الأطباء النفسيون فلديهم اهتمام أقوى ببيولوجيا الجسم والكيمياء العصبية، فإن تشخيصهم سيكون مبني أولاً على استثناء الأمراض العضوية الأخرى، فعلى سبيل المثال، قبل أن يتم تشخيص مريض ما بأنه مصاب بالاكتئاب، لابد أن نتأكد من أنها ليست نتيجة لنقص بعض الفيتامينات أو مشاكل الغدة الدرقية، بمجرد أن يصلوا إلى أن التشخيص مرتبط بالصحة العقلية، فإنهم يبدأون عادة بوصف الأدوية المناسبة المضادة للاكتئاب.

9. العمل التشاركي ضمن فريق العمل العلاجي

ان العمل التشاركي في الاطار العلاجي يكون ضمن فريق عمل علاجي ، وأهم عناصر هذا الفريق العلاجي كل من الطبيب النفسي والأخصائي الاكلينيكي.

بدأت الاستشارة والعمل الجماعي منذ العصور الماضية، و ذلك من خلال تكوين المجموعات و تبادل الأفكار والمقترحات التي ساهمت في تنمية مهارات التواصل .

وقد زادت أهمية مثل هذه المهارات مع مرور الوقت وتصاعد تعقيدات ومتطلبات البيئة، مما استوجب على أعضاء المجتمع أن يتفاعلوا بموضوعية و يؤدوا عملا جماعيا مشتركا يستند على التفاعل التعاوني والتبادلي . (مقال حول " المسؤولية المهنية و دور المهنيين "، نبذة عن العمل الجماعي و اعضاء الفريق و ادوارهم في التربية الخاصة)

1.9. فريق العمل العلاجي :

- **مفهوم فريق العمل : (إحسان، 2013 ، ص: 43)**

- مجموعة من الأفراد يعملون معًا لتحقيق غايات، وأهداف مشتركة. (Besterflield, 2003)
- جماعات وجدت لأداء مهام تنظيمية، والمشاركة في هدف واحد أو أكثر التفاعل اجتماعيا، لنهوض بأعباء المهام القائمة على أساس الاعتماد المتبادل في المحافظة على الحدود و إدارتها، و التأثير على عملية التبادل مع الوحدات الأخرى ضمن كيان واسع. (Mathieu, 2008)
- مجموعة من الأفراد يعتمدون على بعضهم البعض من ناحية الموارد والمعلومات، والمهارات، بقصد الاستفادة من جهودهم لتحقيق هدف مشترك ,Poovan (2005)
- مجموعة صغيرة من الأفراد لديهم مهارات مكملة، و التزام، وغرض مشترك وأهداف الأداء، و موقف من خلال تحملهم المسؤولية بشكل متبادل. (Armstrong, 2006)

- **مفهومه حسب الدراسة الحالية :**

هو مجموعة من المعالجين لديهم مهارات تكاملية وملتزمين بأهداف علاجية مما يجعل كل منهم اضافة للآخر في أهداف العلاج .**(أحمد البحيري، 2015)**

2.9. مزايا التعامل ضمن فريق عمل علاجي ذو تخصصات مختلفة:

- دعم القرار العلاجي.
- خطة العلاج تشمل الأبعاد المختلفة الطبية و النفسية و الاجتماعية و الثقافية.
- التقييم من مختلف الأبعاد الطبية و النفسية و الاجتماعية و الثقافية.
- التأكد من فهم القرارات و الخطوات العلاجية بسبب تلاقح الأفكار و الآراء من مختلف الأبعاد العلاجية .
- استعراض كامل للخطة العلاجية و مراحلها ف التنفيذ قبل كل خطوة و عليه كل فرد بالفريق العلاجي يكون على دراية كاملة بالحالات و يستطيع التعامل معها للتوثيق و ابلاغ باقي أفراد الفريق العلاجي.
- التعاون المستمر بين أفراد الفريق العلاجي يؤدي لاكتساب مهارات جديدة كل في مجاله لمزيد من التعاون و تحسين الاداء و استمرارية ثقة باقي اطراف الفريق العلاجي فيه.

3.9. العوامل المؤثرة في كفاءة اداء الفريق العلاجي :

- الادارة عن طريق تبني نموذج " المشاركة في الادارة : يؤدي الى تعزيز تماسك أفراد الفريق العلاجي و تفهم اكبر لأهدافهم العلاجية.
- لابد من وجود سياسة مكتوبة لجميع افراد الفريق العلاجي لتوضيح المهام والمسؤوليات تجاه المرضى والبرنامج العلاجي و يلزم ذلك اجتماعات منتظمة للفريق العلاجي اسبوعيا .
- لابد من وضوح دور كل فرد من الفريق العلاجي تبعا لتخصصه و مهاراته / أو المهام الاضافية الموكولة له من ادارة الحالات و التوثيق و مسار العلاج .
- التركيز في الهدف الأساسي الذي هو تقديم الخدمة للمرضى بمعايير مرضية ، مع تحديد متطلبات كل مريض و علاج مشكلاته.

- تقبل خطوات تكوين الفريق العلاجي كعملية حتمية ستؤدي لتحسين العمل و هي : تكون الفريق / العصف الذهني و التعارف / الاداء الجيد / اداء أفضل مع تقليل الصراعات .
- لابد من تحديد كيفية متابعة البرنامج / التحفيز لأفراد الفريق / كيفية علاج الصراعات.
- التدرب على العمل من خلال فريق.
- تبادل المعلومات و تسهيل وسائل الاتصال و التبليغ للمعلومات بين افراد الفريق العلاجي يسهل احتواء المرضى .
- دعم الادارة العليا للفريق العلاجي.
- التعامل مع سرية المرضى من خلال الفريق العلاجي .

4.9. الادوار التنفيذية في الفريق العلاجي :

قيادة اكلينيكية. منسق الفريق. ادارة الاعمال الادارية.

5.9.كوادر الفريق العلاجي :

الطبيب النفسي , الأخصائي الاكلينيكي ، الاخصائي الاجتماعي ، التمريض ، اخصائي العلاج بالعمل ، مرشد التعافي ، مدير الحالة ، اسر المرضى ، المرشد الديني . **(احمد البحيري ، 2015)**

6.9.أهمية العمل التشاركي:

- يعمل العمل التشاركي على تحقيق الأهداف المشتركة، واختصار المسافات، وتوفير الوقت و تذليل العوائق، فعندما يقوم الأفراد ضمن فريق عمل بشكل مشترك يكونون أقدر على تحقيق أهدافهم .
- يعد العمل التشاركي وسيلة لتبادل الخبرات، و المعارف بين الأفراد ، وبالتالي يحقق أكبر قدراً من الاستفادة لهم جميعاً.

- يعمل العمل التشاركي على تنازل الأفراد عن مجموعة الأفكار الغير صائبة أو الغير سليمة المبنية على آراءهم الفردية.
- للعمل التشاركي قدرة عالية على تنمية المهارات الاجتماعية ، و تنمية روح الجماعة ضمن الفريق الواحد ، حيث أن العمل الجماعي يجعل الإنسان أكثر اجتماعية وحباً للناس،و يدفعه إلى التفاعل المباشر معهم ، هذا علاوة على اكتساب الفرد لمهارات مهنية و عملية ناتجة من تفاعله مع من حوله.
- العمل التشاركي هو ذلك العمل الذي يباركه الله عز وجل ، حيث جاء حديث رسول الله صلى الله عليه و سلم ليؤكد على ذلك المفهوم ، وأن يد الله تعالى مع الجماعة.
- يعمل العمل التشاركي على بناء العلاقات ما بين جميع أفراد المجموعة، و تعزيز الثقة ، و الولاء فيما بينهم ، أما على مداه الطويل فإنه يعمل على إيجاد القواسم المشتركة فيما بينهم وزيادة نسبة التوافق في آراءهم وأفكارهم ، و مع مرور الوقت تزيد الروابط فيما بينهم لتتعدى إلى المحيط الخارجي عن نطاق العمل.
- للعمل التشاركي القدرة على تفويض المهام وتقسيمها ، و القيام بتوزيعها على جميع أفراد المجموعة، و ذلك عوضاً عن جعل المهام ، أو الأعمال ملقاة على عاتق أفراداً معينين ، حيث يتم به إعطاء كل فرد بالمجموعة المهام ، أو المسئوليات التي تتناسب مع مهاراته وخبراته.

7.9.العقبات التي تواجه العمل التشاركي في فريق العمل:

تتسم فرق العمل عالية الأداء بوجود توافق وانسجام كبير بين أعضاء الفريق، بشكل ينعكس إيجابًا على علاقات العمل والإجراءات والقرارات والنتائج، ورغم ذلك فليس هناك عمل بدون مشكلات، فالفريق يتكون من مجموعة من الأشخاص المختلفة، الذين قد تنشأ فيما بينهم بعض

المشكلات، التي يحتاج حلها بفعالية إلى توافر الثقة في القيادة و بين أعضاء الفريق، وإلا فلن يتمكن الفريق من تقديم أفضل أداء.

وهناك عدة عقبات و معوقات تحول دون نجاح هذا العمل المشتركة بين فريق العمل، وفقًا لتقرير نشره موقع."odysseyhps"

- **حل المشكلات :** عدم القدرة على حل المشكلات التي تنشأ بين أعضاء الفريق الواحد بسرعة، يمكن أن يتسبب في تشتيت الأفراد وإلهائهم عن التركيز على الهدف المشترك.
- **نقص الثقة :** عندما يكون هناك انعدام ثقة بين أعضاء الفريق فأن ذلك ينعكس سلبًا على الكفاءة والجودة والابتكار، ويصبح هناك قدرًا كبيرًا من اللامبالاة وتنشأ الصراعات.
- **علاقات العمل :** تتسبب الصراعات الفردية التي لا يتم حلها في تشتيت وإلهاء الفريق كله.
- **عدم وضوح الأدوار:** عندما يقوم شخصان بنفس الدور فأن ذلك يتسبب في نشوء المشكلات، لذلك من الضروري أن يتم تحديد دور كل شخص بوضوح.
- **عدم وجود قيم أساسية واضحة :** عدم وجود معايير وقيم أساسية يتصرف بموجبها الفرد داخل العمل قد يؤدي إلى نقص السلوك التعاوني وانهيار تماسك الفريق، لذلك يجب أن تكون هناك عملية تقييم شاملة ومستمرة.
- **مقاييس أداء وحوافز ضعيفة :** عندما تكون مقاييس الأداء ضعيفة فأنها تتسبب في نشوء تنافس داخلي، ويؤدي ذلك إلى صراعات بين أعضاء الفريق ونقص التعاون بينهم، كما يؤدي ضعف الحوافز إلى عواقب سلبية على خدمات المؤسسة ، وتؤثر سلبًا على رضا الأشخاص الذين يطلبون خدمات هذه المؤسسة.

- **القيادة الضعيفة:** إذا لم يكن قائد الفريق قدوة جيدة للآخرين، أو إذا لم يكن قادرًا على فرض النظام والسلوك الجيد والشفافية والمساءلة، فسوف يكون هناك الكثير من المشكلات في أداء الفريق.
- **العلاقات مقابل الأداء:** إذا كانت العلاقات الجيدة مع المدير تعلو فوق الأداء والحكم الجيد، فسوف تصبح هناك مشكلات في العمل.
- **غياب الحوار الفعال :** أصبحت أدوار الأفراد والفريق مترابطة بشكل كبير داخل المؤسسات في الوقت الحاضر، وإذا لم يكن هناك ثقافة الحوار الفعال باستمرار، فسوف تنشأ مشكلات كبيرة ومكلفة تتعلق بجودة الخدمات المقدمة ، ورغم أهمية الحوار فأن هناك عدد كبير من الأشخاص الأذكياء الذين لا يمكنهم العمل بفعالية داخل فريق مترابط ويعتمد على بعضه البعض.
- **الآراء والتقييم :** يحتاج الناس باستمرار إلى تقييمهم ومنحهم آراء بناءة لتحسين أدائهم، فبدون ذلك لن يتمكن الأشخاص من تطوير أنفسهم أبدًا.

8.9.المعوقات التي تواجه فريق العمل:

- الفشل في مهارة الاتصال.
- النزاع في بيئة العمل.
- الفروق الفردية الواضحة بين أعضاء الفريق.
- عدم تحديد المهام بدقة للفريق.
- عدم الاستعداد لدى البعض للعمل بروح الفريق الواحد.
- الاتكالية من بعض الأعضاء على إنجازات الآخرين مما يجعل العمل على بعض أعضاء الفريق وليس الجميع.
- العمل الجماعي مدعاة للرياء.

- من أبرز مشكلات العمل مع الفريق أن الفرد قد يلغي ذاته ويُهمّش شخصيته.
- مستوى التكوين الأكاديمي و مدة التربص للأفراد قد يؤدي الى الاحساس بالنقص في المهارة .(المنتدى العربي لإدارة الموارد البشرية، 4. 10.2015، سارة نبيل مختصة في الموارد البشرية)

و هذا ما تطرقت له بعض الدراسات حول المعوقات و الصعوبات التي تواجه العمل التشاركي بين الطبيب النفسي والأخصائي الاكلينيكي:

فنظرا لتشابه الأدوار التي يؤديها كل من الأخصائي الاكلينيكي والطبيب النفسي فإن بعض الأطباء النفسيين ربما يرون أن قيام الأخصائي النفسي الاكلينيكي بممارسة التشخيص والعلاج اعتداء على مهام لا يمكن أن يمارسها سوى الطبيب النفسي، و هذا ما يدرج ضمن الصعوبات التي تعترض هذا العمل التشاركي لكن بعض الباحثين يرون أن التشخيص والعلاج النفسي وإجراء البحوث النفسية، والتدريس في الجامعات والكليات تعتبر من أهم مهام الأخصائي الاكلينيكي. **(costin & Draguns , 1989)**

إن عدم فهم أو عدم وضوح دور الأخصائي النفسي الاكلينيكي والطبيب النفسي كل طرف نحو الآخر أو لدى عامة الناس أو من قبل بقية الفريق العلاجي كان ولازال يثير بحوث و دراسات المهتمين بمجال الصحة النفسية و العلاجات النفسية.

فبعض الأطباء النفسيين يرون أن الأخصائي الاكلينيكي لديه قدرات محدودة لممارسة التشخيص و العلاج و تقديم الاستشارات النفسية لأنه لم يتلقى تدريبا وتأهيلا كافيين في هذه المجالات .**(Meyer etal , 1988)**

و رغم أن بعض الأخصائيين النفسيين يقومون بالتدريس في المدارس والمؤسسات الطبية إلا أن الكثير من طلاب الطب لديهم إدراكات خاطئة عن دور الأخصائي النفسي الاكلينيكي و ذلك

كنتيجة مباشرة لتأثير الطب النفسي عليهم، لذلك فإن قلة معرفة طلاب الطب والأطباء بالقضايا النفسية و بماهرات الأخصائي النفسي الاكلينيكي تعتبر من أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي الذي يعمل في المؤسسات الطبية.**(فهد بن عبدالله الربيعة ،2005 ،ص3)**

9.9.الأخطاء التي يقع فيها فريق العمل :

جاء في كتاب بعنوان "العوامل الخمس المعيقة لعمل الفرق الجماعية" للمؤلف باتريك لينسيوني وقد لخصتها في خمس نقاط تتسلسل بحسب الأهمية وهي:

- **غياب الثقة بين أعضاء الفريق:** وهو أمر يمنع أعضاء الفريق من البوح بنقاط ضعفهم والمشكلات التي يواجهونها أمام بقية أعضاء الفريق مما يحرم الفريق من الاستفادة من خبرات وقدرات وامكانات بعضهم البعض ويؤدي غياب الثقة للتشكيك في النوايا الحقيقية للأفكار المطروحة وافتراض أن صاحب الفكرة يملك اجندة خفية يحاول أن يدفع بمصالحه الخاصة من خلال استغلال امكانات الفريق.
- **الخوف من الاختلاف:** وهو أمر يؤدي لأن يمتنع أعضاء الفريق عن البوح بآرائهم الحقيقية تجاه الأفكار المتداولة مما يؤدي لقصور في نظرة الفريق وعدم شمول افكاره لكافة الجوانب المرتبطة بالأمر الذي يناقش. الاختلاف مسألة ضرورية لكن الاختلاف يتطلب وجود ثقة بين أعضاء الفريق تمكنهم من طرح آرائهم بتجرد يفصل بين صاحب الرأي والرأي نفسه بدون خوف من غضب الطرف الآخر.
- **عدم الالتزام:** غياب الأهداف الواضحة المحددة المرتبطة بوقت والممكن قياسها والتي لها قيمة لأعضاء الفريق سيؤدي لفشل الفريق في الاتفاق على أمور يمكنهم الالتزام بتنفيذها
- **عدم المحاسبة:** المجاملات بين أعضاء الفريق لها أثر سلبي كبير على الأداء فمن الضروري متابعة ومحاسبة أعضاء الفريق عند تكليف أحد منهم بمهمة معينة وعدم ادائه لها

على الوجه المطلوب وقد تسهل محاسبة عضو الفريق في مؤسسة أو في شركة لأن الأمر مرتبط بوظيفة معينة لكن البعض يستصعب هذا الأمر في العمل التطوعي ويغفل أهميته في الرفع من مستوى كفاءة الأداء.

- **التركيز على النتائج:** والمقصود به تركيز اعضاء الفريق على تحقيق أهداف الفريق العليا بدلا من تقديم مصالحهم أو مصالح لجانهم على مصلحة الفريق وهو أمر يسبب توتراً بين أعضاء الفريق سيؤثر على كفاءة الأداء وينهي روح الفريق. فمن الضروري أن يشعر كل فرد بأنه جزء من فريق متكامل وأن نجاحه مرتبط بنجاح الآخرين ايضا.

توجد تفاصيل اخرى طبعا مرتبطة بكل من هذه النقاط ويمكن لمن يريد العودة للكتاب من اجل الاستزادة منه.

10.9.مهارات يجب توفرها للعمل ضمن فريق:

فالعمل بروح الفريق هو تحدّ بحدّ ذاته، ويتطلّب مجهودًا كبيرًا حتى يتحقّق :

- التحكّم في الذات والسيطرة على "الأنا."
- مهارات التواصل الفعّال.
- القدرة على حلّ المشكلات والاختلافات.
- الالتزام والانضباط لتحقيق الهدف المشترك.

باختصار، يجب على كلّ فرد من الفريق أن يحاول تطوير نفسه ليكون أفضل ما يكون، الأمر الذي يؤدّي إلى تطوير الفريق كاملاً ومن ثمّ تطوير الخدمات المنوطة له و التي يقدمها للفرد و المجتمع.

خلاصة:

من خلال القراءة النهائية لما ورد في هذا الفصل النظري يظهر الفرق جليا بين مهنة الطبيب السيكاتري والأخصائي الاكلينيكي من حيث انتماء كل واحد منهما الى ميدان خاص به و الذي يترجم المسار التكويني لكل منهما و الذي يظهر جليا في استخدام الطرق والاساليب العلاجية والتشخيصية المختلفة ، وقد اتضح من خلال نقاط التشارك والاختلاف بينهما أن نقاط التشابه والتشارك أكثر من نقاط الاختلاف، اذ تعد نقاط الاختلاف قوة ايجابية في خلق هذا التكامل من ناحية الخدمة العلاجية المقدمة للمريض، ويعود هذا الاختلاف لسنوات التكوين العلمي الأكاديمي و نظرة كل منهما لتركيبة المرض النفسي والعقلي، و التقنيات و الأساليب العلاجية و التشخيصية التي يستعملانها .

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد:

3- الدراسة الاستطلاعية

4- الدراسة الأساسية

1.2 منهج الدراسة

2.2 حدود الدراسة

3.2 عينة الدراسة

4.2 أداة الدراسة

2-5 الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة

6.2 تقنيات و أساليب المعالجة الاحصائية

خلاصة

تمهيـد:

يتناول هذا الفصل منهجية الدراسة و يبين مجتمع و عينة الدراسة، كما يوضح كيفية بناء أداة الدراسة لجمع البيانات اللازمة، والاجراءات العلمية المستخدمة في التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة، و الكيفية التي طبقت بها الدراسة ميدانيا، وأساليب المعالجة الإحصائية التي تم استخدامها في تحليل بيانات الدراسة .

1- الدراسة الاستطلاعية :

" تهدف الدراسة الاستطلاعية في أي بحث علمي إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها، و التعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها واخضاعها للبحث العلمي، وكذا التأكد من الخصائص السيكو مترية لأدوات الدراسة " . **(مروان ابراهيم ، 2000 ، ص 38)**

في ضوء المفاهيم الاجرائية للبحث ركزنا في الدراسة الاستطلاعية على اختبار صلاحية أداة البحث من حيث الصدق والثبات ، و لتحقيق الأهداف التالية :

- التعرف على المكان ومدى إمكانية إجراء هذه الدراسة.
- التعرف على كل ما يمكنه عرقلة علمنا ومختلف الصعوبات المحتمل مواجهتها.
- تحديد العينة ومعرفة الأجواء المحيطة بها ومختلف ظروفها.
- التقرب من أفراد العينة.
- تقسيم خصائص أفراد العينة ومدى مطابقتها لموضوع البحث والتحقق من الخصائص السيكومترية للاستبيان .
- وفي الأخير خلصنا إلى ضبط إشكالية وفرضيات البحث وكذلك تحديد الصيغة الختامية للأدوات الخاصة بالدراسة.

2- الدراسة الأساسية:

1.2 منهج الدراسة:

استخدمنا في دراستنا الحالية المنهج الوصفي التحليلي، كأسلوب من أساليب البحث العلمي، لأنه ملائم لهذه الدراسة، وهو أسلوب يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ثم نعبر عنها تعبيرا كيفيا أو كميا .

أشار عبيدات(1991) الى أن المنهج الوصفي " يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع و يهتم بوصفها وصفا دقيقا، ويعبر عنها تعبيرا كيفيا أو تعبيرا كميا، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة و يوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها و درجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى " . **(عبيدات وآخرون ، 1991 ، ص187)**

2.2 حدود الدراسة :

لكل دراسة حدود تختلف باختلاف أهداف الدراسة وإمكانيات الباحث، تمثلت فيما يلي :

1.2.2 الحدود المكانية : اقتصر اجراء الدراسة بقطاع الصحة العمومية إلى جانب العيادات الخاصة بولاية المسيلة، لقد كان ضمن مخطط حدود الدراسة مراكز الصحة الجوارية التابعة لقطاع الصحة العمومية لكل من منطقة سيدي عيسى و بوسعادة و مقرة و عين الحجل، لكن بسبب الأوضاع الصحية التي مرت بها الولاية والجزائر، والعالم ككل بسبب تفشي وباء كورونا كوفيد 19، حال دون اجراء هذه الدراسة خارج الولاية.

2.2.2 الحدود الزمنية: طبقت الدراسة في شهر أوت بعد الرفع الجزئي للحظر .

3.2.2 الحدود البشرية: شملت الدراسة الأخصائيين والسيكاتريين الذين يعملون بمستشفى الأمراض العقلية بأولاد منصور، الى جانب الأخصائيين النفسانيين الموزعين عبر المؤسسات و المراكز الاستشفائية بالولاية، إلى جانب الأخصائيين والسيكاتريين العاملين بالعيادات الخاصة داخل الولاية .

3.2 عينة الدراسة :

شملت الدراسة على عينة تم اختيارها عشوائيا، تتكون من أطباء سيكاتريين وأخصائيين إكلينيكيين لديهم خبرة كافية في مجال الصحة النفسية يعملون بالمصالح الاستشفائية التابعة لولاية المسيلة والعيادات الخاصة داخل الولاية، عددهم 27 أخصائي و طبيب سيكاتري ، وتجب الإشارة بأن الباحثة حاولت عدة مرات وبذلت جهد لكي تتحصل على عدد أكبر من هذا العدد، لكن وجدت صعوبات أهمها الوضع الصحي الذي مرت به البلاد والعالم ككل والولاية خاصة بسبب تفشي وباء كورونا والذي تسبب في غلق بعض المناطق المجاورة للولاية و وتوقف حركة التنقل بين المناطق الداخلية للولاية و صعوبة الوصول الى بعض المؤسسات والحصول على عناوين الإميلات للأطباء والمختصين الموزعين عبر تراب الولاية، لأجل ذلك اكتفت الباحثة بالعدد الذي تحصلت عليه و استطاعت الوصول إليه بجهد

وصف عينة الدراسة

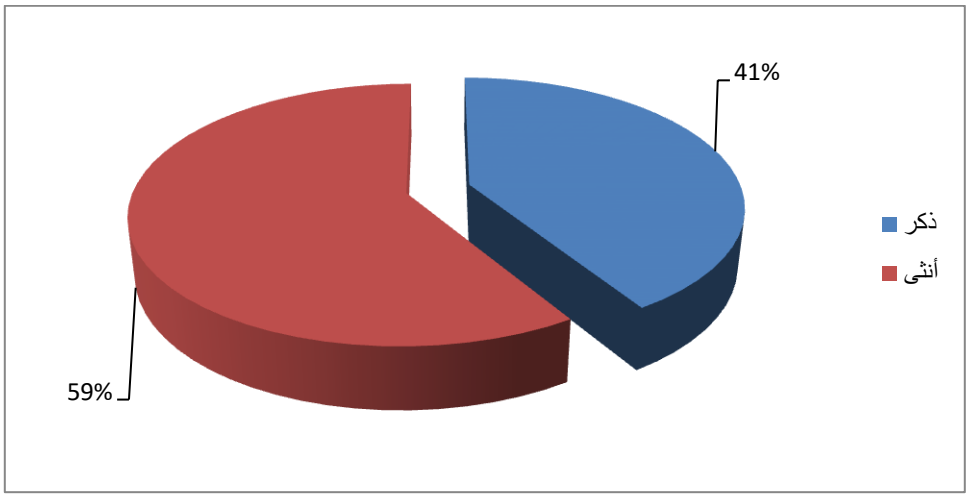
تقوم هذه الدراسة على عدد من المتغيرات المستقلة المتعلقة بالخصائص الشخصية و الوظيفية لأفراد عينة الدراسة متمثلة في :(الجنس – العمر – المؤهل العلمي – نوع العمل – سنوات الخبرة).

ففي ضوء هذه المتغيرات يمكن تحديد خصائص أفراد عينة الدراسة وقراءة للجداول على النحو التالي :

جدول رقم (02): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	11	%41
أنثى	16	%59
المجموع	27	%100

يتضح من خلال الجدول رقم (02) أن (16) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته 59% من إجمالي أفراد عينة الدراسة هم إناث وهن الفئة الأكثر نسبيا من أفراد عينة الدراسة، بينما (11) منهم يمثلون ما نسبته 41 % من إجمالي أفراد عينة الدراسة ذكور، من خلال قراءتنا للاستبانة و ما لاحظناه ميدانيا أن مهنة الطب السيكاتري يمتهنها العنصر الذكوري أكبر من العنصر الأنثوي عكس مهنة الأخصائي النفساني الذي يمتهنها العنصر الأنثوي أكبر من العنصر الذكوري و هذا ما خلق نوع من التوازن في عينة البحث لكلا الجنسين .



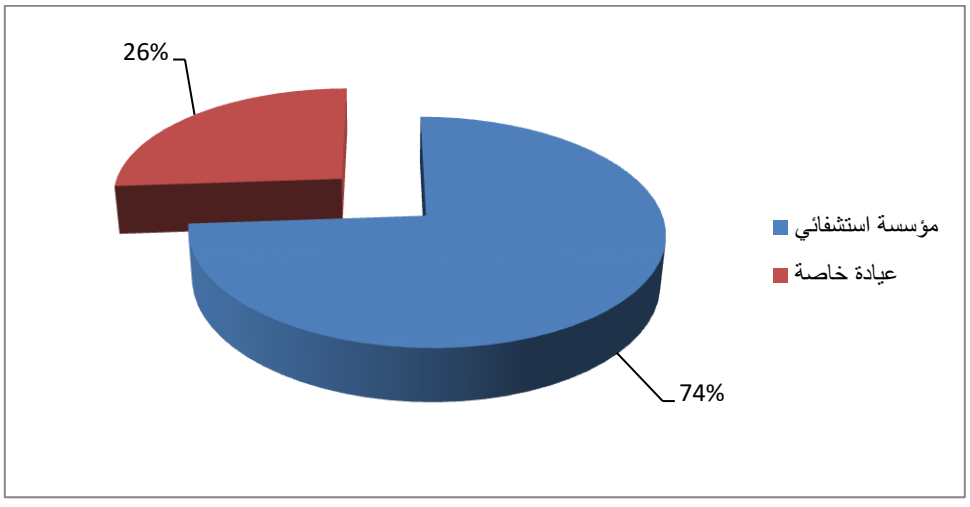
الشكل رقم(01) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس

جدول رقم (03): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير مكان العمل

مكان العمل	التكرار	النسبة المئوية
مؤسسة استشفائية	20	%74
عيادة خاصة	7	%26
المجموع	27	%100

يتضح من الجدول رقم (03) أن (20) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته 74 % من إجمالي أفراد عينة الدراسة يعملون بالمؤسسات الاستشفائية، وهم الفئة الأكثر من أفراد عينة الدراسة، في حين أن (7) منهم يمثلون ما نسبته 26 % من إجمالي أفراد عينة الدراسة يعملون بالعيادات الخاصة .

من خلال الملاحظة الميدانية فإن الأطباء السيكاتريين هم من يفضلون الاستقلالية في العمل بالعيادة و هذا بفضل مكتسباتهم العلمية والأكادمية حول مهنتهم و كذلك لثقافة المجتمع حول عمل الطبيب السيكاتري و ضرورة اللجوء اليه في الحالات المستعصية من الأمراض العقلية و النفسية ،كل هذا يعد محفز للعمل المستقل .



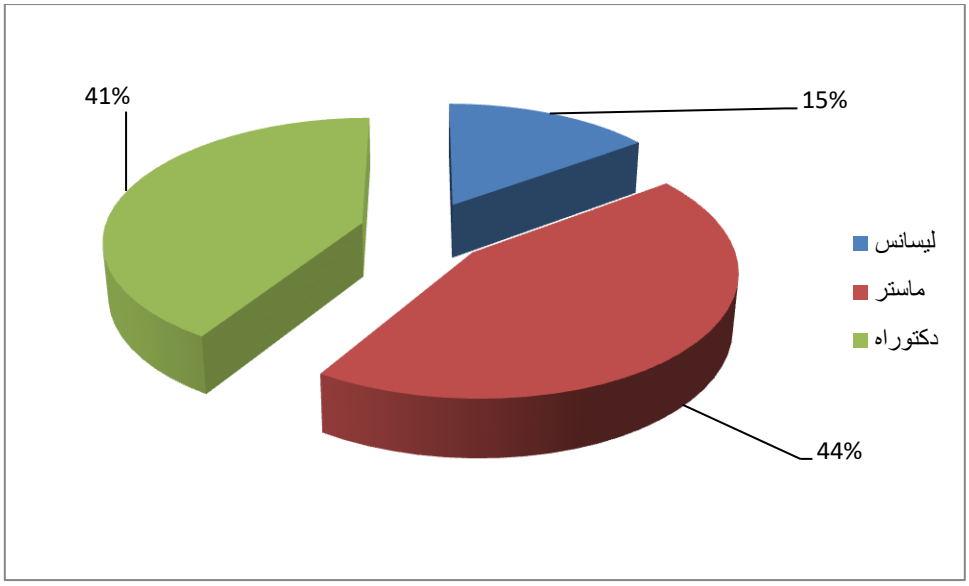
الشكل رقم(02) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير مكان العمل

جدول رقم (04): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير المؤهل العلمي :

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية
ليسانس	**04**	**%15**
ماستر	**12**	**%44**
دكتوراه	**11**	**%41**
المجموع	**27**	**%100**

يتضح من الجدول رقم (04) أن(12) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته 44% من إجمالي أفراد عينة الدراسة مستواهم و مؤهلهم العلمي ماستر، وهم الفئة الأكثر من أفراد الدراسة، في حين أن (11) منهم يمثلون ما نسبته 41 % من إجمالي أفراد عينة الدراسة مستواهم التعليمي دكتوراه، بينما (4) منهم يمثلون ما نسبته 15 % من إجمالي أفراد عينة الدراسة مستواهم التعليمي ليسانس.

من خلال قراءتنا للجدول فان النسب تتقارب بين المستوى التعليمي دكتوراه و ماستر، وهذا يعود إلى رغبة الأخصائي النفسي في تطوير مكتسباته المعرفية حول مجال عمله و هذا برفع من مستوى تدرجه الأكاديمي واهتمامه بالدراسات العليا .



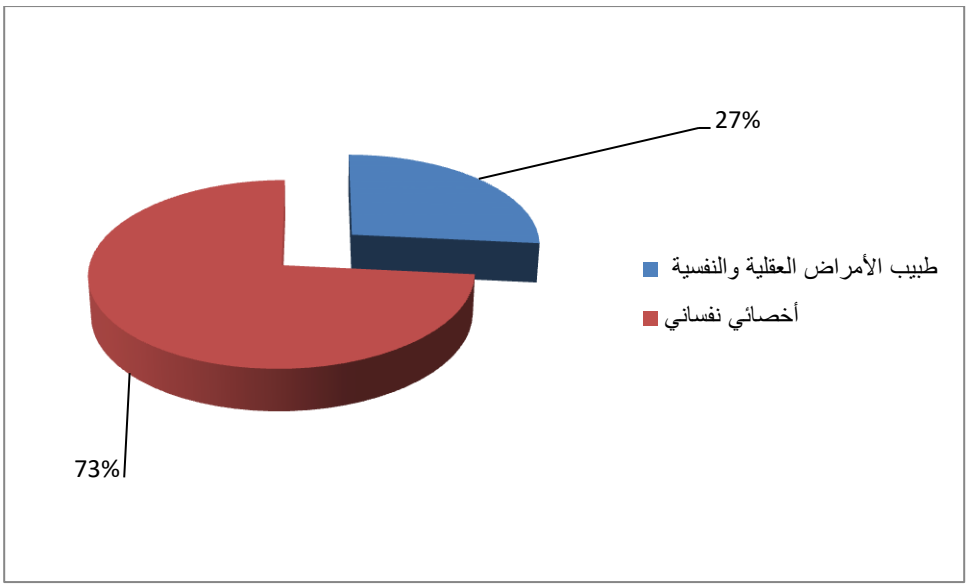
شكل رقم (03) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المؤهل العلمي

جدول رقم (05):توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير المهنة:

المهنة	التكرار	النسبة المئوية
طبيب أمراض عقلية و نفسية	08	%29
أخصائي نفساني	19	%80
المجموع	27	%100

يتضح من الجدول رقم (05) أن (19) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته 80 % من إجمالي أفراد عينة الدراسة أخصائيين نفسانيين، و هم الفئة الأكثر من أفراد عينة الدراسة، في حين أن (8) منهم يمثلون ما نسبته 29 % من إجمالي أفراد عينة الدراسة أطباء سيكاتريين .

و هذا بسبب تعدد مهام و أدوار الأخصائي الاكلينيكي بالمؤسسات الاستشفائية و ضرورة تواجده بأعداد لابأس بيها لتقديم الخدمات النفسية لجميع الذين يقصدون المؤسسات الاستشفائية ، و أيضا لما للجامعة من دور في تأهيل عدد كبير من المختصين و الدفعات الكبيرة المتخرجة كل سنة .



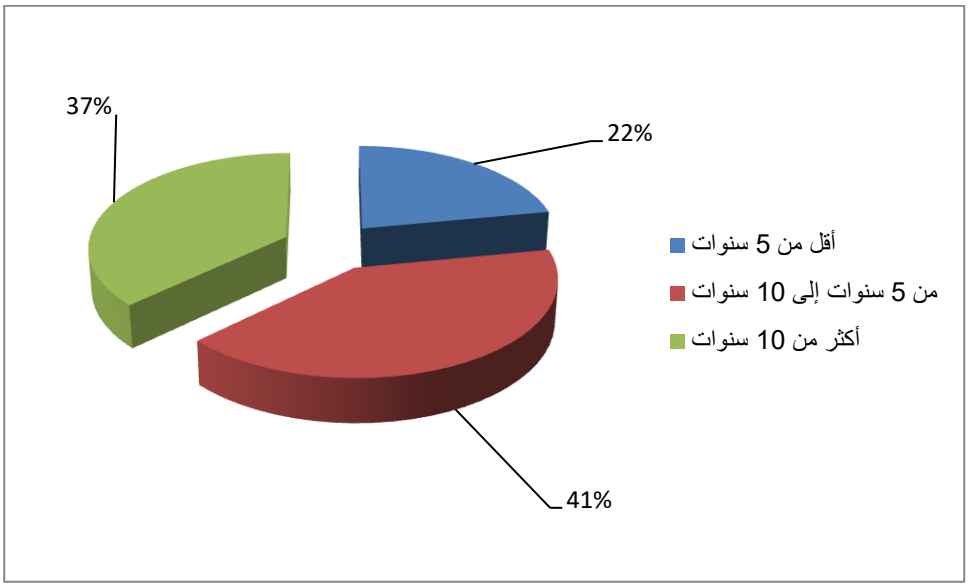
شكل رقم (04) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المهنة

جدول رقم (06): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير الخبرة المهنية

الخبرة المهنية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من خمس سنوات	06	%22
من خمس سنوات الى عشر سنوات	11	%41
أكثر من عشر سنوات	10	%37
المجموع	27	%100

يتضح من الجدول رقم (06) أن (11) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته 41 % من إجمالي أفراد عينة الدراسة عدد سنوات خبرتهم بين خمس إلى عشر سنوات وهم الفئة الأكثر من أفراد عينة الدراسة، في حين أن (10) منهم يمثلون ما نسبته 37 % من إجمالي أفراد عينة الدراسة عدد سنوات خبرتهم أكثر من عشر سنوات، بينما (6) منهم يمثلون ما نسبيته 22 % من إجمالي أفراد عينة الدراسة عدد سنوات خبرتهم لا تتعدى خمس سنوات .

و هذا التقارب في نسب السنوات من خمس و أثر من عشر سنوات هو دليل على أن عينة الدراسة تضم في مجملها الأطباء و الأخصائيين ذوي خبرة كافية في الميدان الطبي و الممارسة النفسية .



شكل رقم (05) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الخبرة المهنية

4.2 أداة الدراسة :

للتعرف على واقع العمل التشاركي بين الطبيب النفسي و الأخصائي الإكلينيكي في إطار إيجاد خطة علاجية متكاملة تم بناء استبيان يتماشى وفرضيات الدراسة احتوى على مجموعة من العبارات قدر عددها ب 23 عبارة موزعة على ثلاث محاور حسب تساؤلات الدراسة و الفرضيات التي أدرجت ضمنها، وقد اعتمدنا في عملية بناءه على التراث النظري المرتبط بالموضوع، وعلى ممارستنا العيادية في الميدان وعلى لقاءات ومقابلات تم إجراؤها مع المختصين الإكلينيكيين والأطباء النفسيين أثناء مرحلة التربص بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الامراض العقلية بأولاد منصور، والمرحلة الاستطلاعية.

وتم إخضاع الاستبيان للتحكيم حيث اقر المحكمون أن بنود الاستبيان استوفت شروط صدقه، وبالتالي فهو صالح للتطبيق.

- **الاستبيان :**

يعتبر الاستبيان من أكثر أدوات جمع البيانات افادة للحصول على الحقائق والتوصل إلى الوقائع و التعرف على الظروف و الأحوال ودراسة المواقف و الاتجاهات و الآراء، فيأتي داعما للملاحظة و مكملا لها . (دويدري ، 2000 ، ص329)،وقد بادرت الباحثة بتوزيعه في شكله النهائي بعد تجريبه، إذ تم عرض الاستبانة الأولى على المشرفة الأستاذة بوعلاقة، وبعد الانتقادات الموجهة تم تعديل عبارات الاستبانة وإعادة صياغتها خاصة المحورين الأول و الثاني، ليصمم الاستبيان في شكله النهائي، وبعد موافقة اللجنة عليه وزع على عينة أخرى غير العينة الأول التجريبية ، والعينة الأساسية تمثلت في 35 مفردة، وقد تم استرجاع 27 استبانة من أصل 35 أي ما نسبته 77،14 % من المجتمع الكلي، ويرجع هذا لأسباب منها: لعدم الرد على مكالماتي الهاتفية فيما يخص الاستبانة ،وتم توزيع معظم الاستبانات عبر الايميل الخاص بالأطباء والمختصين ، و السبب الثاني عدم التفاعل مع الاستبيان من طرف بعض الأخصائيين وعدم الرد دون تبرير موقفهم .

- **بناء أداة الدراسة:**

تكوَن الاستبيان من جزئين الأول يتعلق بالمتغيرات المستقلة للدراسة والتي تتضمن المتغيرات المتعلقة بالخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد العينة والتي تتمثل في (الجنس، العمر، مكان العمل، والمؤهل العلمي، والمهنة، و سنوات الخبرة)، أما الجزء الثاني فيتضمن : 23 عبارة قسمت على ثلاث محاور رئيسية :

جدول رقم (07) يوضح عناوين محاور الاستبيان و عدد العبارات لكل محور

المحور	الموضوع	عدد العبارات
المحور الأول	علاقات العمل واحترام الأدوار بين الطبيب السيكاتري والأخصائي الإكلينيكي	08
المحور الثاني	متطلبات إيجاد خطة علاجية متكاملة بين الطبيب السيكاتري والأخصائي الإكلينيكي	06
المحور الثالث	الصعوبات والعراقيل التي تواجه كل من الطبيب السيكاتري والأخصائي الإكلينيكي في وضع خطة علاجية متكاملة	09

قد تم إعطاء كل عبارة من العبارات السابقة درجات لتتم معالجتها إحصائيا على النحو التالي: بدرجة كبيرة (3)درجات ، بدرجة متوسطة (2) درجة ، بدرجة ضعيفة (1) درجة .

2-5 الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.

للتأكد من الخصائص السيكومترية للأداة المستخدمة قمنا بحساب الصدق والثبات بالطرق التالية :

أ. الصدق الظاهري للأداة :

للتأكد من صدق الاستبيان ولجعله يقيس ما أعد لقياسه قمنا بعرض النسخة الأولية المُعدة على أساتذة محكمين من أعضاء هيئة التدريس بجامعة المسيلة و سكيكدة، و قد بلغ عددهم(5) محكمين، وبعد الاطلاع على رأيهم قمنا بإعداد الأداة في صورتها النهائية والملحق رقم (1) يوضح الاستبانة في صورتها النهائية.

ب. ثبات أداة الدراسة :

للتأكد من الخصائص السيكومترية للأداة المستخدمة قمنا بحساب الصدق والثبات بالطرق التالية :

ب/ الصدق: بطريقة الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا الإستبيان عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه ثم بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للإستبيان ككل، كما يلي:

- **تقدير الارتباطات بين العبارات والمحاور التي تنتمي إليها:**

1. **الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور علاقات العمل واحترام الادوار:**

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (علاقات العمل واحترام الادوار) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (08) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور علاقات العمل واحترام الادوار مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 1	0.638**	**العبارة 5**	0.604**
العبارة 2	0.842**	**العبارة 6**	0.734**
العبارة 3	0.732**	**العبارة 7**	0.661**
العبارة 4	0.504**	**العبارة 8**	0.735**
****الإرتباط دال عند (0.01)**			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01) وعددها (8) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين

(0,84) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (2) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,50) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (4) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموما يمكن القول بأن المحور الأول (**علاقات العمل واحترام الادوار**) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

2. الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور متطلبات إيجاد خطة علاجية:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (متطلبات إيجاد خطة علاجية) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (09) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور متطلبات إيجاد خطة علاجية مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 9	0.872**	**العبارة 12**	0.764**
العبارة 10	0.785**	**العبارة 13**	0.676**
العبارة 11	0.801**	**العبارة 14**	0.837**
****الإرتباط دال عند (0.01)**			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01) وعددها (6) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,87) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (9) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,67) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (13) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموما يمكن القول بأن المحور الثاني (**متطلبات إيجاد خطة علاجية**) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

3. الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور الصعوبات والعراقيل:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الصعوبات والعراقيل) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (10) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الصعوبات والعراقيل مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 15	0.498**	**العبارة 20**	0.652**
العبارة 16	0.726**	**العبارة 21**	0.648**
العبارة 17	0.428*	**العبارة 22**	0.621**
العبارة 18	0.439*	**العبارة 23**	0.521**
العبارة 19	0.532**	****الإرتباط دال عند (0.01)**	
***الإرتباط دال عند (0.05)**			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01) وعددها (7) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,72) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (16) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,49) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (15) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارت (17، 18) جاءتا دالتين عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05) بارتباط قدر بـ (0.42، 0.43) كما هما على الترتيب، وعموما يمكن القول بأن المحور الثالث **(الصعوبات والعراقيل)** صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- **تقدير الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية للإستبيان ككل:**

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للإستبيان ككل بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (11) يوضح مصفوفة ارتباطات محاور إستبيان العمل التشاركي مع درجته الكلية			
المحاور	الإستبيان ككل	المحاور	الإستبيان ككل
علاقات العمل واحترام الادوار	0.566**	الصعوبات والعراقيل	0.620**
متطلبات إيجاد خطة علاجية	0.439*	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	
* الارتباط دال عند ألفا (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائيا حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمحور الأول **(علاقات العمل واحترام الادوار)** مع الدرجة الكلية للإستبيان ككل (0.56)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثاني **(متطلبات إيجاد خطة علاجية)** مع الدرجة الكلية للإستبيان ككل (0.43)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثالث **(الصعوبات والعراقيل)** مع الدرجة الكلية للإستبيان ككل (0.62)، وعموما يمكن القول بأن هذا الإستبيان صادق لأن كل محاوره تتسق فيما بينها وبين الإستبيان ككل.

ج/ الثبات: التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا الإستبيان بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس تقدير معدل إرتباطات العبارات فيما بينها لكل بعد على حدة كما هو موضح بالجدول التالي :

الجدول رقم (12) يوضح ثبات إستبيان العمل التشاركي عن طريق ألفا كرونباخ		
المحاور	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
المحور الأول (علاقات العمل واحترام الادوار)	0.807	8
المحور الثاني (متطلبات إيجاد خطة علاجية)	0.868	6
المحور الثالث (الصعوبات والعراقيل)	0.730	9
الإستبيان ككل	0.674	23

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل ألفا كرونباخ والذي قدر بالنسبة للمحور الاول " **علاقات العمل واحترام الادوار** " (0.80)، وبالنسبة للمحور الثاني " **متطلبات إيجاد خطة علاجية** " (0.86)، وبالنسبة للمحور الثالث " **الصعوبات والعراقيل** " (0.73)، وبالنسبة للإستبيان ككل بلغ (0.67)، يمكن القول بأنها قيم تدل على أن هذا الإستبيان يتمتع بالثبات عالي، حيث نلاحظ أن كل القيم موجبة وأن هناك إنسجام وترابط بين عبارات هذا الإستبيان يتعدى (0.50) ويكاد يصل إلى الارتباط التام (1).

6.2 تقنيات و أساليب المعالجة الاحصائية :

تم الاعتماد برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية $SPSS_{v25}$، وذلك من أجل تطبيق الأساليب الاحصائية التالية:

- إستخدام إختبار **كولموغروف سميرنوف** واختبار **شابيرو ويلك** من أجل التحقق من طبيعة التوزيع بالنسبة للبيانات المستمدة من الاستبيان.
- إستخدام إختبار الدلالة الاحصائية **(T_{test})** للعينة الواحدة بهدف التحقق من نص الفرضية العامة.
- إستخدام إختبار الدلالة الاحصائية **فريدمان** الترتيبي بهدف التحقق من نص الفرضيتين الاولى والثانية.
- إستخدام إختبار الدلالة الاحصائية **(T_{test})** لعينتين مستقلتين بهدف التحقق من نص الفرضية الثالثة والرابعة والسادسة.
- إستخدام إختبار الدلالة الاحصائية **(ANOVA)** أو ما يعرف بـ تحليل التباين الاحادي بهدف التحقق من نص الفرضية الخامسة والسابعة.

الخلاصة :

في آخر هذا الفصل الذي يمثل القاعدة الأساسية الممنهجة للدراسة الميدانية التي تعد وسيلة هامة للوصول إلى الحقائق الموجودة في مجتمع البحث، ابتداءا من الدراسة الاستطلاعية وحدود الدراسة المكانية والزمانية وعينة الدراسة المتمثلة في المجال البشري، ثم تبيان المنهج المتبع والذي يتمثل في المنهج الوصفي التحليلي ، بالإضافة إلى ذكر الأدوات المستعملة في جمع البيانات المتعلقة بموضوع بحثنا والتي شملت على الاستبيان كأداة لجمع المعلومات و الحقائق حول دراستنا ، والهدف الأساسي من الدراسة الميدانية هو الوصول إلى معرفة واقع العمل التشاركي بين الطبيب السيكاتري والأخصائي الاكلينيكي من خلال الاجابة على التساؤلات الفرعية، وطبعا كي تكون المعلومات المتحصل عليها قابلة للترجمة الكمية استعملنا الأدوات الاحصائية اللازمة و المناسبة لهذه الدراسة و التي في الأخير كانت حوصلتها الرقمية الاحصائية قابلة لطرحها وترجمتها على شكل دلالات لفظية ذات معنى تناقش و تحلل و تكون لها تفسيرات علمية في الأخير .

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها.

تمهيد:

أولا/ التحقق من شرط إعتدالية التوزيع:

ثانيا/عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية العامة
2- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى
3- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية
4- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثالثة
5- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الرابعة
6- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الخامسة
7- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية السادسة
8- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية السابعة

الاستنتاج العام للنتائج

الاقتراحات و التوصيات

تمهيد:

نستعرض في هذا الفصل النتائج التي توصلنا إليها، و الإجابة على التساؤلات والتحقق من الفرضيات باستخدام الأساليب الاحصائية المناسبة، كما سنقوم بتفسير ومناقشة النتائج التي توصلنا إليها على ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة المتوفرة لدينا، وأيضا من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها بالمؤسسة الاستشفائية و احتكاكنا بالأخصائيين و السيكاتريين و المقابلات التي أجريت معهم أثناء أداء مهامهم داخل المؤسسة الاستشفائية للأمراض النفسية والعقلية .

أولا/ التحقق من شرط إعتدالية التوزيع:

قبل البدأ في مرحلة معالجة الفرضيات باستخدام الاساليب الاحصائية المختلفة والملائمة وجب أولا التحقق من شرط اعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة الحالية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (13) يوضح التحقق من شرط إعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة

المتغيرات	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk			القرار
	الاحصاءات	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الاحصاءات	درجة الحرية	مستوى الدلالة	
الاستبيان ككل	0.085	27	0.200	0.966	27	0.490	غير دال

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على قيم إختبار **كولموغروف سميرنوف** وكذا إختبار **شبيرو ويلك** في درجات أفراد عينة الدراسة على الاستبيان ككل كانت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) وهذا يعني أن التوزيع البيانات إعتدالي وبالتالي فإن كل الاساليب الاحصائية التي ستستخدم في المعالجة هي أساليب بارامترية أنظر إلى الملحق رقم (03) .

ثانيا/عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية العامة:

نصت الفرضية العامة لهذه الدراسة على: " **واقع العمل التشاركي في إطار إيجاد خطة علاجية متكاملة حسب تقييم كل من الطبيب السيكاتري والأخصائي الإكلينيكي متوسط** "، ومن أجل التحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية **(T)** بالنسبة للعينة الواحدة والقائم على أساس تقدير الفرق بين متوسط إستجابات أفراد العينة على الاستبيان ككل والمتوسط النظري له، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (14) يوضح تقييم أفراد عينة الدراسة لواقع العمل التشاركي

الاستبيان ككل	حجم العينة	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	t	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	27	46	57.03	4.965	26	11.551	0.000	دال عند 0.01

من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه رقم (13) نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على الاستبيان ككل والذي بلغ (57.03) أنه أعلى تماما من المتوسط النظري للاستبيان والمقدر بـ 46، بناء عليه فإن واقع العمل التشاركي بين الطبيب السيكاتري والاخصائي النفسي حسب تقييمهم **جيد**، وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (11,55) وهي قيمة موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.01) وهذا يعني أن الفروق لصالح المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على الاستبيان ككل، وبالتالي فإن هذه النتيجة **تعارض** فرضية الدراسة العامة والقائلة " **واقع العمل التشاركي في إطار إيجاد خطة علاجية متكاملة حسب تقييم كل من الطبيب السيكاتري والأخصائي الإكلينيكي متوسط** " أي أن **واقع العمل التشاركي إيجابي وجيد**

حسب تقييم أفراد عينة الدراسة، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 99%، مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

حسب النتائج الأولى حول التقييم العام للعمل التشاركي كان يعارض الفرضية العامة التي تقول أن التقييم متوسط ، وهذا راجع لعدة أسباب أهمها تغير نظرة كل من الطبيب والأخصائي للعمل التشاركي بسبب تحسين مستوى الأخصائيين في الاطار المعرفي حول التخصص وانفتاحهم على العلوم الأخرى الطبية خاصة، إلى جانب قيامهم بدورات تكوينية مكثفة حول تعزيز الممارسة المهنية و هذه النتائج تتوافق مع نتائج دراسة كل من (بريور و نويلز 2001) ، (فهد بن عبدالله الربيعة، 2005) و (راضية بوزيان، 2009) ودراسة (بن علي المعتق 1997) أن نتائج الدراسة كانت إيجابية خاصة حول رأي الأطباء حول ضرورة وأهمية وجود الأخصائي ضمن الفريق العلاجي، و هذا ماجاءت به نتائج المحور الأول للاستبيان أين اتفق كل الأطباء السيكاتريين حول عنصر تسهيل عملية تبادل المعلومات بين الطبيب السيكاتري و الأخصائي في إطار إيجاد العلاج المناسب للحالة .

2- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى لهذه الدراسة على: " **هناك إختلاف في ترتيب متطلبات إيجاد خطة علاجية متكاملة بين الطبيب النفسي والاخصائي الاكلينيكي** "، ومن أجل التحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى معامل **فريدمان** الترتيبي، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (15) يوضح إختبار فريدمان لترتيب المتطلبات

الرقم	متطلبات إيجاد خطة علاجية متكاملة	متوسط الرتب	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
09	عدم انتهاك الحدود المهنية في الطب النفسي الذي يتعارض مع الهدف الأساسي لتوفير الخدمة العلاجية	3.72	8.298	5	0.141	غير دال عند 0.05
10	الالتزام قدر المستطاع بالحيطة والحذر أثناء تكوين علاقات مع المتعالج	3.17				
11	الابتعاد عن كل ما قد يضر بالمتعالج أو بسير العملية العلاجية	3.70				
12	ضرورة تشكيل الإطار العلاجي هدفه حماية المتعالج بالدرجة الأولى	3.48				
13	الالتزام بالاستقلالية والحياد في العلاقة المهنية بين الطبيب والاخصائي الامر الذي يشجعهما على التطور والاعتماد على النفس والرفع من المعنويات	3.22				
14	ضرورة التزام كل من الطبيب والاخصائي بالسرية باعتبار أن المتعالج هو فقط صاحب الحق في إفشاء معلوماته و أسراره	3.70				

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ وبناءا على متوسطات الرتب التي أفرزها معامل فريدمان الرتبي بالنسبة لمتطلبات إيجاد خطة علاجية متكاملة والتي جاءت وفق الترتيب التنازلي التالي:

1- **(عدم انتهاك الحدود المهنية في الطب النفسي الذي يتعارض مع الهدف الأساسي لتوفير الخدمة العلاجية)** إحتلت المرتبة الاولى بمتوسط رتب بلغ 3,72

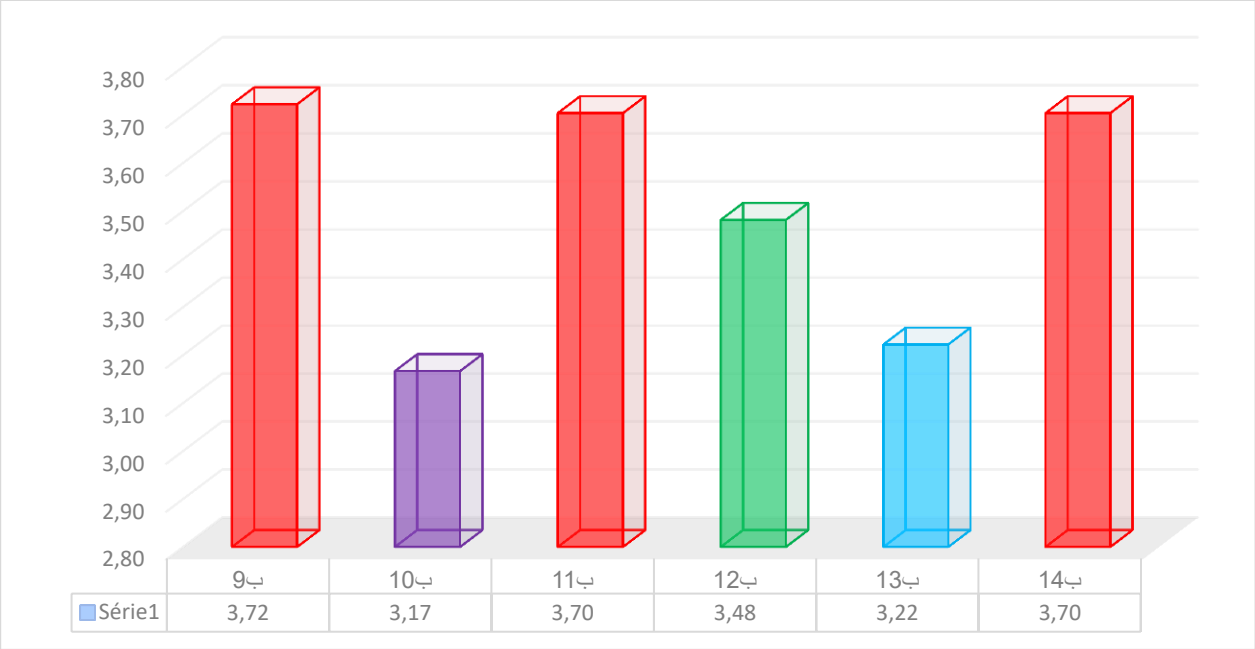
2- **(الالتزام قدر المستطاع بالحيطة والحذر أثناء تكوين علاقات مع المتعالج، ضرورة التزام كل من الطبيب والاخصائي بالسرية باعتبار أن المتعالج هو فقط صاحب الحق في إفشاء معلوماته و أسراره)** إحتلتا المرتبة الثانية بمتوسط رتب بلغ 3,70

3- **(ضرورة تشكيل الإطار العلاجي هدفه حماية المتعالج بالدرجة الأولى)** إحتلت المرتبة الثالثة بمتوسط رتب بلغ 3,48

4- **(الالتزام بالاستقلالية والحياد في العلاقة المهنية بين الطبيب والاخصائي الامر الذي يشجعهما على التطور والاعتماد على النفس والرفع من المعنويات)** إحتلت المرتبة الرابعة بمتوسط رتب بلغ 3,22

5- **(الالتزام قدر المستطاع بالحيطة والحذر أثناء تكوين علاقات مع المتعالج)** إحتلت المرتبة الخامسة بمتوسط رتب بلغ 3,17

والشكل التالي يوضح ذلك:



الشكل رقم (06) أعمدة بيانية توضح ترتيب متطلبات إيجاد خطة علاجية متكاملة

وبناء على قيمة **كا²** والتي بلغت 8.29 نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05)، وبالتالي يمكن القول بأنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائيا في ترتيب **متطلبات إيجاد خطة**

علاجية متكاملة وهذا ما يدل على أن كل المتطلبات ذات أهمية مع أفضلية طفيفة للمتطلبات (9، 11، 14)، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع إحتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

من خلال هذه النتائج و مقارنتها مع الخبرة الميدانية لعينة الدراسة و التي كانت خبرة كافية للإحاطة بمتطلبات المفحوص والعينة على دراية كبيرة بالالتزام بقوانين وأخلاقيات المهنة سواء الطب نفسية أو الإكلينيكية ، و هذا ما حددته (جمعية علم النفس الأمريكية APA ،1981) حول دستور أخلاقية المهنة، إلى جانب إطلاع الأطباء السيكاتريين من خلال المقابلات الميدانية بحقوق المتعالج و أهمية السرية في العمل و الأخذ برأي المريض حول افشاء مرضه للأهل و أيضا في اطار حماية المتعالج قد تم توظيف ذلك في مقررات الجريدة الرسمية .

3- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية لهذه الدراسة على: " **هناك إختلاف في ترتيب الصعوبات والعراقيل التي تواجه كل من الطبيب النفسي والاخصائي الاكلينيكي في وضع خطة علاجية متكاملة** "، ومن أجل التحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى معامل **فريدمان** الترتيبي، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (16) يوضح إختبار فريدمان لترتيب الصعوبات والعراقيل

الرقم	الصعوبات والعراقيل التي تواجه كل من الطبيب والاخصائي في وضع خطة علاجية	متوسط الرتب	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
15	نقص الخبرة المهنية سواء للأخصائي النفسي أو للطبيب النفسي	5.72	25.671	8	0.001	دال عند 0.01
16	عدم القدرة على إيجاد سبل التعاون بين الطبيب النفسي والاخصائي النفسي	5.44				
17	الفهم الخاطئ من قبل المتعالج لدور كل من الطبيب النفسي والاخصائي النفساني	6.33				

18	**ظروف العمل غير مناسبة و مريحة**	5.06				
19	**نقص الامكانيات والتقنيات أو انعدامها**	5.15				
20	**نقص التكوين النظري لكل من الطبيب النفسي والاخصائي الاكلينيكي**	4.89				
21	**عدم الاعتراف بالأدوار بين الطبيب النفسي والاخصائي النفساني**	4.59				
22	**صراع المصالح بين الطبيب النفسي والاخصائي النفساني**	3.93				
23	**تكليف أحد الطرفين بمهام لا علاقة لها بخصوصيات المهنة**	3.89				

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ وبناءا على متوسطات الرتب التي أفرزها معامل فريدمان الرتبي بالنسبة للصعوبات والعراقيل التي تواجه كل من الطبيب والاخصائي في وضع خطة علاجية والتي جاءت وفق الترتيب التنازلي التالي:

1- **(الفهم الخاطئ من قبل المتعالج لدور كل من الطبيب النفسي والاخصائي النفساني)** إحتلت المرتبة الاولى بمتوسط رتب بلغ 6,33

2- **(نقص الخبرة المهنية سواء للأخصائي النفسي أو للطبيب النفسي)** إحتلتا المرتبة الثانية بمتوسط رتب بلغ 5,72

3- **(عدم القدرة على إيجاد سبل التعاون بين الطبيب النفسي والاخصائي النفسي)** إحتلت المرتبة الثالثة بمتوسط رتب بلغ 5,44

4- **(نقص الامكانيات والتقنيات أو انعدامها)** إحتلت المرتبة الرابعة بمتوسط رتب بلغ 5,15

5- **(ظروف العمل غير مناسبة و مريحة)** إحتلت المرتبة الخامسة بمتوسط رتب بلغ 5,05

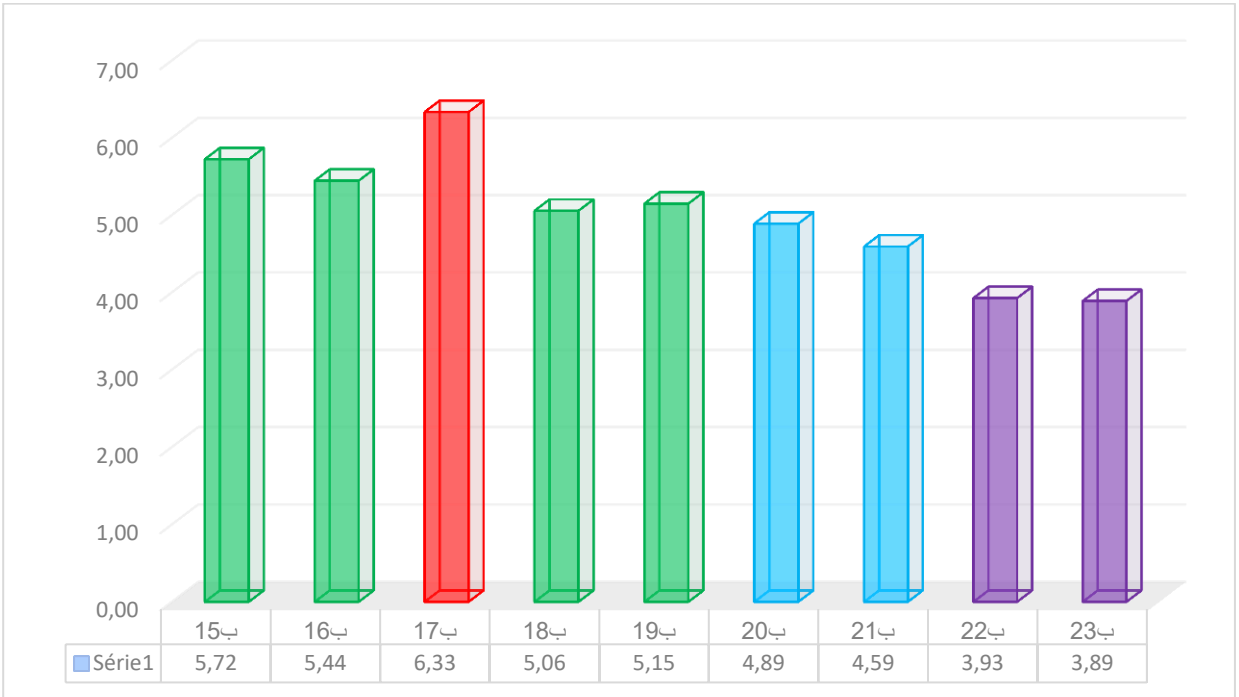
6- **(نقص التكوين النظري لكل من الطبيب النفسي والاخصائي الاكلينيكي)** إحتلت المرتبة السادسة بمتوسط رتب بلغ 4,89

7- **(عدم الاعتراف بالأدوار بين الطبيب النفسي والاخصائي النفساني)** إحتلت المرتبة السابعة بمتوسط رتب بلغ 4,59

8- **(صراع المصالح بين الطبيب النفسي والاخصائي النفساني)** إحتلت المرتبة الثامنة بمتوسط رتب بلغ 3,93

9- **(تكليف أحد الطرفين بمهام لا علاقة لها بخصوصيات المهنة)** إحتلت المرتبة التاسعة بمتوسط رتب بلغ 3,89

والشكل التالي يوضح ذلك:



الشكل رقم (07) أعمدة بيانية توضح ترتيب الصعوبات والعراقيل

وبناء على قيمة **كا²** والتي بلغت 25.67 نلاحظ أنها قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01)، وبالتالي يمكن القول بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائيا في ترتيب **الصعوبات والعراقيل التي تواجه كل من الطبيب والاخصائي في وضع خطة علاجية متكاملة ومن بين أبرز هذه الصعوبات الفهم الخاطئ من قبل المتعالج لدور كل من الطبيب النفسي والاخصائي النفساني،** ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع إحتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

حول عنصر الفهم الخاطئ من قبل المتعالج لدور كل من الطبيب النفسي والاخصائي النفساني جاء هذا العنصر في بداية الصعوبات و العراقيل، وهذا راجع للثقافة البيئية للمنطقة حول نظرتهم للأخصائي النفساني على أنه طبيب المجانين أو أنه منجم كما يقولون بالعامية (يقرا خط الرمل) و هذه النتيجة تتطابق مع نتائج دراسات كل من (بول ديفارج 1982) و دراسة (فطيمة دابراسو 2010) حول النظرة السلبية للأخصائي النفساني والتي مازالت غامضة و مقترنة بصورة المرابط، ودراسة (شرفي محمد الصغير 2010) ، ودراسة (زهار جمال و عمروني حورية 2015) حيث احتل هذا العنصر المرتبة الثانية في ترتيب أهم المعوقات التي يعاني منها الممارس النفسي و التي بسبب ثقافة المجتمع السائدة .

و أيضا الترتيب الثاني لعنصر نقص الخبرة و هو أهم عنصر من الصعوبات و المعوقات التي يعاني منها الأخصائي الاكلينيكي و هذا ما جاء في دراسة (تاوريريت 2010)، و دراسة (مصطفى منصوري 2015) و دراسة (عقاقنية وفاء 2018) .

4- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة لهاته الدراسة على: " **توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الجنس** "، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة

الاحصائية (T) بالنسبة للعينتين المستقلتين، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (17) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الجنس

الجنس		التجانس ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "T"	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	ذكور	2.237	0.147	11	57.45	6.055	25	0.356	0.725	غير دال
	إناث			16	56.75	4.250				

من خلال الجدول أعلاه رقم (16) نلاحظ أن اختبار التجانس ليفين (ف) والذي بلغت قيمه (2.23) أنها قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي نستنتج أن هناك تجانس بين المجموعتين مما استدعى تطبيق اختبار (T_{test}) لعينتين مستقلتين متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية لافراد عينة الدراسة على الاستبيان والتي بلغت بالنسبة للذكور (57.45) وبالنسبة للاناث (56.75)، نلاحظ أن هناك فروقا طفيفة بينهما، غير أن قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T_{test}) والتي بلغت (0.35) جاءت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05)، ومنه نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت **معارضة** لفرضية الدراسة الثالثة القائلة **توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الجنس** أي **لا توجد فروق دالة إحصائيا تبعا لعامل الجنس**، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

هذا النتيجة جاءت عكس ما توصل إليه كل من (راضية بوزيان 2009) و دراسة (بن عبدالله الربيعة 2005) حول التوجه الايجابي للإناث من الاطباء نحو النظرة الايجابية الى مهنة الأخصائي النفساني، و من

خلال نتائج دراستنا يتضح أن الطبيب السيكاتري ينظر الى عمل الأخصائي بكل إيجابية و تقبله للعمل التشاركي أكثر من العنصر الأنثوي .

و لكن في دراستنا نجد الاخصائيات النفسانيات أقل توجه نحو العمل التشاركي ، في المقابل العنصر الذكوري يغلب على مهنة الأطباء و هذا يدل على ان الطبيب يرحب بالعمل التشاركي أكثر من الأخصائي (لأن عنصر الذكور في الأطباء أكبر من الإناث عكي الأخصائيين الإكلينيكين عنصر الإناث غالب على عنصر الذكور).

5- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة لهاته الدراسة على: " **توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير مكان العمل** "، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية (T) بالنسبة للعينتين المستقلتين، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (18) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير مكان العمل

مكان العمل		التجانس (F) ليفين	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "T"	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	مؤسسة أستشفائية	4.229	0.050	20	56.30	4.118	7.6	-1.042	0.329	غير دال
	عيادة خاصة			7	59.14	6.792				

من خلال الجدول أعلاه رقم (17) نلاحظ أن اختبار التجانس ليفين (ف) والذي بلغت قيمه (4.22) أنها قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي نستنتج أن هناك عدم تجانس بين المجموعتين مما استدعى تطبيق اختبار (T_{test}) لعينتين مستقلتين غير متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية لافراد عينة الدراسة على الاستبيان والتي بلغت بالنسبة للعاملين في المؤسسات الاستشفائية (56.30) وبالنسبة للعاملين في العيادات الخاصة (59.14)، نلاحظ أن هناك فروقا طفيفة بينهما، غير أن قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T_{test}) والتي بلغت (1.04-) جاءت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05)، ومنه نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت **معارضة** لفرضية الدراسة الرابعة القائلة **توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير مكان العمل** أي **لا توجد فروق دالة إحصائيا تبعا لعامل مكان العمل،** ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

وهذا يدل على أن الطبيب السيكاتري و الأخصائي النفساني كان يزاول نشاطه المهني في المؤسسات الاستفائية قبل أن يستقر بعمله في العيادة الخاصة، لهذا لم يكن هناك فروق احصائية لمتغير مكان العمل وهذه النتيجة مطابقة لنتائج دراسة (العتيبي 2011) .

6- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة لهاته الدراسة على: " **توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المؤهل العلمي** "، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية (**F**) تحليل التباين الأحادي، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (19) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المؤهل العلمي

مصدر التباين		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	داخل المجموعات	19.660	2	9.830	0.380	0.688	غير دال
	ما بين المجموعات	621.303	24	25.888			
	الكلي	640.963	26				

من خلال الجدول رقم (18) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الاحصائية (F) أو ما يسمى بـ "تحليل التباين الأحادي" في الاستبيان ككل والتي بلغت (0.38) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، وبالتالي نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت **معارضة** لفرضية البحث الخامسة القائلة ب **توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المؤهل العلمي** أي **لا توجد فروق دالة إحصائيا تبعا لعامل المؤهل العلمي**، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

و هذه النتائج تدل على أن المؤهل العلمي لكل من الاخصائي و الطبيب لا يشكل عائقا في تقبله للعمل التشاركي و من خلال العينة فإن كل أفراد العينة ذو مستوى تأهلي عالي من دكتوراه ألى ماستر .

7- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية السادسة:

نصت الفرضية السادسة لهاته الدراسة على: " **توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المهنة** "، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة

الاحصائية (T) بالنسبة للعينتين المستقلتين، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (20) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المهنة

المهنة		التجانس ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "T"	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	السيكاتري	0.463	0.502	8	57.50	5.631	25	0.309	0.760	غير دال
	أخصائي نفسي			19	56.84	4.810				

من خلال الجدول أعلاه رقم (19) نلاحظ أن اختبار التجانس ليفين (ف) والذي بلغت قيمه (0.46) أنها غير قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي نستنتج أن هناك تجانس بين المجموعتين مما استدعى تطبيق اختبار (T_{test}) لعينتين مستقلتين متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية لافراد عينة الدراسة على الاستبيان والتي بلغت بالنسبة للأطباء النفسانيين (57.50) وبالنسبة الاخصائيين النفسانيين (56.84)، نلاحظ أن هناك فروقا طفيفة بينهما، غير أن قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T_{test}) والتي بلغت (0.30) جاءت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05)، ومنه نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت **معارضة** لفرضية الدراسة السادسة القائلة **توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير المهنة** أي **لا توجد فروق دالة إحصائيا تبعا لعامل المهنة،** ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

و نفسر هذه النتائج أن مهنة الأخصائي أصبحت متطورة في ممارستها عن ذي قبل ، لأن النتائج جاءت منافية و معارضة لكل الدراسات السابقة .

8- عرض وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية السابعة:

نصت الفرضية السابعة لهاته الدراسة على: "**توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الأقدمية** "، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية (**F**) تحليل التباين الأحادي، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (21) يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الأقدمية

مصدر التباين		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	داخل المجموعات	118.686	2	59.343	2.727	0.086	غير دال
	ما بين المجموعات	522.277	24	21.762			
	الكلي	640.963	26				

من خلال الجدول رقم (20) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الاحصائية (F) أو ما يسمى بـ "تحليل التباين الأحادي" في الاستبيان ككل والتي بلغت (2.72) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، وبالتالي نستطيع الحكم على أن هذه النتيجة المتوصل إليها جاءت **معارضة** لفرضية البحث السابعة القائلة ب **توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة في تقييمهم لواقع العمل التشاركي تبعا لمتغير الأقدمية** أي **لا توجد فروق دالة إحصائيا تبعا لعامل الأقدمية** ، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

إن عنصر الأقدمية يشكل عنصر أساسي في تقييم العمل التشاركي فمتوسط سنوات العمل لهذه العينة يفوق خمس سنوات، و هذا ما يوضح نضج على مستوى العمل الميداني لكل من الأخصائي و الطبيب و الأقدمية تفسر بعد النظرة الايجابية للعمل التشاركي الذي أصبح مطلبا للممارسين النفسانيين و الأطباء في إطار العلاج التكاملي و هذا ما لمسناه من خلال المقابلات مع الأطباء السيكاتريين و الأخصائيين النفسانيين الذين لديهم خبرة بالميدان ، وعينة دراستنا تقريبا كلها من أهل الخبرة بالميدان .

الاستنتاج العام للنتائج :

من خلال النتائج النهائية التي توصلنا إليها بفضل الأساليب الإحصائية و التي سعت لمعرفة تقييم كل من الطبيب السيكاتري و الأخصائي النفساني للعمل التشاركي من خلال تطبيق الاستبانة والتي احتوت على ثلاث محاور كل محور يدرس بعد من أبعاد هذا العمل التشاركي. فمن خلال النتائج التي تعارضت مع فرضيتنا الرئيسية التي تقول بأن التقييم للعمل التشاركي متوسط ، أي أن النتائج أعربت على أن العمل التشاركي بين الطبيب السيكاتري و الأخصائي النفساني جيد من حيث تقييمه .

و لم تتحقق الفرضيات الجزئية القائلة بوجود فروق في مستوى الترتيب للصعوبات والعراقيل و أيضا في ترتيب متطلبات الخطة العلاجية، و أيضا فروق من حيث متغيرات (الجنس و المؤهل العلمي و المهنة و مكان العمل و الأقدمية) كل هذه الفروق لم توافق الفرضيات المطروحة ، حيث بينت الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائيا .

الاقتراحات و التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية، تم الوصول إلى اقتراحات و الخروج بالتوصيات التالية :

- وضع دليل توصيفي يوضح مهام كل من الطبيب النفسي و الأخصائي النفسي الإكلينيكي و الأخصائي الاجتماعي بدقة متناهية و نقاط العمل المشتركة بينهم للوصول الى علاج نفسي متكامل.
- ادراج دورات تكوينية بالجامعة عن مهام الأخصائي النفساني في اطار(التشخيص و العلاج النفسي و الاستشارات النفسية والمتابعة النفسية) و كيف يكون عمله مع الفريق العلاجي خاصة طبيب الأمراض العقلية و النفسية من أجل الوصول الى المتكامل.
- ضمان لقاءات دورية بين المختصين النفسيين والأطباء السيكاتريين، وإرسالهم لدورات تدريبية وتكوينية داخل الوطن وخارجه.
- إشراك الجامعة للأخصائيين النفسانيين في الندوات والملتقيات.
- إعادة النظر في برامج تكوين الأخصائيين النفسانيين بإضافة مقاييس أصبحت جد مهمة في عصرنا الحالي، كعلم النفس العصبي، والبرمجة اللغوية العصبية .
- اشراك الأخصائي النفساني في الاجتماعات التي يحضرها الفريق الطبي خاصة بحضور طبيب الأمراض العقلية و النفسية .
- العمل على التأهيل الأفضل في الجامعات و ميادين التربص وهذا برفع من وتيرة المكتسبات الميدانية على المكتسبات النظرية، حتى يصبح تخصص علم النفس العيادي تطبيقي أكبر من أن يكون نظري مثل تخصصات الطب كلها تطبيقية أكثر منها نظرية.

- توضيح أدوار الأخصائي النفسي و طبيب الأمراض العقلية و النفسية للمريض و لذويهم .

خاتمـــــــة

خاتمة

تقاس قيمة أي مهنة بقدر ما تصل اليه من نتائج في تحقيق سعادة الإنسان ولذا فإن على كل من يتجه في عمله المهني الى التعامل مع طبيعة النفس البشرية في حالة سواءها أو مرضها أن يتمسك بمجموعة من المبادئ و القيم الخلقية بصفته مواطن أولا، وبصفته مهنيا ثانيا، لكي ينجح في مهمته السامية، الأمر الذي يتطلب الالتزام بآداب المهنة وأخلاقياتها، وإدراك المسؤولية الملقاة على عاتقه في العمل على تقدم المجتمع . (بركات ، 1986)

فالمهنة تلقى احترامها و جزاءها من المجتمع فقط إذا أمكن الاعتماد على أفرادها اعتمادا كبيرا في القيام بما تؤهله لهم كفايتهم الخاصة عن إخلاص وحب و تفاني، والمسألة هنا ليست مسألة تجنب الأخطاء أو امتلاك القدرة، إنما المسألة الأخلاقية تتعلق باستخدام ما لدى الفرد من قوى واقعية و ما يجب أن يقوم به اتجاه الآخر والمهنة تتمتع بثقة أولئك الذين تعمل على خدمتهم إذا عمل هؤلاء على القيام بأعمالهم بإخلاص، وعلى استخدام الوسائل السليمة العادلة الضرورية للحصول على درجة كبيرة من الاتساق في الأهداف .

إذ تدعو المثالية إلى أن يعمل المهني حقا في ممارسة مهنته، لا من أجل رضا فردي فحسب أو مكافأة مادية وحدها، أو من أجل شرف المهنة فقط، و لكنه إلى جانب هذا كله تدفعه فكرة خالصة لتقديم خدمة، إذ يجد قيمة ذاتية و إحساسا بالإنجاز عندما يستخدم قدرته الخاصة وسيلة لصالح الآخرين، فحرفة المهني في أعلى مستوياتها هي خدمة أكثر منها كسب مادي لفرد أو جماعة، والمهني رجل موثوق به وقد وهب قدراته لصالح الجميع و هذه الروح التي تتسم بالبعد عن الاهتمام النفعي تمنح المهنة نبلها و سموها و شرفها الذي تستحقه .

وكل هذا الكلام ينطبق بصورة كبيرة على المهنة الإنسانية و السامية لكل من الطبيب النفسي و الأخصائي الاكلينيكي، إذ تعد عملية العلاج النفسي عملية جد حساسة لأنها تتعامل

مع التركيبة البشرية المعقدة لذا وجب تظافر فريق مدّرب في العلاج النفسي للصحة النفسية بهدف الوصول بالعناية بهؤلاء المرضى الى الحالة المثالية و متابعتهم النفسية و الدوائية، فمن الضروري و الواجب تآزر جهود هذا الفريق و الذي يعمل في مجال الصحة النفسية لكي يؤدي عمله على أكمل وجه يجب على كل عضو أن يكون لديه فهم صحيح لمهامه و أدواره، فهناك أهمية خاصة للتعاون والتنسيق بين أفراد الفريق العلاجي للحصول على نتائج جيدة، ويتم ذلك من خلال توزيع الأدوار ومعرفة كل فرد في الفريق بدوره في عملية التشخيص والعلاج والمتابعة، كما يجب أن يتم ذلك من خلال تنظيم معروف يتم فيه إسناد مهام محددة في عملية الفحص والتعامل مع الحالات، وإعداد التقارير والقيام بعمليات القياس والاختبارات، والارشاد والتوجيه للمرضى وأقاربهم ، و متابعة الحالات في مراحل العلاج المختلفة وفق خطة يلتزم بها أفراد الفريق العلاجي، فالقول إن إشراك الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العمل العلاجي و التشخيص و المتابعة يعتبر دليلا واضحا على فهم الطبيب النفسي للدور الحقيقي الذي يقوم به، ولما كان دور الطبيب النفسي والأخصائي الإكلينيكي متكاملين فعلى كل منهما أن يلتزم و يحترم هذا التكامل فيوجه الحالة أو المريض لزميله حين يتطلب الأمر ذلك بكل موضوعية وأخلاقية مهنية، وهذا كله لصالح المتعالج الذي يضع كل ثقته فيهما لأن معاناته النفسية حسبه لا يدركها أو يفهمها غيرهما.

و في الأخير أسأل الله أن يكون هذا العمل بداية، و البداية رغم طموحها لا تخلو من النقص و القصور، وآمل أن استدركها في المستقبل.

المراجـــــع

قائمة المصادر و المراجع :

- غزوان ناصيف ، 2012 " الصحة النفسية و العلاج النفسي .. الأسباب و العلاج " ط 1 دار الكتاب العربي ، دمشق – القاهرة.

- عادل صادق " الطب النفسي " الرياض : الدار السعودية للنشر و التوزيع http : www . acofps .com /vb/archive/index.php/t.46html .

- ماجد محمد حنفي : " توقعات الأخصائي الاجتماعي لدور الأخصائي النفسي مجال الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، القاهرة 26 – 28 ديسمبر 1994 .

- إحسان كمال، 2013 ، فرق العمل: مدخل مفاهيمي متكامل، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن.

- طارق بن علي الحبيب – العلاج النفسي و العلاج بالقرآن – طيبة للنشر و التوزيع – القاهرة – 2004 .

- عبد ربه ، هبة عبدالحليم ، (2015) . علم النفس القراءة . الاسكندرية : دار الوفاء 2015 .

- يوسف عبدالوهاب أبو حميدان " ضرورة و أهمية انشاء جمعية عربية لأخصائي الصحة النفسية ، حولية كلية التربية – جامعة قطر العدد 17 – 1422هـ – 2001 م .

- عطوف محمود ياسين ، ط2 . 1986 ، دار العلم للملايين – بيروت ، علم النفس العيادي (الاكلينيكي).

- لومير جون ماري ، (2017) ، ترجمة صبرينة داوي، من قريب الى قريب ، دار برزخ ، الجزائر .

- " Michael Geyer (2012) مدخل إلى المعالجة النفسية التفاعلية الدينامية – طرائق العلاج النفسي الفردي، ترجمة : د. سامر جميل رضوان الناشر دار الكتاب الجامعي العين – دولة الامارات العربية المتحدة

- رسمية علي خليل ، (1968) . الارشاد النفسي . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية

- رشوان، (2007) الممارسة المهنية للخدة الاجتماعية في المجال النفسي والعقلي ، بط، دار المكتب الجامعي ، الاسكندرية.

- إجلال محمد سرى ، (1997) . علم النفس العلاجي . القاهرة.

- جلال محمد سرى (2000): علم النفس العلاجي، الطبعة الثانية، علم الكتب للنشر و التوزيع، القاهرة.

- حسن مصطفى عبد المعطي (1998) . علم النفس الإكلينيكي، دار القباء للطباعة والنشر، القاهرة .

- فيصل عباس ، ط1 . 2002 ، العيادة النفسية : مدارس التحليل النفسي – الممارسة النفسية ، دار المنهل اللبناني . بيروت – لبنان .

- مروان ابراهيم (2000). أسس البحث العلمي لاعداد الرسائل الجامعية، دط، مؤسسة الوراق : عمان .

- مصطفى حجازي (1993)، الفحص النفسي مبادئ الممارسة النفسية ، ط3 ، دار الطليعة ، دمشق.
- دويدري ،رجاء وحيد (2000)، البحث العلمي : أسبابه وممارسته العلمية . دمشق : دار الفكر .
- عطية هنا و سامي هنا : علم النفس الإكلينيكي ،ط1،دار النهضة ، 1996 .
- ذوقان عبيدات ،عبدالرحمن عدس، كايد عبدالحق (1991) ، البحث العلمي – مفهومه و أدواته و أساليبه ، دار الفكر للنشر و التوزيع .
- " . (2018) Andrew M .Pomerantzعلم النفس الاكلينيكي " العلوم والممارسة الثقافية ، ترجمة : أحمد اسماعيل هاشم ،تيسير الياس شواش ،ط1 : دار الفكر.
- عباس فيصل (1994) ، أضواء على المعالجة النفسية (ط1)، بيروت:دار الفكر اللبناني.

الرسائل الجامعية و الدراسات :

- كلثوم بلميهوب : إدراك الذات المهنية عند الأخصائيين النفسانيين العياديين الممارسين في المؤسسات الصحية الجزائرية ،رسالة ماجيستير، 2011.
- عقاقنية، مهاء " واقع الصحة العمومية في الجزائر و صعوبات الممارسة السيكولوجية بالقطاع، الملتقى الوطني :علم النفس المرضي في الجزائر ، تاريخ،حاضر ومستقبل 2018 متاح فيURI : http:// dspace.univ-guelma.dz

- برزوان، ح. (2016). الرضا المهني و الكفاءة المهنية لدي الأخصائي النفساني العيادي في الجزائر. ورقلة: مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية. (27)، 357-362.

- بن أحمد قويدر: التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد ،رسالة دكتوراه، جامعة وهران، 2011 .

- فالح بن صنهات العتيبي: دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية ، رسالة ماجيستير، الرياض، 2011 .

- فهد الربيعة : دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي كما يدركه الطبيب النفسي ، جامعة الملك سعود ، السعودية ، 2005 .

- مشري فريدة (2000)، المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان ، أطروحة ماجستير في علم الاجتماع الصحة ، إشراف : بوزيدة عبدالرحمان ، جامعة الجزائر ،

- محجر ياسين (2012)، واقع عمل الأخصائي النفسي في المؤسسات الاستشفائية، مداخلة بالملتقى الوطني حول اشكالية العلوم الاجتماعية واقع و أفاق، شهر مارس.

- فوزية محمدي ،(2013) معوقات جودة الممارسة النفسية التي تواجه الأخصائيين النفسانيين، مداخلة بالملتقى الوطني، شهر مارس جامعة حمة لخضر الوادي.

- ناصر عبدالعزيز الصقهان ، " تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق و الأفكار اللاعقلانية لدى مدمن المخدرات " ، رسالة ماجيستير في الصحة النفسية ، السعودية ، 2005 .

- نجية ناجي احمد الوسيع ، معالم و أبعاد ممارسة العلاج النفسي ، المركز العام لتدريب المعلمين ، طرابلس.

- المعتق عبدالرحمن بن علي ، " المسؤولية المهنية للأخصائي النفسي الإكلينيكي في عمل اللجنة الطبية "، رسالة ماجيستير في الصحة النفسية ،السعودية ، 1997 .

القواميس و المعاجم :

- جان لابلانش ، " معجم مصطلحات التحليل النفسي " ، تر: مصطفى حجازي ، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع ، ط 1 ، 1997.

- عبد المنعم الحنفي ، " موسوعة الطب النفسي " ، مكتبة مدبولي ، المجلد 2 ، ط2 ، سنة 1999 .

- عدنان أبو مصطلح ، " معجم علم الاجتماع " ، دار أسامة للنشر و التوزيع ، ط1 ، سنة 2006 .

- فاخر عاقل ، " معجم علم النفس " ، دار العلم للملايين ، بيروت ، ط1 ، سنة 1985

- محمود مسعدي ، " القاموس الجديد للطلاب " ، المؤسسة الوطنية للكتاب ، الجزائر ، ط7 ، سنة 1991 .

- مصطفى غالب ، " في سبيل الموسوعة النفسية ، دار مكتبة الهلال للطباعة و النشر ، بيروت ، د ط ، سنة 1995 .

- موسوعة علم النفس و التربية ، " الأمراض العقلية " ، بيروت ، الجزء الخامس

• Silamy Norber . Dictionnaire de psychologie , La rousse , la présent édition , 1991.

المجلات و الجرائد:

• ياسر فهد (1977) : الطب العقلي و الطب العقلي المضاد ، مجلة عالم الفكر ، الكويت .

• فارس بن الشيخ (19 ، 2001 ديسمبر) : التيارات المفسرة للأمراض العقلية ، مجلة الطب العقلي المضاد . L'antipsychiatrie

• شرفي محمد الصغير (2010) : واقع الممارسة النفسية العيادية في الجزائر ، مجلة الآداب و العلوم الاجتماعية (جامعة سطيف عدد رقم 11 / جوان 2010)

• بوفلجة غياث (2010)، واقع مهنة المساعدة النفسية في الجزائر, مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية العدد 11 , جامعة سطيف.

• نورالدين تاوريريت (2010)،صعوبات الممارسة السيكولوجية بالجزائر ، مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية ، العدد 11 ، جامعة لمين دباغين سطيف.

• فطيمة دبراسو (2010) ، أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفساني اثناء الممارسة الميدانية، مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية ، العدد 11 ، جامعة لمين دباغين سطيف.

• توفولة بوخميس (2008 ، نوفمبر) : مجلة العربية للطب النفسي ، اتحاد الأطباء النفسانيين العرب ، 19 (2) ، الأردن .

- محمد علي عبد السلام البنا ، " دور الأخصائي النفسي في مجال الخدمة النفسية داخل وزارة الشؤون الاجتماعية ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد 8 ، 1988 .

- مصطفى منصوري (2014)، الأخصائي النفسي العيادي بين التكوين الجامعي والممارسات العملية ، نشر المقال البحثي في مجلة الحقيقة ، العدد 39 ، 2016 .

- جمال مختار حمزة " دور الأخصائي النفسي مع فريق العمل في تناول حاجات المعوقين ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد 35 ، القاهرة ، 1995 .

- زهار.ج, ترزولت عمروني حورية (2015) ، معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية العدد 21 ، جامعة سطيف .

- جريدة الرياض ، عنوان المقال " باحث يحذر من ازدواجية في الطب النفسي و يطرح 20 مشكلة تواجه العمل العيادي أمام الشورى . الأحد 6 شعبان ، 1431هـ – 18 جويلية 2010م – العدد 15364 ، صاحب المقال : الرياض عبدالسلام البلوي ،زيارة المقال السبت 16 رمضان 1441 هـ – 9 ماي 2020 ، 13 : 16 . am

- الجريدة الرسمية (2009) رقم 09 – 240 المؤرخ في 23 جويلية 2009.

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 43 ،22 يوليو 2009.

- مجلة العلوم النفسية و التربوية العدد (2) ، دورية دولية محكمة و متخصصة تصدر عن جامعة الشهيد حمه الوادي – الجزائر.

الكاتب : خشخوش صالح . بن زروال فتيحة جامعة أم البواقي نشر بتاريخ 22 – 06 – 2018.

- محمد أحمد شلبي ، محمد ابراهيم الدسوقي ، زيزي السيد ، تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمد منDSM5 & DSM4 ، مكتبة الأنجلو مصرية 2016.

المراجع بالأجنبية:

- Windfrid H(1986) : La psychologie clinique aujourd'hui, Pierre Mardaga,Bruxelles.Desfrages,P(1982):Problemesdacculturation,laformation,despspsychologue,these de doctorat non publiée, l'université de Constantine.

- Alain Paineau (2004) : « Métier : psychologue » ou « Métiers de la psychologie », dossier technique préparatoire version 1.3, in société française de psychologie (SFP).

- DESAFAGES PAUL , problèmes d'acculturation , La formation des psychologues , These de doctorat Non publiee , L'université de constantine , 1982 , p 236 .

- Bensmail . B(1993) : L a psychiatrie aujourd'hui ;2eme cd . ed : office des peublications universitaires , alger .

- Bensmail . B (2007) : un pionnier de la psychiatre Algerienne , darelhouda , alger .
- Boucebci Mahfoud (1978) : psychiatrie société et deloppement , 2édition , société nationale d'édition et de diffussion , Alger .
- Emmelkamp (1994) : stratégies de la psychothérapie 1 édition , gustave courbert , talouse
- Henriey . B , Bernard et les autres (1970) : Manuel de psychiatrie , édition masson , paris .
- Lemaire Jean-Marie,Hellal Selma, (2016), De proche en proche, , proximité et travail thérapeutique de réseau en Algérie , Edition barzakh , Alger .
- Phares ,J .Clinical psychologie :Consent methods . and profession . Homewood .Illinois : the dorsey press. 1979.

الملاحــق

الملحق (01): يتضمن قائمة بأسماء ووظائف السادة المحكمين

الاسم و اللقب	الرتبة العلمية	التخصص
بوعلاقة فاطمة الزهراء	استاذ محاضر ب	دكتوراه علم النفس العيادي
بن زطة بلدية	استاذ محاضر ب	دكتوراه في علم النفس المعرفي
ابراهيمي أسماء	أستاذ محاضر أ	دكتوراه علم النفس المرضي الاجتماعي
بوبكر عائشة	استاذ محاضر ب	دكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم ،جامعة سكيكدة
شريفي حليمة	استاذ محاضر أ	دكتوراه علوم تربية، ارشاد وتوجيه

ملحق رقم (02): الاستبانة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية

أخي الطبيب النفسي /أختي الطبيبة النفسية

أخي الأخصائي النفساني الإكلينيكي / أختي الأخصائية النفسانية الإكلينيكية

السلام عليكم و رحمة الله تعالى و بركاته

ايمانا منا جميعا كطلبة و باحثين بأن معالجة أي موضوع لابد أن تسبقه دراسات علمية من أجل الوصول إلى نتائج علمية موضوعية.

عليه فإن الدراسة الحالية محاولة للقيام بدراسة علمية حول" واقع العمل التشاركي بين الطبيب النفسي و الأخصائي النفسي الإكلينيكي " بالمراكز الاستشفائية التابعة لولاية المسيلة و أيضا العيادات الخاصة الموجودة بها، و ذلك من أجل الخروج بتصور مبدئي لأهمية و فعالية هذا العمل التشاركي في الحصول على علاج ناجح و متكامل يضمن للمريض النفسي و العقلي أن يحصل عليه دون انتكاسة في المرض و دون أي غموض أو ضبابية في العلاج النفسي المقدم.

و يأمل الباحث مشاركتكم بالإجابة على جميع عبارات الاستبيان بكل دقة و شفافية ، بقراءة كل عبارة ثم وضع إشارة (×) في أحد الفراغات الموجودة أمام كل عبارة حسب ما تراه مناسب للعبارة أو للتساؤل .

مع العلم بأن الباحث على يقين تام من أن إجاباتكم الموضوعية الصادقة سيكون لها أكبر الأثر في الوصول الى نتائج علمية مفيدة، وأن جميع الاستجابات سوف لا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، وستكون محل تقدير و سرية من قبل الباحث.

مع قبول خالص شكري و تقديري على تعاونكم في سبيل تحقيق الصالح العام.

التعليمات الأساسية

1. يتكون هذا الاستبيان من ثلاث محاور، وكل محور يحوي على عبارات ما عليك الا وضع اشارة أمام العبارة التي تعبر على ما يناسبها حسب رأيك وخبرتك و درايتك بمجال عملك كأخصائي نفسي / أخصائية نفسانية أو كطبيب نفسي / طبيبة نفسانية.
2. الرجاء تعبة الجزء الخاص بالبيانات العامة.
3. فضلا تأكد من وضع اشارة (×) أمام كل عبارة
4. فضلا لا تضع أكثر من إشارة واحدة أمام كل عبارة.
5. أرجوا منك توخي الدقة و الموضوعية في إجابتك قدر الإمكان.

بيانات عامة

الجنس : ذكر ( ) أنثى ( )

السن :

مكان العمل : مؤسسة استشفائية ( ) عيادة خاصة ( )

المؤهل العلمي:

المهنة: طبيب نفسي ( ) أخصائي نفساني( )

الأقدمية :

الرقم	المحور الاول علاقات العمل واحترام الادوار بين الطبيب النفسي والاخصائي الاكلينيكي	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة
1	أن يتمتع كل من الطبيب والاخصائي بالقدرة على تحمل المسؤولية أثناء رسم خطة علاجية متكاملة			
2	العمل ضمن فريق في إطار خطة علاجية متكاملة يقتضي توفر عامل الثقة المتبادلة بين الطبيب والاخصائي			
3	أن يكون كل من الاخصائي والطبيب على دراية كاملة بالحالة التي سيتعاملون معها ضمن خطة علاج مشتركة			
4	توفر دليل إرشادي لتوضيح مهام ومسؤوليات كل من الطبيب والاخصائي تجاه المتعالجين والبرنامج العلاجي ككل			
5	وضوح دور كل من الأخصائي والطبيب تبعا لتخصصاتهم و مهاراتهم			
6	العمل على توفير الانضباط والثبات في البيئة العلاجية			
7	تسهيل عملية تبادل المعلومات بين الطبيب والاخصائي في إطار إيجاد العلاج المناسب للحالة.			
8	تجنب تبادل المواقع والادوار بين الطبيب والاخصائي مع المتعالج			
	المحور الثاني متطلبات إيجاد خطة علاجية متكاملة بين الطبيب النفسي والاخصائي الاكلينيكي			
9	عدم انتهاك الحدود المهنية في الطب النفسي الذي يتعارض مع الهدف الأساسي لتوفير الخدمة العلاجية			
10	الالتزام قدر المستطاع بالحيطة والحذر أثناء تكوين علاقات مع المتعالج			
11	الابتعاد عن كل ما قد يضر بالمتعالج أو بسير العملية العلاجية			
12	ضرورة تشكيل الإطار العلاجي هدفه حماية المتعالج بالدرجة الأولى			

13	الالتزام بالاستقلالية والحياد في العلاقة المهنية بين الطبيب والاخصائي الامر الذي يشجعهما على التطور والاعتماد على النفس والرفع من المعنويات			
14	ضرورة التزام كل من الطبيب والاخصائي بالسرية باعتبار أن المتعالج هو فقط صاحب الحق في إفشاء معلوماته و أسراره			
المحور الثالث الصعوبات والعراقيل التي تواجه كل من الطبيب النفسي والاخصائي الاكلينيكي في وضع خطة علاجية متكاملة				
15	نقص الخبرة المهنية سواء للأخصائي النفسي أو للطبيب النفسي			
16	عدم القدرة على إيجاد سبل التعاون بين الطبيب النفسي والاخصائي النفسي			
17	الفهم الخاطئ من قبل المتعالج لدور كل من الطبيب النفسي والاخصائي النفساني			
18	ظروف العمل غير مناسبة و مريحة			
19	نقص الامكانيات والتقنيات أو انعدامها			
20	نقص التكوين النظري لكل من الطبيب النفسي والاخصائي الاكلينيكي			
21	عدم الاعتراف بالأدوار بين الطبيب النفسي والاخصائي النفساني			
22	صراع المصالح بين الطبيب النفسي والاخصائي النفساني			
24	تكليف أحد الطرفين بمهام لا علاقة لها بخصوصيات المهنة			

ملحق رقم (03): ملحق الثبات والصدق

أولا/ الثبات:

Reliability

Reliability Statistics		
المحاور	Cronbach's Alpha	N of Items
المحور 1	0.807	8
المحور 2	0.868	6
المحور 3	0.730	9
الكلي	0.674	23

ثانيا/ الصدق:

Correlations

Correlations					
		د1ك			د1ك
ب1	Pearson Correlation	0.638**	ب5	Pearson Correlation	0.604**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.001
	N	27		N	27
ب2	Pearson Correlation	0.842**	ب6	Pearson Correlation	0.734**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	27		N	27
ب3	Pearson Correlation	0.732**	ب7	Pearson Correlation	0.661**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	27		N	27
ب4	Pearson Correlation	0.504**	ب8	Pearson Correlation	0.735**
	Sig. (2-tailed)	0.007		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	27		N	27
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					

Correlations

Correlations					
		د2ك			د2ك
ب9	Pearson Correlation	0.872**	ب12	Pearson Correlation	0.764**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	27		N	27
ب10	Pearson Correlation	0.785**	ب13	Pearson Correlation	0.676**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	27		N	27
ب11	Pearson Correlation	0.801**	ب14	Pearson Correlation	0.837**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	27		N	27
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					

Correlations

Correlations					
		د3ك			د3ك
ب15	Pearson Correlation	0.498**	ب20	Pearson Correlation	0.652**
	Sig. (2-tailed)	0.008		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	27		N	27
ب16	Pearson Correlation	0.726**	ب21	Pearson Correlation	0.648**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	27		N	27
ب17	Pearson Correlation	0.428*	ب22	Pearson Correlation	0.621**
	Sig. (2-tailed)	0.026		Sig. (2-tailed)	0.001
	N	27		N	27
ب18	Pearson Correlation	0.439*	ب23	Pearson Correlation	0.521**
	Sig. (2-tailed)	0.022		Sig. (2-tailed)	0.005
	N	27		N	27
ب19	Pearson Correlation	0.532**	*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		
	Sig. (2-tailed)	0.004	**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		
	N	27			

Correlations

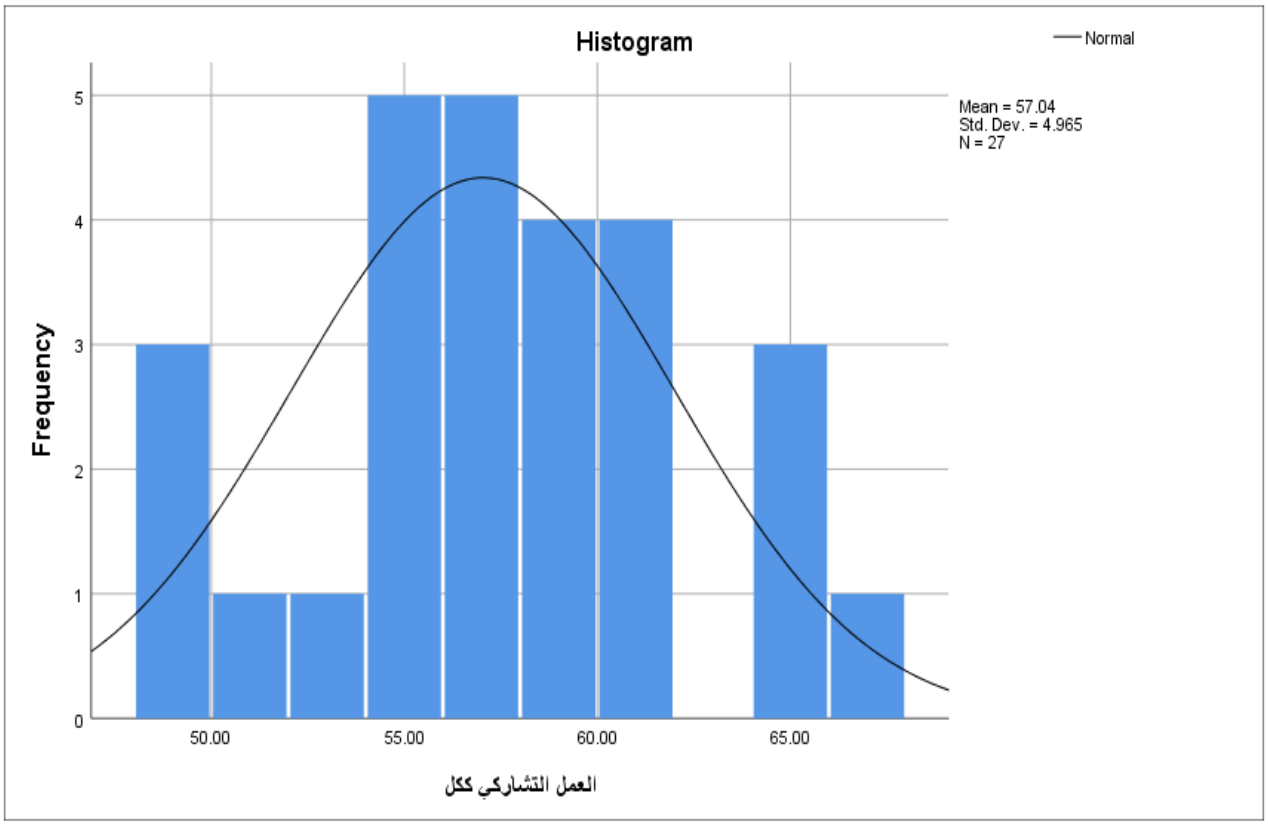
Correlations					
		دك			دك
د1ك	Pearson Correlation	0.566**	د3ك	Pearson Correlation	0.620**
	Sig. (2-tailed)	0.002		Sig. (2-tailed)	0.001
	N	27		N	27
د2ك	Pearson Correlation	0.439*	**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		
	Sig. (2-tailed)	0.022	*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		
	N	27			

الملحق رقم(04): نتائج الدراسة

أولا/ التحقق من طبيعة التوزيع:

Explore

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
العمل التشاركي ككل	0.085	27	0.200*	0.966	27	0.490
*. This is a lower bound of the true significance.						
a. Lilliefors Significance Correction						



ثانيا/ التحقق من فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العمل التشاركي ككل	27	57.0370	4.96512	0.95554

One-Sample Test				
	Test Value = 46			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
العمل التشاركي ككل	11.551	26	0.000	11.03704

الفرضية الأولى:

Friedman Test

Ranks	
	Mean Rank
ب9	3.72
ب10	3.17
ب11	3.70
ب12	3.48
ب13	3.22
ب14	3.70

Test Statistics[a]			
N	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
27	8.298	5	0.141

الفرضية الثانية:

Friedman Test

Ranks	
	Mean Rank
ب15	5.72
ب16	5.44
ب17	6.33
ب18	5.06
ب19	5.15
ب20	4.89
ب21	4.59
ب22	3.93
ب23	3.89

Test Statistics[a]			
N	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
27	25.671	8	0.001

الفرضية الثالثة:

T-Test

Group Statistics					
الجنس		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العمل التشاركي ككل	ذكور	11	57.4545	6.05580	1.82589
	إناث	16	56.7500	4.25049	1.06262

Independent Samples Test								
		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
العمل التشاركي ككل	variances assumed	2.237	0.147	0.356	25	0.725	0.70455	1.97821
	variances not assumed			0.333	16.648	0.743	0.70455	2.11259

الفرضية الرابعة:

T-Test

Group Statistics					
مكان العمل		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العمل التشاركي ككل	مؤسسة استشفائية	20	56.3000	4.11800	0.92081
	عيادة خاصة	7	59.1429	6.79285	2.56746

Independent Samples Test								
		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
العمل التشاركي ككل	variances assumed	4.229	0.050	-1.322	25	0.198	-2.84286	2.14972
	variances not assumed			-1.042	7.603	0.329	-2.84286	2.72759

الفرضية الخامسة:

Oneway

ANOVA					
العمل التشاركي ككل*المؤهل العلمي					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	19.660	2	9.830	0.380	0.688
Within Groups	621.303	24	25.888		
Total	640.963	26			

الفرضية السادسة:

T-Test

Group Statistics					
المهنة		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العمل التشاركي ككل	طبيب نفسي	8	57.5000	5.63154	1.99105
	أخصائي نفسي	19	56.8421	4.81044	1.10359

Independent Samples Test								
		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
العمل التشاركي ككل	variances assumed	0.463	0.502	0.309	25	0.760	0.65789	2.13000
	variances not assumed			0.289	11.538	0.778	0.65789	2.27644

الفرضية السابعة:

Oneway

ANOVA					
العمل التشاركي ككل*الاقدمية					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	118.686	2	59.343	2.727	0.086
Within Groups	522.277	24	21.762		
Total	640.963	26			

تم بحمد الله